







中国百科大辞典

《中国百科大辞典》编委会

（十五）编

中国百科大辞典

中国百科大辞典编委会　编

医药卫生

医药卫生

医学一般

医学…… 1
医学概论…… 1
医学未来学…… 1
医学伦理学…… 1
生命伦理学…… 2
医学哲学…… 2
医学生态学…… 2
医学遗传学…… 2
医学生物工程学…… 2
基础医学…… 3
临床医学…… 3
预防医学…… 3
军事医学…… 4
航空医学…… 4
宇宙医学…… 4
航海医学…… 4
康复医学…… 4
行为医学…… 5
医学心理学…… 5

医学美学…… 5
性医学…… 5
模糊医学…… 5
部件医学…… 6
症状学…… 6
卫生…… 6
卫生学…… 6
公共卫生学…… 6
保健组织学…… 7
卫生统计学…… 7
卫生化学…… 7
卫生工作方针…… 7
爱国卫生运动…… 7
卫生标准…… 8
卫生法规…… 8
健康…… 8
疾病…… 8
适应症…… 8
后遗症…… 8
禁忌症…… 8
并发症…… 8
综合症…… 8
巡回医疗…… 9
医院…… 9
地段医院…… 9

联合诊所…… 9
产院…… 9
儿童医院 …… 10
疗养院 …… 10
卫生防疫站 …… 10
妇幼保健院 …… 10
卫生院 …… 10
卫生所 …… 10
卫生站 …… 10
救护站 …… 11
防治所 …… 11
世界卫生组织 …… 11
中国红十字会 …… 11
人民卫生出版社 …… 12
健康报 …… 12
中国医学科学院 …… 12
中国预防医学科学研究院 …… 12
医师 …… 12
医生 …… 13
医士 …… 13
赤脚医生 …… 13
卫生医师 …… 13
卫生员 …… 13
保健员 …… 13
药学 …… 13

药师 …… 14
药剂师 …… 14
药剂士 …… 14
药剂员 …… 14
护士 …… 14
护理员 …… 14
营养护士 …… 14
门诊 …… 14
出诊 …… 14
转诊 …… 15
会诊 …… 15
急救 …… 15
随访 …… 15
查房 …… 15
病史 …… 15
病案 …… 15
治疗 …… 16
综合疗法 …… 16
特效疗法 …… 16
对症疗法 …… 16
支持疗法 …… 16
饮食疗法 …… 16
保守疗法 …… 16
疗效 …… 16
预后 …… 17

痊愈 …… 17
复发 …… 17
残疾 …… 17
死亡 …… 17
脑死亡 …… 17
临床死亡 …… 17
生物学死亡 …… 17
安乐死 …… 17
医疗质量 …… 18
医疗事故 …… 18
医疗差错 …… 18
医学教育 …… 18
医学学位 …… 18
卫生技术职称 …… 19
公费医疗制度 …… 19
合作医疗制度 …… 19

医学人物

岐伯 …… 20
黄帝 …… 20
扁鹊 …… 20
秦越人 …… 20
华佗 …… 20
张仲景 …… 21

王叔和 …… 21
董奉 …… 21
葛洪 …… 21
陶弘景 …… 22
巢元方 …… 22
孙思邈 …… 22
字妥·元丹贡布 …… 22
鉴真 …… 23
王惟一 …… 23
刘完素 …… 23
张洁古 …… 23
陈自明 …… 23
朱丹溪 …… 23
李时珍 …… 24
陈实功 …… 24
张景岳 …… 24
吴又可 …… 24
叶天士 …… 25
徐大椿 …… 25
吴鞠通 …… 25
伍连德 …… 25
傅连暲 …… 26
颜福庆 …… 26
蒲辅周 …… 26
沈克非 …… 27

黄家驷 …… 27
曾宪九 …… 27
张昌绍 …… 28
张锡祺 …… 28
林巧稚 …… 28
金宝善 …… 28
苏德隆 …… 29
谷镜汧 …… 29
杨崇瑞 …… 30
张孝骞 …… 30
希波克拉底 …… 30
盖伦 …… 30
巴雷 …… 31
维萨里 …… 31
哈维 …… 31
琴纳 …… 31
雷奈克 …… 32
佩滕科弗 …… 32
培顿科斐 …… 32
南丁格尔 …… 32
魏尔啸 …… 32
微耳和 …… 33
巴斯德 …… 33
摩尔根 …… 33
格雷费 …… 33

谢切诺夫 …… 33
科赫 …… 34
梅契尼科夫 …… 34
巴甫洛夫 …… 34
弗莱明 …… 34
弗兰明 …… 34
白求恩 …… 34
柯棣华 …… 35

中医药学

基础理论

阴阳学说 …… 35
五行学说 …… 36
辨证论治 …… 37
理法方药 …… 37
阴阳互根 …… 37
阴阳消长 …… 38
阴阳转化 …… 38
阴平阳秘 …… 38
阴阳离决 …… 38
阳中之阳 …… 38
阳中之阴 …… 38
阴中之阴 …… 38

阴中之阳 …… 39
相生 …… 39
相克 …… 39
相乘 …… 39
相侮 …… 39
亢害承制 …… 39
母病及子 …… 39
子盗母气 …… 40
五运六气 …… 40
脏象学说 …… 40
藏象学说 …… 40
脏象 …… 40
藏象 …… 41
脏腑 …… 41
五脏 …… 41
六腑 …… 41
奇恒之腑 …… 41
十二脏 …… 41
脏气 …… 41
脏腑相合 …… 41
心 …… 42
肺 …… 42
脾 …… 42
肝 …… 43
肾 …… 43

心包络 …… 44
心包 …… 44
命门 …… 44
胆 …… 44
胃 …… 44
小肠 …… 45
大肠 …… 45
膀胱 …… 45
三焦 …… 45
上焦 …… 45
中焦 …… 45
下焦 …… 45
脑 …… 46
髓 …… 46
脉 …… 46
女子胞 …… 46
天癸 …… 46
心肾相交 …… 46
水火既济 …… 46
肝肾同源 …… 46
乙癸同源 …… 47
气 …… 47
气化 …… 47
气机 …… 47
元气 …… 47

原气 …… 47
宗气 …… 47
营气 …… 48
卫气 …… 48
营卫 …… 48
血 …… 48
营血 …… 48
津液 …… 48
气为血帅 …… 49
血为气母 …… 49
津血同源 …… 49
神 …… 49
神明 …… 49
精 …… 49
正气 …… 49
中气 …… 49
胃气 …… 49
真阴 …… 50
真阳 …… 50
君火 …… 50
相火 …… 50
少火 …… 50
五官 …… 50
九窍 …… 50
四海 …… 50

玄府 …… 50
腠理 …… 51
募原 …… 51
筋 …… 51
膏肓 …… 51
丹田 …… 51
虚里 …… 51
月事 …… 51
五轮 …… 51

病因病机

邪气 …… 52
三因 …… 52
外因 …… 52
内因 …… 52
不内外因 …… 52
辨证求因 …… 52
外感 …… 52
内伤 …… 53
外伤 …… 53
六淫 …… 53
风邪 …… 53
寒邪 …… 53
暑邪 …… 53
湿邪 …… 54

燥邪 …… 54
火邪 …… 54
疠气 …… 54
七情 …… 54
伤食 …… 54
劳倦 …… 55
房劳 …… 55
痰饮 …… 55
瘀血 …… 55
病机 …… 55
病机十九条 …… 55
邪气盛则实 …… 56
精气夺则虚 …… 56
阳盛 …… 56
阴盛 …… 56
阳虚 …… 56
阴虚 …… 56
阴虚阳亢 …… 57
阴阳两虚 …… 57
亡阳 …… 57
亡阴 …… 57
阴损及阳 …… 57
阳损及阴 …… 57
阴盛格阳 …… 58
阳盛格阴 …… 58

气虚 …… 58
气滞 …… 58
气逆 …… 58
气陷 …… 58
气闭 …… 58
气脱 …… 59
血虚 …… 59
血瘀 …… 59
血热 …… 59
气虚不摄 …… 59
气随血脱 …… 59
气血两虚 …… 59
亡津 …… 60
内风 …… 60
肝阳化风 …… 60
热极生风 …… 60
阴虚风动 …… 60
血虚生风 …… 60
内寒 …… 60
内湿 …… 61
内燥 …… 61
化火 …… 61
化热 …… 61
壮火 …… 61
湿热内蕴 …… 61

湿热下注 …… 62
湿遏热伏 …… 62
寒包火 …… 62
营卫不和 …… 62
升降失常 …… 62
气血两燔 …… 62
内陷 …… 63
心火上炎 …… 63
心脉痹阻 …… 63
水气凌心 …… 63
痰迷心窍 …… 63
肺失肃降 …… 63
表虚不固 …… 63
脾失健运 …… 64
中气下陷 …… 64
肝郁 …… 64
肝火上炎 …… 64
肝阳上亢 …… 64
肾精亏虚 …… 64
肾气不固 …… 65
肾不纳气 …… 65
命门火衰 …… 65
相火妄动 …… 65
阳虚水泛 …… 65
胃失和降 …… 65

胃火炽盛 …… 65
胆虚气怯 …… 65
心脾两虚 …… 66
心肾不交 …… 66
水火不济 …… 66
肝脾失调 …… 66
肝火犯肺 …… 66
木火刑金 …… 66
肝胃不和 …… 66
水不涵木 …… 67
冲任损伤 …… 67

诊断辨证

四诊 …… 67
四诊合参 …… 67
望诊 …… 67
闻诊 …… 67
问诊 …… 67
切诊 …… 67
望神 …… 68
望色 …… 68
望形态 …… 68
舌诊 …… 68
舌苔 …… 69
白苔 …… 69

黄苔 …… 69
灰黑苔 …… 69
苔腻 …… 69
苔剥脱 …… 69
镜面舌 …… 69
舌质 …… 70
舌神 …… 70
舌淡白 …… 70
舌红 …… 70
舌绛 …… 70
舌紫 …… 70
舌边齿痕 …… 70
舌生芒刺 …… 70
舌生瘀斑 …… 71
肿胀舌 …… 71
瘦薄舌 …… 71
食指络脉诊法 …… 71
透关射甲 …… 71
十问 …… 71
脉象 …… 71
三部九候 …… 72
寸口 …… 72
寸关尺 …… 72
人迎 …… 72
气口 …… 72

跌阳 …… 73
举按寻 …… 73
平脉 …… 73
浮脉 …… 73
沉脉 …… 73
迟脉 …… 73
数脉 …… 73
虚脉 …… 73
实脉 …… 73
滑脉 …… 73
涩脉 …… 74
弦脉 …… 74
紧脉 …… 74
洪脉 …… 74
细脉 …… 74
濡脉 …… 74
芤脉 …… 74
结脉 …… 74
代脉 …… 74
反关脉 …… 74
按诊 …… 74
辨证 …… 74
八纲 …… 75
八纲辨证 …… 75
脏腑辨证 …… 75

经络辨证 …… 75
病因辨证 …… 76
气血津液辨证 …… 76
六经辨证 …… 76
卫气营血辨证 …… 76
三焦辨证 …… 76
阴证 …… 77
阳证 …… 77
表证 …… 77
里证 …… 77
寒证 …… 77
热证 …… 78
虚证 …… 78
实证 …… 78
表里 …… 78
寒热 …… 78
虚实 …… 79
太阳病 …… 79
阳明病 …… 79
少阳病 …… 79
太阴病 …… 80
少阴病 …… 80
厥阴病 …… 80
半表半里证 …… 80
卫分证 …… 81

气分证 …… 81
营分证 …… 81
血分证 …… 81
合病 …… 81
并病 …… 81
传经 …… 81
直中 …… 82

治则治法

治未病 …… 82
治则 …… 82
治病求本 …… 82
标本 …… 82
扶正祛邪 …… 83
三因制宜 …… 83
同病异治 …… 83
异病同治 …… 83
正治 …… 83
逆治 …… 83
反治 …… 83
从治 …… 84
寒者热之 …… 84
热者寒之 …… 84
虚则补之 …… 84
实则泻之 …… 84

寒因寒用 …… 84
热因热用 …… 84
塞因塞用 …… 84
通因通用 …… 85
攻补兼施 …… 85
表里双解 …… 85
上病下取 …… 85
下病上取 …… 85
内治 …… 85
外治 …… 86
八法 …… 86
汗法 …… 86
吐法 …… 86
下法 …… 87
和法 …… 87
温法 …… 87
清法 …… 87
消法 …… 88
补法 …… 88
解表 …… 88
解肌 …… 88
调和营卫 …… 88
透疹 …… 89
寒下 …… 89
温下 …… 89

润下 …… 89
逐水 …… 89
急下存阴 …… 89
和解 …… 90
和解少阳 …… 90
调和肝脾 …… 90
调和肠胃 …… 90
温中祛寒 …… 90
回阳救逆 …… 90
温经散寒 …… 90
清气分热 …… 91
清营 …… 91
清热解毒 …… 91
气血两清 …… 91
透热转气 …… 91
清暑益气 …… 92
消食导滞 …… 92
消痞化积 …… 92
补气 …… 92
补血 …… 92
补阴 …… 92
补阳 …… 93
润燥 …… 93
滋阴清热 …… 93
甘温除热 …… 93

引火归原 …… 94
通阳 …… 94
理气 …… 94
行气 …… 94
降气 …… 94
理血 …… 94
活血祛瘀 …… 95
止血 …… 95
化痰 …… 95
软坚散结 …… 95
化湿 …… 95
燥湿 …… 96
利湿 …… 96
通淋 …… 96
祛风 …… 96
熄风 …… 96
解痉 …… 97
重镇 …… 97
安神 …… 97
开窍 …… 97
收涩 …… 97
截疟 …… 98
导法 …… 98
清心 …… 98
宣肺 …… 98

润肺 …… 98
健脾 …… 98
补中益气 …… 99
补脾摄血 …… 99
升提中气 …… 99
柔肝 …… 99
疏肝 …… 99
平肝 …… 99
温补命门…… 100
补肾纳气…… 100
和胃…… 100
补益心脾…… 100
交通心肾…… 100
培土生金…… 100
温补脾肾…… 100
滋水涵木…… 101
刮痧…… 101
内托…… 101
中药外敷…… 101
中药麻醉…… 102
切开法…… 102
烙法…… 102
砭镰法…… 102
挂线法…… 103
结扎法…… 103

药线…… 103
熏法…… 103
熨法…… 103
洗浴法…… 103
吹药法…… 104
枯痔法…… 104
药物敷贴疗法…… 104
白内障针拨术…… 104
正骨手法…… 104
小夹板固定…… 105
推拿…… 105
按摩…… 105
推拿手法…… 105
推法…… 106
拿法…… 106
按法…… 106
摩法…… 106
扳法…… 106
摇法…… 107
　法…… 107
小儿推拿…… 107
小儿捏脊…… 107
药膳…… 107
药枕…… 108
导引…… 108

五禽戏…… 108
气功…… 108

中 药 学

本草…… 109
药性…… 109
四气五味…… 109
性味…… 109
升降浮沉…… 109
归经…… 109
炮制…… 110
咀片…… 110
饮片…… 110
十八反…… 110
十九畏…… 110
妊娠药忌…… 111
单行…… 111
相须…… 111
相使…… 111
相畏…… 112
相恶…… 112
相杀…… 112
相反…… 112
解表药…… 112
清热药…… 113

止咳化痰平喘药…… 114
芳香化湿药…… 115
消食药…… 116
理气药…… 116
泻下药…… 117
驱虫药…… 118
温里药…… 118
平肝息风药…… 118
安神药…… 119
利水渗湿药…… 119
祛风湿药…… 120
止血药…… 121
活血化瘀药…… 122
补益药…… 122
收涩药…… 124

方 剂 学

方剂…… 125
君臣佐使…… 125
引经药…… 125
引经报使…… 126
反佐…… 126
七方…… 126
十剂…… 126
经方…… 126

时方…… 127
成方…… 127
秘方…… 127
验方…… 127
单方…… 127
丸散膏丹…… 127
汤剂…… 127
饮子…… 127
醪醴…… 128
薄贴…… 128
茶剂…… 128
麻黄汤…… 128
桂枝汤…… 128
小青龙汤…… 128
桑菊饮…… 128
银翘散…… 129
麻黄杏仁甘草石膏汤…… 129
大承气汤…… 129
麻子仁丸…… 129
小柴胡汤…… 129
逍遥散…… 129
半夏泻心汤…… 130
白虎汤…… 130
清营汤…… 130
犀角地黄汤…… 130

黄连解毒汤…… 130
导赤散…… 131
龙胆泻肝汤…… 131
白头翁汤…… 131
六一散…… 131
理中丸…… 131
小建中汤…… 131
四逆汤…… 132
防风通圣散…… 132
葛根黄芩黄连汤…… 132
四君子汤…… 132
参苓白术散…… 132
补中益气汤…… 133
生脉散…… 133
四物汤…… 133
归脾汤…… 133
炙甘草汤…… 133
八珍汤…… 134
六味地黄丸…… 134
肾气丸…… 134
朱砂安神丸…… 134
天王补心丹…… 135
四神丸…… 135
枳实薤白桂枝汤…… 135
苏子降气汤…… 135

血府逐瘀汤…… 135
补阳还五汤…… 135
小蓟饮子…… 136
羚角钩藤汤…… 136
镇肝熄风汤…… 136
杏苏散…… 136
清燥救肺汤…… 136
养阴清肺汤…… 137
藿香正气散…… 137
茵陈蒿汤…… 137
八正散…… 137
二妙散…… 137
五苓散…… 138
真武汤…… 138
独活寄生汤…… 138
二陈汤…… 138
半夏白术天麻汤…… 138
保和丸…… 138
乌梅丸…… 139
五味消毒饮…… 139
透脓散…… 139
阳和汤…… 139
小金丹…… 139
犀黄丸…… 139
安宫牛黄丸…… 140

紫雪丹…… 140
至宝丹…… 140
牛黄清心丸…… 140
苏合香丸…… 140
冠心苏合丸…… 141
牛黄上清丸…… 141
大活络丹…… 141
人参再造丸…… 141
虎骨酒…… 141
乌鸡白凤丸…… 141
女金丹…… 142
石斛夜光丸…… 142
七宝美髯丹…… 142
七厘散…… 142
云南白药…… 142
如意金黄散…… 142
季德胜蛇药…… 143
六神丸…… 143
锡类散…… 143
八宝眼药…… 143
人丹…… 143
十滴水…… 143
麻沸散…… 143

针 灸 学

经络学说…… 144
经络…… 144
经气…… 145
经络现象…… 145
经络感传现象…… 145
根结…… 145
气街…… 146
经脉…… 146
十二经脉…… 146
奇经八脉…… 146
十二经别…… 147
络脉…… 147
十五络脉…… 147
十六络脉…… 147
孙络…… 147
浮络…… 147
经筋…… 147
十二经筋…… 147
十二皮部…… 147
十四经…… 147
手太阴肺经…… 148
手阳明大肠经…… 148
足阳明胃经…… 148

足太阴脾经…… 149
手少阴心经…… 149
手太阳小肠经…… 149
足太阳膀胱经…… 150
足少阴肾经…… 150
手厥阴心包经…… 150
手少阳三焦经…… 151
足少阳胆经…… 151
足厥阴肝经…… 151
督脉…… 152
任脉…… 152
冲脉…… 152
带脉…… 152
阳蹻脉…… 153
阴蹻脉…… 153
阳维脉…… 153
阴维脉…… 153
腧穴…… 153
穴位…… 154
输穴…… 154
十四经穴…… 154
经穴…… 154
经外奇穴…… 154
奇穴…… 155
阿是穴…… 155

五腧穴…… 155
井穴…… 155
荥穴…… 155
合穴…… 155
原穴…… 155
络穴…… 156
郄穴…… 156
背俞穴…… 156
募穴…… 156
八会穴…… 156
八脉交会穴…… 157
下合穴…… 157
交会穴…… 157
骨度法…… 157
指寸法…… 157
同身寸…… 158
中府…… 158
尺泽…… 158
孔最…… 158
列缺…… 158
太渊…… 158
少商…… 159
商阳…… 159
合谷…… 159
曲池…… 159

肩髃…… 159
迎香…… 159
地仓…… 160
颊车…… 160
下关…… 160
头维…… 160
梁门…… 160
天枢…… 160
归来…… 161
梁丘…… 161
足三里…… 161
上巨虚…… 161
下巨虚…… 161
丰隆…… 161
解溪…… 161
内庭…… 162
历兑…… 162
隐白…… 162
太白…… 162
公孙…… 162
三阴交…… 162
地机…… 163
阴陵泉…… 163
血海…… 163
大横…… 163

少海…… 163
通里…… 163
阴郄…… 163
神门…… 163
少冲…… 164
少泽…… 164
后溪…… 164
腕骨…… 164
天宗…… 164
颧髎…… 164
听宫…… 165
睛明…… 165
攒竹…… 165
天柱…… 165
风门…… 165
肺俞…… 165
心俞…… 166
膈俞…… 166
肝俞…… 166
胆俞…… 166
脾俞…… 166
胃俞…… 166
肾俞…… 166
大肠俞…… 167
膀胱俞…… 167

次髎…… 167
委中…… 167
膏盲俞…… 167
志室…… 167
承山…… 167
昆仑…… 167
申脉…… 168
至阴…… 168
涌泉…… 168
然谷…… 168
太溪…… 168
照海…… 168
复溜…… 169
俞府…… 169
曲泽…… 169
内关…… 169
大陵…… 169
中冲…… 169
关冲…… 169
中渚…… 170
阳池…… 170
外关…… 170
支沟…… 170
肩髃…… 170
翳风…… 170

耳门…… 170
丝竹空…… 170
瞳子髎…… 171
听会…… 171
阳白…… 171
头临泣…… 171
风池…… 171
肩井…… 171
日月…… 171
环跳…… 172
风市…… 172
阳陵泉…… 172
光明…… 172
悬钟…… 172
丘墟…… 172
足临泣…… 173
足窍阴…… 173
大敦…… 173
行间…… 173
太冲…… 173
曲泉…… 173
章门…… 174
期门…… 174
长强…… 174
腰阳关…… 174

至阳…… 174
大椎…… 174
哑门…… 174
风府…… 175
百会…… 175
上星…… 175
水沟…… 175
人中…… 175
中极…… 175
关元…… 176
气海…… 176
神阙…… 176
中脘…… 176
膻中…… 176
天突…… 176
廉泉…… 177
承浆…… 177
神聪…… 177
印堂…… 177
太阳…… 177
球后…… 177
上迎香…… 178
夹承浆…… 178
翳明…… 178
安眠…… 178

颈臂…… 178
百劳…… 178
腰眼…… 178
夹脊…… 178
十宣…… 179
八邪…… 179
中魁…… 179
四缝穴…… 179
二白…… 179
八风…… 179
膝眼…… 179
百虫窝…… 180
针灸疗法…… 180
针灸…… 180
针法…… 180
灸法…… 181
针刺手法…… 181
刺手…… 181
押手…… 181
爪切进针法…… 181
得气…… 181
针刺感应…… 182
气至病所…… 182
留针…… 182
行针…… 182

提插…… 182
捻转…… 182
针刺补泻…… 182
迎随补泻…… 183
徐疾补泻…… 183
提插补泻…… 183
捻转补泻…… 183
呼吸补泻…… 184
开阖补泻…… 184
烧山火…… 184
透天凉…… 184
透穴法…… 184
滞针…… 185
晕针…… 185
艾柱灸…… 185
艾条灸…… 185
温针灸…… 186
壮…… 186
拔罐法…… 186
选穴法…… 186
配穴法…… 187
前后配穴法…… 187
上下配穴法…… 187
左右配穴法…… 187
表里配穴法…… 187

远近配穴法…… 187
子午流注…… 187
灵龟八法…… 188
刺络法…… 188
皮肤针疗法…… 188
埋针…… 189
火针疗法…… 189
挑刺法…… 189
耳针疗法…… 189
头针疗法…… 189
电针疗法…… 190
水针疗法…… 190
埋线疗法…… 190
割治疗法…… 190
针刺麻醉…… 190
针麻诱导…… 191
砭石…… 191
九针…… 191
毫针…… 191
金针…… 192
三棱针…… 192
芒针…… 192
皮肤针…… 192
梅花针…… 192
七星针…… 192

皮内针…… 192
艾卷…… 192
艾柱…… 193
针灸铜人…… 193

中医内科学

伤寒…… 193
温病…… 193
热病…… 193
风温…… 194
春温…… 194
湿温…… 194
暑温…… 194
伏暑…… 194
秋燥…… 195
温燥…… 195
凉燥…… 195
大头瘟…… 195
温毒…… 195
瘟疫…… 196
中暑…… 196
疰夏…… 196
恶寒发热…… 196
寒热往来…… 196
潮热…… 196

五心烦热…… 197
自汗…… 197
盗汗…… 197
战汗…… 197
斑疹…… 197
白 …… 197
谵语…… 197
郑声…… 197
善太息…… 198
筋惕肉瞤…… 198
手足厥冷…… 198
感冒…… 198
咳嗽…… 198
肺痿…… 198
肺痈…… 199
哮喘…… 199
肺胀…… 199
肺痨…… 199
痰饮…… 200
悬饮…… 200
溢饮…… 200
支饮…… 200
血证…… 200
紫斑…… 201
怔仲…… 201

心悸…… 201
心中懊憹…… 201
心下痞…… 201
胸痹…… 201
不寐…… 202
厥证…… 202
郁证…… 202
癫狂…… 202
痫(癎)证…… 203
胃脘痛…… 203
嘈杂…… 203
噎膈…… 203
反胃…… 203
呕吐…… 204
呃逆…… 204
泄泻…… 204
五更泄…… 204
矢气…… 205
里急后重…… 205
痢疾…… 205
滞下…… 205
休息痢…… 205
噤口痢…… 205
疫毒痢…… 205
霍乱…… 206

腹痛…… 206
便秘…… 206
蛔厥…… 206
胁痛…… 207
黄疸…… 207
急黄…… 207
癥瘕…… 207
积聚…… 207
鼓胀…… 208
头痛…… 208
头风…… 208
眩晕…… 209
中风…… 209
中经络…… 209
中脏腑…… 209
痉证…… 210
角弓反张…… 210
痫疯…… 210
疟疾…… 210
疟母…… 210
水肿…… 210
风水…… 211
皮水…… 211
淋证…… 211
五淋…… 211

尿浊…… 212
癃闭…… 212
腰痛…… 212
消渴…… 212
三消…… 213
遗精…… 213
阳痿…… 213
痹证…… 213
行痹…… 214
痛痹…… 214
着痹…… 214
热痹…… 214
痿证…… 214
内伤发热…… 214
虚劳…… 215
历节…… 215
鹤膝风…… 215
脚气…… 215
狐惑…… 215
脏燥…… 215
百合病…… 215
奔豚气…… 216
梅核气…… 216
关格…… 216

中医妇、儿科学

月经失调…… 216
月经先期…… 216
月经后期…… 217
月经先后不定期…… 217
月经过多…… 217
月经过少…… 217
经期延长…… 217
痛经…… 217
经闭…… 218
崩漏…… 218
逆经…… 218
带下…… 218
白带…… 218
黄带…… 219
赤带…… 219
赤白带…… 219
恶阻…… 219
胞阻…… 219
胎漏…… 219
胎动不安…… 219
滑胎…… 220
子肿…… 220
子痫…… 220

子悬…… 220
子瘖…… 220
转胞…… 221
难产…… 221
恶露不下…… 221
恶露不绝…… 221
儿枕痛…… 222
蓐劳…… 222
新产三病…… 222
不孕…… 222
阴挺…… 223
阴痒…… 223
阴疮…… 223
阴吹…… 223
小儿四大证…… 224
麻疹…… 224
天花…… 224
惊风…… 224
疳证…… 225
奶麻…… 225
风痧…… 225
丹痧…… 225
水痘…… 225
痄腮…… 226
顿咳…… 226

白喉…… 226
鹅口疮…… 227
虫积…… 227
五迟…… 227
五软…… 227
五硬…… 227
解颅…… 228
囟填…… 228
囟陷…… 228
胎黄…… 228
赤游丹…… 228
脐风…… 229
鸡胸…… 229
龟背…… 229
螳螂子…… 229

中医外、伤科学

疮疡…… 229
肿疡…… 230
溃疡…… 230
疖…… 230
蝼蛄疖…… 230
发际疮…… 231
疔疮…… 231
红丝疔…… 231

烂疔…… 231
疫疔…… 232
疔疮走黄…… 232
痈…… 232
内痈…… 232
肠痈…… 232
外痈…… 233
发…… 233
疽…… 233
有头疽…… 233
发颐…… 234
流注…… 234
无头疽…… 234
附骨疽…… 234
三陷证…… 235
流痰…… 235
瘰疬…… 236
痰核…… 236
丹毒…… 236
臁疮…… 236
脱疽…… 236
破伤风…… 237
褥疮…… 237
冻疮…… 237
乳痈…… 237

乳发…… 238
乳癖…… 238
乳漏…… 238
痔…… 238
内痔…… 239
外痔…… 239
肛瘘…… 239
脱肛…… 239
子痈…… 239
水疝…… 240
狐疝…… 240
瘿…… 240
瘤…… 240
岩…… 241
失荣…… 241
肌肤甲错…… 241
热疮…… 241
蛇串疮…… 241
疣…… 242
鼠乳…… 242
黄水疮…… 242
白秃疮…… 242
肥疮…… 242
脚湿气…… 243
鹅掌风…… 243

紫白癜风…… 243
疥疮…… 243
疬风…… 243
杨梅疮…… 244
漆疮…… 244
浸淫疮…… 244
胎…… 244
瘾疹…… 245
牛皮癣…… 245
痒风…… 245
白…… 245
蛇皮癣…… 246
白屑风…… 246
粉刺…… 246
酒齄鼻…… 246
油风…… 246
白癜风…… 247
黧黑斑…… 247
骨折…… 247
脱骱…… 247
伤筋…… 247

中医五官科学

针眼…… 248
胞生痰核…… 248

椒疮…… 248
粟疮…… 248
睑弦赤烂…… 249
漏睛…… 249
胬肉攀睛…… 249
天行赤眼…… 249
火疳…… 249
金疳…… 250
白涩症…… 250
聚星障…… 250
凝脂翳…… 250
瞳神紧小…… 250
绿风内障…… 251
圆翳内障…… 251
雀目…… 251
高风雀目…… 251
耳疔…… 251
脓耳…… 252
耳聋…… 252
耳鸣…… 252
鼻疔…… 252
鼻鼽…… 253
鼻渊…… 253
鼻痔…… 253
鼻衄…… 253

乳蛾…… 253
喉痹…… 254
喉痈…… 254
喉瘖…… 254
急喉风…… 254
口疮…… 255
牙痛…… 255
牙痈…… 255
牙疳…… 255
牙宣…… 255

医史文献

歧黄…… 256
方技…… 256
上工…… 256
中工…… 256
下工…… 256
大夫…… 256
太医…… 257
巫医…… 257
疾医…… 257
带下医…… 257
食医…… 257
太医署…… 257
御药院…… 258

十三科…… 258
大方脉…… 258
小方脉…… 258
杏林…… 258
金元四大家…… 258
河间学派…… 259
易水学派…… 259
攻邪学派…… 259
丹溪学派…… 259
伤寒学派…… 260
温病学派…… 260
经方派…… 260
时方派…… 261
医经…… 261
医话…… 261
方书…… 261
黄帝内经…… 261
黄帝内经素问…… 261
黄帝内经灵枢…… 262
难经…… 262
黄帝内经太素…… 262
类经…… 262
内经知要…… 263
脉经…… 263
神农本草经…… 263

新修本草…… 263
本草纲目…… 264
本草纲目拾遗…… 264
备急千金要方…… 264
千金翼方…… 265
外台秘要…… 265
太平圣惠方…… 265
太平惠民和剂局方…… 265
普济方…… 266
五十二病方…… 266
伤寒论…… 266
金匮要略方论…… 266
注解伤寒论…… 267
伤寒明理论…… 267
温病条辨…… 267
温热经纬…… 267
针灸甲乙经…… 267
针灸大成…… 268
诸病源候论…… 268
中藏经…… 268
脾胃论…… 268
儒门事亲…… 269
格致余论…… 269
医贯…… 269
医林改错…… 269

妇人良方大全…… 270
小儿药证直诀…… 270
理瀹骈文…… 270
外科正宗…… 270
伤科补要…… 270
厘正按摩要术…… 271
银海精微…… 271
口齿类要…… 271
重楼玉钥…… 271
名医类案…… 271
续名医类案…… 272
临证指南医案…… 272
景岳全书…… 272
医宗金鉴…… 272
证治准绳…… 273
古今医书集成·医部全录…… 273
吴医汇讲…… 273

现代医学

基础医学

人体解剖学

人体解剖学…… 274

皮肤…… 274
毛发…… 274
骨…… 275
皮脂腺…… 275
汗腺…… 275
骨骼…… 275
颅骨…… 275
颅囟…… 275
椎骨…… 276
锁骨…… 276
肩胛骨…… 276
肩…… 276
肱骨…… 276
肘…… 276
尺骨…… 277
桡骨…… 277
腕…… 277
腕骨…… 277
掌骨…… 277
指骨…… 277
臀…… 277
髋骨…… 278
股骨…… 278
膝…… 278
髌骨…… 278

胫骨…… 278
腓骨…… 278
踝…… 278
跖骨…… 278
跗骨…… 279
趾骨…… 279
关节…… 279
软骨…… 279
滑膜囊…… 279
韧带…… 280
肌腱…… 280
腱鞘…… 280
筋膜…… 280
口腔…… 280
牙齿…… 280
舌…… 280
味蕾…… 281
涎腺…… 281
眼…… 281
耳…… 281
鼻…… 281
咽…… 282
喉…… 282
扁桃体…… 282
气管…… 282

食管…… 282
胸廓…… 283
纵隔…… 283
心包…… 283
心脏…… 283
肺…… 283
膈…… 284
腹腔…… 284
胃…… 284
网膜…… 284
小肠…… 284
阑尾…… 285
大肠…… 285
肛…… 285
肝…… 285
胆道…… 285
胰…… 286
脾…… 286
脐…… 286
肾…… 286
输尿管…… 286
膀胱…… 287
尿道…… 287
阴茎…… 287
阴囊…… 287

睾丸…… 287
精囊腺…… 287
输精管…… 288
前列腺…… 288
尿道球腺…… 288
精液…… 288
腹股沟…… 288
盆腔…… 288
骨盆…… 289
子宫…… 289
卵巢…… 289
输卵管…… 289
阴道…… 289
处女膜…… 290
会阴…… 290
胚胎…… 290
羊膜…… 290
胎膜…… 290
绒毛膜…… 290
胎盘…… 290
脐带…… 291
黄体…… 291
脑…… 291
神经…… 292
脑神经…… 292

三叉神经…… 292
面神经…… 292
脑脊膜…… 292
脊髓…… 292
脊神经…… 293
交感神经…… 293
副交感神经…… 293
脑脊液…… 294
坐骨神经…… 294
垂体…… 294
松果体…… 294
甲状腺…… 294
甲状旁腺…… 294
乳房…… 294
胸腺…… 295
肾上腺…… 295
动脉…… 295
颈动脉体…… 295
颈动脉窦…… 295
动脉导管…… 296
静脉…… 296
门静脉…… 296
侧支循环…… 296
毛细血管…… 296
微循环…… 297

血液…… 297
血浆…… 297
红细胞…… 297
白细胞…… 297
血小板…… 298
单核吞噬细胞系与网状内皮系统…… 298
胸导管…… 298
淋巴管…… 298
淋巴结…… 299

人体生理学

人体生理学…… 299
电生理学…… 299
生物电…… 299
心电图…… 299
希氏束电图…… 300
脑电图…… 300
神经系统…… 300
脑的高级功能…… 300
情绪…… 300
神经中枢…… 300
适应性…… 300
应激性…… 301
刺激…… 301
反应…… 301

兴奋…… 301
抑制…… 301
非条件反射…… 301
条件反射…… 301
反射弧…… 301
瞳孔反射…… 301
腱反射…… 301
受体…… 301
突触…… 301
运动终板…… 301
递质…… 302
肺活量…… 302
呼吸…… 302
人工呼吸…… 302
气体交换…… 302
血压…… 303
脉搏…… 303
心搏频率…… 303
心音…… 303
心音图…… 303
血液循环…… 303
体循环…… 304
肺循环…… 304
微循环…… 304
冠状循环…… 304

心动周期…… 304
心输出量…… 304
心脏指数…… 304
消化…… 304
吸收…… 304
排泄…… 305
球—管平衡…… 305
胃泌素…… 305
抑胃肽…… 305
胆汁…… 305
胆囊收缩素…… 305
胰泌素…… 306
胰液…… 306
血型…… 306
血红蛋白…… 306
血液凝固…… 306
血浆…… 306
溶血…… 307
吞噬作用…… 307
体温…… 307
内环境…… 307
体液…… 307
组织液…… 307
血糖…… 307
新陈代谢…… 308

基础代谢…… 308
本能…… 308
感受器…… 308
效应器…… 308
视觉…… 308
眼震颤…… 308
嗅觉…… 309
听觉…… 309
味觉…… 309
内分泌…… 309
性征…… 309
月经…… 309
排卵…… 309
生殖…… 309
妊娠…… 310

组织胚胎学

组织胚胎学…… 310
上皮组织…… 310
结缔组织…… 310
脂肪组织…… 310
骨组织…… 310
血液…… 311
肌组织…… 311
肌纤维…… 311

骨骼肌…… 311
心肌…… 311
平滑肌…… 311
神经组织…… 312
神经元…… 312
循环系统…… 312
心血管系统…… 312
淋巴管系统…… 312
淋巴器官…… 313
消化系统…… 313
呼吸系统…… 313
泌尿系统…… 313
男性生殖系统…… 313
女性生殖系统…… 314
感觉器官…… 314
神经系统…… 314
内分泌系统…… 314
生殖细胞…… 314
精子…… 314
卵子…… 314
受精…… 314
桑椹胚…… 315
胚泡…… 315
囊胚…… 315
滋养层…… 315

植入…… 315
着床…… 315

病 理 学

病理学…… 315
病理生理学…… 315
病理解剖学…… 316
萎缩…… 316
变性…… 316
坏死…… 316
坏疽…… 316
钙化…… 317
结石…… 317
炎症…… 317
变质…… 317
渗出…… 317
增生…… 318
化脓…… 318
溃疡…… 318
糜烂…… 318
充血…… 318
瘀血…… 318
梗死…… 319
栓塞…… 319
栓子…… 319

血栓形成…… 319
血栓…… 319
出血…… 319
瘀斑…… 320
血肿…… 320
水肿…… 320
积水…… 320
再生…… 320
肉芽组织…… 320
机化…… 320
包裹…… 321
愈合…… 321
疤痕…… 321
代偿…… 321
适应…… 321
化生…… 321
肥大…… 321
缺氧…… 322
畸形…… 322
肿瘤…… 322
间变…… 322
异型性…… 322
转移…… 323
原发瘤…… 323
继发瘤…… 323

人体寄生虫学

人体寄生虫学…… 323
医学原虫…… 323
疟原虫…… 323
阿米巴原虫…… 324
毛滴虫…… 324
结肠小袋纤毛虫…… 324
弓形虫…… 325
弓形体…… 325
利什曼原虫…… 325
医学蠕虫…… 325
血吸虫…… 325
裂体吸虫…… 326
日本血吸虫…… 326
华枝睾吸虫…… 326
肝吸虫…… 326
布氏姜片虫…… 326
姜片虫…… 327
牛肉绦虫…… 327
牛带绦虫…… 327
无钩绦虫…… 327
肥胖带吻绦虫…… 327
猪肉绦虫…… 327
猪带绦虫…… 328

有钩绦虫…… 328
链状带绦虫…… 328
棘球绦虫…… 328
膜壳绦虫…… 328
丝虫…… 328
钩虫…… 328
蛔虫…… 329
蛲虫…… 329
鞭虫…… 329
医学昆虫学…… 330
蚊…… 330
蝇…… 330
蚤…… 331
跳蚤…… 331
虱…… 331
臭虫…… 331
白蛉…… 331
蜚蠊…… 332
蟑螂…… 332
蠓…… 332
虻…… 332
蚋…… 333
隐翅虫…… 333
硬蜱…… 333
软蜱…… 334

革螨…… 334
恙螨…… 334
沙虱…… 335
沙螨…… 335
恙虫…… 335
疥螨…… 335
粉螨…… 335
尘螨…… 335
蠕形螨…… 336

医学微生物学

微生物学…… 336
医学微生物学…… 336
卫生微生物学…… 336
微生物…… 336
细菌…… 336
真菌…… 337
螺旋体…… 337
立克次体…… 337
支原体…… 337
衣原体…… 337
病毒…… 337
滤过性病毒…… 337
噬菌体…… 337
嗜菌体…… 337

细菌病毒…… 338
包涵体…… 338
放线菌…… 338
诺卡菌…… 338
芽孢…… 338
内生孢子…… 338
消毒…… 338
灭菌…… 338
防腐…… 339
无菌…… 339
干热灭菌法…… 339
流动蒸汽灭菌法…… 339
阿诺氏流动蒸汽灭菌法…… 339
高压蒸汽灭菌法…… 339
高压蒸汽灭菌器…… 339
巴氏消毒法…… 339
药敏试验…… 340
抗药菌株…… 340
正常菌群…… 340
菌群失调…… 340
二重感染…… 341
菌群交替症…… 341
菌群失调症…… 341
条件致病菌…… 341
机会性致病菌…… 341

潜在性致病菌…… 341
侵袭力…… 341
内毒素…… 341
外毒素…… 341
类毒素…… 342
流行性乙型脑炎病毒…… 342
流行性感冒病毒…… 342
麻疹病毒…… 342
脊髓灰质炎病毒…… 343
肝炎病毒…… 343
腺病毒…… 343
乙型肝炎表面抗原 HBsAg …… 343
澳大利亚抗原…… 344
恙虫病立克次体…… 344
东方立克次体…… 344
化脓性球菌…… 344
葡萄球菌…… 344
链球菌…… 344
肺炎链球菌…… 345
肺炎球菌…… 345
奈瑟氏菌…… 345
脑膜炎球菌…… 345
肠道杆菌…… 345
大肠杆菌…… 345
伤寒杆菌…… 346

沙门氏菌…… 346
痢疾杆菌…… 346
霍乱弧菌…… 346
埃—托弧菌…… 346
副溶血弧菌…… 347
嗜盐弧菌…… 347
嗜血杆菌…… 347
巴氏杆菌…… 347
耶尔森杆菌…… 347
布氏杆菌…… 347
布鲁氏杆菌…… 348
绿脓杆菌…… 348
棒状杆菌…… 348
白喉杆菌…… 348
分枝杆菌…… 348
抗酸杆菌…… 348
结核杆菌…… 348
弗朗西斯菌…… 348
肺炎军团病菌…… 349
钩端螺旋体…… 349
白色念珠菌…… 349
白色假丝酵母菌…… 349

免 疫 学

免疫学…… 349

抗原…… 350
半抗原…… 350
抗体…… 350
免疫…… 351
免疫活性细胞…… 351
免疫淋巴细胞…… 351
致敏淋巴细胞…… 351
浆细胞…… 351
回忆反应…… 351
免疫球蛋白…… 352
补体…… 352
自然免疫…… 352
种免疫…… 352
获得免疫…… 352
自动免疫…… 352
被动免疫…… 352
抗毒免疫…… 353
抗菌免疫…… 353
细胞免疫…… 353
体液免疫…… 353
转移因子…… 353
变态反应…… 354
自身免疫…… 354
免疫缺陷…… 354
疫苗…… 355

菌苗…… 355
干扰素…… 355
抗毒素…… 355
胎盘球蛋白…… 355
丙种球蛋白…… 355
抗血清…… 356
牛痘苗…… 356
鼻苗…… 356
卡介苗…… 356
乙型肝炎血源疫苗…… 356
乙型肝炎基因工程疫苗…… 357
自体菌苗…… 357
B 细胞杂交瘤…… 357
单克隆抗体…… 358
菌苗疗法…… 358
血清疗法…… 358
佐剂…… 359
非特异性免疫增强剂…… 359

药 理 学

药理学…… 359
药典…… 359
天然药物…… 359
合成药物…… 359
生物制品…… 360

麻醉药品…… 360
生物测定…… 360
不良反应…… 360
副作用…… 360
毒性反应…… 360
变态反应…… 360
后遗效应…… 361
协同作用…… 361
拮抗作用…… 361
蓄积中毒…… 361
剂量…… 361
化学治疗…… 361
毒药…… 361
剧药…… 362
拟胆碱药…… 362
毛果芸香碱…… 362
匹鲁卡品…… 362
新斯的明…… 362
抗胆碱药…… 362
M 胆碱受体阻断药 …… 363
N_1 胆碱受体阻断药 …… 363
N_2 胆碱受体阻断药 …… 363
阿托品…… 363
拟肾上腺素药…… 363
去甲肾上腺素…… 363

正肾上腺素…… 364
肾上腺素…… 364
副肾上腺素…… 364
多巴胺…… 364
3-羟酪胺…… 364
异丙肾上腺素…… 364
喘息定…… 365
抗肾上腺素药…… 365
α受体阻断剂 …… 365
β受体阻断剂 …… 365
苄胺唑啉…… 365
力其丁…… 365
酚妥拉明…… 365
心得安…… 365
局部麻醉药…… 365
普鲁卡因…… 366
奴佛卡因…… 366
全身麻醉药…… 366
麻醉乙醚…… 366
催眠药…… 366
镇静药…… 367
苯巴比妥…… 367
鲁米那…… 367
安定…… 367
抗癫痫药…… 367

苯妥英钠…… 367
大仑丁…… 368
抗惊厥药…… 368
抗精神失常药…… 368
氯丙嗪…… 368
冬眠灵…… 368
镇痛药…… 368
吗啡…… 369
杜冷丁…… 369
哌替定…… 369
颅痛定…… 369
解热镇痛抗炎药…… 369
阿斯匹林…… 369
消炎痛…… 370
中枢兴奋药…… 370
咖啡因…… 370
尼可刹米…… 370
可拉明…… 370
强心甙…… 370
地高辛…… 371
西地兰…… 371
毛花丙甙…… 371
抗心律失常药…… 371
奎尼丁…… 371
利多卡因…… 372

赛罗卡因…… 372
乙胺碘呋酮…… 372
胺碘酮…… 372
异搏定…… 372
抗心绞痛药…… 372
硝酸甘油…… 373
心痛定…… 373
硝苯吡啶…… 373
降血脂药…… 373
抗高血压药…… 373
利血平…… 374
蛇根碱…… 374
硝普钠…… 374
亚硝基铁氰化钠…… 374
巯甲丙脯酸…… 374
利尿药…… 374
速尿…… 374
双氢克尿塞…… 375
双氢氯噻嗪…… 375
氨苯喋啶…… 375
三氨喋啶…… 375
脱水药…… 375
抗凝血药…… 375
肝素…… 375
枸橼酸钠…… 375

柠檬酸钠…… 376
凝血药…… 376
安络血…… 376
止血敏…… 376
抗血纤溶芳酸…… 376
维生素 K …… 376
镇咳药…… 377
咳必清…… 377
托克拉斯…… 377
可待因…… 377
甲基吗啡…… 377
抗缺铁性贫血药…… 377
右旋糖酐…… 378
组胺…… 378
抗酸啶…… 378
抗组胺药…… 378
非那更…… 378
异丙嗪…… 379
甲氰咪呱…… 379
平喘药…… 379
舒喘灵…… 379
氨茶碱…… 379
二丙酸氯地米松…… 379
泻药…… 379
抗酸药…… 380

子宫兴奋药…… 380
催产素…… 380
垂体后叶素…… 380
性激素类药…… 380
雌激素类药…… 381
孕激素类药…… 381
雄激素类药…… 381
降血糖药…… 381
胰岛素…… 381
肾上腺皮质激素类药…… 382
糖皮质激素…… 382
抗甲状腺药…… 382
磺胺类药物…… 382
磺胺嘧啶…… 383
消发地亚净…… 383
甲氧苄氨嘧啶…… 383
磺胺增效剂…… 383
呋喃坦啶…… 383
呋喃唑酮…… 384
痢特灵…… 384
抗菌素…… 384
抗生素…… 384
青霉素…… 384
盘尼西林…… 384
半合成青霉素…… 384

先锋霉素…… 385
头孢霉素…… 385
红霉素…… 385
氨基甙类抗生素…… 385
链霉素…… 385
庆大霉素…… 386
丁胺卡那霉素…… 386
广谱抗菌素…… 386
四环素…… 386
氯霉素…… 386
克霉唑…… 386
抗结核病药…… 387
异烟肼…… 387
雷米封…… 387
对氨基水杨酸…… 387
PAS …… 387
乙胺丁醇…… 387
利福平…… 387
甲哌力复霉素…… 388
抗麻风病药…… 388
氨苯砜…… 388
抗疟药…… 388
乙氨嘧啶…… 388
息疟定…… 388
伯氨喹…… 388

氯喹…… 389
抗阿米巴病药…… 389
抗血吸虫病药…… 389
海群生…… 389
抗肠蠕虫药…… 390
抗恶性肿瘤药…… 390
淘汰药品…… 391
免疫抑制药…… 392
免疫增强药…… 393
结核活菌苗…… 393
氧气…… 393
葡萄糖…… 393
氯化钠…… 393
硫酸钡…… 394
碘造影剂…… 394
乙醇…… 394
酒精…… 394
碘酊…… 394
红汞…… 394
汞溴红…… 394
甲基紫…… 394
维生素 C …… 395
抗坏血酸…… 395
缓释制剂…… 395

诊 断 学

诊断学…… 395
物理诊断…… 395
实验诊断…… 396
心电图…… 396
动态心电图…… 396
心音图…… 396
循环时间…… 397
肺功能测验…… 397
血常规…… 397
红细胞计数…… 397
血红蛋白检查…… 397
网织红细胞计数…… 397
红细胞沉降率测定…… 398
血沉测定…… 398
白细胞计数…… 398
白细胞分类计数…… 398
血小板计数…… 398
毛细血管脆性试验…… 398
凝血时间测定…… 399
出血时间测定…… 399
尿蛋白检查…… 399
尿糖检查…… 399
尿酮体检查…… 399

尿淀粉酶测定…… 400
血清淀粉酶测定…… 400
粪隐血试验…… 400
粪匿血试验…… 400
肝功能试验…… 400
血清蛋白测定…… 400
血清麝香草酚浊度试验…… 401
锌浊度试验…… 401
血清总胆固醇和胆固醇酯测定…… 401
血清甘油三酯测定…… 401
黄疸指数测定…… 401
血清胆红素定性试验…… 402
凡登白试验…… 402
血清胆红素定量试验…… 402
磺溴酞钠滞留试验…… 402
血清转氨酶测定…… 402
血清 γ-谷氨酰转肽酶测定 …… 403
血清碱性磷酸酶测定…… 403
血清甲胎蛋白测定…… 403
肾功能试验…… 403
血清尿素氮测定…… 403
血清肌酐测定…… 404
酚红排泌试验…… 404
二氧化碳结合力测定…… 404
伤寒和副伤寒血清凝集试验…… 404

肥达氏反应…… 404
C 反应蛋白测定…… 405
抗链球菌溶血素“O”测定 …… 405
梅毒补体结合试验…… 405
瓦氏反应…… 405
梅毒沉淀试验…… 405
康氏反应…… 405
血清粘蛋白测定…… 406
免疫球蛋白测定…… 406
补体测定…… 406
抗核抗体检查…… 406
类风湿因子胶乳凝集试验…… 406
胶乳凝集抑制试验…… 407
尿 17-羟皮质类固醇测定 …… 407
尿 17-酮类固醇测定 …… 407
癌胚抗原检查…… 407
细菌药物敏感试验…… 408
胰岛素测定…… 408
地高辛测定…… 408
皮内试验…… 408
胸腔穿刺…… 408
心包穿刺…… 409
腹腔穿刺…… 409
骨髓穿刺…… 409
腰椎穿刺…… 409

膝关节腔穿刺…… 409
纤维胃镜检查…… 410
胃镜检查…… 410
乙状结肠镜检查…… 410
纤维结肠镜检查…… 410
心导管检查…… 410
腹腔镜检查…… 410
基础代谢率测定…… 411
血液检查…… 411
尿液检查…… 411
粪便检查…… 412
痰液检查…… 412
脑脊液检查…… 413
医学影象学…… 413
X 线诊断…… 414
荧光透视…… 414
X 荧光透视…… 414
X 线摄影…… 414
X 线体层摄影…… 414
X 线断层摄影…… 414
X 线造影检查…… 415
电算 X 线体层摄影 …… 415
CT …… 415
核磁共振扫描…… 415
介入性放射学…… 415

核医学…… 416
放射性同位素脏器显影…… 416
脏器扫描…… 416
甲状腺放射性同位素显像…… 416
肝脏放射性同位素显像…… 416
甲状腺吸^{131}碘机能测定…… 417
放射性肾图…… 417
超声诊断…… 417
超声示波法(A 型) …… 417
超声显像法(B 型或 BP 型) …… 418
超声光点扫描法(M 型) …… 418
超声多普勒诊断法(D 型)…… 418

临床医学

内 科 学

呼吸困难…… 419
支气管炎…… 419
慢性阻塞性肺气肿…… 419
肺原性心脏病…… 419
支气管扩张症…… 420
呼吸衰竭…… 420
肺炎…… 420
胸膜炎…… 420
肺脓肿…… 420

结核病…… 421
肺结核…… 421
胸腔积液…… 421
心力衰竭…… 421
心律失常…… 422
心律紊乱…… 422
心动过速…… 422
窦性心动过缓…… 422
过早搏动…… 422
期外收缩…… 423
期前收缩…… 423
心房纤颤…… 423
心室颤动…… 423
心房扑动…… 423
房室传导阻滞…… 423
阿—斯氏综合征…… 423
急性心脑综合征…… 424
心脏瓣膜病…… 424
风湿性心脏病…… 424
二尖瓣狭窄…… 424
二尖瓣关闭不全…… 424
主动脉瓣狭窄…… 424
主动脉瓣关闭不全…… 425
动脉硬化…… 425
冠心病…… 425

冠状动脉性心脏病…… 425
心绞痛…… 425
心肌梗死…… 426
心肌梗塞…… 426
先天性心血管病…… 426
心房间隔缺损…… 426
心室间隔缺损…… 426
动脉导管未闭…… 426
法乐氏四联症…… 427
右位心…… 427
高血压病…… 427
高血压性心脏病…… 427
心肌病…… 427
心肌炎…… 428
克山病…… 428
心包炎…… 428
感染性心内膜炎…… 429
梅毒性心脏病…… 429
原发性主动脉炎综合征…… 429
心脏电复律…… 429
人工心脏起搏…… 429
吞咽困难…… 430
上消化道大出血…… 430
黄疸…… 430
慢性腹泻…… 430

反流性食道炎…… 431
胃炎…… 431
消化性溃疡…… 431
急性胰腺炎…… 431
肠结核…… 431
克隆病…… 431
局限性肠炎…… 432
肉芽肿性肠炎…… 432
节段性肠炎…… 432
溃疡性结肠炎…… 432
结核性腹膜炎…… 432
肝硬化…… 432
慢性肝炎…… 432
肝性脑病…… 433
肝性昏迷…… 433
白细胞减少…… 433
粒细胞缺乏症…… 433
白血病…… 433
贫血…… 434
缺铁性贫血…… 434
巨幼红细胞性贫血…… 434
血小板减少性紫癜…… 434
过敏性紫癜…… 435
再生障碍性贫血…… 435
阵发性睡眠性血红蛋白尿症…… 435

脾功能亢进…… 435
骨髓移植…… 435
播散性血管内凝血…… 436
DIC …… 436
Rh 溶血病 …… 436
浮肿…… 436
肾炎…… 436
肾盂肾炎…… 437
肾病综合征…… 437
急性肾功能衰竭…… 437
慢性肾功能不全…… 438
尿毒症…… 438
巨人症…… 438
肢端肥大症…… 438
尿崩症…… 438
腺垂体机能减退症…… 438
甲状腺机能亢进症…… 439
甲亢…… 439
甲状腺机能减退症…… 439
甲减…… 439
单纯性甲状腺肿…… 439
皮质醇增多症…… 439
柯兴综合征…… 440
柯兴氏病…… 440
原发性慢性肾上腺皮质机能减退症…… 440

阿狄森氏病…… 440
糖尿病…… 440
低血糖症…… 440
高脂血症及高脂蛋白血症…… 440
肥胖症…… 441
脚气病…… 441
维生素 B_1 缺乏病 …… 441
硫胺缺乏病…… 441
烟酸缺乏病…… 441
糙皮病…… 441
痛风…… 441
脱水…… 441
水中毒…… 442
电解质平衡失调…… 442
低钾血症…… 442
高钾血症…… 442
酸碱平衡失调…… 442
分子病…… 443
风湿病…… 443
系统性红斑狼疮…… 443
SLE …… 443
系统性硬化症…… 444
硬皮病…… 444
类风湿性关节炎…… 444
风湿热…… 444

中毒…… 444
有机磷农药中毒…… 444
一氧化碳中毒…… 445
煤气中毒…… 445
冻僵…… 445
溺水…… 445
中暑…… 445
急性乙醇中毒…… 445
急性酒精中毒…… 446
毒蛇咬伤中毒…… 446

外 科 学

外科学…… 446
整形外科学…… 446
小儿外科…… 447
显微外科…… 447
无菌术…… 447
灭菌法…… 447
抗菌法…… 447
消毒法…… 447
体液平衡…… 447
输血…… 448
急性肾功能衰竭…… 448
外科营养…… 448
疖…… 449

疖病…… 449
痈…… 449
蜂窝组织炎…… 449
丹毒…… 449
淋巴管炎…… 449
脓肿…… 450
切开引流…… 450
甲沟炎…… 450
脓性指头炎…… 450
腱鞘炎…… 450
败血症…… 451
毒血症…… 451
菌血症…… 451
脓血症…… 451
瘘管…… 451
窦道…… 451
慢性溃疡…… 451
破伤风…… 452
损伤…… 452
挤压综合征…… 452
清创…… 452
一期缝合…… 453
延期缝合…… 453
烧伤…… 453
冻伤…… 453

蛇咬伤…… 453
植皮…… 454
带皮瓣植皮…… 454
游离植皮…… 454
器官移植…… 454
人造器官…… 454
甲状腺腺瘤…… 455
颈淋巴结结核…… 455
乳房炎…… 455
乳房囊性增生病…… 455
乳管内乳头状瘤…… 455
乳癌根治术…… 456
腹外疝…… 456
嵌顿性疝…… 456
绞窄性疝…… 456
脾破裂…… 456
肝破裂…… 457
肠损伤…… 457
腹膜炎…… 457
腹腔灌洗…… 457
先天性肥大性幽门狭窄…… 458
溃疡病穿孔…… 458
溃疡病大出血…… 458
疤痕性幽门梗阻…… 458
胃切除术…… 458

先天性肠闭锁…… 459
先天性巨结肠…… 459
肠梗阻…… 459
绞窄性肠梗阻…… 459
单纯性肠梗阻…… 459
粘连性肠梗阻…… 460
蛔虫性肠梗阻…… 460
肠扭转…… 460
肠套迭…… 460
肠息肉…… 461
阑尾炎…… 461
肠切除术…… 461
结肠造瘘…… 461
先天性肛门闭锁…… 461
肛裂…… 462
肛瘘…… 462
痔…… 462
直肠脱垂…… 462
门静脉高压症…… 462
脾切除术…… 462
分流术…… 463
先天性胆道闭锁…… 463
胆道蛔虫病…… 463
胆囊炎…… 463
胆石症…… 463

胆管炎…… 464
经皮肝穿刺胆道造影(PTC)…… 464
内窥镜逆行胆胰管造影(ERCP) …… 464
胆囊切除术…… 465
胆总管探查术…… 465
胰腺炎…… 465
剖腹探查术…… 465
择期手术…… 465
限期手术…… 465
急症手术…… 466
根治性手术…… 466
姑息性手术…… 466
静脉切开…… 466
下肢静脉曲张…… 466
血栓闭塞性脉管炎…… 466
神经外科学…… 467
先天性脑积水…… 467
颅内压增高…… 467
脑疝…… 467
头皮撕脱伤…… 468
头皮血肿…… 468
脑震荡…… 468
脑挫裂伤…… 468
颅骨骨折…… 468
颅内血肿…… 469

颅内占位性病变…… 469
开颅探查术…… 469
颅内血管畸形…… 469
颅内动脉瘤…… 470
脊髓压迫症…… 470
胸外科学…… 470
肋骨骨折…… 470
气胸…… 470
闭合性气胸…… 471
开放性气胸…… 471
张力性气胸…… 471
人工气胸…… 471
自发性气胸…… 471
创伤性气胸…… 471
纵隔气肿…… 471
血胸…… 471
胸壁结核…… 472
脓胸…… 472
贲门痉挛…… 472
纵隔肿瘤…… 472
支气管镜检查…… 473
剖胸探查术…… 473
胸腔引流术…… 473
食管重建术…… 473
胸廓改形术…… 473

胸廓成形术…… 473
肺切除术…… 473
体外循环…… 474
人工心肺机…… 474
心内直视术…… 474
人工瓣膜…… 474
泌尿外科学…… 474
尿潴留…… 475
尿闭…… 475
尿失禁…… 475
血尿…… 475
脓尿…… 475
乳糜尿…… 475
肾绞痛…… 476
多囊肾…… 476
尿道下裂…… 476
隐睾…… 476
包茎…… 476
膀胱炎…… 477
前列腺炎…… 477
前列腺按摩…… 477
前列腺增生…… 477
肾结核…… 477
肾积水…… 478
肾切除术…… 478

附睾结核…… 478
尿道狭窄…… 478
尿路结石…… 478
精索静脉曲张…… 479
鞘膜积液…… 479
勃起障碍…… 479
阳萎…… 479
早泄…… 479
膀胱镜检查…… 480
静脉肾盂造影…… 480
腹膜透析…… 480
人工肾…… 480
男性学…… 480
液电冲击波体外碎石术…… 481
肾下垂…… 481
包皮过长…… 481
肾图…… 481
肾活体组织检查…… 481
肾血管性高血压…… 482
射精迟缓…… 482
输精管结扎术…… 482
矫形外科学…… 482
骨折…… 482
脱位…… 483
断肢指再植…… 483

扭伤…… 483
颈椎病…… 483
肩关节周围炎…… 483
腰椎间盘突出症…… 484
滑囊炎…… 484
狭窄性腱鞘炎…… 484
腱鞘囊肿…… 484
骨髓炎…… 484
骨结核…… 485
斜颈…… 485
平足症…… 485
多指趾…… 485
截肢…… 485
假肢…… 486
功能锻炼…… 486
骨库…… 486
关节镜…… 486
关节穿刺术…… 486
同位素骨扫描…… 486
肌电图…… 487
麻醉学…… 487
麻醉前用药…… 487
基础麻醉…… 487
全身麻醉…… 487
吸入麻醉…… 488

静脉麻醉…… 488
局部麻醉…… 488
表面麻醉…… 488
局部浸润麻醉…… 488
区域阻滞麻醉…… 488
神经干阻滞麻醉…… 488
硬脊膜外腔麻醉…… 488
蛛网膜下腔麻醉…… 488
腰麻…… 489
针刺麻醉…… 489
中药麻醉…… 489
控制性降压…… 489
低温麻醉…… 489
复合麻醉…… 489
复苏…… 489
人工冬眠…… 490
麻醉机…… 490

妇产科学

妇产科学…… 490
排卵…… 490
受精…… 491
妊娠…… 491
宫高…… 491
妊娠反应…… 491

早孕反应…… 491
妊娠试验…… 491
早期妊娠…… 491
中期妊娠…… 491
晚期妊娠…… 491
胎儿…… 491
胚胎…… 492
孕卵…… 492
胎便…… 492
胎盘…… 492
胎膜…… 492
脐带…… 492
羊水…… 492
羊水过多…… 493
羊水过少…… 493
胎心音…… 493
胎动…… 494
胎动计数…… 494
胎位…… 494
胎先露…… 494
胎位异常…… 494
流产…… 494
早产…… 494
异位妊娠…… 494
妊娠高血压综合征…… 495

前置胎盘…… 495
胎盘早期剥离…… 495
足月产…… 495
过期妊娠…… 495
死胎…… 495
高危妊娠…… 496
临产…… 496
分娩…… 496
分娩机转…… 496
产程…… 496
产程图…… 496
产道…… 496
软产道…… 497
骨产道…… 497
顺产…… 497
难产…… 497
滞产…… 497
引产…… 497
胎膜早破…… 497
胎儿窘迫…… 498
脐带脱垂…… 498
子宫破裂…… 498
新生儿窒息…… 498
产后出血…… 499
胎盘滞留…… 499

恶露…… 499
产褥感染…… 499
围产期…… 499
头颅血肿…… 499
胎头水肿…… 500
足月新生儿…… 500
过度成熟儿…… 500
未成熟儿…… 500
早产儿…… 500
低体重儿…… 500
双合诊…… 500
三合诊…… 500
白带…… 500
阴道炎…… 501
子宫颈炎…… 501
盆腔炎…… 501
女性生殖器结核…… 501
外阴癌…… 502
阴道癌…… 502
子宫颈癌…… 502
子宫肌瘤…… 502
子宫内膜癌…… 503
输卵管肿瘤…… 503
卵巢肿瘤…… 503
滋养细胞肿瘤…… 503

葡萄胎…… 503
恶性葡萄胎…… 504
绒毛膜癌…… 504
月经…… 504
初潮…… 504
月经周期…… 504
月经失调…… 504
功能失调性子宫出血…… 505
子宫内膜异位症…… 505
闭经…… 505
痛经…… 505
绝经…… 505
更年期综合征…… 506
子宫脱垂…… 506
不孕症…… 506
基础体温…… 506
输卵管通气…… 507
子宫输卵管碘油造影…… 507
阴道镜检查…… 507
子宫镜检查…… 507
羊膜镜检查…… 507
羊水检查…… 508
刮宫术…… 508
胎儿吸引术…… 508
产钳术…… 508

剖宫产术…… 508

儿 科 学

儿科学…… 509
胚发育期…… 509
胎儿期…… 509
新生儿期…… 509
婴儿期…… 509
幼儿期…… 509
学龄前期…… 510
学龄期…… 510
青春期…… 510
生长发育…… 510
婴儿喂养…… 511
母乳喂养…… 511
混合喂养…… 511
人工喂养…… 511
初乳…… 511
5410 代乳粉 …… 511
溢奶…… 511
漾奶…… 511
胎粪…… 511
早产儿…… 512
小于胎龄儿…… 512
新生儿生理性黄疸…… 512

新生儿溶血症…… 512
新生儿颅内出血…… 512
新生儿硬肿症…… 513
新生儿产伤…… 513
脐炎…… 513
尿布皮炎…… 513
新生儿破伤风…… 513
新生儿肺透明膜病…… 514
营养不良…… 514
佝偻病…… 514
维生素 D 缺乏性手足搐搦症 …… 514
维生素 A 缺乏症 …… 514
流涎…… 514
鹅口疮…… 515
雪口疮…… 515
婴儿腹泻…… 515
急性坏死性肠炎…… 515
急性上呼吸道感染…… 515
支气管肺炎…… 515
支气管哮喘…… 516
哮喘病…… 516
先天性心脏病…… 516
风湿热…… 516
营养性缺铁性贫血…… 516
血友病…… 517

特发性血小板减少性紫癜…… 517
蚕豆病…… 517
急性肾小球肾炎…… 517
肾病综合征…… 518
脑积水…… 518
克汀病…… 518
垂体性侏儒症…… 518
先天愚型…… 518
21 三体综合症 …… 519
原发性免疫缺陷病…… 519
先天性低丙种球蛋白血症…… 519
先天性胸腺发育不全症…… 519
幼儿急疹…… 519
婴儿玫瑰疹…… 519
风疹…… 520
麻疹…… 520
猩红热…… 520
水痘…… 520
白喉…… 520
百日咳…… 520
流行性腮腺炎…… 520
流行性脑脊髓膜炎…… 520
结核性脑膜炎…… 520
小儿惊厥…… 520
遗尿症…… 520

肠原性紫绀…… 521
白果中毒…… 521

传染病学

传染病学…… 521
病毒性呼吸道感染…… 521
流行性感冒…… 521
麻疹…… 522
风疹…… 522
幼儿急疹…… 522
天花…… 522
水痘…… 522
流行性腮腺炎…… 522
白喉…… 522
猩红热…… 523
流行性脑脊髓膜炎…… 523
百日咳…… 523
病毒性肝炎…… 523
脊髓灰质炎…… 524
伤寒…… 524
副伤寒…… 524
霍乱…… 524
细菌性痢疾…… 525
阿米巴痢疾…… 525
阿米巴肝脓肿…… 525

流行性乙型脑炎…… 525
森林脑炎…… 526
流行性斑疹伤寒…… 526
地方性斑疹伤寒…… 526
恙虫病…… 526
回归热…… 526
疟疾…… 526
黑热病…… 527
丝虫病…… 527
流行性出血热…… 527
狂犬病…… 527
恐水症…… 528
布氏杆菌病…… 528
波浪热…… 528
鼠疫…… 528
炭疽…… 528
钩端螺旋体病…… 528
血吸虫病…… 528
肺吸虫病…… 529
华枝睾吸虫病…… 529
肝吸虫病…… 529
姜片虫病…… 529
钩虫病…… 529
蛔虫病…… 529
蛲虫病…… 530

绦虫病…… 530
艾滋病…… 530

眼 科 学

眼科学…… 531
视力…… 531
验光…… 531
视野…… 531
眼底检查…… 531
眼压…… 531
睑腺炎…… 532
内翻倒睫…… 532
睑外翻…… 532
泪道阻塞…… 532
卡他性结膜炎…… 532
沙眼…… 533
翼状胬肉…… 533
角膜炎…… 533
白内障…… 533
虹膜睫状体炎…… 533
青光眼…… 533
中心视网膜脉络膜炎…… 534
视网膜脱离…… 534
视神经炎…… 534
远视…… 534

近视…… 534
散光…… 535
老视…… 535
斜视…… 535
眼内异物…… 535
角膜异物…… 535
交感性眼炎…… 535
眼库…… 535
假眼…… 536

耳鼻咽喉科学

耳鼻咽喉科学…… 536
听力检查…… 536
耳鸣…… 536
聋哑…… 536
外耳道炎…… 537
耵聍栓塞…… 537
中耳炎…… 537
急性乳突炎…… 537
鼓膜穿孔…… 537
美尼尔氏病…… 537
助听器…… 538
失嗅…… 538
鼻疖…… 538
萎缩性鼻炎…… 538

过敏性鼻炎…… 538
鼻息肉…… 538
鼻中隔弯曲…… 539
鼻衄…… 539
咽炎…… 539
扁桃体炎…… 539
咽异物…… 539
喉阻塞…… 539
嘶哑…… 540
人工喉…… 540
气管异物…… 540
气管切开术…… 540

口腔科学

口腔科学…… 540
乳牙…… 540
恒牙…… 541
龋病…… 542
牙髓炎…… 542
牙龈炎…… 542
牙龈瘤…… 542
牙周病…… 542
冠周炎…… 542
牙石…… 543
补牙…… 543

拔牙…… 543
口臭…… 543
唇裂…… 543
腭裂…… 543
假牙…… 544

皮肤病学

皮肤病学…… 544
接触性皮炎…… 544
湿疹…… 544
荨麻疹…… 544
药疹…… 545
疣…… 545
带状疱疹…… 545
蜘蛛疮…… 545
脓疱疮…… 545
毛囊炎…… 546
麻风病…… 546
癣…… 546
头癣…… 546
梅毒…… 547
疥疮…… 547
神经性皮炎…… 547
银屑病…… 547
牛皮癣…… 548

痱子…… 548
鱼鳞病…… 548
盘状红斑狼疮…… 548
天疱疮…… 548
斑秃…… 548
鬼剃头…… 548
白癜风…… 548
色素痣…… 549
瘢痕疙瘩…… 549

神经病学

神经病学…… 549
神经病…… 549
瘫痪…… 549
偏瘫…… 550
截瘫…… 550
面神经炎…… 550
三叉神经痛…… 550
多发性神经炎…… 550
坐骨神经痛…… 551
急性脊髓炎…… 551
脊髓压迫症…… 551
脊髓空洞症…… 551
短暂脑缺血发作…… 551
脑血栓形成…… 552

高血压性脑出血…… 552
蛛网膜下腔出血…… 552
脑囊虫病…… 552
震颤麻痹…… 552
帕金森氏病…… 553
小舞蹈病…… 553
风湿性舞蹈病…… 553
癫痫…… 553
偏头痛…… 553
重症肌无力…… 553
周期性瘫痪…… 554

精神病学

精神病学…… 554
精神病…… 554
错觉…… 554
幻觉…… 554
妄想…… 555
谵妄…… 555
意识障碍…… 555
痴呆…… 555
精神分裂症…… 555
早发性痴呆…… 555
躁狂抑郁性精神病…… 555
躁郁症…… 555

躁狂症…… 555
抑郁症…… 556
反应性精神病…… 556
神经症…… 556
神经官能症…… 556
神经衰弱…… 556
癔症…… 556
歇斯底里…… 557
强迫症…… 557
焦虑症…… 557
恐怖症…… 557
精神发育不全…… 557
更年期精神疾病…… 557
老年痴呆病…… 558
儿童多动综合症…… 558
电抽搐治疗…… 558
胰岛素昏迷疗法…… 558
暗示疗法…… 558

肿 瘤 学

肿瘤学…… 559
良性肿瘤…… 559
恶性肿瘤…… 559
交界性肿瘤…… 559
肿瘤命名…… 559

癌…… 560
肉瘤…… 560
癌症…… 560
癌前病变…… 560
原位癌…… 560
恶性肿瘤转移…… 560
细胞学检查…… 560
肿瘤免疫诊断…… 560
肿瘤外科治疗…… 561
肿瘤放射治疗…… 561
肿瘤化学治疗…… 561
肿瘤免疫治疗…… 561
肿瘤内分泌治疗…… 561
癌瘤的综合治疗…… 562
血管瘤…… 562
纤维瘤…… 562
脂肪瘤…… 562
腮腺混合瘤…… 562
畸胎瘤…… 562
视网膜母细胞瘤…… 563
鼻咽癌…… 563
扁桃体癌…… 563
喉癌…… 563
肺癌…… 563
乳腺癌…… 563

食道癌…… 564
胃癌…… 564
肝癌…… 564
胰腺癌…… 564
大肠癌…… 564
结肠癌…… 565
直肠癌…… 565
宫颈癌…… 565
子宫内膜癌…… 565
卵巢肿瘤…… 565
绒毛膜癌…… 565
肾癌…… 566
膀胱癌…… 566
睾丸恶性肿瘤…… 566
骨肉瘤…… 566
恶性黑色素瘤…… 566
皮肤癌…… 567
实体瘤客观疗效判定指标…… 567
完全缓解…… 567
部分缓解…… 567
稳定…… 567
恶化…… 567

急诊医学

高热…… 567

昏迷…… 568
休克…… 568
心脏骤停…… 568
咯血…… 568
心源性急性肺水肿…… 569
急腹症…… 569
急性中毒…… 569

运动医学

运动医学…… 569
医疗体育…… 570
体育卫生…… 570
医疗体操…… 570
运动损伤…… 570
运动试验…… 570

理疗学

理疗学…… 571
电疗法…… 571
光疗法…… 571
超声波疗法…… 571
激光疗法…… 572
磁疗法…… 572
冷冻疗法…… 572
水疗法…… 572

高压氧疗法…… 573
高压氧下手术…… 573

护 理 学

护理学…… 573
医嘱…… 573
监护…… 573
卧位…… 574
禁食…… 574
测体温…… 574
皮肤准备…… 574
注射法…… 574
锁骨下静脉穿刺…… 575
液体出入量…… 575
蒸气吸入…… 575
雾化吸入…… 575
超声雾化吸入…… 575
热敷…… 575
冷敷…… 575
酒精擦浴…… 576
氧气吸入…… 576
鼻饲…… 576
洗胃…… 576
胃肠减压…… 576
导尿…… 576

灌肠…… 576
换药…… 577
褥疮…… 577

预防医学

环境卫生学

环境卫生学…… 577
环境医学…… 577
环境毒理学…… 578
环境流行病学…… 578
环境保护…… 578
环境污染…… 578
环境污染物…… 578
环境质量评价…… 578
环境卫生监测…… 578
环境卫生标准…… 578
工业三废…… 578
生活三废…… 578
工业“三废”排放试行标准…… 579
工业企业设计卫生标准…… 579
生活饮用水卫生标准…… 579
农田灌溉水质标准…… 579
卫生监督…… 580
经常性卫生监督…… 580

预防性卫生监督…… 580
大气污染…… 580
汽车废气…… 580
伦敦烟雾…… 580
洛杉矶烟雾…… 580
一次污染物…… 581
二次污染物…… 581
日平均最高容许浓度…… 581
一次最高容许浓度…… 581
卫生工程学…… 581
生活污水…… 581
工业废水…… 581
城市热岛…… 582
微小气候…… 582
风向频率玫瑰图…… 582
空气净化设备…… 582
酸雨…… 582
空气调节…… 582
溶解氧…… 582
生化需氧量…… 582
三氮…… 582
水源选择…… 583
生活饮用水…… 583
介水传染病…… 583
水体富营养化…… 583

水体热污染…… 583
两管五改…… 583
给水卫生…… 584
氯化消毒法…… 584
自净作用…… 584
水体净化…… 584
汞甲基化…… 584
有效氯…… 584
余氯…… 585
需氯量…… 585
加氯量…… 585
大肠菌群数…… 585
混凝沉淀…… 585
凝聚沉淀…… 585
混凝剂…… 585
净水剂…… 586
过滤…… 586
土壤卫生…… 586
土壤蠕虫病…… 586
住宅卫生…… 586
居民区规划…… 586
城镇功能分区…… 587
生活小区…… 587
沼气发酵…… 587
城市污水处理…… 587

医院污水处理…… 587
消烟除尘…… 587
除尘器…… 588
粪便无害化处理…… 588
堆肥法…… 588
化粪池…… 588
腐化池…… 588
自然通风…… 588
机械通风…… 588
相对湿度…… 589
人口密度…… 589
建筑物间距…… 589
公害病…… 589
水俣病…… 589
痛痛病…… 590
骨痛病…… 590
四日市哮喘…… 590
地方性甲状腺肿…… 590
地方性氟病…… 590
地方性氟中毒…… 590
地方性克汀病…… 591
地方性呆小病…… 591
地球化学性疾病…… 591
世界八大公害事件…… 591

劳动卫生与职业病学

劳动卫生学…… 591
劳动生理学…… 591
职业病学…… 591
疲劳…… 592
潜汗…… 592
实感温度…… 592
有效温度…… 592
等感温度…… 592
至适温度…… 592
劳动负荷量…… 593
劳动强度…… 593
劳动能力鉴定…… 593
静态作业…… 594
静力作业…… 594
劳动卫生…… 594
生产卫生…… 594
工业卫生…… 594
农业劳动卫生…… 594
激光卫生…… 594
生产性外伤…… 595
生产性毒物…… 595
生产性粉尘…… 595
硫酸烟雾…… 595

刺激性气体…… 595
窒息性气体…… 595
氰化物…… 596
职业病…… 596
职业中毒…… 596
职业性肿瘤…… 597
职业禁忌症…… 597
职业性危害因素…… 597
生产性危害因素…… 597
高温作业…… 597
中暑…… 598
日射病…… 598
热射病…… 598
热痉挛…… 598
热衰竭…… 598
热虚脱…… 599
热晕厥…… 599
铸造热…… 599
射频危害…… 599
噪声…… 599
矽尘…… 599
硅尘…… 599
尘肺…… 600
矽肺…… 600
硅肺…… 600

石棉肺…… 600
煤矽肺…… 600
电光性眼炎…… 600
振动病…… 601
职业性雷诺现象…… 601
运动病…… 601
潜水病…… 601
减压病…… 601
高山病…… 601
航空病…… 602
晕机病…… 602
高空病…… 602
宇宙病…… 602
噪声污染…… 602
暂时性听力移位…… 602
听力疲劳…… 602
永久性听力移位…… 602
噪声性耳聋…… 603
爆震性聋…… 603
噪声性耳外伤…… 603
农药残留…… 603
理想农药…… 603
有机磷农药中毒…… 603
有机氯农药中毒…… 603
劳动保护…… 604

个人防护…… 604
防暑降温…… 604
工厂安全卫生规程…… 604
隔热装置…… 605
空气淋浴…… 605
局部送风…… 605
矿山瓦斯…… 605
噪声病…… 605
热辐射…… 605
辐射热…… 605

营养与食品卫生学

食品卫生学…… 606
营养卫生学…… 606
营养化学…… 606
营养…… 606
营养素…… 606
营养素平衡…… 606
营养素生理需要量…… 607
营养最低需要量…… 607
营养素供给量…… 607
营养不良…… 607
食品…… 607
食物…… 607
膳食纤维…… 607

蛋白质消化率…… 608
蛋白质互补作用…… 608
蛋白质生物学价值…… 608
蛋白质生理价值…… 608
蛋白质功效比值…… 608
蛋白质净利用率…… 608
食物特殊动力作用…… 609
必需氨基酸…… 609
必需脂肪酸…… 609
氮平衡…… 609
负氮平衡…… 610
正氮平衡…… 610
维生素原…… 610
维生素…… 610
水溶性维生素…… 610
脂溶性维生素…… 610
叶酸…… 610
维生素 B_{12} …… 610
维生素 E …… 611
维生素负荷试验…… 611
维生素耐量试验…… 611
异食癖…… 611
营养缺乏病…… 611
营养不足症…… 612
亚临床营养缺乏病…… 612

夜盲症…… 612
维生素 A 过多症 …… 612
硫胺素缺乏病…… 612
湿性脚气病…… 612
干性脚气病…… 613
核黄素缺乏病…… 613
抗坏血酸缺乏症…… 613
坏血病…… 613
维生素 D 缺乏病 …… 613
维生素 D 过多症 …… 613
维生素 K 缺乏病 …… 614
尼克酸缺乏病…… 614
癞皮病…… 614
食物中毒…… 614
黄曲霉毒素…… 614
3,4-苯并芘…… 614
细菌性食物中毒…… 615
非细菌性食物中毒…… 615
食品添加剂…… 615
食用色素…… 615
食用香料…… 615
食品防腐剂…… 615
食品抗氧化剂…… 616
食品发色剂…… 616
呈色剂…… 616

食品保藏…… 616
缺氧保藏法…… 617
气调储藏法…… 617
辐射保藏法…… 617
蒸煮袋食品…… 617
软罐头食品…… 617
成酸性食品…… 617
成碱性食品…… 617
劳动保健食品…… 618
代乳食品…… 618
强化食品…… 618
方便食品…… 618
膨化食品…… 618
母乳化牛乳…… 618
要素饮食…… 618
清凉饮料…… 619
矿泉水…… 619
泡菜…… 619
食谱…… 619
食物营养成分表…… 619
食品污染…… 620
胖听罐头…… 620
食具消毒…… 620
饮食卫生五四制…… 620
食品卫生标准…… 620

营养状况…… 621
膳食治疗…… 621
平衡膳食…… 621
合理烹调…… 621
膳食调查…… 621
营养调查…… 622
微波炉…… 622

儿童少年卫生学

儿童少年卫生学…… 622
学校卫生学…… 622
儿少卫生学…… 622
儿童年龄分期…… 622
新生儿…… 623
婴儿…… 623
乳儿…… 623
幼儿…… 623
幼儿前期…… 624
幼儿后期…… 624
小学儿童…… 624
少年…… 624
青年…… 624
保健教师…… 624
晨间检查…… 624
儿童合理生活制度…… 625

学校近视…… 625
学生近视…… 625
课桌椅距离…… 625
缺点矫治…… 625
视力保护…… 625
眼保健操…… 626
眼保健功…… 626
儿童生长发育…… 626
生长发育标准…… 626
生长发育调查…… 626
发育曲线图评价法…… 626
生长发育评价…… 627
人体测量…… 627
身高预测…… 627
发育年龄…… 627
生物年龄…… 627
生理年龄…… 627
骨骼年龄…… 627
骨龄…… 628
智力商数…… 628
智商…… 628
三浴锻炼…… 628
窗地比…… 628
采光系数…… 628
自然照度系数…… 628

流行病学

流行病学…… 629
描述流行病学…… 629
分析流行病学…… 629
实验流行病学…… 629
现场实验…… 630
随机对照实验…… 630
理论流行病学…… 630
数学流行病学…… 630
移民流行病学…… 630
代谢流行病学…… 630
血清流行病学…… 630
遗传流行病学…… 630
环境流行病学…… 631
临床流行病学…… 631
职业流行病学…… 631
病原…… 631
病原体…… 631
宿主…… 631
寄主…… 632
传染源…… 632
附加传染源…… 632
病原携带者…… 632
传播机制…… 632

传播媒介…… 632
传播途径…… 632
空气飞沫传播…… 632
水传播…… 633
食物传播…… 633
虫媒传播…… 633
机械性传播…… 633
生物性传播…… 633
接触传播…… 633
直接传播…… 633
间接传播…… 633
垂直传播…… 633
水平传播…… 634
人群易感性…… 634
易感者…… 634
传染过程…… 634
潜伏期…… 634
前驱期…… 634
恢复期…… 634
隐性感染…… 635
外潜伏期…… 635
传染期…… 635
疫源地…… 635
疫区…… 635
疫点…… 635

法定传染病…… 635
传染病管理…… 635
传染病报告…… 636
疫情报告…… 636
烈性传染病…… 636
人畜共患疾病…… 636
外来传染病…… 636
输入性传染病…… 636
自然疫源性疾病…… 636
自然疫源地…… 636
流行过程…… 636
散发…… 637
流行…… 637
大流行…… 637
爆发…… 637
地方性…… 637
家庭聚集性…… 637
周期性流行…… 637
季节性…… 637
长期变异…… 637
长期趋势…… 638
流行病学调查…… 638
个案调查…… 638
爆发调查…… 638
现况调查…… 638

横断面研究…… 638
回顾性调查…… 638
病例—对照研究…… 638
前瞻性调查…… 638
队列研究…… 638
群组研究…… 639
定群研究…… 639
筛选…… 639
相对危险度…… 639
特异危险度…… 639
归因危险度…… 639
医院内感染…… 639
机会性感染…… 640
防疫措施…… 640
检疫…… 640
国境卫生检疫…… 640
接触者…… 640
隔离…… 640
医学观察…… 640
留验…… 641
化学预防…… 641
计划免疫…… 641
三级预防…… 641
病因预防…… 641
疫情预测…… 641

流行病学监测…… 642
预防接种…… 642
气雾免疫…… 642
预防接种反应…… 642
除害灭病…… 642
冰山现象…… 642
发病率…… 643
罹患率…… 643
患病率…… 643
死亡率…… 643
病死率…… 643
引入率…… 643
续发率…… 644
感染率…… 644
治愈率…… 644
标准化率…… 644
超额死亡率…… 645
预防接种保护率…… 645
真阳性率…… 645
敏感度…… 645
真阴性率…… 645
特异度…… 645

卫生毒理学

卫生毒理学…… 646

毒物…… 646
毒性…… 646
毒性分级…… 646
靶器官…… 647
化学物质联合作用…… 647
相加作用…… 647
增毒作用…… 647
拮抗作用…… 647
独立作用…… 647
剂量—反应关系…… 648
剂量—效应关系…… 648
阈剂量(浓度)…… 648
阈限值…… 648
毒作用带…… 648
毒作用上限…… 649
毒作用下限…… 649
最大无作用剂量(浓度)…… 649
最大耐受剂量(浓度)…… 649
最小致死剂量(浓度)…… 649
半数致死剂量(浓度)…… 649
绝对致死剂量(浓度)…… 649
最高容许浓度…… 650
一次接触限值…… 650
最高容许峰值…… 650
中毒…… 650

急性中毒…… 650
亚急性中毒…… 650
慢性中毒…… 650
毒物蓄积…… 650
蓄积系数…… 650
生物半减期…… 651
生物半衰期…… 651
生物半排出期…… 651
致畸敏感期…… 651
致畸原…… 651
致畸性…… 651
致畸胎性…… 651
染色体畸变…… 651
突变…… 652
致敏作用…… 652
致癌性…… 652
致癌因素…… 652
前致癌物…… 653
促癌剂…… 653
促进剂…… 653
终致癌物…… 653
胚胎生长迟缓…… 653
胚胎毒性…… 653
诱变指数…… 653
致畸指数…… 654

染毒…… 654
油水分配系数…… 654
急性毒性实验…… 654
亚急性毒性实验…… 654
短期毒性实验…… 655
慢性毒性实验…… 655
长期毒性实验…… 655
蓄积实验…… 655
致癌实验…… 655
致畸试验…… 655
诱变试验…… 656
宿主间介试验…… 656
宿主培养法…… 656
艾姆斯试验…… 656
骨髓细胞微核试验…… 656
微核试验…… 656
显性致死突变试验…… 656
姐妹染色单体交换试验…… 657
繁殖实验…… 657
代谢试验…… 657

妇幼卫生与计划生育

妇女保健…… 658
经期保健…… 658
孕期保健…… 658

产时保健…… 658
产褥期保健…… 658
哺乳期保健…… 659
更年期保健…… 659
围产医学…… 659
产前检查…… 659
预产期…… 660
产后检查…… 660
婴幼儿保健…… 660
婴儿喂养…… 660
母乳喂养…… 661
混合喂养…… 661
人工喂养…… 661
计划生育…… 661
避孕药…… 661
短效口服避孕药…… 661
长效口服避孕药…… 661
探亲避孕药…… 662
女子外用药避孕…… 662
外用避孕药膜…… 662
工具避孕…… 662
宫内节育器…… 662
节育环…… 662
阴茎套避孕…… 662
阴道隔膜避孕…… 662

安全期避孕…… 663
人工流产…… 663
中期妊娠引产…… 663
女性绝育术…… 663
输卵管再通术…… 663
男性绝育术…… 663
输精管吻合术…… 663
精库…… 664
人工授精…… 664
胚胎移植…… 664
试管婴儿…… 664
婚前检查…… 664
优生…… 664
优育…… 664
出生率…… 664
死亡率…… 665
人口自然增长率…… 665
计划生育率…… 665
节育率…… 665
婴儿死亡率…… 665
育龄妇女总生育率…… 666
终身生育率…… 666
平均世代年数…… 666
避孕疫苗…… 666
近亲婚配…… 666

遗传病携带者…… 667

社会医学与卫生管理学

社会医学…… 667
卫生管理学…… 667
卫生行政管理…… 667
卫生经济学…… 668
医学社会学…… 668
老年医学…… 668
行为医学…… 668
心身医学…… 669
康复医学…… 669
医疗保健制度…… 669
自费医疗…… 670
健康保险制度…… 670
集资医疗…… 670
合作医疗制度…… 670
公费医疗制度…… 670
劳保医疗…… 670
社会卫生状况…… 670
居民健康状况…… 670
高危人群…… 670
生活事件…… 670
通科医生…… 671
卫生服务…… 671

卫生费用…… 671
初级卫生保健…… 671
基层卫生保健…… 671
城市地段保健…… 671
寿命表…… 671
生命表…… 672
死亡表…… 672
简略寿命表…… 672
期望寿命…… 672
平均寿命…… 672
实际病床使用率…… 672
因病(伤)缺勤率…… 672
疾病分类…… 672

放射卫生学

放射卫生学…… 673
放射毒理学…… 673
放射生物学…… 673
放射遗传学…… 673
放射敏感性…… 674
放射性强度…… 674
放射性废水…… 674
放射性废物…… 674
放射性污染…… 674
放射性除污染…… 674

放射性自吸性…… 675
放射性损伤…… 675
放射性烧伤…… 675
放射病…… 675
放射防护…… 675

医药卫生

医学一般

医学 认识、保持和增强人体健康，预防和治疗疾病，促使机体康复的科学知识体系和实践活动。按照研究内容、对象和方法分为基础医学、临床医学和预防医学三个主要部分。各部分又有若干分支学科。中国现行医学主要有中、西医两大体系，并正努力结合为具有中国特色的新医学体系。参见“教育”中的“医学”。

医学概论 又称“医学通论”、“医学总论”。医学的一个分支。主要对医学，特别是当代医学的总体进行一般原则性的考察，探讨其发展与自然科学、社会科学之间的关系，描述医学全貌及其各组成部分，使人们对整个医学有一个全面概括的了解。

医学未来学 研究医药科学和卫生事业的未来的学科。运用科学方法进行预测，说明什么事情将会发生及如何发生，并区别哪 些是不可避免必然要出现的，哪 些是可以控制的。有利于掌握当前医学发展的动向，规划医学研究工作，促进医学科学和医药卫生工作的现代化。

医学伦理学 研究医学道德的一门学科。是一般伦理学的原理、原则、规范在医学实践中的具体运用。如在医务工作

者中，探讨医疗实践活动中有关伦理学问题、医务人员的职业道德、职业义务和职业荣誉等。随着医疗实践和医学科学的发展、研究内容不断扩大和深入。如人体实验、人工授精、试管婴儿、器官移植、安乐死等生命伦理学问题。

生命伦理学 20 世纪 70 年代兴起的一门新学科，根据道德价值对生命科学和卫生保健领域内的人类行为进行系统的研究。

医学哲学 医学和哲学的交叉学科。主要研究医学中有重大意义的哲学问题、一般规律和范畴，揭露和批判医学领域中的唯心主义、形而上学倾向，从而指导医学研究和医疗实践。它的研究内容和研究体系还在形成中。参见“哲学”中的“医学哲学”。

医学生态学 从预防医学的角度研究生态系统及生态平衡对人体健康影响的一门新兴学科。包括人类生态学、社会生态学、环境卫生学、药物生态学以及污染作用的影响等内容。防止环境污染，合理解决生产发展与人口发展的生态平衡，确保生物药源的产量和质量等问题，是面临的主要任务。

医学遗传学 临床医学与遗传学相互渗透的一门新型学科。研究人类遗传病的发生原因，基因与染色体的结构和功能，基因突变与染色体畸变的类型、机理和频率，遗传方式以及诊断、治疗和预防等。为提高人口质量，改善遗传素质，根治各种“不治之症”提供科学依据。

医学生物工程学 生物医学与工程技术相结合的一门新兴学科。主要研究现代工程技术在医学中的应用，包括 1. 基础研究：从力学观点深入研究人体的脏器、肌肉、骨骼、关节

等的结构与功能，生物体内的物质能量流动以及信息的产生、转换、传递和接受过程，适于植入人体的材料等；2．应用研究：具体解决医学上的工程技术问题，包括研制新仪器，发展新技术，探索新方法等。用于生物医学的新技术有：激光、红外技术、超声波、电子技术、计算机技术、遥测技术等。各种扫描显象装置、分析测试仪、监护仪、内窥镜、人造器官、放射疗法、超声疗法、激光手术等新仪器、新方法在医学的诊断、治疗、研究中，正在日益发挥它们的巨大作用。

基础医学 研究同医疗和卫生各专业学科有关的基础理论学科的总称。现代医学中包括人体解剖学、组织学、胚胎学、生理学、生物化学、微生物学、寄生虫学、病理解剖学、病理生理学、药理学等。祖国医学中包括脏腑、经络、气血学说、病因病机、辨证论治、中药学、方剂学等。

临床医学 研究疾病的诊断和预防治疗的各专业学科的总称。它运用最新医学科学成就来诊断和治疗病人，以恢复健康、预防残疾、减少死亡。根据研究对象、内容和方法，分为内科学、外科学、妇产科学、儿科学、神经病学、精神病学、皮肤病学、传染病学、眼科学和耳鼻咽喉科学、放射学等。中医学中还有针灸学、推拿学等。

预防医学 医学科学的重要组成部分。采用现代科学技术和社会卫生措施，促进与改善人类健康水平、防止身心疾病和损害的一门学科。它从预防观点出发，研究人体健康和疾病发生、发展的规律，消除对人体健康的有害因素和利用有利因素，以达到预防疾病、保护和增进人体健康、提高劳动能力和延长寿命的目的。主要包括卫生学、流行病学等各类

有关学科。

军事医学 应用一般医学科学知识与技术，研究军队中卫生和医疗的学科。其主要学科有卫生勤务学、野战外科学、野战内科学、军队卫生学、军队流行病学、三防医学（防原子、防化学、防生物武器）、航海医学、潜水医学、航空医学、航天医学、军队卫生统计学、军事劳动生理学等。

航空医学 医学科学中的一门学科。研究在飞行条件下，气温、气压、气流、噪声、振动、加速度等因素对人体的影响及其防治原理和措施。研究有关空勤人员的健康标准、心理活动和增强体质、提高空中耐力的方法。包括航空生理学、航空卫生学、航空心理学和医务鉴定等。

宇宙医学 研究宇宙飞行中的有关医学问题的学科。包括宇宙飞行条件对人体的影响及其防护措施；宇宙环境中的缺氧症、航空减压病、宇宙病等病因、发病机理、预防治疗；人长期生存在宇宙空间所必需的生活、劳动条件，以及安全返回地球和应急脱险等医务保证；宇航员的健康标准、心理活动等。

航海医学 医学科学中以保障和促进海员及有关人员健康为任务的一门学科。主要研究航海、港口、岛屿等特殊环境对人体影响及其防治规律和方法。也研究与航海事业有关的特殊疾病的防治措施。

康复医学 研究伤、残者在功能上、精神上和职业上进行康复的学科。目标是消除或减轻患者功能上的缺陷，帮助其在身体条件许可的范围内最大限度地恢复生活和劳动能力。按目标可分为身体康复、精神康复和职业康复；按对象和病

种分为老年病康复学、儿科康复学、心脏康复学、肿瘤康复学、精神康复学等。

行为医学 行为科学与医学结合的学科。应用心理学、社会学、教育学、医学等原理，对个人和人群的行为及其产生的原因进行分析研究的科学。研究如何尊重人，激发人的积极性，提高工作效率。人的行为是人的思想、情绪、感情、动机和能力等因素的综合反映，对疾病发生、发展和预后等起着重要作用。主要内容有行为流行病学、行为诊断学、行为治疗学和行为预防学等。

医学心理学 是心理学与医学相结合的一门交叉学科。它将心理学的理论知识和实验技术应用于医学领域，即研究心理社会因素在人体健康与疾病及其相互转化中的作用。

医学美学 是由医学与美学相结合而形成的一门交叉学科。它是研究人们在维护和塑造人体美 的创造性活动中体现出来的一系列医学美现象及医学审美观规律的科学。

性医学 研究人类性器官的构造、功能和性行为、性心理的医学分支学科。由于性知识的缺乏带来一系列的问题，如青少年不能正确理解和对待自己性器官的正常变化，夫妻之间性生活不协调和性功能障碍及社会心理因素所致的性疾病等。其研究成果及推广应用会给每一个家庭增添幸福，夫妻关系更加稳定，使社会文明得到发展。

模糊医学 应用数学方法和电子计算机技术，研究与处理医学上具有模糊性现象的一门新兴学科。主要内容：1．将各种定性、定量或图象信息转变为诊断的数字信息；2．根据疾病和各种信息的对应关系权衡和建立各种疾病的诊断模式；

3．应用模糊聚类分析探讨新的疾病分类法与分型法；4．根据病情与药物代谢动力学的信息，对治疗方案进行模糊决策，选择最佳方案；5．在电子计算机中储存名医诊治经验，培养“电脑医生”等。它对促进祖国医学的现代化有着特殊重要意义。

部件医学 又称“器官学”、“代用品医学”。以器官人工化为目标而形成的一门新学科。将在医学领域发挥重要的作用。已应用临床的有人工血管、人工膜、人工骨、人工关节、人工耳、假手和假脚、人工食道、人工气管、人工尿道、人工心脏、人工肾等；正在研制的有人工肝脏、人工子宫等。

症状学 研究疾病的表现，反映患者身体或精神上的异常变化的学科。包括症状和体征两大类。前者（狭义的）为患者主观异常感觉；后者为患者身体中出现的各种客观病变，其中多数经医生检查而发现（如肝肿大、心脏杂音等），也有患者自行感知（如皮肤黄染、水肿等）。

卫生 个人与集体，生活和生产的卫生总称。常指为增进人体健康，预防疾病，改善和创造合乎生理要求的生活条件和生产环境所采取的个人和社会卫生措施，包括以除害灭病、讲卫生为中心的爱国卫生运动。

卫生学 预防医学的一门学科。主要研究外界环境因素对人体健康影响的规律，以及改善和利用这些因素的卫生要求和措施。达到预防疾病、增进健康和提高劳动能力的目的。分支学科有环境、劳动、营养、儿童少年、放射等卫生学和流行病学。

公共卫生学 见“卫生学”。

保健组织学 卫生学的一门分支学科。根据国家的卫生工作方针政策，在医学科学的基础上，研究卫生事业的理论和发展规律，居民健康状况及其影响因素，各种医疗卫生组织机构的性质、任务、组织与管理等。

卫生统计学 运用统计学一般原理和方法来研究居民健康状况和卫生业务工作的一门学科。主要内容有：疾病统计，研究疾病在人群中的存在情况、特点、发生变化的规律、发病原因及防治情况；生命统计或人口统计，研究人口的出生、死亡以及寿命的情况和规律；生长发育统计，研究儿童青少年身体发育规律；卫生业务统计，研究卫生事业的基本情况和发展、卫生机构的活动和工作质量等。

卫生化学 化学的一门分支学科。将化学原理和方法应用于卫生工作中，研究空气、水、土壤、食物、废弃物以及生理代谢产物中直接或间接与人体健康有关的成分的含量变化、检验方法及其净化等卫生问题。

卫生工作方针 又称“卫生工作四大原则”。即“面向工农兵，预防为主，团结中西医，卫生工作与群众运动相结合”。为中国医药卫生人员和人民群众开展卫生工作的准则和方针。

爱国卫生运动 动员组织医药卫生人员和全社会力量起来防治病害、移风 易俗、改造国家的实践活动。原由中国共产党和毛泽东为反对美帝国主义在抗美援朝期间进行的细菌战，号召全国城乡广泛地开展的群众性卫生运动。其内容是：除四害（苍蝇、蚊子、老鼠、臭虫）、讲卫生、消灭疾病，提高健康水平。

卫生标准 贯彻“预防为主”方针，运用卫生学理论和实践成果，为保障人民健康和发展生产，提出的具体卫生要求。是卫生监督、监测和评价的科学依据。中国已颁布的有《工业企业设计卫生标准》、《生活饮用水卫生标准》、《食品卫生标准》等。

卫生法规 国家立法机关或政府部门制定或批准的有关卫生工作的法令、条例、规程等法律性文件的总称。如《工厂安全卫生规程》、《环境保护法》、《食品卫生法》等。

健康 人体各器官系统发育良好、功能正常、体质强壮、精力充沛并具良好劳动效能的状态。常以人体测量、体格检查和各种生理指标衡量。世界卫生组织对健康定义：“健康不仅是没有疾病，而且是指心理上和社会上的完满状态。”

疾病 人体在致病因素的影响下，器官组织的形态、功能偏离正常标准的状态。表现为对外界环境变化的适应能力降低，劳动能力受到限制或丧失，并出现一系列的临床症状。

适应症 适合采用某一治疗措施的疾病或病况。如奎宁治疗疟疾急性发作有效，则后者为前者的适应症。

后遗症 病情基本好转后遗留下来的某种组织器官的缺损或功能上的障碍。如乙型脑炎遗留下的聋哑等症。

禁忌症 不适宜采用某种治疗措施的疾病或病况。如奎宁可引起孕妇流产，故妊娠为使用奎宁的禁忌症。

并发症 又称“合并症”。一种疾病在发展过程中引起另一种疾病或症状的发生，后者即为前者的并发症。如患麻疹时引起肺炎。

综合征 一组同时出现的症候群。通常为一些相互关联的

器官病变或功能紊乱的临床表现，但不能确定其为一种独立的疾病，常可出现于几种疾病或由于几种不同原因的病所引起。如肾病综合征、阿-斯综合征等。

巡回医疗 医务人员定期或不定期深入到工厂、农村、部队开展医疗工作的一种形式。除送医送药上门外，还积极开展卫生宣传、进行预防、为基层医疗机构培训医务人员等。

医院 防治疾病、保障人民健康、设有病房和门诊的医疗预防机构。一般设有门诊部、住院部、各种诊疗辅助部门和行政管理部门。由医、药、护理、检验等技术人员和行政管理干部分别组成各科室。以医疗为中心，并开展预防保健、教学和科研等工作。其规模大小视所承担任务而定。按业务性质，通常分：1．综合医院：有中西医内、外、妇产、针灸等专科；2．专科医院：为防治某一专科疾病而设，有儿童、传染病、结核病、口腔、肿瘤等医院。

地段医院 城市一定地段内设置的一种基层医疗预防机构。负责所辖地段内职工和居民的医疗预防、组织和指导群众卫生运动。业务上受上级医疗和卫生防疫部门的指导。

联合诊所 中国解放初期社会上的开业医务人员在当地卫生机关领导下，根据自愿的原则组织起来，联合设立的一种医疗预防机构。负责一定范围内的基层医疗预防和卫生防疫工作。国家对其实行“有利生产，简便易行，民主管理，勤俭办所”的方针和鼓励、扶植的政策。

产院 为孕、产妇服务的专科医院。由保健部（科）、门诊部和住院部组成。负责一定地区内孕、产妇和新生儿保健、妇婴保健和计划生育工作业务指导、有关妇女保健问题的调查

研究和产科专业人员培训等。

儿童医院 以14岁以下儿童为诊疗保健对象的专科医院。其任务主要对儿童疾病进行医疗预防并负责一定地区内的集体儿童保健工作，开展儿童保健机构的业务指导、保健知识的宣传教育、健康状况的调查研究和儿科专业人员的培养与提高等。

疗养院 为某些慢性疾病（如风湿病、职业病等）的诊疗、休养而设立的一种专门医疗预防机构。多设在气候良好或有矿泉水等自然条件的地区。使疗养者在医务人员的指导下，运用水浴、空气浴、日光浴、泥疗等疗法，并结合营养和其他医疗体育活动，加速恢复健康。

卫生防疫站 卫生事业单位之一。贯彻预防为主方针，应用预防医学理论、技术，开展监督、监测、科研、培训等项工作。是当地卫生防疫业务技术的指导中心。按国家行政区划和产业系统设置各级防疫站。

妇幼保健院（站、所） 为孕、产妇和婴幼儿服务的一种专科保健机构。按照规模大小分别称为院、所或站。内分妇女保健和幼儿保健两部分。

卫生院 乡（镇）设立的一种卫生行政兼医疗预防工作的综合性机构。主要任务是负责所在地区内医疗卫生工作、组织指导群众卫生运动、培训卫生人员等。一般设医疗、预防、妇幼保健和行政总务等组（股）。

卫生所 中国为医疗预防相结合的综合性的基层卫生机构。其任务同卫生院，但规模较小。

卫生站 一种群众性基层卫生机构。其主要任务是开展以

除害灭病为中心的爱国卫生运动、医疗救护、卫生宣传等工作。规模小，一般由不脱产的卫生员担任工作。

救护站 为意外损伤或偶发疾病进行初步紧急处理的医疗服务机构。一般设在工厂（车间）、矿山、基本建设工地或群众集会场所。担任简易医疗和急救工作。

防治所 为防治某些危害人民健康和严重影响生产的疾病而设立的一种专科性质的医疗预防或卫生防疫机构。如结核病、血吸虫病防治所等。任务是研究疾病的发生、发展规律和防治办法，以拟订防治措施。

世界卫生组织（WHO） 联合国的一个专门机构。成立于1948年。中国为创始国之一。设有一个总部和六个地区（即亚太区、南亚区、东地中海区、欧洲区、美洲区和非洲区）办事处。总部设在日内瓦。每年召开世界卫生大会一次。日常工作由总干事主持，另设若干专家咨询团和专家委员会，不定期地召开会议。其宗旨是："使全世界人民达到尽可能高的健康水平"。主要任务是："承担国际卫生工作的指导和协调作用"，"协助各国加强卫生业务"，"促进消灭流行病、地方病和其他疾病"等。

中国红十字会 中国人民卫生救护团体。协助政府各有关部门，从事群众卫生、社会福利和人民外交等工作。成立于1904年。1950年重新改组，总会设在北京。在全国各地发展组织。其宗旨：救死扶伤，实行革命人道主义，遵循国家有关方针政策，在国内为社会群众服务，帮助群众提高健康水平，克服困难，在国际活动中，增进与各国人民的友谊，发展友好关系。

人民卫生出版社 成立于 1953 年。由原华东医务生活社和原东北医学图书出版社迁京合并组成。属卫生部领导。初期卫生部所属教材编审委员会与该社合署办公。1957 年正式并入该社。同年，在上海设立人民卫生出版社上海分社。1958 年改名上海卫生出版社，后并入上海科技出版社。

健康报 医药卫生战线的专业性报纸。1931 年秋创刊于江西省瑞金县。为红军总军医处主办。一度因战争频繁，发行困难停刊。1946 年 8 月，在黑龙江省佳木斯市复刊，由东北民主联军卫生部主办。1949 年 4 月，改由东北人民政府卫生部和东北军区卫生部联合举办。中华人民共和国成立后，报社迁北京。

中国医学科学院 简称“医科院”。1950 年在原中央卫生实验院的基础上，成立中央卫生研究院。1956 年改为此名。是中国医学科学的高级学术机构和综合研究中心，直属中华人民共和国卫生部领导。

中国预防医学科学研究院 国家预防医学方面的科学技术专业机构。于 1983 年 8 月由原中国医学科学院的流行病学微生物学研究所、病毒学研究所、寄生虫病研究所、卫生研究所和环境卫生监测站、食品卫生检验所及卫生部工业卫生研究所等组成。直属卫生部领导。主要任务：进行预防医学的技术理论和实践的研究，组织协调全国预防医学科学研究工作，对省、市、自治区一级的卫生防疫机构提供技术指导和培训专业干部，开展卫生防疫和检疫监督、监测工作，组织制定有关卫生法规、标准等。

医师 受过高等医学教育或经卫生主管部门考查合格者。

按专业可分内、外、妇、儿、口腔、中医针灸、流行病、卫生等专科医师，按职称可分住院（或卫生）医师、主治（或主管卫生）医师、主任（或主任卫生）医师等。

医生 具有一定医药卫生知识，能防治疾病者的统称。

医士 受过中等医学专业教育或经卫生主管部门考查合格者。按专业分为各专科医士、卫生医士、助产士等。

赤脚医生 中国农村中具有一定医疗卫生知识的不脱产卫生人员。一边参加生产劳动，一边防病治病。对改变农村缺医少药与卫生状况起了积极作用。卫生部现已停用“赤脚医生”名称。今后经考试达到相当医士水平者，称为乡村医生，否则，称卫生员。

卫生医师 经高等医学院校系统卫生专业训练，或由从事卫生防疫工作的中级卫生人员升任者。按职称分卫生医师、主管卫生医师和主任卫生医师；按专业分环境卫生医师、营养卫生医师、劳动卫生医师、流行病学医师等。

卫生员 经短期卫生训练，具有医疗卫生基本知识和急救护理等技术的初级卫生人员。一般不脱离生产，利用业余时间开展除害灭病、讲卫生以及简易治疗、急救等工作。军队卫生员主要担任连队的卫生保健和战场救护工作。

保健员 经过基本的医药卫生训练的初级卫生人员。主要在工矿企业和机关、学校的卫生机构中，脱产、半脱产或不脱产地从事以除害灭病为中心的群众卫生工作。

药学 研究防治病害所用药物的学科。包括生药学、药材学、药理学、药物化学、药剂学、制药工艺学等学科。研究药物的来源、炮制、性状、作用、用途、分析、鉴定、调配、

生产、保管和寻找新药等。不断提供更有效的药物和提高药物质量，保证用药安全，更好地同病害作斗争。

药师 又称“药剂师”。受过高等药学专业教育或由中级药剂人员升任的高级药学人员。从事药物调剂、制备、检定和生产等工作，并对中级药剂人员进行业务指导。

药剂师 见“药师”。

药剂士 受过中等药学专业教育或由初级药剂员升任的中级药学人员。协助药师或独立从事药物调剂、制备、检定和生产等工作，并对初级药剂人员进行业务指导。

药剂员 又称“调剂员”。从事药剂工作的初级人员。参见“药剂士”。

护士 经护理专业教育或由护理员升任，掌握护理、病房管理的知识和技术，并具有一般卫生预防工作能力的卫生人员。主要在医院、门诊部和其他医疗预防机构内担任护理工作。按所从事的工作性质分营养护士、保健护士和保育护士等；按职责分护士、护士长、护士主任等。

护理员 又称“助理护士”。经过护理专门训练的初级卫生人员。协助护士担任一般护理和病房、门诊部等工作。

营养护士 掌握营养专门知识与技能，在医疗预防保健或托幼等机构担任营养工作的护士。

门诊 为不住院群众防治疾病的一种方式。包括对病人的诊断治疗（必要时收住院诊治）、健康检查和预防接种、孕妇的产前检查、出院病人的随访等工作。为某类疾病专门设立的门诊，称为“专科门诊”。如夏季设立“肠道门诊”等。

出诊 病人因病情紧急或健康情况等原因，不能亲自到医

疗预防机构就诊，而由医务人员到病人住处实施诊疗的一种医疗工作方式。

转诊 医疗预防机构根据病情需要，将本单位诊疗的病人转到另一个医疗预防机构诊疗或处理的一种制度。可按划区医疗等原则在上下级医疗机构之间或同级的专科医疗机构之间进行。

会诊 医疗预防机构为解决疑难病症的诊断和处理等问题，邀请机构内外有关专科的中西医师会同诊察研究的一种诊疗工作方式。通常采用座谈讨论和书面等方式提供意见。

急救 人们在突然发生急病或遭受外伤时为抢救生命，改善病况和预防并发症所采取的紧急医疗救护措施。主要是解除病人的呼吸及循环功能的急性紊乱、抗休克、止痛、止血、解毒等。

随访 医疗预防机构定期了解某些门诊或出院病人在痊愈后或医疗处理后，经过一段时期的健康恢复或病情发展情况所采取的家庭访视，约定时间到医疗机构复查或通信了解的一种工作方式。为总结医疗经验，提高医疗质量的措施之一。

查房 医院制度之一。负责医生与有关医护人员定时巡视住院病人。其任务是了解、分析和讨论病情，明确诊断，决定诊疗计划和检查计划的执行情况，根据病人健康的恢复程度，确定其出院后应否作随访工作等。亦为培养医务人员的措施之一。

病史 又称“病案”、“病历”。医务人员对病人患病经过和治疗情况的详细文字记录，是临床研究的重要原始资料。

病案 即“病史”。

治疗 消除疾病，减少病人痛苦，促使恢复健康的医疗措施。主要包括除去病因，消除症状，恢复和改善机体的生理机能等。

综合疗法 同时或先后采取数种方法治疗同一疾病的医疗措施。如中西医结合，采用药物、饮食、针灸治疗胃和十二指肠溃疡病。

特效疗法 对治疗某些疾病具有特殊效果的治疗方法。通常指应用特效药而言。如异菸肼治疗结核病等。

对症疗法 以解除病人症状为主的一种治疗方法。如用APC治疗感冒病人发热和头痛等。

支持疗法 以增强病人体力和抵抗力为主要目的所采取的医疗方法。如加强营养与输液，以改善和补充病人体内的水分和热量，从而增强抗病能力。

饮食疗法 利用特别配制的饮食配合治疗的方法。如根据不同病人及病情需要，分别给以流质、半流质、软食、高蛋白质饮食，无盐或少盐饮食等。

保守疗法 指外科范围内采用非手术的治疗方法。这种方法可达到治愈的目的，亦可改善病人的一般情况和患病器官的功能，为实行手术作好准备。

疗效 对疾病的治疗效果。以病人病情的改变为衡量标准，通常分为痊愈、进步、无变化、恶化等几种情况。按治疗后病情改变的时间，又分为即期疗效（治疗过程中病状的改善或消失）、近期疗效（治疗结束后数周到数月间病状的改善或消失）和远期疗效（治疗结束后一年以上的症状改善或消失）

预后 对病人患病的发展过程和后果的估计。预后与患者的体质、主观能动性、病因和治疗情况有关。

痊愈 患者的症状与体征完全消失。疾病能否痊愈和痊愈的快慢，除依靠病人的一般健康情况、抗病能力外，及时、正确、积极治疗是十分重要的。

复发 症状消失，疾病已经好转，经过一段时间后再度发生。系由于机体内原来的病因尚未完全消除，在一定条件下病状重新发作。

残疾 因病、伤造成身体部分缺损或生理机能障碍，部分或完全丧失劳动 能力的状态。如因病或伤而断肢。

死亡 机体生命活动和新陈代谢的终止。可因生理、病理或意外原因引起。其过程分为临床死亡和生物学死亡两个阶段。参见“法学”、“生物”中的“死亡”。

脑死亡 不可逆的昏迷。有四条标准：1．没有感受性和反应性；2．没有运动和呼吸；3．没有反射；4．脑电图平直。以上四条标准的测试在 24 小时内反复多次结果无变化。

临床死亡 生物学死亡前的一个短暂阶段。这时病人心跳、呼吸停止，反射完全消失，但仍有微弱的代谢过程。应积极抢救。部分病人可恢复生命。

生物学死亡 整个机体的重要生理功能停止而陷于不能恢复状态。首先是大脑皮层，接着整个中枢神经系统发生不可逆的变化，以后各个器官和组织的机能相继发生解体。其外表征象是躯体逐渐变冷，发生尸僵，形成尸斑。

安乐死 源于希腊文 (euthanasia)，意为无痛苦死亡，或无痛苦致死术。指有意导致一个人的死亡作为提供他的医疗

的一部分。患不治之症的病人在危重濒死状态时，由于精神和躯体的极端痛苦，在病人或其家属的要求下，经过医生的认可，用人为的方法使病人在无痛苦状态下度过死亡阶段而终结生命的全过程。

医疗质量 医务人员的技术水平、防治疾病的效果等方面的质量。常用的统计指标有治愈率、病死率、平均住院日、病床周转次数及各种诊断工作质量指标等。

医疗事故 医务人员在疾病诊治过程中，由于责任心不强或技术经验不足而造成的差错。此可增加病痛或致人于死。对其中未引起明显危害亦不影响治疗者称“医疗差错”。事故确定与处理视具体情况而定。参见“法学”中的“医疗事故”。

医疗差错 见“医疗事故”。

医学教育 医学知识的传授。中国医学教育最早是靠家传、师授。公元 6 世纪末，隋朝设置太医署为中国最早的医学堂。随着西方医学的传入，1866 年中国开始出现西医学校—— 博济医学校。革命初期及建国后发展很快，在教育方针和卫生原则的指导下，吸收国内外的办学经验，逐步形成了一套中国自己的医学教育制度，有计划按比例地发展高、中、初等医学教育和进修教育。

医学学位 学位是根据个人学术水平而授予的称号。各国学位制度不尽相同。多数国家采用学士、硕士、博士三级，少数为副博士、博士两级。中国 19 81 年恢复建立自己的学位制度，分学士、硕士、博士三级。医学学位也是这三级。学位获得者必须德才兼备，在学术上达到相应要求和水平，经一定程序，由相应学科和专业单位授予。

卫生技术职称 反映和衡量卫生技术人员学识水平和业务能力的称号。中国是在 1949 年以后逐步建立健全起来的。按照专业性质和工作特点，划分为医、药、护、技、管五大类别，每一类职称又分六个等级（见下表）：

系列	技术职称					
卫生	主任医师	副主任医师	主治(主管)医师	医师	医士、助产士	卫生防疫员、妇幼保健员
	主任药师	副主任药师	主管药师	药师	药士	药剂员
	主任护师	副主任护师	主管护师	护师	护士	护理员
	主任技师	副主任技师	主管技师	技师	技士	见习员
教学	教授	副教授	讲师	助教	—	—
科研	研究员	副研究员	助理研究员	实习研究员	—	—
工程	高级工程师		工程师	助理工程师	技术员	—

公费医疗制度 为保护国家机关干部和文教卫生事业单位工作人员健康而采取的一种免费医疗保健制度。享受公费医疗待遇的范围随着国民经济和卫生事业的发展而不断扩大。从 1952 年起已逐步推广到全体国家工作人员、革命残废军人、高等学校学生等。

合作医疗制度 中国群众首创的在自愿互助基础上，依靠集体力量同疾病作斗争的医疗保健制度。在农村，一般由乡村农民或集体（公益金）筹集资金，选配医生。在乡（镇）卫生院的指导和协助下建立合作医疗站（卫生所）。免费或减费开展疾病防治、计划生育、妇幼卫生等工作。对加速改善农村卫生面貌、保护农民健康、巩固发展集体经济起了积极作用。

医学人物

岐伯 传说中的古代医家。其名见于中国最早的医书《内经》。此书托名黄帝与岐伯讨论医学，以问答形式写成。

黄帝 中国历史传说中的帝王。全名“轩辕黄帝”。姬姓，号轩辕氏，有熊氏。少 典之子。被各族首领拥戴为部落联盟领袖，后世尊为中华民族的先祖。传说有很多创造发明，如文字、舟车、音律、医学、算数、养蚕等，都始于黄帝时期。现存《内经》一书，即系托名黄帝与岐伯、雷公等讨论医学问题的著作，故亦称《黄帝内经》。

扁鹊（约前 407—前 310） 战国时医药学家。姓秦，名越人。渤海郡鄚（今河北任丘）人。反对巫术治病，有丰富医疗 知识，曾游走各地行医，擅长各科。在赵为“带下医”（妇科），至周为“耳目痹医”（五官科），入秦为“小儿医（儿科）。《史记》、《战国策》里载有他的传记和病案，并推崇他为脉学创始人。历史上记载他行医年代相差很远，有人怀疑非一人，可能是良医者统称。据《汉书．艺文志》载有《扁鹊内经》、《扁鹊外经》，均佚。现存《难经》为后人托名秦越人所著。

秦越人 即“扁鹊”。

华佗（？—208） 汉末医学家。又名旉，字元化，沛国谯（今安徽亳县）人。精于内、外、妇、儿、针灸各科。擅长外科。首创“麻沸散”，用全身麻醉法施行外科手术。创“五禽戏”（仿虎、鹿、熊、猿、鹤动作）锻炼身体。提倡以运动治

疗疾病。所著医书已佚。现存《中藏经》为后人托名之作。

张仲景（约 142—约 210） 汉末医学家。名机，南阳郡（今河南南阳市）人。相传任长沙太守，时值伤寒流行，病死者甚多。研究《内经》、《难经》、《胎胪药录》等医籍，广收有效方剂，著《伤寒卒（杂）病论》。此书辗转流散，经后人整理成《伤寒论》、《金匮要略》两书，分论外感热病和内科杂病。倡六经分证和辩证论治原则。总结汉以前医疗经验，对祖国医学的发展有重大贡献。参见“历史”中的“张仲景”。

王叔和（约 170—255） 魏晋期间医学家。名熙，高平人。曾任太医令。博学多闻，广辑前代诊脉文献，结合自己的体会，撰成《脉经》十卷，是中国现存最早的较完整的脉学专著。又辑集散佚的张仲景《伤寒卒（杂）病论》，并加以整理。主张早期疗法，提倡预防医学。

董奉（约 2—3 世纪间） 三国吴医学家。字君异。候官（今福建闽侯）人。相传交州刺史吴士燮病濒危，奉往，以三丸药纳口中，食顷即目开手足动，得以救治。后隐庐山，为人治病，不取报酬，治愈重病者，使栽杏五株，轻者一株。如此数年，得十万余株，都然成林。每年贷杏得谷，旋以赈济贫乏，供给行旅不逮者，故后世每以“杏林春暖”称道医家医德。

葛洪（284—364） 东晋道教理论家、医学家、炼丹术家。字稚川，号抱朴子，丹阳句容（今江苏句容）人。著有《抱朴子》内、外篇等书。基本思想是神仙养生为内，儒术应世为外。论文主张立言必须有助于教化，提倡文章与德行并重，反对贵古贱今。对化学、医学的发展有一定贡献。《抱朴子.

内篇》具体地记载了炼丹的方法，为现存较早的炼丹著作；《金匮药方》一百卷，后节略为三卷，称《肘后备急方》。内容包括各科医学，其中天花、恙虫病等为世界最早的记载。

陶弘景（456—536） 南朝齐梁时道士、医药学家。字通明，自号华阳隐居，丹阳秣陵（今南京）人。主张儒、释、道三教合流，说“百法纷凑，无越三教之境”。曾修补《肘后备急方》，称《补阙肘后百一方》；后撰《名医别录》，并将此书和《神农本草经》合并为《本草经集注》。首创以玉石、草木、虫、兽、果、菜、米实分类，对本草学的发展有一定的影响。另有《陶氏效验方》、《药总诀》、《真灵位业图》等，已佚。

巢元方（约 550—630） 隋医学家。京兆华阴（今陕西）人。曾任太医博士，太医令。大业六年（610 年），主持编辑《诸病源候论》共 50 卷。为中国集体创作的病理症候专书鼻祖。是研究古代医学的重要资料。

孙思邈（581—682） 唐医学家。京兆华原（今陕西耀县）人。对医学有较深研究，医术高超，不慕名利，提倡医德，为民解除疾苦。他的《千金要方》与《千金翼方》总结了唐以前的医学理论和临床经验。其中论病处方，以脏腑虚实分类，对祖国医学有较大贡献。参见“历史”、“体育”中的“孙思邈”。

字妥．元丹贡布（约 7—8 世纪） 藏族医学家。曾任藏王的御医。他翻译汉族医学著作并总结藏族人民丰富的医疗经验，主持编写了《四部医典》（藏名为《据悉》分为《礼据》、《协据》、《门阿据》、《亲玛据》四部）为古代西藏医学的重要著作。据传另著《原药十八种》、《脉学师承记》等，对藏医

的形成和发展作出了重要贡献。

鉴真（688—763） 见“宗教”中的“鉴真”。

王惟一 宋针灸学家。仁宗、英宗时代的御用医官。在总结前人针灸医疗实践的基础上，考定了明堂图经络孔穴，并主持设计铸作立体铜人孔穴模型。亦参与校正《黄帝八十一难经》。《铜人腧穴针灸图经》等早就流传到日本、朝鲜等国，对祖国医学有重大贡献。

刘完素（约 1120—1200） 金医学家。字守真，河间（今河北）人，世称“刘河间”。他据《素问》病机十九条，阐明六气过甚皆能化火的理论，治法上多用寒凉药，并创制不少治疗伤寒热病的方剂。著有《素问玄机原病式》、《宣明论方》等。

张洁古 金医学家。名元素，易州（今河北易县）人。认为治病不应完全拘泥古方，并创药物归经及“药性气味厚薄、升降浮沉”的理论，对后世有一定影响。著有《珍珠囊》、《医学启源》等。

陈自明 南宋医学家。字良甫，抚州临川（今江西）人。三世业医，曾任建康府明医书院医谕。遍游东南各地，访求医学文献，采集各家之长，附以家传经验，辑成《妇人大全良方》。另著《外科精要》等。

朱丹溪（1281—1358） 元医学家。名震亨，字颜修。婺州义乌（今浙江）人。著有《格致余论》、《本草衍义补遗》等。他的医术出于宋内官罗知悌。既通理学，又学医方。他的“滋阴降火”疗法，是矫治《和剂局方》刚燥的弊端。后人须因证活用，才无流弊。

李时珍（1518—1593） 明代医药学家。字东壁，号濒湖，蕲州（今湖北蕲春县）人。世业医，着重研究药物。尊重实践，深入民间问医采药，广罗四方资料，倾听百家意见。经27年艰苦劳动，写成药学巨著《本草纲目》，共190余万字。纠正了古代本草书籍中药名、品种、产地等某些谬误。系统总结了中国16世纪以前的药物学知识和用药经验。对中外医药学界产生巨大影响。还著《濒湖脉学》、《奇经八脉考》流传于世。另著《五脏图论》、《三焦客难》、《命门考》等已佚。

陈实功（约1555—1636） 明外科学家。字毓仁，号若虚。南通（今属江苏）人。少时习医，尤喜外科手术法，肆力父而术益精，即奇疡怪症亦多有效。从事外科40余年，富有实践经验与理论知识。成《外科正宗》四卷等书。主张外科手术与药物治疗结合，并创用多种手术法与器械，又提出关节离断之手术原则。

张景岳（1562—1639） 明医学家。名介宾，字会（惠）卿，会稽（今浙江绍兴）人。对《内经》钻研、整理、注释历30年，著成《类经》和《类经图翼》、《类经附翼》，又著《景岳全书》、《质疑录》等。阐发医学理论。以明阴阳，辨六变，为分析人体生理活动和病理机转的纲要。倡“阳非有余，真阴不足”论，治疗着重于补益“元阳”、“真阴”。并自订不少新方，为后世医家所重视。

吴又可 明末医学家。名有性，姑苏洞庭（今江苏吴县）人。崇祯十四年（1641年）南北各省瘟疫流行，他经过临床精心观察，认为其病因非古代所说的时气和伏邪，而是“疠（戾）气”，敢于破除传染病病因旧说，倡言“守古法不合今

病”，创立“ 疠气”病因说。所著《瘟疫论》一书，丰富温病内容，对温病学发展贡献很大。

叶天士（1667—1746） 清医学家。名桂，字香岩，别号南阳先生。吴县（今属江苏）人。祖叶时，父叶朝采皆精医。年 14 父卒，从学于父之门人朱某。医理日精，见解常胜于其师，博览医学，虚怀若谷。据传尝于 10 年内先后拜师 17 人。临床经验甚富，治方不拘成见。长于内科杂病，于温病学说尤有贡献。其主要著作有《温热论》、《幼科心法》一卷，《本事方释义》十卷，《医效秘传》三卷等。从学弟子甚众，顾景文受益尤深，私淑者亦多，其中最著名者有吴瑭、章楠、王士雄，皆清代名医。

徐大椿（1693—1772） 清医学家。一名大业，字灵胎，晚号洄溪老人，江苏吴江人。工文辞，精医学。著有《难经经释》、《伤寒类方》、《神农本草百种录》、《医学源流论》等。其《医学源流论》寻本溯源，讨论医学问题，对历代医学理论，评议颇多，唯偏崇汉唐医学，然在治疗用药上不拘泥古法，又善作道情，有《洄溪道情》。所作《时文叹》，揭露了八股文的毒害。

吴鞠通（约 1758—1836） 清医学家。名塘，江苏淮阴人。对清叶天士的温病论治，认为“持论平和，立法精细”。他在叶氏的基础上，创温病的三焦辨证。著有《温病条辨》六卷，对温病诊断和治疗有发展。另著有医案五卷，对杂病治疗亦有独到之处。

伍连德（1879—1960） 公共卫生学家、医史学家。中国海港检疫创始者。广东台山人。生于马来亚元槟城。早年留

学英国，1907年应邀回国。对鼠疫防治有丰富经验，著有《论肺型鼠疫》、《鼠疫概论》，并与王吉民合写《中国医史》一书，为我国早期医史著作之一。

傅连暲（1894—1968） 医学家。字日新。福建长汀人。1927年参加革命工作，后随红军二万五千里长征。历任中央苏维埃政府红色医院院长，延安中央医院、陕甘宁边区医院院长，解放军总后勤部卫生部副部长，中华人民共和国卫生部副部长，中华医学会会长等职。先后撰写《我热爱自己的医生职业》和《养身之道》等书。

颜福庆（1882—1970） 医学教育家、公共卫生学家。字克卿，上海人。1904年毕业于圣约翰大学医学院。曾获美耶鲁大学医学院医学博士学位及美哈佛大学公共卫生学院公共卫生学证书。先后创办湘雅医学院（今湖南医学院）、国立上海医学院（今上海医科大学）。历任湘雅医学院、协和医学院、上海医学院公共卫生学教授、副院长、院长等职60余年。曾从事鼠疫和钩虫病等调查防治。抗日战争和抗美援朝期间积极发动并组织医疗救护队。是中华医学会主要创始人并任首任会长。治学严谨，倡导“公医制”。重视预防，规定医学专业学生要轮转实习公共卫生，为培养中国医学卫生人才作出重要贡献。

蒲辅周（1888—1975） 中国现代中医学家。号启宇。四川梓潼县人。运用中医理论广泛进行临床研究。在内、妇、儿科成绩显著。由其学生整理出版《蒲辅周医案》、《蒲辅周医疗经验》、《中医对几种急性传染病的辩证论治》等。对继承和发扬祖国医学遗产作出了贡献。

沈克非（1898—1972） 外科专家，浙江嵊县人。1924年毕业于美国俄亥俄州克利费兰城西徐大学医学院，获医学博士学位。国际外科学会中国分会的负责人之一，英国皇家外科学会会员。中华人民共和国成立前曾任国民党中央卫生署副署长；中央医院院长，外科主任；国立上海医学院外科主任和教授，中山医院院长。中华人民共和国成立后，组织抗美援朝第二批医疗队，任技术顾问团主任顾问；上海第一医学院副院长，中山医院院长。是中国外科学的先驱者之一，专长普通外科，对其他外科分科也都有创见，以精湛的外科技术闻名于世。《外科学》是其代表作，姐妹篇《外科手术学》出了2卷，即《腹部外科手术学》与《神经外科学》。

黄家驷（1906—1984） 胸外科专家，江西玉山人。1933年毕业于北平协和医学院，并获美国外科学硕士学位，是美国胸外科委员会创始人之一。曾任中华医学会外科学会会长及主任委员，中国医学科学院院长，中国医科大学校长，首都医科大学名誉校长。早年在上海开展胸外科手术，为中国胸外科的创立作出了贡献，对胸外科疾病的诊断和治疗有精湛的医术，在国内外都有很高声誉，也是中国生物医学工程学奠基人之一。他主编的《外科学》影响深远。

曾宪九（1914—1985） 医学科学家。中国现代基本外科奠基人之一，湖北武昌人。1940年毕业于北平协和医院，并获医学博士学位。中华医学会外科学会主任委员，外科杂志总编辑，国际外科学会委员。他重视基础理论和临床相结合的研究，开拓了外科代谢、胃肠外营养、胰腺疾病等方面的研究，毕生致力于胰腺肿瘤研究，使中国胰腺肿瘤的诊治水

平居世界先进行列。他为中国危重病医学的研究和发展创建了基础。

张昌绍（1909—1967） 药理学家。上海嘉定人。曾任上海第一医学院（今上海医科大学）药理学教授、中国科学院药物研究所学术委员、中国生理学会理事等职。毕生致力于药理学教学和研究工作。从事常山碱抗疟作用、酒石酸锑钾药理、植物神经药理以及吗啡镇痛作用原理等研究。著有《中药的现代研究》、《现代药理学》、《药理学总论》和《药理学进展》等。

张锡祺（1898—1960） 眼科专家、医学教育家。福建惠安人。1925年毕业于日本千叶医科大学。先后在台湾、上海创办光华眼科医院。曾任眼科学教授及安徽医学院（今安徽医科大学）院长等职。主要著作有《眼底病图谱》，为国家对外文化交流版本。

林巧稚（1901—1983） 妇产科专家。福建厦门人。1929年毕业于北京协和医学院。历任协和医院妇产科主任、中华妇产科杂志总编辑、首都医院妇产科主任等职。对胎儿宫内呼吸、女性盆腔结核、妇科肿瘤等病诊治和预防作出贡献。编著有《农村妇幼卫生常识问答》、《家庭卫生顾问》、《家庭育儿百科大全》、《妇科肿瘤》等。

金宝善（1893—1984） 保健组织和公共卫生学专家。浙江绍兴人。早年就读于杭州医专。1911年留学日本，曾在千叶医学院、东京帝国大学学习。后到美国约翰．霍普金斯大学学习，获公共卫生学硕士。中华人民共和国成立前在中国卫生界工作30年，为中国现代医疗卫生制度的建立作出了很

大的努力。多次代表中国出席世界医药卫生会议。是世界卫生组织的发起人之一。中华人民共和国成立后，历任中央卫生部技术室主任、参事室主任、北京医学院（今北京医科大学）卫生系主任、中国红十字会常务理事、中华医学会常务理事、《中华卫生杂志》主编等职。编译有《世界卫生年鉴》、《中华民国时期的卫生保健工作》、《中华民国医药卫生史料》、《查阅医学外文期刊的经验介绍》、主编《英汉预防医学词汇》等。

苏德隆（1906—1985） 流行病学家、医学教育家。江苏南京人。1935年毕业于上海医学院。曾去印度、美、英等国工作和学习。1944年获美霍普金斯大学公共卫生学硕士。1947年获英牛津大学哲学博士。并被选为英国皇家统计学会和微生物学会会员。历任中华医学会流行病学会主任委员、全国血吸虫病防治委员会副主任、中华预防医学杂志编委、上海第一医学院（今上海医科大学）副院长及卫生系主任、国际流行病学协会名誉会员等职。他全面阐明钉螺生态规律；发明多种灭螺和预防血吸虫尾蚴感染方法；查明桑毛虫皮炎病因；提出血吸虫病区域性防治理论和副霍乱地方性学说；首创肝癌同饮用有机氯农药污染的地面水有关理论；两次主编流行病学全国教材，为建立流行病学理论体系作出了贡献。

谷镜汧（1896—1968） 病理学家、医学教育家。浙江余姚人。1928年与颜福庆等人创办上海医学院。致力于病理学教学和研究40余年。治学严谨，积极推广尸体解剖。对血吸虫病、丝虫病、肺吸虫病、结核病和肝脏疾病等作了深入研究。著有《病理学总论》、《病理学各论》、《实用病理学》、

《病理解剖学图谱》、《病理技术检验》等。

杨崇瑞（1891—1983） 中国近代妇幼卫生事业的创始者。北京通县人。先后创办了北平国立第一助产学校和南京中央助产学校。20世纪30年代，她预见中国人口增长的严重性，提出”限制人口数量、提高人口素质”，宣传节育。

张孝骞（1897—1987） 临床内科学专家、医学教育家。字慎斋，湖南长沙人。从医60余年，倾注全部精力于医学教育和临床实践。他精于西医，又懂中医；长于消化病专业，又对血液、心肾、内分泌、呼吸、病理等方面广泛研究。在国内外发表的重要医学论文50余篇。他医术、医德并重，身教重于言教。历任湘雅医学院院长、中国医科大学副校长、中国医学科学院副院长、《中华内科杂志》主编等职。

希波克拉底（Hippocrates，约前460—前377） 古希腊医师，西方医学奠基人。具有朴素唯物主义和辩证法观点。提出“体液学说”，认为人体由血液、粘液、黄胆、黑胆四种体液组成。在论述疾病、病人、医师时，认为疾病是一种自然过程，医师是科学家。反对巫术和宗教观念。主张在治疗上必须注意病人的个性特点、环境因素和生活方式对疾病的影响。主张运动、注意饮食疗法。但不忽视药物治疗。其观点对西方医学的发展有巨大影响。

盖伦（Claudius Gaien，129—199） 古罗马著名医师、自然科学家和哲学家、医学理论家。创立医学和生物学知识体系。发展了机体的解剖结构和器官生理学的概念。认为研究和治疗疾病应以解剖和生理学知识为基础。其学说理论为西方医学中解剖学、生理学、诊断学的发展奠定了初步基础。但

又认为机体的构造和一切生理过程都是有一定目的性的，并把机体内无法解释的过程归为非物质力量。在哲学上是亚里士多德的信徒。

巴雷（Ambroise Paré，1510—1590） 法国外科学家，近代外科学的奠基人之一。从事30多年野战外科工作，曾为四任法兰西国王服务。对外科贡献很多：改革用沸油灼烧处理枪弹伤的方法，在截肢术中首先采用血管结扎术止血，用“8”字式缝合修补唇裂，用缚线处理肛瘘，绞窄性疝切开术，气管切开术等；在整形外科方面，创制一些器械和代用品如假肢等。著有《创伤治疗法》、《外科两卷》等。

维萨里（Andreas Vesalius，1514—1564） 比利时医师，解剖学家，近代解剖学的奠基人。1533年在巴黎大学学习动物解剖。1537年在意大利帕多瓦大学学习获博士学位，并为此校讲授外科学，从事人的尸体解剖。著有《人体结构》7卷，纠正了当时一直沿用盖伦解剖学中的许多错误，对近代医学发展起了积极作用。

哈维（William Harvey，1578—1657） 英国医师、生理学家、胚胎学家、实验生理学创始人之一。首次阐明了血液循环的原理。1628年发表《动物心血运动的解剖研究》；1651年发表《论动物的生殖》。这些成就对生理学和胚胎学的发展起了很大作用。

琴纳（Edward Jenner，1749—1823） 又译“詹纳”。英国医师。在1768—1796年间，经过观察，证实患过牛痘的人就不再患天花。于1796年第一次给人接种牛痘成功。为人类消灭天花作出卓越贡献。著有《接种牛痘的原因和效果的调

查》。

雷奈克 (René Théophile Hyacinthe Laënnec，1781—1826) 法国医学家。曾任巴黎医科大学内科学教授。1819年创造听诊器并用于临床诊断。在肺结核的研究上取得了不少成就。对慢性肝间质炎，即雷奈克氏肝硬化，作过精湛的描述。著有《心肺疾病间接听诊法》等。

佩滕科弗 (Max Joseph von Pettenkofer，1818—1901) 又译“培顿科斐”。德国卫生学家、营养化学家，实验卫生学奠基人之一。创办第一个近代化的卫生学研究所。首先采用物理和化学方法研究空气、土壤、水和食物等外界环境因素及其对人体健康的影响。对卫生学和营养学有一定的贡献。著有《土壤及其与人体健康的关系》、《关于霍乱传播的观察研究》、《卫生学手册》等。

培顿科斐 即“佩滕科弗”。

南丁格尔 (Florence Nightingale，1820—1910) 英国女护士，欧美近代护理学创始人。1850年在德国学习护理。1854年率领护士38人赴英俄克里米亚战争救护，建立医院管理制度，提高护理质量，使伤员死亡率大大下降。1860年在英国圣多马医院创办世界上第一所正式护校。1907年英国政府授予最高国民荣誉勋章。为纪念她的功绩，将她生日5月12日定为国际护士节，国际红十字会于1907年设立南丁格尔奖章，作为各国护士的国际最高荣誉奖。著有《护理工作记录》等。

魏尔啸 (Rudolf Virchow，1821—1902) 又译“微耳和”。德国病理学家。细胞病理学说的创始人。1847年创办

《魏尔啸汇录》，1858年发表《细胞病理学》一书，主张细胞是生命的基本单位。提出“细胞来自细胞，再生细胞”、“动物个体是单个细胞的机械总和”，并认为“整个病理学就是细胞的病理学”。他把细胞学说运用到病理学中，打击了当时占统治地位的“体液学说”，推动了病理学，特别是细胞（组织）病理解剖学和人体病理解剖学的发展，从而促进了临床诊断学的发展。他过高地估计细胞的作用，把疾病看作完全是局部的病变过程。他对人类学研究也有贡献，尼安德特人的头骨就是他记载的。

微耳和 即“魏尔啸”。

巴斯德 见“生物”中的“巴斯德”。

摩尔根 见“生物”中的“摩尔根”。

格雷费（Albrecht von Graefe，1828—1870） 德国眼科学家，近代眼科学创始人之一。1850年创办了一所欧洲第一流的眼科医院。对眼科学贡献很大：首创抗青光眼的虹膜切除术，首先采用赫尔姆霍茨设计的检眼镜（眼底镜）作临床眼底观察，证明与大脑失调有关的失明和视力障碍，通常与视神经炎有关，设计了摘除晶状体以治疗白内障的方法，发现了“格雷弗氏征”(即描述突眼性甲状腺肿时，眼球向下看时，上睑不能随之向下运动)。著有《综合眼手册》7卷。

谢切诺夫（Иван Михайлович Сеченов，1829—1905） 俄国生理学家。他认为一切意识和非意识的生命活动，都是神经的反射活动。所有复杂的心理现象的基础，就是神经活动的生理过程。1863年发表《关于蛙脑中对脊髓反射活动的抑制的生理学研究》、《脑的反射》，对心理现象作了唯物主义的解

释。他关于大脑反射的理论成为巴浦洛夫高级神经活动学说的基础。

科赫（Robert Koch，1843—1910） 德国细菌学家，细菌学奠基人。1866年格丁根大学毕业。曾任柏林大学卫生学和细菌学教授、传染病研究所所长。发明用固体培养基的“细菌纯培养法”；首先采用染色法观察细菌的形态；确证细菌与疾病的关系，提出了“科赫原则”，作为鉴定某些微生物和传染病的病因准则。1905年因结核研究获诺贝尔奖金。著有《细菌保藏和摄影方法的研究》等。

梅契尼科夫（Илья Ильич Мечников，1845—1916） 俄国生物学家。1888年离俄去法，在巴斯德研究所工作，后任该所所长。研究细胞内部的消化作用，阐明杀菌原理及低等动物的生理构造。因对生物学及病理学贡献很大，1908年获诺贝尔奖金。著有《传染病的免疫问题》、《炎症的比较病理学演讲集》等。

巴甫洛夫（Иван Петрович Павлов，1849—1936） 见“生物”中的“巴甫洛夫”。

弗莱明（Alexander Fleming，1881—1955） 又译“弗兰明”。英国细菌学家、青霉素发现者。曾任伦敦大学细菌学教授。1922年发现溶菌酶。1928年发现青霉素。著有《青霉素——它的实际应用》等。

弗兰明 即“弗莱明”。

白求恩（Henry Norman Bethune，1890—1939） 国际共产主义战士，加拿大劳工进步党党员，胸外科医师。1936年，德意法西斯侵犯西班牙，亲赴前线为反法西斯服务。1937年

中国抗日战争爆发，率医疗队到中国解放区为军民服务。为中国人民的解放事业作出了卓越的贡献，后因抢救伤员感染中毒，于 1939 年 11 月 12 日在河北完县逝世。

柯棣华（D．S．Kotnis，1911—1942） 国际主义战士。印度医生。1938 年随印度援华医疗队来华到解放区。先后任八路军军医院外科主治医生、白求恩国际和平医院院长等职。他辛勤工作，尽力救治伤员，培养医疗人员。1942 年 12 月 9 日因积劳病逝。参见“历史”中的“柯棣华”。

中医药学

基础理论

阴阳学说 阴阳，是中国古代哲学的一对范畴，是对自然界相互关联的某些事物和现象对立双方的概括。早在春秋战国时期这一基本概念即渗入中医学领域，并与中医理论中许多具体的学术内容相互结合，形成了既源于哲学认识，又有所不同的中医学的阴阳学说，指导着历代医家的认识和实践活动。故《景岳全书》谓：“医学之要，阴阳而已。”在中医学中主要应用于：1．阐释人体的组织结构：“人生有形，不离阴阳”（《素问·宝命全形论》）。人体一切组织结构，既是有机联系的，又可以划分为相互对立的阴阳两部分，如以脏为阴，腑为阳；腹为阴，背为阳等。2．概括人的生理功能：如人体功能活动属阳，物质基础属阴，人体的正常生命活动，是阴阳双方协调平衡的结果，即《素问·生气通天论》：“阴

平阳秘，精神乃治；阴阳离决，精气乃绝。”3．说明人体的病理变化：人体疾病的病理变化，均可用阴阳失调导致的阴阳偏盛偏衰加以概括，即所谓“阳胜则热，阴胜则寒，阳虚则寒，阴虚则热。”在一定条件下，阴阳失调所表现出的病理现象还可以相互转化，即“重寒则热，重热则寒”，“重阴必阳，重阳必阴”，称阴阳转化。4．用于疾病的诊断及治疗：人体疾病大则可以用阴证、阳证加以概括，表、实、热证均属阳证，里、虚、寒证均属阴证等。在治疗中用补阴的方法以制阳热，用温阳的方法以消阴寒，称为阴阳制约，即“谨察阴阳所在而调之，以平为期。”5．归纳药物的性能：如把温热性或具有辛甘发散作用的药物称为阳，寒凉性或具有酸苦涌泄作用的药物称为阴等。阴阳学说常和五行学说并称为“阴阳五行”，是中医学基础理论之一，对临床各科具有重要的指导意义。

五行学说 古代哲学思想之一。五行学说在中医学中主要应用于：1．以五行的特性来分析研究脏腑、经络等组织器官的五行属性：如火性温热，其势炎上，心推动着血液循行全身，心之阳气的盛衰可表现在肢体的寒温上，故心属火。在此基础上又将自然界的五方、五时、五气、五味、五色等与人体的五脏、六腑、五体和五官等联系起来，体现了人体的整体观及与自然环境的统一性。如“在天为风，在地为木，在体为筋，在脏为肝，在色为苍，在音为角，在声为呼，在变动为握，在窍为目，在味为酸，在志为怒。”2．以五行的生克乘侮关系来分析研究各脏腑生理功能的相互关系及病理状态下的相互影响：如肾生肝就是水生木，即肾精滋养着肝血；

反之若肾精不足，不能滋养肝木，从而形成肝肾阴虚，又称作“水不涵木”。3．指导诊断及治疗：如面见青色，喜食酸味，脉弦，则提示为肝病；肾虚及肝，则用滋水涵木法治疗等。

辨证论治 又称“辨证施治”。中医认识疾病和治疗疾病的基本原则。是理法方药运用于临床的过程，也是中医学的基本特点之一。即运用四诊八纲、脏腑、病因、病机等中医基础理论，对病人表现出来的症状、体征进行概括分析，判别为某种性质的证，称辨证；根据辨证的结果，确定相应的治疗方法，称论治。辨证是决定治疗的前提和依据，论治是治疗疾病的手段和方法，二者是诊治疾病过程中相互联系不可分割的两个方面。

理法方药 中医基础理论的主要内容，是辨证论治原则的系统化，具体化。“理”指中医基本原理，包括脏腑经络，气血津液等的生理病理，病因与发病及病变发展变化的机理等；“法”指诊断和治疗法则，包括八纲辨证等各种辨证方法，扶正祛邪、标本缓急、正治反治等治疗法则及八法等治疗方法的运用等；“方”指方剂的组成、配伍、功用、适应症等；“药”指中药的药性、功用和主治等。掌握和正确运用理、法、方、药的理论和知识，并保持其完整统一性，是治疗疾病的基础和前提。

阴阳互根 指阴阳相互依存的关系。即各自均以对方存在为自身存在的前提。“无阳则阴无以生，无阴则阳无以化。”中医学的阴阳学说多以互根的观点说明脏与腑，气与血，功能与物质在生理或病理上的联系。

阴阳消长 指阴阳双方是对立的，总是此盛彼衰，此消彼长地变化着。这种关系多用于说明病理变化，如“阴虚阳亢”、“阴盛阳衰”等。

阴阳转化 指阴阳双方在一定的条件下，可以各自向其相反的方向转化。如在生理上，阴生于阳，阳生于阴；在病理上，寒极生热，热极生寒等。

阴平阳秘 人体正常生命活动的状态。阴气平和，阳气固密，两者在对立制约和消长中相互调节而维持其动态平衡。《素问·生气通天论》：“阴平阳秘，精神乃治。”如果这种动态平衡遭到破坏，即是疾病的形成。

阴阳离决 阴阳失去平衡、制约，一方过度增长或损耗，致使另一方消亡或失去依存，阴阳的关系分离决裂。用以表示死亡的病理。故《素问·生气通天论》说：“阴阳离决，精气乃绝。”

阳中之阳 阴阳学说内容之一。阳性事物又可分为阴、阳两个方面，其中属阳的一方为阳中之阳。如五脏中心属阳，心本身又分为心阴、心阳，心阳即为阳中之阳。

阳中之阴 阴阳学说内容之一。阳性事物又可分为阴、阳两个方面，其中属阴的一方为阳中之阴。如胃在脏腑中属阳，胃本身又可分为胃阴、胃阳，胃阴即为阳中之阴。

阴中之阴 ①阴阳学说内容之一。阴性事物又可分为阴、阳两个方面，其中属阴的一方为阴中之阴。如五脏中肾为阴，肾本身又可分为肾阴、肾阳，肾阴即为阴中之阴。②足太阴经脉起于足大趾之端的隐白穴，“太阴根于隐白，名曰阴中之阴”（《素问·阴阳离合论》）。

阴中之阳 阴阳学说内容之一。阴性事物又可分为阴、阳两个方面，其中属阳的一方为阴中之阳。如五脏中肝属阴，肝本身又可分为肝阴、肝阳，肝阳即为阴中之阳。

相生 五行学说术语。即相互滋生助长和促进。五行学说以此来说明脏腑间相互协调的生理现象。具体关系是：木生火，火生土，土生金，金生水，水生木。生我者为母，我生者为子。故五行的相生关系又称母子关系。如土生金，土为金之母，金为土之子。

相克 五行学说术语。即相互制约、抑制。五行学说以此来说明脏腑间相互制约的生理现象。具体关系是：木克土，土克水，水克火，火克金，金克木。近人习惯将其与反常的相乘混同，如病理上的木乘土，也称木克土。

相乘 五行学说术语。乘，即以强凌弱之意。相乘即相克太过，超过正常制约的程度。如肝木过于强盛，则克脾土太过，称为木乘土。

相侮 五行学说术语。侮，是指“反侮”。即相克的反向，故又称“反克”。如正常情况下，金可克木，若金气不足，或木气偏亢，木就反过来侮金，出现肺金虚损而肝木亢盛的病证，称木侮金。

亢害承制 五行学说内容之一。出《素问·六微旨大论》：“亢则害，承乃制。”指过亢而为害者，须抵御而令其节制。五行学说认为事物有生化的一面，也有克制的一面，若有生而无克，势必亢盛之极而为害。故应该抵御这种亢盛之气，令其节制，才能维持阴阳平衡的正常生理状态。

母病及子 五行学说术语。用五行相生的母子关系说明五

脏之间的病理关系。即母脏有病累及子脏。如脾土为母，肺金为子，脾气虚弱可导致肺气不足。

子盗母气 五行学说术语。又称“子病犯母”。用五行相生的母子关系说明五脏之间的病理关系。即子脏病变影响到母脏。如心为肝之子，肝为心之母，心血不足累及肝脏，可致肝血不足，心肝血虚。

五运六气 古代研究气候规律与发病关系的学说。五运，指木、火、土、金、水五行的运行；六气，指风、热、湿、火、燥、寒六气。古代医家据甲、乙、丙、丁、戊、己、庚、辛、壬、癸十天干以定运；子、丑、寅、卯、辰、巳、午、未、申、酉、戌、亥十二地支以定气，结合五行生克理论和六气的流转，推测每年的气象特点及气候变化的周期性，进而探讨气候的变化对人体疾病的发生及发展的影响。

脏象学说 又称“藏象学说”、“脏腑学说”。是研究人体脏腑的生理功能、病理变化及其相互关系的学说，中医基础理论的主要内容之一。主要特点是以五脏为中心的整体观。认为人体是以五脏为中心，以六腑相配合，且一脏一腑互为表里，在生理功能上有紧密联系；五脏又各有外候，并分别与形体、诸窍联系，其生理活动与精神情志亦密切相关，从而使人体构成一个有机的整体。脏象学说的形成，主要是基于“有诸内，必形诸外”的观察研究方法，故五脏六腑虽有一定的解剖概念，但主要是概括了人体某一系统的生理和病理学概念，因而不能与现代解剖学中的同名脏器完全等同。

藏象学说 即“脏象学说”。

脏象 古称“藏象”。藏，指藏于体内的内脏；象，指表现

于外的生理、病理现象。如张景岳在《类经》中说：“象，形象也，藏居于内，形见于外，故曰藏象。”

藏象 即“脏象”。

脏腑 又称“藏府”。人体内脏器官组织的总称。分为五脏、六腑、奇恒之腑等。

五脏 心、肝、脾、肺、肾五个脏器的合称。具有化生和贮藏精气的共同生理功能，即《素问·五脏别论》所谓：“五脏者，藏精气而不泻也，故满而不能实。”根据脏象学说，五脏是人体生命活动的中心。

六腑 ①胆、胃、小肠、大肠、三焦、膀胱六个脏器的合称。具有腐熟消化食物，传化糟粕的共同生理功能，即《素问·五脏别论》所谓：“六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也。”②推拿部位名。1．位于前臂屈侧尺侧边，自肘至腕一线（《小儿按摩经》）。2．位于前臂伸侧，自肘至腕一线（《幼科铁镜》）。

奇恒之腑 脑、髓、骨、脉、胆、女子胞的合称。奇恒，是异常的意思。这六个器官组织的形态与腑相似，功能上藏精气与脏相似，除胆外都没有表里配合关系，也没有五行配属，似脏非脏，似腑非腑，故称。胆是六腑之一，虽有传化物的作用，但它贮藏精汁，而不直接参与传送水谷，故亦列入。

十二脏 统指人体内十二个脏器。一般以五脏加心包络称为六脏，六脏加六腑称为十二脏。十二经脉分属十二脏。

脏气 即五脏之气。指五脏的机能活动。

脏腑相合 指脏腑间相互联系，相互促进、相互协同和影响的关系。如心合小肠等。

心 五脏之一。与小肠相表里。主要功能是：1．主血脉。指心气推动血液在脉管内运行以营养全身。2．主神志。又称心藏神。指心主管人的精神思维活动。精血是神志活动的物质基础，因此心主神志的功能与心主血脉的功能密切相关。3．心气通于舌。指心与舌有内在联系，心的病变可以从舌上反映出来。如痰迷心窍则舌强语謇。故有“舌为心之苗”、“心开窍于舌”之说。4．其华在面。即心的生理功能可通过面部色泽变化反映，如心血虚则面色无华。5．汗为心液。因血汗同源，血为心所主，故心与汗液有密切关系。如心气虚则自汗，出汗过多亦耗伤心血。6．心的经脉为手少阴经，与手太阳小肠经相表里。

肺 五脏之一。与大肠相表里。主要功能是：1．主气，司呼吸。肺的吸清呼浊运动影响宗气的生成及全身之气的升降出入，故有统属、调节一身之气的功能。2．主宣发肃降。肺气宣发精微，布散全身，清肃下降，通调水道。参与体内营养物质的输布和水液代谢的调节。3．肺朝百脉。指全身的血液，通过经脉而聚会于肺，会合肺吸入之清气，在肺气的协助下再输布到全身。4．主皮毛。肺宣发卫气，布精于皮毛，有固卫肌表，营养皮毛的作用。5．肺气通于鼻。指鼻与肺有直接联系。肺气和调，则鼻窍通利，嗅觉正常。故有“肺开窍于鼻”之说。6．肺的经脉为手太阴经，与手阳明大肠经相表里。

脾 五脏之一。与胃相表里。主要功能是：1．主运化。运，转运输送；化，消化吸收。指脾有消化、吸收、转输、布散营养物质与水液的功能。人体气血、津液等维持生命活动的

重要物质，均来源于饮食水谷的精微，故称“脾为后天之本”。2．主统血、主升清。指脾有统摄血液，防止其逸出脉外的作用和升清气，维持内脏正常位置的作用。若脾气虚不统血，则见便血、崩漏；脾不升清则头晕、泄泻；脾气（中气）下陷则久泄脱肛、内脏下垂。3．主肌肉四肢。指脾运化水谷精微，充养肌肉四肢，使肌肉壮实，四肢灵活有力。4．脾气通于口。饮食、口味与脾的运动功能密切相关，故有“脾开窍于口”之说。5．脾的经脉为足太阴经，与足阳明胃经相表里。

肝 五脏之一。与胆相表里。主要功能是：1．主疏泄。疏，疏通；泄，发泄、升发。指肝气有疏展、升发的功能。表现为调畅气机，促进脾胃的运化功能和调畅情志。如肝失疏泄，肝气郁结，可出现消化不良，抑郁、沉闷等症。2．主藏血。指肝有贮藏血液和调节血量的功能。3．主筋。筋即筋膜。指全身筋膜全赖于肝血的滋养。肝血充盈，才能养筋，以维持筋的正常运动。4．肝气通于目。肝的经脉上联于目系，目的视觉功能有赖于肝气的疏泄和肝血的营养。故有“肝开窍于目”之说。5．肝的经脉为足厥阴经，与足少阳胆经相表里。

肾 五脏之一。与膀胱相表里。主要功能是：1．主藏精。指肾有封藏精气的功能。肾所藏的精气包括“先天之精”和“后天之精”，是人体生长、发育和生殖的基本物质。故称“肾为先天之本”。2．主水液。肾通过其气化功能来调节体内津液的输布和废液的排泄，推持水液代谢平衡。3．主纳气。指肾有摄纳肺所吸入的清气，防止呼吸表浅的作用。4．主骨生髓，其华在发。肾的精气有充养骨骼，滋生脑髓的作用。

“齿为骨之余”，齿更发长，亦与肾气盛衰有关。5．肾气通于耳。肾与耳有内在联系，肾中精气充盈，髓海得养则耳的听觉灵敏。6．肾开窍于二阴。二阴，指前阴、后阴。排尿、排便及生殖功能与肾的气化，肾精的充盈密切相关，故有“肾司二便”之说。7．肾的经脉为足少阴经，与足太阳膀胱经相表里。

心包络 简称“心包”。是包络心脏的外层组织。有保护心脏的作用。外邪侵袭于心，首先包络受病，如外感热病，高热中出现神昏谵语等症，称为热入心包。手厥阴心包经与手少阳三焦经相表里。

心包 即“心包络”。

命门 ①有生命的关键之意。先天之气蕴藏之所在，人体生化的来源，生命的根本。对命门的部位及其生理功能，有右肾为命门说、两肾俱称命门说、两肾之间为命门说及命门为肾间动气说等不同见解。②经穴名。属督脉，位置在十四椎节下间。③指目。《灵枢·根结》：“太阳根于至阴，结于命门，命门者，目也。”

胆 六腑之一。又属奇恒之腑。附于肝，内藏胆汁，助胃消化，有“中精之府”之称。胆的功能称胆气，除分泌胆汁外，还包括中枢神经的部分功能，胆气虚则怯，善太息，或数谋虑而不能决。足少阳胆经络于肝，与肝相表里。

胃 六腑之一。主受纳与腐熟水谷，所化生的水谷精微通过脾的运化，输布于五脏六腑，营养全身，有“水谷之海”之称。足阳明胃经络于脾，与脾互为表里，共同完成饮食的消化吸收过程，故脾胃常合称为“后天之本”。

小肠 六腑之一。上接幽门，与胃相通，下连大肠。主要功能是主化物而分别清浊。即承接胃腐熟的饮食再继续消化，有“受盛之腑”之称。食糜在小肠再经过消化并分别清浊，吸收其精华，糟粕归大肠，水液归于膀胱。手太阳小肠经络于心，与心相表里。

大肠 六腑之一。上接阑门，与小肠相通，下连肛门。主要功能是传导，即接纳小肠下注的消化物，吸收剩余的水分和养料，使之形成粪便，排出体外。有“传导之官”之称。手阳明大肠经络于肺，与肺相表里。

膀胱 六腑之一。主要功能是贮藏水液，经过气化后排出小便。有“州都之官”之称。足太阳膀胱经络于肾，与肾相表里，膀胱的贮尿和排尿功能，全赖于肾的气化功能。

三焦 上焦、中焦、下焦的合称。六腑之一。主要功能是：1．主持诸气，总司全身的气机和气化功能，是气升降出入的通道。2．疏通水道，运行水液，是水液升降出入的通道。手少阳三焦经与手厥阴心包经相络属。

上焦 三焦之一。一般指胸膈以上的部位，包括心、肺和咽喉部。主要功能是敷布水谷精气至全身，以温养肌肤，骨节，通调腠理。《灵枢·营卫生会篇》概括为“上焦如雾”。

中焦 三焦之一。一般指膈以下，脐以上的部位。主要功能是助脾胃，主腐熟水谷，泌糟粕，蒸津液，化精微，是血液营养生化的来源。《灵枢 ·营卫生会篇》概括为“中焦如沤”。

下焦 三焦之一。一般指胃以下的部位和脏器，如小肠、大肠、肾和膀胱等。主要功能是分别清浊，排泄二便。《灵枢·

营卫生会》概括为“下焦如渎”。

脑 奇恒之腑之一。由精髓汇集而成，又称“髓海”、“精明之府”、“元神之府”。脑与人的视觉、听觉、嗅觉等感觉功能及记忆思维、精神活动有关。脏腑学说将脑的生理功能和病理变化统归于心而分属五脏，其中特别与心、肝、肾关系密切。

髓 奇恒之腑之一。由肾中精气与水谷精微所化生。有充养骨骼，补益脑髓的作用。

脉 ①血脉、脉管。奇恒之腑之一。气血运行的通道。②脉搏、脉象。参见“诊断辨证”中的“脉象”。

女子胞 又称“胞宫”，即子宫。奇恒之腑之一。其生理功能全赖肾中精气的充盈，以主月经和孕育胎儿，并与心、肝、脾的功能密切相关。

天癸 ①促进人体生长发育和生殖机能的一种物质。《素问·上古天真论》：“女子……二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下……丈夫……二八肾气盛，天癸至，精气溢泻”。②月经的代名词。

心肾相交 五脏相关理论之一。又称“水火既济”。心属火，位居于上而属阳，以下降为和；肾属水，位居于下而属阴，以上升为顺．心火必须下降于肾，肾水必须上济于心，心肾之间的生理功能才能协调，故称。

水火既济 借用五行学说中水与火的相克关系，来比喻心火与肾水的相互关系。二者生理功能协调，称既济；反之称失济。详“心肾相交”。

肝肾同源 又称“乙癸同源”。指肝肾之间关系极为密切。.

1．肝藏血，肾藏精，精血互生。肝肾之阴亦相互滋养。2 肝肾均内寄相火，相火源于命门。临床上肝肾不足或相火过旺，常肝肾同治。

乙癸同源 即“肝肾同源”。五行学说把脏腑与天干相配合，认为肝属乙木，肾属癸水，故称。详“肝肾同源”。

气 ①构成人体和维持人体生命活动的最基本物质。具有活动力很强，不断运动着的特性。是一切组织活动的营养所系，如精气、水谷之气、呼吸之气等；又是一切组织器官的机能活力，如脏腑之气，经络之气等。从生理功能上大致可分为元气、宗气、营气、卫气等。②温病辨证气分证的简称。

气化 气的运动而产生的各种变化。如饮食水谷之精微化生气、血、津液；津液经过代谢转化成汗液和尿液等，都是气化的具体表现。多用以表示三焦输布水液及肾与膀胱的泌尿功能。

气机 泛指气的运动。包括升、降、出、入四种基本运动形式。气的升降出入运动之间的协调平衡，称“气机调畅”；反之则为“气机失调”的病理状态。

元气 又称“原气”、“真气”。是人体生命活动的原动力。由肾中所藏的先天之精化生，赖后天水谷精气滋养，通过三焦而流行全身，温煦和推动人体的生长发育和各脏腑、经络等组织器官的生理活动。

原气 即“元气”。

宗气 积于人体胸中之气。由饮食水谷所化生的精气和肺吸入的自然界清气结合而成。主要功能为：上出喉咙而行呼吸，与呼吸、声音的强弱有关；贯注心脉而行气血，与气血

运行、肢体的寒温及活动能力有关。

营气 又称“荣气”。是与血共行于脉中之气。由饮食水谷之精微化生。有化生血液和滋养脏腑、组织的作用。参见“营血”、“营卫”。

卫气 行于脉外之气。由饮食水谷之精微化生。其性刚悍，运行迅速流利，具有温养肌肤，护卫肌表，抵御外邪，司汗孔开合等功能。参见“营卫”。

营卫 营气和卫气的合称。营卫均为水谷精微所化生。营行脉中，卫行脉外。营主生血而属阴，又称“营阴”；卫主卫外而属阳，又称“卫阳”。营卫运行正常，相互协调，人才能昼精而夜寐，体温及汗孔开合正常。反之营卫不和则可出现发热、自汗等症。

血 ①由饮食精微所化生而循行于脉管中的血液。《灵枢·决气》：“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血。”血赖气的推动及固摄作用，以正常运行，濡养全身各脏腑组织。②温病辨证血分证的简称。

营血 ①营气和血液的合称。二者同行于脉中，都具有营养作用，关系极为密切，故常并提。②温病辨证营分证与血分证的合称。

津液 津和液的合称。指人体一切正常水液。津和液均为饮食水谷的精微所化生。其清稀、流动性大者为津；稠厚、流动性小者为液。津布散于体表皮肤、肌肉、孔窍，具有滋润作用；渗注于血液，成为血液的组成部分；出于腠理则为汗，下达膀胱即为尿。液灌注于骨节、脏腑、脑、髓等组织，具有濡养滑利关节，补益脑髓的作用。

气为血帅 气血相关理论之一。指气对血的化生、推动和固摄作用。血的化生，离不开气及气化功能；血行脉中，赖于气的推动及固摄作用，气行则血行，气滞则血瘀，故称“气为血帅”。但血又是气的载体，并给气以充分的营养，故又有“血为气母”之说。

血为气母 见“气为血帅”。

津血同源 指血和津液同出一源，都由水谷精微所化生。津液渗注于脉中，即为血液的组成部分。汗为津液所化生，故又有“血汗同源”、“夺血者无汗，夺汗者无血”之说。

神 广义为人体生命活动的总称，包括生理性或病理性外露的征象。狭义指精神思维意识活动。神产生于先后天精气，即“两精相搏谓之神”（《灵枢·本神》）。故神气的盛衰可反映出精气及脏腑功能的盛衰。

神明 指精神意识，即狭义的神。参见“神”。

精 广义泛指一切精微物质，包括气、血、津液和从饮食物中摄取的营养物质，又称“精气”。狭义即指生殖之精。

正气 ①与邪气相对而言，指人体的生理功能和抗病能力。《素问遗篇·刺法论》：“正气存内，邪不可干。”②指正常的气候。

中气 ①泛指中焦脾胃之气和脾胃等脏腑对饮食的消化吸收，升清降浊等生理功能。②指脾气。脾主升，脾虚气陷又称“中气下陷”，可用补中益气的方法治疗，即补脾和升提下陷的脾气。

胃气 ①指胃的生理功能。主受纳腐熟水谷，主降。②泛指人体的精气。《脾胃论》：“胃气者，谷气也，荣气也，运气

也，生气也，清气也，卫气也，阳气也。”

真阴 又称“肾阴”、“真水”、“元阴”。指肾中的阴精。真阴具有滋养、濡润人体各脏腑，组织器官的作用，是人体阴液的根本。

真阳 又称“肾阳”、“元阳”、“命门之火”。指肾中的阳气。真阳具有温煦人体各脏腑、组织器官，激发推动其功能的作用。是人体阳气的根本。

君火 即“心火”。因心为君主之官，故名。《素问·天元纪大论》：“君火以明，相火以位。”君火居于上焦，主宰全身；相火位于下焦，温养脏腑，以潜藏守伏为宜。君火相火各安其位，各司其职，共同维持人体的正常生理活动。

相火 与君火相对而言。一般认为相火根源于命门，寄于肾、肝、胆、三焦等脏腑。有温养全身、推动脏腑功能的作用。相火以潜藏守伏为宜，如“相火妄动”则能致病。参见“君火”。

少火 与壮火相对而言。指正常的、具有生气的火，是维持人体生命活动的阳气。《素问·阴阳应象大论》：“少火生气”。

五官 鼻、目、口唇、舌、耳的合称。五官分属五脏，为五脏的外候。《灵枢·五阅五使》：“鼻者肺之官也，目者肝之官也，口唇者脾之官也，舌者心之官也，耳者肾之官也。”

九窍 耳、目、口、鼻七窍与前、后阴的总称。

四海 人体内髓海、血海、气海、水谷之海的总称。脑为髓海，冲脉为血海，膻中为气海，胃为水谷之海。

玄府 又称“元府”。即汗孔。是卫气泄越的通道。《素问

·调经论》：“玄府不通，卫气不得泄越，故外热。”

腠理 泛指皮肤、肌肉、脏腑的纹理及皮肤与肌肉间的组织。是气血流通灌注之处。腠理外连皮肤，为卫气散布和体液渗泄的通路，有抵抗外邪入侵的功能。

募原 又称“膜原”。①指胸膜与膈肌之间的部位。②温病辨证指半表半里的位置。

筋 大筋、小筋、筋膜的统称。附于骨节的为筋；包于肌腱外的为筋膜。筋性坚韧刚劲，对骨节、肌肉等运动器官有约束和保护的功能。筋为肝所主，并赖肝血濡养。

膏肓 ①心之下，隔之上的部位。病情危重难治者，称“病入膏肓”。②经穴名。属足太阳膀胱经，位于背部第四胸椎下旁开 3 寸处。

丹田 ①气功意守部位的名称。脐下部位称下丹田，心窝部位称中丹田，两眉间部位称上丹田。②经穴名。石门、阴交、气海、关元穴的别称。通常指关元穴为丹田。③道家称人身脐下三寸为丹田，是男子精室、女子胞宫所在之处。

虚里 经络学说称之为“胃之大络”。位于左乳下心尖搏动处。是宗气汇聚之处，为十二经脉气所宗。探索虚里的搏动情况，可以了解宗气的强弱，病之虚实，预后之吉凶。《素问·平人气象论》：“胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出于左乳下，其动应衣，脉宗气也。”。

月事 又称“月经”、“月信”、“月水”。子宫周期性出血的生理现象。《素问·上古天真论》：“女子……二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。”

五轮 肉轮、血轮、气轮、风轮、水轮的合称。即将眼划

分为五，分属五脏，在生理病理上有一定的联系。胞睑部称肉轮，属脾，其疾患多与脾胃有关；两眦部称血轮，属心，其疾患多与心、小肠有关；白睛部称气轮，属肺，其疾患多与肺，大肠有关，黑睛部称风轮，属肝，其疾患多与肝胆有关；瞳神部称水轮，属肾，其疾患多与肾、膀胱有关。

病因病机

邪气 ①与人体正气相对而言，泛指一切致病因素及其病理损害。《素问·评热病论》："邪之所凑，其气必虚。"②指六淫以及疫疠之气等外邪。

三因 三类病因，即内因，外因，不内外因的总称。宋陈无择《三因极一病证方论》中以六淫之邪为外因；七情过度为内因；六淫七情之外的其他病因，如饥饱、劳倦、跌仆、压溺、金疮及虫兽所伤等统称为不内外因。

外因 病因分类之一。指风、寒、暑、湿、燥、火六淫邪气。参见"三因"。

内因 病因分类之一。指喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等七情过度，使气机紊乱，脏腑损伤而成为致病因素。参见"三因"。

不内外因 病因分类之一。指六淫、七情之外的致病因素。参见"三因"。

辨证求因 指通过分析疾病的症状、体征来推求病因病机，为治疗用药提供依据的方法。

外感 ①病因分类之一。指感受六淫、疫疠之气等外邪。病邪或先侵犯人体皮毛肌肤，或从口鼻吸入，均自外而入，故

称。②病证分类之一。指感受六淫、疫疠之气等外邪而引起的疾病。一般发病较急，初起多有寒热或上呼吸道症状。

内伤 ①病因分类之一。指七情过度、饮食失调、劳逸失度、房事不节等导致脏气损伤的致病因素。②病证分类之一。指因跌仆迸伤等而致体内脏器受损的一类病证。

外伤 因跌仆、利器、虫兽咬、烫烧等而致皮肤、肌肉、筋骨受伤。

六淫 又称“六邪”。风、寒、暑、湿、燥、火六种外感病邪的合称。淫，太过和侵淫之意。风、寒、暑、湿、燥、火六气太过或不及，或非其时而有其气，即成为致病邪气，称为“六淫”。六淫致病有较明显的季节性，多侵犯肌表或从口鼻而入。六淫可单独致病，亦可两种以上同时侵犯人体，如风寒湿痹、风热外感等。

风邪 六淫之一。风为阳邪，其性开泄，善行而数变。故致病多易侵袭人体上部、肌表，病情变化快，病位游走不定。常见头痛，汗出，恶风，游走性关节疼痛，皮肤瘙痒等症状。风为百病之长，其他邪气常依附于风而侵犯人体，如风寒、风湿、风热等。

寒邪 六淫之一。寒为阴邪，易伤阳气，其性凝滞、收引而主痛。寒邪袭表可见恶寒，发热，无汗，头身疼痛，脉浮紧等症；寒邪入里可见脘腹冷痛，呕吐，泄泻等症。

暑邪 六淫之一。暑为阳邪，其性升散，易耗气伤津。暑邪致病多在夏季，常见身热，多汗，烦渴，乏力，甚至神志昏迷。暑多挟湿，暑湿伤人则见头重肢倦，胸闷呕噁，或泄泻等症。

湿邪 六淫之一。湿为阴邪，其性重浊粘滞，易阻遏气机。湿邪致病常见头重如裹，身重体倦，关节酸痛，胸闷脘痞，纳呆腹胀，舌苔厚腻，或水肿腹泻，小便不利等症。

燥邪 六淫之一。燥性干涩，易伤津液。尤其易损伤肺津，出现干咳，口干鼻燥，皮肤干裂等症。燥邪为病有温燥、凉燥之别，温燥可见偏热症状，凉燥可见偏寒症状。

火邪 六淫之一。火为阳邪，其性炎上，易耗气伤津，生风动血，腐肉成脓。火为热之极，火热伤人多见高热恶热，面红目赤，汗出烦渴，脉洪数，甚至神昏谵语，四肢抽搐，及各种出血，痈肿疮疡。

疠气 又称“疫疠之气”、“戾气”等。一类具有强烈传染性的病邪。疠气致病具有发病急骤，病情较重，症状相似，传染性强，易于流行等特点。疠气多从口鼻侵入人体。不同的疠气可产生各种不同的传染性疾病。

七情 ①喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志的总称。是人的精神意识对外界事物的反映。若情志变化过于突然、强烈或持久，则引起脏腑气血功能失调而致病。如喜伤心，怒伤肝，思伤脾，忧伤肺，恐伤肾（《素问·阴阳应象大论》）。“怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，……惊则气乱，……思则气结。”（《素问·举痛论》）②药物配伍的七种不同作用即单行、相须、相使、相畏、相恶、相杀、相反。

伤食 又称“食伤”。①内伤病因之一。包括饮食不节、饮食不洁及饮食偏嗜。②泛指因饮食不节损伤脾胃所致的病症。多见胸脘痞闷，嗳气腐臭，厌食，恶心呕吐，泄泻，舌苔厚腻等，治宜健脾消食。

劳倦 又称“劳伤”。内伤病因之一。指劳累过度、房劳过度等虚损性致病因素。

房劳 指房事过度，使肾精耗伤，属虚损的病因之一。

痰饮 ①体内水液代谢障碍形成的病理产物，亦是致病因素之一。其中稠浊者为痰，清稀者为饮；咯吐出的为有形之痰，停留在体内的为无形之痰。痰饮停滞脏腑经络等处，可致多种疾病。无论因病生痰，或因痰致病，均与肺、脾二脏有关，有“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”之说。致病特点：咳吐痰涎，水肿胀满，眩晕呕吐，心悸胸闷，苔腻脉弦滑等。②病名。详见“中医内科学”中的“痰饮”。

瘀血 人体血液运行障碍形成的病理产物，亦是致病因素之一。包括积存体内的离经之血和阻滞于经脉、脏腑之血。瘀血形成后失去正常血液的濡养作用，又瘀阻脉道，影响气血运行，而致多种疾病。致病特点：刺痛拒按，痛处固定，青紫血肿，体内痞块，出血紫暗，及面色黧黑，肌肤甲错，舌紫暗有瘀点，脉细涩等。

病机 疾病发生、发展与变化的机理。疾病种类繁多，临床征象错综复杂，千变万化，但其病机都离不开邪正盛衰、阴阳失调、气血失常、脏腑经络功能紊乱等几个方面。

病机十九条 指《素问·至真要大论》对病机的十九条论述。将某些类同的证候，归纳于某一病因或某一脏的范围内，以便于辨证求因。其内容为：“诸风掉眩，皆属于肝。诸寒收引，皆属于肾。诸气膹郁，皆属于肺。诸湿肿满，皆属于脾。诸热瞀瘈，皆属于心。诸痛痒疮，皆属于火。诸厥固泄，皆属于下。诸痿喘呕，皆属于上。诸禁鼓慓，如丧神守，皆属

于火。诸痉项强，皆属于湿。诸逆冲上，皆属于火。诸胀腹大，皆属于热。诸躁狂越，皆属于火。诸暴强直，皆属于风。诸病有声，鼓之如鼓，皆属于热。诸病胕肿，疼酸惊骇，皆属于火。诸转反戾，水液浑浊，皆属于热。诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒。诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。”

邪气盛则实 指疾病过程中，邪气炽盛，正气未衰与病邪激烈抗争，表现为各种亢盛的实证。如壮热烦躁，谵语狂乱，口渴喜饮，腹痛拒按，便秘尿赤，脉象洪大或沉实有力等。治疗应以祛邪为主。

精气夺则虚 指疾病过程中，正邪交争，邪气亢盛，正不胜邪；或病邪虽除，正气亦已大伤；以及疾病久延，正气亏耗等导致的各种虚证。如面色苍白，神疲体倦，气短懒言，心悸，自汗盗汗，脉细弱无力等。治疗当以扶正为主。

阳盛 又称“阳胜”。指阳热炽盛，人体机能亢奋的病理状态。多表现为阳盛而阴未虚的实热证。“阳胜则热”，主要见症：壮热，面红，目赤等。

阴盛 又称“阴胜”。指人体阴气偏盛，机能障碍，热量不足以及病理性代谢产物积聚的病理状态。多表现为阴盛而阳未虚的实寒证。“阴盛则寒”，主要见症：形寒，肢冷，面白等。

阳虚 指人体阳气不足，机能衰退的病理状态。常由先天不足，后天失养，或劳倦内伤，久病损伤阳气所致。多表现为阳不制阴，阴相对亢盛的虚寒证。主要见症：畏寒肢冷，面色胕白，大便溏薄，小便清长，脉沉细无力等。

阴虚 指人体精、血、津液亏损的病理现象。因精、血、津

液均属阴，故称。常由热病伤阴，或五志化火伤阴，或久病耗伤阴液所致。多表现为阴不制阳，阳气相对偏盛的虚热证。主要见症：五心烦热，或午后潮热，盗汗，颧红，消瘦，咽干口燥，舌红少苔等。

阴虚阳亢 指精血或津液亏虚，导致阴阳失衡，阳气失去制约而浮动；阳亢又可使阴液进一步亏损的病理状态。主要见症：潮热，盗汗，五心烦热，颧红，烦躁易怒，或失眠，遗精，性欲亢进，舌红而干，脉细数等。

阴阳两虚 指机体阳气以及精、血、津液等物质俱亏耗的病理现象。可因阴损及阳或阳损及阴，或阴阳俱损而致。既可见到阴虚的症状，又有阳虚的症状，治疗当阴阳双补，并根据阴阳虚损的情况，分主次施治。

亡阳 指人体阳气突然脱失，全身机能严重衰竭的病理状态。多由邪盛，正不敌邪，或汗出不止，阳随阴脱等引起。主要表现：大汗淋漓，汗稀而凉，四肢逆冷，畏寒神疲蹉卧，脉微欲绝等。亡阳则阴无以化生而耗竭，故亡阳可导致亡阴。

亡阴 指人体阴液突然大量消耗或丢失，而致全身机能严重衰竭的病理状态。多由高热大汗，剧烈吐泻，大量失血引起。主要表现：喘促烦躁，汗出而粘，身热口渴，皮肤干皱，舌绛，脉虚数按之无力等。亡阴则阳无所依附而散越，故亡阴可导致亡阳。

阴损及阳 指阴液亏损，累及阳气生化不足，或无所依附而耗散，形成以阴虚为主的阴阳两虚的病理状态。

阳损及阴 指阳气虚衰，累及阴液生化不足，形成以阳虚为主的阴阳两虚的病理状态。

阴盛格阳 指体内阴寒过盛，阳气被格拒于外的病理状态。表现为真寒假热的证候。如在四肢逆冷，大便溏泄，脉息微弱等阴证中，见面赤，烦躁，身热，口渴，脉大等假热现象。

阳盛格阴 指内热过盛，阳气被遏，不能外达的病理状态。表现为真热假寒的证候。如在烦躁口渴，便秘尿赤，脉数有力等阳证中，见身寒，肢冷等假寒现象。

气虚 指元气不足，脏腑功能减退，抗病能力下降的病理状态。多由先天禀赋或后天生化不足，及劳倦内伤所致。主要表现：倦怠乏力，声低气短，眩晕自汗，易感冒，舌淡脉虚无力等。

气滞 即气机郁滞不畅。多由情志郁结，或痰、湿、食积、瘀血等阻滞，影响气的运行而致。随所滞之部位而出现不同症状。如脾胃气滞则食少腹胀满，肝气郁滞则胁痛易怒等。

气逆 指气机升降失常，脏腑之气上逆的病理状态。多由情志内伤，饮食不适，或痰浊壅阻所致。肺气上逆则咳喘上气；胃气上逆则恶心呕吐，嗳气，呃逆；肝气上逆则头痛头胀，面红目赤，甚则咯血，吐血，昏厥。

气陷 以气的升举无力为主要特征的病理状态。气虚则升举力量减弱，而引起胃、肾及子宫等脏器下垂，及久泻脱肛。由于脾气主升，脾胃为气血生化之源，脾胃气虚更易导致气陷，故气陷又称“中气下陷”。

气闭 指由于浊邪外阻，或因气郁之极，甚至气的外出亦为所阻，从而出现突然闭厥的病理状态。主要表现：突然昏仆，不醒人事，躁动不安，牙关紧闭，两手握固，大便秘结，小便不通等。

气脱 指正不敌邪，正气衰惫，以致气不内守而外脱，或气随血脱，从而出现生理功能突然衰竭的病理状态。主要表现：大汗淋漓，精神萎靡，目合口张，气短不续，二便自遗，脉微细或芤大等。气脱是各种虚脱病变的主要病机。

血虚 指血液不足，血的濡养功能减退的病理状态。多由失血过多，或久病耗血，或脾胃虚弱，血液化生障碍所致。主要表现：面色不华，唇甲色淡，头晕眼花，心悸失眠，舌淡脉细等。

血瘀 指血液循行不畅或停滞不行的病理状态。多由气滞、气虚、寒凝、热煎、或脉络阻滞所致。血瘀可形成瘀血，而瘀血阻滞脉络，又成为血瘀的原因。主要表现：局部疼痛，痛有定处，甚则形成肿块，面色黧黑，肌肤甲错，唇舌紫暗有瘀斑等。

血热 即“血分有热”。多由邪热入血或五志过极化火所致。血热则血行加速，甚则灼伤脉络，迫血妄行。血分邪热又煎熬血和津液。故血热的临床表现，既有热象，又有耗血、动血、伤阴之征象。

气虚不摄 ①泛指脏气虚统摄失职，可见自汗，遗精，泄泻，遗尿，崩漏，便血等证。②指气虚不能固摄血液，血不循经，溢出脉外，而导致各种出血症状。

气随血脱 又称“血脱气脱”。指由于失血过多，气失去依附亦随之散脱，从而形成气血并脱的病理状态。主要表现：面色苍白，四肢厥冷，大汗淋漓，脉微欲绝，甚至昏厥等。

气血两虚 即气虚和血虚同时存在的病理状态。多由久病消耗，或失血气随血耗，或气虚化血不足所致。临床表现既

有气虚证候，又有血虚证候。

亡津 又称“亡津液”。指津液大量耗损的病理状态。多由热盛灼津，或汗、吐、下过度所致。主要表现：口渴引饮，舌绛干，大便难，小便少等。

内风 即“风气内动“。是体内阳气亢逆变动而出现的动摇、眩晕、抽搐、震颤等病理反映，因其似风象的急骤、动摇和多变，又不同于外感之风，故名。“诸风掉眩，皆属于肝”，故又称“肝风”、或“肝风内动”。阳气变动之因主要有：肝阳化风、热极生风、阴虚风动、血虚生风等。详各条。

肝阳化风 即肝阳上亢而风气内动。多因肝肾阴虚，阴不制阳，肝之阳气升而无制，亢而化风。主要表现：头晕目眩，肢麻震颤，语言蹇涩，或口眼 斜，半身不遂，甚则卒然仆倒，不省人事等。

热极生风 即阳热亢盛而风气内动。多因温病邪热炽盛，燔灼营血，阴液耗伤，筋失所养而动风。主要表现：惊厥，抽搐，目睛上吊，并伴有高热，神昏等。

阴虚风动 即阴液亏虚而风气内动。多因热病后期阴液亏损，或久病耗阴，筋失濡养而动风。主要表现：筋挛肉瞤，手足蠕动，并伴有五心烦热，咽干唇裂，舌绛少苔，脉沉细等。

血虚生风 即血虚而风气内动。多因生血不足，或久病消耗，血不荣筋，肌肤失养而动风。主要表现：肢体麻木不仁，甚则手足拘挛不伸，皮肤干燥瘙痒脱屑，并伴有面白舌淡等。

内寒 即寒从中生。指机体阳气虚衰，温煦气化功能减退，虚寒内生，或阴寒之邪弥漫的病理状态。脾为气血生化之源，脾阳能达于肌肉四肢，肾为人身阳气之根，故主要是由于脾

肾阳虚所致，尤以肾阳虚衰为关键。主要表现：形寒肢冷，尿频清长，涕唾痰涎稀薄清冷，或大便泄泻等。

内湿 即湿浊内生。指由于脾的运化功能障碍，而引起水湿痰浊、蓄积停滞的病理状态。“诸湿肿满，皆属于脾”，内生之湿多因脾虚，故又称为“脾虚生湿”。临床表现可随湿邪阻滞部位的不同而各异，其中以脘腹胀满，食欲不振，口腻或口甜，舌苔厚腻等湿阻中焦症为主。

内燥 指阴津耗伤，人体组织器官和孔窍失其濡润，而出现干燥枯涩的病理状态。多在热病后期，或吐泻、出汗、出血过多，损伤津液所致。主要表现：肌肤干燥脱屑，甚则皲裂，毛发不荣，口干唇焦，大便秘结，小便短少，舌干少津等。

化火 指各种原因引起的机能亢进，火热内生的病理变化。内火有虚实之分。虚火由阴虚不制阳引起；实火由外感六淫、内伤七情，或气血痰食阻滞引起。如五志过极化火，食积化火，气郁化火等。

化热 指外感邪气由表入里，出现热症的病理变化。风、寒、燥、湿之邪侵袭人体肌表，多有恶寒等表证，如病邪入里，则不恶寒反恶热，口干，心烦，舌红苔黄，脉数，显示病邪已入里化热。

壮火 与少火相对而言。指病理性的亢盛之极的阳气“气。有余便是火”（《丹溪心法》）。壮火能耗散人体正气。《素问·阴阳应象大论》：“壮火食气……壮火散气。”

湿热内蕴 指湿热之邪蕴于脏腑，或脾失健运湿浊内生，蕴久化热的病理状态。湿邪阻碍气机，与热邪相合，则湿热交

困，热因湿阻而难解，湿受热蒸而使阳气更伤。主要包括脾胃湿热、肝胆湿热等。临床表现：热势缠绵，身重，胸脘痞闷，纳呆腹胀，恶心呕吐，大便粘腻不爽，小便黄赤，或发黄疸，舌苔黄腻等。

湿热下注 指湿热流注于下焦的病理状态。主要表现：小便淋浊或赤涩疼痛，下利里急后重，阴部湿痒，妇女带下等。

湿遏热伏 又称“湿郁热伏”。指湿邪阻滞气机，热不能外透的病理状态。主要表现：身热不扬，午后热甚，汗出而热不退，胸闷腹胀，纳呆，头重，苔腻等。

寒包火 指素有内热，复感寒邪，寒包于外，热郁于内的病理状态。主要表现：发热恶寒，咽痛，失音，牙龈肿痛等。

营卫不和 指营气与卫气不相协调的病理状态。在生理状态下，营属阴守于内，卫属阳固于外。若营卫之气失于和调，而阳气卫外不固，阴液外泄，症见身不发热而自汗出，称卫弱营强；亦可因阳气郁于肌表，内迫营阴而阴液外泄，症见时发热而自汗，称卫强营弱。

升降失常 泛指阴阳气血升降顺逆的失调或上下生理平衡的改变。脏腑气化过程各有其升降上下的动势；升与降，上与下相互调济，维持着正常生理功能，反之则发生病变。如脾的清阳上升，胃的浊阴下降，维持机体的营养代谢。若“清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生 胀。此阴阳反作，病之逆从也”（《素问·阴阳应象大论》）。

气血两燔 燔，焚烧、火盛之意。指外感热病发展过程中，气分热邪未解，而营分血分热邪已盛的病理状态。主要表现：壮热口渴，烦躁谵妄，舌红绛苔黄，脉细数，甚或发斑疹，吐

血衄血等。

内陷 指邪气亢盛，正气虚衰不能祛邪外出，反致邪气入里的病理现象。如：1.温热病邪不从外解，深入营分、血分，出现神昏、谵语等症，称为内陷。2.痈疽疮疡出现疮形下陷，毒气内攻，又称“内陷”。

心火上炎 指心阳亢盛化火，循经上炎的病理状态。临床表现：口舌糜烂，面赤口干，心烦失眠，舌尖红等。心与小肠相表里，若心火下移小肠则见小便黄赤，灼热疼痛等。

心脉痹阻 指血液运行不畅，心脏脉络阻滞不通的病理状态。多由胸阳不振，寒滞血脉，或痰浊郁阻，或心气虚，无力运血所致。临床表现：心胸憋闷，疼痛，心悸怔忡，甚则心前区暴痛，肢冷汗出，脉伏不出等。

水气凌心 凌，侵犯。指水气上逆，侵犯心脏的病理状态。由于脾肾阳虚，气化失职，水液贮留，而致痰饮、水肿等。水气上逆，停聚胸膈，可致心阳不振，心气不宁，出现心悸、气促等症。

痰迷心窍 又称“痰阻心窍”、“痰蒙心包”。指痰浊蒙蔽心窍，心神失常的病理状态。主要表现：神志不清，喉中痰鸣，甚至昏迷不醒，苔白腻，脉滑。多因湿浊酿痰，或情志不遂，气郁生痰而致。

肺失肃降 又称“肺失清肃”。指肺失去清肃下降的功能。肺主气，司呼吸，通调水道，以清肃下降为顺。若病邪犯肺，影响清肃下降，则可见咳逆上气，痰多喘满等症。

表虚不固 又称“卫气不固”。指卫阳虚弱、腠理疏松，易感外邪的病理状态。多与肺气虚损有关。主要症状：恶风、自

汗、易感冒等。

脾失健运 指脾气虚弱，运化功能减退的病理状态。多由饮食劳倦所伤，或禀赋素虚，或久病耗伤所致。多见纳少，腹胀，食后尤甚，便溏，肢倦，面色萎黄等症。若水湿困阻则见四肢浮肿，或成痰成饮。

中气下陷 又称“脾气下陷”、“气虚下陷”。指脾气虚亏不能升散，甚至陷而不举的病理状态。脾居中焦，其气主升，若饮食劳倦伤脾，或久病损脾，皆可致脾阳虚，升提失司而出现久泄、崩漏、脏器下垂等症。

肝郁 肝气郁结的简称。指肝失疏泄，气机郁滞的病理状态。肝主疏泄，喜条达而恶抑郁。若情志不舒，恼怒伤肝，则肝失疏泄，气机郁滞，而见胁肋胀满疼痛，局部出现肿块等。若肝气郁结，横逆犯胃，则发嗳气吞酸；横逆犯脾，则痛泻交作。

肝火上炎 指肝之阳气升发太过，循经上冲的病理状态。多因肝气郁滞、暴怒伤肝、或心火亢盛引动肝火所致。主要表现：头晕胀痛，面红目赤，急躁易怒，或耳鸣耳聋，或咯血、衄血等。

肝阳上亢 指肝之阳气升浮亢逆的病理状态。多因肾水不足，不能滋养肝木，或肝阴不足，阴不制阳所致。主要表现：头胀痛，眩晕，耳鸣，足软无力，脉弦等。

肾精亏虚 指肾藏精，主骨生髓华发等功能减弱的病理状态。多因年老精亏，或先天不足，后天失养，或久病耗损所致。主要表现：腰膝酸软，发脱齿摇，头晕耳鸣，健忘，阳萎早泄，小儿生长发育迟缓等。

肾气不固 指肾气虚，封藏固摄功能减退的病理状态。多因年老久病或房劳过度所致。主要表现：遗精早泄，小便频数，尿后余沥，或遗尿，甚则二便失禁等。

肾不纳气 指肾虚不能摄纳，气不归元的病理状态。多因久病咳喘，肺虚及肾，或劳伤肾气所致。主要表现：吸气困难，气短喘息，动则喘甚，脉细无力或虚浮无根。

命门火衰 即“肾阳虚”。指肾阳的温煦、气化功能减退，阴寒内盛的病理状态。多因年老久病，或房劳过度所致。主要表现：形寒肢冷，腰膝酸痛，阳萎，精冷不育，或水肿，小便不利等。

相火妄动 指肝肾阴虚，内寄之相火失于制约的病理状态。主要表现：眩晕头痛，耳鸣耳聋，易怒，多梦，五心烦热，性机能亢进，遗精早泄等。

阳虚水泛 指脾肾阳虚，体内水液泛滥的病理状态。因命门火衰，不能温煦脾阳，脾肾两虚，温运气化失职所致。主要表现：周身浮肿，下肢尤甚，按之没指，腹胀满，小便不利，呼吸气促，喘咳痰鸣等。

胃失和降 指胃的降浊功能障碍的病理状态。多因伤食感寒、痰湿郁滞、肝气犯胃及脾胃虚弱引起。主要表现：恶心呕吐，胃脘胀满，嗳气呃逆等。

胃火炽盛 指胃经火盛，胃腐熟水谷功能过亢的病理状态。多因邪热犯胃，或过食辛辣厚味，或气瘀痰食郁而化火所致。主要表现：牙龈肿痛，口臭，消谷善饥，胃中嘈杂，大便秘结等。

胆虚气怯 即胆气不足。多因病后气虚，内脏功能失调所

致。主要表现：虚烦不眠，心悸易惊，口苦，多疑虑，常叹息。

心脾两虚 指心血不足，脾气虚弱的病理状态。多因思虑过度，病久失调，或慢性出血所致。主要表现：心悸怔忡，失眠多梦，健忘，食少腹胀，便溏，倦怠乏力等。

心肾不交 指心、肾的生理协调关系失常。多因肾阴不足或心火亢盛所致。主要表现：虚烦失眠，心悸，潮热盗汗，多梦遗精等。

水火不济 又称“心肾不交”。心属火，肾属水，在生理状态下，心火下交于肾，使肾水不寒；肾水上济于心，使心火不亢。若肾水不足，不能上济于心，或心火独亢，下灼肾阴，便使两者失去正常的协调关系。参见“心肾不交”。

肝脾失调 又称“肝气犯脾”。指肝气郁结，疏泄失常而致脾不健运的病理状态。多因情志不舒，肝郁及脾所致。主要表现：胸闷胁痛，纳少腹胀，或腹痛泄泻，脉弦等。

肝火犯肺 又称“木火刑金”。指肝火过旺，灼伤肺阴的病理状态。多因郁怒伤肝，或肝经火邪上逆所致。主要表现：胸胁疼痛，烦热口苦，急躁易怒，干咳阵作，甚则咯血等。

木火刑金 又称“肝火犯肺”。肝属木，肺属金，在生理状态下，肺金的清肃有制约肝火上升的作用，称金克木。若肝火过旺而上逆，则可出现肝木反侮肺金的病理变化。参见“肝火犯肺”。

肝胃不和 又称“肝气犯胃”。指肝气郁结，疏泄失常而致胃失通降的病理状态。多因情志不舒，肝气横逆犯胃所致。主要表现：胸闷胁胀，胃脘胀痛，纳少，嗳气泛酸，恶心呕吐

等。

水不涵木 指肾水不足，不能滋养肝木，肝阴亦虚，虚风内动的病理状态。主要表现：眩晕，耳鸣耳聋，腰酸，遗精，口咽干燥，手足蠕动等。

冲任损伤 指冲任二脉总领诸经气血和调养全身阴脉的生理功能障碍的病理状态。多因邪毒感染、多产房劳及肝肾气血功能失常所致。“冲为血海，任主胞胎”，冲任二脉损伤则见：月经不调，崩漏，流产或不孕，下腹疼痛，腰酸等。

诊断辨证

四诊 望诊、闻诊、问诊、切诊四种诊察方法的合称。四诊必须综合运用，互相参照，才能全面了解病情，为辨证治疗提供充分的依据。

四诊合参 指在辨证过程中，把望、闻、问、切四诊所得的资料，互相参照，综合分析，以做出正确的诊断。

望诊 四诊之一。即运用视觉观察病人的神色、形态、舌象、大小便及其他分泌物。对小儿还包括诊指纹。

闻诊 四诊之一。包括听声音和嗅气味两方面。前者运用听觉了解病人的语言、呼吸、咳嗽、呻吟、呕吐、呃逆、嗳气、喘息、肠鸣等各种声响；后者运用嗅觉分辨病人的口气、体气、排泄物和病室的气味。

问诊 四诊之一。通过询问了解病人的起病原因、发病和治疗经过、现在症状、既往病史等情况。参见“十问”。

切诊 四诊之一。包括脉诊和按诊。是运用手和指端的感觉进行诊察的方法。脉诊是按脉搏，以观察病人脉象的变化；

按诊是对病人的肌肤、手足、胸腹及其他部位的触摸按压，以诊察有无异常。

望神 望诊内容之一。即观察病人的精神、意识、反应等，以判断机体精气的盛衰和疾病的预后。如精神爽朗，目光明亮，神思不乱，言语清晰，面色润泽等，称为“得神”；精神萎靡，目睛晦暗，神思昏乱，言语不清，面色无华等，称为“失神”。“得神者昌，失神者亡”（《素问·移精变气论》）。

望色 望诊内容之一。即观察病人面部色泽，以判断气血的盛衰及邪气所在。人在正常生理状态下面部的色泽，称为常色。病态时的面部色泽，称为病色，分青、赤、黄、白、黑五种。以五色配五脏，并以五色辨疾病的性质。青色主肝病，主寒、痛、瘀血、惊风；赤色主心病，主热；黄色主脾病，主虚、湿；白色主肺病，主虚、寒、脱血、夺气；黑色主肾病，主寒、痛、水饮、瘀血。五色亦有善恶之分，凡五色光明润泽者为善，说明虽病而脏腑精气未衰，预后良好；五色晦暗枯槁者为恶，多预后不佳。

望形态 望诊内容之一。即望病人的体形和动态，以了解其体质、发育及营养状况、病情等。如胖人多痰湿，小儿鸡胸龟背为发育及营养不良，高热病人口眼指趾颤动，为动风发痉的先兆等。

舌诊 望诊内容之一。舌为心之苗窍，脾之外候；舌苔受胃气熏蒸；手少阴之别系舌本，足少阴之脉挟舌本，足厥阴之脉络舌本，足太阴之脉连舌本，散舌下。因此脏腑病变可以反映于舌。一般认为舌尖属心肺，舌边属肝胆，左边属肝，右边属胆，舌中心属脾胃，舌根属肾。舌诊包括望舌质和舌

苔两部分。《辨舌指南》谓：“辨舌质，可决五脏之虚实。视舌苔，可察六淫之浅深。”诊察时须两者结合，再与其他症状参照，才能做出正确的诊断。

舌苔 舌面上的一层苔状物。观察舌苔的颜色、津液、厚薄、形状和分布等，可辨别病邪的性质、深浅，胃气和津液的存亡。望舌苔包括苔色和苔质两方面，是舌诊的重要内容之一。正常舌面上有薄白苔，由胃气所生。

白苔 舌苔呈白色。正常的白苔薄而均匀，干润适中，为胃气所生。病变的白苔主风寒湿邪、主表。苔薄白属风寒袭表；苔白而滑属里寒证或寒湿证；苔白而干属外邪化热伤津；苔白腻属湿浊内蕴。

黄苔 舌苔呈黄色。黄苔主热证、里证。苔淡黄为热轻，深黄为热重，焦黄为热结；苔黄而干，为热邪伤津；苔黄腻属湿热；苔黄白相兼，为表邪入里化热。

灰黑苔 舌苔呈灰中带黑之色。灰黑苔主里证，病情一般较重。苔灰黑而干，为热极伤津或阴虚火旺；苔灰黑而滑润，为阳虚寒盛或痰饮、寒湿内停。

苔腻 舌面上罩着一层浊腻苔，不易拭去。腻苔主湿浊、痰饮、食积等。苔薄腻为邪轻；苔厚腻为邪重；苔白腻者偏寒；苔黄腻者偏热。

苔剥脱 又称“花剥苔”。舌苔部分剥落。剥脱苔表示胃之气阴两伤。苔剥脱而干燥，属真阴亏损；苔剥脱而兼腻，为痰浊未化，正气已伤；若长期苔剥脱呈地图状，多属虫积。

镜面舌 舌面无苔，光滑如镜。表示胃阴枯竭，胃气大伤。舌淡白而光，为脾胃损伤，气血亏极；舌红绛而光，为水涸

火炎，胃肾阴液枯竭。

舌质 又称“舌体”。舌的肌肉脉络组织。观察舌质的颜色、形态、湿润度等的变化，可辨别脏腑的虚实，气血津液的盈亏。望舌质包括神、色、形、态四方面，是舌诊的重要内容之一。正常舌质为淡红色，舌体柔软，大小适中。

舌神 望舌质内容之一。主要表现在舌质的荣枯和灵动方面。荣是荣润红活，有生气，谓之有神，虽病也是善候；枯是干枯死板，毫无生气，谓之无神，乃是恶候。

舌淡白 舌色较正常人浅淡，或全无血色。淡白舌主虚证、寒证或气血两亏。舌淡白舌体胖嫩，为阳虚寒证；舌淡白舌体瘦薄，属气血两亏。

舌红 舌色较正常偏红，或呈鲜红色。红舌主热证。舌红苔黄属实热证；舌红少苔或无苔为虚热证。

舌绛 舌色深红。主病有外感内伤之分。外感病舌绛或有瘀点、芒刺，为热入营血；内伤杂病舌绛少苔或无苔，为阴虚火旺；另有舌绛少苔而津润者，多为血瘀。

舌紫 舌呈紫色，或紫晦不泽。主病有寒热之分。舌绛紫而干，属热盛伤津，气血壅滞；舌淡紫或青紫而润，属寒凝血瘀；舌紫暗为瘀血内阻。

舌边齿痕 又称“齿痕舌”。舌体边缘有牙齿的压痕。主脾虚、湿盛。若舌淡白而润滑有齿痕，为寒湿壅盛；舌淡嫩而有齿痕，多为脾虚或气虚。

舌生芒刺 舌面上的颗粒隆起，如尖刺。为热极之象。舌生芒刺苔焦黄，为气分热极；舌绛无苔而生芒刺，为热入营血，阴津大伤；舌尖芒刺为心火亢盛；舌中芒刺为脾胃热盛。

舌生瘀斑 舌面上出现青而带紫的斑点。主血瘀证。舌尖瘀斑为心脉痹阻；舌边瘀斑为肝血瘀滞。

肿胀舌 舌体肿大，甚或盈口。舌鲜红而肿胀，甚则疼痛，属心脾热盛，气血上壅；舌紫而肿胀，为邪热挟酒毒上壅，或为舌部血瘤。

瘦薄舌 舌体瘦小而薄。主气血两虚和阴虚火旺。舌淡而瘦薄，为气血两虚；舌红绛而干瘦，为阴虚火旺，津液亏损。

食指络脉诊法 小儿望诊内容之一。即望小儿食指络脉的形态，色泽变化，以三关测轻重，浮沉分表里，红紫辨寒热，淡滞定虚实等，是中医儿科的诊断特色之一。具体内容是：小儿食指分三关，第一节为风关，第二节为气关，第三节为命关。正常状态的络脉红黄相兼，隐现于风关之内。若显于风关为邪浅病轻，至气关为邪深病重，达命关则病情危重。络脉浮露者，主病在表，沉滞者主病在里；色紫红主内热，色鲜红主外感表证，色青主风主痛，色紫黑主血络闭郁而病危；脉粗色深为邪盛，脉细色淡为正虚。

透关射甲 食指络脉诊法术语。指小儿食指络脉透过风、气、命三关，直达指端的现象。表示病情危重。

十问 问诊的十项重点内容。明张景岳把问诊的重点内容归纳为：“一问寒热二问汗，三问头身四问便，五问饮食六问胸，七聋八渴俱当辨，九因色脉察阴阳，十从气味章神见。”清陈修园把末两句改为“九问旧病十问因，再兼服药参机变。”

脉象 脉搏的形象与动态。包括频率、节律、充盈度、波幅、通畅情况等。脉象的形成与脏腑气血关系十分密切，脏腑气血发生病变，可通过脉象反映出来。前人有二十四脉

（《脉经》）、二十七脉（《濒湖脉学》）、二十八脉（《诊家正眼》）等分类，现多从二十八脉。即浮脉类：浮、洪、濡、散、芤、革；沉脉类：沉、伏、牢、弱；迟脉类：迟、缓、涩、结；数脉类：数、促、疾、动；虚脉类：虚、微、细、代、短；实脉类：实、滑、紧、长、弦。

三部九候 脉诊方法之一。①遍诊法（《素问·三部九候论》）。切脉的部位分头、手、足即上、中、下三部，每部又各有天、地、人三候，分别候内脏及头、身之气，合而为九，故称。②寸口诊法。寸口脉分寸、关、尺三部，每部分别以轻、中、重的指力诊脉，以辨别寸、关、尺三部的浮、中、沉脉象，合而为九，亦称。

寸口 又称“气口”、“脉口”。诊脉部位。①腕后桡动脉搏动处。分寸、关、尺三部。②仅指寸部脉。为寸口脉的分部之一。

寸关尺 寸口脉分三部的名称。以桡骨茎突为关，关前为寸，关后为尺。寸关尺三部的脉搏，分别称为寸脉、关脉、尺脉，每部脉又各有浮、中、沉三候，故有“三部九候”之称。寸关尺与脏腑的对应关系为：左寸候心与膻中；右寸候肺与胸中；左关候肝、胆与膈；右关候脾与胃；左右尺候肾与小腹。

人迎 ①诊脉部位之一。又称人迎脉。即喉结旁两侧颈总动脉搏动处。②左手寸口脉的别称。《脉经》：“左为人迎，右为气口。”③经穴名。属足阳明胃经。喉结旁开 1．5 寸，胸锁乳突肌前缘处。

气口 即“寸口”。

趺阳 诊脉部位之一。又称趺阳脉，即足背动脉搏动处，属足阳明胃经。用以候胃气的盛衰。

举按寻 诊脉时运用指力的轻重和挪移，以探索脉象的一种方法。轻指力按之皮肤为举，又称浮取或轻取；重指力按在筋骨间为按，又叫沉取或重取；指力不轻不重，或亦轻亦重，或移动手指寻找为寻。

平脉 ①又称“常脉”。正常人的脉象。脉来有胃气，有神，有根。即三部有脉，一息四至，从容和缓，有力有节，尺脉沉取应指。②辨别脉象之意。

浮脉 脉象之一。轻取即得，重按稍减而不空，举之泛泛有余。主表证，亦主虚证。多见于外感病初期。浮大无力则为久病虚损。

沉脉 脉象之一。轻取不得，重按始得，主里证。沉而有力为里实；沉而无力为里虚。

迟脉 脉象之一。脉来迟慢，一息不足四至。主寒证。迟而有力为寒积；迟而无力为虚寒。久经锻练之人，脉迟而有力属正常。

数脉 脉象之一。脉来快速，一息五至以上。主热证。数而有力为实热；数而无力为虚热。

虚脉 脉象之一。三部脉轻取无力，重按空虚。主气血两虚及脏腑诸虚。

实脉 脉象之一。三部脉轻取、重按均有力。主实证，邪气盛而正不虚。

滑脉 脉象之一。脉来流利，如珠走盘，应指圆滑。主痰饮、食滞、实热证。正常人及孕妇气血充盛亦常见滑脉。

涩脉 脉象之一。脉来艰涩不畅，如轻刀刮竹。主伤精、血少、气滞血瘀、或挟痰、挟食等证。

弦脉 脉象之一。脉端直而长，如按琴弦。主肝胆病、诸痛、痰饮、疟疾等证。春季健康人亦可见脉弦而柔和。

紧脉 脉象之一。脉来绷急，如牵绳转索。主寒、痛、宿食证。脉浮紧为寒邪在表；脉沉紧为寒邪在里。

洪脉 脉象之一。脉幅极大，如波涛汹涌，来盛去衰。主气分热盛。久病体虚、失血、久泄等证亦可见洪脉，属邪盛正衰的危候。

细脉 脉象之一。脉细如线，应指明显。主气血两虚、诸虚劳损、湿证等。温热病神昏谵语，亦可见细脉，属热入营血或邪陷心包之证。

濡脉 脉象之一。脉浮而细软无力。主诸虚、湿证。

芤脉 脉象之一。脉浮大中空，如按葱管。主失血、伤阴。

结脉 脉象之一。脉来迟缓，时有一止，止无定数。主阴盛气结、寒痰血瘀、癥瘕积聚等证。

代脉 脉象之一。脉来时止，止有定数，良久再来。主脏气衰微、风证痛证、七情惊恐、跌打损伤。

反关脉 指桡动脉行于腕关节的背侧，故诊脉的位置也相应在寸口的背侧。属生理性脉位的变异。有仅见一手者，亦有两手并见者。

按诊 又称“触诊”。切诊内容之一。是用手直接触摸或按压病人的某些部位，以了解肌肤的凉热、润燥，局部有无压痛或肿块等。包括按肌肤、按手足、按胸腹、按俞穴等。

辨证 是在四诊所得的基础上进行诊断的辨证思维。即把

四诊所得的资料，在中医理论指导下，通过分析综合，辨清疾病的原因、性质、部位、发展及正邪之间的关系等，以抓住疾病的本质，判断为某种性质的证，为治疗提供可靠的依据。具体方法是：八纲辨证、病因辨证、经络辨证、气血津液辨证、脏腑辨证、六经辨证、卫气营血辨证及三焦辨证等，其中八纲是各种辨证的总纲。

八纲 即阴、阳、表、里、寒、热、虚、实，是辨证论治的理论基础之一。清程国彭《医学心悟》："病有总要，寒、热、虚、实、表、里、阴、阳八字而已。病情既不外此，则辨证之法，亦不出此。"

八纲辨证 分析疾病共性的辨证方法，其他各种辨证的总纲。即运用阴阳、表里、寒热、虚实八纲，对疾病的表现进行分析、归纳，确定证型，指导治疗。表里辨病位的深浅；寒热辨疾病的性质；虚实辨邪正的盛衰；阴阳概括其他六纲，即表、热、实证属阳，里、寒、虚证属阴。

脏腑辨证 辨证方法之一。是根据脏腑的生理功能，病理表现，通过对疾病证候的分析归纳，以判别五脏六腑的阴阳、气血、寒热、虚实等变化，为治疗提供依据。包括脏病辨证、腑病辨证及脏腑兼病辨证三部分。

经络辨证 辨证方法之一。因经络有一定的循行部位和脏腑络属，内脏发生病变，可循经络反映于体表。故可根据疾病所出现的症状及其发生部位，辨别为某经、某脏、某腑的病变，为治疗提供依据。如头痛一症，痛在前额多与阳明经有关，痛在两侧多与少阳经有关，痛在巅顶多与厥阴经有关等。

病因辨证 辨证方法之一。即通过分析疾病的不同表现，根据各种病因的致病特点，来推求病因之所在，为治疗提供依据。

气血津液辨证 辨证方法之一。运用气血津液理论，分析气、血、津液的病变，辨认其所反映的不同证候，为治疗提供依据。由于气血津液的病变是与脏腑密切相关的，故气血津液辨证应与脏腑辨证互相参照。

六经辨证 外感病的辨证方法。六经即太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴。是张仲景在《素问·热论》等篇的基础上，结合伤寒病证的传变特点，总结出来的六个辨证纲领。亦即将外感病演变过程中六个深浅阶段的综合证候，以阴阳为总纲，分成三阳和三阴两大类，作为论治的基础。从而创立了中医学辨证论治的基本原则。六经辨证的重点，在于分析外感风寒所引起的一系列病理变化及传变规律。

卫气营血辨证 温病辨证方法之一。为清叶天士所创。卫、气、营、血，即卫分证、气分证、营分证、血分证，是温热病四类不同证候的概括，又表示着温热病发展过程中浅深轻重的四个阶段。温热病邪由卫入气，由气入营，由营入血，病邪步步深入，病情逐步加重。卫分证主表，病在肺与皮毛；气分证主里，病在胸膈、肺、胃、肠、胆等；营分证是邪入于心营，病在心与包络；血分证则热已深入肝肾，重在动血、耗血。由此从病因、阶段、传变、部位及病变程度确定辨证的内容。

三焦辨证 温病辨证方法之一。是清吴鞠通根据前人经验，结合温病传变规律，在阐述上、中、下三焦所属脏腑病理变

化及其证候的基础上，说明了温病初、中、末三个不同发展阶段，以作为辨治的依据。初期属上焦，病在心肺，有发热恶寒，头痛、汗出而咳等；邪入心包则见高热烦躁，神昏谵语，舌红绛等症。高热极期属中焦，病在脾胃，见身热不恶寒，汗出口渴，脉洪大为阳明燥热；见身热不扬，头胀身重，胸闷不饥，苔腻脉濡为太阴湿热。末期属下焦，病在肝肾，肾阴亏耗则身热面赤，口干舌燥，心烦不寐，手足心热；肝风内动则见手指蠕动、或瘛疭，舌绛苔少等症。

阴证 ①八纲辨证中里证、虚证、寒证的总括。②一般多指正气虚弱，或阴寒内盛之证。如症见：面色暗淡，精神萎靡，形寒肢冷，气短乏力，声低少言，不烦不渴，大便溏薄，小便清长，舌淡胖嫩，脉沉迟或细涩无力等。③外科疮疡见疮根散漫，皮色黯淡，不红不热，或脓液清稀者，为阴证。

阳证 ①八纲辨证中里证、热证、实证的总括。②一般多指实热证。如症见：面红烦躁，身热喜凉，口干引饮，呼吸气粗，喘促痰鸣，腹痛拒按，大便秘结或臭秽，小便短赤，舌红苔黄，脉数有力等。③外科疮疡见红肿热痛者为阳证。

表证 六淫邪气经皮毛、口鼻侵入所表现的证候。多见于外感病的初期，症见发热恶寒或恶风，头身痛，鼻塞咳嗽，苔薄白，脉浮等。表证又可分为表寒、表热、表实、表虚。

里证 与表证相对而言。指疾病深入于里的一类证候。多见于外感病的中、后期，或内伤病。里证病因复杂，病位广泛，症状繁多，有寒热虚实之分。与表证的鉴别点在于：发热不恶寒，或但寒不热，舌苔多有变化，脉沉。

寒证 感受寒邪，或阳虚阴盛所表现的证候。包括表寒、里

寒、实寒、虚寒。常见症状：恶寒喜暖，面色 白，肢冷蜷卧，口淡不渴，痰涎涕清稀，小便清长，大便稀溏，舌淡苔白而润滑，脉迟或紧等。

热证 感受热邪，或阳盛阴虚所表现的证候。包括表热、里热、实热、虚热。常见症状：恶热喜冷，口渴喜冷饮，面红目赤，烦躁不宁，痰涕黄稠，吐血衄血，小便短赤，大便干结，舌红苔黄而干燥，脉数有力等。

虚证 人体气血不足或脏腑虚损等因所致机能减退的一类证候。包括阴、阳、气、血、精、津液，以及脏腑的各种不同虚损。常见症状：面色淡白，精神萎靡，疲倦乏力，心悸气短，自汗盗汗，舌淡苔少，脉虚无力。

实证 指人体感受外邪，或内脏功能失调，以致痰饮、水湿、瘀血、虫食等停留体内所引起的实性证候。常见症状：发热，腹胀痛拒按，胸闷烦躁，甚至神昏谵语，痰涎壅盛，大便秘结或下利，里急后重，小便不利或淋沥涩痛，舌质苍老，舌苔厚腻，脉实有力。

表里 八纲中用以辨别疾病内外和病势深浅的两个纲领。表证病浅而轻，里证病深而重。此外还须结合寒热、虚实等，才能分析疾病的性质和邪正消长情况，如表证入里、里证出表、表里同病、表实里虚、表虚里实、表寒里热、表热里寒、表里俱虚、表里俱实等。亦有指脏腑间表里关系的，如肝与胆相表里。

寒热 ①八纲中用以辨别疾病性质的二个纲领。阴盛或阳虚的表现为寒证，阳盛或阴虚的表现为热证，二者有阴阳盛衰的本质区别。但又可在病人身上同时出现，称为寒热错杂；

还可在一定条件下互相转化，出现寒证化热，热证转寒；在疾病危重阶段，还会出现与疾病本质相反的一些假象，即所谓真寒假热、真热假寒等。②恶寒发热的简称。

虚实 八纲中用以辨别邪正盛衰的两个纲领。虚指正气不足，实指邪气盛实。《素问·通评虚实论》谓："邪气盛则实，精气夺则虚。"在疾病的过程中，虚实既可以互相转化，又可出现虚实错杂的证候，如实证夹虚、虚证夹实，虚实并重等；在疾病发展到大虚或大实时，还可出现"至虚有盛（实）候"和"大实有羸（虚）状"的假实与假虚之象。

太阳病 六经病证之一。太阳主人之肌表，外邪侵袭，首先入犯太阳，故太阳病多见于外感病的早期，以"脉浮，头项强痛而恶寒"为提纲。分为表证和里证两大类型。太阳表证有中风与伤寒之不同，有汗的名为中风，无汗的名为伤寒。太阳里证，有蓄水和蓄血两种证候，蓄水证以小便不利，微热消渴，或烦渴，水入即吐等为特点；蓄血证以小便自利，小腹急结或硬满，神志失常，脉沉涩或沉结等为特点。此外，太阳病亦有兼证及因汗下火法误治后所引起之变证。

阳明病 六经病证之一。多见于外感病阳亢热盛的极期阶段。可由它经传来，亦有本经自发为病。属里热实证，以"胃家实"为提纲。分为热证与实证两大类型：若外邪入里化热，燥热炽盛，消烁津液，见壮热，大汗，烦渴，脉洪大或洪数等症，为阳明热证；若外邪入里化热，与肠中糟粕相结成实，见潮热，谵语，手足濈然汗出，腹胀满疼痛，大便硬，脉沉实等，为阳明实证，亦称阳明腑证。

少阳病 六经病证之一。属半表半里证。以"口苦，咽干，

目眩”为提纲。主要脉证有往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，舌苔白，脉弦细等。往来寒热是少阳病特有的热型。少阳为枢，故少阳病常有兼表、兼里两种病况。

太阴病 六经病证之一。属里虚寒证。可由三阳病治疗失当损伤脾阳而发，亦可由寒邪直中致病。以“腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛”为提纲，亦即太阴病本证。若太阴病进一步发展，演变为脾肾虚寒，亦可形成少阴虚寒之证。

少阴病 六经病证之一。属里虚证，为伤寒六经病变过程中后期危重的阶段。可由表证转变而来，也可因体虚外邪直接侵入而发展。以“脉微细，但欲寐”为提纲。分寒化证与热化证两大类型：见脉微细，但欲寐，恶寒蜷卧，四肢厥逆，下利清谷，小便清白等，为少阴寒化证；见心烦不得卧，咽干或痛，或下利口渴，舌绛，脉细数等，为少阴热化证。

厥阴病 六经病证之一。多见于伤寒末期，是邪正相争的危重阶段，证候多寒热夹杂，故为寒热错杂证。以“消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之，利不止”为提纲。可归纳为上热下寒证、厥热胜复证及辨厥逆、下利、呕、哕四大类证。

半表半里证 指病邪既不在表，也不在里，而介于表里之间的病证。①指六经病证中的少阳病。少阳居于太阳阳明之间，因病邪既不在太阳之表，又未达于阳明之里，故称。参见“少阳病”。②指温病邪伏募原的证候。邪自口鼻而入，内不在脏腑，外不在经络，而在募原者，是为半表半里。症见先憎寒，后壮热，头身疼痛，脉数，舌红，苔白厚如积粉。

卫分证 温热病邪侵犯肌表，卫气功能失调所表现的证候。常见于外感温热病的初期。以发热与恶寒并见，口微渴为辨证要点，亦可见头痛，无汗或少汗，咳嗽，苔薄白，舌边尖红，脉浮数等。

气分证 温热病邪入里，正盛邪实，正邪剧争，阳热亢盛的里热证。以但发热不恶寒，口渴，苔黄为辨证要点。由于病变部位有胃、脾、肠、胆、胸膈等不同，故证候表现各有区别。

营分证 温热病热邪深入，劫灼营阴，扰乱心神而致的一类证候。为温热病邪内陷的深重阶段。以身热夜甚，心烦谵语，舌质红绛为辨证要点，亦可见口干但不甚渴饮，斑疹隐隐，脉细数等症。

血分证 温热病热邪深入，引起动血耗血之变而产生的证候。为温热病发展过程中最为深重的阶段。以斑疹及出血见症，舌质深绛为辨证要点，同时可见身热，躁扰不安，或神昏谵狂等症。

合病 指两经病或三经病同时发生。如太阳病伤寒证或中风证和阳明病同时出现，为太阳阳明合病；三阳经同病为三阳合病等。

并病 指伤寒一经之病，治不彻底；或一经之证未罢，又见他经证候。如太阳病发汗治疗不彻底而转属阳明，为太阳阳明并病。实际上是疾病传变中的一种形式。

传经 指病邪从外侵入，逐渐向里传播，由这一经的证候转变为另一经的证候。传经与否，与正气的强弱，病邪的轻重，治疗的当否有关。传经的一般规律有：1．循经传：即按

六经次序相传。2．越经传：即不按循经次序，隔一经或隔两经相传。3．表里传：即互为表里的经相传。

直中 指伤寒病外邪不经三阳经，直接侵犯三阴经。起病即见三阴经证候。多与素体虚弱有关。

治则治法

治未病 ①未病先防之意。即做好疾病的预防，防止疾病发生。②既病防变之意。即疾病若已发生，应早期诊治，并根据疾病发展规律，及早采取防治情况，以防止其传变。《金匮要略》所言："夫治未病者，见肝之病，知肝传脾，当先实脾。……余脏仿此"。就是既病防变法则的具体应用。

治则 治疗疾病的法则。是在整体观念和辨证论治的基础上，以四诊所得为依据，对疾病进行全面的分析与判断，从而针对不同病证制订出各种不同的治疗原则，如治病求本，扶正祛邪，调整阴阳、脏腑功能及气血关系，同病异治与异病同治，以及三因制宜等。

治病求本 即寻找出疾病的根本原因，并针对根本原因进行治疗。是辨证论治的一个基本原则。

标本 标和本是一个相对概念，有主次、本末、轻重、缓急的含义。①用以说明病变过程中各种矛盾的主次关系，是分析病情和指导治疗的依据。如正气为本，邪气为标；病因为本，症状为标；旧病、原发病为本，新病、继发病为标；病在脏腑为本，在经络、肢体为标等。在复杂多变的病证中，常有标本主次的不同，故标本治法的临床运用，以"治病必求于本"为基础，又有"急则治其标，缓则治其本"及标本同

治等法则。②经络在四肢者为本，在头面、躯干者为标。

扶正祛邪 扶正是扶助正气，提高机体抗邪能力，多用补虚方法。祛邪即是祛除病邪，使邪去正安，多用泻实方法。临床运用时，应根据正邪两方消长盛衰的情况，以及正邪在矛盾斗争中的地位，决定扶正与祛邪的主次和先后。

三因制宜 即因时、因地、因人制宜。是指治疗疾病应根据季节、地区及人体的体质、年龄等不同而制定适宜的治疗方法。

同病异治 指同一病证，因发病时间、地区以及患者的机体反应性的不同，或由于病情的发展，病机的变化，以及用药过程中邪正消长等差异，治疗应根据不同的情况，采取不同的治法。

异病同治 不同的疾病，在其发展过程中，由于俱有相同的病机，故可采用同一种方法治疗。如久痢脱肛与子宫下垂是不同的病，若俱属中气下陷，就都可以用升提中气的方法治疗。

正治 又称“逆治”。是逆其证候性质而治的一种常用治疗法则。即针对疾病的性质、病机，从正面治疗。如寒证用热药，热证用寒药，实证用泻法，虚证用补法。正治法适用于疾病的征象与本质相一致的病证，是临床上最常用的一种治疗方法。

逆治 即“正治”。

反治 ①又称“从治”。是顺从疾病假象而治的一种治疗方法。即治疗方法和常规相反。当疾病出现假象，或大寒证、大热证对正治法发生格拒时，采用此法。“寒因寒用”，“热因热

用”，“通因通用”，“塞因塞用”，均属反治法，详见各条。②指“反佐”。

从治 即“反治”。

寒者热之 正治法之一。指寒证要用温热的方药治疗。寒证有表寒、里寒之分。治表寒证，宜用辛温解表的汗法，以发散风寒；治里寒证则用温中祛寒，回阳救逆等温法，以温里祛寒。

热者寒之 正治法之一。指热证要用寒凉药物治疗。热证有表、里、虚、实之不同。表热证用辛凉解表，疏风散热；里热证，实者用清法通里攻下，虚者则用甘凉养阴透热或滋阴清热等法。

虚则补之 正治法之一。指疾病表现为正气不足的虚证，应用扶助正气的补法治疗。如气虚、血虚、阴虚、阳虚等虚证，分别用补气、补血、补阴、补阳等方法。此外亦包括针刺治疗的补法。

实则泻之 正治法之一。指疾病表现为邪气亢盛的实证，应用祛邪的泻法治疗。如痰饮、瘀血、食滞等证，分别用化痰、祛瘀、消导等方法。此外亦包括针刺治疗的泻法。

寒因寒用 反治法之一。是以寒治寒，即用寒性药物治疗具有假寒症状的病证。适用于里热盛极，阳盛格阴，反见寒象的真热假寒证。

热因热用 反治法之一。是以热治热，即用热性药物治疗具有假热症状的病证。适用于阴寒内盛，格阳于外，反见热象的真寒假热证。

塞因塞用 反治法之一。是以补开塞，即用补益药治疗具

有闭塞不通症状的病证。适用于因虚而闭阻的真虚假实证。

通因通用 反治法之一。是以通开通，即用通利的药物治疗具有实性通泄症状的病证。适用于食积腹痛，泻下不畅，热结旁流；瘀血所致的崩漏；膀胱湿热所致的尿频、尿急、尿痛等病证。

攻补兼施 攻邪与扶正并用的治法。适用于病邪盛实而人体正气虚弱者，此时攻邪则正气不支，扶正则邪气愈壅，当补益与攻邪同用。如热病邪结肠胃，气虚而便结，用黄龙汤治之，方中以甘草、人参、当归补虚，以大黄、芒硝、枳实、厚朴泻下。

表里双解 指既祛除表邪又同时祛除里邪的治法。适用于表里同病。如表里俱寒用麻黄附子细辛汤；表里俱热用三黄石膏汤；表寒里热用大青龙汤等。

上病下取 指与病气上下相反的治法。《素问·五常政大论》："病在上，取之下"。是指病证的表现若部位偏于上，可根据经络，脏腑的关系而从临床主证所在部位以下的穴位或脏腑等，用针灸或药物治疗。如巅顶疼痛可针刺足底的涌泉穴，久病喘促用补肾纳气的方法等。

下病上取 指与病气上下相反的治法。《素问·五常政大论》："病在下，取之上"。是指病证的表现若部位偏于下，可根据经络、脏腑的关系而从临床主证所在部位以上的穴位或脏腑等，用针灸或药物治疗。如久泻脱肛，可针灸头部的百会穴，肺气不宣所致的小便闭涩，可用升提肺气的方法以通利小便等。

内治 指通过服药以治疗体内发生的各种病证。《素问·至

真要大论》：“内者内治，外者外治”。

外治 与“内治”相对而言。泛指除口服药物以外，施于体表或从体外进行治疗的方法。如推拿、外科手术，及药物熏、熨、敷、贴等法，均属外治法范围。因针灸学已形成专科，故近世论述外治法，多不包括针刺灸法。

八法 汗、吐、下、和、温、清、消、补八种治疗方法的总称。是前人在长期医疗实践的基础上，以八纲辨证为依据，概括总结出的基本治疗大法。一般来说，病邪在表用汗法；病邪在里、在上属实用吐法；在里在中属实用下法；病邪位于半表半里，气机不调用和法；病性属寒用温法；病性属热用清法；积聚、积滞属实用消法；正气虚弱，机能不足的虚证用补法。因为病情复杂，故临证处方，须针对具体病情，灵活运用八法，且常数种方法结合运用，才能提高疗效。

汗法 又称“发汗法”。八法之一。是通过开泄腠理，促进发汗，使邪气由肌表随汗而解的治法。故又称“解表法”。《素问·阴阳应象大论》：“其在皮者，汗而发之”，是汗法的立法依据。具有退热，透疹，消水肿，去风湿等作用，适用于外感表证及麻疹初期，疹发不畅，水肿腰以上肿甚，疮疡初起而有寒热表证等。汗法分辛温、辛凉两大类，以及与补法等治疗方法的结合运用。此外，使用蒸浴、针灸疗法等以发汗治疗，亦属汗法范围。

吐法 八法之一。是通过涌吐，使停留在咽喉、胸膈、胃脘等部位的痰涎、宿食或毒物从口排出的治法。《素问·至真要大论》：“其高者，因而越之”，是吐法的立法依据。因吐法引起呕吐，易损胃气，故多用于实邪壅塞，病情急剧的病人。

下法 又称“泻下”、“攻下”、“通里”等。八法之一。是通过荡涤肠胃，泻下大便或积水，使停留于肠胃的宿食、燥屎、实热、冷积、瘀血、痰结、水饮等从下而出，以解除疾病的治法。《素问·至真要大论》：“其下者，引而竭之，中满者，泻之于内”，是下法的立法依据。凡胃肠实热积滞，燥屎内结，以及体内蓄水、冷积等邪实之证，而正气未虚者，均可使用。下法有寒下、温下、润下、逐水之别，以及攻补兼施等与其他治法的配合运用。

和法 又称“和解法”。八法之一。是通过和解或调和的作用以祛除病邪的治法。和解，是指和里解表之意，用于治疗邪在半表半里的证候。调和，是调整人体功能，使之归于平复之意，用于治疗脏腑气血阴阳不和，或寒热失调、虚实夹杂的证候。凡邪在少阳、募原，以及肝脾不和，肠胃不和，气血不调，营卫失和等证，均可使用本法。和法的分类很多，常用的有和解少阳，透达募原，调和肝脾，调和肠胃等。

温法 又称“祛寒法”。八法之一。是通过温中、祛寒、回阳等作用，使寒去阳复，用于治疗里寒证的治法。《素问·至真要大论》：“寒者热之”、“治寒以热”，是温法的立法依据。由于里寒证有脏腑经络的不同，故分类上有温中祛寒，回阳救逆，和温经散寒等区别。虚与寒常并存，故温法多与补法配合运用。

清法 又称“清热法”。八法之一。是用寒凉药物以清解热邪，治疗里热证的治法。《素问·至真要大论》：“热者寒之”、“治热以寒”，是清法的立法依据。清法的运用范围较广，有清气分热，清营凉血、气血两清，清热解毒，以及清脏腑热

等不同。热证又有虚热和实热之分，对实热证适用苦寒清热，阴虚发热者又当滋阴和清热并用。清法常与他法配合使用，如与下法合则属清下法；与汗法合为清解法；与补法合为清补法。甚至可与温法合用，治疗寒热错杂之症。

消法 八法之一。是通过消导和散结的作用，对气、血、痰、食、水、虫等所结成的有形之邪，使之渐消缓散的治法。《素问·至真要大论》："坚者消之"、"结者散之"，是消法的立法依据。消法的概念较为广泛，目前常用的消法，一般指消食导滞和消痞散积而言，多用于治疗饮食积滞和气血积聚癥瘕痞块等证。若正气已伤，虚实并见，则多以补法同用，称"消补并用"。

补法 八法之一。是补养人体气血阴阳不足，治疗各种虚证的治法。《素问·三部九候论》："虚则补之"及《素问·至真要大论》"："损者益之"等，均是补法的立法依据。虚证有气虚、血虚、阴虚、阳虚等不同，补法也分补气、补血、补阴、补阳等，并宜结合五脏之虚补益五脏。根据病情轻重缓急程度，又分峻补与平补等。

解表 汗法之一。指通过发汗以祛除表邪，解除表证，故名。因表证有寒热之异，故解表有辛凉、辛温之别。辛凉解表如桑菊饮、银翘散等方，辛温解表如麻黄汤等。

解肌 解除肌表之邪的治法，适用于外感初起有汗的表证。有辛温和辛凉之分，辛温解肌如桂枝汤，辛凉解肌如柴葛解肌汤。

调和营卫 解除在表之风邪并调整营卫失和的治法。风邪伤人肌表，腠理不固，卫气外泄，营阴不得内守，而致营卫

失调，症见头痛发热，汗出恶风，鼻鸣干呕，脉浮弱等。主用桂枝汤，以桂枝为君药解肌而散寒，芍药为臣药益阴敛营，桂、芍相合，一治卫强，一治营弱，配以姜、枣、甘草为佐使，合则调和营卫。

透疹 汗法之一。指通过发散透泄疹毒，使疹子容易发出的治法。多用于麻疹初期，疹未透发或透发不畅，可用辛凉透表一类的药物，使疹毒随汗出而透发于外，不致发生变证。透疹之法，宜辛凉，忌辛温。

寒下 下法之一。是用于里热积滞实证的治法。症见大便秘结、腹部或满或胀或痛，甚或潮热、苔黄脉实等。所用药物多属苦寒，如大黄、芒硝等，代表方如大承气汤等。孕妇、新产血亏及病后津伤体弱者忌用此法。正虚病人需用时，应配合扶正药同用。

温下 下法之一。是用于寒性积滞的里寒实证的治法。症见大便秘结，脘腹胀满疼痛而喜温，手足不温甚或厥冷，脉沉紧等。常用泻下药配温里药，如大黄配附子、细辛，代表方如大黄附子汤；若暴病邪盛，寒实壅积，又当以辛热峻下药猛攻急下，如巴豆等，代表方如三物备急丸。

润下 又称“缓下”。下法之一。是用于肠燥津枯便秘证的治法。凡热盛伤津，或病后津亏，或年老津涸，或产后血虚的便秘，均可使用。代表方如麻子仁丸，济川煎等。

逐水 下法之一。是用于水饮壅盛里实证的治法。适用于水饮仃蓄胸胁，腹水、臌胀等病证。代表方如十枣汤等。本法逐水之力峻猛，虚证病人慎用。

急下存阴 指急用攻下法以迅速通便泄热，清除燥结，以

保存津液，防止痉厥变证的方法。适用于热性病热盛燥实的证候。若见壮热汗出、烦渴、腹满便秘，舌苔黄燥，脉沉实有力等，应用大承气汤之类。因燥热伤阴，故需攻泻实热，有釜底抽薪之意。

和解 ①即“和法”。②泛指用较轻的方调治。《伤寒论·辨霍乱病脉证并治》：“吐利止，而身痛不休者，当消息和解其外，宜桂枝汤小和之”。

和解少阳 和法之一。用于治疗外感热病邪在半表半里证（少阳证）的治法。症见往来寒热，胸胁苦满，心烦喜呕，嘿嘿不欲饮食，以及口苦、咽干、脉弦等。用小柴胡汤。

调和肝脾 和法之一。治疗肝气郁结，横犯脾胃，或脾虚不运，影响肝失疏泄，而致肝脾不和的方法。症见胸闷胁痛，脘腹胀痛，不思饮食，大便稀薄等。代表方如逍遥散、四逆散等。

调和肠胃 和法之一。用于治疗肠胃功能失调，寒热夹杂，升降失司证的治法。症见心下痞满，恶心呕吐，脘腹胀满，肠鸣下利等。代表方如半夏泻心汤。

温中祛寒 温法之一。主治中焦虚寒证的方法。症见食不消化，脘腹胀满，呕吐清水，大便清稀，舌淡苔白、脉沉细等。代表方如理中丸、小建中汤等。

回阳救逆 温法之一。救治阳气衰微，内外俱寒，甚至阴盛格阳或戴阳等证的方法。症见四肢厥逆，恶寒蹉卧，吐利，精神萎靡，脉微欲绝等为寒盛阳衰，阳气将亡之候。急用四逆汤或参附汤等挽回阳气而救厥逆。

温经散寒 温法之一。即温通经络，祛散寒邪。阳虚血弱，

寒凝经络而致手足厥寒，肢体关节疼痛，用当归四逆汤；若伤寒寒中少阴之经，外兼太阳之证，用麻黄附子细辛汤，属妇女冲任虚寒而月经不调，用温经汤。

清气分热 清法之一。清泄气分热邪的方法。分轻清宣气、辛凉清气和苦寒清气等法。症见身热微渴，心中懊憹、苔薄黄为热郁胸膈，气失宣畅，当以轻清之品泄热宣气，方用栀子豉汤；症见壮热烦渴，大汗，脉洪大等为热炽阳明气分，当以辛寒之品清气分邪热，方用白虎汤；症见身热不退，口渴汗少，小便黄赤，舌红苔黄为热在气分，郁而化火，当以苦寒之剂，清里热泄邪火，方用黄芩汤。

清营 又称“清营泄热”。清法之一。用于治疗邪热传营证的方法。症见身热夜甚，神烦少寐，时有谵语，口渴或不渴，脉数，舌降而干。可用清营汤，清营透热，养阴活血。

清热解毒 清法之一。用于治疗热毒诸证的方法。凡三焦火毒热盛，以及上中二焦邪郁生热，胸膈热聚；或风热疫毒发于头面及外科痈疽疔毒，均可用此法。代表方有以泻火解毒为主的，如黄连解毒汤；有通利导热下行的，如凉膈散；有以辛凉疏散配合清热解毒的，如普济消毒饮。

气血两清 清法之一。指合清营凉血与清泄气热之法，用于疫毒或热毒充斥内外，邪热入气分和血分的气血两燔证。症见以大热烦渴为主的气分热盛；以吐衄、发斑为主的血热妄行；以神昏谵语为主的热毒内陷等。常用方为清瘟败毒饮。

透热转气 又称“透营转气”。指温热病中，邪气初入营时，用既清营热，又清气热的方法，使营分邪热转出气分而解的治法。清营汤为清营透热的代表方，主治邪热由气传营之证。

方中犀角咸寒清心营，生地、玄参、麦冬清热滋阴，银花、连翘、竹叶等性凉质轻，以清透泄热，使入营之邪促其透出气分而解，即是遵叶天士“入营犹可透热转气”之法。

清暑益气 治疗暑热耗伤津气证的方法。症见身热烦渴，倦怠少气，汗多脉虚等，可用《温热经纬》清暑益气汤。若属元气本虚，伤于暑湿者，则以《脾胃论》清暑益气汤为宜。

消食导滞 简称“消导”。消法之一。治疗伤食积滞证的方法。症见胸脘痞满，嗳腐吞酸，恶食呕逆，腹痛泻泄等。常用消食药治疗，代表方如保和丸。

消痞化积 消法之一。治疗积聚痞块证的方法。此病多由寒热痰食与气血相搏，聚而不散，日久成积。症见胁下肿块，攻撑作痛，饮食少进，肌肉消瘦等。常用行气化瘀，消滞软坚的药物治疗，代表方如枳实消痞丸，鳖甲煎丸。

补气 又称“益气”。补法之一。是治疗气虚证的方法。因气虚多责之脾、肺二脏，故补气亦多指补益中焦脾胃之气及补益肺卫之气。气虚多见倦怠乏力，声低懒言，动则气喘，面色 白，食欲不振，便溏，脉弱或虚大等。代表方如四君子汤、补中益气汤等。

补血 又称“养血”。补法之一。治疗血虚证的方法。症见头晕目眩，唇甲色淡，面色萎黄，心悸气短，或妇女经水愆期，量少色淡，甚至闭经，脉细等。代表方如四物汤。因气为血帅，故因由气虚而致血虚之证，常用补血佐以补气之法，如大出血而致血虚，更须补气固脱。

补阴 又称“滋阴”、“养阴”、“益阴”。补法之一。是治疗阴虚证的方法。常见症状为口燥咽干，虚烦不眠，便秘尿赤，

甚则骨蒸潮热，盗汗遗精，舌红少苔，脉细数等。代表方如六味地黄丸、左归饮等。临床运用时，常是补阴中兼配补阳，正如张景岳所说；“善补阴者，必于阳中求阴”。

补阳 又称“助阳”。补法之一。是治疗阳虚证的方法。肾为人身阳气之根本，故补阳多指补肾阳。阳虚则症见畏寒肢冷，冷汗虚喘，腰膝酸软，泄泻水肿，舌淡而胖，脉沉迟等。代表方如肾气丸，右归丸等。临床运用时，常是补阳中兼配补阴，正如张景岳所说：“善补阳者，必于阴中求阳”。

润燥 用滋润药以治疗燥证的方法。燥邪致病，易伤津夜，使人体皮肤干燥皲裂，口鼻干燥，咽干口渴，干咳及大便干结等。《素问·至真要大论》：“燥者润之”。故常用桑叶、沙参、麦冬、玄参、麻仁等滋阴药治疗。具体又分为轻宣润燥、生津润燥、养血润燥，清肠润燥等。另有凉燥证，须用温润法治疗。

滋阴清热 用滋阴药治疗阴虚发热的方法。如心阴不足，心火亢盛，症见心烦不寐，午后发热，口干舌燥，舌红少苔，脉细数等，用黄连阿胶汤；肺热阴虚，症见干咳少痰，或咳痰带血，潮热颧红，舌红少苔，脉细数等，用百合固金汤；肝肾阴虚，症见五心烦热，潮热盗汗，腰膝酸软，舌红少苔，脉细数等，用知柏地黄丸。温热病后期，夜热早凉，热退而无汗者，用青蒿鳖甲汤。

甘温除热 用甘温药物治疗因虚而身发热的方法。如脾胃气虚发热，症见身热自汗出，渴喜温饮，少气懒言，大便稀溏，脉洪而虚，舌淡苔薄白者，用补中益气汤；如劳倦内伤，气弱血虚，阳浮外越，症见身热面赤，烦渴欲饮，脉洪大而

虚，以及妇人经行、产后血虚发热头痛，用当归补血汤。

引火归原 治疗肾阴亏竭，阳失潜藏，浮火上升的方法。肾火上升，表现为颧红目赤，头晕耳鸣，咽痛牙痛，腰膝酸软，舌质嫩红，脉微细或浮大无力。治疗时当于滋阴药中加用附子、肉桂等，以引导浮游之火下行，使阴阳平调，虚火不升。归原，即指下归于肾而言。

通阳 指温通阳气，治疗寒湿阻遏，痰凝瘀阻而致阳气不通证的方法。如：胸阳为痰浊阻闭的胸痹证，用栝蒌薤白半夏汤；湿温病湿阻三焦，用三仁汤；寒凝瘀阻血脉而致四肢厥冷，用当归四逆汤等。

理气 是补气法与调理气机方法的统称。一般多指调理气机的治法，适用于气机失调的病证。气滞宜行，气逆宜降，故又分行气、降气等具体治法。详见各条。

行气 理气法之一。指疏通气机，行散气滞的一种治法。适用于气滞所致的胸闷，腹胀等病症。若属情志不遂而致气滞，症见胸膈痞闷，胁肋胀痛等，当解郁行气，药用香附，佛手，乌药，砂仁之类；如因食滞、痰湿等阻滞中焦而致气机不畅，症见脘腹胀满，纳食不香等，当和胃行气，药用枳实、陈皮、炒莱菔子等。

降气 又称“下气”。理气法之一。是治疗气上逆的方法。适用于肺失肃降，气逆不平所致的喘咳，或胃气上逆的呃逆呕吐等证。常用方降肺气如苏子降气汤，降胃气如旋覆代赭汤。

理血 治疗血分病证方法的统称。一般指“活血祛瘀”，“止血”等法。

活血祛瘀 又称“活血化瘀”。理血法之一。是流畅血行，祛除瘀血的方法。适用于蓄血及瘀血证，如瘀积肿痛，外伤瘀肿，瘀阻经脉之半身不遂，瘀血内停之胸腹诸痛，以及经闭，痛经等。常用当归、丹参、桃仁、红花、川芎、赤芍、三七等药。

止血 理血法之一。治疗各种出血病证的方法。出血可由多种原因所致，如血热妄行，脾不统血，瘀血阻滞等，故须分辨不同的原因而作出相关的止血方法。如凉血止血，益气摄血，活血止血等。即止血应治本，在止血的基础上，要根据出血的原因而加以治疗，故有“见血休止血”之说。

化痰 指消除痰涎的方法。适用于因痰而导致的多种病证。痰的成因很多，治法亦各不相同。如脾失健运，湿聚成痰者，宜健脾燥湿化痰，代表方如二陈汤；火热内生，炼液为痰者，宜清热化痰，代表方如清气化痰丸；肺燥阴虚，虚火灼津为痰者，宜润燥化痰，代表方如贝母栝蒌散；脾肾阳虚，寒饮内停，或肺寒留饮者，宜温化寒痰，代表方如苓甘五味姜辛汤；肝风内动，挟痰上扰者，宜熄风化痰，代表方如半夏白术天麻汤；肺失宣降，聚液为痰者，宜宣肺化痰，代表方如止嗽散等。

软坚散结 治疗痰浊瘀血等结聚而形成结块诸证的方法。如痰浊凝聚的瘿瘤、瘰疬，宜消痰软坚散结，常用海藻、昆布、牡蛎等；久疟而脾脏肿大，宜软坚破结，用醋制的鳖甲、三棱、莪术等。此外，胃肠热盛燥屎内结，用芒硝等咸寒软坚润燥，亦 属本法的范围。

化湿 指运用芳香或温阳等药物以宣化湿邪或温化湿邪的

一种治法。芳香化湿适用于湿阻中焦而致胸闷泛恶，食欲不振，口中粘腻等，常用药物如藿香、佩兰、陈皮等；温阳化湿适用于湿从寒化和阳不化水之痰饮，水肿、痹证以及寒湿脚气等证，代表方如苓桂术甘汤、真武汤等。

燥湿 运用苦燥药物祛除湿邪的方法。多用于湿阻中焦之证。有苦温燥湿和苦寒燥湿的区别。若因胃肠湿热而见腹胀腹痛，大便热臭，舌苔黄腻等，当用苦寒燥湿法，常用黄芩，黄连、黄柏等药。若属中焦寒湿而见胸闷呕吐、腹胀、大便清稀、苔白腻等，当用苦温燥湿法，常用苍术、厚朴，半夏等药。

利湿 指运用渗利水湿药使湿邪从小便排出的治法。适用于水湿壅盛所致的癃闭，淋浊，水肿，泻泄等证。常用药物如茯苓、泽泻、猪苓等。

通淋 治疗下焦湿热所致淋证的方法。症见热淋，血淋，小便浑赤，溺时涩痛，淋沥不畅，甚或癃闭不通，小腹急满，口燥咽干等。常用方有八正散，石苇散等。

祛风 疏散风邪的统称。风有外风、内风之分，外风宜疏散，内风宜平熄。祛风法适用于外风所致诸病，症见头痛、恶风、肌肤瘙痒，肢体麻木，筋骨挛痛，关节屈伸不利，或口眼歪斜，甚则角弓反张等，常用辛散祛风的药物，如羌活、防风、白芷、荆芥等。由于风邪常与寒、湿、热、燥诸邪结合为患，故具体又分为祛风散寒，祛风除湿，祛风清热等法。

熄风 平熄内风的治法。适用于内风病证。如热极生风，常见高热不退，神昏抽搐症；肝风内动，常见眩晕，甚则猝然昏仆，半身不遂症；此皆属于内风之实证，治宜泻火熄风或

平肝熄风。代表方如羚角钩藤汤，镇肝熄风汤等。如邪热伤阴，虚风内动，则见筋脉拘挛，手足蠕动等症；或下元虚衰，虚阳浮越，痰浊上泛，发为瘖痱等，此皆属于内风之虚证，治宜滋阴熄风或养血熄风，代表方如大定风珠、地黄饮子。

解痉 又称“镇痉”。是通过平肝熄风，祛风通络以解除四肢抽搐，震颤，眩晕，口眼 斜及角弓反张等病证的一种治法。

重镇 指用金石、介类质重下坠药物以达到镇定作用的一种治法。适用于心神浮越或肝阳上亢所致的惊、狂、失眠、心悸、怔忡，眩晕等症。常用药物，如磁石、朱砂、生铁落，龙骨，牡蛎，真珠母等。

安神 安定神志，以治神志不安疾患的方法。分重镇安神和养心安神。外受惊恐，或肝郁化火，内扰心神，症见惊恐，喜怒，烦躁不宁等，多属实证，依“惊者平之”的原则应用重镇安神法，如珠砂安神丸。忧思太过，心肝之血不足，虚火内扰，症见虚烦不寐，惊悸，健忘等，多属虚证，按“虚者补之”的原则应用养心安神法，如天王补心丹。

开窍 开窍醒神，治疗神昏窍闭的方法。有凉开与温开的不同。凉开法，适用于温邪热毒内陷心包的热闭证，症见高热、神昏谵语，甚或痉厥等，代表方如安宫牛黄丸，紫雪丹。温开法，适用于痰厥及中寒等寒闭证，症状神昏不语，牙关紧闭，苔白脉迟等，代表方如苏合香丸。

收涩 又称“固涩”。指收敛固涩，治疗气血津精滑脱散失不收的方法。如自汗、盗汗，可用固表敛汗法，代表方如玉屏风散；久咳虚喘，可用敛肺止咳法，代表方如九仙散；久

泻不止，可用涩肠止泻法，代表方如四神丸；遗精滑泻，可用涩精止遗法，代表方如金锁固精丸；崩中及久带淋漓，可用固崩止带法，代表方如固经丸。

截疟 治疗疟疾的方法之一。在疟疾发作前的适当时间，服用药物，如柴胡截疟饮，截疟七宝饮等，或针刺大椎、后溪、间使等穴位，以制止疟疾的发作。

导法 即通导大便的方法。是把润滑性的锭剂塞入肛门内或用药液灌肠，以通导大便。早在汉代即已应用于临床。如蜜煎导法：用适量蜂蜜，微火煎熬成饴状，趁热搓成小指状锭子，用时塞入肛门内；猪胆汁导法：用猪胆一枚，取汁，灌入肛门。

清心 ①指清心经热的治法。用于心经热盛之证。症见心胸烦热，口渴面赤，口舌生疮，或热移于小肠，小便赤涩刺痛等。常用方如导赤散等。②指清心开窍的治法。用于温病热邪陷入心包之证。症见神昏谵语，或昏愦不语，身热，舌蹇肢厥，舌红绛，脉细数等。常用方如安宫牛黄丸、紫雪丹等。

宣肺 指宣通肺气的治法。适用于病邪袭肺，肺气失宣而致咳嗽，痰多，气喘鼻塞等症，常用麻黄、杏仁、桔梗、紫菀等药以开通肺气，化痰止咳。

润肺 指滋养肺阴润肺燥的治法。适用于外感温燥，或肺阴不足，症见咽喉燥痛，干咳少痰，鼻干口渴，舌红少津等。常用药物如沙参，麦冬、梨皮等。

健脾 又称“补脾”。治疗脾气虚弱，运化无力的方法。症见脘腹胀满，大便溏泄，饮食减少，倦怠乏力，面色萎黄，舌

淡苔白，脉弱等。常用方如参苓白术散等。

补中益气 指用健脾的方法治疗气虚证。补中指补脾而言。脾胃为后天之本，气血生化之源，健脾即能加强其化源，以达到补气的目的。故又是补气的基本方法。常用四君子汤、补中益气汤等。

补脾摄血 又称“补气摄血”。是治疗脾不统血、气不摄血所致出血证的方法。如鼻衄，或兼齿衄，肌衄，神疲乏力，心悸，头晕耳鸣，舌淡，脉细无力；或吐血缠绵不止，血色暗淡，心悸气短，面色苍白；或便血紫黯，腹部隐痛，面色不华，舌淡，脉细；或久病尿血；或反复发生肌衄；或月经先期，色淡质稀量多等证，均可用归脾汤为主方加减治疗。

升提中气 又称“升举阳气”。治疗中气下陷的方法。中气指脾气。脾主升，脾气虚则中气下陷，而出现久泻，脱肛，子宫脱垂等病症。可用补中益气汤，以升提中气，脾气健旺则诸证自除。

柔肝 又称“养肝”。治疗肝阴虚，肝血不足证的方法。症见眩晕头痛，耳鸣耳聋，双目干涩，视力减退，舌质红干少津，脉细弦数等。常用药物如当归、白芍、生地黄、旱莲草、女贞子等。因肝为刚脏，主疏泄，用药不宜刚而宜柔，故柔肝为补肝的常法。

疏肝 又称“疏肝理气”、“疏肝解郁”。是疏调肝气，治疗肝气郁结证的方法。症见胁痛胀闷不舒，呕逆，或腹痛便泄，便后不爽，苔薄，脉弦等。代表方如柴胡疏肝散等。

平肝 指治疗肝风内动，肝火上炎及肝阳上亢证的各种方法。如肝风内动，症见昏厥，痉挛，麻木等，可用平肝熄风

法，常用方如天麻钩藤饮；如肝火上炎，症见胁痛目赤，烦躁易怒等，可用平肝泻火法，常用方如龙胆泻肝汤；如肝阳上亢，症见头痛眩晕等，可用平肝潜阳法，常用方如镇肝熄风汤。

温补命门 即温补肾阳。用温肾壮阳的药物，治疗肾阳不足证的方法。肾阳不振，命门火衰，常见面色淡白，形寒尿频，五更泄泻，阳痿，舌淡白，脉沉迟等症。常用方如金匮肾气丸，四神丸等。

补肾纳气 治疗肾虚不能纳气的方法。用于肾气虚衰，不能摄纳，而见喘息气促，吸气困难，动则汗出，形瘦神怯，脉虚无力等症。常用方如七味都气丸、人参蛤蚧散等。

和胃 调畅胃肠气机的方法。用于治疗胃失和降，症见胃脘胀闷不适，嗳气，恶心，厌食，呕吐，舌淡苔白等。常用半夏、陈皮，砂仁等药。

补益心脾 治疗心脾两虚的方法。心脾两虚，系指心血不足，脾气亏虚，症见心悸怔忡，健忘不眠，盗汗虚热，食少体倦，面色萎黄，舌淡苔薄白，脉细滑等。常用方如归脾汤。

交通心肾 治疗心肾不交的方法。心肾不交，症见虚烦不眠，心悸健忘，头晕目眩，耳鸣，腰膝酸软，夜尿频多，舌红无苔，脉虚数等。常用方如交泰丸、黄连阿胶汤等。

培土生金 土指脾，金指肺，故又称“补脾益肺”。借五行相生的理论用补脾益气的方药补益肺气的方法。多用于脾虚及肺，症见咳嗽痰多，质白清稀，纳呆便溏，身倦力弱，甚则面浮肢肿，舌淡，脉细弱等。代表方如六君子汤等。

温补脾肾 治疗脾肾阳虚证的方法。脾肾阳气在生理上有

相互滋生及病理上相互影响的关系，宋张子刚《鸡峰普济方》有“补肾不如补脾”之说，严用和《济生方》则有“补脾不如补肾”之论，两者各有所侧重，但若脾肾阳气俱虚，症见少气懒言，腰膝酸冷，便溏或五更泻，舌淡苔薄白，脉沉细等，则宜用本法双补。方用附子理中汤等。

滋水涵木 水指肾，木指肝，故又称“滋补肝肾”。借五行相生的理论通过滋肾阴而达到滋养肝阴的方法。适用于肝肾阴虚，虚火内生之证。症见头晕目眩，双目干涩，五心烦热，盗汗遗精，妇女经水不调，舌红少苔，脉细数等。常用方如大补阴丸等。

刮痧 民间流传的简易治疗方法。适用于夏秋之时因中暑或感受秽浊之气而致恶心，呕吐，头昏头胀，胸闷，腹痛，腹泻以及晕车船，水土不服等病证。具体方法是：用铜钱或瓷片等边缘光滑物，蘸取植物油或温水顺刮颈项、肩背、肋间等处，自上而下，逐渐加重，以出现红紫斑点或斑块为度。再以消毒三棱针刺破以出尽紫黑血，使痧毒外泄。

内托 又称“托法”。是用补益气血和透脓的药物，扶助正气，托毒外出，以免毒邪内陷的方法。为外科治疗疮疡的常用方法之一。分透托法和补托法两类。透托法用于肿疡已成，毒盛正气不虚尚未溃破或溃而脓出不畅，多用于实证。代表方如透脓散。补托法用于肿疡毒盛正虚，不能托毒外出，以致疮形平塌，根盘散漫，难溃难腐，或溃后脓水稀少，坚肿不消，并见精神不振，面色不华，脉数无力等症。代表方如托里消毒散。

中药外敷 一种简便的外用药物疗法。用新鲜中草药，洗

净，捣烂外敷，用于治疗外科疾病之肿疡，具有红肿热痛之阳证。创伤浅表出血、皮肤病的止痒、毒蛇咬伤等亦可应用。如常用公英、紫花地丁、马齿苋、七叶一枝花等药物，洗净后加食盐少量，捣烂敷肿疡之患处，具有清热解毒消肿之功。

中药麻醉 指在进行外科手术时，以中药为主药对病人施行全身麻醉的方法。相传战国医家扁鹊已使用麻醉药。至汉代，名医华佗首创中药麻醉方剂麻沸散，进行腹腔等手术。唐宋以来，中药麻醉不断发展，宋代窦材《扁鹊心书》中的睡圣散，元代危亦林《世医得效方》中的草乌散，明代王肯堂《证治准绳》中的整骨麻药方等，都是古代比较有名的中药麻醉方剂。现代临床上常以中药洋金花作主药。其特点为：麻醉效果安全可靠，副作用小，可通过改善病人的微循环而发挥抗休克的作用，并易于用毒扁豆碱催醒，给药途径多，操作简便。目前国内已应用于肺、胃、食道等手术。

切开法 指运用器械，进行脓肿切开的一种手术疗法。以使脓液排出，达到疮毒随脓液外泄，肿消痛止，渐趋愈合的目的。一切外科疮疡，不论阴证，阳证，凡确已成脓者，均可使用本法。

烙法 是应用针和烙器，在火上加热后，进行手术操作的一种方法。分火针烙法和烙铁烙法两种。火针烙法是将粗针烧红后烙破脓疡，使脓液排出，用于治疗脓出不畅之肿疡。烙铁烙法是将烙铁（铁或铜制成，头如半粒小蚕豆大小，上接一柄）烧灼后，烙于出血点而止血，亦可烫治病变。多用于小血管出血、赘疣，息肉、肉芽水肿等。

砭镰法 俗称“飞针”。是用三棱针或刀锋在疮疡患处，浅

刺皮肤放出少量血液的方法。以促使内蕴热毒随血外泄，借以减轻疼痛和肿胀。多用于疮疡阳证，如丹毒、红丝疔等。

挂线法 是采用普通丝线、药制丝线、橡皮筋线等来挂断瘘管的治疗方法。利用线的张力，使局部气血阻断致肌肉坏死，达到切开的目的。多用于治疗疮疡溃后形成经久难愈的瘘管、乳漏、肛瘘等。

结扎法 又称“缠扎法”。是利用线的张力，结扎患部，促使患部经脉阻塞，气血不通，从而使要去除的病变组织坏死脱落。一般适用于赘疣、息肉、痔核、蒂小的体表肿瘤等。

药线 俗称“纸捻”或“药捻”。大多是用桑皮纸，按实际的应用，搓成线状，外粘或内裹去腐的药物，插入窦道或漏管中，以引流去腐，促使疮口愈合。一般适用于溃疡疮口过深过小，脓水不易排出，或经久不愈的瘘管等。

熏法 有热气熏和烟熏两种，是借助药力和热力的作用，使腠理疏通，气血流畅而达到治疗目的。多用于肿疡初起、脱肛、皮肤病或用以透发斑疹等。热气熏法：将药物煎沸后，患处对准药气直接熏之。烟熏法：将药研成细末，以棉纸滚油搓捻、油浸，同时燃点烟熏患处。

熨法 是将药物加酒、醋等炒热，用布包药温熨患处的方法。适用于风寒湿痹、脘腹冷痛等证。因用药不同，名称与作用亦异。如酒能升阳发散，故属寒袭肌肤：可用酒熨；醋能消坚破结，故疽毒初生，宜用醋熨等。

洗浴法 用药物煎汤并乘热淋洗患部的方法。按使用部位及方式不同可分为溻渍（泡浸）：将四肢浸泡于药液中；沐浴（淋浴）：以药液遍洗头部及全身；罨敷（湿敷）：用纱布浸药

液湿敷患处；坐浴：浸洗臀部和肛门处等。具体应用时，应根据不同疾患选用方药和淋洗方式。

吹药法 通过喷药器或消毒细竹管装药吹入人体孔窍的一种外治法。如将冰硼散吹入口腔咽喉处，以治疗局部肿痛。

枯痔法 指用枯痔的药物如枯痔散、灰皂散等，敷于二三期脱出肛门外的内痔痔核表面，使痔核干枯坏死，脱落而愈的方法。本法现已有不少改进，各地方法也不完全一致，各有特点。

药物敷贴疗法 利用某些药物敷贴在穴位或有关部位，以治疗某些疾病的外治法。如用毛茛、白芥子、大蒜、斑蝥等，可分别治疗哮喘、疟疾、关节疼痛等，用暖脐膏敷贴脐部治疗小儿泄泻，金黄散外敷患部治疗丹毒。

白内障针拨术 古代金针开内障术基础上发展而成的一种中医眼科手术方法。系用特别的拨障针将白内障拨离瞳孔区。在此基础上，又发展有“白内障针拨套出术”，用一特制的白内障套出器及粉碎器取出全部内障；以及“白内障针拨吸出术”，即用圆钝针头吸出内障。以适应不同年龄，不同体质，白内障软硬性质不同病人手术之选择。

正骨手法 骨伤治法之一。指用手的动作，治疗骨折、脱臼及软组织损伤的方法。有摸、接、端、提、按、摩、推、拿八法，今人称之为“正骨八法”。近年来，通过临床实践，在八法的基础上，归纳总结出比较完整的一套手法。有拔伸、旋转、屈伸、分骨、折顶、回旋、捺正、挤压等，用于治疗骨折及脱位整复。按摩、推拿、理筋、分筋、弹筋、拨络等为理筋手法，用于治疗软组织损伤。临床上因骨折、脱位往往

并发软组织损伤。故两类手法常联合运用。

小夹板固定 固定骨折的一种治疗方法。多用于四肢的闭合性骨折及创面较小的开放性骨折。夹板的固定作用，主要是通过夹板对骨干的固定力，布带对夹板的约束力，压垫对骨折端的效应力，患肢肌肉收缩时所产生的内在动力而达到固定的目的。中医应用夹板固定，在晋代葛洪已有运用。近代对夹板的应用，吸取了历代使用夹板的优点，创造了一整套新的骨折固定夹板，如柳木、杉树皮、竹夹板、塑料夹板、纸夹板等。并根据人体生理解剖的特点，贯彻了“动静结合”的原则，改进了夹板固定的装置，有利于骨折愈合及功能恢复，是临床常用有效治法之一。

推拿 又称“按摩”、“按跷”等。指在人体一定部位上，运用各种手法和进行特定的肢体活动以防治疾病的方法。具有疏通经络、滑利关节、促进气血运行，增强人体抗病能力的作用。推拿方法远在先秦时代早已应用于治病。《素问·血气形志篇》：“经络不通，病在于不仁，治之以按摩”。《汉书·艺文志》记有《黄帝岐伯按摩》十卷。隋唐时代在太医署中设有按摩博士等职位。明清时代在小儿推拿方面有较大发展，并开始广泛运用“推拿”这个名称。解放后推拿得到了很大的发展，现广泛运用于临床多种病症的治疗。

按摩 见“推拿”。

推拿手法 在推拿防治疾病过程中用手或肢体其他部分，按各种特定的技巧动作，在体表操作的方法，它通过许多不同形式的操作方法来刺激人体的经络穴位。推拿手法的种类很多，手法名称亦不统一，根据手法的动作形态，推拿手法

可归类为摆动类手法，如一指禅推法、滚法等；摩擦类手法，如推法、摩法等；振动类手法，如抖法、振法等；按压类手法，如按法、拿法等；叩击类手法，如拍法、击法等；运动关节类手法，如背法、扳法等六类手法。

推法 推拿手法名。用指、掌或肘部着力于一定的部位上进行单方向的直线移动。用指称指推法，用掌称掌推法，用肘称肘推法。操作时指、掌或肘要紧贴体表，用力要稳、速度要缓慢而均匀。有疏通经络、行气消瘀等作用。

拿法 推拿手法名。用拇指和食、中两指，或拇指和其余四指的指腹，相对用力紧捏一定部位。操作时用力要由轻而重，动作要缓和而有连贯性。具有祛风散寒，开窍止痛，舒筋通络等作用。

按法 推拿手法名。用拇指端或指腹按压体表，称指按法；用单掌或双掌，亦可用双掌重叠按压体表，称掌按法。操作时着力部位要紧贴体表，用力要由轻而重。具有活血止痛，开通闭塞等作用。

摩法 推拿手法名。用手掌面或手指指面附着于一定部位上，以腕关节连同前臂作轻缓而有节律的盘旋摩擦。用手掌进行者，称掌摩法；用手指进行者，称为指摩法。操作时肘关节自然屈曲，腕部放松，指掌自然伸直，动作要缓和而协调。具有理气和中，消积导滞，活血止痛等作用。

扳法 推拿手法名。用双手作相反方向或同一方向用力扳动肢体。根据用力方向和施行方法的不同有侧扳、后扳、斜扳等多种。操作时动作应果断而快速，用力要稳，扳动幅度一般不能超过各关节的生理活动范围。具有舒展筋脉，滑利

关节，帮助复位等作用。

摇法 推拿手法名。使关节作被动的环转活动，是活动关节的一种方法。操作时用力要稳，摇动方向及幅度须在患者生理许可范围内进行，由小到大。有调和气血，滑利关节等作用。

法 推拿手法名。将手部掌指关节略微屈曲，以掌背近小指侧部分紧贴于治疗部位上，然后有节律地连续摆动掌部，进行腕关节屈伸和前臂旋转的协调运动，使手掌部呈来回滚动状。操作时手法吸定的部位要紧贴体表，压力、频率、摆动幅度要均匀，动作要协调而有节律。有疏通经络，舒展筋脉，行气活血，解痉止痛等作用。

小儿推拿 用于防治小儿病症的特定推拿方法。由于小儿在生理和病理上有一定的特点，所以小儿推拿有其特定的穴位及操作手法。如推患儿五个手指的指腹（推五经），以调整五脏功能；推前臂屈侧部的桡侧缘（推三关）或尺侧缘（推六腑），来解表或退热；由下而上地推尾骶部（推上七节）以止泻等。小儿推拿常用于防治感冒，发热，呕吐，腹泻，食滞，疳积，遗尿，脱肛等症。

小儿捏脊 用于治疗小儿腹泻，疳积，食欲不振等病症的方法。具体操作方法：医者以两小指抵于患儿脊柱两旁，再以两拇指伸向食指前方，合力夹着肌肉提起，边提捏，边向前推进，由尾骶部捏到枕项部。重复 3—5 遍。为加强疗效，在挟提到与病情相关的背俞穴时，可加重挟提力量，并用力向上提捏一次。本法有通理经络，畅旺血脉的作用。

药膳 传统中医饮食疗法之一。是药物与食物相结合作为

饮食食用，以治疗疾病的方法。常见类型有：粥（如山药粥、莲子粥），糕（如阳春白雪糕、粳米糕），点心（如茯苓包子、豆蔻馒头），炒菜（如杜仲腰花、菊茉肉片），汤（如十全大补汤、银耳鸽蛋汤）等。此外，尚有羹、饮料、茶、酒等。药膳既有营养作用，又有防病治病，延年益寿的医疗功效，为中医药学的宝贵遗产。

药枕 中医传统治疗方法。即以中药作为枕芯装入枕头内，供患者睡觉时使用，以治疗疾病。如据唐代冯贽《云仙杂记》记载：以磁石制作成盆枕使用，可保老年双目视力不花。当时皇宫多用之。今人多用于治疗失眠，高血压等病症，如菊花药枕。

导引 又称“道引”。古代的健身方法之一。即通过配合呼吸进行自我按摩和肢体运动，以安定心神，和调气血，舒通经络，强健身心的方法。唐王冰谓：“导引，谓摇筋骨，动支节”。唐释慧琳《一切经音义》：“凡人自摩自捏，伸缩手足，除劳去烦，名为导引”。

五禽戏 古代的一种医疗体操。为后汉末医学家华佗所创。它是以模仿虎、鹿、熊、猿、鹤的动作和姿态进行肢体活动，以活动筋骨，疏通气血，增强体质，防治疾病。

气功 是在意识主导下，通过意和气的锻炼，以调和气血，疏通经络，提高机体抗病能力的一种防治疾病方法。一般分为静功、动功两大类。静功包括坐、卧、站等姿式，用“调息”、“意守”等方法，如放松功、内养功等。动功如柔和而有节奏的肢体活动和自我按摩、拍击等方法。可根据患者的具体情况，动静结合，适当选用。

中 药 学

本草 中药的通称或原始称号。见《汉书·平帝纪》。五代·韩保升谓："按药有玉石、草木、虫兽，而直云本草者，为诸药中草类最多也。"本草又是记载中药书籍的通用名称，如《神农本草经》、《本草纲目》等。

药性 出《神农本草经》。药物治病的多种性质和作用的概括。包括性味、作用部位（归经）、作用趋向（升降浮沉）、补和泻以及有毒、无毒等。

四气五味 四气，又称"四性"，指药性的寒、热、温、凉。以寒凉药治热证，用温热药治寒证，还有平性，性质较平和。五味指药味的辛、酸、甘、苦、咸，辛能散能行，酸能收涩，甘能补能缓，苦能泄能燥，咸能软坚润下。近人认为药物味的不同，与所含化学成分有关。如辛味多含挥发油，酸味多含有机酸，甘味多含糖类，味苦的可能含生物碱、甙类或苦味质等。

性味 即"四气五味"。

升降浮沉 中药学名词。指药物作用的趋向而言。药物因其气味厚薄和质地轻重不同，而产生升降浮沉的不同作用。升浮药上行而向外，有升阳、发表、宣发、散寒的作用；沉降的药多具潜阳、降逆或泻下的作用。

归经 指将药物的作用与脏腑经络关系结合起来，说明药物对某一经络及所属脏腑能起特殊作用。归指归属，经指经络及所属脏腑。药物一般都具有归经作用，有的还能归数经。根据归经理论，药物对其有关的经络脏腑的适应病证，能起

主要的治疗作用。如天麻、全蝎等归肝经，能治手足抽搐等肝经病。归经是古人观察疗效后总结出来的，其机理有待研究。

炮制 指对原药材进行一般修治整理和部分药材的特殊处理，后者又称“炮炙”。其方法有修治、水制、火制、水火合制等。修治包括纯净、粉碎、切制等；火制如煅、炮、炙、炒、煨等法，大都用酒、蜜、醋或姜汁共制；水制有洗、漂、泡、渍、水飞等；水火合制有蒸、煮、淬等。另外还有发芽、发酵、制霜等。炮制的目的在于改变药物的性能，加强疗效，消除或减低药物的毒、副作用，便于制剂和服用，便于贮存。宋·雷敩的《雷公炮炙论》是我国最早的制药专书。

咀片 见“饮片”。

饮片 又称“咀片”。药材经过加工处理后，成为片、丝、块、段等形状，便于煎汤服用。一说药物必先泡浸使吸饮水分，然后切成块状，故名。

十八反 中药配伍禁忌名词。反，又称“相反”，即两种药物合用，能产生毒性反应或副作用。据文献记载，十八反指：甘草反大戟、芫花、甘遂、海藻；乌头反贝母、瓜蒌、半夏、白蔹、白芨；藜芦反人参、丹参、沙参、苦参、玄参、细辛、芍药（反玄参系《本草纲目》增入，故实有十九种）。十八反是古人经验，但古方中也有配伍应用，如《金匮要略》甘遂半夏汤中甘遂与甘草同用。其机理有待研究。

十九畏 中药配伍禁忌名词。畏指一种药物受另一种药物的抑制，减低其毒性或功效，甚至完全丧失功效。十九畏指：硫黄畏朴硝，水银畏砒霜，狼毒畏密陀僧，巴豆畏牵牛，丁

香畏郁金，牙硝畏三棱，川乌、草乌畏犀角，人参畏五灵脂，肉桂畏赤石脂。

妊娠药忌 指怀孕期间，有些药物可能引起流产或损害母子，一般不得使用或慎用。大致有以下几类：1．植物类药：⑴ 毒草类：乌头、附子、天雄、侧子、野葛、羊踯躅、南星、半夏、大戟、芫花、常山。⑵ 破血药类：牛膝、桃仁、牡丹皮、茜根、干漆、瞿麦、 茹、三棱、鬼羽箭、通草、红花、苏木。⑶ 吐下滑利类药：藜芦、巴豆、牵牛、皂荚、葵子、薏苡仁。⑷ 辛温辛热类药：厚朴、肉桂、干姜。2．动物类药：⑴ 毒虫类：水蛭、芫青、斑蝥、地胆、蜘蛛、蝼蛄、蜈蚣、蛇蜕、虻虫。⑵ 其他动物类药：猬皮、牛黄、麝香、龟板、鳖甲。3．矿物类药：代赭石、水银、噩砂、砒石、芒硝、硫黄、雄黄。其中有些是剧毒药，是绝对禁用；有些经过炮炙，可以使用，如生半夏用姜汁制成姜半夏，常用于怀孕初期的噩心呕吐。所以妊娠药忌是否完全禁忌，也须进一步研究。

单行 药物配伍的七情之一。出自《神农本草经》。指单用一味药，以起应有的效能。如甘草汤、独参汤等。

相须 中药配伍的七情之一。出自《神农本草经》。指性能功 效相类似的药物配合应用，可以明显地增强其原有疗效。如石膏与知母配合，能明显地增强清热泻火的疗效；大黄与芒硝相配，明显地增强其攻下泻热的疗效。

相使 中药配伍的七情之一。出自《神农本草经》。指在性能与功效方面有某种共性的药物配合应用，以一种药物为主，另一药物为辅，以提高主药物的疗效。如补气利水的黄芪与

利水健脾的茯苓配合时，茯苓能提高黄芪补气利水的疗效。

相畏 中药配伍的七情之一。出自《神农本草经》。指一种药物的毒性反应或副作用能被另一种药物减轻或消除。如生半夏和生南星的毒性能被 生姜减轻或消除，所以说生半夏和生南星畏生姜。

相恶 中药配伍的七情之一。出自《神农本草经》。指两种药物合用，能相互牵制而使作用降低甚至丧失药效。如生姜恶黄芩，因黄芩能减弱生姜的温性；人参恶莱菔子，因莱菔子能减弱人参的补气功效。

相杀 中药配伍七情之一。出自《神农本草经》。指一种药物能减轻或消除另一种药物的毒性或副作用。如生姜杀生半夏、生南星；绿豆杀巴豆等。

相反 中药配伍七情之一。出廛《神农本草经》。指两种药物合用，能产生毒性反应或副作用。如“十八反”、“十九畏”中的若干对药物。

解表药 指以发散表邪、解除表证为主要作用的一类药物。某些解表药尚兼有利尿退肿、止咳平喘、止痛的作用。常用药物及分类见表：

分类	药名	性味	归经	功效	主治
发散风寒药	麻黄	辛、微苦，温	肺，膀胱	发汗解表，宣肺平喘，利水	风寒感冒，咳喘、水肿，风湿痹痛，阴疽痰核
	桂枝	辛、甘，温	心，肺，膀胱	发汗解表，温经通阳	风寒感冒，胸痛，心悸、脉结代，饮证，风寒湿痹，经寒瘀滞，月经不调
	紫苏	辛，温	肺，脾	发表散寒，行气宽中，解鱼蟹毒	风寒感冒，脾胃气滞，妊娠呕吐，中鱼蟹毒
	荆芥	辛，微温	肺，肝	祛风解表，止血	感冒，风疹、麻疹，疮疡初起，止血
	防风	辛、甘，微温	膀胱，肝，脾	祛风胜湿，解表，解痉	感冒，风寒湿痹，破伤风
发散风热药	薄荷	辛，凉	肝，肺	疏散风热，清利头目，透疹	风热感冒，风热头痛，目赤咽痛，痘疹，麻疹，胸闷胁痛
	菊花	辛、苦、甘，微寒	肝，肺	疏风清热，解毒，明目	外感风热，目赤肿痛，目暗不明，头晕目眩
	柴胡	苦、辛，微寒	心包络，肝，三焦、胆	透表泄热，疏肝解郁，升举阳气	邪入少阳，疟疾，外感发热，肝气郁结，气虚下陷
	升麻	辛、甘，微寒	肺，脾，大肠，胃	发表透疹，清热解毒，升阳举陷	风热感冒，斑疹，阳明胃热，中气下陷

清热药 指以清泄里热为主要作用的药物。性属寒凉、通过清热泻火、解毒、凉血、清虚热等功效，治疗温热病、痢疾、痈肿疮毒等多种感染性疾病及阴虚内热所呈现的里热证候，常用药物及分类见表：

分类	药名	性味	归经	功效	主治
清热泻火药	石膏	辛、甘，大寒	肺，胃	清热泻火，除烦止渴	气分实热，气血两燔，肺热气喘，胃火亢盛
	知母	苦、甘，寒	肺，胃，肾	清热泻火，滋阴润燥	气分实热，咳嗽，阴虚火旺，消渴
	栀子	苦，寒	心，肺，胃，三焦	泻火除烦，清热利湿，凉血解毒	热病心烦，火毒炽盛，湿热黄疸，血热妄行
	黄芩	苦，寒	肺，胆，胃，大肠	清热燥湿，泻火解毒，止血，安胎	泻痢，黄疸，湿温，肺热，血热妄行，胎热不安
	黄连	苦，寒	心，肝，胃、大肠	清热燥湿，泻火解毒	湿热证，心经实火，呕吐，痈肿疮毒
	黄柏	苦，寒	肾，膀光，大肠	清湿热、泻火毒，退虚热	湿热证，疮疡肿毒，湿疹，阴虚发热，盗汗，遗精
清热凉血药	生地	甘，苦，寒	心，肝，肾	清热凉血，寒阴生津	热入营血，血热妄行，热病伤津，消渴，便秘
	玄参	甘、苦、咸，寒	肺，肾，胃	清热养阴，解毒散结	热毒实火，阴虚内热、瘰疬、痰核、瘿瘤
	牡丹皮	苦、辛，微寒	心，肝，肾	清热凉血，活血散瘀	热病斑疹，吐血，衄血，经闭，痛经，癥瘕积聚，肠痈
	赤芍	苦，微寒	肝	清热凉血，祛瘀止痛	热入血分，血热妄行，经闭，跌打损伤，疮痈肿痛
清热解毒药	金银花	甘，寒	肺，胃，大肠	清热解毒	外感风热，温热病，疮痈疖肿，血痢
	连翘	苦，微寒	肺，心，胆	清热解毒，消痈散结	外感风热，温热病，疮毒痈肿，瘰疬结核
	大青叶	苦，大寒	心，肺，胃	凉血消斑	热毒发斑，丹毒，口疮，咽喉肿痛
	紫花地丁	苦、辛，寒	心，肝	清热解毒	火毒疔疮，乳痈，肠痈，丹毒，毒蛇咬伤
	蒲公英	苦、甘，寒	肝，胃	清热解毒，利湿	疔毒，乳痈，湿热黄疸，热淋
	野菊花	苦、辛，微寒	肺，肝	清热解毒	痈疽疖疔，瘰疬，咽喉肿毒，目赤肿痛
	鱼腥草	辛，微寒	肺	清热解毒	肺痈，热毒疖肿
	白头翁	苦，寒	大肠	清热解毒，凉血止痢	热毒血痢

止咳化痰平喘药 指具有止咳、化痰、平喘作用的药物，因每一类多兼有其他二种作用，故合称。常用药物见表：

分类	药名	性味	归经	功效	主治
温化寒痰药	半夏	辛，温，有毒	脾，胃，肺	燥湿化痰，降逆止呕，消痞散结	咳嗽气逆，噁心呕吐，胸脘痞闷，梅核气，瘿瘤痰核，痈疽
	白前	辛、甘，平	肺	祛痰，降气止咳	痰多而咳嗽不爽，气逆喘促
	旋复花	苦、辛、咸，微温	肺，脾，胃，大肠	消痰行水，降气止呕	咳喘痰多，痰饮蓄结，噫气呕吐
清热化痰药	桔梗	苦、辛，平	肺	开宣肺气，祛痰排脓	咳嗽痰多，胸膈痞闷，咽痛音哑，肺痈
	贝母	苦、甘，寒	肺，心	化痰止咳，清热散结	久咳，风热咳嗽，瘰疬，疮痈肿毒，肺痈，乳痈
	前胡	苦、辛，微寒	肺	降气祛痰，宣散风热	咳喘痰稠，风热郁肺，咳痰不爽
	瓜蒌	甘，寒	肺，胃，大肠	皮清肺化痰，利气宽胸仁润燥化痰，滑肠通便	肺热咳嗽，胸痹，结胸，便秘，乳痈
	竹茹	甘，微寒	肺，胃，胆	清热化痰，除烦止呕	肺热咳嗽，痰火内扰，胃热呕吐
	枇杷叶	苦，平	肺，胃	化痰止咳，和胃降逆	风热燥火之咳嗽，口渴，呕吐
止咳平喘药	桑白皮	甘，寒	肺	泻肺平喘，利尿消肿	肺热咳嗽，喘逆痰多，水肿
	杏仁	苦，微温，有小毒	肺，大肠	止咳平喘，润肠通便	咳喘症，肠燥便秘
	百部	甘、苦，平	肺	润肺止咳，灭虱杀虫	咳嗽，蛲虫病，头虱，体虱
	款冬花	辛，温	肺	润肺下气，止咳化痰	咳嗽
	紫菀	苦、甘，微温	肺	化痰止咳	咳嗽气逆

芳香化湿药 指气味芳香，性偏湿燥，具有化湿健脾作用的药物。用于治疗湿浊内阻，脾为湿困，运化失职之证。对湿痰壅滞及湿温、暑湿亦可选用。常用药物见表：

药名	性味	归经	功效	主治
藿香	辛、微温	脾，胃，肺	化湿，止呕，解暑	湿阻，暑湿，湿温，呕吐，内伤湿滞
佩兰	辛，平	脾，胃	芳香化湿，疏散表邪	湿阻，湿温初起，暑湿
砂仁	辛，温	脾、胃	化湿行气，温中安胎	湿阻中焦，胎动不安，妊娠恶阻
石菖蒲	辛，温	心，胃	化湿和胃，开窍宁神	湿阻，湿蒙清窍，热入心包，耳鸣，耳聋，健忘，癫狂，痴呆
苍术	辛、苦，温	脾，胃	燥湿健脾，祛风除湿	湿邪困脾，湿痹，外感风寒湿邪，夜盲症

消食药 指能消化饮食积滞的药物，其中一些尚有健脾和中之效。常用药物见表：

药名	性味	归经	功效	主治
鸡内金	甘，平	脾，胃，小肠，膀胱	消食积，止遗尿，化结石	食滞、疳积，遗尿，遗精，泌尿系结石
麦芽	甘，平	脾，胃	消食健脾，回乳	食积不消，回乳
神曲	甘、辛，温	脾，胃	消食健胃	食积不消
山楂	酸、甘，微温	脾，胃，肝	消食健胃，活血化瘀	食积不化，产后瘀滞腹痛，恶露不尽

理气药 指具有疏通气机，消除气滞功效的药物。分别具有行气理脾、疏肝解郁，降气平喘作用，用于气滞证。常用药物见表：

药名	性味	归经	功效	主治
枳实	苦、辛寒，微寒	胃，脾，大肠	破气消积，化痰除痞	脾胃气滞，痰湿水饮内停，胸痹，结胸，便秘，子宫脱垂，脱肛，胃下垂
橘皮	辛、苦，温	脾，肺	行气健脾，燥湿化痰	脾胃气滞，痰湿阻滞，呃逆，呕吐
青皮	苦、辛，温	胆，肝，胃	疏肝破气，消积化滞	肝郁气滞，食积，气滞作痛
厚朴	苦、辛，温	脾，胃，肺，大肠	行气燥湿，消积平喘	湿阻胸闷，呕逆，腹胀，喘症
木香	辛、苦，温	脾，胃，大肠，胆	行气止痛	消化不良，腹满胀痛，泄泻，下痢，肝胆湿热
香附	辛、微苦，平	肝，三焦，胃	疏肝理气，调经止痛	胁肋作痛，脘腹胀痛，疝痛，月经不调，痛经
檀香	辛，温	脾，胃，肺	行气止痛，散寒开胃	胃寒作痛，胸痹，心痛
薤白	辛、苦，温	肺、心，胃，大肠	通阳散结，下气导滞	胸痹、脘腹痛，气滞下痢

泻下药 指具有通利大便，排除胃肠积滞，或清导实热、攻逐化饮等作用的药物。适用于大便不能，肠胃积滞，实热内结，水饮停蓄等里实证。常用药物及分类见表：

分类	药名	性味	归经	功效	主治
攻下药	大黄	苦，寒	脾，胃，大肠，肝，心	攻积导滞，泻火解毒，活血祛瘀	胃肠实热积滞，下痢，便秘，吐、衄血，产后瘀血腹痛，经闭，黄疸，热毒疮疡
	芒硝	苦、咸，大寒	胃，大肠	软坚泻下，清热泻火	里热燥结，结胸，腹中痞块
	番泻叶	甘、苦，寒	大肠	泻热导滞	热结便秘
润下药	火麻仁	甘，平	脾，大肠	润肠通便	津血虚之便秘
	蜂蜜	甘，平	肺，脾，大肠	润肠通便，润肺止咳，补中缓急	肠燥便秘，干咳，虚劳久咳，咽干，慢性衰弱性疾病
峻下逐水药	甘遂	苦、甘，寒，有毒	肺，肾，大肠	泻水逐饮，消肿散结	水肿胀满，风痰癫痫
	芫花	辛、苦，温有毒	肺，肾，大肠	泻水逐饮，祛痰止咳，杀虫疗疮	水肿胀满，咳嗽痰喘，头疮，顽癣

驱虫药 指能驱除或抑杀寄生虫的药物。常用药见表：

药名	性味	归经	功效	主治
使君子	甘，温	脾，胃	杀虫消积	蛔虫病，小儿疳积
苦楝皮	苦，寒	肝，脾，胃	杀虫，疗疥癣	蛔虫病，钩虫病，蛲虫病，阴道滴虫，头癣，疥疮
川楝子	苦、寒，有小毒	肝，胃，小肠，膀胱	杀虫、行气止痛	肠道寄生虫伴腹痛，胸胁痛，疝痛
雷丸	苦、寒，有小毒	胃，大肠	杀虫	绦虫病，钩虫病，蛔虫病
槟榔	辛、苦，温	胃，大肠	杀虫消积，行气利水	诸虫证，食积，痢疾，脚气肿痛

温里药 指能温里祛寒，用于治疗寒证的药物，又称祛寒药。常用药物见表：

药名	性味	归经	功 效	主 治
附子	辛、甘，大热，有毒	心，肾，肺	回阳救逆，温肾助阳，祛寒止痛	亡阳证，脾肾阳虚，风寒湿痹
干姜	辛，热	心，肺，脾，胃	回阳，温中，温肺化痰	亡阳证，脘腹冷痛，呕吐泄泻，肺寒咳嗽
肉桂	辛、苦，热有小毒	肝，脾，胃，肾	温中止痛，降逆止呕	脘腹冷痛，疝痛，脚气疼痛，头痛，久泻，呕吐吞酸

平肝息风药 指具有平肝息风或潜阳镇静作用的药物。用于肝风内动，惊痫，抽搐或肝阳上亢头晕目眩等。常用药物及分类见表：

分类	药名	性味	归经	功效	主　治
平肝息风药	地龙	咸，寒	肝，脾，膀胱	清热息风，平喘，通络，利尿	惊痫，抽搐，肺热痰喘，热结膀胱
	钩藤	甘，微寒	肝，心包	息风止痉，清热平肝	惊痫，抽搐，头晕目眩
	天麻	甘，平	肝	息风止痉，平肝潜阳	惊痫抽搐，破伤风，眩晕头痛，风湿痹痛
	全蝎	辛，平，有毒	肝	息风止痉，解毒散结，通络止痛	急慢惊风，中风面瘫，破伤风，疮疡肿毒，瘰疬结核，头痛
平肝潜阳药	石决明	咸，寒	肝	平肝潜阳，清肝明目	头晕目眩，目赤肿痛，翳膜遮睛，视物昏糊
	代赭石	苦，寒	肝，心	平肝潜阳，降逆，止血	头痛眩晕，呃逆，呕吐，吐血，衄血，崩漏
	白芍	苦、酸，微寒	肝，脾	平抑肝阳，养血敛阴，柔肝止痛	月经不调，崩漏，肝郁胁痛，肝阳上亢头痛，眩晕，自汗，盗汗
	龙骨	甘、涩，微寒	心，肝	平肝潜阳，镇静安神，收敛固涩	头晕目眩，心悸，失眠，惊痫，癫狂，遗精，带下，虚汗，崩漏

安神药　指具有安神定志功效的药物。用于治疗心气虚、心血虚、心火亢盛或其他原因所致的心神不宁，心悸怔忡，失眠多梦，惊风，癫痫狂等证。常用药物见表：

药名	性味	归经	功效	主　治
朱砂	甘，寒	心	清心安神，解毒	心神不宁，惊悸不眠，癫痫，疮疡肿毒
酸枣仁	甘，平	心，肝	养心安神，敛汗	失眠，惊悸怔忡，自汗，盗汗
柏子仁	甘，平	心，肾，大肠	养心安神，润肠通便	惊悸证忡，虚烦不眠，便秘
夜交藤	甘，平	心，肝	养心安神，祛风通络	虚烦不眠，多梦，风湿痹痛
远志	辛、苦，微温	肺，心	宁心安神，祛痰开窍，消痈肿	惊悸，失眠，健忘，精神错乱，惊痫，咳嗽痰多，痈疽

利水渗湿药　指以通利水道，渗泄水湿为主要功效的药物。适用于水湿内停，湿邪为患或湿热所致诸证。常用药物及分类见表：

分类	药名	性味	归经	功效	主　　治
利水退肿药	茯苓	甘、淡，平	心，脾，肾	利水渗湿，健脾安神	小便不利，水肿，食少便溏，痰饮，心悸，失眠
	猪苓	甘、淡，平	肾，膀胱	利水渗湿	水湿停滞，小便不利，水肿
	泽泻	甘、淡，寒	肾，膀胱	利水渗湿，泻热	水湿停滞，小便不利，湿热带下，淋浊
	薏苡仁	甘，淡，微寒	脾，胃，肺	利水渗湿，除痹，清热排脓，健脾止泻	水肿，脚气胫肿，小便不利，风湿痹痛，肺痈，肠痈，泄泻
利尿通淋药	车前子	甘，微寒	肺，肾，肝	利水通淋，清热明目	小便不利，泄泻，目赤肿痛、目昏花，肺热咳嗽
	木通	苦，寒	心，小肠，膀胱	清热利水，通乳	湿热淋症，口舌生疮，乳汁不通，痹痛
	滑石	甘、淡，寒	胃，膀胱	利水通淋，清解暑热	热结膀胱，小便不利，湿温，暑湿，湿疹
利湿退黄药	茵陈蒿	苦，寒	脾，胃，肝，胆	清热，利湿，退黄	黄疸
	金钱草	甘，淡，平	肝，胆，肾，膀胱	利水通淋，除湿退黄，清热解毒	肝胆湿热，热淋，砂淋，石淋

祛风湿药　指以祛除风湿，解除痹痛为主要功效的药物。常用药物及分类见表：

分类	药名	性味	归经	功效	主治
祛风湿止痹痛药	独活	辛、苦，微温	肝，肾，膀胱	祛风湿，止痛	风寒湿痹头身痛，风寒表证
	威灵仙	辛、咸，温	膀胱	祛风除湿，通络止痛	风湿痹痛，诸骨鲠咽
	防己	苦、辛，寒	肾，脾，膀胱	除风湿，止痛，利水	湿热身痛，风湿痹痛，水肿，小便不利
舒筋活络药	木瓜	酸，温	肝，脾	舒筋活络，和胃化湿	风湿痹痛，脚气肿痛，筋脉拘挛，呕吐，腹泻
	络石藤	苦，微寒	心，肝	祛风通络，凉血消肿	风湿痹痛，筋脉拘挛，喉闭肿痛，痈疽疮肿
	桑枝	苦，平	肝	祛风通络	肢节疼痛，四肢拘挛
	白花蛇	甘、咸，温，有毒	肝	祛风，通络，定惊	风湿顽痹，肢体麻木，筋脉拘急，中风，抽搐，惊痫，皮肤顽癣

分类	药名	性味	归经	功效	主治
祛风湿强筋骨药	骨碎补	苦，温	肝，肾	补肾，接骨，活血	风湿日久，肾虚腰痛，耳鸣，跌打损伤，筋断骨折
	续断	苦、甘、辛，微温	肝，肾	补肝肾，续筋骨，行血脉	腰痛脚弱，风湿痹痛，胎漏，胎动不安，骨折
	桑寄生	苦，平	肝，肾	祛风湿，补肝肾，安胎	风湿痹痛兼肝肾亏损，胎动不安，胎漏
	狗脊	苦、甘，温	肝，肾	祛风湿，补肝肾，强腰膝	风湿日久，腰脊疼痛，足膝无力

止血药 指以制止体内外出血为主要作用的药物。常用药及分类见表：

分类	药名	性味	归经	功效	主　治
收敛止血药	仙鹤草	苦、涩，平	肺，肝，脾	收敛止血，解毒疗疮，杀虫	各种血证，痢疾，疖疮痈肿，滴虫性阴道炎
	白茅	苦、甘、涩，微寒	肺，肝，胃	收敛止血，消肿生肌	肺、胃、外伤出血，疮疡肿痛
	血余炭	苦，平	肝，胃	止血消瘀，补阴利尿	出血证，小便不通
凉血止血药	小蓟	甘，凉	心，肝	凉血止血，消散痈肿，利尿	血热出血，热毒疮肿
	地榆	苦、酸，微寒	肝，胃，大肠	凉血止血，收敛解毒	便血、痔血、血痢，崩漏烧伤、烫伤
	白茅根	甘，寒	肺，胃，膀胱	凉血止血，清热利尿	吐血，衄血，尿血，热淋，水肿，黄疸，烦渴，呕吐
化瘀止血药	三七	甘、苦，微温	肝，胃	散瘀止血，消肿定痛	各种出血兼瘀滞肿痛
	蒲黄	甘，平	肝，心包	止血，活血，利尿	出血证，脘腹疼痛，产后血瘀疼痛，痛经
	茜草根	苦，寒	肝	凉血止血，活血祛瘀	血热出血，外伤出血，血滞经闭，痹证
温经止血药	艾叶	苦、辛，温	肝，脾，肾	温经止血，散寒止痛	月经过多，崩漏，吐血，衄血，脘腹冷痛，痛经

活血化瘀药 以促进血行，消散瘀滞为主要作用的药物，作用强烈者，称破血药或逐瘀药。常用药见表：

药名	性味	归经	功效	主治
川芎	辛，温	肝，胆，心包	活血行气、祛风止痛	月经不调，闭经，痛经，产后瘀滞腹痛，头身痛，风湿痹痛，胸痹
丹参	苦，微寒	心，心包，肝	活血化瘀，凉血消痈，除烦安神	经闭，月经不调，产后瘀滞腹痛，癥瘕积块，心腹刺痛，痈肿疮毒，失眠，心悸
益母草	辛、苦，微寒	肝，心，膀胱	活血祛瘀，利尿，解毒	经闭，痛经，产后瘀阻腹痛，水肿，疮疡肿毒
红花	辛，温	肝，心	活血化瘀，通经	痛经，经闭，产后瘀阻腹痛，癥瘕
桃仁	苦，平	肝，肺，大肠	活血祛瘀，润肠通便	经闭，痛经，癥瘕，肠痈，肺痈，便秘
郁金	辛、苦，寒	心，肝，胆	祛瘀止痛，行气解郁，凉血清心，利胆退黄	肝气郁滞、血瘀内阻所致的诸痛证，经闭痞块，湿蒙清窍，惊痫癫狂，吐衄血，尿血，黄疸
五灵脂	苦、甘，温	肝	散瘀止痛	经闭，痛经，恶露不下，腹痛
三棱	辛、苦，平	肝，脾	破血祛瘀，行气止痛	经闭，产后瘀滞腹痛，癥瘕，食积，脘腹胀满疼痛
水蛭	咸、苦，平有小毒	肝	破血逐瘀	经闭，癥瘕积聚

补益药 能补益正气，扶持虚弱，治疗虚证的药物。用于正气虚弱，邪盛正虚或正气虚弱而病邪未尽的病证。常用药物及分类见表：

分类	药名	性味	归经	功效	主治
补气药	人参	甘、微苦，微温	脾，肺	大补元气，补脾益肺，生津，安神	亡阴，亡阳，血脱，食少，便溏，肺虚喘促，消渴，热病伤津，心悸怔忡，失眠健忘
	党参	甘，平	脾，肺	补中益气	脾肺气虚证
	五味子	酸、温	肺，心，肾	益气生津，补肾养心，收敛固涩	口干，喘咳，心悸怔忡，失眠健忘，自汗，盗汗，遗精，尿频久泻，消渴乏力，短气多汗
	黄芪	甘、微温	脾，肺	补气升阳，益卫固表，托毒生肌，利水退肿	崩漏，虚汗，疮痈脓成不溃，溃后久不收口，水肿，小便不利，半身不遂，消渴
	白术	苦、甘，温	脾，胃	补脾益气，燥湿利水，固表止汗	纳差，腹胀冷痛，乏力，呕吐，腹泻，痰饮，水肿，自汗，胎动不安
	山药	甘，平	脾，肺，肾	补脾胃，养肺肾	食少倦怠，泄泻，小儿营养不良，白带，久咳，虚劳，遗精，尿频，消渴
补阳药	鹿茸	甘、咸，温	肾，肝	补肾阳，益精血，强筋骨	腰痛，阳痿，遗精，尿频，神疲，筋骨痿软，小儿行迟骨软，囟门不合，崩漏，疮疡久溃不敛
	补骨脂	辛、苦，大温	肾，脾	补肾助阳，温脾止泻	腰膝冷痛，小便频数，遗尿，阳痿，遗精，久泻
	巴戟天	辛、甘，微温	肾，肝	补肾阳，强筋骨，祛风湿	腰膝酸痛，尿频，遗尿，遗精，阳痿，筋骨痿软
	淫羊藿	辛、甘，温	肝，肾	补肾壮阳，强筋健骨，祛风除湿	腰痛，神疲，阳痿，遗精，尿频，风湿痹痛
	山茱萸	酸，微温	肝，肾	补益肝肾，收敛固涩	腰酸，阳痿，尿频，头昏，耳鸣，遗精，虚汗，崩漏
	杜仲	甘，温	肝，肾	补肝肾，强筋骨，安胎	腰酸，下肢痿软，阳痿，尿频，胎动不安
	肉苁蓉	甘、咸，温	肾，大肠	补肾益精，润肠通便	阳痿，遗精，早泄，女子不孕，筋骨痿弱，腰痛，便秘

分类	药名	性味	归经	功效	主治
补血药	当归	甘、辛，温	肝，心，脾	补血调经，活血止痛，润肠通便	头昏，目眩，心悸，疲倦，月经不调，风湿痹痛，便秘
	熟地黄	甘，微温	心，肝	补血，滋阴	血虚，阴虚诸证
	阿胶	甘，平	肺，肝，肾	补血止血，滋阴润肺	血虚诸证，出血证，心烦不眠，手足拘挛，阴虚肺燥
	枸杞子	甘，平	肝，肾，肺	养阴补血，益精明目	腰酸，头昏，耳鸣，遗精，眼目昏花
补阴药	沙参	甘，微寒	肺，肾	养阴润肺，益胃生津	干咳，咽干、口干，大便干结
	麦冬	甘、微苦，微寒	心，肺，胃	养阴益胃，润肺清心	咽干，口渴，便秘，咳逆痰稠，心烦不眠，心悸怔忡
	黄精	甘，平	肺，脾，肾	润肺，滋阴，补脾	咳嗽痰少，或无痰，腰酸，头晕，眼干，纳差，神疲
	石斛	甘，寒，微寒	肺，胃，肾	益胃生津，滋阴清热	烦渴，干呕，胃脘痛，虚热，自汗
	鳖甲	咸，平	肝	滋阴潜阳，软坚散结	阴虚潮热，盗汗，癥瘕积聚

收涩药 以收敛固涩为主要功用，用于治疗各种滑脱不尽证候的药物。常用药物及分类见表：

分类	药名	性味	归经	功效	主　治
止汗药	麻黄根	甘，平	心，肺	止汗	汗证
	浮小麦	甘，凉	心	止汗	汗证
止泻药	赤石脂	甘、酸、涩，温	胃，大肠	收涩止泻，止血生肌	久泻，脘腹胀痛，食少，呕吐，溃疡不敛
	罂粟壳	酸、涩，平，有毒	肺，肾，大肠	涩肠，敛肺，止痛	久咳而痰不多，久泻久痢，心腹筋骨诸痛
	乌梅	酸，平	肝，脾，肺，大肠	敛肺，涩肠，生津，安蛔	肺虚久咳，久泻，久痢，消渴，蛔虫症，便血，崩漏

分类	药名	性味	归经	功效	主　治
涩精缩尿止带药	金樱子	酸、涩，平	肾、膀胱，大肠	固精缩尿，涩肠止泻	遗精，白浊，尿频，遗尿，久泻
	益智仁	辛，温	脾，肾	补肾固精，缩小便，温脾止泻，摄涎唾	遗精，早泄，尿频，遗尿，白浊，泄泻，腹部冷痛，口涎自流
	芡实	甘、涩，平	脾，肾	健脾止泻，固肾涩精，止带	久泻，遗精，早泄，带下

方 剂 学

方剂　简称“方”。方指医方。《隋书·经籍志》：“医方者，所以除疾病保性命之术者也。”剂，古作齐，指调剂。《汉书·艺文志》：“调百药齐和之所宜。”方剂是在辨证审因决定治法之后，按照配伍原则，选择适当的药物，并酌定用量组成的药方。在历代医学家广泛实践的基础上逐步发展成熟，是治疗法则的具体体现。

君臣佐使　方剂组成的基本原则。为古代医家假借封建王朝君、臣之间的相互关系来说明方剂中各种药物之间组织配伍原则的一种学说。《素问·至真要大论》：“主病之谓君，佐君之谓臣，应臣之谓使。”君指方中治疗主证，起主要作用的药物；臣是辅助君药或针对兼证起主要治疗作用的药物；佐是配合君、臣药以加强治疗作用或抑制君、臣药毒性和峻烈之性或是反佐的药物；使是引导诸药至病所或具有调和方中诸药作用的药物。

引经药　古称“引经报使”。指某些药物能引导其他药物的药力直达病变部位或某一经脉，从而使疗效得以提高。清吴

瑭《医病书》：“药之有引经，如人之不识路径者用响导”。即指此。如太阳经病，用羌活、防风、藁本为引；阳明经病，用升麻、葛根、白芷为引；少阳经病，用柴胡为引；太阴经病，用苍术为引；少阴经病，用独活为引；厥阴经病，用细辛、川芎、青皮为引。又如咽喉病用桔梗载药上浮；下肢病用牛膝引药下行等。

引经报使 即“引经药”。

反佐 反治法之一。一是处方中药物组成的反佐法，即寒药中佐以热药，热药中佐以寒药，作为药引，以防格拒。如《伤寒论》中的白通加猪胆汁汤，引用猪胆汁即为此意。一是汤药内服的反佐法，即热药冷服、寒药温服，使病人能受纳药物，避免格柜。

七方 最早的方剂分类法。指大方、小方、急方、缓方、奇方、偶方、复方等七种组成不同的方剂。《素问·至真要大论》：“治有缓急，方有大小”。“君一臣二，奇之制也，君二臣四，偶之制也”，“奇之不去则偶之，是谓重方。”是七方说的最早记载。金成无己《伤寒明理论》：“制方之用，大、小、缓、急、奇、偶、复七方是也。”明确提出七方的名称，并将“重”改为“复”。

十剂 方剂的功用分类法之一。宣、通、补、泄、轻、重、涩、滑、燥、湿十类方药的总称。首见于北齐徐之才的药物分类（一说为唐·陈藏器《本草拾遗》所提出），“宣可去壅，通可去滞，补可去弱，泄可去闭，轻可去实，重可镇怯，涩可固脱，滑可去著，燥可去湿，湿可去燥。”

经方 ①《汉书·艺文志》记载的经方十一家，这是指汉

以前的临床著作。②指《内经》、《伤寒论》、《金匮要略》所载的方剂。③专指《伤寒论》、《金匮要略》所载的方剂。一般多用此说，与宋、元以后的“时方”相对而言。

时方 指汉代名医张仲景以后的医家所创制的方剂，与“经方”相对而言。如清陈念祖《时方妙用》、《时方歌括》所收载的方剂。

成方 指常用的经方与时方。

秘方 古称“禁方”。指旧时医家治疗某些疾病具有较好效果而保密不外传的药方。

验方 指临床应用确有效验的药方。

单方 ①指流传民间而药味简单的药方，其药力专一而取效迅速。②指方剂学上药味合于单数的奇方。《素问·至真要大论》唐王冰注：“奇，谓古之单方。”

丸散膏丹 药物的四种剂型。丸，是将药物研 成细末，以蜜、水或米糊、面糊、酒、醋、药汁等作为赋型剂制成的园形固体剂型。临床常用有蜜丸、水丸、糊丸、浓缩丸等。散，是将药物研碎，成为均匀混合的粉末，有内服和外用两种。膏，是将药物用水或植物油煎熬浓缩而成的剂型，内服膏剂有流浸膏、浸膏、煎膏三种，外用膏剂分软膏剂和硬膏剂两种，丹，多用精练药品或贵重药品制成，无固定剂型。各种剂型都有一定的性能和治疗作用，应根据不同需要而选用。

汤剂 药物剂型之一。将药物加水煎煮，去渣取汁而成。其特点是吸收快，药力易于发挥，而且便于药味的加减，故临床上使用较广泛。

饮子 ①指不规定时间冷服的汤剂。如《宣明论方》的地

黄饮子。②指用厚腻药物略煎一二沸取汁饮服，后世医家称为“浊药清投”法。

醪醴 药物剂型之一。即后世所称的药酒。醪，浊酒；醴，甜酒。甘浊的酒，古代用以治病（《素问·汤液醪醴论》）。

薄贴 膏药的古称。是用油类将药物煎熬至一定程度，去渣后再加黄丹、白醋等收膏；涂布于布或纸等裱背材料上，供贴敷于皮肤的外用剂型。多用于跌打损伤，风湿痹痛和疮疡等病征。如狗皮膏药等。

茶剂 又称“药茶”。中医传统剂型。是由药物粗粉或配少量茶叶与粘合剂制成的固体剂型，多成方块状，亦有制成饼状或散剂装置纸袋中，使用时以沸水泡汁代茶服用，如午时茶等。

麻黄汤 《伤寒论》方。由麻黄、桂枝、杏仁、甘草组成。功用发汗解表，宣肺平喘。主治外感风寒，症见恶寒发热，头痛身疼，无汗而喘，舌苔薄白，脉浮紧。

桂枝汤 《伤寒论》方。又名“阳旦汤”。由桂枝、芍药、炙甘草、生姜、大枣组成。功用解肌发表，调和营卫。主治外感风寒，症见头痛发热，汗出恶风，鼻鸣干呕，苔白不渴，脉浮缓。

小青龙汤 《伤寒论》方。由麻黄、芍药、细辛、干姜、炙甘草、桂枝、半夏、五味子组成。功用解表蠲饮，止咳平喘。主治风寒在表，水饮内停，症见恶寒发热，无汗，喘咳，痰多而稀，或痰饮咳喘，不得平卧，或身体疼重，头面四肢浮肿，舌苔白滑，脉浮。

桑菊饮 《温病条辨》方。由桑叶、菊花、杏仁、连翘、薄

荷、桔梗、甘草、苇根组成。功用疏风清热，宣肺止咳。主治风温初起，症见但咳，身热不甚，口微渴。

银翘散 《温病条辨》方。由银花、连翘、桔梗、薄荷、竹叶、甘草、荆芥穗、淡豆豉、牛蒡子组成。功用辛凉透表，清热解毒。主治温病初起，症见发热微恶风寒，无汗或有汗不畅，头痛口渴，咳嗽咽痛，舌尖红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

麻黄杏仁甘草石膏汤 《伤寒论》方。简称“麻杏甘石汤”。由麻黄、杏仁、甘草、石膏组成。功用辛凉宣泄，清肺平喘。主治邪热壅肺，症见身热不解，咳逆气急甚则鼻翼煽动，口渴，有汗或无汗，舌苔薄白或黄，脉滑数。

大承气汤 《伤寒论》方。由大黄、厚朴、枳实、芒硝组成。功用峻下热结。主治阳明腑实，症见大便不通，脘腹痞满，腹硬痛拒按，甚则潮热谵语，舌苔黄燥起刺，或焦黑燥裂，脉沉实；或热结旁流，下利清水；及热厥、痉病、发狂属里热实证者。

麻子仁丸 《伤寒论》方。由麻子仁、芍药、枳实、大黄、厚朴、杏仁组成。功用润肠泄热，行气通便。主治肠胃燥热，津液不足所致的大便干结，小便频数。

小柴胡汤 《伤寒论》方。由柴胡、黄芩、人参、半夏、甘草、生姜、大枣组成。功用和解少阳。主治伤寒少阳证，症见往来寒热，胸胁苦满、嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，口苦，咽干，目眩，舌苔薄白，脉弦；或妇人伤寒热入血室，及疟疾、黄疸、内伤杂病而见少阳证者。

逍遥散 《太平惠民和剂局方》方。由柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、甘草组成。功用疏肝解郁，健脾和营。主治肝

郁血虚，脾失健运，症见两胁作痛，寒热往来，头痛目眩，口燥咽干，神疲食少，月经不调，乳房作胀，脉弦而虚。本方加丹皮、栀子，名“加味逍遥丸”，主治肝郁血虚，化火生热，烦躁易怒，或自汗盗汗，或头痛目涩，或颊赤口干，及血虚有热之月经不调。为常用中成药。

半夏泻心汤 《伤寒论》方。由半夏、黄芩、干姜、人参、甘草、黄连、大枣组成。功用和胃降逆，开结除痞。主治胃气不和，症见心下痞满不痛，干呕或呕吐，肠鸣下利，舌苔薄黄而腻，脉弦数。

白虎汤 《伤寒论》方。由石膏、知母、甘草、粳米组成。功用清热生津。主治阳明气分热盛，症见壮热面赤，烦渴引饮，汗出恶热，脉洪大有力，或滑数。

清营汤 《温病条辨》方。由犀角、生地黄、元参、竹叶心、麦冬、丹参、黄连、银花、连翘组成。功用清营透热，养阴活血。主治邪热传营，症见身热夜甚，神烦少寐，时有谵语，目常喜开或喜闭，或斑疹隐隐，脉数，舌绛而干。

犀角地黄汤 《备急千金要方》方。由犀角、生地黄、芍药、牡丹皮组成。功用清热解毒，凉血散瘀。主治热伤血络，吐血、衄血、便血、溲血等；或蓄血留瘀，症见善忘如狂，漱水不欲咽，胸中烦痛，自觉腹满，大便色黑易解；及热扰心营，症见昏狂谵语，斑色紫黑，舌绛起刺。

黄连解毒汤 《外台秘要》方。由黄连、黄芩、黄柏、栀子组成。功用泻火解毒。主治一切实热火毒，症见大热烦躁，口燥咽干，错语不眠，或热病吐血、衄血、发斑；或湿热黄疸及外科痈疽疔毒，舌红苔黄，脉数有力。

导赤散 《小儿药证直诀》方。由生地黄、木通、生甘草梢三味研末，加竹叶同煎。功用清心火，利小便。主治心经热盛，症见心胸烦热，面赤口渴，口舌生疮；及心火下移小肠，症见小便赤涩刺痛。

龙胆泻肝汤 《医方集解》方。由龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、木通、车前子、当归、生地黄、柴胡、生甘草组成。功用泻肝胆实火，清下焦湿热。主治肝胆实火上扰，症见头痛目赤，胁痛口苦，耳聋，耳肿；或湿热下注，症见阴肿，阴痒，筋痿阴汗，小便淋浊，妇女湿热带下。本方亦制成丸剂，为常用中成药。

白头翁汤 《伤寒论》方。由白头翁、黄柏、黄连、秦皮组成。功用清热解毒，凉血止痢。主治热痢、症见腹痛，里急后重，肛门灼热，泻下脓血，赤多白少，渴欲饮水，舌红苔黄，脉弦数。

六一散 《伤寒直格》方。原名“益元散”。由滑石、甘草组成。功用祛暑利湿。主治感受暑湿，症见身热烦渴，小便不利，或泄泻。

理中丸 《伤寒论》方。由人参、干姜、甘草、白术组成。功用温中祛寒、补气健脾。主治中焦虚寒，症见自利不渴，呕吐腹痛，不欲饮食，及霍乱；或阳虚失血；或小儿慢惊，病后喜唾涎沫；以及胸痹属中焦虚寒者。本方加附子，名“附子理中丸”。主治脾胃虚寒，风冷相乘，症见心痛，霍乱吐利转筋。为常用中成药。

小建中汤 《伤寒论》方。由芍药、桂枝、炙甘草、生姜、大枣、饴糖组成。功用温中补虚，和里缓急。主治虚劳里急，

症见腹中时痛，温按则痛减，舌淡苔白，脉细弦而缓；或心中悸动，虚烦不宁，面色无华；或四肢酸楚，手足烦热，咽干口燥。

四逆汤 《伤寒论》方。由附子、干姜、甘草组成。功用回阳救逆。主治少阴病，症见四肢厥逆，恶寒蜷卧，呕吐不渴，腹痛下痢，神衰欲寐，舌苔白滑，脉微细；或太阳病误汗亡阳。

防风通圣散 《宣明论方》方。由防风、荆芥、连翘、麻黄、薄荷、川芎、当归、白芍、黑山栀、大黄、芒硝、石膏、黄芩、桔梗、甘草、滑石组成。功用疏风解表，泻热通便。主治风热壅盛，表里俱实，证见憎寒壮热，头目昏眩，目赤晴痛，口苦口干，咽喉不利，胸闷咳喘，便秘尿赤；并治疮疡肿毒，肠风痔漏，丹斑瘾疹等。本方亦制成丸剂，为常用中成药。

葛根黄芩黄连汤 《伤寒论》方。由葛根、甘草、黄芩、黄连组成。功用解表清热。主治外感表证未解，热邪入里，症见身热，下利臭秽，肛门有灼热感，胸脘烦热，口干作渴，喘而汗出，苔黄脉数。

四君子汤 《太平惠民和剂局方》方。由人参、白术、茯苓、甘草组成。功用益气健脾。主治脾胃气虚，症见面色萎白，语声低微，四肢无力，食少或便溏，舌质淡，脉细缓。本方加陈皮、半夏、名“六君子汤”。主治脾胃气虚兼有痰湿，恶心呕吐，胸脘痞闷，或咳嗽痰多稀白等。

参苓白术散 《太平惠民和剂局方》方。由莲子肉、薏苡仁、缩砂仁、桔梗、白扁豆、白茯苓、人参、甘草、白术、山

药组成。功用益气健脾，渗湿止泻。主治脾胃虚弱，症见食少便溏，乏力消瘦，面色萎黄，舌淡红苔白，脉细缓。本方亦制成丸剂，为常用中成药。

补中益气汤 《脾胃论》方。由黄芪、甘草、人参、当归、橘皮、升麻、柴胡、白术组成。功用补中益气，升阳举陷。主治脾胃气虚，症见发热、自汗出，渴喜温饮，少气懒言，体倦肢软，面色 白，大便稀溏，脉洪而虚，舌淡苔薄白；或气虚下陷，脱肛，子宫下垂，久泻久痢，久疟等。本方亦制成丸剂，为常用中成药。

生脉散 《内外伤辨惑论》方。又名“生脉饮”。功用益气生津，敛阴止汗。主治暑热汗多，耗气伤液，症见体倦气短，咽干口渴，脉虚细；或久咳肺虚，气阴两伤，症见呛咳少痰，气短自汗，口干舌燥，苔薄少津，脉虚数或虚细。

四物汤 《太平惠民和剂局方》方。由当归、川芎、熟干地黄、白芍组成。功用补血调经。主治冲任虚损，症见月水不调，脐腹疼痛，崩中漏下，血瘕块硬，时发疼痛；或妊娠胎动不安，血下不止及产后恶露不下，时作寒热。本方加桃仁、红花，名“桃红四物汤”。主治月经不调，痛经属血瘀者。

归脾汤 《济生方》方。由白术、茯神、黄芪、龙眼肉、酸枣仁、人参、木香、甘草组成（《校注妇人良方》有当归、远志）。功用益气补血，健脾养心。主治心脾两虚，症见心悸怔忡，健忘不眠，盗汗虚热，食少体倦，面色萎黄，舌淡苔薄白，脉细缓；或脾不统血，症见便血，妇女崩漏，月经超前，量多色淡，带下。本方制成丸剂，名“人参归脾丸”。

炙甘草汤 《伤寒论》方。又名“复脉汤”。由炙甘草、生

姜、人参、生地、桂枝、阿胶、麦冬、麻仁、大枣组成。功用益气滋阴，补血复脉。主治气虚血弱，症见脉结代，心动悸，体羸气短，舌光淡少津；或虚劳肺痿，症见干咳无痰，或痰少带血，虚烦眠差，自汗或盗汗，咽干舌燥，大便难，时发虚热，脉虚数。

八珍汤 《正体类要》方。由四君子汤合四物汤组成。功用补益气血。主治气血两虚，症见面色苍白或萎黄，头晕眼花，四肢倦怠，气短懒言，心悸怔忡，食欲减退，舌淡苔薄白，脉细虚。本方加黄芪、肉桂，名“十全大补汤”。功用温补气血，主治气血不足，虚劳咳嗽，食少遗精，脚膝无力，疮疡不敛，妇女崩漏等。上两方亦制成丸剂，为常用中成药。

六味地黄丸 《小儿药证直诀》方。原名“地黄丸”。由熟地、山茱萸、山药、泽泻、茯苓、丹皮组成。功用滋补肝肾。主治肝肾阴虚，症见腰膝酸软，头目眩晕，耳鸣耳聋，盗汗遗精，及小儿囟门不合。本方加知母、黄柏，名“知柏地黄丸”，主治阴虚火旺而致的骨蒸劳热，虚烦盗汗等症；加麦冬、五味子，名“麦味地黄丸”，主治肺肾阴虚而致咳嗽喘逆，潮热盗汗；加枸杞子、菊花，名“杞菊地黄丸”，能益肾明目，并治头晕耳鸣。上药均为常用中成药。

肾气丸 《金匮要略》方。由干地黄、薯蓣（即山药）、山茱萸、泽泻、茯苓、牡丹皮、肉桂、附子组成。功用温补肾阳。主治肾阳不足，症见腰痛脚软，下半身冷感，少腹拘急，小便不利或反多，尺脉沉细，舌淡胖苔薄白；及脚气、痰饮、消渴、转胞等证。市售成药名“金匮肾气丸”。

朱砂安神丸 《医学发明》方。由朱砂、黄连、炙甘草、生

地黄、当归组成。功用镇心安神，泻火养阴。主治心火偏亢，阴血不足所致的心烦失眠，多梦，怔忡惊悸，舌红，脉细数。

天王补心丹 《摄生秘剖》方。由生地、人参、丹参、元参、白茯苓、五味子、远志、桔梗、当归、天门冬、麦门冬、柏子仁、酸枣仁组成。功用滋阴养血，补心安神。主治阴亏血少所致的虚烦少寐，心悸神疲，梦遗健忘，大便干结，口舌生疮，舌红少苔，脉细数。为常用中成药。

四神丸 《证治准绳》方。由肉豆蔻、补骨脂、五味子、吴茱萸组成。功用温补脾肾，涩肠止泻。主治脾肾虚寒，症见五更泄泻，不思饮食，或久泻不愈，腹痛腰酸肢冷，神疲乏力。为常用中成药。

枳实薤白桂枝汤 《金匮要略》方。由枳实、厚朴、薤白、桂枝、瓜蒌组成。功用通阳散结，祛痰下气。主治胸痹，症见胸满而痛，甚则胸痛彻背，喘息咳唾，短气，气从胁下上抢心，舌苔白腻，脉沉弦。

苏子降气汤 《太平惠民和剂局方》方。由紫苏子、半夏、川当归、甘草、前胡、厚朴、肉桂组成。功用降气平喘，祛痰止咳。主治喘咳证属上实下虚者，症见痰涎壅盛，喘咳短气，胸膈满闷，腰痛脚软，肢体倦怠或浮肿，舌苔白滑或腻。

血府逐瘀汤 《医林改错》方。由桃仁、红花、当归、生地黄、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、柴胡、枳壳、甘草组成。功用活血祛瘀，行气止痛。主治胸中血瘀，症见胸痛头痛日久不愈，痛如针刺而有定处，或呃逆不止，或急躁善怒，或心悸失眠，入暮潮热，舌黯红有瘀斑，脉涩或弦紧。

补阳还五汤 《医林改错》方。由黄芪、当归、赤芍、地

龙、川芎、红花、桃仁组成。功用补气活血通络。主治中风后遗证。症见半身不遂，口眼歪斜，语言蹇涩，口角流涎，下肢痿废，小便频数或遗尿不禁，苔白，脉缓。

小蓟饮子 《济生方》方。由生地黄、小蓟、滑石、木通、蒲黄、藕节、淡竹叶、当归、山栀子、炙甘草组成。功用凉血止血，利水通淋。主治下焦瘀热而致血淋，症见尿中带血，小便频数，赤涩热痛，或尿血，舌红脉数。

羚角钩藤汤 《通俗伤寒论》方。由羚角片、霜桑叶、京川贝、鲜生地、双钩藤、滁菊花、茯神木、生白芍、生甘草、淡竹茹组成。功用凉肝熄风，增液舒筋。主治肝经热盛动风，症见高热不退，烦闷躁扰，手足抽搐，痉厥神昏，舌绛而干或起刺，脉弦数。

镇肝熄风汤 《医学衷中参西录》方。由怀牛膝、生赭石、生龙骨、生牡蛎、生龟板、生杭芍、玄参、天冬、川楝子、生麦芽、茵陈、甘草组成。功用镇肝熄风，滋阴潜阳。主治肝肾阴亏，肝阳上亢，气血逆乱，症见眩晕目胀耳鸣，脑部热痛，面赤烦热，或时常噫气，肢体活动不利，口角歪斜，甚至颠仆昏迷。

杏苏散 《温病条辨》方。由苏叶、半夏、茯苓、前胡、苦桔梗、枳壳、甘草、生姜、橘皮、杏仁、大枣组成。功用轻宣凉燥，宣肺化痰。主治外感凉燥，症见头微痛，恶寒无汗，咳嗽痰稀，鼻塞嗌干，苔白，脉弦。

清燥救肺汤 《医门法律》方。由冬桑叶、石膏、人参、甘草、胡麻仁、阿胶，麦门冬、杏仁、枇杷叶组成。功用清燥润肺。主治温燥伤肺，症见头痛身热，干咳无痰，气逆而喘，

咽喉干燥，鼻燥，胸满胁痛，心烦口渴，舌干无苔，脉虚大而数。

养阴清肺汤 《重楼玉钥》方。由大生地、麦冬、生甘草、玄参、贝母、丹皮、薄荷、炒白芍组成。功用养阴清肺。主治白喉、阴虚燥咳、咽喉肿痛、鼻干唇燥等病症。本方亦制成丸剂、膏剂，为常用中成药。

藿香正气散 《太平惠民和剂局方》方。由大腹皮、白芷、紫苏、茯苓、半夏曲、白术、陈皮、厚朴、苦桔梗、藿香、甘草组成。功用解表化湿，理气和中。主治外感风寒，内伤湿滞所致的霍乱吐泻，发热恶寒，头痛，胸膈满闷，脘腹疼痛，舌苔白腻，及山岚瘴疟等。本方亦制成丸剂、片剂、酊剂，为常用中成药。

茵陈蒿汤 《伤寒论》方。由茵陈、栀子、大黄组成。功用清热、利湿，退黄。主治湿热黄疸，症见一身面目俱黄，黄色鲜明，腹满，口渴，小便不利，舌苔黄腻，脉沉数。

八正散 《太平惠民和剂局方》方。由车前子、瞿麦、扁蓄、滑石、山栀子仁、甘草、木通、大黄组成。功用清热泻火，利水通淋。主治湿热下注所致热淋，血淋，尿赤涩痛，淋漓不畅，或癃闭不通，小腹急满，口燥咽干，舌苔黄腻，脉滑数。

二妙散 《丹溪心法》方。由黄柏、苍术组成。功用清热燥湿。主治湿热走窜下注，症见筋骨疼痛，足软无力，或足膝红肿热痛，带下浊臭，下部湿疮，小便短赤，舌苔黄腻。本方亦制成丸剂，为常用中成药。加牛膝名“三妙丸”，专治下焦湿热所致的双足麻痛，痿软无力。

五苓散 《伤寒论》方。由猪苓、泽泻、白术、茯苓、桂枝组成。功用利水渗湿，温阳化气。主治水湿内停，症见水肿，泄泻，小便不利；或兼有表证，头痛发热，烦渴欲饮，水入即吐；及痰饮，症见脐下动悸，吐涎沫，头眩，短气而咳。

真武汤 《伤寒论》方。由茯苓、芍药、白术、生姜、附子组成。功用温阳利水。主治脾肾阳虚，水气内停，症见小便不利，四肢沉重疼痛，腹痛下利，或肢体浮肿，苔白，脉沉；或太阳病，发汗不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤动。

独活寄生汤 《备急千金要方》方。由独活、寄生、杜仲、牛膝、细辛、秦艽、茯苓、肉桂心、防风、川芎、人参、甘草、当归、芍药、干地黄组成。功用祛风湿，止痹痛，益肝肾，补气血。主治痹证日久，肝肾不足，气血亏虚，症见腰膝疼痛，肢节屈伸不利，或麻木不仁，畏寒喜温，心悸气短，舌淡苔白，脉细弱。

二陈汤 《太平惠民和剂局方》方。由半夏、橘红、白茯苓、甘草组成。功用燥湿化痰，理气和中。主治湿痰咳嗽，痰多色白易咯，胸膈痞闷，恶心呕吐，肢体困倦，或头眩心悸，舌苔白润，脉滑。

半夏白术天麻汤 《医学心悟》方。由半夏、天麻、茯苓、橘红、白术、甘草组成。功用燥湿化痰，平肝熄风。主治风痰上扰，症见眩晕头痛，胸闷呕恶，舌苔白腻，脉弦滑。

保和丸 《丹溪心法》方。由山楂、神曲、半夏、茯苓、陈皮、连翘、萝卜子组成。功用消食和胃。主治一切食积，症见脘腹痞满胀痛，嗳腐吞酸，恶食呕逆，或大便泄泻，舌苔

厚腻，脉滑。为常用中成药。

乌梅丸 《伤寒论》方。由乌梅、细辛、干姜、黄连、当归、附子、蜀椒、桂枝、人参、黄檗组成。功用温脏安蛔。主治蛔厥证，症见心烦呕吐腹痛，时发时止，食入吐蛔，手足厥冷；又治久痢久泻。

五味消毒饮 《医宗金鉴》方。由银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵子组成。功用清热解毒，消散疔疮。主治火毒结聚的痈疽疖肿，局部红肿热痛，或发热恶寒；及各种疔毒，疮形如粟，坚硬根深，舌红苔黄，脉数。

透脓散 《外科正宗》方。由生黄芪、当归、穿山甲、皂角刺，川芎组成。功用托毒溃脓。主治痈疡肿痛，正虚不能托毒，症见脓成难溃，漫肿无头，酸胀热痛。

阳和汤 《外科全生集》方。由熟地、肉桂、麻黄、鹿角胶、白芥子、姜炭、生甘草组成。功用温阳补血，散寒通滞。主治附骨疽、脱疽、流注、痰核、鹤膝风等属阳虚寒凝证，患处漫肿无头，酸痛无热，皮色不变，不渴，舌淡苔白，脉沉细。

小金丹 外科常用成药。见于《外科全生集》。用制草乌、木鳖子、五灵脂、白胶香、地龙、制乳香、制没药、当归、麝香、香墨制成。功用消肿拔毒，散结活血。适用于瘿瘤瘰疬、痰核、流注等证。孕妇忌服。不可与参剂同服。

犀黄丸 常用中成药。见于《外科全生集》。又名“西黄丸”。用犀黄、麝香、乳香、没药、黄米饭制成。功用解毒消痈，化痰散结，活血祛瘀。适用于乳癌、横痃、瘰疬、痰核、流注、肺痈、肠痈等。

安宫牛黄丸 常用中成药。见于《温病条辨》。用牛黄、郁金、犀角、黄连、黄芩、山栀、朱砂、雄黄、冰片、麝香、珍珠制成。功用清热开窍，豁痰解毒。适用于温热病热邪内陷心包，痰热壅闭心窍所致的高热烦躁，神昏谵语、以及中风昏迷，小儿惊厥属邪热内闭者。

紫雪丹 常用中成药。原名“紫雪”。见于《外台秘要》。用石膏、寒水石、磁石、滑石、犀角、羚羊角、青木香、沉香、玄参、升麻、甘草、丁香、朴硝、硝石、麝香、朱砂制成。功用清热开窍，镇痉安神。适用于热病高热烦躁，神昏谵语，痉厥惊痫等症。

至宝丹 常用中成药。见于《太平惠民和剂局方》。用犀角、朱砂、雄黄、玳瑁、琥珀、麝香、牛黄、安息香等药制成。功用清热开窍，化浊解毒，适用于中暑，中风，温病痰热内闭，以及小儿惊厥属痰热内闭者。

牛黄清心丸 常用中成药。①见于《太平惠民和剂局方》。又称“局方牛黄清心丸”。用犀角、羚羊角、牛黄、麝香、冰片、人参、肉桂、黄芩、干姜等 19 味药制成。功用镇惊安神，化痰熄风。适用于心气不足，惊恐虚烦，神志昏乱，言语不清，痰涎壅盛，癫痫惊风。孕妇忌服。②见于《痘疹世医心法》。又名“万氏牛黄清心丸”。用黄连、黄芩、山栀、郁金、牛黄、朱砂制成。功用清热解毒，安神镇惊。适用于高热、神昏、抽搐等症。

苏合香丸 常用中成药。见于《太平惠民和剂局方》。用白术、青木香、犀角、香附、朱砂、诃子、白檀香、安息香、沉香、麝香、丁香、荜茇、冰片、乳香、苏合香油制成。功用

开窍避秽。适用于中风昏迷，或感受时行瘴疠之气突然昏倒，或中寒气闭，心腹猝痛等。孕妇忌服。

冠心苏合丸 新制中成药。用苏合香、冰片、檀香、青木香、乳香、朱砂制成。功用温通开窍，理气活血止痛。适用于冠心病心绞痛，中医辨证属于“寒闭”者。孕妇忌服。

牛黄上清丸 常用中成药。见于《古今医方集成》。用牛黄、黄连、黄芩、黄柏、栀子、大黄、石膏、连翘、菊花、薄荷、荆芥、白芷、川芎、当归、赤芍、地黄、桔梗、甘草、冰片制成。功用清热散风，泻火通便。适用于头痛眩晕，目赤耳鸣，口舌生疮，咽喉肿痛等症。

大活络丹 常用中成药。见于《经验良方》。用人参、茯苓、白术、熟地、赤芍、当归、川芎、蕲蛇、地龙等 50 味药制成。功用调理气血、舒筋活络，祛风化痰。适用于气血双亏，肝肾不足，风痰阻络引起的中风、痹证等。孕妇忌服。

人参再造丸 常用中成药。见于《清内庭法制·丸散膏丹各药配本》。用白花蛇、藿香、细辛、玄参、熟地、防风、虎骨、天麻、威灵仙等 55 味药制成。功用益气活血、疏风活络，解痉开窍。适用于中风瘫痪，手足麻木，拘挛，筋骨酸痛等症。

虎骨酒 常用中成药。用虎骨、木瓜、五加皮、鹿茸、杜仲等药浸酒制成。功用祛风湿强筋骨，活血通络。适用于风寒湿痹，筋骨酸痛等症。孕妇忌服。

乌鸡白凤丸 妇科常用成药。见于《寿世保元》。用乌鸡、人参、鹿角胶、黄芪、当归、白芍、香附、川芎、山药等 20 味药制成。功用补气养血，调经止带。适用于妇女气血亏损，

阴精不足而致的经血不调、崩漏带下等证。

女金丹 妇科常用成药。见于《景岳全书》。用人参、白术、当归、川芎、藁本、白芍、茯苓、赤石脂、肉桂等16味药制成。功用调经养血，理气止痛。适用于气血两亏，或寒湿客于胞中而致的月经不调、带下稀薄等病证。

石斛夜光丸 眼科常用成药。见于《原机启微》。用天门冬、人参、茯苓、麦门冬、熟地黄、生地黄、菟丝子、甘菊花、草决明、杏仁、枸杞、石斛等25味药制成。功用平肝熄风，滋阴明目。适用于肝肾不足，阴虚火旺所致的瞳神散大，视物昏花，羞明流泪，头晕目眩及内障等症。

七宝美髯丹 常用中成药。见于《医方集解》。用何首乌、白茯苓、怀牛膝、当归、枸杞、菟丝子、破故纸制成。功用滋肾水，益肝血。适用于肝肾不足所致的须发早白，齿动目花，梦遗滑精，腰膝酸软等症。

七厘散 伤科常用成药。见于《良方集腋》。用血竭、乳香、没药、红花、儿茶、冰片、麝香、朱砂制成。功用活血、祛瘀、止痛。适用于跌打损伤，瘀血停滞疼痛。可内服或外敷。孕妇忌服。

云南白药 常用中成药。功用活血止痛，止血消肿。适用于跌打损伤、疮毒肿痛、各种出血及月经过多等证。可内服或外敷。孕妇忌服。

如意金黄散 外用中成药。见于《外科正宗》。用大黄、黄柏、姜黄、白芷、花粉、生南星、苍术、厚朴、陈皮、甘草制成。功用清火消肿，疏风散瘀止痛。适用于疮疡肿毒、水火烫伤、皮肤红肿热痛等。用茶水、鲜生药捣汁（如马齿

苑）或用食醋调成糊状外敷。

季德胜蛇药 常用中成药。又名“南通蛇药”。功用解毒，止痛，消肿。适用于毒虫、毒蛇咬伤。内服同时外涂。

六神丸 常用中成药。功用清热解毒，利咽消肿止痛。适用于痈疽疮疖、一切无名肿毒、以及咽喉肿痛等病证。可口服或外用调敷。孕妇忌用。

锡类散 喉科成药。原名“烂喉痧方”。见于《金匮翼》。用象牙屑、青黛、牛黄、珍珠、冰片等药制成。功用解毒祛腐，消肿止痛。适用于咽喉糜烂肿痛，口舌碎痛等症。吹喉或外涂用。

八宝眼药 眼科外用成药。用炉甘石、熊胆、冰片、海螵蛸、珍珠、硼砂、朱砂、地栗粉、麝香制成。功用清热祛风，明目退翳。适用于暴发火眼，目赤肿痛，睑弦赤烂，胬肉攀睛等症。

人丹 常用中成药。又名“仁丹”。用薄荷脑、冰片、丁香等药制成。功用清暑祛湿，避秽排浊。适用于中暑、晕车船、及水土不服等病证。

十滴水 常用中成药。用樟脑、鲜姜、丁香等药制成。功用清暑散寒。适用于中暑霍乱、呕吐恶心、绞肠痧等证。孕妇忌服。

麻沸散 古代中药麻醉方剂。相传由东汉名医华佗创制。据《三国志》、《后汉书》等记载；华佗采用给病人酒服麻沸散的方法，以施行麻醉，进行外科手术。为历史上最早的药物麻醉方剂。麻沸散处方，现存史书上无明确记载，近人认为是：羊踯躅三钱，茉莉花根一钱，当归一两，菖蒲三分。水煎服。

针 灸 学

经络学说 研究人体经络的生理功能，病理变化及其与脏腑相互关系的学说。中医基础理论的重要内容之一，也是针灸学术的理论核心。经络联系脏腑肢节，沟通上下内外，将人体各部组织器官联系成为一个有机的整体，并籍以运行气血，营养机体，使人体各部的功能活动得以保持协调和平衡。它和脏腑学说等结合起来，奠定了中医生理、病理学的基础，体现了中医学的整体观，在针灸，推拿等方面，联系和应用尤为广泛。早在《黄帝内经》、《针灸甲乙经》等古典医籍中，对经络学说就已有较详细的记述。此后，历代中医文献不断有所补充和发挥。近年来对经络感传的研究，经络敏感人的相继发现以及针麻效果的肯定，均为深入研究经络开辟了新的道路。对于经络实质，目前还存在着不同的见解。如有人根据经络分布和穴位疗效，探讨其与周围神经系统的关系；有人认为穴位主治机能的区分情况，符合神经节段的划分，并由此说明经络与神经节段的一致性；还有人认为经络是中枢神经系统内特殊机能排列在人体局部的投射，由此解释针刺一个穴位能够引起一条感应路线的原因。此外，还有经络——内脏——皮层相关说；经络与神经、体液调节机能说；类传导假说等。还有学者从控制论观点进行解释，亦有人提出经络系统是第三平衡系统等等。有关经络的实质和原理目前正在深入研究中。

经络 是运行全身气血，联络脏腑肢节，沟通上下内外的通路。包括经脉和络脉两部分。其中纵行的干线称为经脉，由

经脉分出网络全身各个部位的分支称为络脉。经络的主要内容有十二经脉、奇经八脉、十二经别、十五络脉、十二经筋、十二皮部等。

经气 运行于经脉中之气。指经脉的生理功能活动和经脉中的营养物质，而且也是生命功能的表现。《素问·离合真邪论》："真气者，经气也"。

经络现象 指机体由于某种原因可出现沿经络循行路线的感觉传导，或呈现可见的肤色变异等。其基本特征是循经性，出现的现象多种多样，其中主要为"经络感传现象"，参该条。

经络感传现象 又称"经络敏感现象"。指感觉沿经络循行路线传导的现象。这种现象在某些人身上可因针灸、按压穴位或在气功练功过程中出现。其感觉因刺激原不同而有所不同。如针刺一般产生酸、麻、胀、抽动等感传；艾灸多见热感及麻感；电脉冲刺激则可有流水感、虫跳感、蠕动感等。感传路线与经络主干的分布基本相符，有的还出现表里经之间，手足同名经之间的互传现象。感传速度一般较慢。且多呈双向性传导，可被机械压迫或注射某些麻醉药物所阻断。经络感传现象，对于探讨经络实质有重要意义。

根结 经络学说内容之一。根者，部位在下，皆经气始生始发之地，为经气之所出；结者，部位在上，皆为经气归结之所。经脉以四肢末端的井穴为根，头面胸腹的一定部位为结，用以说明四肢与头面胸腹之间生理功能和穴位主治上的联系。"根"与"本"，"结"与"标"位置相近或相同，它们的意义也相似。根结和标本理论，在针灸临床上常结合运用。参见"治则治法"中的"标本"。

气街 经络学说内容之一。指经气聚集通行的共同道路。气街有四，又称“四街”、“四气街”。《灵枢·卫气》：“胸气有街，腹气有街，头气有街，胫气有街”。《灵枢·动输》：“四街者，气之径路也”。说明了胸、腹、头、胫都是经脉之气聚集循行的部位。故这些部分的穴位除能主治局部和有关内脏病变外，亦能治疗四肢部位的疾病。

经脉 人体气血运行的主要通道，经络系统中直行的主要干线。包括十二经脉，奇经八脉两大部分。

十二经脉 十二条经脉的总称。为经络系统的主体，故又称正经。具体名称及流注顺序是：手太阴肺经→手阳明大肠经→足阳明胃经→足太阴脾经→手少阴心经→手太阳小肠经→足太阳膀胱经→足少阴肾经→手厥阴心包经→手少阳三焦经→足少阳胆经→足厥阴肝经。每一经脉按五行属性互为表里，阴经属脏络腑，阳经属腑络脏。十二经脉的循行是：手三阴经从胸走手，手三阳经从手走头，足三阴经从足走腹，足三阳经从头走足。由于十二经脉通过手足阴阳表里经的联接而逐经相传，从而构成了一个周而复始，如环无端的传注系统。气血通过经脉，内到脏腑器官，外达肌表，营养全身。《灵枢·经别》：“夫十二经脉者，人之所以生，病之所以成，人之所以活，病之所以起”。说明十二经脉对人体生理功能及病理变化均起着重要作用。

奇经八脉 冲、任、督、带、阴蹻、阳蹻、阴维、阳维八条经脉的总称。因其分布不象十二经脉那样规则，又无脏腑络属及相互表里配合关系，“别道奇行”、故称“奇经”。八脉的循行分布，错综于十二经脉之间。起着调节溢蓄正经脉气

的作用。

十二经别 指从十二经脉分出，循行于胸腹及头部的重要支脉。其循行特点是“离合出入”，即从四肢部的本经别离，进入体腔，浅出体表而上头面，阴经的经别合入阳经的经别而分别注入六阳经脉。每一对互为表里的经别组成一“合”，十二经别共组成“六合”。经别离合出入的循行分布，加强了脏腑间的联系，扩大了正经循行的径路。

络脉 由经脉分出的网络全身的分支。包括十五络脉，孙络，浮络有沟通经脉和灌渗气血等作用。

十五络脉 又称“十五大络”。即十二经脉、任脉、督脉各有一条络脉，加上脾之大络，共为十五络。十二经之络从四肢肘膝以下分出。表里两经的别络相互联络；任之络散于腹，督之络散于背，脾之大络布于胸胁。

十六络脉 又称“十六别络”。指十五络脉加胃之大络。

孙络 指络脉的分支。又称“孙脉”。

浮络 浮现于体表的络脉。临床可根据其部位和色泽诊断病证，亦可进行放血治疗。

经筋 是经络系统在人体体表的连属部分。由于其分布部位及其病候着重在“筋肉”方面，故称。主要作用是约束骨骼，有利关节的屈伸运动。

十二经筋 见“经筋”。

十二皮部 十二经脉之气散布于体表的部分。即是十二经脉及其络脉循行在体表的分区。因此观察皮肤改变，有助于诊断脏腑、经络的病变。

十四经 十二经脉和任脉、督脉的合称。任、督两脉，各

自有直接联属的穴位，且在作用上与十二经也有密切关系，故相提并论，合称十四经，是经络系统中最主要者。

手太阴肺经 十二经脉之一。《灵枢·经脉》："肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠，还循胃口，上膈属肺，从肺系横出腋下，下循臑内，行少阴心主之前，下肘中，循臂内上骨下廉，入寸口，上鱼，循鱼际，出大指之端；其支者，从腕后直出次指内廉，出其端"。本经发生病变主要表现为：胸部满闷，咳嗽，气喘，锁骨上窝"缺盆"内疼痛；心胸烦满，小便频数，前臂部厥冷、麻木、疼痛等症。

手阳明大肠经 十二经脉之一。《灵枢·经脉》："大肠手阳明之脉，起于大指次指之端，循指上廉，出合谷两骨之间，上入两筋之中，循臂上廉，入肘外廉，上臑外前廉，上肩，出髃骨之前廉，上出于柱骨之会上，下入缺盆，络肺，下膈，属大肠；其支者，从缺盆上颈贯颊，入下齿中，还出挟口，交人中，左之右，右之左，上挟鼻孔"。本经发生病变主要表现为：牙齿痛，颈部肿胀，眼睛昏黄，口干，鼻衄，喉痹，肩前、上臂部痛，食指痛和经脉所过之处发热肿胀。

足阳明胃经 十二经脉之一。《灵枢·经脉》："胃足阳明之脉，起于鼻交頞中，旁纳（一本作约字）太阳之脉，下循鼻外，入上齿中，还出挟口，环唇，下交承浆，却循颐后下廉，出大迎，循颊车，上耳前，过客主人，循发际，至额颅；其支者，从大迎前下人迎，循喉咙，入缺盆，下膈，属胃，络脾；其直者，从缺盆下乳内廉，下挟脐，入气街中；其支者，起于胃口，下循腹里，下至气街中而合。以下髀关，抵伏兔，下膝髌中，下循胫外廉，下足跗，入中指内间。其支者，下

膝三寸而别，下入中指外间。其支者，别跗上，入大指间，出其端”。本经发生病变主要表现为：洒洒恶寒，屡屡呵欠、颜面暗黑，腹胀，躁狂，鼻塞衄血，口渴，颈部肿，喉咙痛，沿胸前、乳部，气街、腹股沟部、胫外侧及足背部本经经过处皆痛，饮食不化或消谷善饥等。

足太阴脾经 十二经脉之一。《灵枢·经脉》：“脾足太阴之脉。起于大指之端，循指内侧白肉际，过核骨后，上内踝前廉，上踹内，循胫骨后，交出厥阴之前，上膝股内前廉，入腹，属脾，络骨，上膈，挟咽，连舌本，散舌下；其支者，复从胃，别上膈，注心中。”本经发生病变主要表现为：舌根强痛，嗳气，胃痛，腹胀，呕吐，心胸烦闷，大便溏或泄利，黄疸，身体沉重，不能安睡，膝股内侧肿，厥冷，足大指不用等。

手少阴心经 十二经脉之一。《灵枢·经脉》：“心手少阴之脉，起于心中，出属心系，下膈，络小肠；其支者，从心系，上挟咽，系目系；其直者，复从心系，却上肺，下出腋下，下循臑内后廉，行太阴心主之后，下肘内，循臂内后廉，抵掌后锐骨之端，入掌内后廉，循小指之内，出其端。”本经发生病变主要表现为：咽喉干燥，心痛，口渴，目黄、胁痛，上臂、前臂内侧后边本经所过处厥冷，疼痛，掌中热痛等。

手太阳小肠经 十二经脉之一。《灵枢·经脉》：“小肠手太阳之脉，起于小指之端，循手外侧上腕，出踝中，直上循臂骨下廉，出肘内侧两骨之间，上循臑外后廉，出肩解，绕肩胛，交肩上，入缺盆，络心，循咽下膈，抵胃，属小肠；其支者，从缺盆循颈上颊，至目锐眦，却入耳中；其支者，别

颊，上　，抵鼻，至目内眦，斜络于颧，”。本经发生病变主要表现为：咽痛，颔肿，耳聋、目黄等。

足太阳膀胱经　十二经脉之一。《灵枢·经脉》：“膀胱足太阳之脉，起于目内眦，上额，交巅；其支者，从巅至耳上角；其直者，从巅入络脑，还出别下项，循肩膊内，挟脊抵腰中，入循膂，络肾，属膀胱；其支者，从腰中下挟脊，贯臀，入腘中，其支者，从膊内左右，别下贯胛，挟脊内，过髀枢，循髀外后廉下合腘中，以下贯踹内，出外踝之后，循京骨至小指外侧。”本经发生病变主要表现为：头顶痛，目痛、目黄、泪出、鼽衄，痔疾，疟疾、癫狂，项、背、腰骶，腘窝、腓肠肌，大腿后侧、脚部疼痛，足小趾不用等。

足少阴肾经　十二经脉之一。《灵枢·经脉》：“肾足少阴之脉，起于小指之下，邪走足心，出于然谷之下，循内踝之后，别入跟中，以上踹内，出腘内廉，上股内后廉，贯脊，属肾，络膀胱；其直者，从肾上贯肝、膈，入肺中，循喉咙，挟舌本；其支者：从肺出，络心，注胸中。”本经发生病变主要表现为：饥不欲食，面如漆柴，咳唾有血，气喘，视物不清，心悸，惊恐；口舌干燥，咽肿，心烦心痛，黄疸，肠澼，脊股内后廉痛，下肢痿弱、逆冷，足底灼热疼痛等。

手厥阴心包经　十二经脉之一。《灵枢·经脉》：“心主手厥阴心包络之脉，起于胸中，出属心包络，下膈，历络三焦；其支者，循胸出胁，下腋三寸，上抵腋下，循臑内，行太阴、少阴之间，入肘中，下臂，行两筋之间，入掌中，循中指，出其端；其支者，别掌中，循小指次指出其端”。本经发生病变主要表现为：手心热，臂、肘挛急，腋肿，甚则胸胁支满，心

痛心烦，面赤，目黄等。

手少阳三焦经 十二经脉之一。《灵枢·经脉》：“三焦手少阳之脉，起于小指次指之端，上出两指之间，循手表腕，出臂外两骨之间，上贯肘，循臑外上肩，而交出足少阳之后，入缺盆，布膻中，散络心包，下膈，遍属三焦；其支者，从膻中，上出缺盆，上项系耳后，直上出耳上角，以屈下颊至 ；其支者，从耳后入耳中，出走耳前，经客主人前交颊，至目锐眦。”本经发生病变主要表现为：耳聋，耳鸣，咽喉肿痛，汗出、颊肿，耳后、肩、 、肘、臂本经所过处疼痛等。

足少阳胆经 十二经脉之一。《灵枢·经脉》：“胆足少阳之脉，起于目锐眦，上抵头角，下耳后，循颈行手少阳之前，至肩上，却交出手少阴之后，入缺盆；其支者，从耳后入耳中，出走耳前，至目锐眦后；其支者，别锐眦，下大迎，合于手少阳，抵于 ，下加颊车，下颈，合缺盆，以下胸中，贯膈，络肝，属胆，循胁里，出气街，绕毛际，横入髀厌中；其直者，从缺盆下腋，循胸过季胁，下合髀厌中，以下循髀阳，出膝外廉，下外辅骨之前，直下抵绝骨之端，下出外踝之前，循足跗上，入小指次指之间；其支者，别跗上，入大指之间，循大指岐骨内，出其端，还贯爪甲，出三毛。”本经发生病变主要表现为：口苦，善太息，面色灰暗，皮肤干燥，头痛，疟疾，胸、胁，肋、髀、膝关节及下肢外侧本经脉所过之处疼痛，足第四趾不用等。

足厥阴肝经 十二经脉之一《灵枢·经脉》：“肝足厥阴之脉，起于大指丛毛之际，上循足跗上廉，去内踝一寸，上踝八寸，交出太阴之后，上腘内廉，循股阴，入毛中，环阴器，

抵小腹，挟胃，属肝，络胆，上贯膈，布胁肋，循喉咙之后，上入颃颡，连目系，上出额，与督脉会于巅；其支者，从目系下颊里，环唇内；其支者，复从肝别贯膈，上注肺。”本经发生病变主要表现为：腰痛，疝气，妇人小腹肿胀，咽干，面色灰暗，胸满，呕逆，飧泄，遗尿，癃闭等。

督脉 奇经八脉之一。出《素问·骨空论》。其循行路线，《针灸甲乙经》：“难经曰，督脉者，起于下极之俞，并于脊里，上至风府，入属于脑，上巅循额，至鼻柱，阳脉之海也”。（《难经·二十八难》原文无后三句）。本脉发生病变主要表现为：脊柱强直，角弓反张，头重痛，项强，眩晕，癫痫，遗溺癃闭及妇女不育等。

任脉 奇经八脉之一。《素问·骨空论》：“任脉者，起于中极之下，以上毛际，循腹里，上关元，至咽喉，上颐，循面入目”。本脉发生病变主要表现为：男子内结七疝，女子带下，腹中结块等。

冲脉 奇经八脉之一。出《素问·骨空论》。其循行路线，所载多有出入，《针灸甲乙经》：“冲脉任脉者，皆起于胞中，止循脊里，为经络之海，其浮而外者，循腹上行，会于咽喉，别面络口唇”。本脉发生病变主要表现为：胸腹气逆而拘急，躁热，瘕疝，喘动应手，不孕，痿症等。

带脉 ①奇经八脉之一。出《灵枢·经别》。其循行路线，据《难经·二十八难》载：“带脉者，起于季胁，回身一周。”本脉发生病变主要表现为：腹部胀满，腰脊疼痛，带下，足痿不用等。②经穴名。属足少阳胆经。位于侧腰部，当第十一肋游离端直下，与脐相平处。主治痛经，月经不调，赤白

带下，经闭以及子宫脱垂，盆腔炎等。直刺 0．5—1 寸。可灸。

阳蹻脉 奇经八脉之一。出《灵枢·寒热病》。其循行路线，据《难经·二十八难》载：“阳蹻脉者，起于跟中，循外踝上行，入风池”。本脉发生病变主要表现为失眠，目痛等。

阴蹻脉 奇经八脉之一。其循行路线，据《难经·二十八难》载，“阴蹻脉者，亦起于跟中，循内踝上行，至咽喉，交贯冲脉”。又《灵枢·脉度》：“（阴）蹻脉者，少阴之别，起于然骨之后，上内踝之上，直上循阴股，入阴，上循胸里，入缺盆上，出人迎之前，入頄，属目内眦。合于太阳、阳蹻脉而上行”。本脉发生病变主要表现为嗜睡等。

阳维脉 奇经八脉之一。见《素问·刺腰痛篇》。其循行路线，据《奇经八脉考》载：“阳维，起于诸阳之会，其脉发于足太阳金门穴，……循膝外廉，上髀厌，抵少腹侧……循胁肋，斜上肘上……过肩前……入肩后……上循耳后……下额……循头入耳，上至本神而止。”本脉发生病变，主要表现为寒热往来等。

阴维脉 奇经八脉之一。见《素问·刺腰痛篇》。其循行路线，据《奇经八脉考》载：“阴维起于诸阴之交，其脉发于足少阴筑宾穴…… 上循股内廉，上行入少腹……循胁肋……上胸膈挟咽，与任脉会于天突、廉泉，上至顶前而终”。本脉发生病变，主要表现为心、胸疼痛。

腧穴 腧，通输，即有输注的含义，象水流的转输灌注；穴，即孔隙的意思。在历代文献中，腧穴有“砭灸处”、“节”、“会”、“气穴”、“气府”、“骨空”及“穴位”等不同名称。①

泛指人体脏腑经络之气输注于体表的部位。腧穴通过经络与脏腑密切相关，故能反映各脏腑的生理或病理变化，同时又是针灸施术的部位，用以治疗所属脏腑的某些病证。腧穴分经穴、奇穴和阿是穴三类，详见各条。②指五腧穴中的输穴。③指五脏之背腧穴。

穴位 即“腧穴”。

输穴 ①泛指全身穴位。古时输与腧通，故亦作“腧穴”。详该条。②五腧穴之一。多位于掌 指或跖趾关节之后，喻作水由小而大，由浅注深，是经气渐盛，由此注彼的部位，即“所注为输”。临床应用较广，多用于治疗关节疼痛等病证。

十四经穴 腧穴分类名。指十四经脉所属的穴位。简称“经穴”。穴位分经，《内经》中已有论述，及至《针灸甲乙经》用分经分部方法详载穴名、穴位、共 349 穴。到清代《针灸逢源》，经穴的总数达 361 穴，现仍以此数。

经穴 ①“十四经穴”之简称。详见该条。②五腧穴之一。多位于腕踝关节以上，喻作水流变大，畅通无阻，是经气正盛运行经过的部位，即“所行为经”。临床多用于治疗喘咳等病证。

经外奇穴 腧穴分类名。简称奇穴。指不归属于十四经的腧穴。因其有奇效，又因在十四经以外，故称。经外奇穴的分布较为分散，但与经络系统有密切关系，如印堂与督脉，太阳与三焦等。有的奇穴并不指某一部位，是由多穴位组合而成，如十宣、八邪等；有些虽名为奇穴，其实就是经穴，如胞门、子户，实际是水道穴。随针灸学术的发展，现代发现的一些新穴，亦归经外奇穴之列，如阑尾、球后穴等。

奇穴 即“经外奇穴”。

阿是穴 指以病痛局部某点或压痛点作为穴位。《千金要方》：“言人有病痛，即令捏其上，若果当其处，不问孔穴，即得便快或痛处，即云阿是，灸刺皆验，故曰阿是穴也”。这类穴位既无具体名称，也无固定部位，后世亦称不定穴、天应穴等。

五腧穴 经穴分类名。指十二经在肘膝关节以下的五个重要经穴，分别为井、荥、输、经、合，合称“五腧”。《灵枢·九针十二原》：“以上下所出为井，所溜为荥，所注为输，所行为经，所入为合。二十七气所行，皆在五腧也”。以水流比喻经气自源而出，从小到大，由浅入深的状况。五腧穴在主治疾病上各有特点，参见“井穴”、“荥穴”、“输穴”、“经穴”、“合穴”各条。

井穴 五腧穴之一。多位于手足之端。喻作水的源头，是经气所出的部位，即“所出为井”。临床常用于急救，治疗神志昏迷等病证。

荥穴 五腧穴之一。多位于掌指或跖趾关节之前。喻作水流尚微，萦迂未成大流，是经气流行的部位，即“所溜为荥”。临床多用于治疗热病。

合穴 五腧穴之一。位于肘膝关节附近。喻作水流合入大海，是经气由此深入，进而会合于脏腑的部位，即“所入为合”。临床可用于治疗六腑病证等。

原穴 经穴分类名。指脏腑原气经过和留止的穴位。原气系源于肾间动气，是人体生命活动的原动力，通过三焦运行于脏腑。原穴是脏腑原气所留之处，故脏腑病变，会相应地

反映到原穴上来，刺激原穴对治疗脏腑病变亦有重要意义。十二经脉在腕、踝关节附近各有一个原穴，又名“十二原”。

络穴 又称“十五络穴”。经穴分类名。指十五络脉从本经别出之处的穴位。络穴各主治其络脉的病证，同时又能沟通表里二经，治疗其相表里之经的病证。络穴在临床上可单独使用，也可与其相表里经的原穴配合使用。称为“原络配穴”。

郄穴 经穴分类名。指经脉之气深聚之处的穴位。大多分布在四肢肘膝以下。十二经及阴阳跷脉、阴阳维脉各有一个郄穴，合而为十六郄穴。临床多用于治疗本经循行部位及所属脏腑的急性病证。

背俞穴 经穴分类名。①指脏腑经气输注于背腰部的穴位。位于背腰部足太阳膀胱经的第一侧线上，大体依脏腑位置而上下排列，分别冠以脏腑之名。如肺俞、胃俞等，共十二穴。脏腑病变时，其相应背俞穴往往会有异常反应。②专指膈俞、心俞、肝俞、脾俞、肾俞等五脏之背俞穴。

募穴 经穴分类名。指脏腑经气结聚于胸腹部的穴位。五脏、心包络及六腑各有一个募穴，共有十二募穴。募穴多用以诊断和治疗本脏腑病证，也可与背俞穴配合使用，称为“俞募配穴”。

八会穴 经穴分类名。指脏、腑、气、血、筋、脉、骨、髓等精气所会聚的八个穴位。即：腑会中脘，脏会章门，筋会阳陵泉，髓会绝骨，血会膈俞，骨会大杼，脉会太渊，气会膻中。临床上凡与此八者有关的病证均可选用相关的八会穴来治疗。

八脉交会穴 经穴分类名。指奇经八脉与十二正经脉气相通的八个穴位。均分布在肘膝以下。具体是：脾经的公孙（通冲脉）；心包经的内关（通阴维脉）；小肠经的后溪（通督脉）；膀胱经的申脉（通阳蹻脉）；胆经的足临泣（通带脉）；三焦经的外关（通阳维脉）；肺经的列缺（通任脉）；肾经的照海（通阴蹻脉）。这些穴位临床上常配合应用，如公孙配内关治疗胃、心、胸部病证；后溪配申脉治内眼角、耳、项、肩胛部位病证，外关配足临泣治外眼角、耳、颊、颈部病证，列缺配照海治咽喉、胸膈及肺部病证等。

下合穴 又称“六腑下合穴”。经穴分类名。指六腑在下肢部的合穴。即下巨虚（小肠），上巨虚（大肠），委阳（三焦），委中（膀胱），足三里（胃），阳陵泉（胆）。下合穴是治疗六腑病证的主要穴位，根据“合治内腑”的理论，按照病变内腑的不同，而选用相应的下合穴治疗。

交会穴 经穴分类名。指两经或数经相交会合的穴位。其中腧穴所归属的一经称为本经，相交会的经称为他经。此类穴位多分布在头面和躯干部，临床上有主治本经和交会经病证的作用。如三阴交是脾经的经穴，又与肾经和肝经相交会，除能治疗脾经病证外，又能治疗肝肾两经的疾病。

骨度法 腧穴的定位方法之一。出《灵枢·骨度》。古时以骨节作标志定出度数，测量人体各部长短，大小，称骨度。用骨度方法量取穴位称骨度法。即不分人体高矮胖瘦，在一定部位内都折成相同分寸，以确定穴位所在。

指寸法 腧穴的定位方法之一。是以患者本人手指折定分寸，作为量取穴位的长度单位，故名。临床常用的有中指同

身寸：以患者的中指中节屈曲时内侧两端纹头之间作为一寸，用于四肢取穴的直寸和背部取穴的横寸；拇指同身寸，以患者拇指关节的横度作为一寸，适用于四肢部的直寸取穴；横指同身寸，又名“一夫法”：是使患者食指、中指、无名指和小指并拢，以中节横纹宽度作三寸，称为一夫。

同身寸 腧穴的定位方法之一。是以患者本人体表的某些部位折定分寸，作为量取穴位的长度单位。从广义理解，同身寸法应包括骨度法和指寸法两种，现习指后者。

中府 经穴名。别名“膺中俞”、“膺俞”。属手太阴肺经，募穴。位手胸壁之外上部，平第一肋间隙，距胸骨正中线六寸处。主治：咳喘，胸痛、肩背痛，呕逆、喉痹等。向外斜刺 0．5—0．8 寸。

尺泽 经穴名。别名“鬼受”、“鬼堂”。属手太阴肺经，合穴。位于肘横纹上，肱二头肌腱的桡侧缘。主治：咳喘、咯血、咽喉肿痛，胸满，吐泻，肘臂挛痛等。直刺 0．5—0．8 寸，或点刺出血；可灸。

孔最 经穴名。属手太阴肺经，郄穴。位于尺泽与太渊的联线上，距太渊 7 寸处。主治：咳喘，咯血，咽喉肿痛，失音，热病头痛，臂痛，痔疮等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

列缺 经穴名。属手太阴肺经，络穴，八脉交会穴—通任脉。位于桡骨茎突上方，腕横纹上 1．5 寸分处。主治：咳喘，咽喉痛，掌中热，半身不遂，口眼歪斜，头痛项强，惊痫，溺血，牙痛等。向肘部斜刺0．2—0．3 寸；可灸。

太渊 经穴名。别名“大泉”。属手太阴肺经，输穴，原穴，八会之一—脉会。位于腕横纹上，桡动脉桡侧陷中处。主治：

咳喘，咳血，呕血，胸背痛，喉痹，噫气，呕吐，无脉症，手腕无力疼痛等。直刺0．2—0．3寸；可灸。

少商 经穴名。属手太阴肺经，井穴。位于拇指桡侧，去指甲角一分处。主治：喉痹，咳喘，鼻衄，心下满，中风昏迷，癫狂，中暑，热病，小儿惊风，指腕挛急等。向腕平刺0．2—0．3寸，或三棱针点刺出血；可灸。

商阳 经穴名。别名“绝阳”。属手阳明大肠经，井穴。位于食指桡侧，去指甲角一分处。主治：咽喉肿痛，颐颔肿，下齿痛，耳聋耳鸣，青盲，热病，昏厥，中风昏迷，喘咳等；向上斜刺0．2—0．3寸，或点刺出血；可灸。

合谷 经穴名。别名“虎口”。属手阳明大肠经，原穴。位于第一、二掌骨之间，第二掌骨桡侧之中点处。主治：头痛，眩晕，目赤肿痛，鼻衄，鼻渊，齿痛，耳聋，咽喉肿痛，失喑，痄腮，疔疮，口眼 斜，半身不遂，发热恶寒，咳嗽，经闭，滞产，胃痛腹痛，便秘，小儿惊风，指挛臂痛等。直刺0．5—0．8寸；可灸。

曲池 经穴名。别名“鬼臣”、“阳泽”。属手阳明大肠经，合穴。位于肘横纹桡侧端凹陷处。主治：热病，咽喉肿痛，臂痛或不遂，月经不调，瘾疹，腹痛吐泻，齿痛，目痛，瘛疭，癫狂等。直刺0．8—1．2寸；可灸。

肩髃 经穴名。别名“中肩井”、“肩偏”、“扁骨”。属手阳明大肠经。位于肩峰前下方，肩峰与肱骨大结节之间。主治：肩臂疼痛，肩中热，半身不遂，瘾疹，瘰疬诸瘿等。直刺0．5—0．8寸；可灸。

迎香 经穴名。别名“冲阳”。属手阳明大肠经。位于鼻翼

外缘中点旁开，鼻唇沟中。主治：鼻塞不闻香臭，鼻衄，鼻渊，口眼歪斜，面肿，鼻息肉等。直刺 0．1—0．2 寸，或斜刺 0．3—0．5 寸。

地仓 经穴名。别名“会维”、“胃维”。属足阳明胃经。位于平口角旁开四分处。主治：眼睑瞤动，口角 斜，齿痛颊肿，流涎等。直刺 0．2 寸，或向颊车方向平刺 0．5—0．8 寸；可灸。

颊车 经穴名。别名“鬼床”、“机关”、“曲牙”。属足阳明胃经。位于下颌角前上方一横指凹陷中。主治：口眼歪斜、颊肿、齿痛，牙关紧闭，失音，颈项强痛等。直刺 0．3—0．4 寸，或向地仓方向斜刺0．7—0．9 寸；可灸。

下关 经穴名。属足阳明胃经。位于颧弓下缘凹陷处，下颌骨髁状突的前方。主治：齿痛、面疼、耳聋耳鸣，聍耳，牙关开合不利，口眼歪斜，眩晕等。直刺 0．3—0．5 寸；可灸。

头维 经穴名。别名“颡大”。属足阳明胃经。位于额角直上入发际五分，距头正中线四寸五分处。主治：眼痛，头痛，目眩，迎风流泪，眼睑瞤动，视物不明等。向下或向后平刺 0．5—0．8 寸。

梁门 经穴名。属足阳明胃经。位于脐上四寸，中脘穴旁开二寸处。主治：胃疼，呕吐，食欲不振，便溏等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

天枢 经穴名。别名“长溪”、“谷门”。属足阳明胃经，大肠募穴。位于脐旁二寸。主治：绕脐腹痛，呕吐，腹胀肠鸣，泄泻，便秘，肠痈，痛经，月经不调等。直刺 0．8—1．2 寸；可灸。

归来 经穴名。别名“溪穴”。属足阳明胃经。位于脐下四寸，腹正中线旁开二寸处。主治：小腹疼痛，经闭，阴挺，白带，疝气，茎中痛等。直刺 0．8—1．2 寸；可灸。

梁丘 经穴名。属足阳明胃经，郄穴。位于膝髌上外缘上二寸，髂前上棘与髌骨外上缘之连线上。主治：胃痛，膝肿，下肢不遂，乳痈等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

足三里 经穴名。别名“下陵”、“鬼邪”。属足阳明胃经，合穴。位于外膝眼下三寸，胫骨前嵴外侧一横指处。主治：胃痛，呕吐，腹胀，肠鸣，消化不良，泄泻，便秘，痢疾，喘咳痰多，乳痈，头晕耳鸣，心悸，癫狂，中风，膝胫酸痛等。直刺 0．5—1．5 寸；可灸。

上巨虚 经穴名。别名“巨虚上廉”。属足阳明胃经，大肠下合穴。位于外膝眼下六寸，胫骨前嵴外侧一横指处。主治：腹痛，腹胀，肠鸣，痢疾，泄泻，便秘，肠痈，瘫痪等。直刺 0．5—1．2 寸；可灸。

下巨虚 经穴名。别名“巨虚下廉”。属足阳明胃经，小肠下合穴。位于外膝眼下九寸，胫骨前嵴外侧一横指处。主治：小腹痛，腰脊痛引睾丸，乳痈，下肢痿痹，泄泻，大便脓血。直刺 0．5—0．9 寸，可灸。

丰隆 经穴名。属足阳明胃经，络穴。位于外膝眼与解溪的中点处。主治：痰多，哮喘，咳嗽，胸痛，头痛，咽喉肿痛，大便难，癫痫，下肢痿痹等。直刺 0．5—1．2 寸；可灸。

解溪 经穴名。属足阳明胃经，经穴。位于足背与小腿交界处的横纹中， 长伸肌腱与趾长伸肌腱之间。主治：头面浮肿，目赤，头痛，眩晕，腹胀，便秘，下肢痿痹，癫疾等。

直刺 0．4—0．6 寸；可灸。

内庭 经穴名。属足阳明胃经，荥穴。位于第二跖趾关节前方，二、三趾缝间的纹头处。主治：齿痛，口　，喉痹，鼻衄，腹痛，泄泻，足背肿痛等。直或斜刺 0．3—0．5 寸；可灸。

历兑 经穴名。属足阳明胃经，井穴。位于第二趾外侧，距爪甲角一分处。主治：面肿，口　，齿痛，鼻衄，黄涕，胸腹胀满，足胫冷，热病，梦魇，癫狂等。向上斜刺 0．2—0．3 寸；可灸。

隐白 经穴名。别名“鬼垒”、“鬼眼”。属足太阴脾经，井穴。位于　趾内侧，去爪甲角一分处。主治：腹胀，呕泄，胸痛胸满，咳喘，慢惊风，昏厥，崩漏，吐血，衄血，便血，尿血等。斜刺 0．1 寸，或用三棱针点刺出血；可灸。

太白 经穴名。属足太阴脾经，输穴，原穴。位于第一跖趾关节后缘，赤白肉际处。主治：脘腹胀痛，吐泻，痢疾，便秘，脚气，心痛，脉缓，痿证等。直刺 0．3—0．5 寸；可灸。

公孙 经穴名。属足太阴脾经，络穴、八脉交会穴—通冲脉。位于第一跖骨基底前下缘，赤白肉际处，距太白一寸。主治：胃疼，呕吐，肠鸣腹胀，痢疾，泄泻，水肿，心烦失眠，发狂等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

三阴交 经穴名。别名“承命”、“太阴”。属足太阴脾经。位于内踝高点上三寸，胫骨内后缘处。主治：肠鸣腹胀，飧泄，消化不良，月经不调，崩漏，带下，难产，梦遗，阳痿，水肿，小便不利，遗尿，足痿痹痛，湿疹等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

地机 经穴名。别名“脾舍”。属足太阴脾经。郄穴。位于阴陵泉下三寸，阴陵泉与三阴交的连线上。主治：腹胀痛，食欲不振，泻泄，痢疾，月经不调，痛经，遗精，腰痛，小便不利等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

阴陵泉 经穴名。属足太阴脾经，合穴。位于胫骨内侧髁下缘凹陷处。主治：腹胀，喘逆，水肿，黄疸，暴泄，小便不利或失禁，遗精，膝痛等。直刺0．5—0．8 寸；可灸。

血海 经穴名。别名“百虫窠”。属足太阴脾经。位于髌骨内上缘二寸，股四头肌内侧头的隆起处。主治：月经不调，痛经，经闭，崩漏，股内侧痛，瘾疹，湿疮，小便淋涩等。直刺 0．8—1 寸；可灸。

大横 经穴名。别名“肾气”。属足太阴脾经。位于脐旁四寸。主治：虚寒腹泻，痢疾，便秘，小腹痛。直刺 0．8—1．2 寸；可灸。

少海 经穴名。别名“曲节”。属手少阴心经，合穴。位于肘横纹尺侧纹头陷凹中。主治：心痛，健忘，臂麻手颤，腋胁痛，瘰疬，癫狂，头痛，齿龋痛。直刺 0．5—0．8 寸。

通里 经穴名。属手少阴心经，络穴。位于尺侧腕屈肌腱的桡侧缘，腕横纹上一寸。主治：暴喑，舌强不语，心悸怔忡，头痛目眩，崩漏，肩臑肘臂内后侧痛。直刺0．2—0．5 寸；可灸。

阴郄 经穴名。属手少阴心经，郄穴。位于尺侧腕屈肌腱的桡侧缘，腕横纹上五分。主治：心痛，惊恐，心悸，骨蒸盗汗，吐血，衄血，失语等。直刺0．2—0．5 寸；可灸。

神门 经穴名。别名“兑冲”、“中都”、“兑骨”、“锐中”。

属手少阴心经，原穴，输穴。位于尺侧腕屈肌腱的桡侧缘，腕横纹上。主治：心痛，心烦，恍惚，健忘失眠，惊悸怔忡，癫狂痫证，目黄胁痛，掌中热，呕血等。直刺 0．3—0．4 寸；可灸。

少冲 经穴名。别名“经始”。属手少阴心经，井穴。位于小指桡侧，去指甲角一分处。主治：心悸，心痛，胸胁痛，癫狂，热病，中风昏迷，便血，吐血，臑臂内后廉痛等。斜刺 0．1 寸，或三棱针点刺出血；可灸。

少泽 经穴名。别名“小吉”、“小结”。属手太阳小肠经；井穴。位于小指尺侧，去指甲角一分处。主治：热病，中风昏迷，乳汁少，乳痈，咽喉肿痛，目翳，头痛，耳聋，肩臂外后侧疼痛等。斜刺 0．1 寸；可灸。

后溪 经穴名。属手太阳小肠经，输穴，八脉交会穴—通督脉。位于第五掌指关节尺侧后方，第五掌骨小头后缘，赤白肉际处。主治：头痛项强，耳聋，目赤目翳，肘指挛急，热病，疟疾，癫狂痫证等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

腕骨 经穴名。属手太阳小肠经，原穴。位于腕前方，三角骨的前缘，赤白肉际处。主治：头痛项强，耳鸣，目翳，指挛臂痛，黄疸，热病，疟疾，胁痛，惊风等。直刺 0．3—0．5 寸；可灸。

天宗 经穴名。属手太阳小肠经。位于冈下窝中，肩胛冈下缘与肩胛下角之间的上三分之一折点处。主治：肩胛疼痛，肘臂外后侧痛，颊颔肿痛，气喘，乳痈等。直刺 0．5—0．7 寸；可灸。

颧髎 经穴名。别名“兑骨”。属手太阳小肠经。位于目外

眦直下，颧骨下缘凹陷处。主治：口眼歪斜，眼睑瞤动，齿痛，目赤目黄，面赤唇肿等。直刺 0．2—0．3 寸；可灸。

听宫 经穴名。别名“多所闻”。属手太阳小肠经。位于耳屏与下颌关节之间，微张口呈凹陷处。主治：耳聋耳鸣，聍耳，失音，癫疾，齿痛等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

睛明 经穴名。别名“泪孔”、“泪空”。属足太阳膀胱经。位于目内眦的外上方凹陷中。主治：目赤肿痛，憎寒头痛，目眩，迎风流泪，内眦痒痛，胬肉攀睛，目翳，目视不明等。嘱病人闭目，将其眼球推向外侧固定，针沿眼眶边缘缓缓刺入 0．3—0．5 寸。

攒竹 经穴名。别名“员在”、“始光”、“夜光”、“明光”、“员柱”。属足太阳膀胱经。位于眉毛内侧端，眶上切迹处。主治：头痛，眉棱骨痛，目眩，目视不明，目赤肿痛，迎风流泪，面瘫等。治疗眼病，向下斜刺 0．3—0．5 寸；治疗头痛、面瘫，平刺至眉中部。

天柱 经穴名。属足太阳膀胱经。位于哑门旁 1．3 寸分，项后发际内斜方肌之外侧。主治：头痛，项强，眩晕，目赤肿痛，鼻塞，咽肿，肩背痛等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

风门 经穴名。别名“热府”。属足太阳膀胱经。位于第二胸椎棘突下，督脉旁开 1．5 寸分处。主治：伤风咳嗽，发热头痛，目眩，多涕，鼻塞，项强，胸背痛，发背痈疽等。斜刺 0．5—0．8 寸；可灸。

肺俞 经穴名。属足太阳膀胱经，背俞穴。位于第三胸椎棘突下，旁开 1．5 寸分处。主治：咳喘，胸满，腰脊痛，喉痹，吐血，骨蒸潮热等。斜刺 0．5—0．8 寸；可灸。

心俞 经穴名。属足太阳膀胱经，背俞穴。位于第五胸椎棘突下，旁开 1．5 寸分处。主治：癫痫，惊悸，失眠，健忘，心烦，心痛，咳嗽，吐血，梦遗等。斜刺 0．5—0．8 寸；可灸。

膈俞 经穴名。属足太阳膀胱经，八会之一—血会。位于第七胸椎棘突下，旁开 1．5 寸分处。主治：胃脘胀痛，呕吐，呃逆，咳喘，吐血，潮热盗汗，背痛脊强等。斜刺 0．5—0．8 寸；可灸。

肝俞 经穴名。属足太阳膀胱经，背俞穴。位于第九胸椎棘突下，旁开 1．5 寸分处。主治：黄疸，胁痛，吐衄血，目赤，目视不明，眩晕，夜盲，癫痫，脊背痛等。斜刺 0．5—0．8 寸；可灸。

胆俞 经穴名。属足太阳膀胱经，背俞穴。位于第十胸椎棘突下，旁开 1．5 寸分处。主治：黄疸，口苦舌干，咽痛，呕吐，胁痛，肺痨，腋下肿等。斜刺 0．5—0．8 寸；可灸。

脾俞 经穴名。属足太阳膀胱经，背俞穴。位于第十一胸椎棘突下，旁开 1．5 寸分处。主治：胁痛，腹胀，黄疸，呕吐，泄痢，便血，水肿，背痛等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

胃俞 经穴名。属足太阳膀胱经，背俞穴。位于第十二胸椎棘突下，旁开一寸五分处。主治：胸胁痛，胃脘痛，腹胀，呕吐，肠鸣，完谷不化等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

肾俞 经穴名。属足太阳膀胱经，背俞穴。位于第二腰椎棘突下，旁开一寸五分处。主治：遗精，阳痿，遗尿，小便频数，月经不调，白带，腰膝酸痛，目昏，耳鸣耳聋，水肿，喘咳少气等。直刺 0．8—1 寸；可灸。

大肠俞 经穴名。属足太阳膀胱经，背俞穴。位于第四腰椎棘突下，旁开 1．5 寸分处。主治：腹痛，腹胀，肠鸣，泄泻，便秘，痢疾，腰脊疼痛。直刺0．8—1 寸；可灸。

膀胱俞 经穴名。属足太阳膀胱经，背俞穴。位于平第二骶后孔，髂后上棘内缘下与骶骨间的凹陷中。主治：小便赤涩，遗精遗尿，腹痛泄泻，便秘，腰脊强痛，膝冷足软等。直刺 0．8—1 寸；可灸。

次髎 经穴名。属足太阳膀胱经。位于第二骶后孔中。主治：腰痛，月经不调，赤白带下，痛经，疝气，小便赤淋，腰以下至足不仁等。直刺 0．8—1 寸；可灸。

委中 经穴名。别名“血郄”。属足太阳膀胱经，合穴。位于腘窝横纹中央，股二头肌腱与半腱肌腱的中间。主治：腰痛，髋腘挛急，下肢痿痹，中风昏迷，半身不遂，腹痛吐泻，衄血，遗尿等。直刺0．5—1 寸，或三棱针点刺出血；可灸。

膏盲俞 经穴名。属足太阳膀胱经。位于第四胸椎棘突下，旁开三寸处。主治：肺痨，咳喘，吐血，盗汗，遗精，完谷不化，肩胛背痛等。斜刺 0．5—0．8寸；可灸。

志室 经穴名。属足太阳膀胱经。位于第二腰椎棘突下，旁开三寸处。主治：遗精，阳痿，阴痛下肿，小便淋沥，水肿，腰脊强痛。直刺 0．8—1 寸；可灸。

承山 经穴名。别名“鱼腹”、“肉柱”。属足太阳膀胱经。位于腓肠肌肌腹下，伸小腿时肌腹下出现交角处。主治：腰背痛，腿痛转筋，痔疾，便秘，脚气，鼻衄，癫疾等。直刺 0．7—1 寸；可灸。

昆仑 经穴名。属足太阳膀胱经，经穴。位于跟腱与外踝

之间凹陷处。主治：头痛项强，目眩，鼻衄，腰痛，脚跟痛，小儿痫证，难产等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

申脉 经穴名。属足太阳膀胱经，八脉交会穴—通阳蹻脉。位于外踝正下方凹陷中。主治：痫证，癫狂，头痛，眩晕，失眠，腰痛，足胫寒等。直刺0．2—0．3 寸；可灸。

至阴 经穴名。属足太阳膀胱经，井穴。位于足小趾外侧，距趾甲角一分处。主治：头痛，目痛，鼻塞，鼻衄，足下热，胎位不正，难产。针刺 0．2 寸；可灸。

涌泉 经穴名。别名“地冲”。属足少阴肾经，井穴。位于足心前 1/3 的凹陷中。主治：头顶痛，头晕眼花，咽喉痛，失音，舌干，小便不利，大便难，小儿惊风，昏厥，足心热等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

然谷 经穴名。别名“龙渊”、“龙泉”。属足少阴肾经，荥穴。位于舟骨粗隆下缘凹陷中。主治：月经不调，阴挺，阴痒，遗精，阳痿，小便不利，泄泻，胁痛，黄疸，咳血，小儿脐风，下肢痿痹等。直刺0．5—0．8 寸；可灸。

太溪 经穴名。别名“吕细”。属足少阴肾经，输穴，原穴。位于足内踝与跟腱之间的凹陷中。主治：头痛目眩，咽喉肿痛，齿痛，耳聋耳鸣，咳喘，胸痛咯血，消渴，月经不调，失眠健忘，遗精，阳痿，尿频，腰脊、内踝痛等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

照海 经穴名。属足少阴肾经，八脉交会穴—通阴蹻脉，位于内踝正下缘之凹陷中。主治：咽喉干燥，目赤肿痛，失眠，嗜卧，惊恐，痫证，月经不调，痛经，带下，尿频等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

复溜 经穴名。别名“伏白”、“昌阳”。属足少阴肾经，经穴。位于太溪上二寸，跟腱之前缘处。主治：泄泻肠鸣，腹胀，水肿，足痿，盗汗，身热，腰脊强痛等。直刺 0．8—1 寸，可灸。

俞府 经穴名。属足少阴肾经。位于锁骨下缘，任脉旁开二寸处。主治：咳喘，胸痛，呕吐，不欲食等。斜刺或平刺 0．5—0．8 寸；可灸。

曲泽 经穴名。属手厥阴心包经，合穴。位于肘横纹上，肱二头肌腱的尺侧缘处。主治：心痛，心悸，善惊，胃疼，呕吐，热病烦躁，肘臂痛等。直刺 0．8—1 寸；或用三棱针刺血；可灸。

内关 经穴名。属手厥阴心包经，络穴，八脉交会穴—通阴维脉。位于腕横纹上二寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。主治：心痛，心悸，胃痛，呕吐，呃逆，失眠，癫痫，中风偏瘫，哮喘，偏头痛等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

大陵 经穴名。属手厥阴心包经，输穴，原穴。位于腕横纹正中，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。主治：心痛，惊悸，胃痛，呕吐，癫痫，胸胁痛，腕痛等。直刺 0．3—0．5 寸；可灸。

中冲 经穴名。属手厥阴心包经，井穴。位于手中指尖端之中央。主治：中风昏迷，舌强不语，中暑，昏厥，小儿惊风，热病等。浅刺 0．1 寸；或用三棱针点刺出血。

关冲 经穴名。属手少阳三焦经，井穴。位于无名指尺侧，去指甲角一分处。主治：头痛，目赤，耳聋耳鸣，喉痹，舌强，热病心烦等。浅刺 0．1 寸，或用三棱针点刺出血；可灸。

中渚 经穴名。属手少阳三焦经，输穴。位于手背第四、五掌指关节后的掌骨间。主治：头痛，目眩，目赤痛，耳聋耳鸣，喉痹，肩背肘臂痛，热病等。直刺 0．3—0．5 寸；可灸。

阳池 经穴名。别名“别阳”。属手少阳三焦经，原穴。位于手背横纹上，指总伸肌腱尺侧凹陷中。主治：腕痛，肩臂痛，耳聋，喉痹，消渴，疟疾等。直刺 0．3—0．5 寸；可灸。

外关 经穴名。属手少阳三焦经，络穴，八脉交会穴—通阳维脉。位于阳池上二寸，桡、尺两骨之间。主治：热病，头痛，耳聋耳鸣，目赤肿痛，胁痛，肩背痛，肘臂屈伸不利等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

支沟 经穴名。别名“飞虎”。属手少阳三焦经，经穴。位于阳池上三寸，桡、尺两骨之间。主治：暴喑，耳聋耳鸣，肩背胁肋痛，呕吐，便秘，热病等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

肩髎 经穴名。属手少阳三焦经。位于肩峰后下际，上臂外展平举，肩髃穴后寸许之凹陷中。主治：臂痛，肩重不能举。直刺 0．5—1 寸；可灸。

翳风 经穴名。属手少阳三焦经。位于耳垂后方，下颌角与乳突之间凹陷中。主治：耳鸣耳聋，口眼 斜，牙关紧闭，颊肿，瘰疬。直刺 0．8—1．2 寸；可灸。

耳门 经穴名。属手少阳三焦经。位于耳屏上切迹前方，下颌骨髁状突后缘凹陷中。主治：耳聋耳鸣，聍耳，齿痛，颈颔痛等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

丝竹空 经穴名。别名“巨窌”、“目窌”。属手少阳三焦经。位于眉毛外端凹陷处。主治：头痛，目眩，目赤痛，眼睑瞤动，齿痛，癫痫等。平刺 0．5—1 寸。

瞳子髎 经穴名。别名“太阳”、“前关”。属足少阳胆经。位于目外眦外侧，眶骨外侧缘凹陷中。主治：头痛，目赤目痛，羞明流泪，远视不明，内障，目翳。问后平刺或斜刺 0．3—0．5 寸，或用三棱针点刺出血。

听会 经穴名。别名“后关”、“听呵”。属足少阳胆经。位于耳屏间切迹前，听宫直下，下颌骨髁状突后缘，张口有空处。主治：耳鸣耳聋，聍耳流脓，齿痛，下颌脱臼，口眼㖞斜，面痛，头痛等。直刺 0．5 寸；可灸。

阳白 经穴名。属足少阳胆经。位于前额，眉毛中点上一寸处。主治：头痛、目眩、目痛，眼睑瞤动，雀目等。平刺 0．5—0．8 寸；可灸。

头临泣 经穴名。属足少阳胆经。位于前额，阳白直上，入发际五分处。主治：头痛，目眩，目赤痛，流泪，目翳，鼻塞，鼻渊，耳聋，小儿惊痫，热病等。平刺 0．5—0．8 寸；可灸。

风池 经穴名。属足少阳胆经。位于项后，与风府相平，胸锁乳突肌与斜方肌上端之间的凹陷中。主治：头痛，眩晕，颈项强痛，目赤痛流泪，鼻渊，鼻衄，耳聋，中风，口眼㖞斜、热病等。向对侧眼睛方向斜刺 0．5—0．8 寸；可灸。

肩井 经穴名。别名“膊井”。属足少阳胆经。位于肩上，大椎与肩峰连线的中点处。主治：肩背痹痛，手臂不举，颈项强痛，乳痈，中风，瘰疬，难产，诸虚百损。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

日月 经穴名。别名“神光”。属足少阳胆经，募穴。位于乳头下方，第七肋间隙处。主治：胁肋疼痛，胀满，呕吐，吞

酸，呃逆，黄疸等。斜刺 0．5—0．8寸；可灸。

环跳 经穴名。属足少阳胆经。位于股骨大转子最高点与骶骨裂孔的连线上，外 1/3 与中 1/3 的交点处。主治：腰胯疼痛，半身不遂，下肢痿痹，风疹，膝踝肿痛等。直刺 2—2．5 寸；可灸。

风市 经穴名。属足少阳胆经。位于大腿外侧，腘横纹上七寸，股外侧肌与股二头肌之间，直立垂手时，中指止点处。主治：中风半身不遂，下肢痿痹麻木，遍身瘙痒，脚气等。直刺 1—1．5 寸；可灸。

阳陵泉 经穴名。属足少阳胆经，合穴，八会之一——筋会。位于腓骨小头前下方凹陷中。主治：半身不遂，下肢痿痹麻木，膝肿痛，脚气，胁肋疼，呕吐，黄疸，小儿惊风，破伤风等。直刺或斜向下刺 1—1．5 寸；可灸。

光明 经穴名。属足少阳胆经，络穴。位于外踝尖直上五寸，腓骨前缘，趾长伸肌和腓骨短肌之间。主治：目痛，夜盲，乳胀痛，膝痛，下肢痿痹，颊肿等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

悬钟 经穴名。别名“绝骨”。属足少阳胆经，八会之一——髓会。位于外踝尖上三寸，腓骨后缘与腓骨长、短肌腱之间凹陷处。主治：半身不遂，颈项强痛，胸腹胀满，胁肋疼痛，膝腿痛，脚气等。直刺0．5—0．8 寸；可灸。

丘墟 经穴名。属足少阳胆经，原穴。位于外踝前下缘，趾长伸肌腱的外侧凹陷中。主治：颈项痛，腋下肿，胸胁痛，下肢痿痹，外踝肿痛，疟疾，疝气，目赤肿痛，目翳，中风偏瘫等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

足临泣 经穴名。属足少阳胆经，输穴。位于第四、五跖骨结合部的前方凹陷中，小趾伸肌腱的外侧。主治：头痛，目外眦痛，目眩，乳痈，瘰疬，胁肋痛，疟疾，中风偏瘫，足跗肿痛等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

足窍阴 经穴名。属足少阳胆经，井穴。位于第四趾外侧，距趾甲角一分处。主治：偏头痛，目眩，目赤肿痛，耳聋耳鸣，喉痹，胸胁痛，足跗肿痛，多梦，热病等。直刺 0．1—0．2 寸；可灸。

大敦 经穴名。属足厥阴肝经，井穴。位于足 趾外侧，去趾甲角一分处。主治：疝气，缩阴，阴中痛，月经不调，血崩，尿血，癃闭，遗尿，淋证，癫狂痫证，少腹痛等。斜刺 0．1—0．2 寸，或用三棱针点刺出血；可灸。

行间 经穴名。属足厥阴肝经，荥穴。位于足第一、二趾缝间，趾蹼缘的上方纹头处。主治：月经过多，闭经，痛经，带下，阴中痛，遗尿，淋证，胁痛，呃逆，头痛眩晕，目赤痛，中风，瘛疭，膝肿，足跗肿痛等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

太冲 经穴名。属足厥阴肝经，输穴，原穴。位于足第一、二跖骨结合部之前凹陷中。主治：头痛，眩晕，疝气，月经不调，癃闭，遗尿，小儿惊风，癫痫，胁痛，黄疸，呕逆，目赤肿痛，下肢痿痹等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

曲泉 经穴名。属足厥阴肝经，合穴。位于膝关节内侧横纹头上方，胫骨内髁后，半膜肌、半腱肌止端之前上方处。主治：月经不调，痛经，带下，阴挺，阴痒，遗精，阳痿，疝气，小便不利，头痛目眩，膝膑肿痛，下肢痿痹等。直刺 1—

1．5寸；可灸。

章门 经穴名。别名“长平”、“肋髎”。属足厥阴肝经，募穴，八会之一——脏会。位于第十一浮肋游离端之下际。主治：腹痛腹胀，肠鸣吐泻，身瞤动，胸胁痛，黄疸，痞块，小儿疳积，腰脊痛等。斜刺0．5—0．8寸；可灸。

期门 经穴名。属足厥阴肝经，募穴。位于锁骨中线上，第六肋间隙处。主治：胸胁胀痛，腹胀吐泻，呃逆，吞酸，饥不欲食，胸中热，咳喘，奔豚，疟疾等。斜刺0．5—0．8寸；可灸。

长强 经穴名。别名“气之阴郄”、“橛骨”。属督脉。位于尾骨尖端与肛门连线之中点处。主治：泄泻，痢疾，便秘，便血，痔疾，癫狂，瘈疭，癃淋，腰脊尾骶部疼痛。斜刺，针尖向上与骶骨平行刺入0．5—1寸。

腰阳关 经穴名。属督脉。位于后正中线，第四腰椎棘突下凹陷中。主治：腰骶疼痛，下肢痿痹，月经不调，带下，遗精，阳痿，便血等。直刺0．5—1寸；可灸。

至阳 经穴名。属督脉。位于后正中线，第七胸椎棘突下凹陷处。主治：胸胁胀痛，腹痛黄疸，咳喘，腰背疼痛，脊强，身热等。斜刺0．5—1寸；可灸。

大椎 经穴名。别名“百劳”、“上杼”。属督脉。位于第七颈椎棘突下凹陷中。主治：热病，疟疾，咳喘，骨蒸潮热，项强，肩背强痛，角弓反张，小儿惊风，癫狂痫证，五劳七伤，中暑，呕吐，黄疸，风疹等。斜刺0．5—1寸；可灸。

哑门 经穴名。别名“舌横”、“舌厌”。属督脉。位于后正中线，入发际上五分之凹陷处。主治：舌缓不语，音哑，头

痛重，项强，脊强反折，中风尸厥，癫狂痫证，癔病，衄血，呕吐等。伏案正坐位，头微前倾，向下颌方向缓慢刺入 0．5—1 寸。

风府 经穴名。别名“舌本”、“鬼枕”、“鬼穴”、“曹溪”。位于后正中线上，后发际直上一寸处。主治：癫狂痫证，癔病，中风不语，悲恐惊悸，半身不遂，眩晕，项强，咽喉肿痛，目痛，鼻衄等。伏案正坐位，头微前倾，向下颌方向缓慢刺入 0．5—1 寸。

百会 经穴名。别名“三阳五会”，“天满”，“泥丸宫”、“巅上”。属督脉。位于后发际中点上 7 寸处。主治：头痛，眩晕惊悸，健忘，尸厥，中风不语，癫狂痫证，癔病，瘈疭，耳鸣，脱肛，阴挺等。平刺 0．5—0．8 寸；可灸。

上星 经穴名。别名“鬼堂”、“明堂”、“神堂”。属督脉。位于头部中线，入前发际 1 寸处。主治：头痛，眩晕，目赤肿痛，迎风流泪，面赤肿，鼻渊，鼻衄，小儿惊风，疟疾，热病等。平刺 0．5—0．8 寸；可灸。

水沟 经穴名。别名“人中”、“鬼客厅”、“鬼市”。属督脉。位于鼻下，鼻唇沟的上 1/3 与中 1/3 交点处。主治：昏迷，晕厥，中暑，癫痫，惊风，鼻塞，鼻衄，面肿，齿痛，黄疸，消渴，挫闪腰痛等。向上斜刺 0．3—0．5 寸，或用指甲按掐。

人中 水沟穴别名。（《肘后备急方》）。见该条。

中极 经穴名。别名“气原”、“玉泉”。属任脉，募穴。位于脐下 4 寸，腹中线上。主治：小便不利，遗尿，阳痿，早泄，遗精，疝气，积聚疼痛，月经不调，痛经，带下，崩漏等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

关元 经穴名。别名“下纪”、“三结交”、“次门”、“大中极”、“丹田”。属任脉，募穴。位于脐下 3 寸，腹中线上。主治：中风脱证，虚劳冷惫，羸瘦，少腹痛，吐泻，痢疾，脱肛，便血尿血，尿频尿闭，遗精阳痿，月经不调，带下等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

气海 经穴名。别名“脖胦”、“下肓”。属任脉，肓之原穴。位于脐下一寸五分，腹中线上。主治：绕脐腹痛，水肿腹胀，便秘，泄痢，癃淋，遗尿，遗精，阳痿，月经不调，痛经，产后恶露不止，羸瘦虚惫等。直刺 0．5—1 寸；可灸。孕妇慎用。

神阙 经穴名。别名“脐中”、“环谷”、“气舍”、“维会”。属任脉。位于脐窝中点。主治：中风虚脱，四肢厥冷，尸厥，风痫，形惫体乏，绕脐腹痛，水肿鼓胀，泄痢，便秘，五淋，妇女不孕等。禁刺；可灸。

中脘 经穴名。别名“上纪”、“太仓”。属任脉，募穴，八会之一——腑会。位于脐上四寸，腹中线上，胸骨体下缘与脐中连线的中点处。主治：胃脘痛，腹胀，呕吐，呃逆、吞酸、纳呆，臌胀，黄疸，泄痢，便秘，虚劳吐血，失眠惊悸，脏躁，惊风等。直刺0．5—1 寸；可灸。

膻中 经穴名。别名“元儿”、“上气海”。属任脉，募穴，八会之一——气会。位于两乳头之间，胸骨中线，平第四肋间隙处。主治：咳喘，咯唾脓血，胸痹心痛，心悸，产妇少乳，噎膈，臌胀等。平刺 0．3—0．5 寸；可灸。

天突 经穴名。别名“玉户”、“天瞿”。属任脉。位于胸骨上窝正中。主治：咳嗽，哮喘，咯唾脓血，咽喉肿痛，暴喑，

瘿气，噎膈，梅核气等。先直刺0．2—0．3寸，后沿胸骨柄后缘，气管前缘缓慢向下刺入0．5—1寸；可灸。

廉泉 经穴名。别名“本池”、“舌本”。属任脉。位于喉结上方，舌骨下缘凹陷处。主治：舌下肿痛，舌缩，舌纵，舌强，中风失语，口舌生疮，暴喑，喉痹，聋哑，哮喘等。直刺0．5—0．8寸，不留针；可灸。

承浆 经穴名。别名“天池”、“鬼市”、“垂浆”、“悬浆”。属任脉。位于颏唇沟的正中凹陷处。主治：口眼 斜，唇紧面肿，齿痛齿衄，流涎，口舌生疮，暴喑，消渴，小便不禁等。斜刺0．3—0．5寸；可灸。

神聪 经外奇穴名。别名“四神聪”。位于百会前、后、左、右各旁开一寸处，共四穴。主治：头痛，眩晕，失眠，健忘，癫狂痫证，偏瘫等。平刺0．5—0．8寸；可灸。

印堂 经外奇穴名。位于两眉头连线的中点，对准鼻尖处。主治：头痛，头晕，鼻渊，鼻衄，重舌，呕吐，产妇血晕，惊风，不寐，颜面疔疮等。提捏局部皮肤，向下平刺0．3—0．5寸，或用三棱针点刺出血；可灸。

太阳 经外奇穴名。别名“前关”。位于眉梢与目外眦连线中点外开一寸的凹陷中。主治：偏正头痛，目赤肿痛，目眩，目涩，口眼 斜，牙痛等。直刺或斜刺0．3—0．5寸；或用三棱针点刺出血。

球后 经外奇穴名。位于目眶下缘的外1/4折点处。主治：目疾。如视神经炎，视神经萎缩，视网膜色素变性，青光眼，早期白内障，近视等。闭目平视，沿眶下缘从外下向内上视神经孔方向刺0．5—1寸。

上迎香 经外奇穴名。别名“鼻通”。位于鼻翼软骨与鼻甲的交接处。主治：头痛，鼻塞，鼻内瘜肉，暴发火眼，迎风流泪。向内上方斜刺 0．3—0．5 寸；可灸。

夹承浆 经外奇穴名。位于承浆两边各一寸之凹陷处，即下颌骨之颏孔处。主治：面颊浮肿，齿龈溃烂，口 ，面肌瞤动，唇口疔疽，三叉神经痛等。直刺 0．1—0．2 寸。

翳明 经外奇穴名。位于风池与翳风连线之中点处。主治：目疾，如近视，远视，雀目，青盲，早期白内障；及头痛，眩晕，耳鸣，失眠，精神病等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

安眠 经外奇穴名。位于风池与翳明连线的中点处。主治：失眠，头痛，眩晕，心悸，烦躁，癔病，癫痫，精神病，耳聋，高血压等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

颈臂 经外奇穴名。位于锁骨内 1/3 与外 2/3 交点处直上一寸，胸锁乳突肌胸骨头后缘处。主治：肩臂手指麻木、疼痛，上肢痿痹等。直刺 0．3—0．5 寸。

百劳 经外奇穴名。位于大椎旁开一寸，再直上二寸处。主治：骨蒸潮热，盗汗自汗，瘰疬，咳喘，颈项强痛等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

腰眼 经外奇穴名。位于第四腰椎棘突下间，旁开 3．5 寸至 4 寸之凹陷中。主治：腰痛，尿频，消渴，虚劳，羸瘦，妇科疾患等。直刺 0．5—1 寸；可灸。

夹脊 经外奇穴名。别名“华佗夹脊”。位于脊椎棘突间两侧，背正中线旁开五分处，自第一胸椎至第五腰椎，每侧十七穴，左右共三十四穴。治疗范围较广，上胸部穴位治疗心肺、上肢疾病；下胸部穴位治疗胃肠疾病，腰部穴位治疗腰、

腹及下肢疾病，直刺 0．3—0．5 寸，或用梅花针叩刺；可灸。

十宣 经外奇穴名。别名“鬼城”。位于十指尖端去指甲游离缘一分处，左右共十穴。主治：昏迷，晕厥，中暑，热病，小儿惊厥，咽喉肿痛，指端麻木。直刺 0．1—0．2 寸，或用三棱针点刺出血。

八邪 经外奇穴名。别名“八关”。位于手背第一至五指间的缝纹端，左右共八穴。主治：手背肿痛，手指麻木，头项强痛，咽痛、齿痛，目痛，烦热，毒蛇咬伤等。向上斜刺 0．5—0．8 寸，或用三棱针点刺出血；可灸。

中魁 经外奇穴名。位于中指背侧近端指骨关节横纹中点处。主治：噎膈，翻胃，呕吐，呃逆，牙痛，鼻出血等。用灸法。

四缝穴 经外奇穴名。位于食、中、环、小四指掌面近端指骨关节横纹中点处，左右共八穴。主治：疳积，百日咳，肠虫症，小儿腹泄，咳喘等。点刺0．1—0．2 寸，挤出少量黄白色透明粘液或血液。

二白 经外奇穴名。腕横纹直上四寸，桡侧腕屈肌腱之两侧缘处，左右共四穴。主治：痔疮，脱肛，前臂痛，胸胁痛等。直刺 0．5—0．8 寸；可灸。

八风 经外奇穴名。别名“八冲”、“阴独八穴”。位于足背五趾各趾间的缝纹端处，左右共八穴。主治；足跗肿痛，脚弱无力，头痛，牙痛，疟疾，毒蛇咬伤，足趾青紫症，月经不调等。斜刺 0．5—0．8 寸，或用三棱针点刺出血；可灸。

膝眼 经外奇穴名。别名“膝目”。位于膝关节伸侧面，髌韧带两侧之凹陷中，左右共四穴。主治；膝关节酸痛，鹤膝

风，脚气，腿痛。向膝中斜刺0．5—1寸，或透刺对侧膝眼；可灸。

百虫窝 经外奇穴名。别名“血郄”。位于髌骨内上角上三寸处。主治：皮肤瘙痒，风疹块，下部生疮，蛔虫病等。直刺0．5—1寸；可灸。

针灸疗法 简称“针灸”。针刺和艾灸两种治疗方法的总称。针刺疗法是用特殊的金属针具，刺入人体的一定穴位，运用各种手法激发经气，以调整人体功能，防治疾病。艾灸则是用艾绒等各种药物以烧灼、熏熨穴位皮表，达到温通经脉，扶阳散寒的目的。《灵枢·官能》：“针所不为，灸之所宜。”说明针和灸在治疗上可相互补充，二者常结合应用，故合称针灸。针灸疗法源于原始社会的砭刺、火灼等治疗方法。脏腑学说、经络学说是指导针灸疗法的基本理论。成书于战国时期的《黄帝内经》，对针灸的应用就已有全面的论述，而且形成了系统的理论。晋代的皇甫谧，把《内经》中的针灸内容分门别类，结合自己的经验系统整理，撰《针灸甲乙经》12卷，是我国现存最早的针灸专著。建国以来，针灸疗法有了很大发展，在穴位、经络的基础上，结合现代科学知识形成了多种新针法，如电针、水针、激光穴位照射以及在一定部位内取穴的耳针、头针等，特别是针刺麻醉的成功，使针灸疗法的内容更为丰富。

针灸 “针灸疗法”的简称。见该条。

针法 又称“刺法”。①针灸疗法的一类，指用特别的金属针具，通过手法操作刺激机体穴位以防治疾病的方法。②各种针具的针刺操作方法的总称。

灸法 针灸疗法的一类。是用艾绒或其他药物放置在穴位部位上烧灼、温熨，以借灸火的热力和药力的作用，调和气血，温通经络，防治疾病的一种治疗方法。灸法的种类很多，常用的有艾柱灸和艾条灸。艾柱灸包括直接灸（化脓灸、非化脓灸、）和间接灸（隔姜灸、隔蒜灸、隔盐灸、隔饼灸）二种；艾条灸包括温和灸、雀啄灸等。此外还有温针灸、药物发泡灸等。

针刺手法 ①简称“针法”。指针刺时的各种操作手法。临床上常用如进针、出针、捻转、提插和留针等方法。②专指运针时所使用的各种促使针刺得气或保持与加强针感以及各种针刺补泻的方法。

刺手 指针刺操作时持针的手。刺手一般用右手，针刺时以拇、食、中三指夹持针柄，以无名指抵住针身，进针时运用指力，使针尖快速透入皮肤。

押手 指针刺操作时按压穴位局部的手。押手的作用，主要是固定穴位皮肤，协同刺手进针，使针能准确地刺中腧穴，并使长针针身有所依靠。

爪切进针法 又称“指切进针法”。临床最为常用的进针手法。一般用左手拇指或食指的指甲掐在穴位上，用右手持针，将针紧靠指甲边缘刺入皮下。

得气 指进行针刺时，患者在针刺部位所产生的酸、麻、重、胀感或不同程度的感传现象以及医生持针手下的沉重紧涩感。现代称为“针感”。历代医生都十分重视针刺的得气，认为“刺之要，气至而有效”（《灵枢·九针十二原》）。如已得气，则应“密意守气勿失”（《灵枢·小针解》）。如未得气，

可采取候气或催气的方法，促使得气。

针刺感应 简称“针感”。见“得气”。

气至病所 针刺术语。“气”，是指针下的得气感应。气至病所，是指这种感应通过一定的手法，到达了病变部位。

留针 指进针以后，将针留置在穴位内至预定时间再予出针。留针期间可施行各种手法操作，以加强针感，并可加用温针、电针等。留针与否与留针时间长短，主要依据病情而定，留针时间一般在15分钟左右，长者可达几小时乃至数天，如耳针、皮内针等。对针感较差者，留针可起候气和催气的作用。

行针 又称“运针”。指针刺进针后，再施以一定的手法，是针刺的基本手法。主要有提插法和捻转法，具体运用时可根据治疗需要采取持续行针或间歇行针。如需长时间行针，尚可用针刺手法仪代替手工操作。

提插 针刺基本手法之一。指针刺进一定深度后，施行上下，进退的行针动作。针身向上退的，称为提；针身向下进的，称为插；提与插交替进行。提插幅度大，频率快，刺激量就大，反之，刺激量就小，临床上本法常与捻转手法结合应用。

捻转 针刺基本手法之一。又称“捻针”。指针刺进入一定深度后，施行前后、左右的行针动作。即将针向前向后来回旋转捻动，反复多次。捻转的幅度大，频率快，刺激量就大，反之，刺激量则小。捻转的幅度一般掌握在180°—360°。

针刺补泻 指通过针刺腧穴，采用适当的手法激发经气以补益正气，或疏泄病邪而调节人体脏腑经络功能的治疗方法。

凡针刺手法起扶助正气作用的称为补，起祛除病邪作用的称为泻。针刺补泻早在《内经》中即有记载，其所论补泻原则及方法为后世医家所遵循并有所发展，至今沿用的主要有迎随补泻、徐疾补泻，提插补泻，捻转补泻，呼吸补泻、开阖补泻等。详各条。近代亦有以较弱刺激为补，较强刺激为泻来分别补泻者。

迎随补泻 针刺补泻手法名。指以针尖方向与经脉之间的逆（迎）、顺（随）关系来分别补泻的方法。《灵枢·终始》："泻者迎之，补者随之，知迎和随，气令可和。"提出了泻法为迎，补法为随的见解。后世医家据此认为迎随是以经络循行的顺逆为准。即顺（随）着经脉循向进针为补法，逆（迎）着经脉循行进针的为泻法。

徐疾补泻 针刺补泻手法名。指以进出针的快慢来区分补泻的方法。进针时徐徐刺入，退针时疾速退至皮下而出针者为补法。反之进针时疾速刺入，退针时徐徐出针者为泻法。此种徐进疾退手法，可引导阳气由浅入深，由表及里，故是补法；而用泻法时，则疾进徐退，主要是使邪气随针引伸由深出浅，由里达表，故能起泻的作用。

提插补泻 针刺补泻手法名。指针刺得气后，以针上下进退的快慢和用力的轻重来分别补泻的方法。《难经·七十八难》："推而内之是谓补，动而伸之是谓泻"。意即插针为补，提针为泻。后世医家在此基础上逐渐发展成提插补泻手法，即在得气的基础上将针反复重插轻提为补，反复重提轻插为泻。

捻转补泻 针刺补泻手法名。指针刺得气后，以捻转幅度的大小，频率的快慢和次数的多少来分别补泻的方法。捻转

幅度较小，频率慢，次数较少者为补；捻转幅度较大，频率快，次数较多者的为泻。亦有以捻转的方向分别补泻。金·窦汉卿《标幽赋》："迎夺右而泻凉，随济左而补暖"。意指右转为泻，左转为补。

呼吸补泻 针刺补泻手法名。指在用针刺手法时配合病人的呼吸来分别补泻的方法。即病人吸气时进针、转针，呼气时退针，针气相逆为泻法；反之，当呼气时进针、转针，吸气时退针，针气相顺为补法。

开阖补泻 针刺补泻手法名。指以出针时开、闭针孔来区分补泻的方法。即出针后迅速按揉针孔，使其闭合不令经气外泄者为补法；反之，出针时摇大针孔而不立即按揉，促使邪气逸出者为泻法。

烧山火 针刺手法名。是将预定针刺深度分为上 1/3（天部）、中 1/3（人部）、下 1/3（地部）共三层，针刺时由浅入深，每层紧按慢提九次，如此反复几遍，至病人自觉局部或全身有温热感时出针，并揉闭其孔，有引通经气，益阳补虚的作用。多用于治疗冷痹顽麻，虚寒性疾病等。

透天凉 针刺手法名。是将预定针刺深度分为上 1/3（天部）、中 1/3（人部）、下 1/3（地部）共三层，针刺时由深至浅，每层紧提慢按六次，如此反复几遍，至病人局部或全身有凉感时出针，不揉闭其孔。有泻热的作用，多用于治疗实热性疾病。

透穴法 针刺方法之一。指采用不同的方向、角度和深度以同一针作用于两个穴位来增加针刺强度的方法。透穴的针刺法有直透、横透以及多向透等。如针阳陵泉可直透阴陵泉，

针地仓可沿皮下横透至颊车穴等。

滞针 指针刺后发生的针下滞涩而捻转、提插不便等运针困难的现象。多因患者精神紧张以及因疼痛而致肌肉痉挛，行针用力不均匀或过猛、向一个方向连续捻转致肌纤维缠绕针身等原因造成。可在邻近部位按揉或加刺一针，能予缓解。如因单向捻转而致者，须向相反方向退转，并左右轻捻使之松解。

晕针 指针刺过程中而突然产生的晕厥现象。其表现为：针刺时患者突然面色苍白、头晕目眩、心悸、出冷汗、脉象沉细，严重者会发生四肢厥冷，神志昏迷等。多因患者体质虚弱，精神紧张，饥饿劳累，或因体位不适 以及医者针刺手法过重等因所致。发生晕针后，应立刻停止进针，并将已刺之针全部起出，使患者平卧，喂饮温开水，休息片刻即可恢复。必要时应配合其他急救措施。

艾柱灸 灸法之一。分为直接灸和间接灸两法。将艾柱直接放在皮肤上施灸，称为直接灸，又根据施灸温烫后局部组织产生无菌性化脓现象与否，分为化脓灸和非化脓灸两种。用药物将艾柱与施灸部位隔开进行施灸的方法，称间接灸。间接灸根据衬隔物品的不同，可分多种，如以生姜间隔者，称隔姜灸；用食盐间隔者，称隔盐灸；以蒜间隔者，称隔蒜灸等。施灸时，艾柱的大小、多少，要根据疾病的性质轻重和施灸部位结合考虑选用。

艾条灸 灸法之一。指用艾条在穴位或病变部位进行熏灼的方法。分温和灸和雀啄灸两种。温和灸是施灸时将艾条的一端点燃，对准施灸部位，约距皮肤 2—3cm 进行熏烤，使患

者局部有温热感而无灼痛为宜。雀啄灸是艾条燃着的一端与施灸部位并不固定在一定距离，而是象鸟雀啄食一样，一上一下活动地施灸。临床上温和灸多用于灸治慢性病，雀啄灸多用于灸治急性病。

温针灸 针刺与艾灸结合使用的一种方法。适用于既需要留针，又需施灸的疾病。是在留针过程中，将艾绒捏在针柄上点燃，或用 2cm 长的艾条插在针炳上，点燃施灸，通过针体将热传入穴位，直到艾绒燃尽为止。具有温通经脉，行气活血的作用。

壮 灸法术语。①指艾柱灸中的计数单位。每灸一个艾柱，称为一壮。②指艾柱。如大壮灸，即指用较大的艾柱施灸。

拔罐法 又称“吸筒疗法”。古称“角法”。是以杯、罐等为工具，排除其内的空气产生负压，使其吸附于肌肤，通过局部的温热和负压作用而引起局部组织充血和皮内轻微的淤血，促使该处的经络通畅，气血旺盛，以治疗疾病的方法。拔罐的工具，古代应用兽角，以后采用陶罐、竹筒，近代则使用特制的铜罐和玻璃罐等。在方法方面，亦由最早的燃火排气的火罐，发展为煮水排气的水罐、药罐和用抽气排气的抽气罐等多种。运用的方式则有单罐、排罐、闪罐、走罐、以及与皮肤针、三棱针等结合的刺血拔罐，与毫针结合使用的针罐等，扩大了适应范围和提高了拔罐的疗效。本法在民间常用，主要用于风湿痹痛、扭伤、腰背痛、胃痛及哮喘等证。

选穴法 又称“取穴法”。指根据病情选取有效穴位进行治疗的方法。常用的有循经取穴法，近部取穴法，远道取穴法、对症选穴法等。其中以循经取穴法为主，即在病证所属或相

关的经脉上选取穴位，进行针灸。

配穴法 指根据各种不同病证的治疗需要，选择具有协调作用的两个以上的穴位加以配伍应用的方法。常用的有：前后配穴法、上下配穴法，左右配穴法、表里配穴法、远近配穴法，俞募配穴法、原络配穴法。详见各条。

前后配穴法 配穴法之一。指胸腹部穴位与背腰部穴位配伍应用的方法。多用于治疗胸腹疼痛疾患。如胃脘疼痛腹部可取梁门，背部可取胃仓等。若以背俞穴和胸腹部的募穴相配者则称“俞募配穴法”。

上下配穴法 配穴法之一。泛指人体上部穴位和下部穴位配伍应用的方法。如胃病，上肢取内关，下肢取足三里；牙痛，上肢取合谷，下肢取内庭。本法在临床应用相当广泛。

左右配穴法 配穴法之一。指左右两穴同时应用的方法。临床对于内脏病证的取穴，一般均左右同用，以加强协调作用。如胃痛取两侧的胃俞，足三里等。

表里配穴法 配穴法之一。指根据脏腑经络的表里关系进行配合取穴的方法。如胃痛可取胃经的足三里与脾经的公孙；咳嗽取肺经的太渊与大肠经的合谷等。若是以本经的原穴与其表里经的络穴相配合则称“原络配穴法”。

远近配穴法 配穴法之一。指以近部的穴位与远道的穴位相结合使用的配穴方法。如胃痛可近取中脘、胃俞，远取内关，足三里，远近穴位配合使用。

子午流注 针灸治疗配穴的一种方法。是以十二经脉肘膝以下的 66 个五腧穴为基础，根据井、荥、输、经，合的气血流注、盛衰开阖的道理，配合阴阳、五行、天干、地支等，作

为逐日按时取穴的依据。本法强调“择时”与“选穴”两方面；择时就是依据气血流注的盛衰时间为主体，选穴则优选十二经疗效最佳的五腧穴，二者结合，则为子午流注针法的中心内容。具体运用时，可分为二种，一为按天干开穴，又称纳干法；一为按地支开穴，又称纳支法。本法古时多用，目前正在积极整理研究中。

灵龟八法 又称“奇经纳甲法”。针灸治疗配穴的一种方法。是运用古代哲学的八卦九宫学说，结合奇经八脉气血的会合，取其与奇经八脉相通的八个经穴，按照日时干支的推演数学变化采用相加、相除的方法，以作为按时取穴的依据。本法古时多用，目前正在积极整理研究中。

刺络法 又称“刺血疗法”。是用三棱针等针具，刺破患者身体上的一定穴位或浅表血络放出少量血液治疗疾病的方法。具有通经活络，开窍泄热，消肿止痛的作用。各种实证、热证以及瘀血等证均可使用。施术时，应注意严格消毒，并避开动脉，以免发生感染或出血过多。

皮肤针疗法 又称“皮刺疗法”，“小儿针疗法”。指用皮肤针刺激机体穴位以治疗疾病的方法。根据所用针具的不同，又分别有“七星针疗法”，“梅花针疗法”等名称。操作时，将针具及皮肤消毒后，针尖对准叩刺部位，使用腕力将针尖垂直叩刺在皮肤上，并立即提起，反复进行，直至皮肤潮红充血或有微量出血为止。根据病变性质，叩刺可分别选用轻刺、重刺和中等刺法，叩刺部位亦可分循经、穴位、局部叩刺三种。本法适应范围较广，对头痛、胁痛、腰痛、高血压、近视及顽癣等效果较佳。

埋针 又称“皮内针疗法”。是使用皮内针在选定的穴位上沿皮横刺（揿钉型则垂直按入），使针尖进入皮下后，用胶布固定，以作皮内埋藏留针的一种治疗方法。留针时间一般为1—7天，天热则酌减。留针期患者应自行按压，以加强刺激。常用于慢性顽固性疾病和经常发作的疼痛性疾病。目前埋针多用于耳针治疗。

火针疗法 用火烧灼后的针尖迅速刺入穴内，以治疗疾病的一种方法。针具一般用较粗的不锈钢针，也有用特制的针具，如弹簧式头针、三头针以及用钨合金制的火针等。多用于阴疽、瘰疬等病证。

挑刺法 在一定穴位或部位，用三棱针等针具挑断皮下白色纤维组织，以治疗疾病的方法。是由我国古代“九针”刺法中的“络刺”发展而来。临床用于血管神经性头痛、肩周炎、慢性喉炎、急性结膜炎以及支气管哮喘等多种疾病。

耳针疗法 指针刺耳廓特定的穴位，以防治疾病的一种方法。耳与人体各部存在着一定的生理联系，是全身经络汇聚之处，《灵枢》有“耳者宗脉之所聚也”的论述。望耳的形态、色泽可以辅助诊断疾病，耳针疗法则可用于治疗多种病证，尤以镇痛效果最为明显，并可用作针刺麻醉。临床操作时，以耳针（或短毫针）对准选定穴位快速刺入，但不可穿透耳壳。若需较长时间留针者，可用皮内针埋置。或在耳穴表面贴敷小颗粒状药物，患者可以不定时地在贴敷处按压以使刺激持续，又称为“压籽法”。还可实行电针、注射药物或割治等方法。

头针疗法 是将针刺疗法和现代医学关于大脑皮层功能定

位的理论相结合，在大脑皮层相应的头皮投射区进行针刺防治疾病的一种方法。操作时，用毫针在选定的刺激区上，针与头皮呈30度左右夹角快速将针刺入头皮下至一定深度，予以大幅度高频率捻转，并根据病情留针5—10分钟，也可加用电针刺激。临床多用于治疗中枢神经系统疾患。

电针疗法 是用电针器输出脉冲电流通过毫针作用于人体经络穴位的治疗方法。临床操作时，选取两个适宜穴位，针刺“得气”后，即可按电针器使用要求给予电流刺激，至预定时间达到刺激量时，即停止通电并退针。本法治疗范围较广，体针、耳针、头针等均可参用本法，并可用于针刺麻醉。

水针疗法 又称“穴位注射法”。指选择某些供肌肉注射用的药液，以较小的剂量注入穴位，使针刺穴位与药物性能相结合而起治疗作用的方法。多用于腰腿痛，关节痛，软组织损伤等证。若注射药物为局部麻醉药，则称为“穴位封闭疗法”。

埋线疗法 指在消毒条件下，将羊肠线埋入有关穴位，通过羊肠线在穴位部的持续刺激作用，达到疏通经络，调理气血以治疗疾病的方法。多用于治疗哮喘，慢性胃病，腰腿痛，小儿麻痹后遗症等。若将羊肠线在穴位内作不同形式的结扎，则称“穴位结扎”。

割治疗法 又称“割脂疗法”。是在手掌等特定部位或某些穴位处，切开皮肤割除少量皮下组织以治疗疾病的方法。本法在我国民间早有流传。多用于哮喘，慢性支气管炎，小儿疳积及消化不良等病证。

针刺麻醉 简称“针麻”。是选择适当穴位针刺，在患者清

醒状态下施行手术的一种麻醉方法。源于传统的经络学说和针刺镇痛疗法。本法根据手术部位及病种，选取适当穴位，术前可按麻醉常规给予辅助用药，以提高针麻效果。进针后经20—30分钟捻转诱导，多数即可开始手术。术间酌情以手法运针，也可用电针刺激。术毕即可出针。特点在于：患者是在清醒状态和生理机能保持正常的情况下痛觉迟钝或消失，故能主动配合手术，且无某些麻醉药物的副作用，术后恢复较快。现已成功地应用于头面、五官、颈、胸腹及四肢等部位的手术。

针麻诱导　指使用针麻方法进行手术前，对有关穴位实施针刺，当获得针感后，进行手法操作或用电针给予一定的刺激过程。诱导时间一般为20—30分钟。

砭石　指经过磨制而成的锥形或楔形的小石器，是我国最古的医疗工具。亦称“针石”、“砭针”等。约起源于新石器时代，用以叩击皮肤的一定部位，浅刺出血和割治排脓。砭刺法可以说是针刺疗法的前身。随着社会生产力的发展，此种医疗工具逐渐被九针代替。

九针　针具名。出《黄帝内经》。为九种针具的总称。即针、圆针、鍉针、锋针、铍针、圆利针、毫针、长针和大针。《灵枢·官针》：“九针之宜，各有所为，长短大小，各有所施也”。说明九种不同形状的针具，用途各异。

毫针　针具名。为古代“九针”之一，针身细小，是临床应用最为广泛的一种针具。《标幽赋》：“观夫九针之法，毫针最微。七星上应，众穴主持”。说明毫针适用于全身任何穴位，应用面最广。现代的毫针，多用不锈钢制成，坚韧锋利，亦

有用金、银或其他合金制成者。根据治疗的需要，其针身长短和粗细各有不同的规格。

金针 针具名。①指金质所制的针具。②泛指金属针具。

三棱针 针具名。用于点刺放血的针具。一般用不锈钢制成，针柄较粗呈圆柱形，针身呈三棱形，针尖锋利，三面有刃。本针取法于古代九针之一的“锋针”。

芒针 针具名。一种特制的长针，针体一般在6寸以上，形与毫针相似，因细长如麦芒，故名。芒针是由古代九针之一的“长针”发展而来，专用于深刺透刺。使用芒针进针时要利用钢丝的弹性，缓缓按压至一定深度并出现较强针感时为止。施术应认真谨慎，防止刺伤内脏。

皮肤针 针具名。一种多针浅刺的专门针具。因其刺激仅及皮肤，故名。其针柄长15—19 cm，坚固而有弹性，一端附有莲蓬状的针盘，上散嵌着不锈钢短针，根据针支数目的不同，又分别称为梅花针（五支针）、七星针（七支针）、罗汉针（十八支针）等。针尖不宜太锐，呈松针形。使用时依靠腕力弹叩刺激部位。

梅花针 见“皮肤针”。

七星针 见“皮肤针”。

皮内针 针具名。一种用不锈钢丝特制的小针。有颗粒型、揿钉型两种。颗粒型一般针长约1cm，针柄形似麦粒或呈环形，针身与针柄成一直线。揿钉型针身长约0.2—0.3cm，针柄呈环形，针身与针柄呈垂直状。皮内针主要用于埋针，参见“埋针”。

艾卷 灸用材料。又称“艾条”。是用桑皮纸包裹艾绒制成

的园柱形长卷。制作方法：取艾绒 24 克，平铺在 26 厘米长，20 厘米宽的桑皮纸上，将其卷成直径约 1．5 厘米的圆柱形，以紧卷为宜，用胶水封口而成。若用艾绒掺入药粉制作，称“药艾卷”。

艾柱 灸用材料。是用艾绒制作的锥形艾团。制作艾柱一般用手捻，须将艾绒搓紧，捻成上尖下大的圆锥状。根据需要，大小不一。象蚕豆大者为大柱，用于间接灸；如麦粒大者为小柱，用于直接灸。

针灸铜人 用铜铸造的针灸人体模型。首见于宋代，针灸学家王惟一于天圣五年（1027 年）设计并主持制作。为医学史上最早的医疗模型。主要用于针灸教学。

中医内科学

伤寒 病名。有广义和狭义之分。广义伤寒是一切外感疾病的总称。如《难经·五十八难》：“伤寒有五：有中风，有伤寒，有湿温，有热病，有温病”狭义的伤寒指外感风寒，感而即发的疾病。症见恶寒发热，头身疼痛，无汗，脉浮紧等。

温病 病名。外感温邪引起的以发热为主症的一类急性外感热病。其主要特点：起病急，传变快，热象偏重，易内陷生变，如动血，动风，闭窍，病变过程中易化燥伤阴，尤以疾病后期更为突出。包括风温、冬温、春温、暑温、湿温、秋燥、伏暑、大头瘟、烂喉痧等。

热病 病名。①泛指一切外感热性病。意同广义的伤寒。《素问·热论》：“今夫热病者，皆伤寒之类也。”②指伤寒病五种疾患之一。《难经·五十八难》：“伤寒有五，……有热病，

有温病”③指夏季伏气所发的暑病。

风温 病名。感受风热病邪所引起的急性外感热病。多发于春冬两季。发生于冬季的又称“冬温”。初起见发热，微恶风寒，咳嗽等肺卫症状。如表邪不解，或顺传入气分，见邪热壅肺，痰热结胸，阳明腑实，肺热发疹等证；或逆传心包，内闭外脱。分别治以辛凉透表，清肺化痰，攻下泄热，清心开窍等。

春温 病名。感受春季温热病邪而引起的一种急性热病。以邪郁内发，里热炽盛为特点，初起即可见高热，烦渴，甚则神昏，痉厥等里热证候。根据本病初起临床表现的不同，发病类型可分为二种，初起即呈里热炽盛证的，为“伏邪自发”；兼有恶寒，头痛等卫分证的，为“新感引发”。治疗原则，以清泄里热为主，并须注意顾阴，透邪外出。

湿温 病名。由湿热病邪引起的急性热病。多发于夏秋季节。起病缓，初起见身热不扬，身重肢倦，胸闷脘痞，苔黄腻，脉缓。传变较慢，病势缠绵，以脾胃为主要病变部位，有湿重于热，热重于湿，湿热并重之分。后期可化燥入血。治疗应注重分解湿热，根据湿热的偏盛及传变部位，或以化湿为主，或以清热为主，或清热化湿并进。

暑温 病名。感受暑热病邪而引起的一种急性热病。初起即见壮热，烦渴，汗多，脉洪等气分热盛证候。传变迅速，最易伤津耗气，且多闭窍动风之变。本病发病有严格的季节性，发于夏暑当令之时。治宜清泄暑热为主，或兼以益气，生津，利湿、清营、凉血、开窍、熄风等法。

伏暑 病名。由暑湿病邪引起的发于秋冬季的一种急性热

病。初期类似感冒；继而形似疟疾，惟寒热多不规则；以后则但热不寒，入夜尤甚，天明得汗稍减，而腹胸仍灼热，便溏不爽。本病起病急，病势重而缠绵难解，若邪入营血，亦可见谵语、发斑。治疗以解表清暑化湿为主。

秋燥 病名。指感受秋季燥气而发的热性病。一般病情较轻，传变较少。分温燥与凉燥两类。《医醇賸义·秋燥》：“燥者干也，对湿言之也。立秋以后，湿气去而燥气来，初秋尚热则燥而热，深秋既凉而燥而凉。”“燥胜则干”，故本病以津液干燥见证为特征。治疗原则以滋润为主，即所谓“燥者濡之”。

温燥 病名。指感受秋季燥热病邪引起的外感热病，与凉燥相对而言。初起多见身热头痛，干咳无痰或少痰，咽干鼻燥，心烦口渴，苔薄白而燥，舌红等。治宜辛凉解表，佐以润肺。参见“秋燥”。

凉燥 病名。指感受秋季凉燥之气引起的病症。与温燥相对而言。初起多见恶寒无汗，头痛身热，鼻塞，咽干唇燥，干咳少痰等。治宜辛开温润。参见“秋燥”。

大头瘟 病名。又称“大头风”、“大头伤寒”。以头面肿大为特征。系感受风温时毒，上攻头面所致。症见：憎寒壮热，头面燉赤肿大，或腮颐肿硬而疼，咽喉疼痛，舌干口燥等。治宜透卫清热，解毒消肿。

温毒 病名。指感受温热毒邪而引起的一类具有独特表现的急性热病。一般发生于冬春两季。其除了具有一般急性热病的临床见症外，还具有局部红肿热痛，甚则溃烂，或发斑疹等特征。包括大头瘟、烂喉痧、痄腮等多种疾病在内。《温

病条辨·上焦篇》：“温毒者，诸温挟毒，秽浊太甚也。”

瘟疫 病名。指感受疫疠之气造成的一时一地大流行的急性烈性传染病。又名时行、天行、时疫、疫疠、温疫等。其发病急剧，证情险恶。若疠气疫毒伏于募原者，初起可见憎寒壮热，旋即但热不寒，头痛身疼，苔白如积粉，舌红绛，脉数等。治以疏利透达为主。若暑热疫毒伏于胃或热灼营血者，可见壮热烦躁，头痛如劈，腹痛泄泻，或见衄血，发斑，神昏等。治宜清瘟解毒。

中暑 病名。古称“中暍”。指高温季节感受暑热邪气而发生的一种急性病证。症见突然闷倒，昏不知人，或身热烦躁，气喘不语，牙关微紧，或口开齿燥，大汗或无汗，脉虚数，甚者昏迷不醒，四肢抽搐。治疗应立即将患者移至凉爽通风处，以避瘟丹等方药灌服，并可配用针刺、刮痧，冷水擦浴等法。

疰夏 病名。又名“注夏”。发于夏令的季节性疾病。《时病论》：“疰夏者，每逢春夏之交，日长暴暖，忽然眩晕，头痛，身倦，脚软，体热食少，频欲呵欠，心烦自汗是也”。多由体弱气虚，暑热伤气所致。治宜益气阴，清暑热。

恶寒发热 指怕冷与发热同时并作的症状。为外感表证的主要症状。见于六经辨证中的太阳病；卫气营血辨证中的卫分证；及三焦辨证中的上焦证等。

寒热往来 指寒症与热症间代而作的症状。为伤寒少阳病主症。亦可见于疟疾等病症。

潮热 指发热起伏有定时，如潮汛一般。本症状多见于里证，但有虚实之分。实证潮热多由于外感，发热较高，如阳明腑实潮热；虚证潮热多由于劳倦内伤气血亏损，发热较低，

或仅自觉发热，病情缠绵，如阴虚潮热。

五心烦热 指两手心、足心发热及自觉心胸烦热的一种症状。多由阴虚火旺、邪伏阴分或火热内郁所致。是虚损劳瘵等病症的常见症状。

自汗 病症名。指白昼时时汗出，动辄益甚。多属气虚不固，营卫失和。治宜益气固表，调和营卫。

盗汗 病症名。指寐中汗出，醒来自止。多属阴虚内热津液外泄。治宜滋阴清热敛汗。

战汗 全身战栗抖动而后旋即汗出的一种症状。多见于外感热病过程中。为邪正相争的表现。正气胜邪则战汗后脉静身凉，病渐痊愈；正不胜邪，则身热不除，或气随汗脱，转为亡阳危证。

斑疹 指出现于皮肤表面的红色皮疹。其点大成片，抚之不碍手者为斑；其点小如粟，突出隆起，抚之碍手者为疹。斑由阳明热炽，内迫营血，外溢肌肤所致；疹系邪热郁肺，内窜营分，从肌肤血络而出。故有“斑出阳明，疹出太阴”之说。斑疹是温病的重要体征之一。斑疹一旦透发，标志邪毒外露，观察其色泽、形态、分布等，可以判断病情及预后。

白 温病过程中出现在皮肤上的白色小疱疹。多见于颈项、胸腹。为湿热郁蒸肌肤所致。晶莹透亮者，又称“晶 ”，为湿热外泄，正胜邪退之象；色白干枯者，称“枯 ”，为津气两伤，正不胜邪之候。

谵语 指病人神志不清，胡言乱语的一种症状。多见于实证。常由高热引起。

郑声 指病人语言重复，声音低沉，不相接续的一种症状。

《伤寒论》：“实则谵语，虚则郑声。郑声，重语也。”多见于疾病晚期，是精神散乱的重危表现。

善太息 太息，又称“叹息”。指自觉胸中憋闷，每以长声嘘气为舒的一种症状。是气机郁滞不利的表现。

筋惕肉瞤 又称“身瞤动”。指身体筋肉不由自主地跳动的一种症状。多由阳虚失养或水气内动所致。临床常与大汗亡阳，手足厥冷，或阳虚水泛，寒战等症并见。

手足厥冷 又称“厥逆”。指四肢逆冷的一种症状。一般冷至腕、踝者，称“手足厥冷”，冷至肘、膝者，称“手足厥逆”。有寒厥与热厥之分。寒厥因阳微寒盛，不能温运四末所致，程度较重；热厥由阳气闭郁，不达四末而成，程度较轻。

感冒 病名。感受触冒风邪所致的常见外感疾病。主要表现；鼻塞流清涕，喷嚏咳嗽，恶寒发热，头痛，全身不适等。病情轻者，多为感受当令之气，又称“伤风”、“冒寒”；重者多为感受非时之气，又称“重伤风”；病情重而广泛流行，称为“时行感冒”。本病邪在肺卫，属表实证。恶寒重，发热轻，口不渴为风寒证，治宜辛温解表；发热重，微恶风，咽痛口渴为风热证，治宜辛凉解表。时行感冒应加清热解毒之品。

咳嗽 病症名。为肺系疾病的主要症状之一。有声无痰为咳；有痰无声为嗽。一般多痰声并见。因风寒热燥等邪，侵袭肺系；或脏腑功能失调，内邪干肺，致肺失宣肃，上逆作咳。外感咳嗽多为新病，起病急，伴肺卫表证；属于邪实，治以祛邪利肺。内伤咳嗽多为久病，反复发作，伴痰湿、肝火、肺阴亏虚等证候，多属邪实正虚，治当祛邪止咳，扶正补虚。

肺痿 又称“肺萎”。肺叶枯萎不用的肺部慢性虚损性疾患。

主要症状为咳吐浊唾涎沫。因肺燥津伤，或肺气虚冷，气不化津，致肺失濡养，日渐肺叶枯萎。辨证有虚热、虚寒之分，以虚热多见。治疗以补肺生津为原则。

肺痈 病名。指肺叶生疮，形成脓疡的一种病症。属内痈之一。主要症状：咳嗽、胸痛、发热、咯出大量腥臭脓血痰。因风热犯肺，或痰热素盛，热壅血瘀，而成痈化脓。治疗以清热散结，解毒排脓为主。

哮喘 病名。喉中痰鸣为哮；呼吸气促困难，甚则张口抬肩为喘。哮必兼喘，故称哮喘；而喘未必兼哮。病因以痰为主，因痰伏于肺，遇感诱发。临床有寒热虚实之分。新病或发作期多实，久病或缓解期多虚。形寒怕冷，痰白清稀，口不渴为寒证，治宜温肺化痰平喘。面红身热，痰黄粘稠，口渴为热证，治宜清肺化痰平喘。虚证则应补肺益肾纳气，健脾化痰。

肺胀 病名。多种慢性肺系疾患反复发作，迁延不愈，导致肺气胀满，不能敛降的一种病证。主要症状：喘咳上气，胸闷胀满，心慌等，病久可见面唇紫绀，身肿，甚或昏迷，抽搐以至喘脱等危重证候。多因久病肺虚，痰浊潴留，血瘀阻脉，复感外邪而诱发加重。早期多属气虚，病位在肺，继则影响脾肾，后期及心，并由气虚发展为阳虚。病性属标实本虚。一般感邪时偏于邪实，治以宣肺化痰，降气利水，或涤痰、开窍、熄风；平时偏于本虚，当以补养心肺，益肾健脾为主。

肺痨 病名。又称“痨瘵”。具有传染性的慢性虚弱疾患。主要症状：咳嗽、咳血、潮热、盗汗、身体逐渐消瘦等。因

正气虚弱，“瘵虫”乘虚伤人所致。病位在肺，久病及脾肾。以阴虚为主，进而气阴两虚，阴损及阳。治疗当以培虚补元，治痨杀虫为原则。宜滋阴为主，兼以降火，益气、补阳。

痰饮 ①病症名。广义的指体内水液输布运化失常，停积于某些部位的一类病症。包括痰饮、悬饮、溢饮、支饮。因外感寒湿，饮食劳倦所伤，以致三焦气化失宣肺脾肾三脏对津液的通调、转输、蒸化失职，津停为饮。狭义的指诸饮中的一个病症。因脾阳虚弱，饮留肠胃，症见：形体逐渐消瘦，水走肠间，沥沥有声，胸胁支满，心悸眩晕等。治宜温脾化饮。②病因名。详见“病因病机”中的“痰饮”。

悬饮 病名。广义痰饮之一。因肺失宣通，饮停胁肋，症见：咳唾引痛，喘息气促，肋间胀满，脉沉弦等。治宜攻逐水饮。

溢饮 病名。广义痰饮之一。因肺脾输布失职，水饮流溢四肢肌肤。症见：身体疼重，肢体浮肿，无汗。治宜发表化饮。

支饮 病名。广义痰饮之一。因阳虚饮伏，支撑胸膈，上逆迫肺。症见：咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿。治宜温肺化饮，或温补脾肾，化气行水。

血证 病症名。以出血为主要表现的一类病症。临床常见：鼻衄、齿衄、咳血、吐血、便血、尿血、紫斑等。血证可由外感，内伤等多种原因引起。基本病机可归纳为火热薰灼及气虚不摄两大类。治疗应掌握治火、治气、治血三个基本原则。实火当清热泻火；虚火当滋阴降火；实证当清气降气；虚证当补气摄血。并酌情配伍凉血止血，收敛止血，或活血止

血的方药。

紫斑 病症名。又称“肌衄”、“葡萄疫”，指血液溢出于肌肤之间，皮肤出现青紫斑点或斑块。因血热妄行，阴虚火旺，气不摄血所致。治宜凉血止血、滋阴降火止血或益气摄血。

怔忡 并无外惊，自觉心中惕惕然，动摇不得安静的一种症状。稍劳即发，全身情况较差，病情较惊悸为重。多属虚证。因心血不足、阳气内虚、水气乘心等所致。惊悸日久不愈，亦可发展为怔忡。治疗参见“心悸”。

心悸 病症名。指病人自觉心中悸动，惊惕不安，甚则不能自主。包括惊悸和怔忡。“惊者，心卒动而不宁也；悸者，心跳动而怕惊也；怔仲者，心中躁动不安，惕惕然如人将捕之也”（《红炉点雪·惊悸怔忡健忘》）。心悸多呈阵发性，每因情志波动或劳累过度而发作。常与失眠、健忘、眩晕、耳鸣等并见。其形成与心虚胆怯，心血不足，阴虚火旺，心阳不振，水饮凌心、瘀血阻络等因素有关。临床当辨虚实，虚证以养血安神为主，或温补心阳；实证以活血化瘀，清热化痰为法。

心中懊憹 指心胸烦热，闷乱不宁之状。多因邪热内陷，郁而不发，结于胸膈所致。见于伤寒结胸证，阳明热证，阳明腑实证及湿热发黄证等。

心下痞 心下胃脘部满闷不舒的一种症状。病机总以脾胃气机升降失常所致。常见于伤寒误下，或内伤脾胃。治疗重在调理脾胃，升清降浊。

胸痹 病名。以胸部闷痛、甚则胸痛彻背，短气，喘息不能卧为主症。轻者仅感胸闷如窒，呼吸欠畅；重者则胸痛彻

背，背痛彻心。多与寒邪内侵，饮食不当，情志失调及年老体虚有关。实证为寒痰气血痹阻胸阳；治以通阳散寒豁痰，活血化瘀。虚证系心脾肝肾亏虚，功能失调所致；治宜滋阴养心、益气温肾。临床多见虚实挟杂，当分清缓急，兼顾同治。

不寐 病症名。又称”失眠”、“不得眠”、“不得卧”、“目不瞑”。指经常不能正常睡眠。多因思虑劳倦，内伤心脾，或心火，肝阳扰动；或心胆气虚，或胃中不和等影响心神而致。治宜补益心脾、降火泻肝、镇惊安神、和中等。还应注意精神治疗和生活调摄。

厥证 病症名。以突然昏倒，不省人事，四肢厥冷为主要表现的一类病症。包括气厥、血厥、痰厥、食厥。有虚实之分。实证为气盛上逆，挟血挟痰挟食，蒙闭清窍所致，治宜顺气活血，豁痰消导。虚证为气虚下陷，清阳不升，或血不上达所致，治宜补气升阳养血。

郁证 病症名。因情志不舒，气机郁滞所引起的一类病症。日久可以耗伤心气营血，以致心神不安，脏腑阴阳失调。主要表现：心情抑郁，情绪不宁，胁肋胀痛，或易怒善哭，或咽中如有异物梗阻，失眠等。郁证可分为虚实两大类。初起多实，以理气为主；久病多虚，以养血滋阴益气为主。

癫狂 病名。沉默痴呆，语无伦次，静而多喜为癫；喧扰不宁，躁妄打骂，动而多怒为狂。均属精神失常的疾患。多由阴阳失调，七情内伤，痰气上扰，气血凝滞所致。病变在肝胆心脾。癫证治宜疏肝理气，化痰开窍，补益心脾；狂证应镇心涤痰，清肝泻火，安神定志。二证均应适当参用活血化瘀之品。

痫（癎）证 病名。又称“癫痫”、“羊痫风”。是一种发作性神志异常的疾病。其特征为发作性精神恍惚，甚则突然仆倒，昏不知人，口吐涎沫，两目上视，四肢抽搐，或口中如作猪羊叫声，移时苏醒。痫证多由骤受惊恐，先天禀赋不足，跌仆撞击等因素，导致风痰闭阻，痰火内盛，心肾亏虚，气血瘀滞而引发。发作时当治标，先用针刺，以促其苏醒，再投豁痰顺气，平肝熄风，宁心定惊之剂；间歇期当调理脏腑，以治其本。情志安定，生活调理对于减少复发尤为重要。

胃脘痛 简称“胃痛”。病症名。指上腹部近心窝处疼痛。凡寒邪客胃，饮食伤胃，肝气犯胃、瘀血停胃所致，多痛急而拒按属实证；胃阴不足，脾胃阳虚所致，多痛缓而有休止，痛而喜按属虚证。治疗以理气和胃止痛为主，再须审证求因，辨证施治。

嘈杂 病症名。俗称“嘈心”、“心嘈”。指胃脘部似饥非饥，似痛非痛，懊憹不安，得食暂止的一种症状。临床常与嗳气痞闷，吞酸恶心等并见。多由胃热、胃寒、伤食、肝胃不和等引起。

噎膈 病症名。指吞咽障碍的一种病症。吞咽食物时梗噎不顺为噎；膈阻不通，饮食不下或食入即吐为膈。噎轻而膈重。噎为膈之始，膈为噎之渐，故并称。噎膈多因忧思郁怒，酒食所伤引起。病位在食道，为胃气所主。属本虚标实之证。病标常有气郁、痰阻、血瘀；病本为津亏，血耗，阴损及阳。治疗以开郁理气，滋阴润燥为原则。并应时时顾及胃气。

反胃 病症名。又称“胃反”。指谷食入胃，停而不化，朝食暮吐，或暮食朝吐。多属阳虚有寒。治宜温中健脾，降气

和胃。

呕吐 病症名。指胃失和降，气逆于上所引起的一种病症。有物有声谓之呕，有物无声谓之吐，无物有声谓之干呕。呕吐当分虚实。一般暴病呕吐多属邪实，由外邪犯胃，饮食停滞，肝气犯胃，痰饮内阻引起。治宜祛邪为主，和胃降逆；久病呕吐多属正虚，如脾胃虚寒，胃阴不足。多起于病后，反复发作，时作时止，每因饮食不慎或稍劳即发，治宜扶正为主，降逆止呕。

呃逆 病症名。气逆上冲，喉间呃逆连声，声短而频，令人不能自制的一种病症。多因寒气蕴蓄，燥热内盛、气郁痰阻、气血亏虚导致胃失和降，上逆动膈而成。治疗以和胃降气平呃为主，并根据寒热虚实辨证用药。如偶然发作，可自行消失。或刺鼻取嚏，或闭气不令出入，皆可取效。

泄泻 病症名。又称“腹泻”、“下利”。指排便次数增多，粪便稀薄，甚至泻出如水。大便清稀，完谷不化，多属寒证；大便色黄褐而臭，泻下急迫，肛门灼热，多属热证；泻下腹痛，痛势急迫拒按，泻后痛减，多属实证；病程较长，腹痛不甚，喜温喜按，神疲肢冷，多属虚证。病机总为脾虚湿胜。治当分辨虚实。外邪侵袭，饮食所伤，多属实证，治宜散寒化湿，清热利湿、消食导滞，虚证多为内伤，治宜健脾和胃升提，温肾固涩，抑肝扶脾。

五更泄 病名。又称“晨泄”、“肾泄”。指黎明之前腹部作痛，肠鸣即泻，泻后则安。伴形寒肢冷，腰膝酸软等症状。《景岳全书·泄泻》：“今肾中阳气不足则命门火衰，而阴寒独盛，故于子丑五更以后，当阳气未复，阴气盛极之时，即令

人洞泄不止也。”治宜温肾健脾止泄。

矢气 一作“失气”。指有气体从肛门排出。即俗称的放屁。

里急后重 时时欲泻，腹痛窘迫称里急；肛门重坠，便出不爽称后重。两者并见时合称里急后重。为痢疾的主要症状之一。

痢疾 病名。古称“肠癖”、“滞下”。以腹痛，里急后重，下痢赤白脓血为主要特征。有流行性、传染性，多发于夏秋季节。因感受湿热、疫毒之气、饮食生冷，损伤脾胃肠腑所致。暴痢多实，以湿热痢为多见，治宜清热化湿解毒，调气行血导滞；寒湿痢则宜温化。久痢多虚，治宜滋阴清肠，或温补脾胃，收涩固脱。

滞下 痢疾的古称。宋严用和《济生方》：“今之所谓痢疾者，古所谓滞下是也”。因其下利滞涩不爽，故名。

休息痢 病名。痢疾的一种。下痢时发时止，经久不愈，其不发时似休息，故名。多由痢疾迁延，正虚邪恋，或治疗不当，收涩太早，关门留寇所致。治宜温中清肠，调气行滞。

噤口痢 病名。痢疾的一种。下痢不能进食，或呕不能食。其证有虚有实。实证多由湿热、疫毒蕴结肠中，上攻于胃，胃失和降所致，症见呕逆不食，口气秽臭，舌苔黄腻，脉滑数，治宜清热解毒，和胃降逆。虚证多由脾胃素虚，或久痢伤正，胃虚气逆所致，症见呕恶不食，或食入即吐，口淡不渴，舌淡，脉弱，治宜健脾和胃。

疫毒痢 病名。痢疾的一种。传染性强，起病急骤，下痢鲜紫脓血，腹痛剧烈，壮热头痛，甚或神昏痉厥。因疫毒之邪侵及肠胃，毒热壅盛所致。治宜清热凉血解毒。

霍乱 病名。以起病急骤，剧烈吐泻为特征的疾病。因起病于倾刻之间，胃肠挥霍撩乱，故名。多由感受暑湿、寒湿秽浊之气，或饮食不洁所致。吐泻较缓，不甚臭秽，肢冷脉弱，为寒霍乱，治宜散寒燥湿，重证应回阳救逆；吐泻骤作，呕吐如喷、臭秽难闻，脘闷心烦，苔黄腻，为热霍乱，治宜清热化浊；腹中绞痛，欲吐不吐，欲泻不泻，烦躁闷乱为干霍乱，治宜辟秽解浊，利气宣壅，或配以探吐、取嚏、刮痧等法。

腹痛 病症名。指胃脘以下，耻骨毛际以上部位的单纯性疼痛。外感时邪，饮食不节，情志失调等导致气机郁滞，脉络痹阻；或素体阳虚，经络失养均可引起腹痛。一般痛而拒按，饱则痛为实；痛而喜按，饥则痛为虚；得热痛减为寒；得寒痛减为热；腹胀串痛为气滞；刺痛不移为血瘀。临证首先分辨腹痛的性质，分别采用温中散寒，泄热通腑，补虚缓急，理气通络等法治疗。

便秘 病症名。指大便秘结不通，或排便艰涩不畅的一种病症。分为热秘、气秘、虚秘、冷秘四类。热秘因胃肠积热，津液耗伤所致，伴口臭，苔黄，治宜泄热润肠通便。气秘因气机郁滞，传导失常所致，伴嗳气频作，胸胁痞满，治宜顺气行滞。虚秘因肺脾气虚，传送无力；或血虚津少，不能润肠所致，治宜益气通肠或养血润肠。冷秘多由阴寒固结，阳气不运所致，治宜温阳通便。

蛔厥 病名。古称“蚘厥”。主要症状：脘腹阵痛，四肢厥冷，时烦时静，得食则呕、吐蛔。由蛔虫窜扰，气机逆乱所致，宜温脏安蛔，乌梅丸主之。

胁痛 病症名。指一侧或两侧胁肋疼痛。病位属肝胆。多由肝气郁结，瘀血阻络，肝胆湿热及肝阴不足所致。气郁多胀痛，游走不定；血瘀多刺痛而有定所；疼痛剧烈，口苦苔黄属湿热；绵绵隐痛为阴虚。治疗应以通为主，实证多采用理气，化瘀，清热利湿等法；虚证以滋阴柔肝为治，佐以疏肝。

黄疸 病症名。以身黄、目黄、小便黄为其主要症状。尤以目睛黄染为重要特征。疸，古作“瘅”。《金匮要略》有黄疸、谷疸、酒疸、女劳疸和黑疸之分，宋元以后则分为阳黄与阴黄两类。黄色鲜明，发热口渴，心中懊憹，苔黄腻为阳黄，因湿热蕴蒸，胆汁外溢所致，治宜清热利湿，通利腑气。黄色晦暗，或如烟熏，纳少脘闷，苔白腻为阴黄，因寒湿阻滞，阳气不宣，胆汁外泄所致，治宜温化寒湿，健脾和胃。

急黄 病名。指黄疸之病势急骤险恶者。因湿热挟时邪疫毒伤人所致。症见黄疸迅速加深，其色如金，高热烦渴，胁痛腹满，神昏谵语，或衄血发斑。治宜清热解毒，凉营开窍。

癥瘕 病症名。指腹内结块。《诸病源候论·癥瘕候》：“癥瘕者，皆由寒温不调，饮食不化，与脏器相搏结所生也。其病不动者，直名为癥，若病虽有结瘕而可推移者，名为癥瘕。瘕者假也，谓虚假可动也”。癥有形而坚硬不移，类似于“积”，瘕则聚散无常，类似于“聚”。参见“积聚”。

积聚 病症名。指腹内结块，或痛或胀。积是有形，固定不移，痛有定处，属脏病；聚是无形，聚散无常，痛无定处，属腑病。多由湿热、风寒、痰浊等因促成气滞而成聚；日久痹阻血络，血瘀而成积。积聚初起，邪实正未衰，当以行气、

化瘀、消积、软坚之药攻邪；中期邪伤正气，宜攻补兼施；后期正气大伤，应大补气血，佐以攻瘀。

鼓胀 病症名。一作“臌胀”。以腹部膨胀如鼓，皮色苍黄，青筋暴露为特征。多因酒食情志所伤，或血吸虫感染，或黄疸、积聚等病迁延日久，而肝、脾、肾功能失调，气血水壅结腹中所致。前人据病因病机分类，有“气鼓”、“血鼓”、“水鼓”、“虫鼓”之分。病性属本虚而标实，初期多肝脾失调，气滞血瘀湿阻，应分别采用理气祛湿、行气活血、健脾利水等法，或暂用峻剂逐水。病久则脾肾阳虚或肝肾阴虚，治宜温阳利水或滋阴活血。在药物治疗的同时，还应注意精神和生活上的调摄。

头痛 病症名。是临床常见的自觉症状。可分为外感和内伤两大类。外感头痛，多因坐卧当风，或挟寒、湿、热邪，上犯巅顶，阻遏脉络所致，起病急，病势较剧，多表现为掣痛、重痛、胀痛，痛无休止，属实证。治以祛风散邪为主。内伤头痛，多因肝、脾、肾功能失调，肝阳上亢，或瘀血、痰浊内阻，或髓海空虚所致，起病缓，多表现为空痛、隐痛，痛势悠悠，时发时止，多属虚证或虚中挟实。治宜补虚为主。辨证时，亦可根据发病部位之异，加以判断。大抵头后部痛、项强属太阳经；前额及眉棱骨痛属阳明经；头两侧痛，连及耳部属少阳经；巅顶痛，连及目系属厥阴经。治疗时可根据头痛的部位，选用不同的“引经药”。

头风 病名。指头痛经久不愈，时作时止，一触即发。证见头部剧痛或掣痛，痛连眉稍、眼睛，甚则目昏头重，头皮麻木等。参见“头痛”。

眩晕 病症名。眩即眼花，晕即头晕，两者常并见，轻者闭目即止，重者如坐车船，旋转不定，不能站立，或伴有恶心，呕吐、汗出，甚则昏倒等症状。眩晕以内伤为主，虚证居多。如阴虚肝风内动，血亏脑失所养，精亏髓海不足而致，当用补气养血，益肾滋阴等法以治其本。实证多由痰浊中阻，或化火上蒙所致，宜化痰清火以治其标。

中风 病名。①又名“卒中”。以卒然昏仆，不省人事，伴口眼㖞斜，半身不遂，语言不利为主要症状。或不经昏仆，仅见㖞僻不遂。外邪引发者，称为“真中风”、“真中”，多由脉络空虚，风邪入中经络引起。无外邪而发病者，称为“类中风”，“类中”，多由阳化风动，气血上逆，挟痰挟火，流窜经络，蒙蔽清窍所致。为上实下虚之证。根据病情的轻重，又可分为“中经络”与“中脏腑”两大类。详各条。②指外感风邪所致的太阳表虚证。《伤寒论》：“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风”。

中经络 中风之轻证。病在经络，一般无神志改变，但见口眼歪邪，手足麻木，语言不利或半身不遂。治以祛风养血通络，或滋阴潜阳，熄风通络。

中脏腑 中风之重症。病在脏腑，有神志改变。根据发病情况，又有闭证和脱证之别。闭证为邪实内闭，属实证。见突然昏仆，不省人事，牙关紧闭，口噤不开，两手握固，大小便闭，肢体强痉。有热象者，称为“阳闭”，急宜清肝熄风，辛凉开窍；无热象者，称为“阴闭”，急用豁痰熄风，辛温开窍法。脱证为阳气暴脱，属虚证，除突然昏仆，不省人事外，尚见目合口张，鼻鼾息微，手撒肢冷，汗多，大小便自遗，肢

体软瘫，脉细微。急宜益气回阳，救阴固脱。待神志清醒后，配合针灸，按摩及活动锻炼，以促进后遗症的恢复。

痉证 病症名。以项背强直，四肢抽搐，角弓反张为主要症状。表实无汗者为“刚痉”，表虚有汗者为“柔痉”。痉证病在筋脉。外感发痉，多属实证，因风寒湿邪壅阻经络，气血不畅，或热灼阴津，筋脉失养而致。治当祛邪为主。内伤发痉多属虚证，由阴血不足，或亡血、过汗、误下，耗阴伤血，筋脉失养而成。治当扶正为主，宜滋阴养血。

角弓反张 指项背强急，腰背反折，身体后仰如弓状的一种症状。常见于多种急性热病，急慢惊风，破伤风等病。

瘛疭 病症名。一作“瘛疭”。即抽搐。“瘛者，筋脉拘急也，疭者，筋脉弛纵也，俗谓之抽”（《张氏医通·瘛疭》）。为痉证的主要表现之一，也可单独出现为病。

疟疾 病名。由于感受疟邪而引起，以寒战壮热，头痛，汗出，休作有时为特征。分为正疟，温疟、寒疟、瘴疟及劳疟不同类型。祛邪截疟是治疗的基本原则，常用常山、槟榔、青蒿等药。正疟应配合和解表里；温疟为里热偏盛，热重寒轻，治以清热保津；寒疟为里寒偏盛，寒重热轻，治应辛温达邪；瘴疟起病急，病情重，因瘴毒邪气蒙蔽心窍而神识昏蒙，治宜解毒除瘴；疟久不愈，正衰邪伏，遇劳而发，即成劳疟，治应益气养血，扶正祛邪。

疟母 病症名。指疟疾日久不愈，血瘀痰凝结于胁下形成的痞块。治应软坚散结，祛瘀化痰，佐以益气养血。

水肿 病症名。指体内水液停留，面目、四肢、胸腹甚至全身浮肿。《金匮要略》有风水、皮水、正水、石水、黄汗等

五种证型。《丹溪心法》则分为阳水、阴水两大类。水肿病在肺、脾、肾三脏，其中以肾为本。凡感受风邪、水气、湿毒、湿热诸邪，证见表、实、热者，属阳水，治宜祛邪为主，用发汗宣肺，利湿逐水等法。凡饮食劳倦，房劳过度，而脾肾阳虚，证见里、虚、寒者，属阴水，治宜温补脾肾、化气行水。

风水 水肿病的一种。因风邪袭表，肺失宣降，不能通调水道而致。症见发病急骤，恶寒发热，眼睑浮肿，继而四肢及全身皆肿，骨节酸痛，小便不利，脉浮。治宜疏风宣肺利水。

皮水 水肿病的一种。因脾虚湿盛、水溢皮肤所致。症见全身浮肿，按之没指，其腹如鼓，无汗，不渴，脉浮。治宜健脾化湿、通阳利水。

淋证 病名。以小便频数短涩，滴沥刺痛，欲出未尽，小腹拘急，或痛引腰腹为主要症状。因湿热蕴结下焦，膀胱气化不利所致，久淋伤正，则为脾肾两虚。淋证可分为热、石、膏、血、气、劳六种。小便灼热刺痛为“热淋”，治宜清热利湿通淋；尿中挟砂石，或排尿时突然中断，尿道窘迫疼痛为“石淋”，治当通淋排石；小便涩滞、淋沥不宣，少腹满痛为“气淋”，实证宜利气疏导，虚证宜补中益气；溺血而痛为“血淋”，实证宜凉血止血，虚证宜补气止血；小便混浊如米泔水，或油腻如膏脂为“膏淋”，实证宜分清泄浊，虚证宜补虚固涩；小便淋沥不已，遇劳即发为“劳淋”，当健脾益肾。

五淋 五种淋证的总称。《外台秘要》：“集验论五淋者：石淋、气淋、膏淋、劳淋、热淋也。”现一般指石淋、气淋、膏

淋、劳淋、血淋。

尿浊 病症名。指小便混浊，白如泔浆，排尿时无疼痛感。初起多为湿热蕴结下焦，清浊不分，或热盛灼络，尿浊夹血，属实证，治宜清热利湿；病久脾虚中气下陷，或肾虚固摄无权，精微脂液下流，属虚证，治宜培补脾肾，固摄下元。

癃闭 病症名。小便量少，点滴而出为“癃”；小便闭塞，点滴不通为“闭”。二者均指排尿困难。因湿热蕴结，或浊瘀阻塞尿路，或肝郁气滞，肺热气壅所致者，多属实证，起病急，小腹胀或痛，小便短赤灼热，治宜清湿热，散瘀结，利气机而通水道；因中气不足，肾阳衰惫所致者，多属虚证，起病缓，排尿无力，宜补脾肾，助气化而小便自通。

腰痛 病症名。指腰部一侧或两侧疼痛。腰为肾之府，腰痛以肾虚为本，感受外邪，跌仆闪挫为标。腰部寒痛重着，阴雨天加重者，为寒湿腰痛，治宜散寒行湿，温经通络；腰部驰痛伴有热感者，为湿热腰痛，治宜清热利湿，舒筋止痛；腰痛如刺，痛有定处，日轻夜重，或有外伤史者，为瘀血腰痛，宜活血祛瘀，通络止痛；腰痛酸软，腿膝无力，遇劳加重者，为肾虚腰痛，当壮肾阳，或滋肾阴。针灸、按摩、拔罐等法配合治疗，可提高疗效。

消渴 病名。以多饮、多食、多尿、消瘦为特征。由于素体阴虚，饮食不节，情志失调，劳欲过度引起。以阴虚为本，燥热为标，日久气阴两伤，阴阳俱虚，或变生白内障、雀盲、耳聋、痈疽、中风、水肿等证。本病有上、中、下三消之分。上消多饮，属肺燥，治宜清热润肺、生津止渴；中消多食易饥，消瘦，属胃热，治宜清胃泻火，养阴增液；下消多尿，混

浊如膏，属肾虚，治宜滋阴固肾；后期阴损及阳，则应温阳滋阴固摄。

三消 病症名。上消、中消、下消的总称。上消多饮，中消多食，下消多尿。参见“消渴”。

遗精 病症名。指不因性生活而精液遗泄。有梦而遗精者，称为“梦遗”，无梦而遗精，甚至清醒时精液自行滑泄者，称为“滑精”。病因多为情志失调，房劳过度或饮食失节。梦遗初起多君相火动，心肾不交，或湿热下注，扰动精室，治当清心安神，清泻相火，或清利湿热，梦遗日久多致肾虚。滑精多由梦遗发展而来，多属肾虚不固，或劳伤心脾，气不摄精，治宜补肾固精，调补心脾。此外调摄心神，节制房事，禁戒手淫等亦关重要。

阳痿 病症名。指阳事不举，或临房举而不坚。多由房劳过度，少年手淫，或忧思惊恐等，以致命门火衰，心脾肾气损伤所引起。治宜补肾壮阳，调养心脾，益肾宁神。

痹证 病症名。痹者，闭也。①泛指邪气闭阻经络、肢体、内脏而引起的多种疾病。根据病因性质，有风痹、寒痹、湿痹、热痹；根据病位，则有筋痹、骨痹、脉痹、肌痹、皮痹及五脏痹等。②指风、寒、湿、热之邪侵袭人体，闭阻经络所致的，以肢节酸痛，麻木，屈伸不利甚或关节肿大灼热为主要症状的病证。分风寒湿痹与热痹两大类。热痹以关节红肿灼热疼痛为特点；风寒湿痹有关节酸痛，但无局部红肿灼热，其中又以关节酸痛游走不定者为“行痹”，痛有定处且剧烈者为“痛痹”；肢体酸痛重着，肌肤不仁者为“着痹”。详见各条。

行痹 病名。痹证的一种。行痹以风邪偏盛，又称“风痹”。风性善行而数变，故行痹以关节游走疼痛，时而走窜上肢，时而流注下肢为其特征。治宜祛风通络，散寒除湿。

痛痹 病名。痹证的一种。痛痹以寒邪偏盛，又称“寒痹”。寒性凝滞主痛，故见肢节疼痛剧烈，痛有定处，得热则减，遇寒加重等特征。治宜温经散寒，祛风除湿。

着痹 病名。痹证的一种。着痹以湿邪为盛，又称“湿痹”。湿性重浊粘滞，故见肢节重着酸痛，或肿胀，固定不移，肌肤麻木等特征。治宜除湿通络，祛风散寒。

热痹 病名。痹证的一种。多因感受风热湿邪，或风寒湿邪久滞经络，郁而化热所致。以关节红肿热痛，得冷稍舒，痛不可触为特征。治宜清热通络，祛风除湿。

痿证 病名。指肢体筋脉弛缓，软弱无力而废用。以下肢为多见，亦有手足并见痿弱的。严重者足不能任地，手不能握物，久则肌肉萎缩，甚则瘫痪。多由五志六淫、房劳食滞导致五脏内虚，肢体失养而引起。治疗上有“治痿独取阳明”之说，即补脾胃，清胃火，祛湿热以营养五脏；及“泻南方、补北方”之说，即清内热，滋肾阴，使金水相生，五脏滋润。

内伤发热 病症名。指因内伤，气血阴精亏虚，脏腑功能失调所引起的发热。一般起病缓，以低热为主。肝郁发热，热势随情绪而波动；瘀血发热，多在午后或夜晚；气虚发热，劳累后加剧；血虚发热，常有失血过多病史；阴虚发热，多在午后或夜间，或为骨蒸潮热。治疗当根据不同病因，选择解郁、活血、益气、养血、滋阴等法。

虚劳 病症名。又称“虚损”。是脏腑亏损，气血阴阳不足而产生的多种慢性衰弱性证候的总称。先天不足，后天失养，烦劳过度，大病久病均可渐致虚劳。其辨证不离五脏之气虚，血虚、阴虚、阳虚。治疗以补益为基本原则。

历节 病名。又称“历节风”。以疼痛遍历关节，不可屈伸为主要症状。与痹证类似。因肝肾不足，风寒湿邪侵入所致。邪郁化热者，可用桂枝芍药知母汤；寒湿为重者，宜乌头汤。

鹤膝风 病名。膝部肿痛，膝骨日大，上下肌肉日枯细，如鹤膝之状，故名。因肾气虚弱，风寒湿邪痹阻膝部所致。治宜祛风除湿，散寒通络、滋肾强骨。

脚气 病名。以腿脚麻木，软弱无力为主要特征。因外感风湿毒邪，郁而化热，流注于脚所致。足胫肿大者，为湿脚气，治宜宣壅除湿；足胫不肿而日渐枯瘦者，为干脚气，治宜祛风和营清热；若见心悸烦躁，胸满呕吐，神志恍惚者，为脚气冲心，治宜温通降逆，逐湿泄毒。

狐惑 病名。又称“狐　”。以口腔咽喉及前后阴蚀烂为主症。患者时有神情恍惚，卧起不安，故名。本病类似口、眼、生殖器三联综合征。多因湿热蕴结，虫毒内扰所致。治宜清热化湿，泻火解毒为主，兼用外治法。

脏燥 病名。以精神忧郁，情志烦乱，哭笑无常，呵欠频作为主要症状。多见于女性。因抑郁忧虑，心脾受损所致。宜用甘麦大枣汤养心益脾润燥。

百合病 病名。表现为沉默少言，欲睡不能睡，欲行不能行，欲食不能食，似寒无寒，似热无热，口苦，小便黄等。多因情志不遂，或热病之后，心肺阴虚生内热所致。用百合地

黄汤滋阴清热，治之有效，故名。

奔豚气 病名。指气从少腹上冲胸及咽喉，发作欲死，腹痛，往来寒热，发作后复如常人。因其发作时胸腹如有小猪奔闯，故名。多由肾脏阴寒之气上逆，或肝郁化火，气火上冲所致。治宜温散寒邪，或清肝降逆。

梅核气 病症名。患者自觉咽喉如有梅核堵塞，吞之不下，吐之不出，但不妨碍吞咽。多由肝郁气滞痰凝，咽部痰气互结所致。治宜疏肝理气、化痰散结。

关格 ①病症名。二便不通为关，食入呕吐为格，二者并见为关格。由于三焦之气不通，寒遏胸中，故格拒；热结下焦，气化障碍，故关闭。见于癃闭、噎膈的严重阶段。②专指二便不通。《诸病源候论》：“关格者，大小便不通也。大便不通，谓之‘内关’；小便不通，谓之‘外格’；二便俱不通，为关格也。”③脉诊术语。《素问·六节脏象论》：“人迎与寸口俱盛四倍以上为关格”。系阴阳离决的危象。

中医妇、儿科学

月经失调 病症名。月经病的统称。泛指月经的周期、经期、经量、经色和经质的异常。多由肾肝脾功能失常，气血失调，致冲任二脉损伤而发病。治疗重在调经。月经不调包括月经先期、后期、先后不定期，月经过多、过少，经期延长等。详见各条。

月经先期 病症名。又称“经期超前”、“经行先期”、“经早”。指月经周期提前 7 天以上，甚或一月两至。量多色淡质稀的属气虚，治宜益气摄血调经；量多色红质稠的属血热，当

分辨虚实，虚者养阴清热调经，实者清热凉血调经；色紫红有块，伴少腹乳房胀痛的属肝郁化热，治宜清肝解郁调经。

月经后期 病症名。又称“经期错后”、“经迟”。指月经周期延后7天以上。量少色黯有块，小腹冷痛拒按为血寒；量少色淡黯质稀，小腹冷痛喜温喜按为虚寒；量少色淡，伴头晕眼花为血虚；兼少腹乳房胀痛为气滞；兼体胖，带下为痰阻。治疗原则温经养血，行滞化瘀。

月经先后不定期 病症名。又称“经乱”、“月经愆期”。指月经周期或前或后，无定期。若经量过多或经期延长，常发展为崩漏。多属肝郁或肾虚，治宜疏肝补肾，调理气血。

月经过多 病症名。指经来明显超过常量。多由气不摄血，或血热妄行，或瘀血内阻，血不归经所致。色淡质薄属气虚，治宜补气摄血；色红粘稠属血热，宜凉血止血；色紫黑有块，伴小腹疼痛属血瘀，宜化瘀止血。

月经过少 病症名。指经量明显减少，或行经不足两天，甚至点滴即净。常为闭经之先兆。本病虚多实少，虚者因脾虚化源不足，或肾精亏损，致血海不充而成，治法重在濡养精血；实者由血瘀痰阻而致，酌用行瘀化痰调经之品。

经期延长 病症名。又称“月水不断”、“经漏”。指月经周期正常，行经超过7天以上，甚或淋漓半月方净。多由血瘀胞中，新血不得归经，或阴虚内热，扰动血海所致。治疗以止血为要。瘀者以通为止，热者以清为宁。不宜概用固涩药。

痛经 病症名。指经期或行经前后少腹疼痛，周期性发作。以青年妇女多见。多因寒、热、瘀导致胞宫经血流通不畅，“不通则痛”；或因虚，不荣而痛。胀痛拒按，经色黯有块属

气滞血瘀，治宜理气化瘀止痛；冷痛喜按，得热则舒为寒凝，宜温经散寒止痛；疼痛拒按，有灼热感，伴腰骶痛，带下色黄属湿热下注，治宜清热除湿，化瘀止痛；经后腹痛，喜揉按属虚，治宜益气养血，调补肝肾。

经闭 病症名。又称“女子不月”。指女子年逾 18 尚未初潮，或非妊娠、哺乳、绝经期而停经 3 月以上。可分为虚实两类。虚者由肝肾不足，气血亏虚，阴虚血燥等而致血海空虚，无血可下，治疗当补而通之；实者因瘀血痰湿阻隔，脉道不通而经血不能下行，治疗当泻而通之，如理气祛瘀、豁痰除湿。

崩漏 病名。崩中漏下的合称。经血非时暴下不止为崩；淋漓不断为漏。二者常交替出现。多由血热、肾虚、脾虚、血瘀而致冲任受损，经血非时妄行。崩漏虚多而实少，热多而寒少。治疗须灵活掌握塞流，澄源、复旧三原则，辨证应用固气摄血、凉血止血、化瘀止血等法。

逆经 病症名。又称“经行吐衄”、“倒经”。指每当经行前后或经期，发生吐血或衄血。多由肝经郁火，或肺肾阴虚火旺，迫血妄行所致。治以清热降逆，引血下行为主。

带下 病症名。①广义的指妇女带脉以下的疾病，包括经、带、胎、产诸疾。如《史记·扁鹊仓公列传》称妇科医生为带下医。②狭义的指妇女阴道流出的少量无色无臭的粘液。如带下绵绵不断，量多腥臭，色白或黄或赤等，则为带下病。

白带 病症名。指妇女阴道流出白色粘稠或稀薄液体，如涕如唾，绵绵如带。常由脾虚或湿热所致，治宜健脾化湿、清热等法。

黄带 病症名。指带下色如黄茶浓汁，质粘腻，且有秽臭气。多因湿盛化热，伤及任带二脉所致。治疗以清化湿热为主；若带下日久，中气虚者，则当健脾益气。

赤带 病症名。指妇女在非经期阴道流出似血非血的红色粘液，且绵绵不断。多因湿遏热郁，伤及血分所致。治宜清热、凉血、燥湿。

赤白带 病症名。指带下红白相杂，甚至有臭秽气。病有虚实之异，实者多为湿热；虚者则分阴虚内热与下元虚冷两类。治当辨其虚实，或利湿清热，或养阴清热，温肾固涩。

恶阻 病名。又称“子病”、“阻病”。指妊娠早期出现恶心呕吐，头晕厌食，或食入即吐的证候。多由脾胃虚弱，或肝胃不和，冲脉之气上逆犯胃，胃失和降所致。治疗原则以调气和中、降逆止呕为主。服药时可加入生姜汁数滴和药，或以生姜汁涂舌面，以防药入即吐。

胞阻 病名。又称“妊娠腹痛”。指妇女妊娠期，出现以小腹疼痛为主的病证。多因气血虚弱，或血与寒搏，或气郁不达致胞脉阻滞，不通则痛。治疗以养血理气，止痛安胎为主，血寒者佐以温经散寒，气郁者兼以理气行滞。

胎漏 病名。又称“胞漏”。其特征为妊娠期阴道少量出血，时下时止，而无腰酸腹痛，为堕胎、小产之先兆。多因肾虚、气血不足、血热及外伤等致胎元不固而漏。治宜益肾、养血、凉血安胎等法。

胎动不安 病症名。指妊娠期不时胎动下坠，腰酸腹痛，或兼见少量阴道出血，为堕胎、小产之先兆。多因气血虚弱，肾气不固，或邪热动胎，跌仆伤胎所致。治宜益气养血，补肾

安胎，或清热凉血安胎。

滑胎 病名。妊娠3个月以内自然殒堕者称堕胎；5—7个月，胎儿已成形而堕者，名小产、半产；堕胎或小产连续发生3次以上者，称为滑胎。多由男女双方肾精不足，受胎不实；或气血亏损不能荫胎，或素体阴虚，内热伤胎以致屡孕屡堕。治宜补肾健脾，养血清热。

子肿 病名。泛指妊娠期间肢体、面目或全身浮肿，小便短少。若自膝至足肿，小便清长者，属湿气为病。又称“子气”；两脚浮肿而肤厚者，属湿名“皱脚”；皮薄者属水名“脆脚”。多由脾肾阳虚，或胎气壅阻，水湿停留而致。治宜健脾温阳，行气利水。妊娠晚期，仅脚肿而无其他不适者，可不必治疗，产后肿自消。

子痫 病名。又称“子冒”、“妊娠痉”。多发生于妊娠后期或分娩期。主要症状：突然眩晕倒仆，昏不知人，四肢抽搐，全身强直，两目上视，少时清醒，醒后复发。多由素体阴虚，孕后精血养胎、阴血益亏，以致肝阳化火，或痰火上扰而成。本病为危急重证，治疗以育阴熄风，化痰镇痉为要，并配合其他抢救措施。

子悬 病名。又称“胎上逼心”。指妊娠胸胁胀满，甚或喘急，烦躁不安。病在胸脘，似有物悬阻胸膈，影响呼吸，故名。多因肝郁乘脾，或热伤胎元，或痰气壅遏，以致胎气上逆而发。治疗原则，以疏肝理脾为主，气顺则胎安。

子瘖 病名。指妊娠声音嘶哑或不能出声。多发生在妊娠晚期。《素问·奇病论》：“人有重身，九月而瘖。”多由胎体渐大，胞脉受阻，肾阴不能上荣舌本及喉咙所致。一般不需

治疗，待产后胞脉复通，可自然恢复。若阴虚症状明显，则应滋肾养阴，慎勿宣发开窍。

转胞 病名。又称“妊娠小便不通”。指妊娠期间小便不通，或频数而量小，小腹胀急微痛。多由中气不足无力举胎，或肾虚系胞无力，而致胎重下坠，压迫膀胱，溺不得出。治疗总以补气提升，温肾化气为主。

难产 病症名。指胎儿娩出发生困难，为各种异常产的总称。难产的原因，如《保产要旨》云：“难产之故有八，有因子横、子逆而难产者；有因胞水沥干而难产者，有因女子矮小，或年长遣嫁，交骨不开而难产者；……有因体肥脂厚，平素逸而难产者；有因子壮大而难产者；有因气虚不运而难产者。”产时儿手先下者称“横产”，儿足先下者称“倒产”、“逆产”，儿头偏于一侧者称“偏产”，脐带绕颈绊肩者称“碍产”。难产有虚有实，虚者阵痛微弱，坠胀不甚，治宜大补气血；实者阵痛剧烈，治宜理气活血；并配合针灸治疗，必要时手术助产。

恶露不下 病症名。指产后胞宫内遗留的浊液败血未能排出，或下亦甚少。如仃蓄不下，逆而上冲，致令血晕；蓄积胞内，则发产后腹痛，甚至结积成癥；逆于经络关节，则令产后身痛。多由产后脏腑劳伤，气血虚损，风冷乘虚而搏于血，或产后情志不畅，血为气滞而蓄积不下。治宜温经散寒，理气和血。

恶露不绝 病症名。指产后二三周，恶露仍淋漓不断。多由气虚下陷，或热扰冲任，或瘀血内阻，胞衣不下而致冲任不固引起。恶露色淡红，量多质稀，无臭气为气虚，治宜补

气摄血；色红或紫，质粘，臭秽为血热，治宜养阴清热，凉血止血；色紫黯有块为血瘀，治宜活血化瘀。

儿枕痛 病症名。又称“产后腹痛”。指产后小腹疼痛。多由产时伤血。血少气弱，运行无力，迟滞而痛：或寒邪乘虚入侵，血为寒凝，或恶露不尽，瘀血壅滞，不通则痛。血虚者隐痛喜按，恶露量少色淡，治宜补血益气；寒凝者冷痛喜温，治宜养血散寒，行瘀止痛，血瘀者疼痛拒按，腹中有块，治宜活血祛瘀。

蓐劳 病名。指产后虚损不足之证。本病主因乃产后气血亏损，饮食起居失于调养，寒温乖违，情志内伤所致。症见寒热如疟，头痛自汗，咳痰气逆，虚羸喘乏，肢体倦怠，或见发热憔悴，饮食不消，肢体疼烦，头晕盗汗等。治当扶养正气为主，稍佐祛邪之品。

新产三病 产后痉病，产后郁冒，产后大便难三种病症的合称。凡此三病，虽症状表现各异，但其病机俱为亡血伤津所致。《金匮要略·妇人产后病脉证并治》：“新产血虚，多汗出，喜中风，故令病痉。亡血复汗，寒多，故令郁冒，亡津液胃燥，故大便难。”

不孕 病名。指女子婚后，夫妇同居 3 年以上，男子生殖功能正常，而不受孕；或曾有孕育，又间隔 3 年以上未再受孕。前者又称“无子”、“全不产”，后者又称“断续”。不孕原因有二，一为先天性生理缺陷，如“五不女”，此非药物所能治疗。一为后天因病而不孕，常由肾虚宫寒、肝肾不足、肝郁、痰湿、血瘀等所致。初潮推迟，月经量少，腰酸腿软属肾虚，治宜温肾暖宫，或滋补肝肾；经期先后不定，色黯有

块，经前乳房胀痛属肝郁，治宜舒肝理气；形体肥胖，经期延后或闭经，带下量多属痰湿，治宜燥湿化痰；月经量少紫黑有块，痛经拒按属血瘀，治宜活血化瘀。

阴挺 病名。即“子宫脱垂”。又称“阴脱”、“阴菌”。指妇女阴部有物脱垂，甚至挺出阴户之外，其形如菌，如鸡冠状。多由脾气虚弱，或临产用力太过，产后过劳，以致中气下陷，提摄无力而挺出；或因体弱年高，多产房劳，以致肾气亏损，无力系胞而下脱。治宜益气提升，补肾固脱。若阴挺日久不收，磨擦损伤，湿热下注以致红肿溃烂，黄带如脓者，治当先清利湿热。针灸及熏洗疗法亦有效。

阴痒 病症名。又称“阴　”。指妇女外阴部或阴道内瘙痒，甚则痒痛难忍。多由肝经湿热下注，或虫扰阴部，或肝肾阴虚，生风化燥，阴部肌肤失养所致。湿胜作痒，浸淫流液；热胜作痒，煽热溃烂；虫淫作痒，奇痒如虫爬，白带增多色质异常；分别治宜清热利湿，杀虫止痒。阴部干涩灼热，或皮肤增厚，或萎缩，属血燥作痒，治宜滋肾降火，润肤止痒，熏洗、外搽及阴道坐药等局部治疗尤为重要。

阴疮 病名。又称“阴蚀”。指妇人阴户溃烂成疮，黄水淋漓，或溃疡如虫蚀。若迁延日久，疮面坚硬肿痛，臭水淋沥，形削不食，多属恶候。多因七情郁火，或湿热下注蕴毒生虫所致。治疗以清热解毒，利湿杀虫为主。日久正气已虚，宜攻补兼施，益气养血，托毒外出。内外治配合。

阴吹 病名。指妇女阴户有气排出，并带声响，如转矢气。若无所苦则不为病。若吹之太喧，伴大便燥结等症乃为病。多因肠胃燥实，中气不足，痰湿停聚，以致胃气不循常道，逼

走前阴而发。治当分辨虚实，分别采用润燥通便、益气、化痰等法。

小儿四大证 古代儿科的四大要证，即痧、痘、惊、疳。痧指麻疹，痘指天花，现已消灭，惊为惊风，疳为疳证。

麻疹 病名。临床以发热，咳嗽，鼻塞流涕，泪水汪汪，满身布发红疹为特征。因疹点如麻粒大，故名。因感受时行疫毒，互相传染所致。多流行于冬春季节，一般分为初热、见形、收没三期。分别治以辛凉透表，清热解毒，养阴清热。麻疹以外透为顺，若疹出不畅，或疹出即回，或疹色紫暗为逆，可致麻毒闭肺等险证。近年来由于开展计划免疫工作，已基本控制了麻疹的流行。

天花 病名。又称“痘疮”、“虏疮”。临床特点：初起发热，咳嗽，惊悸，嗜睡，继而全身起疱疹。整个病程分为发热、见点、起胀、灌浆、收靥和结痂六个阶段，脱痂之后多留瘢痕而形成麻脸。本病因感受时行痘毒所致，传染性极强。自宋元开始，不少医家使用天花病人的痘痂或痘浆，进行预防接种，后流传到国外，为预防免疫开辟了途径。我国解放后已彻底消灭了天花。

惊风 病名。又称“惊厥”，俗称“抽风”。以抽搐伴神昏为特征。表现为搐、搦、颤、掣、反、引、窜、视八候，1—5岁小儿多见，症情凶险危急。惊风有急慢之分。急惊风以痰热风惊四证为特征，来势急暴，壮热神昏，目睛上视、牙关紧闭，颈项强直，角弓反张，四肢抽搐，或喉间痰鸣；多因外感时邪，暴受惊恐，内蕴痰热所致，治宜清热豁痰，镇惊熄风。慢惊风起病缓慢，神疲嗜睡或昏迷，时抽时止，摇头

或面肌抽动，手足蠕动；多由脾虚肝旺，阴虚风动，或脾肾阳虚所致，治疗重在扶正，宜扶土抑木，育阴潜阳，温补脾肾。

疳证 病名。又称“疳”。“疳者干也”，泛指小儿因多种慢性疾患而致形体干瘦，津液干枯之证；或“疳者甘也”，指嗜食甘肥而致病。临床以面黄肌瘦，毛发焦枯，肚大青筋，精神萎靡，厌食异食为特征。多由饮食失节，脾胃受损，或喂养不当，营养失调，或长期吐泻及虫积所致。治宜健脾理气消积，驱虫。

奶麻 病名。又称“奶疹子、“假麻”。多发于周岁以内婴儿，骤发高热，持续 3—4 天后自行退热，热退疹出，为稀疏的玫瑰色疹点，躯干部较多。因感受风毒时邪所致，治宜疏风清热，透发疹毒。

风痧 病名。又称“风疹”。多见于小儿，其证一般较轻，初起类似伤风，轻度发热咳嗽，全身出疹，细小如沙，色淡红，耳后及颈部 核肿大。因感受风热时邪所致。治宜疏风清热解毒。

丹痧 病名。又称“烂喉丹痧”、“疫痧”。系痧毒疫疠之邪，自口鼻侵入，蕴于肺胃引起，有强烈传染性，属温病范畴。临床以发热，咽喉燉红肿痛，甚则腐烂，全身弥漫猩红色皮疹为特点，冬春季节多见。初起邪在肺卫，治宜辛凉清透，解毒利咽；若疹红如丹，毒热外现，宜清气凉营解毒；若邪毒陷心，神昏谵语，则当清心开窍；丹痧出齐，热退口干，宜甘凉养阴。

水痘 病名。以其形态如豆，色泽明净如水泡，故名。又

称“水花”。临床以发热，皮肤分批出现丘疹、疱疹、结痂为特征，常见于小儿，冬春季节易流行。因外感时行毒邪，与内湿相搏而成。具有传染性。本病有轻重之分。轻证发热流涕，疹稀红润，疱浆清亮，治宜疏风清热，解毒祛湿；重证壮热烦躁，疹密紫暗，疱浆混浊，治宜清热凉营解毒。

疙腮 病名。以发热，耳下腮部肿胀、疼痛为主要特征。学龄儿童发病率较高，较大儿童可并发睾丸肿痛，病情严重者可昏迷，惊厥。因外感风温邪毒，结于腮部所致。冬末春初易于流行。温毒在表，发热恶寒轻者，治宜疏风清热，消肿散结；毒热蕴结，壮热烦躁，腮肿坚硬者，当清热解毒，软坚散结。外用如意金黄散或紫金锭调敷。

顿咳 病名。又称“疫咳”、“天哮”。因其病程较长，又称“百日咳”。以阵发性痉挛性咳嗽，咳后深吸气，声如鸡鸣为特征。五岁以下小儿多见。由感受时行疫气，肺失清肃，痰邪交结于气道所致。冬春季节发病率高。初期邪在肺卫，咳嗽逐渐加剧，治宜疏风宣肺；中期痉咳阵作，必待呕吐痰涎及食物后暂可平息，治当泻肺镇咳；后期痉咳缓解，气阴两伤，宜润肺健脾。

白喉 病名。临床以咽、喉、鼻部形成白膜，伴咽痛或犬吠样咳嗽，气喘，及发热烦躁等全身症状为特征。2～6 岁发病率最高。秋冬季多见。自预防接种推广后，发病率已显著下降。本病多因素体阴虚，疫邪燥火侵入肺系，毒聚咽喉所致。治疗以养阴清肺，辛凉宣肃为原则，忌用辛燥表散之剂，有“白喉忌表”之说。若疫毒损伤心气，出现心悸，胸闷，脉结代或卒然虚脱等危象，急宜益气养心，育阴潜阳，并绝对

卧床休息。

鹅口疮 病名。又称“雪口”。口腔及舌上布满白屑，状如鹅口，或白如雪片，故名。多见于乳儿。由先天胎热内留，或口腔不洁，感染秽毒之邪而致。口舌满布白屑，面赤躁扰，便干尿黄，属心脾积热，治宜清心泻脾；口舌白屑稀散，面白颧红，神气困乏，属虚火上浮，治宜滋阴潜阳，引火归元。外用冰硼散涂搽患处。

虫积 病名。临床以腹痛时作，口吐青水涎沫，或吐蛔，面色变易不常，嗜食异物，日久面黄肌瘦为特征。儿童多见。因饮食不洁，虫居肠内，扰乱脾胃气机，耗伤脏腑气血所致。虫积日久则为疳证。治疗以驱蛔杀虫，调理脾胃为原则。

五迟 病症名。指小儿立迟、行迟、发迟、齿迟、语迟五种发育迟缓的疾患。《医宗金鉴·幼科心法》：“小儿五迟之病，多因父母气血虚弱，先天有亏，致儿生下筋骨软弱，行步艰难，齿不速长，坐不能稳，皆肾气不足之故。”后天失养亦可导致。临证当辨肝肾不足或心脾两亏，分别以补肾养肝，补益心脾为法治之。

五软 病症名。指小儿头项软、口软、手软、足软、肌肉软五种症状，属生长发育障碍的疾患。多因先天胎禀不足，肝肾亏损，后天失养，气血虚弱所致。肾藏精主骨，脾主肌肉，故治疗当以健脾补肾，益气养血为主。

五硬 病症名。1.《古今医统》：“五硬证，头硬不能俯视，气壅胸膈，手足心冷如冰而硬，名曰五硬。”好发于早产体弱之初生儿。因禀赋不足，或生后受寒，真阳不振，失于温煦所致。治当益气温阳通络，并保暖加温。2.《幼科铁镜》指

肝风，头颈手足强直的病证。3.《幼幼集成》指手硬、脚硬、腰硬、肉硬、颈硬。

解颅 病名。又称“囟门不合”。《诸病源候论·小儿杂病诸候》：“解颅者，其状小儿年大，囟应合而不合，头缝开解是也。”多由胎禀不足，先天肾气亏虚，不能充养脑髓所致。治以培元滋肾充髓为主；若水湿痰浊乘虚上泛，则应温肾扶脾利水。

囟填 病症名。又名“囟肿”。指囟门肿起。常见于惊厥和发热的婴幼儿。若因于毒火上攻者，症见囟门高肿，按之浮软，伴面赤唇红，发热气促，治宜疏风散火，清热解毒；因风热入于肝经，微有惊搐者，治宜疏肝解热；亦可由婴儿体禀虚寒，脾肾阳虚以致寒凝气聚而成，症见囟门肿突，按之较硬而无热，治宜温中祛寒。

囟陷 病症名。指小儿囟门下陷。多由先天不足或营养失调，或久病误治等因素使脏腑气血虚弱，不能上充脑髓而成。治宜培补脾肾。

胎黄 病名。又称“胎疸”。指初生儿皮肤及双目发黄。因与胎禀因素有关，故名。《幼科铁镜》：“胎黄，由妊母感受湿热，传于胞胎，故儿新生，面目通身皆黄如金色，壮热便秘，溺赤。”宜用茵陈蒿汤清热利湿。少数患儿先天不足，脾阳本虚，寒湿不化，发为阴寒，症见身黄淡暗，四肢欠温，便溏灰白等，当用茵陈理中汤温脾化湿。

赤游丹 病名。又称“赤游风”、“赤游丹毒”。以其皮肤色赤如丹，形如云片，炽热肿痛，游走不定，故名。并见发热烦躁，啼哭，甚则神昏抽搐。初生儿罹患者病情危重，婴幼

儿亦常发生。多由皮肤损伤，护理不善，风热邪毒感染所致。治宜散邪清热，凉血解毒。外用大青叶煎水，调如意金黄散敷患处。

脐风 病名。初生儿因断脐处理不慎，风毒湿邪侵入所致的疾患。临床以唇青口撮，牙关紧闭、面呈苦笑，四肢抽搐，角弓反张为特征。多于出生后 4～7 天发病，故又有“四六风”、“七日风”之称。治宜驱风通络镇痉。脐风预后险恶，病死率高，解放后大力推广新法接生，已极少见。

鸡胸 病症名。又称“龟胸”。以胸骨突出，胸廓畸形，状如鸡胸而得名。好发于小儿，多由先天不足，后天失养，脾肾亏损，骨髓不充所致。治宜培补脾肾。

龟背 病症名。俗称“驼背”。以脊柱弯曲后突，形如龟之背壳而得名。多由婴儿骨质未坚，强令独坐，或肾精亏虚，不能充养督脉，骨骼痿软所致。应着重预防，注意调护，治疗以培补脾肾，补益精髓为法。

螳螂子 ①病症名。又名“妒乳”、“颊脂垫”。小儿生后一月左右，口内两颊处肿痛有硬块，剖视之颇似螳螂子，故名。小儿患此，口噤不乳，啼声难出。可用冰硼散涂擦，切忌割治。②中药桑螵蛸之别名。

中医外、伤科学

疮疡 病症名。①广义：体表有形可见的外科及皮肤科疾患的总称。②狭义：因感染引起的体表化脓性疾病。包括疖、疔、痈、丹毒、发、疽、瘰疬、流痰等。其致病因素有外感、内伤两大类，外邪以热毒、火毒最为常见，内伤多因虚致病，

以致局部气血凝滞，热胜肉腐而成脓。治疗应内治、外治相结合。内治有消、托、补三大法，初期宜消法，成脓期宜托法，溃后宜补法。外治初期宜箍毒消肿，成脓当切开排脓，溃后应提毒祛腐，生肌收口。

肿疡 病症名。①《外科发挥》："肿疡，谓疮未出脓者。"指一切疮疡早期未成脓，或已成脓而未溃者。分为阳证和阴证两大类。阳证者多为急性发作，肿势高起，焮赤灼热，疼痛剧烈，如痈、有头疽、疔、疖等，多发于皮肉浅表，表现为表、实、热证；阴证者多为慢性发作，肿势平塌，散漫无根，不红不热，不痛或隐痛，如无头疽、流痰、瘰疬等，多发于筋骨深里，表现为里、虚、寒证。②《疡医准绳》："无名肿毒者，……又名肿疡，又名虚疡也。"

溃疡 病症名。指一切溃破的疮面。多因肿疡切开排脓，或自溃脓出后形成。凡疡面脓液稠厚黄白，色鲜不臭，腐肉易脱，新肉易生，色泽红活鲜润，疮口易敛，知觉正常的属阳证；疡面脓液清稀，或时流血水，腐肉难脱，新肉不生，色泽灰暗，疮口难敛，不知痛痒的属阴证。

疖 病名。指发生于皮肤浅表的急性化脓性疾患。以突起根浅，肿势局限，色红灼热，疼痛，及出脓即愈为特点。疖随处可生，发于酷暑的又称"暑疖"、"热疖"，发于头皮，致头皮窜空者称为"蝼蛄疖"，反复发作，缠绵难愈者称为"疖病"。多因感受暑毒，痱子抓破染毒，或嗜食肥甘辛辣，胃肠积热，或消渴，肾虚致阴虚内热，染毒而发。内治宜清热解毒；外治初期箍毒消肿，成脓切开引流，后期化腐生肌。

蝼蛄疖 病名。又称"蟮拱头"。多生于小儿头皮，初为小

疖，根脚坚硬，未破如曲蟮拱头，此伏彼起，或三五相连，溃破脓出，其口不敛，日久头皮串空，形似蝼蛄串穴，故名。多因热疖治疗不当，或体虚脓毒潴留旁窜所致。内治宜清热解毒，体虚者宜健脾养阴；外治扩创排脓，提毒生肌收口。

发际疮 病名。指生于项后发际部的多个小疖反复发作，缠绵难愈，属疖病的一种。多由内郁湿火，外感毒邪，蕴阻肌肤；或阴虚内热及脾虚，易于染毒而成。治疗以清热化湿解毒为主，内外治配合。

疔疮 病名。又称“疔”。疮疡的一种。多发于颜面和手足，其形小，初起如粟，坚硬根深，如钉状，故名。伴恶寒发热，继则肿势增大，红热疼痛，待脓溃疔根出，则肿消痛止。如处理不当，易发生“疔疮走黄”之危证，手足疔疮则可损伤筋骨。其发生部位不同而名称各异，生于眉心的称“眉心疔”，生于颏部的称“承浆疔”、生于指端的称“蛇头疔”、生于掌心的称“托盘疔”等。多由恣食厚味辛辣，脏腑蕴热，或感受火热毒邪而发。治宜清热解毒，内外兼治。切忌挤压及过早切开。

红丝疔 病名。疔疮之一种。多发于四肢，因有细红丝一条，迅速向上走窜，故名。红丝可上行至肘腋或腘胯，该处核作痛，重者伴寒热、头痛等。多因手足疔疮，或皮肤破损，感染毒邪，毒流经脉所致。内治宜清热解毒；外治应先处理原发病灶，并用砭镰法，即消毒患处皮肤，以刀针沿红丝走行，寸寸挑断，或在红丝尽头挑断，稍令出血，盖贴太乙膏掺红灵丹。

烂疔 病名。俗称“水疔”。疔疮之一种。其特点为病势暴

急，皮肉易腐烂。好发于手足和四肢，初起患处胀痛，皮色黯红，可起水疱，破后流出腐臭脓水，皮肉大片腐烂，周围紫黑色，伴高热寒战，易并发“走黄”。多由皮肤破损染毒，或湿热火毒内蕴，毒聚肌肤而成。内治宜凉血解毒，清热利湿；外治初起以玉露膏外敷，皮色紫黑加掺蟾酥合剂或五五丹，并配合手术，切除腐肉。

疫疔 病名。又称“鱼脐疔”。疔疮之一种。因接触疫畜，染毒而生。多见于畜牧业、屠宰或皮毛制革工作者。有传染性，多在接触后 1—3 天发病。好发于头面、颈、臂、手等暴露部位。局部病变似牛痘，初起为小红疹，很快变成水疱，三四天后疱干，形成暗红色或黑色坏死痂，周围肿胀，有成群灰绿色水疱，痒而不痛，伴发热。若局部肿势蔓延不止，可并发“走黄”。治疗参见“疮疡”。

疔疮走黄 病症名。为疔毒走散，毒入血分，内攻脏腑的一种危急证候。证见疮顶忽然陷黑无脓，肿势散漫，皮色黯红，伴寒战高热，头痛，烦躁不安，恶心呕吐，便秘或腹泻，或并发附骨疽、流注，甚至神昏谵语，惊厥。多因疔疮失治，或挤压碰伤；或误食辛热之品，使火毒鸱张，毒邪扩散而致。内治宜清热解毒凉血；外治参见“疮疡”。

痈 病名。痈，雍也；气血为毒邪壅塞而不通之意。是发生于皮肉之间的急性化脓性疾患。其特点为局部肿胀，燠热，痛甚，易化脓，易收口，发速愈亦速，属阳症。因发病部位不同，而分为“内痈”和“外痈”两大类。详各条。

内痈 病名。发于体内脏腑之痈肿。如肺痈、肠痈等。

肠痈 病名。内痈之一。发生于肠道的痈肿。症见右下腹

疼痛，压痛，拒按，可伴寒热，恶心，便秘等。天枢穴附近作痛的又称“大肠痈”，关元穴附近作痛的又称“小肠痈”，右腿屈曲，难以伸直的又称“缩脚肠痈”，绕脐生疮的名“盘肠痈”。多由暴食急奔，恣食生冷，寒温不适，忧思抑郁等导致肠道功能失调，湿热内生，气血壅遏而成。内治宜通腑泄热，行瘀解毒；脓成不能局限，全腹疼痛，肢冷自汗者，则应温补托毒排脓。并配合外敷、针刺疗法，必要时手术治疗。

外痈 病名。发生于体表之痈肿。其特点为局部光软无头，肿高，红热疼痛，易脓易溃易敛，可伴寒热，一般不损伤筋骨，亦不内陷。因发生部位不同，又有腋痈、颈痈、脐痈、胯腹痈、委中毒等名称。多由外感邪毒，或内生湿热火毒，阻塞经络，气血壅滞而成。治疗原则以祛除毒邪，流通气血为主，并应根据病变部位及病程阶段，分别处理。

发 病名。“痈之大者”名发。泛指面积较大，证情较重之体表痈疽。据发病部位、病因及证情不同名称各异。

疽 病名。疽，沮也；气血为毒邪阻滞不通之意。凡病位深达肌肉筋骨，疮面大，病情重的疮疡，皆称疽。痈则相对病位浅，疮面较小，病情轻。痈疽常并称，泛指一切化脓性疮疡。根据疽早期有头与无头，分为“有头疽”和“无头疽”两类。详各条。

有头疽 病名。发生于肌肤间的急性化脓性疾患。初起患部有粟粒状脓头，故名。其特点为局部燥红灼热，根束高肿，疮头如粟米，一个或多个，胀痛剧烈，伴寒热，头痛，易向深部及周围扩散，溃后状如莲蓬、蜂窝。若透脓不畅易内陷。生于脑后的称“脑疽”、“对口”，生于背部的称“背发”，生

于腰背两旁的称“搭手”等。多由外感风温、湿热，内有脏腑蕴毒，凝聚肌肤，以致营卫不和，气血阻滞而成。内治宜清热疏风，解毒活血，成脓迟或透脓不畅者，宜扶正透毒；疮口愈合迟缓者，当调补气血。外治法参见“疮疡”。

发颐 病名。因病变发生于颐颔之间，故名。多由热性病后汗出不畅，以致余毒壅滞而成。故又名“汗毒”。初起恶寒发热，在颐颔之间（腮腺部位）的一侧肿如结核，燉红热痛，渐及患侧耳之前后，疼痛日增，溃后脓出臭秽。治宜清热解毒，托毒透脓等法。脓成后立即切开排脓。

流注 病名。指邪毒循经脉流窜，注于深部组织而发生脓肿。其特征为：患处漫肿疼痛，皮色不变，或结块，肿块逐渐增大，溃脓，好发于四肢、躯干肌肉丰厚的深处，此处未愈，他处又起，伴寒热，头身痛等。依据发病情况的不同，又有暑湿流注、瘀血流注、余毒流注、髂窝流注等名称。治宜清热解毒，化湿通络，并内外兼治。

无头疽 病名。初起无头，发于筋骨及肌肉深部的阴性疮疡。其特点为病程长，病位深，漫肿无头，皮色不变，难消难溃，溃后稀脓淋漓不断，不易收口，甚则伤筋烂骨。发于胁肋的称“胁肋疽”、“渊疽”，发于四肢骨骼的称“附骨疽”、“流痰”，生于关节的称“足踝疽”、“环跳疽”等。多由毒邪深陷，寒痰凝聚，气血不通而成。治宜温经散寒，活血消肿。

附骨疽 病名。无头疽之一种。因其附骨成脓，故名。初起寒战高烧，患肢疼痛彻骨，难以活动，胖肿骨胀，溃后脓水淋漓，不易收口，形成窦道，必待死骨排出才能愈合。多因湿热毒邪深窜筋骨，或跌打损伤，皮破骨折，感染邪毒，毒

聚血凝而成。内治初起宜清热化湿，解毒通络；成脓期兼和营托毒；溃后调补气血。有死骨应取出；形成窦道者可用药捻蚀疮祛腐提脓。

三陷证 病症名。疮疡毒不外泄，反陷入里，所致的火陷、干陷、虚陷三种危重证候。以有头疽继发本证者多见。1．火陷证：阴液不足，火毒内陷入营。见于疮疡成形至成脓期，疮顶不高，根盘散漫，疮色紫黯，疮口干枯无脓，剧痛，伴壮热口渴，烦躁谵语等。治宜清营凉血解毒。2．干陷证：气血两亏，不能酿脓托毒。见于疮疡成脓至溃脓期，脓腐不透，疮口中央腐烂，脓少而薄，疮色灰黯，肿势平塌散漫，伴发热，神疲自汗，甚则肢冷脉微。治宜补益气血，托毒透邪，佐以清心安神。3．虚陷证：邪衰正伤，阴阳两竭。见于疮疡收口期，腐肉虽脱，脓水灰薄，新肉不生，疮面光白板亮如镜，不知疼痛，伴虚热不退，形神俱削，纳减泄泻等。治宜温补脾肾，或养胃生津。

流痰 病名。生于骨与关节的脓肿；可流窜他处，溃后脓液稀薄如痰，故名。病久可出现羸瘦乏力，潮热盗汗等虚劳现象，又称“骨痨”。初期患处酸胀微肿，渐至漫肿疼痛，难以屈伸，溃后浓水清稀杂有败絮状物，肿不消，久则疮口内陷，周围皮色紫黯，形成瘘管，多损伤筋骨而致残。生于背脊的又叫“龟背痰”，生于环跳部的又叫“附骨痰”，生于膝部的又叫“鹤膝痰”等。先天不足，肾阳亏损为病之本；痰浊凝聚，风寒侵袭，或有所损伤为病之标。治疗初期宜温肾通络，散寒化痰；成脓期宜扶正托毒，穿刺抽脓；溃后宜调补气血或养阴除蒸，外用药线提毒祛腐，或配合手术治疗。

瘰疬 病名。颈项部结核累累如串珠，故名。又称“疬子颈”、“鼠疮”。多见于儿童和青年，起病缓慢，初起结核如豆，皮色不变，不热不痛，渐增大窜生，成脓时皮色暗红，溃后脓水清稀夹有败絮状物，此愈彼溃形成窦道。因部位、形态等不同，又有痰疬、湿疬、气疬、筋疬、燕窝疬等名称。多由肝郁脾虚，或肺肾阴亏，痰热内生，结于颈项而致。内治初期宜疏肝养血，健脾化痰；中期宜托；后期应补；外治未溃者以消散为主，已溃者应祛腐生肌。

痰核 病名。因湿痰流聚而皮下生核，故名。多生于颈项、下颔、四肢及背部。其核大小不一，多少不等，不红不热，不硬不痛，推之可移。生于身体上部的多挟风热，生于身体下部的多挟湿热。治以化痰散结为主。

丹毒 病名。因患处皮肤红如涂丹，热如火灼而得名。发于头面者名“抱头火丹”，发于小腿者称“流火”，新生儿丹毒，发无定处，称“赤游丹”。初起恶寒发热，头痛，继而患处皮肤鲜红，肿胀，灼热，疼痛，边缘清楚。多因皮肤粘膜破损，火毒入侵，郁于肌肤而发。治疗以清热解毒化瘀为原则。

臁疮 病名。生于小腿臁骨（胫骨）内外侧的慢性溃疡。初起患处红肿痒痛，破流脂水，进而溃烂，疮面灰白，周围紫黑，久不收口，甚则烂至臁骨。患肢常伴青筋暴露。多由湿热下注，气滞血凝，或皮肤破损，染毒成疮。内治宜清热渗湿，活血解毒；外治宜化腐生肌，并可采用缠缚疗法。

脱疽 病名。四肢末端坏死，致趾（指）脱落，故名。又称“脱骨疽”、“脱痈”。尤以下肢多见，初起趾（指）苍白发

凉，麻木疼痛，日久坏死变黑，甚至脱落。多由肝肾不足，寒湿侵袭，凝滞脉络所致。治疗原则温阳通络，祛寒化湿。若脉络闭塞，趺阳脉搏动消失，患肢黯紫，持续疼痛，宜活血通络止痛为主；若邪郁化热，热毒蕴结，患肢黯红而肿，起黄疱，趾（指）如煮熟之红枣，痛如汤泼火烧，当清热解毒，通络止痛为主。外治可敷药或熏洗。

破伤风 病名。因皮肉破伤，风毒之邪乘虚侵入而发痉，故名。创伤所致者又称“金创痉”，产后发生者又称“产后痉”，新生儿断脐所致者称“脐风撮口”。症见颈项强直，牙关紧闭，面肌痉挛呈苦笑状，继而角弓反张，全身抽搐，呼吸困难，面色青紫，甚则窒息死亡。治宜熄风镇痉解毒。并彻底清创，或中西医结合治疗。

褥疮 病名。又称“席疮”。指躯体因久着席褥而生疮。多见于长期卧床的病人，臀骶、背脊、足跟等突出受压部位多发。初起患处发红紫黯，继而发黑溃烂，形成溃疡，难以愈合，甚则伤筋损骨。多由久病气血亏虚，加之受压，局部气血失于流通，肌肤失养所致。治疗应首先解除局部压迫；针对原发病辨证施治，以改善全身状况；外治以祛腐生肌为原则，并可按摩、艾灸患处周围，以利气血流通。

冻疮 病名。指人体受寒冷侵袭，局部血脉凝滞，而致皮肤肌肉损伤。好发于手足、耳廓等处。受冻部位先苍白，渐紫红肿胀，灼痛或瘙痒，甚则起水疱，溃烂成疮，疼痛剧烈。治疗以温经祛寒，和营通络为原则，内外治结合。

乳痈 病名。即发生于乳房部的痈。多见于乳子之母。由肝气郁结，胃热壅滞，或乳头损伤，乳汁淤滞所致。初起乳

房胀痛，排乳不畅，肿块坚硬，伴恶寒发热，继而局部燉红，剧痛跳痛，肿块增大中央变软，壮热不退，破溃出脓后，肿消痛减。早期治宜疏肝清热，通乳消肿，配合按摩、外敷；成脓后应切开排脓。

乳发 病名。即发生于乳房深部的化脓性疾患。病变范围较乳痈大，局部燉红漫肿，疼痛难忍，恶寒发热，很快皮肉腐烂，甚则火毒攻心。多因火毒外侵，肝胃二经湿热蕴结乳房而成。治宜清热泻火，解毒利湿；成脓后切开排脓。

乳癖 病名。“乳中结核，形如丸卵，不疼痛，不发寒热，皮色不变，其核随喜怒而消长，此名乳癖”（《疡科心得集》）。多由冲任失调，情志内伤，肝郁痰凝，痰瘀互结乳房而致。治宜疏肝理气，化痰散结，调理冲任。

乳漏 病名。系发生于乳房或乳晕部的漏管。多由乳痈、乳发、乳痨等治疗不当，或乳头内陷藏污染毒，或粉瘤化脓，疮口久不愈合而致。其特点为疮口脓水淋漓，久不收口而成管道。以外治为主，提腐生肌，或手术切除；乳晕部的漏管可用挂线疗法。

痔 病名。①指九窍中小肉突起。《医学纲目》：“人于九窍中，凡有小肉突出皆日痔，不独生于肛门边也。”如鼻痔、耳痔等。②指肛门部的痔疮，即直肠末端粘膜下和肛管皮下的静脉丛发生扩大、曲张所形成柔软的静脉团。按其生长部位不同分内痔、外痔、混合痔三种。多因湿热内积，久坐久立，或临产用力，大便秘结等致浊气瘀血流注肛门而发。内治以清热凉血，润肠疏风为主；外治有枯痔、结扎、注射、熏洗等法。

内痔 病名。即生于肛门齿线以上的痔。以便血为主要症状。根据痔核的大小，脱出程度，还纳难易分为三期。如痔核嵌顿，即为嵌顿性内痔。治宜清热凉血，滋阴润燥，疏风利湿。并结合外治法。参见“痔”。

外痔 病名。即生于肛门齿线以下的痔。以坠胀、疼痛、有异物感为主要症状，分为赘皮外痔、静脉曲张性外痔、血栓性外痔及炎性外痔四种。治疗以外治法为主。参见“痔”。

肛瘘 病名。又称“肛漏”、“漏疮”。系肛门周围痈疽溃后，久不收口，形成瘘管。其内口位于肛管，外口在肛周皮肤上，常不止一个。主要症状：瘘管外口流脓不绝，甚或粪便流出、疼痛，瘙痒，缠绵难愈。局部可扪得硬索状物，外口呈凸形，脓水较稠者属实证；局部无硬索状物扪得，外口凹陷呈潜行性，脓水稀薄者属虚证。以外治为主，常用挂线、切开疗法；可配合内治，实证宜清热利湿，虚证宜养阴清热。

脱肛 病名。指肛管或直肠脱出肛门外。好发于老人和小儿。多因久泻久痢，长期便秘，经常咳嗽，及妇女产育过多，以致气血亏虚，中气下陷，不能收摄，或湿热下注大肠而致。早期便时脱出，便后自行回纳，严重者咳漱、行走或下蹲亦可脱出，需用手推回，伴下腹坠痛，腰酸等症。内治宜补气升提，或清利湿热；外治宜收敛固涩，可采用熏洗、外敷、注射及针灸疗法。

子痈 病名。指生于肾子（睾丸）部的痈。多因湿热下注，或淋证、外伤染毒，局部气血凝滞而成。起病急骤，一侧肾子肿大疼痛，阴囊红亮灼热，伴寒热头痛，溃后脓稠易敛。治宜清热解毒，利湿消肿。若起病缓慢，肾子硬肿，则应疏肝

散结，活血消肿。

水疝 病名。以阴囊肿大状如水晶，不红不热，坠胀不痛，或阴囊肿痛，阴汗时出为特征。多因肾虚气化不利，或外感风寒湿邪，水湿集注囊中而成。治宜温肾化气，利湿行水。

狐疝 病名。指腹腔内脏器滑入阴囊，如狐之出没无常。站立劳动或咳嗽时阴囊出现包块，平卧或用手推压则可回纳腹腔、伴胀痛下坠感。多因情志抑郁，肝失疏泄，或小儿先天不足，老年虚弱，筋脉弛缓所致。治以疏肝理气，及针灸、手术疗法。

瘿 病名。俗称“大脖子”。其特征为颈前结喉两侧漫肿或结块，皮色不变，不破溃。高原及山区多见。多因水土、饮食因素，或忧思郁怒，肝气郁结，痰凝血瘀，上聚于颈而发。瘿块随喜怒而消长，质软不痛者为“气瘿”；肿块质韧光滑，推之可移者为“肉瘿”；肿块坚硬如石，推之不移者为“石瘿”。治疗总以行气化痰，活血软坚散结为原则；石瘿、肉瘿可手术治疗。

瘤 病名。又称“瘤赘”。系体表局限性肿块。大小不一，按之浮软，如气在瘤中者名“气瘤”；瘤体紫红，软硬间杂，隐隐缠若红丝，擦破血流不止者名“血瘤”；表筋垒垒，盘曲成团，如蚯蚓结聚者名“筋瘤”；按之实软，肿形似馒，皮色不变者名“肉瘤”；疙瘩叠起，坚硬如石，紧贴于骨，推之不移者名“骨瘤”。多由七情劳欲，复感外邪，脏腑失调，聚瘀生痰，随气留滞凝结而成。内治以消为主，有行气散结、破瘀消肿、化痰软坚三大法，后期宜补益扶正；外治以手术为主，亦可敷药、注射等。

岩 病名。与嵒、巖、癌通用。指赘生于人体，坚硬如石，形状不规则的肿块。其特点为：多发于中老年人，局部肿块高低不平，边缘不齐，坚硬如石，推之不移，溃烂后如翻花榴子，时流臭水，触之易出血，难以收敛，每多危及生命。因发生部位不同而有乳岩、肾岩、舌岩、癌疮等名称。多由正气不足，脏腑失调，而致气滞血瘀，痰湿邪毒凝聚而成。治疗当辨证采用清热解毒，祛瘀化痰疏肝及扶正补虚等法，并中西医结合治疗。

失荣 病名。指发于颈部或耳之前后的一类岩证，肿块坚硬如石，溃后渗流血水，臭秽难闻，面容憔悴，形体消瘦，状如树木之枝枯皮焦，失去荣华者，称为失荣。多因情志内伤，肝郁气滞，痰瘀凝结成块，溃后气血耗损而致。治宜扶正培本，化瘀解毒，并中西医结合治疗。

肌肤甲错 病症名。形容皮肤干燥粗糙，触之棘手，状如鳞甲。多因内有瘀血，新血不生，或津亏血虚风燥，肌肤失养所致。

热疮 病名。指热病后或高热过程中发生的一种急性疱疹。好发于口角、鼻旁、外阴等皮肤粘膜交界处，患处出现簇集的小水疱，四周红晕，破后糜烂结痂，灼热刺痒，易复发。多因风热外袭，肺胃积热上蒸，或肝胆湿热下注而致。发于上部者，治宜疏风清热解毒；发于阴部者，治宜清利肝胆湿热。

蛇串疮 病名。指皮肤上出现成群的水疱，排列成索带状。多缠腰而发，又称“缠腰火丹”，俗称串腰龙。发疹前患处灼热疼痛，继而局部发红，出现群集的小水疱，呈带状分布，数日后干枯结痂，多发于身体一侧，愈后极少复发。多因肝胆

火盛，湿热内蕴，兼感毒邪而致。治宜清肝泻火，利湿解毒；水疱消失，疼痛持续者宜活血通络止痛；配合外治及针刺疗法。

疣 病名。俗称“瘊子”。指生于皮肤浅表的小赘生物。小如粟米，大如黄豆，表面粗糙如花蕊，色灰黄，触之坚硬，有压痛感，摩擦或碰撞易出血，常发生在手足及头面部。多因风热毒邪搏于肌肤，或肝旺血燥，筋气不荣所致。内治宜清热解毒，活血潜镇；外治有外敷、熏洗、推疣、针灸等法。

鼠乳 病名。俗称“水瘊子”。系好发于胸背部的有传染性的软疣。粟米到黄豆大小，半球状，表面光滑中央有脐窝，质较软，可挤出豆渣样物。以外治为主，刮疣或挤疣，外涂碘酊。

黄水疮 病名。因黄脓水流到之处即便生疮，故名。多见于小儿，颜面及上肢等暴露部位好发，初起为红斑水疱，迅速变为脓疱，痒而兼痛，破后黄水溢流，糜烂结痂。多因暑湿热邪客于肌肤，或脾胃湿热，兼受风邪，相搏而成。治宜清暑利湿解毒，小儿脾虚者宜健脾渗湿，症状轻者单敷药亦可。

白秃疮 病名。因头生白屑，其上发落而秃，故名。多由互相接触传染，或风袭头皮腠理，结聚不散而发。儿童多见，其特点为头皮上出现单个或多个灰白色鳞屑斑，毛发枯折脱落，自觉瘙痒，愈后毛发可再生。治疗之关键在于将病发连根拔去，每天以明矾水洗头，外涂解毒杀虫药物，如硫磺软膏，雄黄膏等。

肥疮 病名。又称“肥粘疮”、“赤秃”。多由脾胃湿热蕴蒸，

或接触染毒而发。儿童多见，初起为头发根部小红丘疹、脓疱，继而形成硫黄色痂，呈蝶形，边缘隆起中央微凹，中心毛发贯穿，刮去黄痂可见糜烂面，有鼠屎样臭味，自觉瘙痒，头发干枯脱落，愈后留疤，发不再生。治疗参见“白秃疮”。

脚湿气 病名。多由脾胃二经湿热下注，或湿毒感染而得。好发于成年人，夏秋季为重，证见趾间小水疱，或发白脱屑，瘙痒，搓破后渗水，味腥臭，甚则肿烂疼痛，或并发小腿丹毒、红丝疔等。外治为主，宜燥湿解毒，杀虫止痒，可外搽或浸泡；红肿糜烂者配合内服清热解毒利湿之剂。

鹅掌风 病名。手掌粗糙干裂如鹅掌而得名。多由风湿蕴积，日久化燥伤血，皮肤失养，或由接触染毒而致。证见掌指皮下小水疱，疱破后叠起白皮，日久皮肤粗糙变厚，冬季干裂疼痛。外治为主，可用醋泡方，或涂药加热烘疗法。

紫白癜风 病名。因患处皮肤之斑片或紫或白而得名。又称“汗斑”。好发于胸背，颈腋等多汗部位，见大小不等，紫褐或灰白色斑片，境界清楚，上覆细屑，可微痒，夏重冬轻。多由体热汗泄，风湿暑邪侵滞毛窍，气血不行而致。治宜密陀僧散或低浓度癣药水涂搽，并烫洗内衣。

疥疮 病名。系感染疥虫而引起的皮肤疾患。好发于皮肤薄嫩及皱折部位，如指缝、腕屈侧、小腹、大腿内侧等处。患处出现针头大小的丘疹、水疱，指缝及腕屈侧可见细短的隧道，奇痒难忍，入夜尤甚，日久全身遍布抓痕血痂，甚至感染起脓疱。外治为主，硫黄软膏涂搽，并烫洗或曝晒衣物被褥。

疬风 病名。又称“麻风”。因体虚或密切接触病人，感受

风毒疠气，内侵血脉而发。初起患处麻木不仁，次发红斑，继则溃破无脓，逐渐蔓延全身，出现眉落，目损，鼻崩，足底穿，手足挛缩呈爪形等症。治宜祛风化湿，活血杀虫，虚者兼扶正，配合外治。患者必须隔离，杜绝传染。

杨梅疮 病名。又称“霉疮”。多因交媾不洁或与病人密切接触，染毒而发。先患下疳、横痃，后发杨梅疮。初起轻微头痛，发热，骨节疼痛；继之皮肤起疹，形态各异，若先起红晕，后发斑点者名“杨梅斑”，形似风疹者名“杨梅疹”，形如赤豆嵌于肉内，质硬者名“杨梅豆”，疹粒破烂，肉反突出于外者名“翻花杨梅”；后期结肿溃破，臭秽难敛，损伤筋骨，或毒侵脏腑称“杨梅结毒”。治宜清血解毒，晚期攻补兼施。

漆疮 病名。系感受漆毒而致的皮肤疾患。禀性畏漆为发病之内因。多发生于暴露或接触部位，突然红肿，燥热痒痛，并起丘疹、水疱，抓破则糜烂流水，甚则伴寒热、头痛。治宜清热解毒利湿，局部冷湿敷。

浸淫疮 病名。以瘙痒，流水，浸淫遍体为特征的皮肤疾患。初起形如粟米，瘙痒无度，搔破流黄水，浸淫成片。若仅发于耳部称“旋耳疮”，发于手部称“ 疮”，发于乳头部称“乳头风”，发于阴囊称“肾囊风”，发于四肢弯曲部称“四弯风”。多因内有心火脾湿，外感风湿热邪，蕴阻肌肤而发，日久可化燥生风。治宜清热利湿，凉血祛风，内外治配合。

胎 疮 病名。又称“奶癣”。生于婴儿头面部，皮肤潮红，瘙痒，起白屑，不流水者为“干 ”；皮肤起粟，瘙痒无度，黄水浸淫，遍及全身者为“湿 ”。由胎中血热，出生后风湿

侵袭，蕴阻肌肤而发。治宜清热疏风利湿，内外治结合。

瘾疹 病名。又称“ 瘤 ”，俗称“风疹块”。其特征为皮肤上突然发生大小不等的风疙瘩，瘙痒剧烈，搔之增多扩大，时隐时现，发无定处。多由禀赋不耐，风客肌表，营卫失和，或脾胃湿热，或冲任失调所致。疹色红，遇热加剧者属风热，治宜疏风清热；疹色白，恶寒畏风者属风寒，治宜疏风散寒；兼见腹痛吐泻者，当理脾祛湿；反复发作，经年不愈者，宜调补气血；随月经来潮而周期性发作者，当调摄冲任。

牛皮癣 病名。患处皮肤厚而坚硬，状如牛项之皮，故名。常发于颈项部又称“摄领疮”，其症顽固难愈又称顽癣。肘膝伸侧，骶尾部亦多见，初起为扁平状丘疹，阵发性奇痒，长期瘙抓后局部皮肤干燥肥厚，呈皮革样改变，甚则泛发四肢及腰肋部。多由七情内伤，心火亢盛，或风湿热邪蕴郁肌肤，日久生风化燥所致。情绪波动，紧张焦虑时瘙痒加重。治宜凉血清热祛风，或养血润燥，外治可采用涂药加热烘、烟熏、熏洗等疗法，或针灸治疗。

痒风 病名。又称“风瘙痒”。初起皮肤无疹而瘙痒剧烈，经常搔抓则出现抓痕、血痂、色素沉着及革化等继发损害。多因血热受风，或血虚肝旺，生风化燥所致。治宜疏风清热凉血，或养血平肝，祛风润燥。

白疕 病名。又称“松皮癣”。好发于头皮及四肢伸侧，严重者遍及全身，皮肤上出现大小不一，边缘清楚的斑片，表面堆积多层白色鳞屑，鳞屑易刮去，露出光红的基底，及点状出血，自觉瘙痒，易反复发作。多因血热风盛而发，日久伤阴耗血化燥。若新疹不断，色红，鳞屑多属血热，治宜清

热凉血解毒；病久不愈，斑块色淡红或暗红，状如钱币或地图，干燥脱屑属血燥，治宜养血活血润燥。

蛇皮癣 病名。又称“鱼鳞风”、“蛇身”。以患部皮肤呈蛇皮状或鱼鳞状而得名。多发于四肢伸侧，严重者遍及全身，患部皮肤干燥粗糙，上有鳞屑，大小同鱼鳞相仿，相互靠拢，紧附皮肤，冬重夏轻，缠绵难愈。多由血虚风燥，肌肤失于濡养而致，有遗传性。内治宜养血润燥祛风，外涂润肤药膏。

白屑风 病名。《外科正宗》：“白屑风多生于头、面、耳、项、发中，初起微痒，久则渐生白屑，叠叠飞起，脱而又生。”日久毛发干枯脱落。发于面部者又称“面游风”。多因肌热当风，风邪侵入毛孔，郁久血燥，肌肤失养所致。治宜祛风清热润燥；若鳞屑油腻，呈淡黄色，甚则流黄水，为湿热盛，治宜清热化湿，内外治配合。

粉刺 病名。又称“痤”、“酒刺”。青春发育期多见，好发于颜面、胸背等多油部位，为毛窍部丘疹，形如粟米，或有黑头，可挤出白色脂状物及碎米样脂栓，严重者丘疹色红，顶端有小脓疱，破溃痊愈后留小疤。多由肺经风热，或过食辛辣油腻，脾胃蕴湿积热，熏蒸于上而成。治宜宣肺清热，清脾化湿，外用颠倒散调搽。

酒齄鼻 病名。因鼻色紫红如酒渣而得名。多由肺胃积热上蒸，或酒气熏蒸，复遇风寒外束，血瘀凝结而成。初起鼻部潮红，亦可延及两颊，饮酒或紧张时加重，继而起疹如粉刺状，红丝隐现，日久皮色紫红、肥厚，鼻头增大，表面高低不平状如赘疣。治宜凉血清热，和营祛瘀，外搽颠倒散。

油风 病名。其特点为头发突然成片脱落，头皮光亮，痒

如虫行或不痒，严重者头发全部脱光，甚至眉、须、腋、阴毛亦脱落。多由血虚受风，或肝肾不足，或情志所伤，气滞血瘀，以致毛发失养而发。治宜养血祛风，益肾活血，局部以鲜姜或药酒涂擦，亦可用梅花针叩击。

白癜风 病名。又称“白驳风”。系皮肤上出现白色斑片，大小形态不一，边界清楚，日晒后发红，不痛不痒，白斑内之毛发亦可变白。多由气血失和，风邪搏于肌肤，血不荣肤而成。治宜活血理气祛风，外用补骨脂酊涂擦。

黧黑斑 病名。发于面部，女性多见，患处皮肤上出现黄褐或淡黑色斑片，形态大小不一，枯暗无光泽。多由肾亏火旺，血虚不荣，或肝郁气滞所致。治宜滋肾降火，养血疏肝。

骨折 病名。又称“折疡”。指因外力、肌肉拉力或骨病造成骨的截断、破碎或裂缝。症见局部瘀血肿痛，畸形，错位，有骨擦音，及活动障碍等，甚或因突然受伤，疼痛出血而昏厥。治疗应及时正骨复位，夹板固定；内治早期宜化瘀消肿，中期接骨续筋，后期益肾壮骨，补气养血；并配合适当的功能锻练。

脱骱 病名。又称“脱臼”。指骨节间的正常连接受到损害，发生脱离移位。临床表现为局部肿胀，疼痛，畸形，关节活动障碍等。多因外力外伤，或气血虚弱，肝肾素亏，筋骨松驰所致。治疗应及时手法复位，配合内治及功能锻练。

伤筋 病名。指各种暴力或慢性劳损所引起的筋肉、关节的损伤。包括闪扭、挫伤、劳损等。急性伤筋表现为局部疼痛，瘀血肿胀，功能障碍，压痛拒按，治宜化瘀消肿止痛；慢性伤筋症状较轻，患部酸痛乏力，劳累后加重，无明显肿胀，

治宜活血止痛，补肾壮骨。常用疗法有推拿，针灸、外敷、内服药及功能锻练。

中医五官科学

针眼 病名。又称“偷针、“土疳”、“土疡”。系生于胞睑边缘的小疖。初起局部微红微肿，刺痒不舒，继而硬结隆起，形似麦粒，重则燎赤肿痛拒按，易于溃脓。多由风热客于胞睑，或脾胃蕴热，循经上攻所致。治宜疏风清热，泻火解毒，成 脓后切开排脓，反复发作则应扶正祛邪，亦可采用针刺疗法。

胞生痰核 病名。又称“脾生痰核”、“目疣”。其症胞睑内有核状硬结，米粒至黄豆大小，推之移动，皮色如常，硬肿不痛。多因脾胃蕴热，与痰湿混结，阻塞经络，结于胞睑而成。肿核小者可自消，大者宜手术治疗，内治以清热化痰散结为法。

椒疮 病名。因胞睑内面颗粒累累，色红而坚，状若花椒而得名。自觉沙涩痒痛，羞明流泪，如不及时调治可导致赤膜下垂、血翳包睛、倒睫拳毛等症，年久则有损目光。多由脾胃积热，外感风热邪毒，上壅胞睑，阻滞脉胳而成。治疗当内外兼施，轻症以局部点药为主；重症配合内治，宜疏风清热，凉血散瘀；椒疮颗粒累累者，可用海螵蛸棒磨擦法治疗。

粟疮 ①眼科病名。因胞睑内面颗粒累累，色黄而软，状如粟粒而得名。自觉痒涩疼痛，多眵，羞明流泪。以上胞为主者，多与椒疮并生；生于下睑者，症状较轻，愈后无痕。多

因脾胃湿热，复感风邪，壅阻于胞睑而发。治宜祛风除湿清热，内服药与点眼药配合。②皮肤科病名。其症遍身发疹如粟，色红瘙痒，日久耗伤血液，皮肤粗糙如蛇皮。多由火邪内郁，表虚受风，风火相搏而作痒。治宜疏风泻火。

睑弦赤烂 病名。又称“风弦赤烂”。其特征为胞睑边缘红赤，溃烂，灼热痒痛，频喜揉擦，甚至倒睫或睫毛脱落，睑弦变形。多因脾胃湿热，外受风邪，搏结于睑弦而发。治宜祛风清热除湿，内服，外洗并点药。

漏睛 病名。又称“窍漏”、“眦漏”。指内眦部常有泪溢，按之粘液脓汁自泪窍沁沁而出，甚则红肿起核，疼痛拒按，继而溃破出脓。多因心经郁火、风热上攻所致。内治宜疏风清热，泻火解毒；局部热敷及点眼药，成脓后切开排脓；久治不愈者手术治疗。

胬肉攀睛 病症名。症见眦内赤脉如缕，渐渐积厚，形成胬肉，状如昆虫之翼，横贯白睛，渐向黑睛攀侵，甚则掩没瞳神，影响视力，自觉涩痒不适。多由心肺二经风热壅盛，或脾胃湿热上蒸，或阴虚火旺所致。内治宜祛风清热除湿。或滋阴降火；同时点眼药；胬肉发展较速，侵及瞳神者须手术治疗。

天行赤眼 病名。又称“天行暴赤”，俗称“红眼病”。因时气流行，风热毒邪侵袭于目而致。症见白睛暴发红赤，涩痒灼痛，怕热羞明，眵多粘稠，甚则黑睛生翳。其传染性强，能广泛流行。治宜疏风清热，泻火解毒，外用眼药水，并可针刺放血。

火疳 病名。又称“火疡”。因火毒上攻白睛，无从宣泄，

滞结为疳，故名。症见白睛深部向外突起紫红色结节，状如石榴子，逐渐增大，自觉碜涩疼痛，羞明流泪，视物不清，甚则侵凌黑睛、瞳神，可致失明。治宜清热解毒，凉血散结，内服和点眼药结合，必要时散瞳。

金疳 病名。又称“金疡”。症见白睛表面隆起小疱颗粒，形如玉粒，周围赤丝环绕，可顶溃成疡。因白睛属肺，肺属金，故名。自觉碜涩不适，畏光。多因肺经燥热，上灼于目；或肺阴不足，虚火上炎所致。治宜泻肺润燥，滋阴清热。

白涩症 病症名。《审视瑶函》：“不肿不赤，爽快不得，沙涩昏矇，名曰白涩。”症见眼干涩不爽，瞬目频频。多由肺肾阴虚，目失濡润；或风热客肺，湿热蕴结，邪壅肺络所致。治宜滋阴润肺，或祛风清热除湿，内服药与药水滴眼相配合。

聚星障 病名。系黑睛骤生星翳。症见眼内沙涩疼痛，畏光流泪，抱轮红赤，黑睛生翳，细小多发，聚散如星，严重者可变生花翳白陷、凝脂翳等，愈后留瘢，影响视力。多由外感风邪，肝经伏火，上攻于目；或肝肾阴虚，虚火上炎所致。内治当疏风泻肝，滋阴降火；外治以清热解毒，退翳明目为主；可结合针刺疗法。

凝脂翳 病症名。系黑睛生翳，肥黄浮嫩，状如凝脂，故名。伴头目剧痛，目赤羞明，泪热眵稠，病势凶险，可溃穿黑睛，甚至失明。多因黑睛外伤，风热邪毒入侵；或肝胆火炽，上炎于目所致。治宜疏风清热，泻火解毒，除内服、滴眼药外，常结合热敷与扩瞳。

瞳神紧小 病症名。指瞳神紧缩，小如针孔，舒缩失灵。伴头目疼痛，羞明流泪，抱轮红赤，视力下降。若失治则瞳神

缺而不圆，边缘参差如锯齿、虫蚀状，称为“瞳神干缺”，甚则致盲。发病急重者属实证，多因外感风热湿邪，或肝胆郁火而发，常用祛风清热，凉血解毒，除湿散瘀等法；病程缠绵者多为虚实夹杂，治宜滋阴降火。局部点药、扩瞳并热敷。

绿风内障 病名。以眼珠变硬，瞳神散大，瞳色淡绿，视力严重减退为特征。伴眼珠胀痛，连及目眶、鼻颊、额颞，恶心呕吐，抱轮红赤等。多因肝胆风火攻目，或痰火窜扰，或阴虚阳亢，风阳上扰所致。治宜清肝熄风，降火逐痰，滋阴平肝；局部宜及早频用缩瞳剂，必要时手术治疗。

圆翳内障 病名。又称“如银内障”，即“白内障”。以晶珠混浊，视物昏朦，最终瞳神中出现白色翳障，视力丧失为特征。多见于老年人。多由肝肾不足，脾虚失运，精气不能上荣于目所致。早期宜药物治疗，以补益肝肾为主；晚期翳定障老，可行针拨术。

雀目 病名。指入夜或暗处视物昏朦，甚则全然不见，如雀之夜不见物。伴双目干涩，刺痒羞明。多见于小儿。因饮食营养不济，或脾失健运，肝血亏虚所致。治宜健脾补肝养血；亦可常食羊肝、猪肝。

高风雀目 病名。以入暮或暗处视物不清，视线日益缩小，至晚期只能直视，终至失明为特征。具有遗传倾向，常于青少年时期发病。多由禀赋不足，元阳真阴虚衰；或脾胃虚弱，清阳不升所致。治宜温补元阳，滋养肝肾，健脾益气；配合针灸疗法。

耳疔 病名。系发生于耳道的疔疮。症见局部红肿根深，形如椒目，痛如锥刺，牵引腮脑，破流血水，可伴畏寒发热。多

因肝胆火毒上攻，或挖耳破伤，风热毒邪侵入所致。治宜疏风泻火，解毒消肿；局部可热敷、涂药；成脓者切开或挑破排脓。

脓耳 病名。又称“聍耳”、“耳疳”、“耳底子”，以耳内流脓为主要特征。脓液自穿孔的耳膜流出，病位较深，听力损害。起病急，伴耳痛耳鸣，发热者属实证，多因风热邪毒侵袭，或肝胆火盛引起，治宜疏散风热，泻肝解毒；反复发作缠绵难愈，脓质清稀者属虚证，多因脾虚湿泛，或肾亏毒聚所致，治宜健脾渗湿，补肾培元。外治应清除耳道内脓液，用药液或药末滴、吹耳内。

耳聋 病症名。指听力减退，甚至失听。可由多种原因引起。暴聋者多属实证，渐聋者多属虚证。风热毒邪侵及耳窍，耳胀卒聋，伴寒热头痛，为“风聋”，治宜疏风清热，解毒通窍；肝郁气闭，暴聋暴鸣，为“厥聋”，治宜清肝解郁，顺气开窍；耵聍堵塞耳道而致聋，为“干聋”，取出耵聍即可复聪；脏腑损伤，气血亏虚，耳窍失养渐至耳聋，称“劳聋”、“虚聋”，治宜益肾健脾，补气养血。此外脓耳、外伤、误用药物等亦可致聋。

耳鸣 病症名。指自觉耳中有声。可分为虚实两类。实证多因风热、肝火、痰火所致，耳内鸣响如蛙聒、潮声，暴鸣而声大，治宜疏风、泻火、化痰；虚证多由肾精亏损，中气下陷所致，响声如蝉鸣、箫声，常鸣而声细，治宜补肾益精，健脾升阳。亦可采用针灸疗法。

鼻疔 病名。指发生在鼻孔内的疔疮。红者又名“火珠疔”，白者又名“白刃疔”。症见局部红肿疼痛，形小根紧，坚

硬如钉，顶有脓点，甚则唇面俱肿，痛引脑门，壮热畏寒。多由肺胃积热，火毒循经上炎；或挖鼻、拔鼻毛损伤肌肤，染毒而生。治宜清热解毒消肿，局部可用药液热敷，或涂药，脓成顶软者应挑开排脓。禁忌挤压，以免脓毒扩散。

鼻鼽 病症名。又称“鼽”、“鼽水”。《素问·玄机原病式》：“鼽者，鼻出清涕也。”多与鼻痒、喷嚏、鼻塞并见。主要由肺气虚，表卫不固，风寒入侵所致。治宜补肺固表，疏风通窍。

鼻渊 病名。又称“脑漏”。以鼻流浊涕，如泉下渗，量多不止为特征。常伴头痛，鼻塞，嗅觉减退等。因肺经风热所致者，涕粘黄白而量多，伴寒热头痛，治宜疏风清热，芳香通窍；因胆热上攻所致者，涕黄稠如脓，腥臭难闻，头痛剧烈，甚则头晕目眩，治宜清泻胆热，利湿通窍；久病缠绵，兼肺脾气虚者，应补益肺脾，兼以祛邪。外治可用滴鼻、吹散及针刺疗法，以通窍排脓涕。

鼻痔 病名。又称“鼻息肉”。指鼻腔内赘生息肉。状如石榴子，质软不痛，伴鼻塞，嗅觉减退，头昏胀等。多因肺经湿热，壅结鼻窍所致。内治宜清肺宣气，泻湿散结；局部点药腐蚀，或手术摘除。

鼻衄 病症名。系鼻中出血。严重者又称“鼻洪”、鼻大衄”。多因肺胃热盛、肝火上逆、肝肾阴虚、脾不统血及外伤引起。治疗应急则治其标、先用冷敷、压迫、滴鼻、吹药、填塞等法止血；再辨证求因，分别采用清热、降火、养阴、益气等法内治。

乳蛾 病名。又称“喉蛾”。因喉核（即扁桃体）红肿疼痛，

形似乳头，状如蚕蛾而得名。发于一侧名单蛾，发于两侧名双蛾。兼发热恶寒者，为风热侵袭所致，治宜疏风清热，消肿利咽；咽痛剧烈，汤水难下，喉核表面有黄白脓点，壮热口渴者，属肺胃热盛，治宜泄热解毒；反复发作，咽干者，属虚火上炎，治宜滋阴降火。含嗽、吹药及针刺疗法亦可采用。

喉痹 病名。有广义和狭义之分。1．广义：《杂病源流犀烛》：“喉痹，痹者，闭也，心肿甚，咽喉闭塞。”为咽喉肿痛阻塞之多种疾患的总称。包括乳蛾、喉痈、白喉、喉风等。2．狭义：专指咽部红肿疼痛，或微红干痒不适为主症的咽部疾患。多由风热邪毒侵犯，或阴虚火旺所致。治宜清热解毒利咽，或滋阴润燥。亦可采用针刺疗法。

喉痈 病名。指生于咽喉部的痈肿。症见咽喉红肿，局部高起，剧痛灼热，吞咽困难，语言障碍，多痰涎，伴恶寒发热，甚则呼吸困难。多由肺胃积热，复感风热邪毒，内外之邪搏结而成痈。治宜疏风清热，解毒消肿。局部吹药、含嗽，脓成后即针刺放脓；并可采用针刺放血疗法。

喉瘖 病名。指声音不扬，嘶哑，甚或失音。突发者，称“暴瘖”、“金实不鸣”，属实证，多因风热、风寒侵袭所致，治宜辛凉疏散或辛温发散。久病者，称“久瘖”、“金破不鸣”，属虚证，多由肺肾阴虚，肺脾气虚所致，治宜滋阴益气，利喉开音。

急喉风 病名。又称“紧喉风”。以发病急骤，迅即咽喉肿塞，痰盛喉鸣，呼吸困难为特征。若牙关拘急，口噤如锁，又称“锁喉风”，甚则窒息死亡。多因痰火邪毒壅 塞咽喉所致。可由喉痈或各种急性咽喉病发展而来。治宜清热解毒，祛痰

开窍，当缓缓饮药，并以药散频频吹喉，配合针刺疗法。

口疮 病症名。指口腔内生小溃疡。呈黄白色，周围红晕，灼热而痛，进食困难。有虚实之分。实证发病急，症状重，多由心火上炎，脾胃热盛所致，治宜清热泄火；虚证起病缓，症状较轻，时愈时发，多由阴虚火旺，或脾肾阳虚所致，治宜滋阴清热，或温补脾肾。局部吹散或含嗽。

牙痛 病症名。伴牙龈肿胀，得热痛增，为风热牙痛，治宜疏风清热；牙痛甚，齿龈红肿，甚或出脓，口臭便秘，为胃火牙痛，治宜清胃泻火；隐隐作痛，牙齿浮动，咬物无力，为虚火牙痛，治宜滋阴益肾降火；虫蛀牙痛则牙有龋洞，当外治为主。针刺疗法对各种牙痛均有较好的止痛效果。

牙痈 病名。系牙周或牙根部脓肿。症见牙龈红肿坚硬，胀痛难忍，渐成脓肿，肿连腮颊，伴寒热头痛，口臭。多由阳明胃经火毒郁结，上攻牙龈而发。治宜清胃泻火解毒，成脓后切开排脓。

牙疳 病名。指牙龈红肿疼痛，继之溃烂，流腐臭血水。因风热所致者称“风热牙疳”，治宜疏风清热解毒。兼见下肢肿胀，色青紫者，称“青腿牙疳”，多因感受寒湿，或少食五谷蔬菜，肠胃积热所致，治宜祛寒化湿，或清胃热，并多吃新鲜果菜。牙龈紫黑，溃烂迅速，势如走马者，称“走马牙疳”，多因热毒上攻所致，治宜清热解毒。外治以解毒祛腐为主。

牙宣 病名。指牙龈先肿，久则萎缩，牙根宣露，牙齿浮动，渗溢脓血之证。多因胃火上攻，肾阴亏损所致。治宜泻火消肿，或益肾固齿；局部吹散、涂药，并清除附齿污物。

医史文献

岐黄 岐伯与黄帝的合称。古代相传黄帝令岐伯研究医药而创立经方。现存最早的医典《黄帝内经》基本是以黄帝与岐伯问答形式写成的，故古时把“岐黄”作为祖国医学的代名词。“岐黄之术”即指中医学术。

方技 又名“方术”。古代泛指有关医药的技术和知识。《汉书·艺文志》：“方技者，皆生生之具……故论其书，以序方技为四种。”所述四种包括医经、经方、房中、神仙。同书又记有：“凡方技三十六家，八百六十八卷”，计医经七家，216卷；经方十一家，274卷；房中八家，186卷，神仙十家，205卷。说明汉代所谓方技，主要是指医药卫生学及其著作。其后的《后汉书》、《新唐书》、《宋史》、《明史》皆有方技传或方术传。

上工 古代对技术精良的医生的称谓。《灵枢·邪气藏府病形》：“上工十全九”，意指上工在治疗疾病时其治愈率可达90%。

中工 古代对具有中等医疗技术水平的医生的称谓。《灵枢·邪气藏府病形》：“中工十全七”，意指中工在治疗疾病时治愈率可达70%。

下工 古代对医疗技术水平较差的医生的称谓。《灵枢·邪气藏府病形》：“下工十全六”，意指下工治疗疾病治愈率仅有60%。

大夫 古代的官职名。据宋代洪迈《容斋随笔》等书记载，宋代开始设置以“和安大夫”为名的医官，是太医的一种，其

官阶一般为六品至七品。后直至清代，太医院五品以下的医官都称大夫。在北方，习称医生为大夫，并延用至今。

太医 古代医生职称。即太医院的医生，其职责是专门负责帝王和宫廷官员的医疗保健。

巫医 旧指用画符、念咒、祈祷等迷信方法作为治病手段的人。原始社会末期已出现巫。《山海经》、《吕氏春秋》有“巫医”的记载。春秋战国以后，人们对疾病逐渐有了认识，医、巫的斗争日趋尖锐。今已基本被消灭。

疾医 周代医学分科之一，又指该科医生。据《周礼·天官》记载，周代医学分科有食医、疾医、疡医、兽医等。疾医相当于现代的内科医生。

带下医 古代专门治疗妇产科疾病医生的称谓。最早见《史记·扁鹊仓公列传》。带下，指腰带或带脉以下的部位。妇女多带下病，故名。

食医 周代医学分科之一，又指该科医生。系负责管理帝王饮食卫生的医生。相当于现在的营养师。参见“疾医”。

太医署 古代医疗机构名。始建于南北朝，隋唐臻于完备。是专门为封建统治阶级服务的医疗保健机构，以医疗为主，教学次之。唐太医署设立于 624 年，是当时世界上规模最大、也是最完备的医学校。由太常寺管辖，下设太医丞、太医令负责管理。分设医、针、按摩和咒禁科，医又分体疗、疮肿、小少、耳目口齿和角法等专业。学制分为七年、五年、三年，考核分为月考、季考、年终总考三种，视其成绩的优劣，予以升、留、退。教师的职称分别为博士、助教、师、工等。宋代改为太医局，仍为医疗与教学兼管。金、元、明、清则改

为太医院，成为专门的医疗保健机构。

御药院 又称“御药房”。古代宫廷医药管理机构。其职责是保管国内外进献的珍贵药品，并负责按方和剂，以供帝王及其亲属服用。

十三科 我国古代医学分科的名称。元、明太医院都将医学分为十三科。元代十三科为：大方脉、杂医、小方脉、风、产、眼、口齿、咽喉、正骨、金疮肿、针灸、祝由、禁。明代十三科为：大方脉、小方脉、妇人、疮疡、针灸、眼、口齿、咽喉、伤寒、接骨、金镞、按摩、祝由。

大方脉 古代医学分科的一种。宋、元、明三代均有大方脉科，为治疗成年人内科疾病的专科。相当于现在的内科。

小方脉 古代医学分科的一种。宋、元、明三代均有小方脉科，为治疗小儿内科疾病的专科。相当于现在的儿科。

杏林 旧时对医界的颂称。据《神仙传》载：三国时吴国名医董奉为人治病，不计报酬，凡治愈者令在其宅旁种杏一株，日久杏树成林，号称“董仙杏林”。后世遂以“杏林春暖”、“誉满杏林”等来称颂医家。

金元四大家 指金元时期（1115—1368）的刘完素、张从正、李杲、朱震亨等四位著名的医学家及其所代表的四大学派。刘完素为金元四家之首，是火热学说的倡导者，治疗多用寒凉药，世称“寒凉派”。张从正善用汗、吐、下三法驱邪，世称“攻下派”。李杲是脾胃学说的创始人，治疗长于温补脾胃之法，世称“补土派”。朱震亨为滋阴学说的创导者，治病善用滋阴降火法，世称“养阴派”。《四库全书总目提要》说：“儒之门户分于宋，医之门户分于金元。”金元时代医学的特

点，就是开展了医学学术争鸣，而上四家则是这一时期学术争鸣的代表人物，他们的学术思想对当时及后世有很大影响。

河间学派 古代医学学术流派之一。以金代名医刘完素为代表，因其为河间（今河北河间）人，故名。此派学术思想的中心内容是从运气角度出发，探讨火热病机，认为疾病多从火热而起，倡“六气皆从火化”说；以治疗火热病证为其擅长，擅用寒凉药物，故后世又称之为“寒凉派”，有“热病用河间”之说。其学术思想促进了中医病机学说的发展，并对温病学说的形成有深远影响。

易水学派 古代医学学术流派之一。以金代名医张元素为代表，因张氏家居易水（今河北易县），故名。此学派以脏腑寒热虚实的论点来分析疾病的发生和演变，创脏腑辨证说，并善于化裁古方，自制新方，倡导“运气不齐，古今异轨，古方新病不相能也”的见解。这些学术思想对金元医学学术的革新与争鸣均产生了深刻的影响。尤其是其后，李杲在“脏腑议病”观点的启示下，阐发“土者生万物”的理论，创立“脾胃论”，而自成为“补土派”，为金元四大学派之一。

攻邪学派 古代医学学术流派之一。又称“攻下派”。以金代名医张从正为代表。其主要学术观点认为：病或自外入，或自内生，都是“邪气加诸身，速攻之可也”。故凡病在上者皆可吐，病在表者皆可汗，病在下者皆可下。强调邪留则正伤，邪去则正安之理，并擅用汗吐下三法。此学派的学术思想对祛邪学说的发展，作出了重要的贡献。

丹溪学派 古代医学学术流派之一。以元代名医朱丹溪为代表。此学派以养阴为宗旨，强调保存阴气对人体健康的重

要意义。其主要学术观点认为人之所以有生命力，根源于相火一气的运动，“人非此火不能有生”，但相火妄动便为贼邪，耗伤人之阴精，人“阳常有余，阴常不足”，据此在治疗上提倡滋阴降火之法，以补阴液。故后世亦称之为“养阴学派”。

伤寒学派 古代医学学术流派之一。是以研究或阐发《伤寒论》的辨证论治，理法方药为主要研究内容 的众多医家形成的一大医学流派。其历史发展，大略可分为三个阶段。晋唐时期，是收采旧论，整理编次的第一阶段。以王叔和为代表，对已经散失了的伤寒条文进行搜集、整理与编次；宋金时期，是展开研究与学派形成的第二阶段；至明清时期为发展，兴盛阶段。这一时期以方有执为开端，下至陈念祖等人，围绕着《伤寒论》的编次注释、研究方法，六经本质等展开了热烈讨论，从而促进了伤寒理论与实践的发展。至此，历史上曾有四、五百家对《伤寒论》的理法方药进行探索，留下近千种专著、专论，从而构成中医学术史上独特的伤寒学派。

温病学派 古代医学学术流派之一。是对外感温热病的病因、病机、证治规律进行系统阐发的医学流派。以叶桂、吴瑭等人为代表。明清时代的许多医家在前人治疗伤寒病的基础上，通过临床实践对温热病有了进一步的认识，对温热病的病因、病机、诊断及治疗形成了一整套比较系统的学说，提倡和赞成这一学说的医家，自成一派，后世称之为温病学派。

经方派 古代医学学术流派之一。后世医家称《伤寒论》、《金匮要略》所载之方剂为经方，凡主张宗用其方者，被称为经方派。

时方派 古代医学学术流派之一。时方指汉张仲景之后医家所创制的方剂。凡主张不拘泥于《伤寒杂病论》既定的成方，而自行处方用药者，称为时方派。

医经 指中医的古典著作。①《汉书·艺文志》载有汉以前的医书七部，称为医经，即《黄帝内经》、《黄帝外经》、《扁鹊内经》、《扁鹊外经》、《白氏内经》、《白氏外经》及《旁篇》。②后世有称《黄帝内经》、《难经》为医经者；亦有称《黄帝内经》、《伤寒论》、《金匮要略》、《神农本草经》为医经者；也有把以上书统称为医经者。

医话 医家以随笔、短文、笔记等形式，阐述个人临床体会及其他有关医药问题的著作。其内容较为广泛，亦无固定的体例，如《冷庐医话》等。

方书 指专门记载和论述方剂的著作。汉张仲景《伤寒杂病论》为我国现存最早的一部方书，后世医家推崇为“方书之祖”。

黄帝内经 经典医书之一。简称《内经》。原书 18 卷，即《素问》和《针经》（唐以后的传本改称《灵枢》）各9 卷，是我国现存最早的中医经典著作之一。全书非一人一时之作，其成书年代，历来未能确说，但一般认为成书于春秋战国时期。全书从脏腑、经络、病机、诊法、治则、针灸、方药等各方面，对人体生理活动，病理变化及诊断、治疗作了全面的系统论述，奠定了中医学的理论基础。本书的后世传本，除《素问》和《灵枢》外，还有《黄帝内经太素》及《针灸甲乙经》两种古传本。

黄帝内经素问 经典医书之一。为《内经》组成部分。简

称《素问》，“素者，本也；问者，黄帝问歧伯也”，故名。原书9 卷，81 篇，经唐王冰注时，改编为 24 卷，后虽经或分或合的演变，仍保持王冰之旧。全书以论述中医基础理论为主，至今仍广泛指导着临床实践。详见《黄帝内经》。

黄帝内经灵枢 经典医书之一。简称《灵枢》，又称《九卷》、《针经》。与《素问》合称《内经》。原书9 卷，宋以后原本及传本大多散佚。至南宋史崧重新编校，改为 24 卷，共 81 篇。历代又有改变，现行本为 12 卷。全书所论内容与《素问》相似，惟在经络、针灸方面，较《素问》丰富翔实，故有《针经》之称。详《黄帝内经》。

难经 经典医书之一。原名《黄帝八十一难经》。3 卷（或分为 5 卷）。原题秦越人撰。成书约在东汉以前（一说在秦汉之际）。全书以问答体例，阐明《内经》为主，并有所发挥，在学术上与《内经》并重，故有“内难”之称。是学习研究中医的重要参考文献。

黄帝内经太素 医书名。《黄帝内经》的古传本之一。包括《素问》、《针经》两部分的内容。原书在隋唐之际经杨上善重加编次和注释，共 30 卷，现存 23 卷。本书保存了《内经》中一些原文的较早形态，同时又以杨氏的注文多所阐发，并引录不少古典医著的佚文，对研究《内经》有一定的参考价值。

类经 医书名。明张介宾撰。刊于 1624 年。全书共 32 卷。将《素问》及《灵枢》二书的内容重新编次为摄生，阴阳、脏象、脉色、经络、标本、气味、论治、疾病、针刺、运气、会通等十二类，每类又分若干节。本书除对原文注释外，又按内容性质的异同，进行了“从类分门”工作，故名。是学习

研究《内经》的重要参考书。

内经知要 医书名。明李中梓辑注。撰于1624年。共2卷。书中原文辑自《内经》，归纳为道生、阴阳、色诊、脉诊、脏象、经络、治则、病能八类，结合基础临床理论加注阐析，条理清楚，内容简要。医界多推崇本书为学习《内经》的纲要书。

脉经 脉学专著名。①晋王叔和撰于公元三世纪，共10卷，是我国现存最早的脉学专著。本书集晋以前脉学之大成，选取《内经》、《难经》以及张仲景、华佗等有关论述，联系实际以阐明脉经，尤其是二十四种脉象的阐述和寸关尺三部的定位诊断，对后世脉学的发展，有很大影响。②《内经》以前的脉学著作。《素问·示从容论》："臣请诵《脉经》上下篇，甚众多矣。"

神农本草经 本草学著作名。简称《本经》。约成书于秦汉时期（一说战国时期）原书早佚。现行本为后世从历代本草书中集辑的。是我国最早的药学专著。书中总结了药物理论，如配伍原则，七情 合和、五味、四气等；并载药物365种，分上品（120种）、中品（120种）、下品（125种）三类，分别记叙了每种药物的别名，性味、主治功用等。后世医家在其基础上不断增补内容，形成了众多的本草学文献。

新修本草 本草学著作名。简称《唐本草》。是世界上第一部由国家颁布的药典。由唐苏敬等人撰于659年。全书共54卷。计：正文20卷；目录1卷；图7卷；图经25卷，目录1卷。正文是在《本草经集注》基础上修订和增补的，共收药物850种，以玉石、草、木、兽、禽、虫、鱼、果、菜、米

谷等分为九类。插图是向全国征集的，图经则是其文字说明。唐代以后正文均收入《证类本草》等书中，本草图及图经则早已亡佚。

本草纲目 本草学著作名。明李时珍撰成于 1578 年。以每药“标正名为纲，附释名为目”，故名。全书共 52 卷。载药 1892 种，其中植物药 1094 种，由李时珍新增入的药物为 374 种。书中附有药图 1109 幅，方剂 11096 首。每种药物分别释名、集解、正误、修治、气味、主治、发明、附方等项，内容极为丰富。其不仅考正了过去本草学中的若干错误，综合了大量的科学资料，亦提出了较科学的药物分类法，并反映了丰富的临床实践。本书自 1593 年刊行以后，复刻甚多，并有数种外文译本在国外流传，是一部有很高学术价值的药物学巨著。

本草纲目拾遗 本草学著作名。清赵学敏撰。刊于 1765 年。全书共 10 卷，按水、火、土、金、石、草、木、藤、花、果、谷、蔬、器用、禽、兽、鳞、介、虫部分类，收载药物 921 种，其中 716 种为《本草纲目》所未载，其余 161 种属对《本草纲目》已收药物的补订内容。书中亦收录了较多民间验方和当时传入的国外医药资料，是继《本草纲目》之后较好的本草著作。

备急千金要方 方书名。简称《千金要方》。唐孙思邈约撰于 652 年。作者以人命重于千金，故取“千金”为书名。本书广辑前代各家方书及民间验方，论述各科疾病的诊断、防治方药与针灸等。以脏腑、寒热、虚实分类，列证治 232 门，合方论 5300 首，系统总结和反映了唐以前的医学成就。后人

对本书有“妙尽古今方书之要”之赞。

千金翼方 方书名。唐孙思邈撰成于682年。是作者补充其所撰《千金要方》而编集，取“輗軏相济”，“羽翼交飞”之意，故名。共30卷。书中辑药物800余种，详论其性味、主治等。对内、外各科疾病的诊治在《千金要方》的基础上有所增补，选录古方2000余首，亦收载了不少唐以前的医学论述，取材广博，内容丰富。

外台秘要 方书名。唐王焘编撰于752年。共40卷。辑录了唐以前医家对各科疾病的理论论述和方药，共分1104门，先论后方，载方6000余首，并均注明出处。书中包括内、外、妇、儿等各科疾病，对伤寒，温病等证论述尤详，重视灸法。唐以前所散佚的方书，多赖此书识其概略，得以流传，是研究我国唐以前医学的重要参考著作。

太平圣惠方 方书名。宋王怀隐等编著。书成于992年。共100卷。本书广集汉唐以来各家方书及民间医疗经验，按脏腑病证分类汇编，共1670门，载方16834首，是一部大型临床实用方书。书中首列诊断脉法、用药法则，然后按类分叙各科病证的病因、症状及治法、方药，具有一定的临床研究参考价值。

太平惠民和剂局方 方书名。又名《和剂局方》。宋太医局编。初刊于1078年以后。本书是宋代太医局所属药局的一种成药处方配本。宋代曾多次增补修订刊行，书名，卷数也有多次调整。现存本共10卷，据病证分为14门，载方788首，均系民间常用的有效中药方剂，记述了其主治、配伍及修制法，是一部流传较广，影响较大的临床方书。

普济方 方书名。明朱橚、滕硕、刘醇等编撰。书成于1406年。本书收辑资料极为广泛，除博引明以前各家方书外，并兼收其他传记、杂说以及道藏等有关资料，分类整理而成。原书168卷，今仅存残本。清《四库全书》改编为426卷，凡1960论，2175类，778法，239图，61739方。是我国历代最大的一部方书。

五十二病方 新出土古佚医学帛书。撰人未详，约为春秋战国时期的作品。1973年于湖南长沙市马王堆三号汉墓出土帛书之一。共记52种疾病的治疗方法，现能辨认的医方约280首。本书不见于文献记载，为现存最古的医方著作。

伤寒论 经典医书之一。汉末张仲景撰。约成书于3世纪初。10卷。本书是作者原撰《伤寒杂病论》的一部分。经晋王叔和整理，1065年又经北宋校正医书局校订而成。现存最早刊本有明赵开美影宋刻本《伤寒论》（简称“宋本”）和金成无已注本《注解伤寒论》（简称“成本”）。全书22篇，共397法，113方。主要以六经辨证为纲，对伤寒各阶段的辨脉审证大法和立方用药规律，以条文形式作了较全面的论述。本书创立了六经辨证，使中医辨证论治法则得以系统化，奠定了辨证论治的基础。书中选方富有实效，后世医家称为“方书之祖”。本书对中医学的发展、起着承先启后的作用。

金匮要略方论 经典医书之一。简称《金匮要略》、《金匮》。汉末张仲景撰。约成书于3世纪初。作者原撰《伤寒杂病论》16卷，魏晋时经王叔和整理后，其古传本之一名《金匮玉函要略方》3卷。1065年北宋校正医书局根据当时所存的蠹简文字重予整理编校，取其中以杂病为主的内容，仍厘

订为3卷，改名为《金匮要略方论》。书中论述内、外、妇等科杂病，据病辨证，阐述各病的病因、诊断、治疗和方药，载方262首。本书总结了汉以前治疗杂病的经验，为临床医学的发展奠定了基础。

注解伤寒论 医书名。宋成无己编。书成于1144年。10卷。作者因《伤寒论》释简义奥，不易理解，故参阅《内经》、《难经》等书对《伤寒论》逐条阐注，辨析六经及方论，且有发挥。本书是现存最早的《伤寒论》全注本。《伤寒论》之有注解，自成氏始。

伤寒明理论 医书名。宋成无己撰。约刊于1156年。共4卷。卷一至卷三列《伤寒论》病证，由发热始至劳复止共50种病证，辨析了各病证的病象和病机。卷四选《伤寒论》方20首，详论各方主治、配伍。本书是学习《伤寒论》的补充读物。

温病条辨 温病学著作名。清吴鞠通撰。书成于1798年。6卷。本书阐述温病的病因与证治，按三焦立论，分列上、中、下三焦疾病的辨证和治法。其方药多采自《临证指南医案》，总结了温病学的理论及临床经验，是一部切于实用的温病名著。

温热经纬 温病学著作名。清王孟英撰于1852年。5卷。本书“以轩歧、仲景之文为经，叶（天士）、薛（生白）诸家之辨为纬”，故名。书末亦汇集了温病常用治疗方，所有注释，采自各家学说，并附个人临床经验，是一部较有影响的温病学著作。

针灸甲乙经 针灸学书名。原名《黄帝三部针灸甲乙经》，

简称《甲乙经》。晋皇甫谧撰于259年左右。本书卷数历代记载不一，宋以后统为12卷。内容主要取材于《素问》、《针经》和《明堂孔穴针灸治要》，采用“使事类相从”的归类法，将上述各书相类原文辑集一起，共分128篇。阐述脏腑经络、腧穴部位、针灸法及取穴等。是我国现存最早的针灸学专著。

针灸大成 针灸学书名。又名《针灸大全》。明杨继洲撰。刊于1601年。10卷。本书较全面地总结了明以前针灸学的成就，汇集了20余种有关文献资料，以及杨氏家传《卫生针灸玄机秘要》而编成。卷10亦附有《小儿按摩经》。是针灸学中流传广、影响大的著作。

诸病源候论 医书名。又名《诸病源候总论》、《巢氏病源》。隋巢元方等撰于610年。50卷。是我国现存第一部以论述各科病证的病因、证候为主要内容的临床医著。全书分67门，列述内、外、妇、儿等诸科病证的病源、证候计1739论，诸证之末附有导引法，但不记载方药。全书内容丰富，亦为历代医家所重视，《千金要方》、《外台秘要》及《太平圣惠方》等书的有关内容，大多依据此书。

中藏经 综合性医书名。又名《华氏中藏经》。旧题汉华佗撰。撰年不详。3卷。全书分两部分。前一部分共有医论49篇，联系脏腑生理及病理变化、生死逆顺之法等，所述病证以内科杂病为主。后一部分介绍各科治疗方及其主治病证。所列方剂，配伍严密，有较详细的服用法，便于读者应用，其中有不少方剂不见于其他方书，故尤为后世医家所珍视。中医重要古典著作之一。

脾胃论 医书名。金李杲撰。约成书于1249年。本书是作

者创导脾胃学说的代表作。李杲根据“人以水谷为本”的观点，强调补益脾胃的重要性，详论调理脾胃的临证经验。书中所列李杲自制的补中益气汤、甘温除热法及其对内伤诸证的论述，对后世均有很大影响。

儒门事亲 医书名。金张从正撰。撰年不详。15卷。张氏为金元四大家之一，治病主攻邪，世称“攻下派”，本书为这一学派观点的代表作。前3卷为张从正所撰，以论辨的文体阐述攻邪理论，集中反映了张氏的学术观点。其余部分为麻知几、常 仲明收集整理，记述了大量医案，旨在通过验案印证三法尽治诸病的论点。本书对研究金元四大家学术及临床颇有价值。

格致余论 医书名。元朱震亨撰于1347年。不分卷。取儒家“格物致知”之义为本书名，是朱氏的代表作之一。共收医论41篇，着重阐析“阳常有余，阴常不足”的医理和独重滋阴降火，导痰行滞之法，论中又多以验例取证所论，是一部研究丹溪学说的重要著作。

医贯 医书名。明赵献可撰于1617年。6卷。明崇祯元年重刊本，题作《医无闾子医贯》3卷。赵氏在学术思想上推崇薛己，倡言“命门之火”是人体之本。全书共分5门，每门又各分子目，重点阐述“命门学说”，以保养“命门之火”贯穿处理养生、治病及有关疾病的一切问题，故书名为“医贯”。是研究命门学说的重要参考书。

医林改错 医书名。清王清任撰于1830年。书分上下卷。上卷系作者根据其数10年对人体解剖的研究，对脏腑的论述及所绘“改正脏腑图”，纠正了前人脏腑记载的不少错误。下

卷是关于气血理论的论述及临床实践经验总结，对血瘀证等病证的治疗，有其独到之处，所载活血化瘀方剂，至今为临床广泛应用。但书中亦存有臆测、不当之处。

妇人良方大全 妇产科书名。又名《妇人良方》、《妇人大全良方》。南宋陈自明撰于1237年。24卷。全书将妇产科病证，归纳为调经、众疾、求嗣、胎教、候胎、妊娠疾病、坐月、产难、产后等九门，每门列述若干病证，共269论，分述各病之病因、证治。临床较为实用。

小儿药证直诀 儿科书名。又名《钱氏小儿药证直诀》、《小儿药证真诀》。宋钱乙撰，阎孝忠编集。成书于1119年。本书专论小儿科疾病，以《内经》理论为依据，以五脏辨证为纲要，制定五脏补泻诸方。总结了宋以前儿科学经验，对儿科学的发展有较大影响。

理瀹骈文 外治法专著。初名《外治医说》。清吴尚先撰。刊于1870年。本书正文是以骈文体写成，据《日华子》："医者理也，药者瀹也"，故名。本书是第一本外治法专著。作者认为"外治之理即内治之理"，遂专门研究并提倡内病外治法。书中对多种病证的外治法进行了论述，并附常用外治膏药方的配方与制法。为外治法专著中影响较大的一种。

外科正宗 外科书名。明陈实功撰。刊于1617年。4卷。卷一总论外科病的病因、诊断及治疗。卷二至卷四分论常见的100余种外科病，并介绍典型病例，附图30余幅。总结了明以前外科学的成就。本书以"列症最详，论治最精"见称，为中医外科学的重要著作。

伤科补要 伤科学书名。清钱秀昌撰。刊于1808年。4卷。

本书据《医宗金鉴·正骨心法要旨》参以作者临床经验而成。卷一为人体要穴、正骨器械，骨度及脉诀；卷二为治伤三十六则，说明各部损伤的治法；卷三为伤科要方歌诀；卷四附录秘方及急救方。全书简明扼要，为学习骨伤科的参考书。

厘正按摩要术 推拿学书名。清张振鋆辑。刊于 1889 年。4 卷。本书据明周于藩《小儿推拿秘诀》删订补充而成。由于作者广泛征引有关文献，不仅在内容上有所增补，编次亦更为条理系统。全书分辩证、立法、取穴、列证四部分，并附图解。有较高的临床价值。

银海精微 眼科书名。宋以后人托名孙思邈撰。撰年不详。2 卷。道家以目为“银海”，故名。书中论述五轮八廓理论及各种眼病的证治，并附眼病图，所列方剂，多切实用。此外，亦介绍了眼病的外治法，如洗、点、针等，特别是金针拨翳障法，至今仍用于临床，且有较大发展。

口齿类要 口腔科书名。明薛己撰于 1529 年。1 卷。本书为我国现存的唯一口齿科专著。对口齿疾病的论述，以茧唇开始，次及各型口疮，再述诸般齿痛、舌及喉部疾患。每证之后均附验案，并载方 60 余首。本书流传刊本较多，多包括在《薛氏医案》内。

重楼玉钥 喉科书名。清郑梅涧撰。刊于 1839 年。2 卷。上卷为咽喉病总论，有论八篇，分别论述 36 种喉风的证治；下卷为喉风针诀，有行针手法，常用穴位等。本书内容结合临床，较为实用。

名医类案 医案著作名。明江瓘编辑，其子应宿增补，成书于 1552 年。后经清魏之琇等重订，即今流传本。12 卷。全

书收集明以前名医之医案，以病证分类，共 205 门，包括内、外、妇、儿及急慢性传染病等多种病证。各个医案详论其病情，治法及方药，并附加按语。本书是我国第一部类案著作，《四库全书总要》谓之“可为法式者固十之八九”。

续名医类案 医案著作名。清魏之琇编。书成于 1770 年。36 卷。本书为续补明江瓘《名医类案》而编。书中集辑清初以前历代名医验案，分 345 门，包括伤寒、温病、内科杂病及外、妇、儿、五官科等，尤以温病医案记叙更为丰富。所记病案，多为一病数例，得以了解各病变症和相应治法。

临证指南医案 医案著作名。简称《临证指南》。本书为清代名医叶天士之门人华岫云等搜集叶氏临证医案编成。刊于 1764 年。10 卷。全书以病症类案，共 89 门，总收 2576 例，3137 诊病案。每门后附门人等撰论治一篇，以提示治法大纲。叶氏毕生忙于诊务而著述甚少，从本书可以看出其学术思想及治疗经验，对中医临床亦有参考价值。

景岳全书 综合性医书。明张介宾撰于 1624 年。64 卷。书前传忠录（3 卷）、脉神章（3 卷）为总论内容，主要论述中医基础理论及诊疗原则。后列伤寒典、杂证谟、妇人规、小儿则、麻疹论、痘疹诠、外科钤、本草正、新方、古方、外科方等。择取诸家精要，对辨证论治作了系统分析，亦充分阐发了其“阳非有余，真阴不足”的学术思想。由于张氏治法偏重温补，故后人把本书视为温补派的代表作。

医宗金鉴 医学丛书名。清吴谦等编著。书成于 1742 年。90 卷。是清乾隆年间由政府组织编写的大型医学丛书。全书分《订正仲景全书》、《删补名医方论》、《四诊心法要诀》、

《运气要诀》及伤寒、杂病、妇、儿、刺灸、正骨等各科心法要诀等，共十三部分。以歌诀的体裁概括诸证的辨治，切于实用，流传较广。

证治准绳 医学丛书名。又称《六科证治准绳》。明王肯堂撰。刊于1602年。共44卷。后《四库全书总目》改为120卷。分杂病、伤寒、疡医、幼科、女科及类方六部分。论及病种广泛，每一病证先述历代治疗经验，后阐明己见，重于脉证互参，后世评论本书为“博而不杂，详而有要”。

古今医书集成·医部全录 医学类书名。清蒋廷锡等编纂。刊于1723年。520卷。原隶《古今图书集成》“博物汇编·艺术典”之下的“医部汇考”，是现存规模最大，体例亦较完善的官修医学类书。本书辑录自《内经》至清初的医学文献120余种，分类编纂，包括对古典医籍的注释，疾病的辨治，以及医学艺术、记事和医家传记等。其引证材料均注明出处，分门别类明确，便于查找，是一部较全面的医学文献参考书。

吴医汇讲 中国最早具有中医学刊物性质的著作。清唐大烈编辑。刊于1792—1801年间。每年1卷。共出版11卷，后经汇辑成书。本书由江浙地区40余位医家供稿，故名为《吴医汇讲》。内容不分门类，不拘体裁。“凡属医门佳话，发前人所未发，可以益人学问者”，皆可辑入。其中主要著作有叶桂的《温症论治》、薛生白的《日讲杂记》。

现代医学

基础医学

人体解剖学

人体解剖学 研究人体形态结构及其机能的一门医学基础学科。与组织、胚胎学等同属形态科学，但其研究重点是能用肉眼观察到的人体结构，故又称为巨视解剖学。根据不同的研究方法和目的又分为：1．系统解剖学，按人体机能系统（如消化、呼吸、心血管、泌尿、生殖、运动等系统）研究各器官的形态结构；2．局部解剖学，重点研究某一局部（如胸部、腹部、头颈部等）各器官的排列和位置关系。人体解剖学还有一些分支，如 X 线解剖学、运动解剖学等。

皮肤 覆盖全身表面，由表皮和真皮构成。与皮下组织相连，表皮有角化层和皮脂，可避免化学刺激，防止水分蒸发，并含有黑色素，可抵御紫外线的损伤。真皮有高度韧性，可防止机械性损伤。皮肤内有感觉神经末梢，能感受多种刺激。还具有分泌、排泄、调节体温、氯化物储存和制造维生素 D 等机能。

毛发 皮肤的附属结构。除手掌和足底等处外，全身都有毛发。毛发分毛干和毛根两部：露在皮肤外为毛干，埋在皮肤内为毛根，周围有毛囊包绕。毛根末端的细胞分裂活跃，使毛发能更新和不断生长，如果毛囊破坏，毛发脱落后则不能

再生。毛囊及其周围组织如受化脓菌侵犯而发生炎症，则形成疖肿。

骨 由骨质、骨膜和骨髓构成的一种器官，并有神经、血管及淋巴分布。成人全身共有 206 块骨，每块骨都有一定的形态和功能，坚硬而富有弹性。按其形态可分为长骨、短骨、扁骨和不规则骨。

皮脂腺 一种皮肤腺。位于毛囊与竖毛肌之间，开口于毛囊，分泌皮脂滋润和保护皮肤及毛发。在颅顶、面部和胸前的皮脂腺最多，且较大。其分泌活动受雄性激素的影响，青春期分泌旺盛，如果开口阻塞，使分泌物蓄积，便形成粉刺。参见“生物”中的“皮脂腺”。

汗腺 皮肤的一种附属腺，分布广泛，手掌和足底最多，其次为手背和前额。为单曲管状腺分泌汗液，开口于皮肤表面的汗孔。腋窝、乳晕、阴部及肛门等处汗腺较大，称为“大汗腺”。汗液的排出能调节体温，同时有排出代谢废物的作用。

骨骼 人体的支架。由全身骨连结构成。骨所围成的颅腔、胸廓和盆腔，支持和保护脑、胸腔及盆腔内的重要脏器。骨骼肌附着于骨，通过关节，收缩时牵动骨，使骨改变位置而产生运动，在运动中骨起杠杆作用。

颅骨 位于脊柱上方，除下颌骨和舌骨外，其余各骨借骨缝和软骨紧密相嵌，牢固连结成颅，可分为脑颅和面颅，前者由脑颅骨围成，容纳和保护脑；后者由面颅骨构成面部的支架，并围成眶、骨性鼻腔和口腔。

颅囟 新生儿颅骨尚未发育完全，骨与骨之间间隙较大，颅顶各骨的间隙为膜性结缔组织填充。最大的囟位于矢状缝前

端与额骨相接处，呈菱形，称前囟（额囟）。矢状缝与人字缝相交的后囟呈三角形。前囟在生后一岁半左右闭合，其余各囟出生后不久即闭合。囟可作为婴儿发育和颅内压变化的检查部位之一。

椎骨 又称“脊椎骨”。共有 26 块，包括颈椎 7 块，胸椎 12 块，腰椎 5 块，骶骨及尾骨各 1 块。它们连接成为脊柱，构成人体的中轴，参与构成胸腔、腹腔和盆腔，具有容纳脊髓，保护胸腔、腹腔和盆腔内脏器，支持体重，进行各种运动的功能。

锁骨 连接胸骨与肩胛骨的细长骨，外侧缘与肩峰形成肩锁关节，内侧端与胸骨和第一肋软骨构成胸锁关节。能维持肩关节姿势，保护其深层的大神经和血管，但锁骨位置表浅，易发生骨折。

肩胛骨 位于胸部后外侧上方的三角形扁骨，左右各一，以肩峰与锁骨相连，并与肱骨头构成肩关节。

肩 上肢与躯干连接部位，由肱骨头和肩胛骨构成关节。能伸屈、外展、内收、外旋、内旋，以及环转运动，是全身活动范围最广的关节，但关节下无肌肉和韧带，较薄弱，有时可发生关节脱位。

肱骨 位于上臂，是上肢最长的长骨，两端膨大，中间为肱骨体。上端和体交界处稍细称外科颈，容易发生骨折。肱骨头与肩胛骨的关节盂构成肩关节，下端与尺、桡骨相连形成肘关节。

肘 上臂与前臂连接部分。由肱骨下端与尺、桡骨上端的关节面所构成。肘关节由血管网供应血液，神经主要来自桡、

尺和正中神经的分支。司前臂的屈、伸和内、外旋运动。

尺骨 位于前臂内侧的长骨。上端粗大，后上方较大的隆起为鹰嘴，参与肘关节的组成，下端细小，末端球形膨大称尺骨头，与桡骨下端构成桡尺下关节。

桡骨 位于前臂外侧，上端细小的长骨。桡骨头有环状关节面与尺骨构成关节，下端膨大与腕骨构成腕关节，内侧关节面与尺骨头构成桡骨尺下关节。

腕 手掌和前臂的连接部位，腕部主要包含两个关节：桡腕关节和腕横关节。有伸屈、外展、内收和环转运动。桡动脉在拇指侧掌面，临床上多在此处切脉。

腕骨 构成腕部的 8 块小骨的统称。它们排列两侧，由桡侧向尺侧依次为：舟骨、月骨、三角骨、豌豆骨、大多角骨、小多角骨、头状骨、钩骨，各腕骨之间都以关节形式互相连结。近侧的舟骨、月骨和三角骨共同形成关节面，与桡骨下端构成桡腕关节。

掌骨 由 5 块小型长骨组成手掌。位于腕骨与指骨之间，由桡侧向尺侧依次为第 1—5 掌骨。

指骨 组成手指的小型长骨，共有 14 块。拇指为两节，其余各指均有三节。由近侧至远侧依次为近节指骨、中节指骨、远节指骨。指骨与掌骨之间构成掌指关节，各节指骨之间有韧带相连构成指关节，能作伸屈运动。

臀 在身体背侧腰部以下，大腿根部以上的部分。上界为髂嵴，下界为臀股皱襞，内界为骶尾骨，外界为自髂前上棘至股骨大转子的连线，两侧臀肌丰满，外上方无重要神经和血管，故常选用此处作肌肉注射。

髋骨 由髂骨、耻骨和坐骨联合构成，髋臼和股骨头组成髋关节，是全身最大的关节，具有屈伸、外展、内收、外旋、内旋以及环绕运动。

股骨 位于股部的人体最粗大的长骨，上端球形的股骨头与髋臼构成髋关节，股骨头下方缩细为股骨颈，与体成 130°交角，在老年人此处易发生骨折，下端膨大与胫骨和髌骨构成膝关节。

膝 大小腿连接部分，由股骨下端，胫骨上端和髌骨构成膝关节，具有屈伸运动的功能。其后方有一凹陷，称为腘窝，内有支配小腿和足的重要神经和血管通过。

髌骨 又称“膝盖骨”。全身最大的籽骨。呈扁栗形，后面的关节面与股骨髌面构成膝关节。髌骨较表浅，容易损伤引起骨折。

胫骨 位于小腿内侧粗大的长骨，上端膨大与股骨构成膝关节，前面粗糙隆起部分称胫骨粗隆，下端稍膨大，内侧突起之处称内踝，并与外侧腓骨和远端距骨构成踝关节。

腓骨 位于小腿外侧细长的长骨。上端稍膨大为腓骨小头与胫骨构成胫腓关节，下端膨大处称外踝，与内侧胫骨和远端距骨构成踝关节。

踝 小腿和足的连接部分，由胫、腓骨下端与距骨构成踝关节，有使足背伸和跖屈的功能。两侧有韧带加强，但腓侧副韧带较弱，足过度内翻时可引起捩伤。内踝前方皮下有大隐静脉通过，可供输液注射穿刺或大隐静脉切开之用。

跖骨 组成足底的小型长骨。共有 5 块，从内侧向外侧依次为第 1—5 跖骨，跖骨底分别与楔骨或骰骨的前面构成跗跖

关节。跗骨、跖骨以及足底的韧带、肌腱共同构成凸向上方的足弓，是人体直立、步行及负重时重要的装置，如果足弓塌陷，便形成扁平足。跖骨头与相应的近节趾骨构成跖趾关节。

跗骨 组成足的后半部的短骨，共 7 块，排成三列。后列为跖骨和跟骨，中列为足舟骨，前列由内侧楔骨、中间楔骨，外侧楔骨和骰骨组成。

趾骨 构成足趾的小型长骨，共 14 块，由距骨和趾骨组成跖趾关节，趾骨与趾骨组成趾间关节，拇趾为两节，其余各趾均为三节。

关节 由两块或多块骨间接连结组成。相对骨面之间有间隙，骨与骨的关节面没有直接联系，而是以关节囊包裹连结，可作灵活运动的，称动关节——肢型，或称滑膜关节，即为通常所说的典型关节。若两骨的相对面的连结紧密，其间无间隙，不能活动，称不动关节——颅型，或为暂时关节，少动或微动称少动关节——椎型。

软骨 胚胎性骨骼。是一种以固体基质代替组织液的结缔组织，分为透明软骨、纤维软骨、弹性软骨三类，在胎儿和幼年时期软骨分布较广，可向两端生长，使骨伸长，随着年龄的增长，许多软骨部分为骨组织所代替，骺软骨板完成骨化，形成骺线，不再伸长，成年人软骨只存在于骨的关节面、肋软骨、气管、耳廓、椎间盘等处。

滑膜囊 密闭的结缔组织小囊，内含有粘性滑液，多位于肌腱与骨面相接触处，减少两者间的摩擦，当发炎时滑膜囊肿胀，渗出液增多，疼痛较剧，有碍关节与肌腱的运动。

韧带 连于两骨间或支持内脏的致密结缔组织束或膜。抗拉力强，可加强关节的稳固性，或限制内脏的移动，使它固定于某一正常的位置上。

肌腱 肌肉两端的结缔组织缩小而成的纤维束或膜。附着于骨骼或其他结构上，多见于四肢的长肌，呈束状，韧性大，能抵抗强大的牵拉力。胸腹部阔肌较宽扁呈片状，其腹部称腱膜。人体最强大的腱为小腿后面的跟腱，对于行走、负重有很大作用。

腱鞘 主要指包在手和足部肌腱表面的结构，由纤维层和滑膜层共同组成，内有少量滑液，起润滑和减少活动时摩擦，保护腱的作用。

筋膜 由结缔组织所构成的膜，位于肌肉的表面，遍布全身。按位置可分浅筋膜和深筋膜，对肌肉具有保护和辅助活动的作用。

口腔 消化道的起端，由牙齿、上、下颌骨、唇、颊、腭、舌、口底和涎腺等组成，唇、舌用以吮吸食物；牙齿咀嚼；涎腺分泌涎液，在口腔内混合成唾液，润滑口腔粘膜和食物，以利吞咽，此外，舌能辨别味觉，口腔对完成发音的语言的清晰均起很大作用。

牙齿 具有一定形态的高度钙化组织，有咀嚼功能，还可帮助发音和保持面部外形的作用。人一生中有两副牙齿，根据萌出的时间和形态，分为乳牙及恒牙，牙齿有牙釉质和牙骨质覆盖，显露于口腔部分为牙冠，埋于牙槽内的部分为牙根。牙冠和牙根交界部分为牙颈，其内有牙髓腔及根管。

舌 由横纹肌组成的肌性器官，具有味觉，协助完成语言、

咀嚼、吞咽等生理功能，前 2/3 为舌体部，活动度大；后 1/3 为舌根部，活动度小，舌背粘膜有丝状乳头、菌状乳头（含味觉神经末稍）、轮廓乳头（含味蕾）。正常舌质呈淡红色，有白色薄苔，在患病时，舌质和苔均会发生变化。

味蕾 味觉器官。分布于舌乳头、软腭、会厌及咽部粘膜上皮内，呈卵圆形，顶端有味孔，由味细胞和支柱细胞组成，能感觉甜、苦、酸、咸等味觉刺激。

涎腺 又称“唾液腺”。属一种消化腺，在口腔颌面部有三对大涎腺：腮腺、颌下腺和舌下腺，各有导管开口于口腔，涎腺分泌涎液，进入口腔内称为唾液。有润湿口腔，软化食物的作用，还含有淀粉酶和分泌免疫球蛋白，起消化食物和抑制病菌的作用。

眼 视觉器官。由眼球、视路和附属器三部分组成。眼球是主要部分，起感光作用，包括眼球壁和内容物，视路由视网膜神经节细胞发出的神经纤维，汇集成视神经，入颅后在蝶鞍处形成视交叉，主要感受和传递光的刺激，在黄斑部是视觉最敏感的地方，附属器包括眼睑、结膜、泪器、眼外肌和眼眶，主要对眼球起运动和保护作用。

耳 感觉器官，主要司听觉和平衡。分外耳、中耳和内耳三部分。外耳包括耳廓和外耳道及鼓膜，有收集声波及扩音作用，保护深部免受外伤。中耳包括鼓室、咽鼓管、鼓窦和乳突腔，是传声装置，把声波传入内耳淋巴液内。内耳也称迷路，分前庭、半规管的耳蜗，是听觉和维持身体平衡的主要部分。

鼻 呼吸兼嗅觉器官，由鼻、鼻腔、鼻窦三部分组成。外

鼻位于面部中央，下端游离突出，易受伤，鼻腔位于两侧面颅之间的腔隙。在鼻腔的上方、上后方和两旁，由左右成对的鼻窦环绕，鼻腔和鼻窦位于颅前窝、颅中窝、口腔和眼眶之间，故鼻部疾病可向邻近器官扩散，主要有呼吸、嗅觉与共鸣的功能，还有调节吸入空气温度和湿度等辅助作用。

咽 呼吸和消化的共同通道。位于颈椎前方，上起颅底，下达第六颈椎平面，在环状软骨下缘高度与食管相接。分为鼻咽、口咽和喉咽三部分。

喉 发音的器官，位于颈前正中，上通咽，下接气管，以软骨为支架构成。声带运动时声门闭合，以肺部的气流冲击声带就发出声音。声门是空气出入肺部的必经之路，声门的大小是根据呼吸的需要，由中枢反射调节，对下呼吸道能起保护作用，并对吸入的冷空气有加温和湿润的作用。

扁桃体 咽部淋巴组织的聚集体。分为腭扁桃体、咽扁桃体和舌扁桃体。在儿童时期较发达，成年后逐渐萎缩。前者习称扁桃腺，呈卵圆形，表面由结缔组织包绕，内侧面有许多隐窝开口，隐窝易存留细菌而发炎，反复发作者应行手术切除。后两种临床上意义不大。

气管 位于颈前正中，食管的前方，在喉与支气管之间的一段呼吸管道。管壁由多个不完整的软骨环作支架，韧带将之互相连接。上段在颈部，喉阻塞时可在此部作气管切开，下段在胸腔内，分成左右支气管。

食管 由肌肉和粘膜组成的管形器官，上接咽，下通胃，是消化道的一部分，食管壁肌纤维有扩张性和收缩性，把食物推进胃内。

胸廓 胸部的骨骼支架。由胸椎、胸骨和左右各 12 根肋骨组成，外有胸壁和肌肉，内有胸膜。胸腔中有循环和呼吸两大系统的器官。它具有保护胸腔内器官，协助完成循环和呼吸运动的作用。

纵隔 左右两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。它分为上、下、前、后、中五个部分，其内含有心脏、心包、气管、肺门和大血管等，胸腔内器官的病变可引起纵隔的变化，纵隔也可产生本身的疾病，如肿瘤。

心包 包裹心脏和大血管根部的膜性囊。囊壁分两层：外纤维层是紧密的结缔组织囊；内浆膜层含少量浆液，起滑润作用，可减少心脏搏动的摩擦。心包对心脏具有保护作用，可防止心脏过度扩大，保持血容量的恒定。若心包腔内大量积液，则限制心脏的舒张，影响静脉的回流。

心脏 推动血液循环的肌性器官。位于胸腔内，在左右两肺之间，周围有心包。内有两个心房，中间为房间隔，两个心室，中间为室间隔。左房室口有二尖瓣，右房室口有三尖瓣，使血液呈单向流动。由于心肌节律性收缩，使静脉血从右心房进入右心室，通过肺进行气体交换以后变成动脉血，进入左心房再到左心室，然后运送到机体各部的动脉血管。

肺 呼吸系统最重要的气体交换器官，位于胸腔内，在纵隔两侧，左右各一，质如海绵，富有弹性，通过被动伸缩，形成呼吸。左肺分上、下两叶，右肺分上、中、下三叶。两肺内侧中部为肺门，有支气管、神经、血管通过。肺的基本结构是肺泡，为气体交换的场所。肺有两个血管系统：一是组

成小循环的肺动脉和肺静脉，主要作用是直接参加气体交换；另一是由支气管动、静脉组成的体循环，主要作用为输送血液，以维持支气管本身的营养。

膈 位于胸廓底部的圆顶形的膜状肌。以分开胸、腹腔。有三个裂孔：主动脉裂孔、食管裂孔和腔静脉裂孔，膈肌节律性收缩，形成呼吸运动，当吸气时，膈下降，使胸腔扩大，而呼气时，膈上升，则胸腔缩小。

腹腔 腹腔壁层和脏层之间的体腔。上至膈肌，下至盆底，是人体内最大的间膈，有大腹腔与小腹腔之分，经网膜孔相通。其内主要是消化器官，胃肠、肝胆、胰脾等。男性是密闭的，女性则经输卵管与外界相通。由腹腔内器官产生炎症而涉及腹腔者称之为腹膜炎。

胃 重要的消化器官，位于左上腹，上口接食道称贲门，下口接十二指肠称幽门，上缘为胃小弯，下缘为胃大弯。可分胃底、胃体和胃窦三个部分，形态随充盈程度和体位不同而改变。主要分泌胃液，把食物搅拌和磨碎，通过胃壁肌肉的收缩，把食糜推向十二指肠。

网膜 连于胃的腹膜结构。从胃小弯到肝门部双层的腹膜称为小网膜，比较固定。从胃大弯到横结肠呈囊状而下垂的称为大网膜，较宽长，移动性大。它含有许多脂肪和巨噬细胞，血供丰富，吸收和愈着力强，有重要的防御作用，还可被用以复盖创面，修复各种缺损，改善局部血液循环等功能。

小肠 由十二指肠、空肠和回肠三部分所组成，是食物消化和吸收的主要器官。在成人小肠全长约 3—5 米。十二指肠长约 25 厘米，位于幽门与空肠之间，呈“C”形，分四部：1.

球部：溃疡好发部位；2．降部：胆胰管开口处；3．横部：自降部向左平行；4．升部：与空肠相接。空、回肠之间并无明显区分标志，空肠位于上腹部，约占小肠的 2/5，回肠位于下腹部和盆部，约占小肠的 3/5，末端与盲肠相接。

阑尾 附着于盲肠内侧的一个蚯蚓状盲管。长约 5—7 厘米，管腔细，与盲肠肠腔相通。阑尾动脉为终末动脉，故血供较差，容易发炎。阑尾粘膜有分泌功能，阑尾壁有蠕动功能。在儿童和青年时期，阑尾可视为免疫器官；成年后此免疫功能已为全身淋巴结及脾所取代，故切除成人阑尾对人体无影响。

大肠 由盲肠、升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠和直肠组成的器官，主要功能是吸收水分，储存和排泄粪便。上连回肠末端，下端开口于肛门。位于腹部四周，盲肠有回盲瓣，防止大肠的内容物返流回小肠，结肠外层有纵行的结肠带，边缘有脂肪垂附着。直肠下端粘膜下静脉丛容易曲张，发生内痔。

肛 肛管与肛门的总称，为消化道最末端。肛管长约 3 厘米，上接直肠，周围有内、外括约肌环绕。主要功能是排便，严重损伤时，可引起大便失禁。

肝 人体内最大的消化腺。位于膈下，以右上腹为主。分为左右两叶，在肝门处有门静脉、肝动脉和胆总管，入肝与肝实质相通。肝分泌胆汁，参与代谢、解毒和防御功能。肝为实质性脏器，血流丰富，体积大，质脆，故易损伤及出血。

胆道 胆汁的储存场所及排出的通道，分胆囊和胆管两部分。胆囊附贴于肝下，可分底、体、颈三部分，胆囊管是胆

囊颈部的延长，与胆总管相通，向上与肝内胆管相接，向下与胰管汇合进入十二指肠。胆囊有浓缩、储存和排出胆汁的作用，而胆管是胆汁排出的通道，并能调节胆管内压。如果上述功能失调，可产生胆道感染和胆石症。

胰 又称“胰腺”。一种消化腺，具有内、外分泌两种功能，位于上腹部及后腹膜，头部为十二指肠包绕，胰体占胰腺大部分，向前显著凸出，尾部伸向脾门。胰管行走于胰实质内，有主胰管和副胰管。外分泌为胰液，参与消化功能，内分泌为胰岛素，调节血糖的代谢。若胰岛素分泌不足，可引起糖尿病。

脾 网状内皮系统。位于左膈下及左上腹，膈面隆起，脏面有脾门与胰尾相接，脾血管和神经由此出入。分成被膜和实质两部分，为实质性脏器，血流丰富，质脆，易损伤及出血。正常人脾在左肋弓下，摸不到，若因病变充血时可明显肿大。脾具有贮存血液，破坏衰老红细胞，调节血量和产生淋巴细胞的作用，在婴幼儿有造血和免疫的功能。

脐 脐带脱落后形成内陷的疤痕。位于前腹壁正中处，脐部组织薄弱，若腹内压增高，可引起脐疝。

肾 分泌尿液的器官，位于腹膜后脊柱两旁，形如蚕豆。外层有肾被膜，肾分皮质和髓质两层，内侧凹陷处是肾门，为动、静脉、淋巴管、神经及输尿管的出入处，肾门向内是肾盂和肾盏。血流经过肾小体血管球时，血浆内除蛋白质以外的水和其他物质被过滤入囊腔内，称为原尿，通过肾小管重吸收后形成尿液，然后，经输尿管、膀胱、尿道而排出体外。

输尿管 为一对输送尿液的细长管道。起自肾盂、终于膀

胱，接受肾脏的尿液，输送至膀胱。输尿管有三个狭窄处，结石下行时易在此处嵌顿而引起绞痛。

膀胱 贮存尿液的囊状器官。容量平均约 300—500 毫升。位于骨盆前及腹膜之外，膀胱底部接输尿管，颈部为尿道内口，它接收来自两侧输尿管的尿液，当膀胱充盈时，膀胱壁肌肉收缩，尿道括约肌松弛，尿液则排出。

尿道 尿液排出的通道。男性较长，开口在龟头；女性短，开口于阴道前庭。分为前尿道和后尿道，在会阴部后尿道易损伤和断裂。尿道有三个狭窄部和三个膨大部，膨大部易停留结石，狭窄处结石易嵌顿，引起绞痛。

阴茎 男性生殖与排尿器官。由两个阴茎海绵体及一个尿道海绵体组成。末端膨大为阴茎头，又称“龟头”，其顶端有尿道外口。当阴茎海绵体充血时，阴茎便勃起，阴茎皮肤很薄，伸缩性很大，包裹着龟头的皮肤过长，则称包皮过长。包皮外口狭小，不能向阴茎头后面翻转，则称包茎。

阴囊 男性外阴部的一个袋形物。皮肤薄而富有弹性，能热驰冷缩。借阴囊隔分成左右两囊，每侧有睾丸、附睾及精索，若某种原因使阴囊积液过多，便成为睾丸鞘膜积液；若阴囊与腹腔相通，则可构成交通性鞘膜积液和腹股沟斜疝。

睾丸 男性生殖腺，位于阴囊内，左右各一，呈卵圆形。附睾附着在睾丸的后缘，其上端膨大而纯圆为头，中部为体，下端为尾。附睾尾与输精管相连通。睾丸内精曲小管产生精子，附睾有贮存和协助排出精子的作用，睾丸还可分泌睾丸素，来维持男性的副性征。

精囊腺 输精管膨出的细长形囊状结构。左右各一，位于

膀胱底与直肠之间。精囊腺可分泌液体稀释精液，促进精子的活动，并和精液一起排出体外。

输精管 排出精液的管道。自副睾尾部开始，穿过腹股沟管进入盆腔，末端与精囊的排泄管汇合成射精管，经过尿道的前列腺部开口于精阜上。输精管结扎绝育手术切口常选择在阴囊上部，此处输精管位于皮下，触诊清楚，易于手术。

前列腺 男性生殖系统附属腺。呈栗子状，位于膀胱下方，围绕尿道上端，分泌前列腺液，可增强精子活动能力。老年人易发生增生，压迫尿道产生尿潴留。

尿道球腺 男性生殖系统附属腺体之一。一对呈豌豆大小的腺体，位于尿道两旁，排泄管开口于尿道球部，其分泌液组成精液的一部分。

精液 由男性生殖腺和附属腺所分泌的液体。内含有大量精子，呈乳白色，弱碱性，适合精子生存与活动，精子是男性成熟的生殖细胞，分头、颈、尾三部分。每次射出精液为2—4毫升，每毫升含有8000万至12000万个精子。精液检查是鉴定男子生育力的方法之一。

腹股沟 位于大腿与腹交界处之凹沟，髂部呈三角形，上界自髂前上棘至腹直肌外缘，内界为腹直肌外侧缘，下界为腹股沟韧带，借以与股部相隔，为识别腹股沟疝和股疝的标记。该区各层结构薄弱，承受腹内压力大，精索、子宫圆韧带均从此通过，因此，为疝的好发部位。

盆腔 骨盆内的体腔。上面通腹腔，下面由两侧肛提肌与尾骨肌组成盆腔，封闭骨盆下口，四周盆壁由肌膜和肌肉构成，盆腔内脏男性前方为膀胱、尿道、前列腺、输精管和精

囊，后方为直肠；女性前方为膀胱、尿道、卵巢、子宫、阴道，后方为直肠。男性有膀胱直肠陷窝，女性有膀胱子宫陷窝和直肠子宫陷窝，是腹腔最低部位，腹膜炎病人脓液容易聚积在这里，形成盆腔脓肿。

骨盆 由骶骨、尾骨及左右两块髋骨和所属的韧带构成的一盆形结构。可承受腹腔内脏压力，支持身体一定的重量。上面有入口，下面有出口，两口之间称骨盆腔。男女之间有很大差异，男性小而窄，女性宽而浅，有利于胎头入盆和胎儿娩出。如果骨盆有畸形和狭窄，可造成分娩因难。

子宫 孕育胎儿的器官。位于盆腔中央，前面与膀胱，后面与直肠相邻，呈倒梨形。上部较宽为子宫体，顶部呈弓形隆起称子宫底，左右与输卵管相通处为子宫角，下部较细窄称子宫颈。由内向外分为内膜、肌层与浆膜三层。子宫内膜受卵巢激素的影响，发生周期性改变产生月经，性交时为精子到达输卵管的通道，受孕后是胎儿孕育的场所，分娩时子宫收缩，将胎儿及其附属物排出。

卵巢 产生卵细胞及女性激素的器官。位于输卵管的后下方，左右各一，呈灰白色。幼年期卵巢小，表面光滑，青春期迅速增大，产生成熟卵泡，成年妇女约 28 天排卵一次，并产生女性激素，绝经期后卵巢萎缩变硬，失去排卵作用。

输卵管 一对细长而弯曲、形状如喇叭的管道，内侧起自子宫两角，外端游离与卵巢接近，为精子与卵子相遇的场所，并将孕卵输送入子宫腔，若受精卵停留在此生长，则形成输卵管妊娠。女性绝育常采用输卵管结扎术。

阴道 位于外阴与子宫之间，为性交、经血排出及胎儿娩

出的通道。前壁与尿道和膀胱相接，后壁与直肠紧贴。子宫颈伸入阴道顶部，环绕宫颈周围的阴道称阴道穹窿。后穹窿顶端与直肠之间是腹腔最低部位，称子宫直肠陷凹，经此处进行穿刺，可诊断腹腔内出血。

处女膜 阴道口被复的一层较薄的粘膜。中央有一孔，多在初次性交或剧烈运动时破裂。产后仅留遗迹，称为处女膜痕。

会阴 在骨盆的下方，左右两腿之间的区域，前面有外生殖器，后面有肛门。女性会阴是指阴道口与肛门之间的软组织，分娩时易发生裂伤，应注意加以保护。

胚胎 妊娠后在母体内初期发育的幼体。在妊娠开始的 8 周为胎体的主要器官发育形成时期，称为胚胎期。8 周以后胚胎已初具人形，内脏器官也逐渐形成，直至脱离母体之前，称为胎儿期。参见“生物”中的“胚胎”。

羊膜 由羊膜囊壁发育而成的囊状薄膜。覆盖在胎儿的表面，与胎膜及脐带的羊膜层相连，其表面光滑，呈半透明，且有一定的韧性，里面充满羊水，胎儿悬浮其中，起着防震和保护的作用。参见“生物”中的“羊膜”。

胎膜 由绒毛膜及羊膜组成。可防止细菌进入子宫腔，避免感染，保护胎儿的作用。胎膜早破容易引起子宫腔内感染。参见“生物”中的“胎膜”。

绒毛膜 受精后约 12 天滋养层表面可见绒毛，继续发育称绒毛膜。是构成胎盘的主要成分，胎儿与母体在此进行物质交换。参见“生物”中的“绒毛膜”。

胎盘 胎儿与母体进行物质交换的器官。由底蜕膜、叶状

绒毛膜及羊膜共同构成，呈扁圆形盘状结构，与子宫壁紧贴的一面称母体面，和胎儿相连接的一面称胎儿面，通过绒毛的渗透与扩散进行物质交换，维持胎儿的呼吸、营养和排泄作用。它还分泌多种激素，可促进乳房和子宫的生长的发育。参见“生物”中的“胎盘”。

脐带 胎儿和胎盘连接的纽带。形状如绳索，长约 50 厘米，其内有动、静脉，是胎儿与母体进行营养和代谢物质交换的通道。若受压或缠绕与打结，阻断了血流，可导致胎儿窒息死亡，胎儿娩出后，脐带失去作用。断脐时如处理不当，可致出血和破伤风感染。参见“生物”中的“脐带”。

黄体 卵巢内一种暂时性的内分泌腺体，在排卵后卵泡内遗留的颗粒细胞积聚含黄色的类脂质颗粒，能分泌雌激素和孕激素。成年女子每个月周期性排卵一次，若卵子未受精，排卵后9—10 天黄体萎缩；若卵子受精，黄体继续发育，分泌黄体素，能刺激子宫内膜增生和乳腺生长。参见“生物”中的“黄体”。

脑 神经系统的高级中枢，位于颅腔内。哺乳动物大脑最发达，成人脑重约 1200—1500 克。可分为：端脑、间脑、中脑、小脑、脑桥和延髓，通常把间脑、中脑、脑桥和延髓合称为脑干，延髓向下经枕骨大孔与脊髓连接。端脑和小脑外周部分是灰质，中间是白质；间脑、中脑和延髓灰、白质没有明显分界限，其内部散在着许多灰质团（神经核），脑的灰质有大量的多种形状的神经细胞，是各种功能的高级活动中枢；脑的白质含有各种神经束，联络脑内部各结构及脊髓与全身的不同传导。脑有调节全身各器官生理活动及与周围环

境关系的功能，人脑又是语言和思维的加工厂。

神经 神经干和神经束的总称，属周围神经系统。由许多功能相同的神经细胞的轴突集合在一起而组成。可分为：1．感觉神经：接受刺激，传达信号，引起感觉和反射作用；2．运动神经：将脑和脊髓所产生的兴奋传至末梢，使肌肉收缩或腺体分泌；3．混合神经：兼有以上两种作用的神经。

脑神经 又称“颅神经”。自脑发出穿过颅腔，分布到头、颈和内脏器官的神经。共有12对，即嗅神经、视神经、动眼神经、滑车神经、三叉神经、外展神经、面神经、听神经、舌咽神经、迷走神经、副神经和舌下神经。

三叉神经 第五对颅神经。为颅神经中最大的一对，起于桥脑臂，是颌部的感觉神经和咀嚼肌的运动神经。自颅内三叉神经半月节发出眼支、上颌支和下颌支三支神经，前两支为感觉神经；第三支为混合神经，同时具有感觉和运动神经的作用。

面神经 第七对颅神经。包含有运动神经、味觉和分泌神经。它出茎乳孔后进入腮腺内便分为颞支、颧支、颊支、下颌缘支和颈支、支配面部表情肌的活动。若手术时损伤，可出现面瘫症状。

脑脊膜 自外向内由三层结缔组织构成的膜。外层硬脊膜最坚韧，有防止感染和损伤的作用。它与椎管间构成硬膜外腔，临床上硬脊膜外腔麻醉即注入此腔，以阻滞脊神经根；中层蛛网膜，其下为蛛网膜下腔，充满脑脊液，腰椎穿刺和腰麻即经此腔进行；内层软脊膜，紧包脊髓，含有血管和神经。

脊髓 中枢神经的一部分，位于椎管内，呈前后略扁的圆

柱形。上端连接延髓，下端止于终丝。内部是神经细胞集成的灰质，中央有一条很细的中央管，外部是神经纤维集成的白质。从脊髓的两旁发出成对的脊神经，分布到皮肤、肌肉和内脏器官。它具有传导功能，把身体的周围部分与脑的各部分连接起来，并有反射功能，形成各种反射活动，脊髓损伤后主要表现为感觉和运动的障碍。

脊神经 由脊髓两旁发出成对的神经。共 31 对，即颈神经 8 对，胸神经 12 对，腰神经 5 对。骶神经 5 对，尾神经 1 对。每一对神经都由脊髓发出的前根和后根所组成。前根为运动神经，后根为感觉神经。故属混合性神经，前后根在椎间孔处汇合。

交感神经 植物神经系统的重要组成部分。由脊髓胸腰段侧角发出神经纤维，终止于交感神经节，再由此发出纤维分布到头、颈、胸和腹腔脏器，来调节器官和腺体的活动。但交感神经与副交感神经对同一器官的作用既互相拮抗，又互相统一，如当机体运动加强时，交感神经的活动加强，而副交感神经的活动减弱，于是出现心跳加快、血压上升、消化活动受到抑制等现象，同时机体代谢加强，能量消耗增加，相反，当机体处于安静或睡眠状态时，副交感神经的活动加强，而交感神经的活动减弱，则出现心跳变慢、血压恢复正常、消化活动增强，这样有利于体力的恢复和能量的贮存。

副交感神经 植物神经系统的重要组成部分，由脑干和脊髓骶部发出神经纤维到器官的副交感神经节，再由此纤维分布至平滑肌、心肌和腺体，调节各脏器的生理功能，副交感神经与交感神经在正常情况下，处于一种较平衡的拮抗状态，

两者的活动均受中枢神经的控制。

脑脊液 充满蛛网膜下腔内无色透明的液体。产生于侧脑室、第三脑室和第四脑室的脉络丛，经蛛网膜颗粒归入静脉。成人脑脊液总量约为 80—150 毫升，压力为 80—200 毫米水柱。具有调节颅内压和减轻震荡对脑组织的影响。

坐骨神经 支配下肢感觉和运动的全身最粗大的神经。由盆腔出坐骨大孔后沿股后肌肉间隙降达腘窝上方分为腓总神经和胫神经。

垂体 人体最重要的内分泌腺之一。由前叶和后叶构成。前叶能分泌多种激素，调节人体生长发育、新陈代谢和性功能；后叶分泌垂体素，有升高血压，刺激子宫和抗利尿作用。

松果体 位于丘脑上后方的椭圆形小体，是内分泌器官，儿童较发达，以后逐渐萎缩。具有抗雄性激素，降低血糖和制止性过早成熟的作用。

甲状腺 一种内分泌腺。分左右两叶，中间以峡部相连，位于甲状软骨下方，气管两旁。可分泌甲状腺素（有机结合碘），主要作用是调节人体代谢和促进生长发育。如饮食和水中含碘不足，可促使甲状腺肿大。

甲状旁腺 一种内分泌腺。有四个，位于甲状腺两叶的背面，分泌甲状旁腺素，维持体内钙和磷的平衡，分泌过少，血钙降低，血磷增高，产生抽搐；反之，可引起尿路结石。

乳房 外分泌腺体和哺乳器官。男性和儿童不发育。成年女性一对乳房呈半球形，中央隆起为乳头，周围有色素沉着为乳晕。每一乳房有 15—20 个腺叶，每一腺叶有一汇总乳管开口于乳头。在妊娠及哺乳期，乳房受性激素作用，明显增

生并分泌乳汁，哺乳期后又退化而处于相对静止状态。

胸腺 位于胸腔内的淋巴器官。兼有内分泌功能。由左右两叶组成，质柔软，有明显的年龄变化。新生儿期体积最大，至青春期后逐渐退化，成人胸腺组织多被脂肪组织代替。主要功能是产生 T 淋巴细胞及分泌胸腺激素。

肾上腺 一种内分泌腺。左右各一，位于两侧肾脏的上极。分皮质与髓质两部，皮质分泌肾上腺皮质激素，参与糖、蛋白质、脂肪和钠、钾的代谢；髓质分泌肾上腺素和去甲肾上腺素，能增强心脏活动和增强心输出量，且能使血管收缩，血压增高。

动脉 将血流从心脏运送到身体各部分的血管。分为大、中、小三类：大动脉包括主动脉、肺动脉、无名动脉、锁骨下动脉和颈总动脉。接近心脏，管壁弹性大，能适应心脏收缩时的强大血压而弹性扩张，当心脏舒张时，弹性回缩又可维持连续的血流。中动脉有比较丰富的平滑肌，收缩或舒张可改变管径，调节分布的血量。小动脉的舒缩，可影响器官和组织中的血流量。随着年龄的增长，动脉内膜增厚，弹性减退，脂类物质逐渐沉积，易产生动脉硬化及高血压。

颈动脉体 位于颈内、外动脉分叉处后方的一个扁椭圆形小体。借结缔组织连于动脉壁上，属化学感受器，能感受血液中二氧化碳浓度的变化。当血液中二氧化碳浓度增高时，感受器受到刺激，冲动传至呼吸中枢，反射性的引起呼吸加快、加深，排出血液中过多的二氧化碳。

颈动脉窦 颈总动脉末端或颈内动脉起始处的膨大部分。壁内有压力感受器，能感受血压的变化。当血压升高时，感

受器受到刺激，冲动传入脑干，反射性的引起小动脉扩张，使血压下降。

动脉导管 左肺动脉与主动脉弓之间的一条短的纤维结缔组织。是胚胎时期的动脉导管闭锁后形成的。动脉导管出生后不久即封闭，如长期保留而未闭锁，成为一种先天性心脏血管畸形，称动脉导管未闭，应采取手术治疗。

静脉 将身体各部分的血流导回心脏的血管，往往与动脉伴行，分为大、中、小三种。管壁结构又可分为内膜、中膜和外膜三层，特点是管腔比动脉大，但管壁较薄，中静脉有静脉瓣，能防止血液倒流。

门静脉 由肠系膜上静脉和脾静脉汇合而成一支较粗的流入肝脏的静脉干。来自消化道的静脉血均汇集于门静脉，运送到肝脏后经肝静脉注入下腔静脉。其特点是没有静脉瓣，两端都是末梢血，而门静脉与腔静脉系统之间有侧支吻合，当门静脉发生梗阻或压力过高时，即可构成侧支循环，同时消化道血液不易经肝回心，发生倒流，而产生脾肿大和食管静脉曲张等症状。

侧支循环 血管主干近侧分枝和远侧分支之间所形成的吻合，正常情况下侧支较细小，但在病理情况下，如血管干受阻塞或结扎时，血液的正常运行受到阻碍，侧支的管径扩张，血液便通过侧支吻合到达血管干的远侧段。侧支循环的建立显示出血管系统的适应能力和可塑性，在临床上有重要的意义。

毛细血管 位于动脉与静脉之间的极微细血管。数量很多，遍布全身各处，血管壁非常薄。有利于血液与组织和细胞之

间进行氧及营养物质交换。

微循环 动脉与静脉之间的微小血管内的血液循环。血液流经微循环，直接向组织细胞提供氧、激素、维生素及营养物质，并运走细胞代谢时排出的二氧化碳和废物，实行物质交换，使体内各器官的生理功能得以正常进行。

血液 流动于心脏和血管内的液体，呈红色，不透明，有一定的粘稠性，比重为 1．050—1．060，pH 值为 7．4。主要成分为血浆、红血球、白血球和血小板。血液内含有各种营养物质、激素及酶类等，对调节体内代谢，维持水、电解质和酸碱平衡，增强免疫及防御机能均有重要的作用。人体各器官的生理和病理变化，均可引起血液在量和质方面的改变，故血液检验在临床上有很重要的意义。参见“生物”中的“血液”。

血浆 血液的液体部分，呈淡黄色半透明，有一定粘稠性。约占血液总量的 55%。含血浆蛋白、纤维蛋白、水、无机盐及有机物等。它对机体营养物质供给、代谢产物的运送、酸碱度及体温的调节等均有重要的作用。参见“生物”中的“血浆”。

红细胞 又称“红血球”。血液细胞成分之一。双凹圆盘状，无核，细胞质充满血红蛋白，呈红色。能与氧结合和分离，有携带氧的功能，平均寿命为 120 天。正常男性成人为 400—550 万/立方毫米，女性 350—500 万/立方毫米，新生儿 600—700 万/立方毫米。贫血时红细胞及血红蛋白均可同时减少，但减少的程度可不一致。

白细胞 又称“白血球”。血液细胞成分之一。有核、呈圆

形。可分为颗粒白细胞（嗜中性白细胞、嗜酸性白细胞、嗜碱性白细胞）和无颗粒白细胞（单核细胞和淋巴细胞）。正常成人白细胞数为4000—10000/立方毫米。各种白细胞的数量在白细胞总数中各有一定的比例。在病理情况下，不同种类的白细胞可发生数量与质量的改变，以及白细胞总数的变化，这在临床上对明确疾病的诊断有重要的参考价值。

血小板 血液中的一种有形成分。没有细胞核，形状和大小不规则，由透明质部和颗粒部组成。正常人每立方毫米血液中有 10—30 万个。能使血液发生凝固及血块的回缩作用。参见“生物”中的“血小板”。

单核吞噬细胞系与网状内皮系 机体的许多部位均有能吞噬细菌和异物的吞噬细胞，这些细胞包括结缔组织内的巨噬细胞、血窦的内皮细胞和网状细胞，它们均源於网状细胞，故总称网状内皮系统。80 年代许多研究证明，血窦内皮细胞和网状细胞都不是吞噬细胞，也不能转变为吞噬细胞，只是在网状组织内及血窦的边缘分布有许多巨噬细胞。并证明体内所有巨噬细胞均起源於骨髓幼单核细胞，它们发育为单核细胞，再进一步发育为巨噬细胞，故认为早年所谓的网状内皮系统实为单核吞噬细胞系统。

胸导管 起于乳糜池，沿腹主动脉经主动脉裂孔进入胸腔的全身最大的淋巴管。它收集左侧上半身和膈以下的整个下半身的淋巴液，然后到达颈根，注入左侧颈内静脉和锁骨下静脉。

淋巴管 淋巴液所流经的管道。由毛细淋巴管汇合而成，有丰富的瓣膜，在向心行程中穿过一个或多个淋巴结。位于皮

下的称浅淋巴管，与深部血管伴行的称深淋巴管，彼此间有小支广泛交通。

淋巴结 过滤淋巴的器官，也是重要的免疫器官之一。呈圆形或椭圆形，一侧隆起与较多的淋巴输入管相连；另一侧凹陷处称淋巴结门，有神经及血管进出，并与输出管相连。多位于颈部、肺门、腋窝、肠系膜和腹股沟等处。主要功能为滤过淋巴，产生淋巴细胞及浆细胞，参与机体的免疫反应。

人体生理学

人体生理学 研究正常人体一切机能的学科，旨在阐明人体与环境相互作用下各种生理机能的发生和变化的规律及对机体生存的意义。研究范围包括分子、细胞、组织的基本特性和活动特征；器官、系统的特殊机能；完整机体的生命活动。用动物实验的方法进行研究，为医学理论发展打下良好基础。

电生理学 见“生物”中的“电生理学”。

生物电 指生物组织生命活动时伴有的电现象。安静时细胞膜外为正电荷，膜内为负电荷，两者电位差有几十毫伏，称静息电位。细胞兴奋时，膜外正电荷移向膜内，发生电位变化，称动作电位。临床应用脑电图、心电图、反映脑、心电生理功能状态。

心电图 用引导电极置于肢体或躯体的一定部位记录出来的心电变化的波形。能反映心脏兴奋的产生、传导和恢复过程中的生物电变化，但和心脏的机械舒缩活动无直接关系，一般也不能反映心肌收缩力的改变。

希氏束电图 将一根带有电极的导管自静脉插入右心的三尖瓣区域，使电极末端达到右心房和右心室交界处的希氏束部位，所描记到的希氏束电位变化图。它有助于了解房室传导阻滞的部位和程度，以及药物对房室传导的影响部位。

脑电图 脑电波的记录图，随着大脑皮层神经元的生物电活动，大脑皮层常有持续的节律性电位改变，称自发脑电活动。临床上在头皮上用双极或单极记录法来观察大脑皮层的电位变化。

神经系统 由中枢神经和它发出、遍布全身的外周神经所组成。前者分脑和脊髓；后者有躯体神经系统（12 对脑神经和 31 对脊神经，与运动、感觉有关）和植物神经系统（与呼吸、循环、体温、生殖等有关）。

脑的高级功能 见“生物”中的“脑的高级功能”。

情绪 人类的一种心理现象。随着情绪活动亦发生一系列生理变化。痛苦即皱眉，是躯体运动功能变化；惊吓时脸色苍白或发红，是交感神经与副交感神经系统两者对立统一状态的改变，属情绪的植物性神经反应。参见“心理学”中的“情绪”。

神经中枢 指脑和脊髓中调节某一特定生理功能的神经元群。反射活动的中间环节。调节复杂生命活动的中枢如呼吸中枢、体温调节中枢等；调节某一简单反射的中枢如角膜反射中枢、膝跳反射中枢等。

适应性 生物体在某些环境因素的长期作用下，能相应地改变自己的机能和结构的特性。如高原地带的居民，因缺氧而出现红细胞增多的现象。

应激性 细胞对刺激发生反应的特性。对可兴奋细胞（神经细胞、肌细胞和腺细胞）而言，就是兴奋性。

刺激 见“生物”中的“刺激”。

反应 见“生物”中的“反应”。

兴奋 见“生物”中的“兴奋”。

抑制 见“生物”中的“抑制”。

非条件反射 见“生物”中的“非条件反射”。

条件反射 见“生物”中的“条件反射”。

反射弧 反射活动的结构基础。包括感受器、传入神经、神经中枢、传出神经和效应器。反射过程：一定刺激被一定的感受器所感受，并发生兴奋，以神经冲动的方式经传入神经传到中枢，由中枢分析与综合产生兴奋过程，由一定的传出神经传到效应器发生相应的活动。

瞳孔反射 指瞳孔随视网膜光照强度而变化的反应。属神经反射，传入神经是视神经，传出纤维是动眼神经中副交感神经纤维，效应器是瞳孔括约肌。

腱反射 指快速牵拉肌腱，通过肌梭兴奋而发生的牵张反射。是单突触反射。如膝腱反射：叩击膝关节下的股四头肌腱，使其受到牵拉，则股四头肌即发生一次收缩。

受体 见“生物”中的“受体”。

突触 神经元的轴突末梢与其他神经元的细胞体或突起相接触的部位。一个突触由突触前膜、突触间隙和突触后膜构成。分轴突与细胞体相接触，轴突与树突相接触，轴突与轴突相接触三类。

运动终板 神经纤维末梢终止在肌纤维的部位。其为高度

分化的肌细胞膜，对兴奋由神经纤维向肌纤维的传递起重要作用。

递质 见“生物”中的“递质”。

肺活量 最大吸气后，尽力呼出的气体量。正常成人肺活量平均值：男性为 3500 毫升，女性为 2500 毫升。肺气肿或哮喘病患者的肺活量与正常人相差不大，所以需测时间肺活量，正常人在第 1、2、3 秒末应分别呼出肺活量的 83%，96%和99 %。

呼吸 人体不停地向外界摄取氧气，排出二氧化碳的气体交换过程。组织细胞与组织的毛细血管血液间的气体交换称内呼吸；外界空气与肺泡间、肺泡与肺毛细血管内血液之间的气体交换，一般称外呼吸。健康成人安静时每分钟呼吸 12—18 次，新生婴儿每分钟呼吸 60—70 次，随生长发育而逐渐减少。

人工呼吸 用人工方法进行呼吸。常用于呼吸骤停而心搏仍存时，如溺水、电击等。方法有负压吸气式呼吸（如提臂压胸法）和正压吸气式呼吸（如口对口呼吸、人工呼吸机）。口对口呼吸最常用，病人仰卧，术者一手托起病人下颌，翻开口提出舌头，另一手捏紧鼻孔，对患者口部吹气，见胸部膨起，每分钟吹气 14—16 次。常需持续半小时到数小时以上才有效果。

气体交换 血管腔内血液中所含气体与管腔外体液中所含气体，通过扩散相互交换，达到气体动态平衡的全过程。吸入肺泡内的空气中，氧分压（PO_2）比血液中 PO_2 高，氧气（O_2）从肺泡进入血液，而血液中的二氧化碳分压（PCO_2）高

于肺泡内的PCO_2，使二氧化碳（CO_2）由血液排入肺泡。血液与组织细胞间的气体交换仍是气体从分压高的一侧向低的一侧扩散，但O_2、CO_2扩散方向与上相反，O_2离开血液进入组织细胞内，CO_2排入血液里。

血压 血液作用于单位面积血管壁上的压力。以毫米汞柱为单位。测量血压的检压计以大气压为基础，如血压为100毫米汞柱，即表示血液对血管壁压力比大气压高100毫米汞柱。临床指血压即动脉血压，成年人安静时收缩压在90—140毫米汞柱，舒张压60—90毫米汞柱。

脉搏 动脉的搏动。每一个心动周期，动脉内的压力发生周期性波动，这种周期性的压力变化引起动脉血管发生搏动。正常成人在安静状态下，脉搏每分钟60—100次。

心搏频率 简称“心率”。每分钟心脏跳动的次数。健康成年人，安静时平均每分钟75次，正常范围是每分钟60—100次。

心音 心脏跳动时，心肌收缩、瓣膜关闭和血流冲击所产生机械振动者。通过周围组织传到胸壁，在胸壁适当部位，用听诊器可以听到。一般分第一心音和第二心音。心音听诊是诊断心脏病的基本方法。

心音图 用电子仪器把心音的振动转变为电流，并于放大后的记录。可准确记录正常心音或杂音的发生时间以及心音的强度（振幅）和音调（频率），用以鉴别听诊器上容易混淆的心音和杂音，对听诊准确性的提高起重要的辅助作用。

血液循环 血液在心血管系统内按一定方向周而复始的流动。血液在人体内循环一周需时20—25秒。分大循环和小循

环，前者血液从左心室流出，沿动脉到全身微动脉和毛细血管进行物质交换，再流到微静脉和大静脉回到右心房入右心室；后者血液从右心室流出，沿肺动脉到肺毛细血管进行气体交换，排出二氧化碳，吸收氧气，再经左心房入左心室。

体循环 即“大循环”。参见“血液循环”。

肺循环 即“小循环”。参见“血液循环”。

微循环 微动脉和微静脉之间的血液循环。最根本的机能是进行血液和组织之间的物质交换。

冠状循环 血液从左心室射出到主动脉，继后流入心脏左、右冠状动脉和毛细血管网，进入冠状静脉，经其窦口流入右心房的过程。安静状况下，正常成人心肌每分钟接受约 200 毫升血液，占心输出量 3—4%，同时获取氧气。

心动周期 心脏每收缩和舒张一次的过程。先是心房收缩，继而心房舒张；心房开始舒张时，心室开始收缩，随即舒张。

心输出量 又称“每分钟输出量”。每一分钟心室收缩射出的血液总量。安静和空腹情况下，健康成人心室收缩一次射出的血量约为 70 毫升，每分钟则为 5—6 升。它是衡量心脏功能的基本指标，与机体新陈代谢的水平相适应，可因年龄、性别和其他生理情况而不同。

心脏指数 又称“心指数”。每一平方体表面积计算的心输出量。在安静和空腹情况下，中等身材的成年人心脏指数约为 3—3．5 升。它随不同生理条件而不同，年龄增长而逐渐下降，运动强度增大而增高。进食、妊娠、情绪激动时增高。

消化 见“生物”中的“消化”。

吸收 食物（糖、脂肪、蛋白质）经消化后，透过消化道

的粘膜进入血液循环的过程。

排泄 人体把新陈代谢的终末产物和其他体内不需要并对机体有害的物质排出体外的过程。具有排泄功能的器官，有泌尿的肾脏，排出二氧化碳的肺，排粪便的大肠和分泌汗液的皮肤等。

球-管平衡 肾小球滤过率与近球小管重吸收机能间的平衡。肾小球的滤过率增加，近球小管的重呼吸率也增加，排出的尿量就不致因滤过率增多而增加得太多；反之，肾小球的滤过率减少，近球小管的重吸收率也减少，排出的尿量就不致因滤过率减少而减少得太显著。

胃泌素 又称“促胃素”。一种胃肠道激素。由胃窦、胃底、十二指肠和空肠的G 细胞所分泌，它的主要靶细胞是胃粘膜中的壁细胞和主细胞、其功能是促进胃酸、蛋白酶的分泌，对平滑肌有收缩作用，使贲门括约肌关闭，防止胃内容物返流，增强胃蠕动，缩短胃排空时间等。

抑胃肽 又称“肠抑胃肽”。脂肪类食物经十二指肠和小肠时刺激肠粘膜的D 细胞，分泌的一种抑制胃腺分泌胃酸和胃蛋白酶的激素。

胆汁 一种消化液。由肝脏生成，分泌到十二指肠或储存在胆囊内。呈金黄色或黄绿色，味苦，成人每人每日分泌800—1000 毫升。用于消化脂肪，促进脂溶性维生素吸收。

胆囊收缩素 又称“促胰酶素”、“缩胆促胰素”。一种胃肠激素。脂肪和蛋白质及其分解产物—多肽、氨基酸刺激十二指肠及空肠粘膜分泌细胞时所产生的一种分泌物，通过血液循环兴奋胆囊平滑肌，引起胆囊强烈收缩和奥迪氏括约肌舒

张。

胰泌素 又称“促胰泌素”、“促胰液素”。一种胃肠激素。酸性食糜或盐酸溶液进入十二指肠后，接触小肠粘膜，刺激粘膜的S分泌细胞的暴露部分而释放的物质。通过血液循环作用于胰腺，促使胰液分泌。

胰液 胰腺的外分泌液。经胰腺导管排入十二指肠。外观无色透明，PH7．8—8．4，含多种消化酶，能分解蛋白质、脂肪、淀粉等。成人每24小时分泌1—2升。胰液缺乏时，糖的消化一般不受影响。

血型 指红细胞上特异抗原的类型。通常指红细胞的血型。根据红细胞表面抗原特异性分型，血液中只有A抗原者称A型，B抗原者称B型，AB抗原者称AB型，AB抗原均无者称O型。人类血型终身不变并可遗传。输血前须先做血型鉴定，再做交叉试验，无凝集现象方可使用。人类红细胞除A、B、O血型系统外，还有Rh等14个血型系统和一个高频组，一个低频组。

血红蛋白 含铁的复合蛋白。由血红素和珠蛋白结合而成。红细胞的主要成份。向组织输送氧气并将组织的二氧化碳运送到肺进行气体交换。成年男性血红蛋白浓度12—16升/100毫克血液；女性11—15克/100毫升血液。参见“生物”中的“血红蛋白”。

血液凝固 见“生物”中的“血液凝固”。

血浆 是血液的液体部分。其中含有90—92%的水分，8—10%的溶质。在溶质中以血浆蛋白的含量最大，约占血浆的6．2—7．9%，无机盐较少，约占0．9%，其余为非蛋白质

的有机物，包括含氮的和不含氮的两类。

溶血 红细胞膜被破坏血红蛋白逸出的一种现象。生物、物理、化学、遗传及免疫等因素均可引起，如衰老红细胞在血管内破坏、血型不符的输血、毒蛇咬伤及化学药品所致的溶血等。

吞噬作用 人体内白细胞能作变形运动，吞食细菌等作用。先是吞噬物（细菌）接触白细胞并为其粘着，然后白细胞膜伸出伪足包围细菌进入体内，形成吞噬体，同时白细胞内溶酶体向细菌靠近并释放各种酶，将细菌水解消化，残渣排出细胞外。

体温 指人体内部的温度。临床测温方法有口温法，体温表测得正常值为 36．2—37．2℃。腋温法，体温表测得正常值为 36—37℃。肛温法，肛表测得正常值为 36．7—37．7℃。24 小时内正常人体温波动差不超过 1℃。体温的异常变化是多种疾病的表现之一。

内环境 见“生物”中的“内环境”。

体液 人体内的液体。包括细胞内液和细胞外液两大部分。前者是细胞内各种生物化学反应的场所；后者包括血浆、淋巴液、脑脊液和组织液，是细胞直接生活的液体环境。

组织液 细胞外液的主要组成部分。又称组织间液，或组织淋巴，包括淋巴液。存在于组织细胞的间隙中，绝大部分呈胶冻状，直接与各处细胞进行物质交换。

血糖 血液中的葡萄糖。人在空腹安静时，静脉血液中糖含量 80—120 克/100 毫升血液。超过或低于此值分别称高血糖或低血糖。持续性高血糖或过低血糖则为病态。

新陈代谢 简称“代谢”。人体与环境进行物质和能量交换的基础上实现自我更新的过程。此过程中，机体从外界摄取营养物质，经综合改造成自身物质，叫做合成代谢。合成物质供给机体生长、发育、修补、替换和繁殖。机体把自身物质进行分解，并将废物排出体外，叫分解代谢。在代谢过程中总是伴随能量的释放、转移、储存和利用，称为能量代谢。合成代谢需要能量，分解代谢放出能量。人体内新陈代谢是以蛋白质为中心的各种物质的代谢。代谢一旦停止，生命即消失。

基础代谢 人体在清醒、极端安静的状态下，离前次进食后 12—14 小时的能量代谢。单位时间的基础代谢称基础代谢率。与年龄、性别、身长、体重、健康状况等因素有关。

本能 见“生物”中的“本能”。

感受器 见“生物”中的“感受器”。

效应器 见“生物”中的“效应器”。

视觉 光通过角膜作用在眼球内的视网膜，引起感觉细胞兴奋，冲动沿视神经传到大脑皮层，经过综合分析所产生的视觉。人类视网膜上有视杆、视锥两种感觉细胞，前者对弱光有高度敏感性称晚光觉系统，后者对光的敏感性差，在强光下能辨别颜色等特性，称昼光觉系统。人眼在光谱上区分红、橙、黄、绿、青、蓝、紫七种颜色，与作用于眼睛上的光线波长有关，正常为 370—740 毫微米。

眼震颤 眼球发生不随意的颤动。通常分为水平性（水平半规管受刺激引起）、垂直性（前半规管引起）、和旋转性（后半规管引起）三种。

嗅觉 见“生物”中的“嗅觉”。

听觉 见“生物”中的“听觉”。

味觉 见“生物”中的“味觉”。

内分泌 体内某些细胞、组织、器官产生的激素，经体液（不经过管道）传至其他细胞后发挥刺激或抑制作用的过程，用以调节靶细胞机能。如胰岛素分泌后直接进入血液，调节糖代谢。

性征 区别男女性别的特征。有第一性征和第二性征之分。前者指男女的主要生殖器官，如男性的阴茎、前列腺、精囊和睾丸，女性的阴蒂、阴唇、阴道、子宫、输卵管和卵巢。后者称“副性征”，指青春期出现的特征，如腋毛、阴毛和男性的胡须、嗓音变粗、肌肉发达，女性的乳房饱满、皮下脂肪丰满、嗓音变高细等。

月经 女性子宫内膜周期脱落出血的生理现象。平均 28 天一次，每次持续 3—6 天。一般 13—14 岁月经初潮，45—50 岁绝经。妊娠和哺乳期间，一般无月经。

排卵 女性卵巢内一个成熟的卵泡破裂将成熟卵子排出的过程。排出的卵子与精子结合称受精，受精卵子移入子宫，育为胎儿。否则退化。一般平均 28 天排卵一次，在月经前第 14 天排卵。

生殖 又称“自我复制”。生物体生长发育到一定阶段，能产生与自己相似的子代个体的现象。女性主要生殖器官是卵巢，产生卵子和雌激素；男性主要生殖器官为睾丸，产生精子和雄性激素。脱氧核糖核酸将亲代遗传信息带到子代细胞内。

妊娠 又称“怀孕”。新个体产生的过程。包括受精、着床、妊娠的维持、胎儿的成长、分娩等过程。人类妊娠需要 10 个月时间。参见“人口学”中的“妊娠”。

组织胚胎学

组织胚胎学 医学教育中的一门基础学科。分为组织学和胚胎学两部分。前者主要研究正常情况下细胞、组织、器官和系统的形态结构、生理活动及其相互关系；后者研究人体结构的发育、分化、生长过程与规律。

上皮组织 由大量密集的上皮细胞和极少量的细胞间质组成的薄膜状结构。被盖在人体的外表面及衬在体内各种管、腔和囊的内表面，具有两个面：朝向体外环境或管、腔、囊的内腔的一面称游离面；与其深层结缔组织相连的一面称基底面。具有保护、分泌、吸收、排泄和感受刺激等机能，参见“生物”中的“上皮组织”。

结缔组织 由细胞和大量细胞间质所组成。分布广泛，形态多样，有流动的血液和淋巴，柔软的疏松结缔组织，硬而易弯的软骨及坚硬的骨。主要有连结、支持、保护修复和营养等作用。参见“生物”中的“结缔组织”。

脂肪组织 由大量的脂肪细胞所组成。主要分布于皮下、网膜、系膜、心外膜、肾脂肪囊和黄骨髓等处。具有隔热保温、支持与保护贮存脂肪、参与脂类代谢等作用。

骨组织 由骨细胞、纤维和基质所组成。是机体中最坚硬的组织之一。骨的有机成分占骨干重的 1/3，其中主要为胶原纤维，使骨具有韧性；无机成分占 2/3，使骨质坚硬。骨组织

有两种形态结构：1．骨松质：存在于长骨的骺端和其他骨的内部，海绵状骨松质的腔隙中有红骨髓，为造血器官。2．骨密质：存在于各种骨的表面及长骨的骨干部分。骨是人体的支架，具有支持和保护作用。体内的钙约99％以骨盐（钙盐）的形式沉积在骨组织内，与钙、磷代谢有密切关系。

血液 是结缔组织的一种类型。是在心血管内循环流动的液体。新鲜的血液呈红色，具有一定的粘稠性。由血浆和有形成份组成。血浆为淡黄色液体，含大量水份，无机盐及纤维蛋白原、白蛋白、球蛋白、酶、各种营养物质、代谢产物、激素等。有形成份包括红细胞、白细胞和血小板。红细胞具有携氧及二氧化碳的功能，各种白细胞具有防御保护和免疫功能，血小板参与止血和凝血过程。

肌组织 由具有收缩机能的肌细胞所组成。肌细胞呈细长纤维状，又称“肌纤维”。肌纤维收缩和舒张，使机体和器官发生运动。根据肌肉组织的分布、形态和功能特点，可将其分为骨骼肌、心肌与平滑肌。

肌纤维 见“肌组织”。

骨骼肌 肌组织的一种。基本成份是骨骼肌纤维。多附着于骨骼，亦可见于内脏。光镜下可见肌纤维具有明暗相间的横纹。其收缩迅速而有力，可受意志控制，又称随意肌。

心肌 肌组织的一种。主要由心肌纤维组成。只分布在心脏。光镜下可见肌纤维有明暗相间的横纹。其收缩持久而有节律，不受意志控制，属不随意肌。

平滑肌 是肌组织的一种。主要由平滑肌纤维组成。广泛分布于内脏器官和血管壁。光镜下不呈横纹。其收缩缓慢而

持久，不受意志控制，属于不随意肌。

神经组织 由神经元和神经胶质细胞所组成。它们都是有突起的细胞，是构成神经系统的主要组织。神经元是神经系统的结构和功能单位，能感受刺激和传递冲动，另有一些神经元具有内分泌功能，见“神经元”。神经胶质细胞对神经元起支持、营养和保护等作用。

神经元 即“神经细胞”。神经系统结构和机能上的单位，集中于大脑和小脑皮质、脑干和脊髓的灰质以及神经节内。具有突起的细胞，分为胞体和突起两部分，突起又有树突和轴突两种，具有感受刺激和传导冲动的功能。很多神经元互相连接，构成传导神经冲动的通路，控制机体各器官、组织的功能活动。另外有些神经元具有内分泌功能。参见“生物”中的“神经原”。

循环系统 进行血液循环的封闭式的管道系统。由心血管系统和淋巴管系统组成。(见“心血管系统”和“淋巴系统”)。

心血管系统 循环系统的一部分。包括心脏、动脉、毛细血管和静脉。心脏是血液运行的动力，血液自心脏搏出，经动脉到全身毛细血管，在此进行物质交换，以后毛细血管汇集成静脉，血液沿静脉返回心脏。循环中的血液，将从外界摄取的营养物质和氧，以及内分泌腺分泌的激素及某些细胞产生的各种调节物质，输送到全身各部的组织和细胞，又将这些组织、细胞的代谢产物带到排泄器官，排出体外，从而保证机体的生长发育及新陈代谢。

淋巴管系统 循环系统的一部分。由毛细淋巴管、淋巴管和淋巴导管组成。淋巴管内的液体叫淋巴。淋巴管系统是辅

助的循环管道，协助体液单向回流，同时还与机体防御作用有关。

淋巴器官 免疫系统中培育各种淋巴细胞和引起免疫反应的重要结构，主要由淋巴组织构成。淋巴组织有两种，一种为弥散的淋巴组织，密集而无明显境界；另一种为淋巴小结，圆形或椭圆形，位于弥散淋巴组织之中。淋巴器官包括胸腺、淋巴结、脾、扁桃体等。

消化系统 由消化管和消化腺组成。消化管包括口腔、咽、食管、胃、小肠和大肠等一系列管道。消化腺包括唾液腺、胰及肝这些大消化腺以及位于消化管管壁内的小消化腺，如胃腺、肠腺等。消化系统的主要功能是摄取和消化食物、吸收营养及排泄食物残渣和部分代谢产物。

呼吸系统 由鼻、咽、喉、气管、支气管和肺组成。从鼻到支气管是气体的传送通道，并有温暖吸入的空气和清除空气中的灰尘及细菌的作用。肺的作用是完成机体与外界之间的气体交换，即肺毛细血管内的二氧化碳与吸入肺的空气中的氧进行交换。呼吸系统尚包含一些执行特殊机能的结构，如喉部含有能够发声的声带，鼻腔含有嗅觉感受器等。

泌尿系统 由肾脏、输尿管、膀胱及尿道组成。是机体代谢废物排出的器官之一。机体代谢的废物，特别是蛋白质代谢产生的含氨废物，主要由血液运到肾，在肾脏形成尿液后经输尿管导入膀胱，当膀胱内的尿液达一定容积时，引起排尿反射，尿液即经尿道排出体外。另外，肾脏还有重要的内分泌功能。

男性生殖系统 包括内生殖器及外生殖器。内生殖器由睾

丸、生殖管道和附属腺组成；外生殖器包括阴囊及阴茎。睾丸产生精子和分泌雄激素；生殖管道促使精子成熟、营养、储存并运输精子；附属腺的分泌物组成精液。

女性生殖系统 包括内生殖器和外生殖器两部分。内生殖系由卵巢、输卵管、子宫、阴道组成；外生殖器由阴蒂、小阴唇及大阴唇组成。卵巢产生卵子及雌、孕激素；输卵管是输送卵子及受精的管道；子宫是孕育胎儿的器官；阴道为性交器官、经血排出和胎儿娩出的通道。

感觉器官 机体感觉外界环境变化的结构，包括眼、耳、鼻、舌和皮肤等。它们都具有丰富的神经末梢，可以感受某种刺激，如皮肤接受机械和温度的刺激，舌接受味觉、鼻接受嗅觉、眼接受光的刺激，耳接受声波及体位变化的刺激。

神经系统 见“人体生理学”中的“神经系统”。

内分泌系统 由散布在人体各部的内分泌腺组成。这些腺体没有导管，它们的分泌物—激素直接进入血液、淋巴或组织液，选择性作用于一定的细胞或器官，这些被作用的细胞或器官，叫靶器官或靶细胞。内分泌腺分泌的激素对机体的生长、发育、生殖、代谢等功能，有重要的调节作用。

生殖细胞 机体繁殖下一代的细胞。包括精子和卵子。

精子 成熟的雄性生殖细胞。在脊椎动物，一般分头、颈、尾三部分：头部主要由细胞核组成，颈部有中心体和线粒体，由中心体生出鞭毛，能运动。

卵子 成熟的雌性生殖细胞。呈球状或卵圆形，多不能活动，含有大量的营养物质。

受精 成熟的精子与卵子融合成一个细胞的过程。受精是

新个体的开端，是双亲的遗传物质互相融合传给下一代的过程。

桑椹胚 受精后受精卵经过一系列有丝分裂，细胞数目增加，但体积不增大，形似桑椹，故名，是胚胎发育的早期阶段。

胚泡 又称“囊胚”。桑椹胚进入子宫腔后细胞间出现一些小腔隙，逐渐融合成大腔，腔中充满液体，呈囊泡状，故名。胚泡腔一端有一群细胞称内细胞群，以后主要发育成胚体及部分胎膜。胚泡其余细胞呈单层排列在胚泡腔四周，称滋养层，与胚泡营养有关。

囊胚 即“胚泡”。

滋养层 见“胚泡”。

植入 又称“着床”。胚泡侵入子宫内膜的过程。约在受精后 6—8 天开始，至第 11—12 天完成。最常见的植入部位是子宫后壁的中上部。如因某种原因胚泡在其它异常部位植入，称异位妊娠。

着床 即“植入”。

病 理 学

病理学 医学科学中的一门基础理论学科。研究疾病发生发展过程中细胞、组织、器官等形态、代谢和机能变化。研究疾病的发生、发展和结局的规律。可分为病理生理学和病理解剖学两部分。

病理生理学 医学基础理论学科之一。主要研究患病机体的机能、代谢的变化，了解这些变化发展的原因和机理以及

转归，达到阐明疾病的本质，为疾病的诊断和防治提供理论依据。

病理解剖学 医学科学中的一门基础学科。主要研究疾病的病因、发生机制以及机体患病时器官、组织和细胞的形态结构改变，认识和掌握疾病发生、发展的规律，为防治疾病提供理论依据。

萎缩 发育正常的器官、组织或细胞的体积缩小。主要是器官的实质细胞体积变小或数目减少所致。萎缩时其功能降低。有生理性和病理性之分：前者与年龄有关，如老年人全身器官均可萎缩；后者与全身性疾病有关，如营养不良、神经性、废用性或压迫引起，可产生全身性萎缩，有的只引起某局部器官、组织萎缩。

变性 细胞新陈代谢障碍引起的形态变化。表现为细胞或细胞间质出现一些异常物质，或正常物质的数量显著增多。变性的组织、细胞功能降低，除去病因，多数可恢复正常形态和功能，严重变性可发展为坏死。常见的变性有混浊肿胀，水样变性，脂肪变性，玻璃样变和病理钙化等。

坏死 机体的局部组织、细胞的死亡。坏死的组织或细胞代谢终止，功能丧失任何致病因素只要达到一定的强度或持续相当的时间，便能使组织和细胞的代谢完全停止，都会引起坏死。如局部缺血，受物理因素、化学因素或生物因素的伤害，某些必需物质缺乏等。

坏疽 组织坏死后合并继发性改变如腐败菌的作用和水份的蒸发而形成特殊形态变化，常呈黑色，可分为：1．干性坏疽：由动脉阻塞所致，常发生于四肢末端；2．湿性坏疽：动

脉阻塞，又有静脉淤血，以及合并细菌感染所致；多见于与外界相通的内脏，3.气性坏疽：严重创伤合并产气夹膜杆菌、恶性水肿杆菌及厌气菌等感染所致，主要见于严重的和复杂的开放性创伤。

钙化 组织内有固体的钙盐沉着。正常机体内只有骨和牙齿有固体的钙盐，除此以外称病理性钙化，钙盐主要是磷酸钙和碳酸钙。病理性钙化分为两种：1.营养不良性钙化：如结核病灶的钙化；2.转移性钙化：由于血钙浓度过高，使钙盐沉着在未损伤的组织上。

结石 在排泄或分泌器官的管腔或囊腔内有机成份或无机盐类由溶解状态变成固体物质的过程。该固体物质坚硬如石。胆石及尿石最为常见。胆石形成的因素有某种物质从饱和液体中沉淀出、胆汁成份改变、胆道感染及胆汁郁滞等；易发生尿石的情况有、尿液浓缩、尿潴留、尿道感染、异物等。

炎症 致炎因子对机体的损害作用所诱发以防御为主而出现的局部组织反应。表现为组织的变质、渗出和组织细胞增生。临床上出现局部红、肿、热、痛和功能障碍，严重时有发热、白细胞增多等全身反应。

变质 发炎的组织、细胞的变性和坏死。炎症的组织改变之一。同时代谢和功能也发生障碍。炎症时，由于致炎因子的直接或间接作用和炎症发展过程中出现的局部血液循环障碍等，均可引起变质。变质的轻重取决于致炎因素的性质和强度、炎症发生的部位和机体的反应性。

渗出 炎症病灶内血管中的液体成分和细胞成分通过血管壁进入组织的现象，炎症的组织改变之一。渗出的液体称渗

出液，渗出到浆膜腔称积液，在组织内渗出增多，引起局部肿胀。

增生 各种刺激引起组织内细胞成份的增多和分化的过程。是炎症的组织改变之一。炎症时组织细胞、成纤维细胞和血管内皮细胞增生，促使炎症局限化；组织及器官在适应功能负担需要时常有体积的增大及细胞数量的增多，是一种代偿机制；肿瘤组织则是无限制性的异常增生。

化脓 化脓性炎症病灶中的坏死组织被中性白细胞或坏死组织产生的蛋白酶所液化的过程。形成的液体称为脓液，含有大量白细胞、溶解的坏死组织和少量浆液。

溃疡 脓肿穿破皮肤、粘膜或炎症组织坏死脱落而造成皮肤、粘膜表面的组织缺损。常见有下肢大隐静脉曲张引起的小腿皮肤溃疡，发生在胃与十二指肠粘膜的胃与十二指肠溃疡，晚期恶性肿瘤坏死及破溃后形成的恶性溃疡等。

糜烂 损伤或局部炎症造成的皮肤或粘膜小而表浅性缺损。如子宫颈炎时的宫颈糜烂。

充血 当组织受到致炎因子刺激时，通过神经反射表现出血管扩张，充满血液的现象。当动脉和毛细血管扩张，局部血流加快，血压升高，血流量增多，称动脉性充血；而静脉血流减慢，阻力升高，甚至血流停滞，则形成静脉充血，即“瘀血”。充血原因有生理性的，如运动和锻炼时肌肉充血；也有病理性的，如发炎和血液循环障碍中的静脉充血等。

瘀血 由于静脉回流受阻，血液淤积在小静脉和毛细血管内所引起的循环障碍，有全身性和局部性两种。前者因心功能不全，心排出量减少，使静脉回流受阻而血液淤积在静脉

和毛细血管中；后者因静脉受压或管腔内阻塞造成，淤血局部的表面开始呈暗红色，以后变为紫蓝色。

梗死 局部组织因血流阻断而引起的坏死。原因有血栓形成和栓塞引起血管的闭塞，或动脉壁受刺激发生持续性痉挛，使局部组织缺血引起，根据梗死病灶内含血量的不同而分为两类、贫血性梗死（白色梗死）和出血性梗死（红色梗死），若发生在要害部位（如心、脑）常致急死。

栓塞 某种物质随血流运行至狭小的血管而不能通过所产生的管腔阻塞，引起栓塞的物质称栓子。可以是固体、液体或气体，但最常见的是脱落的血栓，此外有脂肪滴、空气泡等。较常见的脑动脉栓塞、肺动脉栓塞等，均可造成严重后果。

栓子 见“栓塞”。

血栓形成 在活体内，血液中发生血小板等粘集或血液凝固，形成固体质块的过程，所产生的固体质块称血栓，其形成原因、1．心血管内膜损伤；2．血流缓慢或停止；3．血液性质改变，如血小板或凝血因子增多，血液浓缩，粘稠度增加，血栓对人体的影响主要引起血液循环障碍而导致严重后果。

血栓 见“血栓形成”。

出血 血液从血管或心脏溢出至组织间隙、体腔或身体表面的现象。按出血部位分为：1．外出血：血液流出体表外者，如外伤性出血等；2．内出血、血液流入体腔或组织内者，如肝脾破裂等。按出血量大小分为、1．点状出血（瘀点）：出血甚小，呈小点状；2．出血斑（瘀斑）、出血较大，呈斑块

状；3．血肿、血流积于组织内，因不能流出而形成肿块者。

瘀斑 见“出血”。

血肿 见“出血”。

水肿 组织间隙或体腔内组织液的增加或积聚。水肿分布全身，称全身水肿，水肿发生在局部，称局部水肿，体腔内组织液积聚，称积水。全身水肿多见于营养不良，肝硬化、心力衰竭等；局部水肿多见于炎症、静脉阻塞、淋巴道阻塞等。水肿液可以稀释毒素，将抗炎物质运输到炎灶，限制微生物扩散，也使水肿器官或组织的功能、代谢受不同程度的影响，如喉头水肿可以发生窒息，肺水肿可以发生呼吸困难甚至窒息。

积水 见“水肿”。

再生 组织损伤后细胞分裂增生以完成修复的过程。分两类：一类为再生的组织，其结构和功能与原来的组织完全相同，称完全再生；另一类为缺损的组织不能完全由结构和功能相同的组织修复，而由肉芽组织来代替，最后形成疤痕，称不完全再生。参见“生物”中的“再生”。

肉芽组织 用以填补溃疡或创口缺损部分的一种新生组织。肉眼观呈红色颗粒状，湿润，触之易出血；其中含有炎性细胞、新生的毛细血管网及纤维母细胞。有抗感染及保护创面，机化血凝块、坏死组织及异物，填补伤口及缺损的作用。

机化 组织坏死灶，炎性渗出物、出血后的血凝块及异物等无生机的物质不能被完全吸收时由有生机的肉芽组织取代的过程。是一种结缔组织的修补过程。

包裹 机体内的外表物象虫卵、弹片或较大的组织坏死灶不能完全由肉芽组织取代时由肉芽组织将其包绕，使与健康组织隔绝的过程。

愈合 创伤造成的组织缺损，通过组织再生进行修补的过程。分两类：一期愈合组织损失少，创缘整齐，无感染，经缝合使创面对合严密的伤口，例如手术切口；二期愈合组织缺损大，创缘不整，无法对合而呈开口状，或伴有感染的伤口。影响愈合的因素：年龄、营养、激素作用，局部感染和异物存留等。

疤痕 伤口愈合过程的最终所遗留的痕迹。可增加伤口局部组织的强度；但亦具有危害性，疤痕的收缩可引起器官功能障碍，暴露部位大而高出皮面的疤痕可影响美观。

代偿 通过加强有关器官的功能来适应、补偿生理上或病变器官所需要的功能，代偿是机体的一种重要的抗病作用。例如，当一侧肾脏因病变失去功能，另一侧肾脏则加强功能而起补偿作用。

适应 机体以改变自己的功能、代谢或结构的一些特性来适合环境所发生的变化，从而使机体和环境之间的矛盾能达到统一的过程。有生理性和病理性适应两种：前者如长期进行体力劳动和锻炼，可使肌肉产生肥大有力；后者如高血压患者，往往出现心肌肥大等。参见“生物”中的“适应”。

化生 一些分化成熟的组织受理化刺激后转变为另一种组织结构过程。是组织适应生活环境的表现，化生只见于再生的组织，最常见于上皮组织及结缔组织。

肥大 组织及器官的体积增大。一般多伴有机能增高现象。

常有细胞数量的增多。肥大主要发生在实质成份，为真性肥大。实质萎缩时，间质成份往往高度增生，如骨骼肌萎缩后，肌纤维间脂肪组织增多，外观上虽呈肥大，功能反而降低，为假性肥大。

缺氧 组织得不到充分的氧或不能利用时所引起的病理现象。人体在生命活动中所消耗的能量主要来自生物氧化过程，如果氧的供给不能满足机体的需要，或组织由于氧化过程障碍不能正常利用氧，就会发生代谢、机能和形态结构的变化，产生呼吸困难、心率增快、紫绀及神志改变，严重时可危及生命。对于缺氧患者不宜参加登山、高空飞行、剧烈运动，以及较重的体力劳动。

畸形 机体、器官或组织的形态改变，并超出了正常范围。一种是胚胎发育异常的结果，如各种先天性心脏病、多指(趾)、唇裂等，称为先天性畸形；另一种与疾病、创伤等有关，如脊柱结核后的驼背、因某种原因而截肢等，称为获得性畸形。

肿瘤 在致瘤因素作用下机体的某种细胞反应增生。这种增生与整个机体不协调，具有相对的无限制性，增生的瘤细胞具有异常的结构，并在一定程度上保留其起源细胞的某些生物学特性。

间变 又称“异型性”。瘤细胞处于分化不良即不成熟的状况。良性肿瘤具有较高分化程度，与成熟细胞类似，恶性肿瘤常有不同程度的间变，诸如细胞形状及大小不一、排列紊乱、胞核增大、核分裂象增多等。

异型性 见“间变”。

转移 恶性肿瘤从原发部位经某种途径到达身体的另一处，在该处继续生长形成同样肿瘤的过程。原发部位的肿瘤叫原发瘤，所形成的新肿瘤叫转移瘤，亦叫继发瘤。通常的转移途径有：淋巴道转移、血道转移及种植性转移。

原发瘤 见“转移”。

继发瘤 见“转移”。

人体寄生虫学

人体寄生虫学 基础医学学科之一。研究人体寄生虫的形态、结构、生活活动和生存繁殖规律，阐明寄生虫和人体及外界环境因素的相互关系的科学。目的是为了控制病原寄生虫及与疾病有关的节肢动物，以消灭其所致的疾病，保障人民健康。

医学原虫 寄生于人体腔道、体液、组织或细胞内的致病及非致病性原虫。为单细胞动物，能在一个细胞内进行和完成生命活动的所有功能。与医学有关的原虫约数十种。

疟原虫 孢子虫纲，疟原虫科。疟疾的病原体。寄生于人体的疟原虫有间日疟原虫、恶性疟原虫、三日疟原虫和卵形疟原虫四种。分别引起间日疟、恶性疟、三日疟和卵形疟。以人和雌性按蚊为宿主。后者又是疟疾的传播媒介。生活史分四个时期，即红细胞外裂体增殖、红细胞内裂体增殖、配子生殖、孢子增殖。前两期分别在人体的肝细胞和红细胞内进行，使细胞破坏而产生疟疾的周期性症状；后两期在蚊体内完成，当感染性按蚊吸血时又可传染给人。疟疾是中国五大寄生虫病之一。

阿米巴原虫 根足虫纲，阿米巴目。以伪足为运动器。寄生人体的阿米巴不到 10 种，其中内阿米巴属的种类较多，大多数寄生在宿主的消化道内，以二分裂法繁殖，多数能形成包囊。溶组织内阿米巴（痢疾阿米巴）为人体阿米巴病的主要病原，寄生于结肠，在一定条件下可侵袭组织，在肠壁、肝、肺、脑、泌尿生殖道和其它部位形成溃疡或脓肿。某些自由生活的阿米巴，如耐格里属的某些虫种可引起脑膜脑炎。

毛滴虫 鞭毛虫纲，毛滴虫科。寄生于人体的毛滴虫共三种，即阴道毛滴虫、人毛滴虫和口腔毛滴虫。原虫体呈梨形，有前鞭毛 3—5 根，后鞭毛 1 根附着于波动膜，轴柱、副基体和副基纤维均存在。生活史只有滋养体期，无包囊期。阴道毛滴虫可致滴虫性阴道炎及尿道炎。主要经接触传播。其他毛滴虫一般不致病。

结肠小袋纤毛虫 纤毛虫纲，袋形科。寄生人体结肠内，可侵犯宿主肠组织引起痢疾；也可寄生于猪，成为主要的保虫宿主和传染源。生活史包括：滋养体期和包囊期。包囊可污染食物、饮水等，经口进入宿主而感染或形成小袋纤毛虫病。此病主要流行于热带和亚热带，有的地区发病率可达 20%。中国云南、广西、广东、福建、四川、湖北、河南、山东、山西、吉林、辽宁、台湾等地，都曾有病例报导。

弓形虫 又称“弓形体”。球虫目。在温血动物中广泛存在，以猫科动物为最重要的终宿主和传染源。中间宿主包括爬行类、鱼类、昆虫类、鸟类、哺乳类等动物和人。生活史包括滋养体、包囊（在中间宿主）、裂殖体、配子体和囊合子（在终宿主）五种形态。侵入人体可引起弓形虫病。此病呈世界

性分布，并具有广泛的自然疫源性。人体大多为隐性感染，但抵抗力低时可出现严重症状。临床表现复杂，主要侵犯眼、脑和淋巴结等处。

弓形体 即“弓形虫”。

利什曼原虫 鞭毛虫纲，锥体虫科。生活史有前鞭毛体和无鞭毛体两个时期。前者寄生于节肢动物（白蛉）的消化道内，后者寄生于多种哺乳类或爬行动物的细胞内。有的虫种可使人及动物致病，白蛉为其传播媒介。哺乳动物的利什曼原虫病可分为内脏与皮肤利什曼原虫病两种类型。引起内脏利什曼病的为杜氏利什曼原虫，引起皮肤利什曼病的为热带利什曼原虫，引起粘膜皮肤利什曼病的为巴西利什曼原虫等。中国的黑热病是由杜氏利什曼原虫所引起。本病在世界上分布较广。

医学蠕虫 环形动物门，扁形动物门，棘头动物门和线形动物门所属的各种营自生生活和寄生生活的动物，习惯上统称为蠕虫。寄生人体的蠕虫称医学蠕虫。主要寄生在人体的消化道、胆道、血管、肝、肺、脑、肾、肌肉及淋巴系统等处。由蠕虫引起的疾病称蠕虫病。医学上重要蠕虫为扁形动物门的吸虫纲和绦虫纲以及线形动物门的线虫纲。广义上说，环形动物门中与医学有关的蛭纲若干虫种也可包括在医学蠕虫的范围内。

血吸虫 学名“裂体吸虫”。裂体科，裂体属。成虫寄生于多种哺乳类动物（包括人）和鸟类。在其生活史中只需一个中间宿主——淡水螺类。寄生于人体的有四种，即日本裂体吸虫、埃及裂体吸虫、曼氏裂体吸虫和湄公裂体吸虫。哺乳

类动物的裂体吸虫，如间插裂体吸虫和梅氏裂体吸虫偶可寄生人体。血吸虫寄生人体所引起的疾病，称血吸虫病。本病分布很广，主要流行于亚洲、非洲及拉丁美洲的广大农村。包括近 80 个国家和地区，6 亿人口受威胁，病人数估计为 2 亿，是发展中国家一种严重危害人民健康的寄生虫病。

裂体吸虫 即“血吸虫”。

日本血吸虫 血吸虫属（又称“裂体属”）内的一个虫种。1904 年，首先由日本学者鉴定命名。寄生人体的几种血吸虫中，在中国只有日本血吸虫一种，其成虫寄生于人畜终宿主的肠系膜下静脉，雌雄虫在此交配并产卵。含有毛蚴的虫卵破坏肠壁进入肠腔，并随粪便排出体外。活虫卵入水后孵出毛蚴遇中间宿主钉螺后，便侵入螺体发育成尾蚴。人及哺乳类动物接触水中的感染性幼虫——尾蚴而得病。

华枝睾吸虫 简称“肝吸虫”。吸虫纲，后睾吸虫科。雌雄同体，成虫呈叶片状，大小 10—25×3—5 毫米，体薄，乳白色，呈半透明。其特征为具有口、腹吸盘，口吸盘略大于腹吸盘；睾丸呈分枝状，前后排列于虫体的后端 1/3。成虫寄生于肝脏的胆管内，其虫卵随胆汁进入消化道，与粪便一起排出体外。虫卵入水前被第一中间宿主——豆螺、沼螺吞入，经过胞蚴和雷蚴阶段发育成为尾蚴，尾蚴逸出钻入第二中间宿主淡水鱼、虾，逐渐形成囊蚴，人和哺乳动物生吃含有囊蚴的淡水鱼、虾而感染进入肝胆管后逐渐发育为成虫。并引起华枝睾吸虫病。

肝吸虫 即“华枝睾吸虫”。

布氏姜片虫 简称“姜片虫”。吸虫纲，片形虫科。寄生于

人体小肠中的大型吸虫。雌雄同体。虫体肥厚不透明，呈肉红色，背腹扁平，前端稍尖，后端钝圆，压制标本状似姜片。大小 20—70×8—20 毫米。虫卵淡黄色，椭圆形，壳薄，有小盖。中间宿主为扁卷螺，囊蚴附着在菱、荸荠等水生植物体表上，人因生食此类植物而感染，并引起姜片虫病。

姜片虫 即“布氏姜片虫”。

牛肉绦虫 又称“牛带绦虫”或“无钩绦虫”。学名“肥胖带吻绦虫”。绦虫纲，带形科。成虫呈象牙白色，体扁长如腰带，分节，长约 2—8 米或更长，头节在细端，略呈方形，有四个吸盘，无顶突与小钩。颈部后接链体，由 1000—2000 个节片组成。节片包括幼节、成节和孕节三种。孕节的子宫向两侧分支，每侧 15—30 支，几乎充满整个节片，每一节片中约有虫卵 10 万个。其中间宿主主要为牛，人是唯一的终宿主。牛肉绦虫病是牛肉绦虫寄生于肠道所引起。

牛带绦虫 即“牛肉绦虫”。

无钩绦虫 即“牛肉绦虫”。

肥胖带吻绦虫 即“牛肉绦虫”。

猪肉绦虫 又称“猪带绦虫”、“有钩绦虫”。学名“链状带绦虫”。绦虫纲，带形科。形态上与牛肉绦虫主要不同点为头节球形上具四个吸盘，头端有顶突及两圈小钩。孕节子宫分支不整齐，每侧约 7—13 支，体节为 700—1000 节。生活史与牛肉绦虫相似，但中间宿主是猪。囊尾蚴可寄生在人体的皮下、肌肉、脑、眼，引起囊尾蚴病或称囊虫病。人是猪肉绦虫的唯一终宿主。人因吃生的或未煮熟的“米猪肉”（含囊尾蚴的猪肉）而感染，引起猪肉绦虫病。

猪带绦虫 即“猪肉绦虫”。

有钩绦虫 即“猪肉绦虫”。

链状带绦虫 即“猪肉绦虫”。

棘球绦虫 绦虫纲，带形科。其幼虫寄生人或动物引起包虫病又称棘球蚴病。目前认为可以引起人体包虫病的棘球绦虫主要有两种，即细粒棘球绦虫和多房棘球绦虫。

膜壳绦虫 绦虫纲，膜壳科，膜壳属。其特征：中或小型绦虫，头节具有可伸缩的顶突和小钩，睾丸仅 3 个，子宫为袋形。中国有微小膜壳绦虫和缩小膜壳绦虫。可引起膜壳绦虫病。

丝虫 线虫纲，幼虫科。因其幼虫即微丝蚴出现于血液中，俗称“血丝虫”。中国寄生人体的有斑氏丝虫和马亚丝虫两种。形态相似：体呈细丝状，前端较圆而稍膨大。雄虫长约 40 毫米，尾端尖，向腹面弯曲。雌虫长达 100 毫米，尾端钝圆，也向腹面弯曲。成虫寄生于淋巴系统，周期性的产出微丝蚴进入外周血液，引起丝虫病。产生淋巴管炎、乳糜尿和象皮肿等症状。微丝蚴多在夜晚出现于外周血循环中，当蚊虫吸血而进入蚊体，经发育为感染性幼虫，再由蚊虫吸血而传染给人。

钩虫 线虫纲，钩口科。寄生于人体的钩虫主要有两种：1．十二指肠钩虫，体呈 C 形。口囊内有钩齿两对。雄虫稍小，约 8—11×0．45 毫米，尾端有扩大的近似圆形的交合伞；雌虫稍大，约 10—13×0．6 毫米，尾端圆锥形；2．美洲钩虫，体呈 S 形，较小，口囊内有一对切板。雄虫约 5—9×0．3 毫米，尾端的交合伞略扁，似扇形。雌虫约9—11×0．35 毫米。两

种钩虫的虫卵基本相似，呈椭圆形，壳薄，内常含四个细胞。卵随粪便排出体外，在泥土中孵化为杆状蚴，再发育至丝状蚴，然后经皮肤或粘膜侵入人体，经血液循环至肺，沿气管上升至会厌，吞入消化道，在肠内发育为成虫。引起钩虫病。

蛔虫 线虫纲，蛔虫科。最常见的一种人体寄生虫。以儿童感染较多。体长圆柱形，体表有两条显著的白侧线（背腹线不明显）。雄虫长约 15—31 厘米，尾部向腹面弯曲，有交合刺两枚。雌虫稍长（20—35 厘米），略粗，尾部圆锥形，不弯曲。卵椭圆形，黄绿或黄褐色。成虫寄生在人的小肠里，引起蛔虫病。卵随粪便排出，在泥土中发育为含幼虫的卵，被人吞食后，在肠道内孵出幼虫。幼虫穿入肠壁血管，随血流经过心至肺，发育后，再由气管至会厌，经食管达胃，最后返回肠道发育为成虫。

蛲虫 线虫纲，尖尾线虫科。体小，形似针状，白色。口部有唇片三个。雄虫长约 5 毫米，尾端向腹面弯曲，有交合刺一枚。雌虫长可达 12 毫米，尾部长而尖细。卵长圆形，一侧扁平，一侧隆起。寄生在人的盲肠及其附近的肠粘膜上。雌虫于夜晚爬至肛门产卵。此虫引起的蛲虫病全世界均有分布，儿童多见。

鞭虫 又称“人鞭虫”。线虫纲，鞭虫科。虫体前细后粗，状似鞭子。雄虫长 30—45 毫米，尾端呈螺旋状卷曲。雌虫长 35—55 毫米，卵呈纺锤形，壳厚，棕黄色，两端各有一透明的栓子，内含未分裂的卵细胞。寄生于人体盲肠中，引起鞭虫病。卵随粪便排出，在阴湿泥土上发育后，若被人吞食，即孵化发育为成虫，定居于肠内。

医学昆虫学 医学寄生虫学的一部分。研究医学昆虫和危害人类健康的节肢动物种类、形态、生态及传播疾病规律的一门学科。目的是了解对人类危害情况，从而制订防治措施。

蚊 昆虫纲，双翅目，蚊科。种类多，世界上已知有 3000 余种，中国约 300 余种。与人类疾病有关的蚊类主要有按蚊、库蚊和伊蚊三属。按蚊，体多棕灰色，翅有黑白花斑，身体与栖息面成一约 45 度角。某些按蚊传播疟疾和丝虫病。中国常见的疟疾媒介有中华按蚊、微小按蚊、雷氏按蚊嗜人血亚种和大劣按蚊。库蚊，体多黄棕色，翅上无黑白斑，停落时身体与立面平行，国内常见有淡色库蚊、致倦库蚊、三带喙库蚊等。其中淡色库蚊，致倦库蚊是班氏丝虫的主要媒介，三带喙库蚊是传播乙型脑炎的重要媒介。伊蚊，体黑或棕色多有白斑，停立姿势与库蚊相同，某些伊蚊，如白蚊、伊蚊可传播乙型脑炎，埃及伊蚊是登革热和黄热病的主要传播媒介。

蝇 昆虫纲，双翅目，环裂亚目。种类很多，国内常见的有舍蝇、既腐蝇、绿蝇、金蝇、麻蝇、丽蝇等。各种蝇类大小不一，一般为 6—14 毫米，全身密生短毛，体色有灰黑色，蓝绿色，青灰色各异。有些蝇具金属光泽。口器多为舐吸式，少数种类为刺吸式，复眼大，触角短而具芒。仅有一对前翅。幼虫无头和足，称蝇蛆。常孳生于粪便、腐肉和垃圾等污物中，生长很快，夏季约 10 天即能繁殖一代。成蝇除在室内骚扰外，还能传染多种疾病如伤寒、霍乱、细菌性痢疾、脊髓灰质炎、结核、阿米巴痢疾和某些蠕虫病。有些蝇蛆可寄生于人体伤口或某些器官引起蝇蛆病。蝇为四害之一，应采取综合措施予以消灭。

蚤 俗称“跳蚤”。昆虫纲，蚤目。体小而侧扁，黄褐色。无翅，雄蚤较雌蚤小。头部和胸部小，腹部大。足长、粗壮发达，善跳跃。触角短，锤状，部分隐于角沟内。口器刺吸式。发育为完全变态。全世界已知2000余种。中国约500余种。其中仅少数为传病种类，如致痒蚤是犬复孔绦虫和缩小膜壳绦虫及微小膜壳绦虫的中间宿主；缓慢细蚤是传播鼠型斑疹伤寒和鼠疫的媒介；印鼠客蚤和方形黄鼠蚤是传播鼠疫主要媒介之一，长须山蚤是旱獭间鼠疫的媒介等。

跳蚤 即“蚤”。

虱 昆虫纲，虱目。寄生于人体的虱子有三种：即头虱，体虱及阴虱。头虱及体虱背腹扁平，体呈灰黑色或灰白色。分头、胸、腹三部分。阴虱体形宽短似蟹状，灰白色，胸部与腹部几乎不可分开。口器均为刺吸式。为半变态发育，分卵、若虫、成虫三个时期，其中若虫分三龄期。虱能传播流行性斑疹伤寒，虱性回归热等传染病。

臭虫 昆虫纲，半翅目，异翅亚目，臭虫科。与医学有关的臭虫主要是臭虫属内的温带臭虫和热带臭虫。成虫红褐色，椭圆形，腹背扁平，长约4毫米。遍体有短毛，头短阔，触角四节，口器刺吸式。臭虫为半变态发育，生活史分卵、若虫和成虫三个时期。寿命在一年以上。喜群居，白天栖息于墙、床、家具缝隙中及褥垫和被缝内，夜晚活动，以吸人血为主，能携带一些病原体传染疾病。

白蛉 俗称“白蛉子”。昆虫纲，双翅目，毛蛉科，白蛉亚科。一种小型的吸血昆虫。体长1．5—4毫米，呈浅灰、浅黄或棕黄色。全身密被细毛，体分头、胸、腹三部。胸部向

背面隆起。似驼背，翅脉分支特殊。在停息时，两翅向背面竖立，与躯体形成 45°角。为全变态发育。世界有 500 多种，中国已报告 30 多种，其中主要有中华白蛉、中华白蛉长管亚种、硕大白蛉吴氏亚种。可传播黑热病等疾病。

蜚蠊 又称“蟑螂”。蜚蠊目，蜚蠊科。成虫体分头、胸、腹三部分。长椭圆形，背腹扁平。头部小，口器为典型的咀嚼式。触角呈细长鞭状，胸部棕褐色，前胸背板硬，油亮光滑。中、后胸各有翅一对。为半变态发育。分卵、若虫、成虫三个时期。蜚蠊喜在黑暗隐蔽处聚居，夜晚活动，高峰在晚九时到午夜一时。天亮即隐伏。食性杂，并有边食边哎出部分食物和排便的习性，需常饮水，故多出入于厨房、餐室、厕所、下水道等处。室内常见有三种：德国小蠊、美洲大蠊、凹缘大蠊。能机械式传播疾病，并可作为某些蠕虫的中间宿主。

蟑螂 即“蜚蠊”。

蠓 俗称“小咬”。双翅目，蠓科。体小，约 1—4 毫米，黑色或深褐色。翅宽短，常有翅斑；口器刺吸式，能叮咬人畜。其中仅三个属可吸血：库蠓属、蠛蠓属及细蠓属。生活史为全变态。分卵、幼虫、蛹和成虫四期。叮咬人后发生痛痒及丘疹、甚至产生溃疡。库蠓能传播人的常见丝虫、奥氏丝虫和链尾丝虫病。中国曾在台湾蠛蠓体中分离出流行性乙型脑炎病毒。国外亦曾从库蠓体中分离出东方马脑炎病毒和土拉伦斯病病菌等，但可否成为这些疾病的媒介尚待证实。

虻 通称“牛虻”、“瞎虻”。双翅目，虻科。状似蝇而稍大，体长 1—3 厘米，多毛。黄色、灰色、褐色或黑色不等。胸、

腹部或翅上具有不同色彩。触角短，分三节。头阔，眼大，刺吸式口器。全变态发育，分卵、幼虫、蛹、成虫四个时期。全世界约 4000 种，我国已记录约 200 种。常见为华虻及中华斑虻。能传播疾病，如分斑虻和静斑虻为罗阿丝虫病的传播媒介，中室斑虻传播野兔热等。

蚋 俗称“黑蝇”。双翅目，蚋科。体形似蝇体小而粗壮，体长 1—5 毫米，灰黑色或带黄色，胸部如驼背状，足短健，触角粗短，分 9—11 节。口器刺吸式，雌蚋吸血，雄蚋以植物汁液为食。一般在白天吸血和活动。生活史分四期：卵、幼虫、蛹和成虫。蚋刺叮常引起局部红肿、发炎、甚至溃烂。在北美、非洲的某些品种可传播人、畜的盘尾丝虫病。蚋的幼虫生活在山溪流水中，杂食性。消灭蚋的幼虫是预防盘尾丝虫病的重要措施。

隐翅虫 昆虫纲，鞘翅目，隐翅虫科。毒隐翅虫亚科。一类黄褐色的小型甲虫。鞘翅短，腹节大部裸出。本科已有 2 万种以上，只有毒隐翅虫属的成虫含有毒素并能刺痛人的皮肤。体长 6．5—7．0 毫米，头部黑色，有散在刻点，后头部颈状如缢，略呈黄色。前胸背面长圆形，鞘翅蓝黑色，足黄褐色，末端黑褐色，粗短而强壮，适于迅速行动。与人畜接触时，能分泌一种毒素，使人的皮肤产生烧灼痛感，并引起炎症，如受害部位为眼皮等细嫩皮肤，症状尤为严重。

硬蜱 蛛形纲，蜱螨亚纲，硬蜱科。蜱螨类中体型最大的一类。寄生于恒温动物与爬行动物的体表。躯体背面有一块硬的盾板。蜱体可分为前端的颚体（假头）和后部的躯体两部分。颚体是蜱的吸血的附着器官。颚体背面具螯肢一对，螯

肢腹面有口下板，其尖端具细齿称齿冠，用于切割宿主皮肤。除颚体以外的部分称躯体，呈袋状。雄蜱背面具盾板，雌蜱和若虫、幼虫的盾板较小，表皮革质，褐色，躯体椭圆形。为人畜的害虫，能传播多种疾病。如森林脑炎，蜱媒出血热，Q热等。直接危害可造成局部急性炎症反应，还可引起继发感染。有些硬蜱的涎液可使宿主产生上行性肌肉麻痹，出现瘫痪，称为蜱瘫痪。

软蜱 节肢动物门、蛛形纲，蜱螨亚纲。外形多呈圆形或椭圆形，躯体无盾板。雌雄两性虫体不易区别。吸血时间一般在夜间，成蜱一生需要吸血多次。软蜱一生分卵、幼虫、若虫、成虫四期。全世界已知约150种，我国已知有10多种。主要种类有波斯锐缘蜱、乳突钝缘蜱、特突钝缘蜱等。吸血时分泌涎腺液，除可避免血液凝固并调节体液外，也可将病原体随分泌的涎液注入宿主体。直接危害可因叮刺造成局部皮肤损伤、炎症和继发感染。有的软蜱通过叮咬可发生瘫痪甚至死亡。传播疾病有蜱媒回归热等病。

革螨 蛛形纲，寄螨总科（革螨总科）。螨类中一大类群。大小为0．2—2．5毫米，体圆形或椭圆形。黄色或褐色。躯体表皮为膜质，颚体位于躯体前端。生活史分为卵、幼虫、第一若虫、第二若虫和成虫五期。我国已知革螨有160多种，其主要种类有柏氏禽刺螨、鸡皮刺螨、格氏血厉螨、毒厉螨等。革螨叮咬人使人发生皮炎，还可传播森林脑炎、Q热、立克次体病、野兔热等疾病。

恙螨 又称“沙虱”、“沙螨”、“恙虫”。蛛形纲，螨目，恙螨科。世界已知约3000种。国内重要种类为地里纤恙螨、小

盾纤恙螨等。仅幼虫寄生于人或动物体，其他各期营自生生活。幼虫身长约 0．2—0．5 毫米，为红、橙、淡黄或乳白色。体分颚体和躯体两部分。恙螨生活史分卵、前幼虫、幼虫、若蛹、若虫、成蛹和成虫七个时期。幼虫宿主包括鼠类、鸟类、爬行类和两栖类，有些种类也可侵袭人。叮咬人体后，刺螯处出现丘疹，中央有水泡，破溃后可继发感染。还可传播恙虫病（病原体为立克次体）。

沙虱 即“恙螨”。

沙螨 即“恙螨”。

恙虫 即“恙螨”。

疥螨 一种永久性寄生螨。蛛形纲，疥螨科。寄生于人和哺乳动物的皮肤表层内。寄生在人体的为人疥螨，体小，雌螨为 300—500×250—400 微米。雄螨为 200—300×150—200 微米，乳黄色，短椭圆形，背面隆起如半球形。生活史分卵、幼虫、两期若虫和成虫五个时期。为疥疮的病原体。

粉螨 种类很多，与人体健康有关的是粉螨科、果螨科、甘螨科等。粉螨体很小，大小约 0．3—0．6 毫米，大多呈乳白色。在躯体前端背面有 1 块盾板，后方有 1 条围颈沟，分躯体为前后两半。粉螨与人接触可引起螨性皮炎及荨麻疹。误食与误吸入粉螨可引起肠螨症、肺螨症。粉螨代谢产物是强烈的过敏原，可引起变态反应。

尘螨 蚍螨科。常见于尘埃中，重要的种类有屋尘螨和粉尘螨。体长圆形，长约 0．3—0．4 毫米，呈乳白色，表皮具细密的波状皮纹。分为卵、幼虫、第一若虫、第三若虫和成虫五期。尘螨是强烈的过敏原，可引起尘螨性哮喘、过敏性

皮炎及过敏性鼻炎等变态反应性疾病。

蠕形螨 又称“毛囊虫”。蠕螨科。一类永久性寄生螨。寄生于多种哺乳动物包括人的毛囊和皮脂腺等组织中。寄生人体的有毛囊蠕形螨和皮脂蠕形螨两种。体细长呈蠕虫状，成虫体长 0．1—0．4 毫米。雌虫较大。颚体梯形，触须 3 节，螯肢短针状，有 4 对腿。毛囊蠕形螨较皮脂蠕形螨长。可引起毛囊炎症及继发感染。

医学微生物学

微生物学 见“生物”中的“微生物学”。

医学微生物学 医学科学中的分支学科，微生物学的分支之一。研究病原微生物的生物学性状、传染致病机理及对其所致疾病的诊断技术和防治措施等。

卫生微生物学 医学微生物学的分科之一。从卫生学的角度研究环境（空气、水、土壤、饮食等）中微生物的种类、数量、性质、活动规律以及它们对人类生活和健康的影响。

微生物 存在于自然界中的一群体形微小、构造简单、肉眼看不见、须借助于光学显微镜或电子显微镜放大才能看到的微小生物。包括细菌、病毒、衣原体、立克次体、支原体、螺旋体、真菌、放线菌和单细胞藻类等。遍布于大气、水、土壤、有机物和生物的体内及体表。繁殖快、易变异、营养类型多、适应能力强。对自然界中物质的转化循环起重要作用，广泛应用于工农业生产，如造肥、酿酒、合成药物等；部分能引起动植物和人类的病害，直接或间接危害人类。

细菌 见“生物”中的“细菌”。

真菌 见“生物”中的“真菌”。

螺旋体 微生物的一类。其中钩端螺旋体、梅毒螺旋体、回归热螺旋体与奋森氏螺旋体等对人有致病性。参见“生物”中的“螺旋体”。

立克次体 微生物的一类。美国病理学家立克次（Howard Taylor Ricketts，1871—1910）首先描述，故名。多寄生于啮齿动物体内，以节肢动物（蚤、蜱等）为传播媒介，引起人类疾病，如斑疹伤寒、恙虫病和Q热等。参见“生物”中的“立克次体”。

支原体 曾称“类胸膜肺炎微生物”。微生物的一类。常寄生于人、畜的上呼吸道及泌尿生殖道中，其中仅肺炎支原体对人有致病性，为支原体肺炎的病原体。参见“生物”中的“支原体”。

衣原体 微生物的一类。引起人类感染的有沙眼-包涵体结膜炎衣原体、性病淋巴肉芽肿衣原体和鹦鹉热衣原体。参见“生物”中的“衣原体”。

病毒 又称“滤过性病毒”。微生物中体积最微小的一类。参见“生物”中的“病毒”。

滤过性病毒 即“病毒”。

噬菌体 又称“嗜菌体”或“细菌病毒”。侵袭细菌、真菌和螺旋体等微生物的一种病毒。研究分子生物学的重要实验工具。能裂解宿主细胞，其作用具有种特异性，故在医学上可用于细菌鉴定、协助诊断或用于防治。参见“生物”中的“噬菌体”。

嗜菌体 即“噬菌体”。

细菌病毒 即“噬菌体”。

包涵体 受病毒（狂犬病等）或衣原体（沙眼等）的感染和某些物理、化学因子的作用后，在寄主细胞内形成的位于胞浆或胞核内的反应积聚物。具有一定的形态结构，某些包涵体（如狂犬病、沙眼）可作为临床诊断的参考。参见“生物”中的“包涵体”。

放线菌 微生物的一类。为制造抗生素的重要来源。其中衣氏放线菌和星形诺卡菌对人有致病性。前者为寄生于人口腔的正常菌群之一，可致面颈部放线菌病，是条件致病菌的内源性感染；后者存在于自然界，可致诺卡菌病，主要侵犯肺及脑，是外源性感染，但少见。参见“生物”中的“放线菌”。

诺卡菌 见“放线菌”。

芽孢 又称“内生孢子”。参见“生物”中的“芽孢”。

内生孢子 即“芽孢”。

消毒 用物理、化学和生物学方法杀灭物品上病原体的措施。用以防止疾病的传染。常用的方法有：暴晒、煮沸、高压蒸汽、药物消毒等。可分为：1．预防性消毒：在尚未发现传染源时，对水、食物、日常生活用品及医疗器械的经常性消毒；2．疫源地消毒：在发现传染源时对疫源地消毒。也可分为：1．随时消毒：对传染源的生活环境、衣物食具等的经常性消毒；2．终末消毒：病人离去、痊愈或死亡后的消毒。专门执行消毒工作的机构为“消毒站”，用以消毒的药品称“消毒剂”。广义的消毒还包括杀虫和灭鼠。

灭菌 杀灭物品中所有微生物（包括致病、非致病的及芽

孢）的措施。方法随物品性质而异。常用的有物理性的（如高压蒸汽灭菌法、干热灭菌法等）和化学性的（如用卤素、烷化剂等灭菌）两大类。在日常工作中，“消毒”和“灭菌”这二术语常通用。

防腐 见“生物”中的“防腐”。

无菌 无任何活细菌存在。预防细菌侵入的一系列方法称“无菌技术”。外科手术及微生物学实验均需严格的无菌技术。

干热灭菌法 见“生物”中的“干热灭菌法”。

流动蒸汽灭菌法 又称“阿诺氏流动蒸汽灭菌法”。在阿诺氏灭菌器内物品经不超过 100℃ 的流动蒸汽加热 15—60 分钟，杀死一切微生物的繁殖体的方法，原理和蒸笼相同，故可用后者代替，常用于不耐高热物品的消毒。

阿诺氏流动蒸汽灭菌法 即“流动蒸汽灭菌法”。

高压蒸汽灭菌法 最有效的灭菌法。将蒸锅密封紧闭，用热蒸汽加压至 15 镑（约 121．3℃）维持 15—30 分钟，杀死包括芽孢在内的一切微生物，适用于耐高温、耐水物品的消毒灭菌。如普通培养基、敷料等。所用蒸锅称“高压蒸汽灭菌器”或“高压蒸锅”，是微生物学实验室和医疗防疫机构等常用的一种灭菌器。

高压蒸汽灭菌器 见“高压蒸汽灭菌法”。

巴氏消毒法 又称“低温消毒法”。用低温杀灭不耐高温物质中的病原体或特定微生物而仍保持该物质质量的方法。由法国微生物学家、化学家巴斯德（Louis Pasteur，1822—1895）首创。具体方法有二种：1．61．1—62．8℃ 30 分钟；2．71．7℃ 15—30 秒钟。多采用后者。一般用于消毒牛奶和

酿酒原料。

药敏试验 细菌对药物敏感试验的简称。测定新自病人标本中分离的菌株对一些常用药（如各种抗菌素）是否敏感或抗药，以助临床选药的试验。最常用的是纸片法，即在涂满待检菌株的琼脂平板上，贴上浸有某种抗菌素的干纸片，根据各种抗菌素纸片周围抑菌环的大小来判断此菌株对哪种药最敏感。

抗药菌株 对原来敏感的药物失去敏感性、获得抗药性的菌株。常由药物的长期和广泛应用而引起。抗药菌株由于受到诱导或发生基因突变，基因转移而获得抗药性。其生化机理主要有 1．产生钝化酶，降解药物；2．改变原始作用点结构，使药物无法与之结合。

正常菌群 寄居在健康人的体表和体腔中的细菌及真菌，如皮肤上的革兰氏阳性球菌、口腔的表皮葡萄球菌及肠道中的大肠杆菌等。在正常情况下，这些菌群对宿主无害，有的甚至有益。如维持机体的内环境；合成维生素；拮抗外袭病原微生物等。各菌群间及菌群与宿主间经常维持在动态的平衡状态，其种类和数量随不同个体或同一个体的不同条件而异。在一定条件下这些菌群也可致病。

菌群失调 机体某部位的正常菌群中各菌群的比例关系发生超过正常范围的大幅度变化的现象。由此导致的一系列临床表现则称“二重感染”或“菌群失调症”、“菌群交替症”，是在治疗原有疾病过程中产生的一种新感染，常因长期使用广谱抗菌素、激素及抗代谢药物所致，多见于婴幼儿、年老体弱及慢性病者，慎用药物可以预防。

二重感染 见“菌群失调”。

菌群交替症 见“菌群失调”。

菌群失调症 见“菌群失调”。

条件致病菌 又称“潜在性致病菌”或“机会性致病菌”。存在于宿主体内一定部位的正常菌群或在宿主体内暂住的外界环境菌群，在机体抵抗力正常时不会致病，当机体抵抗力减弱或细菌转移定居部位时，方有致病的可能。如大肠杆菌侵入泌尿系统引起泌尿器官炎症；草绿色链球菌在机体抵抗力减低时引起亚急性细菌性心内膜炎。致病率的增加与滥用药物及使用降低或损害机体抵抗能力的医疗手段有关。

机会性致病菌 即“条件致病菌”。

潜在性致病菌 即“条件致病菌”。

侵袭力 病原微生物突破机体防御屏障，保护自身得以侵入体内生长繁殖、蔓延扩散的能力。主要依靠细菌的酶和荚膜，以及其他表面结构物质的作用。如具荚膜的细菌入体后，能抵抗白细胞的吞噬；某些细菌能产生增强其侵袭性的酶(如透明质酸酶)，有利于自身的扩散。

内毒素 革兰氏阴性细菌，尤其是致病菌(如沙门氏菌、志贺氏菌)合成的一种毒素物质。是细菌细胞壁的结构成分，为磷脂-多糖-蛋白质复合物。当细菌死亡或裂解后才能释出，故名。耐热，不能经甲醛脱毒。对组织细胞有损害，并能引起机体中毒症状，如发热、微循环障碍与休克等。毒性较外毒性弱，不能被相应抗体所中和。

外毒素 少数致病菌(如白喉杆菌、霍乱弧菌等)在生长过程中分泌到菌体外的一种毒性物质。主要成分为蛋白质。具

亲组织性，选择性地作用于某些组织和器官，引起特殊病变。毒性强，小剂量即能使易感机体死亡，但能被相应的抗毒素中和，故所致疾病可用抗毒素治疗。性质不稳定，对热、光线和化学品敏感。

类毒素 细菌外毒素经化学药品（如甲醛）处理脱毒后的制品。无毒，但仍保有抗原性，能刺激人体产生抗毒素。用于预防某些传染病，如注射白喉类毒素可以预防白喉。白喉、破伤风的类毒素已作为疫苗使用。

流行性乙型脑炎病毒 虫媒病毒之一。核糖核酸病毒，球形，能在鸡胚、小白鼠脑组织及多种组织培养中增殖，以库蚊或伊蚊为传播媒介感染人类，引起流行性乙型脑炎，许多动物（如马、犬、猪和雏鸡等）可发生自然感染，成为储存宿主。

流行性感冒病毒 核糖核酸病毒，多呈球形，直径 80—120 毫微米，属正粘病毒类，表面有血凝素和神经氨酸酶二种抗原。按中心核蛋白结构不同分为甲、乙、丙三型，甲型以表面抗原为基础分为若干亚型，各型及亚型之间无交叉免疫，故当新亚型形成时，由于人群缺乏免疫力引起大流行。除人外，甲型尚可从猪、马和禽类中分离到。乙、丙型仅限于人类，因其抗原结构不如甲型易变，不形成新亚型，故多为小流行或散发。流行菌株制成的疫苗有预防作用。

麻疹病毒 核糖核酸病毒，圆形或椭圆形，直径 120—200 毫微米，属副粘病毒类。抗原性均一，无亚型。可经呼吸道感染引起麻疹，感染后获得持久免疫力。也可形成慢病毒感染，引起亚急性硬化性全脑炎。减毒活疫苗有很好的预防效

果。

脊髓灰质炎病毒 核糖核酸病毒，肠道病毒之一。球形，直径 20—30 毫微米，按抗原性分为 I、II、III 三个血清型。抵抗力强。主要经口传染，引起脊髓灰质炎（又称“小儿麻痹症”），但多数为隐性感染，感染后对同型获免疫力，三型脊髓灰质炎糖丸疫苗预防效果较好。

肝炎病毒 人类肝炎病毒主要有甲、乙两型，分别引起甲、乙型肝炎。均未培养成功，但前者可感染绒猴，后者可使黑猩猩受感染。甲型主要经粪——口传播，乙型可经血液、接触和母婴传播等。乙型肝炎病毒感染过程中至少出现三种不同的抗原，即表面抗原、核心抗原和 e 抗原，可用各种血清学方法检测以协助诊断。乙型肝炎在急性期多比甲型肝炎缓和，但较易转为慢性并成为带毒者。此外，还有二类非甲非乙型肝炎病毒，分别引起人类的流行性和非流行性非甲非乙型肝炎，前者与甲型肝炎相似，后者则与乙型肝炎大致相同。

腺病毒 脱氧核糖核酸病毒。分布很广，直径 70—80 毫微米，球形，寄生于灵长类及其它多种动物的腺体中，每一种有多个血清型。人腺病毒能引起呼吸道、胃肠道及眼的感染，如肺炎、眼结膜炎。

乙型肝炎表面抗原（HBsAg） 又称为“肝炎相关抗原”（简称 HAA）、“澳大利亚抗原”（简称“澳抗”），是乙型肝炎病毒外壳的抗原成分，其分子结构是一种糖蛋白。当人感染乙型肝炎病毒后，HBsAg 可出现在病人血中，通过免疫学方法可以检测到。HBsAg 的检测是诊断乙型肝炎和判断乙型肝炎病情转归的重要指标。从感染了乙型肝炎病毒的人血中提

纯 HB_sAg，灭活病毒活性后，加上免疫佐剂，即可制成血源性乙型肝炎疫苗。预防注射后能有效地预防婴幼儿和成人的乙型肝炎病毒感染。用其它方法如基因工程方法等制备的乙型肝炎疫苗，主要成份也是 HB_sAg 或其片段。

澳大利亚抗原 即“乙型肝炎表面抗原”。

恙虫病立克次体 又称“东方立克次体”。恙虫病的病原体。双短杆状，在鸡胚卵黄囊、大鼠肺脏等组织培养中生长良好，主要寄生在宿主细胞胞质内近核处。链霉素对其无效，但其对广谱抗生素敏感。某些啮齿动物可发生自然感染，以恙螨的幼虫或稚虫为媒介传播给人，引起恙虫病。

东方立克次体 即“恙虫病立克次体”。

化脓性球菌 一类引起化脓性疾病的球菌总称。主要包括葡萄球菌、链球菌、肺炎球菌、脑膜炎球菌及淋球菌。

葡萄球菌 属革兰氏阳性球菌。常堆聚成葡萄状，故名。遍布自然界，并构成人体皮肤、鼻腔粘膜等处的正常菌群，大多为非致病菌，部分可引起化脓性感染，为最常见的化脓性球菌。按菌落色素分成金黄色、白色和柠檬色葡萄球菌三个菌种。金黄色葡萄球菌致病力最强，常引起疖痈等，对抗菌素易产生耐药性，其产生的肠毒素可致食物中毒；白色葡萄球菌致病力低；柠檬色葡萄球菌一般不致病。

链球菌 革兰氏阳性球菌。圆或卵圆形，成链状排列，故名。分布很广，按溶解红细胞的能力分为不完全溶血（甲型或绿色种）、溶血（乙型）和不溶血（丙型）三种。乙型致病力最强，常引起人和动物疾病，如人的蜂窝组织炎、猩红热和牛的乳房炎；甲型常居于人的呼吸道及肠道，为条件致病

菌；丙型无致病性，存在于乳品及粪便中。

肺炎链球菌 又称“肺炎双球菌”，简称“肺炎球菌”。链球菌的一种。革兰氏阳性，无芽孢或鞭毛，在机体内能形成荚膜，常寄生于正常人的鼻咽腔中，按荚膜多糖抗原性分类达 75 型以上，仅部分有致病性，以Ⅰ—Ⅲ型致病力最强，多引起大叶性肺炎、胸膜炎。对磺胺药、青霉素和金霉素均很敏感。

肺炎球菌 即“肺炎链球菌”。

奈瑟氏菌 属革兰氏阴性双球菌。为德国细菌学家奈瑟（Albert Ludwig Neisser，1855—1916）最先描述，故名。存在于人和动物的粘膜上，包括脑膜炎球菌、淋球菌、干燥咽球菌、微黄球菌等，其中只有前二者对人有致病性。

脑膜炎球菌 奈瑟氏菌的一种。流行性脑脊髓膜炎的病原体。革兰氏染色阴性，肾形，成对排列，大小不一，无芽孢或鞭毛，抵抗力很弱，对湿热、干燥、寒冷、磺胺药及抗菌素等均很敏感。

肠道杆菌 一大群生物学性状相似的革兰氏阴性杆菌。存在于自然界及人和动物的肠道中，无芽孢，多数有周身鞭毛，大多不致病；有些为条件致病菌，如大肠杆菌；少数为致病菌，如痢疾杆菌。

大肠杆菌 肠道杆菌的一种。人和动物肠道中最多见的正常菌群。革兰氏阴性短杆菌，两端钝圆，无芽孢，能运动，初生儿或动物出生后数小时即进入肠道。除某些血清型能致人类尤其是婴儿腹泻外，一般不致病；能合成维生素 K 和 B，对人体有利；偶引发肠道外感染，如泌尿道感染，腹膜炎等。因

在粪便中数量极多，常用作检查水源是否受粪便污染的标志。

伤寒杆菌 肠道杆菌的一种，属沙门氏菌属，伤寒的病原体。能运动，生化反应活跃。含有菌体（O）、鞭毛（H）及毒力（Vi）三种抗原，根据O和H抗原结构及生化反应可与其它沙门氏菌相鉴别。仅对人有致病性，经口传播引起伤寒（又称“肠热病”）。感染后获免疫力，疫苗有一定预防效果。

沙门氏菌 一大属具有共同特性的肠道杆菌。因美国病理学家沙门（Daniel Elmer Salmon，1850—1914）最早发现，故名。有数千种，按抗原成分可分为甲、乙、丙、丁、戊等基本菌组，除伤寒和副伤寒甲、乙杆菌引起人类疾病外，大多仅能引起家畜、鼠类和禽类等动物的疾病，但有时人食入此菌污染的食物也可引起食物中毒。

痢疾杆菌 肠道杆菌的一种。菌痢的病原体。无芽孢或鞭毛，有菌毛。按生化反应和菌体抗原性分为许多种，常见的有福氏、志贺氏、宋内氏、鲍氏痢疾杆菌等，宋内氏的抵抗力较福氏或志贺氏为强，以志贺氏痢疾杆菌所致痢疾最为严重。

霍乱弧菌 革兰氏阴性菌。霍乱的病原体。形态短小，体弯如逗点，一端有单鞭毛，运动活跃，状如流星。与埃-托弧菌很相似，但溶血试验阴性，可借此与后者鉴别。按菌体抗原分为稻叶型、小川型和彦岛型。人类为唯一的易感者，经口传染，霍乱发病为其产生外毒素所致。抵抗力低，对四环素、氯霉素敏感。

埃-托弧菌 副霍乱的病原体。生物学特性与霍乱弧菌大致相同。因在埃及的埃-托（El Tor）地区首先发现，故名。参

见“霍乱弧菌”。

副溶血弧菌 又称“嗜盐弧菌”。存在于海水、海产品中，以盐份为其生存条件，故名。革兰氏阴性，呈杆状、丝状、微弧状等多形性，单鞭毛，运动活跃。致病菌株可引起人类食物中毒，溶血试验阳性；非致病菌株则为阴性。血清型多种。对酸敏感，不耐热。人食半熟的海产品或污染本菌的盐渍食物可受染。

嗜盐弧菌 即“副溶血弧菌”

嗜血杆菌 属革兰氏阴性小杆菌。因人工培养须有新鲜血液方能生长，故名。无鞭毛或芽孢，严格寄生菌，常寄居在上呼吸道粘膜表面，对人致病的主要为流行性感冒杆菌，可引起急性呼吸道炎、结膜炎及化脓性脑膜炎。

巴氏杆菌 一属革兰氏阴性小杆菌。因法国微生物学家、化学家巴斯德最早发现，故名。无鞭毛或芽孢，包括多杀、嗜肺、溶血性和尿素巴斯德杆菌。其中多杀巴斯德杆菌（因宿主范围广而得名）偶使人致病，如表浅溃疡、败血症。主要引起动物巴氏杆菌病。

耶尔森杆菌 一属革兰氏阴性小杆菌。因法国细菌学家耶尔森（Alexandre-Emile-Jhon Yersin，1863—1943）和日本细菌学家北里首先发现本属中的鼠疫杆菌，故名。包括鼠疫杆菌、假结核杆菌和结肠炎杆菌三种。对人致病性最严重的为引起鼠疫的鼠疫杆菌，传染性强，病死率高。假结核杆菌对啮齿动物致病，结肠炎杆菌可致人和动物的肠道感染。

布氏杆菌 属革兰氏阴性小杆菌。由英国细菌学家布鲁斯（David Bruce，1855—1931）首先发现羊布鲁菌，故名。主要

在牛、羊、猪等家畜中自然感染，可致流产，人因接触病畜或饮用病畜乳汁而引起布鲁氏菌病，但不引起人-人传染。

布鲁氏杆菌 即“布氏杆菌”。

绿脓杆菌 一种革兰氏阴性杆菌。有鞭毛，无芽孢，因产生绿色素使脓液变绿，故名。为条件致病菌。遍布自然界，常引起伤口的继发感染，致化脓病变，对多数抗菌素和化学药物易产生耐药性，抵抗力强。

棒状杆菌 属革兰氏阳性杆菌。菌体细长，大小不一，一端或二端膨大呈棒状，故名。对人致病的仅白喉杆菌，少数对动物致病，其余一般不致病，散布于人和动物的皮肤粘膜上，总称“类白喉杆菌”。

白喉杆菌 白喉的病原体。参见“棒状杆菌”。

分枝杆菌 又称“抗酸杆菌”。属细长的革兰氏阳性杆菌，因有分枝生长的趋势、抗酸染色阳性，故名。无鞭毛、荚膜或芽孢，对强酸、强碱抵抗力较一般细菌高。分四组：结核杆菌、麻风杆菌、非典型分枝杆菌和腐物寄生型分枝杆菌。前三者是致病菌；后者无致病性，遍布自然界。

抗酸杆菌 即“分枝杆菌”。

结核杆菌 分枝杆菌的一种。结核的病原体。在培养基上生长迟缓，分人型、牛型、鸟型、鼠型、冷血动物型及非洲型，对人致病的主要是人型、牛型和非洲型。参见“分枝杆菌”。

弗朗西斯菌 一属显著多形性的革兰氏阴性小杆菌。因美国细菌学家弗朗西斯（Edward Francis，1872—？）对本菌属中的土拉弗氏菌研究有贡献，故名。有土拉弗氏菌和新凶手

弗氏菌二种，前者能引起人类感染，为人畜共患的自然疫源性疾病野兔热的病原体，人的感染来自动物（野兔、田鼠等），很少人传染人。

肺炎军团病菌 革兰氏阴性杆菌。因 1976 年在美国费城一次退伍军人军团会议上引起爆发流行，故名。形态随生长期而异，有大块菌丝状、球状或雪茄烟状，严格细胞内寄生，存在于土壤及灰尘中，经飞沫传播，引起肺炎、胸膜炎及消化道症状、肾功能受损至休克死亡。一般抗菌素治疗无效，对红霉素敏感，可作首选药，利福平疗效良好。

钩端螺旋体 简称“钩体”。螺旋体的一属。体细长，螺旋状，一端或二端弯如钩，故名。无鞭毛，但运动活跃。种类多，分致病性和非致病性二大类。前者有多个类型，以黄疸出血性钩体多见，在啮齿动物和家畜中自然感染，随动物尿污染水源和食物，人由此受染出现钩体病；非致病性钩体分布广泛，尤以水中为多，如双曲钩体。抵抗力较强，耐寒冷，在水中能生存数月之久，对青霉素、金霉素、热干燥、酸碱均敏感。

白色念珠菌 又称“白色假丝酵母菌”。革兰氏阳性，卵圆形，酵母样细胞，有芽和假菌丝。为存在于人口腔、上呼吸道、肠道和阴道等处的正常菌群，在抵抗力降低时，可致鹅口疮、阴道炎甚至内脏疾患等，称“白色念珠菌病”。

白色假丝酵母菌 即“白色念珠菌”。

免 疫 学

免疫学 研究生物体免疫反应和免疫现象的规律性，为有

关疾病（如传染病、肿瘤等）的诊断和防治提供理论基础和实用方法的学科。包括：1．免疫化学，研究抗原、抗体的形成、种类、理化性质及相互作用的机理；2．免疫生物学，研究参与免疫反应的组织、细胞的种类，对抗原的识别、反应形式及过程等；3．免疫病理学，研究免疫反应引起组织细胞的损伤和生理功能的改变（变态反应、免疫性疾病）；4．免疫遗传学，研究免疫反应的基因控制。按其研究对象又分为血液、肿瘤、移植和抗感染等免疫学。

抗原 能激发机体产生免疫反应的物质。有二种性能：1．免疫原性，刺激机体免疫系统产生特异性抗体或致敏淋巴细胞；2．反应原性，与相应免疫反应物起特异性结合而发生反应。按其性能可分为完全抗原和不完全抗原二类，前者既有免疫原性又有反应原性，多为各种微生物和异种蛋白质；后者只有反应原性，仅在与蛋白质结合后才成为完全抗原，一般为多糖、类脂等非蛋白物。

半抗原 又称“不完全抗原”。参 见“抗原”。

抗体 又称“免疫球蛋白”（英文缩写为“Ig”）。存在于体液中和淋巴细胞表面上的一组具有特异免疫功能的球蛋白。由浆细胞合成。其化学结构是四条多肽链，两条较长者称“重链”，两条较短者称“轻链”。根据重链的不同，分为 IgG、IgA、IgM、IgE 和 IgD 五类，有的还有亚类。抗体分子具有结合部位，可与对应的抗原决定簇起非共价的结合。与抗原结合后可表现出各种不同的反应，如增强白细胞吞噬作用将抗原清除或使抗原失去致病性，故常用于防治疾病。在另一些情况下，又可引起变态反应或免疫病理损伤等不良后果，如

青霉素过敏反应等。利用抗原抗体的特异性结合反应可以鉴定抗原或测定抗体，以协助诊断。

免疫 机体免疫系统识别和排斥外来异物的生理功能。包括：1．免疫防御，即抗感染免疫，作用过强则引起变态反应；2．免疫稳定，即维持机体内平衡，去除老死或受损细胞，作用过强可致自身免疫病；3．免疫监督，即去除在体内经常发生的异常细胞，当作用减弱时，如老年人，易出现恶性肿瘤。

免疫活性细胞 机体内对抗原敏感的受抗原刺激后发生特异性免疫应答的一类细胞群。按其来源和功能分为胸腺依赖细胞（T 细胞）非胸腺淋巴细胞（B 细胞）和 K 细胞、NK 细胞等，分别负责机体的细胞免疫和体液免疫。广泛分布于脾、淋巴结、骨髓、消化道淋巴组织等处，血液中以 T 细胞为主。

免疫淋巴细胞 又称“致敏淋巴细胞”。T 细胞在抗原刺激下发生转化并经多次分裂而产生的淋巴细胞群。当同种抗原再次刺激时，能迅速与相应抗原物质起特异性反应，将其破坏。

致敏淋巴细胞 即“免疫淋巴细胞”。

浆细胞 能合成和分泌抗体的细胞群。由机体 B 淋巴细胞在抗原刺激下分化产生，形成后数天内即死亡。抗体进入血流。

回忆反应 有特异性和非特异性两种。前者指当少量的抗原刺激以往曾接触过同种抗原的机体时，机体针对该抗原产生的比初次更为迅速和强烈的免疫应答，特点是抗体上升效价高，维持时间长久。后者指当机体受到不同抗原刺激时，可引起另一种抗体上升，上升效价低且很快下降的现象，如患

大叶性肺炎等疾病能使机体的伤寒抗体上升。

免疫球蛋白 即“抗体”。

补体 存在于人和脊椎动物正常新鲜血清和组织液中的一组具有酶原活性的球蛋白。约占血清球蛋白总量的 10%。由多种成分组成，大部分性质很不稳定，加热 56℃ 30 分钟即可灭活。除个别成分外，在体内均以酶的前体形式存在。可被抗原抗体复合物激活（传统激活途径），也可由多糖或凝聚免疫球蛋白激活（替代激活途径）。活化的补体具有促进吞噬和细菌等微生物的溶解，中和病毒等作用；在一定条件下也可引起组织细胞的损伤。

自然免疫 又称“种免疫”。人或动物天然存在的一种对异种动物的多数传染病不易感的免疫力。如人对牛瘟病有自然免疫而不被感染。

种免疫 即“自然免疫”。

获得免疫 通过自然或人工的方法获得的免疫。按获得方式分为：1．自然自动免疫；2．自然被动免疫；3．人工自动免疫；4．人工被动免疫。参见“自动免疫”、“被动免疫”。

自动免疫 通过自然感染或人工接种，使机体接受抗原刺激而主动产生免疫力。分为：1．自然自动免疫，即经感染获得的免疫，可维持很久甚至终身；(2) 人工自动免疫：经预防接种获得的免疫，可维持数月至数年。主要用于传染病的预防。

被动免疫 将免疫效应物质如特异性抗体、转移因子等输给正常个体，使后者获得免疫力。分为：1．自然被动免疫：胎儿经母体胎盘或新生儿经初乳获得抗体，使其在出生后短

期内（一般 6 个月）不易得某些传染病（如麻疹）；2．人工被动免疫：注射抗体等免疫物质（如免疫血清）获得的免疫，作用出现快，但维持时间短（2—3 周），故常用于治疗或紧急预防。

抗毒免疫 人体受外毒素或类毒素的刺激可产生抗毒素并与进入体内的相应毒素发生中和作用，使毒素丧失其毒害作用的免疫能力。如人患白喉或注射白喉类毒素后产生白喉抗毒素，能中和白喉毒素的毒性。

抗菌免疫 机体抵抗致病菌侵袭的能力。如患结核或接种卡介苗都能激发机体产生免疫反应，对抗结核感染。

细胞免疫 T 细胞受抗原刺激后，分化、增生、并转化为致敏淋巴细胞所表现出来的特异性免疫应答。当致敏 T 淋巴细胞再次接触同一抗原时，除直接作用外还释放出多种具有生物活性的淋巴因子，如巨噬细胞移动抑制因子、巨噬细胞激活因子、促分裂因子、转移因子、干扰素等等，将相应的抗原杀伤和清除。与人体对许多抗原物质的免疫反应都有关，包括胞内菌（结核杆菌等）、病毒、寄生虫等感染。此外，肿瘤免疫、移植排斥及大多数自身免疫病也以细胞免疫为主。

体液免疫 由抗体起主要作用的特异性免疫。与细胞免疫一起构成机体的两大特异性免疫反应。参见“抗体”、“浆细胞”。

转移因子 一种淋巴因子。功能是将正常 T 细胞转化为致敏淋巴细胞，从而扩大免疫反应。化学成分为多核苷酸或多肽，分子量小于 10000（2000—4000）。不耐热，56℃ 半小时失去活性。无免疫原性，故可反复应用。可从人类白细胞中

人工提取。被广泛用于治疗胞内感染及细胞免疫缺陷或功能降低的各种疾病，有一定疗效。

变态反应 机体再次接触相同抗原物质时产生的一种异常免疫反应。对机体不利，仅见于少数有过敏体质的人，如某些人吃过鱼虾后发生风疹块、呕吐等；某些人注射青霉素后出现休克。引起这种反应的物质称“过敏原”或“变应原”，一般为某种食物、药物、化学品、植物花粉、动物皮毛和异体组织等。公认的有四型：1．速发型，最常见，通称“过敏反应”，如支气管哮喘、青霉素过敏性休克；2．细胞毒型，如输血反应、新生儿溶血病；3．免疫复合物型，如肾小球肾炎、血清病；4．迟发型，如接触性皮炎、移植排斥反应。

自身免疫 机体对自身组织产生的异常免疫反应。由此而致的疾病称“自身免疫性疾病”，如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、慢性淋巴性甲状腺炎等。其病因尚不明，可能由于：1．组织细胞因外伤、炎症等原因发生改变成为自身抗原，刺激机体产生自身抗体和免疫淋巴细胞，从而引起病变；2．免疫调节异常，免疫活性细胞发生异常反应产生自身抗体和免疫淋巴细胞，致自身组织破坏。

免疫缺陷 免疫功能不全或缺如。表现为反复感染或严重感染和易发生淋巴系统的恶性肿瘤。分原发性（先天性）和继发性（后天获得性）两大类。前者多因遗传基因异常或胎内感染造成，主要见于新生儿和儿童；后者多见于长期接受免疫抑制疗法、淋巴系恶性肿瘤、蛋白消耗性肠病者等。按其缺陷部分又可分为体液免疫缺陷、细胞免疫缺陷、联合免疫缺陷、吞噬功能缺陷及补体缺乏五种。对细胞免疫缺陷及

严重联合免疫缺陷，采用骨髓移植、胚肝移植、胸腺移植或胸腺素治疗。

疫苗 广义的指细菌、螺旋体、病毒、立克次体等制成的生物制品；狭义的仅指后两者。接种后能使机体产生特异免疫力，预防相应疾病。有死、活疫苗之分。前者用杀死的病原体制成，如流行性乙型脑炎和斑疹伤寒疫苗；后者用减毒的或无毒的活病原体制成，如牛痘苗、麻疹疫苗。

菌苗 以细菌制成的生物制品。接种于人和动物体后，可增强其抗病能力。分为死菌苗和减毒活菌苗。前者如伤寒和流行性脑脊髓膜炎菌苗；后者如卡介苗。主要用于预防和治疗细菌性传染病。

干扰素 一类阻抑病毒增殖、调节免疫功能的蛋白质。分子量约 3 万。由一些动物细胞在病毒、细菌等微生物或其产物以及多聚核苷酸类诱导下产生，有广谱抗病毒作用，但有明显的种属特异性（某种属细胞产生的干扰素只作用于相同种属的其它细胞），作用机理主要是抑制病毒蛋白质的合成。

抗毒素 一种抗体。参与抗毒免疫。通常把类毒素或其它毒物（蛇毒等）注入马体，使马产生抗毒素后取其血清经人工处理制成。能中和相应毒素，故用于防治外毒素等毒物所致疾病，如白喉抗毒素。参见“抗毒免疫”。

胎盘球蛋白 从健康产妇胎盘中提取制成的丙种球蛋白制剂。常用于防治麻疹、传染性肝炎等病毒性疾病。

丙种球蛋白 从正常人血清中提取制成的球蛋白。含有多种抗体。主要用于防治麻疹、传染性肝炎、脊髓灰质炎等传染病及丙种球蛋白缺乏症。

抗血清 微生物或其毒素等抗原物质注入动物（马、牛、兔等）体内所产生的含有相应抗体的免疫血清。主要用于传染病的防治与诊断，如用破伤风抗血清防治破伤风。此外人感染某种病原体后，其血清中也有相应抗体，故也是抗血清。

牛痘苗 将减毒的天花病毒变种接种犊牛，取含病毒的痘疱制成的活疫苗。接种后可预防天花。天花是人类大敌，历史上曾使无数人致命，中国在十六世纪就广泛采用人痘接种法，以轻症天花病人的痘疹接种鼻内（又称“鼻苗”），为当时对抗天花的唯一办法，也是世界上最先使用人工免疫法的实例。1718 年英国驻土耳其大使的夫人蒙塔克把此法传到欧洲，从此，遍传欧亚各国。1796 年英国医学家琴纳发明牛痘法，20 世纪初，人类发现天花病毒，牛痘苗得以不断改进并进一步推广。由于牛痘苗的使用，使人类天花被消灭，1978 年 WHO（世界卫生组织）悬赏 1000 美元，奖给报告天花病人者，但无一人获得，1979 年 10 月 25 日 WHO 正式宣布：天花在全世界绝迹，这是人类战胜疾病的一个重大事件。

鼻苗 见“牛痘苗”。

卡介苗 由一种减毒的牛型结核杆菌变种所制成的活菌苗。由法国细菌学家卡尔美（Albert Léon Charles Calmette，1863—1933）和介林（Camille Guérin，1872—1961）培养而成，故名。给儿童口服或接种后，对预防结核病有效。

乙型肝炎血源疫苗 一种新型的乙型肝炎（简称“乙肝”）疫苗。无症状乙肝表面抗原携带者的血浆经浓缩、纯化，提取有效抗原后制成。1986 年，中国此疫苗的研制获得成功。对易感人群（包括成人、学生、学龄前儿童及婴儿）的免疫：用

10—20 微克剂量注射三次后，保护性抗体阳转率稳定维持在90%以上，免疫持久，3 年后抗体阳转率仍不低于 80%。对控制以至最终消灭乙肝将发挥巨大作用。但因其是由乙肝带毒者血浆制成，在安全性、原料来源及价格方面还存在着一些问题。

乙型肝炎基因工程疫苗 一种用基因工程方法制成的乙型肝炎（后简称“乙肝”）疫苗。于乙肝感染后出现的乙肝表面抗原，是乙肝病毒遗传基因控制下所产生的一种脂蛋白。美国缪勒教授和海涅博士，从 1978 年开始将这种表面抗原的基因插入到酵母菌的遗传物质中，酵母菌繁殖时就合成大量表面抗原，经多年努力，成功地用基因工程方法研制出又一种新型乙肝疫苗。将此疫苗接种到人体进行免疫试验及对新生儿的保护性试验，其免疫原和抗原性均不亚于乙肝血源疫苗，且因其所含的乙肝表面抗原来自酵母菌，使用时安全性高；制备时原料来源易、成本低，可大量供应，故它的产生将有利于人们预防和根除乙型肝炎。

自体菌苗 从病人自身病灶中分离出的细菌所制成的死菌苗。给本人注射有脱敏作用且能增强免疫力。常用于治疗慢性易复发的细菌性感染，如葡萄球菌引起的慢性化脓性感染。

B 细胞杂交瘤 应用细胞杂交技术将经抗原致敏的 B 淋巴细胞与在体外培养的有遗传缺陷的瘤细胞（如小鼠或人的骨髓瘤细胞、胸腺淋巴瘤细胞）融合、筛选而产生的杂交细胞系。这种杂交瘤细胞既具有瘤细胞易于在体外长期培养的特性，又具有 B 细胞产生抗体的功能。在一次融合中，有可能产生分泌不同抗体的多种杂交细胞，如将其中分泌所需特异

性抗体的单个细胞选择出来并进行培养，就可获得形态、结构和生物学功能完全一致的一群细胞，称为“单克隆”。这种细胞所分泌的抗体是均一的，而且在培养过程中，只要不发生变异，不同时间分泌的抗体都能保持同样的结构和功能，称作“单克隆抗体”。收集杂交瘤细胞培养上清液或将其接种到动物腹腔诱生腹水，可获大量单抗。根据用于杂交的双亲细胞来源不同又可分为人-人、人-鼠和鼠-鼠杂交瘤等。所分泌的单抗亦冠以相应的名称（如人-人单克隆抗体）。制备 B 细胞杂交瘤的技术是 1975 年，由当时在英国剑桥大学工作的克勒（Köhler）和米尔斯坦（Milstein）首创。

单克隆抗体 简称“单抗”。通过单克隆的培养而产生的一种结构、氨基酸排列顺序和特异性完全一致的抗体。具有高度的特异性和专一性，只与一种抗原决定簇起反应，广泛用于医学和生物学各门学科的研究和临床疾病的诊断及治疗。单抗的问世，被认为是医学和生物学领域的一场革命。由于单抗可携带放射性同位素、药物、毒素等到达机体内部的特定病变部位（如肿瘤），从而起到诊断和治疗的作用，因此又被称为“生物导弹”。但单抗的这种用途还处于临床实验阶段。（参见“B 细胞杂交瘤”）

菌苗疗法 反复注射菌苗以治疗某些慢性易复发的细菌性疾病的方法。如疖、波浪热等可用此法治疗。

血清疗法 用含有特异性抗体的抗血清治疗相应传染病的方法。如用破伤风抗血清治疗破伤风。在重复应用时须避免发生过敏反应，故应先作皮肤试验，如有过敏现象，经脱敏后才能使用。

佐剂 又称“非特异性免疫增强剂”。能提高机体非特异性免疫力的物质。与抗原物质同时或预先注射到机体，可显著加强机体对此抗原的免疫反应或改变免疫反应类型。其作用包括：1．将无抗原性的物质转变为有效的抗原；2．增加循环抗体滴度，或产生更有效的保护免疫性；3．改变产生循环抗体的类型；4．形成细胞参与的变态反应；5．产生实验性自身免疫病。种类很多，有氢氧化铝、甲基纤维素、细菌内毒素、百日咳菌苗等，但以弗氏佐剂最常用。多用于增强免疫效果、提高抗血清质量及加强免疫治疗肿瘤的作用。

非特异性免疫增强剂 即“佐剂”。

药 理 学

药理学 医学科学中的一门基础学科。研究药物与机体相互作用的基本规律及其原理，阐明药物对机体的作用及作用原理；药物在机体内的代谢过程，为寻找新药，老药新用和指导医师合理用药，提供科学的理论根据。药理学的研究方法是实验性方法。药物效应动力学（药效学）、药物代谢动力学（药动学）均为药理学的重要组成部分。

药典 记载药品规格的国家标准的法规文件。由国家主持编纂，颁布施行。规定药品的标准规格和检验方法，作为药品生产、检验、供应、使用和管理的依据。其收载的药品称为“法定药”。

天然药物 直接供给药用的天然产品和从天然产品中提出的化学药物。如石膏和由青霉菌培养液中提取的青霉素。

合成药物 用化学合成法或生物合成法制成的药物。如阿

斯匹林、乙醚、磺胺、氯霉素等。

生物制品 根据免疫学原理用微生物（细菌、病毒等）或微生物和动物的毒素，或人和动物的血液及组织等制成的制品。用于疾病预防、治疗或诊断。如麻疹疫苗、破伤风类毒素、结核菌素等。

麻醉药品 较易成瘾的药品。在药典中多包括在毒剧药品中，如1．阿片粉、阿片酊，2．吗啡、杜冷丁，3．可待因，4．罂粟碱，5．可卡因等。亦指普鲁卡因等局麻药及乙醚等全身麻醉药。

生物测定 也称“生物检定”。利用某些生物对某些物质的特殊需要，或对某些物质的特殊反应来定性、定量测定这些物质的方法。如用微生物测定维生素 B_{12}等药。

不良反应 使用药物中发生的与治疗目的无关的甚至对病人不利的作用。主要有：1．副作用，2．毒性反应，3．变态反应，4．后遗效应，5．继发性反应等。

副作用 指药物固有的药理作用，在治疗剂量下出现与治疗目的无关的作用。当某一作用被作为治疗目的时，其它作用就成为副作用，因此它是伴随治疗目的而改变的。如利血平能降低高血压，但有减慢心率的副作用。

毒性反应 用药剂量过大或用药时间过长引起，一般是在超过极量时才会发生。有时也可由于用药者对药物敏感性增加，在治疗量时也可出现。立即发生的毒性，称为“急性毒性”；长期服药后逐渐发生的毒性，称为“慢性毒性”。

变态反应 机体受药物刺激后发生的不正常免疫反应。可由药物本身、药物在体内的代谢物，或药物制剂中的杂质引

起。这种反应仅见于少数过敏的病人；与药物剂量无关，治疗量或极量均可发生。如青霉素可能引起过敏性休克。

后遗效应 指停药后血药物浓度已降到阈浓度以下时残存的生物效应。可能非常短暂或较为持久。如口服巴比妥类催眠药后次晨仍有困倦、头昏、乏力等后遗作用；长期应用肾上腺皮质激素，停药后可引起肾上腺皮质功能低下。

协同作用 二种或二种以上药物共同应用时药物效应增加。如药物合并应用时它们的效应是药物分别作用的代数和称为“相加作用”；如效应大于它们个别效应的代数和称为“增强作用”；如一药可使组织或受体对另一药的敏感性增强称为“增敏作用”。

拮抗作用 即“对抗作用”。两种或两种以上药物共同应用时药物效应减弱，小于它们分别作用的总和。

蓄积中毒 反复用药时，由于体内解毒或排泄障碍而发生的中毒。如反复应用洋地黄类药物时，不控制剂量或肝、肾功能不良，则易引起此中毒。

剂量 又称“药用量”。凡能产生药物治疗作用所需要的用量。普通所说的剂量，是指成人（18—60 岁）一次的平均用量。如小于这个量，就不产生治疗效果，大于这个量到一定程度则出现中毒现象为“中毒量”，再增加量可致生命死亡为“致死量”。但药物的用量因病人具体情况不同而异。

化学治疗 用化学药物抑制或杀灭机体内的病原微生物，寄生虫等病原体以及癌细胞，消除或缓解由它们所引起的疾病。

毒药 指毒性极大的药品，用量稍大即可危及生命。如三

氧二砷、亚砷酸钾溶液等。

剧药 毒性虽不如毒药严重，但作用剧烈，容易发生中毒、成瘾等的药品。如吗啡、可待因、乙醚、奎尼丁等。

拟胆碱药 作用与胆碱能神经递质——乙酰胆碱相似的药物。按作用原理分为二大类；一类是直接作用于胆碱受体的药物，如乙酰胆碱，氨甲酰胆碱、毛果芸香碱，烟碱等；另一类是抗胆碱酯酶药，使胆碱酯酶受抑制，乙酰胆碱积聚而发挥拟胆碱作用，如新斯的明、有机磷酸酯类（1605、1059、乐果等）、毒扁豆碱。

毛果芸香碱 又称“匹鲁卡品”（拉丁文 Pilocarpinum 的音译）。似胆碱药。从毛果芸香属植物中提出的生物碱，也能人工合成。其水溶液性质稳定。滴眼能缩小瞳孔、降低眼内压、调节痉挛，治疗青光眼和虹膜炎。

匹鲁卡品 即“毛果芸香碱”。

新斯的明 常用的有甲基硫酸新斯的明和溴新斯的明。是可逆性的胆碱酯酶活性抑制剂，使乙酰胆碱在体内堆积，表现出乙酰胆碱的作用。用于治疗重症肌无力、手术后腹气胀及尿潴留、阵发性室上性心动过速等。过量时可引起“胆碱能危象”。禁用于心绞痛、支气管哮喘、机械性肠梗阻及尿路梗塞。

抗胆碱药 能与胆碱受体结合，阻碍胆碱能神经递质或拟胆碱药与受体结合，从而产生抗胆碱作用的一类药物。分二类 1．M 胆碱受体阻断剂，如阿托品、山莨菪碱、东莨菪碱等能阻断 M 胆碱受体，具有抗 M 样作用。如能扩大瞳孔、抑制腺体分泌、解除平滑肌痉挛、加速心率等。2．N 胆碱能受体

阻断剂。N_1类阻断药有美加明、咪噻芬等。能阻断神经节细胞膜上的N_1受体，主要降低血压；N_2类阻断药有琥珀酰胆碱等阻断骨骼肌运动终板内的N_2受体，使骨骼肌松弛。

M 胆碱受体阻断药 又称“抗副交感药”、“节后抗胆碱药”、“平滑肌解痉药”。“参见“抗胆碱药”。

N_1胆碱受体阻断药 又称“神经节阻断药”。参见“抗胆碱药”。

N_2胆碱受体阻断药 又称“骨骼肌松弛药”。参见“抗胆碱药”。

阿托品 为无色结晶或白色结晶粉末，易溶于水。抗胆碱作用属于M 胆碱受体阻断型。药物作用：能抑制腺体分泌，扩大瞳孔，眼内压升高，调节麻痹，解除平滑肌痉挛，还可作用于心血管系统和中枢神经系统。主要治疗内脏绞痛如胃肠道、肾、胆绞痛等；急性微循环障碍；有机磷杀虫药中毒；阿—斯氏综合征；散瞳。有口干、心动过速，皮肤潮红、视力模糊等不良反应。青光眼、前列腺肥大患者禁用。

拟肾上腺素药 又称“拟交感胺”。化学结构与肾上腺素相似的一类药物。作用与交感神经兴奋的效应相似，如心跳加快加强、血管收缩、血压升高、瞳孔扩大、胃肠蠕动减弱、支气管舒张、血糖增加等。常用的分：主要作用于α受体的（去甲肾上腺素、阿拉明、新福林、甲氧胺）、作用于α和β受体的（肾上腺素、多巴胺、麻黄素）、作用于β受体的（异丙肾上腺素、多巴酚丁胺）三类药物。

去甲肾上腺素 旧称“正肾上腺素”。肾上腺素能神经末梢释放的主要递质。药用的是人工合成品。常用重酒石酸去甲

肾上腺素。本品为白色结晶性粉末；无臭、味苦；化学性质不稳定，见光易失效，在碱性溶液里迅速氧化失效。药物作用：主要激动α受体，使血管收缩，血压升高，兴奋心肌作用较弱，大剂量时出现血糖升高。临床用于治疗休克、上消化道出血。

正肾上腺素 即“去甲肾上腺素”。

肾上腺素 旧称“副肾上腺素”。肾上腺髓质产生的主要激素。药用的可从家畜肾上腺中提取或人工合成。理化性质与去甲肾上腺素相似。激动α和β两受体产生较强的α型和β型作用，兴奋心脏，血管收缩，血压升高和血糖增加；支气管和胃肠平滑肌松弛等。临床应用于1．心脏骤停、2．过敏性休克、3．支气管哮喘、4．局部止血等。

副肾上腺素 即“肾上腺素”。

多巴胺 拉丁文Dapaminum的音译。又名“3-羟酪胺”。是去甲肾上腺素的前体，也是中枢神经递质，α和β两受体兴奋剂。药用的是人工合成品盐酸多巴胺。理化性质与肾上腺素相似。药物作用：主要能选择性地作用于多巴胺受体，增强心肌收缩力，扩张肾血管，增加肾血流量，血压升高。用于抗休克治疗，与利尿药合用治疗急性肾功能衰竭。

3-羟酪胺 即“多巴胺”。

异丙肾上腺素 为人工合成品，常用“盐酸异丙肾上腺素”又名“喘息定”。理化性质与“肾上腺素”相似。是β受体激动剂。兴奋心脏、松弛支气管平滑肌及扩张骨骼肌血管。与“肾上腺素”相比，加快心率、加速传导、对正位起搏点的作用较强。临床用于治疗支气管哮喘、房室传导阻滞、心

脏骤停、抗休克。

喘息定 即“异丙肾上腺素”。

抗肾上腺素药 能阻断肾上腺素能受体作用的药物。根据所阻断的受体不同，分为“α受体阻断药”、与“β受体阻断药”。前者具有阻断α受体效应（如皮肤粘膜血管收缩等）的作用。短效的主要有酚妥拉明、妥拉唑啉，长效的主要有酚苄明；后者呈现阻断β受体效应（如心脏兴奋、血管及支气管扩张等）的作用。如心得安、心得舒、心得平、心得静等。

α受体阻断剂 又称“α型抗肾上腺素药”。参见“抗肾上腺素药”。

β受体阻断剂 又称“β型抗肾上腺素药”。参见“抗肾上腺素药”。

苄胺唑啉 又称“酚妥拉明”、“力其丁”。肾上腺素α受体阻断剂之一。选择性阻断α受体。扩张外周血管、兴奋心脏。临床用于外周血管痉挛性疾病，血栓闭塞性脉管炎，抗休克及嗜铬细胞瘤诊断等。

力其丁 即“苄胺唑啉”。

酚妥拉明 即“苄胺唑啉”。

心得安 又称“盐酸普萘洛尔”。白色结晶性粉末；无臭，味微甜而后苦，在水中溶解。是β肾上腺素能受体阻滞剂。可抑制心脏活动，降低心肌耗氧量、降低血压，使支气管平滑肌收缩。用于治疗心律失常，心绞痛、高血压和甲状腺机能亢进等。支气管哮喘及房室传导阻滞者禁用。

局部麻醉药 简称“局麻药”。能在用药局部可逆性地阻断感觉神经冲动发生与传导的药物。常用的有普鲁卡因，丁卡

因、利多卡因、布比卡因。临床主要使用于手术野或创伤面，使局部痛觉暂时消失，而能保持神志清醒及远隔脏器活动基本正常。局麻方法有表面麻醉、浸润麻醉、传导麻醉、腰麻(蛛网膜下腔麻醉)、硬脊髓外麻醉。

普鲁卡因 又称“奴佛卡因”。德文Novocain，拉丁文Procainum的音译。最常用的局部麻醉药。白色结晶或结晶性粉末，易溶于水。可作注射麻醉和封闭治疗等。毒性低，偶有过敏反应。首次用药应作皮肤过敏试验。

奴佛卡因 即“普鲁卡因”。

全身麻醉药 简称“全麻药”。能抑制中枢神经系统功能，达到意识消失，对全身任何部位的痛刺激失去感觉和反应的一类药物。主要用于外科大手术。按给药途径不同分为“静注麻醉药”和“吸入麻醉药”二类：静注麻醉药系非挥发性中枢神经抑制药，作用迅速而短暂，静脉注射给药，如硫喷妥钠；吸入麻醉药有高度挥发性，由呼吸道吸收进入体内，如麻醉乙醚、氟烷、甲氧氟烷、氧化亚氮（笑气）等药。

麻醉乙醚 无色透明、易流动的液体；有特殊气味、味灼烈、微甜。有极强的挥发性和燃烧性，蒸气与空气混合后，遇火能爆炸。在空气与日光影响下，渐氧化变质。能溶于水。为中枢神经抑制药，用于吸入性全麻。超量可引起心跳剧停。呼吸系统病变患者禁用。

催眠药 又称“安眠药”。能引起近似生理性睡眠的一类药物。抑制中枢神经系统而导致睡眠，同生理性睡眠相似。常用药有巴比妥类和苯二氮 类，前者根据服药后睡眠持续时间分为长效类（6—8小时）如巴比妥、苯巴比妥，中效类

（4—6 小时）如戊巴比妥、异戊巴比妥，短效类（2—3 小时）如司可巴比妥，超短效类（1/4 小时）如硫喷妥钠；后者有利眠宁、安定、去甲羟基安定、硝基安定、氟安定。其它类有水合氯醛、安眠酮、导眠能和眠尔通（安宁）等。

镇静药 轻度抑制中枢神经系统，使兴奋不安的病人安静。与“催眠药”无本质区别，随用药剂量不同产生的抑制程度不同。小剂量镇静，可治疗焦虑，紧张等；中剂量催眠，可治疗单纯性失眠；大剂量时产生麻醉作用并可对抗惊厥。过量则麻痹延脑，引起呼吸抑制，循环衰竭而死亡。参见“催眠药”。

苯巴比妥 又称“鲁米那”（德文 Luminal 的音译）。长效类催眠镇静药。白色结晶性粉末，难溶于水，作用为镇静、催眠、抗惊厥。用于焦虑、失眠、癫痫及惊厥。由肝脏代谢，肾脏排泄。肝肾有病者慎用。

鲁米那 即“苯巴比妥”。

安定 苯二氮 类抗焦虑和镇静、催眠药。白色结晶性粉末；无臭、味微苦，不溶于水。具有镇静、催眠、抗焦虑、抗惊厥、抗癫痫和中枢肌肉松弛作用。用于治疗焦虑、恐惧、失眠、肌肉痉挛、癫痫及惊厥等。

抗癫痫药 能控制短暂的大脑皮层功能紊乱，防治癫痫发作的药物。常用的有 1．乙内酰脲类如苯妥英钠，2．巴比妥类如鲁米那，3．琥珀酰胺类如乙琥胺，4．恶唑烷类如三甲双酮，5．苯二氮 类如安定，6．其他类如丙戊酸钠、酰胺咪嗪。

苯妥英钠 又称“大仑丁”（英文 Dilantin 的音译）。抗癫痫

药。白色粉末，易溶于水。用于防治癫痫大发作和精神运动性发作；抗心律失常；抗外周神经痛。毒性小，偶有胃肠道反应、头痛、头晕和白细胞减少等。

大仑丁 即“苯妥英钠”。

抗惊厥药 对抗多种原因所致的全身骨骼肌不自主的强烈收缩，减低中枢神经系统过度兴奋的药物。常用的有：巴比妥类药、水合氯醛、安定和硫酸镁注射液。用于小儿高热惊厥、子痫、破伤风、癫痫大发作和中枢神经兴奋药中毒等。

抗精神失常药 治疗精神失常的药物。根据临床用途分为：1．抗精神病药：主要用于治疗精神分裂症。治疗药物有酚噻嗪类、硫杂蒽类、洱冢苯类、二苯二氮 类和苯甲酰胺类；2．抗忧郁药：治疗忧郁症；药物主要有三环类及单胺氧化酶抑制剂；3．抗躁狂药：治疗躁狂症。治疗药物以碳酸钾为代表。

氯丙嗪 又称“冬眠灵”。化合物“盐酸氯丙嗪”为白色结晶性粉末；有微臭，味极苦；易溶于水、乙醇。抗精神病药。具有镇静、安定、抗精神病、止吐、调节体温、加强中枢神经系统抑制药的作用。可引起口干、便秘、视力模糊，降压、影响内分泌功能等作用。用于治疗精神病，麻醉前给药及“人工冬眠”、止吐、镇痛等。

冬眠灵 即“氯丙嗪”。

镇痛药 主要作用于中枢神经系统，选择性抑制痛觉，但意识清醒，其它感觉不受影响的药物。临床应用的有阿片生物碱（吗啡、可待因、罂粟碱等）、人工合成镇痛药（杜冷丁、安侬痛、芬太尼、美散痛、镇痛新）。中药成分的颅痛定、延胡索等。最常用的是吗啡、杜冷丁、可待因，都有成瘾性，不

可久用。

吗啡 英文Morphine的音译。镇痛药。盐酸吗啡呈白色结晶，无臭，味苦，能溶于水和醇。具有镇痛、镇静、止咳、抑制呼吸及胃肠蠕动等作用。用于剧烈疼痛、心源性哮喘、麻醉前给药。禁用于分娩、哺乳期妇女、及支气管哮喘和肺心病等。

杜冷丁 又称“哌替啶”(拉丁文Pethidinum的音译)。盐酸哌替啶称“杜冷丁”(德文Dolantin的音译)。镇痛药。白色结晶粉末，无臭，溶于水和醇。作用：镇痛强度约为吗啡的1/10，可镇静，呼吸抑制较吗啡轻，轻度提高胃肠道平滑肌与括约肌的张力。用于剧烈疼痛、麻醉前给药，人工冬眠、心源性哮喘。

哌替定 即“杜冷丁”。

颅痛定 白色或微黄色结晶，无臭、无味、不溶于水。有镇痛、镇静、催眠、镇吐作用。用于消化道钝痛、痛经、分娩痛、疼痛性失眠、痉挛性咳嗽等。副作用有眩晕、乏力、恶心和嗜睡。无成瘾性。

解热镇痛抗炎药 又称“阿斯匹林类药物”。具有解热、镇痛、抗炎、抗风湿作用。常用解热镇痛药有水扬酸类（阿斯匹林、水扬酸钠)；苯胺类（醋氨酚、非那西汀)；吡唑酮类(安乃近、保泰松、羟基保泰松)；芳基烷酸类（消炎痛、异丁洛芬、萘普生)；灭酸类（甲灭酸）等。

阿斯匹林 又称“乙酰水扬酸”、“醋柳酸”。解热镇痛药。白色结晶或结晶性粉末；无臭、味微酸；微溶于水，易溶于乙醇，具有解热、镇痛、抗风湿作用，及抗血小板聚集和抗

血栓形成作用。用于头痛、关节痛、神经痛、肌肉痛、牙痛、月经痛等，风湿病和类风湿病，预防血栓。不良反应：常见的有胃肠道刺激，凝血障碍，水扬酸反应（用量过大时可出现恶心、呕吐、耳鸣、眩晕等），过敏反应等。胃与十二指肠溃疡患者慎用。

消炎痛 又称“吲哚美辛”。类白色或微黄色结晶性粉末；无臭，无味。几乎不溶于水。消炎镇痛药。是一种前列腺素合成的强抑制剂。用于风湿性关节炎，类风湿性关节炎，强直性脊椎炎、骨关节炎，急性痛风发作期。肾功能不全及孕妇禁用，小儿慎用。

中枢兴奋药 能提高中枢神经系统机能活动的一类药物。分为：1．主要兴奋大脑皮层的咖啡因、利他林、氯酯醒等；2．主要兴奋延髓呼吸中枢的可拉明、回苏灵、洛贝林和美解眠等；3．主要兴奋脊髓的士的宁等。过量导致惊厥。

咖啡因 又称“咖啡碱”。拉丁文Caffeinum的音译。中枢兴奋药。从咖啡豆和茶叶中提得的生物碱或化学合成。白色结晶；易溶于水。兴奋大脑皮层，提高其功能。对呼吸和循环中枢也有兴奋作用。常用制剂：苯甲酸钠咖啡因，又称“安钠咖”。用于中枢性呼吸及循环功能不全。

尼可刹米 又称“可拉明”（德文Coramin的音译）。拉丁文Nikethamidum的音译。人工合成的呼吸中枢兴奋药。无色或淡黄色油状液，能与水混和。主要用于各种原因引起的中枢性呼吸抑制。安全范围大，较为常用。

可拉明 即“尼可刹米”。

强心甙 俗称“强心药”。是一类选择地作用于心脏的药物。

能加强心肌收缩力，影响心肌的电生理活动。临床上主要用于治疗充血性心力衰竭和某些心律失常。强心性生药资源有：紫花毛地黄、夹竹桃、万年青、羊角拗、铃兰等。常用的强心药有洋地黄、洋地黄毒甙、地高辛（强心素）、西地兰（毛花强心丙）和毒毛旋花子甙K。毒性反应：胃肠道症状、神经系统反应和黄视或绿视，各种严重的心律失常等。

地高辛 英文Digoxin的音译。中效强心药。有加强心肌收缩力减慢心率和抑制传导的作用。口服后1—2小时显效，4—8小时达高效。作用快，易排泄，较少蓄积中毒。治疗充血性心力衰竭和某些心律失常。毒性反应参见“强心甙”。

西地兰 又称“毛花强心丙”。英文Cedilanid的音译。快效强心药。有加强心肌收缩力，减慢心率抑制心脏传导的作用。静脉注射10—30分钟显效，1—2小时达高峰。用途及毒性反应参见“强心甙”。

毛花丙甙 即“西地兰”。

抗心律失常药 治疗快速型心律失常（常见的有心房纤维性颤动、心房扑动、房性心动过速、室性心动过速以及过早搏动等）的药物。分五大类：1．主要抑制钠通道的Ⅰ类药有奎尼丁、普鲁卡因酰胺、异丙吡胺、常咯啉；2．主要促进钾外流的Ⅱ类药有利多卡因、苯妥英钠、慢心律、安搏律定、室安卡因；3．肾上腺素β受体阻断剂，Ⅲ类药以心得安为代表；4．延长动作电位时间的Ⅳ类药有乙胺碘呋酮、溴苄铵；5．慢通道阻滞剂，以异搏定为代表。

奎尼丁 拉丁文Quinidinum的音译。金鸡纳树皮所含的一种生物碱。“硫酸奎尼丁”为白色结晶；无臭，味极苦；略

溶于水中。抗心律失常药。阻止钠离子内流，可抑制心脏异位节律点的自律性，减慢心肌传导。主要治疗心房纤颤，心房扑动。不良反应主要有：消化道（恶心、呕吐、腹泻），心血管（低血压、心动过缓或停搏、心动过速等），金鸡纳反应（头痛、头晕、视力、听力减退、耳鸣等），过敏反应。严重心肌损害者禁用；心力衰竭、低血压及肝、肾功能不全者慎用。

利多卡因 又称“赛罗卡因”。拉丁文 Lidocainum 的音译。局部麻醉药。主要促进钾离子外流，降低心肌自律性，提高心室的致颤阈。是治疗各种室性心律失常的首选药，还可防治心肌梗塞并发的心律失常。

赛罗卡因 即“利多卡因”。

乙胺碘呋酮 又称“胺碘酮”。延长动作电位时间的抗心律失常药。主要作用是延长心脏房室结、心房肌和心室肌的动作电位时间和有效不应期。用于治疗室性和室上性心律失常。因含有碘，久用可影响甲状腺功能。

胺碘酮 即“乙胺碘呋酮”。

异搏定 又称“戊脉安”。“盐酸维拉帕米”。抗快速型心律失常药，钙通道阻滞剂。基本作用：阻滞心肌和平滑肌细胞的慢通道，抑制钙离子向细胞内流，阻碍慢反应电活动。扩张血管增加冠脉血流。治疗室上性心动过速、心绞痛、高血压病和肥厚性心肌病。静脉注射过量或过快可引起低血压、心动过缓、心脏停搏。禁止与β肾上腺素受体阻滞药合用。

抗心绞痛药 防治心绞痛的一类药物。能增加心肌的供氧量，降低心肌的需氧量，从而缓解心绞痛。常用的有：1．亚

硝酸类及硝酸酯类：如亚硝酸异戊酯、硝酸甘油等；2．β受体阻滞剂：如普萘洛尔等；3．阻钙内流药：如硝苯吡啶，心可宁、心舒宁等；4．抑制腺苷转运和代谢的药物：如潘生丁；5．抗心绞痛中草药：如丹参、葛根、川芎嗪等。

硝酸甘油 甘油的三硝酸酯。抗心绞痛药。基本作用：松弛平滑肌、扩张血管、减轻心脏前、后负荷。治疗心绞痛。舌下给药，1—2 分钟见效，持续 10—40 分钟。不良反应：头痛，皮肤发红，眼内压升高等，故青光眼慎用。

心痛定 又称“硝苯吡啶”。钙通道阻滞剂。抗心绞痛药。可增加冠脉流量，减弱心肌收缩力，减慢心率并降低心肌耗氧量，扩张周围血管，降低血压。用于防治心绞痛和降低高血压。

硝苯吡啶 即“心痛定”。

降血脂药 降低血浆脂质、脂蛋白含量，特别是胆固醇和甘油三酯的药物。它们还能减少血小板的粘附性，抑制血小板聚集。主要用于治疗高脂蛋白血症，预防动脉粥样硬化等。常用药：安妥明、烟酸、亚油酸、消胆胺等。

抗高血压药 又称“降压药”。能降低动脉血压，用于高血压治疗的药物。根据它们在血压调节系统中的作用不同分为主要作用于中枢神经的药（如可乐宁、甲基多巴）、神经节阻断药（美加明、阿方那特）、抗肾上腺素能神经药（利血平、胍乙啶、降压灵等）、抗肾上腺素药（α受体阻断剂哌唑嗪、β受体阻断剂心得安、α和β受体阻断剂柳胺苄心安）、作用于血管平滑肌的药（肼苯哒嗪、长压定、硝普钠、心痛定）、主要影响血容量的药（利尿剂）、影响血管紧张素 I 形成的药

(巯甲丙脯酸）等七类。

利血平 又称“蛇根碱”。英文 Reserpine 的音译。抗高血压药。印度萝芙木中所含的一种生物碱。也可化学合成。国产萝芙木所含总生物碱称“降压灵”。有降压镇静作用。治疗高血压。副作用：鼻塞，心率减慢，胃酸多等。

蛇根碱 即“利血平”。

硝普钠 又称“亚硝基铁氰化钠”。速效降压药。对小动脉和静脉有扩张作用。主要用于治疗高血压危象，急性和慢性心功能不全。它遇光易破坏。停药后在 5 分钟内血压回升至原水平。

亚硝基铁氰化钠 即“硝普钠”。

巯甲丙脯酸 又称“SQ 14225”。抑制血管紧张素转化酶的降压药。抑制血管紧张素Ⅰ转化酶，使血管紧张素Ⅱ形成减少，减弱其血管收缩作用，又使缓激肽水解减少，加强其舒张血管作用。用于治疗高血压等。

利尿药 作用于肾脏，能增加尿量和钠离子排出的药物。常用于治疗各种水肿，充血性心力衰竭和高血压等。按其作用强度，可分为 1．强利尿药，包括速尿、利尿酸、丁苯氧酸和汞撒利，2．中效的噻嗪类、氯噻酮，3．弱利尿药，有安体舒通、氨苯喋啶等。最常用的利尿药有速尿、双氢克尿塞、氨苯喋啶、安体舒通。

速尿 又称“呋喃苯氨酸”。强利尿药。有抑制肾小管髓襻的重吸收作用，使尿和尿中钠、氯离子排泄明显增加。治疗水肿，特别是其他利尿药无效的严重水肿。也用于急性肺水肿和脑水肿。久用易致低血容量，低血钾和低钠、低氯性碱

血症。

双氢克尿塞 又称“双氢氯噻嗪”。中效利尿药。主要作用：利尿、降压。用于治疗各种轻、中度水肿和肾性尿崩症等。长期服用可引起电解质紊乱、高血糖和高尿酸血症。

双氢氯噻嗪 即“双氢克尿塞”。

氨苯喋啶 又称“三氨喋啶”。弱利尿药。对肾脏有排N_a^+保K^+作用。与其他利尿药合用治疗水肿效果较好。高血钾症患者禁用。单独服用可致高血钾症。

三氨喋啶 即“氨苯喋啶”。

脱水药 指能使组织脱水的药物。由于大量给脱水药，在血浆、肾小球滤过液及肾小管腔液中形成高渗透压，产生利尿作用。用于脑水肿，青光眼，预防急性肾功能衰竭。常用药：20%甘露醇、25%山梨醇和高渗葡萄糖。

抗凝血药 降低血液凝固和防止血栓形成及扩大的药物。包括四类：1．主要影响凝血酶和凝血因子形成的药物，如肝素和香豆素类常用于体内抗凝；2．体外抗凝药，如枸橼酸钠；3．促进纤维蛋白溶解药，如链激酶，尿激酶；4．抗血小板聚集药，如乙酰水杨酸、潘生丁。

肝素 抗凝血药。从猪、牛肺中提取制成。白色粉末，易溶于水。在体内或体外都有抗凝血作用，对凝血过程的每一步骤几乎都有抑制作用。用于血栓栓塞性疾病，弥散性血管内凝血早期、心血管手术、心导管检查、体外循环、血液透析等。过量可致自发性出血。出血素质患者、溃疡病、肝肾功能不全者禁用。参见“生物”中的“肝素”。

枸橼酸钠 又称“柠檬酸钠”。抗凝血药。能与血中钙离子

结合而发挥抗凝血作用。仅适用于体外抗凝。如输血时每 100 毫升全血中加入 2．5%枸橼酸钠 10 毫升，可使血液不再凝固。采集血标本也需用其抗凝。

柠檬酸钠 即“枸橼酸钠”。

凝血药 能使出血停止的药物。主要通过血管因素和凝血过程而达到止血作用。常用凝血药有 1.作用于血管的脑垂体后叶素、去甲肾上腺素、安络血、麦角新碱等，2．促进凝血因子活性的维生素 K，3．作用于血小板的止血药有止血敏、止血灵等，4．抗纤维蛋白溶解的止血药如 6—氨基已酸、抗血纤溶芳酸、止血环酸、抑肽酶等，5．局部止血药如明胶海绵、纤维海绵等，6．凝血成分输入如血小板、第Ⅷ因子、凝血酶元。

安络血 又称“安特诺新”。凝血药。降低毛细血管的通透性、促进毛细血管收缩。适用于肺、脑、鼻、子宫等脏器出血。可以口服和肌注。癫痫者慎用。

止血敏 又称“酚磺乙胺”。凝血药。增加血小板数目及其功能，并减少毛细血管的通透性而达到止血作用。适用于各种手术前后的预防出血和止血、各种血管因素引起的出血。可以肌肉、静脉注射和静脉滴注。

抗血纤溶芳酸 又称“对羧基苄胺”、“止血芳酸”。凝血药。能阻止纤维蛋白溶酶的形成，抑制纤维蛋白溶解，从而起到止血作用。适用于外科手术及术后出血，内科各种原因所致的出血，DIC 纤溶出血的后期等。可静脉注射或静脉滴注。

维生素 K 促凝血药。其脂溶性的分 K_1、K_2，水溶性的分 K_3、K_4，是人工合成品。肝脏利用维生素 K 合成凝血酶原而

发挥凝血作用。用于治疗阻塞性黄疸，某些慢性腹泻，早产儿、新生儿出血或其它原因导致凝血酶原过低而出血。参见“农业”中的“维生素K”。

镇咳药 制止咳嗽的药物。分中枢性和末梢性镇咳药。前者抑制咳嗽中枢达到止咳，如成瘾性的吗啡、可待因和非成瘾性的美沙芬、敌退咳、咳必清、咳必定、必嗽平等；后者抑制咳嗽反射弧中的感受器、传入神经或传出神经中的任何一环节而产生镇咳作用，如退嗽、那可丁等、强效镇咳药如可待因等，多痰患者禁用。

咳必清 又称“托克拉斯”。镇咳药。对咳嗽中枢有抑制作用，持续4—6小时，镇咳较可待因弱。适用于刺激性干咳。多痰和青光眼病人忌用。

托克拉斯 英文Toclase的音译。为人工合成的非成瘾性镇咳药。止咳作用较可待因弱。适用于呼吸道炎症引起的干咳。参见“咳必清”。

可待因 又称“甲基吗啡”。阿片中所含的生物碱。为中枢性镇咳药。有镇咳、止痛作用。主要用于无痰性干咳。久用成瘾。

甲基吗啡 即“可待因”。

抗缺铁性贫血药 纠正各种原因造成的体内贮铁量不足的贫血药。常用的铁制剂有硫酸亚铁、枸橼酸铁胺、右旋糖酐铁等。它们供给铁原料，氧化为三价铁与血浆中的β_2球蛋白结合成为血浆铁蛋白，贮存在肝、脾和骨髓中，供造血使用。用于缺铁性贫血，妊娠和营养不良性贫血及慢性失血所引起的贫血。

右旋糖酐 葡萄糖聚合物，血容量扩充剂。临床上常用的有中分子量（平均分子量约75000）和低分子量（平均分子量约 40000）两种。通过其胶体渗透压达到扩充血容量作用，阻止红细胞和血小板聚集有轻度抗凝作用。主要用于抗休克，改善微循环，扩充血容量。偶见过敏反应。严重心、肾疾病慎用。

组胺 又称“组织胺”。人工合成或从动、植物中提取的药物。组胺与机体内 H_1 和 H_2 受体结合，能使支气管、胃肠道平滑肌痉挛，毛细血管通透性增加，称为 H_1 型效应；刺激胃液分泌，加快心率为 H_2 型效应。临床只用组胺检查胃的分泌功能，极少用于治疗。支气管哮喘者禁用。

抗酸啶 又称“盐酸甲氨乙基吡啶”。组织胺 H_1 受体激动剂。有扩张血管，增加内耳、肝、脾和冠状动脉血流量的作用。用于治疗内耳眩晕病，纠正内耳痉挛，减轻膜迷路积水。溃疡病、支气管哮喘慎用。

抗组胺药 能竞争性地阻断组织胺与其受体结合，而产生对抗组织胺的主要作用的药物。可分为组织胺 H_1 受体阻断药（亦称 H_1 抗组织胺药）和组织胺 H_2 受体阻断药（亦称 H_2 抗组织胺药）。前者可对抗由组胺对 H_1 受体作用而引起毛细血管通透性增加，血压下降，支气管和肠道平滑肌收缩等作用，如朴尔敏，苯海拉明等；后者能对抗组胺激动 H_2 受体所致的胃酸分泌增加、血管平滑肌舒张，心率增加等作用。如甲氰咪弧、呋喃硝胺等。

非那更 又称“异丙嗪”。强而可靠的组胺 H_1 受体阻断剂。抗组胺作用时间较苯海拉明长，对中枢神经有抑制作用。主

要用于变态反应性疾病、晕动病、止吐、人工冬眠、麻醉前给药等。

异丙嗪 即“非那更”。

甲氰咪呱 组胺 H_2 受体阻断药。对组胺 H_2 受体有较强的选择性阻断作用。主要用于治疗消化性溃疡病，抑制胃液分泌，促进溃疡愈合。毒性低，副作用轻微。

平喘药 对抗哮喘的药物。常用的药有：1．主要兴奋 β 受体的药物，包括肾上腺素、麻黄素、异丙肾上腺素，舒喘灵等；2．磷酸二酯酶抑制药，包括氨茶碱、胆茶碱、喘啶；3．M 胆碱受体阻断剂（异丙基阿托品）；4．肥大细胞膜稳定剂（色甘酸二钠）；5．肾上腺皮质激素类药（二丙酸氯地米松）。

舒喘灵 又称“舒喘宁”、“嗽必妥”。β_2 受体激动药。对 β_2 受体有激动作用，使支气管扩张，但心跳加快作用较轻微。用于支气管哮喘，喘息性支气管炎。制止哮喘发作多用气雾吸入法，预防发作可口服。副作用轻微。

氨茶碱 平喘药。松弛支气管平滑肌、兴奋心脏和中枢神经系统，用于治疗支气管哮喘。静脉注射太快易引起心律失常或血压骤降和惊厥等不良反应。

二丙酸氯地米松 肾上腺皮质激素类药。为地塞米松的衍生物。有消炎、控制过敏反应和增强 β 受体激动药激活腺苷环化酶的作用。气雾吸入法代替强的松的全身给药，几无全身不良反应。用于治疗支气管哮喘症。

泻药 治疗便秘、排除肠内毒物和异物的药。根据泻药作用方式分三类：1．容积性泻药（又称盐类泻药），如硫酸镁、硫酸钠等，在肠壁不易吸收，使肠内渗透压升高或亲水性增

强，则保留和增加大量水分，形成机械性刺激而反射地促进肠蠕动，产生导泻作用。2．接触性泻药（刺激性泻药），如大黄、番泻叶、酚酞等，主要作用于肠粘膜，增加其通透性，使电解质和水向肠腔内扩散，从而使肠腔内液体增加引起导泻作用。3．润滑性泻药，如液体石蜡、甘油和蜂蜜。为温和泻剂，主要起润滑作用，有利于排便。

抗酸药 一类弱碱性无机化合物，能缓冲或中和胃酸的药物。常用制剂有氢氧化镁、三硅酸镁、氢氧化铝及其凝胶、碳酸钙、小苏打、胃舒平等。多使用复方制剂为特点。

子宫兴奋药 一类选择性兴奋子宫平滑肌的药物。其作用因药物种类、子宫生理状态及药物剂量的不同而异。常用的有：催产素、垂体后叶素、前列腺素、麦角新碱、麦角胺、麦角流浸膏等。注意严格掌握剂量，使用恰当。

催产素 又称“缩宫素”。子宫兴奋药。从牛或猪垂体后叶提取，也可人工合成。加强子宫平滑肌收缩。用于催产、引产和产后出血。过量会致子宫持续性强直收缩，引起子宫破裂和胎儿窒息。参见“生物”中的“催产素”。

垂体后叶素 从牛、猪垂体中提取的药物。含催产素和加压素（抗利尿激素）两种成份，加压素能增加肾脏远曲小管、集合管对水分的再吸收，使尿量减少；收缩小血管使血压升高。主要用于治疗肺出血、尿崩症。严重高血压病和冠心病禁用。

性激素类药 性激素为性腺分泌的激素，包括雌激素、孕激素和雄激素。临床应用的是人工合成品及其衍生物。与肾上腺皮质激素一样，都是甾体激素，其受体位于胞质液中。与

受体结合而发挥药物作用。

雌激素类药 卵巢分泌的雌激素主要是雌二醇。临床多用以其为母体人工合成许多高效的衍生物，如炔雌醇、炔雌醚等。其作用是促使女性性征和性器官发育成熟，保持女性性征，参与形成月经周期，抑制排卵，抑制乳汁分泌等。用于更年期综合征、卵巢功能不全与闭经、乳房胀痛及回奶，晚期乳腺癌、前列腺癌等。常用制剂有乙蒽酚、苯甲酸雌二醇等。

孕激素类药 属性激素类药。主要由黄体分泌，妊娠后逐渐改由胎盘分泌。从卵巢黄体分离出的孕激素为黄体酮（孕酮），临床应用的是人工合成品及其衍生物。其作用有安胎、抑制排卵，并促进乳腺发育的作用。用于功能性子宫出血、痛经、先兆流产，习惯性流产、子宫内膜腺癌等。常用制剂有黄体酮、安宫黄体酮等。

雄激素类药 由睾丸、肾上腺皮质、卵巢和胎盘分泌的睾丸素。临床应用的是人工合成品和衍生物，如甲基睾丸素、丙基睾丸素、苯乙酸睾丸素等。其作用是促进男性性征和生殖器官发育、并保持其成熟状态，促进蛋白质合成和减少氨基酸分解，促进细胞生长，骨髓造血功能旺盛。用于睾丸功能不全、功能性子宫出血、晚期乳腺癌和再生障碍性贫血等。孕妇和前列腺癌者禁用。

降血糖药 能降低体内血液中葡萄糖的药物。常用的有胰岛素、磺酰脲类药（如D860、优降糖、氯磺丙脲）、双胍类药（如降糖灵、降糖片）。

胰岛素 由胰腺的胰岛内β细胞分泌的激素。药用胰岛素

由猪、牛胰腺提取。1965年中国首先人工合成。主要功能是调节糖的代谢及促进脂肪和蛋白质的合成。主要用于各型糖尿病治疗。必须注射，口服无效。不良反应：低血糖症、过敏反应等。参见“生物”中的“胰岛素”。

肾上腺皮质激素类药 肾上腺皮质激素是肾上腺皮质所分泌的激素的总称。分三类：1．盐皮质激素有醛固酮、去氧皮质酮、皮质酮，主要影响水、盐代谢。2．糖皮质激素有可的松、强的松、地塞米松和倍他米松等，主要影响糖和蛋白质代谢。3．性激素。通常称的皮质激素不包括性激素。

糖皮质激素 简称“皮质激素”。肾上腺皮质分泌的主要影响糖代谢的激素。具有抗炎、抗毒、抗休克、免疫抑制、对代谢、造血系统的影响等作用。用于急、慢性肾上腺皮质功能减退症、脑垂体前叶功能减退、严重感染和炎症、过敏性疾病以及抗休克治疗等。常用短效的有氢化可的松、醋酸可的松；中效的有强的松、强的松龙、去炎松；长效的有地塞米松、倍他米松和外用的氟氢可的松、肤轻松。精神病、癫痫、活动性消化性溃疡、严重高血压、糖尿病和孕妇等禁用。

抗甲状腺药 治疗甲状腺功能亢进等疾病的药物。能抑制或影响甲状腺激素合成、释放等。用于甲状腺功能亢进症、单纯性甲状腺肿的治疗和诊断。常用的药有甲基硫氧嘧啶、丙基硫氧嘧啶，他巴唑，甲亢平，复方碘溶液，碘化钠、碘化钾和放射性碘（^{131}I）。不良反应：粒细胞缺乏症，慢性碘中毒、^{131}I易致甲状腺功能低下等。

磺胺类药物 磺胺类药物。此类药物抗菌谱相似，对多种革兰氏阳性菌和阴性菌都有抑制作用。主要作用于全身性感

染的有磺胺异噁唑（SIZ）、磺胺二甲嘧啶（SM$_2$）、磺胺嘧啶（SD）、磺胺甲基异9．噁唑（SMZ）、磺胺对甲氧嘧啶（SMD）、磺胺5，6—二甲氧嘧啶（SDM'）等。主要用于消化道感染的有磺胺脒（SG）、酞磺胺噻唑、柳氮磺胺吡啶。外用的有磺胺醋酰（SA）、磺胺嘧啶银盐（SD—Ag）、甲磺灭脓（SML）。

磺胺嘧啶 简称“SD”。拉丁文Sulfadiazinum的缩写。常用磺胺药之一。对革兰氏阳性菌和阴性菌都有抑制作用。主要用于流脑、泌尿系统和呼吸道感染、蜂窝组织炎等。不良反应较多见，同服碳酸氢钠和多饮水，可防止尿结晶而引起的血尿、尿痛和尿闭。皮疹、药热等过敏反应较常见，可引起白细胞减少。

消发地亚净 即“磺胺嘧啶”。

甲氧苄氨嘧啶 又称“TMP”（英文缩写）。磺胺增效剂。人工合成的二氨嘧啶化合物，其结构与抗疟药乙氨嘧啶相似。具有抗菌、抗疟作用。与磺胺药合用时，抗菌作用增加数倍至数十倍，甚至有杀菌作用。临床上常用混合片剂，如复方新诺明、双嘧啶片。用于呼吸道感染、泌尿道感染和敏感细菌引起的脑膜炎、败血症等。与长效磺胺合用防治恶性疟。孕妇禁用。

磺胺增效剂 见“甲氧苄氨嘧啶”。

呋喃坦啶 又称“呋喃妥因”。抗泌尿道感染的人工合成的抗菌药。抗菌谱广，对多种革兰氏阳性菌和阴性菌都有较强作用。适用于急、慢性肾盂肾炎等尿道感染。毒性较大，肾功能衰竭者禁用。

呋喃唑酮 又称“痢特灵”。呋喃类药物。抗菌作用同呋喃坦啶。口服不易吸收，适用于菌痢、肠炎。不良反应似呋喃坦啶，但较轻而少见。

痢特灵 即“呋喃唑酮”。

抗菌素 又称“抗生素”。从微生物培养液中提得或人工半合成的具有杀灭或抑制其他微生物的一类药物。如青霉素，链霉素、氯霉素、红霉素、林可霉素、克霉唑、利福平等。临床上广泛用来防治多种微生物感染性疾病。

抗生素 即“抗菌素”。

青霉素 又称“盘尼西林”(英文 penicillin 的音译)。从青霉菌培养液中提取的抗菌素。品种较多，以青霉素G 性质稳定，最为常用。临床上使用的为其钾盐或钠盐，白色结晶性粉末，易溶于水，临用前配制成溶液。抗菌谱特点：对大多数革兰氏阳性球菌、杆菌、阴性球菌和各种螺旋体都有杀灭作用。用于扁桃体炎、呼吸道感染，肺炎、败血症、感染性心膜炎、疖、痈、脓肿、脓胸、梅毒等疾病。使用不当易产生耐药性。毒性很低，最常见的有过敏反应，用前须做皮肤试验。青霉素G 的衍生物苄星青霉素G 和普鲁卡因青霉素G 均为长效制剂。

盘尼西林 即“青霉素”。

半合成青霉素 用青霉素G 为原料，经化学合成而获得。耐酶类包括新青霉素 [illegible]、邻氯青霉素、双氯青霉素，对耐药金葡菌仍有高效。不良反应及其防治措施同青霉素G。广谱类有氨苄青霉类、羧苄青霉素、呋苄青霉素、磺苄青霉素、羟氨苄青霉素等对革兰氏阳性菌和阴性菌都有较强作用。羧苄

与磺苄青霉素对绿脓杆菌有较强的作用。半合成青霉素毒性低，有过敏反应。

先锋霉素 又称“头孢霉素”。从头孢子菌培养液中提得头孢霉素C，以其为原料经化学合成得到各种半合成先锋霉素。常用的有先锋霉素Ⅰ—Ⅶ和先锋必素等。与广谱青霉素作用相似，对革兰氏阳性菌、阴性菌和螺旋体均有效。主要用于严重感染如感染性心内膜炎等。毒副作用小，过敏反应比青霉素低。

头孢霉素 即“先锋霉素”。

红霉素 从红色链丝菌的培养液中提得的抗菌素。属大环内酯类。此类还包括螺旋霉素、麦迪霉素、洁霉素、氯洁霉素。抗菌范围和青霉素相似。主要用于对青霉素产生抗药性的感染，治疗耐青霉素的金葡菌感染和对青霉素过敏者。口服大剂量可出现胃肠道反应，静脉滴注易致静脉炎。

氨基甙类抗生素 指化学结构含有氨基甙分子的一类抗菌素。如链霉素、庆大霉素、卡那霉素、丁胺卡那霉素、妥布霉素等。主要对革兰氏阴性菌有杀灭作用，对部分阳性球菌亦有效。不良反应：听觉减退甚至耳聋，肾脏损害，麻木感和神经肌肉接头阻滞作用，过敏反应等。

链霉素 从灰链丝菌的培养液中提得。氨基甙类抗菌类。其硫酸盐为白色粉末，易溶于水。抗菌谱较广，对多种革兰氏阴性杆菌有强大的杀菌作用，对结核杆菌有突出的疗效。主要用于结核病、鼠疫、尿道感染。不良反应最重要的是对第八对脑 神经的损害，表现为平衡失调、眩晕、恶心呕吐及听力受损，以及肾脏损害和过敏反应等。

庆大霉素 又称“正泰霉素”。氨基甙类的广谱抗菌素。其硫酸盐为白色粉末，易溶于水，性质稳定。对革兰氏阴性和阳性细菌有抑制和杀菌作用，尤其对绿脓杆菌有较强作用。为治疗革兰氏阴性杆菌感染的首选药物。不良反应与链霉素相似。

丁胺卡那霉素 见“氨基甙类抗生素”。

广谱抗生菌素 抗菌范围广泛的抗生素。如氯霉素和四环素类。后者有天然品金霉素、土霉素、四环素等，人工半合成品甲烯土霉素、强力霉素、二甲胺四环素等。对革兰氏阳性和阴性菌、立克次体、螺旋体、衣原体、支原体等都有强大抗菌作用。长期使用，破坏体内生态平衡，造成二重感染。

四环素 广谱抗菌素之一。从绿色链丝菌的培养液中提取或从金霉素脱氯而得。黄色粉末，味苦，易溶于水。对革兰氏阳性菌和阴性菌、立克次体、支原体、衣原体、螺旋体等均有作用。临床应用广泛，对斑疹伤寒、支原体性肺炎有特效，间接抑制阿米巴，对阿米巴性疾病有效。其毒性不大。但副作用多见，如恶心、呕吐，食欲减退，二重感染，影响骨和牙生长等。

氯霉素 广谱抗菌素。用化学合成法制得。白色结晶，微溶于水。抗菌作用与四环素相似。对革兰氏阴性杆菌和球菌作用强，对伤寒杆菌有特效，是治疗伤寒、副伤寒的首选药。不良反应主要是使白细胞下降。

克霉唑 又称“三苯甲咪唑”。人工合成的广谱抗真菌药，对癣菌有强大抑制作用。用于治疗皮肤癣、甲癣，对头癣无效。它和二性霉素 B 合用，可提高疗效，用于治疗隐球菌性

脑膜炎、肺部真菌感染和真菌性败血症等。不良反应少见。

抗结核病药 治疗由结核杆菌感染所致疾病的药物。常用的有链霉素、异烟肼、乙胺丁醇、对氨水杨酸、氨硫脲和利福平等。对结核杆菌有杀灭和抑制作用。适用于各型结核感染。

异烟肼 又称“雷米封”(英文 Rimifon 的音译)。抗结核药。白色结晶粉末，易溶于水。对结核杆菌有强大的抑菌和杀菌作用。毒性小。用于各型结核病。多与对氨水杨酸盐或链霉素合用，单用易产生抗药性。同服维生素 B_6 可预防周围神经炎和中枢神经反应。肝功能不良、癫痫和精神病患者慎用。

雷米封 即“异烟肼”。

对氨基水杨酸 又称“PAS”(英文 Para-amino-salicylic Acid 的缩写)。抗结核药。常用其钠盐或钙盐。易溶于水，水溶液遇光易分解。作用弱，只对结核杆菌有效，但有延缓细菌产生耐药性的特点，常与异烟肼、链霉素联合应用。毒性小，可有轻度胃肠道反应。

PAS 即“对氨基水杨酸”。

乙胺丁醇 人工合成的抗结核药。易溶于水，性质稳定，对结核杆菌的作用强度似链霉素。主要用于治疗各型结核病，特别对链霉素、异烟肼失效的患者。剂量过大，常引起球后视神经炎。肾功能不全者禁用。

利福平 又称“甲哌力复霉素”。天然产利福霉素的人工半合成抗菌素。土红色，难溶于水。对多种革兰氏阳性和阴性球菌都有强大抑制作用，对部分革兰氏阴性杆菌亦有作用。对结核杆菌作用特别强。主要用于治疗各型结核病、麻风病和

耐药金葡菌感染、胆道感染。不良反应：恶心、呕吐等胃肠道症状和肝功能损害等，严重肝病和孕妇禁用。

甲哌力复霉素 又称“利福平”。

抗麻风病药 治疗麻风杆菌感染所致疾病的药物。常用的氨苯砜、苯丙砜、麻风宁、利福平和反应停（酞胺哌啶酮）等。对麻风杆菌有抑制或杀灭作用。主要适用各型麻风病。

氨苯砜 又称“DDS”（英文 Diamino-diphenyl-sulfone 的缩写）。抗麻风病药。白色或微黄色结晶性粉末，难溶于水。对麻风杆菌有抑制和杀灭作用。毒性反应：可致溶血性贫血和高铁血红蛋白血症。剂量过大致急性肝损害、剥脱性皮炎等。

抗疟药 防治疟原虫感染引起人体疾病的药物。根据实际应用将其分三类：1．主要用于控制症状的氯喹、氨酚喹、奎宁和青蒿素。2．主要用于控制复发和传播的伯氨喹。3．主要用于预防的乙氨嘧啶、磺胺类和砜类药，多采取周效磺胺（SDM’）和乙氨嘧啶联合应用或氨苯砜（DDS）和乙氨嘧啶联合应用。

乙氨嘧啶 又称“息疟定”。人工合成的非喹啉类抗疟药。通过抑制疟原虫的叶酸代谢而发挥抗疟效应。是主要用于病因预防的抗疟药。此药毒性小，口服治疗量甚为安全。因有甜味，儿童易误服而中毒。

息疟定 即“乙氨嘧啶”。

伯氨喹 又称“伯氨喹啉”、“伯喹”。人工合成的 8-氨基喹啉类衍生物。主要用于控制复发和传播的抗疟药。磷酸盐为橙红色结晶性粉末，溶于水。对良性疟的继发性红外期及对

各型疟原虫的配子体都有较强的杀灭作用。用于根治良性疟和防止恶性疟的传播。有头晕、恶心，呕吐、紫绀、腹痛等反应，停药即消失。

氯喹 人工合成的 4-氨基喹啉衍生物。主要控制症状的抗疟药。磷酸盐为白色结晶，溶于水，味苦。能防治各种疟疾的急性发作。控制疟疾症状。以效力强、作用快、作用持久为特点。不良反应较少。此外，对肠道外阿米巴病、肝脓疡、类风湿性关节炎、红斑性狼疮、肾病综合征等都有一定治疗作用。

抗阿米巴病药 用于治疗由溶组织内阿米巴原虫所引起的一种传染性的寄生虫病的药物。分三类：1．抗肠腔内阿米巴病药：主要用于治疗肠腔内阿米巴病。本类药有酰胺衍生物，卤化 8-羟基喹啉类，抗生素类、磺胺类药物，有机胂类。2．抗组织内阿米巴病药：主要用于杀灭肝、肺、肠壁组织内的阿米巴原虫。主要包括吐根碱类、氯喹及阿的平等药物。3．抗肠腔内及组织内阿米巴病药。主要有硝基咪唑类药物。

抗血吸虫病药 对抗血吸虫病的药物。有锑剂—酒石酸锑钾（又称“吐酒石”，简称“锑钾”）；非锑剂—吡喹酮（广谱驱虫药），硝硫氰胺（抗血吸虫病，对钩虫和姜片虫亦有效）、呋喃丙胺（广谱驱虫药）。

海群生 英文 Hetrazan 的音译。又称“枸橼酸乙胺嗪”。抗丝虫病药。白色粉末，其味酸苦，易溶于水。能使微丝蚴迅速从人体的外周血液中消失。大剂量海群生或长疗程亦有杀丝虫成虫作用。对马来丝虫病疗效优于斑氏丝虫病。杀死的虫体可引起过敏反应，可用抗过敏药治疗。

抗肠蠕虫药 用于驱除或杀死寄生于肠道的蠕虫(蛔虫、钩虫、蛲虫、鞭虫和绦虫等)的药物。有左旋咪唑、噻嘧啶、甲苯咪唑、噻苯咪唑扑蛲灵、驱蛔灵、氯硝柳胺 (灭绦灵、育米生)、双氯酚、槟榔及南瓜子等。依其作用和不良反应选择使用。

抗恶性肿瘤药 治疗恶性肿瘤的药物。常用药见下表:

类别	药名	适应症
烷化剂	环磷酰胺(又称癌得星)	抗癌谱广,恶性淋巴瘤、多发性骨髓瘤、急性淋巴细胞性白血病、卵巢癌、乳癌等。
	氮芥	恶性淋巴瘤联合疗法。
	噻哌	抗瘤较广,乳癌、卵巢癌、肝癌等。
	马利兰(又称白消安)	慢性粒细胞性白血病。
抗代谢药	甲氨蝶呤(又称氨甲蝶呤)	儿童急性白血病、绒毛膜上皮癌。
	6—巯基嘌呤	急性淋巴性白血病、绒毛膜上皮癌。
	5—氟尿嘧啶	对各种肿瘤有效,特别对消化道癌、乳癌、卵巢癌、宫颈癌、绒癌等有效。
	阿糖胞苷	急性粒细胞性白血病,急性单核细胞白血病。
	羟基脲	慢性粒细胞性白血病。
抗生素类	阿霉素	乳腺癌、甲状腺癌、膀胱癌、急性白血病、肝癌等。
	争光霉素	鳞状上皮癌、淋巴瘤、睾丸癌。
	丝裂霉素	抗瘤谱较广,肺癌,慢性粒细胞性白血病,恶性淋巴瘤、胃癌等。
激素	肾上腺皮质激素(强的松等)	急、慢性淋巴细胞性白血病,恶性淋巴瘤等。
	雌激素(黄体酮、乙雌酚)	子宫体癌、前列腺癌等。
	雄激素(丙酸睾丸酮等)	晚期乳癌、卵巢癌、肾癌。

类别	药　　名	适　　应　　症
植物药	长春碱 长春新碱 喜树碱 三尖杉酯碱	急性白血病、何杰金氏病、绒癌。 小儿急性淋巴性白血病。 胃癌、大肠癌、绒癌、急、慢性粒细胞性白血病、急性非淋巴性白血病、淋巴瘤等。
杂类	亚丙胺 左旋门冬酰胺酶顺氯氨铂	恶性网状细胞增多症、急性单核细胞白血病。 急性淋巴细胞性白血病。 鼻咽癌、睾丸癌、膀胱癌等。

以上药物主要毒性反应有骨髓抑制和恶心、呕吐、腹泻、脱发、口腔炎和肝肾功能受损等。

淘汰药品　1982年9月中国卫生部公布淘汰了127种药品。淘汰原因：1．有疗效，但毒副反应大，对病人有不可逆转的损害，如硫酸双氢链霉素针剂、氨基比林针剂和片剂，心得宁针剂和片剂。2．疗效不确切，有毒副反应，如青霉素油剂、黄连素针剂。3．无效或疗效差，如百浪多息片剂、维他赐保命各种制剂。4．配方不合理，保证不了质量，如三磺片剂、三磺乳剂，维生素B_1C片剂。见表：

1 水杨酸钠针剂
2 非那西汀片剂
3 氨基比林针剂
4 氨基比林片剂
5 安替比林片剂
6 辛可芬针剂
7 辛可芬片剂
8 复方氨基比林(含乌拉坦)针剂
9 复方氨基比林片剂(凡拉蒙)
10 复方安乃近片剂
11 水杨酸钠辛可芬针剂
12 小儿退热片
13 双醋酚汀片剂
14 复方胆碱片剂
15 复方胆碱胶囊剂
16 复方胆碱针剂
17 肝健灵片剂
18 乳清酸胶囊
19 维生素 U 片
20 维生素 U 针剂
21 山道年片剂
22 山道年酚酞片剂
23 山道年甘汞片剂
24 灭虫宁片剂
25 驱虫净片剂
26 已烷雷琐辛片(胶囊)
27 四氯乙烯胶丸
28 阿的平片剂
29 环氯胍片剂
30 青霉素片剂
31 长效青霉素(苄星青霉素)片剂
32 青霉素油剂
33 青霉素软膏
34 青霉素眼膏
35 四环素(盐酸盐)各种小儿制剂
36 四环素(碱)各种小儿制剂
37 肌注四环素针剂
38 小儿土霉素片剂
39 土霉素糖粉
40 长效土霉素颗粒
41 盐酸土霉素针剂
42 盐酸金霉素片剂 43 盐酸金霉素糖粉
44 盐酸金霉素颗粒
45 盐酸金霉素针剂
46 合霉素片剂
47 合霉素胶囊
48 合霉素栓剂
49 合霉素针剂
50 合霉素原粉
51 无味合霉素片剂
52 无味合霉素糖浆
53 注射用硫酸双氢链霉素、硫酸双氢链霉素针剂及其原料
54 灰黄霉素软膏
55 灰黄霉素癣药水
56 百浪多息针剂
57 ST 片剂
58 ST 针剂
59 SM1 针剂
60 SM1 片剂
61 SMP 片剂
62 三磺片剂
63 三磺乳剂
64 小儿胺(片剂)
65 克泻痢片剂
66 ST 软膏
67 三福消炎膏
68 三磺软膏
69 烂耳药水
70 婴儿胺
71 黄连素针剂(各种规格)
72 黄连素眼药水
73 白松糖浆
74 海葱糖浆
75 止咳喘糖浆
76 复方甘草片(不含阿片,含氯化铵的)
77 含异麻黄碱的制剂
78 咳美芬胶囊
79 咳美芬片剂
80 心得宁针剂
81 心得宁片剂
82 胍生片剂
83 心绞宁片剂
84 心舒平片剂
85 仙鹤草素针剂
86 仙鹤草素片剂
87 复方碳酸亚铁丸
88 维他赐保命针剂(男用)
89 维他赐保命针剂(女用)
90 维他赐保命片剂(男用)
91 维他赐保命片剂(女用)
92 维丙葡萄糖针剂
93 维生素 B1C 片剂
94 三合维生素片剂
95 复方橙皮甙片剂
96 安度补针
97 补力多针剂
98 巴比妥片剂
99 溴比钠针剂
100 樟脑油注射剂
101 野靛碱注射剂
102 肝注射液(肝精针)
103 肝 B12注射液
104 肝 B12片剂
105 肝叶酸注射液
106 复方肝片
107 肝磷脂片
108 肝维隆片(胶囊)
109 复方肝维隆制剂
110 复方肝精片
111 维他利糖片
112 胆汁注射液
113 抗炎注射液
114 咳喘宁注射液
115 肝平片
116 抗菌利片
117 抗菌利胶囊
118 抗菌利注射液
119 复方肝平片
120 脾脏片
121 脾血隆片
122 脾注射液
123 脾血隆胶囊
124 羊胎片
125 胎兔片
126 心肌宁片
127 心肌宁注射

免疫抑制药 能降低免疫反应的药物。如肾上腺皮质激素

(强的松、强的松龙、地塞米松等)、烷化剂 (环磷酰胺、马利兰等)、抗代谢药 (巯嘌呤、硫唑嘌呤)。这些药物均能抑制或阻断细胞免疫和体液免疫反应。临床用于器官移植和自身免疫性疾病的治疗。不良反应有诱发感染、使肿瘤发生率增加、影响生殖系统功能等。

免疫增强药 能增强机体免疫功能的药物。如卡介苗、短小棒状杆菌菌苗，左旋咪唑、转移因子、胸腺素等。临床上可用于免疫功能低下的病人，作为免疫缺陷性疾病、慢性感染、肿瘤等的辅助治疗药物。

结核活菌苗 又称“卡介苗”，是牛型结核杆菌的减毒活菌苗。免疫增强药。除能预防结核病外，还能做为抗原而促进抗体产生，提高机体免疫功能。用于恶性黑色素瘤、白血病和其他肿瘤的治疗。注射局部可出现红斑、硬结或溃疡，全身出现寒战、高热和不适。

氧气 分子式O_2。无色无臭的气体。临床上用氧气吸入法治疗高热、昏迷、休克、肺部疾患、煤气中毒等低氧血症。

葡萄糖 又称“右旋糖”。由淀粉加硫酸分解制得。是机体能量的主要来源。营养药。能增加人体能量。并具有解毒利尿作用。用于血糖过低，心肌炎和补充液体等。葡萄糖的无菌水溶液作静脉滴注，临床应用很广。制剂有 10%、25%、50%的高渗液和 5%的等渗液。参见“生物”中的“葡萄糖”。

氯化钠 化学式Nacl。普通食盐加工精制而得。白色结晶性粉末，无臭、味咸、易溶于水。它是维持体内渗透压平衡的主要因素，缺乏时可致严重的病理变化。生理盐水即含 0.9%氯化钠水溶液，可供口服或其灭菌液作静脉，皮下滴注。

硫酸钡 化学式$BaSO_4$。白色粉末，无臭，不溶于水。纯净的硫酸钡对人体无害，医学上用于食道、胃肠道的X线造影检查。

碘造影剂 诊断用药。常用制剂有碘番酸、胆影葡胺、泛影葡胺、泛影钠、碘苯酯、碘化油等碘化合物。以上药物不易被X线穿透，故临床上用于支气管、胆道、泌尿道、心血管等部位X线造影检查。

乙醇 又称“酒精”。无色透明易挥发性液体；有特臭，味灼烈，易燃、易溶于水。具有杀菌作用，还能使皮肤血管扩张，增强血液循环。75%的乙醇用于皮肤消毒，20—30%乙醇擦浴用于高热病人的物理降温。40%—50%乙醇用于防褥疮。

酒精 即“乙醇”。参见“生物”中的“酒精”。

碘酊 又称“碘酒”。碘和碘化钾的稀酒精溶液。能渗入皮肤而杀灭细菌和霉菌。主要用于皮肤消毒，含碘浓度1．80—2．20%（g/ml），碘化钾1．35—1．65%（g/ml）。皮肤用碘酊消毒干燥后要用75%乙醇擦去。

红汞 又称“汞溴红”。俗称“红药水”。消毒防腐药。蓝绿赤棕色颗粒，易溶于水。杀菌作用不强，但无刺激性。2%水溶液称为“红药水”，用于皮肤小创伤和粘膜消毒。其酒精丙酮溶液可用于皮肤消毒。

汞溴红 即“红汞”。

甲基紫 又称“甲紫”。旧称“盐基青莲”。一种紫色的碱性染料。由二甲苯胺经氧化而得。医学上作为防腐药。能抑制葡萄球菌、链球菌和某些真菌生长。其1%的水溶液，俗称

“紫药水”，用于皮肤粘膜感染，亦用于烧伤。龙胆紫与甲紫相似，可通用。

维生素C 又称“抗坏血酸”、“丙种维生素”。新鲜蔬菜和水果均含有。医用为人工合成品。参于体内糖的代谢及氧化还原过程，增加毛细血管致密性，减低其渗透性及脆性，刺激造血功能，增加机体对感染的抵抗力。用于坏血病防治、各种急、慢性传染病等。参见“生物”中的“维生素C”。

抗坏血酸 即“维生素C”。

缓释制剂 能在人体内缓慢释放的药物制剂。此制剂可以较长时间留在体内并缓慢地释放药物，既可避免药物浓度过高引起反应或中毒，又能长时间地保持药物的治疗浓度，从而增加疗效。它包括口服剂、注射剂、埋植剂等类型。口服剂一般服药一次可维持 8—12 小时；注射剂一次可维持 7—31 天，有的甚至达数月之久；埋植剂；如长效避孕埋植剂一次皮下埋植，可维持 5 年的避孕效果。

诊 断 学

诊断学 论述诊断疾病的基本原则、方法的一门学科。具体研究症状、体征的发生、发展的基本规律及其机制，建立诊断的思维方法和程序。诊断包括询问病史、体格检查、实验室检查及特殊检查如心电图、超声波、内窥镜、同位素、X线和CT 检查等。

物理诊断 医生采用视、触、叩、听等方法对患者身体结构或功能上客观表现出来的病理变化所作的检查。如看到病人皮肤、巩膜黄染可诊断为黄疸。

实验诊断 采用化学、生物化学、微生物学、免疫学等方法，对病人的血、尿、粪、痰、脑积液、骨髓液、胸水、腹水等的改变所作的检查。有助于疾病的诊断，并可了解疾病演变的程度。

心电图 用仪器描记心脏在机械收缩前发生的一系列电活动的连续曲线。

1．P 波，反映心房除极过程电位和时间的变化。

2．QRS 波群，反映心室除极过程电位和时间的变化。

3．T 波，反映心室复极过程电位的变化。

4．U 波，代表心室内传导系统缓慢复极所产生。

5．P—R 间期，代表心房开始除极至心室开始除极的时间。

6．Q—T 间期，从 QRS 波群起点到 T 波终点的时间，反映心室除极与心室复极的总时间。

7．S—T 段，即从 QRS 波群终点到 T 波起点的线段，反映早期心室复极过程电位和时间的变化。

动态心电图 又称“活动心电图”、“Holter 监测系统”，心电图的一种。由心电图磁带记录仪和动态心电图磁带扫描集编系统组成，前者重量轻，体积小，可随身携带，能 24—72 小时连续记录病人活动时心电图变化；后者则将前者获得的资料进行自动分析处理成心电图。对诊断心律失常、冠心病、判断心脏起搏器工作情况等均有较高价值。

心音图 用心音图机将心脏产生的向胸壁表面传播的心音加以记录的曲线图形。

正常心脏共有四个心音

第一心音 (S_1)，第二心音 (S_2)

第三心音 (S_3)，第四心音 (S_4)

循环时间 血液流经体循环一周所需的时间。经前臂正中静脉注射 10%硫酸镁溶液 5 毫升或 10%葡萄糖酸钙 5 毫升，测定臂至舌循环时间，正常为9—16 秒。注射乙醚 0．3—0．5 毫升，测定臂至肺循环时间，正常为 4—8 秒。用以辅助诊断心功能不全的程度及法乐氏四联症等先天性心脏病。

肺功能测验 利用物理和化学的方法对肺通气、换气、血流和呼吸动力的功能加以测定。对胸外科选择手术适应症、药物治疗前后肺功能的比较、劳动鉴定、高空、高原呼吸的研究和呼吸衰竭的监护均有一定价值。

血常规 临床最常用的检验方法。包括红细胞计数、血红蛋白测定、白细胞计数及分类。

红细胞计数 计算每立方毫米血液中红细胞数的计测。有显微镜计数法、光电比浊法、电子血细胞计数法，正常成年男性 400—500 万个/立方毫米，女性 350—500 万个/立方毫米。生理性减少如妊娠期贫血；病理性减少如失血性贫血。红细胞增多见于高原生活、真性红细胞增多症。

血红蛋白检查 单位容积血液中血红蛋白含量的计测。正常成人男性 12—16 克/100 毫升，女性 11—15 克/100 毫升。临床主要用来诊断贫血。

网织红细胞计数 贫血性疾病的一种检查。网织红细胞是红细胞完全成熟前的过渡细胞，血液组织活体染色后在显微镜下胞浆呈蓝绿色的网状结构。正常值成人为 0．5—1．5%。是反映造血功能的重要指标。对贫血的诊断、鉴别诊断、疗效观察及判断预后均有一定参考价值。

红细胞沉降率测定 简称“血沉测定”。单位时间内红细胞沉降速度的测定。正常值：韦氏法成年男性 0—15 毫米/小时，女性 0—20 毫米/小时；潘氏法成人男性 0—10 毫米/小时，女性 0—12 毫米/小时。生理性增快见于月经期；病理性增快见于各类炎症、组织损伤坏死、恶性肿瘤、贫血等疾病。

血沉测定 即“红细胞沉降率测定”。

白细胞计数 计算每立方毫米血液内的白细胞数。有显微镜人工计算法和自动细胞计数器法。正常成人 4000—10000 个/立方毫米。白细胞增高见于细菌感染、白血病、妊娠期等；减少见于病毒、寄生虫感染，再生障碍性贫血，某些药物如氯霉素、抗癌药及放射线照射等。

白细胞分类计数 计算各类白细胞在白细胞总数中所占的百分数。血液涂在玻片上染色后在显微镜下观察，以白细胞的形态、染色特性进行分类，计算各类白细胞（包括中性、嗜酸性、嗜碱性粒细胞及淋巴细胞、单核细胞）的百分数。有助于疾病的诊断。

血小板计数 计算每立方毫米血液内血小板数。有直接法、间接法和自动细胞计数法。正常值 10—30 万/立方毫米。血小板减少见于再生障碍性贫血、急性白血病、弥慢性血管内凝血等疾病及癌症病人接受放、化疗后。血小板增多见于脾切除术后和原发性血小板增多症等。

毛细血管脆性试验 又称“束臂试验”。测定毛细血管脆性和渗透性有无异常的试验。将血压计的袖带固定在上臂，加压至收缩压与舒张压之间，8 分钟后放松，观其远端皮肤新出血点数目，5 厘米直径内超过 10 个为阳性。阳性者多见于过

敏性紫癜、血小板减少性紫癜、血小板无力症等。

凝血时间测定 诊断出血性疾病的检查方法之一。测定血液离体后到完全凝结所需要的时间。正常值：试管法 4—12 分钟，玻片法 2—5 分钟。凝血时间延长见于血友病、重症肝实质损伤等疾病；凝血时间缩短见于弥漫性血管内凝血早期、脑血栓及心肌梗塞等疾病。

出血时间测定 诊断出血性疾病的检查方法之一。指皮肤被采血针刺伤出血到自然止血所需的时间。正常值 1—4 分钟。出血时间延长见于血小板明显减少、血小板功能异常、血管性假性血友病等。

尿蛋白检查 检测尿中蛋白质含量的一种方法。健康人 24 小时肾脏排于尿中蛋白质总量少于 100 毫克，常规方法检查不出。超过正常量能被检出者称为蛋白尿，用定性法或定量法可检查。蛋白尿有生理性和病理性之分，前者见于剧烈运动严重受寒等情况，后者发生于肾损害性疾病、多发性骨髓瘤等。

尿糖检查 尿内糖含量的检查。正常尿内仅有微量糖，用一般实验室方法不能检出。如糖量增高，尿中能检出糖，称为糖尿。糖尿多见于原发性糖尿病、甲亢、柯兴综合症等疾病。情绪激动时的糖尿属生理性。

尿酮体检查 检测尿中酮体含量的方法。体内大量脂肪分解导致其中间产物—酮体（即 β—羟丁酸、乙酰乙酸、丙酮）氧化不全，血中浓度增高，由尿排出称为酮尿。正常人尿酮体定性试验为阴性。阳性反应见于糖尿病酸中毒、长期饥饿、妊娠剧吐、全身麻醉等。

尿淀粉酶测定 测定尿中淀粉酶活性的方法。正常人血清淀粉酶的肾脏清除率为 1—3 毫升/分，当血清淀粉酶增高时，如肾功能正常，尿内淀粉酶也相应增高。血清淀粉酶正常值：W inslow 法 8—64 单位，Somogyi 法 40—180 单位；尿淀粉酶正常值，W inslow 法 8—32 单位，Somogyi 法 80—300 单位。急性胰腺炎或患胰头癌、急性胆囊炎阻塞胰管时，血和尿的淀粉酶活性均增高。

血清淀粉酶测定 见“尿淀粉酶测定”。

粪隐血试验 用化学方法测示粪中肉眼不可见的微量血液的试验。患消化道恶性肿瘤或在消化性溃疡活动期，本试验常为阳性反应。前者为持续阳性，后者为间断阳性。试验前三天禁食动物血、肝、瘦肉类和含大量叶绿素的食物，以及铁剂等，避免造成假阳性。

粪匿血试验 即“粪隐血试验”。

肝功能试验 测定肝脏功能的方法。临床常用的有血清蛋白测定、血清蛋白电泳，麝香草酚浊度试验、麝香草酚絮状试验、锌浊度试验、葡萄糖耐量试验，血清胆固醇、胆固醇酯测定、血清胆红质测定、磺溴酞钠滞留试验、r—谷氨酰转肽酶、血清转氨酶、碱性磷酸酶和甲胎蛋白测定等。根据病情选择数种进行检查和综合分析，有助于肝脏病的诊断。

血清蛋白测定 利用化学定量法测定血清中蛋白的含量。正常人血清总蛋白量为 6—7.5 克/100 毫升，其中白蛋白 4—5．5 克/100 毫升，球蛋白 2—3 克/100 毫升，两者比值为 1．5—2．5∶1。慢性肝病、肾病，白蛋白减少，球蛋白增加，比值异常；某些消耗性疾病如肿瘤、长期慢性发热，总蛋白或

白蛋白减少。

血清麝香草酚浊度试验 简称“TTT”。一种肝功能试验。肝脏病患者血清中白蛋白减少，球蛋白增高，球蛋白与麝香草酚巴比妥缓冲液作用产生混浊沉淀，经光电比色法或标准比浊管相比得出浊度单位数。正常人为 0—6 单位，增高见于病毒性肝炎、肝硬化活动期、脂肪肝等。

锌浊度试验 一种血清絮浊试验。病人血清 r—球蛋白与试液中的锌离子结合，产生沉淀，浊度增加。正常值 4—12 单位。浊度增高见于进行性肝硬变和慢性活动性肝炎等；浊度降低见于无 r 一球蛋白血症。

血清总胆固醇和胆固醇酯测定 脂肪代谢功能的一种检查方法。我国正常成人血清总胆固醇为 110—230 毫克/100 毫升，胆固醇酯为90—130 毫克/100 毫升。高胆固醇血症见于肾病综合征、甲状腺机能减退症、糖尿病、胆总管阻塞、动脉粥样硬化等；严重贫血、急性肝坏死、肝硬化、甲亢等疾病，胆固醇偏低。

血清甘油三酯测定 又称“中性脂肪测定”。检测脂肪代谢功能的一种方法。我国成人正常值为 20—110 毫克/100 毫升。增高见于高脂血症、动脉粥样硬化、肥胖病、糖尿病、甲状腺机能减退等疾病。食入高脂、高糖或高热量饮食，也可出现暂时性增高。

黄疸指数测定 判断黄疸程度的一种简便方法。正常人血清呈浅黄色，其色泽深浅主要与血清中胆红素含量成正比。利用不同浓度的重酪酸钾溶液作为标准管和患者血清比色，即可测出血清的色度，称为黄疸指数。正常值 4—6 单位，大于

15单位为可见黄疸，见于肝外阻塞性和溶血性黄疸。进食胡萝卜、痢特灵等药物，也可使黄疸指数增高。

血清胆红素定性试验 即“凡登白试验”。一种肝功能试验。血清胆红素有直接胆红素和间接胆红素之分，可与偶氮试剂起不同反应（直接、间接或双相反应）。故本试验可区别两种胆红素，有助于鉴别黄疸类型。正常人凡登白试验直接反应阴性，间接反应弱阳性。梗阻性黄疸呈直接反应，溶血性黄疸呈间接反应，肝细胞性黄疸呈直接反应或双相反应。

凡登白试验 由荷兰医生凡登白（A．A．Himans van den Bergh，1869—1943）发明，故名。见“血清胆红素定性试验”。

血清胆红素定量试验 一种肝功能试验。总胆红素包括直接胆红素和间接胆红素。使用光电比色法测定，正常值：总胆红素＜1．0毫克/100毫升，间接胆红素0．1—0．8毫克/100毫升。以其浓度增加的不同鉴别溶血性、肝细胞性和梗阻性三种黄疸。

磺溴酞钠滞留试验 肝脏排泄染料的功能试验。静脉注射每公斤体重5毫克磺溴酞钠，在45分钟后测定静脉血内该药的潴留量，观察肝脏对染料排泄功能。正常人潴留量＜5%。血中潴留量与肝细胞损害成正比。心功能不全，周围循环功能不全等也可使储留量增高。

血清转氨酶测定 血清中转氨酶含量的测定。转氨酶存在于心、肝、肾和红细胞、骨骼肌等细胞内，当这些器官有病变时即释放入血中。临床主要测定谷氨酸草酰乙酸转氨酶（GOT）和谷氨酸丙酮酸转氨酶（GPT），前者心肌内含量高，

后者肝细胞内含量高，故对诊断急性心肌梗塞、肝炎有一定价值。常用光电比色 Reitman 氏法，正常值：GOT 4—50 单位，GPT 2—40 单位。

血清 r-谷氨酰转肽酶测定 简称“r-GT 测定”。用化学定量法对血清中的 r-GT 含量的测定。r-GT 主要来自肝细胞内线粒体，应用 Orlouski 法检测，其正常值小于 40 单位。增高见于肝癌、阻塞性黄疸、病毒性肝炎、肝硬化等。

血清碱性磷酸酶测定 简称“AKP 测定”。一种肝脏酶学检查。AKP 为一组碱性环境中水解磷酸酯的酶类。测定方法较多。正常值为 1．5—4 布氏单位或 5—12 金氏单位。增高见于阻塞性黄疸、急性黄疸性肝炎、原发性或转移性肝癌、成骨细胞瘤等。妊娠期出现生理性增高。

血清甲胎蛋白测定 简称“AFP”测定。一种免疫血清学检查。甲胎蛋白是人体胚胎期血液中含有的一种特殊蛋白，出生后一周消失。某些肝脏疾病特别是原发性肝癌，血中重新出现。测定方法很多，常用的有免疫扩散、对流电泳、补体结合、反向血凝试验、放射免疫自显影及火箭电泳等方法，正常人为阴性，小于 25 毫微克/毫升。增高主要见于原发性肝癌，慢性肝炎、重症肝炎、肝硬化也可增高。

肾功能试验 肾脏功能的检查方法。临床常用的有菊粉清除率、内生肌酐清除率、血浆尿素氮和肌酐、尿酸、肌酸测定，肾血流量测定，酚红排泌，浓缩稀释试验，二氧化碳结合力和血液 pH 测定，同位素肾图等检查。根据病情，检查数种综合分析，有助肾脏疾病的诊断。

血清尿素氮测定 一种肾功能试验。血中尿素氮（BUN）是

非蛋白氮的主要成分，经肾小球滤过随尿排出。肾实质受损，肾小球滤过减少，血中浓度增加。用尿素酶水解定氮法和二乙酰一肟直接显色法测定。正常值9—20 毫克/100 毫克。BUN 增高见于急、慢性肾炎、休克、脱水、大面积烧伤、尿路梗阻等；降低见于肝硬化、妊娠后期等。

血清肌酐测定 一种肾功能检查方法。血中肌酐是非蛋白氮成分之一，经肾小球滤过随尿排出。有比色法和酶学法两种测定方法，前者被广泛采用。正常值 1—2 毫克/100 毫升，增高见于急、慢性肾小球肾炎、肾硬化等，血清肌酐浓度大于 5 毫克/100 毫升，有发展为尿毒症的危险。

酚红排泌试验 即“酚磺肽试验”。一种肾小管功能试验。静脉注射 6 毫克酚红后 15 分钟、30 分钟、60 分钟、120 分钟各收集尿液一次，测出尿量和排出酚红的百分比。正常人 15 分钟排泌量＞25%，2 小时排泌量＞55%。急慢性肾炎、心功能不全等排泌量降低，肝胆疾病排泌量增高。

二氧化碳结合力测定 一种酸碱平衡功能试验。在温度 0℃ 及气压 760 毫米汞柱条件下，用化学方法测定每 100 毫升血浆中碳酸氢钠所含的二氧化碳毫升数。正常值 50—70 毫升％ (22—30 毫当量/升)。有助于酸中毒和碱中毒的诊断。

伤寒和副伤寒血清凝集试验 即“肥达氏反应”。一种血清学检查。用伤寒杆菌菌体抗原“O”和鞭毛抗原“H”及副伤寒杆菌甲、乙、丙的鞭毛抗原与病人血清做凝集试验，检测血中有无相应的凝集性抗体。本试验对伤寒和副伤寒的诊断具有较高的特异性。

肥达氏反应 见“伤寒和副伤寒血清凝集试验”。由法国医

师肥达（Fernand Widal，1862—1929）首创，故名。

C反应蛋白测定 简称“CRP测定”。一种血清学试验。某些疾病患者血清中出现一种特殊糖蛋白，能与肺炎球菌菌体C多糖起沉淀反应。正常人呈阴性，急性化脓性炎症、恶性肿瘤、心肌梗死、风湿热等呈阳性反应。

抗链球菌溶血素“O”测定 简称“ASO测定”。一种血清学试验。链球菌溶血素“O”有抗原性，刺激机体产生相应抗体即抗链球菌溶血素“O”。测定病人血清内能中和链球菌溶血素“O”的抗体的含量。正常人ASO＜400单位。常用于协助急性风湿病的诊断。

梅毒补体结合试验 又称“瓦氏反应”。一种血清学试验。用牛心肌类脂质作抗原，与病人血清中的反应素（抗体）结合，形成复合物，再加入补体完全与复合物结合，再与含绵羊红细胞的指示系统混合，因无游离补体，绵羊红细胞不溶血为阳性反应。病人血中无反应素，加入补体呈游离状，与指示系统作用，发生溶血为阴性反应。对梅毒病的诊断敏感性较高。

瓦氏反应 由德国细菌学家瓦塞尔曼（August von Wassermann，1866—1925）等首创，故名。详“梅毒补体结合试验”。

梅毒沉淀试验 又称“康氏反应”。一种血清学试验。用牛心肌中醇溶性脂类物质加胆固醇作为抗原，与病人血清中的反应素（抗体）作用产生沉淀反应，即为阳性。正常人血清为阴性反应。用于梅毒病的检查敏感性较高。

康氏反应 由美国细菌学家康恩（Reuben Leon Kahn，

1887—?）首创，故名。详“梅毒沉淀试验”。

血清粘蛋白测定 用化学定量法测定血清中粘蛋白的含量。正常值：Harris 改良法 2—4 毫克/100 毫升血清；W inzler 法 40—90 毫克/100 毫升血清。粘蛋白增高见于急性炎症、恶性肿瘤、风湿热；降低见于肝炎、肝硬化等疾病。

免疫球蛋白测定 简称“Ig 测定”。一种免疫功能检查。免疫球蛋白是血液、体液、外分泌液、淋巴细胞膜上具有抗体活性的蛋白质（参见免疫学中的抗体）。免疫性疾病、长期接受免疫抑制剂治疗者，慢性肝病、过敏疾病、淋巴瘤等，免疫球蛋白含量常发生变化。临床上常用琼脂单向扩散法测定 IgG、IgA 和 IgM。IgE 血清含量较少，检测时需用灵敏度较高的方法测定。

补体测定 测定机体免疫功能的一种方法。补体是血浆中具有酶活性的一组不耐热的球蛋白，参与灭活病毒或杀死细菌的活动。常用 50％红细胞溶解试验（CH_{50}单位）测定血清总补体，正常值 30—40CH_{50}单位/毫升。用琼脂单向扩散法测定补体单一成分，如 C_3 正常值 0．65—1．34 单位/毫升。各种急性炎症和恶性肿瘤的补体活性增高，急、慢性肾炎，系统性红斑狼疮等自身免疫性疾病补体活性减低。

抗核抗体检查 一种细胞免疫试验。抗核抗体是一种抗细胞核的自身抗体。常用的有间接萤光抗体检查法。正常为阴性反应。系统性红斑狼疮的阳性反应率达 90％以上，对风湿性关节炎、肾炎、肝炎可呈阳性反应。

类风湿因子胶乳凝集试验 一种免疫功能检查。类风湿病人血清中含有类风湿因子（RF），是一种变性 IgG 的自身抗

体。当与热凝集变性的 IgG 致敏的胶乳颗粒混合时，则发生肉眼可见的颗粒状凝集，即为阳性反应。对类风湿性关节炎的诊断有较大参考价值。

胶乳凝集抑制试验 简称“HCG 试验”。一种免疫妊娠试验。HCG 即绒毛膜促性腺激素，妊娠早期血和尿中均出现，用免疫学方法可测出尿中的 HCG。正常者为阴性，阳性反应见于妊娠早期、绒毛膜上皮癌、恶性葡萄胎及睾丸畸胎瘤等。

尿 17—羟皮质类固醇测定 简称“17—OHcs 测定”。一种反映肾上腺皮质功能的试验。用化学方法测定 24 小时尿中 17—OHcs 含量。正常值男性 5—15 毫克/24 小时，女性 4—10 毫克/24 小时。增高见于肾上腺皮质腺瘤、腺癌和增生及垂体前叶功能亢进等；降低见于肾上腺皮质功能减退和垂体前叶功能减退等。

尿 17—酮类固醇测定 简称“17—KS 测定”。一种反映肾上腺皮质和睾丸功能的内分泌试验。用化学方法测定 24 小时尿中 17—KS 的含量。正常值男性 10—20 毫克/24 小时，女性 5—15 毫克/24 小时。测值增高见于肾上腺皮质功能亢进、睾丸癌、垂体前叶功能亢进等；降低见于肾上腺皮质功能减退、垂体前叶功能减退、严重糖尿病等。

癌胚抗原检查 简称“CEA”检查。一种免疫血清学检查。CEA 是一种糖蛋白，胎儿时期血液中出现，出生后血中含量很少，某些恶性肿瘤特别是结肠癌患者血中又增多，用实验室方法可测定其含量。放射免疫法正常值小于 15 毫微克/毫升，酶标法正常值小于 5 毫微克/毫升。增高主要见于结肠癌、胰腺癌，少数胃癌、乳腺癌、溃疡性结肠炎等也可增高。CEA

对结肠癌、胰腺癌不具备早期诊断价值，最大价值在于监测癌的转移、复发、疗效和预后。

细菌药物敏感试验 用一定浓度的抗菌药物对细菌的抑制或杀菌作用所作的测定。即细菌对药物的敏感性。各种细菌对药物有不同的敏感性。测定方法有纸碟扩散法、试管稀释法等。体外测定与临床治疗效果基本相符，可供治疗选药的参考。

胰岛素测定 一种内分泌功能检查法。胰岛素是胰岛β细胞分泌的蛋白激素。用放射免疫法测定血浆胰岛素的含量，国内正常参考值：4．5—4．8微单位/毫升。胰岛素水平降低见于糖尿病，升高见于胰岛细胞瘤。

地高辛测定 药物浓度测定的一种方法。地高辛是洋地黄类的强心药。用放射免疫法测定病人血清中地高辛的浓度。≤2毫微克/毫升，为安全剂量，＞2毫微克/毫升，有中毒可能，＜0．4毫微克/毫升，为用量不足。在测定和分析结果时要注意个体差异等临床具体情况。

皮内试验 简称“皮试”。观察人体对青霉素、链霉素、普鲁卡因、破伤风抗毒素及结核菌素等有无过敏反应的试验。以上药物按一定的比例稀释，于前臂掌侧面中、下1/3处皮内注射0．1毫升，观察10—15分钟，如皮丘增大伴有周围皮肤红晕即为阳性反应。

胸腔穿刺 一种诊疗技术。胸腔积液时，一般在胸壁常选肩胛下角线第7—9肋间或腋中线第6—7肋间或腋前线第5肋间为穿刺点，用胸腔穿刺针刺入胸腔，抽出胸水进行化验，了解液体的性质。大量抽液可减轻压迫症状，注入药物可进

行治疗。常用于胸膜炎、肺癌等引起的胸腔积液的诊断和治疗。

心包穿刺 一种诊疗技术。有心包积液时，一般选左侧胸壁第5肋间或第6肋间的心脏绝对浊音界的外侧或剑突与左肋弓缘夹角处为穿刺点，用心包穿刺针刺入心包，抽取液体进行化验，以确定积液的性质和病原，并可向心包内注入药物进行治疗。化脓性心包炎可穿刺排脓，有心包填塞征时，可穿刺放液减轻症状。

腹腔穿刺 一种诊疗技术。用穿刺针从左下腹选定的部位刺入腹腔，抽取液体，检查积液的性质。抽出大量液体可减轻腹压，注入药物进行治疗。适用于肝硬化腹水、肝癌、腹膜炎等疾病的诊断和治疗。

骨髓穿刺 一种诊断技术。骨髓穿刺针从髂前上棘或髂后上棘、胸骨、腰椎棘突刺入骨髓腔，抽取骨髓液，进行化验检查。对诊断贫血、各种类型白血病、多发性骨髓瘤、原发性淋巴瘤、败血症及寄生虫病等均有很大帮助。

腰椎穿刺 一种诊疗技术。腰椎穿刺针从第3、4腰椎棘突间隙刺入深达蛛网膜下腔，也可在上一或下一腰椎间隙进行。接取流出的脑脊液进行化验。对脑炎、脑膜炎、脑肿瘤、脑血管病等的诊断有一定价值。可测定颅内压力了解蛛网膜下腔是否阻塞，鞘内注入药物可进行治疗。

膝关节腔穿刺 一种诊疗技术。用7—9号注射针头，一般于髌骨上方，由股四头肌腱外侧向内下刺入关节囊，或于髌骨下方，由髌韧带旁向后穿刺以达关节囊，抽出液体进行化验，了解积液的性质或注入药物。常用于风湿性关节炎、化

脓性关节炎等疾病的诊治。

纤维胃镜检查 一种诊断技术。纤维胃镜由导光玻璃纤维束制成，柔软可弯曲，冷光光源。操作安全、痛苦少。通过食道插入胃腔，清晰窥视食道、胃粘膜，同时可照像、取活体组织检查或刷取脱落细胞作细胞学检查。有助于食道癌、胃炎、胃肿瘤、胃溃疡等疾病的诊断。硬性金属管胃镜已淘汰。

胃镜检查 一种内窥镜检查。详“纤维胃镜检查”。

乙状结肠镜检查 肠道疾病的一种检查方法。乙状结肠镜自肛门插入，可深达 30 厘米，从镜管内可直接观察直肠和乙状结肠粘膜的病变，取组织标本检查。有助于直肠、乙状结肠肿瘤、息肉、炎症、血吸虫病等的诊断。

纤维结肠镜检查 结肠疾病的一种检查方法。纤维结肠镜由细长而弯曲的导光玻璃纤维管构成。由肛门送入直肠，逆行经乙状结肠、降结肠、横结肠、升结肠、盲肠至蛔肠末端。对可疑病变部位摄片或钳取活组织检查。适用于肠出血、慢性腹泻、排便异常等疾患的病因诊断。

心导管检查 心脏疾病的一种诊疗方法。心导管在 X 线透视下经静脉或动脉通向心脏和大血管，测量各心腔和血管的压力、血液的含氧量，心腔内心电图的变化，并可向心血管内注入造影剂，用于诊断心血管疾病。通过导管电极行心内膜人工心脏起搏治疗；带特制气囊的心导管对二尖瓣狭窄、冠状动脉粥样硬化可作成形治疗。

腹腔镜检查 诊断腹腔疾病的一种检查方法。用金属制成的附有照明装置的腹腔镜，经腹壁选定的部位将镜插入腹腔进行窥视，并可取活体作病理检查。对腹膜病变、腹腔肿瘤、

肝脏和卵巢疾病的诊断有一定价值。

基础代谢率测定 一种医学检查方法。维持机体基本的生理活动时，每小时单位体表面积最低耗热量减去标准消耗量，其差数与标准耗热量的百分比。正常范围：－10%—＋15%。主要用于甲状腺疾病的诊断和疗效观察，也可用于其他内分泌腺体（垂体、肾上腺等）疾病的辅助诊断。

血液检查 对血液进行的理化、显微镜、寄生虫学、免疫学等检查。血常规包括红细胞、白细胞的质和量的检查，有红细胞计数、血红蛋白测定、白细胞计数及分类。是诊断各种疾病、观察疗效的有效方法。

尿液检查 对尿液进行的理化、显微镜、微生物学、寄生虫学、免疫学等检查。尿常规包括尿的颜色、透明度、酸碱反应、比重、蛋白和糖定性及沉淀物镜检。主要用于泌尿系统疾病的诊断和疗效观察，急性汞中毒、慢性铅中毒等职业病的辅助诊断以及安全用药的监护，如庆大霉素、多粘菌素B、磺胺药等。

正常尿液

尿量	1—2升/24小时（成人）
颜色	淡黄或黄色
透明度	新鲜尿多为透明
比重	1．003—1．035
气味	氨味于新鲜尿久置后出现
蛋白质	阴性

尿量	1—2 升/24 小时 （成人）
尿糖	阴性
酮体	阴性
尿沉渣	红细胞 0—偶见/高倍视野
	白细胞 ＜5 个/高倍视野
	上皮细胞 0—少量/高倍视野
	透明管型 0—偶见/低倍视野

粪便检查 对粪便进行的理化、微生物、寄生虫等的检查。常规检查内容有量、颜色、性状、气味、寄生虫体等。镜下查有无红、白细胞、上皮细胞、肿瘤细胞、寄生虫卵和原虫滋养体等。粪便检查主要用于消化道疾病的诊断及疗效观察。

正常粪便

粪量	100—300 克/24 小时
颜色	黄至棕黄色
粘液	无
细胞	上皮细胞或白细胞 0—偶见/高倍视野
隐血	阴性
食物残渣	少量植物细胞、淀粉颗粒、肌纤维等

痰液检查 对痰液进行的一般性状和显微镜等的检查。包

括痰量、粘稠度、色泽、气味的观察，痰直接涂片查找或培养红细胞、白细胞、肿瘤细胞、结核杆菌和其他细菌。主要用于肺结核、肺癌、肺吸虫病的确诊及支气管哮喘和扩张的辅助诊断，观察老年性慢性支气管炎的病况。

脑脊液检查 神经系统疾病的一种检查方法。对脑脊液进行一般性状、化学、显微镜和细菌学等检查。常规内容有脑脊液颜色、透明度、凝结及蛋白质、糖和细胞学检查。主要用于脑膜炎、脑炎、肿瘤和脑、蛛网膜下腔出血等疾病的诊断和治疗监测。

正常脑脊液

压力	卧位：80—180 毫米水柱或 40—50 滴/分 坐位：160—360 毫米水柱或 80—100 滴/分
外观	无色，透明
细胞	0—8/立方毫米，新生儿为 0—15/立方毫米 大多为淋巴细胞
蛋白定性 蛋白定量	阴性 20—40 毫克/100 毫升
葡萄糖	成人：50—80 毫克/100 毫升 儿童：60—9 0 毫克/100 毫升
氯化物	成人：700—760 毫克/100 毫升 儿童：650—720 毫克/100 毫升

医学影象学 医学科学中的一门学科。通过某种检查手段获得人体内组织和器官的形态结构、生理功能和病理状态的

影像，根据影象显示的特点来诊断疾病。包括X线透视、摄影、CT检查、超声成像、核素显象、核磁共振成象等。

X线诊断 诊断疾病的一种方法。应用X线穿透人体密度不同的结构或病变被吸收程度的差异及其荧光作用和照相作用，使人体各部的结构在荧屏或胶片上显示出不同亮度的影像，经分析、综合并结合临床资料，即可判断病变的有无及病变的部位、性质和范围。包括荧光透视、X线摄影、X线造影、减影成像、CT检查等。

荧光透视 简称“透视”。一种X线检查方法。将人体置于X线球管与荧光屏之间，使X线束穿过人体的受检部位，投照到荧光屏上，以观察其影像，了解人体内部脏器的正常或异常形状或动态，如心脏搏动、胃肠道蠕动等。优点是可进行多轴位观察，操作简便，可立即获得结果。缺点是不能记录，影像欠清晰，病人受X线照射量多。

X线摄影 简称“摄片”。一种X线检查方法。利用X线的穿透力及使胶片感光的作用，把人体受检查部位的结构摄成照片。分辨能力比透视清晰，并可永久保存。包括平片摄影、体层摄影、干板X线摄影、钼靶X线摄影和CT检查等。

X线体层摄影 又称“X线断层摄影”。利用特殊装置使X线球管与X线片在曝光过程中取相反方向移动，并将移动的轴心固定在选定的层面上，这样所选定的体层始终投照于胶片的同一处，故能将人体深部某层组织或病变清晰地显示于X线片上，而其前或后方组织影像模糊，消除了一般X线平片人体结构互相重叠，不易分辨，影响诊断的缺点。

X线断层摄影 即“X线体层摄影”。

X 线造影检查 将某种物质导入人体检查部位或其周围以改变它的密度，使其与相邻组织产生人工对比，清晰地显示出其轮廓、大小、位置及功能改变，来进行诊断的一种 X 线检查方法。被引入的物质称作造影剂，包括气体、钡剂或碘制剂。通常用来进行消化道，心血管、关节、泌尿道、胆道、脑室等处的检查。

电算 X 线体层摄影 英文缩写“CT”。X 线检查方法之一。利用细窄且强度恒定的 X 线束，扫描人体被测部位的横截面，在其对侧用动态量程范围很宽的探测器，测量透过人体经吸收后衰减的 X 线强度，转换为电信号，送入电子计算机进行一系列复杂的变换和运算，求得截面上各点吸收系数分布图，再以黑白灰度或颜色来显示这一数字分布图而获得清晰的体层截面图像。主要用于头、肝胆、胰、肾、肺、纵隔、盆腔等肿瘤的诊断，对颅脑肿瘤诊断的价值最大。

CT “Computed Tomography”的缩写。详“电算 X 线体层摄影”。

核磁共振扫描 英文缩写为“NMR”。应用“核磁共振”原理研制成的一种新型断层显像技术。核磁共振是利用物质粒子在外磁场和射频作用下发生磁矩取向变化的原理。人体的某一部分在一个可控的磁场内，给一定射频，在一特定断面上，组织内不同的质子在不同的频率时共振，通过电子计算机对数据处理，经显像系统得到一个三维的质子密度空间分布图像，比 CT 提供的图像分辨率更高，且对组织无损伤作用。

介入性放射学 又称“手术放射学”。是以放射诊断为基础，

以治疗为目的的放射诊断与治疗相结合的技术，也是在医学影像系统监视下取得组织学、细菌学、生化和生理资料以明确病变性质的技术。包括治疗性血管造影，经皮针刺和抽吸活检，经皮穿刺引流及抽吸技术和结石处理等。

核医学 原子核技术在医学上应用的医学分支学科。它是核技术、电子技术、计算机技术等现代技术与医学相结合的一门新学科。研究核素、核射线，对人类认识生命现象的本质、疾病的病因、临床诊断治疗和药物作用的原理都有一定的作用，为临床医学、基础医学、预防医学的探索开避了新的途径。在临床医学中的应用包括脏器功能测定、脏器显像、放射免疫测定、放射性核素治疗等。

放射性同位素脏器显影 通常称“脏器扫描”。脏器显影检查的一种方法。将同位素或其标记的化合物给病人口服或静注，选择性地蓄积在某些器官或组织内，用扫描仪在体外扫描，通过磁带记录、光照像或机械打点法记录，显示放射性同位素在组织、器官内的分布，以了解该器官的形态、功能和病变的情况。常需扫描的器官有甲状腺、肝、肾、脑等。

脏器扫描 即“放射性同位素脏器显影”。

甲状腺放射性同位素显像 通常称“甲状腺扫描”。脏器显像检查的一种方法。利用甲状腺具有摄取碘合成甲状腺激素的功能和吸附锝等的能力，选用同位素如^{131}碘、^{125}碘、^{99}m 锝等作示踪剂，用扫描机或 r 照相机，显示甲状腺的形态、位置、大小，根据甲状腺及甲状腺肿块吸碘功能的比较或是否聚有亲肿瘤的同位素进行诊断。

肝脏放射性同位素显像 通常称“肝扫描”。脏器显像检查

的一种方法。肝窦星状细胞能摄取放射性胶体颗粒，使正常肝区出现放射性，在扫描图上显影胶体金^{198}、^{131}碘等，被肝细胞吸收后由胆道排出至肠，使肝胆肠依次显影，病变部位这一功能减退或丧失，扫描图上表现为放射性缺损或密度减低区。根据 扫描图显示的肝脏大小、形态和位置及病变部位进行诊断。临床最常用于探查肝脏的占位性病变，如肿瘤、囊肿、脓肿等。

甲状腺吸^{131}碘机能测定 甲状腺功能检查的一种方法。放射性^{131}碘口服或静注后被甲状腺吸收，用探测仪测定甲状腺部位的放射性强度，根据甲状腺吸^{131}碘的速度及数量判断甲状腺的功能状态。用于甲状腺机能亢进、减退及缺碘性甲状腺肿的诊断。

放射性肾图 肾机能检查的一种方法。^{132}碘马尿酸示踪剂静注后，由肾脏迅速排出，用放射测量仪和自动描记仪测量并描记出示踪剂经过肾脏的曲线。可分别了解每侧肾脏血液供应，肾小管分泌功能和尿路通畅情况。临床用于肾源性高血压的过筛检查，上尿路梗阻的诊断和急性肾功能衰竭的鉴别等，但不能作病因诊断。

超声诊断 利用频率在 2 万赫兹以上的声波诊断疾病的一种方法。超声波在人体组织和脏器中传播具有定向性、反射性和吸收衰减的特点，显示出不同的回声图、声像图。可对肝、胆、胰、肾、颅脑、心、子宫、卵巢、体腔积液等多种脏器的疾病进行诊断。临床应用的有示波法（A 型）、显像法（B 型）、光点扫描法 （M 型）和多普勒法 （D）型四大类。

超声示波法（A 型） 一种超声诊断方法。将人体界面的

反射回声信号显示为垂直的波型，根据反射波的位置、分布、多少、高低和形状来判断疾病。常用于肝、胆囊、脾、体腔积液和脑占位性病变的诊断。

超声显像法（B 型或 BP 型） 一种超声诊断方法。将人体界面的反射回声信号显示为强弱不同的光点，在荧光屏上显示出组织和脏器的切面图像即声像图。根据组织脏器或病变声像图的形态、内部结构的灰度、边缘及内部回声分布强弱等进行诊断。广泛应用于妇产科、泌尿、消化及心血管等系统疾病及肿瘤的诊断。

超声光点扫描法（M 型） 一种超声诊断方法。用慢扫描将回声光点的上下位移展开构成时间—空间曲线。心脏活动所构成的曲线称“超声心动图”。可观察心动周期各时相心脏各层结构的位置、活动状态、厚度、内腔大小及有无异常回声、辅助心脏、大血管疾病（如二尖瓣狭窄、左房粘液瘤等）的诊断，还可观察胎心、胎动和膈肌运动情况。

超声多普勒诊断法（D 型） 一种超声诊断方法。专门用来检测血液流动和器官的活动。心壁、血管壁、瓣膜、血液粒子及胎心、胎动等活动界面，可产生超声的频移变化。用多普勒超声血管检测仪描成特殊的曲线或频谱图，探测血管时确定血管是否通畅、管腔有无狭窄、闭塞及其部位所在。用定向性流速仪可测定血液方向和流速。有助于室间隔缺损、动脉导管未闭等心血管疾病的诊断。

临床医学

内 科 学

呼吸困难 呼吸功能不全的一个重要症状。主要由于通气需要量超过呼吸器官的通气能力所引起。患者感到空气不足，表现呼吸费力，严重者出现鼻翼扇动、青紫、端坐呼吸和三凹征，可伴有呼吸频率、深度与节律的异常。处理方法：供给氧气和治疗病因。

支气管炎 气管、支气管粘膜的炎性病变。由病毒、细菌、过敏和有害气体刺激引起。分急性和慢性两种。咳嗽、咳痰、气喘为主要表现，慢性易并发肺气肿。急性期用止咳、祛痰、平喘药和抗菌素治疗；慢性期加用免疫增强药物。戒烟有助于治疗。

慢性阻塞性肺气肿 简称“肺气肿”。慢性支气管炎最常见的并发症。细支气管长期发炎，管腔狭窄，呼气不畅，肺泡过度膨胀，肺功能减退。常见症状咳嗽、咳痰、气喘、可有青紫表现，严重时呼吸困难以至呼吸衰竭，久病可并发肺心病。治疗去 除病因，控制感染，使用止咳平喘药。

肺原性心脏病 简称“肺心病”。支气管—肺组织原发病变引起肺动脉高压所致的心脏病。分急性和慢性两种，后者最为多见。除咳嗽、咳痰、气喘外，有颈静脉怒张、肝肿大、下肢浮肿等表现。严重时有消化道出血，肺性脑病和肺部感染，心力衰竭等并发症。积极控制感染，改善心肺功能是治疗的关键。

支气管扩张症 常见于慢性支气管炎症或化脓性疾病后，由于呼吸道感染和支气管阻塞，管壁损伤而管腔扩张。主要表现：长期慢性咳嗽，大量脓痰，反复咯血，青少年多见。治疗：体位引流，控制感染，止血祛痰。药物治疗无效，可手术治疗。

呼吸衰竭 肺通气或换气功能严重障碍，导致低氧血症（PaO_2＜60mmHg），或二氧化碳潴留（$PaCO_2$＞50mmHg），表现为呼吸困难、紫绀、意识障碍、休克等。分急性和慢性两种。后者多见于慢性支气管炎、阻塞性肺气肿和严重肺结核等疾患。急性见于溺水、电击等。治疗病因，立即吸痰供氧，保持呼吸道通畅，应用呼吸兴奋剂，加强抗菌素药物应用等。

肺炎 肺实质的炎症。主要由病毒、细菌、衣原体、真菌等感染引起。有发热、咳嗽、咳痰，白细胞增多，X 线检查可见肺段或肺叶呈现均匀致密的阴影等病变。应用抗菌素、磺胺或抗真菌药治疗。

胸膜炎 由感染（细菌、病毒、真菌、寄生虫等）、肿瘤、变态反应（风湿热、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮）、化学（尿毒症、胸腔内出血）和物理（创伤）等方面的因素所引起的胸膜部位的炎症病变。临床表现主要为胸痛、咳嗽、发热、乏力、呼吸短促等。治疗为处理原发病，控制感染，必要时抽液或手术治疗。参见“内科学”中的“胸腔积液”。

肺脓肿 肺化脓性炎症。由呼吸道吸入或血行播散化脓细菌引起。感染相对局限在肺叶或肺段，在坏死、化脓同时，有肉芽组织包裹成脓肿。临床表现：高热，寒战，咳嗽，咳大量臭脓痰。X 线检查可见肺野内炎性浸润灶或空洞形成见有

液平面。治疗应用抗菌素，体位引流排脓痰，必要时手术切除患病的肺叶段。

结核病 结核杆菌引起的慢性传染性病害。可累及全身多个脏器（脑膜、胸膜、肺、腹膜、肠、泌尿生殖器，骨，淋巴结和皮肤等），以肺部最多见。人体感染结核菌后只在抵抗力低下时发病。病理特点为结核结节和干酪样坏死。临床表现为长期低热、乏力、盗汗等全身中毒症状和病变组织的局部症状，少数可急性发病，有高热及毒血症等表现。治疗需加强营养，抗结核菌药物联合应用。接种卡介苗起一定预防作用。

肺结核 最常见的一种结核病。分五型：原发型、浸润型、血行播散型、慢性纤维空洞型和结核性胸膜炎。常见症状为低热、乏力、盗汗、咳嗽、咯血，X 线检查有病灶阴影，结核菌素试验强阳性，痰和胸水中可找到结核杆菌。治疗与结核病相同。

胸腔积液 又称“胸膜腔积液”。胸膜腔内有液体积聚。分渗出液和漏出液两种。前者由炎症引起，常见于结核病；后者由心、肾疾病、肺瘀血、低蛋白血症或肝硬化等引起。胸腔穿刺抽出清澈透明的为漏出液；或草黄色微混的为渗出液，还有脓性、血性和乳糜样积液。应治疗原发病，可行胸腔抽液或引流并可注入药物治疗。

心力衰竭 心脏病变功能损伤发展到一定程度，心肌收缩力减弱，心排血量减少，因而不能维持人体有效循环和代谢需要的一种临床—病理生理综合征。根据心衰的缓急、累及心脏的部位和不同的发病机理分型：急性和慢性心力衰竭；左

心或右心心力衰竭；高排或低排血量心力衰竭；顺应性减低型或难治性心力衰竭和泵衰竭。左心衰竭时肺瘀血，有气喘，不能平卧，咯血等症状；右心衰竭时体循环瘀血，有颈静脉怒张、肝肿大、下肢浮肿。应用洋地黄类强心药、利尿扩管剂治疗，低盐饮食，酌情休息。

心律失常 又称“心律紊乱”。心脏跳动节律不正常。正常的心跳冲动是从右心房上方窦房结发出，传到心房和心室引起心脏有节律跳动，若冲动从窦房结发出过快、过慢或不规则及冲动不从窦房结发出，冲动传导障碍、冲动从旁道传入心室，均可形成心律失常。常见的有心律不齐、心动过速、心动过缓、早搏、房颤、室颤、心脏传导阻滞和预激综合征。

心律紊乱 即“心律失常”。

心动过速 频率快速的心律失常的总称。成人心跳每分钟100次以上，也有少于100次者。按起搏部位分为窦性和异位性两种。窦性多见，心跳每分钟100—160次，见于兴奋、运动、发热、心肌炎、甲亢症等；异位性包括房性、房室交接处性和室性，前两种合称“室上性心动过速”。异位性又分阵发性和非阵发性两种，前者心跳每分钟160—250次，发作时间短暂，为数秒、数分钟或数日；后者为70—130次。治疗病因，应用心得安、异搏定、利多卡因等药治疗。

窦性心动过缓 成人心跳每分钟少于60次者。常见于老年人、运动员和迷走神经张力过高者，颅压高、阻塞性黄疸、器质性心脏病中有病窦综合征，心肌炎、心肌梗塞等均可引起。针对病因治疗，必要时用阿托品、异丙肾上腺素治疗。

过早搏动 简称“早搏”。又称“期外收缩”。一次提早的

心脏跳动。一般分房性、房室交接处性和室性。室性早搏最多见，房性早搏次之。常见于各种心脏病。正常人劳累过甚偶可发生。应针对病因治疗。

期外收缩 即“过早搏动”。

期前收缩 即“过早搏动”。

心房纤颤 简称“房颤”。常见的心律失常。心房肌纤维不协调的乱颤，每分钟400—600次，部分颤动传入心室，致心室跳动和脉搏均不规则。房颤多见于器质性心脏病。用洋地黄、奎尼丁或同步直流电复律等复律治疗。

心室颤动 心室发生快速、不规则、不协调的连续颤动，心电图中QRS波群消失，是心脏骤停中常见的类型之一。抢救措施除进行充分、有效的胸外心脏按压，改善心脏血供外，尽早进行电击除颤，也可应用药用（如利多卡因等）除颤。

心房扑动 快速而规则的心房异位心律失常。心房每分钟跳动250—400次，一般房室传导为2：1，即心室跳动每分钟120—200次。较房颤和阵发性心动过速少见。见于严重心脏病，治疗与心房纤颤相同。

房室传导阻滞 心脏冲动从心房传到心室异常延迟或被阻滞。根据阻滞程度分Ⅰ度、Ⅱ度、Ⅲ度（完全性）传导阻滞。见于各种心肌炎、心肌病、药物作用、电解质紊乱、冠心病等。针对病因治疗，应用阿托品和异丙肾上腺素等药物或安置人工心脏起搏器治疗。

阿—斯氏综合征 又称“急性心源性脑缺血综合征”或“继发性癫痫”。因心脏突然停跳、心室率过慢（＜20次/分），室速、室颤，使脑部严重缺血、缺氧而致的病症。患者突然

面色苍白、神志不清、抽搐、心跳呼吸停止，持续几秒到几分钟，可反复发作。严重者死亡。应立即给予心肺复苏治疗。

急性心脑综合征 即“阿—斯氏综合征”。

心脏瓣膜病 以心脏瓣膜病变为基础的常见的心脏病。由于感染炎症、动脉硬化和先天畸形等因素使心脏瓣膜失去关闭严、开放全的作用，以致心功能发生障碍。风湿性心脏病二尖瓣狭窄和关闭不全最常见；老年性心脏病二尖瓣和主动脉瓣纤维化、钙化导致瓣膜狭窄和关闭不全次之。

风湿性心脏病 最常见的心脏病。急性期心包、心肌和心内膜受累称“风湿性全心炎”。慢性期主要表现为心瓣膜病变，瓣膜发炎后结疤、增厚和变形，形成狭窄或关闭不全。二尖瓣最多见，主动脉瓣次之，三尖瓣和肺动脉瓣少见。心脏瓣膜病变引起血流动力学改变，导致心力衰竭。应用强心利尿扩管药控制心力衰竭和瓣膜手术等治疗。

二尖瓣狭窄 最常见的心脏瓣膜病。主要病因为风湿病。二尖瓣开放不全，心室舒张期左心房血不能畅流入左心室，导致左心房和肺瘀血，右心肥厚。主要症状为咳嗽、气喘、咯血。可行瓣膜分离和替换术治疗。

二尖瓣关闭不全 常见的心脏瓣膜病。大多属风湿性，约半数以上合并二尖瓣狭窄。左心室和二尖瓣环扩张可引起功能性二尖瓣关闭不全，见于高血压心脏病、重度贫血等。因二尖瓣关闭不严，左心郁血量增加，导致左心房、左心室肥大，重者出现乏力、心悸、左心衰竭。可施行瓣膜替换术和修补术。

主动脉瓣狭窄 少见的心脏瓣膜病。由风湿性、先天性、老

年退化性病变所致。左心室的血液通过狭窄的主动脉瓣口困难，从而导致左心室增大。轻度的主动脉瓣狭窄无症状，重者有乏力、头昏、心悸或昏厥、心绞痛和心衰、猝死。可行狭窄瓣膜分离或替换术。

主动脉瓣关闭不全 常见的心脏瓣膜病。由风湿病、梅毒、动脉硬化、马凡氏征、先天性畸形等引起。主动脉瓣关闭不严。在左心室舒张期时主动脉内血液返流入左心室，引起左心室增大。表现为心慌、气喘、头晕、心绞痛等症状。治则：限制体力活动、预防感染，控制心衰后可行瓣膜替换术。

动脉硬化 动脉内膜脂质沉积，管壁增厚，钙化，变硬失去弹性的病理变化总称。小动脉硬化，与高血压病有关。动脉内膜粥样变的斑块凸向血管腔，影响血液供应。常发生于心、肾、脑动脉和主动脉，与脂肪代谢紊乱和神经血管功能失调有关。防治措施：适当体力活动，不吸烟，低脂饮食，酌情使用降脂药。

冠心病 “冠状动脉性心脏病”的简称。最常见的心脏病。主要由冠状动脉粥样硬化及痉挛引起。有心绞痛、心肌梗死、心律失常、心力衰竭、猝死等表现。防治动脉粥样硬化，改善冠状动脉的血液供应和减少心肌的耗氧量，使用活血祛瘀的中草药及硝酸酯类药、B—受体阻断剂、钙通道阻滞剂，冠状动脉搭桥术、血管气囊成形术等治疗。

冠状动脉性心脏病 即“冠心病”。

心绞痛 又称“狭心症”。心脏供血不足，心肌急剧而短暂的缺血、缺氧所引起的临床症侯群。突然胸骨后压榨或紧缩样疼痛不适，可向左肩、左上肢放射，持续数秒至数分钟，多

发生在饭后或劳动、情绪激动时，休息、含硝酸甘油后可获缓解。多见于冠心病、主动脉瓣关闭不全和狭窄、肥厚型梗阻性心肌病。

心肌梗死 又称“心肌梗塞”。主要由冠状动脉粥样硬化和持久性痉挛，使患支远端血供中断，相应的心肌严重地缺血、缺氧，最后导致坏死。表现为剧烈而持久地心绞痛，休息、治疗不能缓解，伴心慌、气喘，心电图呈急性坏死的改变。严重时发生心律失常、休克或心力衰竭。发病时应立即进行抢救治疗。

心肌梗塞 即“心肌梗死”。

先天性心血管病 简称“先心病”。由于胎儿心脏和大血管在母体内发育有缺陷造成。病因未明。先天性畸形中最常见的疾病有心房间隔缺损，心室间隔缺损、动脉导管未闭、法乐氏四联症等。患儿多从小出现心慌、气喘、乏力，可伴有青紫、发育不良。大多数先心病都能用手术治疗。

心房间隔缺损 常见的先天性心脏病。左右两心房间隔缺损，血液分流，增加心脏负担。有心悸、气喘、乏力、咳嗽，婴幼儿进食困难，反复呼吸道感染，发育障碍，等表现。心脏有杂音可手术修补治疗。

心室间隔缺损 常见的先天性心脏病。有心悸、气喘、乏力、咳嗽婴幼儿进食困难、反复呼吸道感染、发育障碍等表现心脏有杂音。心室间隔先天性缺损，血液分流，类似于房缺。增加心脏负担。可手术修补治疗。

动脉导管未闭 系先天性心脏病。胎儿期连接主动脉与肺动脉之间的动脉导管，在出生后仍未闭合，部分血液仍从主

动脉直接流向肺动脉，使肺部血流量增加，产生肺动脉高压，加重心脏负担。手术结扎或切除未闭的动脉导管，以达根治。

法乐氏四联症 又称“先天性紫绀四联症”。常见的先天性心脏病之一。本症由法国法乐氏首先描述：一病人同时有肺动脉狭窄，主动脉骑跨左右心室、心室间隔缺损、右心室肥厚的四种心脏血管畸形。紫绀出现在婴儿期，啼哭等活动时加重。手术治疗。

右位心 心脏位于右侧胸腔，心房、心室和大血管的位置如正常心脏的镜中像。单纯右位心无症状。心尖搏动和心浊音界均位于右胸壁，心音也在右胸部听到。预后良好，毋需治疗。

高血压病 又称“原发性高血压”。以动脉血压增高为主要表现者。病因未明。成人收缩压≥160 毫米汞柱和或舒张压≥95 毫米汞柱称为高血压。主要症状为头痛、头晕、眼花、失眠、烦燥、胸闷、心慌、持续性高血压将发生心、脑、肾器质性损伤和功能障碍，易并发主动脉粥样硬化、心肌梗死和脑溢血。本病应与肾炎、肾动脉狭窄等疾病引起的症状性高血压相鉴别。

高血压性心脏病 简称“高心病”。长期动脉血压增高，使左心室负担过重导致扩张、肥厚的疾病。高血压病及症状性的高血压都能引起高心病。心脏在代偿期除高血压症状外，心脏无症状；失代偿期先是左心衰竭，如心慌，气喘，阵发性呼吸困难等，以后发生右心衰竭，下肢浮肿，肝肿大，颈静脉怒张等表现。治疗原则：控制高血压，纠正心力衰竭。

心肌病 以心肌病变为主要表现的一组疾病。分特发性

（原发性）心肌病和继发性（特异性）心肌病。前者病因不明，后者病因明确。原发性心肌病分扩张型、肥厚型和限制型。各型的临床表现，治疗不同。另一类为病因已明或与全身疾病有关的继发性（或特异性）心肌疾病。扩张型心肌病：心腔扩大，心力衰竭和各种心律紊乱，治疗应控制心衰，纠正心律失常；肥厚型心肌病：分梗阻性非梗阻性，均有心慌、气喘等症状，重症有心绞痛和晕厥，用β—受体阻滞剂和钙通道阻滞剂或手术治疗。限制型心肌病临床上类似缩窄性心包可采取手术治疗的表现。

心肌炎 由病毒、细菌等感染或物理化学因素引起的心肌炎症。有头昏、乏力、心悸、胸闷、胸痛等症状，严重时出现各种心律失常和心力衰竭。心电图检查有助诊断。治疗病因，控制炎症，对症治疗。

克山病 又称“地方性心肌病”。在中国黑龙江省克山县发现，病因不明。主要病理变化为心肌变性、坏死和纤维化。主要表现为急慢性心功能不全及各种心律失常。大量维生素C静脉滴注，纠正心力衰竭和休克。口服亚硒酸钠有一定预防作用。

心包炎 心包脏层和壁层发生的炎性病变。由结核病、风湿病、化脓性或病毒性等感染及其他因素引起。分急性、亚急性、慢性三种。有发热，心前区痛、心慌、气喘等症状，可听到心包摩擦音，有不同程度的心脏填塞征象：心悸、烦燥、咳嗽、气喘、浮肿、紫绀、肝大、脉细弱，严重时出现休克。首先治疗病因，心包穿刺排液或排脓，已形成的缩窄性心包炎，宜早施行心包切开术。

感染性心内膜炎 微生物感染引起的心内膜炎症。分急性和亚急性两种。急性为败血症的一种表现。亚急性较多见，多由草绿色链球菌、葡萄球菌、真菌等引起。其特点有心脏病基础，伴有发热，皮肤粘膜瘀点，脾大，杵状指，周围血管栓塞等表现。血培养阳性。

梅毒性心脏病 又称“梅心病”。梅毒螺旋体侵入人体大动脉壁发生炎症性病变的疾病。梅毒感染后 15—20 年发病，是梅毒的晚期表现。主要病理改变是主动脉炎，主动脉瓣关闭不全，冠状动脉口狭窄，主动脉瘤，心肌树胶样肿。有心绞痛、心慌、气喘、心力衰竭等症状。主要用青霉素驱梅治疗，手术切除动脉瘤。

原发性主动脉炎综合征 又称“无脉症”、“主动脉弓综合征”。主动脉及其分支慢性进行性非特异性病变，青年女性多见，与免疫复合物沉着有关的自身免疫性疾病。主要是动脉管腔狭窄或闭塞。锁骨下动脉或肱动脉炎引起“无脉症”，颈总动脉炎引起脑缺血缺氧易晕厥，腹主动脉炎和两侧髂总动脉炎引起下肢麻木、动脉搏动减弱、肠功能紊乱，肾动脉炎时可引起高血压。采取中西医结合治疗。

心脏电复律 又称“心脏电除颤”。用电能使异位性快速心律失常转复为窦性心律的方法。心脏电复律器一次放出短而强的电流通过心脏，使异常折返激动消失，恢复正常心跳。主要用于室颤、房颤、前者用非同步电复律，后者用同步电复律。疗效好，安全，并发症少。

人工心脏起搏 用人造的脉冲电流刺激心脏带动心搏的治疗方法。脉冲发生器发放一定频率、振幅和形式的电脉冲，通

过电极刺激心脏，代替心脏起搏点发动冲动，使心脏有规律地收缩。常用于病态窦房结综合征、Ⅲ度房室传导阻滞，室性心动过速和室颤。有间接的胸壁或食道内起搏，直接的心内膜或心外膜起搏，临时与永久起搏，单纯心房或心室内起搏，心房室顺序起搏。

吞咽困难 食 物通过口、咽或食管病变处发生痉挛或梗阻者。饮食吞咽障碍或伴有吞咽疼痛，严重者不能咽下食物。常因口腔、咽部和食 管有炎症、溃疡、肿瘤和神经肌肉疾患、破伤风、狂犬病等引起。

上消化道大出血 食道、胃、十二指肠、胰胆等病变于数小时内出血量超过 1000 毫升。多见于溃疡病、胃炎、肝硬化、胃癌等疾病。有呕血、黑便、血压下降、面色苍白，心悸、冷汗等表现。须立即输血补液，应用止血药，酌情使用三腔气囊管压迫止血或纤 维胃镜直视下电灼、激光止血或手术治疗。

黄疸 一种临床病症。因胆红素代谢障碍，血清内胆红素浓度超过正常水平时，皮肤、粘膜、巩膜、体液和其他组织为之黄染。总胆红素浓度达 2．0 毫克/100 毫升，临床上出现黄疸。分溶血性、肝细胞性和阻塞性三种。多见于肝、胆、胰疾病。治疗病因方可解除黄疸。

慢性腹泻 每日大便超过三次，粪质稀薄，容量增加，脂肪增多或有不消化食物、脓血等称为“腹泻”，病程超过二个月为慢性腹泻。临床有慢性菌痢、阿米巴痢疾、肠结核、溃疡性结肠炎、结肠癌等均伴有此症。除应用止泻药外，主要是病因治疗。

反流性食道炎 胃肠内容物反流而引起食道粘膜炎症病变。胸骨后和上腹部灼热隐痛感，进食加重。食道镜检查有助诊断。忌食刺激性食物，口服甲氰咪呱和胃复安治疗，食道疤痕狭窄可手术治疗。

胃炎 胃粘膜炎症。急性胃炎有单纯性、糜烂性、化脓性和腐蚀性四种。多数经治疗可痊愈。少部分变为慢性，它分为浅表性、肥厚性和萎缩性三种。胃镜和活检可以确诊。萎缩性胃炎有癌变可能，必要时行手术治疗。

消化性溃疡 又称“胃溃疡或十二指肠溃疡”。主要指胃、十二指肠发生的慢性溃疡。与高胃酸和胃蛋白酶分泌异常自身消化作用有关。临床特点：病程几年至几十年，发作期与缓解期交替出现，上腹部有节律的疼痛，进食后或可缓解。常有出血、穿孔、梗阻等并发症。X 线造影和胃镜检查有助诊断。注意饮食卫生，应用制酸解痉药，手术治疗并发症。

急性胰腺炎 是一种常见病，女性多于男性，是由胰腺的自身消化引起。病理变化轻者表现为水肿，重症可出现坏死和出血。临床症状轻重不一，多有腹痛、恶心、呕吐；严重都可有休克及（或）腹膜炎等表现。治疗主要为禁食、减压及输液，镇痛解痉，抑制胰酶等的活性与分泌。

肠结核 结核杆菌侵犯肠道引起的溃疡或增生病变。起病缓慢，病程较长。消瘦、乏力、低烧、盗汗，右下腹反复隐痛，可触及肿块，腹泻与便秘交替出现。以抗痨药物治疗为主，有肠梗阻，穿孔、大出血需手术治疗。

克隆病 又称“局限性肠炎”、“节段性肠炎”，“肉芽肿性小肠结肠炎”。病因不明的胃肠道肉芽肿性炎性疾病。病变多

见于末端迴肠和邻近结肠。临床特点：腹痛、腹泻、腹块、瘘管和肠梗阻：常伴发烧、关节炎等。慢性起病，可达数年。X线钡餐检查或纤维结肠镜检查对诊断有价值。首选药是水杨酸偶氮磺胺吡啶，活动期适用糖皮质激素。

局限性肠炎 见“内科学”中的“克隆病”。

肉芽肿性肠炎 见“内科学”中的“克隆病”。

节段性肠炎 见“内科学”中的“克隆病”。

溃疡性结肠炎 又称“慢性非特异性溃疡性结肠炎”。原因不明的直肠和结肠慢性炎性疾病。主要临床表现：腹泻、粘液脓血便、腹痛和里急后重。病情轻重不等，多反复发作。结肠镜检查或/和钡剂灌肠，有助于诊断。水杨酸偶氮磺胺吡啶为首选治疗药，暴发型或重症者适用糖皮质激素，有癌变、肠穿孔、脓肿与瘘管需手术治疗。

结核性腹膜炎 结核杆菌引起的慢性腹膜炎症。表现为发热、盗汗、腹痛腹胀，腹壁柔韧感，可伴有腹水、腹块，可并发肠梗阻。结核菌素试验阳性，腹水可找到结核杆菌。抗痨治疗为主，手术治疗用于有并发症者。

肝硬化 为慢性肝病。一种或多种病因长期反复作用，造成弥漫性肝实质性损害，肝细胞变性、坏死、再生、结缔组织增生，质地变硬。有病毒性肝炎型、血吸虫病性、酒精中毒性、胆汁性、心源性等肝硬化。以肝功能损害和门脉高压症（脾大、腹水、食道下段静脉曲张等）为主要表现，可并发上消化道出血、肝性脑病、肝肾综合征、肝癌等。

慢性肝炎 多种病因引起病程在半年以上的肝脏慢性炎症性疾病。分为迁延性、慢性活动性两种。大多由乙型肝炎、非

甲非乙型肝炎病毒感染发展而来，亦有酒精和药物中毒致病。表现为乏力、食欲不振、肝区隐痛、肝肿大、肝功能损害、蜘蛛痣等。给予葡萄糖、维生素（B 族、C 和 K）和选用强的松龙、干扰素、肌苷等治疗。

肝性脑病 又称“肝性昏迷”。严重肝病引起以代谢紊乱为基础的中枢神经系统综合病征。由肝硬化、重症肝炎、药物性肝病、肝癌等引起。意识障碍和昏迷为主要表现。尚无特效疗法，仅采取综合性处理措施。

肝性昏迷 即“肝性脑病”。

白细胞减少 外周血白细胞持续低于 4000/立方毫米。其中主要是粒细胞减少，当粒细胞绝对数低于 1500/立方毫米称“粒细胞减少症”，但红细胞和血小板正常。多见于药物反应或化学物中毒、电离辐射、感染性和免疫性疾病、脾亢和原因不明者。临床表现有头晕、乏力、低热、继发感染等。治疗主要寻找和消除病因，应用升白细胞药物和防治感染。

粒细胞缺乏症 外周血液中白细胞数持续在 1000—2000/立方毫米时，中性粒细胞百分比极度减少，甚至完全消失而红细胞和血小板正常。最常见的病因是药物反应，其他病因同白细胞减少。起病急骤、突然畏寒、高热、常并发严重感染。立即停用致本病的药物，应用糖皮质激素、输注白细胞浓缩液，积极抗感染治疗。

白血病 造血系统中的一种恶性疾病。其特点为体内白血病细胞无控制地增生，出现在骨髓，各器官组织和外周血液中。分急性白血病和慢性白血病。前者中最常见的有淋巴细胞型、粒细胞型、粒—单核细胞型及单核细胞型，其次为早

幼粒细胞型、红白血病。后者常见的是慢性粒细胞白血病和慢性淋巴细胞白血病，较少见的有多毛细胞和幼淋细胞白血病。临床表现：贫血、出血、发热、胸骨压痛和肝、脾、淋巴结肿大等。采用全身支持疗法、化疗、免疫、放射及中医药的综合治疗、骨髓移植。

贫血 外周血中血红蛋白浓度、红细胞计数均低于正常。表现为面色苍白、乏力、头昏、心悸、气促、食欲不振和月经失调等症状。贫血分三大类：红细胞生成减少如缺铁性贫血，叶酸或维生素 B_{12} 缺乏的巨幼红细胞性贫血，再生障碍性贫血；红细胞破坏过多引起溶血性贫血；急性或慢性失血性贫血。治疗首先消除病因，根据病因选用药物、输血或脾切除，骨髓移植等。

缺铁性贫血 是由于体内贮存铁缺乏，影响了血红素的合成所引起的一种小细胞、低色素性贫血。为贫血中最常见的类型。发生于各年龄组，但以青壮年妇女尤为多见。一般最常见的症状为头晕、乏力、易倦、耳鸣、眼花，重度可出现眩晕或晕厥等。积极防治病因，补充铁剂，酌情给予高蛋白及含铁丰富的饮食，促进康复。

巨幼红细胞性贫血 由于维生素 B_{12}、叶酸缺乏所致的一组贫血。外周血红细胞平均体积（MCV）及红细胞平均血红蛋白量（MCH）高于正常，骨髓中出现巨幼红细胞。临床上出现心悸、气短、皮肤苍白等贫血表现以及腹胀、腹泻、舌炎及消化不良。治疗为补充维生素 B_{12} 或叶酸，去除原发病因，支持及对症治疗。

血小板减少性紫癜 常见的出血性疾病。由于血小板减少

而发生的皮肤、粘膜和其他组织的自发性出血。多见于感染、中毒、恶性肿瘤，骨髓功能减退，脾功能亢进和病因不明的病人。临床表现：急性者有畏寒，发热，血小板减少，皮肤粘膜大量瘀点、大片瘀斑；慢性者主要反复发作的皮肤瘀点或单独性鼻衄，月经过多，和血小板减少。采用皮质激素，输血、输血小板，脾切除和免疫抑制疗法。

过敏性紫癜 是较为常见的一种微血管变态反应性出血性疾病。临床特点为皮肤瘀点、瘀斑和粘膜出血，常伴有腹痛、便血、关节肿痛或肾脏病变等。血小板计数和凝血功能无异常发现。治疗采用抗组织胺药物、糖皮质激素并设法去除病因。

再生障碍性贫血 是由多种病因所引起的骨髓造血组织明显减少，导致骨髓造血功能衰竭的综合症。其共同表现为全血细胞减少、进行性贫血、出血和继发感染等。临床上可分为急性型和慢性型。治疗原则是去除病因、止血、输血、预防和控制感染等。

阵发性睡眠性血红蛋白尿症 是一种慢性血管内溶血性疾病。临床上主要以睡眠时发生阵发性血红蛋白尿为特征。治疗采用一般疗法、激素疗法、右旋糖酐，必要时行脾切除。

脾功能亢进 简称“脾亢”。脾脏破坏血细胞过旺和抑制骨髓的功能过强。为临床综合征，分继发性和原发性两种。临床表现以脾脏肿大和红细胞、白细胞和血小板均减少或一至二种血细胞减少，但骨髓造血功能相应增生。治疗原发病，放射治疗或脾切除。

骨髓移植 把正常人的同基因骨髓或同种异基因骨髓，由

静脉或骨髓输给病人的一种治疗方法。治疗对象：急性放射病、药物中毒所造成的造血功能衰竭、急性白血病、急性再生障碍性贫血等。

播散性血管内凝血 简称“DIC”。又称“去纤维综合征”。是一组继发性出血综合征。多见于感染性疾病（败血症或重症毒血症）和恶性肿瘤等。主要表现为出血，低血压或休克，血小板减少，血浆鱼精蛋白付凝试验阳性，凝血酶原时间延长。治疗应去除病因，肝素抗凝，潘生丁、阿斯匹林药物等治疗。预后极差。

DIC “Dissaminated Intravascular Coagulation”的缩写。又称“去纤维综合征”，参见“播散性血管内凝血”。

Rh溶血病 因母子Rh血型不合而引起的胎儿或新生儿的一种溶血性疾病。若丈夫的血型是Rh阳性，而妻子的血型为Rh阴性，妻子怀孕后胎儿的红细胞便会带着Rh因子进入母体，使母体产生相应的抗体。母体再次怀孕后，这种抗体又可以经由胎盘进入胎儿的血循环，在胎儿体内引起抗原抗体反应，使胎儿发生溶血性贫血，从而造成流产、死胎，或者出生后因全身浮肿、重症黄疸而死亡，幸免死亡的新生儿可出现智力低下。

浮肿 又称“水肿”。人体组织细胞间液体积聚过多。有全身性和局部性两种。由血浆渗出或淋巴液回流不畅、营养不良、肾脏疾患和内分泌功能紊乱等原因引起。常见于充血性心力衰竭，肝硬化、肾炎、钩虫病、甲状腺功能减退症等疾病。

肾炎 “肾小球肾炎”的简称。肾脏非化脓性炎性病变。病

因一般认为是人体对某些致病因素如链球菌感染所致免疫反应引起。分急性、急进性、慢性和隐匿性四种类型。轻者有少尿、蛋白尿、血尿、浮肿和高血压；重者有心功能不全或肾功能衰竭。尿中有蛋白、红细胞和管型。应休息、低盐饮食、限制蛋白质的入量及中医药和对症治疗。急性的要控制感染，慢性的用糖皮质激素、免疫抑制剂、抗凝药物治疗。

肾盂肾炎 由细菌引起的上尿路炎症。分急性和慢性两期。前者有高热、寒战、尿频、尿急、尿痛和肾区叩痛，尿镜检白细胞增多，有脓球，尿培养可检出致病菌。急性期迁延不愈超过半年以上，肾脏器质性病变加重形成慢性期。主要用抗菌素治疗。

肾病综合征 肾脏病变所致的症候群。主要由原发性肾小球肾病、微小病变或系慢性肾炎肾病期；或由继发性肾病，如痛风性肾病，糖尿病肾病，狼疮性肾病，类脂质肾病（多见于小儿）等疾患引起。其特点为明显浮肿、大量蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症。采取中西医结合的综合疗法。治疗病因，适当增加蛋白质，明显水肿时忌盐，使用利尿剂、抗菌素、肾上腺皮质激素、免疫抑制剂等治疗。

急性肾功能衰竭 起病急、早期以少尿为主要特征并引起急性尿毒症的临床综合征。广义而言，包括了由于肾前性（大量失血、休克、严重脱水和电解质平衡失调、急性循环衰竭等）、肾性（急性肾小球肾炎、重症肾盂肾炎、急性肾小球坏死等）和肾后性（完全性尿路梗阻）等病因所引起的肾脏急性损害而致功能衰竭。临床上出现少尿或无尿、氮质血症、高钾血症、代谢性酸中毒、心力衰竭等症状。积极治疗原发

病、及早纠正低血压、低血容量和电解质平衡失调。

慢性肾功能不全 各种慢性肾病后期的一种临床病症，肌酐清除率小于50毫升/分，尿毒症是肾功能不全晚期的表现。按其程度可分为肾功能不全代偿期、氮质血症期和尿毒症期。主要病症是肾功能损害严重，代谢产物潴留，水电解质紊乱、酸中毒，患者厌食，恶心呕吐、头昏、贫血、少尿、惊厥、昏迷等表现。应治疗原发病，给予促进蛋白质合成的激素并对症治疗。严重时采用人工肾透析或腹膜透析等治疗。

尿毒症 见“内科学”中的“慢性肾功能不全”。

巨人症 一种垂体前叶机能亢进症。发生于青春期前，骺部未融合者，主要病理为垂体生长激素细胞的腺瘤或增生。生长激素分泌过多引起软组织、骨骼和内脏增生肥大，伴有内分泌—代谢紊乱。根据病情选用药物，放射和手术治疗。

肢端肥大症 一种垂体前叶机能亢进症。发生在青春期后，骺部已融合者，病理生理与巨人症相同，表现为脚、手厚大，鼻、下颌增大、唇厚，伴有内分泌—代谢紊乱。治疗同巨人症。

尿崩症 又称“中枢性尿崩症”。一种内分泌疾病，因丘脑垂体功能不全导致抗利尿激素的缺乏，肾小管重吸收水的功能障碍。主要表现为烦渴，多饮多尿及尿比重低。以青年人多见，24小时尿量可达10升，尿比重在1．001—1．005。采用抗利尿激素替代疗法和病因治疗。

腺垂体机能减退症 又称“西蒙-席汉综合征”。腺垂体分泌激素不足所引起的征候群。常见于妇女生产大出血，腺垂体坏死及萎缩，或肿瘤压迫浸润腺垂体，脑膜炎、疟疾等引起

下丘脑—垂体损伤等。临床表现为产生无乳、闭经、不育、性欲减退、毛发脱落及畏寒、苍白、食欲不振、体衰、恶病质等症状。治疗采取长期补充肾上腺皮质激素、甲状腺素、性激素及配合中医药治疗。

甲状腺机能亢进症 又称“甲亢”。甲状腺激素分泌过多引起的内分泌疾病。有甲状腺性甲亢、垂体性甲亢等。表现为甲状腺肿大，心慌、易汗、怕热、食欲增加、体重减轻、眼球突出等症状。采取抗甲状腺药物，放射性碘^{131}和手术、中医药等综合治疗。

甲亢 即“甲状腺机能亢进症”。

甲状腺机能减退症 又称“甲减”。甲状腺激素合成、分泌，生理效应不足所致的全身性疾病。多见于中年女性。有面黄、怕冷、脱发、行动和心跳缓慢，月经紊乱伴有粘液性水肿等，基础代谢率降低。主要应用甲状腺制剂替代疗法治疗。参见“儿科”的“呆小病”。

甲减 即“甲状腺机能减退症”。

单纯性甲状腺肿 因缺碘致甲状腺肿或甲状腺激素合成障碍等原因引起的代偿性甲状腺肿大。有地方性和散发性两种，前者见于高原地区，青春期女性多见。防治使用甲状腺制剂、含碘食盐和海带食物。腺体过大有压迫症状者行次全切除。

皮质醇增多症 又称“柯兴综合征”、“柯兴病”。肾上腺皮质分泌过量的糖皮质激素所致的疾病。由肾上腺皮质双侧增生，腺瘤，癌肿等引起。表现为向心性肥胖，满月脸，水牛背，腹、股、臀处皮肤菲薄有紫纹，血压高，骨质疏松，月经失调，痤疮等。采用肾上腺手术，垂体放射，甲吡酮等药

治疗。

柯兴综合征 “Cushing's syndrome”。见“皮质醇增多症”。

柯兴氏病 “Cushing's disease”。详“皮质醇增多症”。

原发性慢性肾上腺皮质机能减退症 又称“阿狄森氏病”。指肾上腺皮质激素分泌不足所致的疾病。由于自身免疫、结核、真菌等感染或肿瘤、白血病等原因引起。有乏力，食欲减退，体重减轻，血压降低，皮肤粘膜色素沉着，男子阳萎，女子月经少等症状。治疗采用终生激素替代疗法和消除病因。

阿狄森氏病 “Addison's disease”。详“原发性慢性肾上腺皮质机能减退症”。

糖尿病 系内分泌—代谢病的一种。因胰岛素分泌不足和靶细胞对胰岛素敏感性降低，引起糖、蛋白质、脂肪和水、电解质代谢紊乱。临床表现：烦渴、多饮、多食、多尿和血糖增高，严重时发生酮症酸中毒。部分病人只有血糖增高。并发症有肺结核、动脉粥样硬化等。食糖尿病饮食，口服降糖药，注射胰岛素，治疗并发症。

低血糖症 血中葡萄糖低于2.8摩尔/升（50毫克/100毫升）为低血糖。因内分泌疾病，肝病、使用降糖药及物质供应不足等原因引起。表现头昏、心慌、出汗、面色苍白、严重时出现昏迷。应口服糖水或静脉滴注葡萄糖，并治疗病因。

高脂血症及高脂蛋白血症 血浆脂质（胆固醇、甘油三酯和磷酯等）浓度超过正常高限时称高脂血症。血脂蛋白超过正常高限时称高脂蛋白血症。因大部分脂质与血浆蛋白结合而转运全身，故高脂血症常反映高脂蛋白血症。常见于未控

制的糖尿病、甲状腺机能减退症、动脉粥样硬化、肾病综合征等疾病。治疗主要是低脂肪膳食，应用降脂药物。

肥胖症 实际体重超过标准体重 20%或体重指数大于 24 称之。分单纯性和继发性两种。与遗传、内分泌和营养失调有关。控制饮食量，坚持体力活动。药物治疗为辅。

脚气病 又称“维生素 B_1 缺乏症”。多发生于长期以精白稻米为主食者。最常见的症状是多发性周围神经炎和左、右心力衰竭或下肢浮肿乏力，严重时出现休克。调节饮食，口服或肌注维生素 B_1。

维生素 B_1 缺乏病 即“脚气病”。

硫胺缺乏病 即“脚气病”。

烟酸缺乏病 又称“糙皮病”。烟酸缺乏引起的疾病。主要症状是暴露或摩擦部位的皮炎，皮肤粗厚，脱屑、角化过度和色素沉着，伴有腹泻、舌炎等症状。应用烟酰胺、复合维生素和酵母片治疗。多食肝、瘦肉等烟酸含量丰富的食物。

糙皮病 即“烟酸缺乏病”。

痛风 嘌呤代谢障碍，血尿酸增高引起组织器官损伤的疾病。趾关节和肾脏等处尿酸盐结晶聚积或结石形成，日久导致急、慢性关节炎、关节畸形和肾功能不全。应戒酒，服秋水仙碱、糖皮质激素或丙磺舒、别嘌呤醇、苯溴酮等药治疗。

脱水 总体液丢失引起生理代谢内稳态平衡失常的一种通称。可因进食少、频繁呕吐、严重腹泻，大量出汗及持续高热使体内水分大量丢失，伴有钠、钾等电解质的紊乱。主要表现为口渴、皮肤粘膜干燥、尿少，严重时出现低血容量性休克、昏迷而死亡。治疗采取大量补充液体，纠正电解质紊

乱，治疗原发病等措施。

水中毒 水在体内潴留过多，大量进入细胞内导致中毒。因抗利尿激素过多、肾血流量及肾小球滤过不足或肾上腺皮质功能减退等引起。慢性表现体重增加、水肿，严重时昏迷。急性以精神神经症状为主要表现，有喷射性呕吐等高颅压症状，常因脑疝而突然呼吸心跳停止。应治疗原发病，控制水入量，使用脱水利尿剂、皮质醇和对症治疗。

电解质平衡失调 人体内体液中的电解质失去正常比率的总称。主要是摄入量过多或不足；丢失过多或潴留如呕吐、腹泻、大汗、烧伤、外伤、手术、多尿少尿等引起。主要是Na^{+}、Cl^{-}、K^{+}、Mg^{2+}、Ca^{2+}、等电解质的代谢紊乱，直接影响神经、肌肉、重要脏器和内分泌腺体的生理功能。根据检查结果，适当补充。

低钾血症 血清钾＜3.5摩尔/升。由摄入不足，大量呕吐，腹泻及排钾利尿药的应用等引起。表现肌肉软弱无力，腹胀，肢体软瘫，排尿困难，心跳加快，心律失常，心电图有助诊断。治疗原发病，补充钾溶液。

高钾血症 血清钾＞5.5摩尔/升。因摄入过多、少尿和尿闭、保钾利尿药应用及缺氧、酸中毒等引起。表现为心率缓慢，心律紊乱，四肢松弛瘫痪和呼吸肌麻痹等。心电图检查有助于诊断。治疗原发病，应用碳酸氢钠或克分子乳酸钠，葡萄糖、胰岛素联合应用及脱水、排钾利尿剂使用，重症用透析疗法。

酸碱平衡失调 统视为 pH 异常。人体血液的 pH，在健康时保持在 7．40±0．05 的范围，此平衡的维持主要有赖于体

内及血液中缓冲系统。如酸碱平衡失调，pH 值＜7．3 时出现酸中毒，表现呼吸深大，恶心呕吐，神志恍惚至昏迷。pH 值＞7．5 时出现碱中毒，表现为呼吸表浅，抽搐，软瘫等。临床各种疾病在危重时均可发生此异常。

分子病 由于蛋白质分子结构遗传性的改变而造成的疾病。指直接由于分子结构改变所带来的病变，而不是由于缺陷性的酶所造成的间接影响。如镰刀形红血球贫血症即是由于血红蛋白基因的碱基有一处的胸腺嘧啶变成了腺嘌呤，蛋白质中的氨基酸，有一处由谷氨酸变成了缬氨酸引起的。

风湿病 指一组涉及关节、肌肉、肌腱及滑囊病变，主要是炎症和退行性改变，表现有关节疼痛及功能失调为突出症状的疾病。病因不详，类属变态反应、自身免疫性疾病。常见的有系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、风湿热、皮肌炎、硬皮病、结节性多动脉炎；创伤性或感染性关节炎、痛风、骨关节炎、纤维组织炎、结节病等。本病多系统受侵犯，临床症状复杂、无特效疗法。

系统性红斑狼疮 又称“全身性或播散性红斑狼疮”“SLE”。是一种原发性自身免疫性疾病。病因复杂。年轻女性多见，常累及多个内脏器官，特别是皮肤和肾脏，表现为面部蝶形红斑，蛋白尿，发热，关节痛等。血中有多种自身抗体特别是抗核抗体，抗 D sDNA 抗体为本病的特征性标志。皮肤避免阳光照射，采取中西医综合性治疗。病情迁延，预后较差。

SLE “Systemic Lupus Erythematosus 的缩写”。详见“系统性红斑狼疮”。

系统性硬化症 又称“硬皮病”，是一种原因不明的多系统疾病，其特点为血管、皮肤及内脏均经过发炎、纤维化及萎缩而产生各种相应的临床症状，其中肾脏受累可导致高血压及肾功能不全。治疗采用糖皮质激素、妥拉苏林等药物，并注意对手的保护。

硬皮病 见“内科学”中的“系统性硬化症”。

类风湿性关节炎 慢性对称性，多关节炎为主的一种全身性疾病。青壮年多见。一般认为由感染引起的自身免疫反应，导致滑膜炎为基础的关节病变。常见症状是四肢小关节特别是掌指关节及指关节肿痛，晚期关节强直、畸形和功能障碍。血中类风湿因子阳性。可采用阿斯匹林、消炎痛、金制剂等药治疗。

风湿热 以侵犯心脏、关节为主易复发的全身性变态反应性结缔组织病。与溶血性链球菌感染引起的变态反应有关，青少年多见，以关节炎和心脏炎为主，可有皮疹、皮下小结，舞蹈症和发热等表现。可形成慢性风湿性心脏瓣膜病。使用抗风湿药及中医药治疗，应防治咽炎和扁桃腺炎。

中毒 化学物进入人体，在效应部位积累到一定量而产生损害的疾病。毒物分工业性毒物、药物、农药和有毒的动植物。急性者为短时间发病，症状严重，变化迅速，危及生命。慢性者为长时间接触毒物而致病，病程长，多缺乏特异性症状，可自体液中作某些毒物分析来做诊断依据。治疗原则：终止接触和消除毒物、使用特效解毒剂、对症治疗。

有机磷农药中毒 有机磷农药进入人体所致的病症。常见中毒农药有内吸磷（1059）、对硫磷（1605）、敌敌畏、乐果

和敌百虫等。表现为瞳孔缩小、流涎、呕吐、肺水肿等毒蕈碱样症状；肌肉痉挛和抽搐等烟碱样症状；头痛、嗜睡、意识恍惚至昏迷等中枢神经症状。应立即消除污物或洗胃，使用阿托品类、解磷定等药解毒，并对症治疗。参见“劳动卫生学”中的“有机磷农药中毒”。

一氧化碳中毒 又称“煤气中毒”。一氧化碳与体内血红蛋白结合成碳氧血红蛋白，造成组织缺氧。有头痛、乏力、心悸、严重者有嗜睡、昏迷、皮肤和粘膜呈樱桃红色。根据中毒轻重，采取室内通风、供氧、应用呼吸兴奋剂、脱水剂、输新鲜血液或高压氧仓等治疗。

煤气中毒 即“一氧化碳中毒”。

冻僵 是在严寒的环境下，体温散失而致过度下降，全身新陈代谢降低，关节肌肉发硬等一系列变化的疾病。治疗原则是迅速将患者搬移到温暖环境复温，并给予对症治疗。

溺水 是全身淹没在水中，呼吸道为水堵塞或由于喉痉挛引起的窒息性疾病。临床表现主要为缺氧和一系列生化和血液动力学改变。常因呼吸衰竭、心脏停搏致死。治疗原则为保持呼吸道通畅、心肺复苏快速利尿剂以及抗泡沫剂，选用抗菌素，防止肺部感染。

中暑 长时间曝晒或高温环境作业，引起体温中枢调节功能失衡导致体液代谢和电解质紊乱的急症。轻者有低热、大汗、恶心呕吐，脉快和血压下降称之为热衰竭；重者高热、昏迷称之高热中暑；因水电解质紊乱，严重者可发生热痉挛。应立即离开高温环境，静脉补液，用冰降温，人工冬眠等治疗。

急性乙醇中毒 又称“酒或酒精中毒”。患者表现脉搏快，

心悸、出汗、呕吐、躁动和醉汉表情。严重时四肢厥冷、昏迷、抽搐、甚而休克。治疗采取饮浓茶、洗胃，用 50%葡萄糖 100 毫升加胰岛素 20 单位静脉滴注，应用烟酸和维生素 B_6 加速乙醇氧化。

急性酒精中毒 即“急性乙醇中毒”。

毒蛇咬伤中毒 毒液进入人体引起的病症。不同毒蛇分泌的毒液不同，有血液毒素和神经毒素，前者引起出血、溶血；后者能使横纹肌特别是呼吸肌瘫痪，出现呼吸困难等症状。严重者可致呼吸、心跳停止。治疗：立即结扎咬伤肢体，洗净伤口，吸出毒液，应用蛇药和注射抗蛇毒素。

外 科 学

外科学 医学科学的一个重要组成部分，以手术治疗为特点的一门临床学科。它的范畴是在整个医学历史发展中形成，并且不断更新变化的。在古代，外科学仅仅限于一些体表的疾病和外伤；但随着医学科学的发展，对人体各系统，各器官的疾病在病因和病理方面获得了比较明确的认识，加之诊断方法和手术技术不断地改进，现代外科学已包括许多内部疾病，按病因分类可分为：损伤、感染、肿瘤、畸形及其他性质的疾病等，现代外科学不仅包括上列疾病的诊断、预防以及治疗的知识和技能，还包括对疾病的发生和发展规律的研究。因此，就必然要涉及实验外科及自然科学基础。

整形外科学 又称“成形外科学”、“整复外科学”。是外科学的一个分支。专门研究先天原因或后天性创伤、疾病或生理变化所致的畸形和缺损的发生原理和修复技术。通过修复

和再造，改善或恢复功能和外观。

小儿外科 外科学的一门分科。专门研究从出生到 14 岁这一年龄阶段的外科疾病，包括先天性和获得性外科疾病的预防和治疗。因小儿具有特殊的疾病和病理生理上的特点，医疗上必须结合小儿的特点进行处理。由于中国广泛开展计划生育，小儿外科更负有提高小儿存活率，保障各系统正常功能和儿童健康成长的责任。

显微外科 一项跨学科的新型技术。利用放大镜或显微镜协助手术，提高视觉对组织的分辨能力，使用精细的显微外科手术器械和显微镜线进行细致的解剖和缝合手术。

无菌术 在手术、穿刺、注射、插管、换药等过程中，细菌通过直接接触，飞沫和空气进入伤口引起感染。无菌术是针对这种感染来源所采取的预防措施。由灭菌法、抗菌法和一定的操作规则和管理制度组成。

灭菌法 预先用物理方法彻底消灭与手术区或伤口接触的物品（手术器械、手术衣、布类和盆罐等）上所附带着细菌的方法。常用有：高压蒸气灭菌、煮沸灭菌和火烧灭菌等方法。

抗菌法 又称“消毒法”。应用化学方法来消灭细菌的方法。如器械、手术室的空气、手术人员的手和臂，以及病人皮肤的消毒等。

消毒法 即“抗菌法”。

体液平衡 通过输液来纠正病人水、电解质紊乱以及酸碱平衡失调的治疗措施。体液是人体内的重要成分，体内的物质代谢和细胞活动都要在体液中进行。在正常情况下，体液

中的质和量要保持相对的稳定，才能保证细胞的生存，但这种稳定不是不变的，而是处于不断排出与不断补充的过程中，是一种动态平衡。若人体因某种疾病而影响体液的代谢时，便会发生体液平衡失调，临床上常见的如：失水、电解质紊乱和酸中毒等，必须予以重视和及时纠正。

输血 将合乎规格的血液或血液的组成部分输给病人。在医疗上，特别在外科领域中应用甚广，途径有静脉输血和动脉输血，前者最常用。它可以改善循环，补充血容量，增加携氧能力，提高血浆蛋白，增进免疫力和凝血功能。

急性肾功能衰竭 由肾脏本身或肾外原因引起肾实质急性破坏，肾功能急剧损害的临床症候群。表现为尿量突然减少，尿酸、肌酐、肌酸等代谢产物蓄积体内，水、电解质平衡失调，酸中毒等。成人每 24 小时排尿量小于 400 毫升，尿量突然减少是严重肾功能障碍的信号，亦有发生于创伤或大手术后的急性肾功能衰竭，其少尿期极为短暂，不易察觉。治疗应及时纠正水、电解质失调，采用低蛋白、高热量及高维生素饮食，应用抗生素抗感染等综合措施。

外科营养 根据病人的营养状况，在术前或术后进行必要的营养补充。营养是维持人体正常生活必需的物质。外科病人容易发生营养紊乱，营养不良可增加手术的危险性，降低病人对手术的耐受性和抗感染能力，并影响术后康复过程。因此，术前和术后必须重视营养的补充，尤其在危重病人的处理上，营养支持更成为一项必不可少的治疗措施。供给营养的途径有口服，管饲法和静脉途径，静脉途径又有浅静脉注射及深静脉高营养注射。静脉高营养的应用为那些极度衰弱、

不能进食的病人的康复提供了可能性。

疖 金黄色葡萄球菌侵及一个毛囊及所属皮脂腺引起急性化脓性感染。常扩散到皮下组织，好发于头、面、颈及背部。多个疖同时或反复发生在体表各部称疖病。局部具有红、肿、痛及隆起的小结节，脓栓穿破，排出脓液，炎症消退而愈。治疗采用局部热敷，给予抗生素，增加营养，注意皮肤清洁，禁忌挤压，以免感染扩散。

疖病 见“疖”。

痈 多个相邻毛囊及所属皮脂腺或汗腺的急性化脓性感染，或由多个疖融合而成。易发生于颈和背部。有多个脓头侵及皮下组织，沿深筋膜向四周扩散，伴有畏寒、发热、食欲不佳等全身症状。治疗宜加强营养，选用有效抗生素，如有糖尿病应予治疗；痈需切开引流，清除坏死组织。

蜂窝组织炎 皮下、筋膜下肌间隙或深部蜂窝组织的一种急性化脓性感染。致病菌主要是溶血性链球菌。特点是红肿、剧痛，不易局限，扩散快，与正常组织无明显界限，病变中心常因缺血发生坏死。全身表现有高热、寒战、无力等。治疗采用中药外敷或理疗，应用抗生素，对病变广泛、感染不能控制者应作切开引流。

丹毒 溶血性链球菌侵入皮肤及网状淋巴管引起的急性炎症。多发于下肢和面部，局部红肿，边缘清楚，伴发热、畏寒及头痛。治疗应注意休息，抬高患处，局部热敷，全身应用青霉素，并治疗足癣，预防其感染。

淋巴管炎 金黄色葡萄球菌和溶血性链球菌等从损伤破裂的皮肤或粘膜侵入，经组织的淋巴间隙进入淋巴管内，引起

淋巴管及其周围的急性炎症。分为深、浅两种：前者在伤口附近出现一条或多条“红线”，硬而有压痛；后者患肢肿胀，有压痛，伴有畏寒、发热及全身不适。治疗以抗炎为主，同时处理原发病灶。

脓肿 急性感染后组织或器官由病变组织坏死、液化，形成局限性脓液积聚，并有一完整脓壁。浅表脓肿局部隆起，有红、肿、热、痛及波动感；深部脓肿局部有疼痛及压痛，穿刺可抽到脓液，伴有发热，食欲不振和白细胞增高。治疗原则是切开引流。

切开引流 体表或体腔内脓肿，用手术切开使脓液排出体外的治疗方法。切开后常放置凡士林纱布、橡皮管或其他引流物，以保持脓液引流通畅。

甲沟炎 因各种损伤引起甲沟或其周围组织所发生的化脓性感染。开始指甲一侧皮下组织红肿、疼痛，化脓后形成甲下脓肿，脓液呈黄白色，使指甲与甲床分离，处理不及时可形成慢性甲沟炎及指骨骨髓炎，治疗；早期用鱼石脂软膏或中药外敷，应用抗生素，甲下有积脓宜行拔甲。

脓性指头炎 常由外伤引起的手指末节掌面的皮下组织化脓性感染。开始指头针刺样疼痛及肿胀，当指动脉受压，疼痛转为搏动性跳痛，严重时可引起指骨缺血坏死，形成慢性指骨骨髓炎。治疗：早期鱼石脂软膏外敷，应用抗生素；出现搏动性跳痛时，即应切开引流。

腱鞘炎 手掌深部刺伤后感染或附近软组织感染蔓延而引起的炎症。表现为后掌部肿胀、疼痛，以伸指运动加剧，有压痛。早期采用抗炎及理疗，若无效应切开减压，防止肌腱

受压坏死。

败血症 致病菌侵入血液循环并生长繁殖，产生大量毒素，引起寒战、高热，皮肤和粘膜出血，血液细菌培养常为阳性。治疗应加强感染病灶的处理，提高全身抵抗力和大剂量抗生素使用。

毒血症 由于病菌、严重损伤、感染后组织破坏分解的产物及大量毒素进入血液循环所引起的全身中毒反应。有畏寒、高热、脉搏细速伴贫血等。治疗原则同败血症。

菌血症 体内少量细菌进入血液循环。但在血内停留时间短，不生长繁殖，故不产生全身反应，亦不易被察觉。

脓血症 细菌栓子或感染血栓，从局部化脓病灶脱落，间歇地进入血液循环，在身体各处的组织器官内发生转移性脓肿。表现为阵发性寒战、高热及转移性脓肿的相应症状。治疗以处理局部感染灶、应用大剂量抗生素、提高全身抵抗力及对症治疗为主。

瘘管 病理性管道，一端在体表，另一端通向体内器官者称外瘘，两端分别与不同的有腔器官相通者叫内瘘。瘘管外口有一小溃疡或肉芽组织创面，反复流脓，不易自愈。治疗以手术为主。参见“生物”中的“瘘管”。

窦道 只有一端通出体表的病理通道。常因组织深部异物存留、慢性炎症、骨髓炎死骨或死腔存在。其外口小，深部常积脓致窦口长期不愈。除去病因多数可自愈，长期不愈者应手术治疗。

慢性溃疡 位于体表或粘膜而长期不愈的伤口。常见原因是创口处理不当，血液回流障碍（下肢静脉曲张伴小腿慢性

溃疡），以及特殊感染（如结核），或特异性损伤（如放射性损伤）。长期不愈的慢性溃疡有恶变可能，并易出血。治疗：除去病因，控制感染或作溃疡植皮术。

破伤风 破伤风杆菌侵入人体伤口，生长繁殖，产生毒素而引起的一种急性特异性感染。表现为苦笑面容、牙关紧闭、颈项强直、角弓反张，阵发性肌肉痉挛。新生儿破伤风一般在断脐带后 7 天左右发病，故俗称“七日风”或“脐风”。潜伏期越长，症状越轻，预后好。治疗要认真处理伤口，使用破伤风抗毒素来中和游离的毒素，控制和解除痉挛，并重视并发症的防治。

损伤 人体受各种致伤因子作用所发生的组织破坏引起的病理变化和不同程度的功能障碍。致伤因子有机械性、物理性和化学性。机械性损伤按皮肤是否完整分为闭合性损伤（挫伤、扭伤、挤压伤）和开放性损伤（刺伤、切伤、火器伤、擦伤和撕裂伤）。治疗的原则是修复损伤的组织器官和恢复生理功能；根据不同类型的损伤作出相应的处理。

挤压综合征 肢体软组织受到挤压后（如地震、爆炸、房屋或重物倒塌事故等）发生的局部和全身的反应。在移去这种挤压的重物后，即会突然出现损伤性中毒，产生尿闭和急性肾功能衰竭。处理：立即纠正休克和酸中毒，保护肾功能，若中毒症状严重，为了挽救生命，可考虑截肢。

清创 开放性污染伤口的处理方法。使其转变成或接近于清洁伤口。开放性损伤的伤口，有细菌污染，应及时彻底地清除失去生机或污染的组织和伤口内异物，防止细菌繁殖而引起感染。对伤后 8 小时内的新鲜创口，清创后可予以缝合，

有可能获一期愈合。

一期缝合 指清洁伤口，未受细菌污染的情况下所采用的缝合方式。一般的裂伤、割伤，在伤后 6—12 小时内，创口无明显炎症现象，经彻底清创后，创缘张力不大，可将创口按层进行缝合。

延期缝合 根据清理后的伤口情况，采用只缝合伤口深层组织，延期缝合皮肤和皮下组织的手术方式。受伤后创口有轻度感染，不宜作一期缝合，则行清创术后用生理盐水纱布覆盖创口，待炎症、水肿消退，若无坏死组织，伤口张力不大，可在伤后 4—7 天行延期缝合。

烧伤 由火焰、蒸汽、热水、电流、强酸和强硷等物质作用于人体所引起的创伤。可分三度： Ⅰ度以红斑为主； Ⅱ度以水泡为主（真皮浅层伤为浅Ⅱ度，真皮深层伤为深Ⅱ度）；Ⅲ度损害皮肤全层以焦痂为主。处理：包括防治休克（大面积烧伤），创面的正确处理及控制感染和败血症的防治。

冻伤 低温作用于人体后发生的损伤。多发生于肢体末稍和身体暴露部位。依损害的程度分为三度：一度损伤在表皮层，皮肤红肿充血；二度损伤达真皮层，皮肤红肿伴有水泡；三度损伤达皮肤全层，甚至达皮下组织、肌肉、骨骼，皮肤变白、坏死。预防包括防寒、防湿和避免静止不动。治疗采用保温或复温，创面处理，全身支持和抗炎治疗。

蛇咬伤 被毒蛇咬伤后，蛇的毒液从伤口进入体内引起局部和全身反应。在热带和亚热带是对人危害较大的一种病害。毒蛇种类很多，危害较大的有：蝮蛇、五步蛇、眼镜蛇、金环蛇、银环它、竹叶青和蝰蛇等。局部表现在毒蛇咬伤处留

有两个大而深的牙痕，伤口有刺痛、肿胀和麻木感；全身症状有头晕，视物模糊或复视，重症者可出现尿闭、抽痉、休克、昏迷、呼吸肌麻痹和循环衰竭。治疗采用刀刺排毒，普鲁卡因局部封闭，蛇药口服及外敷，应用抗生素和破伤风抗毒素，以及全身支持等综合疗法。

植皮 将皮片或皮瓣移植于所需要的创面上，达到覆盖创面或整形的目的。分成游离植皮和带皮瓣植皮两种。前者将自己的皮肤不带皮下脂肪组织游离取下，移植在所需要的创面上。适用于损伤所致皮肤缺损的伤口、肉芽组织创面、三度烧伤焦痂切除的创面，和皮肤疤痕挛缩影响功能的修复；后者是切断皮肤和皮下组织的两边或三边，而靠未切断的另一边或两边供给血运，此处称为蒂，移植至缺损部位，待其与缺损部建立新的血运后将蒂切断。适用于修复有深部组织外露，不能直接缝合的新鲜创面，经久不愈的溃疡创面，以及整形、整容手术。

带皮瓣植皮 见“植皮”。

游离植皮 见“植皮”。

器官移植 用手术方法将供者健全器官移植到患者体内来代替病损的器官。主要适用于某些重要器官（如肾、肝、心、骨髓等）因病丧失功能而危及人生命时。器官移植是一种治疗的有效手段，已成为现代医学中一门综合性的新兴学科。

人造器官 用人工方法制造的天然器官代用品。随着生物学材料的发展，现除大脑外，几乎人身所有器官均可人造。通常由金属、高分子材料、陶瓷或半生物、半非生物制品混合制成。有的已完美地代替，有的部分代替了病残者的器官功

能。很多人造器官早已商品化了。

甲状腺腺瘤 一种甲状腺的良性肿瘤，多发于青年或中年女性，一般呈单发，质地较韧，边界清楚，表面光滑，能随吞咽而上下活动。多无自觉症状，可囊性变，约 20%可继发甲亢，10%有可能癌变。治疗应作甲状腺大部切除。

颈淋巴结结核 中医称“瘰疬”。颈部淋巴结因结核杆菌侵入而引起肿大。多见于儿童和青年人。结核杆菌大多经扁桃体、龋齿侵入，少数继发于肺及支气管的结核病。表现为一侧或两侧颈部有多个大小不等肿大淋巴结，质地较硬，无痛，晚期可形成寒性脓肿，破溃后产生经久不愈窦道。治疗采用全身抗痨药物，局部单个淋巴结切除，穿刺抽脓或切开引流。

乳房炎 乳房的急性化脓性感染。多发生于初产及产褥期妇女，由于乳汁淤积，乳头破损及细菌入侵而致。表现有畏寒、高热、脉速、乳房红肿热痛，患侧腋窝淋巴结肿大及白细胞增高。治疗早期以热敷、中药和抗炎为主，有脓肿形成即应切开引流。

乳房囊性增生病 发生在腺管内及其周围的乳腺间质的良性增生，或小叶实质增生。与卵巢功能失调有关。常见于 25—40 岁妇女，表现有周期性乳房胀痛，于月经前加重，肿块为多发性，界限不清楚，经期后可缩小，少数可恶变。多不需治疗，但应密切观察，必要时作活组织切片检查。

乳管内乳头状瘤 发生在大乳腺管近乳头的膨大部分的肿瘤。40—50 岁妇女好发，瘤体一般很小，不易摸到。表现为乳头有时出现血性溢液（通常是鲜红色），若乳头附近扪到樱桃大小、质软、活动的肿块，轻压乳头有血性液体排出，诊

断多可确定，一般属良性，但 6—8%病例有恶变可能。故应争取早期手术切除，如有恶变应施行乳癌根治术。

乳癌根治术 将乳癌患者整个乳房、胸大肌、胸小肌及其筋膜，连同腋窝及锁骨下脂肪和淋巴结一并整块切除的手术。除上述范围外，若同时切除乳房内侧的部分胸壁和所属的胸骨旁淋巴结，则称为扩大根治术。

腹外疝 腹腔内脏器自腹壁缺损部位向体表突出，在局部形成一肿块。典型的疝包括疝环（腹壁缺损处），疝囊（腹膜壁层从疝环向外突出的囊袋），疝内容物（进入疝囊的腹腔内脏，如肠管、膀胱等）及疝外被盖（疝囊外腹壁各层组织）。疝常以突出处的解剖部位来命名，如腹股沟疝、股疝、脐疝、切口疝等。疝块常在站立、行走时出现或增大，平卧休息时缩小或消失。治疗以手术为主。

嵌顿性疝 当疝环比较狭小腹内压突然增加时，疝内容物强行进入疝囊，囊颈将疝内容卡住使其不能回纳的情况。表现为局部疼痛、肠梗阻等。治疗应立即手术，解除梗阻。

绞窄性疝 嵌顿性疝如处理不及时，其内容物（多为肠管）在疝环处受压，使血液循环阻断，终至疝内容坏死的情况。除有局部疼痛及肠梗阻症状外，尚有全身中毒脱水、尿量减少、血压下降、体温上升等表现。治疗：立即手术，解除梗阻，挽救肠管生机，必要时做肠段切除。

脾破裂 由锐器或钝器作用于左上腹而引起脾脏的损伤，由于脾脏病变，尚可发生自发性破裂。分为中央型、被膜下型和真性破裂三种：前两种因被膜完整，出血量受到限制，不易发觉；后一种多见，主要是腹腔内出血和失血性休克表现。

确诊后应立即手术行脾切除，同时进行抗休克治疗。

肝破裂 由锐器或钝器作用于右上腹或由于坠落，而引起肝脏的损伤。因肝膈面面积大，张力高，最易损伤，且多伴有其它脏器损伤，内出血表现与脾破裂相似，但肝内较大胆管或胆囊破裂时，胆汁漏入腹腔，引起胆汁性腹膜炎，血液可经胆道进入十二指肠，出现呕血和黑便，病情严重，死亡率较高，应立即手术治疗。

肠损伤 由锐器或钝性暴力打击于腹部而引起肠管的损伤。可分十二指肠、小肠、结肠与直肠的损伤，以小肠最易损伤，因其在中下腹部占的面积较大。主要表现为腹痛及腹膜炎体征。治疗：手术修补穿孔的肠管，或行肠切除和肠吻合术。

腹膜炎 腹膜及腹腔急性化脓性炎症。病因分原发性与继发性。前者腹腔内无原发病灶，病原菌经血运而达腹腔，又称“血源性腹膜炎”；后者继发于腹腔内脏器的穿孔、损伤破裂、炎症和手术污染。炎症涉及整个腹腔的称弥漫性腹膜炎，局限腹腔内一个部位的为局限性腹膜炎。表现为持续性腹痛、恶心、呕吐、发热及感染中毒症状，腹部有压痛、肌紧张及反跳痛。治疗主要针对病因采用非手术或手术治疗，以及抗生素的应用。

腹腔灌洗 在高度怀疑腹腔内有严重损伤、腹膜炎而病因尚不明时所采用的一种辅助诊断技术。先作腹腔穿刺，将塑料导管置入腹腔内，缓缓注入生理盐水，然后再回吸出体外。如此反复灌洗，可提高确诊率，并可进一步了解病情变化和达到治疗的目的。

先天性肥大性幽门狭窄 先天性幽门环肌肥厚、增生而造成幽门机械性梗阻。新生儿常见疾病。表现为喷射性呕吐，呕吐物不含胆汁，多发生在进食后数分钟出现呕吐，多数右上腹可摸到橄榄形肿块。治疗宜行幽门环肌切开术。

溃疡病穿孔 活动期胃十二指肠溃疡逐渐向深部侵蚀，穿破浆膜而引起穿孔。急性穿孔是溃疡病常见的严重并发症。穿孔多在十二指肠前壁及幽门附近的胃，穿孔后胃十二指肠内容物流入腹腔，刺激腹膜引起弥漫性化学性腹膜炎。具有满腹剧烈疼痛、呕吐、面色苍白、出冷汗、脉细速等表现。治疗采用针刺、胃肠减压、补液及应用抗生素，病情严重的应及时手术处理。

溃疡病大出血 胃十二指肠溃疡侵蚀基底血管破裂所引起的大量出血。表现为呕血或解柏油样大便，伴有失血性休克。治疗宜先行内科输血及应用止血药物，若无效需外科手术处理。

疤痕性幽门梗阻 胃十二指肠溃疡愈合过程中形成疤痕，发生收缩所产生的幽门梗阻。使食物和胃液不能通过。表现有呕吐、胃潴留、营养不良、脱水和电解质紊乱，治疗需行胃大部切除术。

胃切除术 用手术切胃的方法来达到治疗胃十二指肠疾病的目的。可分全胃切除、胃大部切除及胃部分切除三种，适用于胃肿瘤、溃疡病及其并发大出血、穿孔、幽门梗阻和恶变。通常胃大部切除后保留的胃和肠道吻合方式分为：胃十二指肠吻合称毕Ⅰ式（Billroth），及胃空肠吻合称毕Ⅱ式（Billroth）两类。

先天性肠闭锁 肠道不通畅，为先天性消化道的发育畸形，可发生在肠道任何部位，以回肠最多见，十二指肠次之，空肠最少，多数一处闭锁，但也有多处同时闭锁者，表现为持续性呕吐，无正常胎粪排出。治疗宜早期手术，以恢复肠道通畅。

先天性巨结肠 一种肠道发育畸形，因受累肠段的肠壁内神经节细胞缺乏造成。直肠和乙状结肠下端肠壁内神经丛的神经节细胞发育异常和缺如，肠袢失去正常蠕动而极度痉挛成索状，使近端膨胀、扩大、肥厚，表现为出生后即有便秘，伴逐渐腹胀。治疗：调节饮食通便，无效者应予手术。

肠梗阻 肠内容物在肠腔内正常运行发生障碍，导致一系列病理变化发生。按梗阻的原因分为机械性肠梗阻，由机械原因引起如腹外疝、肠粘连、肠套迭、肠扭转、肠蛔虫及肠肿瘤等；动力性肠梗阻，由于神经抑制或毒素作用使肠管丧失蠕动能力及缺血性肠梗阻，由于肠系膜血管栓塞，肠管血运障碍而失去运动能力。根据发生的部位又分高位小肠梗阻、低位小肠梗阻及结肠梗阻。根据梗阻的程度又分完全梗阻及不完全梗阻。典型表现为阵发性腹痛、呕吐、腹胀和肛门停止排气。腹部透视或腹部平片可帮助诊断。治疗包括去除病因、根据梗阻的类型和性质、及病人全身情况决定采用非手术或手术疗法。

绞窄性肠梗阻 肠梗阻发生时肠壁血液循环障碍，肠管缺血。肠扭转、肠套迭、肠粘连、肠系膜血栓等造成的肠梗阻多属此类。需及时手术治疗，以免肠坏死及穿孔发生。

单纯性肠梗阻 肠梗阻发生时肠壁血液循环正常，仅肠腔

内容物不能通过、肠腔内病变或肠外肿物压迫所致肠梗阻多属此类。

粘连性肠梗阻 属于机械性肠梗阻，由肠粘连或粘连带所致。由于发育异常或胎粪性腹膜炎所致为先天性粘连；由于手术、炎症、损伤、出血等因素形成的粘连为后天性。具有肠梗阻的表现。先天性粘连性肠梗阻以手术治疗；后天性粘连性肠梗阻可以中西医结合治疗，必要时手术。予防重点是手术操作轻柔，止血完善，避免肠管浆膜损伤，防止腹腔异物残留和感染发生。

蛔虫性肠梗阻 蛔虫相互扭结成团，堵塞肠腔导致梗阻发生。以儿童多见。表现为阵发性腹痛、呕吐，腹部能扪到可移动的条索状肿块（蛔虫团）。以非手术治疗为主。应重视防治肠道蛔虫病。

肠扭转 一段肠袢沿其系膜长轴旋转而造成的闭袢性肠梗阻。肠袢及系膜过长是其主要原因，扭转部分发生在肠系膜根部，以顺时针方向旋转为多见，轻者扭转 360°以下，严重的可达 2—3 转。常见有小肠和乙状结肠扭转，均为绞窄性肠梗阻。前者多见于青壮年，有剧烈肠绞痛，伴呕吐，休克及肠梗阻体征。X 线示肠管呈倒“U”型排列；后者多见于老年，有便秘和类似发作史。表现出腹痛、腹胀明显，低压盐水灌肠容量小于 500 毫升。治疗需紧急手术。

肠套迭 上段肠管套入下段肠管所致梗阻。以回肠套入结肠为最多见。好发生在 2 岁以内儿童。表现有阵发性哭闹，呕吐，解果酱样大便，腹部可扪及有触痛性包块，钡剂灌肠可帮助确诊。治疗早期钡灌肠复位，无效者手术治疗。

肠息肉 在肠道内发生的息肉。好发于直肠与乙状结肠，以腺瘤性息肉最多见，呈单个或多个，大小不等。表现为间断性解鲜血便，一般属良性，少数可恶变。治疗应手术摘除，常规送病理检查，以判明有无恶变。

阑尾炎 误称“盲肠炎”。即阑尾发炎。分急性和慢性两种。急性是最常见的急腹症之一。典型症状有转移性右下腹痛，即开始于上腹部或脐周围疼痛，以后逐渐转移至右下腹，伴恶心、呕吐及发热，右下腹有压痛、肌紧张和反跳痛，白细胞增高。慢性阑尾炎主要为右下腹间歇性轻度疼痛或隐痛，常有急性发作。治疗以抗炎为主的非手术疗法或行阑尾切除术。慢性经常右下腹隐痛及压痛。宜行手术治疗。

肠切除术 用手术切除病变的肠管及吻合断端，以恢复肠道的通畅。适用于肠道肿瘤、结核和炎症所引起的肠管狭窄，各种肠梗阻及肠坏死、外伤性肠穿孔不适宜修补术者。术前必须做好肠道准备。

结肠造瘘 又称“人工肛门”。用手术方法将结肠开口于腹壁上，使与体外直接相通，以利排出粪便和代替原有肛门作用。适用于肠道远端梗阻（恶性肿瘤、良性狭窄及闭锁）或严重的结肠损伤。造瘘作在梗阻近端的结肠，可分永久性和暂时性两种：前者为终身性人工肛门；后者待梗阻因素解除后，可用手术方法关闭造瘘口，然后纳回腹腔内。

先天性肛门闭锁 新生儿肠道胚胎发育畸形所致，最常见为肛管闭锁，直肠盲端与肛门皮肤有一定距离。表现为腹胀、呕吐，出生后无胎便，肛门缺如。应采用手术治疗，使大便通畅排出。

肛裂 肛管后正中部因反复损伤和感染引起全层皮肤裂开，形成溃疡经久不愈。表现为便秘、肛门疼痛和少量出血。治疗以止痛、坐浴、通便及抗生素应用为主，非手术治疗无效时采用肛裂切除术。

肛瘘 常由肛管直肠周围脓肿自行溃破或切开排脓后形成的管道。在肛管内的一端称内口，另一端在肛周皮肤上称外口。表现出反复自外口流脓，伴肛周皮肤瘙痒，瘘口时好时发，始终不愈。治疗用热水坐浴，瘘管切开或挂线疗法。

痔 直肠下端粘膜下或肛管皮肤下静脉丛扩大曲张形成的静脉团。常因便秘、腹腔静脉压升高、直肠下段及肛管慢性感染引起。常表现为便血、痔脱出和栓塞等。治疗采用通便、坐浴、中药及硬化剂注射，严重者作痔结扎切除术。

直肠脱垂 肛管、直肠的粘膜或肠壁全层脱出于肛门之外。常见原因有：腹压增加，如便秘、慢性咳嗽等，解剖上的缺陷及由于发育不全或体弱等造成盆底部组织软弱。表现为排便或腹压增加时肿物脱出，有排便不尽感，脱出的直肠粘膜有并发炎症、充血、水肿、溃疡等，有时可发生嵌顿及坏死。治疗包括去除病因，中医疗法或手术疗法。

门静脉高压症 门静脉血运受阻，血流淤滞，压力增高而导致的疾患。主要由肝硬变引起，出现脾肿大，脾功能亢进，食管、胃底静脉曲张，呕血、黑便及腹水等症状。治疗包括加强肝硬变的病因治疗和腹水处理；出血期紧急措施是矫正血容量，应用止血药物，三腔管气囊压迫及手术处理。

脾切除术 以手术将脾脏切除。既可降低门静脉压力，又可消除脾功能亢进。适用于脾肿大，脾功能亢进和脾破裂等

疾患。

分流术 用手术吻合血管的办法，将门静脉系和腔静脉系连接，将压力较高的门静脉系内血液，分流到压力较低的下腔静脉系内。从而降低门静脉压力，解除由门静脉高压产生的出血并发症。常用术式有：1．脾肾静脉分流；2．门腔静脉分流；3．肠系膜上、下腔静脉分流。

先天性胆道闭锁 胆道胚胎发育过程部分终断，胆道未能形成完整的管腔系统而成为纤维组织束。可分为肝内型和肝外型。表现为出生后黄疸逐渐加深，粪便呈陶土色，黄疸指数在100单位以上，胆红素达30—50毫克。治疗行肝管或胆囊与十二指肠吻合，以接通胆道使胆汁排出。

胆道蛔虫病 肠道内蛔虫钻进胆管所引起的疾患。症状为突然引起右上腹阵发性剧烈绞痛，伴有恶心，呕吐及吐虫，有时可发热和轻度黄疸。治疗以解痉止痛、利胆排虫和预防感染为主；注意饮食卫生，积极治疗肠蛔虫病是预防本病的有效措施。

胆囊炎 由细菌感染，胆汁淤积和成分改变而引起的胆囊疾患。常与胆结石并存。分急性与慢性：前者表现为右上腹持续性疼痛，可伴右肩部牵扯痛，恶心、呕吐及发热，白细胞增高，右上腹有压痛，有时可触及肿大之胆囊。后者有右上腹隐痛或长期消化不良症状。口服胆囊造影和B超检查对诊断有价值。治疗：轻者行疏肝利胆和消炎等综合治疗；对不易控制，反复发作及合并有胆石症者宜行胆囊切除术。

胆石症 胆囊、肝外或肝内胆管结石形成所致的疾患，由胆汁淤积、胆道感染和代谢障碍等综合因素引起。其成分可

分胆固醇、胆色素和混合性结石三类，国外以胆固醇结石为主，而我国则以胆色素结石最多见。平时可无症状，发作时可引起胆绞痛、发热，有时出现黄疸。胆囊和胆管的造影以及B型超声波的检查，对它的诊断具有重要价值。治疗：胆囊和肝内外胆管较大的结石宜手术，细小的胆管结石可采用中西医结合非手术疗法。

胆管炎 由结石、蛔虫和胆管狭窄等引起胆道梗阻和感染，表现为以腹痛、寒颤高热及黄疸为主的三联征（Charcot征）。严重的有感染性休克伴神经系统症状：谵语、嗜睡，乃至昏迷等。白细胞总数及嗜中性粒细胞明显增高，血培养可为阳性。此时称为急性梗阻性化脓性胆管炎，病情凶险，死亡率高。需积极抢救，采取抗休克，抗感染治疗的同时，及时手术行胆道减压，以解除梗阻。

经皮肝穿刺胆道造影（PTC） 通过皮肤直接穿刺肝内胆管，注入造影剂以显示胆道病变和阻塞部位的诊断技术。主要适用于诊断不明的阻塞性黄疸患者，因该病人肝内胆管高度扩张，故穿刺成功率较高，且造影剂直接注入胆道，不受肝功能和肠道功能的影响，造影清晰，对明确诊断及决定手术方式有帮助。但该项检查有时可并发胆汁性腹膜炎或腹腔内出血，故需作好手术准备。

内窥镜逆行胆胰管造影（ERCP） 经十二指肠内窥镜，直视下将导管插入十二指肠乳头开口，逆行进入胆管或胰管内，注入造影剂，在电视显像后摄片，是帮助诊断胆、胰系统疾病的技术，优点为造影清晰，不受肝功能影响，适用于不明原因的阻塞性黄疸伴有凝血机制障碍者，或PTC检查失败的

病人。但该项技术有一定难度，需有熟练的操作技术，术后注意胰腺炎和败血症等并发症产生。

胆囊切除术 手术切除有病变的胆囊。适用于急、慢性胆囊炎，胆囊结石、肿瘤及外伤性胆囊破裂等疾患。

胆总管探查术 切开胆总管探查肝内、外胆管及下端病变的一种胆道外科中的基本术式。在胆囊切除时，术前病人有黄疸史，术中发现胆总管扩张、内有结石或蛔虫、胆囊内有泥沙样结石等病变，均应切开胆总管，彻底清除胆道内的病灶，然后作“T”型管外引流，或采用内引流术（胆总管十二指肠吻合、胆管空肠吻合、Oddis括约肌切开或成形术）。

胰腺炎 因胰液逆流和胰酶损害胰腺组织所致的炎症。分轻型和重型：前者有右上腹持续性疼痛，恶心、呕吐，发热，血和尿淀粉酶增高；后者出现腹胀，出血，腹膜炎体征，中毒与休克等表现。治疗对轻型可用非手术疗法；重型需支持疗法和手术处理。

剖腹探查术 腹腔内疾病术前经各种检查仍不能确诊，需行剖腹手术直接明确该病的性质及范围，然后作出相应处理的手术方式。术前须慎密考虑术中可能发生的情况，及做好充分的术前准备工作。

择期手术 施行手术的迟早不会影响治疗效果，因而可以在充分的术前准备后进行的手术。如治疗胃十二指肠溃疡的胃大部切除术。

限期手术 某种外科疾病手术时间不宜过久延迟，术前准备时间也有一定限制，否则会影响其治疗效果或失去治疗的有利时机。如各种恶性肿瘤的根治术。

急症手术 病情危急，应抓紧时间进行必要的术前准备，在最短的时间内立即施行的手术。应当机立断，采取各种抢救措施来挽救病人生命。如肝、脾破裂的手术。

根治性手术 恶性肿瘤患者，将肿瘤病灶完整切除，并将周围淋巴结一同清除，以达到肿瘤彻底根治的目的。如乳癌根治术、胃癌根治术等。

姑息性手术 晚期恶性肿瘤患者，癌已扩散或广泛转移，手术无法将病灶切除，但采用的手术可使病人解除痛苦或延长生命。如晚期胃癌伴幽门梗阻作的胃空肠吻合术，晚期直肠癌采取结肠造瘘术等。

静脉切开 切开静脉，置入导管以供输液及急救治疗用。因严重脱水、出血、休克或其它危急情况下需快速静脉输液、输血，而静脉穿刺失败时采用。人体浅表静脉均可切开。但以内踝前大隐静脉最常用，其次为大腿根部大隐静脉。方法是切开皮肤，找出静脉作一小口，将塑料管插入接上针头，作为较长时间输血或补液之用。

下肢静脉曲张 先天性静脉壁薄弱和静脉内压力增高，长期从事负重或站立工作，使下肢静脉血回流受阻所引起的浅静脉扩张、伸长和弯曲。主要症状有下肢沉重感，并易发生小腿慢性溃疡。治疗：轻度用普通绷带绑腿或用硬化剂作曲张静脉注射疗法；重度行静脉高位结扎加剥脱术。

血栓闭塞性脉管炎 中小动、静脉的慢性、进行性加重的阻塞性病变。病变主要累及下肢，呈全血管炎、血栓形成、管腔闭塞，最终可致肢端坏死。好发于青壮年男子。表现为患肢疼痛，间歇性跛行和肢端坏疽。治疗包括严禁吸烟、保暖

防潮，应用血管扩张药物或施行手术。

神经外科学 外科学中的分支学科之一。专门研究神经系统损伤及神经外科疾病的病因、病理生理、病理解剖、诊断、预防和治疗的理论和实践技术的一门科学。

先天性脑积水 由于先天性发育异常，颅内脑脊液量的增多，脑室和蛛网膜下腔扩大而形成的疾患。在婴儿因颅缝尚未融合，头围呈进行性增大，脸部相对显小，额部向前突出，两眼球向下（日落征），多伴有颅压增高。晚期表情呆滞，智力迟钝，营养不良，全身衰弱，易并发感染而死亡。主要以手术治疗。

颅内压增高 颅内压力超过正常值上限。正常成人的颅腔容积是恒定的，并与其内容物的体积相适应，使颅内保持着一定的压力，通常以在平卧时侧脑室内液体的压力作为代表，可在侧卧中经腰椎穿刺或直接从侧脑室通过电测压表来测定。成人正常值为 70—180 毫米水柱（5—13．5毫米汞柱）。许多颅内疾病，如外伤，炎症，肿瘤等均可引起颅内压增高，产生头痛、呕吐、视神经乳头水肿等一系列症状，严重者可发生脑疝而危及生命。治疗原则为去除病因，降颅压及对症处理，必要时手术治疗。

脑疝 颅腔内某一部分有占位病变时，它的局部压力比邻近颅腔高，使脑组织从高压处向低压处移动而产生的严重病情变化。分为小脑幕裂孔疝和枕骨大孔疝。表现为颅内压增高症状，情况十分紧急使患者处于危险状态。治疗针对脑疝病因处理，宜静脉输给高渗性降颅内压药物，严重者需紧急作开颅手术或采用姑息性手术（减压术及脑脊液分流术），以

缓解症状。

头皮撕脱伤 常因发辫被卷入机器中所造成的大块头皮撕脱。创面有大量出血，暴露的颅骨由于缺血感染容易发生坏死。急救处理：剃掉头发，新鲜创面清创后作血管吻合，将被撕脱的头皮缝回原处；如受伤时间已久，感染明显则按感染创面处理，以后待肉芽长出再作颅骨钻孔及植皮术。

头皮血肿 由于钝性撞击使头皮和颅骨之间形成的积血。分皮下、帽状腱膜下和骨膜下三型。皮下血肿一般较小，无需处理。帽状腱膜下血肿多较大，可蔓延至整个头部，有波动感。较大的血肿或不能自行吸收者可在无菌条件下进行穿刺，吸出积血，加压包扎，血肿有感染时，需早期切开引流。

脑震荡 头部受伤后，引起短暂的脑功能障碍。表现为伤后有短暂的意识丧失，半小时内清醒，对受伤的经过不能回忆（逆行性遗忘），伴头昏、头痛、恶心、呕吐等。治疗：需卧床休息及对症处理。

脑挫裂伤 头部受打击后，脑表面或深层发生出血点，甚至脑组织的断裂，表现为伤后意识丧失持续数小时到数周，清醒后头痛、呕吐较明显，有呼吸、脉搏、血压、体温改变，以及有局灶症状出现：偏瘫、失语、神经麻痹及脑疝（颅内出血及脑水肿）。治疗应绝对卧床休息，镇静、脱水疗法及应用神经营养药物。

颅骨骨折 系外力直接或间接作用于颅骨所致。头颅分颅盖和颅底两部分。借助于头部X线摄片骨折可以诊断。颅顶线形骨折不需特殊处理，但应注意可能并发硬膜外血肿。凹陷性骨折深度超过0.5厘米需手术整复；颅底骨折时，对鼻

孔、耳道出血不要堵塞，要用抗生素，避免颅内继发感染，对不能自止的脑脊液鼻漏和耳漏，应作手术修补。

颅内血肿 颅脑损伤的一类常见继发性病变，可发生于颅内各处。有的聚积成巨大的血肿，形成一占位性病变，有的可自行分解而被吸收；有的为散在的斑点状出血，如发生在脑的“哑区”可不显示局灶症状，如发生在脑干处，虽小亦可致命。血肿常发生在硬脑膜外、硬脑膜下、脑实质内。当积血达到相当体积时，可引起急性脑受压，颅内压增高及脑疝。治疗：常需手术，清除血肿。

颅内占位性病变 占据颅内空间的局灶病变。包括颅脑损伤引起的各种血肿、颅内肿瘤、脑脓肿、脑寄生虫病、各种肉芽肿及蛛网膜囊肿等。表现：1．颅内压增高：头痛、呕吐、视乳头水肿；2．局灶性症状：癫痫发作、幻觉、瘫痪、视力减退等。治疗应及早明确病因，针对病因治疗，重视颅内压增高的处理。

开颅探查术 术前虽经各种检查，但对颅内病变的性质、范围及确切的部位仍不明确，则需利用颅骨钻在颅骨上钻孔后，打开颅腔探查。直接观察病变来达到以上目的，然后决定采用哪种手术方式进行治疗。适用于颅脑外伤或肿瘤引起的高颅压症。

颅内血管畸形 先天发育异常引起的颅内异常血管团，可以不断增大。多于青壮年发病（20—40 岁）。主要表现为多次颅内出血，癫痫发作，不断加重的偏瘫、失语等。主要靠脑血管造影确诊。治疗方法为手术切除畸形血管或动脉插管行畸形血管栓塞术。

颅内动脉瘤 发生于颅内动脉上的囊状突起，以单发为多见。常见于中年发病（40岁以上）。主要表现为脑出血症状和压迫症状，如突然剧烈头痛、恶心、呕吐，眼睑下垂、视野缺损、偏瘫、失语等。可经脑血管造影确诊。治疗：尽早手术。

脊髓压迫症 各种原因造成的脊髓神经受压。见于椎管内种瘤、脊髓外伤、椎间盘突出、椎管内炎症等疾病。根据压迫部位不同，可表现为肢体的麻木、疼痛、无力、瘫痪，以及大小便失禁或排便困难。可经X线片，脊髓腔碘油造影、脊髓电子计算机X线体层摄影等方法确诊。手术可解除压迫。

胸外科学 外科学中的一门分科。专门研究胸壁和胸腔内器官的外科疾患。包括病因、病理解剖，病理生理及诊断、预防和治疗的理论和技术，同时研究这些疾病的发生，发展规律。胸外科手术的特点是常需切开胸腔，引起呼吸循环等系统生理功能的改变。麻醉技术的改进，体外循环的应用，使许多复杂的心，血管手术的危险性，并发症及死亡率大为降低，相应疾病的手术疗效也较为满意。

肋骨骨折 由于暴力或钝器撞击胸部，以及该部受挤压，直接或间接地引起肋骨折断。胸部损伤中肋骨骨折最常见，可发生在单根或多根肋骨，同一根肋骨又可发生多处骨折。表现有局部疼痛，深呼吸时加重，伴有呼吸困难，局部压痛及有骨摩擦感。胸部X线摄片可确定诊断。治疗采用止痛、固定和防治并发症。

气胸 空气进入胸膜腔内。常因肺组织、支气管破裂，或因胸壁伤口与胸膜腔相通所致。因创伤引起者称“创伤性气

胸”，因肺组织自行破裂引起者称“自发性气胸”，如因治疗或诊断所需人为地将空气注入胸膜腔称“人工气胸”。气胸又可分为闭合性气胸、开放性气胸及张力性气胸。

闭合性气胸 气胸的一种类型。气胸发生后，伤口迅速闭合，空气不再继续进入胸膜腔。症状较轻，以胸闷、胸痛及气促为主。小量气胸可自行吸收，大量气胸可行胸膜腔穿刺抽出空气，并给予抗生素预防感染。

开放性气胸 气胸的一种类型。胸膜腔通过胸壁的伤口与外界相通，呼吸时空气经伤口自由出入。可出现气促、呼吸困难及紫绀等。治疗原则是迅速封闭伤口，使开放性气胸变为闭合性气胸，再按闭合性气胸处理。

张力性气胸 气胸的一种类型。裂伤的胸壁组织或肺、支气管组织形成活瓣，吸气时空气进入胸膜腔，呼气时活瓣闭合空气不能排出，使胸膜腔内压力不断升高并超过大气压。表现为极度呼吸困难、紫绀、休克甚至昏迷。急救措施为立即排气，降低胸膜腔内压力，必要时剖胸探查，修补裂口。

人工气胸 见“气胸”。

自发性气胸 见“气胸”。

创伤性气胸 见“气胸”。

纵隔气肿 空气积聚在纵隔组织内。因胸部外伤或附着于纵隔的肺组织或支气管破裂，空气进入纵隔而致。纵隔内积气少时，临床表现不明显，X 线摄片可帮助确诊；大量纵隔气体可以压迫颈部大血管和气管，引起呼吸和循环窘迫。治疗应杜绝空气来源，严重者应行纵隔引流术。

血胸 胸部损伤后引起胸膜腔积血。血液来自：1. 肺组织

裂伤；2．肋间或胸廓内血管破损；3．心脏和大血管破裂等。小量血胸可无明显症状;大量血胸可出现低血容量性休克,纵隔向健侧移位，可与气胸并存，胸腔穿刺能抽出积血。治疗：小量血胸可自行吸收；积血较多作胸穿抽血，使肺膨胀；进行性血胸宜剖胸探查，缝合止血，并加强抗感染治疗。

胸壁结核 胸壁软组织、肋骨和胸骨结核。多继发于肺或胸膜结核。全身可表现为低热、盗汗、乏力等局部肿胀、隆起，有波动感，无红、热、痛，称为寒性脓肿。破溃后有干酪样及黄白色脓液流出，经久不愈，可形成窦道。X 线胸片见胸膜增厚软组织致密阴影，骨质破坏和缺损。治疗：增加营养，全身抗痨药物应用，寒性脓肿作穿刺抽脓后注入链霉素，稳定的行病灶清除术。

脓胸 病菌侵入胸膜腔发生的感染和脓液积聚。急性期有胸痛、气促、发热、脉搏增快，白细胞增高，严重的有全身中毒症状；慢性期为低烧、食欲不佳、消瘦、贫血等表现。治疗用抗生素控制原发感染病灶，胸腔穿刺或引流手术，以排尽脓液及消灭脓腔。慢性脓胸尚可根据病情行脓胸纤维板剥除术或胸廓改形术。

贲门痉挛 吞咽食物时，食管缺乏有效的蠕动，下端不能松弛，以致食物瘀积。表现为吞咽不畅，下咽受阻伴呕吐，胸骨后沉重不适。食道钡餐检查：见食管扩大，有液平面，下端呈鸟嘴状。治疗：轻者少吃多餐，细嚼慢咽，无效者行食道下段贲门肌层切开术。

纵隔肿瘤 生长于左右胸膜腔之间的肿瘤。分原发性与继发性。前者种类很多，大多为良性，但也有恶性。常见表现

有胸痛、气促及紫绀等，早期不出现症状，X 线诊断有肯定的价值；后者多从肺、食道、乳腺、甲状腺等原发灶转移而来。治疗以早期手术切除为主，辅以化疗及放疗等综合措施。

支气管镜检查 将支气管镜经口腔插入气管和支气管内进行检查及治疗。一般在局部或全身麻醉下进行，常用于诊断支气管及肺内病变，并可用于吸除痰液、取除异物。

剖胸探查术 诊断和治疗胸部疾病的一种手术方式，胸部疾病术前经各种检查方法仍不能确定病变性质和范围，需剖胸手术直接明确诊断和采用相应的手术方式进行治疗。

胸腔引流术 作胸壁切口，经肋间或肋骨床，置入胸膜腔导管将积聚在其中的液体和气体引流出体外的手术。早期为了避免空气或外面细菌进入胸腔，需将导管外端接于水封瓶上，称封闭式引流或称水封瓶引流；慢性脓胸有脓腔壁形成。胸膜已发生粘连，则可作开放引流。

食管重建术 食管癌行食管切除或食管广泛腐蚀性灼伤致疤痕性梗阻者，为了恢复进食通畅，采用游离胃或一段结肠或空肠，与切断的食管近端吻合的手术。以重建的食管恢复胃肠道的通畅，以解决进食和确保营养的供给。

胸廓改形术 又称“胸廓成形术”。为治疗某些胸部疾病而施行的改变胸廓形态的手术。常切除部分肋骨，使患侧胸壁局部下陷，消灭或减少肺内空洞或胸膜腔空隙，减少呼吸幅度，促进空洞闭合和病变的痊愈。常用以治疗肺结核空洞、慢性脓胸，或肺切除术后防止肺过度膨胀或消灭胸膜残腔。

胸廓成形术 见“胸廓改形术”。

肺切除术 为治疗某些肺部疾病而将肺作部分切除的手

术，常用以治疗肺肿瘤、某些类型的肺结核、支气管扩张，慢性肺脓肿等。

体外循环 把体内静脉血引至体外，利用人工心肺机进行氧合，然后再输入体内的手术方式。这样血液可不经过心和肺进行气体交换和全身循环，为施行心脏内复杂的直视手术提供有利条件。

人工心肺机 体外循环时，用它来替代人体的心肺，进行血液循环和气体交换作用的机械，必须具备性能良好，安全可靠的特点。主要组成部分是：1．人工心脏（泵）：代替心脏机械功能，单向流动把血液输入体内；2．人工肺（氧合器）：代替两肺进行气体交换，把静脉血变成动脉血。

心内直视术 现代心血管外科重大成就之一。切开心脏在直接观察下矫正心脏内部病变的手术。施行这种手术时，常采用低温麻醉及人工心肺机装置。切开心脏，在心脏无血的情况下直接地观察心内的病变和进行各种复杂的手术操作。广泛适用于各种心脏的先天性及后天性疾病。

人工瓣膜 人工制成的心脏瓣膜。有机械和生物瓣膜两类。当二尖瓣膜病变严重，不适于整复及成形术者，则在体外循环下切除二尖瓣膜，将人工瓣膜缝合固定在瓣环上，替换原瓣膜的作用。

泌尿外科学 外科学分支学科之一。专门研究泌尿生殖系统的疾病、先天性畸形、损伤、结石、结核、炎症、肿瘤及性功能障碍的病因、发病机制、诊断、预防和治疗的学科，在临床工作中需掌握特殊器械的使用方法，并使它不断得到改进，达到保护和恢复人体正常的排尿和生殖机能的目的。

尿潴留 尿液潴留在膀胱内不能排出体外。原因为膀胱以下尿路严重梗阻（如前列腺增生、尿道狭窄、结石、损伤等），或膀胱失去收缩功能（如麻醉、手术后尿潴留，脊髓损伤或肿瘤等）。可引起肾盂积水和尿路感染。

尿闭 肾功能衰竭患者，由于肾缺血和肾小管细胞变性、坏死，不能分泌尿液的现象。成人每 24 小时排尿量不足 50 毫升则为尿闭。原因有创伤、手术、出血、休克、血型不合、药物中毒及肾病等。

尿失禁 膀胱内的尿液不能控制而自行从尿道流出的现象。由于膀胱的神经机能障碍或受损伤，使膀胱尿道括约肌失去功能而引起的尿失禁称为真性尿失禁。假性尿失禁见于尿潴留，胀满膀胱的尿液从尿道不断溢出，如同失禁，又称为充盈性尿失禁。由于膀胱尿道括约肌张力减低，骨盆底部肌肉和韧带松弛，虽然平时尚能控制排尿，但当作增加腹压的动作时发生尿失禁，称为压力性尿失禁。

血尿 尿液中有红细胞。分肉眼血尿及显微镜血尿。排尿开始有血尿为初期血尿，病变在前尿道；排尿终末时有血尿为末期血尿，病变在膀胱基底部或后尿道；排尿全过程都是血尿为全程血尿，病变在膀胱或膀胱以上。常见原因有损伤、炎症、结石、结核及肿瘤。

脓尿 尿液中有脓细胞。多见于泌尿系结核、尿路感染、结石和肿瘤继发感染。

乳糜尿 尿液发白呈牛奶样，放置后有凝块沉淀，严重者可含有血液，呈乳糜血尿的现象，常由丝虫病感染阻塞淋巴管发生破裂所致。

肾绞痛 输尿管急性梗阻所引起的症状。由于阻塞部位以上的输尿管及肾盂积水，出现强烈的阵发性蠕动，使肾盂内压急剧增高而产生绞痛。常见原因为输尿管结石、血块与脓块的堵塞。

多囊肾 肾脏的一种先天性畸形。由于肾胚胎发育不良，分泌尿液排出受阻，形成多发性潴留性囊肿，绝大多数为双侧性。早期无症状，中年后出现腰部钝痛及腹部肿块，有时有血尿，晚期有高血压及肾功能损害。治疗以保护肾功能为主，晚期可行肾移植术。

尿道下裂 较常见的尿道先天性畸形。原因为胚胎发育期尿生殖沟自后向前闭合的过程受阻而停止，使尿道腹侧壁发生不同程度的缺损，形成尿道下裂。多见于男性。依尿道口位置分为阴茎头型、阴茎体型、阴茎阴囊型和会阴型。除阴茎头型外，其余均伴有不同程度的阴茎弯曲、发育不良及排尿和性功能障碍。治疗可行尿道成型术。

隐睾 胎儿出生后一侧或双侧睾丸未降至同侧阴囊内，是最常见的先天性睾丸畸形。单侧多于双侧，右侧多于左侧。病因不明。未降的睾丸常位于腹股沟部和腹膜后，前者易受外伤，后者易发生恶变。隐睾的发育在 3 岁以后可逐步受到影响，双侧者会失去生育能力。治疗除双侧隐睾可在早期用促性腺激素治疗外，一般需行睾丸松解固定术。

包茎 包皮口狭窄或包皮与龟头粘连，使包皮不能上翻露出龟头。与包皮过长不同，后者包皮覆盖在全部龟头，但仍可上翻。因包皮下积垢，易引起包皮及龟头炎反复发作，长期慢性的刺激是引起阴茎癌的重要发病因素，而且可发生包

茎嵌顿。宜早期作包皮环切术。

膀胱炎 常见泌尿系疾病。一般由细菌引起，可分为急性和慢性两种。急性者多有着凉、劳累、性交频数或导尿等诱因。已婚妇女多见，常伴有尿道炎；在男性则常合并前列腺炎，统称下尿路感染。典型症状为尿频、尿急、尿痛和血尿。尿液检查有蛋白、红细胞和脓细胞；细菌培养可为阳性。治疗不彻底可转为慢性膀胱炎。

前列腺炎 男性生殖系常见炎症，多见于青壮年。常与尿路炎症互为因果。分急性和慢性两种。前者多为细菌感染，且有诱因。以全身感染及后尿道激惹症状为主要表现（参阅膀胱炎），并伴会阴及腰骶部疼痛、排尿困难等。后者少数由急性转变而来，多数无急性过程，病因不明者又称前列腺病。临床表现常为排尿不适、疼痛、性功能障碍和神经衰弱症状，易于复发。

前列腺按摩 诊断和治疗慢性前列腺炎的一种方法。用手指伸入直肠，缓缓地按摩前列腺，将其分泌的液体压入尿道后排出体外。既有助于检查，还可起到直接引流，增加血液循环，促进炎症吸收作用。急性前列腺炎禁用，以防感染扩散。

前列腺增生 由于老年男子性激素平衡失调所产生的前列腺良性肥大。可引起逐渐加重的排尿困难，伴尿频。严重时可导致尿潴留和充盈性尿失禁。治疗采用女性激素，严重者可作前列腺切除术。

肾结核 体内原发结核病灶（多在肺部）的结核杆菌经血行感染到肾脏引起的继发性疾病。结核杆菌侵犯肾实质，逐

渐蔓延使肾盂、肾盏破坏，中心坏死形成干酪样空洞、积脓，使全肾失去功能，表现有尿频、尿痛、腰痛和腰部肿块，及有血尿和脓尿。排泄性或逆行性肾盂造影有助于诊断。治疗用抗结核药物、支持疗法。病变严重且局限于一侧者，可将病肾切除。

肾积水 由于尿路梗阻而引起肾盂扩大和积尿的现象。因肾脏排出受阻，肾内压增高，肾盂扩大，肾实质萎缩及尿液积聚。引起原因有畸形、炎症、结石、结核及肿瘤等。表现为腰痛及腰部肿块。

肾切除术 为达到治疗目的而切除一侧有严重病变肾脏的手术。适用于单侧的肾结核、肾积脓、肾肿瘤、多发性肾结石、严重的肾损伤，而对侧肾功能完好者。若肾病变局限，可行部分肾切除术。

附睾结核 最常见的男性生殖系统结核。结核杆菌多经前列腺、精囊和输精管侵及附睾少数经血行感染。病变多从尾部开始，逐渐蔓延及整个附睾。表现有阴囊胀痛、附睾触及硬结，可并发脓肿，自行溃破后形成窦道，治疗采用抗结核药物。无效者或严重者作附睾切除术。

尿道狭窄 尿道任何部分管腔狭小，引起排尿障碍的疾患。主要发生在男性，可分先天性和后天性两类，前者常发生于尿道外口；后者为损伤或炎症引起的疤痕组织所致。损伤多发生在尿道球部和膜部；炎症性见于淋病、结核或包茎继发感染等。主要表现为排尿困难及尿潴留，治疗主要行尿道扩张术。

尿路结石 包括肾、输尿管、膀胱和尿道结石，是泌尿系

常见的疾病。结石成因与尿路感染、梗阻、代谢紊乱及生活环境有关。表现有腹部或腰部绞痛及血尿。梗阻时可出现脓尿及肾积水。X 线平片多数可直接显影。治疗可用药物排石，或行体外冲击波碎石术，必要时手术取石。

精索静脉曲张 精索蔓状静脉丛因回流不畅而形成局部静脉的扩张、迂曲、伸长。病因是精索静脉无瓣膜及管壁发育不良，或是精索静脉受压迫和梗阻所致。以左侧多见。轻者无任何不适，重者有阴囊坠胀及疼痛，尤以站立、行走和劳动时加重，并可见阴囊皮下曲张的静脉团。治疗：轻者用阴囊托带，重者行精索静脉高位结扎术。

鞘膜积液 睾丸鞘膜内积聚的液体超过正常量。由于睾丸鞘膜腔分泌增多，或由炎症、肿瘤及丝虫病引起。表现为阴囊肿大。睾丸不能触及，透光试验阳性。治疗：轻者用阴囊托带，重者行鞘膜外翻或鞘膜切除术。

勃起障碍 又称“阳萎”。指阴茎不能勃起、勃起不坚或勃起持续时间过短以致不能进行阴茎——阴道内性交。由于阳萎一词含有贬意，性医学家主张采用勃起障碍一词。可分为原发性和继发性二种。原发性勃起障碍是指从来就不能性交的患者；继发性则指患者获得或维持勃起困难，但至少有过一次阴道或肛门性交。大多数由精神和心理因素所致，少数由药物和器质性原因引起。

阳萎 即“勃起障碍”。

早泄 性交时男子射精过早或不能延长一定的时间再射精。对“过早”的定义尚有争论，从少于 30 秒到 12 分不等(指阴茎进入阴道至射精的时间)；还有人用阴茎在阴道内抽

送 10 次之前射精作为标准。由于“过早”的时间甚难肯定，有些学者主张是否“过早”应由夫妇自己来定，即所谓“自我定义”。早泄几乎均由精神和心理因素引起，偶见于前列腺炎等局部感染和多发性脑硬化等变性性神经疾病。捏挤法有助于控制射精，治疗早泄。

膀胱镜检查 用一种附有光源装置的器械，经尿道插入膀胱。以观察膀胱及后尿道有无炎性病变、肿瘤及结石的检查方法。它还可以测定分肾功能，活体组织检查、取异物、电灼肿瘤等；并可将导管分别插入输尿管，作逆行性肾盂造影，以诊断肾脏及输尿管的疾病。

静脉肾盂造影 又称“排泄性尿路造影”，一种常用的肾脏 X 线检查技术用含碘的造影剂（如醋碘苯酸钠）作静脉注射，造影剂很快由肾脏排出。当肾盂充满造影剂后摄 X 光片，显示的图形可了解肾、输尿管和膀胱的病变，及肾功能。

腹膜透析 治疗肾功能衰竭引起尿毒症的一种有效方法，腹膜不仅有弥散和渗透作用，还有吸收和分泌功能，透析就是利用腹膜的生理特性，经腹腔穿刺将透析液注入腹腔内。通过腹膜进入血液，达到排除体内代谢产生的有毒物质，调节水和电解质的平衡。

人工肾 又称“血液透析”。一种部分替代肾功能的装置。由透析器和透析液两部分组成。方法是通过血管的连接，使病人的血液引到体外，进入透析机，清除血液中蛋白质有害代谢物，纠正体内电解质和维持酸碱平衡。适用于肾功能衰竭和尿毒症患者。

男性学 专门研究男性生殖活动的一门新兴学科。与泌尿

外科学重点研究男女泌尿生殖系统疾病的防治不同，男性学研究范围包括男性生殖生理、生殖内分泌，男性生育与不育，男性生育调节，以及男性在生命活动中基本变化规律。是一门独立的、多学科互相渗透的医学和生殖生物学的重要分支。

液电冲击波体外碎石术 利用在水下进行高压大电流快脉冲放电时所产生的冲击波在体外破碎人体内结石的技术。原理是冲击波携有巨大能量；人体结石对冲击波的阻抗系数与水和正常组织相差悬殊；当冲击波穿过结石时，其入射面与出射面传播方向发生偏折，形成扭、剪破坏力。同时冲击波能量的剧减释放在结石内部形成极高的拉伸内应力，当超过结石拉伸极限强度时，即造成结石破碎，而正常组织不受损伤，可用于泌尿系结石和胆囊结石。

肾下垂 人体直立时肾下降超过正常移动范围（1—4 厘米）。严重者可降至下腹部，甚至盆腔内。如肾的移动越过中线到对侧腹部，称游走肾。肾下垂与低位肾不同。后者指肾脏先天性位置较低。原因是营养不良、消瘦等使肾周围脂肪减少，导致对肾的衬托作用减弱，引起肾活动度增加。主要症状是长久站立或劳动后腰痛，取卧位后迅速缓解。治疗可用支持疗法或肾脏固定术。

包皮过长 见“包茎”。

肾图 见“医学影像学”中的“放射性肾图”。

肾活体组织检查 经皮肤穿刺或手术时取肾活体组织作病理检查，是诊断肾脏疾病的重要手段。结合电子显微镜和免疫荧光技术的应用，其诊断正确率可达 80％以上。尤其适用于一般方法难以确诊的肾脏疾患和肾移植后排异反应的鉴别

诊断。并发症有内出血、邻近脏器损伤及感染等，但只要正确应用可防止并发症的发生。

肾血管性高血压 由于肾动脉狭窄使肾血流量减少导致肾缺血而引起的高血压，占高血压的 5%以上。其原理主要是肾缺血导致肾素分泌量增加，通过肾素—血管紧张素—醛固酮系统的活动，使小动脉收缩，水、钠潴留，血压升高。见于肾动脉粥样硬化、纤维肌肉增生、动脉炎等情况。病人常无高血压家族史、发病急骤。肾图及静脉肾盂造影等有助于诊断。治疗可行血管重建术、患肾自体移植术及肾切除术。

射精迟缓 又称“不射精症”。性交时尽管有阴茎勃起和充分的刺激也不能射精。常见的类型是患者不能在阴道内射精，但却能由于手或口的刺激射精。多数由心理因素引起，但也可由各种损伤神经系统的疾病造成。帕金森氏病和糖尿病也可引起射精迟缓。

输精管结扎术 结扎和切断两侧输精管以阻断精子输出通路的手术。是一种简便、安全、可靠的男性绝育方法。

矫形外科学 又称“骨科学”。外科学分支学科之一。专门研究运动系统的疾病与损伤，以及因此而发生的全身性病理生理改变或全身性疾病在本系统中所引起的局部变化。我国古代的正骨科或伤科与现代的骨科基本上相同。

骨折 骨的完整性或连续性中断。多由外伤所致，称为外伤性骨折。分闭合性与开放性两类：前者骨折处与外界不相通；后者有皮肤或粘膜损伤，骨折处与外界相通。表现有畸形，肢体假关节活动和骨摩擦音，局部肿胀、疼痛、瘀斑和运动障碍，X 线摄片检查对诊断有重要价值。治疗原则：复位、

固定、功能锻炼及对症处理。轻微外伤使有病骨骼（如骨肿瘤、骨髓炎等）断裂，称病理性骨折。

脱位 组成关节各骨关节面的正常关系发生改变。病因多为外伤，也见于病理性原因和先天性发育不良。常发生在肩、肘、髋以及下颌关节等。表现有局部肿胀、疼痛和功能障碍。治疗原则同骨折。

断肢（指）再植 一种综合性的创伤外科手术，即将因损伤而断离的肢（指）体重新接上，恢复其血液循环，同时行神经、肌腱和皮肤的整复手术，使断肢（指）得以存活并恢复功能。我国在 1963 年首次取得断肢再植成功。1966 年断指再植亦获成功。是报道断肢（指）再植例数最多的国家之一，在国际上处于领先地位。

扭伤 肢体受外力扭转、牵拉后，关节超越其正常活动范围而引起的周围软组织损伤。多发生在踝、膝、肩关节。表现为局部肿痛和关节功能障碍。治疗采用针灸、按摩、中药内服，外敷或理疗，患处制动和固定，以利损伤的修复。

颈椎病 由于颈椎间盘变性，椎体骨质增生，压迫颈部神经根、脊髓或椎动脉而引起的综合症。表现出颈、肩部疼痛，上肢放射痛及手指麻木，活动困难及各种脊髓受压和椎动脉供血不全症状。治疗酌情选用颈牵引及理疗，消炎镇痛及中药治疗，有严重压迫症状者可手术治疗。

肩关节周围炎 简称“肩周炎”。因肩关节周围软组织变性伴有创伤及劳损而引起的炎症改变。在受寒冷、轻微外伤及慢性劳累后发病，常见于 50 岁左右的成年人。表现有肩痛、活动时加剧，肩峰周围有广泛性压痛。治疗采用按摩、推拿、

针灸、拔火罐、膏药外敷或理疗等。

腰椎间盘突出症 腰部椎间盘的纤维环破裂，其内的髓核、残存纤维环及附 属的韧带向椎管内突出而产生的疾病。多有外伤和弯腰劳累史。具有脊神经根压迫症状。表现有腰痛，患侧下肢放射痛，腰活动受限，不能直腰，有时跛行。治疗应卧床休息，睡硬板床，理疗、推拿、按摩，必要时手术。

滑囊炎 由急、慢性损伤引起的结缔组织中囊状间隙内壁的炎症。常见的有坐骨结节滑囊炎、腘窝囊肿、髌前滑囊炎等。多见于中年和老年人。表现为关节附近出现一个疼痛包块，圆形或椭圆形，穿刺可得清晰滑液（慢性）或血性粘液（急性），感染时有炎症表现。治疗可注射醋酸氢化可的松；避免再次受伤，防止复发；继发感染需切开引流，然后切除滑囊。

狭窄性腱鞘炎 由长期劳损而引起的肌腱和其鞘膜炎症。病理变化为腱鞘水肿、增生及狭窄等。常见于手指和腕部，好发于家庭妇女或多用手指和腕部工作者，表现有弹响指与弹响拇，患指发僵、疼痛，活动后消失。桡骨茎突狭窄性腱鞘炎局部有疼痛、轻度隆起、压痛明显，提重时乏力。治疗：局部注射醋酸氢化可的松、制动，或采用理疗及针灸等疗法。

腱鞘囊肿 手和足关节或腱鞘内滑液增多产生囊性肿物。多发生于手腕及足背等处。起病缓慢，局部肿块表面光滑，基底固定，有囊性感，其内为胶冻样囊液。治疗：抽出囊液后注入醋酸氢化可的松，2—3 次可愈，但易复发。或行手术摘除。

骨髓炎 致病菌（以金黄色葡萄球菌为主）经血液、开放

性骨折及感染直接蔓延，使骨组织发生化脓性感染的疾患。分急性和慢性两类：前者好发生在儿童的下肢长骨。表现有寒战、高热，患肢肿痛，运动障碍，白细胞增高，血培养可阳性。治疗：注意休息，全身支持，抗生素联合应用，有骨膜下脓肿形成需切开引流。后者由于急性骨髓炎治疗不及时、不彻底形成，多遗留有死骨、死腔和瘘管，采用手术病灶清除。

骨结核 继发于体内其他结核病灶，结核杆菌经血行侵入骨组织所致的疾患。当全身抵抗力减弱时易发生，好发于儿童和青少年，以下肢骨与胸腰椎结核常见。表现为低热、消瘦、乏力、食欲不振，局部疼痛、肿胀、畸形、运动障碍和冷脓肿出现。X 线片示有骨质破坏。治疗：抗痨药物，局部制动；严重者行病灶清除或关节固定术。

斜颈 一侧胸锁乳突肌发生纤维性挛缩后形成的先天性畸形。原因与产伤或胚胎发育异常有关。斜颈随年龄增长而加重。面部不对称，头部运动受限。治疗：一岁以内热敷、按摩、手法矫正和头部固定；畸形严重者行患侧胸锁乳突肌切断术。

平足症 又称“扁平足”。足弓扁平，弹性消失伴有足痛的疾患。足痛以站立或行走时明显，休息时好转，严重者有腰背痛及髋、膝关节痛。治疗：注意休息，用软鞋垫或矫形鞋；严重者手术矫正加石膏固定。

多指（趾） 手指（足趾）数目增多的一种先天性畸形。有家族史，以发生在拇指或第五指的最常见。治疗应及早将多余的指（趾）截除。

截肢 用手术离断患有严重疾病的肢体。目的是挽救病人

的生命或保留剩余肢体的功能。适用于：1．肢体严重外伤不适合再植者；2．感染或血管性疾病引起肢体坏疽；3．肢体患恶性肿瘤；4．无用的畸形。

假肢 一种人造的模拟肢体。以代替肢体的残缺，补偿部分功能。其结构包括假肢体、肢槽和支持带。要求符合轻便、灵活、美观、舒适和具有多种功能等特点。

功能锻炼 是治疗骨折、脱位和手外伤的重要内容之一。目的是促使损伤部位的功能早日恢复正常。在复位后固定期间就要开始进行，以主动地作肌肉伸缩练习为主，被动活动忌用暴力，以免加重损伤，锻炼要有计划和系统性。

骨库 采集、保存和供应移植用骨的医疗部门。骨来源取自截肢或手术切除下来的无病骨骼，或来自非正常死亡者新鲜尸体的骨，经无菌处理后用低温保存。当病人需行骨移植术时可供使用。

关节镜 用于观察关节内结构和病变，并可作某些治疗的内窥镜。由穿刺套管针、关节镜、活体组织钳、光源和专用照像机等装置组成。关节镜检查最常用于膝关节，适用于较难诊断的关节内病变和损伤。

关节穿刺术 一种辅助诊断和治疗关节病变的方法。关节病变时，将空心针刺入关节腔，主要目的是1．吸出关节内容物作有关化验或细菌培养等；2．注入造影对比剂以利关节造影检查；3．引流关节液并注入药物进行治疗。（参见“诊断学”中的“膝关节腔穿刺”。）

同位素骨扫描 利用亲骨性放射性同位素检查骨病变部位的方法。常用氟（18F）、锝（99mTc）、锶（81Sr）和镱

(169Yb) 等。这些示踪剂半衰期短，对人体无害，并可在骨病变部位浓聚放出较多的γ射线，经扫描或闪烁照像可将其显示出来。与X线检查相比可更早地发现骨关节的破坏性病变，最常用于骨肿瘤和骨转移瘤的诊断、鉴别诊断和治疗方式的选择。但骨髓炎、骨结核病灶及骨痂等也可产生浓聚，应用时需结合临床表现及其他诊断方法。

肌电图 用电极把肌肉兴奋时所产生的生物电位变化引导出来，经过放大而显示出的波形，是神经和肌肉疾患的诊断及鉴别诊断方法之一。但不能作出病因学诊断。也可用于某些疾病的发病机制和运动生理学的研究。

麻醉学 外科学的重要组成部分，随着现代外科学的发展，已形成一门独立的学科。主要研究麻醉新药的应用、麻醉方法与技术的改进，提高麻醉效果，保障手术病人的安全及减少并发症，为各种手术创造最佳的工作条件。还包括对危重病人的监测和治疗、急救和复苏工作，以及麻醉理论研究等范畴。

麻醉前用药 在手术前一天晚上或手术当天麻醉前1小时的用药。常用的药有镇静药和颠茄类药物，目的是使病人术前安静休息，减少术中呼吸道和消化道的分泌物，降低麻醉药物的毒性，以及提高麻醉的效果和手术安全性。

基础麻醉 利用某些药物使病人进入类似睡眠状态的浅麻醉。有利于其他麻醉操作的进行，减少麻药用量和各种副作用。

全身麻醉 麻醉药物经呼吸道吸入或静脉、肌肉注射，产生中枢神经系统抑制，使病人的神志和痛觉消失，或呈深睡

眠状态，对手术产生的刺激和干扰不引起感觉和疼痛。

吸入麻醉 全身麻醉的一种。将气体麻醉药或挥发性液体麻醉药经过呼吸道吸入体内而产生全身麻醉作用。

静脉麻醉 通过静脉途径注入麻醉药物(常用有硫喷妥钠、r-羟基丁酸钠、普鲁卡因等)，产生手术所需的全身麻醉作用。

局部麻醉 麻醉药物作用于身体需要的手术部位，使疼痛传导通路阻断，刺激不向中枢神经传导的麻醉方法。常用有四种：1．表面麻醉：见“表面麻醉”；2．局部浸润：见“局部浸润”；3．区域阻滞：见“区域阻滞”；4．神经干阻滞：见“神经干阻滞”。

表面麻醉 麻药透过粘膜吸收而阻滞浅表神经末稍。常用喷雾、涂布或填充等方法进行。是局部麻醉的一种。

局部浸润麻醉 将麻醉药物分层注射于手术切口部位的组织内，使该部位的神经末稍受到局麻药液浸润而受到阻滞。是比较常用的一种局部麻醉方法。

区域阻滞麻醉 在手术区周围和基底部注射麻醉药，阻断区域内组织的疼痛传导。属于局部麻醉。

神经干阻滞麻醉 在神经干的周围注射麻醉药，阻滞传导神经，使其所属的区域产生无痛效应。属于局部麻醉。

硬脊膜外腔麻醉 又称“硬脊膜外阻滞麻醉”。将麻醉药物通过直接穿刺注入或经置导管后分次注入硬脊膜外腔，使注射部位附近由脊髓发出经过硬脊膜外腔的部分神经根，产生暂时性传导阻滞。适用于自颈部以下的手术，以腹部手术最为合适。

蛛网膜下腔麻醉 简称“腰麻”。通过腰椎穿刺将麻醉药物

直接注入蛛网膜下腔，使脊髓部分神经根产生暂时性麻痹的麻醉方法。适用于下腹部、肛门、会阴及下肢的手术。

腰麻 即“蛛网膜下腔麻醉”。

针刺麻醉 从祖国医学经络学中的针灸疗法发展起来的一种独特的麻醉方法。在患者某些穴位上针刺，经过一定时间的诱导和刺激，产生镇痛效果，达到在人体各部进行手术的目的。具有经济、安全、操作简便、不需要麻醉药物，对人体的生理干扰小，并且很少有并发症产生等优点，缺点是有时镇痛效果不理想。

中药麻醉 以中药洋金花为主的一种静脉复合麻醉的方法。具有药源丰富，操作简便，比较安全的优点；但存在有时麻醉效果不够满意，术中创面渗血较多等缺点。

控制性降压 又称“控制性低血压麻醉”。在全麻时使用降压药物等措施，有意识地控制患者血压的升降。该措施可减少手术野的渗血，降低血管内张力，以利于大血管手术的进行。

低温麻醉 全身麻醉后，加用药物阻滞植物神经系统，再辅以一定程度的物理降温，使患者的体温能达到迅速降低的麻醉方法。低温使人体各主要组织代谢率降低，氧耗量减少，因而耐受循环暂停的时间可显著延长，以适应复杂的心血管手术需要。

复合麻醉 将几种不同类型麻醉辅佐药物或不同的麻醉方法相互配合使用，以增进麻醉的效果和安全的一种麻醉方法。

复苏 为了挽救病人生命所采取的各种医疗措施。当发生麻醉意外，心脏猝死、新生儿窒息、严重创伤等危及生命的

情况时，首要的任务是争取时间抢救生命。人工呼吸和体外心脏按摩是针对呼吸、心跳骤停所采用的关键紧急措施。重建循环及呼吸，可避免脑组织因缺血、缺氧时间过长遭受严重损害。在复苏后还须对脑、心、肾、肺等重要器官的功能进行缜密的观察和必要的处理。

人工冬眠 以药物为主，物理降温为辅来抑制神经系统和大脑皮质，使人体处于象动物冬眠状态的一种治疗方法。可减轻机体对外来刺激的不良反应，是体温与新陈代谢率降低，器官和组织对氧消耗量减少，血压轻度下降，脉搏与呼吸相应减慢，进入深睡眠的过程。在人体受创伤、中毒、感染、手术与麻醉等刺激的侵害时起着保护和治疗的作用。

麻醉机 可供吸入麻醉给药，供给氧气辅助或控制呼吸，以确保呼吸道的通畅及麻醉操作安全的装置。常用有三种：1．开放式装置；2．活瓣装置；3．密闭装置。

妇产科学

妇产科学 医学科学中的临床学科之一。包括妇科学和产科学。专门研究非妊娠状态下妇女生殖系统的生理和病理变化，以及与妊娠、分娩和产褥期有关的生理和病理，还包括胎儿和新生儿的生理及病理，并开展对计划生育工作等方面的研究。

排卵 成熟的卵子从卵巢排出的过程。卵巢中成熟的卵泡破裂，卵子与其周围附属物一同排出，先进入腹腔，然后进入输卵管，卵巢每隔 28 天左右排卵一次，排卵日期一般在月经来潮的前 14 天左右。

受精 又称“受孕”。当一个获能的精子进入一个次级卵母细胞的透明带时，标志着受精的开始，卵原核与精原核的染色体融合是受精过程的完成。参见“生物”中的“受精”。

妊娠 胎儿在母体子宫内发育成长的过程。卵子受精为妊娠的开始，胎儿及其附属物即胎盘、胎膜自母体排出是妊娠的终止。妊娠全程为 280 天。

宫高 从耻骨联合上缘到子宫底最高点的距离。可用以估计胎儿发育情况。

妊娠反应 又称“早孕反应”。为妊娠四十天左右出现的恶心、食欲不振、偏食、乳房胀痛、头晕、乏力、嗜睡等现象。多于妊娠十二周左右自行消失。

早孕反应 即“妊娠反应”。

妊娠试验 诊断早孕的辅助手段。妊娠后绒毛的滋养细胞分泌绒毛膜促性腺激素，经孕妇尿液排出。用生物或免疫反应测定尿中绒毛膜促性腺激素，即可协助诊断妊娠。

早期妊娠 妊娠 12 周末以前。可有早孕反应，乳房胀痛、乳晕色素加深、阴道壁及子宫颈因充血而呈紫兰色，宫颈与宫体连接处极软，子宫体增大，至 12 周时宫底超出骨盆，可在腹部耻骨联合上方触及。

中期妊娠 妊娠 13—28 周。子宫增大，宫底升高至脐上。18 周时出现胎动，18—20 周用一般听筒可在腹部听到胎心。20 周后即可经腹壁触及子宫内的胎体。

晚期妊娠 妊娠 28 周以后。子宫逐周增大，宫底逐渐上升。胎动更为明显，胎心更为清晰，胎体触诊更为清晰。

胎儿 是受精卵发育的一个阶段。受精最初两周称为孕卵，

含有父母各 23 个染色体开始了一个新生命；第二周至第八周称为胚胎，此阶段各器官逐渐形成；自受精后第八周至分娩前即称为胎儿。进入胎儿阶段生殖器已发生，但从外观尚难辨男女。

胚胎 见“胎儿”。

孕卵 见“胎儿”。

胎便 出生后最初三天排出的粪便。粪色棕褐或黑绿，质地粘稠，无臭味。由胎儿期肠粘液腺分泌液、脱落的上皮细胞、毳毛、皮脂、胆汁及吞入的羊水在肠腔混合而成。

胎盘 是胎儿与母体之间物质交换的器官。人类的胎盘由羊膜、叶状绒毛膜及底蜕膜（子宫内膜的一部分）所组成。呈扁盘状。一面光滑，附有脐带，叫子面；另一面粗糙，分成若干小叶，充满母体的血液，叫母面。其主要功能是维持胎儿发育时期的营养，呼吸和排泄作用，在一定程度上保护胎儿不受病源体侵袭，并有一定的分泌功能，促进子宫和乳腺的生长。

胎膜 由绒毛膜及羊膜组成。绒毛膜是滋养层，绒毛在发育过程中因缺乏营养来源逐渐退化光滑，成为胎膜的外层；羊膜是半透明薄膜，与覆盖胎盘、脐带的羊膜相延续，构成胎膜的内层。

脐带 一端与胎儿相连，另一端附着于胎盘的外表光滑呈螺旋状的索状物。其中有两条动脉及一条静脉。动脉中含来自胎儿的血液，输入胎盘进行物质交换；静脉中则含有来自胎盘的新鲜血液，供给胎儿需要。

羊水 充满于羊膜腔内的液体。随妊娠期的不同，其来源、

容量与组成亦有变化。胎儿居于羊水中有一定的活动性，并受其保护，免受直接伤害；还可以保护母体避免由胎动引起的不适，或母体与胎儿组织之间的直接压迫。妊娠 38 周时羊水量在 1000 毫升左右，少于 300 毫升称为羊水过少，多于 2000 毫升称为羊水过多，二者均不利于胎儿的生长与分娩。通过羊水检查可监测胎儿的成熟度、性别及某些遗传性疾病参见“生物”中的“羊水”。

羊水过多 羊水量≥2000 毫升者。常伴有胎儿与母体的一些变化，如胎儿畸形、多胎妊娠、妊娠合并糖尿病及母儿血型不合等。处理原则依不同情况而定。如无胎儿畸形，可以继续妊娠；如有胎儿畸形，则引产终止妊娠。

羊水过少 羊水量＜300 毫升者。过期妊娠，胎盘功能减退时常并发羊水过少，故可以羊水量估计胎盘功能。妊娠足月而羊水过少时，可考虑终止妊娠。

胎心音 胎儿心脏搏动的声音。妊娠 16 周后在孕妇腹壁上可听到，节律整齐，正常胎心率每分钟 120—160 次，在靠近胎儿的背侧上方听得最清楚。监床上可以根据心率的快慢及其变化判断胎儿有无宫内缺氧。

胎动 胎儿肢体在子宫内的活动。妊娠 18 周时即可出现胎动，每小时约 3—5 次。胎动计数是母体自我监测胎儿存活的重要内容。参见“胎动计数”。

胎动计数 计录一定时间内的胎动次数。是观察胎儿宫内安危的重要手段。一般早、中、晚各计一个小时，将三个小时胎动次数相加后乘以 4 即为 12 小时内胎动次数。正常胎动每小时 3—5 次，如果每小时胎动数少于 3 次，或 12 小时内

胎动数少于 10 次，提示胎儿在子宫内缺氧，须立即采取相应措施。

胎位 胎儿在子宫腔内所处的位置。胎体纵轴与母体纵轴相平行叫纵位（又称“纵产式”）；二轴相垂直叫横位（又称“横产式”）；二轴相交叉叫斜位。后者是暂时的，在分娩过程中可转为纵位或横位。以胎儿头向下的纵位最常见，其他胎位称异常胎位或胎位不正。

胎先露 最先进入骨盆入口的胎儿部分。纵产式最常见的是头先露，其次是臀先露；横产式则以肩为先露；偶见胎头和胎手同时入盆的，称为复合先露。

胎位异常 除枕前位为正常胎位外，其余胎位均为异常胎位。按先露不同有臀位、横位及头位（如颌面位、高直后位、前不均倾位、持续性枕后位和持续性枕横位）胎位异常是造成难产的常见因素之一。

流产 俗称“小产”。妊娠 20 周前妊娠即终止，而且胎儿体重不足 500 克者。发生在妊娠 12 周以前者称早期流产；发生在妊娠 12 周以后者称晚期流产。胚胎或胎儿及其附属物因某种原因（胚胎发育异常及母体疾患）自动脱离母体而排出，称自然流产。由于避孕失败或孕妇因病不宜继续妊娠时，采用药物或机械性干预等人工方法使妊娠终止，称人工流产。连续发生自然流产三次以上者，称习惯性流产。

早产 妊娠于 28 周至不足 37 周之间终止。常发生于双胎、羊水过多、胎膜早破、胎盘合并症及母体生殖器官异常或急慢性疾病。

异位妊娠 俗称“宫外孕”。但二者含意略有不同。异位妊

娠指孕卵在正常着床部位以外着床、发育；宫外孕指孕卵在宫腔以外器官或组织着床、发育，包括输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠等；前者还包括宫颈妊娠、子宫残角妊娠等。典型症状是停经、不规则阴道出血、一侧下腹疼痛。如异位妊娠破裂，腹腔内大量出血，有晕厥及休克表现。

妊娠高血压综合征 妊娠 20 周后或产褥早期发生高血压、水肿和蛋白尿症候群。严重的出现头痛、眼花、胸闷、甚至抽搐和昏迷（后者称子痫），可危及母儿生命安全。

前置胎盘 胎盘部分或全部附着于子宫下段，或覆盖在子宫颈内口处，位置低于胎儿的先露部（胎盘正常附着在子宫体的后壁、前壁或侧壁）。在妊娠晚期发生无痛性反复阴道出血。偶有发生于妊娠 20 周者。可分完全性、部分性和边缘性三种类型，如处理不当可威胁母儿的生命安全。

胎盘早期剥离 妊娠 20 周后或分娩期正常位置的胎盘，在胎儿娩出前部分或全部从子宫壁剥离。多见于高血压、慢性肾炎、妊娠高血压综合征和腹部外伤者。表现突然发生剧烈腹痛，阴道出血量不多而有急性贫血及休克现象，可危及母儿生命安全。

足月产 妊娠满 37 周至 42 足周之间的分娩。

过期妊娠 月经周期正常的孕妇，超过预产期两周以上尚未临产者。原因尚不清楚。

死胎 在妊娠期间正式临产前胎儿在宫腔内死亡。表现为胎动消失、子宫停止增大、乳房胀感消失等。常见原因有胎儿发育异常、脐带异常、产前出血及妊娠高血压综合征等可致胎盘功能不全的合并症。如胎儿死亡后超过四周仍未自母

体排出，可引起凝血功能障碍，导致大出血。

高危妊娠 凡可危害母婴或导致难产的妊娠。在妊娠晚期伴有某些可能危及母儿，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儿血型不合、过期妊娠、胎儿宫内生长迟缓、胎盘功能不全等，及有过不良分娩史如习惯性流产、早产、死胎等均属高危妊娠。诊查重点是临床病史及体检、胎盘功能检查及胎儿成熟度检查。

临产 出现规则性宫缩，子宫颈口扩张和胎先露逐渐下降等现象。

分娩 妊娠满 28 周以后，胎儿及其附属物（胎盘、胎膜、脐带、羊水）由母体娩出的过程。

分娩机转 胎儿先露部随着骨盆各平面的不同形状和径线，所采取的一连串适应性转动，以其最小径线通过产道的全过程。可人为地将其划分为胎头衔接、下降、俯屈、内旋转、仰伸、复位及外旋转、娩出等一系列动作。

产程 是从规律性子宫收缩，到胎儿及其附属物娩出为止的全过程。分为三个产程。第一产程：从规律性子宫收缩到子宫颈口开全；第二产程：从子宫颈口开全到胎儿娩出；第三产程：从胎儿娩出到胎盘娩出。

产程图 在头位分娩过程中，以曲线形式反映宫颈扩张和胎头下降的相应关系，以及宫缩进展情况和胎心变化的图型。

产道 胎儿娩出的通道。分为骨产道与软产道两部分。骨产道即骨盆入口与骨盆出口之间的部分。其入口平面、中骨盆平面及出口平面的各径线与形状与胎儿是否能顺利娩出关

系密切。软产道系由子宫下段、子宫颈、阴道及盆底软组织所组成的弯曲管道。子宫下段的顺利形成、宫颈的扩张、阴道及盆底软组织的充分松弛对胎儿顺利娩出也有重要影响。

软产道 见“产道”。

骨产道 见“产道”。

顺产 又称“平产”。胎儿经母体产道自然娩出的过程。必须具备三个条件：1、规则而有力的子宫收缩；2、胎儿的大小与产道相适应；3、胎位正常。正常情况下，产力推动胎儿下降，克服产道阻力来完成分娩。

难产 由于宫缩乏力，胎儿过大或胎位不正，以及骨盆狭窄等原因，胎儿不能自然地通过母体产道娩出，必须借助于剖宫产或阴道助产（胎头吸引或产钳）娩出。临产前通过产前检查可了解产道和胎儿的情况，并对产力有所估计，以减少难产发生。

滞产 从规则性宫缩开始到胎儿、胎盘娩出为止，总产程超过 24 小时者。原因是宫缩乏力，胎头和骨盆不称，或胎位异常。可引起产妇极度疲乏和胎儿窘迫现象。应找出原因，及时处理。

引产 妊娠中期、晚期用药物和人工的方法引起子宫收缩而终止妊娠。适用于超计划生育和过期妊娠，或母儿情况变化不允许继续妊娠者。

胎膜早破 胎膜在临产前破裂。可因胎先露入盆受阻，羊膜囊发育不良或压力不均，子宫颈病变等，以及妊娠晚期性交或外伤引起。有导致宫腔感染、早产、脐带脱垂的危险。处理：如已接近预产期，先露已入盆者，可等待自然临产；破

膜后 24 小时尚未临产者，使用宫缩剂引产，并预防感染；如距预产期尚远，胎儿又未成熟，则积极保胎。

胎儿窘迫 胎儿在子宫内缺氧出现的一系列症状。可出现在妊娠期，多数发生在临产以后。随着缺氧加重，胎心可由过快（每分钟 160 次以上）到过缓（每分钟 120 次以下），心律不规则、正常位置的胎儿有胎粪排出以及胎动过频到过少，甚至消失。早期诊断，及时纠正造成缺氧的原因，并予吸氧及药物治疗可以纠正胎儿窘迫。必要时立即以手术助产终止妊娠。

脐带脱垂 胎膜已破，脐带脱出于子宫颈口外，降至阴道甚至外阴者。脱垂后脐带受压，血循环受阻，可致胎儿窘迫或死亡。是产科急症之一。

子宫破裂 在妊娠末期或分娩期子宫体部或下段发生破裂。可威胁母儿生命，是产科极为严重的并发症。常由于胎先露下降受阻、子宫病变、手术损伤及子宫收缩剂使用不当造成。表现为下腹剧痛，烦燥不安，休克，阴道出血，伴有腹膜炎体征，子宫缩小在腹部一侧，另一侧可触及胎体。处理：积极抢救休克，立即剖腹取胎，行子宫修补或切除术。

新生儿窒息 胎儿娩出后仅有心跳而无呼吸，或未建立规律呼吸的一系列缺氧症状。原因有胎儿窘迫时间较长，胎儿颅内出血，母体接受过多镇静药物，胎儿呼吸道阻塞等。轻度窒息表现为皮肤青紫，心跳规律，心音有力或减慢，肌张力正常，喉反射存在，呼吸减弱；重度窒息则皮肤苍白，手足发冷，心跳不规则、减慢且弱，肌肉松弛，四肢瘫软，喉反射消失，呼吸缺如或仅有微弱的呼吸动作。处理要点：及

时清理呼吸道。建立人工呼吸，刺激呼吸及循环中枢。

产后出血 胎儿娩出后 24 小时内阴道出血总量达 500 毫升以上。原因是子宫收缩乏力、胎盘滞留、软产道损伤及凝血功能障碍。若出血量大可迅速发生休克，甚至造成死亡。处理：正确判断出血原因迅速止血，抢救休克，采用输血、药物治疗，必要时手术。

胎盘滞留 胎儿娩出半小时后，整个或部分胎盘仍留在子宫腔内。妨碍子宫收缩，可引起阴道大出血及宫腔感染。但如胎盘全未从宫壁剥离，亦可不出血，必要时手术取出胎盘，用抗生素预防感染。

恶露 产后自阴道排出的分泌物。产后第一周恶露较红，含有新鲜血液、小血块及脱落的蜕膜、羊水、胎脂等，叫血性恶露；一周以后恶露色淡，含少量陈旧血及较多坏死蜕膜和宫腔、宫颈、阴道的排出液，叫浆液性恶露；约 10 天以后恶露色白，内含大量白细胞、蜕膜细胞、表皮细胞及细菌，称白恶露，于产后 3—6 周停止。

产褥感染 产褥期致病菌进入生殖道，引起局部（外阴阴道炎、子宫内膜炎、盆腔结缔组织炎、输卵管炎等）或全身性感染。表现为发热、下腹痛、恶露多且臭，腹膜炎体征及中毒性休克。治疗采取坐卧位，全身支持，抗生素控制感染及局部病灶的处理。

围产期 见“妇幼卫生与计划生育”中“围产医学”。

头颅血肿 分娩时新生儿颅骨骨膜下血管破裂，血液积留在骨膜下所致。可由胎头负压吸引、产钳手术等引起，亦可见于自然分娩的新生儿。血肿多位于顶骨，偶见于枕骨和额

骨。血肿以颅骨边缘为界，不越过骨缝。宜用冷敷，切勿揉擦及自血肿抽血，抗生素预防感染，肌注维生素 K 治疗。

胎头水肿 由于胎头受压，局部循环受阻而且娩出时出现于胎头先露部皮下组织的凹陷性水肿。水肿边界不清，不受骨缝限制，2—3 天内能自行消失。

足月新生儿 妊娠满 37 周至 42 足周之间娩出的胎儿，体重超过 2500 克，身长超过 50 厘米。

过度成熟儿 简称“过熟儿”。妊娠 42 周以后娩出的胎儿，全身出现过度成熟的表现，如皮下脂肪少，皮肤皱褶，指、趾甲长，多毛等。

未成熟儿 胎儿不足 37 周，器官功能不够成熟的新生儿。其对外界环境的适应能力较弱，易受病原体侵犯，起病急、发展快，死亡率高。

早产儿 即“未成熟儿”。

低体重儿 不论胎龄大小，体重不足 2500 克者。往往与不成熟儿同时存在。

双合诊 经阴道手指触诊，同时另手在腹部配合检查。是盆腔检查最常用的方法。可以了解阴道、宫颈、子宫、输卵管、卵巢及宫旁结缔组织和韧带，以及盆腔内壁情况。

三合诊 食指置入阴道、中指置入直肠，另一手置于下腹进行检查的方法。需了解子宫后方及盆腔后半部情况时常用这种方法。

白带 自阴道排出或存于阴道内的液体。由阴道粘膜渗出液、宫颈腺体及部分来自子宫内膜分泌物混合而成，内含阴道上皮脱落细胞、白细胞、乳酸杆菌等。正常情况下呈白色

稀糊状，量多少不等，有粘性，无气味。一般在月经中期即接近排卵时，白带增多，清澈透明；排卵后 2—3 天，白带混浊，粘稠而量少。当生殖道出现炎症，肿瘤、或肿瘤继发感染时，白带增多，性状改变，可带有脓血及臭味。白带是妇科检查的重要内容之一。

阴道炎 阴道粘膜发炎。种类很多，如细菌性、滴虫性、霉菌性、淋病性等。但以滴虫和霉菌引起的为最常见。主要表现为白带增多，外阴搔痒及灼痛。查明病原菌后用杀菌剂或抗滴虫药物治疗。

子宫颈炎 已婚妇女常见病之一。有急性和慢性两种。急性子宫颈炎常与急性子宫内膜炎（产褥感染、感染性流产）或急性阴道炎同时发生。临床上以慢性子宫颈炎为多见，常在分娩、流产或手术损伤宫颈后，病原体侵入而引起感染，多无急性过程的表现，常有宫颈糜烂、宫颈肥大、宫颈息肉、宫颈腺体囊肿和宫颈管炎等病理变化，可表现为白带增多、脓性或血性白带有异常气味，甚至腰酸、腹痛。应作子宫颈刮片与早期子宫颈癌相鉴别。

盆腔炎 女性内生殖器及其周围结缔组织和盆腔腹膜发生的炎症。分急性和慢性两种。前者由产后及手术的感染、邻近器官炎症蔓延所致。表现有发热、下腹痛及腹膜炎体征。后者由急性治疗不彻底而转变成。症状为下腹隐痛、腰酸、不孕、白带增多。防治要注意产后、月经期卫生，采用抗生素、中药及理疗等综合疗法。

女性生殖器结核 结核杆菌由原发病灶经血行侵及女性生殖器（多见输卵管及子宫内膜）的慢性炎症。多发生在育龄

妇女。表现有低热、月经不调、下腹部坠痛及不孕。治疗采用全身支持，加强营养及抗结核药物应用，必要时可行全子宫及双侧附件切除术。

外阴癌 发生于外阴之皮肤、皮下组织、腺体或尿道、前庭大腺的癌症，可为原位癌或侵袭癌。平均发病年龄 60 岁，原位癌的发生较侵袭癌早 10 年左右。肿瘤的扩散除局部蔓延外，主要是淋巴转移。常表现为外阴搔痒，局部结节或肿块，部分表现为外阴溃疡、脓性或血性分泌物、尿痛及腹股沟淋巴结肿大。治疗以手术为主。根据病变范围术后补充盆腔外放射治疗。

阴道癌 发生于阴道的癌症。常常是继发性的。如宫颈癌的直接蔓延、或子宫内膜癌、绒毛膜癌及卵巢癌的转移，膀胱、尿道或直肠癌亦可转移至阴道。阴道的原发癌主要是鳞状上皮癌、腺癌、透明细胞癌等。

子宫颈癌 是妇女各种恶性肿瘤中最常见的癌瘤之一。发生于子宫颈鳞状上皮与柱状上皮交界处。有菜花型及浸润型。在癌变前往往有宫颈上皮不典型增生。早期症状可有接触性出血。子宫颈刮片细胞学检查及宫颈活体组织检查是重要的早期诊断手段。见“肿瘤学”中“宫颈癌”。

子宫肌瘤 又称“子宫平滑肌瘤”，主要由子宫平滑肌细胞及少量纤维组织形成。大多为良性肿瘤，多见于中年妇女。位于肌壁内称肌壁间肌瘤；向宫腔内生长为粘膜下肌瘤；突出于子宫表面，与浆膜层直接接触为浆膜下肌瘤。表现为月经过多，不孕或流产。肌瘤过大时，下腹部可触及包块，并有膀胱及直肠压迫症状。治疗：小的子宫肌瘤暂可观察，大的

应手术切除。

子宫内膜癌 又称“子宫体癌”。发生在子宫体的内膜部位。有弥漫型及局限型。较为突出的症状是不规则阴道出血及排液。分段诊断性刮宫是有效的诊断手段。见“肿瘤学”中“子宫内膜癌”。

输卵管肿瘤 生长于输卵管的肿瘤。较为罕见。良性者有乳头瘤、腺瘤等。恶性者主要为腺癌。扩散以直接蔓延经散端扩散及经淋巴转移为主，平均年龄 55 岁。主要表现为阴道排液量增多。治疗包括手术，恶性者尚有放射治疗及化疗。

卵巢肿瘤 是妇科常见的肿瘤。可发生于卵巢的各种组织成份。由于卵巢的组织学特点，卵巢肿瘤种类繁多，分类复杂。良性多为单侧性，有囊性感，表面光滑、活动，生长缓慢，巨大肿瘤可占据整个盆腔或腹腔。恶性多为双侧，表面凹凸不平，活动差，生长快，常伴有腹水及腹腔扩散。可并发扭转、破裂及感染。由于缺少有效的早期诊断方法，多数恶性卵巢肿瘤明确诊断时已属晚期，故死亡率较高。治疗以手术为主，恶性的辅以化疗或其他必要的治疗。见“肿瘤学”中“卵巢肿瘤”。

滋养细胞肿瘤 由绒毛膜的滋养层细胞过度增生发生的肿瘤。根据滋养层细胞增生的程度、有无绒毛、侵蚀的能力及其它生物学特性，分为葡萄胎、恶性葡萄胎及绒毛膜癌。

葡萄胎 是滋养细胞肿瘤的一种。由于绒毛滋养细胞异常增生和绒毛间质水肿，使绒毛变成了大小不等的水泡，互相间有细蒂相连，如成串的葡萄，故名。表现有停经和阴道流血，并排出葡萄样组织，子宫异常增大，可出现高血压、水

肿和蛋白尿。治疗：及时作清宫术及定期随访；必要时进行预防性化疗。

恶性葡萄胎 是滋养细胞肿瘤的一种。葡萄胎（见“葡萄胎”）的水泡样组织已超出子宫腔范围、侵入子宫肌层深部或在其它部位发生转移者。常为葡萄胎恶变而成，但也有葡萄胎未排出就发生恶变者。主要表现为葡萄胎排出后阴道持续不规则出血，子宫不恢复，经再次刮宫仍不见好转，有的出现咳血。

绒毛膜癌 是滋养细胞肿瘤的一种，是一种高度恶性的肿瘤。滋养细胞失去了原来绒毛或葡萄样结构，散在地侵入子宫肌层，造成局部坏死、出血，随血流播散到全身任何器官，治疗不及时死亡率较高。主要表现为葡萄胎、产后或流产后阴道不规则出血，子宫不恢复，较大而软。有的亦可出现一时性闭经，然后发生阴道出血。另外尚有转移症状。见“肿瘤学”中“绒毛膜癌”。

月经 生育年龄妇女的周期性生理性阴道出血。妇女一般于十余岁首次来月经（初潮），四五十岁月经停止，标志着卵巢从成熟到衰退的过程。正常情况下，两次月经第一天的间隔时间（月经周期）平均为 28 天（20—36 天）；出血持续 3—7 天；月经量 50—60 毫升。

初潮 见“月经”。

月经周期 见“月经”。

月经失调 月经量、月经持续时间及周期间隔与正常月经不符者。是妇科常见症状之一。常由内分泌功能障碍引起，亦可由全身疾病或生殖器官局部疾病所致。

功能失调性子宫出血 简称“功血”。凡月经不正常，经检查内外生殖器无明显器质性病变（如妊娠、肿瘤、炎症、外伤或全身出血性疾病），而由内分泌失调所引起的异常性子宫出血。分无排卵型和有排卵型两类：前者发生于青春期与更年期，后者发生在育龄妇女。主要表现月经周期不正常，出血量增多，经期延长。治疗应用激素及中西药止血，调整月经周期，有的须行刮宫及手术。

子宫内膜异位症 子宫内膜组织生长在子宫腔以外的部位，引起的病变及症状。异位的子宫内膜同样受卵巢激素的周期影响，每到经期发生出血，积聚在局部，引起周围组织纤维增生并产生粘连，或形成肿块。主要表现为继发性、进行性加重的痛经及不孕，也有无症状者。轻者采用药物治疗，严重者应手术处理。

闭经 分原发性闭经和继发性闭经两类。前者指年龄已满18周岁而月经尚未来潮的，以先天性发育异常为多见；后者以往已建立周期性月经，而现在非生理性停经达到或超过三个月，系因各种疾病和卵巢功能失调所引起。治疗的关键在于确定病因和针对病因治疗。

痛经 在经前、经期、经后发生腹痛及其他不适症状，导致影响正常工作及日常生活的程度。生殖器官无器质性病变的称原发性痛经；有生殖器官器质性病变所引起的称继发性痛经，治疗采用解痉、止痛、激素、中药和针灸疗法，以及针对病因治疗。

绝经 最后一次经潮后，持续一年以上不再有月经。由于卵巢功能衰退，产生的性激素已不能引起子宫内膜脱落而出

血。我国妇女绝经平均年龄在 45—55 岁之间，绝经后生殖器官萎缩，性欲减退。

更年期综合征 因卵巢功能逐渐衰退而在部分妇女出现的一系列症候群。可表现为阵发性潮热、颜面潮红、出汗、心慌、眩晕、血压升高、失眠、焦虑、易怒、月经紊乱等。一般发生在 45 岁—52 岁之间。但年青妇女因手术切除双侧卵巢或经放射治疗破坏了卵巢功能也可出现类似症状。治疗以精神安慰、镇静、调整神经功能为主，必要时给以少量激素。

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，甚至子宫全部脱出阴道口外。主要原因是产伤及腹腔压力增高。表现为肿物自阴道脱出，有下坠感伴腰背酸痛。预防重点是正确处理分娩，预防或修复会阴裂伤。采用子宫托或手术治疗。

不孕症 凡有正常性生活，未避孕，同居二年未能受孕者。婚后从未妊娠者称原发性不孕症；有过妊娠后又连续三年不孕者称继发性不孕症。主要原因有女方子宫发育不良，输卵管阻塞和排卵障碍；男方精子生成障碍和输精管不通及性交障碍等。

基础体温 指经过较长时间（6—8 小时）睡眠，醒后尚未进行任何活动之前所测得的体温。可反映静息状态下的能量代谢水平。在正常情况下，育龄妇女于排卵后因孕激素能刺激体温中枢，使之略有上升，高于卵泡期约 0．3—0．5℃，至月经前 1—2 天或月经第一天下降。因此，正常月经周期每天基础体温的连线呈双相曲线；而无排卵性月经周期缺乏孕激素作用，基础体温无规则性周期变化，故呈单相曲线。

输卵管通气 将气体注入输卵管以检查输卵管是否通畅的方法。并具有一定的治疗作用。主要适用于原发性或继发性不孕症（男方精液正常），疑有输卵管阻塞者。对轻度输卵管粘膜有粘连可起疏通作用，且可检查和评价输卵管再通术。由于此术有可能发生气栓的危险，故改用通液术可避免此并发症。

子宫输卵管碘油造影 将碘油注入子宫腔使宫腔、输卵管腔在X线检查时得以显影的技术。用于了解子宫腔情况，诸如大小形态、宫壁是否光滑，有无畸形、占位性病变等，了解输卵管长度、走向、是否通畅以及宫颈有无松弛、狭窄或畸形等。是妇科的重要辅助检查方法之一。

阴道镜检查 利用阴道镜将子宫颈阴道粘膜放大10—40倍，可以观察肉眼看不到的子宫颈表面较微小的病变。可用于发现子宫颈部与癌有关的异型上皮、异型血管以及早期的癌变，以便准确地选择可疑部位作活组织检查。目前多用双目镜，并附有照像装置。

子宫镜检查 借用内窥镜直接观察子宫腔及内膜的病变情况，达到确定诊断的目的。随着纤维光学、微型机械及扩宫介质的发展与应用，它的临床使用价值日益受到重视及逐渐被推广应用。诊断上用于探查异常子宫出血、原发或继发不孕的子宫内病因，可作为取活检或诊断性刮宫的向导。治疗上可用于宫内节育器的定位与取出，输卵管粘堵等。

羊膜镜检查 应用羊膜镜透过羊膜视察孕妇在妊娠晚期或分娩期的羊水情况。藉以判断胎儿安危，达到监护胎儿的目的。适用于高危妊娠及出现胎儿窘迫。或胎儿胎盘功能减退

者之监测，还可在引产前（如胎膜剥离术）进行。对疑为早期破膜但无羊水溢出者，或疑为死胎亦可用此法判断。

羊水检查 通过穿刺抽取羊水来研究胎儿的生理和病理的方法。可直接反映胎儿在子宫内的情况。如判明胎儿性别，诊断某些遗传性疾病和畸胎，了解胎儿的成熟程度及母儿血型不合时，胎儿血型及受累的程度等。此法在围产期医学的防治工作中，已成为重要的诊断措施。

刮宫术 在无菌操作下，采用子宫刮匙，经阴道进入子宫腔，搔刮子宫内膜和取出组织物的手术。是诊断和治疗妇科疾病的一种方法，并用作人工流产，终止早期妊娠。

胎儿吸引术 将胎儿吸引器置于胎头上，造成一定的负压吸住胎头，通过牵引协助娩出胎儿的手术。适用于子宫收缩乏力，产妇不宜过度用力，或胎儿窘迫，第二产程较长胎头露于会阴口未能排出等情况。用于代替低位产钳术，易于掌握，对母儿危害较小，但负压过大，可形成头皮血肿，甚至颅内出血。

产钳术 用产钳牵拉或旋转胎头，协助胎儿娩出的手术。常用低位产钳，高位产钳操作困难，对母儿危害较大，已被剖宫手术所代替。适用于头先露分娩，宫口开全且胎膜已破，胎头已达阴道口，臀位产后出现头娩出有困难者，或因母儿情况需要及时结束分娩和胎头吸引术失败者。

剖宫产术 经腹切开子宫取出胎儿及其附属物的手术。常采用子宫下段切开取胎。适用于骨盆狭窄，胎儿过大，胎位异常及母儿病情需尽早终止妊娠者。

儿 科 学

儿科学 医学科学中的一门学科。研究自胎儿到青少年这一时期小儿的生长、发育、保健和疾病的诊断与防治等问题。

胚发育期 妊娠初 8 周，从受精卵分化开始，到大体成形，形成内胚层、外胚层、中胚层三层组织。

胎儿期 从妊娠 8 周至出生。此期特点为各器官、系统迅速生长发育。此期易受不良因素影响，如先天性感染、孕母用药、母亲营养、母亲健康状况、放射线等因素，均可影响到胎儿正常的生长发育，甚至导致死胎、流产、先天畸形等，特别是孕期最初 3—4 个月内。

新生儿期 从胎儿娩出后脐带结扎时开始，至生后 28 天。此期特点为适应宫外新环境，经历解剖生理学巨大变化，全身各系统的功能从不成熟到逐渐成熟。此期常可见产伤、先天畸形、各种感染性疾病，发病多，死亡率高。因此要加强护理、合理喂养、保暖、预防感染等。参见“儿童少年卫生学”中的“新生儿”。

婴儿期 又称“乳儿期”，生后 28 天到 1 周岁。此期生长发育迅速，对营养物质需要量相对较大而消化功能尚未完善，易患佝偻病合并贫血、腹泻等病。此期对疾病抵抗力低，易患多种传染病，需注意预防。此外，中枢神经系统发育很快，条件反射逐渐形成，但大脑皮质功能尚未成熟，受到高热、毒素等不良刺激后易出现惊厥等神经症状。参见“儿童少年卫生学”中的“婴儿”。

幼儿期 1 岁后到 3 岁。此期生长发育相对缓慢，运动、语

言、表达能力明显发展。能用人称代词，能控制大小便，前囟闭合，乳牙出齐，能分辨事物，产生情感、形成概念。因此要注意早期教育，养成良好的卫生和生活习惯。此期由于接触感染的机会较以前多，应注意预防感染，按时进行免疫接种。

学龄前期 3周岁后到6—7岁。此期的特点是小儿体格发育减慢而智力发育增快，动作和语言能力逐步提高，求知欲强、好问。因此必须加强学前教育。此期小儿急性传染病仍较多，免疫反应的疾病开始增多，同时也易发生意外的创伤、中毒等，均应注意预防。

学龄期 自6—7岁至11—12岁。此期脑的形态结构基本完成，智能发育较快，是学习掌握文化科学知识，打下良好基础的时期。要注意端正坐、立、行的姿势，合理安排作息时间，注意锻炼，加强营养，预防近视。此期乳牙全部更换为恒牙，需注意预防龋齿。因淋巴系统发育加速，易患扁桃体炎，要注意防治。

青春期 女童从11—12岁到17—18岁，男童从13—15岁至19—21岁。此期个体差异较大，并与环境有关。此期主要特点是体格生长加速，生殖系统发育成熟，出现了第二性征。此期由于神经内分泌的变化，在心理、行为、精神等各方面发生了很大变化，且很不稳定。应给予道德品质、科学文化知识、性教育和其它卫生指导。

生长发育 一般用“生长”表示小儿机体各组织、器官形体的增加；“发育”表示功能的演进。生长与发育两个方面不可分开，在形态增长的同时，必然伴随着功能的成熟。生长

发育即受遗传因素的影响，又受环境因素的作用，与社会条件、气候、地理、营养、疾病等因素有密切关系。

婴儿喂养 见“妇幼卫生与计划生育”中的“婴儿喂养”。

母乳喂养 见“妇幼卫生与计划生育”中的“母乳喂养”。

混合喂养 母奶不足并用牛、羊奶或其他植物性代乳品喂养的一种方法。可先哺母奶而后喂其他食品或一日数次喂其他食品，其余哺母奶，以前种方法为好。小儿自两个月后应逐步适当添加果汁、菜汤、菜泥、粥、面、碎鱼肉等辅食。参见“妊娠卫生与计划生育”中的“混合喂养”。

人工喂养 见“妇幼卫生与计划生育”中的“人工喂养”。

初乳 产后 12 天以内的乳汁。质略稠而带黄色，含脂肪较少，含蛋白质、酶、矿物质、抗体较多。抗体能增加婴儿的抗病能力，故人工喂养的婴儿，也应尽量吃到最初二周乳汁。

5410 代乳粉 中国医学科学院研制的代乳品。含有一定量的大米粉、大豆粉、蛋黄粉、豆油、蔗糖、骨粉、食盐、核黄菌培养过的小米制成的粉。营养价值较高，适合婴儿需要。

溢奶 又称“漾奶”。婴儿哺乳后不久将少量奶汁吐出的现象。婴儿胃呈水平位，贲门松弛，喂奶方法不当气体吸入胃内或哺乳过多、过急，哺乳后翻动易发生溢奶。哺乳后将婴儿立起轻拍其背部 2—3 分钟，排出气体有一定预防溢奶的作用。

漾奶 即“溢奶”。

胎粪 胎儿娩出后最初三天排出的粪便。由脱落的肠道上皮细胞、消化液及胎儿时期吞入的羊水所组成。呈墨绿色稠糊状，无臭。出生后 12 小时内即开始排粪，若 24 小时不见

胎粪排出，应检查是否有肛门闭锁或肠道畸形。

早产儿 胎龄不满 37 周的活产婴儿。出生体重大部分在 2500 克及以下，身长在 46 厘米以下，头围在 33 厘米以下。各器官生理功能尚不够成熟，呼吸不规则，吮吸、消化功能差，体温不稳定，抵抗力弱，须细心护理，保暖、合理喂养、预防感染，呼吸困难者应吸氧。重视孕妇保健，可减少早产。

小于胎龄儿 又称“成熟不良儿”。出生体重低于该胎龄应有体重第十个百分位以下的新生儿。一般体重多在 2500 克以下，身长相对较长。多因胎盘功能不全，母亲患心肾等疾病，妊娠期感染，如风疹等、双胎、高年初产、先天畸形等因素，均可致胎儿成熟不良。

新生儿生理性黄疸 新生儿出生后 2—3 日内出现皮肤、巩膜发黄，10—14 天消退，一般情况良好的一种生理现象。能自愈，不需特殊处理。未成熟儿黄疸较深，持续时间较长，须细心护理。

新生儿溶血症 母婴血型不合引起的同族免疫性溶血。胎儿出生后 1—2 天内出现黄疸，迅速加重伴贫血、水肿、肝脾肿大等症状，可采用光疗或换血治疗。以 ABO 血型不合最多见（母为 O 型胎儿为 A 型或 B 型），其次为 Rh 血型不合（母为 Rh 阴性，胎儿为 Rh 阳性），其母再次怀孕，胎儿可发生本病，故须做产前检查。

新生儿颅内出血 缺氧或产伤引起的颅内出血。常表现为脑性尖叫、惊厥或嗜睡、昏迷、呼吸暂停、前囟门隆起等症状。须细心护理，一般应给镇静剂，使病婴安静，以免加重出血，此外应给予止血、降颅压，必要时给氧，用中枢兴奋

剂等治疗。预防在于定期产前检查，提高产科技术。

新生儿硬肿症 新生儿皮肤和皮下脂肪硬化与水肿的疾病。因受寒、早产、感染、窒息等多种原因引起。表现为臀部、下腹部、面颊等处皮肤硬肿，严重者波及全身，全身冰冷，哭声低微，不能吮吸，呼吸困难。防治应着重于逐渐复温保暖，细心喂养和抗感染。

新生儿产伤 分娩过程中发生的机械性或缺氧性损伤。多因产妇骨盆狭窄、胎位不正、产程过长、使用产钳、胎头吸引器而引起，表现有头颅血肿、脑内出血、骨折和神经麻痹等。预防在于重视产前检查，改进接生技术。

脐炎 新生儿娩出断脐时或出生后，脐部污染细菌引起的炎症。表现为脐部红肿，有脓性分泌物，炎症扩散至腹壁，可形成脓肿或发展成腹膜炎、败血症。应给予换药、抗菌素或排脓治疗。

尿布皮炎 婴儿尿布遮盖处皮肤的炎症。主要因尿布更换不及时或尿布上的染料、塑料橡胶、残留肥皂等所致。表现大片红斑及少数丘疹样皮炎，重者可有水泡、糜烂和化脓。轻者用爽身粉、2%龙胆紫溶液、局部暴露；糜烂者用油剂。预防在于用软而白色旧布作尿布，勤换洗，不包橡皮布或塑料布。

新生儿破伤风 又称“四六风”。由破伤风杆菌自脐部侵入引起的一种急性感染性疾病。临床上以牙关紧闭、面肌痉挛形成的苦笑面容，吞咽困难，全身肌肉呈阵发性、强直性痉挛，甚至呈角弓反张状为其特征。采取给予破伤风抗毒素、止痉、控制感染等治疗措施，并要积极推广无菌接生法。

新生儿肺透明膜症 又称“新生儿特发性呼吸窘迫综合征”。多见于未成熟儿，生后 12 小时内出现症状。临床以生后不久出现进行性呼吸困难，青紫和呼吸衰竭为特点，主要与肺泡表面活性物质的缺乏有关。治疗的关健在给氧，根据病情用呼吸道持续正压给氧，或人工呼吸器。

营养不良 见“食品卫生学”中的“营养不良”。

佝偻病 维生素 D 缺乏引起钙磷代谢障碍和骨样组织钙化不良的疾病。早期婴幼儿表现多汗、夜惊、枕部秃发、颅骨软化，压之有乒乓球感，后出现鸡胸、腕踝呈手镯和脚镯样变化，两下肢呈现“O”形或“X”形改变。小儿应多晒太阳，多在户外活动，给予浓缩鱼肝油或维生素 D 制剂和钙剂。遗留下肢骨骼畸形，可行外科矫形术。参见“农业”中的“佝偻病”。

维生素 D 缺乏性手足搐搦症 又称“婴儿性手足搐搦症”。因维生素 D 缺乏，使血清中钙离子减少而引起的特殊抽搐现象。惊厥、手呈“鸡爪”样、脚呈“芭蕾舞足”样改变，喉痉挛使得吸气困难。治疗首先控制惊厥，补充钙剂和大量维生素 D，呼吸困难者吸氧，必要时气管插管。

维生素 A 缺乏症 缺乏维生素 A 引起的疾病。主要表现为夜盲、结膜和角膜干燥，进而角膜可软化、毛囊角化、全身皮肤干燥脱屑。用维生素 A 制剂或口服鱼肝油治疗。孕妇和婴儿多吃含胡萝卜素及维生素 A 的食物可预防。

流涎 唾液自口腔外流的现象。婴儿口腔浅，又不会及时咽下过多的唾液而发生流涎，属于生理现象；口腔粘膜炎症及面神经麻痹等疾病所致的流涎为病理现象，应治疗原发病。

鹅口疮 又称“雪口症”。为白色念珠菌所致的口腔炎。本病特征是口腔粘膜上出现白色乳凝块样物，可擦去而留下不出血的潮红基底，不痛。不影响吃奶，偶可累及咽、食道、气管引起呕吐、声哑、呼吸困难。局部先用 2%碳酸氢钠清洗再涂 2%龙胆紫溶液或制霉菌素液治疗。

雪口疮 即“鹅口疮”。

婴儿腹泻 又称“婴儿消化不良”。以腹泻为主的胃肠道功能紊乱综合征。由病毒、细菌等感染或喂食不当、食物过敏、气候突变等因素而引起。表现为大便次数增多，呈奶样便或蛋花汤样，可伴有呕吐、腹水等症状，如不治疗，病情可迅速恶化。可采取禁食、补液、给止泻、助消化和抗菌药或中药等治疗措施。预防应着重于注意饮食卫生和合理喂养。

急性坏死性肠炎 病因尚不清楚，可与肠道非特异性感染及机体过敏反应等有关。小肠壁出血、水肿及溃疡形成，重者发生节段性肠坏死。主要症状为腹痛、呕吐，大便为暗红色糊状或赤豆汤样血水便，伴发热，可并发肠穿孔或中毒性休克。应禁食，抗休克，应用抗菌素及肾上腺皮质激素，配合中医中药治疗。严重肠坏死、肠穿孔应手术治疗。

急性上呼吸道感染 鼻、鼻咽、咽喉部粘膜的急性炎症。多由病毒引起，以后可继发细菌感染。常有鼻塞、流涕、咽喉疼痛、声嘶、咳嗽，可伴有发热、吐泻、惊厥等症状。应加强护理，给予降温、镇静、止咳、抗菌素等治疗。

支气管肺炎 支气管、肺泡的炎性病变。多由细菌、病毒引起。主要表现为发热、咳嗽、气促、鼻翼扇动，口周、指、趾端青紫，重症出现呼吸困难、惊厥、昏迷等症状。须加强

护理，吸氧，选用抗菌素联合应用，并对症处理。

支气管哮喘 又称“哮喘病”。一种反复发作的变态反应性疾病。急性发作表现为阵发性呼吸困难、端坐喘鸣、口唇、指甲青紫、大汗淋漓。给吸氧、肾上腺素、氨茶碱、地塞米松、抗菌素等药治疗。慢性反复发作的防治采用平喘药、脱敏疗法、免疫增强剂和注射哮喘菌苗等。

哮喘病 即“支气管哮喘”

先天性心脏病 由于胎儿时期心脏及大血管发育异常，或者胎儿时期血液循环特有的孔道在生后未闭而形成的先天性畸形。常见的有室间隔缺损、房间隔缺损、大动脉转位、动脉导管未闭等畸形。其发病原因与遗传因素和环境因素（如宫内感染、孕妇接受大量放射线、应用某些药物、患某些疾病等）有关，以手术治疗为主。

风湿热 与溶血性链球菌感染有关的全身结缔组织的非化脓性炎症。多见于学龄儿童，好发于冬春季。临床表现主要有发热、心脏炎、多发性关节炎、皮下小结、环形红斑、舞蹈病。反复发作可遗留慢性风湿性心瓣膜病。主要治疗措施为应用抗菌素控制链球菌感染以及应用阿斯匹林、激素抗风湿治疗等。预防链球菌感染对防止风湿病发生及复发十分重要。

营养性缺铁性贫血 是小儿贫血中最常见的一种，尤以 6 月至 3 岁发病率最高。以低色素性小细胞性贫血、血清铁减少等为特点。主要表现为皮肤粘膜苍白、烦燥、乏力、头晕、纳差、肝脾淋巴结肿大等。可因早产、多胎、孕妇缺铁、出生后脐带结扎过早、喂养不当、慢性失血、消化道功能紊乱

等原因造成贫血。铁剂治疗效果好。同时还要去除病因及积极预防。

血友病 是一组遗传性凝血障碍所致的出血性疾病。包括1．血友病A，缺乏凝血因子Ⅷ即抗血友病球蛋白（AHG）。2 血友病B，缺乏凝血因子Ⅸ即血浆凝血活酶成分（PTC）。3．血友病C，缺乏凝血因子Ⅺ即血浆凝血活酶前质（PTA）。血友病A 最常见。自发或轻微损伤后出血不止是本病的特点。出血见于皮下、粘膜、肌肉、内脏、关节。可形成瘀斑、青块或血肿。治疗措施为预防出血、补充凝血因子、局部止血和药物治疗。

特发性血小板减少性紫癜 小儿最常见的一种出血性疾病。临床表现主要有皮肤粘膜出血，形成针尖大小的出血点或瘀斑、鼻衄、齿龈出血、血尿、便血、呕血、血小板减少，出血时间延长，血块收缩不良及束臂试验阳性等。可采用输全血或血小板、应用肾上腺皮质激素、免疫抑制剂，止血药、脾切除等治疗措施。

蚕豆病 又称“蚕豆黄”。患者有红细胞6—磷酸葡萄糖脱氢酶遗传缺陷，食蚕豆或蚕豆制品后引起急性溶血性贫血病。主要表现为黄疸，尿似红茶，可伴有发热、呕吐、腹痛。及时治疗多可恢复。禁食蚕豆可预防。

急性肾小球肾炎 与溶血性链球菌组感染有关的以肾小球病变为主的非化脓性免疫性疾病。多见于3至8岁的小儿。临床以浮肿、血尿、高血压为特征，少数病例可出现严重循环充血及急性心力衰竭、高血压合并急性肾功能衰竭。治疗措施主要是休息、饮食疗法、抗生素应用、利尿、降压等及治

疗合并症。

肾病综合征 小儿内科泌尿系常见病。分为先天性肾病综合征、原发性肾病综合征、继发性肾病综合征三型。临床上以大量蛋白尿、低蛋白血症、高胆固醇血症、浮肿为特点。水肿以颜面、下肢及阴囊为主，并可有腹水、胸水等。治疗措施有休息、饮食疗法、利尿、激素、免疫抑制剂控制感染等。

脑积水 过量脑脊液使头颅扩大的疾病。多因脑部先天畸形、脑膜炎等使脑脊液循环障碍而引起。主要症状是头颅大而增长快，颅缝分离，前囟门扩大饱满，可出现呕吐和惊厥。应治疗病因并对症处理。

克汀病 又称“呆小病”。包括散发性呆小病和地方性呆小病。前者因先天性因素致小儿甲状腺分泌不足引起发育迟缓以致呆小。主要表现为滞呆、有特殊面容：鼻梁宽平、眼裂窄小、舌厚大、常露于口外，身体上部长而下部短，四肢短小，走路摇摆。治疗为终身服甲状腺制剂。地方性呆小病参见“环境卫生学”中的“地方性克汀病”。

垂体性侏儒症 脑垂体前叶功能不足引起的生长发育障碍。原发性原因不明，与遗传有关。继发性因肿瘤、脑炎、外伤及头颅放射损伤等因素引起。主要表现为小儿生长缓慢、矮小，身体各部发育比例相称，智力正常，多数有性腺发育不全。采用人类生长激素、苯丙酸诺龙等药治疗。继发性应治疗原发病。

先天愚型 又称“21三体综合征”。一种最常见的常染色体疾病。临床特征有智力发育低下，体格发育迟缓，肌张力低、有特殊面容：短小头型、眼距宽，眼裂小两眼对上斜视，鼻

梁低，因肌张力降低故四肢柔软，舌大有裂纹，常伸出口外。本病着重预防，孕妇应避免用化学药物、放射线照射和患肝炎、风疹等疾病。

21 三体综合症 即“先天愚型”。

原发性免疫缺陷病 免疫系统先天性发育不全，使机体免疫系统的功能缺乏或障碍。多数与遗传有关。分体液免疫缺陷、细胞免疫缺陷、联合免疫缺陷及吞噬功能缺陷、补体缺陷五大类。易于感染是共同的特点。

先天性低丙种球蛋白血症 体液免疫缺陷的一种类型。因B淋巴细胞发育障碍、减少或缺乏而引起。表现出淋巴结和扁桃体缺如或很少，突出症状为反复较严重的细菌性感染如肺炎、脑膜炎等，常可并发恶性淋巴瘤、白血病。用抗菌药控制感染，定期肌注丙种球蛋白、输新鲜血浆有一定作用。

先天性胸腺发育不全症 细胞免疫缺陷的一种类型。因胸腺发育不良，致T淋巴细胞发育分化障碍，使免疫功能低下。表现为出生后不久即发生低钙性抽搐，有特殊面容：两眼距增宽，鱼样嘴，小颌畸形，耳廓低位并有切迹，常发生严重的病毒、细菌感染，预防接种可引起全身感染甚至死亡，应用抗菌素、胸腺素治疗，并可作免疫重建术如骨髓移植、胚胎胸腺移植。禁忌输血、接种活疫苗、菌苗。

幼儿急疹 又称“婴儿玫瑰疹”。病毒引起的急性出疹性传染病。临床特征为突然发热，高热持续3—5天后，体温骤降时全身皮肤出现小型玫瑰斑点或斑丘疹，1—2日内消退。应隔离，给予降温、镇静等治疗。预后良好。

婴儿玫瑰疹 即“幼儿急疹”。

风疹 风疹病毒引起的急性传染病。有发热、咳嗽等上呼吸道感染症状，全身皮肤出现红色斑丘疹，伴有耳后、枕部和颈后淋巴结肿大。妊娠期如患风疹，胎儿易致畸形。应加强护理，对症处理，用清热解毒药治疗。

麻疹 见“传染病学”中的“麻疹”。

猩红热 见“传染病学”中的“猩红热”。

水痘 见“传染病学”中的“水痘”。

白喉 见“传染病学”中的“白喉”。

百日咳 见“传染病学”中的“百日咳”。

流行性腮腺炎 见“传染病学”中的“流行性腮腺炎”。

流行性脑脊髓膜炎 见“传染病学”中的“流行性脑脊髓膜炎”。

结核性脑膜炎 脑膜发生的结核菌感染。多有与结核患者密切接触史或结核感染史。小儿表现发热、消瘦、头痛、喷射性呕吐，婴儿前囟门隆起，头颈“发硬”，甚至昏迷。应细心护理，注意喂养，积极抗结核治疗，重症用强的松、止惊、脱水药治疗。

小儿惊厥 突然发作的全身或局部肌群强直性和阵挛性抽搐。伴有意识障碍。病因有脑炎、癫痫、肿瘤或高热、低钙血症、药物中毒等。首先用止惊、利尿、降颅压等药物，并进行病因治疗。

遗尿症 指 3 岁以后睡梦中不自主地排尿。绝大部分因大脑皮质及皮质下功能失调，由精神性因素引起，如紧张、过于疲劳等，少数可由于大脑、脊柱等器质性病变引起。有的持续至青春期才消失。应消除病因及紧张、恐惧情绪，晚间

少喝水，家长定时喊醒排尿，配合针炙治疗。

肠原性紫绀 食入过量含亚硝酸盐类的蔬菜、井水或药物等引起的皮肤粘膜“青紫”。常突然发病，重症出现惊厥、呼吸困难、昏迷等症状。如进食不久，立即静注美蓝、维生素C等药，酌情洗胃、导泻、吸氧。预防在于吃新鲜蔬菜、腌透的咸菜，不饮苦井水。

白果中毒 婴幼儿食入过多白果或生食白果而引起的疾病。表现为发热、呕吐、腹泻、惊厥等症状。立即洗胃、导泻，纠正水电解质紊乱，控制惊厥，以白果壳或甘草煎水服。白果熟者少吃，生者不吃，可避免中毒。

传染病学

传染病学 医学科学中的一门临床学科。研究由生物性病原体所引起的各种传染病的病因、传播途径、发病病理、临床表现、诊断和治疗，分析自然因素和社会因素对疾病的影响，采取积极有效的预防措施，进而控制在人群中的传播及流行。

病毒性呼吸道感染 由呼吸道病毒如鼻病毒、流行性感冒病毒、副流行性感冒病毒、呼吸道融合病毒、腺病毒等引起的急性呼吸道感染，临床上可表现为鼻炎、咽炎、喉炎、支气管炎、毛细支气管炎和肺炎。

流行性感冒 简称“流感”。流行性感冒病毒引起的急性呼吸道传染病。由病人和隐性感染者经飞沫进行传播，人群普遍易感，易发生暴发流行。常急起高热、头痛、全身酸痛乏力，咽干咽痛等表现。采取中西医结合治疗的方法及隔离、消

毒、疫苗预防、药物预防等防治措施。

麻疹 麻疹病毒所致的一种急性呼吸道传染病。小儿多见，飞沫传播，多流行于冬春季。常见症状有发热、咳嗽、流涕、眼结膜充血，颊部有麻疹粘膜斑，皮肤红色斑丘疹，体弱者易有心、肺、脑并发症。应严格隔离，住室要通风，注意口腔、眼部卫生，注射丙种或胎盘球蛋白可预防或减轻发病，未患过麻疹的易感者可接种疫苗。

风疹 见“儿科学”中的“风疹”。

幼儿急疹 见“儿科学”中的“幼儿急疹”。

天花 天花病毒引起的烈性传染病。经呼吸道或接触传播。有寒战、高热、乏力、头痛、四肢及腰背痛等症状。皮肤成批循序出现斑疹、丘疹、疱疹、脓疱，最后结痂、脱痂，遗留瘢痕（俗称“麻子”）。病死率高。种痘可预防本病。世界卫生组织于 19 80 年宣布“天花已在全球彻底消灭”

水痘 由病毒引起的一种传染病。小儿多见，主要由呼吸道飞沫和接触传播。多见于冬春季节。全身症状轻微，皮肤分批出现红色斑疹、丘疹、疱疹和痂疹，躯干和头部多见，愈合后一般无疤痕。应隔离病人，对症治疗，加强护理，预防继发细菌感染。

流行性腮腺炎 中医称“痄腮”。腮腺炎病毒引起的急性呼吸道传染病，好发于儿童，其特征为一侧或二侧腮腺非化脓性肿大，疼痛伴发热，少数患者可并发脑膜炎、睾丸炎、卵巢炎等，应隔离治疗。

白喉 白喉杆菌引起的急性传染病。由呼吸道或接触传播，小儿多见，好发于秋冬季。主要特征是咽喉、鼻等粘膜的炎

症、坏死与渗出，形成灰白色假膜，出现咽痛，吞咽、呼吸困难及发热、面色苍白等全身中毒症状，严重者可并发心肌炎和末梢神经麻痹。采用白喉抗毒素、抗生素等治疗措施。预防接种可降低发病率及病死率。

猩红热 乙型溶血性链球菌引起的急性传染病。儿童多发，飞沫传播。有发热、咽痛、扁桃体红肿、“草莓舌”，“口周苍白圈”及全身弥漫性鲜红色皮疹，疹退后脱皮，少数患者可并发心肌炎、肾炎等。主要用青霉素族的药物治疗，预防重点在于隔离及治疗病人。

流行性脑脊髓膜炎 简称“流脑”。脑膜炎双球菌引起的化脓性脑膜炎。春季为发病高峰，儿童多见，飞沫传播。主要表现为高热、头痛、呕吐，皮肤和粘膜有瘀点、瘀斑及颈项强直等脑膜刺激征症状。脑脊液混浊或脓样、重症病人可出现循环衰竭、惊厥、昏迷等。应及早隔离治疗，磺胺药，氯霉素和青霉素有特效。注射菌苗和口服磺胺药可预防。

百日咳 百日咳杆菌引起的急性呼吸道传染病。常见于婴儿飞沫传播，临床特征为阵发性、痉挛性咳嗽，咳后吸气时有特殊“鸡鸣”样吼声，咳后常呕吐，日轻夜重，病程较长，易并发肺炎。百日咳主要用红霉素或氯霉素等抗生素治疗，严重者可用高价免疫球蛋白。接种疫苗可预防，流行期间尚可用药物预防。

病毒性肝炎 肝炎病毒引起的传染病。按病原不同分为三型：由甲型肝炎病毒引起为甲型病毒性肝炎；由乙型肝炎病毒引起为乙型病毒性肝炎；由非甲非乙型肝炎病毒引起的为非甲非乙型病毒性肝炎。甲型主要经口传播，后二型尚可通

过输血、用血制品、注射、接种、血透等传播。主要症状有乏力、食欲减退、厌油、恶心呕吐，肝区痛和肝肿大，可有巩膜皮肤黄染等。中西医结合治疗。隔离患者、加强环境卫生管理，消毒污染品；严格筛选献血员；慎用血制品及输血；酌情应用丙种球蛋白、乙肝疫苗。

脊髓灰质炎 又称“小儿麻痹症”。脊髓灰质炎病毒引起的急性传染病，儿童多见。由飞沫和粪便传播。无症状感染者占绝大多数，轻者仅表现为上呼吸道炎，胃肠功能紊乱等症状，重者头痛、呕吐、颈背部强直、脑膜刺激征、甚至瘫痪。瘫痪特点是不对称，以下肢多见的软瘫，易留有后遗症。少数病人可出现吞咽困难，呼吸衰竭等表现。疾病早期对症处理，恢复期可行针灸、推拿，中西药物等治疗瘫痪肢体。口服疫苗可预防。

伤寒 伤寒杆菌引起的急性肠道传染病。夏秋季多见。由食入被致病菌污染的食物而发病。以持续发热、表情淡漠、脾肿大、皮肤玫瑰疹、相对缓脉及白细胞减少为特征，可有肠出血、肠穿孔等并发症。常用氯霉素、复方磺胺甲基异恶唑等抗生素治疗。预防在于隔离患者，加强粪便管理，注意饮食卫生，定期接种菌苗。

副伤寒 副伤寒杆菌引起的急性肠道传染病，按病原体的不同分为甲、乙、丙三种类型，临床表现与伤寒相似，一般症状较轻；副伤寒丙的并发症最多。预防、治疗与“伤寒”大致相同。

霍乱 霍乱弧菌引起的急性肠道传染病，夏秋季多见，主要由致病菌污染的水或食物传播，可暴发性流行。临床表现

有剧烈呕吐、腹泻、大便呈“米泔水”样，导致严重脱水，酸中毒、休克，肾功能衰竭。治疗采取快速补液，纠正水与电解质紊乱，选用四环素等抗菌药，对症处理。预防措施：主要有严格隔离患者，防止水源、食物污染，接种菌苗和加强检疫。

细菌性痢疾 简称“菌痢”。痢疾杆菌引起的肠道传染病，夏秋季多见，经口感染。主要症状有发热、腹痛、腹泻脓血便和里急后重；中毒性菌痢有休克、昏迷、惊厥等症状。根据不同临床类型采取对症处理、抗生素应用、抗休克等相应措施。预防应着重于粪便消毒处理，注意饮食卫生。加强对病人及带菌者的管理。

阿米巴痢疾 溶组织内阿米巴原虫引起的肠寄生虫病，经口感染，有痢疾样腹泻，粪便腥臭呈果酱色，伴有腹痛。粪便镜检找到阿米巴滋养体或包囊可确诊。用灭滴灵等药治疗。预防同“菌痢”。

阿米巴肝脓肿 慢性阿米巴痢疾最常见的并发症之一。阿米巴滋养体经肠壁小静脉随着门静脉血流进入肝脏而形成。有长期发热、肝肿大、肝区痛，可并发阿米巴脓胸、肺脓肿、腹膜炎等。采取抗阿米巴药物和脓肿穿刺排脓等治疗。

流行性乙型脑炎 简称“乙脑”。乙脑病毒引起的中枢神经系统急性传染病，由蚊虫传播，多见于儿童，夏秋季流行。主要症状有高热、头痛、恶心、呕吐、意识障碍、抽搐、颈项强直等脑膜刺激征，重者出现呼吸衰竭。常有肢体痉挛、瘫痪等后遗症。采用降温、止痉等中西医综合疗法，肢体瘫痪等后遗症可行针灸、按摩治疗。消灭蚊虫和疫苗注射是预防

的关键。

森林脑炎 病毒所致的急性传染病，流行于某些森林地区，由蜱传播，春夏季发病。临床表现以高热、剧烈头痛、呕吐、嗜睡、昏迷及肌肉瘫痪为特征。治疗主要采用支持疗法和对症处理。疫苗注射有一定预防作用。

流行性斑疹伤寒 普氏立克次体所致的急性传染病，好发于冬春季，体虱传播。主要表现有稽留热、头痛、皮疹、全身酸痛、神经系统症状、结膜充血、肝脾肿大等。四环素、氯霉素对本病有特效。灭虱、疫苗注射是主要预防措施。

地方性斑疹伤寒 莫氏立克次体所致的急性传染病，家鼠是传染源，由鼠蚤传播，临床表现与流行性斑疹伤寒类似，但症状较轻，治疗相同。灭鼠、灭鼠蚤是预防的关键。

恙虫病 由恙虫病立克次体（又称“东方立克次体”）引起的急性传染病，鼠类为主要传染源，恙虫幼虫为传播媒介。多发病于夏秋季节，8 月份为发病高峰。主要表现有发热、皮疹、焦痂和溃疡、肝脾淋巴结肿大，重者可有心功能不全，低血压或休克。用抗生素及对症治疗。灭鼠是预防的关键环节。

回归热 回归热螺旋体引起的急性传染病，病人或鼠类为传染源，分虱传和蜱传两种类型。临床特征为急起急退的高热及头痛、全身肌肉、关节疼痛，半数以上病人肝脾肿大，重症有黄疸和出血倾向，3—13 日后体温骤降，进入无热期约 5—9 日，二期交替出现，反复发作，发热期历时缩短，无热期延长。四环素类抗菌素最有效。预防以灭虱、灭鼠、防蜱为主。

疟疾 疟原虫引起的传染病，由按蚊传播，也可因输入带

疟原虫的血或使用被疟原虫污染的注射器而发病。临床分间日疟、三日疟、卵形疟和恶性疟四种。以周期性定时发作的寒战、高热、大汗及贫血、脾肿大为特征，恶性疟发作无规律，可出现昏迷与抽搐。可用磷酸氯喹控制症状，乙胺嘧啶、伯氨喹啉抗复发。灭蚊、防蚊叮咬及服药是预防的主要措施。

黑热病 杜氏利什曼原虫引起的寄生虫病，由叮咬过病人或病犬的白蛉传播。以长期不规则发热、贫血、消瘦、肝脾肿大、白细胞减少，血浆球蛋白增加为特征。主要用五价锑剂（如斯锑黑克）治疗。预防措施：扑灭白蛉，捕杀掩埋病犬。

丝虫病 班氏丝虫和马来丝虫寄生于人体淋巴系统引起的寄生虫病，由蚊虫传播，主要表现为淋巴结炎、淋巴管炎、丹毒样皮炎、乳糜尿、鞘膜积液、下肢或阴囊橡皮肿等。可用海群虫等药物治疗。灭蚊、防蚊是预防的关键。

流行性出血热 虫媒病毒引起的传染源。鼠类为主要传染源，革螨叮咬人是主要传播媒介。秋冬季节发病率较高，患者以轻壮年为主。主要表现为发热、出血、休克和肾功能衰竭。临床可分为发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期、恢复期五期。结合各期特点进行治疗。灭螨、灭鼠是预防的重点。

狂犬病 又称“恐水症”。狂犬病病毒所致的急性传染病，人被狂犬咬伤而患病。主要表现有兴奋不安、恐怖感尤其恐水、咽肌痉挛、瘫痪、因呼吸和循环衰竭而死亡。病死率极高。无特效疗法。受伤后应立即用 20%肥皂水彻底清洗伤口，接种狂犬病疫苗及注射免疫血清。杀灭病犬是预防的关键。参

见“农业”中的“狂犬病”。

恐水症 即“狂犬病”。

布氏杆菌病 又称“波浪热”。布氏杆菌引起的传染病，人接触牛羊猪等病畜经皮肤传染或食入未熟的肉及生乳品经口感染。临床特点为长期发热、多汗、关节痛、睾丸炎、肝脾肿大等。慢性期有类似神经官能症的表现及骨关节病。治疗以联合应用抗菌药物为主。预防重点在于管理病畜，注意饮食卫生和流行区人员应定期接种菌苗。

波浪热 即“布氏杆菌病”。

鼠疫 鼠疫杆菌所致的烈性传染病，鼠类先流行，蚤类为媒介传染给人。有寒战、高热、酒醉状态、出血倾向和淋巴结肿大等症状，死亡率极高。应严格隔离，链霉素、庆大霉素、磺胺药联合应用。我国鼠疫已扑灭，但需加强国境检疫，灭蚤灭鼠。

炭疽 炭疽杆茵引起的急性传染病，人接触牛、马、羊等病畜及其生产原料而感染。主要表现为皮肤溃疡及焦痂，偶尔有肺、肠和脑的感染。应隔离治疗，青霉素有特效。妥善处理病畜，对经常接触病畜及其皮毛者可定期应用疫苗并加强防护。

钩端螺旋体病 钩端螺旋体引起的急性传染病人接触患本病的鼠及猪等畜类的尿液而感染。常见症状有高热、全身疼痛、小腿肌肉压痛和淋巴结肿大，重症有肺大出血、黄疸等。青霉素为首选治疗药物。预防应着重于灭鼠、防鼠，管理好牲畜及疫苗接种。

血吸虫病 日本血吸虫引起的寄生虫病钉螺为中间宿主，

人皮肤接触含有血吸虫尾蚴的水而感染。有发热、腹痛、咳嗽、腹泻、肝脾肿大等症状，晚期出现肝硬化、腹水、巨脾。治疗以吡喹酮为主药，晚期可酌情结合外科治疗。预防应着重于加强粪便管理，消灭钉螺。

肺吸虫病 肺吸虫引起的寄生虫病，人吞食含有肺吸虫囊蚴的蟹或疙蛄而感染。成虫寄生在肺、脑、皮下组织引起咳嗽、咯血、癫痫、皮下结节和胸腔积液等症状。可用吡喹酮治疗。预防主要措施在于食蟹及食蛄时必须煮熟并不饮生水。

华枝睾吸虫病 即“肝吸虫病”。中华分枝睾吸虫引起的寄生虫病，因生食或食半熟被感染的鱼、虾而患病。临床上有纳差、腹泻、上腹部不适。寄生在人体肝胆系统，可引起胆囊炎、胆管阻塞、肝硬化等。肝脏肿大、嗜酸粒细胞增高为特征。可用吡喹酮治疗。熟吃鱼虾，加强粪便管理是预防关键。

肝吸虫病 即“华枝睾吸虫病”。

姜片虫病 布氏姜片虫引起的小肠寄生虫病，因生食带蚴虫的水红菱、荸荠等而感染。有慢性腹泻、营养不良、贫血、浮肿等症状。可用吡喹酮等药治疗。预防重点在于熟食水红菱和荸荠，加强粪便管理。

钩虫病 钩虫引起的小肠寄生虫病，因皮肤或粘膜接触泥土中的钩虫丝状蚴而患病。主要表现为贫血、营养不良、腹痛、腹泻，儿童可致发育障碍。除纠正贫血等对症治疗外。用噻嘧啶、左旋咪唑、甲苯咪唑等药驱虫和中药治疗。预防重点在于加强粪便管理及个人防护。

蛔虫病 蛔虫引起的小肠寄生虫病，多见于儿童，因食入

蛔虫卵污染的食物而感染。常有厌食、消化不良、脐周疼痛及气喘、荨麻疹等表现。有时引起胆道蛔虫并蛔虫性肠梗阻等严重并发症。可用驱蛔灵、左旋咪唑等药驱虫。搞好粪便管理，注意饮食卫生防止经口感染。参见“农业”中的“蛔虫病”。

蛲虫病 蛲虫引起的肠道寄生虫病，多见于儿童，经口感染。主要症状是肛门周围和会阴部搔痒，有精神不安、腹痛、消化不良等，夜间蛲虫常爬出肛门并产卵。可用扑蛲灵、甲苯咪唑等药治疗。共同生活者应同时治疗，内衣、被单宜蒸煮、勤换。

绦虫病 绦虫引起的小肠寄生虫病，绦虫由许多扁平节片构成，长达数米。受染的猪和牛是本病的传染源。食入未煮熟且含囊尾蚴的猪肉或牛肉而感染。常见症状是粪便或衬裤内有白色带状节片。用槟榔、南瓜子、吡喹酮等药治疗。预防着重于加强肉类检验和不生食肉类食品。

艾滋病 简称“AIDS”。即“获得性免疫缺陷综合症”。由人获得性免疫缺陷病毒（HIV）所致的传染病主要通过性接触、滥用静脉注射药、应用污染的血和血制品以及母婴间传播。因免疫有缺陷，易患条件性感染和肿瘤。主要表现有发热、咳嗽、腹泻、消瘦、淋巴结肿大及溃疡性粘膜、皮肤损害等。血清 HIV 抗体阳性。目前尚无特效疗法。预防：使用一次性注射针头，禁用流行国家的血制品，杜绝同性恋和混乱的异性恋，加强国境检疫。

眼 科 学

眼科学 医学科学的重要组成部分。专门研究视觉器官疾病及其发生、预防和治疗的学科。还研究眼病与全身其他疾病的关系，并借助于现代的光学仪器和特殊的器械，达到保护视力、防治眼病的目的。

视力 “中心视力”的简称，指眼底黄斑部中心凹功能的优劣，即眼辨别物体形态的能力。看 5 米以外的视力。称远视力，距离 30 厘米阅读的视力称近视力。通过视力表测定，正常眼的视力应在 1．0；以上，戴眼镜测的视力为矫正视力。

验光 对屈光不正的检查方法。常用有主觉检查法和他觉检查法。前者用试戴镜片求得最佳视力，然后根据镜片度数配镜；后者需用眼药扩大瞳孔，使睫状肌麻痹，通过反光镜观察瞳孔区光影的移动方向，插上镜片测定眼镜处方的度数。新的技术有电脑验光，方法简便，只要数秒钟即可获得验光结果。

视野 又称“周围视力”。黄斑中心凹以外的视力。当眼球向正前方凝视不动时所见的空间范围，分为周边视野及中心视野，可分别用周边视野计和平面视野计检查，对诊断眼底病和视路病有重要价值。

眼底检查 用眼底镜经过瞳孔检查视神经，视网膜和脉络膜血管的方法。通过直接观察有助于诊断某些全身性疾病，如高血压、动脉硬化、血液病、肾炎、糖尿病和颅内肿瘤等。

眼压 “眼内压”的简称。指眼球内容物对眼球壁产生的压力。眼压测量有指测和眼压计测量两种方法。正常人眼压

用压陷式眼压计测量为 10—21 毫米汞柱。眼压过高或过低都提示患有眼内疾病。

睑腺炎 眼睑皮脂腺和睑板腺的急、慢性炎症。急性者多由化脓菌感染所致，称为“麦粒肿”。表现为局部红肿、疼痛，并可化脓穿破。慢性者称“霰粒肿”，又叫睑板腺囊肿，是睑板腺管阻塞，腺内分泌物潴留，刺激管壁肉芽增生而形成的囊肿。多无炎性症状。急性者早期局部湿热敷，成熟后可切开排脓，但切忌挤压，重症病例可加用抗炎治疗；慢性者囊肿较大的需手术切除。

内翻倒睫 睑缘向眼球方向翻转，致睫毛倒向眼球。主要由沙眼疤痕所致。倒睫经常刺激角膜，产生溃疡并影响视力。治疗采用手术矫正。

睑外翻 眼睑边缘向外翻转。导致眼睑闭合不全而产生流泪，结膜炎症和角膜损害。治疗用眼药膏保护角膜，严重者应手术矫正。

泪道阻塞 泪点、泪小管和泪囊因感染、外伤或异物所导致的狭窄和阻塞。沙眼、慢性结膜炎和鼻炎是引起阻塞的主要原因。表现出泪溢，通过泪道冲洗或造影，可明确阻塞的部位。采用病因治疗，泪道扩张或手术治疗。

卡他性结膜炎 常见眼结膜炎症。有急、慢性之分。急性型俗称“红眼”或“火眼”。多由细菌感染所致。主要表现为结膜明显充血伴粘液脓性分泌物。多发生于春秋二季，易于传染和流行，途经主要是接触传染。防治原则是冲洗并保持结膜囊的清洁，抗菌素眼药滴眼及不要遮盖病眼，作好消毒、隔离工作。慢性型可由急性型治疗不彻底演变而成，也可与

理、化因素刺激，不良卫生习惯、屈光不正等有关。结膜充血轻微，但可有痒、异物感等多种自觉症状。治疗主要针对病因和诱因，局部可用抗炎治疗。

沙眼 由沙眼衣原体引起的一种慢性传染性结膜角膜炎。症状有异物感、畏光流泪。后期出现眼睑内翻倒睫，角膜溃疡及眼球干燥，严重影响视力。以预防为主，不用手揉眼，毛巾、手帕要干净，应分盆分巾和流水洗脸。治疗：坚持用抗生素眼药水滴眼，有后遗症者需手术矫正。

翼状胬肉 生长在结膜和角膜表面的肉样膜状物。由于长期受日光和风沙刺激，球结膜充血、增生、肥厚并向角膜方向生长，形如翼状，故名。严重者可侵及瞳孔区，影响视力。发展快者应作手术切除治疗。

角膜炎 主要由损伤与感染引起角膜充血、混浊、溃疡及疤痕形成。常有疼痛、畏光、流泪及视力障碍等表现。治疗：去除病因，控制感染，有视力障碍应手术处理。

白内障 晶体囊受损害或晶体蛋白质变性而引起的晶状体混浊。原因有遗传、先天因素、老年、中毒、外伤、全身疾病和代谢障碍等。以老年性多见，为双侧性。白内障在瞳孔内呈白色或灰白色，引起视力障碍，甚至失明。采用针拨或手术摘除，可改善视力。

虹膜睫状体炎 又称“前葡萄膜炎”，由全身性感染疾病并外伤、角膜或巩膜炎继发引起的虹膜和睫状体炎症。表现有疼痛、视力减退，眼球呈虹膜睫状充血，房水混浊。治疗：除去病因及控制炎症。

青光眼 由房水通道受阻，使眼压增高，产生视功能障碍

的疾患。分急性和慢性两种：前者有虹视、视蒙、眼痛、头痛、恶心及呕吐、眼部充血、瞳孔扩大、眼压增高、视力下降；后者有眼部不适、视野缺损、眼压高、视力减退等表现。治疗：用缩瞳剂及碳酸酐酶抑制剂降低眼压，或手术治疗。

中心视网膜脉络膜炎 由感染、过敏反应及血管痉挛所引起的视网膜黄斑部的病变。表现为视力减退，视物变小或变形，眼前有黑影飘动。治疗：卧床休息，使用维生素、抗生素及激素等药物，并针对病因治疗。

视网膜脱离 继发于眼部或全身疾病而引起视网膜从色素上皮层分离的一种严重眼病。多见于中、老年人及近视者。表现为视野中突然出现云雾状阴影，视物变形，视力减退或丧失，应卧床休息及手术治疗。

视神经炎 由全身急、慢性传染病眼邻近组织炎症、维生素 B 缺乏、药物中毒等因素所引起的视神经炎症。可分视乳头炎和球后视神经炎两种。表现为疼痛、视力下降、瞳孔扩大、对光反应迟钝。可采用激素、抗生素、血管扩张剂等药物及针对病因治疗。

远视 眼球前后径过短，或角膜和晶状体调节能力过弱所致。从远处来的平行光线不能在远视眼的网膜上结成焦点，而落在视网膜后。产生看近比看远更模糊，伴头痛、眼胀等。可配凸透镜矫正。

近视 视近物清楚，视远物模糊，属最常见的一种眼屈光不正。从远处来的平行光线进入眼内，经屈光系统屈折后在视网膜前形成焦点，多由用眼不良习惯造成。可配凹透镜矫正。要防止用眼过度，端正姿势，良好照明，坚持做眼保健

操可预防发生。

散光 因角膜或晶状体曲度不均匀而引起的一种屈光不正。从远处来的平行光线经过眼屈光系统屈析后，结成焦点落在视网膜前后的不等距离上，故看远、看近都不清楚，似有重影。规则散光用园柱镜矫正，不规则散光则用接触镜矫正。

老视 又称“老光”，俗称“老花眼”。由于眼的晶状体逐渐硬化，不能随着睫状肌的调节作用而改变的屈光不正。正常人 40 岁以后，眼生理调节功能逐渐减弱，使近距离工作或阅读发生困难，并易产生眼疲劳的症状。需配凸透镜矫正。

斜视 由眼肌运动不协调引起一眼注视目标，另一眼偏离目标的现象。内斜视和外斜视为多见，又分共同性斜视和麻痹性斜视两类，多因屈光不正、眼外伤、眼发育异常及中枢神经性疾病所致，采用病因治疗或手术矫正。

眼内异物 外伤时异物进入眼内。损害程度与异物性质、大小位置和停留时间有关。金属异物为多，可用 X 线摄片定位。治疗应及时手术，取出异物，并预防感染。

角膜异物 进入角膜的细小物，如灰尘、铁屑、稻刺等。引起刺痛及流泪。应及早剔除，涂抗生素眼药膏以防止感染。

交感性眼炎 一眼遭受穿孔性外伤后产生葡萄膜炎，经过 2—8 周后，另一眼引起同样性质的炎症。开始时伤眼充血、疼痛、视力障碍，继之对侧眼出现相同的症状。及时处理眼球穿孔伤，清除异物，细致缝合，防止感染，摘除无法恢复视力的伤眼是重要的预防措施。

眼库 保存自尸体上摘来的眼球以供角膜移植的场所。在

眼库里须将眼球存放在低温无菌且湿润的容器里，这样才能保存好角膜组织的活性。眼球一般由死者生前志愿提供，叫献眼。斯里兰卡有一个世界上最早和最著名的国际眼库。是著名眼科医生希尔瓦创建。中国也正在开展此项工作。

假眼 又称“义眼”。采用玻璃或塑料制品模仿人眼外形制成的眼球。用以代替眼球萎缩或摘除术后患者的眼睛，使仪容得以改观，但无代偿视觉的作用。

耳鼻咽喉科学

耳鼻咽喉科学 临床学科之一。研究耳鼻咽喉气管及食管诸器官的解剖结构、生理功能，产生各种疾病的病因、发生与发展及它们之间相互的关系，以及与机体整体之间的紧密联系，并研究新的预防措施、诊断和治疗方法，达到不断提高防治疾病的效果。

听力检查 了解听觉功能状态和诊断听觉系统疾病的检查方法。常用有耳语检查、秒表检查、音叉检查、电测听计测试等方法。

耳鸣 无外界声源，自觉耳内或头部有声音的一种症状。而且在最安静的情况下，感觉鸣音最大。引起的原因很多，许多耳病均可发生。如耵聍栓塞、咽鼓管阻塞、鼓室积液、耳硬化症、内耳疾病，声带损伤、美尼尔氏病及听神经瘤。此外，还有高血压、神经官能症、药物中毒等。应针对病因进行治疗。

聋哑 听觉器官发育缺陷，失去听力，不能学习讲话，成为既听不见，又不会说话的疾患。病因有先天性：从出生就

听不见声音；后天性：出生时听力正常，后因疾病或药物中毒引起。采用针刺和语言训练等综合治疗。

外耳道炎 由于挖耳损伤及细菌感染，引起外耳道皮肤及软骨的炎症。表现为耳痛、局部红肿、糜烂，有少许脓性分泌物，耳周淋巴结肿大。治疗：局部清洁，抗生素控制感染。

耵聍栓塞 因耵聍腺分泌旺盛，产生的耵聍和进入外耳道内尘土等混合积成团块，日久造成的耳道阻塞。表现有耳鸣、耳闷及耳聋。治疗予以取出。

中耳炎 由于细菌的侵入引起中耳的炎性疾患。分急性和慢性两种。前者因上呼吸道感染或鼓膜外伤所致。有发热、耳痛、听力减退等表现。若治疗不及时、不彻底，可转变为慢性。特点有间歇性流脓，鼓膜穿孔及耳聋，还可发生耳后脓肿、面瘫及颅内感染等严重并发症，可危及生命。治疗首先控制感染，必要时手术，并重视并发症的防治。

急性乳突炎 耳后乳突骨内的气房因中耳炎的扩展而引起急性炎症。使粘膜或骨质发生化脓、坏死变化。表现为高热、耳痛、乳突部肿胀及压痛。治疗：应用抗生素，局部热敷或理疗，严重时行乳突凿开术，以便脓液引流通畅。

鼓膜穿孔 由外伤或炎症引起鼓膜破裂或缺损。表现有耳痛、耳鸣、少量流血、听力减退。治疗采用抗生素防治感染，禁止洗耳，对经久不愈的穿孔可作鼓膜修补术。

美尼尔氏症 由于内耳迷路发生积水，出现眩晕、耳鸣、耳聋、恶心等症状而致的疾患。因法国医师美尼尔（Prospen Ménière，1799—1862）首次描述而命名。病因可能与变态反应、内分泌紊乱、感染、疲劳和情绪激动、植物神经功能失

调等有关。治疗：注意休息，药物镇静和对症处理。

助听器 帮助聋人听取声音的扩声装置。可将外界声音扩大，由耳机传入耳内来提高听力。正常人语声的功率很小，经助听器可放大几万乃至几百万倍，则可满足耳聋者听声及扩声的需要。参见“工程技术”中的“助听器”。

失嗅 嗅觉减退或丧失。因鼻炎、鼻息肉及鼻中隔偏曲等所致鼻塞为暂时性失嗅，去除病因后多能恢复嗅觉；因脑膜炎、脑肿瘤、颅脑损伤等引起嗅神经破坏，为持久性失嗅，一般很难恢复。

鼻疖 鼻前庭毛囊、皮脂腺或汗腺的局限性化脓性炎症。多单侧性。表现为局部胀痛、灼热、红肿，伴低热及全身不适，可引起严重的颅内并发症（海绵窦血栓性静脉炎），可危及生命。治疗应严禁挤压，早期局部热敷或理疗，抗生素控制感染。

萎缩性鼻炎 慢性鼻炎的一种。有鼻粘膜、骨膜和骨质发生萎缩，鼻甲缩小，鼻腔扩大等病理改变。表现有鼻干燥、鼻塞、嗅觉障碍；严重的有脓痂及恶臭，又称“臭鼻症”。治疗：采用鼻腔冲洗，抗生素药物滴鼻，或行手术治疗。

过敏性鼻炎 鼻粘膜的过敏反应。鼻粘膜对某些过敏原（如尘埃，花粉等）产生异常反应，但过敏原往往不易找到。表现为鼻痒、打喷嚏、流涕、鼻塞等。治疗：找出致病的过敏原，避免接触，用抗过敏药物或采用脱敏疗法。

鼻息肉 赘生在鼻腔内的良性肿物。病因与过敏、鼻腔及鼻窦炎症有关。表现有鼻塞，肿物可发生于一侧或两侧，可单个或多个，形似鲜荔枝肉，巨大或多发性息肉可塞满鼻腔，

使鼻部增宽变形。治疗宜手术摘除。

鼻中隔弯曲 因鼻外伤或发育异常致使鼻中隔偏曲。产生鼻塞、头痛、鼻出血等症状。治疗：有鼻腔功能障碍或产生症状者需手术矫正。

鼻衄 又称“鼻出血”。因外伤、鼻中隔弯曲，肿瘤及全身性疾病所引起的疾患。多为单侧出血，以鼻腔前部出血多见，但后部出血则较严重。治疗采用手指捏鼻压迫法、烧灼法和鼻腔填塞法止血；并要寻找病因进行针对性治疗。

咽炎 咽部粘膜和淋巴组织发炎。多由感冒和细菌感染引起。急性期有咽痛、发热、头痛、咽部充血及吞咽障碍。反复发作可转为慢性。表现为咽部不适感觉。治疗：去除病因，选用有效抗生素及中医中药综合治疗。

扁桃体炎 主要由链球菌和葡萄球菌引起的扁桃体炎症。儿童及青年多发。急性期有咽痛、发热、扁桃体充血、肿胀、有黄白色脓液渗出。反复发作易转为慢性，可成为风湿热和肾炎的潜伏病灶。治疗：急性期以抗炎为主，慢性期手术摘除。

咽异物 在咽下时无意中将未嚼碎之食物或夹于食物中的异物存留在咽部。以鱼刺、骨头、果核、硬币为多见。引起咽部疼痛、有异物感及吞咽困难，存留过久可引起炎症或出血。治疗应及早取出异物。

喉阻塞 喉部或邻近器官的病变，使声门变窄或梗阻，产生呼吸道的阻塞。常见于炎症、肿瘤、异物、喉外伤等疾患。主要表现为吸气时呼吸困难、喉鸣、声嘶、胸廓及周围软组织凹陷。积极采取病因治疗，呼吸困难严重的应立即行气管

切开术。

嘶哑 失去圆润和清亮音质的发声。常见于声带水肿、损伤、麻痹、喉炎和肿瘤等疾患。声哑是喉病的一种常见症状，若数周不愈，必须详细检查喉部和全身情况，以便及早诊治。

人工喉 一种代替被切除的喉，供患者发声说话之用的人工装置。有机械人工喉和电子喉两种类型。因人工喉所发出的声音不如正常人，尚有待于改进。但由于对喉部分切除与喉重建术的研究进展，人工喉的使用已渐渐趋向减少。

气管异物 因进食时哭笑或喊叫，误将豆类、花生和瓜子之类常见的食物吸入气管。多发生在 3—4 岁小儿。误吸后即引起呛咳、呼吸困难、甚至紫绀。治疗宜尽早取出异物，抗生素预防感染。

气管切开术 切开颈段气管前壁，使病人建立新的呼吸通道的手术。主要适用于抢救喉阻塞病人。因昏迷、神经系统病变、外伤等引起的下呼吸道分泌物阻塞者，也可施用此种手术。

口腔科学

口腔科学 临床学科之一。专门研究口腔及颌面部疾病的病因、病理、诊断、治疗及预防的理论和技术的学科。临床上可分为三个专科：口腔内科、口腔颌面外科和口腔矫形科。

乳牙 幼年期所长出的牙齿。从出生后 6—8 个月开始萌出，至 2—3 岁全部出齐，共 20 个。上下颌、左右侧各 5 个，其名称从中线起向两旁分别为中切牙、侧切牙、尖牙、第一磨牙和第二磨牙。

乳牙萌出时间与次序

名称与顺序	萌出时间
中切牙	6— 8 月
侧切牙	8— 10 月
第一磨牙	12— 16 月
尖牙	16— 20 月
第二磨牙	24— 30 月

恒牙 6 岁开始乳牙逐渐脱落后，再次相继萌出的牙齿。恒牙共 32 个，上下颌、左右侧各 8 个。其名称从中线起向两旁分别为中切牙、侧切牙、尖牙、第一双尖牙、第二双尖牙、第一磨牙、第二磨牙、第三磨牙。

恒牙萌出时间及次序

名称与顺序	萌出时间
第一磨牙	5— 7 岁
中切牙	6— 8 岁
侧切牙	7— 10 岁
尖牙	10— 13 岁
第一双尖牙	10— 12 岁
第二双尖牙	11— 13 岁
第二磨牙	11— 14 岁
第三磨牙	17— 22 岁

龋病 又称“龋齿”，俗称“虫牙”。由于机体内外环境因素的影响和细菌的作用使牙组织遭到破坏和缺损的疾患。病因与牙排列缺陷、饮食和口腔卫生习惯不良有关。表现为吃冷、热、酸、甜食物时牙痛，深层龋齿可引起牙髓炎。应重视口腔卫生，定期检查，早发现早治疗。

牙髓炎 由于细菌及其毒素通过龋洞侵入牙髓组织而引起的疾患。表现为剧烈牙痛，以夜间为重，温度刺激时疼痛加剧。治疗采用针灸和药物止痛，应用抗生素及牙髓减压引流。

牙龈炎 由于不注意口腔卫生及细菌感染而引起的牙龈炎症。表现有牙龈红肿、溃疡、极易出血、伴有疼痛、口臭及流涎。进一步发展可使牙松动、脱落。治疗：清除牙垢，勤漱口、刷牙，选择有效的抗生素、补充维生素和增加营养。

牙龈瘤 来源于牙周膜或牙槽骨的一种类肿瘤样炎症肿物，与慢性炎症刺激或妇女内分泌变化有关。多见于青壮年及女性，生长缓慢，无不适症状，但肿物长大可致颜面部畸形，牙松动或移位。治疗宜手术切除。

牙周病 牙周组织（牙龈、牙周膜、牙槽骨）以破坏为主的慢性疾病。病因与营养不良、长期慢性病、代谢、衰老、内分泌、牙石及咬合创伤等因素有关。多发生在中老年人，由于牙周组织的进行性破坏，导致牙松动、脱落。防治应注意口腔卫生，药物控制感染，清除牙石，严重的松动牙予以拔除。

冠周炎 下颌第三磨牙萌出困难所引起的牙冠周围软组织的炎症。表现为患区红肿、疼痛，张口受限，咀嚼不便，可有寒颤、发热、食欲不振。治疗：注意口腔清洁，消炎、镇

痛和根除病灶。

牙石 由于不注意口腔卫生，在牙周积沉的牙垢而形成的坚硬物质。能刺激牙龈引起炎症和牙龈萎缩及牙松动。防治：保持口腔清洁，早晚刷牙，清除牙石。

补牙 用充填材料充填龋洞的方法。是治疗龋病最常用的方法。将龋蚀组织清除干净，把龋洞磨成一定形状，再用充填材料将洞填补，以防止龋病的发展，并有助于恢复牙齿的外形和功能。

拔牙 把有病而又无法保留的牙拔除。口腔科最常用的一种治疗技术。适用于龋病、牙髓炎、根尖炎、牙周病以及位置不正常的阻生牙等。但有心血管及血液疾病者应慎重对待。拔牙前应做好术前准备。

口臭 呼气时从口腔里喷出的难闻气味。引起原因有：不注意口腔卫生、龋齿、牙周病、口腔邻近组织或气管的病变，以及吸烟、饮酒，吃特殊气味的食物等。治疗必须针对病因，注意口腔卫生，认真刷牙和经常漱口。

唇裂 俗称“兔唇”。由胚胎发育缺陷而产生的一种颜面部先天性畸形。常在一个家族中个别出现。有完全裂和不完全裂两型，又有单侧和双侧之分。可影响患儿面部发育和语言功能，并造成外观畸形，严重的可妨碍新生儿吮乳。治疗宜早期手术修复。

腭裂 一种先天性畸形。因上腭组成部分未能融合而留下的裂隙。常与唇裂同时存在，有单 侧与双侧，完全裂与不完全裂之分。产生吸乳困难，营养不良，发音障碍，易并发上呼吸道感染。治疗宜及早手术修复。

假牙 又称“义牙”。采用塑料或金属材料模仿人体某一部位牙齿的外形而制成。用以代替牙齿缺损而产生的咀嚼功能障碍，并对发音及改善面部外形有帮助。一般可分活动式和固定式假牙，以及人造牙冠三种形式。

皮肤病学

皮肤病学 临床医学中的一门学科。应用医学的理论与方法研究皮肤病的病因、发病机理、发生发展规律、组织病理和诊断、防治等问题。

接触性皮炎 接触某种动物性、植物性或化学性物质后，在接触部位的皮肤粘膜上所发生的一种急性皮炎。接触物通过直接刺激或引起变态反应而使接触部位发病，局部出现境界较清楚的红斑，丘疹，肿胀等，重者还可发生水疱、糜烂及坏死。皮炎发生的部位和形态，常有助于发现病因。防治原则为去除病因，防止再接触及对症处理。

湿疹 一种常见的皮肤病。病因复杂，与变态反应、神经精神因素及遗传因素有关。主要特点是剧烈瘙痒，以小丘疹为主的多种形态皮肤病变，有渗出倾向，反复发作，易成慢性。治疗除酌情内用抗组织胺和镇静安定药外，渗出期主要用生理盐水、3%硼酸溶液湿敷，慢性期用 5%糖馏油、黑豆馏油等糊膏外擦。

荨麻疹 俗称“风疹块”，是皮肤粘膜的暂时性血管通透性增加和水肿的反应。发病诱因与食物（如鱼、虾、蟹）、药物、精神因素、物理因素和感染等有关，也可能是某些疾病的症状，如风湿、肿瘤等。主要表现为鲜红色或苍白色风团，发

生快消退快，伴灼热和瘙痒。治疗应尽可能找出并消除病因，用抗组织胺药治疗，对发生于喉部、突然呼吸困难并窒息者，应急症处理。

药疹 又称“药物性皮炎”。用药后皮肤粘膜上出现的炎症反应。因临床表现多种多样，故分为许多型。最常见的是固定型药疹，指服药后在同一部位反复以同一形式发生的药疹。其他类型如麻疹样或猩红热样红斑型，荨麻疹型、湿疹型等；严重型药疹有剥脱性皮炎型及大疱性表皮松懈型药疹。治疗原则为停药，中和并促进药物排出及抗过敏治疗。重型须采取抢救措施。

疣 病毒感染所致的皮肤病。常见的有寻常疣、跖疣、扁平疣和尖锐湿疣。寻常疣俗称瘊子；跖疣即发生在足底的寻常疣，呈粗糙不平中央凹陷的斑块；扁平疣为帽针头大小的扁平丘疹；尖锐湿疣又称“性病疣”，好发于会阴、肛周等处，呈乳头状、蕈样或鸡冠样增生。均采取局部治疗。

带状疱疹 俗称“蜘蛛疮”。病毒致病。皮肤先潮红，继为粟粒大小红色丘疹群，迅速变为水疱，常沿某一周围神经单侧分布，不超过体表正中线，神经痛为本病特征。老年人发生带状疱疹应到医院检查有无肿瘤等其他疾患。治疗应以止痛、消炎、局部保护和预防感染为主。

蜘蛛疮 即“带状疱疹”。

脓疱疮 俗 称“黄水疮”。一种常见的化脓性球菌引起的传染性皮肤病。多于夏秋季在儿童中流行。一般分寻常型和大疱型两种。前者传染性强。初期为丘疹、水疱或大疱，疱迅速变为脓性，疱破干燥后形成脓痂，严重者可引起败血症。防

治原则为注意皮肤卫生；对患者实行隔离并消毒其衣具及居处环境；全身应用抗菌素，局部除去脓痂、脓液，应用抗菌收敛药物。

毛囊炎 毛囊化脓性的炎症。由金黄色葡萄球菌引起，好发于头、面、颈和胸背部，略痒。反复发作者应注意有无糖尿病等其他疾患。可外用 2．5%碘酊，并酌情用抗菌素治疗，对已化脓者应切开排脓，但切忌挤捏。

麻风病 麻风杆菌引起的一种慢性接触性传染病。临床表现因类型不同而异，各型间有一定演变规律，表现为周围神经和皮肤粘膜症状，如结核样型麻风表现为暗红色斑疹和斑块，毳毛脱落，神经粗大，并可因神经受损形成“爪手”、“兔眼”等改变；瘤型麻风表现为眉毛、睫毛稀落，皮肤结节状改变，重者形成“狮面”样外观，并可侵犯骨骼和内脏。应注意及早发现、适当隔离、彻底治疗。

癣 又称“皮肤霉菌病”。浅部真菌感染所致。常见的有头癣、手足癣、甲癣、体癣、股癣和花斑癣等。主要由直接或间接接触真菌传染物（如梳、枕巾、床单、拖鞋或理发用具等）而传播，也可由患癣的狗、猫传播或自体蔓延。取癣的分泌物和鳞屑在显微镜下检查找到真菌的菌丝或孢子可确诊。预防主要是避免和患者及其用物接触。患者的用物应定期灭菌，毛发脱屑均应烧毁。

头癣 头皮和头发的浅层真菌感染。分黄癣，白癣和黑点癣三种。黄癣俗称“瘌痢头或秃疮”，头皮有黄癣痂，痂中穿出稀疏、干燥、长短不齐的头发，易形成瘢痕及永久性脱发；白癣鳞屑为灰白色糠皮样，不留瘢痕，愈后可长出头发；黑

点癣残发在毛囊口，呈黑点状，愈后有瘢痕和脱发。可口服灰黄霉素并用硫黄软膏或碘酊等制剂外擦，勤洗头、勤理发。

梅毒 旧称“杨梅疮”。梅毒螺旋体引起的慢性传染病。主要通过性交传染，也可通过非性关系接触感染，胎儿通过患母胎盘传染，称“先天性梅毒”。感染初期，外生殖器或接触部位发生硬下疳，全身皮肤出现梅毒疹。早期梅毒的传 染性强，也可潜伏多年无症状体征（隐性梅毒）。梅毒除皮肤粘膜受损外，任何组织和器官均可受累，血清瓦氏和康氏反应阳性。青霉素为首选治疗药物。杜绝混乱的性生活是预防的关键。

疥疮 疥螨引起的皮肤接触性传 染病。好发于指缝、腋窝、外生殖器等皮肤皱折处，主要皮损为丘疹、水疱、呈灰白或浅黑色细纹的“隧道”和结节，剧痒，夜间为甚。外用硫黄软膏可治愈。预防在于隔离病人，勤洗并爆晒污染的衣服被褥。

神经性皮炎 慢性瘙痒性皮肤病。常发生于颈侧、项部、骶部、阴囊等部位，其特征为阵发性剧痒和皮肤苔藓样变。本病常与神经系统功能有关，禁止用烟酒，调节神经功能（如用镇静剂等），外用皮质类固醇乳剂，止痒剂或 0．25— 0．5%盐酸普鲁卡因溶液患部皮下封闭等治疗。

银屑病 俗称“牛皮癣”。一种慢性易复发的皮肤病。病因不明，可能与遗传、代谢与内分泌障碍、感染、免疫功能障碍等因素有关。基本皮损为红色丘疹或斑块，覆盖银白色鳞屑。分寻常型、脓疱型、关节病型和红皮病型四种。宜在医师指导下治疗。

牛皮癣 即“银屑病”。

痱子 又称“汗疹”。夏季常见的一种皮肤病。系高温潮湿环境下出汗过多引起的小水疱或丘疱疹，灼热瘙痒。可用温水洗澡，擦干后扑痱子粉或外擦炉甘石洗 剂等治疗。预防着重于室内通风、勤洗浴，勤换衣。

鱼鳞病 俗称“鱼鳞癣”，中医称“蛇身或蛇皮癣”。一种常见的遗传性皮肤角化病。自幼发病，皮肤干燥，鳞屑可呈蛇皮状，云母光泽或豪猪皮状。目前尚无根治疗法，可服大剂量维生素 A 和外用 0．1%维甲酸霜剂治疗。

盘状红斑狼疮 一种炎性结缔组织病。局限型好发于颧、鼻、颈等头面部，播散型则好发于四肢躯干。皮损特征为境界清楚的红斑，有鳞屑粘着，其下角化，毛孔扩大，边缘有色素沉着。应避免寒冷、日光等外界刺激，并在医师指导下用药。

天疱疮 慢性大疱性皮肤粘膜的疾病。常在中年以后发病，其特点是成批出现极易破裂的表皮内松弛性水疱，分寻常性、落叶性、增殖性和红斑性四型。皮质激素为首选药，酌情使用硫唑嘌呤等免疫抑制剂，外用消毒剂以防感染。

斑秃 俗称“鬼剃头”。骤然发生的斑状秃发。病因不明，无自觉症状，斑状脱发处头皮正常，严重可出现全秃。病程较长，大多能自愈。可给予镇静剂、胱氨酸和外擦 10%樟脑酊、鲜姜等治疗。

鬼剃头 即“斑秃”。

白癜风 一种色素脱失性皮肤病。青年多见，好发于面、颈、手背和外生殖器等处，无自觉症状，皮肤色素脱失斑呈乳白

色，病程漫长。治疗较为困难，可内服外擦补骨　素结合紫外线或日光照射及肤轻松霜外用等。

色素痣　含有痣细胞的一种常见皮肤良性肿瘤。可以在任何时候出现，大小不一，数目不定。可呈棕色至黑色的斑、丘疹或结节状等。根据形态有斑痣、毛痣、疣状痣和巨痣。无症状，一般无需治疗。极少数可发生恶 变，标志为突然迅速变大，颜色加深变黑，出血，破溃和出现卫星痣等。如发生上述情况或发生在易 受摩擦部位的痣，以手术切除并作病理检查为宜。

瘢痕疙瘩　又称“瘢痕瘤”。皮肤损伤后结缔组织大量增生形成的良性肿瘤。患者多具有瘢痕体质，皮损为坚硬有弹性的结节或斑状，表面光滑无毛，有瘙痒和灼痛感。可用音频电疗、X 线照射或手术切除后再照射。

神经病学

神经病学　医学中的一门学科。研究神经系统及其附属结构如脑血管、骨骼肌等疾病的病因、发病、病理、临床表现和诊断、防治等问题。

神经病　神经系统的器质性和功能性疾病。主要表现为肢体瘫痪、麻木、感觉障碍及惊厥、昏迷等症状。多由脑血管病变、炎症、肿瘤等疾患引起。

瘫痪　为随意运动的功能减退（不全性瘫痪）或消失（完全性瘫痪）。分为中枢性瘫痪（痉挛性瘫痪）和周围性瘫痪（软瘫）、肌病性瘫痪、癔病性瘫痪等。根据受损部位不同，表现为单瘫、偏瘫和截瘫。

偏瘫 又称“半身不遂”。一侧身体麻痹，使面部，肢体运动功能减退或丧失。多因对侧大脑半球的血管破裂、肿瘤、炎症等疾患引起。其范围和程度因病变程度和范围而异。应治疗原发病，并配合针灸、按摩等措施。

截瘫 躯体某一水平以下的瘫痪。常见的为躯干下半部及两下肢的瘫痪。常伴有下半身感觉障碍，大小便不能控制及潴留，多见于脊髓的肿瘤、炎症、外伤等疾患。应治疗原发病，加强护理，防止褥疮及泌尿系统感染等并发症。

面神经炎 面神经骨段和面神经急性非化脓性炎症引起的周围性经面神麻痹。常与风寒刺激有关。表现为一侧面部表情肌瘫痪，额纹消失，眼睑闭合不全，病侧口角下垂，鼓气或吹哨时口不能闭合而漏气。可用强的松、维生素 B_1、B_{12}等药物并配合针灸和理疗。

三叉神经痛 原因不明的面部三叉神经分布区的疼痛。发作时呈撕裂、电击、刀割样剧痛，持续数秒至二分钟后骤然停止，发作间歇期正常，说话、刷牙易诱发。卡马西平、苯妥英钠可控制疼痛发作，无效者可考虑采用三叉神经阻滞或切断术。

多发性神经炎 全身多数周围神经发生对称性损害。主要为肢体远端的多发性神经损害。多因药物中毒、营养缺乏、急慢性感染等疾患引起。主要表现为肢体远端有刺痛、蚁行感，呈手套、袜子状对称性感觉消失，发凉、肌肉迟缓性瘫痪。应治疗病因、注意早期被动运动，并用 B 族维生素、辅酶 A、ATP 等药。重症可用肾上腺皮质激素治疗。瘫痪肢体可给 予针灸、按摩、理疗。

坐骨神经痛 坐骨神经通路及其分布区的疼痛综合症。多为继发性，其特点为疼痛闪电样自腰骶部向股后、小腿和足的后外侧放射，沿神经通路有压痛点，常因弯腰走动、咳嗽而加剧。应首先治疗病因、睡硬板床，口服消炎痛类药及针灸、体疗等。

急性脊髓炎 非特异性横贯性脊髓炎症。急性起病前可有上感、腹泻、发热等感染史，主要表现为脊髓节段平面以下的肢体瘫痪，感觉缺失和无汗，皮肤水肿或干燥、脱屑。应加强护理，可用肾上腺皮质激素、B 族维 生素等神经营养剂、抗菌素治疗，注意瘫痪肢体的被动运动，急性期后可行针灸、按摩。

脊髓压迫症 各种病因引起的脊髓或供应脊髓的血管受压迫的病症。多由肿瘤、结核等引起。脊髓受压平面以下肢体无力、麻木、单侧神经根痛、常如刀割样或灼刺样，进行性加重，终至出现肢体瘫痪。应治疗病因，加强护理，防止尿路感染及褥疮形成。

脊髓空洞症 一种缓慢进行的脊髓变性疾病。脊髓内有空洞形成和胶质细胞增生，根据受损部位呈现相应区域的“分离性感觉障碍”（痛温觉消失而触觉存在），汗分泌过多或过少，皮肤发绀，下肢痉挛性瘫痪。可采取放射、中药、神经营养剂等治疗。

短暂脑缺血发作 脑局部血流一时性、反复性受阻或中断，每次发作引起的神经症状历时数秒到数小时，至多不超过 24 小时。临床症状由于缺血部位而异，主要有头昏、眼花、视物模糊、复视、失语、失明或轻瘫。治疗采用抗凝、对症，必

要时外科治疗。

脑血栓形成 供应脑某一动脉血管完全闭塞引起的脑坏死。在脑部动脉血管壁粥样硬化病变外，常在血流缓慢血液粘稠度增高等情况下形成血栓，以致血管腔闭塞，导致急性缺血，局部脑坏死，症状因血栓形成部位而异，如最常见的大脑中动脉血栓形成，表现为偏瘫，伴感觉障碍和同侧偏盲。应以扩张血管、改善微循环、脱水减轻脑水肿、抗凝溶栓为主，必要时外科清除血栓，恢复期可行针灸、按摩促进瘫 痪肢体恢复。

高血压性脑出血 在动脉粥样硬化的基础上，血压突然波动（多为骤升），致脑实质血管破裂出血。常因体力活动或情绪激动而发病。主要表现为头痛、呕吐、意识障碍、面瘫和昏迷等症状。应加强护理，避免刺激 和不必要的搬动，控制高血压，用脱水、利尿、止血药治疗，防止褥疮等并发症。

蛛网膜下腔出血 颅内、脑外非外伤性动脉破裂，血液流入蛛网膜下腔的一种病理状态。多发生于先天性或动脉粥样硬化性动脉瘤。常因体力活动或情绪激动时发病，有剧烈头痛、反复呕吐、轻度意识障碍及偏瘫。治疗参见“高血压性脑出血”，动脉瘤或静脉畸形者可行手术治疗。

脑囊虫病 猪绦虫幼虫进入脑内引起脑组织坏死、炎症、钙化、脑膜及室管膜增厚、粘连等改变。癫痫发作最为常见，可有恶心、呕吐，视力减退及肢体麻木、瘫痪等症状。治疗可用吡喹酮，注意在治疗中及治疗后可出现颅压增加，癫痫频发，故应同时使用降颅压药及加强抗癫痫治疗。

震颤麻痹 又名“帕金森氏病”。神经系统部分选择性老化

变性疾病。50— 60 岁多见，主要表现为静止性 震颤，每秒 4 — 8 次，呈搓丸状，肌强直，运动减少，面部表情缺乏，形成“面具脸”，重症出现痴呆。常用安坦、左旋多巴等药物治疗。

帕金森氏病 由英国医师帕金森（James Parkinson）首先描述，故名。参见“震颤麻痹”。

小舞蹈病 又称“风湿性舞蹈病”。急性风湿病神经系统损害的表现。多见于 5— 15 岁女性，以舞蹈样不自主动作为特征，肌张力减低，有皱额、眨眼、吐舌、挤眉弄眼等表情，精神刺激可诱发，睡眠时消失。绝对卧床休息，用镇静剂和抗风湿药治疗。

风湿性舞蹈病 即“小舞蹈病”。

癫痫 反复发作的神经异常放电所致的暂时性脑功能失常。分原发性和继发性两种。后者常因脑外伤、脑炎、颅内肿瘤等引起，发作形式分大发作、小发作、局限性发作与精神运动性发作。大发作表现为意识丧失，牙关紧闭，全身抽搐，持续0．5— 1 分钟停止。应治疗病因，选用苯妥英钠、鲁米那等抗癫痫药治疗。

偏头痛 发作性颅内外血管功能障碍引起的反复发生的头痛。多发生于青年期，常有家族患病史，表现为一侧或两侧头痛，常伴有恶心，呕吐，可出现飞蛍幻视、怕光流泪等症状，发作频率数日、数月不等。发作时可口服镇痛剂，心得安、苯噻啶药物有预防作用。

重症肌无力 神经—肌肉连结点传递障碍的自身免疫性疾病。胸腺增生、胸腺瘤等患者多见。表现为部分或全身骨骼肌异常容易疲劳，活动后加重，有复视，上睑下垂、咀嚼疲

劳和吞咽困难等症状。应治疗病因，用抗胆碱脂酶等药治疗。

周期性瘫痪 反复发作的骨骼肌松弛性瘫痪。青壮年男性多见，常有家族患病史。多在饱餐、酗酒、寒冷后夜间发病，晨起肢体肌肉无力而瘫痪，感觉正常，多数患者血钾低，但也可高血 钾或血钾正常，疾病反复发作，低钾型发作期宜静脉滴注氯化钾，高钾型静注葡萄糖酸钙，血钾正常型则宜补生理盐水。

精神病学

精神病学 医学科学的分支学科之一。由于它不仅研究精神病的病因、病理、临床表现、诊断和防治，还研究人格异常及心身疾患中的精神异常和心理社会因素，故已突破传统精神病学的范畴，宜称为精神医学。

精神病 体内外各种有害因素使大脑机能活动失调而使精神活动的完整性和统一性受破坏而引起的疾病。表现为知觉、注意、记忆、思维、情感、意志、意识、智能、行为、睡眠和饮食等发生不同程度的障碍。

错觉 对客观事物的一种错误感受。正常人在光线暗淡、恐惧紧张心理状态下可产生错觉，但经验证后可纠正认识。在意识障碍时产生病理性错觉，如把地上树影看成种种可怕的形象导致恐惧表现和逃避行为，这种错觉不易纠正。

幻觉 没有相应刺激 作用于感觉器官时所出现的知觉体验。包括幻听、幻视、幻嗅和本体幻觉 (肌肉、关节等本体感 受器的幻觉，如病人未动却感到被人推动)。常见于精神分裂症。

妄想 一种病态信念。特征为没有事实根据，与病人的文化知识和处境不相符合的坚信不移的想象。有被害妄想、罪恶妄想、嫉妒妄想和疑病妄想等。常见于精神分裂 症患者。

谵妄 多见于感染、高热和精神病患者的一种意识障碍。常表现为幻觉、躁动不安、说胡话，对人物、地点、时间的定向力丧失。

意识障碍 对自身状况和客观环境认识能力的减退或丧失。主要表现为意识模糊、谵妄、昏睡、昏迷。多见于脑炎、脑血管意外、中毒性或感染性精神病和药物中毒等。参见“心理学”中的“意识障碍”。

痴呆 意识清晰状态下出现的全面智能衰退现象。包括记忆、思维、理解、计算等能力减退和人格改变。严重者日常生活不能自理。

精神分裂症 旧名“早发性痴呆”。精神病的一种。多在青年起病，与遗传、精神刺激有关。表现为思维、情感、行为之间互不协调，精神活动脱离现实环境。如思维障碍、情感淡漠或突然暴怒、妄想、幻觉和破坏、伤人的行为等。治疗主要用抗精神病药物，如氯丙嗪等。也可酌情使用电抽搐疗法，有时可试用电针、中草药治疗。恢复期应给予精神治疗。

早发性痴呆 即“精神分裂症”。

躁狂抑郁性精神病 简称“躁郁症”。一组以情感极度高涨或低落为特征的精神病。躁狂或抑郁反复或交替发作，间歇期精神活动完全正常。常有精神病家族史。

躁郁症 即“躁狂抑郁性精神病”

躁狂症 精神病的一种。16— 25 岁最多见，典型症状为情

感高涨、思维活动加速、言语动作增 多，整日快乐，忙碌不停 ，谈话滔滔不绝，目光炯炯有神，主要用碳酸锂治疗，也可用氯丙嗪类药物和中药清热泻火，严重者可合并使用电抽搐疗法。

抑郁症 精神病的一种。表现为情绪低落，抑郁悲观，思维活动缓慢及言语动作减少，因消极观念，企图自杀。症状昼重夜轻。可用三环类抗抑郁药物治疗，电抽搐疗法，疗效最快最佳。老年人尚可用改良性的无抽搐电休克治疗和应用副作用较轻的药物。需加 强护理，严防自杀。

反应性精神病 是一类由急剧或持 久的精神因素引起的精神异常。临床表现为意识模糊状态、抑郁状态及偏执状态。主要采取药物、中医及精神治疗。

神经症 又称“神经官能症”。一组轻性大脑功能失调疾病的总称。分神经衰弱、癔症、焦虑症、强迫症、恐怖症、胃肠神经官能症等。共同表现为起病与精神因素有密切关系，症状多样，均不能查见与症状相应的病理解剖改变。患者通常能与外界保持良好接触。

神经官能症 即“神经症”。

神经衰弱 一种神经症。主要表现为情绪不稳，易于兴奋、疲劳或衰竭，伴有头昏痛、记忆力减退、失眠等 症状，大多有疑病倾向。以精神治疗为主，配合抗焦虑药、催眠药应用，合理安排作息，从事一定的体力劳动和体育锻练等。

癔症 又称“歇斯底里”。一种神经症。多因急剧或持久的精神紧张刺激而引起。常突然发病，表现为可恢复的失明、耳聋、瘫痪、腹痛等躯体症状及哭笑不止、捶胸蹬足、神游等

精神症状，随暗示产生和消失，有复发倾向，以精神治疗为主，可配合应用安定等药物。

歇斯底里 即“癔症”。

强迫症 是一种以强迫症状为其临床基本特征的精神疾患。患者常为某些重复出现的观念、意向和行为所苦恼，虽经努力克制，但无法摆脱。部分患者病前性格具有孤僻、胆小、多疑、遇事犹豫、好思考、拘谨、兴趣贫乏等特点，即所谓精神衰弱性格。治疗采用药物、心理及中药方法。

焦虑症 是以发作性或持续性情绪焦虑、紧张、恐惧为其临床基本特征的一种精神疾患，常伴有植物神经功能障碍和运动性不安。主要采用抗焦虑药物、镇静催眠药或β受体阻滞剂、精神治疗、必要时可行胰岛素低血糖治疗。

恐怖症 是以对某些特定事物或境遇怀有强烈恐惧为特征的一种神经官能症。其临床表现主要是各种恐怖症状。治疗以精神治疗为主，配合安定、利眠宁或多虑平等药物治疗，引导患者进行自我锻炼，对促进症状的缓解常有帮助。

精神发育不全 又称“精神幼稚症”。是指由于各种原因引起的 以智能发育迟钝为主要特征的一组疾病的总称。临床上，按智能缺损的轻重程度，通常可分为白痴、痴愚和愚鲁三级。治疗采用病因治疗、药物治疗、教育、训练和护理。

更年期精神疾病 一种精神疾病。初次发作在更年期，与此期神经—内分泌功能紊乱有关。大多在精神因素（有时为躯体因素）诱发下起病。主要表现为头昏痛、心悸、多汗等躯体各种不适感或忧郁、焦虑、疑病、被害妄想等精神症状。可口服谷维素、安定、刺五加等药，并配合中医中药及精神

治疗。

老年痴呆病 未到退休年龄，记忆力、活动力和情绪等发生退化的早衰病症。有阿尔茨海默氏病、克罗茨费尔德—雅各布氏病 和库鲁病等。此类病可能是病毒引起。多发生于45—64岁的人。早期症状不明显，有时会说错字，或记不起熟人的名字。随着病情的恶化，判断、记忆等高级智力功能开始退化，变为呆傻。

儿童多动综合症 轻微的脑功能障碍症。主要表现为与年龄不相称的注意力集中困难，冲动性行为，常与同学争吵和打架；活动过度，过分的跑、爬和翻滚。采取精神治疗。6岁以上儿童可用中枢兴奋 剂。

电抽搐治疗 简称“ECT”。又称“电休克治疗”。精神病的一种治疗方法。以一定量的电流通过病人头部，引起意识丧失和短暂的全身抽搐以获得治疗效果。适用于严重的抑郁状态和兴奋、骚动者。国外已广泛使用无抽搐电休克治疗，国内尚待推广。

胰岛素昏迷疗法 简称“ICT”。精神病的一种治疗方法。给病人一定量的胰岛素，使产生严重的低血糖状态进入浅昏迷，以获得疗效。适用于以妄想为主要表现的精神病和明显联想障碍的精神分裂症。

暗示疗法 精神治疗的一种方法。通过暗示达到治疗目的。主要用于癔病患者，治疗前事先取得患者信任，如患者突然癔病性失明，可静注10%葡萄糖酸钙，告知若咽喉发热即有效，患者咽喉有发热感后失明可立即消失。有情感爆发或痉挛发作时，给氨水吸入可立即生效。参见“心理学”中的

“暗示疗法”。

肿 瘤 学

肿瘤学 医学中一门综合性的学科。研究肿瘤的病因、发生、发展、特征及转移规律等问题。通过肿瘤普查、临床观察、动物实验及生物物理、生物化学病理学、分子生物学、遗传学、病毒学、药理学和免疫等项的研究，总结出肿瘤诊断和防治的理论基础和方法，加强防癌宣传。

良性肿瘤 膨胀性缓慢生长，不转移，对机体的危害主要是造成局部压迫和排挤，有时并发出血，感染或影响功能。手术切除后一般不复发，可治愈。

恶性肿瘤 侵袭性生长，破坏周围组织，生长迅速，常发生转移，治疗后容易发复，晚期造成机体极度衰竭，严重威胁患者生命。

交界性肿瘤 组织形态良性，而生物学特性有恶性倾向的肿瘤，又称低度恶性的肿瘤，如有乳头形成的甲状腺腺瘤、腮腺混合瘤、卵巢乳头状囊腺瘤等。

肿瘤命名 给肿瘤起名称。1．良性肿瘤：在来源组织后面加“瘤”字，如纤维瘤、脂肪瘤。2．恶性肿瘤：(1) 来自上皮的称癌，如腺上皮的称腺癌；(2) 来自间叶组织（如肌肉、脂肪、结缔组织、骨等）的称肉瘤，如骨肉瘤；(3) 来自胚胎母细胞的称××母细胞瘤，如视网膜母细胞瘤；(4) 特殊的恶性肿瘤称××瘤或其他特殊名称，如恶性黑色素瘤，何杰金氏病。3．良恶性之间的称交界性××瘤，如卵巢交界性乳头状囊腺瘤，或仍称××瘤，附注说明（如增生活跃、低

度恶性倾向等)。4．瘤样病变称瘤样××组织增生。

癌 见“肿瘤命名”。

肉瘤 见“肿瘤命名”。

癌症 恶 性肿瘤的统称。又根据组织来源不同分为癌、肉瘤等。

癌前病变 人体某些部位发生具有癌变潜在危险的病理变化。如粘膜白斑、子宫颈糜烂、乳腺腺管上皮的增生及囊性变和萎缩性胃炎、结肠息肉等，可经过不典型增生，尤其是重度不典型增生而演变为癌。

原位癌 癌细胞局限于上皮层内尚未突破基底膜。是癌的最早阶段，无临床症状，不侵袭周围组织，不发生转移，可治愈。

恶性肿瘤转移 癌瘤细胞经各种渠道播散到与原发瘤不连续的部位并生长繁殖形成与原发肿瘤相同类型肿瘤的过程。转移途径包括淋巴道、血道、种植和脑脊液，以前两条途径多见，晚期可出现全身播散。

细胞学检查 根据细胞形态和特性来诊断疾病的检查方法。从体表、器官或体腔，取得脱落细胞涂片检查，称为“脱落细胞学”。如从痰中找癌细胞诊断肺癌；阴道脱落细胞诊断女性生殖器肿瘤、炎症或测定激 素水平。细针穿刺肿块抽吸细胞检查称“针吸细胞学”。主要用于肿瘤的诊断。

肿瘤免疫诊断 根据免疫原理诊断肿瘤的一种方法。例如人类某些癌瘤组织产生与人胚胎相应的抗原，根据抗原抗体反应原理，检测癌瘤患者血清中的胚胎抗原，以诊断癌瘤，并可观察治疗的近期疗效及有无复发，某些免疫诊断可用于防

癌普查。如检测患者血清中甲胎蛋白以发现和诊断肝癌，并观察手术疗效、监视复发。免疫诊断也常用于癌瘤的鉴定和分型。应用单克隆抗体作放射免疫显象还可作肿瘤定位诊断。

肿瘤外科治疗 通过手术将肿瘤剥除。对已诊断的肿瘤，根据病变性质部位、范围进行根治性或姑息性切除。激光、冷冻、电灼等也属于此范畴。

肿瘤放射治疗 简称“放疗”。利用各种射线对细胞的破坏或抑制而治疗肿瘤。由X线治疗机产生X线、^{60}钴等放射性同位素产生γ射线、加速器产生高能X线或电子束，还有中子、质子等重粒子放射源，经体外或腔内等方法照射肿瘤，破坏癌细胞生长。但对人体正常细胞有杀伤作用，需慎重应用。

肿瘤化学治疗 简称“化疗”。用化学药物治疗恶性肿瘤。经口服、肌注、静脉、动脉给药或直接注入瘤体或体腔内，杀死癌细胞，可单独或几种药 物联合应用。主要毒性反应是骨髓抑制（白血球、血小板减少）、肝肾功能受损和恶心、呕吐、腹泻、脱发等，故需慎用。

肿瘤免疫治疗 通过增强机体免疫功能控制或消除肿瘤的疗法。免疫制剂经口服、皮肤划痕，经皮下、肌肉、静脉、瘤体内或体腔内注射进入体内，调动宿主内在抗癌潜力，消灭癌细胞。一般须同手术、放疗或化疗配合应用。应用单克隆抗体作免疫导向治疗。

肿瘤内分泌治疗 用增添激素或消除激素或用激素受体拮抗剂治疗恶 性肿瘤。激素依赖性肿瘤如乳腺癌、前列腺癌等，分别选用雄激素、雌激素等药物治疗。对雌激素依赖性乳腺癌，可以切除卵巢，去除雌激素的作用，亦可用雌激素受体

拮抗剂阻止雌激素的作用，而治疗乳腺癌。多与手术、放疗、化疗等配合应用。

癌瘤的综合治疗 治疗癌肿各种方法的联合应用。常用的方法有手术、放疗、化疗、激光、光敏、冷冻、中药、免疫疗法和内分泌治疗等。根据癌肿 生长的部位、病期的早晚和患者全身状况，同时或先后选用几种治疗方法，以提高癌瘤的治疗效果。

血管瘤 先天性血管良性肿瘤。好发于婴幼儿的头面部、躯干、四肢、也可见于骨、肝、脑等组织。分为红色斑痣、杨梅状、海绵状和混和型等种类，针吸物为血液。可酌情选用放疗、同位素敷贴、手术、注射硬化剂、冷冻和激光等治疗。

纤维瘤 以纤维结缔组织为主要成分的良性肿瘤。常见于四肢、躯干、乳腺等部位。根据所含的纤维 成分不同，可分为软、硬、弹力等纤维瘤。临床诊断的纤维瘤有时为低度恶性的纤维肉瘤，应尽早手术切除为宜。

脂肪瘤 脂肪组织的良性肿瘤。好发于体表皮下，肌层间隙、滑膜等处也可发生。分单发、多发、先天弥漫性三种类型。瘤体为叶状，质软。可采用手术切除治疗。

腮腺混合瘤 腮腺良性肿瘤。常见耳前、耳下无痛性半球形或结节 状肿块，也可表现为腮部肿胀，同侧咽侧壁触及肿块，病程较长，数年至数十年。短期内肿块迅速增大且固定或有破溃时，即有恶变可能。应手术切除治疗。

畸胎瘤 发源于胚胎期，含三个胚层组织的肿瘤。好发于卵巢、睾丸、腹膜后、前纵隔等部位，内含皮肤、腺体、脂肪、毛发和牙齿等。囊性瘤多为良性，实体瘤多为恶性，应

手术切除治疗。

视网膜母细胞瘤 视网膜的恶性肿瘤。与遗传有关，一般见于婴幼儿。早期出现眼球斜视，瞳孔内黄白色光反射称为“猫眼症”，继之眼球呈菜花样溃疡性大肿物突出眼眶。确诊后采用手术、放疗和化疗等治疗。

鼻咽癌 鼻咽粘膜的恶性肿瘤。病因与EB病毒关系密切。常出现头痛、鼻涕带血、鼻塞、耳鸣、听力减退、颈部肿块及眼球斜视、面部麻木等症状。鼻咽部组织病理检查、颅底摄片或CT检查可确诊。以放射治疗为主。

扁桃体癌 扁桃体的恶性肿瘤。常表现为咽部异物感和咽下疼痛，一侧扁桃体呈结节状、菜花状肿大，可出现吞咽困难和呼吸困难及颈部淋巴结肿大。确诊后首选放射治疗，辅以化疗。

喉癌 喉粘膜的恶性肿瘤。有声音嘶哑、咽感异常、呼吸困难、咳嗽、咳血和颈部肿块等症状。喉镜检查、喉部摄片或CT检查有助诊断。根据病变的部位及病期，选用手术、放疗或化疗等综合治疗。

肺癌 肺部支气管粘膜和肺泡细胞的恶性肿瘤。病因与长期吸烟及物理化学致癌因子的吸入有明显关系。咳嗽、血痰、胸痛、发热为常见症状、易发生脑和骨转移。X线摄片，痰脱落细胞学检查、纤维支气管镜和CT检查可确诊。根据病变的部位和病期，采用综合治疗，如手术、放疗、化疗、中医中药和免疫疗法。

乳腺癌 乳腺上皮细胞的恶 性肿瘤。女性绝经前后多见，男性偶可发生。早期大多为乳房无痛性肿块，以后出现乳头

回缩、乳腺皮肤“酒窝症”或橘皮样变、腋窝淋巴结肿大等表现。肿块针吸细胞学检查或活体病理检查、乳腺钼靶X线摄影、超声波检查可诊断。手术治疗为主，配合放疗、化疗和内分泌治疗。

食道癌 食道粘膜的恶性肿瘤。与长期食入富含亚硝胺或霉变食物等因素有关。早期症状多为吞咽时胸骨后不适、疼痛、食物停滞感，晚期发展为吞咽困难、消瘦等。X线检查，食道拉网细胞学检查或纤维食道镜检查可确诊。根据病变部位和病期早晚，选用手术、放疗、化疗和中药治疗。

胃癌 为消化道最常见的癌瘤之一。与霉菌、化学致癌物、萎缩性胃炎等有关。早期有上腹不适、嗳气等症状，常与胃溃疡混淆，中晚期出现上腹疼痛、肿块、呕吐、黑便、贫血等，诊断主要依靠X线造影、胃镜检查。手术治疗为首选，配合化疗。

肝癌 肝细胞或肝内胆管细胞发生的癌肿。与乙型病毒性肝炎、肝硬化、黄曲霉素等有关。有上腹 不适、胀痛、食欲减退、乏力、消瘦等症状，肝大质硬不平。甲胎蛋白检测、B型超声波检查、同位素扫描或CT 检查有助于诊断。早期局限性肿瘤，应争取手术切除治疗，中晚期采用中医中药、放射、化学药物的综合治疗。预后较差。

胰腺癌 发生于胰腺腺管上皮或腺泡的恶性肿瘤。主要症状表现为上腹或腰背部疼痛和不适、黄疸及消化不良症状，晚期出现腹块。B型超声波或CT 检查有助诊断。根据病期选用手术、放疗和化疗等。

大肠癌 结肠和直肠粘膜的恶性肿瘤。可以分别称为结肠

癌和直肠癌。与高蛋白高脂肪缺少纤维素的饮食、慢性血吸虫病、慢性溃疡性结肠炎、结肠息 肉等有关。腹 痛、腹块、脓血便、排便异常、大便变细为常见症状。直肠指检、结肠镜检查、X 线钡灌肠检查有助诊断。治疗以手术为主，辅以化疗或放疗。

结肠癌 见“大肠癌”。

直肠癌 见“大肠癌”。

宫颈癌 子宫颈上皮的恶性肿瘤。妇女生殖器中最常见的恶性肿瘤。与慢性宫颈炎、产伤撕裂、早婚、早育、多产、配偶包皮垢有关；亦与人类乳头状病毒、疱疹 II 型病毒感染有关，常见症状为白带增多，接触性出血。宫颈涂片细胞学检查及活体病理检查可确诊。早期病例可选用手术治疗及放射治疗，晚期病例以放射治疗为主。见“妇产科学”中“子宫颈癌”。

子宫内膜癌 子宫内膜的恶性肿瘤。多见于绝经前后并高血压、糖尿病、肥胖及未婚未育者。不规则阴道流血及白带增多为主要症状。诊断性刮宫可确诊。早期以手术及放射治疗为主，晚期采用放疗、激素等综合治疗。见“妇产科学”中“子宫内膜癌”。

卵巢肿瘤 卵巢的良性或恶性肿瘤。位于腹腔深部，早期不易发现，可因肿瘤蒂扭转而发生剧烈腹痛，肿瘤明显增大时有腹胀、腹部肿块，可出现尿频尿急等压迫症状。超声波检查、CT 检查等有助诊断。首选手术治疗，恶性者辅以化疗、放疗。见“妇产科学”中“卵巢肿瘤”。

绒毛膜癌 胚胎性绒毛膜的恶性肿瘤。最常见于子宫，与

妊娠有明显关系。常表现为葡萄胎流产后、流产后或正常分娩后出现不规则阴道流血、咳嗽、咯血、腹痛、腹块等症状，尿与血中绒毛膜促性腺激素（HCG）水平升高，主要经血行播散，常转移到肺。治疗以化疗为主或化疗加手术治疗。见“妇产科学”中“绒毛膜癌”。

肾癌 肾小管细胞发生的恶性肿瘤。临床症状为无痛性全程血尿，间歇发作，可有腰痛，有时腰部触及肿块。B 型超声波检查、肾盂造影或 CT 检查有助诊断。首选手术治疗，配合放疗或药物治疗。

膀胱癌 膀胱粘膜的恶性肿瘤。主要症状为无痛性血尿，合并感染时有尿频、尿急、尿痛。膀胱镜检查、膀胱 X 线造影检查等有助诊赌。以手术治疗为主，可酌情用化学药物及卡介苗作膀胱内灌注，达到治疗及预防复发的目的。

睾丸恶性肿瘤 生殖细胞组织的恶性肿瘤。睾丸增大，为无痛性硬块，有时有下坠胀痛感，隐睾者同侧腹部或腹股沟出现肿块应高度怀疑。睾丸恶性肿瘤易发生肺和腹主动脉旁淋巴结转移，出现咳嗽、腰痛等症状，禁忌睾丸活检。首选手术治疗，配合放疗和化疗。

骨肉瘤 骨的恶性肿瘤。多见于青少年长骨的干骺端，有局部疼痛、肿胀、肿块、皮温升高、关节活动受限等症状，易发生肺和骨转移。X 线摄片和活检病理检查可诊断。宜采取化疗、手术，再化疗的综合治疗。

恶性黑色素瘤 恶性度很高的肿瘤。好发于足底、手掌、头颈、外阴、肛门等摩擦部位。黑痣短期内迅速增大，色素加深，呈结节状，周围发红发痒等即有恶变可能。易发生淋巴

道及血道转移，不宜部分切取活检，最好作冷冻活检诊断。应行根治性手术，辅以化疗和免疫治疗。

皮肤癌 皮肤恶性肿瘤。与长期日光照射有关。多见于老年人的头、手等暴露部位，表现为乳头状、菜花状或溃疡型的皮肤损害，发展缓慢。病理分为基底细胞癌或鳞状细胞癌，前者很少转移。采用手术、放疗、激 光或冷冻等治疗。预后较好。

实体瘤客观疗效判定指标 1978 年常州会议试行草案摘选。完全缓解：肉眼可见的肿瘤完全消失超过一个月。部分缓解：病灶最大直径及其最大垂直直径的乘积缩小 50%以上，其他病灶无增大，持续超过一个月。稳定：病灶两径乘积缩小不足 50%或增大不超过 25%，持续超过一个月。恶化：病灶两径乘积超过 25%以上。

完全缓解 见“实体瘤客观疗效判定指标”。

部分缓解 见“实体瘤客观疗效判定指标”。

稳定 见“实体瘤客观疗效判定指标”。

恶化 见“实体瘤客观疗效判定指标”。

急诊医学

高热 体温在 39℃—40．5℃为高热，40．5℃以上为过高热。是机体对致热源或致病因子的一种强烈反应。分为感染性和非感染性两种。前者由病毒、细菌、寄生虫等引起，后者由血液病、恶性肿瘤、风湿病等引起。常有怕冷、寒战、呼吸心跳加快、尿少色深、头痛、呕吐、抽搐、意识障碍等症状。采用物理或药物降温，镇静安眠药、吸氧、输液和病因

治疗等。

昏迷 中枢神经功能高度抑制，引起意识的严重障碍。病因有外伤、脑血管意外、感染、代谢紊乱、中毒、颅内肿瘤、脑水肿等，主要表现为意识丧失，对外界光、声、疼痛刺激均无反应，生理反射减退或消失。根据病因采用急救措施有保持呼吸道通畅，维持有效循环，降低颅内压，保证需要的热量，加强护理，防止褥疮，防治感染。

休克 急性血液动力学紊乱，微循环衰竭，组织血液灌注量不足引起的细胞能源代谢障碍，临床发生危象综合症。多由急性感染、失血或大量失液、心功能不全、过敏、创伤等引起。主要表现为血压下降、脉搏细弱。四肢厥冷、皮肤苍白、青紫或出现花纹、神志模糊、尿量减少等。治疗应去除病因，输血、补液、吸氧、应用改善循环的药物和治疗原发病。

心脏骤停 心脏突然停止排血，全身血液供给中断，有效循环血流量急骤不足，导致组织器官严重缺血缺氧。多由心血管疾病如冠心病、心肌梗塞、药物中毒、电解质紊乱、手术与麻醉、触电、溺水等引起。临床表现心音消失、呼吸中断、脉搏不可及，若心脏骤停 15 秒钟以上即出现昏厥、抽搐。应立即抢救：心脏按摩、人工呼吸、心腔内注射复苏药，人工心脏起搏等。

咯血 喉部以下的呼吸道和肺内血管损害的出血，经口腔咯出者。常见于肺结核、支气管扩张症、肺癌、风湿性二尖瓣狭窄引起肺瘀血、血友病、白血病和血小板减少性紫癜等。咯血量多少不等，从痰中带血到大口鲜血，多含有泡沫而涌

出。针对病因治疗，并应用镇静剂、止血剂或输鲜血治疗，窒息者须采取急救措施。

心源性急性肺水肿 急性左心功能衰竭，肺部瘀血，导致肺动脉压增高，浆液性液体过多地渗入到肺泡内引起的病症。多由高血压心脏病、急性心肌梗塞、风湿性二尖瓣狭窄和关闭不全等引起。主要表现为突然呼吸困难、咳嗽并咳出泡沫样粉红色痰，两肺满布湿性罗音，严重时昏迷、休克。须及时抢 救：取半坐位，两腿下垂，吸氧，强心利尿，肌注吗啡，静注地塞米松等治疗。

急腹症 主要是腹部器官的病变。常见有急性阑尾 炎、急性胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫病、急性胰腺炎、胃十二指肠溃疡穿孔、急性肠梗阻、腹部损伤和输尿管结石等。以急性腹痛为共同特点，多伴有腹膜炎体征，变化大，进展快，若延误诊断，给病人带来更大痛若，甚至造成严重后果。因此，必须早期诊断，正确处理，必要时应及时手术。

急性中毒 大量毒物一次进入体内，急骤损害重要脏器引起的中毒症候群。常见的有急性酒 精中毒、安眠药、一氧化碳、有机磷农药、氰化物、白果、锑剂、奎尼丁等中毒，可在短期内死亡。应立即 消除、排泻和中和毒物，如彻底洗胃，使用导泻剂、阿托品类、解磷定等解毒药，并给予对症处理。参见“卫生毒理学”

运动医学

运动医学 医学科学分支学科之一。专门研究运动对机体健康影响的一门综合性科学，与基础医学、临床医学及预防

医学等都有密切的关系。是随着体育事业发展的需要与科学的分工而逐渐形成的。参见“体育”中的“运动医学”。

医疗体育 又称“体育疗法”或简称“体疗”。应用体育锻炼来治疗疾病，是许多疾病综合治疗的重要组成部分。有时病人 在临床上虽已治愈，但全身和局部的功能恢复仍需要一个相当长时期，医疗体育则可缩短这一时期，使患者早日恢复健康和劳动功能。几千年前，中国古代医学家就把体操用于防治疾病。参见“体育”中的“医疗体育”。

体育卫生 在体育运动过程中所采取的卫生保健措施。必须根据参加者的年龄、性别、健康状况、技术水平等特点来制定训练计划，选择适当的运动项目和确定运动量的大小，采用循序渐进的原则来进行。并改进运动场地和设备，建立有规律的生活制度，合适的运动服装，加强营养和注意个人卫生等。

医疗体操 采用徒手体操和器械锻炼为主的方法对疾病进行治疗，是医疗体育的基本内容之一。应根据病情和病人的特点来编排体操内容，达到增强体质，恢复身体的生理机能和完成预定治疗计划的目的。参见“体育”中的“医疗体操”。

运动损伤 体育运动过程中所引起的身体损伤。由于体育运动项目很多，运动损伤的类型也各不相同，一般可分为急性和慢性损伤两种。为了发展体育运动，提高运动成绩，保护运动员的身体健康，强调重视运动损伤的预防、急救和治疗，具有重要意义。参见“体育”中的“运动损伤”。

运动试验 能帮助了解心脏血管系统功能的一种检查方

法。在临床和运动心脏病学工作中，用来测定体力和诊断冠心病等疾患，并可评定运动员的训练程度及早期发现运动过度疲劳。方式很多，有行走、蹲起、慢跑、登楼梯等项目。

理 疗 学

理疗学 “物理治疗学”的简称。研究用各种人工的或自然的物理因子来防治疾病的一门医学学科。如电、光、声、热、磁和矿泉、日光、海水等物理因子。其研究范围：电疗法、光疗法、超声波疗法、温热疗法、磁疗和激光疗法等。可指导临床对有关疾病的治疗。

电疗法 应用电流或电磁场治疗和预防疾病的一种方法。常用的有直流电疗法，如药物离子透入和电泳；低频脉冲电疗法，如感应电、电兴奋；中频电疗法，如音频、干扰电疗法等；高频电疗法，如共鸣火花、中波、短波、超短波和微波等。电对机体作用，将发生一系列的物理化学变化，有刺激体内感受器从而影响神经、循环等系统功能，以达到防治疾病的目的。

光疗法 利用各种光线的辐射能作用于机体，预防和治疗疾病的方法。常用的有红外线、紫外线和可见光线。紫外线作用于人体而产生的光化学效应，具有消炎、镇痛、杀菌和合成维生素 D 等作用，用于治疗佝偻病、支气管哮喘、神经痛和丹毒等。红外线的热效应具有消炎、止痛和解痉作用，用于非急性炎症和外伤、神经痛等治疗。可见光线中的蓝紫光可用于防治新生儿核黄疸。

超声波疗法 利用每秒振动频 率在 2 万赫以上的声波作

用于人体达到治疗的一种方法。如高频电在石英晶体或钛酸钡薄片上产生 800—1000 千赫超声波，能引起人 体的温热和生化等反应。用于治疗关节炎、挫伤 、扭伤、疤痕挛缩和神经痛等。

激光疗法 利用受激辐射所产生的光能治疗疾病的方法。低功率激光对组织有刺激调整作用，尤其小功率氦氖激光照射，无痛若，皮肤无损伤。有消炎、消肿、止痛痒、抑制渗出，调节神经状态，降低变态反应，刺激结缔组织生长等作用。用于治疗各种适于理疗的疾病。

磁疗法 利用磁场作用于人体治疗疾病的一种方法。磁场可导致生物电质和量的变化，产生微电流，有止痛、镇静、消炎、消肿、降血压作用。对高血压、腰腿痛、扭伤等有一定的疗效。白细胞每立方毫米低于 4000 个、高热、出血等不宜采用本疗法。

冷冻疗法 利用低温冷冻可破坏人体组织细胞的作用治疗疾病的一种方法。临床使用低温外科的冷源，除半导体温差制冷、干冰外，大多采用液氮。冷冻可治疗血管瘤、慢性子宫颈炎、痔、鼻出血，早期体表癌肿和黑色素瘤。冷冻敏感或过敏者禁用。

水疗法 利用一定温度、压力或溶有某些化学物质的水对机体所产生的温度刺激、机械刺激或化学刺激防治疾病的方法。水疗法因其所用温度、治疗方式及水中所含化学物质的成分不同，可产生镇静、催眠、解痉、止痛、兴奋、消炎、发汗、利尿及改善血液循环，促进代谢等多种作用。是现代理疗学中不可缺少的方法之一。

高压氧疗法 利用 在高于一个大气压环境下吸入高浓度氧气对病人进行治疗的方法。高压氧可提高血氧分压、血氧弥散率和组织的氧储量；具有血管收缩作用；还可解除血管内或组织气泡的栓塞；抑制厌氧菌的生长。用于治疗急性一氧化碳中毒、急性肺水肿、缺血性脑血管疾病、脑炎、气性坏疽、气栓症、减压病以及一个月以内的突发性耳聋等。高压氧还有利于提高断肢再植和皮肤移植的成功率。

高压氧下手术 在高压氧治疗的配合下进行手术（参阅高压氧疗法）。手术在高压氧治疗所需的特殊设备——高压氧舱内进行，可延长阻断血液循环的安全时限，提高手术安全性。用于心血管和颅脑外科手术，重症休克病人手术和器官移植。

护 理 学

护理学 医学科学分支学科之一。研究防治疾病，保护人类身心健康的专门学科。是与社会科学、自然科学相互渗透的一门综合性应用科学。内容主要包括基础护理、专科护理、临床护理、护理技术操作、护理科学管理、心理卫生工作。

医嘱 医师根据病情拟定治疗计划的记录。是护士完成治疗计划和查对核实的依据。项目有护理常规、饮食、体位、用药、化验、手术前准备及手术后处理等。为了确保医嘱的确切执行，每日需核对检查。

监护 为了更有效地抢救危重病人，医师和护士利用现代化的监测仪器（如呼吸器、心电图监护器、心脏起搏器、肾脏透析器等），对病人的重要器官功能（如呼吸、循环、中枢神经系统、体温调节、肝肾功能、水、电解质和酸碱平衡

等）进行连续的监测。通过密切观察和记录，了解微小的病情变化，采取及时和有效的治疗措施。

卧位 病人卧在床上的体位。因诊断与治疗的需要，使病人采取不同的卧位，对减轻症状，治疗疾病和预防并发症均能起到有效的作用。主要有：1．仰卧屈膝位：用于腹部检查；2．胸膝位：用于结肠、直肠与肛门的检查和治疗，矫正胎位不正，子宫后倾时采用；3．截石位：用于会阴、尿道、肛门与直肠的检查或手术；4．半坐卧位：能改善循环与呼吸，减轻腹胀，使腹腔炎症局限。

禁食 在特定的时间内停止进食，包含禁饮。使胃肠道得到休息，减少分泌，减轻腹胀和促进排空。常用于消化道穿孔、肠梗阻及胃肠道手术后。术前禁食可避免麻醉时呕吐和误吸。血生化试验和特殊检查前（如肝肾功能和胃镜检查等）也需禁食，以免进食后影响检查效果。

测体温 用体温计测量病人的体温。常在腋下、口腔或直肠内测量。口腔与直肠内均为粘膜腔，较易传热，测量 3 分钟即可；皮肤传热较慢，腋下常需 10 分钟才能升到最高温度。不同的测定方法，可表现出轻度的差异。正常口腔温度为 37℃ 左右，腋下体温较低，直肠体温稍高。

皮肤准备 术前常规准备中的一项必要的措施。手术前一天病人应洗澡，手术区皮肤应剃去毛发，用肥皂擦洗干净。目的是避免皮肤上污物带入切口引起感染。

注射法 用注射器将灭菌的药液注入人体内而产生治疗效果。常用方法：1．皮内注射：将小量药液注入表皮与真皮之间，常在前臂掌侧下 1/3 处注射；2．皮下注射：将小量药液

注入皮下组织，常用部位上臂和股外侧；3．肌肉注射：将药液注入肌肉内，常用部位臀部外上方和上臂三角肌；4．静脉注射：自静脉注入药物，常用肘窝正中静脉、贵要静脉、或手背、腕、足背、踝部等处浅静脉，小儿常用头皮静脉。

锁骨下静脉穿刺 将注射针刺入锁骨下静脉，放入一硅胶管后进行输液和其他治疗用的一种静脉输液方法。锁骨下静脉位于胸锁关节的后方，较为粗大，成人的管腔直径可达 2 厘米，并且常处于充盈状态，比较容易穿刺。主要用于深静脉高营养疗法，及在抢救病人时浅静脉萎陷而输液有困难者。

液体出入量 病人在 24 小时内摄入（饮食和输液）和排出的（尿、粪和呕吐物）液体总量。对了解病情、判断体液代谢的平衡以及决定治疗计划有重要作用。适用于心、肝、肾、肺、糖尿病、大面积烧伤和休克等危重病人的监测。

蒸气吸入 将药液加热，使成蒸气后经口腔吸入呼吸道的一种治疗方法。利用热的物理作用，促进局部血循环，减轻呼吸道的炎症和水肿，稀释气管内分泌物，帮助祛痰。将药液喷成雾状微粒，通过呼吸道吸入称药物雾化吸入。利用超声波能，把药液变成细小气雾，经呼吸道吸入称超声雾化吸入。

雾化吸入 参见“蒸气吸入”。

超声雾化吸入 参见“蒸气吸入”。

热敷 用热水袋或湿热毛巾敷在患部。可促进局部血液循环，使炎症消散或局限。适用于软组织的早期感染及损伤。

冷敷 用冰袋或湿冷毛巾敷在患部。可使血管收缩，以减轻肿胀、出血和疼痛。高热患者在额部以及大血管附近置以

冷敷，可帮助散热，降低体温。

酒精擦浴 一种简易而有效的物理降温方法。用 25— 35% 酒精反复擦洗病人的颈部外侧、腋下、腹股沟等处。借酒精的挥发作用，吸收和带走人体内的热，并刺激皮肤血管扩张，促使散热，可降低体温 1— 2 度。

氧气吸入 给病人吸入氧气，以改善缺氧和呼吸困难状况。常用有鼻导管法鼻塞给氧、氧气帐法、面罩法、机械通气法，适用于心肺功能障碍引起的缺氧和呼吸困难、严重感染、中毒、出血、休克、手术与麻醉病人等。

鼻饲 将胃管经鼻孔插入胃内，从管内灌入流质饮食液体及药物等，适用于昏迷、口腔手术后、破伤风，以及其他原因不能进食者的营养供给。

洗胃 一种清洁胃腔的治疗方法。将胃管经口腔或鼻腔插入胃内，灌入生理盐水或其他灌洗液，然后吸出灌入的液体，如此反复灌洗，直至吸出液澄清无味为止。适用于服毒患者，避免毒物的吸收，以及幽门梗阻病人的术前准备等。

胃肠减压 治疗胃肠道疾患的一种方法。胃管经鼻孔插入胃内，在其末端接上负压吸引装置，进行持续吸引，不断抽出胃肠内积液和积气，达到减压的目的。适用于肠梗阻、幽门梗阻、急性胰腺炎、术中及术后腹胀的处理等。

导尿 将无菌导尿管自尿道插入膀胱使尿液引出。适用于：1．尿潴留病人；2．收集无菌尿标本作细菌培养；3．盆腔手术的术前准备，使膀胱排空，避免术中误 伤膀胱；4．因病情需要，患者需留置导尿管者。

灌肠 清洁肠道内的粪便和积气，是常规的术前准备和治

疗方法之一。将肛管插入肛门直肠内，灌入定量的溶液，帮助病人排出粪便和积存的气体，有时也借以输入药物，达到诊断和治疗的目的。主要适用于便秘和术前肠道的准备、术后肠胀气、乙状结肠镜检查、某些疾病的治疗、降温等。

换药 在无菌操作下进行伤口敷料的更换。目的是保持伤口清洁，清除脓液、坏死组织与异物，正确使用药物、敷料和引流物，以促进伤口的愈合。

褥疮 人体某部位受到长期压迫，导致组织坏死所引起皮肤和深部组织的溃疡。截瘫患者长期卧床，因麻痹部位的组织功能失调，对压迫的耐受力差，在骶骨、髂骨、跟骨和股骨大转子等骨隆起部位易发生褥疮，创口不易愈合，而容易继发感染。防治：以预防为主，经常更换卧位，局部酒精涂擦或按摩，保持皮肤干燥。已发生者应每日换药，控制感染，加强营养，以促进创面愈合。

预防医学

环境卫生学

环境卫生学 预防医学主要分支学科。研究自然环境和生活居住环境与人群健康的关系，阐明环境对人群健康影响的发生和发展规律，提出改善和利用环境因素的卫生要求与环境卫生标准的理论根据，以及防止和消除有害因素的卫生措施。从而达到创造优良生活环境，增进健康的目的。

环境医学 研究环境与人群健康的关系，特别是研究环境污染对人群健康的有害影响及其预防。主要进行环境流行病、

环境毒理、环境医学监测、公害病及其预防、环境工程基础、环境统计学、环境卫生标准等调查与研究。侧重于阐述环境、环境问题和环境质量管理等方面的内容。

环境毒理学 运用毒理学方法研究环境中有害因素对人体健康影响的学科。主要研究环境污染物对机体可能发生的生物效应、作用机理及早期损害的检测指标。为制定环境卫生标准，做好环境保护工作提供依据。

环境流行病学 见“流行病学”中的“环境流行病学”。

环境保护 防止自然环境受到破坏和污染，使之适合于人类生活和劳动。包括两方面内容：合理利用资源，防止环境污染；当环境受污染后，做好综合治理。参见“法学”中的“环境保护”。

环境污染 见“环境科学”中的“环境污染”。

环境污染物 见“环境科学”中的“污染物”。

环境质量评价 见“环境科学”中的“环境质量评价”。

环境卫生监测 运用科学方法对环境因素（大气、水、土壤）及其中某些有害因素的质和量进行检测，并就其对人体健康的近期及远期影响进行调查研究。为制定和修订卫生标准、开展卫生监督及评价环境治理效果等提供依据。

环境卫生标准 国家为保护居民生活条件和健康而规定的环境中有害因素的限量（最高容许浓度或剂量）及其相应措施和要求的技术法规。为进行卫生监督、评价和管理的法定依据。是保护环境和保障人群健康的重要手段。

工业三废 见“环境科学”中的“工业三废”。

生活三废 人们在生活过程中排出的粪便、污水、垃圾。若

处理或使用不当，可成为环境污染物，危及人们健康。

工业“三废”排放试行标准 对车间或工厂废气、废水、废渣等污物容许排放量（或浓度）的限量要求。1973年11月国家计划委员会、国家基本建设委员会及卫生部联合颁布。由总则、废气、废水、废渣四章19条及附录组成。为贯彻执行《工业企业设计卫生标准》中的地面水水质卫生要求的必要手段，是卫生部门进行卫生监督工作及工矿治理“三废”的依据。

工业企业设计卫生标准 中国卫生法规之一。1956年由国家基本建设委员会和卫生部初次颁布，称《工业企业设计暂行卫生标准》。经1962年及1979年两次修订后，称《工业企业设计卫生标准》。规定了工业企业的一般卫生要求。由总则、大气、水源和土壤的卫生防护、车间卫生、辅助用室等4章80条及附录组成。

生活饮用水卫生标准 1985年由中华人民共和国卫生部批准。规定了饮用水的各项卫生要求和各级卫生部门负责监督与检查标准的执行情况。适用于城乡供生活饮用水的集中式给水和分散式给水。由总则、水质标准和卫生要求、水源选择、水源卫生防护和水质检验五章组成。其中水质标准分感官性状、化学、细菌学和放射性等四项内容，共计35个指标。

农田灌溉水质标准 防止城市污水灌溉造成有害物质在作物中积聚及污染地面水而确定的水质要求。1972年9月城市污水灌溉农田经验交流会上国家标准总局提出了《城市污水灌溉农田水质标准》的参考指标。它规定了污水中有害物质

的限制值，是对污水灌溉农田工作进行卫生监督的参考。

卫生监督 卫生执法机构（如卫生防疫机构等）对所辖区内机关、学校、工矿企业单位和个人执行国家颁布的卫生法令、条例和标准的情况进行监督。对现有工矿企业、医疗机构、饮食服务行业、公共场所等进行定期的卫生监督，称“经常性卫生监督”；对新建、扩建、改建的工矿企业、城乡规划等，从选地、设计、施工、直至验收所进行的卫生监督，称“预防性卫生监督”。

经常性卫生监督 见“卫生监督”。

预防性卫生监督 见“卫生监督”。

大气污染 见“环境科学”中的“大气污染”。

汽车废气 汽车因燃油所排放出的各种气体。排放量与组成随燃料构成、发动机种类及行驶状况而不同。通常每燃烧一升汽油可产生约 10 米^3、150 多种的气体。其中对人危害大者有一氧化碳、氮 氧化物、烃类、硫化物和铅烟等。

伦敦烟雾 以煤 为主要燃料的伦敦盆地，常产生含大量二氧化硫和煤 尘的废 气。当出现气温逆增（尤其是冬季）时，废气不易排出形成烟雾。对居民健康危害以呼吸系统疾患为主。自 1873 年以来百余年内伦敦发生 10 多次较大的烟雾事件，其中最严重的是在 1952 年 12 月 5 日至 8 日，伦敦上空连续 4 天烟雾迷漫，烟尘经久不散，一周内比往年同期约多死亡 4000 余人。

洛杉矶烟雾 又称“光化学烟雾”。1946 年最先发生于美国洛杉矶而得名。因汽车排出的废气中所含碳氢化合物和氮氧化合物，经太阳紫外线照射，在特殊的气候和地理条件下，发

生光化学反应，生成的一种浅蓝色有刺激性的烟雾。对人危害主要是刺激眼、喉、呼吸道粘膜等处，并能引起相应部位的炎症。

一次污染物 人类在生活或生产过程中直接从各种污染源排入环境中的各种气体及尘粒。如工厂排出的二氧化硫、硫化氢、一氧化碳、二氧化碳、一氧化氮、氨、氟化氢以及苯并芘、铅、锌、砷等烟尘。

二次污染物 一次污染物受自然界物理、化学、生物的影响，形成新的污染物。如工业生产中排放的无机汞，在自然水体中转化为甲基汞。可再次造成环境污染与危害。

日平均最高容许浓度 居民区中任何一日连续 24 小时或间歇采集大气中有害物质平均浓度不得超过的限量值。目的是预防有害物质对人体健康的慢性和潜在性危害。

一次最高容许浓度 居民区中任何一次短时间内（20— 30 分钟）采集大气中有害物质浓度不得超过的限量值。目的是预防有害物质对人体健康的急性危害。

卫生工程学 运用工程学理论和技术研究、设计和制造各类卫生设备和防护设施的一门工程学科。任务是改善和创造符合卫生要求的生活和生产环境。内容有上下水、通风、采暖、照明、防湿、降温、防噪声、空气净化工程等。

生活污水 居民生活中产生的污水。如粪便、厨房、沐浴和洗涤等用水。通常含大量有机物和微生物。主要为腐物寄生菌、致病菌和寄生虫卵等。有传播疾病的危险，需经无害化处理。参见“工程技术”中的“生活污水”。

工业废水 见“环境科学”中的“工业废水”。

城市热岛 因城市的特殊环境条件（如工厂和高层建筑等），使市内形成了高温区，周围有较密集的等温区，类似地图上小岛的等高线而得名。气流能从城市四周吹向市中心，可将城郊污染的气体流入市区造成危害。

微小气候 局部地区小范围内的特定气候。能因地形及人为等因素影响而改变。如农田、温室、车间、住宅、汽车、飞船等。适宜与否对生产和生活影响很大。

风向频率玫瑰图 简称“风玫瑰”。表明某地区一定时间内，各种风向频率的一种气候统计图。一般按年或季度用罗盘（8或16）方位制成。频率高、表示该风向出现次数多。对城市规划和环境监测有一定作用。

空气净化设备 清除空气中有害物质、尘粒或微生物的设备。用以防止污染。按作用对象可分为干、湿式除尘器、静电除尘器、气体吸收（或吸附）塔、空气过滤器、洗涤器等。

酸雨 见“环境科学”中的“酸雨”。

空气调节 用人工方法使室内空气的温度、湿度、气流及洁净度得到控制，以满足特定卫生或生产技术要求的通风技术。基本设备有通风机、通风管、空气调节室和进风口等。

溶解氧 溶解于水中之氧。以毫克/升表示。通常情况下（如压力不变等），水温越低，含量越高。有机物污染越重，含量越低。亦为评价水体是否受有机物污染的间接指标之一。与水生生物关系密切。当其含量低于3—4毫克/升时，鱼类可窒息而死。

生化需氧量 见“环境科学”中的“生化需氧量”。

三氮 水中氨氮、亚硝酸盐氮和硝酸盐氮的简称。评价水

质污染和自净的指标。当水被有机物污染时，含氮有机物在微生物的作用下，可逐渐分解成氨。无氧时即为最终产物；有氧时，氨还可进一步氧化为亚硝酸盐和硝酸盐。测定“三氮”可初步了解水体污染和自净的进展情况。三者含量均高，表示不仅过去曾受污染，而且还有新的污染；若硝酸盐氮不高，而氨氮、亚硝酸盐氮高，表示水受污染不久；仅硝酸盐氮增高，表示水污染已久，目前净化过程已基本完成。

水源选择 为保证居民获得量足、质良的生活饮用水的措施之一。选择水源时应力求水量充足、水质良好、水源卫生条件及取水点周围环境无污染源、群众取用方便以及水质符合《生活饮用水卫生标准》中规定的水源。

生活饮用水 为满足人体生理需要和维持日常生活、个人与环境卫生所需的用水。水量视各地气候、生活习惯和卫生设备条件而异；水质须符合《生活饮用水卫生标准》。

介水传染病 饮用被某些病原微生物所污染的水源水而传播或流行的疾病。有下列几类：1．细菌性疾病：霍乱和副霍乱、伤寒和副伤寒、痢疾及其它 肠道传染病；2．病毒性疾病：常见有肠道病毒（脊髓灰白质类病毒、柯萨奇病毒及 ECHO 病毒）、腺病毒和传染性肝炎病毒等；3．寄生虫性疾病：蛔虫、鞭虫、血吸虫和钩虫；4．钩端螺旋体病。此类病流行特点：多呈爆发型，病人饮用同一水源，污染源被消除后，疾病流行能得到控制。

水体富营养化 见“环境科学”中的“水体富营养化”。

水体热污染 见“环境科学”中的“水体热污染”。

两管五改 “两管”是管水、管粪；“五改”是改良水井、

厕 所、畜圈、炉灶、生活环境。此为农村卫生基本建设和改善卫生面貌的主要措施之一。

给水卫生 从饮用水水量和水质与人体健康的关系出发，对生活饮用水提出各项卫生要求和技术措施，防止介水传染病。其内容包括：制订水质卫生标准、选择良好的水 源、合理地进行水质净化和消毒、对给水进行卫生监督和管理等。

氯化消毒法 用氯及其化合物（漂白粉、漂白粉精或次氯酸盐等）进行饮用水或污水消毒的方法。它们在水中产生次氯酸，杀灭细菌。其效果与水温、PH，消毒剂用量和接触时间有关。本法费用低、使用简便、杀菌效果可靠。

自净作用 系指少量污染物，一时性地进入环境中，经过各种自然过程而分解、稀释，可使环境保持或恢复原来的状态，使生态平衡不致破坏的功能。是实现环境与生物动态平衡的一个重要环节，但自净作用是有限度的。

水体净化 被污染的水体通过一系列的物理、化学与生物作用，逐渐恢复其原有性状的过程。其结果是外观恢复污染前状态，分解物稳定，生化需氧量大为降低，溶解氧增加，有害物质浓度降低，致病菌死灭，细菌总数减少。

汞甲基化 环境中的汞及其化合物在一定条件下，可转化为毒性更大的甲基汞。其机理目前认为：一是由含甲基钴氨素的微生物在厌氧条件下经酶催化完成；另一是在需氧条件下无酶催化完成。影响汞甲基化的因素很多，尚需进一步探讨。

有效氯 氯化消毒剂中的有效成分。指漂白粉等含氯消毒剂投入水中时，产生具有杀菌作用的一部分氯。新鲜漂白粉

含有效氯一般为 28—35%，不应低于 25%；漂白粉精为 60—70%，不应低于 50%。

余氯 用氯化法消毒水时，经一定接触时间（30 分钟）后，水中剩余之氯量。有总余氯（Hocl、ocl⁻、NH_2cl、$NHcl_2$等）、化合性余氯（NH_2cl、$NHcl_2$及其他氯胺化合物）和游离性余氯（Hocl、ocl⁻等）。水中有余氯，说明水已达消毒目的并具持续消毒能力。

需氯量 氯化消毒法中水体达消毒目的时，所需氯量。因具体条件不同而有差异。混浊水、被有机物污染水、含还原性物质多的水，需氯量大。此外水的 PH 值、温度、消毒接触时间等因素不同，其用量也不同。

加氯量 饮用水或污水消毒时加于水中的有效氯量。等于需氯量加余氯，以毫克/升表示，它与消毒接触时间、水温、PH 值及水质等因素有关。一般饮用水消毒所需加氯量为 0.5—3mg/l。

大肠菌群数 表示水、土壤、食品受人畜粪便污染的指标。单位容积（升）或单位重量（克）样品中所含 大肠菌群的数量。如每升生活饮用水中大肠菌群数不得超过 3 个。

混凝沉淀 又称“凝聚沉淀”。用混凝剂使水得到净化的一种措施。投加带正电荷的胶体（氢氧化铝、氢氧化铁等），与水中胶体颗粒（带负电荷）互相凝聚产生絮状物而沉淀。可改善水的感官性状，使水澄清。常用于自来水厂及废水处理。

凝聚沉淀 即“混凝沉淀”。

混凝剂 又称“净水剂”。用于饮用水和污水处理过程中澄清浑水的物质。常用有硫酸铝钾（俗称明矾）、硫酸铝、硫酸

亚铁、三氯化铁、碱式氯化铝（羟基氯化铝）等。

净水剂 即“混凝剂”。

过滤 使水通过滤料而净化的工艺过程。其净水原理主要是隔滤作用和接触混凝作用。通过过滤可除去约80—90%以上的细菌及99%左右的悬浮物，也可除去臭味、色度、阿米巴包囊及血吸虫尾蚴等。

土壤卫生 从卫生学观点阐述土壤环境与人体健康的关系，充分利用土壤的自净能力、妥善处理污染物质，使其保持良好状态。土壤是人类赖以生存的重要环境之一。由于人们的生活和生产活动，使土壤的正常结构遭到破坏，失去自然平衡造成污染危害人类健康。研究土壤卫生目的是了解土壤的卫生特征、掌握污染物质在土壤中的净化、转归规律，以便利用它来合理地处理污染物达到土壤卫生防护、保护人类健康。

土壤蠕虫病 由寄生的土壤性蠕虫所引起的疾病。如蛔虫、鞭虫、钩虫等寄生虫虫卵可在土壤中发育成熟，感染人类和其他动物引起疾病。

住宅卫生 研究住宅环境以满足卫生要求的一门专业知识。对象包括地段选择、朝向、居住面积、室高和室进深、采光和采暖、通风换气等。使住宅有良好的微小气候，阳光充沛，空气新鲜、安静、整洁，生活方便。

居民区规划 城乡居民区建设蓝图。包括功能分区、工程技术设施的配备和公共福利设施的设置三项。具体是合理布置工业区、生活居住区、交通运输仓库区、效区以及公共福利设施、商业网点、街道、绿化及修建卫生工程设施等。基

本目标是为居民创造良好的生活环境。

城镇功能分区 将城镇按作用划分成若干有独特功能的地区。如：生活居住区、工业区、交通运输仓库区、郊区。分区原则：尽可能把最好地段作生活居住区；与工业区之间设防护距离；工业区应设在城镇夏季最小频率风向的上风侧；工业废水的排放应位于生活饮用水水源的下游；各区应留有一定发展余地。合理分区能为居民创造良好的生活、生产、休息和交通等条件。

生活小区 居民生活区的基本单位。规模按人口计 4000—12000 人。区内不允许有交通干线和较宽的道路，但应有与居民生活关系密切的公共福利设施。如俱乐部、露天电影院等。住宅建筑应满足采光、通风、排泄雨水等要求。

沼气发酵 利用厌氧菌（主要是甲烷菌），使有机物（人畜粪便、垃圾、杂草等）在一定的湿度、温度、厌氧环境中，经过发酵分解产生沼气和一部分二氧化碳，同时放出热量。既可将粪便、垃圾等进行无害化处理，又可产生沼气能源，既改善农村卫生面貌，又方便群众生活。参见“能源”中的“沼气发酵”。

城市污水处理 见“环境科学”中的“城市污水处理”。

医院污水处理 医院污水的质和量与医院的性质、规模及所在地区的气候等因素有关。一般含有大量的病原体（细菌、病毒和寄生虫卵）和放射性同位素（^{131}碘、^{32}磷、^{198}金、^{24}钠等）。如处理不当，可导致介水传染病和放射性同位素损害。必须严格消毒和按《放射性防护规定》处理。

消烟除尘 防治大气烟尘污染的重要措施之一。通过改善

燃烧条件、改进燃烧设备、加装烟气净化装置等，使烟尘排放浓度降至国家标准允许的限度。

除尘器 利用各种物理方法将含尘气流中的粉尘分离出来并加以收集的设备。分干式和湿式两大类：干式有重力沉降室、旋风、袋式、静电等除尘器；湿式有水浴、自激式水力等除尘器。

粪便无害化处理 杀灭粪便中的病原微生物，使由有害变为无害的措施。常用贮存、发酵、沉淀、堆肥以及药物等方法。经处理后的腐熟粪便用作肥料，有利于农业生产和防止疾病传播。

堆肥法 处理有机垃圾的一种方法。是把人畜粪尿、垃圾、秸杆杂草、树叶等混合堆积，在微生物的作用下，使有机物分解腐熟成为一种含有丰富氮 素为主的有机肥料 (即腐殖质)。此法既能提高肥效，又可达到无害化要求。根据条件的不同，可分为好气性和厌气性堆肥。

化粪池 又称“腐化池”。处理粪便、污水的特种厌气发酵沉淀池。常建于地面下。粪便、污水流经池内固体物下沉并腐化，污水外流渗入土中或与城市污水合并处理。粪渣定期清除，用作肥料。产生的气体排至高空稀释。

腐化池 即“化粪池”。

自然通风 通风方法之一。利用风压和温压所产生的空气对流作用进行换气。合理安排构筑物门、窗、风帽、竖井等，无需机械设备，可达通风要求和改善内部空气环境，是一种经济有效的通风方法。

机械通风 通风方法之一。利用通风机等进行换气。可单

用于进气或排气系统，亦可两者并用。主要设备为通风机、管通和各种空气调节、净化处理装置。此通风设备投资和维持费较大，但易于控制和调节。参见“工程技术”中的“机械通风”。

相对湿度 湿度的一种表示方式。空气中实际含水蒸气密度和同温下饱和水蒸气密度的百分比值。因在温度相同时，水蒸气密度与蒸气压强成正比，故相对湿度也等于实际水蒸气压强和同温度下饱和水蒸气压强的百分比值。一般认为超过75%为高湿，低于30%为低湿。两者对人体健康和舒适感均不利。参见“气象学”中的“相对湿度”。

人口密度 反映一个国家或地区人口分布稠密程度的指标。指单位面积土地上平均居住的人口数。适当的人口密度可以保证良好的居住卫生条件。它常作制订城乡建设规划及与居民生活直接有关的各项计划的参考。参见“人口学”中的“人口密度”。

建筑物间距 两幢相邻建筑物之间的距离。要求不少于遮阳侧建筑物高度的1—1．5倍，以便获得充足阳光。

公害病 环境污染引起的地区性疾病。如由含镉废水引起的骨痛病等。它不仅是一个医学概念，且具法律意义，须经严格鉴定。

水俣病 首先发现于日本水俣湾地区而命名，是世界上第一个由环境污染（含甲基汞工业废水）所引起的公害病。主要症状与体征是：皮肤麻木，听觉失灵，视野缩小，语言不清，表情痴呆，不能辨人；继之神经失常，运动失调，全身痉挛，不能饮食，瘫痪昏迷，直至死亡。

痛痛病 又称“骨痛病”或“慢性镉中毒”。镉污染引起的公害病首见于日本。好发于45岁以上生育多的妇女。主要症状是疼痛。开始于腰背和膝关节，以后遍及全身各部位。为刺痛，安静时缓解，活动后加剧。牙齿上可出现黄色“镉环”。尿中常含蛋白并伴肾功能障碍。常因骨骼变形呈特殊体型。最后可因全身衰竭而死亡。

骨痛病 即“痛痛病”。

四日市哮喘 由大气污染引起，发现于日本四日市的一种以阻塞性呼吸道疾患为特征的公害病。包括支气管哮喘、慢性支气管炎、哮喘性支气管炎和肺气肿等。其中尤以支气管哮喘为甚。离开该市好转，返回复发。

地方性甲状腺肿 一种世界性的地方病。主要由缺碘引起；或食物和饮水中含有致甲状腺肿或影响碘吸收的物质，对本病发生发展也起一定作用。多流行于山区、半山区。近年来某些平原或沿海地区也有发生。临床表现主要是甲状腺肿大。轻者无明显症状，重者可压迫邻近器官产生各种症状，甲状腺功能大多正常。可用1/2万—1/5万的碘盐或肌肉注射碘油等防治。巨大、结节型有压迫症状者需手术治疗。

地方性氟病 又称“地方性氟中毒”。长期饮用高氟水或吃高氟食物引起的地方病。许多国家和地区有本病流行，是全身性疾病，损害人体的各系统，以牙齿和骨骼系统尤为明显。患者主诉腰腿疼痛、肌肉痉挛、乏力、麻木、头昏、耳鸣等，劳动能力降低；重者生活无法自理。预防的主要措施是改用低氟水源。

地方性氟中毒 即“地方性氟病”。

地方性克汀病 又称“地方性呆小病”。在地方性甲状腺肿流行区出现的一种先天性地方病。胎儿和婴幼儿在发育期缺碘，导致甲状腺素缺乏，引起大脑、神经、骨骼和肌肉等发育迟缓或停滞。主要病症是呆小、聋哑、瘫痪。可用甲状腺素治疗。预防主要是防治地方性甲状腺肿。

地方性呆小病 即“地方性克汀病”。

地球化学性疾病 自然或人为的原因致地壳表面局部地区某些化学元素分布不均，导致水、土、食物以及生物体中元素过多或不足，超出人类与其他生物的适应范围，出现某些特异性的地方病。如地方性甲状腺肿和地方性氟病等。

世界八大公害事件 见“环境科学”中的“世界八大公害事件”。

劳动卫生与职业病学

劳动卫生学 卫生学的一门分科。研究有关生产过程、劳动组织和外界环境因素等劳动条件对劳动者健康影响的规律，以及改善劳动条件、预防职业病、降低病伤缺勤率的卫生要求和措施，以达保护和增进劳动者健康和提高劳动能力的目的。

劳动生理学 劳动卫生学和生理学的一门交叉学科。研究人体在劳动过程中的生理变化规律。为合理组织劳动，改革生产技术、方法和改善生产环境卫生条件提供科学依据，以保护和增进劳动者健康 、减少疲劳、提高工作能力。

职业病学 临床医学的一个独立学科。研究职业病发生原因和条件、发生的机理、诊断、治疗、预防、劳动能力鉴定

及职业禁忌症等，以达防治职业病、保护劳动者健康的目的。

疲劳 在劳动过程中人体各系统、器官或全身生理功能和作业能力出现明显下降的状态，是人体正常的生理反应。可因劳动组织和制度不合理，生产设备和工具缺陷、生产环境卫生条件较差及劳动者本身素质不佳等引起。过度疲劳会发展为病理状态。

潜汗 机体深部组织或体液中的水分、通过皮肤扩散或肺泡表面而蒸发的一种生理现象。与汗腺活动无关。成人每日由潜汗损失的水分约400—600毫升。高温作业时潜汗增加不明显。

实感温度 又称“有效温度”(ET)、“等感温度”。机体在气温、气湿、气流三者作用下所产生热感觉的综合指标。以风速为0米/秒，相对湿度为100%时，气温的摄氏度数表示。例如气温11．7℃，气湿100%，气流为0米/秒时，ET为11．7°，若此时温热感觉与气温22．4℃、气湿70%、气流0．5米/秒时相同，则后者实感温度亦为11．7°，以此类推，凡与气温11．7°、温度100%、气流为0米/秒有相同温热感的各种气温、气湿、气流的不同综合，都是11．7°ET，ET缺点是没有考虑热辐射，缺乏客观的生理反应指标，作为标准的气流为0米/秒及气湿100%实际上是极少见的。但其使用方便，在一定程度上能反映外界微小气候因素对人体的综合作用。

有效温度 即“实感温度”。

等感温度 即“实感温度”。

至适温度 在生产环境各种作业条件下，对劳动者无任何

过度刺激，无损于工作能力和身心健康，并感到最舒适的温度。

劳动负荷量 人在进行生产劳动时所能负担的工作量。视年龄、性别、健康状况和劳动锻炼程度而异。常用生理指标来衡量，如测定劳动者劳动前后的脉搏、血压、耗氧量等变化，并加以比较以判定劳动负荷量是否合适。

劳动强度 人们劳动时所消耗能量的程度。人类劳动通常是脑力劳动与体力劳动的结合。劳动时，全身各系统器官的积极活动所消耗的能量，随劳动性质、时间而不同。体力劳动强度常根据单位时间内能量与氧气消耗分轻、中、重三级（见下表）。

劳动强度等级	24小时总耗能量（千卡）	
	成年男子（体重65公斤）	成年女子（体重55公斤）
极轻体力劳动	2400	2200
轻体力劳动	2600	2400
中等体力劳动	3000	2800
重体力劳动	3600	3400
极重体力劳动	4200	

劳动能力鉴定 主要对因病、伤、残废而损害劳动能力的人，进行全面的医学检查，判定其劳动能力，供重新安排工作时参考。

静态作业 又称“静力作业”。没有空间移动，不做机械功的肌肉活动。如支撑重物、紧握工具等。这种肌肉活动是通过持续性收缩维持一定的作业姿势或体位。特点是耗能低、需氧少、但易疲劳。

静力作业 即“静态作业”。

劳动卫生 又称“生产卫生”。在工农业生产和其他职业活动中为保护劳动者的健康和预防职业病所采取的各种卫生措施。如在生产场所安装通风、取暖、降温、除尘、排毒设备，供给个人防护用品，进行定期的健康检查和职业病防治观察等。

生产卫生 即“劳动卫生”。

工业卫生 泛指工矿企业范围内进行的卫生保健工作。如预防职业病及对职工和家属所进行的卫生防疫、医疗与妇幼保健等。

农业劳动卫生 农业生产中的劳动卫生。根据农业生产特点，保护劳动者健康及预防和消除职业危害因素的各种卫生措施。包括防暑降温、防寒、防冻、防伤、预防农药中毒等。

激光卫生 使用激光器时对人体影响的卫生问题。激光对人体的影响除与激光器类型和输出能量有关外，主要取决于发射波长和人们的接触方式（直射、反射和漫射）。对眼睛、皮肤、神经系统及其他内脏器官均能产生一定损害，主要是热效应。眼睛，尤其是视网膜对激光的作用最敏感。大功率可致视网膜烧伤、气化甚至穿孔。预防措施：屏蔽激光束、避免眼睛直视、遮蔽室内可能的反射面、选用适宜的防护镜、定期对工作人员进行眼科检查等。

生产性外伤 生产劳动中所发生的创伤。按劳动种类可分为工业外伤、农业外伤。遵守操作规程、完善防护设备、熟练技术操作、改善劳动条件等，可减少或避免此种外伤。

生产性毒物 生产过程中形成或应用的各种对人体有害的物质。可以原料、辅助材料、夹杂物、半成品、成品、副产品、“三废”等形式存在。常以烟雾、粉尘、气体、液体、固体等形态存在生产环境中与人体接触，或成为环境污染源。

生产性粉尘 生产过程中产生的能较长时间悬浮于空气中的固体微粒。是污染环境、影响劳动者健康的重要有害因素之一。按性质分 1. 无机粉尘：矿物性如石英、石棉、滑石等；金属性如铁、锰、铍等；人工无机粉尘如水泥、玻璃纤维、金刚砂等。2. 有机粉尘：植物性如棉、麻、木等；动物性如榨蚕丝、兽毛、骨质等；人工合成如聚氯乙稀、聚乙烯、聚丙稀、合成纤维、炸药等。3. 混合粉尘：上述二种以上物质同时存在，此类最多见。

硫酸烟雾 硫酸在常温下不挥发，当加热至 50℃ 以上时，可释放出三氧化硫，能在空气中与水蒸气结合成硫酸雾滴，形成白色的烟雾。对呼吸道刺激较二氧化硫强，短时吸入高浓度引起喉头水肿、支气管炎、甚至肺水肿；长期接触低浓度，可致鼻粘膜萎缩、慢性支气管炎及牙齿酸蚀症等。

刺激性气体 对眼和呼吸道粘膜具有刺激作用的气体。种类繁多，常见有氯、氨、氮 氧化物、光气、氟化氢、二氧化硫及三氧化硫等。其共性是对眼和呼吸道粘膜有刺激作用，常以局部作用为主，过强能引起全身反应。

窒息性气体 妨碍体内氧的输送和利用，能致组织缺氧的

气体。在生产条件下常见的有一氧化碳、硫化氢、氰化物等。

氰化物 是一种常见的毒物，种类很多，以氰化氢的毒性最大。口服 50—100 毫克氰化物，或短时间内吸入高浓度的氰化氢气体，1—6 秒钟内 即可无任何先兆地突然昏倒。2—3 分钟内呼吸心跳停止而死亡。抢救必须争分夺秒，就地抢救，心肺复苏，尽快给解毒剂 (亚硝酸异戊酯、依地酸二钴)，吸氧或高压给氧等对症治疗。

职业病 劳动者在生产劳动及其他职业活动中，接触职业性有害因素引起的疾病。它不仅是一个医学概念，而且有法律意义。各国或同一国家的不同时期可因其经济、技术发展水平不同，对职业病有不同的规定。中国 1957 年由卫生部公布了《关于试行“职业病范围和职业病患者处理办法的规定”的通知》规定为 14 种。1963 年、1964 年和 1974 年每年分别各增补 1 种。1987 年由卫生部、劳动人事部、财政部、中华全国总工会共同颁发《职业病范围和职业病患者处理办法的规定》，共分 9 类 99 种：1．职业中毒 (51 种)；2．尘肺 (12 种)；3．物理因素职业病 (6 种)；4．职业性传染病 (3 种)；5．职业性皮炎 (7 种)；6．职业性眼病 (3 种)；7．职业性耳鼻喉疾病 (2 种)；8．职业性肿瘤 (8 种)；9．其他职业病 (7 种)。

职业中毒 在生产劳动过程中因接触生产性毒物引起的疾病。主要表现类型：短期内或一次接触大量毒物 (氰化氢、砷化氢等) 引起急性中毒；小量毒物 (铅、锰等) 长期反复进入人体引起慢性中毒；介于两者之间为亚急性中毒。多数毒物因接触条件不同，可引起急、慢性中毒，如有机溶媒、苯

的氨基和硝基化合物。

职业性肿瘤 在生产劳动过程中，由于接触生产性有害因素而引发的明显超过不接触人群的特定肿瘤。与非职业性肿瘤在临床表现和治疗方面无明显不同。其特点为患者具有明确的接触致癌因素的职业史，一般发病年龄较轻和恶性程度较显著。确定职业性肿瘤应经国家有关部门认可。

职业禁忌症 因接触职业有害因素可使病情加重，或易于诱发职业病的疾病。如肺结核为矽尘作业的职业禁忌症，明显的肝、肾患者是汞作业的职业禁忌症。各种职业禁忌症随作业特点而定。

职业性危害因素 又称“生产性危害因素”。在生产环境和劳动过程中存在的可能危害劳动者健康的各种因素的统称。可分三类：1．生产过程中的有害因素：(1) 物理因素：异常气象条件（高温、高湿、低温等），异常气压（高气压、低气压），辐射（高频电磁场 、微波、紫外线、红外线、放射线），噪声，振动等。(2) 化学因素：生产性毒物、粉尘等。(3) 生物因素：寄生虫、微生物等；2．劳动过程中的有害因素：劳动者的生理状态、劳动强度、时间、体位等；3．生产场所一般卫生条件所致的有害因素：一般卫生条件、厂房面积、气积、通风、照明、采暖及防护设备等。

生产性危害因素 即“职业性危害因素”。

高温作业 在高温或伴高温、强烈的热辐射等异常气象条件下从事的工作。有两种类型；1．干热型（高温、强热辐射），如炼钢、轧钢、铸造、热处理、火力发电、夏季露天作业及行军等；2．湿热型（高温、高湿），如印染、缫丝、造

纸、酸洗、电镀、屠宰、潮湿的深矿井等。

中暑 机体在异常气象条件（高温、强热辐射，或高温、高湿等）下，发生以体温调节障碍为主的急性疾病。按发病机理分四型：1．热射 病；2．热痉挛；3．热衰竭；4．日射病。按临床表现分三型：1．先兆；2．轻症；3．重症。国外按热对人体的效应分八类：热水肿、热晕厥、热痉挛、汗腺不分泌、普莱克利热（Prickly heat）、无汗症、过热和热射病。参见“农业”中的“中暑”。

日射病 太阳辐射或强烈热辐射直接作用于头部，使颅内组织温度升高（可达 40℃ 以上），脑膜及脑组织充血和水肿的现象。临床特点为剧烈头痛，脑膜温度升高，体温正常或稍高，颜面潮红，头晕眼花，耳鸣呕吐，烦躁不安。严重时，有惊厥、昏迷等。

热射病 机体在高温、强辐射、高湿等不良气象条件下散热困难，体温中枢调节机能衰竭等导致的过热现象。临床特点为体温显著升高（40—41℃ 以上），无汗，皮肤灼热，昏迷或嗜睡，瞳孔缩小，脉搏快而无力，呼吸快而浅表。

热痉挛 机体因过热大量出汗，致水盐平衡失调，电解质紊乱所引起的病症。临床特点为四肢肌群、膈肌和腹肌等发生对称性、强直性痉挛。发病前大量出汗、口渴、尿少、肌肉酸痛、四肢无力，以后出现肌肉痉挛。体温正常，神志清楚。

热衰竭 又称“热虚脱”、“热晕厥”。多发生在高温、强热辐射的生产环境中劳动时。发病机理尚不十分清楚，一般认为由于热引起外周血管床扩张和失水引起循环血量减少，致

脑部供血出现暂时性减少的结果。症状为头痛、头晕、恶心、呕吐、心悸、面色苍白、脉搏微弱、血压短暂下降、晕厥和虚脱、出冷汗、瞳孔散大、意识模糊等。

热虚脱 即“热衰竭”。

热晕厥 即“热衰竭”。

铸造热 机体吸入在金属冶炼过程中形成的某些金属氧化物烟尘，引起的一种急性发热反应。如吸入锌、铜、钴、锑、镁等的氧化物后，工人常在下班或休息时发病；首先口有金属甜味、咽干、口渴，继而胸闷、气促、咳嗽、无力，随即寒战、发热，体温可达 38—39℃或更高。可伴头痛、关节酸痛、恶心、呕吐等症状。白细胞可增高至 10000 以上。高热能持续 6—7 小时，通常在 24 小时左右恢复，否则可能有并发症。再次接触，可再次发生，反复发作。一般不需特殊治疗。采用吸尘回收装置和加强个人防护可以防止发生。

射频危害 波长从 3000 米（频率 10^5 赫）到 1 毫米（频率 3×10^{11} 赫）的射频波（即无线电波）对人体的影响，主要是热作用所致。高频电磁场只产生功能性影响，如神经衰弱症候群、植物神经系统不稳定等。微波（主要是厘米波）还可产生眼晶状体的点状和部分混浊。

噪声 见“物理”中的“噪声”。

矽尘 又称“硅尘”。一般指含游离二氧化硅（SiO_2）的矿物性粉尘。主要接触作业有矿山采掘、石粉厂、玻璃厂、耐火材料厂等生产中的破碎、碾磨、配料，以及翻砂作业等。长期吸入大量矽尘可发生矽肺。

硅尘 即“矽尘”。

尘肺 各国定义不一。一般认为：长期吸入粉尘引起以肺部进行性、弥漫性纤维组织增生为主的全身性疾病。按病因可分：矽肺，矽酸盐肺，煤和炭素类尘肺，混合性尘肺和其他尘肺。

矽肺 又称“硅肺”。尘肺的一种。长期吸入大量游离二氧化硅粉尘引起的职业病。发生与生产环境中粉尘浓度、游离二氧化硅含量、接触矽尘的工龄及机体健康状态等因素有关。一般接触数年至十数年发病。患者早期无明显自觉症状，随病程发展可出现气短、咳嗽、胸痛等症状。体力劳动时加重。体检多无异常。晚期呼吸功能减退，劳动能力丧失。病理变化为肺组织进行性结节性纤维化。X 线胸片上呈结节阴影，对诊断有肯定意义。易合并肺结核。主要预防措施是降低作业环境粉尘浓度。

硅肺 即“矽肺”。

石棉肺 长期吸入石棉粉尘而引起的一种尘肺。主要表现为慢性支气管炎、肺气肿及肺硬化综合症候群。病理变化为肺组织弥漫性间质性纤维增生。可并发肺癌、胸膜和腹膜间皮瘤，并发结核者少。痰中可检出石棉小体，可供诊断时参考。

煤矽肺 煤矿工人长期吸入游离二氧化硅和煤的混合性粉尘所致的尘肺。发病工龄较长，病程进展缓慢。肺部病理变化兼有间质性和结节性纤维化。临床上合并慢性支气管炎者较多见。

电光性眼炎 紫外线过量照射引起的急性眼角膜结膜炎。多见于电焊、气焊和有高压电火花发生的作业。一般照射后

6—8小时发病，有异物感、畏光、流泪、双目剧烈刺痛或灼痛、结膜充血水肿。重者有虹膜刺激症状，瞳孔缩小，房水内有少量点状渗出物等。治疗以止痛为主，2—3日可恢复，无后遗症。戴防紫外线眼镜预防。

振动病 又称“职业性雷诺现象”（Raynaud's Phenomenon）。长期接触强烈振动而引起以手部血管痉挛、骨关节改变和神经末稍感觉障碍为特征的疾病。主要表现：1.手痛，夜间安静时加剧；2.振动感觉和痛觉发生障碍，亦可损及温热感觉；3.手指发白，冷水试验阳性。尚无特效疗法，以预防为主。

职业性雷诺现象 即“振动病”。

运动病 晕车、晕船、晕机病的统称。发生于人体在车、船、飞机速度变化和多方向加速度同时反复作用于运动过程之中。症状因人而异。常见有头胀、头痛、头昏、眩晕、恶心、呕吐、面色苍白、出汗等。严重者可出现意识模糊、复视、喘息等。

潜水病 又称“减压病”。高气压作业后不适当的减压所引起的一种职业病。多见于潜涵工和潜水员。人在高气压环境中血液及组织内溶解了大量的氮和氧。如减压过快，易气化形成气泡，可压迫组织和神经，出现疼痛瘙痒及皮下气肿等症状。一旦阻塞血管形成气栓，可出现相应部位的症状。如瘫痪、麻木等。主要预防措施是严格执行潜水作业的安全操作规程。

减压病 即“潜水病”。

高山病 人对低气压环境缺氧不适应所发生的疾病。登高

（如超过 3500 米以上）可因气压下降、空气稀薄发生一系列反应：头晕、头痛、耳鸣、恶心、脉搏和呼吸加快、四肢麻木、劳动能力降低等，严重者可发生昏迷直至死亡。按临床过程本病分急性和慢性两种。

航空病 又称“晕机病”、“高空病”。飞行人员因低气压、缺氧而引起的一种职业性疾病。飞机向高空上升过速，气压急剧下降，出现恶心、呕吐、颜面苍白、出汗、眩晕等症状。及时吸氧或降低飞行高度，上述症状即可消失。

晕机病 即“航空病”。

高空病 即“航空病”。

宇宙病 宇航员在失重状态下所患的晕船症。表现为呕吐、头晕、不思饮食、失眠、情绪不好等症状，由于在发射时接受急剧变化的加速度、减速度、轨道飞行中的失重状态、宇宙空间中的高温、低温、真空、宇宙线、紫外线等的影响结果。

噪声污染 见“环境”中的“噪声污染”。

暂时性听力移位 又称“听力疲劳”。人们在强噪声环境中暴露一定时间后，听力会下降，离开噪声环境到安静的场所休息一段时间听觉又会恢复。是一种病理前状态，初期尚可恢复正常，属生理范畴的改变；若强烈噪声持续作用，可进一步发展为器质性病理变化，出现永久性听力损害。

听力疲劳 即“暂时性听力移位”。

永久性听力移位 又称“噪声性耳聋”。人们长期在强噪声环境中工作，听觉疲劳不能恢复，而且内耳感觉器官发生器质性病变的现象。

噪声性耳聋 即“永久性听力移位”。

爆震性聋 又称“噪声性耳外伤”。突然一次强烈噪声所致听觉器官的急性损伤。常见于爆破、放炮、爆炸试验等工种。可因冲击波气浪造成严重急性外伤。患者当即双耳失听、剧烈耳鸣、耳痛，可伴发眩晕、呕吐和脑振荡。轻者听力可部分恢复，重者致永久性聋。

噪声性耳外伤 即“爆震性聋”。

农药残留 农药使用后在农作物、土壤、水分、食品中残存的农药母体、衍生物、代谢物、降解物等的统称。其种类与数量和农药的化学性质有关。农药残留性愈大，对人的危害也愈大。

理想农药 高效、低毒、低残留的农药。农药用以防治农作物的病虫害，促进农业生产，造福人类。但因多数农药在生产及使用过程中，可造成空气、水、土壤及农产品的残留污染，危害人类健康。理想农药意在克服上述危害。

有机磷农药中毒 有机磷农药在生产、管理和使用过程中，未能严格执行安全操作规程而发生的人、畜中毒。有机磷农药按毒性分有高毒类（对硫磷、甲拌磷等），中毒类（敌敌畏、甲基内吸磷等），低毒类（敌百虫、乐果等）。急性中毒，呈现典型的毒蕈碱样作用症状和中枢神经症状，亚急性或慢性中毒时，主要表现为神经系统功能紊乱，全血胆碱酯酶活性明显持久下降。

有机氯农药中毒 有机氯农药在生产、管理和使用过程中发生的人、畜中毒。此农药是一类含氯的碳氢（氯烃类）化合物，品种较多，可分两大类：1．氯化苯类：如滴滴涕、六

六六、林丹等。2．氯化甲撑茚制剂：如毒杀芬、氯丹、艾氏剂、异狄氏剂、硫丹等。它们中毒表现基本相似，氯化苯类制剂的毒性一般较氯化甲撑茚类为轻。急性中毒多由误服引起，主要表现为中枢神经兴奋症状，如精神不安、平衡障碍、震颤、痉挛等；慢性中毒为神经衰弱及肝、肾功能异常，有时可有周围神经系统症状等。尚无特效解毒剂，应以预防为主。

劳动保护 保护劳动者在生产中的安全和健康的各项措施总称。包括改善劳动条件、防止伤亡事故和预防职业病等。规定劳动和休息时间，及保护妇女和青少年的措施等。参见“法学”中的“劳动保护”。

个人防护 为保护个体免受环境中有害因素（有害气体、粉尘、辐射线、噪声、病原微生物等）危害的各种措施。其主要用品：口罩、防毒面具、防护眼镜、手套、工作服、工作鞋、皮肤防护油膏等。

防暑降温 以改善工作场所气象条件为主的综合性防止中暑措施。方法：隔绝热源、加强车间通风、安排工间休息和足够的睡眠、供给含盐清凉饮料、合理调配劳动力和劳动时间、搞好膳食供应和个人防护等。

工厂安全卫生规程 卫生法规之一。中华人民共和国国务院于 1956 年 5 月发布实施。主要包括关于厂院、工作场所、机械和电器设备、锅炉和气瓶、气体、粉尘和危险物品、供水、生产辅助设施、个人防护用品等安全卫生管理要求。其适用范围为具有机械动力，工人、职员总数 16 人以上的工厂；或者没有机械动力，工人、职员总数在 31 人以上的工厂。

隔热装置 将发热体产生的热限制在产热的局部，并与操作地点隔挡起来的装置。隔热后要求物体外表面温度不超过60℃，以40℃为宜。常用设备有：1．水隔热：有水箱、循环水炉门、各种水幕等；2．绝热材料隔热：如石棉、炉渣、草灰、泡沫砖、耐火泥等；3．搭凉棚、屋顶喷水等。

空气淋浴 又称“局部送风”。在高温或生产性有害物质的车间内，将冷却和新鲜的空气，送到工作地点，吹向操作者的身体，风速控制在2米/秒左右，造成一个对人体较为良好的局部环境。

局部送风 即“空气淋浴”。

矿山瓦斯 矿井中有害气体（CO、CO_2、CH_4、SO_2、H_2S等）的总称。主要是沼气（CH_4），它的存在使空气中含氧量减少而引起缺氧。更严重的危害是瓦斯爆炸。当空气中含5—16%时，能与空气中氧混合而形成一种爆炸性气体，遇明火即能爆炸，可导致人员伤亡，设备和建筑物损毁、生产中断。

噪声病 噪声对全身的非特异性危害的统称。可引起外周血管收缩，心率改变，血压波动，内分泌障碍等非特异性反应，长期刺激可在生理改变基础上发展为形态学上的改变，危害健康。

热辐射 见“物理”中的“热辐射”。

辐射热 通过辐射方法传递的热量。热量以辐射波的形式由高温物体向低温物体传播，可为人体表和较深层的组织吸收，使受照射的部位温度升高。

营养与食品卫生学

食品卫生学 研究食品卫生质量，防止在食品中出现威胁人体健康的有害因素，保护人类健康的学科。主要任务：1.阐明食品污染物质对人体作用的机理与规律；2.为制定食品卫生标准和法规提供科学依据；3.对食源性疾病提出有效的预防措施；4.制定保证食品卫生质量的各项措施和要求。

营养卫生学 研究人体对热能和各种营养素的正常需要，各类食品的营养价值，合理膳食的卫生要求，营养与疾病防治，特殊生理及劳动条件的营养与膳食问题及提高人民营养水平，营养调查等的具体措施与方法，以达到人体健康，延年益寿等目的。

营养化学 生物化学中的一门分科。用化学方法研究食物中营养素的质和量,以及被机体摄取后在体内的代谢等过程。

营养 机体摄取、消化、吸收和利用食物或养料的全过程的统称。亦用以表示食物中营养素的含量与优劣。

营养素 维持生命，保护机体健康，保证生长发育和劳动所需的来自食物中摄入的各种养料（即营养成份）。包括蛋白质、脂肪、碳水化合物、无机盐（矿物质及微量无素）、维生素、粗纤维和水等七类。

营养素平衡 摄入各种营养素之间的平衡。某种营养素过多或过少可影响其他营养素的吸收和利用。如蛋白脂、脂肪、碳水化合物三大营养素所供热量要有适宜的配比以满足热量与氮平衡。核黄素、硫胺素、尼克酸等供给不足时可影响三大营养素的代谢。三大营养素的摄入量也影响上述维生素的

需要量。

营养素生理需要量 维持身体正常生理功能所需要的营养素量。低于此量将影响正常生理功能。

营养最低需要量 维持机体不发生营养缺乏病的营养素量。

营养素供给量 保证人体健康而提出的膳食质量指标。在测得的营养素生理需要量基础上，加上一定安全值所得的适宜数量。此量可参照人们饮食习惯，随食品生产供给，人民体质和劳动条件的改善，以及营养科学的发展不断修订。

营养不良 营养素缺乏的综合表现。主要是蛋白质、热能不足，亦可因营养素供给或摄入不足、消化吸收不良、消耗增多或有生理、病理变化使需要量增加而未能得到及时补充所致。早期症状不明显，较重者有消瘦、乏力、易感染、肌肉萎缩等症状。亦可出现贫血、水肿和发育障碍。

食品 具一定营养价值且无毒性的食物原料。分三类：1．动物性：如鱼、肉、蛋、奶等；2．植物性：如谷物、蔬菜、干果等；3．其他：如食用油脂、调味品、饮料等。

食物 经配制、烹调等加工后的食品。人体通过摄取食物而获得营养。中国“食品”与“食物”两词无严格区分，常互相通用。

膳食纤维 植物性食物中不能被人胃肠道所消化的部分。包括纤维素、半纤维素和木质素及果胶等。当大量摄入时，可使脂肪和氮的排泄量增加，使排便、排气增多。促进肠道中胆盐的排出而降低血脂。静脉曲张、痔疮、便秘、结肠癌、动脉粥样硬化等与膳食纤维素缺乏有关。

蛋白质消化率 食物中蛋白质可被消化酶分解的程度。其值越高，被机体吸收利用的可能性越大，营养价值也越高。通常动物性食物较植物性的高。

$$蛋白质消化率=\frac{食物中被消化吸收的氮量}{食物中含氮总量}\times 100\%$$

蛋白质互补作用 几种食物同时或数小时之内混食后，使食物蛋白质中的氨基酸互相补充，以接近人体必需氨基酸的比值，从而提高蛋白质的生物学价值的现象。如一般豆类蛋白质缺少含 硫氨基酸，但富含赖氨酸，大多数谷类则与此相反，若两者混食，其蛋白质的生物学价值优于分别食用。

蛋白质生物学价值 又称“蛋白质生理价值”。表示食物蛋白质被吸收后在体内利用的程度。是评价蛋白质营养价值的一种指标。它受多种因素影响。主要取决于蛋白质中必需氨基酸的含量与组成。食物与人体的蛋白质氨基酸组成越接近，其值越高。

$$蛋白质生物学价值=\frac{体内储留氮量}{体内吸收氮量}\times 100\%$$

蛋白质生理价值 即“蛋白质生物学价值”。

蛋白质功效比值（PER） 评价蛋白质营养价值的一种生物学指标。以受试蛋白质喂养婴儿或幼小动物，7—10 天后，计算每克食物蛋白质所增加体重的克数，即为 PER。全蛋蛋白质的 PER 最大，为 4．4；牛心为 3．1；牛脑为 2．97。

蛋白质净利用率（NPU） 评价蛋白质营养价值的指标之一。

$$NPU = 蛋白质生理价值\times 真消化率$$

$$= \frac{\text{储存氮}}{\text{摄入氮}} \times 100\%$$

储存氮= 摄入氮— （粪氮— 粪代谢氮）— （尿氮— 尿代谢氮）

食物特殊动力作用 因摄取食物而引起的机体能量代谢的额外增加。以摄入的能量计算，蛋白质最多，约为其本身产生热能的 30%，碳水化合物为 5—6%，脂肪为 4—5%。一般混合膳食此作用额外消耗的能量约为 150—200 千卡，相当于基础代谢的 10%。

必需氨基酸 人体内不能合成，或合成数量不足，或合成速度赶不上需要，必须由膳食供给才能满足生理需要的氨基酸。成人有 8 种，即色氨酸 、苯丙氨酸、赖氨酸、苏氨酸、蛋氨酸、亮氨酸、异亮氨酸及缬氨酸；婴幼儿除以上 8 种外，还有组氨酸。参见“生物”中的“必需氨基酸”。

必需脂肪酸 维持机体健康及正常生理功能不可缺少，但不能自身合成，必须从食物中摄取的多种不饱和脂肪酸。一般为亚油酸 （C18：2）、α— 亚麻油酸 （c18：3）及花生四烯酸 （C20：4）或由亚油酸转化而成。可促进婴幼儿生长、母乳分泌，是合成前列 腺素所必需的前体，并有降低血清胆固醇等作用。参见“生物”中的“必需脂肪酸”。

氮平衡 衡量机体蛋白质代谢状况的一种方法。机体由粪尿中排出的总氮 量同摄入的氮量相等时的状态。食物中蛋白质含 氮 量约为 16%，可用食物含氮量估计其蛋白质含量。健康成人每日摄入氮主要用于组织更新。若摄入氮与排出氮相等，则呈氮 平衡状态。摄入的氮多于排出的氮为正氮平衡。如

婴幼儿、儿童、青少年、孕妇、乳母以及某些疾病患者需要生长新组织或修复创伤等均出现此平衡。长期摄入低蛋白质膳食或大量组织细胞破坏分解者，其摄入氮少于排出氮，呈负氮平衡。参见“生物”中的“氮平衡”。

负氮平衡 见“氮平衡”。

正氮平衡 见“氮平衡”。

维生素原 在体内经一定转化后，能生成维生素的物质。如β胡罗卜素为维生素A原，7-脱氢胆固醇是维生素D_3原等。

维生素 维持机体健康所必需的一类低分子化合物。多数是机体酶系统中辅酶的组成部分。除少数可在体内合成外，大多需从食物中获得。据其溶解性质，可分两大类：1．脂溶性维生素：溶于脂肪及脂溶剂中（苯、乙醚、氯仿等），如维生素A、D、E和K；2．水溶性维生素：溶于水，如B族维生素（B_1、B_2、PP、B_6、B_{12}、叶酸等多种）及维生素C。通常注意调配的普通膳食即能满足需要。若长期不足时，会引起不足症，甚至可致缺乏病。

水溶性维生素 见“维生素”。

脂溶性维生素 见“维生素”。

叶酸 B族维生素之一。喋呤的衍生物。黄色结晶，微溶于水，易溶于乙醇，在酸性溶液中易破坏。广泛存在于绿叶中，肝、肾、酵母中含量亦多。同氨基酸和核酸的代谢有关。缺乏时可出现巨红细胞性贫血。人类肠道细菌能合成，一般不易缺乏。当吸收不良，代谢失常或长期使用肠抑菌药物时，可致缺乏。

维生素B_{12} 又称“钴胺素”。旧称“氰钴氨”。B族维生素

之一。一类含钴的复杂有机化合物。水溶液在弱酸下相当稳定，但对日光敏感。发酵食品中含量很高，肝、肾组织中亦较高、蛋、奶和谷物中含量较低。缺乏时会影响核酸、蛋白质等的中间代谢，导致巨红细胞性贫血（恶性贫血）。

维生素 E 又称“生育酚”。一种脂溶性维生素。是有效的抗氧化剂。可保护红细胞的不饱和脂肪酸免于氧化破坏而造成溶血。它与动物生育功能有关，缺乏时生殖器官受损而不育。临床上常用以治疗习惯性流产及婴儿型营养性 巨红细胞性贫血。植物组织中、胚芽中含量最多，豆类及蔬菜中含量亦较丰富。参见“生物”中的“维生素 E”。

维生素负荷试验 判断机体水溶性维生素营养状况的试验方法。受试者口服一定量的维生素，于一定时间（4、6 或 24 小时）内，测定尿中排出该维生素的量。营养状况良好者，体内该种维生素含量高，故自尿中排出量也高，反之则低。

维 生素耐量试验 判断机体维生素营养状况的一种试验方法。如维生素 A 耐量试验，按每公斤体重 5000—10000 国际单位维生素 A 口服后，于 4、6、8、及 24 小时各采血一次，测定血清中维生素 A 的含量。体内储存丰富时，则血清中明显增高，而且高峰出现早。

异食癖 食欲反常现象。由于新陈代谢紊乱，特别是营养缺乏症所引起的一种临床综合症。常发生于婴幼儿和精神错乱者。表现为食欲反常，喜食异物，逐渐消瘦和发育不良，伴佝偻病、消化障碍等。

营养缺乏病 一种或数种营养素长期不能满足机体需要而引起的疾病。通常由于对食物选择处理不当、偏食、忌食等

不良饮食习惯和机体消化吸收利用不佳所致。临床表现随营养素缺乏类别而异。如缺乏蛋白质引起营养性水肿，缺乏维生素 D 和钙、磷引起佝偻病和骨骼畸形等。当营养缺乏程度未达到出现临床症状而需用实验室方法来诊断时，称“营养不足症”或“亚临床营养缺乏病”。

营养不足症 见“营养缺乏病”。

亚临床营养缺乏病 见“营养缺乏病”。

夜盲症 机体因维生素 A 缺乏出现光感迟钝现象。此时视网膜感光性神经末梢杆状细胞合成视紫红质减少，以致患者失去正常暗适应能力，在弱光下看不清物体。轻者可用暗适应仪测知。

维生素 A 过多症 机体长期摄入过量维生素 A 而引起的中毒症。多因摄入纯维生素 A 制剂所致，一般由膳食不致引起。主要症状为厌食、易激动、长骨末端外周部分疼痛，肢端动作受限，长骨皮层增厚、头发稀疏、有搔痒症及肝肿大。可抑制儿童骨骼生长，引起骨 骺过早闭合。每人每天摄入维生素 A 75000—500000 国际单位，3—6 月后即可出现此症。

硫胺素缺乏病 又称“脚气病”。由于硫胺素（维生素 B_1）缺乏所致。患者初期出现健忘、不安、易怒等，继则发生多发性周围神经炎，称“干性脚气病”；亦可出现心悸、呼吸困难，心脏扩大和水肿、严重者可有心包、胸及腹腔积液，称“湿性脚气病”。除依据 临床表现外，可测定红细胞中转酮醇酶活性，B_1 缺乏时该酶活性降低，或作尿中硫胺素负荷试验来协助诊断。

湿性脚气病 见“硫胺素缺乏病”。

干性脚气病 见“硫胺素缺乏病”。

核黄素缺乏病 膳食中核黄素（维生素 B_2）长期供给不足或缺乏而发生的疾病。早期症状为舌炎、唇炎、口角炎、眼睑炎、鼻唇沟脂溢性皮炎，严重时可致角膜炎、阴囊炎等。可用红细胞中谷胱甘肽还原酶的活 性测定，或做核黄素负荷试验来协助诊断。

抗坏血酸缺乏症 又称“坏血病”。长期缺乏维生素 C 所致的疾病。主要表现为皮肤、皮下组织、肌肉、关节、腱鞘等处出血。内脏粘膜亦可出血而引起鼻衄、血尿、便血及月经过多、牙龈出血，浮肿并有溃疡及继发感染。严重者可造成牙龈及齿槽的坏死和脱落。婴幼儿可有骨骼变化。患者还表现营养不良、贫血、浮肿、易感染、伤口愈合缓慢等。可做细胞或血浆中抗坏血酸测定，或作尿中抗坏血酸负荷试验来判断。

坏血病 即“抗坏血酸缺乏症”。

维生素 D 缺乏病 维生素 D 缺乏导致婴幼儿佝偻病和成人骨质软化症（或称骨质疏松症）。后者多见于孕妇和乳母。因骨质脱钙软化，骨盆和下肢易变形，以后可波及脊柱、胸骨和其他部位。由于血钙降低可出现抽搐症状。

维生素 D 过多症 因长期摄入过量维生素 D 而引起的中毒症。症状似甲状旁腺机能亢进。表现为食欲下降、恶心、呕吐、腹泻、头痛、多尿和烦渴。慢性病例有体重减轻、皮肤苍白、便秘或腹泻、骨化过度。钙大量存积于软组织内，并可出现肾功能减退、高血压等。成年每人每日摄入 100000，儿童 40000 国际单位时可发生过多症，一般膳食不致引起。

维生素K缺乏病 维生素K是一种脂溶性维生素，它是合成凝血因子不可缺少的物质。缺乏时，凝血受到抑制，凝血时间延长。新生儿血中凝血酶原含量很低，易发生出血现象。维生素K来源于绿叶蔬菜、蕃茄、蛋黄、动物肝脏等。

尼克酸缺乏病 又称“癞皮病”。膳食中尼克酸长期供给不足，或伴有色氨酸含量低时，易患本病。典型症状为对称性皮炎、腹泻和神经症状，亦有精神失常者。食物中尼克酸有游离型与结合型两种，后者不易吸收。玉米中色氨酸及游离型尼克酸含量低，故以玉米为主食地区应多注意尼克酸的供给。

癞皮病 即“尼克酸缺乏病”。

食物中毒 摄取有毒食品所引起的急性中毒。原因：食物本身含毒，在贮存、加工及运输等过程中受到污染，误食有毒物质等。按病原学可分细菌性、有毒动植物组织、化学性和真菌中毒四类。其流行特点：突然发生，潜伏期短，临床表现相似，多见胃肠道症状。易集体发病，一般无直接传染性。病者常与某种食物有明确的关系，停食某种食物后，发病迅速终止。

黄曲霉毒素 是黄曲霉菌及寄生曲霉菌中产毒菌株的代谢产物。是毒性最大的毒物之一。根据大量动物实验及人类癌症流行病学调查资料，黄曲霉素对人和动物均有致癌作用。

3，4-苯并芘 是一种由五个苯环构成的多环芳烃。根据动物实验与流行病学调查，其对人类有致癌作用。改进烟熏食品的加工方法，适于吸附法处理油类，可以降低其在食品中含量与污染。

细菌性食物中毒 随食物摄入大量活 菌或细菌外毒素而引起的急性中毒。为最常见的食物中毒，约占 70—80%，多发生于夏秋季。按其发病机理可分为：1．感染型食物中毒，由大量活菌及细菌内毒素所致，如沙门氏菌属食物中毒、副溶血性弧菌食物中毒等；2．毒素型食物中毒，由细菌外毒素所致，如葡萄球菌肠毒素食物中毒，肉毒杆菌毒素中毒等。

非细菌性食物中毒 由细菌以外的因素所致食物中毒。较少见，约占食物中毒的 10—20%，病死率较高，无明显的季节性。可分以下几类：1．有毒动植物组织食物中毒，如河豚鱼、鱼类组织胺、毒蕈、发芽马铃薯、木薯、白果等；2．化学性食物中毒，如砷、亚硝酸盐、农药等；3．真菌性食物中毒，如赤霉病麦、霉变甘蔗、臭米面等。

食品添加剂 在食品生产、加工、保藏过程中加入的少量化学合成或天然物质，目的是防止食品腐败变质、改善食品感官性状及物理状态、提高食品质量及花色品种等。为保证安全卫生，使用时必须按国家规定的品种、用量和使用范围。

食用色素 在食品生产加工过程中，为改善其外观所添加对机体无害的色素，以增进食欲及提高商品价值。常用天然色素有姜黄、叶绿素等。人工合成有苋菜红、胭脂红、柠檬黄及酸性靛蓝等。

食用香料 提高食品香气的添加剂。有天然和人造两类。应对人安全无 害。我国使用天然香料种类很多，如生姜、花椒、茴香、胡椒、葱、蒜、薄荷等。人造的多为香精，如桔子、柠檬、香蕉精等。

食品防腐剂 加入食品中防止腐败变质的化学物质。可分

两类：1．有机类：苯甲酸及其盐类、山梨酸及其盐，对羟基苯甲酸脂类及乳酸等；2．无机类：亚硫酸及其盐类、硝酸盐及亚硝酸盐、游离氯及次氯酸等。中国现允许使用的为苯甲酸及其盐类和山梨酸及其盐类。

食品抗氧化剂 阻止或延缓食品氧化，提高食品稳定性和延长贮存期的物质。有 1．水溶性：L— 抗坏血酸及其钠盐。用于啤酒、无醇饮料、果汁、肉类罐头、奶粉等，以防止变色、变味、变嗅，用量一般为 0．002—0．1%；2．油溶性：脂肪抗氧化剂。多用于防止油脂或含油脂多的食品氧化。如 BHA（丁基羟基茴香醚）、BHT（二丁基羟基甲苯）、PG（没食子酸丙酯）等。

食品发色剂 又称“呈色剂”。在食品加工过程中，能与食品中某些成分作用而使其呈现良好颜色的一类化学物质。如硝酸盐及亚硝酸盐加入肉制品后，使肉呈鲜红色。它们在食品中或进入人体，在一定条件下可与仲胺形成致癌物亚硝胺。按国家规定，硝酸钠及亚硝酸钠只能用于肉类制品，最大使用量分别为 0．5 克/公斤及 0．15 克/公斤。残留量以亚硝酸钠计，两者分别不得超过 0．05 克/公斤及 0．03 克/公斤。

呈色剂 即“食品发色剂”。

食品保藏 使食品存放较长时间而不变质，不产生对人体有害物质并能最大限度地保存营养的方法。食品腐败变质和营养价值降低，通常是由于微生物及食品组织酶的作用，植物的发芽，以及食品在生产、加工、贮存、运输、销售等过程中处理不当所致。主要保藏方法有高温灭菌、低温保藏、盐腌、脱水、酸渍、缺氧（包括气调、低压、充氮、真空等）及

辐射保藏等。

缺氧保藏法 人工造成一个含氧在1%以下的封闭小环境，用以保藏食品的方法。其原理是在缺氧环境下可抑制好气菌、霉菌、腐生菌及粮食害虫等在食品中繁殖并能保存食品原有的感官性状。适用于花生米、方便面条、咖啡、蛋糕等的保藏。此法又分为充氮、气调、真空等方法。若结合干燥、低温等一并进行，效果更佳。

气调储藏法 一种现代化的储藏水果或蔬菜的方法。其原理是用人工方法调节小环境空气，降低氧气的浓度，以减缓水果或蔬菜的新陈代谢作用，使能较长期地保藏（6—8月），而且保鲜度好，营养成分变化少。

辐射保藏法 合理使用$^{60}C_o$、$^{137}C_s$产生的γ射线或5—10Mev（百万电子伏特）的电子流或5Mev的X射线照射食品，使其中霉菌、细菌、昆虫、寄生虫虫卵和病毒灭活，或延缓某些水果和蔬菜的成熟过程。生食及熟食均可使用。

蒸煮袋食品 又称“软罐头食品”。将食品装入可高温蒸煮的复合薄膜里经高温灭菌而成。有两种类型：一为完全膳食，主、副食分装或混装；另一以副食为主，肉、禽、水果、蔬菜等分别包装。其优点：体积小、耐挤压、营养损失少、保存时间长。适合军队、野外作业者、旅游、宇航员等食用。

软罐头食品 即“蒸煮袋食品”。

成酸性食品 含阴离子（氯、硫、磷、溴、碘等）丰富的食品，可在体内形成相应的盐或酸者。如肉类、鱼、蛋类、谷类等。

成碱性食品 含阳离子（钠、钾、钙、镁、铜、锰、钴、锌

等）丰富的食品，在体内可形成相应的盐或碱者。如蔬菜、水果、豆类、海藻、乳类等。

劳动保健食品 劳动保健措施之一。为保障特殊作业者的健康，在普通膳食的基础上添加特需的营养物。如给予高温作业者以清凉饮料，给予接触有毒物质作业者富含蛋白质和维生素之类的食物等。

代乳食品 代替母乳及牛、羊乳喂养婴儿的食品。可作为6个月以下婴儿主要食品或作为婴幼儿补充食品。有粉状及糕状，可调制成乳状液体。应适应婴儿的消化吸收并能满足其生长发育所需热能及各种营养素。

强化食品 在一般食品中加入某些营养素以提高其营养价值。如大米、面粉中少赖氨酸，可增加赖氨酸以提高大米、面粉中蛋白质的生物学价值。儿童易缺乏核黄素，可用核黄素强化饼干。为预防地方性甲状腺肿在发病区可服碘化食盐等。

方便食品 将各种原料配制、烹调、加工成半成品或熟食，经灭菌包装，稍加处理即可食用的食品。如方便面条等。

膨化食品 一种新食品。以各种谷物为原料，如大米、玉米、高粱、小米等及各种调料，经膨化机加工制成。其特点：酥松、易消化、营养损失少。

母乳化牛乳 以牛乳为基础加以改制，使其所含蛋白质、脂肪、碳水化合物、无机盐等的质和量尽量人乳化。是婴幼儿食品。

要素饮食 又称“元素膳”或“化学配制膳”。根据人体所需的全部营养素，采用分子水平的营养物质配制而成的饮食。是近年来发展的一种有效营养治疗方法。其组成包括各种氨

基酸、葡萄糖、脂肪乳剂、维生素、无机盐等。此膳配制成粉状，溶于水后成稳定的脂肪悬浮液，少渣、营养效能高。适用于某些疾病患者和宇航员等人食用。

清凉饮料 防暑降温所必需的饮料与保健食品。有汽水、人工配制的果味水和果味露、果子汁、酸梅汤、散装兑制饮料、盐汽水、发酵饮料、可乐型饮料等。其生产、销售常集中在夏秋季，做好上述环节卫生是预防肠道传 染病的传播和流行的重要措施之一。

矿泉水 涌流出地表的地下水。矿物质含量在 1mg/L 左右，符合饮用要求。即必须是风味可口，含有对人体健康有益的矿物质，无致病菌及有毒有害物质。为一种消暑饮料并具一定医疗保健作用。

泡菜 中国民间传统的蔬菜加工方法。亦是食品保藏方法之一。由新鲜蔬菜（萝卜、豆角、青椒、包心菜等）放在特制的泡菜坛（能隔绝空气）内，在低浓度的食盐水（8—15%）中经过乳酸杆菌发酵制成。食用方便、清脆可口、经济实惠。但因其加工条件简陋卫生问题较多，应予重视。参见“工程技术”中的“泡菜”。

食谱 又称“菜单”。为达合理营养要求而安排的膳食计划。根据用膳者的营养需要量、饮食习惯和食物的供应情况，制定在一定时期内（常为一周）每餐用粮和菜肴配制的计划。包括主、副食品的种类、数量、烹调方法及用膳时间等。

食物营养成分表 记载各种食物所含营养素成份的表。可为计算与评价膳食的营养质量、计划膳食及有关科研工作提供必要的资料。通常取 100 克食物的可食部分分析其所含的

水分、蛋白质、脂肪、碳水化合物、纤维素及主要无机盐和维生素等的含量。

食品污染 食品及其原料在生产、加工、贮存、运输、销售等过程中接触有害有毒物质而造成的污染。其主要来自工业“三废”、生活“三废”、食品添加剂及致病性微生物等。可直接危害人体健康，严重者造成残废甚至死亡。

胖听罐头 罐头因内部压力增加呈现凸出的现象。原因：1．生物性胖听：因灭菌不彻底罐内的细菌生长繁殖，产生二氧化碳致压力增加；2．化学性胖听：因罐内容物与罐壁发生化学反应，产生氢气所致；3．物理胖听：因罐内容物太多，排气不完全或冬天液体食品遇冷结冰膨胀引起。应经叩打、按压、密封等试验，以判明其卫生质量。

食具消毒 对接触直接入口食品的工具、容 器等的消毒。是保证食品卫生质量、预防肠道传染病的关健。常先将食具洗净后采用下列方法：1．加热消毒法：煮沸消毒。方法简便，效果可靠；2．化学药物消毒法：常用 0．2—0．5%漂白粉或 0．2%漂白粉精、0．3%氯胺 T、0．2—1%新洁尔灭、0．05%过氧乙酸等溶液浸泡 5 分钟以上即可。

饮食卫生五四制 为保证食品卫生质量，对饮食企业实行的经常性卫生监督。其内容：1．四不：不买，不收，不用，不卖腐烂变质的原料（或食品）；2．四隔离：生与熟，成品与半成品，食品与杂物、药物，食品与天然水；3．四过关：一洗，二刷，三冲，四消毒；4．四定：人，物，时间，质量；5．四勤：洗手剪指甲，洗澡理发，洗衣服被褥，换工作服。

食品卫生标准 有关食品卫生质量要求的法规。由中华人

民共和国卫生部等机构制订，国家标准计量局颁布。内容包括食品的感官、理化及细菌等指标。为保证和判定食品卫生质量的依 据。

营养状况 衡量人体健康状况的指标之一。通常根据生长发育、身高、体重、皮肤色泽、皮下脂肪、肌肉等情况及其他检查（血、尿等）综合判断。其影响因素很多，如社会因素、疾病、食物及人体本身对食物的消化吸收和利用等。

膳食治疗 通过控制营养及饮食以治疗疾病或促进康复的一种治疗或辅助治疗方法。对一些营养缺乏病如营养不良、佝偻病、坏血病等可起直接治疗作用；对冠心病、糖尿病等可控制其发展；对恢复期病人及烧伤病人可促进康复。

平衡膳食 能满足下列要求的膳食：1．热量及各种营养素的供给应能满足用膳者正常生理及劳动的需要；2．各营养素间比例适当。如按总供热量，蛋白质占 10—15%，脂肪 15—25%，碳水化合物占 65—70%；3．每日进餐次数以 3—4 次为宜；4．食品感官性状良好、无害、多样化并有饱腹感。

合理烹调 烹调过程食物发生一系列理化变化。目的为消灭病原微生物、改善感官性状、减少营养素的破坏与损失、提高消化吸收率。原则是：在保证食品无害和具有良好感官性状的前提下，应最大限度地保全食物中的各种营养素，尤其是水溶性维生素，缩短加温时间和控制烹调温度，不要去汤挤汁，加碱要适量，粮食不宜淘洗次数过多，烹调后不要放置过久。

膳食调查 营养调查工作中的基本部分。主要内容：调查膳食中所含热能、营养素量及它们的来源分配、全天食物的

构成及用膳时间、烹调方法、食谱编制以及食堂和炊事人员的个人卫生状况等。

营养调查 是了解人群或个体营养状况的一种常用方法。包括膳食调查、体格营养状况检查及实验室检查三部分。通过调查可了解机体摄入营养素量及其在体内的利用与储存情况，为评价机体营养水平及膳食改进提供科学依据，并可供食品生产、加工及供销等部门参考。

微波炉 采用微波技术烹调食物的设备。主要原理为食物在高频磁场中分子发生高频振荡，互相撞击而产生热效应，从而达到烹调目的。优点为微波能穿透食品，热传递快，热效率高，加工时间短，可保留食品中维生素及色、香、味。此项技术正在研究发展中。

儿童少年卫生学

儿童少年卫生学 又称“学校卫生学”。简称“儿少卫生学”。是卫生学分支学科。主要研究正在成长中一代的机体与学习、生活环境之间的相互关系，找出影响健康的各种因素，提出相应的卫生要求和措施，以达到预防疾病、保护儿童少年健康、增强体质、促进身心全面发展的目的。

学校卫生学 即“儿童少年卫生学”。

儿少卫生学 即“儿童少年卫生学”。

儿童年龄分期 根据儿童形态、生理和心理特征，结合年龄教育特点，人为地将其分成若干年龄段。包括 1.新生儿期：从出生到满月；2．婴儿期（乳儿期）：一岁以下；3．幼儿期：一岁到六七岁；4．童年期（小学年龄期）：六七岁到十一二

岁；5．青春期：十一二岁到十七八岁。

新生儿 从出生到满月的小儿。由母体转移至外环境的适应期。其体重初生几天常有生理性下降现象。七到十天后又恢复，以后迅速增加。小儿大部分时间在睡眠。中枢神经系统发育尚不完善，对体温、呼吸、代谢等调节功能较差。应注意护理、喂养、保暖、防止疾病感染等。参见“人口学”中的“新生儿”。

婴儿 又称“乳儿”。一岁以下的小儿。通常母乳喂养，生长发育特别快。从第二个月起，逐渐能抬头、翻身、坐直、爬、站、周岁末开始学走路。六个月开始出乳牙，至周岁可出6——8枚。逐渐学会辨认人和周围环境并能说几个简单的词。此期应注意喂养，从四个月起可增加辅助食品，同时注意预防传染病，培养卫生习惯。参见“人口学”中的“婴儿”。

乳儿 即“婴儿”。

幼儿 一足岁到六七岁的小儿。可分：1．幼儿前期（一足岁到三岁），即“托儿所期”。此期生长发育速度开始减慢。饮食由乳类转以谷类为主，说话由单词到成句，行动从走不稳到会走、会跑。在两岁半左右20个乳牙全部出齐。前囟在一岁半前后闭合。此期应注意营养，多参加户外活动，预防传染病，防止意外事故，培养卫生习惯等；2．幼儿后期（四岁到六七岁），即“幼儿园期”，又称“学龄前期”。此期生长速度继续减慢，四肢增长较快，肌肉逐渐增强，活泼好动，求知欲和模仿性加强。是智力开发的重要时期。应注意正面、积极的启发诱导，多给予集体游戏和户外活动的机会，积极开

展体育活动，为以后接受学校教育作好准备。

幼儿前期 即“幼儿”中的“幼儿前期”。

幼儿后期 即“幼儿”中的“幼儿后期”。

小学儿童 从六七岁到十一二岁。此期生长速度相对缓慢而稳定。但肌肉发育快，呼吸和循环系统功能加强，乳牙换成恒牙，语言和思维渐趋完善。部分儿童在后阶段，特别是女孩子进入青春发育期，可出现生长突增，身长，体重显著增加。

少年 从十二三岁到十五六岁。性发育为此期特点。形态指标（身高、体重等）和功能指标（肺活量、肌力等）增长速度出现突增高峰，性器官开始发育和第二性征出现。如阴毛和腋毛以及女性乳房增大，男性有胡须和变音等。一般女性青春期出现较男性约早两年。女性多在十三四岁开始有月经，男性则 14—16 岁开始遗精。应加强青春期卫生教育，其中包括性教育，同时注意营养，体格锻炼和劳逸安排。

青年 从十六七岁到二十三四岁。是少年过渡到成人的阶段。肌肉发达，骨化逐渐完成，心血管系统发育尤快，各种活动能力（灵敏、精确、耐力）得到进一步发展。应贯彻德智体美全面发展，因材施教的原则。加强体格锻炼，提倡晚婚。

保健教师 受过基本卫生训练的中、小学教师。在卫生人员指导下，开展学校内卫生工作。如组织师生员工搞好爱国卫生运动，进行卫生宣传教育，培训学生卫生员，负责传染病报告和初步处理，开展简易治疗与急救等项工作。

晨间检查 每日早晨由保育员或老师对儿童的健康和卫生

状况进行检查与观察。是托儿所和幼儿园常规工作之一。以便早期发现病人，进行隔离观察，并培养良好的卫生习惯。内容：测量体温，询问有无不适，观察表情，检查口腔、咽、眼、皮肤等处有无异常，以及头、颈、手、衣物是否清洁等。

儿童合理生活制度 根据儿童生理特点与健康状况及地区、习惯不同，所制定的作息安排。目的使学习、劳动、生活按卫生要求有节奏地进行。保证健康，提高劳动和学习效率。

学校近视 又称“学生近视”。学龄期发生与学习生活紧密相关的近视。长期的视近作业、学习负担过重、照明不良和不正确的读写习惯等，可使其发生与发展。多数是轻度或中度的。

学生近视 即“学校近视”。

课桌椅距离 桌与椅之间的水平距离。共有两类：1．椅座距离：桌近缘向下所引的垂线与椅座前缘之间的水平距离。正距离和零距离都不能使人体保持良好的读写姿势，要求有2—4cm 负距离；2.椅背距离：桌近缘与椅背之间的水平距离。要求就座者的胸前应有 3—5cm 的自由距离，避免挤压胸部并能利用靠背。

缺点矫治 儿童的保健措施之一。有组织有计划地对儿童少年常见身体缺点进行矫治。如龋齿、沙眼、近视、脊柱畸形、慢性扁桃体炎、平足等矫治。

视力保护 防止儿童少年视力减退，使其正常发育的各种措施。主要有：1．培养良好的读写习惯（姿势要端正，眼与书本的距离一市尺左右，连续读写一小时要休息片刻，不要

躺着、走着或在振荡的车厢中看书等；2．避免过重的学习负担；3．开展体育活动和合理营养；4．读写时有适合的照明和桌椅；5．坚持做眼保健操；6．定期检查及时矫治眼疾。

眼保健操 又称“眼保健功”。根据中医理论（推拿、气功、经络等），结合医疗体育综合而成的自我按摩法。可保护视力、预防近视。多在中、小学推广使用。

眼保健功 即“眼保健操”。

儿童生长发育 儿童身体由量变到质变的复杂过程。生长指细胞繁殖、增大及间质的增加，表现为各器官、各系统和整个身体的大小及重量的增加。发育包括形态的改变、细胞与组织的分化及功能的演进。成熟意味生长发育的基本结束。机体在形态、生理上全面达到成人阶段，具有繁殖下一代的能力。

生长发育标准 评价个体或集体儿童生长发育状况的统一尺码。常采用当地有代表性健康儿童某些标志的正常值。如身高、体重、胸围、坐高、肩宽和盆宽等数值。一般 5—10 年需重新修订。

生长发育调查 用科学方法对个体或集体儿童生长发育状况进行观察和测量。了解其形态、生理和心理的变化，以衡量发育水平和速度。常用横断面（剖面）的纵向（追踪）调查法。

发育曲线图评价法 用儿童的实测指标制成曲线与标准曲线比较，以评价儿童发育状况的方法。评价时，须将各个儿童发育指标实测值分别按年龄点在曲线图上，可根据其所在的位置以确定发育等级。本法亦可用以评价集体儿童发育水

平。对处于低等发育状态的儿童，不能一概判断为不正常。应进行临床检查和动态观察。

生长发育评价 根据发育标准，判断个体或集体儿童的生长发育状况（水平、速度及匀称度）。离差、百分位数、相关回归、指数及发育年龄评定等方法均可评价发育水平；离差和百分位数法中的标准曲线图还可评价发育速度；相关回归法能较好地评价个体匀称程度。各法所说明问题均有侧重。

人体测量 体格检查的基本方法之一。用以评价身体发育、营养和健康状况。常用的指标是身高、体重、坐高、头围、胸围等形态指标和肺活量、肌力等生理指标。

身高预测 生长发育预测的一种。经过大数量调查和对人体测量资料的统计整理，编制成各种公式、图表，并用以估计儿童少年在不同年龄阶段将达到的身高数值。这对儿童未来职业选择、定向培养和生长障碍的疗效判定等有参考价值。依据有：父母身高、儿童现实年龄和身高及儿童足长等。

发育年龄 又称“生物年龄”或“生理年龄”。以儿童生长发育水平或成熟程度为依据的年龄。常用身高、体重、牙齿、骨骼、智力等年龄以反映个体实际发育情况。多数儿童上述年龄是一致的，但也有提前（早熟）或退后（晚熟）。

生物年龄 即“发育年龄”。

生理年龄 即“发育年龄”。

骨骼年龄 简称“骨龄”。由儿童少年的骨骼钙化程度与标准骨龄进行比较而得，主要利用X线摄片判断。反映个体发育水平和成熟程度比较精确的指标。不仅能说明体格的大小、全身发育的成熟程度，而且能反映出生到完全成熟过程的各

个年龄阶段的发育水平。

骨龄 即“骨骼年龄”。

智力商数 简称“智商”。心理学家用以表示儿童智力发育的相对数据。

$$\text{智商}=\frac{\text{智力年龄}}{\text{实足年龄}}\times 100$$

智商为 100 者，其智力为中等水平；120 以上者，为聪明；80 以下者，为愚笨；达 170 者，为天才。测验内容不能完全适合在各种环境下成长的儿童，只能大体上反映儿童智力差别。

智商 即“智力商数”。参见“心理学”中的“智商”。

三浴锻炼 利用空气、水、日光三种自然因素进行锻炼，使肌体能很好适应不断变化的外界环境条件，增加体质，提高对疾病抵抗力。应从小开始，循序渐进，持之以恒并考虑个体特点。

窗地比 又称“玻地比”。原称“采光系数”。窗的透光面积与室内地面积之比。其大小直接影响室内采光。随房间的用途而异。一般居室为 1：8—1：10，辅助房间可为 1：10，教室为 1：4—1：6。

采光系数 原称“自然照度系数”。同一时间内，室内某点与室外同水平上（非直射光照射）照度之比值。以百分数表示。是评价自然采光的指标。教室内最暗桌面不应低于 1.5%（最好为 3—5%）。

自然照度系数 见“采光系数”。

流行病学

流行病学 医学科学的分支学科。主要研究人群中疾病和健康的动态分布及其影响因素，借以探索病因、阐明流行规律；拟订并评价防治疾病、增进健康的对策和措施。研究对象随疾病谱及实际需要的变化而不断更易。不仅研究传染病及急性病的流行，也研究非传染病及慢性病的分布。基本方法有现场观察和现场实验，并广泛采用统计技术和各种实验室方法。按研究的侧重面不同形成多个分支，如血清流行病学、临床流行病学、移民流行病学、遗传流行病学和健康流行病学等。

描述流行病学 流行病学方法之一。描述疾病在不同人群、空间和时间上的分布情况。分布频率用发病率或死亡率等表示，可画图表。是分析流行病学的基础。常用于寻找病因和估计防治措施效果的研究。

分析流行病学 流行病学方法之一。分析疾病发生频率与内外各因素的关系，如尘肺与职业的关系。方法随研究目的而异。根据疾病分布特点提出工作假设，进而作回顾性或前瞻性等调查；分析影响分布的原因、评价防治措施效果等。

实验流行病学 又称“现场实验”、“随机对照实验”。流行病学方法之一。将研究对象随机分成实验组和对照组，前者接受一种实验性的预防、治疗或干预措施，后者则不接受。进而对两组的发病率或其他相应的结果进行比较，以探索病因、估价防治效果等。通常认为此法是检验假设的最严格的科学方法。

现场实验 即“实验流行病学”。

随机对照实验 即“实验流行病学”。

理论流行病学 又称“数学流行病学”。流行病学方法之一。用数学模型反映疾病流行规律。数学符号代表因素，数学式显示疾病分布与各因素间内在的数量上的关系。经数学分析得各因素的综合信息。多用于预测或估计疾病的流行状况，并可分析预防措施的成本—效益关系。

数学流行病学 即“理论流行病学”。

移民流行病学 流行病学分支之一。利用某病在移民、原籍居民和本地居民中分布的差异来研究病因，以探索疾病与遗传和环境的关系。主要用于肿瘤（如胃癌）、慢性病及一些遗传病病因的研究。

代谢流行病学 流行病学分支之一。通过检测某种或多种物质（如酶、微生物等）的代谢产物及其含量，以推测病因、解释疾病分布并提出防治措施。如检测粪中胆固醇及胆汁酸代谢产物的含量有助于揭示大肠癌的病因等。

血清流行病学 流行病学分支之一。通过对血液中各种成分特别是抗体的出现和分布规律的研究，以追溯既往流行情况；了解疾病的分布等，为疾病预防提供依据并为探索病因提供线索。如乙型肝炎的血清学检验有助于摸清其分布和流行规律。

遗传流行病学 流行病学分支之一。结合遗传学和流行病学方法，根据疾病的分布和发生频率，研究遗传和环境对疾病的相对作用，尤其着重衡量遗传因素的作用。研究重点为多基因遗传病如高血压、糖尿病；也研究出生缺陷和行为方

面的疾患，如智力低下、精神失常等。

环境流行病学 流行病学分支之一。研究区域环境变化对人群健康状况的影响及其规律，以及影响人群健康状况的环境病因，为评价环境质量，制订环境标准、开展效应预测及恢复生态平衡提供依据。

临床流行病学 流行病学分支之一。以临床病例为基础。结合临床方法和流行病学方法尤其是实验流行病学方法来探索其所属人群中发病的特征，可能致病因素、转归及评价防治措施的效果与收益，为制定医疗保健措施提供依据。

职业流行病学 流行病学分支之一。应用流行病学方法研究人群中职业危害或职业病的发生、发展及分布，探讨职业暴露与疾病的关系，为职业病的防治提供依据。

病原 能致病的物质。1．生物性的，统称为“病原体”、“病原物”或“病原生物”，包括微生物和寄生虫，前者有细菌（如痢疾杆菌）、支原体（如肺炎支原体）、病毒（如艾滋病病毒）、立克次体和螺旋体、真菌等；后者有原虫（如疟原虫）、蠕虫（如蛔虫）、昆虫（如蚊）以及螨类（如疥螨）等。2．非生物性的，包括物理性病原（如射线、噪声等）和化学性病原（如矽尘、砷、刺激性气体、农药等）。

病原体 见“病原”。

宿主 又称“寄主”。在自然条件下，被传染性病原体寄生的人或其他活的动物（包括鸟类和节肢动物）。在流行病学中，宿主可以是群体或组，该群组中与健康有关的生物的、社会的和行为的特征称为“宿主因素”。参见“生物”中的“宿主”。

寄主 即“宿主”。

传染源 体内有病原体繁殖并能排出的人或动物。包括传染病患者、隐性感染者及病原携带者。在某些传染病，吸血节肢动物既是传播媒介，又是传染源，称“附加传染源”。如森林脑炎病毒在蜱内繁殖，并经卵传给子代，使其具有传染性，在成蜱吸吮宿主血时，使宿主受染。

附加传染源 见“传染源”。

病原携带者 简称“携带者”。传染源的一种。无症状而体内有病原体繁殖并能排出的人或动物。按所带病原体种类可分为带菌者、带毒者和带虫者。按携带状态出现时期可分为健康、潜伏期和病后携带者。按携带时间长短分为暂时（3个月以内）、长期（3个月以上）和终身携带者。

传播机制 病原体更换宿主的过程。随病原体种类而异，但都包括三个阶段：1．病原体排出；2．外环境停留期（直接接触除外）；3．侵入新宿主体内。各阶段相互联系，否则传播即告中断。

传播媒介 传播病原体的媒介。有生物媒介，如蚊、蝇等和非生物媒介，如空气、水、食物、土壤等。

传播途径 病原体离开传染源后到达易感者前在外环境中所经历的全部路程。有经空气、水、食物、接触、虫媒及土壤传播等多种方式。一种传染病可经一种或数种方式传播，如麻疹只经空气传播，而甲型肝炎可经接触、食物和水传播。一种传染病病原体在传播过程中也可改变传播方式，如病原体先经水而后再经食物传播。

空气飞沫传播 传播方式之一。病原体随咳嗽、喷嚏时产

生的飞沫进入空气中，被易感者吸入引起传染。戴口罩等可阻断这种传播。

水传播 传播方式之一。饮用或接触受病原体污染的水引起的传染，如霍乱、血吸虫病等可经水传播。做好污水处理、饮水卫生和个人防护可切断此传播途径。

食物传播 传播方式之一。食品制作、储藏、运输、销售等过程中被病原体污染的食物引起的传染。如伤寒、痢疾、霍乱等可经食物传播。加强食品卫生管理、搞好环境卫生可阻断这种传播。

虫媒传播 传播方式之一。经吸血节肢动物（如蚊等）的叮咬引起病原体在宿主间的传播。分机械性传播（在传播病原体时只是机械地搬运，如蝇传播痢疾和伤寒等）和生物性传播（病原体在节肢动物体内有发育繁殖过程，如蚊传播疟疾、丝虫病等）。防蚊、防蝇、杀灭病媒昆虫等措施，可阻断这种途径。

机械性传播 见“虫媒传播”。

生物性传播 见“虫媒传播”。

接触传播 传播方式之一。易感者同传染源接触引起的传播。分直接传播（病原体不经外界而直接受染，如性病）和间接传播（接触染有病原体的物品而间接受染，如沙眼、癣、痢疾等）。采用消毒、隔离，搞好个人卫生可预防这种传播。

直接传播 见“接触传播”。

间接传播 见“接触传播”。

垂直传播 病原体由母体经卵细胞或胎盘血循环及分娩传给子代的过程。如风疹病毒、乙型肝炎病毒、艾滋病病毒、巨

细胞病毒等的传播。以区别于水平传播，后者指在出生后由一个机体经不同传播媒介传给另一机体的传播方式。

水平传播 见“垂直传播”。

人群易感性 人群对某病的易感受程度。与易感者（对某病缺乏特异免疫力，受染后易发病者）在人群中所占比例（易感率）成正比。使之增高的因素主要有：新生儿增加，人群免疫力的自然消退、易感人口的迁入、有免疫力者迁出或死亡。使之降低的因素有：计划免疫、疾病流行后免疫人口增加。

易感者 见“人群易感性”。

传染过程 机体与侵入的病原体相互作用的过程。即传染发生、发展直至结束的整个过程。可表现为传染病、隐性感染（或潜伏感染）、及携带状态。传染病的传染过程可分为潜伏期、前驱期、极期及恢复期四个阶段。

潜伏期 致病因子侵入机体到临床症状出现的期间。其长短随病种、致病物质及机体状况而异，短者数小时到几天，如菌痢等传染病；一些慢性病、肿瘤和慢病毒感染可达数月至数年。

前驱期 传染过程的阶段之一。患者感到一般性的不适，如头痛、疲乏、低烧等，但尚无特殊临床症状和体征。某些疾病如麻疹、流行性脑脊髓膜炎、百日咳等在此阶段传染性最强，须严密观察，根据流行病学特征及早诊断并及时防治。

恢复期 传染过程的阶段之一。患者主要症状大多消失，组织损伤及生理机能渐已恢复。此阶段多已不具传染性，有少数疾病如伤寒仍有传染他人的可能。

隐性感染 传染过程表现之一。未出现明显临床症状的感染。可用血清学试验或其他实验室检查来证实。在某些传染病中比例很高，如流行性脑脊髓膜炎、甲型肝炎和脊髓灰质炎。

外潜伏期 由虫媒生物性传播的传染病，在病原体进入媒介昆虫体内到能成功地传播，需经充分繁殖和发育的一段时间。

传染期 传染病的一项重要流行病学指标。传染源能将病原体传染给他人或动物的整个期限。长短随病种而异，如麻疹约 10 天，白喉可达数周至数月。常据此来决定患者的隔离期限。

疫源地 传染源可能播散病原体的范围。大小与传染源的活动、传播途径及环境有关。如作为伤寒传染源，饮食行业从业人员较其他职业人员的活动形成的疫源地要大。接触传播的疾病常只限于其居所；虫媒传播的疾病则包括媒介昆虫所达范围。范围小的或单个的疫源地称为“疫点”，范围大的或若干疫源地连接成片称为“疫区”。

疫区 见“疫源地”。

疫点 见“疫源地”。

法定传染病 国家法令规定要加强管理的传染病。中国有鼠疫、霍乱、病毒性肝炎、麻疹、伤寒等共甲乙丙类近 40 种。

传染病管理 为防治和消灭传染病而采取的一系列措施的统称。包括设立卫生防疫机构，如卫生防疫站、结核病院等；拟订各项防疫法规、制度，如传染病报告制度、消毒常规、各项预防接种规则及执行并督促检查各项防疫措施等。

传染病报告 又称“疫情报告”。传染病管理内容之一。在发现法定传染病后，医务工作者及有关人员有责任向卫生防疫部门报告，要求及时、准确、无遗漏。报告病种、方式和内容等随国家而异。

疫情报告 即“传染病报告”。

烈性传染病 传播迅速、病情严重、病死率高、需采取紧急防治措施的传染病。在中国，一般指《中华人民共和国传染病防治法》中的甲类传染病即鼠疫、霍乱两种。

人畜共患疾病 脊椎动物与人均能感染并相互传染的病。主要在动物中传播。经由直接接触或由分泌物、排泄物、病畜产品、昆虫等间接传给人。如狂犬病、血吸虫病、炭疽病、布鲁氏菌病、鼠疫、钩端螺旋体病等。

外来传染病 由国外传入原先没有或已消灭的传染病，如中国的霍乱。与输入性传染病不同，后者指国内由外地传入本地原先没有的传染病。

输入性传染病 见“外来性传染病”。

自然疫源性疾病 以动物为传染源、不依靠人而独立地存在于自然界中的传染病。存在这类疾病的地区称“自然疫源地”，其自然条件能保证这类疾病经常地在动物间传播流行，人进入后即有可能受染。如森林脑炎、钩端螺旋体病、流行性出血热等。

自然疫源地 见“自然疫源性疾病”。

流行过程 疾病在人群或动物中的消长过程。传染病包括三个环节，即传染源、传播途径和易感人群。在数量上可表现为散发、爆发、流行或大流行等；在时间上可表现为周期

性和季节性等；在地区上可表现为地方性、自然疫源性等。

散发 流行过程表现之一。发病率维持在历年的一般水平，病例在人群中零星发生，其间常无明显联系，如麻风病。

流行 在一定时期一种疾病的发病率远高于平时一般水平的现象。

大流行 流行过程表现之一。疾病迅速传播。流行范围广泛，可达全国甚而跨越国界、洲界波及全世界的现象。通常影响大量的人群。如流行性感冒的世界性大流行。

爆发 流行过程表现之一。在短期内某病病例骤然大增，经过一段时间后又平静下来的现象。如食物中毒的爆发。

地方性 流行过程表现之一。某病在一定地区或人群中经常存在，新病例无需自外地输入的现象。如血吸虫病、斑疹伤寒的发病具有地方性。

家庭聚集性 疾病在家庭中多发或聚集的现象。与家庭成员密切接触（如病毒性肝炎、细菌性痢疾）、遗传（如高血压、鼻咽癌）及共同的生活、饮食、环境有关。

周期性流行 疾病每隔若干年发生一次流行的现象。间隔期长短取决于易感者积累或病原体变异的速度及环境因素的变化。可变化或消失，如麻疹流行的周期性在免疫接种后消失。

季节性 疾病在一定季节发病率升高的现象。虫媒传染病表现尤为明显，如流行性乙型脑炎在夏秋季发病增多，主要与传播媒介—蚊的孳生有关。

长期变异 又称“长期趋势”。在相当长时期内，某些疾病的发病率或病情严重程度或两者同时发生了变化的现象。

长期趋势 即“长期变异”。

流行病学调查 研究流行病学的主要方法之一。用于探讨疾病的病因、在人群中的发生率和分布特点的变化及变化的原因等。根据研究目的和内容，可分别采用现况调查、回顾性调查、前瞻性调查等。广泛应用于预防及临床医学的各个领域。

个案调查 流行病学调查方法之一。对单个发生的病例及其家庭、周围环境进行的调查。以防疫情扩大。为卫生防疫部门的例行工作。

爆发调查 流行病学调查方法之一。对短期内发生较多同种病例人群的调查。以阐明爆发原因、防止类似事件重演。

现况调查 又称“横断面研究”。流行病学调查方法之一。同时调查人群中的疾病和有关的各种因素，以了解疾病分布、探索病因及流行因素。

横断面研究 即“现况调查”。

回顾性调查 又称“病例—对照研究”。流行病学调查方法之一。调查比较一定人群中某病的病例组和相应对照组过去某种或数种可疑病因暴露史的有无和程度轻重，以推断研究因素作为病因的可能性。

病例—对照研究 即“回顾性调查”。

前瞻性调查 又称“队列研究”、“群组研究”、“定群研究”。流行病学调查方法之一。将一定人群分为某可疑病因的暴露组和非暴露组（对照组），观察一定时期后，分析比较两组的发病率等，以确定可疑病因与发病的关系。

队列研究 即“前瞻性调查”。

群组研究 即“前瞻性调查”。

定群研究 即“前瞻性调查”。

筛选 应用快速的试验、检查或其他措施对未被识别的疾病或缺陷作出推断性鉴定的过程。筛选试验属初步检查，无需是诊断性的，阳性或可疑阳性者应当指定就医，进一步诊断和治疗。通常用于慢性病的研究，藉以发现尚未被诊治的病人。可根据需要选用不同的形式，如普筛、多级筛选和常规筛选。

相对危险度 暴露于某因素（可疑病因或因素）的人群与未暴露对照人群发病率（或死亡率）的比值，用倍数表示。当大于 1 时，表明暴露于某因素者患某病（或死于某病）的机会较未暴露者为大。多用于病因的研究。

$$\text{相对危险度}=\frac{\text{暴露于某因素人群某病发病率（或死亡率）}}{\text{未暴露对照人群某病发病率（或死亡率）}}$$

特异危险度 又称“归因危险度”。暴露于某因素人群与未暴露对照人群的某病发病率（或死亡率）的差值，仍用率表示。表明由某因素所致的危险性。

$$\text{特异危险度}=\text{暴露于某因素人群某病发病率（或死亡率）}-\text{未暴露对照人群某病发病率（或死亡率）}$$

归因危险度 即“特异危险度”。

医院内感染 在医疗机构中受到的感染。包括交叉感染和医源性感染，前者指病人、探视者或医务人员间的相互感染，常因医院管理混乱所致。后者则由手术、医疗器械检查或治疗（如注射、输血）或滥用抗菌素及免疫抑制剂而引起，又

称“机会性感染”。院内感染加重病情，增高病死率，应积极预防，及时处理。

机会性感染 见“医院内感染”。

防疫措施 防治和消灭传染病所采取的各种措施的统称。包括 1. 消除传染源，如早期发现、诊断、治疗和隔离患病的人、动物及病原携带者；2. 切断传播途径，如给水消毒；3. 保护易感人群，如人工免疫等。

检疫 防止传染病在国内外蔓延传播的一项措施。有 1. 国境卫生检疫：对出入境的船舶、飞机、车辆、交通员工、旅客、行李、货物等实施医学和卫生检查及必要的卫生处理，以防疾病由国外传入和国内传出；2. 疫区检疫：检查出入疫区的人，必要时封锁疫区；3. 接触者检疫：从接触病人的末日算起，按本病的最长潜伏期行医学观察、隔离、留验等必要的防治措施。

国境卫生检疫 见“检疫”。

接触者 与传染源接触过的、从接触日起至此病的最长潜伏期内的易感者。有感染的可能。须据病种分别行隔离、留验、观察或预防接种等以防发病及传播。

隔离 防止传染病传播的重要措施之一。将传染病人、可疑病人与他人分开，使互不接触。方式有医院隔离、家庭隔离或集体隔离等。隔离时间由各传染病的传染期而定。隔离期应执行必要的隔离制度、消毒制度及探视制度，以免发生交叉感染或向外扩散。

医学观察 对传染病患者及其携带者进行的医学检查及化验。以了解患者病情发展，便于治疗，早期发现续发病例，防

止传染。

留验 禁止某些传染病接触者在此病最长潜伏期内自由行动的检疫措施。留验期间每天行医学观察，以防疾病蔓延。

化学预防 疾病预防措施之一。集体通过口服、注射或其他方法，用化学药物杀灭或抑制体内病原体、消除携带状态，预防传染病的发生或制止其流行。如使用氯喹预防疟疾。

计划免疫 根据疫情监测和人群免疫状况分析，按照规定的免疫程序有计划地使用生物制品进行人群免疫接种，以提高免疫水平，控制以至最终消灭传染病的防疫措施。

三级预防 根据预防措施被采取在疾病自然史中的阶段对其所作分级的统称。第一级预防又称“病因预防”，是针对病因的预防措施，以使健康人免受感染或发病。如用免疫制剂预防传染病及消除职业性危害因素预防职业病。第二级预防又称“‘三早’或‘五早’预防”，即早发现、早诊断、早治疗，对传染病而言尚有早报告、早隔离等，为疾病初期采取的主要措施，以防止或减缓疾病的发展和设法逆转，如通过自我检查来早期发现某些肿瘤。第三级预防又称“对症治疗”，包括防止伤残和加强康复工作，为预防疾病恶化、减少后遗症及恢复劳动能力的措施，目的在于降低病死率、死亡率和延长寿命，如断肢者给予安装假肢并对其进行生活和职业训练。

病因预防 见“三级预防”。

疫情预测 对传染病发生的时间及规模所作的预测。方法有：1.由疾病流行过程基本条件及影响因素的变化推测疫情；2．应用过去积累的疫情资料分析疫情；3．根据建立的数学

模型进行预测。

流行病学监测 预防和控制疾病工作的重要组成部分。定期、系统地收集、整理、分析和发放居民疾病或健康状况（如生长发育）的有关资料，从而观察疾病的发生、传播及其影响因素；判断疾病的发展趋势和动态分布，为及时采取或改进防治手段提供依据的过程。如流行性感冒监测、生长发育监测等。

预防接种 防疫措施之一。通过注射或接种菌苗、疫苗、毒素、类毒素或血清制剂，使机体在一定时间内获得对传染病的特殊免疫力，是某些传染病的主要预防措施。如种痘使全世界的天花被消灭。若将免疫制剂制成气雾或气溶胶使受接种者吸入呼吸器官以达免疫效果，称为“气雾免疫”。

气雾免疫 见“预防接种”。

预防接种反应 由预防接种本身引起的临床表现。不包括偶合病及预防接种事故。分一般接种反应（如头痛、发热、局部红肿和疼痛等）和异常反应（如过敏性休克、皮疹等）两种。

除害灭病 “除‘四害’”和“消灭疾病”的简称。中国爱国卫生运动的中心内容。前者指消灭老鼠、臭虫、苍蝇和蚊子；后者指在一切可能的地方基本消灭严重危害人民身心健康的疾病，如血吸虫病、钩虫病、疟疾和麻疹等。

冰山现象 医生诊断不出和用人群监测的方法也未能发现的疾病，其数量之多犹如被淹没的冰山底部在整个冰山中所占的比例，而被检测或诊断出的疾病，犹如“冰山之巅”，仅占很少一部分的现象。

发病率 反映某人群在一定时期内新发病例出现的频率。通常以 10 万人口为基数计算。可按疾病、年龄、性别等分别计算发病专率。

$$发病率=\frac{某地某年新发病例总数}{该地同年平均人口数}\times 10\text{ 万}/10\text{ 万}$$

罹患率 实际意义与发病率相同。通常以百、千人口为基数计算。观察期以周、月为单位，多用于疾病在小范围或短期内流行的分析。

$$患率=\frac{观察期内新病例数}{同期的暴露人口数}\times 100\%$$

患病率 又称“现患率”。反映调查期间某人群现患某病的频度。现患病例包括新发病例和老病例。可分别以 10 万、万、千、百人口为基数计算。其值受发病率和病程的影响。资料来自于集体健康检查或医学检查，适用于慢性病的研究。

$$患病率=\frac{某人群现患某病人数}{此人群总人口数}\times 10\text{ 万}/10\text{ 万}$$

死亡率 又称“总死亡率”。表示居民在一定时期内的死亡频度。常以 1000 人口为基数计算，时间单位为一个日历年。可按性别、年龄、职业或疾病分别计算死亡专率。

$$总死亡率=\frac{一年内某地总死亡人数}{此地同年平均人口数}\times 1000‰$$

参见“人口学”中的“死亡率”。

病死率 某病每百名病人中因此病死亡的人数。衡量某病对人类生命威胁的严重程度和医疗工作质量的指标。

$$某病病死率=\frac{因某病死亡人数}{某病病人数}\times 100\%$$

引入率 在一定期间内带病入家的第一例占其同等身份成员的比值。可反映何种成员易将疾病引入家庭，如甲型肝炎

最易由学龄前儿童带病入家。

$$\text{引入率}=\frac{\text{家庭内某身份成员带某病入家人数}}{\text{同等身份成员人数}}\times 100\%$$

续发率 又称“家庭二代发病率”。原发病例出现后，在其家庭接触者中出现续发病例的百分率。观察期为疾病的最长与最短潜伏期之差，观察一定数量的家庭后即可计算。可用于比较传染病传播的难易、研究传染病的传染期和估计预防措施的效果等。

$$\text{二代发病率}=\frac{\text{接触者发病人数}}{\text{接触者总人数}}\times 100\%$$

感染率 在调查的当时所检查的整个人群样本中，某病现有感染者人数所占的比例。可用检出某病病原体、血清学及其他方法发现感染者。常用于了解某些传染病或寄生虫病的现患情况和分析防治工作效果。

$$\text{感染率}=\frac{\text{调查当时某病感染者人数}}{\text{调查当时整个人群中受检人数}}\times 100\%$$

治愈率 每百名病人中在某一时期（如住院期）治愈的人数。衡量疾病严重程度和评价医疗工作质量的重要指标。可按疾病分类计算。

$$\text{治愈率}=\frac{\text{治愈人数}}{\text{病人总数}}\times 100\%$$

标准化率 又称“调整率”。按某一标准构成进行校正后的比率。比较两个或多个率时，如果资料内部构成明显不同，首先须人为地选一“标准”对率进行标准化，以消除资料内部构成（如年龄、性别等）差异的影响，进而进行合理比较。标

准化率的高低随所选标准而异，只有相对的意义而不反映实际水平。标准化法有直接法和间接法。

超额死亡率 反映疾病流行强度的指标。表示超过了一定的正常水平的死亡率。常用于估计流行的时间、地点和规模。预期死亡数可由当地既往平均死亡率推算。

超额死亡率=

$$\frac{\text{实际报告死亡数}-\text{预期死亡数}}{\text{平均人口数}}100\%$$

预防接种保护率 又称“保护效价”、“保护程度”。评价疫苗对传染病预防效果的指标。表示某生物制品接种后可保护多少人不得病。

预防接种保护率=

$$\frac{\text{对照组发病率}-\text{接种组发病率}}{\text{对照组发病率}}\times 100\%$$

真阳性率 又称“敏感度”。评价诊断试验真实性的指标。指试验检出有病的人（阳性）占病人总数的比例。

$$\text{真阳性率}=\frac{\text{病人中试验检出阳性者数}}{\text{病人总数}}\times 100\%$$

敏感度 即“真阳性率”。

真阴性率 又称“特异度”。评价诊断试验真实性的指标。指试验检出无病的人（阴性）占无病者总数的比例。

$$\text{真阴性率}=\frac{\text{无病者中试验检出阴性者数}}{\text{非病人数}}\times 100\%$$

特异度 即“真阴性率”。

卫生毒理学

卫生毒理学 毒理学的一门分支学科。研究外源性化学物质在生产与生活过程中进入机体，引起危害及其作用机理和预防措施的科学。又可分为环境毒理学、食品毒理学和工业毒理学等。

毒物 能使生物体机能或形态发生异常改变，而引起暂时性或永久性病理变化的物质。任何物质既可成为有毒又可成为无毒，取决于它进入机体的数量（剂量）、方式（经口、呼吸道、皮肤）和时间分布（一次或反复多次给予）。其中最基本的因素是剂量。

毒性 化学物质引起生物体损害的能力，是毒物与机体在一定条件下相互作用的结果，不是一成不变的常数。一定量的毒物毒性大小，视其损害的性质和程度分剧毒、高毒、中等毒和低毒。常用指标有阈剂量、最大无作用剂量、致死量（半数致死量、绝对致死量和最小致死量等）。参见“农业”中的“毒性”。

毒性分级 根据毒物的毒性大小而划分的若干等级。各国分级法不尽相同。中国急性毒性常按LD_{50}半数致死量分为剧毒、高毒、中等毒、低毒、微毒五级。慢性毒性的分级还无统一标准。

化学物质的急性毒性分级修订表

毒性分级	大鼠一次经口 LD_{50} (mg/kg)	6只大鼠吸收入4小时死亡2—4只的浓度 (PPm)	兔涂皮时 LD_{50} (mg/kg)	对人的可能致死量	
				(g/kg)	总量(g) (以体重60kg计)
剧毒	〈1	〈10	〈5	〈0.05	0.1
高毒	1～	10～	5～	0.05～	3
中等毒	50～	100～	44～	0.5～	30
低毒	500～	1000～	350～	5～	250
微毒	5000～	10000～	2180	7.5	71000

靶器官 毒物在机体内呈现毒作用，并引起典型病变的主要部位。此部位如为器官称作靶器官，如为组织则称靶组织。如四氯化碳慢性中毒主要损害肝脏，则肝脏即为其靶器官。

化学物质联合作用 两种或两种以上化学物质同时或先后作用于机体所产生的综合生物学效应。通常分：协同作用(增强作用)、相加作用、独立作用、拮抗作用（抑制作用)。研究它对制订最高容许浓度和评价生产环境中毒物对机体的影响等有重要意义。

相加作用 数种毒物同时作用于机体，其毒性等于各个毒物毒性的总和。各成分之间均可按比例取代另一种成分。

增毒作用 又称“增强作用”。数种毒物同时作用于机体时，其毒性超过各自毒物的毒性总和。

拮抗作用 又称“抑制作用”。数种毒物同时作用于机体，其毒性小于各毒物分别作用的毒性之和。其中某一毒物减弱了另一毒物的毒性。参见“农业”中的“拮抗作用”。

独立作用 数种毒物各自对机体产生不同效应，其作用方式、途径、部位也不相同，彼此之间互无影响。各成分不能

按比例互相取代。它所产生的总效应低于相加作用，但不低于其中活性最强者。

剂量—反应关系 表示一种化学物质的剂量与群体中呈现某种效应并达到一定强度的个体在群体中所占比例的关系，常用百分率表示。如LD_{50}即表示此关系。参见“环境科学”中的“剂量—反应关系”。

剂量—效应关系 表示一种化学物质的剂量与在个体所造成的效应的关系。即一种化学物质的摄入量与某一个个体呈现的某种性质的生物学作用强度的关系。参见“环境科学”中的“剂量—效应关系”。

阈剂量（浓度） 引起机体开始出现毒性反应的最低剂量（浓度）。以毫克/公斤（毫克/米^3）表示。一次染毒所得的阈剂量为急性阈剂量（浓度）。用以评价毒物急性毒性下限；反复多次染毒所得阈剂量为亚急性或慢性阈剂量（浓度），为制订毒物容许标准时的基本参数。

阈限值（TLV） 每日接触 7—8 小时，每周工作 40 小时期间毒物的时间加权平均浓度限值。此值可容许有一定波动范围。多数人长期接触不致产生有害反应，但个别敏感者可能感到不适，使健康状况恶化或甚至发生职业病。

毒作用带 判断毒物危险性大小的一种指标。常用：1．致死作用带：用LD_{100}/LD_{50}或LD^{100}/MLD 表示。因LD_{100}和MLD（或LD_0）等数值受个别动物敏感性的影响较大，也有用LD_{95}/LD_5或LD_{84}/LD_{16}表示；2．急性作用带：用LD_{50}/急性阈剂量表示。此作用带愈窄（比值小）表示此毒物引起机体急性死亡的潜在危险性愈大。反之，危险性愈小；3．慢性

毒作用带：用急性阈剂量/慢性阈剂量表示。此作用带愈宽，则此化合物蓄积性大，易发生慢性中毒。

毒作用上限 某毒物引起急性中毒死亡的剂量或浓度的范围。常以绝对致死量（浓度）、半数致死量（浓度）、最小致死量（浓度）等表示。

毒作用下限 毒物对机体能发生某种轻微有害作用的最小剂量（浓度）范围。

最大无作用剂量（浓度） 又称“阈下剂量（浓度）”。毒物作用于机体，不会引起用现代方法检测到的有害作用的最大剂量（浓度）。以毫克/公斤（毫克/米^3）表示。为制订毒物容许标准时不可缺少的依据。

最大耐受剂量（浓度） 引起染毒动物严重中毒，但不致死的最大剂量（浓度）。以毫克/公斤（毫克/米^3）表示。由于受动物个体差异和动物数目的影响变动较大，不直接用作两种毒物的毒性比较。

最小致死剂量（浓度） 全部感染动物中个别动物死亡的剂量（浓度）。以毫克/公斤（毫克/米^3）表示。由于动物对毒物的感受性个体差异大，此值可随动物数目增多而下降。实验中重复性差，一般不用来比较两种毒物的毒性。

半数致死剂量（浓度） 评价急性毒性实验常用指标之一。引起染毒动物半数死亡的剂量（浓度）。以毫克/公斤（毫克/米^3）表示。此值系将动物的死亡数据经统计学处理而求得。可随动物种属和染毒途径而异。

绝对致死剂量（浓度） 引起染毒动物全部死亡的最小剂量（浓度）。以毫克/公斤（毫克/米^3）表示。此值可因动物对

毒物的耐受性而有不同。

最高容许浓度 工人工作地点空气中有害物质，在长期多次有代表性的采样测定中，均不得超过的数值。在此浓度下每日 8 小时，每周 6 天，长期接触不致引起用现代医学检查方法可以发现的任何异于正常健康状态的变化。

一次接触限值 又称“最高容许峰值”。是一次临时性接触的最高容许限值，较 MAC 为宽，主要目的在于防止急性中毒。

最高容许峰值 即“一次接触限值”。

中毒 生物体受到毒物作用而引起功能性或器质性改变所出现的疾病状态。

急性中毒 短时间内吸收大量毒物而引起的中毒。

亚急性中毒 介于急性与慢性中毒之间，发作较为缓和、病程稍长的中毒。

慢性中毒 毒物长期反复地进入机体所引起的病理变化。毒物含量虽然超过正常值，但未出现形态和功能异常者，称毒物的吸收状态，不能诊断为慢性中毒。

毒物蓄积 毒物进入量大于排出量而在机体内积累的现象。蓄积处称贮存库。毒物可以原形或其代谢产物的形式存在于贮存库中。包括物质和机能两方面的蓄积。

蓄积系数 反映毒物蓄积性大小的指标之一。重复多次染毒使动物发生某种效应（如半数动物死亡等）的总剂量与一次染毒引起的同一效应剂量之比。当 K〈1 时为高度蓄积；1—3 为明显蓄积；3—5 为中度蓄积；〉5 为轻度蓄积。

$$\text{蓄积系数（K）}=\frac{\text{多次染毒的总 LD}_{50}}{\text{一次染毒的 LD}_{50}}$$

生物半减期 又称“生物半衰期”、“生物半排出期”。衡量毒物蓄积作用的指标之一。进入机体内的毒物，通过代谢和排泄等过程，在体内消除一半数量所需的时间。生物半减期较长的毒物，蓄积作用也较大。参见“生物”中的“生物半减期”。

生物半衰期 即“生物半减期”。

生物半排出期 即“生物半减期”。

致畸敏感期 胚胎发育过程中对致畸物作用最为敏感的器官发生期。但各阶段的敏感性不同，不同动物和组织器官也有差别。在人类为受孕后第 20—70 天；小鼠约在 6—15 天；兔约在 8—18 天。致畸实验应在受试动物的致畸敏感期内进行，否则不易奏效。

致畸原 能引起胚胎发生畸形的因素。有物理的（电离辐射等）、化学的（化学毒物、药物等）和生物的（如病毒）其中以化学致畸原最为重要，作用与剂量有关。

致畸性 又称“致畸胎性”。致畸原作用于妊娠母体，干扰了胚胎的正常发育，造成先天性畸形或生化、生理和智力发育缺陷，不影响细胞的遗传物质，不传给后代。胚胎对致畸原的敏感性与其发育阶段有密切关系，每一个器官或系统都有一个最易受损的发育阶段。

致畸胎性 即“致畸性”。

染色体畸变 生物细胞中染色体数目和结构发生的改变。前者包括整倍体畸变（染色体成倍地增减）和非整倍体畸变

(个别染色体数目增减)；后者分为染色体型及染色单体型的畸变。可自然发生或人工引起。通常以下列指示分析研究：

$$\text{细胞畸变率（\%）}=\frac{\text{有染色体畸变的细胞数}}{\text{分析染色体的细胞总数}}\times 100\%$$

$$\text{染色体畸变率（\%）}=\frac{\text{染色体畸变总数}}{\text{分析染色体的总数}}\times 100\%$$

突变 细胞遗传物质突然发生变异的一种生物学现象。广义包括染色体畸变和基因突变，狭义仅指后者。其又分为碱基置换型及移码型两种。如发生于生殖细胞，可使正常妊娠发生障碍、出现不孕、流产、死产、畸胎或遗传性改变；如发生于体细胞，则可使体细胞从正常增殖转为异常，而导致肿瘤发生。此外它还可以使细胞功能发生改变，如酶缺陷，从而导致疾病的发生。

致敏作用 致敏原引起机体产生特异性免疫反应的能力。致敏原通过各种途径（皮肤、吸入或经口等）接触机体后，产生了抗体或致敏淋巴细胞等，使机体处于致敏状态。当再次接触该物质时，出现反应性增高的特殊免疫现象，可产生某些症状和体征造成组织损害。

致癌性 某些因素（物理、化学和生物等），具有使动物或人体发生恶性肿瘤的特性。癌的发生与环境条件有密切关系，其中以化学因素占主要地位。确定某种因素的致癌性非常复杂，需经动物实验和人群流行病学调查证实。

致癌因素 能引起或促进癌发生的因素。通常分三类：1．物理因素，主要是放射线，约占肿瘤病因的 5—10%左右。2．

生物因素，认为热带恶性淋巴瘤、鼻咽癌等可能与E—B病毒有关。此类约占人类肿瘤病因5%左右。3．化学因素，约占80%左右。此外，遗传因素所引起的肿瘤极少，约5%左右。

前致癌物 须经代谢活化才具致癌作用的化学物。大部分化学致癌物属于此类。它们需经生物体内酶的转化后，方可致癌。

促癌剂 又称“促进剂”。本身不致癌或致癌作用极微，但与致癌物共存时有促癌作用，并可加速潜在癌细胞发展为癌肿的物质。如单纯给动物巴豆油并不致癌，若同时给动物皮肤涂抹多环芳烃类致癌物〔如苯并芘〕时，则很快出现癌肿。巴豆油、酚均被证明为促癌剂。

促进剂 即“促癌剂”。

终致癌物 直接致癌物和间接致癌物经过代谢活化所形成的具有致癌作用的代谢产物的统称。能与脱氧核糖核酸结合，导致遗传密码的改变，可使正常体细胞转化成为癌细胞，产生致癌作用。

胚胎生长迟缓 化学物质胚胎毒性的一种表现。常用胎鼠的胸骨、枕骨作为骨化迟缓的指标，可与对照组比较进行评定。

胚胎毒性 化学物质在一定剂量时仅引起胚胎中毒而不引起母体中毒的特性。主要表现：1．胚胎死亡；2．胚胎生长迟缓；3．畸形；4．胚胎功能不全。

诱变指数 评定化学物质诱变性强弱的一个参考指标。一般认为诱变指数高者，其诱变作用亦较强。

诱变指数 (MI) =

$$\frac{\text{早期死亡胚胎数（含吸收胚胎）＋晚期死亡胚胎数}}{\text{总着床数}}$$

致畸指数 评价致畸原致畸强度的一种相对参考指标。有人提出此指数在 10 以下为不致畸；10—100 为致畸；100 以上为强烈致畸。

$$\text{致畸指数}=\frac{\text{对雌鼠的 LD}_{50}}{\text{最小致畸剂量（或胚胎毒性作用）}}$$

染毒 使毒物接触实验动物或进入其体内的过程。根据毒物在环境中存在的状态（气态、液态、固态等），实验目的和毒物的性质等因素，其方式主要有三种：经呼吸道、消化道和皮肤。有时亦采用腹腔、静脉、皮下或肌肉注射等方式。

油水分配系数 物质在脂肪及水中溶解度的比例。对于评价毒物在体内的分布以及能否经皮吸收等情况，有一定参考价值。通常分配系数大的物质（如苯、四乙基铅等），易于进入富有脂类的细胞类，引起神经系统的损害。

$$\text{油水分配系数}=\frac{\text{脂肪中的溶解度}}{\text{水中的溶解度}}$$

急性毒性实验 一次较大剂量或 24 小时内多次给实验动物染毒，观察其短时间内（一般 24—48 小时，最长 2—4 周）呈现毒性的毒理学实验方法。目的是阐明受试物的相对毒性，作用方式和特殊的毒性作用，找出剂量与效应的关系。为进一步进行亚急性、慢性及其他特殊毒性试验提供依据。

亚急性毒性实验 又称“短期毒性实验”。在相当于动物生命的 1/10 左右时间（一般为 3 个月左右）内使动物每日或反复多次染毒的实验。目的是进一步确定受试物主要毒性作用和靶器官，对最大无作用剂量和中毒阈剂量的初步估计，并

为慢性毒性试验作准备。

短期毒性实验 即“亚急性毒性实验”。

慢性毒性实验 又称“长期毒性实验”。使受试动物生命大部分时间（一般 6 个月以上）或终生（此称“终生毒性试验”）染毒的实验。目的是确定受试物的慢性阈剂量和慢性毒性反应，为制订卫生标准提供依据。

长期毒性实验 即“慢性毒性实验”。

蓄积实验 确定毒物有无蓄积作用的实验。通常将一次给予动物不引起反应或死亡的毒物剂量，分次重复染毒，观察一定时间内是否出现反应的现象。常用毒物的蓄积系数或生物半减期评价蓄积性大小。

致癌实验 检验受试物或其代谢产物是否具有致癌作用的毒性试验。常用方法：1．哺乳动物长期致癌试验：通过多种动物和途径进行实验观察，其接触剂量和方式尽量接近于人类的实际情况。此法较准确可靠，但不同的动物种属及给予途径，对致癌的反应可有差别，且需要时间长、花费人力物力多。2．体外研究法：如致癌物短期筛选试验等，优点为快速，经济但准确性较差。对阳性受试物尚需进一步作动物试验和流行病学调查证实。

致畸试验 检测受试物能否引起胚胎畸变现象的试验方法。毒物可通过母体对胚胎的器官分化过程产生不利影响而导致仔胎畸变。常用动物为性成熟的健康大鼠和小鼠。受孕后 6—15 日（胎鼠器官形成期），给以不同剂量的受试物。并于分娩前一天处死。观察活胎、死胎及吸收胎数，并检查胎鼠外观、内脏和骨骼有无畸形。与对照组进行比较，以判断

受试物是否有致畸作用。

诱变试验 检验受试物是否具有诱变作用的实验。常用的方法有：1. 基因突变试验：如 Ames 试验，果蝇伴性隐性致死试验等；2. 染色体畸变检测；啮齿动物骨髓细胞微核试验；3. DNA 损伤及其修复试验：枯草杆菌修复试验，姐妹染色单体互换分析等。

宿主间介试验 又称“宿主培养法”。利用指示微生物（常用鼠伤寒沙门氏菌或大肠杆菌的突变型菌株）在哺乳动物（如小鼠等）体内观察间接致癌物致突变作用的方法。本试验为体内活化法，可作为致癌物快速筛选法之一。

宿主培养法 即“宿主间介试验”。

艾姆斯试验（Ames Test） 一种检测化学物质诱发基因突变的试验。所用检测菌株是组氨酸营养缺陷型的鼠伤寒沙门氏菌。此菌在无组氨酸的培养基上不能生长，但当它受到突变物作用后，发生回复突变，即可在该培养基上生长。因此，将检测物加入含有突变菌株的培养基中培养，若出现一定数量的回复突变菌落并呈剂量—反应关系，可判断为具有致突变性。本试验简便、快速，但有一定假阳性或假阴性。

骨髓细胞微核试验 简称“微核试验”。一种染色体畸变分析法。骨髓细胞染色体经化学致突变物作用发生断裂而形成微核，或细胞分裂时纺锤丝受损所致，其出现率与染色体畸变之间有明显相关。本试验简便、快速，但灵敏度较差。

微核试验 即“骨髓细胞微核试验”。

显性致死突变试验 观察受试物对生殖细胞有无诱变作用的试验方法。哺乳动物生殖细胞发生突变，往往不能再与异

性生殖细胞结合，或结合后出现发育异常的胚胎。实验一般用雄性大鼠或小鼠，使先接触受试物，再与雌性动物交配，受精卵可能在着床前消失，或着床数减少，或胚胎死亡等。据此与对照组比较以判断受试物的致突变性。

姐妹染色单体交换试验 检查细胞姐妹染色单体交换出现的频率，并以此作为化学物质致突变作用强弱的指标。许多化学致突变物质，可以引起染色单体交换，其出现率与染色体畸变频率之间呈相关关系。某些致突变物在不能引起其他类型染色体畸变浓度下，仍可使姐妹染色单体交换数目大为增加。可用不同细胞进行。姐妹染色单体分色可用不同的方法进行。

繁殖实验 检查受试物对动物繁殖功能影响的试验。某些毒物进入机体后对亲代本身并不显示或很少显示出毒性，但对其繁殖功能及下一代的生长发育有较严重的影响。本实验需选择适当的动物进行两、三代或更多代的观察。常用动物为大鼠、小鼠或家兔。观察受孕动物畸胎及受孕率、出生存活率、哺乳存活率等，与对照组比较，进行评价。

代谢试验 研究受试物在体内吸收、分布、转化、储留和排泄过程的试验。包括：1．测定受试物在各主要组织器官中的含量、分布、储留和作用器官。2．定期测定受试物在血、尿、汗液、呼出气和其他体液中的含量进行动态观察。查明它在体内的吸收速度、吸收率、储留时间、排泄途径和速度等。3．确定受试物在体内生物转化过程所形成的代谢产物的种类、数量、性质和毒性作用。

妇幼卫生与计划生育

妇女保健 根据妇女生理特点，对其一生，尤其是经期、孕期、产期、产褥期与哺乳期及更年期等，所采取的各项卫生措施，所以也叫五期保健。为中国卫生保健事业的重要组成部分，妇产科学不可缺少的内容。作好此项工作，有利于民族繁荣昌盛和国家兴旺发达。

经期保健 为确保妇女身心健康，减少因经期处理不当而引起的妇科疾病，所采取的各项卫生保护措施。如进行有关月经生理卫生教育，经期注意外阴部清洁，勤洗换会阴垫，不洗坐浴、盆浴及阴道冲洗，不作不必要的妇科检查，避免剧烈运动或重体力劳动，避免游泳，禁止性生活等。

孕期保健 为保护孕妇身体健康，保证胎儿正常发育，预防并及时处理妊娠期各种异常情况及并发症，对其采取的各项卫生措施。如定期作产前检查，对孕妇进行卫生指导，开展遗传咨询，发现问题及时处理等。

产时保健 掌握和运用分娩的客观规律，为及时发现与处理产妇在分娩过程中出现的异常情况，预防并发症及产褥热，保证母婴安全，所采取各项卫生措施。如实行科学接生，有条件者可开展电子分娩监护等。

产褥期保健 在产褥期〔从胎盘娩出至产妇全身（除乳腺外）和生殖器官恢复至正常非孕状态所需时间，一般为 6 周。〕对产妇进行各项卫生指导。如应注意外阴部的清洁卫生、乳头乳房清洁、饮食、睡眠。夏季室内注意通风，避免中暑。禁止性生活，避免重体力劳动。并于产后六周作一次检查，落

实避孕措施，指导哺乳。

哺乳期保健 对哺乳期（产后产妇用自己的乳汁喂养婴儿的时期，一般为 10 个月左右。）妇女指导母乳喂养与哺乳期卫生。如喂奶方法及乳房护理、乳母饮食、情绪、休息、睡眠、断奶等。

更年期保健 对更年期妇女（卵巢功能逐渐衰退到消失和生殖器官开始萎缩的一个过渡时期）开展卫生指导等各项措施。如介绍更年期的生理卫生知识，使其对此期有一个正确的了解，解除顾虑，保持精神愉快。同时注意月经变化、阴部清洁，定期进行检查，如有异常及时就医。

围产医学 研究围产期：（从妊娠满 28 周至产后一周）母儿生理、病理的一门学科。其建立对降低围产期母儿的死亡率和障碍儿（病残儿）的发生率，保证母儿健康，有重要意义。围产医学的质量是衡量一个国家卫生水平的重要标志之一。

产前检查 为及早发现孕妇与胎儿异常情况并及时处理而对孕妇所进行的医学检查。一般在早孕 12 周内检查一次，仔细询问病史，对孕妇进行全面体格检查，如孕妇患有严重疾病，继续妊娠有碍孕妇健康或生命者应及时终止妊娠。妊娠中期（20—26 周）检查一次，了解子宫增大是否与孕周符合，测量骨盆并听取胎心音，必要时作有关检查（如羊水甲胎蛋白，染色体及超声波等），以排除胎儿畸形及遗传性疾病。妊娠后期，为预防妊娠合并症的发生及胎位异常等情况，每次检查间隔应逐步缩短。一般妊娠 28—36 周每 2 周检查一次，36—40 周每周检查一次。有异常情况，随时检查，以便及时

处理。

预产期 预计妊娠期终了，分娩期开始的日期。人类平均妊娠期限从末次月经开始算约为 280 天，排卵常在月经周期的中间，因而实际妊娠持续时间（从受精到胎儿娩出）平均约为 266 天。推算预产期方法是：按末次月经第一日算起，月份减 3 或加9，日数加 7（如按阴历计算为月份减 3 或加9，但日数改为加 15）。例如：末次月经第一日为 1987 年 4 月 24 日，预产期应为 1988 年 1 月 31 日（若所述末次月经日期为阴历，则预产期为阴历 1988 年 2 月9 日）。遇有月经周期延长或缩短时，预产期应相应增减。实际分娩日期与预产期可以相差 1～2 周。若末次月经日期不清楚的孕妇，可依据早孕反应时间、胎动开始时间、子宫底高度等予以估计。

产后检查 一般于产后 6—8 周进行。有异常情况者提前检查。检查时应了解产妇全身情况，特别是生殖器官是否已恢复正常，以及乳房和乳汁分泌情况，常规则量血压。对异常情况及时纠正处理，并对避孕与育儿方法给予具体指导。

婴幼儿保健 保护和促进三岁以内小儿身体健康和生长发育的综合卫生措施。这一时期发病率和死亡率仍高。保健重点：1．提倡母乳喂养，指导按时添加辅食和断奶，合理安排断奶后的饮食；2．小儿生后每 1—3 个月到儿童保健门诊定期健康检查和体格测量；3．按时进行预防接种，预防各种传染病；4．合理安排生活和培养良好的卫生习惯。

婴儿喂养 保证婴儿生长发育及正常代谢的需要，所提供营养丰富并适合其消化吸收的食物及方法。包括：1．母乳喂养：见“母乳喂养”。2．混合喂养：见“混合喂养”。3．人

工喂养：见“人工喂养”。4．辅食的添加：从2个月后开始添加各种辅食，以补充营养的不足并为断奶作准备。添加辅食的原则是由少到多，由稀到稠，由细到粗，由一种到多种，并在婴儿健康，消化功能正常情况下加添。

母乳喂养 以母亲的乳汁喂养婴儿。母乳是婴儿最合宜的食物，尤其对六个月以下的小儿。

混合喂养 母乳不足时并用牛、羊乳或其他植物性代乳品喂养。

人工喂养 母乳缺乏或因其他原因不能进行母乳喂养而改用动物乳（牛、羊乳）或植物性代乳品喂养。

计划生育 有计划地生育子女，使人口的增长同国民经济的增长相适应。包括：提倡晚婚、晚育及节育、优生优育。实行计划生育是中国的一项基本国策。参见“人口学”中的“计划生育”。

避孕药 用人工合成的雌激素加孕激素制成的药丸或针剂及其他剂型。有内服和外用两类。通过抑制排卵、不利于孕卵着床、宫颈粘液变稠不利于精子穿过等达到避孕目的，效果肯定。

短效口服避孕药 复合的人工合成雌激素加孕激素制剂。主要作用是抑制排卵。避孕效果可达99.9%。常用的有三种：Ⅰ号避孕药，Ⅱ号避孕药及复方18甲基炔诺酮片。

长效口服避孕药 由长效雌激素与孕激素配伍而成。每月服药一次，避孕一个月。雌激素进入人体缓慢释放，孕激素起撤退性出血作用，类似一次正常月经，避孕有效率在98%以上。

探亲避孕药 为女用口服避孕药，不受月经周期的限制，随时可以服用。适用于两地分居的夫妇临时短期探亲时用。

女子外用药避孕 将外用避孕药物放入阴道内很快溶解，散布在阴道和宫颈的周围，形成不易穿过的油层或泡沫层，防止精子进入宫颈或杀死精子达到避孕。常用有避孕药膏、避孕栓、外用避孕药片和避孕药膜等。

外用避孕药膜 一种具有强力杀灭精子作用的药物，制成半透明的片状薄膜。男女均可用，但从避孕效果来看，男用比女用更佳。

工具避孕 利用各种器具通过阻止精子进入阴道或阻止进入阴道内的精子进入宫腔、或是作为异物改变宫腔局部环境而达到避孕目的。常用的避孕工具有男性用阴茎套、女性用阴道隔膜及宫内节育器。

宫内节育器 俗称“节育环”。置于宫腔内的避孕装置。起着阻碍受精卵着床和发育的作用。通常以不锈钢、塑料或硅橡胶等制成。有不同型号与形状，如环形、“T”形、“V”形、花瓣形等。简单方便，经济有效，对生理功能干扰较小。

节育环 即“宫内节育器”。

阴茎套避孕 男用避孕工具。为筒状的优质薄乳胶制品使射精时精液排在套内，阻止精子进入阴道，避免精子和卵子相遇，达到避孕目的。简单易用，安全，不影响男女双方的生理过程，使用正确，效果可靠。

阴道隔膜避孕 性交前将阴道隔膜（子宫帽）放入阴道内，盖住子宫颈，使射入阴道内的精子不能进到子宫腔，从而达到避孕目的。

安全期避孕 排卵期前后一定时间内暂停性交，避开精子与卵子相遇的避孕方法。精子在女性内生殖道可存活 1—3 日，排卵后卵子存活 1—2 天。女子排卵时间一般在月经来潮前 14 天左右，精子与卵子适时相遇才能受孕。推算排卵日前后各 4—5 天之外性交，受孕机会少，这段时间为安全期。因排卵期往往受身体健康状况及环境、情绪等影响而改变，故此法避孕失败率较高。

人工流产 妊娠 12 周以内，用人工方法使妊娠中断的手术。因避孕失败、疾病等原因，采用此法。节制生育主要依靠避孕措施，人工流产仅是一种补救方法，不宜经常采用。

中期妊娠引产 妊娠中期(指从怀孕 3 个月到 6 个半月)终止妊娠的方法。此法有一定难度，宜在有条件的医院进行。

女性绝育术 利用手术、电凝、环夹、药物等堵塞输卵管，阻止精子与卵子相遇，达到永久不孕的计划生育手术。必要时可行输卵管再通术，以恢复生育能力。

输卵管再通术 女性绝育术后由于特殊情况或因输卵管病变引起阻塞，要求恢复生育能力者，可将输卵管重新接通的手术。通常包括输卵管吻合术，输卵管造口术和输卵管子宫角部移植术三种。

男性绝育术 利用手术、药物、异物、或电凝等堵塞输精管使精子不能排出达到男子永久性不育的技术。方法简单，组织损伤少，效果可靠并不影响内分泌和性功能，必要时再吻合以恢复生育力。

输精管吻合术 男性绝育术后或因疾病而输精管闭塞者，由于某种原因需要恢复生育力，将输精管闭塞段切除或两断

端修整后重新接通的手术。

精库 精液冷藏的新技术。应用冰冻人类的精液进行人工授精始于 1953 年。采用精库精液受孕分娩的孩子，发生畸形以及妊娠后自发流产的机会很少。

人工授精 不经性交使精子进入女方体内，促成精卵结合的助孕手段。男女双方经过体格检查，认为无自然授精可能，又切盼生育者，可行人工授精。精液的来源可以用丈夫或其他贡献者的，这要根据不孕的情况而定。参见“农业”中的“人工授精”。

胚胎移植 俗称“试管婴儿”。用腹腔镜从卵巢取出成熟的卵子在体外受精，使发育至一定阶段后再植入母体子宫内继续发育成为胎儿。世界上第一例试管婴儿在 1978 年诞生于英国奥德海姆（Oldham）总医院，经剖腹产娩出一体重 2608 克的正常女婴，现健康状况良好。

试管婴儿 即“胚胎移植”。参见“人口学”、“生物”中的“试管婴儿”。

婚前检查 为男女双方的健康和婚后的优生优育，结婚前对双方进行必要的体格检查和了解。内容包括病史询问、体格检查和化验。目的是对患有不宜结婚、生育或暂时不宜结婚的疾患者进行解释与规劝，并给予积极治疗与指导。

优生 见“人口学”中的“优生”。

优育 见“人口学”中的“优育”。

出生率 常用的人口统计指标之一。指某地每年每千人口中的出生人数（活产数）。反映人群生育水平。

$$出生率\ (‰) = \frac{某地某年出生人数}{该地同年平均人口数} \times 1000‰$$

注：年平均人口数可用 6 月 30 日人口数，或将去年年终人口数加今年年终人口数除以 2。

死亡率 见“流行病学”中的“死亡率”。

人口自然增长率 指一年内每千人口中增加的人数（不包括迁移增加的人数）。

人口自然增长率= 出生率— 死亡率

说明某年人口自然增减情况。

计划生育率 反映计划生育工作情况的一个综合性指标。说明一定时期内符合计划生育要求的出生人数占出生人口总数的比例。

计划生育率（%）= 某期内符合计划生育要求出生的人数/某期内出生人口总数 ×100%

节育率 一定时期内已婚并有生育能力的男女中，落实节育措施的人数。一对夫妇不论何方落实节育措施，均按女方统计。暂不需落实措施的妇女，包括孕妇、初婚需生育妇女等。

节育率（%）=

$$\frac{落实节育措施的育龄妇女人数}{已婚有生育能力的育龄妇女数— 其中暂不需落实措施的妇女数} \times 100\%$$

婴儿死亡率 一年内不满周岁活产婴儿的死亡率。因某年未满周岁婴儿一部分是上年出生的，故常用 1/3 上年活产婴儿数加 2/3 本年活产婴儿数做分母。

婴儿死亡率（‰）=

$$\frac{\text{某年未满周岁婴儿死亡人数}}{1/3\text{去年出生人数}+2/3\text{本年出生人数}}\times 1000‰$$

育龄妇女总生育率 一年内出生的活婴数与所有育龄妇女的年平均人数之比。

育龄妇女总生育率（‰）＝

$$\frac{\text{某年出生人数}}{\text{同年平均育龄妇女总人数（年平均人数）}}\times 1000‰$$

终身生育率 同一批已结束生育的妇女，她们一生中平均每人所生育的子女数。

终身生育率=

$$\frac{\text{某一批已结束生育的妇女一生中所生育的子女数}}{\text{同一批妇女人数}}$$

平均世代年数（M．L．G） 指上、下两人口间的平均间隔数，说明人口繁殖的速度。

$$M．L．G=\frac{\sum 5L_x \cdot 5F_x \cdot X}{\sum 5Lx \cdot 5F_x}$$

式中：X 为各年龄组组中值；

$5L_x$ 为女子寿命表人口数，五岁一组；

$5F_x$ 为育龄妇女年龄别死亡率，五岁一组。

避孕疫苗 用以刺激机体产生一种抗人绒毛膜促性腺激素的抗体，从而起到抗妊娠作用的疫苗。据WHO 避孕疫苗委员会成员左伦·琼斯教授宣布，注射两次此疫苗可以产生至少18 个月的抗妊娠免疫反应。本疫苗比口服避孕药便利。

近亲婚配 五代内旁系中有血缘关系亲族之间的婚配。常见为姑表、姨表兄妹间的婚配。他们中往往有来自本族祖先

某些相同的隐性致病基因，所生的子女中，先天缺陷儿或死产率比自然群体高 3—4 倍。

遗传病携带者 表现正常，但具有致病基因或易位染色体，能传递疾病给后代的个体。

社会医学与卫生管理学

社会医学 医学分支之一。运用流行病学、统计学和社会学等方法，研究各种社会因素（如政治、经济、法律、文化和卫生等）与人群疾病及健康的相互关系的学科。主要探讨人们患病的社会根源，科学评价居民健康状况并制定各种社会措施，以保障和促进人群身心健康及社会适应能力，使人们积极全面地发展，提高生活质量。本学科的出现，是人类战胜疾病史上的一个重要转折点，使人们对自身疾病的形成（自然、社会、心理诸因素的综合作用）及其防治有一个全面科学的认识，有利于进一步保持和促进人群身心健康。

卫生管理学 管理学分支之一。研究卫生事业管理的理论、原则和实际应用，探讨与卫生政策相适应的最优的卫生服务组织和工作方法，并研究世界卫生事业组织管理的历史经验和从卫生行政角度研究卫生法规、卫生标准等问题的学科。

卫生行政管理 国家卫生行政机关对卫生工作进行行政管理的总称。包括卫生防疫、妇幼保健、医政、药政、中医、医学教育和医学科研行等管理以及与之相适应的卫生事业计划、财务和人事管理等。参见“行政学”中的“卫生行政管理”。

卫生经济学 经济学分支之一。从生产力和生产关系的相互联系中，研究卫生服务、人民健康与经济发展之间的辨证关系，以阐明卫生工作中的生产关系和作为社会经济现象的卫生生产力的矛盾运动，进而揭示卫生事业中的经济规律的学科。

医学社会学 社会学的分支之一。研究医务人员、病人、医疗保健机构的社会学特点和规律；并探讨它们之间及它们与其他社会现象之间的相互关系的学科。

老年医学 医学分支之一。老年学的一个组成部分，从医学角度研究人体衰老的原因及其发展过程、影响正常寿期的体内外因素、老年期常见病及多发病（如动脉硬化、高血压、恶性肿瘤、代谢障碍等）的防治方法和保护老年人身心健康；对老年人的生活、工作提出积极有效的建议并给予指导，使他们能向社会贡献余热、延年益寿、安度晚年的学科。在国际上尚属新型学科，中国则早有老年疾病防治的专著，如清曹廷栋著有《老志恒言》，记述了有关老年人的食、住、行和防病等内容。

行为医学 医学分支之一。研究人类行为与疾病发生之间关系的学科。主要探讨不良生活方式及行为（如吸烟、酗酒、贪食、焦虑紧张、精神刺激、A 型性格和手淫等）对人类健康及疾病的影响，分析产生异常行为习惯的原因，并采取各种措施（开展卫生宣教、推行自我保健等）预防和矫正异常行为，以降低有关疾病（如肺癌、胃癌等某些恶性肿瘤、溃疡病、冠心病、高血压等）的发生率与死亡率，增进健康。在影响人类生存和健康的诸多因素中，不良生活习惯和行为是

招致疾病发生的重要原因之一，行为医学的发展，将有助于人们更为深刻地认识这一问题，摆脱对传统医术的单纯依赖，重视社会和行为措施。

心身医学 医学分支之一。研究社会因素和心理因素与人体健康及疾病的关系的学科。主要探讨心身疾病的发生、发展规律及其预防和治疗手段。人既有生理活动，又有社会心理活动，通常经自身调节和自我控制使各器官系统处于平衡状态，从而保持健康。如长期遭受严重的社会心理压力难以解脱，则会失去平衡而导致某些疾病的发生，这些疾病称为“心身疾病”，如神经性厌食、神经官能症、溃疡症、冠心病、高血压等。心身医学将指导人们保持良好的心理状态，消除各种社会心理压力，以减少这类疾病的发生与死亡。

康复医学 医学分支之一。消除或减轻伤病者、残疾者身体上、精神上和职业上的功能缺陷，使其最大限度地恢复生活和工作能力的学科。包括功能测定和康复治疗二部分内容。前者是用各种医疗测试仪器对伤残者进行心肺功能测定、电生理测定、运动学测定以及代谢及有氧活动功能测定等，然后有针对性地进行康复治疗。后者内容广泛，有物理治疗、体育治疗、作业治疗、日常生活动作训练、心理治疗及假肢和矫形支具装配等。在中国，“康复医学”这一名词使用较迟，但康复工作的开展，却是源远流长，气功、推拿、武术、温泉疗及泥疗等都是颇有功效的康复手段。

医疗保健制度 医疗保健费用的负担方式。随国家而异，但可归纳为：自费医疗、集资医疗和公费医疗三种类型。中国大体上可分为：公费医疗、劳保医疗、合作医疗、自费医疗

及其他健康保险制度等。

自费医疗 一种传统的、广泛的医疗保健制，医疗费用自付。

健康保险制度 又称“集资医疗”。医疗保健制度之一。由部分或全体居民通过一定方式聚集资金以解决聚集者本人或其瞻养者的医疗费用。

集资医疗 即“健康保险制度”。

合作医疗制度 见“医学一般”中的“合作医疗制度”。

公费医疗制度 见“医学一般”中的“公费医疗制度”。

劳保医疗 医疗保健制度之一。实质同公费医疗。中国从1951年起规定，凡铁路、邮电、航运及工矿企业等单位的职工及其供养的直系亲属享有集体保险的权利，生、老、病、死、伤、残时，均按一定条件和标准，享受病伤产假期工资、医疗费、补助费、退休工资、抚恤费等待遇，并有疗养、休养和其它福利。这些费用，按工资总额的一定百分比，由各工矿企业单位拨付。

社会卫生状况 狭义的指社会人群的健康状况，一般称“居民健康状况”，包括人群的生育、发育及营养水平、疾病及死亡状况、平均寿命等；广义的还应包括社会制度及社会经济发展水平、社会卫生条件、卫生服务状况及人类的卫生行为等方面。

居民健康状况 见“社会”卫生状况”。

高危人群 由于年龄、性别、生理或心理缺陷等因素而易发生某种疾病的人群。

生活事件 可能与健康状况改变有关的或可能引起健康状

况改变的生活条件及环境发生变化（或被破坏）的事件，如丧偶、结婚、离婚失业及搬迁等。

通科医生 通看各科疾病的医生。

卫生服务 在卫生保健专业人员从事或指导下的服务工作，目的在于促进、保持和恢复人们的健康。其中除了个人卫生保健外，还包括卫生防护措施及卫生教育。

卫生费用 一定时期内卫生部门（或卫生人员）为人们提供卫生服务所直接或间接耗费的经济资源，一般以货币计量。包括药物、器械、卫生材料、设备、建筑物和医药卫生保健人员的教育、训练费用及工资等。

初级卫生保健 又称“基层卫生保健”。基层卫生机构，如城市街道卫生院、农村卫生院、卫生室、厂矿企业保健站、学校医务室等所担负的卫生保健工作。是完整的卫生保健过程的首要因素，也是实现人人健康目标的关键性措施。

基层卫生保健 即“初级卫生保健”。

城市地段保健 城、镇居民按照居住地区划分地段，由一定的医院、门诊部、街道卫生院等医疗卫生机构的地段医务人员全部负责此地段居民有关生、老、病、死的医疗保健工作。

寿命表 又称“生命表”、“死亡表”。描述特定人群生命过程的一种统计表。有队列寿命表和当代寿命表二种。前者是随访同时出生的一群人，记录这群人出生后的死亡过程、计算逐年死亡数、死亡率、尚存人数、生存年数和平均寿命。后者是假定有同时出生的一群人，按照某一实际的年龄组死亡率逐年死去，记录其生命过程。根据年龄分组法，又可分为

完全寿命表（年龄 1 岁 1 组）及简略寿命表（年龄 5 岁或 10 岁一组）。医学人口统计中常用后表。

生命表 即“寿命表”。

死亡表 即“寿命表”。

简略寿命表 见“寿命表”。

期望寿命 表示在一定年龄组死亡率条件下，X 岁尚存者今后预期仍能存活的平均年数。X 岁时期望寿命受 X 岁以后各年龄组死亡率的综合影响。出生时期望寿命简称“平均寿命”，是各年龄组死亡率的综合反映，可概括地说明人群的死亡率水平。

平均寿命 见“期望寿命”。

实际病床使用率 表示病床利用程度的相对指标。实际占用总床日数与实际开放总床日数的百分比。一般为93%，大于此率，表示病床负担过重；超过 100%，说明有临时加床；如过低，说明病床有空闲。受各科床位分配、病床消毒隔离时间、病床修理及季节性因素的影响。

$$\text{实际病床使用率}=\frac{\text{实际占用总床日数}}{\text{实际开放总床日数}}\times 100\%$$

因病（伤）缺勤率 一年（季、月）内职工应出勤日数中因病（伤）缺勤日数所占的百分比。

$$\text{因病（伤）缺勤率}=\frac{\text{观察期间因病（伤）缺勤日数}}{\text{同期应出勤总日数}}\times 100\%$$

疾病分类 把数千种病、伤按一定标准分成若干大类（母类），大类再分成小类（子类），使所有病、伤都各自分在一分类内，不应有无类可归或可归入数类的现象。用于对不同

来源的死亡率和发病率的标准化和比较。每种疾病可使用数字标记进行统一编码。如对疾病、损伤和死因的国际分类。

放射卫生学

放射卫生学 卫生学的一门分科。研究电离辐射对人体健康的影响，制订电离辐射各项剂量标准，并提出综合性安全防护措施。主要任务：1．研究从事放射工作人员的劳动条件和健康状况，制定放射防护措施；2．研究对大气、水、土壤等放射性“三废”污染监督及处理措施；3．研究天然和生产条件下放射性物质最高容许剂量和浓度，为制订卫生标准和工作条例提供科学依据。

放射毒理学 放射医学中的一门分支学科。研究放射性物质对生物体作用的特点和危害性，进入机体的途径，在体内的分布、代谢、排出和有效的处理方法等。为临床提供放射性损伤诊断和治疗的有效措施，并为制定放射性物质的最大容许标准提供科学依据。

放射生物学 研究电离辐射性生物体作用规律的学科。其任务是深入了解各种射线对生物体的个别系统、器官、组织以至细胞和生命基本物质的作用规律及机制，查明不同剂量（包括长期小剂量）辐射对生物体影响的实质，了解环境对辐射生物学效应的影响以及生物体对辐射的敏感性，从而寻求有效的防护措施。

放射遗传学 又称“辐射遗传学”。是遗传学和放射生物学的交叉学科。研究电离辐射对生物体遗传和变异的影响。目

的是阐明辐射诱发突变等的规律和机制，从而防止辐射对生物体的有害作用，并利用电离辐射能引起遗传性变异来选育动、植物和微生物的优良品种。

放射敏感性 人体各组织和细胞对电离辐射的抵抗能力和反应不同的特性。自身繁殖活跃、代谢率高、要求更多营养以及处于某种分裂期的细胞均对辐射敏感。未成熟的细胞更易受到辐射的损伤。人体中对辐射最敏感的组织为红骨髓、淋巴组织和生殖器官。纤维、脂肪、肌肉和骨细胞敏感性较低。

放射性强度 又称“放射性活度”。量度放射性物质的一种物理量。它以每秒钟内发生的核衰变数来表示。核衰变数越多者，其放射性强度越大。放射性强度的旧制单位是居里。1975年国际制单位采用贝柯勒尔（Becquerel）。1贝柯＝1次衰变/秒。1居里（ci）＝3．7×10^{10}贝柯（BQ）。

放射性废水 生产和使用放射性物质过程中产生的废液。常含天然放射性元素如铀、镭、钍，人工放射性同位素如^{89}锶、^{137}铯、^{144}铈、锆、^{95}铌、^{106}钌等（来自铀裂变产物），以及^{24}钠、^{32}磷、^{45}钙、^{131}碘等生物活性大的放射性元素。

放射性废物 生产和使用放射性物质过程中产生的放射性“三废”（废水、固体废物和废气）。

放射性污染 在原子能工业生产、试验、核爆炸以及放射性同位素的生产和应用过程中，由于操作上的疏忽或直接接触放射性物质等原因，可致工作场所各种设备表面、周围环境以及人体表面的污染。参见“环境科学”中的“放射性污染”。

放射性除污染 用物理或化学方法去除被污染物体中或表

面上的放射性污染物，使之降到最大容许水平以下。

放射性自吸性 α和β辐射很易被一薄层物质吸收，这种包括样品本身的吸收称为自吸收。测定样品放射性时，需根据自吸收曲线或已知的标准源校正。

放射性损伤 机体受电离辐射作用后所引起的病理反应。可分为全身性损伤（急、慢性放射病）、局部损伤（皮肤、视器官等）、复合性损伤以及后遗症等。

放射性烧伤 机体局部或全身受到超剂量电离辐射作用所致的损伤。可表现为红斑、水疱和溃疡等。放射治疗局部照射剂量过大、反应堆事故、核爆炸等均可引起。症状和处理与一般烧伤相似，但治疗困难。

放射病 一定剂量电离辐射作用于机体后所引起的全身性疾病。分急、慢性两型。前者是机体短期内受到大剂量（一次或多次）放射线照射所致，有神经系统（剧烈头痛、头晕、步态不稳、知觉丧失）、消化系统（恶心、呕吐、食欲丧失）、骨髓造血机能抑制、出血和感染等临床表现。特点是病程有时期性，可分四期：反应初期、假好转期、症状明显期及恢复期；后者是机体长期受小剂量放射线照射所致，有头痛、头晕、乏力、关节酸痛、记忆力减退、失眠、食欲不振、脱发、白细胞减少等症状。特点是病程长，经过起伏不定，可分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ三度。治疗原则为增加营养，刺激造血机能，对症处理等。

放射防护 又称“辐射防护”。对从事放射性工作的人员、广大居民和生态系统加以充分保护，防止或减少电离辐射产生的危害而采取的手段。包括辐射监测和各种防护措施。目

前各国多数制定了放射防护规程。对放射性物质的生产、使用、操作、保存、运输、废物处置以及放射性工作人员的职业性健康保护等进行监督。