

JIATING YIXUE BAIKE

家庭医学百科

名誉主编：黄铭新

主编：汪绍基 陆汉明 张延龄



家庭医学百科

名誉主编：黄铭新

主 编：江绍基

陆汉明

张延龄

家庭医学百科

名誉主编：黄铭新

主 编：江绍基 陆汉明 张延龄

编 委：(以姓氏笔划为序)

王赞舜 王鸿利 王秀玲 王信强

江绍基 朱禧星 许国铭 许幼如

许积德 陆汉明 邵浩奇 李树莱

严万斌 沈稚舟 陈浩泉 巫善明

张延龄 张重华 杨秉辉 周允中

周 新 郭莲舫 姜靖寰 贾连顺

姚德鸿 钱本余 盛丹菁 储 峰

傅善来 韩鹤龙 蔡 琰 廖美琳

戴瑞鸿

责任编委：傅善来

责任编辑：蔡 平

前 言

随着社会的发展，健康的涵义扩大了，一个健康的人不仅要有一个强壮的体魄，能抵御各种疾病侵袭，还应具备健全的精神状态、心理平衡和调节能力，以应付各种不良的心理刺激，提高在现代社会中的适应能力。

在增进健康的努力中，人们往往依赖于医生、药物和医疗设施，很少重视自身在增进健康中的主导作用。甚至不少满腹经纶，学富五车的教授、科学家却不懂得注重自我保健，常常自叹工作忙而忽视自我保健，以致使本来可以预防和避免的疾病难以幸免；本来可以医治的疾病，失去了时机，降低了健康水平，缩短了原来可以延长的寿命。据统计，1994年上海科技人员的平均死亡年龄只有67岁，较全市各类职业人群早亡3.26岁，更为吃惊的是死亡的科技人员中，有15.6%发生在35~54岁早死年龄段。据分析，构成科技人员英年早逝的原因是多方面的，其中重要的一条是自我保健知识缺乏。

在日常生活中，有些人被疾病折磨了几十年，仍对自己所患的疾病一无所知，或者知之甚少，把疾病康复的全部希望全权交给医生。实际上，医生并不是疾病康复的主体，真正的主体是自己。就拿冠心病来讲：食物中高胆固醇，吸烟，肥胖，高血压和紧张情绪等均是引起和加剧冠心病的危险因素，这些因素属于社会、心理和行为因素，也称“自我创造

的危险性”。预防冠心病，若不设法控制这些危险因素，光靠医生或药物显然是难以奏效的。至于疾病的康复手段和方法，除了药物外，诸如太极拳、气功、饮食等养生保健方法，更是医生所替代不了的。

依靠自己的主观努力，采取一切可以保护和促进健康的自我保健术，主要依靠自身并配合医生，同不健康、虚弱、疾病、衰老作斗争已越来越被人们重视。另外，随着国家医疗保健制度的改革，职工医疗保险制度的出台，人们迫切需要一本能系统、全面指导预防、医疗、保健、康复的医学科普书籍。为此我们组织上海一流医学专家撰写了这本《家庭医学百科》奉献给关心和爱护健康的人们。

《家庭医学百科》全书 80 万字，分预防保健篇、医疗康复篇、自救互救篇和就医指南、特殊医疗检查须知以及疾病预测预报、急救卡、家庭药箱、急救备药、旅游携药等附录。本书贴近生活，对肿瘤早发现、早治疗有独到见解；对高血压、冠心病、糖尿病、溃疡病、病毒性肝炎等常见病、慢性病提出了行之有效的自我保健方法；对提高生活质量、抗衰老、延年益寿作了精辟论述，是一本有别于现行医学科普书籍的新颖医学普及读本。全书突出“自我”，通过阅读，能使读者在自己的努力下，进行自我强身，以增强体质，减少疾病；一旦患病，以利尽早发现，及时治疗，早日康复，将疾病带来的损害降至最低限度；讲究实用，力求做到易读、易懂、易操作。一书在手，犹如请了一位家庭医学顾问，便于随时参考、查阅。

限于水平与时间，不足之处在所难免，望广大读者批评、

指正，待再版时完善。

编 者

1996年3月28日

目 录

预防保健篇

第一章 增进健康靠自己.....	(2)
第一节 疲劳是万病之源.....	(4)
第二节 一日保健术.....	(6)
早晨醒来赖会儿床	(6)
对镜观色	(6)
刷牙、漱口	(8)
冷水浴 (脸)	(8)
护肤	(9)
晨饮一杯水	(9)
适量运动.....	(10)
梳头.....	(11)
浴手.....	(12)
搓面.....	(12)
活动颈部.....	(12)
缩唇呼气.....	(12)
弯腰.....	(12)
散步.....	(13)

2 · 目 录

慢跑·····	(14)
登高运动·····	(14)
便后察病·····	(15)
不忘进早餐·····	(15)
合理膳食·····	(17)
少饮酒、多喝茶·····	(22)
不吸烟·····	(23)
学会午睡·····	(24)
热水坐浴和泡足·····	(25)
和谐、适度的性生活·····	(25)
充足睡眠、不熬夜·····	(27)
科学安排作息时间·····	(28)
提高工作效率·····	(28)
注意肌体协调平衡·····	(29)
培养一项以上业余爱好·····	(29)
每周娱乐半天·····	(29)
自得其乐·····	(30)
适当进补·····	(31)
附录·····	(31)
保健食品·····	(31)
补益食谱·····	(34)
药酒养生·····	(37)
抗癌食物·····	(38)
第二章 培养良好卫生习惯·····	(42)

第一节 饮食卫生	(42)
食品卫生质量	(42)
食品保藏	(47)
食品烹调	(49)
食具消毒	(51)
饮食习惯	(52)
第二节 饮水卫生	(55)
保护水源	(55)
饮水消毒	(55)
净水器的使用	(57)
第三节 生活卫生	(58)
卫生习惯	(58)
家用电器的使用卫生	(61)
第四节 娱乐卫生	(65)
 第三章 创造优良的生活环境	 (70)
第一节 居室卫生	(70)
住房的卫生要求	(70)
室内照明的卫生要求	(71)
室内布置的卫生要求	(73)
室内外绿化的卫生要求	(74)
第二节 传染病者活动场所及用物的消毒	(75)
肠道传染病	(75)
呼吸道传染病	(78)
虫媒传染病	(78)

4 · 目 录

动物源性传染病·····	(78)
第三节 除害·····	(79)
灭蚊·····	(79)
灭蝇·····	(80)
灭蟑螂·····	(82)
灭臭虫·····	(83)
灭蚤·····	(84)
灭虱·····	(85)
灭蠓·····	(86)
灭蚋·····	(87)
灭白蛉·····	(88)
灭虻·····	(89)
灭恙螨·····	(90)
灭革螨·····	(90)
灭疥螨·····	(91)
灭尘螨·····	(92)
灭蚂蚁·····	(93)
灭蜚蠊·····	(94)
灭鼠·····	(94)
第四节 垃圾粪便的卫生管理·····	(100)
垃圾粪便与人体健康的关系·····	(100)
垃圾粪便卫生管理的要求·····	(101)
家庭垃圾粪便的卫生管理·····	(101)
第四章 妇幼保健·····	(103)

第一节 青春期保健	(103)
青春期发育	(103)
乳房保健	(104)
正常月经	(105)
经期卫生	(106)
痛经	(107)
闭经	(108)
青春期功能失调性子宫出血	(109)
白带异常	(110)
第二节 孕期卫生保健	(111)
妊娠反应	(111)
流产	(112)
妊娠期牙龈炎	(113)
鼻衄	(114)
孕期用药	(115)
便秘	(116)
下肢痉挛	(117)
腰背痛	(118)
皮肤卫生	(119)
乳房保健	(121)
自我监护	(122)
第三节 产期卫生保健	(123)
分娩先兆	(123)
产时卫生	(124)
助产动作	(125)

第四节 产后卫生保健	(126)
尿潴留	(126)
会阴伤口痛	(127)
产褥期卫生	(128)
产后体操	(130)
产褥感染	(133)
产褥中暑	(134)
第五节 哺乳期卫生保健	(135)
乳头卫生	(135)
喂奶	(136)
乳房胀痛	(137)
乳汁不足	(138)
急性乳腺炎	(138)
断奶与回奶	(140)
第六节 婴幼儿保健	(141)
各年龄期的保健重点	(141)
母乳喂养	(142)
及时添加辅助食品	(144)
定期健康检查	(145)
预防接种	(146)
体格锻炼	(148)
注意安全预防意外事故	(149)
第七节 更年期妇女保健	(150)
更年期卫生	(150)
更年期功能失调性子宫出血	(152)

更年期综合征	(152)
第八节 更年期妇女保健	(154)
老年性阴道炎	(154)
子宫脱垂	(154)
下泌尿道感染	(156)
张力性尿失禁	(157)
第五章 中老年保健	(159)
第一节 中老年人、老年人与长寿老人	(159)
我国现阶段老年人的划分标准	(159)
世界卫生组织最近提出的老年人新的划分标准	(160)
时序年龄、生理年龄、社会心理年龄	(161)
第二节 中老年人的体质变化	(162)
衰老、老化、增龄、老征的概念	(162)
中老年人的衰老特征和主要表现	(163)
中老年人老化的主要体征	(163)
第三节 中老年人的心理和行为变化	(166)
中老年人的心理特征	(166)
老年人的神经系统老化与心理、行为变化	(168)
中老年人的心理卫生和保健	(174)
第四节 中老年人的饮食和营养	(176)
中老年人的营养要求	(177)
老年人的膳食要求	(187)
老年人的饮料	(190)
第五节 中老年人的体育锻炼	(191)

运动锻炼有益于中老年人的身心健康	(191)
中老年人健身运动应当遵守的原则	(193)
第六节 老年人的合理用药	(199)
老年人药物代谢动力学的特点	(199)
老年人合理用药的注意事项	(200)

医疗康复篇

第一章 常见疾病	(206)
第一节 恶性肿瘤	(206)
恶性肿瘤的预防	(206)
恶性肿瘤的早期发现	(215)
恶性肿瘤高危人群监护	(216)
附：常见恶性肿瘤高危人群及其常规检查方法	(218)
重视恶性肿瘤的早期信号	(220)
胃癌	(223)
肺癌	(232)
原发性肝癌	(238)
大肠癌	(245)
胰腺癌	(255)
乳腺癌	(256)
宫颈癌	(265)
鼻咽癌	(272)
第二节 传染病	(277)
霍乱	(277)

细菌性痢疾	(279)
伤寒和副伤寒	(280)
病毒性肝炎	(282)
脊髓灰质炎	(287)
流行性感冒	(288)
麻疹	(290)
风疹	(292)
幼儿急疹	(293)
流行性脑脊髓膜炎	(294)
水痘	(295)
流行性腮腺炎	(297)
猩红热	(297)
军团病	(298)
百日咳	(300)
白喉	(301)
破伤风	(301)
流行性乙型脑炎	(303)
登革热	(304)
流行性出血热	(305)
狂犬病	(306)
钩端螺旋体病	(309)
弓形体病	(310)
蛔虫病	(311)
蛲虫病	(313)
第三节 循环系统疾病	(314)

风湿热与风湿性心脏病	(314)
高血压病	(315)
冠心病	(317)
肺原性心脏病	(320)
先天性心脏血管病	(322)
梅毒性心脏血管病	(323)
病毒性心肌炎	(325)
原发性心肌病	(326)
感染性心内膜炎	(328)
心脏神经官能症	(329)
心律失常	(331)
心力衰竭	(334)
第四节 呼吸系统疾病	(335)
急性支气管炎	(335)
慢性支气管炎	(336)
慢性阻塞性肺病 (肺气肿并慢性支气管炎)	(340)
支气管哮喘	(345)
支气管扩张	(349)
肺结核病	(350)
肺炎	(356)
肺脓肿	(358)
结节病	(359)
第五节 消化系统疾病	(360)
返流性食管炎	(360)
急性胃炎	(362)

慢性胃炎	(363)
消化性溃疡 (溃疡病)	(366)
肠结核	(371)
结核性腹膜炎	(373)
克隆病 (肉芽肿性小肠结肠炎)	(375)
溃疡性结肠炎	(378)
消化道憩室	(382)
胃肠神经官能症	(385)
功能性消化不良	(386)
肠易激综合征	(387)
肝硬化 (肝硬变)	(390)
肝昏迷 (肝性脑病)	(397)
脂肪肝	(398)
肝血管瘤	(400)
肝囊肿	(401)
急性胰腺炎	(401)
慢性胰腺炎	(403)
第六节 血液和造血系统疾病	(404)
贫血	(404)
再生障碍性贫血	(405)
缺铁性贫血	(406)
营养性大细胞贫血	(408)
溶血性贫血	(409)
急性白血病	(411)
慢性白血病	(413)

类白血病反应	(414)
白细胞减少和粒细胞缺乏症	(415)
淋巴瘤	(416)
多发性骨髓瘤	(417)
血小板减少性紫癜症	(418)
过敏性紫癜	(420)
血友病	(421)
弥散性血管内凝血 (播散性血管内凝血)	(422)
第七节 内分泌、代谢和营养疾病	(423)
垂体性侏儒症	(423)
成人垂体前叶功能减退症	(424)
巨人症和肢端肥大症	(425)
尿崩症	(426)
慢性肾上腺皮质功能减退症	(427)
皮质醇增多症	(428)
单纯性甲状腺肿	(429)
甲状腺机能亢进症	(429)
甲状腺机能减退症	(431)
甲状旁腺机能亢进症	(432)
甲状旁腺机能减退症	(433)
糖尿病	(434)
低血糖症	(437)
失水	(438)
单纯性肥胖	(439)
营养不良和消瘦	(442)

维生素 B ₁ 缺乏症 (脚气病)	(443)
核黄素缺乏症	(444)
烟酸缺乏病	(445)
坏血病	(446)
维生素 K 缺乏症	(446)
第八节 肾脏和结缔组织疾病	(447)
急性肾小球肾炎	(447)
慢性肾小球肾炎	(448)
尿路感染	(450)
系统性红斑狼疮	(451)
类风湿关节炎	(453)
皮炎与多肌炎	(454)
系统性硬化症 (硬皮病)	(456)
Reiter 综合征	(457)
抗磷脂抗体综合征	(458)
强直性脊柱炎	(460)
骨关节炎	(461)
第九节 普通外科疾病	(463)
手术前后处理	(463)
损伤	(465)
烧伤	(466)
冻伤	(467)
脓毒症	(468)
疖	(468)
疔	(468)
痈	(469)

急性蜂窝织炎	(469)
急性淋巴管炎和急性淋巴结炎	(470)
丹毒	(470)
脓性指头炎	(471)
甲沟炎	(471)
手指腱鞘炎	(472)
气性坏疽	(472)
皮脂囊肿	(473)
脂肪瘤	(473)
纤维癌	(474)
神经纤维瘤	(474)
血管瘤	(474)
淋巴管瘤 (囊状水瘤)	(475)
皮肤乳头状瘤	(475)
皮肤癌	(475)
软组织肉瘤	(475)
黑色素瘤	(476)
甲状舌门囊肿	(476)
鳃裂囊肿	(476)
甲状腺腺瘤	(477)
甲状腺癌	(477)
颈淋巴结结核	(477)
急性乳腺炎	(478)
乳房肿块 (乳腺小叶增生、乳腺纤维腺瘤、乳腺癌)	(479)

男性乳腺肥大症	(480)
脐膨出	(481)
脐痿	(481)
外疝 (腹股沟疝、股疝、脐疝)	(481)
急性腹膜炎	(483)
先天性肥厚性幽门狭窄	(484)
肠梗阻 (肠套迭、肠扭转)	(484)
阑尾炎	(486)
先天性巨结肠	(486)
直肠脱垂	(487)
结肠和直肠息肉	(487)
肛裂	(488)
肛旁脓肿	(488)
肛痿	(489)
痔	(489)
胆囊炎和胆囊结石	(490)
胆管炎和胆管结石	(491)
胆囊息肉症	(492)
胆道蛔虫症	(492)
血栓闭塞性脉管炎 (动脉粥样硬化性闭塞)	(493)
动脉栓塞	(494)
动脉瘤	(494)
动静脉痿	(495)
下波静脉曲张 (慢性小腿溃疡)	(495)
静脉血栓形成	(496)

器官移植	(497)
第十节 骨科疾病	(498)
骨折	(498)
锁骨骨折	(500)
肱骨上端骨折	(501)
肱骨干骨折	(501)
肱骨髁上骨折	(502)
前臂骨折	(503)
股骨颈骨折	(504)
股骨干骨折	(505)
髌骨骨折	(505)
胫腓骨骨折	(506)
踝部骨折	(506)
脊柱骨折	(507)
骨盆骨折	(508)
关节内骨折	(509)
骨骺部位的损伤	(510)
关节脱位	(511)
手外伤	(511)
膝部损伤	(515)
断肢 (指) 再植	(516)
化脓性骨髓炎	(517)
化脓性关节炎	(518)
骨和关节结核	(518)
类风湿性关节炎	(521)

骨关节炎	(521)
骨质疏松	(522)
大骨节病	(523)
小儿麻痹后遗症	(523)
多指 (趾)	(523)
先天性畸形足	(524)
先天性髌脱位	(525)
先天性斜颈	(526)
脊柱侧凸	(526)
颈肩、腰腿痛	(527)
髌、膝部疾患	(530)
肩关节周围炎	(530)
腰椎间盘突出症	(531)
臂丛神经血管受压症	(532)
肘管综合征	(532)
腕管综合征	(533)
腱鞘炎	(533)
腱鞘囊肿	(534)
滑囊炎	(534)
肱骨外上髁炎 (网球肘)	(535)
骨肿瘤	(535)
人工关节	(538)
周围神经损伤	(539)
下肢神经损伤	(540)
第十一节 泌尿外科疾病	(541)

慢性前列腺炎	(541)
前列腺增生	(542)
肾结核	(547)
压力性尿失禁	(548)
尿结石	(548)
肾下垂	(550)
包茎与包皮过长	(551)
前列腺癌	(552)
尿路感染	(553)
男子性功能障碍	(554)
肾肿瘤	(557)
乳糜尿	(558)
肾损伤	(559)
睾丸炎	(560)
男子不育症	(561)
第十二节 胸外科疾病	(562)
食管裂孔疝	(562)
食管贲门失弛缓症	(564)
纵隔肿瘤	(565)
胸部损伤	(567)
气胸	(568)
血胸	(569)
胸壁结核	(570)
脓胸	(570)
心脏病的外科治疗	(572)

第十三节 妇产科疾病	(574)
流产	(574)
早产	(575)
宫外孕	(576)
葡萄胎	(577)
恶性葡萄胎与绒毛膜上皮癌	(578)
妊娠剧吐	(579)
前置胎盘	(580)
胎盘早期剥离	(581)
多胎妊娠	(582)
妊娠高血压综合征	(583)
过期妊娠	(585)
母子血型不合	(586)
心脏病合并妊娠	(587)
慢性肾炎合并妊娠	(588)
肾盂肾炎合并妊娠	(589)
病毒性肝炎合并妊娠	(590)
肺结核合并妊娠	(592)
贫血合并妊娠	(593)
糖尿病合并妊娠	(594)
甲状腺功能亢进合并妊娠	(595)
异常分娩	(596)
子宫破裂	(598)
产后出血	(599)
产褥感染	(600)

高危妊娠	(601)
外阴瘙痒	(603)
外阴白色病变 (外阴白斑)	(604)
附：外阴白癬	(605)
前庭大腺炎	(605)
阴道炎	(606)
幼女性外阴阴道炎	(607)
老年性阴道炎	(608)
宫颈炎	(609)
盆腔炎	(610)
生殖器结核	(610)
子宫肌瘤	(611)
卵巢肿瘤	(612)
女阴癌	(614)
宫颈癌	(615)
子宫内膜癌	(616)
子宫脱垂及阴道前后壁膨出	(618)
尿瘘、粪瘘、陈旧性会阴III度裂伤	(619)
女性生殖器官发育异常	(621)
不孕症	(622)
创伤性宫腔粘连	(623)
子宫内膜异位症	(624)
功能性子宫出血	(625)
多囊卵巢综合征	(626)
闭经	(627)

经前期紧张综合征	(628)
更年期综合征	(628)
痛经	(631)
阴道出血的疾病	(632)
异常白带	(634)
性传播疾病	(634)
第十四节 儿科疾病	(636)
发热	(636)
大便异常	(637)
小便异常	(638)
婴儿哭闹	(639)
身材矮小	(640)
头痛	(642)
抽痉	(642)
腹痛	(643)
便血	(644)
贫血	(645)
流涎	(646)
舌的变化	(647)
各种各样的新生儿	(648)
新生儿疾病的特点	(651)
新生儿疾病筛查	(652)
新生儿呕吐	(653)
新生儿便秘	(654)
新生儿黄疸	(655)

新生儿溶血病	(656)
新生儿出血症	(657)
新生儿颅内出血	(657)
新生儿硬肿症	(658)
新生儿脱水热	(659)
新生儿败血症	(659)
新生儿脐炎	(660)
新生儿破伤风	(661)
新生儿锁骨骨折	(661)
蛋白质-热能营养不良	(662)
维生素A缺乏症	(663)
维生素A中毒	(664)
维黄素缺乏症	(665)
维生素D缺乏性佝偻病	(666)
佝偻病性手足搐搦症	(667)
维生素D中毒	(668)
维生素E缺乏症	(669)
维生素K缺乏症	(669)
营养性缺铁性贫血	(670)
锌缺乏症	(671)
单纯性肥胖	(672)
舌系带过短	(673)
口腔炎	(673)
消化性溃疡病	(674)
腹泻病	(675)

急性坏死性肠炎	(677)
脐疝	(678)
上呼吸道感染	(678)
急性喉炎	(680)
肺炎	(681)
支气管哮喘	(682)
先天性心脏病	(683)
急性肾小球肾炎	(685)
原发性肾病综合征	(686)
尿路感染	(687)
性早熟	(689)
癫痫	(690)
智能迟缓	(691)
儿童结核病	(692)
遗尿症	(693)
儿童多动综合征	(694)
暑热症	(695)
淋巴结炎	(696)
常见儿科疾病的手术年龄	(697)
第十五节 神经科疾病	(698)
对神经疾病征象应具备的基本认识	(698)
神经科临床的各种辅助检查	(701)
神经疾病的护理	(702)
头痛	(705)
失眠和嗜睡	(708)

三叉神经痛	(712)
面神经瘫痪	(713)
面肌痉挛	(715)
带状疱疹	(716)
多发性神经炎	(717)
颈椎病	(719)
腰椎间盘突出症	(720)
腰椎管狭窄症	(721)
肌肉注射引起的坐骨神经炎	(721)
急性脊髓炎	(722)
脊髓压迫症	(723)
脊髓空洞症	(723)
遗传性共济失调	(724)
脊髓亚急性合并变性	(724)
运动神经元疾病	(725)
中风 (急性脑血管疾病)	(726)
脑肿瘤	(728)
病毒性脑炎与脑膜炎	(729)
隐球菌性脑膜炎	(731)
癫痫	(731)
脑囊虫病	(733)
偏头痛与群集性头痛	(734)
脑外伤后慢性硬膜下血肿	(736)
神经梅毒与艾滋病	(737)
震颤麻痹	(737)

小舞蹈病	(738)
肝豆状核变性	(738)
进行性肌营养不良	(739)
重症肌无力	(739)
周期性瘫痪	(740)
多汗症与无汗症	(741)
第十六节 精神科疾病	(741)
神经衰弱	(741)
癔症	(743)
强迫症	(744)
精神分裂症	(745)
躁狂抑郁症	(746)
更年期抑郁症	(748)
周期性精神病	(749)
反应性精神病	(750)
症状性精神病	(752)
老年性痴呆	(753)
脑动脉硬化性精神病	(755)
焦虑症	(757)
自闭症	(758)
多动症	(759)
智力发育不全	(761)
第十七节 皮肤科疾病	(763)
单纯疱疹	(763)
疣	(764)

艾滋病	(766)
梅毒	(768)
淋病	(770)
脓疱疮	(771)
毛囊炎	(772)
麻风	(773)
足癣	(775)
手癣	(779)
体股癣	(780)
花癣	(781)
头癣	(782)
须癣	(783)
甲癣	(784)
念珠菌病	(785)
隐球菌病	(786)
孢子丝菌病	(787)
疥疮	(788)
虫咬皮炎	(789)
桑毛虫皮炎	(791)
刺毛虫皮炎	(792)
毛囊虫皮炎	(793)
丘疹性荨麻疹	(793)
接触性皮炎	(794)
口红接触性唇炎	(795)
湿疹	(796)

遗传过敏性皮炎	(797)
药疹	(798)
荨麻疹 (风疹块)	(799)
血管性水肿	(800)
神经性皮炎	(801)
瘙痒症	(801)
工业职业性皮肤病	(803)
稻农皮炎	(804)
农药皮炎	(804)
化妆品皮肤病	(805)
手足皲裂	(806)
嘴唇干裂	(808)
痱子	(809)
冻疮	(810)
擦烂红斑	(811)
尿布皮炎	(812)
晒斑	(813)
多形性日光疹	(814)
银屑病	(815)
单纯糠疹	(816)
红斑狼疮	(817)
白癜风	(818)
黄褐斑	(820)
雀斑	(821)
寻常性痤疮	(822)

酒渣鼻	(823)
皮脂溢出症	(824)
脂溢性皮炎	(825)
脱发	(826)
白发	(830)
多毛症	(831)
腋臭	(833)
足臭	(835)
鱼鳞病	(836)
色素痣	(837)
瘢痕疙瘩	(839)
皮肤血管瘤	(839)
第十八节 眼科疾病	(840)
睑内翻和倒睫	(840)
睑外翻	(841)
上睑下垂	(841)
睑腺炎	(842)
基底细胞癌	(842)
睑板腺癌	(843)
鳞状细胞癌	(843)
慢性泪囊炎	(843)
急性结膜炎	(844)
泡性结膜角膜炎	(845)
春季卡他性结膜炎	(845)
翼状胬肉	(846)

树枝状角膜炎	(846)
匍行性角膜溃疡	(847)
青光眼	(847)
白内障	(850)
视网膜脱离	(853)
视网膜母细胞瘤	(855)
眼球突出	(855)
内分泌性突眼	(856)
第十九节 耳鼻咽喉科疾病	(857)
鼻外伤	(857)
鼻疖	(858)
急性鼻炎	(858)
慢性鼻炎	(859)
萎缩性鼻炎	(859)
过敏性鼻炎	(860)
鼻中隔偏曲	(860)
鼻窦炎	(861)
鼻息肉	(862)
鼻部肿瘤	(862)
急性咽部感染	(863)
慢性咽炎	(864)
慢性扁桃腺炎	(864)
增殖体肥大	(865)
鼻咽癌	(865)
急性会厌炎	(866)

急性喉炎	(867)
慢性喉炎	(867)
喉外伤	(868)
喉水肿	(868)
小儿喉痉挛	(869)
喉肿瘤	(869)
食管化学性灼伤	(870)
外耳道疖和外耳道炎	(871)
外耳道耵聍栓塞	(872)
非化脓性中耳炎	(873)
化脓性中耳炎	(873)
耳部损伤	(875)
聋哑	(875)
耳聋的预防	(876)
内耳眩晕症	(876)
耳部肿瘤	(877)
附：耳鼻咽喉科常用药物	(877)
第二十章 口腔科疾病	(880)
牙痛	(880)
口臭	(881)
下颌关节弹响	(882)
牙列不齐	(883)
龋齿	(885)
牙髓炎	(886)
牙槽脓肿	(887)

智齿冠周炎	(888)
牙龈病	(889)
牙周病	(890)
鹅口疮	(891)
口腔粘膜白斑病	(892)
复发性口疮	(893)
扁平苔癣	(894)
坏死性龈炎	(894)
口腔颌面部损伤	(895)
颌骨骨髓炎	(896)
唇裂和腭裂	(897)
牙源性肿瘤	(898)
口腔癌	(898)
四环素染色牙	(900)
牙齿部分缺失的镶复	(900)
牙齿全部缺失的镶复	(901)
烤瓷冠	(902)
种植牙	(903)
第二章 家庭护理	(904)
第一节 测体温 数脉搏 观察呼吸 测量血压	
.....	(904)
第二节 发热病人的家庭护理	(906)
降温	(907)
治疗指导	(907)

饮食护理	(907)
第三节 昏迷病人的家庭护理	(908)
加强防护	(908)
保持清洁卫生	(909)
观察病情变化	(909)
补充营养	(909)
预防并发症	(910)
第四节 心力衰竭病人的家庭护理	(910)
第五节 心肌梗塞病人的家庭护理	(912)
心理治疗	(912)
急性期需绝对卧床休息	(912)
避免肢体血栓形成	(912)
饮食宜清淡	(913)
心绞痛和心肌梗塞	(913)
警惕不典型的发病表现	(913)
第六节 偏瘫病人的家庭护理	(914)
功能锻炼	(914)
饮食护理	(915)
其他	(915)
第七节 截瘫病人的家庭护理	(915)
心理护理	(916)
预防并发症	(916)
第八节 腹部外科术后的家庭护理	(917)
第九节 胸外科术后的家庭护理	(918)
第十节 神经外科术后的家庭护理	(920)

帮助恢复病人的正常情绪	(920)
观察药物的疗效及不良反应	(920)
运动及理疗	(920)
语言训练	(921)
饮食的调理	(921)
生活护理	(921)
第十一节 泌尿外科术后的家庭护理	(922)
尿道修补术后护理	(923)
膀胱肿瘤的术后护理	(924)
肾脏术后护理	(924)
前列腺术后护理	(925)
肾下垂行固定术后护理	(925)
包皮环切术后护理	(926)
第十二节 骨折病人的家庭护理	(926)
牵引的护理要点	(927)
石膏固定的护理要点	(928)
外固定支架的护理要点	(928)
第十三节 血液透析病人的家庭护理	(929)
心理护理	(929)
合理膳食	(929)
动静脉瘘管 (透析治疗需建立的血管通路) 的护理	(930)
监测血压	(931)
根据医嘱及病情变化服药	(931)
按时做血液透析	(931)
第十四节 放疗、化疗期间病人的家庭护理	(931)

放、化疗期间共同的护理及措施	(932)
放疗期间特殊护理及措施	(934)
化疗期间特殊护理及措施	(937)
附录	(941)
I . 常用药物的简介	(941)
内服药物	(941)
外用药物	(943)
II . 药箱类	(943)
家庭药箱——家庭必备	(943)
旅游药箱——旅游必携	(947)
III . 就医指导	(948)
急诊	(948)
门诊	(950)
住院	(952)
探望病人	(953)
陪护病人	(954)
出院	(954)
IV . 各项检查须知	(955)
透视	(955)
拍片	(956)
支气管造影	(957)
食管造影	(957)
胃肠 (GI) 造影	(958)
胆囊造影 (口服法)	(958)
静脉胆道造影	(959)

静脉肾盂造影	(960)
膀胱造影	(960)
子宫输卵管造影	(960)
CT 检查	(961)
磁共振成像检查	(962)
超声波检查	(962)
心电图检查	(963)
脑电图检查	(964)
胃电图检查	(964)
脑血流图检查	(964)
同位素检查	(965)
纤维支气管镜检查	(965)
纤维胃镜检查	(966)
纤维结肠镜检查	(967)
膀胱镜检查	(968)
腹腔镜检查	(968)
V . 疾病预测预报	(970)
1 月份疾病预测预报	(970)
2 月份疾病预测预报	(971)
3 月份疾病预测预报	(971)
4 月份疾病预测预报	(972)
5 月份疾病预测预报	(973)
6 月份疾病预测预报	(973)
7 月份疾病预测预报	(974)
8 月份疾病预测预报	(975)

9 月份疾病预测预报	(976)
10 月份疾病预测预报	(976)
11 月份疾病预测预报	(977)
12 月份疾病预测预报	(978)
VI. 急救卡	(979)

自救互救篇

第一章 常见疾病 (症状) 急救	(981)
高热	(981)
惊厥 (抽搐包括高热惊厥、癫痫、瘧病)	(981)
昏厥	(983)
休克	(984)
附: 青霉素过敏休克	(985)
昏迷	(985)
高血压危象	(985)
脑血管意外 (中风)	(986)
心动过缓	(987)
心动过速	(988)
心力衰竭	(989)
心跳骤停	(990)
心绞痛	(990)
心肌梗塞	(991)
呕血、黑粪	(992)
咯血	(993)

附：咯血所致窒息病人的抢救	(993)
中暑	(994)
自发性气胸	(994)
低血糖症	(995)
灼伤	(995)
电击伤 (触电)	(997)
溺水	(998)
颅脑外伤	(999)
断肢 (指、趾) 伤	(1000)
骨折	(1001)
胸部外伤	(1002)
腹部外伤	(1003)
脊柱、脊髓损伤	(1004)
泌尿系统损伤 (尿道、肾、膀胱损伤)	(1005)
高空坠落伤	(1006)
塌方伤	(1007)
急腹症	(1008)
自杀 (缢死、刎颈、割脉)	(1010)
疔嵌顿	(1012)
狗咬伤	(1013)
猫咬伤	(1013)
毒蛇咬伤	(1014)
虫螫伤或咬伤 (蜂螫伤、蜈蚣咬伤、 蝎子螫伤、毒蜘蛛咬伤)	(1014)
外阴损伤	(1015)

阴道损伤	(1016)
流产	(1017)
异位妊娠 (宫外孕)	(1017)
卵巢囊肿扭转	(1018)
胎膜早破	(1019)
子痫	(1019)
急产	(1020)
产后出血	(1020)
结膜异物	(1021)
角膜异物	(1022)
眼球挫伤	(1022)
眼球贯通伤	(1022)
眼球化学伤	(1023)
外耳道异物	(1023)
鼻腔异物	(1024)
咽部异物	(1024)
食管异物	(1025)
气管异物	(1025)
鼻衄 (鼻出血)	(1026)
喉阻塞	(1027)
 第二章 中毒急救	 (1028)
服毒急救	(1028)
酸灼伤	(1029)
碱灼伤	(1029)

刺激性气体中毒	(1030)
急性一氧化碳中毒 (煤气中毒)	(1032)
有机磷农药中毒	(1033)
氨基甲酸酯类农药中毒	(1034)
拟除虫菊酯类农药中毒	(1035)
杀虫脒农药中毒	(1036)
河豚鱼中毒	(1036)
蟾蜍中毒	(1037)
动物甲状腺中毒	(1038)
毒蕈中毒	(1039)
苦杏仁中毒	(1041)
白果中毒	(1042)
桐油中毒	(1043)
蓖麻籽中毒	(1044)
霉变甘蔗中毒	(1044)
棉籽和棉籽饼中毒	(1045)
曼陀罗中毒	(1046)
夹竹桃中毒	(1046)
麦角中毒	(1047)
亚硝酸盐中毒 (肠源性青紫症)	(1048)
吃错药中毒	(1049)
 第三章 灾害伤急救	 (1051)
火灾伤	(1051)
水灾伤	(1053)

地震伤	(1054)
车祸伤	(1055)
空难伤	(1057)

第四章 现场急救基础知识 (救护四项技术及心肺复苏)

.....	(1058)
止血	(1058)
包扎	(1065)
骨折固定	(1083)
搬运	(1090)
心肺复苏	(1094)
电话呼救须知	(1102)

预 防 保 健 篇

第一章 增进健康靠自己

“健康是福，无病是乐”，反映了人们谋求健康的愿望。长期来，在增进健康的努力中，人们往往依赖于医生、药物或医疗设施，较少重视自身潜能，以致使本来可以预防或避免的疾病难以幸免，降低了健康水平，失去了原本可以延长的寿命。

在日常生活中，有些人被疾病折磨了几十年，但对自己所患的疾病却一无所知，或知之甚少，把疾病康复的全部希望和权力统统交给医生。实际上，医生并不是疾病康复的主体，真正的主体是病人自己。拿冠心病来说，饮食中高胆固醇、吸烟、肥胖、高血压和紧张情绪等是引起和加剧冠心病的危险因素。这些因素属于社会、心理和行为因素，也称“自我创造的危险因素”。预防和治疗冠心病，不设法控制这些危险因素，单靠医生或药物显然是难以奏效的。至于在疾病康复手段和方法上，除药物外，诸如体操、太极拳、气功、按摩、饮食等自我保健方法，更是医生所替代不了的。

随着人类进步，社会发展，医学模式发生了变化，人类疾病谱和死因谱也发生了变迁，恶性肿瘤、心脑血管疾病、精神性疾病、意外死亡等一些非传染性疾病在明显地增多，如不采取有效措施，非传染性疾病的大流行就将不可避免。随

着医学科学发展，人们越来越清楚地认识到，这些非传染性疾病的发生与生活无规律、精神紧张、疲劳、不合理饮食、缺乏锻炼和吸烟等有着密切关系。我国医务工作者对高血压、心脏病的高危人群和健康人群进行生活方式与行为指导，使脑血管疾病的发病率、死亡率分别下降 20% 和 18%。美国有两位卫生学家对 7000 名 45 岁以上成年人随访，结果发现：(1) 每晚睡眠 7~8 小时；(2) 一日三餐，不吃零食；(3) 每天吃早饭；(4) 控制体重，保持正常状态；(5) 适量运动；(6) 不吸烟；(7) 饮酒适量。上述七项卫生习惯，能经常做到六项或七项者较只能做到三项或不到三项者，平均寿命长 11 岁。

笔者亲身碰到两位年龄相仿的老干部，1971 年两人同时因冠心病心绞痛同住在一家医院。病情稳定出院后，一位十分注意保养，二十几年来始终如一，至今还健在；可是，另一位，对疾病抱无所谓态度，在出院后不久的一天午饭后洗冷水澡，突然心肌梗塞致死。再有一个例子，发生在作者单位里，一位是单位的领导，平素体健，很少生病。另一位是这位领导的秘书，虽然年青了十多岁，可时常患病。大热天，别人穿短袖、短衫还嫌热，可她却穿两用衫还嫌冷。这位秘书深知自己体弱多病，十分注意保养，至今还活着。可是，这位领导已经过世好几年了。体弱多病的健在，平素健康的却过世，这里悟出一个道理，人与机器一样，同样需要保养。

劳逸结合，合理营养，适量运动和消除疾病危险因素，通过自己主观努力达到保护和促进健康的措施，我们称它为自我保健术。谁掌握了自我保健术，谁就掌握了健康的钥匙，谁

也就掌握了驾驭健康的本领。可是，在我们周围却有不少人，总认为工作忙，任务重，自我保健顾不上。大家一定还都知道我国著名数学家张广厚吧，如果张广厚同志能及早注意自己疲累，实事求是地对待自己的身体，量力而行，注意休息和锻炼，如果能懂得一点自我保健知识，在有限的条件下，尽可能地注意营养调节与饮食起居，那么，张广厚，这位祖国宝贵的数学人才可能还会微笑地生活在我们中间，为祖国作出更大贡献。无数事实和血的教训告诉我们——要珍惜健康！

第一节 疲劳是万病之源

疲劳是万病之源。疲劳是指因过度的体力或脑力劳动引起劳动能力下降的现象。疲劳一般分全身疲劳、个别器官疲劳、智力疲劳和技术疲劳 4 种。

全身疲劳 主要因全身参与较为繁重的体力劳动所致，表现为全身乏力、不适、疲惫、肌肉关节酸痛、以及懒动等疲倦感和作业能力明显下降，错误增多，动作迟钝不协调，以至打瞌睡等。

个别器官疲劳 常发生在仅需个别器官或肢体参与的紧张作业，如抄写、篆刻、打字等，它与全身性疲劳区别在于疲劳发生在局部，一般不影响其他部位功能。

智力疲劳 主要长时间从事紧张的脑力劳动所引起的第二信号系统活动能力降低，表现为头昏脑胀、全身乏力、瞌睡或失眠、易激怒和肌肉松弛等。

技术性疲劳 常见于脑力与体力并重，且神经精神相当

紧张的作业，如驾驶汽车、火车、飞机、操作半自动化机器、收发电报，以及电子计算机荧屏前操作、写作、阅读过度等。这类疲劳常并有全身疲劳、个别器官疲劳和智力疲劳特征，其表现视劳动时体力与脑力参与的比重而异。如卡车驾驶员疲劳时除全身乏力外，腰酸腿痛为常见；而无线电收发报员、半自动化作业操作工和文秘人员等，则以头昏脑胀、瞌睡或失眠为多见。

疲劳是机体功能暂时性障碍，属正常生理反应，起一种防止机体“过劳”的预警作用。因此，在劳动或学习过程中，当出现疲劳现象时，应采取相应措施，否则会引起“过劳”。疲劳一般能通过休息或睡眠得到恢复，若仍难以恢复，表明机体已经过劳，向你出示黄牌警告，应引起充分重视。

过劳是疲劳得不到消除，如长期工作紧张、超负荷作业是产生过劳的主要因素。休息不好、睡眠不足、过量饮酒、吸烟、滥用兴奋药物，也是促使过劳的原因。过劳的主要表现是不能安静下来，且常是慢性积累而又难于消除。过劳是一种下意识的疲劳感，它既不易被迅速消除，也不易用咖啡等一类兴奋剂得到缓解。过劳往往是疾病的前奏。据统计，日本每年有 1 万职工因过劳而猝死。有资料证明，在过劳的人群中约有 1/6 的人易发生心血管系统疾病，其余的人主要表现为操劳过度综合征，即精神上经常处于紧张状态，并感到工作上有沉重压力，长期下去能导致食欲不振、便秘、神经过敏，有时伴有心功能异常、消化功能减弱和失眠等不适。

过劳是疲劳的深一层次表现，难以通过一般休息和睡眠恢复，而需要通过消除导致工作过于紧张、繁忙和失调的人

际关系因素，适当地参加体育活动，保证充分休息和保持心情舒畅、生活安定等综合措施才能奏效。

第二节 一日保健术

早晨醒来赖会儿床

这虽然与预防、消除疲劳关系不大，但却是一项很重要的保健措施，尤其对上了年岁的人更为重要。有人对 98 例脑血管意外的发生时间进行分析，发现每年 12 月、1 月和 2 月是脑血管意外的发生季节，54.08% 的病例发生在这段时间里。同时，又对发生时间作了分析，发现每天 0 点至 8 点是脑血管意外的发生时间，57.15% 的病例发生在这段时间里，其中 37.7% 的病例集中发生在清晨 5 点至早晨 8 点。这一分析清楚地预示，清晨 5 点至早晨 8 点是脑血管意外发生的危险时间。为了预防脑血管意外的发生，中老年人，特别是患有高血压等疾病的人，早晨醒来不要急着起床，应该睁开眼睛先在床上适应一会，赖一会儿床，再起床穿衣。更不要屁股朝天，头朝地扎鞋带，而应坐下来扎鞋带，然后开始一天的活动。

对镜观色

每天早晨起床后第一件事是照镜子。照镜子首先是观察面色，经过一夜休息，疲劳是否消除，精神是否充沛，面色是否红润。人的面色与人体内脏有着极为密切的联系。面部

色泽的好坏，可反映人体是否健康。明亮而润泽说明健康状况良好。若发现面色晦暗或者萎黄，口唇发紫，眼圈发黑等情况时，提示疲劳未消除，或者有病，除了设法进行自我调节，适当减轻工作量外，必要时还要请医生诊治。然后，张口自然地将舌头伸出口外，伸舌不要过分紧张，以免引起舌质颜色改变，但要充分暴露舌体。先看舌苔，依次从舌尖，舌中及舌根的两旁，再沿舌尖至舌边观察舌质。通常正常的舌苔薄而均匀地分布在舌面，中心较厚。正常的舌质颜色淡红，不浅不深（多看了慢慢会掌握）。若舌质颜色改变，太红或太淡等现象提示有病，应及时请医生诊治。最后观察一下头发，乌黑有光泽，健康状况良好。蓬松、枯黄提示营养状况欠佳或有病。另外，体会一下自我感觉，如果头昏、目眩、耳鸣、牙齿浮起来、口苦无味、吃东西不香、下肢疲软、精神倦怠、注意力不集中、写作时易出错以及失眠、烦躁等情况时，表明疲劳没有得到及时消除，“过劳”已经发生。这时，千万不能再勉强挺下去，更不能乱服兴奋剂，否则会象给疲劳的马加鞭一样，虽然可以暂时强迫马儿快跑几步，然而不久马儿就会衰竭倒地。休息是使人体从疲劳中得到恢复的最有效、最符合生理要求的一项自我保健技术。革命导师列宁说得好，会休息的人就会工作。当今社会信息万变，面对纷繁复杂的信息，若处理不当或不能适应，盲目蛮干，不注意休息，久而久之积劳成疾贻害健康，给社会和家庭带来难以挽回的损失。所以，学会识别疲劳，把握工作度，身体力行，是养生保健必不可少的一项措施。

刷牙、漱口

保护牙齿健康最基本、最主要也是最经济的方法是刷牙。科学的刷牙方法要算日本牙医专家倡导的刷牙三三制，即每天刷3次牙，每次刷3个牙面，每次刷3分钟。

每天刷3次牙：指的是3餐后刷牙。

每次刷3个牙面：指每次刷牙时，刷洗牙齿的唇和颊面、舌面、咬合面3个面。

每次刷牙3分钟：指每次刷牙必须坚持3分钟。据调查，多数成年人每次刷牙不到45秒钟，儿童更短。时间短达不到刷牙要求。可是，刷牙时计算时间不易办到，经牙医师测算，每次刷牙如果每个牙面刷10次左右，那么，完成了前后左右上下内外16个面160次的刷洗，约需3分钟，这样才能把滞留在牙缝里的食物残渣和菌斑清除掉，同时也是对牙龈的一种按摩，起到预防和消除牙周病的作用。除了刷牙外，在餐后还要用清水漱口。

如果3次刷牙实在有困难，那么，至少做到早晨起床后和睡觉前各刷洗1次，餐后清水漱口，以达到洁口、固齿和防牙病作用。

冷水浴（脸）

取干净的自来水或井水、湖水、江河或池塘水，倒入木桶或浴池内浴身，或直接到游泳池、江河、湖泊中去沐浴。冷水浴的时间可根据各人的体质状况而定，如水很冷，一般2~3分钟即可。沐浴后用干毛巾擦干身体，直至皮肤发红，穿好

衣服，休息 10 分钟。体质差的人可局部洗、擦，也可用冷水洗脸。

冷水浴能兴奋神经，刺激心血管功能，强壮体质，提高对外界的适应能力。

护肤

化妆品使用得当，能起到护肤美容保暖的作用。

人体皮肤大致可分干性、中性和油性三大类。判定皮肤类型非常简单，一般在早晨起床后看一看面部，如脸部浮现油脂，属油性皮肤；如脸部无油脂光泽，则为干性皮肤；如脸部油脂隐现，搽粉时不易脱落，则为中性皮肤。油性皮肤，宜选用粉质润肤品，如雅霜、面友、雪花膏、香粉蜜。干性皮肤宜选用油脂护肤品，如冷霜、百雀羚、香脂、维尔肤等。中性皮肤可选用奶液、杏仁蜜、柠檬蜜等。皮肤明显衰老、多皱，则可搽些营养性珍珠霜等护肤用品，并辅以经常按摩皮肤，有可能变得柔嫩光泽。

除了根据各人皮肤类型选用护肤用品外，还要注意选购化妆品一定要经过卫生防疫部门检测合格的产品，用前先用中性肥皂清洁脸部，然后再使用护肤用品。冬天干性皮肤，特别是刮西北风的天气应该多搽点，夏季多汗宜少用或不用。

晨饮一杯水

起床后饮一杯冷开水（300~500 毫升）有助于机体代谢，废物排泄，补充睡眠中随呼吸、汗液等丧失的水分，有助消除疲劳，促进机体唾液分泌，增进食欲。有人观察，晨饮一

杯凉开水，对胃溃疡和慢性胃炎病人有一定的增进食欲的作用，但不能大量饮水，否则会引起胃部不适，反而降低食欲。高血压、冠心病和肝、肾功能不全者不宜采用。

适量运动

“生命在于运动”是法国思想家伏尔泰的一句名言，一语道破了生命的奥妙，揭示了生命活动的一条规律。保持脑力和体力协调的适宜活动，是预防、消除疲劳和健康长寿的要素。体育锻炼对中老年人来讲尤为重要。中老年人好静不好动、倾向安静生活，是导致肥胖、心血管疾病、糖尿病和骨质疏松发生的危险因素。所以，中老年人体育锻炼与营养具有同等重要意义，还能使高密度脂蛋白相对增高，低密度脂蛋白（促血管硬化、冠心病因子）相对减少，甘油三酯明显降低，体脂减少，腰围缩小。经常锻炼的人血液总容量可增加 10%或更多，遇到紧张时血压不至于过度升高，并降低心肌梗塞和脑卒中的危险性。此外，体育锻炼还能增强人体的免疫力，减少感冒等感染性疾病的发生。有人对 80 多名经常打太极拳的老人观察，在同一年龄组，打拳组高血压的患病率比不打拳组要低一半以上，发生高血压的年龄期也推迟 10～15 年。也有人对 40 岁以上知识分子进行调查，不经常参加锻炼者，冠心病的发病率比经常参加体育锻炼者高出 2 倍。

体育锻炼贵在坚持，重在适度。千万不可三天打鱼两天晒网，有空做做，忙了不做，想到参加，想不到不参加，而是应该作为一天生活中的必修课，天天雷打不动。体育锻炼的最佳时间是清晨起床后，每天半小时左右，上午和下午如

能再参加工（课）间操，那更为理想。寒冬腊月天气寒冷，也可改在傍晚进行。锻炼项目可因人而异，广播操、练功十八法、太极拳、气功、健身跑、散步、登高运动、球类或足健疗法等，不必作硬性规定，但需注意的是运动量掌握要适度。一般以锻炼完毕，冬天自觉感到全身暖和；夏天微微出汗但不觉得心跳为度。千万不可不锻炼则罢，一锻炼满头大汗、气喘、心跳，这样对年老体弱多病的人非但无益，有时反而有害，甚至发生意外。

这里介绍一套给中老年知识分子的健身操：

梳头

起床后，观察好面色和舌苔以后，早锻炼前对着镜子梳头。先直向梳刷。木梳（勿用塑料、金属制梳，最好是黄杨木梳。若无木梳，也可用手指代替，但指甲要修剪得光滑）从前额经头顶向枕部梳刷。每分钟约 20~30 次，每天 1 次，每次 3~5 分钟，以后逐渐加快。梳时用力要均匀、适当，不要用力过猛，以防划破皮肤。接着斜向梳刷，手握梳柄，手腕回转，使梳子端碰着头皮，斜向梳刷。先顺着头形梳，将头发梳顺。接着逆向梳，再顺着头形梳。

梳头的划擦运动，可以刺激头皮神经末梢和分布在头部经穴，通过神经和经络传导，作用于大脑皮层，调节经络和神经系统，松弛头部神经，促进局部血液循环，刺激皮下腺体分泌，达到消除疲劳、强身、促进头发生长，对脑力劳动者尤为适宜。

浴手

浴手是保健按摩中的一种。取习惯体位，排除杂念，心静神凝，耳不旁听，目不远眺，意守肚脐，两手合掌由慢到快搓热。

搓面

浴手时搓热的手平放在面部，两中指分别由前额沿鼻两侧，向下至鼻翼两旁，反复揉搓，到面部发热为止。然后闭目，用双手指尖揉按眼部及周围。

活动颈部

先用两手食指、无名指反复按摩风池、风府穴位，力量由轻到重，直到局部发热，然后左右、前后活动颈部。

缩唇呼气

直立两手插腰，先吸气，然后缩唇，慢慢呼气，直到吐完为止，再深深吸一口气，反复数次至十余次。这样能延长氧气在肺泡内时间，促进氧气与二氧化碳交换，慢慢呼气减少残余气体在肺泡内存在，这对慢性支气管炎和肺气肿病人有非常重要的保健作用。

弯腰

两脚自然分开，两手插腰，先左右侧弯 30 次左右，再前后俯仰 30 次，然后两臂左右扩胸数次。

接着，根据各人体力、时间等条件，可选择下述一种或几种方法进行锻炼。

散步

散步是指不拘形式、闲散、从容地踱步。

散步的要领：

1. 散步前应该让全身放松，适当地活动一下肢体，调匀呼吸，平静而和缓，然后再从容展步，否则便达不到锻炼目的。

2. 步履宜轻松，犹如闲庭信步之态。这样，周身气血方可调达平和，百脉流通，内外协调，是其他剧烈运动所不及的。

3. 散步宜从容和缓，不宜匆忙，更不宜琐事充满头脑，这样可使大脑解除疲劳，益智养神。

4. 散步宜循序渐进，量力而行，做到形劳而不倦，勿令气乏喘吁。这对年老体弱有病的人，尤应注意，否则有害身体。

5. 散步的速度：分缓步（指步履缓慢，行走稳健，每分钟约 60~70 步，这种散步适于年老体弱及饭后运动）；快步（指步履速度稍快的行走，每分钟约 120 步左右，由于这种散步比较轻快，久久行之，有振奋精神，兴奋大脑，使下肢矫健有力）；和逍遥步（指散步时且走且停，且快且慢，行走一段距离，停下来稍休息，继而再走。或快步一程，再缓步一段，这种走走停停、快慢相间的散步，适用于病后康复和体弱多病的人）三种。

散步养生健身要取得效率，最关键的一点，是持之以恒，日久天长，方可显现出来。

慢跑

不需要特殊条件，一般选择空气新鲜、人口密度低的地方进行。锻炼慢跑可以从每分钟跑 50 米的速度开始，跑与走交替，以走作为休息，每次锻炼不少于 10 分钟，1~2 周后可逐渐增加到每分钟跑 100 米，适应了再适当加快速度。时间也可从 10 分钟增加到 20~30 分钟。慢跑中注意身体反应，脉搏数维持在每分钟 170 次— 年龄范围，如 40 岁的人脉搏数维持在每分钟 130 次左右为好。

慢跑时能吸进足够氧气，所以在跑步后会感到头脑清醒，能增加工作的信心。

登高运动

最常见的登高运动是爬楼梯。爬楼梯是一项非常有益的健身活动，这是因为上下楼梯肌肉有节律地收缩与放松，能增强腿部和腰背部肌肉的力量，使关节灵活，两腿有力。另外，登楼时，由于肌肉运动增加，氧气消耗增加，加速血液循环和呼吸运动，从而改善心血管和呼吸系统功能。

爬楼梯锻炼，需有一定运动量，除平时上下楼外，还应在早上或晚上专门安排一次锻炼，但不宜在公共场所或上下楼高峰时间进行，以免发生意外。

此外，还有广播操、太极拳、练功十八法、气功、武术、球类和游泳等，可结合各人的具体情况选择，进行锻炼。

便后察病

养成定时大便，这对健康十分有利。大便时间因人而异，最好安排在早锻炼结束以后。每次大便结束，尤其是上了年岁的人，一定要养成一个习惯，就是回过头去观察一下大便的外形、质地，看一看是否变形，如果大便变扁、变细，或者表面有条状凹陷，都应引起重视，及时请医生诊治。另外，再看一看大便质地，正常大便呈棕黄色，软泥样，如果大便表面带血，在医生尚未明确诊断之前，千万不可自以为是痔疮或肛裂所致，而应该及时请医生检查清楚。医生碰到这类病人，千万不要怕麻烦，无论如何作一次肛指检查，必要时还要进一步作检查方能明确诊断。据上海肿瘤医院统计，476例大肠癌中，最初发现大便中带血者有312例，占66%。但是，从便血到纤维结肠镜检查确诊为癌，最短的间隔时间为5个月，最长42个月，教训极其深刻。大便呈灰白色，提示肝胆有病；黑色发亮呈柏油样，为上消化道出血，均应请医生诊治。

正常尿液呈淡黄色，出汗多、饮水少或疲劳时尿呈深黄色，应适当休息，多饮水。尿液呈深黄色、绿褐色提示肝胆有病；淡红色或褐红色且混浊，多见于血尿；酱油色红褐色而透明者，多见于血红蛋白尿和肌红蛋白尿，乳白色多见于乳糜尿，均应引起重视，及早请医生诊治。

不忘进早餐

美国学者将进早餐列为健身的一项措施，有其一定道理。

在日常生活中，一日三餐的安排，问题最大的是早餐。俗话说，一年之计在于春，一日之计在于晨，一般上午的学习、工作强度比下午大得多，体力、脑力消耗大，所需能量也多。早餐马马虎虎，有的甚至不吃早饭就去上学、上班，能量摄入不足，或者没有，逼使动用体能，消耗体内糖类、脂肪和蛋白质，这是一种最不明智的做法。因为，贮存体能，将糖、脂肪和蛋白质贮存起来，需要做功。然而将已经贮存的糖、脂肪和蛋白质转化为能量，又要做功，所以说付出很多，可是得到的却很少，往往不能满足人体需要，易发生疲劳。久而久之，体质下降，诱发疾病。也有的早餐搭配不当，过分强调营养，喝牛奶，吃鸡蛋，却忽视碳水化合物（谷类食物）的摄入，结果能量摄入依然不足。上海市儿童保健所调查发现20%的营养不良儿是能量摄入不足，也即做爸爸妈妈的只顾给孩子吃高蛋白、高营养，而忽视了吃饭，没有给孩子吃饱而导致营养不良。正如有人说的那样，现在不是营养素缺乏，而是营养知识缺乏。

那么，怎样才能使早餐吃饱、吃好呢？理想的早餐是“干稀搭配”，即粥、馒头、豆浆等搭配；“主副混食”，即除了主食外，最好有鸡蛋、咸蛋、花生米、黄豆、肉类等副食品搭配，这样才能满足人体对营养的需要，保持充沛精力工作和学习。当然，这样说并不否定午餐和晚餐的重要性，而是为了增进人们对早餐在人体健康意义上的认识，纠正不重视早餐的不科学做法。

合理膳食

营养是保证人体健康长寿的物质基础，人体器官的功能和组织的正常代谢依赖着必需的营养，而这些营养物质又通过合理膳食而获得。营养因素对疾病的防治以及衰老过程有相当大的影响，尤其是对晚年的健康状况更为密切。营养良好的人能有效地延缓衰老。如有些人 60 岁就表现出虚弱、行动不稳、容易疲劳、动作缓慢、呼吸短促和感觉迟钝。但有一些人，年过八旬仍像“青年人”。因此，决定生命后期生理性或机能衰老程度在某种意义上说取决于营养状况而不是生存的年龄，也就是说吃得下长寿。营养不足会使人体体质下降，容易发生疾病，加快衰老。营养过剩又会给人带来麻烦，如肥胖伴发高血压、冠心病、糖尿病和动脉硬化等。如今上海城乡居民膳食营养状况的特点是：营养不足与过多并存，从而导致某些同营养缺乏症和营养过多的有关疾病（肥胖症、心血管疾病等）并存。若按其自然发展，营养缺乏症将会逐渐减少，而同营养过多有关的疾病将会逐渐增加。

针对这一情况，营养学家提出了合理膳食。

那么，怎样才能做到合理膳食呢？

第一是全面平衡，即样样都吃，不挑食，不偏食。众所周知，任何一种单一的天然食物都不能提供人体所需要的全部营养素。因此，合理膳食必须由多种食物组成，才能达到平衡膳食之目的。食物按其成份可分成五类，第一类是谷类、薯类，主要提供碳水化合物、蛋白质和 B 族维生素，是中国膳食的主要热能来源。第二类是动物性食品，如肉、禽、蛋、鱼、

乳等，主要提供蛋白质、脂肪、矿物质、维生素 A 和 B 族以及必需脂肪酸。第三类为大豆及其制品，主要提供蛋白质、脂肪、纤维素、矿物质和 B 族维生素。第四类为蔬菜和水果，主要提供纤维素、矿物质、维生素 C 和胡萝卜素。第五类为纯热能食物，包括动植物油脂、各种食用糖和酒类，主要提供热能和必需脂肪酸。营养学家建议：

1. 适当增加动物性食物，以提高膳食蛋白质数量和质量，但要防止过剩。

2. 改变以猪肉为主的动物性食物结构，增加鸡和鸭等禽类、水产品和乳类的摄入量，防止脂肪特别是饱和脂肪过剩。

3. 增加大豆制品的摄入量，以改善膳食蛋白质的数量和质量。

4. 稳定粮食的摄入量，保持我国“五谷为养”的优良传统，但要限制蔗糖摄入量，目前可以纽特健康糖代替蔗糖，防止热量摄入过多。

5. 保证蔬菜摄入量，最好每人每天能摄入各种蔬菜 500 克左右，以确保某些维生素、矿物质、纤维素的来源。

6. 食用菌应纳入膳食结构，因其所含蛋白质高，必需氨基酸比例合适，含多种微量元素，可提高机体免疫功能。

饮食应多样，不能偏食（参见表 1-1）。老年人要注意多进食豆及豆制品、乳类、瘦肉、虾皮、蛋类、海带和蔬菜。不要吃得太咸、太甜，平均每天盐摄入量为 10 克（高血压病人 5 克）。偏食可导致与多种营养有关的疾病，如果摄入过多动物脂肪、盐和糖、而缺少新鲜蔬菜和水果，常常是高血压、冠心病和脑卒中的危险因素。在选择食物时，应注意新鲜度，一

次烹调尽可能一天内吃完，少吃隔夜菜，即使有了冰箱也不例外。粮食干果注意贮存，以免霉变，选购包装熟食时，应注意包装袋上的保存期和出厂期。

保持中国膳食以植物性食物为主，动物性食物为辅，热能来源以粮食为主的特点，避免西方国家膳食模式所带来的脂肪过多和热能太高的弊端。

第二是适量。太胖或太瘦都不利于健康。既往养生经验提出“食不过饱”的主张，其目的就是要使饮食适度，饥饱适当，热能和蛋白质等营养素摄入与消耗相适应，避免过胖或消瘦。经常称量体重是衡量饮食是否适度的常用方法。

第三是三餐要合理。要建立合理的饮食制度，切忌暴饮暴食，提倡不吃或少吃零食。一日三餐中每餐的热能分配以早餐占全天总热能的 30%，午餐占 40%，晚餐占 30% 较为合适。

有人试验，每天早上一次摄入 2000 卡路里的食物，对体重影响不大；而晚上摄入这么多热量的食物，就会增加体重。还有人做过这样一个试验，两组人进食同样的食品，一组

表 1-1 居民理想膳食结构 (第天人均进食量为克)

粮食	150	鱼类	18
薯类	16	蛋类	12
干豆 (大豆为主)	18	奶类	24
食用植物油	8	蔬菜	183
食粮	6	水果	10
肉类	24	食用菌	6

正常体重衡量公式：

男性老年人正常体重值计值（千克）= [身高（厘米）— 100] × 0.9

女性老年人正常体重值计值（千克）= [身高（厘米）— 105] × 0.92

— 50%~+10%者属偏高或偏低；+10%~+20%者为超重，> 20%者为肥胖；— 10%~20%为低重；>— 20%者为消瘦（详见表1— 2、表1— 3）。

表 1— 2 男性老年人正常体重估计值（千克）

身高 (厘米)	消 瘦	低 重	正常估计值			超重	肥胖
			下限	平均	上限		
156	41. 1	46. 3	48. 8	51. 4	53. 9	56. 5	61. 6
158	42. 6	47. 9	50. 5	53. 2	55. 9	58. 5	63. 8
160	44. 0	49. 5	52. 3	55. 0	57. 8	60. 5	66. 0
162	45. 4	51. 1	53. 9	56. 8	59. 6	62. 5	68. 2
164	46. 9	53. 7	55. 7	58. 6	61. 5	64. 5	70. 3
166	48. 3	54. 4	57. 4	66. 4	63. 4	66. 4	72. 4
168	49. 8	55. 9	59. 1	62. 2	65. 3	68. 4	74. 6
170	50. 4	56. 7	59. 9	63. 9	66. 2	69. 3	75. 5
172	51. 8	58. 3	61. 6	64. 8	68. 0	71. 3	77. 8
174	53. 3	59. 9	63. 3	66. 6	69. 9	73. 3	79. 9
176	54. 7	61. 6	64. 9	68. 4	71. 8	75. 2	82. 1
178	56. 2	63. 2	66. 7	70. 2	73. 7	77. 2	84. 2
180	57. 6	64. 8	68. 4	72. 0	75. 6	79. 2	86. 4
182	59. 0	66. 4	70. 3	73. 8	77. 5	81. 2	88. 6

表 1-3 女性老年人正常体重估计值 (千克)

身高 (厘米)	消瘦	低重	正常估计值			超重	肥胖
			下限	平均	上限		
150	36.0	40.5	42.8	45.0	47.3	49.5	54.0
152	37.6	42.3	44.7	47.0	49.4	51.7	56.4
154	39.2	44.1	46.6	49.0	51.5	53.9	58.8
156	40.8	45.9	48.5	51.0	53.6	56.1	61.2
158	41.0	46.2	48.7	51.3	53.9	56.4	61.5
160	41.8	47.1	49.7	52.3	54.9	67.5	62.8
162	43.3	48.7	51.4	54.1	56.8	59.5	64.9
164	43.4	48.9	51.6	54.3	57.0	59.7	65.1
166	44.9	50.5	53.3	56.1	58.9	62.2	67.8
168	46.3	52.1	55.0	57.9	60.8	63.7	69.5
170	47.8	53.8	56.8	59.8	62.8	65.8	71.8
172	49.3	55.4	58.5	61.6	64.7	67.8	73.9

早晨 7 点钟进食；另一组下午五点半进食（每人每天仅吃一顿），结果早晨进食人体重普遍下降，而下午五点半进食的人体重却不断上升。另外，科学家还发现，进餐次数和进餐时间对血清胆固醇水平有很大影响，多餐次可使血清胆固醇维持在较低水平。同样量的胆固醇食物，分 8 次进餐血胆固醇水平比 3 次进餐低；6 餐比 1 餐更低。而目前日常生活中，白天忙于工作，早餐、中餐马虎，晚上全家团聚，餐桌上鸡、鸭、鱼、肉、蛋样样俱全，一天中 70% 热量摄入集中在晚饭，使血脂猛升，导致血管硬化和冠心病。另外，人过中年，机体处理糖的能力降低，表现为糖耐量下降，热量过

分集中在晚饭摄入，易诱发糖尿病。据调查，40岁以前，糖尿病少见，40岁以后，几乎每增加10岁，糖尿病发病率增加10%左右。调查还发现，城市居民糖尿病发病率明显高于农民，这一结果与城市居民“早饭吃得少，中饭吃不好，晚饭酒菜饱”的不良饮食习惯有一定关系。所以，国内外营养学家提倡：满足早餐，吃好午餐，节制晚餐，确实是项很重要的保健措施。

第四是夜点心不能吃得^①太油、太饱。俗话讲“美食不可多吃，贪食使人生病”，这话是有科学道理的。暴饮暴食，特别是吃了大量肥肉、排骨、肥鸡、肥鸭等高蛋白、高脂肪饮食，尤其是吃完夜点心忙着上床睡觉，促使人体内胰腺外分泌过于活跃，胰液外溢；同时，暴饮暴食后会使胃、十二指肠粘膜充血和十二指肠乳头水肿，导致胰腺自身消化，引起急性出血性坏死性胰腺炎。病人常因剧烈疼痛而休克，个别来不及抢救而死亡。

逢年过节，婚丧喜事，不能贪食，平时饮食也应节制，吃饭后要适当活动，尤其是夜点心吃了最好休息一下再睡，防止意外。

少饮酒、多喝茶

酒中的主要成分是乙醇，适量饮用对人体有兴奋作用，使血管扩张，循环加强，振奋精神，解除疲劳；酒对味觉、嗅觉也有刺激作用，在饭前饮用少量“开胃酒”可以增进食欲。一般认为每次饮酒量以啤酒半瓶，葡萄酒、绍兴黄酒100克（2两）为限，不能超过200克（4两），白酒以25克（半

两)为限,绝对不能超过 25 克(半两)。随着饮酒量增多,兴奋作用也随之加强,出现面色渐红、心跳加快、精神兴奋、多言。饮酒量继续增多,兴奋就会过分剧烈,脸面变绯红或变白、精神激动、手舞足蹈、口出狂言、难以自制;饮酒过度,兴奋转抑制,步履蹒跚、语无伦次、萎靡嗜睡、甚至不省人事,严重的抑制生命中枢而致死。

各人的酒量不一,适量饮酒有益健康,酗酒或饮酒成瘾都危害健康,给家庭、社会带来不幸。给人敬酒,是友好表示,要适可而止,敬酒过分,强人所难,都是不文明的举止。

喝茶是我国人民传统的习俗。其不仅能补充人体所必需的水分,还能补充维生素 C 等对人体有益的物质。茶叶中含有茶碱,适量饮用有提神醒脑、消除疲劳的作用,茶还具有调节人体脂质代谢,降低血脂等作用。但是,不提倡喝得越浓越好。另外,有慢性胃炎的人不宜多饮,更不能喝浓茶。有失眠的人,睡前不能喝茶,特别是浓茶。

不吸烟

吸烟的危害,尽人皆知。全世界每年因吸烟死亡达 250 万人之多,吸烟是危害人类健康的第一杀手。自觉养成不吸烟的良好个人卫生习惯,不仅有益于健康,而且也是一种高尚公共卫生道德观念的体现。在吸烟的房间里,尤其是在冬天门窗紧闭的环境中,室内不仅充满了人体呼出的二氧化碳,还有吸烟者呼出来的一氧化碳。据测定,在香烟的烟雾中含有 3%~6% 的一氧化碳,会使人感到头痛、倦怠,工作效率下降,更为严重的是在吸烟者吐出来的冷烟雾中,烟焦油和烟

碱的含量比吸烟者吸入的热烟含量多1倍,苯并芘多2倍,一氧化碳多4倍,氨多50倍。苯并芘和煤焦油均致癌,尤以前者为甚。

有资料表明,长期吸烟者的肺癌发病率比不吸烟者高10~20倍,喉癌发病率高6~10倍,冠心病发病率高2~3倍,循环系统发病率高3倍,气管炎发病率高2~8倍。有人调查了1000个家庭,发现吸烟家庭16岁以下的儿童患呼吸道疾病的比不吸烟家庭为多。5岁以下儿童,在不吸烟家庭,33.5%有呼吸道症状,而在吸烟家庭有呼吸道症状的占44.5%。

吸烟对女性有特殊的危险,吸烟的妇女如果正使用口服避孕药,会增加心脏疾病发作和下肢静脉血栓形成的机会,吸烟孕妇的胎儿易发生早产和体重不足,婴幼儿期免疫功能降低,容易生病;据统计,孕妇被动吸烟的婴儿致畸率明显增高。

吸烟害人又害己,应该自觉养成不吸烟的良好卫生习惯。

学会午睡

午睡对消除疲劳、增进健康非常有益,是一项自我保健措施。尤其在夏天,日长夜短,晚上往往又很闷热,使人难以入睡,以致睡眠时间不足,白天工作常常会感到头昏脑胀精神不振,容易疲劳,午睡能起到调节作用。理想的午睡是平卧,平卧能保证更多的血液流到消化器官和大脑,供应充足氧气和养料,有利大脑功能恢复和帮助消化吸收。午睡时间一般半小时左右为宜,否则会影响晚上睡眠。

热水坐浴和泡足

每晚临睡前，取一只铝盆或木盆，放在方凳上，加热水（水温以能忍受，不烫伤为度）至半脸盆，臀部坐在盆中。冬天气温低，水温容易下降，应随时添加热水，使水温保持在一定温度为好。每晚一次，每次 5~10 分钟左右。坐浴时再配合做提肛功，放松情绪，做深呼吸动作，在吸气时收缩肛门，呼气时放松，一收一放为一次，反复做 10~20 次。如果便后能再增加一次坐浴，对痔疮和慢性前列腺炎等疾病还有一定治疗效果。如果外痔脱垂或内痔出血，坐浴后，肛门周围涂上少量金霉素眼膏也能收到一定疗效。

热水坐浴有利促进血液循环，能消除疲劳，有利睡眠。

热水泡足，也称浴足疗法。取坐浴的热水，再适当加入开水，使水温维持在 50~60℃ 后，赤足在热水中洗浸，每次 10 分钟，每晚临睡前一次，有利消除疲劳和安睡。

此外，气功和足部按摩等对消除疲劳健身也有一定作用，不妨一试。

和谐、适度的性生活

现代医学已经对人体生命过程中的性活动作出了积极的评价。有节制、有规则和谐的性生活有益于健康，许多疾病的发生特别是身心疾患与性压抑有关。正常的性需要满足可降低癌症的发生，性交时可使 β -内啡肽分泌增多，神经免疫调节功能增强，自然杀伤细胞和单核巨噬细胞活力增强，延缓性器官衰退，有利于健康长寿。

所谓性生活的和谐，是指夫妻双方在性交过程中都获得快感，达到性的满足。性交应该是在男女双方都已动情的时候进行。这种动情，一般是以温柔的语言、爱抚的动作、接吻以及身体的接触来实现的。男性的性欲比较旺盛，性高潮出现较快，女性较慢，作为丈夫首先要体贴和关怀爱护妻子，千万不要只顾自己，急于求成，丈夫应等待妻子动情后再开始性交行为，这样才能取得性和谐。如果丈夫在妻子还未动情以前就进行性交，妻子就不会有快感，甚至由于阴道腺体分泌不足没有润滑而感到不适和疼痛，进而造成妻子对性生活厌恶和恐惧。性交结束后，丈夫还要注意妻子性欲消退缓慢的特点，切不可认为自己性欲要求已经得到满足而自顾自安睡，而要对妻子继续抚爱和温存，待妻子性兴奋下降后再一起安睡。作为妻子，也不要完全处于被动地位，对丈夫的抚爱要主动配合，在过性生活时要努力做到神志坦然，肌肉放松，热情鼓励丈夫，消除紧张情绪，促进性生活顺利进行。

性生活的次数因人、因年龄、因健康状况和精神状态而异，有的每周2~3次，甚至每天都有这种要求；有的每周1次，甚至还要相隔更长一点时间才有性需要。一般以性交后第二天不感到疲乏为原则。正常适度的性生活，使男女双方精神愉快，感情和谐。如果第二天男方或女方感到疲乏、精神倦怠、头重脚轻、腰酸腿软、阴部肿胀、尿时胀痛、尿后点滴和胃口不佳等，是性交过频的信号，应减少性交次数。纵欲过度，既影响睡眠和休息，久而久之有碍健康。

充足睡眠、不熬夜

睡眠是一种全面休息。睡眠时体内的各种生理活动处于放松状态，能量消耗减少，对活动时在体内积累的代谢产物，如乳酸、二氧化碳等废物得以分解、排出体外，同时得到充分能量来修补和恢复人体在活动或患病时所造成的损失，起到减少体内代谢产物（毒素）的刺激，恢复和重新调整新陈代谢，积蓄能量，消除疲劳，调整机体各个器官的生理功能。所以，每天应保持充足的睡眠时间，尽量少熬夜，少加班加点。

睡眠姿势以右侧卧为好，“卧如弓”。睡眠时间，按年龄大小因人而异：通常 20 岁以上成年人为 8 小时左右；60~70 岁最好睡 8 小时；70~90 岁应睡 9 小时；90 岁以上必须睡 12 小时。

失眠使人感到疲劳和焦虑，深怕影响健康。其实最影响健康的不是不能入睡，而是焦虑。焦虑阻碍了安静休息，使入睡更为困难。据生理学家研究，不能入睡时，只要放松全身肌肉，闭目静卧在床上，所消耗的能量和产生毒素与熟睡时相差无几。所以失眠时不必焦虑，重要的是寻找失眠的原因。引起失眠的原因很多，有焦虑、抑郁、疼痛和疾病以及过度疲劳、睡眠环境不良（如嘈杂、光线明亮、闷热、寒冷、被褥和枕头不合适等）都能影响睡眠。为了预防失眠，除了消除或减轻引起失眠的原因外，临睡前不要喝浓茶、咖啡、不饮烈性酒、不吸烟、不看惊险小说和电视，以免过度兴奋而影响入睡。有时还可以根据各人习惯和反应，睡前热水坐浴

和泡足，或饮杯热牛奶等都有利入睡。必要时可在医生指导下服药帮助入睡。

科学安排作息时间

人的精神状态在1天内通常可有几个起落；上午8时、下午2时和晚上8时的精神最佳，最佳状态持续2小时后各有一次回落。利用上述的精神状态起落变化，合理安排学习和生活，最大限度发挥智慧和潜能，既保持大脑活力，又增进健康。有的人作息时间安排往往身不由己。但是，从长远来看，应力求合理、科学安排作息时间，实事求是地制定工作计划和目标。无论工作多忙，每天都应留出一定休息、“喘气”的时间，抽空散散步，活络活络筋骨，尽可能使绷紧的弦有个松弛一下的机会。特别要提醒的是，阅读或写作1小时后休息片刻，一般不要连续超过2小时，否则不仅效率不高，而且非常容易疲劳。另外，作报告、开会和讨论中间也最好安排休息，室外活动活动后再继续进行，看起来占用了一定时间，但这有利于提高工作效率和有益于个人健康。

提高工作效率

每完成一项工作任务可谓是一个周期。当你勇于攻关，潜心钻研，一旦克服了某一难题，达到“柳暗花明又一村”的境地时，心情会豁然开朗，愉悦之情油然而生，这种成功之后的欢悦心情对消除疲劳颇有益处。创造“柳暗花明又一村”的愉悦环境，一个很重要的条件是不断提高政策水平，增强决策能力，切忌无边无际对问题讨论再讨论，研究再研究，

这样极易使人疲劳。另外，对一时根本无法实现的“宏伟目标”不要白白地呕心沥血，否则会累得精疲力竭，影响健康。

注意肌体协调平衡

工作中如能平衡地利用人体各部分机能，也是预防或消除疲劳的有效措施。平衡是多方面的，诸如脑力与体力的平衡；左脑（抽象思维）与右脑（形象思维）的平衡；大脑内兴奋中枢平衡；立、坐、行的平衡；用眼与用耳的平衡等等。获取信息，既要听汇报（听力），也可实地视察（视力），还可外出考察、调查、演讲等，有机交叉进行，使人体生理和心理的潜能得以充分发挥，也是预防和消除疲劳的极好措施。

培养一项以上业余爱好

脑力劳动者若能培养一些业余爱好，能乐以忘忧、陶冶性情、丰富和充实生活，诸如琴、棋、书、画、养鸟、养鱼、花卉盆景、唱歌跳舞、旅游和垂钓等，这些爱好能帮助你调节和缓解紧张情绪。

每周娱乐半天

连续一周的紧张工作，需要好好休息一下。周末娱乐是一种积极的休息方式，对消除疲劳十分有益。周末星期天可偕家人、朋友尽情地玩半天，享受属于自己的天伦、友谊之乐。亦可去公园或郊外逛逛，大千世界能使人心旷神怡，进而使身心得以休整。

自得其乐

这是人生最难得，也是最重要一条。因为对自己充满信心，才能自我感觉健康，才有欢乐。一个人具有“知足常乐”和“助人为乐”的人生观，才能“自得其乐”，充满勃勃生机。

现代医学证实精神心理状态对健康长寿的影响是显著的，精神情绪对人体健康和衰老起着关键性作用。保持心理健康是中老年人常保青春、延年益寿的精神营养。古人曰：“忧则伤身，乐则长寿”。

中年人在心理上常处于紧张状态，工作担子重，精神压力大，持续的心理紧张和心理冲突会造成精神上的疲劳，使工作效率降低，免疫功能下降，容易发生疾病。而老年人在盛怒或高度兴奋下脑血管破裂或发生致命性心肌梗塞。值得注意的是不良心理会导致疾病，且通常有些疾病是由一些似乎无关紧要的情绪波动因素日积月累造成的结果。不愉快的心理情绪还会影响免疫功能，削弱机体“免疫监视”的能力。易引起癌症或其他疾病。有位 70 多岁老专家，平素健康，后来患有帕金森病，1989 年探亲去美国，在美国期间，一是语言不通，交往困难，有失老专家体面；二是用钱得向子女要，堂堂大专家，确实不是滋味，闷闷不乐，失去心理平衡，回国后一蹶不振，突发心肌梗塞而亡，足见保持心理健康的重要。

适当进补

进补，是祖国医学的一大特色。对体质虚弱的脑力劳动者尤其必要，是项有益的健康投资，但进补要得当。(1) 进补宜“因人而异”、“因症而异”。(2) 遇有“虚不受补”的病人，宜①补药量不宜过大；②调理脾胃功能为先；③不可强补，可由少补过度到多补。(3) 感冒发热或慢性旧疾迁延不愈，久病有瘀血内阻时，气候炎热且有温热内蕴时，均不宜进补。(4) 壮实之人和进补过量会产生不良反应，如食欲减退、恶心、饱胀、便秘、头晕、咽痛和牙龈虚浮出血等，可说是“进补反被补药害”。

(傅善来)

附录：

保健食品

常用作保健的食品品种繁多，现选择主要保健食品介绍如下：

木耳 含蛋白质、脂肪、碳水化合物、纤维素、胶质以及磷、铁、钙、镁、钾、硫、钠等成份。味甘气平，具有滋阴益胃、和血、养阴、活血、润燥之功。适用于高血压、动脉粥样硬化、便秘、痔疮，可煮烂后加糖睡前饮用。

香菇 含多糖类、维生素 B₁ 与 B₂、钙、磷、铁等成分。功用为降低胆固醇、抗癌和增强机体免疫功能。

蜂蜜 含葡萄糖、果糖、蔗糖、蛋白质、淀粉、苹果酸、

脂肪、酶、芳香物质和磷、钙、铁、镁、硅、铝、锰、铜等矿物质、多种维生素。功用为补中益气、安五脏、解百毒、保护肝脏、润肠胃、降血压，常年冲服具延年益寿之功效，也可治疗便秘和有助于睡眠。对心脏病、肝脏病、高血压、肺病、便秘、贫血、溃疡病等有不同程度的疗效。

山楂 含山楂酸、维生素C、醣类、胡萝卜素、脂肪、蛋白质、淀粉、钙和铁质等成份。功用有降血压、强心、降血脂、助消化，可煮水饮用。

大枣 含蛋白质、脂肪、糖类和枣酸、粘液质、磷、钙、铁、维生素C、维生素B和P等成分。功用为补脾胃、益气生津，常与其他中药一起配伍，也可与花生、冰糖等炖服。

黑芝麻 含不饱和脂肪酸、卵磷脂和蛋白质等成分。可滋养强身、润肠和血、补肝肾、乌须发。用于治疗动脉粥样硬化、神经衰弱、早年白发等。可与何首乌（研成粉）、桑叶（蒸熟后捣烂）混制成蜜丸。

薏米 含脂肪油、薏米素、维生素B₁等成分。治风湿、利肠胃、消水肿。可加糖水煮或炒后研成粉末。

山药 含淀粉酶、胆碱、粘液质、精氨酸、蛋白质、脂肪、维生素、糖和矿物质等成分。具有补脾胃、益肺肾之功效。可治疗糖尿病等，可煮粥或切片炒猪肉。

生姜 含姜油酮成份。具有健胃、发汗、止吐和解毒等功效，系芳香性辛辣健胃药。可将生姜切碎用米汤冲服或煮粥喝。

芹菜 营养成分较高，含有蛋白质、碳水化合物、脂肪和黄酮类、甘露醇、环乙六醇、多种维生素、烟醇、铁、钙、

磷和纤维素等成分。可降压、镇静、健胃、通便利尿、调经等，煮水代茶饮。

番茄（西红柿） 含维生素C与A、钾、磷、镁、钙、番茄素等成分。有利尿作用，可治疗高血压、防治夜盲症及干眼病，也可增强皮肤的弹性，可防治牙周病、牙龈出血及坏血病，并可助消化，通大便等。

黄豆 含蛋白质、脂肪、粗纤维、钙、磷、铁、胡萝卜素、维生素B₁和B₂、胆酸、肌醇、锌、铜等成分。黄豆富含蛋白质，所含铁质不仅多，且易被人体吸收。每500克黄豆中，含有铁质30毫克以上，而成人每天有10毫克左右的铁，便可满足需要。据日本学者研究，黄豆中蛋白抑制剂是一种预防胃癌的保护因素。可调中下气、保肾健脾、长肌肤、益颜色，可降胆固醇。

花生 含人体不能合成的八种必需氨基酸、富含脂肪、核黄素、胆碱、不饱和脂肪酸、多种维生素和廿余种微量元素。尤其花生中含有丰富的钙。具有悦脾开胃、润肝化痰、滋补调气等功效，适用于营养不良，脾胃失调、咳嗽痰喘、乳汁缺乏等症。长年食用，确实能起滋补益寿的作用。可将果壳洗净，泡水代茶饮，每次50~100克，连食1周可降血压与血脂。带红衣的花生仁，连衣炒食，每天3次，每次60克，连食1周，可治血小板减少症。

大蒜 含蒜氨酸、大蒜辣素、矿物质等成份。“久食令人血清”、“消谷、化肉食”。大蒜中还含有一种配糖体，有降压作用。可降血脂，预防心肌梗死，动脉粥样硬化及防癌益肺，并具有杀菌作用。洋葱也有类似功效，可生食或煮熟食用。

补益食谱

黄芪蒸鸡 适应证：大病和手术后体虚多汗、各种营养不良症、产后虚弱、崩漏、月经不调、慢性肾炎有蛋白尿等。

原料：乌骨鸡 250 克，黄芪 10 克，料酒、味精、精盐、清汤适量。

烹调方法：(1) 将黄芪放入汤碗内，加少量清水浸泡；(2) 乌骨鸡去内脏，洗净切成块，加入适量料酒和水，烧开后加调味品；(3) 将乌骨鸡连汤一起倒入浸黄芪的碗里，用盆子盖严上笼蒸酥即可。

功效：大补元气，养精生血，健脾益肾，补肺敛汗，养阴退虚热，《本草纲目》载：乌骨鸡能“益产妇，治女人崩中带下虚损诸病。”

鸡茸蹄筋 适应证：中老年体弱、久病体虚、筋骨酸痛、腰酸足软、产后亏损、乳汁缺少等。

原料：水发蹄筋 350 克，鸡脯肉 50 克，鸡蛋清 3 只、料酒、精盐及葱末适量。

烹调方法：(1) 将蹄筋切成段加水烧开片刻后捞起备用；(2) 把鸡脯肉去筋放在肉皮上敲成细茸，放入容器后用水化开，再加料酒、盐、生粉和蛋清等调成薄浆；(3) 锅内倒入清油，烧热后放入蹄筋和调味品，待入味后将鸡茸浆徐徐倒入，最后浇上葱油即成。

功效：温中益气，大补五脏，强筋健骨，疏通乳络。但鸡肉多食易生热动风，故有实邪热毒未清者暂不宜食用。

淮山菊红 适应证：由消化不良引起的胃纳差、腹胀、

慢性腹泻以及糖尿病等。

原料：去皮鸡肫（鸭肫）200克，熟淮山药100克（用于品淮山药经水浸后蒸熟即是），青豆、料酒、酱油等调味品适量。

烹调方法：先将肫切成薄片，下油锅滑熟后，放入青豆、山药片、酱油等调味品，一起拌炒即成。

功效：健脾和胃，消食化积，固肠止泻。

黄精鳝丝 适应证：气虚脱肛、子宫脱垂、虚损劳伤、筋骨酸痛、糖尿病、贫血、久痢体虚、产后及病后虚弱等。

原料：活黄鳝300克、黄精10克、精盐、料酒和麻油适量。

烹调方法：(1) 黄鳝活杀，去脊骨、头、尾后，切成丝；(2) 黄精研为细茸，用水适量调成薄浆；(3) 鳝丝下油锅滑熟后，放入黄精和调味品即可。

功效：补益五脏，升提中气，滋阴填精，强筋健骨，通经活络，因黄鳝性温，故有虚热的中年人不宜食用。

虎皮鹌鹑蛋 适应证：营养不良症、产妇、孕妇和病后体弱、神经衰弱等。

原料：鹌鹑蛋12只，枸杞子10克，核桃肉15克，番茄酱等调味品适量。

烹调方法：(1) 将核桃肉放入盐开水中浸泡；(2) 枸杞子加适量清水浸泡后上笼蒸5分钟；(3) 将鹌鹑蛋用小火煮熟，去壳后撒上干生粉；(4) 将蛋与核桃肉放入油锅中，炸成金黄色时再将枸杞子、番茄酱等放入即可。

功效：补益五脏，消痞化积，益气提神。

虫草炖鸭 适应证：肺癆、体虚久喘。

原料：冬虫夏草 5~20 枚，老鸭 1 只，调料适量。

烹调方法：选取肉白而骨乌的老鸭 1 只，除去内脏，在鸭腹内放入虫草 5~20 枚，先用大火煮开，再用小火煨炖，待炖烂后除去虫草，放些调料即成。

功效：养阴益肾、润肺止血（虫草，长约寸许，有眼有口，腹部长脚，状如僵蚕，顶上还有一根长长的“尾巴”，形状如草。其实它乃是一种菌寄生在一种昆虫的幼体之内，由菌的子座和寄生幼虫的尸体共同构成。由于其冬天呈虫样，夏天为草状，故名冬虫夏草。这种名贵药材，内含粗蛋白、脂肪、虫草酸、维生素 B12 等。）

团鱼炖桂圆 适应证：肺结核、肝脾肿大、遗精早泄、脚气虚劳、久症不愈等。

原料：团鱼（又称甲鱼，学名为鳖）1 只，桂圆肉 50 克，调料适量。

烹调方法：活杀团鱼，洗净后置于砂锅内加水至浸没为度，加入桂圆肉和生姜、料酒等。先大火煮开，再小火闷炖至团鱼熟烂，加入调料即可。

功效：健脾、补血、安神、滋阴、益肾、养肝。尤其适宜于形体消瘦，平素怕热，大便干燥，盗汗失眠及五心烦热的阴虚病人。一次不可食用过多，特别是脾虚弱、肉消化不良的病人。因为团鱼不仅性寒碍胃，而且其边缘裙边含有胶质，不宜消化吸收。

药酒养生

推荐几种用调补药物制成药酒的方法及其功效，根据个人体质情况进行选用。

人参补酒 取人参一枝，用市售各种白酒 500 克浸泡 7 天以上，取酒饮之，日服 2 次，每次 5 毫升为宜。人参补酒具有大补元气、健脾养血、宁神益智之功。《药性本草》记载：人参“主五劳七伤，虚损瘦弱，……补五脏六腑……”。故善治因脾胃虚弱所造成的食欲不振、泄泻，因肝虚而出现的气喘症及一切虚症。现代医学研究证实，对神经衰弱及冠状动脉硬化、心绞痛等症有一定的治疗作用。久服可益气容颜，增强机体抵抗力和提高工作效率。

鹿茸酒 取鹿茸片 15 克左右用酒浸泡 10 天以上，每天 2 次，每次 5 毫升饮之。鹿茸酒可生精髓肺强筋骨，降血压，强心肌，提高工作效率，改善睡眠和食欲，促进性机能和血细胞的新生等。《本经》记载：“……益气强志，生齿不老”。故常饮此酒可治疗虚劳体弱，精神倦怠，肝肾不足所致的眩晕、耳聋、目暗、腰膝酸痛症等。中年知识分子久服可壮筋骨、长精神、增强记忆与性功能。

蛤蚧酒 选广西产蛤蚧一对（公、母各 1 只），用酒浸泡 3~6 个月后服用，时间愈长久愈佳，日服 1~2 次，每次 5~10 毫升。蛤蚧酒具有润肺补肾、定喘止嗽、益精壮阳之功。历年来被推崇为温补佳品，尤其适用于中年知识分子因肾虚不能纳气而造成的咳喘。对中年期阳萎、滑精等性功能低下症，疗效亦佳。

虫草酒 取冬虫夏草数十枚用酒浸泡，时间超过10天，日服1~2次，每次5毫升为宜。本药酒可滋补肺肾，止血化痰。可用于肺阴不足，肾阳虚所致的虚喘痰嗽有血。对于肾虚型腰膝酸痛及病后虚损等皆可应用。《本草纲目拾遗》称：“以酒浸数枚啖之，治腰膝间痛楚，有益肾之功”。虫草性温平和，有病治病，无病强身，堪称“保养佳品”。

杞子酒 取适量枸杞子，用酒浸泡3天，服法同上。可长期服用。本药酒可滋补肝肾、益精明目；善理虚劳精亏所致的腰脊酸痛，肝肾不足之头晕目眩，虚劳精亏等症。《食疗本草》有“坚筋耐老，……补精益气”之说。故古人用其养身健魄，现代医学研究认为其为抗衰老要药，确有延年益寿之效。

首乌酒 取何首乌切成碎片，用酒浸泡3天即可服用。若防治中年人便秘，可取鲜首乌水煎服之。何首乌为补肝肾、益精血之药，《开宝本草》称“……益血气，黑髭鬓，悦颜色，久服长筋骨，益精髓，延年不老……”。故可常服，用于阴虚血枯，须发早白，筋骨不健及失眠等症，近年又发现其有降低胆固醇，预防和治疗动脉粥样硬化的作用。另外尚可营养神经及血细胞，促进细胞新生。古人称其为“返老还童”之品。

抗癌食物

凡得了癌症的病人，多数会出现食欲减退和进行性消瘦，到了癌症晚期，则尤为明显，这在医学上称之为“恶病质”。据流行病学与动物实验证明，女性约1/2，男性约1/3的肿瘤

患者死亡率与食物相关。除了少数癌症病人因所患癌症影响进食外，多数病人在饮食方面基本类似于正常人。所以，从中年癌症病人养生出发，仍应强调补充营养性食物和抗癌食物，以食物调摄为主来配合治疗，争取改善病情。

癌肿肿块如同坚硬的石头，祖国医学历来认为，治疗癌症应采用“软坚”的方法。不少食物就具有这种“软坚”的作用，亦即有辅助治疗的功效。对癌症患者来说，除了采用药物、手术、放疗和精神上的综合性治疗外，还应立足于长期服用有营养性和抗癌性的食物。这对逆转病情有着重要价值。

海货 (1) 海蜇：不但软坚，且能化痰。海蜇凉拌，浇以麻油，开胃宜人。也可制成羹汤，南通地区名菜“海底松”，即是由海蜇与鸡汤等煮成；(2) 海藻：含碘丰富，有阻碍血液凝结等作用，适宜于甲状腺癌病人；(3) 海绵提出物：有杀死口腔癌和子宫癌细胞的作用；(4) 海龟：有滋补之效，也可抗癌；(5) 牡蛎：滋味鲜美，除了软坚作用外，还能开胃；(6) 海带、紫菜、淡菜、发菜、海参、鲍鱼等《本草纲目》上记载有“消疝瘕、积块、结核”作用，其海参还有滋补强壮功用。癌症病人不能吃海货，看来是没有根据的。

总之，这类食品营养丰富，富含蛋白质，且均不油腻，适宜于癌症病人食用。并且还有“滋阴”作用，在放射治疗后，若口唇干燥、咽喉疼痛时食用更为适合。

莼菜 西湖的莼菜，配以鸡丝，其味鲜美绝伦，对病体恢复大有益处。

乌龟、甲鱼之类 有滋补抗癌作用，可抑制结缔组织增

生，有软肝脾功能，适宜于癌肿所致肝脾肿大者。鳖甲血尚可退癌性发热。但是由于其性质滋腻，容易碍胃，一般在病人胃口不佳时不宜食用。

真菌类 如香菇、蘑菇、白木耳、黑木耳、冬虫夏草、猴头菇等。(1) 香菇：含有香菇菌丝体细胞液和香菇多糖，现代研究报道香菇不仅有良好抗癌作用，还是干扰素的诱发剂；(2) 蘑菇：作用类同香菇，民间流传的口蘑炖鸡治疗肝癌，虽效果各异，但至少在食用后对改善体质有利；(3) 白木耳：含植物树脂细胞液，有滋阴生津，补肺润肤作用。银耳（白木耳）能促进淋巴母细胞的转化率，增强肌体免疫功能；(4) 黑木耳：可减少血液凝聚，适宜于癌性郁血和紫癜；(5) 冬虫夏草有滋补抗癌作用。

素食 芋艿、荸荠、慈菇、绿豆、绿豆芽、百合、萝卜、藕、大蒜、韭菜、茄子等。

(1) 芋艿：可化痰消咳，下气功坚。芋艿做成的芋艿丸，是中医治癌常用药。还可做成甜食，也可烧肉烹饪成菜肴。古书中有治疗癰痰核的记载。适用于恶性浅表淋巴结肿瘤及食管癌食用，可是芋艿多吃，也容易胀气；(2) 荸荠：与海蜇同煮，是中医有名的方剂雪羹汤，可化痰软坚，治疗痰喘；(3) 慈菇：能清热散结、化痰消咳；(4) 绿豆、绿豆芽：有清热解毒作用，丝瓜凉性解毒，癌症发热病人可常吃；(5) 百合：能润肺化痰，养心宁神；(6) 萝卜：可宽胸下气，化痰消积，适宜于肺癌及消化道癌症患者食用，可治痞块；(7) 藕：为祛瘀生新，宽胸化痰佳品，适于肺癌胃癌及癌性出血患者服用；(8) 大蒜：为古老的一种强壮剂。大蒜不仅有杀菌作

用，还有较好的抗癌力；(9) 韭菜：也是一种强壮剂。可健胃提神，壮阳起萎。对食管癌有一定作用。取新鲜韭菜捣汁掺入牛奶中服用，中医叫韭汁牛乳饮，也可和入鹅血中服用；(10) 茄子：不但解毒，还可消肿止血，直肠癌病人食用尤为适宜。

西瓜 可解暑除烦，止渴利尿。被誉为“天生白虎汤”，适用于肿痰发热患者及放疗引起的伤阴口渴。

其他 (1) 燕窝：能补虚除癆，养阴补肺。适宜于肺癌、骨癌至咯血患者食用；(2) 鸡：其肉营养丰富，是癌症或手术后调理佳品；(3) 红枣：能补脾益胃，养心安神，常用以调和气血，平衡阴阳以助药效。近代研究报道，红枣含有蛋白质、糖类、氨基酸、维生素、钙、磷、镁、铁等，并含有环磷酸腺苷 (CAMP)，能调节人体生理功能和抑制癌细胞的生长。

(摘自《中老年知识分子养生指南》)

第二章 培养良好卫生习惯

第一节 饮食卫生

食品卫生质量

生活起居第一桩事是饮食。饮食不但要注意营养，而且要注意卫生。把好食品卫生质量关，不买不吃不洁、腐败变质、有害有毒食物，是饮食卫生的前提。那么，如何把好食品卫生质量关呢？首先应学会、掌握鉴别食品卫生质量。

（一）粮食及其制品

米 正常的米颗粒完整，有光泽，组织紧密，无虫害，无不良气味和滋味。如果光泽差，组织疏松，一捏即碎，米粒上有黄色、灰色、绿色斑点，或者整粒米都变色，有霉味或特别气味，均表明已变质。另外，若米中有飞蛾、米象等害虫及其排泄物，也是变质现象。

面粉 正常的面粉呈粉末状，用手紧捏后疏松不结团，无粗粒感，有正常气味，无霉变、无酸味、无苦味及其他异味、无虫害。否则属于变质面粉。

油面筋 正常的油面筋色浅黄，无不佳味，如果有异味

就说明变质。

方便面 方便面有两种，一种是成型后蒸熟；另一种油炸。方便面存放时间过长，会发生霉变、虫害，油炸的方便面还会发生脂肪酸腐，产生异味。

（二）肉及肉制品

畜肉包括猪肉、牛肉、羊肉以及咸肉、火腿、腊肉、香肠等肉制品和红肠、方腿、肉松等熟肉制品。健康的牲畜如果在不符合卫生要求的场所屠宰、加工、运输或销售时往往会受到生物、化学物质的污染，引起肉及肉制品腐败变质。此外，若患有炭疽、布氏杆菌病、结核病、猪丹毒、猪囊虫病、旋毛虫等疾病的牲畜，其肉及肉制品都会染有病原体，对人体有害。因此，在选择肉及肉制品时，应注意以下几点：

鲜肉 新鲜的畜肉肌肉为红色有光泽，脂肪洁白，或者红色稍暗，光泽较差。如果呈暗红色、绿色、灰色，无光泽，脂肪灰白带污秽色泽，说明已经变质。新鲜的畜肉具有正常气味，或者略有氨味、酸味，如果有臭味、腐败味均说明变质。新鲜的畜肉外表微干或微湿不粘手，或稍粘手，新切面湿润。如果表面极度干燥或者粘腻、湿润说明变质。正常畜肉的肌肉有弹性，指压后能立即恢复原状。如果肌肉软无弹性，指压后凹陷迟迟不能恢复反弹表明已经变质。新鲜畜肉煮沸后的肉汤透明澄清，脂肪团浮在表面，呈散状或团聚状，汤有香味，鲜味。如果肉汤浑浊，有黄色或灰白色的絮状物，脂肪很少浮在表面，明变质。

熟肉制品 熟肉制品是采用畜肉加调味品灌入肠衣中，经烘烤、烟熏、烧煮制成。这一类制品由于水分含量较高，极

易变质，故选购时要注意。正常熟肉制品的外表干燥有光泽，无粘液、霉斑。切面呈蔷薇红色，脂肪为白色。有固有的香味，无腐败味。肠衣与内容物粘牢不易分离，实物坚实富有弹性。如果肠衣湿润有粘液，切面灰褐色，脂肪淡黄色，无固有香味，有酸味、腐败臭味，肠衣与内容物易分离说明变质。

（三）家禽

体质健壮的家禽，活泼好动，对外界反应快，眼睛明亮，叫声宏亮，觅食能力强，食欲好，冠色鲜红，羽毛丰润、鲜明而有光泽，尾翅经常撩动，捕捉时能竭力挣扎。病禽则消瘦，精神不振，不爱活动，常离群孤行，食欲不振或不食饲料，嗦囊空虚或气胀，羽毛蓬松无光泽，尾翅下垂，常打盹，眼睛、鼻孔有分泌物，口腔流液，冠肉髯肿胀，呈紫红或青紫色，捕捉时很少挣扎。

（四）水产品

水产品包括海鱼、河鱼以及虾、蟹、蚌等。鱼体内存有微生物，一旦死亡，体内微生物大量繁殖，极易腐败变质，所以选购时要注意质量。

鱼 新鲜鱼的眼球饱满凸出，角膜透明，体表富有光泽，鱼鳞完整，不易脱落，鱼体坚硬而有弹性，鱼体不易屈曲，放在水中沉于水底，鱼鳃鲜红，鳃丝清晰，无异味。变质的鱼，鱼鳞不完整，体表混浊，眼球下陷，腹部膨胀，有臭味。这是因为鱼在垂死时，体表分泌一层含粘蛋白的粘液，外界污染的微生物首先分解粘液，使之混浊而有臭味。接着分解鱼的表皮，造成鱼鳞脱落。眼球周围组织被分解，使眼球下陷、

混浊无光。鱼鳃在细菌的作用下，由鲜红变成暗褐色，产生臭味。同时肠内微生物大量繁殖，产气，腹部膨胀，肛门肠管脱出，放在水中鱼体上浮。体表与腹腔的细菌共同向鱼体深部侵入，肌肉因被细菌分解而腐烂，并与鱼骨剥离，发生严重变质。

虾 新鲜的虾，体形完整，虾壳透明光亮，呈青绿色或青白色。头节与躯体紧连，体有伸曲力，肉质致密而有韧性，内脏完整，肠管呈暗绿色。不新鲜的虾，体表暗浊无光，有粘污，泛红色，头节与躯体脱离，体质软，无伸曲力，肉质松软粘糊，内脏溶解，肠管呈红色或暗红色，并有臭味，说明已经变质。

三矾海蜇 新鲜海蜇体内有毒液，对人体有害，严重的甚至引起死亡。因此，新鲜海蜇必须用盐和矾加工处理，一般须经三次处理后（即三矾海蜇）才能食用。三矾海蜇的外观为浅红色，或呈玉色、淡黄色，有光泽，水分少，质地坚实，无红斑，无臭味。二矾海蜇水分多，呈白色胶冻状，厚薄不均，不能食用。

（五）蛋

新鲜的蛋外壳清洁完整，表面有光泽，灯光透视整个蛋呈微红色，可见蛋黄处阴影。蛋打开后蛋黄隆起呈扁球形，有蛋黄膜，蛋白澄清透明，稀稠分明。变质蛋的蛋白、蛋黄呈黑色水样，或呈黄绿色水样，蛋液有霉点、霉斑，有恶臭味、异味或霉味。

（六）乳与乳制品

鲜乳 瓶装消毒乳检查其纸罩是否完整，封线的火漆有

无脱落,纸罩上的日期与当天是否符合。然后将乳瓶侧卧在明亮处,查看其瓶内有无似豆腐花样凝块及肉眼可见异物。后封后呈乳白色的均匀胶态液体、无沉淀、无杂质、微甜,带有特有的芳香味为正常新鲜乳。若发现有沉淀、凝块、呈不均匀的胶态液体,凝块为乳白色,乳清为淡黄绿色,或有酸味、异味、腐败味、味苦为变质乳,不能食用。

乳粉、炼乳、奶油、酸牛乳 首先对其外包装和包装上的标记进行检查,如果发现包装不完整、胖听、瘪听、严重锈听、品名和内容物不相符合,没有注明生产日期、批号和保存期限的乳粉和炼乳不能食用。另外乳粉有明显异味、腐败味、霉味、化学药品味和石油产品等气味,或呈淡棕色及严重凝块说明已经变质不能食用。甜炼乳如有苦味、酸臭味、霉味、化学药品味和石油产品等气味,或严重变稠(凝结成膏状而倒不出),又为钮扣状的凝块霉斑以及颜色严重变褐呈咖啡色说明变质。奶油有酸败、发霉、苦味、鱼腥味、金属味、化学药品和石油产品等气味时也说明变质。干酪有腐败味、霉味、化学药品味和石油产品等气味,酸牛乳发现产生气泡、大量乳清析出或表面生霉时均说明变质,不能再食用。

(七) 油

食用油分植物油和动物油脂两大类,植物油在常温下多为液体,动物油脂在常温下多为固体。油脂为一定色泽,猪油为白色固体,牛油为淡黄色固体,其他植物油为淡黄色或橙黄色液体。油脂经脱色、脱味、脱臭之后成色拉油,呈浅黄色,或无色。未经精炼的棉籽油呈黑色,因含棉酚量多而不能食用。另外,油脂颜色变得深暗,说明酸败不能再食用。

正常油脂有其固有气味，如花生油具有花生香味，芝麻油具有芝麻香味，如果变成青草味、干草味、异味均说明酸败变质不能再食用。

食品保藏

家庭采购食品尽可能吃多少买多少，保持食品新鲜，但是，难免会有剩余。剩余食品可用低温、高温、脱水、提高渗透压等保存方法防止食品腐败变质，延长食品的食用期限。常用的有：

低温保存 使用最为普遍的是冰箱保存。低温可以降低或停止食品中微生物繁殖速度，减慢食品中的一切化学反应速度，但不能杀灭微生物，食品在 10°C 以下保存时可使微生物对食品的作用大为减低， 0°C 以下微生物对食品的分解作用基本停止。但在低温下，食品中脂肪仍不能避免酸败变质，只有在 -20°C 以下时分解脂肪的解脂酶才基本停止活动。因此，普通家庭用冰箱保存食品并不是保险箱。

常用低温保存方法有 $0\sim 4^{\circ}\text{C}$ 和 $-18\sim -35^{\circ}\text{C}$ 两种，鱼肉和奶制品，由于自身酶系统或微生物的作用，很易变质，必须在 $-18\sim -35^{\circ}\text{C}$ 冰冻贮存。水果、蔬菜仍有代谢活性，具有天然抗性，能在 $0\sim 4^{\circ}\text{C}$ 中冷却贮存。

食品冷藏前，尽量保持新鲜，减少污染，延长保存期限。长期冷藏的食品应定期检查质量，注意有无脂肪酸败迹象，尤其是鱼、肉脂肪变黄，应及时处理。

表 1-4 常用食品最适冷藏条件

食品	湿度 (°C)	温度 (%)	保存期限
鲜肉	1~— 1	60~65	10~20 天
冻肉	- 10~— 18	96~100	数月
鲜鱼	1~0	95~98	~1~2 天
冻鱼	- 9~— 18	95~98	数月
鲜奶	1~2	70~75	1~2 天
鲜蛋	1~2	85~88	数月

使用冰箱应注意以下几方面：

1. 生熟食品要分开，对直接入口的熟食品最好用专用冰箱存放。如系多门或多层冰箱，也可将上层作为熟食专柜，切勿将熟食品与生食品或半成品混放在一起，防止交叉污染。

2. 食品不宜久藏，应定期检查，先藏先用，防止变质。

3. 定期清除冰箱，提高制冷效果，同时经常进行揩洗、消毒，保持冰箱内清洁卫生。

高温保存 烧煮能杀灭食品中绝大部分微生物，破坏食品中酶类，防止食品腐败变质。但是，经高温处理后的食品若保存不当，极易受微生物污染，所以饭菜烧煮后，隔顿隔夜一定要回锅煮透（尤其夏季），杀灭再次污染的微生物，否则易发生意外。

脱水保存 食品中水分含量降至一定限度，微生物就难以繁殖，酶的活性受到抑制，从而可防止食品腐败变质。一

般使微生物不能发育繁殖的食品水分含量，霉菌低于 13%~16%；细菌 18%以下；酵母为 20%以下。常用脱水保存方式有：晒干、阴干、加热烫干、干热流蒸发、减压蒸发和冰冻干燥等。家庭常用的晒干、阴干两种，梅雨季节来到之前，红枣等一类干果，日光下晒一晒，然后放入干燥袋内，密封，能延长保存时间。

提高渗透压保存

盐腌 食品中食盐含量达 8%~10%时大部分微生物停止繁殖，但不能杀灭。杀死微生物盐的含量要高达 15%，并需腌制数天。严格说，盐腌只是一种抑菌手段。

糖渍 当食品加入大量糖后，构成抑菌高渗度，有一定防腐作用，但糖的浓度必须在 60%~65%才能有防腐作用。由于糖渍食品容易吸收空气中水分；因此，糖渍食品贮存不密封时仍易变质。

食品烹调

食品要烧熟煮透 食品在产、运、储、销过程中，非常容易染上细菌和寄生虫卵。另外，有些食品含有对人体有害的物质，如生黄豆、四季豆中的皂毒素、抗胰蛋白酶等。食品通过烧熟煮透，可以把病菌、病毒和寄生虫卵杀死，有害物质破坏，同时使食品中醇、酯等芳香物质溢出，改善口味，增进食欲，有利健康。

可是，有的人缺乏烹调经验，或者片面追求生嫩，往往造成食品半生不熟，外熟里生，特别是油炸食品更易发生这种情况。有人做过这样一个实验，把大肉丸放在油锅里炸 5 分

钟以后，大肉丸表面已经发焦，粗看好象熟了，但是剖开一测定，肉丸内的中心温度只有 63°C ，肉还是生的，这样的温度是杀灭不了细菌的。

为什么会出现外焦里不熟的情况呢？这是因为食品的蛋白质是热的不良导体，大肉丸放进油锅，遇到高温（油锅烧到冒青烟，其温度可达 220°C ），蛋白质发生凝固，很快形成一层厚厚的外壳，这样，油温就更难透进去。因此，一般有经验的炊事员，不会将肉丸子做得很大，而且用文火慢慢炸，炸过以后再加水回锅煮 15 分钟，这样食用才安全。

食品加工要生熟分开 食品在加工过程中，要做到生熟分开，避免交叉污染，造成食物中毒。

食品无论是鱼、肉、禽、蛋，还是瓜、果、蔬菜，在产、运、销过程中，非常容易污染上各种病菌。有人观察，沙门菌带菌率，鸡肉为 $4.7\%\sim 16.9\%$ ，鸡蛋为 $3\%\sim 4\%$ ，淡水鱼的嗜盐菌带菌率为 $12.2\%\sim 50.5\%$ ，梭子蟹为 79.8% ，目鱼为 93% 。瓜果还常常带有蛔虫卵。因此，在食品加工过程中应该非常注意刀、砧板、碗、盆等用具和炊事人员的手的卫生。如果刀、砧和盛器被污染，又不经过消毒处理，就去切或盛放熟食，细菌就会在熟食品上生长繁殖，尤其在夏季更易引起食物中毒。要做到生熟分开，除刀、砧板要准备两套外，抹布也要分开，否则也会造成交叉污染。在加工直接入口熟食前先要把刀和砧板冲洗干净再用消毒水浸过，能备一块专切熟食的砧板当更安全。

不用河水洗瓜果、酱菜和碗筷 在农村有不少人家饮井水用河水，特别是用河水洗瓜果、酱菜和碗筷等直接入口的

食品和食具，有的甚至还用河水漱口、刷牙，这是极不卫生的习惯，应该改变。

河水非常容易遭到细菌、病毒、农药、化肥和工业“三废”的污染。人吃了用河水洗过的食品，或用河水漱口、刷牙，就很易引起病毒性肝炎、细菌性痢疾、伤寒、副伤寒等肠道传染病的发生和流行。所以，千万不要贪图方便，在河里洗瓜果、酱菜和碗筷，更不能用河水漱口。

做凉拌菜要特别注意卫生 凉拌菜凉爽可口，人们在夏季尤其喜爱。但是，如果操作过程中不注意卫生，易造成细菌污染，人吃了以后就会引起肠炎、菌痢、食物中毒等肠道传染病。因此，做凉拌菜要特别注意操作卫生。

做凉拌菜的蔬菜，要选择新鲜的，去掉不能食用的部分。在加工前要洗干净，最后用冷开水冲洗，能用开水泡的最好用开水烫一下，以杀灭沾在蔬菜上的细菌。刀、砧板、盛器在使用前都要用开水烫过。做菜人的手指甲要剪短，用肥皂流水洗净双手，以防污染食物。做凉拌菜要有计划，现做现吃。调料中最好加大蒜和醋，以抑制细菌的生长繁殖。此外，还要注意不让苍蝇叮爬和落上灰尘。

做凉拌菜卫生要求相当严格，特别是集体食堂用膳人多，量大，如果条件不许可，还是不做为好。

食具消毒

碗、筷、匙等食具常易沾染上细菌、病毒，如果不进行消毒就易发生疾病。有人对未经消毒的碗筷进行过细菌学检验，发现平均每个公用碗上有细菌 3100 多个，一只公用筷上

沾有细菌 1700 多个。因此，公用食具必须经过严格消毒后才能使用。

常用的食具消毒方法有以下三种：

煮沸消毒 把洗净的食具放在水中，煮沸 5 分钟后取出。至少做到沸进沸出。

蒸气消毒 把洗净的食具放在密闭的蒸气柜内，等蒸气上足后，温度达到 100℃ 时，持续 5 分钟就可达到消毒要求。

漂粉精液浸泡消毒 一般不能采用煮沸消毒时，如漆筷等，可采用漂粉精配制的消毒液进行消毒。配制方法为 1 片或 1 塑料小匙漂粉精加自来水 1 千克，一般浸泡 3 分钟即可使用。须注意，配制消毒水不能用热水，否则会使漂粉精中氯气挥发失效。另外，配制一次，只能用 4 小时。

无论是采用煮沸、蒸气消毒，还是应用消毒液消毒，碗筷都必须先洗净再消毒。消毒后不要再用抹布揩擦，即可存放在碗橱里备用。

如果是肠道传染病或恢复期病人用过的食具，则应先煮沸 30 分钟后，再清洗，然后再如一般食具那样进行一次消毒。

饮食习惯

不要暴饮暴食 俗话讲：“美食不可多吃，贪食使人生病。”这话是有科学道理的。因为暴饮会冲淡胃酸，使其减弱或失去杀菌的能力，沾在食物上的细菌就会乘虚而入，引起人的各种肠道传染病。暴食还会增加胃肠道的负担，引起消化不良和其他胃肠道疾病。此外，暴饮暴食，特别是吃了大量肥肉、肥鸡、肥鸭等高脂肪、高蛋白的饮食后，人体为了

适应消化食物需要，胰腺就分泌大量胰液，大量的胰液会使胰腺内的胰管压力突然增高，甚至造成胰小管胰腺细胞破裂，胰液外流，加之暴饮暴食使胃、十二指肠粘膜充血、水肿，胆汁和胰液进入肠道的道路被阻塞，胆汁流入胰管，激活胰酶，造成胰腺自身消化，引起急性出血性坏死性胰腺炎。这种病人可以因剧烈疼痛而休克，病势非常凶险，往往来不及抢救而亡。

因此逢年过节，婚丧喜事，切忌暴饮暴食，平时饮食也应节制，尤其是晚饭、夜点心切不可过饱，而且食后最好活动一下，休息一会再睡，以防万一。

冷饮的学问 清凉饮料能消暑解渴，使人感到舒服。因此，每逢夏秋高温季节，人们喜欢配制清凉饮料饮用。

高温使人出汗。有人测定，在高温环境下从事体力劳动的人，每人每天大约要出 4~8 升汗液，有的甚至超过 10 升。大量出汗不仅使人丧失水分，还会丢失盐分。清凉饮料能起到补充水和盐分的作用，以达到体内水盐代谢的平衡。同时夏天外界环境温度高，冷饮能起到降低体温的作用。

但是，饮用冷饮不要太冷，不能多饮，否则不但对身体无益，反而有损健康。炎夏冷饮最佳温度是 10℃ 左右。这种温度，能促进人体口腔唾液的分泌，因而具有显著的解渴作用。温度超过 15℃，解渴作用就会明显减弱。低于 5℃，由于温度太低会刺激胃壁，影响消化作用。如果多饮，就会冲淡胃液，引起消化不良，食欲减退，甚至招致细菌侵入而引起肠道传染病。同时清凉饮料的主要成分是水、糖和盐分，喝多了会加重肾脏和心脏的负担，使血液变稀，汗、尿排泄量

增加，造成某些维生素和对身体有益的无机盐等随汗和尿液排出体外。所以冷饮虽好但不宜多吃。

吃醋好处多 醋，是家庭最常用的调味品之一。在烹调菜的过程中放点醋，不但味道鲜美，还可促进食欲，帮助消化，而且能起到杀菌防腐，预防肠道传染病的作用。有人观察，痢疾杆菌遇到醋就活不成，即使生存能力很强的嗜盐菌，在 50% 的食醋里也只能活上 1 分钟。所以，特别在夏秋季节，做菜时放点醋，既能调味又具有防病作用。

大蒜能治病 大蒜是一种很好的药用食物。大蒜味辛辣，性温燥。它的主要药用成分是大蒜素，具有抗菌、消炎、驱虫、健胃的功用。因此，经常吃点大蒜，不仅能消除口腔内寄生菌，而且可以预防或治疗肠炎、菌痢等肠道传染病。如果用等量的大蒜、葱白与生姜煎服，能发散风寒，有治疗感冒的作用。最近有人报道，大蒜还具有降血脂和抗凝血作用，对预防冠心病是有益的。

自办酒席要注意卫生 最近几年来，常有一些居民，特别是农村村民，因家庭自办酒席而发生食物中毒事故。

多数家庭厨房条件差，储藏保管的食物太多，又缺乏冷藏设备，尤其是在五六月份，天气忽冷忽热，阴雨潮湿，环境温度和湿度非常有利细菌生长。一旦食品保藏不当，细菌大量繁殖，造成食品变质；或者贪图生嫩可口，片面追求色香味，以及小菜数量多因赶时间，往往未烧熟煮透，细菌未被完全杀死；或者烹调加工过程中不注意卫生，生熟不分，用切过、盛过生菜的刀、砧、碗、盆去切、盛熟菜，结果使生菜上的细菌沾染了熟食，造成交叉污染；或者因为用的食具

盛具多了，洗不干净。上述种种原因使自办酒席极易引起食物中毒。

(傅善来)

第二节 饮水卫生

保护水源

肠道传染病，不论是细菌性痢疾、伤寒、副伤寒，还是病毒性肝炎等，在这类传染病的病人粪便和呕吐物中都带大量细菌或病毒。如果管理不当，病人的粪便和呕吐物极易污染水源。有人观察，痢疾杆菌在河水中能生存 12~92 天，伤寒杆菌能生存 4~183 天，肝炎病毒的生存力更强，在室温下能存活 14 个月之久。所以，几乎所有的肠道传染病的病菌和病毒都能通过水，经口传染给健康人，使人得病，严重的还会引起暴发流行，使大批的人得病。因此，搞好饮水卫生，对预防肠道传染病有着十分重要的意义。

在农村，粪缸应小型集中，搭棚加盖，远离河边，并尽可能对粪便进行无害化处理。严格做到新粪不下地，便桶和肠道传染病人的衣裤不下河洗涤。

在城市，高层建筑屋顶水箱要有人管理，密封加盖，定期清洗，以保护水源。

饮水消毒

为了预防肠道传染病，饮水必须进行消毒。目前，人们

饮用的自来水厂的水都是经过消毒的，在农村还有一部分人饮用井水，有的甚至河水，井水和河水必须消毒，才能饮用。饮水消毒中应用最为广泛的消毒剂是漂粉精。

漂粉精的主要成分是次氯酸钙、氯化钙、氢氧化钙等。其中次氯酸钙在水中能分解出次氯酸根，它很快同水的氢原子结合成次氯酸。次氯酸具有强烈的氧化作用，而且它的分子很小，能穿透细胞膜，抑制细菌体内磷酸丙酮去氢酶的活性，使细菌失去吸收葡萄糖的能力而死亡。漂粉精能杀死水中的大肠杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌、痢疾杆菌和嗜盐菌等，还能杀灭肝炎病毒和阿米巴原虫等有害生物体。

常用的消毒方法有定时直接加入法。每天在用水高峰前0.5~1小时，在井里加漂粉精消毒1~2次，消毒前先测定水量，一般直径为1米的土井，可将测得的水深的米数乘以2.1，其乘积减半即为漂粉精用量克数。然后用汤匙取药（每匙约10克）置于碗中，加少量冷水调成糊状，倒入井中，再用吊桶把井水上下搅动数次即可。

另一种消毒方法是持续加氯消毒法。常用的持续加氯法的器具形式很多，有塑料桶持续消毒器、以浮筒式方法持续加氯消毒器等。使用时只要在消毒器中加入120~150克漂粉精，然后加入适量冷水，调成糊状后再加满冷水，放入井内就能达到消毒要求。一般加一次漂粉精能维持半个月左右。由于方法简便，很受人们欢迎。但是，消毒器洞口易被漂粉精堵塞，所以每隔4~5天须把洞口疏通一下，否则就达不到消毒要求。

漂粉精与漂白粉一样，具有嗜水性，能吸收空气中水分，

放出氯气。放置时间长了，就可能失效。所以漂粉精一定要保藏在不透气的棕色瓶子里，用多少取多少，用后将瓶盖盖紧。

净水器的使用

净水器能进一步净化自来水，去除水中不良的气味和有机物质，达到安全、清洁、卫生的要求。然而，如果净水器使用不当，不仅达不到理想的净水效果，甚至污染水质。那么怎样合理使用呢？

控制流量 一般说，每分钟 1 千克左右为好。使自来水流量与净水器内活性炭体积相仿，这样能充分发挥活性炭吸附作用。

放掉初滤水和余水 每次使用净水器要先放掉最初 1 分钟的过滤水，使用完毕应将净水器内水放干，不留余水。因为自来水中存在着国家卫生标准允许范围内少量细菌，由于自来水中存在余氯，这些少量细菌生长受到抑制或被杀死。经过净水器过滤的水，自来水中有有机物集中吸附在活性炭表面，为细菌生长提供了营养物质，一旦气温适宜，细菌就会大量繁殖，污染水质，所以要放掉初滤水和余水。

定期更换活性炭 净水器内活性炭的吸附作用有一定限度，使用久了不仅不能再发挥吸附作用，而且还会将已经吸附在活性炭表面的物质释放到水中，造成污染。所以，一般每隔半年至一年，或过滤水中出现氯气味时，就应更换净水器中活性炭。换炭时，必须使用与原来型号、规格一致的净水器专用活性炭，其他用途活性炭一概不能代用。

经过净水器过滤的水,由于净水器内设有额外消毒设施,使用一段时间后,水中细菌含量会升高,尤其在夏季,水中细菌含量会更高,所以要煮沸饮用,不能生饮。

(傅善来)

第三节 生活卫生

卫生习惯

勤洗手 手,是人们从事工作、学习的工具,在日常生活都都离不开手的活动范围非常大,接触的东西也非常多,容易沾染上细菌、病毒、寄生虫虫卵和一些有害有毒物质。有人观察,在1平方厘米手的皮肤上,沾有各种微生物多达1万个,尤其是手的皮肤皱折处更多。在这许许多多的微生物中,可能还夹杂着象甲型肝炎病毒、痢疾杆菌、伤寒与副伤寒杆菌等致病性微生物或蛔虫、蛲虫等肠道寄生虫虫卵。如果用这种脏手取食,不仅会妨碍个人健康,而且还会经手传播疾病,影响他人。所以,保持手的卫生,对预防疾病,保障健康有着非常重要的意义。

保持手的卫生,一定要做到勤洗手,养成工作、学习结束后,外出回来,特别是食前、便后要洗手的习惯。

勤剪指甲 正常成人如果不剪指甲,一年能长5厘米之多。指甲长了容易藏垢纳污。有人取1克重的甲垢,放在显微镜下观察,除了甲垢外,还有3.8亿多万个细菌,其中还夹杂着不少寄生虫虫卵,并含有一些有害有毒物质。

留长指甲是一种不良卫生习惯，也是一种缺乏公共卫生道德观念的表现，用留有长指甲的手取食，就有可能使人致病，损人害己。因此，勤剪指甲利人又利己。

勤洗澡 人体表面密布着二三百万个汗腺，汗腺分泌汗液，汗液含有氯化钠、氯化钾、尿素、尿酸、肌酐、乳酸等物质。此外，在人体表面还有皮脂腺，皮脂腺分泌皮脂，皮脂含有脂肪、脂肪酸、胆固醇、蛋白质渗出液及腺细胞碎屑等。人体在一昼夜能分泌皮脂约 20 克，1 年能分泌 7000 克之多。初分泌出来的汗液为弱碱性，在皮肤表面停留一段时间后，与皮脂中脂肪所生成的挥发性脂肪酸混合变为酸性，散发出使人难闻的特殊气味，长时间不洗澡，皮肤上的污垢会越积越多，有碍卫生，并易得各种皮肤传染病。

勤换衣 衣服容易脏，脏衣服不仅有损仪表，而且还会孽生虱子，沾染细菌、病毒，传播斑疹伤寒、回归热等传染病。故勤换衣也是一种良好的公共卫生道德表现。

勤理发 头皮的皮脂腺和汗腺比较发达，分泌也比较旺盛，而且经常暴露在外面，头皮和头发上常常有许多脏东西，如果不经常洗头理发，就容易发臭、生疮、长癣，甚至长头虱。因此，要自觉养成勤洗头、勤理发的良好个人卫生习惯。

勤开窗 据报道，上海某影剧院放映通宵电影，随机调查 102 名观众，发现 99% 的观众有不同程度的疲倦、头昏、嗜睡、心慌、恶心、胸闷等不适，年龄越小，出现症状的人数越多，且不适的程度越明显。为什么观众会出现这些症状的呢？据测定，放映通宵电影的影剧院，风速不符合标准的达 91%，空气湿度不符合标准达 25%~33%，二氧化碳浓度超

标达 8%~11%，细菌总数超标达 16%~50%。影剧院内环境如此低劣，很重要的一条原因是和通风换气不够有关。清洁新鲜空气有良好刺激作用，有助于驱散倦意，提高工作、学习效率，防止传播呼吸道传染病。因此，平时也应勤开窗，尤其是公共场所，在早晚，工（课）间一定要开窗通风，以保持室内清洁。

不随地吐痰 痰里面有很多脏东西，特别是肺结核、支气管炎病人的痰里，还含有大量病菌。有人观察，在一个开放性肺结核病人的一口痰中，含有 500 多万个结核杆菌，在一天吐出来的痰中，结核杆菌竟多达 30 亿之多。因此，这种病人随地吐痰，就等于放毒，严重污染环境，影响他人健康。除了肺结核之外，还有流行性脑脊髓膜炎、猩红热、白喉、肺炎等病人，也可以通过吐痰传播疾病。

有人认为，把痰吐在墙角、阴暗的地方，不会有什么影响。其实，阴暗、潮湿的地方更适合细菌的生存和繁殖。也有人把痰吐在地上，然后用鞋底去擦，从表面上看，痰没有了，实际上促使细菌、病毒随尘埃更快地飞扬在空气里，同时，由于鞋底上踩有痰，很容易带到各处传播。

要改变这一陋习，一定要从个人做起，养成把痰吐在痰盂里的习惯，没有痰盂的地方，吐在纸里或手帕里，以便回家处理。

不随地大小便 随地大小便，粪便里的病菌、虫卵就会污染环境和水源，传播疾病，损害健康。

寄生虫卵、病菌和病毒在粪便中能活很长时间，伤寒杆菌能活数月之久，脊髓灰质炎病毒能活 4 个月。但是，这些

细菌、病毒都怕高温，在 50℃ 时 30 分钟就会被杀死，60~70℃ 时，5 分钟即能杀灭。因此，只要做到不随地大小便，粪缸加盖，密封发酵，就能达到粪便无害化。

不随地倒垃圾 垃圾里常常带有多种病菌和寄生虫卵以及有害物质。垃圾中有机物质腐烂分解的时候还会散发出大量有害气体，孳生苍蝇、跳蚤、老鼠，传播疾病。

家庭生活中的垃圾，应每天倒在指定的垃圾收集处，做到日清日运；集体单位的垃圾，要放在有盖垃圾箱内，不可乱丢，尤其是腐烂变质、有害有毒废弃物，应严格清毒，焚毁或深埋，做到无害化处理；农村收集的垃圾，最好泥封堆肥，使垃圾发酵产热杀死虫卵和病菌，提高肥效，防止肥源散失。

乱丢瓜果纸屑、乱倒垃圾是不良的卫生习惯，影响环境卫生和市容整洁。处理好垃圾是改善环境卫生，预防疾病，保障健康的有效措施。

家用电器的使用卫生

电扇使用三忌

忌长时间扇 人体散热和产热是靠体温调节中枢来保持动态平衡的。当皮肤温度高于环境温度时，散热增加；反之，散热减少，产热增加。如果长时间对着风扇吹，人体体温随着汗液大量蒸发，体表温度随之下降，散热就开始减少，可是外界气温并未降低，这样反而会使人感到不凉爽。所以，最好用摇头风扇，定时转换方向，以利体温调节中枢进行调节。

忌大汗后猛扇 每克汗水在体表皮肤表面蒸发时，能带

走 2.43 千焦耳 (0.58 千卡) 的热量。在汗流夹背的情况下，贪图一时凉快，对着风扇猛吹，会促使汗液大量蒸发，体表温度迅速下降，常常由于体温调节中枢来不及调节而着凉感冒。所以大汗以后，最好把汗揩干，稍停片刻再扇，扇时风速不宜太快。

忌入睡后再扇 机体产热量在安静时与活动时大不相同。人体在运动时所产生的热量，最多的时候比安静状态高出 10~15 倍。因此，入睡以后再吹风扇，很容易着凉感冒。

使用洗衣机要讲卫生 有病特别是有传染病的人，他们的被服与健康人被服要分开洗。病人的被服要先用过氧乙酸等消毒液浸泡消毒后再洗，防止交叉污染。手帕、口罩、月经带等物品，这些东西卫生要求比较高，还是手工洗为好。

看电视的卫生问题 在观看电视节目时，应注意以下几个方面：

注意室内光线 观看电视节目时，要求周围环境保持一定的柔和光线为宜。白天，窗户挂窗帘，以提高图像的对比度。晚上，如果无窗外和门外月光或灯光照射时，应在室内开一盏度数小（如 3 瓦）的照明灯，以柔和图像的对比度。

注意图象调整 彩色电视机要调整到既不耀眼，又不太暗，图像要清晰，色彩要逼真，使人观看着感到很舒服。

注意观看距离 观看电视的距离要合适，不可太近。彩色电视机最佳观看距离：14 英寸（36 厘米）机为 1.6 米，16 英寸（41 厘米）机为 1.8 米，18 英寸（46 厘米）机为 2.0 米，20 英寸（51 厘米）机为 2.2 米，22 英寸（56 厘米）机为 2.4 米。

电视机放置高度 荧光屏中心高度最好相当于或稍低于眼睛的视平线。

注意连续观看时间 观看电视节目的时间不要过长，观看的时间太长，眼睛容易疲劳，严重的还会头痛或睡不着觉，一般在观看 2~3 小时后，应稍微休息片刻后再继续观看为宜，这样才能无损身体健康。

关于电视机荧光屏产生 X 线问题 电视机显像管工作时，电子束以很高速度射向荧光屏，屏幕上的荧光粉受到电子束轰击后可以产生 X 线。在生产过程中，又采取了多种有效措施，使透射到荧光屏外面的 X 线大为减少，远低于国际放射防护委员会所规定的安全剂量标准。这种极其微量的 X 线，对人体不会产生危害。

预防“冷房病” “冷房病”，又称“空调病”。“冷房病”因冷而起。电器工业发达的日本，早在本世纪 60 年代初，各大厦、各办公楼就已空调化。不论初夏还是酷暑，办公室统统变成“冷房”。工作环境如此优越，工作人员健康却每况愈下，尤其是女职员。他们普遍感觉疲倦、皮肤干燥，还有不同程度的手足麻木、头痛、咽喉痛、神经痛、胃肠不适等症状，女性往往还出现月经失调。年复一年，发病率越来越高，从而引起社会重视。追根溯源，医生们认为这是一种由环境因素所致的疾病，命名“冷房病”。“冷房”致病的机理很简单：夏季气温高，衣着单薄，长时间呆在低温环境内“冷”感觉传至体温调节中枢，指令皮肤血管收缩，汗腺停止分泌，以减少散热，保持体温；“冷”感觉使交感神经兴奋，导致腹腔内血管收缩、胃肠运动减弱，从而出现诸多相应症

状。在女性，寒冷刺激可影响卵巢功能，排卵发生障碍，表现为月经失调。此外，“冷房”内，除了“冷”以外，还存在门窗密闭，空气不新鲜，空调器可能散发有害物质等问题，这些也是致病的原因。

“冷房病”为何多见于女性？首先是工作性质所决定，一般来说，女职工跑外勤少，坐定办公多。第二，夏季女装不但短衣短裙，而且衣单质薄，全部衣着重量最多不过为男装的2/3。第三，女性的体质不如男子，对冷刺激较敏感而多畏寒。体表，特别是手足，易于散热，易于血管舒缩失调。

“冷房病”一旦发生，无有效对策。但是，既然因冷而起，就可以预防。日本提出的具体预防措施值得借鉴：

1. 室温宜恒定在24℃左右，室内外温差不可超过7℃，否则出汗后入室，将加重体温调节中枢负担。

2. 室内空气流速应维持在每秒钟20厘米左右，办公桌切不可安排在冷风直吹处，因为该处空气流速增加5~10倍，倘若高达每秒1米，体温将骤降3~4℃。

3. 要是长时间坐定办公，如打字、书写、接线等，应适当增添穿脱方便的衣服，膝部覆毛巾等予以保护，同时注意间歇站起活动活动，以增进末梢血液循环。

4. 下班回家，首先洗个温水澡，自行按摩一番，如能适当运动，当然更好。

5. 安装了空调器后要注意，对老年人和婴幼儿应特别当心，因为他们的温度感觉差，体温调节亦差，以免为享受而付出不必要的代价。

(傅善来)

第四节 娱乐卫生

在当今社会,生活、工作节奏不断加快的情况下,文化娱乐在生活中起着重要作用,它既能增长知识、调节生活;又能陶冶情趣、有利于身心健康。随着我国改革开放的深入,文化娱乐内容也越来越丰富。诸如看电影,听音乐,跳舞,旅游等,均是有益的娱乐活动,但也应避免过度疲劳而引起疾病。

1. 电影是丰富人们的文化生活,调节精神的有益娱乐活动,据统计,我国有各类电影院、剧院、音乐厅近5万座,每天有相当一部分人在影剧院度过。这里由于人员集中,通风不够,造成空气混浊,是传播呼吸道传染病的场所之一。如流感、肺结核、百日咳等。特别是近几年兴起的看通宵电影,对身心健康更加不利,应加以控制。

据文化娱乐场所卫生标准GB9664—88规定,电影院、剧院、音乐厅、录像厅等二氧化碳不超过0.15%;细菌总数不超过4000个/立方米;风速每秒0.10~0.50米。但经测定,大部分都未能达到要求,单场电影结束前15分钟的二氧化碳浓度比放映后15分钟测定的浓度平均高0.2%,最高时可达4.5%,大大超过国家允许标准。这样必然造成空气中氧气不足,在这样的环境下数小时,容易使人发生胸闷、气急、呼吸急促、心律加快等缺氧症状,特别对心血管、呼吸道有疾患的人危害更大。通宵电影时间近10小时左右,人们白天在紧张繁忙的工作之余,晚上还在这样的环境下“娱乐”,不但

得不到充分休息，反而会加重疲劳，这样久而久之极易诱发各种疾病。

另外，电影对视力，听力的影响也不可忽视，长时间在黑暗的环境下与银幕上光线形成强烈的反差，对眼睛会产生很大刺激，易导致眼睛疲劳，视力下降。长期接受来自音响发出的声音，一刻不停地在耳边及大厅内回荡，观众长时间置身其中，两耳得不到片刻休息，耳膜会紧张过度，以致影响听力。

2. 音乐在现代化家庭中不可缺少，当人们在紧张工作了一天以后，听听来自电视机、收音机、录音机的乐曲，确实可以在美妙的旋律中调节身心，增长知识和陶冶情操。同时，人们的思想、情操也会得到启示和升华。但是，在欣赏音乐过程中，也必须注意音乐的心理和卫生要求。

(1) 应注意调节音量大小，放音乐的时间不宜过长，尤其当前青年人钟爱的小型Walkman更应控制音量和收听时间。有些人从早到晚不断听音乐，且音量调得相当大，这种习惯很不好。因为现代电子音乐技术，着重低音和高音，加上有些音乐节奏过快，超过人体所能接受的听觉阈，使音乐变成噪音，就会影响身心健康。

(2) 听音乐的时间也有讲究，一日三餐是听音乐的好时机，可以选择一些节奏较慢，较轻快的音乐，以达到增进食欲，消除疲劳之目的。但不宜听节奏快，声音起伏大如交响乐，室内乐、狂想曲等，以免影响饮食。有些人喜欢在音乐中入眠，可以选择东方广播电台的晚间催眠曲，效果相当不错。如果在学习或工作过程中因时间过长而感疲劳时，不妨

挑选几首自己平时喜爱和熟悉的曲子轻松一下，这对继续工作和学习，会产生良好效果。在家做家务时，也可以边听音乐边干活。如此能减轻枯燥的感觉，达到事半功倍的效果。

(3) 在日常生活中环境噪音近 50 分贝，而当高频率的立体声耳机放出的音乐则达到 150 分贝，所以当用耳机欣赏音乐时，要控制音量和时间，以 1 小时左右为宜，音量适中，以免使音乐成为噪声。

3. 跳舞是世界各国、各民族普遍的社交娱乐活动。当人们在各种音乐的伴奏下，踩着轻松愉快的舞步，既能在相互间增进友谊，陶冶情操，又能消除疲劳，有利于身心健康。跳舞在我国特别是交谊舞已深受人们的喜爱。有人专门做过试验，跳 1 小时华尔兹舞，相当于步行 2000 米的运动量，这对缺少运动的人来说，确是一种较好的体育活动。跳舞时，心肌收缩加快，心脏输出的血流量增加，血流加速，新陈代谢旺盛，对于肥胖者还能起到减肥作用。但由于茶座，舞厅人员密集，通风不良，再加上吸烟人多，空气中一氧化碳、二氧化碳、噪声会急骤上升，这样就会影响肌体的健康。据卫生防疫部门测定：一氧化碳最高达 50 毫克/立方米，二氧化碳最高达 0.34%，噪声最高达 98.5 分贝 (A)，按照 GB9664—88 规定 (中华人民共和国国家标准中文化娱乐场所卫生标准)：一氧化碳不得超过 10 毫克/立方米；二氧化碳不得超过 0.15%；动态噪声不超过 85 分贝 (A)，所以，有跳舞爱好的人应注意劳逸结合，并注意：连续跳舞时间不宜过长，以 5~10 分钟一次间息较适宜。如长时间处于音乐节奏强烈的环境中，情绪易兴奋、激动，特别对有心血管疾患

的人易发生意外，对健康不利。

跳舞及工作人员按规定不得吸烟，以利己利人。

4.旅游作为一种文化娱乐活动，深受各阶层人士的钟爱，既可使人们饱览祖国各地的名胜古迹、名山大川的风光，又可开阔视野、增长长识、陶冶情趣，是保持旺盛精力的较积极的办法。

人们在旅游活动中，漫步田园，爬山涉水沐浴在新鲜的空气和充足的阳光中，吸氧量增加，能使血液循环得到改善，四肢肌肉、全身各器官功能得到锻炼和调整，新陈代谢更加旺盛。因此，旅游是一种很好的运动方式。但在旅游前，应作好充分的准备，根据本人的健康状况、年龄、季节、气候及旅游地点的环境条件，妥善安排日程，同时做到和了解以下几方面：(1) 要劳逸结合，注意休息，尤年龄大的游客游兴浓时，更应注意，以免发生意外。(2) 旅游途中易发生跌打损伤，因此必须备一些治疗外伤如紫药水、碘酒或云南白药之类的药，以防万一。有晕车、晕船的情况者，可带一些晕海宁、安定、人丹等。(3) 旅游途中尤应注意饮食卫生，不吃不洁食物，以防病从口入，最好自带干点。应尽量避免在传染病流行季节外出，以免感染。(4) 外出旅游，注意防寒保暖，夏季须防中暑，冬春注意感冒发热，带一些感冒冲剂、扑尔敏等应急备用。(5) 切忌“憋尿”。因为外出旅游，有时乘车时间相当长，切不可长时间有意识的自我抑制排尿，应及时向导游、司机表示欲“方便”一下的意思。否则，长时间“憋尿”，特别是老年人，各脏器功能下降，在膀胱颈部和前列腺部位的尿道充血水肿，导致尿道狭窄、致使以后排尿

不畅，淋漓不清，必须注意。

5. 其他如蒸汽浴（俗称桑那浴）是一种既能健身，又能洁身的沐浴方法。随着我国与国际逐渐接轨，在我国特别是上海地区已经逐步推广采用。由于桑那浴是在密闭室内，利用湿热蒸汽来调节植物神经和清洗全身，室内气温达 40~50℃ 左右，具有扩张血管、加速血液流动和新陈代谢的作用，是一种能消除疲劳、增强体质、既能健身、又能起到辅助治疗的活动和洗澡方式。但因沐浴过程是在密闭且二氧化碳浓度相对较高的环境中故须注意以下几点：

(1) 要根据本人的实际情况，严格控制沐浴时间，一旦感觉胸闷、气急应及时结束沐浴，到通风处呼吸新鲜空气。

(2) 小儿及老人入浴应谨慎，特别是患有心脏病、肾脏病、糖尿病、高血压、低血压的病人更应注意，以防发生意外。

(3) 沐浴的人多时，要提醒管理人员及时开气窗，以流通室内空气。

(4) 患有传染病、严重皮肤病，精神病发作期的病人，则不宜入浴。

(郑玉妹)

第三章 创造优良的生活环境

第一节 居室卫生

住房的卫生要求

随着人们生活条件的不断改善和提高,居民的住房也有了很大的变化,居住房的类型有过去的石库门住房,新村住房、工房及最近几年发展起来的高层住宅及高级别墅等。居室的卫生要求主要应包括房间朝向、面积、空气容积、室高、进深等。

住房朝向:在上海地区应选择南向或南偏东偏西 15° 方向,这样在冬季能获得较长时间的日照。根据目前住宅设计的卫生要求,至少要满足冬至日满窗有效日照一小时,使住宅得到温暖;又能杀灭某些致病菌,还能把人体皮肤里维生素 D₂ 原 (7-脱氢胆固醇),变成维生素 D₃,再经过肝脏、肾脏有关酶的作用,最后转化为 1, 25-二羟维生素 D,以促进肠道对钙的吸收。特别是新生儿及老人要经常晒太阳,对健康非常有利,若长期生活在阴暗潮湿的住宅里,易诱发风湿病、感冒、气管炎等疾病;尤其婴幼儿、儿童易患佝偻病。

住房的面积是居室卫生的重要指标，如面积过小，加上人体的呼吸、出汗、散热等正常代谢活动排出的二氧化碳，使室内空气混浊、氧气降低、湿度增高；这样不利于室内二氧化碳排出。人们长期在这样的环境下生活，可引起新陈代谢障碍、头昏、头痛等精神压抑感觉。为此，我国规定每户建筑面积为 40~50 平方米；平均每人居住面积为 5~6 平方米最为适宜（国家建委颁发）。

居室的容积是每个居住者在居室内所占有空气容积（气积）。一般规定居室内一个成人的气积为 30 立方米时，儿童应为成人的 1/2。住房的净高应在 2.8~3.5 米，进深单面窗是层高的 2.5 倍，双面窗是层高的 1.4 倍。

为此，住宅的基本卫生要求为保护居民健康，保证生活正常进行，应满足以下要求：

1. 有各种必要的房间（居室、厨房、厕所、浴池、洗漱间、客厅等）和一定的居住面积，以满足现代家庭生活的需求。
2. 环境安静、整洁，周围无环境污染，生活方便。
3. 日照良好，光线充足，并应有上、下水道等卫生设备。
4. 适宜的微小气候（指室内的温度、湿度、气流）具体要求：冬季室中央温度为 16~18℃，夏季为 24~26℃；冬季相对湿度最好不小于 35%，夏季不大于 65%~70%。冬季室内气流每秒钟应小于 0.25 米，夏季每秒钟应大于 0.5 米。

室内照明的卫生要求

白天室内照明主要通过自然采光，晚间则通过人工照明。

日照对改善室内微小气候有很大影响，根据卫生要求：一天日照在冬季应在3小时以上，这样可控制某些葡萄球菌与链球菌的感染，防止佝偻病的发生，但在夏季应尽可能减少太阳光的直射，使室内温度降低些。

除此更重要的是人工照明，选择合理的光源和照射强度大有讲究。目前上海地区常见的光源是白炽灯和各类荧光灯，照明的方法可分全面照明、局部照明和综合照明。

照明的强度单位叫勒克司，一盏25瓦的电灯在距桌面0.5米时，桌面上的照明强度为50勒克司（日光灯的照度比白炽灯强一倍左右）为宜。根据居室及辅助房间的要求不同，对照度的要求也不尽相同，一般楼梯、过道只需要10勒克司；厕所、浴池、洗漱间为30勒克司；厨房和卧室为50勒克司；看书写字就需要70~100勒克司，最好采用局部照明。当然这只是一般的卫生要求，个人可根据实际情况和爱好作适当调整，采用最适合自己的照度和光源。另外儿童和老年人对照度的要求要比一般人高1.5倍左右。

室内人工照明的卫生要求应有足够的照度，避免眩目，照度恒定均匀，光源的光谱应尽可能接近自然光，目前广泛使用的荧光灯和白炽灯可收到较好的效果。

另外还可根据室内墙壁颜色的不同选配不同的光源。如淡黄色墙壁应采用日光灯，这样可减少冷光源反射射线，不刺激人的眼睛。如为白色墙壁，白炽灯和日光灯均宜。除此房间还可适当安排其他各类灯如壁灯、落地灯、台灯等作为局部照明和调节用。

总之，光源强度的选择要合适，太强或太弱对身体健康

和视觉均不利。

室内布置的卫生要求

室内布置除了美化室内环境和外观舒适外，更重要的是所使用的装饰材料对人体应无毒和低毒。对新装修、装饰的住房应开启门窗通风一段时间，以降低空气中各种化学物质的污染程度。

室内空气污染的来源，除了来自吸烟，燃料，细菌等以外，还来自建筑装饰材料和家具油漆材料的污染，如甲醛、石棉纤维、苯、甲苯等。甲醛是一种无色带辛辣味的刺激性气体，对呼吸道和眼粘膜有刺激作用，能引起急性呕吐症状。甲醛主要来自各种胶合板粘结剂的脲醛树脂、家具和其他胶粘木制品，还有某些发泡填充料、绝缘保温层等均含有不等量的甲醛。

在装饰中常用到油漆，油漆中含有苯，人体长期接触苯，常会引起头痛、头昏等中枢神经系统的症状和血液正常指标失常。某些人还可出现各种皮肤病。

在居室布置中，墙面色彩的选择也很重要，如房间较暗，以白色为好，房间光线充足，浅蓝、浅黄、淡绿色均可选择。另外当房间墙面、地面的颜色确定后，家具的颜色千万注意与其协调，尽量避免采用同一色调。当房间感觉较小或光线不足时，可选择浅色家俱，反之当房间较大或光线充足时则可选择较深色的家具。

另外，对面积较小的住房布置，可用增加一些镜面玻璃的装饰，通过镜面的折射、反射，使空间有扩大的视野。经

常改变一下房间的布局，也会给人有新鲜感觉。

总之，室内布置是一门学问，既要使人感觉舒适，又要所使用的材料对人体健康无害。

室内外绿化的卫生要求

居民区及居室内外的绿化，能调节气候，净化空气，防止噪声以及改善微小气候，美化、净化环境。许多调查资料表明，绿色植物能吸收二氧化碳，放出氧气，保持空气清新。另外，树叶、树枝还能吸附空气中的尘埃，某些树木的叶子还能吸收空气中的有毒物质如铅、汞、镉、砷等。

据测定，生长季节时1公顷阔叶林，1天可吸收二氧化碳1吨，放出氧气0.73吨，在晚间则更多。城市裸露地段比种植绿化地段尘埃多50%~70%。有害气体经过绿化地带后，至少有25%被阻留净化；烟煤所含的二氧化硫60%左右可被滞留。绿化街道比非绿化街道减少噪声8~10分贝；特别是草地及爬蔓植物密度越大，效果越明显。若机场跑道两侧种植8行树，35米宽的防声林，消声效果达10~20分贝左右，所以，这样可有效地降低噪声带来的危害。如长期生活在噪声的环境中，可引起人体各种不良反应，诸如听觉器官、神经系统、心血管系统等其他生理功能方面的损害，特别对居民的正常生活，工作和休息带来严重干扰。

综上所述，绿化的作用是相当大的，在上海这样一类国际大都市里，房屋毗连，尤其高层建筑越来越多，而空间有限，除植树和种植草坪外，还宜种植墙壁攀缘植物。紫藤、凌霄、木香等都是理想的花架植物；爬山虎、五叶地锦都是不

错的攀缘植物；具较强杀菌作用的有核桃、柠檬桉、悬铃木等。城市及居民区将以上各种花草树木根据当地实际情况结合起来种养，效果相当不错。

在居室的阳台或窗台可种植金桔、茉莉、月季、四季海棠、吊兰、文竹等。室内可养殖仙人掌、橡皮树、龟背叶、掌春藤等耐阴植物。这些花草都可增加室内负离子浓度，使空气新鲜，并可美化居室环境。

(郑玉妹)

第二节 传染病者活动场所及用物的消毒

当家庭或单位内发现传染病时，或者是疑似传染病病人时，必须对其污染和活动的场所进行消毒处理，以防疾病传播扩散。

肠道传染病

指病毒性肝炎、细菌性痢疾、脊髓灰质炎、伤寒、副伤寒等。病家消毒的重点和方法：

粪尿、呕吐物、痰液等污物的消毒 病毒性肝炎可使用漂白粉或其他含氯制剂的粉剂（如消毒灵、抗毒威、文华强效消毒剂）作消毒处理后再倒弃。通常配比浓度以漂白粉为例：5份污物加1份漂白粉（100毫升粪尿加20克漂白粉）充分搅拌加盖放置2小时。尿液每100毫升加漂白粉3克充分搅拌加盖放置2小时。如果是菌痢、伤寒、副伤寒等肠道传染病，配比浓度：1份粪便或尿粪混合物加1/20份漂白粉

(100 毫升粪尿混合物加 5 克) 充分搅拌消毒 1 小时, 尿液按 100 毫升加漂白粉 1 克充分搅匀消毒 1 小时。如使用的是消毒灵和抗毒威, 可取同污物等量的粉剂充分搅拌, 消毒 1 小时, 病毒性肝炎消毒 2 小时后倒弃。

盛装吐泻物的容器、便器、痰盂、痰杯等的消毒 可选用市售含氯消毒剂如消毒灵、抗毒威、文华强效消毒剂、1210 强力消毒剂作浸泡消毒。根据病种的不同可分为两档浓度 如果是病毒性肝炎, 使用的消毒灵、抗毒威、文华强效消毒剂浓度每升 2000 毫克, 浸泡 1 小时; 如是一般性细菌疾病如菌痢、伤寒等使用上述三种消毒剂浓度为每升 1000 毫克浸泡 30 分钟; 若用 1210 强力消毒剂, 使用浓度均为 2%, 病毒性肝炎浸泡 1 小时, 细菌疾病浸泡 30 分钟。

厕所地面、墙壁、家具、运送病人的工具、清洗工具 (拖把、畚箕) 等的消毒 对于这类物品与物体表面的消毒可采用浸泡、揩擦和喷雾消毒的方式。常用的消毒药剂有 0.5% 过氧乙酸、2%1210 强力消毒剂、2.5% 活化的二氧化氯或浓度为每升 2000 毫克的消毒灵、抗毒威、文华强效消毒剂, 消毒作用时间为: 病毒性肝炎消毒 1 小时, 细菌性疾病消毒 30 分钟。用于家具消毒时要注意消毒剂的选择, 最好选用无腐蚀作用的 1210 强力消毒剂作揩擦消毒。

衣服、被褥、玩具、毛巾、尿布等的消毒 根据消毒物品的种类可采用煮沸和用消毒药液浸泡的办法消毒。适宜于衣物消毒的药剂是 1210 强力消毒剂, 使用 1% 浓度浸泡 30 分钟后再洗净。煮沸消毒是水开后煮沸 10 分钟。

手的消毒 为预防交叉感染在饭前便后一定要用肥皂加

流动水洗手,当家庭中发生传染病时要用消毒剂消毒双手。可供选择使用的药有“快速手消毒剂”,内含消毒药和甘油,具有消毒润肤作用,使用方便,仅需滴几滴在手上,双手摩擦2分钟即可达消毒作用,不用再冲洗双手。也可采用浸泡消毒方法,用2%1210强力消毒剂或5%碘伏浸泡2分钟后再用流动水冲洗擦干。在预防肠道传染病中手的消毒尤为重要。

台面、刀、砧板、揩布等的消毒 在发生肠道传染病后,每次使用后用消毒药液揩擦或者浸泡、煮沸消毒。消毒剂可选用2%1210强效消毒剂浸泡和揩擦消毒30分钟。刀、砧板、揩布可用煮沸10分钟的办法,消毒后的上述物品要妥善保存并防污染备用。

蔬菜、水果、餐饮具和食品加工器具的消毒 对于生吃的蔬菜和水果可用0.5%活化后的二氧化氯浸泡5分钟后食用,餐饮具可用1.25%活化的二氧化氯浸泡30分钟或煮沸10分钟消毒后妥善保存备用。

票据、书报、钱币的消毒 这些物品可用微波炉消毒4分钟后再使用。用微波炉消毒时要注意:用作消毒的微波炉功率必须大于500W;消毒的物品要分开堆放,不要扎紧,并用湿布包裹后再消毒,即可防止损坏票据等物品且消毒效果更好。

垃圾及废弃物的消毒 为切断传播途径,防止污染,对病家垃圾等弃物应经消毒后再倒弃。消毒时要注意浇透和保证足够的作用时间,从而真正达到消毒之目的。肠道传染病还应做好灭蝇、防蝇工作。

呼吸道传染病

白喉病家消毒的重点和方法 除环境、物体表面至物品的消毒可参照肠道传染病的消毒方法外，还要增加对室内空气的消毒。可选用空气消毒剂或空气抗菌清洁剂，已获批准的有天艺医用广谱抗菌空气清洁剂、净霸高效空气抗菌清洁剂等，进行喷雾消毒，每天若干次。空气消毒时要选用雾滴细小的喷雾器，每次喷完药后关闭 30 分钟以保证消毒的效果。

虫媒传染病

流行性乙型脑炎、流行性和地方性斑疹伤寒、登革热等病家消毒的重点和方法：环境、物体表面及物品消毒与肠道传染病基本一致，但同时要做好灭蚤、灭虱，包括床铺、被褥、衣服、环境等。接触者与邻居家中也应灭蚤、灭虱。若发生的是流行性乙型脑炎，那更要灭蚊、防蚊。

动物源性传染病

（流行性出血热、炭疽、布鲁杆菌病等）病家消毒重点和方法：根据发生的病种不同应对皮毛、畜毛、奶制品进行严格的消毒。若家中发生流行性出血热的病人后，要灭鼠、防鼠和灭螨。其他物品和有关物体表面的消毒参照肠道传染病的消毒方法。

根据上海市卫生局有关规定，除对上述传染病发生后需进行消毒处理外，还应对艾滋病等性传播疾病及卫生行政部

门根据需要指定的病种做好留观者、隔离者、病原携带者和隔离期未滿而出院的恢复期患者日常性(随时性)消毒管理,直至隔离期滿为止;换言之,在隔离期未滿的病家均要按常规做好预防性消毒工作,从而达到切断传播途径,防止交叉感染、预防传染病的发生和传播,保护人体健康之目的。

(周 密)

第三节 除 害

灭蚊

我国的蚊虫约有 300 多种,其中按蚊、库蚊、伊蚊三个属的蚊种约占半数以上。许多传染病如疟疾、丝虫病、流行乙型脑炎、登革热以及黄热病等,都是由蚊虫传播的。

消灭孳生地 蚊虫的卵、幼虫、蛹皆生活在水中,它们的发育成长有赖于水的存在,管好和处理好积水是控制蚊虫的根本措施。各种蚊虫对积水的性质要求不同,改造、控制和消灭不同类型的积水,便可相应地控制和消灭某种蚊种。各种孳生场所的控制、处理办法如下:

(1) 翻缸倒罐; (2) 堵塞树洞、竹筒,填平石穴和洼地:在雨季前应以砖石、石灰或水泥堵塞,在雨季后再逐一检查处理一遍; (3) 城市高楼屋顶天沟积水、雨蓬积水以及防火水桶、水池、水缸的积水,要及时清除、换水或不使积水等。以免遗留蚊卵或幼虫、蛹,必要时在上述积水中还可喷撒废机油或投放缓释型杀虫剂。

消灭蚊幼虫 (1) 人工捕捞：发动群众利用废旧的粗纱布或尼龙纱、铜纱做成纱网，进行捞捕蚊幼和蛹、卵块；(2) 放养柳条鱼灭蚊幼虫；(3) 运用各种化学杀虫剂灭子。

灭成蚊 (1) 人工捕打；(2) 运用 2537 Å 紫外线诱蚊灯诱杀成蚊效果显著，尤其对三带喙库蚊、中华按蚊、淡色库蚊等效果则更佳；(3) 蚊虫高峰季节，在多蚊场所，分别采用快速喷射和滞留喷射法，杀灭成蚊效果好。

防蚊、驱蚊

1. 机械防护：(1) 合理使用蚊帐；(2) 安装纱窗纱门。

2. 药物驱避：(1) 运用驱避剂，凡夜晚执勤或早、晚野外作业工人，可在脸、颈、手、腿等易裸露部位涂擦各种市售的驱蚊剂、驱虫露、蚊不叮等驱避剂，以防蚊叮咬；(2) 合理使用市售的各种蚊香、电热驱蚊器和液体蚊香（包括各种气雾杀虫管）燃点、使用时以防蚊叮咬。

灭蝇

消灭孳生地 改善环境卫生，消灭或减少蝇蛆孳生场所，控制和管理孳生地是消灭苍蝇的主要环节。

垃圾的处理：(1) 实行垃圾袋装化的措施：要求袋口扎紧、阻隔臭气外溢，防止蝇类产卵孳生；(2) 垃圾箱房、桶的处理：要求每天清除，用水冲洗干净。

灭蛆 (1) 水淹灭蛆法：将蛆溺死，此法对灭蝇蛆效果最佳；(2) 化学杀虫剂灭蛆：在多蝇蛆场所，必要时选用各种杀虫剂喷射，以杀灭蝇蛆。如常用的有 0.275% 诺毕速灭松。

灭蛹 (1) 在孳生场所的周围,若能经常做到挖蛹和人工紧土灭蛹,则可阻止蛹羽化为蝇。这在冬末春初期收效更大;(2) 前蛹期幼虫易受寄生蜂寄生,越冬的前蛹期幼虫和蛹还可能受真菌寄生,故可人工培养寄生蜂和真菌以灭蝇。

灭成蝇 拍打,根据蝇类活动的规律,诱集后拍打收效更大。

药物灭蝇 (1) 0.275%诺毕速灭松;(2) 敌氯合剂(0.5%敌百虫+0.04%氯氰菊脂即10千克水中加55.6克,或90%的敌百虫和4.2克95%的氯氰菊脂);(3) 氯氰合剂(0.04%氯氰菊脂+0.4%DDVP即10千克水中加4.2克95%的氯氰菊脂和50克80%的DDVP)。

捕蝇笼诱蝇灭蝇 利用蝇类食性(香、甜、腥、臭食物)和趋光习性专门设置的捕蝇笼它最适用于室外多蝇场所、绿化这是诱捕成蝇的一种好方法。引诱蝇钻入笼芯下饵料上取食,饱餐后又利用它向光飞行的习性,飞入蝇笼。因此,必须保持笼顶的光亮,不可用油布掩盖或用石块、木板压盖笼顶。使用饵料宜用发酵腐败的动、植物、水果、豆渣等荤素比例3:2,每笼放置饵料为250~500克。将各种饵料置于盛器内,务使各占一角,不要混和,可使各自持有的气味分别散发出来,不断提高诱捕效率。配制饵料时水份不宜过多,并在饵料内加适量的糖和醋,诱捕到的苍蝇种类和数量将会更多。

防蝇和驱蝇 安装纱窗纱门是防蝇的有效措施。

灭蟑螂

蟑螂学名称 蠊。蟑螂的危害很大，它不仅会咬损各类物品；还能携带多种病原体，影响人体健康；有时还能使电子器械发生故障。蟑螂遍布于人类居住或活动的任何场所，是四害之一。

环境防制 蟑螂侵害严重的场所，卫生状况通常较差。

(1) 经常打扫卫生，保持室内、外洁净，清除死角和无蟑螂粪尿残迹；(2) 根除蟑螂栖息场所如缝隙、孔洞、必须设法堵塞。食品不可随处乱放、乱堆；(3) 断绝蟑螂食源、水源，使它无食可取。食品应贮存于有盖容器中，垃圾、泔脚应每天晚上倒清，室内保持通风、干燥关紧水龙头，防止滴水。

物理防制 人工捕打和诱杀粘灭法等、开水烫杀、空瓶诱捕、粘捕盒、蟑螂捕杀器。

化学防制 该方法具有使用方便、见效快等优点，所以化学防制仍然是灭蟑螂的主要手段。常用的有：

(1) 喷射化学杀虫剂是蟑螂防制中最常用的一种方法，在侵害严重的场所实施喷射，可消灭大批量蟑螂；(2) 毒饵：使用毒饵灭蟑螂比较方便、经济、很受群众欢迎，在家庭、医院、船舶、办公室和宿舍等处均可应用，尤其适合于不便喷射杀虫剂的场所（如大宾馆餐厅）和蟑螂密度不太高的场所，效果更好；(3) 药笔法：由于药笔制作简单、使用方便、此法已在蟑螂防治中得到了广泛应用，很受使用者欢迎。药笔的主要成份为溴氰菊酯。加工方法，先配制 0.5% 溴氰菊酯

水液 1000 毫升，浸泡 350 克粉笔，待浸透后取出凉干即成药笔。除使用溴氰菊酯外，也可选用其他接触杀虫剂。在蟑螂栖息场所周围和经常爬行的通道上，用药笔划粗线或划“井”字，使蟑螂出入都必须踩上涂划的粉迹，从而提高灭杀效果。

灭臭虫

臭虫又称床壁虱。其可致病，广泛分布于家庭、旅社、医院、学校、影剧院、车站、码头等处，也是四害之一。

1988 年上海市在全国率先创建为无臭虫害城市。但是仍然不能掉以轻心。近年来，由于城市的外来人口激增，一些地区的臭虫又有“死灰复燃”的苗子。为了做好臭虫的防治工作，应及时采取措施，予以消灭并做好预防工作。

环境防制 保持室内清洁卫生，勤晒卧具、被褥、衣物；用油灰堵嵌床铺、墙壁和家具桌椅上的缝隙，较大的缝洞先用木片堵塞，再用油灰抹缝。

物理防制 臭虫不耐高温，用热水（80℃以上）浇灌床架、床板、凳椅和草席等，可有效地烫杀隐藏在缝隙中的臭虫。把家具、床垫等搬到太阳下曝晒，也可收到同样的杀虫效果。在冬季，采取户外冷冻方法，也能冻死臭虫。

化学防制 当前，化学防治臭虫使用较多、效果较好的杀虫剂是倍硫磷，一般采用 1%乳剂涂刷。使用时先将 50%倍硫磷浓乳液加 50 倍水稀释，即成 1%乳白色药液。用毛笔蘸药液涂在床铺缝隙、孔洞处，每张单人床涂药量约 50 毫升。在臭虫危害严重的房间，除床铺外，对墙壁、桌椅和床边柜

也应全面涂刷。在集体宿舍、旅社、医院和浴室等，一旦发现臭虫，对室内坐、卧家具必须全面处理。倍硫磷有效期较长，涂药一次不但可以杀死当代成虫和稚虫，而且对从卵中新孵化出的稚虫也有触杀作用。另外，溴氰菊酯、氯氰菊酯对臭虫也有较好的杀灭效果。用含氯氰菊酯加工的药笔，含量为0.9~1.8毫克/克，在臭虫栖息的缝洞处涂划亦具有高效、长效作用。

灭蚤

蚤属常见的体外寄生虫，在已知种类中约有94%寄生于兽类，6%寄生于鸟类。蚤对人、畜骚扰危害严重，还可传播多种疾病，加上目前不少地区蚤密度明显增多，因此蚤的防治普遍被人们引起重视。

环境防制 打扫环境卫生，改造、控制和消灭孳生地，清除死角垃圾和灰尘杂物，室内宜通风、干燥，及时处理患者床面、床底、坑下、衣服和被褥等。

化学防制 (1) 用于房舍地表灭蚤的杀虫剂有2.5%敌百虫喷射液，2%杀螟松、1%~2%马拉硫磷等；(2) 用于鼠洞灭蚤杀虫剂有2%倍硫磷、3%~5%马拉硫磷、5%残杀威；(3) 用于畜体灭蚤杀虫剂有蝇毒硫磷、0.2%~0.5%药浴、0.5%碘硫磷、0.25%马拉硫磷、灭松药浴和喷射；(4) 其他如运用药粉、毒饵以及颗粒剂、烟剂、驱避剂灭蚤等，均可取得良好的效果。

物理防制 运用蚤类趋光习性，设计研制生产各种灯具诱捕，同样能取得良好效果。

灭虱

虱是寄生在动物体表的吸血昆虫，寄生于人体的虱为吸虱、头虱和阴虱。虱的危害较大，人被叮咬后可出现皮肤瘙痒，搔抓后可导致继发性感染。虱还可传播回归热、流行性斑疹伤寒等。

虱的防制主要靠平时良好的卫生习惯和做好勤洗澡、勤换洗衣服、勤晒被褥、勤理发，这是防止虱的基本措施。灭虱要求应做到全家同时进行，凡有虱的衣服、裤子、被褥应一起有效处理，并需几次重复杀灭才能灭得干净、彻底。

物理防制 (1) 煮烫：虱不耐热，在 50℃ 以上经 30 分钟即可杀灭虱子和虱卵。对内衣、裤、被单等不怕湿热的物品。一般采取煮烫法，80℃ 30 分钟，或蒸气 100℃ 10 分钟进行灭虱，效果较好；(2) 干热法：可将毛衣、皮衣、棉衣、被褥等怕湿、怕高热物品，置干热灭虱间内加温至 65~80℃，时间 30~60 分钟，亦有灭虱效果；(3) 熨烫法：即将有虱的衣物，先行清洗后，在未全干前，用熨斗熨烫，同样能杀灭虱子和虱卵。

对多虱物品和衣服，运用化学杀虫剂灭虱法

1. 灭体虱：(1) 1% 倍硫磷乳剂，浸泡内衣裤等于 30 分钟后取出，再用清水洗涤，24 小时后灭虱率达 100%。另外，也可用 2% 倍硫磷粉剂，每套衣服里撒药 20~30 克，被褥上均匀撒布 50 克，尤以线缝为重点，24 小时，杀灭率达 95%~100%。用 10% 倍硫磷灭虱肥皂，洗涤衣服，被褥或其他物品，灭虱效果好。先将染虱衣物用清水浸湿，然后涂 10% 倍

硫磷灭虱皂，放置 30 分钟后，再用清水洗涤晾干，24 小时后灭虱率达 100%；(2) 二氯苯醚菊酯：用 4/万乳剂喷洒内衣或其他物品，每套 100~150 毫升，24 小时后虱均能杀死，并有 25 天残效期。

2. 灭头虱和阴虱：(1) 用 1/万浓度洗剂（二氯苯醚菊酯 1 克、乙醇 10 毫升、洗涤剂 89 毫升、配成 1% 原液，用前加水稀释 100 倍）用毛笔或棉花蘸洗剂涂于染虱头发上（或阴毛处），每人平均用 20~30 毫升，3 天后灭头虱率达 100%，而且易使虱卵壳软化脱落；(2) 2% 倍硫磷粉剂：将粉剂置入纱布袋后均匀地抖撒在发根处，再用头巾将头发包扎一夜，然后用清水洗头。2 周后再重复一次，连续 3~4 次后，灭虱效果显著；(3) 中药百部浸液灭虱：用 25% 百部酒精浸液，涂搽头发和阴毛，每周 1 次，2~3 次后就可根除，既可灭虱，又可灭虱卵（方法同上）。

3. 其他方法：可选用蝴蝶牌灭虱灵、争芳灭虱精和灭虱香波，均有较好灭虱效果。

灭蠓

蠓又称墨蚊、小咬、小黑虫。蠓的种类繁多，广布于农村、集镇、山区、森林、草原或海边等地。蠓可刺吸人血、畜血并传播人、畜疾病。

蠓类防制的基本原则与蚊虫防治相同。常用的方法有

清除孳生场所，开展环境防治 针对吸血蠓孳生习性可分别进行改田为地、放水，搞好环境卫生，清除杂草，填平洼地、坑、沟、浜、塘和堵塞树洞竹节，排除沟渠无用积水

等，破坏和减少蠓的孳生地。

化学防制

止痒 (1) 5%的温碱水或氨水擦试叮咬处；(2) 清凉止痒剂涂擦局部皮肤止痒消炎（包括清凉油、枫油精等）；(3) 配制炉甘石—薄荷酚，局部涂擦，止痒消炎。

个体防护 (1) 除抹各种驱避剂，如DETA、驱蚊灵、露等；(2) 戴83—1型防蠓帽保护头部或穿戴防蠓面纱衣裤。

药物防治 倍硫磷以0.5~1ppm剂量进行喷射墙面或孳生地20天1次；或运用2.5%溴氰菊酯可湿性粉剂0.05ppm于黄昏前或雨前喷射孳生地或多蠓场所，灭蠓效果显著。

防蠓和驱蠓 在建筑物的门窗以及出入口处安装细孔窗纱、纱门，以防蠓的侵入叮咬和骚扰。

灭蚋

蚋又名黑蝇，我国东北俗称“挖背”在非洲、拉丁美洲，蚋是人类盘尾丝虫病的媒介，叮刺后能使人、畜产生强烈的反应。

环境防制 清除孳生地水草、树枝、浮萍、淤泥。取出卵块。调整水流量以改变流速，增加水的浑浊度，均是很有有效的防治措施。

化学防制

灭蚋幼虫 在上述多蚋幼孳生中，可用0.5%双硫磷、毒死蜱、杀螟松乳剂、7504、辛硫磷、氯氰菊酯等杀虫剂喷射灭蚋幼，效果显著。

杀灭成蚋 (1) 灯光诱杀, 利用成蚋对光的趋向性, 可将黑光灯、紫外线诱蚊灯或普通电灯, 在傍晚 (即黄昏后 1~2 小时) 置于住区外周多蚋的绿化空地上, 开灯诱杀成蚋。方法同灭蚊、灭蠓; (2) 烟剂或杀虫剂空间喷射: 对隐藏和栖息在草丛或灌木丛、园林绿化区的成蚋, 可用 DDVP 烟剂和各种杀虫剂或含拟除虫菊酯的杀虫剂喷烟或喷射杀灭。方法同蚊、蠓; (3) 防蚋叮咬: 可用 DETA、DMP 等驱避剂、驱虫露等涂擦在暴露的皮肤上、防蚋刺叮。另可穿着白色防疫服或长衣、长裤扎紧袖口、领口和裤脚, 防蚋叮咬。

灭白蛉

白蛉是一种小型的吸血昆虫。能传播白蛉热, 黑热病 (内脏、皮肤、淋巴结利什曼病)。在我国已确定几种白蛉是黑热病的传播媒介。

消灭成蛉

1. 快速杀虫剂喷射, 如选用 0.3% 辛硫磷、1.5% 速灭杀虫剂、0.2%~0.4% 二氯苯醚菊酯、氯、胺合剂、0.5% 马、胺合剂、0.2% 二溴磷乳剂以及灭蚊灵、害虫敌气雾剂等喷射, 快速杀灭成蛉, 均可驱杀室内、外成蛉, 15~30 分钟后效果显著。

2. 烟剂灭蛉, 如山丘地区野栖型中华白蛉和荒漠地区的硕大白蛉吴氏亚种等可选用烟剂、超低容量喷雾剂进行喷雾灭蛉。

消灭幼虫

结合环境卫生以及开垦荒地可降低白蛉的密度。

防止成蛉叮咬

1. 个人防护：野外工作时，涂擦驱避剂、驱蚊灵、驱虫露等能防止成蛉叮咬。另室内装置纱窗、纱门、吊挂暗色窗帘或使用细网蚊帐以及穿长工作衣，扎紧袖口、领口等处，都有一定的防蛉作用。

2. 点燃艾蒿驱蛉。

3. 建立牲畜防护带，在村庄周围合理安排牲畜棚圈，并可利用牲畜做屏障，可起到保护人群免遭白蛉叮咬的作用，从而控制和减少成蛉密度。

灭虻

虻又称牛虻，是一种大型的吸血昆虫。除对畜牧业产生危害外，还可传播人畜疾病。

虻的孳生地类型多样，防治工作比较困难。

人、畜防护 在虻数量较多的地区和场所，人们工作和活动时，可采取驱避剂涂擦暴露部位，戴防虫面罩、面纱和穿浅色紧口工作服和长统靴。牲畜的个体防护、农牧民常用厚布围住牧畜躯干，这是一种经济又有效的好办法。

化学杀虫剂喷射 在虻的栖息场所、畜舍周围植物及栅栏建筑物上喷射低毒、易分解的杀虫剂；若虻数量过多的地区和场所，可考虑采用地面超低容量喷雾器空间喷射马拉硫磷等，效果良好。

环境防制 如清除杂草和无用植被、填平坑洼、疏通沟渠等，以减少产卵和孳生条件。

灭恙螨

恙螨是一种人、畜寄生虫。其可引起恙螨皮炎和传播人畜疾病，如：恙虫病、流行性出血热、鼠型斑疹伤寒等。

恙螨的防治主要是灭鼠、改变生态环境、使用杀虫剂和个人防护四方面。

灭鼠 这是灭恙螨最主要的环节，具体方法参见灭鼠篇(54页)。

改变生态环境 恙螨孳生地要求适宜的微小生态环境，一类是杂草丛生地，一类是砖砾垃圾堆。清除杂草，搞好环境卫生，可铲除恙螨孳生地。除草应使用工具，并做好个人防护，除下的草应全部焚烧或掩埋。

个人防护 同灭革螨。使用各种杀虫剂和市售拟除虫菊酯分配剂和气雾剂等，使用方法可参见灭蚊、灭蛉、灭革螨篇。

灭革螨

革螨又称 蜱，腐食螨。其可携带多种病原体，寄生在脊柱动物体上，可吸人血。能给人带来革螨皮炎、流行性乙型脑炎、森林脑炎、流行性出血热等疾病。

化学防制 敌百虫、DDVP、马拉硫磷、杀螟松、倍硫磷等杀螨效果颇佳；另溴氰菊酯、氯氰菊酯、二氯苯醚菊酯等拟除虫菊酯分配剂均对灭革螨具有明显杀灭效果。使用剂量参见灭蛉篇。

杀灭鼠窝内的革螨还可采用以下方法：(1) 氯化苦熏杀，

用棉花球浸吸 2 毫升氯化苦液，投入鼠洞后堵洞，可杀死鼠和螨；② DDVP 自然熏杀，每洞用 1 毫升 DDVP 原液即可。如鼠道较长，离窝巢 1 米以上，则需酌情增加药量。③ 灭鼠炮烟剂，取炭粉 1 份、氯酸钾 1 份、硫酸铵 0.4 份、木屑 2 份混合均匀后装入纸筒中，一端封闭，一端加上引信。使用时点燃引信，投入鼠洞，随即将洞口堵塞。一般每洞用 1~2 支烟炮即可，杀螨效果达 75%~98%，同时灭鼠效果达 80%~100%。

选用市售拟除虫菊酯分配气雾剂，室内或多革螨场所喷雾，灭效显著。

个人防护 对裸露的手、脸、头颈部皮肤，可涂擦各种驱避剂、驱蚊灵、驱虫露等（邻苯二甲酸二甲酯、DETA、E701、乙酸基四氢喹啉、以及驱蚊灵 167 号）对革螨均有一至数小时的驱避效果。除此必须穿好防虫服，即扎紧扎好长袖衣口和裤口和穿长统靴等。

搞好环境卫生 经常整治室内、外卫生，清除杂草、垃圾，曝晒铺草，保持室内、外清洁、干燥、通风，以消灭革螨孳生地。另不要在住宅内饲养家禽等，同时必须灭鼠。

灭疥螨

疥螨是永久性体外寄生虫，喜寄生于宿主的皮肤表皮层内，可引起剧烈瘙痒的顽固性皮肤病，即疥疮。

平时注意个人卫生，勤洗澡换衣，避免与患者接触以及使用患者的被服等，学校、幼儿园、集体宿舍或家庭中，如发现患者，应及时治疗。患者衣物需煮沸或蒸气消毒处理。

治疗常用药物有硫磺软膏。小儿用含硫磺量为 2%~5%；成人用 10%~20%，每晚睡眠时涂擦一次，连涂 3 天。另外还可得 10% 苯甲酸苄酯擦剂（苯甲酸苄酯 10 克，加软肥皂等量，加水至 100 毫升），均有效果。治疗时，不论使用何药，患者均需先用温水沐浴，除去脓痂，待干后用药涂擦，效果可更好。治疗后，应观察 1 周左右，若无新损害出现，始能认为痊愈。

灭尘螨

尘螨普遍存在于人类居住和工作、学习的环境中，是一种强烈的过敏原，可以引起尘螨性哮喘、过敏性鼻炎和遗传性过敏性皮炎，危害人类健康，对儿童尤甚。

免疫治疗 主要应用尘螨浸液注射，从小剂量开始、递增其浓度，使机体逐步产生免疫耐受性，每周注射 1 次，15 周为一疗程。有效率一般在 70% 以上。

用粉尘螨浸液治疗单纯性鼻炎患者，在治疗开始后 3~6 个月，自觉症状改善者占 68%；9~15 个月后达 76%~83%。

在免疫治疗中尚可使用色甘酸二钠和 Nitroindanedieus (BRI10833) 控制临床症状的发作。

灭尘螨措施 (1) 房屋建筑应注意通风采光，保持室内干燥；(2) 室内应经常清洁除尘；(3) 勤洗衣服、床单，以去除尘螨及其代谢产物；(4) 有尘螨的衣物、软垫可通过高温杀死尘螨；(5) 每 17 平方米运用硅胶 500 毫克涂于席子上，5~7 月各 1 次，以降低湿度来阻止尘螨的生长。此外，尚可使用杀螨剂（包括各种含拟除虫菊酯配的灭螨剂和气雾剂）。

另尼帕净（对羟基苯甲酸甲酯）是一种杀霉菌剂，原用于罐头食品的防腐，浓度 1%即可抑制尘螨的生长，5%对人皮肤无刺激作用，7%的浓度可使培养物中尘螨全部致死。

其他如使用甲酸苄酯、虫螨磷、氨基甲酸酯类、三氯化苯、硝基氨甲苯、倍硫磷、杀螟松、溴氰菊酯、残杀威等，对杀灭尘螨均有明显杀灭效果。

灭蚂蚁

蚂蚁一般对人无害，但损害建筑，沾污食品，有必要消灭之。

处理和清除蚁窝 这是防治蚂蚁的治本措施，应预先查明蚁窝作好标志，于黄昏蚂蚁都归巢后，进行如下处理：

(1) 用开水或煤油或浓碱水，缓慢灌注蚁窝，一般可烫死很多蚂蚁；(2) 用 0.5%~1%敌百虫、DDVP、2 克马拉硫磷、杀螟松、倍硫磷乳剂残杀威等缓慢灌注蚁窝，每窝约 50~100 毫升，或用 2.5%溴氰菊酯可湿性粉剂喷注蚁窝中，均有较好的杀灭效果；(3) 室外灭蚁窝，可用二硫化碳、氯化苦等烟剂熏灌蚁窝，或用磷化铝片剂埋入窝巢的上部，熏杀洞内蚂蚁。或用以上杀虫剂喷灌均可；(4) 于窝巢周围 30~50 厘米处的地面喷撒 2%倍硫磷、3%马拉硫磷，2.5%溴氰菊酯可湿性粉剂，杀灭逃出窝巢外的蚂蚁。

堵塞缝隙及运用杀虫剂滞留喷射 毒饵诱杀法：在无法进行上述处理的场所，于多蚂蚁处所布放毒饵诱杀蚂蚁。常用配方有：(1) 氰化钠 50%，糖 50%；(2) 硼砂 50%，糖 37.5%，淀粉 12.5%；(3) 敌百虫 2%，硼砂 45%，糖 50%。

将毒饵布放于蚁窝周围，不仅可毒杀职蚁，还可藉职蚁将毒饵移入巢内，毒杀窝巢内所有的其他成蚁及幼虫。

灭蜚蠊

蜚蠊又称蝼蛄，俗称鼻涕虫。它能危害蔬菜瓜果等植物，还能污染食物及器皿等，给人类间接传播疾病。

灭蜚蠊应采取综合性防制措施。首先从环境防制着手，使环境变干燥，经常检修住宅、水管、下水道、阴沟、排除积水，搞好环境卫生，清除杂物，清除碎砖乱石及杂草，以减少孳生地。

常用药物：(1) 5%煤酚皂溶液、熟石灰、生石灰喷洒或布散于蜚蠊体及其出没场所，都取得了一定效果；(2) 用食盐防制，效果也很好，蜚蠊死后化成一堆黄色粘稠的液体；(3) 用蜗牛敌（Meba即多聚乙醛）和丁蜗锡（即氧化双三丁基锡）等药物拌米糠、玉米粉于傍晚施用在蜚蠊出没处，有一定防制效果；(4) 医用的磺胺结晶粉（氨基苯磺酰胺）和速灭威灭蜚蠊有很好的效果，且方法简单，可将其拌入蜚蠊爱吃的食物（如米饭、瓜果等）傍晚置于其活动场所，次日，在投药区周围就能见到很多干缩死亡的蜚蠊，不影响清除，效果明显。（该药持效可达2周以上，且高效、安全、无毒、经济、方便）

灭鼠

鼠是人类大敌。它不仅消耗粮食、损坏物品，还能在人类中传播流行性出血热、钩端螺旋体病、斑疹伤寒、鼠疫等

疾病。

江南地区城镇的家庭室内，一般有三种鼠。(1) 小家鼠，这种鼠个体小，成年鼠体重在 7~10 克，喜欢在抽屉、棉花胎内、杂物堆内筑窝，活动频繁；(2) 黄胸鼠，俗称梁上君子，常飞梁走壁，专门在房屋上层、梁上活动。它体大，耳能遮眼，腹部黄色，前足背上有一褐色毛丛，这种老鼠多半呆在木结构房屋中；(3) 个体与黄胸鼠差不多，但与黄胸鼠比较，尾巴短于身体，耳不能遮眼，前足背部浅白色，腹毛灰白。俗称水老鼠，是从阴沟、河边、粪池通过水落管、厨房出水口、下水道、抽水马桶进入室内。在农村屋内，除上述三种老鼠外，还有背上有一条黑色条纹的叫黑线姬鼠和全身褐灰色，“瞎眼”的食虫目动物（大鼯鼠）。俗称臭铁子。

家庭中消灭老鼠的方法很多，有环境灭鼠、器械灭鼠、毒饵灭鼠、防鼠等。

环境灭鼠 即通过破坏鼠类栖息繁殖生存条件与环境，导致鼠数量下降至局部灭绝。室内地板下、天花板上、夹墙里，楼梯下暗角以及较长时间不动的箱柜、杂物堆，都可成为鼠类栖息居住地，因此家具应垫高，下面尽量不放或少放物品，并定期清理翻动，打扫死角，改变其原有活动栖息路线。室内经常清洁卫生，粮食保管在缸内并加盖，扭紧水龙头，垃圾及时清倒，以断绝鼠生存必需的水和食源。定期检查阁楼、壁橱内的棉花胎、抽屉箱柜。这是家庭灭鼠方法中最基本的方法。

器械灭鼠 器械灭鼠包括使用鼠夹、鼠笼、木猫、粘胶、诱捕器，超声波驱鼠器，可根据不同对象合理选用。

鼠夹 鼠夹有中号铁夹和大号木铁夹。用鼠夹灭鼠适用于灭小家鼠和幼年鼠。鼠夹灭鼠注意选用灵敏度较高的工具，其次饵料要新鲜，饵料要对口，在家庭中可采用油条、花生仁、苹果、油渣、鱼肉或瓜蔬。鼠夹置放处要得当，如置在鼠栖鼠躲藏地附近或鼠道上，将装有饵料的一端垂直于物体或墙，离墙1~3厘米，这样可以捕获来自左右两个方向的鼠。第二天调换饵料后再布。若有鼠活动，仍未能捕到鼠，则说明安置场所不对，重新更换布夹环境，但无论如何不能连续作业10天以上。

鼠笼 笼可以捕捉黄胸鼠和褐家鼠，但一定要“请客”数天。如果屋中有上述两种家栖鼠，用鼠笼捕捉时先看看鼠笼是否开闭灵活，然后放上饵料（饵料不宜太小），将支撑杆扎紧（免关），放在鼠道及栖息处，笼门对墙，离墙5~10厘米，每天换饵，让其适应，5~7天后，开启闭门装置，往往一一抓住。

粘胶 粘胶是高分子化合物，粘性强。粘胶灭鼠是一年四季可运用的方法，十分卫生，使用方便。具体使用时取15~25平方厘米的薄木板、硬纸片，涂上20~30克的粘鼠胶，捕小家鼠可涂1~2毫米厚，捕褐家鼠、黄胸鼠要涂2~6毫米厚。涂好粘胶后即可置放。为提高粘鼠效果，在粘鼠胶中央放上鼠喜欢的物品。这种粘鼠胶在自然界尘埃空间中，可使用半月。半月后因尘埃沉降，胶体老化而失去粘性。也可直接用市售粘鼠胶板直接灭鼠。

诱捕器 国外有人设计了一种连续诱捕器，在家庭、医院、单位等多鼠场所使用。它的原理是诱捕器设两部份，一

部份是集鼠部分，另一部份是诱鼠。即诱鼠部分用奶酪等引诱物质，将鼠引入第一室，鼠一旦进入第一室，室门自动关闭，第一室与第二室间有内喇叭状开口，诱使鼠进入第二室而不能返回第一室，第二室比较大。在一个现场，连续数天诱捕，第二室内捕到十数只鼠。

超声波驱鼠器 超声波驱鼠器运用固定（不定可变）频率的超声波，释放超声波，对鼠的生理机能和活动行为产生影响，对家栖鼠，尤其是褐家鼠有较明显的驱赶作用。它的不足是波长易被物体吸收。在使用时，置在哪个部位要考虑妥当。若防止外界侵入，则对准鼠易窜入的方向开机，若将原栖息于家里的鼠驱赶出去，则对准鼠栖息的环境，由于栖息环境复杂，物体多，驱赶效果不及防止外界侵入的效果。

毒饵灭鼠 把有毒药物加入鼠好食的物品中，放在适当地点，诱使鼠食后中毒死亡。方法简单实用，应用广泛，灭效显著。用于毒饵灭鼠的杀鼠剂分急性和慢性两大类。急性杀鼠剂有磷化锌、毒鼠磷、甘氟、溴杀灵、 α -氯醛糖、灭鼠宁等 25 种，其中国家禁止使用的有氯乙酰胺 1081、设鼠命（424）。慢性杀鼠剂又称缓效灭鼠剂，鼠摄食毒饵后，一般需几天或十几天后才出现中毒症状而亡。常用第一代抗凝血杀鼠剂灭鼠（华法灵）。敌鼠钠盐、杀鼠醚、氯敌鼠。第二代抗凝血杀鼠剂溴敌隆、大隆、杀他仗等。

居民家庭灭鼠宜选用慢性杀鼠剂，尽量不用急性杀鼠剂，不要认为用急性杀鼠剂易看到死尸，效果好。实际上，急性杀鼠剂常有以下几个问题：（1）作用效果常受到鼠的摄食行为的影响，一部分鼠还没有吃到致死量之前就会出现不适症

状，就停止摄食，从而影响群体中其他个体吃毒饵，并将这种毒饵与中毒不适症状联系起来，记忆力达数月之久，从而达不到预期效果。即使再改用慢性杀鼠剂也无济于事；(2) 无特效解毒剂，对人畜不安全；(3) 有 2 次或 3 次中毒危险即猫狗吃了中毒死鼠而猫狗中毒死亡。而慢性杀鼠剂作用缓慢，能蓄积毒力，当鼠摄食这一类毒饵后，无不适症状和毒性反应，不会产生拒食，甚至老鼠到七孔流血即将死亡之前还会吃毒饵，对人畜安全，即使误食，有维生素 K₁ 解毒。

常用抗凝血杀鼠剂使用浓度为敌鼠钠盐 5/万、溴敌隆 5/10 万、大隆 2.5/10 万、杀鼠醚 3.75/万、氯鼠酮 2/万~5/万。浓度过高过低均不利于灭鼠效果。

毒饵投放 家庭灭鼠中的毒饵一般由商品毒饵和居委自行加工配制的毒米毒麦。将这些毒饵投放在合理的场所即十分隐蔽处。投放前 1~2 天，先侦察一下家里的老鼠在哪里活动，躲在哪里，查一查墙、柜台、物体、灶面等边上有无鼠粪和老鼠走过的痕迹。确定毒饵应投放地方。投放时宜分散，多堆量少，一般一堆 2~3 克（即啤酒瓶盖半盖），堆要多。用容器盛放毒饵，如老鼠在灶间、卧室多处活动，即灶间、卧室均要投毒。投放后要注意观察一下老鼠是否吃过，若有鼠活动，但毒饵未动，应考虑投放场地妥否，其次考虑毒饵质量（引诱力），连续 3 天毒饵未动，则移动一下投毒点，或在毒饵上滴 1 滴麻油或老酒，以增加引诱力。上述投毒工作必需在做好环境卫生，保管好粮食、食品、垃圾的基础上实施。

自己配制毒饵 其优点是饵料新鲜，取食率高，缺点是药量不宜严格控制。自己配制可根据家中老鼠种类、家庭环

境,可选用油条、花生仁、瓜子仁、山芋、瓜蔬、糕饼屑、油渣等。具体方法如下:

浸泡法 适用于花生仁、香瓜子、小麦、小米、新大米。取 5‰ 溴敌隆母液 1 份,用水 10 份兑匀,加 2 份老酒,搅和后,浸泡 100 份饵料,边搅边拌,直至吸入药液,晾干即可。

涂抹法 适用于油条、瓜蔬。取 5‰ 溴敌隆母液 1 份加兑水 3~5 份,兑匀后用毛笔均匀蘸涂于 100 份油条内侧,或果蔬表面。

粘和法 取 5‰ 溴敌隆母粉 1 份,用 2 份淀粉拌匀后备用,取糕屑、米饭或山芋 100 份,山芋切成小丁状,用纱布将母粉均匀拌和于糕屑或山芋中。

毒水法 家栖鼠缺水不能生存,尤其是褐家鼠和黄胸鼠,因此在家庭中可采用毒水灭鼠。可用 5/10 万~1/万溴敌隆毒水,取 5‰ 溴敌隆 1 份,加水 95 份,加糖 5 份,均匀兑和后放在容器中,置于食物丰富的场所。

防鼠措施 灭鼠加防鼠,效果最彻底,只灭不防,外围鼠会再度入侵。搬入新工房,老鼠会通过家俱搬运而侵入新居。周围拆迁,也会使老鼠入侵。因此,家庭防鼠措施十分重要。它包括门缝密闭,缝隙小于 0.6 厘米(小家鼠能通过 0.64 厘米开孔)。下水道加网罩。为防止鼠从室外水落管等攀登入室,在管外离地面 100 厘米处装挡鼠板。在搬迁新工房之际,家俱物件打包前仔细检查,以免带出。

(游寿仙 徐仁权)

第四节 垃圾粪便的卫生管理

垃圾和粪便对每个家庭和社会来讲，用之为宝，弃之为废。垃圾、粪便经过科学的和无害化处理，都是有用之物；反之，到处乱堆乱倒，不加管理，就成为有害之源。

垃圾粪便与人体健康的关系

垃圾粪便不加管理，到处乱堆、乱放，不仅有碍观瞻，而且是苍蝇、蚊虫、老鼠、跳蚤等虫害的孳生场所，有碍环境卫生。此外，垃圾粪便中带有大量致病性微生物，乱堆乱放污染环境，易危害人体健康，引起疾病流行。就拿危害人体健康极为严重的血吸虫病来讲，在病人的粪便中带有血吸虫卵，如果病人的粪便不加管理，不进行无害化处理，用这种含有血吸虫卵的粪便施肥，虫卵遇水就可孵化成毛蚴，毛蚴进入钉螺体内，发育成尾蚴，尾蚴从钉螺体内释出到水中，这种水在医学上称疫水，健康人接触了疫水，就有可能染上血吸虫病。江南地区曾血吸虫病流行，粪便不加管理，未作无害化处理就是其中一条重要原因。血吸虫病如此，甲型肝炎、伤寒和副伤寒、细菌性痢疾等肠道传染病也是如此。某年三秋前夕，上海市郊一所中学，在短短一个多星期中，全校 631 名学生，先后有 148 人发生甲型肝炎，教训极其深刻。后经调查，就是因为该校首发病例的粪便和衣裤污染了水源，学生喝了这种未经消毒的污染水源，构成了这起甲型肝炎的暴发流行。又比如，震撼世界上海 1988 年春污染毛蚴引起甲型

肝炎大流行，就是因为生食不洁毛蚶所致。那么，毛蚶为什么会被污染的，其中一条重要原因也是粪便未加管理，污染了水域，水又污染了毛蚶，结果引起上海、杭州等地甲肝大流行，损失惨重。

垃圾粪便的卫生管理要求

城镇垃圾粪便统一设立垃圾箱和倒粪站，由环境卫生部门定期收集清除，并负责运输到指定地点堆放和无害化处理。在清运过程中要防止因散落和渗漏而污染环境，城市粪便除了设倒粪站外，主要靠化粪池或污水处理厂处理。

乡村粪便卫生管理非常重要，在新建农村住宅规划的同时，要考虑粪便的卫生管理问题，如使用抽水马桶，要建造贮粪池，不能将粪水直接排入河流。粪池和粪缸应距饮水水源 30 米以外，距河岸 5 米以外。粪缸必须加盖，提倡粪缸、粪池须集中管理，公共厕所应有专人负责冲洗，定期出粪。严格做到新粪不下地（田），病人衣裤不下河洗涤，粪桶、便器不在河中洗涤，保护水源，防止疾病流行。

家庭垃圾粪便的卫生管理

城镇居民应将垃圾倒入垃圾箱内，或分类倒在垃圾桶里，或按规定时间倒垃圾，切不可贪图方便到处乱倒或倒在垃圾箱外。农村垃圾也应倒在集中堆放点内。

农户粪缸不要设置在河岸边，应加盖，不在河中洗刷马桶。不随地大小便，自觉维护公共厕所的清洁卫生。肠道传染病病人的粪便，一定要经过严格消毒，病人的衣裤未经消

毒，不能直接下河洗涤，或在井台旁洗涤，以免污染水源，导致疾病流行。

(傅善来)

第四章 妇 幼 保 健

妇女与儿童占我国人口总数的三分之二，因此，努力维护和保障妇女儿童的健康既有利于推进社会主义事业、提高中华民族体质、落实计划生育工作，又关系到千家万户的幸福。

妇女的一生，自出生至发育成熟而后衰老，可分成几个时期。各期间并无绝对年龄界限，且因环境、营养、遗传等因素的影响而有个人或群体差异。然而，同一时期的生理特点与保健要求基本相同。

第一节 青春 期 保 健

青春期发育

由幼年向成年过渡的阶段，称为青春期，约自 12 岁至 18 岁。在此期间，体格迅速发育，性功能也逐渐成熟。根据生理发育的特点，青春期尚可分为初期、中期和后期。初期以体格发育为主，身高突增，平均每年增长 5~7 厘米。除骨骼增长外，全身肌肉及脂肪也大大增加，故体重明显上升，平均每年增重 5 公斤。中期以内、外生殖器官及第二性征发育

为主，同时出现月经。后期则身材体格基本定型，生殖器官趋向成熟。

女性生殖器官发育从性腺，即卵巢发育开始。女婴出生时，卵巢内含有众多原始卵泡（至少 10 万个）。幼年期末，受中枢神经系统控制的下丘脑（位于脑底部）产生促性腺激素释放激素，调节脑垂体促性腺激素（促卵泡素和黄体生成素）的分泌与释放。促卵泡素刺激卵巢内的原始卵泡发育并分泌少量雌激素。在雌激素的作用下，乳房和内外生殖器官开始发育，随着卵巢的日益成熟，女孩进入青春期，子宫增大，输卵管增粗，阴道增长变宽，大小阴唇也增大并有色素沉着。此外，其他女性特征亦相继出现，如音调变高，乳房与乳头增大，腋毛与阴毛生长，脂肪积聚于阴阜、肩、胸、臀部，骨盆增宽变大而形成女性体态。由于卵泡发育过程中，伴有周期性激素水平变化，子宫内膜随之增生、脱落与出血，表现为月经来潮。直至下丘脑—垂体—卵巢三者相互调节和制约的关系稳定，月经周期方始建立。

乳房保健

乳房发育有早迟。一般当幼年期即将结束时，在少量雌激素的刺激下，乳腺管细胞增生，乳房即微微隆起。跨入青春期中期后，卵巢发挥生理功能，每月有一个卵泡发育成熟而排卵，并分泌雌激素和孕激素。在雌、孕激素与垂体生乳素、肾上腺皮质激素的协同作用下，乳腺发育，乳房组织内脂肪积聚，乳房渐渐丰满，乳头增大凸出，乳头及其周围的乳晕有色素沉着。不过，乳房大小尚受营养状况、遗传等影

响,而且与体型有关。乳房内部主要由脂肪充填,故身材瘦长者,乳房较小平坦;身材矮胖者,乳房较大高耸。

乳房发育是女性最显著的第二性征,体现女性的成熟。但青春期少女大多不习惯,也羞于显露自己的健康美,因此,往往不愿或不敢挺胸而躬身驼背或挑紧身衣穿,日久易造成体态姿势不良,穿紧身衣则影响乳房发育,可致乳头内陷。为避免上述问题,当乳房发育至一定程度(大约16岁左右),已基本定型时,即应佩戴胸罩以支持乳房,使不致因本身重量下垂而影响血液循环,有碍继续发育。

正常月经

在脑垂体促卵泡素的刺激下,卵巢里每个月有成批卵泡生长发育;不过,一般最后仅一个卵泡成熟。成熟卵泡分泌雌激素使子宫内膜增生。尔后,在脑垂体促卵泡素与黄体生成素的协同作用下,成熟卵泡排出一个卵子,留下的空壳即变成黄体。黄体继续分泌雌激素,但主要是产生孕激素,使增生的子宫内膜发生分泌变化。黄体分泌的雌、孕激素反馈抑制下丘脑和垂体的分泌活动,结果由于垂体促性腺激素的减少,黄体约在14天左右自行萎缩。黄体萎缩,不再产生雌、孕激素,子宫内膜失去性激素支持就脱落,血管破裂,流出来的血,就是“月经”。月经来潮后,下丘脑、垂体所受的抑制也解除,重新活动,卵巢里又有卵泡开始发育并产生雌激素,刺激子宫内膜重新生长而修复创面,流血停止,月经也就干净结束。重新长好的子宫内膜不断增生,待等卵泡发育成熟、排卵,黄体形成而产生孕激素,一切变化周而复始。总

之，所谓月经，是子宫内膜在卵巢分泌的雌、孕激素直接作用下，增长在先，脱落于后，引起的周期性子宫出血；是下丘脑—垂体—卵巢三者相互调节与制约的结果。

月经第一次来潮，称为初潮。初潮年龄一般在 13~15 岁间，可因环境、气候、生活条件、营养及全身健康状况的影响而提早或推迟。两次月经相隔的时间，即从月经来潮的第一天起至下次月经来潮的前一天止，称为月经周期，大多 28~30 天，正常范围为 25~35 天。正常经血呈暗红色，混有子宫内膜碎片和粘液，偶见小凝血块。经期大多 3~5 天，正常范围为 2~7 天。出血总量平均 50 毫升左右。行经期间，由于盆腔充血，常伴下腹坠胀、腰酸感；个别可有轻度神经系统不稳定症状，如头痛、失眠、精神抑郁或易于激动等；或有胃肠功能紊乱表现，如恶心、呕吐、便秘或腹泻。

经期卫生

行经期间，不但全身抵抗力较差，易于感受疾病，并且由于子宫颈微张、子宫内膜剥落留有创面及阴道酸度降低而抑制细菌生长的自然防御作用有所削弱，一旦致病菌入侵，极易引起生殖器官炎症。所以，经期必须注意以下几点：

注意清洁卫生 月经垫宜用质地柔软、吸水性能好的消毒棉垫或皱纸，应以勤换为原则。经期必须保持外阴清洁，清洗外阴用的毛巾与盆不可用以洗脚。洗澡只能淋浴不可盆浴，以防脏水进入阴道。此外，大便后，要从前向后揩拭，以防污染阴道。

注意保暖，避免受凉 经期必须注意保暖，尤其是下半

身的保暖更为重要。应避免用冷水洗头、洗澡和洗脚或淋雨、涉水，更不宜下水田劳动、也不可坐泥地、砖地或水泥地。因为，突然或过强的冷刺激有可能使子宫及盆腔内血管挛缩而引起痛经或月经骤停。此外，经期身体抵抗力降低，受凉后更易感染疾病。

保持心情舒畅 精神紧张或情绪波动都能影响中枢神经系统的调节功能，从而引起月经失常或加重经期反应。脾气急躁者，更需注意克制，否则过于激动，很有可能使月经量减少或突然停止。

饮食适当，睡眠充足 饮食方面应避免辛辣，多饮水，多食蔬菜以保持大便通畅从而减轻盆腔充血。注意劳逸结合，调整作息时间，入夜早眠。

不参加重体力劳动，避免剧烈运动 行经期间，一般体力劳动和户外活动不但无害，反而可促进盆腔血液循环，从而减轻腰酸和坠胀等感觉。然而，过重的体力劳动和剧烈运动可使盆腔血流过速，引起经量过多或经期延长。

痛经

在行经前后或行经期间出现难以忍受的腹痛、腰酸、下腹坠胀或其他不适，因而影响生活、学习或工作的异常情况，称为痛经。常在初潮 1~2 年，卵巢已有排卵后始发。一般在经前数小时即感下腹阵发性疼痛，或为持续性而有阵发加剧。在行经第一天达高峰，经血畅流后逐渐减轻，或在膜状物排出后缓解。疼痛可发射至腰背、大腿、会阴、肛门部，并引起尿频及排便感。严重时，伴有恶心、呕吐、头晕、出冷汗、

面色苍白及血压下降，甚至昏厥。

少女痛经，主要由于子宫内膜中的前列腺素含量过高，使子宫肌纤维发生强烈的痉挛性收缩引起。另外，子宫内膜不成碎片而是整块脱落，排出困难；或子宫颈口较窄、子宫过度屈曲使经血不能畅流，皆可刺激子宫增强收缩或发生痉挛性收缩而引起疼痛。倘若子宫发育不良，子宫肌纤维与结缔组织比例失常，子宫收缩因而不协调；或身体虚弱，精神紧张使痛阈降低，也会导致痛经。

治疗以对症处理为主。轻症，行经期间卧床休息，下腹部放置热水袋，口服一些止痛解痉剂，如安乃近、解痛、阿托品、654-2等即可。重症，可服用雌、孕激素制剂作周期治疗，一般至少三个周期，或服前列腺素合成酶的抑制剂，如氟灭酸或甲灭酸；或用前列腺素拮抗剂，如消炎痛栓剂塞肛。

平时坚持体育锻炼，以增强体质；保持大便通畅，以减轻盆腔充血；经前注意保暖，可缓解症状。

闭经

凡年逾18周岁，月经尚未初潮的，称为原发性闭经。月经周期已经建立后，连续3个月以上停经的，叫做继发性闭经。月经的正常来潮有赖于丘脑下部—脑垂体—卵巢的功能协调以及子宫内膜能对性激素（雌激素与孕激素）起周期性反应。其中任何一个环节发生障碍，都可导致闭经。先天性无子宫、子宫发育不全，先天性无卵巢、卵巢发育不良，染色体缺陷，脑垂体促性腺激素或生长激素缺乏等是原发性闭经的主要原因。丘脑下部因素，如精神创伤、过度忧虑、抑

郁、紧张、恐惧、气候骤变、生活环境突变和经期受寒等常致继发性闭经。全身性疾病，如营养不良、胃肠功能紊乱、严重肺结核或贫血、血吸虫病和疟疾等，其他内分泌腺如肾上腺、甲状腺、胰腺等的功能紊乱，都可影响丘脑下部的调节功能而引起闭经。

月经初潮通常在 13~15 岁，若年满 15 岁尚未来月经，应去妇科就诊。首先要除外“隐经”，亦即已有月经来潮，只因子宫颈或阴道闭锁，处女膜无孔等先天性生殖道缺陷而经血不能外流。当然，也可能是初潮延迟。若超过 18 岁仍无月经或继发性闭经，应尽早查出原因，及时治疗。

青春期功能失调性子宫出血

月经是子宫内膜在卵巢性激素作用下发生的周期性子宫出血。卵巢性激素一方面影响子宫内膜的发育，另一方面又通过正负反馈作用（即刺激与抑制）影响下丘脑—垂体的活动。正常情况下，下丘脑—垂体—卵巢三者相互影响和相互制约，以维持动态平衡，这是月经周期的主要调节机构，称为下丘脑—垂体—卵巢轴。此轴的活动又受大脑皮层控制。因此，从大脑皮层到卵巢，任何一个环节发生障碍，都可破坏平衡，导致卵巢功能紊乱，从而影响子宫内膜，引起功能失调性子宫出血。

青春期功能失调性子宫出血，大多由下丘脑管理垂体促性腺激素合成与释放的中枢延迟成熟而引起。下丘脑—垂体—卵巢轴不能正常活动，卵巢排卵发生障碍，卵巢内有卵泡发育，能分泌雌激素却不能成熟。血内雌激素水平随卵泡的

生长和萎缩而上下波动，雌激素水平高时，子宫内膜增生；雌激素水平低时，则子宫内膜失去支持而坏死、剥脱与出血。

所以，青春期功能失调性子宫出血常表现为月经周期紊乱、经期长短不一和出血量时多时少。有时大量出血；有时先短时间停经，然后出血不止；有时一开始就是不规则出血；也有周期尚准，但经量增多和经期延长。倘若出血多或出血时间长且反反复复，必然引起贫血。因此，必须抓紧治疗。

治疗原则为纠正贫血，补充营养，适当休息；在医生指导下应用性激素止血，然后，诱发排卵，调整周期。病情控制以后，必须注意锻炼，增强体质，提高健康水平，防止过度疲劳，避免精神刺激；注意经期卫生，以防复发。

白带异常

女孩到了青春前期，卵巢开始发育并分泌雌激素，即有少量白带。此时的白带主要是阴道粘膜渗出物，呈白色稀糊状，无气味。一旦进入青春期，卵巢逐渐发育成熟，并有排卵，内外生殖器发育，白带的质与量即随月经周期而改变。在两次月经中间（相当于排卵期），由于雌激素分泌量多，宫颈腺体分泌粘液多，所以，白带量多、色透明且有粘性。在行经前三四天内，盆腔充血因而阴道渗出液多，加上在新陈代谢中脱落的阴道上皮细胞多，因此，白带也较多，且浑浊稠厚。不过在正常情况下，白带不会太多，一般仅觉阴部湿润而已。

如果白带量增多，像月经来潮那样一阵阵流出，同时有色、质或气味方面的改变，称为白带异常。少女白带异常，多

半是阴道炎症的表现。滴虫感染时，白带呈乳白色和泡沫状，且有外阴瘙痒。霉菌感染所致白带像豆腐渣样或凝乳状，亦伴外阴瘙痒。至于多量无色透明的粘液白带常见于应用雌激素药物后（调经时用），或因运动过量、疲劳过度、经常便秘等盆腔充血者。

一旦发现有白带异常时，应及早就医。疑有滴虫或霉菌感染时，需取白带化验，查找根源，去除病因。滴虫性阴道炎可口服灭滴灵 0.2 克，每天 3 次，7 天为一疗程。霉菌性阴道炎则服制霉菌素片 50 万单位，每天 3 次，7 天为一疗程。

第二节 孕期卫生保健

妊娠反应

妊娠早期，一般在停经 6 周左右，约半数孕妇会感觉头晕乏力、倦怠嗜睡，并且食欲减退。有些人还可能有食欲异常、挑食、喜酸味和厌油腻。有些人还可能在清晨及胃内空虚时恶心与呕吐，不能闻油腻味和其他气味，否则呕吐立即发作。凡此种种都属于妊娠的生理性反应，一般将在怀孕 12 周前后自然消失。尽管是生理性反应，还是很难受的，不过，若从以下几方面着手，大多能有所减轻：

1. 稳定情绪，解除思想顾虑，避免一切不良刺激，保持精神愉快。
2. 注意休息，避免过度劳累，晚间至少睡眠 8 小时，白天也应歇息片刻。

3. 卧室必需通风, 空气新鲜。

4. 挑选容易消化、清淡可口、浓缩而又富于碳水化合物、蛋白质及维生素的食品, 像咸苏打饼干、粥、藕粉、蒸蛋、清蒸鱼、豆浆、牛乳和水果等。饮用时宜少量多餐, 间隔的时间要规律。

5. 适当补充维生素, 口服维生素 B₆10 毫克、B₁10 毫克及 C100 毫克, 每天 3 次。

6. 服用少量镇静止吐剂, 如苯巴比妥 0.03 克或冬眠灵 12.5 毫克, 每天 2~3 次。

流产

胎儿在子宫内尚未发育到可能存活的阶段而妊娠就此中断的, 称为流产。发生在怀孕 12 周前, 属早期流产; 发生在 12~28 周的为晚期流产。

阴道流血和下腹疼痛是流产的两大主要表现。孕后出现阴道流血和腹痛, 虽然属病态, 但不一定就此流产, 流产有它一定的发展过程。倘若阴道流血很少, 下腹痛轻微或仅感腰酸下坠, 这只是流产的先兆。若孕妇身体健康, 胚胎—胎儿发育正常, 及时采取安胎措施, 通常能扭转病势。

稳定情绪、绝对卧床休息对于先兆流产患者来说最为重要。另外, 口服些镇静剂, 像苯巴比妥 0.03 克或安定 5 毫克, 每天 3 次; 维生素 E30 毫克, 每天 3 次。至于是否需要肌肉注射黄体酮或绒毛膜促性腺激素以提高孕妇体内孕酮水平, 应由医生决定。

引起流产的原因很多, 有胚胎—胎儿方面的, 也有母体

方面的，还有外来因素。除非孕卵本身异常，或存在孕妇接触有毒物质、母儿免疫不适应或血型不合、母体患有生殖器官或全身性疾病等其他原因，流产还是可以避免的，关键在于：

1. 注意孕期卫生，包括合理的全面营养、充分休息、不过度操劳、不剧烈运动、不抱过重的小孩、不提重物、避免下腹撞击和不行房事。

2. 及时治疗急性感染性疾病。

3. 怀孕 4 个月前，尽量避免腹部手术。如果非施行手术不可，则手术前后应采取安胎措施。

4. 屡次流产者，应在再次妊娠前进行全面检查以探索流产原因。如未曾检查或找不出明显原因而确定已再次妊娠后，可口服胎盘片、叶酸以促进胚胎发育，维生素 F 则可安胎。

妊娠期牙龈炎

有些妇女怀孕以后，妊娠反应尚小，就是牙龈常出血，甚至偶有一宵醒来，枕头上血迹斑斑，但毫无痛觉。如果张嘴对镜看看，没准吓一跳。全口牙龈浮肿，齿间的牙龈乳头部还可能有紫红色、蘑菇样的增生物。只要轻轻一碰，脆软的牙龈就会破裂出血，出血量也较多，且难以止住。

这种怪毛病，称为妊娠牙龈炎，多见于妊娠早期。引起孕妇牙龈发炎的原因，以孕后体内雌、孕激素增多使牙龈血管发生变化为基础，外加其他因素作祟，像不注意口腔卫生、有牙垢沉积、牙齿排列不整齐或张口呼吸等等。

妊娠期牙龈炎将随妊娠的进展而日益加重，但产后会逐

渐自行消退。因此，一旦发生，唯有从减少牙龈出血和减慢它的发展着手：

1. 勤刷牙，每次进食后都用软毛牙刷刷牙，刷时注意顺牙缝刷，尽量不碰伤牙龈，不让食物碎屑嵌留。需知食物残渣发酵产酸，有利于细菌生长，会破坏牙龈上皮，加剧龈炎及出血。

2. 挑选质软、不需多嚼和易于消化的食物，以减轻牙龈负担，避免损伤。

3. 多食富于维生素C的新鲜水果和蔬菜，或口服维生素C片剂，以降低毛细血管的通透性。

鼻衄

鼻衄，就是鼻出血。有些年轻孕妇身体素来健康，也无急慢性疾患；鼻子无病，更无挖鼻孔的坏习惯，但常会鼻出血，这是什么缘故呢？与内分泌有关。

妇女怀孕以后，血中的雌激素量要比妊娠前增加25~40倍。在雌激素的影响下，鼻粘膜肿胀，局部血管扩张充血，易于破损出血。鼻中隔的前下方，本来就血管丰富，且位置浅表易受损伤，乃鼻出血的好发部位，再加上妊娠引起的变化，即使不受伤，亦会出血。

通常为鼻子的一侧出血，并且出血量不多，或仅鼻涕中夹杂血丝而已。由于鼻出血的部位多数在鼻中隔前下方，所以，只需把出血那侧的鼻翼向鼻中隔紧压或塞入一小团干净棉花再压迫一下即可止血。若双侧鼻孔出血，可用拇指和食指紧捏两侧鼻翼部以压迫鼻中隔前下方的出血区，时间稍微

长些（5分钟左右）；再在额鼻部敷上冷毛巾（不时更换）或冰袋，促使局部血管收缩可减少出血、加速止血。鼻出血时，千万别惊慌，要镇静，因为精神紧张，会使血压增高而加剧出血。如果血液流向鼻后部，一定要吐出来，不可咽下去，否则将刺激胃粘膜引起呕吐，呕吐时，鼻出血必然增多。倘若采用上述措施鼻出血继续，则须赶快去医院耳鼻喉科就诊处理。

孕期用药

药物是治疗疾病的重要武器，但药物在发挥效用的同时，也会产生一些不良反应。故而，孕期有病该治，但用药必须谨慎，因为母体所用药物可通过胎盘转运而以三种方式影响胚胎—胎儿：（1）直接作用于胚胎—胎儿；（2）影响胚胎—胎儿赖以生存的胎盘；（3）作用于母体，干扰内分泌、营养物质代谢等等间接影响胎儿。

已知有很多常用药物对胚胎—胎儿有害，孕妇应牢记在心：

抗生素 如四环素、土霉素、强力霉素、链霉素、卡那霉素与庆大霉素、红霉素、氯霉素、磺胺类和呋喃坦丁，均有害。唯有青霉素类、林可霉素、氯林可霉素和先锋霉素无害。

抗过敏药 扑尔敏、苯海拉明镇静安定药 冬眠灵、眠尔通、利眠宁、安定、苯巴比妥。

解热镇痛药 阿司匹林、消炎痛。

抗惊厥药 苯妥英钠。

激素 己烯雌酚、睾酮、合成孕激素、肾上腺皮质激素(可的松、泼尼松龙)。

抗滴虫药 甲硝唑。

抗心律失常药 心得安。

抗疟病 奎宁、氯喹林。

降压利尿药 六甲溴胺、利血平。

口服降糖药 甲磺丁脲、氯磺丙脲。

便秘

妊娠期间，母体全身都起变化，消化系统当然也不例外。妊娠后，由于胎盘所产生的大量孕激素使胃肠道蠕动减弱，食物残渣在大肠内滞留时间较长，水份被肠壁吸收过多，致使最终形成的粪便干燥、坚硬；再加上腹壁肌肉张力低，收缩力不足，孕妇易便秘，常两三天，甚至一周才排便一次。

大便秘结常伴腹痛和腹胀还在其次，问题在于硬结粪块经常存积在直肠内，必然压迫肠壁静脉，影响血液回流，以致痔静脉丛(直肠下端粘膜和肛管皮肤下的静脉丛)郁血、扩张而形成“痔疮”。

因妊娠引起的消化系统变化，人皆有之。为什么有些孕妇就不便秘呢？大便是否通畅，还同饮食、生活习惯和活动度等有关。所以，为防便秘和防痔疮，凡经常排便不畅的孕妇应该改变习惯，调整菜单。多喝水，最好每天清晨再加一杯盐开水；多吃含渣食物，像谷类粗粮、蔬菜和水果，最好再加点蜂蜜；多散步，最好做些轻便体操。此外，每天定时坐厕以形成条件反射。粪便过于干燥的，可服些润滑性泻剂，

像石蜡油 30 毫升；或刺激性泻剂，像果导或一轻松 2 粒，暂时通便。但是，绝对不可乱吃强烈的泻剂，如中药番泻叶、大黄等，否则肠蠕动剧增，有可能引起子宫收缩而导致流产或早产。

下肢痉挛

不少孕妇在妊娠后半期频发下肢痉挛，即小腿后方的那块“腓肠肌”发生痉挛性收缩，俗称小腿抽筋。下肢痉挛常在晚间或睡眠时突然发作，孕妇因抽筋而惊醒。当然，白天也会出现，特别在久坐、疲劳或受寒后。为什么下肢腓肠肌会发生痉挛性收缩，原因尚不清楚，可能与血钙水平低下及/或血磷水平相对升高有关。体内血钙过低时，神经肌肉兴奋性增高，易于被激动；夜间，特别是睡眠时，大脑皮层处于抑制状态而受大脑皮层管辖的神经系统却相对兴奋，更易应激而使肌肉发生持续性收缩，表现为抽筋。

当小腿抽筋时，轻轻按摩小腿后方变硬的肌肉；局部热敷；扳动足部能够缓解。平时注意改变走路习惯，让脚后跟先着地，伸直小腿时脚趾弯曲些不朝前伸，可减少发作。日常饮食注意增加钙的摄入量。牛奶、豆及豆制品、硬果类、芝麻、虾皮、蟹、蛤蜊、蛋类、海带和紫菜等都是含钙丰富的食品。同时，少食含草酸较多的菠菜、竹笋和茭白；少食含植酸较多的荞麦、燕麦，以防钙与草酸或植酸形成难溶解的草酸钙或植酸钙而不能吸收。此外，应经常户外活动、多晒太阳，以促使皮肤多合成些维生素 D，从而增进钙的吸收利用。严重缺钙者，需补充钙剂，如葡萄糖酸钙或乳酸钙等，每

天1.5克不可少。

腰背痛

腰背痛是怀孕后期的常见症状。随着妊娠的进展，子宫日益增大，身体重心逐渐向前移，迫使孕妇肩部相应向后移，以保持身体平衡；颈部微屈以弥补并维持头部正直。结果脊柱的正常屈曲度（颈椎向前凸，胸椎向后凸，腰椎向前凸）增加，导致脊柱前凸（见图1-1），因而愈近足月，孕妇愈易发生颈、背和腰部酸痛。此外，由于肩部下垂，牵引位于颈部的臂丛神经，约5%的孕妇会有间歇性手指麻木及麻刺感，常在清晨及夜间多发。

怎么办？怀孕后期若用腹带兜托下腹部，鞋后跟略高些（3厘米左右），使肩部向前以纠正姿势，大有好处。平时应进行简单的体操锻炼，以加强背部与腹部肌肉（见图1-2~图1-4）。在酸痛难忍的情况下，局部热敷与按摩可使痉挛的肌肉放松。

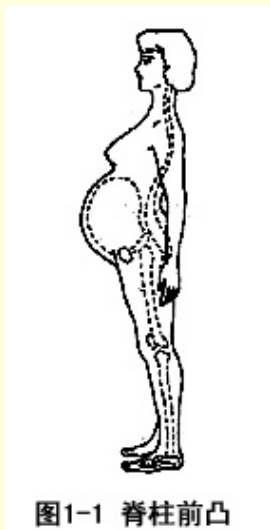


图1-1 脊柱前凸



图 1-2 背部与腹部肌肉锻炼图
背部交替伸直与弯曲



图 1-3 曲膝图
锻炼背部肌肉,并可保持腰及膝关节柔软



图 1-4 腹部肌肉锻炼图
两腿交替抬举

皮肤卫生

皮肤是保护身体的第一道防线,又参与体温调节、排泄和呼吸等生理活动。妊娠期间,由于甲状腺功能旺盛,引起细胞的氧化过程加速和机体新陈代谢增快,皮肤的脱屑多,皮脂腺和汗腺的分泌也增多。因此,孕妇比一般人更需留意不让体表藏污积垢,勤于清洗,才能使皮肤正常发挥它的生理

功能。在洗澡方面，必须注意以下几点：

洗澡次数适当 假使条件好，有浴室与调温设备，而且早已养成习惯的，可天天洗澡。通常，洗澡的次数决定于季节气候。夏季酷热汗多，且皮脂腺分泌旺盛，每天1~2次不可少。春秋气温宜人，每周1~2次差不多。至于寒冬腊月则两周1次足够。

洗澡时间适当 饭前、饭后不可洗澡。如果饱餐后洗澡，尤其是洗热水澡，由于皮肤血管扩张，较多血液流向体表，脑和内脏的血液供应必然相对减少。轻者影响食物的消化吸收，重则引起晕厥。若是饥饿时洗澡，由于消耗能量，易于诱发低血糖而虚脱昏倒。

洗澡水温适当 不论冬夏，水温最好与体温相接近（35~37℃）。妊娠期间，皮内血管本来就扩张，水太热或太凉，对皮肤的刺激都过大，影响周身血液循环的分布，不利健康。有些人习惯于洗热水澡，那么，千万别赶时间、忙里偷闲匆匆洗澡。而应在工作完毕和休息片刻后再洗，水温可适当高些，但要洗得快些。

洗澡方式适当 洗澡不外乎盆浴与淋浴两种。淋浴无论如何要比盆浴卫生，盆浴时若污水进入阴道，则会造成上行性感染，所以，还是尽量避免盆浴为妥。

洗澡属于全身皮肤的清洁卫生措施。全身皮肤清洁不能代替局部皮肤清洁，换句话说，洗澡不能代替洗会阴。会阴皮肤相当娇嫩，局部清洁时，务必注意以下几点：(1) 不可用热水烫洗；(2) 不可用碱性肥皂；(3) 不可用高锰酸钾洗涤。

否则大有可能损害局部皮肤，使局部皮肤过于干燥或由于化学性刺激而引起外阴瘙痒症。

不论洗澡还是洗会阴，孕妇应有专用毛巾；洗会阴还得有专用的盆，并且与洗脚用盆分开，更不能与家属合用，以防交叉传染滴虫与霉菌。

乳房保健

母乳是婴儿的天然营养食品，不仅营养价值高，易被完全吸收和利用，而且各阶段成分不同，恰恰适合于婴儿各期生长发育的生理需要。此外，母乳还含有丰富的免疫球蛋白和各种酶、抗体、抗毒素以及一些杀菌物质，象溶菌素、凝集素等，可增强小儿的抗病能力。再说，母乳温度适宜，又可直接喂哺，细菌污染的可能性小。凡此种种，足以说明母乳喂养的好处多。乳房是婴儿的天然食品厂，所以，应从怀孕期就重视乳头和乳房的保护，为产后哺乳作好充分准备。

第一，怀孕以后，不穿戴过紧的上衣及胸罩，以免压迫乳房而妨碍乳腺发育，不利于“食品厂”的建设。第二，怀孕6~7个月后，要经常用肥皂与温水擦洗乳头，使乳头表皮增殖变厚和富于弹性，将来经得起婴儿吮吸。若乳头皮肤娇嫩，则易于裂伤或糜烂，不但哺乳时非常疼痛，有时还会出血。乳头一旦破裂，细菌很有可能经过裂口或糜烂面进入乳头下的淋巴管，侵入乳腺腺叶间而引起乳房蜂窝织炎，破坏乳腺。况且，由于给婴儿一吮吸就痛彻心肺，乳母必然不敢喂奶，乳房经常不得排空，乳汁流出不畅而郁积在乳腺内则将发生硬变，然后分解液化而成为致病菌生长繁殖的良好培

养基。第三，如果乳头内陷、短小或扁平，在擦洗干净后，还需用一手压紧乳晕，另一手将乳头轻轻向外提拉，使之逐渐外凸，得到矫正。否则母乳喂养难以成功。

自我监护

所谓“自我监护”，意思说由孕妇本人和家属（主要是丈夫）亲自观察胎儿的安危，以弥补定期产前检查的不足。可以做到的监护工作主要有两项：

第一项，数胎动。这件事只有孕妇能办到。多数孕妇要到妊娠 18~20 周时才觉察胎动。起初胎动每小时约 3~5 次；随妊娠的进展，胎动次数逐渐增加，在怀孕 28~32 周时达高峰；至怀孕 38 周后又逐渐减少。昼夜之间，胎动的次数有变化。通常上午 8~12 时，胎动均匀，以后逐渐减少；下午 2~3 时，胎动最少；至晚上 8~11 时，胎动频繁。

胎盘是胎儿与母体进行物质交换的重要场所。胎儿由胎盘获得氧气与营养物质而排出二氧化碳气体与体内代谢产物。如果胎盘功能减弱，不能供应足够的氧气与营养物质，胎儿唯有减少活动以减少氧与能量的消耗。因此，通过数胎动可了解胎儿的宫内处境和判断胎盘功能。

具体方法是在每天早、中、晚固定一个最方便的时间，数 3 次胎动，每次 1 小时。再将 3 次胎动数加起来，乘以 4，即得 12 小时的胎动数。如果自测胎动开始得早，孕妇自然而然会摸出一个常数，以此为标准来自行监护胎儿在宫内的安危。要是直到妊娠后期才进行胎动计数，那么，一般认为胎动少于 10 次/12 小时，提示胎儿宫内缺氧。一旦发现胎动减少，应

立即就诊检查。需知虽然胎动从减少至消失往往还有数天至1周时间,但也有可能在较短时间内,胎动骤然消失。问题的严重性在于胎动完全停止到胎心音消失不会超过24~48小时。假如,未能抓住这个关键时刻,结局将会怎样,可想而知。

第二项,听胎心。这件事最好由准爸爸承担。胎心音系双音,犹如钟表的“滴答”声,声音清脆,节律整齐,速率较快,每分钟120~160次。胎心位置因胎位而异。如是头位,胎儿头朝下,在孕妇脐孔的右下方或左下方听。若为臀位,胎儿臀在下,那就在孕妇脐孔的右上方或左上方听。要是横位,在孕妇的脐部听。家属当然不会摸胎位,不过,没关系,只要孕妇记得医生检查时所说的胎位,是在哪个部位听取胎心的,依样画葫芦即可。如果胎心率每分钟超过160次或少于120次,或节律不规则,很可能是胎儿宫内窘迫的信号,必须从速去医院就诊。

第三节 产期卫生保健

分娩先兆

整个妊娠过程按40周或280天计算。推算预产期的方法是从末次月经来潮的第一天算起,加上9个月另7天。预产期乃预测的分娩日期,恰恰在预产期那天分娩的极少,特别是那些月经周期素来时长时短的孕妇。

预产期不准是事实,分娩可以在预产期前,也可能在预

产期后发动。不过，如果出现下列征象，那就是分娩在望的兆头，必须作好住院准备：

子宫底下降 初产妇在妊娠最后两、三星期时，由于胎头逐渐入盆，必然出现子宫底下降这个征兆。子宫底下降，不再抵住两肋缘，孕妇感觉上腹部轻松，呼吸舒畅，胃口也好转。不过，胎头入盆压迫周围器官及组织，可能出现小便次数增多、走路不便和腰酸腿痛等情况。

子宫不规则收缩 预产期越近，子宫越敏感，收缩也越多。这种子宫收缩持续时间短，不超过 30 秒；间歇不规则；并且常在卧床时出现，活动时反而消失。

阴道血性分泌物 这是子宫颈开始变化，致使子宫颈内口附近的胎膜与子宫壁分离，毛细血管破裂出血的结果。一旦“见红”，分娩将在 48 小时内发动。

产时卫生

临产，意思是说分娩开始的重要标志是出现规律性和阵发性子宫收缩，间歇 5~6 分钟左右，持续 30 秒以上。为确保分娩过程的顺利进展，待产过程中必须注意下列事项：

清洁卫生 需换穿医院的衣裤，以防交叉感染；需剃去阴毛，以保会阴清洁；需灌肠，以刺激宫缩、加速产程进展，并避免分娩时由于下屏排出粪便污染外阴部而引起产后感染。

排尿 贮藏小便的膀胱位于子宫前面。膀胱膨胀可影响胎头的下降和子宫收缩，因此，临产后每隔 2~3 小时即应解小便一次。

饮食 好多待产妇在临产后就不肯进食，只愿喝点桂圆汤、参汤。这样节食要不得。需知整个分娩过程长达十余小时，将耗费大量体力与热能，正像进行剧烈运动那样。因此，必须尽量吃些易消化、易吸收的食物以补充营养；多饮汤水以补充水分。否则，产力会减弱，产程要延长，顺产有可能因子宫收缩乏力而变成难产。

行动与休息 如果胎膜未破，宫缩不强，待产妇可以起床走动。下床活动可促进子宫收缩。倘若胎膜已破，则必须卧床休息，不能起床，不然，很有可能并发脐带脱垂而危及胎儿生命。为了保存精力，在宫缩间隙要抓紧时间休息，闭目养神最好。

情绪 精神状态影响产程进展。紧张、焦虑和恐惧常使子宫收缩不协调或子宫颈口迟迟不扩张，产程因而延长。所以，临产后必须稳定情绪，保持精神愉快，多想想即将出世的小宝贝就会高兴。宫缩时应安静泰然，切忌烦躁不宁、呻吟喊叫而额外消耗精力。

助产动作

分娩的发动以子宫收缩开始。随着子宫收缩的增强、变频和趋于规律化，子宫颈口逐渐扩张。等到子宫颈口开全，在子宫收缩强有力的推动下，胎儿逐渐下降，通过子宫颈口到阴道内，再抵达骨盆底而慢慢娩出。在整个分娩过程中，由于子宫收缩牵动周围组织，使子宫壁发生缺氧和其他化学变化。子宫颈口扩张以及胎头紧压骨盆底组织等情况都是较强的刺激，待产妇肯定感觉酸胀，不舒服，甚至疼痛。若试做

以下几项动作，既可分散注意力，减轻子宫收缩所引起的难受、不适，又能加速分娩。

深呼吸 临产后，每逢子宫收缩就做深呼吸运动，直到一阵宫缩过去以后再恢复正常呼吸。深呼吸运动可以增加氧气的吸入，从而减除子宫肌肉的疲劳，并且可以转移注意力，保持镇静，使子宫收缩得以协调进行。

按摩下腹部和压迫腰部肌肉 当子宫收缩时，轻轻按摩下腹部，或者用拳头紧紧压迫腰部肌肉，与深呼吸运动相配合，可以减轻子宫收缩对大脑皮层的刺激从而减轻酸痛感觉。吸气时，两手由腹部两侧向小腹中央轻轻按摩；呼气时，从小腹中央向腹部两侧轻轻按摩。

屏气 在子宫颈口开全后，遵照医嘱，于子宫收缩时，双手抓住产床边上的带子或拉手，将两腿屈起分开，臀部紧贴产床，吸一口大气屏住，象解大便那样往下屏气。屏气时间越长越好，等阵缩过后，立即争取时间休息以保存精力。配合子宫收缩做这种屏气动作，可增强腹壁肌肉的收缩力和增加腹内压力，从而加速胎儿的娩出。

第四节 产后卫生保健

尿潴留

一般说来，产妇在产后 6~8 小时就会自解小便。不过，产后小便不能自解，发生尿潴留的情况并不少见。造成尿潴留的原因有：(1) 不习惯睡在床上解小便；(2) 会阴伤口肿

痛厉害，反射性地引起尿道括约肌痉挛，因而排尿困难；

(3) 产程较长，膀胱受胎头压迫较久，膀胱粘膜水肿及充血，暂时丧失收缩力而功能失调或膀胱颈部粘膜肿胀，以致小便不通；(4) 产后膀胱肌张力差，膀胱容量增大，对内部压力的增加不敏感而常无尿意，以致存积过量小便。

产后尿量增多，要是尿潴留，胀大的膀胱妨碍子宫收缩会引起产后出血。因此，必须积极采取措施：(1) 躺着解不出，坐起来试试；(2) 便盆内放热水，坐在上面熏或用温开水缓缓冲洗尿道口周围，以解除尿道括约肌痉挛，刺激膀胱收缩；(3) 小腹部放热水袋或用艾条薰灸，以刺激膀胱收缩；(4) 中药蝉衣 9 克，煎汤一大碗，顿服，有利尿作用；(5) 肌肉注射卡巴可 0.25 毫克，促使膀胱收缩。

要是采用上述办法，仍然解不出小便，那就只能在严密消毒准备下，插导尿管导尿，并且保留导尿管数天。

会阴伤口痛

会阴部皮内神经密布，非常敏感。因此，如有伤口，必然伴有疼痛。倘若会阴伤口的缝线因局部组织肿胀而嵌入皮下，则疼痛更加令人不安。用 95% 酒精纱布湿敷或 50% 硫酸镁热敷，或用光照（普通 100 瓦灯泡），可减轻疼痛且有利于退肿。

要是会阴伤口疼痛剧烈，且局部红肿、触痛及皮温升高，乃伤口感染征象。此时，必须应用抗生素控制感染，局部红外线照射可望消炎退肿，减轻疼痛，促进伤口愈合。要是炎症不消退而局限化和化脓，唯有提前拆线，撑开伤口以引流

脓液。

一般说来，拆除缝线后，会阴伤口疼痛应当减轻。倘若伤口愈合良好，仅是由于皮下缝线引起周围组织反应而局部有硬结、肿胀与触痛时，出院后可以坐盆。所谓坐盆，是指在专用搪瓷盆内注入湿热开水半盆，以坐进去不觉得烫、水不外溢为度，外加几颗高锰酸钾晶剂搅和，使呈淡淡的紫红色（相当于 1:5000 浓度），然后坐入盆中，使会阴部浸泡在药液中。每天坐盆 2 次，每次 15 分钟左右。坐盆可促使局部硬结软化，肿胀消退，触痛缓解。

产褥期卫生

分娩以后，除乳房外，产妇全身各器官和组织，尤其是生殖器官，都要回复到妊娠前状态。这种变化相当缓慢，需要 6~8 个星期才能完成，这一段时间就叫做“产褥期”。产褥期虽然比妊娠期短得多，它的重要性并不亚于妊娠期，产后康复的好坏，关系终生。

全身变化多端，再加上分娩时的体力消耗，使产褥妇的抵抗力大大降低，易于感受疾病。此外，子宫颈口尚未全闭，子宫内又留有胎盘剥离面创口，细菌很容易侵入而在恶露（产褥期间的阴道排出物，为血液、坏死蜕膜组织等的混合物）的培养下孳生繁殖，引起炎症。所以，产褥期必须注意以下各点：

饮食 产褥期间的饮食调养和妊娠期间的饮食调养同样重要。因为，产妇需要额外营养以补充分娩和哺乳的消耗。不过，产后头一二天内，产妇应当吃些清淡而易于消化的食物。

以后的饮食以富于营养、能提供足够热量为原则。要多吃富含蛋白质、矿物质和维生素的食物，象蛋、鱼、肉、虾、豆类、新鲜蔬菜和水果等。总之，同怀孕期间相仿，不应偏食或挑食。饭菜要多样化，粗细粮搭配着吃，荤素菜夹杂着吃，唯有这样，身体才会康复得快，奶水才会量多质好。如在夏季，尚需多饮西瓜汁，多喝冬瓜汤以清热解暑。

卧室 产妇睡的房间要安静、清洁和冬暖夏凉。不论冬夏，窗户都要常开，使室内空气新鲜。大热天更要注意空气流通，否则容易中暑。

休息与活动 刚分娩后，产妇十分疲乏，所以，头两天内应当好好卧床休息。虽然卧床休息，但仍须多翻身、多活动。可起床洗漱和大小便，但要先坐起片刻，不觉头昏才可下床。如果素来身体强健，疲劳已经消除，产后 24 小时就可起床。至于起床以后的活动量应当慢慢增加。起床的第一天，早晚各在床边坐半小时，第二天可以在房里走走，以后再逐渐增加活动范围与时间。

清洁卫生 产后必须早晚刷牙，注意口腔卫生，否则易患牙病。产后汗多，下身又有恶露不断流出，因此，必须注意清洁卫生。产后可以洗澡，但要看季节、环境条件和产妇身体强弱而定。一般说来，秋冬揩身，春夏洗澡。但是洗澡绝对不能盆浴，以防污水流入阴道引起感染。除了揩身和洗澡之外，必须每天用温开水洗涤外阴 1~2 次，尤其在大便后。卫生巾更需勤换。

产后体操

分娩后，每个产妇的骨盆底肌肉（肛提肌）及腹壁肌肉都有所松弛。这些肌肉的松弛会影响子宫复原，也会引起腰酸背痛与下坠感。因此，产假期间应当做以下几种体操以加速康复：

子宫复原运动

1. 在复原过程中，子宫的位置随体位改变。所以，产后要注意更换卧式，以防子宫偏向一侧或朝后倾。此外，每天应当俯卧一、两次，每次 15~20 分钟，以促使子宫恢复其原来略向前倾的位置。俯卧时，注意不要压着乳房。这节运动在分娩 24 小时后就可开始做。

2. 从产后第十天开始，应早晚各作一次膝胸卧式。每次持续时间从 2~3 分钟逐渐延长至 10 分钟。做时俯卧，两膝屈向胸部而分开，大腿与床垂直，臀耸起，胸部与床紧贴。

体操

1. 产后 24 小时开始，仰卧作腹部深呼吸，使腹壁随呼吸起伏，每天做 5 分钟。



图 1-5 子宫复原运动示意图



图 1-6 体操运动示意图 a

2. 产后第二天起，仰卧，双臂伸直平放于两侧而与躯体成直角，然后双臂直肘向胸前靠拢、击掌，再复原位。重复 5 次。

3. 第三天开始，仰卧，用力前屈颈部，使下颏触及胸部而身体其他部位不动。重复 10 次。

4. 第三天开始，仰卧，两腿轮流举起，先与身体垂直，然后慢慢放下，两腿各 5 次。

5. 第八天开始，仰卧，两臂自然置于体侧。先屈右腿，使大腿尽量贴近腹部而脚跟尽量贴近臀部，然后复原。左、右腿交替进行，各练 5 次。

6. 第十天开始，仰卧，两腿伸直。先慢慢收拢双脚，双膝互相紧贴并渐渐屈成 90 角。然后抬起臀部，由双脚和双肩支撑躯体，悬空。同时收缩腹部和会阴部肌肉。根据体力掌握练习次数。

7. 第十二天开始，仰卧，双膝屈曲，双臂交叉合抱于胸前。然后慢慢坐起成半卧位，再复原位。也可仰卧，双膝屈

曲，双臂上举伸直，作仰卧起坐。练习次数量力而行。



图 1-6 体操运动示意图 b



图 1-6 体操运动示意图 c



图 1-6 体操运动示意图 d



图 1-6 体操运动示意图 e



图 1-6 体操运动示意图 f

肛提肌收缩运动 平卧，大腿靠拢，两脚交叉，尽力抬起臀部，然后放松。连续 10~20 次，以后逐渐增加。如果坚持锻炼，有助于骨盆肌肉托力的恢复。

产褥感染

产褥感染，俗称“月子病”，涵义很广，概括一切在产褥期中，由于生殖器官感染而引起的炎症。致病细菌可能在产前、产时或产后从外界侵入，也可能早就存在于产妇体内。但是产褥感染发生与否，主要决定于产妇局部和全身的防御能力。凡产前有贫血、营养不良、妊娠高血压综合征或其他疾病；产时营养和水份补充不够、产程延长、产时产后失血过多的产妇，由于全身抵抗力削弱，容易得产褥感染。还有胎膜早破、产前出血、产道裂伤、胎盘滞留的产妇，由于生殖道局部变化有利于细菌的入侵及孳生，也易发生产褥感染。

产褥感染的起始为创面感染。会阴、阴道和宫颈的裂伤皆有可能成为细菌入侵的门户，而胎盘剥离面更是细菌孳生的良好场所。除局限的创面感染外，细菌还可经淋巴管、血管扩散或直接蔓延，引起子宫内膜炎、子宫旁结缔组织炎、血栓性静脉炎、腹膜炎，甚至菌血症与败血症。

产褥感染轻者影响健康，重则危害生命，因此，必须谨防，孕产妇应注意以下几方面：

产前 纠正贫血，补充营养，尽可能扶除身上存在的感染灶；妊娠最后两个月内停止一切阴道治疗，尤其是阴道冲洗；孕期避免性交，尤其是最后两个月内更应禁忌，也不能

盆浴。

产时 临产以后,应抓紧时间休息,尽量进食和饮水;若饮食摄入不足,必须接受静脉补充。

产后 产后汗多,下身又有恶露不断流出,因此必须注意清洁卫生。除洗澡和揩身之外,必须每天用温开水洗涤外阴 1~2 次,尤其在大便后。卫生巾勤换。产褥期间,特别在恶露尚未干净时,绝对不能性交,因此时子宫里的创面尚未愈合,性交会带入细菌使子宫发炎,也会使恶露淋漓不净。况且,会阴和阴道裂伤的疤痕犹新,过早性交必然引起疼痛,甚至裂开和感染。

产褥中暑

在夏季分娩的体质虚弱产妇,如果产后经常处于高温、高湿环境中,很有可能体温调节中枢发生功能障碍而中暑。中暑是种急性热病。开始时,仅感口渴、恶心、全身乏力、头晕、胸闷、心慌而多汗和尿频。此时,若能立即宽衣解带,移至通风凉爽处,补充水和盐,情况可迅速改善。如不及时解救,则病情必然进一步恶化,体温可骤升而高达 40℃ 以上,产妇面色潮红,皮肤变干燥,有汗疹,出现呕吐、腹泻、谵妄或昏迷,随后面色转苍白、脉搏细速、血压下降、瞳孔缩小,终因虚脱而呼吸循环衰竭。即使抢救脱险,也可能由于中枢神经损伤而有严重后遗症。

一旦中暑,首先要搬离高温环境,或迅速改善通风条件、降低室温。然后用冰水或井水浸浴;也可用 40% 酒精或冷水湿擦全身,并在额头、腋窝和腹股沟等血管浅表处放置冰袋,

同时用电风扇扇风，以尽快降低体温。血压降低者，应及时输注葡萄糖盐水，纠正酸中毒。

产褥中暑，重在预防。夏天分娩的产妇，切忌包额头，也不能身穿长衣、长裤和袜子。住房必须通风凉爽，但应注意不让风直接吹在身上，以免着凉。平时多饮盐开水，以尿色淡黄为度。冬瓜汤与西瓜汁有清热解暑功能，宜多饮用。

第五节 哺乳期卫生保健

乳头卫生

分娩前，即用植物油（橄榄油、麻油、豆油）或矿物油（石蜡油）涂敷乳头，使乳头表面的积垢和痂皮变软，再用肥皂水和热水洗净。产后即可开奶，每次喂奶前，先洗净双手，然后用温开水或 2% 硼酸水擦净乳头，挤掉几滴奶，以冲掉乳腺管内可能存在的细菌。喂奶时，应让婴儿含住乳头周围的部分乳晕，这样可减少吸吮对乳头皮肤的摩擦。婴儿吸吮乳头的的时间不能超过 20 分钟，因为吸吮时间过长，乳头皮肤过度浸润，容易发生破裂。切忌让婴儿含着乳头入睡，以免乳头浸软、皲裂而有利细菌侵入。倘若乳头有裂隙或破皮，且伴疼痛和发红，应减少喂奶次数或停止直接喂哺，将乳汁用吸乳器吸出或挤出，装入奶瓶喂哺。乳头裂开处涂以清鱼肝油、10% 复方安息香酸酊或 50% 鱼肝油铋剂，在下次哺乳或挤奶前揩去。

喂奶

母乳喂养不仅有利于婴儿的生长发育，对母体来说也大有好处。因为婴儿的有力吸吮能通过神经传导，反射性地促进乳母的脑垂体释放催产素，刺激子宫收缩使子宫早日复原。乳腺的分泌受激素和神经调节，此外，健康婴儿的吮吸能反射性地促进乳腺分泌。要是较长时间不让婴儿吮吸或乳房经常胀满不得排空，就会抑制乳腺的分泌。所以，如何喂奶大有学问。

早期吮吸 首次哺乳时间越早越好，最好在出生后即予喂哺。早期喂哺，既可促进乳汁分泌又能让初生儿充分获得营养最丰富和免疫物质含量最高的初乳。

哺乳次数 乳汁少时，“按需”哺乳，就是说小儿一哭就喂。待等奶水充足后，还是定时为好，可使小儿胃内的乳汁充分消化，而母亲的乳房得以重新充满。正常新生儿每隔3~4小时喂哺一次；早产儿则每隔2~3小时喂哺。3个月以上的婴儿，白天每4小时喂一次，晚上如果睡得好，可省去半夜1次。6个月后，应养成夜间不吃奶的习惯，白天仍然每4小时一次。

两乳交替喂哺 每次喂奶时间15~20分钟。左、右乳轮换着喂，吸空一侧乳房后再换另侧，下次哺乳时先后调换。这样可使左、右乳房轮流被吸空，乳汁的成分因出乳先后而不同。最先分泌的乳汁，脂肪含量低而蛋白质含量高。随后，脂肪含量逐渐增多而蛋白质含量逐渐减少。末段乳汁的脂肪含量要比初段高2~3倍。两侧乳房轮流吸空，既可保证婴儿吸

到最后一部份含脂肪较多的奶液，又可促使乳腺继续分泌更多的乳汁。倘若奶水多，婴儿吃不完，应将多余的奶用吸乳器吸出或挤出。否则，乳房内经常有剩余的奶，将使奶水越来越少且易生奶疖。若婴儿体弱有病或乳母本身患病，暂时不能喂哺，也应按时将乳汁吸出或挤出。

喂奶姿势 睡着喂奶有两个坏处。第一，奶水容易进入婴儿的耳咽管再流到耳朵，引起中耳炎。第二，容易养成婴儿一边睡觉一边吸奶或含着乳头入睡的不良习惯。故应坐着喂奶，乳母最好坐在有靠背的椅子上，一只脚搁在小凳上，或搁在另一脚上，使婴儿舒服地斜卧在怀里吸奶。用食指和中指轻轻压住乳晕，这样可防止乳房堵住婴儿的鼻孔而妨碍呼吸，同时还可防止奶水流得太快以致婴儿来不及吞咽而呛着。哺乳完毕后，应将婴儿抱起伏在肩上，轻拍他的背部，使咽下的空气嗝出，这样可防止溢乳（呕奶）。

乳房胀痛

在产后的最初二三天，乳腺开始分泌乳汁之前，由于静脉充盈、淋巴滞留及间质水肿，乳房先有膨胀。此时，仅有少量初乳而乳房却充满硬块，碰碰就痛，可能腋窝还有肿大、变硬和作痛的淋巴结或副乳腺。一般不发热，即使体温上升，也不大会超过 38℃。乳胀持续一二天后，即自然消退，乳腺正式开始分泌乳汁。

倘若乳房极度膨胀，疼痛剧烈难以忍受，可采取下列措施：(1) 用乳罩将乳房向上兜起托住；(2) 哺乳前，用湿毛巾热敷乳房或在湿毛巾上放个热水袋以促使乳汁畅流；(3) 哺

乳间歇，用湿毛巾冷敷乳房以减轻局部充血。夏季可用冰袋；
(4) 如果婴儿吮吸能力不足，可用吸乳器吸出喂哺；(5) 中药鹿角粉，每天9克，分两次服，用少量黄酒冲服更好，有消胀催乳作用。

乳汁不足

一般说来，除非乳腺天生发育不良，否则，乳汁不足皆由下列因素引起：(1) 营养不良，全身健康差；(2) 过度疲劳，睡眠不足，生活无规律；(3) 心情不舒畅，精神不愉快；(4) 哺乳方法不对，或由于乳头凹陷或乳头皲裂，婴儿不能很好吮吸，因而乳房内的乳汁经常不得排空，乳汁也就越来越少。

乳汁过少时，首先要稳定情绪、思绪平静，建立信心。每天要有充足的睡眠和休息，适当的户外活动，避免过度疲劳。注意饮食，多吃营养丰富且易消化吸收的食物，并多喝汤水（鱼汤、肉汤都好），特别是牛奶、豆浆、水果和新鲜蔬菜，为乳汁分泌提供原料。定时喂奶，改进喂奶方法，一定要做到让婴儿吸紧乳头和吸空乳房。如果乳头凹陷或有乳头皲裂，应加以纠正和治疗。在此期间，定时用吸乳器将乳汁吸空或用手挤空。必要时服催奶中药或针灸催奶。

急性乳腺炎

俗称奶疖。细菌经过乳头裂口或糜烂面进入乳头下的淋巴管，侵入乳腺叶间而引起乳房蜂窝组织炎；或通过乳腺管直接侵入乳腺而引发急性乳腺炎。

乳腺急性发炎时，大多先有乳头疼痛、破裂或乳房硬块、胀痛。然后，出现怕冷、寒颤、发热。患侧乳房触痛，皮肤发红、肿胀、皮温升高，皮下块物，或者皮肤不红、不肿、不热，块物部位较深，与皮肤不相连，但疼痛或压痛厉害。此外，同侧腋窝有肿大和触痛的淋巴结。如果治疗不及时和不恰当，病变必然继续发展。患侧乳房红肿更加厉害，硬块增大变软而出现波动，形成皮下或乳房浅部脓肿。最后，脓肿向外穿破或者向乳房内部扩张，或者原来在深部的硬块变大、变软，原来不红不肿的皮肤发红肿胀，病变范围越来越大，乳腺组织破坏增多。脓肿不但可以向外穿破皮肤，也可在内穿破乳腺管使乳汁含有脓液，甚至向后穿破进入胸壁肌肉而形成乳房后脓肿。此时，全身症状也将越来越严重。

及早治疗是唯一阻止乳腺遭破坏过多的办法。一般采取下列措施：

患侧乳房停止哺乳 按时吸奶。

托起患侧乳房 用乳罩或兜带抬高患侧乳房可改善乳房的血液循环。血液循环通畅，局部不充血，肿胀易消退，炎症也易控制。

外敷 早期局部可用冷敷，若化脓已不可避免，则改用热敷。每天 3~4 次，每次 30 分钟，如能连续做则更好。局部红肿，可涂敷中药金黄散。

理疗 红外线照射（普通灯泡 100 瓦也行）可促进局部血液循环，有利于炎症吸收消散。

内治 肌肉或静脉注射抗菌消炎药物。中药鹿角粉每天 2 次，每次 5 克内服，可起消散作用。

切开排脓 如果局部已成脓肿，应从速切开排脓，脓液流尽可避免炎症继续扩散。

乳腺炎贵在预防，而且完全可以预防，关键在于防止乳头破裂和乳汁郁积。

断奶与回奶

随着婴儿月龄的增长，生长发育所需的营养不断增加，仅以母乳喂养已不能满足需要。因此，出生3个月后就应添加辅食，并逐渐增加品种和数量，一方面补充营养，一方面慢慢改变幼儿进食习惯，让他逐步适应半固体到固体食物以锻炼咀嚼功能和吞咽较稠的食物，为完全断奶作好准备。断奶应逐步进行，在增加辅食的同时，减少哺乳次数。这样才不至于因断奶而使幼儿食欲下降、烦躁拒食，营养更加不良。孩子长到10~12个月以后，胃肠消化功能逐渐完善，可考虑断奶，但每天应有200毫升牛奶补充。限于条件，辅食种类较少，幼儿体弱而母乳又较多的情况下，可适当推迟断乳时间至1岁半左右。夏季气候炎热，幼儿消化功能较差，或考虑延迟至秋凉时再断奶。

回奶的办法有好几种，可联合应用：

皮硝 每天用皮硝250克，等分为二，用布包好，分敷两侧乳房。在皮硝全部潮解且结成硬块后，撤去。一般二三天就可退奶。

生麦芽 60克，浓煎，分两次服，连服3~5天。

面引子 即已发酵好的面团100克左右，对分，贴在乳房上面，中央留孔以露出乳头。生大饼也可用。每天更换。大

概二三天，乳胀即可消退。

己烯雌酚 为雌激素制剂，口服，每天3次，每次5毫克，连服3天，以后根据乳胀程度递减或停用。

回奶期间，切忌再让婴儿吮吸，也不可用手挤或用吸乳器吸，汤水少喝。

(盛丹菁)

第六节 婴幼儿保健

各年龄期的保健重点

孩子自出生后，各年龄期有其解剖、生理和心理等生长特点。根据上述特点开展保健工作，可使儿童茁壮成长，并可防止不必要的疾病或意外事故的发生。

新生儿期 从胎儿娩出、脐带结扎到不满28天为新生儿期。此期的保健重点为：(1) 保暖：新生儿的体温调节功能较差，所以应根据气温的变化随时调节室内温度和更换衣着。一般新生儿居室的温度宜维持在16~20℃，湿度保持在50%左右。(2) 母乳喂养：出生后即开始吸吮，早吸吮有利母乳的分泌。(3) 加强护理：尤其对脐带及皮肤的护理。脐带残端要保持清洁，防止粪便污染。脐带脱落前不可将新生儿放入水中洗澡。皮肤应保持清洁干燥，尤其是皮肤皱折处。(4) 预防感染：保持室内空气流通，避免与有感染的病人接触。

婴儿期 出生到不满1周岁的称为婴儿。此期的保健重

点是：(1) 母乳喂养，满4个月后逐渐添加各种辅食；(2) 加强母婴之间的接触（包括皮肤的感知觉、视觉、听觉）促进动作、语言等发育；(3) 按计划完成各种预防接种；(4) 预防婴儿时期的常见病，如上呼吸道感染、肺炎、腹泻、营养性缺铁性贫血及佝偻病。

幼儿期 从1周岁到不满3周岁为幼儿期。此期的保健重点是合理安排膳食，培养良好的生活及卫生习惯，采取多种措施促进动作及语言的发展。预防传染病、寄生虫病及意外事故。

学前期 从3周岁到入学前为学前期。此期应重视口腔卫生和眼的保健，预防龋齿及视力异常。更多地利用游戏活动促进小儿的心理发育。已经建立的良好生活和卫生习惯应予以巩固。对儿童进行安全教育，预防意外事故及中毒。

学龄期 从入学到青春发育前为学龄期。在此期间应教育孩子做好学校卫生工作，并重视社会主义道德的品质教育，让孩子参加力所能及的各类劳动。

母乳喂养

母乳是婴儿最理想的天然食品，含有婴儿生长发育中必不可少的各种营养成分。世界卫生组织要求到2000年4个月以内母乳喂养率达到80%。目前全国有产科床位的医院要求成为爱婴医院，实行母婴同室，产科休养室内不准有奶头、奶瓶，并鼓励母亲让新生儿出生后及早吸吮，促使乳汁早分泌，为保证4个月内母乳喂养创造了良好的条件。

母乳中的蛋白质容易消化吸收，又含有较多的乳糖，母

乳喂养的婴儿肠炎的发病率较人工喂养的低。人奶所含脂肪球小，又有乳汁中的鲜脂酶帮助脂肪的消化，有利脂肪的吸收。人奶中的钙磷比例恰当，钙也易吸收；母乳还有抗感染的作用，乳汁中含有的免疫抗体能保护婴儿避免肠道和呼吸道感染，其还含有乳铁蛋白、溶菌酶及各种细胞成分等也有利于抗感染；母乳新鲜不易被细菌污染，经济方便，随时可吃，温度又适宜。哺母乳者可以增加母婴之间的感情交流，有利孩子心理的健康发育。哺乳时母亲能及时发现婴儿是否发热，胃口情况如何等。哺乳对母亲本人来说也有很多好处，如促使子宫尽快恢复正常，并能减少患乳房癌的机会。

孩子出生后3~5天之内的母乳称为初乳，含有较丰富的蛋白质、抗体和微量元素，含脂肪较少，对增强新生儿的抗病能力具有很重要的作用，千万不能将初乳丢弃。

以往每3小时哺乳1次，称为“按时喂哺”；但目前提倡“按需喂哺”，即婴儿饿了想吃奶，即喂，不要拘泥于“时间未到”，尤其在出生后最初2~3个月，多吸吮可以刺激乳汁的分泌，在“按需喂哺”的基础上婴儿会逐渐形成大约每3~4小时喂奶1次的习惯。喂奶时先喂一侧，待完全吸空，再喂另一侧，下次可以轮换，这样既能促进乳汁分泌，还能防止两侧乳房大小不一。每次喂奶时间，一侧仅需几分钟左右。切勿让婴儿含着奶头睡觉，这样有发生窒息的可能（呕吐造成窒息或母亲身体压住婴儿造成窒息）。

断奶应是一个逐渐的过程，要有一个阶段为断乳作好准备，婴儿自第五个月开始逐步添加辅食，在此基础上至10~12个月可以完全断奶，切忌骤然断奶造成婴儿胃肠道不适应

甚而导致心理上的创伤。

在辅食品供应不足或生活水平较低的地区，断奶可以推迟至2岁左右，因为母乳中还会有一定量的营养素供给。

及时添加辅助食品

母乳是婴儿天然的食物，但随着婴儿逐渐发育，乳类中所含的营养素不能满足婴儿不断增长的需要。5~6个月以后逐渐长出乳牙，胃容量也逐渐增大，对各种营养素的质和量的需要也不同，所以要逐渐添加辅助食品。母乳喂养足够的话，4个月以内除给维生素D外，其他东西都不必添加。添加辅助食品的过程也是训练婴儿逐渐吃东西的本领，如吃惯母乳(水)的婴儿，当给稠的米糊时开始吞咽起来有些困难；当喂以于糊状的米粉时困难更大，会不时的吐出或伸舌拒于口外；吃到有纤维的肉类时常见含于口中。一、两次不会吃没有关系，要有足够的耐心，并要坚持喂，直到学会为止。目前2~3岁的幼儿，吃饭时饭菜不愿吞下去，吃到含有纤维素较多的食品就随口吐出，追溯其原因还是从小没有进行这方面的训练。

辅食添加的原则为从稀到稠，由淡到浓，从少到多，由一种到多种的过渡，在添加的过程中应密切观察大便的情况，若有不消化物或腹泻即可停止或少加辅食。如果婴儿在病中也不要急于添加。每加一种新的食品还应观察有无对食品过敏的现象。

婴儿从2周起，可逐渐吃浓缩鱼肝油，每天4~5滴，并适当补充钙剂。人工喂养的婴儿自满月起添加各种新鲜果汁，

母乳喂养的婴儿可以延迟到第五个月开始。其实，鱼肝油和果汁都不能算辅食。

满4个月以后，由于唾液及胃肠道淀粉酶的活力不断增强，此时可以开始添加少量稀薄的乳儿糕、大豆粉或米糊。与此同时婴儿体内原先贮存的铁质逐渐耗竭，故应及时添加含铁质的食品，如肝泥、鱼粉或动物血等调入乳儿糕或米糊中。蛋黄含铁虽多，但铁与有机磷结合，铁质吸收较差。亦可购买强化铁的米粉调冲后喂。

6~7个月的婴儿，多数开始萌出牙齿，食物就应从半流质（如奶糕、米糊等），逐渐过渡到半固体食物，如粥、烂面和麦片等。逐渐增加肝泥、鱼类、蛋黄和菜泥。豆腐是一种优质的植物蛋白食品，也容易消化吸收，价格低廉，宜经常食用。另外，可给些硬饼干、烘面包片，训练牙齿的咀嚼功能，促使牙齿萌出。

8~9个月的婴儿，可增加肉末和豆腐干末等。每天可吃2顿婴儿粥替代2次哺乳，进一步为断乳作准备。

10个月到1周岁的婴儿，应该由粥和烂面等半流质逐步过渡到软饭，在添加辅食品的基础上断母乳。此后尽可能每天保持饮用1~2瓶牛奶。

定期健康检查

孩子出生之后有的家长认为孩子好好的，又没生病，何必去医院走期健康检查？有的家长在孩子周岁前还按时去检查，当其会走和会说之后不再定期检查，认为孩子已能“独立”生活，不会有什么疾病。

有些慢性疾病，尤其营养性疾病发展较慢，初期症状不明显，一旦症状明显已较严重。比如在婴幼儿中常见的营养性缺铁性贫血，在贫血症状出现之前，仅表现为性格改变，注意力不集中，脸色略为苍白些，一般家长根本不会在意，除非检查血红蛋白，待到口唇明显苍白已为中度贫血。如果定期健康检查已发现体重连续几个月不增加和面颊部脂肪消失，至少已达到中度的营养不良。轻度智能低下的孩子，外表看上去完全正常，如果不进行智能方面的测试不可能发现异常。还有些3~4岁的婴儿在健康检查时发现了佝偻病而家长一点也不知道。

定期的健康检查可以系统地了解儿童不同年龄期的生长发育情况以及体重和身高增长的速度，尽早发现一些临床上表现不明显的疾病，使孩子得到及时的治疗。

根据上海市的要求，婴儿出生后，医务人员上门进行新生儿家庭访视，满28天起应全面进行体格检查。1周岁内，满2、4、6、9、12个月时各检查一次；1周岁到3岁半每半年检查一次；4周岁到6周岁每年检查一次。家长可带孩子到您户口所属地区的街道医院或乡卫生院儿童保健门诊进行检查。

预防接种

为了预防儿童的传染病，必须让孩子按照规定按时接种各类预防针药。即根据当地卫生行政部门制定的预防针种类，接种的起始月（年）龄，每种疫苗接种的次数、剂量，两次接种的间隔时间以及加强免疫接种的时间、次数。

表 1-5 上海市儿童免疫接种程序表

年龄	疫 苗 名 称					
	卡介苗	乙肝疫苗	脊髓灰质炎活疫苗	百白破	麻疹活疫苗	乙脑疫苗
出生时	初种	第一针				
1足月		第二针				
2足月	OT 复查		初免,第一次			
3足月			初免,第二次	初免第一针		
4足月			初免第三次	初免第二针		
5足月				初免第三针		
6足月						
8足月		第三针			初免	
1岁						初免二针
1.5—2岁			加强	加强		加强
4岁			加强		加强	
7岁	OT 复查复种			加强(白、破)		加强
10岁						加强
12岁	OT 复查复种					
15岁				加强(白、破)		

下列情况不能预防接种：(1) 当有免疫缺陷或进行免疫抑制剂(如肾上腺皮质激素、放射疗法、抗代谢化学疗法)治疗时不能接种活疫苗；(2) 接种“百白破”混合制剂后出现严重的反应如虚脱、休克、体温超过40.5℃、抽搐或其他神经系统症状，下次则停用“百白破”，而仅注射白喉和破伤风类毒素；(3) 严重疾病伴有发热时可以延缓接种。(4) 最近注射过多价的免疫球蛋白(如丙种球蛋白)者，在6周内不应接种麻疹疫苗。有过敏性疾病的，在急性发病期间应暂缓进行预防接种。

预防接种后的一般反应，其中包括局部反应，在局部接种处有红肿、疼痛及硬块；轻症不必处理，较重的可用清洁

毛巾热敷，一天数次，每次 10~15 分钟，可帮助消肿，减少疼痛。全身反应为发热，一般在 38.5℃ 以下，偶有超过 38.5℃ 者，发热持续 1~2 天；个别有呕吐、恶心和腹痛，需休息，多饮水；高热伴头痛者可服退热片。个别孩子接种后有异常反应如过敏性皮疹、血管神经性水肿或过敏性休克等，遇此情况需去医院就诊。

体格锻炼

要使孩子身体健康，除了增加营养，体格锻炼也很重要，但不少家长却忽视了。平时可利用自然条件如日光、空气和水进行三浴锻炼（即空气浴、日光浴及水浴），但三浴锻炼需要一定的条件，在家庭内可以试行以下一些体格锻炼的内容：

开窗睡眠 可自夏季开始，让孩子逐渐适应，冬季可打开气窗或把窗开得小一些。

户外睡眠 让婴幼儿白天睡在户外，实际上是空气浴的一种。从温暖季节开始，冬季应停止。

户外活动 是利用空气及日光进行锻炼的一种方法。夏季在上午 9 时前或下午 4 时后为宜；冬季可根据气温及孩子的反应来决定。

晒太阳 太阳直晒（夏季可开窗或在日荫下）可以预防婴幼儿佝偻病的发生。

冷水洗脸、洗手和洗脚 应从夏天开始坚持到冬天。洗脸、洗手和洗脚后用毛巾擦干，把皮肤擦红可以防止冻疮的发生。

婴幼儿体操 2~6 个月的婴儿在家长的帮助下做肢体

的被动操。6月~18月龄的孩子可做主—被动操。18月~3岁可模仿成人的动作做自动操。

通过坚持不断的体格锻炼,可以提高全身各器官的功能,增强身体对外界温度变化的适应能力,增强身体的抗病能力,尤其可使伤风和感冒的发病率下降,预防佝偻病,增进食欲。

注意安全预防意外事故

孩子年幼无知,缺乏独立生活能力,生活经验少,识别危险的能力差,又无自身防卫能力;加上孩子好奇和多动,所以在婴幼儿中发生意外事故的并不少见,例如外伤、灼伤、窒息、车祸、触电或溺水等。据全国调查1~4岁儿童的死因中,意外事故为首位,值得引起家长重视。

孩子意外事故的发生与人及环境因素有关。

人的因素 不同年龄的孩子易发生不同的意外事故。6个月以内晚上哺母乳时如果母亲不抱起喂哺,而让其睡在身旁吸乳,常易发生母亲压住婴儿面部而致窒息死亡。1岁以内的婴儿容易因翻身或爬动而从床上跌下。孩子喜欢将小东西塞入口腔、鼻腔或耳道而引起气管、鼻腔及耳道内的异物感染。因好奇将塑料袋套在头部而引起窒息。幼儿会走以后由于步态欠稳而致跌倒引起外伤,也可因玩弄电插座或电器而触电,或碰到热水瓶而致烫伤。或在河边玩耍而溺水。药品、刀和剪保管不妥可致误服药物而中毒或造成意外伤害。

环境因素 如外出过马路容易发生交通事故,住宅周围有小河浜易发生溺水。椅角、桌角和凳角尖容易碰伤。阳台或楼梯未设栏杆可自高处跌下。水井和粪缸未加盖而容易跌

入等等。

总之，家长要处处留意，才能预防“万一”事故的发生；要经常检查，重视意外事故的“苗子”，及时纠正堵塞。另外，家长经常对孩子进行安全的教育也是防止意外事故的重要环节。

(许积德)

第七节 更年期妇女保健

妇女的一生是一个连续发展的过程。此过程可划分成几个时期，但各个时期并无绝对的年龄界限。更年期可以早在40岁就跨入，也可迟至50岁才起步，唯一的标准是旺盛的卵巢功能开始衰退。人届更年，确是生理上的一大转折点，身心两方面都可能出现这样或那样的问题，必须注意自我保健。

更年期卫生

更年期无论开始早晚、历时多久，总可分成绝经前期、绝经期（月经停止）和绝经后期（月经停止1年以后），并以卵巢功能的逐渐衰退至完全消失为标志。在该期间应从以下几方面加强自我保健：

正确认识，稳定情绪 更年期的来临乃不可逆转的自然发展规律，应该泰然处之。不少妇女惴惴然想得太多，以致人未老而心先老。心老可怕，徒然自寻烦恼，尤其是性格内向的妇女，易于导致抑郁、颓丧、紧张焦虑、喜怒无常，不能如常生活，反而伤害自己，加速衰老。未退休的，坚守岗

位，努力工作；已退休的，积极投入社会组织与活动，发挥余热。

调整饮食，增加活动 随着年龄的增长，基础代谢逐渐下降，热能需要减少，所以膳食必须合理调整。否则摄入热能过多，势必导致肥胖和高血脂而诱发冠心病。若以 20~39 岁的热能摄入为标准，则 40~49 岁应减少 5%，50~59 岁应减少 10%。另外，碳水化合物应占每天总热量的 55%~60%，以谷类为主，限制甜食；脂肪摄入应控制在 30% 以下，并以植物油为主，应有一定数量的瘦肉、鱼类和蛋类等动物蛋白，适当补充豆制品，多食新鲜蔬菜和瓜果。至于食盐应控制在每天 5 克以下。

运动不仅能增加热能消耗，促进机体代谢、增强体质，且能降低血胆固醇和甘油三脂，提高血液中高密度脂蛋白的含量，从而增强机体防御动脉粥样硬化的能力。此外，还能刺激成骨细胞，使骨组织增加，防止骨质疏松。更年期妇女平时要加强锻炼，但要量力而行，循序渐进。

注意卫生，定期检查 进入更年期后，阴道粘膜缺乏雌激素的刺激和支持，变得菲薄，上皮细胞内糖原量减少，阴道酸性降低，局部抵抗力削弱，易受致病菌感染，故需特别注意阴部清洁卫生。虽然月经失常是更年期间的必然现象，也要注意其他妇女病，特别是妇科肿瘤的可能，因此，为防万一，应每隔 3~6 个月作一次妇科检查。倘若月经周期紊乱之外，经量增多或经期延长，及时就诊，以免失血过多，导致贫血。

更年期功能失调性子宫出血

卵巢功能开始衰退时,卵巢内所剩下的卵泡还能发育,并可分泌一定量的雌激素,但这些卵泡往往不能成熟。既然卵泡不能发育成熟,当然无卵可排,也不会有黄体形成,更不会产生孕激素。因此,进入绝经前期后,子宫内膜仅受单一雌激素的影响,而且随体内雌激素水平的起伏,出现增生、脱落和出血的变化。如果这种无排卵月经的周期越来越长,而且经量少和经期短,则可稳稳当当地过渡至绝经。倘若月经周期紊乱,经量增多,经期延长,则罹患更年期功能失调性子宫出血,简称“功血”。

一旦发生“功血”,尤其失血量较多,必须及早就医。首先应作诊断性刮宫,将刮出的组织物进行病理学检查以明确子宫内膜情况,且可达到止血目的。倘若病理学检查结果子宫内膜呈腺囊型或腺瘤型增生过长而子宫出血不止,可用妇康片止血,血止后递减药量,维持20天,停药等待撤药性流血。如刮宫后不再流血,连服维持量妇康片20天,作周期治疗。3个周期为一疗程。要是子宫内膜病理学检查结果为不典型增生,属子宫内膜癌的“癌前病变”,则以手术切除子宫为妥。

更年期综合征

妇女更年期是卵巢功能逐渐衰退到最后消失的一个过渡时期。在此期间,最突出的征象是月经发生变化,终于停止来潮。绝经的年龄因人而异,一般在45~55岁之间。部分妇

女在绝经前后会出现一些因雌激素减少引起的症状，称为更年期综合征。

更年期综合征的症状可归纳为两类。一类与内分泌变化有关。早期时，由于血管舒缩功能不稳定，表现为潮热、出汗、情绪易于激动、好哭和不能自主。晚期时，由于机体老化因素夹杂，泌原生殖道萎缩，出现尿频、尿急或尿失禁，甚至膀胱炎反复发作，外阴瘙痒，阴道干燥刺痛，性交疼痛。另一类属于精神心理症状，如倦怠、头晕、头痛、抑郁、失眠和性欲改变等。

更年期是妇女一生中必经的一个生理阶段，因此，即使出现一些症状也不必过分焦虑。轻症，不需服药，但要注意劳逸结合，稳定情绪，适当限制脂类及糖类食物（防高血脂和冠心病的发生），并进行体育锻炼，可以缓解。必要时可选用适量镇静药以助睡眠。口服谷维素 10 毫克，每天 3 次，以调节精神神经功能。倘若因雌激素水平低落所致的症状严重则影响工作和生活，应进行雌激素补充治疗，以间断用药，使用最小有效剂量为原则。近年常用尼尔雌醇，这是一种长效雌激素制剂，对稳定神经血管舒缩活动有明显疗效，而对子宫内膜的影响小，不致于引起子宫出血。用法每月一次，每次口服 5 毫克；症状改善后，改为维持量，每月 2 次，每次 1~2 毫克；症状消失后，及时停药。倘若无限期应用，可发生乳房胀痛和子宫出血等副作用，甚至有致癌危险。此外，长期服用可致药瘾，也即服药时间未到，即感倦怠、思想不集中、头晕、头痛和失眠等情况，非提前服药不可。除应用雌激素制剂作替代治疗之外，加服抗衰老的维生素 E 大有帮

助。

第八节 老年期妇女保健

妇女至 65 岁后，机体逐渐老化，进入老年期。此时，全身肌肉及结缔组织萎缩，张力降低，趋向增肥；血浆中脂蛋白和胆固醇含量往往增高，常伴血压升高。卵巢功能的消退除致骨代谢失常而引起骨质脱钙而疏松之外，尚可引起一些妇女病。

老年性阴道炎

由于卵巢功能衰退，体内雌激素水平降低，阴道壁萎缩，粘膜变薄，上皮细胞内糖原含量减少，阴道酸性降低，局部抵抗力削弱，致病菌易于入侵繁殖引起炎症。

主要症状为阴道分泌物增多，呈黄水状，严重者可有血样脓性白带。外阴有瘙痒或灼热感。倘若阴道粘膜有充血和小出血点之外，尚有溃疡，溃疡面同对侧粘连可造成阴道闭锁，炎症渗出物引流不畅可形成阴道或宫腔积脓。

治疗原则为增加阴道抵抗力及抑制细菌生长。用 0.5% 醋酸或 1% 乳酸冲洗阴道，每天 1 次，以增加阴道酸度。配制 0.03% 己烯雌酚、1% 氯霉素鱼肝油，涂搽阴道，每天 1 次，以补充雌激素、消炎及营养阴道上皮细胞。

子宫脱垂

子宫从正常位置沿阴道下降，子宫颈外口达坐骨棘水平

以下，甚至子宫全部脱出于阴道口外，称为子宫脱垂，常伴有阴道前、后壁膨出。

子宫脱垂常由综合因素造成。子宫韧带、子宫旁组织和骨盆底肌肉与筋膜因分娩而过度伸展或撕裂，产后若不注意保健，这些组织的产伤恢复不良，将影响子宫支托，成为日后子宫脱垂的主要因素。产后经常仰卧，以致子宫后倾，子宫轴与阴道轴一致；产后过早参加劳动；患有慢性咳嗽、习惯性便秘；长期从事蹲、站、肩挑工作；腹部巨大肿瘤或大量腹水，使腹内压增加等均可使子宫向下移位。子宫脱垂常发生于老年，或在绝经后方始加剧，只因卵巢功能衰退，体内雌激素水平下降，子宫支持组织萎缩和缺乏张力的缘故。同样道理，体质虚弱和营养不良者子宫周围结缔组织少而弱，或先天性盆底组织发育异常的妇女，即使未产，亦可发生子宫脱垂。

子宫下垂牵拉腹膜，韧带及盆底组织必然引起腰酸和下坠感，并在行走和劳累时加重。病情较重时，自觉似有块物从阴道脱出，久站、咳嗽、排便或劳动时，块物更加脱出，卧床休息后回缩变小。随着病情的进展，脱出块物逐渐增大，并且不再自动回缩，必须用手推拿，最后甚至一站起来就脱在外面。脱出的块物，即子宫颈经常受摩擦，易于破损、感染或溃烂而渗出血性脓样液体。子宫脱垂使膀胱变位和尿道受压，故常伴尿频，排尿困难、尿潴留或尿失禁。

子宫脱垂程度轻，可试用子宫托，佐以中药补中益气汤起升提作用。平时加强营养，增进体质，注意休息，保持大便通畅，避免增加腹压和较重体力劳动。子宫脱垂程度重，唯

有手术解决。

下泌尿道感染

即膀胱炎和尿道炎。老年妇女易患下泌尿道感染，因为诱发因素颇多，有先天的，也有后天的：(1) 女性尿道外口与阴道口、肛门邻近，易被阴道炎性分泌物（阴道炎、子宫颈炎时）及粪便污染；(2) 由于卵巢功能衰退，体内雌激素水平下降，亦受雌激素作用影响的尿道上皮萎缩变薄，防御能力大大削弱，有利于细菌入侵；(3) 女性尿道生来直、宽而短，长度仅3~4厘米，细菌一旦入侵，易从尿道上行进入膀胱。(4) 随着年龄的增长，膀胱的组织结构及功能发生变化，常排尿不畅不尽。残余尿是细菌生长繁殖的良好培养基。

急性下泌尿道感染一般起病突然，不发热，无寒颤，就是尿频、尿急与尿痛，有的排尿时连小腹部及会阴部也痛。尿量少，但浑浊，偶而还见血尿。若伴有尿潴留，常伴下腹持续性隐痛与压痛。要是并发上泌尿道感染（肾盂肾炎），必然出现全身症状，像寒战、发热、腰酸和胃肠不适等等。

急性尿道和膀胱发炎时，最要紧的是卧室休息，多饮开水，增加营养并避免刺激性食物（忌辛辣、酒料）。热水坐浴可改善血液循环，缓解症状。口服碱性药物（小苏打）、解痉药（颠茄酊、莨菪碱合剂、普鲁本辛等）可减轻膀胱刺激与痉挛。根据尿培养结果，选用致病菌敏感的消炎抗菌药物，若处理及时，症状大多在1周左右消失。为防重复感染，平时应特别注意外阴清洁，勤换内裤。经常多饮水以利尿而起冲洗膀胱作用。要是屡屡急性发炎，口服小量雌激素或阴道内

塞入雌激素栓剂以促使尿道内、外括约肌恢复张力和上皮生长，并且增强局部抵御能力。

张力性尿失禁

张力性尿失禁是指当咳嗽、喷嚏、大笑或体位突然改变时，由于腹压骤然上升，尿液不自主地外流的情况。绝经后妇女易发生张力性尿失禁，多因卵巢功能衰退，体内雌激素减少，致使尿道肌肉、尿道周围及盆底组织萎缩的缘故。经产妇，尤其是有过难产者，由于盆底组织、膀胱颈部和尿道等因分娩损伤；或者患有子宫脱垂、膀胱和尿道膨出，由于膀胱颈部呈漏斗状，内括约肌关闭不全，尿道膀胱所形成的后角消失，年老绝经后，尿失禁更加多见。

储尿及排尿是在膀胱压力与尿道阻力间相互制约和相互协调下进行的。储尿期，膀胱松弛，压力低；尿道紧张压力高，尿道阻力大于膀胱压力，所以，尿液得以储留。排尿期膀胱收缩，压力升高；尿道松弛压力下降，膀胱压力大于尿道阻力，尿液迅速排出。正常情况下，腹压骤升时，虽然膀胱压力随腹压升高而升高，但由于盆底肌肉立刻发生反射性收缩使尿道伸长和管腔变细，阻力上升，故而尿道压力仍然大于膀胱压力，尿液被控制在膀胱内。当存在老伤的盆底及尿道周围肌肉又在绝经后萎缩时，它们的收缩力量必然更加削弱而不足以使尿道伸长和变弯窄，因此，尿道阻力升不高，一旦膀胱压力随腹压骤升，就会发生尿失禁。

轻度尿失禁者，可以通过肛提肌锻炼增强盆底及尿道周围肌肉的张力。端坐椅上，两脚交叉着地，尽力抬起臀部，然

后放松，连续 10~20 次。每天两三回。排尿时，有意中断尿流几次，可起同样作用。另外，在医生指导下，应用雌激素制剂有一定效果。要是尿失禁严重或有子宫脱垂及膀胱膨出，以手术治疗为好。

(盛丹菁)

第五章 中老年保健

随着科学技术的发展，生活条件的改善以及医学事业的进步，人类的寿命正在不断增高，老年人占总人口的比重日渐增多，我国目前 60 岁以上老年人总数已在 1 亿以上，中老年人的保健工作显得越来越重要。

老年期是人类生命的一个重要阶段。老年人躯体的各种细胞、组织和器官的结构与功能都将随着年龄的增长而逐渐衰老。衰老过程一般是循序渐进的，其进展和演变速度受到先天遗传因素和后天生活环境的影响。因此，每个老年人之间的个体差异很大，即使在同一老年人身上各脏器和各系统的衰老变化也不完全一致。

第一节 中老年人、老年人与长寿老人

关于老年人的划分，在各国之间尚没有统一的标准。发达国家以 65 岁以上为老年人，而发展中国家（包括我国）则以 60 岁以上为老年人。

我国现阶段老年人的划分标准

自古以来我国称 60 岁为花甲之年，而且规定这一年龄为

退休年龄，大多数的发展中国家按照历史因素和当地的实际情况，亦规定 60 岁以上为老年人。我国现阶段将 60 岁以上老年人具体分为四个年龄层次。

表 1-6 我国现阶段老年人的标准

年龄 (岁)	分期	称呼
45~59	老年前期	中老年人
60~89	老年期	老年人
(80~89)	(高龄期)	(高龄老人)
90 以上	长寿期	长寿老人
100 以上	长寿期	百岁老人

世界卫生组织最近提出的老年人新的划分标准

近年世界卫生组织 (WHO) 对老年人的划分，提出了新的标准。将 44 岁以下的人群称为青年人，45~59 岁为中年人，60~74 岁为准老年人 (老年前期或年轻的老年人)，75~89 岁为老年人，90 岁以上称长寿老人。这种新标准的提出，既考虑到已老龄化的地区和发达国家，又考虑了发展中国家现阶段的实际情况；既考虑到人类平均寿命不断延长的发展趋势，又考虑了人类健康水平日益提高的必然结果。新的年龄段划分标准已经开始为越来越多的人所接受。总之，从中老年保健的观点来说，中老年人、老年人、长寿老人、百岁老人都是研究和服务的对象。

时序年龄、生理年龄、社会心理年龄

研究老年学的学者常用不同方式来表达不同含义的年龄。

通常人类个体生存的时期是以时序年龄来计算的，时序年龄又称（日历）年龄，表示这个人出生以后所经历的年限。这种表达方式简单易懂，方便推算。但各个人之间衰老过程和速度是不一致的，常有明显的个体差异。时序日历年龄只能反映老年人的年岁、总的老化程度和状态，但有时不能真实地反映各人机体组织结构和生理功能的不同状况。

生理年龄亦称生物学年龄，是以各人的器官组织结构和生理功能的老化程度来衡量其生物学年龄，常能如实地反映个体的实际衰老程度。有的人日历年龄较大，但机体的功能衰老程度却较慢，即生理年龄较日历年龄为小，外貌看上去显得年轻；有的人却相反，日历年龄尚较小，而机体结构和功能却衰老较快，即生理年龄已较大，看起来就显得苍老一些。

此外，老年人由于受到不同社会方面和心理因素的影响，主观感受的年龄也不一样的；这就是社会心理年龄。某个老年人如果心旷神怡和心情愉快，日历（时序）年龄虽已较大，其社会心理年龄也会显得年轻而精力充沛；反之，若经常情绪抑郁、孤独、不安和消沉，日历年龄不大，也显得精神萎靡苍老，未老先衰。

由此可见，通常简称年龄，指的是日历（时序）年龄，总是年复一年地增加，是不以人们意志所能改变的客观现象。做

好中老年保健工作，可以使生理年龄、社会心理年龄增长速度缓慢下来，从而继续保持健康和活力，达到延年益寿之目的。

第二节 中老年人的体质变化

一切生物都要经历生长、发育、衰老、死亡的过程，人类也是如此。这是不可抗拒的自然规律。对每个人来说，到了一定的年龄，衰老必定到来，这就要求大家对衰老有个明确的认识，尽早采取措施以延缓其发展，让老年人继续保持充沛精力，达到健康长寿的目的。

衰老、老化、增龄、老征的概念

在老年医学读物中，可经常见到衰老、老化、增龄、老征的名称，它们之间既有关联，又有区别，现略作说明：

衰老 生物体从生长发育达到成熟期后，机体内的形态结构和生理功能发生一系列退行性变化。这些退行变化是循序渐进的，不断发展且不可逆转。但每个个体在成熟期后，各细胞、组织和器官的退变速度并不一致，不同个体存在明显差异。但总趋势是随着机体逐步衰老，各项生理功能呈直线下降。年龄越大，生理功能越是低下，衰老的程度越是严重。

从理论上讲，衰老可分为生理性衰老和病理性衰老两种类型。衰老是个很复杂的全身性退化过程，在漫长的岁月里，两类衰老往往同时存在，互相影响，很难严格区分开来。

老化 老化和衰老的含义基本相似，在医学读物中常交

换应用。老化是人体随年龄的增长，逐步对内外环境的适应能力下降的表现，可以说衰老是老化的后期阶段。同衰老一样，老化也可以分为生理性老化和病理性老化两种，两者亦常同时存在，互相影响，难以严格区分。

增龄 增龄又称加龄，指机体在成熟期以后，随着年龄增加所致的衰老表现。

老征 指人体进入老年期以后身体各项体征的变化，如头发斑白、视力老化、皮肤皱纹增多、脊柱弯曲或驼背和身高变矮等，常提示为评价衰老程度的指标。

上述这些名词都表示随着年龄的增加而出现一系列的老年变化，相互间有许多共同之外，因此在医学读物上常互相替代。但它们之间存在着微小的不同，在不同情况下可选择其中之一加以正确的表达。

中老年人的衰老特征和主要表现

随着社会的进步，人类平均寿命正在不断的延长，接近最高寿命。但同时人类最高寿命千百年来一直维持在同一水平，还未突破。衰老是生物界普遍的共有的规律。目前希望延长人类寿命，通常采取预防疾病，避免意外，并注重中老年医疗保健，延缓衰老的进程。衰老的主要表现有下列诸点：

老年人的适应能力减退 老年人随增龄引起各系统功能普遍降低，使机体的内环境处于不稳定状态或处于失平衡的“边缘”状态；对外环境的适应能力亦下降，有时微小的外环境变化也可引起老年人机体的较强甚至剧烈的反应。貌似“健康”的老年人实际上在机体内存在着或轻或重的潜在功能

不全。

老年人的储备能力减低 中老年人逐渐出现内脏和组织的萎缩、重量的减轻、皮肤弹性的下降以及细胞数目的减少，影响到人体的主要生命器官如神经、循环、呼吸、消化和泌尿生殖等系统功能普遍降低，使人体潜在的储备功能减弱，一旦承受额外负担或过度疲劳时，有可能出现严重后果。例如老年人肾动脉硬化后可使肾血流量减少其原来水平的 47%~73%，肾小球总数从中年时的 80 万减至老年时的 40 万左右，下降一半，肾储备功能明显减少；当出现感染，休克、肾毒性药物及其他应激状态时，老年人就可出现肾功能不全或衰竭。

老年人的抵抗力下降 老年人随增龄其免疫功能和内分泌等多种功能都存在着不同程度的下降和失调，从而削弱了老年人多种器官的代偿能力和抗病能力。一旦遇上外环境的不良变化，就可引起比青壮年严重得多的反应和后果。

衰老或老化的表现，各人之间存在着个体差异，不同器官和不同组织的退变也有不同。即使同一老年人，在不同身心状态下，其衰老的表现也不一样。中老年保健既重视体质的变化，亦要保持良好的身心素质。科学研究证明，有健康心理和健康身体的老年人，可推迟衰老出现的时间，减轻衰老的程度，延缓衰老的进程。

中老年人老化的主要体征

人过半百，人们逐步迈向老年期，出现一系列老化特征。

头面部老化 容易引起人们注意，头发慢慢减少，两鬓

斑白并逐渐增多、扩展，最后变成白发银须。脱发多见于男性，额顶部开始，有的人波及全部头顶，仅剩边缘少数毛发。少数人也出现白眉和白鼻毛。

额部皱纹从中年开始即可出现，由浅而深，渐渐增多，延及外眼角、上下眼睑和口角，显现条条鱼尾纹。

眼睛衰老最明显的特征呈下眼睑肿胀，好像眼下悬一个小口袋，如果加上上眼睑松垂，发生老年性白内障等，构成一幅老年人独有的面容。

皮肤松弛，皱纹，老年人在皮肤上（脸部和手背等）可见到数目不一的老年斑（寿斑）。

老年人身高普遍下降 体重则因人而异，有的人大腹便便，出现发福肥胖，不少人则体重下降。随着增龄，老年人发生骨质疏松，女性尤为普遍和明显，导致脊柱弯曲和弓背，呈现老态龙钟的体型。

老年人细胞、组织和器官的退变 出现生理功能减退，如老年人都有远视（老光眼）、视力减退、光感减弱和视野变小；听力下降，对高频率声音下降尤为明显；嗅觉迟钝，以致有的老人难辨香臭，食之乏味。

其他各系统内脏功能都有相应下降和失调，尤其是视、听功能的减损，常影响老年人对周围环境的观感，以致出现反应迟钝、表情淡漠和动作呆板等现象。

（王赞舜）

第三节 老年人的心理和行为变化

老年人的心理特征

光阴荏苒,岁月更迭,人们不知不觉地出现两鬓斑白,皮肤和前额皱纹加深,自己已进入中老年期了。生理上的老化和环境的变化,常使不少人在思想情绪、生活习惯和人际关系等各方面,不能顺利地适应这些变化,从而产生种种心理变化。这些心理变化是渐进和复杂的演变过程。既与老年人的情绪、智力和生理的变化密切相关,又同老年人的文化素养、社会角色和传统习惯等因素有联系。重视老年人的心理卫生保健对保持老年人的健康具有十分重要的意义。

老年人的心理和行为变化通常具有下列一些特征:

失落感 老年人紧张、辛勤工作数十个春秋,事业有成,受到尊敬和爱戴。一旦步入离退休生活后,生活节奏一下子由紧张、有序,转为清闲、松散甚至无所事事的状况,如果没有思想准备和妥善安排,常使老年人精神上感到空虚,思想上无所依托,心理上就会出现失落感,甚至郁郁寡欢。有的人沉默寡言,有的人则变得焦躁不安和激动易怒。两种表现截然不同,但其本质都是老年人心理上一时不能适应的表现。有人观察老年人的适应过程,时间有长有短,通常需要几个月或一年左右才能在心理上逐渐趋向平衡。

孤独感 老年人离开工作岗位后,与同事间接触减少,社

会活动和交往不多，以致消息闭塞，信息不灵。如果“人走茶凉”，子女远走高飞或另立门户，出现“空巢”，变成两老厮守或单独生活的“留守”老人。若是体力不佳，视听减弱，行动不便的高龄老人，时间长久，会出现“与世隔绝”“孤立无援”的心境。丧偶的老年人这种心境更为显著。

消沉没落感 这类老年人常为体弱多病或旧病复发，或罹患新病，影响健康和生活质量。这些老年人思想上有压力，精神上消沉，再若卧床不起，更觉得已是“日薄西山”“余年不多”的没落状况。对待这些老年人，一方面积极防治老年病，解除实际病痛，另一方面亦要反复给予鼓励，减轻这种对健康有害的消沉没落情绪。

焦虑恐惧感 有的老年人担心年老多病，患上“恐癌”症，担心中风瘫痪，顾虑心绞痛、心脏骤变猝死等，以致惴惴不安，惶惶不可终日。为此，有人轻信广告宣传，到处求医问药，有的道听途说，不经深思核实就胡乱用药，以致造成不应有的药物所致不良后果。对待这类焦虑恐惧的病人，一方面亲友要求其认真细致地检查身体，弄清确实病况，另一方面亲友还要耐心解释，分析焦虑恐惧对治病无益，对健康有害，使病人对“各种疾病”有一个较为正确和全面的认识，对疾病有一个乐观科学的态度。

老年人的各种心理表现，因人、因时、因事而异，出现心理不平衡的程度有轻有重，预防和克服这些不良心理状态，无疑对老年人的心身健康有重要意义。

老年人的神经系统老化与心理、行为变化

老年人的神经系统老化 老年人中枢神经系统的老化,主要表现为脑组织重量减轻和脑细胞总数的减少。人进入老年后,脑组织逐渐出现萎缩,致重量减轻,脑容积缩小,脑血流量减少。据报道人脑的重量由成熟期高峰至老年高龄约减少 6%~11%,脑细胞总数约减少 10%~17%,大脑皮层区的脑细胞数减少甚至可达 45%,小脑约减少 25%,每分钟每 100 克脑组织的血流量由 79 毫升下降至 46 毫升,耗氧率由 3.7 毫升减至 2.7 毫升。由此,老年人可出现一系列脑功能、心理和智能等方面的相关变化。

老年人颅神经和外周神经的老化,使神经介质循神经传导速度减低,而血管内膜增生导致管腔狭窄和血供不足,亦可引起神经系统变性和功能下降。故随着老年人增龄,听觉、视觉、触觉和位置觉等敏感性降低,向中枢神经传导以及从中枢反馈的信息量均有减少,传导速度变慢,反射迟钝。因此,老年人只能胜任节奏较慢和活动量轻的工作。

不过,人类的神经系统有较高的反应性和良好的适应能力。减少了的神经细胞常可由剩余的神经细胞调动其潜力,补偿其功能。许多老年人的智能并不与增龄呈同步下降,可继续承担较大的负荷,维持较高水平的智力活动。日常生活中,我们常能看到许多老年人鹤发童颜,仍然头脑清晰,谈吐有序,思维活跃、反应敏捷,这些均表示老年人的神经功能获得良好适应,呈现代偿充分的现象。

神经系统老化引起的老年人心理、行为变化 表现于下

述各方面：

记忆和学习 老年人一般先出现程度不同的‘近记忆’衰退，对“远记忆”常保持较久，这是多数老年人生理性神经系统老化的现象，不足为怪。随着年龄继续增大，脑萎缩进一步加重，才出现“远记忆”逐渐减退。

“近记忆”衰退即对瞬时记忆和短时记忆衰退。平时常见到一些老年人，如把老光眼镜架在额前而还在到处寻找自己的眼镜；或把刚放在桌子上的一串钥匙一转身就忘了；昨天做过什么事，甚至刚才说过什么话，也可以忘得一干二净。这些现象都是“近记忆”减退的结果。反之，对很久以前的事，特别对留下深刻印象或饶有兴趣的事，还可以记得很清楚，历历在目，如数家珍。过去已数十年的事，如什么时候结婚，什么情况下参军和入党，都还记得一清二楚。此外，对不熟悉、需“强记”的内容，如电话号、邮政编码和门牌楼层等不容易记住，但与生活有关或有逻辑联系的事情则记忆较好。

同记忆有密切关系的学习，一部分老年人也会出现学习困难。如果学习内容循序渐进，速度适中或较慢，老年人的学习成绩会好些；如果节奏紧张，进度很快，学习成绩就差些，甚至无法适应或不能继续学习。如果学习的内容和事例与老年人的生活经验相关，则较易理解和记住，学习成绩同年轻人比毫无逊色；若学习内容对老人来说较新颖或陌生，会使老年人不易适应，感觉奇特而茫然，学习成绩比年轻人就差得多。如果新观点、新思维与老年人过去的看法有矛盾，甚至完全对立，老年人则很难接受。因此，一般老年人对新鲜事物认识和理解较慢。

上述这些现象尚不影响老年人的正常生活。由于老年人的知识经验丰富，逻辑思维保持良好，在需要记忆某些事情时，应注意工作方法，扬长避短，尽可能将所要记忆的材料纳入自己的知识和经验中，积极思维，加深理解，反复学习，多实践，多应用。如果工作仍较多，容易遗漏或搞乱，可随身备一记事本，将所要办的事顺序记录，常能给老年人带来方便，弥补因近记忆较差的不足，平时则勤于用脑，注意营养，保持身心愉快，适度脑力和体力锻炼，持之以恒，这也是保持记忆能力和延缓记忆力衰退的综合措施。

感觉和知觉 随着年龄增长，老年人的瞳孔变小，眼角膜和晶体透明度降低（若感模糊不清则有患白内障的可能），外界光度能到达老年人眼内的网膜大为减少。通常 60 岁的老人，其视觉感光度只有 20 岁青年人的 $1/3$ ，常使老年人感光度不够。走路时光线要明亮些，阅读时灯光要稍强些。特别在清晨和傍晚，在阴暗处或楼梯口，老年人常感到光度不足。

听力下降在老年人更为普遍。据报道 65 至 74 岁老人中 13% 有听觉迟钝，75 岁以上的 26% 有听觉缺陷。高频音衰退的程度比低频音出现得早而且明显。80 岁时日常交谈，语言理解比青壮年下降 25% 或更甚。讲话快，内容新，言句复杂，周围有其他干扰声音（如别人在谈话或无线电在广播等），老年人的听力障碍表现得尤为突出。

其他如味觉、嗅觉和触觉等在老年人中都有程度不同的减退。

老年人应对这些改变有正确认识并正确对待。有的老年人觉得自己耳聋眼花，食之无味等，为之诉苦不迭。其实都

是老年人知觉和感觉下降的直接结果。日久会使老年人与周围环境的交流出现困难，会有对周围发生的事物产生与已无关的感觉。有的人感到孤独和淡漠，有的人出现多疑和易怒，导致不良的心理反应。应在可能的情况下，调适这些不良的心理障碍。老年人虽然感觉不灵敏，但长期的工作经验和技术造诣可以帮助人们深刻思考和精细地分析事物本质。老年人的知识更新和对新生事物提高认识同样应取积极态度，这也是克服心理障碍的重要手段。

反应和动作 老年人对周围事物的变化反应稍慢一些，动作迟缓一点都是很常见的自然现象。当老年人面前出现一位久别的老友或是陌生人时，常需审视良久，才能反应过来。且常难于适应节律紧凑和速度迅捷的工作。如果情况许可有较充裕的时间可供思考和操作，老年人较青壮年做得也许慢一步，但往往更精细、更正确，出现的错误较少，如果需要快速决断和即时反应时，老年人就会无法应付，做得既慢又易出现差错。城市中老年人容易受交通事故损害，与老人无法瞬间作出回避危险和保护自己的正确反应有关。而日常生活中有充裕时间而不需匆忙完成的事，如阅读、写作、下棋、作画、养鸟和护花等，老年人都可以做得很好。根据各人的健康状况，从事些力所能及的活动和工作，借以怡养身心。完全没有必要悲观消极、自寻烦恼。

思维和智力 评价一个人的思维和智力是十分复杂的专门学问。对老年人来说，思维和解决问题的能力在各人之间存在着明显的差异。有的老年人对概念、逻辑推理和分析判断的能力即使已届高龄，仍能始终保持较高的水平，而另一

些人随着增龄，思维能力和智力则逐步衰退。这种存在于同是老人之间的差别，显然同全身衰老和健康状态的好坏有关，但是同时也同生活方式、工作态度和文化素养等因素有很大关系。勤奋好学、关心周围环境的改变，研究新鲜事物的规律，主动思考，努力实践，适应已经变化的客观状况，常能使人保持良好的智力状态。高龄老人的体力活动受到限制，但“健康”老人的脑力活动，仍可与青壮年人媲美而并不逊色。这样的例子在古代和现代，国内和国外都是屡见不鲜的。如俄国文豪托尔斯泰于 82 岁写完小说“我不能沉默”，意大利雕塑泰斗米开朗基罗于 88 岁设计圣玛丽教堂，德国诗人哥德 81 岁完成长诗“浮士德”，美国黑人作家杜波依斯 93 岁完成了长篇小说“黑色的火焰”三部曲。我国唐代名医孙思邈百岁后完成其第二部中医巨著“千金翼方”，成为中医药宝库中的珍品。近代文学巨匠巴金 80 多岁仍勤奋创作，90 岁以后仍为“现代文学博物馆”出谋划策；著名儿童作品作家冰心女士已 94 岁还时时不忘创作；人民音乐家贺绿汀也在 80 多岁时到边疆采风，90 岁后仍为普及音乐教育出力；至于 105 岁寿星朱屺瞻老画家还在作画，闻名世界。在各条战线上的许多老年人迄今仍在精力旺盛地指导科研和生产经营等活动，为我国的繁荣昌盛继续作出贡献。

个性特征 一个人心理个性的特征，从幼年生长发育开始并在特定的环境影响下逐渐地形成。老年人的个性特征通常是青壮年时期原有性格的延续、加强、发展和变化，都是经历常年累月的生活、学习、与人交往和适应环境，慢慢积累而形成之特定的气质，性格特征往往比较稳定。所谓“江

山易改，本性难移”、“冰冻三尺，非一日之寒”，意谓老年人已经形成的个性是不会轻易出现巨大变化的，例如自信、神经敏感或情绪安定与否、能否与人相处或善于交际等个性，都是比较稳定的；而迅速反应、精力充沛、自我控制能力等则因年龄的增长而有所下降。这些变化到了 75~80 岁的老人就显现出来了，但各人之间、不同性别之间是各不相同的。各人所处的社会环境、经济状况和健康水平都会影响老年人的个性发展。

老年人总是小心谨慎，个性保守和固执。但心理学家却证明，这些个性特征只是相对而言，是有条件的。老年人在强烈的激励机制鼓动下，也能敢冒风险，深思熟虑并不就是固执刻板。个性“难移”并不是不能改变，老年人只要加强自身品性修养，某些因年龄增长而带来个性弱点，经过努力也是可以克服和改善的。

老年人的行为改变 老年人的性格与青壮年时代的个性有十分密切的关系，脑组织退化变性尚在轻度阶段，常不出现行为偏异。随着年龄继续增长，脑组织进一步衰老，脑功能障碍进一步加重，其性格和行为就出现异常变化。例如处事认真的人，可以变得生硬固执，甚至急躁怪僻；好清高高雅的人，可发展成不理睬别人，独善其身。有的老人可变得与既往截然不同，如若两人。例如和蔼可亲和性格随和的，可变得嫌恶别人，甚至任性粗野；作风正派和意志坚定的，也可变得轻浮庸俗。对这些老年人的性格和行为改变，周围的人应予以体谅和同情。但作为老人本身亦应有点自知之明，加强自身控制力，避免性格上原来较隐蔽的弱点，向极端方向

发展而暴露无遗。至于脑功能进一步恶化，或进入“老年性痴呆”时，出现表情冷漠、智力下降、搞不清时间和地点（定向障碍）、不能进行数字计算等应该去找专科医师咨询和指导。

中老年人的心理卫生和保健

中老年人对环境适应能力下降，在日常生活中，难免遇上一些心理和社会因素的不良刺激，造成心情压抑或精神过度紧张，影响身心健康。故应该加强中老年人的心理卫生和改善中老年人的保健措施。

首先老年人应正确认识和分析客观规律，面对现实，调整心理状态。

一切生物都要经历生长、发育、衰老和死亡的过程，这是不可抗拒的客观规律。人类也是如此，人可以活到高龄，但不可能长生不老，永生不死。宋代民族英雄文天祥被俘后会高吟：“人生自古谁无死，留取丹心照汗青”，他对待个人的生死存亡看得十分超然，而非常珍视名声和节操。他的躯干虽然消亡了，而他的爱国精神则光照千秋，永远为后代景仰。世上总是以新人和新事替代旧人和旧事，社会总是不断前进，不断新陈代谢，所谓“长江后浪推前浪”就是很好的比喻。老年人有了这样的正确认识，就将面对现实，深刻理解这些变动，冷静对待，调整好自己的心理状态，取得心理上的平衡。

其次，妥善处理好各类消极的不良心理。老年人离开工作、退居二线或离退休之后，常有“人走茶凉”的感觉，待遇不如以往“优厚”，说话不如当年“灵验”，遇到的阻力和

困难也骤然增多等。凡此种种现象，如果不能正确对待自己，往往会影响情绪，引起消极的不良心理。对待这类旧习惯势力的影响，既承认其客观事物的现象，还应顺其自然，不予计较，妥善对待。涉及个人利益的事，不妨宽让谦虚一点，自得其乐，及时消除和“转化”这些不良的心理状态，求得心理上平衡和舒畅，这对改善心理卫生和保健是很重要的。真正做到遇事不顺和心情不畅时能达观超脱；遇到苦闷、愤怒、忧郁和惊恐等情况，找些至爱亲朋，宣泄疏导，一吐为快；积极参与文体活动，担任一些社会工作，排遣赋闲，寄托情思，做到知足常乐。

应当着重指出，要做到心理平衡，还需加强老年人自身的心理修养。一个人在漫长岁月中所形成的个性、习惯和行为，往往是根深蒂固的，老年人常会按照自己的愿望和经验，去从事力不从心的工作，这既不明智，效果亦不会好，徒然增加精神负担。一旦从紧张而规律的工作环境，贸然退休赋闲，没有精神准备的人常有“茫然若失，不知所措”的感觉。精神上不服老是值得尊敬的，但也应承认年事已高，往往力不从心，要适应新的环境，量力而行，才是避免引起身心不良的正确态度。反之，多愁善感，萎靡不振，过度担心衰老，缺乏乐观向上的情绪，焦虑不安，对身心健康也是不利的。

此外，老年人经验丰富，阅历广博，以老带新，共同前进。但如果自信过高，主观固执，难于接近，则容易同青年人产生隔阂，形成“代沟”。老年人应意识到，时代的不同、社会的发展、习俗的改变和外来的影响，在青、老年之间，自然会存在若干思想和行为的差别。为此，彼此都应清醒地认

识到这些客观现实的变化，老年人应有意识地克服自己的特殊性格，不必要求晚辈或学生顺应自己并不完全符合时代的愿望。青年人也要体谅和熟悉老年人的一些心理特征和行为改变，并给予温暖及安慰，处理好两代或几代人之间的人际关系，做到友好相处，互敬互爱，家庭和藹，亲朋融洽，真正做到欢度晚年。

注意心理修养对保证健康的意义已受到普遍的重视。美国约翰·霍普金大学两位学者经 30 年的连续观察，将青年时代的同学性格分为含蓄稳重、积极开朗和急躁易怒三型，30 年后患癌症、高血压和心血管病等老年病者，三组分别依次为 25%、26.7% 和 77.3%。暴怒使交感神经高度紧张，引起消化道痉挛、红细胞增多、血粘稠度增高，血凝加快、心跳增速、血压上升和冠状动脉挛缩等一系列病理生理变化。因此，注意个人修养、陶冶性格、驾驭激情都是重要的保健措施。琴、棋、诗、画、音乐、戏曲等文娱活动，不仅给人艺术享受，并有益保健。科学家已证明，优美的乐曲通过感官传入大脑的边缘系统和脑干网状结构，促进有益于健康的激素、酶和乙酰胆碱等的分泌，起到调节心律和血流量以及安抚神经细胞活动；因此，具有心理和物理治疗的综合作用。

第四节 中老年人的饮食和营养

饮食和营养是维持机体健康的基本物质基础。人生的不同阶段对营养有不同的要求。营养的好坏直接关系到中老年人的身体健康、抗病能力和寿命的长短。适合于青壮年时代

的营养标准并不适用于中老年人，适合于健康良好的老年人的合理营养也未必适用于患病的老年人。根据老年人各自的健康状况，认真调整其饮食结构，对延缓衰老和防止疾病是一个值得深入研究的领域。

中老年人的营养要求

人体在不同年龄时期生命特点不一样，对维持这些生命的营养要求也不一致。当人体进入老年前期（即 45 岁起），肌肉组织趋向萎缩，日常运动量逐渐减少，基础代谢变低，对能量的需求量减少，但对多数营养素需要量并不降低。总的趋向是食物数量由多变少，质量要求则由低变高。营养过多和不及都对健康不利。

维持人体生命的营养物有七大营养素，即：蛋白质、脂肪、碳水化合物（糖），维生素、无机盐（矿物质，包括微量元素），纤维素和水。

蛋白质 蛋白质是人体生长发育、更新和修复组织细胞的最重要的原料，是维持生命的基础，能构成各种酶、激素和抗体，参与物质代谢和调节生理功能，能提高免疫力，保护机体不受侵害的物质条件。全身蛋白质约占体重的 20%，是人体必不可少的要素。

蛋白质由氨基酸组成。食物蛋白质中有 20 多种氨基酸，其中 8 种氨基酸在人体内不能合成，一定要从食物中摄取以维持生理需要，称为“必需氨基酸”。食物中若缺乏这些氨基酸就会影响机体的生长和发育，导致蛋白质缺乏而发生疾病。其余的多数氨基酸可在人体内合成。

表 1-7 必需氨基酸与非必需氨基酸

必需氨基酸	非必需氨基酸
缬氨酸、亮氨酸	精氨酸、甘氨酸、丝氨酸
异亮氨酸、赖氨酸	组氨酸、门冬氨酸、丙氨酸
蛋氨酸、苏氨酸	酪氨酸、脯氨酸、羟氨酸
苯丙氨酸、色氨酸	半胱氨酸、谷氨酸、胱氨酸

人类所需要的蛋白质，从食物来源主要有两种：一是完全蛋白质，又称优质蛋白质，含包括必需氨基酸在内的所有氨基酸，种类齐全，数量充足，比例适当。其所含氨基酸接近人体的需要，故其营养价值高。动物性蛋白质如奶类、精肉、禽蛋和鱼虾内的蛋白均属此类。另一种是不完全（或半完全）蛋白质，所含氨基酸数量不足，而且缺乏某些必需氨基酸。植物性蛋白质如米、面和土豆等所含的蛋白质即属此类，故其营养价值不如前者。植物性蛋白的大豆内含有 30%~40% 的丰富优质蛋白。而动物蛋白如肉皮和蹄筋的蛋白质却是不完全蛋白质。

蛋白质经胃肠道消化酶分解、吸收后，才能被利用和代谢，发挥其营养作用。蛋白质在体内被利用的程度，称之为生物价（又称生理价值），生物价愈高的蛋白质，其营养价值亦愈大。各类食物的蛋白质生物价不尽一样，一般来说，动物蛋白质生物价高于植物中蛋白质生物价，因此对人体的营养价值也较高。

表 1-8 常用食物内蛋白质的生物价

食物名称	生 物 价	食物名称	生 物 价
大 米	77	红 薯	72
小 麦	67	土 豆	67
白面粉	52	猪 肉	74
小 米	57	牛 肉	76
玉 米	60	鱼	83
生大豆	57	虾	77
熟大豆	64	全鸡蛋	94
蚕 豆	58	鸡蛋黄	96
绿 豆	58	鸡蛋白	83
扁 豆	72	牛 奶	85
花 生	59	白 菜	76

老年人要保证供应足够量的蛋白质，蛋白质供应量每人每天每公斤体重 1.0~1.5 克，占总热量的 15% 左右，尽量以优质蛋白质为主，一般应占蛋白质总量的 40%~50%。老年人因消化吸收功能减低，肝脏的解毒功能降低，肾脏清除废物的能力下降。如果过量摄入蛋白质会导致消化不良和肝、肾的负担加重，也会引起不良后果，损害身体的健康。蛋白质摄入量是否足够和适当，主要看蛋白质被消化后，所吸收利用的各种氨基酸量和互相之间的比例，能否满足机体生理需要，能否足够供应各种氨基酸特别是对“必需氨基酸”的需要。

根据我国人群的营养调查分析，我国多数人的膳食，尤其在边远的农村和山区经济尚较困难的地区，食物来源主要

是谷类、蔬菜和豆类，动物蛋白质供应较少，蛋白质的营养质量较差、随着经济的发展，逐步提高瘦肉、禽类、肉类和豆制品在食物中的比例，补充足量的优质蛋白质数量，是改进我国膳食结构的努力方向。

脂肪 脂肪是供应人体热能的重要食品来源，每克脂肪可产生 9 千卡相当于 37.68 千焦耳热能，为蛋白质 4.1 千卡 (17.16 千焦耳) 和碳水化合物 4.1 千卡 (17.16 千焦耳) 的两倍多。脂肪是组成人体细胞和细胞膜的重要物质，对机体的新陈代谢发挥重要的作用。脂肪还能改善食品口味，增进老年人食欲，摄入后较耐饥饿。脂肪能协助脂溶性维生素 A、D、E、K 等的吸收和利用。

脂肪的主要来源为植物和动物食用油，肉、蛋、鱼、谷类和豆类等食物中都含有数量不等的脂肪。脂肪包括中性脂肪 (脂肪酸和甘油) 和类脂 (磷脂和胆固醇) 两大类。

脂肪是由脂肪酸和甘油缩合而成。脂肪酸分为饱和脂肪酸、不饱和脂肪酸和多不饱和脂肪酸三类。动物脂肪中含饱和脂肪酸为主，其可促使血清胆固醇升高，易在动脉壁上沉积，是动脉粥样硬化的促发因素；植物油中含不饱和脂肪酸居多，其可加速胆固醇从胆汁中排入肠内，降低血清胆固醇含量，是防止动脉粥样硬化的有利因素。多不饱和脂肪酸主要存在于食用植物油中如亚油酸、亚麻油酸及花生四烯酸等，能促进胆固醇的代谢，减少胆固醇在体内的沉积，是维护人体生理功能所必需的物质。但多数不饱和脂肪酸必需从食物中供应，人体不能合成，故称“必需脂肪酸”，其在老年保健中发挥重要的作用。

类脂是以磷脂和胆固醇为代表的可溶于脂肪的物质，在人的脑组织、神经组织、细胞内和细胞膜都含有大量类脂物质。在细胞代谢过程中其能维持细胞膜的通透性和增加毛细血管壁的脆性。磷脂有助于血内胆固醇和甘油三酯同蛋白质结合，形成脂蛋白后才能溶解和运转。占 60%~70%的低密度脂蛋白，容易将胆固醇和脂质沉积于血管壁上，促使动脉粥样硬化；约占 30%的高密度脂蛋白却能防止动脉粥样硬化。两者作用相反又互相依存，形成动态平衡。高胆固醇血症和高脂血症已证实与心脑血管粥样硬化的形成有非常密切的关系。

表 1-9 常用食油的脂肪酸含量

食 物	每百克食物 脂肪量 (克)	组 成 %		
		饱和脂肪 酸	不饱和脂肪 酸	多不饱和脂肪 酸
豆 油	100.0	14.8	20.9	62.3
花生油	100.0	19.8	42.5	37.6
芝麻油	100.0	12.5	40.9	46.6
菜子油	100.0	4.5	74.0	21.5
猪 油	99.0	42.7	45.6	8.5
黄 油	82.5	58.3	34.3	5.8

表 1-10 常用食物胆固醇含量 (每百克)

食 物	胆 固 醇 (500 ⁺ ~3000 毫克)	食 物	胆固醇 (200 ⁺ ~500 毫克)
猪 脑	3100	猪 肝	368
牛 脑	2670	猪 肺	314
羊 脑	2099	鸡 肝	429
鸡蛋黄	1705	鸡 肫	229
鸭蛋黄	1522	墨斗鱼	275
鹌鹑蛋黄	1674	河蟹 (全)	235
鸡蛋 (全)	680	奶 油	295
(88%食部)		鱿鱼 (水发)	265
食 物	胆 固 醇 (100 ⁺ ~200 毫克)	食 物	胆 固 醇 (100 毫克及以下)
猪肉 (肥)	107	牛肉 (瘦)	63
猪肉 (瘦)	77	羊肉 (瘦)	65
猪 舌	116	兔 肉	83
猪 心	158	牛 奶	13
猪 肚	159	奶粉 (脱脂)	28
猪 大 肠	180	大黄鱼 (70%食部)	79
猪 肉 松	163	带 鱼 (72%食部)	97
牛肉 (肥)	194	鲤 鱼 (63%食部)	83
牛 肉 松	178	甲 鱼	77
牛 肚	132		
羊 肚	124		
鸡 肉	117		
填 鸭	101		
(67%食部)			
对 虾	150		
奶粉 (全)	104		
蛋 糕	172		

老年人选用低脂肪和低胆固醇食物对健康和保健十分重要。食物中的脂肪含量控制在占总热量的 20%~25%，食物

中的胆固醇含量限制每天 150~300 毫克。参照前表选用富含不饱和和多不饱和脂肪酸,少含饱和脂肪酸的植物性食油;尽量选用胆固醇含量低的食物。

碳水化物 (糖) 其是人体维持生命的主要营养素。葡萄糖、果糖和半乳糖等单糖;蔗糖 (红糖、白糖)、麦芽糖和乳糖等双糖;淀粉、糊精和糖原等多糖都是碳水化物。双糖和多糖需经消化酶分解为单糖后才能由机体吸收利用。人所需的糖主要是由食物的淀粉中摄取,经过一系列分解步骤最后变成单糖即葡萄糖后,才经肠道内吸收,作为重要的热能来源。

碳水化物具有多种生理供能:(1) 供应人体需要的热能,人体内热能大致约 70%由碳水化物所提供。每克糖在体内产生 4.1 千卡 (17.16 千焦耳),维持机体的新陈代谢,是神经系统唯一可供利用的热能来源;(2) 脂肪代谢时,必须依赖碳水化物供应热能,完成脂肪的氧化过程。当碳水化物不足时,脂肪氧化不完全而产生酮症,常在糖尿病发生酸中毒时见到,充分的碳水化物可防止糖尿病的酸中毒;(3) 代谢中产生多余的葡萄糖可转化为糖原,主要贮存在肝脏和肌肉中。体内缺糖时可将体内糖原分解为葡萄糖以供机体代谢需要。肝脏内丰富的肝糖原能保护肝的解毒功能。

老年人随着年龄增长,对糖代谢耐受力减弱。老年人的碳水化物应以谷物为主,尽量少食甜的点心、食品和饮料。老年人碳水化物以占总热量的 50%~55%为好,一般不超过 60%。

维生素 维生素是从食物中摄取的微量的、但能维持生

理功能必需的营养素。迄今已知的有 30 多种,与人体健康有关的已有 20 种以上。大致可分为脂溶性维生素和水溶性维生素两大类。前者包括维生素 A、D、E、K;后者包括维生素 C 及 B 族等。这些维生素参与人体神经反射调节,体内能量转变,物质代谢、激素合成等重要生理功能,它们多是生物酶或辅酶的组成部分,是催化体内各种生化反应的必要成分。缺乏或不足就会引起一系列维生素缺乏病征。

维生素 A 维生素 A 缺乏可造成 (1) 夜视功能降低 (夜盲症和眼角膜干燥、溃疡); (2) 皮肤和粘膜干燥并角化; (3) 降低对疾病的抵抗力和对抗多种化学物的致癌作用。维生素 A 在奶、肉、肝和蛋等动物性食物中含量丰富;绿叶蔬菜和胡萝卜 (含胡萝卜素) 等植物性食物在人体小肠和肝脏中也能转化成维生素 A。现已有富含胡萝卜素的口服液作为老年人的保健食品。

维生素 E 有抗氧化自由基化和脂质过氧化的作用,被列为延缓衰老的药物。能维持人体生殖功能,改善微循环,抑制血栓形成,防止动脉硬化等多种作用。在豆类特别是胚芽和植物油中含量较多。一般饮食正常的老年人很少有缺少现象。

维生素 K 能促进凝血,加强肠蠕动和分泌功能。在菠菜、白菜和番茄等新鲜蔬菜及动物肝脏中含量均丰富。

B 族维生素 包括 B₁、B₂、B₆、B₁₂、烟酸、泛酸、叶酸、胆碱等。是体内重要辅酶的组成部分,并是氨基酸代谢和糖代谢中酶的辅助因子。B 族广泛存在肉、蛋、豆和谷物中。合理的膳食通常能充分供应此类维生素。

维生素 C 参与细胞间质胶原蛋白的合成,降低毛细血管脆性,防治坏血病,并能提高人体的抵抗力和抗癌作用。新鲜蔬菜和水果中含量丰富。只要饮食多样化,避免蔬菜以强火烹调,勿使烹调不当导致维生素 C 破化。在鼻腔、咽喉部和齿龈等处渗血时,口服或肌肉注射维生素 C 即能制止出血。

无机盐 (矿物质) 人体内有 50 多种无机盐,总共约 3 千克。钙、碳、氟等组成骨骼和牙齿的结构;钙、钾、镁、铜、锌等与酶系统催化作用有关;钠、钾、氯化物可维持细胞和体液的酸碱度,参与渗透压和水盐平衡;碘是甲状腺素的原料;铁是红细胞内血红蛋白的基质。占人体总量万分之一以上的为常量元素,如钙、磷、硫、钾、钠等;占人体总量万分之一以下的为微量元素。各种微量元素的总重不到 30 克,但同身体健康和生理机能密切相关。现已知生理必需的微量元素有 14 种,即铁、碘、锌、氟、铜、锰、钴、钼、铬、镍、锡、钒、硒、硅。

无机盐是构成人体组织的重要材料,参与重要的生理作用。但无机盐不能在体内合成,在体内的代谢过程亦不会消失,最后只能从体内排出体外。因此,无机盐的来源只能通过食物来补充。一般在食物中分布很广,正常平衡饮食一般都能满足需要。内陆和山区的食物常会缺碘,需供应加碘食盐以补充。饮食摄入不足、饥饿、外伤、手术后容易缺钾,有时需要口服或静脉点滴补钾。老年人和妇女绝经后多有缺钙而出现骨质疏松症,需要足量的蛋白质和钙质补充。老年人贫血常因铁摄入不足所致。因此,钙、铁、碘、钾是比较容

易缺乏的元素。另一方面，老年人应限制食盐（氯化钠）每天摄入量为 5~6 克，保持清淡饮食。稍加放宽就会发生体内水和钠潴留，引起血压升高，增加心、肾负担。

水 水是人体的重要成分，占体重的 50%~60%。形象一点说：“人体是泡在水中的”。如果水供应正常，人即使不吃食物，生命尚可维持 2~3 周。彻底断水，人不要很久即无法生存。

水广泛存在于细胞的内外，各种营养素的吸收和代谢产物的排出体外，都需要水的转运；各种有机物和无机物溶解水中，参与体内新陈代谢。人体需要的水主要依靠饮水和内生水（食物在体内氧化生成的水）来补充，经尿、粪、皮肤蒸发和呼吸排出体外。正常生理状态下，水的摄入和排出保持动态平衡。老年人随年龄的增长，体液逐步减少，70 岁时约比 25 岁时减少 30%。因此，老年人对缺水耐受性差，应注意随时供应充份的水份，以保证身体健康。

纤维素 食物内的纤维素是高分子碳水化合物，不能被人体的消化酶所消化。食物中必须有一定量的纤维素，可使肠道充盈，帮助肠道蠕动，排出肠内废物，防止便秘。故纤维素具有清洁肠道内有害刺激物或毒素的功能，起到预防结肠癌的作用。纤维素还可以加强胆酸排泄，减少胆酸吸收，从而降低胆汁和血胆固醇的浓度，有利于预防胆石症和动脉粥样硬化症。

纤维素是人体不可缺少的营养素之一，谷物、豆类、外皮、蔬菜茎叶、水果和海藻等都含有丰富的食物纤维。

老年人的膳食要求

老年人的膳食要求应合理挑选和组合，以保证获得所需要的营养。食物营养素各有特色；种类很多，简要地可分为植物和动物性两大类。

我国人民主食常以含淀粉为主的谷类和薯类。它们可提供碳水化合物、蛋白质、矿物质和丰富的B族维生素，是最经济的热能来源。我国人民膳食中80%的热量和约50%的蛋白质（植物蛋白）由谷类食物供应。豆类和豆制品是我国传统的副食品，花色品种很多，如豆浆、豆腐、豆腐皮和豆芽等。大豆类含有35%~40%优质蛋白质，其中富含的赖氨酸，正好补充谷物蛋白质中赖氨酸的不足，是老年人最佳蛋白质的供应来源。新鲜蔬菜瓜果，可提供丰富的维生素C和B，胡萝卜素，钾、钙、钠、镁等无机盐以及大量膳食纤维。

动物性食物包括猪、羊、牛和兔等的肉及其制品，鱼、虾、蟹、贝等水产品，鸡、鸭禽肉和蛋类。这些动物性食品都含有10%~20%的优良蛋白质，氨基酸含量丰富、品种齐全，比例适当，无机盐含量丰富，包括钙、铁、磷、镁、钠、碘等。水产类脂肪含1%~10%，多为不饱和脂肪酸易吸收，适合老年人。动物肉类、禽蛋类含10%~30%的脂肪，而且多为饱和脂肪酸，可使血脂增高。老年人应选用脂肪含量低的瘦肉，避免肥肉、蛋黄和动物内脏。

每天膳食中营养素的供给量 每个人所需要的热量可因性别、年龄和劳动强度不同而有差别。老年人基础代谢低、劳动强度小，消耗能量比青壮年低。一般维持标准体重，即身

高 (厘米) - 105 = 体重 (千克), 以不发胖为适度。

能量单位采用兆焦。1 千卡相当于 4.18 个焦或 0.00418 兆焦。

表 1-11 每天膳食中营养素供给量

类 别	能 量 千卡 (兆焦)		蛋白质 (克)		硫胺素 (毫克)	核黄素 (毫克)	烟 酸 (毫克)
老年前期 45~59 岁	男	女	男	女			
极轻劳动	2200 (9.2)	1900 (8.0)	70	65	1.2	1.2	12
轻 劳动	2400 (10.0)	2100 (8.8)	75	70	1.2	1.2	12
中 劳动	2700 (11.3)	2200 (9.2)	80	75	1.3	1.2	13
重 劳动	3000 (12.6)	—	90	—	1.5	1.5	15
老年期 60~69 岁							
极轻劳动	2000 (8.4)	1700 (7.1)	70	60	1.2	1.2	12
轻 劳动	2200 (9.2)	1900 (8.0)	75	65	1.2	1.2	12
中 劳动	2500 (10.5)	2100 (8.8)	80	70	1.3	1.3	13
70~79 岁							
极轻劳动	1800 (7.5)	1600 (6.7)	65	55	1.0	1.0	10
轻 劳动	2000 (8.4)	1800 (7.5)	70	60	1.2	1.2	12
80 岁以后	1600 (6.7)	1400 (5.9)	60	55	1.0	1.0	10

上表为 1988 年中国营养学学会推荐的老年前期 (45~59 岁) 和老年期 (60 岁后) 的每天膳食中营养供给量。

老年人的平衡饮食 老年人中的膳食所含的各类营养素应做到数量充足、种类齐全、比例适当, 既不过多又不缺少, 附合新陈代谢需要, 达到平衡。

表 1-12 营养素供给量 (年龄和劳动强度无明显差别)

项目	供给量
脂肪, 占总热量的%	20~25
钙 (毫克)	800
铁 (毫克)	12
锌 (毫克)	15
硒 (毫克)	50
碘 (微克)	150
视黄醇当量 (微克)	800
维生素 D (微克)	5 (老年前期) 10 (老年期)
维生素 E (毫克)	12
维生素 C (毫克)	60

1. 老年人膳食中的七项营养素比例适当: 蛋白质供给量应丰富足量, 每人每天每公斤体重 1.0~1.5 克, 占总热量的 13%~15%, 优良蛋白质应占总量 40%~50%。因消化功不佳, 肝、肾功能下降的老年人, 蛋白质总量可适当调低至每人每天每千克体重 1.0 克左右。多选用大豆制品。

脂肪要低, 总量占总热量的 20%~25%, 尽量以植物脂肪为主。多选用富含不饱和脂肪酸与多不饱和脂肪酸的鱼、虾等水产品中的脂肪。

碳水化合物 (糖) 以谷物为主, 少用甜食和蔗糖等单糖制品, 做到细粮和粗粮搭配, 植物性食物和动物性食物混吃。搭配食物优于单一食物。

多吃富含各种维生素和膳食纤维的新鲜蔬菜和瓜果。

口味稍淡, 限制每天食盐量在 5~6 克左右, 避免过多的

钠在体内贮留。食盐过多对老年人健康不利。

2. 老年人的膳食应注意下列几点, 增进食欲, 保证营养。

(1) 食用新鲜、易于消化的食物; (2) 饭菜品种, 荤、素、粮、菜搭配, 注意色、香、味, 改善口味, 以增加食欲; (3) 调味少用糖和盐, 可用些醋或少量辣味; (4) 食品切成碎末、小块、细丝、薄片, 利于老年人咀嚼和消化功能, 亦可选用豆腐, 蒸蛋等软食。少用或不用油炸和油腻食品; (5) 一般可一日三餐, 餐间相隔 5~6 小时, 做到用膳均匀。体弱、高龄或有病之躯, 亦可实行一日四餐, 间隔 4~5 小时; (6) 食品量的分配, 通常全天的热量分布, 早餐占总热量 25%~30%, 午餐 40%, 晚餐 30%~35%, 做到“早餐好, 午餐饱, 晚餐少”; (7) 养成良好的用膳习惯, 进食时要细嚼慢咽。各类食品都应适量摄取, 克服一部分老年人的偏食, 以免引起营养失衡, 营养缺乏, 影响健康。

老年人的饮料

饮料常是人们生活中不可缺少的一种食品。饮料的种类很多, 普遍受到世界各地人们喜爱的饮料, 首推茶和咖啡, 已成为日常生活的必需品。我国人民更习惯和偏爱饮茶。

茶有多种医疗保健作用, 它具有兴奋神经、解除疲劳、消食解腻、增加食欲、降暑止渴、调节体温、强心利尿和平喘止敏等多方面作用。近来研究发现, 经常饮茶有防癌的功能。饮茶的好处很多, 是理想的饮料。老年人饮茶是一项良好的生活习惯, 有利于保健强身。但饮茶也应注意: 清淡为好, 适量为佳, 不宜过浓、过量。饭后睡前不宜饮茶, 尤应避免饮

浓茶。不用茶水服药，茶叶不宜浸泡过久，做到随泡随饮。

咖啡原是西方人的主要饮料，传入我国后，亦深受人们喜爱，制成速溶咖啡后，冲饮方便，更是风靡各地，受到大家的青睐。咖啡内含有比茶叶多的咖啡因，可提神醒脑，增强活力，消除疲劳，更有增加食欲和促进消化等效果，沿海城市大有与饮茶并驾齐驱的态势。但老年人喝咖啡应注意不喝浓咖啡，以免出现过度兴奋、影响睡眠和不利正常休息；浓咖啡内的咖啡因过量时还会引起心跳早搏和心律不齐等副作用。患高血压、冠心病和活动性消化性溃疡的老年人不宜喝咖啡，以免可能加重病情。常饮咖啡的老年人应注意补钙，每天需补充 100 毫克钙或至少喝一杯牛乳（内含易吸收利用的钙），日常生活中多吃一些富含钙的豆类、木耳、黄花菜、海带和虾皮等食物，以补偿因长久喝咖啡而体内丢失钙的缺点。

第五节 中老年人的体育锻炼

身体适当运动对中老年人的健康好处很多。在疾病的预防、治疗和康复过程中都能发挥积极的作用，也是促进老年人长寿的重要手段之一。所谓“流水不腐，户枢不蠹”，说明生命在于运动；“动则不衰”“用进废退”就是指坚持锻炼，适当运动，可增进中老年人的生理和心理健康，达到防病祛病之目的。

体育锻炼有益于中老年人的身心健康

随着年龄的增长，老年人机体的新陈代谢会有所降低和

延滞,各器官的组织结构和细胞生理功能逐步出现衰老现象。适当运动正是从积极方面改善体质,增强脏器功能,延缓细胞代谢和功能的老化。

首先,适当运动对大脑和周围神经系统都起到协调和安抚的良好作用。坚持锻炼使老年人对外界环境的适应能力,协调大脑的兴奋抑制过程都有提高和改进的效果,使其反应敏捷,动作正确,不易疲劳,充满朝气和活力。尤其对脑力劳动的人,体育锻炼有助于睡眠和休息。

其次,运动可增强心脏和血管功能。老年人心血管系统的老化常出现心率变快,心肌收缩减弱,心搏出量减少和血管弹性下降。不能坚持锻炼活动的老年人,增加活动量就会出现心悸、气促、胸闷和头昏等不适。适当锻炼的老年人常使心肌强壮有力,血管弹性增强,管腔增宽,冠状动脉侧枝循环丰富,心肌血供改善,整个心血管系统处于代偿良好状态。

第三,运动能增大肺活量,强壮呼吸肌,改善呼吸功能。处于静止状态的肺泡变得活跃张开,更多的肺泡参与呼吸,吸入更多的氧,吐出更多的二氧化碳,肺功能全面改善。

第四,经常活动促进食欲,加强胃肠蠕动,促使消化液分泌旺盛,加速食物的消化和吸收。同时增快体内新陈代谢,促进肌肉内糖原的充分利用,具有降低血糖的作用。

第五、经常运动可以加强关节和韧带的弹性和韧性,增加关节的灵活性和稳定性,有助于预防肌萎缩和肩周炎,延缓骨质疏松,提高抗骨折能力。

此外,运动可增强造血系统活力,增强人体免疫力,提

高自我调节能力和抗病能力。

运动能改善全身性身心健康状况,以发挥防病祛病作用,增强机体活力和乐趣。

中老年人健身运动应当遵守的原则

体育运动有益身心健康,中老年人在锻炼过程中应当特别注意科学方法。不能只凭主观愿望的一时热情,急于求成,盲目蛮干。不然往往事与愿违,不但达不到预期效果,稍加不慎还会发生运动性损伤,造成不良后果则后悔莫及。对此,务必高度重视,认真对待。

准备工作 在锻炼前,中老年人最好做一次较全面的体格检查,对自己的身体有较客观的了解,作出恰如其分地正确估计,听取医生和体疗专家的意见和建议,确定自己是否可以参加体育锻炼,根据各自的健康水平,选择合适的锻炼内容和运动项目。体检结果的一些健康状况参数,既可作为自己健康评估的资料,又可作为锻炼前后判断运动效果好坏的依据。

锻炼项目的选择 适合中老年人健身锻炼的项目很多,各人应根据年龄、性别、体质状况、原有基础、兴趣爱好、设备条件和周围环境等因素,慎重思考和选择适宜本人锻炼的项目。一般来说,应选择全身各关节和各肌群都能得到活动,又简单易学、便于掌握和能够坚持的锻炼项目。

1. 现代耐力体育活动:散步、健身跑、游泳、各种球类和骑自行车等。

散步对中老年人最易掌握,是一项随时随地都可锻炼的

活动。选择空气清新，林木幽静环境，轻松舒展，不紧不慢地信步而来，一定会感到心旷神怡，周身舒爽。参加约会和社会活动，如果路程不远，时间充裕，那末以步当车，及时到达目的地，也是锻炼机体耐力的良好机会。步行欲达到健身的目的，行走要有一定速度（每分钟达 80~90 步为中速，100 步以上为快速），路程要有一定距离（一般每天 6000 步左右，体力强的可达 1 万步）。每天走路 1 小时左右，一次完成或上下午分次完成。做到自我感觉良好，没有心悸气促，全身温暖舒适或微微有汗。利用“计步器”测定运动量则是更为可靠的科学方法。

健身跑（即慢跑）的运动量比散步走路大，受到许多中老年人的喜爱，是风靡国内外的强身健体的体育项目。健身跑在开始时应舒展活动一下肢体，放松肌肉，作好准备活动。然后展开双臂前后摆动，协调而又节奏，深而均匀地呼吸。锻炼应从慢至快，时间从短而长，开始初练时慢跑 5~10 分钟而不觉胸闷气短，然后每天逐步增加至 15~20 分钟，每天或隔天一次，最后甚至可增至 30~40 分钟。慢慢结束后，应缓慢步行或原地踏步，不要马上停下，做好放松整理活动，渐渐恢复到安静状态。

骑自行车是我国大多数人的主要出行方法，也是一项锻炼肌肉（特别是腿部肌肉和关节）的全身性运动。很多中老年人仍将骑自行车作为交通和锻炼身体的两重功能。骑车的速度、距离和次数可根据各人体力酌情而定。但老年人究竟年事逐渐增高，应尽量不在刮风、下雨、严寒或酷暑时锻炼。在交通拥挤地区更要特别注意交通安全和意外。国内外的交

通安全信息资料都反映老年人的交通安全是重大的社会问题，尤应引起注意。

游泳是一项比较适于中老年人的全身性健身运动，经常锻炼对身心健康好处很多。游泳活动需要一定设备和环境，开始前应作一次全身体格检查（患严重心肺疾病和传染病者不宜）。游泳时务必做好安全措施，下水前要作准备活动；姿势则各取所好，蛙泳、仰泳或自由泳等均可。运动量妥善掌握，根据各人的自我感觉，游程一般不宜过长，50米即应休息一下，总量不超过500米。如能坚持每天或隔天活动，效果较好。坚持适度的游泳锻炼，可增强心肺功能，促使肌肉发达，减少腹部脂肪，保持匀称体型。

各项球类活动包括乒乓球、羽毛球、网球、台球、门球等，可根据各自的条件和个人爱好加以选择锻炼。目的在于健身而不作剧烈性和竞技比赛，我国古人以圆形核桃置于手掌中运转，用以锻炼指、腕关节的灵活性和协调性，按摩掌心的穴位。目前已制成空心金属球、玉球和石球等，很受广大中老年人喜爱而适宜推广介绍。

2. 传统体育健身运动：我国古代传统的民间保健体育，源远流长，既有悠久的历史，又具有广泛的群众基础，是我国中老年保健体育的一大特色。流传最广的项目有太极拳、气功、保健按摩操和八段锦等。

太极拳是人人可参与的健身运动，非常适合中老年人的一种锻炼项目。操练需要全神贯注，精神集中，动作柔和、连贯、稳健、协调、目随手转和身随步移，往往一气呵成。流派较多，各有优点，但以“简化太极拳”实用易学，效果较

好，便于普及，且室内、外随处均宜。清晨练拳利于启动五脏六腑，傍晚练拳则可消除疲劳，有利睡眠。练拳时间、次数和快慢等都可按个人体力和兴趣，灵活掌握，不必强求一致。太极拳不仅风靡全国，是老少皆宜的活动，而且已传往国外，受到国际友人的重视。

气功是我国传统医学宝库中独有的强身保健方法。中老年人通过调身（调整姿势）、调息（调整呼吸）和调心（调整精神）的锻炼达到协调身体各部的作用，增强体质，增强防病和抗病的能力。练功时应摆好姿势，坐、卧、站可按各人习惯选取，均需使身体端正和肌肉放松，达到“调身”的姿态要求；然后作均匀、深长的腹式呼吸，周而复始，进入“调息”境界。练好气功的关键是练“意志”，有意识地集中思想，排除杂念，将“意志”集中在身体某一部位（如丹田）。达到“调心”的目的。“调心”和“调息”要互相配合，做到“意”“息”合一，常对增强身体健康，延缓衰老，防治一些慢性病发挥较好的作用。采用何种气功方法，遵循哪个气功流派，均应采取科学的态度，由易到难，循序渐进，持之以恒，必有功效。应避免道听途说，把气功说得玄乎和神秘莫测，甚至有一些迷信和愚昧的宣传来欺骗大众，这是在发挥气功的保健作用时应要注意避免的问题。

传统健身法还有八段锦（一套由八套动作组成的保健操）、保健按摩（依次自我推拿、拍打和按摩身体各部位）和武术锻炼等，都有益于老年人的身心健康。有的老年人根据本人身体的条件，自己设计出一套保健操，长期坚持锻炼也能发挥良好的保健作用。

锻炼时应注意的事项 为了保证体育锻炼的顺利进行，能够达到锻炼预期的效果和目的，应注意下列各点：

1. 锻炼的时间和地点：选择好锻炼的时间和地点，常与能否坚持体育活动有关，一般以方便的时间和就近的地点较好。不必强求一致，也难于做到完全统一，可因时因地，从实际出发，灵活掌握。

锻炼时间最好选在清晨和傍晚。夏季气候炎热，清晨空气新鲜，气温凉爽宜人，“一日之计在于晨”，是锻炼的良好时机。冬季早晨寒冷，老年人起床较晚，可改选在傍晚进行锻炼。但饭后和睡前宜休息为妥，应避免较强的体育活动。

锻炼的地点宜选在林木深幽的公园，空气湿润的海边湖滨，阳光和氧气充足，环境安静，没有噪音和污染，是较理想的体育活动场所，运动效果亦较好。但限于条件，闲庭散步，或面对敞开的窗户，或在可以舒展身体的阳台，同样可以锻炼和活动。

2. 锻炼时运动服以轻便、舒适、宽松、吸汗和方便四肢活动为好。冬、夏和春秋季节气温冷热不同，衣服亦相应增减，达到保暖、灵活和轻便就可以。气温上下波动时应备好外套，防止受凉感冒。袜子和鞋亦以轻便、吸汗和不扎脚为准。

到达场地前应准备好运动器材，易出汗或锻炼时间较长时，事先排空大小便，准备一些凉开水、茶水或饮料以备用。

3. 运动开始前要做准备活动，动作应缓慢逐步加大幅度，活动韧带和肌肉，一般需 5 分钟，冬季天寒准备时间可适当延长。

运动完成和结束之前，不要骤然停止，做些整理活动，使人体内紧张活动状态逐渐过渡，缓慢地恢复到运动前的安静状态，有利于消除运动后的疲劳。整理活动一般约 5 分钟即可。

4. 中老年人的运动锻炼要量力而行，循序渐进，不要急于求成；另一方面亦要持之以恒，逐步升级，不达预期目的，决不中途而废，才能有较好的效果。

中老年人在运动中要注意避免运动不当和动作幅度过大，以致出现危险动作，甚至造成运动性损伤。如果万一发生扭伤、出血、抽筋或骨折等损伤时，就应及时中断运动，没法送医院处理。

在整个锻炼过程，应进行自我监督，在运动过程和运动后的自我感觉，包括有无显著疲乏、心跳气短和腰腿酸痛等，应掌握锻炼的强度和时间。若锻炼后精力充沛，食欲增加，睡眠良好，经休息后疲乏较快恢复正常，说明运动量比较合适。如果锻炼时和锻炼后非常疲乏，经久不消，吃睡不好，往往说明运动量过大，不能适应，应及时调整运动量，必要时同医生商量和咨询，保证身体安全和锻炼效果。

总之，中老年人的体育锻炼与中老年人的医疗保健关系十分密切。体育疗法又是人体康复治疗中最重要的方法，既可促进中老年人肌肉和关节等运动功能的恢复，又可以改善心、肺功能，增强体质，调节和改善精神状态。提倡在中老年人开展体育锻炼对保障健康具有十分重要的意义。

第六节 老年人的合理用药

老年人随着增龄患病的机会增多,因此服药次数会增加,不少老年病人的服药种类也比较繁杂。老年人的合理用药应当引起特别重视,才能提高药物的疗效,避免和减少药物的不良反应。

老年人药物代谢动力学的特点

老年人身体内各器官和组织发生衰老性改变,药物在体内的吸收、分布、代谢和排泄等过程中发生明显的变化,不同于青壮年。

1. 口服药物进入胃肠道后,经过分化和溶解,然后经胃肠粘膜吸收,才能进入血液,流经全身,发挥药物效能。由于老年人胃酸分泌减少、胃肠蠕动减弱和血流量减少,对一些药物的吸收延迟和减少。

2. 老年人的脂肪相对增加,而水份和肌肉却相对减少,溶解在脂肪内亲脂性药物就可能在体内蓄积。老年人摄入蛋白质量减少,蛋白分解代谢增加,所以一般老年人血浆蛋白浓度较青壮年低,因此进入血内的药物与蛋白结合部分低而游离药物浓度则增高。为此,老年人用药的剂量和给药次数较青壮年人应相应地减少,才能使血内游离药物保持在合理的浓度。

3. 药物体内代谢的主要场所在肝脏,经体内代谢后药物作用减弱或消失。老年人肝内酶活力降低,肝血流量减少,导

致药物在肝内代谢速度变慢，使药物在血液内停留的时间延长，容易发生毒性反应和副作用。

4. 药物最后大部分经肾排出体外，肾脏代偿能力已下降的老年人，药物经肾排出的能力减小，而容易使药物在体内蓄积。

5. 各个老年人之间的健康状态个体差异较大，同一个老年人各内脏的老化程度也各不相同，对药物的耐受性因人而异，不易掌握。有的老年人患多种疾病，同时接受多种的药物治疗，容易出现药物间相互作用，增加药效应的协同作用，或出现拮抗反应而使药物效应减弱或消失。

老年人合理用药的注意事项

1. 药物是治疗老年疾病的最主要措施之一，治疗上要做到正确、安全和有效，以达药物疗效最大而毒副反应最小之目的。

对老年人用药标准应严格掌握适应性，由主管医师根据病情作出决定，做到对症下药，对病下药，切不可药石乱投。有些病症偶尔一时性出现，医生认为可用或不必用药物治疗时，应尽量少用或不用药。切忌道听途说，轻信广告宣传，自作主张，滥用新药。即使亲友推荐，也要从实际出发，弄清楚各自的病情和特点，同医生慎重研究和仔细咨询后再酌情取舍。老年人的药物不良反应比青壮年高，新药的科学资料和临床经验尚不丰富的情况下，更不宜贸然应用。

2. 服药种类尽量简化。老年人同时可患多系统疾病，出现多种症状，常多科就诊，几种药同时应用，药物之间会发

生相互协同和拮抗作用,致使毒性反应和副作用发生率骤增。有人分析老年人的药物不良反应通常为青壮年的1.5~2倍。同时服五种药物的不良反应发生率18.6%,而同时服用六种甚至十多种药时,其不良反应的发生率可增至81.4%。因此,老年人用药应尽量简化,在同一时间内由医生抓住主要疾病,兼顾次要疾病,精细选择,慎重使用,才能达到药到病除之目的。能用一种药物有效时,就不必用两种药物。于万不可“多多益善”,结果事与愿违,增加不必要的不良后果。

3. 用药原则应采用最小的有效剂量。药物经口服后,经胃肠道分解和吸收,在血液内与血液蛋白结合后循环全身,到达靶细胞而产生药物效应。在分解、吸收、结合和运转过程中,因老年人吸收功能下降,药物与血蛋白结合减少,加上血流量下降,血流速度缓慢,老年人常发生药物在体内分布不均。加上老年人肝的酶活性和肾的排泄能力都有下降,致使药物分解变慢,体内蓄积增加,易产生副作用。因此,老年人用药剂量宜从最小量开始。一般情况下,60~80岁的老年人用成人量的 $2/3 \sim 3/4$,80岁以上则只用 $1/2$,有肝肾功能障碍的老年人用量宜更小。鉴于老年人之间个体差异大,故强调用药剂量应个体化。有时要耐心调整,仔细监测,逐步找到最适宜的剂量。许多医院已具备测定血液药物浓度的设备,进行药物浓度监测,做到疗效最佳和剂量适当,又能防止药物不良反应的出现。如洋地黄在血内既有效又安全的浓度范围较小,剂量小则达不到预期药效,若增加剂量又容易出现洋地黄毒副反应,故测定洋地黄在血内的浓度,较容易找到安全和有效的用药剂量,在老年心脏病人的抢救中能发

挥重要的作用。

4. 严格遵照医嘱服药特别重要。老年人由于记忆力差,听力、视力减退,常听不懂或记不清医生对服药的嘱咐,不能严格按照医嘱规定的药物品种、服药次数和服药的剂量准确服药,而易发生忘服、误服、重复服或多服,产生药物不良反应。此种现象称为病人对服药顺应性差。最好将每天所服的药列出清单,将每次所服的药按早、中、晚分别装入袋中或用纸包好,以便按时服药。服药时由本人或家人核对,以免错服。每个装药水的瓶上或装药片或药丸的纸板上应用醒目的字标明用药方法和次数。让老年人真正做到遵照医嘱,按时、按量和按次数服药。

5. 当病情好转或治愈后,应遵照医嘱及时减量或停药。多科就诊,几种药同时服用,一定要向各科的医生说明正在服药的详细状况,避免药名虽不同,但药理作用相似的几个品种同时服用。少数老年人用药容易而停药难,屡屡增加服药数量,而且用药时间过长,极易因疗程或剂量过大而造成不良反应或严重的后果。

6. 服药后要严密观察药物的不良反应。治疗过程中医生开处方时通常会向病人或家属介绍药物的使用方法以及可能发生的副作用。在用药过程中如出现原来没有过的新的症状,并且与原有的疾病无关时,就应考虑到药物的不良反应,应该同医生及时取得联系,由医生酌情指导处理方法。对自己过去的服药史,特别对某一药物有过副作用或有过敏史者,事前必须告诉主管医生,便于防患未然。

7. 注意服药与饮食的关系。同一时间饮食和服药可以相

互作用，影响药物吸收和疗效。有的如开胃药、止泻药等可在饭前空腹时服，对胃粘膜不会刺激；而另一些如阿司匹林和其他非甾体抗炎药（NSAIDs）等则需要在饭后服用，以减轻药物对胃粘膜的刺激。通常以温开水冲服而不与咖啡、茶、酒、牛奶等及其他饮料同服。

8. 有肝肾功能障碍的老年人用药要特别小心。尽量不选用影响听力和肝肾功能的药物，如氨基糖甙类抗生素（链霉素、卡那霉素、庆大霉素等）。

9. 中药一般认为安全、副作用小或无副作用，可以放心服用。其实中药亦不可滥用，中药同样有毒副作用，使用不当，同样会发生不良后果，如牛黄清心丸、朱砂安神丸等含有朱砂，大量久服可发生汞中毒；又如中药附子、草乌等过量也会出现心律失常。

老年人服用广告中宣传的各类补药应取慎重态度，不能自作主张，自行服用。

当前许多药厂厂商，利用宣传媒介手段，在报刊、杂志、电台或电视台大作广告，推销名目繁多的各类补品和保健药品、食品以及保健饮料。对此现象，应当采取慎重的态度。对饮食正常的健康老年人一般不需要经常服用补药。俗话说“药补不如食补”是很有道理的。即使体弱多病或在康复期的老年人需要适当进补时，也应在医生指导下使用，而不能滥用补药。目前在广告中宣传的许多补药和保健饮料等，多数尚在探索研究阶段，许多疗效难于完全肯定，且缺少大量临床实践资料。有的尚未经过卫生行政机关批准，质量无严格保证，且不标明生产厂家、生产日期和有效期限等必须具备

的资料。这类产品实属伪劣商品，当属取缔之列。中老年人不能轻信宣传，以免受骗上当，贻害身体。目前还没有大量的科学资料证明任何补药可以代替正常饮食和体育锻炼而使老年人健康长寿的。各个中老年人应采取综合保健措施，注意身心健康，加强饮食营养，注意心理卫生，经常参与力所能及的体育锻炼，才是健康长寿的积极措施。

(王赞舜)

医疗康复篇

第一章 常见疾病

第一节 恶性肿瘤

恶性肿瘤的预防

恶性肿瘤俗称癌症。癌症是威胁我国人民生命和健康的严重疾病。据我国人口死亡原因分析，第一位是心脑血管病，第二位即是癌症。如果将脑血管病与心血管病分开统计，则我国人口死亡的第一位原因首推恶性肿瘤。或简单地说，便是癌症。

得了癌症当然可以治疗。如能早期发现，多数可以作手术切除。有的癌症如子宫颈癌和鼻咽癌等可以作放射治疗。有的如淋巴瘤和白血病等可以用化学抗癌药物治疗。大多数癌症病人还可以用中药治疗或生物治疗。这些治疗都有一定的效果，但能获得根治的机会并不多。而且，癌症手术的创伤较大，放射治疗和化学治疗也会有许多毒性作用和副作用，如病人食欲不振、恶心呕吐、白细胞下降和免疫力减退。癌症虽被控制，病人的体质也明显下降，严重影响病人的生活质量。

我国古代有“上工治未病”的说法，意思是说能在疾病发作之前将其抑制，才是上策。这是和现代预防医学的概念相通的。曾经严重危害我国人民健康的传染病，由于大力推行预防措施，已经被控制，一些烈性传染病甚至已被消灭。那么，癌症能不能预防呢？答案是肯定的。世界卫生组织癌症专家委员会的公告指出，癌症的 1/3 是可以被预防的。

要预防一种疾病，首先需找出它的病因，然后针对病因采取措施，便可达到预防之目的。例如，伤寒是伤寒杆菌引起的，伤寒杆菌从病人的粪便中排出、污染了水或食物，健康的人吃了被污染的水或食物便可染上伤寒病。但癌症的病因却不那么简单。确切地说，甚至至今尚未查清。那么，癌症怎样预防呢？

癌症的病因虽然尚未最后查明，但与癌症发病息息相关的因素却已大多明确。针对这些因素采取措施，便可在一定程度上起到预防癌症的作用。与癌症发病有关的因素很多，但肿瘤学家惊异地注意到这些因素竟然大多就在我们的生活之中。所以，如果注意改进我们生活中的某些方面，便可能起到防癌的作用。

预防“生活方式癌” 癌症曾被怀疑与遗传有关。但现已证明遗传在癌症的发生上并不占重要地位，起码不是象爸爸高鼻梁、儿子一定高鼻梁那样的一般概念上的遗传。癌症亦曾被认为与职业有关。英国医生波特最早报道了扫烟囱的工人容易患阴囊癌，其后人注意到石棉厂的工人肺癌发病率高。但是，这一类的例子并不多，而且随着工业技术的改进、这一类的癌症亦已罕见。

肿瘤学家发现许多癌症的发生同人们的生活方式有关，称之为“生活方式癌”。据估计，这种生活方式癌甚至要占到全部癌症的 80%。

生活方式自然是指人们的衣食住行、习惯、嗜好，再广义一点还包括人们的情绪乃至生活的环境等等。这些都是人人会遇到的、时时都相关的事，有许多甚至都是习以为常的事情了。但防癌的道路便在其中。人们要预防癌症就必须从建立健康的生活方式着手。中共中央国务院在关于加强科学技术普及工作的若干意见中指出：“将人们导入科学的生产、生活方式，是把经济建设转移到依靠科学进步和提高劳动者素质轨道，实现我国经济发展战略目标的关键环节”。将人们导入科学的生活方式，也是预防癌症的关键环节。

谨防“癌从口入” 过去我们常说“病从口入”，主要是指许多肠道传染病是因为吃了不清洁的东西所引起的。

从预防“生活方式癌”的角度来看，饮食习惯是最重要的生活方式。在我们的饮食中确有许多与癌症息息相关的因素。

我国汉族人每天无论贫富都要吃许多的蔬菜。新鲜的蔬菜营养丰富，而不新鲜的蔬菜中则含有大量的亚硝酸盐。这种亚硝酸盐如果遇到胺类物质，甚至在人的胃内也会合成亚硝胺。亚硝胺是一类重要的致癌物质，食管癌和胃癌等皆与之有关。我国北方农村地区多吃腌菜，食管癌高发即认为与亚硝胺摄入过多有关。

脂肪当然是人类不可缺少的营养素。但如果摄入过量的脂肪饮食则会刺激胆汁的大量分泌，脂肪的代谢产物、胆汁

酸在肠道细菌的作用下便可能产生多种致癌、促癌的物质。所以摄入过量的脂肪饮食会使结肠癌的发病率增加。近年的研究还证明乳腺癌、前列腺癌的发生也与饮入过量的脂肪饮食有关。

肉类等食品烤焦后便会产生苯并芘一类的物质。这一类物质也是重要的致癌物质，皮肤癌、肺癌和食管癌等皆可能与之有关。

许多食品加工都有发酵的工艺过程，发酵往往需用一些霉菌做“酿种”，当然选作酿种的都是无害的霉菌菌种，但是亦有一些霉菌的毒素是有害的。其中如黄曲霉，其毒素是自然界最强烈的致肝癌物质。这种霉菌常污染花生和玉米。其他如岛青霉、杂色曲霉等也有致癌作用。

在食品添加剂中，盐与癌症有关，因为盐能破坏胃粘膜的粘液层，这粘液层是胃粘膜的保护神，一旦遭到破坏，胃粘膜便会暴露，在食入的或在胃内合成的致癌物作用之下，胃癌便可能因此而增加。糖精现已很少在家庭中的应用，据认为过量的糖精食入可能使膀胱癌的发病率增加。茴香、八角中所含香樟素亦是一种致癌物质，故此类调味品皆不宜过多食用。

应力戒烟酒嗜好 烟与酒是世界许多民族的一个共同的嗜好，面广量大，经久不衰。然而烟与酒却正是引起许多癌症的元凶。

香烟的烟雾中，已知的成份近 3000 种，其中对人体有害的约 500 种，有致癌和促癌作用的据说达 60 种之多。这些有致癌和促癌作用的物质大多含在烟焦油中，其中以苯并芘一

类的致癌物质最为重要。

吸烟的人与不吸烟的人相比，患肺癌的危险性高出 8~12 倍，吸烟越多，危险性越高；患喉癌的危险性高 8 倍，食管癌的危险性高 6 倍，膀胱癌的危险高 4 倍。

吸烟还会影响周围人员的健康。据调查统计，家庭成员中有一人吸烟，其家庭成员中不吸烟者的癌症发病率比无吸烟者家庭成员高 2 倍；若家庭成员中有 2 人吸烟，则癌症发病率高 3 倍。

酒精目前虽尚未证明有致癌作用，但酒精的促癌作用已经确定无疑。在乙型肝炎病毒感染的基础上，饮酒者的肝癌发病率比不饮酒者高 2 倍。

烟酒还有其他许多的危害，如吸烟者的心脏病发病率比不吸烟者高 8 倍。长期吸烟者几乎都有慢性支气管炎。大量饮酒能引起急性酒精中毒，长期饮酒可能引起酒精性肝硬化。这些就不在此讨论了。

烟酒是引起许多癌症的元凶。所以为防癌症，有烟酒嗜好的人应努力戒除此种不良嗜好。据有人估计，如果全世界的人都从此不再吸烟，那么男性的癌症可以减少 $\frac{2}{5}$ ，女性的癌症也可能减少 $\frac{1}{5}$ 。合在一起匡算大约可以因而将全世界的癌症减少 $\frac{1}{3}$ 。

戒除烟酒嗜好，其实并不难，关键是染有这些嗜好的人应有决心。

清洁卫生亦是防癌之道 犹太人的小男孩都要行“割礼”，即将阴茎包皮部分割去，这本是他们的风俗习惯、并非是出于防癌的目的。但是由于割去部分包皮，因此男子皆无

包茎的问题。因包茎而产生的包皮垢自然绝迹。现已知包皮垢中含致癌物质。犹太男子既无包茎亦无包皮垢，所以他们绝少患阴茎癌。因而犹太人的妇女也少患宫颈癌。

当然，并不必为了防癌而让每个男子都去割掉部分包皮，事实上只要注意卫生经常洗涤，亦可以收到相同的效果。过去我国北方山区农村阴茎癌发病率较高。随着经济生活的改善，特别是卫生习惯的改善，阴茎癌的发病率已明显降低。

口腔癌在口腔卫生不良的人中发病率高。过去口腔癌多见于无刷牙习惯的人，近年来随着物质文化生活的改善，在我国刷牙的习惯亦已逐步普及，口腔癌的发病率亦已下降。此外据研究，口腔卫生不良的人，唾液中亚硝酸盐的含量较高，亦是胃癌好发的因素之一，所以讲究口腔卫生甚至还有预防胃癌的作用。

性卫生不良也使妇女宫颈癌的发病率增加。

所以，注意清洁卫生也是预防癌症的要点之一。

计划生育有利防癌 计划生育是我国的国策，其目的在于控制人口的过度增加，以确保我国人民经济生活的改善。

计划生育的内容包括晚婚、节制生育及优生优育等方面，而这些政策的贯彻执行，也有利于防癌，当然是指妇女的宫颈癌和乳腺癌等。

据统计 18 岁以前开始有性行为的妇女患子宫颈癌的机会要比晚婚的妇女高。多产的妇女患宫颈癌的机会也随着分娩胎数而增高。这些当然与宫颈的创伤有关。过早性交、多次分娩都会造成宫颈损伤，在这基础上的慢性炎症为宫颈癌的发生创造了前提。所以提倡晚婚和节制生育，确可使宫颈

癌的发病率下降。事实上,在我国,大凡计划生育工作做得好的地区,妇女的宫颈癌都已明显减少。

从优生优育的角度考虑,母乳喂养要比人工喂养来得好,母乳是婴儿最好的营养来源,母乳中含有许多母亲体内的抗体,能增强婴儿的免疫力。不仅如此,母乳喂养还有利于乳癌的预防。据统计,分娩而不哺乳的妇女,乳腺癌的发病机会高。

计划生育是利国利民的大事,在预防癌症方面的作用值得一提。

居室卫生亦与防癌有关 吸烟与肺癌有关。外国妇女吸烟的也不在少数,但中国妇女有此嗜好的不多。然而中国妇女患肺癌的却也不在少数,其中原因很值得探究。国外的一些医学家从海外华人妇女的生活方式中找到了答案。他们发现华人妇女每天都要起油锅做菜,而西方妇女做西餐则没有起油锅这道工序。因此,他们估计是与常年吸入油蒸汽中的致癌物质有关。

近年上海肿瘤研究所的研究人员已经研究证实油蒸汽中确实存在着致癌物质。如果厨房的通风不良,常年吸入这种油蒸汽确有致癌的危险。现在许多家庭都在厨房设置脱排油烟机,本意是使厨房减少油污,但实际上却有利于防癌。

居室的许多装饰材料大多能挥发出许多有害物质,其中如放射性氡等则为致癌物质,被认为与肺癌有关。所以居室应经常通风,以减少这些有害物质的浓度,对防癌亦大有裨益。

从防癌的角度看,大气污染等大环境的治理固然重要,但

如居室等小环境的净化亦不容忽视。

努力消除慢性刺激亦是防癌之道 虽然医学界通常认为目前癌症的病因尚未完全阐明，但病理学家则坚持认为慢性刺激是癌症的病因之一。

喜马拉雅山的居民喜欢将火炉放在肚皮上取暖，腹部皮肤多有烫伤，而该地居民中腹部皮肤癌多见。曾有口腔科医师报道一个病人的牙齿烂坏，但残根却在不断刺激他的颊粘膜，十余年后该病人颊部生癌。据中国医学科学院研究河南林县地区食管癌高发，也许与该地居民喜欢进食很烫的食物有一定关系，因不少病例食管粘膜上还可以看到烫伤后的迹象。有人小腿上有溃疡久治不愈，在溃疡的边缘取一点组织做病理切片检查，已经是皮肤癌了。

再进一步说，胃癌也常发生在经久不愈的胃溃疡的基础上，肝癌则常发生在，甚至可以说几乎都发生在慢性肝炎的基础上，慢性炎症当然对组织是一个不断的刺激。所以，尽管癌症的病因尚未最终明确，但是若能努力消除这些慢性的刺激，对于防癌是十分有益的。50年代，上海宫颈癌是妇女的第一位高发的癌症，可是如今则已下降到第八位了。上海妇女宫颈癌发病率的明显下降，便是得益于对慢性宫颈炎的积极治疗。

保持乐观的情绪也有利于防癌 人是感情动物，喜怒哀乐是人之常情。精神因素与癌症是否有关？不少人都相信是有关的，因为常有人会举出某人精神上遭到什么打击之后，不久患了癌症，真是“祸不单行”，让人印象深刻。当然也有“乐极生悲”患上癌症的事。

在医学文献上曾看到报道说是经调查“在吃饭时生闷气的人容易生胃癌。”这个提法实在有许多地方值得磋商。比如在吃饭时生多少次闷气容易生胃癌？吃饭之前或吃饭之后生闷气，是不是也容易生胃癌？不是生闷气，而是吃饭时吵闹也是不是容易生胃癌？不过有人用小鼠做实验，使它们一连数天不得安宁，结果移植在它们身上的癌长得快。也有人报道情绪忧郁的人细胞免疫功能下降，而这种下降可能为癌的发生和发展提供一个条件，却也是不能忽视的事。

虽然情绪与癌症的发生尚无定论。不过，保持乐观的情绪可以使人充分享受生活的乐趣，心理的健康将会促进身体的健康。对于防癌，起码有间接的好处。

建立健康的生活方式，便可以预防这些癌症的发生。至少可以降低发生这些癌症的机会。健康的生活方式含意很广。归纳起来有以下几点：

1. 应该多进食蛋白质饮食而减少脂肪饮食，不吃不新鲜的蔬菜和霉变的食品，少用熏烤一类的烹调方法，并宜清淡少盐。宜多吃新鲜的蔬菜、水果和富含纤维素的食物。

2. 力戒烟酒嗜好。

3. 注意个人卫生和居室卫生。

4. 响应晚婚和节制生育的号召，提倡母乳喂养。

5. 积极治疗慢性疾病，消除慢性刺激。

6. 保持乐观的情绪。

如果我们都能做到这些，虽不能说就保证不生癌了，但患癌的机会减少却是一定的。有人说防癌之路就在自己脚下，也确实是有道理的。

恶性肿瘤的早期发现

预防致癌物质侵入人体，使人们免患癌症，当然是上上之策。但是癌症的病因至今仍未完全阐明，而已知的致癌因素又无所不在，况且即使已经完全控制了致癌物质侵入人体，癌症发病率的下降也要假以时日。换句话说，按现在对于癌症预防工作的认识和措施，在近几十年内仍难免还会有人患上癌症。

得了癌症应该及早治疗。按现在对癌症的治疗方法，或手术、或放射、或化疗或中药等等对癌症的治疗也都有相当的效果。只是不少病人在诊断确立时为期已晚，手术已无法切除，放射治疗亦难耐受，甚至药物已难入口。自然无疗效可言。所以癌症的治疗还需以早期诊断为前提，然而早期癌症大多没有症状，以致病人与医生都易有疏忽。当然严格地说既无症状也就不会就医检查，事实上也就不存在诊断的疏忽与否定。所以，对于癌症还应有一个早期发现的过程，作为早期诊断的前提。早期发现、早期诊断、早期治疗即癌症的二级预防，也就是预防癌症的临床发生。

早期发现是在貌似健康的人群中发现早期癌症的工作，茫茫人海，何处去找出这百分之几、千分之几的人员？人们在经历了一个很原始的逐一检查的阶段后，终于发现逐一检查的方法不啻是大海捞针和劳民伤财之法。而癌症的发病有其特点，并非人人患癌的机会皆均等，而是有一些特定的人群，他们容易患某种癌症，医学上称这种人为恶性肿瘤高危人群。抓住这类恶性肿瘤高危人群定期进行检查，以期早期

发现恶性肿瘤，医学上称恶性肿瘤高危人群监护。

(杨秉辉)

恶性肿瘤高危人群监护

恶性肿瘤是危害人类生命与健康的较为严重的常见病、多发病。据世界卫生组织估算，全世界每年死于恶性肿瘤的达 430 万人，约每 10 人中有 1 人死于恶性肿瘤。恶性肿瘤已经成为人类三大死因之一，按目前发病趋势估计，到 2000 年全球每年因恶性肿瘤死亡人数可能会增加到 800 万人之多。加强恶性肿瘤防治研究已成为当今世界全球性卫生战略问题。

恶性肿瘤也是威胁我国人体健康较为严重的疾病之一。据统计，每年约有 100 万人发病，死亡 70~80 万人，每分钟有 1.5 人死于恶性肿瘤。在上海，每年死于恶性肿瘤为 2.25 万人左右，平均每天 62 人死于恶性肿瘤。恶性肿瘤已经成为上海市民第一位死因，相当于每死亡的 4 人中有 1 人死于恶性肿瘤，恶性肿瘤标化死亡率已跃居全国第一。

在相当长的一段时间里，恶性肿瘤被视为“不治之症”、“绝症”。经过世界范围内的共同探索，特别是近 20 年来卓有成效的强化研究，恶性肿瘤防治取得了长足进步，治疗效果已有了明显改进。在美国恶性肿瘤的治愈率已达到 50% 左右，在日本甚至治愈率还要高一点。在我国，I 期宫颈癌、乳腺癌、胃癌和食管癌的治愈率平均在 90% 以上，早期绒毛膜上皮细胞癌和早期睾丸精原细胞癌的治愈率已达到或接近 100%，即使是“癌中之王”的肝癌，现在也有可能治愈，早

期微小肝癌 5 年生存率已可达 70% 以上。

恶性肿瘤能否治愈的关键在于早发现, 早诊断, 早治疗。遗憾的是恶性肿瘤起病潜隐, 初期症状或无特异性, 或与原发慢性疾病症状相混淆, 极易误诊和漏诊。拿肝癌为例, 肝癌早期往往无症状, 甚至肝癌瘤体直径达到 4~5cm 时, 病人仍然没有明显的临床表现。一旦出现症状, 又常已非早期, 手术切除的机会甚少。据 70 年代初全国 12 省市的 3254 例原发性肝癌调查, 能作手术切除的仅占其中 5%。这是因为 90% 以上临床肝癌都合并肝硬化, 限制了肝癌手术的肝切除量, 如果瘤体过大, 难于手术切除。另外, 肝癌易肝内播散, 肝内播散一旦形成, 就无法切除。而早期肝癌, 瘤体较小, 即使合并肝硬化, 只要肝功能尚在代偿期, 一般也能手术, 而且早期肝癌在瘤体外面往往有一包膜, 在包膜未被瘤体突破之前, 肝内播散的机会很少, 手术切除率高, 治愈率也高。肝癌如此, 其他恶性肿瘤也是这样。

降低恶性肿瘤病死率的关键在于提高恶性肿瘤早期发现率。近年来, 不少医疗单位组织体检队, 深入工厂、农村开展健康检查, 试图从受检对象中早期发现恶性肿瘤。上海市肿瘤防治研究办公室对 1985~1987 年上海市 12 个区 52 家工厂 16 万余人健康检查资料分析结果发现, 采用健康检查办法每检出 1 例恶性肿瘤耗资 4.42 万元, 若以每检出 1 例早期恶性肿瘤病人计算则高达 19 万余元之巨。如此高额耗资是我国目前经济情况难以承受的。70 年代初起, 我国医务工作者在上海、江苏和广西等肝癌高发区, 开展过检测甲胎蛋白的肝癌普查工作。至 70 年代末, 仅上海一地, 受检人次达 300

万以上,检出早期肝癌病例 300 人,这些病例大多获得手术机会,治疗效果甚佳,开创了我国“小肝癌”、“亚临床肝癌”的研究,取得了令人瞩目的效果。但是,这种普查工作,有两大显著缺点,一是高投入,低产出,难以推广。以上海为例,在自然人群中肝癌检出率仅 14/10 万,即 7000 人中只能查出 1 例肝癌,耗费大而效益低。其二是肝癌病例中约 30% 甲胎蛋白阴性。采用单一甲胎蛋白检测普查肝癌,容易造成漏诊。80 年代我国肝癌防治工作,从对自然人群普查,转移到对 40 岁以上乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) 阳性者或慢性肝炎患者等肝癌高危人群的监护,肝癌检出率从 14/10 万提高到 501/10 万,较自然人群普查检出率高 34.5 倍。另外,监护方法从单一甲胎蛋白检测,改为与 B 型超声波联合检测,基本上解决单一甲胎蛋白检测所造成漏诊问题,从而建立肝癌高危人群监护较为理想的方法。

恶性肿瘤高危人群监护,是目前适合我国国情的一种低投入、高产出和早期发现恶性肿瘤行之有效的方法。经过反复实践,目前对肝癌、胃癌、乳腺癌、肠癌、食管癌和宫颈癌等七种恶性肿瘤已经制定了监护的高危对象和方法,为恶性肿瘤防治迈出了可喜的一步。

(傅善来)

附:常见恶性肿瘤高危人群及其常规检查方法

胃癌

高危对象 (1) 男 35 岁以上,女 30 岁以上;(2) X 线或胃镜检查发现为胃溃疡、萎缩性胃炎及肠上皮化生或不典

型增生者；(3) 胃手术 10 年以上；(4) 反复出现黑便、隐血(+)者；(5) 不明原因便血者；(6) 平时常好食硬、腌制品及高盐食物并有胃部症状者；(7) 原有胃痛规律、性质改变。

检查方法 双重对比 X 线造影或胃镜检查。

肺癌

高危对象 (1) 男 45 岁以上，女 40 岁以上；(2) 吸烟 >400 年支者 (即每天吸烟支数 × 吸烟年数 = × × × 年支)；(3) 长期接触有害有毒物质 (砷、石棉、粉尘等)；(4) 肺部在原部位有反复发作的病灶 (炎症、结核)；(5) 有以下症状者经 2~3 周积极治疗未能控制的：痰血、持续呛咳、胸痛、发热。

检查方法 痰脱落细胞检查 + 胸部 X 线检查和/或气管镜检查。

肠癌

高危对象 (1) 男 35 岁以上，女 30 岁以上，患多发息肉或过胖者；(2) 大便次数增多，变细，变扁形；(3) 大便带粘液、鲜血；(4) 腹部有固定部位疼痛。

检查方法 大便隐血试验 + 肛指检查或肠镜、钡剂灌肠造影。

肝癌

高危对象 (1) 男 30 岁以上，女 25 岁以上；(2) 肝炎或肝硬化 5 年以上；(3) HBsAg (+)；(4) AFP 持续阳性者。

检查方法 AFP + B 超。

乳腺癌

高危对象 (1) 30 岁以上女性，特别是月经初潮在 12

岁以前，绝经期晚于 55 岁，月经不规则者；(2) 结婚以后没有生育，或 30 岁以后生育，或生育不哺乳、很少哺乳者；(3) 乳房发生异常变化、摸到肿块或皮肤增厚，与月经无关；(4) 反复乳头排液或有乳头糜烂，有压痛；(5) 一侧腋下淋巴结肿大。

检查方法 应作仔细的乳房检查或乳房摄片，必要时作活检。

食管癌

高危对象 (1) 男性 45 岁以上，女性 40 岁以上；(2) 持续吞咽困难 2 周以上或反复出现吞咽困难 3 月以上；(3) 经常有较多白沫流出 2 周以上。

检查方法 食管吞钡 X 线检查或食管镜检查。

宫颈癌

高危对象 (1) 50 岁以上女性，特别是过早性生活、性生活紊乱、早育或多次生育者；(2) 宫颈炎症与糜烂不愈；(3) 阴道不规则流血或白带增多，排液有异臭。

检查方法 阴道脱落细胞检查 + 活检。

(上海肿瘤防治研究办公室供稿)

重视恶性肿瘤的早期信号

在临床医疗工作中，常会遇到一些癌症病人到医院就诊时，事实上已经到了癌症的晚期。细问这些病人，他们大多已经有了一段时间不适，只是未引起重视。当然不能将任何的不适都疑为癌症，但若出现下述症状，绝不能掉以轻心。

肿块 在身体任何部位摸到肿块，都应该引起重视，要

请有经验的医生复查。当然首先要鉴别不是肿块的情况，如剑突骨、游走肾和肠内的粪块等。其次要鉴别是炎性肿块还是癌性肿块，在必要时应作活组织切片化验检查。一般而言，锁骨上部与腹部出现肿块、尤应重视。

出血 在没有外伤的情况下，除月经外，任何器官出血一定是疾病的表现，都应该认真检查，许多癌症常以出血为最初发生的症状。

上腹不适 这是一个模糊的症状，有人形容为隐痛，有人称之为饱胀。大量的胃病和肝病病人可有此症状，但如果症状日渐加剧，尤其伴有食欲减退和消瘦，必须注意检查。

发热、贫血、消瘦 这三个虽然都是常见的症状，但若两者或三者同时出现、则应重视防癌的检查。

吞咽不畅 吞咽困难常是食管癌的症状，不过较早期的食管癌，可能只是一点不畅之感，或在吞咽时胸骨后有隐痛，此时即应加以重视。

无痛性黄疸 伴有上腹绞痛的黄疸大多是胆道结石，无痛的黄疸可见于肝炎，但肝炎的黄疸不会太深，而且食欲不振，恶心呕吐，症状严重。若是无痛又无症状，则可能来者不善。

声音嘶哑 伤风感冒都可引起声音嘶哑，但是如果经久不愈，便应该警惕喉癌、肺癌和纵隔肿瘤的可能性。

大便的习惯和性状改变 经常轻度腹泻、便条变细尤其伴酸痛或便血者，应考虑到有结肠、直肠肿瘤的可能性而去医院仔细检查。

“老烂脚” 有人小腿部长有慢性溃疡，甚至数十年不愈，

俗称“老烂脚”的应作活组织检查、以防癌变。

黑痣增大 黑痣几乎人人皆有，但若不断增大，尤其是渗水出血的，应警惕已有癌灶。

以上诸点有人称之为癌的十大信号。有这些症状当然并不都是癌，但必须予以充分重视，认真检查，万万不能大意。

世界卫生组织癌症专家顾问委员会报告指出，癌症如能早期发现，1/3的病人可获治愈。

在我们的现实生活中，很多人都能举出亲友中患癌症而被治愈的例子，而且这种例子正越来越多。从现在的治疗手段和治疗效果来看，关键在于早期诊断。大凡能获得早期诊断的，治疗效果就好，甚至能被治愈。

早期肺癌，按上海胸科医院报道，手术切除后的5年生存率为50%。换句话说早期肺癌病人如做手术切除，5年后仍有半数病人生存。对于恶性肿瘤来说，治疗后5年仍然生存，意味着他们很可能就此长期生存下去，其中相当一部份病人事实上就此治愈。

肝癌向来被视为“癌中之王”，但据上海医科大学肝癌研究所报道，若能早期发现，并作根治性手术切除，其5年生存率可达72.9%，换句话说大约近3/4的病人可以长期存活下去。

早期乳癌作根治性手术切除后，各地的报道5年生存率多在90%以上。

日本人报道早期的尚局限于胃粘膜层的微小胃癌，手术后5年生存率甚至高达100%。

无数事实说明癌症只要能早期发现，早期诊断，早期治

疗，效果是好的，相当大的一部分病人，可能获得长期生存，其中确有相当一部分可望被治愈。

癌症要做到早期发现，从技术上说也并不困难，关键是需要人们提高防癌的意识，凡属于某种癌症的高危对象的人就应该定期到医院检查，做到防患于未然。

(杨秉辉)

胃癌

胃癌是我国主要恶性肿瘤之一，男女发病率都很高，因胃癌而死亡的人数占全部肿瘤死亡人数的 1/4 左右，居各类肿瘤死亡的首位。世界不同地区胃癌的发病率相当悬殊，日本和智利最高，我国也是胃癌较高发的国家之一。国内各省之间的发病率相差亦很大，自西北各省至东部沿海形成一条高发带，而西南、两湖、两广最低，发病最高的青海省和最低的广西省相差 7.9 倍，这差异主要由于环境地理因素和饮食习惯不同所引起的。

我国发生胃癌的平均年龄为 48 岁，比国外低；30 岁以后发病率逐渐上升，是中老年的常见肿瘤；男性发病率是女性的 2 倍。

胃癌的病因虽然尚未彻底清楚，但从大量调查资料看是与外环境中的致癌物质和人体内部，尤其是胃粘膜的局部溃疡有很大关系。现在知道胃癌是一种生活方式癌，它可以通过改变饮食及生活方式加以预防和控制。所以世界上胃癌的发病率在逐年下降，我国近年来也开始下降。此外，由于胃镜检查的普遍开展，使胃癌能得到早期发现和早期治疗，我

国胃癌患者的预后也逐年改善。

对付胃癌主要有三大武器：(1) 避免致癌因素；(2) 重视癌前疾病随访；(3) 及时手术治疗。

避免致癌因素，改变饮食习惯 胃是贮存和消化食物的器官，每天接受食物的机械性和化学性刺激。现已明白 N—亚硝基化合物、多环芳烃类化合物、霉变食物和高盐饮食是致癌因素。

用 N—亚硝基化合物喂饲动物犬和大鼠可使产生胃癌，医学家利用这点可轻易地制成实验性胃癌模型用于科学研究。此外，12 个国家的调查资料证明，胃癌发病率与人均每天硝酸盐摄入量有明显关系。国内发现胃癌高发区居民胃液中亚硝酸含量、胃液 pH 及硝酸盐还原菌含量明显高于低发区居民。在自然界中亚硝基化合物的前身亚硝酸盐和二级胺广泛存在，例如蔬菜。但新鲜蔬菜中亚硝酸盐的含量很低，不足为虑。主要是当蔬菜贮存过久或烧过的菜在室温下存放过久，由于细菌的还原作用使亚硝酸盐含量迅速增加。如菠菜在常温下运输和贮存后，每 100 克重菠菜所含的亚硝酸盐可从 3 毫克增加到 355 毫克；然而在 2℃ 低温贮存时含量不增加，所以蔬菜要新鲜摄入或冰箱冷藏。我国有些地区喜欢用亚硝酸盐来加工食物，以保存食品，增加色泽和香味，例如香肠、火腿、硝肉和腌肉等，这些食品中的亚硝酸盐含量是非常高的。

食品经过烤、油炸或熏等烹调过程中可产生多环芳烃类致癌物质。有资料报道冰岛居民喜食熏制的鲑鱼和鳕鱼，所以该地区胃癌发病率高。前苏联某地区渔民食用熏鱼，而农

民不食熏鱼，前者消化道癌发生率是后者的3倍。

由于粮食和副食品贮存不当引起霉变，在有些地区还相当严重。实验证明杂色曲霉和黄曲霉素可以诱发大鼠产生胃癌。另外霉菌在胃内还可以损害胃粘膜和还原硝酸盐，使亚硝酸盐浓度增加，所以霉菌和胃癌发生有密切关系。

正常情况下，胃粘膜表面细胞彼此紧密地连接，并分泌粘液覆盖在粘膜表面，形成了一个屏障，阻止致癌物质进入人体，而高盐饮食可以破坏这种屏障功能，甚至引起胃糜烂，从而增加致癌物质的吸收。

近年研究又发现新鲜蔬菜、水果，特别是富含维生素A和C的黄绿色蔬菜，可以阻断亚硝酸盐和二级胺合成亚硝胺，有的还有抑制多环芳烃致癌作用。饮食中适当提高蛋白质的量可能对防止胃癌也有帮助。

化学性致癌物质可以使胃粘膜细胞核中染色体基因发生突变，使之变成具有恶性潜能的细胞，如这些细胞内遗传学变化被肯定下来并大量增殖时就变成了癌。但是胃癌的发生需要漫长的日积月累的过程，因为人体抗突变能力非常强大，而且胃粘膜细胞的新老交替很快，平均2~3天就要换一批新细胞，将这些不合格细胞抛出胃壁。人体还有免疫监视细胞，可将这些突变细胞消灭。所以只有当致癌因素长期持续存在和积累下，而人体的内部环境，如胃粘膜屏障功能和免疫状况又长期欠佳时才会产生胃癌。如能注意饮食生活，避免致癌因素，及时治疗胃粘膜的慢性疾病，胃癌是可以预防的。

因此在饮食生活上建议：(1) 改变饮食习惯，少吃腌、腊、熏制食品，不吃霉变食物。饮食宜清淡，避免高盐饮食，食

盐量每人每天少于 5~10 克。

(2) 改进烹调方法, 避免加热过久使维生素 C 过多破坏。避免过分油炸、烘烤食品。(3) 蔬菜不要贮存过久, 普及家用冰箱。(4) 增加新鲜蔬菜和水果的摄食量, 多生吃一些瓜、菜。(5) 适当增加蛋白质丰富的新鲜鱼、肉、蛋、牛奶和豆制品摄入。(6) 不饮烈酒, 不吸烟。(7) 改善饮用水。

增强防癌意识, 及早发现早期胃癌 胃癌是可以被早期发现的, 这主要要求病人和医务人员都要有防癌意识, 有可疑症状时要及时就诊检查, 有胃癌前期变化的要加强随访和治疗。

胃癌的生长过程 胃壁分成四层: 粘膜层、粘膜下层、肌层和浆膜。胃癌始发于粘膜层, 癌细胞不断增殖向粘膜层两侧生长, 以后向粘膜下层生长。当癌只存在于粘膜层和粘膜下层时称为早期胃癌, 此时如接受手术治疗, 效果十分好。早期胃癌病灶较小, 一般直径 2 厘米左右, 呈隆起或凹陷外观, 较易被胃镜或 X 线检查发现。

当癌继续生长时表面溃破, 形成溃疡, 并向深部的肌层和浆膜浸润生长, 临床上产生消化道出血和较明显的上腹部症状。当癌穿破浆膜, 浸润至胃的周围器官, 如肝、胰腺和结肠等, 产生胃以外的症状和体征。如肝肿大、黄疸、持续性中上腹及背部痛、便血、肠梗阻等。癌穿破浆膜后也可脱落, 种植在腹膜上, 产生腹腔肿块和腹水。癌也可侵犯到淋巴管和血管, 通过淋巴管转移到胃周围淋巴结和远处淋巴结。通过血管转移到肝脏、肺、脑和骨骼等器官, 在那里落户生长, 形成转移性肿块, 这些都属于进展期胃癌, 手术效果差,

有的甚至已失去手术机会。

重视癌前期变化的随访 胃癌决不会产生在正常胃粘膜上，它在癌形成前要经历相当长的发生阶段，一般为 5~20 年，甚至更长。此阶段的胃粘膜变化称为胃癌的癌前期变化。有癌前变化的只说明其发展成胃癌的可能性比一般人群高，并非一定会发展成癌。找出这部分人，加以随访观察，十分重要。因为经过适当的治疗，部分病人可向正常逆转，密切随访可以检出它在胃癌的癌前阶段或早期胃癌阶段。上海市早期胃癌的比例在逐年上升，可以说其中相当大部分是在对癌前疾病随访过程中发现的。做好这个工作，必将大大改观我国胃癌的发病率和预后。

胃癌的癌前变化主要有：慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、手术后残胃、胃息肉、胃粘膜巨大皱襞症和胃粘膜的异型增生（不典型增生）。因为这些疾病的胃粘膜都有慢性损害，细胞容易产生偏离正常方向的生长，癌变率比正常人群高。对癌前期变化一要积极治疗。另外要定期随访，最好的方法是定期胃镜检查。

慢性萎缩性胃炎在各种癌前期疾病中最为常见，主要由于幽门螺杆菌、十二指肠液返流、酗酒嗜烟和长期用抗炎镇痛药等等原因引起。病理上有胃粘膜的炎症、萎缩和肠腺化生，以胃窦部为重，故胃癌好发于胃窦部。本病定期胃镜检查十分重要。一般每隔 1~1.5 年随访 1 次，间隔时间要据上次胃镜和病理活检结果而定。老年人的萎缩性胃炎常有年龄因素，即胃粘膜退行性变因素参与，逆转较为困难，也不必过分担忧，只需定期随访即可。

胃溃疡可以发生癌变，病程越长，越易癌变，实际上目前许多抗溃疡药疗效都十分肯定，主要由于病人思想上不重视，没有按医嘱正规服药，或者没有戒除烟酒，造成溃疡长期不愈合。有些早期胃癌症状象溃疡病，并且治疗后症状也可以缓解。所以对于溃疡病一方面治疗要积极，另方面治疗后要常规进行复查，了解溃疡是否彻底愈合。

胃息肉有两种：增生性息肉和腺瘤性息肉，后者癌变潜能很大，发现后要积极作胃镜下的治疗或外科切除，术后需要随访，了解有无复发或再发。胃因良性疾病而作部分切除术的病人，手术 10 年后残胃癌的发生率增高，所以要列入高危人群进行随访，尤其是对有吻合口炎症、糜烂或溃疡的，或吻合口粘膜有息肉样隆起、异型增生的要加强随访。

以上任何一种疾病，如果胃粘膜活检后病理上发现异型增生，更要注意密切随访。异型增生分为轻中重三度，轻度的去除原因后可以逆转，中度的要 3~6 个月随访一次，重度异型增生若不能排除胃癌，要立即再取活检或手术治疗。

胃癌的症状和危险信号 胃癌的早期没有特异性症状，即使有症状也较轻微，容易忽视。胃癌在 35 岁后容易发生，以下症状在胃癌中较为多见，应该警惕：(1) 近月来上腹部不适、饱胀和钝痛，进食后加重，不易完全消失；(2) 有原因不明的明显消瘦、乏力、食欲不振，并已排除肝疾病；(3) 食欲改变或减退，原先喜欢吃的菜肴现在不想吃，甚至厌恶，尤其是肉类食品；(4) 胃肠道出血，表现为黑粪或呕血；(5) 直系亲属中有明确胃癌史者。

发现胃癌的方法

胃镜检查 and 病理活检 70年代初纤维胃镜正式应用于临床,使胃疾病的诊断水平迅速提高,胃镜镜身柔软,可曲度大,表面润滑,插镜成功率高,病人痛苦少,它在胃内可向各个角度自由窥看,没有盲区。并可通过它的活检孔道作胃粘膜活检、细胞刷,还可作止血、息肉切除等治疗。因此应用很广,是诊断胃癌的最有力武器。目前有新一代产品电子胃镜,使图象的清晰度又进一步提高。

胃镜的优点不仅在于它能发现较小的病灶,而且对任何可疑变化,如轻度糜烂、隆起和色泽变化区域,或者是性质一时难以肯定的病灶,都可以任意取活检,制成病理切片进行显微镜检查。病理切片能够对胃镜下极小的病灶,例如微小胃癌(直径在0.5厘米以下),小胃癌(直径在0.5~1.0厘米)作出肯定诊断。也能够把癌变前阶段的中重度异型增生病灶肯定下来,使获得及时的手术治疗。

X线检查 X线利用胃癌在胃壁上形成隆起或凹陷的形态变化和丧失柔软性特点来诊断胃癌。X线诊断正确率在65%~97%,这与X线医生的操作技术和读片经验有很大关系。现在普遍应用低张双对比气钡造影法来显示胃粘膜的细微变化,使早期胃癌的检出率有了很大提高。

其他诊断方法 在胃镜检查时对可疑病灶用细胞刷来刷取脱落细胞作细胞学检查,或者喷撒色素使病灶对比度加强,或者导入激光来激发胃癌组织的荧光,均可使胃镜的诊断正确率进一步提高。此外还有收集胃液,沉淀后做成涂片寻找脱落的胃癌细胞。胃的B型超声扫描显像、胃电图、超声波胃镜,以及用多种生化方法检测血液、尿液和胃液中的胃癌

相关物质。这些方法有的较为成熟,有的在积累经验阶段,遗憾的是均无突破性的进展,目前只能作为一种辅助诊断方法。

胃癌的治疗

手术治疗 手术是目前能达到治愈目的的主要治疗方法。胃癌根治术是将胃癌及其周围一定距离的胃组织切除,并彻底清扫胃周围的淋巴结,以期彻底根治胃癌。手术效果与胃癌的病期有关,早期胃癌5年生存率在90%以上,中晚期胃癌在20%~35%左右。目前提倡以手术为主的综合治疗方法,即在手术前或后加上抗癌药物和免疫增强治疗等措施,使手术效果进一步提高。一旦确诊胃癌后,应尽早争取手术,不要相信没有根据的民间治疗方法而贻误时机。

对不能根治的晚期胃癌,也有对原发灶作姑息性切除术的,术后辅以综合治疗,以缓解症状,延长生存。

化学药物治疗 抗癌药主要用于不能手术患者以延长生存期,或者作为手术前后综合治疗措施之一,目的是减少手术中肿瘤细胞的播散和种植的机会,消灭可能存在的残留病灶,以防止复发和转移。抗胃癌药有多种,用得较多的是5-氟尿嘧啶、喃氟啶、优福定、丝裂霉素、阿糖胞苷、阿霉素和亚硝脲类等。化疗可用单一药物,或几种抗癌药联合应用。应用方法有术前、术中、术后化疗和局部化疗(动脉插管灌注法)。

抗癌药有一定副作用,主要有胃肠道反应和骨髓抑制,表现为食欲不振、恶心呕吐、腹痛腹泻、脱发和白细胞、血小板降低等,但一般都能坚持用完疗程。化疗应在医生指导下应用。

中医中药和中西医结合治疗 祖国医学从整体观点出发,采用扶正培本、抗癌驱邪、整体和局部兼治的方法。一般提倡用中西医结合的方法治疗胃癌。即中药和手术、化疗联合应用。中药可以防止和减少化疗药物的毒副反应,使化疗药物更好发挥抗癌作用,中药也能增强机体的免疫功能,改善全身状况,加快术后恢复。对于晚期胃癌,体质虚弱不能手术和化疗者,中医中药有提高生活质量和延长生存的优点。

其他治疗 近年来研究开发了一些新的治疗方法,主要有:(1)胃镜下胃癌切除术,它有严格的应用指征,主要用于某些早期的粘膜层癌;(2)全身或局部的免疫化学方法,有多种药物,作为手术、化疗之外的辅助治疗,目前应用得较多;(3)持续湿热腹腔灌流疗法;(4)手术中放射线照射等。

康复期的生活指导 癌灶被切除后病人进入了康复期,康复期患者除了去医院定期随访,接受术后的化疗或其他辅助治疗,观察恢复情况和有无复发外,主要应保持健康的心理和建立有益的生活秩序,因为人体的内部环境,如神经系统和免疫系统的功能状态,激素和代谢水平,对术后的恢复,或者体内还可能残存的癌细胞起着好的或坏的影响,所以对付癌症一定要有必胜信念,乐观豁达,消除顾虑,避免精神上的恶性刺激。康复期中不要过多卧床,提倡户外活动,呼吸新鲜空气,活动肢体,鼓励回归社会,参加适量的社会劳动。饮食中要适当增加蛋白质、新鲜蔬菜和水果的摄入。

(施 尧)

肺癌

近年来肺癌发病率在日益增长，我国流行病学调查资料证明：上海市从 1983 年开始肺癌已取代了向居首位的胃癌。肺癌成为上海各种常见肿瘤的大哥大，在全国各大城市的肺癌发病率中也是龙头，以前肺癌发病城市高、农村低的现象，近来这种城乡差别较快地缩小，因此农村中的肺癌也应重视。

肺癌的病因众多复杂，但最受人注目的是吸烟，早在 1989 年国际肺癌会议上，世界卫生组织（WHO）宣称：全世界已有 97% 以上国家承认吸烟者 80% 以上与肺癌发病有关。虽然戒烟预防肺癌已成为听腻了的老生常谈话题，但在人群中也有赞同的，亦有持怀疑甚至反对者，有人认为，80~90 岁老人中也有烟民而未生肺癌，不吸烟的却得了肺癌，还有戒烟后反生了肺癌，诸如此类的问题在现实生活中确也存在，但这仅仅是现象，大量系统的流行病学调查资料和科学实验证明吸烟同肺癌有关。

1. 1930 年前美国无香烟生产，肺癌发病率很低，1930 年后香烟从英国传入美国，由于其香味和吸用方便，使人们迷上，随之吸烟者日众，1950 年左右，肺癌发病与死亡率急剧上升，由此唤起人们的重视，专家们多次模拟人类吸烟环境，成功地诱使老鼠发生肺癌。发现了香烟的烟草内和烟雾中含有多种致癌物质，尤其烟雾中更甚，致使周围的人亦吸入，称“被动吸烟者”。60 年代美国政府和专家们大声疾呼下，采取有力措施，广泛开展劝阻吸烟宣传，限制香烟内主要致癌物质尼古丁、煤焦油的含量；香烟包装上必需印有吸烟有害健

康的警告。80年代更进一步开展无烟日，公共场所设吸烟室限制了到处吸烟，既隔离了吸烟者亦减少了被动吸烟者。经过30余年的努力，90年代初美国流行病学资料表明：肺癌发病率和死亡率已有所下降，与吸烟人数减少相符。足以证明戒烟是可行的，亦收到预期效果。

2. 凡每天吸烟20支以上的人群患肺癌的人数是不吸烟人群的7~13倍，说明吸烟量多的患肺癌的机会也多。

3. 吸烟开始时间愈早，患肺癌的愈多，10岁以前开始吸烟的肺癌患者为20岁后开始吸烟者的7倍。

4. 被动吸烟者患肺癌的机会比一般非吸烟人群大3~4倍以上，说明吸烟害人害己，这些被动吸烟者往往是吸烟人的家属、亲友和同事。

5. 吸烟者的呼吸道上皮组织中可见到纤毛退变、脱落，丧失其祛除分泌物的功能，细胞形态畸变，呈八角形或呈象鱼鳞状的上皮化生，这也是向癌变发展的前奏曲。其次，饮食习惯不良可造成维生素A的缺乏，食物中维生素A呈两种形式，水溶性维生素A前体以 β 胡萝卜素为主的胡萝卜素，它主要存在于草木植物、菠菜、辣椒和南瓜中。脂溶性维生素A前体则主要存在于肝、蛋和乳制品中。若饮食挑剔不吃或少吃上述食物可致人体内维生素A缺乏。据国外数以千或万计的人群调查，发现维生素A摄入量同肺癌发病率有关，摄入中、高量者肺癌发病低，反之则高。免疫功能状态亦很重要，这些都是肺癌发病的内在因素。从内在因素和饮食中摄入维生素A、微量元素硒及锌的不足，均可增加肺癌的危险性，从而构成了个体差异。经常吃新鲜蔬菜、水果和肝、蛋

及乳制品以增加维生素 A、微量元素硒和锌，可望减少肺癌的危险性。至于油烟雾和烟尘，目前市场上供应的精制油基本无杂质，不需煮沸即可将净菜倒入锅内，加上脱排油烟机的普及，可最大限度消除大部分油烟雾。液化和管道煤气进入千家万户，无疑可以大量消除室内的污染源。以上的预防措施，均可避免或减少吸入致癌物质，对肺癌的预防起很大的积极作用。

肺癌主要有下列常见症状，尤其是属于肺癌的高危人群，（男性 ≥ 45 岁、吸烟每年 ≥ 400 支），对未戒或已戒烟者可以进行自我监护。肺癌常见有三大症状：咳嗽、痰血、胸痛。需到医院求诊以明确诊断，若咳嗽性状有改变，尤其呈频繁的刺激性干咳，反复咳痰且痰呈鲜红色，更需警惕。在诊治过程中应积极与医生合作，做到有问必答，即使一时记不起来，也应仔细回忆思索再回答，若医生建议要做什么检查，应该听从，一般无痛苦、无创伤性的检查，容易接受；反之，病人难免顾虑重重。因此，有必要谈谈肺癌的各种检查方法，可以消除病人对检查产生不必要的恐惧心理，能正确认识检查的重要性。

一般检查可分为无痛的非创伤性和创伤性检查两种，像 X 线正位、侧位胸片和 X 线计算机体层扫描（简称 CT）都是无创伤的检查，胸片常是肺部疾患最基本的检查，可从 X 线片中的病变部位和形态来诊断，也是肺癌普查和诊断的方法。CT 是高、精、尖的科技产品，分辨力高可以看清 X 线片所不能发现的情况，如可看清癌肿大小和侵及相邻部位的器官；可估计病情的早、晚期和有否手术切除的可能性；还可发现无

症状而有肝、脑、肾上腺等处的远处转移病灶。临床上不乏凭胸片上病灶不大认为属Ⅰ期肺癌，俗称早期肺癌，而手术后数月出现上述部位有转移，其实手术前已有转移灶存在，若术前作CT检查可以避免不必要的手术，所以CT检查对判别病期的早晚有帮助，亦有利于制订相应的治疗方案。但胸片是传统的诊断肺癌的手段，不可偏废。

痰找癌细胞 肺癌生于支气管或肺内，因此癌细胞常会脱落混入分泌物中，经支气管咳出。一般在痰内癌细胞的检出率为60%~87%，而其中50%~60%可以分清癌细胞类型，有利于诊断和制订治疗方案。然而，这种检查虽经济简便，但检出率的高低同检验人员和送检的痰液有极大关系。训练有素和经验丰富，且责任心强，检出率就高，反之则低。若能用晨起大力咳出的肺内深处之痰液，并在1小时内送验，检出率高；若咳嗽不力仅吐些口腔唾液就毫无意义。

创伤性检查，听起来吓人，其实不可怕。60年代应用光导纤维支气管镜（简称纤支镜），它的管径细，较软能弯曲，并检查前局部喷麻醉药，所以不觉痛。纤支镜经鼻腔或口腔插入呈倒树枝状的支气管内，能直接看到长在较大支气管壁上的癌肿，并可拍彩照；可以用小直径钳子钳取小粒癌组织；可用细小尼龙刷刷取分泌物作标本，并送作病理检查。三十余年来，国内外进行这种检查不下数百万人次，至今未见到因纤支镜活检而引起癌扩散的肯定性报道。有些老慢支病人活动度稍大就感到气急，怕纤支镜插入后透不出气，有些人因心脏病有时感胸闷气急有顾虑，这些都不必要，只要事先告诉医生，便会给你作心肺功能检查，检查前给予相应治疗，

检查时经纤支镜给氧气或在心电图监护下进行，以增加安全系数，当然纤支镜插入时有点不舒服，一般可忍受，病人不必恐慌，尽量放松配合，插入纤支镜就更容易。若患有青光眼和前列腺炎者应告诉医生，一般情况下医生常会问起，提醒一下更好，可避免因用阿托品而诱发上述疾病发作或加重。

经胸壁针刺肺活检 当病变贴近胸壁处，在局部麻醉下用 CT 或 B 超定位将细针穿刺采取标本，送病理科检验。以上都属创伤性检查，当然有些能忍受的小痛苦，如纤支镜检查后，麻醉药作用消失时，咽喉部有不适感甚或吞咽时有点痛，有时唾液中带血丝，这些均因咽喉粘膜擦伤的缘故。经胸壁穿刺后，痰中也可有血丝，1~2 天后即消失。创伤性检查常可取得癌的真凭实据，对诊断起决定性作用，对治疗方案制订也很有价值，阳性率达 90%。

通过上述各种检查，能明确诊断。切除的肿瘤还会到处跑，有的病人做化疗吃不消，因此产生了“是癌治不好，治好不是癌”的悲观论调。也有人说秘方、单方有效，某某人就是吃好的，有一句老话单方一味，气煞名医，类似的说法不胜枚举，广泛流传，使病家不知所措。

目前在从动、植物和合成化合物中筛选出的 50 万种新药里，再通过反复实验遴选出有效和较安全的抗肿瘤药物 50 余种。然后经国家卫生部审核批准，并指定由抗肿瘤新药基地作临床研究，以证明其有效安全。但抗肿瘤药物常引起消化道出现如恶心、呕吐和食欲不振等的反应，这些可用 5-羟色胺受体拮抗剂枢复宁、康泉、呕必定来治疗，急性止吐效果可达 82%~90%。甲地孕酮如美可司可促进食欲和增加体

重。最令医生头痛的是化疗对骨髓的抑制，致使白细胞降低易遭细菌性感染，严重者导致死亡。但现在有了有效药物称集落刺激因子，它是一种生物制剂，有促进骨髓前体细胞成熟，增强功能，并释放到周围血液中，从而减少白细胞降低的程度和缩短时间，极大地降低细菌性感染的危险性。以上这些均属化疗辅助性药物，大大提高了病人对化疗的耐受性，又保证了化疗的顺利完成。对于化疗时出现的脱发现象，随着病情的好转，会逐步长出来的。如小细胞肺癌对化疗敏感，效果最好，非小细胞肺癌较不敏感且占肺癌的80%，它对化疗有效率从原来15%提高到40%~60%，故化疗的有效率通常在50%~90%。化疗的作用是全身性的，当然亦能使肿瘤缩小，但不如外科切除肿瘤那样快捷和迅速。值得深思的是肺癌虽生于肺部，但因其有好侵犯性和远处转移的本质，难以用局部治疗奏效，所以采取以局部兼顾全身的治疗方法较为妥善。手术后作化疗者5年生存率较单一手术者提高1倍以上。对不符合手术条件的Ⅲ期肺癌，以往常规采用放射治疗，这是一种姑息治疗方法，仅起推迟病情发展的作用，先作化疗或化、放疗后，促使肿瘤缩小为手术创造条件，符合手术条件者作手术切除，会获得可喜效果，其中有些病人的手术标本中找不到癌细胞，医学上称组织学痊愈。有一位30岁左右的女病人，患Ⅲ期小细胞肺癌经化疗手术综合治疗后痊愈，还生了孩子，直到退休后还与医生保持联系。然而人们的观念转变也需要相当长的时间，作者曾遇到了一位有一定文化知识的病人得Ⅰ期小细胞肺癌，化疗后病变完全吸收而痊愈，十余年后听信传言，特地来询问并怀疑他自己

患的不是癌，这种不信科学的态度是不可取的。此外，中医中药有祛邪扶正，杀伤癌细胞及提高免疫力的作用。大力宣传劝阻吸烟，提倡禁烟；菜篮子工程又为国民提供大量新鲜蔬菜、鱼肉禽蛋，精制油供应充沛。政府又大力发展煤气，设计的新工房和旧房改造均有独立厨房，对肺癌的预防均起了很大的积极作用。

(廖美琳)

原发性肝癌

原发性肝癌即通常所称的肝癌。所谓“原发性”是指原本就发生在肝脏中的，也就是由肝细胞或肝内的小胆管上皮细胞恶变来的肿瘤。由身体其他部位的肿瘤，如胃癌、肠癌、肺癌和乳腺癌等经过血液循环或淋巴循环转移到肝脏里来的，则称为继发性肝癌或转移性肝癌。

原发性肝癌（以下即简称为肝癌）是我国常见的一种恶性肿瘤，在各种癌症造成的死亡人数中居第三位，仅次于胃癌与食管癌。肝癌在我国东南沿海一带发病率尤高。以上海市而论，在上海市民中每 10 万人每年即有 27 例新发生的肝癌病例。若上海市民以 1200 万人计，则每年的新发病例在 3000 人以上。江苏省启东、海门一带以及广西壮族自治区的扶绥县一带是肝癌高发区。

肝癌的病因虽说尚未最终查明，但肝癌的发生与下列因素有关，基本已成定论：一是肝炎病毒感染，许多肝癌病人都是从慢性肝炎、肝硬化演变过来的，肝癌病人的血液中能查到肝炎病毒感染证据的在 95% 以上，在肝癌细胞里甚至能

查到肝炎病毒的存在。当然这里所指的肝炎病毒主要是指乙型肝炎和丙型肝炎病毒。第二是摄入某些霉菌毒素，现已查明一种称为黄曲霉毒的霉菌能产生自然界最强烈的引起肝癌的物质——黄曲霉毒素 B₁，有人用含有黄曲霉毒素 B₁ 的饲料饲喂大白鼠，半年后，80% 的大白鼠患上了肝癌。再是常年饮用不洁水的居民发生肝癌的机会多，现在已经注意到在不洁水中常有藻类孳生，某些藻类的毒素能损害人的肝脏。当然，这些都是外因。人体的免疫机能减弱则可能是容易发生癌症的内因。

肝癌患者男性居多，男性发生肝癌的机会约 4~8 倍于女性，高发年龄为 40~60 岁。

肝癌的症状在早期很不明显，甚至毫无症状。病情发展到一定的程度才会逐步产生一些以肝区疼痛、食欲下降、疲乏无力和日渐消瘦等症状。到晚期则会有黄疸、腹水、呕血和昏迷等表现。肝癌病人的上腹部常可摸到巨大的肿块，但此时已绝非早期。肝癌尚可以向肺部等处转移。

我国通用的肝癌临床分期的标准——早期：没有肝癌症状和体征（如摸到肿块等）的病人。因为无任何表现，所以又称为“亚临床期”。晚期：有黄疸、腹水或肝外转移的病例。介于早期与晚期之间的则称为中期。

肝癌早期无症状，病情发展后能产生症状，但常见的症状是肝痛和胃口不好，与慢性肝炎、肝硬化等类似。何况肝癌又大多发生在肝炎、肝硬化的基础上，所以很难依靠这些症状来诊断肝癌。即使摸到肿块或有黄疸、腹水，有时也难同结肠癌和胰腺癌鉴别。所以诊断肝癌必须借助于各种特殊

检查。

甲胎蛋白是一种特殊的蛋白质。在胎儿时期，由胚胎的肝脏产生。出生后 1 年，肝细胞即不再产生这种蛋白质。然而，当肝细胞恶变成为一个肝癌细胞时却又恢复了产生这种蛋白质的功能。所以，除新生儿外，若在血内查到一定量（每升血 400 微克以上）的甲胎蛋白，便可以考虑诊断为肝癌。若能进一步排除妊娠、生殖腺的胚胎源性肿瘤及活动性肝炎等，肝癌的诊断便可以确立。不过，约有 30% 的肝癌病例，甲胎蛋白并不高（每升血 20 微克以下）。这些病例就需要依赖其他的检查项目了。最常用的检查是作 B 型超声波检查。仔细的超声波检查甚至能发现直径 1 厘米如弹子般大小的癌结节。CT 是电子计算机断层扫描的简称。这是一种特殊的 X 光检查，能发现小到 1 厘米直径的癌结节，能显示癌结节与肝内大血管的关系，还能显示肝脏附近的淋巴结有无癌转移及门静脉内有无癌栓等，对于判定能否作手术切除甚有价值。其他如放射性核素扫描、磁共振成像、选择性肝动脉造影等，对肝癌的诊断皆有帮助。若能做肝穿刺取出病理组织作切片检查，诊断更可确定无疑。

肝癌诊断确立以后，若肿瘤尚较局限和肝功能尚好，则应争取作手术切除。对于不能切除的病例，可以应用化学抗癌药物治疗、放射治疗、生物治疗及中药治疗等。如应用得当，能有较好的疗效。

预防肝癌的方法是预防肝炎，防止粮食被霉菌污染和改进饮用水的水质。预防乙型肝炎目前已有疫苗可以应用，我国许多城市已经开始对新生儿注射乙型肝炎疫苗。相信这不

仅能预防乙型肝炎，也一定能起到降低肝癌发病率的作用。

肝癌并非不治之症 肝癌由于发展迅速和病势危险，曾被称为绝症。但近二三十年来肝癌的治疗有了许多进展，治疗效果显著提高，不少病人能长期生存，一些病人事实上已经被治愈。

首先给病人带来根治希望的是作手术切除。虽然早在100年前国外已经有过肝癌被切除的报道，但真正利用部分肝切除来治疗肝癌的手术起于本世纪的50年代。我国此项手术50年代亦已在一些大城市医院中开展。如今，当时手术的病人有个别仍健在，如：病人杨某，男性，工程师，无意中摸到上腹部有一小肿块，于1960年入上海医科大学中山医院外科，经剖腹检查发现为肝左叶肝癌，遂作肝左叶切除，切除物经病理切片检查证实为原发性肝癌。术后半年，病人恢复工作，直到退休，至今健在，肝癌治后已30余年。

70年代，利用检测甲胎蛋白的方法普查肝癌的工作在我国兴起。仅上海一地即查出早期肝癌百余例，其中多数能作手术切除，术后生存率甚高。

病人陈某，男性，工人，1975年被肝癌普查发现为早期肝癌，遂入中山医院肝癌研究所手术，术中发现肿瘤仅约1.5厘米直径，银杏大小，切除后病理切片检查证实为原发性肝癌，术后1年恢复工作，至今已健在18年。

病人秦某，男性，工人，1976年肝癌普查发现为早期肝癌，手术切除后恢复了工作，并成为工厂足球队的门将，至今已17年仍健在。

这一类的病例不胜枚举。据上海医科大学肝癌研究所报

道，早期肝癌若能作根治性手术切除，术后的5年生存率高达72.9%。换句话说，约近3/4的早期发现并作手术切除的病例术后能获长期生存。

1991年5月，上海召开了一次国际肝癌讨论会。开幕式上有近40位治疗后生存5年以上的肝癌病人登台合唱了一支“请把我的歌带回你的家”的歌曲，与会中外人士无不感慨万千。这些病人中的多数相信已被治愈。

对于诊断确立时已经不能作手术切除的病例，以往多认为已无治愈希望。但近年来随着非手术疗法的进展，治疗肝癌的希望之门亦已向少数肝癌病人打开，尽管只是才打开一条缝隙。在这方面最有前景的治疗有以下两项。

一是经肝动脉的栓塞化疗。方法是穿刺股动脉在X线透视下放入导管直至肝动脉，注射抗癌化学药物与碘化油的混合物。抗癌药物自肝动脉直接进入肿瘤之中，可在肿瘤组织中形成很高的浓度，能给癌细胞以致命的打击。碘化油为油质物体，进入肿瘤组织中后，将提供肿瘤组织血液的小动脉分支完全阻塞，肿瘤细胞得不到血液供应，犹如在战争中被断了粮草，自然不攻自破。此种治疗若能反复进行数次，疗效甚佳，试举一例说明：

病人陈某，男性，干部。因患肝癌诊断确立时已不能手术，遂作栓塞化疗，2年中共治疗9次。甲胎蛋白降至正常，肿瘤自12厘米直径缩小至2厘米，至今已8年仍健在。

当然此病人是否已被治愈，尚待更长时间的观察。本人曾选择16位确诊时因肿瘤过大已无法作手术切除的肝癌病人作栓塞化疗。经过平均35次治疗后15例肿瘤缩小，其中

11 例缩小明显，竟又重新获得手术切除之条件而被“二步切除”。检查所切除之肝癌组织，几乎全部病例的癌组织都有不同程度的坏死，其中 3 例甚至在显微镜下已经找不到癌细胞。因此，可以相信此种疗法将或有可能治愈肝癌。当然，此种疗法主要适合于肿瘤较为局限和肝功能较好的患者。

二是在 B 型超声波的监视之下，将无水酒精直接注入肝癌结节之中。据上海东方肝胆外科医院及日本学者报道疗效甚佳，并认为有可能治愈那些较小的肝癌。

其他如放射治疗、中药治疗和生物治疗等对肝癌的治疗具有一定的疗效。亦有个别病人在治后能长期生存。但若称能治愈肝癌则尚缺少证据。

早期发现是能治愈的关键 虽然栓塞化疗与酒精直接注射有可能给治疗肝癌带来希望，但至今尚无大宗的统计资料加以证明。而且这两种疗法亦主要适用于那些肿瘤尚较局限、肝功能较好的或肿瘤较小的患者，换句话说说是较为早期的病例。

手术切除仍是可望治疗肝癌的主要措施。遗憾的是尽管如今肝外科技技术已经相当进步，但能作手术切除的病例仍然不多。70 年代初，我国统计全国 12 个省份的 3254 例肝癌，能作手术的仅占 5.3%，无法手术的几占 95%。至 80 年代末，肝癌的诊断已经进入电子计算机时代，但能作手术切除的病例，最乐观的估计亦不会超过 20%。

肝癌手术切除率如此之低的原因有二：一是绝大多数的肝癌病例都合并着肝硬化，若手术后肝脏所剩无几，而所剩余的部分又是硬化的肝脏，则肝功能将不能适应需要，手术

即使成功，病人亦将因肝功能衰竭而终；二是肝内的血管极为丰富，肝癌很容易经血液在肝内扩散开来，肝脏里面大大小小都是癌结节，自然无法切除。

提高肝癌手术切除率的关键是早期诊断。早期诊断的肝癌，瘤体较小，仅需切除一小块肝脏即可望将肝癌根除。切去的小则留下的多。由于留下的肝脏较多，所以即使合并着一定程度的肝硬化，肝功能亦尚敷应用。病理学家研究证实，较为早期的肝癌，在瘤结节之外常有一层纤维组织包裹，此时肝癌在肝内扩散的机会较少，手术切除的机会自然较多。

然而，肝脏深藏在上腹深处，而且有着颇为雄厚的储备力量。这对于保护肝脏和保障肝功能以适应身体的需要无疑是十分有利的。遗憾的是这对于肝癌的早期诊断却极为不利。据研究发现，肝癌在长到直径达5厘米之前，通常并不造成任何症状，而且除非长在肝脏的下缘，亦不会被摸到肿块。换句话说，直径在5厘米以下的肝癌，通常是没有症状和有体征的肝癌，也即为早期肝癌。问题是早期肝癌既然没有任何症状，又摸不到肿块，病人为何会到医院就诊？病人毫无察觉的早期肝癌，一旦出现了肝癌的症状或是摸到了肿块，病人来到医院诊察，又已经不是早期。这个矛盾曾长期困扰临床医疗专家。

解决矛盾的办法是有的。肝癌欲望治愈，必须早期诊断。而欲获早期诊断，必须在貌似正常的人群中把那些事实上已患早期肝癌的病人发现出来。发现早期肝癌的办法是对肝癌的高危对象作定期的防癌检查。

肝癌的高危对象是指那些比一般人更容易患肝癌的人。

肝癌好发于 40~60 岁的人。曾遭受乙型肝炎病毒感染, 并形成长期带毒状态 (即乙肝病毒表面抗原—HBsAg 阳性) 的人发生肝癌的危险性比未受过乙型肝炎病毒感染的人高出 30 倍。HBsAg 虽然阴性但仍是慢性肝炎的人则可能为丙型肝炎的患者, 他们发生肝癌的机会亦多。所以, 我国的肝癌高危对象是 40 岁以上的 HBsAg 阳性者或 40 岁以上有慢性肝病病史的人。

对这些肝癌高危对象, 每年作两次甲胎蛋白与 B 型超声波检查, 就能做到肝癌的早期发现。而早期发现的肝癌病例大多能作手术切除, 早期病例手术切除后有近 3/4 的病例能长期存活, 甚至被治愈。

病人熊某, 男性, 干部, 因了解到自己为肝癌高危对象, 主动到医院检查, 结果果然发现为早期肝癌, 及时作手术切除, 肿瘤只约 2 厘米直径, 术后恢复工作至今已 10 年。

事情就这么简单, 技术也不复杂, 关键只在于重视。医务人员应该重视, 凡遇肝癌高危对象应为其安排定期的防癌检查。属于肝癌高危对象的人更应重视, 一方面不要惊慌失措, 因为高危并不意味着一定会生癌, 事实上患肝癌的终究是少数。另一方面确实应该提高自我保健意识, 主动定期到医院作防癌检查。

重视与不重视, 肝癌病人的生命就在这一字之差之中。

(杨秉辉)

大肠癌

大肠癌包括结肠癌和直肠癌两部分。在经济发达的国家

大肠癌为第一、二位常见的恶性肿瘤，大肠癌的年发病率在30~50/10万。在发展中国家，大肠癌的年发病率在2~8/10万。在我国大肠癌大致为第四~六位的常见恶性肿瘤。长江下游与东南沿海的江苏、浙江、上海、福建、台湾及香港为高发区。东北及华北的部分地区发病率也较高。上海是我国大肠癌发病率最高的地区，已从70年代时第六位常见恶性肿瘤跃居成80年代时的第四位。据预测研究，原来认为到2000年大肠癌成为第三位常见恶性肿瘤，但是据1989年上海常见恶性肿瘤发病情况的分析统计，表明上海的大肠癌发病率已提前11年跃居为第三位常见的恶性肿瘤。由此可见，上海大肠癌的发病率迅速上升，促使我们应加强和重视对大肠癌的预防工作，尤其对癌前期病变：大肠腺瘤的防治，大肠癌的早期诊断、治疗以及综合治疗来提高大肠癌病人的生存率。

就癌症预防而言，一级预防是通过消除病因或避免接触致癌物来防止癌症的发生，但这仅限于同吸烟有关的肺癌和少数职业性癌。因此，过去认为癌症的预防主要是二级预防为重点，即处理癌前期的病变、早期诊断及治疗，从而提高生存率。近年来，由于肿瘤学基础研究的不断发展，已有充分证据表明80%以上的癌症与环境因素、生活方式密切相关。同时，致癌过程即始动与促进两个阶段机理的深入研究和阐明，更进一步为预防或阻断癌症的发生提供了理论根据。因此，有些“生活方式癌”是有可能预防的。

大多数研究都强调膳食结构失调是大肠癌的主要危险因素。高脂肪膳食是大肠癌的第一位危险因素。大肠癌高发的美、英、加、澳等国家居民每天每人食物中的脂肪含量都在

120 克以上,而低发的国家居民只有 20~60 克,动物实验也证实,喂高脂肪饲料动物大肠癌的诱发率是低脂肪组的 2~4 倍。上海 1986 年城镇居民脂肪的摄入量为 82 克,近年还在不断增加。如将 1980 年上海居民摄入脂肪的主要来源食油、猪肉和禽肉的消费量与 1970 年相比分别增加了 184%、67% 和 180%。由此可见,随着经济的发展,人们生活水平的提高,消费脂肪量正在迅速增加,成为大肠癌发病增加的重要原因。所以应广泛地宣传并告诫人们随着经济的发展和生活条件的改善,仍宜保持以往少肉、多菜的食谱,而适当增加鲜鱼的膳食。美国国家癌症研究中心提出,将目前每人每天 180 克脂肪降至 100 克,每天纤维素增加 20~30 克,就能降低大肠癌的发病率。其次,膳食中纤维素含量高者大肠癌发病率明显低于少含纤维素食物者。纤维素有助于增加大便量,加快肠内容物排出,缩短致癌性代谢产物在肠道内停留的时间。进食高纤维食物者,平均 14.5 小时可排出所进食物,而进食低纤维素者,则需 28.4 小时。已有研究表明高果胶类的纤维素食物和维生素 C 可预防大肠癌的发生。另外,研究表明蛋白质经高温热解产物能诱发动动物大肠癌,因此多食油煎(炸)、烘烤肉食也会致大肠癌,咸肉、火腿和咸鱼等食物均富含二级胺和三级胺应尽可能不吃或少食。

常见症状 有些早期大肠癌或大肠腺瘤患者可以完全没有症状。到医院就诊所发现的大肠癌的病人中,大致有以下一些症状和情况:

便血 便血就是大便时出血或带血。便血可分为两种:大便时肉眼能看到的滴血、流血、脓血、粘液血便或粪便上带

血，叫做显性出血；大便时肉眼看不到粪便中带血，用化验的方法才能发现大便中含血的，叫做隐性出血，即隐血阳性，通常以加号来表示出血量多少，但出血量多少并不说明病变严重程度，只说明损害血管的大小。

隐性出血通常多见于上消化道病变，如食管、贲门、胃、十二指肠、肝、胆等部位，出血量较多时大便呈柏油样乌黑色，但是如果排除了上述部位的病变后，隐血阳性者需进一步检查大肠。因大肠的长度有 1.5 米，如病变在远离肛门侧的盲肠、升结肠内，肿瘤表面溃破出血，与大便充分混合肉眼往往很难发现，大多数表现为隐血阳性。据统计在盲肠或升结肠内的癌肿 63.5% 可有隐血阳性的表现。

显性出血通常多见于痔、肛窦炎、肛裂、肛管痿症或距肛门较近的结肠的慢性炎症，这种肉眼可见的出血同直肠内或距肛门较近的左半结肠内的癌肿表面溃破引起的出血极易混淆，俗话说“十人九痔”，对肉眼发现显性出血，不论是医生，还是病人本身都不太重视，易忽视而不作进一步检查，据上海肿瘤医院统计发现 476 例大肠癌中，最初发现大便中带血症状者 312 例 (66%)，但是从便血到进行纤维结肠镜检查确诊为癌，最短间隔了 5 个月，最长间隔 42 个月。教训是很沉痛的。

贫血 当长期失血超过机体造血代偿时，可出现贫血。盲肠、升结肠癌位于右半结肠，由于大便在右半结肠呈稀糊状很少因大便摩擦引起肿瘤的出血，即便肿瘤溃破引起的出血，因与大便充分混合不易被肉眼察觉，所以很多右半结肠癌开始的症状以不明原因的贫血为特点，通常不被医生重视而对

症处理,直至贫血严重出现腹块才考虑到大肠癌而进行检查。

粘液便 大肠内易癌变的息肉主要是大肠腺瘤,它可分为三种,管状腺瘤、绒毛状腺瘤和管状、绒毛状腺瘤(混合性腺瘤),其中癌变率最高的为绒毛状腺瘤,此种腺瘤可分泌大量的粘液,而且随着肿瘤的生长,粘液量分泌不断增加,大便次数增多,如果肿瘤位于近肛门口的直肠还可以出现里急后重的症状。

大便变形或变细 通常大肠肿瘤生长在近肛门口侧的直肠内时,随着肿瘤的增长变大,大便可以逐渐变形和变细,大便次数增多,有解不尽感觉,病情发展至肿瘤堵塞肠管可发生梗阻,引起大便困难等。

腹部症状 当肿瘤生长到相当的体积或浸润管壁造成肠管狭窄时,肠内粪便通过受阻,此时可以出现肠鸣音增强、腹痛不适、便秘、腹部胀满,尤其近肛门侧的左半结肠内粪便干燥,发生阻塞情况较常见,往往易发生肠梗阻而引起腹部的症状。

检查 上述大肠癌的症状和情况,同慢性结肠炎、痔、肛裂、肛窦炎、肛管痿症等产生症状和情况极易混淆,如果医生或病人本身不加重重视,忽视必要检查,极易延误诊断,那么有了症状后应该进行哪些检查呢?

直肠肛门的指检 肛指检查简单易行,可以及时发现距肛缘7厘米之内直肠内有无肿物,但临床医生往往忽视肛指检查的重要性,而凭主观臆断就对患者产生的症状以痔或慢性炎症性肠病诊断治疗。有一位患者发现便血去医院就诊,医生未作任何检查,以痔予以治疗,术后仍然大便带血,又去

中医院看中医，也未作检查拟“痔”进行治疗，后出血增多又到另一所医院就诊，医生经肛指检查，就发现距肛缘5厘米处直肠内有2/3圈癌肿，此病人从便血到最后明确诊断间隔了10个月，这种沉痛的教训至今还时常发生，是很可悲的。

乙状结肠镜检查 可以发现距离肛门25厘米以内大肠内的病变，并能取活检进行病理检查，确诊病变性质，对有明显的痔或肛周病变患者在治疗前，至少须进行一次乙状结肠镜检查以排除大肠内的病变，大肠癌和痔同存是很常见的，而且这些患者容易被医生或自己延误诊断。

X线气钡双重对比造影 气钡双重对比造影的优点是能显示常规钡灌肠X线所不能发现的更小的病灶，从而提高了早期大肠癌和腺瘤的发现率和诊断的准确率。但目前经纤维结肠镜下发现的小于0.8厘米小肠扁平腺瘤和早期大肠癌很难被造影发现，故阴性患者，若有症状仍应进行纤维结肠镜检查。

纤维结肠镜检查 就目前而言是对大肠病变诊断最有效、最安全和最可靠的检查方法，它不仅可澄清钡灌肠X线检查有疑问的病变，而且对发现的癌前期病变（大肠腺瘤）能及时在镜下用高频电灼摘除，广泛采用此种方法就能提高早期大肠癌的发现率。

大肠癌的高危因素

大肠腺瘤 大肠癌不同于其他部位的恶性肿瘤，绝大多数大肠癌都起源于先前存在的腺瘤，所以腺瘤癌变的概念已被广泛地认可。因此，早期发现腺瘤和积极地治疗就能中止其癌变，防止大肠癌的发生。纤维结肠镜的问世，为早期发

现癌前期病变(大肠腺瘤)和早期大肠癌提供了有利的条件,而且发现绝大多数腺瘤可在肠镜下经高频电灼摘除,替代了过去治疗大肠腺瘤需要常规剖腹手术,故大肠癌的预防关键被期望从这里开始。因此,对大肠内的腺瘤无论大小和组织学类型,一经发现不容忽视,应积极治疗。

家族性结肠多发性腺瘤病 该病均有明显家族遗传史,故又称遗传性息肉病。大肠内的腺瘤大小不一,可分布于整个大肠,通常以左半结肠为主,绝大多数是管状腺瘤,同时可有绒毛状腺瘤和管状腺瘤(混合性腺瘤),癌变率可达50%~100%。故对家族性腺瘤病一旦诊断明确,必须作根治性治疗。根治性治疗前应该常规用纤维结肠镜行全结肠检查,若末端回肠内也有腺瘤,那么作根治性全部大肠切除术达不到根治的目的,只能作选择性大肠切除术。再则,如果回盲部或直肠内腺瘤较少者,则可通过肠镜下高频电灼摘除,而保留一部分大肠的功能。

溃疡性结肠炎 慢性溃疡性结肠炎症的病人发生大肠癌的机率比正常人要高出5~10倍。如果慢性溃疡性结肠炎持续呈活动性而长久不愈,从起病10年后开始,每年大约有10%~20%的病人会发生癌变,但一时性的溃疡性结肠炎病人或直肠孤立性溃疡病人无潜在癌变危险。慢性溃疡性结肠炎者,应该积极进行治疗,且密切进行纤维结肠镜检查的监视。

大肠癌病人的自我保健法

葡萄糖酸钙 经研究表明钙能降低大肠上皮细胞的增生速度,患有大肠腺瘤或大肠癌术后者,可以服用一些葡萄糖

酸钙，每天 1.25 克，葡萄糖酸钙能加强大肠对水的重吸收功能，故便秘患者不宜服用此药。

空腹饮用盐水 大肠腺瘤或大肠癌术后病人，有时肠粘连使大肠内容物排出减慢，由于水份吸收过多，导致大便硬结，形成便秘，故除了多食果胶类纤维素和蜂蜜等外，清晨起床，若能服 500 毫升温盐水，不仅能促进肠蠕动且能避免大肠对粪便中的水份吸收过多，从而缓解便秘情况。

及时就诊 即使以往确实有慢性结肠炎或痔、肛裂等肛周病变者，如有了肛肠病变的症状和情况，都应及时去医院就诊，通常有经验的医生都会常规进行肛指检查，以及应该主张你进行钡灌肠 X 线检查和乙状结肠镜检查。有条件的最好能进行纤维结肠镜检查，因为大肠有 1.5 米，只有纤维结肠镜才能对大肠进行直视下的完整的检查，但是有些医生或病人往往凭主观臆断自以为是，认为进行检查有一定痛苦而不做，以至延误诊断，据上海肿瘤医院统计的 476 例大肠癌病人从最初症状到最后作纤维结肠镜明确诊断，平均间隔了 18 个月，以至使一些病人丧失了手术治愈的最佳时机。尤其患大肠癌同时又存在痔、肛裂、肛窦炎或慢性结肠炎等病变，这些情况更易被延误诊断，所以在治疗痔、肛窦炎、肛裂、慢性结肠炎等病变前必须要求医生进行大肠的检查，以排除大肠内的病变。

大肠癌的高危对象 (1) 在高发地区有症状的人或 40 岁以上人群；(2) 曾患有大肠腺瘤或大肠癌的病人；(3) 患大肠腺瘤或大肠癌直系家属者；(4) 有遗传性息肉病的家庭成员；(5) 有血吸虫病史的病人；(6) 盆腔接受过放射线治疗

的病人。

上述的高危人群最好定期进行纤维结肠镜检查的密切监视，有利大肠癌的早期发现和及时治疗。

随访要求 大肠癌的发生与腺瘤密切相关，曾患有大肠癌或腺瘤的患者，日后再患大肠癌或大肠腺瘤要高出正常人群的6倍，所以这些病人术后除了进行隐血试验、B超、胸透和肛指检查外，还应该常规地永久性地进行定期纤维结肠镜检查的监视。

通常大肠腺瘤或大肠癌患者术后3个月内，应常规进行首次纤维结肠镜的随访检查，因为大肠腺瘤和大肠癌都是呈多发性的，术后及时检查可以早期发现腺瘤和大肠癌同时存在。如无异常发现，半年后进行第二次随访检查；若仍无异常发现，1年后再进行第三次随访检查；如连续3年无异常发现，其后每2~3年作一次纤维结肠镜的监视。据上海肿瘤医院统计表明，无症状定期随访检查发现多原发癌75%是早期癌，而且随着随访时间的推移，大肠腺瘤检出率增高而多原发大肠癌的发生率下降。

诊断与治疗中应注意的有关问题 就目前来说纤维结肠镜是最简便、最有效、最可靠的检查方法，但是作过纤维结肠镜检查者并非能高枕无忧，因大肠有1.5米长，纤维结肠镜进行全结肠检查有一定难度，所以一定要了解是否作了全部大肠的检查，一般有经验的医生除在极个别特殊的情况下，99%均可插到末端回肠进行全部大肠检查，因此曾作过纤维结肠镜检查而没有发现异常者：(1) 一定要了解检查到的部位，尤其是老年患者，大肠癌大多数发生在升结肠和盲肠的

右半结肠，必须进行全结肠检查，再则大肠癌术前亦必须进行全结肠检查，以了解有没有第二个原发癌或者大肠腺瘤的同时存在，及时提示临床，手术时一并切除以避免第二次剖腹；(2) 即使已作全部大肠的检查，仍有症状者应该到专科医院或有专长的医院去进一步检查，因为纤维结肠镜检查对大肠内有些小的病灶亦易遗漏，如不加重视，延误诊断的教训是很多的。

治疗的有关问题 大肠内绝大多数的腺瘤和腺瘤早期癌变的病人，可经纤维结肠镜下行高频电灼摘除手术，而不需要剖腹作手术切除，绝大多数的大肠癌目前最好的治疗方法是通过作根治性手术治疗后，再进行适当的化学治疗。

哪些情况必须作腹壁造瘘（人工肛门）？大肠的组织结构有四层，粘膜层、粘膜下层、肌层和浆膜层，如果癌细胞局限在粘膜层、粘膜下层者为早期癌，但只有局限在粘膜层的早期癌才不会有转移，而浸润粘膜下层的早期癌 10%~29% 有局部淋巴结的转移。如果癌肿在距肛门 8 厘米以内的直肠，癌细胞已浸润粘膜下层者，作根治性切除手术就必须作腹壁人工肛门。此外，经纤维结肠镜下高频电灼摘除的腺瘤早期癌变者，如果浸润粘膜下层，有以下情况之一，必须补充根治性的切除术：(1) 癌细胞分化很差，通俗说就是恶性程度比较高；(2) 癌细胞占据全部的粘膜下层而且接近肌层；(3) 在淋巴管或血管内有癌细胞浸润或癌栓形成者。

通常大肠癌作了根治性的切除术后，视各人具体情况，需要补充放射治疗和进行化学治疗来提高疗效，化学治疗至少进行 2 年。

康复指导 大肠癌病人手术后的康复，主要应做到以下几点：

1. 饮食应多食有不同颜色的新鲜蔬菜和新鲜的鱼类，注意多食一些纤维素食物，尤其是果胶类纤维素，如含钾较高的香蕉等，因为癌症的病人体内含钾量通常低于正常人。

2. 适当服用维生素 C、维生素 E 和葡萄糖酸钙类药物，因为维生素 C 和维生素 E 具有抗氧化剂的作用，保护机体免受某些致癌物质的影响。钙具有降低大肠上皮细胞的增殖过快和过度的作用。

3. 摄入适量的硒，因硒具有抗氧化剂作用，可使一些致癌物质失去活性，动物实验已经证实在饲料中适量加入硒可使大肠癌的诱发率降低。患者可口服适量的硒。

4. 保持每天排便的良好习惯，如便秘者清晨起来可服用一些温盐开水，有利清洗肠道，促使肠蠕动，避免粪便中致癌物质在大肠内停留，与大肠粘膜接触时间过长，并且能缓解便秘。

5. 手术后在全身情况许可下，坚持 2 年的化学治疗，视病情而定，可用口服的或静脉给药。

6. 手术后即使无症状也应该定期去医院随访检查，除了一般的全身检查外，必须常规进行纤维结肠镜的随访检查，这样发现腺瘤及时摘除，就能防止第二原发大肠癌的发生。

(大肠癌专题组供稿)

胰腺癌

近年来，胰腺癌的发生率有增长趋势，且多见于中老年

者。胰腺的位置深，胰腺癌初期又缺乏典型症状，故早期发现不易。但若有下述症状：(1) 无痛性黄疸，并逐渐加深，此因胆管末端通过胰头组织才进入十二指肠，胰头部肿块压迫胆总管出口所致；(2) 上腹疼痛，并伴有消瘦和食欲不佳，此系胰体尾部的周围有众多的神经，肿块侵及神经而牵涉到腰背部所致。此时，应尽早到医院检查。

首先需作B超检查，因B超扫描对胰头、体尾部癌的诊断很有帮助，并可检出肿瘤的具体位置和大小。

胰腺癌的治疗以手术为主。胰头癌需作胰十二指肠切除术，即切除胰头、胆总管下端和十二指肠；胰体尾癌需作胰大部切除术；癌不能根治时则需作胆总管空肠吻合术，以缓解黄疸，改善生活质量。

(张延龄)

乳腺癌

乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤。据世界卫生组织统计，全世界每年约有120万乳腺癌患者，其中54万为新发病数，每年约有50万死于本病。

我国乳腺癌发病率虽较西方国家为低，但近些年来，随着人民生活水准的提高以及饮食结构的改变，其发病率正在逐步上升，且城市比农村高，沿海比内地高。

上海市1989年恶性肿瘤登记资料中乳腺癌发病率已列为女性恶性肿瘤中的首位，并有增加趋势。当今，已日益引起人们的重视。

乳腺癌的病因 乳腺癌象其他癌症一样，它的病因迄今

尚不清楚。人们只是根据临床分析、实验研究及流行病学研究，虽然目前不能完全解释为什么会得乳腺癌，但却能从不同的侧面揭示一些发病的因素。了解这些知识，无疑对预防乳腺癌是会有好处的。

就目前来讲，一般认为可能与月经、生育状况、哺乳、乳房良性疾病、体重、乳腺癌家族史、激素、饮食以及放射线等因素有关。如发生乳腺癌的危险性在月经初潮年龄早的妇女比初潮年龄迟的妇女为高；绝经年龄迟的较绝经年龄早的为高；或者也可以说，妇女一生中行经年数长的比行经年数短的为高；未婚者比已婚者为高；初次生育年龄在大于 35 岁者比小于 35 岁者为高；婚后不育者较有育者为高；生育后不哺乳的妇女比哺乳者为高；哺乳时间愈长者发生乳腺癌的危险性则愈低；以往曾有乳腺良性疾病史者亦可增高发生乳腺癌的危险性。并且认为，绝经后体重超过正常标准或者高脂肪饮食者，由于体内总脂肪量大，亦能增加发生乳腺癌的危险性。另外，激素的问题在乳腺癌的发生过程中有着十分重要的作用。因此，凡能引起体内激素特别是雌性激素水平增高的因素都可能增加乳腺癌发生的危险性，比如环境和精神的影响、高脂肪饮食、雌激素治疗更年期综合征等。至于放射线作为致癌的因素亦早被人们所确认，特别对接受大剂量放射线的人。

当然，存有以上这些因素的妇女，是发生乳腺癌的高危险因素。但这不是绝对的，乳腺癌的发病是复杂和综合的因素。故可以针对以上一些因素，在人们生活的过程中加以适当注意。

乳腺癌的高危因素和高危对象 综上所述,可提出以下一些发生乳腺癌的高危险因素:(1) 月经初潮年龄在 12 岁以前;(2) 绝经年龄在 55 岁或以上;(3) 未婚或婚后不育者;(4) 初次足月产年龄在 30 岁以上;(5) 初产前有多次流产史;(6) 生育后不哺乳或很少哺乳;(7) 有乳腺良性疾病史;(8) 有乳腺癌家族史或已患一侧乳腺癌者;(9) 体重有较明显增加者,特别在绝经后。

对高危对象应开展定期的乳房自我检查,并至少每年一次请专科医生检查。如果有任何异常感觉者均应及时就医。

乳腺癌的主要临床表现 一位妇女,特别在 30 岁以上并且有上述的“易感因素”者,要经常警惕发生乳腺癌的可能。那么,乳腺癌究竟有什么表现呢?乳腺癌常见的临床症状有:

乳房肿块 是乳腺癌的主要临床表现。大多数是病人自己无意中发现的。一般不痛,摸起来比较硬,外形不很规则,表面不太光整,边界不十分清楚。在早期时肿块较小,能被手指推动,活动性逐渐变小。如果癌瘤长在靠近皮肤,有时局部皮肤可以见到如“酒窝样”凹陷,皮下淋巴管受阻后,皮肤表面出现很多点状小凹陷,称为“桔皮征”。若癌瘤接近乳头,有的可使乳头回缩甚至固定。肿块向后浸及胸肌或胸壁时则逐渐变成固定。

疼痛 首先应当肯定乳房有疼痛感觉并不是乳腺癌所特有的和主要的病症。绝大多数乳腺癌早期阶段可无任何感觉。但有一部分病人先是感觉乳房疼痛,多为隐痛或刺痛,又总是固定在某一部位。凡有这种症状者,应提高警惕,最好就医检查,暂时摸不到肿块,决不能否定乳腺癌的可能性,也

应定期复查。

乳头溢液 不是乳腺癌所特有的，大多数乳腺癌病人是没有的。但可在一部分乳腺癌病人中出现，或者过去曾有过。有些先有乳房肿块，后出现乳头溢液，大多呈血性、浆液性或水样；有些先有溢液，后出现肿块；也有的只有溢液而始终摸不清有肿块。虽然在临床上大多数的乳头溢液是良性的，但一旦出现，也必须保持高度警惕。一般来说，乳腺癌的乳头溢液为单侧乳头、单孔、自动溢出。有乳头溢液者必要时需手术治疗。

其他 除上述症状外，乳房皮肤或乳头有时有不明原因的发痒或糜烂；一侧乳房表面发热感，特别在有肿块或乳房固定疼痛部位的表面；有的病人可先在腋窝出现肿块而乳房内并未摸及肿块等等，提醒人们保持警觉。

乳房自我检查 (BSE) 在了解到乳腺癌的高危险因素及其表现后，平时，人们如何去及早发现乳腺癌呢？用什么方法最好呢？除了去定期检查外，最好是每位适龄女性（一般指 30 岁以上）掌握和认识乳房自我检查的方法及其重要性，对及早发现乳腺癌有其积极的意义。上海已有初步研究资料表明，“乳房自我检查”对早期乳腺癌的发现从以往的 21% 上升到 55%。由于早发现、早治疗，才能获得良好的疗效。学习和掌握怎样检查女性自己乳房的知识，为早期发现乳腺癌提供帮助。以下我们就介绍用简便的“三步骤”作为乳房自我检查的方法：

在洗澡时 洗澡时检查自己的乳房，尤当皂水尚未洗去前，手易在潮湿润滑的皮肤上移动。将摊平的中间三手指的

指腹，轻柔地移动，检查每侧乳房的每个部分，用右手检查左乳，左手检查右乳。检查乳房有无肿块、硬结或增厚。

在镜子前 对着镜子，两手下垂于身体两旁，再将两上肢慢慢地上举过头，观察乳房的任何改变。如乳房的轮廓，有无肿起部分，有无皮肤微凹或乳头的改变。然后，双手插腰，观察两侧乳房是否对称。要求每月检查一次。经过对自己乳房的观察，一旦有改变时，能及时发现。

在平卧时 平卧检查时，宜在被检乳房侧的肩胛下填放一个枕头或软物，再将同侧的手放在头后，能使乳房组织更均匀地分摊在胸部。将摊平的手，轻压在乳房皮肤上，以乳头为中心，开始于乳房的外上方，右乳依顺时针向，左乳作逆时针向逐渐移动检查，从乳房外圈起，至少3圈，直至乳头。

最后，在拇指和食指间轻挤乳头，观察有无乳头溢液。如有溢液，注意是澄清的还是混浊的；是黄色、乳白色或血性的。一旦发现，应即就医。

乳房自我检查的最佳时间是在每次月经来潮后一周，此时乳房较为柔软或松弛，便于检查。绝经后的妇女应在每个月的月初，便于记忆。子宫切除后的妇女，可由医生确定每个月检查的适宜时间。

每月进行乳房自我检查可使自己安心，如无异常情况发现，每年仍要请医生检查一次，以免有误。

降低乳腺癌危险性的措施

1. 青春期适度节制脂肪和动物蛋白质的摄入，适当地增加体育活动，这样可减少体内过量脂肪积聚，还可能延缓性

成熟，推迟月经初潮时间以及规则月经的建立。此外，在青春期尤其是月经初潮出现前夕，避免不必要的X线及其他放射线的照射。

2. 提倡合理的生育年龄，产后鼓励母乳喂养婴儿。因为哺乳不仅可降低乳腺癌的危险性，而且对婴儿的健康有益。

3. 妇女在更年期尽量避免使用雌激素，为治疗更年期综合征，需要补充雌激素时，应保持最小剂量，最短疗程。

4. 更年期后，适当增加体育活动，控制总热卡摄入，减少体内过剩脂肪，从而降低合成雌激素的程度。

在乳腺癌诊断、治疗中应注意的问题

1. 乳房是人体体表器官，乳腺的肿瘤理应容易被发现、被查出，可实际上发现的腺癌小于1厘米的尚不足5%。为什么“小癌”发现率如此低呢？一方面是病人警惕性不高，未进行或未认真地进行“乳房自我检查”，或由于乳房较大，生长部位较深或人体较肥胖不易摸到。另一方面是医生仍沿用“乳房肿块”作为诊断乳腺癌首要病症的传统概念，忽略了一些轻微症状。有警觉性的病人和有经验的医生能通过“BSE”和触诊发现小于1厘米的肿瘤。当然，任何一种检查都有其局限性。当今，对乳腺癌的诊断已从单纯触诊发展到联合诊断方法。近些年来，通过普查及乳房摄片已能发现摸不到肿块的乳腺癌病人。因此，对高度怀疑的对象，即使摸不到肿块，亦要利用多种诊断手段，如仔细的临床触摸检查、乳腺的X线摄片、超声波甚至对可疑区进行针吸细胞学或手术切除组织学检查等，可发现一部分早期病人。即使仍不能确定性质，也不能轻易否定，应定期随访复查。

2. 随着现代医学的发展,对乳腺癌的治疗效果已有了明显的提高。目前的治疗手段有手术治疗、化疗、放射治疗、内分泌治疗、免疫治疗及中医中药等方法。对能手术的乳腺癌仍以手术为主要手段。第一次手术对预后有一定影响。近年来更认识到综合治疗是提高乳腺癌疗效的有效措施。所谓综合治疗就是指手术与化学治疗、放射治疗和内分泌治疗以及免疫治疗等的综合性治疗。手术和放射属于局部治疗,化疗、内分泌治疗以及免疫治疗属周身性治疗。因为,即使是乳腺癌的“早期”和“微小癌”阶段亦还有部分病人可发生远处转移,说明这些转移可能是在手术前已经存在但是未能发现的亚临床病灶。对乳腺癌的早期治疗效果较好,随着肿瘤增大其治疗效果也就相应愈差。手术切除了肿瘤后对这些亚临床型转移灶就需要用全身的治疗方法去消灭。这样,一方面就要求外科医生除手术外,还要对应用化疗、放疗、内分泌治疗以及免疫治疗等方面都有一个全面而深入的了解。当然,综合治疗并非是各种治疗方法的相加,还应根据病情选用合理的综合治疗方法。同时希望病人能充分了解乳腺癌综合治疗的必要性,很好地配合医生,自觉地乐于接受各种治疗,以利于康复和生存。

乳腺癌康复指导

乳腺癌病人在手术后要重视精神上的康复 尤其年轻病人,手术后感到外形影响或感到胸部两侧不对称,常带来情绪上的忧虑和低落感。这就要求家属、亲友和医护人员等多与病人谈心,宽慰、帮助病人使其感到温暖、亲切,使其感到自我的存在,精神放松,对生活充满自信,这对于缓解病

情、延长生存和提高疗效是有积极意义的。

加强上肢功能的锻炼 乳腺癌术后往往上肢功能受到一定影响，抬起困难；由于手术要清除腋窝淋巴结，上肢常有不同程度的肿胀。这在术后放疗者更明显。因此，术后必须加强上肢功能的锻炼。锻炼应在术后早期开始，否则形成疤痕后再锻炼其效果较差。锻炼方法宜在术后2~3天起，先锻炼腕部及肘部的功能，7~8天后开始锻炼肩关节的功能。可以用健侧上肢协助病侧上肢及肩关节作高举及旋转运动，上肢亦可以作爬墙动作，逐日观察功能恢复的情况。经过积极的锻炼，不仅可使上肢功能得以恢复，且可减轻上肢的水肿。

防止患侧上肢的感染 为了防止上肢发生感染应注意以下情况：(1) 不要在患侧上肢抽血、打针、测血压；(2) 不要提取重物；(3) 患肢皮肤不要碰破、切破或抓破，如有破损及时消毒、包扎；(4) 防止患肢霉菌感染如甲癣、嵌甲等情况；(5) 避免虫咬、蚊叮；(6) 带手表手镯时松紧适度，以免皮肤擦破；(7) 衣服袖口不用较紧的橡皮筋或罗纹口；(8) 吸烟者避免手指烧伤。

对健侧乳房要开展“乳房自我检查” 具体方法参见148页。

注意复发的可能性 乳腺癌术后若复发或转移者，60%是术后头3年内，20%发生于术后2年，5年后复发或转移者20%。复发或转移病灶如能早期发现，及时治疗，仍能获得较好效果。因而对有些症状需加注意，提高警惕，及时就医。这些症状是：(1) 患侧手术疤痕及胸壁区有无异常改变，如隆起的硬结、散发的红点等；(2) 患侧胸壁、对侧乳房以及

肩、髋、后背、骨盆部持续性疼痛；(3) 不明原因的较长时期的咳嗽，有时声音嘶哑；(4) 不明原因的消化功能障碍，恶心、呕吐、腹泻以及上腹或右上腹不适；(5) 食欲不振，体重下降；(6) 持续性乏力。

术后定期复查 这是很重要的。一般要求在原手术医院定期进行检查，以利指导功能康复以及尽早地发现有无复发或转移的可能性。术后1年内每2~3个月作一次检查；第2~3年每3~6个月复查一次，3年后至少半年复查一次，即使5年以后亦仍需每年复查1~2次。复查包括局部和周身检查，包括健侧乳房摄片、肺部X线摄片、肝功能检查以及肝区超声波检查。骨痛时可进行骨骼的X线摄片或同位素骨扫描检查。同时还需定期作血、尿常规检查，以利于了解周身健康状况以及有无复发的可能。

术后病人的饮食 宜以高蛋白饮食为主，避免多吃脂肪类食物，尤在绝经后病人，多进蔬菜类食物及维生素。

要进行适宜的体育锻炼 防止发胖，有利病人的及早康复。

一般讲，乳腺癌术后可以进行正常的性生活。因为乳腺癌术后不会影响性欲，况且适当的性生活有利于病人对生活充满自信，认识到自我的存在，有利于病人康复。

乳腺癌术后是否能再妊娠；再妊娠是否会促进肿瘤的复发？这是个有争议的问题。但多数意见认为由于妊娠期及哺乳期体内内分泌的改变，以及哺乳对乳腺吮吸的刺激，常可影响肿瘤的发展。由于术后复发大多在3年内，因此建议希望术后再妊娠者，若淋巴结无转移者，可在3年后再次妊娠，而

淋巴结有转移者，望至少间隔 5 年，如无复发时再考虑妊娠。

(乳腺癌专题组)

宫颈癌

宫颈癌是最常见的女性恶性肿瘤之一，从世界范围来讲，宫颈癌已成为继女性乳腺癌后的第二大常见女性恶性肿瘤，全世界在 1980 年共有宫颈癌病例 46.58 万例，我国有 13.23 万例，占世界的 28.4%。宫颈癌的发病在各地不一，在世界上哥伦比亚、罗德西亚（非洲）、德国发病率高，以色列发病低。我国各地发病也不一，1974 年江西靖安县普查宫颈癌的患病率达 13.98/10 万，而广东三县的患病率只有 5.63/10 万。迄今为止宫颈癌的病因尚未定论，多数学者认为可能与性紊乱、早婚、早育、多产、宫颈炎、性伴侣包皮垢、性激素失调、外生殖器不卫生、吸烟、社会经济条件和精神因素有关。近年来，国内外许多专家认为病毒引起宫颈癌的可能性最大，可经性接触传播，因而有人把宫颈癌列为性传播疾病的一种。近年来国外报道，年轻妇女宫颈癌的发病增加。上海市区资料，近年来平均发病年龄也有提前趋势。上海市宫颈癌经过几十年的防治工作，发病率已有明显下降，解放初的发病率为 145/10 万，近年来已下降到 4.9/10 万，宫颈癌的防治工作实践证明，坚持妇女病普查普治，实现三早，使宫颈癌早发现、早诊断、早治疗就能大大地提高治疗效果和生存率，上海市子宫、卵巢癌专题协作组资料：近年来，上海每年仍有 200 例左右新发病例，平均发病年龄为 65 岁，50 岁及 50 岁以上病例约占 95%，发现时大多属晚期，故子宫颈

癌防治工作不容忽视。

宫颈癌的常见症状 早期子宫颈癌病人，常无明显的症状。最早的症状，往往在房事后或妇科医生做过妇科检查后，有少量接触性出血。以后年轻病人会出现不规则的少量阴道流血，老年及中年妇女出现绝经后阴道流血。早期的出血，量不多，没有疼痛，所以常常易被忽略。当癌的病灶进一步扩大，会出现白带增多，有时混有血性白带，早期时白带不一定有臭味。

晚期宫颈癌病人可有不规则阴道出血或冲血，绝经后出现这种现象，人们把它叫做“铁树开花”，是宫颈癌的典型症状。晚期病人癌的病灶大，往往伴有发炎，所以白带多呈水样、血样、脓样，医学上称它“米泔水”样伴明显的恶臭。当癌灶扩散到盆壁、神经时，病人会出现下腹痛、腰骶部疼痛和下肢痛。如果癌灶压迫大血管及淋巴，会出现下肢肿胀。如果癌灶扩散到直肠、膀胱，会出现便血、腹泻、大便时里急后重、血尿和解尿困难等症状。到了末期，病人有发热、贫血、明显消瘦。

高危因素及自我保健方法 宫颈癌发病的高危因素有以下几方面：

早婚、早育、多产的妇女 国外流行病学调查资料已肯定，性生活开始早的妇女发病率高。1979年山西省报道，18岁以前结婚者宫颈癌发病较25岁后结婚者高出20多倍。北京市普查的结果亦说明20岁以前结婚者的患病率比21~25岁结婚者高3~4倍，比26岁后结婚高7倍。上海市1985~1986年宫颈癌发病调查资料：宫颈癌患者平均结婚年龄为

20.84岁。第一次性交年龄比第一次结婚年龄更重要，推迟性交年龄可下降宫颈癌的发生。初产年龄小的妇女宫颈癌发病高。北京市资料说明，宫颈癌的发病随分娩产次增加而上升，7胎以上妇女发病率为358.5/10万，分娩产次1~2胎为31.07/10万。上海市区1988年资料，宫颈癌病人的平均产次为5.35次。

性生活紊乱 修女及尼姑不易发生宫颈癌。有一份调查报告，报道了13000名加拿大尼姑中没有一个尼姑患宫颈癌。上海医科大学公共卫生学院流行病学教研组在江西靖安县普查发现415名宫颈癌妇女，通过研究，证明性行为（包括本人、丈夫结婚次数及婚外性伴侣数）与宫颈癌发病有关。现在公认，宫颈癌的发生同性传播有关。资料证实，性交过早、妓女、男女双方多次结婚、双方性紊乱，宫颈癌发病高。

宫颈糜烂 据妇产科专家林巧稚等分析，有宫颈糜烂的妇女宫颈癌发生率（0.73%）显著高于无宫颈糜烂的妇女（0.1%），尤其是有宫颈中度糜烂及重度糜烂的妇女。

包皮垢 在犹太妇女中很少发现宫颈癌的病人，很多资料说明在穆斯林教妇女中，宫颈癌的发病率很低。犹太人及穆斯林教有规定，凡男孩都要例行包皮环切的风俗，这些民族和宗教地区中妇女宫颈癌发生率低，提示了包皮垢与宫颈癌发生的关系。

经期及性交不卫生 经期不注意卫生：如月经垫不洁、经期性交、外阴不清洗；性交不卫生：人流后、产后阴道流血未止时性交；与外阴不洁的男子性交。在上述这种情况下，妇女容易患生殖道炎症，尤其是患子宫颈炎，这些妇女将来

患子宫颈癌的发生率高。

病毒感染 在宫颈癌的病因方面，近年来研究认为疱疹病毒Ⅱ型、EB病毒、人乳头瘤病毒与宫颈癌发病有关，有人发现Ⅱ型疱疹病毒感染的病人，宫颈癌发生率比对照组高6倍。近年来，国内外对人乳头瘤病毒进行了大量研究，认为人乳头瘤病毒16型、18型，国内江西研究出X₁型与宫颈癌发病有关。宫颈癌病人中90%~95%感染人乳头瘤病毒。

年龄 宫颈癌发病随年龄增长而上升。上海市1985~1986年资料：宫颈癌病例中40岁以下发病的占4.21%。50岁及50岁以上发病的占95.79%，平均发病年龄65岁，最小发病年龄30岁，最大发病年龄89岁，我国大多地区及上海市宫颈癌病人年龄大多在40岁以上。

其他因素 国外有“宫颈癌高危丈夫”的提法，即妇女与这种高危丈夫在一起，患宫颈癌的发生率高。所谓宫颈癌高危丈夫是指有生殖道癌症、前妻有宫颈癌史以及性生活紊乱的男性。此外，宫颈癌的发生与精神创伤、社会经济条件和家族肿瘤史有关。

自我保健方法：宫颈癌是可以预防的，宫颈癌的病因虽不清，但有许多高危因素是可人为地加以改变。减少或消除高危因素而达到防止患宫颈癌的目的。积极治疗癌前期病变也可阻断宫颈癌的发生。

定期作妇科防癌检查 妇科普查是世界公认的预防宫颈癌的重要手段，宫颈癌的部位能被医生肉眼所见，比其他癌容易发现，在早期就可作出诊断。诊断方法简便，病人不受痛苦，采用宫颈涂片细胞学检查及宫颈活检作病理检查可得

到确定的诊断。如果妇女能接受宫颈癌防癌普查，主动定期进行宫颈涂片细胞学检查的，不但能早期发现宫颈癌，还能发现癌前期病变。

治疗宫颈癌前期病变 宫颈癌发病过程是比较清楚的，从正常组织到发展成癌约需 10~15 年时间，从原位癌到晚期浸润癌又需 10~15 年，每年约有 5%~6.4% 的癌前期病变患者发展为癌。宫颈原位癌由癌前期病变发展而来的占 106%，浸润癌由癌前期病变发展而来约占 11%，宫颈癌前期病变可进展或回逆。其速度是根据病变的严重程度、年龄、病人的免疫状态和有无病毒感染而不同，发现宫颈癌前期病变后在妇科门诊随防治疗，一般用激光、冷冻、电灼等方法进行局部治疗，可以防止其发展为癌。

注意性卫生 宫颈癌的发病与性行为有非常密切的关系，每个有性行为的妇女要了解性卫生知识，养成夫妇双方每天清洗外生殖器的卫生习惯，在经期、产褥期禁止性生活，防止生殖道感染，性生活应有节制，不宜过频，更不乱搞两性关系，第一次性交年龄越迟，发生宫颈癌的可能性越小，男用阴茎套避孕可预防宫颈癌的发生。

积极治疗生殖道炎症及性病 当一个妇女患滴虫性阴道炎、霉菌性阴道炎、老年性阴道炎、宫颈慢性炎症，尤其是宫颈中度、宫颈重度糜烂的病人，以及患淋病、湿疣等疾病时，应积极治疗，而且要正规治疗，按要求完成每一个疗程的治疗。

有症状及早诊治 当妇女出现绝经后阴道流血及房事后出血、白带增多时一定要及时到妇科诊治，千万不要拖延时

间，以防延误诊断。为了尽早发现异常，妇女最好不穿红色或花色短裤，而穿白色或浅色短裤，这样在短裤上容易发现阴道流血及异常的白带。

高危对象及随访要求 经国内外大量的流行病学调查，妇女容易患宫颈癌的有以下情况：过早结婚的；有过性病的；有“宫颈癌高危丈夫”的；宫颈发炎属中度、重度糜烂的；婚次多或性紊乱的；外阴不卫生或性交不注意卫生的；年龄在40岁以上的，有子宫颈癌前期的病变即病理诊断为宫颈不典型增生或宫颈上皮内瘤变的；宫颈涂片细胞学检验诊断为Ⅱ_b级及Ⅱ_b级以上的；宫颈活检发现有凹空细胞病变的妇女。这些妇女属高危对象，要增加宫颈癌防治知识，提高自我保健的能力，预防宫颈癌的发生。

为了预防宫颈癌的发生，以上妇女要进行定期随访，随访要求：

1. 高危对象妇女每年作一次宫颈防癌涂片检查。
 2. 各级宫颈防癌涂片随访要求，宫颈涂片细胞学检查Ⅱ级的则抗炎治疗3~6个月后复查一次。宫颈涂片细胞学检查Ⅲ级Ⅳ级的，立即复查涂片及作宫颈活检。宫颈涂片细胞学检验Ⅴ级，立即宫颈活检或在阴道镜下活检。
 3. 癌前期病变随访要求，宫颈上皮内瘤变Ⅰ级（轻度宫颈不典型增生）：抗炎治疗每3个月复查涂片，每年宫颈活检一次。
- 宫颈上皮内瘤变Ⅱ级（中度宫颈不典型增生）：治疗炎症每2~3个月复查涂片，每半年活检一次。

诊断及治疗中应注意的有关问题 宫颈癌的防治工作要

强调的是早期诊断及早期治疗。宫颈癌早期诊断并不困难,子宫颈可用扩阴器暴露后用肉眼窥视,只要重视,即使早期诊断也不难,可在宫颈上涂片作细胞学检验,可疑病灶可在肉眼直视下或在阴道镜下作活组织检查。对肉眼看不见的宫颈癌也可通过上述检查方法得到早期诊断。但诊断宫颈癌一定要作宫颈活组织检查,不能以宫颈涂片细胞学检验来确诊。因为细胞学检验会出现假阳性及假阴性的结果,即病人已患宫颈癌,但因病灶在颈管内或局部癌出血、感染等其他因素,出现阴性结果,而实际上是宫颈癌,所以讲是假阴性。有的妇女未患宫颈癌,但因局部有炎症,尤其是年龄较大的妇女容易误诊为阳性。实际不是宫颈癌,所以称假阳性。因而在妇科防癌普查中发现阳性癌涂片时必须作活检进一步确诊;反之,病人有宫颈癌症状而防癌涂片阴性时,还要重复作宫颈涂片检查,甚至作宫颈活检,以防漏诊、误诊。当明确诊断时应抓紧时间治疗,不要到处就医,以免延误治疗时间。

近年来资料反映上海市子宫颈癌病人来求诊时 80%已属Ⅱ期及Ⅱ期以上的晚期,其原因是 95%的病人有了症状未及时去求医,这一状况值得重视。

早期宫颈癌的病人其治疗效果好,5年生存率高,可采用手术方法治疗,若患者年老体弱或因病如心血管疾病等不宜手术时,可采用放射治疗,放射治疗应在医生的指导下进行正规治疗,不可自己随心所欲,有时去有时不去,或因放疗反应自己随便决定停止放疗,必须按医嘱进行治疗。晚期病人也不要放弃治疗,因为晚期病人用放疗后病灶缩小可减少痛苦,延长生命。

康复指导

定期随访 宫颈癌病人手术是治疗的开始,而不是终结,出院后应按医生的嘱咐定期随访。

随访时间 出院后第一个月随诊,以后每隔 2~3 个月复查一次;出院后第二年,每 3~6 个月复查一次;出院后第二~五年每半年复查一次;出院后第六年开始,每年复查一次,有症状随时求诊。

补充营养 宫颈癌病人一般采用手术、放疗及化疗方法治疗,这些治疗方法,对人体来说消耗很大,因而必需增加富有营养价值的食品,需摄入丰富蛋白质如鱼类、家禽和肉类等食品,多吃一些豆制品、新鲜水果和蔬菜。放疗病人可多吃一些维生素 B₁ 及维生素 B₆ 等,大量维生素可减少放疗反应。

注意外阴卫生 宫颈癌患者应在大便后及每晚用水清洁外阴,放疗病人还可用 PP 溶液冲洗阴道及外阴,以防止上行性感染。

另外还要注意适当锻炼,保持身心愉快。

(妇科三癌专题组供稿)

鼻咽癌

鼻咽癌是我国八大常见恶性肿瘤之一,估计全世界鼻咽癌病例中 80% 发生在我国。鼻咽癌的发病率因地区、种族和年龄的不同而异。鼻咽癌最常见于我国南方如广东、广西、湖南、福建、江西等省和东南亚新加坡、马来西亚、越南等国。东北非和地中海周围一些国家也较常见。欧洲、美洲,大洋

洲和拉美国家则很少见。亚洲鼻咽癌虽然多见，而日本、朝鲜和印度的发病率却很低。世界上有些地区，鼻咽癌的发病率与移居的中国广东籍人有明显关系，广东籍人居住多的地方，则鼻咽癌发病率比当地居民高得多。鼻咽癌患病年龄曲线由 30 岁开始上升，50~60 岁一组为最高峰。在性别方面，鼻咽癌的发病率男性为女性 2~3 倍。

鼻咽癌的病因 近年来鼻咽癌病因的研究，已引起人们广泛的注意。

EB 病毒与鼻咽癌的密切关系 鼻咽癌活组织培养中建立带 EB 病毒的类淋巴细胞株。鼻咽癌患者血清中，可测出高滴度的抗 EB 病毒多种抗原的抗体。中山医大肿瘤医院 1006 例鼻咽癌患者血清中，VCA-IgA 抗体阳性率为 90.9%，而其他肿瘤患者和健康人抗体阳性率分别为 6.0% 和 0.6%。两者之间差异是非常显著的。

环境致癌因素 在美国出生的华裔后代，其鼻咽癌患病率有明显下降，提示与环境致癌因素有关。在广东调查发现鼻咽癌高发区的大米、水中镍含量较低发区为高，并发现鼻咽癌病人的头发中镍含量亦比较高。动物实验证明镍元素能促进亚硝胺诱发鼻咽癌。在广东有吃咸鱼的习惯，并发现咸鱼中有一种诱发癌瘤 N-亚硝胺化合物，动物实验用咸鱼喂大鼠可诱发鼻腔癌和副鼻窦癌。

遗传因素 流行病学调查结果表明，鼻咽癌病人有种族和家属聚集现象。鼻咽癌高发区的人移居到低发区，仍有保持鼻咽癌易感性，保持鼻咽癌高发病率。并且可把这种鼻咽癌的易感性遗传给下一代。例如侨居在泰国的中国人、中泰

混血儿和泰国人三种人的鼻咽癌患病率的比例 3.4:2.2:

1。在多民族聚居地区并不因为同中国人长期聚居在一起,其他民族鼻咽癌患病率有所提高。

常见症状

回缩性血涕 指从鼻咽通过口吐出带血丝或血色的鼻涕。回缩性血涕常发生清晨第一口。因肿瘤表面血管破裂而出血。这是一种早期鼻咽癌的症状,约占全部鼻咽癌病例的70%。

颈淋巴结肿大 是鼻咽癌病人首先发现的症状之一,约占鼻咽癌病人70%~80%。还有一部分颈淋巴结证实为转移癌,一时鼻咽腔还找不到鼻咽原发肿瘤,经过半年~1年才在鼻咽腔寻找到鼻咽癌,故鼻咽癌有颈淋巴结转移早和转移多的特点,但鼻咽癌颈部转移淋巴结往往是无痛性肿大,转移个数多,往往由多只淋巴结转移而融合成巨大肿块。

耳鸣或听力减退 是鼻咽癌早期症状之一。由于鼻咽肿瘤长在鼻咽侧窝或咽鼓管开口上,可引起耳鸣或听力减退、耳内闭塞和卡他性中耳炎等症状。常误诊为卡他性中耳炎而贻误诊断。

头痛 占鼻咽癌病人的50%。头痛病人鼻咽癌病灶并不大,也可有广泛颅底骨破坏,估计与鼻咽癌感染或肿瘤压迫周围神经有关。

面麻 病人一侧眶下面部麻木,丧失知觉。重者半个面部麻木,知觉减退。由于鼻咽癌侵入破裂孔,进入海绵窦压迫三叉神经所致。

复视 向外侧视物有双影,由于肿瘤侵入破裂孔,进入

海绵窦，压迫外展神经所致。

伸舌偏斜、舌肌萎缩 由于同侧舌下神经压迫所致。

高危因素及自我保健方法

高危因素 (1) 祖籍或出生在鼻咽癌高发区的人，由于他的祖先将鼻咽癌易感性遗传给下一代，使下一代容易患鼻咽癌。例如近代中国南方移居到日本的华侨，其男性鼻咽癌发病率比日本男性高 60 倍。(2) 在发病因素的调查中，鼻咽癌具有家属癌史特点，1979 年 9 月~1880 年 8 月中山大学肿瘤医院分析了 1000 例新病例中家属癌，结果发现 10% 病人有癌的家族史。患癌总人数 110 例。其中有 62 例是鼻咽癌，占 56.4%，这提示了遗传在鼻咽癌发生中的作用及其危险性。(3) 鼻咽癌与 EB 病毒感染，据血清流行病学调查，EB 病毒在人类的自然感染非常普遍。鼻咽癌病人体内存在高滴度 EB 病毒抗体而且抗体水平随着病情发展而变化，其中以 VCA-IgA 抗体在鼻咽癌患者中更具有特异性。鼻咽癌病人 VCA-IgA 抗体阳性率为 90.9%。(4) 年龄分布在鼻咽癌中有特殊分布，广东省在广州和佛山两市普查，年龄分布一般 20~69 岁，其中以 30~59 岁为多，占 82.9%。

自我保健方法 与鼻咽癌高危因素相关的人群，都应重视自我保健措施。注意鼻咽癌常见症状的发生，如回缩性鼻涕、耳内闭塞、颈淋巴结无痛性肿大，应及时到医院检查鼻咽。2~3 个月定期 VCA-IgA 抗体检测。对 VCA-IgA 抗体阳性者，应仔细、反复地检查鼻咽部。

高危对象及随访要求

高危对象 (1) 祖籍或出生在鼻咽癌高发区的人；(2)

父母、兄弟姐妹有患过鼻咽癌的人；(3) 有回缩性血涕或颈淋巴结肿大的人；(4) 体检发现血清VCA-IgA 抗体阳性者；(5) 年龄在30~60岁。

随访要求 (1) 对高危人群应定期检查血清VCA-IgA检测；(2) 反复、仔细地检查鼻咽腔内有无早期鼻咽癌。鼻咽癌常见形态有粘膜粗糙型、粘膜隆起型和息肉型。早期鼻咽癌好发部位，以鼻咽顶前壁多见，侧窝或侧壁次之。(3) 对怀疑鼻咽有病变者，应做鼻咽活检和活检涂片除外鼻咽癌。(4) 对一时尚难确诊鼻咽癌者都应定期检查鼻咽，以免延误诊断或漏诊。(5) 早期诊断，早期治疗是提高鼻咽癌疗效的一种重要措施。

病人在检查治疗中应注意的有关问题

1. CT 检查可以帮助了解鼻咽癌向腔外侵犯范围，确定肿瘤范围、准确设野、辅助野配合和剂量确定。

2. 放疗病人，应每周到医院检查一次，照射野应测清楚以便准确照射。记录肿瘤消退情况和正常组织反应。

3. 及时处理放射反应，减轻病人痛苦，增强体质，必要时给予注射高营养制剂支持治疗。

康复指导

1. 放疗前应修补龋齿，拔除残根。

2. 鼻咽癌放疗病人应长期使用氟化钠牙膏，保护牙齿以免碎落和龋齿。放疗病人拔牙前使用抗生素2~3天，以防拔牙引起颌骨坏死或感染。

3. 放射性中耳炎。鼻咽癌病人放疗中后期可发生中耳积液，引起耳内胀痛或鼓膜穿孔，应请耳科医生诊治。

4. 鼻咽癌病人放疗后 1~2 个月会产生面颈部浮肿, 经 4~5 个月浮肿会自动消退。

5. 面颈照射区皮肤及皮下组织丹毒, 放疗病人可见照射区域内皮肤及皮下组织红肿、热、痛、全身畏寒、高热、白细胞增高。治疗应用 5% 葡萄糖注射液 + 红霉素 1.25 克 + 地塞米松 10 毫克, 静脉滴注 3~4 天见效。

6. 放疗后病人, 每 2 个月应随访检查一次, 以免复发或转移, 鼻咽检查、颈淋巴结、颅神经等检查。胸透、肝脏 B 超检查每半年一次。

7. 应休息半年左右, 视体力而选定适当工作。

8. 适当活动, 锻炼, 增强体质, 预防疾病。

9. 增加营养, 高蛋白质、低脂肪饮食。

(张有望)

第二节 传 染 病

霍乱

霍乱曾经分霍乱和副霍乱两种, 是分别由经典生物型霍乱弧菌和埃尔托生物型霍乱弧菌引起的传染病, 目前统称霍乱。

从感染到出现症状要经过数小时至 5 天, 多数为 1~2 天。霍乱发病多急骤, 病人以急剧腹泻、呕吐开始。腹泻多为无痛性, 少数病人可因腹直肌痉挛而引起腹痛, 不伴里急后重。典型病人大便开始为泥浆样或稀水样, 尚有粪质, 迅

速成为米泔水样，少数重病人可有血性便。在严重病例，第一次大便量可超过 1500 毫升。呕吐一般在严重腹泻后出现，但亦有呕吐与腹泻同时或略先于腹泻。恶心少见或较轻。呕吐物先为胃内容物，以后可为米泔水样或清水样。由于频繁的腹泻、呕吐，大量水和电解质丧失，病人迅速出现失水和周围循环衰竭，病人烦躁不安、口渴、声音嘶哑、耳鸣、呼吸增快、神态淡漠或表情呆滞、眼球下陷、面颊深凹、口唇干燥、皮肤寒冷、弹性消失、手指皱瘪和发绀等，肌肉痉挛，尤以腓肠肌及腹直肌为甚。腹部凹陷呈舟状腹。脉搏微弱，血压下降，尿量减少，体温下降，如不及时抢救往往可危及生命。

在地方性流行或霍乱正在流行地区，凡遇剧烈米泔水样腹泻、呕吐、严重脱水等典型临床表现者先按霍乱病人处理，予以及时隔离和治疗。腹泻不严重，1 周内与霍乱病人密切接触史者或来自疫区，有可疑饮食史、外出史、流动人口均应作大便培养，根据细菌培养确立或排除诊断。

霍乱是一种较为凶险的肠道传染病，1960 年前住院霍乱病人的病死率在 20% 以上。近二十年来临床疗效有显著提高，一般不超过 1%。所以，加强霍乱预防是保护人体健康的一项重要工作，切实做到饮食、饮水和个人卫生，不买不吃不洁食品，不喝生水喝开水，牢牢把住“病从口入”关，是预防霍乱行之有效的办法。一旦发现病人，应先予以静脉补液，待休克纠正、病情改善后，再以口服补液补充水和电解质。轻症或中度严重病人可仅予以口服补液治疗。口服液补液配方如下，1000 毫升水内含葡萄糖 20 克、氯化钠 3.5 克、

碳酸氢钠 2.5 克和氯化钾 1.5 克。轻度脱水每公斤体重 50 毫升。中度脱水每公斤体重 80~100 毫升，每隔 2~3 分钟，喝 1 次，4~6 小时服完。儿童每小时每公斤体重 15~25 毫升，腹泻严重时液量可适当增加。严重腹泻和呕吐不能口服者应静脉补液。在口服补液的同时应即送医院隔离治疗，以免疫情扩散。

细菌性痢疾

细菌性痢疾简称菌痢，是由痢疾杆菌引起的一种常见肠道传染病，一年四季都有发病，其中夏秋季较为多见。

在病人和带菌者粪便中带有痢疾杆菌，这种人的粪便污染手、水、食物，经口传染给健康人。苍蝇来去于粪便食物间，对散播病菌和传播疾病起一定作用。

病菌侵入人体后数小时至 7 天出现症状，多数经过 2~4 天起病。起病大多很急，病人自觉怕冷、发热、头痛、全身不适和食欲不振等症状。继之出现腹泻，开始时大便呈糊状或水样，很快变为含有粘液和脓血。大便次数每天可多达几十次。每次量很少，常见粘液和脓血，伴有阵发性腹痛和想解解不出的里急后重感。一般病程为 1~2 周，若治疗不当，或贻误治疗常可转变成慢性。

少数病人，一般为 2~7 岁的儿童，中毒症状严重，起病甚急，发展极快，称中毒性菌痢，或称暴发性菌痢。突发高热（40℃或更高），精神萎靡，嗜睡或烦躁不安，反复惊厥，神志昏迷。同时可出现面色灰白、口唇发绀、四肢发冷、脉搏微弱和血压下降等循环衰竭症状，或呼吸节律不齐、深浅

不匀、双吸气或呼吸暂停等呼吸衰竭症状。腹痛和腹泻症状在早期常常不明显，甚至不出现。因此，略有疏忽容易误诊，应高度警惕。

急性菌痢病人应卧床休息，多喝水，饮食以容易消化的流质食物为主，如米汤、稀粥、面条等。牛奶不宜多喝，因容易腹胀，不宜过早吃刺激性或多渣食物。遵照医嘱，全程、足量（即在症状消失后，再服药3天）服药，防止变成慢性。病人有呕吐不能进食时，或有失水、高热时应去医院适当补液。中毒性菌痢应立即送医院抢救。

预防菌痢必须狠抓“三管一灭”（即管理饮食、饮水和粪便卫生，杀灭苍蝇），养成良好个人卫生习惯，做到饭前便后洗手、工作结束洗手、外出归家洗手，不吃不洁食物，牢牢把住“病从口入”关。此外，饮食从业人员、食堂炊事员、保育员和给水员要定期进行健康检查，发现病人或带菌者要进行彻底治疗，在未治愈前不得从事炊事、饮食、保育和给水工作，以防疫情扩散。

伤寒和副伤寒

伤寒、副伤寒是由伤寒、副伤寒杆菌引起的急性肠道传染病。好发于夏秋季。病人和带菌者的大小便中带有伤寒杆菌，通过水以及食物、手、苍蝇等经口传染给健康人。

病菌侵入人体后经过3~42天，平均2周出现症状。起病多数缓慢。起病第一周体温逐日呈梯形上升，至1周末体温可达39~41℃，伴有畏寒、头痛、食欲减退、腹胀和便秘等症状，右下腹可有压痛。病后第二周起，高热持续不退，一

般可持续 10~14 天左右, 病人神志迟钝, 表情淡漠, 听觉减退, 严重的讲胡话、抓空等无意识举动或昏睡, 也可有黄疸、中毒性心肌炎和休克等。脉搏虽增快, 但和体温升高不成比例, 医学上称相对缓脉, 是伤寒特征之一。约有 2/3 病人有脾肿大, 1/3 肝肿大, 1/3 出现皮疹。皮疹分布在胸腹部较多, 呈玫瑰色, 直径约 3~4 毫米, 稍高出皮肤, 压之退色, 常出现在起病后第 7~10 天。起病后第四周体温开始下降, 逐渐恢复。如果治疗不及时, 饮食护理不当, 在起病后第二~四周出现肠出血和肠穿孔等严重并发症, 此外, 治疗不彻底或不及时, 容易形成慢性带菌, 成为潜在隐患。

随着医疗保健事业发展, 磺胺药和抗生素问世, 对伤寒的疗效显著提高。伤寒不再象 50 年代那样严重, 发病率大幅度下降, 症状非常典型的伤寒已经罕见。起病从缓慢发生趋向急性发作, 过去那种所谓伤寒中毒面容、相对缓脉、玫瑰疹也难见到, 多数病人为轻型和中型, 略有疏忽, 极易漏诊。在夏秋季, 一切原因不明的持续发热病人, 都应考虑有伤寒的可能。值得指出的是, 近年来, 有些地区伤寒发病率又复上升, 而且出现大量伤寒杆菌的耐药菌株, 病情重, 肠出血和肠穿孔等致命性并发症多了起来。

发现伤寒病人应及早隔离治疗, 病人应卧床休息到完全恢复为止, 严密观察体温、脉搏和血压等变化。注意口腔及皮肤清洁, 防止褥疮。注意饮食, 高热时给予米汤、藕粉和豆浆等流质饮食, 以后随体温下降而适当调整, 一般在起病后 30 天内均应给予易消化的少渣食物, 特别是恢复期更应注意, 否则容易发生肠出血、肠穿孔等并发症。高热时可物理

降温，便秘不可用泻药，宜用生理盐水低压灌肠。根据药敏情况适当选用抗菌药物，全程和足量治疗。

切断传播途径是预防和降低伤寒发病的主要措施，认真做好“三管一灭”（详见菌痢篇），自觉养成良好个人卫生习惯，做到饭前便后洗手、工作结束、外出归家洗手，不吃不洁食物，牢牢把住“病从口入”关。此外，炊食从业人员、食堂炊事员、保育员和给水员要定期进行健康检查。发现病人或带菌者要进行全程治疗，在未治愈前不得从事炊事、饮食、保育和给水工作，防止病菌传播。

副伤寒分副伤寒甲、乙、丙三种，与伤寒非常相似，较难区别，主要靠细菌学检查加以区分。所不同的是，副伤寒潜伏期较伤寒为短（6~8天），起病急，热程短，全身中毒症状较轻，并发症少。治疗预防方法与伤寒相同。

（傅善来）

病毒性肝炎

病毒性肝炎是指一组由肝炎病毒引起的，以肝脏损害为主的全身性疾病。现知病毒性肝炎可分为甲型、乙型、丙型、丁型和戊型五种，可能还有己型和庚型肝炎。病毒性肝炎是世界性分布的传染病，每年受肝炎折磨的病人数以亿计，其中200多万人发生死亡。所有肝炎病毒中以乙肝病毒的危害影响面最大，乙肝病毒的感染威力是艾滋病病毒的100倍。全球现有3亿人携带乙肝病毒，我国就占了1.5亿。据有关资料，我国现有4000万慢性肝炎病人（主要由乙肝病毒引起，丙肝病毒也可引起），每年有数以百万计的急性甲型肝炎病人

发生,人群中 HB—sAg (乙肝表面抗原) 携带率至少占 10%,丙型肝炎感染率为 3%左右;戊型肝炎平均感染率约 1.5%。丁型肝炎病毒为一种有缺陷的病毒,不能单独感染人体,常和乙型肝炎病毒重叠感染或混合感染,促使病情加重或慢性化,在吸毒者和边疆地区发生率较高。

甲型肝炎和戊型肝炎是肠道传染病,主要通过不洁饮食、饮水,尤其是毛蚶等贝壳类小水产品引起感染,有时可引起暴发流行。甲肝病后可终身免疫,也不会发展成为慢性带病毒者,或发展成为慢性肝炎、肝硬化和肝癌。也不通过母婴传播(由患甲肝的母亲感染她的新生儿)。但妊娠妇女感染戊型肝炎后,可明显加重病情,病死率可高达 10%~20%,必须引起足够重视。乙型肝炎、丙型肝炎和丁型肝炎主要通过输血,使用血制品或微量血液注射(如针刺治疗)途径引起感染。因此,对献血员必须进行严格体检,检测肝功能和肝炎病毒指标筛选,同时严格掌握输血指征,避免发生输血后乙型肝炎和丙型肝炎。另外,乙肝病毒可以通过垂直传播(即母婴传播)由母亲把病毒传给她所生的新生儿;至于丙型肝炎是否存在母婴传播,国内外的意见都不一致。乙型肝炎不经治疗,经过 40~60 年后可发展为肝硬化或肝癌,而丙型肝炎经 20~30 年后即可发展为肝硬化或肝癌。

临床上病毒性肝炎可分为五个型:(1) 急性肝炎:又可分为黄疸型和无黄疸型肝炎两种,以胆红素升高与否来区分;(2) 慢性肝炎:又分为慢性迁延性和慢性活动性肝炎两种。慢性活动性肝炎中由乙肝病毒引起者,20%~70%可演变为肝硬化,其演变为肝癌的机会比健康人高 200 倍;由丙型肝炎

病毒引起者 20%发展为肝硬化，其中 20%演变为肝癌；(3) 重症肝炎：又分为急性重症肝炎（暴发性肝炎），亚急性重症肝炎（亚急性肝坏死）和慢性重症肝炎三种，病死率高达 70%左右；(4) 瘀胆型肝炎：患者黄疸可持续 6 周以上不退，但症状较轻；(5) 肝硬化：又分活动性肝硬化和静止性肝硬化。病情较重，需医生经常观察治疗。

肝炎的诊断依据主要靠血清学免疫学检测区分。(1) 甲型肝炎：急性期血清出现 IgM 型甲肝抗体（抗 HAV-IgM），可以确诊。(2) 乙型肝炎：凡具有以下任何一项阳性，可诊断有乙肝病毒感染：①血清 HBsAg 阳性；②血清 HBeAg（e 抗原）阳性或 HBV DNA（乙肝病毒脱氧核糖核酸）阳性，DNAP（脱氧核糖核酸多聚酶）阳性；③血清抗 HBc-IgM 阳性（IgM 型乙肝核心抗体）；④肝内 HBcAg（乙肝核心抗原）阳性或/和 HBsAg 阳性，或 HBV-DNA 阳性，凡无任何临床症状及体征，肝功能正常，HBsAg 阳性持续 6 个月以上者称为慢性 HBsAg 携带者。采用多聚酶链反应（PCR）法检测可测到血清中含量 10^{-6} 纳克的 HBV-DNA，灵敏性比分子杂交法检测 HBV-DNA 至少提高 100 倍。凡 HBsAg、HBeAg、抗 HBc 均阳性称“大三阳”，传染性较强，HBsAg、抗 HBe（e 抗体）、抗 HBc 均阳性，称“小三阳”，说明传染性小。(3) 丙型肝炎：凡血清抗 HCV（丙肝抗体）阳性，提示丙肝病毒感染，但其在病后出现较晚，不能区分丙肝病毒的现今或过去感染；用 PCR 法检测 HCV RNA（丙肝病毒核糖核酸）阳性，出现早，并能表明丙肝病毒正在感染。(4) 丁型肝炎：检测血清抗 HDIgM（丁肝病毒 IgM 抗体）阳性，表明

丁肝急性感染；抗 HD（丁肝抗体）阳性提示慢性丁肝感染，血或肝内 HDAg（丁肝抗原）阳性表明丁肝存在，HDV-RNA（丁肝病毒核糖核酸）阳性，提示丁肝病毒感染和复制（即生长繁殖）。(5) 戊型肝炎：如抗 HEV-IgM（戊肝病毒 IgM 抗体）阳性，表明现正感染，抗 HEV-IgG（戊肝病毒 IgG）阳性，则表明过去曾经感染。

关于肝炎病人的病休问题应根据不同的临床类型、病原、病期和病情等综合考虑。切忌过多强调休息，以免使病人产生不必要的思想负担，对疾病康复不利。一般主张“适当休息，动静结合”的方法，在急性肝炎的急性期，只要发热、乏力、纳差和肝痛存在，就应卧床休息，至症状明显改善后逐步增加活动；有黄疸者，任何劳动都不适宜，等黄疸消退后才允许起床活动。对活动量与活动时间的掌握，以活动后无乏力或虽有轻度乏力，但休息后即消失为度。通常，急性期休息得越好，疾病恢复也越快。至恢复期，则宜“动静结合，静中有动”，允许病人适当活动，从每天起床活动 1~2 小时，渐增至 3~4 小时直至 5~6 小时不等，有利于神情愉快，促进大脑和胃肠功能恢复，四肢关节肌肉得到锻炼，防止肌肉萎缩，保持适当体力，并能防止因过多增加营养而可能导致的过度肥胖，脂肪代谢障碍甚至形成脂肪肝。甲型和戊型肝炎，隔离期满，症状消失，肝脾肿大回缩或稳定不变，肝功能正常可以出院。再经 2~3 个月全休巩固，如肝功能正常，自觉良好，可试行半天工作 1~2 个月，如病情稳定，可恢复全日工作。但病后一年内应避免重体力劳动，以防肝炎复发。乙型、丙型及丁型肝炎易有慢性化倾向，应长期随访，了解

转归。

慢性肝炎活动期休息与急性肝炎急性期相同，除黄疸型外，不需绝对卧床。如慢性迁延性肝炎转氨酶长期或反复不正常者，可采取静养为主；辅以轻度体育活动或适当家务活动，有助于防止发生脂肪肝。对慢性活动性肝炎应予较长时间休息，直至连续 2~3 次以上肝功能恢复或基本正常，全身情况明显好转，症状消失，肝脾肿大回缩或稳定不变后再逐步由半天工作增至力所能及的全日轻工作，这段时间短者 3~6 个月，长者 1~2 年，甚至更久。慢性肝炎静止期，仍应根据“动静结合、动静适度”的原则，注意适当休息。在保证每天有 10~12 小时睡眠与休息的前提下，可加一些轻便活动，避免过劳，至症状消失，肝功能正常 3 个月以后再恢复原有工作。对只有麝香草酚浊度试验异常或转氨酶轻度升高的病人，如无明显症状，不过份强调休息。有时适当活动对肝功能恢复反有好处。对 γ -球蛋白或免疫球蛋白等升高的患者仍应给予适度休息，定期复查。对乙型和丙型慢性肝炎康复后仍需长期随访复查（每 3~6 个月）。对 HBsAg 慢性携带者（无症状体征，肝功能正常者）并不需要休息，可与正常人一样参加工作、学习与生活。只要定期复查即可。但不能参加献血，不能从事饮食服务行业和幼托机构工作。可以结婚，但不宜在 HBeAg 阳性时怀孕。

病毒性肝炎的预防，现在已有甲肝疫苗和乙肝疫苗供使用。免疫球蛋白和高效价乙肝免疫球蛋白可以用来预防意外接触乙肝病人血液之用。养成良好的卫生习惯，饭前便后洗手；不吃不洁饮食、饮水，可以预防甲肝和戊肝感染。对献

血员筛选，严格掌握输血指征，不用可能污染的注射器与针刺针等可以预防乙肝与丙肝的感染。

(巫善明)

脊髓灰质炎

脊髓灰质炎俗称小儿麻痹症，是由脊髓灰质炎病毒引起的传染病。脊髓灰质炎是一种古老的疾病，早在公元前 3700 年医书上就有此病的记载。20 世纪初期，在世界各地大多呈散在发病，罕见流行；二次世界大战后，欧美国家常有流行；直到本世纪 50 年代末出现疫苗以后，此病才逐渐得到控制。在我国，呈散在发病，有时有暴发或小流行。60 年代我国制成脊髓灰质炎糖丸疫苗后，在儿童中普遍推广使用，脊髓灰质炎发病率逐年下降。目前，我国积极参与和推动全球消灭脊髓灰质炎工作，为消灭第二个传染病——脊髓灰质炎而努力。

脊髓灰质炎好发于 6 个月龄至 5 岁的小儿，多发生于夏秋季。从感染到症状出现，要经过 3~35 天，一般为 7~14 天。症状轻重不一，多数无症状，或仅有 1~2 天发热、头痛、咽痛、呕吐和腹泻等，而不发生瘫痪。一部分病人退热后 1~6 天，再次发热、多汗、全身不适、呕吐和周身肌肉疼痛。有的还有皮肤感觉过敏。婴幼儿表现平卧时不愿抬头，不愿让人抱，或坐不稳。神志大多清醒，发热持续 4~5 天后逐渐下降。在发热 3~4 天，病人手足肌肉张力减退，动弹不得，称弛缓性瘫痪。下肢软瘫较多见，可为单侧或双侧，不对称。严重时，上肢和肋间肌、膈肌也可出现瘫痪，引起呼吸困难。也

可侵犯脑神经，发生嘴歪、呛咳、吞咽困难、食物从鼻孔呛出来、声音低哑等严重病情，必须及时抢救治疗。瘫痪肢体大多经 1~5 个月后恢复活动，1~2 年内还可不断恢复。瘫痪严重又未及时治疗，常可引起肢体萎缩畸形等后遗症。

预防脊髓灰质炎的最佳方案是婴儿出生后满 2 足月就开始服脊髓灰质炎减毒活疫苗，每月 1 次，连服 3 次。4 岁时再服 1 次。脊髓灰质炎疫苗是糖丸或液体的剂型，怕热，遇热会失效。因此，服用时先用汤勺或筷子将糖丸研碎，或用汤勺将糖丸溶于冷开水（不得用热开水）中服用。较大儿童可直接吞服。切忌用热开水或混入其他饮料中服用，否则会杀死疫苗而失效。婴儿服苗后，最好在服苗后半小时内停止吸吮母乳（可用牛奶或其他代乳品），否则母乳中抗体会中和（杀死）疫苗，影响效果。服用时出现呕吐应重服。同时要加强卫生宣传，搞好个人卫生，提倡饭前便后洗手，注意饮食卫生和环境卫生，不喝生水，瓜果要洗净后食用，做好灭蝇防蝇和粪便管理，防止脊髓灰质炎发生。一旦发病，应及时去医院隔离治疗，并报告卫生防疫站，做好疫点消毒，密切接触者医学观察 20 天，对未服过疫苗或服疫苗不全者应立即补服。对有禁忌证者，可注射丙种球蛋白 0.3 毫升/千克体重，每天 1 次，连续 2~3 天。

流行性感冒

流行性感冒简称流感，是由流感病毒通过呼吸道传播引起的急性传染病。流感病毒易变异，且人群免疫力又不巩固，可引起局部地区流行或世界性大流行。

流感从感染到症状出现,要经过1~3天。起病多数突然,全身症状明显,呼吸道症状较轻。先有畏寒,继之高热39~40℃,伴有头痛、全身酸痛、软弱无力、眼干、咽干、轻度喉痛,或有喷嚏,流涕和鼻塞等呼吸道症状。有的病人还有轻度恶心和腹泻等胃肠道症状。3~4天内热退,症状随之消失,乏力、咳嗽可持续1~2周。轻型流感与普通伤风相似。有的病情一开始就非常严重,有高热、神志不清、颈项强直和抽搐等脑炎症状。肺炎性流感很少见,主要发生于原有心脏病、慢性肺病患者或孕妇。流感流行时诊断容易,但散发病例诊断较难,应与伤风、气管炎、支气管炎等呼吸道传染病相鉴别。

流感一年四季都可流行,一般多在冬春季节,而大流行多数从夏季开始。因本病极易传播,一旦发现病人应及早隔离治疗,并报告卫生防疫站。在流行期应减少集会,少去人多拥挤的公共场所,提倡戴口罩,注意居室开窗通风,病人的口鼻腔分泌物及其污染物应随时煮沸消毒。对流感病人,特别是老年人、儿童、体弱者和患有心脏病、肺结核、慢性支气管炎等以及一开始症状较严重的病人,应密切观察,预防继发细菌性肺炎等并发症。

本病主要是对症治疗。高热、头痛和全身酸痛较重者可服用复方阿司匹林、克感敏等药物或物理降温,酌情输液。如继发细菌性呼吸道感染,可选用磺胺药或抗生素治疗。肺炎型流感时,应注意心脏功能,酌情输液、吸氧。中医治疗应根据病情辨证论治,亦可服用银翘解毒丸等中成药。

麻疹

麻疹俗称“痧子”，是麻疹病毒引起的急性传染病。麻疹在麻疹疫苗没有发明之前，几乎年年流行，没有一个孩子能幸免。自从本世纪 60 年代初使用麻疹疫苗以来，麻疹的发病逐年明显下降，周期性流行规律随之消失，发病季节推迟到 3~5 月份，发病年龄向大年龄组移动。

麻疹病毒大量存在于病儿鼻、咽、气管和支气管粘膜上皮细胞内，患者眼泪、鼻涕、唾液内都含有大量病毒。通过咳嗽、喷嚏等直接传播，传染性极强。但麻疹病毒在体外生活力较弱，日光下晒 20 分钟就失去致病力，因此，被患儿污染的衣服、玩具等间接传播较少。麻疹多发于冬春季，但四季都有散在病例。6 个月以内婴儿，由于从母体内获得麻疹抗体，可获得暂时免疫。一次得病，终身免疫。

麻疹从感染到症状出现，要经过 7~21 天，平均 9~12 天，接种过麻疹疫苗者潜伏期可延长到 28 天。病初先有发热，一般持续在 39℃ 以上，伴有咳嗽、流泪、流涕和喷嚏等上呼吸道症状，类似伤风感冒，两眼充血怕光，有时可有精神不振、呕吐和腹泻，婴幼儿可有惊厥。高热 3 天后，口腔第二臼齿相对的颊粘膜上可发现细小白点，如粉红纸上撒了粉笔粉，这种小点称“麻疹粘膜斑”，又称科氏斑，是麻疹早期出现的明显特征。第四天，也就是出现麻疹粘膜斑的第二天，全身出现皮疹，先耳后发际，渐渐蔓延到前额、面、颈、躯干、四肢，最后手掌和脚底；一般 2~5 天出齐。皮疹起初是分散细小红色斑丘疹，逐渐增多而呈鲜红色，后融成暗红色。用

手指压之可使皮疹暂时退色。如皮疹呈现出血性或疱疹性,提示病情严重。出疹期间体温可达 40℃, 全身症状加重, 精神萎靡, 咳嗽加剧, 两眼红肿, 声音嘶哑, 十分痛苦。皮疹出齐后, 病情开始好转, 若无并发症, 体温在 12~24 小时内降至正常, 皮疹逐渐消退, 遗留浅褐色斑痕, 最后完全消失, 这是麻疹的又一特征。退疹时皮肤可有细小脱屑。

体质较弱和营养不良的病儿, 在皮疹尚未出齐之前, 皮疹突然隐退, 持续发热, 全身症状加重, 是病情恶化的预兆。如咳嗽明显, 发热不退, 呼吸急促, 面色青紫, 提示并发肺炎。肺炎是麻疹常见并发症, 也是造成麻疹死亡的原因之一。麻疹发病过程中, 由于心肌已经受到病毒侵犯, 一旦并发肺炎, 更易引起心力衰竭, 表现为面色苍白、四肢冷而青紫、心音低、心率快、呼吸急促和肝脏肿大, 这是极其危险的征象, 应立即抢救。如病儿声音嘶哑, 喉部通气不畅, 是并发喉炎表现, 轻度喉炎预后良好, 严重者应作气管切开。少数病儿并发脑炎和表现为高热不退、呕吐、抽搐、神志不清和肢体瘫痪。此外, 麻疹后常发生营养不良和维生素缺乏症, 不注意眼、口、鼻清洁, 常可发生角膜溃疡、穿孔、失明和口腔粘膜溃疡等症。

麻疹无特效药物治疗, 应尽量卧床休息, 限制过度活动直至病愈为止。居室应空气流通, 但应避免穿堂风。室内光线不宜太强, 不必过分紧闭门窗。应注意保暖, 但穿戴包盖不必过多。多饮温开水、热汤或鲜芦根水。食物应富有营养, 多吃蛋类、豆腐和豆浆、肉类和乳类, 以免发生营养不良。注意皮肤、眼、鼻和口腔清洁, 以免发生皮肤粘膜并发症。体

温过高可用小剂量（一般用 $1/2 \sim 2/3$ ）复方阿司匹林退热，或额部冷敷，或用温水擦身或温水浴。如果眼部分泌物过多，可用 0.5% 氯霉素眼药水滴眼。咳嗽剧烈可用止咳糖浆。烦躁不安可适当服用镇静剂。皮疹透发不好，可用透疹散（西河柳、芫荽、生麻黄）熏洗，促进疹子透发。并发肺炎、喉炎或脑炎等症时，应即送医院诊治。

预防麻疹的关键是凡满 8 足月儿童按时接种麻疹疫苗，4 足岁时再加强一次。一旦发现麻疹及早隔离治疗，隔离期为出疹后 5 天。密切接触者在接触后 3 天内可用麻疹疫苗应急接种，并作医学观察 3 周。年幼、体弱和患病的易感儿童接触麻疹后，也可采用被动免疫，肌肉注射人血或胎血丙种球蛋白，预防麻疹发生或只发生轻型麻疹。

风疹

风疹又称“风痧”，是儿童常见的一种呼吸道传染病。风痧由风疹病毒引起，病毒存在于出疹前 5~7 天患儿唾液及血液中，但出疹 2 天后就不易找到。风疹病毒在体外生活力很弱，但传染性与麻疹一样强。一般通过咳嗽、谈话或喷嚏等传播。本病多见于 1~5 岁儿童，6 个月以内婴儿因有来自母体的抗体获得抵抗力，很少发病。一次得病，可终身免疫，很少再次患病。

风疹从接触感染到症状出现，要经过 14~21 天。病初 1~2 天症状很轻，可有低热或中度发热、轻微咳嗽、乏力、胃口不好、咽痛和眼发红等轻度上呼吸道症状。病人口腔粘膜光滑，无充血及粘膜斑，耳后、枕部淋巴结肿大，伴轻度压

痛。通常于发热 1~2 天后出现皮疹，皮疹先从面颈部开始，在 24 小时蔓延到全身。皮疹初为稀疏的红色斑丘疹，以后面部及四肢皮疹可以融合，类似麻疹。出疹第二天开始，面部及四肢皮疹可变成针尖样红点，如猩红热样皮疹。皮疹一般在 3 天内迅速消退，留下较浅色素沉着。在出疹期体温不再上升，患儿常无疾病感觉，饮食嬉戏如常。风疹与麻疹不同，风疹全身症状轻，无麻疹粘膜斑，伴有耳后、颈部淋巴结肿大。

风疹经过良好，预后佳、并发症少，但孕妇（4 个月内的早期妊娠）感染风疹病毒后，病毒可以通过胎盘传给胎儿引起先天性风疹，发生先天畸形，如失明、先天性心脏病、耳聋和小头畸形等。因此，孕妇在妊娠早期尽可能避免与风疹病人接触，同时接种风疹减毒活疫苗。一旦发生风疹，应考虑中止妊娠。

病人应及时隔离治疗，隔离至出疹后 1 周。病人应卧床休息，给予维生素及富有营养易消化食物，如菜末、肉末、米粥等。注意皮肤清洁卫生，防止细菌继发感染。风疹并发症很少，一旦发生支气管炎、肺炎、中耳炎或脑膜脑炎等并发症时，应及时治疗。

对密切接触者加强医学观察，注意皮疹与发热，以利及早发现病人。幼托机构的接触班级，在潜伏期内应与其他班级隔离，不收新生，防止传播。

幼儿急疹

幼儿急疹是婴儿时期常见的一种急性出疹性发热病。幼

儿急疹可能是病毒引起，通过呼吸道传播，但不如麻疹传染力那样强。全年均有发病，其中以冬春季为多。一次得病，通常不再患第二次。

幼儿急疹从感染到症状出现大约 10 天。起病急，突然高热 $39\sim 41^{\circ}\text{C}$ ，伴烦躁、倦睡、咳嗽、流涕、眼和咽部充血、恶心、呕吐和腹泻等症状，类似重感冒。少数病人，特别是较小婴儿，高热时伴有惊厥，但惊厥发生以后神志清楚，精神食欲仍好，从外表看毫无病容，这是幼儿急疹不同于其他发热性疾病的特征之一。发热第二、三天，枕部、耳后和颈部淋巴结轻度肿大，无压痛。高热持续 $3\sim 5$ 天。热退或体温开始下降时出现皮疹。皮疹呈淡红色斑疹或斑丘疹。最先出现在躯干和颈部，以腰臀部为多，面部四肢较少，1 天内出齐，1~2 天消失，不留色素沉着，也无疤痕脱屑。这是幼儿急疹又一个显著特征，也是临床诊断幼儿急疹的主要依据。

发病期间应卧床休息，补足水分和水果，吃一些富有营养易消化的食物。高热时前额部可敷冷毛巾或服退热片。出现烦躁、抽搐时可服用镇静剂。一般预后良好，个别发生并发症应请医生诊治。

流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎简称流脑，是由脑膜炎双球菌引起的急性呼吸道传染病。

脑膜炎双球菌存在于病人或带菌者鼻咽部，当病人或带菌者咳嗽、喷嚏时，随飞沫传染他人。病菌首先侵犯鼻、咽部，引起上呼吸道炎症，类似感冒。当抵抗力差时，病菌进

而侵入血液，引起菌血症，再进一步侵入引起脑脊髓膜炎。

从感染脑膜炎双球菌到出现症状，需要 1~10 天，通常 3~4 天。起病很急，有时在发病前有全身不适、乏力、咽痛和头痛等上呼吸道炎症症状。起病时先有寒战，接着高热，体温常在 39℃ 甚至更高。在数小时至 1 天左右，出现头痛，反复喷射状呕吐，烦躁不安或嗜睡，颈项发硬，皮肤粘膜有散在瘀点。2 岁以下儿童起病时大多没有寒战，常表现为嗜睡、拒食、啼哭和呕吐，且易抽痉，前囟膨隆。

暴发型起病急骤，除有高热、精神极度萎靡外，皮肤迅速遍布瘀点或大片淤斑，四肢发冷、唇指青紫、血压下降，如不及时抢救，多在 24 小时内死亡。另有一种表现为剧烈头痛，频繁呕吐和面色苍白，很快出现昏迷，反复抽痉不止，呼吸停止而死亡。所以发现流脑病人应及时送医院诊治，早期治疗，治愈率就高。

预防办法是接种流脑多糖菌苗。如果接触流脑病人，可口服复方磺胺甲基异恶唑 (SMZCo) 进行预防。磺胺药过敏忌服。平时室内开窗通风，衣服被褥勤晒勤洗，流行期间少去人多拥挤场所。

水痘

水痘是由一种特殊的水痘病毒 (水痘-带状疱疹病毒) 引起小儿急性传染病。水痘病毒存在于早期水痘病人呼吸道内。一般从出疹前 1 天至出疹后 5 天或皮疹全部结痂、干燥前均有传染性。主要通过唾液飞沫传染，亦可因接触被水痘病毒污染的衣服、玩具、用具等而得病。患者以 1~5 岁小儿为多，

6个月以内婴儿因获得来自母体抗体而具有暂时免疫力。一年四季都可发病，其中以冬春季为多。集体儿童机构、托儿所和幼儿园等容易引起局部流行。

从感染水痘病毒到出现症状，大约需14~21天，多为15~17天。病初症状很轻，亦可有微热、全身不适、食欲不振、咳嗽或轻度腹泻。发热的同时或1~2天后，躯干皮肤出现红色斑疹，数小时后变成内含透亮液体的小水疱称疱疹。疱疹一般呈椭圆形，大小不一，表浅，好象浮在皮肤表面，常伴瘙痒，使患儿烦躁不安。在1~3天内，疱疹中心开始枯干凹陷，结成痂盖，再过数天痂盖自然脱落，且不留瘢痕。少数疱疹由于搔抓继发细菌感染会留下痕迹。水痘疱疹分布呈全身性，但不均匀，身体远端如面部、四肢比胸、背、躯干少。皮疹分批出现，因此在同一部位同时可见斑疹、丘疹、疱疹与结痂各个阶段，所谓皮疹“四世同堂”，这是水痘的一个特点。发病时常有发热，一般不高，小儿并无严重中毒症状。病情轻重不一，轻者仅出现一些稀少而小的疹子。重者皮疹密集，可侵犯口腔、软腭、眼结膜、喉及外阴等处。疱疹可呈出血性，全身症状较重，尤其在体弱营养不良病儿或因肾脏病、白血病正在接受激素治疗的病儿，可表现为重型水痘。水痘并发症少见，主要为皮肤继发感染，偶尔可发生原发性水痘肺炎和水痘脑炎。

水痘病儿应及早隔离，无特殊治疗，主要加强对病儿护理，对症治疗，预防细菌继发感染。发病期间应卧床休息，给予易消化饮食和充足水分。剪短指甲，以免抓伤皮肤。勤换衣服，保持皮肤清洁。疱疹破裂可涂擦1%龙胆紫，若有皮肤

继发细菌感染，可选用抗生素。并发脑炎和肺炎应及时抢救。密切接触者医学观察 3 周。

流行性腮腺炎

流行性腮腺炎俗称“大嘴巴”，是腮腺炎病毒引起的呼吸道传染病。5~15 岁儿童最易得病。病初先发热，接着一侧或两侧腮腺肿胀。肿胀的腮腺把两侧耳垂托起来，吃饭嚼东西还有点痛。除了腮腺肿胀外，两侧下颌的颌下腺、舌头下面的舌下腺也可能肿大，少数病人的胰腺、脑膜、脑、肝和心都会受到不同程度的损害。成年人得病还有一部分合并睾丸或卵巢发炎，个别的因此而造成不育症。

流行性腮腺炎是一种自愈性疾病，也就是说这种病不治疗也会自愈。西药病毒灵、中药板蓝根或普济消毒饮等有一定疗效。睾丸炎时可用软布将其托起固定，局部冷敷，以减轻疼痛。病情严重时要找医生治疗。

流行性腮腺炎通过空气借飞沫传染，常在冬春季发生。病儿要隔离至腮腺肿胀完全消退（约 3 周）为止。

猩红热

猩红热是由一种叫乙型溶血性链球菌引起的呼吸道传染病，主要由空气飞沫传播。病人先有高热，1~2 天内全身出皮疹。皮疹特点是全身皮肤充血发红，且有许多小粟粒样的突出于皮肤的红疹子，好象在一块红布上撒上许多小红米粒。用手一压，红色暂时退去，留下一片发白的指痕，但瞬间又恢复原来的红色。面部发红，但在鼻尖到嘴角周围则例外，形

成了口周苍白圈。病人的舌头好象杨梅，在光滑发红的舌面上有多个突起。咽部发红，扁桃体也发红和肿胀，有时甚至有脓点。皮肤有时觉得发痒。过几天皮疹退了，开始脱皮，严重时手掌也会脱皮。

得了猩红热，要请医生诊治，遵照医嘱规则治疗，一般青霉素有效，需用药 6~8 天，以便彻底消灭咽部的致病菌。多喝开水，好好休息，隔离至咽部症状消失，鼻咽部分泌物细菌培养连续两次阴性（一般约发病后 15 天）为止。

一般猩红热病不会有什么危险，但有两点需要提请大家注意，一是病人发热特别高，可能发生肺炎、颌下淋巴结炎，脉搏细弱、血压低和手脚发凉等情况时，说明病情严重，应及时去医院请医生诊治；二是得了猩红热可能并发风湿性心脏病和肾小球肾炎，一般在病后 2 周发生，所以猩红热虽然痊愈了，但仍要请医生复查一下，以便及早采取措施。

(傅善来)

军团病

军团病是由嗜肺军团杆菌引起的以肺炎为主的急性感染性疾病。有时可发生暴发流行。病原菌主要来自土壤和污水，由空气传播，自呼吸道侵入。

本病有两种临床表现，一种以发热、咳嗽和肺部炎症为主，称为军团病。另一种病情较轻，主要为发热、头痛和肌肉疼痛等，无肺部炎症，称为庞提阿克热，是由毒力较低的病菌所致。

军团菌在自来水中可存活 1 年左右，在蒸馏水中存活 2

~4个月。可从土壤和河水中分离出病菌。空调系统的冷却水及湿润器、喷雾器内的水都可受到本菌污染，并通过带水的飘浮物或细水滴的形式，从空气传播本病。在医院和旅馆等处曾多次从供水系统内分离出致病菌，并引起了军团病的发生。

军团病呈世界性分布，一年四季都有，但以夏秋季多见，暴发流行也大多见于夏秋季。

感染军团杆菌后约1%~5%的受袭者可发病，军团菌肺炎约占所有肺炎病例的3%~4%。然而，住院病人中的全部院内感染肺炎病人中，军团菌肺炎占20%以上。中老年人和幼儿易感染发病，男性明显多于女性。长期吸烟是本病发病的诱因。患有血液病、恶性肿瘤、肾脏病、糖尿病、慢性酒精中毒和肺气肿等免疫力低下的疾病者和使用免疫抑制剂，如激素治疗者容易发生军团菌感染。据血清流行病学调查，在正常人群中约1%~2%的人血清中存在本菌特殊抗体，说明本菌可引起亚临床型感染。

军团病起病急骤，高热伴寒战，恶心呕吐，有时伴腹痛与水样腹泻，2~3天后出现干咳，胸痛，偶带血丝，但很少有脓性痰。重者还有气急、呼吸困难和意识障碍。病死率约15%。年龄大、有免疫低下等疾病者病死率高，主要死于呼吸衰竭、休克与急性肾功能衰竭。如能及早作痰液、气管内吸取物的细菌培养和直接荧光抗体染色检查病原体可获早期诊断。本病若能早期使用红霉素或利福平治疗，有显著疗效。此外，加强支持疗法，对症治疗和增加营养，充分休息，保持液体和电解质平衡，适时使用人工呼吸器，抗休克或血液

透析疗法均为重要措施。

本病目前尚无有效预防措施,但对于空调器的供水系统、湿润器和喷雾器等进行卫生管理与消毒,对减少本病的暴发流行是能起一定作用的。

(巫善明)

百日咳

百日咳是由百日咳杆菌引起的呼吸道传染病。病初很象感冒,打喷嚏、咳嗽、有点低热。3~4天后咳嗽越来越重,且一声接一声,使病人不能吸气,面红耳赤、口唇发紫,憋得满头是汗。咳嗽一定次数后,随着长长的吸气发出象鸡鸣的声音,这种咳嗽叫痉咳。每次痉咳后往往伴有呕吐,吐出大量稠粘痰,夜间尤为严重。咳得厉害时眼睛、鼻子出血,眼皮也肿起来。百日咳的病程不一定是100天,短的几天,长的两个月,一般4~6周。如果不发生肺炎或脑炎,不致于有生命危险。

得了百日咳病情不是特别重的,可在家治疗。居室要注意开窗通风,保持空气新鲜和阳光充足。室内不要有人吸烟。对病儿态度和蔼,可以与其一起做游戏,讲故事转移注意力,减少痉咳次数。如不发热,可以到室外散散步。饮食宜消化,少量多餐,吐了还要再吃。许多中药及验方有一定疗效,如鸡苦胆汁加白糖:1~7岁孩子每次半个到2个苦胆,每天2次,连服2周以上(如无鸡苦胆可用猪胆代替,一个猪胆相当5~6个鸡胆),针灸也有一定疗效。百日咳预防办法与其他呼吸道传染病差不多,有幸的是百日咳已经有了预防针—

百白破混合制剂,孩子出生后3足月时接种第一针,1个月后接种第二针,2个月后接种第三针,只要按时、足量、全程接种百日破、可以起到预防作用。

白喉

白喉是由白喉杆菌引起的急性呼吸道传染病。根据伪膜发生所在部位分咽白喉,喉白喉、鼻白喉和其他部位白喉四种类型。咽白喉病初发热,扁桃体稍红肿,其上有点状或斑片状伪膜,颈部淋巴结肿大,有压痛。严重的颈部明显变粗,形成所谓“牛颈”。大多数喉白喉是由咽白喉蔓延而来,少数原发。喉白喉特点是声嘶,犬吠样咳嗽,重者甚至失音。严重者发生呼吸困难窒息而死。鼻白喉较少见,常发生于婴幼儿。

白喉预后好坏与病人年龄、病型、有无并发症和治疗的早晚有关。婴幼儿的病死率较年长儿童和成人为高。重型咽白喉可产生严重中毒症状,多在病后第2~3周出现中毒性心肌炎,是白喉的主要死因。喉白喉可引起窒息。所以发现白喉应及时隔离治疗。

预防白喉的关键是接种百白破混合制剂(方法见百日咳篇)。

破伤风

破伤风是由破伤风杆菌毒素所致急性传染病。破伤风杆菌分布极广,牛、马、羊等家畜的粪便中含菌很多,某些人群的粪内也常带菌。细菌在不利环境下形成芽胞,广泛存在

于土壤、污泥、尘埃等。各种大小创伤和深刺伤、裂伤、烧伤、弹伤、挤压伤、开放性骨折、挫伤和动物咬伤等均为破伤风杆菌芽胞侵入人体创造条件。初生儿可因脐带处理不当，产妇可因不洁人工流产或分娩而感染。

感染破伤风杆菌后到出现症状时间，各人不一，一般1~2天至50天不等，通常为1~2周。新生儿破伤风为3~7天，平均6天，俗称“五日风”、“七日风”。起病急缓不一，早期有全身不适和咀嚼不便，已愈的伤口刺麻感、肢痛等，继之出现肌强直、肌痉挛。表现为张口困难、牙关紧闭、腹肌坚如木板和角弓反张等。肌痉挛呈阵发性，全身肌群可有不同程度累及，自每天数次小发作至频繁严重发作不等。可自发，也可因强光、高声、触动和针刺等而引起。面部肌痉挛时口角向上、向外牵引，前额出现皱纹，双眉举起而呈痉哭（苦笑）状，说话不清楚。咽肌和膈肌痉挛导致吞咽困难、饮水呛咳、喉头阻塞和发绀等。剧烈痉挛常伴有全身抽搐、呼吸困难和窒息等，新生儿破伤风大多在起病48小时内出现典型症状，躁动不安，继之吸奶、吞咽困难、牙关紧闭、全身强直性痉挛和角弓反张。

重型病人病死率达70%以上，一般为20%~30%。因此，预防尤为重要，提倡新法接生，严格执行无菌操作，加强劳动保护，防止意外伤害。一旦发生，伤口应作彻底清创，切不可自行用不洁布条包扎，更不能用柴灰之类涂敷伤口，并注射破伤风抗毒素1500~3000国际单位（注射前作皮试）。部队指战员、民兵、儿童以及易受伤的工人、农民等接种破伤风类毒素加以预防。成人初次接种皮下（或肌肉）注射2次，

每次 0.5 毫升, 相隔 4~8 周。6 个月至 1 年后再加强 1 次, 以后每 5~10 年或受伤时给予加强量, 每次均为 0.5 毫升。如浓缩制剂, 每次为 0.2 毫升。儿童受伤机会多, 所以满 3 足月时就接种百白破混合制剂 (即百日咳菌苗、白喉和破伤风类毒素混合制剂), 4 足月时再接种一针, 5 足月时再接种一针, 2 岁时按种第四针能起到预防作用。一旦发现病人, 应及时送医院救治。

流行性乙型脑炎

流行性乙型脑炎简称乙型脑炎或乙脑。是由乙型脑炎病毒引起的以中枢神经系统病变为主的急性传染病。多发于夏秋季节, 蚊为传播媒介。

乙型脑炎病毒侵入人体后, 先在血管内皮细胞、淋巴结、肝、脾等单核吞噬细胞系统内繁殖, 然后侵入血流, 引起短暂的病毒血症。只有当人体防御机能低弱时, 病毒才冲破血脑屏障侵入中枢神经系统而发病。从乙型脑炎病毒侵入到发病, 一般要经过 4~21 天, 平均 14 天左右。

乙型脑炎大多数起病急骤, 发热, 体温常在 37~38℃ 左右, 常伴有头痛, 轻的有恶心、呕吐以及全身不适症状。婴幼儿可有惊跳和嗜睡等。约经 1~3 天后, 体温上升, 病情加重, 发热达 40℃ 以上。除有高热外, 突出表现为意识障碍、惊厥。婴儿囟门隆起, 严重时发生呼吸衰竭而死亡。

乙型脑炎是一种比较凶险的疾病, 国外报道其病死率在 20% 左右, 我国采用中西医结合治疗, 近年病死率下降到 5%~10% 左右, 但重症病死率仍在 15% 以上。因此, 预防乙型

脑炎对保护儿童健康显得极为重要。预防的关键是按时为儿童接种乙型脑炎疫苗，夏秋季节做好防蚊和灭蚊，以预防乙型脑炎发生。一旦发病，应及时送医院隔离治疗。这里要提醒爸爸妈妈们，在夏秋季节，遇到无其他原因可以解释的骤起发热、头痛或头昏、呕吐、精神倦怠和嗜睡等症状，应警惕乙型脑炎可能。及时送医院诊治。

(傅善来)

登革热

登革热是由登革热病毒引起的，通过伊蚊传播的一种急性传染病。本病波及热带与亚热带地区的 61 个国家与地区，主要在东南亚、西非、大洋洲、中美、南美和加勒比等地区流行，约有 15 亿人口受到威胁。1985 年我国广东佛山发生了登革热流行，1990 年又在海南省和广东大陆沿海地区流行，发病数达 40 万余人。1995 年拉丁美洲地区也发生了流行。

本病一般多见于 6~10 月。主要临床表现为突然发病，高热、全身肌肉、骨骼和关节疼痛，故又有“断骨热”之称。病人可伴乏力、皮疹、淋巴结肿大和白细胞减少等。本病可分为普通登革热和登革出血热两种。前者病程 1 周左右，预后良好，但病人可有较长一段时间感觉乏力。后者可出现不同程度的出血倾向，以消化道出血最为多见，可导致休克、昏迷和抽搐而死亡。

自从改革开放以来，由于国内外交往的不断增多，大量国内人口的流动和迁移，国外旅客来华访问和旅游，很可能将这种病由疫区输入。因此，在沿海港口和旅游地区都要警

惕发生本病的可能性，尤在夏秋雨季，是伊蚊大量孳生繁殖的季节。此时，人体户外活动与皮肤裸露机会增加，一旦有人输入这种疾病，很易发生登革热的传播。人被伊蚊叮咬后就有可能染上病毒，经过 2~8 天的潜伏期后而发病。

因此，凡居住在登革热流行地区或有疫区旅行史者，病前 9 天有蚊咬史，时值夏秋季节，突然起病，高热，肌肉、关节酸痛，出现皮疹，皮肤有小出血点和淋巴结肿大时，都应警惕发生本病的可能。病人应及早就医检查，以期早日明确诊断，尽快将病人送入有防蚊条件的病室隔离治疗。

预防与控制登革热的对策是采取以消灭传播媒介——伊蚊为主的综合性措施，包括搞好环境卫生，翻缸倒罐，处理无用积水，清除孳生地，采用药物喷洒杀灭蚊子。

(巫善明)

流行性出血热

流行性出血热又称肾综合征出血热，简称出血热，是相当“年轻”的一种传染病。

出血热是由出血热病毒引起，鼠类是主要传染源。病毒随鼠类的唾液、尿、粪排出，污染尘埃、食物、人或鼠接触、食入或吸入就有可能引起发病。从感染病毒到出现症状；要经过 5~40 天，一般为 7~14 天。起病急骤，病初酷似感冒，自觉发冷、寒战、继之发热。体温常常可高过 40℃，甚至更高，病人颜面部、颈部和肩胸部皮肤发红，好象喝醉了酒似的，医学上称“三红征”或“酒醉貌”，是出血热特征之一。除了“三红征”外，病人自觉头痛、腰痛和眼眶痛“三痛”症

状。腋下、胸前、背、颈和上肢等处皮肤和眼结膜、口腔软腭等处粘膜上出现针尖大小出血点,许多出血点连在一起,呈虚线状排列,犹如手抓的血痕。严重时病人出现烦躁不安,讲胡话,若不及时抢救,病人很快出现休克、尿闭、多尿和肾功能衰竭,甚至危及生命。

本病应争取早期治疗。发热期可用环磷酰胺或肾上腺皮质激素、丹参注射液等。发生低血压休克时应补充血容量。如有少尿可用利尿剂静脉注射,无尿者可用 20%甘露醇 250 毫升口服,如效果不明显可加用 50%硫酸镁 40~60 毫升,每天 1 次。多尿时应补充足够水和电解质,以口服为主。

出血热好发于冬春季,青壮年容易得病,病情凶险,病死率高,迄今还缺乏令人满意的特异性治疗方法。因此,预防显得更为重要。预防出血热疫苗研究已经成功,有可能近期内可推广应用。在疫苗还未广泛使用情况下,根据大量科学研究资料证实,灭鼠防鼠是预防出血热的关键。有人调查,鼠密度控制在 5% 以下时,就能控制出血热的流行;如鼠密度能进一步降到 1% 以下时,就能控制出血热发病。因此,抓紧时机,因地制宜,反复灭鼠是预防出血热的上策。与此同时,还要注意做好防鼠工作,不食鼠类咬过或接触过食物。不直接接触鼠类,野外作业,特别是兴修水利开河等工程时,野外住宿时要睡高铺,铺草要严格消毒杀虫,防止传染上出血热。一旦发病,应及时请医生诊治。

狂犬病

随着人们生活水平的不断提高,饲养宠物者日益增多,无

证养狗的也随处可见，但随之而来的人畜共患疾病也时有发生，狂犬病则是一种较为凶险的病症。

狂犬病俗称“疯狗病”，是由狂犬病毒引起的急性传染病。狂犬是主要传染源，其他动物如患本病的猫、狼、狐也能传染本病。狂犬病病毒存在于病人或病兽的神经组织和唾液中，病毒通过伤口侵入人体，沿周围传入神经到中枢神经系统，引起发病，继之病毒沿传出神经进入唾液腺而出现于唾液中。

人得狂犬病后，从感染到症状出现，需要1周~1年，通常为4~8周。起病时有低热、头痛和食欲不振，继之出现恐惧不安和兴奋，对痛、声、光和风比较敏感，并有喉部收紧的感觉。被狗咬伤已经愈合的伤口出现麻木、痛、痒和蚂蚁爬的感觉。大约经过数小时至2天，病人出现躁动不安，极度恐惧，口角流出很多唾液，感觉过敏，微风、轻碰亦能引起咽喉部痉挛和呼吸困难，甚至全身阵发性痉挛。怕水、怕风、怕光，病人不能喝水，如勉强喝水就会发生咽部和喉头痉挛，严重者甚至看到水、听到水声就会发生同样现象。所以有经验医生诊断狂犬病，不用病家开口，只要手中拿把扇子，病人面前放杯水，如果病人就会发生咽部和喉头痉挛难受，便可略知一二。除了“三怕症”外，病人中等发热，心率增快，血压升高，声音嘶哑，全身麻木，精神失常。大约经过1~3天，病人变得安静，抽搐停止而全身麻痹，肌肉松弛，下颌下坠，反射消失，瞳孔散大，心力和呼吸衰竭而死亡。

狂犬病一旦发病几乎无救。所以关键在于预防。预防的重点是加强犬类管理，严格控制犬类，捕杀野犬，管理家犬，

市区、城镇禁止私人养犬，特殊单位需要养犬时，应按公安等部门有关规定办理登记，按期注射犬用狂犬疫苗，即3个月至1岁狗进行初种犬用狂犬疫苗，后肢皮下注射活疫苗1针（灭活疫苗2针），以后每年加强免疫一次。可维持2年以上免疫效果。剂量：6个月龄大小犬3毫升，6~12月龄犬4毫升，12月龄以上5毫升。

发现狗咬人（不管是疯狗，还是外表正常狗）都应争取最快速度，立即就地用大量清水（10000毫升以上）冲洗伤口。如果周围一时没有水源，那末可先用人尿代替清水冲洗，然后再设法去找水。伤口冲洗要彻底，狗咬的伤口往往是外口小里面深，冲洗时尽可能把伤口扩大，并用力挤压周围软组织，设法把沾污在伤口上狗的唾液冲洗干净。如果伤口出血过多，应设法止血，但不要包扎，即送医院作进一步处理。医院接到被狗咬伤的病人后，不管现场是否进行过处理，一律先用浓肥皂水充分洗涤伤口，然后再用加压大量消毒生理盐水冲洗伤口，擦干后用20%~70%酒精局部消毒，最后用浓碘酊涂擦局部伤口，禁止缝合和包扎。伤口严重和靠近头部时除按上述处理外，应用抗狂犬病免疫血清，用部分血清作伤口内或周围浸润注射，并同时注射破伤风抗毒血清（均需先作皮试）。在进行局部伤口处理同时，注射狂犬疫苗，共5针，每次2毫升，肌肉注射。按0、3、7、14、30天各注射一次。

咬人的狗除确认为狂犬外，一般可进行检疫观察14天（观察期间将出现狂犬病症状或死亡），如狗已被打死而疑为狂犬时，可将杀后6小时内狗头冷藏送当地卫生防疫站检验。

(傅善来)

钩端螺旋体病

钩端螺旋体病（钩体病）是由致病性钩端螺旋体（钩体）引起的传染病。临床症状轻重不一。轻症者在急性期主要有突起发热，畏寒，眼结膜充血，头痛，腰痛，全身酸痛和小腿部腓肠肌酸痛伴乏力和全身淋巴结肿大。重症者可并发黄疸、出血、肺出血、肾炎和脑膜脑炎等不同表现，可导致死亡。各种钩体病共同的早期症状可归结为“寒热、酸痛、全身乏力”，“眼红、腿痛、淋巴（结）大”，如能记住这两句话，就有助于对本病的早期诊断。

钩体病遍及世界各地，但以东南亚地区的国家发病为最多。我国除甘肃、青海、宁夏三省区外，其余 27 个省市均发现有病人或带菌动物。本病主要的带菌动物有鼠类、家畜（猪、牛）及家养动物（犬）等，它们的粪尿排泄物污染水源后通过破损皮肤的接触而感染，也可经口腔粘膜而侵入。此外，也可经污染的饮食而感染。

本病多见于农民、野外工作者、下水道工人、屠宰工人及饲养员等，外来人员进入疫区从事地质勘探、农业生产、水利建设、抗洪救灾或旅行，均有可能染上此病。因此，如在本病流行区居住或有过旅游，在夏秋流行季节，于起病前 3 周内疫水接触史，有接触猪、鼠尿史或饮水食物被鼠尿污染后进食者，出现发热、畏寒、酸痛、乏力、眼红和腿痛等症状时应立即考虑钩体病的可能性，及早去医院就诊。

钩体病的预防应采取综合性群众性的措施，以灭鼠和预

防注射为主，是减少本病的暴发流行和减少发病的关键。

(1) 消灭和管理传染源，大搞灭鼠防病，灭鼠保粮群众运动，结合“两管”(管水、管粪)、“五改”(改良水井、厕所、畜圈、炉灶、环境)，不让畜尿粪直接流入阴沟、池塘、河流和稻田，防止雨水冲刷等。避免接触被污染了的水源，诸如涉足或游泳于家畜可接触的农村池塘。当进入污染的水域时，应穿防护衣着如皮靴，以及处理动物尸体时戴手套，都有助于防止感染。(2) 增强人体抵抗力，进行全程、足量、多价的钩体菌苗预防接种，是控制本病流行和降低发病的关键。

弓形体病

弓形体病是由弓形体原虫所引起的一种人畜共患的寄生虫病。广泛分布于世界各地。分为先天性感染和后天感染两类。此两类在人体内多为无症状的隐性感染，一般均不引起严重后遗症。然而，发病者的临床表现极为复杂，常因感染侵犯的脏器不同而异，主要侵犯眼、脑、淋巴结和心脏等，引起脉络膜视网膜炎、脑积水、头小畸形、眼球过小和脑钙化等。本病确诊需经特异性血清免疫学检查。

有关弓形体病的报道国外很多，近年来国内也已引起重视。发现猫、兔、猪和狗等几乎所有哺乳类动物均有弓形体的自然感染，其中以猫感染率最大，因猫粪便中排出的弓形体卵囊，可在外界存在较长时间造成感染的威胁。

本病与妊娠关系密切。据报道，孕妇弓形体感染率在东京为0.26%，巴黎为0.8%，纽约为0.36%，其胎儿的感染率可达34%~40%。推测国内孕妇及胎儿的感染率也不会

低于这个数字。母亲在妊娠期受到弓形体感染后，不论是显性或隐性感染，均可通过胎盘感染胎儿，直接影响胎儿的发育，致畸严重。先天性弓形体病现已成为人类先天性感染中最严重的疾病。

后天感染，主要经口传播，猫粪便经口食入后即可感染发病；此外，猫、狗、羊、鸡的脏器内几乎都有弓形体，凡食过未煮熟的狗，饮用未消毒的牛奶和生蛋也可受染，还发现输入含有弓形体的献血员血液，肾移植后而感染弓形体的例子。

预防和开展卫生宣教，提高人们对弓形体病的认识；搞好环境卫生，加强水源、粪便及禽畜的管理，特别是防止猫粪污染食物、饲料和水源；对献血员要进行血清弓形体抗体检查；不吃生肉或未熟的肉及鸡鸭蛋，尽量避免与猫、狗等动物密切接触；凡屠宰场及肉类加工人员要做好预防和定期检查。对育龄妇女及孕妇应进行弓形体抗体的血清学检查。若妊娠前阴性，妊娠后阳性特别是孕期3~4个月以内者应人工流产；如孕期在5个月以上发现阳性者，应给予螺旋霉素口服治疗。

(巫善明)

蛔虫病

蛔虫病是蛔虫寄生于人体所引起的疾病。蛔虫形似蚯蚓，呈淡红色，寄生于人体小肠内并产卵，卵随粪便排出，在适宜的条件下发育成为成熟卵。虫卵污染泥土、水或食物，进口吞入，即在肠内孵出幼虫。幼虫钻入肠粘膜，经淋巴管或

微血管移行到肝脏，再经右心到肺，穿破肺部微血管到肺泡，由支气管、气管逆行至咽喉，然后再被咽下到达小肠，发育成为成虫。从吞食感染性虫卵到发育成为成虫产卵，约需2个月。蛔虫寿命约1年左右。

蛔虫病病人多数没有什么症状，儿童及体弱者有的常有脐周阵发性腹痛。有的食欲不好。有的食欲很好，但吃得下长不胖。有的还有腹泻，大便中带不消化食物并排出蛔虫。有的还有低热，皮肤发风疹块，常闹脾气，不活泼、烦躁不安，晚上睡眠易惊醒、磨牙。久而久之，营养状况大受影响，体弱多病。

蛔虫常会引起并发症，如蛔虫太多时，在肠内扭结成团，阻塞肠道，产生肠梗阻。蛔虫喜欢钻孔，尤其在感冒、发热等情况时，肠内蛔虫骚动，如果钻入胆管引起胆道蛔虫，钻入阑尾引起阑尾炎等。如果在短时期内吞食大量蛔虫卵，经过1周左右会出现发热、咳嗽、咳痰或痰虫带血丝，少数会引起哮喘样发作，医学上称暴发性蛔虫性哮喘病。

得了蛔虫病应及时治疗，驱蛔虫的药很多，目前较为理想的是肠虫清，成人及2岁以上儿童常用剂量约400毫克1次顿服。孕妇及2岁以下儿童忌用。也可选用安乐士，每次100毫克，日服2次，连服2~4天。孕妇忌服。

预防蛔虫病在于养成良好卫生习惯，饭前便后洗手，常剪指甲，不咬指甲，不吮指头，不喝生水，不吃没有洗净的瓜果。不随地大便，加强粪便卫生管理。

蛲虫病

蛲虫病是蛲虫寄生在人体所引起的疾病。以5~9岁儿童发病为多。

本病是由于儿童吞食了蛲虫卵而发生。蛲虫约1厘米长，形似棉纱线，白色，寄生在小肠下段和大肠内。雌虫常在夜间游至肛门口或肛口外产卵，奇痒。儿童常因手指抓痒，沾染虫卵。如果吮吸手指，或用手抓食物吃，虫卵又可进入小肠孵育成成虫，使患儿反复感染。同时虫卵也可随大便散播或沾在用具、食物上，传染给其他人。

蛲虫病一般没有什么症状，多数只有肛门口或会阴部发痒，夜间尤为明显，影响睡眠。少数患儿有脾气急躁、易哭、食欲不好、咬手指、大便稀薄等。蛲虫寿命约60天，如果能严格做到勤剪指甲，勤洗手，尤其是食前便后一定洗手，不吮吸手指，勤换衣裤、被褥，尤其内裤，煮后再洗，晚上穿满裆裤，这样即使不经治疗，1~2个月后也能自愈。家中几个孩子同时有病，幼托机构一旦发现此病，应对全部儿童进行彻底治疗。

目前治疗蛲虫病首选药物为肠虫清，成人及2岁以上儿童常用剂量为一次顿服400毫克。孕妇及2岁以下儿童忌服。也可选用安乐士，100毫克1次顿服，不分年龄、体重，可采用同一剂量，但孕妇忌服。

(傅善来)

第三节 循环系统疾病

风湿热与风湿性心脏病

风湿热是一种常见的反复发作的急性或慢性全身性结缔组织炎症，常与一种叫做溶血性链球菌的感染有关；因此多与溶血性链球菌所致的急性扁桃体炎、猩红热等的流行及分布相关联。风湿热多发生在冬春寒冷季节，在潮湿、寒冷地区发病率较高。风湿热可累及全身结缔组织，但以心脏及关节受累最为显著。反复风湿活动最终可导致心脏瓣膜粘连、僵硬和变形，形成风湿性心瓣膜病，并逐渐使心脏的正常泵血功能发生障碍，造成严重后果。风湿热和风湿性心脏病的医疗保健，按病程阶段归纳为下列几点：

预防 预防及早期积极治疗链

球菌感染是预防本病的关键。风湿热的初次发病多为 5～15 岁的青少年，因此青少年是预防保护的重点，首先应给予营养丰富的饮食，注意居住卫生，保持通风，冷暖适宜，经常参加体育锻炼以提高健康水平。对猩红热、急性扁桃体炎、咽炎、中耳炎和淋巴结炎等急性链球菌感染，应予积极彻底治疗。慢性扁桃体炎常有急性发作者（每年 2 次以上），可在炎症静止期手术摘除扁桃体。

早期治疗 当有不明原因发热，伴有大关节肿痛、胸闷或心慌症状时，应及时到医院诊治，若确诊为风湿热则应积极配合医生治疗。一般需服药 2～3 月，治愈后应按第一点积

极预防再次复发。

治疗心瓣膜病 风湿性心瓣膜病是反复多次风湿活动的后果，部分病人可无明显风湿活动史，为隐匿性风湿活动的结果。本病以 20~40 岁青年为多见，女性稍多于男性，以二尖瓣病变最为常见。风湿性心瓣膜病早期可无症状，但几乎都存在心脏杂音。因此，定期常规体检可早期发现本病。超声心动图检查可确诊是否患有风湿性心瓣膜病。风湿性心瓣膜病使病人心脏负荷明显加重，最终可导致心力衰竭，心脏发生器质性改变，心脏扩大，病人活动能力越来越差，并容易反复发生肺部感染。因此，当确诊患有风湿性心瓣膜病后应及时到医院治疗，在控制风湿活动后，应根据病情状况及时采取手术换瓣或二尖瓣气囊扩张手术。

高血压病

高血压病是一种不明原因的以动脉血压增高为主要表现的心血管疾病，是危害人体健康较为严重的疾病，在城市成人中发病率高达 10%~15%，如不加治疗，可导致脑、心和肾等重要脏器的严重损害，甚至致残或致死。高血压病的病因目前仍不清楚，但同遗传、精神紧张、吸烟及食盐的摄入量有一定关系。由于是慢性疾病，病人往往不够重视，等到脑、心和肾等脏器出现症状，往往为时已晚。许多大规模的临床研究结果显示，高血压病人注意自我保健，规则服用降压药，有效控制高血压可显著降低脑卒中、心力衰竭及肾功能衰竭的发生率和死亡率。因此，高血压病病人应具备自我保健意识，经常复查血压，最好能自备血压计，每天自测血

压，通过下列措施使血压控制在正常范围以内。

保持心理健康 流行病学研究表明，持续的精神紧张和注意力集中，可导致血压增高，司机、会计、电报员和高空作业人员往往有较高的高血压患病率。高血压病患者在情绪激动、悲伤和激怒的状态下，易导致心脑血管意外，如脑卒中、心肌梗塞。因此，高血压病患者要心胸开阔，保持心境安静。从事紧张职业的病人，在业余时间应多参加些能放松紧张情绪的业余活动，如听听音乐、散散步、做些体育活动等。当遇有不愉快的事情时，应尽快摆脱，做些其他事情以冲淡不快情绪，努力提高自己的心理素质，培养安定而乐观的情绪。

合理营养 (1) 适当增加动物性食物，以提高膳食蛋白质的数量和质量，但要防止过剩；(2) 改变以猪肉为主的动物性食物结构，增加禽类、水产品和乳品的摄入量；(3) 提高大豆制品的摄入量，以改善蛋白质的数量和质量；(4) 稳定粮食的摄入量，保持“五谷为养”的优良传统；(5) 保证新鲜蔬菜、水果的摄入量，以确保维生素和矿物质的来源；(6) 食用菌富含蛋白质、合适比例的必需氨基酸和有多种微量元素，可提高机体免疫功能。(7) 进餐不宜过饱、过咸，每天食盐摄入量应控制在5克以下；(8) 适当补钙，多吃些虾皮之类食物，增加钙的摄入。

适当的体育活动 适当的体育活动可调节植物神经，改善心血管机能，提高机体免疫功能。高血压病人长期坚持体育锻炼，可起到降压和减少冠心病、脑卒中发生的作用。体育锻炼贵在坚持，最佳时间是清晨起床后，每天半小时左右，

锻炼项目可因人而异，气功、太极拳、练功十八法、广播操或慢跑步等均可，但不宜作剧烈运动，运动量掌握要适度，以冬天感到全身温暖，夏天微出汗，但不觉得心跳为度。

药物治疗 如果非药物治疗不能使血压降至正常水平，则必须用药物治疗。长期规则降压治疗，可使血压控制在理想水平，能明显减少并发症，防止病情发展，逆转靶器官的损害，以降低病死率。大量事实证明，高血压病人治疗愈早，效果愈好。至于用什么药，怎么用，应服从医生，这里要提醒大家的是：

降压水平 (1) 尚未产生心、脑、肾并发症的血压可降低至正常水平；(2) 已经产生心、脑、肾损害，尤其是严重的晚期高血压病人，原则上仍需降压，但其速度应缓慢，而且不宜降得过低，一般以略高于正常水平为原则。

降压治疗必须长期进行 为减少不必要的副反应，使病人能长期坚持服药，应尽量用最小量的药物达到控制血压的目的。同时应根据冬夏季节变化引起血压改变的规律，调整用药剂量，一般夏季量少些，冬季应大些。

冠心病

近年来“冠心病”、“心绞痛”、“心肌梗塞”这些医学病名已逐渐为人们所熟悉，随着我国人民物质生活水平的提高，饮食习惯的改变，工作紧张度的增加等因素，冠心病的发病率确实在逐年增多，而且冠心病是导致突然死亡的首要病因，有较高的致残率和致死率，目前内科住院病人比例中冠心病占首位，但大多数人对冠心病的危害及防治仍知之甚少，有

必要对冠心病的概念及防治作一介绍。

何谓冠心病 冠心病全称为“冠状动脉粥样硬化性心脏病”。心脏和其他脏器一样需要氧气和养份，给心脏输送营养的血管称为冠状动脉，如果把心脏比喻为一片庄稼，那么冠状动脉就好比是灌溉庄稼的水渠。婴儿出生时，冠状动脉内膜是纤薄而光滑的，水渠是畅通的。随着年龄增长，在诸多有害因素作用下，血中脂质就逐渐在内膜下沉积，使内膜隆起，管腔变狭，如同泥沙逐渐在渠底沉积一样。这些隆起的斑块，称之为“粥样斑块”。随着这些斑块的增大，管腔愈来愈狭，血流量愈来愈少。当血流量不能满足心肌的正常需要时，心肌就发生缺血缺氧，临床上可出现“心绞痛”症状。当某些突发的因素，往往是急性血栓形成，使管腔闭塞，血流完全中断时，心肌就会因无氧供而缺血坏死，就象庄稼断水枯死一样，这就是急性心肌梗塞。梗塞后的心肌丧失了活力，不能收缩，影响心脏的正常泵血功能，并且缺血的心肌很容易发生心律失常，也影响心脏的泵血。因此，心肌梗塞极为凶险，约 20% 的患者因此而死亡。所以冠心病的根本是冠状动脉的病变，而其结果是心肌缺血缺氧。因为心脏是维持正常血液循环的动力机构，因此冠心病对人体具极大的危害性。

如何预防冠心病 冠心病的病因目前仍不十分清楚，但流行病学调查表明，某些因素的存在与冠心病的发病有着密切联系，如高血压、高血脂、吸烟、肥胖、缺乏体力活动、糖尿病和冠心病家族史等。除遗传因素外，其他的因素都是可以纠正的，因此，冠心病应该说是可以预防的，但由于冠心病的发生是一个缓慢、长期和渐进的过程，因此冠心病的预

防也必须是一个长期的、贵在坚持的过程。

早期预防 冠心病出现症状往往在 40 岁以后,但冠状动脉粥样硬化的发生比这早得多。尸体解剖的资料提示,20 岁左右的青年已有粥样斑块出现,而到目前为止,尚未发现何种治疗可使粥样斑块自然消退,因此从长远的观点看,冠心病的预防应该从小开始,防患于未然。

病从口入 现代医学研究表明,高胆固醇血症与冠心病的发生有明确关系,而不饱和脂肪酸能预防动脉粥样硬化的发生。因此,合理的饮食习惯是预防冠心病的重要措施。西方人冠心病的发生率之所以比东方人高,也与东西方的饮食习惯有关。针对我国的实际情况,合理的饮食应是: (1) 稳定粮食的摄入量,保持我国“五谷为养”的优良传统; (2) 适当增加动物性食物,并提高大豆制品的摄入量,改善膳食蛋白质的数量和质量,但要防止过剩; (3) 改变以猪肉为主的动物性食物结构,增加禽类、水产品 and 乳类的摄入量; (4) 保证蔬菜、水果和豆类的摄入量,大量纤维素摄入,不但能降低血脂,而且能降低餐后碳水化合物的吸收和血糖、胰岛素水平。此外,某些不良习惯应予改变,如酗酒、吸烟; (5) 严禁暴饮暴食,尤其晚餐不宜过饱,以免诱发心绞痛或心肌梗塞。

治疗高血压 高血压是冠心病的主要危险因素之一,长期高血压易导致动脉粥样硬化。因此,高血压患者应增强自我保健意识,通过药物或非药物治疗,将血压控制在正常或接近正常范围。

适当的体育活动 长期坚持锻炼可促进血液循环,增加

心搏量，使冠状动脉管腔舒张，增加心肌供血，并能提高高密度脂蛋白，降低低密度脂蛋白，降低甘油三脂，预防冠心病的发生。

总之，冠心病的发生是多因素作用的结果，因此冠心病的预防应是“综合治理”，并贵在坚持。

得了冠心病怎么办？首先应采取上述的预防方法，防止冠心病的进一步发展，防止冠状动脉粥样硬化的进一步加重。鱼油、 β -胡萝卜素、维生素E制剂，对防止动脉粥样硬化有一定作用，可选择一、两种作为保健药品，长期服用。已发生心肌缺血和心绞痛的病人，应按医嘱服用扩张冠状动脉、抗心绞痛的药物。目前治疗冠心病有三种方法可供选择：药物治疗、冠状动脉气囊扩张术及冠状动脉搭桥术。病人可在医生的建议下根据病情，选择一种方法治疗。冠心病患者应切记两点：第一，应随身携带硝酸甘油制剂，当心绞痛发作时应及时自我治疗，如硝酸甘油片放于舌下含服。第二，当心绞痛持续30分钟以上不缓解时，应考虑急性心肌梗塞的可能，须停止活动，立即送往医院急诊室。

肺原性心脏病

肺原性心脏病简称肺心病，即由于肺组织或肺动脉及其分支的原发性病变，引起肺循环阻力增加，肺动脉压力增高，导致右心室增大和右心衰竭的心脏病。其原发疾病在肺，心脏是肺部疾患导致的继发性病变。按病程的缓急，可分为急性和慢性两种，急性肺心病主要由肺动脉栓塞所致，极为少见。慢性肺心病多继发于慢性支气管炎、支气管哮喘、支气

管扩张和肺结核等常见呼吸系统疾病，是我国比较常见的一种心脏病。因此，平时常说的肺心病，主要是指慢性肺源性心脏病。

人体二氧化碳的排出及氧气的摄入，由肺通气及肺循环完成。右心室将机体回流的富含二氧化碳的静脉血泵至肺部，肺泡通过气体交换，使二氧化碳排出，摄入氧气，使静脉血变为富含氧气的动脉血，往肺静脉回流至左心，再通过左心室的收缩将动脉血泵至人体各组织器官，供其利用。当肺部疾患使肺循环阻力增高后，右心室必须加强收缩来克服这些阻力，才能保证肺循环的正常运行。长此以往，右心室则发生器质性变化，室壁增厚，心腔扩大，最终导致右心衰竭，出现少尿、下肢水肿和腹水等症状。因此，肺心病的病根在肺，发展为肺心病是一个很缓慢的过程。据统计，由慢性支气管炎发展为肺心病的时间平均为 16.7 年。由于农村地区肺部疾患较多见，且因缺医少药，往往得不到及时、彻底的治疗，因此，发展为肺心病者也较多见。北方寒冷地区呼吸道疾患较多见，肺心病发病率也较南方高。

肺心病的自我保健，主要为增强体质，预防呼吸道感染。在我国 80%~90% 以上肺心病由慢性支气管炎并发肺气肿而来，慢性支气管炎的防治是预防肺心病的主要措施。经常易患支气管炎的病人应首先提高机体的免疫功能。在饮食方面，应进食蛋白含量高、质量优的食物，如肉类、水产品、乳品类和大豆类食物，并保持足够的维生素摄入，如绿叶蔬菜、水果。参加适当的体育活动，可提高机体的抗病能力，并可提高肺活量，促进血液循环，有利于改善心肺功能。锻炼不

宜过分剧烈，可选择气功、太极掌、练功十八法或慢长跑等项目，每天半小时左右，以微汗、全身温暖和不感到疲劳为度。居室环境应保持清洁、通风。冬天应注意保暖，在寒冷季节外出，要戴好帽子、口罩和围巾，防止冷空气对呼吸道的刺激。吸烟的患者必须戒烟，并远离吸烟环境，防止被动吸烟。另外，中药治疗对增强体质、提高机体免疫力有一定帮助。病人可在医生指导下，服用中药或中药膏剂进行调理。

先天性心脏血管病

先天性心脏血管病简称先心病，是最常见的先天性畸形中的一种，因胎儿的心脏在母体内发育有缺陷或部分停顿所造成，病孩出生后即有心脏血管病变。

众所周知人体是由受精卵发育而来的，单个细胞的受精卵经“十月怀胎”，不断分裂、分化，发育成为一个白白胖胖的婴儿，期间的过程十分复杂，尤其在孕期的3个月内，大部分重要脏器包括心脏、大血管均在这段时期发育成形。因此，这期间外界因素的干扰对胎儿影响较大，尤其病毒感染。母体病毒感染造成病毒血症，病毒经血、胎盘感染胎儿，影响胎儿细胞的正常分化，即可导致胎儿先天性畸形。尤其以风疹病毒感染最为突出，其次为柯萨奇病毒感染。母亲如在妊娠初3个月内患风疹，则所产婴儿的先天性心脏血管患病率较高。其他的因素如羊膜的病变、胎儿受压、妊娠早期先兆流产、母体营养不良、糖尿病、苯酮尿、高血钙、放射线和细胞毒性药物在妊娠早期的应用等，都有使胎儿发生先天性心脏血管病的可能。

因此，先天性心脏血管病的预防，主要在于妊娠早期的母体保健，尤其在最初3个月，母亲应注意营养和休息，注意居室环境的卫生和通风，预防病毒感染，避免接触放射线和可能致畸变的药物，若因某疾病如肿瘤而不得不接受放射线或细胞毒性药物治疗的母亲，应在医生的指导下，在肿瘤控制后，停止放射治疗或化疗一段时间后再妊娠。但也要反对某种极端，有的母亲在怀孕期间偶有感冒就人工流产，中止妊娠，以致引起习惯性流产或继发性不孕。

婴儿出生后应定期到婴幼儿保健门诊随访，以利于疾病的早期发现。一般有先天性心血管病的患儿，常有喂奶困难、营养不良的表现，易有反复肺部感染。如婴儿出现上述表现，父母应及时送医院仔细检查，大多数先天性心脏血管病具有特殊的心脏杂音，参考胸部X光片或超声心动图，一般不难诊断。少数轻症病例可以自愈，但一般均需手术纠正心脏血管畸形。学龄前儿童期是施行手术的合适年龄，严重的在婴儿期即应施行手术。未施行手术、暂不宜手术或病变较轻而不考虑施行手术的病人，宜根据病情避免过度劳累，预防感染，注意个人卫生，以免引起心力衰竭、感染性心内膜炎或血栓栓塞。凡本病患者在施行任何其他手术的前后，包括拔牙、扁桃体切除等，都要预防性应用抗生素以预防感染性心内膜炎。

梅毒性心脏血管病

解放前，在半殖民地、半封建的旧中国，由于性病流行，梅毒性心脏血管病是一种常见的疾病。解放后，在党的领导

下，移风移俗，彻底取缔了娼妓，而且广泛开展了性病的治疗，梅毒性心脏血管病逐年减少，几乎已无新发病例。但近年来随着改革开放的浪潮，外籍人员进出增多，资本主义毒素的渗入，性病在国内又呈抬头趋势，梅毒新发病例不断出现。因此，有必要将梅毒性心脏血管病作为医学常识介绍给人们，以利于预防和早期发现该种疾病，防止其蔓延。

梅毒是有一种称作梅毒螺旋体的微生物引起的疾病，主要以性接触为传播途径，经性器官进入血管后循环于整个机体中，部分经过肺门淋巴管，到达主动脉的滋养血管，由于升主动脉淋巴组织较多，故病变较集中于该部，螺旋体侵入主动脉后产生炎症，称之为梅毒性主动脉炎，使动脉中层的肌肉与弹力组织破坏，局部坏死失去弹性，主动脉壁在血流压力的作用下扩张变薄，主动脉瓣环也可有扩大，使瓣叶间距加大，当心室舒张时，瓣叶不能起到单向阀门的作用，血液从主动脉返流至左心室，加重了左心室的负担，久之可引起左心室肥厚扩大，甚至心力衰竭。主动脉壁因失去弹性，在血流高压下，可扩张成囊样，称之为主动脉瘤，如果破裂可引起突然出血死亡。另外，人体心脏的营养血管：冠状动脉，开口于升主动脉根部，病变可累及冠状动脉开口，引起冠状动脉口狭窄，导致心肌缺血缺氧而产生象冠心病样的心绞痛症状。梅毒性主动脉炎的病程进度一般较缓慢，需要 10~25 年才产生明显的症状和体征，但一旦病变形成，则已无法逆转。

可见梅毒对人体的危害极大，根治梅毒的关键在于预防，切断传播途径是重要而有效的预防措施。因此，应树立良好

的社会风尚,人人洁身自爱,彻底杜绝卖淫嫖娼流氓活动。已患有梅毒的病人,应及时到性病防治中心接受正规驱梅治疗,不要上江湖骗子的当,以免耽误治疗。

病毒性心肌炎

近年来,病毒性心肌炎的发病率有增加的趋势,尤其青壮年病人较多见。患病毒性心肌炎后,人们往往顾虑重重,思想负担很大,以致影响工作和生活。那么,病毒性心肌炎究竟是怎么回事?患病后如何自我保健呢?

病毒性心肌炎是由病毒感染引起的心肌的炎症病变。感染早期往往是病毒直接侵犯心肌细胞,导致心肌细胞变性、坏死。后期(感染2周后)主要是变态反应造成心肌损害。引起心肌炎的病毒主要是肠道和上呼吸道感染的各种病毒,尤其柯萨奇病毒、流感病毒和埃可病毒为多见。病人往往在发热、腹泻、咽痛、流涕、咳嗽或肌肉酸痛等病毒感染症状出现后1月左右,继发胸闷、胸痛、心慌和气促等症状。症状的轻重与心肌受累的程度有关,局限性的心肌炎症,主要表现为心律失常,如早搏、房室传导阻滞。重症弥漫性的心肌炎症可以出现急性心力衰竭、心脏显著扩大、心源性休克,乃至突然死亡,但一般较少见。

病人若出现上述症状,并且在发病前1月内曾有上呼吸道感染或肠道感染者,应考虑本病的可能性,须及时到医院就诊。因为病毒性心肌炎的危害性主要在急性期,此时病情易变,可能出现严重心律失常或心力衰竭,严重者应住院监护、治疗。在急性期病人应充分休息,轻症者在热退,心率、

心脏大小和功能恢复正常后，一般还需休息至少3个月；重症者应休息半年至1年。并且应注意营养，尤其应进食富含维生素C的食物，大量的维生素C可提高机体的抗病能力，改善心肌代谢及有助于损伤心肌的修复。中药黄芪有抗病毒感染和保护病毒感染后的心肌的作用。急性期可用黄芪注射液静脉滴注治疗或口服黄芪制剂。有些病人在急性期后常遗留有少量早搏，病人不必因此而背上思想包袱。本病大多数为轻症，预后良好，少量的早搏对健康无大碍，也不影响正常的工作和生活。在某些因素的作用下，早搏有可能会增多，如吸烟、酗酒、喝咖啡、浓茶、疲劳、紧张和心情不快等。因此，病人应尽量避免或摆脱这些有害因素，保持精神、心绪的平静。合理安排工作和生活，使其有一定规律性，并注意休息和营养，注意个人卫生，参加适当的体育活动，预防感冒。少数病人感冒后有可能会复发本病，反复多次复发，可能导致心脏扩大、心力衰竭，因此这类病人尤应注意自我保健。

原发性心肌病

原发性心肌病远较冠心病、风湿性心脏病和心肌炎少见，因此，一般人对此病不太了解。那么，什么是原发性心肌病呢？

原发性心肌病是指一类原因未明的以心肌病变为主的心脏病。本病的病变主要在心肌，在排除目前已知的可能引起心肌病变的病因后，可确立诊断为本病。按心肌病变的类型，本病可分为三型：扩张型心肌病、肥厚型心肌病和限制型心

肌病。

其中扩张型心肌病最为多见，多发生于 30 岁以上的成人，也可见于儿童。起病多缓慢，通常于不知不觉中发病，早期为体检时偶然发现心脏扩大。症状的出现也多缓慢，早期表现为易疲劳，劳累后气息，下肢浮肿，夜间需高枕，以后症状逐渐加重，以至稍活动则气急，下肢经常浮肿，夜间经常出现呼吸困难，被迫坐起。本病诊断通常不困难，但目前尚无特异性治疗方法。病人的自我保健，预防心衰反复发作对预后影响较大，病程发展慢者可存活 20 年以上。

病人不宜过度劳累，不可作重体力劳动，病情轻的病人可适当做些力所能及的轻体力活。

适当增加营养，选择高蛋白、易消化的食物，适当增加维生素和微量元素的摄入，戒绝烟瘾、酒癖，限制钠盐摄入。

注意个人卫生，保持居室通风，注意保暖，预防感冒，因为上呼吸道感染是诱发心力衰竭的主要诱因。

轻症病人或心力衰竭缓解期，可适当参加体育活动，以增强机体抗病能力和改善心脏功能，但不可剧烈活动，并应掌握运动量，以不感到疲劳、全身温暖和微汗为宜。

按医嘱长期服用减轻心脏负荷、改善心功能的药物，并定期到医院门诊随访，调整用药。

有条件的病人，可在身体状况较好的情况下，及时作心脏移植手术。

肥厚型心肌病较扩张型心肌病少见，约三分之一病人有家族遗传倾向。心肌肥厚往往以室间隔上部为显著，在心脏收缩时，肥厚的心肌阻塞左心室流出道，使左心室喷血受阻

和外周脏器缺血，严重者可引起心绞痛和昏厥。超声心动图检查可确诊本病。长期服用 β -受体阻滞剂或异搏定可以改善症状和延缓本病发展，药物治疗不佳、梗阻严重的病人，可考虑手术切除肥厚的心肌。

限制型心肌病极为罕见，预后不良，死亡率高。

感染性心内膜炎

感染性心内膜炎是一种较常见的心脏病，虽然目前抗生素的种类很多，治疗也相当有效，但若不及时治疗，则可以引起死亡。而相当一部分病人，若注意预防，是可避免患病的。故在此向大家介绍一下，什么是感染性心内膜炎？哪些人易于患此病？如何进行预防？

人的心脏有三层结构，外层为心外膜，中层为心肌，内层即心腔面为心内膜，后者包括心壁内膜和心瓣膜。感染性心内膜炎即指心壁内膜和心瓣膜的感染性炎症，绝大多数为细菌性感染。口腔及上呼吸道感染、拔牙、扁桃体摘除、泌尿生殖道、肠道的感染和手术时，细菌常可从口腔、上呼吸道、泌尿道或肠道入血，引起短暂的菌血症，细菌随血流到达心腔，在心瓣膜或心壁内膜“定居”、“繁殖”，导致感染性心内膜炎。但在一般正常的心脏，细菌被很快“杀灭”，不易“停留、定居”下来。统计资料显示，约 60%~80% 的病例发生于风湿性心瓣膜病的基础上，发生于先天性心血管畸形者约占 10%。可见绝大多数感染性心内膜炎发生于器质性心脏病的基础上，尤其风湿性和先天性心脏病，因此这些病人尤应注意自我保健。

感染性心内膜炎的预防，除了一般的增强机体抗病能力的措施，如进食富于营养的饮食，适当体育锻炼外，很重要的一点是预防性应用抗生素，具体地说，风湿性心脏病及先天性心血管病病人，在施行拔牙、扁桃体摘除术、五官科和颌面部手术前1天和手术后3~5天，应预防性应用青霉素，如青霉素过敏者可选用红霉素或头孢霉素。施行泌尿生殖道、肠道手术或分娩时，应预防性应用氨苄青霉素或庆大霉素。此外，个人卫生也非常重要，这些病人须注意口腔卫生，养成每天早晚刷牙的习惯，勤洗澡、勤换衣，有局部感染病灶者，应及时到医院治疗。如出现持续性发热和进行性贫血，应及时到医院检查，争取早期诊断、及时治疗。一般来说，及时的、大剂量的抗生素治疗可以治愈本病，但疗程须足够长。常须持续治疗6周，过早停药易于复发。

心脏神经官能症

有一个在合资企业工作的人，薪水颇丰，工作也较紧张，经常感到胸闷不适，尤其下班回家后，总觉四肢无力，胃口也不好，饮酒后常有胸痛持续不缓解，伴气短，需打开门窗才觉胸部较舒坦，自己一直怀疑有心脏病。因懂一些医学常识，总担心什么时候心肌梗塞，到处求医，做过各种检查，一直未发现有器质性心脏病依据，也服过许多治疗心脏病的西药、中药，但均不见好转。后经告知患有心脏神经官能症，经仔细分析和解释后，症状有所缓解。这类病例在生活中并不少见，尤其近几年来，许多人抛弃了铁饭碗，到薪水高、工作压力大的合资或外资单位谋职。工作节奏快、思想负担重、

精神压力大，心脏神经官能症的病例较以往明显增多。

那么，什么是心脏神经官能症呢？准确地说，心脏神经官能症应属精神疾病的范畴，是神经官能症的一种特殊类型，其表现为心血管疾病的症状，而实质为植物神经功能紊乱所致，即人们常说的“神经衰弱”。本症的特点是大多发生在青年和壮年，以20~40岁者为最多，尤以女性为多见。这类病人往往心理素质较差，敏感、易激怒、多疑，对自己的健康状况过分关心而又无自信心，心理承受能力较差，在外界环境因素的作用下，心理易失衡。精神因素在心脏神经官能症的发病上起重要作用，如焦虑、情绪激动、精神创伤或过度劳累均为常见诱因。也有部分病人在患有器质性心脏病后起病，通常是在心肌炎后，基础疾病虽已治愈，早搏已消失或明显减少，但病人自觉症状一直无好转，心悸、胸闷和气短症状持续不缓解，这主要是由于病人对心脏病缺乏正确的认识，听别人说心肌炎是一种非常严重、危险的疾病，因此背上思想包袱，对自己的心脏病一直耿耿于怀，久之则导致心脏植物神经功能紊乱。心悸是本病最常见的症状，病人能感到自己的心跳、心前区搏动，运动后或情绪激动对症状更明显；气短也是较常见的症状，同时伴胸闷，主要是病人主观上感到空气不足，呼吸不畅，但无缺氧表现。屋内人多拥挤或通风较差的地方容易引起发作。发作时喜开窗在窗口深呼吸。平时经常有叹息样呼吸，即深吸气后作一长而带叹息样的呼气，自觉不如此不能解除气不足之感。心前区痛大多为一过性刺痛或持续隐痛，可持续数小时或数天，体力活动或注意力分散时常无胸痛，但活动后或休息时常有发作。心

前区的肋骨、软组织及其表面皮肤可有压痛点。

本症的治疗主要在于心理疏导。病人应以认真、信任的态度，听取医生的分析和解释，并配合医生一起查找起病的根源；也可自我分析每次发病的诱因，以利解除这些不利的精神因素。必要的心血管检查可帮助病人彻底解除对自己心脏的忧虑，放下思想包袱。合理安排生活，使之有一定规律，适当参加体力活动，有利于调整植物神经功能，对治疗本病有很大帮助。适当服用小剂量镇静药物，如安定、舒乐安定，或安心宁神的中药，对治疗本病有一定辅助作用。心率快者可加用 β -受体阻滞剂，如心得安、美多心安等。

心律失常

心律失常是一种很常见的心电学的异常，尤其过早搏动（简称早搏）相当多见。在人的一生中，几乎每个人都有过早搏的经历，有的人早搏较多，伴有心慌症状，有的人偶有早搏，未引起注意。那么，应如何正确对待心律失常呢？发生心律失常后该如何自我保健呢？

心律失常发生时，多数都有心慌、胸闷的症状，引起了病人的注意并去医院就诊，通过心电图检查发现有心律失常。也有少数人没有症状，偶在体检时发现有心律失常。当确诊有心律失常后，首先应去就诊，最好是心脏专科，配合医生详细了解发病经过，并作一些必要的检查，对心律失常发生的背景作具体的分析。因为心律失常不是一种独立的心脏疾病，它是一种心电学的异常表现。任何心脏疾病都可有心律失常的表现，正常者有时也可有心律失常。给正常者作一个

24小时的动态心电图记录,那么可发现一半以上的人都有心律失常的记录。许多外因的刺激也可诱发心律失常,如疲劳、情绪激动、吸烟、酗酒、喝浓茶和咖啡等。因此,首先应对心律失常发生的基础进行分析,分清心律失常是在某种心脏疾病的基础上发生的,还是由外因造成的,即区别这种心律失常是功能性的还是器质性的。功能性的心律失常预后良好,对健康无影响,不需药物特别治疗。器质性的心律失常绝大多数也是良性的,即不会造成心跳骤停、突然死亡的危险。只有少数器质性心律失常是恶性的,必须特殊治疗。

功能性心律失常的治疗,主要在于去除诱因和心理治疗,有人曾建议将功能性心律失常归属于心脏神经官能症,有一定的道理。心理障碍是许多功能性心律失常的主要病因。因此,应配合医生仔细分析每次发病的经过,找出导致心律失常的精神因素,这些因素可能是多方面的,如工作压力大、情绪紧张、家庭矛盾、夫妻生活不和谐等。必要时可找心理医生进行心理咨询,经过多次的咨询、疏导,可以帮助病人走出困境。自身心理素质的培养也相当重要,我们要树立“知足常乐”、“助人为乐”、“自得其乐”的人生观,努力培养安定而乐观的情绪。一些容易诱发心律失常的危险因素应予戒除,如吸烟、酗酒、喝浓茶和咖啡。必要时可服一些镇静安神的中草药或西药。适当的体育活动可以帮助调整植物神经功能,安定情绪。

伴有器质性心脏病的心律失常,首先应治疗原发疾病,多数心律失常在原发疾病治愈后可以消失或改善。如果将心律失常比作种子,基础性心脏病就是土壤,而诱发因素就是雨

水。种子只有在土壤中遇到适宜的雨水，才会发芽生长。诱因的去除在心律失常的治疗中相当重要。一般来说，良性的心律失常，只需治疗原发疾病、去除诱因，而不需服用抗心律失常的药物。只有在心律失常比较严重，症状较明显的情況下，才考虑选择副作用较小的抗心律失常药物作短期治疗。

恶性的心律失常必须接受特殊的治疗，所谓恶性心律失常即曾发生过心跳骤停，经心肺复苏抢救成功后的心律失常病人，以及有严重的器质性心脏病伴严重的心律失常，经特殊检查预测以后有发生心跳骤停、突然死亡危险的病人。这部分病人必须在治疗原发病的同时，筛选一、两种有效的抗心律失常药物长期服用，或安装特殊的起搏器。

许多非心脏的疾病也可伴有心律失常，如甲状腺、肝胆疾病，颅脑外伤或肿瘤、肾上腺的疾病以及应用对心肌有毒性的药物，如锑剂、阿霉素、洋地黄等，这些心律失常的治疗关键是去除原发疾病，必须注意的是不要因心律失常而只把注意力集中于心脏，耽误了原发病的及时发现和治疗。

盲目服用抗心律失常药物是有害的。美国曾作过这样一次试验，把心肌梗塞后有较严重室性心律失常的病人随机分组，给予安慰剂或某种抗心律失常药物治疗，目的在于预防心跳骤停和突然死亡的发生，结果发现，经1年的治疗，服用抗心律失常药物的病人死亡率，反而高于服安慰剂的病人。所有的抗心律失常药物本身均具有不同程度的致心律失常作用，这类药物必须在医生的指导下，在充分权衡利弊后服用。

心力衰竭

心脏是维持机体正常血液循环的动力泵，自古以来人们就熟知心脏对生命的重要性。如果心脏发生了衰竭，那将是多么可怕的一件事。心力衰竭具很高的病死率，但如果心力衰竭病人注意自我保健，则可以延长生命，并可以保持相当好的生活质量。

首先应树立战胜病魔的信心，积极配合医生治疗原发疾病。各种心脏疾病最终均可导致心力衰竭，常见的心脏病包括冠心病、高血压心脏病、风湿性心瓣膜病、先天性心血管病和原发性心肌病等。各种心脏疾病的治疗方法均不一样，有的必须手术治疗。病人应积极配合医生选择最佳的方案治疗心脏原发疾病。

据国内资料统计，89.8%的心力衰竭的发作是有诱发因素的。而每一次心力衰竭的发作均使病情进一步恶化。因此，只要很好地控制诱因，就可减少发作机会，延长生命。感染是最常见的诱因，尤其呼吸道感染。因此，病人应注意冷暖，尤其在季节交替时，要小心着凉和过多出汗，居室应保持通风，尽量不去人多拥挤和空气不好的地方。如患有感冒，应及时治疗。其他常见的诱因包括过度体力活动、情绪激动、钠盐摄入过多、饮食过饱、进食难消化的食物和睡眠不足等，这些因素都是可以控制的。另外，妊娠和分娩常是育龄女病人发生心力衰竭的诱因。因此，有器质性心脏病的女病人应在医生指导下，选择适宜的时机怀孕，并注意计划生育，因为人工流产也可能诱发心力衰竭。

饮食必须清淡、富有营养、易消化，尤其应限制钠盐的摄入，食盐量每天不宜超过 2 克（轻症者不宜超过 5 克），特别不宜食用盐腌制的食物，如咸鱼、咸肉和酱菜等。

现代医学研究表明，某些药物的长期服用，可降低心力衰竭患者的病死率，降低再次发病率和再次入院率，提高病人的运动耐量和生活质量，如血管紧张素转化酶抑制剂或消心痛加胍苯哒嗪。病人应在医生的指导下，选择其中一种长期服用，并定期到医院随访，调整用药剂量，并能及时发现药物的不良反应。

体力活动可增加心脏负担，但适宜的体力活动可提高心力储备，提高病人的运动耐量，增加心脏搏血量，改善心功能。重症病人应绝对卧床休息，轻症病人应视具体病情掌握适宜的运动量，原则是以自己不感到疲劳为宜。随心功能逐步恢复，逐渐延长运动时间，增加运动量。

(施海明 戴瑞鸿)

第四节 呼吸系统疾病

急性支气管炎

急性支气管炎是一种常见的呼吸系统疾病，多由感染、物理化学刺激或过敏等引起，是支气管粘膜的急性炎症，常发生于气候突变时。临床上主要表现为咳嗽和咳痰症状，病变加重后可发展为细支气管炎和支气管肺炎，或加重原有呼吸系统疾病的病情。

当机体抵抗力低下，如受寒、过度疲劳和营养不良等情况下容易罹患本病。引起急性支气管炎的常见病因是病毒、支原体和细菌等，在病毒感染的基础上可继发细菌感染。

急性支气管炎的治疗主要是镇咳、祛痰和抗感染治疗。镇咳、祛痰药常用的有敌咳，每天3次，每次10毫升；复方甘草合剂，每天3次，每次10毫升；联邦止咳露，每天3次，每次10毫升等。抗生素治疗一般都为经验性用药，由于病毒和支原体在临床上目前还不能很快得到诊断依据，所以在选用抗生素时尽量宜选用能对支原体有作用的大环内酯类药物，如红霉素，每天4次，每次0.25克；交沙霉素，每天4次，每次0.2克；克拉霉素，每天2次，每次0.2克。或选用头孢菌素类抗生素，如头孢克罗，每天2次，每次0.25克。在治疗时也可以加用些抗过敏药物，如克敏能，每天1次，每次10毫克，有时会得到很好的疗效。

得了急性支气管炎后要适当休息，多饮些开水，进易消化的食物或半流汁饮食，以利于痰液的湿化和咳出。忌烟、酒及辛辣刺激性食物，避免刺激引起咳嗽症状加剧。在季节、气候变化时要及时增减衣服，注意冷热，尤其要注意寒潮来时保暖。平时要经常锻炼身体，增强体质。避免接触可能引起发作本病的病因和过敏原，如刺激性气体、粉尘和烟雾等。

(周 新)

慢性支气管炎

慢性支气管炎简称慢支，是一种常见病。在我国的患病率为3%~5%，50岁以上约10%~15%，有1%~2%的病

人可发展为肺气肿和肺心病。

病因较为复杂,是多种因素长期相互作用的综合结果,主要包括:

感染 大量调查资料表明,慢支的起病、加重与复发约56%~80%同感冒有密切关系。从病人鼻咽部分泌物中分离出的病毒有流感病毒、鼻病毒、腺病毒和呼吸道合胞病毒等;痰内培养出的细菌有流感杆菌、肺炎球菌、甲型链球菌及奈瑟球菌等。病毒感染使呼吸道粘膜上皮细胞受损,以致防御能力降低并易引起细菌的继发感染。反复的病毒和细菌感染是造成慢支的病理演变和疾病加重的基本原因。

环境因素 刺激性的烟雾、粉尘、大气污染,尤其是空气中的二氧化硫、二氧化氮、氯气和臭氧等因素的慢性刺激是慢支发生的原因之一。在接触工业粉尘和有毒气体的工人中,慢支的患病率增高。吸烟对慢支的发生有密切关系,吸烟者比不吸烟者高2~8倍。吸烟时间愈长,量愈大,患病率愈高,戒烟后病情可缓解或痊愈。气象因素,在秋末冬初,天气骤变、寒冷等亦与感冒的发生和慢支病情的加重有密切关系。以上因素使支气管痉挛,血循环障碍,粘膜上皮细胞纤毛运动减低,粘液分泌增多,呼吸道净化功能降低,为感染创造有利条件。

过敏因素 喘息型慢支病人,

有过敏史者较多,对许多过敏性抗原包括尘埃、尘螨、花粉、某些食物、化学气体、细菌、真菌和寄生虫等过敏;做抗原皮试,阳性率显著高于健康人。

其他 病人常有副交感神经功能亢进现象,气道反应性

增高,微弱的外来刺激可引起支气管痉挛,分泌增加,产生咳嗽、咳痰、气喘等症状。老年人由于组织退行性变、性腺和肾上腺皮质功能衰退、呼吸道防御功能退化、免疫球蛋白减少和吞噬细胞系统功能减退,均为慢支的发病提供内在条件。过度疲劳、酗酒、慢性消耗性疾病、副鼻窦炎、胸廓畸形和维生素A、C缺乏等均为慢支发病的一些重要因素。

防治 戒烟与积极防治感冒是预防慢支,减少或减轻急性发作的有效措施。此外,加强体格锻炼提高抗病能力,改善环境卫生,减少大气污染,对消除呼吸道刺激因素十分重要。

发作期应以控制感染、祛痰、镇咳和平喘为主。抗菌药物的使用应及时、有效、足量,感染控制后即予停用,最好能查明主要的致病菌,选择有效的抗菌药物治疗,常用的药物有复方新诺明(SMZ+TMP)、强力霉素、乙酰螺旋霉素、氟哌酸、氟嗟酸、头孢菌素或注射青霉素、链霉素、卡那霉素、丁胺卡那或庆大霉素等。祛痰、镇咳,不宜单用镇咳药,因痰液不能咳出,反可加重病情,祛痰药能促进痰液引流,有利于感染的控制;常用的有必嗽平8~16毫克/次,每天3次,化痰片2片/次,每天3次,或用敌咳糖浆、祛痰灵、半夏露和蛇胆川贝止咳液等。解痉平喘同哮喘的解痉治疗。

缓解期则常采用三联气管炎菌苗治疗,每周皮下注射1次、从0.1毫升开始,每次递增0.1毫升,直至0.5~1毫升,疗程1~2年,可以提高机体抗病能力和减少或减轻慢支的急性发作,有效率达70%~80%。核酪注射液,每次2~4毫升,每周皮下或肌注2次,发病季节前用,3~6个月为

一疗程，可减少感冒和慢支急性发作。

超声雾化的吸入已用于治疗 and 预防支气管哮喘，慢性支气管炎等呼吸道疾病，是一种先进的医疗技术。超声雾化雾量大，雾滴直径在 5 微米以下，能直接吸入到小气道和肺泡，发挥药液的灌洗和治疗作用。由于它是气道内的直接局部用药，药物浓度大，疗效比吃药、打针好。用药剂量为全身用药量的 $1/2 \sim 1/5$ ，对全身的毒副反应少。对哮喘病人，由于药物直接作用于气管内的各种神经受体，能立刻松弛支气管，见效快。雾液有湿化和清洁呼吸道分泌物的作用，对老慢支的治疗有重要意义。可同抗菌，平喘、祛痰、抗过敏等药物并用，大大提高治疗效果。目前的哮喘气雾液和慢支气雾液，每瓶 500 毫升，每次用量为 15 毫升，适合于各种类型的哮喘和慢支病人吸入使用。经严格消毒可长期保存，价格便宜，携带方便。(1) 首次治疗的病人，家距医院较近者可每天到医院门诊气雾治疗；(2) 对老、弱、病、残、幼或家距医院远者新华医院有出租超声气雾机，供病人在家治疗，定期随访；(3) 自购一只超声气雾机，长期在家治疗，或在外地治疗。轻型病人，每天吸入 1~2 次，病情严重，可每 6 小时吸入一次，或加用面罩或氧气送风吸入。超声气雾吸入治疗，不论对控制哮喘和慢支的急性发作，或预防疾病的反复发作都有显著效果。早期病人有治愈者；慢性中、重度病人，经过一段较长时间的雾化吸入治疗，能恢复劳动力，提高生活质量。

(叶根荃)

慢性阻塞性肺病（肺气肿并慢性支气管炎）

何谓慢性阻塞性肺病 慢性阻塞性肺病是一种活动后呼吸困难临床综合征。客观上具有不能以其他肺部疾病或心脏病来解释的气流减少，病人有咳嗽、咳痰和气促等症状，体检有气流减少所致的两肺呼吸音，尤其是呼气音减低。气流减少可以通过肺功能检测而确定。肺气肿是肺部形态学上的变化，有终末细支气管远端气腔异常膨大，伴肺泡壁的破坏性改变。肺气肿和慢性支气管炎共同存在时，尚有细支气管炎和哮喘的成分。

慢性阻塞性肺病（简称慢阻肺）的易感因素与发病机理

慢阻肺病人中以男性患者为多，吸烟者较不吸烟者为多，城市居民又比农村居民多。吸烟是慢阻肺发病最主要的因素之一，烟草的烟中含有大量刺激性物质，可以刺激支气管粘液分泌，损害甚至破坏纤毛功能，引起咳嗽，并损害肺泡壁。经常吸烟的人也易引起下呼吸道反复感染，这种感染对病情发展为慢阻肺起着一定的作用。在职业环境中长期接触某些化学物质，包括城市中大气污染等也是引起慢阻肺的重要因素。

正常人肺部气流的主要阻力是在直径大于 2 毫米的大气道，因为小气道直径总的断面要比直径大于 2 毫米的气道总断面大得多。因此，小气道病变必须非常广泛时才出现肺功能的异常。慢阻肺时主要病变是小气道阻塞，造成小气道阻塞的机理包括：（1）支气管和细支气管壁的炎症性肿胀造成管腔狭窄；（2）过多的粘稠分泌物堵塞气道，特别是填塞了细支气管；（3）气道壁萎缩，正常弹性支持结构和弹性回缩

力丧失,使之在呼气时气道扭曲和过早萎陷。在生理学上,严重肺气肿时常见肺总量、残气量增加以及氧弥散障碍。

慢阻肺的自然史一般为20~40年,若以积极有效药物治疗,早期可有较大的可逆性,相反若病情进一步加重,可造成肺动脉高压、低氧血症、呼吸衰竭和肺源性心脏病等。

慢性阻塞性肺病的治疗原则 慢阻肺病人急性发作时的临床特点可以“咳、痰、喘、炎”四个字来概括,针对此特点制定的治疗原则即为止咳、祛痰、平喘和抗炎。

止咳、祛痰药 慢阻肺病人除了较严重咳嗽时才可选用一些止咳药物外,一般尽量少用或不用止咳药,尤其是不宜选用中枢性镇咳药如可待因等,否则排痰困难,更容易引起肺部感染。祛痰药种类颇多,一类是调节支气管腺体功能药,如必嗽平,它可降低痰的粘度,易于咳出。必嗽平8~16毫克,每天3次,该药副作用少,疗效较好,在临床上最为常用。第二类是溶解分泌物药,如乙酰半胱氨酸,又名痰易净,该药能使痰中粘蛋白分解,降低痰粘度,易于排痰。一般用以雾化吸入,每次1~4毫升(0.1~0.4克),每天2~3次。这类药能使头孢菌素、青霉素等抗生素减低作用。因此,两者不宜合用。第三类是蛋白水解酶类药,其作用是能水解炎症部位的纤维蛋白凝结物,水解脓痰中的脱氧核糖酸,降低痰的活性,达到易于排痰的目的。如 α -糜蛋白酶5毫克,肌肉注射或用于雾化吸入,每天1次。中性蛋白酶1800单位,每天3次口服。近年来,一些国外进口的祛痰药,如达先、痰之保克、沐舒痰等疗效较好,已在临床上广泛应用。此外,中药中有许多祛痰作用的药物,如温化寒痰药中的苏子、白芥

子、半夏、桔梗、杏仁和白前等；清化热痰药中的川贝、葶苈子、桑白皮、前胡、枇杷叶、竹茹和瓜蒌等。可根据不同病情适当选用。有些药物已制成了中成药，如蛇胆川贝液（散）、半夏露、枇杷膏、竹沥油和复方祛痰灵等，临床疗效均较好。

平喘药 氨茶碱是一种支气管平滑肌的解痉药物，临床上广泛应用于哮喘的治疗。近年来研究发现，氨茶碱对肺气肿也有积极的治疗作用。使用氨茶碱后可使得阻肺病人气促缓解，肺功能改善。其机理是氨茶碱除了解除支气管痉挛外，还具有增强膈肌的收缩功能及增强支气管粘膜上的纤毛运动功能，从而使通气功能得到改善和痰液易于排出。使用剂量为每天 6~8 毫克/千克体重，可长期使用。若病人在最初 1 个月内未见明显疗效，不应停药，继续服用后会使疗效逐渐加强。小剂量氨茶碱服用后一般无副作用，如病人合并有心、肝、肾等其他慢性疾病，则应减少氨茶碱的剂量。

吸入 β_2 受体激动剂气雾剂是近年来最为广泛使用的平喘药物，如舒喘灵、喘康速、喘乐宁等气雾剂（或干粉剂）。这类药物起效快，可迅速缓解气促症状。一般每次使用 2 揿，每天 3~4 次。其副作用主要是过量使用会产生心动过速和手颤抖等症状。 β_2 受体激动剂中也有一些口服制剂，如博利康尼、美喘清和舒喘平等。

抗胆碱能药物是另一类平喘药，其中爱喘乐（异丙托品）气雾剂疗效好，副作用少，已在临床上广泛应用，该药与 β_2 受体激动剂合用，疗效更好。

要使气雾吸入发挥最大疗效，必须要掌握正确的气雾剂

吸入方法，学会手—肺同步协调动作，让更多的气雾药液能够吸入到支气管肺内。如果不能掌握气雾剂吸入技巧，可将气雾剂喷入到一个单向容器中，然后病人通过该容器将药液吸入到肺部。现在市场上尚有各类同类药物的干粉剂，吸入干粉剂对于老年慢阻肺病人来说，则更为方便了。

抗菌药 慢阻肺病人切忌长期使用抗生素，使用抗生素的指征是痰量增多、咳黄痰或临床上有发热、血白细胞增多等急性感染发作时。口服抗生素种类很多，不要以为价格越高疗效越好。一般应首选常用的一种抗菌药物进行治疗，如口服 SMZCo2 片，每天 2 次；头孢氨苄 0.25 克，每天 4 次；头孢拉定 0.25 克，每天 4 次；交沙霉素 0.2 克，每天 4 次；红霉素 0.25 克，每天 4 次；或肌肉注射青霉素 80 万单位，每天 2 次；庆大霉素 8 万单位，每天 2 次；洁霉素 0.6 克，每天 2 次；丁胺卡那 0.2 克，每天 2 次。感染较严重时可选用两种抗生素联合使用。当用口服或肌肉注射抗生素数天治疗后症状仍无明显好转或症状加重时，应到医院就诊，作痰细菌培养，根据药物敏感情况选用抗生素进行静脉内给药。针剂抗生素也可通过超声雾化方式从支气管内吸入，疗效也较好。

不可忽视营养支持与呼吸功能锻炼 慢阻肺病人常有营养不良，随着病情发展，一旦出现呼吸衰竭则营养不良进一步加重。营养不良降低肺通气功能及机体免疫功能，使病人易于发生二重感染及全身衰竭。现在人们越来越认识到正确评价病人的营养状态，并给予营养支持，已成为提高存活率和生活质量的重要课题。我国大约 60% 的慢阻肺病人存在营

养不良，较国外病率为高，这些病人实际体重低于理想体重 10% 以上。造成慢阻肺病人营养不良的主要原因是：(1) 摄入量不足，少于最低的生理要求；(2) 胃肠道功能紊乱；(3) 能量需要增加。慢阻肺病人由于肺顺应性下降，气道阻力增加，呼吸肌收缩效率减低，从而使呼吸功增加。慢阻肺病人每天用于呼吸耗能较正常人高 10 倍。因此，加强对慢阻肺病人的营养支持是一项不可忽视的治疗措施。

中国人饮食中多以碳水化合物为主要能源（占 80%~90%），过量糖摄入可增加二氧化碳的生成量，增加呼吸功。对慢阻肺病人来说，应适当增加脂肪和蛋白质饮食，而相对减少碳水化合物饮食，以减轻呼吸负荷。一般原则在营养治疗供能组份中，碳水化合物占 50%~60%，蛋白质占 15%~20%，脂肪占 20%~30%。我国传统医学中留下了许多治疗慢阻肺的食疗配方，有的配方既可达到滋补功用，又能起到防治疾病的疗效，病人可以根据实际情况选用。

此外，慢阻肺病人除了要使用一些药物治疗外，还要重视自身的康复治疗，提高肺功能的代偿能力，减少急性发作的次数。呼吸功能锻炼方式很多，如练气功、打太极拳、定量行走或登梯等，以提高机体耐力，增加肺功能。这里介绍一种自我呼吸功能锻炼的简易方法，即缩唇呼吸锻炼法。它能防止慢阻肺病人呼气时气道陷闭，有助于肺泡气的有效排出，改善气体交换。缩唇呼气法的具体做法是病人用鼻吸气，缩唇作吹口哨样缓慢呼气，在不感到费力的情况下，自行调节呼吸频率、呼吸深度和缩唇程度。一般以能吹动面前 30 厘米处的白纸为适度。缩唇呼气法可每天做 2~3 次，每次半小

时左右。这一简易的康复治疗方法若能持久锻炼，将会明显改善病人的呼吸功能。

重症慢阻肺病人需要氧疗 该类慢阻肺病人往往有明显的低氧血症，也常并发肺源性心脏病，此时就需要抗受长期吸氧治疗。吸氧可以降低肺动脉高压，也是治疗肺心病的基础。氧也可以改善低氧血症病人的心肌功能，增加运动耐受力，并改善慢阻肺病人的生活质量。一般以动脉血气 PaO_2 低于 7.98 千帕 (60 毫米汞柱) 为氧疗的一项指标。许多研究表明每天至少 16 小时以上氧疗，长期治疗可收到显著的效果。国外已推行家庭氧疗，设计了家用氧气瓶，液化氧便携式氧气瓶以及家用氧气浓缩器等各种氧疗装置，使许多重症慢阻肺病人提高了生活质量，延长了生命。近年来，我国也开始研制了氧气浓缩器等氧疗装置，给重症慢阻肺病人开展家庭氧疗带来了方便，但还存在价格较高等弊端。期望今后有价格低廉，而又有效的氧疗装置问世，为广大重症慢阻肺病人造福。

总之，慢阻肺病人要认识到慢阻肺是一个终生的疾病，要树立起战胜疾病的勇气和信心。去除易感因素，增强机体免疫力，掌握自我保健的知识，采取积极的防治措施。定期到医院检查胸片、心电图和肺功能等。这样慢阻肺病人就能使疾病减缓发展，生活质量也会得到明显提高。

(周 新)

支气管哮喘

支气管哮喘 (简称哮喘) 是一种过敏性疾病，近年发病

率有增加趋势。据调查表明,我国哮喘的患病率成人为 2%,儿童为 5%左右。约半数以上在 12 岁前起病,50%的病人可在发育期前后缓解或中止,20%的病人有家族史。传统的观点认为病人接触或吸入各种过敏物质后,可产生广泛的支气管平滑肌收缩和痉挛,导致临床上哮喘的急性发作。基于这样的观点,对哮喘的治疗一般多着眼于急性发作时采用各种解痉平喘药,以缓解临床症状。在选用药物方面也缺乏一定的规范和程序,这样的治疗方法无助于对病情的长期控制。

近年来,通过研究认识到哮喘是一种慢性气道变应性炎症的疾病。因此治疗时除了在缓解急性发作症状外,更重要的是控制和预防哮喘的发作。根据哮喘病人病情的不同,有计划地合理使用药物治疗,或称之为哮喘的分级治疗。为此,1993 年 5 月我国呼吸学会制订了哮喘的规范化诊治方案,并向全国推广。哮喘治疗成功的标准应该是:完全控制症状,能预防发作,无药物副作用,肺功能检查接近正常,可以保持正常活动能力。

哮喘是由多种因素同时存在而引起的,根据激发因素和哮喘类型选择防治方法。防治提倡以吸入药物为主,药液或药粉经支气管吸入后可在局部发挥强大的药理作用,而对全身副作用很小。吸入的药物主要有两大类:一类是支气管舒张剂,如喘乐宁、喘康速、舒喘灵等定量型雾化吸入剂,或干粉剂,如沙普尔等。具体用法是气雾剂每次 2 揿(200 微克),每天 3~4 次。干粉剂每次 1 粒(200 微克或 400 微克)每天 3~4 次。这类药物的特点是使用后数分钟即可起到平喘疗效,维持时间 4~6 小时。其副作用主要是心悸和手震颤,

因此不要过量使用。此外，要注意这类药物除了在有症状时需使用外，在哮喘缓解期不要长期规则地使用，否则容易产生药物快速减敏现象，即耐药现象。另一类药物则是抗过敏性炎症的吸入剂，主要有丙酸倍氯松（如必可酮）、丁地去炎松、色甘酸钠等。具体用法是丙酸倍氯松、丁地去炎松每天400~600微克，分2~3次吸入。吸入后要漱口，避免口腔霉菌感染。色甘酸钠每次10毫克，每天2~3次。这类药物主要是起预防和控制发作作用，需使用数天后才能见效。对于中、重度哮喘病人需较长期使用（至少8~12周），根据病情好转程度以及肺功能改善情况由医生决定是否可减量或停止使用。有些病人则需连续使用数月甚至数年以上才可达到控制哮喘发作的疗效。

在哮喘治疗中要纠正以下一些错误的观点：认为吸入皮质激素副作用大，不敢长期使用；认为吸入皮质激素的疗效不如吸入支气管舒张剂疗效好。其实在医生指导下较长期吸入一定剂量的皮质激素，一般不会产生全身性副作用，完全可以放心使用。吸入支气管舒张剂好比是治“标”，而吸入皮质激素或色甘酸钠则是治“本”。

至今在治疗哮喘方面尚无彻底根治的方法。对于一些其他疗法，如中医治疗、穴位敷贴疗法、脱敏疗法和针灸疗法等因其长期疗效还不很理想，需要进一步研究。哮喘患者千万不要轻信有关广告宣传，到处去乱投医，甚至去接受一些错误的治疗方法。如不恰当地去接受穴位注射皮质激素疗法，或去服用一些含有皮质激素的中药，结果哮喘未根治，反而产生了严重的全身性副作用。

除了使用药物治疗之外，哮喘病人要避免接触一些过敏物质。引起哮喘的常见过敏原有螨、花粉、霉菌、蚕丝和动物皮屑等，它们存在于生活环境中。有针对性地改善生活环境，可以有效地控制疾病的发生和发展。

哮喘病人的饮食原则是：(1) 吃某种食物会引起过敏，导致哮喘发作者应禁忌该种食物；(2) 发作期避免进食过饱，食物不宜太咸，否则易使哮喘发作加剧，并刺激气道产生咳嗽等症状；(3) 忌烟、酒，慎用辛辣刺激性食物，特别要慎用海腥油腻物，以免加重病情；(4) 哮喘发作期，特别是持续发作几天者，宜进流汁或半流汁饮食，并尽量鼓励病人多饮水，湿化痰液，利于排痰；(5) 哮喘是一种消耗性较大的疾病，因此在膳食中要有充足的碳水化合物类食物，保证热能供给。选择生理价值高的蛋白质，如蛋、鱼、牛奶、禽等，亦可多些豆制品。当然哮喘患者平时要增强体质，提高机体的抵抗力，这对于哮喘的防治也十分重要。

预防复发：可按具体情况选用以下措施。

抗原脱敏：主要用于吸入型与混合型哮喘，在哮喘发作季节前脱敏效果较好。从低浓度 0.1 毫升皮内注射开始，每周 1 次，逐周增加浓度，15 周为一疗程，可连续 1~2 个疗程，对顽固的病人可长期脱敏。

哮喘菌苗：主要用于感染型或混合型哮喘，于发病季节前 2 个月开始。每周 1 次，疗程据病情而定，一般 8~10 周后有效。

(周 新 叶根荃)

支气管扩张

支气管扩张是常见的慢性支气管化脓性疾病，大多数继发于呼吸道感染、支气管阻塞和支气管管壁被损坏而形成管腔扩张。临床上主要表现为慢性咳嗽、大量脓痰及反复咯血。此病多见于儿童和青年。

通过胸部 X 线检查、薄层 CT 扫描检查可以明确支气管扩张的诊断，必要时也可作支气管造影予以确诊。

支气管扩张的治疗主要有手术和药物保守治疗两方面。对于症状严重、病变范围局限的可考虑手术治疗。手术治疗可以去除病灶，达到根治的目的。若病变为双侧的则无手术指征。保守治疗主要是通过保持支气管引流通畅，增强体质和及时控制感染来达到稳定病情的目的。

排出痰液对于支气管扩张病人来说比用药治疗还要重要，每天应尽量将痰液咳出，可以减少继发感染的机会。病人可以作体位引流方法排痰，具体做法是让病侧肺处于高位，其引流支气管的开口向下，间歇作深呼吸后用力咳嗽，同时用手轻拍患侧胸部，这样可将痰液排出体外。

当咳嗽、咳痰症状加重，或伴有发热、咯血症状时提示合并继发感染，应选用抗生素治疗。常用的口服抗生素有 XMZCo2 片，每天 2 次；头孢拉定 0.25 克，每天 4 次；红霉素 0.25 克，每天 4 次，交沙霉素 0.2 克，每天 4 次；环丙沙星 0.2 克，每天 2 次；氧氟沙星 0.1 克，每天 3 次等。症状严重者需肌肉注射或静脉内使用抗生素。支气管扩张患者平时使用抗生素要注意经常更换，避免细菌产生耐药。若

有条件时可到医院经常做痰细菌学检查及药物敏感试验,根据药敏情况有针对性地选用有效抗生素治疗,则疗效更好。

支气管扩张病人平时应锻炼身体,增强体质,预防呼吸道感染。在饮食方面要忌烟、酒,慎用辛辣刺激性食物,食物不宜太咸。继发呼吸道感染时宜进半流汁食物,多饮水,以湿化痰液有利排痰。

(周 新)

肺结核病

肺结核病是结核菌侵入肺部后产生的一种慢性呼吸道传染性疾病。其基本病理变化有二,一是渗出性病变,属于急性、活动性阶段的结核病变;二是增殖性病变,一般比较稳定。结核病变的发展和转归不外乎两种情况,或继续恶化,形成干酪样坏死及空洞;或吸收好转。早期渗出性病变可以完全吸收不留痕迹;在一般情况,病变吸收痊愈后常遗留一些纤维钙化硬结病灶。

全身症状

发热 有以下三个特点:(1)除急性发作可有高热外,通常是慢性较长期的低热,体温在 $37.5^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$ 之间;(2)体温不稳定,波动性大,早晚可相差1度以上,活动后体温可有波动上升,经休息半小时以上仍不能复原;(3)发热通常在下午4时至8时,所以又称“潮热”。

盗汗 常和白天的潮热、疲乏同时存在。盗汗通常发生在半夜或清晨醒来以前,在不知不觉中醒来时衣衫已经湿透,所以叫“盗汗”。出汗的部位多在头、胸或两腋部。有些体质

弱的正常者在白天过劳后晚上也会有盗汗；被褥太厚也可在睡梦中出汗；幼儿新陈代谢旺盛，入睡后常出汗，但白天精神好，不发热，可资区别。

时间 持续较长，没有特殊原因的疲劳不适。

其他 原因不明的食欲不振，体重持续减轻；女性结核病人可有闭经或月经不调、经期后延、月经过少。这可能是结核中毒症状，也可能患有生殖系结核。长期月经不调，不论有无肺结核，都应去妇科作进一步检查。

肺局部症状

咳嗽 常认为是感冒或气管炎而不予重视。如“感冒”后咳嗽经久不愈，就应引起注意。有支气管内膜结核时可有呛咳，或咳出带血丝的粘痰。如咳嗽经过对症治疗2周仍不愈，就应该去作一次胸部透视，必要时查痰找结核菌以免耽误病情，排菌病人大多有咳嗽，在咳嗽时容易传播结核菌。

吐痰 早期结核患者大多无痰或仅有少量粘液痰。空洞形成后痰量增多，且呈块状。较大空洞内继发其他细菌感染时，可使痰量骤增，呈脓性，且可伴发热。

咯血 肺结核病人在患病过程中约有半数以上有不同程度的咯血。过去无结核病史者发现痰血或咯血，首先应想到是否有肺结核；40岁以上中老年人，有长期吸烟史者，还应提高警惕是否有肺癌的可能。因此，有咯血和痰血均应作胸部透视及其他必要检查以早期明确诊断。

胸痛 肺脏没有痛觉神经，肺病变不会引起疼痛。胸痛主要由于肺病变累及胸膜，使胸膜产生干性炎症所致。此类因胸膜的反应所引起的胸痛，常局限于病侧的固定部位，在

深呼吸时加剧。在肺结核病治愈后，胸膜反应性炎症吸收，但局部胸膜可有轻度增厚，在气候变化时仍可能有胸痛，但这无碍大局。

正确对待肺结核 思想乐观，有充分信心战胜疾病。现在恐惧肺结核病的人是不多了，但对肺结核病是否能彻底治愈还是有疑虑的；认为生了这种慢性病，不容易彻底治愈，容易复发，必然对工作、学习和生活带来不少麻烦，对个人前途也有影响，因而情绪低落，甚至悲观失望。这是对肺结核病的过去和现状还不够了解的缘故。在 40 年代中期以前还没有生产出对肺结核特效的药物，单靠休养、营养或打“空气针”（人工气胸、气腹），疗程长，疗效低，极易复发，严重的肺结核大多久治不愈，死亡率高，所谓“十痨九死”。50 年代后有效抗结核药物陆续问世，用药方法日趋完善，70 年代生产出利福平后药物治疗（化疗）方法效果更好，只要治疗方案正确，又能坚持规律服药，治疗满疗程，那么即使是严重的肺结核病绝大多数也是可以彻底治愈的，并很少复发。所谓彻底治愈是指病灶内已没有可以通过培养生长的结核菌，是细菌学上的治愈。并不需要长期卧床休养，也不必特殊营养，治愈后完全可以和健康人一样学习、劳动和工作，没有必要有任何思想顾虑。

坚持规律服药 结核菌是一种顽固的病菌，说肺结核可以彻底治愈是有前提的：只有在正确合理的治疗方案和坚持规律服药，满疗程才能达到预期的效果。如在服药一个时期后自我感觉良好，就自动停药，或想着就用药，忘记就算了，这种“不规律服药”是结核病治疗中的大忌。据研究，初次

治疗的病人，坚持规律服药约有 95% 的病人能治愈；而不规律服药则仅有 60% 或更低的治愈率。且容易产生耐药性病菌，为治疗带来很大困难。

肺结核病初次治疗（初治）是关键，效果几乎是 100%，如果由于治疗方案不恰当，或不规律服药，或不满疗程，或因药物副反应而无法继续使用，导致初治失败，那么再次治疗（复治）的效果就差些。如一而再，再而三由于上述同样原因招致治疗反复失败，那么有可能细菌对多种主要抗结核药物耐药，结核病就成为难治甚至不治之症。如病灶局限，有肺切除手术条件则还可以通过手术根治，否则后果将是严重的。国际防痨专家强调每次服药应在医务人员直接观察下，以保证规律服药，即所 DOT 方式。上海则采取在全疗程医务人员规范化管理下督促病人规律自服药的办法，称为“化疗全程管理”。为了避免因疏忽而忘记服药，可以指定家中一位亲属负责督促服药以保证病人一次不漏的规律服药，这就是在“化疗全程管理”中的一个具体措施“家庭督导”。

适当休息 自从有了特效抗结核药物以后，已无必要长期休息，特别是卧床休养。但也应根据病情，有高热或有大量或中量咯血时，应全天卧床休息；当热度已有下降或咯血已止，仍有痰血时，可以起床进食，漱洗，室内自由活动或阅读书报，但每天活动不超过 2~3 小时。随着症状的消失和体力的逐渐恢复，可以逐步增加活动量。每天晚上应保证 8~10 小时睡眠时间，午睡 2 小时，其他时间可以在室内外自由活动，做些家务，或去室外散步，活动以不感觉疲劳为度。

开放肺结核病病人（痰检查结核菌阳性），一般需休息 2

~3个月,待不再排菌(痰检查结核菌阴性)后即可逐渐恢复半天工作至全天轻工作。发病时痰检阴性的患者,若无症状,可在服药的同时作轻度或半天工作。所有肺结核患者治疗满疗程,痰检阴性,都可以恢复正常工作和活动。总之,肺结核病人的休息和活动应根据病情,治疗是否顺利,病人的代偿情况和体力,不能硬性规定,一概而论。

合理营养 肺结核病人由于肺组织遭受破坏,需要增加一些营养,以弥补疾病消耗,有利于组织的修复。但过份强调营养也无必要。病人常为吃得不多而担忧,为能吃得多而高兴,认为能多吃就是好。实际上进食多少要根据自己的食量,不能勉强,病人休息后活动量减少,食量可适当减少,这是正常情况,不会影响疾病的好转。

人体需要的营养主要有蛋白质、碳水化合物、脂肪、各种维生素和矿物质。结核病病人应适当增加些蛋白质,因为蛋白质可以增强人体抵抗力,促进组织的修复,如猪、牛、羊、鸡、鸭和内脏以及蛋和鱼虾等动物性蛋白质;或各种豆类及豆制品、花生等植物性蛋白质。鱼、肉、蛋和黄豆、豆腐的蛋白质含量差不多,黄豆中蛋白质含量比肉类要高,因此,并不需要每天大鱼、大肉,可合理调配食谱。脂肪不宜过多,否则会影响食欲,还会使身体内脂肪过剩而发胖,没有好处。碳水化合物主要是五谷和豆类,结核病人需要维生素的量较健康人要多些,可多食用新鲜蔬菜、水果、粗粮、蛋类、动物瘦肉和内脏等。如食谱调配得当,各种营养素都可以从食物中取得,“药补不如食补”并不一定需要用维生素类药物或其他滋补品。

预防传染 结核菌阴性的病人一般无传染性。

排菌病人通常肺里有空洞，痰中检出结核菌，而且大多有咳嗽，在咳出的小飞沫中含有很多结核菌。因此，排菌病人咳嗽时最容易传染他人。但是人体具有防御能力，痰飞沫中的结核菌要进入肺泡并不是那么容易的，需要通过层层屏障。首先会遇到鼻孔内鼻毛的阻拦；鼻腔、气管和支气管表面都有一层粘膜经常分泌粘液，细菌飞沫会被粘液粘住，以后随着鼻涕或痰液排出。气管支气管粘膜表面还有一层很细的纤毛，像风吹麦浪一样不断地由下而上摆动，纤毛的摆动加上咳嗽反射就能把痰液或吸附在粘液里的灰尘和细菌排出体外。据研究，飞沫直径必须在2微米左右才能进入肺泡，即使进入肺泡，要存活下去还得和人体内以巨噬细胞为代表的种种防御机能进行激烈的斗争，才能在肺内繁殖生长，引起感染。

病人一旦被确诊应服用异烟肼、利福平等抗结核药物，开始治疗2周后痰液中结核菌数量即明显减少，仅为原来的5%左右；治疗4周后则减少至原来的0.25%。结核菌不仅在数量上明显减少，而且活力也减弱，甚至可以丧失活力，再加上服药后，咳嗽很快消失，传染性相应明显减弱或消失。因此，病人只需注意不面对着人咳嗽，打喷嚏，并用手帕或纸巾蒙住口，用过的手帕煮沸消毒，纸巾集中后焚烧。不要与儿童同床共枕睡觉，筷子独用，采取分食制，就不会传染给别人。保持室内经常通风和阳光也是很重要的。

实际上结核病人最危险的传染时期是排菌病人并未被发现的这一阶段。明确诊断后开始治疗，采取一些必要预防措施

施,则基本上不再有传染的可能性。目前公认仅为了隔离目的而住院是没有必要的。与排菌病人有密切接触者应去作一次胸部透视,儿童可去作一次结核菌素试验,如阳性也应作一次胸透。大多数情况即使有感染也不一定发病,在日常生活中感染结核菌的机会很多,但真正发病的仅是极少数。儿童密切接触者如结核菌素为强阳性,可考虑服异烟肼 6 个月作为药物预防。

服用抗结核药物的注意点: 抗结核药物以每天 1 次顿服效果最好,但若药片数太多如吡嗪酰胺需服 6 片则可分 2 次服。利福平应空腹服,可在清晨醒来时或晚上临睡前服用,服后尿液变红色是正常情况。服药必须规律,且服满疗程。

在用药过程中如发现有皮疹、发热、恶心、呕吐、胃纳明显减退和腹胀、肝区痛、眼白发黄(黄疸),耳鸣、眩晕、视力减退和视野缩小等症状时应及时与经治医生联系和就诊以明确有无药物副反应。由于停药对治疗效果有影响,因此除症状明显如黄疸应立即停药外,其他情况应根据医生判断确实同药物有关而且必须停药时再停药。

按常规,每个月应查一次肝功能。当病情稳定后可进行适当锻炼,如在医生指导下选择进行气功、太极拳、保健操、散步或慢跑等活动,以改善呼吸功能,增强机体抗病能力。

(汪钟贤)

肺炎

肺炎是指肺组织的炎症。肺炎的病因很多,绝大多数由微生物,包括病毒、支原体、立克次体、细菌和真菌等引起,

物理、化学性因素和过敏反应等亦可引起肺部的炎症反应。肺炎的临床症状主要为寒战、发热、胸痛、咳嗽、咳痰和气急等，也可伴有恶心、呕吐、腹胀、腹泻和黄疸等消化道症状，严重感染时可发生休克和神经系统的症状，如神志模糊、烦躁不安、嗜睡、谵妄和昏迷等。

当机体免疫功能降低时，容易得肺炎。婴幼儿、老年人、糖尿病病人、长期卧床病人和长期使用免疫抑制剂治疗，如皮质激素治疗的病人更容易患肺炎。青年人患肺炎后的临床症状比较典型，如畏寒、发热、胸痛、咳铁锈色痰和血白细胞增高等。而老年人得肺炎后有时临床上症状不典型，可以不发热，血白细胞也可不增高。但是老年人一旦患肺炎后病情往往比较重，并发症多，甚至危及生命。

通过胸部 X 线检查、血液检查以及痰细菌学检查等，可以确诊肺炎。肺炎的治疗主要是早期应用足量的抗生素，再辅必要的对症治疗和对并发症的处理。临床上细菌性肺炎治疗的疗程一般为 1~2 周，重症肺炎治疗疗程则更长，需 3~4 周。在未明确是何种细菌的情况下，可先选用青霉素 80 万单位，肌肉注射，每天 2 次；或头孢拉定 4 克，静脉滴注，加上丁胺卡那霉素 0.2 克，肌肉注射，每天 2 次或 0.4 克，静脉滴注，每天 1 次进行联合治疗。然后根据痰细菌敏感试验结果再考虑换用其他抗生素治疗。对于肺炎程度较轻的可给予口服抗生素治疗，如头孢拉定 0.25 克，每天 4 次；氧氟沙星 0.1 克，每天 3 次；交沙霉素 0.2 克，每天 4 次等。

患肺炎后机体消耗甚大，应多饮水，吃高能量、高蛋白、易消化或半流质食物。可适当多吃些水果，补充维生素，这

样有利于增加机体的抗病能力和早日康复。老年人和免疫功能低下者一旦患肺炎后应及时到医院去住院治疗，以免产生严重的并发症。

肺脓肿

肺脓肿是由于多种细菌感染引起的肺部化脓性炎症、坏死而形成脓肿。原发性肺脓肿常由吸入物所带的细菌感染所致，继发性肺脓肿系由血行播散引起或继发于原有的肺部疾病。肺脓肿的主要临床症状有畏寒、寒战、高热、胸痛、咳嗽、咳脓痰和咯血等。

容易罹患肺脓肿的病人主要有口腔疾患如牙龈发炎、酗酒、免疫功能低下、长期口服激素者和其他部位有化脓性感染者等。当上述病人有畏寒、发热、咳嗽和咳脓痰等临床症状时应想到肺脓肿的可能，要及时到医院去作胸部 X 线和血液、痰液等检查。

肺脓肿的治疗主要是应用抗生素和作体位引流。首选抗生素为青霉素 80 万单位，肌肉注射，每天 2 次，或 160~240 万单位，静脉注射，每天 2 次；甲硝唑 0.2 克，静脉滴注，每天 2 次；头孢唑啉或头孢拉定 4 克，静脉滴注，每天 1 次等。治疗疗程一般需 4~6 周。只要积极治疗，肺脓肿一般都可治愈。作体位引流的方法是让患侧肺向上，头低位，尽量将痰液咳出。目前有些医院开展在纤维支气管镜下作支气管肺泡灌洗治疗，疗效也十分满意。肺脓肿若不及时治疗，或病灶不吸收，脓腔持续 3 个月以上未愈者则称为慢性肺脓肿。慢性肺脓肿病人可考虑作手术切除治疗。

肺脓肿病人的饮食原则为摄入高蛋白、高热量和易消化的饮食，多饮水，以促进病灶的吸收和肺组织修复。

结节病

结节病是一种至今原因未明，在全身各脏器和组织内，尤其是胸腔内有肉芽肿形成的疾病。这种肉芽肿由不发生干酪样坏死的上皮样细胞的结节构成，因此称为结节病。

结节病的好发年龄为 30~40 岁。起病缓慢，约有 40% 的病人可无症状而于体格检查时才被发现。本病可侵犯体内多数脏器，如皮肤、眼、胸腔和其他各系统脏器，其中以胸内淋巴结肿大和肺部病变最为常见，约占 90%。临床上可表现为皮肤结节性红斑、视力模糊、咳嗽、胸痛、呼吸困难、乏力、体重减轻，少数病人可有短期低热等。因此结节病在临床上常被误诊为结核病或麻风病。

目前国内对结节病相当重视，成立了专门的研究机构进行全国范围的登记普查。结节病的诊断方法主要有胸部 X 线检查、特异性皮肤试验和血清酶学测定等，如有条件还可作同位素肺扫描和在纤维支气管镜下取支气管肺泡灌洗液作细胞学和免疫学检查。活组织的病理学检查是确诊结节病的重要方法，可供活检的组织有浅表淋巴结、鼻粘膜、肿大的腮腺、眼结膜、皮肤和皮下结节等。通过纤维支气管镜作肺活检是目前确诊结节病最简便、可靠的方法。

结节病大多具有良性经过，有自行缓解的倾向，因此对于病情轻者可以不作特殊治疗。但有明显症状时则需用肾上腺皮质激素治疗，一般选用口服泼尼松，初始剂量每天 30 毫

克，以后每隔 2~3 个月减量 5 毫克，疗程为 2 年。定期复查胸片和测定血清酶学可以判断疾病是否控制或复发。若不彻底治疗，结节病病情可进一步发展，如导致肺广泛纤维化，引起呼吸衰竭等严重并发症。

结节病者免疫功能低下，加上长期服用皮质激素，机体免疫力更低，容易感染其他疾病。因此平时尽量不要到公共场所去，要注意休息和营养，也可以用些免疫增强剂，如云芝糖肽 2~3 片，每天 3 次。

(周 新)

第五节 消化系统疾病

返流性食管炎

返流性食管炎是因为胃和十二指肠内容物返流到食管(即胃食管返流)所引起的食管粘膜炎症。反胃、呕吐、食管贲门手术后、腹腔内压力增高(如肥胖、妊娠晚期和腹水等)、胃潴留和进食脂餐使胃排空延迟均常致胃食管返流；吸烟、饮酒、使用阿托品和在迷走神经切断术后均可使食管下端括约肌松弛，而导致胃食管返流。当胃食管返流时，胃和十二指肠内容物中所含的胃酸、胃蛋白酶、胆汁和胰液等由胃返流到食管，引起食管粘膜损伤以及食管本身对返流到食管的胃和十二指肠内容物清除功能削弱而致病。

返流性食管炎最常见的症状是烧心，表现为胸骨后烧灼样疼痛或不适，有时可放射到剑突下、颈部、下颌、耳朵、肩

脾区，甚至双臂，偶而疼痛可局限在喉部或上腹部。该症状呈间歇发作，尤其在进食后 30 分钟内，且在平卧和弯腰时易发，这是本病症区别于心源性胸骨后疼痛的特点。吞咽困难是返流性食管炎的另一种症状，表现为咽喉部堵塞感、难以吞咽和粘液分泌过多。由于许多其他食管疾病也可引起吞咽困难，故需要仔细区别。

返流性食管炎可通过以下检查确诊：(1) 食管吞钡检查是一种简易方法，并可排除食管憩室、食管裂孔疝、贲门失弛缓症和癌症引起的继发性食管炎，然而该法敏感性不高，不易发现轻型病人；(2) 食管镜检查 and 食管粘膜活检是诊断返流性食管炎的重要方法，不仅能直接观察到粘膜病变，还可作病理组织学检查；(3) 24 小时食管酸碱度测定，较其他任何一种方法更具有敏感性和特异性；(4) 食管下段括约肌压力测定，正常压力一般在 1.6~2.7 千帕，如压力 ≤ 1.3 千帕即提示有胃食管返流，并可见食管运动异常；(5) 其他一些检查，如酸返流试验等。

本病的防治措施包括以下几方面：(1) 传统的有忌烟、忌酒、忌高脂饮食、忌肥胖、少吃多餐、忌餐后平卧和在睡前 2~3 小时内饮食、睡时抬高床头 10~20 厘米，并避免穿紧身衣裤。(2) 奥美拉唑具有强烈抑酸作用，对于中、重度食管炎，尤其对用过其他药物无效者，可缓解症状和促使愈合，每天 20~60 毫克，4~8 周愈合率为 70%~90%，但是一经停药迅速复发，这可能因未改善食管动力所致；(3) 避免使用阿托品类药物，而应使用促动力药物以改善食管下段括约肌功能，如胃复安，每天至少 40 毫克才有疗效。

急性胃炎

急性胃炎是一种由许多不同病因引起的胃粘膜急性炎症，是临床最常见的疾病之一。急性胃炎主要有单纯性和糜烂性两种，尤以前者多见。

急性单纯性胃炎可由以下病因引起：(1) 物理因素，如饮食过冷、过热、粗糙，进食过快和暴饮暴食而损伤胃粘膜致病；(2) 化学因素，如酗酒、服用泼尼松、阿司匹林和消炎痛之类药物，以及胆汁返流时胆汁酸盐和胰酶等损伤胃粘膜致病；(3) 微生物因素，如沙门氏菌、嗜盐杆菌、幽门螺杆菌、肠道病毒、流感病毒和金黄色葡萄球菌毒素等损伤胃粘膜；(4) 有毒植物因素，如毒蕈等损伤胃粘膜。而急性糜烂性胃炎是以胃粘膜多发性糜烂为主要表现的急性胃炎，常伴出血，故又称急性出血性胃炎。本病因系急性胃粘膜糜烂性炎症，故又称急性胃粘膜病变。一些危重疾病，如创伤、大面积烧伤、大手术、败血症、休克和颅脑病变（中风等）的严重应激状态，更是本病的常见病因。这是因为胃粘膜缺血、缺氧，加上应激时粘液分泌不足，前列腺素降低，又削弱了粘膜抵抗能力，使胃粘膜损伤发生糜烂和出血。

急性单纯性胃炎如由微生物因素引起，则在进食后数小时发病。一般起病急，表现为上腹痛、恶心和呕吐，如伴有急性肠炎，还有水样腹泻，称之为上吐下泻。如由沙门菌引起常有发热；若由其他因素引起，则仅有急性胃部症状。至于急性糜烂性胃炎，则出现以急性上消化道出血为主的症状，如黑便和/或呕血，出血量一般不大，可自行血止。

急性单纯性胃炎需卧床休息,暂时禁食或给予流质饮食、多饮水,如有频繁腹泻则可饮糖盐水。腹痛可服用解痉剂,如复方颠茄片、普鲁本辛和阿托品等。如有剧烈呕吐或明显脱水,则应静脉补液。西咪替丁可减少胃酸,以保护胃粘膜。如有沙门菌、嗜盐菌、幽门螺杆菌感染,则需用抗生素治疗。对于急性糜烂性胃炎,西咪替丁等抗酸药有治疗作用,硫糖铝也有良好效果。最主要的是如有出血应用止血药积极止血。

慢性胃炎

慢性胃炎是一种由许多不同病因所引起的胃粘膜慢性炎症,也是临床最常见的一种疾病,尤其在中年以上所占比例更高。本病预后良好,约80%的浅表性胃炎坚持治疗可使胃粘膜恢复正常,但如未及时而正确地获得诊断并坚持治疗,则可演变为萎缩性胃炎,少数萎缩性胃炎有可能发展成胃癌,我国萎缩性胃炎的癌变率约2.5%。为此慢性胃炎病人都有一个共同顾虑,那就是害怕生胃癌,尤其是出现症状时更加担心,所以积极防治本病是很重要的。

慢性胃炎的病因是多方面的:(1) 饮食不当,如进餐无规律、进食过快或因口腔或牙病影响食物的细嚼,长期吃生硬粗糙、过冷过热的食物、嗜好刺激性调味品、浓茶、咖啡、酒、过咸或辛辣食品,以致胃粘膜受损害引起本病;(2) 药物因素,长期服用泼尼松之类皮质激素或阿司匹林和消炎痛之类非甾体类抗炎药物,反复损害胃粘膜而导致本病;(3) 一小部分人是因胆汁返流引起本病。吸烟可因烟草中的尼古丁使幽门括约肌松弛,而促进胆汁返流和削弱胃粘膜保护作用,

诱发或加剧本病；(4) 自身免疫作用，在胃体萎缩性胃炎，从血清中可检测到壁细胞抗体和抗内因子抗体；(5) 幽门螺杆菌致病，现已得到肯定，并且在本病的胃窦粘膜中约 80% 左右可以查获此菌。

慢性胃炎按炎症部位的不同分为：以胃体为主的 A 型和以胃窦为主的 B 型。按病理组织学变化，如炎症、活动性、萎缩、肠化生。HP 感染的程度可分为轻度、中度和重度。慢性胃炎的炎症若仅限于胃粘膜表层上皮，可以有弥漫性，局部性糜烂和出血性之分。如炎症深入胃粘膜下的腺体，则可引起腺体萎缩性变化，称萎缩性胃炎。如胃粘膜内有肠上皮和腺体存在，这在慢性胃炎，尤其在萎缩性胃炎，是一种很突出的病理变化，称之为肠化生。肠化生上皮可因发育异常而形成不典型增生，不典型增生是一种癌前病变，应予高度重视。

慢性胃炎大多无明显症状，部分病人可在餐后有上腹饱胀不适、无规律性上腹隐痛、嗝气，反酸和恶心呕吐等消化不良表现。然而胃窦胃炎和胃体胃炎可有不同的临床表现，前者症状多，尤以有胆汁返流者明显；后者症状少，但有厌食、消瘦和贫血。诊断除钡餐 X 线摄片排除其他疾病外，还必须依靠胃镜检查，包括取活检作病理组织学检查。胃镜检查可明确以下一些问题：(1) 有无慢性胃炎；(2) 炎症发生的部位；(3) 属于何种类型胃炎。

慢性胃炎的防治，首先应根除各种不同的致病因素，如纠正不良的饮食习惯，饮食应有规律，细嚼慢咽，尽量避免对胃粘膜有伤害作用的饮食和药物、力戒烟酒，并减少盐的

摄入。腹胀不适可少吃多餐，忌豆类、面包和汽水之类产气食品。有胆汁返流，应低脂饮食，并忌吃洋葱。急性发作或出血时，酌情禁食或给以半流质或流质饮食。总之在饮食方面，应不断自我调整为宜。对于 HP 相关性慢性胃炎，尤其是合并消化性溃疡者，为防止溃疡并发症和预防复发，则应用铋剂和抗生素予以根除。目前已知疗效较好的是铋剂（如得诺），羟氨苄青霉素，四环素、庆大霉素、呋喃唑酮（痢特灵）和甲硝唑（灭滴灵），其中尤以铋剂最敏感，但单用铋剂其 HP 根除率为 20%。如联合应用铋剂和抗菌素，则可将 HP 根除率明显提高。一般铋剂使用 4 周，抗生素使用 2 周，使用铋剂时常可见大便呈黑色。鉴于在我国有关规定中口服青霉素也必须做青霉素皮试以防过敏，应予重视。孕妇忌用四环素。庆大霉素价廉有效，服用的顺应性也佳。痢特灵和灭滴灵有一定副作用，如恶心、呕吐和皮疹等，因此病人服用的顺应性不佳。HP 根治后，部分仍可复发，复发时应再治疗。至于其他药物治疗，如胃痛可用解痉药（颠茄片、普鲁本辛和阿托品等），上腹饱胀等消化不良症状可用胃复安、吗丁啉和西沙比利等，减少胃酸以保护胃粘膜可用西咪替丁、雷尼替丁和法莫替丁等，对于情绪不安定者服用适量安定是有益的。慢性萎缩性胃炎伴重度肠化生和重度不典型增生，因处于癌症边缘而主张手术，如再经胃镜检查取活检证实，即有手术指征。手术结果 50% 可伴有癌，另外 50% 可仅有异型增生，这样就有利于早期胃癌和微小胃癌的发现和及时处理，中度不典型增生时如发现有隆起性息肉状病变，即有手术指征。轻度不典型增生，需要在 2 个月～半年内进行胃镜复查。无不

典型增生者，若无其他情况，可 1~2 年定期复查胃镜。

(许幼如)

消化性溃疡 (溃疡病)

消化性溃疡是一种常见的慢性病。据估计约 10% 的成人在一生中曾患或正患有本病。溃疡主要发生在胃或/和十二指肠球部，分别被称为胃溃疡和十二指肠溃疡。这种溃疡是因胃酸和胃蛋白酶对胃和十二指肠壁自身消化作用而形成的，故称消化性溃疡。粘膜损伤作用增强 (如神经和胃肠激素加强胃酸和胃蛋白酶分泌、食物或药物对粘膜损害加重等) 结合粘膜保护作用的削弱 (如各型胃炎、药物和乙醇等损害粘膜屏障功能，吸烟引起的粘膜下血管收缩和幽门括约肌功能失调所致胆汁返流，也削弱粘膜的修复和保护作用) 时，就可能引起消化性溃疡。近年幽门螺杆菌感染是引起胃窦炎和消化性溃疡的主要病因已被公认。

饮食治疗 在溃疡病的防治中，饮食治疗是一个重要部分，其目的是消除症状、促进溃疡愈合和防止复发。饮食治疗的原则是：(1) 少量多餐、定时进食和避免胃过度膨胀，以减低胃泌素和胃酸分泌；(2) 饮食宜清淡，不用能激发胃液分泌和刺激胃粘膜的食物，如浓厚肉汁、酒、浓茶、咖啡、香料，以及辛辣、过烫、过甜、过咸或酸的食物；(3) 避免粗硬、油煎和不易消化的食物；(4) 适当增多脂肪摄入量，以刺激肠抑胃激素类的分泌，从而减低胃动力和酸分泌量；(5) 选用含有各种必需营养要素的平衡饮食；(6) 戒烟；(7) 饮食不匆忙，情绪紧张或忿怒时不饱食；(8) 宜根据个

人饮食习惯和喜爱制订适当的食谱。在具体安排中,对活动期或有轻度出血的病人,可先用流质或半流质食谱,从早晨7时至晚间19时或20时分5~6次按时进食。适用的食品有豆浆、牛乳、奶油、乳酪、藕粉、稀粥、麦糊、烂糊面、豆腐、炖蛋、肉末、花生酱、芝麻酱、馒头、面包、饼干、蒸鱼、肝泥、菜泥、土豆泥、芋艿、蜂蜜和鲜果汁等。这以2~4周为一期。如果病情明显好转,可按病情在4周或稍长期间逐步调整至接近正常饮食质量,但必须注意继续按照前述原则作好安排,以防止复发。可在比较接近正常的三餐之间增加一些点心。特别要注意避免服用某些致溃疡复发的药物,如阿司匹林、保泰松、肾上腺皮质激素和利血平等。在工作特别繁重、精神紧张、气候剧变易复发的季节,尤应注意生活起居、饮食养护,并结合适当用药。

溃疡病用药的注意点 应按医生制定的用药方案,结合饮食治疗,认真执行。抗溃疡药物种类很多,有:抗酸剂,如碳酸氢钠、氧化镁、碳酸钙、氢氧化铝、三硅酸镁、次碳酸铋等,以及许多复合制剂如胃舒平、胃疡平、钙铋镁、乐得胃、胃得乐等;抗胆碱能药物(减低胃酸分泌,解痉止痛),如颠茄、阿托品、山莨菪碱、普鲁本辛、哌吡氮平、胃安等,以派吡氮平较好,因它选择性地抑制乙酰胆碱的促胃分泌作用,而不产生其他同类药的不良反应;组胺 H_2 受体拮抗剂(抑制胃壁细胞泌酸),甲氰咪胍、雷尼替丁、法莫替丁等;胃粘膜细胞保护药物如前列腺素 E_2 衍生物、硫酸支链淀粉、硫糖铝、生胃酮、胶态次枸橼酸铋等;质子泵(H^+ , K^+ -ATP酶)抑制剂(强的抑制酸分泌的作用),如奥美拉唑(即洛赛

克)、兰索拉唑、喷吐拉唑；壁细胞胃泌素受体竞争剂，丙谷胺等；减少胆汁返流入胃的药物（促胃排空），如胃复安、吗叮啉等。应按医嘱适当掌握药量和用药时间，并了解药物的不良反应。不一定要追求新的或贵的药品。不同类型药物按时按量适当服用，往往可取得同样的效果；当然有些药物，如 H_2 受体拮抗剂或质子泵抑制剂对症状控制和溃疡愈合的作用较快，但停药后复发也较快。抗酸药物用药量要适当大一些，最初每天应服 5~6 次以上，最好在每次进食后 1 小时酸分泌高峰前服用，片剂宜嚼碎后吞下。另一方案是口服甲氰咪胍（西咪替丁）0.2 克，每天 3 次，餐后服；0.4 克临睡前服；或雷尼替丁 150 毫克每天早、晚各服 1 次；或法莫替丁 40 毫克每天早、晚各服 1 次。也可采用奥美拉唑 20~40 毫克每天早、晚各服 1 次。以上各种药物使溃疡愈合的效果大致相似，但必须注意结合饮食治疗，并按方案服药，连续 4 周为一疗程。一般经过两个疗程，大部分病例的溃疡可以愈合，而疼痛等症状多在一个疗程以内全部消除。对少数未能愈合的病例可考虑联合用药，如抗酸剂或粘膜保护性药物同 H_2 受体拮抗药或奥美拉唑联合应用。另一方面，要注意纠正影响愈合的因素，如对饮食和用药方案、戒烟酒以及其他禁忌是否认真执行。

近年大家最重视的一个问题，即幽门螺杆菌（HP）感染是溃疡病和胃炎的一个重要发病因素。HP 阳性的溃疡病病人都应给予抗 HP 治疗，因为即使经抗溃疡药治愈后，未治疗的 HP 感染是溃疡很快复发的原因。文献报道溃疡病病人 HP 经联合治疗后转阴者 1~2 年内仅有 2%—4% 溃疡复发，而

未转阴者复发则高达 80%。治疗方法可在进行奥美拉唑或雷尼替丁疗程期间,同时服用阿莫西林 0.5 克每天 4 次,或克拉霉素 0.5 克每天 2 次,或甲硝唑 0.25 克每天 4 次,共 14 天;转阴率为 80%~90%。有人提出用呋喃唑酮 100 毫克每天 4 次,加次水杨酸铋 512 毫克每天 2 次口服,疗程 4 周;疗效达 72%。本方案价廉。

溃疡病的病程以及复发和并发症的防治 溃疡病有一个长期慢性和反复发作的过程。即使经过适当治疗而愈合后,复发和并发症的防治是一个重要而未能完全解决的问题。有人主张在溃疡愈合后长期进行维持疗法,例如每晚服奥美拉唑 20~40 毫克,或西咪替丁 0.4~0.5 克,或雷尼替丁 150—300 毫克,或其他药物。另有学者主张经过一个巩固阶段后停药,待有症状时再服药。有人提出:需治疗 12 周以上才愈合的溃疡病病人及一年内复发 3 次或 3 次以上者需长期维持用药;如果仍难以控制者,需考虑外科手术治疗,特别是胃溃疡。

溃疡病病人应注意按上述生活、饮食、禁忌、药物治疗等几个方面做好自我保养,以保证溃疡愈合、避免复发和并发症的发生。常见并发症有出血、穿孔、幽门梗阻和溃疡癌变等。

溃疡出血最为常见 发生在 10%~25%的病人中,表现为呕血及/或黑粪。高达 10%的出血病人可无溃疡病史而以大出血为首表现。出血量和出血速度差别很大。短时间内大量出血引起心悸、气促、晕厥和休克,而少量缓慢持续出血或反复中等量出血时,症状可不太严重。要正确估计出血

量和出血速度。小量出血使大便呈咖啡色，一切快速出血达40~60毫升以上则出现柏油状便。呕血和便血次数及量要记录，但这种估计是粗略和不全面的。急性出血时，血压（收缩压）低于13.3千帕（100毫米汞柱）、脉搏每分钟超过100次，估计出血量超过1000~1500毫升（约20%血容量）；从卧位坐起时收缩压降低10毫米汞柱也提示失血量超过1000毫升。另外要询问有无引起溃疡复发或出血的原因，如服用阿司匹林、激素等药物、暴饮暴食、过度劳累紧张等。有溃疡病的病人虽然其出血最可能来自溃疡，但也要除外其他原因：如药物、酒精等所致急性粘膜糜烂出血、剧烈恶心、呕吐引起的粘膜撕裂，肝硬化门脉高压曲张静脉破裂，以及胃癌、息肉或血管畸形等引起的出血。如在出血前原有溃疡病症状加重而出血后疼痛减轻，则大致可说明出血来自溃疡。

仅有干黑便或咖啡色便而无全身症状者提示出血量不多。宜静息，并按活动性溃疡的严格饮食和药物治疗方案治疗，定期复查。大量出血者应急症救治，大多需住院诊治。呕血伴大量稀黑便、反复稀黑便或暗红色便者提示活动性大出血，应特别注意。

溃疡穿孔 可发生在约5%的溃疡病病人。胃溃疡穿孔多位于胃小弯，而十二指肠穿孔多在前壁。病人突然发生上腹剧烈持续性腹痛，很快波及全腹，引起腹壁板样强硬、肝浊音区消失。腹部X线透视可见气腹（横膈下气体）。偶尔穿孔漏液可沿结肠旁沟向下流至右下腹，引起右下腹痛而误诊为阑尾炎。微小穿孔和与周围组织有粘连的包裹性穿孔的症状不典型，可造成诊断上的困难。少数病人可无溃疡病史而

以急性穿孔为首发表现；另有约 8% 的溃疡病人可伴发出血；这两类预后都较差。要注意及早诊断溃疡穿孔，并作手术修补。

幽门梗阻 多年慢性十二指肠或幽门管溃疡引起的疤痕收缩和胃输出道狭窄使胃内容物排出受阻，表现为胃膨胀、呕吐大量液体和宿食、厌食、消瘦、脱水和全身虚弱。腹部常可见胃轮廓，可伴蠕动波，摇动胃部有振水声。急性溃疡所致局部炎症性水肿和痉挛也可引起狭窄和梗阻。后一情况经内科治疗，包括暂时禁食、插管抽出胃内容物、静脉滴注营养液和适当的抗溃疡药物，病情可逐渐好转，但慢性疤痕收缩造成的梗阻需手术治疗。

溃疡癌变 十二指肠溃疡不癌变，但胃溃疡约 5% 有癌变可能。对不易愈合的胃溃疡应密切随诊复查。

(陆汉明)

肠结核

本病由结核杆菌侵犯肠道所致，多继发于肠外结核。一般由人型结核杆菌引起。饮用未经消毒的带菌牛奶或乳制品，其可感染牛型结核杆菌而致病。

结核杆菌侵犯肠的主要途径为胃肠感染。病人往往有开放性肺结核或喉结核，由于经常吞下含有结核杆菌的痰液引起发病；和开放性肺结核病人共餐而忽视餐具消毒，也可发生本病。肠结核易发生在回盲部，也可侵犯升结肠、回肠和空肠等处。根据病人免疫反应不同可分为两型，即溃疡型和增生型肠结核。本病多见于青壮年，女性略多于男性。

本病多数起病缓慢，临床过程一般较长。典型表现如下：

(1) 腹痛。多起于右下腹，也可在上腹或脐周。一般为隐痛或钝痛，餐后加重。增生型或并发肠梗阻时，有腹绞痛，伴有腹胀、肠型与蠕动波。(2) 大便习惯异常，腹泻是溃疡型肠结核的主要临床表现之一。每天 2~4 次不等，粪便多为糊状或水样。有时腹泻与便秘交替，增生型肠结核常有便秘。(3) 腹部肿块，主要见于增生型肠结核。常位于右下腹，一般比较固定，质地中等，有轻重不等的压痛。全身症状和肠外结核的表现在溃疡型结核多有结核毒血症，表现为轻重不等的低热、乏力、盗汗、消瘦以及血沉增快等活动性结核的表现。此外，也可有肠外结核特别是肺结核的有关表现。增生型肠结核常无结核毒血症，一般病程较长，但全身情况比较好，多不伴有活动性肺结核或其他肠结核证据。

X 线检查 溃疡型可见激惹征象，排空加快，充盈不佳，而在病变上下两端肠曲的钡剂则充盈良好，称为 X 线钡影跳跃征象。粘膜皱襞粗乱、肠壁轮廓不整。增生型有充盈缺损、肠壁僵硬、狭窄及其近端肠管扩张。

纤维结肠镜检查 位于结肠及末端回肠病变处可见肠壁僵硬、粘膜充血、水肿、结节状或息肉样隆起，或有不规则潜行溃疡。活检如有结核结节，干酪坏死或查到抗酸杆菌可确诊。

肠结核疑似患者，可予足量抗结核药物治疗 2 周，了解临床表现有无好转，以利判明诊断。

合理的休息与营养，应作为治疗的基础，以加强病人的抵抗力。必要时静脉补充营养。抗结核药物应早期使用。通

常选 2~3 种药物联合治疗，如链霉素 0.75 克，肌肉注射，每天 1 次，加异烟肼 0.1 克，每天 3 次，再加对氨柳酸钠 2 克，每天 4 次；或乙胺丁醇 0.75 克，每天 1 次。也可选用利福平 450 毫克，每天 1 次；或利福定 150 毫克，每天 1 次，与异烟肼或乙胺丁醇联合治疗。一般连续治疗 1~2 个月，病情好转稳定后可以改为隔天用药，或每周 2 次间歇用药，维持时间应为 1~1.5 年。腹痛可用颠茄、阿托品等药物。摄入不足或腹泻严重者应补充体液与钾盐，保持水、电解质与酸碱平衡。对不完全性肠梗阻的病人，除按上述对症治疗外，须进行胃肠减压，以缓解梗阻近端肠曲的膨胀与潴留。

抗结核药物的应用，使结核病的预后大为改观，尤其是对粘膜结核，包括肠结核在内，疗效尤为显著。本病的预后取决于早期诊断。合理选用抗结核药物，保证充分剂量、足够疗程，也是决定预后的关键。

肠结核的预防重点在肠外结核，尤其是肺结核的早期诊断和积极治疗。要教育病人不要吞咽痰液，应保持大便通畅。要加强卫生监督，提倡用公筷进餐，牛奶应经过灭菌消毒。

结核性腹膜炎

本病系由结核杆菌引起的慢性、弥漫性腹膜感染，较常见。多数是由腹腔脏器的结核病灶直接蔓延，少数由血行播散。病理上可分为渗出型、粘连型和干酪型，亦可混合存在。结核性腹膜炎可见于任何年龄，以青壮年最多见，多数见于 40 岁以下，女性略比男性多见。

由于临床类型不同及各型相互重叠，症状复杂多样。一

般起病缓慢，症状较轻，常于发病后数周以至数月才就医诊治；少数起病急骤，以急腹痛或骤起高热为主要表现；有时由于起病隐袭或无明显症状，可因其他腹部病变施行手术时偶然发现。

病人常见发热与盗汗。热型多不规则，干酪与渗出型可呈弛张热或稽留热。腹痛与腹胀较为常见，早期多不明显，以后有持续性隐痛或钝痛，亦可为阵发性疼痛。若有干酪坏死、溃破，则可发生急性腹痛。病人腹胀感可由结核毒血症或腹膜炎伴有的肠功能紊乱所致。少量腹水不易察觉，腹水量一般达 1000 毫升，经仔细检查才可发现移动性浊音；结核性腹膜炎的腹水以少量至中量者为多。一般认为粘连型结核性腹膜炎有腹壁柔韧感，其实可见于本病各型。若肠袢与其他脏器相互粘连，则可出现肠梗阻征象，亦可触及肿块。

血沉常加速，病变趋于静止者逐渐正常。结核菌素试验呈强阳性者，有助于诊断。胃肠钡餐可有粘连现象，腹部平片可见钙化影。B 超可显示腹水、粘连和肿块等不同征象。腹腔镜检查可见有散在或集聚的灰白色结节。可行腹膜活检确诊。

合理的休息和足够的营养是必需的。抗结核药物治疗的原则是早期、足量和长期联合用药。

1. 异烟肼每天 0.3~0.4 克，链霉素每天 0.75 克，肌肉注射，对氨基水杨酸每天 8~12 克。上述药物应联合应用。链霉素 3 个月后改为每周 2~3 克。6 个月后可酌情停用，继续用其他两药治疗 1~2 年或更长。如果疗效不显著，或已有耐药性的病人，可改用利福平每天 0.45~0.6 克，乙胺丁

醇每天 0.75~1.0 克和异烟肼每天 0.3 克联用。

2. 有血行播散者或重症病人，可加用肾上腺皮质激素，泼尼松每天 15~30 毫克。腹水型病人治疗效果欠佳时，可于腹腔内注射异烟肼及氢化可的松，每周 1~2 次。

并发完全性、急性肠梗阻，或有不完全性、慢性肠梗阻经内科治疗无好转者；肠穿孔引起急性腹膜炎，或局限性化脓性腹膜炎经抗生素治疗无好转者；肠瘘经治疗而未闭合者；结核性腹膜炎诊断未定，尤其同腹腔内肿瘤或因急腹症而鉴别困难者，可考虑剖腹探查。

对于肺、肠、肠系膜淋巴结和输卵管等结核的早期诊断和积极治疗，是预防本病的重要措施。

(姜靖寰)

克隆病 (肉芽肿性小肠结肠炎)

克隆病是一种病因不明的、主要位于回肠末段的亚急性或慢性炎性病变，但也常累及结肠以及胃肠道其他部位，但后者十分罕见。

克隆病常呈慢性隐袭性发病，主要表现为腹痛、腹胀、腹泻、恶心、进行性厌食、低热和体重减轻。有的病人甚至不能确定自己何时起病，而在发生肠梗阻、消化道出血、肠穿孔和肠瘘等情况后才被诊断。腹痛多为阵发性绞痛，少数为隐痛，位于脐周和下腹部，较多偏右下腹，进食后加重，禁食或少食后减轻。可扪及病变肠段或附近充气肠段，并有局部压痛。腹泻一般并不严重，每天 2~5 次，腹泻发作呈间歇性或连续性。粪便为不消化的水样便或软便，脓血便或大出

血不多见，而直肠肛管部病变可使粪便带脓血。少数病人无腹泻而有便秘。克隆病的肠外表现，如口腔溃疡、关节炎、眼虹膜睫状体炎和结节性红斑等的发生率高于溃疡性结肠炎（简称溃结）。

本病的诊断主要根据其临床表现，结合：(1) 粪化验检查；(2) X 线检查；(3) 纤维内镜检查。

克隆病的处理和保养原则大体上同溃结相似。克隆病初发病人与溃结一样，经内科治疗后大多获得较好效果，但多数病例具有缓解、复发、进展和并发症发生的一个长期或反复的过程。据国外统计 70%~80% 病人最终需手术治疗。由于病变易复发，有的病人甚至接受多次手术。与之相比，溃结急性中毒性巨结肠、肠穿孔、大出血以及慢性并发症需手术者不到 20%，在有的报道中还要低得多。

治疗和保养 小肠克隆病，尤以伴有广泛溃疡和瘘管者，特别要强调饮食营养，因为这种病变大大影响营养素的吸收。急性发作期不宜大量进食，应通过肠外补充来保证足够的热卡、蛋白质、必需脂肪酸、维生素和矿物质等的供应。要避免刺激性和不易消化的食品。有腹泻和腹胀的病人宜限制食物中纤维摄入，如含粗纤维较多的蔬菜和瓜果类。不能耐受脂肪者（克隆病常有脂肪吸收障碍所致脂肪泻）宜食用中链（6~10 个碳链脂肪酸）脂肪（特殊饮食配用中链的油脂）。严重消化和吸收不良的病人可给予“要素饮食”，即无渣、低脂、富含各种维生素和适量矿物质的食品（国内外已有多种制品可供选用）；对这种饮食病人不需经过“费力的”消化即能吸收几乎全部必需的养料。在严重克隆病的急性活动期（尤其

有并发症者)或在手术治疗准备期,可予禁食,并代以“完全肠外营养疗法”,即经静脉滴注全部营养要素。总之,急性活动期的克隆病病人都应住院诊治。

抗炎、抗菌药物 水杨酸偶氮磺胺吡啶(SASP)和抗生素的应用指征和方法同溃结。此外,甲硝唑(灭滴灵)除了具有抑制肠内厌氧菌繁殖以外,还有抑制肉芽肿形成的作用,剂量为0.25~0.5克,每天3次口服、7~10天为一疗程,可间断应用。在溃结一节中提到的SASP衍生药物也可替换SASP使用。

肾上腺皮质激素 泼尼松类药物抑制炎症反应的作用能使80%的疾病活动期病人得到近期缓解,但长期应用并不一定能防止复发。使用激素的指征:(1)经一般治疗无效;(2)急性发作期;(3)有严重关节炎、眼和皮肤并发症;(4)手术后症状复发。要注意长期应用激素有发生穿孔和肠出血的可能,但并不多见。应用泼尼松的口服量同溃结治疗;一旦急性期症状被控制,宜即逐步减少至最低有效量,维持剂量一般在每天10~20毫克之间,可维持较长时间。

免疫抑制剂和调节剂 应用原理同溃疡性结肠炎。有人认为6-巯基嘌呤对克隆病有较好疗效,持续服用有助于防止复发;剂量为每天1~2毫克/千克体重,可1次或分2~3次服,连服7~10天后,视情况逐渐减至维持量每天0.5~0.75毫克/千克体重。硫唑嘌呤有相似效果,用药量和方法相同。两种药服用过程中,都要密切复查外周血白细胞和血小板。此外,环孢素口服和灌肠也有效。

外科手术 对无法解除的肠梗阻、肠穿孔、脓肿、肠痿

管、危及生命的肠出血、输尿管梗阻、并发癌肿以及对内科积极治疗无效的病例都需采取手术治疗。

溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎（简称溃结）是一种病因不明的结肠粘膜急性和慢性炎症，伴有浅表糜烂、溃疡和出血。病变 95% 位于乙状结肠和直肠，较严重病例的病变向上延伸至长段结肠或整个结肠，甚至达到未段回肠。

溃结的临床表现主要是脓血便，伴下腹痛，尤以左下腹为主。病情轻重不一。轻型溃结仅有每天数次慢性腹泻，粪中帶少量脓、血和粘液，而无全身症状。重型病例每天多次脓血便，伴有剧烈腹痛、中度以上发热、全身乏力、厌食、消瘦、进行性贫血、虚弱和恶病质。中型溃结的病情介于轻和重型之间，除脓血便较轻型稍频数以外，还有轻度全身症状如轻度发热、乏力等。暴发型溃结是最重型，发病急剧，有高热、反复脓血便或便大量鲜血、剧烈腹痛、满腹胀痛、肠麻痹和虚脱，形成“中毒性巨结肠”，可并发毒血症、结肠穿孔和腹膜炎，病死率很高。

此外，溃结可有许多肠外表现，如结节性红斑、脓皮病、口腔炎、眼虹膜睫状体炎、关节炎、肝损伤、肾炎、肾结石、心肌炎、间质性胰腺炎和淀粉样变等。有些表现甚至可发生在腹泻出现之前。这些病变多与免疫反应异常有关。

溃疡性结肠炎的病因仍未明确，可归纳为精神、感染、免疫和遗传等因素。精神紧张可作为发病的诱因或病情加重的因素。近年，免疫功能异常在发病机理中的作用受到重视，而

且免疫调节或抑制剂已成为本病有效治疗的一个重要部分。上述各个因素在本病的发生和发展中可能相互起作用。

溃结的诊断主要依据其临床表现，直肠乙状结肠镜或纤维结肠镜检查。钡剂灌肠 X 线检查有助于确定结肠病变范围和严重程度，但这些器械检查可引起肠穿孔。

溃结是一种慢性疾病。急性活动期经过适当治疗可以迅速缓解，或全愈；但不少病例，特别是重症者，其病程可迁延较久，或呈缓解—发作的一个长期反复过程。其间可发生一些严重的并发症，如出血、肠梗阻、结肠假息肉（增生性息肉）以及前面提到的也可认为属并发症的一些肠外表现。增生性息肉可癌变。有些病人因长期疾病所致严重衰弱或各种并发症而最终死亡。儿童期严重溃结造成生长和发育停滞。

溃疡性结肠炎的处理要有医护人员同病人及其家属的密切配合。多数急性期病人需住院诊治，以期达到迅速消除症状、抑制急性炎症过程和争取全愈的目的。在缓解期，应定期复查，接受适当治疗以防止复发。慢性活动期（复发期）的处理同急性期。

一般治疗 休息，饮食调节，补充营养，静脉补液以保持水、电解质和酸碱平衡。严重病例需完全禁食，而由肠外（静脉滴注）供给各种营养素，必要时输血浆和全血。在饮食方面，宜给予无渣、高蛋白和足够热量的饮食。由于胃和小肠的消化和吸收功能大致正常，对食物的利用当无问题。宜避免刺激性、生冷和不易消化的食品，可饮鲜果汁，戒酒、烟，不能耐受牛乳者忌用一切乳制品，还应补充足够的维生素（可服多种维生素每天 1~2 片）。重症者可先予流质饮食，以

后酌情增加。

用药原则 重型和暴发型溃结病人最初 5 天完全禁食，并经静脉补葡萄糖液、电解质（盐类）和其他必需的营养要素。每天静脉内滴注氢化考的松 200~400 毫克（或相当剂量的泼尼松龙或地塞米松），也可用 ACTH20~60 单位加于 5% 葡萄糖液中滴注 6~8 小时。经过 5 天治疗，70% 以上病人的症状可明显好转；此后可在继续治疗下密切观察病情，以防发生肠扩张和肠穿孔。若出现这种并发症，则应采取紧急手术治疗。如果情况稳定，则静滴激素可改为泼尼松口服 10~15 毫克，每天 3~4 次，同时服水杨酸偶氮磺胺吡啶（SASP）或水杨酸偶氮磺胺嘧啶（SASD）1 克，每天 3~4 次。中型溃结病人可从一开始口服泼尼松和 SASP，剂量同上。用药 4~5 天后如无显效，可改用泼尼松龙 25~50 毫克，每天 2 次肌肉注射，而 SASP 继续口服。待病情稳定后，激素仍改为泼尼松口服。

轻型慢性溃结病人，尤以病变限于直肠和乙状结肠者，可用保留灌肠疗法每天 1~2 次，14 天为一疗程，可用 2~4 个疗程，以后则视病情间歇使用。灌肠液配方如下：氢化考的松 25~100 毫克（琥珀考的松较好）、淀粉和白芨细末各 5~10 克、普罗卡因 300 毫克、SASP2 克、锡类散 2 支（0.6 克）；先以淀粉和白芨粉用沸水调成糊状，再加入其他成分调匀，最后加温盐水至 150~200 毫升。病人在取左半侧卧位时经肛管缓缓注入灌肠液，再取稍偏右俯卧片刻后在半胸膝位维持数分钟（腹部用被褥或其他柔软支持物垫高，使臀部上翘 10 余厘米，而胸部下靠）；这样可使药液上达乙结肠上段

和降结肠。不急于排便，保留时间较长为好。经几个疗程的保留灌肠后，可考虑单服 SASP。也可以从开始即单独口服 SASP。

上述各种疗法对大多数病人需维持 3 个月以上，甚至需达半年至 1 年以上。病情稳定者，可单服维持量 SASP0.5 克，每天 3~4 次；有的病人可应用长期间歇维持疗法，例如每间隔 1 周服药 1 周至每月服药 1 周，最后完全停药。此后，仍需严格注意生活、饮食、精神状态、防止各种感染（尤其肠道感染）、戒烟酒等，并继续随诊复查。

几类药物的疗效、用药指征和注意点

1. 泼尼松等激素类能减轻中毒症状，抑制异常免疫反应和炎性反应，使病情迅速好转，但长期或大量使用可引起肠穿孔、出血、脓肿形成、继发感染、应激性胃十二指肠溃疡、骨质疏松和柯兴综合征等。因此，必须严格掌握应用激素的指征：(1) 急性暴发型和重型溃结，尤以并发中毒性巨结肠者；(2) 慢性复发期，病情较重者；(3) 并发严重关节炎、眼虹膜睫状体炎、溶血性贫血、结节性皮炎等；(4) 慢性期患者对多种治疗无效者。

2. 对水杨酸偶氮横胺吡啶 (SASP) 的毒副反应必须注意，包括皮疹、白细胞减少和肝、肾损伤。因此，服药后最初每周检查外周血白细胞计数和分类 1~2 次，如经 3~4 周无明显下降，则每 2 周检查 1 次；同时每 1~2 周检查肝肾功能和尿常规。

3. 溃结合并感染时用抗生素，如氯霉素、庆大霉素、氨苄青霉素和头孢类等，以及甲硝唑。

4. 免疫抑制剂中最常用的是硫唑嘌呤, 可与激素合并使用, 以减低两者各自剂量, 减少副反应。硫唑嘌呤抑制造血功能, 故应反复检测外周血白细胞。其他调节免疫功能的药物有 6-巯基嘌呤、色甘酸二钠、左旋咪唑和转移因子等, 都会被使用。

5. 中医中药: 按辨证施治, 急性期溃结以清利湿热为主, 慢性期则在清利的基础上加补益脾肾, 有一定的疗效。

6. 征候治疗: 减低肠蠕动的止泻药 (苯乙哌啶、洛哌丁胺) 和解痉止痛药 (颠茄、阿托品、磷酸可待因等) 必要时可选用, 但必须防止过度抑制肠动力, 以免引起中毒性肠扩张和全身毒血症。

外科手术 (切除全部或部分结、直肠) 指征: (1) 中毒性巨结肠经积极治疗无效; (2) 反复大量便血; (3) 结肠穿孔; (4) 肠腔狭窄伴梗阻; (5) 广泛的结肠周围炎、瘘管形成及/或腹腔内脓肿; (6) 假性息肉及/或癌变; (7) 儿童期溃结长期治疗无效, 生长发育停滞; (8) 并发严重关节炎、眼虹膜睫状体炎, 经积极治疗无效。

消化道憩室

消化道憩室是消化管壁任何部位的一个或多个囊性膨出。

食管憩室 大多在成年人被发现, 按发生部位可分为以下三种: (1) 咽食管憩室 (咽部憩室); (2) 中段食管憩室较多见; (3) 膈上食管憩室在食管下端, 大多向一侧膨出, 很少产生症状, 但当达到较大体积时可引起吞咽困难、食物潴

留、炎症和出血，此时需手术治疗。

胃憩室 胃憩室最多位于胃贲门部后壁近小弯、食管与胃交界以下数厘米处。吞钡检查时往往在侧位或左后斜位 X 片上憩室显示最佳。扩张的胃憩室宽达 6 厘米或更大。大多数病人无症状；有些人在餐后 1~2 小时感上腹胀痛，放散到胸骨后下部，平卧时加重而坐立时减轻；也可有不典型消化性溃疡样疼痛伴嗝气、泛酸、呕吐、吞咽困难和呃逆等。囊内食物潴留可引起返食，噎腐臭气、发炎和出血，自发性穿孔少见。治疗方法是在餐后采取适当体位，以排空囊内潴留物；有并发症者需行外科手术。此外，极少数的胃憩室位于胃的其他部分。

十二指肠憩室 憩室壁内可有异位胃粘膜和/或胰腺组织。这种憩室大多无症状，而在 X 线钡餐检查时被偶然发现，一般不需治疗。当发生憩室炎时，可产生类似消化性溃疡的疼痛和出血；壶腹旁憩室可引发胆管炎和胰腺炎；发生这些情况时应考虑手术治疗。

美格尔憩室 这是一种比较常见的小肠先天性畸形，憩室内衬有正常回肠粘膜，也可以是胃、十二指肠或结肠粘膜，以及胰腺组织。婴幼儿时发现的这种憩室均表现为脐带脱落时脐部隆起，并有液体流出。儿童和成年人中出现的症状有肠梗阻（肠套叠或索带引起的肠扭转所致）、阑尾炎样表现（憩室炎）、大出血（憩室内异位胃粘膜发生消化性溃疡）以及憩室发生肿瘤的表现。诊断主要依靠在遇到难以解释的脐周腹痛、中段消化道大出血、肠梗阻、脐部有肿块等情况下想到本病的可能。有症状和并发症者应手术切除。

结肠憩室病 结肠憩室病是中、老年人中发生率较高的一种肠病,有人报道 60 岁以上者发生率高达 25%。本病在西方发达国家人群中远较发展中国家各民族为多;很可能这是由于西方人饮食中缺乏食物纤维、精神紧张、体力活动较少,以致造成结肠长期收缩,日久形成憩室。憩室 95% 以上位于降结肠和乙状结肠,大小自数毫米直至 6~7 厘米,数目自几个至数百个,有随病程延长(年龄增长)而增多。结肠憩室本身往往不产生症状,多数在 X 线钡剂灌肠检查时被发现。症状即使发生,也较轻微,如腹胀、便秘或轻度腹泻;下腹不适较为常见,可呈持续性或与排便、进食有关联。以上这些住住不足以引起临床上的注意。憩室并发憩室炎、出血、憩室穿孔、腹膜炎、结肠周围脓肿、瘘管形成、肠段狭窄、梗阻或癌症时,症状就很突出。凡老年人突然出现不明原因的大量便血,结肠憩室出血应被考虑。本病的诊断主要依靠 X 线钡剂灌肠来确立。结肠憩室病的防治以调整生活方式、饮食和排便习惯以及加强体育活动为主。也即多食富含植物纤维的蔬菜、水果以防治便秘,多做一些体力劳动和体育活动,避免精神过度紧张等也许对本病的防治都有帮助。对一般慢性症状,可适当选用肠解痉药,同时服嗜水性肠内扩容积药物或多吃石花菜(即洋菜或冻粉)的各种食物调制品(如凉拌菜或凝冻糕)以通便。急性发作期宜用肠解痉药止痛,并用抗菌药消炎。有明显症状的局限性憩室以及有急、慢性并发症的病例需外科手术治疗。

(陆汉明)

胃肠神经官能症

胃肠神经官能症是一全身性疾病。它是由神经系统的功能障碍引起的胃肠功能紊乱，而没有胃肠道器质性病变。病人常伴有睡眠障碍、精神不振、头痛、头昏和心悸等官能性症状。本病系一常见病，多见于青壮年，女性发病率较高。

在本病的发生、发展中精神因素起着重要作用。情绪不稳定、恐惧、激动和忧伤等均可促进本病的发作。此外，饮食失调、经常服用泻剂、医生的失言、亲朋中有恶性肿瘤的发生，均是本病的诱发因素。

本病的临床表现多端，如咽部有团块的感觉（噎球），但无吞咽困难。反复发作的暖气（吞气症）、持续的不费力的少量呕吐（神经性呕吐），但不影响食欲，也无体重减轻。神经性厌食是本病的另一种表现，病人食欲消失，体重极度减轻，大多发生在青春期女性，常有家庭或社交方面的思想矛盾。拒食往往出于节制饮食以保持形体美观的动机，病人大多自觉良好，严重者可因拒食而致极度消瘦及/成全身衰竭。另一些病人可有腹部不适、腹胀、腹痛、腹泻或便秘。

胃肠神经官能症又称胃肠功能紊乱，病情常随情绪变化而波动，在就医时病人诉述繁多，滔滔不绝。应进行体育锻炼，以促进神经和内脏功能的调整和增强体质；暗示和镇静剂的应用有一定效果；饮食的制定因人而异。腹痛和腹泻者，少渣、易消化的清淡饮食为宜。便秘者，给予含较多纤维的蔬菜，并可辅以药物治疗，加用解痉剂、止泻剂或通便剂，结合中医中药、针灸治疗等。但病人必须树立对治疗的信心，必

要时需作心理分析治疗。对一些腹部不适的，可以辅以理疗，如腹部安放热水袋、腹部按摩、温水浴或日光浴等可以收到一定的效果。

功能性消化不良

功能性消化不良又称非溃疡性消化不良，是消化道的一种常见的症群：嗝气、上腹部或胸部胀闷，或烧灼样疼痛。

这些症状不限于某一单个器官或疾病的过程，可有多种病因，而且这些症状往往不能与病理变化联系起来，甚至内镜和X线检查所发现的也不能来解释症状的因果关系。国内学者将这类病人诊断为“慢性胃炎”、“十二指肠球炎”。

通常认为“消化不良”，其实是指上腹部和胸骨后疼痛、嗝气、腹胀和肠鸣。进食后可使疼痛加剧或减轻。另外，包括厌食、恶心、排便习惯的改变以及焦虑或抑郁等症群，但通过各种检查，确找不到溃疡或肿瘤的病理变化。目前国际上诊断本病的标准有：(1) 有上述消化不良症状；(2) 内镜检查正常或排除了糜烂、溃疡及肿瘤等器质性病变；(3) 实验室、B超检查或X线检查排除了肝、胆、胰等脏器的器质性病变；(4) 追踪随访2~5年，并经2次以上胃镜复查，未发现新的器质性病变。

根据文献报道，临床上有消化不良症状的病人行内镜检查时(4145例)发现消化性溃疡、食管炎和肿瘤分别为8%、15%和2%，胃炎和十二指肠炎为36%，有39%的病人内镜检查不能发现其症状的原因。

本病的治疗：(1) 无明显病理变化的消化不良病人，通

常要使其情绪安定，并给以对症治疗，进行长时间观察，并可短期应用抗酸剂或 H₂ 受体拮抗剂；(2) HP (幽门螺杆菌) 阳性的病人，可间歇口服羧氨苄青霉素或德诺 (一般 2 周为一疗程，间隔 4 周后可重复治疗 2~3 个疗程)。并可服用促进胃动力的药物 (如吗叮啉、西沙比林)。对病人给予精神安慰和作必要的检查以免除对肿瘤的恐惧心理是十分重要的。饮食中应避免油腻及刺激性食物，戒烟，戒酒，养成良好的生活习惯、避免暴饮暴食及睡前进食过量。大部分病人症状可得到缓解；(3) 一些进食过少，症状顽固的病人，除以上的措施以外，应给以必要的支持治疗，如劝吃要素饮食或短期给静脉滴注营养支持。

(王秀玲)

肠易激综合征

肠易激综合征是一种消化道功能紊乱性疾病，病程较长，但无营养不良的表现。过去称为“痉挛性结肠炎”、“粘液性结肠炎”、“导泻药性结肠炎”、“单纯性结肠炎”、“精神性腹泻”及“不稳定性结肠炎”等。

典型的肠易激综合征病人往往为中年妇女，具有神经过敏的素质，经常就医。肠易激综合征的主要临床症状为：

(1) 腹部疼痛，其程度轻重不等。轻者仅为腹部不适，重者则可出现剧痛，曾有人因此而要求剖腹探查。腹痛最常位于左下腹部和下腹部，偶可涉及下背、肋部及大腿。疼痛不如消化性溃疡那样局限，常不能用一个手指点出疼痛的部位。有时腹痛可为排便所缓解。失眠是肠易激综合征病人常见的伴

随症状，但入睡后极少被痛醒。由于女性患者的症状常于月经前或经期加重，故易造成治疗上的错误。(2) 在肠易激综合征病人中，大便不规则，次数的改变，常见或多或少。最令人讨厌的是经常发生的、表面上似乎矛盾的“便秘”和“腹泻”的交替出现。便秘时常无排便欲望或因粪便干硬而排便困难；腹泻时呈水样便或多次排出小的、碎块状粪便。(3) 粪便性状改变。病人常因为粪便性状及色泽的变化而惊慌失措，他们似乎认为：水样便提示食物（营养）的丢失；小的、碎块状粪便提示排便不畅；多得令人难以置信的粘液提示“组织”脱落、怀疑肠腔“溃烂”。然而，肠易激综合征病人决不会出现便血或黑便，除非是痔核、肛裂或药物引起。这些症状可以单一或几种联合存在，同时还可伴有消化系统的其他症状，如咽喉部异物感、恶心、胃灼热、打嗝、胃肠胀气或肠鸣等；另外，还可伴有其他系统的症状，如眩晕、心悸、气短或尿频等；至于虚弱、疲劳或厌倦等也是很常见的。总之，症状越多，病程越长，诊断肠易激综合征的可能性越大。

肠易激综合征病人常无特殊的体征，有时在右下腹部或季肋部有明显的胀气，或者沿着结肠的解剖走向可扪及一触即痛的痉挛性肠段。

虽然肠易激综合征的发病机理与过敏素质、环境刺激、饮食、药物及情绪因素等有关，病人应该了解：肠腔痉挛或紧张不会影响正常的消化生理过程，即使处于某种刺激下、肠腔仍能照常工作，不会影响患者的营养状况；对焦虑的病人来说，尽管症状存在长达数年，但不会引起严重疾患，因为

至今尚未发现肠腔痉挛和癌肿之间具有明确的联系。有些患者为了恢复正常的排便习惯而有意迫使自己进行一系列克制或增加排便的重复动作是无益的。由于肠腔是习惯的奴隶,故病人应根据胃肠反射的原理于早餐后进行排便是治疗便秘的简便方法。有几种相对比较特异的治疗知识和措施: (1) 饮食不宜严格限制, 应有一定的自由度。酸性水果、新鲜色拉及酒类饮料可能是引起腹痛的主要原因。通常, 低脂饮食能刺激胃肠运动, 增加蛋白质含量可抑制结肠的收缩。应用高纤维饮食的价值仍有争议。有人认为每天摄入含纤维素 20 克的食物可增加大便次数, 且减少疼痛发作次数和程度。有些病人在食用乳制品后可出现腹泻, 理应避免。 (2) 物理疗法的价值很有限。局部加热有时可缓解痉挛性腹痛; 电热褥或热敷可减轻肠痉挛; 热水浴偶尔也有帮助。病人适当的体育锻炼能消除过度的精神紧张, 慢跑锻炼, 效果较好。在物理疗法的同时, 可以考虑灌肠, 但不主张有规律的灌肠, 只宜偶尔使用。 (3) 病人对药物, 尤其在广告中见到的药物寄予无限希望, 但事实并非如此, 要知道任何一种最有前途的药物在治疗中迟早会失去魅力。由于精神刺激和紧张可能导致肠易激综合征, 故有人试用镇静剂治疗。比较受欢迎的如利眠宁 5~10 毫克和安定 2~5 毫克, 可于餐前和临睡前口服。当然不是所有的镇静剂都可以应用, 更不宜长期服用。也有人认为应用抗忧郁药比催眠镇静剂更为恰当, 如丙咪嗪或阿米替林, 但宜短期使用。理论上抗胆碱能药物 (如阿托品 0.4~0.8 毫克、颠茄酊 10~30 滴、普鲁本辛 15~30 毫克、双环胺 10~20 毫克, 餐前或临睡前服用) 能缓解肠道痉挛, 但

其实际效果却令人失望。如果能与镇静剂联合应用可减少抗胆碱能药物的用量。最近,有人报道应用钙通道阻滞剂、双歧杆菌对改善症状也有一定的效果。至于其他治疗措施如生物反馈、心理治疗等需在医生指导下进行。

必须指出的是:肠易激综合征病人的最大危险是其慢性症状掩盖了后来伴发的恶性肿瘤。因此,病人一旦出现新的症状或原有症状的加重应及早就医。

(李定国)

肝硬化 (肝硬变)

肝硬化是一种常见的慢性肝病,是由一种或多种病因长期或反复损伤肝组织,造成弥漫性肝细胞变性坏死、再生结节和纤维组织增生的结果,以致肝表面呈结节状,内部被无数纤维隔分割包绕而形成许多假小叶。由于肝脏是营养物进入体内也是其物质加工、代谢和解毒的主要场所。因此,肝硬化必然引起全身营养不良和代谢功能障碍,表现为消瘦、乏力、消化不良、营养性水肿、腹水、血液循环障碍、肾功能减退、内分泌代谢紊乱和免疫功能减退等。另一方面,由于正常胃肠道和腹腔内其他消化器官的静脉血几乎全部通过门静脉回流到肝脏,再经肝血窦、肝静脉和下腔静脉回到心脏,上述肝硬化病变引起肝内血流瘀滞、胃肠郁血和门静脉高压,最后形成门静脉分枝和体静脉间的侧枝循环。最主要的侧枝循环是位于食管下段和胃底的曲张静脉,以及位于肛管直肠交界附近的痔静脉,前者破裂可发生反复上消化道大出血,而后者破裂可反复便鲜血。

肝硬化的病因繁多 (1) 病毒性肝炎 (乙型和/或丙型肝炎长期不愈发展为肝炎后肝硬化) ; (2) 血吸虫病 ; (3) 酒精中毒 ; (4) 营养不良 ; (5) 肝郁血 (慢性心力衰竭, 缩窄性心包炎, 或肝静脉阻塞可引起郁血性肝硬化) ; (6) 肝内或肝外胆汁郁积 ; (7) 化学毒物和药物中毒所致肝硬化 ; (8) 遗传性代谢性障碍 (α₁-抗胰蛋白酶缺乏症、肝豆状核变性 [铜代谢障碍]、血色病 [铁代谢障碍]) ; (9) 隐源性肝硬化 (原因不明, 可能由肝炎病毒或某环境因素如饮水中砷含量过高等引起)。我国以肝炎后肝硬化最为多见。

肝硬化的预防和治疗 注意个人卫生、防治病毒性肝炎、戒酒、防治工业毒品和药物中毒等。

肝硬化仍以适当休养、营养疗法、“护肝”药物和中医药等综合治疗为主。肝硬化病人一般保养原则如下 :

休息 病情较稳定而无腹水 (代偿期) 的病人, 可在定期复查条件下, 允许正常生活活动, 甚至可考虑参加一些轻工作。宜在每餐后躺卧 30~60 分钟, 以改善肝血液循环和消化功能。全身状态和肝功能较差的失代偿 (有腹水和水肿) 病人, 或当发生并发症时, 大多需住院诊治, 卧床静养, 并接受支持和症候治疗。

饮食治疗的原则和实际应用 饮食和营养是肝硬化治疗中的一个重要部分。提供足够的蛋白质和总热卡、限量的脂肪、适量的矿物质以及丰富的维生素。

蛋白质和总热卡 给予高蛋白、低脂肪和足够热卡的食谱。蛋白质每千克 (公斤) 体重 1~1.5 克, 卧床病人每天 70 克蛋白质 ; 多坐、卧而少活动者 80 克蛋白质 ; 自由活动者

100 克蛋白质；摄入蛋白质可诱导氨基酸代谢的酶系统中多种酶的合成，因此高蛋白饮食可促进氨基酸代谢、蛋白质合成和肝细胞再生。然而，对肥胖的病人和不能耐受大量食物者，应适当调整总热量。有重度肝功能不良和已作门腔分流手术的病人不能耐受高蛋白饮食，因为过量蛋白质在肠内经细菌分解所产生的氨和胺类不能被肝脏处理。这些物质在血液中水平的升高会影响全身物质代谢和脑功能，是引起肝昏迷的主要因素之一。对有肝昏迷倾向的重病人宜根据各人耐受程度制定蛋白质摄入量，一般多控制在每天每千克体重 0.5~1.0 克以下。肝昏迷病人的养护有专节说明。

对饮食的质和量要作粗略的估算，并应根据病人的体重和全身情况，以及其耐受性和对食品的喜好随时调整。总之，要达到高蛋白和有足够热卡以及色、香、味俱佳的平衡饮食，以提高病人的食欲和消化功能，维持适当的体重，并不断改善病人的营养状态、肝功能和全身情况。所谓平衡饮食是食品荤、素搭配适当，蛋白质、脂肪和碳水化合物各占合适的份额（分别占总热的 15%、30%~35% 和 50%~55%），和适量水果等（提供多种维生素和人体需要的矿物质及微量元素）。

维生素 宜提供多种维生素，包括维生素 A、B 族、C、D、E、K、B₁₂ 和叶酸等。除每天补充 1~2 片多种维生素以外，最好选用富含这些维生素的食品。

电解质和微量元素 有较多腹水的病人宜适度限制水和食盐的摄入量。低盐饮食指每天食盐供量少于 2~5 克，无盐饮食则少于 0.5 克。在服用利尿剂时尤应注意水和电解质入

量和出量的平衡。利尿不要太过，每天尿量达到 1500 毫升左右为宜，记录液体入量和出量，并测量腹围大小和体重，以判断腹水消减情况。利尿过甚在开始时腹围迅速减小，病人感到痛快，但几天后尿量迅速减少、电解质紊乱加重，有效血循环容量缩小；此时病人感全身乏力、虚脱、少尿、水肿和腹胀加重，甚至进入肝昏迷和功能性肾衰竭（即所谓肝肾综合征）。到了这一地步，积极治疗往往也难以逆转。故必须在适度利尿过程中密切观察病情，尿量、血清钠、钾、氯水平，尤其应该纠正低钾，并保持有效血循环容量。

对平衡饮食中营养的具体换算方法见表 2-2。按表 2-1 查出每种食物中主要的营养成分（蛋白质、脂肪和碳水化合物）的含量（也可参阅各种食物营养手册）。再按蛋白质每克供给 4.1 千卡、脂肪每克 9.3 千卡和碳水化合物每克 4.1 千卡，算出各提供的热卡和各占总热卡的百分数。如表 2-2 所列食谱含有蛋白质共 95.69 克（提供 310.33 千卡）、脂肪 67.04 克（623.47 千卡）和碳水化合物 260.53 克（1068.17 千卡），分别占总热量 2001.97 千卡的 15.50%、31.14% 和 53.36%。

药物治疗 某些促细胞代谢药物也许有改善肝功能、促肝细胞再生的作用，例如：脱氧核糖核酸片，2 片，每天 3 次口服，2~4 周为一疗程；辅酶 Q10，10 毫克，1~2 片每天 3 次口服，2~4 周为一疗程；辅酶 A 0.1 毫克，每天肌肉注射 1 次，2 周为一疗程；肌苷 200 毫克，每天静脉注射 1~2 次，10 天为一疗程。不同医生还推荐许多其他药物，如联苯双酯、阿卡明、云芝多糖、维酶素等等。总之，所有药物也许各有

些作用,但都难以肯定其确切效果。注意用药不要过多过杂,以免增加肝脏负担,并造成不必要的麻烦。此外,还可按中医辨证处方服些中草药。

并发症的防护 并发症,如感染、大出血等都可加重肝损伤,并诱发肝功能衰竭;因此平时必须做好保养,例如注意饮食卫生,防止肠道和呼吸道感染等;不要负重,不吃粗糙、刺激性食物,每次进食量不要过多以及小口细嚼慢咽,以免引起食管胃底曲张静脉破裂出血。一旦发生这些并发症,都应立即去医院紧急处理。

表 2-1 每百克各类食物中主要营养素含量 (克)

类 别	蛋白质	脂肪	碳水化合物
米 (2两=100克)	7~8	0.5~1.0	78
面粉 (麦)	10	1.25	75
豆类:黄豆 (干)	40	20	21
赤豆 (干)	19	0.76	57
绿豆 (干)	23	1.50	58
蚕豆 (干,去皮)	29	1.80	48
新鲜蚕豆 (去荚)	9.0	0.46	13.78
扁豆荚 (鲜)	3.2	0.27	5.36
刀豆荚 (鲜)	1.7	0.74	3.13
豇豆荚 (鲜)	2.7	0.48	4.13
黄豆芽	6.8	2.40	6.23
绿豆芽	2.5	0.15	3.18
蔬菜类:草头、苋菜、卷心菜、青菜	1.0~3.5	0.5~1.0	2~5
菜花头 (花菜)	3	0.28	3.5
鲜竹笋	1~2	0.2	3~5
洋葱	1.5	0.2	6.8
土豆	1.8	0.02	16.0

(续表)

类 别	蛋白质	脂肪	碳水化合物
甜薯	1.08	0.19	21.5
萝卜类	0.7~1.5	0.20	4~7
山药	1.8	0.06	19.8
冬瓜	0.4	0.05	1.77
南瓜	1.0	0.35	8.0
西瓜	0.58	0.43	6.33
丝瓜	1.40	0.10	4.28
黄瓜	1.05	0.13	2.31
茄子	1.00	0.31	4.38
大蒜头	3.46	0.24	29.20
芋头	0.99	0.40	13.36
水果类	0.5~1.2	0.3~0.7	6~10
花生	24.0	48.6	15.0
核桃	15.8	66.8	10.8
栗子	4.5	1.4	41.5
枣子 (红、黑)	3.0	3.0	62.5
鸡、鸭蛋一只 (50克)	5.0	5.0	0.60
蛋清 (100克)	10.0	1.2	1.22
蛋黄 (100克)	13.57	30.0	1.32
牛乳 (100ml)	3.3	4.2	5.10
鲜肉类：瘦猪肉	16.5	28.8	1.05
猪肉	9.45	59.8	0.95
羊肉	13.32	34.65	0.65
瘦羊肉	17.31	13.60	0.50
牛肉	17.70	20.33	4.06
猪肝	20.1	4.04	2.88
火腿	16.41	51.42	少量
鱼类：鳊鱼	18.45	6.61	0.22
鲳鱼	15.63	6.57	0.05

(续表)

类 别	蛋白质	脂肪	碳水化合物
黄鱼	15.70	0.60	0.05
草鱼	14.90	0.80	0.93
黑鱼	18.29	0.67	0.05
鳙鱼	14.49	0.44	0.05
河鳊	14.48	7.98	0.5
海鳊	17.18	2.75	0.12
鳊 (桂) 鱼	19.29	0.82	0.05
青鱼	16.80	2.10	0.12
墨鱼	18.00	1.76	0.25
鱿鱼	7.48	0.27	1.76
河虾	17.45	0.61	0.02
螃蟹	11.10	4.66	5.91
海蟹	13.00	2.81	1.48
甲鱼	16.22	1.00	1.49
海参 (水浸)	21.45	0.27	1.37
豆制品：豆腐	6.90	3.30	1.33
豆腐干	18.50	9.00	2.80
千张 (百页)	32.90	18.80	4.39

表 2-2 饮食计算实例 (克)

食 物	重量 (克)	蛋白质	脂肪	碳水化合物
大 米	300	24. 00	1. 50	234. 00
蔬 菜	250	2. 50	1. 87	7. 50
蛋一只	50	5. 00	5. 00	0. 60
瘦 肉	100	16. 50	28. 80	1. 05
桂 鱼	100	19. 29	0. 82	0. 05
豆 腐	100	6. 9	3. 30	1. 33
食 油	25	—	25. 00	—
水 果	150	1. 50	0. 75	16. 00
合计 (克)		75. 69	67. 04	260. 53
提供热卡 (千卡)		310. 33	623. 47	1068. 17
占总 2001. 97 千卡的百分比		15. 50	31. 14	53. 36

肝昏迷 (肝性脑病)

肝昏迷有两种。一种是由于急性重症病毒性肝炎或中毒性 (药物、毒物) 肝炎所引起的, 昏迷呈进行性, 治疗往往无效, 病人大多死亡。另一种为慢性肝损伤如肝硬化、门腔静脉分流手术后。其临床表现按程度分为四期: (1) 前驱期 (表情欣快、举止反常、有时淡漠少言、昼间昏睡而夜间躁动); (2) 昏迷前期 (上述症状加重, 意识模糊、定向力差、不能完成简单计算如 $100-7-7-7\cdots$)、两手扑翼状震颤、脑电图异常); (3) 昏睡期 (昏睡, 但可叫醒、精神错乱明显、认人认时认地点能力丧失); (4) 昏迷期 (昏迷加深、肝臭、神经反射异常乃至完全消失)。

肝昏迷的发生机理很复杂。多数病人是由多种因素综合作用所致。其中氨中毒和“氨基酸谱失去平衡”是重要因素。

对肝昏迷的防护和处理应从去除诱发因素着手，同时减少肠道氨和胺类的产生和吸收、纠正氨基酸失衡，提供足够的热卡和各种维生素。

去除诱因 预防和及时治疗上消化道出血，防治感染，避免大量放腹水，用利尿剂要适度，蛋白质量要限制，避免服用含氮物质（如利尿药、氯化铵、尿素等），慎用镇静、止痛、麻醉药和对肝有毒性的药物，以及注意水、电解质和酸碱平衡。

饮食 饮食是肝昏迷防护中最重要的部分。肝昏迷发生初期应尽可能不吃富含蛋白质的食物，至多吃一些粥、面糊、藕粉、豆浆、果汁、葡萄糖水、菜泥和土豆泥等。病人需住院治疗一阶段。具体制订食谱的方法可参照“肝硬化”一节。

（陆汉明）

脂肪肝

顾名思义，脂肪肝就是肝内脂肪太多了。正常肝内脂肪仅占肝重的 2%~4%，如果脂肪沉积超过肝重 5%，便可称为脂肪肝，有人会问：就像胖子皮下脂肪多一些，脂肪肝会有什么坏处？当然少量脂肪沉积对身体还不至于产生大问题，但大量脂肪沉积时，肝细胞内充满脂肪空泡，可引起局灶性炎症及肝细胞坏死，最终可发展为肝硬化。

引起脂肪肝的原因很多，主要有：(1) 嗜酒，随着人民生活水平提高，人均酒精消耗量大幅度上升，肝脏是酒精代谢的唯一器官，长期大量酗酒（每天大于 150 克）可使细胞发生反复脂肪变性；(2) 营养因素，如食物中脂肪成份过多，

又爱吃糖而缺乏蛋白质与维生素或偏食致摄入的氨基酸不平衡，缺乏胆碱成份等均可引起脂肪肝；(3) 其他较少见的原因有中毒（如磷、四氧化碳等），糖尿病（37%糖尿病者并有脂肪肝）以及少见的妊娠后期合并急性脂肪肝等。

单纯脂肪肝无自觉症状（妊娠急性脂肪肝除外），在未发展为肝硬化之前，亦无体征，血化验血脂可高一些，亦不能说明一定有脂肪肝，当然脂肪肝的诊断标准是肝脏穿刺活组织检查，但有一定风险。B 超检查，由于脂肪浸润，超声图像上可见肝脏实回声弥漫性增强，形成所谓“明亮肝”，但若腹壁脂肪过厚，在超声图像上亦可出现类似图象。超声诊断脂肪肝准确率仅 85%~90%左右，必要时要作 CT 肝扫描，与 B 超相反，在 CT 上脂肪肝密度是降低的。

脂肪肝是肝脏疾病发展过程中一个非常重要的中间环节，因它是一个可逆的病理过程，将其推一推（不治）就可发展为肝硬化，拉一拉（治疗）就可恢复正常，因而要尽量做好“拉”的工作，首先要去除病因如戒酒，停止对肝脏有毒药物接触等，对糖尿病病人要通过饮食与药物来控制血糖。饮食在脂肪肝治疗中十分重要，肥胖病人要限制食量和糖量，只要体重减轻，便可使肝脂肪消退，逐步恢复正常，当然多吃水果、蔬菜、不吃或少吃含胆固醇及三酸甘油脂高的食物，而且要长期坚持，必然有益。

脂肪肝的药物治疗在防治脂肪肝中所起的作用不大，服用些胆碱、甲硫氨酸、维生素、磷脂和烟酸等无疑是有益的，但大量服用降脂药物反而对肝脏有毒性。中药在脂肪肝治疗中有一定疗效，但目前仍在探索中。

肝血管瘤

B 超检查日益普及，常会遇上这样的问题：什么是肝占位？什么是血管瘤？它与肝癌有什么区别？如果这三个问题弄清了，那么对肝血管瘤疑义也就解决了。

所谓肝占位是指一个实质性的（良性或恶性）病变，长在肝脏中，将正常肝组织排挤出去，称为肝占位。因为大多数为肝癌，因而在人们印象中，肝占位就成了肝癌同义词，但随着科学发展，人们才逐渐知道在肝占位中，除肝癌外，还有一些良性病变，血管瘤就是其中最多见的一种，它的形成与先天性血管发育异常有关。

肝血管瘤大小不一，小至米粒、黄豆，大至数十厘米，因而症状也千差万别，巨大血管瘤在上腹部形成肿块，压迫邻近胆、胃和胰腺，产生上腹胀痛等症状，破裂时出现出血及急性腹痛等症状，故大血管瘤须尽早手术，小血管瘤则与正常肝脏“和平共处”，不需治疗。它的主要矛盾是鉴别真假，须与早期肝癌等相区别，当然这些病人少不了作 CT 或磁共振检查。但最好方法还是作 ECT 即放射性胶体显像，在肝癌时可见放射性缺损，而血管瘤则见放射性密集的充填区，一正一反，截然不同，类似的检查还有肝动脉造影，但因为是创伤性检查，不受病人欢迎，它并不优于 ECT。

一旦诊断明确，就不必再背上肝癌“嫌疑”的包袱，可以正常生活，至今尚无药物预防，但定期复查 B 超，观其大小变化还是必要的。

肝囊肿

由于B超检查已成为健康检查的一个重要内容,因而肝囊肿检测量日益增多,国内报道已达1.26%~3.09%,多见于50岁以上成年人。

所谓囊肿就是在肝实质内有一囊腔,内充满液体。形成囊肿疾病的原因颇多,如寄生虫(肝包虫病)、先天性胆管囊肿及肿瘤性囊肿,这些均十分少见,最多见的还是先天性囊肿,其因在胚胎期胆管发育过程中自行退化,且不与胆道相通,所分泌的液体,日积月累形成囊腔,囊腔可以是单发的,亦可以多发的,一般1~2厘米大小,大者可达10余厘米,内含数千毫升囊液,若无并发症,囊液是清澈透明的。

小囊肿毫无症状,大囊肿可有压迫症状,导致肝区不适,乃至腹块,至今尚无证据证明囊肿有恶变可能,因而小囊肿不需处理。直径超过5厘米时,可在超声引导下抽吸囊液,并注射纯酒精,囊肿可望消失,大囊肿须手术处理。若肝内有囊肿者,得检查肾脏等器官是否也有囊肿,可一并处理。

(许国铭)

急性胰腺炎

急性胰腺炎是一种常见病,女性多于男性,是胰酶自身消化胰腺引起的化学性炎症。本病多系胆道疾病引起。此外,暴饮暴食、酗酒、高脂血症、感染和药物等也可诱发。主要是由于胆汁和十二指肠液激活各种胰腺酶原,引起胰腺充血、水肿、出血和坏死等一系列胰腺自身消化过程。

临床表现有腹痛，大多在上腹中部，常于饱餐或饮酒后发病，多剧烈而持续，少数呈带状并向腰背部放射，仰卧时加重；90%以上有恶心，剧烈呕吐；一般有中等度发热；少数病人有黄疸；出血坏死型可发生休克，甚至很快引起死亡；少数病人可出现幻觉、平衡失调等胰性脑病症状。少数病人可并发脐周或侧腹部皮下出血、麻痹性肠梗阻、胸腔积液、肺炎和胰腺假性囊肿等。

血清淀粉酶于起病后8小时开始上升，尿淀粉酶在血淀粉酶升高2小时后尿中排泄即增加。血清脂肪酶常在病后48~72小时以后开始上升。血钙在坏死性胰腺炎时可以减低，如低于7毫克/100毫升，预后不良。腹部平片可见小肠积气及肠麻痹征象。B超可见胰腺肿大，白细胞大多增高，中性粒细胞明显增多。

本病需与消化性溃疡穿孔、急性胆道疾患、急性肠梗阻、肠系膜血管栓塞和心肌梗塞等鉴别。

由于胰腺炎的发病大多与暴饮暴食、酗酒、胆石症、高脂血症、感染、肠和胆道寄生虫等有关，因此注意饮食卫生和防治原发病十分重要。急性胰腺炎发作时应予禁食。禁食时间长短取决于病情，轻者数天，较严重者需长达数周。在此期间，应注意水、电解质平衡，供应适当的热量（主要由静脉滴注葡萄糖提供）、氨基酸、维生素B、C等，尤其对较长期禁食的严重病人。病情好转后，即症状和体征基本消失、白细胞计数和分类以及血、尿淀粉酶达到正常时，可考虑开始少量多次（每2~3小时1次）低脂流质饮食，如米汤、菜汤、果汁、稀麦糊、藕粉、豆浆、脱脂牛乳、银耳羹等。如

能耐受，可进半流质，如粥、豆腐、煮土豆、菜泥、煮熟蛋白，以及少量鱼肉、河虾、禽肉、瘦肉等，并逐步加量。恢复期仍宜适当限制脂肪量，开始每天 20~30 克，渐增至 50 克。应戒酒。

慢性胰腺炎

慢性胰腺炎系指胰腺反复发作性或持续性炎性病变，引起胰腺广泛性纤维化、局灶性坏死及胰导管内结石形成或弥漫性钙化，最后造成腺泡和胰岛细胞萎缩或消失，并常有假性囊肿形成。本病比急性胰腺炎少见。

临床表现有腹痛，最初反复发作，以后变为持续性，多位于上腹部，向背部、两肋、前胸和肩胛等处放射。重症常在半夜痛醒坐起，俯坐位痛减轻。常需注射麻醉药始能止痛，以致麻醉剂成瘾。饮酒、饱餐可诱发。疼痛时常伴有恶心、呕吐、食欲不振、腹胀和暖气等症状。病人可有腹泻，每天大便 3~4 次，量多，色淡，表面光泽有气泡、恶臭。粪便中脂肪量增加（脂肪泻），尚含有不消化的肌肉纤维。病人消瘦，营养不良。约有 10% 病人可并发糖尿病。如有胰腺假性囊肿形成，则于左上腹或脐上可触及肿块。

血清和尿淀粉酶在无急性发作时不高，甚至降低。粪便镜检可见脂肪滴、脂肪酸结晶和不消化的肌肉纤维。腹部平片可见钙化影。逆行胰胆管造影可发现胰管内结石、囊肿及管腔变形。上消化道钡剂造影可示胃或十二指肠受压征象。B 超可显示胰腺肿大或缩小以及囊肿等图象。

急性发作时，治疗同急性胰腺炎。无急性发作时要调整

饮食。伴胰原性腹泻者应在限制脂肪摄取量的食疗基础上服胰酶片 2~5 片或更多, 每天 3~6 次。有人建议同时加服甲氰咪胍或雷尼替丁以减低胃内酸度, 可减轻对胰酶的灭活。有较严重的胰原性腹泻者需予静脉内补充葡萄糖液、电解质和多种维生素。一般病人能耐受低脂半流质或低脂软饭, 宜采用少量多餐、每天 5~6 餐。限制脂肪摄入量, 开始每天约 20 克, 以后视耐受情况逐步增加; 蛋白质每天 40~50 克。胰原性糖尿病者的饮食原则同一般糖尿病。无显著体重减轻者可给予适当限制碳水化合物和脂肪的摄入量, 大多能逐渐好转, 并保持一般情况和体重稳定。有体重减轻者往往需要每天给予 2000~2500 热卡以上; 这样就需供应中量至大量碳水化合物和较多的蛋白质, 并加用胰岛素; 而且在胰酶片的帮助下, 脂肪摄取量也可达到 60~70 克的耐受量, 占每天总热卡的 20%。应尽量排除精制糖类作为碳水化合物的来源, 并注意多给富含维生素和植物纤维的蔬菜类和新鲜水果。必要时可补充维生素 B 族、C、B₁₂、叶酸、以及脂溶性维生素, 包括 A、D、E、K。

(姜清寰)

第六节 血液和造血系统疾病

贫血

贫血非常多见, 它通常由血液中红细胞数量和血红蛋白含量减少所致。轻度贫血可无或有容易疲倦与头昏; 中度贫

血，活动或劳动后出现面色苍白、眼花、心慌和气促；重度贫血，即使在休息或卧床时也有明显的症状。

引起贫血的原因很多，骨髓遭受损害可引起再生障碍性贫血；铁缺乏可引起缺铁性贫血和营养性大细胞性贫血；红细胞被破坏，可引起溶血性贫血；急性和慢性出血，使血液丢失，可引起失血性贫血等。针对贫血的原因，去除诱因，调整饮食，并作针对性治疗，才能获得良好的效果。

根据贫血的不同情况，病人需要调整休息和饮食，有利于贫血的改善和身体的康复。轻度贫血的病人，可以同往常一样，从事正常工作和生活。中度贫血和慢性失血的病人，可以做一般的轻工作，但应防止操劳过度，并要注意休息。重度贫血和急性失血的病人，必须停止工作，卧床休息，接受治疗，尤其注意在体位突然改变时，严防晕倒和发生意外。生活中还需要增加营养，多吃易消化、易吸收、含高蛋白和高维生素的食物，例如，多吃瘦肉、禽蛋、牛奶、鲜鱼、新鲜蔬菜、水果和豆制品等。有条件的病人，可以进补当归炖母鸡、当归兔肉汤或阿胶糯米粥等。

再生障碍性贫血

正常人血液中红细胞、白细胞和血小板是由骨髓制造的，当各种原因造成骨髓损伤或破坏，不能正常造血或造血发生障碍，即产生再生障碍性贫血。这种病人除有贫血外，还可因白细胞（主要是粒细胞）减少而发生感染，由于血小板减少而容易出血。

本病病情较重，病程较长，预后严重。病人要树立起战

胜疾病的信心，主动配合医护人员进行治疗和护理，才能有利于康复和疾病的改善。

因白细胞减少，抵抗力下降，容易发生感冒、疮疖等感染。除要保持环境清洁外，尤其要注意个人卫生，常洗澡，勤换衣，保持口腔、会阴部干燥、清洁，饭前便后要洗手，不吃生冷和不洁食物，不到公共场所，预防交叉感染。由于血小板减少，容易发生出血，因此要防止损伤，若发生皮肤破损出血，要及时包扎；若有鼻衄，则要填塞止血；若有便血、血尿，要尽快请医生治疗。

急性型或伴出血的病人，或并发感染或伴高热的病人，可以适当输血。此外，要在医生的指导下，坚持服用以补肾和补脾为主的中药，或采用中西医结合的治疗方法可获得较好的效果，但是，禁止使用对骨髓造血有抑制的药物，如氯霉素、保太松等，也不要过多地接触放射线。

缺铁性贫血

铁是骨髓造血必需的重要原料。由于体内缺乏铁而引起的贫血，称为缺铁性贫血。此病多见，主要见于生长发育期的婴幼儿、儿童，妊娠、哺乳期的妇女，长期失血或患有慢性病的病人。据统计，我国儿童（12岁以下）、青少年（13~17岁）和妊娠妇女缺铁性贫血的发生率分别为10%~48%、9.8%和19.3%。总的来看缺铁性贫血的发病率，农村高于城市，妇女高于男性，儿童高于成人，患有慢性病者高于无慢性病者。

缺铁性贫血的原因主要有：(1) 食物中缺乏铁。由于食

物中缺乏铁而导致贫血者，常见于婴、幼儿、青少年和妊娠妇女。(2) 铁吸收障碍。因吸收障碍而导致贫血者占 57%，其中胃酸缺乏者占 41%，胃切除手术者占 10%，胃肠病者占 6%。(3) 铁的需要量增多。正常足月儿 4 个月以后每天需铁 1 毫克/千克体重，1 岁以后每天需铁 0.3 毫克/千克体重；一次妊娠（平均为 280 天），孕妇每天需铁 4 毫克，哺乳期（平均 8~12 个月）妇女每天需铁 0.5~1.0 毫克。因此，若铁补充不足，便会导致婴、幼儿和妊娠、哺乳期妇女的缺铁性贫血。(4) 铁丧失过多。若患有慢性病者，如月经量增多，消化性溃疡、胃肠道肿瘤、痔疮和钩虫病等都会出现此种情况。

缺铁性贫血的症状与其他原因所引起的贫血大致相似。幼儿生长迟缓，体重减轻，精神不振；儿童则注意力不集中，反应性减低，诉说头昏、乏力，成人则有活动后气急、心慌，严重时眼花、耳鸣，指甲色失常，口腔炎、舌炎等。若伴有缺铁的一种或多种原因，更应高度警惕有缺铁性贫血的发生，此时应及早到医院去进一步检查，确定有无贫血及其严重程度和寻找缺铁的原因，只有找到病因，针对性治疗，才能获得根治性的疗效。

缺铁性贫血病人的补铁饮食甚为重要。精心选择含铁量丰富的饮食，主要是猪肉（瘦）、牛肉（瘦）、猪肝、禽蛋和鱼类，也可吃黑木耳、海带、紫菜、香菇和蔬菜等。例如，早餐豆浆、花卷和鸡蛋；中餐米饭、牛肉丸子、海带（或紫菜）蛋花汤和炒青菜；点心红枣木耳汤、苹果；晚餐馒头、炒猪肝、香菇菠菜肉片汤和炒蔬菜等，这种食谱可以大大增加铁的摄入。用铁制炊具烹调食物。近年来有将铁剂加入饼干、

糖果、奶粉、面包和代乳粉中，生产铁强化食品，以增加食物中铁的含量。

缺铁性贫血病人应用铁剂治疗需注意以下几个问题：

(1) 在酸性条件下有利于铁的吸收，例如单纯玉米麦片粥铁吸收率仅为 3.8%，粥内加入维生素 C 50~100 毫克，铁吸收率可增至 38%；此外，餐时多吃米醋，餐后多吃水果和维生素 C 都可增加铁的吸收。但是，服用铁剂时不能饮茶和咖啡，否则会影响铁的吸收。(2) 坚持用药。口服铁剂对胃有刺激作用，可以改为餐中或餐后服药，只要服药后无严重恶心、呕吐和食欲不振，都必须坚持服药 3~6 个月。对口服铁剂无效或病情严重的病人也可选用肌肉注射铁剂，但要注意做深部肌肉注射，以减少疼痛，注射后以毛巾热敷。若发生头痛、发热、恶心、荨麻疹、虚脱和休克等必须停止注射，以后不再应用，并做必要的处理。

营养性大细胞贫血

正常造血除需要铁外，还需要叶酸和维生素 B₁₂（简称 B₁₂）。当叶酸和/或 B₁₂ 缺乏时，骨髓所制造的红细胞体积变大并有贫血，称为营养性大细胞贫血。只要补足叶酸和 B₁₂，贫血即可纠正。

叶酸含量在新鲜蔬菜（如莴苣、西红柿、菠菜）、黄豆、水果、香菇和大米中；B₁₂ 多含在动物肝肾、肉类和鱼类中较多，而面粉、禽蛋和牛奶中含量甚微。因此，必须多吃含叶酸多的食物，切忌长期偏食和“忌口”。此外，叶酸不耐热，烹调时间过长，多遭破坏，可用热锅快炒法以保持叶酸的含

量。叶酸在牛奶和禽蛋中含量很少，故提倡母乳喂养，以减少婴幼儿的叶酸缺乏。再者，在酸性环境中，叶酸容易吸收，故应多吃含维生素 C 丰富的食物和水果，或加服维生素 C 片。在钙质缺乏时， B_{12} 吸收减少，故应多吃含钙丰富的食物，或加服钙片。

综上所述，只要补充了叶酸和 B_{12} ，改变生活习惯，增强叶酸和 B_{12} 的吸收，完全可以预防营养性大细胞贫血的发生。一旦发生，只需给予叶酸和 B_{12} ，很快即可治愈。

溶血性贫血

溶血性贫血是由于红细胞在体内破坏过多过快，使骨髓制造红细胞来不及补充而引起的一组贫血。根据溶血性贫血起病的缓急和病情的轻重可分为急性和慢性两种：急性溶血起病急，病情重，病人表现为腹痛、腰背酸痛，并常有发热、寒颤、头痛、呕吐和酱油色尿；严重者可有血压下降、休克或少尿、肾功能衰竭。慢性溶血，起病慢，病情轻、病人表现为贫血、眼白发黄（黄疸）、肝脾肿大和尿色加深等。

由于溶血是一组疾病的总称，引起溶血的原因是多种多样的，因此临床上怀疑有溶血的病人，必须到医院配合医生做多方面的检查，确定是否有溶血，并确定属于何种溶血，只有针对溶血的原因作出治疗，才会达到改善溶血或治愈溶血的目的。引起溶血性贫血的原因可分为两大类：(1) 红细胞本身有缺陷，如红细胞膜异常（遗传性球形或椭圆形红细胞增多症、阵发性睡眠性血红蛋白尿等），血红蛋白异常（地中海贫血、异常血红蛋白病等），红细胞酶异常（蚕豆病、伯氨

喹啉型药物性溶血性贫血等)；(2) 红细胞外因素，如红细胞被抗体破坏(自身免疫性溶血性贫血、新生儿溶血性贫血、溶血性输血反应等)，感染所致溶血(疟疾、细菌感染等)，物理和化学因素所致溶血(药物、烧伤、心瓣膜手术、铅中毒等)。

急性溶血，由于起病急，病情重，病人必须卧床休息，并给予高蛋白、高维生素和易消化、易吸收的半流质或流质饮食。对出现高热者，多施行物理降温措施(用冰袋、酒精擦浴等)，或肌肉注射中药降温剂(柴胡注射液)，不用化学药物降温(安乃近、扑热息通等)，因后种药物可能会加重溶血。发生腹痛者，要注意腹痛的性质、部位和发展情况，在医生指导下可应用阿托品一类的止痛药。发生少尿或肾功能衰竭者，除要注意摄入和排出的水量外，尚需按肾功能衰竭作好自我保健。有些溶血性贫血常有促使溶血发作的诱发因素，例如，蚕豆病常在进食蚕豆后发作；自身免疫性溶血性贫血常在感冒或服药后复发；阵发性睡眠性血红蛋白尿常由酸性食物或药物诱发等，应予避免和预防，切勿忽视。

慢性溶血，由于起病慢，病程长，病情轻，病人可以作一般的活动和工作，但不要过度操劳，并加强营养。脾脏明显肿大者，要防止脾破裂。遗传性溶血的病人，婚前男、女双方都应作有关检查，做好咨询和优生、优生工作，最好婚后不生育，免得将疾病遗传给后代。对于溶血严重、贫血明显的病人，必须要以输血维持生命者，不要输全血，要输经洗涤后的红细胞悬液，以免加重溶血。对于因父、母 Rh 血型不合的新生儿溶血，必须由输血机构进行严格检验后方可做

换血治疗。

急性白血病

急性白血病（俗称血癌）是由于造血组织（骨髓、脾、淋巴结）内白细胞“无限制”地恶性增生，并侵犯和弥散到全身组织器官的一种急性恶性疾病。临床上根据细胞类型的不同，又分为急性淋巴细胞白血病和急性非淋巴细胞白血病（主要是粒细胞白血病和单核细胞白血病）两大类。急性白血病起病急、进展快、病程短、预后差。病人常有发热（占60%~88%）、贫血（95%~100%）和出血（50%~60%）三大症状；同时有脾、肝和淋巴结肿大等体征；血中正常白细胞数减少或增多，并有原始和幼稚白细胞（白血病细胞）出现。

有下列情况要高度警惕白血病：(1) 发热，多为原因不明或以上呼吸道感染、肺炎或肛周炎等起病，常伴盗汗或自汗，用抗生素治疗无效或效果差；(2) 出血，多见皮肤紫癜、瘀斑和/或鼻衄、牙龈出血，女性月经增多，用一般出血药物无效；(3) 贫血，逐渐加重的面色苍白，伴有软弱、乏力、心悸和气促等；(4) 脾、肝和淋巴结肿大，特别是淋巴结肿大可见于全身性或局部性（颈侧、腋下、腹股沟），无压痛。上述表现可先后出现，若同时出现更应高度怀疑急性白血病，此时必须到医院做进一步检查。

确诊急性白血病后须住院治疗。且病人要树立战胜疾病的信心，振作精神，心情乐观，积极主动地配合治疗和护理，力争完全缓解和正常生活。

高热是急性白血病病人的常见症状，体温常高达39~

40℃，持续时间常在数天或数周，病人常伴大汗、气促、心悸和体质极度虚弱。此时除选用有效的抗生素以控制感染外，还需采用冰袋、酒精擦浴和药物（中药、西药）降温，使体温降至 38.5℃ 以下，以减轻病人的不适。饮食以增加高热量、高蛋白质和维生素的食物，且以易消化、易吸收的流质或半流质为主，少量多餐，例如，蕃茄、蘑菇和鲜鱼汤或皮蛋、香菇和肉末粥等。此外，必须补充足够的水份和盐份。出汗要用干毛巾擦，保持身体干燥和清洁。

由于抵抗力下降，感染经常发生，故应进行积极的防治。除要保持室内清洁外，阳光要充足，限制外来人员探望，勤擦身、换衣，尤其要饭后漱口、刷牙，便后清洗会阴、肛门，必要时作口腔护理及高锰酸钾稀淡溶液坐浴。平时不要拔鼻毛、挖耳朵、剔牙齿。进入层流室隔离的病人，要严格按照规定隔离，严防感染的发生。

由于血小板减少和凝血功能低下，病人出血的发生率较高。在静脉和肌肉注射后，要用消毒棉球或纱布压迫局部 5~10 分钟；鼻出血要局部冷湿敷，洁净棉球塞鼻，或请医生做鼻腔填塞止血，且勿用手指挖鼻痂；口腔粘膜有血疱或出血，要用冷开水或口腔清洁药水漱口；月经过多或阴道出血的女病人，要经常更换卫生纸和卫生带，并经常清洗，保持干燥清洁；平时多注意有无血尿和黑粪，一旦发现要报告医生处理；剪指（趾）甲，剃发须严防皮肤损伤而引起出血和感染。

化疗和输血是治疗急性白血病的重要措施。常见的化疗反应是恶心、呕吐、纳呆、乏力和精神萎靡等，病人和家属要主动配合医生，坚持完成疗程，否则会前功尽弃，得不到

预期的疗效。输血不但可以补充红细胞、粒细胞和血小板，用以纠正贫血、增加抵抗力和改善出血，而且可以补充血浆蛋白、免疫球蛋白和多种凝血因子，有利于病情的改善和化疗效果的发挥。力争输新鲜全血，必要时输新鲜血浆或单输血小板悬液等，但有时可带来输血不良反应。

慢性白血病

慢性白血病也是由于造血组织（骨髓、脾、淋巴结）恶性增生并浸润至全身组织器官的一种慢性恶性疾病。临床上根据细胞类型的不同，又可分为慢性粒细胞白血病（慢粒）和慢性淋巴细胞白血病（慢淋）等类型。慢性白血病多见于中、老年人，起病缓，进展慢，病程长，预后相对较好。临床上常以脾肿大，淋巴结和肝肿大伴白细胞数增多为特征。但疾病晚期病人也会出现急性白血病的表现（慢性白血病急性变）。

中、老年人，若感左上腹持续性发胀并伴有隐隐作痛，手触有硬块；或浅部淋巴结肿大（颈侧、腋下、腹股沟等），压之不痛，很少活动；若伴有乏力、消瘦、食欲不振、精神萎靡、出汗、低热和贫血等症状要高度警惕发生慢性白血病的可能。此时必须到医院去做检查，最有效的检查方法是做血细胞计数、白细胞分类和骨髓检查；它们可以帮助确定或排除诊断。

慢性的病人，可以自由活动，从事轻工作，避免剧烈运动或从事重体力工作。平时宜进高蛋白、高维生素、高热量和易消化的食物。夜间盗汗，要用干毛巾擦，不要着凉，保

持个人卫生，防止继发感染。在接受化疗期间，要定期（一般每周 1~2 次）或经常（一般每 2~3 周）检查白细胞计数，使白细胞数保持在正常范围（ $4 \sim 10 \times 10^9/\text{升}$ 或 $4000 \sim 10000/\text{立方毫米}$ ）内；若白细胞数低于 $4 \times 10^9/\text{升}$ （ $4000/\text{立方毫米}$ ）或高于 $10 \times 10^9/\text{升}$ （ $10000/\text{立方毫米}$ ）则依检查可按医生的指导进行药物剂量的调整，但必须坚持服药，不要中断。

伴有巨大脾脏的病人，要倍加注意安全，切勿跌倒或外伤，防止脾破裂。若左上腹突然剧痛，脾持续性增大，提示脾血管栓塞，必须到医院检查，作相应的处理。

在病程中，若出现：(1) 不明原因的高热，且用抗生素无效；(2) 脾脏进行性肿大伴胀痛；(3) 全身骨骼疼痛，特别是胸骨压痛；(4) 进行性贫血加重，头晕、心悸等情况，要高度警惕慢性白血病的急性变，此时必须到医院检查。若一旦转变为急性白血病，必须住院治疗，并按急性白血病作好自我保健。

类白血病反应

类白血病反应，从表面上看酷似白血病，有高热、感染和白细胞数增多等表现；但是，实质上它并不是白血病。多数病人是由于感染、中毒或伴发恶性肿瘤、急性大量出血所引起。只要解除或治愈病因，类白血病反应也自然会消失，因此，病人的预后较好。

病人必须卧床休息，加强营养，补充热量和水份。此外，在治疗的同时，必须通过各种检查，找到引起类白血病的原

因，然后根据病因作针对性的有效治疗，方可取得疗效。例如，对血、尿、粪、痰等培养，证实有致病细菌，根据细菌对药物的敏感试验，选择有效抗生素治疗；必要时配以输血等辅助治疗，一般可以取得较好的结果。

白细胞减少和粒细胞缺乏症

健康成人血液中白细胞数一般在 $4 \sim 10 \times 10^9/\text{升}$ ($4000 \sim 10000/\text{立方毫米}$)；健康成人中性粒细胞绝对值 (等于白细胞总数 $\times$ 中性粒细胞%) 为 $2.0 \sim 7.5 \times 10^9/\text{升}$ ($2000 \sim 7500/\text{立方毫米}$) 左右。若血液中白细胞数持续 (多次检查) 低于 $4 \times 10^9/\text{升}$ ($4000/\text{立方毫米}$) 而中性粒细胞百分数正常或稍低时，称为白细胞减少症；中性粒细胞绝对值低于 $1.5 \times 10^9/\text{升}$ ($1500/\text{立方毫米}$) 则称为粒细胞减少症；只有白细胞数低于 $2 \times 10^9/\text{升}$ ($2000/\text{立方毫米}$) 而中性粒细胞极度缺乏或完全消失才称为粒细胞缺乏症，这时中性粒细胞绝对值多已降至 $0.5 \times 10^9/\text{升}$ ($500/\text{立方毫米}$) 以下。

白细胞减少症的病人，多数有头昏、疲乏、两下肢沉重、失眠和多梦等症状，有的易感染，如感冒、肺炎和气管炎等；少数则无症状，也无感染，仅在检验时发现。因此，在反复感染伴乏力、头昏的病人应检查血白细胞计数和分类计数。然而，粒细胞减少症和缺乏症，尤其是急性，起病急骤，病情凶险，伴有畏寒、高热、头痛、多汗，常有咽峡炎、扁桃体脓肿和肛周溃疡等，常见原因是病人对药物 (氨基比林、保太松等) 或化学品 (某些化妆品等) 过敏所引起。此时必须检查白细胞和分类计数即可确诊，并作有效的治疗。

对于白细胞减少的病人，虽然可以从事正常工作或轻工作，但需注意休息，劳逸结合，不做重体力和高空、水下工作，以免发生意外。平时增加营养，适当锻炼，注意卫生，防止感染。对于中性粒细胞减少和缺乏的患者，必须住院，有条件者还需隔离或住入层流室，严禁入室探望，病人餐后要嗽口、刷牙，用消毒药水清洁口腔，保持会阴、肛周清洁、干燥，注射部位要严格用碘酒、酒精消毒，严防感染。

此外，对于白细胞减少和粒细胞缺乏的病人，必须寻找致病的原因。若为药物（如抗癌药、氯霉素、磺胺药和解热镇痛药等），化学物质（如苯、二甲苯和有机溶剂等），放射线（ α 线、放射性同位素等）所引起者，必须停止应用和接触；若为感染（伤寒、败血症、肝炎等）和其他疾病（如再生障碍性贫血、急性白血病、系统性红斑狼疮等）所致者，必须进行针对性治疗。

淋巴瘤

淋巴瘤（俗称淋巴癌）是由淋巴组织发生恶性增生所引起。根据病理组织学可将淋巴瘤分为霍奇金（原何杰金）病和非霍奇金淋巴瘤（原非何杰金淋巴瘤）两大类。临床上以淋巴结肿大（颈部、腋下、腹股沟、胸部、腹部和腹膜后），肝、脾肿大，反复发热、贫血、消瘦和盗汗为主要特征。

淋巴瘤是恶性肿瘤之一，病人常常多思多虑，饮食不佳，精神萎靡，体重减轻。家属、亲朋好友和医护人员必须要多加关心和照料，多做心理治疗和护理，使病人精神振奋，消除顾虑，主动配合治疗和护理，树立信心，战胜疾病，力争

取得良好的治疗效果。此外，在高热、化疗、放疗期间，要卧床休息，注意调节饮食，多吃高热量、高蛋白、高维生素的饮食，适当限制食盐，多饮水，增加尿量以排出体内废物，减轻肾脏负担。

发热和多汗的病人，要给予降温，可以使用冰袋、酒精擦浴和药物降温；出汗宜用干毛巾擦，保持皮肤的干燥和清洁。皮肤瘙痒的病人，且勿用手抓痒，可用温水擦洗，涂擦止痒药物（花露水、炉甘石洗剂等），也可口服息斯敏、扑尔敏或非那根等药物，帮助解除皮肤痒之难忍。讲究个人卫生，尤其要保持腋下、腹股沟和会阴部的干燥和清洁，防止体癣和股癣的发生和蔓延。

若病人有呼吸困难，不能平卧，发生紫绀，提示有纵隔淋巴结受累，此时应取半卧位，必要时需吸氧，颈、面部浮肿者可用利尿剂和限制食盐的摄入，也可按医嘱应用适量的镇静药。若病人出现腹痛、腹泻、腹水和腹部肿块，提示有腹腔淋巴结肿大或肠道受累，应明确诊断，给予解痛、止泻、利尿等处理，以减少病人的痛苦。但是，根本的措施需应用化疗和放疗，以抑制肿块的增大或缩小肿块的体积。

多发性骨髓瘤

多发性骨髓瘤是一种骨髓中浆细胞恶性增生性疾病，好发于胸骨、肋骨、锁骨、脊柱、颅骨和肢骨的端部。常见病变部位的骨痛和广泛性骨痛，极易发生骨折，以及出现肾功能衰竭。高钙血症和高粘稠血症为本病的特点。

对骨痛的病人，无论是局限性骨痛或多发性骨痛，都应

作X线摄片或CT检查,以确定病变的部位、范围和病损的程度。病人应卧床休息,严防跌倒、创伤和骨折。若发生骨折,需睡木板床,骨折部位固定。平时要鼓励病人做适当活动,以减轻骨骼脱钙现象,但要防止骨折。

若病人出现食欲不振、恶心、呕吐、多尿、便秘、软弱和精神萎靡等症状,多提示有高钙血症,此时应检查血钙和血磷。确诊为高血钙者,要多饮水,在静脉补液后,使用利尿剂,以增加钙盐的排出,降低血钙的浓度,缓解病人的临床症状。

若病人出现尿量减少、浮肿、血压增高、不明原因的尿蛋白,应及时化验血尿素氮、肌酐和尿酸,若确定有肾功能损害或肾功能衰竭,应注意记录每天的出入水量,限制钠盐和钾盐的摄入,必要时应配合医生做腹膜透析或血液透析,并按肾功能衰竭做好自我保健,以在积极进行多发性骨髓瘤治疗的同时,改善肾功能衰竭。

血小板减少性紫癜症

血小板减少性紫癜症是指血液中血小板计数低于正常值(100×10^9 /升, 10万/立方毫米),并伴因血小板减少而引起的皮肤紫癜和/或粘膜出血症状。临床上常根据血小板减少的原因,分为原发性血小板减少性紫癜症(指原因尚未阐明)和继发性血小板减少性紫癜症(指原因已明确)两大类。原发性者又根据起病缓急、病程长短和血小板数的多少分为急性和慢性两型;继发性者,多继发于再生障碍性贫血、急性白血病、化疗后、放射病、肝硬化、脾功能亢进、尿毒症和弥

散性血管内凝血 (DIC) 等。

如果发现皮肤紫癜，特别发生于两下肢小腿部位有针头大小的出血点，伴有或不伴有鼻出血、牙龈出血、妇女月经过多，尤其发生在感冒或上呼吸道感染之后 3~4 周的病人，要警惕原发性血小板减少性紫癜症的发生；若病人原有再生障碍性贫血、白血病、接受化疗或放疗治疗，或服用药物等，也发现有出血倾向，更要注意继发性血小板减少性紫癜的发生。此时应请医生检验白细胞和血小板计数，必要时再作骨髓检查，便可确定诊断。

急性型病人，多见于学龄前儿童，起病急，出血重，患儿必须卧床休息，严防外伤；多吃高蛋白、高维生素的无渣半流质，不吃生冷和粗硬食物，防止诱发口腔和胃肠出血。洗澡时防止受凉、感冒，不要用力搓擦皮肤，更换的内衣要柔软、宽松、舒适。鼻出血要填塞止血，不用手挖血痂；口腔出血要注意口腔卫生，防止粘膜糜烂、感染；发现洗肉水样小便或柏油样大便，提示尿路或胃肠出血，要报告医生及时作出诊断和治疗。若有头痛、呕吐、反应迟钝和神志改变，提示颅内出血，要保持头部平静，切勿乱摇乱动，及时送医院抢救。

慢性型病人，起病慢，出血少，病程长，但可反复发作，多见于青壮年女性。在血小板数介于 $60 \sim 100 \times 10^9/\text{升}$ ($6 \sim 10$ 万/立方毫米) 时，病人可从事非损伤性的工作和活动，但要防止创伤；当血小板数介于 $30 \sim 60 \times 10^9/\text{升}$ ($3 \sim 6$ 万/立方毫米) 时，病人应注意休息，更不可有创伤；当血小板数低于 $30 \times 10^9/\text{升}$ (3 万/立方毫米)，必须提高警惕，有严重出血

的倾向。在整个病程中，病人必须严格防止感冒，因感冒可促使血小板数减低；也禁服阿司匹林、消炎痛、安乃近和潘生丁等药物，以免加重出血；还需慎用对胃肠有刺激的药物，以防诱发胃肠出血；月经过多者，除保持经期卫生外，必要时请医生处理。

继发性血小板减少性紫癜，多见于急性白血病、再生障碍性贫血、脾功能亢进、接受化疗和放疗的病人等，除做原发病的自我保健外，应强调不能发生创伤、刀伤、挤压伤和跌倒等，以防出血或加重出血，尤其颅内出血。

过敏性紫癜

过敏性紫癜是由于外界的过敏物质进入人体，引起全身小血管发生免疫性损害，使血液渗透出血管外产生出血表现的一种疾病。本病多见于儿童和青少年，临床上有皮肤紫癜，大关节（膝、肘、髋关节）肿痛，腹痛和肾损害（肾炎）等，尤以肾损害较为严重。

本病是由于外界过敏物质进入人体所引起，过敏物质主要来自于食物，如鱼虾、禽蛋和牛奶等；药物如碘胺药、氯霉素、青霉素、氨基比林、雷米封和对氨基水杨酸等；感染如溶血性链球菌和金黄色葡萄球菌等；寄生虫病如蛔虫、钩虫和丝虫等导致感染。因此，必须寻找致病的过敏物质，首先从食物和药物着手，而后从细菌和寄生虫感染中寻找，但常常找不到过敏物质。

皮肤紫癜有时伴有微痒，紫癜中央部有血疱或坏死，不要用手抓痒，免得损伤皮肤引起感染，感染可加重病情。关

节肿痛者，要卧床休息，减少关节活动，急性期不要热敷而需冷敷，可以止痛；慢性期过后，疼痛缓解，需热湿敷，以帮助关节腔内渗出液的吸收。腹痛病人，可以使用阿托品类解痉止痛药，并要密切观察大便的次数和颜色，若有大便出血要请医生处理，并只能吃流质或半流质饮食。病人若出现血尿、少尿、浮肿和血压升高，提示肾有损害，表现为急性肾小球性肾炎。此时应按急性肾小球性肾炎做好自我保健，使疾病自然恢复，避免恶化或转为慢性肾小球性肾炎。

血友病

血友病是一组遗传性凝血因子缺乏所引起的出血性疾病，分为甲型血友病（凝血因子Ⅷ缺乏症）和乙型血友病（凝血因子Ⅸ缺乏症）两种。女性（母亲）是本病的携带者，男性（儿子）是本病的患病者。病人多数自幼发病，具有不知不觉或轻微外伤后关节腔、肌肉群和内脏器官出血难以止住的特点。

病人自幼受疾病的折磨，关节腔和肌肉群出血疼痛难忍，反复出血可致关节畸形。为此，需长期进行心理和精神治疗，使病人以顽强的毅力与疾病作斗争，树立生活、奋斗和进取的信心，学习和钻研一门技术，为生活和社会服务。

疼痛是关节腔和肌肉群出血的必然症状，疼痛多是严重的和持续的。出血发作时，病人需卧床休息，停止活动，尤其出血的关节和肌肉更要静止，必要时请医师固定，避免因活动而加重出血和疼痛。此外，出血部位要冷湿敷，一方面可以止痛，另一方面可以帮助止血；疼痛时禁服阿司匹林、安

乃近、保太松、氨基比林和消炎痛等解热止痛药，可用镇静药物以减轻疼痛。

反复出血不可避免地导致关节畸形，活动不便而成残废。关节疼痛消失，肿胀消退，确切证实出血已完全停止，要鼓励病人活动，尤其要慢慢地活动关节，每天湿热敷数次，甚至可在医生指导下做红外线照射和理疗，防止关节腔发生粘连，而加重关节的畸形。平时在未出血期，鼓励病人尽可能做些力所能及的活动，如散步、玩球、骑自行车、打太击拳和做广播操等，但严禁有损伤性行为。

在日常生活中，要处处留心，尽一切可能避免和防止任何创伤、碰伤、挤压伤、扭伤和刀伤等；更不能随意拔牙、针灸、肌肉注射，也不能作无准备的外科手术。输血和输血液制品是防治本病出血的主要方法。对甲型血友病，必须输新鲜的全血、血浆或冻干血浆，也可输抗血友病球蛋白制剂；对乙型血友病，可以输一般库存血液和血浆，也可输凝血酶原复合物制剂。在经济条件允许的情况下，在未出血或稍感疼痛即刻输注血液制品有预防和减轻出血的作用，但也会增加输血的副作用。

弥散性血管内凝血（播散性血管内凝血）

弥散性血管内凝血（简称DIC）是由于多种原因（严重感染、产科意外、创伤手术、晚期癌肿等），造成全身小血管腔内形成广泛性小血栓，从而引起严重出血、血压下降（或休克）、血管栓塞和红细胞破坏（溶血）等表现。急性型病人，起病急，病情重，病死率高，病人务必密切配合医护人员，积

极抢救，以挽救病人生命。

出血是急性型 DIC 的常见症状，不仅广泛而且严重。多见皮肤大片状瘀斑，注射部位血肿，手术创面渗血，严重鼻衄和口腔出血，女性病人也可有阴道流血，甚至有血尿、便血和颅内出血等。除了由医生作积极止血治疗外，对注射局部和创面渗血需压迫止血或加压包扎，对严重鼻衄和阴道流血可作填塞止血。此外，尚需保持清洁，防止感染，因并发感染会加重出血。

血压降低或休克也是急性 DIC 常见表现，除密切观察出血症状外，尚需密切观察病人的呼吸、脉搏、血压、尿量和神志等情况，发现异常，必须及时报告医生，做进一步的检查和处理。

除上述出血和休克外，还须做好引起 DIC 原发疾病如感染、创伤、手术、产科意外和晚期癌肿的自我保健。

(王鸿利)

第七节 内分泌、代谢和营养疾病

垂体性侏儒症

垂体性侏儒症是一种内分泌障碍性疾病，主要原因是人体处于发育前，脑垂体中一种专门管理生长发育的激素—生长激素—分泌不足或作用障碍。根据病因可分为原发性和继发性。前者病因未明，属常染色体隐性遗传，呈家族性。后者是由于其他疾病，如肿瘤、外伤、感染等破坏及影响垂体

所引起。

垂体性侏儒症的表现大致有四方面：躯体生长迟缓、骨骼发育短小（身高都不满 130 厘米）、性器官不发育及第二性征缺乏（外生殖器幼稚、无胡须、腋毛、阴毛，女性乳房、臀部等不发达），智力与年龄相称。由上可见，垂体性侏儒症俨然如一个身材缩小缺乏性发育的小“大人”。

由于垂体性侏儒症在进入成年后很难进行有效治疗，而病人的最佳治疗期是在青少年期，因此父母和所在就读学校的老师是最佳的生长发育的监护人。一般在 10~12 岁时就应开始对其身高、体重及发育进行动态性监测，以期尽早发现此类病人。要积极预防颅脑创伤、慢性寄生虫病及颅内感染。脑内肿瘤要及早诊治，争取在波及脑垂体前得到妥善处理。

垂体性侏儒症应用生长激素有很强的指征，并可取得较好的疗效，但遗憾的是人类生长激素来源有限、价格昂贵。

动态性监测是指从出生日期每 3 个月测量一次身高、体重及发育情况，并将其记录下来。若能记录于以纵坐标为体重、身高，横坐标为时间的坐标图中，将不同时间测得的结果连接起来，形成一动态曲线更佳。将该曲线的趋势与正常儿童的身高、体重曲线相比较。若出现明显低于或高于此曲线时即应引起重视。8~16 岁应是青春发育期，更应加强观察。

成人垂体前叶功能减退症

垂体前叶能分泌多种激素，主要有促肾上腺皮质激素、促甲状腺激素、促性腺激素、生长激素和泌乳素等；这些激素

的一种和数种分泌不足即为垂体前叶功能减退症。以往产后大出血或产褥热引起垂体前叶组织缺血坏死者甚多，特称席汉综合征，近来因医疗条件的改善已较为少见。其他病因尚有垂体下丘脑附近肿瘤、手术、外伤、放疗、感染及浸润性疾病（结节病、血色病、白血病等）。

临床表现视受累范围及程度而异。症状可归纳为四方面：性腺机能减退（乳房萎缩、无乳、闭经、毛发脱落、阳萎、生殖器萎缩、性功能减退）；甲状腺机能减退（畏寒、皮肤粗糙、粘液性水肿、心率缓慢等）；肾上腺皮质机能减退（软弱、厌食、呕吐、恶心、低血压等）；肿瘤压迫症群。结合有关激素测定可予以确诊。

该症的治疗原则是：缺什么补什么，缺多少补多少，终生替补，有应激情况（如外伤、手术和感染等）剂量酌增。病人对应用剂量需细心体会，过量可引起副作用，过少则不足以完全改善症状。应用剂量可参照血清有关激素测定值。另外要预防急性垂体危象的发生：不可自行停减药物剂量，积极预防和治疗外伤、感染等。若有明显虚弱、低血糖、发热、精神失常、恶心呕吐、低血压和神智模糊都应想到有急性垂体危象可能，及时去医院进一步诊治。

巨人症和肢端肥大症

巨人症和肢端肥大症是由于脑垂体中生长激素分泌过多，引起软组织、骨骼及内脏的增生肥大。发病在青春期前为巨人症，以过度生长和身材奇高为特点。发病在青春期后则为肢端肥大症，以面貌粗陋、手足肥大和皮肤粗厚等为特

点。由于体征明显，外貌奇特，诊断多不困难。测定血清生长激素浓度，可获确诊。

巨人症和肢端肥大症的治疗相同，大致包括两部分：抑制其生长激素过度分泌，垂体有占位性病变（即瘤体形成）者应及时手术摘除，以免引起视力、视野障碍导致失明。病人及其亲属应注意的是：

1. 对青少年的身高应进行动态性监测，若有过度生长应及时去医院检查（详见 238 页“垂体侏儒症”）。

2. 要争取早期诊断和早期治疗，因为出现明显体征和特征性外貌后带有终生性，很难用药物予以改变。

3. 要十分注意观察有无头痛、视力减退、视野缺损者，这些表现常常是肿瘤生长的指标，要不失时机地给予手术、放疗或 γ -刀治疗。

4. 药物治疗有溴隐亭，但因所需剂量较大故副反应较大。为避免和减轻反应，可从极小剂量开始，每天 1.25 毫克，于睡前或进餐时服用，以后酌情渐增。

尿崩症

尿崩症是指体内抗利尿激素：一种有显著浓缩尿液的激素分泌不足或作用不全而引起的症群。其临床表现有多尿（大多每天超过 5000 毫升；因其量大，故有尿崩之称）、烦渴和低比重尿等。

抗利尿激素由下丘脑合成，贮存在垂体后叶，其分泌主要受血液渗透压调节。抗利尿激素合成、运输、分泌及作用中的任何环节发生障碍都可导致尿崩症。

病人在尿崩症防治及生活中应注意以下几点：(1) 避免头颅外伤，因外伤出血可引起继发性尿崩症；(2) 多尿并非都是尿崩症，更为常见的是糖尿病和肾脏疾病，诊断应由医生作出；(3) 尿崩症特点除多尿外，尿比重低是其特点，即使禁水，比重仍未见升高；(4) 尿崩症中部分为继发性，需及时剔除，以免延误诊断，丧失治疗机会；(5) 尿崩症病人不要为了减少尿量而刻意限水，反之这样易诱发脱水，导致严重后果；(6) 尿崩症需终生用药，不可贸然停药。至于用药量病人要细心体会，过少，疗效不满意，过多则导致水中毒。常用药物有双氢克尿塞、安妥明、卡马西平和长效尿崩停。

慢性肾上腺皮质功能减退症

慢性肾上腺皮质功能减退症又称阿狄森病，是由于双侧肾上腺皮质萎缩、结核、肿瘤等引起严重破坏、手术等引起肾上腺皮质激素分泌不足所致。

主要临床表现有衰弱、体重减轻、色素沉着（如乳头乳晕处、外生殖器、关节伸侧面皮肤、齿龈等易受摩擦部位明显）。测定 24 小时尿 17- 羟皮质类固醇、17- 酮类固醇、血浆皮质醇及促肾上腺皮质激素浓度对诊断有助。该症的防治及注意事项：(1) 积极预防结核病和感染，避免精神刺激。(2) 妥善进行内分泌激素的替代治疗，首选皮质素（可的松），大部分病人每天口服 6.25~25 毫克已足以维持需要。皮质醇用量为 5~30 毫克。若以上药物缺货，可用泼尼松代替，剂量每天 1.25~5 毫克。应用剂量应从小剂量开始，逐

渐加量，直至取得满意效果。(3) 饮食须富含糖类、蛋白质及维生素，适当增加钠盐摄入量。糖类一般以含量多，且质优。蔬菜及水果中含有多种丰富的维生素，绿色蔬菜每天进食可为 300~500 克。钠盐每天摄入可增至 10 克或以上。(4) 在发生感染、手术和创伤等应激情况下，必需迅速加大皮质素应用剂量。并应去医院进一步诊治。(5) 皮肤色素沉着可长期大剂量服用维生素 C，必要时可静脉注射一个时期。平时的饮食中应增加蔬菜量及常吃新鲜水果。

皮质醇增多症

皮质醇增多症是肾上腺皮质功能亢进症中最常见的一种。主要是由于肾上腺皮质分泌过多的皮质醇，引起诸多颇有特征性的表现：颜面圆满，类似满月（称“满月脸”），面部多血，躯干部肥胖而四肢相对细小，皮肤紫纹，痤疮，高血压，高血糖和骨质疏松等。

引起该症的病因大致有：双侧肾上腺皮质增生，此由垂体的促肾上腺皮质激素分泌过多引起肾上腺皮质增生；肾上腺皮质肿瘤（有分泌功能）；长期大剂量接受肾上腺皮质激素治疗（此称医源性）等。有关保健注意事项：(1) 皮质醇增多症的疗效同诊断及时与否有关。凡有上述症状，应及时去医院检查，包括血浆皮质醇、皮质醇昼夜节律、尿 17-羟皮质醇、垂体及肾上腺 B 超及 CT 等；(2) 皮质醇增多症内科治疗疗效不理想，可供选择的药物有甲吡酮、氨基导眠能和赛庚啶等；(3) 放疗和手术摘除是皮质醇增多症的重要治疗方法；(4) 对垂体有局部压迫症状者，应及时切除垂体肿瘤，以

免影响视力；(5) 肾上腺及垂体摘除术后应观察其疗效及肾上腺皮质功能，以便了解有无复发，或有无肾上腺皮质功能不足；(6) 肾上腺手术后常发生明显色素沉着。

单纯性甲状腺肿

单纯性甲状腺肿是由于合成甲状腺激素的原料（主要是碘）和有关酶缺乏，以及致甲状腺肿物质等原因所致的代偿性甲状腺肿大。其他与之相近似的病名有：青春性甲状腺肿和地方性甲状腺肿等。

临床表现大致有：甲状腺肿大；机体需甲状腺激素增加的时期易诱发，(如青春期、妊娠期、哺乳期等)；甲状腺功能基本正常。该病的防治及保健要点为：(1) 对地方性甲状腺肿流行地区应作集体性预防处理，目前仍以碘化食盐最为有效方便；(2) 在机体需甲状腺激素增加的阶段应适当增加食物中含碘量，必要时可少量服用甲状腺激素作替补；(3) 部分甲状腺肿并非碘缺乏所致，所以这部分病人单纯补碘对病情无益，可直接补充甲状腺激素（如于甲状腺片），有望使肿大的甲状腺缩小；(4) 补碘不宜过量、时间也不宜过长，不然易诱发甲亢，并加重甲状腺肿大；(5) 甲状腺肿过大，有碍外观及影响吞咽、呼吸者可施行手术部分摘除。

甲状腺机能亢进症

甲状腺机能亢进症简称甲亢，是一种自身免疫性疾病，典型的临床表现可有：高代谢症群（包括怕热、多汗、心动过速、心悸、纳亢、体重下降和疲乏无力等）、甲状腺肿和突眼。

表现典型者诊断不难，对早期、不典型表现需提高警惕。凡不明原因的消瘦、无力和心动过速等都应想到有甲亢可能。血清甲状腺激素浓度测定常有助于疾病的早期诊断。甲亢的治疗颇有讲究，一般先采用药物治疗。有关甲亢的防治及注意事项如下：

1. 避免精神紧张、劳累，重症者应适当休息，甲亢未控制期可半休乃至全休，并对症处理。

2. 加强营养，以补充甲亢过度的消耗，包括足够食物热量、糖、蛋白质和维生素。总热量可在原来基础上增加 1~2 成，以体重不继续减少，争取有所增加为度，适当增加动物蛋白、蔬菜及水果等摄入量。

3. 药物治疗疗程一般不少于 2~3 年，具体药物可选用他巴唑 5~10 毫克，每天 3 次，或丙基硫氧嘧啶 50~100 毫克，每天 3 次。治疗过程大致分为症状控制期（2~3 月）、减药期（2~3 月）和维持量期（2~3 年）。

4. 不能因取得一定疗效而停药，不然易复发。

5. 在治疗过程中要警惕发生粒细胞减少与药疹。尤其前者，故宜定期进行血白细胞及分类检查。任何伴有发热、咽痛、皮疹和关节酸痛等表现者都应考虑有粒细胞减少的可能，应及时检查。

6. 药物疗效不佳或副反应过于明显或甲状腺过度肿大，可考虑手术或放疗。

7. 不明原因的高热，心率 >120 次/分、焦虑、烦躁不安、大汗、恶心、呕吐、腹泻、嗜睡或谵妄，都应考虑有甲状腺危象的可能，应及时去医院诊治。

8. 甲亢者宜无碘或低碘饮食，因碘是合甲状腺激素的原料。许多病人不谙此理，凡甲状腺肿大，不分病因一概补碘是错误的。

甲状腺机能减退症

甲状腺机能减退症简称甲减，系因甲状腺激素合成或分泌不足引起的代谢性疾病。幼年起病者由于该激素与神经系统特别是大脑发育有关，常致智力低下，身材矮小，故有“呆小症”之称；成年起病者有疲乏、行动迟缓、记忆力减退、怕冷、心动过缓和贫血等表现，严重者有粘液性水肿面容（淡漠、呆板、面颊及眼睑虚肿等）。发生甲减的病因有缺碘、甲状腺激素合成障碍、甲状腺炎、放疗和手术等。血清甲状腺激素浓度测定有助于疾病的诊断。甲减的防治及保健要点为：

1. 对新生儿应常规进行甲状腺激素测定，（可在产院出生时从足底部采血），家长应予配合，此有助于小儿甲减的早期诊断，一旦延误，后果严重，因小儿的神经发育完成后，再补充激素，对病情改善无助。

2. 地方性甲状腺肿流行区要采用普遍性补碘措施。

3. 孕妇应摄入足够的含碘食物，如海带、海藻等。

4. 甲亢病人妊娠时，应用硫脲类药物治疗时其剂量尽量减少，并同时加用小剂量甲状腺制剂。

5. 甲减病人一般多需终生替补，不可贸然停减药物，不然易发生严重后果。

6. 服用药物有干甲状腺片或三碘甲状腺原氨酸（T₃），服

用原则是缺多少补多少，为安全起见宜从小剂量（如干甲状腺片每天 20 毫克）开始，以后酌情加大剂量，直至替补到正常水平（可测定血清甲状腺激素浓度）。

7. 部分病人服用甲状腺制剂可有胸闷、不适感觉。此时应减少用量，减慢剂量增加的速度，并作心电图检查以了解心脏功能，以策安全。

8. 加强营养、改善全身状态。

9. 要谨防甲减昏迷的发生：受害、感染是常见的诱因，其他创伤、手术、麻醉和镇静剂等也可促发。

甲状旁腺机能亢进症

甲状旁腺位于甲状腺侧叶背面，上下两对计 4 个。该腺分泌甲状旁腺激素，对维持血钙、磷水平正常和神经肌肉的兴奋性起重要作用。

甲旁亢表现甚多，大致有恶心、呕吐、便秘、心动过缓、肌肉疲乏无力，精神抑郁、多尿、多饮和泌尿系结石。晚期可发生慢性肾功能衰竭和因骨骼钙过度丢失引起病理性骨折，甲旁亢早期诊断有一定难度，现今可测定血甲状旁腺激素得以诊断。

甲旁亢大多由甲状旁腺腺瘤引起，所以手术治疗为本病的主要治疗方法。甲旁亢术后病人可有诸多反应，应予注意。

若甲旁亢手术成功，病人的血钙、尿钙、血磷和尿磷异常可迅速得以纠正。有明显骨病的病人在手术后，钙、磷大量沉积于脱钙的骨骼，术后 1~2 天常可出现手足抽搐，可静脉注射钙剂（如 10% 葡萄糖酸钙 10 毫升，必要时一天可重复

2~3次)。如低钙持续1月以上,提示已发生永久性甲旁减,这些病人需长期补充维生素D。

甲状旁腺机能减退症

甲状旁腺机能减退症(甲旁减)是指从甲状旁腺合成,分泌至甲状旁腺激素发挥生理效应之间任何环节的缺陷。甲状旁腺激素作用不足主要引起骨钙动用障碍和肠道钙吸收明显减少,其主要临床表现大多与低血钙和高血磷有关。

长期低血钙可引起神经肌肉兴奋性过高,表现为手足麻木、刺痛、感觉异常乃至手足抽搦,严重者甚至出现癫痫样全身抽搐。血清钙浓度测定是检出甲旁减的重要线索;血清钙浓度低于8毫克/100毫升要高度怀疑该症可能。血清甲状旁腺激素浓度测定应对诊断有决定性意义。但目前测定甲状旁腺激素浓度的方法尚不很可靠。

特发性甲旁减发生的病因大多数是甲状腺手术时误将甲状旁腺切除或损伤或引起血供不足所致,所以甲状腺手术时要慎之又慎。其次是特发性,原因不详,一般认为可能是该腺体自身免疫性损伤。

甲旁减为终生性疾病,宜积极纠正低血钙。发作时可静脉内注射钙剂如10%葡萄糖酸钙。平时宜进高钙低磷饮食,可供选择的钙剂有葡萄糖酸钙每天6~12克、乳酸钙4~8克。补钙要终生补给,不可贸然停减药物。维生素D₂或D₃,可促进活性型1, 25-二羟D₃的合成,后者可促进肠道的钙吸收;当然直接补充1, 25-二羟D₃疗效更佳,但费用较昂贵。

糖尿病

糖尿病是一组临床综合征，是以胰岛素绝对或相对不足所致慢性高血糖为特征。糖尿病有一定的遗传倾向，并与过量饮食、运动不足和肥胖等密切相关。糖尿病的明显症状是多饮、多食、多尿和消瘦（即所谓的“三多一少”），老年人“三多一少”症状不典型，早期诊断常需依赖血糖测定。糖尿病的主要危害是慢性并发症，如视网膜病变、心脑血管病变、胃病和神经病变等。这些病变是糖尿病致死致残的主要原因，现已成为防治的重点。

糖尿病防治的一大要点是尽早检出糖尿病患者。对中老年人，尤其是父母有糖尿病史、肥胖、缺乏运动、进食过多、有心血管疾病、四肢麻木、感觉异常和性功能减退者都应将血糖测定列为常规检查项目。空腹血糖 ≥ 140 毫克/100毫升（7.8毫摩尔/升）和/或餐后2小时血糖 ≥ 200 毫克/100毫升（11.1毫摩尔/升）可考虑诊断为糖尿病。

糖尿病的治疗包括四大方面：教育、饮食、运动及药物治疗法。四者不能相互取代。教育是根本，饮食和运动是基础，在这些基础上，药物才能发挥更大的作用。治疗的目标：（1）减轻及消除症状；（2）预防及延缓急慢性并发症的发生发展，减少病残、病死率；（3）提高生活质量。

何谓糖尿病，血糖的产生和利用，尿糖的生成；维持血糖相对稳定的重要性；糖尿病的症状，分型。糖尿病的损害：急、慢性并发症。

治疗 饮食疗法，运动疗法，口服降糖药，胰岛素的作

用、应用方法和调节等。

定期检查及自我管理 定期检查血糖、尿糖、糖化血红蛋白、尿酮体、心电图、血脂、肾功能和神经功能等。有的项目病人能准确操作。

饮食疗法总原则 通过规划总热量，使体重努力接近和达到理想体重，并长期维持之；适当限制碳水化合物、脂肪（动物性），保证必要的蛋白质（优质）入量；适当限盐；保证其他营养成分（微量元素、维生素、纤维素、水分）；戒酒；定时定量。饮食疗法方案的制订程序大致为：

总热量确定 据身高、性别、年龄从有关理想体重表中查出。据日常生活工作状态确定每千克体重的热量（休息者 25~30 千卡/千克，轻体力劳动 30~35 千卡/千克，中体力劳动 35~40 千卡/千克，重体力劳动 > 40 千卡/千克）。下面以轻体力劳动、标准体重为 60 千克者为例： $30 \times 60 = 1800$ 千卡。

总热卡分配 碳水化合物约占 50%~60%，蛋白质约占 15%~20%（肾病酌减），脂肪约占 30%~35%。

换算成具体食物 需查食物成分表。

三餐（及加餐）分配 早、中、晚三餐可按 1/3、1/3 及 1/3，或 1/5、2/5 及 2/5 分配。若有加餐可从正餐中分配出一部分。

依疗效适当进行调整。运动疗法的意义在于：(1) 有助于体内能量消耗，使肥胖者得以减肥；(2) 肌肉运动使肌细胞摄取较多的葡萄糖，故有一定的降血糖作用；(3) 提高胰岛素的敏感性；(4) 增强器官（主要指心肺等）功能；(5) 在

心理、生活上有充实感、欣快感。运动量系运动强度和运动时间的乘积，运动疗法的方案制订程序为：日常生活行为调查→一天总耗能计算→约其 10%耗热量的运动→适合病人运动三种类型及时间→调整。以每天消耗 2000 大卡（即千卡）计，该个体初定每天运动耗能可为 200 大卡。可选择轻度运动如步行每分钟每千克体重耗能 0.06 大卡，广播体操每分钟每千克体重为 0.05 大卡，自行车为 0.065 大卡；中度运动如上楼梯每分钟每千克体重 0.13 大卡，自行车（坡道）0.147 大卡，爬山 0.1~0.15 大卡，重度运动如跳绳每分钟每千克体重 0.267 大卡，游泳 0.197 大卡。运动实施每次不宜少于 20 分钟，每周不少于 4 天，要遵循循序渐进，宜在餐后 1~3 小时期间进行，预防低血糖反应等注意事项。

药物疗法中降糖药物大致可分为四大类：磺脲类（包括达美康、美吡哒、糖适平、D860、伏降糖等）、双胍类（二甲双胍）、拜糖平及胰岛素。二甲双胍适用于肥胖型糖尿病，用量 250~500 毫克，每天 3 次。磺脲类种类较多，均有刺激体内胰岛素分泌作用，以达美康为例，每次 80~160 毫克，每天 2 次。拜糖平以降低餐后血糖为主，用量 250 毫克，每天 3 次。

胰岛素主要用于依赖型糖尿病以及处于应激状态的非胰岛素依赖型糖尿病。由于降糖作用显著，多需在医生指导下进行。在饮食和运动量相对固定情况下，用量从小剂量开始，谨慎调整。

糖尿病是一种终生性疾病，目前尚无根治办法，糖尿病自我管理质量高低直接关系到病人的生命质量。理想控制水

平应为空腹血糖 <110 毫克/100 毫升 (6.1 毫摩尔/升), 餐后 1 小时 <150 毫克/100 毫升 (8.3 毫摩尔/升), 餐后 2 小时 <130 毫克/100 毫升 (7.2 毫摩尔/升), 餐后 3 小时 <110 毫克/100 毫升 (6.1 毫摩尔/升)。24 小时尿糖定量 <5 克, 血脂正常, 糖化血红蛋白 (HbA_{1c}) $<6\%$ 。

病人应经常对尿糖进行自我监测 (有班氏试剂法及试纸法), 班氏试剂法用吸管先吸班氏液 18 滴, 置于玻璃试管内, 再滴入 2 滴尿液, 在酒精灯上煮沸, 于 5 分钟后观察试管中液体颜色的改变。蓝色为阴性, 浅绿色为 (±), 绿色及其中有少量黄色沉淀为 (+), 黄绿色为 ++, 桔黄色为 +++, 红色及棕色为 +++++。尿糖试纸法也可应用, 但目前国内产品多不稳定, 需与班氏法相比较。

血糖自我快速测定可应用快速血糖测定仪, 仅需采毛细血管血 1 滴, 于 1 分钟内即可知道结果。但仪器及试纸, 费用较贵, 推广尚有一定困难。血糖和尿糖以及尿酮等的测定有助于病人进行饮食、运动和药物的调整, 并监测血糖的控制水平。病人除以上项目测定外, 可进行监测的项目尚有体重、血压、血脂、眼底、神经功能和心电图等, 可定期去医院进行测定, 以了解慢性并发症的发生、程序以及治疗效果。

低血糖症

低血糖是指血中葡萄糖 (简称血糖) 浓度低于正常水平的一种临床征象, 成人血糖低于 2.8 毫摩尔/升 (50 毫克/100 毫升) 可诊断为低血糖症。

低血糖可导致多种征象, 严重者可引起昏迷。引起低血

糖的原因很多，比较常见和重要的有：特发性低血糖症和胰岛素瘤。

低血糖症要及时得到诊断。凡心慌、心悸、软弱、饥饿、心动过速、皮肤苍白、出汗和手足颤抖等要考虑低血糖症可能。可测定空腹及发作时血糖，血糖低于 2.8 毫摩尔/升即可确诊。发作时即饮用食糖饮料和液体，症状迅速消失或改善，此为低血糖的佐证。

特发性低血糖症一般见于情绪不稳和神经质者，以中年妇女多见。稳定情绪和体育锻炼有助于减少其发作。饮食中适当提岛蛋白质和脂肪含量，减少糖食。进餐方式宜少量多餐。

反复发作，血糖值低于 1.7 毫摩尔/升 (30 毫克/100 毫升) 要怀疑胰岛素瘤可能，应去医院进一步检查。血浆胰岛素浓度与血糖比值有助于诊断的确定。胰腺 B 超及 CT 检查有助于定位诊断。确诊者可手术摘除。反复发作、严重的低血糖症可引起脑细胞受损乃至萎缩，造成永久性损伤，应积极防治。

有低血糖倾向者不宜一次摄入过多糖类，以免过度刺激胰岛素分泌。少量多餐较温和的进餐方式既不过度刺激胰岛素分泌，又不减少总热量摄入，是预防低血糖发作的有效方法。另外，在食物热量的构成中适当减少糖类、增加蛋白质及脂肪的比例也对预防低血糖有助。

失水

失水实质上是指体液丢失。失水多伴有电解质（尤其是

钠) 的丢失。

水是人体不可缺少的成分。口渴是缺水常见症状, 随着失水程度加重可出现烦躁、软弱、皮肤粘膜干燥、心率增快、血压下降和尿量减少等症状。重症者可出现休克和急性肾功能衰竭等。

失水的原因是水摄入不足和/或水丢失过多。前者因水供应缺乏、疾病原因为进水困难等; 后者主要因大量出汗、消化道大量体液丢失、高热等。

失水的防治要注意以下几点: (1) 积极治疗原发疾病, 尽可能准确计算每天丢失的水量、人体每天必需的液体量为 1500 毫升; (2) 从事重体力劳动或进行高强度运动时, 要注意及时补水, 并在水中放置适量钠盐 (服用配制的 0.9% 盐水更佳); (3) 失水程度可据皮肤粘膜干燥程度、心率、血压、尿量和尿比重等进行初测。轻度失水能口服者应鼓励其饮水, 并补充适量电解质; 中度丧失一般需静脉补给, 补液速度需依病情轻重、急缓、年龄及心肾肺功能予以调节。

单纯性肥胖

肥胖指体内脂肪含量异常增多。如果男性脂肪重量大于或等于 25% 体重、女性大于或等于 30% 体重, 可认为是肥胖。目前采用体重法和体重指数法来判断肥胖。

$$\text{肥胖度 (\%)} = \frac{\text{实测体重} - \text{标准体重}}{\text{标准体重}} \times 100\%$$

判断标准: -10% ~ +10% 为正常体重;

+10~+20%为体重过重；

+20~+40%为轻度肥胖；

+40~+60%为中度肥胖；

>+60% 为重度肥胖。

举例：男性，46岁，身高170厘米，体重82千克。先从标准体重表中查出该个体的标准体重应为63.8千克。

$$\text{肥胖度} = \frac{82 - 63.8}{63.8} \times 100\% \\ = 28.5\%,$$

判断：轻度肥胖。

体重指数法：

$$\text{BMI} = \frac{W \text{ (体重千克)}}{H \text{ (身高米)}^2}$$

判断标准：男性：21~24为正常；

女性：20~24为正常；

24~26为过重；

26~29为轻度肥胖；

29~32为中度肥胖；

>32为重度肥胖。

举例：男性身高170厘米，体重82千克。

$$\text{BMI} = \frac{82}{1.72^2} = 28.4$$

判断：轻度肥胖。

现代社会引起肥胖病发病增多的原因是进食过度和运动不足。“一胖生百病”，多种慢性疾病如冠心病、高血压、糖尿病、高脂血症、痛风、脂肪肝、骨质疏松、肿瘤和性功能障碍等与肥胖密切相关。

对肥胖病来讲，最重要的莫过于预防和早期治疗以及取得疗效后的巩固治疗，其实，此三者的实质是相同的，那就是建立科学的饮食和运动行为。

预防要点 (1) 要注意平衡饮食，要做到“收支平衡”，不能有“库存”；诸营养成分要齐全，数量及比例恰当；(2) 要通过体育锻炼和劳动来增加人体肌肉块总量；(3) 对自己的体重及脂肪、肌肉量进行监测，超越标准后，要及时实行“负平衡政策”，以期尽早恢复正常水平；监测的项目有体重、血糖和血脂等；(4) 对人生中几个易胖的阶段更要重视，如儿童期、青春期、妊娠哺乳期和更年期等，采取相应措施。对有肥胖家族史者更要重视。

减肥治疗 应强调：饮食和运动是减肥的最基本、最基础的治疗方法。

饮食方法 其原则可归纳为三点，即饮食量、质及摄食行为的科学性和合理性。

饮食量 限制热量摄入程度和节制饮食。一般以后者为平稳、安全。

饮食质量 要确保其他营养物质的最低必需量，以维持机体正常的功能。食物中糖类、脂质和蛋白质比例可为 5:2:3。每天蛋白质应每千克体重 1.0 克，糖类在一般情况下不低于 100 克，主要为防止出现酮症。多种维生素、矿物质、微量元素、纤维素和水分均不应缺乏。

摄食行为 包括饮食的时间、摄食所需的时间长短、每天餐数、每天各餐食物的分配、进食时的环境气氛等，这些摄食行为影响到减肥的疗效。

经系统的饮食控制,体重及脂肪量得以明显减轻及减少,直至基本接近正常标准后可由“负平稳能量饮食”逐步向“平衡饮食”过渡。所谓“平衡饮食”,一是指总热量每天收支大致平衡,体重长期处于正常范围内,二是指各营养成分齐全、比例得当。

运动疗法 运动可增加人体热量消耗、有助于体内脂肪减少。单纯运动在减肥上并不显著,但与饮食疗法并用,多可收到明显减肥效果。从减肥祛脂的角度讲,以中、轻度运动为宜,一次运动时间不少于 20~30 分钟。可推荐的简便运动方式为步行。每天走万步(可用市售的计算器计),每周坚持 4 天以上。其他运动方式有慢跑步、骑自行车等。高强度的运动不宜采用,因它以消耗葡萄糖为主,可引起明显的饥饿感,从而使进食增加,于减肥无补。运动要养成习惯,成为生活的一个不可缺少的组成内容。

药物疗法 应视为辅助性,可供选择的有:苯丙胺、芬氟拉明、二甲双胍等。芬氟拉明起始剂量为每天 60 毫克,分三次服用,可逐渐增加至每天 120 毫克。二甲双胍每次 250~500 毫克,每天 3 次。

营养不良和消瘦

营养不良主要是指蛋白质—能量营养不良。以能量不足为主者常表现为皮下脂肪菲薄、骨骼肌和内脏器官显著萎缩,以蛋白质缺乏为主而能量尚能适当机体需要者则以水肿为主。两者兼有则为混合型。

食物供应不足的情况,我国已显著改善,故现今营养不

良和消瘦多为继发性。厌食症为一个精神性疾病，其中一大部分为减肥欲求苗条者，由于方法不当及观念上的偏差，对进食产生厌恶，久之成为无食欲或食欲显著减退。

引起营养不良及消瘦的原因颇多，从进食、消化吸收不良、丢失过多致分解代谢加速等。在生长发育、妊娠、哺乳和老年期易发。

营养不良和消瘦的防治要点为：(1) 要有正确的摄食观，减肥的方法、目标需得当；(2) 进食要讲究科学，饮食结构要合理、全面和比例得当，营养的概念是全面、均衡和适当，偏废也引起某些营养成分的不良；(3) 老年、妊娠、哺乳和生长发育期应适当加强营养，以求供求平衡；(4) 纠正影响营养不良的疾病，如消化吸收不良、分解代谢加速和蛋白质丢失性疾病；(5) 无器质性原因的神经性厌食是造成营养不良和消瘦的重要和常见原因，需要积极预防和治疗。神经性厌食多见于有神经质倾向的女性，以中青年为主，大多为了追求“苗条”而不适当地限制饮食，久而久之，遂引起食欲明显减退，进而造成营养不良及消瘦。应对广大群众进行合理营养的教育，保证每天必需的营养成分摄入。有心理障碍者可通过心理咨询予以解决。食欲过度低下者可在医生指导下进行适量胰岛素注射以提高其食欲。

维生素 B₁ 缺乏症 (脚气病)

维生素 B₁ 又名硫胺素，是人体重要的营养成分。维生素 B₁ 在人体内基本上不能合成，全靠从食物中获得。正常人体内总储量约为 25~30 毫克，成人每天需要量约 1~1.5 毫克。

维生素 B₁ 在机体代谢中起重要作用、是多种酶的辅酶，维生素 B₁ 缺乏时可影响糖代谢、脂肪代谢及水盐代谢。成人维生素 B₁ 缺乏症的主要临床表现特征是多发性神经炎、肌肉萎缩及水肿。首先出现体弱、疲倦、继之头痛、失眠、食欲不佳和心动过速等。

脚气病性心脏病，尤其是儿童，有时呈突发型发作，可有心动过速、水肿和心包积液等表现，严重者发生心衰，应予高度重视。

由于维生素 B₁ 与糖代谢关系密切，两者在供应上应有一个合理的比例，一般讲进食热量越多，所需的维生素 B₁ 亦越多。维生素 B₁ 缺乏症主要在于预防。

(1) 要多食用富含维生素 B₁ 的食物：粮谷、豆类、酵母、干果、动物心脏、肝、肾、猪肉及蛋类；进食粮谷不宜过精，“久食白米可致脚气病”就是此理；(2) 孕妇、哺乳期和重体力劳动者等能量消耗增加，应相应增加 B₁ 的摄入量；(3) 积极防治肠道吸收不良性疾病，如慢性腹泻、酒精中毒和慢性营养不良等；(4) 必要时可服用维生素 B₁，每次 10 毫克，每天 3 次。

核黄素缺乏症

维生素 B₂ 又名核黄素，是机体内许多重要辅酶的组成成分。维生素 B₂ 缺乏可出现多种临床表现，常见的有：口角炎、唇炎、舌炎、阴囊皮炎和皮脂溢出性皮炎等。

维生素 B₂ 与能量代谢密切相关，人体需用量每 1000 千卡热量供给维生素 B₂ 约 0.5 毫克。

动物性食物一般含维生素 B₂ 较高, 其中又以肝、肾和心为最多, 奶类及蛋类中所含维生素 B₂ 也不少, 豆类中也有相当量, 应鼓励多食用。

食物加工不当可使维生素 B₂ 大量损失。过度长时间加热, 过度曝光都是使维生素 B₂ 丢失的原因。

每天给予维生素 B₂ 5~10 毫克, 可用于预防和治疗。应用 1~2 周将能明显改善核黄素缺乏的症状。

烟酸缺乏病

烟酸又称尼克酸或维生素 PP, 是一种水溶性维生素, 因有防止糙皮病作用, 故又称抗糙皮病维生素。

烟酸在能量代谢中起重要作用。人体所需烟酸量除由饮食直接供应外, 一部分可由体内其他物质转换而来。世界卫生组织建议每天烟酸供应量为每 1000 千卡热量给予 6.6 毫克。

烟酸缺乏的典型表现为皮炎 (皮肤粗厚、脱屑、角化过度 and 色素加深), 其他尚可有神经精神方面和消化系统方面症状。

烟酸缺乏多发生于以玉米为主食的地区, 其中儿童尤多见。预防要点为: (1) 以玉米为主食地区, 用改进煮蒸技术, 即玉米粉经碱 (0.6% 碳酸氢钠) 烹煮后, 有助于结合型烟酸转化为游离型, 可增加吸收利用; (2) 慢性消耗性疾病要注意烟酸补充, 烟酸 50~100 毫克, 每天 3 次; (3) 在自然界中, 烟酸广泛存在于动植物体内, 动物内脏、花生、酵母及谷类中含量较多, 宜补充食用。

坏血病

维生素C 又称抗坏血酸，是一种水溶性维生素。正常人体维生素C 总量约含 1.5 克。目前尚未能证明人体能合成和储存维生素C 能力，故维生素C 须及时、足量从食物中补入。

维生素C 在人体代谢中具有多种功能，其数量缺乏可造成贫血、出血、伤口愈合减慢和解毒作用削弱等。严重的维生素C 缺乏可引起坏血病，主要表现为牙龈出血，重者还有皮下、肌肉和关节出血等。防治要点如下：(1) 维生素C 主要来源是新鲜蔬菜、水果，每天应有足够的蔬菜摄入量；(2) 要合理烹调，不宜过度煮沸，以免造成大量破坏；维生素C 为水溶性，要养成喝菜汤的习惯；(3) 成人维生素C 的供给量约为每天 30 毫克，孕妇、哺乳、手术和创伤者应根据医嘱适当增加；(4) 必要时可每天补充维生素C 片，每次 0.1 克，每天 3 次，长期大剂量补充应慎重，有资料表明此并非明智之举。

维生素K 缺乏症

维生素K 又名抗出血维生素。维生素K 是一类维生素的总称，其中包括 K₁、K₂、K₃。

维生素K 的主要生理功能是促进肝脏合成凝血酶原，如维生素K 缺乏，数种凝血因子减少，凝血时间延长，易发生出血。

维生素K 在自然界的分布十分广泛，含量最为丰富的是菠菜、白菜、西红柿和动物肝脏。一般情况下，人类很少有

缺乏维生素 K 的现象，成人每天需要量约为 20~100 毫克。维生素 K 缺乏症防治要点为：(1) 保证每天维生素 K 的摄入量，由于维生素 K 为脂溶性维生素，需溶解于脂质中才能吸收，故需同时摄入一定量的脂质；

(2) 慢性肝脏病人，由于肝功能降低，凝血酶原等合成减少，有一定出血倾向，故维生素 K 供应量宜适当增加；(3) 维生素 K 有多种种类，需复合补给，才能使其齐全；(4) 常用的维生素 K 有 K₁ 和 K₂，需注射补充。

(沈稚舟)

第八节 肾脏和结缔组织疾病

急性肾小球肾炎

急性肾小球肾炎（简称急性肾炎）是内、儿科常见病。绝大多数发生在感染后，尤其是溶血性链球菌感染。通常扁桃腺炎或皮肤化脓性感染是急性肾炎的病因。此病可发生于任何年龄，但以学龄儿童为多见，青年次之，中年及老年较少见。

急性肾炎的主要表现为四大症状：血尿、少尿、水肿及高血压。病人在上呼吸道感染或皮肤感染后 1~2 周出现茶色尿或洗肉水尿，70% 病人尿量减少，每天尿量约 400~500 毫升左右，随后出现面部及下肢浮肿。个别病人可无尿，出现胸水、腹水及高血压。由于血压高，病人可出现头痛、头昏和失眠等症状。严重者可恶心、呕吐甚至抽搐。急性肾炎病

人预后良好，绝大部分病人经治疗 1~4 周后能恢复正常。部分病人待浮肿消退和血压正常后，尿中红细胞仍可持续至半年，甚至于更长。少数病人可出现严重并发症，如急性心力衰竭、高血压脑病及急性肾功能衰竭。因此一旦出现上述症状要及时就医。

为了使病情早日好转，减少并发症，注意适当休息及饮食调整是很重要的。在急性期应卧床休息，待肉眼血尿消失、水肿消退和血压恢复正常后方可逐步增加活动。应给予易消化，富含维生素的食物，尤其是限制盐的摄入，以减少水肿。对高度水肿病人更应控制饮水量，一般以前一天排尿量加上 500 毫升为一天的进液量。尿少时由于毒素不能排出而滞留在体内，因此不宜过多摄入肉类和鱼类食物，等病情好转后可逐渐增加。

由于肾炎与感染有相当密切关系，故应增强机体抵抗力，注意清洁卫生，避免或减少上呼吸道及皮肤感染，一旦有感染者应及时治疗。对于慢性感染病灶如扁桃腺炎、龋齿及中耳炎等应尽早根治，这是预防急性肾炎的关键。

慢性肾小球肾炎

慢性肾小球肾炎（也称慢性肾炎）是一种常见的疾病。许多病人以水肿为首显症状，轻者仅晨起眼睑及面部微肿，午后下肢略有水肿，经休息后短期内即消退。多数病人水肿迅速发展，数天内呈全身浮肿和尿量减少，水肿处压之有明显凹陷，以下肢更著。有些病人以高血压为首显症状。因头胀、头痛和失眠去医院检查后才发现患有慢性肾炎。另有病人因

无明显症状仅在体检时发现。当出现浮肿或高血压时必须去医院，以明确诊断并及时治疗。

慢性肾炎是一种慢性疾病，为了得到满意的疗效，除了接受医生治疗外，病人还需注意以下几点：

1. 肾炎病人在急性发作时，常服用肾上腺皮质激素（泼尼松）及免疫抑制剂（环磷酰胺等）药物，使机体抵抗力降低，易引起感染如感冒、肺部感染等，一旦感染会加重肾脏疾病，因此要避免出入公共场所，以预防感染。

2. 对水肿或高血压病人应限制食盐摄入，以每天3~5克为宜，重度水肿者应控制在每天2克以下，待水肿消退后逐步增加。过量钠摄入可加重水肿及高血压。高度水肿的病人除了限制食盐外还需限制饮水，尤其是尿量少的病人。对于一些无浮肿的病人不需严格控制盐及水，过分限制食盐摄入，可使病人出现乏力、恶心、呕吐、食欲减退和精神不振等症状，同时过度限制水分摄入，可使尿量减少，不利于机体废物和毒素从尿中排出。

3. 由于蛋白质从尿中排出，出现低蛋白血症，造成尿量减少，可适当补充一些蛋白质，尤其是优质蛋白如牛奶、肉、鱼等动物蛋白。但过量的高蛋白摄入，反而造成大量蛋白及其分解产物从尿中排出，加重肾脏的负担，并加速肾功能恶化。每天摄入多少蛋白质应遵照医生的嘱咐。高血压同样也能使肾病加重，必须注意休息，按时服用降压药物。

4. 肾炎病人有慢性肾炎肾病综合征往往需服用肾上腺皮质激素（泼尼松），可引起人体肥胖，面部痤疮。年青人特别是女性病人因怕影响美容不能坚持服用，擅自快速减药或停

药，常造成肾病不能及时得到控制或控制后再复发，应遵照医嘱正确用药。

尿路感染

尿路感染在妇女、婴儿及学龄儿童中是一种很常见的疾病。尿路感染为细菌侵入泌尿道而发生的炎症，可分为上尿路感染（急性肾盂肾炎、慢性肾盂肾炎）及下尿路感染（尿道炎、膀胱炎），根据临床表现可分为急性或慢性。

急性发作时主要表现为尿频、尿急及尿痛。每小时排尿1~2次，甚至于5~6次。排尿时尿道口有烧灼感，排尿终末可有下腹部疼痛，排出尿液混浊甚至于血尿。病人可出现畏寒、寒战、高热，体温可达38~40℃，伴腰痛，经抗生素治疗后，能及时控制，预后好。治疗不及时或不彻底，反复发作超过半年以上为慢性肾盂肾炎，最终也可导致肾功能衰竭。

如何预防尿路感染及减少其复发率，除及时就诊和坚持医疗外，可采用一些自我保健方法：(1) 注意锻炼，增强身体抵抗力，对全身性疾病要及时治疗；(2) 注意个人卫生，尿路感染绝大多数是肠道细菌从会阴部上行至尿道，故须注意会阴部清洁；(3) 尿路附近器官炎症也是造成尿路感染反复的原因，及时根治慢性妇科疾病如阴道炎、宫颈炎、盆腔炎及附件炎。男性如包皮过长、包茎均应矫治，以消除尿路感染的诱发因素；(4) 鼓励多饮水，勤排尿，以增加尿量，促进细菌和炎性分泌物排出，不利于细菌生长；(5) 选择有效抗生素，但决不滥用。当发生尿路感染症状后应到医院就诊，在医生指导下合理用药。病人自行停药或随意更换抗生素都

是不正确的。尤其是反复发作者，必须遵照医嘱服药，以免增加细菌耐药性，降低疗效；⑥ 月经前后是尿路感染的好发时期。对常在月经后尿路感染复发者，建议在月经阶段服用抗生素，预防此病复发。性生活可诱导细菌入侵机会增多，在性生活后宜即排尿，必要时可在性生活前后适当服用抗生素，可减少感染复发率。

总之，增加身体抵抗力、多饮水、合理用药和去除不利因素是防止尿路感染的根本措施。

(何颖欣)

系统性红斑狼疮

系统性红斑狼疮（简称 SLE）是一种常见的自身免疫性疾病。女性发病为主，且多数为突然起病，并引起全身多个脏器发病，但也有仅以皮肤病变为主的。病人常出现关节痛，还可伴肌肉疼痛，秃发很常见，特别是前额部脱发，并不时有新的短发长出，参差不齐，医学上称为“狼疮发”。重的整个头发可脱落。脸上可出现蝴蝶状红斑；罕见口唇糜烂，有的在肩、四肢、背部、胸部和颈部出现红斑。脸部红斑可因阳光或人工紫外线照射后而诱发或加重。双手指遇冷后会发紫发白伴疼痛，冬天尤明显。口腔中反复出现溃疡。解出的小便像泡沫一样。如果检查小便会发现里面有大量蛋白或红细胞。有的还伴水肿。可出现心慌、气急、咳嗽和不能平卧，胸部拍片检查会发现心脏增大或胸腔里有液体积聚，心电图检查也有异常发现。还有的可出现自发性齿龈出血、皮肤瘀斑、瘀点。化验血中红细胞、白细胞和血小板均可下降。部

分病人一开始就可出现呕吐、腹痛、腹泻或便秘。大约一半病人可出现淋巴结肿大。有的还会突然晕倒，像“羊癫疯”样发作，或者突然辨不清方向或亲人，记忆力及计算能力均丧失。个别还出现看物体模糊不清。女性病人会出现月经不规则，或月经量增多，怀孕妇女在头3个月里流产机会增多，死胎和早产的可能性增大，分娩后病情加重。上述一些现象先后出现或同时出现几种，都要警惕系统性红斑狼疮，并应就医，作进一步检查。一旦确诊为该病，应该严格按医嘱治疗。

系统性红斑狼疮通过正规的治疗可使之控制和缓解。常用的药物有泼尼松、环磷酰胺、硫唑嘌呤和氯喹等。应按医嘱把药物用足，病情好转时，切记不能随意减药，特别是泼尼松，应在医生指导下逐渐减药，以防复发。

在配合治疗时应注意以下几方面：(1) 避免阳光或紫外线照射，外出时应戴遮阳帽或撑伞，因该病病人对阳光和紫外线很敏感，如不注意避光，会诱发或加重病情；(2) 避免寒冷对手足的刺激，避免着凉，感冒可加重病情，甚至诱发难以治愈的感染；(3) 饮食宜清淡，易消化，避免辛辣和油炸食品。不吃香菇和香菜；(4) 补钙，特别是长期或大剂量用激素治疗的病人，容易出现骨无菌性坏死，适当补钙，可预防之；(5) 常饮菊花茶，尤其对口腔溃疡者，因菊花有清热解毒作用，有利口腔溃疡愈合，但每天1~2克为宜；(6) 该病病人并非不可生育，但一定要在病情控制6~12个月之后，激素用量在每天15毫克以下，才能怀孕。怀孕后应受到有关专科医生监护，以保母婴双安全。

(蔡正平)

类风湿关节炎

类风湿关节炎（简称类风关）是一种慢性的以侵犯关节为主要特征的全身性疾病。关节炎症时有缓解，但如持续时间长久，往往造成进行性关节破坏和畸形，最终导致不同程度的残废。

女性的发病率为男性的 2~3 倍，任何年龄均可发病，女性多发生在 40~60 岁。

该病发病前往往有疲劳、食欲下降。体重下降、全身疼痛和关节僵硬感等前驱症状，继之则出现某一关节疼痛、僵硬，特别是早晨起床时关节局部或全部活动不灵活（晨僵），适当活动后关节僵硬可减轻，以后关节开始肿大，类风关典型的手部早期特征为近端相间关节因肿胀产生的手指的梭形或纺锤形外观。常伴有双侧掌指关节对称性肿胀，有明显压痛。肿大关节周围皮肤潮红、湿热。可侵犯任何关节，最常受累的是手的小关节、腕、膝和足关节。发病初期可表现为 1~2 个关节受累，往往是游走性的，逐渐固定，表现为双侧、对称性的多关节受累。少数病人保持其外对称性或单关节受累，多为膝关节，长达数月或数年之久。随病情进展，关节炎可蔓延至肘、肩、胸锁、颞颌、髌、踝等关节。病情严重者，病变关节僵硬和畸形，手指、膝、肘及腕部都固定在原位，手指近端指间关节的尺侧偏斜，伴有近端指骨掌侧半脱位，形成特征性的手畸形。

类风湿性关节炎除关节受累外，关节外表现以皮肤最常见，1/4 病人皮肤出现皮下小结，多发生于关节的隆突部位，

如上肢的鹰嘴突、腕部及下肢踝部，坚硬如橡皮，无症状可长期存在，其他关节外表现还有淋巴结及脾肿大、心脏瓣膜病变、心包炎、间质性心肌炎、胸膜炎、结节性肺间质纤维化、多发性神经炎、巩膜炎、干燥性角结膜炎、干燥综合征及各种血管炎表现。

病人如有发热及关节明显肿痛时应卧床休息，首选药物为阿司匹林，待症状基本控制后可适当运动。过度的休息和限制活动会导致关节废用和肌肉萎缩，影响关节功能。在适当的休息、减轻工作负担的同时，还应进行积极的治疗性锻炼，包括主动的或被动的关节活动，也可进行理疗或热敷，不同方法的热疗可增加局部血液循环，使肌肉松弛，有利于炎症的恢复。饮食方面每天应进食足够量的蛋白质及维生素。一旦出现症状应尽早请专科医生治疗，并积极配合，以便及时地、更好地控制疾病发展。

(顾越英 康向东)

皮肌炎与多肌炎

皮肌炎是皮肤、肌肉及小血管的炎症性疾病，是较常见的结缔组织疾病之一。少数病人仅有肌肉症状而无皮肤损害，此时又称为多发性肌炎（多肌炎）。

皮肌炎的皮肤症状较多变，一般称为多形性损害，但具特征性的皮损为双上眼睑的浮肿性紫红色斑和手背指关节处的紫红色并带有少量鳞屑的丘疹及指甲周围红斑和指、趾末端的皮肤潮红。其他较多见的皮损是四肢、躯干等处呈边界不清楚的较大红色斑片，上面可有鳞屑，或表现为皮肤色素

沉着与色素脱失同时出现，呈黑白斑点（块）相间状，被称为“皮肤异色症”。

肌肉症状主要表现为病变处的肌肉无力，虽然任何肌肉都可受累，但最易病变的肌肉为上臂的三角肌和大腿的股四头肌，所以最多见双上肢抬高和双下肢下蹲、起立困难，手不能梳头、摸耳，腿虽能走路但不能上台阶等等。严重者不能抬头、翻身甚至出现吞咽困难、呛咳和呼吸肌的运动受限而危及生命。在肌无力的同时大多伴有病变肌肉的疼痛和肿胀。

皮肌炎病人在出现以上症状前可有发热、乏力和食欲不振等。该病除了皮肤和肌肉的病变外还可伴有心肌炎、间质性肺炎、肝、脾、淋巴结肿大及便秘、腹泻等。

虽然皮肌炎的发病原因目前还不甚明了，中年以上病人的近半数伴有恶性肿瘤，单纯药物治疗往往无效，而切除肿瘤后病情好转。皮损越明显者伴发恶性肿瘤的可能性越大，而多肌炎者伴肿瘤的可能性较小。中年以上的皮肌炎病人在发病后一定要进行仔细的各器官检查，并定期随访。能引起皮肌炎的肿瘤在我国较常见的有鼻咽癌、肺癌、胃癌和后腹膜肿瘤等。儿童皮肌炎常与感染有关，最多见的是扁桃体炎后出现皮肌炎症状。儿童发病前常有发热、喉痛及感冒等症状。

对皮肌炎的诊断最有意义的检查是血液中磷酸肌酸激酶（CPK）、乳酸脱氢酶（LDH）、谷—草转氨酶（AST）等酶活性的升高，24小时尿中肌酸升高，肌酐降低。肌肉活检对诊断也很有价值。

皮肌炎一旦被诊断后要及时治疗，药物以类固醇激素如

泼尼松为主,辅以其他有免疫抑制作用的药物及支持疗法。尤其要注意治疗原发病,如中年以上病人要排除肿瘤,儿童患者要去除感染病灶,同时加用抗生素。

(郑 捷)

系统性硬化症 (硬皮病)

系统性硬化症原称硬皮病,是一种慢性自身免疫性风湿性疾病。其特征是皮肤、滑膜及某些内脏特别是胃肠道、肺、心及肾脏出现不同程度的血管炎、纤维化和萎缩。系统性硬化症可分为弥漫型和局限型 (肢端型) 两个亚型,前者进展较快,易影响内脏,而后者发展缓慢,较少累及内脏,预后也相对较好。

系统性硬化症的早期表现有雷诺现象 (手指、足趾等皮肤遇冷或受到刺激后出现发白、发紫、发红的变化过程), 关节肿痛、乏力、手指和面部皮肤肿胀, 指 (趾) 端皮肤硬化。随着病情进展, 系统性硬化症可出现心、肺、肾及消化道累及的症状, 如呼吸困难、高血压、食物返流、腹泻或便秘等症状。几乎所有的硬化症病人早期都有雷诺现象, 因此如有不明原因的雷诺现象时, 应该尽快去看专科医生, 以排除硬化症的可能性。系统性硬化症的治疗目前尚无特效的药物, 而病人的自我保健对减缓本病的发展和减少其后遗症具有积极的意义。

1. 注意保暖。不但在寒冷的冬天里, 在春秋季节硬化症病人也应特别注意身体裸露部分的保暖。出门应带手套、口罩, 穿厚袜等可以减轻雷诺现象。如有条件的话, 室内应有

取暖设备。同时应禁烟，因为吸烟可以加重血管痉挛，损害心肺功能。

2.适当进行体育锻炼。病人的心肺功能通过适当的运动，可以得到加强，肺活量得以提高；可防止肌肉萎缩、关节肌腱僵硬和强直。锻炼应采取循序渐进的方针，因人、因不同阶段而异。

3. 注意皮肤、关节的保护，尤其应防止皮肤遭受外伤，一旦皮肤损伤，较难愈合，易合并细菌感染。

4. 有返流性食管炎者，睡觉时应抬高头侧的床脚，既可保持睡眠的舒适，又可阻止食物的返流。硬化症病人由于胃肠道的累及常可出现大便习惯及性状的改变如便秘、腹泻等。有便秘者可使用通便药物；而有腹泻者可服用一些广谱抗生素如四环素。

(鲍春德)

Reiter 综合征

Reiter 综合征多见于青年男性，其临床表现包括四肢尤其是下肢非对称性关节炎、尿道炎和眼角膜、结膜炎。

典型关节炎一般在腹泻和尿道炎后 2~6 周后发生，主要累及膝和踝关节。疾病早期常表现为腕关节压痛、手足（指、趾）弥漫性肿胀即“蜡肠”样指，受累关节僵硬感，足跟痛和下背痛，下背痛可向臀部、大腿部位放散。阴茎检查显示尿道口红斑和水肿，尿道可排出粘液样分泌物，具有膀胱炎而无尿道炎是妇女唯一的泌尿生殖器表现。至少 40% 病人眼部受累，可以导致永久性视力损伤。Reiter 综合征另一特征性

表现是龟头及尿道口小的局限性无痛性溃疡以及手掌、足底及阴囊斑疹、丘疹和结节。指甲可以发生角化过度 and 角化不全。青年男性一旦有膝关节炎、慢性足跟痛和下背痛，应高度怀疑 Reiter 综合征。病人应及时到医院作咽喉、尿道细菌和病原体检查，积极寻找感染因素。Reiter 综合征血沉增快、外周血白细胞增多、类风湿因子和抗核抗体一般为阴性。

Reiter 综合征是自限性疾病，通常预后良好。关节炎一般持续数周至 6 个月，足跟痛往往提示病情较重。

急性关节炎口服消炎痛，每次 25 毫克、每天 4 次；腹泻病人口服柳氮磺胺吡啶，每次 500 毫克，每天 3 次；四环素可用于尿道炎的治疗。阴茎病变病人应保持皮肤局部清洁，除用激素类软膏，炎症期间避免房事；眼部病变局部应用皮质激素。严重 Reiter 病人消炎痛治疗无效时，可选用氨甲喋呤、硫唑嘌呤治疗。值得注意的是部份严重 Reiter 病人需排除艾滋病然后选择适当的免疫抑制剂治疗。足跟痛病人可局部理疗或封闭治疗。皮肤过度角化病人局部可应用激素类软膏。

(赵阴环)

抗磷脂抗体综合征

抗磷脂抗体综合征的临床表现为复发性动脉、静脉血栓，血小板减少症和习惯性流产。病人的血清中常存在高滴度的自身抗体即抗磷脂抗体。临床上根据其是否伴发其他自身免疫性疾病而分为原发性抗磷脂抗体综合征及继发性抗磷脂抗体综合征。继发性抗磷脂抗体综合征可继发于系统性红斑狼疮 (SLE)、类风湿性关节炎、系统性硬化症、多肌炎、皮肤

炎、干燥综合征、甲亢和桥本甲状腺炎等自身免疫性疾病。

抗磷脂抗体综合征的基本病理改变为血液处于高凝状态，血栓易于形成，而不是血管炎。病人动、静脉的各级大小血管均可累及，血栓可发生于主动脉弓、冠状动脉、降主动脉、腹主动脉、股动脉、肱动脉、颅内小动脉、视网膜小动脉和肾动脉等动脉，以及肺静脉、颅内静脉、深静脉、皮肤浅层小静脉等。胎盘小动脉、静脉血栓形成可导致习惯性流产。血小板的累及可致血小板减少。

临床表现根据所累及的血管不同而表现为各种临床症状。颅内小动脉血栓可导致中风，且常表现为复发性，偶尔可导致多发性栓塞性痴呆、一过性缺血性发作、偏头痛和舞蹈症。冠状动脉血栓可导致心绞痛、心肌梗塞。肢体深静脉血栓可表现为静脉的回流障碍、瘀血和皮肤青紫等症状。肢体动脉累及导致肢体或指（趾）的缺血、坏死或截肢。肺动脉受累可致肺梗塞，临床表现为咳嗽、咳血、呼吸困难。肾动脉、静脉的血栓可导致肾功能的异常、尿蛋白，或者在原有肾功能损害的基础上进一步恶化。

中青年病人发生心绞痛、心肌梗塞、脑中风或各种血栓栓塞性疾病时，应考虑到抗磷脂抗体综合征的可能，应做抗磷脂抗体的筛查。抗磷脂抗体的检测包括抗心磷脂抗体、狼疮抗凝因子的检测。

抗磷脂抗体综合征的治疗原则除治疗原发病外，主要应用抗凝治疗以防止血栓的再形成。常用的药物有阿司匹林、华法林和肝素。临床上常根据血栓形成的部位而将抗磷脂抗体综合征分成四型，并根据类型的不同而制订不同的治疗方案。

治疗的时间通常为终生用药，或者可在抗磷脂抗体转阴 6 个月以上时终止抗凝治疗。

(陈顺乐 杨程德)

强直性脊柱炎

强直性脊柱炎 (AS) 是一种关节炎，主要侵犯骶髂关节，不同程度地累及脊柱的其余部分，其次是外周关节，亦可出现关节外受累。一般男女发病率相等，但女性病情可能较轻，一般很少发生类似男性一样的进行性脊柱疾病。女性更多地倾向于出现关节外表现。

此病起病较迟缓，首次发病多在 40 岁以前。患者有持续腰痛 (至少 3 个月)，伴早晨起床后脊柱关节僵硬不适感 (晨僵)，活动后减轻。脊柱症状轻重及病变进展不一，一般为慢性病程，脊柱炎从骶腰椎开始上行性进展，可累及腰、胸、颈及全部脊柱，从而引起腰痛及各段脊柱痛，活动受限，随时间推移疼痛减轻而强直加重，患者出现驼背、呼吸困难和脊柱强直 (即腰椎前弯、侧弯、后仰三个方向皆受限)。病人如有跟腱炎、足掌筋膜炎、肋椎关节及肋椎肌肉附着点炎症则可出现足跟痛、足掌痛和胸痛，亦可出现自腰放射性的腿痛、35%~50% 的病人出现不对称性周围关节受累、下肢多于上肢，大关节多于小关节，髋、肩、膝关节受累最为多见，25% 病人可出现结膜炎、眼色素层炎，少数患者出现主动脉瓣闭锁不全、心传导障碍及肺上叶纤维化、病人如发现有肌肉痉挛和活动受限，可自行检查前屈受限的程度，方法是测量弯曲时两个点的延伸距离：下点位于腰骶接合水平，上点

在此水平上 10 厘米处,正常人前屈时两点延伸可达 5~10 厘米,而 AS 病人则 0~7 厘米。病人如出现腰痛及活动受限,应适当活动锻炼,特别是脊椎及髋关节的屈曲活动,睡硬板床,用低枕以减少颈部弯曲,避免长期弯腰工作,避免脊柱负重及创伤。应当指出的是,一旦发现或怀疑本病时,应及早到医院找风湿科医生诊治。

此病病因不明,与感染有关。发病率与 HLA—B27 相关,并有家庭聚集现象。在一个家庭中的兄弟姐妹及双亲中的患病率要高于正常人。因此,如在一个家庭中出现一名强直性脊柱炎患者,其家庭成员最好也能找风湿科医生进行检查,以便能早期诊断、及时治疗。

(陈顺乐 康向东)

骨关节炎

骨关节炎(骨关节病、退行性关节病)是最常见的风湿性疾病,其特征是进行性关节软骨消失,关节边缘和软骨下骨质反应性改变。临床表现包括发展缓慢的关节痛,僵硬,肿大伴活动受限。常伴继发性滑膜炎。根据是否存在明显的局部或全身性病因因素,骨关节炎曾分为特发性(原发性)和继发性两种。

骨关节病随年龄增长而增加,在 65 岁以上的人几乎普遍存在。美国卫生与营养检验调查(NANES)最近的研究资料表明肥胖与膝骨关节炎有关,女性更为密切。该研究认为此种关系的主要原因是超重造成的额外机械性负荷。骨关节炎发病中遗传因素也起一定作用,手部远端指间关节的骨关节

炎 (Heberden 结节) 与遗传有关。新近研究发现骨密度与骨关节炎有一定的关系,骨量增加与骨关节炎的发生呈正相关。

骨关节的症状与体征一般多为局部,但若过于广泛,则应考虑为系统性结缔组织病。临床症状轻常与放射学异常呈正相关。疾病早期疼痛出现于关节活动之后,经休息可以缓解;随后,疼痛在轻微活动甚至休息时即可出现。突出的表现为被动运动的疼痛及骨擦音,即在关节转动时的一种破裂的感觉。滑膜炎、滑膜积液、软骨或骨质增生性改变均可引起关节肿大。在手部,远(近)端指间关节的背侧及内面形成的骨刺称 Heberden 结节 (Bouchard 结节),是骨关节炎的典型表现。膝部骨关节炎的特征是该关节不同部位有局限性压痛和被动或主动性运动时的疼痛。常见骨擦音以及继发性废用性肌萎缩。脊椎关节炎可由于椎间盘、椎体或后骨突关节等处受侵所致,腰椎受累以腰 3~4 部位最常见,髋、足等处亦均可受累。骨关节炎在放射学上所见主要是具特征性的进行性变化有关节腔变窄,软骨下骨质硬化(骨质象牙化),边缘骨赘形成,及囊肿形成。

骨关节的治疗方案必须个体化。保护关节勿使用过度极为重要,当负重的关节受侵时尤其如此。对特别肥胖的患者应建议减肥。理疗可缓解疼痛及伴发的肌肉痉挛,并且保持与重获关节的活动范围。热敷及热盆浴也可减轻疼痛。镇痛剂如扑热息痛及丙氧酚等可持续使用或在必要时服用。麻醉剂仅限于急性发作时在严格限制下使用。阿司匹林不论作为镇静剂或抗炎药物均有效果。消炎痛、布洛芬、芬必得和扶他林等消炎止痛剂可以起到缓解疼痛的作用,但此类药物有

些共同的毒副作用如皮疹、胃肠紊乱和消化性溃疡等。肾上腺皮质激素口服或注射在骨关节炎治疗均属禁忌，但急性关节炎发作时慎用关节腔内注射治疗可能有益。严重的骨关节炎可能需要用矫形外科方法进行关节成形术，切骨术，融合术，及部分或全关节假肢置换术。

(陆 瑜)

第九节 普通外科疾病

手术前后处理

手术前准备 手术获得圆满成功主要依靠医务工作者精心和负责的治疗；也离不开病人的密切配合。病人必须与手术医生详细交谈，了解手术的主要目的。手术是在麻醉下进行的，一般没有痛苦，不必担心是否会影响智力和记忆，现用的麻醉方法不会产生这方面的后遗症。如果有什么顾虑和不清楚的问题，可随时向医生询问，消除顾虑，愉快接受治疗，医生和病人密切配合，定会取得良好的效果。

手术可分为三大类

急症手术 其目的是挽救生命或阻止病情的恶化和并发症的发生，时间紧迫，这时要多听医生的劝告。

限期性手术 这是指一些疾病可暂缓一较短时间（几天至二、三个星期），以便进行必要准备工作的手术，矫正体内暂存的生理紊乱和异常。而病人在这段准备时间里要休息好，睡眠好，增加营养，以保证手术的安全进行。

择期性手术 这是指为那些在几个月内病情不会变化或加重而病家或医生可以选择被认为方便的时间和病人体力较好的条件时进行的手术。有吸烟习惯者暂禁烟。

在手术前，负责医生会一起讨论，写出术前报告并复核化验报告和各种辅助检查的结果。手术前要按照手术区的范围剃去毛发，清洁皮肤，验好血型，必要时备好血，做好普鲁卡因和青霉素皮肤过敏试验。除急症手术外，禁食 12 小时，以免麻醉时呕吐和手术后腹胀，手术前晚灌肠 1 次或服通便药，可以减少气胀。

一般在有发热、感冒、皮肤感染或女病人行经期间暂停择期性手术。

去手术室前排空小便，取下假牙，贵重物品、手表和饰物等交家属保管。

手术后处理 回病室后，一般取平卧位，硬膜外麻醉或腰麻者暂时去枕头 4~6 小时。术后第二天可抬高床架，采用半卧位，这样有利于呼吸和进食。除非有特殊医嘱，术后可进流质或半流质饮食，以清淡为主。有呕吐或恶心感时，暂停进食。胃肠道手术后，应禁食几天，以后由流质逐渐过渡到正常饮食，术后体力的恢复主要靠食补，应选择易消化的高蛋白食品，不忌嘴，不必要的输血或白蛋白注射液并无益处。腹部手术病人能进食流质者，可吃萝卜汤（清煮），有助于排气而减轻气胀。

术后 6~8 小时要排尿，如有困难时请医生处理。麻醉作用消失后，若有切口疼痛，不要大声喊叫或呻吟，否则吞入空气反致腹胀不适，不能忍受时可用止痛药，但不宜过多。

术后早期活动，可先在床上活动腕肘和膝踝部，慢慢翻身，作深呼吸动作，这样有利于呼吸循环的畅通，促进伤口的愈合。若有各种引流管的病人，在床上活动时要防止其滑脱。随着病情的好转，可早日下床大小便和在室内行走。术后暂禁烟，以免咳嗽而致伤口裂开，也可减少肺部感染性并发症。

手术后处理重点在于观察病情、术后症状的处理和并发症的预防。如有不适症状，一不紧张，二要反映，以便医生取得第一手资料。

损伤

损伤的范围很广，分为机械性（又称创伤，由刀割、撞击或挤压等暴力引起）、物理性（高温、寒冷）、化学性（强酸、强碱）和生物性（蛇咬、虫螫）四大类。一种原因引起的多处伤称为多发伤，如撞击引起的手臂和大腿多处的骨折；而一种以上原因引起的损伤称为复合伤，如皮肤烧伤而同时有骨折。这些都是比较重的损伤。机械性损伤根据有无伤口又可分成两种：（1）闭合性损伤：由钝力造成，损伤处皮肤或粘膜无破口，皮肤和皮下层受伤的称为挫伤，局部有疼痛、肿胀、压痛或皮肤青紫。处理比较简单。如伤在肢体，减少活动，肿胀开始减轻时可在局部用热毛巾外敷，可加速肿胀的消退。如挫伤在腹部，要注意有无内脏挫伤，可参阅“急腹症”内容。在关节周围受伤的称为扭伤，多由于过度伸屈使韧带、肌肉或筋膜纤维断裂所致，局部疼痛和肿胀厉害，并有功能障碍，如无骨折，伤处加压包扎或用胶布固定即可。

(2) 开放性损伤：有皮肤或粘膜伤口，浅表的称擦伤，只需冷开水清洗伤口，外涂红汞或龙胆紫（又称紫药水），再盖消毒纱布保护。如伤口较深，称割伤、刺伤或裂伤的，用清洁手帕盖好，有出血时用手指加压止血，均需到医院急症室处理。如伤及内脏的，要住院治疗。

烧伤

烧伤的自我保健要求掌握两个要点。第一个是区分轻重程度，轻度是指小面积（成人全身面积 15% 以下、儿童 10% 以下）和浅度（Ⅰ度或浅Ⅱ度）烧伤，均可在门诊换药治疗；凡超过上述面积（又称大面积）和深度（深Ⅱ度或Ⅲ度）烧伤者均需住院抢救，因为后者有大量血浆自创面丧失而致全身生理紊乱。估计小面积烧伤的一种简易方法是用病人自己的手掌测定，一个手掌（五指并拢）的面积为 1%。Ⅰ度烧伤为表皮烧伤，伤区发红。如出现水泡，即为Ⅱ度烧伤，浅Ⅱ度烧伤累及真皮浅层，一般在两周内愈合；深Ⅱ度烧伤累及真皮深层，局部有血浆渗出外，还有组织坏死，由于神经大多被破坏，疼痛反比浅Ⅱ度的为轻，如无感染，3~4 周后愈合，留有轻度疤痕。Ⅲ度烧伤损坏全层皮肤，无水泡，创面苍白或焦黑，最后，焦痂脱落，创面形成肉芽，面积大的必须植皮。第二个要点是创面的应急处理。凡属大面积和深度烧伤，不要涂任何药物，用干净的被单包裹，急送医院抢救。很小面积的浅度烧伤用冷开水清洗，用火烫膏或油纱布覆盖，纱布包扎即可，也可去医院门诊换药。小面积的Ⅰ度烧伤一般在 5~7 天内即自愈。

强酸强碱灼伤立即用流动自来水冲洗。火灾烧伤时应立即脱去着火的衣服,或就地打滚扑灭火焰,不可惊慌奔跑,以免风助火势,有火焰吸入产生呼吸道烧伤,如出现咳呛、气急和胸闷的病人,应即去医院急诊。

冻伤

过度寒冷的环境可引起冻伤。风速大、空气潮湿和全身抵抗力低下更易诱发。冻伤分全身性和局部性两大类,前者又称冻僵,后者又分冰点以下和冰点以上低温环境引起。冬季常见的冻疮就是冰点以上引起的冻伤。冻伤组织因血管强烈痉挛而发生缺血。温度过低使组织内水分形成冰结晶,细胞代谢因缺水而遭到严重损害。当转入冰点以上的环境时,冰结晶融化又可引起组织和细胞的损害。冻僵时四肢发凉、苍白或呈紫绀,病人感觉迟钝,四肢无力,嗜睡,最后出现昏迷、呼吸抑制和循环衰竭而亡。局部件冻伤也分Ⅰ度(表皮损伤,皮肤充血水肿)、Ⅱ度(真皮损伤,出现水泡)和Ⅲ度(皮肤全层损伤,皮肤坏死)三种,严重的连肌肉和骨骼也坏死,有称之为Ⅳ度冻伤的。

重在预防,注意防冻,服装和鞋袜大小要适合,防止过紧和潮湿,皮肤暴露部位尤其是鼻尖、耳廓和指(趾)要加以保护,如使用口罩、手套和防风耳罩等,涂凡士林油剂可减少皮肤散热。采用饮酒的方法来防冻是不合理的,饮酒虽可使人感觉温暖,但酒后身体散热增加,不利于防冻,酗酒 after 倒卧雪地更易冻僵。

抢救冻僵病人时,迅速抬置病人于 20~25℃ 室温的房

间,加盖棉被或毛毯,也可将病人浸入 40~42℃ 浴盆中,水温自 34~35℃ 开始,5~10 分钟后提高水温至 42℃,运送至医院途中要做好保暖措施。

冻伤局部保暖,切忌用火烤,冷敷或用雪搓擦。主张快速复温,即将受冻的肢体浸泡在 38~42℃ 的温水中,争取在 5~7 分钟内复温,使冻僵组织软化、皮肤和指(趾)甲出现潮红为止,复温时间不宜超过 20 分钟,以减少融化反应的损害。

脓毒症

泛指化脓性感染时细菌或其毒素从局部病灶处侵入血液循环所出现的全身性反应状态。当致病菌侵入血液后,继续繁殖,并产生毒素,引起严重的全身症状,如寒颤、发热、脉速、口渴、烦躁不安或神志淡漠、甚至中毒性休克和昏迷,称之为败血症。如致病菌不进入血液循环,在局部所产生的毒素进入血液而产生上述类似的症状,则称之为毒血症。若人体的抵抗力强大,入侵血液内的细菌很快被消灭,不能繁殖,仅产生短暂的症状,称之为菌血症。如局部病灶处的化脓性栓子随着血流沉着在别处的器官,如脑、肝、肾或脾以及其他组织处产生脓肿,称为脓血症。由此可见,及早正确处理局部感染病灶,勿使扩散,注意健康、增强体质和抵抗力对预防上述情况的发生也有很重要的作用。

疔

疔是一种常见的皮肤和皮下组织的化脓性感染,好发于

富有毛囊和皮脂腺的头、面、颈、背和臀部等处，不发生在手掌和足底，因该处无毛囊结构。初起时，患处出现一个疼痛的小结节，质硬，皮肤发红，有压痛。如继续发展，组织坏死，红肿区扩大，形成脓肿，中间有一脓头。一般无发热等全身症状。

要注意个人卫生，勤洗澡勤换衣服。初起时可用碘酒涂小结节处（面部除外），皮肤红肿时用热毛巾敷，以助其消散。形成脓肿时，要手术切开排脓。切忌用手挤脓，以防扩散入血液循环而引起败血症等，尤在鼻翼和上唇区的疖不可用力挤压，因该处的静脉与颅内静脉相通，引起颅内感染，后果严重。若多处反复出现疖的病人，要注意是否有糖尿病或免疫力低下。

疖

与疖一样，多由金黄色葡萄球菌引起，但侵犯相邻的多个毛囊、皮脂腺或汗腺，中医称为“疽”，好发于颈项（中医称为对口疽）或背部（中医称为搭手）。其表现与疖相似，但范围大，症状较严重，有发热、化脓时出现多个脓头。需切开排脓和切除坏死组织。

预防：同疖，但早期要用抗菌药物。

急性蜂窝织炎

这是溶血性链球菌或葡萄球菌引起的皮下疏松组织处化脓性感染，常由皮肤擦伤或软组织创伤继发感染所致。初起时病灶处红、肿、痛和局部发热，迅速扩大呈片状，边界不

清。严重者发生皮下组织坏死，也可沿淋巴管扩展至邻近淋巴结，产生急性淋巴结炎。常可伴有发热等全身症状。

及时处理好皮肤创伤和感染灶，可以减少蜂窝织炎的发生。早期可用抗菌药物，红肿区用热敷，每次 15~30 分钟，每天 3~4 次。

急性淋巴管炎和急性淋巴结炎

急性淋巴管炎是细菌自皮肤或粘膜小伤口侵入淋巴管所引起的感染。伤口常在手指或足趾，在前臂或小腿部出现一条红线，局部有红、肿、痛、热的急性感染特征，分别向肘窝、腋窝或腘窝、腹股沟淋巴结处蔓延，引起该处的淋巴结炎，淋巴结肿大，并有压痛。口腔感染（如牙龈炎、龋齿）、咽喉或头面部感染可直接引起颌下或颈淋巴结肿大。感染严重的可有发热等全身症状。

及时处理好小伤口和原发感染灶，如手指刺伤和足癣等。局部不要挤压和按摩，以免炎症扩散，同时可减少淋巴管炎和淋巴结炎的发生。早期用热毛巾敷可帮助炎症的消散，每次 15~30 分钟，每天 3~4 次。加用抗菌药物。

丹毒

是一种皮肤网状淋巴管炎，俗称“流火”，由溶血性链球菌经皮肤小伤口或足癣处入侵所致，好发于面部或下肢。起病急，有寒颤、发热，患处皮肤出现红肿，与急性蜂窝织炎相似，所不同的是红肿区边界清楚，并稍隆起，红肿向四周扩展时其中央区褪成棕黄色。值得注意的是丹毒易反复发作，

发生在下肢可引起皮肤和皮下组织增厚和淋巴水肿，是淋巴管阻塞的结果，小腿增粗，皮肤粗糙，似同象皮腿，丝虫病病人更易发生，因虫体可以阻塞淋巴管。

及时处理小伤口和足癣，防止其继发感染。发病时病人应休息，抬高患肢，抗菌药物用量要足，用药时间长一些，防止链球菌转成芽胞潜伏而致感染反复发作。

脓性指头炎

又名瘰疽，俗称“蛇头疔”，是手指末节掌面（指肚）的急性炎症，常因指尖部针刺、木刺或鱼刺的轻微损伤后细菌入侵所致。由于每一手指末节与中节之间被一层纤维组织所隔开，两者互不相通，末节手指就成为一密封的腔隙，加上该腔隙内有很多的致密结缔组织，不能容受较大容积的改变。当指端感染发生肿胀时，该密闭腔隙内压力增高，就会发生剧烈的跳动性疼痛，使病人彻夜不能入睡。指尖肿胀，红肿而发热。炎症早期时，将患指浸泡在 5% 温盐水或 50% 硫酸镁温溶液中以助肿胀消退，或外敷鱼石脂软膏，注射青霉素等抗生素。如指端肿胀和疼痛加剧，及时切开减压，以免腔隙内压力过高压迫指骨的营养血管而致指骨坏死，待形成脓肿而溃破为时已晚矣。

甲沟炎

俗称“蛇眼疔”或“沿爪疔”，是指（趾）甲周围软组织的化脓性感染。在手指，多因刺伤，撕剥肉刺或修剪指甲时损伤所引起；在足趾，多因嵌甲和鞋子过紧压迫所致。初起

时, 指(趾)甲一侧有轻度疼痛和红肿。若不及时治疗, 就会化脓, 并向指(趾)甲的另一侧或指甲下蔓延。在足趾嵌甲的一侧有慢性肉芽组织生长, 伤口长期不愈。

甲沟炎初起时, 可以局部热敷, 或浸泡在 0.1% 高锰酸钾温溶液中 15~30 分钟, 每天 2~3 次, 也可外敷鱼石脂软膏。有脓肿形成, 要切开排脓。有指(趾)甲下脓肿, 要拔除指(趾)甲, 只要甲床未受损, 指(趾)甲在 2~3 个月后仍会再生。有足趾嵌甲的要切除部分趾甲和甲沟处肉芽组织。

手指腱鞘炎

常发生在手指的掌面, 每一根肌腱外面都有腱鞘包裹, 具有润滑和减少磨擦的作用, 对手指的活动很有用。当刺伤或割伤腱鞘, 细菌入侵, 就会引起腱鞘炎。患指出现红肿、发热和疼痛, 不能伸直, 否则会引起剧烈的疼痛。若不及时处理, 肌腱坏死使手指丧失活动功能, 脓液还沿肌腱流到其他手指和手掌, 造成患手残废。故遇有整个手指肿胀、不能伸直、伸直动作加剧疼痛时, 速去医院诊治, 以免耽误时机。

气性坏疽

是由一类能产生气体的厌氧性细菌(如产气荚膜梭菌、败血杆菌、水肿杆菌)所引起的一种迅速发展的严重感染, 它们多生存在泥土中, 必须在缺氧条件下才能繁殖。因此, 气性坏疽多发生在开放性骨折、大块肌肉撕裂伤或脏而深的伤口。这些细菌侵入伤口后, 在缺血缺氧的肌肉中迅速繁殖, 并很快向邻近的肌肉扩散, 产生大量气体和毒素, 使肌肉和其

他组织破坏以至坏死。气体中含有硫化氢，故使伤口有特殊臭味。受伤部位明显肿胀，如在小腿，很快向上发展，有胀裂样疼痛。按压时伤口有血性混浊液体流出，伴有气泡。伤口周围由于存在气体，触之有捻发样感觉。病人很快出现高热、呼吸和脉搏加快等中毒症状。此病发展迅猛，应速送医院。一经确诊，立即手术，切除坏死组织，敞开伤口，用双氧水冲洗，抑制厌氧菌生长。大量青霉素注射有效，及时处理可以减少截肢率。如有高压氧舱设备，置病人于舱内，吸入高压纯氧，可以提高疗效。

凡有深的伤口，特别在肌肉丰满的部位，必须进行彻底的清创手术，以防破伤风和气性坏疽的发生。

皮脂囊肿

也称粉瘤，是皮脂腺的腺管堵塞后皮脂积聚所形成的囊肿，囊肿内容物似豆腐渣，故俗称为豆腐渣瘤，实质上它不是一种肿瘤。常生长在头、面、背和臀部等皮脂腺丰富的部位，不痛不痒，与皮肤粘连，圆形，其中央常有一黑点，是腺管开口皮脂填塞处。一般可不予处理，保持皮肤清洁。有时化脓，破溃后不易收口。如囊肿逐渐长大或经常化脓可予切除。

脂肪瘤

生长在皮下层，由脂肪组织组成，大小不一，可发生在身体各处，质地很软，象脂肪块，有单个或多发的。留在身体无害处，如脂肪瘤大而影响功能时可予手术切除。

纤维瘤

生长在皮下层，由纤维组织构成，质硬，可推动，生长缓慢，可不手术。如有逐渐长大现象，需切除化验。全身长有多个纤维瘤的，称为纤维瘤病，只需切除那些妨碍功能部位的肿瘤。与脂肪瘤一样，都是良性肿瘤。

神经纤维瘤

有神经鞘瘤和神经纤维瘤两种，前者由鞘细胞组成，后者为特殊的软纤维和神经纤维细胞组成，肿瘤可呈梭状，按压时有的出现放射性疼痛。需切除化验。

血管瘤

是一类先天性肿瘤，可分为三种：

毛细血管瘤 多见于婴儿，出生后见皮肤红斑，逐渐长大。瘤体边界清楚，压迫后退色，但很快又恢复红色，早期生长很快，应乘其小时用冷冻或激光治疗。

海绵状血管瘤 由小静脉组成，多数生长在皮下组织和肌肉内。皮肤正常或呈青紫色，肿块质软，有压缩性。应及时手术切除，以免增长范围过大而影响功能和增加处理上的困难。

蔓状血管瘤 由粗而迂曲的血管组成，范围较大，侵及肌肉甚或骨组织。血管瘤位于浅层的有压缩性和膨胀性，累及青少年骨组织的，肢体可增长和增粗。争取手术切除。

淋巴管瘤（囊状水瘤）

是一种先天性良性肿瘤，也分成三类：

毛细管型淋巴管瘤 主要生长于皮肤组织中，在皮肤表面突出一个肿块，常见于面颈部，柔软，压迫可使缩小。

海绵状淋巴管瘤 多发生在面、颈、唇以及四肢等处，可引起巨唇、巨舌和巨肢等畸形。

囊状淋巴管瘤 又称囊状水瘤，多见于婴儿或小孩，位于颈外侧面，可向上或向下扩大。肿块隆起，质地柔软而富有弹性，边界不清，穿刺可得淡黄色的液体。

治疗方法均是手术切除。

皮肤乳头状瘤

外表象乳头，系上皮增生所致，同时向表皮下延伸，易恶变为皮肤癌，有的易出血或感染，必须手术切除。

皮肤癌

多见于头面部、手和下肢，尤慢性溃疡长期受刺激后易诱发皮肤癌。质地较硬，表面呈蜡状，破溃后边缘呈鼠咬状的是基底细胞癌；表面呈菜花状，边缘隆起不规则和易出血的是鳞状细胞癌，均是恶性的皮肤肿瘤，及早手术切除，效果好。放射治疗也有用。

软组织肉瘤

是一种恶性肿瘤，可以发生在全身浅表软组织或内脏中，

特别是四肢软组织，表现为皮下层肿块，质硬，迅速增大，早期经血液转移。根据所组成的成分分为脂肪肉瘤、纤维肉瘤、肌肉瘤、淋巴肉瘤和滑膜肉瘤等，均需早期广泛切除，预后较差。

黑色素瘤

是一种恶性肿瘤，因其呈黑色，故而得名。部分由黑痣恶变而成。几乎每个人都有黑痣，不是都要予以切除。凡属下列情况的黑痣要作预防性切除：黑痣迅速增长，颜色变深，溃烂，出血，以及位于经常受刺激、受压和摩擦处，如袖口、颈项和足底等，要手术切除，并作病理切片检查。不能用烧灼或点痣等方法。

黑色素瘤极易经血液和淋巴转移，要作广泛切除，区域淋巴结肿大的加做淋巴结清扫，手术前后，要用化疗。

甲状舌间囊肿

过去称甲状腺舌骨囊肿，居于甲状腺和舌骨之间，是一种先天性畸形。位于颈前中正线上，呈圆形囊性肿块，随吞咽或伸缩舌而上下活动。囊肿发炎后易溃破而成脓窦（不易收口的管道）。不会恶变。治疗以手术切除为主，切除不彻底易复发。

鳃裂囊肿

由先天性残留胚胎的鳃裂组织形成，多见于幼儿。位于颈部外侧，质软，象淋巴水瘤，穿刺可得混浊粘性液体。破

裂后形成瘻管，与咽部相通。手术切除要彻底。

甲状腺腺瘤

是颈部常见的肿瘤，多见于中、青年女性。位于气管两旁的甲状腺内。有单个和多个两型，单个腺瘤呈圆形，质坚韧，随吞咽而上下活动，伸舌时不向上移动。多个腺瘤可位于甲状腺左右两叶，有大有小，充满甲状腺时则呈结节状。一夜间肿块突然长大几倍，是囊肿内出血的表现，不必紧张。只有当腺瘤逐日长大，质地变硬，或活动度减小，有癌变的可能，要早期手术切除。如果性质不能肯定时，切除肿块作活检。

甲状腺癌

当甲状腺肿块逐日长大、变硬、活动度减小，甚或固定，后期出现压迫症状如呼吸困难、吞咽困难或声音嘶哑等，颈部淋巴结也可被累及。一般乳头状腺癌经淋巴转移，滤泡型腺癌经血液转移，均需作甲状腺切除，有颈淋巴结转移的还要作淋巴结清扫。未分化型甲状腺癌主要用放射治疗，预后较差。

在甲状腺良性和恶性肿瘤中，B超扫描有助于肿瘤的定位，几毫米大小肿瘤也可检出，但其定性主要靠病理切片检查。

颈淋巴结结核

中医称瘰癧。结核菌可自口腔、肺或其他脏器结核病灶

逸出侵入颈淋巴结而致病。淋巴结发炎肿大，病程多呈慢性过程。肿大的淋巴结成为硬结。多个发炎的淋巴结相互粘连，融合成为一大块。当病人抵抗力低下时，病灶可以液化成为寒性脓肿（没有急性感染的红、肿、痛、热的表现，故称为寒性），破溃后流出豆渣样或淡色脓液，形成经久不愈的脓窦。

口腔或龋齿感染也可引起颈淋巴结肿大，细菌毒性不大的引起慢性淋巴结炎，局部不红不肿，稍有疼痛，不会融合或溃破。当病人劳累或抵抗力低下时淋巴结可肿大；当病人休息好和体力增强时淋巴结就缩小些，但硬结不会完全消失，不必服抗菌药物，也不需手术。

结核性淋巴结炎需要治疗，控制原发病灶如肺结核等，用链霉素、异烟肼等抗痨药物。脓肿溃破后要刮除脓腔豆渣样组织，用链霉素等药物换药伤口可以愈合。

急性乳腺炎

中医称乳痈，多见于产妇，乳头被婴儿吸破，或因乳汁郁积，化脓性细菌入侵后引起化脓，表现为发热，乳房有红肿和疼痛，有的还出现硬块，感染严重的发生组织坏死，形成脓肿。

孕妇妊娠7个月后要经常用热毛巾和肥皂水清洗两侧乳头，使皮肤变得坚韧。乳头凹入的，经常牵拉，设法拉出。喂奶前清洗乳头，每次喂奶要使奶汁吸空，否则用吸奶器或手挤空，勿使乳汁郁积。乳房出现边界不清的硬块时，用热毛巾敷，再取手指向乳头方向轻轻按摩肿块，有助于消散。一旦出现乳房硬块处红肿、疼痛和发热，要用抗菌药物，热毛

巾外敷，但停止按摩。出现脓肿时要手术切开排脓，同时回奶。

乳房肿块（乳腺小叶增生、乳腺纤维腺瘤、乳腺癌）

女性乳房的疾病很多，有时要靠切片化验才能确诊，但经过一段时间的随访，根据肿块发展的过程，对诊断很有帮助。

乳房自查方法 每月一次，时间选两次月经期之间（行经结束后十多天）进行。检查时坐正，左手查右侧乳房，右手查左侧乳房。检查时用两个手指并拢，平摸一处，向上下左右移动数毫米，进行比较，有无较硬的组织或肿块，依次由乳房的外上方、外下方、内下方和内上方的顺时针按摸。切不可用于指抓捏乳房，这样常常会得出假的结果。最后检查乳头和乳晕。发现肿块，请医生诊断。

乳腺小叶增生病 多发于 25~40 岁的妇女，其病因与内分泌紊乱可能有关。此病的特点是多发结节，仅数毫米大小，边界不清，肿块或结节活动，典型的在月经来潮前肿块处有胀痛，月经结束后改善。一般不需用药，自查乳房每月一次，如有异常或结节增大，再请医生复查。

乳腺纤维腺瘤 是良性肿瘤，常见于青年妇女，单个，约 1~2 厘米大小，边界清楚，圆形，质地坚韧而光滑，活动度很大，不痛。可予手术切除。

乳腺癌 是中老年妇女中最常见的恶性肿瘤之一，早期手术切除效果很好。初起时乳房内一小肿块，不痛，逐渐增大，肿块边界不清，较坚硬，表面不光滑，此时应作切除活

检化验。肿块继续长大，与皮肤粘着，不能推动，同侧腋窝淋巴结肿大，提示已有转移。需作根治性切除手术，即切除同侧胸壁皮下脂肪组织、肌肉、整个乳腺以及腋窝淋巴结群清扫。近年来开展了改良型根治性手术，即保留胸壁肌肉，切除乳腺组织，同样也清扫腋淋巴结群，手术创伤小，术后胸壁外观畸形减轻，但这种手术只适合于早期和小于3厘米的肿瘤。选用何种手术应听从医生的判断，不要强求美容而放弃了手术的彻底性。手术切除效果好而肯定，不要听信偏方而放弃治愈的机会。有的化疗方案规定间歇用药1~2年，要坚持与医生配合，可以大大降低复发率。在应用化疗药物期间，身体免疫力和抵抗力暂时下降，应在家休息，增加营养，多进食高蛋白食品。手术后2周起患侧上肢作小范围活动，1月后可高抬手臂，作梳头和拉健侧耳朵动作，使上臂活动功能早日恢复。手术侧上臂有时出现肿胀，休息或睡眠时用枕头垫高上臂，以助水肿消退。如术后半年肿胀不退，经医生检查无阳性发现者，可能是淋巴回流不畅或纤维增生致使淋巴、静脉回流障碍的结果，不必担心，继续做高抬上肢的锻炼。

由于乳腺癌的发生与雌激素密切相关，故术后均要口服雌激素受体拮抗剂三苯氧胺药片1~2年。

男性乳腺癌的发病率很低，不到1%，但其恶性程度相对较高，男子发现乳房肿块，更要及时诊治。

男性乳腺肥大症

在男性体内有雄激素和雌激素，但以雄激素占优势，在女性中这一比例恰相反。如病人的睾丸发育异常或有病变，雄

激素分泌量减少；雌激素的活性一般在肝内减灭，如肝功能不好而不能灭活雌激素，后者的水平就相对增高，可使乳腺组织过度发育，如同少女，乳晕四周组织均匀隆起，少数人可有轻胀痛，不能扪及肿块，圆形隆起的组织为男性肥大的乳腺，常发生在一侧。本症的发生与服用某些药物有关，如长期服用雌激素的应停用，有的病因不明。

一般不需治疗，如影响美容的，可手术切除，但要保留乳头。

脐膨出

是一种先天性腹壁发育不全，在脐带周围形成腹壁缺损，腹腔内脏脱出，为罕见的新生儿畸形，属于急症，需立即手术修补，否则死亡率很高。

脐瘘

也称脐尿管未闭，在胚胎期脐尿管脐端与膀胱端相通，在正常情况下应完全闭合，如出生后仍不闭合，脐部经常有尿液漏出，这种情况可持续至成人。需手术切除和修补。

外疝（腹股沟疝、股疝、脐疝）

任何内脏经过体腔壁上的空隙或弱点向外隆起的叫外疝，常见外疝有下列几种：

腹股沟疝 是最常见的外疝，位于大腿内侧与腹壁交界处的腹股沟区，多见于男性，因为胎儿早期辜丸位于腹膜后区，以后经过腹股沟管下降至阴囊内。在下降过程中，腹膜

随睾丸一起进入阴囊内,这一下降和突出的腹膜称鞘状突,出生后很快闭合。如不闭合,婴儿啼哭时有块物(多数为小肠)突出而下降至阴囊,这就是俗称“小肠气”的由来。如果鞘状突闭合,由于腹股管处本身有弱点,到成年时经常咳嗽、便秘或搬重物等使腹内压增高,内脏也逐渐被压出下降至阴囊,内脏下降的行径是斜向的,故称之为斜疝。另一种是发生在老年人的,由于腹壁肌肉萎缩,内脏直接向前方突出,不下降至阴囊,故称之为直疝。

婴儿发生斜疝可暂观察1年,因为部分婴儿的鞘状突延迟在一年内闭合,斜疝就消失了。如不消失,可在上学前手术。成年人的斜疝和直疝,如影响行走和生活,都要手术修补。但要注意,不论婴儿或成人,脱出的内脏(如小肠、大网膜)均可自行回纳,如不能回纳,脱出的内脏被轧住,局部有疼痛,触之疼痛加剧,称嵌顿性,需提前急诊手术,否则脏器血供受压障碍,要发生坏死。

在女性的腹股沟管只有子宫圆韧带通过,内脏在大阴唇外上方隆起,也称斜疝,比男性少见,处理原则与男性斜疝相同。

股疝 在大腿根部即腹股沟区下方有一个狭长的漏斗形间隙,位于股血管的内侧,叫股管。在腹内压增高时,腹腔内脏通过股管在大腿根部前内侧突出一个半球形肿块,如核桃大小,可自行回纳。股疝多见于女性,也需手术修补。股管口较小,容易嵌顿,则需急症手术。

脐疝 婴儿脐带脱落后,脐环就闭合。如未完全闭合,内脏可由此突出称为脐疝,在脐环部有块物隆起。除了嵌顿或

皮肤穿破情况外，在患儿2岁之前不必手术，取一大于脐环的硬币，外包纱布盖住脐环，用绷带固定。如2岁后，脐环不闭合且仍很大，需手术修补。

在老年人或肥胖妇女，腹肌变弱，也可发生脐疝，需手术修补。发生嵌顿，急症手术。

急性腹膜炎

是指腹膜受到化脓性细菌或化学性物质（如胃酸等）污染或刺激所引起的急性炎症，有原发性和继发性两种。原发性腹膜炎是由身体其他部位感染灶的致病菌、经血流或淋巴到达腹腔而引起感染的，如呼吸道感染或慢性肾炎等，多见于儿童、老年人或体力衰弱的病人，先有高热，后有腹痛。继发性腹膜炎是由腹腔内病灶发展而成，如急性阑尾炎、胆囊化脓、胃十二指肠溃疡穿孔等，一般先有腹痛，后范围扩大，出现高热。两种腹膜炎的疼痛多呈持续性，波及全腹。腹部体征均有腹膜刺激征，即手压腹壁可引起疼痛，称为压痛；立即松手后又可引起疼痛，称为反跳痛；腹肌紧张，不能放松，称为腹肌痉挛。压痛、反跳痛和腹肌痉挛是腹膜刺激征的主要症状。全身反应有发热、脉速、恶心、呕吐和口渴等，严重的可有休克和中毒症状。

原发性腹膜炎以抗菌药物治疗为主，继发性腹膜炎采用手术治疗，处理原发病灶和腹腔引流。术后要防止胀气，早日离床活动，以免肠粘连的发生。

先天性肥厚性幽门狭窄

是新生儿的先天性疾病。由于胃幽门肌层高度肥厚引起狭窄,食物通过不畅,多在婴儿出生 2~3 个星期后出现呕吐。先有回奶,逐渐加重,直到喷射性呕吐,故影响婴儿的营养,并有失水。右上腹可摸到肥厚幽门的橄榄形肿块。治疗仅需手术切开幽门肌肉,不必切除幽门或胃。手术简单,疗效极好,且不影响婴儿日后的生长发育。

一种能用抗痉挛药物解除症状的幽门痉挛病,则不需手术治疗。

肠梗阻 (肠套迭、肠扭转)

凡肠道内容物流通发生障碍统称为肠梗阻。有机械原因的,如肠腔内蛔虫或异物堵塞、肠壁肿瘤或炎症造成的狭窄、肠外束带或嵌顿性腹股沟疝造成的压迫等;有动力原因的,如腹膜炎时炎症和毒素抑制肠管蠕动,形成肠梗阻,也称为肠麻痹;有血运原因,如肠系膜血管栓塞,可引起肠功能紊乱和肠壁缺血。

机械性的肠梗阻最常见。腹绞痛、腹胀、呕吐和排便排气停止是完全性肠梗阻的特点。绞痛呈阵发性,伴肠蠕动音增加,程度剧烈,病人有间歇安静期,但片刻后绞痛又起,如此反复不已。高位小肠梗阻时,呕吐胆汁或小肠液;低位小肠梗阻时,呕吐物可呈粪汁样。由于呕吐和大量肠液积聚在扩张的肠腔内,病人可出现失水和电解质紊乱,严重者可发生休克。如经胃肠减压和支持治疗后症状不能好转,应采用

手术治疗。肠曲膨胀严重或肠系膜受压而致肠壁血供障碍时称为肠绞窄，要紧急手术。若不及时手术，肠壁坏死或穿孔，引起腹膜炎及中毒症状，有死亡的危险。故当腹痛性质转为持续性以及出现腹壁压痛要考虑肠绞窄的可能。

肠麻痹由于肠壁无强烈收缩，故不出现肠绞痛，只有腹胀感觉，其他征象相同。不用手术治疗。主要去除原发病因，腹胀气用胃肠减压管吸引和应用促进肠蠕动的药物。

血运原因引起的肠梗阻，来势凶猛，发展迅速，多见于心脏病或腹腔感染的病人，所造成的肠系膜血管栓塞或血栓形成，表现为剧烈腹痛、血性呕吐物或血便，肠曲很快坏死，出现腹膜炎要紧急手术，死亡率很高。

蛔虫性肠梗阻 由多条蛔虫在小肠内扭结成团而引起的机械性肠梗阻。一般采用氧气注入胃肠道驱虫以解除肠梗阻。多见于小儿，有蛔虫史，腹痛发作时可能吐出蛔虫。肠绞窄时仍需手术。

粘连性肠梗阻 是成人中常见的肠梗阻。由于手术后或腹膜炎后肠管与肠管之间或肠管与腹膜之间的粘连，使肠曲扭曲、成角、扭转或束带压迫，产生肠梗阻。按上述机械原因引起者处理。

肠套迭 是一段肠曲套入远端肠腔内所引起的肠梗阻。多见于6个月~1岁的儿童，与饮食改变和肠管强力蠕动有关。患儿阵发性啼哭，呕吐，有果酱样大便，腹右侧有条状肿物，要考肠套迭的可能，钡剂灌肠可以明确诊断。在肛门插入一导管，用空气灌肠回复套迭。若不成功，仍要手术复位，因为套迭部的肠管容易发生绞窄。

成人的肠套迭多呈慢性发作，由息肉或肿瘤引起，均须手术治疗。

肠扭转 是一种典型的肠绞窄，由肠管沿肠系膜为轴扭转而成，有暴食后劳动或因肠粘连束带形成的。发生于中青年的，多为小肠急性扭转，应紧急手术复位。发生于老年的，多为慢性乙状结肠扭转，反复发作，系结肠沿过长的肠系膜旋转而成，须手术治疗。

阑尾炎

阑尾是在盲肠内侧一条细长的盲状肠管，腔内粪便容易滞留和细菌孳生，或因血供障碍而引起阑尾发炎，有急性和慢性两种。

急性阑尾炎 是常见的一种急腹症，可发生于任何年龄，但以青年人发病率最高。先有恶心、中上腹或脐周疼痛；几小时后疼痛转移到右下腹，有低热，右下腹有腹膜刺激征（见“腹膜炎”）。应去医院诊治，否则阑尾化脓或穿孔而引起腹膜炎。有很多病可出现类似的症状和转移性右下腹痛，需请医生鉴别。治疗以阑尾切除术为主，效果好，恢复也快。

慢性阑尾炎 轻度急性阑尾炎经药物治疗后常转为慢性阑尾炎，经常感右下腹隐痛，在饭后行走时加重，有的还可再转成急性阑尾炎。可以手术治疗。

先天性巨结肠

是由于直肠或乙状结肠下端肠壁神经节细胞未正常发育的一种先天性疾病。这段肠管处于经常收缩的状态，形成功

能性狭窄，粪便积聚在狭窄以上的结肠内，长期便秘，结肠扩张成巨大形，这是巨结肠名称的由来。患儿经常便秘，常需灌肠排除粪便。腹部膨胀，严重者似肠梗阻表现。多需手术治疗，切除缺乏神经节细胞的肠管和大部分扩张的结肠，再作肠吻合。一般在小儿6个月左右或更早的时间就可进行手术。

直肠脱垂

俗称脱肛，是指直肠和肛管向肛门外脱出。发生在小儿的，多由于直肠发育缺陷及其周围支持组织薄弱所致，常在咳嗽、腹泻和腹内压增高情况下发作。这时让小儿卧床休息，平卧排便，或用湿毛巾轻轻按压，将脱出的肠段推回。如仍脱出，在推回后用胶布拉拢两臀夹紧固定。

发生在老人的，多系支持直肠的组织松弛和薄弱所致，逐渐发展的要作手术切除或悬吊固定。

结肠和直肠息肉

这是粘膜上隆起的球形病灶，大小不一，小的如米粒大，常多发，见于老年人的增生性息肉，不增大的不必治疗。大的象黄豆或花生，基部有蒂或无蒂；有的表面光滑，象乳头，多数系腺瘤，少数为炎症引起；有的表面呈绒毛状，属绒毛状腺瘤，有癌变可能，必须切除。息肉可发生在任何年龄，儿童也多见。息肉的主要表现为大便带血或粘液，需要作钡剂灌肠或纤维结肠镜检查，后者可作病理检查，小的息肉还可在检查同时用电灼、激光或微波摘除。上述检查可以明确息

肉的部位、大小、形态及其数目，对医生决定治疗方案很有帮助。位于直肠低位的息肉在直肠手指检查时可以摸到，或在排便时自肛门口脱出，处理方便。

有一种遗传性腺瘤病，同家族中有多人患此种病，息肉满布全部结肠，病人由于经常便血而致营养不良和贫血貌，几乎迟早要发生恶变，故要切除病灶肠段甚或全部结肠。

增生性息肉和炎性息肉不会恶变，腺瘤性息肉少数会恶变，其中绒毛状的容易恶变，故后两者要认真处理。

肛裂

是肛管皮肤受干硬粪便损伤引起的裂口，可因反复感染形成不易愈合的慢性溃疡；多位于肛管的后正中处，因该处是最易受压裂开的部位。肛裂一般为单个，溃疡呈梭形或椭圆形，因反复感染在其外侧出现一个赘状皮块，称为“前哨痔”，在肛门口可以看到。其主要症状是在排便时肛裂处有剧烈疼痛，便后疼痛可持续一些时间，便纸上可见一些鲜血，病人常因疼痛害怕排便而致便秘。

治疗当以通便软化粪便为主，每晚服石蜡油 10 毫升，用 0.1% 高锰酸钾温热水肛门坐浴，一天 2~3 次，每次 15~20 分钟。医生可根据具体情况用 20% 硝酸银溶液涂抹溃疡、手指扩肛或肛裂切除术治疗。便秘不解决，肛裂可复发，故应常食新鲜蔬菜和水果。

肛旁脓肿

又称肛管周围脓肿，肠内细菌引起肛隐窝（肛管和直肠

交界处的凹陷窝组织) 发炎, 感染沿淋巴侵犯直肠和肛管周围组织, 形成脓肿。

深部脓肿局部症状不太明显, 但发热等全身反应严重。浅部脓肿在肛门旁有硬结, 红肿和疼痛。在感染早期, 保持大便通畅, 用 0.1% 高锰酸钾温热溶液肛门坐浴。或在硬结时作热敷, 服用抗菌药物。硬结液化形成脓肿后, 切开排脓, 每天换药, 引流要畅, 以防肛瘘的形成。

肛瘘

是指肛旁的瘻管, 外口在肛门口旁, 内口与直肠或肛管相通, 常是肛旁脓肿不愈的结果。外口流出少量黄水, 有时暂时闭合, 但感局部胀痛, 溃破后又流黄水, 反反复复, 不能愈合。治疗有中医挂线疗法和手术切除瘻管两种, 各有优缺点。高位瘻管 (指内口在直肠高处) 和左右两侧瘻管 (外口两个或更多, 分布在肛旁两侧) 要分两次手术, 以防切断括约肌而致大便失禁。如低位和单侧瘻管一次手术就可收效。在伤口未全部愈合时, 用 0.1% 高锰酸钾温热溶液肛门坐浴, 每天 2~3 次 (包括便后)。

痔

肛管直肠部有痔静脉丛, 分为直肠上静脉丛和直肠下静脉丛两组, 前者位于直肠粘膜下, 后者位于肛管皮下, 静脉曲张后分别称为内痔和外痔, 如同时有内痔和外痔连成一体则称为混合痔。隆起的静脉团就称为痔核。痔的发生与腹内压增高、便秘和排便用力屏气等有关。

内痔可有 1~3 个痔核，多至在直肠环成一圈，称为花圈痔。大的可在排便后脱出肛门外，自行回纳。主要症状为便血，即在排便时滴血，色鲜红，少的数毫升，多的可呈喷射状达百余毫升。长期便血可引起贫血。鲜血不与粪便相混，是其特点，但需请医生作一次直肠手指检查和直肠镜检查，以明确诊断和排除其他疾病引起的便血。内痔治疗有中医枯痔疗法、鱼肝油酸钠或酚甘油硬化剂注射、微波治疗和手术切除等方法。如内痔脱出肛门外被嵌顿不能回纳，时间久了血供障碍可以引起绞窄坏死，可在局部麻醉下推回痔核。

外痔容易引起感染，在肛门出现一个肿块，有水肿，触之疼痛，可外用消痔膏和用 0.1% 高锰酸钾温热溶液肛门坐浴，每天 2~3 次，每次 15~20 分钟。炎症消退后常遗留一个皮垂，如有瘙痒时可在门诊手术切除。当外痔静脉内有血栓形成时，外痔肿胀，疼痛严重，直至坐立不安和不能入睡。痔核呈紫色，可摸到发硬的血块，在局麻下切开取出血栓，疼痛即可缓解，仍需继续用 0.1% 高锰酸钾温热溶液坐浴。外痔不能用枯痔疗法和硬化剂注射，因外痔复盖的皮肤神经敏感，可引起剧痛，甚至皮肤坏死。

胆囊炎和胆囊结石

结石是胆固醇过多沉积而成的，胆囊结石与胆囊炎常同时存在，可互为因果，但也可单独发生。急性胆囊炎时可突发右上腹痛，疼痛呈持续性，并可放射到右肩背部，伴恶心、呕吐和发热，油腻饮食可诱发。如伴有结石嵌在胆囊颈部，疼痛呈阵发性绞痛，剧痛难忍。右上腹有压痛和反跳痛，严重

的有肌痉挛（见“腹膜炎”节），白细胞计数增高。先用抗生素和解痉药治疗，无效或病情发展严重要早期手术，以免胆囊坏疽或穿孔引起腹膜炎。

急性胆囊炎可转为慢性胆囊炎，病人主诉右上腹隐痛或饱胀、暖气或消化不良症状。B超可诊断，单纯慢性胆囊炎症状不严重或无急性复发者以药物治疗为主，可服利胆片等，抗生素治疗无效。要少食油腻食品，以免发生餐后不消化和中上腹闷胀不适。

症状明显或伴胆囊结石者以胆囊切除治疗为首选。因为胆囊经常发炎，功能遭受损害，最终必然发生胆囊结石，结石大而数目多，中药等排石方法效果不理想，胆囊切除术是一种安全的手术，术后对营养吸收影响不大。胆囊切除术后，病人不宜多吃油腻食物，如肥肉、蹄膀等，一般的精肉、肉丝仍可吃，鸡蛋不忌。提倡多食蔬菜和水果，少食荤菜，这不但有利于防止胆石症的发生，也有利于减少高血压、动脉粥样硬化、心脏病和结肠癌的发病。

如遇饱食后不适，可服胆酸钠 2~4 片，有助于脂肪的消化。

近期开展的腹腔镜胆囊切除手术，它有术后疼痛少和恢复快的优点，但不适于年迈、心脏病、过度肥胖以及胆囊周围有严重粘连的病人。化脓性胆囊炎时也不适用。

胆管炎和胆管结石

与上述胆囊炎一样，胆管炎常与胆管结石同时存在，互为因果，也可单独发生。胆管结石来自胆囊内结石落入，或

因胆管感染导致胆色素沉积而成。发生急性胆管炎和胆管结石时出现中上腹痛、发热和黄疸三大特征，中上腹有压痛。中药排石和抗生素治疗有效。若无改善，甚至出现高热、脉速和血压下降情况，黄疸加深，即所谓化脓性梗阻性胆管炎时，要立即手术，切开胆总管以减压和引流，否则出现中毒性休克，死亡率很高。

胆囊息肉症

自开展 B 超扫描检查以来，此病的检出率大大提高，胆囊息肉症已不是少见的疾病。病人常无症状，或仅感右上腹不适、隐痛和消化不良症状。息肉有炎性、胆固醇性（小而多发）和腺瘤性三种。如症状明显，B 超扫描显示息肉不断增大，或直径超过 1 厘米者宜手术切除胆囊，因少数腺瘤性息肉有恶变的可能，可每年作 B 超随访检查一次。忌油腻饮食。

胆囊切除术后的注意事项参见 273 页“胆囊炎和胆囊结石”。

胆道蛔虫症

是由肠道内蛔虫钻进胆管引起的一种急腹症。起病突然，病人感中上腹剧烈绞痛，坐立不安，喊叫不停。疼痛有钻顶感，缓解期短，病人有片刻安静，但很快绞痛又起，如此反复发作不已；这是由于蛔虫钻动时胆道括约肌痉挛所致。如蛔虫退出胆管或在胆管内死亡，疼痛才消失。中上腹轻微压痛，没有发热和黄疸，除非蛔虫阻塞胆管和并发感染时；这是与胆管炎和胆石症的主要区别点。

在胆管内的虫卵或死蛔虫可以是胆石形成的核心。少数蛔虫钻入肝内胆管可伴发肝脓肿。

防治蛔虫病是根本。发作时用驱虫药，中药乌梅丸或乌梅汤有效。如伴发胆管炎和黄疸加深时，需要手术切开胆管取出蛔虫。

血栓闭塞性脉管炎（动脉粥样硬化性闭塞）

是四肢中小型动静脉的慢性炎症病变，尤多见于下肢，最终发生动脉腔内血栓闭塞。病人以青壮年男性多见。病因不明，寒冷和吸烟可加重病情。

初起时累及一侧下肢，有动脉痉挛，血供减少，使肢端冷麻、皮肤变白，行走一段时间后感小腿肚胀痛，被迫休息一会才能继续行走，称之为间歇性跛行。病情逐渐发展，血管壁增厚，腔内有血栓形成，血流完全阻塞，致使患肢动脉搏动消失，出现缺血表现，趾端发黑、坏疽或溃疡形成，故中医称本病为脱疽。患肢疼痛持续且剧烈，病人常抱膝日夜坐在床上，难以入眠。

治疗用中医活血化瘀治则。早期用妥拉苏林、烟酸、盐酸罂粟碱药物可缓解血管痉挛。某些病例经血管造影选择后可采用闭塞动脉内膜切除、带血管蒂大网膜移植或动静脉转流术。发生坏疽时，只能行截趾术。病人绝对禁烟，因烟碱加重血管收缩。注意患肢保暖，不穿坚硬鞋袜。患肢应进行锻炼，即病人平卧，先抬高患肢45°以上，维持1~2分钟，再放在床边下垂2~3分钟，然后放置水平位2分钟，活动足部，如此反复上述锻炼20分钟，每天3~4次，以促进侧支循环

的建立。

另有类似表现的病变为动脉粥样硬化性闭塞，这是一种老年人疾病，是由于动脉粥样斑块或继发血栓阻塞动脉的结果。病人的血胆固醇、甘油三脂和脂蛋白都高于正常，有的还患有糖尿病。临床表现和治疗基本相似，但需加用降血脂药。

动脉栓塞

起病急，多发生在心脏病病人，心脏内血栓脱落进入动脉，也可见于动脉粥样硬化病人。患肢有缺血表现，即持续性剧痛，皮肤苍白而发冷，栓塞远端的动脉搏动减弱或消失。超声波血流仪可以判断动脉血流通畅程度和栓塞部位。紧急手术切开动脉取出栓子，可以恢复肢体血流，保存肢体。延缓抢救必然造成残废。

送医院以前，将患肢放置约低于心脏平面 15 度的位置，有利于血流进入肢体。局部不可用热敷，因其会加重缺血缺氧组织的损伤。

动脉瘤

分真性和假性两种，真性动脉瘤由动脉粥样硬化使动脉壁薄弱而呈囊状扩张，好发于胸、腹主动脉；假性动脉瘤由枪弹伤、刺伤损伤动脉壁后血液外流被包裹而形成的肿块。动脉瘤形成的肿块有搏动性，手指按在肿块表面可感到震动。较大的动脉瘤可压迫邻近的神经，引起麻木或疼痛。剧烈疼痛提示动脉瘤趋向破裂的预兆。要听从医生的劝导，如动脉瘤

有长大趋势，特别在胸腹部，一旦破裂引起大出血，给救治工作带来措手不及的困难。

动静脉瘘

有先天性和后天性两种，后天的动静脉瘘多系枪弹或刀刺贯通平行的动静脉所致。

动脉与静脉各有瘘口相通，动脉血流大部流入静脉近端回到心脏，增加心脏负担，而动脉血流进入远端动脉明显减少，严重者因供血不足而引起手指或足趾坏死。瘘口大的，大量血液抄近路直接由静脉回入心脏，使心脏扩大，严重时发生心力衰竭。在动静脉的瘘口处可闻及机器样隆隆声。要手术修补瘘口，或结扎、切除和血管移植。

下肢静脉曲张（慢性小腿溃疡）

下肢静脉有深浅两组，深的在肌肉中行走，浅的就在皮下。浅组有大隐静脉和小隐静脉两根，都汇入深静脉。大隐静脉行走于大、小腿的内侧，而小隐静脉只行走于小腿的后外侧。由于先天性静脉壁薄弱，或因后天性长期负重或站立工作使静脉内血液郁积，压力增高，逐渐使下肢浅静脉扩张、伸长和弯曲，在小腿的内侧或后外侧可看到青紫色扭曲扩张的静脉，分别称之为大隐静脉或小隐静脉曲张。原具有防止血液倒流的静脉瓣膜受到损害，血液更易郁积在小腿下部，局部出现水肿，皮肤有营养性改变和色素沉着，最后出现皮肤硬结、湿疹和溃疡。

下肢静脉曲张可无症状，应避免久站不动，绑弹力绷带

或穿弹力长袜以压迫浅静脉，使其不再继续扩张。有的病人站立较久后感觉小腿沉重发胀，或出现皮肤湿疹，或出现慢性小腿溃疡，必须手术高位结扎和剥脱曲张静脉，上述症状可以消失，湿疹好转，溃疡愈合。有两点必须注意：第一，深静脉必须通畅，如有阻塞，浅静脉曲张是一个代偿性表现，不能结扎和剥脱浅静脉。二是要排除其他原因引起的慢性小腿溃疡，如癌性溃疡和疤痕处营养不良引起的溃疡。

浅静脉结扎和剥脱后，行走时继续用弹性绷带绑小腿，以防下肢水肿，一般在3~6个月后即可代偿，不再需绑腿。

妊娠时出现的下肢静脉曲张不必手术，有症状时可用绑腿，生产后即自消失。

静脉血栓形成

是指静脉内有血栓，由于静脉血流缓慢、静脉内膜损伤和血液浓缩而使血液凝固所致。多见于小腿深静脉，无发热，但小腿水肿、小腿肚有压痛，血栓容易脱落，随血流进入肺血管而引起肺栓塞，出现气急，严重的甚至死亡，故要提高警惕。病人必须绝对卧床，患肢抬高，用双香豆素和华法令钠等抗凝血药物。发病时间不超过72小时的，可用尿激酶以溶解血栓。

预防为主，长期卧床的病人，鼓励在床上作下肢，尤其是足踝部伸屈活动，避免在小腿下垫枕头以影响小腿深静脉回流。

另一种称血栓性静脉炎的，多发生在浅静脉，常发生在静脉输液后，局部有红、肿、痛、热急性感染表现，这种血

栓不会脱落，只要按感染处理即可。

器官移植

人体一个具有重要功能的器官，一旦受损且其功能已全丧失而又不能用其他方法替代时，为了挽救其生命，可将死者的器官进行移植，即切除病人的受损器官，将移植器官的血管与病人中的血管接通，移植器官的血供恢复，发挥应有的功能得以维持病人的生命；这就是器官移植的目的。从技术上这些移植手术操作已基本过关，但是还存在着下列问题：

(1) 器官的来源问题：尸体器官的来源不多，这里有传统观念和社会影响。如供体死亡时间过长，器官功能会受到损害；这种器官移植后存活的机会不高，所发挥的功能也不正常。最好是病人的呼吸和心跳刚停止，就取下器官作移植，缺血时间短，成功率高和功能好。但这种脑死亡的条件在我国法律上尚未通过。(2) 移植器官的选择：动物器官的移植称为异种移植，临床上尚未成功。现在我们应用的同种异体移植，虽是同种人类，要进行 ABO 血型抗原和白细胞抗原的检查和配型，同型的排斥反应少。(3) 排斥反应：这是最大的问题。由于受体（接受器官移植的病人）组织本身的细胞有特异性抗原，他人的器官植入后，受体即产生排斥反应。最终使移植失败，不得不去除移植的器官。为了减少排斥反应，需长期使用免疫抑制药物，如环孢霉素 A、硫唑嘌呤、肾上腺皮质类固醇、抗淋巴细胞球蛋白和环磷酰胺等。病人抵抗力低下，要防止外来的感染。

国内肝、肾移植开始较早，特别是肾移植数已达数万例，

效果较好，心、肺和肠移植正在开展中。近年又开展胰岛细胞移植，尚在总结经验中。

(张延龄)

第十节 骨科疾病

骨折

骨折是常见的损伤之一。骨组织的连续性中断即为骨折。儿童骨骼没有完全发育成熟，其骨骺滑脱也称骨折。大多数骨折都是由于撞击、跌倒、坠落等机械暴力作用所致。个别骨折的主要原因是由于骨组织本身破坏或脆性增加，仅需轻微外力就可造成骨折，称病理性骨折，如老年人骨质疏松症、骨肿瘤等。一般情况下，骨折后局部可产生明显症状，如疼痛、肿胀，受伤肢体不敢作主动活动；严重者可出现异常活动和骨折断端的骨擦音。严重的骨折可使骨质外露，污染严重，必须尽快送医院进行外科治疗。由于身体许多部位的骨折还可以同时造成血管和神经的损伤，若延误抢救治疗的时机可能造成残废甚至不得不截肢。因此，一旦外伤之后出现肢体肿胀、疼痛和活动障碍，应及时去医院检查。

下面介绍骨折处理后的一些情况：

石膏绷带及小夹板包扎后的注意事项 (1) 固定后，患肢必须抬高，以减轻肿胀，尤其在伤后 3~5 天内更要注意，待肿胀消退后肿体方可自由活动；(2) 如手指或足趾肿胀明显、疼痛剧烈、颜色变紫、变白、变青、感觉麻木和运动障

表 2-3 常见闭合骨折的治疗方法和骨折愈合时间

骨折名称	常用治疗方法	成人愈合时间 (周)	儿童愈合时间 (周)
锁骨骨折	“8”字绷带	4~6	3~4
肱骨外科颈骨折	手法复位, 外固定或切开复位, 内固定	4~6	3~4
肱骨干骨折	手法复位, 小夹板固定, 开放复位内固定	4~8	4~6
肱骨髁上骨折	手法复位, 石膏固定, 开放复位内固定	3~5	4
尺、桡骨骨干骨折	手法复法, 外固定或切开复位	8~10	4~6
尺骨鹰嘴骨折	手法复位, 外固定或切开复位	6~8	4~6
桡骨下端骨折	手法复位, 外固定	4~6	4
腕舟状骨骨折	石膏固定	10~12	
掌、指骨骨折	手法复位, 外固定或切开复位	4~6	4~5
胸、腰椎压缩骨折	复位石膏背心, 背肌锻炼, 开放复位内固定	8~12	
股骨颈骨折	骨固定或关节置换	视具体情况而定	
股骨干骨折	持续牵引加外固定, 开放复位固定	10~12	6~8
髌骨骨折	切开复位, 钢丝内固定加外固定	4~6	4~5
胫、腓骨骨干骨折	持续牵引加外固定、开放复位内固定	10~12	6~8
踝部骨折	手法复位加外固定或切开复位	6~8	4~6
跗、趾骨折	手法复位加外固定或切开复位	6~8	4~6

碍时, 不管白天黑夜都应即去医院急诊, 切勿延误时间, 以免造成不可挽救的残废; (3) 石膏绷带如有不适、或固定不

牢、石膏变软、断裂、切勿随意挖拆破坏，应到医院检查；
(4) 石膏绷带固定后，不可随意往石膏内填物及搔痒，以防异物进入造成压迫；(5) 如捆小夹板时，布带应保持可上下移动 1 厘米为度，如过紧、过松或夹板滑动时，应及时到医院检查。

骨折治疗方法和愈合时间 骨折愈合时间因年龄和骨折部位不同、影响因素差异有较大区别。

骨折病人饮食 骨折经处理后，通常不需要特殊饮食，但由于创伤造成人体损害，宜适当补充些蛋白质和维生素。一些严重骨折病人，可增加些富有蛋白质、脂肪等的食物，但必须根据病人需要而定，不可随意增加并不需要的营养，防止骨折愈合后体重剧增，而影响康复。

功能训练 骨折经治疗后，应早期进行功能训练。功能训练务必在医生指导下进行，且不可随意操练，以免造成不良后果。(1) 非损伤肢体的功能训练：当骨折经治疗后即开始作功能训练，如左上肢骨折复位或手术后，右上肢、双下肢即开始活动，包括离床活动；(2) 损伤肢体的功能训练：在医生指导下进行，循序渐进，活动幅度由小到大。例如上肢骨折，除被固定的关节不可活动外，未固定的关节均应作生理范围的运动。这点十分重要，尤其肩关节持续 3~4 周不作运动，关节运动功能将受到很大影响。

锁骨骨折

锁骨骨折多见于儿童，多为间接暴力所致。如摔倒时手或肘部着地。因为锁骨位置表浅，所以骨折后容易诊断。幼

儿多为青枝骨折，且皮下脂肪丰满，畸形不显著，容易忽略。由于疼痛可造成同侧胸锁乳突肌痉挛，患儿颌部转向健侧。发现伤后头部偏斜时，应怀疑同侧锁骨骨折可能，并去医院检查。大多数锁骨骨折以非手术疗法治疗，不必强求严格对位，只要与健侧等长，无上下成角畸形，就能得到满意的效果，不必担心留下后遗症。目前多采用“∞”字石膏或双圈固定法。固定后如病人两手及两前臂麻木，表示固定过紧，使神经血管受压，应当及时找医生放松石膏或双圈。

肱骨上端骨折

肱骨上端骨折包括肱骨外科颈骨折和解剖颈骨折。儿童可发生骨骺分离。肱骨外科颈骨折分为裂隙骨折、外展型骨折及内收型骨折。复位固定后，外展型骨折禁忌外展活动；内收型骨折禁忌内收活动。无论采取何种治疗方法，病人都应作早期功能锻炼，否则易并发肩关节僵硬。

肱骨干骨折

发生在肱骨外科颈以下1~2厘米至肱骨髁上2厘米之间的骨折，称肱骨干骨折。多见于成人。肱骨干骨折多有移位。发生于中下段骨折常合并有桡神经损伤，如不及时处理后果严重。诊断明确后，可采用多种方法复位和固定。如三角巾悬吊，各种功能支架、石膏夹板固定法等。个别需手术复位。病人经复位固定后，应定期去医院复查，以确定骨折对位情况，如有移位或成角，可得到早期处理。有时小夹板或石膏绑扎过紧，病人可有麻木、疼痛和骨折远端肿胀，此

时应立即去医院急诊处理，切莫延误时机。大多数肱骨干骨折能迅速愈合。早期积极功能锻炼对骨折愈合有重要作用。

肱骨髁上骨折

肱骨髁上骨折多见于 10 岁以下的儿童。根据肘关节的状态，可分为伸直型、屈曲型和粉碎型骨折。伸直型骨折最多，占 90% 以上，屈曲型最少。伸直型骨折时，近骨折端可能刺伤前方的正中神经和肱动脉。有时也可损伤尺神经和桡神经。病人骨折后，肘部肿胀、活动困难。伤后应首先用最简易的方法暂时固定，如用木板、围巾等，以防止进一步损伤。只要早期能够得到处理，多不需手术。可采用夹板固定或石膏固定。有些病人同时合并有神经和血管损伤，应听从医生劝告进行手术探查复位。有时由于损伤时间长，骨折处肿胀严重，不能立即复位和固定，需先行悬吊牵引或尺骨鹰嘴牵引，待肿胀消退后再作进一步处理。病人不能急于求成，盼望一次成功。尤其需要警惕的是，儿童极易因夹板或石膏绑扎过紧使肱动脉受压，产生前臂肌肉缺血，而对缺血的早期症状如疼痛、麻木等又常诉说不清，不易早期发现，常发展成严重缺血性肌挛缩导致残废。

用小夹板的病人在最初 1 周左右，肿胀未消退前应经常去医院检查。

肱骨髁上骨折后期常见并发症是肘内翻，原因较多，如畸形明显，可去医院做截骨手术矫正。

前臂骨折

前臂由尺、桡骨组成。前臂的主要功能是旋转。前臂可发生尺骨干骨折和桡骨干骨折，有时两骨同时骨折，且最常见，多发于青少年。损伤后通过拍X片诊断比较容易。

尺桡骨双骨折，前臂肌肉丰富，两骨同时骨折后，前臂肿胀、疼痛、不能活动，有时可见缩短。诊断明确后可用手法复位，小夹板固定或石膏固定。初次处理后，应听从医生的劝告，等肿胀消退之后及时复查对位情况，并调整夹板松紧度或更换石膏。前臂骨折有时复位困难，复位后也很容易移位，病人不可抱侥幸心理。要防止骨折再移位，关键在于遵照医嘱，及时复查。前臂的功能很重要，当手法复位失败时，应当接受手术治疗。不论采取何种治疗方法，在固定期间应根据复位后的稳定程度，在医生的指导下，作各种方向的肩肘活动。去掉外固定后，作前臂的旋转活动。

孟氏骨折 即尺骨上1/3骨折合并桡骨头脱位，共有四种类型。其共同特点是前臂畸形，肘部肿胀、疼痛，压痛局限于尺骨骨折处及桡骨头，有时可摸到脱位的桡骨头。有时可同时合并桡神经分支损伤，产生暂时性腕下垂，大多数可自行恢复。有时伤后桡骨头可自动复位。因此，病人应尽可能详细地将受伤时情况告诉医生，并说明疼痛部位以防漏诊。各型骨折有不同的复位固定方法，病人应按医嘱早期锻炼。有些病人需行手术复位。

柯雷骨折和史密斯骨折 均发生于桡骨下段约2.5cm处。前者常发生于腕背屈手掌撑地时，骨折后手腕部产生

“餐叉”样畸形。老年人骨质疏松，跌倒后很容易发生此类骨折，骨折常粉碎并影响关节面。这两类骨折经拍X线片后诊断并不难，多采用手法复位石膏外固定。肿胀消退后骨折有可能移位，应按医嘱定时复查并更换石膏。

股骨颈骨折

股骨颈即股骨干与股骨头交界部位。股骨颈骨折相当常见。在本世纪以前，由于治疗仅以卧床为主，病人往往死于心、肺或泌尿系感染等并发症。老年人行走跌倒时极易发生股骨颈骨折。骨折后，多数病人髋部疼痛，不能行走，伤侧下肢缩短。有些老年人，受伤时情况很不清楚，伤后无明显移位，仍能继续步行，仅有局部疼痛，不易引起病人足够重视，以至发展成移位骨折。原则上，老年人跌倒后髋部有疼痛者，均应去医院作必要的检查以排除骨折。

股骨颈骨折并发症较多，不愈合以及股骨头缺血性坏死的发生率较高。医生的治疗主要建立在对预后判断的基础上，也即对上述两种后遗症的估计上。无移位的稳定的骨折可以保守治疗，多数以手术为主。手术内固定方法较多，应根据具体情况由医生实施。有的病人需行人工股骨头置换术。年龄较大的病人可以考虑行此手术，因其近期疗效较好。行股骨头置换手术的病人，术后早期不可盘腿，不可负重不可侧卧，以防脱位，应遵医嘱早期维持牵引。早期功能锻炼以不负重活动髋关节为主，应获得医生同意后才可进行负重训练。定期复查愈合情况有利于指导锻炼计划。

股骨干骨折

股骨是人体最长的管状骨,其周围有强大的肌群包绕,血液供应丰富,对骨折愈合十分有利。但由于肌群作用不平衡,以及杠杆很长,骨折后很易移位,复位后维持位置困难。使股骨干发生骨折的暴力较大,病人所受的创伤较重。有时可能合并其他损伤,休克发生率高。在抢救现场,应放平病人,伤肢用木板、木棍等作简易固定,搬动时切勿粗暴活动患肢,以防加重损伤或加重休克。

大多数骨折需用接骨板或髓内针内固定。骨折发生不愈合的机会很少。但骨折所造成的股四头肌粘连或关节内及周围粘连引起的膝关节伸屈障碍较多见。因此提倡动静结合,固定期间多做股四头肌锻炼,弃固定后在医生指导下积极进行膝关节活动。

髌骨骨折

髌骨是人体最大的籽骨,在膝关节生理运动中起到传导并增强股四头肌作用力,维持膝关节稳定,合理分布股骨压应力的作用。髌骨受到直接撞击或暴力牵拉时可发生横断、粉碎、纵行以及上、下极撕脱骨折。病人有明确外伤史,伤后膝前方肿胀、压痛。无论采取何种方法,应早期锻炼股四头肌,在可能条件下,早期练习膝关节伸屈活动,尽量减少肌萎缩,并减少关节内粘连。

胫腓骨骨折

小腿骨骼由胫、腓骨组成。胫腓骨骨折发生率高，占各部位骨折之首。其特点是开放性骨折多，合并症多。在所有小腿骨折中，胫腓骨双骨折最常见。

开放性骨折均必须立即住院治疗。有时由于软组织损伤或污染严重，愈合时间较长、加之胫骨下三分之一骨折，本身因血运原因愈合较慢。病人在治疗期间应多作床上活动，自我按摩下肢皮肤，主动活动足趾和股四头肌。近年采用外固定支架治疗胫腓骨骨折。接受此项治疗的病人可缩短住院时间，加快骨折愈合。但必须注意定期复查，并避免针孔污染。

闭合性骨折接受手术复位、石膏或小夹板外固定的病人，早期应抬高患肢以减少肢体肿胀。如有过紧或异常疼痛或足趾发凉时，应立即汇报医生，防止筋膜室综合征等并发症的出现。

踝部骨折

人体在站立、行走和转动等各种运动中，都需要踝关节参与。在运动中，踝关节稳定性的维持主要依靠内、外踝以及关节周围的韧带及关节囊。踝部的骨折常在运动中发生。当损伤严重时，踝部肿胀、疼痛、不能活动，容易诊断。当损伤轻微，踝部仅有局限性肿胀，易使伤者认为伤筋，延误治疗时间。尤其是骨骼未发育成熟的儿童，容易漏诊。

踝部骨折常合并韧带的撕裂，局部肿胀也较明显。由于踝关节是负重关节，复位要求较好。手法复位、石膏外固定

后，早期应抬高患肢以消肿，肿胀消退后骨折容易移位，故伤后1周内应遵医嘱及时去医院拍片复查。很多踝部骨折需手术才能获得满意的复位和固定，此时应配合医生，争取及时手术。去石膏后应及时活动踝关节，防止创伤性关节炎的发生。但不可过早下地，下地行走必须得到医生的允许后才能进行。

脊柱骨折

脊柱包括7节颈椎、12节胸椎、5节腰椎和骶尾骨。习惯上将颈、胸、腰段的骨折称为脊柱骨折。脊柱的骨折是一种常见的严重骨折。从高处坠落或车祸等事故中经常发生脊柱损伤。很多脊柱骨折合并脊髓神经损伤，伤后患者肢体不能活动，或有感觉障碍。脊髓损伤是脊柱骨折最常见、最严重的合并伤之一。因此，在搬运颈椎损伤病人时，要一人在头前用两手托住病人下颌，略施牵引。或用绷带临时做成颌枕牵引带略施牵引，移上担架后，病人应仰卧、在肩背部垫一薄枕，使颈部略伸展。两侧再用枕或沙袋固定。也可将较厚的上衣铺开，自下向上横向折叠，然后将折叠的衣物置颈前，两袖反系于颈后，固定头颈部。抢救现场切莫胡乱搬动病人，否则有可能加重脊髓的损伤从而使瘫痪加重。胸、腰椎骨折的病人同样需注意搬运恰当。搬运时，应使病人的胸腰脊柱保持伸展，不得扭转或屈曲。昏迷及有呕吐的病人，应取俯卧位，以免呕吐物吸入肺内。

颈椎骨折损伤后，早期多需行各种形式的颈椎牵引，此会给病人带来不适。但牵引对骨折的复位和维持稳定有极重

要的意义。应说服病人耐心配合治疗。

单纯的胸腰椎椎体骨折，主要表现为腰背部疼痛，腰背肌痉挛，不能坐起及起立，翻身困难。有些病人可有腹胀、腹痛及便秘。一般诊断不难。传统的治疗方法是在局部麻醉下行早期快速过伸复位，石膏背心固定，进行背伸肌锻炼。常用的有椅背法和二踝悬吊复位法。石膏背心大约固定3~4个月。在此期间必须每天坚持腰背肌锻炼，不可稍有放松。

严重的脊柱骨折合并截瘫，即使手术也无法恢复肢体的活动功能。此类病人下肢不能活动，大小便不能自理。回家康复期间应注意定时翻身拍背，按摩骶尾部皮肤，以防压烂形成褥疮。骶尾部可垫放气圈。高位截瘫更应注意拍背排痰，以防肺炎的形成。有望逐步恢复的病人，除每天定期按摩皮肤外，还应被动活动各个关节，防止关节僵硬。应鼓励病人多作床上活动，尽最大可能恢复残余的功能。

骨盆骨折

骨盆分前、后两部分。骨盆后部的主要功能是支持体重。骨盆损伤最常见原因为侧方或前后方挤压伤、直接暴力伤、有时可因肌肉强烈收缩引起。

骨盆呈环状，无损于骨盆环完整性的骨折或骨盆环一处骨折移位不显著者，除尾骨脱位需作肛内指压复位外，其余仅靠休息即可恢复，伤后卧床休息3周。骨盆环两处以上断裂的骨折属于不稳定性骨折，病人不能起坐或翻身，下肢活动困难，应住院治疗。

骨盆骨折常可引起严重并发症，且其后果常比骨折本身

更为严重。常见的有腹膜后血肿，大血管损伤致出血性休克。骨盆耻骨枝骨折时，骨折断端可刺破膀胱，在膀胱胀满时尤易发生。病人可有尿痛、尿道出血、排尿障碍、膀胱胀满和会阴部血肿。有时尿液外渗可随会阴浅筋膜蔓延至阴茎、阴囊和前腹壁。直肠损伤时可有肛门滴血，可引起直肠周围感染或腹膜炎。偶可损伤骶丛神经影响排便。

一旦发生严重的不稳定性骨折或发生合并症，均需住院进行专科处理。住院治疗多采用悬吊复位和下肢牵引。牵引期间应在床上作股四头肌舒缩活动。4周后拆除牵引，应卧床作髋、膝关节活动。6周后，扶拐行走，但患侧下肢不负重。12周后逐渐锻炼负重行走。

关节内骨折

发生在关节腔内或骨折线波及到关节面者称为关节内骨折。由于关节的功能在于肢体运动，因此骨折后任何微细的移位都可能影响关节的功能。关节内骨折后要求尽可能准确复位，准确的复位可以防止进一步机械损伤，减少或避免创伤性关节炎。

无移位的关节内骨折经石膏制动后，应早期活动，减少关节内粘连。有移位的关节内骨折，应遵医嘱行手术复位固定，术后早期功能活动。下肢关节内骨折，早期扶拐作患肢不承重的活动，负重活动需在医生指导下进行。需特别指出的是，关节内骨折，即使对位十分理想，但若缺乏有效的功能锻炼，功能恢复仍可能不很理想。早期活动时，往往有疼痛和不适，应增强信心，循序渐进地进行。

骨骺部位的损伤

儿童的骨骼系统处于发育时期，具有某些生长中的特点和担任生长功能的结构。年龄愈小，骨骼愈不成熟，生长潜能就愈大。骨骺是骨骼生长发育的主要功能结构。在儿童至成人这一段时间内，骨骼生长的速度是不均匀的。有两个快速生长时期，一个在出生至3岁期间；另一个在青春期，女孩一般在11~13岁，男孩在12~14岁。骨骺板的生长带是直接进行纵向和横向生长的结构，如果损伤，将使生长停止，日后产生肢体不等长畸形。如果骺板的某一部分损伤，则该部位生长停止，日后其他部位仍继续生长，从而产生不对称生长或成角畸形。

儿童骨骺损伤的诊断比较困难。因为儿童的病史往往不够清楚，特别是年幼儿童。父母应尽可能详细地提供受伤时情况。同时有些儿童在检查时因为惧怕和疼痛，不能很好地合作，使医生难以获得满意的检查结果。有些儿童害怕要“开刀”或“打针”而在有较轻疼痛时勉强佯称“不痛”，家长应耐心说服，以配合医生仔细检查。

有时早期X线片无法确定有无骨骺损伤，需观察一段时间后再次摄片才能发现。一旦怀疑骨骺损伤，应按医生要求，定时复查。

骨骺损伤处理后，因儿童好动，容易损伤外固定物，固定也容易松动。伤后5~10天肿胀消退，疼痛好转后，应及时复查。

儿童骨骺损伤后易产生生长过早停止、过度生长或畸形

生长，一旦发生，应去医院治疗以尽早矫正。

关节脱位

由于各种原因使关节面之间失去正常连属关系称为关节脱位。关节脱位分为全脱位和半脱位两种。关节脱位不仅是两骨之间的关系失常，同时还有关节软骨、滑膜、关节囊、韧带和肌肉等组织的损伤或破裂。脱位后，关节内发生血肿。若整复不及时，血肿将机化，关节内粘连，使关节整复增加困难。

所有关节脱位都应立即去医院行手法整复。完全脱位一般均有严重的周围软组织损伤，而这些组织的修复是日后功能恢复的关键。所以应有较长时间的休息，软组织才能修复，以后开始功能锻炼。脱位关节的过早活动将增加复发性脱位的机会。但伤肢的其他关节应加强活动。

小儿常由于大人的不当牵拉造成桡骨小头半脱位，俗称“牵拉肘”。特征是牵拉幼儿前臂后，小儿肘关节疼痛，不敢活动，不能上举。此类脱位复位容易，但易复发。关键在于预防。成人牵拉幼儿过马路或其他情况下，不应牵腕部或前臂，面应牵拉上臂，复位后用颈腕三角巾悬吊 3 天。

手外伤

手部损伤的原因很多，如采取有效措施，手部损伤是可以预防的。首先要严格执行安全操作规程，一旦发生工伤要及时进行调查，找出受伤的原因，总结教训，提出预防措施。

甲下血肿 甲下血肿是临床上常见的一种损伤，多因指端被重物砸伤或挤压伤所致。伤后指甲下呈紫黑色，指甲与甲床部分或大部剥离。血肿张力大时，局部可有剧烈跳痛。伤后两三天内用冷敷，以后改用热敷。疼痛剧烈时应就诊，由医生放出积血。少数血肿感染，演变成甲下脓肿，则应去医院拔除指甲。

手部皮肤损伤 手部皮肤损伤在日常生活中非常多见。以压、砸和切割伤最多见。电锯和电刨是木工手部损伤的主要致伤物。手部皮肤损伤后，应及时处理，尤其是皮肤小伤口，极易被伤者忽略。有时微小的手指切割伤，伤口感染，发展成腱鞘炎、手掌间隙感染，严重的甚至全身感染。一般皮肤损伤应及时消毒清洗、包扎。伤后数天内不可弄湿伤口敷料。同时应按医嘱，注射破伤风抗毒素。

手部肌腱损伤 手部肌腱损伤多由锐器如刀片、玻璃等切割所致。肌腱断裂多发生在手腕和手指。肌腱断裂后，影响手指的活动功能。由于肌腱断裂后，近端容易回缩，患者易忽视，仅作简单包扎，以至延误吻合修补的时机。因此，手部伤口较深时，应当到医院请专科医生作详细检查。一旦发现肌腱损伤，作专科处理。手指肌腱断裂经医生缝合后，并不是治疗的结束。吻合处很容易发生粘连，影响手指活动。因此手术后，在医生的指导下，早期应积极锻炼手指的伸屈活动，争取功能尽早恢复。

手部骨和关节损伤 手部骨块包括 8 块腕骨、5 块掌骨和 14 块指骨。腕部骨折以舟状骨骨折最多见。舟状骨是一块比较特殊的腕骨，由于血液供应特殊，骨折后不易愈合。容

易发生缺血性坏死。跌倒后手掌撑地，伤后腕桡侧肿痛，特别是在解剖“鼻烟壶”处有肿胀及压痛。需要强调的是，有些舟状骨骨折早期拍X线无法确定，如医生疑有骨折可能，应听从医生劝告，伤后2周再拍片检查，有可能发现骨折。舟状骨骨折石膏固定的时间较长，有时甚至长达1年，骨折才能愈合。应耐心配合治疗，保持石膏完整，若有损坏，须及时更换，切莫自行处理，固定不足或固定不良，均影响骨折愈合。

掌骨和指骨骨折也较常见。经摄片后，诊断不难。伤后及早整复，预后较好。

手部脱位有腕骨脱位、腕掌关节脱位、掌指关节脱位和指间关节脱位。腕骨脱位以月骨脱位和月骨周围脱位较常见。新近的脱位只要早期诊断，可以手法复位，并用石膏托在恰当位置固定。3周后可以练习活动。在固定期间，手指应经常作功能锻炼。如果受伤后超过3周，则失去了手法整复的机会，只能考虑手术复位。因此，及时去医院早期诊治是很重要的。

腕掌关节脱位并不多见，但掌指关节脱位却很常见，且多伴有韧带的损伤。伤后关节肿胀、疼痛、不敢活动。新近损伤可手法复位石膏固定，3周后早期作功能锻炼。如未及时治疗，后期可能要手术。

手的功能重建 手部的皮肤、肌腱、神经、骨和关节损伤后，由于损伤严重或早期处理不当，会给后期留下一些问题，例如骨质缺损、骨折不愈合、骨折畸形愈合、关节强直、创伤性关节炎、手指感觉丧失和手部肌肉萎缩等。皮肤的缺

损可行植皮,肌腱损伤可以转移或移植,骨质缺损可以植骨,神经断裂可以通过显微修复。尽管有以上众多的处理措施,严重的损伤往往效果不佳,使手丧失重要功能。功能重建的效果取决于三个方面:一是损伤的严重程度;二是手术的质量;三是术后功能锻炼。手的功能重建常需多次多处手术,患者所受的痛苦较大。术前应有充分的思想准备。术后持久有序的功能锻炼十分重要,甚至关系到手术的成败。功能重建的效果必须通过功能锻炼才能实现。患者对功能重建手术应有充分的认识,了解其意义。正如截骨矫形手术是“以一种畸形代替另一种畸形”,功能重建从广义上来说,是“以一种功能丧失来弥补另一种功能丧失。”

手的功能训练 手受伤后可因肿胀、感染以及固定不良而加重损伤。主动和被动功能训练是恢复手功能的简单易行和行之有效的方法。功能锻炼可以改善伤手的血运和营养,恢复关节活动度,增加肌力,使运动协调。

功能锻炼以主动活动为主,被动活动仅起辅助作用。故若依靠被动活动而放松主动锻炼,功能恢复不会理想。被动活动也主要依靠病人自己来做,可以随时随地施行,这样才能较快地获得锻炼效果。在锻炼开始阶段,认真听取医生的劝告,明了其重要性,在医生的具体指导下进行锻炼,并不断纠正错误的做法。除徒手锻炼外,还可以借助一些简单的物体和器械,以增强锻炼的兴趣和效果。如用一宽度示当的橡皮,握于手掌内,用以控制除拇指及手指的掌指关节,更便利指间关节做屈曲锻炼。揉转金属球、石球或核桃,可以锻炼手指及拇指的屈、伸、外展、内收及协调运动。以指背

彼此传递硬币等，可以锻炼骨间肌。其他如揉捏橡皮泥、握捏皮球等，都是方法简单而行之有效的功能训练。在工作中锻炼功能也是有效的方法之一。

膝部损伤

半月软骨损伤 半月软骨是膝关节内介于胫骨和股骨之间的软骨盘，呈半月状，内外各一，它在膝关节内起重要作用。它能协同维持膝关节稳定，吸收震荡，调节压力分布。当膝关节半屈曲位受旋转外力时，容易发生半月软骨损伤。损伤的部位、形状和大小可有不同。伤后病人往往感觉到关节的内侧或外侧疼痛，伴伸直障碍。有时感到关节内有响声称关节弹响。行走时，感到肌肉无力控制关节，常有突然要跪倒的趋势，即打软腿。上下楼或行走在不平路面时更明显。少数病人活动时膝关节有突然被卡住的感觉，不能伸直。经自己或他人协助慢慢转动或摇摆小腿，突然弹响或弹跳，然后恢复。这种情况称关节绞锁，是关节软骨损伤的症状之一。医生可以通过手法检查、X线、造影及关节镜检查来明确诊断。

以往对此病多采取手术切除半月板。但近年来由于对半月板功能的重要性有了较深入的了解，治疗原则有了很大的转变。可以通过关节镜修补破裂的半月板或仅作部分切除，仅部分病人需行半月板全切除。

半月板手术后的锻炼应在医生指导下进行，术后不宜过早过多地作膝关节伸屈活动，而应加强股四头肌抗阻力收缩。

韧带撕裂 膝关节的不稳定，主要是由于韧带损伤所致。膝关节韧带较多，有前、后交叉韧带，内、外、后侧的副韧

带和关节囊韧带所构成的关节囊网。这些韧带之一或其中的一部分损伤，可产生疼痛，且直接影响行走，尤其是运动员和重体力劳动者。膝关节韧带损伤后，应及早治疗，时间越长，越容易造成不稳定，其影响和给病人带来的困难往往与日俱增。治疗也愈困难，效果也愈不理想。因此，积极合理的早期治疗极为重要。一旦发生膝关节损伤，应去医院详细检查。术后应锻炼肌肉。

断肢（指）再植

在世界医学史上，我国首先报道了断肢再植获得成功的病例。然而，断肢再植技术要求较高，断肢（指）能否成活，除与肢体损伤程度有关外，还与处理是否及时、正确有关。肢体离断后，断肢完全缺血，缺血时间越长，成活的可能性越小。因此，损伤后应尽力争取时间。在受伤现场，断肢的近端如有活动性出血，应加压包扎。如仍不能止血，可用止血带，但必须记录时间，每小时放松止血带一次，以免止血带以下的组织缺血时间过长。对于较大的动脉断端出血，如腋动脉位置较高，不易采用加压和止血带时，可用止血钳将血管残端夹住。不完全离断的肢体，应使用夹板制动，以便转运和避免加重组织损伤。完全离断肢体的远端，应使用无菌敷料或用清洁布料、毛巾等包裹。如现场离医院较远，转运的时间较长或在炎热的季节，为了减慢离断肢体的组织代谢和细菌繁殖，肢体应保存在低温的环境中。将肢体用清洁布料包裹好后，再用塑料布或橡皮布包裹，周围放置冰块，然后迅速送往医院。切莫直接将离断手指或肢体浸泡于各类液

体中，否则就无法再植。

化脓性骨髓炎

化脓性骨髓炎是由细菌感染引起，往往反复发作，多年不愈，严重影响身体健康和劳动能力。本病的感染有三种途径：(1) 细菌从身体其他部位的化脓性病灶经血流传播至骨骼，称血运性骨髓炎；(2) 由创口感染引起，如开放性骨折感染后所发生的骨髓炎；(3) 由邻近软组织感染直接蔓延至骨骼。如脓性指头炎引起指骨骨髓炎，牙根脓肿蔓延而成上颌骨或下颌骨骨髓炎。80%的急性骨髓炎发生于12岁以下的儿童。男女之比为4:1，下肢发病较上肢多见。最多见于大腿的下方和小腿的上方。发病前往往有疖、疔、扁桃腺炎、咽喉炎或中耳炎等。细菌进入骨头后可形成脓肿，破坏骨组织，形成死骨。起病初期往往有全身不适，食欲减退、烦躁不安、头痛和发热，体温常在39℃以上，有时伴寒战、脉快、口干、呕吐和惊厥。患儿常哭叫、肌肉痉挛，不让人活动其肢体。3~5天后感染的地方才会出现红、肿、热和压痛。因此，出现以上情况后，家长应引起警惕，及时去正规医院检查，以免漏诊。在医院手术治疗并应用抗生素的同时，全身营养支持十分重要。应给予富含维生素的高蛋白饮食。手术后肢体要作固定，不能让患儿任意乱动。

急性骨髓炎有可能转为慢性骨髓炎，治疗比较困难，多需住院手术。

化脓性关节炎

化脓性关节炎多见于儿童和婴儿，青少年次之，成人少见。男多于女，最常见于髋、膝关节，其次为肩、肘和踝关节。

发病早期，关节轻度或中度肿胀。疼痛亦不剧烈，局部稍热，有波动感。关节不能伸直，全身反应不大。继续发展时，体温可升高到 $40\sim 41^{\circ}\text{C}$ ，关节疼痛剧烈，不能活动。较表浅的关节，如膝、肘、踝关节，局部有明显红、肿、热和压痛，关节积液也较明显。但髋关节位置深、周围有较厚的肌肉，早期皮肤常无明显发红。关节处于半屈曲状态，并常有沿大腿内侧向膝内侧的放射痛。婴幼儿往往诉说不清，故早期诊断很困难。因此，家长若发现儿童有关节肿胀并发热时，应及时就诊。新生儿如有躁动不安，原因不明的啼哭和患肢肌痉挛不能活动等，应高度怀疑并请专科医生检查。

骨和关节结核

骨和关节结核是常见病，俗称“骨痨”。约 80% 以上的原发病灶在肺和胸膜，其余在消化道和淋巴结。本病最好侵犯脊柱，约占全部病例的一半，其次是膝、髋、肘关节。在四肢结核中，关节结核最多。

结核可有较多的并发症，骨结核脓肿可以合并其他细菌感染，使治疗更加困难。脊柱结核可发生截瘫；关节结核可发生关节脱位；骨干结核可造成骨折；儿童骨关节结核可造成严重畸形。

骨关节结核是慢性病，发病多隐匿，缓慢。急性发病较少见。初起时病人常有低热，疲倦、食欲减退和体重减轻等，夜间可有盗汗，自觉手心、足心发热，舌尖亦红，中医称之为“五心烦热”。局部疼痛开始较轻，但儿童有夜啼。有以上情况出现，应去医院检查，以争取早期发现、早期治疗。

若医生已明确诊断，病人应遵医嘱，加强营养和休息。全身情况的好坏与局部病灶的好转或恶化有密切关系。休息和营养作为改善全身状况的重要措施不可轻视。休息能使肢体代谢降低、消耗减少和体温下降，有利于体质的恢复。局部固定使受累关节活动减少，负重减轻，既能防止病变扩散，又能减轻疼痛和肿胀，有利于组织修复。通常，体温不高和病情稳定的病人可适当活动，有时还可做一些对身体无害的体操活动。但体温较高、病变不稳定或多发结核的病人应该多休息。关节疼痛较重的病人除全身休息外，受累关节还可用牵引、夹板、石膏或支架进行局部固定。除休息和固定外，改善病人的营养状况很重要。发热病人应吃可口、易消化、富含蛋白质和维生素的食物。一般病人以多种食物杂食为佳，避免偏食，这样各种营养成分可互相补充。蛋、奶、鱼、肉、青菜和水果都可食，粗粮、细粮相互搭配食用。

另一方面，应当严格地遵照医嘱，每天服用抗结核药物。服药要持久、有规律，未经医生同意，不可随意停药或改变用药剂量。有些抗结核药对身体有一定损害，如雷米封对肝功能有损害，链霉素易损害听力，因此须定期去医院作各项检测。

中医中药在抗痨方面有较好的疗效，可用中西医结合治

疗。有些结核不能单纯用药根除，应行手术治疗。并遵医嘱，必要时手术。

脊柱结核 脊柱结核在临床上最常见，其中 99% 为椎体结核。腰椎结核患病率最高，其次为胸椎，再次为胸腰段、腰骶部。病变发展可穿破皮肤形成窦道，经久不愈；脓汁下流可达到小腹下方和大腿根部。椎体破坏后可形成驼背畸形，严重者导致截瘫。

脊柱结核患者除应口服药物外，还应卧床休息，严防直立使脊柱受力遭进一步破坏。当病变静止但脊柱不稳定时，可用支架、石膏领、腰围和石膏背心保护。多数病人除药物治疗外，还需手术治疗。病人应加强营养，充满信心，配合医生手术，明确术后注意事项，不可冒然下床活动。

膝关节结核 膝关节结核很常见，多见于儿童和青壮年，常单发。早期疼痛较轻，关节可有弥漫性肿胀。晚期症状明显，有严重跛行。关键在于早期发现、早期治疗。一旦明确诊断，应当减少活动，采取抗结核治疗，必要时需作手术。晚期病人，关节面已大部破坏，只能做关节融合手术。

髌关节结核 本病多见于 10 岁以下儿童。男孩多于女孩，一般发病隐渐，患儿常有消瘦、食欲减退、脾气变坏、易哭、盗汗和体温升高等反应。局部疼痛开始较轻微，以后逐渐加重，并出现保护性肌肉痉挛。患儿常在夜间突然痛醒啼哭。儿童时对疼痛的定位能力较差，往往不说髌痛而说同侧膝痛。有上述情况时应及时就医，以尽早发现。

家长首先应限制患儿的活动，不让其下地行走。手术后需短期固定肢体，约 3 周，并辅以药物治疗和营养支持。

类风湿性关节炎

类风湿性关节炎在我国是一种常见病，各地都有。病人大多是青壮年，因病而致残者也较多。它是一种以关节病变为主的全身性慢性疾病。有家族遗传史的病人约占 14.6%，其中母亲遗传的机率最高。病程起伏不定。最多发生于 16~55 岁，女多于男。病变往往侵及双手小关节。

类风湿性关节炎目前尚无特效疗法。只能控制炎症，缓解症状，延迟病情进展，保持关节功能和防止畸形。仅个别病例可用手术治疗。

关节有红肿时应卧床休息。症状缓解后可适当活动。休息和限制活动过度反而会导致关节废用和肌肉萎缩，影响关节功能。慢性病例可短期休息或减轻工作。主动活动锻炼可与理疗同时进行。各种热疗可增加局部血液循环，使肌肉松弛，有利于进行锻炼。饮食应含足够量的蛋白质和维生素。发现有慢性感染病灶如扁桃体炎、中耳炎、副鼻窦炎或龋齿等，应在不妨碍病人健康的情况下，尽早治疗。

多数病人需用药物控制，激素类药物可迅速减轻关节疼痛，但疗效不能持久，且长期应用会产生副作用，有害而无益，故只能短期应用。其他药物须在医生的指导下应用。

骨关节炎

骨关节炎是一种慢性关节病，又称骨关节病或增生性关节炎。其特征是关节软骨发生退变，并在关节边缘有骨质增生。原发性骨关节病多发生在 50 岁以后，女多于男，常有多

数关节受累。最常累及的是膝、髋、手指、腰椎和颈椎等关节。起病缓慢，有时因受凉、劳累或轻度外伤才感到关节酸胀痛。关节软骨组织随着年龄的增长而老化，这是自然的规律。但若注意预防，可以延缓其进程和减轻其退行性变的程度。体胖超重的中、老年人，宜控制饮食，适当进行体育活动，实施减肥，防止下肢各承重关节长时间超负荷。

本病虽有一些痛苦和不便，但一般均不会引起严重残废。在症状缓解期，大都仍可坚持工作，只须注意保暖和防止过度疲劳，即可避免频繁发作。但仍应适当运动，如早操、慢跑和太极拳等，避免骨萎缩。没有必要为此过于忧虑，局部热敷和适度的按摩可以缓解疼痛。

骨质疏松

骨质疏松是指骨量减少，因此它不是一种疾病，而是一种状态。矿物质与有机基质的比例正常，但骨小梁的量减少。

骨质疏松与肢体活动量减少、营养不良和吸收障碍有关。雌激素减少将影响蛋白质合成，引起绝经期的骨质疏松。严重时可有腰背部疼痛。随着骨质疏松的发展，椎体可发生压缩性骨折，影响脊柱的弯曲度。

常用的治疗是补充钙剂，使用性激素，对症处理缓解疼痛。老年人应有适当的户外活动。做一些轻便的体力劳动。饮食成份应有机地搭配，吃些富含钙质食物，如晚间睡前喝一杯牛奶。

大骨节病

大骨节病是一种地方病，主要分布在东北、西北、内蒙、河南等地的山谷潮湿寒冷地区。在我国西北又称柳拐子病。病因至今未完全明确，有人认为与慢性真菌中毒有关，也有人认为与硒摄入不足有关。

治疗的重点在于预防。改善小麦的贮存方法，防止真菌感染，勿食有真菌感染的麦制品。硒是一种人体必需的微量元素。好发病区域的3~16岁少年儿童应服用亚硒酸钠药片，以补充硒元素。早期病例使用维生素A，或吃富含胡萝卜素的蔬菜，可制止疾病进展，效果显著。

小儿麻痹后遗症

小儿麻痹后遗症在医学上叫脊髓灰质炎，它是由脊髓灰质炎病毒感染、损害了脊髓前角细胞造成肢体肌肉麻痹，儿童好发。

本病关键在于预防、口服疫苗。一旦发生此病，常使下肢肌力减退甚至部分肌肉完全丧失功能。骨科治疗可以矫正畸形或调整肌力使之平衡，但不可能使其恢复正常。

多指（趾）

这是一类先天性畸形，具遗传性。在出生时即可发现。对多指的处理应遵医嘱。有时必须切除多指，不然会影响其他指的正常发育。有些地方民间有迷信说法，认为多指（趾）不宜切除，否则克父克兄，这是不正确的，不能因此而耽误治

疗

先天性畸形足

先天性畸形足有几种类型,包括马蹄内翻足,高弓足、扁平足和先天性垂直距骨等。其中以马蹄内翻足多见。

先天性马蹄内翻足 其治疗应越早越好,应在出生后立即开始。绝大多数患儿通过手法按摩和必要的控制措施,可以获得正常的脚,通常采用的方法是多次重复手法按摩加胶布固定、支架固定或石膏固定。

马蹄内翻足的畸形由三部分构成,即前足内收内翻、足跟内翻和马蹄形。在手法按摩进行整复时,应首先纠正前足内收和内翻,然后纠正足跟的内翻,最后纠正马蹄形。按摩手法必须温柔,禁忌粗暴。每次按摩 20~50 次(约 10 分钟),按摩后用胶布固定,以维持其矫正后的位置。每 3~7 天重复一次,直到畸形完全矫正,并要求有一定的矫往过正。胶布固定后患儿母亲仍可经常按摩,按规定手法进行。家长可以向医生请教如何按摩,熟悉其方法。按摩后可以用石膏管型固定,每周更换一次。

畸形严重的大龄儿童需遵医嘱,行手术矫正。

高弓足 其也属足畸形的一种,原因不明,也称凹空足。对早期和轻型患儿可进行保守治疗:在医生的指导下进行牵引按摩。也可通过鞋垫以抬高第一跖骨头。对畸形明显,年龄较大者可住院手术矫正。

扁平足 常常由父母首先发现,患儿表现在负重或站立时足弓消失,足底呈扁平,走路时足内翻,或有跛行,易疲

劳，久走后足弓疼痛。

治疗的目的是准确站立和走路，通常保守治疗为主要手段。若将脚跟内侧垫高，可以预防或减轻脚的疲劳。常用的方法是在足跟内侧楔形垫高（0.3~0.5厘米），目的是使足跟内翻。应该使鞋后部很合适地把住脚跟，否则脚后部将扭成外翻，另外还可以在足中部内侧垫毡、皮革或橡胶等支持垫（0.9厘米）。

进行一定的功能练习，如光脚在沙滩或草坪上走路，足趾下挖或抓物，用足尖走路。

先天性髋脱位

先天性髋脱位是指先天性或某种因素导致股骨头脱出髋臼之外，是多见的先天性畸形。早期患儿母亲常发现患儿肢体不正常。如患儿肢体呈屈曲状不敢伸直，活动较健侧差，无力，牵拉时可以伸直，当松手后又呈屈曲状。有时牵动患肢时患儿哭闹。单侧髋脱位常见患侧下肢短缩。其他常见的异常有大阴唇的不对称，臀部、大腿内侧或腘窝的皮肤皱褶加多、加深或不对称，会阴部加宽；牵拉患儿肢体时有弹响感。若发现以上情况，应即去医院作详细检查以期早期发现。

早期治疗效果较好。6个月之内是治疗先天性髋脱位的最佳时期。若忽略和错过这个机会即使使用同样或加倍的努力，也无法挽回关节的畸形。在此时期可用各种支架。6月~3岁年龄，股骨头向上脱位更严重，软组织挛缩也严重，此期需行石膏外固定。超过了3岁往往需要手术治疗。

先天性斜颈

这类斜颈多因胸锁乳突肌挛缩所致，表现为头部和颈部发生不对称的畸形，头部倾向患侧，下颌转向健侧，面部两侧也不对称。

出生后和不满6个月的婴儿可用保守疗法。方法包括局部热敷、按摩、卧床固定及手法牵引等，目的在于促进血肿早期吸收，防止肌纤维挛缩。婴儿卧床时应取仰位，脸向患侧，枕部向健侧，并用棉垫加洁净的小砂袋固定上述头部位置。出生后两周，母亲在每次哺乳前取坐位，双膝并齐屈曲90°；将婴儿平卧膝上，头向母亲右侧，颈部枕在母亲右大腿下端，枕部悬空，使头部稍过伸，母亲用左手轻轻按住两侧锁骨，右手握住头顶和两侧颈部，缓慢地将婴儿脸部尽量旋向患侧，枕部旋向健侧肩峰。每天进行3~4次。年龄在12周岁以下儿童可采用手术治疗。

脊柱侧凸

正常的脊柱有颈椎和腰椎的生理性前凸弧形和胸、骶椎的生理性后凸弧形，但无侧凸弧形。由于各种原因致使脊柱向侧方弯曲即构成脊柱侧凸畸形。侧凸常发生于青少年生长活跃时期。初起时没有任何症状，往往被忽视。随着年龄的增长，畸形逐渐加重，始被发现。起病时年龄愈小，今后生长的时间愈长，畸形的发展可能愈严重。

轻度侧凸的治疗，主要是体操锻炼和端正姿势。体操的设计主要是加强凸侧背肌的力量，游泳能在没有垂直重力的

作用下进行训练，使身体各部肌肉能均衡发展，有利于矫正肌力不平衡，是较好的锻炼方法。端正姿势主要是端正坐姿，调整坐椅与桌子的高度，坐椅不宜过高，以使儿童能端正学习。同时引导儿童注意使双肩负担均衡。有些病人经体操锻炼仍不能好转，且侧凸弧度较大，需去医院用支架或手术矫正。

颈肩、腰腿痛

颈肩部疾患 颈是承重头颅的部位，活动度较大。颈两侧悬挂上肢，上肢和头颈不断活动，使这些部位不断受到各种力的作用，因而容易产生慢性劳损，也容易因长期磨损而产生各种老年性病变，产生疼痛和功能障碍。下颈部的疼痛常引起肩部的放射痛。

多数颈肩部的疼痛在早上起床和气候潮湿的寒冷时加重，活动后或在温暖的环境中减轻，并可自然缓解，也可因劳累而复发。年龄较大的妇女多见。这是长期慢性劳损所致的颈部肌筋膜炎。可用针灸、拔火罐、理疗和封闭等，其目的是止痛。逐步进行活动锻炼，则可逐渐好转。有时在睡后起床时受凉或晚上睡时被风吹致颈肩部突然疼痛，头部向各方向活动均明显受限，稍动则引起疼痛，俗称“落枕”。用理疗、拔火罐、磁疗、针灸及头部牵引可迅速好转，通常 1~2 周内症状消失，不留后遗症。

颈椎病是颈部的另一种常见疾病。颈椎病主要是由于年龄增大，颈部椎间盘老化，弹性和强度丧失后引起的，椎间盘退化是自然规律，但并非椎间盘退化就一定会得颈椎病。只

有当病变发展到一定程度使得脊髓、神经根、神经末梢、椎动脉等受到刺激或压迫时，病人产生头痛、头晕、颈痛、肢体麻木和活动障碍等一系列症状时才称颈椎病。

虽然椎间盘的老化无法抗拒，但颈椎病是可以预防 and 治疗的。首先应当纠正不良的睡眠习惯，枕头不可过高。睡眠时枕头放至颈部。不可长时间看电视或长时间低头作业。每工作一段时间，应抬起头并活动颈部。也可以自我用双手牵伸脖子，轻轻按摩颈部肌肉，可促进局部血液循环，缓解肌肉痉挛和疼痛，平时可以轻轻转动颈部。但中老年人过度活动颈部或让人用大力作颈部推拿、转颈是不宜的，有时反而会加重损害。症状轻者，可听从医生的指导做颈椎牵引，理疗或口服药物治疗。颈椎牵引可在家中实施。详细地向医生问明使用方法和牵引时间，可有效地减轻症状，防止病情进一步加重。带颈托也是保护头颈的有用方法之一。可根据颈部粗细和长短选用合适的颈托。

当颈椎病加重，会产生严重的双上肢放射痛或麻木，或上下肢无力，走路不稳时，应当去医院诊查，必要时手术。首先要去除畏惧心理，一有颈部不适或有头晕就怀疑呈颈椎病，惶惶不可终日；再则不能一味地寄希望于保守治疗，有明显的神经损害，仍不接受医生劝告，不愿手术，致使病情进一步发展，功能障碍无法去除。

腰臀部疾患 下腰部疼痛是很常见的，原因很多，是多种疾患构成的综合征。尽管如此，下腰痛还是可以预防的。首先应当纠正脊柱的不良体位。人生三分之一的时间在睡眠中度过，一般情况下，头颈保持自然仰伸位最为理想，腰背部

平卧于平板床上,使双膝、髌略屈曲。这样可使全身的肌肉、关节及韧带获得最大限度的放松和休息。此外,中年以上者切忌高枕软卧,不宜无枕直腿,并应防止受凉。工作体位与下腰痛的发生和发展关系更密切。在工作中应注意避免在某一种体位持续过久,在向前弯腰一段时间后应恢复自然体位一定时间。若能改善工作条件,在不影响工作的情况下应注意减少有害体位。遇到无法避免的不良工作场所、条件与体位时,应注意随时调整、更换或缩短持续时间。坚持做工间操、课间操。日常生活中的一些不良体位亦应予以纠正,如高凳低桌看书写字,卧床看书,直腿弯腰取物等。

大多数下腰痛以非手术治疗为主。除纠正和改善睡眠及工作中的不良体位外,还可以在医生的指导下做腰椎牵引。牵引的装备简单安全,可自行操作,对早期的腰椎间盘突出症有较好的疗效。家庭牵引多采用骨盆牵引带,牵引时床脚抬高,牵引重量为体重的 $1/10 \sim 1/8$ 即可。每天牵引时间不应少于 3 小时,最好持续牵引每疗程以 3~4 周为宜,即使症状缓解或消失较快,也不应过早终止牵引,以减少复发率。

体育疗法是下腰痛的辅助疗法之一,尤其是术后病人。体疗包括体操、太极拳和器械操等,应在医生或护士的指导下进行。腰背肌锻炼可增强骶棘肌功能。方法有几种:

飞燕式 患者俯卧于木板床上,双手置于臀部,让患者同时挺胸、仰颈及双下肢呈伸直状后伸,以使全部身体及腹部与床面相接触。

反弓式 患者仰卧,双下肢呈屈曲状置于床上,双肘或双肩及头后部作为支点,通过挺胸及双侧骶棘肌等收缩而达

到人体呈弓状。若患者力量足够大，双肘和双肩亦可离开床面，仅以双足和头部作支点。

简易腰围可限制腰部作过度活动，缓解和改善椎间隙的压力状态，增加腰部支撑作用。现市场上有各式腰围供不同体型者挑选。若无不适，应经常戴用，不必随时取下。需外出乘车者以戴上为宜。在使用腰围同时，腰部可按原来的正常活动情况继续活动，但手术后病人应适当节制。在使用过程中症状突然加重者，则表明可能有其他新情况，应到医院找经治医生作进一步检查，以除外诊断上的失误或病情变化。

髋、膝部疾患

髋部除化脓性关节炎、结核及无菌性坏死外，其他疾患尚有肿瘤等。膝关节的病症较多，青年人常有半月板损伤。老年人常患骨关节炎，主要表现为膝部酸痛，行走困难。除按医嘱服药止痛外，应注意平时保暖，适当地活动肢体。若膝关节突然剧痛或肿胀，则必须立即去医院就诊，不可自作处理。

肩关节周围炎

肩关节周围炎简称肩周炎，是发生于老年的肩部疾病，常发生于40~60岁之间，女性多见，故又称“五十肩”。起病时往往肩部逐渐产生疼痛，夜间为甚，并缓缓加重，肩部活动范围逐渐受限。肩周炎的原因尚不清楚。肩周炎的治疗除口服医生配给的止痛药物外，病人本人尚需积极地进行各方向的活动锻炼。肩部作湿热敷。以上三个方面同时应用，病

情会逐渐好转。必须强调的是，开始时由于肩部疼痛，活动肩关节可能使疼痛加剧。病人应坚持锻炼。常用的方法有爬墙法，下蹲法和抛手法。

爬墙法 患者直立面对墙壁与之贴紧。将患侧手掌贴墙，并用手指缓慢地顺着墙壁向上爬行，直至肩部疼痛为止。重复以上动作并试图使每次高度超过前一次，直至肩关节能够完全上举。

下蹲法 用手抓住相当于胸部高度的横杆或树枝等，患者缓慢下蹲，使患肢肩关节被动上举，当肩部疼痛时，停止下蹲。如此反复活动，并试图逐渐加大下蹲幅度。

抛手法 患者直立，向左右转动身体，使两上肢作前后摆动，或绕身体弧形摆动，并尽可能加大摆动幅度。此法适用于急性期，当疼痛有所缓解时，可以与以上两法交替应用。有条件时也可以请专科医生推拿按摩。

腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症是一种常见病，主要由于腰椎间盘变性突出，压迫了腰部的神经所致。常见的症状是下肢放射痛，如触电样，也称坐骨神经痛。此外常有足与小腿部麻木。咳嗽及增加腹压时可加重疼痛。有些病人可有大、小便功能障碍。引起坐骨神经痛的疾病和原因较多，不能一有坐骨神经痛就自认为是腰椎间盘突出症。应当去医院作仔细的检查。

约 80%~85% 的病人不需要手术。病人均应卧床休息 2 周，尽量减少起床活动，这样可减轻椎间盘的机械负荷，使突出的椎间盘有机会回复。也可使用腰椎牵引，以减少疼痛；

也可同时口服消炎止痛药物。经卧床休息后多数病人可好转。疼痛缓解期间应注意保护，尽量少做提拎重物的活动，注意腰肌锻炼。个别病人经非手术治疗无效，疼痛剧烈、严重影响正常工作和生活，需要行手术治疗。手术方法较多，但目的只有一个，即消除椎间盘对神经的压迫，无论采用何种手术，术后均需加强腰肌的功能锻炼。

臂丛神经血管受压症

这是锁骨下动、静脉和臂丛神经在胸廓上口受压迫而产生的一系列症状，也称胸廓出口综合征。病人感到手、臂内侧、小指和环指有疼痛、麻木或感觉异常。有时头、颈、胸部也可有疼痛。少数病人上肢肌肉乏力，易感疲劳。由于静脉受压，上臂静脉扩张、水肿。肩、臂、手部肤色淤紫。病人两上肢外展时桡动脉搏动可减弱。臂丛神经血管受压可由颈肋或斜角肌压迫所致。因此，有上述症状的病人应去医院作检查以明确诊断并确定压迫原因。

诊断清楚后可作颈肩部加热按摩，做颈部运动和斜方肌锻炼。注意保持良好的躯体姿态，防止肩胛部下垂。理疗后如症状仍不能缓解，需施手术治疗。大多数病人经手术治疗后症状消失。

肘管综合征

这是由于肘部尺神经受压所致。起病缓慢，往往在外伤后几周才出现患肢无力、沉重感、易疲劳等模糊症状。有些病人无外伤史。随着活动量的增加症状逐渐加重，出现环指、

小指的感觉迟钝和刺痛，手和前臂尺侧刺痛，并可牵涉到上臂的内侧，甚至腋窝或乳房，任何抬高上肢的动作，都会使症状加重。出现上述症状后应去医院检查。一旦确诊，宜尽早手术治疗，手术包括神经松解和神经前移。手术后常需屈肘位石膏托外固定 2~3 周。

腕管综合征

尺神经在腕部受压造成的病症称腕管综合征。该病与外伤有关。大部分有职业因素，往往有少量反复的创伤史与经常握持把柄的劳动者。亦可见于掌腕部骨折、脱位。此外，腕部的腱鞘囊肿、肿瘤或解剖异常等可造成神经受压和损伤。病人表现为手肌无力或小指、环指麻木或上述两者均存在。一旦明确诊断，应行局部封闭。若为创伤、肿瘤所致，则须手术松解。

腱鞘炎

由于腱鞘炎住增厚导致肌腱在腱鞘内通过受到障碍均称为腱鞘炎。在手部可有屈指肌腱腱鞘炎和桡骨茎突狭窄性腱鞘炎。屈指肌腱狭窄性腱鞘炎多发生在拇、中、环指的掌指关节处。发病初期，手指屈伸时，膨大的屈肌腱尚可勉强通过鞘管的狭窄环，产生扳枪机样动作及弹响，故又称扳机指。局部皮下可触及硬结节，有压痛。

早期或症状轻者，采用非手术疗法，如蜡疗或鞘管内注射类固醇激素。病程长或反复发作者应遵医嘱，进行手术处理。

桡骨茎突部狭窄性腱鞘炎病人表现为桡骨茎突部疼痛，伸拇指有时受限。局部皮下可触及硬结节。早期可采用非手术疗法，如制动、热敷、理疗、鞘管内注射类固醇药物。病程长，局部隆起明显者可采用手术治疗。

腱鞘囊肿

腱鞘囊肿是四肢常见的肿物。囊肿与关节囊或腱鞘密切关联，但并不连通关节腔或腱鞘滑膜腔。多见于中青年，女性多于男性。最常发生在腕背和足背，如米粒大小，硬如骨质。多数病例有局部胀痛。囊肿可逐渐长大。张力小而肿物柔软者，多无痛苦。有少数病例，可于皮下自行破裂，不再复发。有些病例虽用多种方法治疗，仍易复发。可用硬物猛击囊肿，造成皮下破裂；或用穿刺。用以上方法后仍多次复发者，可去医院打封闭针或手术切除。

滑囊炎

滑液囊是一个具有滑膜的囊，它的功能是在肌腱与肌腱之间、肌腱与骨骼之间或者皮肤与骨骼之间起一个衬垫作用。滑囊常因受慢性刺激偶尔为急性感染与损伤产生粘连。常受累的是肩、肘、髌、膝和足跟等处。主要症状是发病处疼痛，活动障碍。全身滑囊较多，有可能同时有滑囊积聚，治疗应首先制动，避免过度活动，局部热敷、理疗；必要时应去医院，作切开引流，或手术切除病变的滑囊。

肱骨外上髁炎（网球肘）

网球肘多表现为肘关节桡骨小头处及肱骨外上髁处疼痛，患肢提物时疼痛加剧，局部有明显压痛。病因尚不明，但多数人认为系慢性劳损导致局部无菌性炎症，刺激该区神经末梢所致。治疗以热敷、封闭为主。发病期间，患肢不宜提物，如热水瓶、篮子等。一般每周打封闭针1次，两~三个疗程后可望好转。

骨肿瘤

骨肿瘤是全身肿瘤的一类。有原发和继发之分，前者起源于骨组织本身，有良性和恶性两种。后者是由于其他组织和器官的瘤细胞，经血液循环和淋巴管转移到骨骼上，也称骨转移癌，都是恶性肿瘤。良性肿瘤常以肿块或疼痛开始，发展缓慢。恶性骨肿瘤可有两种不同表现：一种以局部症状为主，全身无明显变化，或晚期才出现全身症状；另一种则合并全身症状。肿瘤发展较快或很快，疼痛明显或显著。持续性痛，夜间加重是其特征。肿块或肿胀较大，压痛明显，且常合并软组织水肿、静脉怒张等症状。肢体因疼痛常固定于半屈曲位。附近神经血管可受压。淋巴结也可肿大，全身症状有消瘦、乏力和贫血等，有的出现体温升高。

良性肿瘤和恶性肿瘤的结果不一样，恶性肿瘤的癌细胞一旦转移，后果严重。有时良性肿瘤可以转化成恶性肿瘤。因此，一旦发现骨肿瘤应及早去医院检查。

骨瘤 是向皮质外生长的良性肿瘤，好发于颅面骨，颅

骨区外骨瘤少见。男性病人2倍于女性,30~50岁者居多。额窦居首位,鼻窦次之。呈扁圆形肿块,无痛,向副鼻窦生长者可有头痛、鼻塞等症状。有些病人合并有肠息肉和软组织肿块,有家族史。骨瘤若无症状,可以不做处理,但应由医生明确诊断。若肿块较大或引起压迫症状如疼痛时,可行手术切除,不必担忧其复发。

软骨骨瘤 是向皮质外生长的良性软骨组织肿瘤,这是最多见的骨肿瘤,男多于女,好发于青少年,10岁左右居多,分单发和多发两型,后者较多。肿瘤所在部位可遍及全身,仍以膝关节附近最多。症状以肿块为主,常无痛。仅在肿瘤大,压迫皮肤、神经、血管时,才出现疼痛等症状。但若位于脊椎骨可压迫脊髓而致截瘫;位于骨盆者,可压迫直肠、膀胱等。

一旦发现肿块应去医院检查,体积小者,不必治疗。若肿瘤短时间内增长迅速,应去医院再次复查,并手术切除肿块。

软骨瘤 多发生于成人,好发于掌指骨,单发者较多发,型为多;中心型较边缘型为多;环指最多,中指次之。表现为手指无痛性肿块,手指某节局部增粗。少数有酸痛,偶因外伤而骨折。治疗以手术为主。术后10天内双手不宜下水,以防切口感染。

巨细胞瘤 骨巨细胞瘤在我国多见。男女性别差异不大,病人以成年人居多。往往表现为关节附近肿痛,好发于股骨下端和胫骨上端,肘关节上下端也可发生。局部皮肤温度升高,可见静脉曲张,压痛明显,可有压乒乓球样感觉。关节

活动多不受限。病情发展较快，可发生骨折或因出血突然增大。

巨细胞瘤是介于良性和恶性之间的一种肿瘤，手术后有复发的倾向。因此，一经发现应尽早手术切除，术后应定时复查，以防复发和恶变。

脊椎的良性肿瘤 脊椎的良性肿瘤有骨瘤、骨样骨瘤、成骨细胞瘤、骨软骨瘤、软骨瘤、巨细胞瘤和血管瘤等。良性脊柱肿瘤生长缓慢，无疼痛或疼痛轻微，一般无全身症状，不易触摸到肿块，脊柱活动不受限制，有时可造成局部压迫，产生疼痛或受累椎体发生骨折移位，造成脊髓受压产生感觉运动障碍。个别脊柱的良性肿瘤可能转化成恶性肿瘤。因此，若有颈、背、腰部疼痛应去医院作细致的检查。患者应在思想上重视，不宜负重，以免造成椎体塌陷骨折。另一方面应积极治疗、检查、解除思想负担，尽早手术或采用放射治疗等。

原发性恶性肿瘤 原发性恶性肿瘤是指原发于骨及其附属组织的肿瘤，包括骨肉瘤、皮质旁骨肉瘤、软骨肉瘤、骨纤维肉瘤、骨恶性纤维组织细胞瘤等。恶性肿瘤往往疼痛剧烈，以夜间为甚，发展亦快，容易转移。诊断需根据化验、X线、CT、同位素扫描等，必要时作磁共振和活检。原则上恶性肿瘤应尽可能切除，一旦确诊，应尊重科学，尽早治疗，个别需行截肢术以挽救生命。延误治疗可造成瘤细胞的转移。手术后为巩固疗效或进一步清除可能残存的瘤细胞，可辅以放射疗法和化疗。应加强营养，适当地进行活动，以增加机体抵抗力。

继发性恶性骨肿瘤 其他脏器的恶性肿瘤如前列腺、肺、

肝、乳腺和甲状腺瘤等可循血、淋巴转移至骨组织。骨转移瘤可发生于全身任何部位，但以骨盆、脊柱、颅骨和肋骨最为多见。多发生于中年及老年。由于原发肿瘤的类型、转移部位和生长速度不同，临床表现也各不相同。早期可仅有局部疼痛或反射性疼痛，较轻或为间歇性，随病变进展，疼痛逐渐加重或呈持续性。早期患者的疼痛在应用一般止痛剂后可缓解，因此常被认为是风湿症。晚期患者疼痛剧烈。脊椎转移瘤病人常发生病理性压缩性骨折，以致压迫神经根或脊髓，出现剧烈而持续性疼痛，亦可发生瘫痪。

骨转移瘤的治疗比较困难。治疗分两部分：一是治疗原发肿瘤，再是处理继发肿瘤。由于临床症状多为剧烈疼痛，因而必须设法止痛。保守疗法有：性激素治疗、放射疗法、化学疗法和同位素疗法。必要时行手术处理。

人工关节

人工关节是应用适当材料代替病变关节，以恢复关节的功能。目前常用且技术比较成熟的有髋关节和膝关节的人工关节置换。

并非所有的髋关节及膝关节疾病都可采用人工关节，只有当原有关节由于疾病而遭到严重损害，关节功能已经完全丧失时才考虑应用人工关节。在治疗老年人股骨颈骨折中，常用人工股骨头置换术，此属人工半关节置换；在治疗骨关节炎时，需人工全关节。人工关节为长期受疾病折磨、关节活动障碍的人们带来了新的希望。

另外，人工关节并非无缺点，手术中有可能损伤神经血

管，或引起骨折，假关节位置不当的话还可以引起松动。术后肢体放置不当可造成脱位。尤其严重的是，个别病人可有局部感染或下肢血栓形成。需行人工关节置换手术的病人，术前应清洗手术区皮肤，并作局部软组织按摩，以利术后活动。髋关节置换术后早期应做到不盘腿、不负重、不侧卧。牵引期间多做股四头肌训练，以防静脉血栓形成。手术后3周，应作主动活动练习，无论哪个关节，其最后的功能活动，均有赖于主动锻炼。凡是带有人工关节的病人，应注意预防并积极治疗其他部位的炎症。同时必须定时复查。

周围神经损伤

正中神经损伤 正中神经损伤多数发生在前臂部，以切割伤多见。有时肱骨下段骨折也常引起正中神经损伤。前臂尺桡骨骨折后石膏或夹板固定太紧也可导致正中神经损伤。损伤后，拇、中、食三指麻木；手掌部肌肉萎缩呈猿手状畸形，拇指对掌、捏物困难。如属切割性损伤，应立即去医院做专科处理。闭合性损伤则需临床观察3个月后再根据情况决定是否手术。手术后需有一段时间固定患肢。在神经功能未恢复之前，应积极进行肢体的被动活动，配以适当的理疗和体疗，以防止肌肉萎缩和关节僵硬。

尺神经损伤 尺神经损伤多因前臂的切割伤所致。肱骨内上髁骨折并发尺神经损伤时也时有所见。肱骨尺神经沟处由于骨折增生、畸形等原因造成创伤性尺神经炎，也是常见损伤原因之一。尺神经主要支配手内肌，损伤后对手部完成精细动作有很大影响。由于骨间肌及第三、四蚓状肌麻痹，陈

旧性损伤可见肌萎缩，掌骨间失去丰满外形；环指及小指掌指关节轻度背伸，指间关节半屈曲，俗称“爪状手”畸形，小指麻木。

尺神经损伤后需到医院行专科处理。手术后应加强功能锻炼，防止肌肉萎缩。

桡神经损伤 桡神经损伤相当常见。多发生于肱骨干骨折、肘关节附近骨折脱位以及切割伤。损伤后，感觉丧失不明显，只有虎口背侧有小块皮肤感觉丧失区。但运动功能丧失较明显，伸指、伸腕功能丧失，腕下垂。桡神经损伤的治疗，需借助手术，术后应加强功能锻炼。

下肢神经损伤

坐骨神经是全身最大的神经，在腘窝以下分为胫神经和腓总神经。坐骨神经损伤后，足与足趾运动完全丧失，足弓微弱，足下垂；行走时呈跨越步态；小腿外侧及足部感觉丧失。腓总神经损伤后，患足不能背屈，不能外翻，呈内翻下垂状态，后来形成马蹄足内翻畸形，小腿前外侧和足背麻木。胫神经损伤后，足不能跖屈、内收，内翻困难，足趾也不能跖屈、外展和内收，小腿消瘦，小腿后面、足外侧、足跟外侧和足跟底感觉障碍。

儿童注射肌肉针，应找正规医疗机构受过正规训练的医务人员操作，以避免不正确的注射造成坐骨神经损伤。神经损伤后，应把下肢放置于正常位置，防止受压，并经常被动活动肢体，以免下肢发生挛缩畸形。由于神经生长速度较慢，因此即使施行了手术，其恢复仍然需很长时间，术后的护理

和功能锻炼仍然十分重要。并应定期到医院复查，以观察手术后的神经再生情况。

(贾连顺 石志才)

第十一节 泌尿外科疾病

慢性前列腺炎

前列腺是男子生殖器官之一，一旦被细菌侵犯，可发生前列腺炎。有一部分病人，是由其他病原体，例如病毒，支原体等引起，或由于性生活过度，频繁手淫、性交中断，造成前列腺长期、广泛充血的结果，称为非细菌性前列腺炎，临床上也以慢性多见。罹患慢性前列腺炎者，自我保健可从以下几个方面着手：

1. 养成有规律的生活习惯，尤其是养成一定的性生活规律，避免性交中断、手淫和性生活频繁。

2. 坚持进行热水坐浴自我治疗。脚盆中放置 40~42℃ 的热水，水的深度为盆高的二分之一，先排尽尿液和大便，臀部坐在盆中，使会阴全部浸没在热水之中，每次坐浴时间大约 10~30 分钟，如果水温降低时，可用暖水瓶渐渐掺入热水，以保持水温，每天 1~2 次，坚持坐浴一个阶段。

3. 忌吃一些带有刺激性的食物，例如酒、大蒜、大葱、辣椒、韭菜和胡椒等，也不宜饮用过浓的茶水、咖啡，以免加重前列腺的充血与水肿。

4. 避免长时间骑自行车、骑马或作骑跨性动作，目的是

减少前列腺部位受压，以减轻局部前列腺充血。相反，不妨多作一些跑步、跳跃运动，增加下半身的运动量，加速盆腔的血液循环，对于消退前列腺的炎症有帮助。

5. 对有些病人，医生采用前列腺按摩，帮助前列腺排空以利炎症消退的办法，一般是每周进行1次，连续4~6次为一疗程。

6. 重视药物治疗，这对于细菌引起的前列腺炎越发重要。常用的有复方新诺明、氟嗟酸，美满霉素等。有些中药制剂，例如回春通淋丹等也可应用。用药原则是遵照医嘱，坚持进行。

毋庸讳言，慢性前列腺炎是一种颇为难治的疾病，必须采用多种综合治疗，特别应重视上述列举的保健内容，切忌有急躁、焦虑的情绪，坚持进行才会见效。

(姚德鸿)

前列腺增生

前列腺增生亦称前列腺肥大，是一种良性的前列腺增生病变，为男性老年人常见病之一。

前列腺增生缓慢，其症状逐渐发展。夜间尿频、排尿动作延迟或尿末滴沥是前列腺增生的早期表现，应引起老年病人的重视。

正常男性夜尿0~1次，每次尿量300毫升左右，如正常饮水，每晚排尿2次，以后逐渐增加至3次、4次、5次或更多。当前列腺增大时，占据了一部份膀胱空间，使有效膀胱容量减少，从而出现尿频。另一症状是小便不能立即解出，需

等待数秒钟或更长一段时间，同时尿线无力、射程很近，有时尿线分叉、散开，排尿时间延长，小便结束时还有数滴尿液滴于裤内。初起偶有，继而每次解尿均有上述现象。

若前列腺进一步增大，症状进一步加重，排尿需屏气用腹压才能解出小便，或小便一次解不尽，需分次排出，或终感膀胱内小便没有排空，此时增生的前列腺压迫尿道相当严重。如前列腺增生病变继续发展，小便呈滴沥状或小便完全不能排出，形成急性尿潴留。前列腺增生，排尿困难，常可出现血尿、膀胱结石、疝气、脱肛和尿毒症等并发症。

前列腺增生随年龄而逐渐增大，症状逐渐加重。有些因素可促使症状突然加重，如饮酒、受寒、憋尿等诱发尿道粘膜充血水肿，使后尿道被完全堵塞，小便一滴也解不出，需送往医院救治。

男性老人出现尿频、排尿不畅，应及时到医院泌尿科检查。通过那些方法可以了解前列腺大小呢？常用的检查方法有：肛门指检，了解前列腺大小和质地，可初步确定有无前列腺增生存，并还可了解有无前列腺肿瘤存在。B超检查，可通过下腹或直肠两种途径超声检查了解前列腺大小，测量前列腺中叶大小，测出前列腺体积，为诊断前列腺增生和选择手术方法提供重要参考依据。通过B超还可测定膀胱残余尿。正常膀胱残余尿为0，残余尿在10~50毫升应密切观察，超过50毫升应及时治疗。

尿流率测定可正确了解排尿通畅程度。正常人每次尿量在200毫升以上，最大尿流率（NFR）大于15毫升/秒。最大尿流率低于15毫升/秒，提示有下尿路梗阻；低于10毫升

/秒，有明显下尿路梗阻；低于 5 毫升/秒，有严重下尿路梗阻，应及时治疗。

其他检查方法有膀胱造影、膀胱镜检等，也可了解前列腺形态和大小。

根据前列腺大小，排尿困难程度，残尿量，尿流率和全身情况作不同的治疗。

1. 仅有尿频，稍等后解尿或尿末滴沥，排尿尚畅，常用的药物有：(1) 雌激素治疗，HL₂₈₆，10 毫克，口服，每天 3 次，或戊酸雌二醇 10 毫克，肌肉注射，每周 2 次，连用 2~4 周，雌激素对部分病人有一定疗效，但有乳房肿胀不适等副作用；(2) 花粉制剂：前列康，4 片，口服，每天 3 次，或安尿通，2 片，口服，每天 3 次，对治疗前列腺增生有辅助治疗作用，改善症状不明显；(3) α 受体阻滞剂：高特灵，1 毫克，口服，每天 1 次，用药 1 周，第二周，2 毫克，口服，每天 1 次，第三、四周，2 毫克，口服，每天 2 次，以后每天 1 毫克维持；或竹林胺 10 毫克，临睡前口服；或酚苄明，10 毫克，口服，每天 1 次。以上三种药物均为 α 受体阻滞剂，能阻断膀胱颈和前列腺体丰富的 α 受体，使膀胱颈和前列腺压力下降，使排尿通畅。口服 α 受体阻滞剂见效快，服后不久，排尿明显通畅，尿频好转。其副作用有口干，直立性低血压。因此，建议睡前口服为好。以上三种药物以高特灵作用更好，竹林胺与酚苄明作用相似。如服药后出现全身不适，应立即停药。这些药物是症状治疗，无根治效果；(4) 保列治 (Proscar) 能抑制 5 α -还原酶，减少双氢睾酮的生成，从而使增生的前列腺消退，逆转或停止生长。保列治，5 毫克，每天

1次。该药见效慢，需服药3个月以上见效，一般用药1年，适于中小前列腺增生病人。

2. 如前列腺很大，夜尿频繁，每晚解尿超过3次，排尿费力，应采用手术治疗。(1) 前列腺摘除术是将增生的前列腺全部摘除，从而使排尿通畅，适用前列腺增生很大的病人，或中叶增生明显的，全身情况良好的病人。由于手术摘除有一切口疤痕，有一定损伤，手术中和手术后出血较多，对年老体弱或有心脏病、肺、肾功能不全者不宜选用本方法。(2) TURP治疗（腔内治疗）：用电切镜经尿道作前列腺电切，该方法切除前列腺相对彻底，效果可与手术摘除前列腺相媲美，其优点是腹部无切口，术后恢复快。适于前列腺中等大小的病人。

(3) 前列腺激光手术：将一激光导光束插至前列腺增生处进行多点激光照射，使前列腺组织产生汽化、碳化 and 凝固，在后尿道形成一通道，从而起到治疗作用。这是一种新型的治疗前列腺增生的手术方法，术中、术后出血极少，治疗效果满意，备受病人欢迎，适于前列腺中小增生者，伴有心、肺、肾功能不全者更为适宜，但费用较高，远期疗效有待进一步观察。(4) 其他治疗：前列腺气囊扩张术、金属尿道内支架术、前列腺微波、射频治疗、前列腺冷冻疗法等都有一定疗效，但缺乏大宗和长期随访资料。(5) 夹杂症的治疗：前列腺增生的基础上出现大量血尿，应立即到医院诊治。有一小部分病人在增生的前列腺表面有血管怒张，破裂出血，出血量有时很大，形成血块，堵塞尿道，加重排尿困难。病人此时用力逼尿，进一步加重出血，形成恶性循环。

膀胱结石是前列腺增生的常见并发症。前列腺增生，引

起在尿道梗阻，体内代谢产物易沉淀于膀胱，形成膀胱结石。结石移动时磨破膀胱粘膜而出现血尿。膀胱区平片，膀胱B超及膀胱镜检均可查出膀胱结石及前列腺增生。如膀胱结石同时存在前列腺增生，若仅摘除膀胱结石，不作前列腺处理，不久结石又会复发，这是因为形成膀胱结石的病因没有解除；因此，作前列腺摘除术的同时取出膀胱结石才能根治本病。

腹股沟疝是前列腺增生引起的又一个并发症，由于前列腺增生病人排尿困难时用腹压帮助排尿，老年人腹壁组织萎缩而变得薄弱，更易产生疝气。有些老年人害怕疝气嵌顿，产生肠梗阻，想先去外科解决气问题，排尿不畅还可对付一阵。这种想法很不正确，因为排尿梗阻没有解除，疝气极易复发。前列腺增生伴有疝气的病人应先治疗前列腺增生，然后再作疝气修补术。如体质尚好，能忍受手术，可在前列腺摘除术的同时作疝气修补术。

另有一些前列腺增生的老年病人，长期排尿困难，误认为是老年功能退化而未作任何检查和治疗，久之出现全身浮肿、食欲不振、严重贫血和神志淡漠，这是一种肾功能不全的表现，即称为尿毒症。长期排尿困难，可以导致双肾积水和肾功能损害，出现慢性尿毒症。前列腺很大，膀胱内残尿很多，应及时到医院医治，留置导尿。如肾功能逐渐恢复可作前列腺手术治疗，若肾功能不能完全恢复可作前列腺激光或记忆合金尿道内支架治疗，以疏通尿道，恢复排尿功能。

(金三宝 陈曾德)

肾结核

肾结核是泌尿系统常见疾病。一般结核杆菌由肺、骨等处结核病灶经血循环播散到肾脏而发病。由于结核杆菌还可以通过尿液进入输尿管与膀胱，所以往往还同时存在输尿管与膀胱结核。单纯肾结核可以出现尿频、腰酸、血尿等症状；伴有输尿管及膀胱结核后，可以出现严重的尿频现象。当然，肾结核病人必然会出现低热、盗汗、消瘦和乏力等结核中毒症状。患肾结核后必须进行长期与有效的抗结核治疗。严重病例还需手术处理。下列诸项自我保健措施至关重要：

1. 注意休息，避免劳累，发病与治疗期间避免剧烈活动，也不宜进行中重程度的体力劳动。同时应该进行一些户外活动，多晒太阳，多接触新鲜空气，房屋要通风，要注意环境卫生；保证充足睡眠。

2. 重视个人卫生，勤洗澡，勤换衣。

3. 多饮水，保持足够尿量；多吃新鲜蔬菜与水果。提高营养，多吃营养丰富的食物，例如瘦肉，鸡蛋、牛奶、豆类和鱼类等。多吃维生素A含量丰富的食物，例如猪肝、菠菜、胡萝卜、柿子和苜蓿等。

4. 必须遵医嘱，按时服用抗结核药物，例如异烟肼、利福平等，不能中断与漏服。用药时间可长达1~2年，应坚持进行。并将用药治疗阶段的病情变化与自我感觉定时向有关医生汇报联系。

肾结核是一种慢性疾病，绝对不能急于求成。也要克服悲观、失望的不良情绪，这样才能树立信心，战胜疾病。

压力性尿失禁

凡是排尿失去控制，尿液不受意志支配地随意流出，称为尿失禁。产生尿失禁的原因很多，但以妇女压力性尿失禁发生率最高。这是一种妇女在咳嗽、喷嚏、行走、站立或奔跑等腹压增高情况下发生的尿失禁。正常妇女偶而也可发生。但真正发病妇女，多数由于多孕、多产或难产等情况引起，会阴与尿道部位肌力减弱的缘故。病情严重者十分痛苦，直立或平卧都会尿失禁。毫无疑问，重度压力性尿失禁必须进行手术，有时需开刀解决问题。轻度或施行过手术治疗者，需要掌握如下一些自我保健方法：

(1) 避免过分用力，尽量减少必须屏气使劲的动作或劳动；(2) 及时治愈有关可能增加腹压的疾病，例如便秘、慢性咳嗽和气喘等；(3) 保持外阴部清洁，尿失禁后及时更换内裤，保持干燥。并且养成定时排尿的习惯，这样可以有控制地减轻尿失禁的程度；(4) 据有关资料表明，山茱萸、龙虱、栗子、草莓、干贝、饴糖、韭菜、红花菜、芡实和胡桃等食品，具有减轻尿失禁的作用，不妨酌情食用；(5) 加强身体锻炼，增强体质。同时可以进行会阴部肌肉训练，即似大小便结束时那样，反复地收缩肛门部和会阴部肌肉，每天锻炼 3~4 回，每回 10~20 次，坚持进行，日久必有效果。

尿结石

泌尿系统结石症简称尿结石，是一种十分常见的疾病。尽管肾、输尿管、膀胱或尿道都可以发生结石，但以肾或输尿

管结石最为多见。一旦发生尿结石，往往会发生肾绞痛现象，即出现腰部剧烈的绞痛。当然，由于尿结石导致血尿、腰酸或引起尿路感染者，更屡见不鲜。配合有关治疗，尿结石病人可采取如下一些自我保健方法：

1. 多饮水，要求每天进水量 2000~3000 毫升，炎夏应增加到 4000~5000 毫升，大汗后还得增加，至少能保持每天有 2000 毫升上下的排尿量。这样有可能帮助尿结石排出，以及防止结石继续增加或增大。磁化水容易瓦解尿结石，不妨长期饮用。

2. 多吃含有维生素 A 的食品，例如猪肝、鸡蛋、新鲜蔬菜与瓜果。少吃含钙丰富的食物，例如海带、黑木耳、豆类、苋菜、牛奶、芹菜、紫菜、海鳗和干红枣等。少吃含草酸丰富的食物，例如菠菜、芹菜、可可、咖啡、甜菜、草莓、桔子、白薯和红茶等。少吃容易引起尿酸盐、胱氨酸、黄嘌呤增多的食物，例如动物内脏、海产品、豆角和花生等。

3. 坚持户外体育活动，尤其作跑步或跳跃动作。也可经常在颠簸的路面上骑自行车，有助结石排出。

4. 注意个人卫生，防止泌尿道感染。避免高温环境，避免长期卧床。

5. 万一发生肾绞痛，可在疼痛一侧用热水袋热敷；或者用手敲击腰部；或以疼痛一侧下肢作单腿跳跃，有时疼痛会减轻。如再不缓解，应即去医院急诊；

6. 坚持有关治疗，例如服用排石中药等。

肾下垂

肾的中间部称为肾门，正常时，右肾门中心对着第二腰椎；左肾门中心对着第一腰椎。两个肾脏都能在正常位置上有 1~2 厘米上下活动的幅度。如果向下活动距离超过 5 厘米，称为肾下垂。这是消瘦者的常见疾病，以女性更多见。此外，产生肾下垂的原因很多，例如先天性肾周围组织松弛、消瘦等。一旦发生肾下垂，会出现腰酸、腹胀等症状，也容易发生泌尿系感染。自我保健措施主要为：

1. 增加营养，克服消瘦，多吃一些脂肪、蛋白质含量丰富的食物，例如豆类、肉类、蛋类、芝麻、胡桃和花生等。

2. 使用肾托、宽松带或帆布带等，在头低脚高卧位下，扎紧腹腰部，然后再起床活动，使肾脏在回复正常位置下，受到肾托的支托而不掉下来，以固定在较高位置。应该坚持佩戴。

3. 避免长途行走和站立，也不宜作剧烈奔跑、跳跃活动。应避免过度劳累。食后可适当平卧休息。

4. 坚持运动保健，方法很多，(1) 仰卧举腿：仰卧，两手上举平放，双腿并拢后同时向上举起，再放下，重复 10~20 次；(2) 仰卧起坐：仰卧，两手上举平放，不要用手支撑地坐起，最好手指碰到足尖，至少也要手指碰到小腿背面，重复 10~20 次；(3) 仰卧折体：仰卧，两手上举平放，不用手支撑地坐起，两腿同时并拢向上，足尖与手指相碰或互相接近，重复 10 次；(4) 坐位举腿：坐位，上体略向后倾斜，先两腿伸直着地，接着屈膝收腿，大腿尽量压向腹部，上身仍

保持挺直，然后膝直，腿斜上举后慢慢放下，收时快且有力，放时要慢，重复 10~20 次。

5. 个别重度肾下垂，需采用手术治疗，而且术后应遵照医嘱，作好调养恢复工作。嗣后，也不能剧烈运动或长途行走，长久站立。

包茎与包皮过长

所谓包茎，是指先天性包皮紧密地裹着在阴茎头部，包皮口很小，无法翻上去，也无法显露完整的阴茎头。所谓包皮过长，是指先天性长得太长，遮盖着阴茎头，但包皮口并不小，可以上翻显露阴茎头。由于包茎或包皮过长容易引起包皮及阴茎头炎，结果产生包皮龟头炎及阴茎头红肿与疼痛；包茎与包皮过长也容易诱发阴茎癌。为此，趁早作包皮环切术，将多余的包皮切除掉，是防治的上策。自我保健的措施主要为：

1. 未施行包皮环切术时，应该充分注意阴茎局部的清洁卫生，经常洗涤。如包皮不能翻起则不要强行翻转；如能翻起清洗，洗毕要将包皮回复到原来位置，不要老是翻在上面，以免造成包皮嵌顿，会出现显著包皮水肿及阴茎头肿胀与疼痛。

2. 未施行包皮环切术时，如果没有发生炎症，则不必应用药物治疗。如果发生包皮龟头炎时，则应该在医生指导下进行自我治疗。口服或肌肉注射抗菌药物，同时阴茎局部可用 1:5000 浓度的高锰酸钾溶液浸洗，完毕后可局部涂以金霉素眼药膏等消炎药物。每次排尿后局部应擦干净。

3. 如果准备施行包皮环切术, 手术前 3 天, 每天都要用温开水或 1: 5000 浓度高锰酸钾溶液清洗阴茎, 并应事先剃净阴毛。

4. 施行包皮环切术后, 一般术后 5~7 天拆线, 在此期间应卧床休息, 减少活动。并应适当应用消炎药, 也应避免性冲动。每次排尿后, 如果伤口局部纱布弄湿, 应该及时更换。

包茎与包皮过长虽然属于小病, 但也不能小看, 因有容易发炎与诱发癌症的危险, 宜趁早治疗, 切不能因害羞而讳疾忌医。

前列腺癌

前列腺癌是老年男子易患的一种恶性肿瘤, 原因至今不明, 不少文献认为, 可能与遗传因素或体内性激素代谢紊乱有关。高脂肪饮食及烟叶也是本病的诱发因素。得了此种疾病, 前列腺会增大, 结果影响排尿的通畅。另外, 还会出现不明原因的发热、消瘦、乏力等现象。如果肿瘤发生转移, 则会出现转移部位疼痛症状。本病容易与前列腺增生症混淆, 同样是前列腺增大, 同样会引起排尿困难。但是医生通过检查即能作出区别。患前列腺癌后可按下述方法进行自我保健:

1. 要作好思想工作, 对于精神脆弱、情绪悲观的病人, 家属可采取保护性医疗措施, 不让病人知道真正的病情。意志坚强的病人, 则应该进一步增强与肿瘤作斗争的信心。

2. 选择高营养食物, 并变换花样, 断提高食欲, 又增加营养摄入, 以利于提高身体的免疫能力。

3. 戒烟、忌酒，不吃有刺激性的食物，也不吃生、冷和不洁的食物。

4. 勤洗澡、勤换内裤及被褥，保持清洁卫生，避免感染性病变，尤其防止泌尿系统感染发生。

5. 排尿有困难的病人，需留置导尿者，必须保持导尿管的通畅与清洁，并定期去医院更换导管。排尿虽有不畅，但还不需插导尿管的病人，要训练定时饮水和定时排尿，养成一定的规律。如有排尿不畅预兆时，可试在下腹部用热水袋热敷一会儿。

6. 能够起床者，要鼓励做适度户外活动，保持体力与增强体质。不能起床者，应当在床上作些适可而止的活动，防止褥疮。

7. 有转移性骨痛者，可经常按摩与热敷，或服用止痛片，尽量少用麻醉止痛针。

8. 停止性生活，也不要手淫，避免性冲动。

大多数前列腺癌病人，只要趁早治疗，例如摘除前列腺，或者作双侧睾丸切除术，嗣后再坚持应用雌激素类药物，会很大程度上阻止肿瘤复发与转移。所以自我保健中坚持用药治疗这一点切勿忽视，且必须定期复查。

尿路感染

尿路感染是泌尿系统受细菌侵犯而引起炎症的统称，实际上包括许多疾病，例如肾盂肾炎、输尿管炎、膀胱炎和尿道炎等。一旦发病即可出现尿频、尿急、尿痛、血尿和脓尿等情况。有关尿路感染病人的自我保健，可归纳为如下几点：

重视性器官卫生 无论男女都要养成每天清洗性器官的习惯，并且每天更换内裤，不穿紧身衣裤。女性月经期尤其要加强清洗，必须用消毒月经垫。也应杜绝手淫习惯，因为手淫有碍性器官卫生。

谨防房事诱发尿路感染 要求房事前后夫妇双方都清洁外阴部一次，至少应该用干净的湿毛巾揩擦干净，原先已经肮脏的内裤不要重复穿上。房事前女方可多饮水，房事后立即排尿一次，即使有细菌入侵，可通过尿流冲走。房事动作要轻柔，避免因粗暴用力而造成尿道口粘膜损伤，易导致细菌入侵。妇女月经期切忌房事。如遇房事不洁或怀疑有可能尿路感染或既往有经常尿路感染病史者，房事后可预防性服用复方新诺明、氟哌酸或先锋霉素等，防止尿路感染发生。

及时治愈身体各类感染病变 例如疖、痈、扁桃体炎和脓皮病等，防止该处的细菌通过血液、淋巴或直接蔓延等途径侵犯泌尿系统。

多食用新鲜蔬菜与瓜果 因其不但含有丰富的维生素C，能增强泌尿道上皮细胞的抗感染能力，而且还有利尿作用，有助于利用利尿而冲刷栖身于泌尿系统内的致病细菌。

及时控制糖尿病 具体参见糖尿病篇（244页）。

男子性功能障碍

男子性功能障碍种类很多，比较常见的有如下几种：阳痿，即阴茎勃起障碍，需要房事时阴茎无法勃起置入；早泄，指未曾房事或刚行房事即射精；不射精，指尽管有足够的性交动作，房事仍不射精；逆行射精，指房事有快感，但未见

精液射出，精液逆向进入膀胱等。显然，男子性功能障碍各有其个性问题，也有共性问题。为此，简介男子性功能障碍病人的自我保健措施：

1. 无论何种男子性功能障碍，都同精神与心理状态有着密切联系，即使是有些病理因素所致，见到性功能有了问题，心理上必然会增加忧虑与悲观，宛如“雪上加霜”，会越发加重病情。由此可见，如何消除思想“疙瘩”，戒除紧张、焦虑、恐惧与悲观情绪，是自我保健中重要的环节，绝对不能忽视。

2. 配偶双方的体谅、互慰与配合，又是克服男子性功能障碍的一个环节。尤其如阳萎、不射精之类性功能障碍，十分强调两点：其一，正式房事前充分的互嬉作爱，以提高性兴奋性；其二，妻子的理解与安慰，可打消丈夫焦虑、内疚等不良心理。

3. 坚持针对性的治疗。阳萎治疗首先得寻找病因，有的放矢地克服病因，例如神经病变、内分泌疾病或血管病变等，必须由专科治疗。如果无法克服原因，则可采取阴茎海绵体内注射药物、真空负压吸引等治疗。早泄多通过心理治疗以及局部用药降低阴茎敏感度可解决。不射精往往要用药处理，或采用电按摩器促使射精。逆行射精即使药物应用效果也不太理想，个别情况还需手术。

4. 学会行为疗法，完全可在家中进行。因精神因素引起的阳萎，可用“性感集中训练疗法”；早泄可用降低阴茎头敏感度的“脱敏疗法”，也可用“挤捏疗法”，不射精可用加强性交动作和改变性交体位疗法等。这些具体方法可请教有关医生。

总之，男子性功能障碍自我保健的基本原则是“坚持进行，不急不躁”。任何急于求成的想法与做法都要不得，只有在医生指导下有条不紊地进行有效治疗、再加上正确的自我保健，才会达到事半功倍的效果。

附：性感集中训练疗法 分五个阶段：(1) 非性敏感区抚爱，不能性交，约 1~2 周；(2) 性敏感区抚爱，不能性交，约 1~2 周；(3) 勃起控制，尽量刺激阴茎让其勃起，待有射精感觉时，则采用挤捏法让此感觉消失，再行刺激，反复进行，阴茎勃起时间可延长，仍不能性交，约 1~2 周；(4) 阴茎置入阴道刺激，男下女上位，女方主动作盆腔动作，待有射精感觉，立即停止女方性交动作，并抽出阴道外作挤捏法，让射精感觉消失，再置入重新刺激，如此重复进行，约 1~2 周；(5) 正常性交与射精。前两个阶段的目的是使男子在没有担心性交失败，没有性交愿望的相互抚爱下，阴茎自然产生勃起，等于是消除了害怕房事失败的精神因素，阴茎反而良好勃起。后几个阶段是尽量设法延长阴茎勃起保持时间。

阴茎挤捏法 妻子用手指按摩丈夫阴茎、待勃起与射精紧迫感时，立即停止按摩，并将拇指置于阴茎头背侧，食、中指置于阴茎腹侧冠状沟系带处，朝阴茎根方向稍用力挤捏 3~4 秒钟，约半分钟后射精紧迫感会完全消失，再重新开始按摩，如此反复至少 3~4 次才能射精。

阴茎脱敏训练 用 40℃ 温水热敷阴茎、阴囊约 10 分钟后，以肥皂水润滑阴茎，用双手轮流握着阴茎根部向阴茎头方向快速滑动，使手和掌面依次刺激阴茎根、阴茎体、冠状沟及阴茎头部。每天训练一次，并由每次操作一分钟，逐渐

增加到病人能够耐受为宜。在训练时不能射精，在射精紧迫感出现时，停止刺激，用挤捏法消除。若能耐受连续 50 次以上快速滑动刺激不射精，可恢复房事。

肾肿瘤

肾脏肿瘤，多数是恶性肿瘤，不管何种肾脏恶性肿瘤，都可表现为患侧腰部肿块、血尿、消瘦和乏力等症状。由于病情发展很快，必须趁早手术治疗。所以在谈到肾肿瘤病人的自我保健，主要是指经过手术以后的家庭自我保健，或者已无法手术切除在进行放射治疗或抗癌药物治疗的晚期病人。自我保健措施主要有：

1. 手术后必须很好休养，包括充分休息，适当户外活动，增加营养等。

2. 如果进行放射治疗或抗癌药物治疗，应该配合定期作血象检查，因为这些治疗都有使血液中白细胞或血小板减少的可能，一旦降低就要中止一阶段治疗或调整治疗剂量，让白细胞或血小板数量回升。

3. 进行放射治疗或抗癌药物治疗后有些副反应。这时尤其应强调营养与休息，并且请医生开药，以减轻与消除此类症状。

4. 必须做好定期随访检查。开始 2 年内最好每 3 个月一次，以后可每间隔半年一次。随访检查的年限至少 3~5 年，最好长期进行下去，以及早发现病情变化，如有复发也可及早处理。

乳糜尿

正常尿液微黄、清晰、透明，但是有的人尿液简直像牛奶或米泔水一般，医学上叫做乳糜尿。绝大多数乳糜尿病人都是由于患丝虫病后引起，仅极少数病人可能是腹腔、盆腔或腹膜后等部位肿瘤压迫淋巴管造成。丝虫病侵犯后会寄生于人体淋巴管内，结果阻塞淋巴管，于是被阻水平以上的淋巴管由于淋巴液的瘀滞而扩张并破裂，与泌尿道形成通道，乳白色的淋巴液进入尿中。除极少数严重乳糜尿需要手术处理外，大多数病人可采用非手术治疗。所以，下列各项自我保健措施十分重要：

1. 必须坚持低脂肪饮食，因为脂肪摄入量如果骤然增加，则淋巴液流量也会增多，乳糜尿会越发厉害。

2. 多饮水，以稀释尿液，否则乳糜成分过多会凝结成块，容易阻塞尿道，给排尿增加困难。

3. 避免过度劳累，以免引起扩张淋巴管的进一步破裂，这样可减轻乳糜尿的程度。同时也可以减少肾脏内毛细血管的破裂，减少乳糜尿同时伴有血尿的现象。

4. 及时治疗丝虫病，医生一般采用海群生等药物处理，应该按医嘱进行。

5. 据有关资料介绍，一些中医验方对于减轻与克服乳糜尿有帮助，这里试举几项：(1) 糯稻根 6 克，每天用水煎后代茶服用；(2) 向日葵根蕊 10 克，加水 600 毫升，煎成 300 毫升，分 2 次口服；(3) 芹菜根 10 株，加水 500 毫升，煎成 200 毫升，早晚 2 次服用；(4) 棉花根皮 50 克，加水 500 毫

升，煎汁服用。

若采用上述诸方法，乳糜尿未见减轻，则必须去医院进一步处理，不要拖延，否则由于大量营养物质随尿液白白丢失，病人会出现消瘦、皮肤干燥、疲劳和腰部不适等症状，对健康十分不利。

肾损伤

肾损伤可以由各种外伤引起，一般分为三种类型。肾挫伤：肾脏外边的包膜完整，但是肾实质有挫伤或轻微裂伤；肾裂伤：肾包膜有裂口，肾实质也有深度破裂；肾蒂血管破裂：进出肾脏的血管断裂，往往伴有肾脏广泛性破裂或全层断裂。上述三类中，后两类较为严重，一般都要住院治疗。仅肾挫伤，表现为患侧腰部隐痛，并有肉眼血尿，或肉眼看不见仅化验发现的血尿，有时可回家休养观察。为此，必须注意如下几项自我保健措施：

1. 要求病人绝对卧床 10~14 天，不能下床活动，让受伤的肾脏不受到活动引起的震荡，使伤口尽早愈合。另外，卧床时间可通过判断血尿情况而定，有肉眼可见的血尿，必须坚持卧床，尿色见黄或尿中经化验仍有红细胞，也应以卧床为主。只有当尿液中不再存有红细胞，才可逐步起床活动，并渐渐加大活动量。

2. 多吃新鲜蔬菜或瓜果，增加维生素 C 的摄入，这样可以加速创面的愈合。

3. 根据医嘱按时用药，一般采用止血药物，例如安络血、维生素 K、止血敏等；也可应用伤药，例如三七片、跌打丸

等；有时也要加用消炎药，避免伤处发炎。

总之，从肾损伤修复的时间看，至少需要 2~3 周，因此在这段时间内上述各项自我保健措施至关重要。一旦肾脏损伤修复后，肾功能也可恢复正常，一般也不会留有后遗症。

睾丸炎

男子睾丸发炎屡见不鲜，大多数是由于细菌侵犯所致，称为细菌性睾丸炎。也有一部分由于病毒所引起，最著名的是流行性腮腺炎病毒，它不但会引起俗称“大嘴巴”的流行性腮腺炎，同时又可造成睾丸炎。一旦发生睾丸炎，会出现高热、畏寒等全身症状，也可出现患侧睾丸的肿胀与疼痛，厉害时疼痛还可向阴囊、大腿根部及腹股沟区域放射。由此可见，睾丸炎发病多半急骤。若按下述方法，可进行自我保健：

1. 按睾丸炎类型，遵医嘱认真用药。细菌性睾丸炎需采用青霉素、先锋霉素等抗生素。病毒性睾丸炎，采用板蓝根、蒲公英、银花和连翘等中药效果较好。

2. 如果睾丸局部肿痛明显，可用赤小豆粉调鸭蛋清外敷阴囊，或用中药金黄如意散用醋调匀后外敷阴囊。另外，也可采用局部热敷方法，每天至少 1~2 次，每次持续半小时左右。

3. 应该卧床休息，如要站立行走，最好用布制托带托起阴囊，避免阴囊悬垂，可减轻疼痛与肿胀。

4. 万一因睾丸炎引起高热，应采用物理降温处理，头部冷水毛巾湿敷，或用酒精、冰水作四肢擦浴。

5. 应多吃新鲜蔬菜与水果，增加维生素 C 的摄入，以增

加抗病能力。少吃猪蹄、鱼汤、羊肉等所谓“发物”，以免因此而引起炎症部位水肿加重。

即使睾丸炎得到很好治疗，但已经肿大的睾丸未必很快会消退，有时要延续 1~2 个月，甚至更长些时间，才能逐步消退，不能因此产生焦虑情绪。

男子不育症

结婚 2 年以上的夫妇同居，未采用任何避孕节育措施，女方检查又完全正常，却不能生育的，称为男子不育症。原因很多，有的是睾丸生精功能障碍，生产的精子数量太少、活动力太差；有的是生殖器官有炎症等病变，会造成精子死亡；有的是发生了男子自身免疫性不育，精子会莫名其妙地凝集不动，丧失生育力；有的是精液太粘稠，不会液化成水状，精子活动受阻；有的是输精管道有阻塞，精子无法排出体外……由此可见，对于男子不育症，首先得追查原因，才能有的放矢地加以治疗。作为男子不育症的自我保健原则主要为：

1. 根据具体病因及不育类型，遵照医嘱，坚持治疗。例如精子数量太少，可采用克罗米芬、他莫西芬和人绒毛膜促性腺激素等药物。精子活动力低下，可采用硫酸锌、维生素 E、己酮可可碱和胰激肽释放酶等药物。精子死亡率太高，生殖道有炎症，则应用消炎药。男子自身免疫性不育，要用泼尼松或培他米松等药物。

2. 保证足够的营养水平，尤其要多吃含蛋白质丰富的食物，例如瘦肉、鱼、蛋、豆等，以及含维生素 A 丰富的食物，例如鸡蛋、猪肝、牛奶等。

3. 避免接触X线或放射性同位素。避免环境污染,防止接触镉、锰、铅、汞、砷和硒等物质。也尽量避免使用有碍生育的药物,例如苯丙胺、巴比妥酸盐、可咖啡因、苯甲噁嗪、鸦片樟脑酊等。

4. 戒除烟酒习惯。

5. 不穿着紧身衣裤,避免下半身及阴囊部位太暖和。

6. 增加下半身体育运动量,促进睾丸血液循环。也可经常进行保健按摩:一手托起阴囊与睾丸,另一手以四指掌面分别按摩阴囊壁及内面的睾丸,动作要轻柔,因为睾丸对疼痛及触觉相当敏感,每回左右各按摩10~20次,每天至少进行一回,有助改善睾丸生精功能。

毋庸置疑,男子不育症是一个相当复杂的问题,有些情况现代医学尚不能解决,所以对此应该有一个充分的认识。

(姚德鸿)

第十二节 胸外科疾病

食管裂孔疝

本病是指胃或其他腹腔内脏器通过膈食管裂孔进入胸腔的疾病。临床上可出现疼痛、咽下困难、呕吐、食物返流甚至上消化道出血等症状。食管裂孔疝是膈疝中最多见的一种,疝入的脏器中以胃为多见。

食管裂孔疝的病因主要有先天性和后天性两种,以后天性多见。先天性横膈发育不全、膈食管裂孔比正常的宽大松

弛、后天性膈食管膜和食管周围韧带的松弛以及腹内压力增高，都成为裂孔疝的发病因素。本病好发于中老年和女性肥胖病员。腹压增加（如重度腹水、后期妊娠、习惯性便秘、慢性咳嗽，以及长期弯腰或屏气致腹压增高的劳动方式），可诱发本病，或使症状加重。

食管裂孔疝可分为滑动型裂孔疝、食管旁疝和混和型疝三类，其中以滑动型疝为最多见，症状也较其他类型显著。

本病的临床症状，主要由于胃内容物返流入食管，引起返流性食管炎所致。最常见的症状是胸骨后烧灼痛和反胃。疼痛多位于胸骨后，常在饱食后 30 分钟~1 小时发生，可伴有嗝气或呃逆，平卧、弯腰、咳嗽和饱食后用力屏气等可诱发或加重，而站立或半坐位时呕出食物或酸水后可减轻。胃内容物的返流也较常见。有时返出部分消化的食物，或有酸水涌入口腔。较严重者可发生咽下困难。部分病人可因并发食管炎或食管溃疡而引起上消化道出血。巨大裂孔疝可压迫心、肺和纵隔而产生气急、心悸、咳嗽和紫绀等症状。

食管裂孔疝的诊断除依据典型症状外，主要依靠 X 线下食管钡餐检查。本病的疼痛发作酷似心绞痛，应予鉴别。对出现吞咽困难者，更应注意与食管癌相鉴别。

本病病人有相当一部分无临床症状而不需特殊治疗，仅部分有明显症状者需要治疗。内科治疗方法与返流性食管炎基本相同。外科手术治疗的主要指征是内科治疗无效的许多并发症如严重食管炎、顽固性反复上消化道出血、食管溃疡形成、食管狭窄和巨大裂孔疝产生心肺压迫症状和疝囊扭转、嵌顿等。

食管贲门失弛缓症

食管贲门失弛缓症是最常见的食管运动障碍性疾病。其病因不明，一般认为是由食管神经肌肉功能障碍所致。发病年龄以 20~60 岁为较多，男性略多于女性。本病是以吞咽时食管运动障碍，蠕动收缩减弱和食管下段括约肌、胃贲门不能正常地松弛而发生痉挛为特征。因为食管排空受阻，食物常郁积于食管腔内而致食管异常扩张，故本病又称巨食管症，亦有称为贲门痉挛症。

本病的主要症状是吞咽困难、呕吐和胸骨后疼痛。精神紧张和情绪波动时更为明显。进食过冷过热和刺激性的食物都可诱发病状发作。咽下困难常发生在胸骨后阻塞感和疼痛症状出现数月后，偶尔症状突发，顿时无法下咽，往往一时不能缓解。少数病人咽下液体常有困难，而对固体食物反能咽下，但大多数病人咽下固体比液体更困难。当咽下困难加重时，常可出现食物返流。返流的发生往往与体位改变有关，平卧位较易出现返流，尤其是晚上可因返流污染枕头。返流物为未消化的食物或泡沫状粘液。有食管炎、溃疡和憩室炎等并发症形成时，返流物亦可带有血性液体。疾病初期，上述症状时有时无，时轻时重，一般解痉药物能见效，后期则转为持续性，当食管炎形成疤痕狭窄时，可出现持久的咽下困难，解痉药物亦难奏效。部分后期病人，可因极度扩张的食管压迫胸腔内脏器而出现气急，干咳、紫绀、呃逆和声音嘶哑等。

由于返流食物的误吸，病人可出现反复的呼吸道感染、肺

炎、肺不张、肺脓疡甚至窒息，尤其在熟睡时更易发生。有此类症状者的食管癌发生率显著高于一般人群。

在有长期间歇性咽下困难而无吞咽腐蚀剂或其他食管损伤史的青壮年病人应考虑本病。X 线食管钡餐检查一般能确诊。对诊断未能肯定或年长病程较短者，应辅以食管镜检查，以排除食管癌和贲门癌的可能性。此外，食管动力学检查成为本症与其他食管功能性疾病鉴别的重要依据。

病人宜少食多餐。软食细嚼，避免过热过冷和刺激性饮食。对精神紧张和情绪不稳定者可予以心理治疗和镇静剂如安定、利眠宁等，还可口服 1% 普鲁卡因溶液，每次 10 毫升，每天 3~4 次。症状发作时吞下硝基甘油片或吸入亚硝酸异戊酯可以缓解，也可试用硝苯啶 10 毫克，口服或舌下含化。针刺和耳针疗法也可一并应用。如上述疗法无效，必要时每晚睡前进行食管引流以预防呼吸道并发症的发生。如内科治疗无效，可考虑行气囊和探条扩张，严重者可作手术治疗。

纵隔肿瘤

纵隔是左右侧胸膜腔的中央间隔部分。前为胸骨，后为胸椎，上接颈部，下止膈肌。其中除含有心脏、大血管和食管外，还有丰富的神经、淋巴组织、脂肪和结缔组织等。在这个部位发生的肿瘤，统称为纵隔肿瘤。

原发性纵隔肿瘤种类繁多，多属良性，亦有恶性。最常见有五种：(1) 畸胎瘤：为前纵隔最常见的肿瘤。多属良性，但可恶变。破溃入肺内时，病人可咳出毛发、皮脂腺、豆渣样物。X 线可见肿瘤边缘光滑，圆或椭圆形，中心可有钙化斑

点、骨样、牙齿状阴影。(2) 胸腺肿瘤：多见于成年人，呈卵圆形向两侧突出，常位于上纵隔前部或下纵隔前上部。约 1/3 病例为恶性，胸腺瘤病人同时合并眼睑下垂、呼吸费力、胸闷、气急、牙齿咀嚼无力等称为重症肌无力占有一定比例。

(3) 胸内甲状腺肿：是由颈内甲状腺异位降至胸内，附着于气管或由胚胎期遗留于纵隔内的甲状腺组织发展而成。X 线片呈边缘整齐的卵圆或棱形阴影。(4) 神经源性肿瘤：常见于后纵隔，与脊柱骨相平行以良性为多见。少数为恶性，多见于小儿。X 线呈圆形或边缘整齐的卵圆形阴影。发生于脊柱旁沟的，可压迫椎体与肋骨，产生压迹。(5) 淋巴源性肿瘤：是全身淋巴系统恶性肿瘤的一部分，也可先在纵隔发生，再蔓延到其他处淋巴结，绝大多数为恶性，病变多位于中纵隔。X 线呈分叶状或块状阴影，向两侧突出。

本病的症状，与肿瘤的大小、部位、生长速度和压迫周围组织有关。早期多无症状，往往在做常规体检 X 线检查时偶然发现。常见的症状有咳嗽、胸闷、胸痛等。但这些表现都不具有特异性。当有下列症状出现者、多提示恶性，预后不良：(1) 上腔静脉阻塞征：出现颈静脉怒张，头颈部、上胸部发胀不适和上肢有充血、水肿、紫绀，甚至伴有呼吸困难。(2) 神经系统症状：肿瘤侵及喉返神经，引起声音嘶哑；累及交感神经，出现眼裂变窄，上睑下垂，一侧瞳孔缩小；压迫臂丛神经可致上肢痛；膈神经受损，致膈肌麻痹。X 线检查对本病的诊断极有价值。超声波检查有助于鉴别囊肿和肿块。近年来应用的 CT 检查对纵隔肿瘤的诊断和鉴别诊断有较大意义。

纵隔肿瘤虽多属良性，但随着肿瘤体积增大，常产生压迫或感染症状。此外，纵隔肿瘤也常有恶变。因此，对纵隔肿瘤不论有无症状，一般都主张早期施行手术切除。对淋巴组织恶性瘤，一般采用放射和化学疗法，不作手术治疗。

胸部损伤

胸部损伤在日常生产劳动中甚为常见。在战时，胸部损伤的机会就更多。胸部损伤可分为闭合性损伤和开放性损伤。闭合性损伤多由于暴力挤压，冲撞或钝器打击胸部所引起。轻者造成软组织损伤和单纯肋骨骨折，重者多伴有胸内器官或血管损伤，导致气胸、血胸等。胸壁软组织挫伤只有局部疼痛和压痛，有时皮肤可见瘀斑，一般1~2周肿痛会自行消散。肋骨骨折是较为常见的胸部损伤，第三至第十肋骨较为固定，受外界暴力后容易发生骨折。胸痛是肋骨骨折的主要症状、咳嗽及深吸气时加重。因此，伤员不敢深呼吸和咳嗽，不能排痰，易发生肺炎、肺不张。相邻的多根肋骨多处骨折时，可造成胸壁浮动。吸气时浮动的胸壁塌陷，呼气时则向外隆起，这种现象恰与正常呼吸运动相反，称之为反常呼吸或矛盾呼吸。伤员可因此而发生气体交换量不足而感到憋气、胸闷。肋骨骨折的断端可以刺破肺组织而合并气胸或血胸，可以加重呼吸困难，甚至出现休克。

在肋骨的上下缘都有肋间血管，肋骨的血液供应很丰富，愈合能力强，同时通过肋间肌的附着和固定，骨折端的移位，错位不多；因此，肋骨骨折本身不需要特别的处理，伤后3~4周即能愈合，但要鼓励伤员咳嗽，排出痰液，防止发生肺炎

和肺不张。因此在休养时，仍可照常起床活动，多做深呼吸和咳嗽，有利早期恢复。单纯的肋骨骨折，可以用胶布固定伤侧胸壁，减轻骨折的伤痛，以利咳嗽排痰。多发性肋骨骨折出现胸壁浮动时，应纠正反常呼吸后再运送。方法是：用棉垫或其他布卷压在浮动的胸壁处，用绷带加压包扎以减少活动范围，纠正反常呼吸运动，减轻疼痛。无论哪种骨折，都需送往医院诊治，由医生处理，以免延误病情，出现不测。

开放性损伤，平时多由于利器刀锥，战时则由子弹弹片等穿入胸壁所造成。损伤仅限于胸壁未穿通胸膜者称为非穿透伤，这一类损伤的伤情较轻；如损伤穿透胸膜，这种损伤往往产生气胸和血胸，甚至危及伤员的生命。

闭合性或开放性胸部损伤，不论膈肌是否穿破，都可能同时伤及腹部脏器。这类损伤统称为胸膜联合伤。

气胸

胸膜腔内积气，称为气胸。气胸多由于肺组织或支气管破裂，空气逸入胸膜腔，或因胸壁伤口穿破胸膜，使胸膜腔与外界沟通所致，一般分为闭合性、开放性和张力性三大类。胸壁破裂，使胸膜腔失去密闭状态，外界空气经破裂口自由进出胸膜腔，这种气胸称之为开放性气胸，使肺脏萎陷，不能进行正常的呼吸；因此，病人出现呼吸困难，呼吸困难程度与胸壁伤口大小和气胸压缩肺的程度有关。如胸壁保持完整，肺或支气管破损的漏气处有如活瓣，空气不断进入胸膜腔，但无出口可逸出，这样反复的呼吸，胸膜腔空的气体越积越多，压力也越来越大，超过大气压，这时称为高压性气

胸（或张力性气胸）在气胸中最为凶险者，应即时抢救。肺组织严重受压缩，导致呼吸和循环生理功能障碍。此类病人的呼吸极度困难，且有紫绀、烦躁不安、神志不清，甚至休克。

如果一定量的空气进入胸膜腔后，伤口即自行闭合，不再有空气进入者，称为闭合性气胸。此类气胸对胸膜腔内负压影响不大，仅使伤侧肺部分萎陷。病人仅有不同程度气闷，如进入胸膜腔气体不多，肺萎陷在 30% 以下者，不需特别处理，1~2 周内自行吸收。大量气胸，需进行胸膜腔穿刺，抽尽积气，促使肺及早膨胀。

血胸

外伤性气胸往往与血胸合并存在。胸腔内出血的来源多为沿肋骨走行的肋间动脉和静脉在肋骨骨折时同时破裂出血，另一来源是肺脏破裂出血。位于胸腔内的大血管破裂，或心脏破裂出血引起的血胸很少见，一旦发生则可是致命的。

少量血胸一般不出现症状，破裂的血管持续出血，可导致出血性休克。医生将根据具体情况做相应处理，或与气胸同时处理。破裂血管持续出血则需开胸手术止血。胸膜腔内的积血，必须通过胸腔穿刺术予以清除，以免发生继发感染变成脓胸。陈旧性血胸机化后，在肺的表面形成一层很厚的纤维板，限制了胸部的呼吸运动，从而损害了肺功能。胸部外伤后不论发生气胸或血胸，都应急送医院诊治。

胸壁结核

胸壁结核是一种常见的结核杆菌引起的胸壁感染性疾病,大多数病人原有肺结核、结核性胸膜炎或淋巴结结核。结核菌可从肺或胸膜侵入胸壁组织,而更常见的是肋间淋巴结受感染后,产生胸壁结核。

胸壁结核初期症状不明显,但如原发病灶仍有活动性,可有结核病的全身毒性反应,表现为盗汗、低热、纳差和疲倦等。胸壁局部有肿胀隆起,不痛不痒,不发红,不发热,而且皮肤多无粘连,临床上称之为寒性脓肿,又名冷脓肿。脓肿增大以后,表面皮肤逐渐变薄,脓腔内压增高,稍有疼痛,如皮肤上的化脓性细菌侵入冷脓肿,会产生混合感染。脓肿溃破以后,流出的脓液呈黄白色,含干酪样块状物,形成窦道常经久不愈。因此,在治疗上必须将胸壁结核看作是全身性的结核症,应用有效而正规的抗结核药物治疗,如链霉素、异烟肼和利福平等,同时结合全身性支持治疗,包括休息和营养等。在原发结核病灶得到基本控制或相对稳定之后,可行手术清除胸壁病灶。较小的胸壁单纯性寒性脓肿可进行穿刺抽液,每次抽脓后注入抗结核药物,病变可能痊愈。病变破坏较为严重者必须进行手术清除,术后继续抗结核治疗1年。

脓胸

胸膜腔受各种致病菌的感染,产生脓性渗出液积聚于胸膜腔内,称为脓胸。按病程长短,临床表现和病理发展过程

可分为急性脓胸和慢性脓胸。由结核菌引起的脓胸，称为结核性脓胸。脓胸病程持续 6 周以上者，习惯上即称之为慢性脓胸。细菌侵入胸膜腔的途经有四条：(1) 病人患肺炎、肺脓肿或肺结核后未能得到有效控制，肺部化脓性感染直接侵犯胸膜或破溃入胸膜腔内；(2) 细菌直接经由胸部开放性伤口进入胸膜腔；(3) 源于身体其他部位的感染病灶经血液循环播散到胸膜，如脓毒血症；(4) 胸部手术以后，特别是食管和肺切除术等污染性手术后，继发感染造成脓胸。

急性脓胸往往起病急骤，病人持续高热，有胸痛、寒颤、咳嗽、气促、呼吸困难、食欲不振及全身不适，乃至全身性中毒症状。这是由于细菌侵入胸膜腔后，引起急性胸膜炎反应，渗出脓液，机体随之吸收大量毒素后所造成。当病人出现急性期症状时，应立即去医院就诊，住院治疗。胸部 X 线检查和超声波检查对脓胸的诊断有较大价值。如明确为急性脓胸，应及时进行胸腔穿刺抽脓或行胸腔引流，同时选用对致病菌敏感的抗生素治疗。若疗效好，脓液可逐渐减少，变稀，受压缩的肺复张，脓腔缩小乃至消失，病人可望迅速痊愈康复。如果在急性期中病人没有得到及时有效的治疗，经数月后，急性脓胸逐渐转变为慢性脓胸。这时，脓液变稠厚，脓液中的纤维素会在胸膜和肺的表面沉积，形成一层很厚且致密的纤维板，虽然在慢性脓胸期毒素的吸收减少，中毒症状减轻，但是，纤维板使肺和胸膜收缩固定，影响了肺的扩张，降低了肺的通气功能。慢性脓胸一旦形成，往往需采用手术治疗。手术的目的在于消除脓腔，使受压的肺组织膨胀，手术前应尽可能纠正病人营养状况，必要时静脉输血浆或白

蛋白支持，提高对手术的耐受性。一时不具有手术条件的慢性脓胸病人可在家休养，病人要进高蛋白、高营养的饮食，如鱼、肉、蛋豆制品等，多吃新鲜水果和蔬菜以保证维生素摄入量。对于胸壁留有伤口的慢性脓胸病人还应学会掌握正确的清洁换药方法，注意不要将棉球或纱布遗落脓腔以致延迟愈合。脓胸病人要正确对待疾病，保持乐观情绪，树立战胜疾病的信心。

心脏病的外科治疗

心脏病可分为先天性心脏病和后天获得性心脏病两大类。前者简称先心病，是最常见的先天性畸形中的一种，因胎儿的心脏在母体内发育缺陷或部分停顿所造成，病孩出生后即有心脏血管病变。最常见的先心病有房间隔缺损，室间隔缺损，动脉导管未闭。症状多从幼年开始，病人容易疲乏、心慌、气短和活动后加重，发育缓慢。有的容易得肺炎，严重的也可发生心力衰竭。生下即有紫绀者，有的人称之为“蓝儿”，病人体力极差，活动一多就气促，喜好蹲下休息，也有的不愿活动。常见的先天性心脏病都可以施行手术治疗，以修补缺损、纠正心脏畸形。对于较早发生症状的病人，应争取及早手术，不要等到出现心力衰竭后才考虑手术，这时手术危险性大，效果差，甚或已不可能手术。平时应注意劳逸结合，减少活动量，减轻心脏负荷，预防和治疗上呼吸道感染，可减少细菌性心内膜炎和肺炎等并发症。

在后天性心脏病中，冠心病有心肌梗塞病史，伴有严重心绞痛的病人可施行血管旁路移植手术，即取病人自身的大

隐静脉或内乳动脉作为旁路移植材料，在主动脉和病变冠状动脉之间搭一血管桥，重新建立血管通路，改善冠状动脉血供，恢复心肌收缩功能，心绞痛症状可随之消失或明显改善。这是当前治疗严重的冠状动脉心脏病的最佳方法。瓣膜替换术已较广泛地应用于治疗严重的心脏瓣膜病变。患有二尖瓣狭窄及关闭不全和主动脉瓣狭窄或关闭不全，现在都可以施行瓣膜替换术，病人在换瓣手术后多能顺利恢复心脏功能，自由活动，有的已恢复工作。

现在用来替换心脏瓣膜的人工瓣膜有机械瓣和生物瓣两大类型。机械瓣膜需要终生抗凝治疗，生物瓣膜也需抗凝治疗一年左右。换瓣手术后还要预防感染，如施行拔牙或外科手术，只需在术前 24 小时及术后 48 小时内停服抗凝药，以防出血不止，待手术出血危机过去后，再继续服药。

术前有明显心功能减退或术后有心功能不全的病人，要限制钠的摄入。术后早期饮食应以易消化，清淡不腻的食物或多水分的水果为主。心脏手术后的病人应经常活动肢体，轻叩肩背，轻揉腰部肌群。输液管或胸管拔除后，多可下床，逐渐增加活动。术后早期下床活动时，应有人陪伴，并不宜一次活动时间太久。住院期间经有关各项检查，如均属于正常范围之内，即可出院返家休养，但还得随时根据医生指导，按心律情况，以及排尿多少，有无腹胀、肝脏肿大、下肢浮肿和全身乏力等症状来调节毛地黄（地戈辛）和利尿药的剂量，特别关于毛地黄和利尿剂应用务必随时与专科医生保持密切的联系。

（刘 江 周允中）

第十三节 妇 产 科 疾 病

流产

流产是生育年龄妇女的常见病。育龄已婚妇女遇有月经过期而出现阴道流血时都应想到有流产可能,应去医院检查。

根据不同情况的处理方法

1. 仅有少量阴道流血或伴有轻度腰酸者多为先兆流产,经安胎药和卧床休息胎儿多数能保住。

2. 阴道流血超过 7 天或流血量多于月经者常难以保住。若伴下腹阵痛或羊水流出则流产难免;若大量出血则必是流产不全。这两种情况均应行刮宫术。

3. 胚胎物排出,出血和下腹痛缓解,经医生检查证实为完全性流产者,可免于刮宫,不需特别处理。

4. 检查证明宫内胚胎已死亡而迟迟不排出超过 3 周以上者,可影响凝血功能而致流产时大出血,应先去医院用药物做好防大出血准备后再行刮宫。

5. 连续三次自然流产(也即习惯性流产)者再次怀孕前应尽量先查清致流产的原因(如染色体异常、自身免疫疾病、母儿血型不合以及子宫颈内口过松等),针对病因治疗,方能正常怀孕分娩。

为预防和避免流产,应注意以下几点 (1) 急性传染病须待痊愈后一段时间方可怀孕。慢性病病人应治疗到病情稳定并经专科医生认可后才能怀孕;(2) 流产因生殖器官疾患

所致者，应矫治生殖器官疾病后再怀孕；(3) 知道有孕后应避免接触镉、铅、有机汞等重金属、含毒有机物或放射线等，还应避免与预防细菌感染；(4) 早孕期（孕 12 周内）除注意饮食卫生和避免过分劳累外，一定要避免过分紧张，保持情绪稳定以利安胎。

还应注意，医生认为应作刮宫术时，病人不宜拖延，以免造成失血过多（甚至休克、死亡）和影响今后生育的内生殖器炎症，须知大多数流产掉的胚胎都是有先天缺陷的，属于自然淘汰之列。

早产

妊娠 28 周以后须防早产。预防早产有以下几个方面：

(1) 治疗孕妇的急性或慢性疾病（急性如高热、病毒性肝炎、急性泌尿道感染等，慢性如心脏病、各种原因高血压、严重贫血、重度营养不良等）；(2) 注意个人保健，预防呼吸道疾病和肠道传染病（急性肠炎、食物中毒等）；(3) 按时产前检查，防治妊娠高血压综合征；(4) 保持情绪稳定、避免精神创伤；(5) 凡有双胞胎、羊水过多或子宫畸形等，更要注意适当休息，预防早产；(6) 孕期增加营养，改善一般情况。孕晚期禁止性交，防止感染。

早产的表现主要是有规律的阵阵子宫收缩、少量阴道流血和下腹坠胀等。如有阴道流水，表明胎膜已破。

有早产征兆者，经卧床休息、子宫收缩抑制药物的应用，一部分孕妇能避免早产。但若有胎膜早破或胎膜炎者，则早产往往不可避免。胎膜早破而无感染征象者，用上述治疗方

法即便只能延缓分娩 1、2 天，对提高早产儿成熟度也大有好处；而对胎膜炎病人则应尽快使胎儿娩出以减少胎儿因宫内感染而死亡的危险。

需要注意的是在妊娠的最后一个月內，子宫常会有生理性的自发性收缩，孕妇会感觉到肚子阵阵发硬，但无痛觉。这不是早产的征象，不必惊慌。

宫外孕

宫外孕即异位妊娠，是指妊娠发生在子宫腔以外，绝大多数发生在输卵管，最主要的病理变化是腹腔内出血。它是危及育龄妇女生命的常见妇科急症。

宫外孕绝大多数在停经 6~8 周发病，主要症状是停经、腹痛、阴道流血及晕厥或休克。其特点为：下腹痛多为突然发作且剧烈异常，而阴道流血一般不多（常不超过月经血量）；由于腹腔内出血，容易发生晕厥与休克。尿妊娠试验和经阴道后穹窿穿刺抽得不凝结之血可帮助作出诊断。

宫外孕的治疗，依据诊断的迟早、有无生育要求和病情急、重程度可有多种方法。待到疾病发作时（下腹剧痛甚至出现晕厥、休克）方作出诊断者一般需要急症手术。若病人尚未生育而病情又不太紧急危重，可要求作保留生育机能的术式（即不切去输卵管卵巢）。现时，许多宫外孕病例可以在尿妊娠试验、B 型超声和腹腔镜帮助下，在疾病尚未发作前作出早期诊断。此种情况下，可以在 B 超引导下向在输卵管内的孕囊注射药液或通过腹腔镜作简单的小手术，而不必作开腹手术。

由于宫外孕既常见又威胁生命，而且疾病表现多样性（常常不典型），所以凡是生育年龄内的妇女出现腹痛、晕厥和异常阴道出血时，都要想到宫外孕的可能，及早去医院检查。

引起宫外孕的最主要原因是慢性输卵管炎症。所以，注意妇女经期、孕期的产褥期卫生和避免不必要的人工流产，特别是杜绝非法堕胎，是预防日后发生宫外孕的重要措施。

葡萄胎

葡萄胎是早期妊娠的疾病之一，本应形成胎盘绒毛的组织却形成了大小不等的水泡，相互间有细蒂相连成串，形似葡萄，充塞于子宫腔，故得此名。葡萄胎时胎儿常常没有或很早期即死亡。

此病的症状除了早期有闭经，接着阴道不规则流血和常伴隐隐腹痛之外，往往有严重呕吐（早期妊娠反应特别强烈）和子宫明显大于停经月份的特点，还因反复大量出血而常有贫血现象。尿妊娠试验呈持续过强阳性和超声诊断上的特殊表现能很好地帮助确诊。

葡萄胎确诊后应及时清除子宫内容物，一般需作两次清宫术。首次一般采取吸宫术，相隔一星期左右待子宫缩小后谨慎地作刮宫术。

本病治疗（即清除子宫内容物）后，随诊十分重要。这是因为有一小部分病人日后可发展为恶性葡萄胎或绒毛膜上皮癌。所以除了葡萄胎清宫时吸出或刮出的组织要送病理切片检查外，必须密切随诊以早期发现恶变，及时治疗。葡萄

胎清除后,每周检查血或尿妊娠试验,即绒毛膜促性腺激素(HCG)测定。若HCG持续阳性或下降后复又升高(再次妊娠或葡萄胎组织残留除外),则恶性葡萄胎或绒毛膜上皮癌的可能大。随诊时还应注意,不规则阴道流血或咳嗽、咯血等症状常常是恶变的表现。

为预防恶变,有人主张年龄大于40岁者或病理检查结果可疑者给予预防性化学药物治疗,也有人主张对无再生育要求、年龄大于40岁和子宫增大迅速的葡萄胎病人行子宫切除。

葡萄胎处理后应避孕2年内再怀孕,避孕方法宜用阴茎套或阴道隔膜,而不宜用宫内节育器或避孕药丸。

恶性葡萄胎与绒毛膜上皮癌

恶性葡萄胎与绒毛膜上皮癌(简称绒癌)与葡萄胎同源,都来源于滋养细胞(正常妊娠中滋养细胞是组成胎盘绒毛的主要成分),这两个病都属于恶性肿瘤。恶性葡萄胎和绒毛膜上皮癌都有浸润(侵入子宫肌层)或转移(转移至肺、阴道、脑或其他组织)的特点。恶性葡萄胎通常发生于葡萄胎清除后6个月以内;绒癌则可继发于葡萄胎、流产和足月分娩以后。

恶性葡萄胎(简称恶葡)与绒毛膜癌(简称绒癌)的临床表现几乎完全相同,都以不规则的阴道反复流血和转移症状(肺转移常表现为咳嗽、咯血、X线胸片有转移病灶阴影;脑转移有头痛、偏瘫、失语和平衡失调等;肠道转移有消化道出血等)为特征。所不同的是绒癌恶性程度更高、结局较

差。两者的确切鉴别要靠病理切片组织学检查。两者的治疗也相同，都以化疗为主，手术为辅。

恶葡与绒癌虽属恶性肿瘤且绒癌恶性程度很高，但化学药物治疗效果极好。恶葡经化疗一般都能治愈，绒癌的治愈率也达到 70% 以上。对年青未育的病人尽可能不切除子宫，以保留生育功能，不得已切除子宫者，卵巢仍可保留以提高生活质量。治疗效果好的关键在于早期诊断。

早期发现恶葡和绒癌的关键是要提高警惕，做到：

1. 葡萄胎清宫处理后要认真随诊。起初每周检查一次血或尿 HCG，待阴性后每月检查一次，持续半年，然后每年检查一次，总共随诊 2 年。

2. 葡萄胎清宫 8 周后 HCG 持续大于正常值，或阴性后又转阳，或降低后又增高，则往往是恶葡或绒癌的标志。

3. 足月分娩后、流产后或葡萄胎后，阴道流血迁延不净，要想到可能是绒癌或恶葡的表现，特别是如果出现咳嗽、咯血等症状时，必须就医，配合尿或血 HCG 及其他检查，可以得出诊断。

恶性葡萄胎和绒毛膜癌致死的主要原因是脑转移，而脑转移常继发于肺转移之后，所以只要提高警惕，早期发现疾病，及时彻底的治疗，预后一般是好的，年青未育妇女还可望保留生育功能。

妊娠剧吐

孕妇在早孕时出现择食、食欲不振、轻度恶心呕吐、头晕和倦怠等症状，称为早孕反应。恶心呕吐多在清晨空腹时

较重。大多数人早孕反应对生活工作影响不大，不需特殊治疗，到孕3月左右症状自行消失。少数孕妇恶心呕吐频繁，不能进食，影响身体健康，称为妊娠剧吐。

妊娠剧吐多见于第一胎孕妇，呕吐频繁，呕出物中常有胆汁或咖啡渣样物。严重病人明显消瘦，唇干舌燥，口中有烂苹果样异味（称酮味），脉搏增快和体温升高，甚至发展到出现黄疸和昏睡。精神紧张型孕妇妊娠剧吐较多见。

当孕妇妊娠反应较重时，可以采取下列措施：(1) 饮食应少量多餐，每2小时进少量清淡易消化食物；(2) 要注意有充分的休息和睡眠，并要设法减轻精神紧张；(3) 可服用维生素B₆、B₁和C，以减轻症状；(4) 当症状较重时，应去医院就诊，一方面能确定是否需住院治疗；另一方面，如果是葡萄胎，或者妊娠合并有急性肝炎、胃肠炎、胆道疾病、胰腺炎、肠梗阻或脑瘤等少数情况，也可识别，及时治疗；(5) 通常尿酮体检验阳性时需住院治疗。

前置胎盘

有的孕妇其胎盘生长的位置不是正常地在子宫上部的内壁上，而是在子宫的下部覆盖子宫颈内口称为前置胎盘。本病是妊娠中、晚期出血的主要原因之一，也是妊娠期严重并发症，如处理不当或不及时，会危及母婴生命。

前置胎盘的症状特点是无痛性阴道流血，常常反复发作。出血前没有预兆，常可以发生于半夜睡梦中，病人因阴道流血多而醒来发觉。一般第一次出血发生的时间越早（在妊娠28周左右或更早），则反复出血次数越频，出血量也较大，有

时一次大出血即可使病人陷入休克状态。

自从诊断性超声仪发明以来，B 型超声检查前置胎盘以其准确性、安全性和无创伤性，目前已取代了其他方法而成为诊断本病的主要手段。本病的治疗原则是制止出血、纠正贫血，在保证孕妇安全的前提下卧床休息等待到胎儿达到或更接近足月，从而提高胎儿成活率。如果大出血休克，或反复多量出血，危及孕妇或胎儿生命安全，则往往需要以剖腹产迅速终止妊娠。所以在妊娠中期或晚期发生无痛性阴道流血时，孕妇应马上去医院诊治，不应犹豫或拖延。

前置胎盘发生原因至今不明。但认为与产时感染、刮宫、多产、剖腹产等因素引起的子宫内膜炎或子宫内膜损伤有关。所以，做好避孕，防止多产，避免不必要的刮宫，尤其要避免多次刮宫或宫腔感染，更不要非法私自堕胎，是预防前置胎盘的主要原则。

需要指出，妊娠中期（孕 13~27 周）B 超发现胎盘位置低而超过子宫颈内口者约高达 30%，但随着妊娠进展，子宫下段形成，子宫体升高，胎盘跟着上移，相当一部分人在妊娠晚期就不是前置胎盘了。所以，若无出血症状，在妊娠 34 周前 B 超发现胎盘位置低者一般不作前置胎盘诊断，亦不需处理。

胎盘早期剥离

妊娠 20 周以后直到分娩期胎儿娩出前的任何时间，发生正常位置的胎盘部分或全部从子宫壁自行剥离称为胎盘早期剥离。它是妊娠晚期的一种严重并发症，以突然腹痛和阴道

流血为特点，起病急，进展快，若不及时处理可危及母婴生命。本病诱因可有腹部受撞击或摔倒等外伤、妊娠高血压综合征、慢性高血压、慢性肾炎或羊水过多突然破膜，也可发生于以外倒转手法纠正臀位时和双胞胎的第一胎儿娩出使宫腔压力骤减时。

胎盘早剥有轻型与重型之分。轻型阴道流血显著，腹痛程度较轻，贫血不明显，胎儿多不受影响，易误认为是先兆早产。重型的典型表现是突发剧烈持续性腹痛，阴道流血量较少甚至不出血，实则胎盘剥离处出血量多，但都积聚在子宫腔内。子宫受血刺激而变硬，贫血貌、冷汗、休克，病人危急，胎儿常死于宫内。

本病的治疗，重型病人必须积极正确地抢救，轻型的要及早予以确诊、及时终止妊娠方能保母婴平安。本病的处理常需要剖宫产。

预防措施主要是避免外伤（特别要避免腹部直接受撞击），孕期积极治疗原有的高血压和肾脏病等合并症。做好产前检查，预防和治疗妊娠高血压综合征尤为重要，因为妊高征是胎盘早剥的重要原因，特别是重型胎盘早剥多见于重度妊高征病人。

此外，医生应正确指导和处理好臀位外倒转术、羊水过多和双胞胎，防止胎盘早剥。

多胎妊娠

多胎妊娠以双胞胎为多见，此处主要讲述双胞胎。双胞胎孕期容易并发贫血、妊娠高血压综合征、羊水过多、前置胎盘；分

晚期易发生子宫收缩乏力，难产和胎婴儿的死亡率和病率增加；产后出血和产褥感染机会也增加。所以早期诊断和及时防范并发症甚为重要。其自我保健主要有以下诸方面：

1. 孕早期恶心呕吐等妊娠反应特别重者或子宫增大特别快者、家庭中有双胎史者、高龄孕妇、以及孕前接受过促排卵治疗者，均应及早去医院检查以便早期诊断双胎。

2. 已知双胎者应加强产前检查，是得到母子健康的基本保证。

3. 加强营养，注意适当休息。孕 30 周后尤须注意多取左侧卧位、避免仰卧位，这对预防和减轻妊娠高血压、预防早产、增加胎儿体重均十分有益。

4. 双胎破膜时发生脐带脱垂（对胎儿是致命的）、胎盘早剥和难产的机会增加，所以一旦胎膜破裂羊水涌出应立即送医院。

5. 近年来用辅助生育技术治疗不孕症，促排卵药物大量应用，使以往罕见的三胎以上的多胎妊娠迅速多见起来。为减少母子不良后果（尤其是胎儿），已经出现了胎儿减灭术等新疗法在孕早期于 B 超引导下将针穿刺入羊膜囊并注入药液杀死过多的胚胎，留下单胎或双胎继续妊娠。

妊娠高血压综合征

妊娠高血压综合征（简称妊高征），是指孕 20 周前或未孕时血压不高的妇女，在妊娠的中、晚期出现以血压升高为主，伴有蛋白尿、水肿，进而出现头痛等一系列自觉症状，甚至发展为全身抽搐和昏迷的一个综合征。本病很常见，其重

症者是孕产妇死亡和胎婴儿死亡的重要原因。

妊高征初起表现为血压轻度升高，伴轻度（下肢）浮肿，蛋白尿可无或仅有少量（轻度妊高征）。进而血压继续升高但不超过 21.3/14.6 千帕（160/110 毫米汞柱）并伴有水肿与蛋白尿（中度妊高征）。当血压 $\geq 160/110$ 毫米汞柱、蛋白尿达（++）以上时，属于重度妊高征，病人可出现头痛、眼花、恶心呕吐和胸闷等症状（称先兆子痫），此时若病情不能得到控制则或迟或早会发展为全身抽搐伴短暂昏迷，称为子痫。

重度妊高征（先兆子痫与子痫）可有肾功能衰竭、心力衰竭、胎盘早期剥离、视网膜剥离、脑卒中和全身出血倾向（弥散性血管内凝血）等威胁孕产妇生命的严重并发症。另一方面，妊高征引起子宫胎盘血液循环量不足，使胎儿处于不同程度的供血不足、缺血缺氧状态，尤其是重度妊高征及其并发症常引起胎儿宫内窘迫、胎死宫内和新生儿窒息、死亡。早期发现、控制其不发展到严重阶段，严密监护胎儿情况，对重度妊高征病人积极治疗，和及时地终止妊娠。

妊高征的自我保健主要有以下几方面：

重视产前检查，早期发现和控制病情 体型肥胖、高龄孕妇、贫血和患有慢性高血压、慢性肾炎和糖尿病者发生妊高征的机会增加，更应警惕之。

左侧卧位 妊娠中、晚期睡眠姿势应少取仰卧位而多取左侧卧位，既减轻子宫对后面大血管的压迫，又纠正妊娠子宫的右旋右偏，对预防和减轻血压升高、增加尿量（不易水肿）是十分有益的。

注意饮食营养 注意摄入足够的蛋白质、蔬菜、维生素和铁质。(营养不良的孕妇妊高征发病率增加) 食盐不必严格限制, 但要吃得偏淡, 浮肿显著时应限制食盐。

补充钙质 妊娠后半期经常补充些口服钙剂 (如葡萄糖酸钙片、乳酸钙片或活力钙等) 不但有利于胎儿生长、减少母亲肌肉痉挛 (“腿抽痉”), 且对预防和减轻血压升高有好处;

其他避免孕期过度劳累和精神情绪的紧张和创伤 原有慢性高血压、肾病、糖尿病等慢性血管性病变的妇女, 孕期应认真治疗控制这些原发病以预防和减轻可能会出现的高征;

孕期出现不明原因的头痛、眼花、恶心呕吐和胸闷等症状时, 要想到先兆子痫可能, 应即去医院检查; 一旦发生子痫抽搐, 应立即用牙垫 (如用硬纸片等外裹清洁纱布) 垫入口中上下牙齿间以防舌咬伤, 同时维持病人头偏向一侧以防呕吐物吸入气管引起窒息, 急送医院过程中注意防止因抽搐而坠跌损伤。

过期妊娠

从末次月经来潮日算起, 达到或超过 42 周的妊娠称为过期妊娠。过期妊娠可能产生两方面不利影响: 一是胎儿过大、胎头过硬, 造成难产; 二是胎盘功能减退, 胎儿氧供及营养不足, 增加胎婴儿死亡率。

过期妊娠的自我保健措施:

1. 确定妊娠是否过期, 记住以下日期对推算准确预产期

有益：(1) 末次行经日 (280天后是预产期)；(2) 恶心呕吐等早孕反应开始出现的日子 (大约是孕 40天左右)；(3) 初感胎动日 (相当于孕 18~20周)；(4) 若孕前在测基础体温者，那么排卵日是最可靠的。

2. 末次月经后 3 个月内作过妇科检查者，其子宫大小能较准确反映出妊娠周数。

3. B 型超声检查能从多个指标来帮助判定是否过期妊娠。及早发现胎盘功能减退。孕妇自己无法测知是否胎盘功能减退。这就需要遵照医嘱作产前检查或住院检查，根据情况及时终止妊娠。

4. 被怀疑或肯定过期妊娠的孕妇，认真自数胎动尤为重要。一旦发觉胎动减少 (<10 次/12 小时)，立即报告医生。

母子血型不合

本病主要是孕妇与胎儿之间血型不合引起的同族血型免疫疾病。表现为胎儿红细胞凝集破坏，产生胎儿与新生儿免疫性溶血症。它对母亲无影响，但在患儿则可因贫血、心力衰竭而死亡，也可因大量胆红素渗入脑细胞引起核黄疸，病死率也高，幸存者也会影响神经系统发育障碍 (包括智力与运动)。母子血型不合可分 ABO 型和 Rh 型两大类，前者多见，病情较轻；后者我国较少见，但病情重。

母子血型不合患儿的治疗，轻者蓝光照射和药物治疗，严重者出生后需作换血等积极治疗。

母子血型不合的预防保健：

1. 孕期或孕前夫妇双方血型检查。若母亲血型 O 而父亲

非O型,则有发生母儿ABO血型不合之机会。若夫妇中有Rh阴性者,则有母儿Rh因子不合之可能。

2. 孕期发现有母儿血型不合可给母亲用药作胎内治疗;根据病情需要可考虑提前终止妊娠;争取阴道分娩。

3. 新生儿出生后,若黄疸出现早(生后24小时内),进展快、程度重,应想到母儿血型不合可能,并报告医生,以便及时处理。

心脏病合并妊娠

妊娠过程显著地增加母体心脏的负荷,特别是孕34周前后、分娩期和产后的头24小时心脏负担最重。因此,严重的心脏病妇女不宜妊娠,一般心脏病妇女怀孕后也应倍加小心。

心脏病妇女打算怀孕前应先向心脏病专科医生咨询能否怀孕。通常,经常出现紫绀的先天性心脏病(如法乐四联征、埃森曼格三联征等)和心功能三级或更差的心脏病患者,以及风湿性心脏病活动期或心肌炎等急性发作期都不能妊娠。一旦妊娠,应在孕早期作人工流产。

心脏病妊娠自我保健措施主要有以下几方面:

1. 严格按照医嘱认真产前检查。这要从孕早期就开始。产前检查过程中最好有心脏科医生定期会诊。

2. 预防上呼吸道感染。任何感冒发热等都可能導致心脏功能恶化。孕期经常服些玉屏风丸(中成药)可预防感冒。

3. 注意休息,避免重体力活动,睡眠要充足。

4. 增加营养,适当控制食盐摄入。

5. 在产科和心脏科医生指导下服用必要的控制心脏病或

增加心肌营养的药物。切勿片面地以为不用任何药物对胎儿最好而铸成大错。

6. 提前住院待产。视病情轻重一般预产期前 7~10 天须住院。

7. 若在休息时也感心悸、气急、胸闷或夜间因胸闷等醒来不得不坐起呼吸，可能是心力衰竭的先兆或早期表现，应去医院就诊。

8. 产后哺乳与否应听从医生建议。产后应特别注意冷暖，休息好。应预防感染和绝对卧床 10~14 天。保持大便通畅。

9. 心脏手术后的妇女由于心功能得到改善其中许多人可以怀孕，其分娩方式的选择与一般心脏病妇女一样。心功能一级、二级的，一般可以阴道分娩；心功能三级以上者，以剖腹产为宜。心脏瓣膜置换手术后的孕妇，孕前长期应用抗凝药物者，孕期不宜用香豆素类抗凝剂（如华法令），因对胎儿有致畸作用。应选用肝素皮下或静脉注射。

慢性肾炎合并妊娠

一般认为妊娠能使已有的慢性肾炎加重，而且容易并发妊娠高血压综合征，如果原已有较严重的慢性肾炎，则孕期往往病情恶化。慢性肾炎病情较轻者对胎儿影响不大，但病情重或病程长者，流产、早产、胎儿宫内生长迟缓、死胎及新生儿并发症等机会增加。

慢性肾炎合并妊娠的自我保健措施主要有：

1. 孕前应先专科咨询是否宜于生育。一般而言，有蛋白尿而无高血压、肾功能（肌酐、尿素氮）无显著不全的，可

以妊娠；肾病已有高血压和肾功能显著不全者不宜妊娠，特别是肌酐 >3 毫克/100毫升或尿素氮 >30 毫克/100毫升者，若已妊娠宜在孕3月内及时作人工流产术终止妊娠。

2. 慢性肾炎病人妊娠期，应使用中西医结合疗法治疗，力争病情稳定、避免发生妊高征，并严密监测血压和肾功能变化。若肾功能不断恶化，应终止妊娠。对胎儿的预后，高血压的水平是关键，血压越高，胎儿死亡率越大。

3. 慢性肾炎合并妊娠者，须注意加强营养，以高蛋白低脂肪食谱为宜；但若肾功能（尿素氮、肌酐）相当差，则应控制蛋白摄入量；若有水肿应限制纳盐和水的摄入。

4. 慢性肾炎孕妇在妊娠后半期应住院治疗（病情严重者随时住院），以便密切观察肾功能的改变和胎儿生长发育情况，及时处理，力争能得活婴和母亲安全。

5. 如果孕期内发展到尿毒症或肾功能衰竭，则以挽救母亲生命为主，病人要配合医生的治疗，注意限制每天食盐和水的入量，食谱不要高蛋白、高脂肪，注意纠正贫血、预防感染以及及时终止妊娠。

6. 慢性肾炎妊娠在产后要加强随访（血压、肾功能指标等），认真治疗疾病。

7. 产后哺乳问题。一般可以喂哺。病情严重（如肾功能中度以上损害者，血压 $>21.3/14.6$ 千帕（ $>160/110$ 毫米汞柱）的母亲不宜自己哺乳。

肾盂肾炎合并妊娠

妊娠期因解剖生理上的变化，容易并发急性肾盂肾炎。常

见症状有寒颤、高热、肾区痛、尿痛、尿频等。最严重者可发生中毒性休克。高热可引起流产、早产，在妊娠早期高热还可使胎儿神经管发育障碍。

自我保健措施主要为：

1. 注意孕期卫生，预防泌尿道感染。左右轮流侧卧，减少仰卧时间可减少妊娠子宫对输尿管压迫，使尿液通畅。

2. 发生本病即予治疗，并注意侧卧和多饮水。抗菌药最好是在尿液细菌培养及药物敏感试验基础上选用。常用的以呋喃坦丁、SMZ 及氨苄青霉素或先锋族（妊娠最后两周不用磺胺类药）。

3. 治疗应力求彻底，肾盂肾炎应用药到尿培养和常规 3 次阴性方可停药。

4. 无症状性菌尿（尿细菌培养阳性而无自觉症状）也必须治疗（因约 30% 的病人以后会发展成症状性肾盂肾炎），用药 2 周为一疗程。

5. 慢性肾盂肾炎发展到肾功能不全者，治疗除了用抗菌药外基本同慢性肾炎。

病毒性肝炎合并妊娠

一般认为妊娠早期得肝炎病情相对较轻；妊娠中晚期得肝炎则病情较重，且妊高征的并发率高，特别是产前 3 个月内发生肝炎病情常严重。

妊娠期甲肝，如果不流产，则胎儿生长发育不受影响，新生儿不受感染，也不会成为病毒携带者。乙型肝炎容易变慢性，分娩或其他疾病会诱使病情恶化。乙肝病毒可经胎盘

(称垂直传播)、分娩时接触母血或羊水、产后接触和乳汁等从母体传播给胎儿。丙型肝炎即过去称为肠道外传播非甲非乙型肝炎而经血液传播得病者,临床过程与乙肝相似。丁型肝炎是缺损病毒或依附病毒依附在乙肝病毒上引起发病者。戊型肝炎与产科关系最大,戊肝即肠道传播非甲非乙型肝炎,孕妇一旦患戊肝往往病情极重,孕妇病死率极高,流产、早产、死胎和死产率也高。

自我保健措施主要为:

1. 孕妇应注意营养与饮食卫生,预防肝炎的发生。血制品亦不可滥用,乙肝和丙肝皆主要通过输血制品传播。

2. 肝炎急性期或活动期不要怀孕。

3. 妊娠期肝炎治疗原则是支持疗法,注意休息,补充营养和维生素,进低脂饮食,用中西药物综合治疗。西药中大量维生素和葡萄糖是基本的。

4. 孕期肝炎用药控制病情,降低ALT等用中药最适宜。中草药治疗以清热利湿为主,常用茵陈蒿汤或茵栀黄针剂。黄芩、垂盆草、五味子等也都有降ALT和退黄疸作用。

5. 孕期如出现黄疸或ALT升高时,应及时就医、详细检查,以便早期诊断、及时发现与治疗。

6. 孕期肝炎有症状加重时要高度警惕。厌食、恶心呕吐、呃逆、高度乏力、黄疸迅速加重、出血倾向、腹水、性格改变和意识障碍等,往往都是肝炎病情恶化或重症表现,若不及时发现及采取措施则危险极大。

7. 肝炎病人的分娩方式,原则上应争取阴道分娩。无论阴道分娩或剖宫产,均应预防产后出血。

8. 现在认为, 乙肝病人和乙肝病毒携带者所生婴儿, 出生后新生儿经免疫程序后 (出生后当日即注乙肝疫苗) 可以母乳喂养。出生 1 个月时和 6 个月时再各注射 1 支。

肺结核合并妊娠

肺结核合并妊娠时, 若肺结核为非活动期, 一般无影响; 若肺结核为活动期, 尤其是病变范围大时, 对病情和对妊娠都有不利影响。在自我保健方面应注意:

1. 结核病活动期间避免妊娠, 待病灶稳定 2 年以上再考虑妊娠。肺叶切除后的病人还须先估计通气功能。

2. 患有或疑有肺结核者, 孕前应常规拍摄 X 线胸片; 孕期有临床症状者应进行胸片检查 (但不宜选择胸部 X 线透视, 这不但因为胸透诊断价值不如胸片, 更重要的理由是一次胸透中人体所受到的放射线量几乎是一次胸片的 15 倍)。孕期发现肺结核可疑者, 亦应摄胸片检查。

3. 妊娠合并肺结核的治疗原则与非妊娠时相同。但抗结核药物选择要考虑到胎儿。链霉素不宜用; 异烟肼、乙胺丁醇、利福平和 PAS 等都是应选择的药。

4. 活动期肺结核孕妇应提前住院待产。除非有产科指征, 尽量不采用剖宫产。分娩时不要过分用力屏气, 应予助产缩短第二产程。

5. 活动性肺结核产妇因有排菌而应与婴儿严格隔离, 也不宜母乳喂养, 以减少母亲消耗, 避免新生儿感染。

6. 婴儿出生后及时接种卡介苗。

贫血合并妊娠

贫血是妊娠期最常见的一种并发症。孕妇贫血的诊断标准是红细胞计数在 3.5×10^{12} /升或血红蛋白在 100 克/升以下，或红细胞压积在 30% 以下。由于胎儿生长需铁量大，故妊娠后半期约有 1/4 孕妇可因铁摄入量不足而有缺铁性贫血。孕期另一种易出现的贫血是叶酸缺乏引起的巨幼红细胞性贫血。另外，还有少见的再生障碍性贫血。

孕期贫血严重会使胎儿发育迟缓，甚至早产或死胎，亦容易发生胎儿或新生儿缺氧、窒息；对母亲则引起孕期、产时或产后并发症的机会增多，严重贫血孕妇常有心肌缺氧，以致引起贫血性心脏病。

孕期贫血的自我保健措施为：

1. 积极治疗贫血病因（见贫血）。
2. 注意孕期营养，多吃新鲜蔬菜、水果和动物蛋白以增加铁、叶酸和维生素的摄入。
3. 一般贫血者可口服铁剂。二价铁易吸收，如硫酸亚铁等是最价廉物美的，300 毫克 1 天服 2 次已够。贫血较严重需迅速纠正者，可肌注右旋糖酐铁每天 50~200 毫克。
4. 口服叶酸每天 5 毫克，可预防巨幼红细胞性贫血。若已有本病，可口服叶酸 5~10 毫克，每天 3 次。若经检查是缺乏维生素 B₁₂ 引起者，则可用维生素 B₁₂ 100 毫克，每天肌肉注射 1 次。
5. 若贫血严重（血红蛋白在 60 克/升以下），且已近预产期或短期内需进行手术者，则可采用输血迅速纠正之，原

则是少量多次输血或输红细胞混悬液。

6. 如明确诊断再生障碍性贫血，必须住院治疗。

孕期贫血致机体抵抗力低下，要特别注意预防感染。

糖尿病合并妊娠

糖尿病病人合并妊娠时，胎儿病死率高。病程越长、病情越严重，胎儿危险性越大。妊娠期原来正常的妇女可首次出现糖尿病症状，称妊娠期糖尿病。原有糖尿病者也可在妊娠期内病情加重。

妊娠合并糖尿病的自我保健措施主要为：

1. 由于妊娠期肾糖阈降低，正常孕妇出现轻度尿糖尚不能诊断糖尿病。必须检查空腹血糖异常升高或糖耐量试验阳性方可诊断。

2. 轻症糖尿病病人（White A 级）一般仅需饮食控制。通常标准为每天 2000 卡左右，其中碳水化合物 40%~50%，脂肪 25%~30%，蛋白质 25%~30%，总饮食量分配为早餐 1/5，中晚餐各 2/5。若经饮食控制症状仍加重，需加用胰岛素。

3. 虽然非孕时只需饮食控制的糖尿病病人，若以往有死胎死产史，或过去有妊娠期多食、多饮、多尿史，或本次孕期合并妊娠高血压者，需要胰岛素治疗。

4. 平时需用胰岛素控制病情的病人，孕期胰岛素的需要量增加，孕期胰岛素用量主要根据血糖值而定。

5. 加强母亲与胎儿监护。孕期母体监护除血糖、尿糖和症状以外，还须监测肾功能、血压、眼底与子宫底高度变化，

及时发现巨大儿和羊水过多。胎儿监护主要有B超(可估计有无胎体过大、羊水过多等)、血和尿的雌三醇(可知胎盘功能正常与否)、胎心胎动电子监护和胎儿成熟度的监护。因此,必须比一般孕妇更认真地接受次数更多的产前检查。

6. 孕期控制糖尿病药只选用胰岛素治疗而不用口服降糖药(因对胎儿有不利影响)。

7. 提早住院待产。B级在36~38孕周, C级在34~36孕周, D级以上的重症病人孕32~34周即应住院, 以便控制病情和及时发现胎儿窘迫及时终止妊娠避免胎死宫内。

8. 产褥期胰岛素需要量较孕期分娩期大为减少。若不注意, 容易引起低血糖休克。

9. 分娩时间与方式。病情严重, 如伴有血管病变或妊娠高血压综合征或胎儿宫内生长迟缓者、巨大胎儿、胎儿窘迫、过去有死胎死产史和产程进展缓慢或引产失败者, 以剖宫产为宜。病情较重, 或并发妊高征、胎盘功能不全、羊水过多、过去有死胎死产史者, 36~38孕周予以分娩; D级以上尤其是伴胎儿生长迟缓者, 孕34~36周分娩为恰当。

甲状腺功能亢进合并妊娠

甲状腺功能亢进若病情未控制稳定而怀孕时对妊娠不利影响明显, 而妊娠也能使甲亢病人心血管系统症状加重, 甚至出现心力衰竭和甲亢危象。

甲状腺功能亢进合并妊娠的自我保健措施主要为:

1. 重症病人伴有甲亢性心脏病或高血压者不宜妊娠, 一旦妊娠应在孕3月内人工终止妊娠。其余病人应控制病情稳

定后再妊娠。

2. 甲亢孕妇的治疗要考虑到胎儿的正常生长发育。孕期用药以丙基硫氧嘧啶为首选，甲状腺素也常用。孕期抗甲状腺药物用量宜少，谨防过量。

3. 分娩方式应尽量争取阴道分娩。产后如需继续服用抗甲状腺药物，应停止哺乳，因硫脲类药物在乳汁中浓度为乳母血中浓度的3倍，哺乳会影响胎儿甲状腺功能。

4. 妊娠中，尤其是分娩、手术和产后感染等，若孕产妇出现心率 >140 /分钟、高热、伴烦躁不安、谵妄和昏迷等症状时，要想到很可能是凶险的甲状腺危象的表现，应配合医生积极抢救。

异常分娩

分娩进程受到阻碍时，称异常分娩或难产。顺产与难产在一定条件下可以相互转化，故异常分娩的预防和保健应做好以下几条：

1. 认真接受产前检查，发现胎位不正、血压升高等异常情况尽可能及时纠正；不能纠正者也可在产前有所思想准备，指导处理。

2. 消除紧张心理。临产后精神过度紧张是子宫收缩乏力的重要原因之一。精神紧张也可造成不协调性子宫收缩过强（强而无效）。

3. 通过产前检查及时发现会阻碍胎儿分娩的一些称为软产道异常的情况，如外阴疤痕、阴道疤痕狭窄、阴道横膈、位于子宫颈或子宫下段的大肌瘤等，及时手术可避免难产情况。

4. 临产后，第一产程中要保持镇定、注意休息睡眠，正常进食；不要因恐惧而每次宫缩时大吵大闹，也不要子宫口尚未开全之前用力屏气，否则容易导致产妇衰竭状态、产程延长或子宫颈嵌顿；

5. 当发现胎位是臀位时，应在孕 32~34 周时通过胸膝卧位或医生采取外倒转等手法以期纠正胎位。若不能纠正，至足月时须记住一旦胎膜在临产前破裂（羊水流出），必须立即报告医生并卧到床上（或立即躺下送往医院）以避免或早发现可致胎儿窒息死亡的脐带脱垂。若是横位也应尽量纠正胎位，不能纠正者应提早住院，择期剖宫产。

6. 当查出是巨大儿时，应检查有无糖尿病，并及时住院由医生通过仔细检查权衡后决定分娩方式；

7. 当发现是畸形儿时，应持镇定态度，由医生根据畸形轻重决定处理。

8. 对难产胎死宫内或胎儿严重畸形估计难以成活者，处理以尽量减少或避免母体损伤为原则。如对重症脑积水儿行穿颅术后娩出不使母亲会阴裂伤。

9. 对胎头负压吸引术、产钳术和剖宫产术应有正确认识。剖宫产术应用适当能起到挽救母婴的作用，随着麻醉技术的进步和手术的改进，剖宫产术正被越来越多地应用。但剖宫产手术及其麻醉也都有对母亲和胎儿产生不利影响的一面，必须根据情况，权衡利弊，掌握指征运用才能收到良好效果，否则不仅不能收到预期效果，且可造成远期影响。那种认为无论怎样剖宫产总比阴道分娩对胎儿保险的观点是错误的。同样，产钳术和胎头负压吸引术只要掌握指征、选用得当、手

法正确，都能收到良好效果。一概认为产钳术对胎儿尤其是以后智力发育的影响一定比剖宫产术或胎头负压吸引术大的观点也是错误的。一个低中位以下的产钳术，在骨盆无狭窄、胎儿不过大的情况下施行，只要手法正确，并不会对胎儿（包括脑部）和母亲产道造成损伤，且没有剖宫产对母体造成创伤和由于麻醉及可能发生的仰卧位低血压综合征对母体特别是给胎儿带来的不利影响大。一个较困难因而需要负压较大的胎头负压吸引术可能给胎儿带来的颅脑损伤实际上要比同样情况下施行产钳术为大。所以，究竟采取何种分娩方式好，要以辩证的观点来对待，要根据各别的产妇及其胎儿的具体情况而定。

子宫破裂

子宫破裂是指在分娩期或妊娠末期子宫体部或子宫下段发生裂伤。根据原因可分为自然破裂、疤痕破裂和损伤破裂。自然破裂可由产时胎儿下降受阻（因骨盆狭窄、胎位异常、胎儿畸形或过大、胎头与骨盆不相称或肿瘤阻塞产道）引起，或由于分娩过程中不适当地使用大剂量催产素使宫缩过强引起破裂。前次剖宫产的子宫切口疤痕或以前子宫肌瘤挖出术所留疤痕可能会在产程中破裂。另外，助产手术不当或粗暴也可致子宫破裂。子宫破裂严重威胁母婴生命，应积极预防及诊治。

子宫破裂的预防措施主要有：

1. 认真进行产前检查。产前及时发现骨盆狭窄、胎儿横位、胎儿过大或畸形（如脑积水）、子宫畸形或生殖器肿瘤等

情况，则可以通过纠正胎位、肿瘤切除、计划分娩和选择恰当分娩方式来避免产程中子宫破裂的危险。有剖宫产史、子宫手术或子宫损伤史、子宫畸形或孕期有合并子宫肌瘤或卵巢囊肿史者，更应重视产前检查，特别是有子宫体部剖宫产史者妊娠晚期即有子宫破裂危险，不可忽视。

2. 做好计划生育，避免多生育。因子宫破裂多发生于多产妇和经产妇。

3. 产科工作者应提高产科工作质量。及早发现胎位异常及骨盆狭窄并予处理；严密观察产程，正确使用宫缩剂；正确掌握剖宫产适应证；及早发现子宫破裂的先兆征象并及时以剖宫产结束分娩等。

产后出血

胎儿娩出后 24 小时内阴道流血量达到或超过 500 毫升者称为产后出血。产后出血是引起产妇死亡的主要原因之一。按原因可分为产后宫缩乏力性出血、胎盘滞留（或残留）、软产道裂伤及凝血功能障碍四大类。

产后出血的处理是产科医生的事。预防措施主要有：

1. 加强孕期保健。对贫血、血液系统疾病、病毒性肝炎或其他全身性疾病，要及时纠正或控制。有不宜妊娠且有产后出血可能的合并症者，应在孕早期终止妊娠。对双胞胎、羊水过多、妊娠高血压综合征者，或有产后出血史、剖宫产史者，应择期住院待产。

2. 做好计划生育，尽量做到以成功避孕来控制生育而减少人工流产。因为人工流产容易引起的子宫内膜损伤与炎症

且是产时胎盘粘连、滞留、残留甚至植入而引起产后出血的常见原因。

3. 产时听从医务人员指导。在第一产程避免思想过于紧张, 注意保存体力; 不要在子宫口尚未开全前或胎儿即将娩出时全力屏气以免子宫颈撕裂或会阴严重裂伤导致出血增加。

4. 产后 2 小时内要解小便以排空膀胱而不妨碍子宫收缩。产后 30 分钟内让新生儿早接触母亲、早吸吮母乳并保持多吸吮 (24 小时不少于 6~8 次), 既有利于促进母亲乳汁分泌, 也有利于母亲子宫收缩与复旧, 减少产后出血机会。

5. 产后数天以上、特别是 10 天以后的子宫大量出血称晚期产后出血。其主要原因是胎盘 (或胎膜) 部分残留、子宫的胎盘附着面复原不全、剖宫产后子宫切口坏死等, 这些情况致产后出血还常有局部感染的因素参与。接产人员要加强的工作责任心和提高产科质量以避免以上情况发生。在产妇则应注意产前产后的个人卫生以减少感染机会。

产褥感染

产褥感染是指产后生殖器官感染。原因是致病细菌侵袭产后子宫内的创面 (胎盘附着面) 并扩散到生殖器官及盆腔其他部位引起炎症。病菌主要是原来寄生于子宫颈、阴道和肠道内的致病菌。下列情况容易招致感染: 妊娠后期性交; 不注意卫生; 胎膜早破 (破膜时间愈长愈易发生); 产程中多次阴道操作; 产道损伤; 一般情况差, 如营养不良、贫血等。

当产褥感染时, 轻者仅恶露量、色、味异常, 子宫复旧

不佳，可有低热；稍重者有子宫或宫旁触痛，全身发热明显；严重者不仅下腹痛、腹部压痛和抗力、高热，而且可发展成腹膜炎、败血症，甚至出现休克或死亡。

产褥感染的治疗主要是足量、有效的抗生素。

产褥感染的预防保健除了产科医务人员要正确处理分娩、严格无菌操作和正确缝合产道裂伤和会阴切口外，孕产妇应做到：(1) 注意营养，增强体质；(2) 注意产前卫生，产前一个月内禁房事；(3) 必须注意产褥期卫生。

另外，还要注意两点：一是当有产褥期发热时，应鉴别有无生殖道以外的疾病：上呼吸道感染时会有咳嗽、咽痛等症状；泌尿道感染会有尿频、尿急、尿痛及肾区叩击痛；乳腺炎有乳房红、肿、痛、热，若脓肿形成则局部压之有波动感。二是暑天要防产褥中暑。产褥期体质虚弱，再受高湿环境影响，容易中暑。所以夏天，产妇一定要打破某些旧规陋俗，做到不着长衣裤及袜子，房间通风（或有空调），多饮汤液、饮料、水果（西瓜最佳），以防中暑。若感口渴、多汗、恶心、头晕、乏力和胸闷等症状时，应及时告诉医护人员或到医院就诊。

高危妊娠

凡是可能危害母婴或导致难产的妊娠统称为高危妊娠。广义的高危妊娠包括：(1) 各种妊娠合并症，如心脏病、糖尿病、高血压、肾脏病、肝炎、甲状腺功能亢进和贫血等；(2) 各种妊娠并发症，如妊娠高血压综合征、前置胎盘、胎盘早期剥离、羊水过多或过少、胎儿宫内生长迟缓、过期妊

娠和母婴血型不合等；(3) 可能发生分娩异常者，如胎位异常、骨盆异常；(4) 过去有异常妊娠史或分娩史，如习惯性流产、早产、死产或畸形等；(5) 早期妊娠时会患病毒性感染（如流行性感、风疹病毒或巨细胞病毒感染等）、服用过某些对胎儿有影响的药物或曾接触放射线者。狭义的高危妊娠是指在妊娠晚期伴有某些可能危及母婴，尤其是胎儿的情况，如妊娠高血压综合征、妊娠合并慢性高血压、慢性肾炎或糖尿病以及母婴血型不合、早产、过期妊娠、胎儿宫内生长迟缓和胎盘功能不全等。

高危妊娠的预防保健主要有以下几方面：

识别高危妊娠 孕妇自己若能识别一些高危因素而及早就诊，则对早期诊断高危妊娠并得到及时处理极为有益。如合并心、肝、肾等慢性病和内分泌疾患的孕妇在妊娠早期都应请专科医生帮助确定病情是否适宜继续妊娠下去；有家属遗传病史或曾有习惯性流产、死胎、死产或畸形儿史的孕妇亦应在妊娠早期就诊，以及时筛查出有遗传影响的子代或畸形儿而得以及时作人工流产；若查出有母婴血型不合（一般发生于母血型为“O”型而父血型为“A”、“B”、或“AB”型的夫妇，或配偶中有一方血型为“Rh”阴性者）、巨细胞病毒、风疹病毒、单纯疱疹病毒、支原体、衣原体或弓形虫感染，则及时治疗有助于避免流产、早产、死产或胎儿畸形等后果。所以，对高危因素的孕妇将第一次产前检查提前到孕3个月时进行是十分必要的。

另外，年龄过小或过大的孕妇（<16岁，>35岁）、体重过小或过高（<40千克，>85千克）或身高不足140厘米，

分娩的危险因素都增加；患过骨结核病、佝偻病和小儿麻痹症等孕妇可能骨盆不对称；有以往难产史或产科异常史者、本次妊娠中子宫相对孕期过大或过小者、过去或现在有生殖系统疾病或其他异常者，都要想到高危妊娠。

产前检查 是高危妊娠防治的主要环节，一定要认真及时进行产前检查以避免或尽量减少胎儿不良结局，也保障母亲的安全健康。

增加营养 对胎儿生长发育极为重要。高蛋白、高能量的饮食、新鲜蔬菜、补充足量维生素和铁、钙、锌等微量元素对高危妊娠者是必不可少的。

卧床休息 以左侧卧位为好，对改善胎盘功能、增加胎儿血液供应、避免和减轻母亲高血压、增加母亲尿量都大有好处。

自测胎动 每天早、中、晚固定时间各测1小时胎动数，相加乘4少于10次提示可能胎儿缺氧，应即到医院进一步检查。

其他 妊娠后半期遇其他异常情况出现（如阴道流血、头痛眼花、胸闷腹胀……）要及时到医院就诊。

外阴瘙痒

外阴瘙痒是外阴多种疾病所引起的一种症状，但也可发生于外阴完全正常者。其病因分局部性及全身性两大类。局部原因有：(1) 感染，霉菌性阴道炎和滴虫性阴道炎是引起外阴瘙痒最常见原因，其他如虱子、疥疮、蛲虫等；(2) 慢性外阴营养不良（伴外阴皮肤发白）；(3) 药物过敏和化学品

刺激，如肥皂、避孕套、红汞及其他药物引起接触性皮炎；

(4) 不良卫生习惯，不注意外阴局部清洁，尤其是月经期用橡皮或塑料月经带，平时穿不透气的化纤内裤，容易使月经血、皮脂、汗液和阴道分泌物等郁积在局部，刺激外阴引起瘙痒；(5) 其他的皮肤病变，如湿疹、疱疹、寻常疣等。全身原因有：糖尿病、黄疸、贫血、维生素A及B缺乏等等，外阴瘙痒作为全身瘙痒的部分出现。也有不明原因的外阴瘙痒。

预防主要是注意个人卫生，尤其是经期、孕期和绝经后期；不用不透气的内裤和月经带，保持外阴清洁；避免局部感染。

治疗上注意：(1) 保持外阴清洁干燥，切忌搔抓、用开水烫和干毛巾猛擦，内裤宽适透气，忌食辛辣、酒和过敏食物，防过敏（食物过敏和局部过敏如化纤过敏和马桶漆过敏）；(2) 就诊查出病因去除之（如霉菌、滴虫感染和糖尿病等）；(3) 对症治疗，外用药如3%硼酸液湿敷，局部涂40%氧化锌油膏或氯地霜等；症状严重时加用内服药如口服扑尔敏4毫克、苯海拉明25毫克或异丙嗪25毫克（兼镇静和抗过敏的功效）。

外阴白色病变（外阴白斑）

本病是一组女阴疾病，曾称“外阴白斑”，是指外阴皮肤粘膜变白，变粗或萎缩，并伴有局部奇痒。其组织类型医学上有增生性营养不良、硬化苔藓型营养不良和混合性营养不良之分。

本病无预防措施可采取。治疗上要注意：

1. 由于本病虽不如从前认为是癌前期病变但确有一小部分病理检查为非典型增生者有癌变可能，故均应就诊作局部皮肤活组织病理切片检查。

2. 治疗上一般注意事项同外阴瘙痒。

3. 局部用药以氢化可的松软膏，常可加用丙酸睾酮鱼肝油软膏。

4. 瘙痒较重以致精神紧张、失眠者，可加用口服镇静、安眠和抗过敏药。

5. 药物治疗无效时，可选用激光、微波和手术等疗法。

附：外阴白斑 是先天性皮肤色素缺失引起。其特点是白色区界限分明，但病变区皮肤光滑润泽，弹性正常，也无瘙痒等任何症状，不需要治疗。不可与外阴白色病变相混淆。

前庭大腺炎

前庭大腺炎主要表现为前庭大腺脓肿（急性）和前庭大腺囊肿（慢性），又称巴氏腺脓肿和巴氏腺囊肿。

前庭大腺脓肿的主要表现是外阴一侧急性疼痛、肿胀、甚至不能走路，可有发热。检查可见一侧外阴部肿成一个包，伴局部皮肤发红、发热，触之疼痛，脓肿形成则有波动感，脓肿直径常为3~6厘米。脓肿一旦自行溃破或切开后则疼痛大减。疾病可反复急性发作。若脓肿不破而急性炎症消退，脓液慢慢转为清液，则形成前庭大腺囊肿。囊肿小者可无症状，往往于妇科检查时方被发现；如囊肿大，则病人可有外阴坠胀感或性交不适。

预防 保持外阴清洁，避免局部细菌感染。

治疗 (1) 前庭大腺炎尚未形成脓肿时用抗生素治疗, 局部热敷或坐浴; (2) 脓肿形成须行脓肿切开引流术, 最好作造口术, 切口不会闭合, 可避免以后反复发作; (3) 前庭大腺囊肿可行囊肿造口术, 也可作前庭大腺囊肿剥出术。前者简单、损伤少, 故多用。

阴道炎

阴道炎极常见, 主要症状为异常白带增多, 伴有阴部瘙痒, 常可有阴道烧灼感、疼痛和性交痛, 有时还可出现尿频、尿痛。病原最常见为滴虫 (阴道毛滴虫)、霉菌 (白色念珠菌) 及普通化脓菌, 其他如淋菌、病毒 (疱疹病毒、巨细胞病毒) 等。滴虫性阴道炎的白带典型者为黄色水样或脓样泡沫状臭味白带, 霉菌性阴道炎的白带特征是白色干稠豆渣样或乳酪样白带, 常伴奇痒, 典型者容易鉴别。

阴道炎的防治

1. 注意个人卫生。阴道炎通过性交、浴盆 (脚盆)、浴巾 (脚布)、公共浴池、厕所、衣物等直接或间接传播, 所以病者脚盆、脚布、浴巾和内裤等不仅要洗净、消毒、专用, 而且患病期间不应去公共浴室或游泳池等场所。

2. 滴虫性阴道炎病人常用灭滴灵口服 (200 毫克, 每天 3 次) 与阴道坐药 (200 毫克, 每晚 1 片, 塞入阴道深处) 同用, 7~10 天一疗程, 再配合酸性溶液 (如 1: 5000 过锰酸钾溶液, 或 1% 乳酸、0. 5% 醋酸溶液) 阴道冲洗或坐浴。

3. 霉菌性阴道炎常用制霉菌素 (10~20 万单位、胶囊或片剂塞入阴道, 每晚 1 次)、3% 克霉唑软膏涂阴道, 或 1% 龙

胆紫液涂阴道，每晚1次，10~14天一疗程。并用碱性溶液（如2~4%碳酸氢钠溶液）冲洗阴道或坐浴。

4. 一般化脓性霉菌性阴道炎可用抗生素（如土霉素250毫克每晚1次）加己烯雌酚片（1毫克每晚1次）塞入阴道，并配合酸性溶液阴道冲洗。

阴道炎的防治中的注意事项

1. 阴道炎久治不愈应进一步检查有否病毒（如疱疹病毒、巨细胞病毒）等其他致病原存在，以便针对性治疗。

2. 滴虫性阴道炎反复发作者，其配偶也应检查有无滴虫感染。

3. 霉菌性阴道炎顽固者应检查尿糖、血糖，因为糖尿病病人的霉菌性阴道炎在糖尿病未得控制的情况下治疗难以奏效。

4. 霉菌性阴道炎的治疗，不应该用广谱抗生素和雌激素，否则只能增加治疗困难。

5. 孕期发现疱疹病毒、巨细胞病毒等阴道炎或霉菌性阴道炎，应力求治疗彻底，因为前者能对胎儿致畸、新生儿感染或死亡，后者可致新生儿霉菌感染（鹅口疮等）。

6. 阴道冲洗或坐浴所用药液不宜浓度过高，以免局部皮肤粘膜化学灼伤。

7. 灭滴灵在怀孕早期（头3个月内）以不用为好，因尚未排除它对胎儿致畸的可能性。

幼女性外阴阴道炎

幼女所患阴道炎多与外阴炎并存。幼女外阴发育差，雌

激素缺乏，阴道上皮抵抗力低，易受感染。病原体可通过患病的母亲、保育员或幼儿园儿童的衣物、浴盆、毛巾和手等传播；也可由于卫生不良、外阴不洁和大便污染外阴（尤其是蛲虫感染）等引起炎症。

症状主要是脓性分泌物刺激引起的外阴痛、痒，病儿可哭吵不安或以手抓外阴。检查可见外阴红、肿，表面可能有破溃，阴道有脓性分泌物流出，有时可见小阴唇粘连。

治疗原则是在保持外阴清洁，干燥、减少摩擦的同时，向阴道内滴入与抗病原相应的药物。

在处理幼女性外阴阴道炎时应特别注意：

1. 有的患儿发病由误将异物放入阴道内引起。这种情况必须将异物取出方能治疗有效。

2. 幼女外阴皮肤粘膜稚嫩，局部所用各种药液浓度仅能偏稀而不能浓，以免化学灼伤。

3. 为增强局部抵抗力，雌激素必要时可以用，但用药必须遵循小剂量、短时间的原则。如己烯雌酚 0.1 毫克每晚口服 1 次，共 1~14 天。

老年性阴道炎

老年性阴道炎于绝经后老年妇女常见，是因卵巢功能衰退，雌激素水平降低，阴道粘膜萎缩变薄，局部抵抗力降低而容易被细菌侵袭引起炎症。主要症状是异常阴道分泌液和外阴瘙痒或灼热感，阴道分泌物量明显增加，常呈黄水状或脓性甚至带血性。

老年性阴道炎治疗上除局部用抗菌药纳入阴道外，应用

雌激素制剂增加阴道抵抗力也是治疗原则之一。最常用是己烯雌酚片 0.5 毫克（半粒）每晚塞入阴道一次，5~7 天为一疗程。

老年性阴道炎诊治的另一注意点是要鉴别子宫体、子宫颈或阴道癌肿，及时检出有利于治疗。

宫颈炎

宫颈炎是育龄妇女的常见病，以慢性宫颈炎多见。类型有子宫颈糜烂、子宫颈肥大、宫颈息肉和宫颈腺体囊肿（纳氏囊肿）等。临床主要症状是白带增多。

白带异常增多疑有宫颈炎时应及早就医检查以明确诊断。宫颈炎的治疗有药物治疗和物理治疗。在开始治疗前应先作子宫颈刮片的细胞学检查以免将早期宫颈癌漏诊。

子宫颈糜烂轻度者用药物治疗即可。中度以上的宫颈糜烂可用物理疗法——电熨、冷冻、激光或微波。应注意在物理疗法之前先局部用抗生素控制阴道炎症和致病菌，在物理疗法以后应保持阴道清洁（必要时局部用抗生素），因为理疗后宫颈糜烂组织被摧毁，出现大量阴道黄水，若再有细菌感染，局部新生上皮又受炎症侵袭则治疗效果不好。

宫颈息肉予以摘除即可，但摘下息肉也要送病理检查防癌。单纯子宫颈肥大是慢性宫颈炎结果，不必治疗。

宫颈炎的预防主要在于保持良好卫生习惯，定期妇科检查、减少人工流产次数，产后若有子宫颈撕裂应及时缝合。

盆腔炎

女性内生殖器及其周围的结缔组织和盆腔腹膜发生炎症时称盆腔炎，有急性与慢性两大类。急性盆腔炎主要发生于产后或流产后感染以及宫腔内其他手术操作（如放置宫内节育器、刮宫术、输卵管通气、造影及宫腔镜检等）后，慢性盆腔炎常为急性盆腔炎治疗不彻底所致。

急性盆腔炎的临床表现与治疗见产褥感染节。

慢性盆腔炎的主要症状为下腹及腰痛（月经期更明显）、不孕，还常有月经不调和白带增多。

慢性盆腔炎的治疗以综合疗法为主。各种疗法必须配以病人的治病信心、增加营养和锻炼身体，才能加速治愈。常用疗法有：(1) 中药内服与灌肠；(2) 奴佛卡因宫颈旁或骶骨前封闭疗法；(3) 物理疗法，如短波、超短波、离子、蜡疗、激光和微波等；(4) 抗炎药物加糜蛋白酶或强的松等松解组织粘连药物；(5) 症状严重、反复发作，或形成较大盆腔肿块者，常需手术治疗切除病灶。

预防：注意个人卫生，尤其是经期、孕期和产褥期卫生；锻炼身体、增强体质；做好计划生育，减少人工流产等宫腔操作机会，尤其要避免不洁的非法人流；及时彻底治疗急性盆腔炎。

生殖器结核

生殖器结核，又称盆腔结核，是全身结核病的一个表现，多见为输卵管结核、子宫内膜结核与盆腔腹膜结核。主要症

状有：(1) 月经失调，如子宫内膜被破坏较多则月经过少或闭经（俗称干血癆）；(2) 下腹坠痛，月经期更显著；(3) 不孕；(4) 如在结核活动期，可有结核的全身症状，如低热、盗汗、乏力、消瘦和食欲不振等。

有全身其他部位结核史、X 线胸片有肺结核证据或盆腔摄片有钙化影、子宫内膜病理检查及结核菌培养、输卵管子宫碘油造影见特征性异常形态以及腹腔镜检，均有助于本病诊断。

治疗上，正规的、足量的抗结核药物治疗是基本原则。加强营养、注意休息和适当轻度体育活动是必需的。盆腔肿块经药物治疗不能消除或反复发作而药物无效者，可考虑手术，但在年轻妇女应尽量保留卵巢功能。

预防方面，做好卡介苗接种，增强体质，积极防治肺结核、淋巴结核和肠、骨等其他器官结核。

子宫肌瘤

子宫肌瘤是女性生殖器官中最常见的肿瘤，良性，多发生于中年妇女。本病与雌激素长期或大量刺激有关。肌瘤可分为肌壁间肌瘤、浆膜下肌瘤（向子宫外突出）与粘膜下肌瘤（向宫腔内突出，常有蒂）。肌瘤可以是单个，也可多发性（有多个）。肌瘤可以发生变性（透明变性、囊性变、红色变性及罕见的肉瘤变性等）。

子宫肌瘤的治疗应根据年龄、生育要求、症状、肌瘤大小及有否变性等情况全面考虑。

1. 肌瘤小、无明显症状者不需治疗，仅需定期观察随访。

近绝经期、子宫小于孕 3 月大小、月经基本正常者亦不必治疗，但需每 3 月随访一次。

2. 月经量多、子宫小于孕 3 月大小者，药物治疗。以雄激素为主，常用甲基睾丸素 5 毫克，每天舌下含 1 片，或丙酸睾丸酮针 25 毫克，每周肌肉注射 2 次（但每月总量不宜超过 300 毫克以免引起男性化）。

3. 手术：(1) 希望生育的不孕病人可作肌瘤摘除或剝除术；(2) 子宫体积超过孕 12 周大小或较大而出现尿频等压迫症状时；(3) 肌瘤虽未达上述大小，但出血过多而贫血较重者；(4) 肌瘤有变性证据或有蒂扭转等并发症时；(5) 粘膜下肌瘤脱垂于阴道；(6) 肌瘤有恶性变可疑，特别是虽近绝经而反增大或绝经后又出血或肌瘤增大者，皆应手术治疗。术式选择单纯子宫切除还是全子宫加双侧附件切除依年龄是否需保留卵巢功能而定，一般 50 岁以下可保留一侧卵巢。

预防：避免长期、大量应用雌激素制剂。

4. 有子宫肌瘤的孕妇要注意两点：(1) 孕期易有肌瘤的红色变性，表现剧烈下腹痛伴恶心、呕吐、发热等。处理一般以保守治疗为主，疼痛大多可自行缓解；如症状不能缓解，需作肌瘤挖出术；(2) 孕妇子宫肌瘤若位于子宫体下部或子宫颈处，可能阻碍胎儿阴道分娩或已经造成胎位不正，故应在临产前及时采取剖宫术分娩。

卵巢肿瘤

卵巢肿瘤是妇科常见肿瘤，可发生于任何年龄。而且早期无症状，又缺乏较好的早期诊断和鉴别方法，一旦发现为

恶性肿瘤时往往已属晚期病变，因而疗效远不如其他妇科常见恶性肿瘤，在妇科肿瘤中对生命威胁最大。

卵巢肿瘤有良性、恶性之分和囊性、实性之分，卵巢良性肿瘤以浆液性囊腺瘤与粘液性囊腺瘤以及良性畸胎瘤为最常见，卵巢恶性肿瘤也以上述三种恶性类型为常见。

关于卵巢肿瘤的保健知识：

1. 卵巢囊肿，直径不超过 5 厘米时，由于考虑到卵巢非赘生性囊肿的可能性（即生理性卵巢囊肿，可以在 1~2 月内自然消失，不属疾病），一般采取观察随访，若持续存在（3 个月以上）或继续增大，应考虑为真性肿瘤。

2. 卵巢肿瘤由于良恶性常难以分辨，又不能用药物使其消失或缩小，故一般均应及早手术切除。

3. 卵巢囊肿如在妊娠早期发现，可待孕 3 个月以后进行手术，一方面可减少流产的可能，另一方面观察是否为妊娠黄体囊肿而自然消退。

4. 已存在卵巢肿瘤而突发腹痛者，应考虑到肿瘤蒂扭转、破裂等情况而应急症手术。

5. 实性卵巢肿瘤以恶性居多，更应及早手术。

6. 原已发现的卵巢肿瘤短期内迅速增大或出现难以解释的胃肠道症状，均应怀疑有恶变可能（后者可能是胃肠道转移来的卵巢恶性肿瘤）。如出现腹水、食欲减退和消瘦等，病情已属晚期。

7. 恶性卵巢肿瘤病人，除了进行手术并辅以化疗或放疗、遵医嘱认真随访检查外，乐观的情绪、同疾病斗争的坚强意志、增加营养和适当的保健锻炼，是战胜疾病取得良好疗效

的重要方面，要尽力而为之。

8. 预防，主要是预防恶性肿瘤所造成的严重后果。重点在早发现，早治疗。故预防应注意：(1) 定期妇科检查（最好每年一次）；(2) 凡卵巢实性肿瘤或大于5厘米的囊肿均应及时手术；(3) 月经初潮前或绝经后的卵巢囊性肿块，恶性比例大，应及早手术；(4) 凡盆腔肿块，疑为炎性或内膜异位症者，也宜及早作腹腔镜检查；(5) 作剖宫产或盆腔其他手术时，应仔细检查双侧卵巢是否正常；(6) 年龄50岁以上妇女因其他原因切除子宫者应同时切除双侧卵巢；(7) 年轻者因良性肿瘤作一侧卵巢切除时，应仔细检查对侧卵巢。

女阴癌

外阴恶性肿瘤以外阴鳞状上皮癌（简称鳞癌）为最多（约95%），平均发病年龄为60岁，但40岁以前也可能发病。外阴癌虽仅占妇女生殖道癌肿的5%，且在体表可以见到和扪及，又多有明显症状，但若病人羞怯忌医或医生缺乏警惕而延误诊断或治疗不当，则后果与其他恶性肿瘤同样严重。外阴鳞癌病人约半数伴发外阴白色病变（但外阴白色病变病人仅5%~10%发展为外阴癌）。

外阴癌临床表现主要为外阴有局部结节或肿块，常伴疼痛或瘙痒（瘙痒往往已有多 years），部分病人则表现为外阴溃疡经久不愈。晚期则表现为典型溃烂肿块或不规则乳头样肿瘤，以及腹股沟硬而固定的肿大淋巴结。

外阴癌治疗主要是手术治疗。疑有或肯定盆腔淋巴结有转移的可以术后加用放射疗法。

外阴癌的预防保健措施：

1. 注意外阴清洁卫生，对外阴瘙痒和外阴白色病变等积极诊治。

2. 外阴有结节、溃疡、白色病变久治不愈时应提高警惕，及时就诊并作活检（病理切片检查是唯一可靠的鉴别方法）。

3. 外阴活检有非典型增生者，应作单纯外阴切除术，除切除物要送病理检查外，术后还需严密随访。

宫颈癌

宫颈癌占我国女性生殖器官恶性肿瘤首位，病人以 30 岁至 50 岁最多。宫颈癌完全能做到早期发现、早期诊断和早期治疗。建国近 40 年来由于开展防癌普查，宫颈癌、特别是晚期癌的发病率已大大下降，治愈率已大大提高。

早婚、早育、多育子女与宫颈癌发病有关；性生活过早、过频是宫颈癌的重要诱因；通过性交传染的疱疹病毒 II 型等感染可能与宫颈癌的发病有一定关系。

妇科普查中的宫颈刮片检查是早期发现宫颈癌的有效方法，但宫颈癌的确诊必须由宫颈活组织病理检查作出。

治疗方面 宫颈癌前病变的处理：(1) 轻度不典型增生，暂按炎症处理，半年刮片随访，必要时再次活检，情况不变可继续观察；(2) 中度不典型增生，用激光、电熨、冷冻或微波或宫颈锥形切除，半年随访一次；(3) 重度不典型增生可行全子宫切除术，保留双侧卵巢（迫切要求生育者，也可在宫颈锥切后密切随访）。

原位癌 多主张全子宫切除，保留双侧卵巢。

手术治疗 对浸润癌中的镜下早期浸润、Ⅰ期和早Ⅱ期适用，手术范围从扩大全子宫切除到宫颈癌根治术加盆腔淋巴结清扫术不等。

放射治疗 可适用于各期病人，可手术的宫颈癌，其手术与放疗效果相仿，已不宜手术或无法耐受手术的晚期病人放疗照样可用。

预防保健措施

1. 晚婚、少育，接受性卫生教育。
2. 积极参与妇科学查，因为最早期的宫颈癌与癌前病变无症状或无特殊症状，但经普查可发现。
3. 提高警惕，宫颈癌在发展到肉眼可发现以前，仅有的症状是性交后出血和异常白带增多，故有此两症状时应及时就医。另外，宫颈有中、重度糜烂，或乳头状增生物、溃疡等出现，也应及时病理检查和刮片检查，以鉴别是否宫颈癌、抑或子宫颈结核、宫颈乳头状瘤（良性）和阿米巴性宫颈炎。
4. 中、重度宫颈炎应积极治疗。妇科疾病需切除双侧卵巢时应同时切除子宫，且应尽量不留子宫颈以免日后发生残余宫颈癌。
5. 宫颈癌病人在手术或放射治疗后，要建立乐观的态度、战胜疾病的信心与意志；增加营养，适当锻炼身体；认真随访（按医生要求）。

子宫内膜癌

子宫内膜癌又称子宫体腺癌，发生率居我国女性生殖系统恶性肿瘤第三位。80%发生于50岁以上的绝经前后妇女，40

岁以前少见。其确切病因不明，可能同下列因素有关：长期持续雌激素刺激；肥胖、糖尿病、高血压病人中多见本病；未婚、未育者中多见；本病常有家族史，可能同遗传有关。

子宫内膜癌的症状最常见的是不规则阴道出血，量一般不多，但常断续不止。如发生在绝经前后往往被误认为绝经期月经不调。其次的症状为阴道排液，如果为脓血样恶臭白带则往往已是晚期。

本病的确诊一般依赖于分段诊断性刮宫，即先刮子宫颈管，后刮子宫腔，所刮出的两部分组织分别作病理切片检查，可以确诊子宫内膜癌并同转移到子宫体的宫颈癌鉴别。

子宫内膜癌的治疗以尽早手术切除子宫及双侧附件为主。若已有盆腔淋巴结或腹主动脉淋巴结转移，则术后辅以放射治疗（体外照射）。激素疗法（孕激素制剂）也常作术后辅助治疗。

子宫内膜癌的预防保健措施：

1. 定期接受妇科学查，肥胖、糖尿病、高血压的老年妇女和未婚或婚后未育的老年妇女，以及家族中有患子宫内膜癌成员者更应提高警惕。

2. 有不规则阴道出血的接近更年期以上年龄妇女，特别是绝经后有不规则阴道出血者都应尽早作分段诊刮。

3. 发现子宫内膜有癌前病变时，可作预防性子宫切除术，或定期严密随访。

4. 正确掌握雌激素的使用，更年期综合征较长期用雌激素治疗或绝经后长期用雌激素替代疗法预防骨质疏松时，最好同时加用孕激素制剂可预防促发子宫内膜癌的可能性。

5. 若已患本病,则在手术(或加放疗和孕激素疗法)后,应认真遵医嘱随访检查,增强战胜疾病的信心和意志,增加营养,适当锻炼身体,以增加机体免疫力,争取彻底根治不再复发。

子宫脱垂及阴道前后壁膨出

子宫从正常位置沿阴道下降,子宫颈下部接近阴道口,甚至子宫全部脱出于阴道口外,称为子宫脱垂。常伴阴道前、后壁膨出(即膀胱膨出、直肠膨出)。本病主要的发病原因是分娩时子宫的韧带及骨盆底的肌肉筋膜组织过度伸展或撕裂所致。老年妇女雌激素水平低落和种种因素造成的长期腹压增加均可促使或加重子宫脱垂的发生。

主要症状 (1) 肿物自阴道脱出。轻者在阴道口可以见到子宫颈或/和膨出的阴道前壁。继之,肿物脱出于阴道口外,休息、卧床后能自动回缩。随病情发展,肿物脱出越来越大且不能自行复位,严重对子宫颈因长期磨擦而糜烂、溃疡、感染;(2) 下坠感、腰酸;(3) 膀胱膨出可发生排尿困难、尿潴留,且易并发尿路感染。还常因咳嗽、用力等腹压增加时尿溢出——张力性尿失禁;(4) 直肠膨出时易有便秘或排便困难。

预防 (1) 计划生育,防止多产;(2) 产时听从助产人员指导,避免盲目屏气用力,避免滞产;(3) 产伤要及时正确修补;(4) 产后不要过早作重体力劳动;(5) 加强产后保健,其中健身操很有益处;(6) 注意防治慢性气管炎、便秘等经常增加腹压的慢性病。

治疗 (1) 轻者,一般支持疗法:增强体质,注意营养及适当休息,保持大便通畅,避免增加腹压和重体力劳动。药物可以常服补中益气丸。(2) 轻度阴道前壁或后壁膨出,可作肛提肌锻炼,即作缩肛运动,一缩一放,每次练 10 分钟,一天 2 次,对恢复组织张力与功能有一定效果。(3) 临床属于 I 度重、II 度轻的子宫脱垂病人,采用子宫托并配合一般支持疗法效果好。子宫托置于阴道内阻止子宫颈下降,简便、安全、经济易行。但必须注意在医生指导下掌握放取方法,病人每晚需取出子宫托,洗净(不须消毒),次晨放入。若日久不取出,阴道壁可被压迫、摩擦致损伤、感染,甚至形成尿瘘或粪瘘。(4) 重度或中度病人非手术治疗无效者,应手术矫治。根据病人年龄、生育要求及全身状况选择不同的手术方式。年龄较大、不需要再生育、脱垂及症状严重而健康情况允许者,选择经阴道全子宫切除及阴道前、后壁修补术为宜,无复发之虞。

尿瘘、粪瘘、陈旧性会阴 III 度裂伤

尿瘘指生殖器官(阴道、子宫)与泌尿系统(膀胱、尿道、输尿管)之间形成的异常通道,尿液经阴道流出。表现为漏尿。依瘘孔部位及大小之不同,有的完全失去自控排尿,有的在漏尿同时仍有自控性排尿,有的则夜间平卧时不漏尿而晨起即漏尿。病人往往伴有外阴和臀部皮炎,且多伴发泌尿系感染。

粪漏指生殖道与肠道间的异常通道。直肠阴道瘘常见。临床表现为阴道排气、排便,腹泻时尤甚。常引起外阴皮炎。

陈旧性会阴Ⅲ度裂是指分娩引起的会阴体皮肤、肌肉裂伤一直到肛门括约肌断裂而当时未予修补，致日后大便常常失禁。

这三种损伤性疾病主要都是由产伤引起。尿瘘与粪瘘还可由产、妇科手术损伤引起及子宫颈癌等放射治疗（腔内照射）后引起。故医务人员提高产科工作质量与妇科手术技术，是主要的预防措施。孕妇或病人则要认真进行产前检查，配合医务人员处理好产程和做好术前准备。

在治疗方面，均以手术矫治为解决方法，病人应认识并注意：

1. 尿瘘病人，当时未曾或不能修补的，应在3~6个月局部炎症水肿完全消退后再修补。主要经阴道修补，瘘孔部位较高者可经腹手术或经腹部与阴道联合手术。术前要控制感染（局部皮炎或尿路感染），老年病人或闭经者要用少量雌激素以利阴道创口愈合，疤痕严重者最好还要用药将疤痕软化。术后保证膀胱中尿液引流通畅和应用抗生素防止感染是手术成功的重要环节。手术宜放在月经净后3~5天进行为宜。

2. 粪瘘手术前须作肠道准备，包括术前肠道抗生素和流质饮食，术后应吃无渣半流质，待拆线后再进普通饮食，术后保持经常大便通畅。

3. 陈旧性会阴Ⅲ度裂伤的手术前后注意事项与粪瘘基本相同。

4. 上述三种疾病手术以后都要保持阴部清洁、禁房事至少2个月。

女性生殖器官发育异常

女性生殖器官发育异常有许多类型。按解剖部位分述,有处女膜闭锁;先天性无阴道,阴道闭锁或狭窄、阴道横膈或纵膈;子宫未发育或发育不全(先天性无子宫或幼稚子宫等)、双子宫、双角子宫、鞍形子宫、单角子宫和纵膈子宫等;卵巢发育不全、卵巢异位等。还有两性畸形(分真性与假性)。

生殖器官发育异常的主要症状为:到春青期年龄无月经而有周期性下腹痛,18岁仍未有月经初潮,性交困难,月经异常(过少或过多),不孕,习惯性流产,分娩困难,早产,第二性征异常和外阴异常等。

保健和处理:发现症状或怀疑本病时要及早就诊,及时诊断,采取适当的处置方式。比如,子宫有畸形而无任何症状者或阴道完全性纵膈伴双宫颈双子宫者常不需治疗;处女膜闭锁及阴道完全性横膈者一经诊断就应及早手术切开;先天性无阴道及阴道闭锁或横膈位置较低(影响性交)者可选择在婚后不久手术(前者也可在婚前手术);阴道横膈薄者可在产程中胎头顶压使横膈更薄时切开,而横膈厚可能阻碍胎头下降者则应作剖宫产术;阴道横膈等成为不孕因素时应手术;子宫发育不良病人则应选用激素疗法;两性畸形诊断明确后应按社会教养、本人意愿和畸形程度给予及时矫治以减少病人精神创伤;先天性肾上腺皮质增生所致女性假两性畸形应予终生服用可的松类药物。

不孕症

婚后有正常性生活，未避孕，同居 2 年而未能受孕者称不孕症，有原发（婚后从未受孕）和继发（曾经怀过孕）之分。

造成不孕的因素：

1. 女方不孕因素有：(1) 排卵障碍（全身性疾病、种种卵巢疾病、各种中枢性影响，包括先天的和后天的）；(2) 种种原因引起的输卵管堵塞或功能障碍；(3) 种种原因致子宫（尤其是内膜）功能失常；(4) 子宫颈因素和外阴、阴道因素。

2. 男方因素有：(1) 全身、局部或先天因素所致精液异常（如无精子，精子数目少，活动力弱，形态异常等）；(2) 精子运送受阻（如炎症特别是结核所致输精管阻塞；阳痿、早泄使精子不能送入阴道）以及自身免疫性抗精子抗体的存在等。

3. 属男女双方的因素有 (1) 缺乏性生活知识；(2) 夫妇双方过分焦虑不孕而精神紧张；(3) 免疫因素：女方对精液产生抗体。

不孕症的诊治应注意：(1) 相当一部分病人存在不止一种或一方的不孕因素，因此不孕症诊治之初夫妻双方都要检查原因，以免诊治多时劳而无功；(2) 无论选择西医或中医诊治，均应以先查明不孕因素然后采取针对性治疗为宜，否则往往徒劳多时却不得要领，欲速反而慢；(3) 不孕症病人在达到怀孕目的并成功分娩之前，夫妻双方所有的诊治资料（包括病历、检验单、各种特殊检查和治疗记录）都应妥善保

存,以便在转换医院或医生诊治时使其能得到你(们)过去诊治的完整资料作为参考,在此基础上继续诊治则大大省时、省钱、少吃苦;(4)对不孕症诊治病人要有个正确的态度:既要认真、积极、有“长期作战”的思想准备,又要有耐心、放得下、想得开。操之过急,或为家庭、舆论压力而焦虑不已,有害无益,只能增加对正常排卵和生殖内分泌的不利影响。不少查无特殊原因的不孕病人在领养了孩子(卸下思想包袱)之后能有亲生孩子的事实最能说明这个道理。

创伤性宫腔粘连

创伤性宫腔粘连多发生于吸宫流产术后,少数发生于刮宫术或剖宫产术后,主要是人工流产后的一种并发症。其主要表现是在吸宫或刮宫术以后出现闭经或月经过少,或伴有周期性腹痛。主要由于术时损伤子宫及颈管内膜,尤其在局部有炎症时,引起子宫腔及子宫颈管粘连所致,子宫腔可有积血(因颈管粘连阻塞),甚至经血自输卵管返流入腹膜腔。发生这种病症者卵巢排卵功能正常。

妇女在人工流产吸宫术或其他种种原因刮宫术之后,如果接着出现闭经或月经过少,特别是伴下腹痛时,要想到本病可能,应去医院检查。如果诊断为宫腔粘连,服药是无用的,须经阴道作子宫颈扩张和宫腔粘连松解,然后置节育环于宫腔防止再粘连。术后可给人工月经周期药物3个月。

预防宫腔粘连的措施主要是做好计划生育,避免不必要的人工流产;有阴道炎、慢性宫颈炎者在人流术前要积极治疗;医生在作人流吸宫或刮宫术时要严格消毒,操作轻柔、

准确。

子宫内膜异位症

当在子宫腔面以外有子宫内膜组织生长时称子宫内膜异位症。病变常见部位为卵巢、子宫韧带和盆腔腹膜等处。病变在卵巢最为常见，多呈囊肿样，内含混有子宫内膜组织的棕褐色稠厚陈旧性血液，称巧克力囊肿。子宫内膜组织异位到子宫肌肉内的称为子宫肌腺症。身体其他部位如胸膜、肺、臂、腿等许多器官都可发生子宫内膜异位症，但罕见。剖宫产的腹壁切口疤痕和分娩时的会阴切开疤痕也都可成为发病部位。

本病症状主要表现为痛经、月经失调和不孕。其痛经特点是继发性和渐进性（逐年加剧）痛经，疼痛时间长、程度剧。不孕也不一定同病变严重度成正比，有时相当轻的病变也伴不孕。

本病的预防和处理主要为：

1. 防止经血倒流（经输卵管流入腹膜腔）。先天性外阴阴道畸形（如处女膜闭锁、阴道横膈）、后天性阴道炎性狭窄和宫颈粘连等均应及时手术治疗；经期一般不作盆腔检查。

2. 避免手术操作引起的子宫内膜种植，若经前不作输卵管通畅试验以免经血倒流入腹腔；剖宫取胎（尤其是孕中期作）医生要采取措施避免子宫腔内膜碎屑留落在腹腔内或切口种植。

3. 适龄婚育、药物避孕。妊娠可阻碍和减轻本病的发生和发展，所以已属婚龄或已婚女子痛轻较重者应及时婚育；已

有子女者较长期服用口服避孕药对本病有预防作用。

4. 若已患本病者的治疗应根据年龄、症状、病情及对生育的要求而定。不孕者即使轻度病变也要积极药物治疗，或对有巧克力囊肿者作保留生育功能的手术（如巧克力囊肿剥出术）痛经明显而病变轻的无生育要求或未婚妇女用性激素疗法，目前常用药如孕酮类、丹那唑和三苯氧胺等；病变重而无生育要求者年龄在 35 岁以下，可作保留卵巢功能的手术；病情严重药物无效或近绝经期的重度病人可选根治性手术。

5. 注意丹那唑，内美通与大剂量孕激素等药容易损害肝功能，用药期间应定期检查肝功能，原有肝病者禁用。

6. 子宫肌瘤症孕激素疗法无效，常需切除子宫。

功能性子宫出血

功能性子宫出血（简称功血）指内分泌调节功能失常所致月经紊乱和出血过多。可分为两点：无排卵型月经失调和有排卵型月经失调。无排卵型功血常在青春期或更年期出现，前者系性腺内分泌激素的调节机制尚未完善引起，后者则由卵巢功能衰退所致。

本病主要表现是月经异常、紊乱或过多（常引起贫血）而检查并无生殖器官器质性病变。精神过度紧张、环境与气候骤变及一些全身性疾病（重度营养不良、严重贫血和一些代谢性疾病）也可引起功血。

治疗与自我保健措施：

1. 须认识本病以性激素治疗为主，其他止血药只能起辅

助作用。性激素药物雌激素类、孕酮类和雄激素类都可用。性激素治疗遵循先止血，后调整月经周期的程序。止血以开始大剂量、控制出血后药量递减、维持量到下次月经应来潮时的原则。

2. 无排卵型功血中的青春期病人，除止血和调整月经周期外，还得配上促排卵治疗，因为只有正常排卵才能保证周期正常和经血量不过多。促排卵包括人工月经周期中用小剂量的雌、孕激素和促排卵常用药氯蔗酚胺、绒毛膜促性腺激素（HCG）等。

3. 已婚妇女大量出血用药物难以止住时，刮宫术是常用方法，一可以止血，二刮出物送病理检查有助于鉴别功血类型或其他子宫器质性疾病（如子宫内膜息肉、妊娠疾病和癌肿）。

4. 雄激素疗法在青春期功血慎用，在中年妇女不宜大量长期应用以防男性化。

5. 疑功能性子宫出血时应认真就医明确诊断，以免误诊和延误生殖器器质性疾病或全身性疾病的治疗。

6. 功血病人应特别注意补充营养、纠正贫血。

多囊卵巢综合征

多囊卵巢综合征表现为月经稀少或闭经、不孕、多毛、肥胖和双侧卵巢增大，含多数小囊泡而不排卵。原因不明确，其确诊靠辅助检查。

有上述症状疑有本病时，应及时就诊检查以明确诊断。

治疗：（1）氯蔗酚胺加绒毛膜促性腺激素合并疗法：但

要谨防过度刺激综合征。如遇治疗过程中突发腹胀、胸闷和浮肿时应及时检查有无腹水、卵巢高度囊性增大和性激素水平过高，以便及时发现与治疗，如泼尼松疗法和雌、孕激素合并疗法。(2) 手术治疗—双侧卵巢楔形切除术。

目前已发展到药物治疗效果略优于手术治疗。

闭经

闭经是许多妇科疾病所共有的一种症状，而不是一种疾病的名称。凡年龄已满 18 周岁而月经从未来潮者称原发性闭经，以往已有周期性月经而现在非生理性的停经已达到 3 个月或更长者称继发性闭经。闭经的原因众多，有生殖器官本身的各种原因和全身的诸多原因。在闭经的保健、治疗方面必须掌握：

1. 识别生理性闭经。妊娠、哺乳期和绝经前后的闭经是生理现象，不需治疗。

2. 闭经的治疗主要针对原因，所以必须先查明原因。特别要查明病变的部位，才能治有针对，治有疗效。原因在子宫的有先天性子宫缺如或子宫发育不良，以及子宫内膜损坏（机械创伤、严重感染和放射性破坏），但无论何种治疗均难奏效。原因在卵巢的有卵巢损坏或切除、卵巢功能早衰和产生性激素的卵巢肿瘤。原因在脑垂体的有垂体损坏、垂体肿瘤和原发性垂体促性腺功能低下。丘脑下部闭经的原因有精神因素、营养不良或多种消耗性疾病、药物抑制综合征、闭经溢乳综合征和多囊卵巢综合征等。另外，肾上腺、甲状腺和胰腺功能紊乱时也可发生闭经。

3. 激素替代性治疗是许多种闭经的常用和主要的治疗方法，主要用来造成人工月经以促进或维持更适合病人的生理和心理状态。使用的药物主要有雌、孕激素、绝经期促性腺激素（HMG）、绒毛膜促性腺激素（HCG）、和促性腺释放激素（LHRH）等。

经前期紧张综合征

少数妇女月经期前出现情绪不稳定、烦躁易怒、注意力不集中、乳房胀痛、头痛、失眠或抑郁焦虑。严重者可出现呕吐、腹胀、浮肿等，称为经前期紧张综合征。一般认为与周期性的性激素水平失调和精神因素有关。其自我保健措施主要为：

1. 避免精神紧张，经前注意劳逸结合。有水肿者还应注意经前少盐饮食和控制进水量。

2. 可用镇静剂缓解症状，如安定、苯巴比妥，按常用量口服。也可服用谷维素以调节植物神经功能。

3. 性激素治疗：用孕激素和雄激素，如安宫黄体酮、甲基睾丸素，自月经周期第十天或 14 天起，连续口服 14 天（后者为舌下含化）。

4. 中药治疗：症状轻者服逍遥丸、小金丹等即可；经前期紧张综合征症状较严重者用疏肝理气为主的中药汤剂最为有效（包括对乳腺小叶增生症）。

更年期综合征

更年期是妇女卵巢功能逐渐衰退直到消失的一个过渡时

期,在这个时期妇女绝经,一般发生于45~55岁之间。在这个过程中部分妇女出现的一系列性激素减少和植物神经功能失调所致的症状较为明显、严重,就称为更年期综合征。在这段年龄之前,正常卵巢遭到破坏或手术切除,提前绝经,也往往随之发生更年期综合征。

更年期生理变化实际包括两个方面:卵巢功能衰退和机体老化。因卵巢功能衰退而使体内雌激素水平的降落在更年期综合征的诸多症状中起主要影响。

更年期综合征的症状是多样化的,主要可归纳为三大类:

(1) 阵发性烘热感、阵汗、皮肤潮红、心跳加快,还常有睡眠不佳、胸闷、头昏等,有的妇女还表现情绪不稳定、焦虑、抑郁、紧张、血压波动以及皮肤异样感觉等;(2) 外阴与内生殖器官萎缩、阴道干燥和性交痛,还易有膀胱炎与尿道炎;(3) 骨质疏松,常会引起周身疼痛,但骨折疏松到导致易骨折则在绝经若干年后(绝经后期)更为多见。

本病的自我保健措施主要为:

1. 提高对更年期生理过程的了解,对此期发生的一些症状解除不必要的顾虑。轻症者若保证劳逸结合与充分睡眠,一般不需服药。心要时可选用安定之类的镇静药品(助睡眠)以及谷维素(帮助调节植物神经功能)。若疑有其他疾病时应及时检查。

2. 鉴于体内雌激素水平低下是本病的基础,所以雌激素替代疗法(即给身体补充雌激素制剂)是更年期综合征的基本治疗方法。(1) 因雌激素水平低落而产生明显的更年期综合征症状(包括激素减退引起的阴道干燥、性交困难)者应

使用雌激素替代疗法；(2) 雌激素以能缓解症状的最小有效剂量为宜。应用方法以间断用药为主。应用激素的时间长短按需要而定，病情缓解后可逐渐减量以至停用。长期用雌激素应谨慎且定期随访检查以免副作用。

3. 孕激素与雌激素合用可提高安全性。能减少子宫内膜癌和乳腺癌的危险性，而老年妇女长期用雌激素能减少缺血性心脏病和骨质疏松的发生。雌、孕激素的序贯疗法（用3周雌激素，最后5~7天加用孕激素）有时会引起子宫出血，而两种激素小剂量合并疗法，可使流血减少或不出血。

4. 雌激素制剂中，雌三醇（如尼尔雌醇）既有很好的治疗作用，又不致引起子宫出血，使用时被优先考虑。

5. 某些疾病不宜使用雌激素治疗，如较重的肝病、深静脉栓塞、以及乳房癌、子宫内膜癌病人（因可加重病情）。

6. 雄激素对本病也有疗效，可以间断性使用，如甲基睾丸素5~10毫克每天舌下含服，每月用10~15天。

7. 育龄妇女经卵巢切除后，更年期症状常于1个月内迅速出现，更应及时应用雌激素替代治疗。

8. 雌激素（还有雄激素）应用能减慢骨质疏松的进展，但一旦发生骨质疏松，再用雌激素和钙剂不能减轻已形成的骨质疏松的程度或使之复原。

9. 为减缓骨质疏松的进展，除激素替代疗法外，宜常用钙剂和维生素D，增加食物中钙质是必要的。

症状严重而用雌激素替代疗法加对症治疗效果不明显者，中医药疗法可望得到较好效果（但必须是有经验的医生辨证施治的汤剂效果才会较好）。

更年期综合征病人若焦虑、紧张、烦躁易怒或抑郁等精神症状显著或严重者，气功、太极拳、站桩等配合吐纳运气的保健运动，对调节神经系统平衡、改善症状，是很有用的辅助疗法。

痛经

许多妇女在月经时由于盆腔充血而有下腹部轻度胀感等不适，并非病理性的。若症状严重，疼痛影响工作和日常生活而需服药时，称为痛经。痛经有原发性与继发性之分，生殖器官没有器质性病变的痛经叫原发性痛经，常发生在月经初潮后不久（1~2年内）的未婚或未孕的年轻妇女；原无痛经，后因生殖器官器质性病变引起者称继发性痛经。引起继发性痛经的常见原因有子宫内膜异位症、急慢性盆腔炎和子宫颈狭窄阻塞等。

痛经严重时不仅下腹部或腰骶部呈阵发性绞痛，还常伴脸色发白、冷汗、全身无力、恶心呕吐以及头痛等。

自我保健措施：

1. 原发性痛经，以月经期口服消炎痛1片，每天2~4次为效果最好；也可用消炎痛栓剂纳入肛门，一般用1~2次即可。其他止痛剂也可用，但不主张用杜冷丁、可待因等药以免上瘾。

2. 继发性痛经应检查原因，找到器质性病变进行针对性治疗。如子宫内膜异位症、盆腔炎和刮宫引起的子宫颈管粘连阻塞等都各有不同的治疗方法。

3. 已婚育的一般性痛经妇女若伴有月经过多或失调则以

服用口服避孕药（按避孕常规服法）为最佳选择，既治病又避孕。

4. 采取可靠避孕措施，做好计划生育，减少人工流产等补救性手术，对预防术后可能发生的因生殖器官炎症或宫颈管粘连堵塞所致的痛经，是一个重要的预防措施。

阴道出血的疾病

阴道出血是妇科最常见症状之一，可以发生于许多疾病。阴道出血可源自阴道、子宫颈和子宫内膜。

年龄对鉴别阴道出血有重要参考价值 幼女与绝经后阴道出血若无异物或创伤等因素应想到恶性肿瘤的机会多些（幼女滥用含激素的补剂除外）：青春期女性阴道多量出血应首先想到功能失调性子宫出血；育龄妇女已婚者或虽未婚但有性生活史者应多考虑与妊娠有关的疾病，如流产、宫外孕、葡萄胎、绒毛膜上皮癌等；30岁以上的妇女阴道出血多，则子宫肌瘤的机会大大增加；子宫颈癌好发的平均年龄是45岁左右（30岁以前发病者甚少），而子宫内膜癌（俗称子宫体癌）平均发病年龄较宫颈癌大约晚10年，绝经后发病者很多；更年期不规则或多量子宫出血者中功能性子宫出血所占比例也很多。此外，盆腔炎症性疾病和子宫内膜异位症也大多发生在育龄妇女。

从阴道出血的类型考虑

1. 月经量增多、经期延长但周期正常，一般多考虑子宫肌瘤、子宫腺肌病或功能性子宫出血。

2. 周期不规则的阴道出血、血量增多或流血时间延长，

不伴其他症状者，常常是功能性子宫出血，但中年以上者亦有子宫内膜癌可能；无任何周期可辨的长期持续阴道出血在中年以上者特别要想到子宫颈癌或子宫内膜癌的可能。

3. 停经后不规则出血发生在育龄妇女，首先应考虑同妊娠有关的疾病；若是绝经期妇女，则多为功能性子宫出血或生殖道恶性肿瘤。

4. 阴道出血伴白带，白带往往为恶臭黄水样或脓样，根据年龄应考虑晚期宫颈癌、子宫内膜癌（尤其老年妇女）和粘膜下子宫肌瘤伴感染等疾病。若发生在少女则应考虑阴道异物可能。

5. 性生活后随即有鲜血出现应考虑子宫颈息肉、粘膜下肌瘤和早期宫颈癌的可能。

6. 阴道出血伴腹痛，若月经期下腹严重疼痛应首先考虑子宫内膜异位症；除月经期疼痛加重外，平时亦有下腹痛者，应想到盆腔炎性疾病；阴道出血伴下腹痛而先有停经史者，若在育龄期，则应多考虑流产、宫外孕等妊娠有关疾病。

以上种种情况都应去医院就诊。

两次月经之间 3~4 天有很少量阴道出血或经前经后点滴出血，发生在不孕症妇女时，亦应就诊，因为这一般是卵巢功能不正常的表现，是不孕的有关因素。

月经初潮后的一年内月经周期不规则，或更年期月经紊乱，经血量不多的话，不必就诊。前者多会随神经内分泌调节功能的成熟而月经规则正常；后者则随着卵巢功能进一步衰退而终至绝经。

异常白带

白带是由阴道粘膜渗出物、宫颈腺体及子宫内膜的分泌物混合而成。正常白带色清、量不多，无不适症状。在排卵期或妊娠期，白带量增多，性状透明粘性如清鼻涕样。当生殖道发生炎症或肿瘤继发感染时，白带常显著增多并出现性状异常，必须引起注意，及时就诊。

脓性白带 色黄或黄绿，粘稠，有臭味，大多为阴道炎所致。其中以滴虫性阴道炎最为常见，多伴外阴瘙痒；脓性白带也可见于慢性宫颈炎、老年性阴道炎、子宫内膜炎、宫腔积脓或阴道异物等情况。

乳酪状白带 色白而干，如豆渣样，是霉菌性阴道炎的典型表现，常伴严重外阴瘙痒。

血性白带 白带中混有血，这在中、老年妇女应警惕子宫颈癌、子宫内膜癌等恶性肿瘤可能性。但宫颈息肉、粘膜下子宫肌瘤、老年性阴道炎等良性病变也可导致血性白带。此外，宫内节育器也会引起少量血性白带。

黄色水样白带 往往带有臭味，量多，伴有血量较多且中年以上者，应高度怀疑晚期子宫颈癌、子宫内膜癌。另外，粘膜下子宫肌瘤伴感染也要考虑。

总之，异常白带是妇科许多种疾病的临床讯号，必须就医，以利于及时发现一些重要疾病。

性传播疾病

性传播疾病是指一组主要通过性行为传播的疾病。它包

括了梅毒、淋病、支原体感染、沙眼衣原体感染，以及多种病毒引起的生殖道感染，如单纯疱疹病毒（Ⅱ型）感染、带状疱疹病毒感染、巨细胞病毒感染、人类乳头状瘤病毒感染（引起尖锐湿疣），还有人类免疫缺陷病毒感染（引起艾滋病—获得性免疫缺陷综合征）等。

这些疾病，有些主要表现为宫颈、阴道与外阴的炎症，如生殖道病毒感染；有的能引起几乎全部生殖器官的炎症，如淋病、沙眼衣原体感染等；有的可侵犯邻近器官或身体其他部位，如支原体感染可致尿道炎，衣原体感染可致衣原体肺炎，梅毒可以感染肛门、口唇、躯干、四肢、淋巴结和心脏等；艾滋病则因机体免疫功能丧失而难免继发各种感染性疾病却又无有效治疗而成为不治之症。这是此类疾病的危害之一。危害之二是其中有些疾病与恶性肿瘤的发生关系密切，如单纯疱疹病毒（Ⅱ型）、人乳头状病毒以及艾滋病的病原：人类免疫缺陷病毒的感染。危害之三是这类疾病几乎全都要么增加不孕、早产、流产、死胎的发生率，要么造成胎儿先天性畸形、致残或先天性感染等类疾病（胎内或出生时感染）。因此危害性极大。

对于性传播疾病，一方面要积极治疗，争取早期诊断，治疗彻底。另一方面更重要的是预防，主要预防措施：

1. 避免婚外性生活，乱交是这一组疾病最主要的传播途径。
2. 若夫妻中一方有感染，屏障式避孕（如阴茎套）可以阻止性交传播。
3. 病人衣物、用具（特别是澡盆、浴巾等）应专门消毒，

与他人分开，避免间接传播。

4. 经静脉、皮下和肌肉注射途径也是多种性传播疾病的重要传播途径。故注射器具的严格消毒和谨慎应用血制品是人人应具备的常识。

5. 性传播疾病的多数病原体特别是病毒能通过血乳屏障经由乳汁传播给婴儿。故患病母亲不宜哺乳或经乳汁检测病毒（或非病毒类病原体）3次阴性后方可哺乳。

6. 人工授精是艾滋病病毒传播途径之一。故供体精液主张新鲜时不用，先冷冻6个月，再复检艾滋病病毒阴性后方可用于人工授精（包括体外授精）。

（汤希伟）

第十四节 儿 科 疾 病

发热

发热是儿童疾病的常见表现。正常儿童的体温有一定的幅度，例如肛温为 $36.2\sim 38^{\circ}\text{C}$ ，口腔温度为 $36\sim 37.4^{\circ}\text{C}$ ；

发热可分为高热与低热。

高热 体温在 39.5°C 以上为高热。高热的原因多数为上、下呼吸道感染、肠道感染、泌尿道感染、出疹性疾病及神经系统疾病等。上、下呼吸道疾病多数伴有伤风、感冒、咳嗽、流涕；肠道感染有腹痛、腹泻；泌尿道感染伴有尿痛、尿频、尿急；神经系统疾病有头痛、呕吐、抽痉等。非感染性疾病引起的高热有：各种预防接种后及输血反应，烧伤，药

物过敏恶性肿瘤等；如果患儿较长时间在日光下曝晒或在高温环境中可引起中暑而发热。

低热 体温超过正常平均体温 1°C 或超过正常高限，一般指 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ （口腔温度）左右，并持续 2 周以上。低热的原因中，一类是由器质性疾病引起的，各种慢性的感染，例如结核病、慢性尿路感染、慢性中耳炎、鼻窦炎、慢性活动性肝炎和病毒性心肌炎等。另一类为功能性低热，例如患儿本身的基础体温较高；在就诊前家长应详细记录患儿每天的体温变化，每 4~6 小时测一次体温（最好同时测口温及肛温），持续 1 周，并记录伴随的症状，例如食欲减退、乏力、面部潮红、盗汗、咳嗽、尿频、尿急、尿痛和关节痛等，以供医生参考。

发热时的护理很重要，首先让高热的患儿卧床休息，多喂开水或清凉的饮料。饮食以流质或半流质为适宜，如米汤、稀饭、牛奶和豆浆等。如有高热可用冷湿毛巾或冰块（用毛巾包好）放在前额部、枕部、腋下或腹股沟处（不要与睾丸接触），需经常变换部位，以免冻伤皮肤。

大便异常

母乳喂养的婴儿每天大便 3~5 次，有时每块尿布上有少量大便，为金黄色，略有白色奶片；而牛奶喂养的婴儿大便为淡黄色、干硬呈条状，1~2 天 1 次。正常儿童大便一般每天或隔天 1 次，黄色或褐色，条状或厚糊状、与饮食种类及量有关。

有些疾病，尤其胃肠道疾病，可通过观察大便而知其异

常。

形状 (1) 糊状大便见于饮食过量而引起的消化不良；(2) 柱状大便，由于大便秘结引起，见于营养不良、呆子病；(3) 液状大便，大便如水样见于各种原因引起的急性肠炎；(4) 脓血便，见于细菌性痢疾；(5) 果酱便，见于肠套叠；(6) 羊粪状硬粒便，见于肠痉挛；(7) 粘液状大便，见于慢性结肠炎；(8) 米泔水样大便，见于霍乱；(9) 鲜血便，见于肛裂、息肉；(10) 扁形或细带状大便，见于肛门狭窄。

颜色 黑色如柏油状的大便为上消化道出血，如消化道溃疡病，鼻出血后吞血入胃，吃猪血或动物血后亦有柏油状大便；白陶土状大便可能有胆道梗阻；成条大便的外面有鲜血可能干硬的大便擦破了直肠息肉。

量及味 肠炎时大便量多，水样，奇臭；蛋白质吃得太多时大便也奇臭。

小便异常

正常儿童一天的尿量与一天内摄入水分的多少有关，婴儿一天尿量平均 400~500 毫升，学龄儿童约 800~1000 毫升。婴儿每天尿量少于 125 毫升，5~6 岁的儿童每天尿量少于 200 毫升时称为无尿。尿量过少时，体内的代谢产物不能排出体外而积聚在体内，对生命有危害，需及时治疗。

尿的颜色随饮水量多少而有改变，尿量少时尿色深黄；尿量多时，尿色淡黄；有时刚排出的尿外观清澈，搁置几小时后成为米泔水样，也为正常的尿；这类尿的酸碱度偏于碱性，尿中的无机盐在碱性的情况下出现沉淀而呈米泔水样；如果

这种尿加酸、加热后又变为清澈。

通过观察尿的颜色可以了解一些全身的疾病。

尿色黄 饮水量少时尿色黄，服复合维生素B或维生素B₂、黄连素、呋喃坦丁之类药物时尿色亦为黄色。疾病方面，如病毒性肝炎或胆道梗阻时尿呈黄色或深黄色。

尿为白色 排出的尿若属乳糜性，要考虑是否有血丝虫病。

尿为洗肉水色 见于尿中有血，如急性肾炎、膀胱炎或泌尿系统有结石等。

尿为浓茶色 当尿中的红细胞破坏后便呈浓茶状，见于急性肾炎、蚕豆病等。

婴儿哭闹

遇到婴儿哭闹，家长首先要分析一下哭闹的声音。无疾病时的哭声常常由轻逐渐转响，哭声洪亮，去除了因素后哭声停止，多数由以下一些生理性原因引起，如：(1) 饥饿、口渴；(2) 湿（尿布湿）、痒（湿疹）、冷、热；(3) 衣着不当，如包扎太紧，毛线刺激皮肤；(4) 大小便前；(5) 周围无人，以哭吸引亲人作陪；(6) 日夜颠倒、生物钟未完全建立；(7) 白天睡前过度兴奋。

另一类哭闹是病理性的哭闹，其特点为哭闹剧烈、时间长、哭声尖或特别低沉，哭闹常与某些症状或体征同时出现。常见的疾病有：

口腔溃疡 多数在喂奶或进食，尤其吃热的食物时出现哭闹，常伴流涎。

鼻塞 吃奶时不能呼吸,不吃时饥饿、形成哭哭吃吃、吃哭哭哭的局面。

脑部疾病 新生儿患颅内出血或脑膜炎时出现一阵阵尖叫样啼哭声,音调高,哭声急而无回声。

中耳炎、外耳道疖肿 吃奶时当耳朵贴到母亲身体时或者牵拉婴儿耳朵时出现哭闹。

皮肤皱折处有破损、溃烂。

蛲虫病 哭闹发生于半夜熟睡时。

泌尿道感染 排尿时疼痛而哭。

肛裂 大便干燥,排便时哭叫,便后有鲜血滴出。

腹痛。

佝偻病 夜惊哭吵。

总之,遇到婴儿哭闹首先从生理性原因方面考虑,必要时脱去衣服全身仔细检查一遍,有些粗枝大叶的家长会把热水袋烫伤皮肤,尿布带扎得太紧勒破皮肤,甚至缝衣针掉在被褥或留在衣服上。认为有病理性原因引起的哭闹时应去医院作进一步的检查。

身材矮小

所谓身材矮小是指这个孩子的身高在同年龄、同性别的参考“平均值”(一般人称为“正常值”)减去两个标准差以下。举例来说,上海市区3岁2个月的男孩参考平均值为94.69厘米,一个标准差为3.54厘米;如果有一个3岁2个月的男孩测得的身高低于 $94.69 - (3.54 \times 2) = 87.61$ 厘米,则可以说这个孩子身材矮小。

孩子出生后第一年内身高增长最快, 1年内增加 25 厘米左右, 第二年增加 12~13 厘米, 以后每年增加 5~6 厘米。如果在生后第一、二年, 尤其第一年内由于营养或疾病因素而使身高增长缓慢, 则对最终的身高影响很大。微量元素锌缺乏时对身高的增长影响较大。

父母的身高会通过遗传而影响子女的身高。一般来说父母矮的, 子女多数偏矮; 父母身材高大的, 子女多数也偏高大。

骨骼的生长和内分泌系统密切相关, 尤其如垂体及甲状腺、性腺, 例如垂体性侏儒、先天性甲状腺功能低下 (克汀病) 和性早熟者身材矮小。骨骼疾病可以影响骨骼的生长, 例如软骨营养不良的病孩, 躯干 (上半身) 不矮, 而下半身 (下肢) 矮小, 上肢也较短。

对每一位身材矮小的儿童, 家长应每隔半年自己在家或去儿童保健所测量身高一次 (一定要脱去鞋子) 并作好记录, 观察每年增加的绝对值, 去医院检查诊断时将此数据提供给医生参考 (如果历年托儿所、幼儿园有身高数据记录者更佳)。

目前不少家长对小儿的身材矮小忧心忡忡, 其中一部分家长盲目求医, 也有一些庸医滥用雄性激素, 虽然暂时促使身高加速增长, 但不久即出现骨骼的较早愈合, 生长停止, 事与愿违。由于引起身材矮小的原因非常复杂, 不可能有一种“特效药”可以治疗由多种病因引起的矮小。为此, 对身材矮小的必须去医院查明原因, 然后在医生的指导下治疗。

头痛

婴儿常以烦躁不安、拉耳朵、发脾气、皱眉头、高声尖叫、撞头或用手指指于头部等方式表示有头痛，家长应该重视。

引起头痛的原因较多；常见的伤风感冒、发热时有头痛，但热退后头痛自然消失。急性头痛，伴有发热、呕吐、颈项强直，如果发生在冬春季节要想到是否是脑膜炎；发生在夏季要想到乙型脑炎。头部外伤之后可以有头痛，一般是逐渐减轻，如果逐渐加重，伴有呕吐，应考虑外伤后颅内出血或血肿形成。

慢性头痛，逐渐加重，伴有呕吐，尤其清晨吐得厉害，而且除头痛、呕吐之外还有走路步态不稳、说话口齿变得含糊不清、脑神经或四肢有麻痹、行动不便等，要想到是否颅内有肿瘤、脓肿、寄生虫或血管瘤。

凡是头面部的疾病，如鼻炎、鼻窦炎、牙病等都可以引起反射性的头痛。没有带眼镜纠正的近视眼、远视、散光，因为眼肌疲劳也可以引起头痛。儿童也有少见的情况如高血压、偏头痛、癫痫性头痛等等。

总之，儿童不会装病，有头痛要仔细寻找原因。

抽痉

儿童抽痉是紧急情况，病因复杂，一定要送医院诊治。如果正在抽痉的时候，不先作一些紧急处理而急于送医院，可能在护送的途中发生意外，建议在送医院之前在家庭中首先

进行如下处理：

1. 家长要保持镇静，防止孩子抽痉时从床上摔下。用纱布或手帕裹在筷子或牙刷柄上，塞在上下牙齿之间，防止咬伤舌头。

2. 保持呼吸道通畅，解开衣领；头转向一侧，防止呕吐物吸入肺内。

3. 针刺人中、合谷穴位，有助止痉。

4. 若有高热应采取退热降温措施，例如把孩子放在通风、阴凉处；用冷毛巾，或包冰块放在大血管上（颈部及腹股沟处，不要接触阴囊）。

5. 对每次发热均出现抽痉的儿童，为了预防抽痉的发作，一旦发觉其有发热，即给予口服退热药及镇静药，并密切观察体温的变化。

腹痛

腹痛可以由内科疾病引起，也可由外科疾病引起。婴幼儿常常不能明确诉述腹痛的部位及性质，所以需要家长密切观察腹痛的性质、持续的时间、部位以及伴随的症状，并向医生提供，作为诊断时的依据之一。

便秘的儿童会出现一阵阵腹痛，当大便解出后腹痛暂时缓解。蛔虫病引起的腹痛为间歇性，位于脐周；当蛔虫钻入胆道则出现右上腹突然阵发性的剧痛；当许多蛔虫扭成团状阻塞肠腔时出现肠梗阻，则为一阵阵的绞痛，且有呕吐。上腹部隐痛多见于消化性溃疡。突然持续性剧痛可能是胃肠穿孔或腹膜炎。肠炎时先有腹痛，随后有腹泻。肠套叠多见于

婴儿，常以一阵阵哭叫表达腹痛，痛时面色苍白，排出的大便果酱样，以后出现呕吐。急性阑尾炎时腹痛的部位先在脐周，以后转向右下腹。过敏性紫癜时往往家长没有注意到皮肤出现紫癜之前（尤其在冬季）小儿先诉腹痛和关节酸痛。

引起腹痛的病因复杂，尤其持续性腹痛伴有呕吐，在排除了内科疾病之后要想到外科疾病的可能。在没有弄清病因之前，千万不要给腹痛的儿童服止痛的药物；服止痛药后，腹痛虽然暂时缓解，但掩盖了疾病的本质，影响诊断。

便血

便血在儿童中常常遇到，有时因吞入来自消化道以外的血液（如鼻出血）也可误认为便血，也可因消化道以外的疾病，如出血性疾病、过敏性紫癜等引起。但多数的便血由消化道本身的疾病引起，则要区分是上消化道还是下消化道出血。上消化道包括食管、胃、十二指肠，出血时常常有呕血，如有便血则血液与大便充分相混，颜色似柏油样。下消化道包括空肠、回肠、结肠、直肠、肛门；下段结肠、直肠出血时血液不与粪便相混或者仅在便后滴鲜血。

出血的原因与年龄有关，(1) 新生儿期：常见于咽下母亲产道或乳头破裂的血、新生儿出血症、出血性坏死性小肠炎、消化道畸形等；(2) 婴幼儿期：多见肠套叠、美克耳憩室、肠息肉、脱肛、肛裂等；(3) 学龄前期及学龄期：多见食管静脉曲张、溃疡病、肠息肉、肛裂、过敏性紫癜等。

出血的原因和大便性质有关：(1) 黑色便或柏油状大便：多数由上消化道出血引起；(2) 果酱样、赤豆样大便：见于

小肠疾病，如肠套叠、出血性坏死性小肠炎、绞窄性肠梗阻等；(3) 大便中有脓血及粘液：见于细菌性痢疾、肠炎、肠息肉等；(4) 便后滴鲜血：见于肛裂、脱肛、直肠息肉等。

便血的原因和伴随的症状有关：

(1) 急腹痛：见于肠套叠、出血性小肠炎、绞窄性肠梗阻、过敏性紫癜；(2) 腹泻：见于细菌性痢疾、肠炎等；(3) 呕血：如食管静脉曲张、胃和十二指肠溃疡等。

吃过猪、鸡、鸭等动物血后排出的大便，也似柏油样，不要误为上消化道出血。吃过西瓜、蕃茄后留在大便中的残渣也不要误为新鲜血丝。

贫血

6岁以下（新生儿除外）血红蛋白 <110 克/升，6岁以上血红蛋白 <120 克/升即认为有贫血。

轻度的贫血，儿童没有什么不适；中度以上的贫血表现为口唇淡红、面色苍白、精神萎软、甚至心跳加速、气急等。

贫血的原因有三种：

红细胞生成减少 包括两方面，其一为制造红细胞的原料，如铁、维生素B₁₂、叶酸和蛋白质不足；另为即使在原料供给充足的情况下而制造红细胞的工厂，即骨髓，由于种种原因不能正常“开工”制造红细胞。

红细胞溶血破坏 由于种种原因使红细胞破坏而出现溶血，如果一次溶血破坏大量的红细胞，往往除贫血外还出现黄疸，脾脏也可肿大。

失血 可以是急性大出血，也可以慢性少量失血，例如

钩虫病、消化道溃疡病、肛裂和直肠息肉等。慢性失血虽然每次失血量不多，但天天失血，日久也会出现贫血。

儿童贫血中以营养性缺铁性贫血为多见，据统计6岁以下的儿童中发病率高达20%~40%。

一旦儿童出现贫血就应查明原因。

流涎

流涎即流唾液，俗称流口水。

一天(24小时)中，三对唾液腺不断分泌唾液，尤其进食时分泌量增加，帮助食物消化，平时及睡眠时分泌量少一些，分泌的唾液不自觉地流入食管和胃内。

新生儿时期由于唾液腺尚未充分发育，分泌量很少。自5~6个月龄唾液腺开始发育，并增加辅食，长出乳牙，唾液分泌量增加；但口腔容积小，吞咽调节的功能还不完善，所以出现流口水的现象，尤其在高兴、发笑时往往滴滴流涎。此后流口水的现象，除了2岁以内长出乳牙时可流涎外，很少在正常的情况下流涎。

疾病情况下流涎常见的是各种原因引起的口腔炎(例如疱疹性口腔炎、鹅口疮)、疱疹性咽峡炎、急性扁桃体炎。少见的如咽后壁脓肿、扁桃体周围脓肿等等。一方面是炎症刺激使唾液分泌增加；其次，由于吞咽时咽部疼痛而不能将唾液下咽。因此，儿童流口水时请家长首先嘱儿童张开口腔，从外向里及两侧仔细观察是否口腔内有疾病。

持久的流口水见于先天性脑发育不全，和脑炎或脑膜炎的后遗症。

不管是暂时或长期流口水，口角周围或下额的皮肤经常浸渍口水而糜烂，继发细菌感染或局部皮肤发红，形成湿疹。尤其由脑部疾病引起的，口水难以终止。为此，加强口周皮肤的护理，保持皮肤的干燥如局部涂一层薄薄的含有抗生素的软膏均是有益的。

舌的变化

儿童有病时，舌部也有某些改变，甚至有些疾病的变化还具有特征性的诊断意义。家长观察儿童舌部时，应包括舌苔、舌的外形、有无溃疡及舌的活动情况。常见的舌部变化有以下几种：

舌苔 正常儿童的舌质是淡红色，上面复盖一层薄薄的苔。当儿童发热时出现厚苔。便秘、消化不良、口腔卫生不佳、应用广谱抗生素时，为口腔内细菌、真菌的繁殖创造了条件，也出现厚厚的舌苔。

地图舌 舌的表面有剥脱，剥脱的形态不规则，形状似地图样，患儿也并无痛觉。出现地图舌时可能与缺乏核黄素及锌有关；但有时即使予以补充，地图舌并不消失。

裂纹舌 舌的表面有深的沟或裂纹，可能由于核黄素缺乏引起，或者为先天性。

杨梅舌 猩红热的后期舌苔消失，舌乳头增大并发红，似杨梅样。

舌溃疡 舌溃疡可由病毒感染引起口腔炎的一部分表现。先有小的水疱，以后水疱破裂形成溃疡，甚痛，尤其在吃热咸及酸味的饮食时，亦可由霉菌感染或维生素B₂的缺乏

引起。

舌震颤 伸舌时出现舌的震颤，多见于甲状腺功能亢进或缺乏维生素 B₁₂而引起的巨幼红细胞贫血。

平滑舌 舌表面光滑无苔，由于舌乳头萎缩所引起，见于恶性贫血、胃酸缺乏和维生素 B₂ 缺乏。

舌偏向一侧 由于一侧舌下神经麻痹时，伸舌时舌偏向麻痹的一侧。

各种各样的新生儿

从出生后脐带结扎开始到不满 28 天都称新生儿。但根据出生的体重、妊娠的周数可有各种不同的命名，且在日常的护理照料方面也各有所侧重，以防止疾病的发生。

足月儿 凡足月（胎龄满 37 周至不足 42 周）娩出，出生体重在 2500 克以上者，身体各器官形态与功能已达到相当成熟的程度者称为成熟新生儿或足月儿，常常简称为新生儿。

足月新生儿生下后皮肤上有一层白色的胎脂复盖，胎脂吸收后皮肤稍呈红色。生后 2~3 天出现黄疸，3~5 天达高峰，至 7~10 天黄疸消退，为生理性黄疸。在鼻炎及两鼻翼常有浅黄色粟粒疹，是皮脂腺。额部、肩上及尾骶部留有少许胎毛。口腔上腭中线两旁有黄白色小点，称为上皮珠。在牙龈切缘上有白色小斑块，俗称“马牙”、“板牙”，都是上皮细胞堆积或由于粘液腺潴留所造成，经数周后自然消失，切不可擦拭或用针挑破，以免感染。口腔两侧有脂肪垫以助于吸吮。民间将此脂肪垫说为“螳螂咀”；当新生儿不吸吮奶时就用针挑刺，以后发生感染或败血症者不少！男女新生儿生

后数天内乳房有小结节，受母体内分泌的影响，切不能去挤乳房。多数男婴两侧睾丸已降至阴囊。女婴可能在出生后3~4天有假月经（受母体内分泌影响）。

早产儿 又称未成熟儿，指出生时胎龄未满37周（不管体重超过或低于2500克）。一般来说胎龄愈小则体重愈轻，成熟度愈差，存活率愈低。在出生体重<2500克的低体重儿中约1/2~1/3为早产儿。

早产儿的护理非常重要，要保暖，保持恒定的体温，如有体温不升，要睡暖箱（在家应该用热水袋或调节室温）。室温应保持在25~27℃，湿度保持在55%~65%。除非有青紫、呼吸困难，一般情况下不给氧吸入。早产的产妇所分泌的乳汁完全适宜于早产儿的消化吸收，随着勤吸吮，乳汁分泌量会逐渐增多。

早产儿生后每天给维生素K11~3毫克，维生素C50~100毫克，共2~3天；生后2周每天给浓缩鱼肝油，自1滴开始，逐步增至每天5滴；生后每天口服维生素E5~10毫克，共2个月；铁剂在出生后1个月给予；用10%枸橼酸铁胺溶液，从小剂量开始逐渐增加到每天每千克体重1~2毫升。

在合理喂养及护理的条件下，早产儿的生长发育特别迅速。从生后第三周开始迅速增加，第二十月最快，到第三个月已为出生时体重的2倍，5个月时为3倍，1岁时为5~7倍。

低出生体重儿 不论胎龄大小，出生体重低于2500克的婴儿称为低出生体重儿；出生体重低于1500克者称为极低出

生体重儿。

出生体重愈低，死亡率愈高；出生体重相同者，胎龄周数愈少，死亡率愈高。

胎龄小样儿 指婴儿出生时的体重低于同胎龄体重的第十百分位值以下；如果胎龄为 38~42 周，出生体重 < 2500 克称为足月小样儿或小样儿。由于多种原因引起胎儿在宫内不能进行正常的生长发育，因此又称为“宫内生长迟缓”。

在产前通过产科医生或 B 型超声波的检查，认为胎儿体重轻而娩出时有胎龄小样儿的可能时首先要住院分娩。

过期产儿 瓜熟蒂落，一般情况下怀孕 27~42 周分娩，亦有个别者胎龄超过 42 周而才分娩的，这种新生儿称为过期产儿。过期产儿有两种情况，一种为胎盘功能及胎儿在子宫内发育均正常。另一种情况为胎盘有生理性衰退及变性，胎盘血管闭塞，胎儿供血差，造成胎儿缺氧及营养缺乏。所以娩出的新生儿皮下脂肪少，体形瘦长，皮肤松弛像“小老头”，指（趾）甲常染黄绿色。严重的过期产儿常并发吸入性肺炎、酸中毒及心力衰竭等危险症状。所以孕妇妊娠已超过 42 周，必须住院引产，娩出的新生儿应加强观察、监护。

巨大儿 凡出生体重超过 4000 克者为巨大儿。其中有一部分巨大儿的母亲有糖尿病。如果在分娩前已估计到娩出的新生儿体重超过 4000 克时，产前要作好难产的准备以防发生意外。目前孕妇在妊娠期过分注意营养素的摄入，食量偏多，所以巨大儿的娩出率正在逐年升高。

高危婴儿 新生儿出生后属下列情况，认为是高危婴儿：

- (1) 早产或过期产；
- (2) 出生体重 < 2500 克；
- (3) 根据最后

一次月经推算, 产前检查认为胎儿的生长与胎龄不符; (4) 以前有过死胎或新生儿死亡的病史; (5) 出生时有严重缺氧或经过产房复苏者; (6) 分娩前有宫内缺氧; (7) 严重的先天畸形; (8) 出生后患有严重的疾病如窒息、颅内出血、溶血病和败血症等; (9) 孕妇有下列情况所分娩的新生儿: 如感染性疾病 (风疹、胎膜早破等)、糖尿病、妊娠高血压综合征、高血压及心肾疾病, 多年不孕经治疗后妊娠者, 曾用过可使胎儿有影响的药物, 多胎妊娠, 孕妇有羊水过多、过少, 头盆不称, 胎位异位。

属于高危婴儿应在新生儿监护室内进行重点观察。

新生儿疾病的特点

出生后到不满 28 天的婴儿称为新生儿。新生儿疾病有一些特点与婴幼儿不同, 这些特点与新生儿的解剖、生理特点有关, 掌握这些特点可以及时发现疾病、及时治疗。

1. 皮肤薄、皮下血管丰富: 皮肤的创伤或感染 (如脓疱疮) 时细菌容易经血管进入血流, 发展为败血症。

2. 脐的残端: 是断脐时的创伤, 要保持创伤面的清洁, 否则成为细菌入侵体内的门户, 轻症为脐炎, 重者可发展为败血症。

3. 新生儿患感染性疾病: 体温非但不高, 反而不升, 还有不吃、不哭或哭声低下, 反应迟钝, 体重不增, 出现黄疸等非特异性的症状、体征; 遇到上述情况应去医院诊治, 否则会贻误病情。

4. 新生儿出生时血液中有来自母体一定量的免疫球蛋白

G, 使新生儿不容易得一些疾病 (如麻疹)。但另一种免疫球蛋白 M, 不能通过胎盘到胎儿, 而免疫球蛋白 M 是抵抗革兰氏阴性细菌 (如大肠杆菌) 的主要抗体, 因此新生儿容易患大肠杆菌的感染 (如大肠杆菌脑膜炎、败血症)。

5. 新生儿胃肠道屏障机制差, 肠道内的细菌容易通过肠壁进入血液, 尤其牛奶喂养的新生儿 (母乳喂养时, 母奶中有分泌性免疫球蛋白 A, 可增加肠道的免疫抗病功能)。新生儿血脑屏障机制亦差, 得了败血症后细菌容易进入脑部, 发展为脑膜炎、脑脓肿。

6. 新生儿抽搐时除了比较引人注目的全身性或身体某一部分 (如面部、某一肢体或几个手指) 的阵发性或强直性抽搐外, 更多见的是眼球震颤、双眼凝视、反复眨眼、面肌颤动、前臂来回摆动等轻微的动作, 有的新生儿表现为反复的、短暂的呼吸暂停、面色青紫等。

新生儿疾病筛查

一般来说, 孩子有不适, 如发热、头痛、呕吐, 家长才发现孩子有病找医生治疗。但是有些病刚刚开始时表现很轻微, 不容易引起重视。如果在此时通过检查而确诊则不会使疾病发展下去或者造成残疾, 如果等到症状明显时再去检查后作出诊断, 往往为时已晚, 已经坐失良机。我国对新生儿时期已可以筛查下列几种疾病, 如苯丙酮尿症, 这是由一种氨基酸不能正常进行代谢而引起的智能落后, 孩子出生时与其他婴儿没有什么两样, 但以后头发逐渐变黄, 巩膜变成浅蓝色, 皮肤变白, 小便有一股极为难闻的鼠尿味, 智能落后,

抽搐，病到此时治疗已迟。目前通过新生儿生下后取一滴血，便能初步作出诊断。确诊后只要吃一种特殊的奶粉，能与正常孩子一样健康地生长发育。另一种疾病为先天性甲状腺功能低下，如果生后不久立即诊治，长期用甲状腺片，可避免身材矮小，智力落后。又如先天性髋关节脱位，通过简单的检查，如有可疑作骨盆X线摄片确诊，诊断明确后只要用手法复位及支架固定能矫治，2岁以后则需手术治疗。又如在广东、广西、四川、福建等地发病率较高的6-磷酸葡萄糖脱氢酶缺乏症，经早期筛查，确为阳性者，要避免吃蚕豆、服用伯氨喹啉、磺胺药、止痛退热药等，否则会发生溶血性贫血。

新生儿呕吐

呕吐的症状在新生儿中常常遇到，它可以是由一些无关紧要的原因，如吃奶时吞入过多的空气，或者由于胃上部与食管相连的贲门松弛所致，但也可能是某些凶险疾病如先天性肠闭锁或脑膜炎的征兆；因此在未弄清原因之前对新生儿的呕吐应予以重视。

呕吐发生的时间与呕吐物的性质对考虑疾病的原因有很大的帮助。吃奶后即吐，呕吐物中无奶块，不吃奶时口中有唾液样粘液流出要考虑食管闭锁。食后半小时内呕吐，呕吐物中有奶块，但无胆汁，多见于胃或幽门部疾病，如幽门肥大性狭窄。吃奶后数小时呕吐，呕吐物含胆汁，多见于小肠部疾病。若呕吐与吃奶无关，则多数为胃肠道外的疾病如脑膜炎、各种急性传染病或中毒。呕吐物含鲜血，要注意是否因母亲乳头皮肤破裂出血或婴儿口腔粘膜损伤出血或频繁呕

吐引起胃粘膜出血，少数是由全身性血液疾病引起的。

一旦发生呕吐，应立即把新生儿的头部转向一侧，以免呕吐物吸入肺部造成窒息或吸入性肺炎，并及时把呕吐物弄脏的衣服换掉，以免呕吐物刺激皮肤。频繁的呕吐，应及时去医院就诊。

新生儿便秘

正常新生儿生后最初 2~3 天内排出墨绿状略带粘液的大便称为胎粪。生后不久吸吮母乳，肠道内逐渐建立正常的菌群，新生儿排出正常的大便，大便的次数、性状与乳类的品种有关。

新生儿隔 3~4 天或更久才大便一次称为便秘。要从以下几方面来分析原因，并作相应处理。

肠道蠕动功能差 每天作腹部按摩，手指自右下腹向上至右肋缘下，再向左至左肋缘下，然后向下至左下腹，如此共 20 次，1 天 2 次，有助于大便排出。

牛奶喂养的新生儿有时也可出现便秘 可在牛奶中添加约 1/5 量的米汤；或者牛奶中加适量的蜂蜜。

先天性甲状腺功能低下 除有便秘外，黄疸消退延迟，哭声低下或者平时不哭，吃奶时吸吮力差，需测定血 T₃、T₄、TSH 方可确诊。

先天性巨结肠 是先天性远端结肠肌层缺乏神经节细胞，以致该段结肠远段呈持续收缩状态并缺乏运动功能，而结肠近段因粪便堆积使肠管肥厚、扩大。除便秘外，腹部明显膨胀，还有呕吐，需通过钡剂灌肠 X 线摄片才能确诊。

胎粪性肠梗阻 出生后不久出现呕吐、腹胀和便秘。应及时作X线腹部摄片，以明确诊断。

不论何种原因引起的便秘，首先要采取措施使大便排出。简单可行的方法是用洗衣服的肥皂，削成如子弹头那样，前面尖，后面呈圆柱状（直径0.8厘米），塞入肛门。也可用儿童开塞露塞入肛门，挤出液体等片刻后可使大便排出。至于服用中药或西药的泻药，即使是缓泻剂也并不适宜。

新生儿黄疸

皮肤发黄不一定是黄疸，例如桔子吃得太多，手掌、脚底皮肤发黄而巩膜（眼白）不黄，不是黄疸，而仅巩膜染黄时才认为有黄疸。

大孩子出现黄疸一定有病，可能是由肝胆系统引起的，也有可能是由于溶血等因素引起的。而新生儿期出现黄疸，有可能是正常的现象，也有疾病因素引起的。

所谓正常现象即新生儿生理性黄疸，具有以下特点：

- (1) 足月新生儿黄疸在生后2~3天内出现，4~6天时黄疸最明显，一般在7~10天内消退。如果是早产儿，黄疸可以延至生后第三周消退；
- (2) 虽然有黄疸，但是新生儿的一般情况良好，例如哭声宏亮，吃奶时吸吮有力，四肢活动好；
- (3) 如化验血示胆红素在正常范围。

怎样的情况算是新生儿病理性黄疸呢？(1) 生后第一天出现黄疸而且逐渐加深；(2) 足月新生儿到生后2周黄疸尚未退尽；(3) 出现黄疸时不吃、不哭、不动，甚至体温不升；(4) 黄疸较重时皮肤颜色如“黄金瓜”或略带绿色；(5) 血

液化验血胆红素明显高出正常。遇到上述情况时就应及时去医院诊治，查明原因，对因治疗。

新生儿溶血病

新生儿溶血病是母亲和胎儿之间血型不合而引起的免疫性溶血病。主要有两类血型不合，一类为 ABO 血型不合，母亲多为 O 型，胎儿为 A 或 B 型，这类溶血病症状轻，第一胎婴儿就可得病；另一类为 Rh 血型不合，母亲为 Rh 阴性，而胎儿为 Rh 阳性，多数第一胎不发病，第二胎才发病，症状严重。

严重的病例在胎内已有溶血、贫血、浮肿，但多数溶血病在出生后 36 小时之内出现黄疸和进行性贫血。黄疸出现早，病情进展快且严重。血胆红素超过 342 微摩尔/升提示病情严重，将来有发展为胆红素脑病的可能，患儿嗜睡、厌食、甚至抽搐。

在家庭分娩的孕妇，分娩后应观察新生儿黄疸出现的时间及程度，24 小时出现黄疸者需送医院。对估计有可能发生新生儿溶血病的孕妇（例如上一胎患过溶血病），怀孕后期应检测血液中抗体的效价，如超过正常，就应按高危孕妇处理，应住院分娩，对娩出的新生儿应加强临床观察，发现异常，应及时处理。对 Rh 阴性的产妇在娩出 Rh 阳性的婴儿后 3 天之内，肌肉注射抗 D 免疫球蛋白 300 微克来预防下一胎 Rh 阳性胎儿发生溶血病，但此方法对已致敏的产妇无效。

新生儿出血症

新生儿生后第二至四天内有脐部渗血或出血，胃肠道出血（如呕血或排出柏油样大便）；少见的如颅内出血、严重的胃肠道出血可危及生命；早产儿出血症可发生在出生后2周之内，当出现上述现象时就要想到新生儿出血症。

引起新生儿出血症的原因是由于凝血酶原不足或者维生素K的缺乏。

出现新生儿出血症时首先要肌肉注射维生素K₃1~2毫克，每天1次，连续3天，并观察治疗后是否继续有出血的现象，如无效时要输新鲜血或新鲜血浆。有消化道出血的应暂时停哺母乳。对早产、难产或者估计有发生新生儿出血症可能的孕妇应在分娩前3天口服维生素K4毫克，每天2次，或者分娩前12小时肌肉注射维生素K₃8毫克。

新生儿颅内出血

新生儿颅内出血的原因多数是由难产、窒息、产伤引起，而另一部份则由新生儿出血症引起。早产儿由于凝血功能差，血管脆弱，颅内出血更为多见。如果住院分娩，新生儿颅内出血均在住院的过程中由医生及时诊断和处理。

如果家庭分娩，那末哪些症状的出现提示有新生儿颅内出血的可能性呢？

颅内出血的早期，新生儿常常出现一阵阵的躁动，全身肌肉紧张，两眼不时地向上翻，四肢有抖动，有时突然出现一阵阵短促的哭叫声；有的病婴两眼直视远处，面露恐怖的

表情；如果病情进一步发展下去，表现为抑制的症状，例如不吃、嗜睡、全身肌肉松弛、呼吸浅表、心跳微弱，转入昏迷而病危。颅内出血的新生儿，其前囟往往饱满而突起。

也有个别的新生儿出生时正常，生后 3~5 天起逐渐出现拒食、抽痉等症状。这见于出生时轻微的产伤造成的颅内出血未被注意，以后脑部出血越积越多，症状日见明显。

虽然新生儿颅内出血的预后较差，若在早期发现及时送医院治疗还有一些抢救成功的机会，否则束手待毙。

新生儿硬肿症

由于新生儿体温调节中枢功能不完善，体表面积相对的大，皮肤薄，皮下血管丰富容易散热；而产热功能又不完善；如果吸吮母乳量少，再加上受寒、早产、饥饿和感染等容易发生体温不升。新生儿皮下脂肪有其生理特点；因此在上述情况下皮下脂肪容易凝固发硬，发生新生儿硬肿症。

新生儿硬肿症冬季发病多见，尤其在早产儿，先发生在下肢外侧，以后整个下肢、臀部；严重时可影响面颊部、上肢的皮肤。摸上去皮肤像硬橡皮样的感觉，皮肤颜色呈暗红色。体温不升，不吃、不哭，常因并发感染而危及生命。

重症硬肿症需送医院治疗。冬天分娩的新生儿尤其早产儿要注意保暖，按需喂奶，预防各种感染，当发现新生儿不吃、不哭时要测量体温并检查两下肢外侧皮肤是否发硬，这样才能及早发现硬肿症。

新生儿脱水热

正常的新生儿可以突然体温上升至 $38.5^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ ，但是一般情况良好，仅尿量略少些。家长一定很担心新生儿是否伤风、感冒或者有其他感染。在去医院就诊之前，了解一下是否由于脱水而引起的脱水热。

如果新生儿，尤其出生后最初 3~4 天之内吸乳量不多，加上环境温度过高或者保暖过度（如衣着太多，包裹太紧），出汗多而引起水代谢失去平衡，引起发热。遇到这种情况，先解松衣服，环境温度适当降低，并喂饲奶或水份后观察体温是否下降，如果是由脱水热引起的，则体温下降。

预防新生儿脱水热的关键在于保持室内一定的环境温度，不宜过高，衣着适当，不宜过多，包扎过紧，按需喂母乳。

新生儿败血症

败血症是细菌侵入血液循环，并在血液中繁殖，不断产生毒素的一种全身感染性疾病。新生儿皮肤、粘膜的屏障机能差，一旦有轻微的损伤，细菌容易侵入体内；另外，白细胞的吞噬功能差，抗体浓度低，以致感染无法局限，并发展为败血症。新生儿得了败血症，其症状与较大年龄的儿童相比有很多不典型，因此容易疏忽，不能及时去医院诊治。例如体温不升（仅极少数病例有发热），不想吃奶，吸吮无力，精神萎靡，常有肢体的抽动，出现黄疸或者在原先黄疸的基础上加深或延迟消退。新生儿患败血症时，相当一部分病例

合并化脓性脑膜炎，但是脑膜炎的症状不明显，易造成漏诊。

为了早期发现病例，当孕妇临产时有感染、羊膜早破、产程延长和羊水污染分娩出的新生儿；或者产时新生儿经抢救复苏或皮肤、脐部有感染的情况时，一旦出现上述症状者，就应想到有败血症的可能，并及时送医院诊治。

新生儿脐炎

新生儿出生后，切断脐带与母体分离；但脐带的残端确是创伤面，如果不是按消毒的原则处理或者残端被污染，那末会发生脐炎。

脐炎时脐周发红，残端有脓性分泌物或渗出液增加，脓液常有臭味。炎症不控制可以发展为脐周脓肿或败血症，可以危及生命，所以不能轻视脐部的炎症。

发现有脐炎时，轻度可用 35% 的酒精擦干净脐孔，再用 3% 双氧水清洗，擦去脓液或分泌物。如果脐带残端已脱落，则要将脐孔翻开（有时脐的表面有分泌物干结，当翻开脐孔后发现有积聚的脓液，再用 0.1% 呋喃西林湿敷，一天 3~4 次。必要时可用抗生素，同时观察脐部炎症情况及全身情况是否有败血症。

如果脐带脱落后仅局部有少量渗液，仅需每天 2 次用 75% 酒精消毒擦干，数天后即干燥自愈，这种情况不属脐炎。

为了预防脐炎，当脐残端脱落后，应保持局部干燥，用 75% 酒精棉签卷干脐孔周围的分泌物，尿布不宜遮盖脐部以免污染。

新生儿破伤风

新生儿破伤风又称“七日风”，主要是新生儿出生时断脐不按消毒操作而造成破伤风细菌经脐侵入而引起的。症状以出生第四至七天为最多见，起病初多哭吵，烦躁不安，吸吮困难，牙关紧闭。1~2天后出现惊厥，面肌抽动时呈苦笑面容，四肢为强直性痉挛。特别在声、光刺激后抽痉加重。有时喉肌及呼吸肌也抽动，常死于合并肺炎或败血症。

孕妇临产时有条件者应送医院分娩，在家分娩时，请来的接生人员要经过合格的培训，断脐及包扎脐带时应按照无菌、消毒的原则进行。如果急产或客观条件（在家庭分娩）无法采取消毒断脐者，可先将剪刀在火上烧红、冷却后再断脐，脐带的断端留得长一些，再用清洁的棉线绳结扎、包扎，在12小时内送医院，脐带再次进行消毒处理及包扎，断面用3%双氧水或1:4000高锰酸钾冲洗后再涂2%碘酊。同时注射破伤风抗毒素3000单位及青霉素，以预防破伤风的发生。

已发生破伤风者应立即送医院治疗。

新生儿锁骨骨折

新生儿锁骨骨折常由于产伤引起，是产伤骨折中最常见的部位，骨折后常有移位。新生儿，尤其在冬天衣着较多而易为家长或医护人员疏忽。若移动骨折侧的上肢，婴儿即哭叫，此时若仔细检查可发现锁骨处有骨摩擦音及肿胀。

一般锁骨骨折不必施行手法复位，只需在婴儿腕下放置棉垫，然后将患肢用绷带缚于胸前方，2周后骨折愈合。

蛋白质—热能营养不良

蛋白质—热能营养不良（以下简称为营养不良）主要发生在3岁以下的儿童。营养不良分为三种类型：(1) 体重低下（按年龄的体重来计算）；(2) 生长迟缓（按年龄的身高来计算）；(3) 消瘦（按身高的体重来计算）。

营养不良的程度可根据体重减轻，身高增长速度减慢，皮肤苍白，肌肉松弛，情绪不稳定等来判定。皮下脂肪的消失顺序依次为腹部→背、腰部→四肢→臀部，最后才是面颊部，因此仅观察面部而不作全身检查，轻度的营养不良常不被发现。

营养不良的治疗首先是针对病因，尤其重要的是增加营养摄入，调整饮食；但必须遵守逐步添加的原则。尽可能补充优质蛋白质（如鱼、蛋、瘦肉、乳类、大豆制品），每天每千克体重为2~4克。一天摄入总能量的供应应由少逐渐增加，最后达到每天正常的需要量（见表）。切忌矫枉过正，摄入过多容易发生消化不良。

其次为中医的推拿、捏脊疗法。儿童皮肤娇嫩、推拿时为了防止擦破皮肤，可在拇指上蘸一些白酒或滑石粉。手法需轻。穴位：常用脾土（自拇指根部外侧向上直推至腕部侧面）、足三里（用拇指揉或按压，该穴位于膝关节髌骨下缘、外侧凹陷处直下3寸（该寸是指患儿中指中间一节指骨的长短为1寸，故又称同身寸）。每一穴位推200次左右，每天2次。另外也可用捏脊疗法：患儿裸露背部，俯卧床上或母亲双腿上，患儿两腿伸直，背部皮肤放松。先在患儿背部从上

表 2-4 幼儿膳食一天总量 (克)

品 名	1~2 岁	2~3 岁	3~6 岁
蔬菜、鲜豆 (绿叶占 1/2)	75~100	100~150	150~200
豆制品	10~30	20~40	30~50
蛋、肉、鱼、内脏	75~100	90~115	100~130
豆浆或牛奶	250	250	250~500
水果	30~50	30~50	50~100
粮食	130~150	140~175	160~250
油	810	810	810
糖类	10~20	10~20	10~20

至下轻轻按摩 2~3 遍, 然后推拿者两手半握, 用拇、食指从患儿尾骨处向上捏起皮肤, 拇指在上, 食指在下, 逐渐向上捏推, 使皮折上移, 如此两手交替往上推至颈部大椎穴 (该穴位于颈部摸到的第一个脊椎骨的下方), 反复同样的动作 3 遍。每捏 2~3 个动作, 即用拇、食指将皮肤向上提 1 次。提捏后用拇指分别揉按两侧肾俞穴 5~10 次。捏脊疗法每天 1 次, 5~7 天为 1 疗程, 休息 3~5 天后再做一疗程。

药物方面, 健脾补气、健脾醒胃的中成药如参苓白术散、多酶片, 缺锌者补锌, 缺铁者补铁。另外可补充多种维生素。

早期发现营养不良的关键在于定期 (如 1 岁以内每月, 1~3 岁每 3 个月) 测量体重, 发现体重下降、不增或增加幅度慢时就应寻找原因, 采取措施 (参见表 2-4)。

维生素 A 缺乏症

维生素 A 是身体内必需的维生素, 需要通过饮食来补充。维生素 A 缺乏的症状有: (1) 眼部症状, 如结合膜干燥、怕光、夜盲; 严重时为结膜角膜炎、角膜混浊、穿孔; 成人

失明者中有些是年幼时维生素 A 缺乏所致起；(2) 皮肤症状，如皮肤干燥、鳞状脱屑、角化增生等；(3) 免疫功能低下，常常容易伤风、感冒、腹泻。据全世界统计每年约有 25 万儿童因维生素 A 缺乏症而致失明。有些外表上正常，没有上述症状的儿童，经血液化验已属于“亚临床型”的维生素 A 缺乏。据重庆市的调查这种“亚临床型”维生素 A 缺乏在郊区占 43.0%，足以说明我国儿童平时的饮食中维生素 A 的供给量不能达到正常的需要量。

维生素 A 缺乏症应补充维生素 A (口服或肌肉注射)，但过量时会出现维生素 A 中毒。

平时饮食中应吃富含维生素 A 的食物，例如各种动物的肝脏，乳类及蛋类中含量也较多；胡萝卜、蕃茄、南瓜、红薯、豆类及蔬菜中均含维生素 A 的前身物质即胡萝卜素。相反，如果患病时（尤其麻疹）时忌咀，吃脱脂牛奶、大米粥，不吃动物性食物时容易发生维生素 A 缺乏症。

维生素 A 中毒

维生素 A 是脂溶性维生素，在体内可以积蓄，摄入过多时造成中毒。

婴儿因长期服用大量的浓缩鱼肝油预防或治疗佝偻病而中毒。长期每天摄入超过需要量的维生素 A 可造成中毒，更何况有的家长误认为浓缩鱼肝油是补药，不管剂量多少多多益善。年长儿往往因为皮肤有病，如鱼鳞癣、皮肤粗糙，认为吃鱼肝油可以改善皮肤症状而长期服用，造成维生素 A 中毒。

维生素A中毒分急性和慢性两类。急性中毒由于短期内大量摄入所引起,婴儿出现头痛、呕吐、烦躁,前囟饱满,嗜睡等,不少家长甚至医生要怀疑是否有脑膜炎。慢性中毒,比急性中毒多见。中毒有多种表现,如胃口不佳、不活泼、易激惹、脱发、口角皲裂、皮肤搔痒及粗糙、手掌及足底脱屑、四肢疼痛、软组织肿胀,但无发热(如有伤风、感冒发热,加上软组织肿胀往往怀疑是有化脓性病变)。有的患儿有头痛、呕吐和烦躁不安。因治疗皮肤病而引起的维生素A中毒,症状出现有季节性,因冬季服鱼肝油,中毒症状明显;夏季皮肤症状好转不服药,中毒症状不明显。因此,患儿服用浓缩鱼肝油或维生素A的过程中,出现上述急性或慢性症状时就要想到有维生素A中毒的可能。当怀疑或确诊为维生素A中毒后,应立即停服鱼肝油或维生素A,一般在停药1周后急性症状如头痛、呕吐和烦躁不安等症状先消失,然后皮肤症状及口角皲裂逐渐减轻以至消失,大部分症状在4周内消失,痊愈需要6个月左右。

核黄素缺乏症

核黄素缺乏症在儿童中并不少见,其主要表现为一侧或两侧口角初期变为乳白色,以后表皮逐渐脱落、糜烂,出现盖有黄痂的裂隙,如果继发细菌感染,则局部有脓液。口唇粘膜为品红色。舌表面光滑,舌乳头扁平,舌中央有时可见裂隙。少见的症状为皮肤皮脂溢出,发生于鼻唇交界处、下唇与颏之间及两耳边缘,以后结痂,痂脱落后留有红点。

发现上述症状立即口服核黄素5毫克,每天3次,1~2

周后治愈。平时淘米时不要用手重搓，淘米次数不要过多。蔬菜切碎后不要久泡于水中，鼓励儿童平时吃蔬菜。

维生素D缺乏性佝偻病

维生素D缺乏性佝偻病（以下简称佝偻病）在婴儿中的发病率一般在20%，北方地区可高达40%左右。婴儿维生素D缺乏影响了肠道内对钙的吸收，以致骨骼不能正常的钙化而造成佝偻病。

乳类中维生素D含量不少，牛乳中含量更少，加上婴儿期生长发育迅速，如不另外补充，容易患佝偻病。

佝偻病的早期精神神经症状是多汗、夜惊和烦躁不安。佝偻病的明确诊断还需根据体格检查或者血液化验、X线骨骼摄片。

佝偻病患儿有骨骼的变形，例如两侧枕部颅骨软化、头颅呈方形、鸡胸、漏斗胸、肋骨外翻和肋软骨交界处呈串珠。严重时两下肢弓形等等，但是在不同年龄有不同的骨骼表现。

得了佝偻病应按医嘱进行治疗，但要防止维生素D中毒。

佝偻病是完全可以预防的疾病，不论母乳或牛乳喂养均应添加维生素D，足月儿自1个月开始每天口服维生素D400单位（浓缩鱼肝油约5滴），早产儿自生后第二周开始每天口服800单位，连续3个月后改为每天400单位。但浓缩鱼肝油瓶盖开启后受到阳光及氧化的影响，尤其一瓶浓缩鱼肝油断续服用达数月之久时，其中维生素A、D的含量自然降价。另外应让孩子直晒太阳，隔玻璃窗晒太阳只起到取暖的效果，

阳光中的紫外线不能透过玻璃达不到照射皮肤后体内产生维生素 D 的作用，虽然皮肤晒黑了，但仍然患佝偻病。夏季可在日荫下，不要太阳直晒以免中暑。服用维生素 D 后可以促进钙的吸收。一般在服维生素 D 的同时服用钙剂。

佝偻病时骨骼发育受到影响，所以婴儿不要“勉强”的训练坐、立、以免将来骨骼发生畸形。

佝偻病俗称为“软骨病”，所以常常把婴儿（例如 8 个月）头还不能竖起，扶起时两足不能直立当作佝偻病来治疗。虽然俗称“软骨病”，但患有佝偻病的孩子还不致于“软”到如此地步，应该从神经、肌肉方面的疾病去检查身体发软的原因。

佝偻病性手足搐搦症

引起婴幼儿抽痉的原因很多，其中之一是由于佝偻病引起的，但并非每一位佝偻病患者都会出现抽痉，那末在什么情况下会抽痉呢？

佝偻病时体内维生素 D 不足，影响钙的吸收，但为了维持血液中钙的正常水平，通过内分泌调节并动员骨骼中的钙进入血液。如果机体的内分泌调节有障碍，不能动员骨骼中的钙，则血钙降低并引起抽痉。

佝偻病性手足搐搦症多见于 1 岁以内的婴儿，故又称婴儿手足搐搦症，在冬末春初发病较多，人工喂养及早产者易得病。搐搦症多数为全身性，表现为四肢肌肉抽动，双手握拳，两眼上翻或固定凝视；但有时仅表现为手足搐搦、腕部屈曲、手指伸直、拇指贴近掌心似鸡爪样，以及踝关节伸直、

足趾强直而向足心略弯曲。有时表现为喉肌痉挛，吸气时呼吸困难，甚至因窒息而死亡。

搐搦症的紧急处理（见小儿惊厥）由于本症是缺钙引起，故需静脉注射钙剂。痉止后，要服维生素D及钙剂。不少患儿发病之前不知道已经患有佝偻病，直到抽痉去医院才作出诊断。正如前面介绍，根本的病因是缺少维生素D，所以在抽搐止后，在补钙的同时要口服或肌肉注射维生素D，如果只补钙剂则不能起到治病根的作用。

维生素D中毒

维生素D是脂溶性维生素，过多服用（或注射）之后可在体内积聚而导致中毒。

造成维生素D中毒的原因有：(1) 家长对维生素D的性能不理解，认为鱼肝油（其中含有维生素A及D）是补药，维生素D能“长骨头”，多多益善，没有坏处；(2) 反复使用。有佝偻病的孩子在定期健康检查时诊断佝偻病，注射维生素D30万单位；隔几天因其他疾病去医院看病，医生检查时发现佝偻病，家长既不讲清，医生也不问最近是否注射过维生素D3，再次应用维生素D；再隔5~6天，由家中另一位人员带孩子到另一家医院看病，医生又发现佝偻病，又用维生素D，造成过量使用。家长每次就诊又不带病历卡，也不讲明情况。

维生素D中毒后使血钙浓度升高，神经兴奋性降低，钙盐沉积于身体各组织，尤其肾脏，使肾功能受到影响。中毒初期表现为低热、厌食，以后精神不振、多饮、多尿和贫血。

有时出现恶心、呕吐、便秘、头痛、烦躁甚至抽痉，这些症状无特异性，如果不追问服用（或注射）过量维生素D的病史，很难及时作出诊断。

一旦明确维生素D中毒的诊断，立即停用维生素D及钙剂，减少含钙食物的摄入。重症病人口服氢氧化铝以减少钙的吸收，增加大便中钙的排出。另外可服肾上腺皮质激素。

维生素E缺乏症

维生素E是脂溶性维生素。维生素E缺乏在早产儿中可以见到，因为：(1) 早产儿体内维生素E贮存少；(2) 早产儿常常发生贫血，为了预防或治疗缺铁性贫血，所以补充铁剂，但铁可破坏肠道内维生素E，阻止吸收；(3) 母乳中会有足量的维生素E，但需在婴儿出生后12周或体重达2千克时才具有吸收维生素E的功能。

维生素E缺乏的症状常常发生在生后1~3月，先有轻度溶血性贫血，以后腿、阴唇、阴囊及眼睑水肿；鼻部有水样分泌物；面、颈、头部有丘疹样皮疹；呼吸急促；化验方面有溶血性贫血的改变。

早产儿，尤其人工喂养者每天口服维生素E5~10毫克可预防溶血的发生。已有维生素E缺乏者，每天肌肉注射或口服维生素E100毫克。

维生素K缺乏症

维生素K是脂溶性维生素，其来源除来自食物外，肠道内的正常细菌也能制造，故一般情况下很少出现维生素K缺

乏病，只有下列两种情况为例外：(1) 新生儿出生后最初 2~3 天；(2) 母乳喂养 2~3 个月的婴儿。母乳中维生素 K 的含量低，肠道内细菌合成维生素 K 量少，如果又因发生某种感染而服用抗菌药物抑制了肠道内的正常菌群合成维生素 K，在这种情况下出现了凝血障碍，如皮下出血、便血和鼻出血，但最为严重的是颅内出血，后者引起神志昏迷、抽痉和前囟饱满，可危及生命。

因此，过了新生儿期，2~3 个月母乳喂养的婴儿，如果经常有腹泻，并应用抗菌类药物时，应该每月肌肉注射维生素 K 11 毫克。

营养性缺铁性贫血

营养性缺铁性贫血在 6 岁以下儿童中的发病率达 20%~40%，6 岁以下的儿童（新生儿除外）血红蛋白在 110 克/升以下者被认为有贫血。

常见的原因因为婴幼儿生长发育迅速，机体对铁的需要量增多，但由食物中供给的铁不足。而由失血或急慢性疾病引起缺铁性贫血者毕竟少数。

家长常常忽视，在典型贫血症状如乏力、食欲减退和皮肤粘膜苍白等等前已有精神神经的症状如烦躁不安、对周围的环境不感兴趣、注意力不集中、反应迟钝和动作过多等情况。只有重度贫血才会出现心功能不全。

按理说病因清楚，预防治疗有针对性，为什么缺铁性贫血的发病率下降不明显？其原因可能为：(1) 在治疗方面的特效药物为铁剂（血红蛋白在 100~110 克/升用饮食治疗，

100 克/升以下用铁剂治疗)，但铁剂味涩，小儿难以接受，如果按规定剂量治疗往往出现呕吐、食欲减低和腹泻等副反应，因此随访时家长反映由于上述原因而停服铁剂。个别的病例在铁剂治疗的同时未给维生素 C，而维生素 C 可以帮助铁的吸收及利用。按规定服铁剂纠正贫血后应该继续服药 4~8 周，使体内有一定量的铁储存，但有的家长未能坚持。此外，一旦发生感染或胃纳不佳时贫血再度出现。根据上述情况，开始治疗时铁剂的量要偏小，逐渐增加，以不出现铁剂的副反应为适度。要与维生素 C 合用。贫血纠正后继续服铁剂 4~8 周。(2) 在预防方面，应该及时添加辅食，在动物性食物中含铁量较丰富（如瘦肉、动物血、猪肝、鱼肉），吸收率也高。植物性食物中大豆的含铁量较丰富，吸收率比较高，其他如蔬菜中的含铁量少，吸收率低。蛋黄中虽然含铁量高，但吸收率低。以上的介绍可供平时安排儿童每天的食谱时作参考。

锌缺乏症

锌是人体内的必需元素之一。缺锌后的主要症状是食欲不振，有异嗜癖（喜欢吃泥土、纸张、烟蒂、石灰等），生长发育缓慢，抵抗力差，舌的味觉减退，不能辨别食品的鲜味。营养不良的孩子中约 3/4 同时有锌缺乏。在“正常”的孩子中约有 8%~10% 的孩子中体内缺锌。当孩子有挑食、偏食或饮食品种比较单调，或正在迅速发育的孩子中容易发生锌缺乏症。

确定是否有缺锌，测定血锌比发锌更能反映近期体内是否有缺锌。

动物性食物如瘦肉、猪肝、鱼类和蛋黄等不仅含锌量多，吸收率也高；而植物性食物中含锌量低，吸收率也差。墙时只要养成不挑食、不偏食，荤素菜均吃的良好饮食习惯便不致于出现锌缺乏症。

已经有锌缺乏症或营养不良的孩子应补充锌，如服葡萄糖酸锌片，每天口服 7~15 毫克/千克体重（每片为 70 毫克），服 2 周后食欲改善，一般需服 2 个月左右。初乳（生后 4~5 天之内的母乳）中含锌量极高，新生儿出生后应尽早吸吮母乳，初乳更不能丢弃不吃！

单纯性肥胖

当小儿的体重超过同身高、同性别正常儿童平均体重的 20% 以上时就称为肥胖，童年时期的肥胖是成年后肥胖病、高血压、冠心病和糖尿病的先兆。

小儿的肥胖多数为单纯性肥胖，由于过食，摄入的能量远远的超过消耗量，加上肥胖的小儿平时缺少体育活动，能量消耗少，剩余的能量转化为脂肪在体内积聚。

单纯性肥胖不需要药物治疗，首先应适当的限制饮食。但要注意蛋白质的供应量，每天每千克体重不应低于 2 克，保证生长发育。维生素和矿物质的量也不能减少；而脂肪及碳水化合物要逐渐减少，但也要有计划地逐渐减少。当体重下降到正常平均数的 10% 左右时，不必严格控制其饮食。为了解决饥饿感，可以增加含粗纤维、低热量和容积大的蔬菜，如多吃些笋、芹菜等。

平时应增加活动量，增加能量的消耗，如坚持每天慢步

跑、打乒乓球，短程游泳等等，但由于儿童怕运动后劳累气急，所以运动量要逐渐增加。

肥胖的儿童有时受到旁人的取笑，因此常有自卑感，孤独，不合群。男孩的外生殖器因会阴部脂肪堆积而掩盖，阴茎被埋入，显得小而误为外生殖器发育不良，而实际上是正常的。

肥胖有遗传因素参予，父母双方中有一人肥胖者，小儿肥胖的机会比较高，如果父母双方均肥胖，则子女中 2/3 会出现肥胖。

舌系带过短

舌系带过短主要是先天发育不良，舌底下正中处的一条白色系带过短，使舌的正常活动受到限制，舌不能伸出口外或者向上舌尖不能触及上唇。伸舌时因舌系带短，牵引了舌，使舌背面有小的凹陷。舌系带过短会影响吸吮，长大后影响发音及学语，口齿不清，说话“吊嘴”。

真正符合上述要求的舌系带过短不多见，如确是，则需手术剪断系带或者激光治疗。早期治疗对语言的影响不大。

口腔炎

儿童口腔炎中常见的为白色念珠菌口腔炎及疱疹性

口腔炎。

白色念珠菌口腔炎 又称为“鹅口疮”，是由一种霉菌，即白色念珠菌引起的口腔炎症。初起时不引起家长的注意，以后在口腔粘膜上长有白色雪片状的小斑片，不容易擦去（如

果是奶块则容易擦去)，所以鹅口疮俗称为“雪口”；病变范围可逐步扩展，严重时可延及食管。民间对新生儿有时不愿吃奶，有的家长用纱布去擦口腔粘膜，将粘膜擦伤引起感染，应该劝说不做。也可由于不注意口腔卫生、慢性腹泻、营养不良或长期应用抗生素后而引起。

治疗可涂 1%龙胆紫或每毫升含制霉菌素 3 万单位的溶液涂口腔粘膜病变部位，每天 2~4 次。此外，用饱和的小苏打溶液涂抹病变处很有效。平时应注意口腔卫生。人工喂养时，奶具应严格消毒。平时不应擦洗口腔粘膜。

疱疹性口腔炎 由疱疹病毒引起，患儿常有高热，哭吵；张口观察，先在齿龈，颊粘膜、舌及上颚、咽部见有红的疹子，以后发展为疱疹，溃破后成为溃疡；由于溃疡的形成，疼痛剧烈，尤其不愿进食热的、咸味或有刺激性的食物；常流口水。

治疗可注射三氮唑核苷或口服板兰根冲剂。局部喷珠黄散或锡类散。饮食以稍温或凉的软食或流质少量多次，高热时服退热药。

消化性溃疡病

消化性溃疡指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡。2 岁以后以十二指肠球部溃疡多见。

各年龄期溃疡病的症状不一，在新生儿期以胃肠道出血和穿孔为主要表现，常与其他疾病同时发生。婴幼儿期主要表现为反复的呕吐、消化道出血。学龄前期常表现为不典型的脐周痛，饭后加重，反复呕吐，消化道出血亦常见到。学

龄期的临床表现与成人相同，但有部分病例平时无腹痛而仅表现为大便隐血阳性和贫血，或者突然消化道出血，出血止后作胃肠钡餐或胃镜检查才发现有消化性溃疡。

消化性溃疡病的治疗，由于目前认为幽门螺杆菌是一个重要的病因，所以除了传统应用制酸药及抑制胃酸分泌的药物外，常要同抗菌药物如庆大霉素、羟氨苄青霉、甲硝唑等合用可取得较好的疗效（参见“消化性溃疡”206页）。

饮食方面也很重要，例如要选择容易消化而富营养的食物，不吃刺激胃酸分泌的食物，睡前不要加餐，因晚间进食可刺激胃酸分泌。

腹泻病

腹泻指大便次数增多，而且性状有改变，如稀便、水样便，粘液便或脓血便。3岁以下的婴幼儿中多见。急性腹泻可以引起患儿脱水和电解质的紊乱，如不及时治疗可危及生命。慢性腹泻会引起肠道吸收障碍，造成患儿营养不良。

腹泻病的治疗原则是（1）预防脱水；（2）纠正脱水；（3）继续饮食；（4）合理用药。

无脱水的患儿 腹泻患儿如果一般情况良好，眼窝无下陷，哭有眼泪，口舌湿润，无口渴欲饮水，皮肤弹性好，捏起后立即缩回，说明没有脱水，治疗原则：

1. 给足够的液体口服以预防脱水。可用（1）米汤加盐溶液：米汤500毫升（市斤），细盐1.75克（啤酒瓶盖的一半）或者炒米粉25克（约两满瓷汤勺）+细盐1.75克+水500毫升煮开2~3分钟。每千克体重服20~40毫升，上述量

在4小时内服完，以后随时口服，能喝多少给多少；(2) 糖盐水：清洁水500毫升+白糖10克（2小勺）+细盐1.75克，煮沸后服用，服法同上；(3) 口服补液盐。药房里可购到，口服方法说明书上有。小于2岁，每次腹泻后给服50~100毫升，每隔1~2分钟喂1小勺（约5毫升）。2~10岁每次腹泻后服100~200毫升，可用杯子喝。喂后有呕吐，停10分钟后再喂。新生儿不宜口服补液盐。

2. 给患儿足够的食物预防营养不良。多数的家长认为一旦出现腹泻后就要禁食，这种观点是不正确的，这样容易造成营养不良。为此，(1) 婴儿继续母乳喂养；(2) 如果是人工喂养，年龄在6个月龄以内，用等量米汤或水稀释牛奶或其他代乳品喂2~3天，以后恢复正常饮食。如果年龄在6个月以上，可以给予已经习惯的通常饮食，如粥、烂面、烂饭，加些菜泥、豆制品、鱼或蛋、肉末等（要切碎、烧烂使容易消化）。另外，可口服水果汁。要鼓励患儿多进食，每天加餐一次，一直至腹泻停止后2周。防止腹泻后发生营养不良。

3. 如果3天后病情不见好转或者3天内出现下列任何一种情况：(1) 腹泻次数和量增加；(2) 频繁呕吐；(3) 明显口渴；(4) 不能正常饮食；(5) 发热；(6) 大便带血，应找医生诊治。

轻到中度脱水 例如烦躁、易激惹、眼窝下陷，哭时眼泪少或无，口舌干燥、口渴想饮水，捏起皮肤后回缩慢，则继续服口服补液盐，但需在医生的指导下并应密切观察病情。

重度脱水 例如嗜睡、昏迷、软弱无力、眼窝明显下陷、

哭无眼泪、口舌非常干燥，捏起皮肤后回缩很慢，则需静脉补液纠正脱水和酸中毒。

合理用药，由于引起腹泻的病因众多，药物治疗要区别对待。由饮食因素引起者只要调整饮食。由病毒引起者，抗生素药物治疗非但无效，反而把肠道内的正常细菌杀死引起肠道内菌群失调。由细菌引起的腹泻可选用适当的抗生素治疗。

目前提出微生态疗法，其目的是通过口服肠道内的正常细菌，如双歧杆菌、嗜酸乳杆菌和粪链球菌，恢复肠道内正常菌群的生态平衡，以抵御病原菌的繁殖和侵袭，有利于控制腹泻。

急性坏死性肠炎

急性坏死性肠炎的病变主要在小肠，临床上以腹痛、腹胀、腹泻及便血为主要症状，多见于4~14岁的儿童。

先开始腹痛，可以突然起病或逐渐加重。腹痛多数为持续性，全腹痛。腹泻与腹痛同时出现，开始时为蛋花汤样，以后像赤豆汤样红色血水便，有腐败的臭味，无脓，有少量粘液，一天大便次数自几次到几十次不等。常常有高热、精神萎靡和腹胀；在疾病后期腹胀和腹部压痛明显。

患儿腹泻时一定要每次观察大便性状，尤其有腹痛时，如果发现似赤豆汤样大便时，需留下大便，送患儿就诊。在未明确诊断前，首先要禁食，确诊后还需禁食，待大便中无隐血，腹胀消失和腹痛减轻后才可开始先从流质、半流质、少渣饮食逐渐过渡到正常饮食。诊断明确后一般先经内科治疗，

如果认为肠子已经坏死且到不可逆转的情况时才考虑外科手术。

脐疝

婴儿的“肚脐眼”突出，医学上称为脐疝，在新生儿及6个月以内的婴儿中多见，这是一种发育上的缺陷，因为左右两侧腹直肌前后鞘在正中线交织纤维尚未形成而成为一个薄弱的环口。当腹腔内压力增高时，如咳嗽、打喷嚏、哭闹都能使脐疝外突，患儿安静或平卧时，突出的肠子又回复到腹腔，肿块消失。随着年龄的增长，腹直肌的发育，疝孔逐渐缩小，最后闭合，脐疝消失，一般在1~2岁能自愈。

2岁以下，不论脐孔多大均不作手术处理，可用胶布牵贴。用宽5厘米的胶布一条，先在腹壁上涂安息香酊，将胶布一端紧贴于腹壁一侧皮肤，然后用手指将脐孔周围皮肤捏紧使覆盖脐孔，即将胶布向对侧牵引，使整条胶布紧贴于腹部达腹壁的另一侧。1~2周换一次。

脐疝的婴儿一般并无痛苦，也不会引起肠胃道功能的紊乱，仅极少发生肠子嵌顿在疝环。个别婴儿可能因局部膨胀而有不适感觉。有的家长为了不使其脐疝膨出，尽量使患儿少哭或不哭，对患儿百依百顺，日久会造成心理发育障碍，必需注意这一点。

上呼吸道感染

上呼吸道包括鼻（及鼻窦）、咽（及咽鼓管）、喉等部位，如果属单纯急性咽炎或急性喉炎，则就分别作相应诊断；否

则在上述部位的炎症统称为上呼吸道感染。

上呼吸道感染是儿童常见病。婴幼儿1年要发病数次,尤其在冬春季节。引起上呼吸道感染的病原多数为各种病毒、细菌或病毒和细菌的混合感染。轻症主要为流清水鼻涕、打喷嚏、轻咳、咽部不适,有时发热,婴幼儿出现烦躁、呕吐、腹痛和腹泻等,病程大多3~4天,少数持续1周以上。重症者起病时即有40℃的高热,有时可发生高热惊厥。高热持续1周以上,全身乏力,流大量鼻涕,咳嗽频繁。上呼吸道感染常见的并发症如中耳炎(婴幼儿高热不退,因耳痛而哭闹不安、摇头,以后耳道流出脓液,热度下降);如感染向下呼吸道发展,引起肺炎等。得病后应休息、多饮开水;高热患儿吃流质或半流质饮食。高热时用35%酒精擦浴,冷毛巾湿敷头部。并服退热药:如APC,每岁0.06克,最大剂量每次不超过0.3克。有鼻塞可滴0.5%呋麻滴鼻液,保持鼻腔通畅,不影响吸奶。由于多数的上呼吸道感染由病毒引起,所以抗菌药物治疗无效。

如何预防频繁发生的上呼吸道感染呢?以下几点可供参考:

积极锻炼身体 从小开始注意体格锻炼,经常到户外活动,多晒太阳,夏天用冷水洗脸、洗脚,增强儿童的体质,提高机体对气温变化的适应能力。千万不要让孩子终日耽在家里,不让活动,不见阳光。

避免发病的诱因 一般的情况下儿童衣着过多,其理由是防止受凉而伤风感冒。但家长不注意儿童是喜欢活动的,动后出汗,尤其衣着多时更易出汗,汗液被内衣吸收、蒸发,受

凉而感冒。家长，尤其年老者不能以自己穿多少衣服来决定孩子穿多少，成年人少动，尤其老年者代谢低，不能与儿童相比。因此衣着应随气温、室温变化而定。成年人不应在儿童居住的房内或活动场所吸烟。

避免交叉感染 在托幼机构、家庭中，儿童应避免与上呼吸道感染的病人接触。室内应经常通风换气。

治疗其他疾病 例如有营养不良、维生素A缺乏及佝偻病者容易受到呼吸道感染，应及时医治。

急性喉炎

喉是空气进入气管和肺的入口。喉部比较狭小，年龄愈小，口径愈窄。一旦喉部发生炎症，水肿，可以使喉腔阻塞引起喉梗阻，空气进入肺部的量明显减少，出现所谓“吸气性呼吸困难”，即吸气时呼吸肌非常用力，吸气时胸骨上窝、肋间隙、肋下及剑突下凹陷。时间稍久，体内缺氧，面色青紫，烦躁不安，需要紧急处理（如气管切开）；否则会危及生命。

急性喉炎的早期症状常常被家长忽视，以冬、春季节发病多，先有1~2天的伤风感冒，随后出现“吭、吭、吭”如破竹声咳嗽，有时伴有声音嘶哑。可以有发热。轻症的喉炎有向严重方面发展的可能，所以对出现“吭、吭、吭”咳嗽声和声音嘶哑时一定要到医院去诊治，在治疗的过程中如果出现上面介绍的“吸气性呼吸困难”一定要作为急症去耳鼻喉科治疗。

白喉也可以引起急性喉梗阻，但目前白喉病例罕见。

另一种疾病，称为急性痉挛性喉炎，多数在夜间突然出现破竹声样咳嗽，声音嘶哑伴吸气性呼吸困难，但体温不高，喉部炎症也不明显，次晨自然缓解，到晚上又有发作，可能与过敏或精神紧张有关。

肺炎

肺炎是小儿的常见病、多发病，也是婴幼儿死亡的主要原因，尤其在冬、春季节气温突然变化的时候更易得病。少数肺炎是由病原体直接侵入肺部引起，但多数是先有上呼吸道感染，经治不愈，热度持续不退，咳嗽更为频繁、呼吸急促和鼻翼扇动，出现上述现象时很可能上呼吸道感染的病变延及肺部而有肺炎存在，需去医院进一步诊治。

肺炎经治疗后，如果高热持续不退，除了考虑药物是否针对病因（例如病毒性肺炎用抗生素治疗无效）外，还要考虑是否有并发症，常见的有脓胸、气胸（除高热、气急外有胸痛）、肺脓疡（如果脓疡与支气管相通则咳出脓痰）及肺不张等。肺部的并发症通过X线胸部摄片可以发现的。

病情严重的肺炎表现为面色青紫、心率加速、肝肿大、烦躁不安、抽痉、呕吐出咖啡渣样物和腹胀。新生儿特别是早产儿反应能力差，肺炎时的症状不典型，仅表现为口吐白沫（似河蟹呼吸时的白色泡沫）、哭声低微、面色发灰口唇青紫、四肢发冷、呼吸浅而快和鼻翼扇动等，有时需X线摄片才能明确诊断。

肺炎时的护理非常重要，需卧床休息，吃流质或半流质饮食。平时可吃些水果汁。要保持两侧鼻腔的通畅。卧床时

经常左右翻身，变更体位。卧室要通风，窗户不能关闭。

肺炎在治愈恢复的过程中首先体温逐渐下降，然后频频咳嗽减少，痰亦容易咳出，最后胃纳逐渐恢复正常，整个过程要2~3周。不少家长主观愿望希望肺炎热退后，咳嗽消失，2~3天内完全正常；这是不符合肺炎恢复过程中的病程规律。因此热退后仍需重视护理，例如痰不易咳出时要蒸气吸入，继续注意休息，饮食上要调配辅食，更适合孩子的口味，增加营养，促使更快痊愈。

支气管哮喘

支气管哮喘是呼吸道的变态反应性疾病（以往称为过敏性疾病）。常见的病因是吸入某些可以引起变态反应的物质如花粉、尘螨、兽毛、油漆等。个别的由于进食某些食物引起。部分患儿幼时患哮喘性支气管炎，以后转为支气管哮喘。患儿幼时有湿疹，或同时有过敏性皮炎、过敏性鼻炎等其他过敏的表现，家族成员中常有过敏性疾病史。

发病时常有喷嚏、流清水鼻涕、鼻痒、喉痒和咳嗽等先兆症状，以后有呼气性呼吸困难，呼气时可听到哮吼声。严重时不能平卧，面色苍白，鼻翼扇动，口唇和指甲青紫，出冷汗等。

哮喘发作时需去医院治疗。如果哮喘持续24小时以上而不能控制者更不应留在家里，因为随时有生命危险，必须急诊观察或住院。

预防哮喘的自我保健措施：

提倡母乳喂养 母乳中的分泌型免疫球蛋白A可阻断

肠道内变态反应性（又称为过敏性）物质的吸收，可以减少婴儿哮喘发生的机会。

去除病因 避免接触变态（过敏）反应原，例如患儿卧室的空气要流通，室内清洁。若怀疑呼吸道感染是诱发哮喘的原因时，应积极治疗感染病灶。平时应注意营养，提高机体的抵抗力，减少感染的机会。

脱敏疗法 在查明变态（过敏）反应原（如花粉、尘埃、螨）的基础上，应作脱敏疗法。如果发作有季节性，脱敏治疗应在发作前1个月开始。

其他 如酮替芬既有预防，又有治疗哮喘的作用。色甘酸二钠虽然可以阻止机体发生变态反应，具有预防哮喘的作用，但此药是气雾吸入，患儿不易掌握。中医的冬病夏治方法，如伏天的敷贴疗法，一部分患儿至青春期有自然痊愈的可能。

对支气管哮喘的患儿平时应加强体育锻炼，增强体质。疾病对患儿带来了严重的心理威胁和学业上的影响。为此，家长要帮助患儿树立战胜疾病的信心。

先天性心脏病

先天性心脏病（以下简称先心病）仅为一个总称，其中分为三大类，有的是紫绀的，有的是不出现青紫的，有的早期不出现者青紫，到疾病后期出现青紫。究竟属于哪一种先天性心脏病需要经过详细的检查才能确诊，然后根据不同的病种进行手术或非手术治疗。下面重点介绍一些家长对先天性心脏病患儿在保健方面应该注意的一些问题。

先心病患儿的体质及身高 其多数均落后于正常儿童，其除了同血液动力学及缺氧有关外，还同平时营养摄入不足和反复感染，尤其呼吸道感染，心率增快、增加代谢速率有关。针对上述情况，应采取下述措施：(1) 增加营养：婴儿以母乳喂养，及时添加辅助食品。年龄稍大的儿童应该提倡荤素搭配、米面搭配、辅食样样多吃的平衡饮食。(2) 及时纠正贫血：贫血可以诱发紫绀型先心病的缺氧发作，对这类患儿平时更应摄入富含铁的食物，如肉类、猪肝、动物血和黄豆，必要时口服铁剂，使患儿的血红蛋白保持在 160 克/升以上。(3) 及时进行手术治疗，纠正畸形，恢复正常的血液循环。

有相当比例的先心病患儿社会心理发育延迟 原因是多方面的，如紫绀、缺氧和心力衰竭可使脑部供氧不足，影响脑的代谢。因病而性格孤僻、不愿与人交往。体力衰弱而不愿多活动。另外，可能少数患儿除心脏有畸形外，脑的发育也存在缺陷。针对这些问题，应鼓励患儿在体力允许的情况下多与周围的人接触交往，可以入学的应该读书，加强与小同学之间的联系，从接触和学习中获得知识。

感染 先心病患儿容易得以下各种感染性疾病：

1. 呼吸道感染，尤其肺部有充血的，即使普通的感冒也会迁延不愈或者发展为肺炎。

2. 感染性心内膜炎，尤其在拔牙或者做心导管检查时容易得感染性心内膜炎，因此在上述手术前后应给足量的抗生素。

3. 脑脓肿或脑血栓是青紫型先心病中常见的并发症，当

出现发热、头痛、呕吐及定位神经症状时，要想到脑脓肿的可能；当有腹泻、呕吐、多汗和发热时，应多饮水防止脑血栓的形成。

4. 各种传染病：除因抵抗力差外，不少家长对常规的预防接种顾虑重重，不愿接种；其实先心病不是预防接种的禁忌症。

注意休息，预防猝死 先心病患儿在运动时导致猝死的常可见到，尤多见于紫绀型的先心病。轻度的先心病（如每分钟心跳次数正常，心电图及X线心脏摄片正常），不必限制一般性的活动。但对中度、重度的先心病则应在医生的指导下根据病情，对活动要作一些必要的限制。每位先心病患儿每天要有充足的睡眠时间。

注意药物的应用和副反应 为了预防和治疗心力衰竭，有的患儿服用一些强心或利尿药；为此家长要：(1) 遵医嘱定时服药；(2) 服药过程要注意心律、心率、尿量等；(3) 注意是否出现一些副反应。

急性肾小球肾炎

急性肾小球肾炎（简称急性肾炎）并不是指肾脏的化脓感染，而是全身感染后引起身体的一种免疫反应。

往往在发生肾炎的前1~3周有猩红热、扁桃体炎及脓疱疹，然后出现浮肿、尿少、血尿及高血压四大症状，个别的还可影响心脏。

确诊为急性肾炎之后如何治疗？到目前为止治疗急性肾炎无特效药物，主要依靠休息，注意饮食，加强生活上的护

理。如果有危急情况则需到医院紧急处理。

休息 起病最初 2 周应卧床休息，等到浮肿消退、血压正常、肉眼血尿消失，危险的症状不存在后可以下床作一些少量的轻微活动，并逐渐增加活动量；发病 3 个月以内应避免剧烈的活动；血沉正常后可以入学。

饮食 在急性期（如明显浮肿、少尿、高血压）应限制水的摄入，饮食应无盐，蛋白质的入量亦应限制。随着尿量增加、浮肿消退，可以增加水份及蛋白质的摄入，饮食逐渐由无盐过度到低盐。

清除感染病灶 为了彻底消除体内现有的或者潜在的病灶，应给青霉素或其他抗生素治疗 7~10 天，以减轻或停止体内感染灶引起的免疫反应。

如果在急性期能完全做到上述三点，急性肾炎转为慢性的仅为极个别的病例。但是蛋白尿及显微镜下的血尿可以持续数周甚至数月；大约 90% 的病例在 6 个月以内各项实验室的指标可以恢复正常。

原发性肾病综合征

有的家长一旦发现孩子有浮肿，就联想到是否得了肾脏疾病（俗称腰子病），其实肾脏疾病是一个总称。在儿童中常见的肾脏疾病有急性肾小球肾炎，原发性肾病综合征及尿路感染；这三种疾病中以原发性肾病综合征（以下简称肾病综合征）引起的浮肿为最明显、最严重。

肾病综合征以 1~6 岁男孩中多见，有四种主要表现：

① 浮肿；② 大量蛋白尿（刚排出的小便在痰盂中发现有

很多的泡沫，这个现象提示有大量蛋白尿)；(3) 血浆总蛋白降低，白蛋白/球蛋白的比例倒置， α 及 β 球蛋白的增高；(4) 血清胆固醇的升高。

在治疗过程中家长应该注意以下几方面：

休息与饮食 应卧床休息。水肿明显时应吃无盐饮食，浮肿消退后改为低盐、正常饮食，尿少时食物中蛋白质的量不能太多，尿量增多后，饮食中应增加蛋白质，补充以往每天由尿中丢失的大量蛋白质。

防止感染 疾病时免疫功能低下容易患各种感染，如丹毒和原发性腹膜炎等；当有腹痛、发热时要考虑有原发性腹膜炎可能，应即去医院治疗，不能延误。平时应保持皮肤干燥清洁，不应与有呼吸道感染的病人接触。

药物治疗 应遵照医嘱用药，不要随便改变。

原发性肾病综合征患儿中 90% 对肾上腺皮质激素治疗敏感。

经上述治疗，家长可以观察到下列病情好转过程：先出现尿量明显增多，随后浮肿逐渐消退，尿中蛋白质量逐渐减少，同时血浆蛋白质上升，胆固醇下降至正常的一系列良性的反应。若有复发，多数病例经过再次治疗后仍然有效，所以远期效果还是比较好的；仅少数对药物治疗无效而病程迁延，则需作肾脏穿刺活组织检查，以明确病变的性质，并藉以判断预后。

尿路感染

尿路感染包括肾盂肾炎、膀胱炎及尿道炎三种疾病。有

时三者很难区分，往往统称为尿路感染。

尿路感染有急性和慢性两种，儿童期以急性为主。症状、体征同年龄有关，年长儿的症状同成年病人差不多；患肾盂肾炎时有发热、寒颤和两侧肾区（腰部）有叩击痛，膀胱炎时有尿频、尿痛和血尿，而尿道炎时尿道口红肿，排尿时有烧灼感。婴幼儿患尿路感染时全身症状比较突出，如高热、有时抽痉、面色苍白、呕吐、腹痛和腹泻等；新生儿患者可以有高热或体温不升，面色苍白，黄疸等。轻症病例可以无任何症状，仅在尿培养后才确诊。

当怀疑有尿路感染时，应在服药治疗前先作尿的化验（包括尿的培养）取得可靠的结果。选用的抗菌药物若对引起尿路感染的细菌有效，可使尿培养阴性。

患尿路感染后的自我保健措施：

1. 急性期应卧床休息，鼓励患儿多饮水、多排尿，有利于冲洗和清除细菌。应注意营养的补充；

2. 急性期抗菌药物治疗 7~10 天，不要认为症状已消失而擅自停药，以免将来发展为慢性；慢性尿路感染要采取长期药物治疗；有时需数种药物联合或间歇、轮流使用。反复发作的尿路感染可能有尿路系统的畸形、结石等，应积极查明原因；

3. 从预防角度，尤其女孩子，由于尿道短，尿路感染的发病率高，要经常清洗会阴部，保持局部清洁。满周岁后应穿满裆裤，纠正有些儿童玩弄外生殖器的坏习惯。

性早熟

性早熟指男孩在 10 岁以前,女孩在 8 岁以前出现了第二性征。

中枢性性早熟 又称真性性早熟。由于下丘脑—垂体—性腺轴功能提前激活所致。患儿除了表现与性别相一致的第二性征外,同时有生长加速、骨龄增加和具有生殖能力。女孩比男孩多见。女孩先发现乳房发育、阴毛出现,以后出现白带及月经,可能有排卵。男孩先发现阴茎增大、变声、喉结,以后有阴毛、腋毛、痤疮、面须及遗精;事实上在阴茎增大前已有睾丸增大。多数为原发性,少数是由颅内肿瘤引起。

周围性性早熟 又称假性性早熟,其下丘脑—垂体—性腺轴并未成熟,由于外周组织产生的性激素而致同性或异性性早熟症状的出现,即男孩可以出现阴茎大、阴毛、腋毛和喉结,但是睾丸并不增大,而且男孩也可出现女性的第二性征表现如女性型乳房;同样女孩可以有乳房发育、阴毛和腋毛出现,也可以出现男性的第二性征表现如有胡须、阴蒂增大。假性性早熟并不具备生育的能力。

青春发育变异 指仅乳房或阴毛单一提早发育而无其他性发育者表现为:(1) 乳房早发育:可以发生于 8 岁前的任何年龄,女孩比男孩多,可以单侧,但多数为双侧,可先一侧增大,以后另一侧再增大。增大的乳房直径在 5 厘米以内,有触痛,但乳头及乳晕正常,可以消退后一阶段又肿大。没有白带,无身高增长加速及骨龄加速现象。(2) 阴毛早发育:

正常情况下女孩在乳房发育后数月出现阴毛；男孩在阴茎、睾丸发育后数月才出现阴毛。早发育者阴毛可出现于任何年龄，女孩多于男孩。阴毛量少，有时还有腋毛，但其他性征发育正常。多数食用含有激素的儿童保健食品引起。

关于中枢性性早熟及周围性性早熟需要进一步检查，查明原因。关于青春发育变异，不必处理。

癫痫

癫痫俗称“羊癫风”，在儿童中的发病率不低。癫痫发病原因有的病例非常清楚，有的还找不到病因所在。癫痫的类型不一，根据发作时的表现及脑电图的改变可作出诊断。确诊癫痫后应进行药物治疗，但在治疗的过程中，希望家长关心下述情况：

1. 督促患儿定期服药。应按医嘱的药物及剂量服用，服药时间应该自发作停止后起，继续服药 2~4 年，以后在 1~2 年内逐渐减量、停药。一定要坚持服药，擅自停药或减量常能引起发作。

2. 定期去医院随访门诊。医生治疗癫痫原则上选用最少药物尽量服一种，必要时再增加一种药物，以最小剂量控制发作为前提。在定期随访过程中调整药物种类及剂量。观察治疗效果，药物的副反应及毒性作用。

3. 癫痫未控制前，有随时发作的可能，所以严禁游泳、攀高、骑自行车或在河浜、水沟处嬉水，以防意外事故的发生。

4. 智力在正常水平的患儿可以上学读书，但平时的生活

要有规律，每天应有充分的休息和睡眠。进水、进食量过多、过度疲劳、兴奋可以诱发癫痫的发作，应该避免。如果癫痫伴有不同程度的智能迟缓，除积极治疗癫痫外、应加强教育。

5. 癫痫患儿常受家长过分照顾、重视；或者受到社会的歧视；这两种现象均对患儿的心理有影响，要注意避免，并正确对待。

智能迟缓

诊断智能迟缓应该符合以下三点：(1) 在小儿时期起病；(2) 智商一般在 70 以下；(3) 社会适应能力的缺陷。目前有些医疗单位或学校仅凭智商值在 70 以下就诊断为智能迟缓是不恰当的。

引起智能迟缓的原因很多，如胎内或生后的感染、营养不足、围产期因素、遗传、先天的脑发育缺陷、代谢障碍等。但轻度的智能迟缓多数由社会环境因素引起，例如缺乏人际之间的交往、接触和缺乏适当的教育等等。

对智能迟缓的小儿如何进行治疗？

首先是针对病因，有的疾病可以通过出生时的筛查，例如先天性甲状腺功能低下、苯丙酮尿症。如果出生后不久发现，及时治疗可避免出现智能迟缓。反复癫痫发作的患儿，在药物控制癫痫后，智商也可以提高。

其次为进行教育和训练。其目的是激发智能迟缓儿童的潜在能力，使其得到充分的发挥，另外可以培养及训练独立自主生活的能力。同时可以纠正各种不良的习惯、行为和性格，在教育和训练的过程中，家长或教师一定要耐心，因为

培养一种良好的习惯与正常儿童相比,要花几倍的时间才能见效。另外,教育与训练要从现有水平和实际出发,不能要求过高。教育和训练内容以生活上的自我服务、社交能力及一些基本知识为主,切忌教“数”等比较抽象的知识。

儿童结核病

儿童结核病的发病率近年来有上升的趋势。

原发性肺结核 为儿童中最常见的一种结核病,病变在肺门、淋巴管与淋巴结。如果细菌没有局限在上述部位,则可经血循环侵及全身脏器,发生粟粒性结核、结核性胸膜炎和骨结核等。

干酪性肺炎 当抵抗力差,身体对结核菌过敏反应强烈。有高热、咳嗽和中毒等症状。

血行播散性肺结核 结核菌大量进入血流,到达全身脏器。如果到达脑部,发展为结核性胸膜炎,病情危重。

结核性胸膜炎 发生在较大的儿童。

结核病应采取抗结核治疗,但预防比治疗更为重要。

儿童应该定期接种卡介苗,接种后要做结核菌素试验,以了解接种卡介苗是否成功,如果试验结果为阴性,说明接种不成功需再次接种。接种卡介苗后还需注意以下几方面:
(1) 不要与开放性结核病病人接触;
(2) 牛奶要消毒后食用(牛也会得结核病而污染牛奶,吃了未经消毒的牛奶可以得肠结核)。

药物预防结核病,其指征和对象为:(1) 没有接种过卡介苗而出现结核菌素试验阳性的婴幼儿;(2) 儿童接触过开

放性肺结核的病人；(3) 新近结核菌素试验由阴性转为阳性的儿童；(4) 因疾病或在接种卡介苗前，结核杆菌素试验为强阳性；(5) 肺部X线检查正常，但有早期结核中毒症状，结核菌素试验阳性的患儿。常用的预防药物是异菸肼，每天每千克体重10毫克，一次顿服，疗程自3~6个月。

结核病患者应适当注意休息。如果有结核中毒症状如长期发热、盗汗、胃口差，体重减轻和易疲乏等，应卧床休息。平时不要与传染病，如病毒感染或百日咳病人接触。必需避免与开放性结核病人接触，防止重复感染。饮食方面要给予富含蛋白质及维生素的食物。

遗尿症

诊断遗尿症是指儿童满5周岁后，晚上或白天在睡眠时不自主的排尿，男孩患遗尿症的比女孩多。有的家长带了周岁的孩子去医院治疗遗尿症似乎年龄太小了，因为自己有意控制排尿的功能随着年龄的长大而逐渐成熟。

儿童的遗尿多数是功能性的，属于疾病引起的极少数。晚上遗尿的时间比较固定，多数在上半夜，有时一个晚上遗尿2~3次，小儿得了遗尿症怎么办？

1. 首先，家长要注意训练孩子的排尿功能。遗尿症的患儿中80%的膀胱容量小，因此白天应嘱咐患儿多饮水，多排尿，但应尽量延长两次排尿的间隔时间，一直到非不得已时才去排尿，使膀胱容量逐渐扩张。另外，在每次排尿过程中要训练其突然停止排尿，反复多次，以锻炼膀胱括约肌的功能，这样当晚上遗尿有尿液滴出时会自己控制排尿。

2. 若上述方法仍不见效,可请医生采用药物或针灸、推拿治疗。

3. 其他综合性措施:尽量做到晚餐以干食为主,副食要偏咸些,晚上6时以后不饮水。入睡后,在通常出现遗尿时间以前叫醒孩子,主动排尿。在家中厕所门上或者其他醒目之处用特殊标记显示,使他看到此标记时脑子中就要联想到“晚上要自己起床小便”。多数的家长对有遗尿的患儿初期比较关怀,后期责打较多,加重了孩子的心理负担,反使遗尿加重,希望家长要注意。相反,采取鼓励措施,例如当昨晚无遗尿时次日就予以精神奖励(如给记一个五角星),得到5个五角星就给予一定的物质奖励,可能会收到更大的效果。目前市上有警铃条件反射的装置,其原理是当尿刚排出时,臀部垫的装置由于尿液中有盐类,电流被接通,发出铃声,惊醒患儿,唤起排尿,日久后形成条件反射,一般需使用3~4个月才见效。

儿童多动综合征

儿童多动综合征(简称多动征)是儿童时期常见的行为障碍,也是儿童入学后学习困难的常见原因,男孩较女孩多。主要表现为活动过多,一天动到晚没有间歇;注意力不集中,上课时思想开小差;学习成绩差,出现不及格或留级,但智能正常;还有一些其他行为如说谎、逃学、打架和偷窃等问题。

目前治疗以哌醋甲酯(利他林)为主,但在治疗过程中尚需家长配合采取以下措施:

1. 药物不是“聪明药”，服药后仅使注意力集中，动作减少，至于学业的进步还需家长或老师加强对其日常功课的辅导与督促。

2. 在治疗过程中要家长、老师、医生及患儿四方面的密切配合，例如家长要按时给孩子服药，老师要观察疗效，孩子要自愿服药，医生综合各方面的情况反映调整剂量或药物，所以疗效好坏不是医生单方面的责任。

3. 取得一定的疗效后要继续服药一阶段，一般来说至少服药 2 个学期。假日，暑、寒假停药；下午 4 时以后不服药，以免影响夜间睡眠。

4. 药物剂量应由医生来决定，不要擅自增加剂量，当达到一定量后会出现一些副反应。

暑热症

暑热症是由于小儿体温调节功能较差，在炎热的环境中汗液分泌少而引起的长期发热。每年 6~9 月盛夏季节，1~2 岁的儿童中患暑热症较多。

暑热症的症状是长期发热，体温 38~40℃，多数发热持续 1~2 个月。气温越高，体温也随之上升。气温降低，体温也相应下降，一般在立秋转凉之后体温自然下降至正常。除发热外，另外几个突出的症状为口渴、多饮和多尿。1 天小便可多达二十余次。虽然高热但皮肤干燥而不出汗。暑热症初期，患儿虽然高热但精神还可以，照样玩耍。随着病程延长，患儿显得消瘦疲乏，面色苍白。但在诊断暑热症之前，多数患儿经过详细的各方面检查，排除了常见的感染性疾病。

暑热症无特殊治疗，主要为细心护理，进食以易消化的食物为宜，防止各种并发症。居住环境温度要降低，如有条件可住装有空调或者阴凉通风的房间。高热时可用温水洗澡，帮助散热，或服退热药；养阴清热的中药如党参 6 克、黄芪 6 克、麦冬 10 克、石斛 10 克、淡竹叶 6 克、知母 6 克、甘草 6 克，加水煎服，连服 7~10 天有一定效果。

少数病例次年夏季暑热症再发，但症状较往年轻，病程亦短。

淋巴结炎

不少家长常因孩子颈部或腹股沟等处有一粒粒肿块而去医院门诊检查，其中多数经医生诊断为淋巴结炎。

淋巴结炎分为急性和慢性两类。急性淋巴结炎多数在局部皮肤或深部由细菌感染之后引起相应部位的淋巴结肿大、疼痛和发炎，例如龋齿继发感染或急性扁桃体炎时颈部淋巴结发炎，手指外伤感染后该侧腋下淋巴结发炎，所以当某处淋巴结肿大和疼痛时往往可以找到相应部位的炎症。有时原发部位的炎症还不太明显，而其附近的淋巴结炎却非常明显。

慢性淋巴结炎往往由反复发作感染或因慢性感染所引起。例如一侧口腔有龋齿的反复感染，该侧颈部淋巴结肿大，但压痛不明显。夏季头部有痱子反复感染，两侧枕部淋巴结肿大。因淋巴肿瘤或恶性肿瘤转移的结果，导致慢性淋巴结肿大的情况较少见，当怀疑到这种情况时需要作淋巴结的活体检查（即手术切除淋巴结送化验）或者淋巴结穿刺液的涂片检查。

常见儿科疾病的手术年龄

儿科疾病中的先天性畸形种类很多，对孩子的生理功能的影响不一，各种畸形的手术年龄不一，例如先天性食管闭锁及肛门闭锁必须立即手术才是挽救新生儿生命的唯一方法；有些疾病虽然不会立即威胁生命，但时间一长会使病情恶化，如先天性胆道闭锁、畸胎瘤，应在明确诊断后尽早手术。另有些疾病如鞘膜积液、脐疝和腹股沟疝，随着年龄的增长有自然愈合的可能，故手术年龄不妨迟一些。即使是同一种疾病，因为诊病时间不同、治疗的方式也有差异，例如

表 2-5 常见儿科疾病手术年龄（供参考）

病 名	手 术 方 法	适宜手术的年龄
唇裂	修补	3~6个月
腭裂	修补	2~5个月
脐疝	胶布固定	6个月以后
	手术修补	2岁以后
腹股沟疝	疝囊高位结扎	1岁以后
斜颈	手法矫正	1岁以后
	手术矫正	1岁以后
脑脊髓膜膨出	膜囊切除及修补	不限年龄，破裂者需急诊手术
包茎	包皮环切	4岁以后
隐睾	睾丸下降术	2岁
鞘膜积液	鞘状突管结扎	1~2岁以后
精索囊肿	囊肿切除	1~2岁以后
尿道下裂	尿道成形术	4岁以后
先天性心脏病	手术矫治	视疾病而定，一般 2~6岁

(续表)

病 名	手 术 方 法	适宜手术的年龄
先天性髋脱位	手法复位加支架固定	1岁以内
	手法复位加蛙式石膏固定	1~2岁
	手术复位	2岁以后
甲状舌间囊肿或瘻管	切除	1岁以后
腮裂囊肿或瘻管	切除	1岁以后
颈淋巴水囊肿	切除	任何年龄
并指畸形	整形术	5~7岁
多指畸形	切除	无骨性连接宜尽早手术
		有骨性连接,2岁以后
先天性马蹄内翻足	手法矫正,石膏固定	1岁以内
	软组织松解,石膏固定	1岁以后
	骨性手术矫正	10岁以后

先天性髋关节脱位,1岁以内以手法复位加支架固定,1~2岁为手法复位加蛙式石膏固定,2岁以上以手术复位。常见儿科疾病的手术年龄参见表2-5。

(许积德)

第十五节 神经科疾病

对神经疾病征象应具备的基本认识

要分清神经、精神和心理三个不同的领域 神经科疾病对大多数人来说较复杂而神秘,且难以捉摸;最常见的一个错误是将以精神错乱为症象的精神病称之为“神经病”。要知道,虽然神经精神与心理活动的物质基础都是人的大脑,但是这三门学科所研究的对象是各不相同的。

心理学研究的是人的行为,正常的或病态的。大人与孩

子一同不慎滑跌倒地，起立后孩子先看衣裤有否跌破，大人先看四周有无目击者，这是正常心理学。有人专好偷窃，但对偷来之物既不变卖也不使用或观赏，而只是束之高阁而自得其乐，这是偷窃狂，属于变态心理学。

精神病学研究思维内容与情感的病理现象。有人怀疑自己的家属参与某一阴谋集团对自己的迫害，经常在饮食中下慢性毒药，并在自己的衣服上安装了最先进的窃听器，这是精神分裂症的迫害妄想。某人的情绪呈现周期性交替的高涨与低落，而无法用任何环境因素来解释，这是属于精神科的躁狂抑郁症。

神经病学研究的是神经系统病变引起的各种躯体运动和(或)感觉功能障碍，以及语言(表达与理解)和意识的障碍。常见的神经症象有昏迷、抽搐、瘫痪、疼痛、麻木、头痛和眩晕等。不能理解他人的言语称为感觉性失语，能理解他人言语但不能用言语来表达自己的思想则是运动性失语，多见于中风病例。

要区分中枢与周围神经系统疾病，分轻重缓急 因为中枢神经系统的疾病相对比周围神经系统的疾病严重，特别是脑部的疾病可能危及生命，所以对神经障碍应初步划分是属于中枢还是周围神经系统的疾病。

属于周围神经系统的脊神经与颅神经都有各自分工包管的区域与职司，例如三叉神经管面部的感觉与下颌的运动，面神经管面部肌肉的运动，股外侧皮神经则管大腿外侧的表皮感觉。因此，凡是出现在身体某一比较局限范围内的感觉和(或)运动障碍大都是周围神经系统的症象。

属于中枢神经系统的脊髓与大脑病变引起的症状则往往同时累及肢体与躯干与头面部。例如两下肢瘫痪，下半身感觉障碍，伴大、小便障碍提示胸段脊髓病变；四肢瘫伴感觉障碍与大、小便障碍则提示颈段脊髓病变；面神经瘫痪伴同侧上、下肢偏瘫则反映大脑半球深部病变。此外，意识障碍、言语功能障碍、全身性或局限性抽搐发作，明显的精神症状等都提示中枢神经系统病变。

不少人认为游移不定的“东痛西痛”是“神经痛”，这是错误的。神经痛有两个特征：(1) 疼痛的部位固定，符合某一周围神经的分布支配区域。(2) 疼痛为间歇阵发性（不是长时期持续不停的痛）。全身各处游走的疼痛大都属于风湿病。

虽然中枢性疾病一般比周围性疾病严重，但是周围神经肌肉疾病若累及呼吸、心脏、吞咽等功能，则也属于危重且可能致命的疾病，如急性感染性多发性神经炎和重症肌无力，也应予以特别重视。

要分别刺激性危状与破坏性症状 身体某部位主观的疼痛症状属于刺激性症象，如果针刺该部位病人毫无痛感则是客观的痛觉消失，属于破坏性症象，要警惕的是如果刺激性症状转为破坏性症象往往提示进展性病变，特别是肿瘤。从剧烈疼痛转为客观的不痛，可能是治疗见效或病情缓解，但如果进一步转为客观的痛觉减退或痛觉消失，则首先要考虑肿瘤。如果一个叫闹不休的剧烈头痛病人变得不吵不闹，“安静”得很，不要盲目乐观认为是“病情好转”，倒要提防是病情恶化，病人可能已进入昏迷状态，急需抢救。

要分析病因 神经症状的分布仅反映病变所在的部位，不能确定病变的性质。例如右侧偏瘫仅提示左大脑半球病变，可能是中风，也可能是脑炎或脑瘤。要确定疾病的性质须根据发病方式、病程演进的趋向来判断。发病隐袭，病程缓慢进展加重，提示肿瘤或退行性病变。急性发病，症状到达高峰后趋向平稳并出现好转恢复，则提示血管性疾病或炎症。病家对发病方式与病程演进过程的详细描述对医生作出正确的定性诊断是至关重要的。

各种不同的疾病有各自不同的自然史。最严重的高血压性脑溢血，从发病至不治身死至少也能维持半小时左右，如果遇到病人突然倒地并立即死亡，应考虑心源性猝死，而不要因为病人过去有高血压病史而诊断为死于高血压性脑溢血。

神经科临床的各种辅助检查

影象检查 磁共振 (MRI) 与计算机 X 线断层扫描 (CT) 对大脑与脊髓的正常结构与病理变化能提供大量有用的资料。CT 对骨质变化与韧带钙化的诊断优于 MRI；在其他问题上，MRI 的诊断价值更为优越。

脑脊液检查 在蛛网膜下腔出血、脑膜炎与脑炎的鉴别诊断中，通过腰池穿刺获取脑脊液作分析检查十分重要，有时是必不可少的。在怀疑脑瘤的病例中可进行 CT 或 MRI 检查，不宜进行腰穿，因其可能引起脑疝，使病情恶化。

在接受腰池穿刺后，病人应保持头低卧位 (拿掉枕头，并将床脚抬高) 4~6 小时，可以自由翻身，目的是防止发生低

颅压性头痛,后者可以出现在腰穿后一周之内的任何时间。临床特征是病人平卧时并无头痛,只是在起立行动后出现头痛,重新躺下后头痛可见缓解。对症措施:保持平卧,多进水份(如饮用西瓜汁等饮料或各种含盐份较低的汤汁),比较严重的病例可能需要静脉输入低渗液体。

电生理检查 映象检查是解剖结构的检查,电生理检查则是脑与神经的功能检查。脑电图在癫痫以及各种脑病的诊断上,仍然具有CT或MRI无法取代的价值。各种诱发电位的检查有助于揭露一些无明显临床症状的视觉、听觉、躯体感觉与运动通路上的功能障碍。肌电图与周围神经传导速度的测定可帮助鉴别肌病、重症肌无力、周围神经病是与运动神经元疾病。电生理检查价格不贵,便于随诊复查。

经颅多普勒检查 通过检测脑血管内红细胞的流速可间接推测脑血管的舒缩情况。

神经疾病的护理

神经科疾病时常会引起病人神志不清、恶心呕吐、肢体瘫痪、吞咽困难、言语障碍和肢体麻木等,有的慢性疾病时间拖得很长,因此护理工作至为重要,难怪有人说:神经科的疾病三分靠药,七分靠护理。

疾病的急性期

观察生命体征 注意病人的意识水平、呼吸、脉搏和血压的动态变化,及早发现病情恶化的迹象以便及时进行抢救转危为安。

临床上常用疼痛刺激来检测病人的昏迷深浅,最常用的

手法是压迫眶上切迹或重压手指的指甲部位。如果病人能对疼痛刺激作出正确的防御反应（推拂或躲让），则说明昏迷程度轻浅；如果病人毫无反应，则说明昏迷较深。但是要注意若加施疼痛刺激后病人出现四肢强直痉挛则属于“去脑强直”，看来好像对疼痛“有反应”，其实预后不佳。

瞳孔的大小、双侧是否等大、对光反射（瞳孔在光照下起收缩反应）是否存在亦是重要的观察指标。瞳孔扩大与对光反射的消失是病情危重的征象。如果一个神志不清并有右侧偏瘫的病人，原先双侧瞳孔等大，后来左侧瞳孔逐步扩大则说明病情在进展加重（神经功能都是交叉支配的，左半球支配右侧肢体；右侧偏瘫的病人，其病变是位于左半球），且已进入“脑疝”阶段，应及时施行抢救。

防止并发症 最常见的并发症是肺部感染、尿路感染与褥疮。这三者都可以在疾病急性期短时间内发生，在疾病慢性期则更为常见。肺部感染最多见的原因是喂食不当引起的吸入性肺炎，其次是交叉感染与坠积性肺炎。对神志不清的病人千万不要试行将水或米汤滴入其口中来试探吞咽活动是否保存。只有在神志清晰且并无吞咽困难的病人中才可以喂食；凡进食有困难者，建议及早插胃管鼻饲。在进行鼻饲时，每次应先抽吸胃内容物，在证实胃管确实是在胃内，并且没有大量胃内容物潴留之后，才可缓慢注入流质饮食，每次注完流质饮食后应注入一管温开水将鼻饲管冲洗净，免得流质饮食有部分留在鼻饲管内凝块，造成管腔堵塞。如果胃内有大量潴留物，应将其抽尽后再注入新的流质。病床旁川流不息众多的探望亲友是造成交叉感染最大的病源，应该婉言劝

阻亲朋好友来院探视神志不清的病人，改由家属在家中接待并介绍病情进展对各方面都更有利。防止坠积性肺炎的有效方法是勤翻身，每2小时改变体位一次。不少人认为朝天仰卧位是最正常的卧位，其实对昏迷病人来说仰卧的头位容易使口腔或喉头的分泌物等侧流入呼吸道，最佳的头位应该是用枕头略为垫高的侧卧头位，切切避免长时间不变的仰卧头位。定时翻身对防止褥疮也很有作用，当然要注意翻身活动一次幅度不宜过大，速度也不应太快。对尿潴留病人进行导尿时必须严格执行无菌操作。对大、小便失禁的病人除了勤换尿布外，要注意保持臀部与背部皮肤清洁干燥；骨头隆突的身体部位要用柔软的海绵垫子或小枕头垫好；床单要铺得平伏，不起皱褶；这些都是预防褥疮的重要措施。

对瘫痪的肢体，须注意应用软垫撑托让肢体经常保持功能位置，即肘部屈曲、腕部略背屈、手指伸展（勿使紧握成拳）、膝关节稍屈曲、足与小腿保持直角角度。若不加注意，瘫痪较久的病人常会发生肘关节强直、腕下垂、手指握拳和足下垂等关节挛缩畸形，严重妨碍日常生活活动。对瘫痪肢体，从急性期起即可开始被动的活动锻炼；这不但有利于防止关节挛缩，加速运动功能康复，还有助于防止瘫痪肢体发生静脉血栓形成。

要注意维持病人的营养 在疾病急性期，医务人员和病人家属都可能只注意对症抢救而忽略了病人全身营养的维持。要记录每天的水份出入量，饮食的量与质。小便量的过多或过少都应受到重视。不少有肾动脉硬化的病人平时毫无肾功能障碍的表现，但是在发生神经疾患后，经过大量脱水

剂与抗生素的应用，有可能会出现肾功能不全的表现，不容忽视。

疾病的慢性阶段 目标是功能康复。应该鼓励并指导病人及早进行主动的活动锻炼，配合适当的治疗与针灸治疗。现代医学研究证明长期卧床休息利少弊多，主动活动较被动活动（包括推拿与按摩）更有利于运动功能的康复。

头 痛

头痛是指头颅上半部，即眉毛以上至枕骨部为止的范围内的疼痛；眉毛以下部位的疼痛称面痛；枕骨以下的疼痛称为颈痛。

头痛是一个症状群，可以由许多疾病引起；因此，不论对病人本身，或其家属或是对医护人员来说，首要的任务是尽量设法及早明确引起头痛症状的病因，特别要区别那些会危及生命的严重疾病所引起的险恶的头痛，与一些无生命危险的病因导致的良性的头痛。

要警惕险恶性头痛的六大信号：

急性的发病方式 按发病时间急、慢来划分，可以将头痛分为 (1) 急性 (如脑出血，爆发性脑炎或脑膜炎，脑肿瘤出血以及全身性感染伴高热等引起的头痛)；(2) 亚急性 (如慢性脑膜炎，慢性硬膜下血肿造成的头痛)；(3) 复发性 (如偏头痛)；(4) 慢性进展性 (如颅内肿瘤，颅内压增高所致的头痛)；(5) 慢性非进展性 (如肌紧张性头痛)。头痛发病的缓与急大致上能反映出疾病性质的轻与重，对急性发病的头痛千万不能掉以轻心。

除头痛外，还伴有其他神经、精神症状 能危及生命的颅内疾病除引起急性头痛外，往往还伴发其他的神经、精神症状，如神志昏迷，精神异常，恶心与呕吐，颈项强直，肢体抽搐，偏瘫或四肢瘫痪，视力失明和言语障碍等。

凡伴有其他神经精神症状的头痛，不论其发病是急是慢，都应该及时作进一步的各类检查。

咳嗽、喷嚏、用力、屏气、低头时头痛有加重感 这些活动都能促使颅内压升高，因此在这些场合下有加重感的头痛都提示与颅压增高有关。

头痛程度进展性加重 不论头痛发病是急是慢，有否伴发的神经、精神症状，咳嗽、用力时头痛是否加重，只要在病程演进过程中头痛的程度进展性加重则提示头痛是与颅内某种进行性的疾病有关，可能是脑肿瘤、硬膜下血肿、慢性脑膜炎和脑内寄生虫等。应及时作脑 CT 等的进一步检查，切勿耽误。

能妨碍日常饮食与睡眠活动 这样的头痛大都是器质性疾病引起的头痛。

在儿童期或在 50 岁以后首次发病 大多良性功能性头痛如偏头痛、群集性头痛与肌紧张性头痛都在儿童期后与 50 岁以后首次发病，因此对该类头痛应慎重对待。

以上六项信号中，只要具备一项就应引起重视，如果等到六项信号俱全则已属疾病晚期，大好的治病时机已被错过。

但要强调指出的是，真正险恶的头痛大约仅占头痛病例总数的百分之一，因此也不必草木皆兵，终日惶惶不安。但俗话说：“不怕一万，只怕万一”，故也不能大意，宜谨慎小

心。

在急性头痛病例中，及时查清病因是关键，对因治疗奏效后头痛症状也会迎刃而解。在慢性头痛病例中，必须区分长时期内反复发作的急性头痛（偏头痛，群集性头痛，或肌紧张性头痛）与慢性头痛综合征。慢性复发性头痛一般有特殊的病因，经过特殊的对症治疗后能奏效，而慢性头痛综合征则具备以下一些特征：（1）心理与环境因素比较明显；（2）缺乏明确的造成头痛的病理生理机制；（3）客观检查不支持器质性病变；（4）应用针对急性头痛或慢性复发性头痛的治疗药物往往无效；（5）病人常有长期滥用镇痛药物史；（6）病人诉说长期来天天头痛，头痛在睡醒时出现，持续整天（虽然程度可有所波动）不见缓解，直至入睡。

一旦经医生诊断为慢性头痛综合征，病人则应积极配合着手快速撤停镇痛药。由于长期用药的突然立即全部撤停会引起戒断反应，一般主张逐步快速撤停，具体究竟快速到如何程度，须视药物的性质（一般镇痛药还是麻醉性镇痛药）与用药时间的长短而定，如属一般镇痛药且服药时间不是太长，则可在短时期内达到完全停药；如属麻醉性镇痛药且用药已久，则须住院进行撤药。为安全起见，一般在撤药过程中可应用适当的精神药物、镇吐与镇静药物。

除撤停镇痛药物外，病人应加强身心放松的锻炼，以及慢跑或快走等耐力锻炼。如能持之以恒，必能收到良好的效果。奉劝有头痛的病人不要以为一般镇痛剂副作用小而长期滥用，也不要以为耐力锻炼一时看不出什么显效而置之不顾！

失眠和嗜睡

根据美国国立精神卫生研究所的资料, 1/3 美国人有睡眠问题, 有的是睡眠太少, 有的是时常惊醒, 有的则睡眠过多。在这组有睡眠问题的人群中, 诉述“严重”失眠的约占半数, 而其中去医院就诊服药的有 10%。虽然国内尚未看到相应的资料, 但是失眠作为临床常见症状之一是众所公认的。

失眠 虽然大多数成人每晚的睡眠时间是 7~8 小时, 但是认为 8 小时睡眠是正常睡眠的绝对标准是不科学的。对睡眠时间的需要, 个体差异极大。有人每晚有 3~4 小时睡眠已足够, 有人则要睡上 12 小时才满足; 更有人具有较大的灵活性, 在紧张的情况下睡眠时间延长, 而在平静环境下睡眠时间可以缩短。不同年龄的人群对睡眠的要求也不同, 新生儿一天要睡 16 小时, 青少年每天晚上可熟睡 9~10 小时, 而老年人大都在白天要间歇打些瞌睡, 晚上仅睡 5 小时左右。其实不必太计较睡眠时间的长短, 而应注重醒来后精神是否充沛, 如果每晚仅睡 4~5 小时, 但晨间醒来感到精力饱满就说明这点睡眠时间已很充足, 不必盲目追求“8 小时的正常睡眠”。

最常见的失眠症状是诉说不易入睡 (在上床后超过 30~45 分钟还不能入睡)、夜间易惊醒, 惊醒后无法再度入睡。失眠可以分为三大类:

暂时性失眠, 持续仅数天 大都由临时性的环境因素所造成, 例如邻居吵闹、气候突变、国际长途飞行导致的时差、因病住院、临考前和感冒不适等。

短期失眠，一般不超过3周。大都与工作中或家庭生活中造成焦虑不安的因素有关，例如工作不顺利、婆媳不和、亲属或好友亡故、急于要筹划一笔款项等等；

长期失眠，时间超过3周以上。可以由一些长期的环境因素造成，例如居住在飞机场附近或吵闹不安的街区、经常从事翻三班的工作等等。但更常见的是由于一些慢性疾病所引起，例如心脏疾病、哮喘、关节疼痛、糖尿病和夜间多尿等。精神科疾病如精神分裂症和抑郁症病人也常常诉说失眠。特别要注意的是长期饮酒、吸烟、过量饮用含咖啡因的饮料，以及滥用安眠药物都会造成长期失眠。

安眠药要慎用！因其最能发挥有益作用的是针对暂时性失眠。对短期与长期失眠，安眠药非但不能解决问题，而且往往在长期应用后会带来不良的副作用。最常见的问题是用药后隔天昏昏沉沉，工作效率低下，其次是出现药物耐受性，用药剂量要不断增加，最后则是最可怕的药物成瘾。另外，要注意一种“睡眠呼吸暂停”的情况，这类病人大多是由于在仰卧睡眠时因喉部受到舌头或扁桃腺等组织梗塞，出现短暂的呼吸暂停，此时病人会突然挣扎惊醒，急促吸气，待呼吸平稳后重又入睡。这类病人睡眠中鼾声很大，常惊醒，身体不安定的动作较多，不要误认为是一般的失眠，特别不要盲目应用安眠药，因为安眠药会加重呼吸的抑制。

建立良好的睡眠卫生习惯非常重要：

1. 保持规律性的入睡与苏醒时间，有利于巩固良好的生物钟（昼夜节律）的运转。周休日不宜睡懒觉，否则会干扰生物钟的节律。

2. 注重睡眠的质量不必计较具体的时间，一旦苏醒，请立即下床。

3. 避免室温过热或过冷，消除噪音，保持室内适当的通风有利于提高睡眠的效益，被褥厚薄适中也有助于增强睡眠时间的有效性。

4. 避免在饥饿或饱食的情况下入睡，睡前可进少许流质。

5. 在精神激动的情况下（大惊、大忧、大喜）不要入睡。

6. 晨间与下午的体育活动有助于加深晚间睡眠，但不宜在接近睡眠前作体育活动。

7. 咖啡因会阻碍正常的睡眠，即使本人认为睡前饮咖啡并不影响睡眠，实际上还是起阻碍作用的。

8. 酒精表面上看来能促进入睡，但会使睡眠变为断断续续，当半夜醒来酒精作用已消失时再也无法入睡。尼古丁能兴奋中枢神经系统，也能妨碍睡眠，因此睡前要戒烟和酒。

9. 切忌滥用安眠药。

10. 若遇到夜间醒来无法再度入睡，与其强迫自己通过报数等方法来试图再次入睡，还不如干脆下床，开灯读书写字，或少量进食，直至感到疲乏时再上床。

有人认为地球是一个大磁体，有南北极磁场，人体磁场也有一个极性，头和手是北极，足部是南极，主张睡位应该是头北脚南。但也有人指出头北脚南的睡位会使人睡得更深沉，脑血栓形成的发病率也较高，主张头西脚东为宜。笔者认为由于地球磁场与人体磁场大小差距悬殊，不必拘泥于睡眠时头脚位置的东南西北。

也有人认为理想的睡姿应该是右侧卧，以减少对心脏的

压迫，但是人们在夜间睡眠中要辗转翻身不知多少次，不可能长时期保持某一固定的睡姿。只要有利于入睡，不引起不适感的任何睡姿都是合适的。

多梦 不少病人诉说“整夜乱梦颠倒”，得不到片刻的安睡。其实夜间的睡眠是一项复杂的周期性生理活动，由快速眼动/非快速眼动两个时相组成一个周期，历时 90~100 分钟，一般人每天晚上有 4~6 个这样的周期。人们仅在快速眼动时相内做梦，在非快速眼动相内是不做梦的，因此若在快速眼动相期间醒来时能知道是在梦境中醒来，如果在非快速眼动相期间醒来时则认为夜间未做过梦。其实在晚上睡眠时人人都做梦；但没有一个人会整夜做梦片刻不得安睡。

睡眠周期的两个时相各与复杂的神经和代谢活动有关。梦境的内容往往是过去各种神经精神活动痕迹杂乱的组合，但是也不能排除其中有潜意识的活动参与。传说德国化学家凯库勒为苯结构式的探讨费尽了心机却毫无进展，一天在坐马车回家时，随着马车有节奏的颠动进入了睡乡，并做起梦来，梦见一个分子结构式变成了一条蛇，首尾相碰，形成一个环，这形象促使他从梦中惊醒，立刻想到苯的分子结构可能是环状结构，后来通过进一步的研究成功地解决了这个难题。

嗜睡 在人的大脑中有催眠与觉醒两个对立又平衡的中枢，负责调节日常生活中睡眠与觉醒这两种对立统一的主动的意识状态。若催眠中枢被破坏则产生严重的失眠，这在临床上极为罕见；如果觉醒中枢为病变所累及则发生过度的嗜睡，相对地较常见。因此，遇到失眠不必多顾虑有否脑内疾

病，而若遇到过度嗜睡，则应赶快去医院检查有否颅内疾病或其他慢性缺氧的疾病。

有一种疾病叫作发作性睡病，病人能从清醒状态快速进入深睡，不论当时所处环境情况是否恰当（如在走路时、吃饭时、驾驶车辆或飞机时）都会迅速入睡，这与病态的过度嗜睡不同，这种发作性睡眠持续时间都不长，病人能自行醒来。若有此现象应尽早去神经专科就诊。

三叉神经痛

三叉神经痛是相当常见的一种神经疾病，但是常常被误诊，不是将三叉神经痛误诊为是龋齿痛（待全口牙齿都被拔光后疼痛仍然不止才转诊来神经科诊治者不乏其人），就是将其其他疾病（例如鼻咽癌或多发性硬化）误诊为是三叉神经痛。

其实，掌握原发的三叉神经痛的诊断标准并不难：(1) 疼痛的部位符合三叉神经的支配范围：第一枝支配头顶前部、前额及眶部；第二枝支配面颊部；第三枝支配下颌部位，但不包括下颌角在内。凡疼痛波及头顶后部、枕部、下颌角或颈部的都已超出三叉神经范围，不考虑为三叉神经痛；(2) 疼痛呈间歇阵发，在阵发之间有一段不痛的缓解期，缓解时间的长短不一。凡长时间持续、毫无间歇缓解的面部疼痛不是原发的三叉神经痛；(3) 有激发疼痛的“弹机地区”特别是相当于男性长胡须的部位，当病人在洗脸、刷牙时触及这些部位就会激发一阵疼痛发作，张口咀嚼或讲话也能激发疼痛的阵发。龋齿引起的疼痛也可为食物或饮水的温度（冷或热）条件所激发，但这种激发方式与三叉神经痛的激发明显

不同；(4) 疼痛为单侧性，一次阵发一般不会双侧同时发痛；(5) 疼痛程度十分剧烈。除了在疾病早期由于疼痛阵发时间极短病人尚能忍受外，一般病人都感到痛苦难受，即使要进行开颅手术治疗也心甘情愿。凡病情已有一段时期，而疼痛程度不严重，病人还可以忍受的面部疼痛大多不是三叉神经痛；(6) 客观神经检查正常，未有面部感觉消失或下颌偏斜等破坏性征象。要诊断原发的三叉神经痛以上六项标准缺一不可。

如在主诉疼痛的部位查到有客观感觉减退或消失（经过酒精封闭或手术治疗者除外），或发现张口时下颌偏斜，首先要怀疑到鼻咽癌。如面部疼痛发作外尚有头、面、躯体、肢体方面其他感觉和/或运动症状（尤时好时坏者），则要考虑得多发性硬化症。

大部分原发的三叉神经痛病人在正规服用得理多（卡马西平）后症状能获得改善，少数病人服药无效则可能需要神经外科会诊考虑手术治疗。造成原发的三叉神经痛的原因之一是颅底部位动脉硬化的血管挤压三叉神经节，施行比较简单的血管悬吊术有可能奏效。

面神经瘫痪

面神经瘫痪是神经科最常见的疾病之一，可以由周围神经病变引起，也可以由中枢病变造成，因此必须区别周围性面瘫与中枢性面瘫，不容混淆。

周围性面瘫的表现是同侧额肌、眼眶部肌肉与口部肌肉都出现瘫痪；病人不能皱额、闭眼、露齿。由于病侧口角肌

肉瘫痪，而对侧口角肌肉运动正常，口角被牵拉至外侧（健侧）；这是经常引起误解的一个现象，当病人发现口角歪向左侧时往往认为是左侧的面神经出了毛病，其实是右侧的面神经瘫痪，令病人作皱额与闭眼的动作时就会发现是右侧皱额与闭眼有障碍而不是左侧有问题。如果在面瘫出现前先有病侧耳后疼痛，面瘫同时还伴有同侧舌头味觉障碍则更支持周围性面瘫；不过，没有耳后疼痛与味觉障碍不能否定周围性面瘫。

在中枢性面瘫中，病侧皱额及闭眼功能相对保存，只是不能作露齿动作，口角歪向对（健）侧；除面瘫外，还有同侧上、下肢运动和/或感觉障碍。

引起周围性面瘫最常见的原因是面神经炎，多数为单侧性。如果发生双侧性周围性面瘫，要注意可能是急性感染性多发性神经炎，应到神经科急诊，因为本病可发生肢体瘫痪和呼吸瘫痪。膝状神经节带状疱疹也会引起周围性面瘫，而且还可能引起眩晕；当病人在剧烈眩晕后发现口角歪斜，马上会怀疑是发生了中风，但病人神志清楚，四肢亦无瘫痪，若仔细检查病侧的外耳道与耳廓可发现有疱疹，证实是带状疱疹引起的周围性面瘫，不必惊慌失措。

脑干肿瘤累及桥脑面神经核引起的面瘫，其临床表现与面神经炎相同，但同时伴有同侧眼球不能外展侧视以及对侧上、下肢的无力或瘫痪。本病多见于儿童，对儿童面瘫病例都应检查眼球活动与肢体运动、感觉功能，以免将脑干肿瘤误认为是面神经炎。

因为眼皮闭合不全容易遭致眼睛角膜的损伤，所以周围

性面瘫病人外出时应戴好眼罩,晚上睡觉时宜涂用眼药膏。对口角歪斜症状,应用金钩悬吊或局部敷贴膏药都无实效,尤其是若根据口角歪向哪一侧就误认为该侧是病侧进行悬吊则更属错误。有关针灸治疗,根据笔者的经验,在发病2周以内的急性面瘫病例,以及晚期病例局部面肌已出现挛缩现象者都不宜针灸治疗。在发病2周以内可进行病侧耳后热敷或红外线照射,配合积极的按摩动作(与口角歪斜方向相反的,单相的不是来回的按摩动作),以及主动的皱额闭眼与露齿动作的锻炼。发病2周以后可进行针灸治疗。

面神经是从耳朵后面的茎乳突孔穿出,支配面部的肌肉。乘坐火车或长途汽车的旅客切勿贪图凉快坐靠窗的座位并让窗缝中吹进来的勤风长时间吹着耳后部位。笔者就曾遇到过从新疆回沪的知青,一路上靠着窗吹风,到上海站下火车时发现口角歪斜,发生了面神经瘫痪。

面肌痉挛

面肌痉挛表现为单侧或双侧眼皮与口角肌肉的痉挛抽动,有时连颈部比较表浅的阔肌也一起抽动。少数病人可先有“红眼睛”等眼病,因眼部不适而作较多主动的“眨眼”动作,但是当眼病完全治愈后,继续出现不能控制的“眨眼”动作,常被认为是“习惯性动作”。其实大多数面肌痉挛都是由面神经的中枢或周围通路上的刺激性病变所引起,只是这种刺激性病变很难确切定位。如果能确定刺激性病灶是在面神经管内则进行局部减压手术疗效很好。一般对症治疗的方法都无持久的效果。当病人情绪紧张,或特别注意到面肌的症

状时, 痉挛抽动往往更见加重, 因此应尽量做到处之泰然, 有利于使症状减轻。出现双侧眼皮痉挛抽搐以致一时双眼紧闭无法睁开的病人, 在穿越马路等可能有意外危险的活动中, 应谨慎从事, 最好有人陪同。

带状疱疹

带状疱疹病毒平时潜伏在脊神经节和三叉神经节内。发病时首先在有关神经节支配的范围内出现痛觉过敏、烧灼感或放射痛, 这时候皮肤上的带状疱疹还未出现, 常因此造成诊断上的困难。待相隔数天后出现皮肤上典型的带状疱疹时真相才大白。本病好发的部位是胸段肋间神经支配区域与三叉神经第一枝 (眼枝) 支配区域。一般随着疱疹的消退结痂, 在发病后 3 个月内疼痛症状也逐步缓解; 但有一部分病例, 特别是老年病人, 在疱疹愈合后仍然有持续的疼痛, 后者甚至可以持续数年。三叉神经第一枝的疱疹常伴发同侧的颈动脉炎, 可以出现对侧上、下肢偏瘫的征象。少数以肋间神经痛为征象的带状疱疹可以并发脊髓炎。

在疾病急性期应用抗疱疹病毒的药物, 阿昔洛韦 (无环鸟苷), 静脉注射或口服, 对减轻疼痛症状与减少并发症有一定的帮助。抗抑郁剂对疱疹后神经痛有一定的疗效。

病人应注意勿将疱疹弄破, 以免招致继发的细菌感染。本病常发生在免疫功能低下的病人中, 在国外当提防艾滋病, 在国内要提防体内隐匿的癌肿。

多发性神经炎

临床上常见的多发性神经炎大致上可以分为两大类：

代谢障碍、药物中毒或过敏、营养缺乏等引起的多发性末梢神经炎 主要表现为四肢远端部位对称的感觉、运动和植物神经障碍。由于出现症状的部位相当于人们平时戴手套与穿袜子的部位，习惯上称之为手套袜子型分布，是多发性末梢神经炎的典型表现。

最常见的代谢障碍是糖尿病。糖尿病的多食、多饮、多尿症状不一定很明显，不少病人是先发现多发性神经炎，在追究病因，进行糖耐量试验时才发现有糖尿病证据。

能引起中毒或过敏反应的药物众多，较常见的有呋喃西林、呋喃坦丁、异烟肼、氯喹和长春新碱等。需要强调指出的是医生与病家不但要知道药品的商品名称，还应该了解它的化学成份。有一个对呋喃类药物过敏曾经发生过中毒性多发性神经炎的病例，后来因为其他疾病住院而服用了新 B₁ 药片，结果又引发一次中毒性多发性神经炎，原来新 B₁ 的成份是呋喃硫胺，也属于呋喃类药物。

营养缺乏病因中最常见的是酗酒，一般人都认为酒精中毒性多发性神经炎并不是由于酒精“中毒”，而是由于酗酒者以酒代食不注意营养摄入所致，其实这仅是原因之一，酒精本身已证实对大脑与周围神经都能起直接的毒性作用，贪杯者当引以为戒。

病毒感染后通过免疫机理引起的急性感染性多发性神经炎 其又称格林—巴利综合征，本病以四肢运动障碍为主，瘫

痪以肢体近端为重，可以伴有主观的感觉异常，但很少有明显的客观的感觉减退。本病属于神经科危重急症，因为可以伴发颅神经瘫痪、呼吸瘫痪与心脏功能障碍。特别不能大意的是一个发病时仅有四肢轻微无力的病人可以在数小时后发生严重的呼吸瘫痪。呼吸困难最早出现的症状是气短、胸闷感。病人讲话声音提不高，不能长时间连续讲话。如果注意观察可见胸部的呼吸肌动作微弱或消失，主要仅靠横膈肌执行的腹式呼吸。双侧面肌瘫痪妨碍了口唇的动作，讲话声音单调而低平；如果讲话带鼻音则提示有软腭瘫痪。进食后有呛咳返流，口角经常流涎则反映吞咽有障碍。如有以上这些迹象发生，应及时向主管医生反映。

本病不少病例在急性期有四肢瘫痪和呼吸瘫痪，多数进行气管切开，应用人工呼吸，但神志与感觉功能保存，在这阶段细心的护理再三强调也不会过分。举一个小小的例子，在热天发病的病人身上发痒需要陪伴的护理员搔痒但是苦于无力表达，这时如果有一个体贴且善于观察的护理员及时帮他搔痒并加强皮肤的护理，病人将感激不尽。不少病人在急性期就是因为病情重笃，又无法充分交流，得不到满意的护理而产生抑郁反应，在这个阶段劝慰并鼓励病人建立信心至关重要。笔者看到过很多危重的格林—巴利综合征病人，在急性期有呼吸瘫痪、进行气管切开，长时期依靠人工呼吸，加上四肢瘫痪时间较长，四肢肌肉出现明显的萎缩，但是通过医护人员积极的抢救治疗和护理，病人配合主动的锻炼，最后都得到满意的康复。因此，病人与家属一定要充满信心，积极配合医护人员共同努力，定能取良好的疗效。

在发病后第三周左右，临床医师会要求病人接受腰池穿刺作脑脊液检查，因为这时候脑脊液中细胞数正常而蛋白定量明显增高，是本病的特征之一。

颈椎病

颈椎退行性病变以往是老年人的疾病，但发病年龄有越来越提早的趋势。颈椎病可以引起多样化的症状：

1. 压迫颈神经感觉根，引起枕、颈、肩和上肢的疼痛；凡是仅累及上臂或前臂的外侧或内侧部位，或只累及拇指、食指、中指或无名指及小指的感觉，症状大多反映颈神经根受累。

2. 压迫颈神经运动根，可出现前胸、后背肌肉部位的钝痛；如果仅出现在左前胸，会被误认为是“心绞痛”。

3. 压迫颈段脊髓，引起四肢瘫或两下肢轻瘫。

4. 影响椎动脉血供，可导致眩晕等脑干缺血症状。

(5) 颈椎活动受限，即俗称落枕。由于颈椎过屈（前屈）或过伸（后仰）都会加重对颈神经根或脊髓的压迫。平时在日常生活与工作中注意避免一些不良的姿势往往能收到事半功倍的效果。(1) 睡觉时枕头不宜高，以使用一个枕头使颈椎保持平直最为恰当；(2) 在较小的居室内，不宜将电视机放在较高的五斗橱上，这样观看电视时颈项略后仰的姿势对颈椎是不利的。电视机应放在比平视线略低的水平；(3) 也不要半躺在床上，屈颈斜枕枕头观看电视；(4) 低头看书或写作不宜一次持续很长时间，不妨每隔半小时左右略事休息，使颈椎前屈的姿势得以解放片刻。也可将书本放在

琴谱架上，使之抬高到接近平视的水平。另外，寒冷容易加重颈椎病的症状，注意颈部保暖有助于改善病情。

疼痛症状严重时可进行颈椎牵引，经过医生指导后可以在家中施行，但必须注意牵引的着力点要与颈椎保持笔直的直线关系，不要向左右或前后偏倾。如果牵引姿势不当可能反会使症状加剧。颈牵后出现头昏、眩晕者应停止牵引。

颈托的应用有利亦有弊。好处是固定作用比较可靠，缺点是削弱了颈部肌肉的锻炼机会。看来症状严重时不妨短时间应用，其他时间则应让颈部肌肉有适当的锻炼机会为妥。

笔者反对在颈椎病病人身上应用强烈的推拿手法复位。因为颈段椎管内、外有不少重要的神经与血管组织，在发生颈椎病后回旋余地已是十分有限，如果手法稍有不当，可造成脊髓不可逆的损伤，后果不堪设想。

腰椎间盘突出症

与颈椎病不同，腰椎间盘突出症大多有腰部损伤史。造成腰椎间盘突出最常见损伤之一是弯腰俯身去提重物。要知道，两腿伸直弯腰俯身去提重物是一种十分不恰当的工作姿势；这时候伸出去提物的上肢就好象是一根很长的杠杆，重物通过这根很长的杠杆所起的拉力集中于作为支点另一头的很短的一段腰椎上，力量会增大好多倍，是导致椎旁韧带破裂以及后来的椎间盘脱出的主要原因。正确的操作姿势应该是屈膝下蹲，拿住或抱住重物后，伸直膝关节站起，这样腰椎不会受力，受力的是大腿的伸肌。凡是已有过腰部劳损的病人应特别注意这一点，就是没有腰部劳损史的人也要注意，

特别是一些老人要弯腰去抱站在地上的小孩子时千万要采取正确的操作姿势。

在腰椎椎管内只有一些周围神经结构，因此除了卧床休息，腰椎牵引外，笔者并不反对腰椎推拿治疗。

腰椎管狭窄症

腰椎管狭窄症的典型表现是间歇性跛行。临床上可以区分两种类型：

位置性跛行 发生在行走或长时间站立不动时，两小腿前外侧出现疼痛。只要改变腰椎伸直的体位（将身体前屈，下蹲，或弯腰行走），疼痛症状即会消失。

缺血性跛行 发生在行走或下肢活动时，两小腿前外侧出现肌肉挛痛，停止行走与活动即可使症状消失。

周围动脉闭塞性疾病也能引起间歇性跛行症状，但是检查足背动脉搏动时可发现动脉搏动消失。

腰椎管狭窄症程度严重者可能需要作椎管减压手术。

肌肉注射引起的坐骨神经炎

肌肉注射是临床上常用的治疗方法之一，有两点情况希望医务人员与病家能够注意。

一般人认为肌肉注射比静脉注射药物安全，药物吸收速度虽不及静脉注射，但是比口服要快得多。其实并非如此，有的药物肌肉注射后吸收速度还不如口服来得快，例如抗癫痫药物苯妥英钠就是如此，因为药物的吸收所要求的组织内酸碱度是很严格的，如果局部组织酸碱度偏高或偏低就会引起

药物形成结晶，反而阻碍了药物的吸收。

臀部肌肉注射如果部位偏内偏低有可能会伤及坐骨神经，引起化学性神经炎，导致足下垂与足背及小腿感觉障碍。偶尔，在婴孩与儿童中，特别是还不太会走路的孩童，由于臀肌还未发达，臀部基本上是以脂肪为主，即便在正规部位进行肌肉注射，也有可能会直接或通过药物扩散间接损伤坐骨神经。因此，在年龄较小的孩童中应尽量避免不是必要的肌肉注射。

急性脊髓炎

急性横贯性脊髓炎的临床表现是病变水平以下感觉、运动与大小便功能障碍。常见的病变位于胸段脊髓，造成两下肢瘫痪，下半身感觉消失；如果炎症上升累及颈段脊髓则可引起四肢伴胸廓呼吸肌的瘫痪，甚至危及生命。

有关肢体瘫痪等的护理，前面已经提到的不再重复，但由于瘫痪的肢体皮肤温度冰冷，不少病人家属常在冬天将热水袋贴着瘫痪的肢体安放，希望能起到一些加温保暖的作用。然而病人皮肤的痛觉与温度觉都已丧失，经常会引起烫伤，且烫伤后不易愈合。因此，凡有痛、温觉障碍的身体部位，不要施加任何温热的刺激，包括产生热效的理疗措施。

在国内，属于脱髓鞘疾病的视神经炎并不少见。本病两大症状是突然失明（视神经炎）与躯干、肢体感觉与运动障碍（脊髓炎）；这两大症状可以同时发病，但也可以先后发病，而且两者之间可相隔相当长一段时间。本病常有多次复发与缓解，复发常与一些非特异性病毒感染有关；因此注意保健，

特别在冬天注意防止上呼吸道感染，对防止疾病复发可能有一定的作用。另外，从脱髓鞘疾病的预防角度来说，建议平时多食用一些植物油，最好是玉米油。

脊髓压迫症

脊髓可以在椎管内受到肿瘤（例如神经纤维瘤）、肥厚并钙化的韧带、椎间盘脱出或脊椎结核等病变的压迫，统称脊髓压迫症。这类疾病大多需要外科手术治疗，因此关键问题是早期诊断与早期治疗。

脊髓压迫症的症象，从感觉、运动与大小便功能障碍的分布来看，与脊髓炎是相同的，差别仅在发病方式与进展过程的不同。良性的肿瘤发病隐袭，进展缓慢，历时可数年。有急性外伤时，椎间盘脱出的发病比较快速。特别要警惕的是病情在1~2周内到达高峰的亚急性压迫病例，应首先怀疑肿瘤转移。原因不明的躯体与肢体部位的疼痛，特别在晚间睡眠时加重的，要考虑神经纤维瘤，后者引起的症状可以长期被误诊为肋间神经痛或慢性阑尾炎。通过CT或MRI检查能明确诊断。争取及早手术治疗。

脊髓空洞症

本病的主要症状是脊髓内空洞病变所累及的神经节段支配的深、浅组织（关节与皮肤）都丧失痛觉，因此当皮肤受到意外烫伤或割伤时病人毫无知觉。由于关节也丧失痛觉，日积月累的各种轻微的损伤最终可以导致关节发生严重破坏，形成畸形。因此病人在日常生活中要注意防范各种各样可以

造成意外损伤的机会。

遗传性共济失调

由遗传性脊髓与小脑变性引起的共济失调一般都呈缓慢进展性加重的趋势，目前无特殊治疗。从神经生理角度来看，一切运动的最高控制是在大脑，因此由于小脑与脊髓病变造成的共济失调症状，有可能通过主动的活动锻炼即大脑的协调而有所改善或至少可以延缓病情的加重。所以要鼓励病人坚持力所能及的主动的活动锻炼，至少要尽量独立从事各项日常活动。如果病人抱消极态度，放弃积极的活动锻炼，不参加力所能及的日常活动，则共济失调便会迅速加重，直至卧床不起。

脊髓亚急性合并变性

这是一种由于维生素 B₁₂缺乏所造成的脊髓变性，因为主要造成后束（主管深感觉）与侧束（主管运动）的变性，故称合并变性。事实上，本病还累及大脑，可以出现精神症状，也可以累及周围神经系统，引起多发性末梢神经炎。长期素食与胃切除手术是本病最常见的病因，补充维生素 B₁₂能使病情改善。

只有荤食中含有维生素 B₁₂，素食中不含这种维生素，所以长期素食者容易发生维生素 B₁₂的缺乏。国外现在有不少只吃素食的人，他们不发生维生素 B₁₂缺乏，因为他们平时吃大量的奶酪，奶酪中含有丰富的维生素 B₁₂。在国外，任何超级市场都有各种各样的奶酪供应，消费量很大，国内大多数人

还不习惯吃奶酪，看来有加以宣传的必要。

有些老年人，既不是素食者，也没有接受过胃切除手术，但仍有可能发生维生素 B₁₂ 缺乏，主要是胃肠道吸收功能减退所致。如果出现神经精神症状，经血清维生素 B₁₂ 检测证实水平偏低，则应补充维生素 B₁₂。

运动神经元疾病

本病仅影响脑干与脊髓的运动系统，主要是脑干的运动神经核、脊髓的前角细胞，以及脑干与脊髓内的锥体束。病变影响到延髓的可引起吞咽困难与舌肌萎缩，累及颈段脊髓的则造成双侧手部小肌肉萎缩，伴同两下肢强直性瘫痪。感觉功能保持正常。

病程缓慢进展，最后常因并发症致命。最常见的并发症是因吞咽与呼吸困难造成的肺部感染，其次是因跌倒损伤引起骨折，卧床不起，最后因继发疾病致命。

病人进食宜小心缓慢，防止呛咳与食物返流，适宜吃半流质而不宜吃流质饮食。吞咽确实有困难者应考虑长期鼻饲。

冬天要注意保暖，防止上呼吸道感染；不去人群多易得交叉感染的公共场所。出门时勿走在人流拥挤的马路上，避免被人无意碰撞而跌倒于地。

平时应保持力所能及的日常活动。长期卧床休息只会加速肌肉的萎缩，但过度的活动锻炼也非病变肌肉所能承受，活动以不引起疲劳为适度。

中风（急性脑血管疾病）

人们流传一种错误的见解认为不能让高血压病人跌倒，跌倒后会发生中风，因此若看到高血压病人跌倒应该赶快将他扶起站好才能避免发生中风。其实发生中风的高血压病人是先发生中风然后才跌倒于地。真会发生中风，在安稳的睡眠中也可以发病。

对倒地的中风病人应少搬动，先察看一下病人的意识、呼吸、脉搏以及肢体瘫痪情况。要搬动病人时，应使其保持平卧位，多人一起合作将他从地上搬至床上。切忌将病人强行扶起撑住在站立位。

在救护车来到以前，病人如有呕吐，应将病人头部转向一侧，迅速将口腔中呕吐物清除，以免呕吐物倒流，引起窒息或吸入性肺炎。对神志模糊不清的病人千万不要将任何茶水或“开窍”药物滴灌进病人口中。

在急性期抢救过程中。不应忽视基础护理工作 每2小时翻身1次。急性期中风病人翻身要有一定的技巧：(1) 幅度要逐步由小到大，将软枕头垫塞在病人的背部与臀部使之保持略呈侧卧的位置。可从偏左侧卧→仰卧→偏右侧卧→仰卧→偏左侧卧，每隔2小时改变一次体位；(2) 头位也要作相应的变动。不然，若一直保持仰卧位，后枕部头皮也会发生褥疮；(3) 最好是2人协调配合为病人作翻身活动；(4) 动作要轻柔，按要求做不会因翻身而加重病情。

注意水、电解质与酸碱度平衡，以及营养的维持 发病3天后不能进食者应开始插胃管鼻饲。凡中风病人在发病后1

周左右病情不见好转，或一度好转重又恶化的，除注意有无肺部感染外，应检查血液有无低钾、低钠、低氯化物的现象，还要警惕有无酸中毒。不少病家轻信静脉滴注葡萄糖盐水能维持病人的营养需要，这是一种错误的观点。

密切观察血压变动 高血压性脑溢血病人常在发病后 2~3 天血压会有所下降，这时候不宜再重用降血压药物。

对中风病人瘫痪肢体的康复治疗应该从急性期就开始，第一步是帮助瘫痪肢体作被动活动。临床医院的护理人员常喜欢在病人的瘫痪肢体上作静脉输液，因为补液针头不会因病人肢体活动而滑脱；但这样一来，就妨碍了对瘫痪肢体作被动活动的机会。应该建议护士在健侧肢体上作静脉输液，家属就可以不时地为瘫痪肢体作被动活动。各关节的被动活动幅度要大，但动作速度要慢而轻柔。不要只注意手指关节与手腕，还要注意肘关节与肩关节。不少病人在中风后发生肩关节粘连，就是因为没有在急性期注意肩关节充分的被动活动。在下肢，应对髋关节、膝关节与踝关节都作被动活动。

应及早鼓励病人在床上作肢体的主动活动锻炼，并争取早日下床作走动锻炼。主动锻炼开始得愈早对功能的康复愈有利。

在各种急性脑血管疾病中，特别要警惕蛛网膜下腔出血（简称蛛血），因为它不同于其他常见中风（脑内出血或脑血栓形成），一般中风都有偏瘫等明显的局灶性体征，而蛛血仅表现为脑膜刺激症状。严重的蛛血会引起剧烈头痛，恶心呕吐与颈项强直，不会被忽视，最多是被误诊为脑膜炎。最要提防的是首次轻微的蛛血，可能只有轻至中度的头痛，没有

偏瘫症状，甚至也没有颈项强直和呕吐，易被误诊为一般性感冒引起的头痛；这种病例在第二次复发蛛血时可迅速导致死亡，千万不要掉以轻心。在老年病例中更要注意蛛血的首发症状可能不是头痛而是精神症状或眩晕。笔者最近遇到的一位病人是退休的老医师，晚上全家在看电视时，他突然从沙发上起来，站到电视机前精神恍惚，不停地转圈，讲话语无伦次，经急送医院，通过腰池穿刺检查脑脊液证实为蛛血。另外要注意，发病时有剧烈头痛伴短时间（数分钟）神志不清，但旋即恢复意识，能主动提供病史，并无偏瘫等局部体征的，要注意有蛛血的可能！

对脑卒中来讲，预防重于治疗。积极治疗高血压，以防血脂过高，禁烟、戒酒等已为广大群众所了解。尚有两类情况必须注意：（1）高血压病人不宜盲目过度降低血压，因可能导致脑血供不足。尤其要注意作用相同而商品名称不同的降压药物（例如各种钙通道阻滞剂）不要多药共用，也不宜在服用这类药物时饮酒，以免造成血压过渡降低；（2）在老年病人中要注意心脏功能，因心脏输出量不足而出现“脑血供应不足”症状的病例数要比大众（也包括一般临床医生）所估计的高出很多。

脑肿瘤

各种颅内肿瘤，由于占据了颅腔有限的空间，都有可能引起颅压增高的征象（头痛、恶心、呕吐、视神经乳头水肿），同时由于肿瘤对所在部位的脑组织产生刺激性或破坏性作用可引起各种各样的局灶性症状（抽搐、瘫痪、失语、幻

觉等)。同时具备这两方面症状的大多已是比较晚期的病例,应该争取早期诊断。关键在于抓住肿瘤进展加重的病程演进方式,凡遇到病人有脑部症状,不论是局灶性症状或颅压增高症状,只要表现出进展性加重的趋势,就应赶紧作脑 CT 或 MRI 检查排除脑肿瘤可能。

要注意: (1) 呕吐症状如果同进食有关,属消化道症状;呕吐若与头痛相关则属颅内肿瘤或出血症状。后颅凹肿瘤病人因呕吐症状在消化科诊治长时期后才转神经科的病例也屡见不鲜,值得警惕; (2) 肿瘤可以发生突然的出血,产生类似中风的征象,称为“瘤卒中”。若有突发的头痛伴双目突然失明,首先要怀疑到脑垂体(腺瘤)卒中; (3) 病程在数周内迅速进展的病例应考虑为癌肿脑转移,应作胸片,内脏 B 超检查等搜索有无原发的恶性肿瘤; (4) 针对颅内压增高引起的剧烈头痛应采取降颅压的措施,使之减轻,勿滥用止痛剂,尤其禁用麻醉性止痛剂,因为后者可能抑制呼吸; (5) 高渗葡萄糖液(10%或 25%)理论上可以降低颅压,实际上并无降颅压作用。大量静脉输入高渗葡萄糖液只会使颅压增高,促进脑疝形成; (6) 意识改变、瞳孔扩大、呼吸及脉搏的减慢,以及颈项强直都是脑疝的征象,必须密切加以注意; (7) 如临床征象符合脑肿瘤,而病史中有中耳炎、肺脓疡或先天性心脏病者,应考虑脑脓肿的可能。

病毒性脑炎与脑膜炎

神经系统病毒性感染有时与细菌性感染同样会表现出高热等明显的全身性症状,不过大多数病例仅有轻微的全身症

象，亦有毫无发热症状的。

病毒性脑炎可以表现为昏迷、木僵、抽搐、瘫痪以及各种各样的精神症状。病毒性脑膜炎的症状主要是剧烈的头痛，而颈项强直一般不甚明显；部份病毒性脑膜炎病例的临床表现是低压性头痛。

脑电图上弥漫的慢波活动，脑脊液中白细胞数与蛋白定量的增高，都是炎症的客观证据；这两项检查在怀疑脑炎或脑膜炎病例中是必不可少的。

在麻疹或腮腺炎病毒感染的急性期可以伴发脑炎的神经、精神症象；这是由于麻疹或腮腺炎病毒直接侵犯了中枢神经系统。也有在麻疹或腮腺炎病愈后 1~2 周出现神经、精神症状，这是病毒感染后脑病，是与免疫机理引起脱髓鞘变化有关。

虽然一些重症病毒性脑炎，特别是单纯疱疹病毒引起的脑炎，在急性期可以造成昏迷与癫痫持续状态，危及生命，但是经过积极的抗病毒与支持治疗，不少病人都能有比较满意的恢复，病家应该积极配合医护人员，满怀信心，争取获得最好的治疗效果。

大蒜对单纯疱疹病毒与流感病毒感染有一定的预防作用。平时食用少量大蒜有相当好处，最好是吃生大蒜。有日本学者认为用酱油或糖醋浸泡的大蒜，蒜臭减少而药效不减，不习惯吃生大蒜的不妨可以试服。在日常菜肴中加入少量蒜泥也是一种实用的方法。

隐球菌性脑膜炎

新型隐球菌是一种霉菌。在应用大量免疫抑制剂或抗生素的病例中，如果出现头痛、发热、颈项强直等脑膜炎症状，应首先怀疑到隐球菌性脑膜炎。没有应用过免疫抑制剂或抗生素的正常人，如果免疫功能下降，也有可能患本病。要当心附近有否人家饲养鸽子；鸽子的粪便中常含有大量的隐球菌。凡慢性脑膜炎病人都应将脑脊液作隐球菌的有关测定（涂片，培养，或抗原滴定）。

大蒜亦有抗隐球菌的作用，过去抗霉菌新药比较缺乏的时候，曾经有单独应用生大蒜口服治愈过隐球菌性脑膜炎的个例病案。

癫痫

癫痫发作是一个综合征，可以由多种病因引起，例如脑肿瘤、脑炎、脑寄生虫、脑外伤、低血糖症，尿毒症和异烟肼中毒等。因此应该明确病因。凡 30 岁以后发病，发作类型为局限性（仅累及单侧口角、上肢、或偏身），发作后还遗留持久的障碍，或伴发其他进展性症状（头痛、失语、精神异常）的病例，首先应排除脑肿瘤可能。

在青春期发病，无特殊病因其发作表现为神志昏迷伴全身性抽搐，但有阳性家族史者，称为“特发性癫痫。”

癫痫发作当时的具体表现对医生作出临床判断十分重要，但是很少有医生能亲眼目睹病人的发作表现，为此如病家能向医生提供病人发作当时的具体表现将对诊断非常有

用。在场目击者应注意观察病人发作时面色有无青紫，瞳孔是否扩大，四肢的姿势是伸直或屈曲，头、眼与肢体是否表现出特殊的姿势，抽搐发生在哪些部位，一次抽搐持续多少时间，发作后隔多少时间才恢复清醒，清醒后有何症状，病人是否立刻能继续执行正常的活动。

癫痫发作的临床表现根据病灶部位各异而各不相同。人们所熟悉的“羊癫疯”（病人僵卧倒地，口吐白沫，四肢抽搐）只是其中较常见的一种全身强直的阵挛性发作。最容易为经验不足的医生与病人或家属所忽视的是一些表现为精神症状与复杂的行为异常的癫痫发作：视、听、嗅、幻觉或错觉，恐惧感，似曾相识感，口部咀嚼动作，手部摸索动作等。凡是以固定型式反复发作的各种感觉、运动、精神症状，不管如何荒诞，病人都应该向医生提供详细的情况。

脑电图在癫痫的临床诊断中具有实用的重要价值。

在医院急诊室经常遇见的一种情况是：病人半夜在家中癫痫发作，昏厥不醒，病家赶紧呼叫救护车急送医院，结果在半途或抵急诊室时病人已完全恢复清醒，不需任何紧急处理。病人发生一次癫痫发作究竟应否立即送医院？笔者认为病因不明的首次癫痫发作以急送医院为宜。如果送医院有实际困难，在病人急性发作当时主要护理任务是防止意外的损伤，特别是清除口腔与喉头的分泌物或呕吐物，避免造成窒息或吸入性肺炎，对抽搐的四肢可稍加约束防止关节脱臼。若病人抽搐发作停止后，虽然神志尚未恢复，但面色无青紫现象、呼吸平稳、心跳与脉搏正常，则不必惊慌失措。绝大多数病人从发作后昏迷进入睡眠，醒转后除有头痛及疲乏感外

并无特殊异常，一般均能恢复正常活动。若病人在一次发作后神志尚未恢复前又反复出现发作，称为癫痫持续状态，属神经科急症，应从速送医院，不得耽误。

在门诊接受长期预防性抗癫痫药物治疗的病人最易犯的一个错误就是不肯坚持长期服用某一有效的药物，而喜欢调换新药，或是试行停药以观察有否长期服药的必要。这主要是出于两种心理状态：(1) 担心某一药物服用时间较久就容易产生药物副作用，特别怕多吃药后脑子会变笨；(2) 希望癫痫的诊断是医生的误诊，通过自行停药后若未见癫痫复发则可以证明本人并非癫痫病人。要知道，随便停药（有药物过敏反应必须停药者除外）或突然更换药物是引起癫痫发作增多与不易控制的最常见原因。凡确诊为癫痫的病人，在药物的选择，开始应用的时间，服药的年限，停药的时间与方式等方面都应严格遵守医嘱，切勿道听途说自作聪明。

脑囊虫病

脑囊虫病是由于吞食了猪肉绦虫的虫卵所引起。可以引起癫痫发作与颅内压增高。皮下结节与颅内钙化灶的出现，以及血清或脑脊液免疫测试的阳性结果均有助诊断。

不少人认为吃没有煮熟的含有猪囊虫的“米珠肉”是引起本病的唯一感染途径。其实不然，一个猪肉绦虫病病人如果不注意便后洗手，他就可能吞食由自己排便带出的虫卵。如果他是一个炊事员，则经过他手的食物都可能被虫卵污染，凡吃了这种虫卵污染的食物的人都可能得猪囊虫病。菜场上出售的蔬菜也可能为虫卵所污染，如果不洗净煮透吃食后也可

得病。

因此，大便中有类似阔面条的虫节排出的猪肉绦虫病病人应尽早服药驱除绦虫，要看到绦虫头钩排出才算驱虫彻底。各单位对炊事人员除检查肝炎等肠道传染病外，也须注意是否为猪肉绦虫病病人。群众在选购肉类副食品时要查看是否经过卫生检疫。蔬菜要洗净煮熟后吃。

偏头痛与群集性头痛

临床上可以将头痛分为两大类：急性（一次性）头痛与慢性（复发性）头痛。遇到急性的头痛，首先要考虑脑部器质性疾病，如蛛血、脑膜炎、脑内血肿等。慢性（复发性）头痛则又可分为两大类型：血管性头痛与肌紧张性头痛。偏头痛与群集性头痛均属血管性头痛，基本特征是头痛呈间歇阵发。

偏头痛多数位于一侧，但左、右侧可以交替发病，有时也可以一开始即为双侧性头痛；头痛为搏动性痛或钝痛，常伴恶心、呕吐和/或畏光、畏声。约 20%病人在头痛发作前先有眼前发暗或出现闪光幻觉等先兆症状。本病多见于女性，在月经期更易发病。本病常有家族史，多见于母系家族。

一部分病人的偏头痛发作与饮食过敏有关。要注意避免的饮食有：牛奶制品、含枸橼酸的水果、香蕉、酸黄瓜、核桃、酒、巧克力、味精和烟熏烤肉。

凡在服用口服避孕药、硝酸盐、利血平、胍苯达嗪、大剂量维生素 A 等药物的偏头痛病人宜停服以上这些药物，有利于偏头痛的改善。

生活节律规则化也有助于改善偏头痛。进食、入睡、起床等活动的时间必须有规律，应避免在周末或休假日作重大的变动。

从事耐力锻炼能使偏头痛发作减少，每天至少慢跑或快走 1 小时。

麦角胺是常用的中止偏头痛发作的药物，但过量服用会引起麦角中毒。另外，要注意若有下列情况者忌用麦角胺：高血压、周围动脉疾病、缺血性心脏病、心动过缓、肾脏病、肝脏病、感染或发热、消化性溃疡、妊娠或哺乳、以及年龄在 60 岁以上者。

群集性头痛的特征是头痛集中在一段时期内发作，在这段时期内每天头痛开始与停止的时间有固定的规律，不少病人可在睡眠中发病而使病人痛醒。在这段头痛集中发作的时期过后可以有持续数月至数年的缓解期。

群集性头痛症状常位于眼眶周围，不伴恶心、呕吐，而伴有面色潮红和流泪等症状。须注意勿与青光眼的疼痛混淆，后者常伴有瞳孔扩大与眼结合膜充血。

群集性头痛的发作常与病人作息时间的变动有所联系，恢复原先的作息制度往往可使头痛不治而愈。

急性发作时可采用吸氧疗法：吸纯氧 10~15 分钟，吸氧时病人采取坐位，身体前倾，保持平时的呼吸频率，不必作过度换气。

头痛发作时伴心率减慢者，可进行原地跑步以提高心率，有助于使头痛缓解。

平时坚持耐力锻炼有预防群集性头痛发作的功效。

脑外伤后慢性硬膜下血肿

脑外伤后立即或快速出现神经症状的一些急症，如脑震荡、脑挫裂伤或急性硬膜外血肿，都能引起重视。病人会被急送医院。在脑外伤后容易被病家所忽视的一个严重情况是慢性硬膜下血肿。

教科书上对慢性硬膜下血肿症状的描述是昏迷—清醒—再昏迷，即脑外伤当时有脑震荡造成的短时间昏迷，恢复清醒后一切如常，隔了数周至数月出现颅内血肿症状，进展加重直至再度昏迷。但是造成慢性硬膜下血肿的原因是大脑与颅骨之间小的静脉撕裂出血，可以发生在轻微的头颅外伤后，例如不小心头部轻撞门框一下，不但不引起昏迷，甚至连病人自己都毫不在意，因此在追问有否外伤史时否认有头部外伤史。老年人由于脑萎缩，脑与颅骨之间的空隙增大，其间的静脉很容易受损出血，尤其要当心。

由于血肿是在脑组织之外产生对脑的压迫，临床特征是症状的波动性大，时重时轻，到疾病的后期才呈稳步的加重。可以出现头痛、恶心、呕吐、偏瘫，更要注意的是首发症状可以是精神症状。

因为通过简单的颅骨钻孔或开颅清除血肿可以将病人从死亡边缘抢救回来，及时作出诊断至为重要。特别在老年病人中，勿将本病误诊为是没有手术指征的脑卒中，病情恶化，稍有怀疑就应立即作脑血管造影或 CT 检查明确诊断。

神经梅毒与艾滋病

神经梅毒与艾滋病主要都是通过性行为传播，都是经过相当长的潜伏期才暴露出临床症状，临床表现各种各样，同神经系统其他常见疾病容易混淆。神经梅毒如果仅侵犯到脑膜或血管时尚有治疗机会，一旦已损伤大脑与脊髓的实质时则已无药可治。艾滋病目前尚无有效治疗药物。对这两种疾病，预防为主再三强调也不会过分。

震颤麻痹

震颤麻痹的四大症状是：(1) 动作缓慢或缺失，动作发动困难，面部表情呆板；(2) 肢体张力增高—僵直；(3) 震颤，特别是手部的节律性抖动；(4) 姿势反射障碍，表现为主观的摇摇欲跌的不稳感，以及当身体受到推撞时防御性反应的丧失，容易跌倒。

病人对动作缓慢或缺失的描述往往是“感到肢体发重”、“行动无力”等比较通俗的用语，因此在早期时常被误诊为是关节炎的症象，待四大症状都具备时才被确诊。凡病人自感无力，行动不便，但客观体检时肢体的肌力未见明显减弱者，应建议到神经科详细检查。

对诊断明确的病例，除遵医嘱正规应用药物治疗外，应鼓励病人尽量保持力所能及的主动活动。若病人抱消极的态度，活动减少，则进入依赖轮椅直至卧床不起的局面将会提早来临。姿势反射的障碍只有通过适当的体疗锻炼来使之改善。

对病人的卧室、起居室、卫生室与过道的布置应力求家具简单，地面平整，不放任何可以引起病人绊跌的物件，在适当的地方或墙壁上可以多安装一些扶手。

不少精神药物能引起类似震颤麻痹的症象，因此在首诊时医生应详细询问病人的药物应用史，病家也有责任向医生提供病人的药物应用情况。

小舞蹈病

本病又称风湿性舞蹈病，是儿童急性风湿病的一种表现。不自主的“舞蹈动作”是本病的主要症象。“舞蹈动作”并非其名称所意味的优美的舞姿动作，而是不规则且快速的不自主动作。可累及面、舌、四肢和躯干，表现为挤眉、弄眼、撅嘴、伸舌、肢体挥动和步态冲动等不规则的动作，此起彼伏，无一定的形式。家长对早期的舞蹈病现象切莫认为是儿童顽皮的表现，若患儿以往有过猩红热病史或经常有扁桃腺炎病史，则更要想到小舞蹈病，宜及早就医。在急性期要注意让患儿有足够的休息与充分的营养摄入。

肝豆状核变性

本病是遗传性家族性铜代谢障碍引起的疾病，可以表现为各种各样的神经精神征象和肝脏疾病的征象，角膜色素环是本病的一个特征。

凡发现 1 例确诊的病例，就应对其家族成员都作眼科裂隙灯检查看有无角膜色素环，并检测血清铜与尿铜，以明确是否为尚无临床征象的本病病人。排铜治疗应用得愈早则疗

效愈好。

病人在接受排铜治疗同时，应注意平时饮食中限制铜的摄入。下列食物含铜量高，病人应避免食用：贝壳类、螺类、甲壳类动物（例如虾、蟹）、豌豆、蚕豆、玉米、坚果类、麻菇或香菇、动物的肝脏与血液、巧克力、可可、蜜糖。

进行性肌营养不良

肌营养不良的主要症象是肌肉无力伴萎缩。多见于假肥大型肌营养不良患儿常在疾病后期卧床不起，因肺部感染等并发症致命。病人的心肌与心脏传导系统亦可为病变所累及，要注意有无心律失常或心力衰竭。发病较迟的肢带型肌营养不良则预后较好。应鼓励病人尽可能自理日常生活并作适当的体疗以延缓肌肉萎缩，但超过病人所能负担的比较剧烈的锻炼是不妥当的。最近还有科研资料指出，由于病人肢体无力，行动不便，进食多有困难，而营养不足可以加重肌肉的萎缩，且还能妨碍免疫功能；因此，家属应该悉心照料病人的饮食营养。要注意避免进食过多的碳水化合物与脂肪，而要以蛋白质为主；另外，钾的补充也不容忽视。确有吞咽困难者宜及早鼻饲，必要时须进行静脉滴注补充营养。

重症肌无力

本病的特征是肌肉病态的容易疲劳。肌肉在从事持续活动后会出现无力症状，经过片刻休息后即见缓解，因此常呈现早轻夜重的趋势。最常见的症状是单侧或双侧的眼皮下垂，一般会引起注意。而表现为全身或某一肢体无力或呼吸、讲

话和吞咽困难的病例时常被误诊为“神经官能症”“或“癔病”。如有怀疑，应到神经科检查，通过疲劳试验与药物（新斯的明）试验可以确诊。全身型重症肌无力可以发生危象，出现呼吸瘫痪，危及生命，切切不可大意。

重症肌无力危象常为继发感染所激发，此类病人要特别注意预防呼吸道感染，不到容易发生交叉感染的公共场所去，出门时要戴好口罩。

链霉素、卡那霉素、新霉素、粘菌素、多粘菌素、紫霉素、巴龙霉素等均可加重本病症状，属于忌用药物。此外，奎宁、氯仿、吗啡、安定、苯巴比妥（鲁米那）等也属禁用或慎用药物。

甲状腺功能亢进伴发全身型重症肌无力的病人须由内分泌与神经科医生共同负责医治，一般主张不要一下子快速彻底纠正甲状腺功能亢进，以便对重症肌无力更为有利。

周期性瘫痪

周期性瘫痪有低血钾、高血钾与正常血钾三种类型，以低血钾性瘫痪最为常见。亦要注意有无伴发的甲状腺功能亢进。饱餐大量碳水化合物，受凉、疲劳、精神刺激和酗酒常能诱发瘫痪发作，因此应尽量避免这些诱发因素。在急性瘫痪发作期，口服氯化钾制剂能起快速的治疗作用；但平时服氯化钾并无预防发作的作用。

在急性发作期应注意心肌缺钾的表现。

多汗症与无汗症

汗液的分泌受交感神经控制，多汗反映交感神经功能亢进，无汗提示交感神经功能障碍。无汗大都由器质性病变所造成，例如颈交感神经病损可引起同侧面部不出汗，并伴有同侧上眼皮轻度下垂和瞳孔缩小；脊髓横贯性脊髓炎病人出现神经症状的体表部位大都不出汗，因此常因散热障碍而导致体温增高，这些部位的表皮营养状态也差，容易发生褥疮。凡出现无汗症状都应就医明确病因和处理方针。多汗症由器质性病变引起的很少，大都是交感神经功能亢进的表现，应避免精神紧张与心理不安，少食麻辣食品；大量出汗后宜补充水份与盐份。

(蔡 琰)

第十六节 精神科疾病

神经衰弱

神经衰弱是一种常见的神经官能症。其按传统诊断，症状范围很广：

乏力和容易疲劳 常感精神疲乏，注意力难于集中，记忆力不佳，常忘记物品放置的地方或熟人的姓名，看书或听讲不易掌握中心思想，不论进行脑力或体力活动，稍久即感到疲乏，难以坚持。

对刺激过度敏感 病人对声、光刺激或细微的躯体不适

特别敏感，不愿到人多的场所活动，遇事不顺心则易激动，甚至暴怒。

睡眠障碍 白天思睡，夜间兴奋难眠，多梦易醒，醒后很难再入睡，次晨仍感困倦，心境不佳。有的病人临睡前担心失眠，反而更加兴奋，入睡更难，甚至把睡眠当成负担。

疑病和焦虑 病人常注意自身的各种变化，并产生疑病和焦虑不安。焦虑可使上述症状加重，病状的恶化反过来又可增添病人的疑病和焦虑，致使长期陷于苦闷之中。

植物神经功能紊乱 可有头痛、头昏、胸闷、气短、心悸、多汗、血压波动、肢冷、厌食、腹胀、便秘和腹泻、尿频、月经紊乱、遗精、早泄或阳萎等症状，少数还可有昏厥发作。

神经衰弱诊断并不困难，根据上述症状，检查时可见表情焦虑、消瘦萎黄、手足湿冷、舌苔增厚、脉搏加速、手指和眼睑及唇舌等可有细微震颤，以及腱反射亢进等，但无明显躯体疾病及其他精神疾病症状。

神经衰弱以心理自我保健为主，首先应了解自己疾病的性质，解除疑病和焦虑情绪，掌握疾病的规律和治疗对策，以增强与疾病作斗争的信心。

注意安排工作和学习活动，注意脑力劳动和体力劳动相结合，坚持锻炼身体，适当参加文娱活动。规律的作息制度可预防神经衰弱。

对焦虑抑郁者可服用抗焦虑或抗抑郁药物，睡眠困难者给予适当药物帮助，也可服用中药或针灸治疗。

癔症

癔症又称歇斯底里症，是由精神刺激或不良暗示引起的一种神经精神障碍。大多突然发病，可出现感觉、运动和植物神经功能紊乱或短暂的精神异常。

癔症病者症状较多，常见如下几种特征性表现：

精神症状 主要可有情感暴发，常在精神刺激后立即发病，情感反应强烈，具有尽情发泄的特点。也可表现昏睡、木僵或朦胧状态。有些患者答非所问，有的患者言语、表现稚如儿童，也可有短暂的幻觉或妄想，整个病程历时短暂，或出现症状完全缓解的间歇期，但会反复发作。

运动障碍 可表现为痉挛发作、瘫痪、站立不能、抽搐、舞蹈症样动作或失音等。

感觉障碍 可突然失明，呈现弱视、管状视野或单眼复视，也可突然耳聋。另外多见咽喉部有梗阻感。

植物神经和内脏功能障碍 可表现为神经性呕吐、呃逆、腹痛、尿频、尿急、假孕等。

根据上述症状特点，精神症状明显发作时，起病急骤，与精神因素密切有关，其精神症状情感色彩浓厚，具有夸张或表演色彩。有躯体症状而常无相应的器质性病变，其症状或体征不符合解剖生理规律，且可在暗示影响下改变或消失。

有癔症个性特点者较易发生本病。这种个性的主要特点是：情感反应强烈而不稳定，容易趋向极端，对人、处事常感情用事，富于幻想，易受暗示，好表现自己。使病人感到委屈、愤怒、羞愧、窘困或惊恐等突然的精神刺激，常为本

病初次发作的起因。以后可因联想或重新体验到当时情感而发病。躯体症状大多数由暗示或自我暗示引起，而精神症状则常由明显的强烈情感因素所致。

癔症以心理治疗为主，使病人对疾病有足够的认识，并应对疾病的治愈具有坚强的信心和决心。对有躯体症状的病人，可选用药物或物理治疗，配合语言暗示。对精神症状发作可用氯丙嗪、奋乃静、氟哌啶醇等抗精神药物。此外，针灸、中药、直流电或感应电治疗，均可配合应用。

有癔症性格的人应该改变性格，关心集体，正确对待周围的人和事，保持心理健康，可预防癔症的发生。

强迫症

其是以重复出现病人并不愿意出现的某种观感、意向和行为特征性的一组神经官能症。强迫观感：如强迫怀疑、强迫性联想、强迫回忆、强迫性穷思竭虑、强迫性对立思维等；强迫意向：病人常为某种与正常心理相反的意向所纠缠；强迫行为：如强迫检查、强迫计数、强迫仪式动作、强迫洗手等。

病人明知上述这些观感和行为毫无意义，不应重复，力求摆脱，但无能为力，因此往往在试图克制这种强迫症状时，出现明显焦虑不安。

强迫症的内容有的与精神因素有联系，有的与其生活经历有关，内容并不荒谬离奇，病人有自知力。强迫症者具有强迫个性特点：如拘谨、犹豫、节俭、过分注意细节、要求十全十美等。

强迫症以心理治疗配合药物治疗，能得到满意疗效。心理治疗中以行为治疗最为重要，对部分病人采用系统脱敏治疗也能取得较好效果。药物治疗氯丙嗪也能取得满意疗效。

自我保健应对自己工作与生活安排得紧凑而有规律，鼓励病人多参加文体活动，可以转移其对症状的注意力，以利症状的改善。

对具有强迫个性者，应努力克服个性缺陷，培养兴趣爱好，生活安排丰富多彩，可起到预防本病发生的作用。

精神分裂症

其是一种病因未明的常见精神病，好发于青壮年期，主要表现为思维、情感、感知和行为等多方面的异常，因而导致精神活动的不协调，一般无智能及意识障碍。

精神分裂症病人的精神症状多种多样，但同一病人在同一时期常出现部分症状。

常见的思维障碍，主要表现为思维形式或思维过程的障碍，即联想障碍，可在书写和谈话中表现出来，思维内容散漫，杂乱无章等。

思维障碍的另一表现为妄想，其内容主题亦以被害及嫉妒为常见，缺乏连贯性和系统性，内容很荒谬，如果出现被控制感，则对诊断本病很有价值。

情感障碍，主要表现为情感反应淡漠，对自己有切身关系的事情漠不关心，而对己无关之事高度注意。严重的情感淡漠则表现对一切事情都缺乏兴趣和反应，如强制他去关心某些事情可引起勃然大怒。病人还可以对周围现实毫不关心，

而完全沉湎在自己的精神世界之中，有的表现为白日梦，有的则行为离奇，我行我素。

幻觉是精神分裂症中常见的症状，急性期幻想的内容对病人的行为会产生很大的影响，慢性期病人对幻觉可以有所认识，因而一般不一定影响其行动。

精神分裂症的诊断主要根据联想障碍、妄想、情感障碍、幻听、行为障碍、被控制感、被洞悉感及思维和插入等八条症状中具有三条以上，并且严重影响日常生活、工作、学习又缺乏自知力者，持续病程在 3 个月以上。

治疗精神分裂症主要使用抗精神药物，对兴奋骚动、幻觉、妄想等症状有良好疗效。首选药物氯丙嗪，可口服、肌肉注射或静脉滴注。另外，还可根据症状选用氟哌啶醇、奋乃静、舒必利、氯氮平等。慢性病人还可使用长效制剂，如氟奋乃静癸酸酯、长效氟哌啶醇。电休克对木僵及抑郁症状的精神分裂症是最有效的治疗。

精神治疗可作为提高和巩固疗效的手段。此外，应让病人在症状缓解后早日恢复正常的社会生活；这样对巩固疗效和预防复发有肯定效果。

对精神分裂症病人及家属开展家庭教育，让他们了解疾病，进一步巩固服药治疗，是预防发病和完全康复的良好途径。

躁狂抑郁症

躁狂抑郁症简称躁郁症，是以情感的异常高涨或低落为主要特征的精神病。可伴有相应思维及行为改变，具有反复

发作、自行缓解的特点。

躁郁症症状特点可分为两大类：

躁狂症状 情绪高涨、思维敏捷、动作增多，情感高涨下呈言语增多，滔滔不绝，自我感觉良好，精力充沛，睡眠减少。联想过程明显加速，思维奔逸，意念飘忽。动作明显增多，好管闲事，做事轻率任性，食欲增加，性欲亢进。

抑郁症状 情绪低落、思维迟缓、动作减少。心情抑郁为主要特征，且相对持久。一天内有晨重晚轻的节律性变化。日常活动丧失兴趣，情欲减退，精力明显减弱，无原因疲劳，软弱无力，反复出现消极情绪，可有自杀企图或行为，思维迟钝，联想缓慢，思考能力或注意力减退。精神运动迟钝，对周围反应显著减少。睡眠差，严重抑郁症时可卧床不起。

躁郁症诊断主要根据症状以相对持久的情绪高涨，易激惹或情绪低落为主要特征。根据发作时表现可分为躁狂型、抑郁型、躁狂抑郁型。锂盐对躁狂治疗有特效；对部分躁郁症的抑郁型发作，亦有预防作用。常用碳酸锂，同时定期作血锂浓度测定，以防中毒。

此外，对躁狂症状较多使用氯丙嗪和氟哌啶醇。对抑郁症者常用阿米替林、多虑平、氯丙咪嗪等。电休克治疗对严重消极抑郁症者有明显疗效，对控制急性躁狂症状也有良效。

对此病应从遗传因素和心理卫生方面加以预防。

社会支持包括夫妻、父母、兄弟姐妹之间情感上的关心和帮助，以对外环境变化起到心理保护作用。未婚又无至亲好友和缺乏亲密人际关系者，较易发生抑郁症。

更年期抑郁症

其指一组首次发生于从中年过渡到老年这一年龄阶段的精神疾病。

早期症状常类似神经衰弱，植物神经症状比较明显。表现为失眠、头昏、乏力、健忘、食欲减退、胸腹闷饱、便秘或腹泻、心悸、阵发性心动过速、血压增高、浮肿、盗汗、自汗、畏寒、阵热、性欲减退、月经紊乱或停经等。上述症状也称为更年期综合征。

更年期抑郁症是以情绪焦虑忧郁为主，而精神运动性抑制不明显，病人常过分夸大一些细微小事，把过去一般缺点看作是无可饶恕的罪行；或认为自己过去工作未尽到责任，而又无力弥补；或认为自己罪孽深重；或把一些躯体不适，归咎为严重的难以治疗的疾病等。

此外，还可发生贫穷妄想和虚无感觉，甚而可有消极自杀和自伤行为。病人智能良好，但由于终日焦虑、紧张抑郁和疑病，工作能力明显下降，但思维、言语和行为并不迟钝。

更年期抑郁症的诊断需具备以下三个条件：(1) 患病年龄处于更年期，且为首次发病；(2) 症状早期除神经官能症症状及更年期综合征外，主要以抑郁、焦虑、紧张、疑病症状为主；(3) 具有更年期心理、生理变化特征，但无脑器质性疾病。

更年期抑郁症与内分泌功能失调密切相关，但病前性格特征为多愁善感、过分认真、遇事胆小、多疑和犹豫不决等。多数病人都有心理诱发因素，最多见的是丧偶、子女远离、工

作变动、意外事故和因病或手术等。

更年期抑郁症应采用综合治疗方法。首先要指导病人正确认识 and 对待环境中遇到的矛盾与困难，消除顾虑，增强战胜疾病的信心。

对焦虑、疑病等症状，常用泰尔登，多虑平和安定等。对忧郁、消极等症状，可用氯丙咪嗪、丙咪嗪、阿米替林等。对月经紊乱或过早停经，可应用乙蔗酚或炔雌醇。病人常有自罪感而拒食，故应十分注意病人的饮食营养。对严重的消极病人，应特别防范自杀的危险。

对年龄进入更年期者，应该了解一些更年期综合征出现的生理过程，从而消除紧张心理，正确处理解决一些矛盾和困难，以预防更年期抑郁症的发生。

周期性精神病

周期性精神病是指一组情神症状呈周期性发作，而间歇期完全正常的精神病。

周期性精神病发病呈现有规律地发作和缓解，每次发作形式相似。临床表现以兴奋、易激惹、轻度意识障碍和行为紊乱居多，偶见呆滞、缄默，常伴有植物神经功能紊乱，如口渴、多饮、尿意频数、心率增快、呕吐和腹泻等，间歇期完全正常。

青春期发作上述症状，并呈周期性发作 3 次以上，可诊断考虑为周期性精神病。

本病女性为多见，一般与月经周期有关，每月发作 1 次，伴植物神经功能紊乱。

发作期可用氯丙嗪、碳酸锂、氟哌啶醇等抗精神病药物。谷维素对间脑功能障碍与植物神经紊乱及内分泌紊乱等有效，但服用剂量要大些，时间宜长些。

谷维素和女性内分泌的人工周期治疗，可预防本病的反复发作。

反应性精神病

反应性精神病又称心因性精神病，是由急剧或持久的精神因素引起的精神异常，因此精神因素是发生本病的直接原因。

反应性精神病的诱发因素较多，而且不同性格类型、不同社会经历等因素可出现种种不同精神症状类型，常见如下几种：

反应性意识模糊状态 常在遭受急剧而强烈的精神刺激后突然发病，可表现为情感性休克、木僵状态或意识朦胧状态。情感性休克患者，情感反应突然缺失，目光茫然，或伴有无目的动作。木僵状态的患者，不动不语，表情呆滞，对外界刺激无反应，处于朦胧状态，意识模糊，对时间、地址、人物定向不准，表情紧张、恐怖、或冲动毁物，或向外奔跑，事后不能回忆。有的患者可有梦样体验及生动的心因性幻觉，并可伴有相应的表情和言语。

反应性抑郁状态 在强烈精神创伤之后出现抑郁状态，情绪低沉，或反复追忆往事，独自叹息，或倾诉内心的忧伤，悔恨自责，常伴有失眠、厌食、消瘦和工作能力下降。也可出现焦虑、紧张或疑病，严重者有自杀意念和自杀行为。

反应性兴奋 也有些出现情绪兴奋、言语动作增多、欣快、夸大，甚至躁动不安。

反应性偏执状态 在精神因素的持续影响下，逐渐出现敏感、多疑、关系妄想或被害妄想，还可有幻觉和妄想。

拘禁反应 发生于被拘禁后出现的症状，获释后即迅速恢复正常。

根据上述症状特点，精神刺激因素的发生与精神症状的出现必须有时间上的密切联系，即在急性精神创伤之后随即发病，或者在持久的精神刺激作用下，逐渐发病。精神症状内容又反映刺激内容，在这种情况下出现的精神异常可诊断为反应性精神病。

对反应性精神病患者，首先设法摆脱导致发病的处境，转移到安静舒畅的场所休养，并给予各种疏导、劝慰和个别心理治疗。

应该短期暂停工作，并照顾好日常生活，包括饮食、休息和睡眠，可给予必要的抗精神病药物如氯丙嗪、奋乃静等或抗焦虑抑郁类药物，对反应性抑郁症状者须严防消极自杀和意外行为。

必须注意平时培养自己健康的性格，提高心理健康水平和处理问题、解决问题的能力，以提高适应不良刺激的能力。此外，要正确对待和善于解决工作、学习和生活当中的各种矛盾，并注意锻炼身体，增强体质，保持坚强而愉快的精神状态，对预防因精神刺激而引起的反应性精神病能起到积极作用。

症状性精神病

症状性精神病是躯体内脏的器质性疾病过程中所表现的精神障碍，这种精神障碍是躯体疾病临床表现中的一部分。

常见于各种感染，内脏器官疾患，如心、肺、肝、肾的病变；内分泌疾患，如甲状腺、肾上腺皮质、甲状旁腺和脑垂体等功能亢进和减退；营养障碍和维生素缺乏，如维生素B₁、维生素B₂、维生素B₁₂、叶酸和烟酸缺乏；结缔组织疾病，如系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎和皮肌炎；代谢障碍疾病，如各类贫血、白细胞和出血性疾病。此外，水和电解质的紊乱、恶性肿瘤等，也常伴发精神症状。

症状性精神病的症状中，以意识障碍为最多见，可表现为时间、地址、人物定向障碍。但根据每种疾病的性质与治疗效果，意识障碍程度不一。同时也有表现类似神经衰弱，带有明显焦虑、抑郁，疑病色彩以及类似癔症样症状，有情绪不稳定或感浑身不适。此类情况可发生在疾病早期或后期（后遗症状）。另外，还可出现类似精神分裂症或类似躁郁症症状，但前者较精神分裂症不同的是缓解一般较彻底，较少残余症状，很少复发，而后者也出现很快的两极交替转变，但症状维持均较短暂，有别于躁郁症。

症状性精神病的精神障碍与原发疾病的病情变化，通常是平行的。但精神症状缺乏明确的特征性，不同的病因可产生相同的精神症状，或相同的病因出现完全不同的精神障碍。

一般起病较急，在急性期以意识障碍为主，精神症状波动大，变化快，往往由一种状态向另一种状态发展或逆转，可

反复多次。慢性期往往出现人格改变和痴呆等，由急性期向后期过渡时可有妄想、幻觉等各种精神症状，称为过渡综合征，但缓解也快。

症状性精神病，首先应治疗躯体原发疾病，如感染后出现精神症状，应该加强对感染治疗的控制。有许多症状性精神病者，只要对原发性疾病获得控制，他们的精神症状也随之消失，甚至不需要用抗精神病药物。

对各种疾病躯体自我保健，是预防精神症状出现的最有效方法。

老年性痴呆

老年性痴呆是由于脑器质性病变造成的智力减退，包括记忆力、判断力、抽象思维能力下降和个性改变等。

老年性痴呆分为原发性及继发性两类。原发性痴呆是因遗传、自身免疫等因素所致。继发性者脑动脉硬化、多发性梗塞、内分泌和代谢紊乱、肿瘤、病毒感染、炎症、毒物和药物等所致。

老年性痴呆常见的早期症状：

性格改变 通常表现抑制能力下降，判断错误，伦理道德观念减退，甚至发生淫荡、偷窃等行为。有些病人可表现为原先性格缺陷的加重，如性格急躁者变得特别易怒，个性多疑者可出现迫害妄想等，同时还会出现发作性暴怒与冲动。

记忆和定向障碍 患者常不能回忆起熟悉的事情，经常遗失东西，告诉其事但转身即忘，自己遗失了物品往往还要怪别人。定向障碍也在其行为中反映出来，如外出经常迷路，

物件放错地方，严重的找不到回家的路。早期以近事记忆减退，后期可出现远事记忆减退。

思维和判断障碍 首先是创造性思维受损，其次是抽象推理能力减退。病人缺乏综合概括能力，分不清主次，抓不住要点，因而学习新事物的能力大为降低，甚至不知道最基本的常识。以后发展到不能判断最简单的吃、穿等日常活动，丧失语言表达能力。

在经常接触的人员中较难早期发现病人，但如仔细观察会发现其疑心重重，经常记忆力不好，失落物品，并会疑心是别人偷的，把物品东藏西放，最后难以找到。有些因记忆力不佳出现焦虑、自卑情绪、言语噜嗦，一反常态。

发现上述症状只能说明痴呆，但是哪一种痴呆呢？最多见的是老年性痴呆，但也应排除其他一些可逆性痴呆，如多发性梗塞性痴呆、肝豆状核变性、脑部各种肿瘤、严重颅脑外伤、麻痹性痴呆、各种脑炎和脑膜炎、维生素缺乏症、糖尿病、低血糖、尿毒症、肝性脑病、肺脑综合征、一氧化碳中毒，以及脑积水等均可出现痴呆症状。

老年性痴呆应从中年开始早期预防，以减少痴呆发生，须注意下述诸点：

要勤动脑 科学研究证明，善于积极思考的脑力劳动者，老年期大脑萎缩的现象比体力劳动者少，这说明积极用脑的人，可延缓大脑的衰退，是提高人的思考力、记忆力的良方。总之，勤思多动，又注意劳逸结合，有规律的生活，保证良好的睡眠，可使大脑更加健康。

戒烟、戒酒 长期大量吸烟及酗酒，都会影响大脑的功

能，甚至使大脑受到某些损害，致使大脑发生病变，出现类似老年性痴呆的病理变化。

忌抑郁、多虑、多疑 抑郁多虑，精神不振，是老年性痴呆的前期症状，长期下去会加剧病情。而振作精神，情绪乐观，则可延缓病情进展。

注意饮食营养 日本学者提出了保持大脑功能健全的八种营养物质，如脂肪，钙，蛋白质，糖，维生素C、B、A、E等，对脑的老化和痴呆均有预防作用。

脑动脉硬化性精神病

脑动脉硬化性精神病是指脑动脉粥样硬化使脑组织供血不足，导致大脑广泛而散在的缺血性病变，从而产生的精神障碍。

脑动脉硬化出现精神症状较多，有如下几种：

神经衰弱综合征 本病早期与神经衰弱类似，出现头昏，常感到走路不稳，甚至有失去平稳的感觉。眩晕和头部钝痛常为非持续性，而后者多以枕部及额部为重。多数病人出现睡眠障碍，睡不深易醒，醒后久不能入睡。疲劳以及注意力不易集中。

情感障碍 情感脆弱是早期脑动脉硬化最典型的症状。情感障碍分三阶段：早期表现为控制情感的能力减弱，极易伤感和激惹，或无故地忧虑、抑郁、焦虑、苦闷或悔恨。智能障碍明显的阶段，除上述症状加重外，还表现为情感脆弱、不稳、欣快或呆滞，或出现强制性哭笑。痴呆发展到严重程度时，情感变得呆滞、淡漠，对周围事物表现无动于衷。

性格改变 性格改变分两阶段：早期尽管病人的工作能力和记忆力明显降低，但其判断能力，尤其是判断是非的能力可以较久保存，而且对于自己疾病也持有认识的能力。晚期痴呆症状严重时，可出现性格明显改变，变得自私、挥霍、幼稚、性欲亢进、懒散、不讲卫生，甚至做出违反社会道德的行为。

妄想状态 整个病程中，有些病人可出现夸大妄想、被害妄想、嫉妒妄想或疑病妄想。个别病人还可以有幻听。

意识障碍 常见于卒中发作时，表现为意识朦胧、谵妄或精神错乱状态；有此症状的时间不长，但不能回忆。

痴呆状态 早期病人表现为近事记忆的减退及工作能力的下降，尤其是对人名、地名、日期及数字最先遗忘。疾病逐渐发展，特别脑部多发性的软化灶或脑部慢性缺血，使病人的记忆力、理解力和分析综合能力的障碍更为加重，开始形成局限性痴呆症状。疾病晚期，病人思维迟钝，联想困难，言语表达能力也出现程度不等的障碍。个人日常生活难以自理。如果出现卒中，原有痴呆状态迅速加重。

本病主要对症处理，治疗高血压病，脑动脉硬化症为主要手段。可服用降血脂药物，以治疗脑动脉硬化。

该病早期的诊断和治疗有着重要意义。在脑衰弱综合征阶段，及时合理的治疗将使疾病得以缓解。消除有害因素，尤应禁烟戒酒，消除及避免躯体过劳或情绪激动。坚持一定量的体力劳动与活动，以增强体质，并能增强纤维蛋白溶解酶的活性，减少血栓形式。并应注意保持充足睡眠。

对有明显精神症状者，应请精神科医生合理使用抗精神

病药物。

焦虑症

焦虑症是以发作性或持续性情绪焦虑、紧张为主要特征的一组神经官能症。

焦虑症常见如下几种发作形式：

急性焦虑 急性焦虑或惊恐发作时，患者突然感到心悸、喉部梗塞、呼吸困难、头昏、无力，常伴有紧张、恐惧或濒死感，有时还可出现心跳加速、呼吸急促、震颤、多汗等交感神经功能亢进症状。

亚急性焦虑 当遇到困扰或受到刺激时，立即产生紧张—焦虑反应。

慢性焦虑 常可处于持续的焦虑状态，为一些小事而苦恼、自责、对困难过分夸大，遇事常往坏处想，常无病呻吟，对躯体不适特别关注，注意力不集中，记忆力不佳，缺乏兴趣，且常有失眠、多梦及性欲缺乏、月经失调、男性阳痿等症状。

焦虑症性格特点为胆小、羞怯、自卑、过分敏感、忧心忡忡等。且有情绪障碍、躯体症状以及血糖、肾上腺素皮质类固醇、红细胞等增多。当受到精神因素或躯体因素影响即会诱发。

病人应了解本病的性质，解除对疾病本身的恐惧和疑虑，增强与疾病作斗争的信心，如此，通常可减轻病情，如果加服抗焦虑药物则疗效更显著。

具有焦虑症性格特点的人应增强对困扰或其他社会心理

因素的适应力，以预防焦虑症的发生。

自闭症

自闭症又称儿童孤独症，是一种广泛性发育障碍，其特点是个体社会人际交往和沟通模式的质的异常，包括在各种场合的多种功能活动，如社会交往、言语表达障碍、狭窄的兴趣范围、刻板等行为方式。

自闭症有如下五大症状，以前面三大症状为特征：

社会交往障碍 社会交往缺陷是孤独症的核心。有的患儿在婴儿期就表现出避免与他人目光接触，也缺少面部表情。当别人要抱他起来时，往往不会像正常儿童那样伸出双手表现出期待别人抱起的姿势。拒绝别人的拥抱，当与父母离别时无明显的依恋表情，见到父母时无愉快的表示，见陌生人也类同见到父母的表情，有时呼唤其名字，也时常不理睬，无反应，以致使人怀疑其是否有听力问题。

言语发育障碍 言语障碍十分常见，亦较严重。患者沉默不语或较少使用语言，倾向于用手势或其他形式来表达他们的愿望和要求。言语运用能力很差，不会主动与人交谈，常会自顾自地说话，且话语常用代词，或为刻板重复的言语和模仿言语。言语音调、节奏的障碍表现为自我刺激地使用言语，常会尖叫，哼哼或发出别人不能听清或不可理解的“话”，或者自言自语，也称为“自我中心语言”。非语言性交流损害是常用手势或姿势语言，或用点头、摇头或其他面部表情来表达某种需求。

兴趣范围狭窄以及刻板、僵硬的行为方式 对环境，倾

向于要求固定不变或表现不正常反应，好刻板固定生活行为方式。不寻常的兴趣和非同一般的游戏方式，即常会对某些物件或活动的特殊迷恋，对迷恋物件会终日拿着，数十天如此。刻板、重复的行为和特殊的动作姿势，常独自来回踱步、自身旋转、转圈走、重复地蹦跳，最常见的姿势是将手置于胸前凝视，常会出现自伤、自残性质的动作。还会反复触摸光滑物体，常会将物品先在鼻前嗅一下，甚而对常见物也要先嗅一下。

感觉和知觉的异常 表现为感觉和知觉过弱，过强或不寻常，有的患儿对疼痛刺激反应迟钝。

智力和认知缺陷 约有 3/4 的患儿智力落后，有些孤独症有某些特殊能力，如对路线、数字、地名、人名的不寻常记忆力和对日期推算和速算的能力。

孤独症的主要治疗方法是教育，重点应该教会患儿有用的社会技能，如日常生活的自助能力，与人交往方式和技巧，与周围环境协调配合及行为规范，对公共设施的利用等最基本的生存技能。

教育训练应以父母为主，通过训练首先对父母与人感兴趣，并且学会交往技能和技巧。

教育需坚持与长期性，因为需要让患儿掌握一种基本技能和习惯，需要半年或更长时间，尤其早期接受教育对患儿是相当重要的。

多动征

多动征又称多动性障碍，是一类颇常见的儿童行为问题。

主要表现为：以多动不宁为主的行为障碍，包括注意力不能集中、易分心、易激惹、好冲动、坐立不安等特点。其主要有两大症状，注意力障碍和活动过度，其他还有一些常见症状，可有助诊断。

注意力障碍 表现为上课不能坚持认真听老师讲课，常易受外界的细微干扰而分心，如被教室外面的脚步声、谈话声或汽车喇叭声所吸引，或观察黑板上、天花板上或课桌上的污点，或追视偶尔飞进教室的小虫等，做作业也不能全神贯注，做做玩玩或粗心草率，做事不能坚持始终，不能按照规则、要求去完成，常半途而废或频繁地转换。当他们注意到新的事物时，则对原来的事物完全不再注意。

活动过多 表现为明显增多的活动，和/或小动作严重增多。出现过分不宁静，如过分地来回奔跑，在教室内不能静坐，常常在座位上扭来扭去，或站起。有时特别多嘴多舌，过度喧闹；喜欢玩危险的游戏；常常丢失东西；在行为上常表现唐突、冲动、冒失、富于冒险性、过分的恶作剧、富于破坏性、事先缺乏慎密的考虑、事后不顾后果等。

冲动任性 情绪不稳而波动大，易激惹冲动、易于过度兴奋、易受外界影响，且易受挫折。

学习困难 智力往往正常，但学习成绩差；这是注意力不能集中的后果。

神经发育障碍或延迟 多见于持续性多动症，如精细协调动作笨拙、翻掌、对指运动不灵，系鞋带、扣纽扣不灵便，左右分辨差。

根据上述特点，如有学习困难或严重多动影响他人及伤

害自己，可用药物利他林、匹莫林一类药物治疗。

针对这类患儿注意力不集中、易分心、多动、易激惹、自尊心低等特点，及有些神经发育延迟，采用一些特殊的教育还是有帮助的。家庭和学校可相互配合，采取下列保健措施：

1. 明了患儿疾病的性质，寻觅及去除可能的致病诱因，不要歧视、粗暴、打骂。要耐心，发现其优点及时加以表扬，以利于逐渐提高自尊心。

2. 对其过多的精力要帮助寻找出路，如安排一些户外活动，打球、跑步等。

3. 订立简单的规矩，从小培养一心不二用，如吃饭时不看图书，做作业时不玩玩具等。但规矩要切实可行，简单明了，以免难于遵守。

4. 对于打架、伤人等攻击性行为，以及毁物等破坏性行动，应象对待正常儿童一样严加制止，不可袒护。

5. 有条件时，学校对这类患儿应用小班教课，环境安静、加强个别辅导，对于良好行为，如静坐听课，注意力集中，作业不粗心等应及时给予表扬鼓励，以利于巩固。

6. 家长要加强同学校联系，共同教育，既不歧视粗暴，也不以病为藉口而过分迁就。

总之，教育要持之以恒，有信心、有耐心、坚持数年，对提高自尊心，提高学习成绩会有所裨益。

智力发育不全

智力发育不全俗称低能，是先天或后天原因引起的精神发育障碍。

智力发育不全突出地表现为智能低下，学习困难或不能学习，不能适应生活和社会的需要。

又可分如下三种程度：

重度精神发育不全（又称白痴） 面容愚蠢，动作怪异笨拙，多数不会说话，有经常摇晃、奔跑等重复无意义动作，不知逃避危险，不能自理生活，大小便失禁，只有进食要求的本能。躯体发育也受明显影响，常伴有其他器官的先天畸形和癫痫等症状。

中度精神发育不全（又称痴愚） 讲话口齿不清，词汇贫乏，言语简单，常常词不达意。动作不灵活，表情幼稚，不能适应普通小学学习，但可从事简单、机械、刻板的劳动。

轻度精神发育不全（又称愚鲁） 能够料理日常生活，在学龄前一段不易引起注意，进学校以后，学习成绩落后，与正常儿童的差距日益显著。思维贫乏，理解、判断、推理、分析能力差，缺乏预见性和灵活性，难以适应社会，意志薄弱、易受哄骗而走入歧途。

根据上述症状，并结合智商检查，可有明确诊断。智商（IQ），可分为五级：临界度（IQ 68~85）；轻度（IQ 52~67）；中度（IQ 36~51）；重度（IQ 20~35）；极重度低下（IQ 0~19）。

多数精神发育不全者以教育为主。对中度精神发育不全者，重点训练他们的知觉功能、言语功能和运动功能，以适应日常生活环境和独立自理生活为主要目标。

对轻度者，让他们学习一些日常必需的文化知识，形成良好的生活习惯，学习一些简单实用的劳动技能，让他们可

以适应和参加社会工作。

此外，对明确病因者给予对症治疗。例如呆小症早期应用碘和甲状腺素，苯丙酮尿症或半乳糖血症患者早期应用特殊的饮食治疗等。

大多数病例未查到病因，可以试用促进大脑代谢药物，提高智力，如谷氨酸、 γ -氨基酪酸、维生素、脑复康、脑复新等药物。

另外，有癫痫或其他疾病，应该进一步治疗。对精神发育不全者除教育外，生活照顾、注意营养、预防感染，避免自伤和伤人行为等，也是十分重要的。

防止近亲结婚。劝阻精神发育不全患者的结婚。有明显家族遗传史者应节制生育。

注意孕期卫生和婴幼儿卫生，在妊娠期应防止各种不利于胎儿的有害因素，尽量不服非必要药物。婴儿出生后要合理喂养和教育，这些对防止精神发育不全的发生都有益处。

第十七节 皮肤科疾病

单纯疱疹

单纯疱疹，俗称“热疮”，是由单纯疱疹病毒引起的急性炎症性皮肤病。该病毒由呼吸道、口腔、眼、生殖器粘膜以及破损皮肤侵入人体，大多通过与病人直接接触获得，如通过接吻、性交等，在人体免疫功能下降时更易发生。本病好发于皮肤和粘膜的交界处，如口角、鼻孔周围和外生殖器等

部位，表现为发红皮肤上群集性小水疱，病程约1周左右可自愈，但在某些诱发因素如急性传染病、高热、药物过敏、月经来潮和局部刺激等影响下常易复发。治疗目的是为了缩短和防止继发感染，一般以对症治疗为主，结痂应让其自然脱落，防止勉强用手去剥离。重症患者可在医生指导下用抗病毒药或免疫治疗。

预防本病复发最重要，应尽量除去上述诱发因素，注意提高人体免疫功能，牛痘苗接种可预防单纯疱疹复发。单纯疱疹病毒Ⅰ型和Ⅱ型灭活疫苗皮下注射对预防同型复发有效。患有阴部疱疹的产妇，破宫产可预防新生儿感染。

疣

疣是乳头瘤病毒所引起的表皮新生物，共有四型，按发病率排列，依次为扁平疣、寻常疣、跖疣及尖锐湿疣。这四种疣均由一种人类乳头瘤病毒所引起，潜伏期约1~20个月，平均4个月。人体是它唯一的宿主，对任何其他动物无致病性。四种疣中以扁平疣最多见，约近半数，青年及儿童好发，损害为绿豆至黄豆大扁平隆起的丘疹，散在或聚集成群，偶可沿抓痕分布排列成条状，好发于颜面及手背。其次为寻常疣，约占1/3，损害为圆形或椭圆形乳头状突起，表面粗糙不平，好发于儿童和青年的手背及手指：丝状疣（单个细软的丝状突起）和指状疣（在同一个柔软基底上发生一簇簇的参差不齐的多个指状突起）是寻常疣的一种特殊类型。跖疣系发生于足底的寻常疣，好发于足底着力点。扁平足及畸形亦常好发跖疣，外伤和摩擦是发病诱因，足部多汗与跖疣的发

生也有一定关系。尖锐湿疣又称性病疣，主要通过性接触传染，病期3~4个月时传染性最大，初起为淡红色柔软的小丘疹，以后逐渐增大、增多和融合，可形成乳头状、菜花样和鸡冠状。男性好发于冠状沟、龟头、包皮、系带、尿道口及肛周。女性则好发于大小阴唇、阴蒂、阴道和宫颈。本病少数可转化为鳞癌。

疣的治疗应在医生指导下进行，方法多种多样，按其作用机理可分为：(1) 抗病毒的化学药物注射、口服或局部外用；(2) 使用细胞免疫刺激剂，以提高患者的抗病毒能力；(3) 用物理化学方法破坏疣组织或外科切除、刮除；

(4) 中医中药；(5) 暗示疗法。这几种疗法都有一定效果，但常因人而异，很难判断哪一种最有效，至今尚缺特效药。由于扁平疣、寻常疣多有自愈倾向，消退后不留瘢痕，又不影响全身健康，且绝大多数可痊愈，因此在治疗中不要用可能严重伤害身体健康的内用药，也不要用过度伤害或刺激皮肤的外用药。

本病主要通过接触传染，尤其是直接接触。尖锐湿疣多由患者不洁性交引起，2/3与尖锐湿疣患者有性接触的人可发生该病，少数人可通过生活用品如内裤、浴巾和浴盆等传染。胎儿可通过感染该病毒的产道传染，因此，妊娠期此病患者应及时彻底治疗。有免疫缺陷的人易患疣，故应及时纠正，提高免疫功能。外伤是引起疣病毒感染的一个重要因素，因此患者应避免搔抓或自剥疣组织，以免自我接种，胡须部位的疣要防止用剃胡须而发生播散，要避免过多或不必要使用免疫抑制剂。出汗多的易发生跖疣，应及时治疗足多

汗，并保持干燥。

艾滋病

艾滋病即获得性免疫缺陷综合征，是由人类免疫缺陷病毒引起人的细胞免疫缺陷，导致一系列条件致病菌感染和肿瘤发生的致命性综合征。该病首先在美国报道，传播迅速，感染者已达 1800 万人以上，且日趋增多，严重威胁人类健康和安全，目前尚无可靠的治疗方法，已引起世界各国的高度重视。世界卫生组织确定 1988 年 12 月 1 日为首届国际艾滋病日，动员各国人民与艾滋病作斗争。

引起艾滋病的病原体是一种嗜体淋巴细胞逆转录病毒，具有嗜 T4 细胞的特性，使被侵细胞丧失免疫功能。最终导致免疫抑制，使条件致病菌感染和肿瘤发生。

艾滋病的传染源是艾滋病人、艾滋病相关综合征及无症状而携带病毒的艾滋病毒感染者。目前已从上述病人的血液、精液、唾液、泪液、乳液、尿液和其他一些体液、分泌物和排泄物中分离出艾滋病毒。但流行病学仅证明血液和精液有传播作用。估计艾滋病人每毫升精液中可含有 1000 万个艾滋病毒，成为传染性最强的体液，故有异性间性接触及男性同性恋性行为的感染者可高达 73%。而艾滋病者 78% 有同性恋史。由于病毒长期存在于血液中，因此，被艾滋病血液污染的针头和注射器，就成为静脉药瘾者（注射海洛因等毒品）最常见的传播方式；被感染者的血及血制品的应用是一种重要的传播途径。受感染的母亲可通过胎盘感染胎儿，亦可经产道分娩以及分娩后哺乳等密切接触途经传染给婴儿。用感染

者的器官，组织或精液作供体亦可传染该病。嗜血昆虫如蚊子，臭虫等体内已分离出艾滋病毒，但它们是否成为传播疾病的媒介，目前尚无定论。

本病潜伏期一般为半年至5年不等。成人性交感染潜伏期较长，而输血潜伏期较短。儿童患者潜伏期较成人短。

患者多在60岁以下。有下述接触史如输血、注射和不洁性交史等并伴有持久性淋巴结病、发热、消瘦、腹泻、严重不适和乏力等条件致病感染（如皮肤粘膜白色念珠菌、病毒感染、肺囊虫病、隐球菌性脑膜炎等）、各种恶性肿瘤和免疫功能严重障碍等表现者应考虑本病的可能，并去医院请医生检查、分析和作相应的实验室检测。治疗原则：用抗病毒药物，提高免疫机能和对症治疗（如抗感染、抗肿瘤治疗）。

预防艾滋病十分重要，由于其主要通过性接触，静脉用毒瘾药品，污染的血液、血制品以及母婴传播，因此，预防感染的主要原则是防止接触已感染艾滋病病毒的人的血液、精液、尿、粪、唾液、宫颈和阴道分泌物。其预防要点：

1. 防止与患艾滋病者发生性接触，包括同性或异性，特别是同性恋者，因肛交引起直肠粘膜破损，是感染艾滋病的常见途径。妓女检查艾滋病毒的阳性率也较高。

2. 禁止滥用注射药物，不共用针头、注射器及药物。

3. 加强对血制品的管理，应尽量减少输血，或采用血液成分和衍制品，以代替全血和血浆。

4. 供血者应定期进行艾滋病毒抗体检测，抗体阳性者禁止供血、供精液或作器官、组织移植。

5. 不用可能被血液污染的公用物品，如牙刷、剃须刀等。

6. 女性艾滋病人应避免妊娠。

7. 对病人废弃的物品需作消毒处理, 或装入双层无破漏塑料袋内再作处理。被血液和体液污染的物品表面可用有效的消毒药物 (如漂白粉, 70%酒精, 0.2%次亚氯酸钠等) 或煮沸消毒。

8. 医务人员和检查人员, 应避免被病人用过的针头或器械刺伤; 避免直接接触病人的血液、体液及污染物, 若偶被污染应彻底清洗消毒。

9. 严格执行 1988 年 1 月 14 日我国卫生、公安等七个部委发布的“艾滋病监测管理的若干规定。”

梅毒

梅毒是由苍白螺旋体引起的慢性传染疾病, 主要通过性交传染, 也可通过胎盘传给下一代而发生胎传梅毒。梅毒早期主要侵犯皮肤粘膜, 晚期可侵犯全身各个器官, 以心血管和神经系统受累最为严重。也可多年无症状, 称为潜伏梅毒。

建国以后, 政府采取了取缔娼妓, 治疗患者等一系列消灭梅毒的措施。50 年代末, 在全国范围内基本控制了梅毒。近年来, 随着国际交往的增多及西方不健康思想的侵入, 梅毒在我国一些开放城市又有所抬头, 年青人更易受到西方道德观念的冲击和影响, 而成为本病的高危人群, 为了保护自身和子孙后代的幸福, 年青人更应洁身自好, 宏扬我国性道德的优良传统。

梅毒根据传染途径的不同而分为获得梅毒与胎传梅毒, 又根据其有无传染性而分为早期梅毒 (即病期小于 2 年的一、

二期梅毒)和晚期梅毒(即病期在2年以上的三期梅毒)。梅毒的临床表现及实验室检查比较复杂,有本病可疑的必须去医院诊治,不可自作聪明,胡乱处理,也不能乱投医,延误治疗而遗恨终生。

明确诊断后,治疗越早越好,治疗多采用普鲁卡因青霉素G或长效青霉素,对青霉素过敏者可用四环素(8岁以下儿童及妊娠期禁用)或红霉素。治疗剂量必须足够,疗程必须规则,对传染源及其性伴侣也应进行检查,如患梅毒则应同时治疗,治疗期间禁止性交,治疗后要定期随访观察。

患者经过足量、规则的治疗以后,还应进行一定时期的随访观察。

早期梅毒在治疗后第一年内每3月复查1次,以后每半年复查1次(包括临床及血清学检查),2~3年无复发可终止随访。若有复发,应即用加倍剂量进行复治。

晚期梅毒与晚期潜伏梅毒在第一年每2月复查1次,第二年每6月复查1次,2~3年后应做1次脑脊液检查。

妊娠梅毒治疗后,在分娩前应每月检查1次梅毒血清反应,分娩后按一般梅毒进行随访。

经过充分治疗的梅毒孕妇所生的婴儿,要观察到梅毒血清反应转为阴性为止,一旦发现症状,应立即治疗。未经治疗的梅毒孕妇所生的婴儿,应考虑进行检查,并作治疗。

心血管梅毒及神经梅毒,应请专科医生定期终生随访。

梅毒主要通过性接触传播。性接触以外的途径如接吻、哺乳、接触污染螺旋体的衣服、毛巾、剃刀和餐具等亦可传染本病。此外,输入梅毒患者的血液或手指在有外伤的情况下

接触到螺旋体也可能被感染。未经治疗的病人在感染后 1 年内具有传染性，随着病期的延长，传染性逐渐减少，在感染后 4 年，一般无传染性，胎传梅毒一般发生在妊娠 4~6 个月，病期超过 4 年的妇女，虽然通过性接触一般已无传染性，但妊娠时仍有可能传给胎儿。总之，防止发生本病的关键是注意个人卫生，避免不洁性交及积极治疗梅毒孕妇。

淋病

淋病是由淋病双球菌引起的急性或慢性泌尿生殖系统的化脓性感染。人类对淋病双球菌有易感性，也是它的唯一天然宿主。淋病双球菌可直接附着在粘膜上发育繁殖。男性主要累及尿道。女性累及尿道、尿道周围腺体和子宫颈。主要通过性交直接传染，也可通过带菌的衣服、被褥、毛巾、便桶和浴盆等间接传染。该病潜伏期为 2~10 天，平均 3~5 天。

急性淋病的表现，以脓性尿道炎为主，可引起包皮炎、包皮龟头炎，若未治疗，淋病可向上蔓延到后尿道，主要症状为尿频、尿急和尿痛，女性的尿道旁腺、阴道和子宫颈亦易受累发炎。如急性淋病未经治疗或治疗不合理，可转为慢性，病变局限于尿道球部及后尿道，自觉症状可有可无，常感尿道灼热、微痒或蚁行感，但淋球菌不易查到。慢性者也可呈急性发作，有些慢性淋病经数月或数年后，可因瘢痕收缩而产生尿道腔狭窄，主要表现为排尿不畅和尿失禁，且易产生上行感染。该病菌可累及其他部位，引起结膜角膜炎、咽炎和关节炎，重者可致败血症。

分泌物涂片 90% 可发现淋病双球菌，有初步诊断意义，

如培养阳性则可确诊，尤其对症状不典型的女病人或患败血症者意义更大。已被世界卫生组织推荐为过筛淋病病人的主要方法。

本病应早期诊断，早期治疗，要防止转为慢性。淋病主要用抗生素，治疗原则为及时、足量和规则用药，播散性淋病，应请专家会诊，决定治疗方案。治疗结束后第一周和第二周均应从感染部位取材做涂片和细菌培养，两次均阴性才可认为治愈。

预防本病不难，只要注意个人卫生，绝对避免不洁性交，就可避免患病。妊娠妇女患淋病者必须及时彻底治疗，否则可引起羊膜腔内感染，从而导致胎儿感染。新生儿也可通过产道引起淋菌性眼结膜角膜炎，常在出生后2~3天出现。儿童的结膜和外阴亦易感染，大多是与患淋病的母亲密切接触之故。因此，患病母亲应注意卫生，树立保护儿童健康的意识。应对性伴同时进行检查治疗，并注意消毒隔离工作。

脓疱疮

脓疱疮俗称“黄水疱”，是一种常见的由化脓球菌引起的急性传染性皮肤病，易在学龄前儿童中广泛流行，好发于7~9月份。本病与痱子的发生有密切关系，儿童生痱子后，由于搔抓，表皮搔破后，皮肤上或指甲缝里的病菌乘机侵入皮肤而引起脓疱疮。该病常在托儿所、幼儿园等集体儿童机构迅速蔓延和造成流行。本病的病原菌绝大多数为金黄色葡萄球菌，少数由链球菌引起，亦可由两者混合感染。当皮肤有破伤及人体全身或局部抵抗力降低时，就会给化脓球菌入侵以

可乘之机。此病多见于面部、小腿等暴露部位，皮损主要为薄壁脓疱，易擦破，擦破后流出脓水，可向邻近部位蔓延，扩展，若不及时治疗，常使病程绵延不断。所以，此病要争取早期治疗，注意局部清洁、消毒，保护创面，防止蔓延扩散。患儿如洗澡时不注意，可使脓疮蔓延扩散，在洗澡水中加少量高锰酸钾或文华消毒剂（三氯异氰尿酸）可防止病菌播散。

要预防本病，首先应该让儿童养成良好的卫生习惯。在炎热的夏季，应经常洗澡，勤换内衣。生了脓疱疮切不可用手去抓，可用酒精消毒过的针头挑破脓疱，立即用干棉花将脓液吸干，防止脓液向四周溢出造成再感染，患儿应经常洗手和修剪指甲。由于本病传染性强，在托儿所、幼儿园要加强检查，一旦发现有脓疱疮的患儿，应立即隔离治疗。患儿的衣服、毛巾、枕套、床单、手帕、面盆和澡盆，特别是玩具等污染物品要进行消毒，一般是煮沸，不能煮沸的东西，可放在太阳下多次曝晒。平时发现有痱子、虫咬皮炎和湿疹等瘙痒性皮肤病的儿童，应及早治疗。婴儿室及幼托机构中的工作人员，如患化脓性皮肤病，应积极治疗，暂时调换工作或避免与儿童接触，以免传染给儿童。

毛囊炎

毛囊炎是由葡萄球菌引起的毛囊化脓性炎症。初发为与毛囊一致的红色丘疹，有灼痛感，不久形成毛囊口小脓疱，中间有毛发穿过，周围有炎性红晕，脓疱可有数个或很多，但不互相融合，脓疱干燥，结成黄痂，痂脱去后一般不留痕迹，但脓疱较深的可以留下瘢痕。此病好发于头皮、四肢和其他

有毛部位，一般无全身症状，有时容易复发。病程可急性（常迅速痊愈）或慢性反复发作，多年不愈。

局部治疗以杀菌、消炎为主，如外搽 2% 碘酊或新霉素软膏。重的应请医生治疗。预防关键是注意皮肤清洁卫生，勤修指甲，如有皮肤破伤应及时搽龙胆紫或红汞等。积极治疗瘙痒性皮肤病和慢性消耗性疾病，如糖尿病等。若已发病，应避免用手去搔抓，也不可用洗脸毛巾去擦，以免将病菌从一处带到另一处，扩大损害范围。

麻风

麻风是由麻风分支杆菌感染所引起的一种慢性传染病，主要侵犯皮肤和周围神经。在抵抗力低的病例中，到了中、晚期，可累及深部组织和内脏器官。麻风虽然很少引起死亡，但可导致肢体残废和畸形，使患者丧失劳动力。

一提到麻风病，不少人有恐惧感，甚至谈麻色变，认为麻风传染性很大，而且是一种“不治之症”。因此一旦接触了麻风病人，就怀疑自己生了麻风，终日提心吊胆。其实，这种心情是对麻风认识不足或误解，是完全不必要的。

麻风确是一种传染病，但并不是所有的麻风病人都有传染性。未经治疗的瘤型麻风是主要的传染源；结核样型麻风，通常查不到麻风菌，一般无传染性。瘤型麻风病人经过有效治疗，特别是利福平治疗之后，在短期内绝大多数麻风菌被杀死，传染性可大大下降。在我国预计在本世纪末麻风病将被基本消灭。

麻风的症状多种多样，主要表现在皮肤及周围神经。凡

有下列症状之一，应考虑麻风的可能性：(1) 皮肤上有麻木，不痛不痒，不出汗的红斑或浅色斑；(2) 面部有蚁行感，边缘不清楚的酒醉样红斑或面部红肿，长疙瘩，耳垂肥大，伴有感觉障碍、脱屑或脱发；(3) 兔眼（眼睛闭不拢，嘴歪）、手指弯曲、垂手、垂足、手足、前臂和小腿肌肉萎缩；(4) 手足部容易起疱，溃烂后久治不愈，且不知疼痛；(5) 手掌足底有长期不愈的溃疡，不痛不痒；(6) 耳大、尺、腓总等浅神经肿大。

麻风治疗已有特效药如氨苯砒、利福平和氯苯吩嗪等，应进行联合治疗，一般可在 3~5 年左右治愈该病。如能早期发现，早日治疗，一般半年即可使病损消失，且可不留痕迹。病情轻无传染性的病人，一般在家服药，不需住院。病情较重且有传染性的病人，只需短期住院隔离，待病情控制，不再有传染性以后，即可回家进行药物治疗。达到临床治愈标准后，瘤型应继续巩固治疗不少于 5 年，结核样型应继续巩固治疗不少于 3 年。

由于目前尚缺乏对麻风的预防疫苗，因此，应着重于早期发现本病，并尽早进行联合化疗，特别要及时治疗查菌阳性的病人，因后者是麻风传染的唯一来源。从个人防护的角度来看，麻风的预防关键是避免接触有传染性的麻风病人。对患者家属及密切接触者，特别是对其中麻风菌素试验阴性者（即对麻风菌缺乏免疫力者），尤其是儿童，可接种卡介苗或在医生指导下作预防性眼药。

足癣

足癣俗称“脚湿气”是一种常见的慢性传染性皮肤病，由皮肤癣菌感染趾缝、足侧或足底皮肤而引起的。它是各种癣病中最常见的癣。在夏季，足癣易发生继发感染，引起淋巴管炎、淋巴结炎、蜂窝织炎、丹毒甚至橡皮腿；有的变为臭足、烂足；冬天常致皲裂，影响劳动和走路，还可引起癣菌疹。它是手、体、股和甲癣的自体传染源，也是一家人和一个集体的传染源。足癣病原菌有红色毛癣菌、石膏样毛癣菌、絮状表皮癣菌及念珠菌等。红色毛癣菌由于抵抗力强，不易控制，已成为我国足癣的主要病原菌。

足癣通常是通过接触生癣人的用具如拖鞋、脚布、浴巾和浴盆等而感染。某些公共浴室、游泳池等也常是传染足癣的场所，由于足穿鞋袜，局部环境温暖潮湿，尤其趾间更是如此，这就有利于真菌的生长繁殖。因此，足癣往往先从趾间开始，并向足侧、足底蔓延。有的人不注意卫生，生了足癣后常用手去挖脚，真菌就会感染手指，并向手掌传播，引起手癣。同样，也可以感染指（趾）甲引起甲癣，感染身上的皮肤引起体癣等。因此，足癣常是自体传染的主要来源，也是其他癣病的根源。

在夏秋季，足癣是整个皮肤病中发病率最高的一种传染性皮肤病，它的发病如此普遍同癣菌的生活特性和足部结构，以及所处的特殊环境有关。在足癣治好以后，如果再接触带菌的鞋子、袜子、脚布和脚盆等，还是可能再感染的，这是足癣发病率高和不易断根的原因之一。

癣菌有嗜好角蛋白组织的特性，而足底部的角蛋白很丰富；再加上足穿鞋袜，尤其是穿不透气的球鞋、胶鞋、长统靴、绵纶和尼龙袜子等使局部环境温暖潮湿，尤其足汗多的人，更有利于癣菌的生长繁殖。第三、第四足趾接触密切，趾缝易于隐藏真菌，最有利于真菌的孳生，所以最易发病。另外，真菌喜爱温暖潮湿的环境，在我国江南地带，夏季气候条件很适合于真菌的生长，因此足癣特别多见。

近年来发现足癣可能与用药有关，由于抗生素和皮质类固醇激素等的广泛和大量应用，引起体内平衡紊乱、菌群失调或免疫力降低也易于发生癣病。

足癣表现可概括为六种类型，即水疱型、鳞屑型、增厚型、浸渍型、糜烂型和体癣型（多见足背）。长期以来，社会上流传一种说法：“足癣不能治，治好了足癣要生内病。”这种说法是没有科学根据的。从表面上看似乎有些道理，因为确有这样的情况，有的人在生大病时，脚癣突然好了，而大病愈后，脚癣又犯了。因此，产生了上述的错误结论。事实上，一部分足癣者可能在生内病时，由于内外条件改变，如患者发热时对真菌生长不利；躺在床上不穿鞋袜，脚和脚趾缝通风良好，足癣也就大有好转；再加上生内病时引起的发热及其他痛楚转移了注意力，使足癣等症状也有所减轻或消失。因此，有的人就因果倒置，不说内病影响了足癣，却误认为“治好足癣就要生内病，”这是不符合实际情况的，且无科学根据。

有人认为“足癣治不好，更不能断根。”这种说法也是不正确的，因为足癣的损害在皮肤最表层，也就是角质层，只

要用些抗霉剂和剥落皮肤角质层的药，足癣是完全能够治愈的，大量足癣病人的治疗实践也证明了这一点。不少病人，虽然经过治疗，尚未完全治好，其原因在于：思想上不重视，认为足癣是小毛小病，治不治关系不大，于是病重时或空闲时用些药，好转后或工作忙时就停用了，未能坚持到底；治疗方法也不对头，不痒了，就认为好了，即停止用药，结果当然治不好；对于足癣以外的癣没有同时治疗，如只治足癣，不治甲癣，倒过来，甲癣又再引起足癣；只治不防，如家中有生足癣的人，不同时治疗，互相穿用鞋、袜、共用脚盆、脚布等或治愈后不注意消毒，结果还是复发。

足癣根据类型不同可用不同治疗方法。主要是外用抗真菌和剥脱皮肤角质层的药。我国自古以来流传以醋治癣是一种很好的单方：经科学实验和治疗实践证实，醋酸确有良好的抗真菌作用，又有很好的剥脱皮肤角质层的作用。因此，它在治疗癣病上是一个值得广泛推荐的外用药。如皮肤上仅表现为脱屑，角质层增厚或起疱的特别适用。可以浸泡，也可以涂搽，浸泡的浓度开始不宜太高，一般用 30% 醋酸（相当市售的白醋精或 10% 冰醋酸）浸泡，每天 1~2 次，每次 15~30 分钟。如作涂搽用，浓度可以高些，可用纯醋酸或 30% 冰醋酸，每天外搽 2~3 次。搽到鳞屑（脱皮）水疱都没有时，宜再搽 1~2 周，以巩固疗效。

上述药水不宜用于浸渍、糜烂、皲裂或有继发感染的皮肤，否则易引起疼痛。

预防足癣首先要从思想上着手，扫除各种思想障碍，认真对待，有了足癣，及时积极治疗并持之以恒，足癣是完全

可以预防的。自我保健的措施为：

认真做好消毒工作 足癣治好后，往往容易再发，这主要是由于被污染的鞋袜，脚布等未进行消毒处理；因此，在认真治疗足癣的同时，还必须注意消毒这些用品。脚布，袜子应经常煮沸消毒，鞋子等不能煮沸消毒的，可用 30% 福尔马林溶液闷熏。

严格执行隔离制度 在集体中尽可能做到鞋靴专用。浴室中最好不用公用拖鞋或定期消毒。脚布、拖鞋应分开使用，不要互相借用。

保持足部干燥 多汗者可外用 5%~10% 福尔马林溶液，以减少汗液分泌，少穿胶鞋、球鞋或塑料鞋，在夏季最好赤足穿通风良好的鞋子，如皮凉鞋、布鞋等，不要穿不透气的袜子。经常在鞋子里喷“鞋里香”或足部（特别是趾缝）扑粉，对保持足部干燥也有良好作用。

加强预防治疗 治好后，在 4~10 月（或易发月份的前一月）可每周搽 1~2 次 30% 冰醋酸以作预防，对易患足癣的人，一旦发现趾间有脱屑或小疱，应及时用癣药水或克霉唑霜涂擦。

注意清洁卫生 穿了 1 天的鞋袜，汗水，皮屑储积，有利于真菌生长繁殖。因此，养成每天洗脚的习惯，对预防足癣也有积极作用。

改正用手挖脚、剥皮的习惯 以免自体感染。

同时治疗 足癣以外的癣，特别是手、趾、指甲癣及家中生癣的人均应同时治疗。

如能做到以上各点，足癣是可以治愈的，复发也是可以

预防的。

手癣

手癣是发生于掌面的真菌病，俗称鹅掌疯，主要由足癣传染而来，用手挖脚是主要传染因素。由于双手裸露在外，手指通风干燥较好，手癣的发病率没有足癣那样高。但近年来随着足癣患者的增多，手癣患者也在不断增多。患了手癣，不仅感到工作不方便，有时奇痒难受，而且有碍卫生，因为手是必须的进食“工具”，从而也影响进食的清洁卫生，给“病从口入”创造了条件。

引起手癣的致病真菌与足癣的致病真菌基本一致。

手癣的初起损害为指端、指屈或掌面发生小水疱，干燥后脱屑，开始常局限于一侧的1~2个指端，逐渐蔓延到邻近手指或掌心，日久可累及对侧。脱屑处皮肤可变粗变厚，皮纹深宽，失去正常光泽和弹性。偶有指间糜烂，也多由白色念珠菌，而非一般癣菌引起。手癣可分为水疱、鳞屑或慢性湿疹样。病程多为慢性，常数年不愈，夏季皮损加重，范围扩大，冬季气候干燥时，则皮损粗糙增厚。在指端和关节活动部位，由于劳动和工作时的牵拉作用，很易引起开裂，常疼痛而影响工作和生活。

手癣的治疗和足癣基本相同。因白天手的活动多，外搽于手部的药物易被其他物体拭去，不易保持药效，因而治愈较难。若能坚持治疗，尤其做到每晚搽药后包扎，使药效作用持久而深入，效果自然更佳。

手癣应避免用肥皂洗擦和接触有刺激性的物质。有足癣

的，应将足癣彻底治愈，不接触猫、狗等患癣动物，不共用手巾、面巾或浴巾，家中有足癣者亦应同时治疗。

体股癣

除头皮、胡须和手足等处外，其他平滑皮肤上的癣菌感染，统称体癣，又称金钱癣。发生在邻近外生殖器（如腹股沟、皱褶）会阴及股上部内侧等处，及肛门周围的癣则称股癣，重者可蔓延至臀部、耻骨部及阴囊部的边缘，阴囊一般不累及。股癣的发病部位较温暖潮湿，适宜于真菌生长，又因经常摩擦，容易蔓延扩散，故较体癣多见，且易复发。病人以男性为多，单侧发生或对称分布。发病可因多种形式的直接接触（包括性接触传染，近年来股癣已被列为性传染病之一）或接触患者用过的澡盆浴巾等而传染，也可因直接接触患病的猫、狗等传染。多数患者往往先有手足癣、甲癣，通过搔抓自身传染。发病与抵抗力相关，患糖尿病、各种消耗性疾病及长期内服、外用皮质激素的患者较易发病。本病好发于温暖潮湿的季节，不注意局部清洁卫生及多汗者尤为多见。

体癣可表现为针尖至绿豆大小，从中心等距离向外发展，产生中心痊愈，外围扩张的圆形损害（金钱癣由此得名）。几个损害可互相融合或多环形，边缘稍隆起而狭窄，瘙痒明显，多发于夏秋季，冬天可自愈或转入静止阶段。

股癣的损害大致与体癣一致。绝大多数股癣冬季自愈或减轻，夏季复发。如多年复发，可呈苔鲜样变。以局部用药和保持干燥，如夏季洗澡后用干毛巾擦干和扑粉等。因真菌

主要寄生于角质层，故传统治癣药多由抗真菌剂及角质剥离剂配成的。为巩固疗效，防止复发，在损害消失后需继续用药 7~10 天。伴有手、足和甲癣者应同时治疗。以免自身传染。要尽量避免和癣病病人，包括有癣病的动物密切接触，要避免间接接触病人用过的毛巾、浴盆等，严格执行个人卫生。一些可能影响人体抵抗力的药物如皮质激素、免疫抑制剂等，尽可能避免使用。婴幼儿及外阴部皮肤薄嫩，不宜用高浓度具有刺激性的癣药水，宜用温和抗真菌剂如复方雷琐辛搽剂等。抗癣衫裤既可治疗，也可预防。

花斑癣

花斑癣是由正圆形糠秕孢子菌（俗称花斑癣菌）引起的一种慢性浅表性真菌病。这种菌为正常人皮肤上常见的腐物寄生菌，在一般情况下不会致病，只有在某些特殊体质或条件下才会发病，如易发于多汗，多油脂的青壮年男性。花斑癣因好发于颈、胸背等多汗部位，且形态似衬衣上的汗渍，故又称汗斑。汗斑的基本损害是黄豆大小的圆形斑疹，略带灰色、棕色、黄色或褐色，有时呈隐约可见。大多数的边缘比较清楚，不高出皮面，有光泽，微微发亮，上有细小糠秕样鳞屑。由于皮屑的存在，紫外线不能透过。因此，去皮屑后，病区比正常颜色为淡，甚至发白，这是该病的一个特征。有时可误诊为白癜风。如此皮损颜色深浅相同，颇似花斑。病期长的皮损常逐渐增多扩大，相互融合成大片。发病部位主要在胸和背上部，重者大部分躯干和四肢近端，以至颈面均可累及。一般不痛不痒，患者多为成人。病程缓慢，但冬天

皮疹可消退，来年夏季又发。由于花斑癣菌生长在皮肤的最表层，所以外用抗真菌剂及剥脱剂不难治愈。顽固病症可用紫外线照射。

头癣

头癣是发生在头皮和头发的一种传染性真菌病，俗称痢痢头，主要见于学龄儿童，常在小学校、幼儿园和家庭中互相传染。患儿的头发、痂皮、头屑中含有大量致病真菌，容易污染床单、枕巾、帽子及理发工具等。通过同床睡觉，互相换戴帽子、头碰头一起玩耍等互相密切接触而传染。理发工具如剃刀、梳子和毛巾等消毒不彻底，也是引起头癣传播的重要途径。密切接触患了癣病的猫、狗等动物也可传染发病。近年来，由于养猫、养狗成风，此病又日见增多。

头癣一般分为黄癣、白癣、黑癣和脓癣四种，其中黄癣容易形成瘢痕，造成永久性秃发。黑癣诊断较难，也可有瘢痕。白癣传染性大，发展较快，但至青春期可以自愈，脓癣大多由动物传染给人，近年来较多见。

生了头癣要早期积极治疗是很易治愈的，愈后也不会留下秃发等后遗症而影响美观。若病损面积小，可采用拔发治疗，用镊子沿头发生长方向将所有病发及外围可疑病发连根拔出。每周拔一次，连续3次，同时每天洗头，外搽抗真菌药物1~2月。范围较大的可用灰黄霉素为主药配合剃发、擦药、洗头和消毒等以达到根治头癣的目的。其步骤为，(1)服药：口服灰黄霉素，儿童一般按每天15毫克/千克体重计算，成人每天量为0.6~0.8克，分3次口服（微粒灰黄霉素剂

量可减半)；(2) 剃发：治疗前彻底剃掉头发，治疗过程中每周剃发1次，以利擦药，并除掉带菌的发干；(3) 擦药：每天擦抗真菌剂1次，如5%碘酊，5%硫磺霜，克霉唑酊，柳酸安息香酸软膏等。如炎症明显，并有细菌性继发感染，可用皮康霜。宜擦遍满头，重点有病区域，需连续擦药2个月，以彻底消灭致病真菌；(4) 洗头：每天用热水肥皂洗头一次，连续1个月以上，以加速除去病区头皮上带真菌的鳞屑、痂皮和断发，防止继续蔓延；(5) 消毒：患者生活用具、帽子、枕巾、梳及其他理发工具等进行煮沸，浸泡或用其他灭菌措施。

头癣预防关键是杜绝传染源，做到早发现、早治疗。病人的面盆、毛巾、梳子、帽子、头巾等要专用，并经常消毒，应追查传染源，并同时治疗。若家中饲养的猫、狗等动物患癣，亦应及时治疗。理发时剃下来的病发和落下的鳞屑，痂等须用纸包好烧毁。污染的理发工具应消毒，一般可用来苏尔、5%石炭酸或10%福尔马林液等。不宜用药水浸泡或煮沸消毒的刀具，可用福尔马林熏蒸。

须癣

须癣是胡须区的慢性癣菌感染，由多种皮肤癣菌所引起，常由理发店剃胡须时染上，亦可由牛传染给人，故在牛的繁殖或饲养地区较为多见。发病在胡须部位，表现为活动性边缘的鳞屑性病灶或深部的毛囊性脓疱，胡须无光泽，且松动易拔出或折断。真菌检查阳性可确诊，它与须疮不同，须疮为细菌感染，好发于上唇靠近鼻部的胡须，胡须可以松动，但

不断折断，查不到真菌。

此病治疗首先要消灭胡须内的真菌。若损害小，可用镊子将病须拔除，然后外搽咪康唑或益康唑霜；如损害较多，拔毛困难，可在医生指导下参照头癣治疗方法，而获痊愈。

预防须癣应着重个人卫生，防止在理发店接触感染，最好用一次性剃刀或消毒毛巾，避免接触患癣的牛、狗、猫等动物。

甲癣

甲癣俗称“灰指甲”，是由皮肤癣菌感染甲板而引起的甲病。真菌感染指、趾甲后，甲板可呈灰白色、黄色、褐色或污秽色、指（趾）甲变厚、变脆、弯形、高低不平、失去光泽；有的前端蛀空或卷曲破裂，呈畸形状态；也有少数人甲板变薄萎缩。这种由真菌引起的指、趾甲病态表现，称为甲癣。多由红色毛癣菌引起。甲癣常由手、足癣蔓延而来，常因搓足而感染。因此，必须避免用手去搔生癣的地方，万一搔了应该马上用水把手洗干净，指甲缝更要洗清，以减少传染的机会。

生了甲癣应及时治疗，越早治疗，越易治好。甲癣应与并发的手足癣同时治疗。只要治疗得法，长期耐心，细心坚持用药，甲癣是不难治愈的。关键先要去除病甲，用锋利的刀片，将坏甲逐渐削去或刮除，不使疼痛或出血，以利于药物接触甲板底部活动的真菌而将其消灭。去除病甲也可用溶甲药物（如40%尿素硬膏）或手术拔除。然后用抗真菌药（如30%冰醋酸），并坚持治疗至少3~6月。

有人说，甲癣用治癣特效药——灰黄霉素治疗最好。其实并非如此，外用灰黄霉素治甲癣效果并不好，内服灰黄霉素虽有疗效，但往往服用数月后，仍可从病甲中培养出真菌，即使治愈后仍可能复发。灰黄霉素一般需服半年左右才能医好，而这样长时间应用可能对肝脏和骨髓产生毒性作用。在动物实验中还发现有肝癌的情况。故内服灰黄霉素不如采用简便有效的局部治疗。重症患者可用疗霉素。

念珠菌病

念珠菌病是由白色念珠菌或其他念珠菌引起的一种可以侵犯粘膜、皮肤和内脏的真菌病。以妇女、老、幼较常见。

念珠菌是一种条件致病菌，它广泛存在于自然界中，在正常人体特别是消化道内也可存活。婴儿皮肤细嫩，易出汗，老弱者抵抗力较差，妇女由于生理条件（如妊娠）变化，都有可能使在正常状态下，不致病的念珠菌侵入组织而致病。当人体因其他疾病抵抗力降低时，或长期用抗生素、皮质激素、抗肿瘤药物以后，使肠道内菌群失去平衡，念珠菌就乘机繁殖，引起皮肤、口腔（俗称鹅口疮）的损害或侵入组织引起胃肠道、呼吸道、脑和泌尿道的感染。有些皮肤念珠菌病如指间糜烂，甲沟炎等，则与长期接触水的工作有关。

本病表现多样，须在医生指导下确定诊断和治疗方案，皮肤、指甲、粘膜病变，大多病症都能痊愈，但易复发。内脏念珠菌病治疗比较复杂，需在医生指导下较长时间进行有计划治疗。

由于念珠菌是条件致病菌，缺乏一定条件就不易致病。因

此应设法避免可能致病的一切条件；如注意口腔卫生，治疗各种慢性消耗性疾病，避免多用抗生素、抗肿瘤药和皮质激素等。如能去除诱发因素，大多数念珠菌病不仅可治愈，也是可预防的。粘膜皮肤损害易复发，宜加强和进行较长期的治疗。

隐球菌病

隐球菌病是由新形隐球菌引起的一种亚急性或慢性感染，主要侵犯脑和脑膜，其次是肺、皮肤和肾脏等，常发生在恶性肿瘤及慢性消耗性疾病的基础上或在长期应用抗生素、皮质激素、抗癌药及免疫抑制剂以后发生。

新形隐球菌是一种酵母菌，可从土壤、鸽粪、水果和牛乳中分离出来。此病可能从呼吸道、消化道或皮肤侵入，一般认为人与人或人与动物之间并不直接传播。病菌可以存在于正常人体，当身体抵抗力降低，特别是细胞免疫功能低下时，可以导致发病。

本病的表现缺乏特征性，如在脑部，主要表现为一般慢性脑膜炎、脑炎或脑瘤的症状，如头痛、恶心、呕吐、颈项强直，视力模糊和昏迷等，常被误诊为结核性脑膜炎，最可靠的诊断方法是真菌检查，如脑脊液中发现隐球菌，即可确定诊断。

治疗必须在医生指导下，目前较合理的治疗方法是口服酮康唑及静脉滴注两性霉素B，后者反应大，特别在长期应用过程中，应严密观察血象和肝、肾功能，治疗时间一般需几个月。

此病传染途径多数认为由呼吸道吸入，特别要防止吸入带鸽粪的灰尘，因鸽粪是人类隐球菌感染的主要来源，也要避免食用腐烂水果（尤其是桃子）或不洁牛奶。本病常在身体抵抗力下降时发生，应设法消除各种使人体抵抗力降低的因素，以防止或减少本病的发生。

孢子丝菌病

孢子丝菌病多由外伤感染孢子丝菌引起的深部真菌病，主要侵犯皮肤和皮下组织，偶而也可侵犯内脏器官。

发病前，皮肤常先有损伤史，再接触带菌的泥土、腐木和杂草，病菌就从损伤的皮肤进入人体，大约经过1~3周时间，在最初侵入的部位产生象疔子样的损害，可以溃破，一般不痛，以后沿淋巴管向上蔓延，产生一串类似损害，排列成一条线，一般以上肢的一侧发病机会最多，下肢亦可累及，近几年来妇女和儿童发生于面部的日渐增多。将损害中挤出的脓血作培养；常可分离出病原菌。

目前治疗此病的最好方法，是内服10%碘化钾溶液，每次10毫升，每天3次，一般连服1~2月就能治愈；该病不宜外科手术或电烙；X线照射对此病无效。

本病半数以上的病人先有外伤史，故预防此病首先应防治由各种原因引起的外伤。在日常劳动和生活中应注意保护皮肤，如有破伤，可涂以碘酒包扎，并观察病情的发展。如在外伤后不久有结节性损害出现，应考虑本病的可能，及早做真菌培养予以确诊和治疗。病人换下的敷料应烧毁，以免污染环境。

疥疮

疥疮俗称“癩疥疮”，是一种接触传染的寄生虫性皮肤病，传染性很大，在家庭或集体宿舍中极易传播流行。引起疥疮的寄生虫是一种螨类昆虫，称为疥虫。疥疮的症状主要是皮肤瘙痒，尤以夜间睡眠时甚，这是由于在温暖的被褥里有利于疥虫活动所致。疥虫在白天往往隐伏不动，故较少引起瘙痒；一到晚上，疥虫活动频繁，进行交配，掘隧道，产卵，并排泄粪便刺激皮肤，使病人瘙痒难忍，夜不安眠。疥疮的皮疹主要是丘疹、小水疱、隧道（表现为弯弯曲曲的灰白色线条）和结节（常见于男性的阴囊和阴茎）。其中隧道和水疱是疥虫钻入皮肤引起的；丘疹和结节则是疥虫及其产物引起的过敏反应。皮疹好发于指缝、腕部屈侧、肘窝、妇女乳房、脐周、腰部、下腹部、股内侧和外生殖器等部位。婴幼儿头、面部、手掌和足底也可发生。病程长的可发生湿疹样改变。此病由接触传染，直接接触疥疮病人，同床睡觉，与病人握手、玩耍均可传染发病。少数可间接传染，因疥虫离开宿主仍可存活3~6天之久，因此在旅店睡了病人睡过的床铺而被传染也相当多见，集体宿舍中互相坐床铺，接触病人衣物，如衣服、毛巾和被褥等，也可能传染，引起集体流行。冬天穿衣多，洗澡较少，疥虫容易隐藏和传染、发病机会较多，所以冬季应特别注意预防疥疮。

疥疮治疗较容易，只要认真抓药，常可在1周内治愈，但继发性病变则需时较久。灭疥药物最常用的是10%硫黄软膏。治疗药物与其使用方法具有同等的重要性。药物使用时

必须注意以下方法和环节。

1. 用药前先洗澡，然后用力将硫黄软膏擦于颈项以下的全身，有疮处多擦，无疮处少擦。每天早晚各1次，连续3天。若有未愈的，可再将药擦在未愈部位，直至痊愈。

2. 擦药期间不洗澡，不换衣，使药效不减弱，粘在衣服上的药也可消灭隐藏在衣服内的疥虫，使其无处逃脱，达到彻底消灭的目的。

3. 在第四天洗澡更衣，将换下的衣服、被褥、床单和枕套等煮沸消毒。

4. 家中或集体生活中的疥疮病人应同时治疗。

5. 治愈后经1~2周重复检查1次，如无新皮疹发生，才能认为痊愈，因为疥虫卵需1~2周才能变成虫。

上述治疗方法非常重要，不能忽视任何一点，否则不易治好，且易复发。

预防最为重要，要避免与病人接触，有可疑症状，应及早请医生诊治，病人应注意个人卫生，用过的物品需及时消毒，应独睡一床，在未治愈前要避免与人握手。患儿不应进入托儿所或幼儿园，以防传染给其他儿童。疥疮病人穿过的衣服，用过的床单、被褥等应当煮沸消毒。不耐热的衣服，如尼龙制品，可在阳光下充分曝晒，并放置10天以上使用。旅馆、招待所等公共场所，一旦发现疥疮病人，应立即更换床铺卧具，并作消毒处理，以切断传染途径。

虫咬皮炎

本病是因为虫类叮咬或刺伤皮肤而引起的一种炎性反

应，多见于各种害虫孳生的夏秋季节。当人体暴露部位受到虫类叮咬或刺伤后就引起皮炎。比较常见的害虫有蚊子、臭虫、蠓（蚋子）、螨虫、蚤、黄蜂、蚂蝗、蜈蚣和蝎子等。它们分泌毒汁刺激皮肤而引起局部炎性反应。

皮损主要发生于暴露部位，如面、颈、四肢和穿开档裤小孩的臀部等处。如由跳蚤、臭虫引起的，可发生于躯干。损害以丘疹、风团或瘀斑多见，有时可见水疱或斑块。在患处常能发现虫咬痕迹。一般为不规则的疏散分布，有时可集中于一侧肢体。主观感觉可有不同程度的刺痒、烧灼或疼痛感。某些毒虫如黄蜂、蜈蚣咬后，其表现以红肿为主。蚂蟥叮后则以出血为常见。皮损通常在1~2天内消退。但由于剧烈瘙痒或处理不当，皮损常破烂、渗液甚至继发感染，使病程延长。在移居另一地方后，由于所谓“水土不服”而发生的皮疹，其中大部分就是虫咬皮炎。

治疗以止痒、消炎等对症处理为主。严重的蜈蚣、蝎子和蜂螫伤必须在医生指导下用1%盐酸吐根碱在患处皮下注射，可迅速止痛。全身中毒症状严重者应早期及时抢救。蜂刺螫后，应首先检查和拔除在皮内的毒刺。如为黄蜂（大马蜂）螫伤，其毒液为碱性，可涂搽醋酸；若为蜜蜂螫伤或蜈蚣咬伤，其毒汁多为酸性，应立即用肥皂水洗，局部敷用5%碳酸氢钠（小苏打）或氨水。亦可外用或内服上海蛇药或南通季德胜蛇药片。

此病应首先着重预防，积极找寻和去除害虫。注意环境卫生，投入以除害灭病为中心的爱国卫生运动。针对不同害虫特点可以进行预防，如在床边、墙角撒些石灰，可防蜈蚣；

水田中放些山茶子或红藤末，可防蚂蟥。灭蚊最根本的方法是排除积水及污水，室内可用各种驱蚊剂。养蜂的人在取蜜之前，应戴面罩及手套。切勿追捕飞行中的蜂，以防激怒而被刺。屋檐下及树下的黄蜂窝应及时摘除，但切勿在没有防护措施的情况下去戏弄蜂窝。

桑毛虫皮炎

因桑毛虫毒毛刺伤皮肤所引起的皮炎称为桑毛虫皮炎。桑毛虫又称桑毒蛾，其侵害树种广泛，除嗜食桑叶外，也危害桃、李、苹果、梨等果树，以及城乡绿化树的叶子。桑毛虫一生分卵、幼虫、蛹和成蛾 4 个发育时期，其盛发期为 6~10 月份。致病因素为幼虫（即桑毛虫）的毒毛。幼虫自第二龄起出现彩色和长毛，毒毛数可达 200~300 万根。桑毛虫的毒毛粗看似针，细看像箭，呈针箭形，毒毛极小，长 45~315 微米，毛根基部如“针尖”，因此极易从虫体上脱落，毒毛的中心为空心管道，内含淡黄色液体，呈弱碱性、耐热，其致病成分尚不明了。毒毛内含有的毒液对皮肤的刺激是致病因素，而不是毒毛本身的机械性作用。

皮疹以斑丘疹、丘疱疹为主，主要分布于颈圈、躯干上部及上肢屈侧，伴有不同程度的瘙痒，尤以晚间入睡前为甚，如毒毛刺入眼部可引起结膜炎或角膜炎，病程通常在 1 周左右，如反复接触毒毛或经常搔抓，病程可达 2~3 周以上。

治疗原则以尽可能地及早粘去皮疹上的毒毛，外搽消炎止痒药和避免再刺激为主。去毒毛的方法是采用橡皮胶或透明胶纸在皮疹上反复粘贴以粘去毒毛。

预防本病宜采用综合措施，如采取各种方法消灭越冬及早春幼虫，用敌百虫（0.1%水溶液）等药物喷杀树上幼虫；预防接触桑毛虫毒毛，在有桑毛虫的树下进行生产劳动时，需穿戴防护衣帽，穿长袖衣、长腿裤，并扎紧袖口、裤脚，最好能戴风镜及口罩；避免在有桑毛虫的树荫下纳凉、晒衣被或尿布；住房附近如有桑毛虫发生，每遇到刮大风时，宜将迎风的门窗关闭，以免毒毛吹入。

刺毛虫皮炎

本病因刺蛾幼虫（俗称“洋辣子”）的毒刺刺伤皮肤所引起，大多发生在6~9月间。我国常见的有黄刺蛾和青刺蛾的幼虫两种。刺毛虫体上有大量毒刺；当刺伤皮肤后，其刺中的毒液即可进入皮肤而致病。

当人体皮肤被刺毛刺伤后，初感瘙痒、刺痛或烧灼感，久则外痒内痛。在刺伤部位的中心，出现荨麻疹样皮疹或较大的肿胀，皮疹好发于面、颈、手及前臂等暴露部位，在患处如用放大镜观察，有时可发现刺毛。

在刺毛刚进入皮肤时、可用胶布或透明胶纸粘贴患处，并立即取下，如此反复数次，可将未深入皮内的部分刺毛带出，外搽炉甘石洗剂等以消炎、止痒。

在6~9月间刺毛虫盛发期，可在树上喷射0.1%敌百虫水溶液以消灭刺毛虫。个人防护方面，应注意勿在有刺毛虫的树荫下纳凉，教育儿童勿在树下玩耍。

毛囊虫皮炎

毛囊虫皮炎是由毛囊虫引起的皮肤疾病。毛囊虫是一种永久性寄生螨。寄生人体的有毛囊蠕形螨和脂形螨两种，蠕形螨体细长呈蠕虫状，体长0.1~0.4毫米，必须在显微镜下才能观其全貌。在人的鼻翼，鼻唇沟，颊，下巴处经常栖居着蠕形螨（俗称毛囊虫）。上海地区常人的毛囊虫感染率为37%~86%，毛囊虫在5岁以下儿童中少见，但在年龄较大的儿童，青年及成人中则常见，其中以40~60岁的感染率最高。但仅有一小部分人发病，主要见于皮脂腺分泌旺盛的青壮年，男性多于女性。初看，外观有点象酒渣鼻或痤疮。在鼻尖及鼻翼两侧皮肤有弥漫性红斑，散在集簇性针尖至粟粒大的红色丘疹或脓疱，往往中央群聚，周围散发，丘疹表面常有鳞屑或结痂，成批发出，长期不愈，自觉瘙痒及烧灼感，喝酒、吃巧克力及辛辣食物后，红斑常加重。

治疗此病不难，以局部外用杀虫剂为主，如硫黄霜、灭滴灵霜、苯甲酸节脂乳剂及蛋白粉刺净等，每天外涂2次，可很快使毛囊虫死亡。由此而引起的皮疹也会随之消失或痊愈。

此类病人应少喝酒，不吃巧克力及辛辣食物，平时可用硫黄或灭滴灵霜。

丘疹性荨麻疹

其是一种发生在儿童的鲜红色风团性丘疹性皮肤病，又称急性单纯性痒疹。有人说“几乎每个人都不可避免地要生1~2次丘疹性寻麻疹”，这话并不过分。夏季纳凉时，手臂、

小腿暴露部位常见黄豆大圆形、棱形红色风团样丘疹，中央可有小水疱，有时可见大水疱和血疱，搔痒剧烈，抓破后结痂。一般情况下，经过适当处理，大多数病人经过 1~2 周后，皮疹消退，留下淡褐色色素沉着，少数可反复发作。

此病多数是因为跳蚤、蚊虫、臭虫或螨虫等叮咬过敏所致，也有一部分病人与饮食过敏如食用鱼、虾、牛奶等以及胃肠道功能紊乱、肠道内寄生虫、出牙和过敏体质等有关。

患了此病，应该寻找可能病因，如有无昆虫叮咬，忌用诱发本病的饮食，纠正肠胃道紊乱，注意环境卫生，彻底清理生活和工作环境中的垃圾、杂物和喷撒杀虫剂等。皮损处切忌过份搔抓、洗烫，局部可外用止痒消炎剂，如有细菌感染可用抗菌软膏，严重者应请医生处理。

接触性皮炎

本病是接触了动物性、植物性或化学性物质引起的一种急性皮炎。病因分两类，一为原发性刺激物，如强酸、强碱等接触到任何人的皮肤都会立即发生损害；二为过敏性反应，少数有过敏体质的人，接触某些致敏物如漆、羊毛或化学品等，经过一定时间（首次接触需 4 天以上，再次接触潜伏期可大大缩短，最短者仅需几分钟）后即出现损害。此病表现特点为：在接触部位发生边缘鲜明的损害，轻者为水肿性红斑，较重者有丘疹、水疱甚至大疱，更重者则可有表皮松解甚至坏死。若能及早去除病因和作适当处理，可以速愈，否则会转化为慢性，呈湿疹样皮炎。

该病须接触刺激物或致敏物才发病，不接触就不会发病。

因此，它的预防就有很大意义。应尽量寻找可能的致病因子并避免接触；对以往有过接触性皮炎史者，应尽量避免再度接触原来致病物质。以生漆皮炎为例，应避免再接触生漆、漆树和一切未干的漆器，更不能从事和生漆接触的职业，在漆林工作的农民，多数直接接触后要发病，因此工作时应穿防护衣和戴手套，检验生漆时，应放入通风隔离罩中进行，以防漆烟熏及皮肤。一旦发病，应立即用冷开水或生理盐水将接触物洗净，再请医生作相应的对症处理。

口红接触性唇炎

接触性唇炎由多种原因引起，女病人使用口红是最常见的原因，表现为嘴唇红肿，重时可见水疱，水疱破后形成糜烂，继而结痂，如有继发细菌感染则有脓液或脓痂，疼痛常较明显，严重时伴有发热和局部淋巴结肿大。此病不但影响容貌美观，而且影响身心健康。如能及时避免接触，则皮损一般在数天内恢复正常。再接触则可再次发病，如反复接触，皮炎常经久不愈。

发病后应寻找致病原因，避免再接触致病物质，如致敏口红等。局部可用对症处理，一般可外用皮质激素霜剂如粘膜溃疡膏、皮康霜等。如有大疱或渗液，可抽去疱液后用3%硼酸水溶液或复方醋酸铝溶液作冷湿敷，每天多次，每次半小时左右，皮炎好转后可改用上述皮质激素类霜剂。使用前宜先用小量试探一下，因患者的唇部耐受性较正常低，易于对多种物质发生过敏，原来并不过敏的药物也可能致敏。预防应着重防止接触原发性刺激物及劣质口红等易致过敏的唇

膏和其他物质。

湿疹

湿疹是一种最常见的皮肤病，病因复杂，一般认为与变态反应密切相关。诱发湿疹的内因主要是过敏性体质，可由遗传或后天获得。感染病灶，代谢和内分泌功能紊乱，精神创伤，营养障碍，疲劳以及某些动物蛋白如鱼、虾、蟹、蛋、奶和吸入花粉、屋尘等都可诱发，甚至生活中的清洁剂、肥皂、化学纤维及日光等因素也可诱发湿疹。

防治湿疹，要尽可能避免各种诱发因素，不滥用成药，忌用热水肥皂烫洗等。对红斑性或丘疹性湿疹，一般选用含有皮质激素的霜剂外搽，如地塞米松或去炎松霜等，此类霜剂有良好的抗炎、抗过敏及止痒等作用，每天涂擦 2~3 次。轻的湿疹搽几天药膏就会好，不必服药。但是湿疹有一个特点，就是容易复发。所以如皮疹有再度出现的迹象，就要及时搽药，以免发展成为慢性。

如皮疹较多、瘙痒明显，可内服抗过敏和镇静止痒的药物，如扑尔敏、去氯羟嗪等。皮疹广泛、渗液较多、瘙痒较重的湿疹，可短期内服泼尼松或地塞米松等皮质类固醇激素，但应在医生指导下服用，不可盲目乱用。

患湿疹的部位要避免剧烈搔抓，搔抓可使皮损加重，不但使患部糜烂流水，易引起化脓，而且可使皮损增厚、色素沉着、有碍美观。患部不要用热水烫、肥皂洗，尤其急性期更应避免。用热水洗烫患部虽然能暂时止痒，但常使炎症加重。患部如有污痂或残存外用药粘附，可用柔软的棉花或布

蘸植物油轻轻拭洗，尽量不要用水洗。

有的患者吃了鱼虾类海鲜，皮损加重、增多，瘙痒加剧，就应免吃，但多数患者吃了并不加重，则可再吃。所以什么食物能吃，什么不能吃，要因人而异，各人可根据自己的体会来决定。得了湿疹以后，最好不要饮酒，饮酒会使皮肤血管充血，渗出增加，常使瘙痒加重。

皮质类固醇激素药膏对湿疹的疗效往往比其他消炎药膏为好，一般颇受欢迎，但也有人怕它会伤害皮肤而不敢用。确实，长期涂擦这类药膏，可能会引起皮肤萎缩和毛细血管扩张且易致局部感染。因此，最好不要长期使用，尤其不要长期在面部使用，否则皮肤因萎缩变薄而致皱纹，又因毛细血管扩张而使皮肤表面产生弯弯曲曲的红丝，经久不退，而这些表现往往是不可逆的，由于影响皮肤美观，常致终生遗憾，故若病情需要用此类药膏，一般不必有太多顾虑，可以大胆使用，但使用期不宜太久，如短期使用皮质激素软膏，一般不会产生上述后果。

遗传过敏性皮炎

本病又称异位性湿疹，是一种比较常见的胎传性过敏性皮肤病，胎传性过敏性体质是本病发生的主因。病人家族中常有支气管哮喘、过敏性鼻炎或风疹块等过敏病史，病人自身亦易伴发上述过敏性病。激发因素主要为食入物，如牛奶、鱼、虾等，吸入物如含有花粉、羽毛的粉尘等。

此病表现分三个阶段：(1) 婴儿期、称婴儿湿疹，多见于满月前后的婴儿，在两颊部发生典型的急性湿疹，至1~2

岁可逐渐痊愈，少数可迁移至儿童期；(2) 儿童期：表现为肘窝、腘窝等部位增厚的湿疹或四肢伸侧的痒疹型（疏散分布绿豆大丘疹）；(3) 成人期：呈播散性神经性皮炎样变。

该病非不治之症，随着年龄增长常明显缓解以致痊愈，无传染性。如能与医生配合治疗，可加速此病的缓解和痊愈。寻找可能致病和诱发的因子而去除之，特别应注意饮食致敏和激发因素。要尽量避免局部刺激。如不乱用刺激性强的成药，不用热水肥皂烫擦等。婴幼儿的衣服、尿布要柔软，洗涤时尽量把肥皂冲净，尿布不宜用塑料制品，病人衣着宜棉织品，尽量少用人造纤维和毛织品，以免刺激或致敏皮肤。不要饮酒或食用刺激性食物（如辣等），对可能诱发本病的食物，如鱼、虾、蟹、蛋和牛奶等，如进食后能加剧病情者应忌食。对可疑的诱发因子，如屋尘、花粉等吸入物，应注意观察与病情的关系，对有关者应竭力避免。不宜过劳，避免紧张，情绪激动及出汗过多等，以免皮损加重。不随便注射青霉素及血清类制剂，以免引起过敏反应。需防止病毒性感染，特别应避免婴儿期患儿接触单纯疱疹和种痘者，以免发生严重的并发症。如有大便秘结，应使其畅通，预防接种要选择适当时机，在发病比较厉害时，不能接种牛痘等，待症状缓解后，才可种痘和作其他预防接种。

药疹

由于药物进入体内而引起的过敏性炎性反应称为药疹或药物性皮炎。吃药、打针、栓剂、外用药经过皮肤、粘膜吸收以后，都可引起药疹。发生药疹主要决定于人的因素和药

的因素的协同作用，而以人的过敏体质是最重要的原因。引起药疹的药物包括西药和中药，常见的有抗生素、磺胺药、解热镇痛药、镇静安眠药及抗毒素与血清等，其表现多种多样，常见的有麻疹样或猩红热样药疹、荨麻疹、固定性药疹、剥脱性皮炎及大疱性表皮松解型药疹等。

发生药疹应立即停用可疑致病药物，加强排泄，并用抗过敏及对症处理。严重的必须去医院及时抢救，否则可导致死亡。

由于药疹发病率高，危害性大，因此预防有重大意义。药物可医病也可致病，不要无的放矢乱用药，对某些病可以先考虑针灸、中医中药副作用少的疗法。有病必须吃药打针时，凡是单种药物能解决的，不用多种药物。口服能解决的不用注射药。有过敏体质的人或者已经发生药物反应的患者，应主动告诉医生，谨慎用药，自备药物禁忌卡，以免再服同样或同类药物造成复发的危险。有药敏的人，应注意交叉反应或多原性过敏。用药期间注意警告症状，如皮肤瘙痒、皮疹和发热等，发现上述症状时最好停药观察。家中自备的成药，如非确有把握，不随便应用，以免发生不良反应。

荨麻疹（风疹块）

本病是一种常见的皮肤粘膜过敏性反应，其特征为：具有剧痒的一过性局限性水肿性发疹。其病因复杂，包括各种内源性或外源性因子，如食物（特别是虾、蟹、牛奶等蛋白质类），药物（如青霉素、磺胺、痢特灵等），寄生虫（如蛔虫），病灶（如蛀牙、扁桃体炎中的细菌产物），吸入物（如

花粉,羽毛)等。根据病程的长短,可分急、慢性两种,急性经过1~2周左右就可痊愈,慢性的可反复发作数月,甚至数年。

防治本病首先应寻找发病的原因及一切可疑诱因而去除之,以免再发。对有明显全身症状者,应警惕有无其他情况合并存在如败血症等。如皮疹发于喉部,可影响呼吸,甚至窒息,必须及时去医院急诊,作紧急抢救处理。必要时可进行气管切开或插管,以保持呼吸道通畅。一般的风疹块可对症处理,如口服或注射抗过敏类药物,局部治疗以止痒为主。

血管性水肿

其是一种发生于皮下组织较疏松部位或粘膜的局限性水肿,又称巨大荨麻疹,其发病与荨麻疹相似,可由药物、食物、吸入物、病灶和物理因素(如日光、寒冷)等引起,最常见的药物是阿司匹林,最多见的食物是水果(尤其草莓)和鲜鱼。

皮损常出现在早、晚,为突然发生的局限性肿块,明显高出皮面,光滑、发亮,触之坚实或具弹性,多呈皮色或淡红色。损害多发生在组织疏松部位如眼睑、唇部、耳垂、外生殖器及咽喉部。其分布多不对称,一般为单个。可持续存在1、2天甚3、4天才消退,退后不留痕迹,但有复发倾向。局部可有微痒、灼热、紧张和麻木感,一般无全身症状。

本病防治法基本同风疹块。如能寻获原因,当以去除病因为首要,如对某些食物、药物过敏,则应避免再用,如有感染病灶,则应及时治疗。

神经性皮炎

神经性皮炎是一种常见的皮肤神经功能障碍性皮肤病，以剧烈瘙痒及皮肤局限性苔藓样变为特征。患者多为青壮年。皮损常对称发生在颈后、肘关节伸侧及骶尾部。起初单是皮肤搔痒难忍，以夜晚更加剧，常因此影响睡眠，以后皮肤上逐渐出现红色或皮肤颜色的高起的扁平丘疹，此时予以适当治疗，病情容易控制或治愈，但易复发。如任其发展，特别是剧烈的搔抓，越抓越痒，越痒越抓，如此恶性循环，结果局部皮肤粗糙增厚，似皮革样，给治疗带来困难。引起疾病的原因与神经系统功能紊乱有关，病人常有过度兴奋、紧张、忧郁、烦躁和失眠等神经衰弱表现，局部的刺激如衣领的摩擦、搔抓、日光照射和多汗也可诱发和加重病情。

防治的方法很多，病人应与医生密切配合，首先必须排除精神紧张，避免过度疲劳，禁止烟酒，限制辛辣食品及浓茶、咖啡等，避免搔抓和用肥皂、热水洗烫，以免皮损加剧，不要乱用刺激性强的外用药，以免刺激皮肤。

由于痒而不抓并不容易做到，因此在治疗时，应同时给内服、外用止痒药以帮助度过难关，内服药主要为抗组胺制剂如赛庚啶等，外用以皮质激素剂为主，如恩肤霜、皮炎宁酊等。

瘙痒症

瘙痒是很多皮肤病中常见的一种自觉症状；而瘙痒症则是一个病的名称，是指只有皮肤瘙痒而无原发损害的称为瘙

痒症，其发病因素比较复杂，一般多认为与精神、神经系统某些方面的功能失调有关，如瘙痒可在情绪紧张、忧郁、焦虑和激动的情况下发病或加剧。有的与系统性疾病，外环境因素（如气候干燥、使用碱性过重的肥皂、穿纤维或毛织品内衣等）和局部因素（如肛周、女阴、阴囊局部潮湿、多汗、摩擦）有关。根据皮肤瘙痒的范围和部位等一般可分为全身瘙痒症，老年瘙痒症，季节性瘙痒症，阴囊、女阴或肛门瘙痒症等。由于瘙痒可以是某些局部癣病的一种症状表现，因此探查潜在病因十分重要。病人还应注意以下情况：

情绪稳定，力戒搔抓 对治愈瘙痒症非常重要。搔抓虽能暂时止痒，但对皮肤是不良刺激，皮肤反复被抓破抓伤后，容易变粗变厚，粗厚的皮肤痒感更重，长期搔抓使皮肤越抓越厚，越厚越痒，越痒越抓造成恶性循环，从而使本来比较轻微的瘙痒症变得越来越重。为此，在瘙痒难忍时，患者应尽量克制，万不得已，至多用手轻轻拍打发痒部位，千万不要用硬物摩擦或用手狠抓。

衣着宜柔软，饮食宜清淡 对穿毛织品、化纤内衣而感到瘙痒者，应更换为棉织品，内裤不可用不吸汗、不透风的尼龙制品。病人应忌饮酒，忌吃辛辣等刺激性食物，饮食宜吃富含维生素A、B、C和叶酸等食物如胡萝卜、蕃茄和各种绿叶蔬菜。

注意保持皮肤清洁 病人长久不清洁皮肤会使瘙痒加重，但清洁过分亦可加重瘙痒。全身瘙痒症和老年瘙痒症病人洗澡不宜过勤，水不宜过烫，肥皂不宜过多使用，最好用中性香皂或多脂性肥皂。皮肤干燥者，洗澡后可擦些蛋白霜。

患有阴囊、女阴或肛周瘙痒症者,可每天用温水清洗 1~2 次,以除去积汗及分泌物,保持局部干燥。用止痒药水或高锰酸钾坐浴,有减轻瘙痒和治愈肛周皲裂的作用。

工业职业性皮肤病

工业职业性皮肤病是指在工业生产过程中由于接触与生产有关的有害因素包括化学性、物理性、机械性或生物性等刺激或致敏作用而引起的皮肤病。本病还与各人的皮肤状况、季节变化、性别年龄、生产环境、工龄长短及健康状况等有一定关系。本病的表现因致病因子或接触物的不同而有差异,常见的有皮炎湿疹型、痤疮和毛囊炎型、角化过度 and 皲裂型、皮肤粘膜溃疡型和色素异常等,但以皮炎湿疹型最为常见,其发病特点与生产时接触的物质有密切关系,皮损多发生在暴露部位或直接接触部位,同工种工人常有多人发生,停止接触后,皮损一般趋向好转或痊愈,再接触可能再发,部分病人斑贴试验可呈阳性。

对工业职业性皮肤病,应采取综合预防措施,主要是使皮肤免受各种有害刺激,其关键是改进生产设备(如密闭化、管道化、机械化及自动化)和卫生条件(如安装良好的有效通风、排气及吸尘设备)。加强个人防护尤为重要,以使人体与有害物质隔开,不使其侵害人体。根据不同工种的需要除穿工作服外,尚需配戴手套、口罩、面罩、防护眼镜、帽子或长统靴等,还可根据不同工种采用不同的皮肤防护剂和清洁剂,如甲基丙烯酸酯 605 保护膜对预防皮炎能起一定作用,工人创造的木屑混以肥皂粉,可以清除皮肤上的油污,以代

替对皮肤有刺激的松节油、汽油等。

稻农皮炎

稻农皮炎是指农民在种植水稻过程中发生的皮肤病。发病以拔秧、插秧和耘耩阶段多见。由于病因及生产条件的不同，其有多种表现，但其中以浸渍糜烂型皮炎（俗称烂手烂脚）和动物的血吸虫尾蚴皮炎发病较多。也可表现为指甲损伤，甲沟炎及机械性损伤引起的皮炎等。长时间在温度较高偏碱性的水中浸泡操作以及机械性摩擦是发病的重要因素。

患者首先应注意清洁、干燥，尽量少用热水及肥皂。治疗宜对症处理，原则为消炎、止痒和防止继发感染为主。

预防以加强个人防护为主，在下田劳动前在浸水部位涂一层粘性较大的油膏如凡士林，每天 2~3 次，劳动歇工后，用 12.5%明矾（饱和浓度）3%食盐水浸泡片刻，让其自行干燥，每次歇工后泡一次，特别是临睡前必须泡一次效果甚佳。此外，应注意改善劳动条件，如调整劳动时间（延长中午休息时间）或干湿轮做。为防止血吸虫尾蚴钻进皮肤，可在下田前涂一种皮肤防护剂（如 15%邻苯二甲酸二丁酯乳剂）。

农药皮炎

农药在农业生产中已广泛应用，有些农药对人体有一定毒性，也可引起皮炎反应。这些情况在农药的生产、包装、运输、配药和使用过程中都可能发生，常见的是有机磷农药及有机氯农药。

有机磷化合物，常用作农业杀虫剂，主要有 1059（内吸磷）、1605（对硫磷）、敌敌畏及敌百虫等。有机氯农药属氯化烃杀虫剂，常用的有六六六及 DDT。在农业使用中，如不遵守安全操作规程，常易引起中毒，如喷药时忽视必要的个人防护，不戴口罩、赤足、露臂、裸背喷药；逆风操作；连续操作时间过长；皮肤、眼为药液所沾，没有及时清洗；工作后未经洗手，洗脸即行取食；任意提高药物配制浓度；喷药器失灵，随意用手拧掬或用嘴吹吸等。有机磷农药引起的皮炎表现与其他化学物引起的接触性皮炎相似。

农药使用前应了解所使用的农药的性能和毒性。个人防护很重要，配药和喷药时应穿戴防护服，将袖口、裤脚扎紧，戴上口罩，风镜，橡皮手套、长统靴等，不要逆风喷射，要防止皮肤、眼等沾上农药，种子拌药时，不宜直接用手搅拌。工作完毕后，双手，前臂和衣服等都要用 5% 碱水或肥皂水洗净。孕妇、哺乳期妇女及不满 18 岁的少年，均不应参加喷药工作。如有中毒表现，应在医生指导下及时处理。

化妆品皮肤病

本病又称化妆美容病，是指因使用化妆品美容美发而引起的皮肤粘膜、毛发或指甲的不良反应。文艺工作者因化妆使用油彩引起的皮肤反应则称演员油彩皮炎。

该病多见于青年女性及职业性文艺工作者，好发于颜面，尤其是双侧颧、颊部及额部皮肤。如使用染发剂引起损害时，头皮及额枕部发际处亦可累及，反应重的可波及其他部位。损害呈多种形态，以皮炎型最多见，其次为色素沉着型及痤疮

型。少数呈皮肤老化型；毛发受损时表现为发干枯、质脆、发梢开叉、无光泽、易折断或脱落；甲受损时表面粗糙不平，并失去正常光泽。自觉症状有痒感或烧灼感，重者有疼痛感。皮炎型病人若不再使用有刺激或致敏性化妆护肤用品，可逐渐好转或痊愈。皮肤斑贴试验常呈阳性反应。

发病后，宜停用并避免再使用已明确或可疑致病的化妆护肤用品或油彩。使用化妆品应按个人皮肤性状（如油性、中性、干性、过敏性）选用化妆护肤品，油性皮肤不宜使用稠厚的油性基质制剂，过敏性皮肤不宜用进口高档化妆品，因香料成分复杂，更易致敏。化妆一般以淡妆为好，浓妆艳抹对皮肤粘膜刺激性大，临睡前应洗去化妆品。注意避免同时使用几种化妆品，也不宜频繁更换品种，更不要使用过期或已变质（有霉污点、变色、有异味、发酵或已液化）的化妆护肤品。在使用染发剂之前，宜先取少量样品涂抹于前臂内侧背部，观察 24~48 小时，如局部皮肤无红肿、发痒等现象后再使用。老年人银发也很美，可顺其自然，不一定要用染发剂。

发病后患处应避免搔抓、摩擦，不用肥皂或过热水洗涤，亦不宜使用有刺激性的外用药物，注意清洁，防止继发感染。病损部位的鳞屑或痂皮应让其自然脱落，过早用力剥脱易损伤表皮或产生瘢痕。治疗和康复期间患处皮肤应避免日晒，以减轻色素斑形成。

手足皲裂

冬季，有些人的手足，特别是指掌和足跟常发生开裂现

象，俗称裂拆，医学上称皲裂。发生皲裂的原因是多方面的，但皮肤增厚、干燥和手足活动时的牵拉作用是形成皲裂的三个主要因素。

表皮增厚 手掌、足底的皮肤生来就比其他部位厚，且相当坚硬，缺乏弹性，从而为皲裂的发生创造了条件。使皮肤增厚、缺乏弹性的某些皮肤病如手、足癣、慢性湿疹等均可促进皲裂的发生和发展。

表皮干燥 掌跖没有皮脂腺，缺乏正常的润滑保护能力，冬季汗腺分泌减少，天气干寒，表皮就会干燥失去弹性而开裂。常接触能溶解脂肪的有机溶媒如苯、汽油等或吸水性物质如泥水匠，常接触碱性肥皂的洗衣工等，他们掌跖的皮肤要比一般人更干燥，自然更有利皲裂的发生。

劳动时的牵引力 这是产生皲裂的决定性因素。

老年人由于皮肤角质层含水量相对降低，皮脂分泌减少，降低了弹性，因而容易发生皲裂。

皮肤有了皲裂要及时治疗，越早治疗，越易治愈。常用的有 15% 尿素脂。近年来，笔者用特制水解蛋白霜治疗皲裂，取得了更显著的效果。

选用疗效高的治裂药固然重要，但用药方法也不应忽视，搽药前要先用温热水浸泡，然后揩干、搽药，每天 2 次。对角质过厚者，宜先将增厚的角质层削薄再搽药，以促使表皮变软变薄，并保持角质层的水分，改善表皮的干燥状态，从而提高疗效。

预防皲裂，关键是针对病因，采取相应措施以消除或减少发病诱因，并积极治疗易致皲裂的皮肤病，例如手足癣、鱼

鳞病和湿疹等。调查表明近半数皲裂病人由于手足癣引起,这些病人如能在夏季治愈手足癣,则入冬后可不发生皲裂,或使症状显著减轻。

皮肤因某种刺激而肥厚变硬时,是应尽量消除刺激因素或注意防护措施。当皮肤已变得肥厚和发硬而趋向于发生皲裂时,如能常用热水浸泡,用刀片削去一部分过厚的角质层,然后搽上些猪油、凡士林、蛤蜊油或甘油(用时掺一半水)等,往往可预防皲裂的发生;对厚而硬的皮肤,可用具有角质剥离作用的水杨酸软膏或30%冰醋酸,每天搽2次。

应加强个人卫生,注意保护皮肤。冬天皮肤较干燥,应多搽油脂以滋润皮肤。避免过多使用肥皂、皂粉或碱水洗手,以免去脂过多,而使皮肤干裂。常接触有机溶剂(如苯、汽油等)或吸水作用强的物质(如水泥等各种粉末),均应采取适当的防护措施,如涂些防护膜或油脂等,最好在上面先搽些劳动护肤霜或蛋白治裂膏等。洗手后要及时擦干。尽可能使用手套,避免双手与原料或产品直接接触,减少机械性、物理性、化学性刺激,也可减少皮肤水份的散发。

嘴唇干裂

嘴唇是口腔周围一圈发红的区域,解剖学上叫做唇红缘。它的构造与口腔粘膜基本相同,但毛细血管更丰富,因此嘴唇呈红色。唇红缘没有汗腺和唾液腺,它的湿润仅靠局部丰富的毛细血管和少量发育不全的皮脂腺,一般情况下它的湿润度尚能勉强维持,但是一到冬天,气温低,风多,气候干燥,唇粘膜血液循环差,易干燥,冬天新鲜蔬菜吃得少,使

人体维生素 A、维生素 B₂ 等摄入减少使唇粘膜表皮细胞的抵抗力降低，再加上唇粘膜表皮层薄，韧性差，活动多（说话、吃饭等）。所以，嘴唇常会干燥、开裂，甚至出血，有时连吃饭，说话都不方便。

嘴唇有了干裂后，不要用舌头舔，因舌舔后虽可暂时湿润，但其水份很容易蒸发，水份蒸发后就会带走热量，使唇部温度更低，更会加重干裂。

正确的处理方法是冬季在干燥的唇部涂些油脂，一般以选用蛋白治裂膏或 15% 尿素脂，而以前者效果更好，它含有天然保湿因子，可保持局部充足的水分，同时应注意多饮水，多吃蔬菜、水果。必要时可内服维生素 A、B₂ 及 C 等。

痱子

痱子是炎热季节中发生的一种急性皮炎。多见于婴幼儿，有红痱和白痱两种。痱子的发生多与外界温度高，湿度大，及人的汗液分泌过多，汗液蒸发不畅有密切关系。由于表皮被汗液持续浸渍，汗液不能通畅排泄而郁积于汗管内，引起轻度的真皮炎症反应，结果形成痱子。好发于颈、肘窝、胸背和小孩的头面等处，红痱表现为红色密集的针头大小丘疹或丘疱疹；白痱为针头大小半透明的浅表小疱，高烧病人在热度骤降，伴有大量出汗时，容易发生。

生了痱子以后，局部可用温水清洗，轻轻揩干，撒上扑粉或痱子粉。避免用热水和肥皂洗烫或手抓，忌用软膏糊剂等油类制剂。

预防痱子，应注意皮肤清洁卫生，经常洗澡，保持皮肤

干燥；要注意环境通风，避免过热；衣服宜轻松、宽大通风，勤洗换；家长应特别注意夏天不宜给婴幼儿穿衣过多；高热卧床病人及婴儿睡时应多翻身，常沐浴，浴后在皮肤皱折部位宜多扑些痱子粉。

冻疮

冻疮是一种发生于寒冷季节的末梢暴露部位皮肤的局限性、郁血性、红斑性疾病。好发于颜面、鼻尖、耳廓、手指、足趾和足跟等处，典型表现为紫红色肿块，重时引起水疱和溃疡，常有瘙痒，灼热或刺痛的感觉。长期暴露于寒冷（10℃以下）、潮湿的空气中，加上患者末梢血液循环较差是发病的主要因素。平时缺乏运动、手足多汗、鞋袜过紧、营养不良及慢性消耗性疾病，也可为发病的诱因。遗传也有一定关系，有些家族中几代人同患冻疮。

生了冻疮，首先应加强保暖，避免进一步受冻。易受冻的部位，如手、足、耳朵等处要注意戴好手套、穿厚袜、棉鞋、耳套等。鞋袜潮湿后，要及时更换。冻疮应及早治疗，治疗原则是改善患处血液循环，促进炎症消退，防止继发感染，一般以局部治疗为主，重型患者应在医生指导下配合内服治疗。

有的人生了冻疮以后，马上用热水浸泡或在火上烤，这样做很不妥当！因为受冻以后，皮肤已经缺氧了，如果温度突然升高，患部细胞就更需要氧气，而深部的小动脉尚未恢复正常，还不能供应足够的氧气和养料，使细胞缺氧更厉害，从而促进变性和坏死的发生和发展。所以有了冻疮，千万不

要马上烤火或用热水浸泡，以免发生更糟的后果。

每年生冻疮的人自我保健措施主要为：

1. 在天转冷时，穿戴要注意保暖，还应该多吃一些脂肪性食物，以增加身体的热量，衣裤鞋帽要宽大，免得影响血液循环。在每年生冻疮部位，尤应注意保暖。儿童对气候变化的适应能力较差，受冷后也容易生冻疮，所以要更加注意保暖。

2. 经常参加体育锻炼，这样可以促进血液循环，使局部血流量增加，保持氧气和营养的供给，体育锻炼还可以增加对寒冷的适应能力，可以避免或减少生冻疮的机会。

3. 平时多洗冷水澡，用冷水洗脸、洗手洗脚，并逐步增加冷水接触时间，这样持之以恒，可以提高人体对寒冷的适应性，是一种预防冻疮的好方法。早期冻疮病人试用冷温水交替浴可能有效，将患冻疮之手、足浸入温水中 2~3 分钟或更久，再浸入冷水中半分~1 分钟，每天 2 次，浸的时间可逐步增加，此法可逐渐提高患者对寒冷的耐受力。

4. 对患有慢性病的人，如贫血、营养不良等，除积极治疗相应疾病外，还应适当增加营养，保持足够的热量供应，以增强抵抗力。

5. 局部按摩或做音频电疗等理疗，对防治冻疮也是极好的办法。

擦烂红斑

擦烂红斑又称摩擦红斑，是皮肤皱襞部位由于温暖、潮湿和互相摩擦等刺激引起的皮炎。在皮肤天然皱襞的地方，两

个皮肤面密切接触,使那里的热量不易散失,局部温度增高,分泌的汗液和其他排泄物蒸发不畅,造成温暖潮湿的环境,再加上活动时两个皮肤面的摩擦就会引发本病。发病时局部为一充血性红斑,大小和相互摩擦的皮肤皱襞面积一致,有痒和烧灼感,如继续发展,可引起糜烂。皮损好发于婴儿的耳后和颌下,肥胖者的腋窝、腹股沟、阴部和妇女的乳房下的皮肤皱襞处。

早期红斑阶段治疗多用扑粉即可,如已发生糜烂或渗液多时,可用3%硼酸水湿敷。每天换3~4次。若继发细菌性或霉菌性感染应及时选用有效的抗生素制剂。局部不要用肥皂热水洗擦,避免用软膏,以免加重皮损。预防本病的关键是经常保持皮肤皱襞部位的清洁与干燥,最简单的方法是清洗后扑粉。

尿布皮炎

尿布皮炎是婴儿时期常见的皮肤病,是由不清洁的尿布刺激皮肤引起。被大小便浸湿的尿布,若不及时更换,尿液中含有的尿素分解成氨,刺激皮肤就可发生尿布皮炎。有时尿布粗糙,或者肥皂水未漂净也可引起。有的母亲为了方便,直接用的确凉或尼龙布做尿布或让婴儿睡在橡皮布或塑料布上,使婴儿臀部皮肤直接接触到橡皮或塑料布上,由于不透气,尿液不被吸收,更易刺激皮肤发生尿布皮炎。

初起时臀部出现大片红斑,边缘清楚,常局限于垫尿布部位,如臀部、两大腿和外阴等处,如果勤换尿布及时处理收效较快。否则就会进一步发展,出现水疱,糜烂,甚至发

生继发感染而化脓。

预防尿布皮炎，应使用吸湿性强的细软旧布，不可使用没有吸水性的材料，如的确凉、尼龙布等作尿布。应勤换洗尿布，特别在大小便后要清洗局部并保持皮肤干燥，经常扑粉。切忌用肥皂水洗婴儿臀部。如有糜烂，可有 3% 硼酸水湿敷，待糜烂处干燥后再用扑粉。

晒斑

晒斑是皮肤对强烈阳光过度照射引起的一种急性损伤性炎症反应。长久在室内不常照射阳光的人，突然照射较长时间的阳光后，外露被晒部位的皮肤就会出现潮红、水肿甚至水疱，引起灼痛的感觉，这就是晒斑，又称日光红斑、日光性皮炎或日晒伤。

晒斑常易发生在春末夏初，在这个时间以前阳光的作用比较微弱，人们皮肤中具有对阳光保护作用的黑素数量也是不多的。到了春末夏初，太阳已移向北半球，直射阳光里含有比较强的紫外线，在天气久阴突然放晴而曝晒较长时间后，由于此时皮肤尚未晒黑（即黑素形成少）对日光的耐受性低，尤其是平时不常暴露于日光，而突然在日光下活动较长时间者更易伤害皮肤而引起炎症。反应的程度主要取决于光照强度、曝光时间的长短和个体的耐受性。而光照的强度又取决于季节、纬度、天空上云层的多少及照射时间（一般上午 10 时到下午 2 时最强）等因素。此外，通过大气的散射、物体（如雪、水、沙等）的反射，也能使部分的紫外线到达皮肤；因此，有时虽无日光照射，但通过反射（约占 50%）也可引

起晒斑，在高山、海滩等环境下尤易发生本病。角层、皮脂、汗液等都能吸收或反射阳光，尤其是黑素，它能吸收紫外线，是防止紫外线透入真皮的重要屏障，因此肤色浅的更易发生晒斑。引起本病的作用光谱为 290~320 毫微米波段的中波紫外线。如果以紫外线灯进行强烈照射，在皮肤上也会引起和晒斑一样的症状。

在强烈日光照射的 1 至数小时后，外露部位的皮肤发红，稍肿胀，在数小时内症状可进行性加重，重者肿胀厉害，甚至发生水疱或大疱，自觉绷紧、瘙痒、灼热或刺痛，症状多在 24 小时内达到高峰。轻的 1~2 天症状可消失，重的 1 周左右才能消退。晒斑面积大而程度重的可有头痛、恶心、发热和心悸等全身症状。

要防止皮肤发生晒斑，重要的是要经常注意用日光进行适当的皮肤锻炼，在开始的时候照射时间只能几分钟，以后逐渐增加，这样可以增加皮肤中的黑素，从而加强对紫外线的防卫能力，起到保护作用。在春末夏初的季节，对日光敏感的人要注意一次曝晒时间不能过久，外出或因其他原因需要曝晒阳光较久时，可以暂时戴阔边草帽或撑阳伞，妇女可以用包头巾。必要时可涂擦遮光剂（如 5% 二氧化钛霜等）。发生晒斑时，主要采用对症治疗如外用炉甘石洗剂或皮质激素霜等，皮损广泛而严重者，应在医生指导下进行治疗。有全身症状的应该卧床休息，并作对症处理。

多形性日光疹

多形性日光疹又称多形性光敏疹，是皮肤对日光照射的

一种迟发性敏感反应。患者多由于对日光中 290~320 毫微米波段的敏感性增高所致,而长波紫外线 (320~400 毫微米) 也能诱发本病。皮损好发于春季和夏初,继日晒后 2 小时至 5 天后发出成群瘙痒性损害,皮肤损害见于暴露部位,尤其是面颈部、上胸 V 形区和上肢、局部出现多形性皮损,如红斑、丘疹、水疱、结节或斑块等,有时呈荨麻疹样、湿疹样或丘疹样,同时可有几种皮损,以丘疹和湿疹样为多见。如停止日光照射,一般在 1~2 天内皮损可自行消退,不留痕迹,但再次照射仍可发疹。病情变化和日光照射关系非常密切,病人每当日晒后皮损加重,痒加剧,逢阴雨天或适当遮光后常可明显好转。病情长短不一,有的可反复发作数月至数年,但随时间的延长多数人对光敏感性常可逐渐降低。本病好发于青壮年,女性多于男性,发病有明显季节性,一般于春夏季加重,秋冬季缓解或消退。

患者应尽量避免或减少日光及反射光线的照射,外出应戴草帽或撑阳伞,并外用防光剂,常用的有化学性防光剂(如对氨基苯甲酸)和物理性防光剂(如二氧化钛)都有较好作用,如两者结合使用则效果更好。治疗应在医生指导下进行。

银屑病

俗称“牛皮癣”,但它并不是因霉菌感染而引起的“癣”,没有传染性。男女老少皆可发病,而以青壮年居多。在头皮、背部及四肢伸侧有红色斑疹、丘疹,上面覆盖多层灰白色鳞屑,剥去鳞屑后不久,又可有厚厚的鳞屑层层堆积。病人早晨起来铺床,往往可在床单上扫拢一小堆脱落的鳞屑,好似

蛇蛻壳。自觉轻度搔痒，病情发展缓慢、迁延。一般夏季减轻或痊愈，冬季加重或复发。发病与感染关系密切。这种情况在儿童、妇女病中尤为显著，在咽喉炎、扁桃体后1~2周发病或病情加重；过度紧张、疲劳或精神创伤也可促使发病；有些女病人在妊娠中好转，有些则在妊娠时恶化，少数病人在月经期前后加剧；皮肤擦伤、跌伤后发生银屑病的也不少见。11%~12%病人有家族遗传史。

目前在银屑病控制、缓解病情、减轻自觉症状方面有不少行之有效的办法。病人要消除思想顾虑，树立战胜疾病的信心，保持乐观、开朗，不要饮酒抽烟，不吃辛辣食物，不要乱搽乱吃药物。有些刺激性强烈的药物，虽有短暂的效果，但长期使用常会加重病情恶化。不易控制。故提倡使用温和的药物，虽然见效慢，但疗效是肯定的，且副作用小。

治疗应尽早，常用中药（祛风活血为主）及维生素类（如维生素C，剂量可大些，每天1~3克），外用以皮质激素霜为主。白血宁等免疫抑制剂因副作用大（如白细胞降低），疗效短暂且易反跳，不宜使用。任何副作用较大的药物，都应在专科医生指导下应用。

为了防止和减少复发，延长缓解期，在皮损消退，临床痊愈时不应马上停止治疗，宜继续巩固治疗2个月，以后到银屑病易发季节，再给予预防治疗2个月。

单纯糠疹

本病指的是通常发生在儿童或青少年面部的鳞屑性浅色斑。又称白色糠疹，因流行于春天桃花盛开的季节，俗称

“桃花癣”，其实它不是真正的“癣”，因癣是真菌引起的浅表皮肤病，而该病与真菌无关。本病可能与肠道寄生虫（如蛔虫）有关，故又称“虫斑”，也有认为与慢性扁桃体炎有关。阳光、曝晒、风吹、维生素不足、肥皂洗或皮肤干燥，可促使本病的发生。初发为少数圆形或椭圆形鳞屑性淡红斑，以后逐渐变为浅色斑，其上附有灰白色糠秕样鳞屑，病程较长，可自然消退，但仍可复发。

患者应及时治疗肠道寄生虫病及扁桃体炎等慢性病灶。要纠正偏食习惯和治疗消化不良。避免过度日晒和风吹，不要用碱性大的肥皂洗头、洗脸，要多吃蔬菜和水果。

红斑狼疮

红斑狼疮是一种主要侵犯结缔组织的自身免疫性疾病。此病多见于女性，因其皮疹好发于面部，常影响容貌美观，但可累及各个系统的组织和器官，从而引起多脏器的病变，重者可危及生命。以往认为该病是一种病情严重，死亡率很高的疾病，甚至被视为一种不治之症。近年来，随着医学科学的发展，诊疗水平的提高，此病预后已大为改观，多数轻型病例尽早诊断能够得到治愈，不少重症患者，经过医务人员精心的治疗也可获得痊愈，有的青年妇女痊愈后不但像正常人一样参加重体力劳动，且结婚后还能生儿育女。

本病可分为盘状红斑狼疮（多见头面及手背部局限性红斑，一般不累及内脏，因而不危及生命）和系统性红斑狼疮两种类型。后者常先有发热、皮疹、关节痛等症状，同时或先后累及内脏各个器官如肾脏（约占75%）、心脏（65%）、肺、

肠胃道、肝及神经系统等，引起相应的症状。本病的诊断和治疗比较复杂，必须由医生确诊，并作出相应的处理。

在日常生活中，病人的自我保健措施主要为：

1. 要树立乐观情绪，正确地对待疾病，建立战胜疾病的信心，生活规律化，注意劳逸结合，适当休息，预防感染。

2. 避免曝晒日光和紫外线等照射（特别在活动期），必要时可用防日光药物（如复方二氧化钛霜等），其他如寒冷、X线等过多暴露也能引起本病的加剧，不可忽视。

3. 去除各种诱因，包括各种可能的内用药物，慢性感染病灶等；避免刺激性的外用药物以及一切外来的刺激因素。

4. 病人应节育，活动期须避免妊娠，若有肾功能损害或多系统损害者，宜争取早作治疗性流产。

5. 对肼苯哒嗪、普鲁卡因、青霉素、抗生素和磺胺类药物要合理慎用。

白癜风

白癜风是一种常见的因黑素细胞破坏引起的局限性或泛发性色素脱失性皮肤病，病程缓慢，男女老少均可发生，好发于颜面等暴露部位，影响美容，常给患者带来沉重的精神负担和烦恼。

其病因较复杂，往往因自身免疫、神经、黑素自毁、内分泌和营养失调等因素而导致黑素形成系统的抑制或黑素的破坏，从而造成黑素或少或消失。

白癜风的治疗就是用各种方法促使黑素的恢复或再生。目前常采用中西医结合，局部与整体相结合的方法，一般需

3~4月以上的治疗才能见效。治疗本病虽缺乏针对性的特效药物,但并非束手无策,各地已积累了许多行之有效的治疗方法,并有不少患者获得痊愈。常用的方法有光化学疗法、皮质类固醇激素、中医中药、铜制剂、人工色素、免疫疗法及表皮移植法等。只要解除心理负担,同医生密切配合,注意用药方法,并持之以恒,克服急躁情绪,多数可获得好转或痊愈。

白癜风病人的自我保健措施:

1. 适度的日光照射有利疾病的恢复,但夏季阳光长时间曝晒可引起皮肤炎症,使黑素细胞受损。

2. 平时应多吃有利黑素形成的食物,即富含酪氨酸与微量元素的食物,如猪肝、蛋、肉、豆制品、黑芝麻和核桃等硬壳果类、花生、葡萄干及蛤等贝壳类食物。过酸过辣的食品以及鸡、羊、虾、蟹等也可能不利疾病的恢复。经常使用铜制食具,餐具如铜勺、铜壶等有利本病的康复。

3. 尽量避免过量服用维生素C,特别是大剂量服用,会阻抑病变处黑素的再生。此外,含巯基的药物如巯基丙醇、胱氨酸、半胱氨酸、硫脲、硫脲嘧啶、肾上腺素及甲状腺素等长期服用也可能干扰黑素代谢和阻抑黑素的形成,从而促进白斑的发生和发展。

4. 在病情发展阶段,应避免外用刺激性强的药物,宜用无刺激性,较温和的皮质激素类药物。病人不宜用过紧的帽子或胸罩,不要穿紧身衫裤,以免因经常磨擦而诱发白斑。

5. 平时要乐观,心情舒畅,情绪开朗有利疾病恢复和痊愈。不少人在发生白癜风前有精神刺激,有的发病后忧心忡

忡，夜眠不安，消极悲观，常使疾病加重，导致恶性循环。因过于紧张忧虑，常使肾上腺素过量分泌以应急，而肾上腺素是由酪氨酸转变而来的，肾上腺素合成，分泌过多，必然会损耗大量酪氨酸，这样势必影响黑素的代谢，使黑素合成减少而不利本病治愈。因此，患者的正确态度，应该是“既来之，则安之”，要愉快、开朗、乐观，尽量克服一切不必要的思想顾虑，消除急躁、焦虑、害怕等消极因素，积极面对现实，配合医生进行治疗。

黄褐斑

不少中、青年妇女常在面部出现一块块斑片，有时色淡，有时色深，显浅黄色、褐黄色、深褐色以至淡黑色，形状象蝴蝶分布于面颊两侧，有时也可发生于额、颧、眉、鼻或口唇周围等处，这就是人们常说的黄褐斑。本病虽无任何局部不适或全身症状，但有碍美观，给患者带来很大烦恼和精神负担。

病因尚未明，妊娠妇女常在怀孕 2~5 月时发病，故又名“妊娠斑”。分娩后可逐渐消退，再孕后仍可发病；口服避孕药 1~20 个月后引起的亦不少见；一些慢性病，特别是女性生殖器疾病及肝病；化妆品引起的色素沉着日渐增多，约占化妆品不良反应的 20%。该病常见于夏季及南方，且夏季加重，冬季减轻，提示日光可能是促发因素。其与病人的休息及精神状态也有明显关系；睡眠充足，精神愉快时色素浅，反之则色加深。精神忧郁、熬夜、过度疲劳或悲愤等，可使色素明显加深。

治疗此病应首先请医生分析有关致病因素，并按具体情况在医生指导下作相应的针对性或病因性处理，由药物诱发的应停用该化妆品。对于症状性病人应积极治疗相关疾病如肝病等。平时宜服用维生素 C 及 E，可外用 SOD 霜、万年青霜或氢醌霜。

病人应消除精神负担，保持足够的睡眠，切忌忧虑和疲劳，经常保持心情舒畅，精神愉快，生活要有规律，多饮开水，多吃蔬菜和水果，少食辛辣等刺激性食物。注意锻炼身体，以增强体质。平时应少晒太阳，日光未必是病因，但强烈的日晒能使黄褐斑颜色加深。夏季可戴阔边草帽，撑阳伞或面部搽用防晒剂，如防晒霜或 5% 二氧化钛霜等，以减少紫外线对皮肤的刺激。

雀斑

雀斑是常见于面部的棕色或褐色点状色素沉着斑，常对称分布，有遗传倾向。雀斑是表皮基底细胞层内的黑素细胞产生的黑素颗粒异常堆积在皮内的结果。日光的暴晒或紫外线的照射过多皆可促发本病并使其加剧，使雀斑变深的紫外线常不被普通的窗玻璃或常用的遮光剂所滤过，甚至室内照明用的荧光灯也可使其激发。因此，有人认为雀斑是一种物理性光损伤性皮肤病。

治疗多采用激光、冷冻或化学剥脱方法，但必须请有经验的医生精心操作，时间和深度要掌握适当，太浅易复发，太深易引起疤痕而毁容，雀斑伴有痤疮等疤痕者可用磨削术，但需住院治疗。

病人应尽量避免日光照射面部，尤其是夏季长时间的照射，外出时注意使用遮阳保护用品，如草帽、阳伞或涂防晒霜（5%对氨苯甲酸霜，5%二氧化钛霜）或防晒蜜等。禁用含有雌激素的软膏或化妆品。平时宜多饮水，多吃新鲜蔬菜、山楂、胡萝卜及各种水果，少吃食盐，以减少黑素的产生。市售各种雀斑霜应慎重选用，并注意接触过敏的产生。

寻常性痤疮

痤疮俗称“青春痘”、“暗疮”、“粉刺”，在青少年中是最常见的毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病。因皮脂腺管与毛孔的堵塞，皮脂外流不畅所致。自青春发育期后，几乎每个人都会在脸上或其他部位生过痤疮，只是有些人数量少，时间短，一般在25岁以后自然趋向痊愈，所以不必放在心上；有的人数量多，表现为丘疹、黑头、脓疱、脓肿、结节、囊肿，甚至瘢痕，常有碍美观。有的人胡乱求医或自己乱治，以致病情恶化，产生更多的瘢痕，遗憾终生。

痤疮是一种多因素引起的疾病，在有遗传因素的情况下，雄性激素分泌增多（尤其是皮肤组织中的双氢睾酮增多）和毛囊口内的痤疮棒状杆菌等微生物的作用是痤疮发病的两个主要因素。人体皮脂腺的发育与皮脂分泌直接受雄性激素的支配，青春期由于雄性激素水平显著提高，刺激皮脂腺，使皮脂分泌功能异常活跃，皮脂大量分泌，使皮肤油光发亮，毛囊口亦随之扩大，由于毛囊皮脂腺导管或毛囊口的角化堵塞，过多的皮脂不能及时排出，瘀积在毛囊内形成脂栓，即所谓粉刺。痤疮棒状杆菌所产生的溶脂酶、蛋白分解酶及透明质

酸酶可分解皮脂中的三酸甘油酯，成为游离脂肪酸，它能破坏毛囊壁，使毛囊内含物进入和刺激真皮及毛囊周围组织，引起毛囊皮脂腺周围炎症反应，导致一系列痤疮症状。一部分脓疱是由于毛囊虫寄生或白色葡萄球菌的继发感染。

生了痤疮，除了要去医院积极治疗外，应在日常生活中采取下述自我保健措施：(1) 注意卫生，常用温热水及中性肥皂洗涤面部以保持毛囊皮脂腺导管的通畅；(2) 切忌用手指挤捏患部，因经常挤压患处可将毛囊的内容物挤入周围真皮中，刺激组织增生，产生炎症反应及色素沉着，甚至发展成毁坏性的瘢痕损害；(3) 平时饮食应少吃脂肪（尤其是肥肉）、糖类、辛辣、煎、炒食品、巧克力、浓酒、可可或咖啡等刺激性饮料，多吃蔬菜、瓜果，保持大便畅通；(4) 避免服碘化物、溴化物及皮质激素等药物；(5) 尽量少用化妆品，尤其是油脂类化妆品，需要化妆时宜淡妆，采用水包油的霜剂或蜜类；(6) 油脂过多者可在医师指导下服用一些药物，如甲氰咪胍、安替舒通等；(7) 对治疗要有信心和耐心。痤疮是可以治好或基本治好的，但不是一下子就能治好，要有一个过程，治好后还要避免各种诱发因素，以免复发；(8) 对已形成瘢痕的应在医生指导下作磨削术等处理，以减轻或消除瘢痕。

酒渣鼻

酒渣鼻俗称“红鼻子”或“酒精鼻子”，又名玫瑰痤疮，主要表现为鼻子前端发红，日久鼻尖，鼻翼肥大，有的可发生在两颊部、下巴和口的周围，甚至额部。多在中年时期发

病，女多于男，但男重于女，对容貌的影响较大。

其病因尚未完全明了，可能由于各种内外有害因子的作用，如胃肠道功能紊乱、内分泌障碍、月经不调、精神因素、毛囊虫寄生、病灶感染、高温寒冷刺激、饮酒及进食辛辣刺激性食物等，使颜面血管运动神经失调，毛细血管长期扩张所致。

按照病情发展的规律一般可分为三期，即红斑期、丘疹脓疱期（或称毛细血管扩张期）和鼻赘期。大部分患者不会发展到鼻赘期。

酒渣鼻病人应禁酒，不进食辛辣刺激性食物及喝浓茶、咖啡或可可等饮料。少吃动物性脂肪，注意调整内分泌及胃肠功能，防止便秘，治疗病灶，杀灭颜面毛囊内的毛囊虫，避免局部过热、过冷的刺激。第一、第二期以局部治疗配合内服中西药物为主。第三期（鼻赘期）可用外科划切法治疗，即以特制的多层手术刀片，按纵横方向，浅划局部为无数小方格，以切断毛细血管网，并破坏增生的结缔组织，效果显著，治疗后可判若两人。

皮脂溢出症

通常情况下皮脂腺分泌适量皮脂以保护皮肤，是一种正常生理现象。婴儿时期皮脂分泌活跃，儿童时期则减少，到了青春时期，由于雄性激素的影响，皮脂腺发育肥大，皮脂功能又明显活跃。因此，青年男女面部较油润。如皮脂分泌量超过同年龄和同性别的正常人，则称皮脂溢出症。其原因是多方面的，大多数是一种皮脂腺的生理性机能亢进，也可

能与遗传因素有关，因不少病人有家族史。此外，神经系统或内分泌系统某些功能失调，也可能引起皮脂分泌过多的现象。好发于皮脂腺发达部位，如头皮、面（尤其是鼻、额和双颊）、腋、胸、背和外阴等处。一般分干性和油腻性两种，前者常表现为小片糠秕样灰白色鳞屑，略带油腻性；而后者表现为油腻而发亮的分泌物，好象涂有一层油，皮脂腺孔扩大或为皮脂所堵塞，一般在 30 岁后有所好转。

病人应适当少吃动物脂肪和食糖，多吃蔬菜，水果及富含 B 族维生素的食物，保持大便通畅，注意清洁卫生，少用肥皂洗头、洗面，因多用肥皂洗，皮脂虽被洗去，但皮脂分泌是一种生理性保护现象，越洗则皮脂分泌更活跃，少洗则堆积的皮脂产生反压力，反可减少皮脂腺的活动，使其分泌逐渐减少。尽量避免各种机械性刺激，如搔抓或用力篦头等。如发现内有内分泌疾病，应采取相应治疗。

脂溢性皮炎

脂溢性皮炎是一种皮脂溢出部位的慢性皮肤炎症，好发于面部，主要损害为红色或黄红色斑片，表面覆盖着黄色油腻性鳞屑或痂皮，可堆积得相当厚，常影响容貌，令人烦恼。

此病多见于皮脂分泌较旺盛的青年人和出生后 3~4 周的婴儿。病因尚未明，可能与免疫、遗传、神经和环境等有关，近年有人认为真菌（卵圆形糠秕孢子菌）感染是重要致病因素。此外，机械性刺激（如理发时抓头皮）、化学性刺激（如频繁地用肥皂洗头）、进食过多糖类和脂肪等食物以及卫生不良致汗液，皮脂的腐败分解等因素对本病发生和发展亦

可能有一定影响。

本病治疗：局部用药以减少和溶解皮脂、消炎、去鳞屑和止痒为主，用抗真菌药物常可迅速取得疗效。严重的可内服抗皮脂分泌药物及抗雄激素药物，但应在医生指导下进行。

病人应少吃动物脂肪、巧克力和甜食，多吃蔬菜及富于维生素B的食物，可有助于减轻本病。尽量避免各种机械性刺激，如搔抓或用力篦头等。洗头不宜过多，碱肥皂也不宜多用，因肥皂洗头后皮脂被洗去，洗头过勤，由于生理性保护性反射，则皮脂分泌更活跃；少洗则堆积的皮脂产生反压力，可减少皮脂腺的活动并减少其分泌。

脱发

有些青年人因梳头时或在枕头上经常发现散落的头发而烦恼。以为长期下去头发会越脱越少，于是紧张起来。当然，这种心情是可以理解的，但是除了少数真正病态的以外，多数人的担心和苦闷往往是不必要的，因为脱发是每个人在日常生活中常有的事，每天脱落几根乃至几十根头发完全是正常的生理现象，用不着背上思想包袱。其实，毛发呈周期性的生长和休止，头发不是按季节性地脱落，而是随时脱落随时生长，每根头发都有它发生发展以至衰老的过程，短的几个月，长的达6年以上，平均寿命约3~4年，头发每天约长0.3~0.4毫米，它的生长速度受内外环境的影响，夏天一般比冬天长得快，阳光照射常能加速头发的生长，精神不愉快及某些疾病则可抑制头发的生长，进而引起脱发。一个人的头发如果不剪不剃，在一定时期内确能一个劲地长，有的

可达数米，一般长到 1 米左右就不再长了，不久就因衰老而脱落，由新生的头发所代替，属于这种情况的脱发是正常的，任何人都有。在一般情况下，头发脱落和新生处于相对平衡状态，所以平时不易被人察觉。一旦脱发多于生长，头发就会逐渐稀少而出现病态的脱发症状。当然，老年人因衰老而脱发，另当别论。

不正常的脱发，是由于头发的生长受到多种因素影响而发生的，导致脱发的因素很多，既有先天性或遗传性的因素，也有后天性因素。有生理性的原因，如老年性脱发；妊娠分娩后脱发；也有病理性的原因，主要由各种疾病所引起，如伤寒、肺炎、痢疾等急性传染病；麻风、头痛等慢性传染病；贫血、白血病、癌肿等慢性疾患；多种皮肤病如脂溢性脱发、剥脱性皮炎，红斑性狼疮及硬皮病等；内分泌失调如脑垂体前叶或甲状腺机能减退等；也可由于药物所致，如服用白血宁或环磷酰胺等免疫抑制药；某些物理因素如 x 射线，可抑制毛囊基质中的硫氢基化合物而引起暂时性脱发；机械性摩擦如婴幼儿枕部的脱发及过紧的帽子可以引起周缘脱发等。此外，不少人的脱发常与神经精神因素有密切关系，如斑秃可在脑震荡、外伤后发生或加重。也有人在碰到一些不顺心的事，烦恼忧虑、心事重重或精神紧张，使脑子受到过度的刺激，以致高级神经中枢功能失调和毛乳头血管收缩，使头发的营养供应发生障碍，从而出现脱发。自然，人体的营养因素与毛发生长也有直接关系，因为头发的生长就象庄稼需要肥料一样，也要靠营养。一个人如果长期多病，气血不足，身体营养状况很差，头发就会生长不良而短命脱落。例如，有

人生了一场大病后，头发脱得稀稀拉拉，就是这个原因。长期缺乏维生素 A，也可使头发稀少。当长期缺乏制造头发的主要原料胱氨酸时，由于毛发形成障碍，头发自然也会稀疏。

在医学上，脱发可以分为暂时性脱发和永久性脱发两大类。暂时性脱发，大多由于各种原因使毛囊血液供应减少，或者局部神经调节功能发生障碍，以致毛囊营养不良（但无毛囊结构破坏）而引起。经过治疗，待毛囊营养改善后，新发又可再生，并有可能恢复原状。常见的暂时性脱发有斑秃、全秃、病后脱发、药物性脱发等。至于因各种病变造成毛囊结构破坏而引成疤痕者，叫永久性脱发。此时新发不能再生，秃发就成为永久性的了。常见的疤痕性秃发有细菌引起的秃发性毛囊炎和疖，由真菌引起的黄癣或黑癣以及硬皮病、假性斑秃等。早秃多属遗传性，虽不一定形成疤痕，但由于毛囊萎缩，毛发再生往往是相当困难的。

脱发本身对身体健康并无危害，主要是美观问题。不要经常为头发的多少而情绪激动。前已提及，人的精神状态会影响头发的生长或脱落。如果整天为脱发而情绪紧张，本身就有可能使神经功能失调，从而成为脱发的一个重要因素。因此，保持精神愉快和身心舒畅，是恢复和加速头发生长的重要条件。平日还应注意身体健康，按时休息，使生活规律化，饮食需富含维生素，适当参加劳动锻炼，注意劳逸结合等都是重要的。

脱发有各种原因，治疗也应针对不同原因采取相应措施。如由药物引起的，应该停用引起脱发的药物。与精神因素有关者，应尽可能去除精神刺激，酌用冬眠灵等镇静剂。由内

分泌失调引起的，可使用相应的内分泌激素如甲状腺片等治疗。若由于缺乏制造头发的原料，则可适当给予胱氨酸、维生素A等补充。由神经功能障碍使血管舒缩失调而引起脱发者，可使用谷维素等调节植物神经功能的药物。

经过治疗，暂时性脱发绝大多数是可以好转的，但是疤痕性脱发目前尚无有效办法。如果能在脱发以前，对秃发性毛囊炎、疖和头痛等尽早治疗，就应在医生指导下积极采取防治措施，防止秃发范围扩大。也可作毛发移植术。

局部可考虑采用刺激疗法。原则是刺激皮肤充血，改善局部血液循环，促进毛发生长。如系斑秃，可用七星针扣击或每周用牛奶、考的松或丹参等局部注射。局部涂擦生姜汁或大蒜片亦常有效。空闲时每天用手指按摩头皮，以改善局部血液，对毛发的生长也可能有益。

要使头发永保乌黑、明亮，必须注意头发的日常保养，要勤洗发，一般7~10天洗1次，洗发时须边揉边按摩头发，使之既能洗净头发，又能促进头发血液循环的作用。脱脂性强的洗发剂，易使头皮干燥，不宜采用，可用对头皮和头发无刺激的弱酸性天然型洗发剂，如蛋白香波等。要合理使用电吹风，电吹风喷出的热风温度可达100℃，会破坏由蛋白质组成的毛发组织，损伤头发。所以，操作时电吹风与头发的距离至少应有20厘米，停留时间不宜超过3秒。梳头最好选用木梳和猪鬃头刷，以起到按摩头发，促进血液循环，不宜用尼龙梳子和头刷，因其易产生静电，造成不良刺激。饮食宜清淡，多吃蔬菜水果，防止便秘。吸烟会影响毛乳头血液循环，对头发生长产生不良影响，适量饮酒对毛发生长无害，但

应注意节制，过量饮酒，不利于毛发生长，易致脱发。戴帽子或头盔不宜太紧，否则可因压迫而引起脱发。

白发

正常人头发的颜色与种族及黑色素含量等因素有关。中国人的头发呈黑色是因为每根头发的髓质和皮质中含有很多黑色素颗粒。青少年的头发乌黑、亮丽，逗人喜爱。随着年龄的增长，到中年时期逐渐出现零星灰白，到了老年时期则可全部或大部分变为灰白色，这是正常的生理现象和自然规律。如果青少年时期发生白发，称为少年白发。这种现象虽然一般不影响身体健康，也不一定是早衰的表现，但影响仪表。即使是一位体态苗条的姑娘或容貌英俊的小伙子，如果头上混杂一些白发，也难免有损青春风姿。因此，有的就感到惶恐，造成心理压力。

白发的原因是多方面，有的是因为遗传因素，父母头发白得早，子女往往也早生白发；人到老年，头发中的黑色素减少了，甚至消失，头发就会变白。中国人一般从 40 岁后开始，先从两鬓逐渐变白，最后变成满头银丝，这是合乎自然规律的衰老现象。少年白发，在一般情况下，并不意味着衰老，但也可以是病理性的，如头皮生白癜风也可出现白发；冠心病、糖尿病患者，白发可能较早出现，且发展较快。与某些内分泌失调及神经精神因素也有密切关系，还受环境和营养条件（如缺乏铜、锌等微量元素及维生素 B）的影响。

白发治疗应针对不同病因，请医生进行具体分析，再作相应处理。如可能与慢性疾患有关，可治疗有关慢性疾病；因

白癜风所致应治疗白癜风；与精神因素有关的，首先要保持精神愉快，注意劳逸结合，不要太紧张，太忧心忡忡；与营养有关的，应注意调整饮食，不可偏食，多吃含丰富维生素B族及铜、锌、铁微量元素的食物，如粗粮、蛋类、豆类、肉类、猪肝、蔬菜和绿色瓜果等。各种动物的肝脏含铜元素较多，菠菜、马铃薯和番茄等也有较多的铁、锌、铜等微量元素，这些微量元素也是合成黑素不可缺少的原料。黑芝麻、核桃等对白发转黑也有一定功效。

皮肤按摩对白发治疗也有一定功效，每天早晚用中指与食指在头皮上自前至后分区揉搓头皮，每次揉搓5~10分钟，每分钟揉搓30~40次。用力要轻重适中、均匀、柔和，坚持长年按摩，可延缓白发增多，甚至由多变少。经常按摩头皮能促进头皮的血液循环，使毛乳头得到更多的血液供应，致毛球部的毛母色素细胞营养充分，就会促使黑素颗粒合成，从而使头发由白转黑。

多毛症

有些人，在不应该长硬毛的部位，长了许多又长又粗又黑的毛，或者女性的毛发呈男性型分布，如胡须部、胸前部、大腿等处长出了又粗又黑的毛，眉毛粗而浓黑，阴毛向腹部，甚至脐部发展，这种现象就是多毛症了。有的患多毛症的妇女，同时有乳房萎缩，月经减少或闭经，还可出现诸如声音变粗、阴蒂增大等其他男性化的症状。当然病人并不都会出现所有的典型症状，许多病人往往只有一部分表现，也不一定都有第二性征出现，这取决于引起多毛的原因和病的严重

程度。

多毛症可以是先天性，也可以是后天性，分布可呈全身性，也可表现为局限性。人们通常所称的“毛人”就属于先天性全身性的多毛症。后天性多毛症，大多与体内雄激素水平的高低有密切关联。雄激素水平高，体毛生长可增多增快；雄激素水平低，体毛生长就会减慢减少，人体内最主要的雄激素是睾酮。正常男性的睾酮由睾丸分泌，血浆中的平均浓度每毫升为 6.6 毫微克。正常女性的睾酮由卵巢及肾上腺皮质分泌，血浆中睾酮的含量每毫升为 0.12~1.2 毫微克。女性血浆睾酮的含量平均仅为男性 1/15。如果女性体内睾酮含量超过一般女性的正常范围，就有可能引起多毛；如每毫升高达 2.5 毫微克以上时，便可出现声音变粗和阴蒂增大等男性化症状。有些疾病如卵巢、肾上腺、垂体、大脑和下丘脑病变及甲状腺功能减退等都会造成妇女体内雄激素增高，或雌激素与雄激素比例失调，从而引起多毛。除了上面列举的一些由内分泌病变引起的多毛以外，尚有一些其他原因，如过多或不合理地使用皮质激素、雄激素、苯丙酸诺龙、敏乐啉、苯妥因钠（特别是儿童长期使用）以及妊娠、精神极度紧张，局部长期刺激等也是造成多毛的原因。

对多毛症的治疗必须在有经验的内分泌或皮肤病专家的指导下，查清病因，然后针对病因进行治疗。如患有各种内分泌腺疾病，应根据病情给予手术或药物治疗（如合成孕激素或抗雄激素药物）。在找不到原因的情况下，如果多毛不突出，对美观影响不大，可不必治疗。如毛较多而明显，可通过物理性（如拔毛机或电解法脱毛）、化学性（如用复方过氧

化氢溶液涂敷或用脱毛蜡、脱毛霜、脱发糊等脱毛)、机械性(如剃刮法)方法来脱毛。物理性方法应去医院请有经验医生来操作。化学性的多为暂时性脱毛,敷药时间不宜过长,否则可能引起局部刺激皮炎。机械性的剃刮法是最简单易行的方法。有人说剃毛后会毛生长更快更粗更黑,这种说法是缺乏科学根据的。剃毛仅是切断毛干,对毛囊内的毛母质一般并无影响,不存在促进毛母质生长加快的作用。

腋臭

腋臭俗称狐臭,又名臭汗症。这是人体腋窝等处发出的一种特殊臭味,是一种大汗腺分泌过多的皮肤病。此病虽不影响躯体健康,但由于给人以一种不愉快的气味,使病人在精神上受到巨大压力,在社会适应上也造成很大障碍。

腋臭的产生与大汗腺分泌过多有关,人体的大汗腺只分布于腋窝、脐窝、乳晕、肛门、会阴、外生殖器和外耳道等处,大汗腺的腺体越丰富的部位(如腋窝、外阴等),其气味就越重。大汗腺受性腺分泌的影响,到了青春期才开始分泌活动;因此,青春期前由于大汗腺尚未成熟,没有分泌机能,腋臭一般不会发生。腋臭是可以遗传的,双亲之中只要一方有病,就能遗传给子女,其发生率约为 $1/2$,如双方均有腋臭,则所生子女腋臭与正常者的比例为 $3:1$,且男女机会均等。本病遗传还因人种或民族不同而有显著差别,白色人种和黑色人种均较普遍,约在半数以上,黄色人种约为6%,上海地区汉族患者约占5%。

腋臭的病情轻重不一,有些人气味可以很轻,别人不易

察觉；也可奇臭难闻，尤其是炎夏高温季节，由于排汗较多，衣着单薄，更加臭气冲人，令人闻而生畏。并以女性多见，且较严重。40~50岁以后，由于腺体功能减退，腋臭可逐渐减弱和消失。腋臭在情绪波动，多汗及进食大蒜、大葱、洋葱、浓茶或烈性酒后，臭味加重。女病人在怀孕期间、月经前后，腋臭可能更加显著。腋臭的产生与大汗腺的成分有关，大汗腺的汗液较浓稠，略带乳状，除含有乳酸、尿素和氮等物质外，尚有脂肪酸、中性脂肪和胆固醇等油性有机物；患者中此种油性有机物含量较高，其中含有的挥发性物质，可能是臭味的来源，但实验表明，许多患者汗液本身并无臭味，只是其中含有易为细菌分解的物质，夏天出汗多，葡萄球菌等微生物容易孳生，当大汗腺的分泌物被腋窝处的微生物所分解，使油性有机物产生短链脂肪酸，从而引起腋臭。

有了腋臭，首先要注意个人卫生，常沐浴，勤换内衣。出汗后应及时洗澡，保持腋窝、脐部和外生殖器等部位的清洁和干燥，每天局部用些抗菌花露水或有抗菌作用的爽身粉。经常这样做，轻的可不再闻到臭味。病人平时如能少吃或不吃大蒜，洋葱等有强烈刺激性的食物，臭味也可减轻。对臭味较重的，可到医院去治疗。治疗原则主要是减少或清除大汗腺的分泌和抑制皮肤表面微生物的繁殖。治疗的方法很多，如X线放射治疗、液氮冷冻、二氧化碳激光疗法、局部酒精注射、手术切除腋窝大汗腺等都有较好效果。应按具体情况请医生决定选择。这些方法若处理不当，可留下后遗症，有的仍可复发。

足臭

足(脚)臭是指足底和趾间发生的臭味。引起的原因,常是足部的某些疾病,如溃烂感染或溃疡等,或是有些人足部出汗多而不注意清洁卫生,使汗液及蛋白质的皮屑与皮肤的温度构成了微生物(特别是厌氧菌)孳生、繁殖和腐败的适宜条件,加上汗液中的尿酸和乳酸等有机物分解,结果导致恶臭。常穿胶鞋、尼龙袜等透气性差的鞋、袜而又不常洗脚者,更会助长其臭味。

足臭虽不是什么大病,甚至不作为一种疾病看待,但常影响家庭和谐或集体生活,有的人在看电影、电视时把鞋子脱掉,阵阵臭味使人难以忍受,这样既不雅观,也不卫生,而且常因此而不受家庭、同学和同事的欢迎,甚至影响家庭和谐和同事间的感情,不能看作是一件小事。

足臭者应根据引起足臭的不同原因给以相应的处理,对于因病出现的脚臭,只要将溃疡、感染等原发病治愈,然后注意清洁卫生,每天洗足,足臭就会很快消失。足汗多的人应经常换洗鞋袜,每晚临睡前用湿热水把脚洗干净,保持鞋袜和足的局部清洁。洗鞋袜时在温水中稍放些盐,浸泡15分钟左右,再用肥皂洗净,臭味就可大部消除。若在洗脚水中放些盐也有除臭作用。用3%明矾水洗脚尚可减轻足汗。洗脚后应涂上5%~10%福尔马林溶液、25%氯化铝溶液等止汗药水。只要每天坚持使用,足汗就会明显减少,足臭也会逐渐减轻或消除。在鞋内垫用棉制的具有防臭、防菌和抗癣等多功能药物鞋垫,最好有两双鞋垫经常洗换;平时宜穿吸汗

性强的布鞋和线袜；不穿或少穿胶鞋和尼龙袜；中午或晚上休息时换穿拖鞋，也可减轻足臭。

鱼鳞病

本病是一种以皮肤干燥，伴有鱼鳞状鳞屑为特征的遗传性角化障碍性疾病。由于类似鱼的皮肤，故名鱼鳞病。遗传是一个重要病因，该病与维生素 A 的缺乏及脂质代谢异常也有密切关系。

鱼鳞病俗称鱼鳞癣或蛇皮癣，因此有人以为它是由真菌引起的皮肤病。其实不然，鱼鳞病是一种遗传病，有几种类型，这里介绍一种最常见的寻常型鱼鳞病。寻常型鱼鳞病根据遗传方式的不同可分为常染色体显性遗传与性联遗传两类。前者的致病性基因在常染色体上，故其子女中男女被遗传的机会均等；后者是在性染色体上，故其遗传仅见于男性。临床上，两者的皮损情况基本相同，常染色体皮损病人多发生在四肢伸侧，尤以小腿，前臂伸侧更为显著，严重的可波及全身，但头面部、腋下、外阴、臀部及肘窝、腋窝等处很少累及，有的病人指甲增厚，凹凸不平，掌跖角化过度，冬季常引起皲裂；而性联遗传者的皮肤损害部位多在颈部、腋下和腘窝等处，重者亦可累及全身，但腹部较背部为重，掌跖部多为正常。两者绝大多数没有自觉症状，只是皮肤比较干燥、粗糙，一般不影响身体健康，所以对本病不必过于忧虑。

鱼鳞病目前尚无彻底治愈的方法，主要是对症治疗，冬天病情严重时，可在医生指导下适当补充些维生素 A。常用

的外用药是 15% 尿素脂。

近年来用蛋白霜治疗鱼鳞病获得良效，有效率达 99% 以上，且未见任何不良反应。因蛋白霜中含有天然生物营养基料，具有强大的水合作用，是一种良好的皮肤保温因子，使皮肤保持滋润，光滑而不粗糙。蛋白霜还可促进细胞的生长繁殖，加速皲裂的愈合。虽然蛋白霜外用疗法还不能达到根治，只是一种治标的方法，但使用后接近正常皮肤，停用后虽可加重，若再用效果仍然良好。

冬季气候干燥时，皮肤失水相对增加，皮损即加重。因此，冬季应特别注意保护，多吃含有维生素 A 的食物，如胡萝卜、奶油、白薯、鱼肝油、绿叶素菜及猪肝等。冬季洗澡不宜过勤，肥皂不宜使用过多，洗澡后要搽用一些蛋白霜。就可防止皮肤脱脂，并保持适当的水分和足够的营养成分，这样就可使病人舒适，病情减轻，而达到防治目的。

色素痣

色素痣俗称黑痣，它是由痣细胞构成的含有黑色素的痣，是痣类中常见的一种，几乎每个人都有，与遗传有关，男女均可发生。黑痣可局限于某一部位，身体一侧或散布于全身各处，大多数发生在出生后到 30 岁以前，可随年龄增长而相应地增大一些，但扩大到一定程度后往往不再变化，且不会自然消失。黑痣一般无不良反应，对人体无害，但可影响美观。

黑痣表现多种多样，有不同形态和大小，扁平或隆起，有毛或无毛，色素有浅有深，因而各有不同名称，如雀斑样痣、

毛痣、疣状色素痣；毛发多而面积大的称为兽皮样痣，有的大片分布，称为巨形痣。

生了痣一般不需治疗，因为它是一种良性肿瘤，只要其不突然增大、不溃破、不出血或不影响容貌，可不去管它。但要注意避免各种刺激，因反复的刺激，磨擦可促使其发生恶性变化。因此，对生在肩部、腰部、手掌和足底等经常受磨擦部位的痣，应密切注意。据统计 90% 以上恶性黑瘤病人的损害原发于皮肤，而多数恶性黑瘤是由手掌、足底等处易受外界刺激的黑痣演变而来，约有 10%~60% 的恶性黑瘤病人在恶变前有创伤史，非洲斑图人中赤脚者发病率较穿鞋者要高 2 倍；但另一方面，黑痣虽是极常见的皮肤病，而恶变为黑瘤的毕竟极为罕见，据统计在每 140 万有痣人群中发生恶性黑瘤的仅 1 人。为此，有黑痣者，不必担忧。

出现在面额等外露部位的黑痣，如妨碍美观，造成患者心理负担者，可用手术切除，也可用二氧化碳激光去除。五妙水仙膏、冰醋酸、三氯醋酸等腐蚀药只能用于浅小的痣，而且必须要由有经验的医生来操作，因腐蚀过浅不但治不好，还偶可致恶病；过深又易引起瘢痕，不可滥用。对发生于手掌、足底等易受外伤部位的痣及有恶变可能的病，小病灶者应全部切除，大病灶也宜力争全部切除，并作植皮术。

当发现黑痣出现下列征象时，应及早去医院就医，以防发生癌变：（1）黑痣显著而迅速地增大，颜色明显加深；（2）黑痣反复发生感染、溃破、结痂或经常感到疼痛；（3）黑痣部位经常出血；（4）痣的周围出现多个卫星状小黑痣或数个痣互相融合；（5）痣附近的淋巴结肿大。

瘢痕疙瘩

一些有瘢痕体质的人，在皮肤创伤后，由于大量结缔组织增殖和透明变性而形成的瘢痕过度增长，超出原有损害范围。这些人因为有倾向于生长瘢痕的体质，对正常人不起作用的外部微小刺激，对他常会引起炎症反应造成瘢痕的发生，最后形成疙瘩样瘢痕，而且越来越大，外观丑陋，又搔痒难忍。这些外来刺激如抓搔、注射、种痘、手术切口、外伤、烧伤和烫伤等都是常见原因。由于病因和部位不同，其表现也各不相同，大小、形态各异。瘢痕疙瘩高出皮肤，质地坚硬呈鲜红、淡红或紫红色，其边缘可发现毛细血管扩张，病人自觉痒和刺痛。由大面积烫伤和烧伤引起的瘢痕，常会影响人体的运动功能，如影响穿衣、梳头、走路、下蹲、弯腰等；由于汗腺的破坏，夏季不能出汗，不能调节体温，所以病人常感到闷热难受。

该病不宜单纯用手术切除，否则瘢痕范围会越来越大，必须用手术治疗的，手术后应配合用放射治疗。病人应避免不适当治疗和摩擦否则越刺激，瘢痕疙瘩就越大。发生在烧伤瘢痕上的要警惕产生鳞癌。

皮肤血管瘤

皮肤血管瘤是起源于皮肤血管的良性肿瘤，多见于头、颈部皮肤、影响美观，常在出生时或出生后不久发现，在婴儿期增长迅速，以后可逐渐停止生长，有时可自行消退。该病是一种先天性皮肤病，包括鲜红斑痣、草莓状血管瘤和海绵

状血管瘤。前者为鲜红色斑，不高出皮肤，后两者呈草莓状或海绵状高起，形态不一，大小不等，手指按压红色可褪去，无自觉不适症状，常随着身体发育而逐渐长大。其中草莓状血管瘤患者不少，有的可在5岁左右自行消退，也可请医生酌情用血管硬化剂，液氮冷冻、激光、高频电凝固法或手术等处理。鲜红斑病患者，1岁以内可试用放射性同位素⁹⁰锶敷贴治疗，也可用铜蒸汽激光治疗，愈后不留痕迹。

该病的主要危害；一影响美观；二一旦不慎碰破不易止血。因此，局部应注意保护，避免刺破或碰破。

(李树莱)

第十八节 眼 科 疾 病

睑内翻和倒睫

睑内翻是指眼睑，特别是睑缘部朝眼球方向卷曲的一种位置异常。当内翻达到一定程度后，睫毛也必然倒向眼球，刺激角膜，称为倒睫。内翻和倒睫经常同时存在。

睑内翻主要由于睑结膜或睑板经受某种病变后所留疤痕收缩所致，这种情况称为疤痕性睑内翻。另一种内翻见于老年人，是由于附着在下睑睑板缘的睑筋膜变性松弛，使睑缘内翻，称为痉挛性睑内翻。

睑缘向眼球方向卷曲，睫毛也随之倒向眼球，刺激角膜。患者有怕光、流泪、刺痛、眼睑痉挛等症状。严重者角膜上皮脱落形成溃疡，引起剧烈疼痛。长期慢性刺激可以使角膜

表层发生混浊，并有新生血管生长，导致不同程度的视力障碍。

内翻和倒睫通常需要手术矫正，所以，经检查发现，要即时手术。这样将内翻的睑缘恢复到正常位置，就可避免视力障碍及角膜的损伤。

睑外翻

眼睑外翻是睑内翻相对立的一种眼睑位置异常。睑缘向外翻转离开眼球，睑结膜不同程度地暴露在外，睑裂不能闭合，角膜失去有效的保护。

发生睑外翻的最常见原因是：(1) 眼睑皮肤上有广泛的疤痕增殖，疤痕收缩使眼睑向外翻转，上下睑均可受累；(2) 面神经麻痹或老年性眼匝肌纤维眦部韧带松弛，引起眼匝肌对睑板压力的减弱或消失。由于重力关系，睑外翻多发生在下睑。

眼睑外翻后，睑缘离开眼球，泪点也离开泪阜，使正常的泪液毛细管导流作用遭到破坏，致使流泪。

疤痕性或老年性睑外翻一般应施行手术矫治。

上睑下垂

上睑下垂尤以先天性上睑下垂为多见，是一种常染色体显性或隐性遗传病，常因提上睑肌本身或支配提上睑肌和上直肌的动眼神经上支发育不全所致，多为双侧性。

上眼睑不能提起并覆盖角膜上半部及部分瞳孔，睑裂变窄，引起程度不同的视力障碍。为了看清物体，患者常将头

部后仰，并努力使用额部肌肉力量抬高上睑，形成一个特殊的头部后仰睁眼的体位。

影响视力的上睑下垂要尽早手术矫治，防止形成弱视。

睑腺炎

也即麦粒肿俗称“挑针眼”，是一种十分常见的眼睑腺体化脓性炎症，有内、外麦粒肿之分。当睑板腺遭受化脓性感染时称为内麦粒肿，如感染位于睫毛毛囊或其附属腺体，则称为外麦粒肿。该两者都具有，红，肿，热，痛的典型急性炎症表现。

睑腺炎的诊疗均应请医生处理，给予正确指导，切不可自行挤压排脓，否则会使感染扩散引起眼睑蜂窝组织炎，甚至发生败血症或海绵窦血栓而危及生命。

基底细胞癌

眼睑皮肤恶性肿瘤的首位当数基底细胞癌，大多发生在老年人，男性多于女性，好发于下眼睑内眦部。癌组织生长缓慢，极少转移。

早期，皮肤常为轻度隆起的半透明结节，可有色素，逐渐在隆起中央部形成一表浅溃疡，溃疡边缘变硬，隆起内卷，似有鼠咬状，溃疡内常有浆液或脓性渗出，反复出血和有血痂形成。

基底细胞癌对放射治疗较为敏感，治愈率高。也可行手术切除。

睑板腺癌

眼睑恶性肿瘤的第二位是睑板腺癌，起源于睑板腺，有的生长缓慢，有的生长迅速，而且可以有早期转移，此癌多见于老年女性，上睑多见。

早期病变位于睑板内，形态上极似霰粒肿，因此，中年以上患霰粒肿的病人，在刮除霰粒肿后一定要做病理检查，否则易造成误诊或漏诊。

睑板腺癌必须彻底手术切除。此癌瘤对放射不敏感。

鳞状细胞癌

占眼睑恶性肿瘤的第三位。发病率较低，但恶性程度较高，发病较快，破坏性较大。多见于老年男性，好发于睑缘部。

早期病变表现为局限性隆起的硬块，形状可有不同，如乳头状、结节状和疣状。进一步发展可呈菜花样肿块，质地硬而脆，也可形成溃疡。晚期常广泛破坏眼部组织，并可向颅内蔓延或转移，远处转移较少。

鳞状细胞癌根据病变范围可采用放射和手术治疗。术后要经常到门诊检查随访。

慢性泪囊炎

是一种较常见的眼病，任何年龄都可发生，以老年女性多见。这是鼻泪管下端阻塞，泪液和细菌滞留在泪囊内所引起的慢性炎症。沙眼、鼻炎或副鼻窦炎等疾病是引起阻塞的

常见原因。

平时多见于流泪、结膜充血，以内眦部明显；此处皮肤也有浸渍痕迹、糜烂或粗糙等现象。泪囊部有一囊性肿块，压迫后可缩小，但有大量脓性粘液分泌物自泪点返流到结膜囊内，冲洗泪道时，生理盐水从上、下泪点返流出，并混有脓性粘液分泌物。

对于慢性泪囊炎的治疗，一般进行冲洗和滴用抗生素药水，但仅能暂时减轻症状，欲彻底治疗必须施行手术。手术分为泪囊鼻腔吻合术、泪囊摘除术。

急性泪囊炎，原发者一般少见，大多发生在慢性泪囊炎的基础上，是细菌感染或挤压使感染扩散到泪囊周围组织所致。

泪囊区皮肤红肿、坚实、剧烈疼痛。红肿范围可扩展到上、下眼睑和面颊。严重者有发热症状。泪囊区皮肤出现脓肿。

对急性泪囊炎，应给予抗生素注射，局部热敷，促使炎症消散。脓肿形成后必要时可切开排脓，等伤口愈合，炎症完全消退后，再按慢性泪囊炎的治疗原则处理。

急性结膜炎

多见于春秋季节，散发或流行于小学校、幼儿园等集体生活场所。发病较急，两眼可同时或先后仅隔 1~2 天发病。眼部有粘性或脓性分泌物，尤其有的病人因分泌物多，常使上下睫毛粘在一起，早晨起床睁眼困难，球结膜充血明显，严重者眼睑红肿。发病 3~4 天病情达到高潮，以后逐渐减轻，

经2周可痊愈。得病后应尽快治疗和阻止传染。一般可选用广谱抗生素眼药水和眼药膏，治疗后普遍可缩短病程。病人用过的洗脸用具，应注意消毒。

泡性结膜角膜炎

此病最常见于角膜缘部结膜或角膜半透明区域，出现粟粒大的圆形灰白色小结节，其周围有局限性充血。几天后结节上皮剥脱，顶端形成小溃疡，若延误治疗或治疗不当，溃疡可向角膜中央逐渐发展，同时结膜血管也向病变处扩展，形成束状角膜炎。

此病多发生于儿童和青少年，特别是偏食者，常伴有面部湿疹，系由微生物导致的一种迟发性反应。

治疗可用激素类药物和抗生素，同时要加强体质锻炼。

春季卡他性结膜炎

其为反复发作性很强的季节性疾病，春夏季节天气缓和时症状加重，秋冬季天气转冷时缓解，男性青少年易患此病。患者眼部奇痒、怕光、流泪和异物感。可分为三型：(1) 眼睑型，上眼睑结膜面可见很多硬面扁平、大小不等的粉红色混浊的乳头，排列较齐如铺路石；(2) 角膜缘型，角膜缘部有粒状小结节呈堤状围绕角，膜四周病灶为黄褐色，好发于睑裂区；(3) 混合型，上述两型同时存在。由于睑结膜大而硬的乳头不间断地磨擦角膜，可使角膜发生程度、形态各异的损伤。本病预后良好，青少年在生长发育时往往可自愈，治疗可将激素眼药水同抗生素眼药水合并使用。尽可能避免角

膜受到损害。

翼状胬肉

此病可在单眼或双眼发病。病因目前尚不十分明了，也许与户外工作有关，风沙、尘埃、太阳光线等可能为刺激因子。

胬肉好发于双眼角膜（俗称黑眼珠）的内侧（鼻侧）。胬肉呈三角形侵入，三角形尖端向角膜生长，表面有新生血管，病人往往有异物感。有的生长缓慢，本人不易察觉，有的生长迅速，胬肉尖端很快长入角膜，直逼瞳孔，从而影响视力和容貌。

一般不需要做手术，当胬肉侵及瞳孔区将影响视力时，应作手术，但无论何种切除术均会使胬肉再发，术后再发率为5%~20%。目前尚无预防措施。

树枝状角膜炎

此病又称单纯疱疹性角膜炎，是由单纯疱疹病毒Ⅰ型感染所引起。曲型的单纯疱疹角膜炎是树枝状角膜炎。起病前常有感冒或其他发热病史。患者怕光，异物感，角膜上皮有小点状混浊，继而形成小水泡，水泡很快破裂，相互连接形成树枝状的表浅溃疡。此时，疼痛、怕光，伴有流泪等刺激症状较严重，若不治疗或反复发作，树枝状溃疡可逐步向四周扩展，不再保持典型的树枝状而变为不规则地图状，并有可能被细菌感染。一旦感染，虽经治疗，溃疡愈合后，都留下一定程度的疤痕和新生血管，如疤痕位于角膜中央部则可

危害视力。

滴用抗病毒药物是首要治疗措施。病人一旦感冒或有发热并伴有角膜异物感、怕光、流泪等刺激症状，必须去医院治疗。

匍行性角膜溃疡

匍行性角膜溃疡是一种急性化脓性角膜溃疡，多见于老年体弱或患有慢性泪囊炎的人。轻微的角膜外伤如稻谷弹伤，指甲碰伤，树枝擦伤等为其诱因。

一般起病急，常在角膜外伤后 24~48 小时内突觉眼痛、怕光、流泪，视力下降，眼球充血、水肿，角膜上有灰黄色致密的浸润处，病灶边界模糊，很快形成溃疡，并有坏死组织覆盖。患者有以上症状时，必须去医院就诊。若延误治疗，由于角膜病变处毒素渗入眼内，眼球前部发生炎症几乎不可避免，此时，如炎症不能迅速控制就很容易发生角膜穿孔，导致眼内炎。

病人一旦发觉有以上早期眼部表现，必须去医院治疗，并且要遵医嘱坚持用药。年老体弱患有慢性泪囊炎、角膜容易受损的人要尽早摘除泪囊。

青光眼

原发性青光眼 按照前房角闭合的发病机理可分为闭角型青光眼和开角型青光眼。在我国原发性闭角型青光眼是所有青光眼类型中最常见的，并且通过早期发现绝大多数可以获得治愈。

闭角型青光眼又分急性闭角青光眼和慢性闭角青光眼。

急性闭角青光眼 又称为急性充血性青光眼，是老年人常见眼病之一，多见于 50 岁以上的妇女，男女之比约为 1:2。两眼常先后或同时发病。急性发作时病人多合并头痛、眼痛、恶心、呕吐、虹视及视蒙等一系列自觉症状。有些女性患者往往因情绪激动诱发急性闭角青光眼的发作。其症状除上述外，病人有剧烈眼痛感，同侧头痛，严重者仅留眼前指数或光感。同时有以下体征：(1) 眼压升高，一般在 6.65~10.64 千帕 (50~80 毫米汞柱)，个别严重病例甚至高达 13.3 千帕 (100 毫米汞柱) 以上，由上睑指压眼球坚硬如石。此种病例应即去医院采取紧急处理，否则有迅速失明的危险；(2) 瞳孔散大，由于眼压急剧升高使瞳孔括约肌麻痹，出现瞳孔散大；(3) 角膜水肿，眼压突然升高至 5.32 千帕 (40 毫米汞柱) 以上，破坏角膜内皮细胞，出现角膜水肿，表现为雾状或毛玻璃状，上皮发生水泡。

急性青光眼是容易致盲的眼病之一，因此必须进行紧急抢救处理。其治疗原则是：(1) 应先用缩瞳剂，高渗脱水剂，迅速降低眼压，使已闭塞的前房角开放；(2) 眼压下降后及时选择适当手术防止再发。

对中年以上经常有眼胀、头痛、视蒙、虹视等自觉症状者，应考虑有闭角青光眼的可能。要进行常规的前房深度检查，早期发现本病以防止急性闭角青光眼的发作。

慢性闭角青光眼 慢性闭角青光眼可发生于成年人的各个年龄组，无明显性别差异。多数病人有反复发作的病史。或多少的眼部不适、发作性视蒙、虹视为其特点。夏季多于

冬季，多数病人在傍晚或午后出现症状，经过睡眠或充分休息后，眼压可恢复正常，症状消失。少数病人无任何症状，偶尔遮盖健眼发现患眼视力下降甚至完全失明，若不详细检查房角情况，容易误诊。早期病例眼底检查可以完全正常，到了发展期或晚期，则显示程度不等的视神经乳头凹陷扩大及萎缩。病人眼压升高为突然发生。开始一段时期的发作具有明显的时间间隔，晚上仅持续1~2小时或数小时，翌日清晨，眼压完全正常。随着病情发展，这种发作性高眼压间隔时间愈来愈短，高眼压持续时间愈来愈长。一般高眼压约为5.32~7.98千帕（40~60毫米汞柱）少数病例可超过这个范围。本病早期，在两次发作的间隔期内，测量眼压是正常的。发展期，基压逐渐升高，在间歇期眼压也不能达到正常。由于上述原因慢性闭角型青光眼的早期发现较困难，因而治疗往往不够及时，所以一旦病人感到有上述情况之一的体征，就应立即去医院诊断治疗，以免延误。

开角型青光眼 开角型青光眼也称为慢性单纯性青光眼，其主要特点是高眼压状态下前房角宽而开放。

病人的一般眼部表现：大多数慢性单纯性青光眼病人无任何症状，仅少数人在眼压升高时感到头昏、头痛、眼胀或视蒙等。但是，这些症状无诊断价值。

病的早期眼压不稳定，一天之内仅有数小时眼压升高。因此，只有测量24小时眼压曲线才有助于诊断。随着病情发展，基压逐渐升高。当基压与高峰压之间的差值甚小或接近于零时，就意味着本病发展到最后阶段。眼底表现为视神经乳头凹陷增大，正常人乳头杯/盘比在0.4以下。若超过0.6或

两眼杯/盘比之差超过 0.2, 应进一步作排除青光眼检查, 并注意与先天性异常区别。其次, 视乳头出现变化时, 就会出现视野缺损。正常情况下, 每个眼睛都有一定的视野 (可见) 范围, 得病后, 视野范围会相应缩小。因此, 有下列情况者, 应作为怀疑本病的理由, 必须作排除青光眼的检查: (1) 高眼压痕; (2) 视乳头杯盘比值 >0.6 者; (3) 有慢性单纯性青光眼家族史; (4) 一眼发生慢性单纯性青光眼, 另眼应尽早检查。一旦检查获得阳性结果必须及时治疗。

治疗原则: (1) 先用药物治疗; (2) 先用低浓度然后用高浓度的药液; (3) 若各种药物而且在最大药量下, 眼压仍不能控制者, 即需考虑手术治疗。

先天性青光眼 先天性青光眼是一种胚胎期前房角发育异常、阻碍了房水排出所致的疾病。本病属遗传性疾病, 男女之比大约为 2:1。原发性先天性青光眼, 发病多为双眼, 单眼占 25%~30%。

患儿初生时即可出现典型症状, 如眼球及角膜扩大, 角膜混浊等, 此种情况也称为牛眼。因为眼球的损害早在母体内发生, 尽管出生后早期控制眼压, 其视力预后也不良。

白内障

多见于 50 岁以后的老年人, 发病随年龄的增长而增加。这是在全身老化水晶体代谢功能减退的基础上加之多种因素形成的晶体疾患。老年性白内障可为双侧性, 但两眼发病可有先后。

老年性白内障可分为皮质性、核性、后囊下三大类。

皮质性白内障 是最常见的类型,根据病程可分为四期:

(1) 初发期:混浊出现后晶体周边部皮质呈楔形。尖端指向中心,此时晶体大部透明,瞳孔区未受累,一般不影响视力;
(2) 膨胀期:混浊部位逐渐扩展,皮质吸收水份肿胀;
(3) 成熟期:随着晶体混浊扩展,整个晶体呈灰白色,病人视力已明显减退至眼前指数或手动;
(4) 过熟期:成熟期白内障经过数年后,变性的晶体皮质纤维逐渐分解变成乳汁状物,晶体核下沉。当核离开瞳孔区,视力可以改善。

核性白内障 此种晶体混浊多从晶体核开始,所以病人会有老视减轻或近视程度增加的感觉。早期因晶体周边仍保持透明,对视力影响不大。

后囊下白内障 在晶体后极囊下的皮质浅层出现金黄色或白色颗粒,其中夹杂着小空泡,整个晶体混浊区呈盘状,进展缓慢,但因混浊区位于视轴区,故早期就影响视力。

老年性白内障在发展到成熟或接近成熟时,就可施行手术摘除,并及时放入人工晶体,或是在术后配戴适度的镜片,以矫正因无晶体造成的屈光不正。

先天性白内障,是在胎儿发育过程中,晶体发育障碍的结果,表现为各种形态与部位的晶体混浊。其发病原因有两大类:一是由遗传因素所决定,多属常染色体显性遗传;二是孕期母体或胚胎的全身病变对胚胎晶体造成的损害。

有些先天性的白内障除有晶体混浊以外,还有全身及其他眼部的异常。有时先天性白内障是某些综合征中眼部异常的表现之一。对已影响视力、阻碍视功能发育的白内障应尽早施行手术,并应注意对术后弱视的防治。

白内障手术的条件和术前准备 白内障手术是眼科常做的内眼手术之一，不但手术要求细致准确，而且术前对病人周身条件及患眼局部情况均要有充分估计及处理，否则不能达到满意的效果。

周身情况与手术的关系 老年病人多同时存在一些周身慢性疾病，故对此必须全面考虑，予以适当处理。多数病例在控制病情后施行手术恢复视力，也要充分估计到手术导致周身疾病恶化而发生意外的可能。

年龄本身并不构成手术的禁忌，不论年龄大小，只要周身及局部条件许可，均可施行手术。

患有高血压及心脏病者术前应认真进行治疗，待血压及病情稳定后再行手术，不能仅根据一次血压不高，就认为可以手术。一般血压应稳定在 23.94/13.3 千帕 (180/100 毫米汞柱) 以下，血胆固醇应在正常值范围，病人要有足够的精神准备，情绪稳定，方可手术。心脏病也不是手术禁忌，只要无心力衰竭，即可手术。

糖尿病病人也不是绝对禁忌手术，术前可用药物配合饮食管理，控制血糖和尿糖，使血糖降到正常范围内，尿糖阳性。手术前后应给大量维生素 C 和抗生素。

肺结核病不在手术禁忌之列，但空洞性肺结核者宜治疗一阶段待病情好转后再行手术。骨结核、淋巴结核有开放性伤口阶段不宜手术。

慢性气管炎病人，须选择病情较轻季节并在术前采取有效措施，控制症状后再行手术，上手术台前最好再服一次止咳药，以免手术咳嗽，致眼内容物脱出。

局部病灶与手术的关系 局部化脓性病灶，可造成术后眼内感染，必须术前治愈。口腔有牙槽溢脓者，必须治愈再手术。龋齿和残根须适当处理。在术前清洁口腔。化脓性中耳炎，特别是有绿脓杆菌感染者，必须彻底控制感染后才能手术。

白内障的药物治疗 老年性白内障以手术治疗为主，但在早期可以试用各种药物疗法。如口服一些维生素 C、B₂，甚至维生素 D，局部使用白内停、视明露、卡他林等滴眼剂。中药如：珍珠明目丸、消障丹、决明子等。

人工晶体 在我国白内障是主要的致盲原因之一。由各种原因造成的白内障影响着患者的生活、工作和学习。随着人工晶体植入的普及，白内障手术后复明视力的成功率和质量都大大提高。

人工晶体植入相近于人眼晶状体的解剖位置上，可以获得近乎于人体眼内原有晶状体的生理效果，物像放大仅 1%~2%，具有良好的双眼立体视觉，几乎所有的病人均可获得双眼单视功能，故符合人体的视觉要求。其可始终持续地获得视力的矫正；不需佩戴取下等繁琐操作；可以同时应用于远近距离的物体视觉；对儿童外伤性及先天性白内障术后保存视力和预防弱视有很大作用，进而保存和促使融合功能发育。对视力要求高的职业如矿工、飞行员、司机和运动员等更为适用，但人工晶体植入术操作较复杂，有一定的并发症。

视网膜脱离

眼睛视物主要由视网膜来完成这一功能，一旦视网膜

(眼球的内层)与巩膜(眼球壁)发生脱离,就会导致视物模糊,严重者视力光感欠缺或完全丧失。

本病多见于中、老年人,多数患有近视眼。有双眼同时发病的。发病的诱因有视网膜周边部的格子状和囊样变性,玻璃体液化、萎缩和收缩后脱离,这些诱因又同年龄、遗传、变性、近视、外伤和无晶体等因素有关。

当视网膜突然部分脱离,在脱离对侧的视野中自觉出现云雾状阴影,且日益扩大而影响周边视力(视野)。若脱离发生在黄斑区时,则中心视力大为下降。网膜脱离前往往有先兆症状,眼球运动时出现闪光。由于玻璃体混浊,常感觉到眼前有黑影飘动。视力(视野)减退的程度取决于脱离的部位、范围和时间长短。如果网膜全脱离,会导致视力无光感或失明。网膜脱离也常有视物变形,眼球运动时有物象震颤的感觉。

视网膜脱离可分为原发性和继发性两种,实际上都是继发于眼部或全身疾病。原发性者常有裂孔,故称为孔源性视网膜脱离。

视网膜脱离的病程随病人的活动情况进展快慢不一。卧床休息,脱离可减轻或暂时平复。但不治疗,终将引起网膜全脱离,并可引发其他疾病,对以后的手术治疗带来很大困难,往往使手术失败,造成终身遗憾。若黄斑区受累在2~3个以上者,即使手术治疗复位、视功能也难以恢复。老年人及高度近视病人,由于视网膜的退行性变,术后效果也差。总之,对视网膜脱离者,必须采用手术治疗。

视网膜母细胞瘤

其是以视网膜核层为起源的胚胎性恶性肿瘤，绝大多数发生于3岁以下的婴幼儿。常为单侧性，约30%~35%的病例双眼先后发病。本病与家族遗传有关。

患儿往往出现白瞳孔，俗称“猫眼”；开始仅能从一个角度看到，而当肿瘤向眼球内生长，白瞳孔便永久存在。瞳孔区出现特殊的金黄色反光。继之，眼球向内或向外偏斜，此时视力已丧失，一旦发觉患儿有上述症状时，必须去医院作详细的眼内检查。此病的早期诊断极为重要，除依据眼部症状外，还须作X线、CT和超声波检查。在后期，肿瘤往往生长迅速，易于向眼球外转移。转移可经淋巴管、血管至骨骼及肝、肺等器官或沿视神经蔓延到颅内，终至病人死亡。

一旦明确视网膜母细胞瘤的诊断，治疗则应根据单侧和双侧肿瘤区别对待。

单侧肿瘤在发现时往往为时已晚，肿瘤范围已较广，惟有摘除患眼。双侧肿瘤，若一只眼尚有视力，则应摘除另一只已失明眼，并积极治疗保留好眼，保守疗法可采用放疗、光凝及化疗。如双眼视力全无，为挽救患儿生命，应劝作双眼球摘除。发病年龄越小，预后越差。双侧性较单侧性严重。

眼球突出

眼眶内的炎症性疾病或占位性疾病都能引起眼球突出，眼球突出往往是各种眼眶疾病的表现之一。

眼眶的软组织急性炎症：眶蜂窝组织炎，可引起眼球后

组织高度水肿。这种化脓性眼病既可严重影响视力，也能引起颅内并发症或败血症而致命。

眼部主要体征为眼球突出、眼睑红肿、结膜充血水肿，严重者可发生角膜溃疡。由于眶内压增高，眼外肌受累而导致眼球运动障碍和复视。触摸眼部时可感眼睑皮肤紧张饱满，有明显压痛。此外常伴有全身症状，如发热、恶心呕吐等。

本病早期除病因治疗外，最主要的是采用足量的广谱抗生素，眼局部热敷。

内分泌性突眼

眼球突出是突眼性甲状腺肿瘤的主要症状之一。由于甲状腺功能亢进，本病表现在新陈代谢的过度旺盛和神经系统反应性亢进。本病起病较快，女病人多见。双侧或单侧眼球向正前方突出，睑裂明显增大。眼球直向前看，呈凝视状态。眼睑肥厚，上睑翻转困难。当病人向下看时，上眼睑不能随同眼球下垂。角膜上缘和上部巩膜暴露。有时因眼外肌受累，张力减弱可出现不同程度的眼球运动障碍和复视。

因本病可分为甲状腺毒性突眼症与促甲状腺素性突眼两种类型。故治疗应按实验室检查结果而决定。

临床上多见的眼球突出是眼眶内肿瘤性眼球突出。眶内发生肿瘤时，必将引起眼球突出和伴随体征眶肿瘤可原发于眶，或由邻近诸组织包括眼睑、眼球、鼻窦、鼻咽部和颅腔内肿瘤扩展而来，也可由远处恶性肿瘤转移至眶。

眼眶肿瘤的种类繁多，起源各异，临床上既有共同的体征，也有特有的表现。良性肿瘤的表面光滑，境界清楚，与

周围组织少粘连，无疼痛感，眼球运动障碍出现较晚或少见，病程发展缓慢。恶性肿瘤的边界不清，多有粘连和压痛，浸润性强，眼外肌运动障碍明显，眼睑及结膜水肿，而且有眼痛及头痛，病程短而发展快。

一旦确诊为原发于眶内的肿瘤，原则上多数病人须行开眶摘除术，并依据病理检查结果，给予放射治疗或化学治疗。

(陈荣家)

第十九节 耳鼻咽喉科疾病

鼻外伤

多由鼻部遭受撞击、跌仆、切割、爆炸等引起，包括软组织损伤、鼻骨骨折、甚至颅骨损伤等。外伤后常见症状是鼻出血和局部肿胀。软组织损伤可见局部肿胀、皮下瘀血或皮肤裂口；鼻梁出现歪斜、塌陷畸形、扪及骨摩擦感要考虑鼻骨骨折；鼻流淡血水、继而流清水样分泌物要怀疑颅底骨折伴脑脊液鼻漏。

自我保健措施应及时止血。皮肤裂口需到医院清创缝合及用破伤风抗毒素，软组织瘀肿者 24 小时以内冷敷以控制出血，24 小时以后热敷以促进瘀肿消退；鼻骨骨折有移位者应该在 2 周之内整复，复位后切忌揉按鼻部或再受撞击；脑脊液鼻漏者需抗感染，禁止鼻内滴药、填塞、擤鼻涕、打喷嚏，保守治疗无效则需手术修补。

鼻疖

是发生于鼻前庭、鼻尖和鼻翼处皮肤的毛囊、皮脂腺的化脓性感染。常因挖鼻、拔鼻毛等诱发，有些慢性病如糖尿病病人易致反复发作或迁延不愈。初起局部发胀、疼痛，继而发热、红肿，触痛明显，逐渐出现小丘状隆起，脓熟时顶部出现黄白色脓点，约1周后自溃，严重者出现上唇及面颊部蜂窝织炎。若伴发高热、寒战、头痛、呕吐、面部高度肿胀及眼部肿胀症状，则应考虑海绵窦栓塞或海绵窦静脉炎。

足量使用抗生素、多饮水、保持大便通畅都很重要。切忌按摩、挤压和疖未熟时切开引流，以防止感染沿面部静脉扩散至海绵窦，引起严重的颅内并发症。平时戒除挖鼻、拔鼻毛等不良习惯。

急性鼻炎

俗称“伤风”、“感冒”，是一种常见的鼻腔粘膜急性传染性炎性疾病。主要由于受凉、过度疲劳及全身慢性病导致机体尤其是鼻粘膜的抵抗力下降，各种呼吸道病毒乘虚入侵而致。局部表现为鼻内灼热、发痒、喷嚏、鼻塞、流清水涕，继而转为粘液脓性，然后逐渐减轻至症状消失，一般病程7~10天。

治疗除使用中西药物，平时可进行自我保健：多饮热茶，用热水洗脚、沐浴，饮食宜清淡，并需适当休息。擤涕时应注意正确的擤涕方法，不要捏紧双鼻孔用大力擤，而应按住对侧鼻孔，稍稍向外用力擤出鼻涕，以免引起其他病变，如

鼻窦炎、中耳炎等。

预防感冒很重要，平时注意身体锻炼以增强体质，家中有病人时用醋熏室内以防止传染。

慢性鼻炎

分慢性单纯性鼻炎和慢性肥厚性鼻炎，前者的特点是鼻塞时轻时重，通常遇热减轻，遇寒加重，侧卧时下侧鼻塞，上侧鼻通气改善，鼻涕多为粘脓性；后者由前者发展而来，鼻塞较重，持续不解，鼻涕较少。慢性鼻炎还常可伴有咽喉部不适，多痰等症状。

慢性鼻炎多由急性鼻炎失治而致，也可由邻近病灶、全身慢性疾病、职业或环境污染等引起，所以不属于感染性疾病。治疗应该包括病因治疗和症状治疗两部分。要注意的是鼻内用药不当也可引起“药物性鼻炎”，如鼻眼净之类长期滴用易引起药物性鼻炎，故不宜长期连续使用。而应在医生指导下正确选用滴鼻及掌握正确的用药方法。1%麻黄素类制剂滴鼻的用药量应控制在每次 1~2 滴，每天 3~4 次左右，也不宜使用过多过频。有药物性鼻炎时应及时停药，改用倍他米松麻黄素适量滴鼻。

萎缩性鼻炎

是鼻腔粘膜、骨膜甚至骨质发生萎缩的一种疾病，发展缓慢。鼻内常有脓痂形成；合并有恶臭者，俗称“臭鼻症”。平时自觉鼻内干燥灼热、鼻塞感是因脓痂堵塞或神经感觉迟钝引起，鼻易出血，嗅觉减退，头昏头痛。病因与维生素 A、

B₂、D、E 缺乏、钙代谢紊乱、内分泌失调、臭鼻杆菌感染、遗传等有关，或因局部病变影响，如鼻中隔极度偏曲、结核或梅毒等继发引起。

平时可服用维生素 A、B₂、鱼肝油丸，中药也有一定效果。鼻内滴润滑油如石蜡油、麻油、复方薄荷油等。多干痂及有臭味者，宜用生理盐水冲洗鼻腔，可用掌心盛液，由鼻吸入，经口吐出，反复多次，冲净鼻内脓痂。严重者需手术治疗，但效果并不理想。

过敏性鼻炎

接触过敏原后引起的鼻粘膜病变。病人多伴有哮喘、荨麻疹等过敏性疾病史，并有家族史。过敏原包括吸入性（花粉、室尘等）、食入性（牛奶、鸡蛋、鱼虾、药物等）、接触性（化妆品、汽油、油漆等）。常年发作者清晨起床时症状明显，季节性发作者多在花开季节发作，季节过去症状消失，又称“花粉症”。表现为反复发作、突然发生的鼻内奇痒，连续打喷嚏，多量清水样鼻涕，鼻塞，发作时间短暂。

保健措施以增强体质，避免接触过敏原为主。发作期可服用抗过敏的克敏态、玻璃玛朗等药物；泼尼松、地塞米松等激素类药不宜长期口服，因其副作用大，一般以这类药物配制的滴鼻液滴鼻。

鼻中隔偏曲

鼻中隔位于鼻腔中央，将鼻腔分为左右两侧。当外伤、发育异常或一侧鼻腔内较大肿物压迫时，会使鼻中隔向一侧或

两侧偏曲，或局部突起。在出现鼻塞、偏头痛或鼻出血等症状时才诊断为鼻中隔偏曲；有的病人因此而影响鼻道分泌物引流，易继发鼻窦炎。

病人出现上述症状，经医生检查确诊为本病者，则需要作鼻中隔矫正术，但手术应在成年（18岁）后进行为宜。

鼻窦炎

鼻窦是鼻腔周围颅骨的含气空腔，分上颌窦、筛窦、蝶窦和额窦四对，各窦均有开口与鼻腔相通。鼻窦炎是鼻窦粘膜发生的炎症，可发生在单个鼻窦，也可多个鼻窦甚至全部鼻窦都发病。中医称为“鼻渊”，俗称“脑漏”。有急性和慢性两类。急性者常由急性鼻炎继发而来，慢性则大多为急性鼻窦炎失治转变而来。邻近器官的病变如上列牙根炎症扩散也会引起鼻窦炎的急性发作或使之迁延不愈；另外如游泳、跳水、潜水、鼻腔内的肿瘤、异物均可引发鼻窦炎。鼻流脓涕，源源不断是最主要的表现，急性发作时头痛剧烈，局部有压痛，伴发热等；而慢性者头痛不明显，常有头闷胀，记忆力差，嗅觉失灵。小儿往往思想不易集中，影响学习。

要及时控制感冒，有牙病要处理，勿在不洁水中游泳，跳水要注意正确姿势，防止病菌侵入鼻窦。一旦鼻窦炎急性发作时，应注意休息，加强营养，选用适当的抗生素，正确使用滴鼻药（详见“常用药物”节）。若变为慢性，则宜中西医结合治疗。除服用中药外，鼻内滴药应避免药物性鼻炎，不要长期滴用鼻眼净等，还可选择中药制剂滴鼻。严重者可作上颌窦穿刺冲洗，必要时采取手术治疗。平时每天做鼻部按摩

操 1~2 次,具体方法是用两手食指或中指指腹上下按摩鼻背两侧 100 次,再揉压迎香穴(鼻翼旁鼻唇沟中) 30 次。

鼻息肉

其是鼻腔和鼻窦粘膜极度水肿、下垂而形成的肿物。常由于过敏性、化脓性鼻炎或鼻窦炎长期刺激而成。发病缓慢,初起鼻塞不严重,随着息肉增大,鼻塞日渐加重,终为持续性鼻塞。由于息肉堵塞,病人往往嗅觉失灵,张口呼吸,说话鼻音明显,头胀头痛。治疗不及时,巨大息肉可突出于鼻孔外,或外鼻增宽呈蛙背样畸形。

鼻息肉在早期较小时,可通过控制炎症、过敏等因素,或用激光烧灼使其消退、缓解;较大时,需手术切除。同时,积极治疗过敏性鼻炎和鼻窦炎以减少复发机会。

鼻部肿瘤

鼻部良性肿瘤种类较多,如血管瘤、乳头状瘤、骨瘤、纤维瘤和软骨瘤等,以血管瘤为多见,可发生于任何年龄,往往表现为单侧的、反复的鼻出血,出血量较多,肿瘤增大会产生鼻塞,一般认为乳头状瘤的形成与病毒感染有关,长在鼻前庭皮肤如皮肤疣,发生于鼻腔内外表似息肉,有鼻塞、嗅觉减退、头痛及鼻涕带血症状。若发生于 30 岁以上成年男性,有反复鼻出血,则要提高警惕,应去医院作进一步检查,必要时需作活组织病理切片检查,因为内翻性(指上皮向组织内生长)乳头状瘤属“癌前期病变”,容易复发和恶性变,并转变为乳头状癌。

恶性肿瘤最多为鳞状上皮癌（简称“鳞癌”）。如果外鼻皮肤发生不红不肿、隆起的灰黄色小硬结节，或皮肤产生易出血且难愈的溃疡则要引起足够重视。40岁以上成人，一侧鼻腔经常少量出血或鼻涕带血，渐进性鼻塞且发展较快，有时可嗅到鼻内有特殊臭味，或下颌角出现无痛、固定和逐步增大的肿块，应该及时去医院检查。

肿瘤的性质必须经过病理检查确定。一经确诊，通常以手术治疗为主，有的可用放疗、激光或冷冻治疗。病人应尽量保持情绪稳定，开朗并积极配合治疗，树立战胜疾病的信心，合理的休息、丰富的营养、适当的活动都是很重要的。家属应创造良好环境，宽慰病人。

急性咽部感染

当受凉、疲劳或不良刺激后机体抵抗力下降，细菌、病毒乘虚入侵，引起急性咽炎、急性扁桃体炎等；这些常是上呼吸道感染的一部分，与急性鼻炎、急性喉炎同时存在，儿童期多发。发病急，咽痛明显，病人感觉全身不适、发热、怕冷、头痛、大便不通。由于扁桃体与周围组织之间有间隙，炎症可以穿出扁桃体进入周围间隙，逐步形成扁桃体周围脓肿，病人咽痛加剧，偏向一侧，吞咽和张口困难，流涎，说话含糊不清，头偏向患侧，常用手托住颊部，颈部活动也受限。

自我保健措施应采取卧床休息，最好与其他孩子隔离开。饮食宜清淡且富含营养，多饮开水、水果汁等，多吃蔬菜；注意口腔清洁，用淡盐水（100毫升水加0.9克盐）或呋喃西林溶液、硼砂液漱口；保持大便通畅很重要；全身使用适量

抗生素或磺胺药。发热、头痛者可适当服解热镇痛剂如安乃近等。中药可服六神丸、牛黄解毒丸、银翘片等。扁桃体脓肿或咽后壁脓肿形成后须请医生作切开排脓。由于扁桃体周围脓肿容易复发，急性炎症控制后3~4周，最好把病变扁桃体切除，也有医生主张在脓肿形成期即做扁桃体切除手术。

慢性咽炎

其是咽部粘膜、粘膜下及淋巴组织的慢性弥漫性炎症。发病率高，病程较长，症状顽固。多由急性炎症反复发作引起，或因长期烟酒过度、生活及工作环境中长期密切接触化学有害物质、粉尘等所致。鼻部炎性分泌物刺激及体质虚弱等因素也可导致本病。病人常感咽部不适，如微痛、发痒、灼热、干燥，有的表现为似有异物梗阻的感觉，有痰粘附，难以咯出，或干咳等。

首先要消除可能引起本病的各种因素，如戒烟戒酒，忌食辛辣等刺激性食物，注意环境卫生，积极锻炼身体，增强体质。治疗要持久耐心，全身用药多采用中药煎汤或开水冲后代茶饮服，局部可用含片、吹药和漱口液漱口等。经医生仔细检查，未发现特别病变者，要解除恐癌的心理负担，否则不利疾病的治愈。

慢性扁桃腺炎

常继发于急性扁桃腺炎或其他传染病如流感、白喉、麻疹和猩红热之后，当细菌、病毒侵入，加上体质差，就会引起发病。主要致病菌为乙型溶血性链球菌，常成为低热以及

诱发心肌炎、风湿热、肾炎、关节炎等疾病的感染病灶。病人自觉咽部不适，干痒疼痛，扁桃腺过大时咽部有异物梗阻感（与儿童扁桃腺生理性肥大不同）。病人容易感冒。扁桃腺炎急性发作时咽痛加剧，伴有高热。

对于成为病灶的扁桃腺，应作手术切除；而一般的慢性扁桃腺炎、则以增强体质、注意保暖、休息和营养，减少其急性发作为主。除了急性发作期，平时不宜长期原用抗生素。

增殖体肥大

增殖体是一种淋巴组织，位于鼻咽顶后壁，又称腺样体。儿童可生理性肥大，一般在青春期后逐渐萎缩。当鼻咽部反复炎症刺激产生病理性肿大，可与慢性扁桃腺炎同时存在。肥大的增殖体堵塞鼻咽部，引起鼻塞、流鼻涕，睡觉时张口呼吸、打呼噜，说话有鼻音，日久会使面骨发育受到障碍，出现上列牙突出、硬腭高窄、唇厚、表情淡漠的所谓“腺样体面容”；堵塞咽鼓管口可引起中耳积液、听力减退，有的儿童夜间打鼾、遗尿、磨牙和易惊醒。

轻度的增殖体肥大可以用呋麻等滴鼻以消肿，控制炎症，严重时则需手术将增殖体刮除。

鼻咽癌

该病是发生于鼻咽部的常见恶性肿瘤。其确切的发病原因尚未明确，可能同遗传、环境中致癌物刺激、EB病毒感染及饮食有关。40~60岁成年人，尤其是男性，有擤出鼻涕带血或晨起回吸鼻涕中带血，一侧或两侧颈上部 乳突尖下方、

胸锁乳突肌上段前缘) 出现压痛、质地较硬、固定和迅速增大的肿块, 有同侧耳鸣、耳闷、听力减退或偏头痛、复视、眼球向外侧活动障碍等症状, 要及时去医院检查, 有时需多次活检才能确诊。

放疗是首选的治疗手段, 治疗效果相当好, 病人要尽可能保持乐观, 正视现实, 在充分认识疾病的基础上积极配合治疗, 注意休息, 加强营养; 放疗后皮肤刺激较大, 尽量不要触摸和摩擦, 口干咽燥者多吃水果、蔬菜, 食欲不振则选自己喜爱的、易消化、富营养的食物; 放疗同时加用中药对提高身体抵抗能力、预防和减轻放疗的副作用均有好处。西洋参、燕窝等补品也可服用, 但不宜服红参类温热性药。

急性会厌炎

其是喉部会厌的急性感染, 由细菌、病毒侵入所致, 喉外伤或气管、咽喉等邻近部位炎症也可继发本病。起病急, 症状严重, 喉部突然剧痛, 吞咽时加剧, 喉内有异物梗阻感, 语声含糊, 严重时出现憋气、呼吸困难, 在吸气时更明显, 会有生命危险, 故见有上述情况时不可大意和耽搁时间, 及时去医院诊治至关重要。

注意保暖, 吃流质或软食, 勿吃硬性食物, 气急明显要按医嘱及时做气管切开手术, 避免呼吸困难导致窒息死亡。全身使用抗生素和激素, 如果医生认为需要留在医院观察, 应该听从, 以便及时掌握病情的发展变化, 及时抢救。

急性喉炎

该病是喉粘膜的急性炎症。常由急性鼻炎、咽炎继发而来，有害气体吸入、用声不当和外伤也可引发。出现声音嘶哑、喉痛、咳嗽痰多，多发生于5岁以下儿童。由于孩子的喉腔狭小，组织疏松，炎症后局部肿胀显著，往往起病急，症状明显，病情严重，咳嗽声呈“空、空”样，吸气特别困难，吸气期延长，喉部伴发鸡鸣样声，严重的出现烦躁、口唇和指甲青紫等。

成人急性喉炎需全身使用抗菌药物，局部蒸气吸入。注意休息，禁烟、酒及刺激性食物，少说话，中药内服，胖大海等开水冲泡代茶饮。儿童应及时就诊，用足量抗生素，有喉阻塞症状出现时要加用激素如泼尼松口服，病情严重时则用地塞米松肌肉注射或静脉推注，同时可作雾化吸入。家长要注意观察呼吸，经积极用药后呼吸困难仍严重而不能缓解时，要听从医生劝导，作气管切开手术。

慢性喉炎

其为喉部粘膜的慢性炎症。可继发于急性喉炎失治、长期烟酒过度、有害气体、粉尘刺激、用声过度、发音不当及邻近器官如鼻炎、咽炎、气管支气管炎均可诱发。起病缓慢，初期声音嘶哑，时好时发，逐渐变为持续不能缓解，喉部自觉干痛不适，有粘痰附着、去医院检查可发现声带充血、肿胀和肥厚，甚至出现小结节和息肉。

应及时控制急性喉炎，在含有害气体、粉尘的环境中生

活和工作要采取一定的防护措施。戒烟酒，忌辛辣，平时注意适当、正确的用声方法，严重者要注意声带休息，尽量禁声，尤其避免大声叫喊。另外，如中药、蒸气吸入、雾化吸入、理疗等均可选用。对息肉和小结节，经上述治疗一段时间仍不见效者，需考虑手术摘除。

喉外伤

喉部被暴力、切割、火器或物理或化学所损伤，多见于交通事故、工伤、战伤和自杀等。咽部、喉部外伤常合并出现。咽喉与呼吸、进食和发音等功能有关，且周围拥有颈动脉、颈静脉等大血管，外伤后果较为严重。轻者仅颈部皮肤、软组织损伤，或喉痛、咳嗽、音哑、痰中带血等；重者则出现失音、吞咽和呼吸困难，有时引起气胸、纵隔气肿、颈部皮下气肿；血凝块等吸入呼吸道会引起窒息、死亡；颈部大血管破裂，引起大出血、气栓等严重后果。

外伤后，在清创同时，及时止血和注意呼吸道通畅很重要，压迫颈静脉裂口以防止气栓，及时吸出分泌物及血液，取出异物，并行输氧、输液和输血，鼻饲饮食，使用抗生素以预防继发感染。

喉水肿

该病是各种原因引起的喉部粘膜及粘膜下组织水肿，其特点：起病急骤，表现为突然喉痛，呼吸、吞咽困难，严重时出现喉阻塞症状。常见原因有炎症（如急性会厌炎、急性喉炎）、外伤、变态反应引起的血管神经性水肿和化学物质刺

激等。成人喉腔宽大，其症状较轻，儿童则往往起病急、症状重，引起严重喉阻塞，其特点为有明显的吸气性呼吸困难，伴有吸气时的喉鸣音，吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙处软组织向内凹陷（所谓“三凹征”），同时发音嘶哑，严重时伴有烦躁，口唇、指甲青紫，冷汗，面色苍白，四肢发冷等不同程度的缺氧表现。

出现喉水肿，应及时去医院急诊，马上吸氧，使用激素如泼尼松、地塞米松等，以及足量抗生素，大多可缓解。要密切注意呼吸和全身情况，呼吸困难明显，要遵医嘱及时行气管切开术。饮食宜进流质或软食，有咳嗽时不可用吗啡类镇咳药。

小儿喉痉挛

此病是喉部运动神经受到刺激引起的肌肉挛缩，主要与缺钙有关，常在冬季夜间突然发生，表现为患儿突然呼吸紧迫、吸气困难、吸气性喉鸣及三凹征，伴有面部肌肉及四肢抽搐，一般持续数十秒至一二分钟。症状可自行缓解，严重者有失去知觉、大小便失禁等现象，但一般不会引起窒息死亡。

发病时，松解衣服，拍击臀部，有条件的可给氧气吸入。平时注意饮食营养，适当补充钙剂和维生素A、D。

喉肿瘤

喉部良性肿瘤包括乳头状瘤、血管瘤、纤维瘤及各种囊肿等。患者可出现喉部异物感、刺激性咳嗽、吞咽困难、声

音嘶哑，甚至呼吸困难等不同表现，通过去医院检查不难诊断和治疗。其中乳头状瘤发病率较高，儿童亦可发生；虽属良性肿瘤，但易复发和有恶变倾向，要定期检查和活检。

中老年人，尤其是烟龄长、烟酒过度者，声嘶治疗 2 周以上不愈，应当引起重视，警惕喉癌可能。喉部恶性肿瘤早期有声音嘶哑、喉部不适、异物梗阻感，中晚期则出现吞咽时喉痛、刺激性咳嗽、咯血、痰中带血、喉鸣，甚至喉阻塞等症状，并常有颈部淋巴结转移，而在喉体旁出现质地较硬的无痛性肿块。

喉癌以手术治疗为主，早期可用放射治疗或作部分喉切除，能保留发音功能。全喉切除术后颈部气管造口，呼吸改道，病人丧失说话能力；患者一时难以适应，应解除思想顾虑，经过一段时间适应后，可以学习食管发音和装人工喉等。要定期随访，戒烟酒，忌刺激性食物，注意保护气管造口，防止干燥及炎症，慎勿落进异物。

食管化学性灼伤

此是由于误吞或自服化学物品如强酸、强碱等，引起食管粘膜腐蚀性烧伤，常同时伴有口腔、咽部粘膜的烧伤。吞服后马上会出现口、咽、食管剧痛，不能吞咽，流涎，此时应及时了解吞服的是何种物质，立即用药物中和。吞强酸则服碱性制剂，如石灰水、氢氧化铝、氧化镁等。切忌用碳酸氢钠等碳酸类中和，因为碳酸盐进入胃内会产生二氧化碳引起胃膨胀、穿孔，导致死亡。吞强碱者服弱酸制剂，如稀醋酸、食醋、柠檬水等。若吞入物性质一时难辨，可服用牛奶、

生鸡蛋清、植物油等，保护粘膜免受进一步的损害。药物中和治疗越早越好，应在吞服后数小时内进行，时间过久则无法中和。病情发生后 24 小时内应完全禁食，给予输液，及时使用大剂量抗生素和激素。如果出现呼吸困难，则有因喉咽部水肿引起喉阻塞的可能，也不能轻视，要密切观察，及时处理。若吞入的化学药品量不多，浓度较淡，抢救及时，就能使症状缓解，完全治愈；若吞入量多，浓度较大，虽经上述抢救治疗，急性症状约 1 周左右才逐渐减轻以致消失，局部无明显疼痛，可以正常进食，此时不能误认为已经痊愈，必须继续使用抗生素及激素治疗，放弃治疗则约在 3~4 周后会重新出现吞咽困难，甚至逐渐滴水难入，这是因为食管疤痕收缩引起食管狭窄，应该留置胃管，吞入粗丝线以备今后作食管扩张之用，食管狭窄或闭锁时须作手术。

治疗期间进流质和软食，不要吃带刺、带骨、煎、炸等硬性食物，以免损伤食管壁。

外耳道疖和外耳道炎

均为外耳道皮肤的炎症性病变。外耳道疖为局限性、化脓性；外耳道炎为弥漫性，多由挖耳后皮肤损伤，细菌乘机侵入引起，也可因异物、中耳炎脓液、游泳时进水等诱发。发作时耳内跳痛，张口、咀嚼和打哈欠时疼痛加剧，拉耳廓或压耳屏有明显疼痛。听力影响不大，是与急性中耳炎的区别之点。严重时伴有耳下淋巴结肿痛及发热。外耳道疖常长在外耳道口，呈局限性隆起，脓肿形成后顶部变软，脓熟后可自行溃破，流出少量稠厚脓液，常带有血丝，此时疼痛很快

明显缓解。外耳道炎时整个外耳道皮肤红肿，少量脓性分泌物，急性治疗不当可转为慢性。亦有起病即为慢性表现，如外耳道不适、微痛、微痒、少量黄色分泌物或皮屑等。

急性发作时服用抗生素，局部热敷，也可作红外线、超短波或微波等理疗。疖熟而不能自溃时，应在严格消毒后切开排脓。脓溃后注意清洁耳道，揩净脓液。外耳道炎除清洁外耳道外，要注意保持干燥，尤其慢性者，使用硼酸制剂，适当加入抗生素及激素滴耳。对外耳道疖反复发作或久治不愈者，要注意有无糖尿病。本病的预防要点在于改掉挖耳等不良习惯，尤其不可用不洁器具挖耳，不要到污水中游泳，教育儿童不可将异物塞入耳内等。

外耳道耵聍栓塞

耵聍，俗称耳垢，是由外耳道皮肤耵聍腺分泌，少量、干燥的耵聍会随着咀嚼、张口等下颌关节活动从外耳道口自行排出。当耵聍腺分泌过旺，或耵聍呈油蜡状（俗称“油耳”）不易排出，与尘土等结成团块，日积月累，堵塞外耳道，形成耵聍栓塞。未完全阻塞时，无明显感觉，偶尔活动引起耳内响声；完全堵塞时，耳内闷塞感，听力减退，尤其因洗澡，游泳耳内进水后耵聍胀大，会突然发觉或症状加重，若继发感染则剧痛。

不要自己盲目挖耳，那样容易将耵聍栓子推入外耳道深部，挖伤外耳道皮肤，加重病情。应由医生取出，有时栓子过硬，可先用 3% 苏打水滴耳内使耵聍软化，3~4 天后取出或用温水冲洗。

非化脓性中耳炎

是中耳腔的非化脓性炎症。由于各种原因引起咽鼓管功能不良，造成鼓室内外气压不平衡，中耳形成负压，浆液渗出，中耳产生积液。如果急性期治疗不彻底或不及时，易转为慢性，导致鼓室粘连，听骨链固定，影响听力传导。绝大多数病人先有感冒病史，有的有增殖体肥大、鼻咽部肿瘤及变态反应，也可出现在鼻腔填塞后。不少鼻咽癌患者常以鼓室积液为最早表现，对此要有所警惕。发病时，病人自觉耳内有堵塞感及水气声，听力减退，或自觉自己讲话声很响但听不清旁人讲话，有的病人平卧时听力会有所好转，打哈欠、吞咽、喷嚏后也会有片刻改善，儿童不能明确表达，家长和教师发现其听力减退，表现为对声音反应差，开电视机要求声响大等，要及时去医院查找原因。

本病一旦发生，要抓紧时间治疗。感冒引起的要控制感冒症状，鼻塞时勿过分用力擤鼻，使用抗生素和激素如泼尼松，用1%麻黄素液滴鼻，多作吞咽、张口动作，可间隙按压耳屏作鼓膜按摩，鼻涕不多者可作捏鼻鼓气，鼻多涕者则不宜，中耳腔积液者需行鼓膜穿刺抽液或鼓膜切开引流，若仍长期不愈，可在鼓膜安置硅胶引流管，使积液得以排除。

化脓性中耳炎

急性化脓性中耳炎大多由于感冒，少数由鼓膜外伤后，细菌乘机侵入，多见于儿童，因儿童抵抗力差，易患感冒、麻疹、猩红热等，且儿童咽鼓管较短、宽，几呈水平位，双鼻

捏紧鼻涕或平躺喂奶，细菌极易入侵中耳而发病。这并非一般所说因为眼泪流入外耳道所引起。病人突然出现剧烈耳痛，听力下降，儿童则表现为哭闹不休、揉耳，伴发热，一旦流出较多粘脓，即表示鼓膜已经溃穿。

应使用足量抗生素。鼓膜未穿孔，耳道尚无脓液流出时，可用 1% 酚甘油滴耳；鼓膜已穿孔、流脓，先用双氧水洗净脓液，滴入 0.25% 氯霉素液等抗生素滴耳液，鼻内滴 1% 麻黄素液使咽鼓管通畅有助改善中耳引流。治疗得当，多数急性病例短期可获痊愈，鼓膜穿孔也能自行愈合。

急性期发热、耳痛等症状消退，但流脓持续 2~3 月不止，提示转入慢性；部分病人炎症可波及粘膜、骨膜甚至骨质，破坏听骨。病变继续发展，则出现各种颅内外并发症，如见流出的脓液量少，但持续不停，气味有恶臭，时带血丝，要提高警惕，争取 X 线摄片以明确有无“胆脂瘤”。所谓“胆脂瘤”并非真性肿瘤，是由于中耳上皮脱屑堆积，使周围骨质吸收破坏，炎症扩散，会引起严重的颅内外并发症，甚至危及生命，故应及早诊治。

长期患慢性中耳炎者，突然出现发热，剧烈头痛，耳内跳痛，可能是颅内外并发症的征兆。脓液中持续带有血丝，不发热，但出现耳痛、口眼歪斜等症状时，应想到有中耳恶性肿瘤的可能。

急性中耳炎穿孔流脓后，疼痛不减，或流脓突然减少，耳后乳突部红肿压痛，多是急性乳突炎，要加大抗生素的用量。如果炎症仍不能控制，要作手术切开引流，以免引起并发症。

耳部损伤

包括外耳、中耳和内耳损伤，不同部位的损伤出现不同的症状。耳廓冻伤后皮肤潮红、青紫、肿胀；重力切割伤后常因血循环差，血肿不易吸收而发生坏死、畸形；暴力震破、尖物刺破鼓膜时，常突然致听力下降、出血，除使用抗生素外，严禁耳内冲洗和滴药，也不要用力擤鼻涕，以防中耳继发感染。外伤后有眩晕及严重的耳鸣、耳聋，要想到可能内耳迷路震荡，宜卧床休息，争取及早作进一步检查。外伤后耳内流血，不久转为淡血水或清水样分泌物，多由颞骨骨折伴硬脑膜撕裂而致脑脊液耳漏，应使用大量抗生素以防止脑膜炎，体位宜取半坐位或坐位，不宜作耳道填塞，避免咳嗽、喷嚏、屏气或低头弯腰等会使颅内压升高的动作，保持大便通畅，必要时需手术治疗。

聋哑

耳不闻声兼口不能语，称为聋哑，因系耳聋，妨碍语言学习而造成不会讲话，故先聋而后哑，并非真正的“哑”，病人的发音器官一般无异常，哭声响亮，一如常人。先天性聋见于发育异常如中耳、内耳畸形；后天性聋由于学语期或学语期以前，因药物中毒、传染病等各种因素使双耳重度耳聋或全聋。有的患儿虽已学会部分语言，聋后不能巩固和发展已学会的语言仍可致“聋哑”。

有一定残余听力的聋哑患者，可试佩戴助听器，并给予适当的听力训练和语言训练，配合唇读，可望获得一定的交

谈能力。全聋（骨导听力损失 100 分贝以上）病人通过安装电子耳蜗可望回到有声世界。目前世界上先进的多导程控电子耳蜗已能使部分全聋病人达到能独立接听电话的水平。

耳聋的预防

耳聋即听力下降，轻者为重听，重者为全聋，致聋的原因很多，如药物中毒引起的药物性耳聋，噪音引起的噪声性耳聋，还有老年性聋、爆震性聋、精神性聋，感染中毒性聋、突发性聋。其他如先天性聋，是由遗传或环境因素造成先天发育异常引起。

优生优育，是防先天性耳聋的关键。不近亲结婚，重视婚前检查，注意孕期卫生等。在医生指导下正确使用抗生素，不随意滥用如庆大霉素、链霉素、卡那霉素等具有耳毒性作用的药物。重视劳动防护，减少噪声刺激。教育儿童不要任意燃放爆竹。按时接受预防接种，防止传染病的发生。此外还有延缓衰老的措施等。

内耳眩晕症

又称美尼尔综合征或膜迷路积水。病因尚不很明确，常因精神紧张、疲劳过度而诱发，故在中年脑力劳动者多见。常突然起病，反复发作，感觉自身或周围物体旋转晃动，有天翻地覆之感，伴耳鸣耳聋，耳内有闷胀感，并有恶心呕吐，发作后耳鸣耳聋减轻或消失，耳聋随发作次数的增强而加重，反复发作耳鸣永久，发作时加重。检查有眼球震颤和前庭功能异常。

耳部肿瘤

耳部肿瘤分良性和恶性。耳廓和外耳道黑痣、皮脂囊肿、乳头状瘤和骨疣等都属良性。可行手术、激光或冷冻治疗。若皮肤发生无痛性硬块，溃病长久不愈，应怀疑恶性可能，须及时作进一步检查。

单侧搏动性耳鸣，与脉搏、心跳一致，按压颈动脉耳鸣减弱或消失，伴耳聋（传导性），则要想到有颈动脉球体瘤可能；单侧耳鸣，伴耳聋（感音性），语言辨别力差，有眩晕，走路不稳，要排除听神经瘤；单侧耳鸣、耳聋（传导性），有面瘫，多为面神经瘤。上述均属良性肿瘤，以手术治疗为主。

病人耳内流脓带有血丝，有耳鸣耳聋及头痛，或有面瘫、眩晕、张口困难、颈部转移性淋巴结，外耳道、鼓室见灰白色新生物，触之易出血的息肉、肉芽，迅速复发，要高度怀疑中耳癌；治疗一般采取放射治疗后再作清除病灶的手术。

附：耳鼻咽喉科常用药物

耳部用药

3%苏打水 软化耵聍，用于耵聍栓塞。用药方法：患耳向上，滴药数滴，保持头位3分钟左右，每天数次，3天后取耵聍。

3%双氧水 清洁作用，用于急、慢性中耳炎有脓者。用法：将患耳耳廓拉向后上方（儿童向后下方）使外耳道拉直，用蘸有3%双氧水洗耳液的棉签进入外耳道内慢慢旋转擦洗，再用干棉签擦净。

1%酚甘油 抗菌、止痛作用，用于急性外耳道炎及急性中耳炎鼓膜穿孔前。用法：患耳向上，拉直外耳道，沿外耳道壁滴入 1~2 滴，并按压耳屏数次，保持头位 3 分钟。每天 3~4 次。鼓膜已有穿孔者不能用。

4%硼酸酒精 抗炎、消毒、干燥作用，用于外耳道炎、中耳炎。用法同上。

1%水杨酸酒精 抑制真菌、止痒作用，用于外耳道霉菌病。用法同上。因药水有一定刺激性，用量不宜太多，也可用棉签蘸药后涂擦外耳道。

复方氯霉素滴耳液 抗菌作用，用于急、慢性化脓性中耳炎。用法同上。

泰利必妥（氟喹酸）滴耳液 抗菌作用，用于急、慢性化脓性中耳炎。用法同上。

倍一氯霉素滴耳液 抗菌、抗过敏作用，用于慢性中耳炎、外耳道炎、湿疹等。

鼻部用药

1%麻黄素滴鼻液 鼻粘膜血管收缩作用，可制成 1%呋喃西林麻黄素，0.5%SD—麻黄素，用于急慢性鼻炎、鼻窦炎；制成苯海拉明麻黄素、色甘酸钠麻黄素、地塞米松麻黄素等，用于变态反应性鼻炎。用法：仰卧，头悬于床缘，或坐位，头悬于椅背下，尽量头低肩高，略倾向患侧，滴入 1~2 滴药液，用手轻压鼻翼数次，保持原位约 2 分钟，每天 3~4 次。

复方薄荷滴鼻液 清凉、润滑，使鼻粘膜分泌增多。用于萎缩性鼻炎、干燥性鼻炎。如嫌刺激性大，也可用单纯液

体石蜡滴鼻（用法同前）。

石蜡油 润滑作用，用于萎缩性鼻炎、干燥性鼻炎，对感到复方薄荷油刺激性大的病人可用。用法同上。

白降汞软膏 消炎、收敛作用，用于鼻前庭炎。用法：涂于患处，每天 3~4 次。

咽部用药

含漱剂 0.05% 呋喃西林漱口水有消毒杀菌，清洁口腔作用，用于急性咽部炎症、溃疡、手术后。用法：含漱后吐去，每天 3~4 次。

喷剂 西瓜霜喷剂有消炎止痛作用，用于急慢性咽炎、扁桃体炎，咽部溃疡等。用法：直接喷于患处，每天 3~4 次。其他中药散剂如珠黄青吹口散、锡类散、冰硼散也有清热解毒，消炎止痛作用，可以选用。

含剂 如碘含片、杜灭芬含片、华素片、西瓜霜含片有消毒抗菌作用，用于急慢性咽炎、喉炎、咽部及口腔溃疡。用法：含于口内慢慢咽津，每天 4 次。

膜剂 如口腔溃疡薄膜、洗必泰薄膜等有收敛、抗炎作用，用于口腔溃疡。用法：贴于患处。

喉部用药

除上述咽部用药外，还有：

熏气剂 如复方安息香酊有抑菌、祛痰作用，用于急慢性喉炎，分泌物稠厚难咯者。用法：将适量药液倒入沸水中吸其蒸气，每天 1~2 次。

雾化剂 如 0.9% 庆大霉素有抗菌作用，用于急性咽炎、喉炎；氢化考的松有抗炎、消肿作用，用于急性咽炎、喉炎、

水肿明显者；白毛夏枯草，有消肿、清热、散结作用，用于慢性喉炎。用法：雾化吸入，每天1次。

(张重华 臧朝萍)

第二十章 口腔科疾病

牙痛

牙齿是痛觉十分集中的部位，与外界的直接接触也甚频繁。牙齿病损后，基本是以痛为主征。经常发生的牙痛病损有：(1) 龋齿：浅表的龋齿多不发生疼痛，只在发展到一定深度（到达釉质内层牙本质）时才出现痛感。这时，对酸、甜或寒冷刺激甚为敏感，但一俟刺激消除后，痛感消失，因此是一过性的。龋齿发展到较深层时，除了对酸、甜和寒冷刺激仍甚敏感外，进食时，每遇食屑嵌入龋洞内，便会发生一阵剧痛，食屑除去之后，痛便停止。(2) 牙髓炎：是龋齿不断向内发展，接近牙髓使之发生炎症引起的。开始时只是阵痛，以后则是持续痛。在进食温热食物时，阵痛尤为明显。由于牙髓本身对疼痛的定位能力较差，牙髓炎引起疼痛自己往往无法确定痛位。人们常错把上牙痛指为下牙痛、前牙痛指为后牙痛。牙髓炎症的继续发展是牙髓化脓，这时牙痛剧烈持续，且有搏动感，痛感常牵至半侧头部。化脓性牙髓炎时患者多无法忍受。化脓期过后则牙髓发生坏死，炎症向根部扩散，或脓液穿过周围组织排出，这时痛可消失大半。(3) 牙周膜炎：向根部扩散的牙髓炎症多引起牙周膜炎，疼痛的特

点是患牙有浮动升高感。由于在咀嚼时必先咬着患牙而疼痛难受，因此进食不敢多嚼，食物常被囫圇吞下。(4) 智齿冠周炎：长出尽根牙过程中发生疼痛，主要原因是牙床位置不够长，容纳不下最后萌出的智齿。智齿面上覆盖着的龈片，如其下的盲袋引流不畅，便会发生炎症而疼痛。重度智齿冠周炎还引起张口困难和吞咽疼痛。(5) 釉质咬耗症：牙齿在人的一生长期咬合过程中，表面的釉质常被咬磨殆尽，内层牙本质便暴露在外。暴露的牙本质受到外界温度刺激常发生酸痛。釉质咬耗症大都是多个牙齿发生的，病程是一过性的。

(6) 牙齿颈部磨耗症（楔状缺损）：不正确的刷牙方式和长期使用刷毛已经塌扁的牙刷，很容易使牙冠和牙根结合部（颈部）釉质磨损，有的则牙龈萎缩而使牙根暴露，更有甚者还使牙颈部刷成一个楔状缺损。这时，每当遇上冷热刺激，便会传递到牙齿神经而引起痛的感觉。牙齿颈部磨耗症常是多发的，疼痛刺激也是一过性的。(7) 牙隐裂，牙折裂：牙齿咬着过硬的食物或异物，每易引起隐裂或折裂，所产生的疼痛是难受的。隐裂较难查出，及至隐裂发展为折裂时，客观的症状才较明显。

痛觉是人体发生疾病的一个信号，对待牙痛，只要一开
始便予重视就诊，绝大多数患牙是可以挽救和避免拔除的。

口臭

口臭使人讨厌，患者每在日常生活和心理上部感到较大压抑。发生的原因可以是某些全身疾病在口腔内的反映，更多的根源则在口腔之内。

由某些全身疾病引起的口臭有：

(1) 消化不良：上消化道内积滞的不消化食物，经分解发酵后构成异味，向口腔反排；(2) 胃溃疡、胃粘膜脱垂等疾病的剥脱、腐败组织产生异味；(3) 新陈代谢疾病：重症糖尿病患者口腔内可散发烂苹果味(酮味)；(4) 呼吸道疾病：慢性副鼻窦炎、支气管炎、支气管扩张和肺脓疡等疾病的分泌物，均具有较强腐败气味，向口、鼻腔排出；(5) 从事接触某些化学药品(磷、砷、铋等)的工人，口腔内可散发大蒜气味。

口臭的根源就在口腔之内的有：(1) 不注重口腔卫生，不定时刷牙漱口；(2) 嗜烟、喜酒、好葱蒜的人，口腔内多散发异味；(3) 龋齿深洞中溃疡、坏死牙髓组织，以及龋洞中的食屑经细菌分解后不断散发异味；(4) 口腔粘膜溃疡、扁桃体炎和厚腻的舌苔内积滞的大量细菌，产生异味。

口臭不容忽视，应找出原因并设法解除。如果只是用芳香类漱口水漱口是无用的。查找原因的顺序应先除去口腔内病变。若见效不大，再找全身原因。原因找出并设法除去后，问题即可解决。

下颌关节弹响

下颌关节在正常张闭口时应无明显弹响或杂音，只在关节运动功能不协调或本身结构出现异常，如关节表面受过度摩擦或受炎症破坏时，则在张闭口时由于彼此撞击而发生“咯咯”或“咯咯”般的声音。响声不但自己感到，在进食时同桌的人也略闻一二。除发生弹响外，有的还可发生疼痛，多

出现在开口和闭口的咬嚼过程中。关节局部则有压痛。疼痛使患者在张口时避正就曲，为的是缓减咀嚼疼痛。

下颌关节弹响的病因众多，主要有：(1) 上、下牙齿咬合关系长期受破坏而逐渐出现弹响症状。如牙齿咬尖过度被磨导致接触异常、多数后牙被拔除或缺失，咀嚼时失却平衡、牙面磨耗严重使上、下牙间距离降低等；(2) 具有单侧咀嚼习惯的人，单侧下颌关节表面必然过度磨损而磨擦起声；(3) 自负牙齿坚实，喜嚼过硬果实甚而啤酒瓶盖、夜间磨牙、工作紧张时有咬牙习惯的人，长期慢性炎症使关节表面受损；(4) 焦急、易怒和精神紧张等易引起下颌关节周围的肌腱反射亢进和肌肉抽紧等，往往引起突发性关节弹响。

本病实质是下颌关节功能紊乱的综合症状，发病原因复杂，必须对症作周密的分析，然后进行治疗，并预防复发。简易的保健措施可自用温热湿毛巾局敷，每天几次，可收到一定效果。自服消炎痛、阿司匹林等能缓解局部疼痛。具有焦急和易怒等精神等原因的应自我调节。对若干引起牙齿或关节表面磨伤的外因，应请医生逐一解除。

牙列不齐

牙列不齐是指上、下颌牙齿未呈整齐弓形排列，而是或前或后、或正或歪、或偏或斜、或高或低，尤其严重的则是上颌牙不是正常地稍稍覆盖下颌牙，而呈“地包天”反咬形状。所有这些不齐的牙齿，有些是个别的，有些则是多个的。牙列不齐，大多在幼年即已形成，如家长多加注意，绝大多数是可以避免的。如听之任之，不齐的牙列必将贻误终身。牙

列不齐不仅会影响面容整齐，对咀嚼、呼吸及语言等功能都有相当害处。牙列不齐的患者还好发龋齿和牙周病。

引起牙列不齐的原因有先天的，也有后天的，绝大多数则是后天的。先天的原因有：(1) 父母牙齿及牙床的形态是能够遗传给子代的，如父亲牙齿较宽而母亲牙床较狭，则子代牙列势必拥挤，引起牙列不齐；(2) 妊娠期母亲多病或营养不良，缺少胎儿生长所必需的物质，可能使胎儿牙齿和颌骨发育异常；(3) 胎儿出生时可能受到产道压伤和引产时受产钳夹伤等，也常引起颌骨内牙胎移位而造成牙列不齐。后天的原因大多是换牙时间紊乱所致：(1) 个别乳牙脱落过早，落牙部空隙被相邻牙移位占据，使在该位置上应萌出的恒牙只能歪斜就位；(2) 乳牙滞留到期不脱落，同样会使恒牙萌出受阻，前后移位，这主要是儿童体质较差的缘故；(3) 个别儿童恒牙因龋不能充填而过早拔除丧失，邻牙便向缺牙隙倾斜，使牙列的相互关系紊乱；(4) 如长期咬唇、咬舌和吸吮指甲等不良习惯，使上颌前牙被推向更前方。儿童睡眠时姿势不良，侧卧时将手放在脸下，很容易使颌骨和牙列变形。

牙列不齐的发病因素虽复杂多样，但也不是不可预防的。

(1) 应经常带儿童去医院检查，以便及早发现乳牙是否过早脱落或滞留不落；(2) 对患龋的乳、恒牙应尽早充填治疗，以免拔除；(3) 儿童存在咬唇、咬舌和吸吮指甲的习惯，应切实教育废止，有不良睡眠习惯的应督促纠正；(4) 已发生牙列不齐的儿童，应即请医生矫治。矫治牙列不齐，往往不是短期内所能达到的，必须持之以恒，与医生密切合作，才能取得应有效果。

龋齿

龋齿（蛀牙）是牙齿在复杂的口腔环境影响下，受细菌的参与侵袭而逐渐破坏和崩解的一种慢性的多发性常见病。龋齿具有一定特殊性，即牙齿硬组织受破坏之后，缺乏自身修复和痊愈的能力，且在发病初期又缺少自觉症状，因此多被忽视，一旦感到疼痛，则已发展得比较严重，或已进入牙髓炎、根尖周炎或牙槽脓肿等阶段而给治疗带来相当的麻烦和困难，有的只得拔除。

龋齿的发病因素有：(1) 牙齿本身的形态、牙齿的组织结构、牙齿位置等常是好发龋齿的一个原因。窝、沟完整而光滑的牙面上、食物残屑很难积滞，且易被洗刷干净，就很少发生龋齿。牙齿位置不正常而牙间缝隙较大并易嵌塞食物的，缝间容易发生龋齿。牙齿发育良好，牙面釉质复盖完整的，其抗龋能力也较高。牙齿萌出前后，如能受到一定氟化，更能提高抗龋能力。(2) 好发龋齿同是否讲究口腔卫生有绝对关系。如能建立早、晚正确刷牙和饭后漱口这一良好卫生习惯，使口腔内致龋细菌（链球菌和嗜乳酸杆菌）减少存在，必有助于减少发生龋齿。(3) 不论儿童或成人，多吃糖容易发生龋齿。因糖食易粘在牙面窝、沟内，也粘住了众多致龋细菌而形成菌斑，使成为发生龋齿的基地。二次世界大战期间，日本人缺少食糖供应，人们龋齿发生率显著降低就是一个例证。(4) 正常饮食中如能多吃纤维性的食物，如蔬菜、水果等，则有利于牙齿的机械清洁作用，可使积滞在牙齿窝、沟内和牙间缝隙中的食物残屑得到清除，有利防止龋齿发生。

牙齿发生龋齿后通常都有形、色、质的变化，因此，只要重视并定期到医院检查，是不难发现龋齿的。如按龋齿发生在不同组织部位归类，一般可分为：(1) 牙釉质龋：先是坚硬的釉质表面某点脱钙疏松而失去应有透明度，并有色素沉着，随后使釉质崩坏，表面上出现细小龋洞，这时常无自觉症状，在经医生仔细检查才被发现；(2) 牙本质龋：牙本质是牙齿冠部第二层组织，牙本质龋是继牙釉质龋而发生的。由于牙本质不如牙釉质那样坚硬，因此接续在牙釉质龋之后发生了龋齿进展速度较快、龋洞呈口窄而底宽。初期牙本质龋也缺乏自觉症状，在龋洞变得较深而接近牙髓腔时，病牙对冷、热、酸和甜等刺激感觉敏感，但刺激除去后，症状立刻消失。(3) 牙骨质龋：牙骨质是覆盖在牙根表面、受牙龈和牙槽骨保护的一层薄而较硬的组织，一般不会发生龋齿，只在牙龈萎缩使之暴露在外之后，才发生龋齿。牙本质龋进展快，早期即会发生疼痛症状。

龋齿是常见病，在预防上还存在一个复杂的社会问题，但只要能人人重视，定期到医院检查和治疗，是不难发现和得到控制的。只要龋洞不是甚深或发展到牙髓炎时，绝大多数是可以充填治愈的。

牙髓炎

牙髓位于周壁坚硬的牙髓腔中，主要由神经血管束组成，起着营养牙齿和感觉以防御外来伤害的功能。牙髓一旦受到炎症刺激而充血肿胀后，神经在牙髓中便无法退让而只能挤压自身，于是就感受到剧烈疼痛。

龋齿是引起牙髓炎症的首要因素，龋洞内众多细菌很容易通过牙本质小管进抵牙髓腔内使牙髓发炎。细菌及其毒素会通过牙根的侧支小管进入牙周病病牙的牙髓腔。引起牙髓炎症的细菌主要是链球菌、葡萄球菌和其他种类细菌，包括需氧菌和厌氧菌等。

牙髓充血是牙髓炎的前驱病损，通常是可逆的，只要及时治疗，有可能治愈。牙髓充血一般无自觉症状，患牙对饮食的温度很敏感，特别对冷的刺激可立即引起短时间疼痛，刺激过后疼痛也就消失。

急性牙髓炎多由牙髓充血阶段未及时治疗，或慢性牙髓炎的急性发作所致。急性牙髓炎的症状是发病急，疼痛剧烈难忍，多为自发性或阵发性。初期疼痛时间短而缓解期长，以后则疼痛时间长而缓解期短。夜间发作时由于牙髓腔内压力增高，疼痛剧烈。进食时，食物温度不同对疼痛的性质关系尤为明显，早期对冷食敏感，晚期绝对不能进食热食。剧烈的疼痛呈放射性而牵引至半侧头部。

急性牙髓炎晚期多转化成慢性，牙髓化脓而自身坏死、坏疽或溶解，并向根尖发展成很难治愈的根尖炎。这时，只有抽除坏死、坏疽牙髓或拔除病牙，根尖部的炎症才得痊愈。

起自龋齿的牙髓炎症，直至引起根尖感染的过程，常持续数月数年，只是由于人们不予重视而疏忽治疗，才多受痛苦，并在最后牺牲了牙齿；这是应该引起警惕的。

牙槽脓肿

牙髓炎症若处理或对待不当，必继续向根尖部进展，引

起根尖附近组织急性或慢性病变。急性化脓在溃破牙槽骨、骨膜和粘膜时形成局部脓肿的过程，称牙槽脓肿。

牙槽脓肿疼痛剧烈，具搏动性。患牙局部牙龈红肿，牙松动，敲击患牙或咀嚼时疼痛更剧烈。全身性症状为发热、头痛、血白细胞升高等。剧烈的疼痛是由脓液溃破牙槽骨和骨膜时，在狭窄间隙内的过大张力对敏感的骨膜神经纤维压迫所致。一旦脓液穿破骨膜，张力降低后，疼痛也就缓解。急性牙槽脓肿多向慢性牙槽脓肿或根尖肉芽肿发展。

重视和及早治疗龋齿，可避免发生牙髓化脓性炎症和牙槽脓肿。若发生了牙槽脓肿，早期服消炎止痛药，以减轻炎症反应。同时用湿热的 1:5000 高锰酸钾溶液含漱，自的尽早促成脓液集中在一处而不扩散，但绝不可在面部肿胀处热敷，避免将脓液引至面部。牙龈局部有波动感时，则由医生切开排脓。肿退之后，应仍请医生继续治疗，或去除坏牙的残髓，或将患牙拔除根治。

智齿冠周炎

智齿又称尽根牙。智齿冠周炎是指智齿在 18 岁左右萌出时，由于牙床最后方位置不够，牙仅能部分萌出或牙冠位置歪斜而难以长出，使牙冠周围软组织发生的炎症。临床上，以下颌智齿冠周炎最常见，左右侧均可发生。

智齿冠周炎的牙冠后侧咬合面多覆有龈片，并构成龈袋盲囊，其中常有食物残屑积存，刷牙及嗽口均不易将之清洗出来，使细菌容易繁殖。在过度疲劳和全身抵抗力下降时，智齿冠周炎就要发作。

炎症早期，自觉智齿周围牙龈肿痛，在咀嚼及吞咽时尤其明显。炎症向周围咀嚼肌肉扩散，则出现不同程度张口受限，此时可有发烧、食欲减退等全身症状。

智齿冠周炎患牙容易反复发作，影响学习、影响工作，还常可引起邻牙患龋而招致牺牲。必须下定决心，及早治疗。手术拔除是根治本病的最好方法。若张口不大暂时无法进行手术，可先用抗菌药物治疗，以缓解炎症，预防感染扩散。

牙龈病

牙龈病指仅局限于牙龈而不涉及牙龈内层（牙周膜、牙槽骨）等的炎症病损。较为多发的牙龈病是牙龈缘炎、肥大性龈炎、妊娠期龈瘤和青春期龈炎等。这些病损早期仅局限于牙龈本身，若不予以治疗，往往会扩及深层牙周组织而改变性质，成为难以治愈的牙周病，应引起重视。

牙龈缘炎是最常见的牙龈病，不重视口腔卫生，牙垢、牙石堆积而使细菌在牙龈边缘大量繁殖，并形成菌斑是本病的主要原因。牙龈缘炎一般无自觉症状，在刷牙或咀嚼食物时则有少量出血。比较严重的牙龈缘炎在说话时牙龈也会出血。患者可发现自己的牙龈边缘颜色由粉红改变成紫红色，有的还出现轻度肿胀，并不紧密贴合在牙齿颈部牙面上。

牙龈长期受牙石或不良龋齿充填的刺激，会引起肥大性龈炎，大多数是局部的。全身因素如慢性白血病、维生素C缺乏及内分泌功能紊乱等也会引起牙龈肥大，但却是多个的。初期肥大性龈炎不具自觉症状，龈色深红而质柔软。有的肥大性龈炎色淡红而质坚实。肥大的牙龈向牙面突出，严重的还

会覆盖部分牙齿。

妊娠期龈瘤一般发生在妊娠 2~3 个月左右,而在产后 2 个月左右即逐渐消失,有的是部分消失。如果在产后不积极除去局部刺激因素(牙石等),牙龈也不可能恢复正常。

青春期龈炎专发生于青少年,女性多于男性。一般认为与全身内分泌因素有关。青春期龈炎患者的牙石并不多,只是部分牙齿早期出现松动、移位,呈扇状展开。青春期龈炎的特点是青春期过后,牙齿病损可自然逐渐消退。

治疗牙龈病首先应到医院去除局部刺激因素,本人则必须重视口腔卫生。早晚应刷牙,饭后必漱口。如牙龈已经肥大,则经手术整形后,可恢复正常。

牙周病

牙周病是指接续在边缘性牙龈炎基础的一种使牙周膜和牙槽骨遭受慢性破坏的疾病,多由边缘性牙龈炎治疗不及时或不彻底所造成,是在人类中分布得较广的疾病之一。牙周病早期缺少自觉状,因此很少引人注意。乃至出现牙龈出血、牙周溢脓和牙齿松动移位,但因缺少有效而彻底的治疗方法,不少病牙只得拔除。牙周炎、牙周变性和牙周萎缩是牙周病的主要内容,三者虽各具特性,但结局相似。

牙周炎 特点是牙龈下方牙周膜和牙槽骨出现慢性炎症和感染,使牙周组织逐渐被破坏吸收。牙周炎在牙根周围虽有牙龈被覆,但牙龈下骨组织却受破坏,因此牙齿松动并形成—个深浅难定的牙周袋。按压牙周袋则有脓溢出;如脓液积滞得较多,则不加按压牙周袋也会有溢出。引流不畅通

时则形成牙周脓肿,直至牙周组织全部被破坏而牙齿脱落,溢脓也就停止。

牙周变性 指牙根周围的牙槽骨组织变性,牙槽骨发生破坏和吸收则是次要的。变性的牙槽骨变得稀疏而不那么致密,牙齿难以稳固地植在其中,患者自觉牙齿松动和咀嚼无力。

牙周萎缩 仅指牙龈和牙槽骨出现退缩改变而并不存在受破坏和溢脓的炎症。牙周萎缩症往往与年龄同步,如牙周萎缩者是青壮年,则称为早老性萎缩。早老性萎缩多认为由全身原因引起。

局部因素如牙石、牙垢堆积等往往被认为是牙周病的原因之一,治疗牙周病应从此开始。内分泌紊乱和糖尿病等,则被认为是牙周变性的病因,应由医生正确诊断和对症治疗。牙周萎缩虽然与年龄有同步关系。但只要一贯坚持正确的刷牙方法,就可推迟发生牙周萎缩的时间。

鹅口疮

鹅口疮又名雪口或白口疮,因病损口腔粘膜表面呈白色凝乳状得名。婴儿容易发生本病;患消耗性疾病(糖尿病、癌肿、血液疾病等)的成人,抵抗力低下时亦会发生。白色念珠菌为本病的主因,而诱发因素大致有以下方面:(1) 婴儿室哺乳用具的消毒未达到要求,引起个别鹅口疮患儿白色念珠菌交叉感染;(2) 分娩过程中产道内的白色念珠菌传染给婴儿;(3) 婴儿口腔卫生差,口液酸度高,有利于白色念珠菌的生长繁殖;(4) 长期使用抗生素治病,削弱了口腔内一

般细菌对白色念珠菌的拮抗作用。

口腔粘膜表面是鹅口疮的好发部位，多见于舌背、软腭、颊部和下唇内面。病发之前多先有粘膜充血、水肿等症状，接着为灼热、刺痛和干燥感，病损表面逐渐出现与周围界限分明的白色凝乳状凸起斑块，斑块与底面附着紧密，虽可将白色斑膜撕去，但不久又发生。鹅口疮患儿的全身症状为发热、呕吐和腹泻等。

只要重视婴儿在哺乳期间口腔卫生和哺乳用具严格消毒，鹅口疮是可以预防的。

婴儿患了鹅口疮除应积极去医院治疗外，在家可用 2% 苏打溶液或硼酸钠溶液拭洗病损局部，使口腔的酸性环境逐渐改成碱性，抑制白色念珠菌生长，鹅口疮便容易治愈。

口腔粘膜白斑病

本病是发生在口腔粘膜上不易消退的白色增厚斑块，类似皮肤上的胼胝。病损可见于口腔粘膜任何部位，但在口角区颊粘膜表面和舌下口底部多见。男多于女，中年以上尤多发生。

口腔粘膜经受长期持续不良刺激（烟、酒、醋、辣和喜爱进食过烫的食物等）固然是引起本病的主要原因，而存在于牙床上的残牙、残根、错位牙以及装镶不精良的假牙等也可成为口腔粘膜白斑病的诱发因素。饮食中缺少维生素 A 而使粘膜过度角化，内分泌紊乱和霉菌感染等也是病因之一。

出现在口腔粘膜上的白斑病损呈不洁乳白色，大小不一，形状也不一致，状似绉纸是常见的一种。白斑稍高出于正常

粘膜，与周围分界清楚。质稍硬而具粗糙感，无自发痛或压痛。

口腔粘膜白斑病虽少有癌变倾向且可延续多年无变化，但仍应积极治疗。治疗应从戒除喜烟嗜酒不良习惯和去除局部刺激因素着手，以不使白斑继续扩大。

复发性口疮

口腔粘膜表面反复发作的小型溃疡为复发性口疮的特点。好发于唇内侧、舌尖、舌缘、舌腹、颊部粘膜和软腭等部位，牙龈和硬腭面上较少发生。小型溃疡初起时为细小红点，有灼热不适感，随后逐渐扩大为较小，浅表溃疡，周围粘膜充血红晕，这时会感觉烧灼痛，碰到咸味时疼痛更加利害。

复发性口疮一般在1~2周内逐渐愈合，但一定时间后可在同一或另外位置上重新发生，使人感到烦恼。本病女多于男，虽任何年龄都有发生，但青壮年较多见。

消化不良、便秘、发热、睡眠不足、情绪抑郁、疲劳、月经周期和吃了某种过敏性食物，被认为是复发性口疮的病因。祖国医学认为：“口疮者心脾有热，气冲上焦，熏发口舌”所致。治疗应从去除上述病因着手。为缓解饮食过程中口疮发生的疼痛，医生常用含有少量麻醉药的防腐性药物作局部涂布。病人可用0.1%高锰酸钾液、复方硼酸液等漱口，也有加快愈合的作用。

扁平苔癣

扁平苔癣，在口腔内常发生在上、下后牙咬合线颊面粘膜上，单侧或双侧均可出现。牙龈、舌背和上腭粘膜表面有时也会发生，常被患者误认为癌症。

患部多出现珠光或灰白色点状丘疹，并交叉联接构成网状、花边状或环状不同形态，周围存在水肿或充血。

本病初起时质柔，以后则逐渐粗糙，有轻度瘙痒感。在咀嚼过程中受伤后，表面可出现糜烂而疼痛，并有淡黄色假膜覆盖。扁平苔癣也常发生在颈部等处皮肤上，而瘙痒严重。

精神创伤、情绪抑郁、失眠多虑和消化不良者好发本病；也可能由病毒引起。因此，自我解除精神抑郁，改善消化功能在治疗上将起到决定作用。唇部等处扁平苔癣可涂敷肤轻松软膏和湿敷，口腔内的病损应即请医生鉴别诊断并治疗。

坏死性龈炎

坏死性龈炎又称口疳，祖国医学叫走马牙疳。主要病原菌为螺旋体及梭形杆菌。两者均为厌氧菌，在正常情况下，常存在于牙龈间隙内而无害；当人体抵抗力降低抑制细菌能力差时，这些细菌便活跃起来，置牙龈于坏死。

本病多并发于儿童患了某些传染病（麻疹、流感、猩红热、伤寒等）之后，常见于春末夏初气候变化较大的季节。

临床症状可呈急性和慢性。急性的发病急而快，发高烧、牙龈红肿、出血，并较快坏死。坏死牙龈表面被覆黄白色假膜，假膜易被擦去而出血。牙龈坏死使牙松动、疼痛和口涎

多，口腔内发出异样气味，严重的引起牙槽、颌骨和部分颌面软组织全层坏死。走马牙疳即形容本病发病快而严重。慢性的病情较轻且全身和局部症状缓，家长仅在儿童睡眠流涎中见到混有血液和闻到口臭。

由于本病的季节性强，因此在春夏季节转换期间应注意预防，托儿所和幼儿园的公用杯、碗都应煮沸消毒，以防交叉感染。儿童患了传染病应尽早隔离。

口腔颌面部损伤

口腔颌面是人体的重要器官，受外界冲击时特别容易损伤。损伤时出现的症状通常为肿胀、出血、疼痛、咀嚼功能障碍和发热等。由于口腔颌面生理功能复杂且血运丰富，位置又接近颅底生命中枢，因此应该特别重视。

经常发生的口腔颌面部损伤有：(1) 牙齿损伤，因上、下前牙位于前方突出部分，最易受伤而引起牙齿松动、脱位和折断等。进食时牙齿骤然咬到碎骨片或砂粒，会引起牙片折裂，这一情况大多发生在后牙。牙片折裂易使牙神经暴露，遇冷、热或其他刺激时便发生剧烈疼痛，使人不敢进食；(2) 颌骨骨折，除具有一般骨折的相同症状外，骨折段移位还会使上、下牙齿咬合错乱，这是颌骨骨折的特有症状。另外，应引起注意的是上颌骨骨折会引起大量出血，下颌骨前方整段骨折会使舌向后堕而发生窒息。一旦出现上述情况，应速去医院救治。

口腔颌面部损伤，尤其是颌骨骨折和牙齿损伤，病人往往由于疼痛而难以咀嚼进食，但食欲和消化功能却是好的。为

使损伤早日痊愈，每天仍应摄入足够营养。合适的饮食可将三餐改制成软质的，可不经咀嚼就能咽下。有吸吮能力的，可用吸管自行吸取，食量不宜限制。

重视和保持良好的口腔卫生，餐后坚持漱口，更能促进损伤早日痊愈。

颌骨骨髓炎

骨髓是骨腔内部用以营养骨本身的组织，颌骨骨髓炎则是上、下颌骨（包括骨膜、骨皮质、骨髓）所有组成部分的炎症。颌骨骨髓炎常并发颌面蜂窝组织炎。

颌骨骨髓炎大多由牙齿感染（龋齿、牙周炎、急性牙根尖脓肿、下颌智齿冠周炎等）引起，也可能由全身败血症、脓毒血病灶（经血循环扩散至颌骨）造成，但仅是少数。由牙齿感染引起的仅在身体抵抗力极度降低和病原菌的毒力甚强时，才有可能。

颌骨骨髓炎的主要病原菌为金黄色葡萄球菌和溶血性链球菌，其他化脓性细菌也起一定作用。

颌骨骨髓炎有急性和慢性之分，两者的共同之处是病程较长，经久难愈，好发于青壮年。

发生在上颌骨的急性颌骨骨髓炎扩散较快，半侧面部迅速出现肿胀。下颌骨由于骨体本身较为致密，炎症大多向骨体内的神经血管腔蔓延，使腔内的牙齿神经受炎症压迫而感到剧烈疼痛。下颌急性颌骨骨髓炎还出现牙齿松动、牙齿周围溢脓和颌骨部分坏死等。进入慢性期后，骨髓炎症状虽稍缓解，但病程常延续数月数年，直到坏死的骨块与正常骨体

脱离，并通过瘻管排出体外。

只要治疗正确和及时，颌骨骨髓炎是可以控制和治愈的。急性期可用大剂量抗菌药物控制炎症，慢性期则等待时机，切除死骨。治疗不当常会造成颌骨畸形（大块颌骨组织坏死切除或脱落引起的）。儿童患颌骨骨髓炎会使颌骨停止发育或发育不全，影响容貌。

唇裂和腭裂

头面部可发生各种各样先天畸形，而以唇裂和腭裂最为多见。唇、腭裂儿童的吮吸、咀嚼和言语等功能常受相当障碍，对面容的影响更大，给人心理创伤甚巨。人群中，唇、腭裂发生率约为千分之一左右，男多于女。

唇裂和腭裂有一定遗传性，在详细询问家族史时，有时可发现其直系或旁系亲属中也有相同情况存在。母亲在怀孕初期如受到精神情绪伤害或患病毒性疾病时，能促成遗传因素显现。因此，在妇女怀孕初期，要尽力避免一切情绪激动和刺激。此外，还应注意食物营养，重视摄入足够维生素和矿物质等。某些化学药物（安眠药等）也会影响胎儿生长，应引起注意。

唇裂多发生在上唇，有单、双侧之分。按唇部裂隙的范围多少，则有完全的（整个上唇都裂开）和不完全的之分。腭裂同样有单、双侧和完全、不完全之分。有的患儿唇、腭裂同时出现。

精细的外科手术，能修补这一先天畸形，但必须掌握好手术年龄、术后护理和语音训练等事项。唇裂患儿，一般在

6个月以上,只要健康情况良好,即可接受手术修补。腭裂患儿则在5岁以后接受手术较为安全。手术后应尽量不使感冒,以免创口上积滞分泌物而影响愈合。为及早恢复腭裂造成的语音障碍,家长应持之以恒诱导儿童正确发音。

牙源性肿瘤

该病是口腔内的常见肿瘤。它发生于颌骨内且与牙齿有关。根端囊肿起源于牙齿根端炎症对牙根膜上皮剩余细胞的刺激;造釉细胞瘤系根端囊肿或滤泡囊肿的发展;牙龈癌多由牙齿残根、牙石或不良假牙、龋齿充填物对牙龈刺激而成。妇女怀孕期好发牙龈瘤,但分娩后即缩减或停止生长。

牙源性肿瘤绝大多数是良性的,仅造釉细胞瘤有恶变倾向。颌骨内牙源性肿瘤的共同症状是初起时仅发现牙齿松动移位,生长缓慢。长成一定范围后则使颌骨局部膨胀或面部隆起变形。牙龈瘤呈小瘤状,缓慢地生长在牙龈边缘周围,易出血,仔细查看,可见有小蒂。

牙源性肿瘤的恶变性倾向较小,只要发现症状后尽早请医生诊断和手术,绝大多数是可以治愈的。

口腔癌

口腔同样是癌的好发部位,口腔组织癌变后发展较快,可在几个月内就呈一定大小。口腔癌具有与全身癌相同特性,即当其迅速生长,血液供给不足时,就会发生溃烂、坏死和出血。口腔癌的浸润性强,很会穿透和破坏周围组织而扩散。口腔癌也具位置上的特点,比较容易被发现。

口腔内较多发生的是牙龈癌、舌癌、颊癌、唇癌、腭癌和口底癌等。发病年龄多在 40~60 岁，男多于女。

牙龈癌 癌变早期即使牙槽和颌骨破坏，引起局部牙齿松动、疼痛。以后则向周围扩散。上颌牙龈癌常侵入上颌窦和腭部，下颌牙龈癌则侵向口底部和颊部。

舌癌 大多发生在舌前三分之二部位。如舌缘、舌尖、舌背和舌根等处，开始时为局部疼痛和硬肿。由于舌的活动度大，发展也较快，舌运动逐渐受限制，后期则说话和吞咽发生困难。

颊癌 常发生在上、下后牙颊面粘膜上，开始虽只是表面溃疡，但因生长较快而易向深层浸润，后期引起张口困难等症状。

唇癌 发生在下唇的多于上唇，先出现较小的结痂肿块，以后则成久不愈合的癌性溃疡。由于唇癌生长缓慢而少疼痛，易被忽视。

腭癌 多发生在腭后部硬、软骨交界处，生长较缓慢。初起时为溃疡性肿胀，以后逐渐向附近扩展引起吞咽困难。

口底癌 通常为继发的，由邻近部位癌肿扩散而成；原发的口底癌早期在舌下襞带侧先出现浅小溃疡，以后逐渐发展成癌。

口腔与外界刺激接触频繁，严重的烟、酒嗜好，好辣喜醋、不注重口腔卫生而牙石大量堆积和配带不良假牙等均易使口腔组织发生癌变。一旦确诊后则应尽早治疗，以争取较好预后。

四环素染色牙

四环素染色牙是因 40 年前医药设计上的局限性, 遗留给整个一代的后遗症。四环素药物抗菌谱虽强, 但对牙齿却带来副作用。在牙齿发育钙化期间, 特别是婴幼儿服用四环素后, 容易使钙化受到抑制, 表现为牙齿变色或釉质发育不全。主要原因是四环素与牙齿硬组织形成了难以改变的四环素钙化合物, 从而抑制了牙齿继续钙化, 并使釉质表面粗糙而不透明, 而四环素钙化物本身的微黄色泽, 却通过釉质显露了出来。一副原本雪白晶莹的牙齿, 变得乌黄; 这对青年人来讲, 确是烦恼的。

由于大多数四环素钙化合物均处在牙齿的较内层而不在釉质浅表面, 因此, 四环素染色牙是难以通过脱色复白的。而过去人们应用的双氧水涂敷另加激光照射、各种各样脱色剂和贴面遮盖等, 均无济于事。对那些程度严重的四环素染色牙, 只有作陶瓷套冠修复, 才是唯一能解决问题的方法。

牙齿部分缺失的镶复

牙齿部分缺失, 通常用活动假牙镶复。活动假牙是利用缺牙部位邻侧的真牙, 通过卡环 (固定环) 以及假牙下的基托 (托板) 固定在缺牙部位, 可取下又可戴上, 因此称活动假牙。活动假牙具有清洁卫生 (每次餐后可以取下清洗) 以及可镶复多个缺牙等优点, 但咀嚼效率不如固定假牙高。固定假牙则是利用缺牙部位邻侧的真牙作为基牙 (桥基) 将之粘固在两侧桥基上而不复取下, 因此又称为桥牙。桥牙具有

咀嚼效率高、使用舒适、不需取上取下等优点，但镶复的范围仅限于缺失少量牙齿。如缺牙过多而桥体做得太长，则势必影响桥基牙持久，使之逐渐松动而有害真牙。因此，到底对缺牙部位镶复活动假牙还是固定假牙，应由医生研究后决定，本人不要固执。

不论是活动的还是固定的假牙，医生给予镶复之后，应做到以下几点：(1) 假牙戴上后，口腔内暂时会有异物和恶心感，并对发音、咀嚼有些影响；这只要耐心适应 1~2 周便可改善；(2) 取下假牙时，应推动基托而不是推拉卡环，免使卡环变形或折损失去固定作用；(3) 进食时，假牙上暂时不宜咬过硬食物，以后则可与真牙一起使用；(4) 餐后睡前应把假牙取下洗刷干净，并浸入清水内；(5) 初戴假牙时，如感疼痛不适，应请医生调整修改；(6) 使用已久的假牙，如发现变形或折损，应请医生修理或重做；(7) 被假牙卡环套着的真牙和相邻真牙，最不易保持清洁而会发生龋齿，应在每天早晚刷牙时，重点刷干净；(8) 固定假牙的金属套冠，有时会被磨损而咬穿，使真牙发生龋齿，应定期请医生检查。

牙齿全部缺失的镶复

由于各种原因（龋齿、牙周病等）无法医治保留或年老而牙齿全部缺失后，都必须作全口假牙镶复，使咀嚼得以恢复。全口假牙在无牙牙床上的固定，主要是通过假牙托与牙床粘膜之间紧密贴合而产生真空吸附作用。此外，还与全口假牙托的边缘是否与粘膜紧密贴合而不漏气，以及假牙托与牙床之间贴合时存在的狭窄间隙中唾液膜的存在而产生毛细

管作用有关。如果再加上合理、精密的假牙制作，则定能取得一付满意的全口镶复牙。

全口假牙不同于原来的真牙，初载时多有发音障碍、恶心、咬颊、咬舌和咀嚼功能不好等不适感觉，有的还会感觉疼痛，（这表明精良的作品上还存在少些问题），应即请医生检查调整。只要自己有信心克服，绝大多数是可以通过这一关，并取得成功的。全口假牙与真牙另一不同之处是只能用后牙咀嚼，才能稳稳固定。如用前牙咬食物，则假牙后边缘必定翘起而失去真空固位作用。

烤瓷冠

烤瓷冠是将瓷粉经过高温烧烤在金属冠表面而制成一个假牙镶复体，以修复缺牙的方法。烤瓷冠又称金属烤瓷联合冠，它具有机械性能好、颜色不变、生物性能优良等特点。目前，在国内外广泛应用于临床，并很受人们欢迎。

用作金属冠的材料为镍与铬，此种合金冠经过氧化处理后，可在表面产生一层氧化膜而与所烤瓷面牢固地结合在一起。烤瓷粉的主要成分是二氧化硅和三氧化二铝等，低温烧烤后与金属冠表面的氧化膜结合力很强，两者之间完善结合后，再通过喷砂粗化、超声波清洗、除气、真空升温放气、予氧化瓷粉烧烤、上釉等一系列处理制作后，便制成了一个具有光泽、色调逼真和使人满意的烤瓷冠。

烤瓷冠不仅适用于镶复前牙，也适用于镶复后牙，但仅限于镶复个别少数几只牙齿。如果缺失的牙齿数较多，则只能通过活动托牙镶复。

种植牙

种植牙是先制成一定形态人工牙根，通过外科手术，植入牙槽骨内，待其与之相互适应之后，再在根面固位体上制作假牙冠镶复。种植牙手术成功与否的关键，目前仍集中在所植材料的生物性能，视其是否会出现被排异现象。比较好的种植牙材料应是纯钛和三氧化二铝等。

种植牙适用于所有牙的缺失镶复，接受种植的人身体健康与否固然很重要，局部牙槽骨如在缺牙后仍继续变性与萎缩，也会使所种之牙难以成功。种植牙比较适应于个别牙的缺失镶复，并且最好是青年或壮年。某些人全口牙齿缺失后，虽然多次作全口假牙镶复而固位仍差的，也不妨在无牙的牙槽上作一种植体，以此作为固定全口假牙。

接受种植牙之后，还必须特别关注，要保持局部清洁，要避免用过度的力咬着种植牙，还要定期 X 线摄片复查，以便定期纠正存在的问题。

(严万斌)

第二章 家庭护理

第一节 测体温 数脉搏 观察呼吸 测量血压

测体温

测体温前，应用拇、食指握紧体温表上端，手腕急速向下向外甩动，将水银柱甩到 35°C 以下，再用酒精棉球将体温表消毒干净备用。

通常将体温表置于腋下、口腔或肛门内。腋下法测体温简便、安全又卫生舒适。昏迷病人或婴幼儿可用肛表置于肛门中测体温。

腋下测温时，让病人解开胸前衣扣，如腋下有汗，要先擦干，再将体温表置于腋窝深处，并夹紧，10 分钟后取出体温表，横握着体温表作缓慢转动，观察水银柱所指的温度刻度。

肛门测温时，应先在体温表的水银端涂上少量油类润滑，再慢慢将体温表的水银端插入肛门 3~5 厘米，并用手握住体温表上端，3 分钟后取出，观察体温表水银柱所指示温度刻

度。

口腔测温时，应在进食、喝水或吸烟后半小时，将体温表放在舌下，让病人紧闭口唇，牙齿不能咬合，3分钟后取出，观察体温表水银柱所指示的温度刻度。

正常人体温：口测法为 $36.2 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ，肛测法较口测法高 $0.3 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，而腋下法通常较口测法低 0.5°C 。

数脉搏

一般选动脉表浅的腕部，特殊情况下可选耳前动脉搏动处或足背动脉搏动处。用食指、中指、无名指三指并拢平放在腕部动脉搏动处，用指尖细心体察脉搏搏动，数1分钟。在数脉搏前应使病人安静，因情绪激动或急速活动会使脉搏加快，影响实际脉搏数，就不准确。正常人在安静状态下，脉搏均匀和缓，有节律搏动。每分钟脉搏为 $70 \sim 80$ 次，女性稍快。儿童可达每分钟 90 次，新生儿可达 140 次。日间较快，入睡后减慢。

观察呼吸

细心观察病人的呼吸情况，对病情判断有着重要意义。怎样观察病人呼吸呢？通常在病人安静状态下，不与病人说话和转移病人注意力，一边观察病人呼吸或胸廓起伏次数；一边看表记住呼吸次数。一呼一吸算一次。正常人安静状态下每分钟呼吸次数为 $16 \sim 20$ 次，儿童每分钟为 $22 \sim 26$ 次左右，新生儿每分钟可达 40 次。无周期性改变。呼吸与脉搏的比例为 1:4。观察呼吸不仅要记住每分钟次数，还要注意呼吸快

慢是否一致，深浅是否均匀，有无呼吸困难等情况。

测量血压

一般用水银柱血压计，病人取坐或卧位，露出一侧上臂，伸直肘部，手掌向上平放，使血压表水银柱的“0”点与病人腋中线在同一水平面上，驱尽血压表袖带内的气体，在肘窝上3厘米处缠绕于上臂，塞好袖带末端，戴上听诊器，在肘窝内摸到肱动脉搏动后，将听诊器放在搏动处，关紧气门，捏皮球打气，见水银柱或指针上升到24.0千帕（180毫米汞柱）左右，然后轻微放开气门，使水银柱或指针缓慢下降，突然听到清脆响亮的“咚！咚！”声音时，这时（第一声）水银柱所在高度或指针所指刻度即为收缩压；接着水银柱或指针继续下降，当声音突然改变或消失，这时水银柱或指针所指刻度为舒张压。正常人的收缩压为12.0~18.7千帕（90~140毫米汞柱），舒张压为8.0~12.0千帕（60~90毫米汞柱）。

（蔡惠敏）

第二节 发热病人的家庭护理

发热是内科疾病带有共性的常见症状，以发热为主要特征的内科疾病涉及面广，临床表现错综复杂，尤以老年和生活能力低下的病人，往往不知如何处置，使患者和家属感到棘手和不安，从而对访视护理的要求上升了。

家庭护理要详细记录、严密观察并采取以下措施。

降温

每天测量体温、脉搏和呼吸 4 次，必要时可重复再测，并作好记录。当体温高达 39℃ 以上时，应给病人降温。

1. 高热时先采用物理降温法（高热发抖或刚服过退热药病人不可冷敷或擦浴），用冷湿毛巾或冰冷湿毛巾敷于额部，同时用温水湿毛巾（或酒精加一半水）揉擦颈部，四肢自上而下擦至腋窝、腹股沟处，并反复揉擦直至皮肤发红，动作不宜过重，半小时后测量体温。

2. 疾病诊断明确，但物理降温效果不明显的，可在医生指导下，服用退热药，若出现大汗淋漓，则多饮糖盐水，更换内衣，以防着凉；如有面色苍白、皮肤湿冷和呼吸急促等症状，是虚脱表现，应及时电话汇报访视护理的护士和主治医生，以便及时处理。

治疗指导

遵照医嘱，定时用药。在症状控制后的一段时间内，若细菌感染病人需继续使用抗生素一段时间，以巩固疗效，务必坚持治疗。

饮食护理

1. 发热期间选用营养高易消化的流质，如豆浆、藕粉、果泥和菜汤等。

2. 体温下降病情好转，可改为半流质，如面条、粥，配以高蛋白、高热量菜肴，如豆制品、鱼类、蛋黄等以及各种

新鲜蔬菜。

3. 恢复期改为普通饮食, 食欲好可给鸡、鸭、牛肉、鱼、猪肉、蛋、牛奶和豆类等。

老年及生活能力低下的病人希望在家护理, 通过访护控制疾病以及家属的温情看护, 且无强制性措施和限制性行为, 常能改善病人在饮食、睡眠和排泄等方面的障碍。一些医院开设的家庭病床每年都有增加, 但由于随访制度不健全, 使家属对并发症如发热后会感到恐惧或束手无策, 故应先期给予指导, 使其在新症状出现时能尽早采取相应措施。

(施永敏)

第三节 昏迷病人的家庭护理

昏迷是高级神经活动受到严重抑制的表现, 很多疾病都可发生昏迷。昏迷程度不同, 可分浅昏迷和深昏迷两种。浅昏迷病人仅表现为意识模糊, 呼喊时会有反应, 尚有吞咽、咳嗽等反射, 脉搏、呼吸和血压多在正常范围。像这样的病人, 因条件限制不能住院需要在家康复的病人, 必须做好家庭护理。

加强防护

病人床铺要靠墙壁, 床边可用椅子、桌子围起来, 防止病人坠地跌伤。乱动不停的病人除了专人看护外, 最好对四肢作适当固定。有活动的假牙、耳环、发夹、戒指和手表等物品取下保存。指甲常修剪, 防止抓伤。

保持清洁卫生

病室要经常开窗通风，但又要防止着凉。被褥、衣服要经常更换。经常揩身擦洗，保持皮肤清洁，注意口腔卫生，如有呕吐物或分泌物流出，应随时清洁。病人眼睛有分泌物时，用手帕蘸水擦净，涂上眼膏。女病人还要每天清洗会阴部和月经护理。3天不解大便要服用泻药或开塞露，甚而灌肠，大小便后要揩洗干净。

观察病情变化

对昏迷时间长的病人除了观察好病情变化外，还要认真做好记录。如，记录三餐的食物内容、量，饮水量，大小便次数、色、量。测量体温、脉搏、呼吸等，以供医生参考。

补充营养

根据不同疾病引起的昏迷，营养要求是不一样的，哪些食物可吃，哪些食物不可吃，应根据医嘱而定。吃多少，既要根据疾病不同而异，又要根据各人情况而定，以维持昏迷前情况为原则。怎样吃，也应根据各人情况而定，能吞咽食物和水者，可让病人半卧位，把头偏向一侧，慢慢喂。每次喂得少点，次数多点，饭菜要做得软、烂点，容易消化为宜。但注意要多吃蔬菜、水果，以保证足够营养素的摄入，促进病人康复。

预防并发症

要定时翻身，经常按摩、擦身，拍背，扑粉，保持皮肤干燥，尤其骨头突出部位最好用软气垫垫好，防止褥疮发生。要注意病人的冷暖，以防伤风感冒和中暑发生。发生呕吐时，应将病人头部偏向一侧，并及时清理，以防呕吐物吸入，引起窒息或吸入性肺炎发生。

(蔡惠敏)

第四节 心力衰竭病人的家庭护理

急性心衰时，呼吸极度困难，口唇指甲因缺氧而发青紫，病人烦躁不安、出冷汗，咯大量白色或粉红色泡沫样血痰。遇这类情况应及时去医院急救。

心力衰竭的护理要点：

1. 发现患有各种原因所致的心脏病，均应去医院治疗，在医生的指导下服药，休息，定期复查。肺心和风心病病人主要是预防感染，避免感冒。肺原性心脏病病人注意排痰，或由他人协助拍背排痰。风湿性心脏病病人服用阿司匹林时，最好在饭中服用，以减少对胃粘膜的刺激。冠心病病人可经常服用软化、扩张血管的药物以减少和避免心绞痛的发生，如舌下含硝酸甘油片。

2. 病人服用洋地黄、地高辛等强心药物时，每次服药前应测脉搏，如每分钟低下 60 次，应停服 1 次，并把情况告诉医生，根据医嘱酌情减量。如食欲不振、恶心呕吐、腹泻、乏

力、看东西有重影和发黄、总想睡觉或烦躁、心跳不规则等，都是药物中毒的表现，应停药即去医院诊治。使用利尿药加氯化钾时，应在饭后服用，以减少对胃刺激及引起恶心反应，并可加用桔子水服药。

3. 饮食宜清淡易消化少刺激，禁食辣椒、浓茶或咖啡等。尽量少吃含胆固醇高的食品如动物脂肪、内脏等，多吃豆制品、蔬菜和水果，夏天可多吃西瓜，不但可补充维生素C，还有利尿作用。根据医嘱，限制每天的食盐量。严重水肿时应少喝水，同时每顿饭不能吃得饱，少量多餐以免增加心脏负担。

4. 要注意稳定情绪，精神愉快，避免紧张激动、以免使病情加重。平时注意劳逸结合，睡眠充足，在医生指导下适当参加力所能及的工作和家务。根据个人身体情况，可以加强锻炼，如早晨起来散步、打太极拳或做广播操等，以增强体质，防止感冒。最好戒烟酒。要养成每天定时大便的习惯，保持大便通畅，防止便秘，因便秘引起焦虑、紧张用力，可使心衰加重，甚至有导致突然死亡的危险。应节制性生活，妇女要在医生指导下决定能否怀孕生育，否则可能会加重病情、危及生命。

5. 观察病情变化和重病护理：冠心病病人出现频繁心绞痛或心前区疼痛剧烈时，可能出现心肌梗塞，要急送医院救治。风心病病人发生左心房内血栓脱落，形成脑血管栓塞，造成失语偏瘫，应积极治疗，同时安慰鼓励病人，以增强恢复功能的信心。

心衰时，病人呼吸困难，可采取半卧位，即将上半身抬

高，减轻心脏负担，使病人舒适。

对病情严重的心衰病人，应做好口腔及皮肤的清洁护理，预防褥疮发生，可协助照料日常生活及漱洗。待心脏功能改善后，要鼓励病人适当活动，以免卧床过久，可能引起下肢静脉血栓形成，导致肺动脉栓塞而危及生命。

第五节 心肌梗塞病人的家庭护理

心理治疗

平时病人精神上要保持舒畅愉快，应消除紧张恐惧心情，注意控制自己的情绪，不要激动。并避免过度劳累及受凉感冒等。因这些因素都可诱发心绞痛和心肌梗塞。

急性期需绝对卧床休息

卧床期间应加强护理。进食、漱洗、大小便均要给予协助，尽量避免患者增加劳力。以后可按病情逐渐增加活动量。休养环境应安静、舒适、整洁、室温合适。

避免肢体血栓形成

对于卧床时间较长的患者应定期作肢体被动活动，避免肢体血栓形成。由于卧床及环境、排便方式的改变，容易引起便秘。要提醒病人排便时忌用力过度，因排使用力可增加心脏负荷，加重心肌缺氧而危及生命，可给些轻泻剂或开塞露通便，便前可给予口含硝酸甘油片或消心痛等。

饮食宜清淡

要吃易消化、产气少，含适量维生素的食物如青菜、水果和豆制品等，每天保持必需的热量和营养，少食多餐，避免因过饱而加重心脏负担，忌烟、酒。少吃含胆固醇高的食物，如动物内脏、肥肉和巧克力等，有心功能不全和高血压者应限制钠盐的摄入。同时正确记录出入水量。

心绞痛和心肌梗塞

一旦发生，首先应让病人安静平卧或坐着休息，不要再走动，更不要慌忙搬动病人。如给病人舌下含硝酸甘油片不见效而痛未减轻时，应观察病人脉搏是否规律，若有出冷汗、面色苍白和烦躁不安加重的情况，应安慰病人使之镇静，去枕平卧，有血压表的可以测量血压。然后可请卫生站或地段医院医师出诊，初步处理平稳后再转送医院治疗。如病人发生心脏突然停跳，可在其胸骨下段用拳头叩击，进行胸外挤压及人工呼吸。

警惕不典型的发病表现

有时心绞痛或心肌梗塞的症状很不典型，如有的病人可出现反射性牙痛，也有的心肌梗塞先发生胃痛。遇到这种情况，务必提高警惕，凡有冠心病病史的病人，均不可忽视，应尽早就医诊治。

在病情平稳恢复期要防止病人过度兴奋，使其保持稳定的情绪，适量的体力活动，以预防病情的反复。

(顾小琳)

第六节 偏瘫病人的家庭护理

偏瘫大多由中风所致，病程持久，由于活动障碍，生活自理困难，需要周到耐心护理，以利病人康复。

功能锻炼

这是偏瘫病人家庭护理的重要环节，因为病人长期卧床不能活动，全身器官生理功能减退，如肢体长期不活动，肌肉逐渐萎缩。心、肺功能减退，影响呼吸和血液循环，因此，功能锻炼有利病体康复。但是功能锻炼不能操之过急，要循序渐进，持之以恒。

完全性偏瘫阶段 可采用按摩、推拿和被动活动，帮助病人功能锻炼。动作应该由轻到重、再轻。被动活动不要用力过度。每次全身锻炼约 15~30 分钟。每天数次。瘫痪肢体位置要适当，肘弯曲、腕和手指伸直、踝关节保持 90°。

部分功能恢复阶段 这一阶段要继续前一阶段的各项锻炼。同时帮助病人锻炼翻身、起坐。站立锻炼，先扶床架、椅背站立，然后徒手站立。肢体简单的运动锻炼，如上肢的上举、外展、外旋、肘关节的伸屈活动、下肢的伸屈和足的伸屈活动。

基本恢复阶段 在站立和上肢简单活动的基础上开始练习走路，手的精细动作和语言功能恢复。步行锻炼先在扶持下左右摆动身体，两腿轮流负重，继之踏步，逐步过渡到手

扶拐杖独自行走。在出现划圈步态时，应练习屈膝和提腿动作。上肢锻炼可练习拿碗、汤匙、筷，穿脱衣服以及编织、打算盘等精细活动。失语者要帮助语言功能恢复锻炼，先练习发音，然后找一本小学生语文课本一字一字练习。

饮食护理

饮食宜清淡，多吃新鲜蔬菜、水果、豆制品以及海带、海蜇、虾皮和虾米，适当进食鱼肉、鸡肉、蛋和奶及奶制品，以保证足够蛋白质的摄入。有高血压者要控制食盐的摄入，一般每天5克为宜。进食有困难者要喂食或鼻饲。鼻饲前应先抽到胃液后再灌注食物，以防食物误入气管。每次食物灌注完毕，要灌注少量温开水清洗管腔，然后夹紧鼻饲管。长期鼻饲者应每周换胃管一次。及时清洁鼻和口腔。

其他

要帮助病人树立信心，不要嫌弃和指责病人。要经常翻身，以免发生褥疮。注意居室卫生，经常开窗通风，但又要避免穿堂风，当心着凉感冒。保持大便通畅，必要时通便。要保证病人有足够时间休息和睡眠，以利早日康复。

(蔡惠敏)

第七节 截瘫病人的家庭护理

通常截瘫病人的病程较长，恢复较慢，仅在病情发生变化的情况下才须住院治疗。除此之外，绝大多数病人都可在

家中进行治疗。只要治疗及时与合理,同样可取得良好效果,并可减少病人及单位的住院经费,预防院内交叉感染等问题。但若治疗、护理不当则会造成许多并发症,如褥疮、尿路感染和肌萎缩等,甚至可危及生命。

心理护理

截瘫病人恢复期较长,往往会产生急躁悲观情绪,对治疗信心不足,影响疗效,家庭护理人员及亲友则应从各方面倍加关心体贴、耐心照料,帮助病人正确对待自己的疾病,使病人逐步树立起战胜疾病的信心,促使病情好转。

预防并发症

1. 保持褥单及下身衣裤清洁、干燥、平整,易患褥疮的部位要垫以橡皮气圈(充气 $1/2\sim 1/3$ 即可)、环形棉花或泡沫塑料圈垫。做到四勤:勤翻身、勤按摩、勤擦洗、勤换衣。通常每2~4小时翻身一次,用温水或50%酒精做局部按摩,每天至少一次。失去知觉的肢体不宜滥用热敷。必须用热水袋时其温度不宜超过 50°C ,不能直接贴近皮肤以免烫伤。天冷时注意肢体保暖。如已有皮肤湿疹或早期褥疮,可用红外线灯(白炽灯)照射,每次15分钟,每天3次,以促使干燥收敛。必要时用新鲜鸡蛋内膜结合氟哌酸外敷治疗褥疮效果更佳。

2. 预防便秘,饮食应含粗纤维,多饮水,定时排便。也可于晨起空腹时饮用热饮料,促进肠蠕动而刺激直肠排便反射。还可按摩腹部,促进降结肠上端内容物往下蠕动以协助

排便，必要时帮助患者用手指挖出肛门内粪块。如腹泻应及时清洁肛部，涂擦油膏，以保护肛周皮肤。

3. 有尿失禁应随时更换尿布，保持被褥清洁干燥，每天清洁尿道口，预防感染。

恢复期积极进行瘫痪肢体按摩与被动运动，进行功能锻炼，预防肢体挛缩畸形，延缓或减轻肌萎缩的发生。

(廖光婕)

第八节 腹部外科术后的家庭护理

常见的腹部手术有：胃大部分切除、肠切除、肠造瘘(人工肛门)、胆囊切除和脾切除等。腹部手术后病人要顺利康复，除了在医院内接受治疗外，出院后仍需休养及给予精心的护理。

1. 腹部手术大部分是消化道手术，因此首先须注意饮食。胃肠部分切除的病人，要特别注意少量多餐，每天吃4~5次。开始时每次量约小半碗，以后逐渐增加，不能一次吃得太饱，避免吻合口(手术接缝处)因撑力太大而裂开。要吃有营养且易消化的食品。要注意保持大便通畅，常吃些蔬菜、水果等。胆道手术后，宜进食少油饮食。因胆囊切除后，胆汁直接进入肠内，如进食大量油腻食物，可引起消化不良，易腹泻。胆石症病人术后最好少吃含钙质多的食物，以减少再生胆结石的机会。

2. 有人工肛门的病人，应先解除思想顾虑，增强战胜疾病的信心，学会使用人工肛门袋的方法。饮食要有规律，以

促进定时排便的习惯形成,并防止消化不良。注意饮食卫生,以防发生腹泻。注意瘻口周围皮肤清洁。

3. 腹部疝手术后,3个月内应避免重体力劳动,以防疝复发。如较大的手术,半年内不能于重活,可做些力所能及的家务劳动,并配合做腹肌按摩,以增强腹肌和肠蠕动能力。

4. 胆道手术后带“T”字管出院的病人,要保持无菌,伤口周围可用75%酒精棉球清洁皮肤,然后盖以消毒纱布。“T”字管给予牢固固定,自己不要随意拆动管子,遵医嘱定期更换。

5. 加强体质锻炼。作息要有节律,不要过多地卧床,鼓励病人早期下床,要适当活动,可打太极拳、做健身操等以增强体质,预防肺部并发症。

6. 胃肠道术后应定期到医院检查。出院后若出现饭后反酸、恶心、呕吐或腹胀等情况,应及时到医院检查。

第九节 胸外科术后的家庭护理

胸部常进行的主要手术有:肺叶切除、食管切除、胸廓成形术、心脏手术等。

绝大部分胸部手术病人,经过住院治疗,拆线后一般情况好转,就可以出院。但因病人在住院期间,经过了大手术的创伤,失血较多,体质虚弱,抵抗力下降,所以回家后继续休养、护理是很重要的,否则可能影响术后恢复,甚至引起其他病变。对胸部手术后病人护理要点:

1. 经胸部手术出院后,应随时注意病人的呼吸变化、有

无气急或呼吸困难；如果出现嘴唇青紫，是缺氧的表现，应及时送医院检查。

2. 注意病人脉搏、心跳的情况。心跳过快时，病人感觉胸闷、心慌或烦躁不安，可根据医嘱服药。如有心跳加快，而且下肢出现浮肿或尿少，应去医院进一步检查。

3. 鼓励病人咳嗽排痰尤为重要。劝说病人不要因怕痛不敢咳嗽而将痰咽下。有痰时用手按压伤口部位把痰咳出，并应做深呼吸运动有利肺部扩张，防止肺部并发症。

4. 注意饮食调理，增加营养。吃高蛋白、高维生素易消化的食物，如牛奶、鸡蛋、瘦肉、鱼类、蔬菜、水果等。对经过食管、胃手术的病人，饭菜做得细软些，进食时不要大口吞咽，要细嚼慢咽，以免造成消化不良。每次不能吃得过饱，宜少量多餐，开始可进流质，然后进食半流质，逐渐到吃软饭。口服大片的片剂药物要研碎后服用，以免吞咽困难。

5. 注意锻炼身体。病人不需终日卧床，但不能操之过急，要循序渐进。每天上、下午均应起床活动 2~3 小时，可做深呼吸运动、短途散步，逐渐可以练气功、做广播操等，适当的活动可促进血液循环、增强体质，有利于早日康复。

6. 吸烟的病人应戒烟。因吸烟刺激气管可增加分泌物、使气管发炎，还可导致肺炎甚而肺癌。

7. 密切观察病情变化，如发现吞咽困难加重或有胸骨后痛等现象，应即去医院检查。

(顾小琳)

第十节 神经外科术后的家庭护理

帮助恢复病人的正常情绪

患有颅脑疾病或颅脑损伤特别是致残的病人，可能会出现焦虑不安、恼恨、精神忧郁和悲观情绪，对治疗疾病失去信心甚至产生轻生的念头，这些都不利于病人的康复。为此不但应在生活上给予照顾，并且要时常注意观察病人的思想情绪，多作解释和安慰工作，使其增强战胜疾病的信心。可根据病情适当安排一些力所能及的劳动，使病人觉得自己是一个有用的人，也可适当参加一些娱乐活动。对于有猜疑、强迫观念或迫害妄想等表现的病人，应加强照顾，需有人陪伴，严防自伤或伤人等意外情况发生。

观察药物的疗效及不良反应

颅脑损伤病人一般需常服一些神经功能恢复的药，但常服用可能出现锥体外系症状，如吃饭时手震颤，走路时迈不开步，如出现此种情况要及时到医院就诊。如术后在医院内就发生癫痫的病人，要在医生指导下长期服用抗癫痫药物，并需注意按时服药不能遗漏，否则可能使癫痫复发。并要按时随访，调整药量。

运动及理疗

手术后康复期，可采用运动或理疗的措施促进病人早日

生活自理。

按摩和热敷 按摩和热敷可使瘫肢肌肉萎缩症状减轻或康复，对肌痉挛的病人疗效更明显。可以指导病人用健康的肢体给瘫肢按摩，也可帮助病人按摩热敷，以促进肢体的血液循环，防止肌肉萎缩。可根据不同病情制订计划。热敷时注意水温不能过高，以免烫伤，一般在 $60 \sim 65^{\circ}\text{C}$ 。

物理治疗 根据病情可到附近医院理疗科就诊。按照医生的治疗方案，可用超声波按摩仪等，也可到健身房做肢体功能锻炼。

语言训练。

颅脑疾病、损伤可引起失语或发音障碍。当病人病情好转，神智清醒后，应抓紧训练病人，恢复功能。一般来说语言训练越早越好。可从教简单的发音开始，要有耐心，要鼓励病人有信心有毅力。

饮食的调理

病人若无吞咽困难和其他伴随症状，可给以正常的饮食。如有吞咽困难者，可进半流质或软食，如面条、粥、蛋糕等。饭、菜要做得细，如肉要吃肉糜，鱼要去骨，菜要切得细小。颅脑损伤的病人一般不需要忌口。

生活护理

对于神经外科术后病人的生活要关心、体贴，注意大、小便后的护理很重要。要保持会阴部清洁，大小便后要擦洗干

净,防止尿路感染发生。有便秘和解便困难者,要训练定时排便,并给以含纤维素的饮食。必要时可服用润肠剂如麻油等。对于行走困难者一方面给予搀扶,另一方面要鼓励自我锻炼,防止病人有依赖感。对长期卧床的病人尤其要注意皮肤及预防并发症的护理。要保持被褥的整洁、干燥。定期翻身,拍背,并在骨隆突处予以按摩、擦洗,促使血液循环,防止褥疮发生。夏天室内要通风,冬天要注意保暖。

(徐敏华)

第十一节 泌尿外科术后的家庭护理

泌尿系外科的常见病有泌尿系损伤、尿石症、泌尿与男性非生殖系的非特异性感染、结核、肿瘤及泌尿系统梗阻等。其主要护理要点:

1. 心理护理:家庭成员应倍加爱护、关心病人,病人可经常到公园散步,进行听音乐等多种休闲怡情活动,以减轻及消除悲观不快情绪,使自身保持良好的精神状态,以促进康复。

2. 增加营养,多给予色、香、味俱佳的饮食,以提高食欲,而增强机体抵抗力。

3. 注意休息,适当锻炼。

4. 根据医嘱,按时服药。

5. 按时随访,及时诊治,预防疾病的复发。

6. 鼓励病人白天多喝水,特别是有结石病史、长期置引流管者,肾功能良好者,每天饮水量应在 2500~4000 毫升左

右,使每天的尿量保持在 2000~3500 毫升左右,而达到内冲洗作用,以预防尿盐沉积堵塞及尿路感染。

7. 如有长期留置导尿管或永久性置引流管者: (1) 应保持尿道口或造瘘口清洁,每天用消毒药液棉球擦洗 2 次; (2) 妥善固定管子,防止弯曲、受压、脱落,以保持引流通畅; (3) 防止污染: 保持导管及引流管、瓶的无菌,每天定时更换引流管、瓶(袋)。换下尿瓶及尿管可用洗涤剂清洁后,将尿瓶浸没在水中,煮沸后再将尿管浸入沸水中,继续维持沸点 15 分钟,以达到消毒要求。倾倒尿液时不可将引流管倒置抬高,以免尿液逆流,尿瓶应用冷开水清洗以免污染; (4) 密切观察尿液的色、性状和量,如发现尿液混浊、出血、沉淀或结晶,应及时到医院诊治; (5) 定期留尿标本作常规及细菌培养; (6) 导尿管或引流管应在严格无菌操作下每 2 周更换 1 次,以防尿盐沉淀于其管壁上,引起管腔阻塞或拔管困难。

8. 留置导尿管若超过 3~4 周以上,为保持膀胱容量,应采用间歇性夹管引流。方法: 将引流管夹住,每 3~4 小时开放 1 次,以锻炼膀胱的充盈和排空反射功能。

9. 有尿失禁或尿瘘的病人,应注意会阴部清洁,及时更换衣裤、尿垫及床单,保持床铺干燥整洁,防止皮炎和褥疮。

尿道修补术后护理

1. 按泌尿系术后一般护理。
2. 加强心理护理,消除恐惧心理。
3. 尿道经过缝合,难免瘢痕收缩而产生尿道狭窄,因此

出院后应按医嘱到医院作尿道扩张术，开始每周 1 次，持续多久按病情而定。

4. 平时多注意排尿时的尿流情况，如发现排尿不畅、尿流变细，提示尿道可能发生狭窄，应及时到医院诊治。

膀胱肿瘤的术后护理

1. 同泌尿系术后一般护理。

2. 向病人说明膀胱癌治疗后的复发倾向，应做到：(1) 定期复查，可以早期发现复发，及时治疗。因复发后再次手术切除仍有治愈的可能。在 2~3 年内应每 3 个月作一次膀胱镜检查。

(2) 平时严密观察排尿情况，注意有无排尿困难、无痛性血尿的发生。

3. 如尿道改道者，护理时应注意：(1) 永久性皮肤造瘘者应保护造瘘口周围的皮肤，每天清洗消毒，外涂氧化锌油膏等；(2) 手术后改为肛门排尿者，每次排便后清洗肛周，然后涂以氧化锌或鞣酸软膏；(3) 直肠代膀胱术后因肛门括约肌作用，尿液可潴留在直肠内，增加了肠道对尿液电解质的吸收，可造成高氯性酸中毒，因此要定期到医院测定血液电解质，以便及时发现和纠正。同时要注意泌尿系逆行感染的发生，如有突发性高热，也需及时去医院诊治。

4. 注意术后肠梗阻、肠痿等并发症的发生。

肾脏术后护理

1. 同泌尿系术后一般护理 1~5 点。

2. 肾肿瘤术后要积极配合化疗及放疗, 定期随访。
3. 肾损伤修补术或肾部分切除术后, 近 1~3 个月内避免剧烈活动, 多注意有无腰部胀痛、血尿及尿量改变等情况。
4. 肾结核作肾切除术后进行抗结核治疗至少继续 3~6 个月; 肾部分切除术后则需抗痨治疗 1 年; 女病人在术后 2 年内应避免妊娠。凡对肾脏有毒性作用的药物, 要禁用或慎用。

前列腺术后护理

1. 同泌尿系术后一般护理 1~5 点。
2. 因前列腺肥大多数是老年病人, 且多患高血压、心血管疾病, 应注意观察病人血压、脉搏的变化, 及时随访。
3. 多进食蔬菜、水果, 多饮水, 保持及培养良好的排便习惯。如有便秘可口服润肠剂或轻泻剂, 必要时灌肠, 因排便过于用力容易引起前列腺窝继发性出血或虚脱。

肾下垂行固定术后护理

1. 适当休息, 注意心理放松疗法。
2. 增加营养, 饮食应多吃些富含脂肪、蛋白质及维生素类食物。
3. 起床活动后, 用宽腰带紧束腰部 1 个月, 以增加腹压, 巩固手术效果, 3 个月内不宜重体力劳动。禁止屏气用力;
4. 保持大便通畅, 宜多吃含纤维素食物以增强刺激肠壁运动。还需多饮水, 有利通便。

包皮环切术后护理

1. 术后鼓励患者及时排尿，以免发生尿潴留；
2. 术后 2~3 月内睡前可适当服镇静剂，年轻人还应服用乙稀雌酚。以免阴茎勃起引起疼痛和出血；
3. 保持会阴部清洁，术后部分患者包皮局部可有不适感，应禁止抓搔，大小便后均应擦洗干净，防止局部污染。

(徐国娣)

第十二节 骨折病人的家庭护理

首先，要做好对病人的心理护理，骨折病人往往由于突发事件留下的阴影，对疾病的未知或急切的康复愿望而产生紧张、焦虑、孤独和过分的恐惧心理。护理者应积极与病人进行交流，聆听病人的诉说，使病人表达其忧虑和愤怒以缓解他们的情绪；给病人以亲情的抚慰，使其感到并不是孤军作战，以消除孤独感；要使病人相信自己仍有作为，与病人探讨关于疾病的一些知识，使其在认知疾病的基础上产生战胜疾病的积极心态。值得一提的是心理护理并不是一次二次或一天二天即可完成的，它贯穿于整个疾病治疗的全过程，护理者针对病人流露出的各种情绪要随时予以理解、关注和疏导。

其次，骨折治疗期的功能锻炼也不可忽视。其原则是：在不影响固定的前提下，鼓励和帮助病人活动固定区内的肌肉、固定区外的关节，防止肌肉的萎缩和关节的僵硬。骨折早期，

以锻炼患肢肌肉为主；骨折中期，可加以柔和缓慢的动作活动骨折附近的上、下关节；骨折晚期，以锻炼关节功能为主。同时，护理者要注意循序渐进，活动的范围要由小到大，次数要由少到多，以病人不感到疲劳、骨折处不感到疼痛为原则。

第三，应预防并发症的发生。如进食高蛋白以促进骨折的愈合，食物的容量要大，水份要多，以防止便秘、泌尿系统感染和结石；嘱卧床病人咳嗽、做深呼吸以防止坠积性肺炎的发生等。

不同的骨折有不同的治疗方法，因而对不同的治疗方法需要采取不同的护理措施，上述三法是骨折病人的基本护理方法。再介绍牵引、石膏固定和外固定支架的护理要点。

牵引的护理要点

牵引是施加拉力以保持骨的良好对位，使骨折能够尽早正确地愈合。

1. 牵引病人应睡硬机床，牵引重锤不应着地。
2. 确保牵引装置的滑动自如，若无医嘱切不可自行移去或增加重量。
3. 鼓励病人定时做足部运动，以防足下垂和畸形的发生。
4. 皮肤护理：保持被褥平整、干燥，检查所有受压部位并在受压部位衬以海绵垫，以减轻局部组织的受压；尽可能减少胶布、绷带对皮肤的不良刺激，以防褥疮的发生。
5. 必须经常纠正体位，因牵引重量可将病人牵离原位。

石膏固定的护理要点

石膏模型是用来固定骨或关节在功能位，维持骨折复位术，矫正并预防畸形的。

1. 在新的管型石膏未干前，石膏管型只能用手掌托起而不能用指尖，因为手指可压凹石膏而产生压迫点。

2. 用管型石膏或石膏托时，应在患肢下垫以软枕，并抬高患肢，以利静脉回流，减少肢体肿胀。

3. 注意观察患部肢端情况：如患部肢端的颜色应红润，曲伸活动好，无麻木、进行性或搏动性疼痛等，发现异常及时请医师处理，以免引起永久性功能丧失。

4. 注意保持石膏的干燥，防止石膏托因接触水份而软化变形，失去固定作用。

5. 皮肤护理；给病人擦浴时在包石膏区的周围应尽量少用肥皂，而用洗液清洁使皮肤免受浸渍，床单应平整干燥，饭后残渣应扫干净。总之，须避免皮肤受到不良刺激。

外固定支架的护理要点

随着医学科学的发展，技术的进步，外固定装置作为复合性骨折的治疗手段已越来越多地应用于临床，其临床护理有一些特点。

1. 伤口和针位的护理要细致且严格无菌，以免交叉感染。清洁钢针部位可每天用酒精擦拭针眼处皮肤及钢针，或使用专用的无菌敷料器。切忌用碘制剂清洁，因为碘会腐蚀金属。

2. 发现钢针有松动或位置有移动要及时请医生处理。

3. 邻近关节的活动应待肿胀消退后才开始, 早期活动不宜负重。

4. 注意血管、神经受损的体征; 如苍白、无脉搏、疼痛、麻痹, 感觉异常(麻刺感和麻木), 若有异常要速去医院进行处理, 以免造成不良后果。

(李维维)

第十三节 血液透析病人的家庭护理

随着医学的发展, 血液透析已成为治疗慢性肾衰尿毒症患者的重要疗法。而血透病人的护理在适应现状、延缓病情进展等方面起着重要作用。

心理护理

保持良好情绪, 因精神因素能影响维持性血透(慢性肾功能衰竭需作长期血透)患者的存活时间; 因此, 血透病人特别是维持性血透者要学会自我心理疏导, 克服消极心情, 正确认识疾病, 增强战胜疾病的信心。

合理膳食

饮食疗法是血透病人提高存活率的关键, 要严格按饮食疗法要求进食, 此类患者因水钠受限、血透清除及其味觉减退, 易致营养代谢紊乱。因此, 可根据医嘱制定高蛋白高热量饮食和在医生指导下调整钠与钾的摄入。要多食优质蛋白, 经常调换口味, 注意食物的色、香、味, 促进食欲。避免进

食过甜或油腻食物。注意补充维生素及水份和钠盐平衡,以满足机体修复的需要。体重的改变是液体平衡的最好指标,病人可通过记录出入液量和每天自测体重一次,以两次透析间每天体重增加 0.5 千克为宜。

动静脉瘘管(透析治疗需建立的血管通路)的护理

血透病人的动静脉瘘管相当重要。病人应熟悉其用途,保持瘘管通畅、清洁、无滑脱及出血。

1. 病人要注意适当活动建瘘肢体,经常活动未建瘘肢体,以促进血液循环。

2. 内瘘:适用于慢性维持血透的血管通路。在病人左前臂取桡动脉及其相邻的头静脉在皮下作一吻合术。内瘘者:注意保持建瘘肢体皮肤的清洁。血透结束拔针后要适度压迫止血,防止瘘管凝血栓塞及出血。透析次日后可用热毛巾湿敷,有利于活血化瘀和延长动静脉内瘘的寿命。

3. 外瘘:适用于急性肾衰和慢性肾功能衰竭建立内瘘前的过渡阶段。由两根细长的硅胶管分别作桡动脉及其伴行静脉插管由皮下引出后用聚乙烯连接管将它们连接,形成一个置于皮肤外的人工动静脉瘘。外瘘者:(1)要勤检查,判断外瘘是否通畅。瘘管内血液呈均匀一致的鲜红色,手触摸暴露管有轻微的震颤或搏动,说明瘘管通畅;若发现瘘管的血液呈黑红色,并有血液断层现象,示瘘管可能凝血,应及时找医生处理。(2)准备一根止血带并教会病人正确使用,以防瘘管滑脱后大出血。(3)禁止将带瘘肢体浸湿。瘘管周围皮肤保持清洁,如皮肤出现搔痒时勿用手抓,可适当涂一些

抗生素软膏，如金霉素软膏等，以防感染。

监测血压

可自备血压计一只，经常测量（但不要在建痿肢体上测量）。因血压过高时病人感到不适，甚至可出现高血压危象；过低则容易使动静脉痿管内凝血。要正确应用降压药物，最好将血压控制在 18.6~21.3/10.6~12.0 千帕（140~160/80~90 毫米汞柱）。

根据医嘱及病情变化服药

病人要熟悉血透的各种指标的正常值及异常时的临床意义。定期抽血，及时纠正电解质紊乱、贫血及各种不适症状，按医嘱调整膳食或补充维生素和氨基酸，严格遵照医嘱服药。

按时做血液透析

维持性血透必须采用间歇性重复透析，这样才能减少水份和代谢废物在体内的过多潴留，从而减少透析中的不良反应。

（顾小琳 王金如）

第十四节 放疗、化疗期间病人的家庭护理

放疗和化疗是治疗恶性肿瘤的重要而有效的手段。不同于手术治疗，有个循序渐进的过程。一个恶性肿瘤病人治疗的成功与否同医护人员、病人及家属的密切配合是分不开的。

因此,病人和家属了解治疗的一般常识,掌握处理护理问题的措施显得尤为重要,放疗和化疗有其共同和特殊的护理问题。

放、化疗期间共同的护理及措施

消化道反应 由于放射线和化学药物对消化道粘膜的刺激,可出现恶心、呕吐、厌食、吞咽困难、口干和咽喉疼痛。病人若有此类反应,则可采取如下措施:

消除紧张心理 治疗过程中出现的消化道反应是治疗肿瘤过程中相伴出现的,不必过分关注这些反应,疗程间歇其反应会减轻或消失,紧张反而会加重这些反应。

饮食调理 治疗当天早餐应比往常提早1小时,晚餐应比往常延缓1小时,午餐则减少进食量,使胃内食物相对减少,以减少恶心感与呕吐次数。治疗期间注意营养的摄入,宜摄取高蛋白、高维生素、高碳水化合物、低脂肪、易消化食物,若食欲不佳可采用少食多餐,注意食物的色、香、味。吞咽困难的病人可进半流质,如藕粉、芝麻糊、麦片糊等,不宜采用刺激性食物来刺激食欲。

对症处理 消化道反应严重的应同医生联系,可在其指导下服用止吐剂或镇静剂,呕吐严重时应及时就医,通过静脉补充营养物质、水份和盐份。家属应协助清除呕吐物,清洁口腔、颜面、衣物,以免再度刺激,加重呕吐。

骨髓抑制 骨髓是造血系统,骨髓抑制即为造血系统功能受阻,表现为红细胞,白细胞和血小板的下降,尤其表现为白细胞的下降。放、化疗对肿瘤细胞有杀伤和抑制作用,对

白细胞亦有损伤。密切观察白细胞的变化，尽早对症处理是顺利进行放、化疗的必要前提。

密切观察白细胞变化 放、化疗期间，每周应检查血液变化，特别是白细胞计数，若病人的白细胞计数低于 4×10^9 /升；血小板低于 50×10^9 /升，且伴有头晕、乏力、面色苍白和易出现皮下青紫，医生会酌情考虑停止放、化疗。

对症处理 根据医嘱运用升白细胞药物，或采用针灸，艾灸提高白细胞。若白细胞明显降低可考虑输入白细胞、血小板。

保护性隔离 如果停止放、化疗后白细胞仍下降达 1×10^9 /升，此时病人应独居一室，室内家俱从简，每天通风数次，湿拖把拖地，有条件可运用空气净化器；尽量减少探视次数。家属入内照料病人应更换干净衣、鞋，戴口罩接触病人，若家属患呼吸道感染则尽量避免接触病人，病人应保持体表、床褥、衣裤干净和整洁。不在公共场所逗留，因此时病人极易感染。饮食以熟食为宜，水果制成水果羹、水果汁饮用。

脱发 放、化疗均会影响快速生长的发根细胞，头发在足够量的照射和化学药物作用下发生松动，可无痛拔落或自动脱落，此时病人极度苦恼，故需采取如下对应措施：

加强宣教 尽管所有的放、化疗均会发生脱发现象，但通常在停止治疗后 2~3 个月内头发会再生，不必过于焦虑。

保护头发 采用粗齿梳子梳理头发，洗发时不要多揉搓，不用腐蚀性洗发剂、染发剂或烫发和电吹风，不用带刺激性的护发品。

自我装饰 在放、化疗期间，可建议病人带帽子、包裹头巾或佩带假发。

放疗期间特殊护理及措施

了解放疗的基础知识

何为放疗？ 放疗是放射治疗的简称，是指采用足够的射线量作用于病灶，使其痊愈的治疗方法。

放疗在肿瘤治疗中的作用 放疗是治疗肿瘤的重要手段之一，它可单独运用，亦可与其他治疗方法联合运用，或按序按需地运用，如手术前后的放疗、化疗过程中的放疗。随着放疗设备的更新和放疗技术的改进，放疗不但能治愈早期肿瘤，而且对中、晚期肿瘤亦有治愈和解除疼痛、延长生命的功效。

何为射线 射线对人体有无危害？射线是一种看不见的粒子形式的能量波。体外放疗除了剂量较大外，类似于骨折X线摄片。体外放疗，治疗后体内即无放射源，也无放射性，不会对自己和别人造成危害。放疗医生根据治疗的部位和照射的剂量设计治疗方案，不仅安全可靠，并能最有效地治疗肿瘤。

放疗是不是电疗或“烤电” 放疗不是电疗，其是通过射线产生疗效的。射线是无嗅、无味、无形、无声和无痛的物质。有些病人接受低能射线照射，皮肤易发黑，不要误认为是被电疗烤焦。

照射野的保护 肿瘤病人的病灶一般都不在表皮，而光束需通过皮肤表面到达机体深层。医生在放疗前要设定照射

野，在表皮相应部位用品红划出照射范围。光束通过此范围对肿瘤病灶的杀伤力最大，而对正常组织的损伤最小。在治疗期间，品红标记部位禁止直接使用肥皂，淋浴时不能用力擦洗，若标记不清，应告知医生、护士重新描记，切勿自行描划。

皮肤反应 是射线侵袭组织细胞造成的。通常有三种典型的急性皮肤反应，表现为红斑、干性脱皮、湿性脱皮等。首先在照射区出现界线分明的局部红斑，然后发展为干性脱皮，出现瘙痒感，若未及时给予处理进而发展为湿性脱皮，此时可有严重的灼伤感，或出现水疱和表皮破损，采取如下措施可使症状缓解。

保护皮肤 照射野皮肤应避免阳光直接照射，强风直吹，若电风扇直接而持续吹扇；过热或过冷的刺激，如热水袋、电热器或冰块的直接刺激。避免粗、硬织物、金属物件刺激，若颈部无放射野应避免粗糙围巾和硬衣领的摩擦，也不宜佩戴颈、项链，冬天宜用柔软的纱布或丝绸围巾保暖。

红斑的处理 红斑一般不需处理，但要加强保护，(如上所述) 未经医生许可，原则上不使用任何软膏、洗剂、扑剂，密切观察其变化，是否出现干性脱皮症状。

干性脱皮的处理 此时虽不必终止放疗，但要采取对应措施，不应搔抓局部皮肤，可使用无刺激性软膏，如维生素A、D和羊毛脂等针对干燥和瘙痒，氢化可的松软膏有助于减轻炎症；不应剥撕翘起的皮肤；该处禁贴胶布。

湿性脱皮的处理 湿性脱皮不严重，仍可继续作放疗。局部应保持干燥、清洁，若有严重灼伤感，出现水疱，表皮破

损,必要时中断放疗,应请专业人员进行清创换药。此时,洗脸、洗澡应避免受潮、受污染。

口腔粘膜反应 某些肿瘤的放疗累及腮腺组织,经照射,唾液分泌减少,病人可感觉口干、咽喉疼痛和吞咽困难,此时可采取以下措施:

嘱病人多饮水,外出均应随身携带饮料,多进半流质,如藕粉、芝麻糊、炖蛋等,可服用金银花或人参浸液,也可口含人参薄片,帮助生津滋润口腔粘膜,平时可用淡盐水或温开水漱口,以减轻口干,切忌吞服六神丸等类刺激性药物。

放射性脏器炎症 放射性脏器炎症的主要症状及可采取的对应对措施分述如下:

放射性肺炎 多见于肺癌病人,主要症状有发热咳嗽、呼吸急促和胸痛等。在医生指导下可作对症处理,如暂停放疗,适当用药。病人应卧床休息,注意保暖,预防感冒,注意居室的通风、干净。若气急应给予半卧位,家中可备氧气袋,必要时吸氧。

放射性食管炎 多见于食管癌病人,主要症状有吞咽疼痛、厌食。应鼓励病人进食,食物宜软、宜烂、少刺激性,少量多餐。服用含四环素、地塞米松及氢氧化铝的合剂效果较佳,口服药片应研粉服用,进食后应饮用适量淡盐开水冲洗食管,水果宜榨汁或制成羹状食用。

放射性中耳炎 多见于鼻咽癌,主要症状为耳内胀痛,鼓膜穿孔后渗液。有耳道胀痛的应及时就医检查鼓膜,有无中耳炎。如有中耳内积液应给予引流,可滴0.25%氯霉素溶液,可酌情停止耳部照射,病人应注意耳部清洁,及时擦清耳周

流液。

放射性膀胱炎 多见于盆腔放疗患者，有尿频、尿急、尿痛，偶有血尿伴腰背酸痛等症。通常可不处理，嘱病人多饮水，若有血尿不必惊慌要及时就医，此时应停止放疗。适当补充水份、盐份和糖份。

放射性直肠炎 多见于直肠癌和宫颈癌患者，常见症状为腹痛、里急后重感（有便意无排便）、大便带血并有粘液，排便次数增多。通常可不作特殊处理。可服用复方苯乙呱啶，或用米汤加阿片酊少量保留灌肠，或服用中药治疗。

放射性盆腔炎 多见于盆腔放疗病人，可表现为发热、腹痛、腰酸背痛。一旦发生此类症状应立即就医，并遵医嘱尽早应用抗生素，嘱病人多饮水、卧床休息，若体温骤升应及早就医，对症处理。

化疗期间特殊护理及措施

化疗的基础知识

何为化疗？ 化疗是化学药物治疗的简称。是指用杀灭病原微生物、赘生物或抑制其在人体内生长的化学药物来治疗疾病的方法。

联合化疗有哪些好处？ 联合化疗是指同时运用作用机理不同，药物毒性不叠加而每一药物均能发挥作用的多种化学药物治疗疾病的方法。联合化疗时，药物剂量不必减少，毒性不会增加，药物对肿瘤的打击面增宽、程度加强，减少或推迟耐药性的出现。

下述情况需暂时停用化疗，在进行化疗过程中需密切观

察毒性反应,如白细胞低于 $4 \times 10^9/\text{升}$;血小板低于 $50 \times 10^9/\text{升}$;体温超过 38°C ,排除其他原因引起的严重的消化道反应,如严重的口腔溃疡,吞咽困难,腹痛严重,腹泻每天超过 5 次,或出现血性腹泻;重要脏器的毒性反应,如心肌损害,中毒性肝炎,中毒性肾炎或膀胱炎等,均需停用化疗。

局部毒性反应

静脉炎 部分化学药物对血管内膜刺激性较大,可引起局部注射疼痛,静脉硬化,血流不畅甚至永久性静脉闭塞。此时可采取下述措施:在注射前 20~30 分钟,家属应协助病人用温水敷双手,使静脉充分显露。注射时应协助护士由小静脉开始选用,注射完毕后,用温水敷注射部位。若保留针头应防止针头保护处敷料脱落而感染。

局部组织坏死 在注射阿霉素类、长春新碱、氮芥等强刺激化学药物时,一旦药物外渗可引起疼痛、肿胀、局部坏死,严重时导致纤维化挛缩,关节活动受限。此时可采取下述措施。

化疗若静脉推注,病人应及时诉说推注过程中的种种不适,如局部皮肤的灼热感、疼痛、肿胀、不必勉强忍受,以便护士及时处理;化疗若静脉滴注,家属应学会观察,如病人诉说局部疼痛并趋加剧,应立即停止滴注去针。局部即用冰块冷敷,至少 24 小时,可使血管收缩,减少药液向周围组织扩散。若药液渗出较多,应保留针头,回抽外渗药液;输注生理盐水 5~10 毫升,以稀释渗出的药液。

常用消肿止痛方法:(1)用中药金黄散加蜂蜜或凡士林,均匀搅拌成浆状,局部外敷,一般 7~10 天左右可消肿;

(2) 用 50%硫酸镁湿热敷。取 6×8 厘米纱布 2~4 块, 塑料保鲜袋 1 只 (略大于纱布) 及胶布。将纱布浸入 50%硫酸镁药液中, 上盖塑料保鲜袋, 并加热后敷于患处, 每天 3 次, 每次外敷 20 分钟, 通常 2~3 天见效, 数十天后痊愈; (3) 局部封闭法, 即局部注射普鲁卡因或氢化可的松; (4) 局部用 10%硫代硫酸钠或透明质酸外敷。

全身毒性反应

循环系统毒性反应 阿霉素类药物可引起心肌缺血、充血性心力衰竭。若出现上述情况, 可采取下述措施: 心功能不全或患有心脏病者忌用此药。用此药应定期复查心电图, 若反应严重应遵医嘱用药。

呼吸系统毒性反应 博莱霉素等药物可引起肺纤维化, 表现为咳嗽、呼吸困难及肺部罗音等症。此时可采取下列措施: 老年病人及肺功能不佳者慎用此类药物。使用此类药应定期作胸部 X 线检查。家属与病人本身应密切注意上述症状的出现, 在医生指导下作相应处理, 病人应彻底戒烟, 并注意预防呼吸道感染。

神经系统毒性反应 长春新碱、长春花碱等药物能引起周围神经病变, 表现为肌肉软弱, 肢体麻木或针刺感、下颌疼痛、深腱反射消失, 可因肠麻痹引起腹痛便秘。一旦出现上述任何症状, 应即报告医生, 只要及时停药, 大多数症状可恢复正常; 如不及时停药, 则可能产生某些永久性损害。若肢体麻木应防触伤。用药期间不宜食用易胀气的食物 (如豆类、淀粉类) 观察排便情况, 若发生便秘, 可适当用些泻药或使用开塞露排解。

大多数化学药物能引起生殖系统及性功能方面的副作用，在胎儿发育过程可引起基因突变成胎儿畸形。化疗药物可能导致月经不规则或闭经。因此，应用化疗期间应鼓励病人避孕，病人应了解到化疗不会直接使男性阳萎和女性性生活障碍。一旦停药可恢复原有的月经周期，病人及家属应消除这些顾虑。

(马敏芝)

附 录

I . 常用药物的简介

内服药物

安定 具有镇静、催眠等作用。失眠者可于睡前服用，但久服易成瘾。对青光眼病人及重症肌无力患者禁用。

晕海宁 患晕动病者，乘车、船、飞机前半小时服用，即可避免头晕、呕吐等反应。

扑热息痛 可用于感冒发烧、神经痛、偏头痛及关节痛等。但每天用量不得超过 2 克。3 岁以下儿童避免使用。

阿司匹林 能退热、止痛、抗炎、抗风湿。其小剂量还可预防血栓。但儿童患水痘等病毒性感染，应禁止使用。

咳必清 宜用于频繁干咳，但对痰多、粘稠者禁用。

必嗽平 能使痰液变稀容易咳出，且可维持疗效 7 小时左右。

复方甘草合剂 俗称棕色合剂，不但能止咳，而且有祛痰功效，适用于伤风感冒、支气管炎等引起的咳嗽。

氨茶碱 可用于多种哮喘。但对急性心肌梗塞伴有血压

显著降低者忌用。贮存时，勿露置于空气中，以免变黄失效。

喘息定 又称治喘灵，适用于高血压兼哮喘。对肾功能不良者慎用；对冠心病、心绞痛、心肌炎或心肌梗塞等禁用。

雷尼替丁 适用于十二指肠球部溃疡、胃溃疡及返流性食管炎等。但对孕妇与青光眼病人及肾功能不全者慎用。

山莨菪碱 简称 654-2，可用于胃、十二指肠溃疡疼痛与胆道痉挛及三叉神经痛、坐骨神经痛等。青光眼病人忌用。

多酶片 若消化液分泌不足，而造成食物消化障碍，可在饭时服用多酶片。因其外包肠溶衣，不宜咬碎。

硝酸甘油 为治疗心绞痛的要药，发病时将片剂置于舌下含化。其新剂型贴膜维持药效时间较长。但对青光眼病人禁用。

黄连素 可治红眼病与菌痢、急性肠胃炎等疾病。

复方新诺明 简称 SMZCO。可用于支气管炎、肺部感染、尿路感染及菌痢等。但对过敏者禁用。

氟哌酸 又称诺氟沙星。可用于呼吸道、尿道、肠道和阴道等感染，但对少儿及孕妇、乳母均禁止使用。

六神丸 为消肿解毒药。可用于急性扁桃体炎、咽炎、痛疽疮疖等症。体质虚弱者慎用，孕妇与新生儿禁用。

牛黄解毒片 可用于咽炎、急性扁桃体炎、口腔溃疡、牙龈炎和疖肿等。注意用量过大会中毒。孕妇忌服。

云南白药 有止血、祛瘀功效，既可用于外伤，又能治疗胃肠、子宫等内出血。但对孕妇忌用。

息斯敏 主要用于过敏性结膜炎、过敏性鼻炎及慢性荨麻疹等，维持疗效时间较长，且无困倦反应。孕妇慎用。

麻仁丸 可加强通便作用,且能消除腹胀、腹痛等症状。

外用药物

酒精 以 75%酒精用于皮肤与体温表消毒;50%酒精涂擦皮肤,既可防治褥疮,也可作为高热病人的降温措施之一。

红药水 2%溶液可作皮肤小伤口及粘膜的清毒。但不可用于眼、口部,也不得与碘酒同用。对其过敏者禁用。

紫药水 仅用于局部未破损的皮肤,有收敛作用,但严禁涂布于口腔及阴道等粘膜或开放性的伤口上,以免带来严重危害。

碘酒 2%浓度用于皮肤擦伤、毒虫咬伤、无名肿毒等。若已破损的皮肤及伤口粘膜不宜使用。对碘过敏者禁用。

风油精 能提神醒脑,可防治头痛及蚊叮虫咬等症。

高锰酸钾 简称 PP 粉。其 0.1%溶液可用于皮肤伤口、炎症及溃疡处洗涤。0.01%~0.1%溶液可用于瓜果消毒。

绿药膏 可用于轻度烫伤、烧伤、冻伤及皮炎等症。

创可贴 有止血消炎作用,适用于切口整齐、清洁、表浅、较小的不需要缝合的刀割伤。

(汪宗俊)

II . 药 箱 类

家庭药箱——家庭必备

近年来,随着医药卫生知识的广泛普及和人们生活水平

的逐渐提高，不少家庭都配备了药箱，这是一项值得提倡的自我保健措施。一旦有小伤小病，备用的药物即可解燃眉之急，以免除疾病之苦。然而，若选药不妥、保管不善、应用不当，也会事与愿违，轻则贻误病情，重则产生严重后果，使好事变成了坏事。因此，怎样科学合理地配备和使用好家庭药箱，就显得特别重要。

家庭药箱的内容，需视家庭成员的健康状况而定，一般以常见病、多发病、慢性病和时令性疾病的药物为主，且品种要少而精，数量不宜多，可随时调整、更新。

选购药物时，要了解药物的适用范围。有些药名很相似，切勿搞错。一种药物往往有几种剂型，它们的剂量各异。即使同一种剂型，有时也有不同的规格，即药物含量不同，切勿混淆。还有孕妇、乳母、婴幼儿、老年人的用药，均有特殊的要求，如品种、剂量、禁忌证等，应当特别注意。

该药箱的设备应以简单和适用为原则，保证现场急救基本需要，并可根据不同情况予以增减，定期检查补充，确保随时可供急救使用。

器械敷料类

2. 5. 20毫升消毒注射器（或一次性针筒）；血压计、听诊器、体温表；针灸针；止血带、小剪刀、无菌敷料、酒精棉球、棉签、药棉、纱布、胶布；别针、手电筒（电池）、镊子。

药物

内服药 感冒通、安定、晕海宁、息斯敏、黄连素、氟哌酸、甲硝唑、复方新诺明、多酶片、扑热息痛、麻仁丸、十

滴水、六味地黄丸、牛黄解毒片等。

外用药 如邦迪、创可贴、红药水、紫药水、风油精、高锰酸钾、金霉素眼膏、伤湿止痛膏及开塞露、清凉油等。

注意事项

贮存药物时，一只药瓶或药盒最好只装一种药，以防外形相似而混淆，且要贴上标签，写清楚药名、剂型、规格、用途、用法、用量（儿童剂量需另写一行）及注意点。要按一定的次序放置，以便寻找。其中内服药与外用药务必分开放置。书写标签时，最好内服药用蓝字，外用药用红字，以示区别。

凡粉剂结块、变色、发霉、有臭味；片剂黄发，出现花斑、松散、析出结晶；糖衣片发生褪色露底，呈花斑、或黑色、崩裂、粘连；口服药水有较多沉淀物、絮状物，甚至变色、有异味，等等，都须弃之不用。

药箱用毕最好加锁，或放在儿童拿不到的地方，以策安全。

使用药物时，需注意以下几点：

1. 有过敏体质的人，对抗生素、磺胺类、镇静催眠药、解热止痛药及某些中成药等，要特别慎重。如速效感冒胶囊中含有阿司匹林或扑热息痛等成分，有过敏者应禁用。

2. 有慢性肺心病或肺功能不全者，在用止咳化痰药的同时，不能再服催眠药，以免抑制呼吸功能，发生危险。

3. 有慢性胃炎或胃、十二指肠球部溃疡，尤其发生过消化道出血者，要避免用阿司匹林或消炎痛等药物，以防刺激性疼痛和诱发上消化道出血。

4. 高血压、冠心病患者，若发生头痛、头晕等症，首先应测量血压，而不要盲目地自行服药或加大剂量，以防血压下降幅度过大。酿成危险。

5. 心律失常者的病情错综复杂，需经医生确诊后指导用药。绝不能根据药品的广告或说明书自行选用。

6. 药物的联合应用，很多是合理的，不仅能增强疗效，而且还可减少和消除药物的不良反应。但是，也有不少药物合并使用是不恰当的，会导致药物降效、失效，甚至产生毒性反应，给病人带来严重后果。因此，在没有医生指导的情况下，仍以使用一种药物为好。

7. 用药过程中，切忌疗程不足、时断时续、剂量过小或过大、更换过频或当停不停、突然停药等。因为，这样既达不到预期治愈的目的，又会使人体对药物产生耐受性，病原体对药物形成耐药性，或促使旧病复发，病情恶化、严重时，还会引起中毒，危及生命。

8. 药物的禁忌，如“禁用”是指药物使用后，一定会产生不良反应；“忌用”是指使用后，很可能发生不良反应；“慎用”是指可以使用，但需密切注意有、无不良反应；如有，应立即停用。

若病情不同于一般，尤其来势迅猛，或疼痛剧烈者，则应立即去医院检查、确诊，千万不要擅自用药，以免贻误治疗，造成严重后果。

(汪宗俊)

旅游药箱——旅游必携

旅游药箱应以简单、必须为原则，以备旅游途中随时应用。

复方新诺明 广谱抗菌药。适用于旅游途中发生的各系统感染，腹泻、菌痢等症。成人1天2次，每次2片。

黄连素 抗菌药。适用于腹泻、痢疾、肠炎等，与复方新诺明合用，效果更佳。口服，1天3次，每次1~4片。

感冒通 适用于感冒及其引起的头痛、发烧、鼻塞、流涕和咽喉痛等症。口服，1天3次，每次1~2片。

去痛片 适用于发烧，头痛，神经痛，牙痛，月经痛和肌肉痛等症。发病时口服1~2片，每天不得超过4次。

晕动片 镇静、催眠及抗胆碱药。用于乘车、船、飞机等运动引起的眩晕、呕吐等症。在旅行前1~2小时口服1~2片，若需要可隔4小时续服1片，但在24小时内不得超过4片。

安定片 用于失眠，焦虑，惊厥等症，心绞痛发作时与硝酸甘油合用。口服1天3次，每次1~2片，24小时内不得超过5片。其可致依赖性，青光眼病人慎用。

硝酸甘油 血管舒张药。适用于缓解和防止心绞痛。舌下含服，每次1片。青光眼病人忌服。服时注意有效期2年。

人丹 防暑药。适用于旅途中口干烦渴、胸闷不适。口服、含服、嚼服均可，每次4~8粒。

扑尔敏 抗过敏药。适用于各种过敏性病，虫咬等过敏反应。成人1天3次，每次1片，儿童减量。

乳酸菌素片 助消化药。适用于消化不良，肠炎，腹泻及营养不良。嚼服，1天3次，每次2片。

颠茄片 抗胆碱药。适用于胃及十二指肠溃疡及胃、肠道、肾和胆绞痛等。口服1天3次，每次1~3片；极量每次5片。青光眼病人忌服。

清凉油 适用于伤风感冒，中暑，受寒，蚊叮虫咬，筋骨酸痛，肌肉肿胀，水、火烫伤。用少许抹于患处或太阳、人中、风池等穴位处，稍加揉擦，效果更佳，切勿抹进眼中和接触粘膜，以防刺痛。

创可贴 具有止血、消炎、护创等作用。适用于小创伤出血的应急治疗。注意，所贴患处受潮或污染应立即更换。

体温表 适用于旅途中突发高热时测量体温。

III. 就医指导

急诊

了解疾病在何种情况下应该急诊是十分必要的医疗常识。现介绍上海市各级医院急诊范围的有关规定：

1. 病人发热体温在 38.5℃ 以上。
2. 病人有急性心力衰竭（心率在每分钟 120 次以上或每分钟 50 次以下）或心律紊乱（脉搏的节律不规则，而且强弱不等）。
3. 大出血：包括呕血、咯血、五官出血和外伤、妇科、产科等出血。

4. 有昏厥、昏迷、休克、抽搐、急性肢体瘫痪。
5. 各种急性中毒：食物中毒、农药中毒等。
6. 呼吸困难、颜面青紫、呼吸道异物阻塞。
7. 急性腹痛，如急性阑尾炎、急性黄疸、胃、十二指肠溃疡穿孔、宫外孕等。
8. 急性损伤、交通事故以及各种创伤导致的软组织损伤、骨折、灼伤等。
9. 急性无尿（一昼夜完全停止排尿）或尿潴留（小腹膀胱膨胀但不能排出小便）。
10. 急性视力障碍、眼部异物、电光性眼炎。
11. 意外伤害：电击、触电、溺水、土建塌方挤压伤、工业外伤等。

急症病人看急诊时要做到：

1. 首先经值班护士鉴别了解是否属于急症及区别急诊的科别。确系急症的，则予急诊挂号。
2. 危重或行走不便的病人可向急诊室护士借取推床、推椅、担架，便于移送病人。
3. 急诊病人的处方、检验单、手术申请单、入院通知单等一般都加盖“急诊”两字。病人家属可直接到专为急诊服务的窗口办理各种手续。
4. 急诊病人经医生检查后，由医生决定回家治疗和休息，或留院观察或住院治疗。
5. 看过急诊后，根据医嘱还需到门诊或专科门诊去作系统的检查，进行有计划的完整治疗。复诊时，要带上急诊病历卡，及化验单、X线检查报告等。

门诊

什么病挂什么科，通常为了看病和治疗方便，大体上作如下划分：

1. 口腔疾病，包括牙齿、舌、唇应该挂口腔科。
2. 皮肤疾病，应挂皮肤科。
3. 眼睛疾病包括上、下眼皮，应挂眼科。
4. 耳朵、咽喉、鼻的疾病应该挂五官科（有的医院将眼、耳、鼻、咽、喉合并为五官科）。
5. 女性生殖系统的疾病可挂妇科。
6. 女性生育的检查和产前、产后的疾病挂产科。
7. 一般损伤、烧灼伤、炎症、肿瘤、乳房、四肢、脊柱、骨骼、肌肉以及肛门的疾病都属外科。胸、腹、内脏、神经、血管等需要手术的也属外科。
8. 发热、疼痛、水肿、眩晕、昏迷、瘫痪，非外伤性引起的心血管、消化、呼吸、内分泌、神经、泌尿系统的各种疾病挂内科。
9. 凡 12 岁（足岁）以下儿童的内科疾病可挂小儿科（或儿内科）。有的医院无儿外科，则小儿的外科疾病仍挂外科。儿童的眼、耳、鼻、咽、喉、口腔、皮肤等疾病则仍应挂眼、耳、鼻、咽、喉、口腔、皮肤等各科。若无小儿科的医院，小儿疾病通常包括在内科里面。
10. 凡是腹泻、呕吐的病人挂肠道门诊。
11. 为了提高医疗质量，不少医院设有专科门诊、专病门诊与专家门诊。一般均先看普通门诊或在其他医院已经确

诊后再去诊治。

各医院门诊部一般设有预检处、服务台，有的还有“导医小姐”。若有不清楚的地方，可以到挂号处和门诊办公室咨询。

门诊挂号后，候诊时应注意：

1. 文明、礼貌。有的科室由护士叫号，需依先后次序就诊，不要争先恐后，更不应无理吵闹。

2. 保持医院环境安静整洁，切勿大声谈笑，禁止吸烟，不随地吐痰，不乱丢果皮纸屑。

3. 听从护士指导，做好测体温、化验、借X线片等准备工作。

4. 不翻弄别人的病历卡。不要围站在就诊室门口，更不应围站在医生和护士周围，妨碍医务人员工作。

5. 不能点名某某医生看病（除专家、专科与专病门诊外）。

6. 儿童、聋哑、行动不便或病重的病人，可由一位家属或亲友陪同进诊疗室外，其他陪客一律不准进入诊疗室。

究竟怎样向医生诉说病情？以下几点可供参考：

1. 何时发病？开始时怎么样？现在怎样？经过哪些诊治？用过什么药物？

2. 以前曾得过什么病，治疗情况如何。

3. 在诉说疾病时，要突出重点，前后主次分明，一定要实事求是。

4. 回答医生的问题要详细、准确，不应隐瞒，不必怕难为情。

中医看病主要采用“望、闻、问、切”，辨证施治。其中望舌和切脉，占有重要地位。

1. 为了不影响医生望舌诊病，看中医前注意少吃或不吃：牛奶、豆浆、杨梅、乌梅、桔子、葡萄及带黄、红、黑色的药片和食物。

2. 为了不影响医生的“切脉”，避免剧烈的运动，强度高的劳动或酒足饭饱、大量吸烟后立即去看中医。要主动告诉医生正在服用的中西药物（如洋地黄、阿托品、异丙肾上腺素、胺碘酮等）。

住院

住院都要经医生签给住院证，到住院处办理登记手续，才能住院。住院处根据病情的轻、重、缓、急和医院床位情况进行安排。

病人住院前要有所准备，需带的物品有：住院证、门（急）诊病史卡、身份证、公费医疗证、劳保记帐单。并准备预交一定数目的现金（各医院按不同疾病而规定的住院预交款）以及碗、筷、匙、毛巾、牙刷、牙膏、肥皂、杯子、卫生纸等日常生活用品。

入院后，病人及家属应该认真接受护士关于“住院须知”的宣教，做到：

1. 遵守医院制度，听从医务人员指导，密切与医务人员合作。
2. 保持医院环境卫生及病区安静整洁。不准吸烟。
3. 医生查房时不能离开病房，按时休息。不能外宿，必

要的外出应该请假，经医生同意后，才能离开病区。

4. 不得擅自进入医护办公室，翻阅本人或其他人的病历卡及各种医技检查报告。

5. 饮食应由医生决定，不得随意更改。外来食品要经医生同意后才能进食。糖尿病人尤应严格控制饮食。

6. 不得进入其他病房，防止交叉感染。

7. 病人之间要互相关心、互相爱护。

8. 不准私自将电风扇、空调、取暖器、煤油炉至电热杯等小家电带入病区，擅自使用。

探望病人

探望病人要注意以下几点：

1. 按医院规定时间探望。通常探望时间安排在每天下午3~4时至6~7时。只有持有病危通知单，家属才可随时探望。特殊情况，须经门卫同意才予探望。传染病人规定每周探望一次。

2. 有些医院规定探望病人要领取探望证（牌），每次1~2人。学龄前儿童不得带入病房。

3. 一般亲友或同事不宜探望过久，一则免使病人太疲劳，另则可让其他亲友探望。家属探望时，要问清病人有何需要，尽量满足。

4. 家属或单位领导需要询问病情，可同值班医生联系。

5. 探望病人，宜送少量新鲜水果或鲜花。若送保健滋补品，需要注意保质期和生产日期，同时要了解病人能否服用。

陪护病人

病人若病重或病危,则由医生或护士决定发给陪客证,证上注有陪伴日期,过期作废。

陪客必须做到:

1. 遵守医院规章制度,听从医务人员的指导。
2. 不得擅自闯入医生和护士值班室,随便翻阅病历和其他医疗记录。
3. 不得擅自离开所照料的病人。必须外出时,需向医务人员请假。
4. 对待病人要热情、耐心、体贴,避免给病人任何恶性刺激。不要谈论有碍病人健康和治疗的事情。
5. 注意病人的饮食、大小便和卫生。如高热病人多给喝水;瘫痪病人多翻身,手术病人要帮助早日起床活动等。
6. 不准在病床上睡觉。
7. 保持病房清洁安静。不准在病房内吸烟、喝酒。
8. 爱护公物,节约水电。讲文明礼貌,加强病人间团结互助。

出院

出院一般由医生在前一天通知。出院时要做好以下几点:

1. 向护士领出院证、出院通知单、出院处方、出院录。需要转院的,要领取转院证明。
2. 问清医生出院后的注意事项,包括药物用法、饮食、休息、复诊和随访观察等。

3. 归还病房借用物品。到出院处办理结帐手续后,再到药房配药。

4. 如病人病情不宜出院的,但病人及家属坚持要出院者,则须办理手续(签名),作自动出院处理。

5. 出院前,根据病情,先联系好回家的交通工具,外地病人应先预购好车、船票。

6. 出院时,仔细检查自己携带的物品。向同室的病人与医务人员热情告别。

(王信强)

IV. 各项检查须知

透视

1. 目前大多为电视透视,在亮室进行,给病人以很大的方便,且图象清晰,为简便有效的检查方法之一。

2. 尽可能地暴露透视部位:尽可能地脱去受检部位的服饰,尤其是带有金属饰物的服装,必须去除,但一般不必裸体。在冬天,无取暖设备的环境中,可适当选择穿着不带饰物的棉织衣服。

3. 去除会影响检查或造成假象的随身物品和外用药物。去除所穿着衣服中的诸如钱币、钢笔、皮夹、香烟、打火机等物品,揭去身上粘贴的各种膏药,对残留在皮肤上的膏药渍,可用松节油擦清。如曾在受检部位涂抹碘酒之类药品,必须彻底擦除,以免造成误诊。

4. 按照医生的要求,配合检查,进行如深呼吸、屏气及吞咽动作等,并在医生的引导下变动体位和姿势。

5. 女性的长发辫及丰满的乳房,可影响胸部检查,需将发辫缠于头上,用手指将乳房向上推移。

6. 儿童、老、弱、病、残者,均应有健康人陪同、扶持,并在透视过程中协助医生完成检查。

7. 休克、中风、急性心肌梗塞等危重病人,通常不宜作透视检查,孕妇不宜作腹部透视,尤其对怀孕 3 个月以内的孕妇,禁止作腹部透视。

8.即使是电视透视,对于无错位的肋骨骨折或肋骨骨裂,也不能全部检出。如疑有肋骨骨折或骨裂,即使透视未见到,亦须摄片检查后方能确诊。

拍片

1. 良好地暴露拍片的部位,尽量脱去衣服。穿着的衣服,比透视时要少而薄,以无扣、无饰物的全棉衣物为最宜。

2. 去除受检部位及其周围的各种物件。擦除拍片部位的膏药或碘酒类涂剂。

3. 按医生的指导,保持拍片的位置和姿势,在拍片时听医生的口令:作吸气、呼气、屏气或平静呼吸。

4. 腹部拍片前,要清洁肠道,方法有:(1) 检查前清洁灌肠一次;(2) 遵医嘱在检查前晚服轻泻剂,如番泻叶 10 克,开水泡服或服蓖麻油 20~30 毫片。拍片当天早晨禁食(部分病人在服用番泻叶后有轻度腹痛,为正常反应,不必作处理,可自行缓解)。

5. 儿童、精神病患者、神志不清的病人，要有健康人陪同协助。重症、创伤病人拍片，搬动时要小心、稳当，尽量避免震荡。

支气管造影

1. 造影前 3 天需遵照医生的处方，服用以下药物：(1) 麻醉药与碘剂过敏试验药物（口服卢戈氏复方碘溶液，每次 3~5 滴，每天 3 次）观察有无反应；(2) 痰多的病人服用去痰药（氯化铵 0.3~0.6 克，每天 3 次），也可作头低脚高的体位引流，使痰排出。

2. 造影前将自己保管的病史资料、胸片、CT、MRI 片等交与检查医生，并需禁食 3~4 小时。

3. 造影检查时要主动配合尽量忍耐，不要咳嗽。

4. 造影后 2~4 小时内：(1) 作头低脚高位引流，并多咳嗽，排出造影剂。24 小时内不能服止咳剂；(2) 因麻醉而使咽喉部产生的麻木感未消失前，不能进食。

5. 造影后，如发生严重气急或咯血现象，需立即告知医生。

食管造影

1. 食管造影随时可以进行，一般不必禁食，但不宜在进食后立刻进行检查，若实因必需，可先饮 300 毫升的白开水，洗清食管中的食物残渣后，进行检查。

2. 如怀疑食管、胃交界处病变，在检查食管时，须同时观察胃的情况，要禁食 4 小时以上。

3. 向医生说明进食改变过程及目前进食情况：是否能进食干厚、稀烂或汤水样食物，如已知气管疾病者，亦要告知医生，以供参考。

4. 检查时要听医师的口令服用造影剂及做吞咽动作。

胃肠（GI）造影

1. 检查前2天禁服含铁、碘、钠、铋、银等药物。前一天晚上在正常晚餐后即禁食，不进食任何食物、药物和水，保持空腹到医院进行检查。

2. 检查时脱去外衣，去除胸、腹、背部的敷料、膏药等，去除皮带、松开裤扣，去除着装上的各种物件和饰品。

3. 配合检查，按医生的指令服用造影剂，作各种动作如吞咽、屏气、翻身等。在腹部加压时如觉疼痛，要告知医生，并指出疼痛的部位。

4. 如自觉有胃部膨隆、饱胀、变动体位胃内有水积滞感觉，并大量呕吐者，为幽门梗阻所致，需经医生作适当处理后方能进行检查。

5. 经常大便干、硬或有习惯性便秘者，检查后要服用泻剂，以利钡剂排出。

6. 有胃肠道出血的病人，要在出血停止（连续3次查大便无隐血）10天后才能进行检查。如特殊需要在出血时行急诊检查者，应向医生详细说明出血和病况。

胆囊造影（口服法）

1. 胆囊炎急性发作时，或有高热、呕吐、腹泻等要暂缓

检查。检查前3天不能服用泻药及增加胃肠道动力的药物,如吗叮啉、胃复安等。

2. 检查前一天午餐进含油、高脂肪食物,通常以重油煎鸡蛋2个为标准,晚餐为绝对无油饮食。

3. 服造影剂方法:晚餐1小时后开始服药,常用量为6片造影药片(碘番酸),每隔5分钟服1片,用白开水送服,25分钟服完,此后即禁食任何食物、饮水和药物。

4. 检查当天仍保持空腹,不吃早餐和任何药物,排空粪便,必要时可在检查前2小时行清洁灌肠(不常用)。

5. 在服药完毕后14小时准时拍片,如胆囊显示,即进高脂肪餐(重油煎鸡蛋2只),1小时后再拍片。

静脉胆道造影

1. 随着B超检查的日益普及,本法已较少使用,一般仅作为辅助、参考性检查。

2. 检查前一天午餐进食含高脂肪饮食(重油煎鸡蛋2只),晚餐吃无油饮食,此后不再进食。

3. 在检查前晚按医生嘱咐服泻剂(常用为番泻叶10克,开水泡服)。如不宜服泻剂者,可在检查前2小时作清洁灌肠,两者均应排空肠道内粪便和气体。

4. 检查当天不进早餐。

5. 造影前,先作造影过敏试验(通常用小剂量造影剂静脉注射),20分钟后若无自觉不适反应,方可进行检查。

6. 本造影检查时间较长,需多次摄片,必要时还需吃高脂肪餐,病人要耐心配合,以完成检查。

静脉肾盂造影

1. 检查前 2 天进食少渣食物，也不要吃面类、豆类等增加肠内产气的食物。
2. 检查前一天晚餐 2 小时后服轻泻剂：中药番泻叶 10 克，开水泡服。此后禁止任何饮食，包括饮水和其他药物。
3. 检查前作造影剂静脉注射碘过敏试验，观察 20 分钟无反应方可进行检查。
4. 检查前排空小便。
5. 造影时需在下腹部加压，可有下腹部压迫感、下肢麻木等不适感觉，要尽量忍耐配合检查。
6. 检查结束，在得到医生允许后才可小便。

膀胱造影

1. 检查前，先自行清洗外生殖器及会阴部。
2. 造影前排空大小便。
3. 按医生的指导，去除衣服，摆好体位，并保持到检查结束。
4. 在消毒及插导尿管时，会有不适感，甚者可有轻度疼痛，要忍耐。如疼痛剧烈，要向医生说明。
5. 造影完毕后如仍有不适、疼痛、有出血或小便色红，均要告知医生。

子宫输卵管造影

1. 造影检查宜于月经干净后 5~10 天内进行。

2. 造影前排空大小便。
3. 按医生要求去除衣裤，配合医师进行外阴消毒和阴道冲洗。
4. 造影后 24 小时，需再到医院拍盆腔平片。

CT 检查

1. 检查前须将详细病史及各种检查结果告知 CT 医生，如有自己保存的 X 线片等资料需交给 CT 医生以供参考。
2. 要向医生说明病人有无药物过敏情况，是否患有哮喘、荨麻疹等过敏性疾病。
3. 去除检查部位衣物包括带有金属物质的内衣和各种物品：如头饰、发夹、耳环、项链、钱币、皮带和钥匙等。
4. 检查前禁食 4 小时。腹部扫描者，在检查前 1 周内不能作钡剂造影；前 3 天内不能作其他各种腹部脏器的造影；前 2 天内不服泻剂，少食水果、蔬菜、豆制品等多渣、易产气的食物。
5. 检查时听从技术人员的指导，保持体位不动，配合检查进行平静呼吸、屏气等。
6. 如作 CT 增强扫描或儿童、神志不清者，需有健康人陪同。陪同者应穿好 CT 工作人员提供的 X 线防护服。
7. CT 增强扫描如用国产造影剂，需作静脉注射造影剂碘过敏试验，20 分钟后无反应，方可进行检查。无论使用何种造影剂，在检查完毕后均要观察半小时后才可离开。
8. CT 机上配有对讲机，在检查中如有不适，或发生异常情况，应立即告知医生。

磁共振成像检查

1. 体内有磁铁类物质者，如装有心脏起搏器、动脉瘤等血管手术后，人工瓣膜，重要器官旁有金属异物残留等和怀孕 3 个月以内的孕妇，均不能作此检查。

2. 要向技术人员说明以下情况：(1) 有无手术史；(2) 有无任何金属或磁性物质植入体内，包括金属节育环等；(3) 有无假牙、电子耳、义眼等；(4) 有无药物过敏；(5) 近期内有无金属异物溅入体内。

3. 不要穿着有金属物质的内衣裤，检查头、颈部的病人应在检查前一天洗头，不要擦任何护发用品。

4. 检查前需脱去除内衣外的全部衣服，换上磁共振室的检查专用衣服。去除所佩带的金属物品如项链、耳环、手表和戒指等。除去脸上的化妆品和假牙、义眼、眼镜等物品。

5. 磁共振检查时间较长，且病人所处的环境幽暗、噪声较大。要有思想准备，不要急躁，不要害怕，要在医师指导下保持体位不动，耐心配合。

6. 检查前要向医生提供全部病史、检查资料及所有的 X 线片、CT 片等。

(吴仁民)

超声波检查

A 型超声波 (1) 妇、产科的病人在检查前需排空小便；
(2) 到检查室后听从医生的安排，密切配合。

B 型超声波 (1) 检查心脏时，应休息片刻后脱鞋平卧

于检查床上，解开上衣钮扣，暴露胸部，让医生检查；(2) 检查肝、胆、胰脏器前，应空腹 8 小时以上，且前一天晚餐不可进油腻食物；(3) 病人如同时要作胃肠、胆道 X 线造影时，超声波检查应在 X 线造影前进行，或在上述造影 3 天后进行；(4) 如检查盆腔的子宫及其附件、膀胱、前列腺等脏器时，检查前需保留膀胱尿液，可在检查前 2 小时饮开水 1000 毫升左右，检查前 2~4 小时不要解小便。

M 型超声波 参见 B 型超声波检查注意事项。

D 型超声波 参见 B 型超声波检查注意事项。

心电图检查

1. 检查前不能饱饮、饱食、吃冷饮和抽烟，需要平静休息 20 分钟。

2. 检查时要睡平，全身肌肉放松，平稳呼吸，保持安静，切勿讲话或移动体位。

3. 过去做过心电图的，应把以往报告或记录交给医生。如正在服用洋地黄、钾盐、钙类及抗心律失常的药物，应告诉医生。

4. 检查时，如涂有电极膏，检查毕可用卫生纸擦掉。

根据病情若需作心电图运动试验，还应注意以下几点：

(1) 进餐前后 1 小时，不宜作运动试验；(2) 进行性或新近发作心绞痛、急性心肌梗塞后 1 年内、充血性心力衰竭、严重高血压、左心室肥大、左束支传导阻滞、预激综合征、休息时也有明显心肌缺血、年老体弱、行动不便等均禁忌作运动试验；(3) 如在运动试验中，病人发生心绞痛或冷汗不止，

应立即停止，并请医生及时处理。

脑电图检查

1. 检查前 24 小时停药一切药物。禁饮咖啡、浓茶和酒。如果不宜停药的病人，应该在检查前向医生说明用药的名称和剂量。

2. 检查前一天宜将头发稍许理短并洗涤干净（不可搽油、吹风），雨天检查应保持头发干燥。

3. 检查当天须用早餐，不宜空腹检查。不能进食者可口服糖开水（白糖 50 克）。

4. 儿童或躁动不安的病人，医生会给予镇静剂，待睡眠后再检查。

5. 检查时，要与医生密切配合，并按医生要求完成各项规定的动作。

胃电图检查

1. 检查前应空腹 12 小时。

2. 检查前应避免喝咖啡、浓茶和饮酒。

3. 到检查室后宜休息片刻，脱鞋，上检查床仰卧，同时解开腰带暴露中上腹部，并听从医生的指导。

脑血流图检查

1. 检查前一天起停药血管扩张药物。

2. 头部应洗净擦干，绝不能用头油。

3. 检查时密切配合，听从医生指导。

同位素检查

检查时需要口服或静脉注射放射性核素药物。口服病人一定要遵照医嘱，按时按量服药，不能少服或随便丢弃。病人在检查后，应该多饮开水或口服维生素C，对身体有一定好处。一些常用检查方法的注意事项：

甲状腺吸¹³¹碘试验

用以诊断甲状腺素功能和疾病。病人在检查前2~4周需要停食海带、紫菜或海蜇，停用中药昆布、海藻、牡蛎或鳖甲等。停用含碘、溴的药物、抗甲状腺药物、激素类药物、抗结核类药物，如三溴片，丙基硫氧嘧啶、甲状腺片、泼尼松、异丙肼和利福平等。近期做过口服或静脉碘剂造影的病人应该告诉医生，改期检查。

肾图检查

对于诊断肾性高血压，尿路梗阻和移植肾的存活等均有有所帮助。

被检查的病人可以正常饮水，但不能饮茶和咖啡，不得服用利尿剂，如双氢克脲塞，速尿等。

放射免疫分析

目前已应用于甲种胎儿球蛋白、皮质醇、地高辛、胃泌素等的含量测定。病人不必服用放射性药物，仅取出极少量的血液（静脉血）或尿液等供检测即可。

纤维支气管镜检查

1. 检查前4小时禁食，前半小时要注射阿托品针剂，服

用镇静药。应把有关胸部 X 线片带上交给医生以供参考。

2. 检查时要取下活动假牙, 密切配合医生插管, 要始终咬紧牙垫, 不要紧张, 全身放松, 平静呼吸, 不得随意移动体位。

3. 检查后 2 小时内不能进食。

4. 检查后少数病人可能有少量痰血、咳嗽、低热等, 不需要特殊处理, 休息 1~2 天会自行消失。若有大咯血或剧烈疼痛时, 立即去医院检查。

5. 身体严重虚弱, 心肺功能不全, 严重心脏病及高血压, 主动脉瘤者禁忌做检查。

纤维胃镜检查

1. 在进行胃镜检查前, 先进行肝功能、乙型肝炎表面抗原 (HBsAg) 的检查。

2. 检查前一天内勿吸烟、饮酒和吃刺激性食物。晚餐吃半流汁饮食, 晚 10 点后禁食。

3. 如上午检查者, 检查当天早晨禁食, 不饮水。如下午检查, 上午可饮糖水, 但中午必须禁食。

4. 如同时预约 X 线钡餐造影者, 则胃镜检查推后 3 天。如幽门梗阻、胃滞留的病人要在检查前进行洗胃。

5. 检查当天应提前半小时到检查室, 并应随带有关病史、X 线摄片等有关资料。按时肌肉注射阿托品、咽喉部喷洒麻醉药等术前准备工作, 病人应密切配合。

6. 检查时, 脱鞋后屈曲左侧卧于检查床上, 解开衣领扣子及裤带, 有假牙的要取下。咬住牙垫, 不要紧张。插入胃

镜后如有不适，可用手示意告诉检查的医生。

7. 检查后 2 小时以上，方可进食温牛奶、豆浆、烂面等流质或半流质的饮食。也可吃些冰砖、雪糕等冷饮。

8. 凡进行胃粘膜活检的病人，术后应休息 1~2 天。术后可有咽痛或声音沙哑，不需作特殊处理。但若有剧烈腹痛、呕血、黑便者，应立即去看医生。

9. 患急性扁桃体炎、咽峡炎，改期检查。患有高血压病、冠心病、心律不齐、食管静脉曲张、主动脉瘤或严重衰弱的病人等，应由医生决定，可否作胃镜检查。

纤维结肠镜检查

1. 检查前一天晚餐进半流质饮食（面条、粥），不可进食纤维素多的食物（蔬菜）。睡前服用配给的轻泻药。

2. 检查当天早晨禁食，早晨 6 时口服 25% 甘露醇 250 毫升后，再口服温开水 1200 毫升（约 3 茶杯）。检查前 1 小时，到达医院进行清洁灌肠。精神紧张的病人可以要求医生给予镇静剂。

3. 检查当天必须有亲属陪同。必须带上配备的杜冷丁 50 毫克，阿托品 0.5 毫克。

4. 若同时预约 X 线钡餐检查，则肠镜检查须推迟 3 天进行。

5. 女病人在月经期，有直肠、乙状结肠狭窄，肠道急性炎症，急性腹泻的病人应停止肠镜检查。

6. 检查时，病人不能随意移动体位。有不适时，可张口深呼吸。

7. 检查后, 应休息 1~2 小时。取活检者, 3 天内避免作剧烈活动, 不能做钡剂灌肠造影。如有剧烈腹痛、便血等应去医院紧急处理。

膀胱镜检查

1. 检查前病人须洗净外生殖器、会阴部。临检查前要排空大小便。

2. 精神紧张的病人可以要求医生给予镇静剂。

3. 检查插镜时, 病人要作深呼吸, 帮助肌肉放松, 以配合插管。

4. 检查后, 不要马上单独站立、行走, 特别是老年人, 应卧床休息 2~3 小时。病人尽量多饮开水, 注意保暖。

5. 检查后有膀胱胀痛、烧灼感的病人可以热敷以减轻疼痛。有持续的肉眼血尿或不能小便、频繁呕吐的病人, 应及时请医生处理。

(王信强)

腹腔镜检查

腹腔镜和子宫镜、膀胱镜、胃镜、肠镜等一样, 也是一种内窥镜, 然而, 它能直接观察的范围却大得多, 包括腹腔、盆腔内的各种脏器和组织。女性内生殖器位于盆腔, 所以, 目前常用腹腔镜协助诊断、治疗或处理下列一些疾病与问题:

不孕症

主要用以观察输卵管形态、周围有无粘连, 伞端是否闭锁; 观察卵巢形态、有无粘连、有无排卵征象, 且可同时施

行分离粘连、扩张输卵管伞端等小手术。此外，尚可通过腹腔镜吸取卵巢内卵子以进行体外受精，培育“试管婴儿”。

子宫内膜异位症

常藉以明确诊断。如窥见散在病灶，可酌情电凝毁损；若发现卵巢已有内膜异位囊肿，可先抽吸囊液，再注入药物破坏囊壁。

闭经

原发性闭经者，腹腔镜检查可了解内生殖器情况，有无发育异常，必要时，进行卵巢活组织检查。继发性闭经者，腹腔镜检查有助于寻找原因，是否卵巢有多囊、早衰、结核等病变，需要时，作活组织检查。

宫外孕

高度怀疑宫外孕而诊断困难时，行腹腔镜检查既可明确诊断又可进行治疗。如为未破裂型输卵管妊娠，可同时取出胚胎或局部注药以灭胎。

计划生育

输卵管绝育术是妇科最常进行的腹腔镜手术。此外，尚可在直视下取出移位至腹腔内的宫内节育器。

和剖腹手术相比，腹腔镜检查简单得多。国内一般都在脐孔周围局部浸润麻醉下进行。倘若患者精神紧张、有盆腔疼痛和腹膜刺激征象、疑有腹腔内粘连或决定经腹腔镜手术，则改用硬膜外阻滞麻醉。术前仅要求晚间皂水灌肠后禁食 8 小时，临时排空膀胱。手术全过程包括三个步骤：放置子宫操纵导管；制造气腹；局部麻醉后，在脐部作一长 1.5 厘米左右的直切口，插入腹腔镜。

由上所述可知腹腔镜检查确实是个小手术，不过，并非人人适宜。盆腔炎急性或亚急性发作时；有弥漫性或结核性腹膜炎、肠梗阻病史；合并严重肺、心血管疾病者，绝对禁忌。过度肥胖、腹部疤痕过多者，相对禁忌。

如果有腹腔镜检查指征、条件适宜，而且由技术熟练的医生操作，病人尽管泰然接受，但要作好思想准备。首先、制造气腹时，亦即穿刺腹腔，注入二氧化碳或一氧化二氮气体时，腹部逐渐膨隆，会越来越“胀”，不过，一般可以耐受。其次，因局部麻醉镇痛不全，插入腹腔镜后，会有不同程度的不舒服，尤其窥视盆腔移动脏器时，会有牵引感甚至疼痛。不过，局部麻醉安全，并发症几无，而且术后恶心、呕吐少，恢复快。

检查中的注意事项除遵医嘱外，则同胃镜、膀胱镜和肠镜。

(盛丹菁)

V . 疾病预测预报

1月份疾病预测预报

气候特点

天气寒冷、干燥，冰冻常见，雨雪较少。

可能发生或流行的主要疾病及其预防

冬春季是甲肝好发季节，学校在放寒假前要对学生进行一次卫生教育。学生在寒假期间要注意饮食卫生和个人卫生，

不要去肝炎病家玩耍，以免染上疾病。一旦发生面黄、乏力、吃不下饭，应及时去医院诊治。

流脑发病开始逐渐增多，要注意居室开窗通风，勤晒被褥，儿童尽量少去人多拥挤的公共场所。3~12岁儿童若尚未接种流脑多糖体菌苗，赶快去附近预防接种门诊补种。

1月份仍然是流行性出血热发病季节，预防工作不能放松。

1月份还是江南地区气温最低的月份，是杀灭越冬蚊蝇的最佳时期。

2月份疾病预测预报

气候特点

气温缓慢回升，天气阴冷，多霜和春雪。

可能发生或流行的主要疾病及其预防

春节期间人群往来频繁，接触机会多，容易传播甲型肝炎。一旦患了肝炎应及时去医院隔离治疗，千万不要走亲访友，以免把疾病传染给他人。

天气寒冷，室内活动多，要注意开窗通风，勤晒太阳，预防流脑、猩红热、白喉等呼吸道传染病的发生。

春节期间，生活起居要有规律，避免过度劳累和高度兴奋，饮食要有节制，以清淡为宜，切不可醉酒，尤其是患有冠心病、高血压、脑血管硬化等疾病的人更应倍加注意。

放爆竹尤其要注意外伤和防火。

3月份疾病预测预报

气候特点

时寒时暖，天气多变，春雨增多，常有春雪和低温晚霜。

可能发生或流行的主要疾病及其预防

3月份是甲肝高发月份，肝炎防治工作不能放松，一旦发生肝炎应及时隔离治疗。

3~4月份是流脑、麻疹、风疹、水痘、腮腺炎等呼吸道传染病的好发季节。托儿所、幼儿园要加强晨间检查，发现发热、呕吐、皮肤出疹子、耳垂前下方肿胀（大嘴巴）应及时去医院诊治。孕妇尤应注意预防风疹。

过了惊蛰，冬眠生物苏醒，蚊蝇活动繁殖，抓住有利时机消灭早春第一代蚊蝇是控制蚊蝇密度的有效措施。

4月份疾病预测预报

气候特点

本月下旬起，天气转暖、潮湿，多春雨。

可能发生或流行的主要疾病及其预防

甲型肝炎发病开始缓慢下降，但预防措施仍不能放松，要注意饮食、饮水和个人卫生。

流脑、麻疹、水痘、腮腺炎等呼吸道传染病好发月份，托儿所、幼儿园要加强晨间检查，发现有发热、呕吐、皮疹、耳垂前下方局部肿胀的孩子应及时去医院诊治。

正值河豚鱼旺汛，误食会引起中毒。水产批发部门要做到在水产品拣净河豚鱼，才能出门；菜场、商店做到河豚鱼不上摊；炊事员不经检查验收的鱼不煮食，居民不购食河豚鱼。

春暖花开,恶狗伤人事件多了起来,要加强犬类管理,一旦发生犬类咬人,应立即正确做好伤口处理,以防狂犬病发生。

4月份是郊县开展乙脑预防接种的月份,凡满1、2足岁的儿童要不失时机去村卫生室或乡卫生院接种乙脑疫苗。

春季是鼠类繁殖期,抓紧这一有利时机灭鼠,可收到事半功倍的效果。

5月份疾病预测预报

气候特点

本月下旬起,天气渐热,晴几天,雨几天,出现梅雨。

可能发生或流行的主要疾病及其预防

天气渐渐转暖,细菌繁殖开始活跃,肠道传染病开始增多,所以,饭菜要特别注意烧熟煮透,隔顿隔夜应回锅,生熟分开,现烧现吃,防止食物中毒。在农村,还要加强饮水消毒,以防肠道传染病的发生。

5月份以后,伤寒、副伤寒病人逐渐增多,凡遇自觉疲倦、乏力、纳差、持续高热5天以上的病人,不要轻易当作感冒来治。

5月份是市区开展乙脑预防接种,凡满1、2足岁儿童要不失时机去户口所在地的地段医院接种乙脑疫苗。

6月份疾病预测预报

气候特点

本月中旬入梅,天气闷热,潮湿,多雨、多雷雨。

可能发生或流行的主要疾病及其预防

6月份是上海地区食物中毒高发季节。集体食堂、饭店、饮食摊点等要格外注意饮食卫生，居民家庭不宜在这个季节自办酒席。

时值梅雨季节，尤其在南方地区要注意防霉防潮及食物的霉变。

端午节，家家户户吃粽子。粽子要现烧现吃，当天吃不完，隔天回锅蒸透再吃。另外，粽子不易消化，过食有碍脾胃，老人、儿童尤应注意。

工厂、企业单位要及早落实防暑降温措施，预防中暑发生。

城市家庭养花，施肥要注意卫生，鱼肚肠、鸡蛋壳应先放在盆中，再用塑料薄膜封口，发酵后才能施用，防止孳生苍蝇。

屋前宅后，要经常翻缸倒罐；及时清除积水，防止孳生蚊虫。

夏季常常是江南地区流感的流行季节，所以要严密注意疫情动向，发现有感冒（尤其是成人）持续3天发热者、呈一户多发或多户续发者应警惕流感流行，及时报告卫生防疫部门。

7月份疾病预测预报

气候特点

中旬始天气炎热，除台风和局部雷阵雨外，晴热少雨，伏旱常见。

可能发生或流行的主要疾病及其预防

7月份出梅以后进入盛夏，天气炎热，要注意预防中暑，尤其是产妇、年老、体弱者更应注意居室通风，多饮水，穿着不宜过多。

7月份是菌痢、伤寒及副伤寒等肠道传染病的多发月份，大量瓜果上市更应注意饮食卫生。

7月下旬、8月上旬是江南地区乙脑集中的发病季节，如遇持续高热，伴有头痛、呕吐、惊厥等病症，应警惕乙脑，及时救治。

7月份又是江南地区流行性感冒的好发季节，一旦发现可疑病人应及时报告卫生防疫部门。

7月份也是病毒性腹泻流行季节，要注意饮食卫生。

盛夏是农村儿童发生溺水事故最多的季节，要教育儿童不要私自去江河嬉水。

要注意预防烫伤。

8月份疾病预测预报

气候特点

中、上旬天气同7月，下旬天气同9月。

可能发生或流行的主要疾病及其预防

夏秋季是“红眼睛”的好发季节，注意个人卫生，不合用毛巾，不用脏手揉眼睛。一旦发生“红眼睛”，严格做到面盆、毛巾、手帕专用，病人自觉不到游泳池游泳。

立秋后，江南地区早晚气温较低，有时晚间出现露水，不要露宿，小心着凉。

秋季是疟疾的好发季节，如有发冷，继之高热、出汗、热退等症状反复发作的病人，应警惕是否患了疟疾，并去医院认真诊治。

秋季是农村使用农药比较集中的季节，要做好安全使用农药的宣传。

9月份疾病预测预报

气候特点

天气由热转凉，白露前多“秋老虎”天气，白露后多秋风、秋雨和台风。

可能发生或流行的主要疾病及其预防

过了白露，哮喘病人容易复发，因此要特别注意保暖，服用平喘药物，以预防哮喘发作。

秋季是钩端螺旋体病的好发季节，如有发热、全身酸痛、乏力、眼结膜充血、腓肠肌疼痛和淋巴结肿大，应警惕钩端螺旋体病。

国庆前后，江南地区时冷、时热，因此要格外注意食物中毒的预防。

白露以后，气温开始下降，蚊蝇入室，结合迎国庆大扫除，铲除蚊蝇孳生地，扑打蚊蝇。

10月份疾病预测预报

气候特点

雨水显著减少，秋高气爽，多晴天，天气渐寒，后期有早霜。

可能发生或流行的主要疾病及其预防

秋季是甲型肝炎的好发季节，如发现有发热、纳差、乏力、面黄等症状时，谨防甲肝。托儿所、幼儿园要加强晨间检查，发现甲肝病人应及时隔离治疗，以防疫情扩散。

霜降以后，北方冷空气经常袭击江南地区。暴冷容易诱发性慢性支气管炎、胃十二指肠溃疡出血、高血压病人中风、冠心病人心肌梗塞等意外，要教育病人注意收听天气预报，注意保暖，防止意外。

天气渐冷，容易伤风感冒，当心衣着冷热，夜间盖好被子。外出淋雨后要及时脱去湿衣服、鞋、袜，擦干皮肤和头发。

10~11月是江南地区鼠类繁殖的第二高峰期、鼠洞内存鼠率高，并可捕获较多孕鼠，故抓紧有利时机灭鼠，可以收到事半功倍的效果。

11月份疾病预测预报

气候特点

中上旬天气同10月，下旬同12月。

可能发生或流行的主要疾病及其预防

秋冬(11月至次年1月)是流行性出血热的好发季节。防治出血热的关键在于消灭老鼠和早期救治病人。如发现突然寒战、高热、三红(面红、颈红、胸部红)、三痛(头痛、腰痛、眼眶痛)和皮肤粘膜出血点的病人，谨防出血热，应及时去医院救治。

秋冬季又是婴儿腹泻的好发季节。要注意饮食卫生，提

倡母乳喂养，注意奶瓶、奶头的消毒。

初冬，特别是寒潮暴冷时，容易诱发中风等脑血管意外。因此，有高血压病史的人，如果突然感到一侧面部、唇、舌、手足麻木、嘴歪、流涎、言语含糊、视力模糊时，应绝对卧床休息，以免发生中风。

正值毛蚶上市。要吸取 1988 年上海甲肝流行教训，千万不能生食毛蚶。

12 月份疾病预测预报

气候特点

天气渐冷，常有寒潮影响，多暴冷和霜冻。

可能发生或流行的主要疾病及其预防

冬春季节是流行性脑脊髓膜炎的好发季节。在流脑流行的季节里，要注意开窗通风，勤晒被褥，婴幼儿尽量少去人多拥挤的公共场所。一旦发现有突然高热、呕吐、惊厥等症状时，谨防流脑，及时去医院救治。

流脑多糖体菌苗是预防流脑的一种特异性免疫措施，效果十分满意。凡满 3~12 岁儿童均应及时接种，3 年后加强 1 次。

冬春季又是甲型肝炎、流行性出血热的好发季节，要继续加强防范措施。

患有慢性支气管炎、胃十二指肠溃疡、高血压、冠心病等疾病者，要注意保暖，防止发生意外。

(傅善来)

VI. 急救卡

参见书末。

自 救 互 救 篇

第一章 常见疾病 (症状) 急救

高热

通常指体温在 39°C 以上, 是人体对疾病的强烈反应。病人面色潮红、皮肤烫手、呼吸及脉搏增快 (通常体温每升高 1°C , 呼吸频率增快 3~4 次, 脉搏增快 10 次左右。如果成人安静时每分钟呼吸是 16 次、脉搏 80 次的话, 那么, 39°C 高热时, 每分钟呼吸 24 次左右, 脉搏 100 次上下)。如发热过高 (体温超过 41°C) 或过久, 会使人体各系统和器官发生障碍, 特别是脑、肝、肾等重要器官造成损伤, 应及时采取必要的降温措施。

【现场急救】

1. 物理降温。用冰袋或冰块外包毛巾敷头部, 以保护脑细胞。酒精加冷水擦拭病人颈部、腋下、腹股沟等处, 喝冰水或冰冻饮料。但不能使体温下降太快, 以免虚脱。
2. 针刺十指尖出血可泻热降温。
3. 即送医院诊治。

惊厥 (抽搐)

惊厥俗称抽风。最常见的是儿童高热惊厥, 其次是癫痫、

瘵病所致的惊厥。

高热惊厥 多以高热为主要表现。儿童因中枢神经系统发育不全，大脑皮层调控能力差，容易因高热而发生惊厥且多见于6个月至5岁间。

起病突然，常有寒战、四肢发冷及发紫，随后体温升高、面色潮红、眼结膜充血、呼吸加快、眼球及面部出现小抽动，继之两眼固定或向上斜视，面部、肢体或全身绷紧强直，或一阵一阵地痉挛性抽动，短暂屏气，面色转白或发青，伴有不同程度意识障碍或昏迷。

【现场急救】

让病人平卧，身体偏向一侧，以防止舌后坠和口腔分泌物流入而堵住气管。臼齿间可嵌填毛巾或手帕，以防咬伤舌头。头部敷冷毛巾，针刺合谷或用手指甲掐入人中穴止痉，然后急送医院救治。

癫痫 癫痫俗称羊角风、羊癫风。

发作时，病人常突然大叫一声摔倒在地，两眼发直、固定不动，四肢伸直、拳头紧握、呼吸暂时停止，随后全身肌肉强烈地抽搐、眨眼、咬牙、口吐白沫或血沫（舌头咬破）、眼球上翻、眼睛发红、瞳孔散大，可伴有小便失禁。持续10秒钟后停止抽搐，进入昏睡，醒来自觉疲乏、头痛，对发作情况不能记忆。因发作时不自主地跌倒，常易造成外伤或溺水死亡。

【现场急救】

癫痫大发作时，救护者应注意病人体位，防止意外损伤。如果病人俯卧、口鼻着地，应立即改变其体位，防止窒息。同

时用筷子或木棒包上手帕塞在病人上下牙齿之间，防止咬伤舌头。

发作后短时间内能自行停止，故一般不需用药。如果抽搐不止，则有危险，需立即送医院救治。

瘵病 瘵病是神经官能症的一种表现，强烈的精神创伤是发病的诱因，而全身并没有主要脏器的损伤。多见于青年女性。突然起病，常在人多场合发作，表现为抽搐（一般发生四肢轻微抽动或挺直）、两眼上翻并不时地眨动及笑闹无常。可表现瘵症性昏厥或假性痴呆。发作可持续几小时。无大小便失禁及摔倒现象。有时可出现过度换气、四肢强直、昏睡。

【现场急救】

首先要保持病人安静休息，疏散围观的人，不要当着病人的面惊慌喧闹，可以让病人服1~2片安定等镇静药。如牙关紧闭、抽搐不止，可针刺人中、内关（掌面腕上横纹上2寸的两筋间）、劳宫（手心）、涌泉（足心）穴使之苏醒。利用氨水给其嗅觉以致刺激后能终止发作。如无合适针、药，可服维生素，也能起到一定的治疗作用，切不可当着病人面谈论引起发病的事，以让其安静入睡。

昏厥

昏厥也称晕厥，欲称昏倒。昏厥是一过性脑缺血、缺氧引起的短时间意识丧失现象。

引起昏厥的原因很多，过度紧张、恐惧而昏倒最多见，为血管抑制性昏厥，又称反射性昏厥或功能性昏厥。体位性昏

厥、排尿性昏厥也属此类。其他尚有心源性、脑源性、失血性、药物过敏性昏厥等。昏厥的临床表现为突然头昏、眼花、心慌、恶心、面色苍白、全身无力，随之意识丧失，昏倒在地。

【现场急救】

发生昏厥，不要惊慌，应先让病人躺下，取头低脚高姿势的卧位，解开衣领和腰带，注意保暖和安静。针刺人中、内关穴，同时喂服热茶或糖水，一般经过以上处理，病人很快恢复知觉。若大出血、心脏病引起的昏厥，应立即送医院急救。

休克

休克是由多种原因引起的急性循环功能不全的综合征。分为低血容量性休克、感染性休克、心源性休克、过敏性休克和神经性休克。其特征为迅速发生的精神呆滞或烦躁不安、体力软弱、四肢发冷、皮肤潮湿而苍白或有轻度发绀、脉细弱而快速、血压下降，收缩压在 10.7 千帕 (80 毫米汞柱) 以下，若不及时抢救常可危及生命。

【现场急救】

1. 尽可能少搬动或扰动病人，松懈病人衣扣，让病人平卧，头侧向一方（如心源性休克伴心力衰竭者，则应取半卧位），有严重休克的，头部放低，脚抬高；但头部受伤、呼吸困难或肺水肿者可稍微提高床头；注意保暖，但勿过热，有时可给热饮料如浓茶或姜汤一杯；有条件的可吸氧。针刺人中、十宣穴，或加刺内关、足三里。密切观察心率、呼吸、神

志改变，并作详细记录。

2. 出血，应立即止血。

3. 即送医院抢救。

附：青霉素过敏休克

一旦发生青霉素过敏休克，必须分秒必争地进行抢救，除休克的一般抢救外，可立即注射（皮下或肌肉）0.1%肾上腺素，成人一次用量为1毫升，儿童为0.5毫升，必要时可静脉或心内注射，若休克症状不见缓解，可每半小时重复注射一次，直至脱离危险为止。必要时送医院救治。

昏迷

昏迷是大脑中枢受到严重抑制的表现，病人意识丧失。昏迷是临床上极其严重的一种现象。

【现场急救】

必须严密观察，细心护理，清除病人鼻咽部分泌物或异物，保持呼吸道通畅。取侧卧位，防止痰液吸入。若无禁忌证，将病人安置在无枕平卧位。对躁动者应加强防护，防止坠地并急送医院救治。

高血压危象

高血压危象是一种极其危急的症候，常在不良诱因影响下，血压骤然升到26.6/16千帕（200/120毫米汞柱）以上，出现心、脑、肾的急性损害危急症候。病人感到突然头痛、头晕、视物不清或失明；恶心、呕吐、心慌、气短、面色苍白或潮红；两手抖动、烦躁不安；严重的可出现暂时性瘫痪、失

语、心绞痛、尿混浊；更重的则抽搐、昏迷。

【现场急救】

不要在病人面前惊慌失措，让病人安静休息，头部抬高，取半卧位，尽量避光，病人若神志清醒，可立即服用双氢克尿噻 2 片、安定 2 片；或复方降压片 2 片，少饮水，并尽快送病人到医院救治。在去医院的路上，行车尽量平稳，以免因过度颠簸而造成脑溢血。头痛严重可针刺百会穴（两耳尖连线在头顶正中点）使之出血，以缓解头痛。如果发生抽搐，可手掐合谷、人中穴。注意保持昏迷者呼吸道通畅，让其侧卧，将下颌拉前，以利呼吸。

脑血管意外（中风）

脑血管意外又称中风、卒中。起病急，病死和病残率高，为老年人三大死因之一。抢救方法很关键，若不得法，则会加重病情。

中风可分为脑溢血和脑血栓形成两种。脑溢血多发生在情绪激动、过量饮酒、过度劳累后，因血压突然升高导致脑血管破裂。脑溢血多发生在白天活动时，发病前少数人有头晕、头痛、鼻出血和眼结膜出血等先兆症状，血压较高。病人突然昏倒后，迅即出现昏迷、面色潮红、口眼歪斜和两眼向出血侧凝视，出血对侧肢体瘫痪、握拳，牙关紧闭，鼾声大作，或面色苍白、手撒口张、大小便失禁。有时可呕吐，严重的可伴有胃出血，呕吐物为咖啡色。

脑血栓形成通常发生在睡眠后或安静状态下。发病前，可有短暂脑缺血，如头晕、头痛、突然不会讲话，但不久又恢

复, 肢体发麻和感沉重等。往往在早晨起床时突然觉得半身不听使唤, 神志多数清醒, 脉搏和呼吸明显改变, 逐渐发展成偏瘫、单瘫、失语和偏盲。

【现场急救】

发生中风时, 病人必须绝对安静卧床 (脑溢血病人头部垫高), 松开领扣, 头和身体向一侧, 防止口腔分泌物流入气管, 以保持呼吸道通畅, 急送就近医院救治。同时要避免强行搬动病人, 尤其要注意头部的稳定, 否则会错过最有利的治疗时机而造成病情加重和抢救失败。

心动过缓

成人每分钟心跳频率在 60 次以下者称心动过缓。但是, 经过长期体育锻炼或重体力劳动者, 虽然每分钟心率只有 50~60 次, 但精力充沛, 无任何不适者则不属于病态。如果平时心率每分钟 70~80 次, 降到 40 次以下时, 病人自觉心悸、气短、头晕和乏力, 严重时伴有呼吸不畅、脑闷, 有时心前区有冲击感, 更重时可因心排出量不足而突然昏倒。

【现场急救】

心动过缓出现胸闷、心慌, 每分钟心率在 40 次以下者, 可服用阿托品 0.3~0.6 毫克 (1~2 片), 每天 3 次, 紧急时可肌肉注射阿托品 0.5 毫克 (1 支)。或口服普鲁本辛 15 毫克 (1 片), 每天 3~4 次。配合服生脉饮 2~3 支、麻黄素 25 毫克 (1 片), 每天 3 次口服。如果因心脑血管缺血而晕厥者, 应让病人取头低足高位静卧, 并注意保暖。松开领扣和裤带, 指掐人中穴使之苏醒, 并立即送医院救治。

心动过速

成人每分钟心率超过 100 次称心动过速。心动过速分生理性和病理性两种。跑步、饮酒、重体力劳动及情绪激动时心律加快为生理性心动过速；若高热、贫血、甲亢、出血、疼痛、缺氧、心衰和心肌病等疾病引起心动过速，称病理性心动过速。

病理性心动过速又可分为窦性心动过速和阵发性室上性心动过速两种。窦性心动过速的特点是心率加快和转慢都是逐渐进行，通常每分钟心率不会超过 140 次，多数无心脏器质性病变的，通常无明显不适，有时有心慌、气短等症状。阵发性室上性心动过速每分钟心率可达 160~200 次，以突然发作和突然停止为特征，可发生于心脏有器质性病变或无心脏器质性病变者。发作时病人突然感到心慌和心率增快，持续数分钟、数小时至数天，突然恢复正常心率。发作时病人自觉心悸、胸闷、心前区不适及头颈部发胀、跳动感。无心脏病者一般无重大影响，但发作时间长，每分钟心率在 200 次以上时，因血压下降，病人发生眼前发黑、头晕、乏力和恶心呕吐，甚至突然昏厥、休克。冠心病病人出现心动过速，往往会诱发心绞痛。

【现场急救】

可试用以下几种方法：

1. 让病人大声咳嗽。
2. 嘱病人深吸气后憋住气，然后用力作呼气动作。
3. 手指刺激咽喉部，引起恶心、呕吐。

4. 嘱病人闭眼向下看,用手指在眼眶下压迫眼球上部,先压右眼。同时搭脉搏数心率,一旦心动过速停止,立即停止压迫。但切勿用力过大,每次 10 分钟,压迫一侧无效再换对侧,切忌两侧同时压迫。青光眼、高度近视眼禁忌。同时口服心得安或心得宁片。如果上述办法不能缓解,病人仍头昏、出冷汗、四肢冰凉,应立即送医院救治。

心力衰竭

心力衰竭分左心衰竭、右心衰竭和全心衰竭,是心脏病后期发生的危急症候。

左心衰竭的早期表现为体力劳动时呼吸困难,端坐呼吸。病情发展严重时,病人常常在夜间憋醒,被迫坐起,咳喘有哮鸣音,口唇发紫,大汗淋漓,烦躁不安,咳粉红色痰,脉搏细而快。

右心衰竭初起可有咳嗽、咳痰、哮喘、面颊和口唇发紫、颈部静脉怒张、下肢浮肿,严重者还伴有腹水和胸水。

同时出现左心和右心衰竭的为全心衰竭。

【现场急救】

首先要让病人安静,减少恐惧躁动。有条件的马上吸氧(急性肺水肿时吸氧可通过 75%酒精溶液),松开领扣、裤带。让病人取坐位,两下肢随床沿下垂,必要时可用胶带轮流结扎四肢,每一肢体结扎 5 分钟,然后放松 5 分钟,以减少回心血量,减轻心脏负担。口服氨茶碱、双氢克脉嗪各 2 片,限制饮水量,同时立即送病人去医院救治。

心跳骤停

心跳骤停提示心脏突然停止跳动，大动脉搏动与心音消失，重要器官如脑严重缺血、缺氧，导致生命终止。这种出乎意料的突然死亡，医学上又称猝死。

【现场急救】

心脏骤停的抢救必须争分夺秒，千万不要坐等救护车到来再送医院救治。要当机立断采取以下急救措施进行心肺复苏。

1. 叩击心前区：用拳头底部多肉部分，在胸骨中段上方，离胸壁 20~30 厘米处，突然、迅速地捶击一次。若无反应，当即做胸外心脏按压。让病人背垫一块硬板，同时做口对口人工呼吸（详见心肺复苏术）。观察病人的瞳孔，若瞳孔缩小（是最灵敏、最有意义的生命征象），颜面、口唇转红润，说明抢救有效。

2. 针刺人中穴或手心的劳宫穴、足心涌泉穴，起到抢救作用。

3. 迅速掏出咽部呕吐物，以免堵塞呼吸道或倒流入肺，引起窒息和吸入性肺炎。

4. 头敷冰袋降温。

5. 急送医院救治。

心绞痛

心绞痛是冠心病常见症状，多见于 40 岁以上中、老年人，男性多于女性。其为心肌缺血、缺氧发出的求救信号。频繁

发作应警惕心肌梗塞。

心绞痛常常发生在劳累、饱餐、受寒和情绪激动时，胸骨后突然发生范围不太清楚的闷痛、压榨痛或紧缩感，疼痛向右肩、中指、无名指和小指放射。病人自觉心慌、窒息，有时伴有濒死的感觉。每次发作历时1~5分钟，很少超过15分钟。不典型的心绞痛表现多种多样，有时仅有上腹痛、牙痛或颈痛。

【现场急救】

1. 立即让病人停止一切活动，坐下或卧床休息。含服硝酸甘油片，1~2分钟即能止痛，且持续作用半小时；或含服消心痛1~2片，5分钟奏效，持续作用2小时，也可将亚硝酸异戊酯放在手帕内压碎嗅之，10~15秒即可奏效。但有头痛、头痛、面红、发热的副作用，高血压性心脏病患者忌用。
2. 若当时无解救药，也可指掐内关穴（前臂掌侧横纹上2寸，两条筋之间）或压迫手臂酸痛部位，也可起到急救作用。
3. 休息片刻，待疼痛缓解后再送医院检查。

心肌梗塞

心绞痛进一步发展，当冠状动脉较大的分枝完全或近乎完全阻塞时，相应的心肌得不到血液的供应而坏死，就会发生心肌梗塞。心肌梗塞时有胸痛，疼痛性质与心绞痛相似，但更为剧烈。与心绞痛不同的是，疼痛持续的时间较长，往往可达几小时，甚至1~2天，范围也较广，可波及左前胸与中上腹部。可伴有恶心、呕吐和发热等症状，严重的可发生休克、心力衰竭和心律失常，甚至猝死。

【现场急救】

1. 心肌梗塞急性发作时应卧床休息，尽量少搬动病人。室内保持安静，切不可啼哭喊叫，以免刺激病人加重病情，与此同时立即与急救中心取得联系。

2. 在等待救护车期间，若发现病人脉搏细弱、四肢冰冷，提示可能将发生休克，应轻轻地将病人头部放低，足部抬高，以增加血流量。如果发生心力衰竭、憋喘、口吐大量泡沫痰以及过于肥胖的病人，头低足高位会加重胸闷，只能扶病人取半卧位。让病人含服硝酸甘油、消心痛或苏合香丸等药物。烦躁不安者可服安定等镇静药，但不宜多喝水，应禁食。解松领扣、裤带，有条件的吸氧，注意保暖。针刺内关穴。若病人脉搏突然消失，应立即做胸外心脏按压和人工呼吸（详见心肺复苏节），且不能中途停顿，须持续到送医院抢救之后。

呕血、黑粪

呕血或黑粪是消化道大量出血的一种表现。一般由食管、胃、十二指肠和肝脏疾病引起。

【现场急救】

1. 让病人迅速安静下来，绝对卧床休息，头侧向一方，暂勿搬动，保持安静。如发生休克，头部轻轻放低，足部抬高，并注意保暖，但不宜太热。有呕血，不要强行咽下，以免呛入肺中。

2. 在病人上腹部放置冰袋，以减少出血。

3. 将中药三七（3克）和白茯苓（9克）共研粉后用开水冲调，待凉后让病人服用，有良好止血作用，每天3次。

4. 待病情稍稳定后立即送医院救治。

咯血

咯血通常由肺结核、支气管扩张、肺部肿瘤和心脏病引起。

【现场急救】

1. 设法劝慰病人，消除惊慌。让病人取侧卧位，头侧向一方，不要大声说话和用力咳嗽，冷毛巾或冰袋冷敷胸部（但要注意其他部位保暖），减少咯血。出血量多的可用砂袋压迫患侧胸部，限制胸部活动（适用于病变部位已经明确的病人）。如离医院很远，则应在咯血缓解后才能送医院抢救，否则途中颠簸会加重病情，甚至死亡。

2. 口服三七粉、安络血或云南白药；农村也可用草木灰冲服止血；还可取鲜藕捣烂取汁冲服半碗，必要时服镇静药。

3. 大咯血常造成窒息，一定要嘱咐病人把血吐出，不能强行憋住，也不要咽下，以免血块堵住气管。病人在咯血中，突然咯不出来，张口瞪目、烦躁不安、不能平卧、急于坐起、呼吸急促、面部青紫和喉部痰声辘辘，这些都是窒息的信号，有经验的病人还会用手指指着喉部，示意呼吸道堵塞。此时当争分夺秒，想方设法迅速排除呼吸道凝血块，恢复呼吸道畅通。

附：咯血所致窒息病人的抢救

立即拦腰抱起病人，让其上身俯下、头低垂，轻拍病人背部。若是卧床病人，应立即让病人上半身垂在床沿下；如果病人病变部位明确，上身悬垂时注意健侧在上，病侧在下，

同时将病人头向后仰伸，用金属匙柄，或用手指（包上纱布），撬开病人上下牙，清除口腔内血块，轻轻拍击病人背部，以利呼吸道内瘀血块排出。待病人恢复自动呼吸、面色转红和脱离危险后，立即送医院救治。

中暑

盛夏，往往在通风不良的窑洞里、闷热的产房内以及烈日下和高温环境里，由于高温不断作用于人体，体内散热困难，易引起头痛、头晕、体温升高、恶心和呕吐等中暑症状，严重的甚至可发生虚脱晕倒。

首先将病人搬到阴凉通风的地方平卧（头部不要垫高），解开衣领，同时用浸湿的冷毛巾敷在头部，并快速扇风。轻者一般经过上述处理会逐渐好转，再服一些人丹或十滴水。重者，除上述降温方法外，还可用冰块或冰棒敷其头部、腋下和大腿腹股沟处，同时用井水或凉水反复擦身、扇风进行降温。

严重者应即送医院救治。

自发性气胸

无明显外伤原因而突然发生呼吸困难，且症状越来越严重，胸部为刺痛，口唇发紫，应首先想到的是自发性气胸。

自发性气胸起病急骤，病情严重，若不及时抢救，常可危及生命。自发性气胸多见于青壮年，常因大笑、屏气、用力过度、剧烈咳嗽而发生，老年人多见于患有慢性支气管炎、肺结核、肺气肿病人。

【现场急救】

1. 立即让病人取半坐半卧位, 不要过多移动, 有条件的吸氧。家属和周围人员保持镇静。

2. 立即行胸腔排气, 这是抢救成败的关键。在紧急情况下, 可用大针管以胶管连接针头, 自锁骨中线外第二肋间上缘刺入 1~2 厘米抽气, 即可解除病人呼吸困难。也可将手指或避孕套紧缚在穿刺针头上, 在胶套尾端剪一弓形裂口, 吸气时, 胸腔里负压, 裂口闭合, 胶套萎陷, 胸腔外空气不得进入。呼气时, 胸腔呈正压, 胶套膨胀, 弓形口裂开, 胸腔内空气得已排出。若急救现场无注射器, 应争分夺秒送医院救治。

低血糖症

饥饿、呕吐、摄食障碍和发热等情况, 可引起低血糖症, 儿童尤为多见。起病多在清晨或当饥饿及体力劳动后出现, 自觉饥饿感、疲倦、面色苍白、出汗、嗜睡、震颤与心搏微弱等。

【现场急救】

1. 平卧。
2. 口服糖开水。
3. 去医院作进一步检查。

(傅善来)

灼伤

灼伤是工业生产、战争和日常生活常见的损伤, 它包括

高温（火焰、沸水、蒸气、热油、灼热金属）、化学物质（强酸、强碱）、电流（高压电）及放射线（X射线、γ射线）等引起的机体组织灼伤。

【现场急救】

热烧伤 迅速离开致伤现场，衣服着火者，应立即卧倒，在地上慢慢打滚或用水、大衣或雨衣等灭火，或立即将着火衣服脱去。切勿直立奔跑、呼喊以免助长燃烧引起呼吸道烧伤，也不要双手扑火。

沸水、蒸气烫伤 立即剪开衣袖、裤袜，然后将湿衣服、裤袜脱去，肢体可浸于冷水中以减轻疼痛，创面包扎。

化学烧伤 强酸烧伤立即用大量清水或3%~5%碳酸氢钠液冲洗创面；强碱烧伤用大量清水或1%~2%醋酸冲洗创面；生石灰烧伤应先去净石灰粉粒后，再用大量清水冲洗；磷烧伤最好浸泡在流水中冲洗，除去磷颗粒，创面用湿纱布包扎或暴露创面，忌用油质敷料或药膏。

电烧伤 先作心肺复苏抢救生命，再处理创面。

创面保护 用敷料包扎，若无敷料可用清洁床单、被单、衣服等包裹转送医院。

转运 原则转送当地医院，如当地无条件治疗需要转送者，应掌握运送时机，要求呼吸道通畅，无活动性出血，休克基本控制，减少途中颠簸。重度烧伤要求在8小时内送到救治单位，否则在休克期过后（伤后48小时）再送。转运途中要输液，并采取抗休克措施。

抗感染处理 烧伤后尽快肌肉注射破伤风抗毒血清1500~2000单位，重度烧伤或创面污染严重者，宜使用抗生

素。

轻度或中度烧伤全身情况好者，可饮烧伤饮料（每1000毫升水中加氯化钠3克、碳酸氢钠1.5克、葡萄糖50克），伤后忌饮白开水。重度烧伤必须静脉输液抗休克，并肌肉注射杜冷丁50~100毫克或吗啡6~10毫克，以镇静、止痛。

电击伤 (触电)

电击伤俗称触电，是由于电流通过人体所致的损伤。大多数是因人体直接接触电源所致，也有被数千伏以上的高压电或雷电击伤。

接触1000伏以上的高压电多出现呼吸停止，220伏以下的低压电易引起心肌纤颤及心搏停止，220~1000伏的电压可致心脏和呼吸中枢同时麻痹。触电局部可有深度灼伤，而呈焦黄色，与周围正常组织分界清楚，有2处以上的创口，1个入口、1个或几个出口，重者创面深及皮下组织、肌腱、肌肉、神经，甚至深达骨骼，呈炭化状态。

【现场急救】

1. 立即切断电源，或用不导电物体如干燥的木棍、竹棒或干布等物使伤员尽快脱离电源。急救者切勿直接接触触电伤员，防止自身触电而影响抢救工作的进行。

2. 当伤员脱离电源后，应立即检查伤员全身情况，特别是呼吸和心跳，发现呼吸、心跳停止时，应立即就地抢救。

(1) 轻症：即神志清醒，呼吸心跳均自主者，伤员就地平卧，严密观察，暂时不要站立或走动，防止继发休克或心

衰。

(2) 呼吸停止，心搏存在者，就地平卧解松衣扣，通畅气道，立即口对口人工呼吸，有条件的可气管插管，加压氧气人工呼吸。亦可针刺人中、十宣、涌泉等穴，或给予呼吸兴奋剂（如山梗菜碱、咖啡因、可拉明）。

(3) 心搏停止，呼吸存在者，应立即作胸外心脏按压。

(4) 呼吸心跳均停止者，则应在人工呼吸的同时施行胸外心脏按压，以建立呼吸和循环，恢复全身器官的氧供应。现场抢救最好能两人分别施行口对口人工呼吸及胸外心脏按压，以 1:5 的比例进行，即人工呼吸 1 次，心脏按压 5 次。如现场抢救仅有 1 人，用 15:2 的比例进行胸外心脏按压和人工呼吸，即先作胸外心脏按压 15 次，再口对口人工呼吸 2 次，如此交替进行，抢救一定要坚持到底。

(5) 处理电击伤时，应注意有无其他损伤。如触电后弹离电源或自高空跌下，常并发颅脑外伤、血气胸、内脏破裂、四肢和骨盆骨折等。如有外伤、灼伤均需同时处理。

(6) 现场抢救中，不要随意移动伤员，若确需移动时，抢救中断时间不应超过 30 秒。移动伤员或将其送医院，除应使伤员平躺在担架上并在背部垫以平硬阔木板外，应继续抢救，心跳呼吸停止者要继续人工呼吸和胸外心脏按压，在医院医务人员未接替前救治不能中止。

溺水

溺水是常见的意外，溺水后可引起窒息缺氧，如合并心跳停止的称为“溺死”，如心跳未停止的则称“近乎溺死”这

一分类对病情和预后估计有重要意义,但救治原则基本相同,因此统称为溺水。

【现场急救】

1. 将伤员抬出水面后,应立即清除其口、鼻腔内的水、泥及污物,用纱布(手帕)裹着手指将伤员舌头拉出口外,解开衣扣、领口,以保持呼吸道通畅,然后抱起伤员的腰腹部,使其背朝上、头下垂进行倒水。或者抱起伤员双腿,将其腹部放在急救者肩上,快步奔跑使积水倒出。或急救者取半跪位,将伤员的腹部放在急救者腿上,使其头部下垂,并用手平压背部进行倒水。

2. 呼吸停止者应立即进行人工呼吸,一般以口对口吹气为最佳。急救者位于伤员一侧,托起伤员下颌,捏住伤员鼻孔,深吸一口气后,往伤员嘴里缓缓吹气,待其胸廓稍有抬起时,放松其鼻孔,并用一手压其胸部以助呼气。反复并有节律地(每分钟吹16~20次)进行,直至恢复呼吸为止。

3. 心跳停止者应先进行胸外心脏按摩。让伤员仰卧,背部垫一块硬板,头低稍后仰,急救者位于伤员一侧,面对伤员,右手掌平放在其胸骨下段,左手放在右手背上,借急救者身体重量缓缓用力,不能用力太猛,以防骨折,将胸骨压下4厘米左右,然后松手腕(手不离开胸骨)使胸骨复原,反复有节律地(每分钟60~80次)进行,直至心跳恢复为止。

(吕永富)

颅脑外伤

颅脑外伤有时伴有其他部位的外伤,如骨折、肝脾破裂

等内脏伤，在此仅对处理颅脑外伤时的注意事项作一介绍。

颅脑外伤后有一段昏迷时间，有的在受伤后即有意识丧失，神志不清，有两种情况：一是昏迷时间很短，在几分钟到30分钟内清醒的多是脑震荡；有的无昏迷但对受伤前的事件记忆丧失，医学上称为逆行性遗忘。对这类伤员要绝对卧床，并严密观察，因为少数伤员在这一清醒期后有颅内血肿压迫脑组织再度昏迷时，需要急诊抢救。至于一直清醒的伤员因脑水肿而有头痛症状的可给脱水剂治疗，轻微头痛症状有时会维持一二月，不必紧张，以后会逐步消失。二是昏迷一直不醒，说明有脑挫伤、脑裂伤、颅内出血或脑干损伤，要送医院治疗。

【现场急救】

送医院前让病人平卧，去掉枕头，头转向一侧，防止呕吐时食物吸入气管而致窒息。更不要捏人中或摇动头部以求弄醒病人，这样反会加重脑损伤和出血的程度。头皮血管丰富，破裂后易出血，看来很狼狈，但只要用一块纱布用手指压住即可。

(张延龄)

断肢（指、趾）伤

根据断肢损伤的性质，主要可分为切割性、辗压性和撕裂性三大类。切割性断肢是由锐利的刀具切割断的，其断面较整齐。辗压性断肢是由冲床冲压或火车等撕压断的，损伤部位的组织损伤较广泛而严重。撕裂性断肢是被滚动的轮带或离心机等将肢体撕断。断肢（指、趾）伤，肢体断离后，症

状明显，容易诊断。

【现场急救】

包括止血、包扎、保藏断肢及迅速运送等四方面。

1. 现场急救时若断肢仍在机器中，切勿强行将肢体拉出或将机器倒转，以免增加损伤。应立即停止机器转动，设法折开机器，取出断肢。

2. 创面可用无菌或清洁的敷料压迫包扎，若有大血管出血，可考虑用止血带止血，但要标明上止血带时间。

3. 如是不完全性断肢要将断处放在夹板上固定，迅速转送到有条件的医疗机构进行紧急处理。

4. 除非断肢污染严重，一般无需冲洗，用无菌或清洁敷料包扎好，可用干燥冷藏的方法保存起来，即先放入塑料袋中再放在加盖的容器内，外围以冰块（若一时无冰，则可用冰棒代替）保存，不让断肢与冰块直接接触，以防冻伤，也不要任何液体浸泡断肢。

骨折

开放性骨折诊断较易，闭合性骨折其局部多有肿胀，畸形。压痛及轴心叩击痛是判断有无移位骨折及外观有无畸形骨折的重要依据。伤处有异常活动及骨擦音是诊断骨折的确定性体征。若骨折已明确诊断则不应再做此项检查。

【现场急救】

1. 肢体骨折可用夹板和木棍、竹竿等将断骨上、下方两个关节固定，若无固定物，则可将受伤的上肢绑在胸部，将受伤的下肢同健肢一并绑起来，避免骨折部位移动，以减少

疼痛，防止伤势恶化。

2. 开放性骨折，伴有大出血者，先止血，再固定，并用干净布片或纱布覆盖伤口，然后速送医院救治。切勿将外露的断骨推回伤口内。若在包扎伤口时骨折端已自行滑回创口内，则到医院后，须向负责医生说明，提请注意。

3. 疑有颈椎损伤，在使伤员平卧后，用沙土袋（或其他代替物）放置头部两侧以使颈部固定不动。

4. 腰椎骨折应将伤员平卧在硬木板（或门板）上，并将腰椎躯干及两下肢一同进行固定预防瘫痪。搬动时应数人合作，保持平稳，不能扭曲。平地搬运时伤员头部在后，上楼、下楼、下坡时头部在上，搬运中应严密观察伤员，防止伤情突变。

5. 送医院诊治。

胸部外伤

胸部损伤以直接暴力撞击胸部，造成胸部开放伤和闭合伤。其中以发生肋骨骨折、气胸和血胸等多见。心脏区有外伤时，要注意心包出血及心包填塞症。常见原因为刀伤、钝器、火器伤和车祸所致。同时，胸部外伤常合并腹腔脏器等其他部位的损伤。这些严重损伤都威胁生命，应紧急处理后，送有关医院诊治抢救。

【现场急救】

1. 胸部开放伤要立即包扎封闭（不要用敷料填塞胸腔伤口，以防滑入）。

2. 清除呼吸道的血液和粘液；必要时在条件许可下行紧

急气管插管或切开术。

3. 多根肋骨骨折有明显的胸壁反常呼吸运动时，用厚敷料或急救包压在伤处，外加胶布绷带固定。

4. 有明显呼吸困难者，检查发现气管偏于一侧，应想到对侧有张力性气胸，立即在伤侧前胸壁锁骨中浅第二肋间穿刺排气。为安全送医院，可保留穿刺针头，用止血钳固定于胸壁上，并在针头上连接单相引流管或橡皮指套加剪缺口，持续排气。

5. 胸部伤送医院急救时应取 30° 的半坐体位，并用衣被将伤员上身垫高，有休克者可同时将下肢抬高，切不可头低脚高位。

（方能斋 李 勇）

腹部外伤

腹部外伤的轻重程度差别很大，轻的仅伤及腹壁层，表现为伤处疼痛、肿胀和血肿等，应让伤员平卧休息，可先用热敷和止痛，观察疼痛是否好转。重的可累及内脏，如肝脾破裂引起大出血，表现为面色苍白、血压低、脉细弱，神志烦躁，主诉口渴；或有胃肠穿孔引起腹膜炎，伤员主诉全腹持续性疼痛，不敢深呼吸或翻身，腹部拒按，因均可加剧腹痛程度。虽诉口渴，暂勿给饮水，让伤员安静平卧，等待送医院急救。

【现场急救】

腹壁有伤口的，称为开放性损伤，如伤口中有大网膜或小肠脱出腹壁外，不要强行推回腹腔内，暂用消毒纱布覆盖

保护即可，否则会加重污染，甚或导致休克的发生。急送医院后做清创手术，术中检查有无内脏损伤。

(张延龄)

脊柱、脊髓损伤

脊柱、脊髓伤常见房屋倒塌、高处跌下、车祸等，造成闭合性脊椎压缩性骨折、骨折脱位、脊髓伤，甚至发生不同部位的截瘫。火器性脊柱、脊髓伤常合并胸、腹及盆腔脏器伤，损伤严重，休克发生率高。同时，伤口一旦污染，会发生化脓性脑脊髓膜炎、脑膜外脓肿及骨髓炎等严重并发症。

【现场急救】

1. 若有伤口，应紧急包扎，并不宜轻易翻动伤员，有脑脊液漏要加厚包扎。
2. 对呼吸困难和昏迷者，要及时清理口腔分泌物，保持呼吸道通畅。
3. 急救搬运过程中，必须注意保持伤员头颈部和躯干的伸直位，决不可使脊柱屈曲和扭转。尤其是颈椎伤，更应小心搬动，并加以固定。不可抬起头部、躯干或坐起。搬运工具最好用平板担架或门板。
4. 有伤口或可能发生感染时，应合理应用抗生素。同时，预防和治疗其他部位伤，防止尿路感染及呼吸道并发症。
5. 高位截瘫者，必要时应早期行气管切开；途中较长时间搬动，应取出伤员衣袋中硬物等，以防压迫发生褥疮。
6. 立即送医院救治。

泌尿系统损伤 (尿道、肾、膀胱损伤)

在工矿企业劳动和日常生活中的损伤,常可伴有泌尿系统损伤,其中男性骑跨式球部尿道损伤最多见,肾和膀胱次之,输尿管损伤较少见。

尿道损伤

骑跨时尿道损伤,会阴部肿胀疼痛,排尿时疼痛加重,后尿道破裂伴骨盆骨折,移动时疼痛加剧,同时伴有血尿、排尿困难和尿潴溜等症,严重时可出现不同程度的休克。患者有骑跨式外伤或骨盆挤压伤史,出现尿道流血及排尿困难者,应考虑尿道损伤。

【现场急救】

防治休克,应及时输液、输血、镇静和止痛等,并应用有效抗生素预防感染。对轻度尿道损伤排尿不困难者,仅需多饮水,保持尿量。应用止血和抗菌药物,观察排尿通畅程度以决定是否行尿道扩张。

肾损伤

肾损伤 (挫伤、部分裂伤、金属裂伤及粉碎伤),分别表现为伤侧腰肋部疼痛,可引起肾绞痛、血尿及不同程度的休克。通常有腰部外伤后血尿病史,患侧腰肋部压痛和肌内强直,局部肿胀或触及肾血肿块,一般可确定有肾脏损伤。

【现场急救】

肾损伤多数可通过非手术支持疗法,如绝对卧床休息、定时测量体温、脉搏、呼吸、血压及检查腰腹部肿块;及时输液,补充血容量,并选用止血、镇痛、抗菌药物,对严重肾

裂伤、肾粉碎伤及肾开放性损伤，应早期手术处理。

膀胱损伤

有下腹部外伤史，排尿困难，有血尿，体检耻骨上压痛等考虑为腹膜内膀胱破裂。

【现场急救】

及时送医院抢救。

(方能斋 李 勇)

高空坠落伤

高空坠落伤是指人们在日常工作或生活中，从高处坠落，受到高速的冲击力，使人体组织和器官遭到一定程度破坏而引起的损伤。多见于建筑施工和电梯安装等高空作业，通常有多个系统或多个器官的损伤，严重者当场死亡。高空坠落伤除有直接或间接受伤器官表现外，尚可有昏迷、呼吸窘迫、面色苍白和表情淡漠等症状，可导致胸、腹腔内脏组织器官发生广泛的损伤。高空坠落时，足或臀部先着地，外力沿脊柱传导到颅脑而致伤；由高处仰面跌下时，背或腰部受冲若，可引起腰椎前纵韧带撕裂，椎体裂开或椎弓根骨折，易引起脊髓损伤。脑干损伤时常有较重的意识障碍、光反射消失等症状，也可有严重合并症的出现。

【现场急救】

1. 去除伤员身上的用具和口袋中的硬物。
2. 在搬运和转送过程中，颈部和躯干不能前屈或扭转，而应使脊柱伸直，绝对禁止一个抬肩一个抬腿的搬法，以免发生或加重截瘫。

3. 创伤局部妥善包扎,但对疑颅底骨折和脑脊液漏患者切忌作填塞,以免导致颅内感染。

4. 颌面部伤员首先应保持呼吸道畅通,撤除假牙,清除移位的组织碎片、血凝块、口腔分泌物等,同时松解伤员的颈、胸部钮扣。若舌已后坠或口腔内异物无法清除时,可用12号粗针穿刺环甲膜,维持呼吸,尽可能早作气管切开。

5. 复合伤要求平仰卧位,保持呼吸道畅通,解开衣领扣。

6. 周围血管伤,压迫伤部以上动脉干至骨骼。直接在伤口上放置厚敷料,绷带加压包扎以不出血和不影响肢体血循环为宜,常有效。当上述方法无效时可慎用止血带,原则上尽量缩短使用时间,一般以不超过1小时为宜,做好标记,注明上止血带时间。

7. 有条件时迅速给予静脉补液,补充血容量。

8. 快速平稳地送往医院救治。

(马 耘)

塌方伤

是指包括塌方、工矿意外事故或房屋倒塌后伤员被掩埋或被落下的物件压迫之后的外伤,除易发生多发伤和骨折外,尤其要提出挤压综合征的问题,肢体和肌肉丰富的部位长期受压,组织血供受损,缺血缺氧,易引起坏死。肌肉坏死对全身影响极为明显,横纹肌分解释出的肌红蛋白进入血流通过肾脏排出体外。一旦伤员从塌方中救出,压迫解除,血流恢复,上述的肌红蛋白大量经血循环流至肾脏,由于长期缺血缺氧,有酸中毒存在,肌红蛋白在酸性尿中大量沉积在肾

小管，引起急性肾功能衰竭，这一全过程是挤压综合征的致死原因，故在抢救多发伤的同时，要防止急性肾功能衰竭的发生，如给碳酸氢钠、速尿和甘露醇以碱化尿液和利尿，不使肌红蛋白沉积而迅速随尿液排出体外。

【现场急救】

从塌方中救出，必须急送医院抢救，方可及时采取防治肾功能衰竭的措施。

急腹症

急腹症是指一组以急发腹痛为主要表现的腹部外科疾病，种类很多，表现多样，但有一个共同的特点，即变化大，进展快，若延误时间就会给病人带来严重的后果，故要引起重视。

第一，在作出急腹症的诊断前，首先要排除腹腔以外的疾病，因为一些内科疾病和胸腔疾病都会引起腹痛，如下叶肺炎、胸膜炎、急性心肌梗塞、神经根炎、糖尿病酮症酸中毒、血紫质病、铅中毒和一些过敏性疾病等，这些病人会感到腹痛，但都是在原来内科疾病发作基础上出现的，而且这一腹痛仅是次要表现，或是在原疾病很多症状中一个新出现的表现。

第二，把腹痛的性质分为两大类，即吵闹型和安静型。所谓吵闹型是指阵发性绞痛，疼痛剧烈，病人大吵大闹，翻身打滚，或屈身而卧。(1) 肠绞痛：肠梗阻引起，伴有呕吐、腹胀和排便、排气停止，如疼痛转为持续性，腹部并有压痛，说明肠壁有血循环障碍，更要及时去医院求诊；(2) 胆绞痛：疼

痛多位于右上腹和中上腹，由胆囊炎、胆石症或胆道蛔虫症引起，若伴有高热和黄疸，必须及时到医院急诊；(3) 肾绞痛：由肾结石或输尿管结石引起，疼痛由腰部向下腹部放射，伴有血尿，可先用解痉药。

所谓安静型是指持续性疼痛，病人平身而卧，不敢随意翻身或大口呼吸，病人怕按压腹部，因为这种动作都可加重腹痛，仅是静静呻吟，呼痛。(1) 内脏炎症：疼痛均固定在某一部位，如胆囊炎在右上腹，阑尾炎在右下腹；(2) 内脏穿孔：如胃肠穿孔，穿孔时有剧烈疼痛，甚至有虚脱现象，胃液刺激腹膜，出现腹膜刺激症状，即按压腹壁引起的压痛，迅速松手又引起疼痛的反跳痛，腹肌收缩紧张或呈痉挛状，压痛、反跳痛和腹肌痉挛统称为腹膜刺激征；(3) 内出血：肝脾破裂、宫外孕破裂等都可引起大出血，血液刺激腹膜也可引起腹膜刺激征，病人面色苍白，出冷汗、脉细弱，有失血引起的休克症状。

第三，有些腹痛是由于内脏器官缺血引起，如脾扭转、脾梗塞、肠扭转和卵巢囊肿扭转等，组织缺血、缺氧引起的疼痛程度不亚于上述三种绞痛，剧烈而持续，腹膜刺激征时明显时不明显。

【现场急救】

急腹症的鉴别诊断不是很容易，去医院急诊前暂勿饮水或进食，万一是胃肠穿孔，要加重病情，有的急腹症需要紧急手术，进食后会增加麻醉的困难。再则不要给止痛药，因为医生诊断急腹症的病因主要是根据疼痛的部位、性质、程度及其进展情况，一旦用上止痛药，掩盖了症状，会给医生

诊断时带来假象。

(张延龄)

自杀 (缢死、刎颈、割脉)

自杀是一种社会现象，不同的社会制度均有发生。自杀的形式很多，如缢死、触电、服毒、跳楼、焚身、投河、刎颈、割脉和煤气吸入等。医务人员在抢救自杀病人时同样需要满腔热情，不能责备埋怨，要发扬革命的人道主义精神，尽最大可能抢救自杀者生命。

自杀的现场抢救因自杀形式不同而不同，有些已在其他有关章节中阐述，如投河详见溺水；触电见触电抢救节；跳楼见颅脑外伤或其他外伤节；煤气吸入见一氧化碳中毒节，不再重复。仅就缢死、刎颈和割脉的现场抢救作一概述。

【现场急救】

对自杀者的现场急救要注意以下几点共性问题：

1. 自杀的原因往往较复杂，医务人员应及时疏散围观人员，避免过多的刺激性询问，以免矛盾激化。
2. 严密观察自杀者动态，防止再自杀发生。要及时通知其家属或单位领导，并向公安部门报案。
3. 对一些烦躁不安的自杀者，可适当给予镇静药物以配合抢救治疗。

缢死

缢死 (俗称上吊) 造成颈部血管、神经、食管和呼吸道受压，继而引起呼吸障碍、脑部缺血缺氧和神经受压反射性导致呼吸、心跳停止。

【现场急救】

1. 首先应割断吊绳前先抱住自缢者，以免绳断时坠地摔伤。

2. 如见呼吸已停止，立即施行人工呼吸。颈部软组织出血或喉头有骨折发生影响人工呼吸效果时，可迅速行气管切开术。

3. 如见心跳已停止，则立即行胸外心脏按压，胸外心脏按压和人工呼吸应同时进行，越早越好，并持续 2~3 小时，不可轻易放弃。

4. 对于心跳尚存而呼吸微弱者，可静脉或肌肉注射尼可刹米 0.5~1 毫升，以兴奋呼吸中枢，必要时还可加大剂量或重复作用。

刎颈

刎颈造成颈部动静脉或气管、食管断裂，致脑部无血供及过多失血而休克死亡。其中血管断裂远较气管断裂更为致命。

【现场急救】

1. 刎颈最重要的现场急救是止血，无论是动脉还是静脉破裂，均应迅速将无菌棉垫或消毒纱布多层压迫止血。

2. 若出血不多，而气管、食管破裂，则应及时擦尽血污或食物残渣等，防止从气管断裂处吸入气道而造成窒息。

3. 及时联系转院抢救。

割脉

割脉引起大量出血，使肢体循环血量骤减，若延误抢救时间则会出现休克而死亡。

【现场急救】

1. 迅速将无菌棉垫或消毒纱布多层压迫止血，或加压包扎伤口。
2. 加压包扎后出血仍不止者，应在心脏近端按规定方法行止血带止血，或在血管搏动明显处采用血管钳止血。
3. 自杀者取头低足高位，以保证脑部和重要脏器的血液供应。
4. 送医院急救。

疝嵌顿

疝嵌顿是腹外疝的内容物进入疝囊，由于疝囊颈的弹性收缩，将内容物卡住，不能回纳到腹腔所致。如内容物为肠袢，局部可出现明显疼痛伴阵发性绞痛，并有恶心、呕吐、腹胀和排便排气停止等急性肠梗阻征象。如内容物为大网膜，常无急性肠梗阻表现。嵌顿性疝不及时诊断和处理，被嵌顿的肠袢可因循环障碍而坏死，以致发生急性腹膜炎症状并伴有休克。嵌顿性疝以腹股沟斜疝和股疝多见。

【现场急救】

1. 应尽早明确诊断，并急送医院手术治疗。
2. 腹外疝脱出，不要强行回纳。
3. 儿童、老人出现不明原因的急性绞痛或急性肠梗阻症状，包括不明原因儿童哭闹，应想到疝嵌顿的可能。
4. 一旦疑诊为疝嵌顿，并有急性肠梗阻症状，应禁食、输液、早期使用抗生素。

(高汉良)

狗咬伤

【现场急救】

狗咬伤,不管是疯狗,还是正常狗,都应以最快速度,就地用大量清水(10000毫升以上)冲洗伤口。若周围一时无水源,那末可先用人尿代替清水冲洗,然后再设法找水。

冲洗伤口要彻底。狗咬伤的伤口往往是外口小里面深,这就要求冲洗的时候尽可能把伤口扩大,并用力挤压周围软组织,设法把沾污在伤口上狗的唾液和伤口上的血液冲洗干净。若伤口出血过多,应设法立即上止血带,然后再送医院急救。记住:不要包扎伤口!

就地、立即、彻底冲洗伤口,是决定抢救成败的关键,切不可忘了冲洗伤口,或者马马虎虎冲洗一下,甚至涂点红汞包扎好伤口就送医院,这是绝对错误的。

猫咬伤

被猫咬伤后,伤口局部红肿、疼痛,严重的可引起淋巴管炎、淋巴结炎或蜂窝织炎,如猫染有狂犬病,其后果就更严重。因此,必须做好现场急救处理。

【现场急救】

如果四肢被咬伤,应在伤口上方结扎止血带,然后再作清创处理。先用清水、盐开水或1:2000高锰酸钾溶液冲洗伤口,然后在用碘酒或5%石炭酸局部烧灼伤口。其他部位的伤口处理同四肢。对伤势严重的应送医院急救。在狂犬病流行区,猫咬伤的处理应参照狗咬伤处理,以预防狂犬病。

(傅善来)

毒蛇咬伤

不同的毒蛇分泌不同的蛇毒，有的以神经毒素为主，引起四肢肌肉瘫痪和呼吸肌麻痹；有的以心脏毒素为主，引起心肌损害和心力衰竭；有的以血毒素为主，引起凝血机理紊乱、出血和溶血。故毒蛇咬伤主要在于心肺功能的支持和凝血机理紊乱的纠正。

【现场急救】

在自救的过程中，力求减少蛇毒的吸收，即在伤口上方或超过一个关节处绑扎止血带，越早越好，止血带的紧松度以压迫静脉但不影响动脉血供为准（即在结扎的远端仍可摸到动脉搏动），若无止血带，暂以布带替代，2小时后再予松绑，如每隔15分钟放松止血带反使蛇毒吸收增快，在2小时内足以完成伤口内蛇毒的清除以及全身蛇毒的中和等治疗。用肥皂水和清水清洗伤口周围皮肤，再用温开水或0.02%高锰酸钾反复冲洗伤口，洗去粘附的蛇毒液。沿毒蛇牙痕作“+”形切口，进行冲洗和排毒。以后的措施由就近医院继续治疗。

虫螫伤或咬伤

虫螫伤或咬伤在日常生活中常有发生，多数轻微而不引起人们注意，但有的毒性很大，仍需警惕。

蜂螫伤 局部红肿和疼痛，多数在数小时后自愈，蜂群多处螫伤者可出现严重的全身症状。

【现场急救】

用温开水反复清洗伤口，排除毒刺，蜜蜂螫伤用弱碱（如小苏打水）溶液中和毒液，黄蜂螫伤用弱酸（醋酸）溶液中和毒液。

蜈蚣咬伤 局部红肿和疼痛，可伴淋巴管炎和组织坏死。

【现场急救】

先用温开水，后用 5%碳酸氢钠溶液冲洗伤口。有过敏反应的多系毒液中组胺样物质所致，可用抗组胺药物（即常用的抗过敏药）。

蝎子螫伤 取出毒刺，伤口用 0.02%高锰酸钾溶液冲洗。我国东北地区曾发现有类似眼镜蛇毒性的蝎子螫伤，注意呼吸和血压，因蝎毒主要为神经毒素，注意肌肉痉挛、低血压、肺水肿和呼吸衰竭的发生。

毒蜘蛛咬伤 主要发生在亚热带和热带地区，其毒素主要为神经毒素和坏死毒素，严重的出现肌肉痉挛、溶血、急性肾功能衰竭和呼吸衰竭。自救同毒蛇咬伤的处理。

(张延龄)

外阴损伤

由于意外跌伤，如高处跌下，会阴恰巧骑跨在硬性物件上，如石块、木棒或暴力冲撞、脚踢、外阴猛烈落地等引起，临床表现大多有疼痛及出血症状。

【现场急救】

如发生在基层单位，有医疗条件的可进行妇科检查，以便于了解损伤情况。

1. 外阴浅表损伤, 出血量不多, 局部清洁, 加压止血、观察随访。

2. 外阴裂伤较深, 出血量多, 局部清洁, 加压止血, 注射止血剂, 转院处理。

3. 小血肿表现无裂伤, 加压止血, 24小时内局部冷敷, 以后改热敷。用枕垫高臀部, 观察血肿情况, 若无变化经处理后, 血肿可逐渐吸收。

4. 大血肿且伴继续扩大现象, 应防引起巨大血肿, 在清洁创口, 压迫止血时, 有条件可给止血补液, 并立即转院处理。

阴道损伤

阴道的外来损伤除外伤史外, 大多由于性交不当造成, 前驱原因阴道发育不全, 在哺乳期和绝经期由于内分泌改变, 阴道组织变脆, 粗暴性生活, 易发生阴道疾病等。

主要症状为阴道出血, 在性交中或后发生阴道流血, 甚至可大出血导致休克, 伴有剧痛, 多发生于产生第一次性交或绝经期。

【现场急救】

1. 因跌伤引起, 在基层单位有条件可用阴道窥阴器检查, 发现阴道裂伤出血量不多, 可先用消毒纱条塞阴道压迫止血, 再转院进一步检查治疗。

2. 性交所致阴道破裂, 大多在家中发生, 需急送医院急诊检查出血部位并就裂伤范围进行止血, 一般以缝合法及阴道填塞法, 加强宣传性生活知识很重要。

流产

妊娠于 28 周前终止, 胎儿体重小于 1000 克, 身长短于 35 厘米者, 称为流产。发生于孕 12 周前者, 称早期流产。发生于 12~28 周者称为晚期流产。若处理不及时常可因大出血而危至生命。

流产的主要症状为停经、阴道流血及腹痛, 有组织排出, 孕卵异常是早期流产的主要原因, 占 60% 以上, 其次是母体、免疫因素等。

【现场急救】

1. 阴道流血量不多, 伴轻微腹痛, 有闭经史, 早孕反应尿妊娠试验阳性, 基层单位有条件可进行妇检, 如子宫大小与闭经相符, 无流水, 宫口未开, 确诊先兆流产, 宜保胎治疗。原则: (1) 绝对卧床休息; (2) 应用镇静剂; (3) 内分泌治疗用黄体酮; (4) 维生素 E 治疗, 严密观察。约 60% 病人经适当治疗均有效。

2. 阴道大量出血, 阵缩变剧, 腹部剧痛有块物排出, 出血不停, 可能为不完全流产, 有条件可先应用宫缩剂, 保留块物即刻转院处理以防大出血引起休克, 危及生命。

异位妊娠 (宫外孕)

孕卵在子宫以外着床称为异位妊娠, 俗称宫外孕。异位妊娠可发生在输卵管、卵巢、腹腔、阔韧带等处, 其中以输卵管妊娠为最常见, 约占发病数 90%~95% 以上, 慢性输卵管炎, 能影响孕卵的正常输送, 是发生输卵管妊娠最常见的

病因。输卵管妊娠破裂，大量内出血可危及生命。

异位妊娠（宫外孕）大多发生在妊娠 6~7 周，阴道有点滴状流血，呈深褐色，有管型组织排出，一侧突发性腹痛为主要症状，如撕裂样，随后波及全腹，发生率 90% 以上，出血量多会导致休克，面色苍白，阴道流血与体征不符，血压下降，脉搏细速。

【现场急救】

1. 询问病史、月经史、有否停经、有否早孕反应。
2. 防止震动，减少病人体位变动，要平卧。
3. 基层单位有条件先行补液，紧急转院处理。

卵巢囊肿扭转

卵巢瘤有囊性、实性、良性、恶性，约 10% 卵巢瘤可发生扭转，扭转部位多发生在卵巢瘤带部，临床以中等大小活动性肿瘤容易发生扭转，肠蠕动，体位变动，如运动、起床、弯腰均可影响肿瘤转动而发生扭转。扭转突然发生，症状严重，多见一侧出现剧烈腹痛，呈持续性绞痛，常伴恶心、呕吐，严重可引起虚脱。

【现场急救】

1. 询问病史，有时病人可提供下腹部有可动性肿块，诊断不难。
2. 诊断明确，有条件的基层单位可先给注射解痉剂，立即转院处理。

胎膜早破

胎膜破裂发生在产程尚未开始之前者称为胎膜早破，简称早破水。原因头盆不称或胎位异常、子宫颈病变。其他如羊水过多、双胎、外伤、羊膜炎均可导致早破水。孕妇自觉有不能控制的阴道流液。

【现场急救】

1. 阴道流水诊断有困难时，可用石蕊试剂测定阴道流水酸碱度，羊水为偏碱性，pH 在 7 以上，有助诊断，可以见到羊水内有胎脂、胎粪内容物。
2. 立即卧床，抬高臀部，以防脐带脱垂。
3. 密切观察胎心变化。
4. 脐带脱垂于外，若有搏动，在外阴消毒下带手套进行回纳或托着，立即转院处理。

子痫

为孕、产妇所特有的疾病，多发生在妊娠 24 周后及产后 24 小时内，大多因妊娠高血压综合征未能及时治疗及随访发展产生。子痫是可以预防的，子痫发生前一般均有前驱症状，如血压突然升高、剧烈头痛、眩晕、视力模糊、闪光感或上腹部闷痛、恶心、呕吐等，这些症状已预示抽搐即将发生，子痫可严重威胁母子生命。随着我国对妇婴保健的日益重视，孕期保健的不断加强，孕 12 周建卡及孕期宣教地开展，子痫发病率已明显下降。

【现场急救】

1. 若发现孕妇抽搐, 首先应保持现场安静, 尽量避免强光、声响刺激病人, 并使其采取半卧位, 有专人在旁观察病情, 防止摔伤。

2. 测血压、脉搏、呼吸及注意胎心变化, 未去医院前应15分钟测量一次, 抽搐后亦测量一次并记录。

3. 防止舌头被咬伤, 应即用压舌板外包纱布放在上下牙之间, 有假牙应取出, 操作宜轻柔, 以避免诱发抽搐。

4. 抽搐后若有条件应给予吸氧。

5. 可注射杜冷丁或氯丙嗪、硫酸镁镇静解痉, 使抽搐控制后立即送医院处理。

急产

分娩过程在3小时内结束称为急产。多发生于经产妇软组织松弛、骨盆大或子宫及腹壁收缩异常强烈, 亦可发生在分娩期无任何感觉导致急产。

【现场急救】

1. 若遇特殊、紧急情况应抓紧转院处理。

产后出血

产后出血是产科中一种严重的并发症, 病情进展很快, 可产生休克, 甚至死亡。产后24小时内阴道出血超过400毫升称早期产后出血, 产后24小时以后6周内有阴道流血者称晚期产后出血。子宫收缩乏力, 胎盘或羊膜滞留, 胎盘剥离不全, 软产道损伤, 凝血机理障碍, 是引起产后出血最常见的原因, 产后出血可以阵发性大量血液向外排出, 也可积滞在

宫腔内，而在压迫子宫底时突然排出。另一种出血未引起注意，持续一定时间后也可发生产后休克。失血过多时产妇自觉头晕、打哈欠、恶心、呕吐，检查时可发现呼吸急促，面色苍白、四肢发冷、血压下降、脉搏细数等严重症状。

【现场急救】

1. 发现阴道大量流血，取头低足高位，密切观察血压、脉搏。
2. 及时吸氧补液。
3. 按摩子宫底，轻轻挤出积留血块，注射宫缩剂。
4. 在转院途中可在宫腔内填纱布，起止血作用，迅速转院处理。

(钱英田)

结膜异物

铁屑、谷粒、灰砂等异物溅入眼内，自觉有异物感，疼痛、流泪等刺激症状，翻转上眼睑可见异物。

【现场急救】

不可揉，以防异物滚动损伤眼球。可将眼皮向前拉，让眼泪将异物冲走或用冷开水冲洗以冲走异物。如无效，闭上眼睛眼珠向下，作以下处理：

1. 生理盐水或 3% 硼酸水冲洗结膜囊。
2. 消毒棉签蘸少许生理盐水轻轻擦去，然后滴用抗生素眼药水。
3. 必要时送医院诊治。

角膜异物

铁屑、谷粒、灰砂等异物溅入眼内，自觉有异物感，疼痛、流泪等刺激症状，角膜表面可见异物，细小异物需用放大镜在聚光电筒照明下，仔细检查才能发现。

【现场急救】

急送医院诊治。

眼球挫伤

拳击、球类等外力击伤眼球，但未发生眼球破裂。轻者眼睑水肿，球结膜下出血，重者前房出血，瞳孔扩大，虹膜根部断裂，瞳孔变形。严重可引起晶体脱位，玻璃体积血，眼底脉络膜撕裂，视网膜水肿，视神经挫伤，视物模糊或失明等。

【现场急救】

可局部冷敷，急送医院诊治。

眼球贯通伤

尖锐物体意外地刺入眼内或小碎块高速弹入眼内发生眼球贯通伤，伤员自觉视力减退或失明、疼痛、畏光、流泪。

【现场急救】

眼部用消毒纱布，或用干净手帕敷盖，不要加压，面部可用冰袋或冷毛巾冷敷以助止血，即送医院急救，途中要避免颠簸以防加重伤势。

眼球化学伤

盐酸、硝酸、硫酸、氢氧化钠、氢氧化钾、氨水、石灰水等酸性和碱性化合物溅入眼内引起眼灼伤。伤员自觉疼痛、畏光、流泪、不能睁眼、视力减退。重者眼睑糜烂肿胀，结膜苍白乃至坏死，角膜呈灰白色混浊，瞳孔缩小。

【现场急救】

立即用大量清水彻底冲洗，冲洗时要将眼睑分开，翻转上睑，上下穹窿球结膜充分暴露，边冲洗边令伤者眼球向各方转动。若石灰粒吹入眼中，应马上翻开眼皮，将石灰粒取出，再用大量清水冲洗，也可将伤员头部泡入盆中，反复睁眼、闭眼，将异物洗净，然后即送医院处理，千万不可不作处理直接送医院。

外耳道异物

多见于儿童，成人耳道异物多见于挖耳、外伤或飞虫侵入所致。小儿将异物如豆类塞入耳中，常因怕家长训斥而不敢诉说，时间长了豆类膨胀，引起剧烈耳痛。较大异物堵塞耳道，可引起耳塞、耳鸣、耳聋等症状。小虫入耳可引起耳部剧烈响声。若异物刺激鼓膜，可出现眩晕。

【现场急救】

能看到的异物可用小镊子夹出。膨胀的豆类异物，可先用 95% 的酒精滴耳，使其脱水缩小，然后再设法取出。小虫入耳，滴入两滴香油，将小虫淹死，然后晃动患侧头部，驱使小虫掉出。如圆形小球，不能用镊子取之，因其会使异物

越夹越深，故即送医院处理。

鼻腔异物

孩子无意中将异物如豆类、钮扣、珠子、蜡笔、海绵等塞入鼻腔，成人则多半因意外事故如金属片、玻璃片进入鼻腔。光滑小珠或其他金属物进入鼻腔，数周或数月可不产生症状。而尖锐、粗糙异物，可损伤鼻腔，发生溃疡、出血、流脓和鼻塞。豆类进入鼻腔因膨胀，突然引起鼻塞、喷嚏，腐烂时有脓性分泌物及异臭味。

【现场急救】

异物不同，处理方法也不一。

1. 异物刚进入鼻腔，大多停留在鼻腔口，成人可自己压住健侧鼻孔，用力擤鼻涕。听话儿童，也可用此法。但2~3岁儿童不宜采用，否则有可能将异物吸入。

2. 鼻腔异物擤不出或已经进入鼻腔深处，特别是圆形异物，切不可用镊子去夹，以免越来越深，应即送医院处理。

3. 尖锐异物刺入，或异物过大，应送医院处理。

咽部异物

咽部异物常见的是鱼刺、骨片、果核、小针和假牙或牙托等引起。

【现场急救】

咽分鼻咽、口咽、喉咽三部分，鼻咽和喉咽部异物必须请医生诊治。口咽部异物，如鱼刺、骨刺、缝针等很容易刺在口咽部扁桃体或其他附近组织上。处理时，一定要对着充

足日光或灯光，光线能直射在口咽部。令病人张口，安静地呼吸，最好用压舌板或用两根筷子代替轻轻将舌头压下，使咽峡部露出十分清楚，如果是鱼刺，往往一端刺入组织，另一端暴露在外，呈白色，用镊子钳出，否则送医院处理。

食管异物

食管异物，大多在食管上端的开口处，千万不可再进食，以免愈推愈深，增加危险，应即送医院诊治。经X线检查，已进入胃部，则可不必慌张，光滑异物或环状异物如铜线、金戒指等，大多可随粪便排出。可进一般食物，切不可服泻剂，更不必乱用药，只需每天保留病人粪便，仔细观察即可。如果是尖锐异物如缝衣针、大的鱼刺，进入胃部，有可能造成穿孔，应提高警惕，请医生诊治。

气管异物

儿童在进食、玩耍瓜子、豆类、花生、扣子等物时，常因突然惊吓、跌倒、哭笑等将异物吸入气管。成人多因口中含物，如铁钉等不慎吸入，或因昏迷时将呕吐物、假牙吸入气管。气管受到异物刺激，突然出现剧烈咳嗽、喘鸣、呼吸和吞咽困难、声音嘶哑、面色苍白，继之变为青紫，甚而失去知觉，昏倒在地。若不及时抢救，异物完全堵塞气管，超过4分钟就会危及生命，即使抢救成功，也会留下瘫痪、失语等严重后遗症。如果仅堵塞部分气管，但又咯不出来，就可能发生肺炎、肺不张。因此，最关键的措施是在现场即刻将异物排出。

【现场急救】

现场急救最为理想的办法是美国医学会推荐的海利希手法。海利希手法适用于自救，也可用于互救。

1. 站位急救法：救护者站在患者身后，用双臂围绕患者腰部，一手握拳，拳头的拇指侧顶在患者的上腹部（脐稍上方）；另一手握住握拳的手，向上、向后猛烈挤压患者的上腹部。挤压动作要快速，压后随即放松。

2. 卧位急救法：患者仰卧，救护者两腿分开跪在患者大腿外侧的地面上，双手掌叠放在患者脐稍上方，向下、向前快速挤压，压后随即放松。

3. 儿童急救法：让患儿俯卧在两腿间，头低脚高，然后用手掌适当用力在患儿的两肩胛骨间拍击4次。拍背不见效，可让患儿背贴于救护者的腿上，然后，救护者用两手食指和中指用力向后、向上挤压患儿中上腹部，压后即放松，可重复几次，必要时急送医院。

鼻衄（鼻出血）

鼻出血的原因很多，有鼻部疾病所致，也可能是全身疾病的一个症状。轻者鼻涕带血，或流几滴血就止了；重者出血不止，引起失血性休克。

【现场急救】

1. 安慰病人不要紧张，然后让病人取坐位或半坐位，头部用冰袋或冷毛巾冷敷，滴入1%麻黄素或1:1000肾上腺素溶液（高血压病人忌用），也可用一般滴鼻液浸湿棉团塞入鼻腔止血。

2. 若出血不止应送医院处理。

喉阻塞

因喉部疾病阻塞声门而造成的呼吸困难和喉阻塞，是一种危及生命的急症，若不及时抢救，可发生窒息死亡。引起喉阻塞的原因很多，归纳起来有 (1) 炎症；(2) 异物；(3) 肿瘤；(4) 喉水肿；(5) 喉外伤等。病人吸气时胸骨上窝、肋间及上腹部向内凹陷，常伴有喘鸣、烦躁不安。出汗、面色青紫或苍白和声音嘶哑。

【现场急救】

应急送医院救治。

(傅善来)

第二章 中毒急救

服毒急救

催吐 最快速简便的方法是患者自己用中指、食指刺激咽后壁促使发生呕吐，反复多次呕吐物呈苦味为止。如果是空腹口服毒物，可先喝清水 300~400 毫升。中毒者自己不能呕吐时，则张大嘴，用羽毛或扎上棉花的筷子等刺激咽后壁致呕。也可肌肉注射阿扑吗啡 2.5~5 毫克催吐。

口服催吐剂 0.2% 硫酸铜液、硫酸锌液致呕，准备药物需要时间且效果不确实，还有副作用，事实上宜多采用物理方法使毒物呕去，尽可能少用药物致呕。

孕妇、口服腐蚀性毒物、患有明显心血管疾病、伤员神志不清、有肌肉抽搐痉挛或呼吸已有抑制者不宜引呕催吐。

胃管洗胃 以微温清水最为方便易得，适合各种毒物，也可用 1:5000 的高锰酸钾液，但可使部分毒物的毒性更大，如乐果成为氧乐果，马拉硫磷成为马拉氧磷。插入胃管后先抽尽胃内容物（保留备查），再注入洗胃液，每次不超过 500 毫升，以防毒物冲入肠道。要反复洗，直至洗出液无毒物气味时为止。洗胃初步结束后可留置胃管，以便隔一段时间抽出胃内排泌出的毒物。

口服腐蚀性毒物以及食管静脉曲张者不宜洗胃。

酸灼伤

以硫酸、盐酸、硝酸最为多见，此外还有乙酸（冰醋酸）、氢氟酸、高氯酸和铬酸等，都是腐蚀性毒物。除皮肤灼伤外，呼吸道吸入这些酸类的挥发气、雾点（如硫酸雾、铬酸雾），还可引起上呼吸道的剧烈刺激，严重者可发生化学性支气管炎、肺炎和肺水肿等。

【现场急救】

1. 立即脱去或剪去污染的工作服、内衣、鞋袜等，迅速用大量的流动水冲洗创面，至少冲洗 10~20 分钟，特别对于硫酸灼伤，要用大量水快速冲洗，除了冲去和稀释硫酸外，还可冲去硫酸与水产生的热量。

2. 初步冲洗后，用 5% 碳酸氢钠液湿敷 10~20 分钟，然后再用水冲洗 10~20 分钟。

3. 清创，去除其他污染物，覆盖消毒纱布后送医院。

4. 对呼吸道吸入并有咳嗽者，雾化吸入 5% 碳酸氢钠液或生理盐水冲洗眼眶内，伤员也可将面部浸入水中自己清洗。

6. 口服者不宜洗胃，尤其口服已有一段时间者，以防引起胃穿孔。可先用清水，再口服牛乳、蛋白或花生油约 200 毫升。不宜口服碳酸氢钠，以免产生二氧化碳而增加胃穿孔危险。大量口服强酸和现场急救不及时者都应急送医院救治。

碱灼伤

较多见的是氨水、氢氧化钠、氢氧化钾，石灰灼伤。最

常见的是氨灼伤，由于其极易挥发，常同时并有上呼吸道灼伤，重者并有肺水肿。眼睛溅到少量稀释氨液就易发生糜烂，且痊愈缓慢。

【现场急救】

皮肤碱灼伤 脱去污染衣物，用大量流动清水冲洗污染的皮肤 20 分钟或更久。对氢氧化钠、氢氧化钾灼伤，要冲洗到创面无肥皂样滑腻感；再用 5% 硼酸液湿敷约 10~20 分钟，然后用水冲洗，不要用酸性液体冲洗，以免产生中和热而加重灼伤。

眼睛灼伤 立即用大量流动清水冲洗，伤员也可把面部浸入充满流动水的器皿中，转动头部、张大眼睛进行清洗，至少洗 10~20 分钟，然后再用生理盐水冲洗，并滴入可的松液与抗生素。

呼吸道吸入 (见刺激性气体中毒急救)。

注意：口服者禁止洗胃，但可口服食醋、稀醋酸液 (5%)、清水以中和或稀释之。然后口服牛乳、蛋清或植物油约 200 毫升。

刺激性气体中毒

按照发病情况与临床表现，急性刺激性气体中毒可分为两类：

在生产环境现场发病 病因是水溶度大的毒物如氨、氯、二氧化氯、氯化氢、三氯氢硅、三氯化磷、氯磺酸、氯化苦、氯甲甲醚、二氧化硫、三乙基铝、溴、溴化氢、甲醛、硒化氢、甲胺类等。在吸入当时就发病而就诊。主要症状是剧烈

咳嗽、多痰、气急、胸闷。轻者主要是上呼吸道刺激性炎症或支气管周围炎，重者则迅速出现化学性肺水肿（多见）或化学性肺炎。部分病例合并皮肤或眼睛灼伤。

脱离生产环境后发病 病因是水溶度很小或不溶的毒物，如氮氧化物、光气、臭氧、硫酸二甲酯、三氯硫磷、氧化镉烟尘、羰基镍气体、溴甲烷、汞的烟尘、五氟化硫、有机氟裂解气及残液气等。在吸入当时仅有轻微的上呼吸道刺激感，经过几小时到几十小时的潜伏期，患者感觉有逐步加重的胸闷、气急、咳痰量显著增加等，大多见在下班后或第二天才就诊。这时已有明显的化学性肺水肿或化学性肺炎。

【现场急救】

1. 脱离中毒环境，如果皮肤有毒物污染（如氮、甲胺，氯磺酸、三氯硫磷、硫酸二甲酯等），应把污染的衣服全部脱去，并用大量流动的自来水彻底冲洗污染部位，杜绝毒物的继续侵入，眼睛有污染时应优先冲洗。

2. 绝对休息：患者不能再作体力活动，以免加速肺水肿。为此，医生要对中毒者作卫生宣教。

3. 解毒：对吸入酸性或成酸类毒物如氯化氢、氯、氯磺酸、氮氧化物、硫酸二甲酯等，可雾化吸入 5% 碳酸氢钠液；对吸入碱性毒物如氨、甲胺类等，可雾化吸入 3%~5% 的硼酸液。

4. 禁止不必要的补液，特别是生理盐水与 5% 葡萄糖液，以免促成肺水肿。

5. 激素：对于曾大量吸入刺激性气体而患肺水肿者，可作预防性治疗。即将地塞米松 10 毫克放在 20%~50% 葡萄

糖液中缓慢静脉注射。

6. 消除过多的泡沫痰。由高浓度氯、氨等刺激性气体引起的暴发型肺水肿，短时间内有大量泡沫痰由口鼻涌出，阻塞气道。应立即吸去泡沫痰，并雾化吸入消泡净（二甲基硅油）。

7. 缺氧窒息：大量吸入高浓度的毒物如氯、氨、硫酸二甲酯等，可发生喉头水肿或声门痉挛，引起呼吸道阻塞而致窒息缺氧，应立即喷雾或超声雾化收入下列混合液（异丙肾上腺素 2 毫克、氨苯碱 0.25 毫克、地塞米松 5 毫克、2%普鲁卡因液 2 毫升、抗生素如庆大霉素 8 万单位、生理盐水加至 30 毫升），即送医院救治。

8. 吸氧：在急救过程和将患者送医院诊治的救护车中，中毒者都要吸氧。

急性一氧化碳中毒（煤气中毒）

凡是有明火燃烧场所，如果密闭或通风极差，可因燃烧不完全而使空气中一氧化碳（CO）浓度大幅度增加，人们吸入后短时间内就会发生急性 CO 中毒。煤气中含 CO 10%~40%，煤气中毒实际上就是 CO 中毒。CO 能与血红蛋白结合成为碳氧血红蛋白，妨碍了红细胞的带氧、输氧功能，CO 中毒的基本病变就是缺氧，主要表现是大脑因缺氧而昏迷。

【现场急救】

1. 将中毒者安全地从中毒环境内抢救出来，迅速转移到清新空气中。

2. 若中毒者呼吸微弱甚至停止，立刻进行人工呼吸；只

要心跳还存在就有救治可能,人工呼吸应坚持2小时以上,如果患者曾呕吐,人工呼吸前应先消除口腔中的呕吐物。如果心跳停止,就进行心脏复苏。

3. 高浓度吸氧,氧浓度愈高,碳氧血红蛋白的解离越快。吸氧应维持到中毒者神志清醒为止。

4. 如果中毒者昏迷程度较深,可将地塞米松 10 毫克放在 20% 的葡萄糖液 20 毫升中缓慢静脉注射,并用冰袋放在头颅周围降温,以防止或减轻脑水肿的发生,同时转送医院。最好是有高压氧舱的医院,以便对脑水肿进行全面的有效治疗。

5. 如有肌肉痉挛,可肌肉或静脉注射安定 10 毫克以控制之,并减少肌体耗氧量。

6. 在现场抢救及送医院过程中,都要给中毒者充分吸氧,并注意呼吸道的畅通。

有机磷农药中毒

常见的毒物为敌白虫、敌敌畏、乐果、内吸磷、对硫磷、杀螟松、稻瘟净、甲拌磷和马拉硫磷等。农业生产中的急性职业中毒,主要发生于喷洒这些农药的施药人员,因皮肤广泛污染而引起中毒,但在临床中多见的是由于各种原因误服农药而引起的生活性中毒,而且病情通常较重。有机磷农药的毒作用是抑制胆碱脂酶的活性,引起瞳孔缩小、呕吐、腹泻、肺分泌物增多等毒蕈样症状,肌肉抽搐、痉挛等烟碱样症状,头痛、头昏、精神恍惚等中枢神经系统症状。

【现场急救】

1. 因皮肤污染而引起的急性中毒，必须立即脱去污染的衣服（包括内衣）、手套、鞋袜等，并用偏冷的清水彻底冲洗。

2. 因口服农药而引起的急性中毒，应立即用稍冷的清水洗胃，要点是：每次洗胃液超过 500 毫升，以免胃内容物冲入肠道；反复洗，务必使洗出液无农药气味为止；清洗后保留胃管送医院。

3. 有机磷农药中毒的诊断明确，且中毒症状明显者，可按症状与体征的轻、中、重分别缓慢静脉注射阿托品 1, 3, 5 毫克，必要时也可以缓慢静脉注射解磷定 0.4, 0.8, 1.6 克或氯磷定 0.25, 0.5, 1.0 克。

4. 在送医院的救护车中应准备好阿托品，以便在运送过程中病情加重时重复注射。若患者呼吸微弱或停止，应即进行人工呼吸。

注意：给中毒者进行清洗的医务人员，也要做好个体防护如带手套等，因为部分有机磷农药剧毒，皮肤微量接触也可吸收而发生危害。

氨基甲酸酯类农药中毒

除作为农药外，日常生活中还用于杀灭苍蝇、蚊子、臭虫等害虫，常用的品种有味喃丹、西维因、叶蝉散、涕灭威等，易从皮肤吸收，但因毒性轻而职业中毒较少见，临床常见的是口服中毒。主要的毒作用也是抑制胆碱脂酶，但弱于有机磷农药，且易逆转，即在停止毒物接触后被抑制的胆碱脂酶活性可自行逐步恢复，因此不会发生“反跳”。中毒的临床表现是瞳孔缩小、出汗、肌肉抽搐痉挛与胆碱脂酶中度抑

制。

【现场急救】

1. 脱去全部污染衣物,对污染的皮肤、指甲、头发等用清水或碱性肥皂水彻底冲洗。口服中毒者用清水或1%~3%的碳酸氢钠液彻底洗胃。

2. 有瞳孔缩小者静脉注射阿托品1~2毫克,有肌肉痉挛者静注阿托品2~3毫克,1小时后无效者还可重复一次。

3. 对症治疗,如对高度烦躁不安者注射安定5~10毫克。

4. 禁用解磷定、氯磷定等,以免发生增毒作用。也不要抑制中枢神经系统的巴比妥类镇静剂。

拟除虫菊酯类农药中毒

由于其对人低毒,除作为农药外,一些日常生活中所用的驱蚊剂及杀虫剂中也常以此作为主要成份。常用的品种有氯氰菊酯(灭百可)、溴氰菊酯(敌杀死)、杀灭菊酯(速灭杀丁)等。易从皮肤吸收,职业中毒少见,限于连续

几天喷药而皮肤广泛污染者,大量口服也可引起中毒。主要毒作用是影响神经轴突的传导,从而出现肌肉痉挛等。

【现场急救】

1. 脱去污染的全部衣物,用清水或1%~3%碳酸氢钠液彻底清洗被污染的皮肤、指甲和头发等。口服者用清水1%~3%碳酸氢钠液彻底洗胃。

2. 拟除虫菊酯中毒缺乏特效解毒药。国内报道静脉注射葛根素或复方丹参液可缓解肌肉痉挛,可向医生建议试用。

杀虫脒农药中毒

是常见的杀虫、杀螨剂。职业中毒主要在皮肤广泛而长时间的污染引起，临床中也常见到口服中毒。杀虫脒进入人体后代谢为氯邻甲苯胺，引起高铁血红蛋白症，出现明显的紫绀，并可并发出血性膀胱炎等。

【现场急救】

1. 脱去污染的全部衣物，用清水、肥皂水或 1%~3% 碳酸氢钠液清洗皮肤、指甲及头发，口服者彻底洗胃。

2. 紫绀明显者，除吸氧外，将美蓝以 1 毫克/千克的剂量放在 25% 葡萄糖液中缓慢静脉注射，以治疗高铁血红蛋白症。

3. 口服较大剂量的碳酸氢钠以分解残留在消化道中的杀虫脒，碱化尿液，缓解膀胱炎及胃部刺激。

注：农药杀虫威，化学结构是顺 2 氯 1 (2, 4, 5 三氯苯基) 乙烯基二甲基磷酸酯，是有机磷农药。但上海市售的驱蚊杀虫剂杀虫威，所含的是氨基甲酸酯和拟除虫菊酯，不是有机磷。现场抢救各种农药或杀虫、驱蚊剂中毒时，必须先查清其化学成份，然后进行针对性治疗。

(薛汉麟)

河豚鱼中毒

河豚鱼的毒素主要有河豚毒及河豚酸两种，集中在卵巢、睾丸及肝脏等内脏和血液中。肌肉不含毒素。宰割时，内脏的毒素污染鱼肉也可引起食肉中毒。毒素除作用胃肠粘膜引

起胃肠炎症状外，主要是麻痹中枢神经及末梢神经。

中毒症状：(1) 潜伏期：病情发展快，一般食后半小时至3小时出现症状；(2) 首先出现的症状是剧烈的恶心、呕吐和腹痛，然后出现腹泻；(3) 神经损害：毒素被吸收入血后，首先引起感觉丧失、痛觉消失、上眼睑下垂、口唇及四肢麻木，然后肌肉瘫痪、行走困难、共济失调、呼吸浅而不规则、血压下降、昏迷不醒、瞳孔散大，最后呼吸麻痹死亡。

【现场急救】

主要是对症治疗。但必须迅速抢救，否则常会造成死亡。

1. 催吐、洗胃、导泻，用1%硫酸铜溶液50~100毫升催吐；用1:4000高锰酸钾液或0.5%活性炭悬液反复洗胃，口服硫酸镁导泻。

2. 鲜芦根和鲜橄榄各200克，洗净捣汁口服。或鲜芦根1000克捣汁内服。

3. 有条件的静脉滴注5%葡萄糖生理盐水500~2500毫升。吸氧。1%盐酸土的宁2毫升肌肉注射，每天3次。

4. 在催吐、洗胃后急送医院救治。

蟾蜍中毒

蟾蜍俗称蛤蟆、癞蛤蟆。形似青蛙，背部黑色，全身有点状突起，耳后腺及皮肤腺分泌一种类似洋地黄的毒素称蟾酥，其是制备六神丸、金蟾丸的成分之一。其卵也有同样毒素。食用蟾蜍或食用过量蟾酥制剂可引起中毒，刺激迷走神经，引起心肌收缩增强，脉搏减慢，严重者可引起心力衰竭、虚脱、昏迷而死。

中毒症状：(1) 食后数分钟可发病，首先口唇发麻、上腹部不适、腹痛、下坠，随即出现恶心、呕吐、腹泻、头晕等神经症状，呕吐物多为咖啡样；(2) 循环系统：主要表现为心律不齐，心跳缓慢，常慢到每分钟 30 余次（偶有过速），或心房颤动，严重的血压下降，四肢发凉，体温下降，甚至休克；(3) 呼吸浅、慢，不规则，重的口唇、指甲青紫；(4) 中毒轻的 1~2 天症状消失，重者常于食后 2~24 小时内死于心力衰竭。

【现场急救】

1. 催吐，清水或 1: 5000 高锰酸钾液洗胃。
2. 硫酸镁导泻，进食蛋清等。
3. 大量饮水及浓茶或静脉滴注 5% 葡萄糖生理盐水 1000~2000 毫升。有尿时在静脉滴注中加适量氯化钾。
4. 急送医院救治。

动物甲状腺中毒

甲状腺含有甲状腺素，如吃猪甲状腺数个就能引起急性食物中毒。

中毒症状：(1) 食后 1 小时，也可达 10 天以上，大多 1 天内发病。最初头晕、头痛、发烧、四肢无力和关节疼痛；(2) 随后出现大汗、心悸、烦躁、视物模糊、气短、脉快、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、食欲亢进或减退、精神反常、大哭大笑，有的发呆、卧床不动。精神变化以女性更为明显，月经反常，多见闭经，男性阳萎，病后 10 余天有脱发，2 周后手掌出现对称脱皮。

【现场急救】

1. 催吐、洗胃、导泻。
2. 静脉滴注 5%葡萄糖盐水。卧床休息，供给高蛋白、高糖饮食及维生素 B₁ 等。恢复后不宜过早活动。
3. 病情严重急送医院救治。

毒蕈中毒

毒蕈约有 80 多种，每种毒蕈含有一种或多种毒素，中毒症状因所含的毒素而异。常见的可下列种类作为代表：

扑蝇蕈及斑毒蕈 主要毒素为毒蕈碱（或叫蝇蕈碱），生物碱。能拮抗阿托品的作用，其毒性作用似毛果云香碱。中毒后引起副交感神经兴奋。所以阿托品为毒蕈碱的解毒剂。由于该蕈含有一种非挥发性的毒物能杀死苍蝇故有毒蝇蕈（或扑蝇蕈）之名。

此外还有多种毒素，其中有一种类似阿托品作用，与毒蕈碱作用相反，因此中毒后不一定出现典型的毒蕈碱中毒症状。

死帽蕈类 如白帽蕈、绿帽蕈，其毒性物质主要是毒蕈毒素，能引起肝、肾、中枢神经等实质细胞损害、变性坏死。此外还有其他毒素，如溶血素等。毒蕈毒素的毒性很强，它不能因干燥和煮沸而失去其毒性。它较扑蝇蕈毒性更强。

马鞍蕈 含马鞍蕈酸，引起溶血。

牛肝蕈 含有一种毒素，引起精神症状，主要为幻觉。此外，还有另一些蕈类，也含有引起精神症状的致幻觉毒素。

其他 还有不少毒蕈类毒素，至今尚未鉴定。

中毒症状，由于所含毒素不同，表现各异，常见者分以下几类：

1. 胃肠类型蕈中毒：发病快，潜伏期短，一般 10 分钟至 6 小时发病。表现剧烈恶心、呕吐、腹痛、腹泻。病程短，症状消退后逐渐好转，预后也好。

2. 精神神经型蕈中毒：由于扑蝇蕈、斑毒草除含毒蕈碱外，还含有毒蕈阿托品，所以除胃肠道症状外，还会出现瞳孔扩大、心跳快、谵语、幻觉、狂躁、抽风、神经错乱等表现。潜伏期一般在半小时至 6 小时。

3. 溶血型蕈中毒：由马鞍蕈引起的中毒。食后 6~12 小时除出现急性胃肠道症状外，1~2 天出现溶血性中毒症状，表现黄疸、贫血、血红蛋白尿、血尿、肝肿大等，严重时可引起死亡。

4. 肝损害型毒蕈中毒：其是最严重的一种。临床经过可分潜伏期、胃肠炎期、假愈期、内脏损伤期和恢复期五期。开始出现呕吐、腹泻，称胃肠炎期。有少数类似霍乱症状，迅速死亡。胃肠炎症消失后，好象病愈，其实毒素进一步损害肝脏等实质性器官，称假愈期。若中毒轻微，可进入恢复期。严重的出现内脏损害，肝脏肿大，甚至发生急性肝坏死。此外还可累及肾、脑、心等，出现尿闭、蛋白尿、血尿、胃肠道广泛出血、谵妄、惊厥、昏迷、死亡。若抢救及时 2~3 周可进入恢复期。

【现场急救】

除有毒蕈碱症状者用阿托品拮抗治疗外，其他主要是对症处理。

1. 排除毒物：先催吐，后洗胃，再导泻。如吐泻明显者，不必催吐、洗胃和导泻。食后未出现吐、泻者，并确认是毒蕈中毒时，必须行催吐、洗胃、导泻，不可大意。

催吐可用刺激咽喉法，或口服 0.5% 硫酸铜溶液，洗胃可用 1:5000 高锰酸钾液、浓茶或通用解毒剂 20 克；导泻给硫酸镁 20~30 克。

2. 有毒蕈碱症状者，可给阿托品对抗。轻者每次 0.5~1.0 毫克，每天 2~3 次；中等中毒每次 1~2 毫克，半小时至 2 小时 1 次；重度中毒每次 1~3 毫克，15~30 分钟 1 次，肌肉注射。必要时可重复使用，或加大剂量直至瞳孔扩大、心跳增加为止。严重者可加大剂量。出现轻度阿托品中毒症状时方可停药。如果同时有毒蕈阿托品症状者，阿托品应慎用。

绿豆 125 克（碾碎）、生甘草 30 克煎服。

2. 毒蕈中毒急救情况紧急，要求较高，一般催吐、洗胃后即送医院救治。

苦杏仁中毒

杏仁分苦杏仁、甜杏仁两种。甜杏仁大而扁，杏仁皮色浅，味不苦，无毒。苦杏仁个小，杏仁厚，皮色深，近红色，苦味，有毒。这种毒物属于氰化物。桃仁、梅仁、木薯等也含有该毒。苦杏仁中有毒成份叫杏仁甙，当杏仁入口咀嚼时，水解放出一种剧毒的氢氰酸，引起中毒。氢氰酸进入体内与组织细胞含铁的呼吸酶结合，阻止呼吸酶递送氧的作用，使组织细胞窒息，同时能使血管运动中枢和呼吸中枢麻痹。

儿童吃 5~6 个苦杏仁即能引起中毒或死亡。

中毒症状：食入苦杏仁数小时就引起中毒。轻者头痛、头晕、无力和恶心，4~6小时后症状消失，中度中毒者除上述症状外，尚有呕吐、意识不清、腹泻、心慌和胸闷等；重度中毒者，上述症状更为明显，并出现脸部、粘膜发绀、气喘、痉挛、牙关紧闭、昏迷、瞳孔散大，对光反射消失，最后呼吸麻痹而死亡。

【现场急救】

立即用 1: 2000~4000 高锰酸钾液洗胃或催吐，即送医院急救。

白果中毒

白果又名银杏。其肉鲜嫩可口，但食用过多易引起中毒。

发生中毒的原因尚未完全明了。有人曾在白果中提出一种无色无臭的结晶物，能溶于水或中性溶液。若将此溶液注射于小白鼠，则发生与人相似的中毒症状。此种毒物存在于果肉中，加热能使毒性减弱。

中毒症状：进食白果 1~12 小时发病。主要为神经系统症状。除恶心、呕吐、腹痛、腹泻等一般胃肠炎症状外，病人常出现极度惊慌、不安，对周围环境十分害怕，轻微声响或刺激，就能引起抽风。严重的能导致呼吸困难、发绀、意识丧失、昏迷，最后死于心力衰竭和呼吸衰竭。病人中毒症状出现后，发展很快，病程短，严重中毒者常死于食后 1~2 天。年龄越小症状越重，一般认为儿童吃 5~10 粒就可中毒死亡。

【现场急救】

1. 催吐、导泻；迅速排出未消化的白果。
2. 控制抽风，可用鲁米那注射或水合氯醛灌肠。
3. 急送医院救治。

桐油中毒

桐油的色、味与一般食用植物油近似。误食可引起急性中毒。食油中若混有桐油，长期少量食用，可引起亚急性中毒。桐油中有毒成份为桐油酸。

中毒症状：

急性中毒 桐油酸刺激胃肠道，引起恶心、呕吐、腹痛、腹泻；毒素吸入血液后，刺激肾脏，引起肾炎，尿中出现蛋白、管型及血细胞。原有肝脏病者，可加重临床症状及肝功能变化。治疗及时，多能迅速恢复，少有死亡。

亚急性中毒 在食用期间出现恶心、食欲不振、上腹不适、胃部烧灼感、腹泻，少数病人有呕吐，胃肠症状持续 4~31 天（平均 15 天）后，出现全身症状。主要表现为两下肢水肿，并逐渐上升，肢体酸痛、四肢麻木、气短、体温升高、皮肤潮红和灼热，可呈紫红色斑纹，心脏扩大，下肢（指）凹陷水肿。严重者全身均肿，下肢触觉及痛觉减退。少数中毒者肺有罗音，肝肿大，甚至出现奔马律，可死于心力衰竭。尿常规多属正常，无急性中毒时的肾炎表现。

【现场急救】

1. 急性中毒：(1) 立即温水洗胃；(2) 口服蛋清、豆浆或面糊；(3) 补液或口服大量糖水或淡盐水，对症处理，送医院急救。

2. 亚急性中毒：停止食用混有桐油的食油，补充维生素B、C，可注射维生素B₁、B₆、B₁₂。水肿可服双氢克脲噻。有心力衰竭者，可用洋地黄类强心剂。

蓖麻籽中毒

蓖麻子的种子、茎、叶均含有强烈毒性的蓖麻毒素和蓖麻碱。蓖麻毒素2毫克或蓖麻碱0.16克可致成人死亡；成人或儿童误食3~12粒可引起严重中毒；小儿吃生蓖麻子4~6粒就可致死。这两种毒素加热后能被破坏。难溶于水，也不溶于蓖麻油中，故一般药用蓖麻油无毒性作用。

食入中毒，除对胃肠粘膜有刺激作用外，还能凝集血细胞和溶血，致肝、肾发生炎性坏死，血管运动神经麻痹。农业上用其油渣肥田和杀虫，有刺激性，可致粘膜、皮肤肿胀，引起哮喘。

中毒症状的潜伏期较长，1~3天。中毒表现恶心、呕吐、腹痛、腹泻、出血性下痢、中毒者昏睡虚脱、抽风、昏迷和黄疸，最后因心力衰竭而死亡。

【现场急救】

无特效药物。(1) 催吐；(2) 洗胃：1:5000高锰酸钾液反复洗胃；(3) 硫酸镁导泻，牛奶或蛋清内服；(4) 有条件的补液。

严重者急送医院救治。

霉变甘蔗中毒

甘蔗在不良条件下过冬，可引起霉变，肉质呈浅黄色或

棕褐色、灰黑色，结构疏松，有酸味、辣味或酒糟味，食后易中毒。

食后数小时至几十小时出现中毒症状，潜伏期越短症状越严重。主要表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻，有时大便呈黑色，伴有头痛、头晕、眼黑和复视，轻者自愈。重者出现阵发性抽搐、凝视、瞳孔散大、昏迷而死亡。

【现场急救】

洗胃；对症处理急送医院救治。

棉籽和棉籽饼中毒

棉植物各部分均含有毒物质——棉籽毒，也叫棉籽油酚。经加热或发酵易被破坏，所以平常食用棉籽饼很少中毒，但用棉籽饼与杂粮混掺而作食用，一次吃的量大或经常食用或食用未加处理的棉籽就容易造成中毒。

棉籽油酚是一种细胞原浆毒，对细胞实质、神经、血管均有毒性作用，对胃肠、肾脏均可引起严重损害，若大量食入棉籽或处理不当，可引起急性中毒，长期小量食入，可引起急性中毒。表现为对中枢神经、心、肝、肾等损害。

食后 2~5 天内出现中毒症状，短者 2~4 小时，长者 6~7 天。主要症状是头晕、头痛、全身无力、四肢麻木、腰酸背痛、恶心、呕吐、腹胀便秘，以后可出现腹泻。

重者除上述症状外，患者往往神志昏迷、极度烦躁不安、瞳孔散大；肝脏受损出现黄疸，尤以巩膜的黄染最明显，并可触及肝脏；剧烈的腹部疼痛后可出现血便。

【现场急救】

主要保护肝脏，严重者即送医院急救。

曼陀萝中毒

曼陀萝又叫野麻子、青麻棵、洋金花、山茄子、大喇叭花。其根、茎、叶、果实均有毒。含毒主要成分是阿托品、曼陀萝素（又叫莨菪碱）等。

食入曼陀萝后主要是阿托品及莨菪碱引起中毒。这些毒素作用表现在对中枢神经的兴奋和对腺体分泌的抑制。误食后 0.5~1 小时即可完全吸收，三分之一经 10~36 小时由小便排出，少量由乳腺中排出。

主要表现副交感神经控制及中枢神经兴奋的中毒症状。

(1) 口舌干、皮肤潮红、干燥；(2) 瞳孔散大；(3) 心跳过速；(4) 极度烦躁不安、多语、谵妄、幻觉、昏迷、惊厥；(5) 最后死于呼吸衰竭。

【现场急救】

1. 先用碘酒 10~30 滴加温开水口服，可使生物碱沉淀。然后用 1:4000 高锰酸钾液或 4% 鞣酸洗胃，洗胃后给硫酸镁泻剂及通用解毒剂。

2. 甘草绿豆汤解毒。

3. 即送医院救治。

夹竹桃中毒

又名柳叶桃，有毒，含有强心毒甙，作用与洋地黄同，干燥的夹竹桃 3 克就能使人死亡。

主要表现为洋地黄中毒症状。(1) 恶心、呕吐、腹痛、腹

泻；(2) 心律紊乱、心跳缓慢、不规则，最后出现室颤、晕厥、抽搐、昏迷、或心动过速、异位心律，死于循环衰竭。

【现场急救】

1. 洗胃：0.2%~0.5%鞣酸洗胃，用硫酸镁 20 克导泻，输液。

2. 送医院急救。

麦角中毒

麦角是寄生在小麦及其他谷物上的一种霉菌，有毒成分为麦角毒碱、麦角胺，麦角星、麦角新碱等。面粉加工时，如含有麦角，食后会造成中毒。

麦角毒碱在临床上用作子宫收缩药，在其作用下有明显的肌肉痉挛。大量的麦角毒碱及麦角胺，除了收缩血管外，还可引起血管内皮细胞的损害，导致坏疽。

中毒症状：

急性中毒：(1) 恶心、呕吐、腹痛、腹泻；(2) 中枢神经损害：全身发痒，蚁走感，头晕，听觉、视觉及其他感觉迟钝，语言不清，呼吸困难，肌肉痉挛呈强直性收缩，谵妄，昏迷，体温下降，血压上升，脉缓，甚而心力衰竭死亡；(3) 鼻腔和他处粘膜流血、子宫出血、流产。

慢性中毒：(1) 坏疽型：肢体坏死；(2) 痉挛型：肌肉强直性痉挛、癫痫、痴呆。

【现场急救】

催吐、导泻，急送医院救治。

亚硝酸盐中毒（肠源性青紫症）

在青菜（如小白菜、韭菜、菠菜等）和水中含有硝酸盐，一般情况下不会引起中毒，但在一定条件下，硝酸盐可以还原为亚硝酸盐，而亚硝酸盐的聚集达到较高浓度时就能引起发病。食物中亚硝酸盐增多的原因很多，主要有：

1. 腐烂变质的蔬菜，存放在铁器里的隔夜熟菜或腌制时间不久的咸菜，在细菌的作用下，使蔬菜中的硝酸盐还原成亚硝酸盐而引起中毒。

2. 在胃肠消化功能失调及胃酸过低的情况下，使肠内硝酸盐还原菌大量繁殖，或进食含硝酸盐蔬菜后，在肠内经细菌作用下产生大量亚硝酸盐引起中毒。

3. 某些地区的水中含有较多的硝酸盐及亚硝酸盐，如用这样的水煮粥，并在不洁的容器内存放过久，加上细菌的作用，将硝酸盐转变为亚硝酸盐而引起中毒。另外，亦可由于对咸肉制品和香肠着色而过多地加入硝酸盐和亚硝酸盐，而引起中毒。另外误服含有亚硝酸盐的制剂如亚硝酸钠，也会引起中毒。

亚硝酸盐中毒对血管运动中枢和血液呈现毒性作用。亚硝酸盐是一种氧化剂，进入血中后发生氧化作用，使血液中原来供给组织氧气的低铁血红蛋白（氧合血红蛋白）发生氧化，变成高铁血红蛋白（氧化血红蛋白），与氧结合得非常牢固不易脱离，使其失去输送氧的能力，引起组织缺氧。

中毒症状的特点主要是由组织缺氧所出现的紫绀现象。

1. 食后半小时至 3~4 小时突然发病。

2. 头晕、头痛、无力、嗜睡、气短、呼吸急促、恶心、呕吐、心慌、脉速。

3. 口唇、指甲以至全身皮肤呈紫黑色，抽出的血液也呈紫黑色。

4. 严重者呼吸困难、昏迷不醒、抽风、血压下降、心律不齐、呼吸衰竭死亡。

【现场急救】

催吐、洗胃、导泻，急送医院救治。

吃错药中毒

药物能治病，也能致病。如果吃错了药；或者将外用药当作口服药，都可能引起急性中毒。若能及时正确处理，往往可以得救；若处理不当，不仅患者痛苦，还可留有后遗症，甚至危及生命。

吃错药或服药自杀，如果药物性能比较平和，不会有什么大反应，如毒性较强，则可出现昏迷、抽搐。对胃肠道有刺激性的药物可引起腹痛、呕吐；具有腐蚀性的药物可引起胃穿孔；过量服用砷、苯、巴比妥或冬眠灵等药物可导致中毒性肝炎；过量服用磺胺药可出现肾损害；氯霉素、解热镇痛药、磺胺药等可损害造血系统。

【现场急救】

根据中毒反应情况和中毒者身边、床头存留的药袋、药瓶、剩余药物，尽可能弄清吃错什么药，对孩子不要恐吓打骂，仔细询问。如果错吃了几片维生素问题不会太大，若是安眠药，就可能昏睡不醒。不管什么药物中毒，抢救的原则

是尽快去除药物和阻止吸收,具体办法与其他毒物中毒一样:即催吐、洗胃、导泻、解毒。

发现有人吃错药。要在最短的时间内采取应急措施,千万不要坐等救护车或不采取任何措施急着送医院,否则耽误一分钟就会增加一分钟损害。

1. 催吐方法可用筷子、鸡毛等物刺激中毒咽喉部,使其呕吐。

2. 洗胃一般在催吐后马上让中毒者喝温水 500 毫升,然后再用催吐方法让胃内容物吐出,反复进行,甚至在护送中毒者的途中,也可以进行洗胃、催吐。有条件可用 1:2000~5000 高锰酸钾溶液洗胃。若中毒者已昏迷,应取侧卧位,以免呕吐物和分泌物误入气管而窒息。如果弄清了错服的药物,洗胃时应采取以下特殊处理方法:

碘酒:误服碘酒者应当即灌服米汤、面糊或蛋清,然后催吐。

水杨酸制剂等脚癣药水:当即用温茶水洗胃。

来苏儿:可用温水或植物油洗胃,并随之灌服蛋清、牛奶、豆浆,保护胃粘膜,吸附毒物。

误服药物不明:可用木炭或馒头烧成炭研碎加浓茶水灌服,以吸附毒物起解毒作用。

(傅善来)

第三章 灾害伤急救

火灾伤

有人统计，在 1974 年以前的 20 年中，美国每年平均约有 1.2 万人死于火灾，即每天因火灾死亡 32.9 人，日本 1985 年统计，全年因火灾死亡的有 1741 人。我国 1971~1980 年间，平均每年死于火灾 4000 余人，平均每天 11 人。如果加上森林起火、地下矿井发生火灾而死亡的人数，恐怕还要上升 1 倍。

火灾造成人类死亡的直接原因归纳起来有三条：

1. 烟雾中毒窒息死亡，这是火灾致死的首要原因。因为大火烟雾中含有大量一氧化碳，吸入后立即与血红蛋白结合成为碳氧血红蛋白。当人体血液中含有 10% 的碳氧血红蛋白时，就会发生中毒，占 50% 时就会窒息死亡。

2. 被火烧死。

3. 跳楼摔死，多数发生在高楼失火，又缺乏自救知识，被火逼得走投无路而跳楼摔死。

【火口脱险五大要点】

1. 沉着冷静：根据火势实情选择最佳的自救方案，千万不要慌乱。

2. 防烟堵火：这是非常关键的，当火势尚未蔓延到房间内时，紧闭门窗，堵塞孔隙，防止烟火窜入。若发现门、墙发热，说明大火逼近，这时千万不可开窗、开门，可以用浸湿的棉被等堵封，并不断浇水，同时用折成8层的湿毛巾捂住嘴、鼻，一时找不到湿毛巾可以用其他棉织物替代，其除烟率达60%~100%，可滤去10%~40%一氧化碳。1983年，哈尔滨“4·17”大火中，河图街73号居民大楼绝大部分被烧毁了，只有一户居民用堵火办法阻挡了烈火入侵，坚持到消防队把火势压下后才得救，创造了“火海孤岛”的奇迹。

3. 设法脱离险境：利用各种地形、设施，选择各种比较安全的办法下楼。首先是在正常楼梯下楼，如果没有起火，或火势不大，可以裹上一件雨衣（尼龙、塑料禁用）、用水浸湿的毯子、棉被包裹全身后，快速从楼梯冲下去。如果楼梯脱险已不可能，可利用墙外排水管下滑；或用绳子，顺绳而下，二楼、三楼可将棉被、席梦思垫等扔到窗外，然后跳在这些垫子上。跳时，可先爬到窗外，双手拉住窗台，再跳，这样可减少一人加一手臂高度，还可保持头朝上体位，减少内脏特别头颅损伤。

4. 显示求救信号：发生火灾，呼叫往往不易被发现，可以用竹竿撑起鲜明衣物，不断摇晃，红色最好，黄色、白色也可以，或打手电或不断向窗外掷不易伤人的衣服等软物品，或敲击面盆、锅、碗等。

5. 勿因财物而贻误逃生良机，一旦发生火灾，则应因火制宜，在可能情况下，顾及财物，但危急火势下，切不可舍命救物。

(傅善来)

水灾伤

5~10月是洪涝灾害好发季节。由于暴雨、山洪,在短期内造成水位迅速上涨,建筑物被淹,房屋倒塌。暴雨来临时,又往往夹着雷击、龙卷风等,因此一旦发生洪涝灾害,容易发生塌方伤、溺水、雷击伤、触电、毒蛇咬伤、毒虫咬蜇伤、外伤等。

1. 塌方伤急救: (1) 迅速救出伤员; (2) 救出现场时,搬动要细心,严禁拖拉伤员而加重伤情; (3) 清除口腔、鼻腔泥沙、痰液等杂物,对呼吸困难者或呼吸停止者,作人工呼吸; 大出血伤员须止血; 骨折者就地固定后运送。颈椎骨折者搬运时需一人扶住伤员头部并稍加牵引,同时头部两侧放砂袋固定; (4) 伤员清醒后喂少量盐开水; (5) 送医院急救。

2. 溺水急救: 速将溺水者从水中托出水面,上岸后以最快速度清除口鼻污物,人工呼吸 (详见溺水急救)。

3. 雷击伤急救: 当呼吸停止或呼吸微弱时应立即口对口人工呼吸,直至恢复其自动呼吸能力。有心跳停止或呼吸、心跳均停止时宜作心肺复苏术 (即口对口人工呼吸加胸外心脏按压),直至心肺功能恢复或出现尸斑方可停止 (详见触电急救)。

4. 触电急救: (参见触电急救 547 页)。

5. 毒蛇咬伤急救: (参见毒蛇咬伤急救 555 页)。

6. 毒虫咬蜇伤急救: (参见虫螫伤或咬伤急救 556 页)。

7. 外伤急救 (参见外伤急救 548~552 页)。

8. 防止疾病流行。

(徐仁权)

地震伤

地震, 虽然目前人类还不能完全避免和控制, 但是只要能掌握自救互救技能, 就能使灾害降到最低限度。

保持镇静 在地震中, 有人观察到, 不少无辜者并不因房屋倒塌而被砸伤或挤压伤致死, 而是由于精神崩溃, 失去生存的希望, 乱喊、乱叫, 在极度恐惧中“扼杀”了自己。这是因为, 乱喊乱叫会加速新陈代谢, 增加氧的消耗, 使体力下降, 耐受力降低; 同时, 大喊大叫, 必定会吸入大量烟尘, 易造成窒息, 增加不必要的伤亡。正确态度是在任何恶劣的环境中, 始终保持镇静, 分析所处环境, 寻找出路, 等待救援。

止血、固定 砸伤和挤压伤是地震中常见的伤害。开放性创伤, 外出血应首先止血 (参见止血法 580~582 页) 抬高患肢, 同时呼救。对开放性骨折, 不应作现场复位, 以防止组织再度受伤, 一般用清洁纱布覆盖创面, 作简单固定后再进行转运。不同部位骨折, 按不同要求进行固定 (见现场急救基础知识)。并对不同伤势、伤情进行分类、分级, 送医院进一步处理。

妥善处理伤口 挤压伤时, 应设法尽快解除重压。遇到大面积创伤者, 要保持创面清洁, 用干净纱布包扎创面, 怀疑有破伤风和产气杆菌感染时, 应立即与医院联系, 及时诊

断和治疗。对大面积创伤和严重创伤者，可口服糖盐水，预防休克发生。

防止火灾 地震常引起许多“次灾害”，火灾是常见的一种。在大火中应尽快脱离火灾现场，脱下燃烧的衣帽，或用湿衣服覆盖身上，或卧地打滚，也可用水直接浇泼灭火。切忌用双手扑打火苗，否则会引起双手烧伤。消毒纱布或清洁布料包扎后送医院进一步处理。

预防疾病流行。

车祸伤

车祸，已成为当今社会公害，为城市人口死亡的四大原因之一。

车祸造成的伤害大体可分为减速伤、撞击伤、碾挫伤、压榨伤及跌扑伤等，其中以减速伤、撞击伤为多。减速伤是由于车辆突然而强大的减速所致伤害，如颅脑损伤、颈椎损伤，主动脉破裂、心脏及心包损伤，以及“方向盘胸”等。撞击伤多由机动车直接撞击所致。碾挫伤及压榨伤多由车辆碾压挫伤，或被变形车厢、车身和驾驶室挤压而致伤。实际上，机动车致伤常是几种伤害同时发生于一体。因此，伤势重、变化快、死亡率高。

【现场急救】

1. 现场组织：临时组织救护小组，统一指挥，避免慌乱，要立即扑灭烈火或排除发生火灾的一切诱因，如熄灭发动机、关闭电源、搬开易燃物品，同时派人向急救中心呼救。指派人员负责保护肇事现场，维持秩序。开展自救互救，做好检

伤分类，以便及时救护。

2. 根据分类，分轻重缓急进行救护，对垂危病人及心跳停止者，立即进行心脏按压和口对口人工呼吸。对意识丧失者宜用手帕、手指清除伤员口鼻中泥土、呕吐物、假牙等，随后让伤员侧卧或俯卧。对出血者立即止血包扎。如发现开放性气胸，进行严密封闭包扎。伴呼吸困难张力性气胸，条件许可时，可在第二肋骨与锁骨中线交叉点行穿刺排气或放置引流管。骨折处进行固定。对呼吸困难、缺氧并有胸廓损伤、胸壁浮动（呼吸反常运动）者，应立即用衣物、棉垫等充填，并适当加压包扎，以限制浮动。

3. 正确搬运：不论在何种情况下，抢救人员特别要预防颈椎错位、脊髓损伤，须注意：

(1) 凡重伤员从车内搬动、移出前，首先应在草地放置颈托，或行颈部固定，以防颈椎错位，损伤脊髓，发生高位截瘫。一时无颈托，可用硬纸板、硬橡皮、厚的帆布，仿照颈托，剪成前后两片，用布条包扎固定。(2) 对昏倒在座椅上伤员，安放颈托后，可以将其颈及躯干一并固定在靠背上，然后拆卸座椅，与伤员一起搬出。(3) 对抛离座位的危重、昏迷伤员，应原地上颈托，包扎伤口，再由数人按脊柱损伤的原则搬运伤员。动作要轻柔，腰臀部托住，搬运者用力要整齐一致，平放在木板或担架上。

现场急救后伤员根据轻重缓急由急救车运送。千万不要现场拦车运送危重病人，否则由于其他车辆缺乏特殊抢救设备，伤员多半采用不正确半坐位、半卧位、歪侧卧位等而加重伤势，甚至死于途中。

空难伤

飞机起飞后的 6 分钟和着陆的 7 分钟内，最容易发生意外事故，国际上称为“可怕的 13 分钟”。据航空医学家统计，在我国有 65% 的事故发生在 13 分钟内。因此，乘坐飞机应按要求，在起飞前就要系好安全带。

空中常见的紧急情况有密封增压舱突然低落、失火或机械故障等。一般机长和乘务长会简明地向乘客宣布紧急迫降的决定，并指导乘客应采取应急处理。水上迫降时，空中小姐会讲解救生衣的用法，但在紧急脱离前，乘客仍应系好安全带。若飞机高度在 3660~4000 米，旅客头顶上的氧气面罩会自动下垂，此时应立即吸氧，绝对禁止吸烟。如果机舱内失火，可用二氧化碳灭火瓶和药粉灭火瓶（驾驶舱禁用）；非电器和非油类失火，应用水灭火瓶。乘客要听从指挥，尽量蹲下，处于低水平位，屏住呼吸，或用湿毛巾堵住口鼻，防止吸入一氧化碳等有毒气体中毒。

(傅善来)

第四章 现场急救基础知识 (救护四项技术及心肺复苏)

止血

不论是平时还是战时，人体受到外伤之后，往往首先看到出血。成人的血液占其体重 8%。一个体重 50 公斤的人，血液约为 4000 毫升。失血总量达总血量 20% 以上的，出现头晕、头昏、脉搏增快、血压下降、出冷汗、肤色苍白和尿量减少等症状。当受外伤引起大出血时，失血量达到 40% 就有生命危险。因此，止血是救护中极为重要的一项措施，必须迅速、准确和有效地进行止血，这对抢救伤员生命具有重要意义。

外伤出血分类

内出血 主要从两方面判断。一是从吐血、咯血、便血或尿血，判断胃肠、肺、肾或膀胱有无出血；二是根据有关症状判断，如出现面色苍白、出冷汗、四肢发冷、脉搏快弱、以及胸、腹部有肿胀、疼痛等，这些是重要脏器如肝、脾、胃等的常见出血体征。

外出血 可分为三种。(1) 动脉出血：因外伤所致动脉破裂时，血流呈鲜红色的喷射状流出，失血量多，危害性大，

若不立即止血，要危及生命。(2) 静脉出血：因外伤所致静脉血管破裂时，血液呈暗红色的非喷射状流出，若不及时止血，时间长、出血量大，也会危及生命。(3) 毛细血管出血：血液从受伤面向外渗出呈水珠状，颜色从鲜红变暗红。

夜间血管出血的判断

凡脉搏快而弱，呼吸浅促，意识不清，皮肤凉湿，表示伤势严重或有较大的出血灶。大出血时禁止饮水。

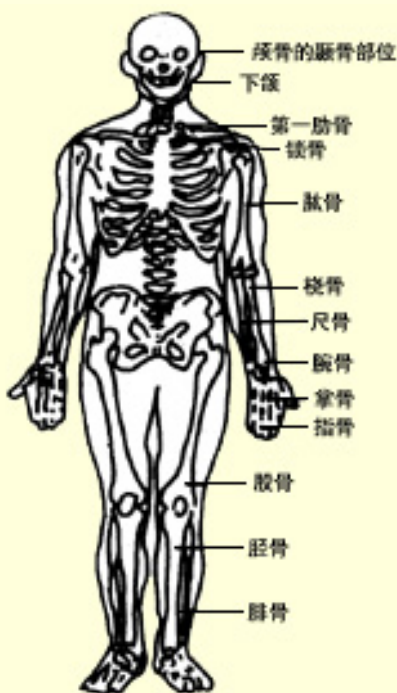


图3-1 人体主要骨骼的名称示意图

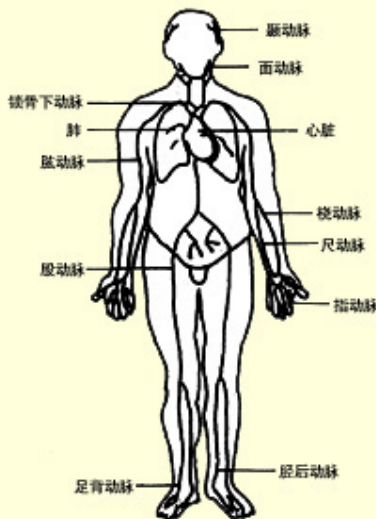


图3-2 人体主要表浅动脉示意图

止血法

指压止血法 用手指压迫出血的血管上部（近心端），用力压向骨方，以达到止血目的。指压止血法适用于头部、颈部和四肢的外伤出血。

1. 头顶部出血：在伤侧耳前，对准耳屏上前方 1.5 厘米处，用拇指压迫颞动脉（图 3-3）。

2. 颜面部出血：用拇指压迫伤侧下颌骨与咬肌前缘交界处的面动脉（图 3-4）。

3. 鼻出血：用拇指和食指压迫鼻唇沟与鼻翼相交的端点处（图 3-5）。

4. 头面部、颈部出血：四个手指并拢对准颈部胸锁乳突肌中段内侧，将颈总动脉压向颈椎处（图 3-6）。但不能同时压迫两侧的颈总动脉，以免造成脑缺血坏死。颈总动脉压迫止血时间也不能太久，以免引起颈部化学和压力感受器反应而危及生命。



图3-3 头部
出血止血法



图3-4 颜面部
出血止血法



图3-5 鼻出
血止血点



图3-6 头颈部
出血止血法

5. 肩、腋部出血：用拇指压迫同侧锁骨上窝，自下对准第一肋骨，压住锁骨下动脉（图 3-7）。



图3-7 肩、腋部出血止血法

6. 上臂出血：一手抬高患肢，另一手四个手指对准上臂中段内侧，将肱动脉压于肱骨上（图 3-8）。

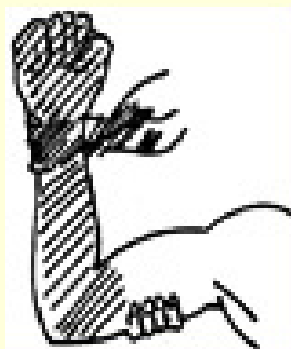


图3-8 上臂出血止血法

7. 前臂出血：将患肢抬高，用四个手指压在肘窝肱二头肌内侧的肱动脉末端（图 3-9）。

8. 手掌出血：将患肢抬高，用两手拇指分别压迫手腕部的尺、桡动脉（图 3-10）。



图3-9 前臂
出血止血法



图3-10 手掌
出血止血法

9. 手指出血：将患肢抬高，用食指、拇指分别压迫手指掌侧两侧的指动脉（图 3-11）。

10. 大腿出血：在腹股沟中点稍下方，以双手拇指向后用力按压股动脉（图 3-12）。

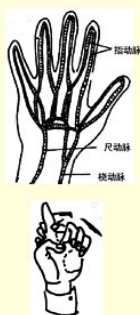


图3-11 手指出血止血法
(上方为指动脉示意图)

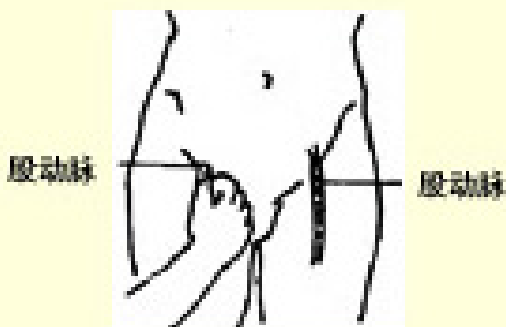


图3-12 大腿出血止血法

11. 足部出血：用两手拇指分别压迫足背动脉和内踝与跟腱之间的胫后动脉（图 3-13）。

屈肢加垫止血 当前臂或小腿出血时，可在肘窝、腘窝内放入以纱布垫、棉花团或毛巾、衣服等物品，屈曲关节，用三角巾作 8 字形固定（图 3-14）。但有骨折或关节脱位者不能使用。



图3-13 足部出血止血法



图3-14 屈肢加垫止血法

橡皮止血带止血 常用的止血带是三尺左右长的橡皮管。方法：掌心向上，止血带一端由虎口拿住，留出15厘米，一手收紧，绕肢体2圈、中、食两指将止血带的末端夹住。顺着肢体用力拉下，压住“余头”，以免滑脱（图3-15）。



图3-15 橡皮带止血法

绞紧止血 把三角巾折成带形，打一个活结，取一根小棒穿在带形外侧绞紧，然后再将小棒插在活结小圈内固定（图3-16）。



图3-16 绞紧止血法

使用止血带须注意七点：

1. 快——动作快，抢时间。
 2. 准——看准出血点，准确上好止血带。
 3. 垫——垫上垫子，不要直接扎在皮肤上。
 4. 上——扎在伤口上方（禁止扎在上臂中段）。
 5. 适——松紧适宜。
 6. 标——加上红色标记。注明日期、时间。
 7. 放——每隔一小时放松止血带一次，每松一次时间不超过三分钟，并用指压法代替止血。
- 颅骨骨折引起的出血 参见颅脑外伤（548页）。

包扎

三角巾包扎法

目的 保护伤口，减少感染，压迫止血，固定骨折，减少疼痛。

要求 伤口封闭要严密，防止污染伤口，松紧适宜，固定牢靠。其要领是：快——动作要快；准——敷料盖准后不要移动；轻——动作要轻，不要碰撞伤口；牢——包扎要牢靠。

方法 边要固定，角要拉紧，中心伸展，敷料贴紧，包扎贴实，要打方结，打结要牢，防止滑脱。

三角巾介绍 规格：一平方米对开剪两条（图 3-17）。



图3-17 三角巾介绍

全身各部位包扎

1. 头部包扎：将三角巾底边向外上翻折两指宽，盖住头部，在眉上、耳上，把两底角和顶角在枕后交叉，在前额中央打结（图3-18）。



图3-18 头部包扎

2. 面部三角巾剪洞法：把三角巾一折二，在顶角处打结，

顶角对准伤者中指至腕横纹，折成一条线；从折叠处对准伤者中指二节，再折成一条线；从折叠处对准伤者中指一节，最后把第二、第三条线折成两角，对准第一线，用剪刀剪成圆形，即留出口、眼、鼻（图 3-19）。

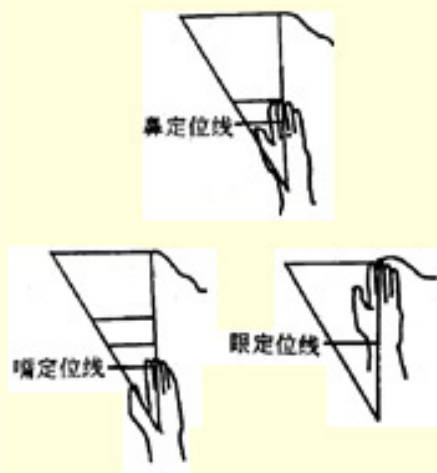


图3-19 面部三角巾剪洞定位法

3. 面部包扎法：把三角巾一折二，顶角打结放于头顶中，套住面部，两手把底边两角拉向枕后交叉，在前额打结固定（图 3-20）。

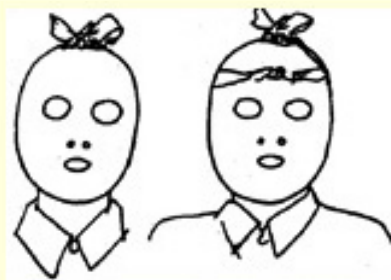


图3-19 面部三角巾剪洞及包扎法

4. 单眼包扎法：将三角巾折成三指宽的带形，以上 1/3 处盖住伤眼，下 2/3 从耳下端绕向脑后至健侧，在健侧跟上方前额处反折后，转向伤侧耳上打结固定（图 3-21）。



图3-21 单眼包扎法

5. 双眼包扎法：将三角巾折成三指宽带形，从枕后部拉向双眼交叉，再绕向枕下部打结固定（图 3-22）。

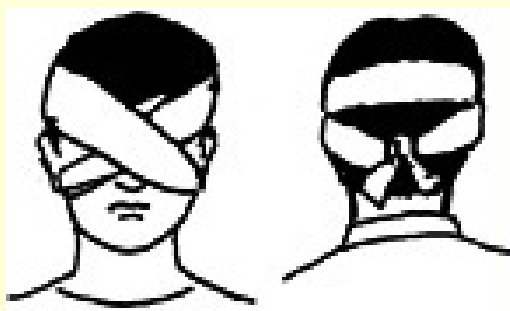


图3-22 双眼包扎法

6. 下颌包扎法：将三角巾折成三指宽带形，留出系带一端从颈后包住下颌部，与另一端在颊侧面交叉反折，转回颌下，伸向头顶部在两耳交叉打结固定（图 3-23）。

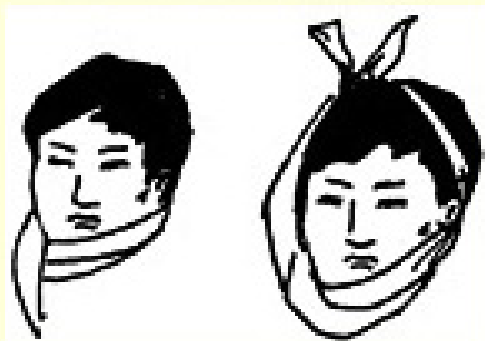


图3-23 下颌包扎法

7. 单肩包扎法：把三角巾一底角斜放在胸前对侧腋下，将三角巾顶角盖住后肩部，用顶角系带在上臂三角肌处固定，再把另一个底角上翻后拉，在腋下两角打结（图 3-24）。



图3-24 单肩包扎法

8. 双肩包扎法：将三角巾底边放在两肩上，两侧底角向前下方绕腋下至背部打结，顶角系带翻向胸前，在两侧肩前假扣扎紧固定（图 3-25）。

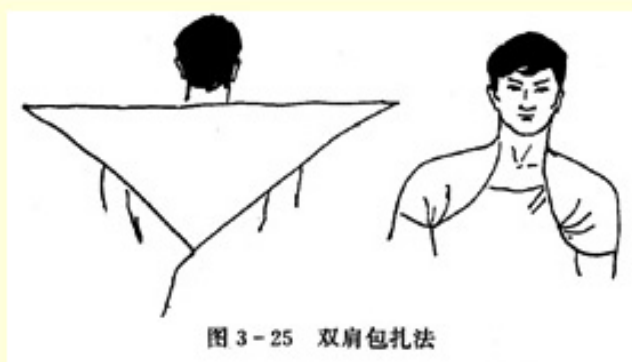


图 3-25 双肩包扎法

9. 单胸包扎法：将三角巾顶角对准肩缝，盖住伤部，底边上翻把两底角回胸，在背后与顶角系带打结固定（图 3-26）。



图 3-26 单胸包扎法

10. 双胸包扎法：将三角巾一底角对准肩部，顶角系带围腰在对侧底边中央打结，上翻另一个底角盖住胸部，在背后 V 形打结固定（图 3-27）。

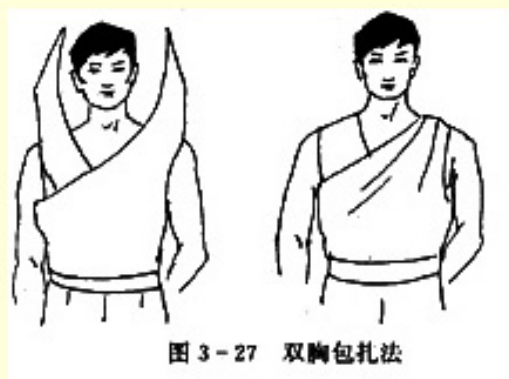


图 3-27 双胸包扎法

11. 腹部包扎法：腹部伤口处先用碗罩住（图 3-28a），然后将三角巾从顶角到底边中点（稍偏左或偏右）打折，折成燕尾式，前面一尾比另一尾稍大，然后燕尾朝下，把三角巾贴在腹部（图 3-28b）；折成燕尾，将底边的一角与顶角在腰部打结（图 3-28c）；再将大燕尾从两腿中间向后拉紧，绕过大腿，与小燕尾在大腿侧打结（图 3-28d），无碗时应加压包扎。

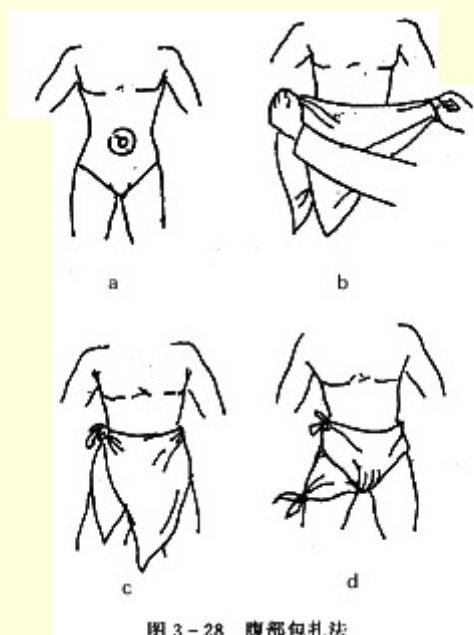


图 3-28 腹部包扎法

12. 单臂包扎法：将三角巾顶角盖住臀部，顶角系带在裤袋底处围腿绕住，下侧底角上翻至对侧腰部和另一底角在健侧髂上打结固定（图 3-29）。



图 3-29 单臂包扎法

13. 双臀包扎法：将两条三角巾的顶角连结一起，放在双臀缝的稍上方（图 3-30a），然后把上面两底角由背后绕到腹前打结，下面两底角分别从大腿内侧向前拉，在腹股沟部与三角巾的底边做一假扣结上（图 3-30b）。这种式样象开裆裤，便于伤员大小便，从背后看如图 3-30c。

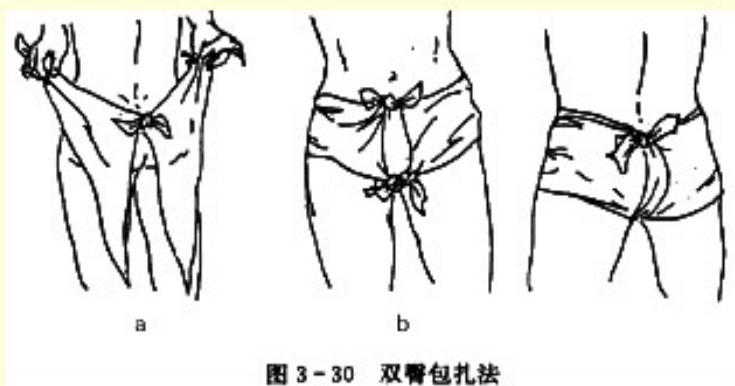


图 3-30 双臀包扎法

14. 膝（肘）关节包扎法：将三角巾折成四指宽，盖住膝关节，在膝（肘）窝处交叉后，两端返绕膝（肘）关节，在外侧打结（图 3-31、32）。



图 3-31 膝关节包扎法

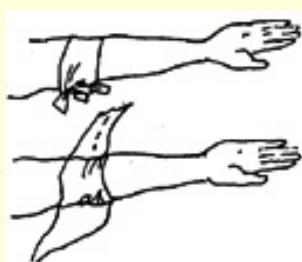


图 3-32 肘关节包扎法

15. 手部包扎法：将三角巾一折二，手放在中间，中指对准顶角，把顶角上翻盖住手背，然后两角在手背交叉，围绕腕关节在手背上打结（图 3-33）。

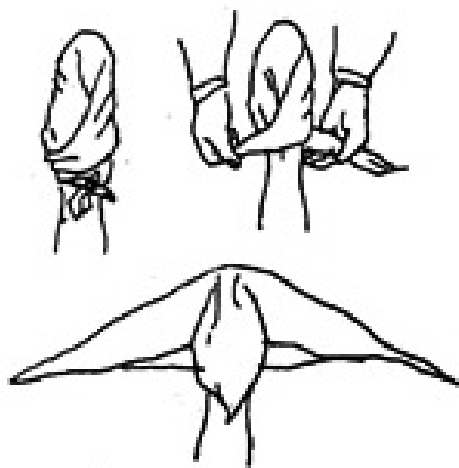
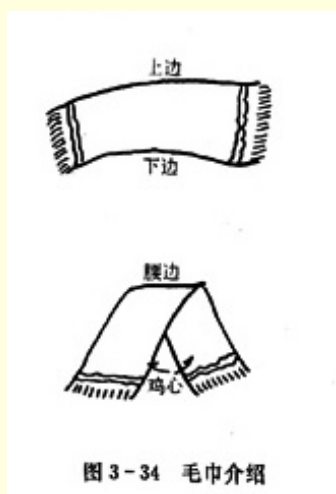


图 3-33 手部包扎法

毛巾包扎法



毛巾包扎注意点：

(1) 角要拉得紧；(2) 包扎要贴实；(3) 结要打得牢。

全身各部位包扎：

1. 头部帽式包扎：毛巾横放在头顶中间，上边对准眉毛：上边两角拉至枕后打结，下边两角拉向颌下打结（图 3-35）。



2. 面部包扎法：毛巾横放盖住面部，用剪洞法露出眼、鼻、口，毛巾四角，交叉在耳旁打结（图 3-36）。

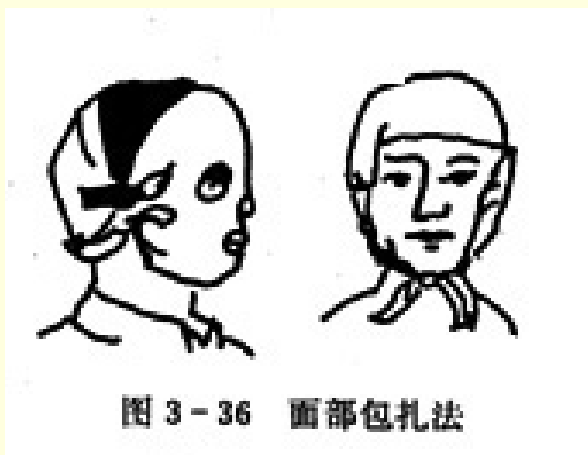


图 3-36 面部包扎法

3. 单眼包扎法：把毛巾折叠成“枪”式盖住伤眼，毛巾两角围额在枕后打结，用绳子扣住毛巾一角，在颌下与健侧面部毛巾处打结（图 3-37）。

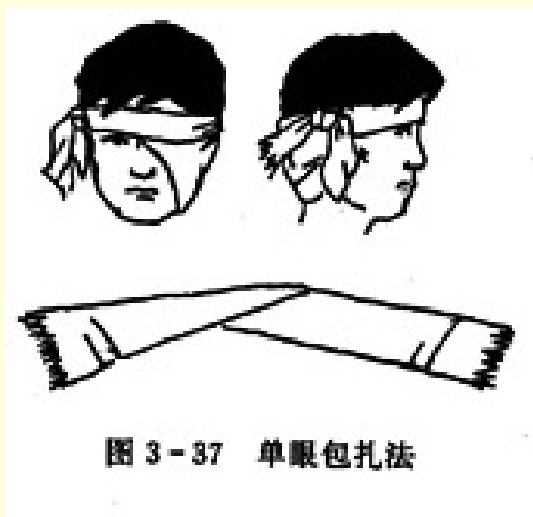


图 3-37 单眼包扎法

4. 下颌兜式包扎法：将毛巾折成四指宽，一端系带一条，细毛巾托住下颌向上提，系带与毛巾一端在头上颞部交叉绕前在耳旁打结（图 3-38）。



图 3-38 下颌兜式包扎法

5. 双眼包扎法：将毛巾折成鸡心角，腰边与伤者额部相围，盖住两眼，毛巾两角在枕后打结，留出毛巾两角在枕后下方固定（图 3-39）。



图 3-39 双眼包扎法

6. 单肩包扎法：将毛巾折成鸡心状放在肩上，腰边穿带在上臂固定，前后两角系带在对侧腋下打结（图 3-40）。



7. 双肩包扎法：将毛巾两角结带，毛巾横放背肩部，再将毛巾两下角从腋下拉至前面，然后把带子同角结牢（图 3-41）。



8. 单胸包扎法：把毛巾一角对准伤侧肩缝，上翻底边至胸部，毛巾两端在背后打结，并用一根绳子再固定毛巾一端（图 3-42）。



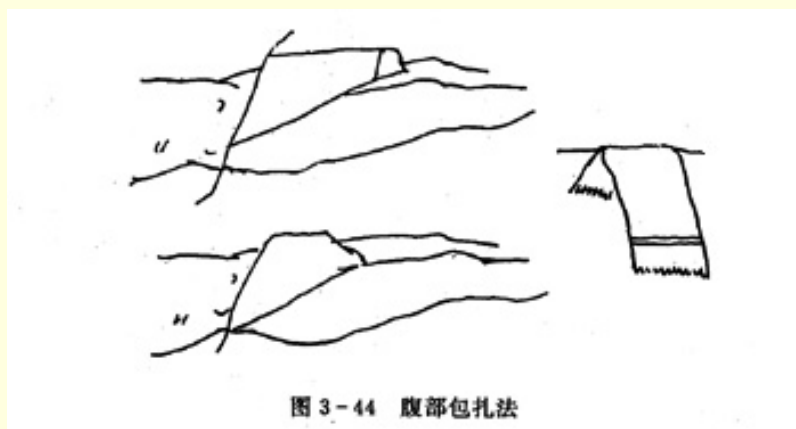
图 3-42 单胸包扎法

9. 双胸包扎法：将毛巾折成鸡心状盖住伤部，腰边穿带绕胸部在背后固定，把肩部毛巾两角用带系作V字形在背后固定（图 3-43）。



图 3-43 双胸包扎法

10. 腹部包扎法 (图 3-44)：保护内脏勿污染，腰带一旁把结打；毛巾穿带折长短，短端系带兜会阴；长端在外盖腹部，绕到腋旁结短端。



11. 单臂包扎法：将毛巾对折，盖住伤口，腰边两端在对侧腋部用系带固定，毛巾下端再用系带绕腿固定好 (图 3-45)。



12. 双臀包扎法：将毛巾扎成鸡心式放在两侧臀部，系带围腰结，毛巾下端在两侧大腿根部用系带扎紧 (图 3-46)。



13. 膝 (肘) 关节包扎法：将毛巾扎带形包住关节，两

端系带在肘（膝）窝交叉，在外侧打结固定（图 3-47）。



图 3-47 膝(肘)关节包扎法

14. 手臂部包扎法：将毛巾一角打结对准中指，用另一角包住手掌，再围臂螺旋形用系带打结固定（图 3-48）。



图 3-48 手臂部包扎法

15. 足部靴式包扎法：把毛巾放在地上，脚尖对准毛巾

一角，将毛巾另一角围脚背压脚跟下，用另一角围脚部螺旋包扎，呈螺旋上绕尽端系带扎牢（图 3-49）。



图 3-49 足部靴式包扎法

骨折固定

骨受到外力打击，发生完全或不完全断裂时，称骨折。

分类

按骨折端是否与外界相通分为：(1) 闭合性骨折：骨折端未刺出皮肤；

(2) 开放性骨折：骨折端刺出皮肤。

判断

(1) 疼痛和压痛；(2) 肿胀；(3) 畸形；(4) 功能障碍。

固定目的

止痛、制动、减轻伤员痛苦，防止伤情加重和休克，保护伤口，防止感染，便于运送。

固定的材料

常用的有木制、铁制、塑料制夹板。临时夹板：有木板、木棒、树枝和竹杆等。若无临时夹板，可固定于伤员躯干或健肢上。

固定的方法要领

先止血，后包扎，再固定；夹板长短与肢体长短相对称，骨折突出部位要加垫；先扎骨折上下端，后固定两关节；四肢露指（趾）尖，胸前挂标志；迅速送医院。

固定的方法

前臂骨折固定法 夹板放置骨折前臂外侧，骨折突出部分要加垫，然后固定腕肘两关节（胸部8字形固定），用三角巾将前臂屈曲悬胸前，再用三角巾将伤肢固定于伤员胸廓（图3-50）。



上臂骨折固定法 夹板放置骨折上臂外侧，骨折突出部

分要加垫，然后固定肘、肩两关节，用三角巾将上臂屈曲悬胸前，再以三角巾将伤肢固定于伤员胸廓（图 3-51）。



图 3-51 上臂骨折固定法

无夹板前臂、上臂三角巾固定法 1. 前臂骨折：先将三角巾将伤肢悬挂胸前，后用三角巾将伤肢固定于胸廓。

2. 上臂骨折：先用三角巾将伤肢固定于胸廓，再用三角巾将伤肢悬挂胸前（图 3-52、53）。



图3-52 前臂骨折固定法



图3-53 上臂骨折固定法

锁骨骨折固定法 1. 丁字夹板固定法：丁字夹板放置背后肩甲骨上，骨折处垫上棉垫，然后用三角巾绕肩两周结在板上，夹板端用三角巾固定好（图 3-54）。

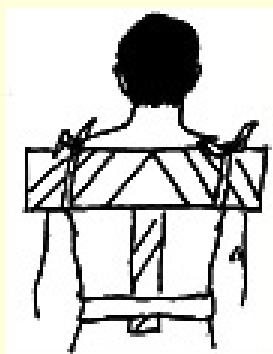


图3-54 锁骨丁字夹板固定法

2. 三角巾无夹板固定法：挺胸，双肩向后，两侧腋下放置棉垫，用两块三角巾分别绕肩两周打结，然后将三角结在

一起，前臂屈曲用三角巾固定于胸前（图 3-55）。



图 3-55 锁骨骨折三角巾固定法

小腿骨折固定法 将夹板放置于骨折小腿外侧，骨折突出部分要加垫，然后固定伤口上下两端和膝、踝两关节（8字形固定踝关节），夹板顶端再固定（图 3-56）。

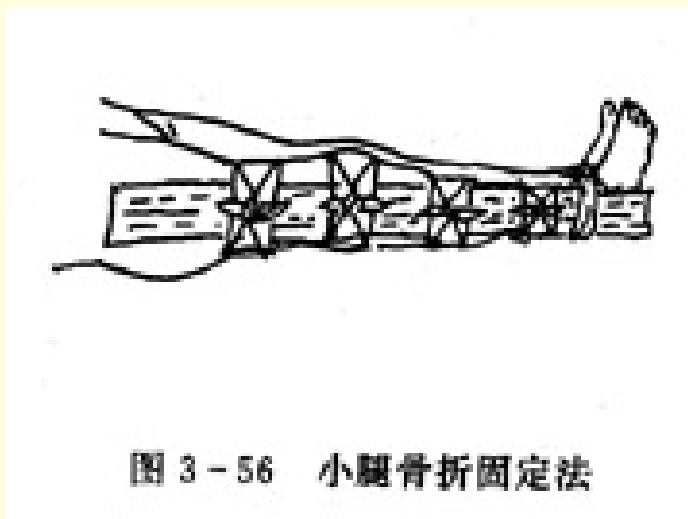


图 3-56 小腿骨折固定法

大腿骨折固定法 将夹板放置于骨折大腿外侧，骨折突出部分要加垫，然后固定伤口上、下端和踝、膝关节，最后固定腰、髌、踝部（图 3—57）。



图 3-57 大腿骨折固定法

下肢自体固定法 将患者两下肢合并，在膝关节处，膝关节上、下和踝关节处及大腿根部各扎一条三角巾，打结在健侧下肢，踝关节处“8”字形固定（图 3—58）。

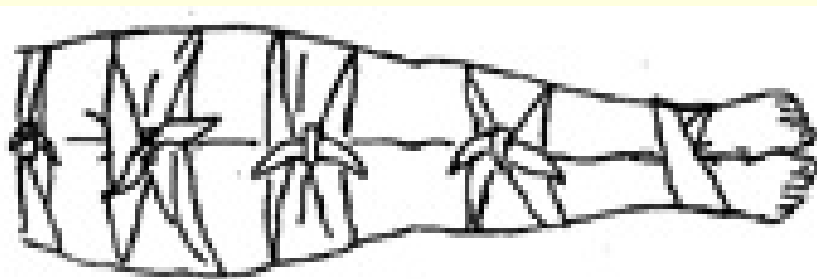


图 3-58 下肢自体固定法

脊椎骨折固定法 伤员仰卧木板上，用绷带将伤员胸、腹、髂、膝、踝部固定于木板上（图 3-59）。

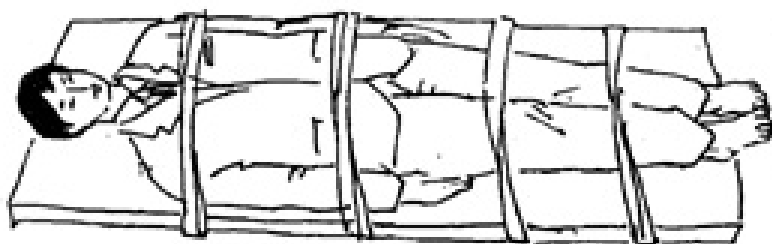


图 3-59 脊椎骨折固定法

颈椎骨折固定法 伤员仰卧在木板上，颈下、肩部两侧要加垫，头部两侧用棉垫固定防止左右摇晃，然后用绷带（三角巾）将额、下巴尖、胸固定于木板上（图 3-60）。



图 3-60 颈椎骨折固定法

搬运

伤员进行初步救护后，必须迅速安全地将伤员送到医院或救护站进一步治疗，称搬运伤员。

搬运目的

使伤员能迅速得到医疗机构的及时抢救治疗，并及早离开受伤现场，以免延误抢救治疗时机，并可防止再次受伤。

搬运要求

1. 搬运前应先进初步的急救处理。
2. 搬运时要根据伤情灵活地选用不同的搬运工具和搬运方法。
3. 按伤情不同，注意搬运的体位和方法，动作要轻而迅速，避免震动，尽量减少伤员痛苦，并争取在短时间内将伤员送往医院进行抢救治疗。

搬运方法

单手搬运 扶持法 (图 3-61)，抱持法 (图 3-62)，背负法 (图 3-63)。



图 3-61 扶持法



图 3-62 抱持法



图 3-63 背负法

双人搬运法 椅托式 (图 3-64), 轿杠式 (图 3-65), 拉车式 (3-66), 椅式搬运法 (图 3-67), 平卧托运法 (图 3-68)。



图 3-64 椅托式



图 3-65 轿杠式



图 3-66 拉车式



图 3-67 椅式



图 3-68 平卧式

就地取材 在没有担架的情况下，也可以采用简易的担架：如用椅子、门板、毯子、衣服、大衣、绳子、竹竿或梯子等代替（图 3-69）。



图 3-69 就地取材示意图

抬担架方法、担架员在伤员一侧，将伤员抱上担架，然后将伤员固定于担架上。担架员走步要交叉，即前者先跨左脚，后者先跨右脚，上坡头在前，下坡头在后，冬季要保暖，夏季要防暑，并时常观察伤员情况（图 3-70）。



图 3-70 担架搬运法

心肺复苏

心跳呼吸骤停的急救，简称心肺复苏，即循环突然停止和意识丧失后的急救。心肺复苏通常采用人工胸外按压和口对口呼吸方法迅速抢救心跳、呼吸骤停的伤员。

心肺复苏的意义

人体是靠心脏的跳动、血管的节律运动和肺的呼吸，将氧气和营养物质运送到人的各个部分，以供机体正常活动；并通过血液流动和呼吸将二氧化碳和废物排出体外。在一般情况下，心跳停止即脑组织缺氧 4 分钟之内，可恢复其原有功能，心跳停止超出 4 分钟，易造成脑组织永久性损害，甚至

导致死亡。所以抢救此类伤员要及时、迅速，以竭力挽救伤员生命。

心肺复苏操作程序

1. 判定伤员有无意识可轻轻摇动、轻轻拍打或者呼唤伤员 (图 3-71、72)。



图 3-71 轻轻摇动伤员



图 3-72 轻轻拍打伤员

2. 呼救、唤人协助打电话通知救护单位。呼救时，讲清伤员伤情、出事地点等。

3. 将伤员放在适当体位（恢复伤员仰卧位）（图 3-73）。



图 3-73 恢复伤员仰卧位

4. 用仰头抬下巴以开通气道、保持气道畅通，口内若有假牙或异物、污物要尽快取出及清除（图 3-74）。



图 3-74 清除口内异物

5. 确定有无自主呼吸，在保持气道通畅前提下，将耳贴近伤员口鼻。侧头注视伤员胸部和上腹部（观察3~5秒钟）。即：(1) 看：胸部和上腹部有否呼吸起伏；(2) 听：伤员口鼻有无出气声；(3) 感觉：抢救者面颊部有无气体吹拂感觉。若有自主呼吸，要继续保持气道通畅，若无自主呼吸，则迅速作两次吹气。吹气时应捏紧鼻子，第一次吹气和第二次吹气时要放松鼻子，吹气时要注意伤员胸廓是否有因吹气而抬起（图3-75）。



6. 判定有无脉搏：检查颈动脉（图3-76），并应在5秒钟内完成，手要轻柔，不能加压。若无颈动脉搏动，立即开始口对口人工呼吸和胸外心脏按压术。



图 3-76 检查颈动脉搏动

7. 胸外心脏按压术：(1) 抢救者跪于伤员一侧（一般为右侧）；(2) 抢救者右手食指和中指沿伤员肋弓上移至胸骨下切迹（肋弓与胸骨接合处）（图 3-77）；(3) 中指置切迹外，食指紧靠中指，起定位作用；(4) 用抢救者左手的掌根部紧靠前一手指，放于胸骨下部，掌根部长轴与胸骨长轴重合（图 3-78）；(5) 然后，将定位用手叠于另一手手背上，两手手指交叉抬起，使手指脱离胸壁（儿童一只手掌根即可）（图 3-79）；(6) 抢救者双肘伸直，利用上身重量有节奏地垂直下压；(7) 按压至适当强点后即开始松弛。抬手时掌根部不能与皮肤脱离，以防按压部位移动；(8) 在按压间歇期内，不能使胸部受压；(9) 下压距离 3.8~5 厘米（儿童 2.5~3.8 厘米）；(10) 按压速率：每分钟 80~100 次。



图 3-77 寻找胸骨下切迹



图 3-78 手拿根部长轴与
胸骨长轴重合



图 3-79 按压胸廓后手指脱离胸壁

8. 单人心肺复苏术：同一抢救者顺次转换完成口对口人工呼吸及胸外按压术（图 3-80）。

胸部按压数：人工呼吸数= 5：2。

重复一轮按压和通气后，要检查复苏效果，即检查颈动脉及有无自主呼吸。



图 3-80 顺次转换人工呼吸
和胸外按压术

9. 双人心肺复苏术：由两位抢救者分别进行口对口人工呼吸及胸外按压术。两位抢救者各在一边（图 3-81）。

胸部按压数：人工呼吸数= 5：1，要有机衔接。



图 3-81 双人心肺复苏术

在每次轮换时，两位抢救者各负责检查脉搏和呼吸。

10. 转移—终止；(1) 转移：在现场抢救时，争取到的每 1 秒钟都关系着伤员的生和死，尤其在伤员心脏、呼吸停止瞬间，更是关键，因此必须争分夺秒地做好心肺复苏。

现场心肺复苏应坚持不断地进行，抢救者不应频繁更换，即使送往医院途中也应继续进行心肺复苏，如将伤员由现场移往室内，中断操作时间不得超过 7 秒；送上救护车时的操作中断不得超过 36 秒。中断时间越长，重要脏器的损害就越严重，以致无法恢复正常的功能，如肾功能衰竭，脑部留有严重后遗症等。

(2) 终止：决定在什么条件下终止心肺复苏，这是一个医学问题，也是一个很复杂的社会问题。如在临床死亡前常有出现心跳、呼吸非常微弱的过程，在极为微弱的状态下，很难在现场确切地判定何时完全停止；又如雷击后的呼吸抑制，经较长时间和辅助呼吸后，方恢复自主呼吸；再如儿童的心跳停止后，能耐受较长的缺氧时间；低温也能延缓生物死亡。因此，在现场终止心肺复苏操作，只有医生才有权作出，否则不得放弃抢救，如经专业医务人员正式确认伤员抢救成功后，应及时恢复伤员体位（右侧卧位见图 3-82），并尽可能送往医院继续观察一段时间。



图 3-82 右侧卧位

(杨钧仪 庄海君)

电话呼救须知

熟记呼救电话号码

上海市救护电话号码为“120”。在未实行全国统一救护电话号码的地区，一般都把救护电话号码与其他紧急电话号码如火警电话号码编在一起，并放在显著位置，非常容易查到。

呼救时牢记依次报告下列内容

1. 伤病员所在的详细地址，如意外伤害要讲清出事的具体地点或住址，切不可含糊其词如某某路口，哪个商店楼上等；要求正确、无误。
2. 简述伤病员的主要病情，如昏迷、抽搐、吐血、高空坠落、服毒等，以便救护人员有所准备，及时投入抢救。
3. 报告呼救者姓名、呼救地的电话号码，以防万一找不到，可与呼救者取得联系。

4. 讲清已经过何种现场处理。

5. 询问对方有何问题，对方答复后再挂断电话。

呼救后准备

1. 应派人在伤病员所在地附近尽可能显眼的地方等候救护车的到来，以便及时引导救护车出入。

2. 清除楼梯或走道上影响搬运的杂物，以利伤病员顺利通过。

3. 准备好被救者必须携带的物品。

4. 在呼救 20 分钟后，如果救护车还未到达，可再次电话联系。伤病员情况许可时，不要另找车辆，以免重复。

(傅善来)