全国优秀畅销读物

中国健康教育协会、
中华医学会科普学会、
中国科普作家协会
组织临床医学专家、医学科普作家
联袂推出——全国优秀畅销读物

家庭医生全书

最新版

这是一部现代家庭必备的家庭医疗小百科全书。

贴近现代家庭医疗实际，介绍了科学、实用的家庭医疗方法（如家庭病房的布置、家庭常用诊疗护理操作技术、家庭急救方法、家庭小药箱的配备、常见病的家庭处理与预防等）。内容新颖、全面、通俗、可操作性强，是本书最大的特色。

通过阅读这本书，没有经过专业训练的非医学专业人员，就能初步了解常见疾病症状及其家庭护理技术，并且也能按照书中的指导，做一些力所能及的护理工作。同时，也能在医生的指导下，选购非处方药，进行常见小病的治疗，做到小病自己治。即使患有大病，也能从书中受到启示，一方面进行预防保健，另一方面则能让病人及早医治，而不至于延误病情和治疗，同时让病人在入院前或出院后康复期得到合理的照料。

福建科学技术出版社



这是一部现代家庭必备的家庭医疗小百科全书。

贴近现代家庭医疗实际，介绍了科学、实用的家庭医疗方法（如家庭病房的布置、家庭常用诊疗护理操作技术、家庭急救方法、家庭小药箱的配备、常见病的家庭处理与预防等）。内容新颖、全面、通俗、可操作性强，是本书最大的特色。

通过阅读这本书，没有经过专业训练的非医学专业人员，就能初步了解常见疾病症状及其家庭护理技术，并且也能按照书中的指导，做一些力所能及的护理工作。同时，也能在医生的指导下，选购非处方药，进行常见小病的治疗，做到小病自己治。即使患有大病，也能从书中受到启示，一方面进行预防保健，另一方面则能让病人及早医治，而不至于延误病情和治疗，同时让病人在入院前或出院后康复期得到合理的照料。

责任编辑/郑霄阳
封面设计/陈培亮
责任校对/张洪洪

ISBN 7-5335-2095-5

9 787533 520953 >

定价:28.00 元

·现代家庭保健系列·

家庭医生全书

王莉莎 赵仲龙 主编

福建科学技术出版社



图书在版编目（CIP）数据

家庭医生全书/王莉莎，赵仲龙主编．—福州：福建科学技术出版社，2003.8（2006.7重印）
（现代家庭保健系列）
ISBN 7-5335-2095-5

Ⅰ．家… Ⅱ．①王…②赵… Ⅲ．常见病-诊疗 Ⅳ．R4

中国版本图书馆CIP数据核字（2003）第026466号

书　　名	家庭医生全书 现代家庭保健系列
主　　编	王莉莎　赵仲龙
出版发行	福建科学技术出版社（福州市东水路76号，邮编350001）
网　　址	www.fjstp.com
经　　销	各地新华书店
排　　版	福建科学技术出版社排版室
印　　刷	福建省地质印刷厂
开　　本	850毫米×1168毫米　1/32
印　　张	15.625
字　　数	570千字
印　　次	2006年7月第4次印刷
印　　数	13 001—16 000
书　　号	ISBN 7-5335-2095-5/R·458
定　　价	28.00元

书中如有印装质量问题，可直接向本社调换

主　　编　王莉莎　赵仲龙
副 主 编　王文静　魏兰新　崔建庄　毕淑琴　徐艳杰
　　王学书
作　　者　（按姓氏笔画为序）
　　马涵英　王文静　王学书　王莉莎　王　旌
　　孙国梅　汤知慧　毕淑琴　郎晓燕　赵仲龙
　　赵织春　赵铁夫　唐　芹　徐艳杰　崔建庄
　　黄　飞　黄　峰　魏兰新

编者的话

20世纪60年代中期，湖南医学院编写了一部非常著名的《农村医生手册》，出版后立即受到广大读者的欢迎，销售数百万册。这样的实用图书，不仅基层医务人员喜欢读，一般群众也爱不释手。直至30年后，人们仍然向往类似的实用家庭医疗手册。像《农村医生手册》这样普及、实用型医学书籍，可以让更多的人了解医学常识，同时，也让人民大众掌握一些对疾病的基本诊断与治疗方法，在社区医生的帮助下，积极开展家庭病床，做到“小病自己治，大病上医院”。非处方药的面世，也需要群众掌握更多的诊断常见小伤、小病的本领，能正确、合理地使用非处方药。许多事实表明，在社区医生的指导下，如果病人的家属积极配合，并且具有相应的护理知识，病人疾病的康复会快得多。

近几十年来，医学科学的进展很快，新的诊疗方法不断出现，甚至对许多疾病的认识也发生了重大变化，诊断方法和治疗措施都有了新的进步，原有的《农村医生手册》已经明显不再适应目前需要。虽然为医生写的书如汗牛充栋、比比皆是，但是能让老百姓读明白的医学书籍却并不多，何况还要让对医学外行的人也能照本宣科，就更少了。

应福建科学技术出版社的约请，我们组织了一批在基层工作的医生和从事医学科普工作的同志，共同编写了这部全书。本书的主要读者对象是没有经过专业训练的非医学专业人员。通过阅读，能初步了解常见疾病症状及其家庭护理技术，并且也能按照书中的指导，做一些力所能及的护理工作。同时，也能在医生的指导下，选购非处方药，进行常见小病的治疗，做到小病自己治。即使患有大病，也能从书中受到启示，一方面进行预防保健，另一方面则能让病人及早医治，而不至于延误病情和治疗，同时让病人在入院前或出院后康复期得到合理的照料。

需要指出的是，本书介绍的诊断治疗方法仅供参考，并不能代替医生所作的诊断与治疗。特别是药物剂量，非医学专业人员更不能凭本书“按图索骥”或“对号入座”。这是因为医学毕竟是一门相当复杂的科学技术，治疗疾病又关系到病人的生命安全，没有医师资格和行医执照的外行人，是不能涉足其间的。

由于作者学识浅陋，而医学的进步又是不断发展完善，所以本书难免有疏漏之处，敬请有识之士指正。

目　录

上篇　家庭医疗护理知识

第一章　家庭病房

家庭病房的基本要求/1
一、患者的居室/2
二、个人卫生和生活制度 /4
家庭常用医疗用品/5
一、家庭用药贮存/5
二、识别伪劣药品/6
三、家庭常用医疗用品/7
（一）体温计/7
（二）血压计/7
（三）听诊器/7
（四）外科剪刀/8
（五）镊子/8
（六）针灸毫针/8
（七）脱脂棉/8
（八）脱脂纱布/9
（九）橡皮膏/9
（十）绷带/9
（十一）止血带/9
（十二）其他/9
四、家庭常备药品/9
（一）内服药/9
（二）外用药/10
家庭常用消毒方法/10
一、清洗法/10
二、物理法/11
（一）紫外线灭菌法/11
（二）热力灭菌法/12
三、化学灭菌法/13
（一）消毒方法/13
（二）常用消毒剂/13
（三）家庭常用的消毒药物/14
患者的清洁卫生护理/15
一、患者的个人卫生/15
（一）刷牙及口腔护理/15
（二）洗脸和擦洗/16
二、按摩脊背/17
三、更换衣服/17
四、调整睡姿/18
五、移动患者/19
六、饮食护理/20
七、患者的饮食/21

（一）普通饮食/21
（二）软饭/22
（三）半流质食物/22
（四）流质饮食/22
（五）低脂饮食/23
（六）低胆固醇饮食/23
（七）低盐饮食/23
大小便的护理/24
一、便盆的使用与消毒法/24
二、对大小便的观察/25
三、便秘患者的护理/26
（一）预防便秘的方法/26
（二）治疗便秘的方法/26
家庭常用护理操作技术/27
一、测量体温/27
（一）口测法/27
（二）腋下测量法/28
（三）肛测法/28
二、测量呼吸/28
三、测量脉搏/28
四、测量血压/29
五、常用注射法/30
（一）家庭注射的注意事项/30
（二）在家庭注射前的准备工作/31
（三）注射方法/32
六、家庭换药/35
（一）伤口类型/35
（二）换药次数/35
（三）换药方法 /36
七、热敷和冷敷/36
八、家庭氧疗/38
九、导管排尿/39
十、洗胃/39

第二章 家庭常用治疗技术

取出异物/41
一、取出眼内异物/41
二、取出耳内异物/41
三、取出鼻腔异物/41
四、取出气管内异物/42
五、取出食管异物/43
鼻出血的处理/43
止血与包扎/43
一、止血方法/44
（一）指压止血法/44
（二）加压包扎止血法/44
（三）止血带法/45
（四）填塞止血法/45
二、伤口包扎/45
（一）包扎注意事项/45
（二）包扎材料的选择/46
（三）包扎方法/46
家庭常用给药法/47
一、鼻部滴药法/47
二、眼部滴药法/47
三、耳滴药法/48
四、口腔上药法/48
五、药物坐浴法/48
预防褥疮/49
骨折后的家庭护理/49

第三章 家庭急救操作技术

与急救中心(站)联系的方法 /51
现场急救技术/52
一、判断病情的轻重/52
（一）病情极危急/52
（二）病情危重/54
（三）病情较重/54
二、初级(徒手)心肺复苏术/54
常见伤病的紧急处理/55
一、心绞痛/55
二、触电/56
三、溺水/56
四、中暑/56
五、脊髓损伤/58
六、颅脑损伤/58
（一）头皮损伤/59
（二）颅骨骨折/59
（三）脑损伤/59
七、畜兽咬伤/61
八、毒蛇咬伤/61
九、蜂、蝎、蜈蚣蜇伤/63
（一）蜜蜂蜇伤/63
（二）黄蜂蜇伤/63
（三）蜈蚣咬伤/63
（四）蝎蜇伤/63
十、毒蜘蛛咬伤/63
十一、蚂蟥咬伤/64
十二、食物中毒/64
十三、烧伤/65
（一）热力烧伤/66
（二）电烧伤/68
（三）放射性烧伤/68
（四）化学烧伤/68
十四、冻伤/68
十五、煤气中毒/69
十六、晕船（车）/69
十七、急性毒物中毒/70
十八、急性有机磷农药中毒/71
十九、醉酒(急性酒精中毒)/71

中篇 常见症状的家庭处理

发热/73
失眠/75
肥胖/78
消瘦/82
水肿/83
疲乏/86
疼痛/88
头痛/89
咳嗽/91
咳痰/93
胸痛/95
咯血/96
呼吸困难/98
昏迷/99
视力模糊/101
红眼/107
耳鸣/110
耳聋/111
眩晕/114
鼻出血/115
鼻溢液/116
声音嘶哑/118

咽痛/119
口舌痛/120
牙痛/120
牙龈出血/122
心悸/123
高血压/125
低血压/127
高血脂/128
紫绀/131
胸前区疼痛/132
吞咽困难/132
呕吐/133
食欲不振/135
呕血与黑便/135
便血/136
腹泻/138
慢性腹泻/139
便秘/141
急性腹痛/143
女性急性下腹痛/145
黄疸/146
肝肿大/148
脂肪肝/151
腹水/152
腹部肿块/154
尿频、尿急、尿痛/155
血尿/156
排尿困难/159
尿量异常/159
阴囊肿大/160
男性勃起功能障碍/161
早泄/163
阴道出血/163
白带增多/164
闭经/167
痛经/169
外阴瘙痒/169
男性不育/170
女性不孕/171
贫血/173
皮下出血（紫癜）/175
淋巴结肿大/176
甲状腺肿大/177
糖尿/179
痛风/180
乳头溢液/180
惊厥/182
感觉异常/183
瘫痪/184
腰腿痛/185
四肢关节痛/186
皮疹/187
瘙痒/189
皮肤脱屑/191

下篇 常见疾病的家庭处理和预防

第一章 常见传染病的处理和预防

传染性非典型肺炎/193
流行性感冒/195
病毒性肝炎/197
一、甲型病毒性肝炎/198
二、乙型病毒性肝炎/201
三、丙型病毒性肝炎/207

四、戊型病毒性肝炎/208
肺结核/209
流行性脑脊髓膜炎/213
流行性腮腺炎/214
麻疹/216
霍乱/218
急性细菌性痢疾/219
阿米巴痢疾/221
伤寒/221
流行性乙型脑炎/223
麻风病/224
狂犬病/226
疟疾/227
肾病综合征出血热/229
蛔虫病和蛲虫病/231
钩端螺旋体病/232
囊虫病/234
血吸虫病/235

第二章 常见内科疾病的处理和预防

急性上呼吸道感染/237
急性气管-支气管炎/238
慢性支气管炎/240
阻塞性肺气肿/242
支气管哮喘/245
支气管扩张/251
结核性胸膜炎/252
肺部感染（肺炎）/253
（一）肺炎球菌肺炎/254
（二）葡萄球菌肺炎/254
（三）肺炎杆菌肺炎/255
（四）绿脓杆菌肺炎/255
（五）支原体肺炎/255
（六）病毒性肺炎/255
（七）真菌性肺炎/255
慢性肺源性心脏病/257
睡眠呼吸暂停综合征/261
慢性胃炎/262
胃食管反流病/265
消化性溃疡/266
肝硬化/269
肝癌/271
食管癌/274
大肠癌/275
风湿病/278
风湿性心脏病/280
心肌炎/282
原发性高血压/284
高脂血症/290
冠状动脉粥样硬化性心脏病/292
亚急性感染性心内膜炎/300
先天性心脏病/301
心律失常/303
急性心包炎/305
心功能不全/306
急性肾炎/309
慢性肾炎/310
肾病综合征/312
尿路感染/313
肾结石/315
肾结核/317
缺铁性贫血/317
类风湿性关节炎/319
白血病/322
甲状腺功能亢进/323
糖尿病/325
骨质疏松症/337

第三章 常见外科疾病的处理和预防

疖/340
痈/341
急性蜂窝织炎/341
丹毒/342
急性乳腺炎/343
破伤风/344
急性阑尾炎/345
肠梗阻/347
急性胰腺炎/348
胆石症/350
急性胆囊炎/352
胆道蛔虫症/353
肝脓肿/353
结肠息肉/354
下肢静脉曲张/356
包茎/356
良性前列腺增生症/357
肛裂/360
血栓性外痔/361
颈椎病/362
骨折/365
关节脱位/367
落枕/368
软组织损伤/370

第四章 常见妇儿疾病的处理和预防

妊娠剧吐/372
流产/373
妊娠高血压综合征/374
异位妊娠/375
葡萄胎/376
子宫肌瘤/377
子宫内膜异位症/379
更年期综合征/381
子宫颈癌/383
猩红热/384
小儿急性支气管炎/385
支气管肺炎/386
营养不良/388
婴幼儿腹泻/390
维生素 A 缺乏症/391
佝偻病/393
维生素 C 缺乏症/395
营养性铁缺乏症/396
小儿肠痉挛症/397
苯丙酮尿症/398

第五章 常见五官科疾病的处理和预防

睑缘炎/401
睑腺病/401
沙眼/402
急性卡他性结膜炎/403
白内障/404
青光眼/406
细菌性角膜溃疡/409
虹膜睫状体炎/409
视网膜脱离/410
视神经炎/410
眼外伤/411
外耳道炎/412
中耳炎/412
慢性鼻炎/414

梅尼埃病/415
慢性咽喉炎/416
鼻咽癌/416
口臭/418
急性牙髓炎/419
牙周病/420
复发性口疮/420
鹅口疮/421
下颌关节炎/421

第六章 常见神经精神疾病的处理和预防

癫痫/423
儿童多动症/425
抽动秽语综合征/426
面神经麻痹/427
老年痴呆症/429
帕金森病/431
椎-基底动脉缺血/432
短暂性脑缺血发作/434
脑卒中/436
神经性厌食症/440
慢性酒精中毒/441
药物依赖/442
神经症/443
(一)抑郁症/443
(二)焦虑症/444
(三)强迫症/444
(四)恐怖症/444
(五)疑病症/445
(六)癔病/445
精神分裂症/446

第七章 常见皮肤病性病的处理和预防

药疹/452
湿疹/453
神经性皮炎/454
荨麻疹/455
银屑病/456
手足癣/458
染发性皮炎/459
甲癣/460
股癣/460
白癜风/461
老年性瘙痒症/461
腋臭/462
痤疮/463
皲裂/464
日光性皮炎/465
尿布皮炎/466
单纯疱疹/466
带状疱疹/467
淋病/468
梅毒/470
非淋菌性尿道炎/471
尖锐湿疣/472
艾滋病/474

附篇 常用人体检验正常参考值

一、血液学检查/476
二、尿液检查/481
三、肝炎病毒免疫学检查/483

上篇　家庭医疗护理知识

第一章　家庭病房

护理患者是家庭中经常遇到的问题。

生病以后，一般都要到医院或门诊部请医生进行诊断，然后按医嘱要求服药、注射或进行其他治疗。如果病情较重，则需要住院治疗，日常护理工作由医院的护理人员承担。而在相当多的情况下，患者的病情不需要住院治疗；或者由于医院床位紧张，患者暂时住不进病房；或者患者出院后进入康复阶段；也有的则是由于经济上的原因，患者无法住进医院。在这些情况下，患者就要在家中接受社区医疗中心的治疗，通常称为“家庭病床”。患者在自己熟悉、亲切的家庭环境中接受治疗或进行康复，不受其他患者干扰，睡眠、饮食起居都可以按自己的习惯而灵活安排。在这种环境稳定、家庭和睦、医疗费用节省的情况下，患者心情舒畅、情绪稳定，无后顾之忧，从而为恢复健康提供可靠的保证。

在开展家庭病床的地方，除了社区医疗中心的全科医生需要认真诊治患者外，更多的日常护理工作，以及从衣食住行等方面关照患者的担子，就落在了家人的身上。所以，患者的家属也应当在社区医生、护士的指导下，尽量多地掌握一些简单的日常护理技术，以配合社区医生和护士共同照料好患者，争取让他们早日康复。

家庭病房的基本要求

患者在家庭中接受治疗或进行康复，与在医院住院治疗一样，需要一个清洁、卫生和安静的休养环境。所以，应该给患者安排一间舒适的病房。

家庭病房应以清洁整齐、安静

雅致为原则。清洁而优美的环境，本身就是一种良性刺激，可以使患者心境愉快，食欲增进，促进疾病的康复。

一、患者的居室

1. 居室的方位：宜坐北朝南，即所谓“正房”或“北房”。这种面向东南的房间，室内有充足的阳光射入，地面也比较干燥。患者的居室还应远离厨房，以避免烹调气味和烟尘。

2. 居室的光线：天然光线中含有紫外线，对于人体的健康极为重要。所以最好窗户的面积应为地面面积的 1/4。每天早晨和下午，室内光线应保持明亮，但是要注意，不要让阳光直接照射到患者眼部，以免患者产生刺眼的感觉。午后两个小时，室内光线宜稍暗些，以利于患者休息或睡眠。所以室内应挂有窗帘，便于随时调整室内亮度，使病室光线柔和不刺眼，窗帘的颜色也要让患者感到赏心悦目。

3. 室内的布置：病室中的家具要简单、适用，不宜过多。床头安放一只床头柜，便于卧床患者随手取用茶杯、茶壶或痰盒等。病室的墙壁上，可以挂一些患者喜欢的艺术作品，如国画、油画、摄影作品、书法条幅等；桌上经常摆放一些鲜花，窗台上种养几盆绿色的植物。

如果家里有老年人长期居家养病，装修时，要考虑老年人的特点，尤其要防止跌倒。如地面和地毯要保持平整，无障碍物，防止绊倒，最好是铺塑胶防滑地板，光而不滑，平而有弹性。卫生间应安装坐式便器，并设有扶手。浴盆不宜过高，盆口高出地面不超过 50 厘米，以方便进出。盆底垫胶毡，以防滑倒。

4. 床上用品：患者的床铺不宜太软，一般来说，在硬板床上加用一个 5～10 厘米高的软床垫即可。这样既有利于患者的肌肉放松、全身休息和解除疲劳，又不过度改变脊柱的生理性弯曲。有的患者（如患有脊柱结核、腰椎间盘突出症等），需要睡在硬板床上。所以应听从医生的建议，为患者安排一张合适的床铺。对意识有障碍的老年患者，床边应加床档，以防止坠床。如患者在睡眠中经常翻身，则可在床边加椅子护挡。

床上用品以柔软、耐用、易晒、易拆洗的纯棉织品为好；褥子要平整、光滑、坚实。枕头有软、硬之分，枕高不超过 18 厘米。硬枕可用绿豆壳、荞麦皮等填充，软枕则可填放鸭绒、木棉、蒲绒。最好有一个硬枕、一个软枕，把硬枕放在软枕下面。夏季或发热患者为使头部凉快起见，可不用软枕。有时硬枕也可用来支托或固定四肢，使之不移动位置。

患者用的毛毯要轻暖，最好含有 60%～80%羊毛，棉被须用被罩套起，以便更换洗涤。

5. 室内通风换气：患者的居室要经常开窗换气，保持室内空气新

鲜与流通，减少病菌的数量。空气流通与室内温度变换，可以刺激人体皮肤的血液循环，增加汗液的蒸发和热量的消散，降低皮肤和身体温度，使患者感觉舒适。

为使室内通气，白天每2～4小时开窗一次，每次15～30分钟，天气寒冷时依情况而定。但是，开窗时必须防止室内温度骤然下降或显著降低，以避免患者受凉。开窗换气时，可根据情况给患者增添衣服或盖被。冬天可开气窗，或将其他房间的窗户打开。

患者最好不要吸烟，其他人也不要在患者居室内吸烟。只要病情允许，应让患者经常外出散步，晒晒太阳；如果患者不宜外出，也尽量争取到阳台上晒晒太阳。

6. 室内温度：居室应保持适宜的温度。在25摄氏度左右的环境中，人体没有什么冷热的感觉，非常舒适。如果气温高于30摄氏度，人体就觉得烦热，应当采取适当措施，为房间降温。冬季，室温应保持在18～20摄氏度（新生儿或老年患者居住的房间，室温可以稍为提高），夏季室温宜在26～28摄氏度。为了避免室温的剧烈变化，患者的居室内应有一只室温表，以便随时检查调节。

室温过高时，可开门窗，夏天开电扇或用空调机调节；室温过低时，应关门窗、增衣服、盖被或置热水袋。冬季室内取暖，北方地区最好采用暖气；如无条件者，可用“土暖气”，最好不要在患者居住的房间内生煤炉。患者擦浴时，室温应稍高一些。晚间睡眠时，应有足够的盖被，室温应低一些。

此外，室内、室外的温差大小也不可轻视。当室内温度比室外温度低10摄氏度时，人的身体就感到不舒服，易患感冒。一般室内外温差不要超过7摄氏度；夏季使用空调的时候，更要注意这一点。

7. 室内湿度：室内湿度也非常重要。所谓湿度，是指空气中的含水量和物体潮湿的程度。在同一气温条件下，若相对湿度增大到95%时，人体就感觉闷热了。这时，皮肤排汗蒸发受阻滞，使人产生黏湿闷热的感觉；反之，湿度过低时，空气中水分过低，皮肤水分蒸发过快，使人感觉干渴，对阵风极敏感且易受凉。

空气中的湿度，如能保持在40%～55%时，人体最觉舒服。对不同的患者，湿度应有变动，如患支气管炎的患者，室内湿度可高一些（约可至80%）；反之，气喘患者需比较干燥的空气，湿度可低一些（约20%）。测量湿度可用湿度计。

如湿度过高时，应打开门窗，让空气流通，保证患者温暖和衣服干燥。阴雨天时，室外湿度较大，可把朝南或东南方向（即上风方向）的门窗大部分关闭，只开下风的门窗，以减少水汽进入室内。天气转晴时再打开门窗，并将放在挡风侧

的大件家具适当搬动，以利空气流通，加速水汽蒸发。

湿度低时，可在地面洒水，晾挂潮湿毛巾；冬天在室内置空气加湿器，或在暖气片上置水盆或水壶，使水汽蒸发以增加室内湿度。

8. 室内卫生：应经常打扫室内外卫生。扫地时，要用湿式扫除法，少扫多拖，先湿后干，不要让灰尘飘起。

生病以后，通常对房间物品脏乱感到厌烦，所以要注意保持患者及病床的清洁、舒适。每天应给患者整理两次床铺。

9. 保持病室安静：病室要保持安静，消除一切不必要的噪声，开门、关门都应轻手轻脚，更应避免人多嘈杂。不要在室内高声喧哗，以免引起患者心烦。病情较严重的患者，应避免过多的外人探视，同时也应控制探视时间，当探视时间过久、患者感到劳累时，家属应当向客人婉言说明，希望客人谅解并及时离开患者的房间。

二、个人卫生和生活制度

1. 个人卫生：患者的内衣裤应以质地轻薄的纯棉、麻、丝织品为宜，穿着适当宽松可减少衣裤对皮肤的摩擦，同时也有利于皮肤代谢物的排泄，预防皮肤病。要随着季节变化随时增减衣服。冬季的衣服和鞋子，质地应松软且轻便、保暖。

长期卧床患者，应每周更换一次内衣裤和床单，以去除汗味、油味、污垢和细菌。

患者生活不能自理时，要定期为患者洗澡、理发、洗头、刮脸、剪指甲、洗脚等，以保持个人卫生。

早晨起床后，应督促或帮助患者洗脸、刷牙、漱口、梳头，同时整理床铺。晚饭后，也需要进行护理，如漱口、用热水泡脚，以及整理床铺。

患者的用物要随时整理，果皮、垃圾与废弃的脏敷料，要投入有盖的污物桶内，按时弃倒。平时给患者准备一些面巾纸或手帕，劝说他们不要随地吐痰，有痰要吐在纸巾内，咳嗽和打喷嚏时要用手帕捂住口鼻。有呼吸道传染病的患者，吐出的痰应焚烧处理。

2. 生活制度：虽然是在家庭中养病，也同样需要制定一套适合于患者休养及医疗要求的作息时间，以保证患者有充足的休息和睡眠。患者睡眠一般每天应不少于 10 小时，夜间 10 时至早晨 6 时、午间 12 时至午后 2 时为患者睡眠时间。这段时间内，除必要外，一般不要扰动患者。

对睡眠不良者，应和医生一起找出患者失眠的原因，然后对症治疗，尽可能消除影响睡眠的不良环境因素（如严寒酷暑、噪声过大、光线强弱等），保持环境的安静舒适，温度适宜；帮助患者解除不良心理因素。此外，睡前为患者做些按摩，整理一下床铺，让患者更换卧位，或喝一杯热牛奶，可能有助

于促进睡眠。必要时，可按医嘱要求，让患者服用安眠药。

3. 加强营养：注意患者的饮食和营养，关心患者的食欲，鼓励患者进食。特别是对老年患者，更应多加关照，以免营养不良。同时，应根据病情需要，在医生的指导下，制订出患者的一周营养食谱。

对不能自理生活的患者，要在饭前协助患者洗手，重病患者或痰多的患者吃饭前应漱口；对不能自己进食的患者，应协助喂饭。

4. 心理护理：家庭所有成员都要关心患者的文娱生活，如让患者收听广播、收看电视、阅读书报。同时也要充分发挥家庭病床的优势，经常与患者聊些家常话，共享天伦之乐。亲友的探望和慰问，对患者的精神有极大的安抚作用，但是不要随便与患者谈论病情及有关不良预后的话题，应多鼓励患者树立战胜疾病的信心。

过去常说："久病床前无孝子"。这句话在一定程度上反映护理患者并不是一件容易的事。在家庭病床中，家庭的每一位成员都要尊重患者、爱护患者，切实关心患者的生活起居和疾病治疗情况，对患者的态度要和颜悦色，处处体贴入微。

有的患者由于长期病痛的折磨，往往对治疗丧失信心，有时拒绝服药或不配合治疗，这时更要耐心地说服患者，鼓励他们争取早日痊愈的信心，配合社区医疗中心的医生工作。即使是治疗无望的患者，也要做好临终关怀，以减轻他们的痛苦，提高生活质量，享受人间最后的温暖。

应当指出的是，由于患者的家属有许多人并不是医务人员，所以不要擅自改变医嘱，特别是不要自行给患者用药；当患者的病情发生变化时，应积极与医生联系。

家庭应有医院急诊科或社区医疗中心的联系电话号码。请记住，各地急救中心或急救站的电话号码都是免费的"120"。

家庭常用医疗用品

一、家庭用药贮存

（1）在家庭中准备一个小药柜贮备常用药品，是自我保健的一项重要措施。一旦有了小伤、小病，备用的药品可以解决急需。这些药品应根据家庭成员的具体需要而准备，以治疗多发病和常见病为主，最好是非处方用药。

（2）家庭中贮存药品，宜为口服的药片或药水，以及一些外用的药品。用于肌内注射或静脉注射、滴注的药品，不适合在家庭小药箱中贮存，应根据病情需要，随时从

医院或门诊部按医嘱取回。

(3) 有些药品需要低温保存，应按说明书要求贮存在冰箱中的冷藏柜内。

(4) 贮备口服药品时，每只药瓶只装一种药，并在瓶外贴上标签，写清楚药名、规格、服用剂量及保存日期。

(5) 为了防止误服，内服药品的瓶签用蓝字写，外用药品的瓶签则用红字写，做到一目了然，此外内服药物与外用药要分开存放。

(6) 药品要保存在儿童不能探手取到的地方，必要时应加锁，以免孩子误服造成意外。

(7) 对于药箱中的每一种药品，都要熟悉它们的名称，更要了解它们的服用方法。

(8) 经常检查药箱，如果药品已经超过了保存期或已经变质，就要及时清理弃去，并且补充新的药品。

二、识别伪劣药品

目前市场上销售的药品中，有些是假劣产品。如何识别假劣药品，下面给大家介绍一些简单的方法：

1. 从药品的标签上识别：正品药必须具有注册商标、生产厂家、批准文号、药品名称、主要成分、适应证、用法、用量、禁忌、规格、不良反应和注意事项等内容。规定有效期的药品，还必须注明有效期。

伪品药多没有注册商标，有的标签可能包括正品药标签的各项内容，但其注册商标、批准文号是伪造的，印刷质量低劣，字迹不清，颜色不正，个别甚至有错别字。英文字母也有错，文句不通，或字体大小不一；有的则根本就不具备正品药标签的内容。

2. 从批准文号上识别：省级卫生行政部门批准的治疗性药品，统一使用的批准文号格式："省（简称）＋卫药准字＋（年号）第××号"；卫生部批准的药品批准文号格式：中药为（年号）卫药准字 Z－××号；西药为（年号）卫药准字 X－××。假药多与此不符。

3. 从药品的批号上识别：药品生产批号一般为 6 位数字，如"011218"前两位表示年，中间两位表示月，后两位表示日，即为 2001 年 12 月 18 日生产。有的厂家在 6 位数字后，再加上相应的阿拉伯数字，表示批次小组等。如"011218－6"。假药则无此规律。

4. 从药品的外观上识别：鉴别药品时，应打开包装，观看药品的外观。

(1) 一般片剂：看有无变色、花斑、发霉、黏结、片面缺损、不光洁、结晶体析出等现象。

(2) 糖衣片：应是白色或其他颜色，表面光滑。如果药品表面褪色、露底，或变色发霉、粘连、糖衣片裂开，或出现斑点等，则不能使用。

(3) 胶囊剂：如有发霉、变软、碎裂、外壳有小孔，则不能使用。

（4）散剂：如发黏、结块、发霉，则不能使用。

（5）眼药水：如有结晶、絮状物或毛点、变色、浑浊、沉淀等，表示药物已变质，不能使用。

（6）注射剂：应先检查安瓿有无破裂，封口是否严密，安瓿顶端有无因漏药而形成的结块；然后检查药液的色泽是否均匀，对光看药液是否澄明，有无沉淀异物等。注射用粉针剂，若出现变色、严重结块、黏瓶或潮解，都不能使用。

（7）其他：如酊剂、糖浆剂、流浸膏剂、滴眼剂、乳剂等。如已霉变、产生沉淀，均为变质。药品超过有效期或失效期也不可使用。

除以上几方面外，如发现药品还有其他可疑之处，须经药检部门检验，合格者方可使用。

三、家庭常用医疗用品

家庭小药箱中，应当常备一些简单的医疗用品，以便日常使用。常用的有：

（一）体温计

当家中有人生病的时候，人们常用手心或手背摸一摸患者的额头，并且与自己的手背温度比较一下，就大致可以估计出患者有没有发热症状。如果要准确测量体温时，则要使用体温计。

体温计是最常用的检查器械，所以家庭中一般都要常备一支。

体温计有含在舌头下面或夹在腋下（胳肢窝）测量的两种，前者称为口表，后者称为腋表；还有一种测量直肠内温度的肛表。肛表一般是给婴幼儿和昏迷患者使用的。虽然测量直肠内的体温最为准确。但是，一般家庭中准备一支腋表就足够了。

（二）血压计

心脏像一只“水泵”。在人的一生中，它不停地收缩、舒张，于是将血液输入动脉系统，同时将流经全身后返回的静脉血液纳回心脏。

心脏收缩时“泵”出的血液，会对动脉血管壁产生一定的压力，称之为血压。血压通常指的是动脉血压。在心脏的一个“泵”血周期里，心脏收缩时将血排入动脉，这时产生的最高压力，称为收缩压；而当心脏舒张的时候，动脉血压降到的最低值，称为舒张压。收缩压减去舒张压，就是脉压。血压是观察病情轻重或用药情况的重要依据。

血压计是测量血压的医疗器械。血压计并不需要家家必备，但是如果家中有老年人，或有患高血压、心脑血管疾病、肾脏疾病等需要经常测血压的患者时，为了测量方便，就应当自备一个血压计，并且要有人学会血压计的正确使用。

血压计有水银柱式、气压表式和电子血压表式等。经常使用的是水银柱式血压计。电子血压表虽然价格稍高，但是使用方便，也不失为家庭常用的一种血压计。

（三）听诊器

听诊器是医生检查患者时用来

听诊的工具。使用水银柱式血压计测血压时，离不开听诊器。所以，如果家中有血压计，就必须同时备有听诊器。

（四）外科剪刀

医生用的剪刀，不同于一般家庭裁布料用的剪刀。外科剪刀用于换药时剪断敷料，或者用于拆线等。

剪刀用于处理外伤时，应消毒灭菌后才能使用。使用剪刀前，应先将剪刀清洗后，放入0.1%新洁尔灭溶液中浸泡30分钟。

（五）镊子

镊子也是家庭常用的医疗器械，特别是换药时，更离不开镊子。一般家庭至少需要备有两把镊子。镊子在使用前，同样需要消毒灭菌，方法同剪刀。

（六）针灸毫针

针灸治疗是家庭常用、简单易行的治疗手段之一。“针”是指针刺，是利用各种针具刺激穴位以治病的方法。“灸”是指艾灸，即用艾绒在穴位上燃灼。用针刺方法，可以治疗一些常见病，尤其是镇痛效果较好。在急救时，也经常需要用针刺的方法救治危重患者。

毫针的针身一般是由不锈钢制作，针柄用紫铜丝镀银或铝丝绕制而成。不同粗细长短的毫针，用于不同部位的穴位。如0.5寸[注]毫针，多用于头面部等浅表穴位，1.5～2.0寸毫针多用于躯干、四肢穴位；3.0～4.0寸毫针用于肌肉丰满处，如环跳穴、秩边穴等，或在透穴时使用，如合谷穴透后溪穴，阳陵泉透阴陵泉。

毫针应妥善保管，一般放在有纱布垫的小盒中，或放在一端塞有棉花的玻璃试管内。同时备有一些脱脂棉球。

（七）脱脂棉

脱脂棉以及棉球、小棉签等，药品商店均有售。所以，没有必要自己动手制作。

脱脂棉不同于一般的棉花，是经过处理后的医用棉，便于吸水。如果没有脱脂棉，可将普通棉花用水浸透，加碱水煮一遍，用清水漂净，晒干，再弹松即可应用。

家庭中常用的有棉球、小棉签等。根据不同需要，棉球可制成多种，一般直径为1厘米以上即可。在制作棉球时，可将左手的手指向内弯，使左手成圆筒状；右手扯棉花填在左手圆筒内，经此手塞出后再略加捻揉，即成小棉球。制成的棉球要求光滑、无绒毛脱落。将制成的棉球装入双层纱布包内，系紧包口，送去消毒灭菌，最好经过高压灭菌后备用，也可放在蒸笼内消毒。

制作小棉签时，用10厘米左右的细竹签或细木棒，一头卷上棉花即是。棉花要卷得松紧合适，表面光滑，棉花要完全包没竹签。卷好后

注：本书中的“寸”系指针灸学上的同身寸。

每10～20根一包，以不吸水的纸（或吸水性较差的双层纸）包好，灭菌后备用。也可以到医药商店购买。

（八）脱脂纱布

医疗中使用的是一种柔软、吸水性能好的脱脂纱布。这种纱布有粗、细两种。粗纱布作一般用，可以反复回收使用，比较节约。脱脂纱布医药商店也有售。

家庭中使用的纱布，可按需要剪成纱布块，折成的纱布块要将毛边折向中间，使之成四面光滑的方块，无活动棉纱脱落。然后放入双层纱布包内包好，经过消毒后备用。

用过的纱布块可重新使用，但要冷水浸泡后清洗干净，依上法叠好，重新消毒。

（九）橡皮膏

橡皮膏也称胶布，属家庭必备之物，医药商店有售。根据用途不同，可选择宽窄不同的橡皮膏，或根据需要将胶布撕成不同规格。

（十）绷带

绷带是包扎伤口时不可缺少的卫生用品。一般从医药商店购买即可使用。绷带也可重复使用，但要清洗后消毒。

（十一）止血带

外伤后，伤口出血往往会给伤员带来生命威胁。用止血带扎紧出血部位，是现场急救的重要措施。橡胶止血带具有弹性，是最常用的止血工具，一般1米长即可。

（十二）其他

在家庭中，根据需要还应准备一些经常使用的器械，如压舌板、灌肠器、氧气袋、热水袋（或冰袋）、轮椅等。

1. 压舌板：压舌板可以观察喉咙、扁桃体等是否发炎。如果没有，使用时也可用匙柄、牙刷柄代替。儿童发热时，经常需要使用压舌板进行检查。

2. 灌肠器：对有顽固便秘习惯或长期卧床的老年人来说，灌肠是经常要做的护理内容，灌肠器是必不可少的用具。

3. 热水袋：普通热水袋通常用做热敷或冷敷。

4. 轮椅：轮椅是一些行动不便患者的代步工具。使用时，将轮椅推至床旁，放下蹬足板，使椅背与床尾平齐，面向床头，帮助患者下地；另一人站在椅背后固定轮椅不使倾覆。扶患者背向轮椅踏在蹬足板上坐下。嘱患者在轮椅上勿向前倾身或自行下车，以免跌倒。

四、家庭常备药品

（一）内服药

（1）阿司匹林：用于解热、镇痛。

（2）去痛片：用于发热头痛、神经痛、牙痛、痛经、肌肉痛。

（3）感冒通：抗感冒药。

（4）碳酸氢钠：用于胃酸过多。

（5）乳酶生：用于消化不良、肠发酵、小儿饮食不当引起的腹泻等。

（6）开塞露：用于便秘，每次

1只，直肠用药。

（7）止泻宁：用于急慢性腹泻。

（8）扑尔敏：用于各种过敏症、虫咬、药物过敏反应等。

（9）非那根：用于各种过敏症、哮喘、荨麻疹、孕期呕吐、晕车船等。

（10）必嗽平：用于呼吸道疾病，带有白色黏痰不易咳出者。

（11）咳必清：用于干咳，选择性抑制咳嗽中枢。

（12）暑湿正气丸：用于暑天受寒，腹痛吐泻。

（13）午时茶：用于暑天受寒，腹痛吐泻。

（14）柴胡口服液：用于外感受热。

（15）银翘片：祛痰利咽。

（16）三蛇胆川贝露：止咳祛痰。

（17）保和片：用于宿食不化，不思饮食。

（18）麻仁丸：用于咽喉炎、扁桃体炎。

（19）六神丸：用于咽喉炎、扁桃体炎。

（20）七厘散：用于跌打损伤、外伤出血。

（21）藿香正气水：用于呕吐、泄泻。

（22）十滴水：用于恶心、腹痛。

（23）人丹：用于烦躁、恶心等。

（二）外用药

2%红汞、75%酒精、2.5%碘酊、松节油、消炎镇痛膏、创可贴、四环素眼膏、鼻眼净、氯霉素眼药水、高锰酸钾粉、双氧水等。

家庭小药箱除备有以上常用药外，还应根据自家成员的健康状况，做好专项备药。

家庭常用消毒方法

许多疾病是由病原微生物引起的，常见的有细菌、病毒、衣原体、支原体、螺旋体和真菌等。

灭菌即消灭所有的微生物，而消毒则是杀灭能致病的病原微生物。灭菌是家庭医疗护理工作中应当掌握的基本技术。一切器械、敷料和用品在使用后，都必须经过一定的处理，才能进行重新消毒，供下次使用。

常用消毒方法可分为清洗法、物理法和化学灭菌法3大类。

一、清洗法

清洗是最普遍采用的一种清洁方法。清洗时，要用肥皂（或肥皂水）和水，将皮肤或物品反复刷洗，再用自来水或流动水（最好用无菌

水）反复冲净。经过这样的处理，皮肤或物品表面附着的微生物，大部分可以被清除。但是，清洗并不能杀灭病原微生物。

即使是家庭护理，为患者进行各种诊疗和护理操作前后，都应当养成认真洗手的习惯。一方面为了保护患者，同时也是自我保护。特别是给患者换药或注射前，操作人员更要仔细将手洗干净。用肥皂和水洗手，手上表面的细菌可大大减少。大多情况下，如果使用肥皂和水能正确洗手，足以防止经手的交叉感染。

正确的洗手方法，是先将指甲剪干净，用足量的肥皂加水在手上搓洗 3 分钟，洗手的部位包括手、腕、前臂至肘，特别需要注意手指间的皮肤。肥皂最好为具有消毒效果（如含来苏儿）的肥皂，使用普通肥皂必须保持干燥，因为湿的肥皂能为不少细菌提供良好的生活条件。也可采用含有洗必泰或 70%酒精的液体肥皂。

水龙头最好是用肘部或脚踏控制开关的；如用普通水龙头，要用纸巾包上水龙头。

洗完手后需要擦干，但不要用公用毛巾擦干。潮湿的棉织毛巾常常是细菌生长的良好场所，特别是夏季，公用毛巾上细菌数量非常大。故最好用消毒纱布、消毒毛巾或洁净软纸擦手，如果用烘手器烘干则更好。

若手已被病原微生物污染，则必须用消毒剂洗手。有许多消毒剂可供手的消毒。对一般致病微生物，常用季胺盐类或洗必泰液浸泡，浓度为 0.1%～ 0.5%，消毒时间 3～5 分钟。针对芽孢菌或肝炎病毒，目前理想的洗手剂是过氧乙酸和碘伏。过氧乙酸使用浓度低，杀菌时间短，效果可靠。碘伏是碘与表面活性剂的结合物，气味小，贮存稳定，效果好，无皮肤刺激作用，含有效碘约为 1%（详见后）。

二、物理法

用物理方法灭菌，有紫外线照射及热力两大类方法。

（一）紫外线灭菌法

太阳光中含有丰富的紫外线。在烈日下直接曝晒 6 小时以上，物品曝晒面上的致病细菌大部分可被杀灭。所以，患者使用的衣被或其他物品，可放在阳光下经烈日曝晒，每 2 小时翻动一次，使物品各方面都能受到日光的照射。

患者居住的房间，要经常开窗通风换气，让阳光照进室内。窗户上的玻璃，能阻挡紫外线进入室内，所以应开窗让紫外线进入室内。

除了日光中的紫外线具有杀菌能力，可使空气中的细菌数量大大减少外，室内也可用紫外线灯管照射灭菌，常用于消毒空气、水、物品表面等。

一般来说，紫外线灯管的功率，可按被照射房间的面积估算，即每平方米地面面积用紫外线灯 1 瓦来

计算。例如，房间面积为 15 平方米，则选用功率为 15 瓦的紫外线灯管，开灯照射即可。

进行空气消毒时，由于地面及近地面处的细菌最多，所以应将灯管悬挂在高处使用，灯管位置应合适，一般离地面应不超过 2.5 米。

用于空气消毒时，照射前应先清扫房间，照射时关闭门窗，停止人员走动，照射时间为 30～60 分钟。消毒时间从灯亮后五六分钟算起。

大量紫外线能损伤皮肤及眼睛。在室外晒太阳时，应戴太阳镜，并应避免烈日下直接曝晒皮肤。

在室内用紫外线灯管照射消毒时，室内的人应避开该房间。如果室内的患者由于种种原因不能移出房间，可将患者的身体用白被单遮盖，同时告诉患者，不要用眼睛注视紫外线灯管的光芒，应侧身避开光照。如果治疗需要用紫外线灯照射患者时，应给被照者戴上太阳镜。

（二）热力灭菌法

热力灭菌是最常用、最可靠的方法，可以达到完全灭菌的效果。

1. 焚烧灭菌：焚烧是一种常用的灭菌方法。传染患者的排泄物、废纸、染有特殊感染的脓血敷料等，都应用火焚烧销毁。

在紧急情况下，金属器械可用火烧法消毒。这时，将器械放在搪瓷盆或金属盆内，倒入少许 95%酒精，点火直接燃烧。此法常可使锐利器械变钝，又能使器械失去光泽，所以一般不采用。但在急需时，烧灼不宜过热、过急，特别是刀、剪类钢制品，不要烧到红热的程度。

2. 煮沸灭菌：在 100 摄氏度的沸水内，将物品煮沸 15～20 分钟（如果是手术器械类，则需要 20 分钟），是可靠而简便的灭菌法，适用于一切不怕水、不怕热的物品（如一般金属器械、搪瓷类及橡胶类物品等）。但对锐利器械不宜使用，以免锋刃变钝。

在家庭中，一般铝锅洗去油污后，即可用作煮沸灭菌用具。煮沸消毒前，先洗净被消毒物品。煮物品的水必须充足，要能淹没被消毒的物品，而且应高出物品表面，否则露出水面的部分灭菌无效。

煮锅应加盖，锅盖要严密，以保持水的温度。煮沸时间应从水沸后开始计算。如果中途加入物品，时间应从加新物品以后再度煮沸开始计算。

对橡胶及木质类用具，待水沸后再放入；玻璃、瓷器类物品要用纱布包好，放入冷水或温水中煮沸，以免骤热而破裂。

3. 蒸汽灭菌：压力蒸汽灭菌是医院常用的消毒灭菌方法，这是在密闭的灭菌器内，通入高压蒸汽（1.5～2 个大气压，温度 112～120 摄氏度），达到高温灭菌作用。

在家庭灭菌中，可将所需灭菌物品放在普通蒸笼中加热。在普通的大气压力下，一般细菌可在 20～30 分钟内杀死；蒸 2 小时以上，可

达灭菌效果，但不能杀死芽孢（芽孢是某些细菌的一种特殊生存方式，比较耐热，所以需要更长的时间才能被杀灭）。

三、化学灭菌法

化学方法灭菌是使用化学药物（即消毒剂）杀灭微生物。这种方法常被用于不能用热力灭菌的情况，如皮肤、组织、某些塑料制品等。

（一）消毒方法

用化学消毒方法灭菌，有浸泡法和熏蒸法、喷雾法、擦、拭、法等。

1. 浸泡法：适用于耐湿不耐热的物品，如锐利器械消毒时，将器械洗净擦干，浸没在消毒液中，器械的轴节要打开。浸泡的器械在使用前，先要用无菌生理盐水冲净。

2. 熏蒸法：是将消毒剂加热，或加入氧化剂进行消毒灭菌，适用于室内物品和空气消毒，也可用于不能蒸、煮、浸泡的物品的消毒。如进行室内消毒时，可用乳酸、过氧乙酸或食醋加热熏蒸。一般家庭用于流感或流脑消毒时，每立方米用食醋 5～ 10 毫升，加热后使醋蒸发。

3. 喷雾法：是借助喷雾器，使消毒液成微粒状气雾，弥散在空气中，进行空气或物体表面的消毒。

4. 擦拭法：是用消毒液擦拭物品表面，如桌椅、地面或墙壁。

（二）常用消毒剂

常用消毒剂按杀菌作用可分为 3 大类。

1. 高效消毒剂：可以杀灭一切微生物，包括抵抗力最强的细菌芽孢（如炭疽杆菌芽孢、破伤风杆菌芽孢、肉毒杆菌芽孢等）的消毒剂。其中有过氧乙酸、戊二醛和含氯消毒剂等。含氯消毒剂保存在室温下即可，不要在高温条件下或让阳光直接照射。甲肝、乙肝、丙肝病毒对消毒剂的抵抗力较强，一般采用高效消毒剂才能将其彻底灭活。

2. 中效杀毒剂：可以杀灭抵抗力较强的结核杆菌和其他细菌、真菌和大多数病毒，如乙醇、碘伏（强力碘）、碘酊和煤酚皂液（来苏儿）等。

3. 低效消毒剂：只能杀灭除结核杆菌以外的抵抗力较弱的细菌，如痢疾杆菌、伤寒杆菌、葡萄球菌、链球菌、绿脓杆菌等，以及抵抗力较弱的真菌（如念珠菌）和病毒（如流感病毒、脊髓灰质炎病毒、艾滋病病毒等）。这类消毒剂有氯已定（洗必泰）、苯扎溴胺（新洁尔灭）、玉洁新（三氯散）和高锰酸钾（俗称 PP 粉或 PP）等。

杀菌能力越强的消毒剂，其刺激性、毒性和腐蚀性往往也随之增大。例如，含次氯酸钠和表面活性剂的消毒剂，用来消毒蔬菜、水果、餐具、陶瓷洁具和排泄物，既可达到消毒要求，又能清洁除垢。但是，如果用它来消毒棉织品和碳钢制品，就可能产生褪色和腐蚀，将物品损坏。在家庭中一般是使用中效和低

效的消毒剂。

（三）家庭常用的消毒药物

家庭常用消毒剂按其成分可分为三类。

第一类是含氯化物，如餐具洗涤剂、去垢消毒剂、84 消毒液等。第二类是含酸清洁剂，如厨洁灵、过氧乙酸、卫生间清洁剂等。第三类是表面活性剂，如新洁尔灭、衣物柔软剂、润发剂、洗衣粉等阳离子表面活性剂及洗涤灵、洗洁精等阴离子表面活性剂。

1. 煤酚皂：又称来苏儿，易溶于水，最为常用。2%来苏儿溶液用于手、皮肤、器械消毒，一般器械物品浸泡 1～2 小时；5%溶液用于传染病患者使用过的器械、物品等的消毒，浸泡 0.5～2 小时；5%～10%溶液用于患者排泄物及用具的消毒；纯来苏儿（或纯来苏儿和70%酒精各半的溶液）用于浸泡消毒锐利的医疗器械，如刀、剪等。用纯来苏儿浸泡后的器械，使用前，要用无菌生理盐水冲净，然后才能使用。

2. 酒精：又称乙醇。纯酒精或低浓度酒精的消毒作用并不强；而70%酒精溶液的杀菌作用最强，用于消毒皮肤，或用于尖锐器械（如刀、剪等）消毒（浸泡 30～ 60 分钟）。酒精的刺激性强，用于黏膜或创面时可产生剧痛。50%用于涂搽卧床患者皮肤，可以防止褥疮。

3. 碘酒：又称碘酊。对细菌、真菌、芽孢均有强大的杀灭作用，对病毒也有效。2%～3%碘酒用于皮肤消毒和一般皮肤感染，但不能用于黏膜消毒。因碘酒对皮肤有刺激，所以涂后需再用 70%酒精将其擦去。碘对金属有腐蚀作用，不能用来浸泡金属器械。

4. 高锰酸钾：又称 PP 粉。0.01%～0.02%高锰酸钾溶液用于某些有机药物中毒的洗胃及尿道灌洗；0.0125%高锰酸钾溶液用于阴道冲洗或坐浴；0.1%溶液用于水果等食物的消毒。高锰酸钾溶液应新鲜配制，日久失效。

5. 新洁尔灭：又称苯扎溴胺，是一种弱碱性的表面消毒剂，浓度为 0.1%（1∶1 000），有较强的杀菌力，刺激性小，毒性低，用于皮肤消毒和器械消毒。浸泡器械的时间为 30 分钟。

6. 漂白粉：1%～3%漂白粉澄清液可用来浸泡食具、便具，时间为 1～ 2 小时，也可用于喷洒和消毒地面。用于传染患者的呕吐物、排泄物消毒时，可将呕吐物、排泄物 1 份，加入 10%～20%漂白粉澄清液 2 份，搅拌后放置 2 小时再弃去。漂白粉应放在阴凉处保存，密封防潮。澄清液宜新鲜配制。注意漂白粉有褪色和腐蚀作用，不宜用于金属物品、有色衣服及油漆家具的消毒。

7. 戊二醛：用途与新洁尔灭相同，灭菌效果更好，常用 2%戊二醛水溶液浸泡金属器械，须现用现配，以保持有效浓度。

8.“84”消毒液：“84”消毒液是一种含氯消毒剂，能有效地杀灭细胞、病毒、真菌、芽孢等，作用迅速，价格低廉，残氯对人体无毒。使用“84”消毒液要注意浓度、温度和作用时间。

对于传染病患者，尤其是肝炎患者用过的物品、血液、排泄物及周围环境，可用浓度为1∶200～1∶50的“84”消毒液浸泡、喷洒或擦拭，消毒时间为30分钟或更长一些时间（1∶200指一份消毒液兑200份水，余类推）；餐具等用1∶250的溶液进行浸泡或擦拭，时间为10分钟；生食的瓜果蔬菜，用1∶300溶液进行浸泡消毒，时间10分钟；卫生间浴缸或卫生洁具消毒可用1∶250溶液进行刷洗，可达到消毒和清除异味的目的。

“84”消毒液的原液对棉织品有漂白、褪色作用，且能腐蚀金属；应在避光、阴凉处保存。

患者的清洁卫生护理

患者的清洁卫生，包括身体各部位的清洗、床铺的整理及用物的清洁。对患者经常进行清洁护理是非常必要的。这些工作做得好坏，对健康的恢复有很大的影响。以下清洁内容是家庭护理患者时都要做的事情。

一、患者的个人卫生

（一）刷牙及口腔护理

口腔中生存着许多致病或不致病的细菌，不致病的细菌在一定条件下，如在身体不适时，也可能成为致病菌。所以，口腔是细菌侵入身体的主要途径之一。

口腔不洁能引起口腔疾患，如龋牙、牙龈炎等，不仅影响咀嚼，还可能引起他处或全身性疾病。口腔异味或牙垢较多时，可影响患者的食欲。所以，口腔护理能使患者保持口腔清洁、湿润，预防口腔感染等并发症。同时，也可以观察患者口腔黏膜与舌苔的变化，以及了解口腔是否有特殊气味等。

患者要早晚两次刷牙，饭后应漱口。睡前的一次刷牙最为重要。如口唇干燥，可在唇边涂油滋润。口腔内有溃疡时，可用锡类散、冰硼散或西瓜霜等涂布。

如果患者口腔内有义齿（假牙），应取下刷洗干净。临睡前，可将假牙放在盛有清水的清洁口杯中。如果假牙暂不用，可泡在清水中（注意不要用热水浸泡，以免变色、变形或老化），杯口用纸盖好，放在床头柜内，每天应换清水一次。

对于发高热而不能自己刷牙的患者，要进行特殊口腔护理。家庭

中一般是用镊子（当然最好用弯血管钳）夹住含有漱口液的棉球，湿润患者的口唇，或协助患者用温开水漱口，然后用湿棉球顺序擦洗口腔内，如牙齿的各面、舌面及硬腭部。擦洗时动作要轻，防止碰伤黏膜及牙龈，擦拭用的棉球也不要过湿。对长期应用抗生素治疗的患者，应注意观察口腔黏膜有无真菌感染。

（二）洗脸和擦洗

清洗可以清除污垢和体表的微生物，保持毛孔通畅，使汗腺和皮脂腺能适量分泌。

患者每天要早晚两次洗脸。如果不能下床，但能坐起自理时，可以在床上放一张小桌子，在上面放好脸盆，用毛巾围在脖子上，让患者刷牙漱口，要防止弄湿被褥；患者不能起身自理时，可让患者侧卧，在衣领处围上毛巾，轻轻盥漱。有假牙者，应取下洗净，在水杯中用纱布擦洗后，再将假牙送回。

给患者洗手，不要只用毛巾擦拭，应让患者将手直接浸泡在热水中清洗。如果眼角有眼屎等分泌物时，可用药棉蘸硼酸水或热水先将其除净。不要忘掉擦耳朵，因为耳朵后边最容易脏。如果耳内脏得厉害时，可用棉棒蘸植物油（如芝麻油，最好用橄榄油）擦拭除掉，但要注意不要用油过多。

头发长时间不洗，不仅会长头皮屑、刺痒、不舒服，而且还会引起头皮病和脱发。梳头能促进头皮的血液循环，除去头屑、污秽或脱落的头发，使患者清洁、舒适。

早晚洗漱后，要将头发梳理整齐，避免散乱。不要使用发卡，要保持适于睡卧的发型。

患者生活如果不能自理，要帮助患者梳头。梳理时，由发梢梳向发根，避免强行梳拉。如头发已经打绺成团，可用50%酒精湿润后再梳理顺，梳好一侧再梳另一侧。

每天临睡前，帮助患者用热水泡脚。

每周洗一次澡，夏天可适当增加。根据皮肤特点选择浴液或肥皂，以弱碱性、硼酸皂为宜。如果每天洗浴，则不必使用浴液或肥皂，温水冲洗即可。过多的洗澡和使用肥皂，可使皮肤的脂肪丢失，失去滋润，出现干燥、粗糙，引起瘙痒或皮炎。皮肤瘙痒时，更不要用热水洗烫，避免搔抓。

洗澡时，水温不宜过高或过低，一般为35～40摄氏度，比皮肤温度略高一些即可。用过热的水洗澡，会使血管极度扩张，出现头晕，水温过低，易引起受凉、感冒。

洗浴用的毛巾应质地柔软，洗时轻擦。在干燥季节，浴后可在皮肤上涂搽浴油或洗剂，使皮肤保存水分，防止干燥。

如果患者不能下床活动，不能自己去卫生间洗澡时，也应帮助患者在床上进行擦浴。擦浴可以保持皮肤清洁，使患者感到舒适。

擦浴时，要注意调节室内温度，室温应在22～25摄氏度为宜。擦身

时，要关好窗户，不要直接通风，最好在上午10时至午后2时左右进行，要避开饭前、饭后的1个小时以内进行擦洗。擦洗时应尽量让患者保持舒适的姿势，以免疲劳。将脸盆放在患者身旁的脸盆架或小桌子上，倒入水温为40～45摄氏度的热水，脸盆内的水不要太满、太热，约2/3脸盆即可。要准备好充足的热水，以便在擦洗过程中随时续上热水，以保持水温。

先为患者洗脸和后颈部，然后再逐渐脱去衣服，擦净全身各部，尤其是要注意颈下、腋下、大腿根的腹股沟部及会阴部等部位的皱褶处，要经常保持清洁、干燥。擦洗时，要将擦拭的部位露在外边，其他部分暂时用毛巾盖好，边擦边向下面的部位转移。

擦洗时，护理者可将裹在手上的毛巾沾上热水，打上肥皂，搓出泡沫，对擦洗的部位不是硬搓，而是均匀地用力轻轻擦拭。这样不断清洗毛巾、更换热水，擦拭3～4次，然后用浴巾擦干身体，打上扑粉。

清洗外阴部时，如本人能自己擦拭时，可以将在热水中浸过的毛巾拧干，让患者自己擦拭。当本人不能自己擦拭时，要由他人轻轻给予擦拭，清洁阴部应准备专用毛巾。

不管擦洗得多好，若时间拖得过长就会使患者疲劳，有时甚至会发生感冒。擦洗要细致，又要讲究效率。即使擦拭全身，也不要超过2分钟。擦洗以后要更换睡衣，让患者安静休息一会儿。不要忘记给患者剪手指甲和脚趾甲。

二、按摩脊背

患者长期卧床，因一个部位长期受到压迫，血液循环不良，或发生糜烂，造成褥疮。预防的方法是不断调换体位或使用坐垫，就会有效，但也需要进行某些日常治疗。如擦拭皮肤，打上扑粉，尤其是对容易溃烂的部位进行细心按摩。

另外，将浓度为50%的酒精倒在手掌上，轻轻涂拭患者的背脊，也会起到爽身作用。总之，要以保持清洁和皮肤干燥为重点。

瘫痪患者终日卧床，肢体失去感觉，大小便也不能自行控制。所以，情绪苦恼，容易产生悲观失望，甚至厌世情绪。家属对患者要格外关心、体贴，不但要照顾好患者的日常生活，同时在心理和精神上经常给患者以安慰，尽量帮助他们提高生活质量，使他们感到家庭的温暖，增强对生活的信心。

下半身因麻痹而出现大小便失禁时，阴部尤其容易弄脏。因此每次为患者更换尿布时，应用热毛巾擦拭干净，然后扑上扑粉，以保持干燥。

三、更换衣服

根据患者的病情及年龄选择睡衣和被褥。如果是长期卧床的患者，应该选择方便护理的睡衣和被褥。

睡衣式样要便于穿脱。

睡衣布料最适宜的是棉布、绒布或毛巾布之类吸湿性强、容易洗涤的面料。一定要选择容易穿脱、稍为宽松肥大一些的，不要用金属扣子或装饰品。睡衣的颜色不宜用深色的，尽量选用淡色的。另外，衣、裤、鞋都不宜过长，尤其是裤脚过长，会影响走路。在室内走动时，要穿合脚的布鞋，尽量不穿拖鞋。

卧床的患者出汗多，内衣容易污秽，应该时常更换，以保持身体的清洁。

如果患者生活不能自理时，要帮助患者更换衣服。如躺在床上更换睡衣时，可采用下列方法：

解开睡衣的带子，将靠近自己身边一侧的袖子退下来，立即将干净睡衣的袖子套上并穿上一半，然后走到床的另一侧，轻轻把患者移向自己身边，把脏了的睡衣推到脊背下面，将干净睡衣的缝口正对着脊背中央，使患者仰卧的同时从身下边抽出睡衣，然后将新换的睡衣也从身下抽出并套上袖子。将带子一并抽出来，然后将睡衣舒展开，不要留下皱褶，让患者屈起双膝将背部衣服拉直到脚下，前后对好系上带子。

如果是上、下身分开的睡衣，上衣也可以采用上述的方法更换，然后让患者弯起双膝，托住腰部脱下裤子，再换上干净的。

当然，这些方法是医院内护理操作的规范要求，对家庭护理未必适合，但可以借鉴，灵活掌握，目的是让患者更加舒适，而不感到劳累。

四、调整睡姿

健康人即使想整天用同样的姿势躺着，也会无意识地动弹身子、变换位置，选择一种自己最舒适的体位，如仰卧或左右侧卧、俯卧等。当然，比较科学的卧姿应当是右侧卧位，尤其是睡眠时更要选择右侧卧位。

患者的卧姿，往往可以反映病情（如心功能不全的患者端坐呼吸时，或支气管哮喘患者在哮喘发作时，经常被迫采用坐位）。整天用同样的姿势躺着很痛苦。对于自己不能活动的患者，在必要时，就要帮助他移动身体，通过身体的移动，可以使血液循环顺畅，防止褥疮，同时也会使血压和脉搏发生变化。在移动身体时，一定要注意观察患者的面色。

调整患者睡姿，主要靠枕头、软靠垫、毛毯和坐垫。对不能活动和自己不能翻身的患者，应利用物品使其保持固定的位置，并且要尽量设法使患者保持舒适的姿势。可以时常改变一下姿势或调整软垫的位置。

（1）仰卧：在腰下垫个小枕头，膝下垫上叠起的坐垫。长期卧床的患者，可在臀部、膝下、脚后跟部位垫上一个棉垫。

（2）将上半身抬高：用3个软靠垫一直垫到肩部。若下肢有浮肿和酸痛症状时，可以将软靠垫或坐垫垒起来垫在腿下面，让腿在抬高的状态下得到休息，这样也会感到舒适些。

（3）侧卧：将背部用枕头、毛毯或坐垫等垫住，为了不使患者向前倒，可在胸前抱个枕头。用小枕头或将浴巾折叠起来夹在两腿之间，这样也可以舒适一些。

（4）半坐卧位：将普通的椅子倒放过来，靠脊背的部分铺上浴巾或毛毯，在上面垫上坐垫。在靠近头部的位置放上枕头，小腿部分垫上毛毯，也可利用能调整角度的靠椅。

（5）上半身坐起位：因气喘或心脏病而呼吸困难时，可以采取上半身坐起来的姿势，前面放一张小桌，或将棉被折叠起来，让患者趴在上面，这样呼吸便会舒畅得多。

（6）在恶心或头晕时：应先弄清原因。让患者俯卧或侧卧，避免在呕吐时将呕吐物吸进气管而引起呼吸障碍。让患者轻轻闭上双眼，尽量防止周围事物的刺激。

（7）瘫痪时：对半身瘫痪患者的肢体状态，不能置之不管，否则会影响以后的康复。必须使患者保持一定的正确姿势。为了防止“尖足”（指疾病痊愈后，脚尖着地而不能恢复原来的脚掌着地姿势），在腿部可以有木板等平面物挡住脚部，让脚踝部（俗称“脚脖子”）的角度成直角。其次，为了不使下肢倒向外侧，将卷起的毛毯挡在整个腿部，防止移动。

五、移动患者

对长期卧床而自己又不能变换身体位置的患者，应该根据患者的体力，在不增加患者痛苦的情况下慎重进行。

（1）向病床的一侧移动时：将枕头拉向要移动的一边，支住头部。一只手从头部下边伸向另一侧的肩部，另一只手伸进腰下向自己这边拉。然后，将抱住头部的手伸到腰下边，另一只手从膝下伸到另一侧，向自己这边拉。如果两个人同时做时，可站在同一侧，一个人用一只手抱住患者的头部，另一只手插到腰下边；另外一个人将自己的一只手插到患者腰下，另一只手插到膝下。然后等待抱上半身者发出一声号令，一齐轻轻地移动。

（2）向头部方向移动时：将手从患者头下伸到另一侧腋下，用胳膊上部抱着头部。另一只手从大腿下边插进去，向患者的头部方向移动。

（3）由仰卧转为侧卧：将一只手伸到患者另一侧的肩下，一只手插到腰下，把患者翻向自己这一边。然后将伸在腰下的手移到肩部，把上半身固定住，接着再把下半身支住，尽量不要使两只胳膊叠在一起。

（4）由仰卧转为半坐位：将患者双膝轻轻弯起，上半身侧过来，

一只手从头下伸到另一侧的腋下，用胳膊上部抱住头；另一只手从腰下插入，抬起患者上半身，向上移动。也可以将一条布带（或绳子）系在柱子或床头上，让患者自己扯着布带坐起来。

(5) 由侧位转向仰卧位：用两手扶着患者的双肩，将下侧肩部向自己这边拉，上侧肩部向外推，使患者仰过去，然后将腰、膝一直到脚部，逐步翻过来。

六、饮食护理

对于健康人来说，吃饭是一件愉快的事情。但是，患了病的人就会食欲不振，不想吃东西。因此家属应该注意引起食欲不振的原因，找出原因后采取相应的措施。有的时候吃饭比服药还重要，要尽量想方设法让患者多吃一点，这样对恢复健康是非常重要的。

根据病情，也有的患者愿意吃但却不能够吃，或者不能吃得过多等各种情况。家庭饮食护理必须注意的是：要按照患者所需要的标准配餐；除了考虑营养因素外，还要安排好食谱，不仅营养要合理，还要让患者喜欢吃；避免偏食，食物要多样化。

适合患者病情的饭菜和富于营养的伙食安排，是保证患者恢复健康的首要条件。所以，应该注意饭菜的色、香、味以及摆放等，以增进患者的食欲。为了保持安静、稳定的进餐气氛，在吃饭时应尽量不接待客人。餐桌上要备餐巾纸，以方便取用。

为患者创造条件，让他们自己能够饭前解大小便、洗漱，这样会心情舒畅地进餐。对生活不能自理的患者，可用湿毛巾给患者擦干净手，然后用筷子裹一脱脂棉，蘸上清水或淡盐水，为患者清擦舌头及口腔。

最好能做到定时进餐，冷热菜都要及时，要少量、多花样。根据季节可以摆上一些鲜花，也能增进患者的食欲。肉类和蔬菜都要切碎，鱼要去除刺，以方便患者进食。饭后，征求一下患者意见，然后再让他休息。

(1) 自己能够进餐的：患者能够行动，最好让患者坐在餐桌前，和家人一起用餐。

如果患者行动不便，不能下床，可用靠椅或棉被将上半身倚住，保持一个舒适的姿势。穿好睡衣，围上餐巾，在适当的位置上摆上一个小桌子用以放饭菜。

(2) 躺着不能坐起的患者：对躺卧病床自己不能进餐的患者，让他侧卧，将后背及腿部用枕头等倚住，保持舒适的姿势。脸朝着明亮的方向，围上餐巾，最好将上半身垫起来便于下咽。

进餐的顺序应该考虑到患者的嗜好和习惯，一定要在心情舒畅下进餐。吃流食时，应先试一下饭菜的温度是否适宜，然后根据患者的要求，使用小匙喂饭或用吸管，由

患者的口角慢慢喂下去。

（3）儿童患者：每顿饭做两三样，量要少些，让患儿自己吃。应该选择患儿爱吃的，在变换花样上下些功夫。照料患病的儿童是一件麻烦事，但是，不能因为心疼孩子就忘记了管教。虽然孩子患了病，也要像平时一样对待，这一点是非常重要的。在断奶时，可以将孩子抱在怀里稍呈仰姿，用小匙一点一点地喂。为了防止婴儿吐出来，要把食物送到嘴里边。

（4）进餐与功能训练：任何情况下，只要患者自己能够进餐，应尽量让他自己进餐。为了让患者能放心地进餐，餐具可以选择轻的、不怕摔的塑料制品。餐巾要用大块的，湿了也无妨。饭菜应设法做些用小匙或手能够直接取用的（如包子、馒头、面包等），尽量让患者自己去吃。同时，对不能自己用手拿餐具的患者，要注意将饭碗等用具固定在桌子上，以免移动。

（5）饭后的注意事项：饭后保持口腔清洁很重要，可以给一点茶水或凉开水漱口，然后将嘴边擦干净。饭后，应立即撤下餐具，问清楚患者是否要解手。饭后让患者安静地休息半个小时。

将饭量及食品分别记录下来。饭后也要观察患者的面色和有无恶心等症状。如有异常情况应立即与医生联系，请医生指导。

七、患者的饮食

（一）普通饮食

普通饭一般用于不受饮食限制的患者，如恢复期患者。这时患者的体温正常，消化功能也没有障碍。

普通饮食和正常人日常生活中的饭菜没有多少区别，但是要充分注意平衡膳食，营养丰富，不仅热量供应能满足患者的日常生活需要，而且营养成分也要齐全，相互间比例适当。

普通患者饮食的食谱，要略优于一般中等收入家庭的日常饮食标准。蛋白质的供应要略多一些，可达到每天 100 克左右，而且应选用优质蛋白，如鱼、瘦肉、牛奶、鸡蛋，同时也要有适量的豆制品。

患者的日常活动量明显减少，多坐卧，少运动，容易产生便秘。所以在饮食中要注意进食纤维，不宜选用精细的原料（如精米、细粮），可适当食用一些糙米、全麦粉或其他粗粮，能增加膳食中的纤维含量。

另外，膳食中要按照季节变化和市场供应的实际情况，配有种类各异、品种齐全的新鲜蔬菜、蕈类（如蘑菇）和水果。其中有菜豆、嫩蚕豆、土豆、番茄、豇豆、薯类、柿子椒、韭菜、空心菜、苋菜、油菜、绿豆芽、黄豆芽、鲜笋、西葫芦、大白菜、小白菜、莴笋和萝卜等。

注意烹调多样、色味香俱全，以增进食欲。油炸、辛辣、坚硬的食物少用。

下面是营养学家推荐的一日食谱：

例1：

早餐：八宝粥、大米粥、肉丁包、芹菜、柿子椒、鸡蛋1个、咸菜。

午餐：红烧鸡块香菇、肉丝小白菜、豆干、素炒圆白菜、米饭、馒头、冬瓜汤。

晚餐：红烧牛肉土豆、素炒空心菜、肉末芹菜、绿豆小米粥、馒头。

每日水果1～2只。

例2：

早餐：豆浆、大米粥、蛋糕、馒头、鸡蛋1个、火腿、冬瓜、圆白菜粉、酱豆腐。

午餐：三鲜海参、肉丝苦瓜、素烧豆腐、海带汤、小窝头、米饭。

晚餐：肉丝香菇面、炒小白菜、玉米面饼、绿豆粥、馒头。

每日水果1～2只。

（二）软饭

软饭是介于普通饭和半流质食物之间的清淡膳食，比较容易消化，适用于老年患者和三四岁的儿童。另外，患有胃肠疾病恢复期、咀嚼功能不良以及手术后恢复期的患者。

软饭要细软，容易消化。所以在烹调加工时，配料宜切细剁碎，用蒸、煮、烩、炖、烧等烹调方法。不宜油炸煎烤、或生冷凉拌。

配菜不要用含粗纤维过多的蔬菜，如韭菜、黄豆芽、芹菜、洋葱头、蒜苗、干豆之类，也不要用辛辣刺激的调味品（如辣椒、胡椒粉、咖喱粉等）。

主食可根据患者的饮食习惯，选用软米饭、面条、馄饨、面包、蛋糕等。此外还要配合食用牛奶、豆浆、豆腐脑、藕粉等流质食物。

（三）半流质食物

半流质食物是介于流质与软饭之间的患者饮食，食物呈半流动状态，少渣，更容易消化，适于发热较高，或身体虚弱的患者。患有口腔疾病、消化道疾病或手术后的患者，也经常食用半流质食物。

半流质饮食一般是少吃多餐，每天5～6餐，并且要限量，全天主食不超过300克，每餐50～100克。

常用的半流质饮食有米粥、细挂面、面片汤、馄饨、肉末蛋羹。如果患者病情好转，症状逐渐减轻，可增加面包干、饼干。辅食可有烧鱼块、清蒸鱼、豆腐、煮小肉丸、菜泥等。

（四）流质饮食

流质饮食是一种非常容易消化，而且容易吞咽的食物。适用于病情严重、高热、手术后、吞咽困难、急性消化道疾病的患者。

流质食物呈流动状态，或到口中即溶化为流体，食物中含渣极少。流质饮食所含的热量不足，缺少蛋白质和其他各种营养物质，所以不能让患者长期食用流质饮食。

食用流质食物的患者，每隔两三个小时就要进一次餐，每天至少要六七次，每餐用膳量为200～250毫升。

患者的食谱有牛奶、豆浆、麦乳精、软蛋羹、米汤、冲藕粉、蛋花汤、肉汤等。

但是对于胃肠道手术后的患者，不要吃牛奶或含蔗糖的饮料。

（五）低脂饮食

患有胆囊炎、胆结石的患者，膳食中要限制脂肪量。这是因为当脂肪食物进入十二指肠时，能刺激十二指肠黏膜分泌胆囊收缩素，引起发炎的胆囊强烈收缩，从而产生胆绞痛。

胆结石的形成与食物胆固醇摄入过多有关。饮食中脂肪过多，能刺激胆汁分泌增加，也会加重胆结石的病情。所以，患有胆石症或胆囊炎的患者，均宜采用低脂饮食。

全日的脂肪量应限制在20～30克，不要吃油炸食品，也要少吃含胆固醇较多的食物，如肥肉、蛋黄、鱼籽、动物内脏、脑等。全日胆固醇食入不超过300毫克。

（六）低胆固醇饮食

有高脂血症的患者，饮食治疗是非常重要的措施。患者要严格控制高脂肪、高胆固醇食品，不吃动物脑、内脏、鱼籽等。烹调宜选用植物油，如豆油等，以玉米油为最佳。

长期饮酒可使血中低密度脂蛋白浓度升高，会引起或加重高脂血症，所以一定要戒酒。

不吃或少吃糖（如白糖、葡萄糖、蜂蜜），多吃粗粮、蔬菜、水果等富含纤维的食品。可选择的食物有燕麦、大麦、豆类、苹果、葡萄、黑木耳、蘑菇、洋葱、大蒜、公鸡肉、兔肉等。

膳食中的纤维素，已经被称为现代人的“第七营养素”。不可溶的纤维有促进胃肠蠕动、预防便秘等作用。而可溶性的纤维能有效地降低体内胆固醇。

人在消化过程开始的时候，肝脏分泌含大量胆固醇的“胆汁酸”，有助于脂肪的吸收。这时肠道内的可溶性纤维就像海绵一样，吸收大量的胆汁酸，阻止其进入血液，迫使肝脏继续从血液中抽取胆固醇，从而降低了血胆固醇水平。

燕麦是富含可溶性纤维的首选食物，可溶性纤维的含量是小麦的十几倍。如果每天食用60～70克的燕麦粉或燕麦片，总胆固醇的含量至少可以降低5%左右，因而使患心脏病的危险度下降了10%左右。黑木耳每天5～10克，对降低血黏度和血胆固醇也有确切效果。

每天少量饮酒（50～100毫升红葡萄酒），有助于预防冠心病，但是不能多饮。

（七）低盐饮食

有水肿和高血压症状的患者（如患有肾脏疾病），要根据不同程度分别采用少盐或无盐饮食。

需要进行少盐饮食治疗的患者，

每天的食盐量不能超过3克（或10～15毫升酱油，1克盐的含钠量相当于5毫升酱油）。

同时，对含钠较多的食品，如咸菜、咸蛋、酱菜、腐乳、咸肉等，都不应该食用。另外，加碱或苏打粉的食物，如馒头、面包、挂面、饼干等，也要避免食用。患者对无盐饮食可能会不习惯，所以可以采取糖醋汁、番茄酱、芝麻酱等调味。

大小便的护理

一、便盆的使用与消毒法

能够行动的患者，尽量争取去卫生间解大小便。如果患者卧床，则需要在病床上解便，护理时应协助患者坐便盆。对医嘱不让动或不能行动的卧床患者来说，最烦心的事情就是排便。他们要在床上使用便器。在开始时，患者很不习惯。

多数人的排便习惯是在早饭前后排便。应该尊重患者的习惯，每天定时让患者排便。家人要细心观察患者的情绪，大大方方、毫不介意地将便器递给患者。慢慢习惯了以后，患者在床上就能使用便器了。

1. 便盆的种类：便盆有金属的、搪瓷的，以及尿盆等。尿盆有玻璃的或塑料制品。长期使用时，便盆宜用搪瓷的。玻璃制的便盆比较容易保持清洁。皮肤有病的人、体态消瘦的患者等，便盆与皮肤接触的部分要垫上布垫，尽量设法减少患者痛苦。

2. 使用便盆的方法：患者即使由亲人照料，往往也不愿意麻烦家人。尤其是个人生活上的小事，愿意自己动手。所以，行动不便或是老年患者如厕，应有人陪伴，以防发生意外。

如果患者卧床，只有使用便盆。在盆里加入少量的水，可使大便不粘在盆底，并可减少臭味。用热水烫一下便器，然后擦干净。为了避免大便直接接触便器，可在便器上垫上纸。

使用时，可让患者仰卧，盖的被子只留一层，将睡衣卷起，以免弄脏。在患者腰下垫上塑料布，双膝屈起。

家人可以站在患者右侧，左手插进腰下边，将患者臀部抬起，右手持便器斜插到肛门下面，让肛门正好对准便器中心，安稳地坐在便器上。对男性患者应该同时放置尿壶。

有的人在别人面前解大小便，感到很不自在，即使是在家人面前也是如此。如果患者能够自理时，可以将手纸放在患者能够拿到的地方，家人不妨到室外去等待患者呼

唤。便完以后，撤去便盆，注意不要弄脏周围的被褥，让患者洗净手，整理好病床。为了消除室内的臭味，应采取换气措施。

3. 使用尿盆的方法：尿盆的使用方法和大便盆一样，也从被下面递给患者。若是女性患者，应该将尿盆置到外阴部，用双折的纸挡住外阴部，以免尿液飞溅到外边。尿完以后，为了避免感染，必须用手纸由前向后擦净外阴。

4. 重症患者的排便：体重超重的患者或患有重症不能动的患者，应该由两个人来照料排便。一个人用手插到患者的腰部及膝下，将上身抬起来；另一个人用一只手支住患者身体，另一只手将便器插进去，同时将抬起的腰部轻轻放下。

5. 对大小便失禁者的照料：所谓大小便失禁，就是患者不自觉地滴漏大小便。若经常尿失禁，为使患者和陪护家人都放心，可以在患者的腰下铺上塑料布或胶皮布，在上面放上垫子。陪护家人要尽量按照患者的排便规律，及时给予便器。如果仍不能解决问题，可以加上成人用的尿垫或兜裆布。商店也有出售兜裆布。自己用塑料布和透气的毛绒布、旧绒衣等也能制作。每次使用的尿布，有时要用到6～7层，如果用绒布等厚布做的再垫上纸时，可以减少层数。尿布脏了以后要及时换掉，用热水将局部清洗后，再用30%酒精擦拭，使皮肤保持干燥。对于臀部，特别是有骨性突起的部位，要加以按摩，以预防褥疮。

6. 清洗便器：使用后的便器，要很好地清洗。洗刷便器要用专用的刷子，洗净后放在日光下晒干、消毒。刷子应经常用消毒液浸泡。大便器及尿盆用完后，为了准备下次再用，应放在卫生间，并用盖罩盖好，不要敞开放置。便盆必须洗净，并除去气味。

二、对大小便的观察

对大便的次数、形状、气味，是否混有黏液或血液，以及尿的次数、颜色、量等，都要细心观察，有异常情况，要做好记录，并且及时报告医生。

正常情况下，每天须有一次或两次通畅的大便。排便时并没有困难和痛苦。大便的形状应是软而成形的。正常时大便是黄褐色，吃肉食时颜色更深；而大便中含有未消化的脂肪时颜色更浅；吃大量青菜以后大便呈绿色；吃动物肝、血，或服铁、铋制剂，大便就成为黑色。

肝脏不能分泌胆汁，或胆汁受阻不能进入肠道时，大便就呈淡土灰色。胃或小肠流血时，血经过消化变为黏黑的物质，与大便混合的很均匀，所以大便的颜色暗黑，开头如同柏油。肠的下段出血时，大便中含有鲜红的血。特别臭的大便，是在肠内经过剧烈的腐烂过程。

大便中如果含有脓血、黏液或寄生虫时，应当到医院进行检查，并且存留大便准备化验检查。

三、便秘患者的护理

便秘就是不通畅或无规律的排便，或者大便是干燥坚硬的粪块。这是由于肠蠕动减弱而引起的。患者卧床缺乏运动，又因饮食稀薄、细软，再加上对疾病的忧虑或畏惧而紧张等精神因素，便会促使结肠不能完成正常的排便功能。

另外，有些患者生活不规律，经常忽略排便的感觉，长此以往，直肠壁松弛，对于粪便的刺激失去了敏感性，直肠就保留粪便，而不能完成排便的反射动作，以致成为便秘。经常便秘使身体内的代谢产物不能及时排出，粪便内的毒素被吸收，可能引起自体中毒，出现精神不振，烦躁不安，恶心，腹胀，食欲减退，周身不适，失眠等症状，排便困难更易引起肛裂、痔等肛门疾病。排便时过分用力，还可导致晕厥和心脑血管意外，给患者带来痛苦。

（一）预防便秘的方法

（1）生活有规律，避免精神紧张和忧虑。尽量找出引起便秘的原因，进行有效治疗。

（2）养成按时排便的习惯。对于已经养成按时排便的卧床患者，要定时送去便盆，其他患者也要按时如厕，并且养成习惯。

（3）在体力允许的情况下，让患者进行适当的运动，可提高排便肌群的收缩力。长期卧床的患者，也要进行被动活动。如用双手顺结肠蠕动的方向揉动腹部，每天在起床前和入睡前进行。

（4）注意调整饮食。饮食中应有充足的粗纤维，以刺激肠蠕动，促进排便。含粗纤维多的食物有蔬菜、水果（如香蕉）和粗粮。

（5）让患者经常饮水，保证水分的纳入。

（6）中药导泻最常用的简单方法，是用开水浸泡番泻叶 10 克，当茶饮；或喝蜂蜜，每天一次，每次一两匙。

（二）治疗便秘的方法

治疗便秘包括药物或灌肠等方法。

1. 药物通便：使用“开塞露”（稀释甘油），可起到润滑粪便作用。使用前将开塞露的头部切开，或用粗针头将封口刺一小孔，先挤出少许液体润滑管端后插入肛门。当药液挤进后，保留到不能忍受时再排便。另外，可用缓泻剂，如石蜡油、麻仁滋脾丸等。

2. 手抠法：老年人持续性便秘，多是硬结粪块堆积直肠，在以上方法无效时，可采用手抠法。方法为带手套，涂润滑油，示指或中指轻轻插入肛门，由浅入深逐渐抠出粪块。结束后，用温水清洗局部，必要时湿敷，帮助肛门括约肌回缩。

3. 灌肠法：可从医药商店购买一个负压灌肠器。用 2% 肥皂水灌肠，即先将肥皂煮化呈面糊状，取 4 汤匙肥皂水加入 1 000 毫升的温开水。也可用盐水灌肠，即用 1 000

毫升温热水加 9 克食盐。使用前，要用前臂内侧试水温，不烫即可用。

在灌肠前也要做有关的准备工作，找一块干净的塑料布垫在床上，然后让患者侧卧，双腿弯曲，将灌肠器开口端插入盆或罐内，肛管头涂少许凡士林或其他植物油润滑，轻轻插入肛门内 9～15 厘米，拧紧与肛管连接的夹子，缓慢挤捏负压球，水即可射入肛门内。如此反复吸净所有液体后，拧紧与肛管连接的夹子，将肛管拔出，垫上卫生纸按肛门处以利保留，给患者坐盆，或去厕所排便。

灌肠完毕后，要让患者多保留一会灌肠液，过 3～5 分钟再排便，可使干硬的大便被软化而易于排出。当患者腹胀难受时，可让患者张口喘气，使腹压减轻，缓解腹胀。灌肠器用完后，要清洗后放沸水中煮 5 分钟，取出放阴凉处保存。

家庭常用护理操作技术

一、测量体温

测量体温时要使用体温计。体温计在使用前先经消毒，一般用 70%酒精擦拭（在家庭中，如果没有酒精，也可以用浓度高的烈性酒，如 60 度的二锅头酒、老白干酒等）。家庭常用的是口测法或腋下测量法。

使用的时候，先用拇指和示指握紧体温表的上端，手腕迅速向外甩动，把体温计内水银甩到刻度 35 摄氏度以下。

（一）口测法

将口表水银端斜放到患者的舌头下面，然后让患者紧闭口唇，用鼻呼吸，避免用口腔呼吸。测量 3 分钟，取出擦干、读数。

注意在使用口表测量体温前，不要让患者喝热水或吃冷饮之类，以免影响测量的准确度；同时，注意不要让患者用牙咬住体温表，以免咬碎温度计使水银流出。

如果不慎将体温计咬破，首先应清除口腔中的玻璃碎屑，以免损伤唇、舌、口腔及食管、胃肠道黏膜。为了防止碎玻璃对消化道黏膜的损伤，可吃一盘炒韭菜（不要切断），借助胃肠蠕动将碎玻璃碴排出。

精神异常、昏迷、年龄小的幼儿、口鼻手术、呼吸困难及不配合者，不能测口腔温度。刚进食后或面部作冷、热敷者，应间隔 30 分钟后再测。

查看体温计的方法是一手横拿体温计的上端，背光站立，使体温计上的刻度与视线平齐，轻轻转动体温计，可以看出体温表内的水银

柱高低的刻度。

（二）腋下测量法

测量前，先将患者的腋下用干毛巾擦干，然后将体温计放到患者腋窝的深部，紧贴皮肤，嘱咐患者屈臂过胸，将体温计夹紧。不能使用者，应协助夹紧上臂。测量 10 分钟后，取出观察读数。

（三）肛测法

让患者侧身躺在床上，露出臀部，将肛门体温计（肛表）的头部涂上一些润滑剂（如液体石蜡、凡士林或肥皂水），然后将体温计徐徐插入肛门，深度约为 4 厘米，或者插入体温计的一半长度。测量 3 分钟以后，取出擦干净、读数。

二、测量呼吸

一次呼气、一次吸气合起来称为一次呼吸。正常人平静呼吸时，每分钟呼吸次数为 16～20 次；呼吸与脉搏的比例为 1∶4，即每呼吸 1 次，脉搏跳动 4 次。新生儿的呼吸为每分钟 35～44 次，以后随着年龄增加，每分钟的呼吸次数随之减少。1～ 5 岁的儿童每分钟呼吸 25～30 次，6～ 9 岁为 20～ 25 次，10～ 12 岁为 18～ 20 次。

成年人呼吸每分钟超过 24 次，称为呼吸过速；每分钟少于 12 次，则为呼吸过缓。情绪紧张、剧烈运动、妊娠、劳动及过度肥胖，可使呼吸加快；睡眠、屏气时，则呼吸减慢。患有某些疾病时，可以出现呼吸加快或缓慢。呼吸过快或过慢，以及呼吸节律不齐都是不正常现象，应当引起重视。

测量呼吸的时候，要准备一只有秒针的表。正确的方法是让患者保持安静，避免精神紧张。检查者用眼观察呼吸动作的过程，数一分钟以内呼吸的次数。可观察患者呼吸时胸部或腹部的起伏次数；也可观察患者鼻翼扇动的次数。当患者呼吸微弱时，可将棉线、薄纸放在患者的鼻孔处，呼吸时薄纸或棉线被呼吸气流冲开，这样就可以计数每分钟呼吸的次数。检查呼吸时，除了观察呼吸动作的次数外，也要注意患者呼吸的深浅。

三、测量脉搏

脉搏是指动脉血管每分钟的搏动次数。正常成年人安静时的脉搏，为每分钟 60～100 次，节律规则。

脉率可随年龄、性别、劳动和情绪等因素而变动，一般幼儿比成人快，老年人较慢；女性比男性稍快；运动和情绪激动时可增快，休息和睡眠时较慢（正常成年人在安静情况下，男性的脉搏为每分钟 60～100 次，女性为 70～90 次。新生儿为每分钟 90～120 次，6～9 岁儿童为 80～100 次）。

测量患者的脉搏，要准备一只有秒针的表。先让患者休息片刻，保持情绪安静。饮酒后或刚饮过热水，以及情绪激动、刚结束体育运动，都会影响测量的准确性。剧烈活动后者应休息 20 分钟后再测。

检查脉搏时，经常选择患者体表较浅的动脉，一般选用的是桡动脉。做法是让患者的手掌面（即“手心”）朝上放，腕部伸直。检查者将自己的示指、中指和环指3指并拢，放在患者手腕的桡动脉部位，即在腕部掌面靠近拇指的一侧，这时检查者的手指能感觉到被检查者动脉在搏动。压力大小以能清楚地触到脉搏为宜。数1分钟内脉搏跳动的次数，或者测半分钟的脉搏数乘以2；有时，也可测15秒钟的脉搏数乘以4。然后计算出每分钟的脉搏数。

测量脉搏时，应同时注意脉搏的节律和强弱，如注意每两次搏动的间距是否忽快忽慢，或有无心律不齐（即脉搏跳动的间隔时间不均匀），以及脉搏跳动是否有力或微弱等。

速脉：成人的脉率每分钟超过100次，见于发热、大出血等患者。

缓脉：成人的脉率每分钟低于60次，见于颅内压增高、房室传导阻滞等患者。

如果发现在正常均匀的脉搏中，出现一次提前而较弱的搏动，其后有一个较正常延长的代偿性间歇，称为间歇脉，多见于心脏病患者。有的患者，在单位时间内的脉率少于心率（称为脉搏短绌或绌脉），快慢不一，强弱不一，极不规则，见于有心房纤维颤动的患者。检查时应有一人听患者的心脏跳动次数，另一人检查患者的脉搏，才能发现绌脉。

在某些情况下，如果不能检查桡动脉，也可以选用颞动脉（在头部“太阳”穴部位能触到动脉搏动）、颈动脉（在颈前部两侧可以触到搏动的动脉）等。

四、测量血压

血压是指动脉压，通常用血压计测量。受测者在测量血压前半小时，不要进食，也不要吸烟，应卧床休息片刻。焦虑、紧张、过冷、过热、疲劳、疼痛等，都可能影响测量数值的准确性。

使用前，先要检查一下血压计的玻璃管有无裂损、水银是否漏出，以及水银柱是否在“0”点、橡皮管和气球有无漏气等。被测者取仰卧位或坐位，露出右臂，一直要露出肩部，并要伸直肘部，手掌向上放平。把血压计放在床上或桌子上，使血压计的“0”点，与患者的心脏在同一个平面上。

把血压计的袖带缠在患者的上臂部。袖带的下缘要距肘窝2～3厘米，不要过紧，也不要过松。检查者戴好听诊器，用手在患者的肘窝部摸到肱动脉的搏动，然后把听诊器的头，放在肱动脉搏动处，这时能听到动脉跳动的“咚咚”声。

关闭气门，向袖带内捏球打气，压力加到肱动脉搏动的声音听不见时，再将水银柱升高20～30毫米后，慢慢放开气门，减少压力，并注意水银柱所指的刻度，直到听见

第一声搏动。此时水银柱所指的刻度，就是“收缩压”。压力继续减小，动脉搏动的声音逐渐增加，至声音突然变软、变弱时，这时所指的刻度为“舒张压”（注意：并非是搏动的声音完全消失）。

测量血压一般要连续测两三次，取其最低值。测量完毕后，将袖带内的空气排空，拧紧气门的螺丝帽，解开袖带，整理平整，将橡皮球和袖带放回盒内，关上水银柱的开关，关好盒盖。

正常人的血压，随着年龄增长而升高。正常成年人的收缩压，应低于 140 毫米汞柱[注]，舒张压应低于 90 毫米汞柱。收缩压和舒张压之差为“脉压差”。脉压差为 30～40 毫米汞柱。

五、常用注射法

（一）家庭注射的注意事项

注射俗称打针，是将无菌的药液通过不同途径（如皮下、肌内、静脉等）注入身体的一种给药方法。一般说来，在家庭中进行注射应由社区的医护人员进行。如果家中有慢性患者（如糖尿病患者），最好也应有人经过培训，掌握常用的注射技术。如非特殊情况，或除非家属中有人是医务人员，并不提倡家庭自行注射药物。以下介绍的内容，仅需要患者家庭知道即可，并不必要自己亲自操作。

注射给药的优点是药物吸收快、安全、剂量准确、疗效可靠。还有些药物不能口服，也需要通过注射途径给药。另外，给患者作药物皮肤过敏试验或预防接种时，也要用注射法。

应当强调的是，一般药物如果能口服用药，最好不要用注射途径给药；如果能用肌内注射方法给药，就不必用静脉注射的方法。

无论是社区医务人员，还是家庭成员，在家庭环境给患者进行注射时，应当做到：

（1）进行注射时，应严格遵守无菌操作，以预防化脓感染。最好准备一个清洁小方盘，盛放注射用具。

（2）注射前，室内应进行认真清扫，地面应少许洒水，避免灰尘飘起。注射时，室内不要有闲人走动，不在患者房间内吸烟。进行注射时，不要再进行清扫活动，冬季在室内用煤炉取暖者，此时不要添炉火，也不要铲灰。

（3）注射前应做好有关的准备工作。要使用经过高温或煮沸消毒过的注射器，肌内注射最好使用一次性注射器。注射时所使用的棉球等敷料，应经过高温灭菌消毒。如果敷料已经过期，则应更换。最好使用从医疗单位取回的近期消毒敷料。碘酒、酒精等杀菌药物也不宜存放时间过久。

注：1 毫米汞柱＝0.133 千帕

（4）注射者在操作前应认真用清洁的流水和肥皂洗手，并戴上一次性口罩。如果有条件，也应像医生护士一样，穿上白色的隔离外衣。

（5）注射前，应仔细检查核对瓶签上的药物名称和剂量。药品应在有效期内使用，如有变质、混浊、沉淀或药瓶出现裂纹等情况时，则不能再使用，应立即丢弃。

家庭中用的注射药物应随时从医疗单位取回应用，不宜自行长期保存。如果需要在家庭中保存，应该注意保存温度，必要时放在冰箱的冷藏室内保存。

（6）注射点及其附近范围均应严格消毒。皮肤消毒时，应以注射点为中心开始，螺旋状地由里向外扩大消毒范围。消毒区域直径约为5～6厘米，以防无菌操作不严而引起感染。

（7）注射时，要注意选择注射器及针头，如给肥胖患者做肌内注射时，应用长针头，以便使药液能达到肌肉层。使用自备的玻璃注射器时，应注意注射器与针头衔接处应无漏气、漏水；注射针头必须尖锐、无钩、无锈、无弯曲、无裂痕，以防折针。

（8）不要在患者瘫痪的肢体和有瘢痕、硬结、炎症、皮肤病、旧针孔处及有病变的血管内进行注射。作皮下注射、肌内注射时，应避开神经、血管及骨骼突出处。需要长期接受注射药物治疗的慢性患者（如糖尿病、慢性呼吸道感染等），应当经常变换注射部位，防止因注射次数过多而引起皮下或肌肉的硬结，及产生疼痛。已引起疼痛的部位，应在局部进行热敷或进行理疗。

（9）如果几种药物混合给药时，应注意药物之间的配伍禁忌。作为患者家属可提醒医护人员，比如轻声询问："这几种药能在一起用吗？"

（二）在家庭注射前的准备工作

1. 安瓿吸药法：盛放注射用药液的小玻璃瓶，通常称为安瓿。从安瓿中抽取药液时，首先要将安瓿打开。打开安瓿时不要用镊子敲，防止玻璃碎渣落入安瓿内。

正确的做法是先用手指轻轻弹几下安瓿，或用手甩安瓿，使安瓿尖端的药液顺瓶壁流到下部。然后将锯安瓿用的砂轮和安瓿狭窄部位与宽大部位交界处的颈部，用70%酒精擦拭消毒，待干，用砂轮将安瓿颈部锯一裂痕，再用酒精棉球擦去屑末，用棉球垫手将安瓿从颈部掰开。注意勿用力过猛，以免压破安瓿。

安瓿打开后，用左手中指和示指将安瓿夹紧，右手拿注射器，针头斜面向下插入安瓿，再用左手其他指头固定注射器前端，右手抽动注射器的活塞，即可将药液吸取到注射器内。针头插入安瓿时不可触及外部，针栓不可进入安瓿内，以防污染。吸取药液后，使注射器垂直向上，先抽动活塞少许，再排除注射器内的空气，到第一滴药液至针口时，稍微回吸放回纱布垫上，

盖起针头。药液从药瓶中抽出后，不应在空气中暴露过久。如果暂时不能进行注射，则用安瓿壳套在针尖上，以免污染。

2. 密封瓶装药液吸取法：密封瓶通常用铝盖密封，铝盖下还有橡皮塞。打开药瓶时，先要用剪子将铝盖的中心部剥开，再用70%酒精棉棍消毒橡皮塞。由于瓶内是真空负压，不易将药液吸净，所以在抽取药液时，可先在注射器内吸取与所需药液等量的空气，在橡皮塞中央垂直刺入，将气体注入瓶内，再把药瓶倒置抽出药液。吸药时要注意顶住注射器的活塞，以免瓶内压力过大将活塞推出。

当瓶内是粉剂时，如青霉素、链霉素等，则需要用注射器吸取适量的生理盐水或其他溶剂注入瓶中，将药瓶在双手间搓转，使药粉充分溶解，不要用力振荡，以免发生泡沫，影响抽出剂量的准确。之后，再消毒瓶塞，并按上述方法吸取药液。

吸取油剂药物方法同上，但要应用较粗的针头。

（三）注射方法

1. 肌内注射法：肌内注射通常称为肌肉注射。肌内注射是将药液注射到肌肉层，是常用的注射方法。肌内注射的部位通常在臀部。

（1）注射部位：注射时，让患者俯卧在床上，注射侧的脚伸至床外，以使臀部肌肉松弛。拉开外裤露出臀部，自臀裂的顶点划一横线，再作一条垂直的平分线，将臀部分为外上、内上、外下、内下等四个区域，注射点在外上方内角处。

（2）消毒方法：先用2.5%碘酒以进针点为中心，旋转地由里向外转擦消毒，范围为直径6～7厘米，擦过的地方不能重复再擦，待干后再用70%酒精将碘酒擦掉，消毒顺序同上，仍以消毒点为中心，由里向外旋转擦拭。

（3）注射方法：消毒后，排尽注射器内的空气，用左手中指、环指夹一棉球，拇指和示指绷紧皮肤，右手持注射器，使中指固定在针栓上，四、五指伸出以控制针头刺入的深度，垂直快速刺入肌内3～4厘米。然后用左手回抽活塞，以试是否刺入血管，确定无血液抽出时，可根据药液的刺激性决定推药的速度。注射完毕后，用消毒纸片或干棉球按压针眼片刻，不必用力揉，以免加重疼痛或出血。

（4）注意事项：肌内注射时，避免将针梗全部刺入体内，应外留1/3～1/4，以便万一断针时易于取出。对于较肥胖者，应选择针梗较长的针头注射，以免药物未注入肌层引起皮下硬结。

2. 皮下注射法：皮下注射是将药液注入到疏松的皮下组织，一般用药量比较少，吸收较缓慢。

常用注射部位是上臂外侧上1/3处，或大腿外侧等。一般糖尿病患者可在家中注射胰岛素（应用1毫升蓝心注射器），便于准确计算

剂量。

注射时，让患者将肢体放松，体位以方便注射的坐卧位均可。先按前述肌内注射方法准备好药物，针头斜面向上，放在安全无污染的地方，或用安瓿盖住针头，或用左手拿针，右手进行皮肤消毒。

注射时，用左手拇指和示指捏起皮肤，右手拇指和中指持注射器，示指固定在针栓部，小指固定在皮肤上，注射器刻度向上，针头与皮肤要呈30°～45°角，快速刺入皮下1.5～2厘米。放松左手，稍稍回抽活塞，以试是否刺入血管，确定无血液抽出时，可根据药物的刺激性决定推药的速度，一般说来，刺激性强的药物应慢慢推药。如有血液抽出，应将针稍向外移动，或更换部位重新刺入。

注射完毕，以干棉球压针刺处，迅速拔出针头，并轻压局部片刻。

3. 静脉注射法：由静脉注入药物的方法，就是静脉注射法。静脉注射时，一般使用的是无菌的10毫升或20毫升注射器。药物可直接进入血液循环，立即发生效应，剂量准确，可随时控制速度或停止注射，适合于不能口服、皮下注射、肌内注射的药物，且要求迅速控制病情时使用，如哮喘持续状态、心脏病发作、呼吸衰竭等。

静脉注射通常应由医务人员操作。家属非医学专业人员或未经专业训练者，不要自行操作，以免引起误操作，导致不良后果。

（1）注射部位：静脉注射时，让患者取卧位或坐位，卷起衣袖，伸直手臂，下面垫以布垫。选择较粗、较直、较固定、易见或易触及的浅静脉，常用的有肘窝部位的肘窝静脉、正中静脉、贵要静脉，或手或足背的浅静脉。小儿可采用头皮静脉。

（2）注射方法：选好静脉后，以右手示指探明静脉走向、深浅，在静脉注射点的肢体上端5～6厘米处，将橡胶止血带拉长，结成活扣于上臂，嘱患者握紧拳，使静脉胀大并充盈显露，用棉棒蘸2.5%碘酒局部消毒，再用蘸75%酒精的棉棒脱碘。排尽注射器内空气，左手拇指向下拉紧皮肤并固定静脉，右手持注射器，以示指固定针栓，针尖斜面向上，使针头与皮肤成30°角，先自血管旁刺入皮下，再向静脉方向引伸刺入血管，见血液进入注射器内时，可将注射器略放低，使与血管平行，再继续将针头推进少许（1～2毫米），使针头进入静脉腔内，松开止血带，让患者松拳，抽动活塞，以试针头确实在静脉内，再缓慢进药。注射时，如有局部凸起，说明针头已脱出血管，应拔出针头重新注射，避免将药液注入静脉外组织。注射药物要缓慢，一般不少于10～15分钟。注射完毕，以无菌干棉球压针眼，迅速拔针，让患者弯屈肘部片刻，以免出血或形成血肿。整理用物，用清水冲洗注射器和针头（将针头泡在0.1%新

洁尔灭溶液内），放于固定地点，以便重新消毒使用。

4. 静脉输液法：有些患者由于条件所限（如交通不便、远离医院），或由于病情紧急（如急性心肌梗死、脑血管意外等），需医护人员在抢救的同时，由家庭成员配合在家中输液，这也是家庭急救的重要措施。

为了力争达到无菌操作，在输液前应把房间打扫干净，开窗通气半小时。

在医务人员完成输液操作后，家属要详细询问输液的内容、注意事项，观察液路是否通畅、注射部位有无液体外溢所致肿胀。

（1）输液速度：输液的速度以每分钟60～80滴为宜，开始速度可稍慢一些，500毫升药液需1.5～2.5小时输完。但对心脏病、肾脏病、水肿、高血压患者、老年患者、小儿的输液速度宜慢，一般每分钟30～40滴，或者更慢些，500毫升药液需4小时左右输完。要根据医护人员的嘱咐观察输液速度，不要擅自加快输液速度。

（2）调整液面：看护输液患者时还要注意，如玻璃壶中的液面过高，要捏紧滴壶上端的皮管，打开滴壶侧口上的小橡皮帽，使液体借大气压下降至所需要的液面，以能清楚地看清滴数为度。然后盖紧小橡皮帽，放松上端皮管。如果液面以下的管中出现气泡时，可用手捏气泡或用手弹气泡，这样就会使气泡上升到玻璃管中，不致引起气体栓塞。当液面过低在滴壶内看不到而不断下降时，可能是输液皮管有漏气或连接不严，应找到漏气处用胶布粘贴。否则需请医护人员处理，根据情况加以调整。

（3）续加液体：当瓶内液体还有20～50毫升左右时，就应开始做加液准备。加添液体时，要注意无菌操作，洗净双手，戴上口罩，把新的输液瓶外部铝盖去掉，翻起橡皮塞，用70%酒精棉棍擦瓶周围，将橡皮塞拔出，倒出少许液体后，再将液体全部在离输液瓶3～5厘米处缓慢倒入。倒完后将输液悬瓶盖盖好，以防尘埃进入。

（4）观察输液反应：在输液过程中。要密切观察患者有无输液反应，如有心悸、畏寒等不适症状，可减慢输液速度；反应严重者，则用无菌棉球压住针眼，拔出针头停止输液，请医生诊治。医生未到时，要给患者加盖衣被，口服抗过敏药（如扑尔敏8毫克，或苯海拉明20毫克），呼吸困难者应吸氧。无特殊情况，输液完毕后即在输液瓶与滴管连接处液面要消失时，拧紧螺旋夹，用消毒棉块压住针眼处拔出针头，再用胶布条固定棉块，用手指轻压片刻以防出血。

（5）其他注意事项：在家庭病床治疗中，需要输什么液体应由医生决定，不要擅自更换液体的种类。对所加药品及液体，要提醒医务人员注意配伍禁忌和反应，除严重脱

水外，液体一日不要输入过多。

儿童输液时，肢体经常活动，需略加固定，其输液速度以每分钟5～8滴为宜。输液过快可引起水肿。

输液当中，患者需要大小便时，可由家属高举输液瓶，使其高度比进针处高，并能显示滴管为宜。卧床不起的患者，应在事先备好大小便器，或由医护人员放置保留导尿管。

六、家庭换药

伤口换药是家庭病床中经常可能遇到的问题。

通过换药，可以观察伤口情况，及时作必要处理。如清洁伤口，清除异物或分泌物，减少细菌繁殖，更换敷料，敷施药品，促进伤口愈合。

换药工作应由社区医护人员进行。如果家庭中已经有人能掌握正规的换药操作技术，具备了无菌观念，有些简单伤口也可以在家庭中换药。但是，最好还是由医护人员完成换药工作。

经过医院正规处理后的伤口，通过医生指导，在家里进行换药，能减少患者去医院的往返次数，尤其是对于行动不方便、家庭地处偏远的患者，通常是不得已而为之的办法。

对于轻伤或伤口长期不愈合、病床紧张而又住不上院，老年人、体质虚弱者以及伤残人，在家中进行伤口换药是大有好处的。

（一）伤口类型

换药前必须弄清楚伤口的类型。通常将伤口分为3类，即清洁伤口、污染伤口和感染伤口。

1. 清洁伤口：清洁伤口是指无菌手术后的手术切口，或经过及时处理的污染伤口，一般不久即能愈合。

2. 感染伤口：感染伤口是细菌已繁殖并引起组织急性炎症、坏死、化脓的伤口，以及清洁伤口、污染伤口缝合后继发感染的手术切口。常见于疖、痈、疮的化脓感染疮口、中风后瘫痪卧床引起的褥疮感染伤口、分娩时会阴部切开继发感染、哺乳期妇女急性乳腺炎、脉管炎、糖尿病等病的慢性下肢溃疡以及各种手术的造瘘口等。

（二）换药次数

各类伤口的换药时间不同，换药的次数应根据创面情况而定。过于频繁的换药，能损伤肉芽，增加感染的机会。应该给创面足够的修复时间，不宜过多刺激。

1. 无菌手术后缝合的伤口：一般在术后第三天检查伤口有无积血、积液或血肿表现，如无敷料脱落或潮湿，即无需换药，直至拆线。如果伤口内有引流物，一般在术后24～48小时拔除。

2. 脓肿切开伤口：术后第二天换药，剪除坏死组织及脓苔，经过换药处理后，可隔日换药一次。如分泌物多、感染较重，应增加换药

次数，可每日更换一次，必要时随时更换。

3. 严重感染伤口：常见于烧伤创面和脓肿引流后创面，创面呈灰白色，有脓苔和混浊渗液。

（三）换药方法

进行换药操作者，一定要有无菌观念。家庭换药器械往往不齐全，可以因陋就简，但无菌操作不可丝毫马虎。

1. 换药前的准备：换药前一小时要清洁房间，地面喷洒消毒液（如来苏儿、84消毒液等），保持环境的清洁。换药人要修剪指甲，用肥皂水洗手，并甩干（勿用旧毛巾擦），戴一次性口罩，不要面对被换药人咳嗽、说话。

把经过消毒的两把无菌镊子（或筷子）、血管钳、换药碗（或换药盘）、消过毒的纱布敷料、棉球准备好，另准备70%的酒精和0.9%生理盐水适量。如需要引流的感染伤口，则还需准备经抗生素溶液浸泡的纱条，如0.5%新霉素液纱条、庆大霉素纱条或0.02%呋喃西林液纱条。注意，用青霉素浸过的纱条，要作过敏试验。

2. 伤口换药方法：让患者选择一个方便换药又舒适的体位，这时方可开始换药。先查看患者伤口。手的动作要轻巧而麻利地揭去外层敷料，再用无菌镊子移去内层敷料。

若敷料干结、贴在伤口上不易揭开时，可用生理盐水或双氧水浸湿纱布后再揭去。用消毒的棉花沾淡盐凉开水（生理盐水）清洗伤口，稍干后，用酒精棉球由中央向外擦缝合伤口或一般伤口周围的皮肤。对需要引流的伤口，则要求用酒精棉球由外向中央擦，反复清擦2～3遍，但不能将酒精浸入伤口内，也不可随意改变清擦的次序。

根据具体情况敷药粉（或药膏），外盖纱布，重新包好。纱布一般需要量在8层以上（通常的折叠方纱布为16层）。如伤口需要引流，应根据体位将纱条、乳胶管等引流物置于伤口的最低位，松紧适宜，并将引流物的末端露出伤口外，覆盖消毒纱布，连同引流管用胶布加以固定。如伤口较大，颜色暗淡无光，脓液较多，或肉芽肿似水泡发亮时，最好是简便处理后，再送医院检查处理。

在家里检查换药的次数，应视具体情况需要而定。伤口脓汁较多、臭味较大、伴感染发热时，应每天换药1～2次，同时口服抗生素；伤口较小、脓汁较少时，可1～2天换药1次，伤口无脓汁者，可4～5天换药1次。新鲜小伤口，经过消毒包扎后，无感染化脓者，则不宜随便打开换药。

七、热敷和冷敷

冷与热对人体都是一种温度刺激。为达到治疗目的，要对身体的一部分加温或冷却，称为冷热敷法。家庭常用的有冰袋和热水袋。冷敷法、热敷法是常用的治疗方法，但

是若用错了，可能会加重病情。所以，应按照医嘱去做。

1. 热水袋的用法：将热水袋放入被窝中增加温度，或直接放在腹、背部上，以缓解疼痛。直接接触皮肤时要用橡胶水袋，水的温度在60摄氏度以下。放在被内保温时，金属“水鳖子”（或称“汤婆子”）可装八分满，橡胶热水袋内盛水不要超过2/3，温度不要超过80摄氏度。

装热水袋至半满，在桌子上放平，驱出空气，拧紧塞子，用毛巾擦干后，倒提水袋试验是否漏水。确定不漏水时将热水袋放入套内，不要直接接触患者的身体，尤其是老年人或儿童，以及失去感觉的患者，注意不要造成烫伤。随时更换热水，以保持一定的热度，并经常查看有无烫伤或漏水现象。

2. 冰袋的用法：当发热、出血或有伤后局部出现红肿时，为了使局部冷却以减轻疼痛，使患者感到舒服，可使用冰袋冷敷。如果患者不欢迎就不要勉强使用。用一段时间后，要停止一个时期。

家庭冷敷多在外伤后24小时内应用，常使用凉毛巾或冰袋（可以在水袋中放入冰和水），如敷料的温度与体温相近，则应更换。

先检查一下冰袋是否有破损、漏水的地方，将冰砸成核桃大小。在冰袋中装入一半的冰，然后加水达到容积的2/3。冰袋的大小根据需要而定，对婴儿可使用像大人拳头大小的冰袋。

使用时，彻底排出空气，拧紧盖子，擦干外边的水，裹上一层干布。冰颈也和冰袋一样装上冰，为了容易紧贴颈部，将中间扭转两三圈，用三角巾包好。

在任何情况下，都要注意不要直接贴近皮肤，以及注意不要放到不应该放的部位。

使用完后的橡胶制品，应将水倒出，阴干后吹鼓，检查一下是否漏气，用扑粉或滑石粉将里外擦干，拧紧盖子妥善保管起来。

3. 湿布的应用：将毛巾用冷水或温水浸过后拧干，敷在患部做冷敷或温敷。

用一块吸湿性好的棉布，大小要能充分覆盖所要敷的部位，放在大块毛巾的中间，毛巾的两头露到脸盆外面，从上面浇注60～70摄氏度的热水（或冷水），抓住毛巾两头将水拧干。事先在局部涂上橄榄油或冷霜，试好冷热度再敷上。可以用大块的油纸或塑料布盖上，用三角巾或绷带固定住。

使用热敷时，一定注意不要造成烫伤。此外，冷、热度消失后要更换湿布。

4. 崴脚的处理：崴脚，医学上称作“足踝扭伤”。这是由于外力作用，使足、踝超过最大活动范围，使关节周围的肌肉、韧带，甚至关节囊被拉扯撕裂，出现疼痛、肿胀、跛行的一种损伤。

正常踝关节内翻的角度，比外

翻的角度要大得多。所以，崴脚的时候，一般都是脚向内扭翻，受伤的部位在外踝和脚的外侧。崴脚后，局部的小血管破裂出血，与渗出的组织液淤积在一起形成血肿，一般要经过24小时左右才能停止出血和渗液。如果受伤后，立即使劲揉搓，热敷洗烫，强迫活动，势必会加速出血和渗液，甚至加重血管的破裂，以致形成更大的血肿，不但起不到揉开搓散、活血消肿的作用，反而适得其反，使受伤部位肿胀疼痛加重。

当发生踝关节扭伤，踝关节肿胀、疼痛明显、不敢活动时，一定要到医院拍摄一张踝关节X线片，了解踝关节有无骨折脱位。如有骨折脱位，应采用手法复位或手术治疗。严重的韧带撕裂伤需手术修补。即使韧带部分撕裂，为保证断裂的韧带能正常愈合，也需弹力绷带或石膏固定2～3周，不宜过早活动。休息时间，可配合应用活血化瘀药物，如外敷三七散，口服三七片等。皮肤有破损时，禁止外敷药物，避免感染。及时治疗，一般无明显后遗症。

崴脚后，要正确使用热敷和冷敷。使用冷敷和热敷的原则，是以伤后24小时为界限。伤后24小时内做冷敷，伤后24小时后做热敷。

在伤后肿胀和疼痛进行性发展的时候，不要支撑体重站立或走动，最好抬高患肢，限制任何活动。待病情趋于稳定时，可抬高患肢进行足踝部的主动活动，但是禁做可以引起剧痛的那些方向的活动。等到肿胀和疼痛逐渐减轻时，再下地走动，时间先短一些，适应以后再慢慢增加。

八、家庭氧疗

吸入氧气是急救中常用的治疗方法。在抢救休克、昏迷、各种危重症，以及治疗心肺功能不全疾病时，更是一项积极的治疗措施。

吸氧能纠正患者缺氧状态，提高动脉血中的血氧分压和氧饱和度，改善组织缺氧。治疗阻塞性肺病或肺心病时，也需要做长期家庭氧疗。详细内容将在有关章节中介绍。

在医院里，一般要根据患者缺氧和二氧化碳潴留情况，适当选用面罩吸氧、鼻导管给氧和氧气枕吸氧、呼吸机给氧等方法。

在转运患者途中，家庭常用的是氧气枕。氧气枕是一个长方形的乳胶枕，枕的一角通有一根橡胶管。管子上有调节气流的调节器。使用前，先由氧气筒灌入氧气，用螺旋夹夹紧，将枕上的橡胶管连接于湿化瓶的长玻璃管上，玻璃管的另一端长达瓶内水面下；再用鼻导管或口罩连于湿化瓶的短玻璃管上，短玻璃管的另一端在水面上。拧开螺旋夹，根据瓶中的气泡调节流速。

鼻导管要插进患者的鼻孔并且向下，一直插到鼻咽部才对。插鼻导管前，先用湿棉签擦净鼻腔，将鼻导管接在氧气导管上，调节氧流

量表，检查氧气输出是否通畅。然后，将鼻导管润湿后从鼻孔轻轻插入，长度为从鼻尖到耳垂的2/3，用胶布固定。

氧气枕内压力不足的时候，要稍加力挤压或让患者枕在氧气枕上。

家庭使用氧气枕要注意安全。氧气极容易燃烧，所以要远离明火，更不要在患者身旁吸烟。吸氧时，要保持患者呼吸道通畅，经常注意是否被分泌物阻塞。鼻导管不要用油类的润滑剂去润滑。患者吃饭或喝水时候，要暂停吸氧。经常检查氧气枕是否漏气，导管是否通畅。

医用氧气筒是理想的贮氧装置，但笨重且运输不便，不宜在家庭推广应用。目前，使用制氧机——氧浓缩装置进行家庭氧疗，简易方便，安全、有效地解决了慢性阻塞性肺病患者日常进行长期家庭氧疗的问题。

制氧机是以空气为原料来压缩、分离、浓缩氧气的，一台进口的制氧机需4 000～10 000元，国产的制氧机要便宜一些，但噪声稍大。不论是国产的，还是进口的器械，只要使用得当，使用四五年，应当是没有问题的。

长期家庭氧疗者，常使用鼻导管方法吸氧，吸氧的流量为每分钟1.5～2.0升。这在医学上称为低流量吸氧。

为何不宜进行高浓度、高流量氧疗呢？原因是患者在缺氧的同时，都伴有二氧化碳潴留和呼吸中枢麻痹，此时主要靠缺氧反射来刺激呼吸中枢兴奋，使呼吸保持一定水平来维持生命；若氧疗浓度过高，在缺氧情况改善后，患者原来适应的缺氧刺激状态被解除，反而易出现呼吸中枢的抑制，造成缺氧和二氧化碳潴留加重，甚至导致死亡。所以，对肺气肿患者，氧疗时不能随意加大吸氧流量，否则会造成患者病情加重。强调这一点，提请患者家属、护理人员注意是很有必要的。

九、导管排尿

尿潴留（排不出尿）和尿失禁（排尿不受控制）时，应该插导尿管协助排尿，必要时保留尿管。

导尿时，应戴无菌手套，用新洁尔灭消毒尿道周围（千万不要用酒精），男性应将阴茎拉直，将尿管轻柔地插入尿道，见到尿从管道流出后再插入2～3厘米即可。

如果使用福雷尿管，应在导尿后用注射器从旁边的管道中注入5～10毫升生理盐水，注入后立即拔出注射器。

女性导尿相对简单，但应分清尿道和阴道。尿管2周之内应予更换，否则增加感染及生成结石的机会。

十、洗胃

在农村，由于以有机磷农药为主的杀虫剂广泛应用，因此误服和服用农药自杀的事情时有发生。在城市，误服剧毒灭鼠药或服用安眠

药自杀造成中毒也不罕见。此外，还有砒霜中毒。

发现这类中毒的患者，立即进行催吐、洗胃，以除去胃内毒物，避免继续吸收中毒。这是在家庭中应当做的第一件事情。同时争分夺秒，送到医院急诊抢救。

如果患者神志清楚，而且配合治疗，洗胃的最简单方法，就是让患者大量喝温水或淡盐水（每次至少两三碗，大约1 000毫升），然后用手指或包裹棉花的筷子，伸进患者的口中达舌头根咽部附近刺激，诱发呕吐。这种方法要反复多次进行，动员患者把胃内容物尽量吐出来。

如果家中有紫色的“高锰酸钾”（即“PP粉”或“灰锰氧”），立即将它用温水兑成淡粉红色（浓度为1∶5 000～10 000），让患者迅速喝下去，一直到吐出的液体与灌注液的颜色相同时为止。

将患者第一次吐出的胃内容物送去化验，以确定患者服用的是什么毒物，以便采取特异治疗。

如果患者身体非常虚弱，或者已经陷入昏迷，不能配合洗胃，也可以用胃管或前端圆滑的适宜软管（抽吸时不瘪即可）洗胃。将胃管的前端涂以液体石蜡，以右手拇指和示指夹持胃管，从患者的鼻孔里插入，徐徐进入食管。当胃管前端进入食管时，立即抬高胃管的后端段，顺势向前插入，深度为50～55厘米，或抽出胃内容物为止。

洗胃时，抬高胃管末端的漏斗，高出患者头部50厘米，将32～38摄氏度的灌洗液（如毒物不明，一般为生理盐水）300～500毫升慢慢倒入漏斗中，待灌洗液达到一定量时，将漏斗放低，利用虹吸原理使胃中液体引出体外。如胃管中间带有皮球时，可挤压此球，以增加流出速度。至胃内无液体流出时，抬高漏斗，重新倒入灌洗液，如此反复多次进行，直至洗清为止。

第二章　家庭常用治疗技术

取出异物

一、取出眼内异物

灰尘、铁屑或小虫等进入眼睛后，立即会引起不适感，这时切忌揉眼，以免异物嵌入角膜。应先让患者闭上眼睛，不要转眼，让眼泪自动将异物冲至眼角，然后用棉球将异物轻轻拭出。如果不能自动冲出，可用生理盐水冲洗几次，然后用干净、柔软的手帕、毛巾等轻轻拭去。

如仍无效，可翻开下眼皮检查，再翻上眼皮检查，最后让患者睁开眼检查巩膜、角膜及内外角，如发现异物可用湿棉花轻拭出。

如果眼内是铁屑、玻璃碴及一些能损伤角膜的异物落入，千万不要用布硬揩，以免损伤角膜。这时可用干净手帕捂住伤眼，立即请眼科医生处理。一般是用洗眼壶盛生理盐水，从异物旁边轻轻冲洗出；或先将角膜麻醉后再将异物取出。异物除去后，滴入眼药水。

翻眼皮时，让患者眼睛向下看，术者洗净手后擦干，用拇指和示指捏住上眼皮，轻轻向上翻转，即可暴露出上眼睑，搜寻异物并拭去。若在下眼睑，用手指向下扒开眼睑，可发现异物，拭去方法同上，然后滴上数滴氯霉素眼药水，闭目休息片刻即可。

二、取出耳内异物

昆虫（如蚊子、小虫等）飞入耳内，可向耳内滴液体石蜡或植物油数滴，使昆虫窒息而死，然后头转向患侧，油及昆虫可一起流出；或用手电照外耳，昆虫可随光爬出，切勿试用耳爬或镊子取出，以免昆虫向内爬穿破鼓膜。

豆类（如花生米、大豆）误入耳内，可滴入酒精，使豆收缩，然后用镊子取出，切勿用水冲洗，因豆浸水胀大，则更难取出。

三、取出鼻腔异物

鼻腔异物多见于小儿。最常见的情况是孩子将玩物，如纸团、豆粒、衣扣等塞入鼻腔。有时由于鼻腔出血后，将纱条、纸卷塞入鼻腔后，导致异物遗留在鼻腔内。

如果异物较大，由于异物刺激

的缘故，可使鼻腔的分泌物增多，或引起局部发炎、出血、疼痛等症状。

对于小的鼻腔异物，嘱患者暂用口呼吸，设法使其打喷嚏，如用胡椒粉、辣椒粉吹入鼻内，引起打喷嚏；或用小镊子取出。但对于光滑的异物，如豆粒等，不要用镊子，可用曲别针代替异物钩，伸在异物上方，将异物向鼻孔方向拉出。注意不要向上顶异物，以免异物倒吸入气管。然后，涂以红霉素软膏。

如仍无效，应及时去医院耳鼻咽喉科，由医生用专科器械取出异物。

四、取出气管内异物

婴幼儿经常将异物放入口内，最危险的是异物进入气管。如果孩子玩得正高兴，突然无声音，翻白眼，面色青紫，倒下四肢挣扎，就可能是将异物吸入气管。完全堵死气管的异物，必须立即取出，否则往往来不及上医院，十几分钟后就会因心跳停止而死亡。

其实，气管异物在任何年龄阶段均可发生，成年人的发生率并不比婴幼儿期低，而更多见是高龄老年人。原因是老年人往往牙齿缺失，咀嚼力弱，在吞咽大块硬质食物如鸡块、排骨时，多不易充分嚼碎，再因吞咽功能减弱，吞咽时注意力不集中，就容易造成食物卡在喉部致呼吸堵塞。

气管异物常用海氏急救法。这种方法的原理是用外力突然冲击腹部（也就是膈肌下软组织），产生向上的压力，压迫两肺下部，迫使肺部残留空气形成一股气流。这股具有冲击性的气流直入气管，就可能将堵在咽喉部的异物冲出体外。

如果患者神志尚清醒，能站立，救护人员可从背后抱住患者腹部，一手握拳，将拇指一侧放在患者腹部（肚脐稍上），另一手握住握拳之手，用冲击式的力量，急速向内上方压迫患者腹部，并且反复多次、有节奏、用力地进行，以期形成的气流把异物冲出。患者应头部略低，嘴张开，以便异物吐出。

患者如陷入昏迷状态，不能站立，则可让患者取仰卧位。救治者两腿分开，跪在患者大腿外侧地面上，双手叠放，用手掌根顶在肚脐稍上，进行快速、向前上方冲击压迫。然后打开下颌，如异物已被冲出，应迅速掏出清理。

幼小儿童发生气管堵塞时，如果异物较小而无损伤，又在气管上部，可试着咳出；或将小孩的双脚倒提起，另一手向婴儿背部猛击两三下，异物常常可以咳出。

如果仍然不成功，则赶快把婴儿倒着抱起，婴儿面向前，背靠抱者的胸。双手环抱婴儿的腹部，猛力向怀里紧压两三下，直到把异物挤出。

如果在紧急情况下，患者周围无人在场，则可采用自救法。患者可用自己的手或椅背、桌边顶住上

腹部，快速而猛烈地挤压，压后随即放松。

不全堵塞的异物，如西瓜籽落入气管内，一般还不至于立即憋死，挤的方法也不容易挤出，还是立即送往医院，请耳鼻喉科医生用气管镜取出为佳。

五、取出食管异物

孩子经常误吞异物，一般不会引起大的危险。这些吞进去的异物，如硬币、枣核、塑料玩具等，大多数可自行排出。

遇到孩子误吞异物，应详细询问异物性质，如果已经咽下，即通过了食管，也无损伤，则不需要治疗，每次大便后要检查异物是否排出。

异物卡在食管，孩子会突然哭闹、颜面青紫、精神烦躁，这时应立即送往医院做胸部X线透视，以确定所在的部位，并用食管镜取出。

鼻出血的处理

鼻出血可由许多原因引起，如鼻外伤、鼻腔异物、血液病以及高血压病等。

一旦出现鼻出血，患者要保持情绪镇定，同时采取压迫止血。患者要用口呼吸，拇指和示指将两侧鼻翼向中间捏紧，约5～10分钟。同时用冷水浸湿的毛巾敷在额部，或用冷水冲洗鼻腔。

如果上法均无效，应立即用脱脂棉卷成条状，塞入鼻腔压迫止血。如果有条件，可在棉卷上滴1%麻黄素或0.1%肾上腺素，可起到收缩血管的作用。

对于反复出血或出血量多时，要消除鼻腔内的血凝块，寻找出血部位，用涂有凡士林的油纱条充压出血部位。

如果外伤引起的鼻出血伤势较重，应迅速去医院诊治。其他原因引起的鼻出血，也应积极治疗原发疾病。

止血与包扎

出血即血管破裂，血液流出血管外。较大动脉的损伤，常会引起大出血。如果抢救不及时或处理不当，就可能使伤员出血过多，危及伤员生命。

急性大出血是伤后早期死亡的

重要原因之一，故首先应采取紧急止血措施，以防止因大出血引起休克与死亡，然后再做其他急救处理。

判断出血性质对抢救止血有指导意义。动脉出血时，血色鲜红，为喷射状搏动地流出，出血量大，危险性大；静脉出血呈暗红色，为缓慢流出；毛细血管出血为片状渗血，出血缓慢，不见明显的血流，但破损处不断渗血。

根据血流的去向，出血可分为内出血和外出血。外出血是血液流到体表外，而内出血则是血液流入体腔内。内出血不容易发现，其早期症状和体征有：口渴、胸闷、头晕、眼花、烦躁、出汗多、脉细弱。抢救外出血伤员时，可采用下列方法止血。

一、止血方法

（一）指压止血法

适用于四肢大出血的急救，但这种止血只是临时紧急措施。在手压止血的同时，要立即寻找其他材料，准备换用其他止血方法。

1. 在体表出血伤口的上方，即近心端，找到搏动的动脉血管。

2. 根据动脉行走的部位，用手指、手掌或拳头将动脉压在局部的骨骼上，达到止血或减少出血的目的。

3. 紧急时可隔着衣服压迫。

4. 头面部止血时，用拇指用力压迫伤口上方供血动脉。

（1）面部出血：压迫下颌角咀嚼肌前方的面动脉，可止同侧下半面部的出血。

（2）头皮出血：在耳前部位压迫颞浅动脉，可减少同侧头皮出血。

（3）颞部（俗称“太阳穴”）出血：压迫一侧下颌关节骨。

（4）颈部出血：将颈根部气管外侧跳动的血管压向后内方（颈椎骨上）。

（5）后头部出血：压迫耳后突起下面稍往外侧跳动的血管于枕骨上。

5. 上肢出血：压迫上臂中段内侧的肱动脉。

6. 下肢出血：压迫大腿根部中点稍下方的股动脉。

7. 肩部或腋窝大出血：可以从锁骨上窝压迫锁骨下动脉，把这段动脉压在第一肋骨上，即可止血。

8. 手、前臂、上臂下段的动脉出血：可压迫肱动脉。用拇指或四指并拢，压迫上臂中上 1/3 内侧搏动处的肱动脉，即可止血。

9. 足部、小腿或大腿动脉出血：可用两手拇指或拳压迫大腿根部中点稍下方处的股动脉搏动处即可止血。

（二）加压包扎止血法

加压包扎止血适用于全身各部位的静脉出血。

在出血伤口上用无菌敷料填塞伤口（也可用干净的敷料，如未用过的手帕或白布），外加消毒或干净的纱布（或布块、毛巾）压垫，再用绷带（或宽布条）加压包扎。压

力以能止住出血而又不影响伤肢的血循环为合适。四肢的静脉出血大多数可用此法止住。

（三）止血带法

上述止血法无效，特别是四肢大动脉出血时，可采用此法。止血带如使用适当，效果往往较好，常能挽救伤员生命；但如果使用不当，则容易造成组织缺血、坏死，甚至使伤员失去肢体。严重者可引起急性肾功能衰竭，导致死亡。

1. 止血带可选择弹性好的橡皮管、橡皮带、气压止血带（如血压计缚带）等。也可用软塑料管、弹性布带等代替。

2. 上止血带前，皮肤外面要加一层布巾，或将止血带扎在衣裤外面，以免损伤皮肤。

3. 上止血带的部位：上肢出血扎在上臂的上 1/3 处（中 1/3 处容易损伤桡神经），下肢出血扎在大腿中、上 1/3 交界处。需行截肢者，止血带应尽量靠伤口近侧扎上。

4. 止血带的松紧以压住动脉搏动为宜，摸不到远端动脉搏动和伤口出血停止即可。如压力过低，仅压住静脉，出血可加剧；压力过高，则可压迫神经及其他组织造成损伤。

5. 上止血带的时间：原则上应尽量缩短，一般扎 1 小时左右应放松 2～3 分钟，以防肢体缺血过久引起坏死。放松止血带时要在伤口处加压，防止松止血带后引起猛烈出血，如出血加剧可立即将止血带再扎紧。最好在输液条件下放松止血带，以防血压下降，措手不及。上止血带的伤员，应有明确的标记，并须写明上止血带的时间。

6. 止血带的解除：止血带应尽早解除，但应在有输血、输液和准备手术的条件下去掉止血带，以免因解除止血带引起再度大出血和休克。一般在医疗单位中进行。

（四）填塞止血法

填塞止血法即用无菌纱条或纱布块填塞在伤口内，再加敷料包扎。适用于腹股沟部、腋部和肩部等处的伤口。这些部位深，不能用加压包扎和上止血带达到止血的目的。

二、伤口包扎

所有开放性伤口在现场急救时，应立即用无菌纱布、棉垫或干净的布类加压妥善包扎。包扎可以止血、保护伤口、防止伤口再受污染，同时也避免外界对伤口的刺激和减少疼痛。

（一）包扎注意事项

（1）包扎前，先将伤员的衣服解开或剪开，充分暴露伤口，尽快进行包扎。

（2）急救包接触伤口的一面，必须保持无菌。

（3）创面中如有外露的骨端、肌肉，切勿将其回纳伤口，以免污染伤口深部。伤口内的异物、血凝块暂不要随意去除，以免发生不必要的再度出血。

（4）在现场，伤口一般不作冲洗，绝不允许用河水、井水冲洗，

也不要用碘酒、酒精、紫药水、红汞涂抹伤口，更不要在伤口或其周围撒放磺胺粉等药物。

(5) 急救包要充分遮盖伤口和伤部周围皮肤5～10厘米范围，一个不够用时可用多个急救包。

(6) 较大较深的出血伤口，可先用一个急救包进行填塞，再加压包扎。加压不可过紧，以控制出血为准。尽量暴露肢端，以观察末梢血液循环情况。凡是出现脉搏细弱或消失，肢体远端皮肤肿胀变硬、疼痛等，均因包扎过紧所致，应及时松解。包扎也不能过松，以免滑脱。打结时，结不要扎在伤口上。包扎时应动作轻柔，不增加损伤。

(7) 如无活动性大出血，浸透的急救包可不必更换，外面再加急救包包扎即可。

(8) 对骨折或关节伤的伤员，包扎后应加用固定器材。

(二) 包扎材料的选择

在急救时，也可就地取材，可选用的包扎材料有急救包、三角巾、手帕、毛巾、头巾、干净的棉布条以及绷带等。

可将一块幅宽为90厘米的方形巾，对角剪开就是两条三角巾。三角巾是常用的包扎用品，尤其在发生灾害时，伤员大批出现，三角巾使用方便。

(三) 包扎方法

1. 头部包扎：

(1) 三角巾包扎法：将三角巾底边折叠约两指宽，齐眉沿耳上方拉向脑后，两底压住底角，再绕到前额打结。

(2) 毛巾包扎法：将毛巾横放于头部，其前边包住前额，把两个前角拉向颌下打结。

(3) 帽子包扎法：将帽子的衬里从中间剪开，把剪开的两边向下拉，接上带子，固定于下颌。

2. 面部包扎法：

(1) 面部包扎：将三角巾顶角打一个结，兜住下颌，罩住面部，左右底角拉紧在枕后交叉，压住底边，再绕到前额打结，根据情况可在眼、口、鼻等处剪开小洞。用毛巾包扎时，将毛巾斜放于头顶，其前边盖住伤侧面部，把前边两角拉至对侧耳下打结，毛巾的后边向外反折，包绕下颌到耳后打结。

(2) 下颌、额部包扎：将三角巾折成一条宽6～10厘米横带状，在颞部开始绕下颌，经对侧耳前与另一端交叉，两端依相反方向绕头部帽缘一圈，到对侧耳部打结。

3. 颈、肩与上臂包扎法：

(1) 颈部包扎：将急救包安放颈部伤口，用三角巾叠成一条带状，自伤侧绕到对侧腋下打结。

(2) 肩与上臂包扎：将三角巾底边置伤侧肩部。顶角绕伤肩，并以顶角之带子缠在上臂部后，将三角巾的一边角返叠，经后背部绕至对侧腋下与另一边角打结。

4. 胸、背部包扎法：用三角巾底边横放胸部，顶角越过伤侧肩部，将两边角在背部打结，顶角或顶角

的带子与原结打结。

5. 腹、臀部包扎法：

（1）腹部包扎：将三角巾底边横放腹部，顶角跨过会阴部，两边角绕到后背作结，并将顶角上方之带子与原结作结。

（2）臀部包扎：将三角巾两边角叠成鱼尾状，鱼身在腿部打结，两边角绕腰部前后在对侧作结。

6. 手足包扎法：手心或脚底向下放于三角巾上，手指（趾）向三角巾顶角，并将顶角折盖手背或足背，两底角拉向手背（或足背），左右交叉压住顶角绕手腕或踝上面打结。

家庭常用给药法

一、鼻部滴药法

鼻部滴药前，让患者轻轻擤净鼻涕，用棉棍擦净鼻腔。患者平卧或坐在椅子上，头稍后仰，使鼻部比口腔部低。左手按鼻尖，右手平持滴管稍斜，距鼻孔2～3厘米，将2～3滴药滴入鼻孔内，以手指轻捏鼻翼，使药液弥散全鼻腔黏膜，用棉球擦净流出的药液。经过2～5分钟，始可让患者坐起，必要时以棉球塞鼻孔。

二、眼部滴药法

治疗眼病，要选择有效的药物。药店里可以买到品种繁多的眼药水或眼药膏，常用的是一些抗生素，如0.25%氯霉素眼药水、0.1%利福平眼药水、0.5%新霉素眼药水、0.5%卡那霉素眼药水及红霉素眼膏、金霉素眼膏、四环素眼膏等。

点眼药前，应仔细阅读药品说明书，婴幼儿应尽量避免应用阿托品、氯霉素；心脏病患者应慎用噻吗洛尔、贝他根；高血压患者应慎用新福林、肾上腺素；对复方新诺明过敏者不能应用磺胺醋酰钠。

用药前，应仔细核对瓶签，分清左右眼，还应对着阳光检查药水中是否生长霉菌点。药品用完后，要妥善保管，切忌将眼药水与其他外用药水混放在一起，以免造成误用。

夏天暂不用的眼药水，应放在冰箱冷藏。有些药物，如治疗青光眼的依色林、贝他根等，应避光保存。已打开的眼药水久置不用，一般不能再用，如必须应用，则一定要检查眼药的色泽、透明度、有无霉菌等。

点药前要将手洗干净，可用酒精或新洁尔灭棉球清洁手指。点药前，应用棉球拭去眼分泌物，并吸去部分泪液，以免冲淡药液。如果

眼药水是混悬液，点用前应先摇匀。

点眼时，应右手拿眼药，左手轻轻分开上下眼睑，让患者的眼睛往上看，将药液缓缓滴入下眼皮里面。注意勿将药液直接滴在角膜（黑眼珠）上，以免刺激眼睛发生瞬目反应，将药液挤出眼外。点完药物轻轻闭眼，再用手指稍加压揉眼睑。如系眼手术或眼外伤的患者，切忌用力压迫眼球。

点完眼药水后，应压迫泪囊（内眼角稍下方），以免药液顺着鼻泪管流向鼻腔，导致药效降低，或通过鼻黏膜吸收造成中毒，这一点对于小儿尤其重要。一眼需滴两种以上药液时，两药间至少应相隔3分钟，以免降低药效。一般眼药膏应在夜间睡前涂，以保证夜间结膜囊的药物浓度。

三、耳滴药法

滴耳药之前，与滴眼药水之前一样，也要对药品进行检查。

（1）患者侧卧，患耳向上，以棉棍擦净耳内分泌物。

（2）一手拉患耳的耳郭向后上方，使耳道成垂直，一手滴药于耳道后壁。如为外耳道疾患，可滴药2～3滴，滴后嘱患者保持原位5分钟。如为中耳疾患，则须滴药约1毫升，并保持原位10分钟。

（3）需要时用棉球堵塞耳道口。

四、口腔上药法

患有口腔黏膜溃疡等疾病时，需要口腔上药。

口腔上药时要准备一个消毒的压舌板，或消毒后的筷子。让患者取坐位或卧位，张嘴，用手电筒照明，仔细检查口腔疾病的部位。然后用镊子夹住消毒棉球对溃疡面进行擦洗。注意擦洗时不要触及患者的咽喉部位，以免引起患者恶心。擦净后，嘱患者用生理盐水或淡盐水漱口。然后用蘸有药液或药粉的棉球涂患处。有些药粉也可以用细的塑料管塞点药。由另一头用口吹到口腔溃疡的局部。上药后，不要马上进食或喝水。

五、药物坐浴法

药物坐浴多应用于痔、肛周脓肿和阴道炎等，常用的药物有PP粉（高锰酸钾）、洁尔阴。PP粉应用温水冲成淡粉色溶液，洁尔阴也应适当稀释。坐浴指将臀部坐在盆中，一般10～20分钟，如果是肛周脓肿切开术后，最好每次大便后都坐浴。

预防褥疮

褥疮是长期卧床患者、老年患者、瘫痪者、营养不良者容易发生的皮肤并发症。发生褥疮的原因是由于患者长期卧床，使局部组织长时间受压引起的缺血性坏死和溃疡。这些坏死处和溃疡面不容易愈合，而且还容易造成细菌感染。有时严重感染会引起败血症，直接威胁患者的生命。

预防褥疮的有效措施，是经常给患者翻身，一般每隔2～4小时翻身1次，以避免某一部位受压时间过长。

对于患者的骨隆凸处（如尾骶部、左右股骨大转子处、足跟、足踝、脊柱、肩胛骨处、后枕部等）褥疮好发部位，要使用保护垫，或用弹性良好的海绵垫垫在患者的身下。有条件的使用气垫床、交替充气气垫床。

对上述褥疮好发部位要经常进行按摩。可用30%～50%酒精（或低度白酒）涂在受压部位，然后用手掌做环形按摩。

保持皮肤健全的方法主要是使皮肤干燥、清洁。日常生活护理中，要经常注意保持患者床铺的干燥、平整。避免拉拖患者，搬动患者的时候要轻托轻放，避免摩擦力对患者皮肤的损害。

要给患者勤擦洗身体、勤更换内衣，或用红外线灯（或普通台灯）照射，以确保皮肤清洁、干燥，防止尿便、汗液的浸渍刺激。

不要使用热水袋保温，以免发生烫伤。患者擦澡时，注意水温不要太热。

骨折后的家庭护理

发生骨折后，医生对大多数患者都采用各种不同的方法进行固定治疗。骨折固定后的正确护理，对骨折的早期愈合至关重要。

1. 注意观察：骨折固定后，应随时观察患肢远端（指、趾端）的颜色、温度感觉及运动等情况，并与健侧进行比较。骨折后固定得太紧，容易压迫血管、神经或骨突部位，可能发生压迫性溃疡、压迫性神经损伤，严重者甚至可以导致缺血性坏死等并发症。因此，一旦发现患肢有持续性疼痛、肿胀、麻木、发凉、青紫、活动受限等情况时，

便应考虑是否有发生并发症的可能，应及时找医生检查处理。

2. 适当抬高患肢：患肢固定后，常有不同程度的肿胀。在夜晚睡觉时，应适当抬高固定的患肢。如上肢骨折可将前臂处垫上枕头，下肢骨折可在小腿部垫一个枕头，或褥子等物，让肢体远端的位置略高于心脏的位置，这样有利于静脉血液的回流，可以促使水肿消退。

3. 预防并发症：要注意保持固定部位的清洁卫生，对于需要卧床的患者，应定时翻身，并经常进行局部按摩，或于骨突部位（如脚跟、骶部）加棉垫以减少压迫，预防褥疮的发生。要鼓励患者做深呼吸，并协助患者咳出痰液，防止坠积性肺炎。同时，患者还应多饮开水，增加尿量，以防泌尿系感染或结石形成。

4. 定期复查：骨折固定后，患者翻身或改变体位时，应注意身体的位置，以防影响固定或引起再错位。固定后两周内应进行X线透视复查，如发现错位应及时重新复位，并更换石膏或夹板。肢体肿胀消退后，会使固定变松，这对于不稳定型骨折来说，容易发生再错位，故应定期检查固定是否松动或有效。

5. 注意动静结合：被固定的患肢，应加强肌肉收缩活动；未被固定的部位及其他肢体、关节也应加强活动，这样可以促进全身或局部的血液循环，从而防止废用性肌肉萎缩、骨质疏松、关节强直、瘢痕粘连等并发症的发生，可促使肢体功能更快恢复。同时在有效的固定下，利用肌肉的弛张、拮抗、挤压作用，可使复位的骨折断端更加趋于稳定。

第三章　家庭急救操作技术

与急救中心（站）联系的方法

日常生活中，随时可能会遇到一些意外伤害的发生。

意外伤害经常来自危险的行为和危险的环境。例如，地震、火灾、工伤事故、交通意外、溺水、烫伤、触电、服毒等，以及突然身陷恐怖事件之中。另外，周围有人突然发病，如急性心肌梗死或脑血管意外，病情突然发生，而且病情也非常紧急，需要立即进行抢救，否则会直接威胁患者的生命。

时间就是生命。发生以上种种突发事件时，身边经常没有医生，而在现场的其他人员，如果能发扬人道主义精神，同时还具备一定的急救知识，立即采取正确的现场救治措施，有时候往往能使患者转危为安，为下一步去医院救治处理创造更好的条件，或者大大减轻伤病员的痛苦和日后的伤残。

万一遇到突发事件，需要紧急医疗救援时，尽快与当地急救中心或综合医院的急诊科联系，是最迅速、也是最便捷的途径。目前，我国大中城市普遍设立了急救机构，称为急救中心或急救站，配备有急救设施、急救车辆和随车外出执行急救人员。同时，在综合医院中，也设立有急诊科，并配备了相应的车辆和急救设施。

在我国，急救站的电话统一规定为免费的“120”（北京地区还有“999”）。所以，遇有危重患者，患者亲属或现场知情者应该立即拨通“120”电话，与急救中心或急救站进行联系，寻求专业人员的救助。如果当地没有专业急救机构，要立即联系附近医院的急诊科，让他们派救护车和急救医生迅速前来救治；或者通知对方，即将有急救患者送到，希望能早些做好接诊患者的准备。

在与急救中心或医院急诊科联系的时候，首先要讲清患者的准确地址，并且能向救护车提供居住地点附近的重要交通标志，使救护人员能在最短的时间内到达。如果在楼群中，最好能派人去路口迎候，以避免由于地址不准确而延误时间。在电话中，要简明、扼要地报告病情，包括患者的姓名、年龄、性别、主要症状。与患者无关的事情尽量

不要说，使急救人员有相应的思想和物质准备。

如遇灾害事件，报警人要报告灾害性质、涉及范围、伤亡人数、目前救援情况等。

当急救医生和急救车辆到达后，陪送患者去医院的人，要尽量把患者过去的疾病资料（如病历、心电图、胸片、化验结果等）、身份证等携带齐全。不要忘记带足够的医疗费用及其他患者需要的物品。在送往医院的路上，随时注意观察患者的脉搏、呼吸和神志变化，协助急救人员做力所能及的事情。

现场急救技术

如果遇到突患急病，或遇外伤、中毒等情况严重的伤病员，而且患者的生命已经发生了危险，如出现心跳、呼吸停止，在这种万分紧急的情况下，一方面与急救中心积极联系，同时也要争分夺秒，尽可能在现场采取救治措施。

一、判断病情的轻重

遇到突发疾病的人，现场救助者要做的第一件事情，就是对患者的严重程度迅速做出正确的判断，看看病情是轻还是重，即观察患者的“生命体征”（指呼吸、脉搏、血压、瞳孔等），同时，还要注意观察患者的意识状态。

（一）病情极危急

急救最基本的目的就是挽救生命。危及患者生命于片刻之间的症状，则是呼吸、心跳的骤停。心脏停止跳动 4 分钟内，如果立即给予有效、正确的抢救，成活率可高达 50%；而如果心脏骤停 10 分钟后再进行抢救，即使再高明的医生、最先进的医疗急救设备，抢救也几乎无效。

现场急救首先要迅速检查患者，确定是否有意识丧失、心跳呼吸停止。

1. 心脏骤停：心脏骤停的主要表现有：

（1）突然神志丧失：这是心脏停跳的首要症状，指患者在清醒的情况下，突然失去知觉，全身松弛，常常就地摔倒，对外部各种刺激（如呼喊、拍打）均无任何反应。

（2）大动脉搏动消失：是指在检查患者时，摸不到患者的大动脉搏动。常用的检查部位是摸脖子左右两侧的颈动脉、左右大腿根部的股动脉。如果将手指放在大动脉的位置，而感觉不出大动脉的搏动，说明患者的心脏已经停止跳动。有时也可将耳朵放在患者胸前心脏的位置，也能发现心脏是否还在跳动。以上两条是心跳停止最重要的依据。

（3）呼吸停止：是指患者停止了呼吸。此时，看不到正常人呼吸时胸部、腹部有规律的起伏。或者将一根细线贴近患者的鼻孔处，见不到棉线被呼吸气流冲开的迹象。

（4）其他：心脏停止跳动时，口唇、面部及全身皮肤青紫，有短暂的四肢抽动，大小便失禁，瞳孔散大，心音消失，血压测不到。

应当注意的是，在有些情况下，（3）、（4）两项不能成为独立提供心脏骤停的依据。如严重缺氧的患者，即使心脏没有停止跳动，也会出现口唇及面色青紫；一些老年人或体态肥胖、心脏病患者，心音微弱，不容易听清楚。部分老年人或某种毒物中毒（如吗啡、海洛因中毒）时，在心脏停止跳动后，瞳孔不散大；严重休克的患者有心跳，却测不出血压。还有一些患者，由于呼吸微弱，有时会被认为是呼吸停止。

2. 意识丧失：遇到危重患者立即观察患者的意识状态，往往可以判断病情轻重。健康人的意识清楚，对答切题，能够正确回答提问。

（1）意识障碍：有意识障碍的患者，最轻的是嗜睡；再严重的是意识模糊；更严重的则人事不省，处于昏睡状态；最严重的意识障碍则是昏迷。

（2）昏迷：浅昏迷的患者，意识大部分丧失，无自主运动，对声、光刺激无反应。但是，如果用针刺他的手脚，患者也有面部痛苦的表情，手脚能收缩躲避。用手电筒照射患者的眼睛，可以看见瞳孔收缩。深度昏迷的患者，意识全部丧失，强刺激也不能引起任何反应，这时身体仅有心跳和呼吸。

3. 观察瞳孔：瞳孔的俗名是“瞳仁”，它是虹膜（即黑眼珠）中央的孔洞。瞳孔的正常直径为3～4毫米。健康人的瞳孔当突然射入光线时，瞳孔立即缩小。当患者出现昏迷进行检查时，首先要翻开患者眼睑，观察一下瞳孔的大小，并且用手电筒照一下患者的瞳孔，看看瞳孔对光有什么反应和变化。如果患者的瞳孔对光反射迟钝或消失，说明已经处于昏迷状态。瞳孔双侧散大而不缩小，并且对光的反射消失，为濒死状态的表现。

4. 观察血压变化：如果有条件，还应测量患者的血压。

出现休克的患者，血压会迅速下降，甚至测不出来（即血压为0）。休克是机体对各种损伤的一种严重反应，必须予以重视。

轻度休克患者，神志清楚，但是脉搏加快，每分钟达到100次以上。中度休克的患者，神志仍然清楚，但是反应缓慢，或表现烦躁不安，皮肤湿冷，出冷汗，脉搏高达每分钟120次左右，呼吸浅而快，血压也下降（收缩压降至80毫米汞柱以下）。重度休克的患者，意识模糊或陷入昏迷状态，皮肤苍白以至灰白、淡青色，出湿冷汗，脉搏几乎摸不到，或脉率达到每分钟120次以上，血压下降，收缩压在50毫

米汞柱以下，或者测不清。出现休克，表示患者已经处于危险的状况，必须立即采取治疗措施，尽早纠正。

当患者出现神志不清、面色灰白、口唇青紫，既摸不到脉搏，也听不到心跳的声音，同时测不出血压，瞳孔散大，证实心跳停止后，立即进行抢救。

（二）病情危重

如果患者的病情非常危重，则表示病情随时可能急转直下，发展为心跳、呼吸停止。这时，除了立即通知急救中心外，还应当采取一些积极的急救措施。

什么样的病情属于危重症呢？

1. 严重心脏病：某些突发的心脏病，如急性心肌梗死、各种原因造成的急性心力衰竭和某些严重的心律失常（如室性心动过速等）。遇到这样的患者，千万不可掉以轻心。这时，患者的主要表现为：

（1）持续、剧烈而原因不明的疼痛：常见的有胸痛、肩痛（尤其是左肩伴左上肢痛）和背痛。这种疼痛往往是胸闷痛或压榨样痛，疼痛的准确部位患者自己也不易确定，往往找不到一个固定的、明确的痛点。有时脖子痛、牙痛以及上腹部疼痛，但无原因解释时，也要考虑到可能是心脏病发作。

（2）突发的呼吸困难及严重胸闷：患者突然出现严重的呼吸困难，觉得“气不够用”、“憋得上不来气”，因此而张大口拼命喘息。

（3）其他：如果发生上述两种情况，并有下述任何症状中的一种，也说明病情已经十分严重。

这些症状有大汗淋漓，面色苍白，口唇及皮肤灰白或青紫；不能平卧，如果躺平，症状可能加重，而坐起来或半卧位可能会好一些；恶心、呕吐；烦躁不安；神志不清；脉搏过快，成人每分钟超过 100 次，儿童超过 120 次，或脉搏过慢，每分钟少于 50 次；有的患者脉搏跳动不整齐，时快时慢，节律不整；血压明显低于平时等。

（三）病情较重

相对于病情极危重、危重而言，下列患者的病情属于较重，需要尽快得到认真、有效的治疗。如休克、昏迷、大出血（咯血、呕血）、严重呼吸困难、剧烈腹痛等。

二、初级(徒手)心肺复苏术

1. 保持呼吸道畅通：患者平卧，迅速清理口、鼻内的呕吐物或分泌物、痰液、血块或泥沙、义齿等；松开衣领，使患者头部充分后仰。头部后仰，可以使呼吸道处在平顺畅通状态，以便气体容易进出。不要在患者的头下垫枕头。

2. 口对口吹气式人工呼吸：患者呼吸骤停时，立即施用口对口吹气式人工呼吸。即救护人用自己的嘴，对着患者的嘴吹气，使患者被动地进行呼吸，从而达到“肺复苏”。具体方法是救护人首先深吸一口气，然后紧密地对着患者的嘴（不要漏气）吹进，同时用手指捏紧

患者鼻孔，以免气体由此漏出。吹气力量的大小，以一口气吹进去能见到患者胸部略有隆起为度。如果吹气后不见胸部隆起，则可能是气道阻塞或吹气力量过小，要予以检查调整。吹入气后，救护人的嘴离开；然后再吹气，每分钟吹 12～15 次。

3. 胸外心脏挤压术：任何原因导致的心脏停止跳动，首先要进行心脏挤压术抢救患者。只要判断患者心跳停止，就应立即进行心脏挤压。其具体方法是：

（1）患者平卧在木板床上（或地板上），或背部垫上木板。

（2）救护人站在（或跪在）患者一侧。左手掌根部放在患者胸骨中下段（相当于两乳头连线正中间），右手掌重叠放在左手背上，以助其加压；双手重叠，并借助救护人员体重的力量，进行有节奏的冲击性挤压，使患者胸廓下陷 3～5 厘米。

（3）在最大压缩位置上停留半秒钟，然后突然放松压力，但双手并不离开胸骨部位；反复进行，每分钟挤压 60 次。

（4）心脏挤压与口对口吹气两者必须协调进行。一般每吹一口气，挤压心脏 5 次。当现场抢救人员只有 1 人时，则可以先吹两口气，然后做 10 次心脏挤压。每隔 2 分钟，应检查一下颈动脉搏动情况。

（5）胸外心脏挤压和人工呼吸进行了 10 分钟，患者仍然毫无反应，如果是在现场，则可停止抢救。

4. 胸外叩击法：在某些严重伤病和意外发生时，如果患者脉搏无跳动，呼吸微弱，面色苍白、青紫，大叫一声，全身抽动，两眼上翻或直视不动，口吐白沫，神志不清，这就很可能发生了“心室颤动”（简称“室颤”）。当患者患有急性心肌梗死的时候，经常可以遇到“室颤”。

怀疑患者发生“室颤”的时候，应立即将手握成拳状，在患者的胸骨中下段用力叩击 1～2 下，或许可使患者恢复心跳和神志。

如叩击无效，则不再进行，随即进行胸外心脏挤压。

常见伤病的紧急处理

一、心绞痛

心绞痛是冠心病的一种类型，是由不同程度的心肌缺血造成的。心绞痛是一种与一般疼痛不同的感受，特点是突然发作，疼痛部位常位于胸前或胸骨后，有如重物压迫或紧束的感觉。

当有人突发心绞痛的时候，首先使患者镇静下来，坐在靠背椅或沙发上休息，及时选用有快速治疗作用的硝酸甘油片或消心痛。

硝酸甘油片为舌下含服，一般服药后一两分钟见效，这时出现轻度头昏、发热和头痛感觉。如果症状未见缓解，相隔3～5分钟后，可以再次给药；或将速效救心丸15～30粒吞服。当疼痛剧烈或含服硝酸甘油无效时，可选用亚硝酸异戊酯。服用时，先将手帕包上药瓶捏碎，将手帕靠近鼻孔，缓缓吸入。

如果含服硝酸甘油片后，患者冷汗淋漓，疼痛仍不缓解，就要考虑患者是否患有急性心肌梗死，并且立即让患者平卧；如果家中有条件，可以立即给患者高浓度持续吸氧，不少于半小时。

同时，尽快给急救中心打电话，联系危重病急救车前来监护治疗；医生到来之前，应留人随时观察患者；待病情稳定以后，轻抬轻搬患者，安全送到医院。

如果患者发生心跳、呼吸停止，立即施行心肺复苏术。

二、触电

触电以后，电流作用于人体的时间越长，后果越严重。所以遇有触电的人，当务之急是立即切断电源。

在紧急的情况下，一时又找不到电源开关，可以用干燥的木棒等不导电的物体，将电线挑起，把伤员拉开。在救助触电者的时候，援救人员要注意自己的安全，不要用金属或潮湿的物体接触伤员，以免自己也触电。

触电的人脱离电源后，如果发现伤员呼吸、心跳停止，要立即进行现场急救。最主要的措施是心肺复苏，立即作口对口人工呼吸，同时作心脏挤压。

在附近有基层卫生所的条件下，可以给患者从血管内或直接往心内注射肾上腺素类药物。

三、溺水

遇到有人溺水，救上岸后要立即清除溺水者口、鼻内的淤泥、杂草和呕吐物等，同时将舌头拉出，避免舌头后坠，保持呼吸道畅通。

如果溺水者心脏仍在跳动，可先做控水处理，即利用头低、脚高的体位，将体内的水控出来。最简单的办法，是救护人一腿跪地，另一腿屈膝，将溺水者腹部放在救护人的膝盖上，使其头下垂，然后再按压其腹、背部。控水时间不要太长。

如果溺水者已经没有心跳，就要在现场进行口对口吹气。在淹溺抢救的时候，人工呼吸和胸外心脏挤压要同时进行。

四、中暑

在高温季节和湿度也很大的环境下，老年人和儿童经常会出现中暑。在高温、高湿、通风不良的环

境下生产，或者直接在灼热的太阳下从事重体力劳动的工人，也可能会中暑。

在这种情况下，由于机体散热困难，体内热量积蓄过多，引起中枢性体温调节功能障碍，从而出现一些严重的中暑症状。

中暑发病急，起病前常有口渴、尿频、多汗、头晕、衰弱无力、心慌等前驱症状。

发病后，突感高热，出汗停止，皮肤灼热干燥。轻者头痛、头晕、心慌、两眼发花、全身疲倦；重者恶心、呕吐，体温上升高达40摄氏度以上。重症患者呼吸艰深，脉搏洪大，并且出现谵妄、意识不清、昏迷、瞳孔缩小等。

衰竭型中暑的患者，起初患者有眩晕、恶心、心慌、身体软弱、四肢无力等症状，然后面色苍白，出冷汗，随即昏倒、不省人事。这时血压下降，呼吸表浅，脉搏细弱，皮肤湿冷，瞳孔大，意识不清。

有高温接触史，或气温达到31摄氏度以上时，有上述症状，并排除其他能引起高热的疾病，如流行性乙型脑炎、中毒性细菌性痢疾、脑型恶性疟疾等病，即应考虑中暑。

遇中暑患者，如症状轻者，应让患者立即停止工作，到通风阴凉的地方休息。用冷水浸过的湿毛巾盖在患者的身上，或用冷水擦身，并且为患者扇风降温，给患者喝一些清凉含盐的饮料。让患者的体温下降到安全的38摄氏度以下。

如果患者中暑昏倒，立即把患者搬到通风阴凉的地方，解开衣领，用手指掐压患者的人中穴（即鼻根下面的鼻唇沟上1/3与中1/3交界处），或者针刺人中、合谷（合谷穴在手背第一、二掌骨间，平第二掌骨的1/2处）等穴位。

在患者的头部、腋下、大腿根部（腹股沟部）等有大血管的地方放置冰袋，同时用酒精（或二锅头酒等烈性酒）、冷水擦患者的全身。有条件的地方，可用冰水灌肠、冰帽降温，并要送患者到医院急诊治疗。

高温工作环境应有良好的防暑降温、通风措施，并隔除热源。如用冷水喷洒四周，架设凉棚遮阳，打开门窗以利空气流通，还可用风扇、排气扇或安装空调。高温作业者一天睡眠时间不得少于8小时，劳动前不能过多饮酒。连续高温作业时间不应超过7小时，中间休息时最好能在阴凉、通风处歇息。

在高温季节，野外作业者需要合理安排作业时间，早出晚归，适当延长午休时间。烈日下劳动时，衣服要宽大、厚实，带浅色宽边草帽和防护眼镜。在湿热环境下工作者，应穿宽松、透气、色浅的衣服。

劳动前补充足够的水分和营养。高温作业者每天进水量需4 000～5 000毫升，盐15～20克。合理供应清凉消暑饮料，适当喝些淡盐水，或含盐茶水。

自制清凉饮料可选用下列配方：食盐10克，白糖适量，柠檬酸1.8

克，复合维生素 B 口服液 50 毫升，橘子香精 0.7 毫升，橘黄素 0.01 克，加开水至 5 000 毫升。还可用绿豆衣、扁豆衣各 3 克，水煎代茶饮。或金银花 30 克，绿豆 60 克，水 1 500 毫升，煎沸，取汁，加糖饮。常用防暑药物有人丹、十滴水、清凉油、风油精、藿香正气丸、避瘟丹等。

另外，患有心脏病、持续高血压、活动性肺结核、肺气肿、支气管哮喘、慢性肝肾疾病、糖尿病、甲状腺功能亢进、全身性皮肤病及重病恢复期、短暂性脑缺血发作者，均不宜从事高温作业。

五、脊髓损伤

脊髓损伤多因直接或间接突然猛烈冲击或压迫造成。

如果损伤仅局限于脊髓或神经出血、水肿，其运动、感觉障碍为暂时性的，将来可能恢复。

脊柱骨折后，椎管内的脊髓和神经失去保护，受到错位椎骨或碎骨片的压迫，即可引起不同程度的瘫痪。如脊髓受到横断损伤，则无法恢复正常。胸椎和腰椎骨折后，脊髓损伤造成双下肢瘫痪，患者生活不能自理；颈椎骨折引起的脊髓损伤，由于位置高，可引起四肢瘫痪，甚至影响呼吸，严重威胁患者生命。

疑有脊柱受伤时，抢救、搬运时一定要当心，尽量保持脊柱的伤后位置，千万不要让腰背弯曲或旋转。绝对不可将患者背在背上，或弓着腰抱起运送。

正确的运送方法是由三人协同，分别以双手插入患者的肩背部、腰臀部及两下肢背侧，然后三人同时将伤员托起，维持脊柱水平位，以平托法或滚动法轻放于硬板担架（或床板等代用物）上运送。运送时注意保持平稳。给患者翻身时，上下身要同时旋转，避免可能损伤脊髓的“拧麻花”似的动作。

如颈部疼痛，活动受限，疑有颈椎骨折，应沿纵轴持续牵引头部，维持颈椎于伸直位。搬运时，伤员也应平卧于木板，并用布类团成团块，填塞于颈部两侧，限制颈椎各方向的活动。

单纯脊柱损伤治疗比较简单，但伤员一般宜就地检查，检查时不要用暴力牵拉。除检查一般情况及全身状态外，对脊柱、脊髓损伤，应注意脊椎有无畸形、上下肢有无麻木无力、活动是否有障碍或瘫痪。

运送患者时，最好选用木板或硬担架，不宜用毛毯或软担架，绝对禁止两三人抬送，或一人背送，因有加重脊柱畸形和脊髓损伤的危险。

瘫痪患者搬运至临时救护站或医院后，应睡硬板床，上铺厚垫，从一开始就应注意翻身，每 1～2 小时一次，以防褥疮。

六、颅脑损伤

颅脑损伤是外伤中较常见与较

严重的损伤，尤其是地震和道路交通事故中更是较多发生。它包括直接或间接的外力打击所造成的头皮、颅骨、脑组织等的损伤。

（一）头皮损伤

1. 擦伤和挫伤：指头皮浅层的损伤，无须特殊处理。

2. 裂伤：指头皮组织连续性的断裂，可引起较大量出血，甚至发生失血性休克。在现场急救和转送医院途中，需以无菌纱布敷盖伤口，并以绷带加压包扎。

3. 头皮血肿：皮下血肿多数较小而局限；帽状腱膜下血肿多较大，检查时可摸到头皮下的柔软的波动性肿块。头皮血肿多数不需特殊处理，或加压包扎，而能自行消退。巨大头皮血肿可在严密消毒下，行穿刺吸抽，并加压包扎，5～7 天多可消退。

（二）颅骨骨折

颅骨骨折常表示外伤较重。颅骨骨折的重要性不在于骨折本身，而在于其内部的脑膜、血管、脑组织及脑神经的开放损伤，特别是颅内血肿。

颅骨骨折按部位可分为颅盖骨折和颅底骨折。

颅底骨折常导致脑脊液漏，这是颅底骨折的最大特点。脑脊液耳、鼻漏时，耳、鼻孔的出血量常较单纯耳、鼻外伤为多，且因出血中含有脑脊液而变得稀薄，不易凝固。

对于脑脊液漏，应禁止堵塞耳、鼻孔，可间断清拭耳、鼻孔，使其保持干净。尽量避免咳嗽、打喷嚏、擤鼻涕等动作。

（三）脑损伤

1. 脑震荡：脑震荡是脑损伤中最轻的一种。伤后可造成短暂的、可逆的、轻微的脑功能障碍，但无脑器质性病变。其症状有：

（1）伤后有短暂昏迷。昏迷的时间从数秒到数分钟不等，一般不超过半小时。

（2）患者清醒后，不能回忆受伤当时及伤前片刻的情况。

（3）常有恶心、呕吐等反应。

对脑震荡患者一般均应严密观察 2～3 天，1 周内让其卧床休息，有症状的可进行对症治疗。

2. 脑挫裂伤：

（1）意识障碍程度较脑震荡为严重，持续时间较长，昏迷从数十分钟至数天不等。

（2）头痛、呕吐较重，持续时间较长。

（3）瞳孔大小及对光反应一般无变化。

（4）损伤功能区时，立即出现单瘫、偏瘫、失语及神经系统定位征。

（5）外伤性蛛网膜下腔出血，有伤后发热、头痛、颈项强直、克氏征阳性等，腰椎穿刺脑脊液为均匀血液。

脑挫裂伤主要是保守治疗，应严密观察病情。因其不易与颅内血肿相鉴别，故急性期内应严密观察患者的神志、瞳孔及生命体征；保

持呼吸道通畅，包括吸氧、吸痰，昏迷患者宜取侧卧及半侧卧位，昏迷较深者及早行气管切开。

3. 脑干损伤：脑干损伤分为原发性和继发性两种。前者是外伤直接造成的；后者为损伤的继发性病变，如颅内血肿、脑水肿等引起的脑疝压迫脑干。脑干中存在人体重要的生命中枢，所以一旦损伤，伤情严重。

脑干损伤的主要临床表现有：

（1）伤后昏迷多呈持续性，重者呈深昏迷。

（2）双侧瞳孔散大、固定或两侧瞳孔极小，也可两侧不等大，光反应消失。

（3）眼球分离、两眼同向偏斜等眼球运动障碍。

（4）常见去大脑强直。

（5）一侧或两侧偏瘫，病理反射阳性。

（6）出现病理性呼吸，血压下降或代偿性增高，心率快或缓慢。

（7）脑神经损害，可有中枢性高热。

（8）常出现内脏症状，如应激性溃疡致消化道出血、顽固性呃逆等。

原发性脑干损伤的治疗原则与脑挫裂伤相同。继发性脑干损伤，应及时查明病因，手术清除血肿，必要时去除骨片减压，并配合药物治疗，才能恢复。

4. 颅内血肿：颅脑损伤造成的颅内出血，血液聚积在颅腔内，当达到一定体积时即可造成脑压迫症状，称为颅内血肿。当血肿不断增大，可因颅内压增高致脑疝，造成患者的死亡。

颅内血肿按其发生部位可分为硬膜外、硬膜下及脑内血肿 3 种。按血肿症状出现的时间可分为特急性、急性、亚急性和慢性 4 种。特急性为伤后 3 小时，急性为伤后 3 天之内，亚急性为伤后 3 周之内，慢性为伤后 3 周以上。

颅内血肿的临床表现：

（1）颅内压增高症状，如剧烈头痛、频繁呕吐、视乳头水肿。

（2）脑外伤后立即发生的昏迷称为原发性昏迷，持续数分钟、数十分钟或数小时时，患者清醒或昏迷程度变浅。但如有颅内血肿形成，会出现再次昏迷或昏迷加深，称为继发性昏迷。昏迷→清醒或意识好转→昏迷，是颅内血肿的典型过程，特点是有中间清醒期或中间好转期。

（3）脑疝表现为血肿同侧的瞳孔散大，对光反应消失，对侧肢体偏瘫。

（4）颅内血肿累及重要功能区可以引起偏瘫、失语、局限性癫痫等。多为逐渐出现或加重。

（5）生命体征变化有血压代偿性增高，脉搏徐缓有力，呼吸深慢。

颅内血肿一旦确诊，均应尽早急诊手术，清除血肿，彻底止血，必要时行颞肌下或去骨片减压术。

七、畜兽咬伤

兽类咬伤是一种常见的外伤，经常见到的有被狗、猫、鸟、猪、马等，或野兽咬伤的伤员。无论何种咬伤，除咬以外，还有撕裂动作，因此伤口较深、重。另外，兽类咬伤的伤口，污染相对较重。

被畜兽咬伤后，若是伤口小而浅，可仅用碘酒、酒精消毒后包扎，其余伤口均应进行彻底清创。可用大量无菌生理盐水或0.1%新洁尔灭冲洗，再用双氧水冲洗。清创后的伤口，一般不应进行一期缝合。清创前后应该开始注射或静滴抗生素，如青霉素。

各类咬伤均应注射抗破伤风血清。此外，兽类咬伤也可传染一些疾病，例如，狂犬病可由受感染的狗、猫、蝙蝠等咬伤而感染；鼠类咬伤可传染鼠咬热。所以，患者也应注射狂犬病疫苗等有关疫苗。

八、毒蛇咬伤

毒蛇咬伤在我国南方山区或农村夏秋季常见。常见的毒蛇有金环蛇、银环蛇、海蛇、蝰蛇、竹叶青蛇、烙铁头蛇、尖吻蝮蛇、眼镜蛇、眼镜王蛇、蝮蛇等。

金环蛇、银环蛇、海蛇毒液中含有神经毒；蝰蛇、竹叶青蛇、五步蛇、烙铁头蛇毒液中含有血液毒；蝮蛇、眼镜蛇、眼镜王蛇毒液中含有混合毒。

毒蛇咬伤后，毒液迅速进入体内，主要引起中枢神经系统及循环系统中毒，特别是神经毒，能使延髓麻痹，很快使呼吸肌麻痹，导致呼吸停止而死亡。血液毒素能破坏毛细血管，溶解红细胞。

严重蛇咬伤后，应尽快送到医院进行治疗。

1. 局部症状：蛇咬的局部皮肤和皮下组织红肿、疼痛，并迅速向近心端（指靠近心脏的一侧）伸展，可发生坏死，流血水，附近淋巴结发炎，并且继发感染。

2. 全身症状：发热、寒战、出冷汗、头昏、头痛、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、复视、眼睑下垂，严重者呼吸困难、吞咽困难，全身水肿，昏迷不醒，呼吸麻痹。

毒蛇咬伤后，伤口有两个较其他牙痕更深的毒牙痕或断牙留在组织内。诊断蛇咬伤时，患者应有蛇咬伤史；被咬局部有毒牙痕及疼痛，肿胀、皮肤青紫、水疱或渗血、区域性淋巴结肿大及压痛，重症者有组织甚至肢体坏死或出血倾向。同时，患者还有全身乏力、头昏、视力模糊、说话不清、呼吸困难，甚至出现瘫痪。神经中毒症状多在伤后1～2小时发生。

对蛇类没有丰富经验的人见了蛇，一时不能识别它们是毒蛇，还是无毒蛇。所以，一旦被蛇咬伤以后，首先应该按照毒蛇咬伤处理。

（1）防止毒素扩散：被蛇咬伤以后，伤者要保持镇静，切勿惊慌，立即把持住受伤的肢体，不要乱动，

目的是防止毒素被迅速吸收，或者迅速扩散开。立即用5～7支火柴烧灼伤口，以破坏局部蛇毒。

（2）绑扎伤肢：就地取材，立即用乳胶止血带（或腰带、毛巾、手绢）在被咬伤肢体的上方5厘米扎紧。咬伤在小腿，则在膝关节以上结扎；咬伤在手指，则在手指近端结扎；在前臂，则在肘关节以上结扎。结扎的松紧度，以阻断静脉及淋巴回流，而不影响动脉供血。结扎以后，每30分钟左右要把带子松一下，防止由于结扎时间过长，造成肢体的缺血坏死。一般来说，结扎时间不宜超过2小时。

（3）局部降温：可减轻疼痛并减少毒素吸收速度。方法是将伤肢浸于4～7摄氏度的冷水中3～4小时，然后改用冰袋。

（4）排除伤口内毒液：用手向伤口四周挤压，把血液和毒汁挤出。在野外被蛇咬伤以后，应立即用冷茶水、冷开水或清水，甚至用新鲜尿液冲洗伤口。如果能用小刀等尖锐的利器，以牙痕为中心，或在两牙痕之间切开伤口再冲洗，效果更好。

（5）有条件的话，还可以进行一下简单的医学处理。处理的时候，要及时把残留的毒牙挑出，然后用纱布或脱脂棉蘸上3%双氧水（或1%高锰酸钾、1∶5 000呋喃西林溶液），湿敷在伤口上。

（6）伤口冲洗后，用小刀做一个“一”或“十”字形的切口，用负压（如拔火罐）反复抽吸毒液，一直到吸不出毒液为止。在野外，也可以用口直接吸吮。边吸边吐，每吸一口，都要用清水漱口（注意口腔须无破损）。

（7）在被毒蛇咬伤24小时之内，要严密观察患者，多喝水。如果患者有头晕、胸闷、心慌、气急、呕吐、多汗、双眼睑下垂、睁眼无力、血尿等全身中毒症状，应立即送往医院进行抢救治疗。

（8）蛇咬伤后的特效治疗方法是注射单价或多价抗蛇毒血清。应选择相同毒种抗蛇毒血清，应用前先作皮肤过敏试验。抗蛇毒血清加于200毫升葡萄糖注射液中静脉滴注。抗蛇毒血清的作用是中和体内尚未被吸收的蛇毒，使之变成无毒的物质而解毒。目前，国内已有抗银环蛇蛇毒血清、抗眼镜蛇蛇毒血清、抗蝮蛇蛇毒血清、抗五步蛇蛇毒血清、抗蝰蛇蛇毒血清。但尚无眼镜王蛇、烙铁头蛇、竹叶青蛇的抗蛇毒血清。若被以上几种毒蛇咬伤，可用已有的抗蛇毒血清治疗。如眼镜王蛇咬伤患者，可用抗银环蛇蛇毒血清与抗眼镜蛇蛇毒血清联合应用；烙铁头蛇咬伤后可用抗五步蛇蛇毒血清或抗蝮蛇蛇毒血清的其中一种；竹叶青蛇咬伤患者可用抗五步蛇蛇毒血清与抗蝮蛇蛇毒血清联合应用，较用一种效果要好。

（9）大量补液、利尿，促使已经吸收的毒素排出，并可加维生素C1.0克和氟美松5～10毫克。

（10）其他解毒药，还有季德胜蛇药片、南通蛇药、上海蛇药、广州蛇药、蛇王蟒蛇药等，早期可按说明书要求使用。除此以外，也有其他草药，来源广，并且简单易行，如半边莲、七叶一枝花、滴水珠等，可捣碎敷于患处，每日更换，并水煎内服。

（11）注射破伤风抗毒素、抗生素。

九、蜂、蝎、蜈蚣蜇伤

（一）蜜蜂蜇伤

蜜蜂蜇伤后，可用弱碱性液体（例如，3%氨水、2%～3%碳酸氢钠溶液、肥皂水、淡石灰水等）外涂，以中和酸性毒素。

（二）黄蜂蜇伤

黄蜂蜇伤后用弱酸性溶液（例如食醋、0.1%稀盐酸等）中和。同时用针或镊子取出蜂刺，但不应挤压。如有条件，可用大青叶加薄荷叶、两面针、半边莲等捣烂外敷。若蜇伤处有感染迹象时，应口服或肌内注射抗生素。症状严重时应立即送往医院。

（三）蜈蚣咬伤

蜈蚣咬伤危害较大。蜈蚣越大条，其毒液越多，表现的症状也越明显。儿童被咬伤后，可能危及生命。因此咬伤后，应立即使用弱碱性液体洗涤伤口并冷敷。可用等量的雄黄、枯矾研末，以浓茶或烧酒调匀外敷伤口，也可用鲜桑叶、鲜蒲公英或鲜鱼腥草捣烂外用。局部若有坏死感染，应服用抗菌药物。

（四）蝎蜇伤

蝎蜇伤是人体被蝎的尾针刺入所致的损伤。蝎的尾节末端是一个尖锐的尾针，尾节内有毒腺，其毒液的性质为神经毒，较为严重。尾针刺入皮肤，毒液随即进入体内。伤处立即发生大片红肿、剧痛，经数日始渐消退。重者可有高热、寒战、恶心、呕吐、流涎、头痛、头晕、昏睡、呼吸快及脉搏细弱等，舌和舌肌强直，甚至抽搐；也可发生呼吸循环衰竭。特别是对于儿童，更加严重，应按重症处理。

蝎蜇伤的处理原则与毒蛇咬伤类似。

（1）立即进行近心端绑扎，拔出蝎针，冷（冰）敷、口服及局部应用蛇药片，有条件者应使用抗蛇毒血清。

（2）切开局部伤口，用弱碱性溶液或1∶5 000高锰酸钾溶液洗涤，吸吮伤口或火罐拔毒。局部坏死或感染，应使用抗生素。

（3）疼痛不止时，可行局部封闭或1%麻黄素0.3～0.5毫升注射于伤口周围。

症状明显的伤员经上述处理后，迅速送医院治疗观察。

十、毒蜘蛛咬伤

夏季，当人们无意之间触动毒蜘蛛（红蜘蛛）的网时，蜘蛛常会咬伤人的皮肤，释放出一种毒汁，给人造成伤害。

被毒蜘蛛咬伤后，局部常出现肿胀、剧烈疼痛，还有的出现恶心、呕吐、头晕，精神萎靡不振、痉挛，肌肉僵硬，四肢发软，严重时可致呼吸困难，昏迷等。

毒蜘蛛咬伤后的处理方法，基本与蝎蜇伤相同。伤后立即用细绳或带子在咬伤的上端绑扎；口服及外用蛇药，静脉注射10%葡萄糖酸钙。切开伤口，用1∶5 000高锰酸钾溶液清洗伤口，火罐拔毒，外用半边莲、七叶一枝花等。

十一、蚂蟥咬伤

蚂蟥咬伤常见于南方。蚂蟥经常在浅水中活动，广东、广西及云南等地还有一种旱蚂蟥。蚂蟥伤人是以其吸盘附于人体皮肤上，并逐渐深入到皮内，由其头部分泌一种抗凝血的物质，造成伤口出血较多。另外，蚂蟥还可能钻入人体的鼻腔、尿道或阴道中，给人造成痛苦。

治疗时，若是蚂蟥已经吸附在皮肤上，可在吸附的周围用手轻拍，或用醋、酒、盐水、烟水、清凉油等涂抹，蚂蟥一般会自行脱出，切忌强行拉扯，否则蚂蟥的吸盘将断入皮内，引起皮肤感染。伤口处可使用碘酒、酒精消毒。对钻入鼻腔、尿道等处的蚂蟥，应立即到医院去，在局部麻醉下，使用浓盐水冲洗，小心取出。进行破伤风预防注射。

野外工作者，应在皮肤外露部位涂清凉油、肥皂、烟油水，以防蚂蟥吸附。

十二、食物中毒

食物中毒是指吃了含有生物性、化学性有毒、有害食品发生的非传染性的急性或亚急性疾病。引起食物中毒的有毒、有害物质，包括微生物（细菌、真菌）、化学物质（如农药污染）和有毒动物、植物（有毒动物如河鲀，有毒植物如毒蕈）。

细菌性食物中毒一般有下列诱发因素：做熟的食品在常温下放置时间过长；放入冰箱以前，食品冷却时间过长；食品再加热时，没有达到杀灭微生物的温度；被微生物污染的食品；未经加工的食品；冷冻的食品解冻不完全；生、熟食品交叉污染；热食品被放置在5～36摄氏度环境下贮存；食品经营者带菌操作；食用不经加热的隔夜食品。

细菌性食物中毒有明显的季节性，多发生在夏秋季，一般以七、八、九月3个月为细菌性食物中毒的高发季节。主要是由于气温高，适合细菌的生长繁殖。另外，炎热的夏季，人们往往吃不好，睡不香，导致身体抵抗力下降，容易感染细菌，导致食物中毒的发生。

沙门菌中毒后的临床表现为：潜伏期短，一般4～48小时，长者可达72小时，潜伏期越短，病情越重。中毒开始时，表现为头痛、恶心、食欲不振，以后出现呕吐、腹泻、腹痛。腹泻一日可数次至十余次，主要是水样便，少数带有黏液或血。发热，一般38～40摄氏度，

轻者3～4天症状消失，重者可出现神经症状，还可出现少尿、无尿、呼吸困难等症状。如不及时抢救可出现死亡。所以一旦发生食物中毒，争取时间抢救患者是十分关键的。

化学性食物中毒常见的原因有误食，如误将亚硝酸盐当做食盐，还有农药使用不当，造成粮食、蔬菜、水果农药残留量超过国家标准；还有的违法企业，使用非食用原料加工食品，造成食物中毒。

化学性食物中毒与细菌性食物中毒不同之处在于无地域性、季节性。其发病与进食含有有毒、有害化学物有关，进食量越大，发病越重。

亚硝酸盐在建筑工地当做为防冻剂，食品部门可做食品添加剂，按规定的剂量可用在国家允许使用的食品上。但若管理不善误做食盐，就会发生食物中毒。而且因食用人数多，可发生重大食物中毒，后果严重，可致人死亡。

亚硝酸盐中毒的症状有：头痛、头晕、无力、胸闷、气短、心悸、恶心、呕吐、腹痛、腹泻，口唇、指甲及全身皮肤、黏膜青紫，严重者意识丧失、烦躁不安、昏迷、呼吸衰竭，最终导致死亡。所以，一旦发生亚硝酸盐中毒，要立即送医院抢救，催吐、洗胃、导泻、用解毒剂解毒。

亚硝酸盐中毒的预防措施是妥善保管好亚硝酸盐，应有剧毒标志，禁止食用腐败变质的蔬菜，禁止吃变质的腌菜，不喝苦井水。

大多数食物中毒的潜伏期较短，特别是集体暴发食物中毒时，短时间内往往出现大量患者。患者与吃同一种食物有关，吃者大都发病，不吃者不发病，不会出现人与人之间互相传染的现象。同一起中毒的患者，都有相同的临床症状，如发热、恶心、呕吐、头晕、腹痛、腹泻等。

发生食物中毒后，应向当地卫生行政部门报告。同时对患者采取紧急措施，送往医院治疗。当地卫生行政部门在接到可疑报告后，会立即赶往食物中毒的现场，进行流行病学调查，确定食物中毒的病例，查明导致食物中毒的食品，并采集可疑食品和患者的呕吐物及大便进行检验，确定食物中毒的原因，提出和采取控制措施，协助医疗机构对中毒患者进行救治等。

十三、烧伤

烧伤有多种原因，一是热力烧伤，包括火焰、炽热金属造成的烧伤，也包括各种热液、蒸汽所造成的烫伤；二是化学烧伤，常见的如硫酸、盐酸、氢氧化钾、磷、生石灰等造成的烧伤；三是电烧伤，有两种情况，一种是高压电放电产生的高温电火花造成的烧伤，实际上也是一种热力烧伤，另一种是触电造成的电击伤；四是放射烧伤，多见于放射治疗和放射诊断时剂量过大或时间过长而造成的损伤。

无论何种烧伤，伤后能否得到及时正确的救治，直接关系到入院后的诊治，关系到烧伤患者的预后。

危重烧伤患者休克发生率高，发生的时间也早，有的患者在伤后两小时就会发生休克。所以，对于危重烧伤患者，原则上应以就地治疗为主。如果没有经过补液治疗就匆忙长途转送，由于颠簸，加上途中治疗不及时，就会使伤情恶化，加重休克。有的可能途中死亡，或送到医院后，因休克时间过长，缺血缺氧严重，导致全身性感染，引发各种内脏并发症，甚至因多器官功能衰竭而导致死亡。

现场急救的具体处理原则：

（一）热力烧伤

1. 现场急救措施：日常生活中，热力烧伤最为常见，占各种烧伤原因中的85%～90%。热力烧伤现场急救最基本的要求是迅速脱离热源，脱去燃烧的衣服，或用水浇灭身上的火。如果无水，则应用手边能找到的物品，如被子、大衣，甚至雪、沙等迅速覆压在伤员身上，以助灭火；或让伤员卧倒，就地慢慢滚动以压灭火焰。

切勿让伤员站立，更不能让伤员盲目奔跑呼救，或用双手扑打火焰，以免造成头面部、双手和呼吸道烧伤。奔跑可助燃，增加面部或呼吸道的烧伤。当伤员慌乱不知所措时，应尽力制止伤员的错误做法，以减轻损伤。

燃油烧伤时，切勿用水浇或扫把扑灭火焰，应用沙土、棉被等物覆盖灭火。

烧伤后，应帮助伤者用撕掉、拉下、剪掉等方法，迅速脱掉燃烧或沸液浸渍的衣服，如不能及时脱去，应用冷水浇灭或用厚物覆盖隔绝空气。已经灭火的衣服可不脱去，或剪开脱去。

烧伤面积不大，某一局部、一个肢体，同时又不是在寒冷的季节，可采用自来水持续冲洗，或用冷水浸泡烧（烫）伤部位，水温以15～20摄氏度为宜，这种疗法可以减轻热力继续向深层组织传导所致的损害，可以减轻疼痛，清洁创面。

在家庭里，可以在伤口表面覆盖一块消毒纱布或干净毛巾。或用50%～70%酒精（如临时急用，也可用清洁的高度白酒代替）作创面湿敷，即将消毒后的纱布或清洁的小毛巾浸透酒精盖在创面上，可立即止痛并防止感染。

2. 烧伤后早期处理原则：将伤员转移至安全地带后，立即检查伤员的情况。检查伤员全身状况，重点在呼吸、脉搏、血压，有无其他重要并发症，如颅脑损伤、骨折等。如有其他损伤、骨折等，应同时固定处理。初步计算烧伤面积，估计烧伤的深度。

烧伤后应注意防休克、窒息和创面污染。如无呼吸道烧伤，可先给伤员注射哌替啶（即杜冷丁）等止痛剂，再做其他处理。但如伤员有呼吸困难或呼吸衰竭者，则禁用

吗啡，以免抑制呼吸。

如有呼吸道烧伤，应保证患者呼吸道通畅，特别注意口、鼻清洁，若发生喉头梗阻而引起窒息时，可用粗针头在喉部环甲膜处刺入气管，以保证通气。然后，再设法做气管切开。烧伤面积较大时，应立即静脉补液，输入生理盐水。

不要给烧伤创面涂有颜色的药物（如红汞、紫药水等），以免影响对烧伤深度的观察和判断；也不要涂牙膏、油膏等油性物质，或疗效不肯定的药物，以减少创面污染的机会和增加就医时处理的难度。

如果出现水疱，要注意保留，不要将水疱皮撕去，同时用干净的毛巾、被单等包敷，避免去医院途中受污染。对于口渴的患者，可以少量多次口服含盐的液体，不要在短时间内服用大量的白开水，以免引发脑水肿和肺水肿。

立即、迅速将伤员转送医疗单位。如果远离医院，当地有医疗条件，可先作抗休克处理及创面清创，待休克高峰（伤后 6～ 8 小时）过后再转运。属于严重烧伤而当地又无治疗条件者，可请上级医院派人协助治疗，切勿不顾伤员情况，不做处理即盲目转院。转送途中，应做好途中的治疗与输液。注意血压和脉搏的变化。

烧伤的轻重程度由两个方面决定，一是烧伤面积，二是烧伤深度。

烧伤面积是指受伤面积占全身体表面积的百分比数，一般可用手掌法估算，即伤员自己的单侧手掌五指并拢，约为体表皮肤面积的1%。

烧伤深度可以分为 3 度：

Ⅰ度烧伤：表现为皮肤红肿、灼热、疼痛，但是不起水疱，也不留瘢痕。

浅Ⅱ度烧伤：皮肤出现水疱，局部红肿，疼痛剧烈，如果没有感染，一般不会留有瘢痕。但是在伤口愈合以后的一段时间里，皮肤会有色素沉着；Ⅰ度和浅Ⅱ度烧伤一般为轻度烧伤。

深Ⅱ度烧伤：创面明显水肿，灰白潮湿，起厚壁小水疱，因感觉神经末梢被破坏，故创面感觉迟钝。

Ⅲ度烧伤：烧伤后症状最为严重，伤及皮下组织，创面苍白或炭化，干燥，无水疱，无痛觉，像皮革一样。深Ⅱ度和Ⅲ度烧伤愈合后可遗留严重瘢痕。

成人烧伤面积超过 10%，儿童超过 5%，烧伤深度在深Ⅱ度以上，属于大面积烧伤，应当立即送往医院烧伤科治疗。

烫伤的严重程度，不仅取决于受伤的面积和烫伤的程度，而且与烫伤的部位有关。例如，呼吸道的烫伤，症状就比其他部位严重。对于严重烫伤，简单处理以后，立即送到医院急诊治疗。

较小面积的Ⅰ度或浅Ⅱ度烧伤，经过上述处理后，可以涂抹烫伤药膏。

（二）电烧伤

抢救电烧伤的首要关键是切断电源。一时不能切断电源时，用绝缘性能比较好的物品，如木棍、竹竿、塑料制品等拨开电源。在电源切断之前，急救者不能接触伤员，以免自身触电。

如果发现伤员呼吸、心跳停止，立即做胸外心脏挤压和口对口人工呼吸，待心跳呼吸恢复后，即刻转送就近的医院处理。

（三）放射性烧伤

放射性烧伤多见于乳癌术后放射治疗引起的副作用，此类烧伤虽不像热力、化学、电烧伤后的急救处理那样急迫，但放射受损局部自愈困难，多需寻求有经验的医生诊治。

（四）化学烧伤

化学烧伤是在日常生活或生产活动中常见的烧伤之一。化学烧伤主要是指强酸或强碱的烧伤，常见的有硫酸、硝酸等强酸，氢氧化钠、氢氧化钾等强碱。氟氢酸也可引起严重的化学烧伤。化学伤情的轻重，主要取决于酸碱的浓度、致伤的面积和深度。

化学烧伤的急救原则，与热力烧伤基本相同。如尽快脱去致伤物质浸渍的衣服，并立即用清水冲洗20～30分钟，清除残存的化学物质。任何中和剂的使用，都会产生热量而加深烧伤，有些中和剂本身也有损害作用。所以，不要因等待应用中和剂，而耽误冲洗时机。如遇头面部化学烧伤，应特别注意有没有眼睛烧伤，要优先冲洗眼睛。

现场处理是非常重要的环节。伤者应立即脱去衣服，首先用大量流动清水冲洗，可以用自来水、井水或河水，冲洗可稀释浓度，清除创面上的残留物。冲洗时间可持续2小时以上。但生石灰烧伤后不可如此，应先将石灰刷拭干净再冲洗。如为碱烧伤，可用食醋中和；酸烧伤则用碱面、苏打水中和。

十四、冻伤

冬季遇气温骤降，人体在低温、潮湿条件下，会引起局部血液循环障碍，而致皮肤损伤，形成冻伤。

冻伤可分为冻疮、局部冻伤和全身冻伤3种。局部冻伤好发部位在四肢末端、耳郭、面颊等末梢血液循环较差的体表暴露部分。冻伤的发生程度与受冻的温度、时间长短有密切关系。受冻温度越低，时间越久，则冻伤越严重。除此以外，还与局部组织的耐寒能力有关。

发生冻伤后，不要搔抓瘙痒的皮肤，更不能马上用温热水浸泡，更不能用火烤。开始时，可用软布或棉纱擦干冻伤表面的潮湿水分，用冰水或雪水擦揉皮肤，逐渐用温水，直至复温。然后用灯烤或红外线照射。每次照射15～30分钟。每天2次，对冻疮治疗效果较好。冻伤破溃部位可用抗生素软膏。

十五、煤气中毒

所谓煤气中毒，实际上是一氧化碳中毒。含碳物质如果燃烧不充分，都会产生一氧化碳（化学名为CO）。一氧化碳是一种无色、无臭、无味的气体。

人体一旦吸入大量一氧化碳，它立即与血液中红细胞所含的血红蛋白结合，形成碳氧血红蛋白，使血红蛋白失去携带氧的作用，引起组织缺氧。短时间内接触高浓度一氧化碳，可迅速呼吸停止而死亡。

冬季在室内用煤炉、炭盆取暖的家庭，由于烟筒安装不善，或烟囱堵塞、倒烟，以致煤气逸出，而门窗紧闭，室内通风不良，可能造成一氧化碳中毒。

在使用石油液化气、天然气的家庭中，也可能有气体泄漏造成中毒的事件发生；或使用直排式燃气热水器洗澡，浴室内通气不良，而引起一氧化碳中毒。

发生一氧化碳中毒后，患者常有头痛、头晕、四肢无力、心悸、胸闷、全身不适，甚至恶心、呕吐，严重者呼吸困难，发生昏迷、血压下降，大小便失禁，抽搐、瞳孔散大，以至死亡。一氧化碳中毒的人，嘴唇、皮肤和指甲的颜色像红樱桃，是该病的特点。

发现煤气中毒的患者，应立即把室内的窗户和门都打开，把患者抬到空气流通的环境中，同时注意保温。

中毒较轻的患者，经过一段时间，症状可以缓解。氧气面罩吸入可提高血氧浓度，可缓解缺氧。病情重的患者应立即吸氧，同时送医院抢救或用高压氧舱治疗。如发现中毒者已经停止呼吸，应立即进行心肺复苏。

预防一氧化碳中毒的主要措施有：冬季取暖应用带有烟囱的炉子，经常检查烟囱有无堵塞。经常检查煤气管道有无泄漏，多年使用后，应及时更换新管。安装家用燃气热水器时，要按照安装规程，必须由专业人员施工，热水器不要装在卫生间或浴室内。在企业要大力开展预防煤气中毒的宣传。生产环境注意通风和排气。

十六、晕船（车）

晕车、晕船和晕机的症状相似，在医学上统称为晕动病。该病主要是由于内耳前庭器官受加速度影响造成的自主神经功能障碍。其主要症状有面色苍白、出冷汗、恶心和呕吐。

轻型患者首先感到咽部不适，唾液分泌增多，吞咽动作因而频繁；上腹部有空腹感，似饥饿状。同时可有轻度头痛、眩晕、嗜睡、面色苍白等。

中型患者头痛剧烈，特别是前额部；恶心、厌食，呕吐反复发作，呈喷射状，吐后自觉轻松，脉搏加快或缓慢，血压下降。

重型患者的症状如上述，胃内

容物虽然已经排空，但仍然继续作呕，甚至吐出胆汁或血液，可有脱水现象，自觉疲乏无力，面色苍白，四肢厥冷，体温低于正常，个别患者还会出现痉挛和抽搐等。

晕船（车）出现的症状是暂时、可以恢复的，但仍要及时处理。遇到晕船（车）的患者，同行者要关心照顾。重症患者应平卧，扪耳休息或凝视远方，车船内应注意通风，同时服用乘晕宁。对呕吐严重的患者，要注意补充液体，维持体内水、电解质平衡。

十七、急性毒物中毒

急性毒物中毒指各种毒物在短时间内通过消化道、呼吸道或皮肤、黏膜大量进入人体后，迅速发生损害的全身性疾病。部分毒物在肝脏被破坏，还有部分毒物可经过皮肤、呼吸道、肾或胃肠道排泄。但如不及时抢救，则可危及生命。

误服毒物或谋害、自杀者，如有明确毒物接触史，诊断并不难。在无明确毒物接触史，也无典型临床表现者，则诊断十分困难。但应注意以下几点：

1. 对于原因不明的昏迷、休克等患者，除高度警惕急性脑血管病、糖尿病昏迷、中暑等急症外，也应考虑急性中毒的可能。对突然发生的呕吐、紫绀、呼吸困难、惊厥、昏迷、休克等为主要表现，而又无法用其他原因解释的急症，均应考虑有急性中毒的可能性。

2. 家属或周围人员应提供患者有无误服毒物、自杀、他杀等可能，注意追问发病前的心理素质、情绪变化、有无遗书等。

3. 患者身边残留的毒物、药瓶、呕吐物、分泌物、尿液、粪便等，均应采集、保留，以便进行快速毒物鉴定。

4. 发现患者后，首先要观察患者的血压、呼吸、心脏及意识状态，初步估计病情。

遇到毒物中毒的患者，无论是急性中毒，还是慢性中毒，均应尽快作出正确诊断。如果某种中毒有特殊解毒药物，要及早采用。但是，绝大多数毒物中毒并没有特殊的“解药”，应当立即采取积极的对症支持治疗。

（1）吸入中毒时，要迅速脱离现场；皮肤污染毒物时，脱去污染的衣服，用温水冲洗皮肤；眼污染时，需要立即冲洗；口服毒物时应催吐、洗胃（但强酸、强碱类或来苏儿等服入后，不可洗胃）。采用这些减少接触毒物措施的时间早晚，直接影响预后，但也要注意其适应证和禁忌证。

（2）有些药物可吸附进入肠内的毒物，或与毒物形成不溶性的化合物，阻止胃肠吸收。最常用的是活性炭，可吸附很多毒物。

（3）毒物吸收进入血液后，多数由肾排出，少数由肠道排出。输液和使用利尿剂可加强利尿排毒，但效果有限，而且输液过多可引起

肺水肿。改变尿的酸碱度，如口服弱酸性药物巴比妥类和水杨酸类时，用碳酸氢钠碱化尿液，可促使药物离子化，因不易重吸收而排出。

（4）通过血液透析和腹膜透析，可以清除血液中的毒物。由于各种条件的限制，本法并非排毒的首选措施，只有在患者服用毒物量过大、病情危重，而且毒物是可透析或可吸附的，才用此法。

十八、急性有机磷农药中毒

有机磷农药是我国农村常用的杀虫剂，多呈黄色或棕色油状脂溶性液体，少数有结晶体，易挥发，遇碱易分解，有蒜臭。如果由于保管或使用不当，常可引起误服或自杀事件发生。

诊断有机磷农药中毒，主要靠患者与有机磷农药有接触史，患者衣物、呼吸、皮肤、呕吐物有特殊蒜臭味，以及特殊的临床表现，特别是瞳孔缩小、流涎、多汗、肌肉颤动等。检验项目为血液胆碱酯酶活力测定。

发现患者后，要迅速清除毒物，移离现场，脱去被污染的衣服。除敌百虫中毒外，均可用冷肥皂水或2%碳酸氢钠溶液，彻底清洗被污染的皮肤、头发（敌百虫中毒可用清水清洗）。口服中毒者应立即洗胃，而且要求尽早、反复多次，务求彻底。意识清醒者，可喝大量温水，然后刺激咽喉部催吐。不合作者，立即插胃管，用温水或2%碳酸氢钠溶液洗胃（注意，敌百虫中毒者不可用2%碳酸氢钠溶液洗胃）。洗胃液的总量需要10 000～30 000毫升，重度中毒者需要更多，可达40 000毫升，一直达到胃液无蒜臭味为止。

十九、醉酒（急性酒精中毒）

酒的主要成分是乙醇。饮酒后，乙醇进入血液，绝大部分在肝和肾内被氧化成乙醛，再氧化为乙酸，最后生成水和二氧化碳而排出体外。

由于每个人身体内氧化酶的量和活力以及肝肾功能不同，对酒的耐受力也不同。饮酒太多，超出个人的承受能力，就会出现醉酒（急性酒精中毒）。原来有慢性疾病者，若不注意节制，更容易发生意外。

急性酒精中毒通常可分为3度：

1. 轻度（兴奋期）：一般当血液中乙醇浓度达0.5～1.5克/升（50～150毫克%）时，可出现颜面潮红（或苍白），眼结膜充血，可有上腹不适，恶心甚至呕吐症状。还有头晕、欣快感、说话滔滔不绝、粗鲁无礼、感情用事、自制力差等，有的则安然入睡。

2. 中度（共济失调期）：当血液中乙醇浓度达到1.5～2.5克/升（150～250毫克%）时，可表现为动作笨拙、步态摇摇晃晃、语无伦次且含糊不清、恶心呕吐、脉搏洪大、心率增快、血压增高等。

3. 重度（昏睡期）：当血液中乙醇浓度达到2.5克/升（250毫

克%）以上时，可表现为昏睡或昏迷，面色苍白，皮肤湿冷，口唇紫绀，瞳孔散大或正常，呼吸缓慢而有鼾声，可有大小便失禁、心率增快、血压下降等。一般当血中乙醇浓度达到 4 克/升（400 毫克%），可因延髓受到抑制，出现呼吸麻痹而死亡。

所以，当饮酒者出现上述症状时，均应留意观察。

对轻度或中度醉酒者，首先让其卧床休息，保持安静，注意保暖，避免受凉。其次，要设法催吐，以减少身体对乙醇的吸收，并减轻不适感。方法是鼓励或设法使醉酒者吐出胃内残存酒，可用筷子或匙柄刺激其舌根催吐，然后喝些浓茶解酒，以兴奋神经中枢。如果吃些梨、橘子、西瓜、萝卜等水果，也有解酒作用。

对重度醉酒引起昏睡者，应使头部偏向一侧或侧卧，以防呕吐物吸入导致窒息。要定时仔细观察呼吸状况。如果出现呼吸减慢或不规则，或者出现抽搐、大小便失禁等情况，为危险症状，应立即拨打“120”电话，送患者到医院诊治。医院治疗常用纳洛酮、输液等治疗。

中篇　常见症状的家庭处理

发　热

【概述】

健康人的体温是相对固定的，一天之内波动范围很小。所谓正常体温，一般是指37摄氏度左右（正常人的口腔温度为36.3～37.2摄氏度；腋下温度为36.0～37.0摄氏度；直肠温度为36.9～37.9摄氏度）。在一天中，体温的上下差别不会超过1摄氏度。如果体温高于正常，即为发热。

根据热度高低，可将发热分为低热、中度发热、高热和过高热等四种。

低热指体温在37～37.5摄氏度；中度发热，体温为37.5～39摄氏度；高热为39～41摄氏度；在过高热时，体温则在41摄氏度以上。

如果患者已经出现高热或过高热，则应立即设法采取降温措施。

【病因】

引起发热的常见病因有：

1. 各种细菌和病毒感染：除普通感冒能引起发热外，许多传染病，如流行性感冒、白喉、细菌性痢疾、病毒性肝炎、伤寒病、流行性脑脊髓膜炎（简称“流脑”）、流行性乙型脑炎（简称“乙脑”）、疟疾及结核病等，都有发热症状，同时伴有全身不适、头晕、头痛、乏力、食欲不振等症状。

2. 病灶感染及炎症：发热同时有呼吸道的症状，应考虑上呼吸道感染、流行性感冒、肺炎、肺结核及结核性胸膜炎等。

发热伴有严重呕吐、腹泻及腹痛，应考虑与消化道有关的传染病和炎症。如急性胃肠炎、细菌性痢疾等。如果有显著恶心、呕吐，不想吃东西，或有黄疸、肝肿大等，要想到肝炎或胆囊的疾病。

发热时伴有神经系统症状，如剧烈头痛、呕吐、神志改变、颈强直（脖根发硬、发挺）等，要考虑中枢神经系统的感染性疾病，如流脑、乙脑、化脓性脑膜炎。

有时，患者体内有局部感染病灶，也可以出现全身发热。如急性扁桃体炎、急性咽炎、急性鼻窦炎、急性胆囊炎、肝脓肿等。

在发热的同时，一般还有某些部位的剧烈疼痛，如肝区疼痛时，可能是肝脓肿或胆囊炎。发热时伴

尿急、尿频、尿痛等症状，可能患有泌尿系统感染性疾病。

3. 恶性肿瘤及血液病：各种恶性肿瘤均可引起发热；淋巴瘤和白血病常以发热为主要症状。

4. 风湿性疾病：如红斑性狼疮、皮肌炎等。风湿热的患者常伴有关节疼痛、皮疹及心脏的改变。

5. 变态反应性疾病：如药物过敏、急性荨麻疹等。

6. 内分泌疾病：甲状腺功能亢进患者有发热的症状，但不是本病的主要症状。

7. 其他疾病：物理、化学因素致病，如中暑、大面积烧伤、骨折等，或大量出血、急性溶血、输液或输血时的输液反应等，均有发热症状出现。

【诊断】

患者发热时，一般用手触摸患者的额头和身体，可以发现温度比平常高。最可靠的检查方法是测量体温。另外，儿童发热时，面部潮红，嘴唇干裂，并出现哭闹不安。发热时食欲不振、尿量较少且颜色较深。

当患者发热时，还要进行其他一系列检查，才能检查出引起发热的真正原因，并且要与其他类似疾病进行鉴别，最后予以确诊。

如果经过一系列检查，仍然找不出发热的原因，也可以进行试验治疗，根据已经怀疑的疾病先给予治疗，观察患者对治疗的反应，也有助于诊断。

诊断发热并不难，但要找出引起发热的原因，有时并不是一件轻而易举的事情。一方面要观察患者的症状，同时也要检查与疾病有关的体征。进行一些必要的实验室检查和其他理化检查，如属细菌感染引起的发热者，多数有白细胞计数增高；有时需作血清学免疫检查、X线检查、CT检查、B超检查等。

【治疗原则】

发热是人体对疾病的积极防御反应。遇发热患者后，不要急于用药物退热，而是应设法诊断引起发热的原因，针对病因进行治疗。患者不发热，有时也可能是严重的疾病，如老年人患有肺炎时，体温可能并不高，容易被忽视。

一般低热或中度发热，可不做退热治疗，即使高热也不要轻易用退热药物和抗生素，以免改变其原有的热型，或掩盖其他临床表现，给诊治带来困难。当然，如果高热是由感染引起时，则应使用抗生素治疗。

1. 遇下列情况应做紧急降温处理：

(1) 体温超过40摄氏度。

(2) 高热伴有惊厥，或患者有谵妄，说胡话。

(3) 高热伴休克或心功能不全。

(4) 高温中暑。

患者高热时应卧床休息，保持安静。房间里的空气要流通，保持新鲜。应严密观察病情变化。每天给患者测量4次体温，并且加以记

录，供医生参考。测量体温的时间，可以选在早饭前、午饭前、下午3点和晚8点。

高热患者一般食欲减退，应鼓励进食，让患者吃一些容易消化的、含高蛋白和高维生素的流质或半流质饮食。长期发热，体力消耗过多，且又不能进食者应在医生指导下进行鼻饲。患者应多喝水，水里还可以兑一些果汁。

2. 高热对症处理的具体措施：

（1）物理降温：一般采用冰袋或凉毛巾敷于头部，5～10分钟更换1次；也可以用酒精擦浴，即用25%～50%酒精擦拭头、颈部、腋窝和腹股沟部（大腿根）；对于高温中暑或超过41摄氏度的过高热患者，可采用冰水灌肠，或将患者置于冰水浴盆或空调房间。

（2）药物降温：视发热程度，可口服或肌内注射解热镇痛药物，常用的有乙酰水杨酸（阿司匹林）、复方阿司匹林、对乙酰氨基酚（扑热息痛）、索密痛（去痛片）、异丁苯丙酸（布洛芬）、吲哚美辛（消炎痛）。

（3）冬眠疗法：对于过高热、高热惊厥、谵妄患者，可用冬眠疗法，即用氯丙嗪、异丙嗪、哌替啶等药物，按病情需要静脉点滴治疗。也可酌情应用镇静剂（如地西泮、苯巴比妥）。

（4）静脉补液：对于病情较重或有脱水者应适当补液。

（5）针刺降温：针刺大椎、合谷、曲池、十宣等穴位，采用强刺激。

（6）加强口腔护理及皮肤护理，保持清洁。

失　眠

【概述】

人体的正常睡眠是5～10个小时，成年人平均每天睡7.5个小时；儿童的睡眠时间较长，而老年人的睡眠时间相对少得多。

失眠是最常见的睡眠障碍。夜里睡不好，麻烦真不少。据上海市统计，约15%的人经常睡不好或睡不着觉。由于经济和生活竞争造成的心理压力加大，其中由精神心理因素导致的失眠者占70%以上。因疲劳而造成的交通事故中，60%是由于司机睡眠不足3.5小时引起的。

睡眠困难可能发生在任何年龄段，但31～50岁年龄段的人患失眠症的最多。从职业上看，经营人员、财务人员、公务员、下岗工人占多数；从性别上看，女性更易患失眠症，这与女性容易陷入情绪消沉、肌肉疼痛和慢性疲劳等状态而影响

睡眠有关。

根据失眠的持续时间，可分为短暂性失眠（失眠持续时间小于3周）和长期性失眠（失眠持续时间大于3周）。健康人可因过度兴奋或紧张而失眠，可以不必在意，俟兴奋紧张过去以后，睡眠可以自然转为正常。

【病因】

1. 生理因素：短期性失眠多见于应激情况，如考试前、环境改变、女性经期、睡前喝咖啡或浓茶等。睡眠的正常生理节律被扰乱，则可引起失眠。日常生活、工作或环境问题，如日夜班工作、跨时区飞行旅行，都可扰乱正常生理睡眠节律，导致失眠。

2. 心理因素：有些人在工作节奏快、压力大时，精神过度紧张，有事儿心里就放不下，有大任务临头，便睡不好，往往躺下了，还在不停地思考各种工作问题，无法安然入睡，即使睡着了，梦中也会浮现出各种影像。

有的失眠患者是由于婚姻、家庭、人际关系导致焦虑、恐惧、忧郁、兴奋、发怒，心情紧张及长期的心理冲突，或生活中遭受重大挫折和不幸，均可导致失眠。夜间醒后无法再次入眠。

性格内向的人，遇到不顺心的事情，因不善于表达，易致情感低落，引发失眠。

3. 疾病因素：常见的发热、疼痛、咳喘、瘙痒，均可引起失眠。心、肺、肾等脏器功能衰竭、内分泌疾病，以及呼吸暂停综合征等，也易引起失眠。中枢神经系统疾病往往伴有睡眠异常，如痴呆、帕金森病、神经症（焦虑症、抑郁症等）、精神分裂症等疾病，多伴有失眠症。

4. 药源性因素：有些药物可引起失眠，常见的有甲状腺素、抗心律失常药、口服避孕药等。长期使用中枢神经兴奋剂，如苯丙胺，可引起失眠。突然撤除催眠药物，如速可眠，也会引起反跳性失眠。

5. 不良生活习惯：过度吸烟、饮酒或喝浓茶、咖啡均可引起失眠，尤其是临睡前饮用后，更易引起失眠。

6. 环境因素：周围环境噪声、室内拥挤、强光刺眼或高温、潮湿，均可造成失眠。

7. 年龄因素：老年人睡眠时间较少，而且由于躯体疾病的原因，可引起睡眠质量下降。

【诊断】

失眠症患者的主要症状，表现为睡眠时间不足，如入睡困难，入睡后经常觉醒或晨间醒得过早等；或者睡眠质量不高，如睡眠不深、打鼾、多梦等。失眠者越不能入睡越烦躁，越烦躁越兴奋，这种心情常加重失眠，睡后易醒或早醒，或兼而有之，此时常伴有噩梦，晨起后感四肢倦怠，头脑不清晰，情绪常低沉或焦虑。

失眠与失眠症不同。非器质性

失眠症的诊断为：

（1）患者主诉入睡困难，难以持续睡眠。

（2）这种睡眠紊乱每周至少发生3次并持续1个月以上。

（3）睡眠紊乱造成患者明显的苦恼，或影响了其生活的个人功能活动。

（4）不存在造成这种状况的器质性因素，如神经科或其他内科疾病或服用某种药物。

【治疗原则】

治疗失眠的方法，最常用的有药物治疗、心理治疗和自我调节治疗。

单纯依赖安眠药并不可行。早期的轻度失眠，经过自我调理完全可以消除。自我调理包括生理与心理两方面。

1. 失眠症的行为疗法：行为疗法的目的是培养患者良好的睡眠习惯。患者应在有睡意时再上床休息；除睡觉外，不在床上躺着看书或看电视等；如果躺下15～20分钟还不能入睡时，就起床做些其他活动，如此反复，直到能入睡时为止；同时要坚持每天早上在同样时间起床。

睡前可洗个热水澡，或烫个热水脚。听听节奏舒缓的轻音乐，可帮助放松；或在睡前喝一杯热牛奶，也有利于入睡。但睡前不要喝浓咖啡或浓茶等刺激性饮料。

入睡前可抽出一些时间，如十几分钟，把白天的事情想一想，将第二天要做的工作简单做个计划，不要带着问题上床。

对待失眠应顺其自然，不要强迫自己入睡，采取能睡多少就睡多少的态度，听任睡眠的自然来临，反而在不知不觉中较快入睡。应尽量减少或避免白天打盹，以增加夜间睡眠。老年人如果需要，可在中午小憩30分钟。

2. 药物治疗原则：小剂量、短时间使用安眠药是治疗失眠症的手段之一。服用安眠药物，最好是根据失眠的轻重与类型，由医生指导使用。如果长期服用，最好常改变药品的种类，因长期服用可以出现耐药性。出现耐药后，一般剂量即不起作用，需要增加药量，随之药物的副作用增加，影响身体健康。

服药前心情应平静，相信服药后能入睡，一般是睡前15～30分钟服药，一次服足量，卧床后全身放松即可渐渐入睡。醒后可感到身体轻松，心情愉快，头脑清晰。但肝肾功能不良者应慎用。

药物治疗失眠有五个基本原则：

（1）使用最低有效剂量。

（2）间断给药，每周2～4次。

（3）短期用药，连续用药不超过4周。

（4）逐渐停药，不要突然停药。

（5）注意停药后失眠反弹，减药要缓。

另外，应注意的是，孕妇、睡眠呼吸暂停综合征患者和肝肾功能不全的患者，服用催眠药时要慎重。另外，从事驾驶或操纵机器的人员

应注意，服用安眠药后能影响判断及精细操作。

3. 常用药物：临床上广泛使用的催眠药物为苯二氮䓬类和巴比妥类，用于诱导睡眠。

这些药物可分为短作用药和长作用药。短作用的有奥沙西泮（去甲羟安定，舒宁）、劳拉西泮（罗拉）、三唑仑（海洛神）；长时间作用药有地西泮（安定）、利眠宁、硝西泮（硝基安定）、氟西泮（氟安定）等。

一般而言，短作用药比长作用药的副作用要少一些。用药一般从小剂量开始，如不能奏效，应逐渐增至获得理想的效果为合适剂量。服药应在临睡前半小时服用。

4. 用药选择：入睡困难者，宜选用起效时间快和持续作用时间短的药，如三唑仑等，既可诱导快速入睡，又可避免次日晨起困倦、过度镇静。夜间易醒和早醒者，宜选用持续作用时间长的氟安定和硝基安定等。

常用剂量：氟西泮（氟安定），15～30 毫克；硝西泮（硝基安定），5～ 10 毫克；艾司唑仑（舒乐安定），2～4 毫克；三唑仑，0.25～0.5 毫克；苯巴比妥（鲁米那），0.03～ 0.09 克。超过上述剂量，应在医生指导下服用，以免出现不良反应。

肥 胖

【概述】

肥胖不应该被单纯看作是身体脂肪含量过多，而应该被视为一种以身体脂肪含量过多为主要特征、多病因、能够合并多种疾病的慢性疾病。

肥胖是心脑血管疾病、高血压、糖尿病和血脂异常等疾病公认的高危因素。肥胖症还与骨变性疾病、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征、胆囊疾病及肿瘤等的发生相关。

肥胖对儿童和青少年的生长、发育，也会产生一定影响。如肥胖婴儿学会走路比正常婴儿晚，容易发生扁平足、膝内翻或外翻，以及髋关节内翻等畸形。肥胖少年儿童易出现高血压、血脂异常症及糖代谢异常，严重的可以发生糖尿病，从而加速动脉硬化的形成，使得成年后心脑血管病发生提前。

肥胖可能导致少年儿童呼吸困难，使他们更加容易发生肺炎、支气管炎，还可能引起患儿脂肪肝、胆石症以及性发育异常等。另外，比起普通儿童来，肥胖儿童更容易在成年期发生肥胖。

肥胖可能影响两性的性功能及生育能力，造成性生活质量的下降

和不育。此外，肥胖可能与乳腺癌、子宫内膜癌和前列腺癌的发生有关。

并发症是肥胖对健康最大的危害。即使是没有任何临床症状的轻、中度肥胖者，患高血压、糖尿病、血脂异常症、冠心病、脑卒中、痛风、关节炎、下肢静脉曲张以及某些癌症的机会也显著增加，结果往往导致患者的平均寿命缩短。

目前我国肥胖症的患病率逐年上升，尤以大中城市发病率为高，但却未引起社会各界的广泛重视，特别是儿童肥胖，使肥胖症成为公共卫生问题。

肥胖治疗的终极目标，并非仅仅是将体重降至理想正常范围，而是将与肥胖的相关疾病，如高血压、糖尿病、血脂异常的危险性降至最低。一般体重减轻5%～10%，就可使危险性显著降低，在患有2型糖尿病或高血压病的肥胖者中，只要其体重减轻5%，就可明显改善其血糖水平，或减少其降压药的用量，并可改善其血脂状况。

一般主张，只有在肥胖症已经明显危及健康的患者，并且控制饮食、增加有氧运动、改善生活方式和不良生活习惯等方法不能有效减轻体重的情况下，才可以开始应用药物治疗。

【病因】

按其病因不同，肥胖可分为原发性肥胖和继发性肥胖两大类。绝大多数肥胖属于前者，继发性肥胖占肥胖的比例仅为1%。

原发性肥胖又称单纯性肥胖，可能与遗传、饮食和生活习惯有关。继发性肥胖则是指由于其他疾病导致的肥胖，如下丘脑性肥胖、垂体性肥胖、甲状腺功能低下性肥胖、库欣综合征导致的肥胖、性腺功能低下性肥胖、多囊卵巢综合征伴肥胖及先天遗传性肥胖等。

体重主要是由热量的摄入、能量的消耗和基础代谢率决定的。

肥胖有时是内分泌或代谢紊乱的一种表现。不过，大多数人的肥胖是由于能量摄入过多，消耗相对不足，造成能量失衡的结果。

进食量增加，尤其是饮食中的脂肪增加，是能量摄入过多的最常见原因；而能量消耗减少，则往往是惯于久坐、身体活动不足的结果。因此，对于肥胖症患者来讲，减肥主要依靠控制饮食的摄入、加强运动锻炼和体力活动，改善生活方式。配合心理治疗和行为纠正，也是治疗肥胖病措施的基本内容。

【诊断】

健康人体内脂肪约占男性体重的20%，女性的25%。因此，测量体重是为肥胖症提供指征的最简便方法。

目前普遍应用体重指数（简称BMI）来进行肥胖症测定，它是以千克为单位的体重除以身高（以米为单位）的平方。

我国人群最适BMI以20～22千克/米^{2}为宜，BMI≥27千克/米^{2}为肥胖，BMI在25～27千克/米^2

可诊断为超重，较世界卫生组织标准为低。

腹部肥胖是亚洲人肥胖的显著特征。因此，为了测定腹部肥胖，简便的方法是取腰/臀比值。腰围是指剑突与脐之间最小的水平周长；臀围是指环绕后面的臀部和前面的耻骨联合的最大周长。按照常规，我国男性腰围≥102厘米，女性≥88厘米，或者男性腰/臀比≥0.90，或女性腰/臀比≥0.85，则认为是中心性肥胖病。

肥胖者常感乏力、气促、活动困难、关节疼痛、下肢水肿等，严重时甚至失去生活自理能力。患者常感形体不美，活动不便，因而容易出现自卑、抑郁、焦虑等心理障碍，使日常生活和社会活动受到限制，生活质量明显下降。

肥胖患者应当去内分泌科或内科诊疗。医生可能要做一些化验检查，如查血糖、尿糖，进行糖耐量测定、肾上腺皮质功能测定、基础代谢测定等。

【治疗原则】

肥胖和高血压、糖尿病一样，同属于慢性疾病，因此需要患者长期、不间断的终生治疗。

肥胖的治疗主要是生活方式的调整和饮食的控制，以及选择合适的运动方式，并且持之以恒，才能达到降低体重的目的。减肥药物的应用也是重要的，但选择一定要慎重。

减肥的主要目的是减少体内过多的脂肪，这只能通过消耗体内过多的脂肪来实现。饮食控制和运动疗法是减肥最基本和最重要的方法。从能量角度讲，肥胖者是摄入量大于消耗量，致使过多的能量以体脂的形式加以贮存。不管摄入什么，总热量控制是至关重要的。

一般减肥方案是每日供给量减少200～400千卡（1千卡＝4.18千焦）热量，相当于少吃100克主食或100克瘦肉与一杯牛奶。推荐低热能、低碳水化合物、高蛋白、适量脂肪、高纤维素饮食方案，有利于减重，而又不影响身体体质。控制糖果、糕点、花生、啤酒等食物，宜多吃黄瓜、冬瓜、黄豆、山楂、葱头、白萝卜和海带等。

行为治疗非常重要。要逐渐改变进食行为。多数肥胖的老年人都有一些不良的生活、饮食习惯。但他们自己却意识不到。除计划吃什么、吃多少外，还应注意进食方式和环境。少吃煎、炒、炸的食物。进食速度越快，达到同样饱腹感所需要的食物就越多。减慢进食速度、增加咀嚼次数，能有效地减少摄食量。避免进食时看电视和听广播，在疲乏、厌烦、忧郁期间进食应克服冲动。

正确分配好三餐也是肥胖病患者应该注意的问题。一些患者不吃早饭或很少吃早饭，午饭特别是晚饭进食较多，还有的睡觉前加餐。一般人在晚上很少有体力活动，与白天相比，晚间的能量支出明显减

少，如果晚间入量多，就会使多余的能量以脂肪的形式储存起来，日积月累就会导致肥胖。因此，要让患者改变这种三餐分配方式，在低热量的前提下适当增加早、午餐的比例，尽量减少晚餐量。

让患者每日做饮食记录，每日起床后、早饭后、晚饭后及睡眠前测体重，加强自我监测。如果能使肥胖病患者的家庭成员一起参加，而不是仅对肥胖病患者一人进行行为矫正，则可取得更好的效果。

运动是耗能的主要形式，每天坚持30分钟的低强度运动，不但有助于体脂的分解，而且也不容易引起饥饿。应鼓励肥胖者进行有益于健康的体育活动，特别是有氧运动。这样可以增强心血管健康和耐力，增强胰岛素作用和免疫状态，这些比单纯降低体重还重要。因此，每一个减肥计划都必须包括适当的体力活动。

药物治疗适用于经控制饮食及运动锻炼12周，减重少于2千克；因易饥或明显多食引起的肥胖；有与肥胖相关的疾病，如糖耐量降低、高血压、高脂血等；有肥胖的严重并发症存在，如睡眠呼吸暂停综合征、严重的骨关节炎、反流性食管炎等，无效才考虑用药。即使用药，仍不能忽略控制饮食及运动锻炼，否则疗效是不理想的。

治疗肥胖的理想药物，应能有效地减轻体重，副作用小，无成瘾性，且有助于调整生活方式。目前常用的减肥药物有两大类。

1. 中枢神经作用减肥药：

（1）芬特明、安非拉酮：能有效作用于神经中枢，抑制食欲与减重。但此类药有成瘾性，对中枢神经系统有刺激作用，只推荐短期用药。

（2）西布曲明：能增加饭后饱腹感而不是破坏食欲，减少脂肪成分摄入，较少饮食限制，有效减少腹部和内脏脂肪。但服用本药应与饮食及行为疗法联合应用。该药的不良反应有头痛、失眠、焦虑不安、胃肠炎、胀气、腹泻、便秘、腿部痉挛、肌张力增加、口干、瘙痒、呼吸困难，还可引起剂量相关性的血压升高和心率加快。在治疗前及治疗中要定期监测血压，如有血压持续升高或心率持续增快，则应考虑减少西布曲明的用量或停药。

2. 非中枢神经作用减肥药：

（1）胃肠道脂肪抑制剂：这类药物以赛可尼为代表，是一种新型非全身作用的减肥药物，通过抑制小肠中的胃肠道脂肪酶而发挥减肥效应，有效减轻体重，并减少与肥胖的有关危险因素，同时不会影响适量的脂肪和其他营养素的吸收，从而保持良好的健康状态。常见的不良反应为大便有油点、排气增多、大便紧急感、油性大便、排便次数增加及大便失禁。这些不良反应较为轻微且为时暂短，多发生在治疗早期（3个月内）。

（2）降血糖药：二甲双胍不仅

是治疗糖尿病的常用药，而且它也具有减肥作用。副作用为偶有引起胃肠道不适、恶心、呕吐、腹泻、胃痛等症状，偶也可产生过敏性皮疹。但这些药主要是降血糖，不能算是减肥药。降血糖的磺脲类反而会使体重增加。其他降糖药物还有葡萄糖苷酶抑制剂，常用药物有阿卡波糖和优格列波糖。

有些药因为它们的不良反应或疗效不确切而被淘汰。例如，服用甲状腺素可增加新陈代谢，使人消瘦，但这是人为的甲状腺功能亢进。为减肥而造成另一种病，并不可取。还有一些兴奋剂，如麻黄碱类、咖啡因、苯丙胺类等，也可减肥，但中枢兴奋作用太明显，有的容易成瘾，当然不能用。此外一些泻药，长期使用后可使体重减轻，但慢性腹泻会引起营养不良，也不应该用。有人用中药减肥，但疗效不很确切，有些中药可引起腹泻，所以在国际上没有被公认。减肥茶属于保健品，不是药，当然不是减肥药，因此也谈不上疗效。

总的来说，由于减肥药的疗效和不良反应都很复杂，所以服用时应该在医生指导下应用，不宜自己购来吃。

消 瘦

【概述】

体重比标准体重低20%以上，就属于消瘦。

【病因】

消瘦常因长期营养供应不足或吸收不良而引起。摄入的能量严重不足，或者身体的消耗过多，都会造成消瘦。食物缺乏多发生在荒年或战争年代。在正常条件下，则多由于偏食、禁食或素食。

还有的则是身体的生理需要量增加，多由于妊娠、授乳、儿童生长发育等生理原因。婴幼儿往往由于乳汁不足，或断乳后饮食供应不合理，或并发其他传染病而引起消瘦。

另外，患某些慢性疾病时，由于食欲不振，吸收不良，分解代谢亢进，消耗增加，合成代谢障碍以及大量流血、渗出等，使摄入的蛋白质和能量不能满足身体的需要而发生。

最常见的疾病有癌症、贫血、肾病、失血、发热、心脏功能代偿不全、慢性胃肠炎、结核病、肝硬化、腹水、寄生虫病以及某些外科手术以后。某些内分泌疾病，如甲状腺功能亢进、糖尿病、垂体功能减退、肾上腺皮质功能减退等，也会引起消瘦。

【诊断】

消瘦的儿童明显矮小，瘦弱，皮下脂肪消失，皮肤干燥松弛，多皱纹，失去弹性和光泽，双颊因脂肪垫消失而凹陷呈猴腮状；体弱无力，颓废不振，对寒冷气候敏感；脉搏减慢，血压和体重降低。成人的突出表现为消瘦无力，常并发干眼病、腹泻、呕吐、脱水、酸中毒及电解质平衡紊乱等。

消瘦是某些疾病的一种表现，所以，要查清原发疾病，找出引起消瘦的原因，对症进行有效的治疗。

【治疗原则】

治疗引起消瘦的原发疾病是关键。同时，主要是供应合理的膳食，以满足身体的营养需要。蛋白质和能量供应量应高于正常需要量，并保证供应充足的维生素和矿物质，少量多餐。

患神经性厌食症的人，常是刻意减肥的女性。由于长期厌食、拒食，而出现一系列神经、内分泌功能的紊乱，不仅消瘦，而且会出现闭经、乳房萎缩、心跳加快、血压偏低。对于这样的患者，还应进行心理咨询或心理治疗，说服她们放弃不科学的减肥方法，恢复正常饮食。

水　肿

【概述】

当身体内血管以外的组织间隙中有过量的液体潴留时，就会发生水肿。水肿可以是全身性的，也可以局限于身体的某一个部位。水肿液一般从血液中渗出。水肿常是某些疾病的信号，心脏病、肝脏病、肾脏病、内分泌疾病及某些营养不良性疾病等，都可出现水肿症状。

但是，有些水肿并非是疾病的表现，而是一种生理反应。如特发性水肿，常见于20～40岁女性。她们往往在早晨起床后，眼睑及颜面常出现轻度水肿，下肢皮肤有凹陷性水肿或紧绷感，午后逐渐自行减轻消退。特发性水肿的机制还不清楚，可能与神经、精神因素及自主神经功能紊乱有关。

【病因】

1. 心源性水肿：水肿主要是右心功能不全或心包疾病的表现。风湿性心脏病、高血压性心脏病等患者，当病情发展到右心功能不全的阶段，可以引起全身性水肿。患者有心脏病病史和相应的症状。主要临床症状有心慌、气短、呼吸困难、嘴唇发紫（即紫绀），水肿甚至出现胸水和腹水。主要体征有颈静脉怒张、肝肿大、静脉压升高。

心源性水肿的特点是，水肿首

先出现于身体的下垂部分。常见的水肿部位有足、踝、小腿、阴囊等。病情严重时，出现全身性水肿，下肢、上肢、颜面部都会有水肿。患者的身体姿势变换，也可能影响水肿。如侧卧时，下侧水肿较为显著；坐起时则下身和阴囊部位的水肿比较显著。

2. 肾源性水肿：患急性肾炎、慢性肾炎和肾病综合征的患者，都会出现水肿症状。急性肾小球性肾炎的早期，患者晨起时水肿出现在上下眼睑、颜面部位，为非凹陷性水肿。肾病综合征的全身性水肿常最明显。高血压、尿改变（蛋白尿、血尿、管型尿）、水肿和肾功能损害是肾脏病的主要表现。

3. 肝源性水肿：患有肝硬化、肝癌、肝坏死的患者，也会出现水肿。水肿通常先出现于脚踝部，以后逐渐向上蔓延到小腿或整个下肢，而头面部常无水肿。病情严重时出现腹水，腹部向外凸出。患者可有肝炎、饮酒和肝病史，并有黄疸、肝脾肿大、蜘蛛痣、出血倾向、腹壁和食管下段静脉曲张等表现，伴有肝功能损害，血浆白蛋白减少，血浆球蛋白增加。

4. 营养不良性水肿：由于慢性消耗性疾病（如结核病、恶性肿瘤）、长期营养缺乏，特别是食物中缺乏蛋白质，可造成营养不良性水肿。患者面色苍白，皮下脂肪减少，颜面肿胀，全身水肿，血浆白蛋白明显减少。

5. 其他原因引起的全身性水肿：

（1）内分泌性水肿：甲状腺功能减退（也称作“黏液性水肿”）患者体重逐渐增加，皮肤出现无凹陷水肿，颜面部水肿比较明显。肾上腺皮质功能亢进患者的肾上腺皮质激素分泌过多，体重明显增加，同时出现全身性水肿。

（2）经前期紧张综合征：有些健康女性在月经来潮前1周或半月内，出现眼睑、手背、脚踝，甚至双下肢轻度水肿，常伴有乳房胀痛及下腹盆腔部沉重感，以及烦躁、易怒、失眠、懒散、疲乏等症状。这种水肿多与随月经周期变化的体内神经-内分泌功能改变有关，月经后水肿自然消退。

（3）长期贫血。

（4）妊娠期水肿：怀孕期间出现妊娠高血压综合征（简称妊高征）时，患病孕妇有高血压、恶心、呕吐等症状，尿液化验有蛋白尿出现。同时还会出现水肿。水肿以小腿，尤其是脚踝部最为明显。

（5）特发性水肿。多属轻度浮肿，多见于女性，水肿以身体下垂部位较明显，可能与内分泌失调有关。

（6）服用某些药物后，脸、手、足出现水肿，停药后水肿即消退。如使用肾上腺皮质激素、雄激素等药物，可引起体内水钠潴留，导致水肿。

6. 局部性水肿：

（1）静脉阻塞性水肿：血栓性静脉炎或血栓形成，造成血流不通畅，可出现一侧性或者局部性水肿。一侧下肢肿胀、增粗，多是静脉血栓形成所致，常见于中老年女性，两侧同时发病较为少见。本病常发生于严重创伤、大手术长期卧床休息之后的患者。这些患者因下肢活动减少，导致静脉血栓形成，血栓多发生于髂、股静脉处。血栓固定者造成下肢静脉血回流受阻，引起下肢肿胀、增粗、疼痛、活动不便，长期发展还可形成溃疡。血栓一旦游离脱落，沿下腔静脉回流到肺部，还可造成肺栓塞，常来不及明确诊断及治疗，即发生猝死。

（2）肿瘤压迫：肿瘤压迫某一段静脉血管，会造成局部水肿。如胸腔纵隔部位肿瘤压迫上腔静脉，可以引起患者面部、颈部、上肢和上胸部的水肿。腹腔肿瘤如果压迫下腔静脉，可引起下肢水肿。

（3）妊娠：正常怀孕妊娠后期，由于子宫明显增大，会压迫静脉，造成下肢，特别是足踝部位的水肿。

（4）淋巴阻塞性水肿：淋巴循环受阻，会出现局部性水肿。如丝虫病。

（5）神经血管性水肿：由人体变态反应性疾病引起。多见于面部、唇、舌等处，患者有对某些药物或食物的过敏史。

（6）感染中毒性水肿：局部皮肤感染后，会引起皮下组织的蜂窝织炎，在局部出现水肿。

【诊断】

了解水肿的部位，对于分析水肿产生的原因，具有重要意义。

如为全身性水肿，首先要考虑是否罹患肾脏疾病、心功能不全、肝硬化或者严重营养不良。早晨起床后颜面部及眼睑水肿明显，常是肾脏病的开始。身体的上半身有越来越加重的水肿，应考虑是否肿瘤。除全身性水肿外，还有腹水，可能有肾脏病、肝硬化，或是心功能不全、营养不良。如患者除有水肿、腹水以外，还有脾脏肿大，就很可能是肝硬化。如患者只有两侧下肢水肿，应考虑是否是肾脏病或心脏病。当然，腹水、怀孕的子宫、卵巢肿瘤都可能压迫静脉，造成下肢水肿。只有一侧下肢水肿，就有静脉血栓或丝虫病的可能。

按压皮肤是否凹陷，可以反映水肿的严重程度。一按一个坑的凹陷性水肿，表示水肿的程度比较严重；非凹陷性水肿表示属于轻度水肿，或者属于淋巴管梗阻。如果水肿的皮肤局部有红肿、发热和压痛，这类水肿就可能属于发炎以后造成的水肿。

尿常规检查对确立肾性水肿有较大价值。血生物化学检查，如尿素氮、肌酐及电解质异常，对肾性水肿有诊断价值。肝功能检查则对肝源性水肿有诊断意义。如果怀疑心源性水肿，应作胸部X线拍片、超声心动图、心电图以及心导管检查。腹部B超、CT检查等，对诊

断也有帮助。

【治疗原则】

1. 针对病因进行病因治疗，是治疗水肿的重要措施。如风湿性心脏瓣膜病引起的水肿，应用药改善心功能。

2. 严格限制饮食中的盐量和其他含钠饮食，适当限制饮水量。

3. 根据病情，必要时使用利尿药物。

有些水肿不需要治疗，如月经前期水肿随着月经来潮，排尿增多，水肿可逐渐消失，恢复正常。人到老年，心、肝、肾等器官功能逐渐衰退，血管壁渗透性增高，常出现轻度水肿，但经各科检查均无异常发现。这种水肿时轻时重，常常自行消失。妊娠性水肿常常出现在小腿和脚面，如果是轻度水肿，血压检查正常，化验尿中无蛋白及其他异常，待分娩后水肿会自动消失。肥胖者皮下组织增多，对浅静脉的支撑作用减轻，血管易扩张，下肢静脉压升高，血液淤积，导致血液及组织液回流受影响而致水肿。肥胖消失后，水肿就没有了。有些药物，如避孕药、吲哚美辛（消炎痛）、肾上腺皮质激素等，均有水钠潴留作用，经常服用这些药品可致水肿，停药后会逐渐消失。特发性水肿比较常见，多与情绪、季节、环境有关，常常自行消失。长时间行走、坐车船、乘飞机等，由于缺少活动，下肢静脉回流可受阻。有的人由于工作性质的缘故，往往站立时间过长等，可造成下肢水肿，这种水肿休息后常可自行消失。

疲 乏

【概述】

疲乏又称为疲劳，也就是经常说的“累”。疲乏是极为常见的生理现象。生理性疲乏经过较短时间的休息或睡眠，并且补充足够食物，就又重新恢复正常。

生病时候也会产生疲乏。病理性疲乏往往发生在正常人不应发生疲乏的时候而出现了疲乏现象，以致影响正常工作、学习。病理性疲乏的疲乏程度，比生理性疲乏更深，持续的时间也更长。经过短暂的休息并不能解除。许多疾病的开始，往往是患者先从感觉到疲乏才意识到的。

【病因】

1. 传染病：急性传染病在发病前的前驱期以及病愈后的恢复期，都会出现疲乏。患有某些慢性传染病，疲乏是主要症状之一。常见的有肺结核病、肝炎等。肺结核患者多有不明原因的疲乏，伴有午后低

热、消瘦。查痰菌、拍胸部X线片，可发现肺结核病。肝炎患者食欲欠佳，厌油腻食物，恶心，右上腹部疼痛、闷胀。化验检查肝功能是诊断肝炎的重要方法之一。

2. 感染性疾病：一些由细菌引起的感染性疾病，如胆囊炎、鼻窦炎、扁桃体炎、布氏杆菌病等，患者常有疲乏感受。布氏杆菌病是一种经常发生在牧区的疾病，患者多是与牛、羊有密切接触的牧民、兽医或从事屠宰行业的人。受到感染以后，患者经常发热，疲乏，肌肉酸痛。

3. 寄生虫病：患有血吸虫病、钩虫病、慢性疟疾、阿米巴痢疾等寄生虫疾病的患者，也会觉得疲乏。阿米巴是一种原虫的名字，阿米巴原虫可以寄生在人体内，引起阿米巴性肝脓肿或阿米巴痢疾。

4. 营养缺乏病：营养缺乏能引起疲乏，患有肝硬化、慢性腹泻、慢性肾炎，或维生素B缺乏时，患者都会感到疲乏。

5. 血液病：各种病因引起的血液病，如贫血、出血性疾病和白血病的患者，都可能出现疲乏症状。

6. 代谢性疾病、内分泌性疾病：人体的内分泌器官，有垂体、肾上腺、甲状腺、甲状旁腺、胰岛等。在男性，还有睾丸；女性则有卵巢。

患有内分泌系统疾病的人，都有明显的疲乏。常见的甲状腺功能亢进患者，都诉说自己非常疲乏。得了这种病，常具有一些典型的症状，如眼睛向外凸出、脖子粗、心慌、爱发脾气等。代谢性疾病中，血钾过低或过高，都会有疲乏无力的感觉。

7. 心血管系统疾病：患有心脏病的人，普遍有疲乏的症状。例如，患有先天性心脏病的孩子，稍微参加一些体育活动，马上就累得蹲在地上。心脏病发展到了严重心力衰竭的时候，患者更是成天卧倒在床上，一下地走动，就累得支持不住了。

8. 中毒：慢性酒精中毒的人，整天提不起精神来，总觉得很疲劳。经常服用安眠药的人，也觉得自己疲乏、无力。患有其他慢性中毒的人如铅中毒、吸食毒品，都有疲乏的症状。

9. 神经疾病和精神疾病：有些神经疾病，例如重症肌无力，常表现为局部性的肌肉疲乏。患这种病后最突出的症状，是患病的肌肉重复活动不长，迅速疲乏无力，经过休息以后，肌力又有不同程度的恢复。因此，患者早晨起床情况较好，到了晚上就会加重。最常见的是眼睛的肌肉，患者的眼皮下垂，出现复视、斜视。如果受累的肌肉是咀嚼肌和吞咽肌，患者不但吃东西受到影响，甚至喝水的时候，水也会从鼻孔里流出来。

患有神经症，如失眠的人，成天疲惫不堪。焦虑症患者更是疲乏得厉害。许多精神病患者在患病的

早期，症状也是从疲乏开始的。

人的负性情绪变化，会伴随疲乏。例如，事业受到挫折，心情沮丧、烦躁的时候，都会同时出现疲乏。

11. 其他：得了癌症，或者患有风湿病、皮肌炎等疾病的时候，患者也会出现疲乏。

【诊断】

近年来，有关“第三态”的说法，值得引起人们注意。疲乏是第三态的重要表现之一，似病非病，未病已病。

疲乏作为疾病的一种症状，主要是患者的主观感受，还难以用其他客观的指标进行检查。特别是它往往在疾病发生的早期就出现，所以难以与疾病联系起来。如果出现长期疲乏症状，应引起患者的关注，积极就医检查，发现原发疾病。

【治疗原则】

积极治疗原发疾病，加强病后康复，是消除疲乏的重要措施。同时，也要区分生理性疲乏与病理性疲乏，注意劳逸结合，主动休息。

疼 痛

【概述】

人人几乎都有过疼痛的经历。疼痛是一种不愉快的感受。手的皮肤被小刀划破了，手会疼痛；不小心崴了脚踝，脚脖子会疼；头皮上长了疖子，头皮会疼痛。这些疼痛，你自己能找到原因。但是，许多情况下，虽然痛在自己身上，患者并不知道引起疼痛的原因。

【病因】

人体表面覆盖着皮肤和黏膜。皮肤和黏膜上有许许多多对疼痛敏感的神经末梢，医学上称为“疼痛感受器”。当皮肤、黏膜受到疼痛刺激时，疼痛感受器立即兴奋起来，把疼痛刺激通过神经传给脊髓。神经细胞又称为神经元。神经元和神经元之间并不直接相通，当疼痛刺激进入神经元后，神经元会产生一些化学物质，这些化学物质释放以后，将疼痛传导给下一个神经元。于是像接力赛跑一样，将疼痛刺激传导到能感觉疼痛的神经中枢。

比如，心脏上的血管供血不足，患者会出现心前区疼痛（即心绞痛）；坐骨神经受到压迫，会产生腿疼。患者只感觉疼痛，却不知道自己为什么会在这些部位疼痛。

一般说来，伤病在哪里，疼痛也就会在哪里，但是也并不都是如此。

例如，患者胆囊里长了结石，疼痛除出现在右上腹部，同时也出现在右侧的肩背部；又如，同样是

发生了心绞痛，有些患者感觉心前区疼痛，而有的患者却是上腹部的心窝疼痛。不会有无缘无故的疼痛。无论哪一个部位出现了疼痛，总有一定的原因。

【诊断】

最常见的疼痛有头痛、腹痛、胸痛、四肢关节痛、腰背痛等。有关内容见相关章节。

【治疗原则】

头痛、腹痛、胸痛等许多疼痛，都是疾病“报警”的信号。除了一些自己已经知道的疾病外，对于疼痛，都不要轻易放过，还是请医生详细检查为上策。遇到剧烈的疼痛，自己又找不出原因，无论疼痛在什么部位，一定要立刻去看医生。

如果出现了疼痛，不要先忙着吃止痛药片，因为在有些情况下，吃了止痛药，虽然暂时止住了疼痛，却也掩盖了真实的病情，增加了医生诊断的困难，特别容易误诊。

发生疼痛以后，要知道如何紧急处理。如果心前区疼痛，而且患者的年龄已经是50岁以上，尽管以前从来没有过冠状动脉供血不足的病史，也不要轻易放过。这个时候，舌下含1片硝酸甘油片，或许可以立即解决问题。

头　痛

【概述】

头痛本身并不是一种疾病，它只是许多不同疾病的一个症状。但是它往往是一个重要的“信号”或一个警告，提醒患者应该去看医生。

头痛伴发的其他症状，往往给诊断与鉴别诊断提供了重要线索，也是患者分科就诊的依据。

【病因】

1. 感染性疾病：引起头痛的常见原因，首推各种细菌或病毒引起的感染和发热。急起的头痛伴有发热，可能是某些急性感染疾病的开始，最常见的是感冒。其他还有上呼吸道感染、肺炎、肝炎、败血症等。脑膜炎、脑炎、脑寄生虫等疾病患者，肯定会产生头痛，应首先到普通内科或传染科就诊。

2. 颅内压增高：头痛伴有剧烈呕吐及意识障碍，常是颅内压增高的症状，提示有颅内病变。如无外伤史，青壮年患者常是因颅内动脉瘤破裂或脑血管畸形出血引起的蛛网膜下隙出血，此外还可见于脑膜炎、颅内肿瘤等疾病，应首先请神经科医生诊断。

如果在头痛出现之前，有工作效率降低、学习成绩下降、行为异常或生长发育迟缓，此时要提防患脑肿瘤的可能。同样，如果过去也

曾有过间歇性轻度头痛，如今头痛更加严重，这种进展性加重的头痛，强烈提示患有脑肿瘤的可能。

3. 脑卒中：头痛伴有口齿不清、失语、短暂的精神障碍或肢体活动障碍时，应想到高血压脑病和卒中（即中风），患者可到神经内科和心血管内科就诊，如有上述症状加上有昏迷者，应首先到神经内科急诊。

4. 三叉神经痛：头面部出现阵发性、电击样短促剧痛，并与进食的吞咽动作有关，常是三叉神经痛或舌咽神经痛的特征，应请口腔科、神经内科医生仔细检查。

5. 鼻窦炎和中耳炎：头痛局限于前额与颜面部，并伴有鼻塞、大量脓涕、嗅觉减退者，常为鼻窦炎所致；耳根部剧痛伴外耳道流脓者，是中耳炎的表现，这类头痛患者需到耳鼻喉科就诊。

6. 眼科疾病：头痛伴有进行性视力减退者，首先应到眼科排除屈光不正、青光眼、虹膜炎、眶内肿瘤等疾病，如已排除上述疾病，可继续到神经内科、神经外科就诊，排除颅内病变。

7. 职业中毒性疾病：长期接触有害化学物质，如铅、汞、有机磷、一氧化碳、二硫化碳引起的头痛，应请职业病专科医生检查，排除中毒性疾病。

8. 药物副作用：服用某些药物后引起的头痛，如服用尼莫通、阿托品、奎宁、心痛定等引起的头痛，常是药物的副作用，可到原就诊专科复诊。

9. 神经症：头痛伴有失眠、记忆力减退、易激动及烦躁者，多由神经症引起，应先到普通内科或神经内科、精神病科就诊。

10. 头部外伤：如果近期有头部外伤史，则要考虑头痛是否由头部外伤引起，或合并有颈椎损伤。但颈椎损伤除有头痛外，还表现有斜颈或颈椎活动受限，以及上下肢活动受限。此种情况不容疏忽大意。

此外，突然发作的头痛伴有抽搐的患者，需请神经内科医生紧急诊治；头痛伴有糖尿病、低血糖或甲亢的患者，应到内分泌科就诊；头痛伴有白血病、贫血、凝血功能异常者，需到血液科检查；头痛伴有肾功能异常者，首先应到肾病专科就诊。

【诊断】

由于引起头痛最常见的原因是感冒发热。建议先测试一下体温，如果有发热但神志清楚，各方面行为也无异常，此时不妨先口服一些解热镇痛药物，如扑热息痛、阿司匹林等，可任选一种。

如果服药后热度下降，头痛减轻，并能安然入睡，醒后头痛完全消失，基本上可以放心。不过仍应继续观察一两天。如果热退后又重新回升，则应有所警惕，尽快就诊，以期进一步明确发热的病因，及时针对病因进行治疗。

目前，头颅 CT 和磁共振检查

可以发现相当多的头痛原因。但是不要一有头痛，就盲目要求做 CT 检查和 MRI（磁共振成像）检查，而忽略了其他专科的检查。

有些神经系统疾病，除了可以引起头痛外，往往还伴有其他症状。因此，在出现头痛时，还应该密切观察是否伴有以下征象：

（1）神志不清或嗜睡不醒。

（2）头痛伴恶心、呕吐，特别是出现与饮食无关的恶心、呕吐。

（3）颈项强直，即仰卧抬头时，下颌不能靠近前胸。

（4）容易从睡眠中痛醒。

（5）当咳嗽、屏气、用力时，头痛加剧。

（6）一侧的上下肢（偏身）感到无力或麻木。

（7）一侧或双侧视力突然减退或失明，出现复视、口角歪斜等症状。

（8）言语表达困难。

（9）全身或局部出现抽搐。

上述任何一种症状均是危险信号，一旦发现，应迅速去神经专科就诊，切勿延误。

【治疗原则】

由于引起头痛的原因很多，所以在未明确诊断之前，一般不要服用镇痛药物止痛。

头痛的严重程度，与疾病的严重程度之间并没有必然的联系。很轻的头痛，可能隐藏着一种严重的疾病，如患有脑瘤的患者，可以没有头痛的症状，却直接威胁患者的生命。但是，有些剧烈的头痛，如患有神经症的头痛患者，却可能查不出什么大的问题。

头痛是一种常见的症状，大多是功能性的，真正由脑部器质性疾病（如脑肿瘤、脑炎、脑膜炎、脑内出血等）引起的，只占极少数。因此，当突然发生头痛时，大可不必惊惶失措，但也不能疏忽大意。

如果诊断明确以后，则需要进行针对原发疾病的治疗。在家庭内治疗头痛，一般服用止痛药物即可，常用的是解热镇痛药物。

咳　嗽

【概述】

咳嗽是呼吸系统疾病各种症状中最常见的一种。

咳嗽是人体的一种保护性反射动作。在吸烟及其他有害因素刺激下，或分泌物干燥黏稠，纤毛的清除功能减弱，痰液则难以咳出，容易引发其他呼吸系统疾病。另外，呼吸道受压或胸膜受到刺激，也会出现咳嗽。

咳嗽时，呼吸道内的异物或痰中的微生物，都会顺咳嗽排出。所

以有时要鼓励患者咳嗽。只有当咳嗽发作频繁，影响患者的休息和睡眠时，才给患者服用一些止咳的药物。

【病因】

1. 呼吸道感染：上呼吸道、咽、喉急性炎症及百日咳、急性支气管炎、慢性支气管炎、支气管扩张症、支气管哮喘、支气管肺炎、肺炎、肺结核、肺脓肿、胸膜炎、气胸、胸腔积液等呼吸道感染性疾病都会引起咳嗽。慢性支气管炎、慢性咽炎、支气管扩张患者经常咳嗽，但是健康状况比较好。

儿童有阵发性咳嗽，而且先是一阵阵痉挛性咳嗽，接着伴有一次带有鸡鸣声的呼吸，要考虑是否患百日咳。百日咳是一种儿童的传染性疾病。患者以持续咳嗽为主。

支气管哮喘者除咳嗽外，还有呼吸困难。隔着胸腔，能听见患者的胸腔里有“嘶嘶”的干性啰音（“啰音”是医学名词，指病理性的呼吸音，分为干性啰音和湿性啰音两种）。

咳嗽伴有脓痰，可能是肺脓肿、支气管扩张。脓胸的患者若脓胸破入支气管，也会出现大量脓痰。

咳嗽伴有大量咯血，应想到肺结核病、支气管扩张、肺脓肿。如果咳嗽伴少量血丝，要想到肺癌的可能；咳嗽伴有呕吐，见于慢性咽炎或百日咳；咳嗽伴有胸痛，并且胸痛随呼吸加重，可能是患了胸膜炎；咳粉红色泡沫痰是肺水肿的表现。

2. 肺部肿瘤：肺部肿瘤压迫气管，会引起阵发性干咳。常见的肺部肿瘤有支气管肺癌、胸膜肿瘤、纵隔肿瘤和肺部转移癌。慢性咳嗽，伴有身体消瘦，体力逐渐下降，应当检查是不是有肺结核病，或者是生了肺部恶性肿瘤。

3. 肺外器官疾病：常见在左心功能不全时，患者常有干咳，后来出现血性泡沫样痰。

4. 呼吸道异物：婴幼儿突然发生剧烈咳嗽，可能是呼吸道吸入异物。

5. 肺部非细菌性炎症：放射性或化学性肺炎、肺部过敏性疾病等。

咳嗽患者就诊时，一般要做胸部X线或CT检查，可以发现支气管、肺部的病变。通过支气管纤维镜检查，可排除气管或支气管腔中有无异物和肿瘤，并能作活组织检查；痰液检查可发现病原体。

【治疗原则】

1. 病因治疗：从咳嗽的性质、节律、音色、出现的时间，及其他伴随的症状，可以推测出咳嗽的原因。通过对患者的体格检查、实验室检查，获得正确的诊断，并且给患者相应的治疗。

2. 痰多者，按咳痰处理。

3. 有过敏因素者，消除引起过敏的原因。

4. 戒烟。

咳　痰

【概述】

痰是喉以下的呼吸道内生理性或病理性的分泌物，并且借助咳嗽使之排出，这就是咳痰。正常人的呼吸道一天之内大约分泌 100 毫升的黏液，以湿润呼吸道黏膜。

当呼吸道患有炎症时，黏膜充血、水肿，黏液分泌增加；同时，毛细血管通透性增强，浆液渗出。渗出物与黏液及吸入的尘埃等混合，而成为痰。

【诊断】

1. 呼吸道感染：如果痰液是白色泡沫黏液性，一般是病毒或支原体、衣原体感染。黏稠的黄色脓痰，表示有细菌感染；咳铁锈样痰，是肺炎球菌性肺炎的特征；咳大量脓痰，而且痰有分层现象，可能是支气管扩张或肺脓肿。所谓分层现象，是指痰液静置后，上层是泡沫，中层是浆液性或浆液脓性，下层是坏死性物质；痰中有血丝或小血块，要考虑肺结核或肺癌。当然，慢性支气管炎在剧烈咳嗽以后，痰中也会有小量血性痰；咳赭石色或烂桃样痰，提示有肺吸虫病的可能。如果咳出的痰像巧克力的颜色，应当想到“阿米巴病”。前已述它可以寄生在人的肝脏或肺里，形成脓肿，这种脓肿痰的颜色像巧克力色。

咳痰的患者要注意化痰和排痰。特别是有肺气肿或肺心病的患者，痰多意味着合并有呼吸道感染。

呼吸系统患病后，为了帮助明确诊断，或者为了使治疗用药更加合理，经常要给患者检查痰液，进行细菌学、细胞学的检查，或者作细菌培养。

例如，怀疑患有肺结核的患者，就要查痰，把痰液经过染色等处理后，放到显微镜下检查，看能不能查找到结核杆菌。如果能在痰中发现结核杆菌，说明患者是排菌的传染源。怀疑患者患有肺癌，也要查痰，检查痰中是否有癌细胞。诊断肺炎时，医生还希望知道是什么细菌引起的，然后根据痰细菌培养的结果，决定给患者使用能最有效消灭这种细菌的药物。

收集痰液，需要患者密切配合。

正常人的口腔和咽喉里，也生存着许许多多致病或不致病的细菌。为了避免这些杂菌影响真正的检查结果，所以患者送痰液检查时，要按照下面的作法：收集痰液，以清晨的第一口痰最好。早晨起床以后，先用清水漱口 3 次（如果用 3% 双氧水漱口更好）。然后用力从肺深部咳出痰液，吐到消毒玻璃器皿或痰盒里。如果患者无痰，实在咳不出来，医生会用超声雾化、吸入高张盐水的方法，帮助患者排痰。咳出

的痰，要及时送检。一般取痰后应在半小时内送检。

【治疗原则】

痰多是肺部继发感染造成的。为了防止细菌蔓延，呼吸道内分泌物应尽快排出体外。根据病灶的位置及患者机体的状况，需要协助患者用不同方法排痰。

1. 采用体位排痰法：体位引流系借助重力影响，帮助支气管内分泌物排出。其方法是根据病灶位置，变换体位。一般采用90°侧卧位，头低脚高位，枕头放于季肋侧卧位，使其倾斜的角度在14°～15°，深呼吸10～15分钟。若引流的痰液排出不多，也可同时进行腹式呼吸，常可增加引流液的排出，一般每2～3个小时一次，或早晨起床或睡觉前等。

2. 拍背：给患者拍背时，五指要并拢，稍弯曲，使手呈弧形。由胸至背，由下而上，轻轻拍打，对于促进排痰、保持呼吸道畅通，也很有作用。

3. 合理选用祛痰药物：祛痰药是指能使痰液变稀，黏稠度降低，或能加速呼吸道黏膜纤毛运动，使痰液能顺利咳出的药物。常用的祛痰药物主要有以下几类。

（1）恶心性祛痰药：以氯化铵为代表，服用这类药物后，刺激胃黏膜引起轻度恶心，反射性地促使呼吸道分泌增加，使痰液变稀，易于咳出。又可覆盖在发炎的支气管黏膜表面，使黏膜少受刺激，从而减轻咳嗽。这类药物主要用于呼吸道急性炎症引起的咳嗽，不论有痰或无痰都适用。宜用开水化开后服用。剂量过大可致恶心、呕吐和胃痛；肾脏有病者禁用此药。

（2）黏液溶解剂：如痰易净（乙酰半胱氨酸），具有较强的黏液溶解作用，主要能使痰液中的黏蛋白二硫键裂解，从而使痰液黏度下降，易于咳出。适用于慢性支气管炎等引起的痰液黏稠、咳出困难的患者。使用痰易净时，配成10%溶液雾化吸入。支气管哮喘者慎用，不宜与抗生素混合应用。

（3）黏液调节剂：主要作用于气管、支气管黏液产生的细胞，使其分泌黏滞性低的分泌物，使痰液由黏变稀，易于咳出。此类药物有溴己新、羧甲半胱氨酸等。主要用于慢性支气管炎、支气管哮喘等慢性疾病。胃溃疡病患者慎用。

（4）其他：如盐酸氨溴索（沫舒痰），是一种呼吸道润滑祛痰剂，能促进气道液的分泌、增强纤毛运动而起效，适用于急性和慢性支气管炎等呼吸道疾病引起的咳嗽。

胸　痛

【概述】

人们或许以为胸痛就是肺痛。其实，肺并没有感觉神经。肺本身有病并不会疼痛，只有病变累及到胸膜，才会出现胸痛。

【病因】

胸膜是覆盖在肺脏表面的膜。紧贴在肺脏上的一层，称为“脏层胸膜”；贴在胸壁上的一层为“壁层胸膜”。两层胸膜之间封闭，形成一个腔隙，称为“胸膜腔”。

正常情况下，胸膜腔中含有极少量的液体，医学上称为“浆液”，浆液在两层胸膜呼吸运动中起到润滑作用。

（1）胸膜炎症：任何性质的炎症侵犯了胸膜，就形成胸膜炎。如果炎症渗出增多，便会出现胸膜腔积液，通常称为“胸水”，这时就是患了渗出性胸膜炎。患结核性胸膜炎的患者，常有胸痛。

（2）细菌性肺炎：肺炎患者由于并发了化脓性胸膜炎或反应性胸膜炎，会出现胸痛。但是同样是肺炎，如果是病毒或支原体引起的，则少有胸痛。

（3）气胸：如果患者突然发生局部胸痛，并且伴有呼吸困难，要考虑是否“自发性气胸”。

（4）肺癌或其他转移癌症：有肺癌或其他癌症的患者，当发生胸膜转移时，会出现胸痛。

（5）气管炎：患急性气管炎或支气管炎的患者，胸痛多为胸骨后的胸痛或不适感。

（6）其他：许多疾病并不属呼吸系统，但也表现为胸痛。例如，胸痛也可以发生在患有心绞痛或心肌梗死的患者，这就需要更加警惕。这种胸痛的症状，多发生在用力、情绪激动或饱餐以后，疼痛多位于胸骨后、心前区或剑突下（“剑突”是指心窝部位）。疼痛能放射到左胸背、左肩背，也可以放射到颈、咽等部位。肝炎、肝脓肿、胆囊炎的患者，可能出现胸痛的症状，并向肩部放射。带状疱疹的患者，也有局部胸痛。不过这种疼痛是沿肋间神经的方向走行，多见于老年人或有恶性肿瘤的患者。疱疹消退后，胸痛也就消退了。

胸膜炎的治疗除加强营养、休息外，更要针对病因进行，如用抗结核药或抗癌药。胸水较多时，需反复抽取胸水。癌性胸膜炎的胸水抽后又出现，比较顽固，所以称为“恶性胸水”。

当肺、气管、支气管发生病变的时候，医生经常会给患者做一种称为“血气分析”的化验检查。

“血气分析”的全称是“血液气体分析”，它主要检查患者血液中的

“酸碱度”、“血氧分压”和“血二氧化碳分压”。通过这三者的测定，可以对患者的血液气体情况和酸碱平衡状态进行分析，以了解病情的严重程度，有助于选择适宜的治疗方法，还能对患者的预后进行估计。在对危重患者进行监测时，更离不开血气分析。

进行血气分析时，要抽取患者动脉血管的血液。采取血标本的时候，标本要在完全隔绝空气的情况下送检。取血以后，应当用力压迫取血部位，直到没有出血为止。

正常人动脉血液中的酸碱度，在医学上称为“pH 值”。正常人的 pH 值，应保持在 7.35～7.45。

患糖尿病或肾脏病的患者，可以出现“代谢性酸中毒”；而在患有肺气肿、肺心病、严重的慢性支气管炎时，患者会出现“呼吸性酸中毒”。

血液中含有少量的氧气和二氧化碳气体，它们在溶解时形成了一定的压力，即氧分压和二氧化碳分压。

氧分压的正常范围是 80～120 毫米水柱。有了这样的压力，就可以保证吸入的氧气可以弥散到各种组织中去。如果氧分压明显降低，说明身体严重缺氧。

二氧化碳气靠肺呼吸排出体外。如果二氧化碳分压升高，说明人体中的“废气”排出受阻。

肺气肿、肺心病、慢性支气管炎、哮喘病、心肌梗死、糖尿病、肾病、脑血管意外等许多疾病，都会出现氧分压降低和二氧化碳分压升高的情况。

咯 血

【概述】

咯血是呼吸系统疾病的一种常见症状。喉部以下的呼吸道（气管、支气管）或肺组织出血，而且出血是伴随咳嗽排出，称为咯血。血液系统疾病或某些心脏病也可以引起咯血。但是，胃肠道出血经口呕出是呕血，口腔、鼻腔、牙龈等出血不是咯血。

【病因】

引起咯血最常见的原因有感染性疾病、心血管疾病、肺部肿瘤、血液病或其他全身性疾病。患感染性疾病时（常见的有肺结核、支气管扩张、支气管炎、肺脓肿、肺部真菌病和肺吸虫病等），患者常出现咯血症状。患者除咯血外，通常还有发热、咳嗽、咳痰、胸痛等症状。体检时可在肺部听到湿性啰音，X 线检查可发现病灶。排菌的肺结核或肺部真菌病的患者，可查痰检查以确诊。

1. 肺结核：咯血伴有疲倦、乏力、消瘦、午后低热、盗汗、咳嗽，咯血多为小量或痰中带血。

2. 支气管扩张：反复大量咯血，伴有咳出脓臭痰。

3. 肺脓肿：反复咯血，伴高热、咳嗽，并咳出大量脓痰。

4. 肺炎：咯血伴高热、胸痛，可能是患了肺炎或是其他急性传染病（如肾病综合征出血热）。

5. 风湿性心脏病：咯血时伴咳出泡沫状血痰，心慌、夜间呼吸困难。

6. 肺梗死：咯血伴有突发性胸痛、咳嗽、气急，患者有血栓性静脉炎史时，应怀疑是肺梗死。长期卧床的患者，起床活动后发生了咯血，更有这种可能。

7. 肺部肿瘤：一般年龄在40岁以上，小量咯血或痰中带血，患者有长期吸烟历史，以往身体健康，突发咳嗽、咯血，胸痛、消瘦。症状持续2周以上不能减轻，就不要麻痹，要考虑患者是否得了肺癌。

8. 出血性疾病：凝血功能障碍的出血性疾病可致咯血。如果咯血伴全身皮肤、黏膜有出血点或出血斑，要考虑有出血性疾病。

9. 全身性疾病：如肺出血-肾炎综合征、尿毒症等。

【诊断】

咯血患者在咯血前，常伴有咽部血腥感、胸闷，随即血液由咳嗽而出。咯出的血为鲜红颜色，而且多伴有泡沫或痰液。咯血停止以后几天内，痰中仍然带有血丝。大咯血患者发生窒息时，患者突然胸闷、精神紧张，并且要挣扎坐起，张口瞪目，颜面青紫发绀，咯血停止。

根据咯血量的多少，可分为痰中带血、少量咯血、中量咯血和大咯血等。痰中带血多与毛细血管通透性增加而引起的渗血有关。

少量咯血时，每天咯出十几口或一次咯血量在100毫升以内，咯出的血液常为暗红色，多是微细静脉出血。

中量咯血的一次咯血量100～300毫升，或反复少量多次咯血，色泽较红，常为微细动脉出血。

大咯血的患者一次咯血量300毫升以上，甚至更多。每天咯血量达500～2 000毫升。一般自口、鼻一齐涌出，色泽鲜红，为动脉出血或空洞内动脉瘤破裂。咯血时应与鼻腔出血（鼻出血）、血由口腔吐出（呕血）区别。咯血与呕血不同。后者是消化道出血，开始有上腹部不适，血液是经过呕吐而出，呕出的血多半是暗红色或咖啡色，有酸味，血中混杂着食物残渣，患者还经常有柏油样大便。

【治疗原则】

患者出现咯血后，应设法及时止血，保持呼吸道畅通，并且做好预防大咯血窒息的准备工作。同时针对病因进行治疗。

1. 安静休息：遇少量咯血或痰中带血，不要让患者太紧张，可安静休息片刻，并给予精神安慰，帮

助患者消除恐惧与忧虑，必要时让患者少量服用镇静剂，如地西泮（安定）等。如果咯血量较多，应让患者绝对卧床休息，同时要防止血块堵塞呼吸道，造成窒息死亡。患者应平卧，或向患侧位卧（即如果知道左右侧肺部哪一侧有病，就让病侧在下方），头偏向一侧，以使血能咯出，不致引起患者窒息。

2. 镇咳止血：小量咯血患者常用的止血药有止血敏、安络血、维生素 K_1 或云南白药。大咯血的止血治疗药物有垂体后叶素、立止血、鱼精蛋白、6-氨基己酸、抗血纤溶芳酸等。必要时应输血治疗。

3. 大咯血窒息急救：

（1）体位引流：如果患者突然出现大咯血，并产生窒息，应立即做体位引流，即让患者俯卧在床沿，头向下，呈头低脚高位，身体与床成 45°～90°角，并且轻拍患者的背部。

（2）保持气道通畅：如果有血块堵塞呼吸道，可用压舌板撬开患者紧闭的牙关，挖出口咽部的血块；或用导管插入患者咽喉部，接上大注射器或吸痰机负压反复连续抽吸血液或血凝块。

（3）严重咯血患者，要尽快送往医院诊治。

呼吸困难

【概述】

呼吸时如果有一种需要用力的感觉，就是呼吸困难。患者觉得呼吸迫促，出气和吸气都很费力，或是觉得气不够用。患者呼吸时，大口张吸，幅度和频率都增加，而且鼻翼张阖扇动，胸廓也上下移动，显得很费力气。

若家中有人患病出现呼吸困难时，要注意观察患者是呼气时困难，还是吸气时困难，或者吸气、呼气都困难。

【诊断】

吸气时的呼吸困难：发生在上呼吸道有阻塞时，如白喉患者，吸气显著困难。他们在吸气的时候，颈前部位的“锁骨上窝”、“胸骨上窝”和上腹部，在吸气时随之凹陷，所以医学上称为“三凹征”。

另外，咽后壁生了脓肿，喉或气管落进了异物，喉头发生水肿等，都会出现呼吸困难。

呼气时的呼吸困难：见于支气管哮喘、细支气管炎或肺气肿的患者。主要表现为呼气缓慢延长。

吸气与呼气时都困难：吸气和呼气时都困难的见于肺炎、胸膜炎或气胸患者，同时呼吸加快。

呼吸困难时，还有发热的症状，应考虑是不是患了肺炎、胸膜炎、

肺结核及肺脓肿等疾病。

如果除了呼吸困难，患者还有胸痛，就要想到自发性气胸、肺梗死、胸膜炎，甚至要考虑是否是肺癌。

有支气管哮喘的患者，哮喘发作的时候，有一种窒息感，患者憋得上不来气，非常痛苦。

除了患有呼吸系统疾病的患者有呼吸困难症状以外，患有心脏病的患者，也会出现呼吸困难，同时会咳出粉红色泡沫样痰。

昏　迷

【概述】

昏迷是指患者意识完全丧失，无自发运动，大声呼喊或用针刺激也不能使他清醒。出现昏迷，说明脑功能出现严重障碍，是病情危重的警报。

【病因】

昏迷可由全身性病变或颅内病变引起。常见的有：

1. 颅内感染：患有流行性脑脊髓膜炎（即“流脑”）、流行性乙型脑炎（即“乙脑”）、结核性脑膜炎、腮腺炎病毒性脑膜炎等颅内感染性疾病时，都会出现昏迷。

2. 脑血管意外：高血压、动脉硬化并发脑出血、脑血栓，或颅内动脉瘤或动静脉畸形的患者出现蛛网膜下隙出血。患有肾病、妊娠高血压综合征或高血压的人，如果血压突然升高、剧烈头痛、呕吐、眼前发黑、抽搐、昏迷，考虑可能是发生高血压脑病。

3. 颅内肿瘤：开始时是间歇性头痛，以后是持续性头痛，再后来出现喷射性呕吐、视力障碍，出现昏迷。检查患者的眼底时，如果有视神经乳头水肿，要考虑到患有脑肿瘤。

4. 颅脑损伤：头部受外伤后，如果出现不同程度的意识障碍（昏睡、昏迷），持续半小时以上，或者一直昏迷不醒、躁动不安，可能是脑挫伤。头部外伤后昏迷，患者中间转为清醒或意识好转，但是又重新陷于昏迷；或者伤后持续昏迷并不断加剧，而且伴有头痛、呕吐、瘫痪等症，可能存在颅内血肿。

5. 全身感染：严重的全身感染患者，如中毒性细菌性痢疾、败血症、重症伤寒、脑型疟疾、中毒性肺炎等，均可导致昏迷。

6. 内分泌与代谢性疾病：如肝昏迷、尿毒症昏迷、糖尿病性昏迷、低血糖昏迷等。

7. 其他：如中暑、中毒性疾病（如农药中毒、煤气中毒）、严重过敏的患者。

【诊断】

根据患者对疼痛、触觉、语言与光刺激所产生的反应程度，可以将昏迷分为深度昏迷、中度昏迷和轻度昏迷。

1. 轻度昏迷：患者随意运动丧失，对周围事物及声、光刺激无反应。但对强的疼痛刺激（如针刺）有反应，吞咽反射、咳嗽反射及角膜反射、对光反射等均存在，大小便潴留或失禁。有些患者伴有谵妄和躁动。

2. 中度昏迷：对周围事物及各种刺激均无反应，对剧烈刺激可能出现防御反应，角膜反射减弱，瞳孔对光反射迟钝，眼球无转动，呼吸、脉搏、血压已有改变，大小便潴留或失禁。

3. 重度昏迷：全身肌肉松弛，对各种刺激均无反应，各种反射消失，呼吸不规则，血压下降，大小便失禁。

另外，由于病因不同而有其特殊表现，如脑出血患者有血压升高；脑卒中（即中风）患者半侧肢体不会动；感染患者常有高热；肝昏迷患者呼气中有烂苹果气味；癫痫患者口吐白沫；农药中毒的患者可闻出农药特殊气味；大脑内囊出血患者的瞳孔小如针尖。

患者昏迷后，必须找出引起昏迷的原因。除用常规神经系统检查外，常用诊断方法还有：

（1）眼底检查：颅内肿瘤、血肿以及其他可以导致急性颅压增高的疾病，眼底可能发现视神经乳头水肿，所以要检查眼底变化。

（2）脑脊液检查：如果怀疑患者的昏迷是由于脑部疾病所引起的，一般要作腰椎穿刺，从椎管里抽出脑脊液进行检查。病因不同，脑脊液的变化也不相同。脑脊液的一般检查项目有：脑脊液的外观、压力，脑脊液中含有的蛋白质、葡萄糖、氯化物等物质的含量，以及细胞数等。

（3）CT 或磁共振检查：怀疑患者有急性脑血管病（脑出血、脑血栓）、颅内肿瘤等占位性病变、脑外伤、某些颅内畸形、某些炎症，都应做 CT 检查。

（4）特殊检查：根据病情需要，作某些相应检查。

【治疗原则】

（1）发现昏迷患者后，应立即扶助患者侧卧，将头部偏向一侧，注意清除口鼻分泌物或呕吐物，定时吸痰，以免吸入后发生窒息或引起肺部感染。

（2）出现窒息者，应设法将分泌物从口腔或鼻腔中吸出。托起下颏，拉出舌头，以保持呼吸道通畅。必要时作气管切开。有条件时，应尽快吸氧，用冰袋进行头部降温。

（3）有开放性伤口时，应及时止血、扩创、缝合、包扎。同时应警惕有无内脏出血。

（4）昏迷患者送往医院途中，应谨慎、小心搬动，尽量避免运送途中的震动。要将患者就近送往医

院，以免延误抢救时机。

（5）家属要镇静，不要摇晃或拍打患者头部，也不要试图唤醒患者，尤其是对脑血管意外、脑外伤患者，更不能使其头部受到震动或摇晃。

（6）患者住院后应有专人护理。对有谵妄、躁动的患者应加床档，防止坠床。

（7）保持皮肤清洁，床铺要干燥、平整。定时翻身，预防褥疮。

（8）静脉点滴供应必要的水分和营养。长期不能进食者应给予鼻饲，保证患者有足够的营养和水分摄入。

（9）保持呼吸道畅通，定期吸痰，痰黏稠时予雾化吸入，吸氧。

（10）眼睛不能闭合者，应以凡士林纱布覆盖，以保护角膜，预防角膜炎或角膜溃疡。每日作口腔护理3～4次，预防口腔炎。有假牙者应取出。

（11）经常按摩患者的肢体，防止肌肉萎缩。

（12）保持大小便通畅，必要时给予缓泻剂。

（13）根据诊断，由医生做出治疗安排。一旦明确昏迷的原因，就应及时采取相应的治疗措施。对有躁动的患者，除安眠药中毒者外，应予镇静药物。有颅压增高时，应进行脱水治疗。

视力模糊

【概述】

视力模糊就是视力下降，看不清楚眼前的物体。要知道为什么会引起视力下降，就要先了解眼睛的构造。

眼睛位于眼眶内，它像一架无比精致的照相机，有“镜头”，有“光圈”，也有“暗盒”和“胶片”。

眼球里装着种种透明的透光和折光物质。它的壁分为三层。

外层由角膜和巩膜组成。角膜是一层透明的膜，占前面的1/6，是眼睛的“窗口”，它和晶体好像是照相机的镜头，有聚光作用，能将外界的光线收拢、屈折，然后聚焦成像在视网膜上。

占眼球后5/6的是巩膜。巩膜不透明，它有一层致密的膜，保护着眼睛，在它的后端，有视神经通过。

眼球的中层由前部的虹膜、中部的睫状体和后部的脉络膜组成，它是眼睛的“暗室”。

虹膜是位于最前面的棕色圆盘状薄膜，中央有一个小孔，称为“瞳孔”，相当于照相机里的光圈，它能够调节进入眼内光线的量。虹膜内有括约肌，可以使瞳孔缩小；

另有扩大肌，可以使瞳孔扩大。

睫状体位于虹膜之后，能够分泌房水。

脉络膜上有丰富的血管，供应着眼睛视网膜外 1/2 部分组织的营养。

眼睛的内层是视网膜，它好像照相机感光的“底片”，能够接受外界的光线刺激，并且把光线刺激引起的神经冲动，传向大脑中负责看物体的“视觉中枢”，产生视觉。外界物体在视网膜成像，就好像电影中的形象被投射到银幕上一样。

眼球的内容物，由房水、晶状体和玻璃体组成。晶状体的样子，像一个凸透镜，通过变化它的凸度，让进入眼睛的光线汇聚在视网膜上。

当我们看一个物体的时候，物像通过角膜和晶状体的屈折，恰好落在视网膜上，再通过视神经传入大脑内。视神经类似连接电灯泡的电线，大约有 200 万条细神经丝，每一条神经输送一个信息到脑内，大脑将这些信息联系起来，进行综合分析，构成物体的形象。

【诊断与处理】

1. 近视：近视是最常见的一种影响视力疾病。视网膜离开角膜的距离（即“眼轴”），平均约为 24 毫米。如果眼睛能把平行光线恰好聚焦在视网膜上，这种状态就是正视眼。

近视眼的患者，眼球前后径过长，或晶状体的折光能力过强。在这种情况下，光线汇聚在视网膜的前面，使人看不清远处的物体，但是能看清近处的物体。

造成近视的原因，除了高度近视的人可能有遗传因素以外，主要是后天环境因素。而其中最主要的又是近距离用眼，即长期“视近”在近视眼形成中的作用。如视近时间过长，而又缺少户外活动和体育锻炼；不良的读写习惯，主要是读写时，眼与书本距离过近，造成眼睛过度调节，容易产生疲劳。躺着看书，也是一个非常不良的习惯；不良的视近环境，学习场所光线过暗，书本上照度不足。光线过强也对眼睛有害，特别是太阳光直射到书本上；长期不正确地看电视，或操作电脑时间过长，造成眼睛疲劳。防止中小学生产生近视，关键在于改善视觉环境。

治疗近视眼的方法，一是戴一副合适的眼镜，近视眼需要配戴的是凹透镜；二是手术治疗。手术治疗有：放射状角膜切开术；准分子或等离子激光角膜切削术等方法。“放射状角膜切开术”治疗近视眼，如果手术的医生缺乏足够的经验，可能造成患者角膜穿孔、角膜炎症、白内障、眼内炎等严重并发症。手术的最大问题是术后可能出现散光、矫正度回缩和眩光感。由于存在较多并发症，现在较少采用。“准分子激光光学角膜屈光切削术”是利用准分子激光，精确切削角膜组织，来矫正屈光不正。手术前，将患者的屈光度和欲切削的直径，输入计

算机内，并由电脑控制发射的激光脉冲数。术中，患者术眼注视指示灯，医生将激光定位于角膜的光学中心，通过激光的发射，使角膜上形成中央深、周边浅的同心圆凹面镜形态，达到矫正近视的目的。另外，也可以治疗远视眼和散光。

2. 假性近视：假性近视也是日常经常遇到的问题。有假性近视的青少年，视力表现为近视，其实质是正视眼、轻度远视眼或轻度近视眼。由于长期看近，引起眼内肌调节痉挛，在看远时仍有部分屈光度未放松，因而远视力降低，而近视力正常。

患假性近视如果不防不治，让眼睛长期处于过度调节状态，久而久之，可能有一部分假性近视成为真性近视，其发生近视的原因尚无定论。

假性近视可以治疗。千方百计设法使之看远，放松调节，是治疗假性近视和预防真性近视的根本措施。可在眼科医生指导下，用阿托品类睫状肌麻痹剂暂消除调节，而使之恢复正常状态。

3. 远视：远视是由于先天或后天的原因，导致眼球前后径过短，或角膜晶状体的异常，于是平行光线就汇聚在视网膜的后面，只有应用眼的调节力方能看清，看近物则需用更大的调节力，久之易发生视力疲劳。

4. 散光：正如前述，眼睛像一对活的精致照相机，它的“镜头”就是角膜和晶状体。

假设角膜和晶状体的表面都是很有规则的球面，它们所结成的像也是均匀的光斑。但是角膜和晶状体的表面，通常并不是这样的规则球面，而是表现为不同程度的橄榄形表面，尤其是角膜。这样一来，外界物体在眼球内被结成的图像不再均匀，而呈现为不同程度的散光，看远、看近都不清楚，故称“散光”。

矫治散光以戴眼镜矫正为主。对于度数较高的，用眼镜矫正不理想，也可以用隐形眼镜矫正，或者用手术方法矫正。

儿童也有散光眼。如果在 2 岁以内及时发现、及时矫正，将来发展成正常视力的希望就很大。所以出生后 6 个月的婴儿，就要到眼科做专科检查。主要检查客观视力和屈光不正。一旦发现散光，就要及时戴眼镜矫正。戴镜后要每半年复查一次。

5. 老视：老视是因随年龄增长，晶状体逐渐硬化，调节力也逐渐减退而形成。45 岁以前的中青年人，如果屈光状态正常，看远近都清楚，而且不费力。到了 45 岁以后，随着年龄增长，视近越来越吃力。开始的时候，将阅读物距离移远些，以后即使距离较远也看不清楚，就需要配老花镜（为凸透镜）。一般称为“老视”。

老视属于正常老化。由于工作性质不同，出现“老花”症状时间

早晚不同。近视眼也同样发生老花，只是看近的老花镜与原有近视镜度数可部分或全部抵消。

附录 验光与配镜

医学上把远视、近视和散光称为“屈光不正”。

矫正眼睛屈光不正的方法，最常用的方法是配戴眼镜（普通眼镜、隐形眼镜）。其中，戴普通眼镜最为普遍。人们戴眼镜的目的，有的是为了提高视力，有的则是用于防护或美容。

许多人不经过验光，只是到眼镜店里试戴几下，觉得眼前清楚了，就买回来戴上，其结果则可头晕、不适，视力继续下降。

如果专为提高视力而配普通眼镜，就一定要到医生或验光师那里验光，请他们检测一下患眼的远视、近视或散光的精确度数。

验光的方法有两种。

一种是插片验光法。受检者不用药物散大瞳孔，只将镜片放在被检者眼前进行矫正视力检查。

另一种方法是检影验光。在验光以前，先用散瞳药散瞳（如1%阿托品或2%后马托品眼药水。这些药水能够麻痹眼睛的睫状肌，使瞳孔暂时不能自行放大或缩小）。由验光师利用平面镜（或凹面镜）将光投射到被检者眼内，由眼底反光所照亮的瞳孔内光影移动情况来判断被检者的屈光性质及其严重程度。这种方法验光，比较客观准确，是最常用的方法。

电脑验光测得的值，并不十分准确，只能供参考。

40岁以下的人，在验光以前，要进行散瞳。这是因为40岁以下的人，眼睛的晶体软，睫状肌调节能力强，以致干扰检测的准确性。15岁以下的孩子，调节力更强，最好用强散瞳剂，如阿托品滴眼3天，然后再去验光。散瞳以后，短时间内会出现畏光和近距离阅读发生困难。大约两三周以后，瞳孔会复原。散瞳验光虽然有一些不便，但是验光结果准确。

如果不愿意耽误更多的时间，也可以用滴药后1天就能复原的“速散”（托品酰胺）。但是12岁以下的孩子用“速散”检测，结果可能不准确。

配了眼镜以后，先试戴几天。如果感觉视力不佳、目标倾斜、地面不平、严重疲劳，就应当到有镜度计的医院检查，看一看眼镜是否与验光时医生开的处方相符。

凡是磨眼镜的玻璃，要求可见光透过率越高越好，以便视物明亮。同时，要求有害光线的透过率越小越好。有害光线指的是红外线和紫外线。

光学眼镜片，主要是“克勒克斯”和“克罗赛脱”玻璃。克勒克斯玻璃的侧面看是浅蓝色，长波紫外线的透过率为3%；克罗赛脱玻璃的侧面看是粉色，长波紫外线的透过率为0%。镜片过厚（指超过2毫米）虽能防紫外线透过，但是光的透过也受到影响。水晶镜片透光率（包括有害光）最高。

变色眼镜的镜片，含有适量的卤化银晶粒，受长波紫外线照射以后，分解出银粒子，使玻璃变黑，能挡住有害光线，适于室外工作人员配眼镜，

高于400度的镜片较厚，可配超薄镜。另外，戴高度近视镜后的眼显小，戴高度远视镜后的眼显大，影响外观形象，超薄镜可以减低镜片的这种作用。

有机玻璃镜片虽轻，不易破损，但易磨损，影响光学区的透明度。

配一副良好的眼镜，还要考虑镜架。

镜架内下部都有一对鼻托。鼻托要适合自己的鼻型。金属架的鼻托是活动的，可以改变角度，适合于多种鼻型。鼻托选得不合适，不但增加戴镜的沉重感，而且会引起鼻背部相应部位的皮肤破溃。

眼镜框的下方，应略靠近眼侧，使镜片的表面与脸成10°～15°的角度。镜腿的后拐角，应当抱住头部，以便固定眼镜和眼睛之间的距离。

选择的镜框形状，应与面部的轮廓协调。长脸型的人，选择宽边、深色的镜框；短脸型的人，选一副透明或上半为深色的镜架；尖脸型的人，选倒三角形的镜架；双下颌角较突出的方形脸，选四方形的镜架更合适；鼻子短的人，要选两镜框间横梁高的镜架，以加长鼻子；肤色浅的人，用发光的金属镜框更美观；两眼距离太远的人，不妨选宽边、深色的镜架。儿童选透明的塑料镜架为宜，如果镜腿稍加修饰，显得楚楚动人，更加可爱。

配镜时，还要考虑“镜眼间距”，即眼镜与眼之间的距离。应当选择舒适的眼镜腿及后拐角，以保持镜片离眼的距离合适。一般来说，眼镜片应在眼球前顶部15.7毫米。矫正近视的眼镜，离眼越远，度数越少，成像也小。因此，青少年愿将下滑的眼镜上推。而年龄大的人，在戴矫正远视和老视的眼镜时，往往愿意让眼镜下滑。所以应特别注意青少年近视用镜者的镜眼距离。

配戴眼镜以后，要定期进行视力复查。因为任何性质的屈光异常，配戴眼镜后不是一劳永逸的。一般每半年检查一次视力，1～2年内再验一次光。若视力继续减退，就应再配度数合适的眼镜。

6. 白内障：白内障是老年人常见的眼病之一，我国目前每1万人口中，约有43名盲人，其中主要是由白内障引起的。

眼球内有一个完全透明的晶状体，它的形状像双凸透镜一样。晶状体的外层有囊膜包裹，中层是皮质层，内有核层。由于某种原因使晶状体发生部分混浊或完全混浊，即称为白内障。

白内障分为先天性和后天性两大类。先天性白内障与遗传因素有关。后天性白内障则有老年性、外伤性、药物中毒性和电离辐射性等。其中以老年性白内障发患者数最多。

早期白内障并不影响视力，待晶状体混浊到一定程度，影响光线进入眼内，才会引起视力减退，配戴眼镜也不能矫正视力。

老年性白内障可以分为初发期、膨胀期、成熟期和过熟期等4期。

患者在初发期时，检查发现晶状体的周边部出现混浊。此期视力不受影响，发展缓慢，少数人可静止多年。

发展到膨胀期时，检查发现晶状体皮质肿胀，晶状体增大，视力减退明显。

成熟期时，晶状体混浊发展，视力下降，患者只能见到眼前的手动或仅能区别出眼前有光亮或无光亮。

从初发期到成熟期，经过的时间长短不一。长的需要数十年，短的只要数年或数月。糖尿病患者并发白内障时，发展就非常迅速。

患白内障时，一般并没有眼痛或眼睛发红等症状，一旦出现了这些症状，则可能是继发了青光眼，需要立即就诊，切莫延误治疗。

发现白内障后，如果视力尚好，可以不必介意，适当调节阅读时间。

老年人视力下降的时候，可以先验光检查。如果配眼镜后视力提高，则说明并不是白内障，而是有屈光不正。

白内障最终还是要依靠手术治疗。常用的方法是“白内障囊外摘除合并人工晶体植入”。这种手术方法效果满意，视力恢复好，也不需要戴高度凸透镜。对单眼白内障，另一侧视力尚好的患者，术后双眼有立体感，视野扩大，与原来的眼睛一样。

目前有一种白内障超声乳化吸出术，是指用电脑程序控制的超声波仪器摘除白内障的最新手术技术。这种手术切口小，时间短，反应轻，愈合快，安全稳定，而且散光小，术后即见光明，不需住院，适用于不同年龄、不同成熟程度的各种白内障。

目前，还没有特效药物可以预防和治疗白内障。根据发病原因的研究，如果有条件时，可以长期服用维生素 B_2、维生素 C 和维生素 E 等。减少在灯光下阅读时间，避免视力疲劳；在阳光下，要戴能阻挡紫外线的眼镜，防止辐射线；高温条件下工作，也要注意保护眼睛；防止一切眼外伤；积极治疗糖尿病。

7. 斜视：正常情况下，人的两眼向前或向其他方向转动时，视轴是平行的。一旦出现一眼向内、向外或向上、向下斜，视轴互相不平行时，就称为“斜视”。斜视就是眼球视轴的明显偏斜，从外表上看是“斜眼”。

对有显性斜视的患者，首先要做视力和眼部检查。

斜视分为两类。一类称为共同性斜视，即一眼位置正常，另一眼向内或向外偏斜，而眼球向各方向转动自如；另一类是麻痹性斜视，与眼球四周牵动眼球活动的几块小肌肉中某一块肌肉麻痹，引起运动不平衡所致。

婴幼儿斜视大多为共同性斜视。所谓“对眼”就是内斜视，多由远视引起，而部分外斜视可能与近视有关。

部分内斜视的患者，可以通过戴眼镜矫正眼位，这种情况不需要手术治疗。

外斜视患者用戴镜矫正，一般效果不好，多需要手术治疗。斜视手术只是做眼外肌的移位或加强，不涉及眼神经，所以手术不会影响视力。

成年后的斜视手术矫正，只能起到外观上的改善。要想得到完全治愈，只有在儿童期治疗，并且治

疗的年龄越小越好。

对于“假性内斜视”，随着年龄增长一般会好转，所以不需要治疗。

红　眼

【概述】

正常的眼球上，巩膜（俗称“白眼珠”）是瓷白色的，上下眼睑（俗称“眼皮”）是淡粉色的。如果全部眼球或其中的一部分呈现红色，就称为红眼。红眼是许多眼病的症状之一。

有的红眼是突然发生的，有的则是逐渐发生的。发生红眼以后，有的病眼分泌物（俗称“眼屎”）增加，有的伴有眼痛，以及流泪、害怕见光（即“畏光”）。如果红眼为突然发生，视力遭受影响，并且还伴有眼痛、流泪、畏光、眼分泌物增加等症状，病变部位在角膜、虹膜、睫状体、眼内容物或整个眼球。遇这种情况，要及时去眼科检查治疗。

眼红、眼痛，不伴有分泌物的患者，需要经过医生检查后方能用药，以免延误病情，年龄较大的患者更应当提高警惕。

如果红眼伴有分泌物增加，但是视力不受影响（或仅有暂时的视力模糊），一般是急性结膜炎（即红眼病）。

如果仅有红眼，既没有视力障碍，也没有明显症状，则可能是单纯的慢性充血或结膜下出血。

【诊断】

常见的红眼，有以下几种疾病：

1. 睑腺炎：睑腺炎又称“麦粒肿”，俗称“针眼”，是眼睑的一种急性化脓性炎症。麦粒肿分为两种。长在眼皮外面的称为“外麦粒肿”，长在眼皮内的称为“内麦粒肿”。

外麦粒肿初起时，睑缘皮肤红肿，触之有疼痛的小硬结，结膜也可能水肿。经过3～4天，在眼皮内面（即结膜面）出现黄白色的脓点。脓点可以自行穿破排脓，病也就好了。

内麦粒肿也称为“睑板腺炎”，其症状与外麦粒肿相似，但疼痛较重，常由结膜面穿出排脓，少数从皮肤面破溃。急性发作时，常伴有全身发热及颈后淋巴结肿大。

麦粒肿虽然是一种小毛病，不经治疗也可以自愈，但是如果处理不当，严重的时候也可能引起眼睑蜂窝织炎、耳前淋巴结炎，甚至引起败血症，危及性命。

患了麦粒肿，可以用热敷治疗，每天3次，每次20分钟左右。待成熟后，可请医生在皮肤或结膜面切开排脓。也可以在眼皮上涂一些药，常用的有消炎眼药水或消炎眼膏，如氯霉素、庆大霉素、红霉素等，

每天 6 次。如已化脓成熟，则可切开排脓。

眼皮上长了麦粒肿，最忌讳的事情就是用手指挤压，或用没有消过毒的针去挑。这是因为面部有丰富的血管网和淋巴管网，它们直接与颅内的血管相通。挤压后，可能将脓肿中的细菌扩散蔓延，造成败血症，或者细菌顺血管到了脑部，能引起危及生命的“海绵窦栓塞”或“脑膜炎”。

经常患麦粒肿的儿童，应注意平常是否常揉眼。如果孩子经常揉眼，最好带孩子去检查一下视力，经排除是否因屈光不正引起的揉眼，进而导致了麦粒肿。如有屈光不正，要及时矫正视力。教育孩子纠正揉眼的不良习惯。

2. 睑板腺囊肿：睑板腺囊肿又称为“霰粒肿”，这是眼皮内睑板腺上的一种慢性炎症。霰粒肿在上下眼皮都可以发生。通常在眼皮出现约黄豆粒大小的半球形隆起，不红，不痛，用手摸时感觉较硬。此外没有其他的症状。翻开眼皮，在硬结相应的结膜面上呈现暗红色。

治疗霰粒肿也可以用热敷的方法。如果肿粒不大，也不必进行治疗。如果霰粒肿较大，医生可将它由结膜面切开刮除。

3. 急性流行性结膜炎：急性流行性结膜炎俗称“红眼病”，“暴发火眼”，是病毒感染后引起的眼结膜的急性炎症。这种病具有很强的传染性，夏季的时候，常常会引起暴发流行，在短短的一两周里，会在一座城市里蔓延开来。

红眼病是接触传染，主要传播途径是“患眼—水—健眼”或“患眼—手或物—健眼”。发病急，患者受传染后几个小时就可以发病，一般三四天病情达到高峰，约两周后自愈。

病初起时，眼皮肿胀，白眼珠发红或有片状出血。患者自觉眼内刺痛、怕光，流眼泪，眼分泌物也多。细菌感染引起的红眼病，患者往往在早晨起床的时候，由于眼屎糊住而睁不开眼睛。而病毒引起的红眼病，则主要是水性分泌物，同时有球结膜下出血、淋巴结肿大，多合并角膜病变，一般 10 天可自愈。部分患者或有发热、肌痛等类似感冒的症状。

治疗“红眼病”，应频繁滴用消炎眼药水，如各种抗生素、抗病毒类眼药水。其中有氯霉素眼药水、病毒灵眼药水和利福平眼药水、悉复明眼药水、熊胆液等，每隔 1～2 小时点一次药水。睡觉前在眼睛里涂上消炎药膏，如红霉素眼药膏、四环素可的松眼膏。眼膏作用时间长，而且可以防止眼睛被眼屎糊住。如有大量分泌物，可用 3% 硼酸溶液或生理盐水对眼睛进行冲洗。

急性结膜炎传染快、传播广，只要接触了患者的眼屎或泪水沾过的东西，如手帕、面巾、枕巾等，甚至患者摸过的东西，如果再揉自己的眼睛，就有可能被传染上，数

小时后即可发病。

所以发现有患者时，就应该进行隔离。如果患者是一位学生，就不要再去学校了，以防止红眼病在更多的学生中间进行传播。

要养成良好的卫生习惯，不要随意揉擦眼睛。患者的手帕、毛巾、洗脸盆等生活用具，不要和他人共用。家人或其他人给患者点眼药后，要用流动水洗手。

4. 沙眼：沙眼是感染了沙眼衣原体引起的慢性结膜炎。衣原体和细菌、病毒一样，也是一种微生物。沙眼早期传染性最大，通过眼部接触污染的物品（例如毛巾、手帕）所致。

有人得了沙眼病，并没有什么症状。但也有不少患者，经常感到眼睛发痒，有异物感，眼睛的分泌物增加，早晨起床的时候眼屎多。

病情加重以后，眼睛发红，疼痛，怕光。翻开患者的眼皮，能见到眼皮内面的结膜粗糙不平，很像沙粒，故有“沙眼”之称。

病情继续发展，在角膜的上缘可以出现细小的血管。整排的血管新分支就像“竹帘”一样，向瞳孔悬垂，侵入角膜的浅层，形成“角膜血管翳”，使患者视物模糊。

一年以后的“老沙眼”，眼皮上的“沙粒”变成了瘢痕，于是患者的眼睛有持久的异物感和疼痛感，还经常感到眼干、眼泪减少，也可以出现眼皮内翻，倒睫毛（医学上称为“倒睫”）等。严重的沙眼，可以导致失明。

治疗沙眼常用利福平眼液、四环素眼膏或红霉素眼膏，每日 2～4 次，应用 4～6 周常有效。眼睑内翻倒睫应当手术治疗。

5. 翼状胬肉：中医称之为“攀筋”。

如果仔细观察患者的眼睛，在靠近眼角的部位，能看见长出一块三角形伸向眼珠的肉样组织，很像飞虫的翅膀，即翼状胬肉。胬肉上有血管扩张、充血，所以眼球的部分发红。

经常在野外工作的人，由于眼睛长期受风沙刺激，就容易翼状胬肉。

如果胬肉不断生长，会影响视力。在这种情况下需要手术切除胬肉。

6. 角膜异物：俗话说“眼睛里揉不进沙子”。如果眼睛里真的进了沙子或者其他异物，立刻就会出现红眼的症状。同时还会感觉眼睛刺痛，流泪，有异物感。在光照下，可见异物嵌在角膜表面。

异物进入眼睛，不要用手揉，应轻闭双眼，让眼泪把异物冲洗出来。如果落进眼里的是沙子一类的东西，用眼泪没有能冲洗出来，也可以用消毒的棉签，或干净的手帕将灰尘、沙粒轻轻擦拭出来。如果是铁屑正好落在角膜上，因为角膜的感觉非常灵敏，自己很难取出，还是请医生往眼睛里点一些麻醉药后，用消毒器械取更为安全。

异物取出以后，要点一些消炎的眼药水或眼药膏。必要的时候，还要用眼罩包扎两天。

7. 急性闭角型青光眼：详见青光眼。

耳 鸣

耳鸣是听觉紊乱的现象。有时候，虽然外界并没有声音刺激，有人的耳朵却能听到声音，这是患者的主观感受。他们听到的声音有“嗡嗡”声、铃声、轰鸣声、口哨声、“嘶嘶”的声音等，这些声音也可以随时间而改变。耳鸣经常与耳聋同时存在。

为什么患者会出现耳鸣，直到现在还不清楚，不过几乎所有的耳部疾病都可能出现耳鸣。

人的耳朵由外耳、中耳和内耳三部分组成。不论哪一个部分出了问题，都会出现耳鸣。有时候全身性的疾病，也可以引起耳鸣。

外耳包括耳郭和外耳道。耳郭就是我们看到的耳朵，它可以收集声音，而外耳道可以传导声音。当一个小飞虫钻进耳朵眼里，会出现耳鸣；耳朵里的“耳屎”（即“耵聍”）堵塞也会发生耳鸣。

中耳像一个小房间，称为“鼓室”。“房间”里有两个“前门”，较大的是“鼓膜”。另外还有两个“后门”。鼓室中有3块小骨头，根据它们长得模样，分别称为“锤骨”、“镫骨”和“砧骨”。这3块小骨之间由听小肌相连。这个骨链称为“听骨链”。鼓室还有一条“走廊”通到咽，称作“咽鼓管”。中耳的主要作用是传导声音。声音通过中耳传到内耳时，响度可以放大20多倍。如果中耳的鼓室积液、咽鼓管发炎、鼓膜穿孔，也可以发生耳鸣。

内耳因其内部通路迂回曲折又称为“迷路”。迷路外层是骨管，称为“骨迷路”；内层是软膜，称为“膜迷路”。迷路又分为“耳蜗”、“前庭”和“半规管”。前庭参与身体的平衡；三个半环状的半规管负责身体的位置感觉和运动感觉；耳蜗是内耳中像蜗牛一样的结构，由上、中、下3层管子组成，管子中都有淋巴液。中间的管子称为“蜗管”，管内有些头顶上长“毛”的细胞，称为“毛细胞”。这些细胞可感受声波的刺激，然后把刺激变成电信号，沿听神经传到大脑里去，让我们听到声音。当耳蜗发炎、水肿，或患听神经瘤时，都会发生耳鸣。

梅尼埃病是法国医生梅尼埃最早发现的，又称为“内耳眩晕症”。此病是由于膜迷路内积水高压，刺激耳蜗、前庭，而使人产生一种眩

晕的感觉。发作时，患者只觉得天旋地转，有恶心、呕吐、面色苍白、出冷汗等症状，同时也有耳鸣、听力障碍和患病侧的头部、耳内有闷胀感等。

除了梅尼埃病以外，许多耳内疾病都可以引起眩晕。这些疾病或者损害了迷路，或者损害了把迷路信息上报的“通讯站”（指神经节）和“电话线”（指神经）。

治疗应针对产生耳鸣的病因，只有治愈导致耳鸣的疾病才能缓解耳鸣。

耳　聋

【概述】

耳聋是泛指各致病因素造成单耳或双耳不同程度的听力损失，严重者可致全聋，严重影响患者的生活、学习和工作。

感知外界声音，首先是外界的声波传递到达中耳的鼓膜，经过中耳的变压、扩音作用，声波推动内耳的液体，使内耳的一种特殊细胞感音，产生神经冲动，然后沿着听神经传到大脑的听觉中枢，经分析综合而产生。

外耳、中耳有病，如急性或慢性中耳炎造成的鼓膜和中耳结构病变，使声音传导发生障碍，会引起耳聋；内耳有病，感觉不到声音的刺激，也会引起耳聋；从耳朵向大脑传送声音信号的道路发生故障，同样会出现耳聋。

【诊断】

位于外耳及中耳的病变所引起的耳聋，称为传音性聋。大部分患有传音性耳聋的患者，可以通过手术重建传音系统而恢复听力。内耳损害引起的耳聋，称为感音性聋；听神经病变引起的耳聋称为神经性聋；二者合起来称为感音神经性聋。如果既有传音性聋，又有感音性聋，则称为混合性聋。

1. 年龄：耳聋与年龄有关。年龄较大的老年人听力逐渐下降，称为老年性聋。这是身体各组织器官缓慢衰老在听觉器官的表现，没有统一的年龄界限，发病年龄与进展速度因人而异。男性多于女性，患有心血管病、糖尿病的患者高于健康人。

2. 耳毒性药物：某些药物可引起耳聋，而且这种由于应用耳毒性药物引起的耳聋患者越来越多。孕妇使用耳毒性药物，可致胎儿听觉器官发育受损，而导致出生后耳聋。

氨基糖苷类抗生素（如链霉素、庆大霉素、卡那霉素、新霉素、多黏菌素）、奎宁等许多药物，都可能引起耳聋。不同体质的人对抗生素

的毒性反应不同，易感者少量用药就可发生毒性。易感体质与遗传有一定关系。

3. 噪声：长期生活在噪声环境里的人，如来自强烈打击乐、迪斯科舞厅、木工机械、内燃机、炮火或飞机的强噪声，都可能损害内耳，使听力严重下降，甚至导致耳聋。

如果觉得听力减退，应当去耳鼻咽喉科检查。医生检查耳聋的患者时，要进行听力检查：测定听觉敏度即听力水平，属于正常还是下降；鉴别聋的性质，属于传音性耳聋，还是感音性耳聋；确定耳聋的部位。用一种称为“声阻抗测听”技术，还能客观地反映出中耳内一些病变的特性。

耳聋可分为轻度聋（远距离听话或听一般距离低声说话有困难，听力计检查听阈在10～30分贝）、中度聋（近距离听话有困难，听阈在30～60分贝）、重度聋（除在耳边大声叫喊能听到外，完全听不到说话，听阈超过60分贝）和全聋（听不见大声叫喊，听阈在90分贝以上）。孩子出生以后，家长要格外注意他们的听觉，要仔细观察他们对声音的反应。必要的时候，还要请医生用仪器对他们的听力进行检查，以判断是否有耳聋。

如果发现孩子有听力障碍，就要按照“三早”的要求去做，即“早期发现，早期选配助听器，早期进行语言训练”。

听力障碍可能出现在某些新生儿之中。如家族或直系亲属中有耳聋患者，特别是儿童期发病者；母亲在妊娠期间有病毒感染或使用耳毒性药物者；新生儿畸形，或颅面结构异常；新生儿患有高胆红素血症（即“核黄疸”）；婴儿出生时体重低于1 500克；新生儿窒息；新生儿重症监护者。

对新生儿的听力，可以观察他们对声刺激信号引起的明显行为反应。如6个月前的小儿，给声刺激后，可观察到出现闭眼或睁大眼，有吸吮动作或停止吸吮。新生儿对强声可引起全身性的惊跳反射，表现为脊柱急剧伸展，两上肢抱于胸前，并伴有啼哭或眼球运动。至出生以后三四个月，这种惊跳反射即应消失。此时，开始出现对声音的定位能力，比如给婴儿一个有声响的玩具，小儿能转头寻找声源。

如果怀疑小儿有听力障碍，要及时去医院检查，进行全面的耳科、听力及全身各系统检查，做出明确诊断。目前采用的测听方法有“听性诱发电位”、“声导抗”和“耳声发射”等测定方法。这些方法结果客观可靠、安全无创，适合各年龄组的儿童进行测试。

确定有听力障碍，要尽早治疗。不能通过治疗恢复听力的小儿，应尽早配戴助听器，开展听力和语言康复训练。对于有听力障碍的儿童，越早进行听觉训练越好。一般开始用巨大声音刺激病儿，发展其对声音的粗略辨别能力，以后逐渐减低

声音强度进行训练。同时，在视觉和触觉的帮助下，利用残余听力进行语言训练，从韵母到声母，从单词到短语，由浅入深、由简到繁地训练，坚持数年，使聋儿获得语言能力，从而收到“聋而不哑”的效果。

附录　助听器

耳聋分为传音性耳聋、神经性耳聋和混合性耳聋3种。

神经性耳聋、混合性耳聋，或经过治疗听力仍然得不到恢复的传音性耳聋患者，都应该选配助听器。

助听器类似于扩音器，主要由传声器、放大器、耳机或骨导器及电源组成，它能将声音变成微弱的电信号，再经放大器放大后传入耳机，再传到人耳。对于听力障碍或听力下降的患者，尤其是儿童与老年人，具有听觉训练与语言训练的作用。

助听器的种类有几十种之多，如携带式、耳背式、耳道式、眼镜式，型号则多达近千种以上，其中尤其以耳背式和耳道式最受欢迎。

助听器不是每一个聋人都能戴的，也不是随便买一个就能戴。因为听力损失程度有轻有重，助听器功能有大有小，因此选配时应酌斟审慎。

助听器的助听效果，受三个因素的影响，即患者听力损失的程度、是否对症选配、是否正确使用，而没有年龄限制。

选戴前，应到医院进行详细的耳科和听力检查，听力损失在45～80分贝者，最适宜配戴助听器。助听器对重症患者的主要作用是解决由“听不到”变为“听得到”，至于能听懂多少，要根据个人的听力曲线而定。一般说，听力损失很少，如在35分贝以下，则无需佩戴；如在90分贝以上者，无论配戴多大功率的助听器也无济于事，起不到助听的作用。

轻度或中度耳聋患者配戴助听器，往往可以收到较理想的效果。效果的差异，与是否对症选配，以及所用助听器的档次有很大关系。选配了合适的助听器，也只有正确使用，才会发挥最大的作用。

使用助听器，有一个重新学听的过程。这一过程，可能给患者带来挫折感，需要家人和周围人们的支持和鼓励。患者必须坚持戴助听器；如果有可能，应尽量双耳配戴助听器，这对提高助听效果有极大的帮助。在听别人说话的时候，也要注意谈话者的眼神、表情和动作。说话者的速度不要太快，吐字要清晰。说者与听者之间的距离应在3米以内为佳。避免在吃东西、吸烟的时候与戴助听器的人说话；不要使用不正当的方法试验助听器的效果，以免使戴助听器的人失去信心。谈话时，若发现听者听错了，应换个字眼或讲法，这比重复多次要好。避免在过分嘈杂的环境中使用助听器。在疲劳或生病的时候，听的效果可能会下降。遇到这种情况要特别有耐心，避免急躁。

重度耳聋的患者，如果配戴助听器仍然无效时，也可以采取“耳蜗移植”。人工耳蜗是一种电子装置，通过手术将它放入内耳。

眩 晕

【概述】

眩晕是指主观感觉自身或外物旋转。患者在发病的时候，或者觉得周围的景物在旋转或摇动；或者觉得自身旋转、摇动，有“摇摇欲坠”的跌倒感觉；还有的患者，觉得自己下肢行动控制不灵或位置不稳。

眩晕发作的时候，患者经常伴有摇摆不稳、跌倒、面色苍白、出汗、恶心、呕吐等症状，血压和脉搏也有变化。如果出现眩晕，应到耳鼻咽喉科或神经科诊断治疗。

【诊断】

有数十种疾病可以引起眩晕。但是人们平时经常把眩晕与梅尼埃病混在一起（梅尼埃病过去称为“美尼尔氏病”）。

50岁以上的老年人眩晕，以椎-基底动脉供血不足等脑动脉硬化性疾病引起的为多见，青壮年人的眩晕则以梅尼埃病为多。儿童眩晕，应多考虑是良性阵发性眩晕及癫痫。

梅尼埃病是由于内耳疾病引起。有人晕车、晕船，也是内耳的问题。内耳的迷路炎、化脓性中耳炎、耳硬化等耳科疾病，都可能出现眩晕症状。

有些眼病，如眼肌瘫痪引起的复视、注视飞快行车，或站立在高崖向下注视时，也可能出现眩晕。

某些小脑疾病，如小脑长了肿瘤，或者小脑内形成动脉血栓，经常出现眩晕。

大脑疾病也可能出现眩晕症状，如癫痫患者在癫痫发作之前，往往有眩晕的感觉。

对于周围性眩晕，绝大多数患者经过保守治疗可以奏效；如果是中枢性眩晕，有些疾病如脑瘤，需要手术治疗才能解决，而有些（如脑动脉硬化）则通过保守治疗，也可以逐渐康复。

【治疗原则】

眩晕发作急性期，治疗有三条原则：①绝对卧床休息。取眩晕最轻、最舒适的体位休息，闭目静卧，避免声光刺激，可以减轻剧烈晕感。②应用能够抑制前庭神经的药物，常用的有非那根、冬眠灵、地西泮、眩晕停。这些药物可以消除眩晕，减少恶心、呕吐。眩晕好转以后即应停药，继续用药反而会致头痛。③适当控制水分和食盐的摄取，或服用少量利尿药，对消除眩晕有一定帮助。

鼻出血

【概述】

鼻腔出血在医学上称为“鼻出血”。

鼻部包括外鼻、鼻腔和鼻窦。外鼻由鼻梁、鼻尖、鼻翼和两个前鼻孔组成。鼻腔由骨和软骨组成，中间有“鼻中隔”把鼻腔分成左右两半。用手指挖鼻孔时，挖的部位是“鼻前庭”，鼻前庭上长有鼻毛。在鼻腔的外侧壁上，有上、中、下三个鼻甲。每个鼻甲之下都有一个鼻道，即上、中、下鼻道。

【诊断】

鼻中隔前下部的黏膜较薄，上面分布着丰富的毛细血管网。这些细小的血管，不仅表浅，而且非常薄弱。当挖鼻不当，或剧烈咳嗽、用力擤鼻，以及鼻子遭到暴力打击的时候，经常会造成鼻出血。造成鼻出血的原因还有许多，如鼻腔发炎，使鼻黏膜糜烂、出现溃疡，就可能出血。

鼻腔异物、鼻咽部肿瘤，也能破坏鼻腔的血管，引起鼻出血。

有些患者，如果有高血压、白血病、血友病、再生障碍性贫血、动脉硬化、肝功能不全，甚至在缺乏维生素C和维生素K的时候，由于凝血功能出现了问题，或血管脆性增加，也同样会出现鼻出血。

【治疗原则】

一旦出现鼻出血，首先不要紧张，也不要害怕。精神紧张往往会使血压升高、血流速度加快，结果出血更多。

少量鼻出血时，患者应取坐位或站位，头部后仰，以免把血咽入胃里引起呕吐。自己用拇指紧捏鼻翼，或用一个手指将出血一侧的鼻翼压向鼻中隔10～15分钟，这样就可以压迫出血部位不再出血。

此外，也可用冷水袋或冷湿的毛巾，敷在前额、鼻和后颈部，每隔两三分钟换一次；或用冷水洗鼻部。

如果出血量特别多，以致患者出冷汗、心慌、脉搏加快、血压下降，应让患者平卧。

填塞鼻孔止血也是常用的方法。用卷紧的药棉或消毒的纱布，浸一些1%麻黄素滴鼻药水或清水，用筷子或镊子将纱布轻轻填塞在鼻腔出血的部位，要塞得紧一些。麻黄素可以使血管收缩，从而减少出血。

鼻出血止住以后，不要立即取出填塞物，也不要用手揉鼻子，以免引起再度出血。可以观察一两个小时，确实不出血了再取出来。

如果用上述方法仍然不能止血时，或者出血量较大，应立即送患者去医院急诊，请耳鼻咽喉科的医

生处理。

对于鼻子反复出血的人，必须提高警惕，早日查出鼻出血的原因，以免贻误病情。

反复发生少量鼻出血，或鼻涕中带血丝，并伴有鼻塞、头痛等症状，千万不可麻痹大意。因为这时的鼻出血，很可能是鼻咽癌的早期症状之一。

鼻溢液

【概述】

鼻溢液就是流鼻涕。鼻溢液除了可以从前鼻孔流出外，也可以从后鼻孔流到口腔里吐出或咽下。

【诊断】

1. 急性鼻炎：流鼻涕最常见的原因是伤风感冒，感冒也称为“急性鼻炎”。感冒的时候，鼻腔黏膜充血、红肿，鼻涕增加，于是向外流溢。开始流出的是清涕，当继发细菌感染后，清鼻涕就会变成黏稠的脓鼻涕。

患急性鼻炎的时候，患者开始不断流鼻涕，然后鼻子堵塞（鼻塞）越来越严重，经常堵得不能用鼻孔呼吸。过了几天，鼻子不再堵，病也就痊愈了。

2. 慢性鼻炎：如果急性鼻炎反复发作，就可能会变为慢性鼻炎。患慢性鼻炎的人，鼻炎的症状数日发作一次，时发时停，两侧鼻孔轮番堵塞，鼻涕变浓稠，或者流黄色的脓鼻涕，不容易擤出来。这种慢性鼻炎也称为单纯性慢性鼻炎。

慢性鼻炎还有肥厚性鼻炎和萎缩性鼻炎两种。肥厚性鼻炎的患者，检查有下鼻甲肥大，鼻塞是主要症状。患有萎缩性鼻炎的患者，主要症状则是鼻腔干燥，鼻涕结痂，出气很臭，鼻子的嗅觉减退或消失。

3. 变应性鼻炎：变应性鼻炎又称为“过敏性鼻炎”，是一种常见病，患者的年龄一般在15～40岁。

患者对某一种或几种物质过敏，接触以后就会诱发鼻炎。例如，有些人每到春天鲜花怒放的时节，只要嗅到某种花粉，就要接连不断地打喷嚏，然后清水一样的鼻涕就会淌出来。变应性鼻炎分为常年性和季节性两种类型。

引起变应性鼻炎的过敏物质，主要是吸入性的，有植物花粉、室内尘土、尘螨、真菌、动物皮毛及羽毛、棉絮等；食物性过敏物质引起本病的较少见，过敏物质有牛奶、鸡蛋、鱼、虾及水果等。由植物花粉引起的，为季节性过敏性鼻炎；其他过敏物质，可引起常年性过敏性鼻炎。

变应性鼻炎的主要症状是阵发

性鼻痒，连续打喷嚏，流清水样鼻涕；有的患者除鼻痒外，口腔的腭部、外耳、双眼也有发作性痒；还有的患者可伴有鼻嗅觉减退或消失。

变应性鼻炎可产生并发症，如过敏性鼻窦炎（继发感染时引起化脓性鼻窦炎）、渗出性中耳炎（有耳闷、耳鸣、听力减退等症状），这是由于过敏病变影响咽鼓管口，甚至影响到鼓室造成的。还有过敏性咽喉炎，有咽喉发痒、咳嗽、声音嘶哑，严重时可以产生急性喉水肿、支气管哮喘，可与过敏性鼻炎同时出现或先后发生。

目前还没有彻底治愈变应性鼻炎的办法，治疗的目的是切断或减轻过敏反应。

治疗措施有：

（1）避免与过敏反应原接触：在弄清发病原因、找出变应原后，应设法避免接触和食用，如撤掉地毯，不穿羽绒服，撤换枕头及铺垫等，忌食鱼、虾和蛋品。但是周围环境中的花粉、尘土、尘螨、真菌则难以避开。

（2）药物治疗：目前广泛应用的是抗组胺药物，如息斯敏、非那根等，使用方便，效果良好，价格便宜。但是患者用药后有嗜睡作用。克敏能可以克服这种副作用。其他药物有色甘酸钠、酮替芬等，也具有减轻或阻断过敏反应的作用。激素类药物用于治疗症状较严重的患者。

现在采用激素气雾剂喷鼻，既有良好效果，又无全身副作用。常用的有二丙酸倍氯米松等。还有缓释性的激素类药物，可每月注射1次，作用能持续1个月左右，对季节性变应性鼻炎有效。

（3）其他疗法：其他疗法有对下鼻甲黏膜使用冷冻、微波、射频或激光烧灼，可降低鼻腔黏膜表层的敏感性，控制症状的发生；在鼻内做翼管神经切断手术也有一定疗效，但术后有鼻腔干燥等。

以上治疗，患者常有个体差异，即某一种疗法对某些人有效，而对另外一些人无效。如何选择适合某一患者的方法，需要听取变态反应科和耳鼻咽喉科医生的意见。

4. 鼻窦炎：鼻窦是鼻腔附近颅骨的含气空腔，与鼻腔相通。

人体有四对鼻窦，分别称为上颌窦、额窦、筛窦和蝶窦。

鼻腔发炎时，细菌也会从鼻子进入鼻窦，引起周围的鼻窦发炎，即急性鼻窦炎。擤鼻、打喷嚏、游泳的时候，更可能使鼻腔的细菌进入鼻窦，而引起鼻窦炎。

鼻窦的“洞口”狭小，“洞”内又“通风不良”，引流不畅。一旦发生了炎症，产生的脓液不容易引流出来。

在这几对鼻窦中，以上颌窦内的“洞腔”最为宽敞。但是上颌窦的开口向上，引流条件最差，所以也最容易发炎。

患急性额窦炎的患者，有头痛的症状，而且以前额头痛为主，疼

痛向两侧的“太阳穴”放散。上午的病状从早饭后逐渐加重，中午以后逐渐减轻或停止，次晨又开始。

患急性筛窦炎的患者，头痛主要在内眼角的深处。

患急性上颌窦炎的患者，多流出黏稠的脓性鼻涕，病程长而且不容易治愈。

急性蝶窦炎的患者，往往诉说枕部（即“后脑勺”）疼痛。

得了急性鼻窦炎，有时能使窦的骨壁遭到破坏，或者引起眼眶内感染，甚至能引起颅内并发症，严重时威胁生命。

有时急性鼻窦炎虽然症状好转，但是仍然可能留下一些“病根”，经常反复发作，称为“慢性鼻窦炎”，患者经常流脓鼻涕，伴有头痛。

鼻窦炎急性期的治疗，要全身应用抗生素药物，并且增加营养和维生素的摄入；在鼻腔内滴入药物进行治疗。同时也要保持鼻窦开口畅通，以利分泌物的排出和空气流通。

对反复发作的鼻窦炎，应查明原因，针对病因进行治疗，如鼻中隔偏曲的矫正、肥大鼻甲或肿瘤的切除；对无特殊原因的上颌窦炎、额窦炎及蝶窦炎，还可以进行穿刺冲洗，以促进脓液的排出和局部炎症的消退。

对久治不愈的患者，可以根据病情，进行手术根治。

声音嘶哑

【概述】

一旦声音失去了往日的声调，变得低沉嘶哑，就是发声的器官喉出现了“故障”。

喉是呼吸道的一部分，也是人体的发声器官。它是由软骨、肌肉、韧带和黏膜组成的。我们说话、唱歌时，声音是由于喉中的“声带”振动发出的。

【诊断】

1. 急性喉炎：声音嘶哑最常见的原因是急性喉炎。过度使用声带、吸入有害的气体、过度烟酒、张口呼吸等，都是急性喉炎的诱因。局部或全身受凉，也是发病的重要因素。

发生急性喉炎的时候，喉内有干痒和灼热的感觉，并且有轻微的喉痛、干咳等症状，接着患者迅速发生声音粗糙、嘶哑或完全失音。

2. 慢性喉炎：有慢性喉炎或喉结核病的患者，也会出现声音嘶哑。

慢性喉炎往往是反复发生急性喉炎的结果，患者喉内不适、发痒、干咳，也有声音嘶哑。嘶哑有时轻，有时重，多半在疲劳或过度发声后

加重。

3. 声带息肉：经常使用声音的人，如歌唱演员、教师，属于职业用声者。他们由于长年过度发声，在声带上就可能长出一小块良性的赘生物，称为“声带息肉”。长了声带息肉，声音也会嘶哑。如果声带上生了恶性肿瘤（如喉癌），声音同样嘶哑。

除了喉部发炎或长了肿瘤以外，如果因为外伤、手术或某些疾病，损伤了支配喉肌运动的神经，于是喉肌瘫痪，声带不能振动。患者的症状中，就有声音嘶哑。

当声音出现嘶哑的时候，要到耳鼻咽喉科请医生检查。医生会用喉镜检查喉部，看一看喉部哪些部位出现了异常。

咽　痛

【概述】

咽痛就是喉咙痛。对着镜子，张开自己的嘴巴，看到在舌根的左右就是咽。咽是消化道的一部分，也是呼吸道的一部分。在咽后壁，能看见有两对弓形的“门廊”。前后“门廊”之间的隐窝内，能看见杏核大小的扁桃体。

扁桃体像人体的“卫士”，忠实地守卫着“门户”，防止外来的“敌人”入侵，把擅自闯进来的“不速之客”——细菌、病毒等就地“消灭”。

当人体疲劳、受凉的时候，身体的抵抗力下降，新“入侵”者，或是原来就在口腔里生活的病原微生物，也会“趁虚作乱”，于是引起急性扁桃体炎或急性咽炎等疾病。

【诊断】

患有急性扁桃体炎的患者，有发热、头痛、乏力等症状，同时喉咙痛，吞咽困难。这时候患者的扁桃体又红又肿，上面还会有白色的脓点。

引起急性扁桃体炎的细菌，经常是链球菌。这种细菌进入人体以后，人体会产生一系列反应，结果可能导致儿童的急性肾炎、风湿热等疾病。病情严重的人，还会引起心脏的病变，如风湿性心脏病。所以患了急性扁桃体炎，要认真、彻底地治疗。

既然扁桃体是身体的第一道“防线”，就要让它发挥作用，所以不要轻易做扁桃体切除手术。

口舌痛

口舌痛最常见的原因，是口腔黏膜的病变。

口腔溃疡是一种常见的口腔黏膜病变。其溃疡既可发生在口腔唇部、颊部或口腔前庭的黏膜，也可发生在舌尖、舌侧缘等处。可单个发生，也可多个同时发生。

发病初期，局部黏膜充血，出现粟粒大小的红点，又很快破溃成圆形溃疡，溃疡面为黄白色，溃疡周围有红晕、水肿，有烧灼样的疼痛。

当溃疡部位接触到咸、酸等刺激时，疼痛会明显加重，以致影响进食和说话。有时为了让患者吃完一顿完整的饭，甚至饭前在其溃疡面上涂布一些麻醉药物。

口腔溃疡经常复发。它的发生，可能与病毒感染、过敏反应、内分泌紊乱及自身免疫性疾病有关，但没有确切的病因，因此尚无特效疗法。不过这种病会在一两周内自愈。

许多全身性疾病可累及口腔黏膜，引起口舌痛。反过来从口腔黏膜病变也可以判断一些全身性疾病的轻重程度。

口舌痛是营养缺乏病的早期或惟一的表现。如口角炎是维生素 B_2 缺乏的首要症状，患病时，口角的一侧或双侧有白色糜烂，唇部干燥发红，并出现结痂、出血、裂口。患口角炎时，只要口服一些维生素 B_2（即“核黄素”）即可治愈。

牙 痛

【概述】

牙是人体最坚硬的器官。一颗牙由 3 部分组成：露在口腔的部分，称为牙冠；嵌在牙槽内的，称为牙根；两者之间的部分，则为牙颈。

牙冠表面包着一层釉质，表面光滑、坚硬并且平坦。釉质的硬度，简直可以和金刚石相媲美。牙颈和牙冠的表面，包着一层黏合质。釉质和黏合质内是牙质。牙质内有牙髓腔，里面容纳着牙髓。

【诊断】

1. 龋病：牙齿虽然坚硬，但是如果长年遭受不良的刺激和病菌的侵害，也会发病。龋病是引起牙痛最常见的原因。

龋病俗称“虫牙”或“蛀牙”，但是并不是牙里真有什么“虫子”

作祟。在我国，患有龋病的患者高达4亿人以上，尤其是婴幼儿，乳牙的患龋率相当高，大大损害了儿童的口腔健康。

龋病的病因非常复杂。细菌破坏和饮食中多糖以及患者自身的情况，都是重要的发病因素。

在口腔里，平时就有许多能致龋的细菌。口腔里适合的温度、湿度，以及牙齿表面的沟窝和牙缝中残留的食物，都给细菌提供了生存、繁殖的良好条件。这些细菌和唾液中的营养成分，又会黏附在牙齿的表面，形成薄薄的一层牙菌斑。

菌斑附着在牙面上，它们是些柔软而不能被水冲掉或漱掉的堆积物，它主要是由大量的细菌、细胞间物质及脱落的细胞组成。牙菌斑是细菌集聚、生存和繁殖的场所。这种牙菌斑去除以后，在1～6个小时内，又可以重新形成。

所以说，牙菌斑的存在是引起龋齿和其他牙周疾病的直接原因。

在牙齿的窝沟、邻面、牙颈部，以及牙齿排列不整齐、拥挤、重叠等处，容易有食物嵌塞，不易清洁，经常形成菌斑，易于龋病的形成。

牙齿中的一些微量元素，特别是氟、钙、磷，对牙齿的抗龋能力起重要作用。钙化不良的牙齿，患龋率也高。饮食中与龋病关系最密切的是糖类，尤其是蔗糖。糖的摄入量增加，龋病的患病率也会相应提高。婴幼儿正处在牙齿发育阶段，如果吃糖过多，最容易患龋病。两餐之间吃糖或甜食，致龋作用比进餐时给糖更重要。因此常吃含糖的零食，不利于牙齿的健康。睡觉前吃糖，特别是含糖睡觉更为有害。

龋病经常发生在后牙（下颌第一、二磨牙）咬合面的裂沟和小窝内。

龋病起病初期，病变的釉质失去原有的光泽，变成灰白色、灰褐色、墨浸状等。以后釉质、牙质进一步脱钙疏松、分解软化，而形成龋洞。

龋病进一步发展，有较深的龋洞形成，颜色也变为黄褐色或深褐色，龋洞内经常有食物残渣。这时患者对酸、甜和咸的食物非常敏感，吃后立即有牙体受到刺激的感觉，对过热的食物或冷饮也会有反应。龋病侵及牙本质时，牙痛较轻，称为感觉过敏；当病变接近牙髓时，疼痛加重；一旦病菌侵入牙髓引发牙髓炎的时候，肿胀的牙髓在窄小的牙髓腔里，会压迫牙神经，引起剧痛。最后导致牙龋坏死、牙死亡。

龋病可以使牙齿丧失，降低咀嚼功能，妨碍消化，并能引起牙槽及颌骨的炎症，成为慢性感染病灶，影响全身的健康。

龋病的早期诊断、早期治疗非常重要。早期组织破坏小，患者疼痛轻，治疗以后可以停止龋病的发展。所以最好每年或每隔半年做一次口腔检查。

对于恒牙的龋病，必须进行填充治疗。常用的填充材料有磷酸锌

黏固粉、复合树脂和银汞合金。对于幼儿即将替换的乳牙浅龋，可以用药物局部处理。

预防龋病的主要方法，就是天天刷牙。每天最好早、晚各刷一次牙，每次刷牙不要少于3分钟。吃东西以后要漱口。

2. 牙周疾病：牙周疾病是指牙龈病及牙周病（牙周炎），患病率极高，如牙龈炎在人群中的患病率高达80%～90%；牙周炎的患病率也在50%以上，所以是最常见的口腔疾患，也是人们失牙的最主要因素之一。

牙齿生长在牙槽骨内，外面有齿龈覆盖。医学上所说的牙周组织，就是人们经常说的“牙床子”或“牙花子”。

牙周疾病的病因，最主要的是牙面上附着的牙石和牙菌斑的刺激。

牙石是沉积在牙面上已经钙化或正在钙化的菌斑和其他沉积物。一般说的牙石，多是“龈上牙石”。龈上牙石可以直接观察到，也可以用舌头感觉到，它多发生在下前牙舌侧牙面和上颌第一磨牙的颊侧牙面。

菌斑和牙石构成了对牙周组织的不良刺激。牙石量越多，则牙龈炎发病率越高，反之则低。菌斑量与牙周的关系，比牙石更为密切。牙面上的菌斑及牙石形成堆积，仅靠刷牙是难以清除干净的，就必须进行牙周洁治术，即“洗牙”。这是用机械的方法，清除附着在牙面上的牙石及菌斑，并磨光牙面，以去除局部刺激物对牙周组织的损害。目前也有用超声波洁牙机洗牙的方法。

牙周洁治对于预防和治疗牙周疾病，有着重要的意义。定期（半年或1年）到口腔科检查，并进行必要的洁牙术，以清除刷不掉的牙石及菌斑，可以保证牙周组织的健康。

牙龈出血

如果你吃苹果的时候，在苹果上留下了血迹；刷牙的时候，在口水里又发现带血，这多提示牙龈出血。慢性牙龈出血的主要原因，是由于牙菌斑、牙石、牙垢等刺激物引起的牙龈慢性炎症，如牙周炎。

另外，食物嵌塞在牙缝内、咬合面创伤、义齿（假牙）安装不良，也可以刺激牙龈，引起牙龈慢性炎症或出血。这些出血发生缓慢，而且可以自行停止。

牙龈外伤，如肉骨、鱼刺戳入，或刷牙用力、牙签使用不当，损伤了牙龈的时候，也会造成短暂的牙

龈出血。

急性牙龈发炎，如疱疹性牙龈炎等引起的出血，则出血量多，不易自行停止。

某些全身性的疾病，如白血病、血小板减少性紫癜、血友病、恶性贫血，以及由于缺乏维生素C造成的坏血病，由于疾病破坏了机体的凝血功能，也会引起牙龈出血。所以经常有找不出原因的牙龈出血，应当及时看医生。

牙龈出血时，经常要检查出血时间和凝血时间。出血时间是指将皮肤的毛细血管刺破以后，出血至出血自然停止所需要的时间。正常值为1～3分钟。如果超过了3分钟者，为出血时间延长。凝血时间是指血液自离开人体后，至凝固所需要的时间。正常值为4～12分钟（试管法），或3～7分钟（玻片法）。超过者为凝血时间延长。

上述全身性疾病的患者，出血时间和凝血时间会延长。有的是单项延长，有的则是两项都延长，于是就会表现为牙龈出血。

这些疾病牙龈出血的共同特点是牙龈自发性持续出血，口腔黏膜或身体其他部位的皮下，也可能有出血点或一片青紫（医学上称为淤斑）。

当然，如果患了这些疾病，还会有其他症状。医生还要做进一步的检查，例如，要给患者做骨髓穿刺，取出极少量的骨髓，仔细检查骨髓中血细胞的形态才能确诊。

心　悸

【概述】

心悸就是人们经常说的“心慌”。每个人的心脏都在不停地跳动。在正常的情形下，我们并不会感觉心脏在跳动。当心脏跳得过快、过慢，或心跳节律不规则（即“心律不齐”）的时候，就会自己感觉“心跳”，或者觉得心前区“怦怦”搏动。于是患者就有心慌、难受的感受。

在人的一生中，心脏是最忙碌的一个器官，它担负着泵血的重任，使血液能周而复始地在全身上下循环流动。

心脏由四个“房间”组成。左右两侧的上、下“房间”是“套间”，彼此相通，分别称为心房和心室。于是，心脏就有了左心房、左心室和右心房、右心室。

心房和心室之间有“门”相通。这个“门”称为房室瓣。左、右心室分别与主动脉和肺动脉相通，它们之间的“门”则称为主动脉瓣和肺动脉瓣。

心脏是一个肌肉组成的器官。心肌是由“心肌细胞”组成。心肌细胞会收缩。

正常的心脏跳动，非常有规律，所以人们形容它的“组织纪律性强”、能“任劳任怨”。

心脏本身有一套“自动传控”的装置，即由一些特殊的心肌细胞组成，医学上称为特殊传导组织，包括窦房结、结间束、房室束、房室结、左束支、右束支和普肯耶纤维。

如果把这个传导系统比喻为“输电网”，窦房结就是这个“电网”的“发电站”。它发出的“电”是一种特殊的生物电。“电流”先输到房室结，然后又顺着心脏内的“电缆”，顺序来到房室束和它的左右“束支”，再往下就是密布心脏的“电线”——普肯耶纤维。

依靠这一套传导系统，心脏的各部分结构就会按照“指令”行使自己的功能了。

窦房结是“自动传控”装置的核心部件，是“最高司令部”，它位于右心房上部，内有起搏细胞，能自动地、有节律地发出兴奋（即“指令”），并传至其他传导组织和心肌细胞。

心房肌首先接到窦房结传来的“指令”而收缩，将心房内剩余的血液挤入心室；然后心房舒张较长时间，以便接受来自静脉系统的血液。

在心房舒张的同时，窦房结的“指令”，已经通过房室结、左右束支及普肯耶纤维，传至心室，引起心室的兴奋和收缩。心室收缩，将血液泵入动脉并流遍全身。

心脏在“自动传控”装置的指挥下，收缩和舒张，周而复始，终生不息。如果“自动传控”装置出了毛病，就会影响心跳的频率和节律。

【诊断】

1. 心律失常：心跳节律、频率的不正常和心跳“源头”的异常，统称为心律失常。

每一分钟心跳的次数，称为“心率”。一位健康的成年人在安静时候的心率，是每分钟 60～100 次。心率超过了正常的值，达到每分钟 100 次以上，称为心动过速；反之，心跳在每分钟 60 次以下，就是心动过缓。

心跳的节律，称为心律。心脏跳动是很规则的，每一次跳动与下一次跳动之间的间隔时间基本相同。如果心跳的节律不规则，也会出现心律失常。

如果有的房室结和普肯耶纤维不受窦房结“指挥”，“擅自”发布心跳“指令”，可以引起早跳（也称早搏、期前收缩）。起源于房室结的早搏称结性（交界性）早搏；起源于普肯耶纤维者，则称为室性早搏。

在房室结或左、右束支传导路途中耽搁，或“线路不通”，传导速度减慢或不能将心跳“指令”传送下去，结果出现房室传导阻滞或束支传导阻滞。

一旦发生上述的心律紊乱，就说明“自动传控”装置出了毛病，需要请医生来“检修”。

健康人有时候也会觉得心慌，例如参加剧烈的体育运动，心跳怦怦不已；突然情绪激动，或是受了惊吓，立刻心里“嘣嘣”直跳；喝了过浓的咖啡、浓茶、烈性酒，或大量吸烟也有类似的感觉。

心律失常是心血管病中最常见的症状。引起心律失常的病因很多，其中有心脏本身患病的因素，如风湿性心脏病、冠心病、高血压性心脏病等。

各种感染、中毒、高钾血症（或低钾血症）及代谢性酸、碱中毒等，也会引起心律失常。有些药物，如肾上腺素、麻黄素等，使用以后也会出现心悸。

心脏以外的其他器官，在发生功能性或器质性改变时，也会诱发心律失常。

出现心悸要及时检查。最常用的检查手段是心电图描记。

2. 心房纤颤：心房纤颤是一种常见的心律失常，最多见的基本病变是风湿性心脏病、二尖瓣狭窄；其次还可见于冠心病、心力衰竭、甲状腺功能亢进、心肌病、心肌炎等。此外，也有相当多的患者找不出原发病因，所以称为原发性心房纤颤。

心房纤颤表现为心脏搏动的频率、节律和强度均不十分规则，通过听诊和心电图检查很易做出诊断。

心房纤颤由于心跳过快，加重了心脏的负担，可以诱发心功能减退，同时也影响了心脏的正常排血功能，降低全身各脏器的血液供应；另外一方面，由于心房纤颤造成心房收缩紊乱，容易在心房壁上形成血栓，即血凝块。新鲜的血栓黏附不牢固，易脱落，随血流移动，可引起血管堵塞，导致相应的脑、肾、脾、肠以及肢体缺血、坏死。

治疗心房纤颤时，要尽量寻找原发疾病并加以治疗。

高血压

【概述】

正常人一天中的血压是有波动的。上午 8 点至 10 点、下午 2 点至 4 点最高，但是数值也在 140/90 毫米汞柱以下；20 点至 6 点血压应在 120/80 毫米汞柱以下。影响血压波动的因素有情绪变化与气候变化等。妇女在月经周期内，血压也会增高。

记录血压的时候，医生用下面的书写表示：收缩压/舒张压毫米汞柱。毫米汞柱表示血压计上水银柱的高度。如你的病历上记录着 110/

70mmHg，是指你的收缩压是 110 毫米汞柱，舒张压是 70 毫米汞柱。

正常的血压应在 140/90 毫米汞柱以下。血压超过正常血压标准，就是高血压。过去常用的高血压诊断标准，是指血压长期持续在 160/95 毫米汞柱以上，现在已经不再用这个标准了。

但是在门诊通过一次测量血压，就轻易诊断为“高血压”是不对的，还要综合其他许多检查，才能确定或否定高血压的诊断。

高血压是由多种病因引起的一种症状。不要把高血压与高血压病混为一谈。

日常生活中，有许多因素会使血压升高：

（1）身体过胖：不能保持理想体重的人群，血压容易升高。成年人的体重与血压之间，有明显的相互关系。体重逐年升高的人，与体重保持不变的人比较，前者的血压明显升高。相反，体重减轻的同时，血压也会随之下降。建议体重指数保持在 24 以下为好。

（2）膳食高盐、低钾：饮食中食盐量多的人群，与饮食清淡的人群相比较，血压较高。此外，食物中钾、钙食量过低、优质蛋白质摄入不足、食物中摄入过多的动物脂肪，也是使血压升高的因素。

（3）过多饮酒：大量饮酒是高血压发病的另一个危险因素，特别是收缩压。如果饮酒者减少饮酒量，则高血压发病的危险性也可以下降。

（4）不良情绪刺激：长期精神紧张或超负荷工作，以及情绪压抑、心理矛盾等不良因素，可以导致血压升高。保持良好的生活环境与健康的心态平衡，可以使血压下降。

【诊断】

高血压病是一种独立的疾病。有高血压症状的患者，约有 90％是高血压病。这样的高血压病称为原发性高血压。

在许多疾病中，高血压是其中的症状之一，称为“继发性高血压”。肾脏疾病（如急性肾炎、慢性肾炎和慢性肾盂肾炎）经常伴发有高血压症状。30 岁以下的青少年患有高血压，就要想到肾脏疾病。一些内分泌疾病，如肾上腺肿瘤、垂体肿瘤，患者都有高血压症状。患有妊娠高血压综合征的妇女，血压升高是重要的症状之一。

发现高血压以后，要作尿常规、肾功能检查，还要检查眼底，做 X 线检查，才能确定是否是高血压病。

高血压是导致中老年人脑血管疾病、心脏病、肾功能损害的主要原因。高血压能使心脏负担加重，导致心脏损害。早期表现为心肌肥厚，心脏扩大；中晚期易并发冠心病、心肌梗死、心力衰竭。长期高血压能引起脑血管破裂，如出血性卒中（脑出血）、缺血性卒中（脑血栓）、腔隙性脑梗死，造成患者死亡或瘫痪，成为肢体残疾；肾功能损害也是高血压的常见并发症，患者夜尿多、水肿、有蛋白尿等。所以

要重视高血压的预防和治疗。

凡年龄在40岁以上的人，应定期（如半年至一年）测量血压。或者当出现头晕、头痛、耳鸣、视物模糊等症状时，要及时测量血压。

有高血压的人应该检查心电图及动态心电图，以确定是否伴有冠心病。

查血脂、血糖、肾功能，以确定有无糖尿病及高脂血症。

做超声心动图，以确定是否有心脏扩大及心功能好坏。

【治疗原则】

当确诊为高血压病以后，就要坚持治疗。尽量选用可持续24小时稳定控制血压的长效药物。治疗方法除了服药以外，还要改变不良的饮食习惯，调整饮食结构，采用低盐、低脂饮食；采用健康的生活方式，如经常参加体育锻炼、戒烟、避免精神过度紧张等，才能收到良好的疗效。

患者不要随意停药及频繁换药。所选药物一旦有效，就应该坚持服用。每天测量血压的时间要固定，也不要随意增加许多中成药（有些中药与西药有配伍禁忌）。

低血压

【概述】

动脉血压低于正常血压标准值，称为低血压。成年人血压的收缩压如果低于90毫米汞柱）、舒张压低于60毫米汞柱，就是低血压。但是有不少人，血压经常为90～100/50～60毫米汞柱，身体却健康如常人，这时的低血压就没有什么重要意义。

【诊断】

低血压可以分为急性低血压、慢性低血压和体位性低血压。

1. 慢性低血压：有些慢性低血压的人，低血压可能是由于其他疾病造成的，如有些内分泌方面的疾病（慢性肾上腺皮质功能不全、腺垂体功能不全或甲状腺功能低下）。

显著的营养不良患者，可能会出现低血压。有些患有严重慢性病的患者，由于长期消耗，造成营养不足，也会低血压。还有些心脏病的患者（如慢性缩窄性心包炎），血压也低。

2. 休克：急性低血压病情急、危险大，需要紧急处理。常见的有休克和晕厥。

休克是急性全身循环衰竭的主要表现。它是各种原因使组织血管供血不足而造成的综合征。由于许多重要的器官缺血，所以出现一系列危重的症状，如血压下降、心率加快、脉搏细弱、面色苍白、手脚

湿冷、尿量减少、表浅静脉萎陷、精神萎靡等。

休克又可以分为因大出血引起的失血性休克；严重呕吐、腹泻引起的失液性休克；心脏病引起的心源性休克；细菌、病毒引起的感染性休克和药物过敏引起的过敏性休克等。

一旦休克，应立即平卧，保持安静，并且要给患者保暖，吸氧，并且及时送患者到医院急救。

3. 晕厥：休克与晕厥并不是一回事。

晕厥大多数是由于脑部缺血造成的，往往是突然发生，患者暂时失去知觉和行动能力。

晕厥发作的时候，患者因肌肉无力，不能保持正常姿势，甚至会摔倒，同时发生意识改变。轻者恍恍惚惚，重者不省人事。

晕厥一般发病快，恢复也快，来去匆匆，所以与昏迷不同。昏迷的患者有持久而不易迅速恢复的知觉丧失。

反射性晕厥占晕厥的60%，多发生在紧张、恐惧、焦虑、悲痛、出血、见血、疼痛、劳累、空腹、久站、妊娠或天气闷热时。例如，有的人突然听到极为悲痛的消息，立即昏倒在地。有的人在平卧时血压正常，但是当突然站起来的时候，就会出现晕厥，称为体位性晕厥。

患者在晕厥以前，多有头晕、恶心、眼花、出冷汗、面色苍白、腿软等预兆。发作时，伴有血压下降、心率缓慢等症状。

心源性晕厥的患者，在发病之前无先兆，与体位之间也没有关系。发作时伴有口唇青紫、呼吸困难，心率和脉搏异常，这时检查心电图也会出现异常。

脑血管病变或血液成分异常，也会出现晕厥。

对反射性晕厥的患者，不需要做特殊的治疗，只要让患者平卧数分钟或十几分钟，症状就会自行恢复。或者用指尖掐患者的“人中”和“合谷”穴，有助于晕厥的恢复。

对其他类型的晕厥，则要做特殊的治疗了。

高血脂

【概述】

血液中的脂肪类物质，统称为血脂。

人体中的血液由血细胞（红细胞、白细胞、血小板）和血浆组成，血脂就弥散在血浆中。血脂和我们经常食用的动物脂肪和植物油不同。它在血浆中是以一种称为脂蛋白的形式存在。脂蛋白的组成，顾名思义可以有两种成分，即脂类和蛋

白质。

血浆中的脂类包括胆固醇、甘油三酯、磷脂和非游离脂肪酸等。它们与不同的蛋白质（称作载脂蛋白）结合在一起成为脂蛋白，就可以溶于血浆中了。

血脂是人体中一种重要的物质，有许多非常重要的功能，所以血脂并不是多余的物质。但是，血脂不能超过一定的范围。如果血中脂类物质过多，它们就会逐渐滞留在动脉血管的壁上，久而久之，能使动脉血管壁增厚、变硬，形成动脉粥样硬化。

【诊断】

下列人群最容易患高脂血症：他们包括日常饮食中脂肪、胆固醇或热量过多者；缺乏体力活动或体育运动者；年龄超过50岁以上者；体形肥胖者；生活无规律、情绪易激动、精神经常处于紧张状态者；吸烟、饮酒过量者；甲状腺功能低下者；患肝肾疾病、糖尿病、高血压等病症者；家族中有早发高脂血症或冠心病者。

如果动脉粥样硬化发生在心脏的冠状动脉，会造成血管的管腔阻塞，于是出现供血不足，就有可能出现一系列冠心病的症状。如果动脉粥样硬化发生在脑血管内，则会出现脑卒中等脑血管病的症状。

检查血脂常用的单位是××mmol/L，读作“每升××毫摩尔”；或××mg/dl，读作“每分升××毫克”。经常使用的检查项目有：

（1）总胆固醇：血清总胆固醇（简称TC），正常参考值低于5.20毫摩尔/升（或200毫克/分升）；如果高于此值，属于脂代谢紊乱。一般说来，血胆固醇水平低于150毫克/分升，患动脉粥样硬化的危险极低。如果一个人的血胆固醇水平由150毫克/分升升高到250毫克/分升或300毫克/分升，其患动脉粥样硬化的危险性，就分别增加了3倍或6倍。血清总胆固醇超过6.2毫摩尔/升（或240毫克/分升）水平，就需要治疗了。

（2）低密度脂蛋白胆固醇：血清低密度脂蛋白胆固醇（简称LDL-C），正常参考值为低于3.12毫摩尔/升（或120毫克/分升）。这类胆固醇被称为“坏”胆固醇，如果高于此值，属于脂代谢紊乱。超过4.1毫摩尔/升（或160毫克/分升）就需要治疗了。

（3）高密度脂蛋白胆固醇：血清高密度脂蛋白胆固醇（简称HDL-C），正常参考值为1.04毫摩尔/升（或40毫克/分升）。这类胆固醇对于健康而言是有益的，所以被人们称为“好”胆固醇，希望它能在血浆中多一些。如果低于正常值，属于脂代谢紊乱。低于0.9毫摩尔/升（或35毫克/分升）是需要治疗的水平。

（4）甘油三酯：血清甘油三酯（简称TG）。正常参考值为1.70毫摩尔/升（或150毫克/分升）。如果高于此值，属于脂代谢紊乱。超过

2.3 毫摩尔/升（或 200 毫克/分升）需要治疗。

【治疗原则】

饮食与动脉粥样硬化有密切关系。通过调整饮食，要达到保持正常的健康体重、降低过高血脂的目的。方法是：

（1）控制总热卡量。每天的食物总量，只要能达到保持理想体重即可。

（2）肉类食品每天限制在 75 克左右，可选用瘦肉、去皮禽肉、鱼，忌肥肉、禽肉皮、加工肉制品（如肉肠类）、鱼籽、鱿鱼、动物内脏（肝、脑、肾、肺、胃、肠）。

（3）蛋类如鸡蛋、鸭蛋、蛋清等，每周可食鸡蛋三四个，忌食蛋黄。

（4）奶类如牛奶、酸奶，每天可饮用 250 克，不用全脂奶粉、乳酪等奶制品。

（5）减少脂肪摄入，尤其要减少饱和脂肪酸的摄入量。食用油每天 20 克（2 平匙），最好是花生油、菜籽油、豆油、葵花籽油、色拉油、调和油、香油。应减少或避免棕榈油、猪油、牛羊油、奶油、鸡鸭油、黄油。

（6）糖类可用白糖、红糖，每天 10 克（1 平匙）。糕点和甜食等，最好不吃，其他如油饼、油条、炸糕、奶油蛋糕、巧克力、冰淇淋、雪糕均应限制。

（7）每天摄入的胆固醇，不要超过 300 毫克。

（8）适当增加饮食中蛋白质和碳水化合物的比例。蛋白质的摄入量占食物总热量的 15%左右。每天吃黄豆 30 克（或豆腐 150 克、豆腐干 45 克，不包括油豆腐、豆腐泡、素什锦），每天喝牛奶 250 克，最好是喝鲜牛奶。

（9）控制主食，达到“八成饱”。谷类食物每天应食用 400 克（女）、或 500 克（男），如米、面、杂粮等，每天食用燕麦 50 克、黑木耳 10 克，降胆固醇的效果明显（白木耳基本无此作用）。

（10）增加维生素 C 和维生素 E 等，每天吃新鲜蔬菜 400～500 克，最好是深绿叶或红黄色蔬菜和新鲜水果（如苹果、葡萄）50 克（但不宜用加工果汁、加糖果味饮料）。

（11）限制食盐量，一天之内不要超过 10 克，最好在 6 克左右（半匙），其他如黄酱、豆瓣酱、咸菜等也属不宜。

同时，患者应戒烟；减少饮酒，特别是要戒用烈性白酒。可以少量喝一些红葡萄酒，对提高“好”胆固醇（指血清高密度脂蛋白胆固醇）有一些作用；合理安排工作和休息，保持乐观的情绪，保证足够的睡眠，避免过度紧张，生活要有规律；牢记“生命在于运动”。选择适合自己的体力活动或体育锻炼项目。如步行走、慢跑、体操、骑自行车等，每天坚持锻炼 20～30 分钟。

常用的降血脂药物有：多烯康、非诺贝特、美降之、吉非罗齐、诺

衡、必降脂、血脂康、烟酸等。中药山楂、决明子等也可服用。

每年至少到医院做一次全面的健康检查。

紫　绀

【概述】

紫绀又称为发绀。绀，是指微微发红的黑色，或是一种青紫的颜色。患者有发绀症状时，皮肤较薄、色素少而血液充足的部位，如口唇、鼻尖、指甲盖、耳垂等处的皮肤、黏膜，颜色呈青紫色。

人们通常认为，出现紫绀与缺氧有关。这种说法还不全面。产生紫绀的原因，是由于毛细血管和小静脉的血液中，还原血红蛋白的绝对含量增加，或者出现异常血红蛋白衍生物（如高铁血红蛋白），使皮肤、黏膜变成青紫色。

血液中的血红蛋白是血液运输氧气的“工具”，它们在红细胞中。血红蛋白有两种形式存在，一种是还原血红蛋白；一种是氧合血红蛋白。氧合血红蛋白是鲜红的，而还原血红蛋白则是暗蓝色。还原血红蛋白与进入血液中的氧结合，就形成氧合血红蛋白。

当血液中的氧含量减少时，还原血红蛋白就会增加。只要毛细血管血液中的还原血红蛋白超过 50 克/升，就会出现紫绀。

高铁血红蛋白不能运输氧。当血液中高铁血红蛋白达到 30 克/升时，也会出现紫绀。

【诊断】

如果全身出现紫绀，但是患者的皮肤温暖，经加温与按摩后紫绀不消退，说明患者可能患有心肺疾病；如果手、脚、耳垂、口唇出现紫绀，紫绀部位的皮肤冰冷，局部按摩和加温可使紫绀减轻或消失，说明末梢循环障碍，患者可能患有充血性心力衰竭、慢性缩窄性心包炎、休克等。

如果紫绀在出生后不久出现，检查时发现患者有心脏杂音；或心前区震颤，说明患者患有紫绀型先天性心脏病；有些紫绀患者伴有杵状指（手指端呈棒槌状），说明紫绀病程长、病情重，可能患有紫绀型先天性心脏病，或患有慢性肺部病变（如肺源性心脏病）。

如果在发绀的同时，患者的四肢湿冷、血压下降、脉搏细速、尿量减少、意识障碍，说明患者出现休克或发生了药物急性中毒。

紫绀的患者，如果还伴有明显的呼吸困难，说明患者患有严重的心、肺疾病。

如接触某些化学药品或服用磺胺药、抗疟疾药物后出现紫绀，患

者发病急、紫绀重，可能是中毒性 高铁血红蛋白症。

胸前区疼痛

【概述】

出现胸前区疼痛的时候，千万不要忘了考虑心绞痛。中老年人在劳累或情绪激动的时候，如果突然出现胸骨后有压榨痛，而且疼痛向左肩部或左上臂放射，就要怀疑到心绞痛的可能。

【诊断】

心绞痛是冠心病的一种。冠心病的全称是冠状动脉粥样硬化性心脏病。它是由于冠状动脉病变引起的心脏病。冠状动脉是心脏的营养血管，分为左右两支，一旦发生病变，心肌就会缺血、缺氧，引起心脏的病变。患有肥胖症、高血压、糖尿病的患者，是冠心病的防治重点人群。

在血脂检查中，血清总胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇升高、高密度脂蛋白胆固醇过低是冠心病的危险因素。吸烟也是冠心病的重要危险因素之一。

心绞痛多在劳累、兴奋、受寒和饱餐后突然发生。疼痛的部位在胸骨后、心前区，并且可能放射到咽喉、左肩、左臂内侧，直至小指和环指。疼痛的性质因人而异，多为压榨性、窒息性或闷胀性，有的患者在发病时，甚至有一种死亡将至的感觉。

心绞痛每次发作 1～5 分钟，偶尔有的人可以持续 15 分钟。严重的时候，患者出冷汗、面色苍白。

心绞痛发作的时候，应保持安静，立即休息，并在床上平卧。在这种情况下，还应当马上服用扩张冠状血管的药物，如硝酸甘油片。所以有冠心病的人，这类药物应随身携带。

吞咽困难

【概述】

食物从口腔到胃的运送过程，如果受到了阻碍，患者下咽时就会有一种梗阻的感觉，患者甚至能明确地指出梗阻的部位，这就是吞咽困难。

吞咽过程仿佛是一个“三部曲”。第一步，食物从口腔到咽部。

这一步是受意识控制的，由舌的运动完成。第二步，食物从咽到食管上端。这一步是由许多活动协调完成的。

我们的咽喉，像一个大的“房间”，它有三座“门”。一个“门”通向鼻腔。吞咽时，有神经指挥关闭此“门”，免得食物误入鼻腔；另一个“门”，通向气管。吞咽食物的时候，这个“门”也会关闭，不让食物误入气管，以免引起呛咳。最后，还有一个“门”是通向食管。这是食物应走的“正门”。当口咽有炎症或创伤时，患者因为害怕疼痛而不敢吞咽，于是就会造成吞咽困难。当指挥“咽门”开关的神经或参与“开关”的肌肉发生病变，也会出现吞咽困难。

吞咽的第三步，是食物从食管上端到胃。这一步是由食管的运动完成。由于食管与胃之间有两层“门”，一个是食管下括约肌，另一个是贲门括约肌，因此咽下的食物不易反流回来。

如果食管运动不正常或食管下括约肌功能异常，也可能发生吞咽困难。

【诊断】

吞咽困难伴发热、头痛、咽喉痛、全身不适，可能患有咽喉部疾病，如急性咽炎、急性喉炎、扁桃体炎或扁桃体脓肿等。

吞咽困难伴有胸骨后烧灼痛、反酸、呕血，可能是患了反流性食管炎。

吞咽困难伴食物反流，呛咳，可能是咽神经、肌肉功能失常。常见于脑血管意外、延髓病变、多发性神经炎等。

吞咽困难伴呃逆，经常说明食管下端有病变，如患贲门癌、贲门失弛缓症等。

吞咽困难伴呕血，常见于食管癌、反流性食管炎和食管异物等。

吞咽困难逐渐发生，病情进行性加重，开始时吞咽干硬的食物哽噎，后来连软食、流质食物也感到困难，难以下咽，吞咽时胸骨后或背部疼痛、不适，则可能患有食管癌。

如果怀疑是食管癌，应尽早到医院检查。一般先要进行X线钡剂检查、食管脱落细胞检查（简称“拉网”），以及其他活体组织检查。

呕　吐

【概述】

呕吐是一种将胃内容物从口腔强力驱出的反射动作。呕吐与恶心经常同时出现。

【诊断】

1. 消化道病变：呕吐最常见的

病因是各种原因引起的消化道病变，如急性胃肠炎、反流性食管炎、消化性溃疡、幽门梗阻、胃肿瘤、肠梗阻。这类病变多与进食有关。

呕吐同时有暴饮暴食史，或吃不洁食物史，或服用某种药物过量，可以考虑急性胃肠炎。如果呕吐患者有慢性上腹痛，发作有时间性，与进餐有一定关系，应检查有无胃或十二指肠溃疡病。如果呕吐多在下午或晚上，进餐 8～12 小时呕吐量多，常吐出以前所进的食物，就要想到幽门梗阻。如果呕吐量大，含有胆汁或有粪臭味，腹痛呈阵发性，就要考虑是否是肠梗阻。

患急性胃炎的患者，有饮食不当史，起病急，常突然发病。患者恶心、呕吐，有上腹痛。如果同时有肠炎的患者，还有腹泻，排水样便，有时伴发热。

幽门梗阻患者常见的病因是胃十二指肠溃疡，其次是胃癌或腹部肿瘤压迫等。呕吐多发生在进食后 8～12 小时，呕吐量多，多为食物，可有隔日所进食物；晚上呕吐时，常吐出早间或中午所进的食物。患者还有上腹疼痛。如果仔细观察，能看到上腹部有蠕动波。

X 线钡剂造影检查时，可见钡剂在胃中滞留。

2. 其他脏器病变引起的反射性呕吐：各种原因引起的急性腹痛，如肾绞痛、急性腹膜炎、急性盆腔炎等均可引起呕吐。甚至急性心肌梗死、充血性心力衰竭，也可出现呕吐。

女性患者有闭经史，有呕吐但不伴有上腹痛时，就可能是早期妊娠的征象。

有神经性呕吐的患者，表现为进食后立即呕吐，每次量少，仅有一两口，不伴有腹痛。

呕吐伴有眩晕、不敢睁眼，也不敢行动，要考虑耳朵内的前庭功能障碍。这时患者会恶心、呕吐，伴有突然发生、反复发作的剧烈眩晕、耳鸣或听力下降。

颅内压增高，即当颅内有炎症、血肿、肿瘤或脑膜炎症（如患“流脑”）时，都会使颅内压增高而引起呕吐。这种呕吐往往是喷射性的，并伴有发热、头痛、烦躁、意识障碍等症状，婴幼儿患病时，还有前囟门饱满，以及其他症状。

癌病患者也会发生呕吐，其呕吐多在餐后立即发生，吐后又能立即进食。

醉酒者呕吐时，呕出物有酒味。如果酒精破坏了胃壁，还会引起胃出血，这时吐出物为咖啡色。对于醉酒者，应该让他躺下，头偏向一侧，以防止呕出物吸入呼吸道引起窒息，在冬天还要注意保暖。

食欲不振

【概述】

食欲不振就是指不想吃东西。一些全身性疾病或消化系统疾病，都可能引起食欲不振。如患全身性传染病（麻疹、猩红热等）的时候，患者往往食欲不振。

【诊断】

慢性胃炎患者除有食欲不振外，还有上腹部不适、疼痛、恶心、呕吐等症状。

胃癌的早期症状，就有食欲不振，特别是不喜欢肉类食物，此外还伴有日渐消瘦、恶心、呕吐、嗳气、反酸、全身不适等症状。

食欲不振伴低热、恶心、腹胀、肝区疼痛、黄疸时，应怀疑是否患有病毒性肝炎。

食欲不振伴消瘦、乏力、肝区疼痛等症状，后期出现黄疸，就要想到是否患了原发性肝癌。

直接引起食欲不振的原因是消化液分泌减少或胃动力缺乏。对前者引起的食欲不振，可口服多酶片、山楂丸等治疗；如果是胃动力缺乏引起的食欲不振，可用些胃动力药物，如吗丁啉等，以使胃的运动恢复正常。

呕血与黑便

【概述】

便血分为可见和不可见，不可见的便血一般称之为潜血阳性，可见的是人的肉眼可见的，包括血的颜色和量、与大便是否相混合等。从便血的量和颜色又可区分出是上消化道出血和下消化道出血（上消化道包括食管、胃、十二指肠、胆道、胰腺等；下消化道有大肠和小肠）。

呕血与黑便是上消化道出血的主要症状。上消化道各种疾病或某些全身性疾病，都可能引起上消化道出血。如果出血量大，血液在胃内停留时间短，呕出的血是暗红色或鲜红色的。如果出血量小，血液在胃内停留的时间长，血液经胃酸作用后，呕出物呈咖啡色或黑褐色。血液在肠道内经硫化物作用后，变成黑色，从而使粪便黏稠发亮，像马路上铺的沥青，称为“柏油样便”。上消化道出血的患者，除了呕吐咖啡样物或鲜血、解柏油样黑便外，还有头晕、眼花、出冷汗、心

悸、气促、昏厥等症状。

【诊断】

1. 消化道溃疡：较常见的呕血与黑便是由消化道溃疡引起的。溃疡患者有慢性、周期性、节律性上腹痛史，还有烧心、嗳气、反酸、疼痛等其他症状。出血前疼痛加剧，出血后疼痛减轻或缓解。

2. 肝硬化：患有病毒性肝炎、血吸虫感染或长期酗酒的人，都可能引发肝硬化。肝硬化的患者，会出现严重的食管胃底静脉曲张，这时食管或胃底静脉的血管变得非常薄脆，极容易破裂出血。肝硬化患者在体检时，可以发现眼睛的巩膜发黄、皮肤黄疸，还有肝掌、蜘蛛痣、脾肿大、腹水等征象。

3. 消化道肿瘤：中老年患者，如果近期内出现上腹痛节律性改变，伴有食欲不振、胃纳减少、体重下降者，应注意胃癌的可能。胃癌患者由于出血量少，粪便只是潜血，肉眼看不出来，需要经过医院化验才能发现。如潜血试验持续“阳性”（化验报告单上写为“+”），应怀疑癌症的存在。肿瘤引起的便血，从颜色上看不是鲜红色，而是像果酱色，颜色较暗。

4. 其他：食用动物血、肝脏、瘦肉或大量绿叶蔬菜、含铁的药物等，都会出现潜血假阳性。所以在化验检查以前，禁食上述食品或药物。如果已经进食了上述食品或药物，则需要再经过 3 天后才能进行检查，这样结果才可靠。

粪便潜血阳性，表示每天的出血量超过 5 毫升；如果出血量每天超过 60 毫升时，可表现为黑便。呕血则提示出血量大或出血速度快。

【治疗原则】

一旦出现呕血，应立即卧床休息，保持安静。严密观察病情，对出血情况更要严密监测，如血压、脉搏、呼吸、尿量及神志情况。一般出血量不大时，不需要禁食，可给予流质饮食。频繁呕血或怀疑患者有食管胃底静脉出血时，则要禁食。

出血严重的患者要住院治疗。除了采取止血措施外，还要补充血容量，或者外科手术治疗。

便 血

【概述】

便血是经常出现的症状。

下消化道出血分为良性疾病出血和肿瘤性疾病引起的出血。良性疾患包括内痔、外痔、肛裂、大肠息肉、肛瘘等，便血的颜色也不完全一样。内痔出血量较多，显鲜红色，排便时出血，停止排便后，出

血一般也停止，并且敷在大便表面，或单独出血，肛门不疼痛。肛裂出血呈鲜红色，但量较少，肛门疼痛，血敷在大便表面，或手纸上有血。大肠息肉引起的便血，一般看息肉长在哪个部位上，比较靠近小肠，颜色就比较深一些，靠近结肠就浅一些。结肠炎引起的便血，一般为脓血便，量可多可少，颜色不鲜，较暗，敷在大便表面，脓与血相混。肛瘘引起的便血，也是脓血便，但它是间断性的，不定期或定期发作，量可多可少，发作时或发作前，有臀部、肛门内或肛旁疼痛感，也可以有发热、不能坐等症状。外痔只有在发生血栓后才可以引起出血，量不多，颜色可鲜可暗。

【诊断】

（1）痢疾：急性细菌性痢疾常在夏秋季出现黏液脓血便，伴腹痛、里急后重、发热等症状；慢性痢疾也见脓血便，但季节性不明显，常有急性菌痢病史；阿米巴痢疾以多量的腥臭的暗红色果酱样大便为特征。三者通过症状和镜检很容易鉴别诊断。

（2）痔疮：痔疮的特点是大便带鲜血。排便时无下坠感，时可见肛门突出物。一般有痔疮病史且反复发作。指诊或肛门镜检可迅速确诊。

（3）溃疡病：大便呈黑色，甚至柏油样。常伴有上腹部长期性、周期性、节律性疼痛和嗳气、反酸、恶心、呕吐等症状。X线钡餐、胃镜检查可以确诊。

（4）肛裂：大便后肛门出鲜血，伴有肛门疼痛，多有便秘病史，其诊断要点是肛周有皲裂出血。

（5）结肠炎：时见大便血粪混杂，呈糊状软便，有时也有大便干结，可伴腹痛、里急后重，但病史长，难治愈。通过结肠镜检查可确诊。

（6）直肠息肉：大便表面附着鲜血，血不与粪便相混。直肠指检一般可触及息肉，必要时可通过X线钡剂灌肠、直肠镜检予以确诊。

（7）结肠癌与直肠癌：粪便带脓血，大便形状正常而排便习惯改变，腹泻与便秘交替出现。多有不明原因的消化不良病史。从便血症状上，结肠癌易与结肠炎相混淆；直肠癌易与痢疾、痔疮、直肠息肉等相混淆。特别是年龄在40岁以上的患者，要及时通过乙状结肠镜检查、活体组织检查（简称活检）加以鉴别。

（8）其他：肠套叠也可出现果酱样血便；坏死性小肠炎、溃疡性肠结核等都可见到血便。

腹 泻

【概述】

急性腹泻是指排便次数增多，粪质稀薄，病程在两个月之内。正常人每天大便多为1～2次，也有两三天大便一次者，大便时间多有规律。正常的大便成形，不含黏液和脓血。

如果大便次数比平常增多，大便呈糊状、水样、脓血样或血水样等，都属于不正常。

造成急性腹泻的病因很多，最常见的是肠道感染和细菌性食物中毒。吃了不洁净的食物、饮料后，由于这些食物中带有致病细菌及病毒，就可导致腹泻。

引起食物中毒的细菌有许多种，常见的如沙门菌、金黄色葡萄球菌、嗜盐菌、变形杆菌、致病性大肠杆菌、肉毒杆菌等。吃了有毒的蘑菇或吃了河鲀鱼等，也会引起食物中毒。

【诊断】

最常见的腹泻原因是急性肠道感染，有急性细菌性痢疾、病毒性肠炎、霍乱、急性阿米巴痢疾等。

另外有些腹泻，是由于患者对某种食物过敏造成的。如有人对鱼虾、牛奶、菠萝过敏，食用后能出现腹泻。还有些药物或化学毒物能致腹泻，如硫酸镁、有机磷农药中毒等。

细菌性食物中毒引起的腹泻，粪便常呈糊样或水样，粪便检查时，很少有红细胞和白细胞。

如有脓血便及里急后重，多为细菌性痢疾。大便刚刚解完，不一会儿又要想大便，医学上称为里急后重。有里急后重的患者，总有便意未尽的感觉。急性菌痢的患者多伴有发热，粪量少，脓多。

如果大便量多，呈米泔水样，而腹痛不明显者，则考虑为霍乱、副霍乱等。

食物中毒的患者发病急，而且就餐的人中间有许多人同时发生腹泻。

粪便呈血水样或洗肉水样，多见于坏死性小肠炎；霍乱、副霍乱及严重的感染性食物中毒（如嗜盐菌食物中毒）也可以见到类似的水样大便。

腹泻会引起一些并发症，如电解质（钠、钾、镁、氯等）的丢失、体液丧失，继发脱水。幼儿、老年人、虚弱和严重腹泻的患者可能会很快发生虚脱。

【治疗原则】

患者如果有腹泻症状发生，都要进行大便常规检查和细菌培养，对于诊断病因非常重要。腹泻的患者，主要是病因治疗，即针对引起腹泻的病原进行治疗。

常用的抗菌药物，选择喹诺酮类抗生素中的诺氟沙星（空腹时服用吸收最好）或环丙沙星。

患者要多喝水，必要时，也要输补液体，防止出现水和电解质紊乱。特别是出现剧烈腹泻或长期慢性腹泻时，应选用止泻药，防止机体过度脱水、水盐代谢失调和消化及营养障碍。

如果患者恶心、呕吐不严重，可予口服“补液盐”。补液盐的简称为“ORS 冲剂”，是世界卫生组织推荐的一种口服补液配方，成分有葡萄糖、氯化钠、氯化钾、枸橼酸钠，用于各种原因引起的腹泻、脱水症，特别适用于小儿。服用时将药品溶于温水中饮用。

慢性腹泻

【概述】

慢性腹泻是指腹泻病程在 2 个月以上，或间歇期在 2～4 周内的复发性腹泻。引起慢性腹泻的原因，最常见的是肠道感染性疾病，如慢性细菌性痢疾、慢性阿米巴痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等。其次是肠道易激综合征、溃疡性结肠炎、结肠癌等。

【诊断】

慢性腹泻的患者，如果年龄较大，有贫血、消瘦及病程较长者，应考虑大肠癌（即结肠癌或直肠癌）。所以应常规做肛门指检，或进行乙状结肠镜检查，必要时做 X 线钡剂灌肠检查。

肠结核引起的是慢性腹泻，常伴有发热、贫血、消瘦及腹部肿块。

粪便中含有大量脂肪，恶臭，要考虑胰腺、胆囊或胃的疾病引起的腹泻及吸收不良综合征，但是这些病都比较少见。

功能性腹泻是指有腹泻症状，但是经过系统检查却未能发现引起腹泻的器质性胃肠道病变。在临床上，功能性腹泻主要是指肠道易激综合征所致的腹泻。该病曾被称为“结肠过敏”、“结肠痉挛性结肠炎”、“黏液性结肠炎”、“结肠功能紊乱”等，目前统称为肠道易激综合征。

本病是一种最常见的胃肠道功能紊乱性疾病，多见于女性，其发生率约为 10%，多在 20～60 岁年龄段，60 岁以后首次发病者罕见，其病因尚未阐明，可能与遗传、环境及精神因素有关。

患者就诊时，多数情绪紧张，主诉繁多，以腹痛、腹泻或便秘为主。腹泻一般每日 2 ～3 次，为糊状或黏液便，多在早餐后，一般无夜间睡眠后腹泻；腹痛多位于左下腹或右上腹，也可见于脐周和其他

部位，排气、排便后可缓解。患者一般情况良好，无消瘦和发热。与患者主诉的严重症状形成鲜明对照。有时可触及膨胀呈索状的结肠，尤其是乙状结肠。肛门指诊可发现肛门括约肌痉挛。用指尖触动直肠，有时可诱发特征性结肠疼痛。疑有器质性病变者，需作进一步检查。由于本病缺乏特异性的症状和体征，临床表现常与一些肠道器质性疾病的症状重叠。因此，需严格排除器质性疾病后，方能诊断本病。

【治疗原则】

针对腹泻能对症治疗的药物，有以下几种药物可以选择使用。

（1）复方地芬诺酯（止泻宁）：可减弱肠蠕动，使肠内容物通过延迟，适用于急、慢性功能性腹泻及慢性肠炎等。每次服1～2片，每天3次。

（2）氯苯哌酰胺（易蒙停）：可减少肠蠕动，对慢性腹泻粪便不成形时特别有效。该药每粒2毫克，成人首次2粒，以后每次腹泻后服1粒，每天的总量不超过8粒。严重腹泻或感染性腹泻慎用，孕妇和哺乳妇女慎用，小儿也不适用。

（3）思密达：可吸附肠道内病原体，主要用于急慢性腹泻，对儿童急性腹泻效果较好。

此外还有酵母片、黄连素片、双歧杆菌制剂（丽珠得乐）、乳酸杆菌制剂（乐托尔）、整肠生等也可选用。

肠道易激综合征无特殊治疗，通常采用饮食、心理调整和对症治疗。让患者了解本病的性质和良好预后，以解除精神压力及对疾病的顾虑，必要时可给予适量的镇静药，如地西泮（安定）、谷维素、苯巴比妥、多虑平及阿米替林等，以改善睡眠和焦虑。并注意生活规律，加强体育锻炼，增强体质。饮食应避免刺激性食物，减少食物中纤维的含量，限制粗质蔬菜与水果。

药物治疗有钙离子通道阻滞药，如维拉帕米、硝苯地平、匹维溴胺（得舒特）等，具有抑制平滑肌收缩、减少肠道分泌的作用，能有效减少排便次数和减轻腹痛。非甾体类抗炎药可减少肠道分泌而减轻腹泻，常用药物有吲哚美辛。止泻药物可选用地芬诺酯（苯乙哌啶）、复方地芬诺酯（止泻宁）、洛哌丁胺（易蒙停）等。以上药物能减少肠蠕动，具有收敛作用，止泻效果较好。但长期服用均可成瘾，故仅能短期对症应用。

腹胀时可服用吗丁啉或西沙比利。但后者不适用于腹泻患者。

便　秘

【概述】

便秘一般表现为大便干结，大便次数减少，一般通常在两天以上无便、排便费力，有时排出的粪便呈羊粪球状。用力时肛门疼痛，引起肛裂。患者可有腹痛、恶心、食欲减退；乏力及头痛、口苦、腹部膨胀等症状。

食物经消化吸收后，残渣废物成为粪便贮存在直肠，充满后对肠壁产生压力，引起排便反射而排出。有良好排便习惯的人，一般每天都要排一次大便，而且排便定时。但是有便秘的人，隔两三天，或更长的一段时间，甚至一周才排一次大便。当然，有的人一天之内要排两三次大便，有的人习惯于两三天才排一次。所以如果大便次数少于往日的习惯，就是便秘。

由于长期便秘，粪便中的水分被大肠吸收，所以大便成为干燥的硬结，难以排出，排便的时候格外痛苦，心理上也增加了许多精神负担。

【诊断】

发生便秘的原因多种多样。食物过于精细，缺少纤维素，或是终日伏案工作，缺少运动，都是发生便秘的主要原因之一。老年人腹肌和膈肌等肌肉衰弱，排便无力，肠蠕动减慢，也是造成便秘的重要原因。他们中间有的人习惯用泻药通便，习惯成自然，却形成了便秘。有的人有脱肛、肛裂、痔或肛瘘，大便时疼痛不已，所以有意识地减少排便次数，天长日久，结果也会形成便秘。

【治疗原则】

习惯性便秘者，应养成良好的每天排便的习惯。良好的排便习惯应当是：定时排便，迅速排空，彻底排空。每天早晚某时排便，要养成习惯，而且要在5分钟之内排完。

如果已经形成了便秘，患者非常痛苦，这时也可选用泻药治疗。但有肠梗阻时一般不用，伴有腹痛患者，如诊断不明时不可随意使用泻药。

1. 多供给含粗纤维食物，刺激肠道，促进胃肠蠕动，增强排便能力。如粗粮、带皮水果、新鲜蔬菜等。多饮水，使肠道保持足够水分，有利粪便排出。

2. 多食用含B族维生素丰富食物（如粗粮、酵母、豆类及其制品等），可促进消化液分泌，维持和促进肠道蠕动，有利于排便。

3. 适当增加高脂肪食物（如花生、芝麻、核桃及花生油、芝麻油、豆油等），植物油能直接润肠，且分解产物脂肪酸有刺激肠蠕动作用。

4. 多食易产气食物（如洋葱、

萝卜、蒜苗等），能促进肠蠕动加快，有利于排便；禁忌烟酒及辛辣食物等，这些食物对通便不利。

5. 膳食治疗：祖国医学认为医食同源，药食同用。常用于治疗或预防便秘的食物有：

（1）海藻类食品：包括海带、紫菜、裙带菜等，含有较多的纤维素，不被身体吸收消化，刺激大肠蠕动，导致排便。食用时，将海带、紫菜、裙带菜任一种洗净，做成主菜、汤菜均可，也可煮熟凉拌当小菜，连用1～2天，可促进排便。副作用，食用过多，胃内有食草样感。

（2）蜂蜜：生蜂蜜因为未提炼出蜡，故发挥润肠作用更好。每日3次，每次50毫升，连用2～3日，副作用为用量过大时可造成腹泻。

（3）白萝卜：促进肠蠕动，加速排便。每晚食生萝卜100克，或晚饭加生萝卜丝凉拌当小菜，熟萝卜当主菜，1～2天便可生效。或用萝卜500克，洗净、切碎，纱布绞取汁液，加入生蜂蜜100毫升，每次用50毫升，每日3次。

（4）胡萝卜：蒸熟食用效果最好。每次饭前加熟胡萝卜100克，一日3次。

家庭中常用的泻药有：

（1）蓖麻油：口服后刺激小肠，增加蠕动，促进排泄，在服药后1～6小时内排出流质粪便，宜清晨空腹服用。孕妇忌服，月经期慎服。服法是每天1次，每次10～20毫升。

（2）比沙可啶（便塞停片）：本药可引起直肠反射性蠕动增强而导致排便，主要用于各种急慢性和习惯性便秘。每天1次，每次一两片（5～10毫克），整片吞服，服药前后2小时不要服用牛奶。

（3）开塞露：为治疗便秘的直肠用溶剂，使用时缓慢插入肛门后，将药液挤入直肠内。成年人每次1支。注意不得口服。

（4）甘油栓：甘油能润滑并刺激肠壁，软化大便，使其易于排出，使用时，将甘油栓剂1粒塞入肛门。

（5）酚酞（果导片）：口服后在肠内刺激结肠黏膜，促进结肠蠕动，并阻止肠液被肠壁吸收而起缓泻作用，作用可持续三四天。适用于顽固性便秘。

（6）西沙必利（普瑞博思）：这种药物是一种胃肠动力药，能增强胃和十二指肠的收缩性，并加强肠的运动。可用于顽固性便秘。

此外，液体石蜡、乳果糖也常用于治疗便秘。有些中药制剂，如麻仁润肠丸、苁蓉通便口服液等。

急性腹痛

【概述】

大多数腹痛是由腹内脏器疾患引起的，如胃病、肠炎、胰腺炎以及寄生虫病。但是其他一些系统的疾病，比如神经、呼吸、循环、泌尿生殖系统或全身性的疾病，也可以引起腹痛。

为叙述方便，临床医学将腹部分为九个区。当腹部某脏器有病变时，即在某个区域感到疼痛。根据腹痛的部位，可以估计是哪些脏器发病，以便做进一步检查而确诊。

1. 右上腹部：肝右叶、胆囊、横结肠肝曲、右肾、右肾上腺。

2. 上腹部：肝左叶、胃、十二指肠、大网膜、部分横结肠、胰腺头部和体部、腹主动脉。

3. 左上腹部：胃、脾、横结肠脾曲、胰腺尾部、左肾、左肾上腺。

4. 右侧腹部：升结肠、部分小肠、右肾。

5. 中腹部：大网膜、横结肠、小肠、输尿管、肠系膜、腹主动脉。

6. 左侧腹部：降结肠、空肠、左肾。

7. 右下腹部：盲肠、阑尾、右输卵管、右侧卵巢。

8. 下腹部：回肠、输尿管、膀胱、子宫。

9. 左下腹部：乙状结肠、左侧输卵管、左侧卵巢。

急性腹痛起病急、变化快，内科、外科、妇产科和儿科等临床各科疾病都会出现腹痛。引起急性腹痛的原因很多，一般可以分为外科病，即腹腔内脏器官急性炎症（如阑尾炎、胰腺炎、胆囊炎）；还有内科病，即非炎性疾病（如胃十二指肠溃疡、肠道或胆道蛔虫症）两大类。

【诊断】

要注意腹痛的情况。一般来说，内科病的腹痛经常慢性反复发作，而且疼痛为隐隐作痛或钝痛，患者尚可忍受。若腹痛表现为间歇性，即痛一阵——消失——然后再出现，有时尽管较剧烈，也可能是内科病居多，至少不是急诊手术的表现；相反，若疼痛持续，或中间虽有短时减轻，但从无完全消失者，则要注意外科腹痛了。有经验的外科医生认为，持续 6 小时以上的腹痛不可忽视，因其往往是外科急性腹痛。

要注意腹痛的部位。腹痛的部位非常有参考价值。若疼痛固定于某一部位，则表示该部位的某一脏器可能有器质性病变，很可能是外科急性腹痛；若是疼痛部位不定，则多属功能性，以内科所致的腹痛占大多数。外科病的腹痛大多来势凶猛，可能突然出现，也可能是先隐隐作痛，然后出现像刀割一样的

疼痛。

注意是先发热，还是后发热。如果患者是先发热、后腹痛，可能是内科病；而外科病一般是先腹痛、后发热。

注意大便情况。便秘是外科急腹痛的常见症状，特别是连屁也不放的便秘，或伴有腹胀、呕吐者，更具特征性。若先有1～2次稀烂大便，随后出现便秘也很有参考价值。

注意有没有反跳痛。腹痛时按一按自己的肚皮，如果摸起来比较软，而且按着肚子才舒服一些，就可能是内科病；患有外科病的时候，肚皮发紧，摸患者的肚子时，患者觉得格外疼痛，所以拒按。

当医生检查患者的腹部时，用中指按压在最疼痛的部位，又突然将手指弹起来，患者的疼痛会更加剧（在医学上称为反跳痛）。反跳痛表明腹膜被刺激，可能有腹膜炎的存在，患者可能要接受手术治疗。

有许多时候，患者自己也难以区分自己患的究竟是内科病，还是外科病。例如，一位患有胃溃疡的患者，开始是腹部隐隐作痛，但是当溃疡穿孔的时候，疼痛的性质也会发生变化，需要立即手术治疗。

胰腺炎及胰腺癌：腹痛是持续性，逐渐加重，常有后背牵涉痛，平卧时可诱发上腹痛，当坐位或前倾时疼痛可减轻。

胆囊炎或胆石症：突然发作上腹部绞痛，绞痛后右上腹部痛加重，可向右肩背部放射，常伴恶心、呕吐、食欲不振、腹胀等，反复发作，可因饮食高脂食物、过度受凉而诱发，部分患者有轻度黄疸。

肝炎及肝癌：常为为右季肋区疼痛，以胀痛为主，左叶肝癌可有剑突下疼痛。

胃癌：腹痛无规律，开始为上腹部不适、闷胀及沉重感。按胃炎治疗，症状可暂缓解。

胃及十二指肠溃疡：上腹痛有一定时间规律，具有定期发作的特点。胃溃疡多在餐后半小时到1小时出现腹痛，十二指肠溃疡多在空腹及夜间痛。

急性阑尾炎：起初有上腹痛，多于数小时后转移为右下腹痛，常与急性胃炎相混淆。

右下叶的肺炎或胸膜炎，常引起上腹部的疼痛。

心肌梗死、心绞痛、心包炎、亚急性心内膜炎，可能引起左上腹部或心窝部位的疼痛；但同时伴有胸闷、大汗等症状。

急性食管炎或食管痉挛时，疼痛可以放射到上腹部。

睾丸扭转、睾丸炎都可以引起下腹部或腹股沟区的剧烈疼痛。

支配腹壁的脊髓发生病变时，可引起腹部持续性隐痛或剧痛，有时则是阵发性疼痛。

血液病也可以引起腹痛，如各种原因引起的急性溶血、过敏性紫癜以及急性或慢性白血病，都可能发生剧烈的腹痛。

低血糖、糖尿病酮症酸中毒等

内分泌代谢性疾病，以及铅中毒、低血钾、低血钙、高钙血症，都可能引起腹痛。甚至患有癫痫、风湿热的患者，少数是以腹痛为主要症状，特称为腹型癫痫、腹型风湿热。

通常认为，腹痛越厉害，病情也就越严重。但也不尽然，有时也会有例外。如老年人感觉迟钝，机体反应能力下降，即使病情非常严重，也常无明显的腹痛。也有的老年人神志恍惚、语言不清，或因耳聋不能清晰地诉说腹痛情况，往往得不到家人的重视。

小儿的神经系统发育不完善，又不会正确叙述病史，当腹内脏器出现炎症的时候，往往有寒战、发热、惊厥、恶心、呕吐、腹泻等现象，不一定以腹痛为最初或最主要的症状，也容易出现延误诊治。

另外，空腔脏器痉挛时腹痛剧烈。如胆道蛔虫引起的心窝部钻顶样疼痛、输尿管结石引起的腰、腹部绞痛，患者往往呻吟不止、辗转反侧，但一般不会危及生命，而肝、脾破裂时，虽然疼痛的程度不如输尿管结石和胆道蛔虫，但却对生命的威胁极大。

所以剧烈腹痛者应该及时就医，而对自觉腹痛轻微的老年人和小儿，也必须引起高度重视。

【治疗原则】

很多腹痛的患者，在就医前已经服用了止痛药，入院后也往往要求医生给以止痛，似乎只要不再疼痛，“病就算好了”。如前所述，腹痛只是许多疾病的一种症状，一些需要紧急手术的急性腹痛，如肝或脾破裂出血、溃疡病穿孔等，此时如果用了止痛药，就可能掩盖病情，造成医生诊断上的困难。所以对任何不明原因的腹痛，不要滥用止痛药，当务之急是找到导致腹痛的原因，以便正确治疗。

女性急性下腹痛

【概述】

女性下腹痛常见的原因，除上述情况外，还应考虑患有妇科疾病的可能。根据发病的急缓，妇科的下腹痛可以分为急性和慢性两种。前者指骤然发作、程度较重的下腹疼痛；后者指慢性出现的、不太严重的下腹疼痛。慢性下腹疼痛常见的原因，有慢性盆腔炎、子宫内膜异位症、子宫肿瘤和结核病等。由于发病缓慢、疼痛多不严重，短时期内并不危及患者生命。而急性下腹痛则不同，由于起病急、发展迅速，若不及时到医院就医，延误了诊断和处理，患者可能有生命危险。

【诊断】

妇女急性下腹痛常见原因有以下几种：

1. 腹腔内出血：宫外孕破裂、流产和卵巢破裂，较少见有子宫穿孔或破裂。这一类急性腹痛的特点是腹痛剧烈，怕用手按肚子。如果出血多，患者会感到头晕、乏力，甚至出现休克，这时患者的脸色及手掌苍白，四肢发凉。检查可发现腹腔里有出血征象。一般需做手术控制出血。

2. 肿瘤扭转、破裂或变性：常见为卵巢肿瘤蒂扭转，或肿瘤破裂。特点是患者在活动中或下腹部受外伤后，突然出现下腹疼痛，常较剧烈，可伴有淋漓大汗。但一般全身情况尚好，不出现贫血或休克表现。检查可发现下腹或盆腔有肿物。“B超”检查一般可明确诊断。

子宫肌瘤红色变性也可引起突发下腹痛，常伴有低热，白细胞也高。多见于产后、流产后妇女。“B超”对诊断有很大帮助。

3. 急性盆腔炎：常见的有急性输卵管炎、急性盆腔腹膜炎、急性子宫内膜炎等，多见于产后、流产后或妇产科盆腔手术后。特点为腹痛伴有发热，可以为高热。白带较多，可以是脓性白带。化验血液白细胞总数明显升高。根据病史、妇科检查和血象化验等，诊断多无困难。

4. 严重痛经：常见为子宫腺肌症和子宫内膜异位症。疼痛发生于月经期或稍前、稍后。疼痛有时非常剧烈，患者痛得满地打滚、大汗淋漓。但是一般情况好，不发生休克，腹痛却喜按。痛经随月经有规律发生，诊断多无困难。

如果腹痛性质有变化，或用止痛针后仍不好转，要想到有卵巢子宫内膜异位囊肿（即“巧克力囊肿”）破裂的可能，这种情况需要立即手术。

5. 月经排出受阻：如处女膜闭锁（俗称“石女”）、先天性无阴道或阴道不通、子宫颈闭锁或子宫腔粘连等。假若子宫正常，月经期经血不能向外流出，或积存于子宫内，或通过输卵管流入腹腔，均可引起严重下腹痛。这一类患者的特点是多为年轻女孩，或发生在流产刮宫后，应该来月经时不见月经，而出现下腹痛。做手术纠正梗阻状态后，腹痛即消失。

黄 疸

【概述】

黄疸是指眼睛的巩膜（俗称“白眼珠”）、皮肤或黏膜发黄的症状。黄疸是由于血液中胆红素浓度

增高引起的。人体血液中的红细胞，也有一定的寿命，一般为百十多天左右。红细胞衰老以后也会死亡。死亡的红细胞解体以后，细胞中的血红蛋白分解，就形成了胆红素。

胆红素经过人体的“化工厂”——肝脏“加工”后，成为一种水溶性的物质，然后分泌到胆管，随胆汁排泄至肠道，就会从粪便中排出，于是把粪便也染成了黄褐色。经肝脏处理后的胆红素，如果反流到血液中，也可经肾脏随尿排出体外。

如果身体内产生的胆红素太多，或者是肝脏的“加工”能力下降，或者排放胆汁的胆管阻塞，胆红素在血液中滞留过多，达到一定的水平时（超过 2 毫克/分升），就会出现肉眼可以见到的黄疸。

出现了黄疸，就意味着肝细胞受到了损伤；或者是出现了胆道的阻塞。所以一旦发现患者有黄疸的症状，就要立即看专科医生。千万不要轻信什么“退黄”的“秘方”、“验方”之类，不要被庸医误导。

【诊断】

黄疸可以分为以下几大类：

1. 肝细胞性黄疸：患肝病（如肝炎、肝硬化、肝癌等）的人，肝细胞受到损伤，不能正常处理胆红素，胆红素滞留在血液中而造成黄疸。

急性病毒性肝炎起病时，酷似感冒，此时血清胆红素水平仍在正常范围（低于 1 毫克/分升），如检查尿中的胆红素可呈阳性，有助于早期诊断和治疗。

慢性肝炎、肝硬化的患者，一旦出现黄疸，是病情急性发作与进展的表现，切不可等闲视之。

2. 阻塞性黄疸：胆道阻塞时，胆红素不能随胆汁排至肠道，也可以发生黄疸，多见于胆石症、胰头癌、胆管癌或转移癌。胆石症引起的黄疸，多伴有上腹部的绞痛或高热；肿瘤引起的黄疸，常发现于无形之中，并伴有持久的皮肤瘙痒，大便像白陶土一样颜色。

血清胆红素增高的幅度，直接反映病情的轻重。故已经出现黄疸的急、慢性肝炎，也应定期检查血清胆红素，用以观察病情的变化。

3. 溶血性黄疸：由于种种原因（如免疫性溶血、败血症、地中海贫血等），使红细胞遭受大量破坏，产生了大量的胆红素，超过了肝脏的清除能力，从而使血液中的胆红素浓度大大提高，也会造成黄疸。

4. 新生儿黄疸：新生儿出现轻度黄疸是正常现象，称为生理性黄疸。一般在出生以后 2～5 天内出现，并在两三天后消失。黄疸最早出现于面部、颈，然后到全身。

新生儿重复出现黄疸是不正常的，这时病儿还有其他症状出现。原因是母子血型不符、新生儿肝炎或某些先天性疾病引起的。

肝肿大

【概述】

肝脏是人体一个非常重要的消化器官，也是人体最大的脏器。肝的大部分，位于右季肋区和上腹部，一小部分位于左季肋区。肝的上界，在右侧位于右锁骨中线（经锁骨中点的垂线）与第五肋骨交点处。肝的下界，右侧与肋弓基本一致，在腹上区则可达到剑突下 3～5 厘米。7 岁以下的小儿，肝的下界可超过肋弓下缘，但一般不超过 2 厘米。肝的位置可以随着膈的运动而上、下移动。

肝脏是人体新陈代谢的总枢纽，可以形象地比喻为体内的“生物化学工厂”。

食物经过胃肠消化吸收以后，只不过是粗制的养料，并不能被人体直接利用，还必须经过肝脏加工精制，才能成为各组织器官所利用的物质。另外，体内新陈代谢后的一些残余物质，又必须经过肝脏的处理后，才能排出体外，以免机体内环境受到“污染”中毒。

深呼吸的时候，有时在肋缘下 0.5～1.5 厘米处，有经验的医生用手指尖能触到肝脏，质地非常柔软。如果肝的下缘超过了这个位置，而且肝的质地也发生了改变，摸起来感觉像鼻子尖或橡皮一样硬，就是肝肿大。

【诊断】

许多疾病可以引起肝肿大。

肝肿大伴有肝区压痛、高热，可能是患了肝脓肿、化脓性胆管炎、急性血吸虫病等。

肝轻度肿大，有压痛，而且伴有短期发热、食欲减退、恶心、呕吐、乏力，可能是患了急性病毒性肝炎。有的肝炎患者会出现黄疸，有的肝炎患者不出现。

肝肿大伴有食欲减退、乏力、消瘦、皮肤黝黑，可能是患有慢性活动性肝炎，或者患有早期肝硬化。

有肝肿大、肝区持续疼痛（钝痛或刺痛）、食欲减退、恶心、腹泻、消瘦、乏力、中度发热等症状，要高度怀疑是否是原发性肝癌。

有右心衰竭的心脏病患者，由于右心功能不全，血液就在体内的静脉淤积，造成肝脏淤血肿大。

发现肝肿大以后，医生经常要给患者检查肝功能。肝功能的检查项目很多。要积极配合医生，认真做每一项检查。

肝功能检查是诊断肝或与肝脏有关疾病时最常用的检查手段。肝脏功能异常的时候，最常见的自觉症状，是困倦乏力和明显的消化道症状，如食欲不振、恶心、呕吐、腹胀，以及尿色变黄等。如果有了上述症状就要及时检查肝功能。

1. 反映肝细胞损伤的肝功能试验：酶是生物化学反应的“催化剂”，每一种酶催化一种特定的生物化学反应。肝脏既是人体的“生物化学工厂”，其所含的酶最为丰富。

(1) 丙氨酸转氨酶（简称 ALT 或 GPT，过去称为谷丙转氨酶或 SGPT）：反映肝细胞损伤的肝功能试验，以血清中酶活力检查最为常用。在反映肝细胞损伤的酶中，又以转氨酶最为敏感。

转氨酶是细胞内酶，绝大多数存在于肝细胞内部，少量存在于心脏、肾脏、脑及肌肉细胞内。当肝细胞由于各种原因受到破坏的时候，转氨酶就会迅速从肝细胞内释放到血液中来。

肝细胞中丙氨酸转氨酶的含量，高于血中含量的数千倍，所以当肝细胞受到轻微的损害时，丙氨酸转氨酶就从肝细胞中溢于血循环中，于是血液中丙氨酸转氨酶的活力大幅度增高。

即使只有 1% 的肝细胞发生坏死，血清中的丙氨酸转氨酶就会增加 1 倍以上。

血清丙氨酸转氨酶的正常值为 25～40 单位（赖氏单位）。增高幅度低于正常上限 2～3 倍时，为轻度增高；大于正常上限 5～10 倍时，为明显增高。但是增高的幅度，并不与病情轻重程度成正比。

急性肝损伤时，如急性病毒性肝炎或慢性肝炎的急性发作，丙氨酸转氨酶常呈明显增高；肝脏以外的疾病，如心脏病、肺炎、胆囊炎、胰腺炎、肾炎，以及其他一些局部感染，也可以引起 ALT 的轻度增高。所以当检查发现 ALT 轻度增高的时候，需要在排除其他疾病的基础上，经过反复检查，排除检测误差后，才能考虑有肝病的可能。切不可根据一次丙氨酸转氨酶轻度增高的检查，就断然戴上“肝炎”的帽子。

另外，慢性肝炎或肝硬化呈隐匿性进展的时候，丙氨酸转氨酶可能正常，故 ALT 正常时，并不能排除肝病。

(2) 天冬氨酸转氨酶（简称 AST，过去称为谷草转氨酶或 SGOT）：天冬氨酸转氨酶对肝细胞损伤的敏感性，仅次于丙氨酸转氨酶，但它能反映肝细胞损伤的程度。如果天冬氨酸转氨酶呈明显增高，且大于丙氨酸转氨酶增高的幅度时，往往提示肝损伤的程度较重。

(3) γ-谷氨酰转肽酶（简称 γ-GT 或 GGT）：γ-谷氨酰转肽酶对急性肝损伤的敏感性，不如丙氨酸转氨酶，但对某些慢性肝损伤的敏感性，却优于丙氨酸转氨酶。

例如，急性肝炎恢复期有残留病变，或慢性肝炎、肝硬化呈隐匿性进展的时候，丙氨酸转氨酶可能正常，但是 γ-谷氨酰转肽酶却居高不下；酒精性肝损伤、肝硬化癌变时，γ-谷氨酰转肽酶呈明显增高。

所以检查血清中的 γ-谷氨酰转肽酶，可以弥补丙氨酸转氨酶单项

检查的不足。两者配合，既可以发现急性肝损伤，又可以追踪肝病是否呈隐匿性进展或癌变。

γ-GT 的正常参考值，男性为3～17 单位；女性为 2～13 单位。

2. 黄疸：关于黄疸的成因，前面黄疸一节已经作了介绍。

3. 血浆蛋白：肝脏有很强的代偿能力，即贮备功能。所谓“代偿能力”，就是指一部分肝细胞丧失活力以后，其余肝细胞能发挥它们的潜力，以补偿已经丧失活力的肝细胞功能。

如果丧失活力的肝细胞所占比重很大，超过了正常肝细胞的50%，剩余的肝细胞即使发挥其最大的潜力，也难以补偿已经失去的肝功能，这时就会出现新陈代谢失常的现象，称为“失代偿”。

医学上，肝硬化早期称为代偿期；到了晚期，就是失代偿期。它们之间的区分，就在于肝脏的贮备功能。

（1）血浆白蛋白（简称 ALB）：因为肝脏能合成白蛋白，并且能把白蛋白释放到血液中，所以测定血浆白蛋白的含量，就可以反映肝脏的贮备功能。

正常血浆白蛋白含量为 35～55 克/升（g/L）。

慢性迁延性肝炎、慢性活动性肝炎及早期肝硬化时，血浆白蛋白的含量正常，或基本正常；晚期肝硬化时，血浆白蛋白常低于 35 克/升。低于 30 克/升，常出现腹水；低于 25 克/升时，提示肝脏功能已经接近耗竭。

现在有一种称为血浆白蛋白的药品，用它可以补充血浆白蛋白的不足，但是这种措施仅是权宜之计，因为输注的白蛋白，会在短期内被人体消耗。关键在于恢复肝脏自身合成白蛋白的功能。

（2）血浆球蛋白：与血浆白蛋白相对应的，血浆球蛋白，或 γ-球蛋白。γ-球蛋白是球蛋白的成分之一。肝硬化时，球蛋白增高，主要是其中的 γ-球蛋白增高。故检测 γ-球蛋白，比检测球蛋白更直接而精确。

γ-球蛋白增高的机制，与肝细胞成分中参与免疫防御功能的肝巨噬细胞（又称为库普弗细胞，旧称枯否细胞）有关。肝巨噬细胞是一种专门捕捉来自胃肠道中的细菌与病毒的吞噬细胞。肝病严重的时候，这种细胞的功能减退，防御屏障作用削弱，机体门户大开，细菌、病毒就会毫无阻挡地从胃肠进入血循环，刺激淋巴细胞大量产生 γ-球蛋白。

正常人血中的 γ-球蛋白，占总蛋白的 15%～20%。轻症慢性肝炎时，γ-球蛋白正常；慢性活动性肝炎及早期肝硬化时，γ-球蛋白多在23%～28%；晚期肝硬化时，γ-球蛋白则在 30%以上。

γ-球蛋白越高，提示病情严重，并提示免疫力低下，容易发生感染，甚至是严重感染的可能。

4. 凝血酶原时间：肝脏还能合成参与血液凝固的一些蛋白质，总称为凝血因子。测定凝血酶原时间，可以反映肝脏合成凝血因子的贮备功能。

正常人的凝血酶原时间为12～14秒。如超过20秒以上，提示病情严重，有进展到肝功能衰竭的危险。

5. 甲胎蛋白（简称AFP）：AFP如果是阳性，是诊断肝癌的最好指标。但是仍有30%～40%的肝癌患者AFP为阴性。为了早期发现肝癌，可以每年检查一两次AFP，同时进行B超检查。

脂肪肝

【概述】

所谓“脂肪肝”，是指脂类在肝细胞内过多堆积而言。

正常人的肝脏中，总脂量占肝重量的5%。这些脂类，包括磷脂、甘油三酯、胆固醇及胆固醇脂等。若总脂量超过肝重量的5%，即称为脂肪肝。超过的越多，病情越重；最多可达肝重量的40%～50%。当然，肝脏绝不会全部变成脂肪。

脂肪肝并不是一个独立的疾病，它是某些因素或疾病的后果或并发症。

【诊断】

引起脂肪肝的最主要原因，是长期摄入高脂肪、高胆固醇和高糖类饮食，由于营养过剩而造成的身体超重和肥胖。其次，某些药物和化学毒物的过量应用或频繁接触，也是造成脂肪肝的另一个原因。常见的药物有四环素、吐根碱、巴比妥等；化学毒物则有砷、钴、银、汞、三氯化烯、四氯化碳、黄磷、黄曲霉素等。

大量饮酒、妊娠和某些影响脂肪代谢的疾病，如糖尿病、皮质醇增多症、甲状腺功能亢进、垂体前叶功能亢进症、溃疡性结肠炎、溃疡病和慢性肝炎等，也是脂肪肝的致病原因。

本病约半数患者无明显自觉症状，另有半数的患者自觉有症状。常见的症状表现有肝区不适、右胁部胀痛、食欲减退、恶心、呕吐、腹胀、肝大、下肢浮肿、乳房发育、月经失调、睾丸萎缩、勃起功能障碍、末梢神经炎和舌炎等。少数患者可出现肝功能障碍，γ-谷氨酰转肽酶和丙氨酸转氨酶增高，血浆蛋白总量降低。

诊断脂肪肝的主要依据有：存在引起脂肪肝的因素，如肥胖、大量饮酒等，或有疾病存在；有脂肪肝的某些临床症状（但是无临床症

状者，不能完全排除脂肪肝）；血脂（尤其是甘油三酯）检测增高；肝功能可能不正常；B超检查可发现肝大（肝回声呈均匀细小网点，全肝有反射较强的光点，俗称“亮点”）；肝穿刺活检，可发现肝细胞内外有大量的脂肪浸润。

【治疗原则】

治疗脂肪肝的办法主要有：

（1）坚持体育锻炼。中老年人则强调多活动，这样可以控制体重增长，有助于防止血脂升高，或降低血脂水平。

（2）适当节制饮食。避免每天摄入的热量过多，造成身体超重，肥胖者要采取各种措施减肥。

（3）选择合理饮食。尽量少吃富含动物脂肪的高胆固醇食物，如蛋黄、奶油、动物内脏（特别是脑、肝、肠等），以及水产品中的乌贼（墨斗鱼）、鱿鱼、蟹黄等。可多吃一些水果。

（4）积极治疗能引起脂肪肝的原发疾病。

原发病如果好转，本病也会减轻。

（5）去除可能导致脂肪肝的各种因素。如戒酒，避免接触肝细胞毒物，也不要长期服用损害肝细胞的药物。

（6）服用祛脂药物。体内胆固醇增高时，可选用胆碱、蛋氨酸、左旋肉碱、肌醇、降脂平、去脂舒、脉通、首乌、脉安冲剂、益寿宁和心脉通等；甘油三酯增高时，可选用非诺贝特、肝得健、吉非罗齐、必降脂、多烯康、月见草油、安妥明、烟酸、维内胺、水飞蓟素、血脂平和糖肝脂等。

但需指出，药物治疗并非良策，因为停药以后血脂又会上升。而且有些药物，还会产生副作用。用红果（山楂）等纯生物酸性果品做零食，既可降血脂，又没有副作用。

腹 水

【概述】

腹腔本身会有少许液体。如果腹腔中的液体超过200毫升，就表示有腹水。出现腹水是病情严重的一种表现，绝不能忽视。

少量的腹水是难以发现的，患者也没有症状和体征出现。腹水达500毫升时，医生可用叩诊法证实，少量腹水可用超声检查确定。一般说来，腹水超过1 500毫升才会出现症状。

根据腹水形成的快慢和腹水量的多少，患者能感觉不同程度的腹部膨胀。大量腹水时，患者除腹胀外，还有呼吸困难、脐外凸，甚至有腹壁静脉扩张、迂曲等症状或体

征出现。

【诊断】

造成腹水的原因很多。有全身性因素，也有局部性因素。低蛋白血症的患者或心功能不全引起的充血性心力衰竭、肾功能不全，患者会出现腹水。肝脏疾病引起的肝硬化、肝癌患者，经常出现腹水。患有腹膜炎，如结核性腹膜炎的患者，伴有腹水。

如果腹水最先出现，然后再出现全身其他部位的水肿，可能是由于肝硬化、腹膜炎或腹膜肿瘤引起的。如果腹水伴有黄疸、腹壁静脉曲张、脾大，则为肝硬化引起的。

如果先出现下肢浮肿，然后再出现腹水，则可能是充血性心力衰竭、心包炎或肝静脉以上的下腔静脉梗阻。

腹水伴有全身性水肿，或胸腔、心包腔内积液，常见于急性肾炎、肾病综合征及营养不良性水肿。

有时候，医生从患者的腹腔中抽出一些液体进行检查。如果抽出的是脓性液体，则是化脓性腹膜炎；如果从腹腔抽出的是血性液体，要考虑腹膜转移癌、肝癌破裂或宫外孕破裂。

1. 门脉性肝硬化：腹水最常见的原因是肝病。门脉性肝硬化是肝硬化中最常见的一种类型。

许多疾病对肝细胞均会造成严重的损害，如病毒性肝炎、血吸虫病或长期酗酒，结果形成门脉性肝硬化。体检发现患者消瘦、浮肿、贫血，有黄疸、蜘蛛痣、肝掌、脾肿大等体征。化验检查有肝功能异常。

2. 右心功能不全：由风湿病、高血压病、肺源性心脏病和其他心脏病引起的右心功能不全，或心包炎等，都可能出现腹水。右心功能不全的患者的症状有颈静脉怒张、全身性特别是下垂部分水肿，肝脏肿大并有压痛、紫绀、尿少等。

3. 恶性肿瘤：许多腹腔中的恶性肿瘤可以出现腹水，如肝癌、胃癌、肠癌、胰腺癌、卵巢癌、子宫癌、恶性淋巴瘤等。这些肿瘤转移到腹壁上就会出现腹水，癌症的腹水常为血性。

将腹水分离后可以查出癌细胞。如果一两次查不出来，可以反复检查。此外，也可以用 X 线、内镜、B 超检查、CT 扫描等方法检查原发病灶。

4. 肾炎：患有严重肾炎和肾病综合征的患者，也会出现腹水。肾炎的症状有疲乏、头痛、腰痛、蛋白尿、血尿、尿少或尿闭、面部水肿或全身性水肿、血压高、心脏扩大、贫血等。

5. 结核性腹膜炎：青壮年多见。这是常见的一种腹膜炎。患者多有发热、盗汗、消瘦等结核中毒症状，全腹不适，腹部有压痛及柔韧感，触摸时像揉面团。

明确病因、治疗原发病最为关键。在诊断没有明确之前，如果腹水是漏出液，可先用利尿剂，一般

不主张腹腔放液，除非大量腹水有明显的压迫症状，患者不能忍受或已经影响到心肺的功能时，一般放液不宜超过3 000毫升。

腹部肿块

【概述】

正常情况下，在腹部可以摸到一些“肿块”。特别是体质消瘦的人，更容易摸到，如在下腹部可以摸到乙状结肠，在脐部能摸到腰椎。腹肌发育健壮的人，在腹正中线两侧，能摸到呈宽条状的腹直肌。有经验的医生，有时还能摸到正常大小的肝脏。

腹部肿块是在腹部能摸到异常包块，它是腹腔内器官和组织因为种种原因发生肿大、膨胀、增生、粘连而形成的。

【诊断】

一旦摸到腹部肿块，首先要确定肿块的位置、大小、性状及与脏器的关系。

1. 上腹部肿块：上腹肿块在腹部肿块中最为多见。

上腹中部及右上腹部巨大的肿块，最常见的原因是原发性肝癌，其次是肝脓肿和多囊肝。

（1）肝癌：原发性肝癌的晚期，表现在上腹中部及右部有巨大肿块，肿块甚至可能超过脐部的位置。肝癌肿块的质地较硬，表面不平，有压痛。病情进展迅速，患者的肝区疼痛非常严重，消瘦明显。

（2）多囊肝：多囊肝可表现为上腹中部或右上腹的巨大肿块，表面也不光滑，易与肝癌混淆。但多囊肝的质地不硬，病程长，常为数年或十余年，肿块增长缓慢，患者一般情况好。多囊肝的患者经常合并有多囊肾。

（3）肝脓肿：患有肝脓肿的患者有发热、肝区痛、肝大，肝区并有压痛。患者还经常有贫血症状。从肝脓肿中可以抽出脓液。

（4）胆囊肿大：胆囊肿大表现为右上腹部肋缘下肿块，也并不少见。常见的原因有胆囊积脓或胆囊肿瘤，常为右上腹梨形的肿块。

（5）脾脏肿大：由于白血病、疟疾、血吸虫病等病造成的脾肿大，经常在左上腹及左中腹部摸到。

2. 下腹部肿块：下腹中部形成肿块的最常见原因是胀大的膀胱、妊娠的子宫及子宫肌瘤。右下腹或左下腹出现肿块，在女性以卵巢肿瘤最为多见。下腹侧部的肿物，还可见于腰椎结核的患者。

可以根据肿块的性质和伴随症状，来判断患了什么病。

中老年人腹部肿块伴有黄疸，可能患有肝、胆、胰腺疾病；中老

年人上腹部肿块伴上腹部不适、饱胀、厌食、嗳气等，应当怀疑胃部肿瘤；小儿脐周有香肠样肿块，伴有阵发性绞痛、呕吐、黏液性血便等，可能是肠套叠；儿童脐周有麻绳样、压迫后可出现凹陷的肿块，伴有突发的持续性或阵发性腹痛、呕吐，甚至呕出蛔虫，则是肠道蛔虫症；上腹部有梭形或红枣形肿块，伴有呕吐，常为幽门梗阻；中老年人腹部有结节状肿块，伴有腹痛、腹胀、呕吐、血便或脓便，可能是结肠肿瘤；35岁以上的女性，下腹部有表面结节状、坚韧的肿块，伴有月经过多、阴道出血、痛经、子宫增大，可能患子宫肿瘤；20～50岁的女性，下腹部有囊性或实性的硬块，应考虑卵巢肿瘤。

如果一经发现有腹部肿块，应尽快去医院诊治。

为了确定肿块的位置、大小、性质等，常要用B超进行检测。B超诊断也就是超声显像诊断，它在消化、泌尿、心血管及妇科疾病的诊断中起的作用很大，对乳腺、甲状腺等器官病变的诊断，也有相当价值。

尿频、尿急、尿痛

【概述】

尿频指的是排尿的次数增多；尿急指的是一有尿意就憋不住，必须立即排出，否则就不能忍住；尿痛是指排尿时，尿道有一种火辣辣的疼痛感觉。

血液中多余的水分、代谢中产生的废物和人体不需要的物质被过滤出来，就成为尿液。过滤血液的“筛子”就是肾脏。人体有左、右两个肾脏。每个肾的内部，都有许多造尿的“小车间”。医学上把这种“小车间”称为肾单位。肾单位是由肾小球和肾小管组成。在肾单位制造出来的尿液，又汇集在肾脏内的“小池塘”里。这种小池塘，称为肾盂。然后尿液从肾盂中源源不断地沿着输尿管流到膀胱中贮存。

当尿液积攒到一定量，人就有了要排尿的感觉。在成年人，膀胱的容量为450～600毫升。于是在自动控制下，就会“开闸”放尿。

正常的成年人，肾脏的过滤器肾小球每分钟可以过滤125毫升的原始尿液，但是负责“回收”水分的肾小管，又把其中有用的物质和99%的水分回收入血，同时把对人体无用的或有害的物质分泌到尿液中。

【诊断】

如果膀胱、尿道、肾脏以及邻近的器官有病变，都会发生尿频、

尿急、尿痛。

如果输送尿液的管道病变是由细菌感染造成，就称为尿路感染。有尿路感染的时候，就会出现尿频、尿急、尿痛。

患有膀胱炎、尿道炎时，每次尿量少，除了尿频、尿急、尿痛外，还伴有血尿、尿混浊及排尿后仍有没排完的感觉。

排尿时，前尿道烧灼痛，表示前尿道有炎症；排尿终末痛，表示病变在后尿道或膀胱；剧烈尿痛多见于结石；患有肾结核、膀胱肿瘤、膀胱结石时，尿频多伴血尿。

血 尿

【概述】

正常人的尿液是清亮的，带一些微黄色。有的人喝水少，或者天气热、出汗多的时候，尿的颜色也会加深，呈琥珀色。但是正常的尿液不应该是红色或像洗肉水一样的颜色。

如果将尿液经过离心、沉淀，放在显微镜下观察，是不会发现红细胞的。在女性或者偶尔有1～2个红细胞。

如果尿中的红细胞数量增多，医学上称之为血尿。能够用眼睛看出来尿液变红色，就称为肉眼血尿，表示出血较多；只能在显微镜下查出红细胞的血尿，则称为镜下血尿，表示出血较少。

血尿是不正常的现象，所以一旦发现血尿，就不要轻易放过，一定要查出一个“水落石出”。血尿也是许多疾病的重要信号，应该引起警惕，以免延误疾病的治疗。

【诊断】

常见血尿原因：根据血尿存在于尿流中的情况，可分为初始血尿（刚解出的尿液中含血）、终末血尿（尿的最后一部分有血）及全程血尿（排出的尿液中始终含有血）。

病变不同，血尿的表现也不同。常见的血尿原因有：

1. 尿石症：尿石症是指在输尿管、膀胱、尿道内发生结石的疾病。实际上，结石主要在肾和膀胱内形成，脱落下来卡在输尿管或尿道内，既可引起绞痛，又会损伤尿道的黏膜引起血尿。

肾结石、输尿管结石总是在肾绞痛发作后出现血尿；尿道结石引起的血尿，常伴有排尿困难、排尿疼痛、尿流细或呈点滴状。

膀胱结石多导致终末血尿，有时在尿末滴出数滴鲜血，常伴有明显的尿急、尿频、尿痛等症状。不会说话的儿童，用手拉着阴茎哭闹，是小儿膀胱结石的特征性表现。

2. 肾炎：急性或慢性肾小球肾炎（简称急性肾炎或慢性肾炎）时常有血尿。

肾炎时是全程性血尿，尿色为均一的暗棕色，常伴有水肿，而且这种水肿从眼皮开始肿，早晨起床后水肿最为明显。肾炎的患者还伴有高血压症状。

3. 尿路感染：尿路感染是指由细菌感染引起的肾盂肾炎、膀胱炎、尿道炎、肾结核等，它们都可以引起血尿。

肾盂肾炎以镜下血尿多见，常伴有发热、寒战、尿急、尿频、尿痛。

膀胱炎和尿道炎在严重时才出现尿急、尿频、尿痛、排尿不畅、尿道口红肿等症状。

肾结核血尿多为全程血尿，并且伴有全身性结核中毒症状（低热、盗汗、乏力、消瘦等）。

4. 肿瘤：肾癌可引起无痛性肉眼血尿，血量或多或少，一般为全程血尿，终末时血尿加重。如怀疑患膀胱癌，应作膀胱镜检查。前列腺癌的患者，则多引起终末性血尿。

5. 外伤：因暴力、交通事故等引起的肾损伤和尿道损伤，都可能造成血尿。因为损伤的部位和损伤程度不同，血尿的表现也不同。

6. 其他：全身性的感染病，如钩端螺旋体病、肾病综合征出血热、流行性脑膜炎、猩红热等，可以出现血尿。

血液病（如血友病、再生障碍性贫血）、丝虫病等也可以引起血尿，可以根据它们的特征性症状，进行鉴别诊断。

发现血尿后，请先弄清楚下面几个问题。

是不是血尿？如果尿中混有较多的血液，颜色肯定会变红。但是排出红色的尿液，并不一定就是血尿。比如，妇女在月经期的时候，由于经血的污染，尿液中也可能出现红细胞，易被错当血尿；口服某些药物，如治疗肺结核病的药物利福平，也会使尿液变红；在挤压伤、大面积烧伤、溶血性贫血、错型输血，甚至剧烈的运动后，都可能出现血红蛋白尿或肌红蛋白尿，尿液也可呈红色。

是内科病，还是外科病？当一位患者发现自己出现血尿，想去医院看病时，就会遇到一个问题，是挂内科医生的号呢？还是去外科诊断？40岁以上的人出现无痛性血尿，但并不伴有其他任何症状，是泌尿系统肿瘤的重要信号。泌尿系统的肿瘤属于外科疾病，应当先去泌尿外科诊治。外伤后引起的血尿，无论是否直接伤害了外生殖器，也要考虑泌尿系统有无损伤，应当去外科检查。在行走、活动或体育锻炼后出现血尿，要考虑有肾下垂、泌尿系统结石或者运动性血尿的可能，同样要去泌尿外科检查。

不少血尿是全身性的内科疾病引起的。如果遇有下面一些症状，应当去内科检查。肾、腰区疼痛剧

烈难忍后出现的血尿，大半是泌尿系统结石。血尿伴有高血压、水肿、蛋白尿时，多为急性或慢性肾炎。血尿伴有腰腹部隐痛不适，并有尿急、尿频、尿痛者，要警惕泌尿系统感染。发现有血尿，同时伴有鼻出血、牙龈出血、皮下出血、全身淋巴结肿大时，可能为血液系统疾病，最好先去血液科检查。

血尿伴有发热、关节肿痛、皮肤损害、多脏器的损伤时，可能为结缔组织性疾病（如系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎等），属于内科疾病。维生素 C 或者维生素 K 缺乏，也会引起血尿。有些癌症患者，用了抗癌药物后出现血尿，可能为化学性膀胱炎。如果肿瘤患者在下腹部进行了放射治疗后引起的血尿，可能为放射性膀胱炎。

有人在进行导尿、尿道扩张、膀胱镜检查后出现血尿，多为检查时候的器械损伤所致。

不同年龄的人都可能出现血尿。儿童血尿，以急性肾小球肾炎最常见，患者的其他症状，有水肿、高血压。检查尿的时候，还会出现蛋白尿、管型尿等结果。

青少年及中年人血尿，以感染（女性多见）、结石、损伤、结核、肾炎、异物多见。尿道炎及慢性前列腺炎引起的血尿，多为显微镜下才能见到的血尿。

老年人血尿，以肿瘤、前列腺增生较为多见。

血尿患者经过医生详细检查，并且进行了一系列化验、X 线、B 超以及肾盂造影、膀胱镜、放射性核素肾图及肾扫描等全面检查后，绝大多数可以明确诊断。

如果经过全面检查后，仍不能确定血尿的原因，就称作不明原因血尿。

有不明原因血尿的患者，既不要过分担心，又不可等闲视之。应定期到医院检查，以期在病变稍扩大或明显时，及早发现并及时进行治疗。

一旦发现血尿，应尽快把尿液送去检查。收集尿液标本时要注意：收存新鲜、清洁的晨尿；避免尿液被尿道口附近的分泌物污染；女性应先洗外阴部位后留尿，并避开月经。

要判断尿中的血是来自泌尿道的哪一个部位，自己也可以用尿三杯试验来区别。

如果你正在小便，把一次的尿液分开接在三只杯子里。小便一开始接的尿，称为初始尿。如果初始尿中有血，揭示你的前尿道有病变。小便结束前接的尿，是终末尿。终末尿中有血或第三杯中的血尿颜色最浓，说明后尿道、膀胱有病变。如果在三个杯子里都有血尿，为全程血尿，说明肾脏或输尿管有病变。

排尿困难

【概述】

只有男性才有前列腺。它的形状和大小，都像一个栗子，位于小腹下部，后尿道周围，与膀胱、直肠、会阴为邻，中有尿道通过。前列腺分泌的前列腺液是精液的组成部分，有营养精子并促其活动的生理功能。前列腺液通过前列腺管排入到尿道。

50岁以上的男性，绝大多数人都会出现前列腺增生，而且随着年龄增长，前列腺增生的发病率也越来越高。到80岁的时候，几乎95%的男性都有这种病。

患有该病时，增生的前列腺向尿道内突出，压迫后尿道，使尿道狭窄、弯曲、延长，膀胱底部抬高，引起排尿时间延长、排尿困难等尿道梗阻症状。前列腺增生的症状有尿频、排尿困难、血尿、尿路感染等。

【诊断】

检查前列腺是否增生，最简单的方法是直肠指诊。通过肛门指诊，医生可以触及患者前列腺的后面，以了解前列腺有无病变。

患有前列腺炎等疾病时，医生要让患者检查前列腺液。采集前列腺液前，患者要先禁欲3～7天。采集前患者先排尿，医生将手指缓慢从肛门插入，用按摩法使前列腺液从尿道口流出或滴出，再用玻璃片或玻璃管收集进行检验。

正常的前列腺液外观为乳白色稀薄的液体，偶尔能见到红细胞，白细胞也极少。如果前列腺液混浊，颜色变为黄色或呈淡红色，有絮状物和黏液，红细胞和白细胞增多，并且见到细菌，就可能患有前列腺炎。

尿量异常

【概述】

正常成年人一昼夜的尿量一般为1 000～1 800毫升。尿量过多或过少都属不正常。如果一昼夜中的尿量超过2 500毫升，就是多尿；少于500毫升为少尿。如果一昼夜的尿量少于100毫升，则称为无尿。

少尿或无尿对身体十分不利。在一昼夜中，人体在新陈代谢过程中产生的废物，至少要溶解到500毫升尿液中才能排出。尿量过少，会使血液受到污染。

尿虽然是由肾脏制造出来的，但是有时候出现少尿或无尿，却并不是肾脏的“责任”。例如大失血或患者脱水时的尿量减少，是因为流过肾脏的血液太少了；而在肾盂积水时尿量减少，是因为尿无路可走。当然，许多情况下的少尿或无尿是肾脏病变引起的。

【诊断】

1. 急性肾炎：急性肾炎是由于细菌感染后，使人体产生的变态反应，导致肾小球的毛细血管狭窄、阻塞，过滤血液的功能下降，使尿量减少。尿少又进一步引起水肿和高血压。有病的“过滤机构”会乱开“闸门”，让红细胞和蛋白质从血管中漏出来，因此肾炎患者还会有血尿和蛋白尿等症。

2. 慢性肾炎：情况与急性肾炎相似，到疾病的晚期可发展为肾功能衰竭、尿毒症。

3. 尿毒症：由于肾脏的工作能力严重下降，使血液中的代谢废物堆积、水盐代谢紊乱，致使人体出现少尿或多尿、水肿、疲倦、头痛、恶心、呕吐，患者呼吸深快、有抽搐、贫血、鼻出血或消化道出血，并且还会出现昏迷等重症。

多尿既可能由肾脏病变引起，也可能因为下丘脑或垂体病变等引起。例如，肾脏主管液体回收的部位发生了故障，会使大量“原尿”难以被回收入血，尿量当然就大增；下丘脑的病变，会使督促肾脏回收机构工作的抗利尿激素减少，这时尿量也可能大增。

尿量异常的常见原因是肾脏的病变，所以应做肾功能检查。菊粉清除率测定可以检查肾脏的过滤功能；肾小球葡萄糖最大重吸收量测定能检查肾脏的回收功能；酚红排泄试验则检查肾脏的分泌排泄功能。

由于血液中的许多代谢废物要由肾脏排出体外，所以肾功能检查还往往要检查血中的某些化学物质，如血尿素氮、血肌酐等的含量。血液中这些物质的含量增加，说明肾脏的功能下降。

阴囊肿大

【概述】

男性的阴囊壁皮肤、阴囊内容物（鞘膜、睾丸、附睾等）肿胀，或腹腔内容物（腹水、内脏）下降到阴囊内，使阴囊体积增大，都属于阴囊肿大。

阴囊壁病变常见有阴囊水肿和阴囊的炎症。前者阴囊肿大、皮肤的皱纹消失，使阴囊透亮而有光泽，压之有明显的凹陷而无压痛。如果伴有炎症则有明显压痛。后者表现为整个阴囊突然充血、水肿、增大，

同时伴有高热、畏寒等症状。

【诊断】

阴囊内容物病变常见的有：

1. 睾丸鞘膜积液：睾丸鞘膜积液是指睾丸鞘膜囊内积聚的液体超过正常量。这时阴囊肿大形成球状或梨状肿物，睾丸被包裹不易触及。积液多时，有阴囊下坠、胀痛感，并可使阴茎头缩入包皮内，影响排尿与行走。

小型鞘膜积液不需要治疗。婴儿期积液有吸收自愈的可能。中型者可多次穿刺抽液，然后注射硬化剂进行治疗。也可以采取手术治疗。

2. 附睾结核：附睾结核是男性泌尿生殖系结核病的一部分。附睾结核病变多由附睾尾开始，局部质硬，增大，不规则，有局限性结节。有双侧附睾结核的患者，几乎半数以上还有尿频、血尿等肾结核的症状。

3. 急性附睾炎：多见于成年男性。常因尿道炎、前列腺炎、精囊炎逆行感染而致。也可因尿道器械操作、长期留置导尿管或前列腺术后引起。

患者突发阴囊内肿痛，立位时加重，疼痛可放射至腹股沟区或下腹部，严重时伴寒战、发热、血白细胞升高。检查发现病侧阴囊皮肤红肿、附睾肿大压痛明显。

4. 急性睾丸炎：睾丸明显疼痛、肿大、压痛，并伴有发热、怕冷等症状。

5. 疝：患有腹股沟疝的患者，如果腹腔内的脏器“掉”到阴囊内，阴囊就会肿大。遇有这种情况，患者站立、行走、咳嗽或劳动时，因为肠子下降到阴囊内，而使阴囊肿大；而当平躺在床上时，肠子就回纳入腹腔，阴囊又恢复正常。

如果“掉”下来的肠子回不到腹腔，阴囊就会突然肿大，而且伴有明显的疼痛，这种情况称为“嵌顿疝”，需要立即去医院诊治。

男性勃起功能障碍

【概述】

男性勃起功能障碍，旧称阳痿，是指男子在性交时阴茎不能勃起，或不能保持足够的硬度去完成性交动作。

从未能将阴茎插入阴道内的是原发性阳痿；过去曾经有过成功的性交，但是后来发生了阳痿，就称为继发性阳痿。在某些境遇下才发生阳痿的，通常称为境遇性阳痿。

勃起功能障碍既可能是由于心理障碍造成的，也可能是由于器质性的病变引起的。

患有勃起功能障碍的男人心理

上的压力很大。正常情况下，男性的性兴奋要通过一系列复杂的条件反射和非条件反射来实现。比如，看到具有性刺激的文字、图画或影视内容、听到有性刺激的声音，阴茎就会勃起，这属于条件反射；而用手刺激阴茎勃起的，是生而有之的非条件反射。

另外，阴茎勃起需要相关的脊髓、神经、肌肉、血管、激素等的协同配合。因此无论上述某一个环节发生了问题，都有可能引起勃起功能障碍。

功能性勃起功能障碍是由于大脑皮质功能紊乱，抑制作用增强，如强烈的情绪波动、各种恐惧焦虑、过度劳累、神经衰弱等，都可以引起性欲减退及勃起功能障碍。

器质性原因有生殖器疾病（包括生殖器先天畸形、外伤、阴茎血管病变、阴茎海绵体硬化等）、内分泌性疾病（如糖尿病、垂体、甲状腺、肾上腺病变，双侧隐睾）、神经性疾病（如多发性硬化症、慢性酒精中毒、腰椎间盘突出症、中枢部位肿瘤）等。

在血管性原因中，包括阴茎的动脉供血不足（如动脉粥样硬化）、静脉漏及阴部内血管的动静脉瘘等，使阴茎海绵体不能充盈。有些药物，如利血平、胍乙啶、苯苄胺、安体舒通、噻嗪类利尿药、西咪替丁等，经常造成勃起功能障碍。

诊断勃起功能障碍时，还需要进行许多检查。如化验性激素水平（FSH、LH、PRL、T、E_2），测血糖水平、糖耐量试验；甲状腺、肾上腺功能试验。

通过夜间勃起测定（如贴邮票试验、阴茎体积描记器测定），可以鉴定功能性或器质性勃起功能障碍。为了了解阴茎血管情况，还需要进行彩色多普勒超声检查；或进行阴茎内动脉造影和阴茎海绵体造影。

【治疗原则】

治疗勃起功能障碍的药物有昔多芬（商品名万艾可），可治疗心理性勃起功能障碍，各种慢性病，如糖尿病、高血压、动脉粥样硬化、抑郁症等引起的勃起功能障碍，根治性前列腺切除后并发的勃起功能障碍，脊柱损伤后引起的勃起功能障碍及混合性勃起功能障碍。常见的不良反应有头痛、颜面潮红、皮疹、消化道症状、鼻炎、一过性视觉紊乱等，所以使用该药应在医生指导下服用。

由于性活动是导致心率加快、心脏负担加重的一种体力活动，对于老年体弱并有活动性心血管疾病患者，使用这种药物来增强性功能应持谨慎态度。

早　泄

男子的睾丸、附睾、前列腺、精囊和尿道球腺等，每时每刻都在产生精液。精液是由精子及上述附属腺体的分泌物组成的，呈黏稠、乳白色液体。精液在体内积聚到一定数量，以至再也贮存不了的时候，就会通过遗精的方式排出体外。遗精指的是在无性交或手淫情况下的射精。发生在梦中的遗精称为“梦遗”；发生在清醒时的遗精称为“滑精”。男孩子的首次遗精一般发生在13～15岁。

男女经性交的方式，男子将精液射入女性阴道，称为射精。正常成年男子，每次射精排出的精液量为2～5毫升，含精子3亿～5亿个。

早泄指的是过早射精。轻者，阴茎刚插入阴道不到1分钟，在双方性欲尚未满足之前就发生了射精；重者，阴茎尚未插入阴道就已泄精。早泄给夫妻双方都带来苦恼。

发生早泄大多数是心因性的，也就是说，主要是由于心理因素引起的。但是在诊断为精神性原因之前，应先排除器质性原因。常见的器质性原因有神经病变（如多发性硬化症）、生殖器病变（如前列腺炎、尿道炎、精囊炎等）。

精神因素则多于婚前性交的紧张情绪、性交环境不合适、恐惧性能力不足等因素，使性活动过分仓促紧张而形成的不良条件反射，因而造成过度焦虑而使射精失控。

治疗早泄时，要帮助患者解除思想上的焦虑。在性生活中，要设法减少性敏感，如应用阴茎套、龟头上涂抹表面麻醉剂、服用镇静药等。有的需要医生给予药物治疗，或用性治疗方法，如采用间歇法做爱，或用挤捏法进行训练。

阴道出血

【概述】

女性自青春期开始，每28天左右发生一次子宫内膜脱落及出血，称为月经。月经是正常的生理现象。如果怀孕，则月经会暂时停止。分娩后经过一段时间，月经复又出现。如果到了绝经期，就不再发生月经了。

【诊断】

如果在非行经期发生阴道间断

出血或持续出血，就可能患有功能性子宫出血（简称功血），在中医学，则称其为“崩漏”。

功能性子宫出血分为无排卵型功血和有排卵型功血两种。无排卵型功血多发生在青春期的女孩子和已经进入更年期的中年妇女。患者月经多不正常，往往先有短时间的停经，然后发生大量子宫出血，出血常连续2～3周或更长时间不易自止。有的患者则仅表现为不规则流血，时出时止，经血量时少时多，但无痛经。失血过多的患者，会继发贫血。

有排卵型功血多发生在育龄妇女。它又可以分为黄体功能不全和黄体萎缩不全两种类型。前者表现为月经周期缩短、月经频繁，患者可有不孕，或易于早期流产；后者表现为月经虽然按期来潮，但出血时间长达十余天，血量也多。

宫颈糜烂也可能引起阴道出血，属于炎症性阴道出血，表现为排出血性白带，或性交后出血，伴有腰骶部疼痛、下坠感和痛经等，并于月经、排便或性交时加重。

宫颈癌是女性常见的癌症。它引起阴道出血的特点是：早期为接触性出血，并伴有白带增多，或有血性白带；晚期伴有水样或米汤样白带、恶臭，下腹部或腰骶部疼痛，下肢浮肿。

流产意味着妊娠失败，也会出现阴道出血，而且伴有腹痛。如果流产不完全，会使阴道出血持续不止，严重者可发生失血性休克；此外，反复阴道出血还可伴发感染。这时阴道出血量不多，呈脓血样，有臭味。所以应该尽快去医院诊治。

白带增多

【概述】

正常情况下，妇女阴道内均有少量分泌物。阴道流出的黏液样分泌物，并且使妇女感到阴部经常潮湿时，即称为有白带。白带是由宫颈黏液和阴道渗液组成，还混杂有一些脱落的细胞和多种细菌，无色、无味，呈生蛋清样。

白带随月经周期而变化。每月月经刚干净时，由于体内雌激素水平较低，白带较少；接近月经中期，随着雌激素水平升高，白带开始增多；排卵时，白带的量最多，稀如蛋清。随后量又开始减少，同时白带变得黏稠，色稍黄；月经前，由于盆腔充血，白带也可能稍增多。

正常情况下，白带是乳白色，无味，量适中，具有保持阴道黏膜与外阴湿润的作用。正是由于有了阴道白带的自洁作用，以及周期性

月经对阴道的冲洗，可以限制阴道细菌的生长繁殖。阴道内的酸碱度也会明显影响细菌生长的速度和种类。

长期应用抗生素、不讲卫生、雌激素水平低等，一些有毒力的细菌会乘机作乱，大量繁殖，引起形形色色的阴道炎。由于细菌、真菌、滴虫等侵入生殖道引起的感染，是产生白带增多的常见原因。

【诊断】

滴虫性阴道炎患者的白带呈黄绿色或灰黄色，污浊、稀薄、有臭味；真菌性阴道炎的白带呈凝乳状或豆腐渣样，稠厚；细菌性阴道炎的白带呈血性或脓性，有臭味；淋病的白带为黄色脓性或浆液血性；老年性阴道炎的白带呈黄水样，严重时可有血性、脓性白带；阴道内异物可使白带增多。

良性肿瘤，如患有子宫肌瘤的患者，最易引起白带增多，这时白带为白色浆液。如果合并感染，白带呈黄水样或脓性，有臭味。

恶性肿瘤，如子宫颈癌、子宫体癌等，除有出血症状外，也会引起白带增多。白带呈黄水样。癌肿溃烂时，有带臭味的洗肉水样白带。晚期癌肿坏死并合并感染时，白带呈脓性或米汤样，有恶臭。子宫内膜癌、阴道癌的白带，与宫颈癌的相类似。

由此可见，病理性白带增多是由生殖道炎症、性传播疾病或生殖器官的肿瘤引起的。

如果平时能注意个人卫生、性生活卫生，杜绝婚外性行为等，许多令人讨厌的“带下”是完全可以预防的。

如果白带量过多，或伴有色泽、气味等变化，则要求医问药，因为异常的白带增多是许多疾病的重要症状。

1. 滴虫性阴道炎：滴虫又称为“毛滴虫”，它不喜欢氧气，容易寄生在阴道和肠道里。一旦阴道环境合适，它就大量繁殖，造成炎症。滴虫是通过传染而被感染上的。一般是通过男女性交相互传染的，有些妇女是通过间接方式感染上滴虫的，如接触了污染有滴虫的浴盆、浴巾、马桶或游泳池等。生活中的密切接触，也可能被传染上滴虫。

滴虫性阴道炎的主要症状是白带增多，呈灰黄色脓性泡沫状，有腥臭味。多数患者还有外阴瘙痒，外阴和阴道口有灼热感，性交时阴道口疼痛。少数患者有小便频数、尿痛等症状。

该病发作可有周期性，经常在月经期左右发病或加重。

妇科检查的时候，可见外阴和阴道黏膜有充血，白带多，白带呈泡沫状。如果在玻璃片上放置一滴生理盐水，加入少量白带后放在显微镜下观察，不难看到活动的滴虫。

治疗滴虫性阴道炎并不困难。灭滴灵（甲硝唑）就是特效药物。用法是每次 200 毫克（1 片），口服，每天 3 次，连服 7 天为一个疗

程。灭滴灵也可以外用，用法是200毫克，每天1次，放入阴道深部。为了增强疗效，在阴道放药前，可先用1%乳酸或醋酸冲洗阴道，也可以用温开水加入适量食醋坐浴。

替硝唑也是治疗滴虫的特效药物，用法是一次2克，顿服即可。治疗滴虫性阴道炎的其他药物，还有双唑泰栓、洗必泰和洁尔阴等，可在医生指导下用药。

用药治疗后，应在下次月经干净后再治疗一个疗程，以防复发。

如果妻子检查发现了阴道滴虫病，丈夫也应该去医院检查。男方检查到滴虫病，夫妻双方应当共同用药治疗。男性服药的方法同女性。

用药期间，要勤换内裤，换洗下来的内裤用开水煮15分钟。治疗期间，一般禁止同房。

早孕的妇女患有滴虫性阴道炎时，应暂缓服药治疗。如果必须用药时，以使用阴道外用药为宜。

2. 真菌性阴道炎：物品发霉，是由于真菌大量生长造成的。假如真菌在阴道中大肆繁殖，便可引起真菌性阴道炎，其中绝大多数是白色念珠菌感染。

少数正常妇女的阴道内，也可以查到少量真菌，但是自己并不感到不适。若长期使用广谱抗生素，抑制了阴道正常细菌的生长，破坏了阴道菌群之间的平衡，白色念珠菌会乘机迅速繁殖。患有糖尿病的妇女和孕妇，由于阴道内酸性增加，也加速了真菌的生长。

真菌性阴道炎的主要症状是白带增多，白带呈豆渣样或白色乳块状。患者外阴奇痒难忍，坐卧不安。阴道口疼痛或尿痛，在性交时疼痛更加明显。妇科检查时，可见外阴和阴道潮红，可见白色膜状物黏附，不易擦掉。

如果化验白带时发现真菌，即可确诊。

治疗真菌性阴道炎常用的药物是制霉菌素、达克宁栓、克霉唑栓和双唑泰栓等。每天1枚，放在阴道深部，连用7天为一个疗程。

由于真菌怕碱性环境，所以在放药前先用3%苏打水冲洗阴道外阴或盆浴，使阴道环境变为碱性，效果更好。采用1%龙胆紫或强力碱涂搽阴道，连用数日，也可以取得较好的效果。为了彻底治疗，应在月经干净后再治疗一个疗程。

在治疗真菌性阴道炎的同时，一定要寻找并消除诱因。服用广谱抗生素的人，应停服这些药物。患有糖尿病的人，应积极治疗糖尿病，控制血糖和尿糖。

女性如果是由男方传染的，应积极治疗男方，治疗期间避免性交。久治不愈的患者，或反复发作者，不能排除肠道真菌由肛门感染外阴、阴道的可能。遇有这种情况，可以口服制霉菌素50万单位，每天3次，连用7～10天，以消灭肠道寄生的真菌。

3. 细菌性阴道炎：本病主要是由于阴道内的乳酸杆菌大量减少，

同时伴有致病厌氧菌生长，可引起阴道发炎，导致白带稀薄，有恶臭味，有时有泡沫，部分患者可伴有外阴瘙痒或灼热感。

治疗细菌性阴道炎首选药物是灭滴灵（甲硝唑）。每次500毫克，每天2次，7天为一个疗程。另外也可以应用氯林可霉素。

4. 老年性阴道炎：妇女进入绝经期后，体内雌激素缺乏，阴道上皮薄弱而脆，很易感染，同时阴道变为碱性环境，抵抗力下降，以致细菌大量繁殖。

妇科检查可见外阴萎缩，阴道黏膜变薄、充血，有小片状出血。取白带在显微镜下检查，可见大量脓细胞。

治疗老年性阴道炎，可用1%硼酸水坐浴，阴道内放入妇炎灵Ⅱ号1片，每晚1次，连用7天。也可在阴道内用“灭滴灵”，用法同治疗滴虫性阴道炎。

对严重的患者，要在医生指导下，全身或阴道局部使用小剂量雌激素治疗。如口服尼尔雌醇。

患老年性阴道炎的人，经常有性交痛。治疗可以在阴道内放置己烯雌酚1/4片，能使阴道黏膜增厚些，提高阴道的抵抗力。使用时要注意两点，一是不可长期使用，放药两周后停用；二是己烯雌酚量不能过大。剂量过大，可以使月经再现。

闭　经

【概述】

女性不来月经，就是闭经。女孩子年满18岁还未来第一次月经，为原发性闭经；以前有过月经，最近6个月未来潮，就称为继发性闭经。

【诊断】

闭经的原因有以下几种。

1. 先天性疾病：有一种称为特纳综合征的疾病，患者身材矮小，内外生殖器及第二性征均不发育，面部常有多个黑痣，后发际较低，另外还有桶状胸，手或足部的第四指（趾）短及“通贯手”等。检查她们的细胞，可以发现细胞核中比正常女性少一条染色体。

患特纳综合征的患者，卵巢不发育（但有一个很小的子宫），所以没有月经来潮。

特纳综合征患者，可以用雌激素和孕激素治疗，以促使她们有类似月经的子宫出血。

2. 子宫内膜受损：人工流产或自然流产后，由于刮宫过度引起子宫内膜损伤，或造成瘢痕粘连封密了子宫腔，因此不来月经。

治疗这种闭经的时候，医生用探针将粘连的子宫内膜进行剥离，再加上一个避孕环防止重复粘连。手术后给患者另用雌激素和孕激素治疗，造成一个“人工周期”，以刺激子宫内膜生长，恢复正常月经。但是如果损伤严重，月经很难恢复；即使恢复，经量也明显减少。因此，育龄妇女要减少或不做人工流产。

3. 卵巢衰竭：正常妇女的卵巢在新生儿时，就有许多原始卵泡。进入青春期后，这些原始卵泡在垂体和下丘脑的影响下发育、成熟、排出。到 45 岁左右，原始卵泡用完，卵巢的功能也就衰退了，于是出现绝经。

如果在 40 岁以前即发生绝经，就称为过早绝经。有人年龄还要更年轻一些，就出现了绝经现象。这些患者可能在幼年时患过腮腺炎，或者患有某些自身免疫疾病（如风湿病、恶性贫血、红斑性狼疮等），体内有一种抗卵巢抗体，使卵巢失去作用而导致闭经。

4. 垂体坏死：有些女性患有一种称为西蒙-席汉综合征的疾病，也可以造成闭经。

女性月经的发生，受垂体的控制。垂体像黄豆粒大小，长在颅内。它是一个重要的内分泌器官，可以影响卵巢和甲状腺、肾上腺的功能。

患有西蒙-席汉综合征的妇女，是由于产后大出血、休克，而使垂体坏死，失去功能。一旦垂体坏死，卵巢也就失去了功能，于是出现闭经。同时，患者的乳房和内外生殖器会萎缩。还有贫血、脱头发、嗜睡、怕冷、水肿等甲状腺功能低下的症状。

治疗该病，也是使用激素替代疗法。

5. 多囊卵巢综合征：本病常发生在年轻女孩，患有多囊卵巢综合征的患者，体内雄激素水平较高，她们在青春前期多较肥胖、多毛；青春期后不来月经，或者几个月来一次，结婚后也不能生育。

治疗多囊卵巢综合征，可以用诱发排卵的方法。

6. 闭经-泌乳综合征：患有闭经-泌乳综合征的患者，既有闭经，同时还有乳房异常泌乳的现象，或挤乳房时有乳汁溢出。一般是由于垂体生了肿瘤，或者是服用了某些药物造成的。这样的药物有口服避孕药、抗精神病药物或治疗高血压的药物等。治疗这种病的特效药是溴隐停。

此外，环境与情绪的变化、营养不良，都可能是闭经的原因。有些减肥的女性，由于出现神经性厌食症，身体极度消瘦，会出现闭经。过度肥胖，也是造成闭经的原因之一。

痛　经

【概述】

女性在经前期或经期中，下腹或腰骶部发生剧烈疼痛，就是痛经。痛经可分为原发性痛经和继发性痛经两大类。

原发性痛经是由阴道、子宫等先天发育不正常或功能不正常引起的。例如处女膜闭锁（处女膜无孔）。患者都是青春期女性，有逐渐加重的周期性下腹痛，无月经来潮。在下腹部可以摸到逐渐增大的包块，有压痛，多次腹痛后，阴道积血增多，可引起尿频、尿潴留（指有尿而排不出）、便秘。

阴道畸形（阴道狭窄或闭锁）患者为青春期或育龄女性，有周期性痛经、经期延长、经血不畅、性交困难、分娩障碍。

子宫畸形（羊角子宫、双角子宫、双子宫、子宫弯曲、纵隔子宫）患者为青春期或育龄女性，她们经期延长、月经过多，痛经时面色苍白、恶心、呕吐、腹胀。这种患者容易发生流产、早产、异常妊娠和分娩。此外，子宫肌收缩过强或无节律，也可以引发原发性痛经。

继发性痛经则是由于生殖器官的后天性病变引起的。例如，盆腔炎患者为生育期女性。此病常在流产、妇产科手术、产褥感染以后发生。患者下腹坠痛，在月经期加重，疼痛时恶心、呕吐、腹胀、腰酸，还伴有经期长、血量多、白带多、性交痛等症状。

由于女性阴道与外界相通，所以各种细菌、病毒平时就会潜伏在那里。一旦人体抵抗力下降，另一方面子宫内膜出血又有利于细菌生长繁殖，因此更容易发生盆腔炎。

要预防盆腔炎，必须注意经期避免性生活，不要在月经期洗盆浴，经期勤于清洗会阴。

外阴瘙痒

【概述】

外阴瘙痒主要是指女性外阴部位如阴蒂、小阴唇、大阴唇、阴道口、肛门及大腿内侧瘙痒。

局部刺激可以引起外阴瘙痒，如白带过多、外阴不清洁、局部用药，穿不透气的化纤内裤、月经垫等。一些全身性疾病同样可引起外阴瘙痒，如黄疸、糖尿病、某些癌症，或维生素 A 或维生素 B 缺乏，

以及内分泌失调患者。

【诊断】

妇科病引起外阴瘙痒的，见于滴虫性阴道炎，外阴与阴道有刺痒；患真菌性阴道炎时，阴道瘙痒，坐卧不安；患慢性子宫颈炎时，外阴瘙痒；患幼女性阴道炎时，患儿外阴痛痒，哭闹不安，经常用手抓外阴部位。

外阴白色病变（外阴白斑）发病初期，外阴微微发红，奇痒难忍。继而在病损处发展成大小不等的白斑。白斑表面增厚或平滑，病损处皮肤干燥，失去弹性。患者阴毛稀少或脱落，阴道口狭窄，影响性生活。

外阴白斑可能是由于局部刺激、精神因素或全身性营养缺乏、内分泌失调、代谢障碍等原因引起。外阴白斑有可能发生癌变，所以要尽早诊治。

【治疗原则】

对外阴瘙痒的治疗原则是，首先治疗导致瘙痒的全身性疾病或局部疾病，同时服用抗过敏药物，补充维生素 A、维生素 C 和维生素 E 等。

日常生活中要避免精神激动，不要喝浓茶、酒等饮料，也不要吃辛辣的食物。洗澡时不要用热水、肥皂烫洗。

男性不育

【概述】

婚后同居 2 年，有正常性生活，未采取避孕措施而未能受孕者，称为不孕症。

治疗不孕症时，夫妇应同时或先后检查，找出有男女哪一方的原因或共有原因，抓住病因治疗，才能收到效果。

男性生殖系统包括生殖腺（睾丸）、生殖管道（附睾、输精管、尿道）、附属性腺（精囊、前列腺、尿道球腺）及外生殖器（阴茎、阴囊）。睾丸既能生成精子，又能分泌雄激素。

精子生成后，先在附睾和输精管内贮存。只有性交时才和精囊、前列腺的分泌物一起，被射入女性的阴道内。

受孕是一个极复杂的生理过程，必须具备下列条件：

男女双方有正常的生殖细胞，即女方的卵巢能排出正常的卵子；男方的精液中，要含一定数量有正常活力的精子。卵子和精子能够顺利结合。即卵子排出后能进入输卵管，并与通过宫颈到达输卵管壶腹部的精子相遇、结合而成为受精卵进入子宫腔。子宫内膜已为孕卵的

着床（俗称“坐胎”），做好了准备，使孕卵在良好的环境中，能够顺利发育。

作为男性，要有正常的性功能和射精功能，同时要有正常的精子。

在以上的必备条件中，任何一个环节不正常，如精子发生、输送、射精等缺陷，便能阻碍受孕，导致不孕。

【诊断】

在我国约有10%的已婚夫妻不孕。阻碍受孕的因素并非都在妇女一方。约有一半原因与男方不育因素有关。男方最多见的原因是少精、弱精和无精症。

1. 精子发生障碍：即精子数量过少、成熟率低、活动能力差，或无精子。

睾丸发育不全、内分泌紊乱（如甲状腺功能异常）、先天性睾丸异常（如隐睾）、全身性疾病（如营养不良、酒精中毒等）、局部病变（如睾丸结核、梅毒）、局部温度过高（如穿紧身裤或长期热水浴），都可能导致精子发生障碍。

2. 精道堵塞：生来就没有输精管、附睾畸形，或由于淋病、结核病等感染造成输精管堵塞，生成的精子不能运出。

3. 精液不能进入阴道：阴茎的先天畸形或后天损伤，性功能障碍（如勃起功能障碍、早泄、射精无能等），逆行射精（精液没有射到体外，而是射到贮尿的膀胱）等，都不能把精液送入女性阴道内，使精卵不能相遇。

4. 精浆异常：精浆的量过多、过少、黏度过大、酸碱度异常，既可降低精子的活动，又可阻碍其运动，影响精子的生存。

5. 精浆中前列腺素的种类及含量异常：精液中的前列腺素能影响女性生殖器官平滑肌的运动。如果前列腺素的种类或含量异常，精子和卵子就难以相逢。

6. 抗精子抗体产生：因外伤、手术等原因，男性的精子进入血液，促使血液产生精子抗体，这种抗体可使精子凝集而丧失受精能力。

治疗男性不育需要对症治疗，如使用激素药物、外科手术治疗等。

女性不孕

【概述】

从女性的角度考虑，最常见的不孕原因是排卵功能障碍和输卵管、子宫腔内的病变。

排卵障碍可由于精神因素、丘脑下部-垂体-卵巢功能紊乱或器质性疾患、营养不良、内分泌代谢等因素导致。

【诊断】

输卵管炎症引起的输卵管阻塞是女性不孕的最重要原因。

子宫的因素有子宫发育不良、子宫内膜病变（如子宫内膜炎、子宫内膜结核、内膜息肉、内膜损伤过度）、宫颈粘连、子宫肌瘤等。

不孕妇女在进行妇科检查时，要认真回顾个人的发育史和月经史，如过去有没有患过结核病、腮腺炎及其他严重疾病等。

女性不孕症的特殊检查有：

1. 排卵功能检查：

（1）测定基础体温：患者在医生的指导下，每天清晨自测体温，最好连续做3个月以上。

（2）周期性宫颈黏液和阴道脱落细胞检查：在患者月经周期的不同时期，从宫颈口取些黏液，以及在阴道侧壁上取一些白带即可检查。一个月经周期至少做3～5次检查，才能取得较准确的效果。

（3）子宫内膜活体组织检查：取子宫内膜的时间，可于月经来潮后12小时内或预计月经来潮前6天内进行。

（4）内分泌测定：对月经不规则、溢乳闭经者，要检查促卵泡激素、黄体生成素、雌二醇、孕酮及催乳素等，需要抽取少量的静脉血，通过放射免疫方法，就可以测得患者体内的上述激素水平。

（5）B超检查：根据患者月经周期的长短，选择在排卵期前后检查3～5次，以了解盆腔的发育情况、形态、位置及有无肿瘤，同时进行卵泡的发育和其他有关排卵的监测。

（6）染色体检查：对怀疑有遗传性异常者，夫妻应进行染色体检查。

2. 输卵管通畅度检查：对于月经规律，过去有过妊娠史，或患过盆腔炎、子宫内膜异位症的患者，一般都要进行输卵管通液或通气检查、子宫腔输卵管碘油造影检查。如果仍不能确定时，还要进行腹腔镜检查。

做这些检查，一般在月经干净后3～7天进行，同时无性生活，阴道、盆腔无急性炎症，无碘油过敏时，才能进行检查。有些不孕的原因并不容易查出，如免疫性不孕，则要进行更复杂的检查。

【治疗原则】

治疗不孕症应在医生的指导下进行，针对不孕的原因进行治疗。

对无排卵的治疗，应采取诱发排卵。目前常用的促排卵药物为克罗米芬，该药对体内有一定雌激素水平的患者，可以在月经或撤药性出血的第5～8天起每天服50毫克（1片），连服5天，同时作基础体温测试。如有排卵可连用3个周期。无排卵者可逐渐增量至100毫克、150毫克，均连服5日。还可配合小剂量雌激素、绒毛膜促性腺激素等，以提高疗效。促排卵药物还有溴隐亭等。

贫　血

【概述】

贫血是指血液中血红蛋白和红细胞低于正常参考值的下限。正常男性的血红蛋白（简称 Hb）为 120～160 克/升（120～160g/L），女性为 110～150 克/升（110～150g/L）；红细胞（简称 RBC）的正常范围，男性为（4.0～5.5）×10^{12}/升或（4.0～5.5）×10^{12}/L。女性为（3.5～5.0）×10^{12}/升或（3.5～5.0）×10^{12}/L。

血液中红细胞的主要功能是运输氧气和二氧化碳。要完成这项任务，全靠红细胞中的血红蛋白。所以当血液中的红细胞和血红蛋白含量减少时，脑、心及全身的器官就会发生缺氧，从而影响它们发挥自己的功能。

贫血的患者常表现为面色苍白无华，口唇、甲床也显得十分苍白，还有头晕、乏力、心慌、气短、记忆力差、食欲减退、消化不良、浮肿等症状。在儿童，贫血还会影响发育。

【诊断】

贫血是许多疾病的信号。引起贫血的原因有营养、感染、肿瘤、药物、免疫性疾病、肾脏病、胃肠病以及内分泌遗传性等疾病。

诊断贫血时，要对周围血和骨髓进行涂片检查。有时还要做一些特殊检查，如血清铁蛋白测定、叶酸和维生素 B_{12} 测定、血红蛋白电泳和 Coombs 试验。

贫血可分为缺铁性贫血、溶血性贫血和失血性贫血。

1. 缺铁性贫血：造血原料不足就会出现贫血。缺少蛋白质，主要是营养不良的人，现在已经不多见了，但是在人群中缺铁现象却相当普遍。

缺铁性贫血是最常见的一种贫血，孕妇和婴儿发病率较高。生长发育期的婴幼儿及青少年，妊娠、哺乳期妇女，由于铁的需要量增加，如果饮食含铁不足，很容易出现贫血。

另外，一些患有胃部疾病的患者，如萎缩性胃炎或胃大部切除的患者。由于铁的吸收不良，也会出现贫血。

缺铁性贫血的患者，有慢性贫血的症状，皮肤干燥、毛发干枯、指甲扁平或反甲。反甲是缺铁性贫血的特征。

检查这些患者的红细胞，可以发现血红蛋白低于正常，血清铁蛋白也低于正常人；红细胞体积小，颜色淡，所以称为小细胞低色素性贫血。

纠正缺铁性贫血应当多吃一些含铁较多的食物，如蛋黄、动物肝脏、瘦肉、动物血、海带、紫菜、木耳和绿叶蔬菜，并且服用补铁的药品，如硫酸亚铁、富马酸亚铁和枸橼酸铁胺等或注射右旋糖酐铁。

2. 再生障碍性贫血：由于骨髓造血功能低下引起的贫血，称为“再生障碍性贫血”（简称“再障”）。

一些化学物质，如某些抗肿瘤的化疗药物、某些抗生素（氯霉素、链霉素等）、磺胺类药、抗癫痫药、镇静药，对骨髓有伤害作用，可以引起再障。物理射线，如X射线、放射性核素等也可以抑制骨髓的造血功能。生物性的刺激，如严重的细菌感染、病毒感染，同样可以影响骨髓的造血功能。

再障分为急性型和慢性型两类。

急性型起病急骤，往往以感染、发热和出血为主要症状，常伴发有严重感染（肺炎、败血症）和内脏出血，贫血明显且进展迅速。

慢性型发病缓慢，病程较长，以贫血为主要表现，感染和出血轻微，而且出血也比较容易控制，但可反复发作。

诊断再障需要检查骨髓和血液。

治疗急性再障的最佳疗法是异体骨髓移植。需要在血液科的专科医生指导下进行治疗。患者要防止感染性疾病的发生。

再障患者应注意饮食治疗。患者应采取高蛋白饮食，其中动物性蛋白应占一半以上。多食用鲫鱼、蛋类、乳类和肉类。经常补充造血物质（铁、叶酸、维生素B_{12}、铜）等，食物中要有绿色蔬菜、动物肝脏、番茄、水果等。红枣、当归、桂圆、阿胶等都是补血佳品。

3. 溶血性贫血：溶血性贫血是由于红细胞大量溶解、破裂引起的。一些先天性溶血性疾病，如地中海贫血、蚕豆病等患者，都可以出现这种贫血。

输血时，如果出现意外，将血型配错时，由于血型不合也可以引起溶血性贫血。急性溶血主要表现为寒战、恶心、呕吐、浓茶样小便，少数患者可发生休克和尿闭。慢性溶血主要表现为头晕、乏力、心悸、气短等慢性贫血的症状。黄疸和肝脾肿大，是诊断溶血性贫血的重要依据。

4. 失血性贫血：失血性贫血是由于大量失血或长期少量出血而引起的贫血。如外伤时急性大量失血。

慢性失血的患者，会出现缺铁性贫血。如妇女月经过多、痔出血；感染有钩虫病、溃疡病及胃癌患者长期便血，也会出现贫血。

【治疗原则】

治疗贫血的原则，主要是病因治疗。同时补充造血的要素，如铁剂、叶酸、维生素B_{12}等。对明确的自身免疫性溶血性贫血，激素为首选，无效时可选用其他免疫抑制剂。贫血如果危及生命时，原则上都要输血治疗。

皮下出血（紫癜）

【概述】

在日常生活中，如果一不小心，身体的某个部位受到外力较重的碰撞时，这时可能会看到皮下出现一片青紫色的淤血斑。过不了几天，这些紫斑就会被吸收，皮肤的颜色由紫变黄、由深变浅，最后和正常皮肤没有什么两样了。

受伤以后，受伤部位的血管，尤其是小静脉和毛细血管，立即发生暂时的反射性收缩，历时仅有十几秒钟，使血液流动减慢或停止。这时血液中的血小板，也迅速在损伤的部位集聚起来，并且经过复杂的一系列凝血过程，使出血停止下来。

血小板和红细胞、白细胞一样，也是血液中的细胞之一。它们的主要功能，是在血管破损的时候，让血液凝固。

检验血小板的正常参考值为：$(100\sim300)\times10^9$（过去的检验单上，则写成10万～30万/mm^3，即每立方毫米有血小板10万～30万个）。

【诊断】

有些人在没有其他疾病的情况下，也会自发地在下肢或上肢皮下出现出血现象。这种皮下发生的内出血，有时是像针尖大小的出血点，也有时是手掌大小的片状出血。皮下出血的颜色开始时是红色，随后变为紫色，2～3日后变为茶色，然后渐渐消退。皮肤淤点或淤斑大小不等，分布不匀，不高出皮面，压之不褪色，不疼痛。

这种病称为单纯性紫癜。患单纯性紫癜的患者以女性为多，而且经常发生在月经期。治疗单纯性紫癜的药物有维生素C、路丁和安络血等。

过敏性紫癜是一种较为常见的毛细血管变态反应出血性疾病。机体对某些致敏物质发生变态反应，引起毛细血管通透性和脆性增高，导致出血。主要病因有各种细菌、病毒和肠道寄生虫的感染，食物中的异性蛋白质（如鱼、虾、蟹、蛋、奶等）；吸入花粉、昆虫叮咬，以及某些药物（如磺胺类、抗生素、水杨酸盐等）。这些因素可以造成血管壁的通透性增高，使红细胞从血管内逸出；或者使血管的脆性增高而易破损；血管壁的结构异常，也容易发生破裂。

过敏性紫癜在发病前一两周，患者有全身不适、易疲劳、头昏、食欲差，或上呼吸道感染等前驱症状。紫癜对称分布，分批出现，以四肢和臀部最多，大小不一，常融

合成片。另外，腹部有阵发性的绞痛或持续性疼痛，伴呕吐、呕血和便血，膝、腕、肘、踝等关节肿痛，有血尿或尿少，眼睑及下肢浮肿。

治疗过敏性紫癜时，可用抗组胺药物，如息斯敏、克敏能或扑尔敏等。同时用降低血管通透性的药物，如安络血、路丁、维生素 C。还要用激素泼尼松及环磷酰胺等治疗。

血液方面因素，有血小板减少（血小板减少性紫癜）或者凝血因子减少或障碍（先天性凝血因子部分缺损血友病、尿毒症或药物等引起）。

如果血小板减少到 3 万以下，就会引起出血。

血小板在血液凝固时起着极其重要的作用，并且使毛细血管壁致密。原因不明的血小板减少，应到医院去做出血时间的检查，以及血小板计数和血小板功能、凝血酶原等凝血因子测定，以诊断出血或凝血障碍的原因。

若自幼容易鼻出血，长大后见皮肤或黏膜有扩张的小血管或成片的红色或紫色的小斑点，而且见有大头针帽大小散在、稍隆起的皮肤小血管瘤，这表明可能是患有出血性毛细血管扩张症。这种病常有家族遗传。

若自幼有一个小伤口就渗血不止，而且有时小腿、大腿、臀部肌肉疼痛难忍，甚至有膝或肘关节肿痛，局部不红，久而久之关节强直畸形，就应当想到血友病。

血友病患者应输血或输血浆。但是由于血液检测不严格，因输血或输血浆引起艾滋病或丙型肝炎感染，是近年常见报端的不幸事件。

引起紫癜的原因很多，治疗紫癜时应咨询专科医生，应在医生的指导下进行治疗。

淋巴结肿大

【概述】

如果仔细触摸自己颈前部的两侧，一般会摸到几个像大米粒或小绿豆大小的硬结，这就是淋巴结。

正常人有 450～500 个淋巴结，分布于人体体表或体内的深部。正常淋巴结的体积很小，直径不超过 0.5 厘米，表面光滑，柔软而无触痛，并且是单个散在，与周围的组织没有粘连，所以一般也不容易触摸到。在正常情况下，有些浅淋巴结能在体表触摸到。这些淋巴结有耳前、耳后、枕骨下、颈后、颈前、颌下、锁骨上、腋窝、腹股沟、腘窝等处的淋巴结。如果淋巴结大小超出正常范围，就是淋巴结肿大。

【诊断】

1. 炎症与淋巴结肿大：局部淋巴结肿大的最常见原因，是邻近的器官发炎。受到细菌等微生物感染的时候，由于微生物从外界侵入人体，在淋巴结处受到阻挡，引起淋巴结发炎。

如患有扁桃体炎或有口腔炎症的时候，就可以引起颌下淋巴结肿大；下肢有化脓性炎症时，腹股沟淋巴结也会随之肿大；耳前、耳后淋巴结肿大，常由眼睑、耳、面部炎症引起。除细菌外，病毒也可引起淋巴结肿大，如风疹是一种病毒感染病，常引起枕部淋巴结肿大。

这类淋巴结肿大的特点是：肿胀的速度快；淋巴结柔软而光滑；有明显的触痛；与周围组织不粘连；肿大到一定程度就停止继续肿大；待进入炎症的慢性期后，肿大的淋巴结则变硬、缩小，或者消失。

2. 淋巴结结核：患有淋巴结结核的时候，淋巴结也会肿大。这时，肿大的淋巴结成串排列，大小不等、坚硬压痛、相互粘连，或与周围的组织粘连。

淋巴结结核发展到一定程度的时候，淋巴结内坏死，成为像豆腐渣一样的组织（医学上称为干酪性坏死，形容坏死的淋巴结像西餐中的奶酪）。这些坏死的淋巴结常破溃，或者有脓液流出，形成经久不愈的瘘管。

3. 癌症与淋巴结肿大：恶性肿瘤转移到淋巴结后，淋巴结同样会肿大。

肿大的淋巴结坚硬，凹凸不平，与周围的组织有粘连，而且用手推还不容易推动，一般无压痛。

生长在胸腔内的癌症，经常向右锁骨上或右腋窝淋巴结转移；患了胃癌后，癌瘤细胞多向左锁骨上或左腋窝淋巴结转移；乳腺外上部的癌，首先转移到同侧的腋窝淋巴结。

4. 淋巴瘤：淋巴瘤是指原发于淋巴结或淋巴组织的肿瘤。其肿大的淋巴结，小的如豌豆大小，大的则像柑橘，虽然硬却又有弹性。

出现原因不明的淋巴结肿大，或者要判明癌症是否有了转移，通常需要进行淋巴结的活体检查。医生要从肿大的淋巴结上取下一小块组织，切为薄薄的切片，染色以后放在显微镜下进行病理检查，以确定其性质。

甲状腺肿大

【概述】

甲状腺是人体一个重要的内分泌器官，位于颈部气管前方正中间、甲状软骨的下方，像一只张开翅膀

的大蝴蝶，也像古代作战用的盾牌，形同“甲”字。

甲状腺通过摄取碘，合成和释放甲状腺激素而主管人体的生长和发育。正常人的甲状腺表面光滑，薄而柔软，自己摸不到它的轮廓。如果能摸到它，或者能摸清其轮廓，说明甲状腺有肿大现象。甲状腺可随吞咽动作上下移动，而颈前的其他肿块无此特点，所以常采用这个方法区分颈部肿块是否与甲状腺有关。

【诊断】

甲状腺出现疾病，一般可分为功能性、器质性（占位性）和炎症性三大类。

1. 功能性疾病：甲状腺肿大时，常常伴有功能的改变。常见的有甲状腺功能亢进，简称甲亢。

甲亢时，甲状腺合成的激素增加，引起人体代谢过程过强。如心慌、多食、易饥，并伴有明显的消瘦，怕热多汗，一日内大便数次，乏力，手足发抖，严重时不能握笔持筷。患者脾气急躁，部分伴低血钾的患者，还可以出现周期性麻痹、下肢瘫痪，男性患者出现勃起功能障碍，女性则多为月经异常。检查时发现患者的甲状腺增大，眼球突出。

与甲状腺功能亢进相反的，是甲状腺功能减退（简称甲减）。甲减的症状与甲亢不同，表现为智力减退、寡言少语、行动迟缓、面部淡漠无表情、浮肿、畏寒、疲乏、少汗、肌肉关节酸痛、大便秘结、胃口欠佳、心动过缓等。

检查这一类疾病，主要是通过检查血中的甲状腺激素浓度（简称T_3、T_4）和垂体分泌的促甲状腺激素释放激素（简称 TSH）浓度；吸^{131}碘率可作为辅助诊断和鉴别诊断的依据。若血中T_3、T_4浓度高于正常范围、吸^{131}碘率高，即可诊断为甲亢，反之，血中T_3、T_4浓度低则为甲减。

2. 器质性疾病：属于这一类的疾病有甲状腺瘤、甲状腺囊肿和甲状腺癌。它们主要引起甲状腺形态改变和结构的破坏，表现出的症状，多为颈部能摸到可以随吞咽动作上下移动的肿块。

肿块软硬度因病变种类不同而异，基本无压痛感，肿块较大时影响呼吸和吞咽。

甲状腺腺瘤患者的甲状腺上有孤立的实结，硬而有弹性，表面光滑，无压痛，肿大速度较慢。如果甲状腺肿大速度加快，则有囊性感，并有压痛。患者的甲状腺功能正常。

甲状腺癌患者的甲状腺也有孤立的结节，但结节迅速长大，质地较硬，表面不光滑，并与皮肤或周围组织有粘连。患者可出现声音嘶哑、颈部淋巴结肿大、吞咽困难等症状。

检查这一类疾病，可以做甲状腺显像或扫描。静脉注射或口服显影剂后，显影剂被甲状腺摄取，通过体外探测与成像，即可得到甲状

腺的图像，然后对其形态、大小、位置、放射性分布做出分析。

3. 炎症性疾病：甲状腺的炎症有亚急性甲状腺炎和慢性淋巴性甲状腺炎（也称为桥本病）。这些炎症与普通细菌引起的炎症不同，它们属于自身免疫性疾病，人体内有抗甲状腺自身组织的抗体存在。在检查时，需要测定抗甲状腺自身抗体。

亚急性甲状腺炎是感染引起的甲状腺弥漫性肿大。轻度或中度肿大时，腺体偏硬，压痛明显，疼痛可放射到颈前、耳旁。早期患者可有轻度的甲亢症状。

甲状腺炎的治疗需要用激素。

另外，还有单纯性甲状腺肿，是由于缺碘造成的。患者的甲状腺呈弥漫性肿大，腺体柔软而无杂音、震颤，左右对称。我国一些地区由于水和土壤中缺碘，又没有食用含碘盐，结果很多人发生单纯性甲状腺肿，这就是地方性甲状腺肿。如果患者是婴幼儿，患病后可能导致智力、体格发育欠佳。若患者是孕妇，则可能生下弱智儿。

糖　尿

【概述】

尿中有糖为糖尿。大量吃糖后，血糖升高，尿里也有糖，这是生理性糖尿，属于正常现象。吃糖类食物不多，但尿中有糖，则是病理性糖尿了。

体内多种激素参与调节糖代谢，其中最重要的是胰岛素。胰岛素由胰岛分泌，而胰岛是胰腺里的一些细胞群，因为它们像海洋中的小岛而获此名。胰岛素的主要作用是降低血糖浓度。当患者因种种原因使体内胰岛素相对或绝对缺乏时，血中的葡萄糖利用率下降、血糖升高，过多的糖便经肾脏排到尿中。

当怀疑有糖尿病时，首先要做尿糖定性试验，即用一种特殊的试纸浸到尿中，如果尿中有糖，试纸会变颜色。这种试验在家中就可以做，因此许多患者都用这种方法检查自己的尿糖情况，为自己用药提供依据。

有关糖尿病的防治详见糖尿病一节。

痛 风

【概述】

痛风是各种原因引起嘌呤代谢障碍、血尿酸增高所致的疾病。长期高尿酸血症，导致急性关节炎反复发作，进一步形成痛风石、慢性关节炎和关节畸形，在肾脏产生尿酸石及痛风性肾病变。

嘌呤是核蛋白的组成成分，可由食物核蛋白分解后吸收入人体内，也可由体内核蛋白分解生成。嘌呤在体内的最终代谢产物是尿酸。

当血尿酸水平增高时，它就容易沉积在关节、软骨等处。最先受累的常是下肢单个关节（尤其是拇趾关节），使患者在夜间感到此关节发生剧痛，而且对冷热、触摸或振动极为敏感，也可有畏寒、发热，然后经三五日自行消退，一切复归正常。

多次反复发作后，受累关节及邻近组织大量沉积的尿酸盐可结成块状，称为痛风石，它可致关节畸形，甚至丧失功能。

当血尿酸过多或持续性增高时，流经肾脏的尿酸便会在肾脏内沉积下来，引起痛风性肾病。这类患者有些无自觉症状，有些表现为多饮、多尿、夜尿，严重者肾功能逐渐减退，还有 20% 的患者并发尿酸结石，堵塞尿路或合并感染，或出现肾绞痛、血尿，或尿中排出鱼籽样结晶的尿酸石等。

【诊断】

由于人们对风湿性关节炎、类风湿性关节炎的熟悉程度，远远超过对痛风性关节炎的了解，因此后者常被误诊为前者。

痛风性关节炎的最大特征，是关节肿痛经常在夜间发作，开始时来得快，消失得也快，间歇期宛如常人；随着病程的发展，间歇期逐渐缩短，且会损害肾脏。

此外，痛风多见于肥胖者。因此对反复发作的单关节炎或少数关节炎，应常规做血尿酸检查；对诊断不明的慢性多关节炎，也应检查血尿酸，对肥胖者兼有上述症状者，更应及时测定血尿酸。

乳头溢液

【概述】

正常情况下，只有哺乳的妇女才会泌乳。如果溢乳发生在晚期流产后、哺乳期或停止哺乳短期内，

均属于正常现象。

乳头溢液是指非生理情况下与妊娠无关的一种病理性泌乳，是乳头内自动或挤压后流出的液体。不在哺乳期的妇女，如果发现自己的内衣被乳汁污染，或者在洗澡的时候，轻轻向乳头方向挤压乳房，发现有乳白色的乳汁样液体或清水样液体流出，便是不正常的现象。乳头溢液是乳腺病的早期重要症状之一，其重要性仅次于乳腺肿块。

【诊断】

泌乳是在垂体分泌的泌乳素（又称催乳素）作用下发生的。泌乳素的分泌又受到大脑和下丘脑的控制。所以异常泌乳是下丘脑-垂体功能紊乱，或垂体发生了肿瘤，使泌乳素分泌过多造成的。正常血中的泌乳素为20～30微克/毫升。

当下丘脑-垂体功能紊乱时，有异常泌乳的患者，还伴有闭经或月经稀少、外生殖器不同程度萎缩等症状。

垂体本身甚小，只有黄豆粒大小，呈卵圆状，其前后径长约1厘米，重0.5～0.7克，妊娠时可达1克。如果长了肿瘤，早期没有什么自觉症状，泌乳是惟一的表现。

垂体腺瘤（又称泌乳素瘤）患者多为女性，而且育龄期妇女最为多见。

女性患者的早期症状是异常泌乳和闭经；如果患者是男性，则除了异常泌乳以外，还会有勃起功能障碍。肿瘤直径不超过10毫米，血中泌乳素水平为100～300微克/毫升时，称之为垂体微腺瘤。

患垂体瘤晚期的患者，如果肿瘤的直径超过10毫米，血中泌乳素水平超过300微克/毫升时，则为巨大肿瘤。当肿瘤压迫脑神经或脑血管的时候，就会出现头痛、记忆力减退等症状；当肿瘤压迫视神经时，患者的视力减退、视野缺损。

此外，原发性甲状腺功能减退、异位性泌乳素瘤，或者长期服用某些药物（如利血平、氯丙嗪）以及一些口服避孕药，也能引起异常泌乳。

常见的乳头溢液有以下几种：

（1）乳样溢液：其溢液颜色似去脂乳汁，可因下丘脑所支配的神经系统调节的内分泌紊乱，泌乳素升高所引起，也可由垂体肿瘤引起。部分乳腺增生症患者也可出现此种溢液。

（2）粉刺样溢液：是由浆细胞性乳腺炎引起。患者多有先天性乳头凹陷，乳头有脂质粉刺样带有臭味的分泌物。

（3）脓性溢液：常见于产后急性乳腺炎，乳头有脓性分泌物溢出。

（4）水样溢液：溢液为稀薄透明水样物，多为慢性囊性乳腺病或导管内乳头状瘤所引起。

（5）浆液性、浆液血性、血性溢液：浆液性为淡黄色，浆液血性常为粉红色，血性为红色或棕色。浆液性溢液多由导管内乳头状瘤引起；血性浆液既可由导管内乳头状

瘤、慢性囊性乳腺病引起，也可由导管内乳头状癌引起。

出现异常泌乳以后，医生要给患者做CT或核磁共振等影像学检查，同时还要检查泌乳素水平，检查视力和视野等。

治疗异常泌乳的常用药物有溴隐亭，可以抑制泌乳、调节月经，同时抑制垂体瘤的发展。如果肿瘤长得较大，则只有手术或放射治疗了。

惊厥

【概述】

惊厥，就是人们常说的抽风。惊厥是中枢神经系统出现异常的紧急状态。

惊厥的典型表现是意识突然丧失，两只眼球上翻（即“翻白眼”），眼睛凝视或斜视，面部肌肉和四肢肌肉抽搐。

惊厥的发作持续时间可能是几秒钟或数分钟。有些患者惊厥反复发作，有的呈持续状态。

【诊断】

惊厥一般分为以下几类：

1. 高热引起的惊厥：患者多为发高热的婴幼儿。惊厥常发生于急骤高热（39～40摄氏度）的初期。一般持续数秒钟至数分钟。一旦高热解除，惊厥就会缓解。惊厥停止后，神志即可恢复正常。

2. 中枢神经感染引起的惊厥：如果患者患有颅内感染，如流脑、乙脑、化脓性脑膜炎、脑脓肿等，经常可能发生惊厥，而且会反复发作，每次发作持续的时间较长。惊厥发作前后，除体温急剧升高外，还出现嗜睡、昏睡、说胡话（即谵妄），乃至昏迷等。

3. 非感染性中枢神经系统疾病引起的惊厥：颅内出血、脑肿瘤、脑外伤、脑栓塞、脑缺氧、脑发育异常、脑囊虫病的患者，也会发生惊厥。惊厥的发生或急或缓，而且反复发作。但是发作前后不伴有体温升高，却多伴有意识障碍、运动功能异常、肢体强直或痉挛。

感觉异常

【概述】

感觉异常指感觉功能不正常。

人体内有各种各样的感受器，它们就像一个个“情报站”，能感受各种体内外的刺激，并把刺激信息沿一定的传导通路，传到大脑，使人产生感觉。如果感受器损伤或传导路损伤，以及大脑皮质中接受感觉信息的部位有了病变，都可能发生感觉障碍。

感觉障碍包括感觉缺失、感觉减退、感觉过敏、感觉过度、感觉倒错和疼痛。感觉倒错是指没有外界刺激而产生的感觉，如麻木感或蚁走感，患者觉得某一个部位像有蚂蚁在爬。

【诊断】

最常见的感觉障碍疾病有：

1. 三叉神经痛：三叉神经是脑神经中的一支。顾名思义，三叉神经有三根叉。上叉是眼神经，管理眼球、眼睑、泪腺等；中叉是上颌神经，管理眼与口之间的皮肤和上牙及齿龈；下叉是下颌神经，管理下牙及齿龈、舌的前2/3黏膜和下颌的皮肤。

三叉神经受压、营养不良，或受邻近组织病变的刺激时，就会发生短暂的、剧烈的疼痛，而且说话、吃饭、洗脸、刷牙等都可能诱发疼痛。三叉神经痛多见于成年人，青少年和70岁以上的老年人少见。

三叉神经痛急起突发，疼痛持续几秒钟或1分钟，又突然消失。疼痛像刀割、针刺、钻刻样，令人难以忍受。病情严重者，疼痛发作时，患侧面肌抽搐、口角牵向患侧、眼充血、流泪、流口水。患者在疼痛发作时，常用手紧按或用力擦患侧的面部以减轻疼痛，时间一久，患侧的皮肤粗糙，甚至眉毛脱落。

疼痛往往呈周期性发作，一次比一次重，周期越来越短。患者的疼痛发作常有一个“扳机点”，如在唇部附近或口腔中，此点一触即发，就像手枪的“扳机”一样，能引起严重的疼痛，所以患者绝不敢触碰此点。因为惧怕疼痛，患者常不洗脸，少吃饭，以致脸脏、体瘦。

2. 坐骨神经痛：坐骨神经是全身最长、最大的神经，上起于人的腰骶，下达脚趾尖。

坐骨神经发生病变或受压迫、损伤时（如腰椎间盘突出、腰骶椎关节炎、肿瘤），都会产生坐骨神经痛。

患有坐骨神经痛时，疼痛发生在腰部或臀部，并向大腿后、小腿后外侧放射。患者在行走和活动时疼痛加剧。如果让患者仰卧，两腿伸直，再把患者的腿上抬时，患者会因疼痛加剧而不能配合，腿也不

能抬高。另外，沿坐骨神经走行的途径有压痛。

3. 面神经麻痹：面神经既是管理面部表情肌运动的神经，又管理着头面部的感觉。当指挥面神经的中枢神经或面神经自身发生病变时，会出现面神经麻痹。

有面神经麻痹的患者，多是突然起病。在清晨洗脸、漱口时，发现一侧面颊部动作不灵或口角歪斜。患病的一侧表情肌肉瘫痪，表情动作完全消失，如前额无皱纹，眼裂扩大，鼻唇沟变浅，口角下垂，口歪向健侧。于是患者不能皱眉头，也不能做闭眼、鼓腮、露齿和吹口哨等动作。此外，患者还可能出现听力减退、听觉过敏、味觉消失等症状。

4. 多发性神经病：多发性神经病也称为末梢神经炎，是脊神经的末梢受到感染、中毒、营养障碍，或受全身性疾病的影响而发生的对称性病变。

患者的主要表现有四肢远端对称性的疼痛和感觉异常，病变区域像手套和袜子一样分布。病变神经分布的区域内，常有各种疼痛的感觉，有的如刀割似的锐痛，有的或如钝痛、钻痛、烧灼痛，轻重不一，肌肉有触痛及压痛；皮肤有蚁走感、针刺感、烧灼感；也有感觉过度、感觉减退或缺失。患肌软弱无力，手足下垂，肌肉萎缩，四肢腱反射消失或减退。

有的患者肢体远端皮肤发凉、光滑、菲薄或干燥、脱皮、指（趾）甲松脆、多汗或无汗。

许多药物（如呋喃类药物和异烟肼）可以引起多发性神经病，这时应立即停药并做相应的处理。

瘫 痪

【概述】

瘫痪是指肌肉的随意运动减弱或消失，也就是肌肉“不能动弹”。瘫痪按部位区分，可以分为偏瘫、截瘫、四肢瘫和单瘫。

要知道瘫痪为什么会发生，先要了解大脑中发出指挥运动的“指令”，是如何“传达”下去的。指挥躯体运动的命令，是由大脑皮质运动区的神经细胞发出的。神经细胞也称为神经元。命令沿着两条“大路”下传。一条是锥体系统，另一条是锥体外系。

通过锥体系统传达到脊髓和脑神经运动核的命令，会发动随意运动；而通过锥体外系传达的命令，会调节肌张力、协调随意运动。因此，当大脑皮质运动区有病变、锥体系统的传导路损伤或脊髓、脑神经运动核的神经元受损，都可能引

起瘫痪。

发现患者出现瘫痪以后，要立即送往医院检查治疗，一般首先到神经内科检查。

【诊断】

医生检查时，要详细询问病史，了解患者的发病经过，以及症状的演变过程，同时还要进行全身检查以及神经系统的特殊检查。

在辅助检查方面，要检查血尿常规、血糖、血脂、血钾等，也要做超声检查、拍X线平片和进行CT、核磁共振检查等，有时还要做腰椎穿刺，抽取脑脊液进行检查。

1. 偏瘫：偏瘫是指上下肢瘫痪。偏瘫经常是脑血管病造成的，常见的原因有脑出血、脑血栓形成、脑栓塞以及蛛网膜下隙出血等。

许多感染性疾病（如脑炎、脑膜炎、脑脓肿）或原发性脑肿瘤、转移性脑肿瘤也可以造成偏瘫。

颅脑受到外伤形成脑内血肿、硬脑膜外血肿，或者脑内寄生虫病、先天性脑发育不全，也是偏瘫的原因。

偏瘫患者因长期卧床，容易发生褥疮、肺部感染、便秘和尿路感染。

护理偏瘫患者时，要经常为患者翻身，保持床单清洁、干燥、整齐、无皱褶，经常检查受压部位，行局部按摩，做好口腔护理。

2. 截瘫：截瘫是指身体的某一水平以下瘫痪，常见的是两下肢瘫痪。

造成截瘫的原因有许多。如血管病（脊髓出血、脊髓前动脉血栓形成）、感染性疾病（如急性脊髓炎、硬膜外脓肿），或脊髓内外肿瘤。腰部受到外伤，经常是截瘫的发生原因，如脊椎骨折脱位。

有些癔症患者尽管检查不出什么器质性病变，却也出现截瘫症状。

脊髓内神经组织的严重损伤是难以恢复的。在外伤引起的截瘫时，在受伤后1周内，如果能恢复某种动作或感觉时，则预示将来恢复良好。任何功能障碍持续6个月无改善时，往往就会成为永久性的。

所以一旦遇到脊柱外伤的患者时，在处理时要格外小心。

腰腿痛

【概述】

背、腰、腰骶和骶髂部疼痛，称为腰背痛，主要是由这些部位的组织结构病变引起的。

【诊断】

常见的腰背痛，有椎间盘突出症。椎间盘位于脊柱内相邻的两个椎体之间，其周围部分称纤维环，

由同心圆排列的纤维软骨组成；椎间盘的中央部分称为髓核，由富有弹性的胶状物质组成。正常情况下，椎间盘坚固而富有弹性，可以承受压力和减缓冲击。

中老年人随着年龄增加，椎间盘也会发生退行性变化。在过度劳损和暴力撞击下，纤维核会出现破裂，于是髓核从破裂处突出，并压迫脊髓或脊神经根，造成椎间盘突出症。这时，患者有腰背痛伴坐骨神经放射痛，咳嗽时加重，直腿抬高试验阳性。

结核性脊柱炎、脊椎肿瘤、腰肌劳损、骨质疏松症等，都可以引起腰背痛。

青少年腰痛，在夜间加剧，脊柱有成角畸形，多考虑脊柱结核病。

休息后腰背痛加重，起床后疼痛减轻；或白天背痛，夜间加重，甚至向下肢放射，可能是脊椎肿瘤或椎管内肿瘤。

外伤后突发腰痛、腰肌痉挛，患者腰部僵直如板状，活动受限，脊柱两旁有固定压痛点，多为急性腰扭伤。

平时无痛，但在工作劳累时加重，而且越累腰背痛越严重，病程漫长，多为慢性腰肌劳损。

如果中老年人有腰背痛，不要忽视骨质疏松症。骨质疏松是随年龄增长、衰老，而出现的生理性骨组织退化现象。

四肢关节痛

【概述】

四肢关节痛由关节本身的病变，或是由于关节周围组织的疾患引起。还有许多关节痛是全身疾病的局部表现。

人们经常在关节痛的时候，就想到“风湿”。其实风湿性疾病是以骨、关节、肌肉、韧带、滑膜、筋膜疼痛为主要临床表现的一大组疾病的总称。其中有类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、骨性关节炎、红斑狼疮、硬皮病、纤维肌痛综合征等。

关节痛可以分为急性和慢性两种。急性关节痛起病急骤，伴有局部皮肤肿胀、潮红、发热，关节的运动也会受到限制；慢性关节痛则病程迁延数月或数年，甚至几十年，使关节囊增生肥厚、软骨和骨质破坏、关节间隙变窄、骨质增生，导致关节肿胀、变形，最终可发生肌肉萎缩和关节强直。

【诊断】

引起关节痛的原因主要有：

1. 外伤：关节脱位、关节内骨折、半月板损伤及韧带损伤，都可以引起关节痛。半月板是膝关节中

一种半月形的纤维软骨板，在运动时，半月板能起到缓冲作用，使关节不会受到更大的损坏。

受伤的关节表现为关节肿胀、压痛、活动受限。

2. 风湿性关节炎：风湿性关节炎是风湿热的并发症之一。患者的四肢大关节有不对称性、游走性疼痛，关节有红、肿、热、痛等表现。在风湿活动期，还有发热、心肌炎、皮下结节等症。

3. 类风湿性关节炎：患者手足的小关节及膝、腕、踝关节肿痛、活动受限，晚期发生畸形强直。

4. 化脓性关节炎：有病关节处红、肿、热、痛，患肢不能承重，关节活动时有剧痛而处于半屈位，并有全身发热、寒战等症状。

5. 结核性关节炎：有病变的关节轻度疼痛、肿胀，关节活动受限，以后可出现轻度跛行，晚期病变的关节呈梭形肿痛。此病多为单发，患者伴有低热、盗汗、消瘦、乏力等结核患者的一般症状。

6. 痛风：此病常在夜间突然发生关节剧痛，开始只有一个关节痛，而且以拇趾和第二脚趾的活动关节为多见。

其他可以引起关节痛的原因，还有血液病（如血友病、白血病）、大骨节病及慢性关节周围疾病等。

皮　疹

【概述】

许多疾病可以在皮肤上出现皮疹，而皮疹又是五花八门、形形色色的。常见的有斑疹、丘疹、疱疹、脓疱疹等。

（1）斑疹：斑疹的疹子与周围的皮肤平齐，用手触摸时，既不高起，也不凹下，但是这块区域的皮肤颜色会发生改变。

（2）丘疹："丘"就是隆起的意思。丘疹的疹子会高出皮肤，直径一般小于0.5厘米，形状可以是扁平、圆形或乳头状的。

（3）疱疹：疹子大小如针尖，或像米粒或黄豆，疹内有液体。疱疹液在开始的时候清澈透明，后来则逐渐变得混浊。

（4）脓疱疹：当疱疹发生细菌感染的时候，许多白细胞进入疱疹内，与入侵的细菌展开一场"保卫战"。结果白细胞和被消灭的细菌就成为脓液，疱疹也就变成了脓疱。脓疱的周围往往由于组织发炎而形成一圈红晕。

（5）结节：结节指的是真皮或皮下组织受损害后形成的边界清楚的小疙瘩。结节小的只有米粒大小，而大的则有核桃般大。结节的颜色、

硬度、形态也各异。小结节隐在皮下，用手能摸到，称为皮下结节；大结节隆起于皮面，用眼一看就能发现。

(6) 溃疡：溃疡是指黏膜、皮肤因外伤、感染、营养障碍等原因造成的组织破坏或缺损，而在黏膜或皮肤上留下的凹坑。溃疡的形态不一，表面常有些脓液、坏死组织或痂皮，愈合后有瘢痕形成。

【诊断】

能够引起皮疹的疾病很多，常见的除了麻疹以外，还有风疹、水痘、幼儿急疹、猩红热等小儿传染病。此外，某些药物或食物过敏，也会引起皮疹。所以当孩子出了皮疹的时候，家长要仔细观察，必要的时候，要去医院请医生检查。

1. 麻疹：麻疹是由麻疹病毒引起的急性全身性、发疹性疾病，患者是通过呼吸道受到传染的。发病的大多数是婴幼儿。

由于广泛进行麻疹疫苗接种，现在麻疹患者已经大为减少。同时，麻疹的发病也出现了一些变化，如成年人中麻疹患病率增高，轻型麻疹增多，不典型麻疹多见，容易出现误诊。

有关麻疹的防治详见麻疹一节。

2. 风疹：风疹也是一种常见的出疹性疾病，是感染了风疹病毒后引起的。

风疹的皮疹与麻疹的皮疹十分相似。但是有两点可以区别它们：

风疹的发热不高，往往在38摄氏度左右。而且在发病的当天，皮疹很快就会从头到脚，布满全身。第二天，皮疹有融合成片的趋势；到了第三天，皮疹开始陆续消退。

风疹的整个病程只有3天左右，所以人们又把风疹称作“三日麻疹”。掌握了这个特点，风疹与麻疹不难鉴别。风疹患者的口腔里，也没有科氏斑。

如果孕妇在妊娠后3～4个月感染上风疹，有可能造成流产或胎儿畸形。

3. 幼儿急疹：幼儿急疹多发生在3岁以下的婴幼儿，所以过去曾经有人将它称为“麻奶”。又因为它的皮疹是一种玫瑰色的斑丘疹，所以幼儿急疹也称为婴儿玫瑰疹，有些地方也把它叫作“烧疹子”。

幼儿急疹也是病毒所引起的。孩子受到感染以后，首先以高热起病，往往连续高热4～5天，每天都在39摄氏度以上。虽然孩子发高热，但是精神尚好。5天以后突然退热。就在这个时候，全身可见细小的红色斑丘疹。疹子的直径有2～3毫米，以胸背较密，面部及四肢较少。一两天以后。皮疹就消失了。所以幼儿急疹的特点是“热退疹出”。

掌握了这个特点，幼儿急疹不难与其他出疹性疾病区别开。

4. 水痘：水痘也是小儿的一种常见病。发热不太高，发热当天出疹。最初为红色小斑疹，几小时以后，斑疹变为凸出皮肤表面的丘疹，以后丘疹又变成了小水疱，水疱内

有疱液。再往以后，疱疹干燥、结痂。结痂在1～2周后脱落，皮肤不留瘢痕。

由于皮疹分批出现，此起彼伏，所以在同一个患者身上，可以同时看到斑疹、丘疹、疱疹和结痂等各种形态。水痘的整个病程，需要有两三周的时间才能痊愈。在出水痘的时候，只要不抓破感染，预后很好，不会留有后遗症。

5. 猩红热：猩红热常见于青少年，但是在儿童中也不少见。详见猩红热一节。

6. 其他：许多病毒可以引起皮疹，如埃可病毒、柯萨奇病毒等。这些病毒引起的皮疹，形态多种多样，出现的时间和部位也没有规律。近年来常见的手足口病就是这类肠道病毒引起的，其特点是口腔、手、足以及小儿的臀部常起疱疹，故名“手足口病”。这种病的症状不重，常可自愈。

瘙　痒

【概述】

瘙痒是一种不愉快的皮肤感觉，能让人产生搔抓或摩擦皮肤的欲望。

皮肤中分布着许多让人能感到痒的神经。这些神经纤维携带着痒觉与痛觉两种感受器。所以当你感到痒时，就会忍不住搔抓局部有痒感的皮肤区域，于是痒感就消失了。如果抓得严重时，接着就出现痛的感觉。

许多皮肤病是以严重瘙痒为特点的。实际上，任何皮疹都可能产生痒觉。如疥疮、接触性皮炎、荨麻疹、药疹与某些蚊虫叮咬等，都使患者感到难忍的瘙痒。

全身瘙痒也可以是某些疾病隐藏的一种症状。所以对某些疾病来说，瘙痒具有诊断和估计预后的价值。

【诊断】

如果瘙痒长期不愈，持续长久，就要到医院检查一下，经常检查的项目有尿糖、肝功能、基础代谢等，以明确诊断，对症处理治疗，切不可疏忽大意。

1. 瘙痒症：瘙痒症是指没有原发性皮肤损害而以瘙痒为主的皮肤病。

许多疾病可以引起瘙痒，如糖尿病、肝胆疾病、代谢障碍、内脏癌症、变态反应疾病、习惯性便秘、肠寄生虫病、月经不调等。气候改变、进食辛辣刺激性食物和饮酒、贴身穿着绒毛织品等。下面介绍一些可能引起全身性或局限性瘙痒的原因。

（1）肿瘤性瘙痒：许多患有恶性肿瘤的患者伴有瘙痒的症状。恶

性淋巴瘤中的“霍奇金病”和“蕈样肉芽肿”的瘙痒，通常是连续性的，有时伴有严重的烧灼感。白血病的瘙痒较广泛，但不及前者严重。瘙痒可以发生在内脏肿瘤发现以前一年或更长时间，通常开始于小腿，不久累及肩带、上肢及头皮。痒的原因可能与肿瘤的代谢产物有关。

(2) 胆汁性瘙痒：凡有黄疸发生的慢性肝病，患者几乎都可以发生严重的全身瘙痒。原发性胆汁性肝硬化所引起的瘙痒，是缓慢地开始，以后逐步加剧。患者由于不断搔抓皮肤，可以在所搔抓的部位，产生局部色素沉着过度，皮肤变黑。背部等不易搔到的地方，则由于本身的黄疸关系，而使皮肤呈现黄色。

(3) 妊娠瘙痒：怀孕的妇女，也经常出现瘙痒。一般发生于妊娠后3个月，以第8个月为最多，瘙痒的部位不定，头部、颈部、躯干、四肢均可发生，但以腹部、下肢为较多。

瘙痒的程度剧烈，常伴有明显的抓痕与血痂，多数在分娩后1周至1月内消退。

(4) 贫血性瘙痒：缺铁性贫血是全身瘙痒的原因。贫血治愈以后，其瘙痒也可随之消退。

(5) 慢性肾功能衰竭：有慢性肾功能衰竭（即尿毒症）的患者，可以发生持续性全身瘙痒，这可能与慢性肾衰引起尿毒症时的某些代谢失去平衡有关。

(6) 老年性瘙痒：老年瘙痒症多见于60～70岁以上的老年人，瘙痒常为全身性，多在脱衣时或夜间阵发性发作，痒剧，致使患者猛烈搔抓，甚至抓破皮肤引起出血或疼痛。反复搔抓可使皮肤形成肥厚苔藓化，容易继发感染。瘙痒影响睡眠及休息，日久可致神经衰弱或其他疾病。

老年瘙痒症的原因比较复杂，主要是由于皮肤的退行性改变，如皮脂腺、汗腺功能低下，使皮肤长期干燥所致，故常冬重夏轻。此外，由于老年人肝肾等脏器功能下降，体现为一些代谢产物，如胆红素、尿素氮等排出障碍，也是老年瘙痒症的原因之一。患老年皮肤瘙痒症后，应当注意调整烦躁的情绪，注意生活应有规律，加强身体锻炼，有利于疾病康复。生活上忌饮及食用辛辣刺激性食物，穿纯棉内衣，避免洗澡过勤、碱性肥皂和热水烫洗的刺激。局部治疗以止痒润肤为原则，如用含甘油或樟脑的搽剂，也可用皮质类固醇霜剂，如艾洛松、去炎松等。全身治疗以内服抗组胺药物为主，如扑尔敏、赛庚啶、开瑞坦等均有效。当病情较重时，可选用两种抗组胺药联合用药，还可以配合使用钙剂、多种维生素、镇静安眠药及中药等。

(7) 局限性皮肤瘙痒：如瘙痒发生于身体的某一部位，则称之为局限性皮肤瘙痒症。肛门瘙痒多与蛲虫病、前列腺炎、痔疮及肛瘘等有关。阴囊瘙痒症常与局部多汗、

摩擦及股癣等有关。妇女的阴部瘙痒，则可能与白带、阴道滴虫病、阴道真菌病、淋病、糖尿病及宫颈癌等有关。绝经期前后的妇女，也经常有女阴瘙痒症。

瘙痒患者，在日常生活中要注意以下几方面。

忌用热水浸泡。热水烫洗皮肤，是瘙痒患者最喜欢用的一招，往往图一时之快，反而加重了病情的发展。如有皮肤病，过烫的热水可刺激皮肤，更加重局部的皮损，故洗烫一次，毛病重一次，最终导致皮肤变得像干燥的牛皮一样，治疗起来更加困难。冬季气候干燥，要减少洗澡次数，忌用热水洗烫，也不要用肥皂搓洗。

不要喝酒，也不要吃辛辣刺激食物（如葱、蒜、辣椒）以及“发物”（如虾、蟹、笋等），否则可使瘙痒“火上浇油”，甚至抵消治疗药物的作用。

忌用指甲搔抓。因为搔抓会引起抓痕、破溃，导致皮肤感染。

不要用碱性过强的肥皂擦洗皮肤，内衣裤也不要穿化纤织品。

治疗瘙痒的常用药物有口服抗组胺药，如扑尔敏、克敏能、克敏嗪、仙特敏等，同时用维生素C、钙剂。

外用药物有2%酚软膏、30%薄酚甘油溶液等。如果瘙痒严重，有苔藓化皮疹时，也可以用一些含激素的外用药，如肤轻松霜、恩肤霜等。但是不要乱用激素类外用药。

皮肤脱屑

【概述】

人体皮肤的表皮细胞，差不多每经过27天就会完全更新一次。在这个过程中，表皮的角质层不断形成，也不断脱落。由于脱落的鳞屑细小而且量也少，所以不被人察觉。

当皮肤受到感染而发炎时，表皮细胞形成加速，正常角化过程失调、角质层发生角质过度或角化不全，致使产生大量可见的皮屑，这就是脱屑。

急性发疹性传染病，如麻疹、猩红热，以及真菌感染、维生素缺乏、变态反应、银屑病（牛皮癣）、玫瑰糠疹、脂溢性皮炎等，都会引起脱屑。

下篇　常见疾病的家庭处理和预防

第一章　常见传染病的处理和预防

传染性非典型肺炎

【概述】

传染性非典型肺炎又称严重急性呼吸道综合征，简称非典或SARS（读作萨斯），是2002年底新发现的一种严重呼吸道传染病，我国已经将该病作为法定传染病进行管理。

引起非典的病原体，目前已经基本明确。世界卫生组织宣布SARS是由新发现或说是过去未被发现的一种冠状病毒引起的。冠状病毒早在几十年前就被发现，但是引起非典流行的冠状病毒，与以前的冠状病毒大大不同，尽管它们还是一个“家族”的成员，但是它与引起感冒的冠状病毒相差很大。

非典的传染源，最主要的患有该病的患者。所以，尽早发现患者非常重要。一般说来，患者的症状越重，传染性也越强。潜伏期患者传染性不大，有的基本没有传染性。极少数患者传染性极强，被称为“超级传播者”。所以，身处疫区的人千万不能掉以轻心，发现周围有疑似患者，应及早采取相应措施。

作为传染源的还有病原携带者（即那些虽然感染了本病，但没有出现症状的隐性感染者），他们也可以将本病传染给易感人群。

非典主要是通过近距离、密切接触而传播。第一种传播途径是通过飞沫传染。患者在咳嗽、打喷嚏或正常说话的情况下，会有很多小的、细的唾沫喷出来，飞沫里带有很多病毒。这些飞沫中的病毒漂浮在空气中，健康人吸入后会被感染。第二种传播途径是患者呼吸道的一些分泌物污染了我们的手或环境，而我们在无形中用手擦擦眼睛、抠抠鼻子、摸摸嘴，这种情况下，也有可能造成接触性的传播。

从被感染到发病这一段时间称

为潜伏期。感染非典后，潜伏期为2～12天，通常为4～5天。所有人基本对非典病毒缺乏免疫能力，所以人群普遍易感，谁也不要麻痹大意。只有群防群控，才能防止被非典感染。

虽然人群对本病普遍易感，但是否被感染，主要取决于接触机会和密切程度，如治疗、护理或探视患者；在患者共同生活；直接接触患者的呼吸道分泌物或体液；共同搭乘交通工具的密切接触等。

非典患者男女之间发病无差别。从年龄看，青壮年占70%，这与一般呼吸道传染病患者以老年人和儿童较多有所不同。死亡病例中，老年人、患有慢性病和入院治疗较晚的患者比例较大。

【诊断】

如果在发病前2周，与发病者有密切接触史；或有明确传染他人的证据；发病前2周内曾到过传染性非典型肺炎正在流行的地区，就可能被感染非典。

有发热症状，体温一般高于38℃（也有少数患者不以发热为首发症状，尤其是有近期手术史或基本疾病的患者），并有咳嗽、呼吸加速、气促等症状。

检查有急性呼吸窘迫综合征（ARDS）、肺部啰音、肺实变等体征。

实验室检查，早期血白细胞计数不升高，或降低。胸部影像学检查发现肺部有不同程度的片状、斑片状浸润性阴影或呈网状改变。

非典患者的症状有高热、干咳，但是少有一般呼吸道感染后的流鼻涕、打喷嚏等症状，也没有常见的白色或黄色痰。有人还伴有头痛、全身酸痛、乏力、腹泻等症状。

抗生素治疗无效。大多数非典患者可自愈，一般在14天后。体温正常，症状减轻，肺部阴影逐渐吸收；个别患者病情恶化凶险。

【治疗与护理】

非典患者必须住院隔离治疗，主要采取综合治疗，包括对症治疗、支持治疗和相应一些预防感染治疗。

对症治疗就是针对它的一些症状，如发热、咳嗽等进行治疗。

支持疗法主要是输氧，另外，给患者一些能够促进机体增强免疫功能的药物，同时要给一些抗菌药物或者抗病毒的药物，这样进行综合治疗，是可以取得比较好的效果的。

按照国家规定，各地要指定非典集中收治医院，做到分散接诊、集中治疗。

对于疑似患者，要按照《传染病防治法》的要求立即隔离留院观察，并采取有效措施严格管理患者。

面对非典，要以预防为主。其中最重要的措施是经常开窗通风，保持一个良好的通风环境。其次，要有良好的卫生习惯，咳嗽、打喷嚏时，不要直接对着人，应用手帕或纸巾捂着，并且经常用流动水和肥皂洗手，洗手后不要用公用毛巾

擦手。

同时，随着天气变化增减衣物，以免着凉，引起抵抗力下降。注意平衡膳食，注意营养，多做一些户外活动，多参加体育锻炼以增强自己的体质，这些都是防病的重要基础。

流行性感冒

【概述】

流行性感冒（简称流感）是由流感病毒引起的急性呼吸道传染病。据统计，流感每年的发病率为10%～30%，流感流行最显著的特点是突然暴发，迅速蔓延，波及面广。

流感流行具有一定的季节性。我国北方常发生于冬季，而南方多发生在冬、夏两季。流感的发病率高，人群普遍易感。

流感临床症状较重，起病急剧，并发症发生率高，并且可以引起死亡，死亡者大多为年迈体衰、年幼多病或有慢性疾病者。对上述人群进行疫苗接种是控制流感的主要方面。人群通过感染或接种会产生免疫力，但对新的变异病毒株并无保护作用。

【病因】

流感病毒分为甲、乙、丙3型。

甲型流感病毒常以流行形式出现，能引起世界性大流行；乙型流感病毒常引起流感局部暴发；丙型流感病毒主要以散发形式出现。由于流感病毒抗原性变异较快，所以无法获得持久的免疫力。

【诊断】

流感的潜伏期一般为1～3天。起病多急骤，主要以全身中毒症状为主，呼吸道症状较轻微或不明显。发热通常持续3～4天，但疲乏虚弱可达2～3周。根据临床表现，流行性感冒可分为单纯型、肺炎型、中毒型、胃肠型等。

诊断流感需要依靠流行病资料。即在流行季节，一个单位或地区出现大量上呼吸道感染患者，或是在医院门诊的急诊上呼吸道感染患者明显增加。

流感的临床症状有：急性起病，有畏寒、高热、头痛、头晕、全身酸痛、乏力等中毒症状。可伴有咽痛。但流鼻涕、流泪、咳嗽等呼吸道症状较轻。

少数患者有食欲减退，伴有腹痛、腹胀、呕吐和腹泻等消化道症状。婴儿流感的临床症状往往不典型，可见高热惊厥；部分患儿表现为喉气管支气管炎，严重者出现气道梗阻现象；新生儿流感虽少见，但一旦发生常是败血症表现，如嗜睡、拒奶、呼吸暂停等，常伴有肺炎，病死率高。

实验室检查：

（1）外周血象：白细胞总数不高或减低，淋巴细胞相对增加。

（2）病毒分离：鼻咽分泌物或口腔含漱液分离出流感病毒。

流感易与普通感冒相混淆。除了注意收集流行病学资料以外，通常流感全身症状比普通感冒重，而普通感冒呼吸道局部症状较重。

流感与普通感冒的临床症状鉴别见下表：

种类	发热	头痛	全身疼痛	疲乏、虚弱	鼻塞、喷嚏、咽痛	胸部不适及咳嗽	并发症
普通感冒	少见	少见	轻微	轻微	常见	轻度或中度	少见
流感	典型症状，常为高热(39～40 摄氏度)，持续 3～4 天	显著	常见且严重	早期出现，显著，可持续 2～3 周	有时伴有	常见可能严重	支气管炎、肺炎，可威胁生命

【治疗与护理】

1. 治疗流感的基本原则：

（1）隔离患者，流行期间对公共场所加强通风和空气消毒。

（2）及早应用抗流感病毒药物治疗。抗流感病毒药物治疗只有早期（起病 1～2 天内）使用，才能取得最佳疗效。

（3）加强支持治疗和预防并发症：休息、多饮水，注意营养，饮食要易于消化，特别在儿童和老年患者更应重视。密切观察和监测并发症，抗生素仅在明确或有充分证据提示继发细菌感染时有应用指征。

（4）合理应用对症治疗药物：早期应用抗流感病毒药物大多能有效改善症状。病程已晚或无条件应用抗病毒药物时，可对症治疗，应用解热药、缓解鼻黏膜充血药物、止咳祛痰药物等。儿童忌用阿司匹林或含阿司匹林药物以及其他水杨酸制剂，因为此类药物与流感的肝脏和神经系统并发症即 Reye 综合征相关，偶可致死。

2. 流感病毒药物治疗：

（1）金刚烷胺和金刚乙胺：对甲型流感有效。不良反应为可引起中枢神经系统和胃肠道反应。中枢神经系统副作用有神经质、焦虑、注意力不集中和轻微头痛等，其中金刚烷胺较金刚乙胺的发生率高。胃肠道反应主要表现为恶心和呕吐，这些副作用一般较轻，停药后大多可迅速消失。

（2）奥司他韦（商品名达菲）：对甲乙两型流感均有很好作用，耐药发生率低。应在症状出现 2 天内开始用药。1 岁以下儿童不推荐使

用。奥司他韦不良反应少，一般为恶心、呕吐等消化道症状，也有腹痛、头痛、头晕、失眠、咳嗽、乏力等不良反应的报道。

疫苗接种是预防流感的措施之一，其在健康人群中最多只能提供70%～90%的保护率，而在老年人中的保护水平就更低了。更重要的是，预防接种的疫苗往往与下一年的流行型别不同，则起不到应有的保护作用了。

病毒性肝炎

【概述】

由病毒引起的肝炎，称为病毒性肝炎（简称肝炎），是我国法定的乙类传染病。这是一类以损害肝脏为主的全身性疾病，具有传染性较强、传播途径复杂、流行面广泛、发病率较高等特点。

已被公认的病毒性肝炎有5种类型，即甲、乙、丙、丁、戊型（分别简称为甲肝、乙肝、丙肝、丁肝和戊肝）。不同类型的肝炎，可以分别通过饮食、人与人接触或输血等途径传播。

得了肝炎，肝细胞要肿胀、坏死，吃进的食物不能正常“加工”，会出现恶心、呕吐及食欲不振等，有些患者会有腹泻或便溏，有些患者会感觉腹胀或呃逆。肝脏分泌和产生胆汁的功能减弱，不能正常地消化脂肪，因此会出现厌油腻。因肝细胞肿胀，使肝内的胆管受压，排泄胆汁受阻，使血中的胆红素升高。过多的胆红素通过肾脏排泄，患者就会出现小便发黄，甚至色如浓茶；血胆红素从皮肤黏膜溢出，人体就会出现黄疸，患者可感觉皮肤瘙痒；由于胆汁从大便排出减少，患者的大便颜色变浅，甚至变成灰白色，医生称它为“陶土便”。

肝脏的神经分布在肝脏外面的肝包膜，肝炎时肝脏肿大、肝包膜与炎症组织发生粘连，所以出现肝区疼痛，在劳累后更加明显。

慢性肝炎和肝硬化的患者可出现肝掌和蜘蛛痣。肝掌是手掌双侧的大鱼际、小鱼际及手指掌面充血发红，就像涂了一层胭脂。蜘蛛痣由于小动脉分支扩张，样子很像蜘蛛。用铅笔或牙签按压小蜘蛛的中心点时，蜘蛛的细脚就会消失。肝掌和蜘蛛痣的形成是由于肝脏灭活雌激素的功能下降。体内雌激素的水平升高，女性会出现月经紊乱，男性可能出现乳房女性化。由于患者的肝脏对黑色素的灭活减少，可引起皮肤色素沉着。

肝炎时，免疫功能往往下降或紊乱，易发生各种感染（如感冒、带状疱疹、腹泻等）或并发免疫系统疾病（如干燥综合征、牛皮癣

等)。同时，受病毒和免疫的影响，脾脏会伴随肿大。

肝脏是制造凝血因子的场所，严重肝病时，凝血因子减少，患者可表现凝血困难和出血。慢性肝炎患者，肝脏的纤维组织过度增生，形成肝脏假小叶、结节，逐渐发生肝硬化。

重型肝炎和肝硬化患者可出现腹水、内毒素血症和血氨升高，甚至肝性脑病（肝昏迷）。晚期还可出现少尿、无尿的肝肾综合征。

要预防肝炎，必须注意公共卫生，加强环境卫生和饮食、饮水卫生管理，切断传染途径。家庭中发现肝炎患者要隔离治疗，食具和用具要分开使用，患者用过的物品要煮沸消毒。注意个人卫生，饭前便后洗手，提倡分食用餐。输血、注射时，注射器要实行“一人一管制”，避免交叉感染。此外，可注射乙肝疫苗，保护新生儿和高危人群。

一、甲型病毒性肝炎

【概述】

甲型肝炎是感染甲型肝炎病毒后引起的典型肠道传染病。甲肝的主要传染源是患有急性甲型肝炎的患者，或者是感染了甲肝病毒的人。甲肝发病以儿童和青少年为主，但成年人发病也不少。

【病因】

在日常生活中，甲肝病毒通过粪-口途径进行传播，即通过被病毒污染的水源、食物，经消化道途径传播，即“病从口入”。

在集体单位生活的人群，如托幼机构、学校和部队中，最容易引起甲肝的流行。甲肝也可以通过日常生活密切接触传播，特别好发于卫生条件差、居住拥挤、卫生习惯不良的人群。

甲肝可以引起暴发或流行。水源受到不同程度的污染，是许多地区造成甲肝暴发或流行的原因。食物，特别是水生贝类（如毛蚶），是甲肝暴发或流行的主要传播途径。1988年1月，上海发生大规模甲肝暴发性流行，在短短的两个月里，有31万人患病。这次流行就是由于水受到污染，而毛蚶则成了这次大流行的“罪魁祸首”。

【诊断】

感染甲型肝炎病毒以后，疾病通常有近1个月的潜伏期。患者起病急骤。开始有畏寒、发热、腹泻、腹痛、嗓子痛、关节痛等症状。

接着患者出现厌食，不想吃东西，特别是讨厌油腻的食物。全身无力，恶心，呕吐。同时右上腹部肋缘下的肝区，感到疼痛。

检查时，可发现患者肝肿大。化验检查肝功能，发现血清谷丙转氨酶（简称ALT）升高。

化验检查中，还有一项“抗甲肝病毒抗体IgM”。甲肝患者可能是“阳性”（即+）。

几天以后，多数患者会出现黄疸，眼睛的巩膜（即“白眼珠”）和皮肤都会染成黄色，尿成为浓茶色，

大便的颜色却变浅，皮肤瘙痒。这个时期称为“黄疸期”。

出现黄疸的患者，化验检查血清胆红素为1毫克/分升以上，尿胆红素为阳性。

黄疸持续大约1个月后逐渐消退，其他症状也逐渐消失，肝功能恢复正常。患者经过大约1个月左右可以痊愈。

另外，还有一些患者并不出现黄疸，称为无黄疸型肝炎。

【治疗与护理】

1. 休息：患急性甲肝的早期，ALT升高甚至出现黄疸时，患者应住院卧床休息，或就地隔离治疗休息。卧床休息可以减少患者体力和热量的消耗，减少肝脏的负担。对于重症肝炎患者，患者更需绝对卧床，患者喝水、吃饭、穿衣、排便等以及个人清洁卫生等日常活动，都需要别人帮助。

慢性肝炎也应适当休息，病情好转后应注意动静结合，恢复期逐渐增加活动，但要避免过劳，生活规律，以利康复。ALT基本正常，症状不多，可适当活动，包括做气功、打太极拳等。

2. 饮食：肝炎患者最常见的症状是消化功能障碍，而肝病的恢复要求有足够的营养，因此，搞好患者的膳食营养，对于促进患者康复有重要的意义。

急性肝炎患者的饮食要注意清淡，容易消化而且适合患者的口味，维生素含量宜丰富，以免加重患者的恶心或导致呕吐。消化道症状严重者不宜给高脂饮食，以免导致脂肪吸收不良。患者症状好转后可以给予适量脂肪，尤其是含胆固醇较少的脂肪，如奶油、植物油。

供应足够的蛋白质食物，可减轻肝脏的负担，促使已经损伤的肝细胞恢复并促进肝细胞再生。但应注意不要摄食太多，以防发生脂肪肝等。蛋白质的供给量，可按患者体重计算。每千克体重需要供给的蛋白质，以1.5克为宜，太多太少都不好。例如一位患者，体重60千克，每天需要的蛋白质应当是（1.5×60）=90（克）。同时，要注意蛋白质的质量，最好是鸡蛋、瘦肉、鱼、奶等优质蛋白。

肝炎患者的食品中，要有足够的碳水化合物。碳水化合物主要存在于面粉、大米等粮食作物中，所以不要对患者的食量加以限制，但也不要吃得过分饱胀。肝炎患者可以吃一些白糖或水果糖，但是没有必要让患者拼命多吃糖。认为多吃糖能“保肝”的说法，是没有科学根据的。

患者可以口服补充一些维生素B_1、维生素B_2、维生素C、维生素K等药物，但是同样不要过量。补充的剂量和平常一样，不要加倍服用。如果那样做，会增加肝脏负担，反而对疾病的康复不利。

酒是肝病患者的大敌。无论患了哪一种肝病，都必须戒酒，做到“滴酒不沾”，白酒、啤酒、葡萄酒

都不能喝。喝酒会增加肝脏的负担，使本来已经受到损害的肝脏不堪重负。

对肝脏有损害，或是可以加重肝脏负担的其他药物，尽可能不要服用。许多药物都是在肝脏解毒的。肝脏既然已经生了病，更没有必要加重它的负担了。

3. 药物治疗：目前治疗急性肝炎的中西药物，疗效并无明显差别，可选择适当的中西药物进行治疗，但应注意防止滥用。

急性患者如果食欲不振、恶心严重者，可以从静脉滴入 10%～20%葡萄糖液、维生素 C 等。

预防甲肝要从几个方面着手。及时治疗、隔离患者，是消除传染源的重要措施。发现患者以后，一般要隔离治疗 3 周。等到患者的症状消失，血清胆红素降至 1 毫克/分升以下，ALT 也不足正常值的 2 倍时，才可以出院。

但是甲肝患者在潜伏期的末期，虽然还没有出现症状，但是已经可以从粪便中排出病毒，而具有传染性，此时不易被别人发现，患者自己也没有感觉。发病后 2～3 周传染性逐渐减轻。

个人预防甲肝，主要是注意饮食卫生，如饭前便后要用肥皂和流动水洗手；食具和用品（手巾、牙刷、剃须刀、口杯等）要专用。集体进餐最好采取分餐制，如果没有采取分餐制就餐，当与外人共同进餐时，要使用公筷。餐具、茶具等，要用水煮沸半小时消毒。

如果家中有人患了甲肝，其他健康人可以服用一些中药，如板蓝根、茵陈各 30 克，水煎服，连服 5 天。另外，有人患了肝炎，与患者密切接触的家人，应尽量做一些个人防护，生活用品要分开，如餐具、刮脸工具、牙刷、清洗工具等。特别要注意防止被唾液、血液或其他分泌物污染。接触患者后要用肥皂和流动水洗手。注射人血丙种球蛋白和人胎盘球蛋白，对甲型肝炎接触者有一定保护作用（但对乙肝则无作用）。主要适用于接触甲型肝炎患者的易感儿童、孕妇和体弱者。注射时间越早越好，不得迟于接触后 7～14 天。

在托幼机构工作的人员，以及饮食、服务行业的从业人员，每年都要进行健康检查。如果发现肝炎患者，要立即脱离现岗，进行治疗。直到症状消失，肝功能正常后，仍要观察半年，才能考虑恢复原来的工作。

用接种甲肝疫苗的方法，可以预防甲肝。接种以后 1 周，人体内开始产生细胞免疫，15 天后即产生抗体，可保护多年。

已经患有慢性肝病的人（即患有乙型肝炎、丙型肝炎、丁型肝炎、药物性肝炎、自身免疫性肝炎、酒精中毒性肝炎、肝硬化、脂肪肝等肝脏疾病的患者），如果合并感染了甲肝，则死亡率大大增高。所以要加强甲肝的预防工作，切莫让患者

“雪上加霜”。

二、乙型病毒性肝炎

【概述】

乙型病毒性肝炎简称乙肝，是感染乙型肝炎病毒后引起的一种传染性疾病。

【病因】

乙型肝炎病毒简称 HBV。这种病毒分为 3 种颗粒，即大颗粒、小颗粒和丝状颗粒。大颗粒是完整成熟的乙肝病毒的病毒体，它由核心和外壳构成。核心中含有乙型肝炎核心抗原（简称 HBcAg），还含有另一种 e 抗原（简称 HBeAg）。在乙肝病毒的外壳中，含有乙肝表面抗原（简称 HBsAg），即所谓“澳抗”。

感染了乙肝病毒以后，上面介绍的几种抗原，可以刺激人体的免疫细胞，产生相应的抗体。

与核心抗原（HBcAg）相应的是核心抗体（简称抗-HBc）；与 e 抗原相应的是 e 抗体（简称抗-HBe）；与表面抗原（HBsAg）相应的是表面抗体（简称抗-HBs）。在这些抗体中，只有表面抗体（抗-HBs）对人体有保护作用。

所以如果化验检查时，血清中检测到含有表面抗体(抗-HBs)，说明已经对乙肝病毒产生了免疫力，能防止同型乙型肝炎的再感染。

在化验检查中，如果肝功能正常，只是血液中乙肝表面抗原（HBsAg）阳性，或 e 抗原阳性、核心抗体（抗-HBc）阳性，如果持续阳性半年而无症状，目前称为乙型肝炎病毒携带者。这样的乙肝病毒携带者，在我国多达上亿人。

现在经常有所谓“乙肝大三阳”的提法。当在血液中检测出表面抗原（HBsAg）、e 抗原（HBeAg）及核心抗体（抗-HBc）均为阳性者，即为“大三阳”。“大三阳”说明体内有乙肝病毒存在，而且乙肝病毒复制较活跃，这时患者的血液、精液、唾液、乳汁、宫颈分泌液、尿液都可能带有传染性。如果同时有转氨酶增高者，首先应注意隔离。当血液中检测出表面抗原、核心抗体、e 抗体同时阳性，称为“小三阳”。“小三阳”表明乙肝病毒复制减少，传染性减弱。如果肝功正常，本身又没有什么症状，称之为乙型肝炎病毒无症状携带者，此期为病程相对稳定阶段。

不管“大三阳”，还是“小三阳”，它只代表病毒复制的程度，而不反映病情的轻重。

乙型肝炎的传染源是急性或慢性乙肝患者，也有隐性感染者和带病毒者。

乙肝病毒主要是通过血液途径传播，如输进了含有乙肝病毒的血液、血浆和其他血液制品；或使用了被乙肝病毒污染过的注射器针头、拔牙器械、采血用具、针灸针、皮试针、内镜、肾透析，甚至不注意月经期卫生，而发生感染。乙肝病毒通过皮肤、黏膜上肉眼看不见的

破口，也能侵入人体造成感染。

乙肝带毒者的唾液、乳汁、精液和阴道分泌物中，同样含有病毒抗原，所以密切接触（如共同使用同一把牙刷、性交）也会传染乙肝病毒。

如果某一位孕妇是乙肝病毒携带者，病毒可经胎盘或在分娩过程中传染给胎儿。这种传播方式，称为母婴垂直传播。

但是，并不是说所有接触过乙肝的人，都会被传染上肝炎。

感染肝炎是由许多因素决定的，如乙肝病毒的量有多少，是否e抗原阳性，还有自身的免疫功能强不强等。

以下途径不会传播乙肝：

——乙肝病毒不通过食物、饮水传染，因而不会由于共用食品而传染。

——除非接触受到感染的体液，乙肝病毒不会因接触、拥抱和接吻传染。

——乙肝不会因为呼吸或打喷嚏传染。

——乙肝不会因共用毛巾传染，但应避免共用牙刷和剃须刀，因为它们或许带有少量血液。

【诊断】

感染上乙型肝炎病毒以后，许多人并不出现症状。

如果出现症状，与甲型肝炎基本相似，如食欲减退、恶心、厌油、乏力等，常有低热和肝区疼痛。有的患者也会出现黄疸；还有的患者有皮肤瘙痒、关节痛。

医生检查时，可以发现患者的肝脏肿大，肝区有压痛。

化验检查谷丙转氨酶（ALT）升高，同时发现乙肝表面抗原（HBsAg）阳性，就要考虑患者患有乙肝了。

一部分患有急性乙型肝炎的患者，如果病程超过半年以上未愈，反复出现低热、疲乏、头晕和前面介绍的消化道症状，肝肿大，肝区有压痛。但是肝功能检查仅有轻度改变或无改变，这样的患者属于慢性迁延性乙型肝炎（简称慢迁肝）。

患有慢迁肝的患者，虽然病程可以迁延多年，病情也会有波动，但是总的趋势是走向好转或痊愈。

只有极少数患有慢迁肝的患者，会转变为慢性活动型乙型肝炎（简称慢活肝）。患有慢活肝的患者，病程超过半年，消化道的症状比较严重，乏力、精神萎靡、头晕、失眠，肝区痛也比较明显。患者的肝脏肿大，医生检查发现肝脏的质地较硬。此外，患者有蜘蛛痣、肝掌，肝功能持续不正常。

还有一种急性重症型乙型肝炎，也称为暴发性肝炎，病情严重，发展迅速，病死率高。一旦发现，需要立即抢救治疗。患了病毒性肝炎，如果出现持续高热、黄疸迅速加深、严重的消化道症状、极度疲乏、明显腹胀、尿量减少、出血倾向或有行为异常，就要高度警惕是否患有重症肝炎。

乙型肝炎“两对半”检查临床意义

	HBsAg	抗 HBs	HBeAg	抗 HBe	抗 HBc	临床意义
1	+	−	−	−	−	急性乙肝病毒感染潜伏期后期
2	+	−	+	−	−	急性乙肝早期，传染性强
3	+	−	+	−	+	急、慢性乙肝。病毒复制活跃，传染性强
4	+	−	−	−	+	急、慢性乙肝
5	+	−	−	+	+	急、慢性乙肝，传染性弱
6	−	−	−	−	+	乙肝病毒隐性携带者，窗口期，有既往感染史
7	−	−	−	+	+	急性乙肝病毒感染恢复期或有既往感染史
8	−	+	−	+	+	乙肝恢复期，已有免疫力
9	−	+	−	−	−	接种乙肝疫苗后或乙肝感染后康复，已有免疫力

【治疗与护理】

治疗急性乙型肝炎，主要是对症治疗和支持疗法，以及合理的营养、注意休息。具体措施与甲肝的治疗相同。目前，乙肝还没有特效的药物治疗方法。尽管治疗肝炎的药物很多，但是疗效并不高，长期效果也不肯定。

目前还没有能够肯定使乙肝表面抗原（HBsAg）转阴的药物。那

些称作“能使表面抗原肯定转阴”或“大部分转阴”的药物或疗法，大都缺乏可靠根据。表面抗原阳性的患者，每年有1%～2%的自然阴转率，不经过任何治疗，这些患者的表面抗原也会自然转阴。

慢性乙肝的治疗是世界性的医学难题。很多慢性乙肝患者，使用了多种药物治疗，但疗效均不明显，病情总发生反复。乙肝之所以成为顽症，与乙肝病毒的结构、感染方式、免疫特性等因素有着密切关系。

1. 乙肝病毒携带者的治疗：发现HBsAg阳性半年以上，肝功能始终正常者，可诊断为慢性HBsAg携带者。对携带者目前尚无有效的治疗方法。一般认为，最好进行肝脏活组织检查，如肝脏病变明显，则应采取抗病毒与免疫调节药物的联合治疗；如无明显病变或病变轻微，则可暂不进行治疗，至少暂不进行强有力的抗病毒治疗。对于e抗原和（或）HBV DNA阳性者，也可试用一些有可能打破免疫耐受的方法或其他可能有效的方法。

（1）慢性乙肝病毒携带者的抗病毒治疗，原则上不用干扰素，特别是e抗原阴性者。可考虑用拉米夫定，但是一定要和其他抗病毒药物和（或）免疫调节药物、其他药物合用，以希望在发生耐药株之前出现e系统转换。另外，也可试用其他抗病毒药物，如苦参素（注射或口服）、单磷酸阿糖腺苷、膦甲酸钠等。

（2）慢性乙肝病毒携带者的免疫调节治疗。近年来研究很多，大都处于探索阶段，但很值得试用和研究。

2. 特异性免疫治疗：

（1）乙肝疫苗加各种佐剂。国内外的材料均说明，乙肝疫苗本身就有一定的治疗作用，其机制尚不清楚，疗效不很好，因此目前多主张联用某些免疫刺激剂，如有人试验联用左旋咪唑搽剂（涂布剂）及潘生丁等。也有人主张联用各种佐剂，如各种细胞因子、卡介苗素、少量弗氏佐剂等。

（2）乙肝疫苗＋乙肝免疫球蛋白。每单位剂量中含60微克HBsAg和38微克HBIG，以氢氧化铝为佐剂，每3周肌注1次，共3次。其作用机制尚不太清楚，值得试用。

（3）带有T细胞表位的乙肝疫苗和DNA疫苗报告比较多，目前国内外正在研究中。

3. 非特异性免疫治疗：一般认为非特异性免疫治疗对慢性乙肝病毒感染可能没有作用，但胸腺肽α_1对慢性乙肝有一定治疗作用，提示非特异性免疫对治疗慢性乙肝病毒感染可能也起一定作用。

（1）左旋咪唑搽剂（涂布剂）：左旋咪唑是古老的细胞免疫增强剂，但口服不良反应较大，其涂布剂可减少不良反应，保留其增强免疫的作用，近年来应用较多，可能有一定疗效。

（2）卡介苗及卡介苗素：卡介苗也是古老的免疫增强剂，但只能皮内注射，一旦注入皮下，可发生寒性脓疡。为克服这一缺点，有人倡导用卡介苗素，但疗效尚需进一步研究。

（3）胸腺肽 α_1（日达仙）及国产胸腺肽：日达仙对慢性乙肝有一定疗效。有的国产胸腺肽含有 1% 左右的 α_1，故有人认为应用大剂量（160～200 毫克），也可取得类似日达仙的疗效。

（4）细胞介素类：如 IL-2、IL-12 等。

（5）其他：如真菌多糖类，值得进一步研究。有人认为口服潘生丁可能有诱生干扰素的作用，也需要进一步证实。

有人担心，应用免疫调节治疗会引起病情恶化，当然这是可能的，应用干扰素也会出现这种情况，因此应当密切观察。一般认为，如只有血清转氨酶的轻-中度升高，而患者一般情况良好，则可能是有效的一种表现，可在密切观察下，继续治疗；但如出现黄疸和/或明显的胃肠道症状，则应马上停药，并积极处理。

服用保肝药应在医生指导下用药，坚持“少而精”的原则，可用可不用的药物尽量不用。必须使用时，要以选择毒性较低的药物为主。

对肝脏有损害的药物，有安定类、抗癫痫类、解热镇痛类、降糖类、激素类、抗结核类、某些抗生素、化疗药物等。某些中药同样会引起肝损害。

乙肝疫苗已经在我国广泛应用。现在通行的乙肝疫苗接种程序，称为“0-1-6 方案”。按照这个程序，即首针（0 月）注射后 1 个月，注射第二针；首针后 6 月，再注射第三针。按照这个正规方案接种后，正常人群中的 90%～95%，都可以达到免疫效果。

接种乙肝疫苗后，有效的惟一标志是化验检查血清时，能发现单项抗-HBs 转为阳性，而且不应该出现抗-HBe 或抗-HBc 等其他标志。否则，意味过去已有乙肝病毒感染，或是疫苗质量有问题。

当接种疫苗产生保护性抗体数年后，血清中的抗-HBs 开始“转阴”，此时再接种一次疫苗（第 4 针），称为“加强接种”。

乙肝表面抗原携带者系指血液乙型肝炎表面抗原阳性，但无肝炎症状、体征，各项肝功能检查正常，经半年观察无变化者，也称为慢性乙肝表面抗原携带者。

对这类携带者，不按现症肝炎患者处理。除不能献血、不能从事幼托和饮食服务行业工作外，可照常工作和学习，但要加强随访。

为了使乙肝病毒不造成传染，乙肝表面抗原携带者或乙肝患者都应特别注意，不要让自己的血（如外伤出血和月经血）、唾液和其他分泌物污染周围环境及感染他人。所用餐具、剃须刀、牙刷、盥洗用品，

与健康人不要互相借用。

病毒性肝炎的预防，仍以切断传播途径为主。因此，做好家庭隔离消毒是预防肝炎的重要措施之一。

肝炎患者家庭虽然比较重视生活用品的分开使用，却多忽略必要的消毒处理；而能进行消毒的家庭，又只注意食具的消毒，忽视对排泄物及生活污水的处理。

在家庭消毒时，对不同污染对象，应根据其性质和要求，选择不同的消毒方法。如：手的消毒对预防经粪便或血液传播的肝炎均较重要。在接触患者或污染物品后，应立即用肥皂、流动水反复刷洗双手20～30秒。若有明显污染者，除刷洗外，还应用消毒剂浸泡或擦拭。对棉织物应加洗涤剂煮沸20分钟。

任何消毒作用都不是在瞬间能完成的，有些家庭仅用开水浇烫一下，是达不到消毒目的的。消毒时，应满足所需的剂量。在热力消毒中是指温度，在化学消毒中是指药物浓度。强度与时间一般是相关联的，强度越高，病毒死亡越快；时间越长，病毒被杀灭的概率就越高。

乙肝病毒在加热煮沸后半小时可被杀死。因此，餐具和其他可以煮沸的家庭用品，可以采取煮沸法消毒。

对消毒剂的选择，应以含氯消毒剂为主。来苏儿、新洁尔灭、洗必泰、酒精等弱消毒剂，对肝炎病毒杀灭不理想。

不宜煮沸的可选用含氯消毒剂浸泡，如“疫克灵”（粉剂）、“84消毒液”（水剂）等。时间不得低于10分钟。对血液、唾液、分泌物与粪便污染的部位及室内环境表面，应及时用次氯酸钠或其他含氯消毒剂溶液擦拭，地面消毒可用1 000～2 000毫克/升有效氯的含氯消毒剂溶液喷雾，喷药量为每平方米100～200毫升。

慢性乙型肝炎表面抗原携带者虽然不需要治疗，但应注意以下几点：合理营养，补充蛋白质和维生素，注意防止营养过剩，以免形成脂肪肝；保持精神愉快、心态平和，避免情绪激动，尽量避免过度脑力和体力劳动；禁忌各种含有酒精的饮料，饮酒常使肝病的病情加重。患有其他疾病时，也要避免用损害肝脏的药物；定期检查，包括肝功、B超、甲胎蛋白（AFP）及乙肝病毒“两对半”。35岁以下者应每半年至1年检查一次；35岁以上者应每年检查2～4次。一旦出现疲乏、肝区疼痛、恶心、纳食不佳、腹胀等到不适感时，应随时检查。如果有异常改变应随时治疗。

乙肝病毒携带者可以结婚。在结婚前，如果对方是“澳抗阴性”，体内也没有表面抗体，则可以注射乙肝疫苗。全程注射完毕后，检测表面抗体，如已出现阳性，并且达到了有效高度，则说明对肝炎病毒已经产生了抵抗力，于是可以结婚了。

母亲如果表面抗原、e抗原阳

性，极少数人可以在妊娠时通过胎盘造成胎儿的宫内感染；绝大多数是在分娩的过程中，母亲的血液、分泌物等通过新生儿皮肤、黏膜或极微小的破口进入体内，造成感染。以上两种方式，都称为母婴传播。所以，对这样的新生儿，出生以后应该立即注射具有特异性、高效价的乙型肝炎免疫球蛋白（简称HBIG）和乙肝疫苗加以预防。

三、丙型病毒性肝炎

【概述】

全世界每年有100万人感染丙型肝炎病毒。丙型病毒性肝炎（简称“丙肝”）在我国的流行比较广泛，一般人群的感染率约为3%，所以属于世界高流行区。

丙型肝炎与乙型肝炎一样，即任何原因造成的皮肤、黏膜损伤，均有可能造成感染。血或血液制品传播，是丙型肝炎的主要途径，在输血后肝炎中，2/3是丙型肝炎；国外资料报道甚至占78%～94%，其他途径还有唾液传播、母婴垂直传播等。

患有丙型肝炎的人，经过10～20年，有1/5的患者可能发展成肝硬化，20年后有1%～5%的患者可能发展为肝癌。

【诊断】

丙型肝炎患者起病缓慢，症状为乏力、轻度或中度黄疸，无症状的ALT持续或反复升高，也是表现形式之一。

凡丙型肝炎检测阳性者，宜采用聚合酶链（简称PCR）反应法，进行丙型肝炎病毒RNA检测。

【治疗与护理】

丙型肝炎的治疗，目前还没有特殊的方法，一般采用护肝降酶、增强营养等对症治疗。

干扰素为丙型肝炎治疗的首选药物，因为它能清除正在复制的丙型肝炎病毒，改善肝组织的损害，促进肝功能的恢复，且能预防肝癌的发生。一般用干扰素100万～300万单位/次，肌内或皮下注射，每周2～3次，3～6个月为一个疗程。偶有发热、纳差等副作用，但是无须特殊处理。

对于常规剂量干扰素治疗无效或复发的慢性丙肝患者，可以采用干扰素与病毒唑联合疗法。

丙型肝炎是促使肝硬化和重症化的重要因素，也是肝癌的重要发病因素。据国外报道，在肝癌患者中，抗-HCV阳性率高达75%。

丙型肝炎的预防措施中，控制丙肝经血液传播至关重要。

随着人们对丙型肝炎感染的认识和抗-HCV检测灵敏度的提高，其经输血途径感染已得到一定程度的控制，但尚需严格掌握输血及血液制品的指征，坚决杜绝滥输血及血液制品的不良倾向，这是防止丙型肝炎传播的根本。

其次，凡输血后有乏力、食欲不佳、出现黄疸、ALT持续及反复升高者，应想到感染了丙型肝炎的

可能，及时检测，及时确诊。

三是严格进行医疗器械消毒，推广使用一次性输液器，把住医源性感染关。

四是推广成分输血，也是减少血浆源性感染的重要措施之一。

五是每输全血 200 毫升，加入静脉注射用免疫球蛋白 5～10 毫克/千克体重，混合，静置 5 分钟后输注，不仅能减少丙型肝炎的发生，而且还能减轻病症，使丙型肝炎不易转化为慢性肝炎。

六是要尽量避免经唾液传播、垂直传播，这也是不可忽视的措施之一。

据文献报道，丙型肝炎检测阳性者，并不意味着丙型肝炎未治愈。但是如果抗-HCV 持续阳性，丙型肝炎病毒 RNA 也是阳性者，则可传播丙型肝炎，就应予以足够的重视。丙型肝炎与乙型肝炎、丁型肝炎等同时存在，且症状更明显，预后更差，因此应同时检测乙型肝炎表面抗原等指标。

四、戊型病毒性肝炎

【概述】

戊型病毒性肝炎（简称“戊肝”）与其他病毒性肝炎一样，也是一种急性传染病，引起它的病原体是戊型肝炎病毒。戊肝病毒是经过肠道传播的。

戊肝的传染源，主要是潜伏期末和急性期患者。

戊肝的传播途径类似甲肝，主要经粪-口途径传播。一般是因健康人接触了患者的粪便、或被患者粪便污染过的食物、日常用品等所引起的。

戊肝主要在热带和亚热带地区流行，尤其是卫生条件较差的地区。

人群对本病普遍易感。在一个地区发生流行后，往往要经数年才能再次发生流行。

【诊断】

感染了戊肝病毒以后，经过大约 2～9 周左右的潜伏期，患者开始出现一系列临床症状。

大多数患者有发热、怕冷、乏力、恶心、呕吐、厌食、上腹部不适，皮肤出现黄疸，大便灰白，关节酸痛等。这些表现与甲型肝炎十分相似，但是患者出现黄疸症状的，要比甲肝患者多一些。还有一部分患者，有右上腹部肝区疼痛，医生还能发现他们的肝脏肿大，但是并不严重。

在急性期进行化验检查，患者的血清转氨酶和胆红素会比正常人升高。

戊肝病毒进入人体以后，在身体内会产生一种抗戊肝病毒的“IgM 抗体”，可以经过化验检查出来，医生称其为“IgM 型抗体阳性”。

应用免疫学的方法，还可以从患者的粪便中查出病毒的抗原。多聚酶链反应法（PCR），可以发现病毒的基因。

根据患者的病史，尤其是与传

染源的接触史，以及患者的症状，再进行一些必要的检验检查，就可以作出正确的诊断了。

【治疗与护理】

患者一旦确诊为戊型肝炎，如果是在急性期，就应该立即进行隔离，并且充分卧床休息。

患者的饮食要易于消化，而且要含有丰富的维生素和蛋白质。

为了减轻肝脏的负担，尽可能不要服用与本病无关的药物，可用一些保肝、护肝的药物。对发展为重症肝炎的患者可考虑采用干扰素治疗。

本病为自限性疾病，症状一般较轻，多数患者于发病后 6 周内所有症状消失，转氨酶恢复正常。

少数患者可表现为重症肝炎，病死率高是本病的一大特点。孕妇发病率高，病情较重，怀孕 6～9 个月者更为严重，常发生流产和死胎，病死率高达 10%～20%，多成为暴发性肝炎。携带有其他肝炎病毒的患者，比如一位乙肝病毒携带者，如果又感染了戊肝，病情会更加严重，而且容易发生重症肝炎，所以要格外警惕。

疾病恢复后，患者在两三年内尽量不要喝酒，避免服用损害肝脏的药物。患了戊肝以后，虽然体内也能产生一些具有保护作用的抗体，但是这些抗体在人体内维持的时间并不长，更不会达到终身免疫的效果，以后还会第二次、第三次或造成更多次的戊肝病毒感染。

预防戊肝的方法，主要是在流行地区或流行季节，做好对发病者的隔离、治疗，还要对患者的各种物品进行处理，这样就可以有效地防止病毒扩散。

戊肝的大流行，大多与饮用水被污染有关。因此在发生水灾以后，更要把饮用水问题重视起来。

养成良好的卫生习惯，防止“病从口入”，是预防戊肝的重要措施。

肺结核

【概述】

结核病是传染性疾病，我国约有 4 亿人受到结核菌感染。健康人受到结核菌感染后，不一定发生结核病。是否发生结核病，主要受感染结核菌毒力的大小和身体抵抗力强弱的影响，结核菌毒力强而身体抵抗力弱，则容易发生结核病。解放后，我国的肺结核病患者已经大大减少，但是在农村仍然不少见，近几年来，在青少年和老年人中发病率呈上升趋势。

结核病是由于感染了结核杆菌而引起的一种慢性传染病。肺结核是结核病中最常见，也是最主要的一种。

能从痰中排出结核杆菌的患者是传染源。痰中有菌的患者咳嗽、打喷嚏或大声说话时，结核杆菌会随着患者呼吸道中喷出来的细小微滴（称为微滴核），飘洒在空气中。对结核病没有抵抗能力的人，吸进这种含有结核杆菌的微滴，就会感染上肺结核病。

【诊断】

1. 症状：

（1）发热：发热是肺结核的主要症状，患者常为长期午后低热，一般在午后手心和脚心发热，面颊潮红。傍晚或夜间会退热，早晨至上午体温正常。病情严重者体温多在39摄氏度以上。全身无力，食欲不振，体重减轻。有些女患者还可能出现经闭或月经不调。

（2）咯血：有咯血或血痰症状的人，最常见的是患有肺结核的患者。

（3）盗汗：入睡后开始出汗。轻度盗汗，仅在头颈部或腋窝部出汗；重者睡觉中大汗淋漓，能把衣被弄湿。但是醒过来以后，出汗就会停止，或者明显减少。

（4）胸痛：肺本身没有痛觉神经，所以不会疼痛。如果出现胸痛，则表明病变影响到胸膜。在深呼吸时疼痛加重。

如果发现咳嗽、咳痰持续2周以上，或咯血，应及时到结核病防治所（院）就诊。发现肺结核病患者，需要详细了解病史。医生经常提出的问题是："现在哪里不舒服？""有没有患过'胸膜炎'或'淋巴结核'（即脖子上长有蚕豆粒大小的硬疙瘩）？""是否接种过卡介苗？""家人或周围的同事、同学、朋友中，有无正在患有痰中排菌的肺结核病患者？"

2. 检查方法：

（1）痰细菌学检查：从痰中寻找结核菌，是诊断肺结核病最可靠的方法，一般采用痰涂片检查。涂片阳性（简称涂阳）表示患者从痰中排菌，是一名重要的传染源，需要积极进行治疗。痰还要经过细菌培养。细菌培养需要的时间较长，需要4周才能出结果。目前，有条件的医院，采用一种聚合酶链反应（简称PCR）的方法，检测结核杆菌，敏感性高，但是费用较高。

（2）结核菌素试验（简称结素试验）：15岁以下儿童，应做结核菌素试验，辅助检查。通过结素试验检查，可以初步判别是否受过结核菌感染。尤其是对于没有接种过卡介苗的幼儿，或诊断儿童肺结核的时候，这项试验的意义更为明显。进行结素试验检查时，选在左前臂屈侧中部的皮肤处进行皮内注射。注射后72小时，查验反应结果。①结果阴性，即（－）：注射部位没有硬结，或者硬结范围很小，在4毫米以下。阴性结果表示受试者没有受过结核菌的感染。②阳性结果，即（＋）：硬结直径小于10毫米，表示曾受过结核菌感染，身体内已经产生抗体。③强阳性结果，即

(＋＋)：硬结直径大于20毫米，或有水疱、坏死，就表示目前患有活动性结核病灶。

(3) X线胸部检查：拍胸部X线片是诊断肺结核病最常用的检查方法。通常拍正位片和侧位片各一张即可，可以发现肺部的异常阴影，用它可以判断病变的部位、病情的轻重，并且对病情进行分类。在特殊情况下，如需要与其他疾病进行鉴别时，还需进行CT检查。

【治疗与护理】

1. 化疗：治疗肺结核主要依靠化学药物（简称化疗），根据病情轻重联合应用几种抗结核药物组成化疗方案。化疗的原则是早期、合理、规律和全程用药。如果是新发现的肺结核患者，以前从未进行治疗，采用化疗，无论病情有多么严重，一般能在较短时间内使基本症状消失，并取得完全治愈效果。抗结核药的服用须持续很长时间，至少6个月。一旦咳嗽等症状消失，患者可能不再积极继续服药。如果抗结核治疗中断或尚未完成，患者肺中的结核菌可存活并繁殖，甚至引致一种更危险类型的结核病——耐多药结核病，这时，抗结核药物可能已不再起作用，患者难以治愈，并继续传播。

化疗方案包括：

(1) 由哪几种药物联合应用。

(2) 一个疗程用多长时间完成。

常用化疗药物有异烟肼（简称H）、利福平（简称R）、吡嗪酰胺（简称Z）、乙胺丁醇（简称E）和链霉素（简称S）。化疗方案是根据病情决定的，通常用一种简式表示。其中，用英文字母表示上述5种药物，字母前的数字代表治疗月数，字母后的数字表示每周内间歇用药的次数。

对于从痰中查出结核菌的新患者，或者其他新发现的重症患者（如结核性脑膜炎、血行播散性结核），用的治疗方案是2HRZE/4H3R3，其含义是：2个月的异烟肼＋利福平＋吡嗪酰胺＋乙胺丁醇，每日用药；继续再用4个月的异烟肼＋利福平，每周3次。总的疗程共6个月。

如果是治疗不彻底而导致复发的患者，或用上述治疗失败的患者，则采用另一种方案：2HRZES＋1HRZE/5H3R3E3；或2H3R3Z3S3E3/6H3R3E3。总疗程为8个月。

如果患者检查后，痰中没有发现结核菌，治疗时用2HRZ/2HR或2H3R3Z3/2H3R3。

对于慢性难治的结核患者，由于患者对许多治疗结核的药物已经产生了耐药，所以，在治疗以前需要测定痰中培养出的结核杆菌，对哪些药物敏感些，然后使用一些不经常使用的药物，如利福喷丁、氧氟沙星、环丙沙星、氯苯酚嗪、丁胺卡那霉素、丙硫异烟胺或卷曲霉素等。对于难治患者，一般没有固定治疗方案，需要依据患者对哪一种药物敏感，而且至少要用3种以

上的敏感药物联合应用，总的疗程一般需要1～2年。

治疗结核病应去当地的结核病防治所或设在综合医院内的结核科，请结核科医生进行治疗，同时必须正确使用标准化疗方案。这些方案是根据大量治疗经验，并且参考世界卫生组织提出的治疗方针而制定，疗效非常肯定。而其他科的医生，即使是内科医生，往往对这些方案并不熟悉。另外，绝不听信某些广告上不负责任的宣传，不要乱用药物或随便治疗。

目前，各地结核病防治所或结核科对患者采取“直接督导下的短程化疗”（简称DOTS），加强对患者进行管理，协助患者按时完成全部疗程。中途停药或服药时断时停，只能增加治疗的困难，使本来可以完全治愈的患者，成为难治的病例。督导化疗的具体方法是，患者每一次服药，都要在医生的直接观察下进行。有的防治单位，还对患者或其家属进行宣传教育，着重介绍规则服药的重要性。然后由患者的家属督导患者按时服药，完成疗程。

2. 护理：对于结核中毒症状明显、急性活动期的患者，应卧床休息。

肺结核是一种慢性消耗性疾病，需要保证患者摄入充足的食物，同时饮食中要有丰富的蛋白质，如瘦肉、鱼、蛋类、豆类。患者每天最好喝牛奶。另外，经常吃新鲜水果、蔬菜，以补充维生素。鱼肝油中含有维生素A和维生素D，也是结核患者需要的营养物质。含钙和磷的食物，如海产品、乳制品，对病灶的钙化有好处。常喝些骨头汤，熬汤时加醋少许，以利钙质溶解。不要给患者食用过多的脂肪，油腻的食品不仅影响食欲，也不容易消化。

肺结核病不仅治有办法，而且防有措施。预防肺结核病的主要措施，首先是加强对痰中排菌患者的早期发现。健康人感染结核菌，大多是通过与肺结核患者的接触。传染性最强的是大量排菌、咳嗽剧烈的患者。一名痰中排菌的患者，一年之内能使周围密切接触的10个人受到感染，并且在受到感染的人中，约有10%可以发病。

合理化疗是控制结核病传染和流行的最有效的预防性措施。一方面要及早发现排菌患者，及时进行正规治疗；同时，也要教育排菌患者咳嗽时，要用手帕掩住口鼻，或者经常戴口罩，不要随地吐痰。

接种卡介苗曾经是预防结核病的一项措施。接种卡介苗，主要是防止新生儿发生严重类型结核病（如结核性脑膜炎）。过去在小学一年级、初一还要复种，但是复种对自身具有一定免疫能力的人群并没有额外的保护作用，因此目前已经取消了卡介苗复种。

结核菌对外界环境具有较强的抵抗力，在阴暗环境中能生存几个月之久。阳光（主要是紫外线）有强的杀菌能力，紫外线照射只需要

10～20 分钟即可杀死结核菌。乙醇、石炭酸、煤酚皂溶液对结核菌均有杀灭作用，但一般需要较长时间。

流行性脑脊髓膜炎

【概述】

“流脑”是人们在冬季和春季经常听到的一种疾病。它的医学名称是流行性脑脊髓膜炎，它是由脑膜炎双球菌或其他致病细菌引起的一种化脓性脑膜炎。

在我们的脑和脊髓的外表面，都包有三层被膜，从内向外依次为软膜、蛛网膜和硬膜，它们都是坚韧的薄膜，有保护、支持脑和脊髓的作用。

感染流脑以后，病菌从鼻咽部入侵到人体的血液循环，形成败血症，最后在脑膜和脊髓膜上成为化脓性的炎症，同时引起一系列严重的症状。

流脑的传染源是患者和带菌者，病原菌主要通过咳嗽、打喷嚏、说话等由飞沫传入呼吸道引起感染。儿童和成人都可能患病，尤其是儿童更多见。

【诊断】

受到脑膜炎双球菌的感染以后，只有少数人会发病。患者经过短短两三天的潜伏期，就能出现症状。

突起的高热、头痛和呕吐，是流脑最常见的症状。起病的时候，症状与感冒初起非常相似。患者也会有咽痛、流鼻涕等。一两天后，病情陡然加重，出现高热、寒战，并且伴有头痛、呕吐、全身乏力、肌肉酸痛、食欲不振等。患者烦躁不安或表情呆滞。

患有流脑的患者，在皮肤和黏膜上出现出血点，是这种疾病的特点。最早可见的是眼结膜和口腔黏膜上有淤点或淤斑。开始是鲜红色，后来变为紫红色，小的只有一两毫米，大的则有一两厘米。

出现出血点，表示病情处在败血症期。然后，病情进入脑膜炎期。这个时候，患者头痛非常剧烈，并且频繁呕吐。同时，患者的脖子根疼痛，脖子“发梗”（医学上称为颈项强直），还会出现角弓反张，即患者的身体像一只反置的弓，头向后仰，腰也向背后弯。颈项强直和角弓反张称为脑膜刺激征，是各种脑膜炎患者的特有症状。

还有一种最为严重的暴发性流脑，起病急骤、病情凶险，患者迅速进入昏迷状态。如果不能及时抢救，患者在 24 小时之内，就会有生命危险。

医生一般要给患者做腰椎穿刺，抽取脑脊液进行检查。人们把这种诊断方法，称为“抽骨髓”。有人害怕“抽骨髓”后患者“变傻”。这种

说法是不正确的，进行脑脊液检查与骨髓检查并不是一回事。检查脑脊液对患者的身体和将来的健康没有任何影响。

在患者的脑脊液中，可以查出脑膜炎双球菌，以及脑脊液化脓的其他变化。血液中的白细胞也会明显增加。现在诊断流脑还要通过免疫学试验，很快就会得出正确的诊断结果。

【治疗与护理】

发现患者患有流脑以后，需要立即住进传染病医院或医院的传染科治疗，对患者进行隔离。流脑病情凶险，医生除了给患者应用磺胺和青霉素等抗生素治疗以外，还要针对病情的需要，积极进行抢救。

磺胺目前仍然是治疗流脑的首选抗菌药。

对发生休克的患者，要进行抗休克治疗，用“654-2”（即山莨菪碱）改善患者的微循环状态，还要使用激素类药物和强心药物。为了防止或减轻脑水肿，医生要给患者使用脱水剂。出现了呼吸衰竭后，还要积极抢救，使用呼吸中枢兴奋剂等。

冬季和春季预防流脑，要坚持“三晒一开”，即经常晒衣服、晒被褥、晒太阳，居室要经常开窗通风换气，使室内保持阳光充足、空气新鲜。

6个月至15岁的儿童，是流脑的易感人群，所以，要采取预防接种的方法加以保护。目前，使用的是A群荚膜多糖菌苗，皮下注射后，免疫力能保持一年以上。这是预防流脑的一项有效措施。

在流行季节，家长不要带孩子到人多的公共场所，更不要到患者家中串门。如果密切接触了流脑患者，可以经常用淡盐水漱口，并且预防性服用磺胺类药物。常用的是复方磺胺嘧啶或复方磺胺甲基异噁唑，成人剂量每天2克，分2次，与等量碳酸氢钠同服，连用3天。

在冬春季节，如果孩子发热，家长要注意病儿的身上有没有出血点，还要注意患者有没有神经系统的症状，早期发现和早期诊断非常重要。

流行性腮腺炎

【概述】

流行性腮腺炎俗称“痄腮”，多在冬春季节发生。它是由腮腺炎病毒引起的急性呼吸道传染病，患者大多数是儿童和青少年。患病后，体内会产生终身免疫力，从此不会再患这种病了。

腮腺炎病毒对低温抵抗力强，在紫外线照射下约半分钟就会死亡。传染源是患者和隐性感染者，主要

通过空气飞沫传播。患者所污染的食具、玩具等，在短时间内被易感儿使用，易感儿也可能被传染。病儿自腮腺肿大前数天至肿大完全消退时，均有传染性。

腮腺炎病毒除了侵犯腮腺外，也可以引起脑膜炎、睾丸炎和卵巢炎。

【诊断】

病儿受到传染后，要经过两三周的潜伏期才会发病。腮腺炎发病较急，表现为畏寒、发热、头痛、全身不适、食欲不振。病情重的人，还有发冷、全身疼痛及恶心、呕吐等症状。

发病一两天后，体温可达39摄氏度以上，并出现一侧腮腺肿大，不久，对侧腮腺也会肿大。肿胀的位置在以耳垂为中心的耳下方，向前、向后、向下方发展。肿大腮腺部位表面皮肤紧张，稍有弹性，无波动感，摸起来是硬的或松软的肿块，边缘不清楚。病儿觉得肿胀部位疼痛，甚至可能影响张嘴或咀嚼；如果按压局部，有轻度或中度压痛。腮腺肿大1～3天达高峰，位于上颌第二臼齿旁颊黏膜处的腮腺管红肿，但无脓液。同时，颈部淋巴结肿大。患儿吃酸性食物时，疼痛可加重。

出现腮腺肿胀后，再持续四五天，肿胀就开始逐渐消退。整个病程10～14天。

根据接触史及典型的临床表现即可确诊，血清淀粉酶明显增高可协助诊断。本病应与化脓性腮腺炎、急性淋巴结炎等病相鉴别。

腮腺炎的主要并发症是睾丸炎。当腮腺肿胀1周左右，病儿突然寒战、高热，一侧或两侧睾丸肿大、疼痛，伴有下坠感。阴囊水肿时，提示并发睾丸炎。

【治疗与护理】

流行性腮腺炎一般可以不治而愈，所以不会出现严重的不良后果。目前也无特效药物治疗。因此，应以对症治疗为主。抗生素类药物对治疗这种疾病无效。

（1）患者应卧床休息，并按呼吸道传染病进行隔离，一直到腮腺肿大消退以后，再起床活动。隔离至腮腺肿大消退后1周解除。无并发症的患儿可不在医院住院治疗，可在家中隔离。

（2）鼓励病儿多喝水，但不要给酸性饮料。头痛严重的患者，可以服用些止痛药。病儿在腮腺肿胀严重时张口困难，故应给易消化的流质饮食或半流质饮食，避免吃酸、辣、炒、炸等有刺激性或干燥的食物。

（3）注意口腔护理，保持口腔清洁，但禁用硼酸水冲洗口腔，可用温水、淡盐水或多贝尔液漱口。

（4）可将中成药青黛散、如意金黄散用醋调成糊状，敷在肿胀的腮腺部位表面；也可用鲜仙人掌或鲜马齿苋捣烂外敷。

（5）并发睾丸炎时，应延长卧床时间，局部肿胀严重时可用冷敷

或用“丁”字带托起阴囊，并采取中药治疗，如龙胆泻肝汤加减，并用糖皮质激素进行治疗。

（6）流行性腮腺炎由于传染性极强，在托儿所、幼儿园和小学校里，往往会造成流行。所以，应当把患病的孩子，与没有患过腮腺炎的健康儿童隔离开来，这一点在托幼机构非常重要。流行期间不带易感儿童，即没有患过本病的孩子去人群集中的公共场所。也可用中药预防，一般用大青叶、板蓝根、蒲公英各 30 克，水煎服，连服 3 天。

麻　疹

【概述】

麻疹是由麻疹病毒引起的急性全身性、发疹性疾病，患者是通过呼吸道受到传染的。发病的大多数是婴幼儿。但现在的发病年龄后移。过去麻疹发病多为 5 岁以下儿童，尤以 1～2 岁最多。现在患麻疹者大多是 8 个月以内婴儿和 7 岁以上学龄儿童，成人也有发病。

麻疹曾经是危害我国儿童健康的重要传染病之一。由于实施计划免疫后，在儿童中全面推广麻疹疫苗接种，使麻疹的发病率和病死率明显降低，大流行基本上得到控制。

轻型或非典型患者增多。过去典型麻疹具有“烧三天、出（疹）三天、退三天”的特征，麻疹诊断比较容易。如今典型麻疹比较少见，皮疹以斑丘疹多见，亦可有疱疹、出血点样皮疹等其他形态皮疹。而发热、上呼吸道炎症及全身中毒症状较轻，常无麻疹黏膜斑（科氏斑）。出疹顺序先从四肢出现，逐渐向胸背呈向心性发展，并发肺炎、脑炎者较少，这与多年来普种麻疹疫苗所形成的抗体水平有关。

未使用麻疹疫苗前，麻疹以 10 月至次年 2 月为发病季节，并每隔 1～2 年为一个小流行年，相隔 4 年就会有较大的流行，呈周期性发病。普种麻疹疫苗后，发病季节后移至每年 3～5 月份，这与春季以后，人群社会交往流动频繁，接触感染者概率上升有关。由于计划免疫工作的开展，多数儿童都获得免疫保护，形成有效的人群免疫屏障，因而流行周期也随之消失。少数人患第二次麻疹多见于发生第一次麻疹后的两年内，由于第一次出疹时，年龄较小或病初注射了丙种球蛋白或其他原因，未能激发机体产生足够而持久的免疫力，因而遇麻疹野毒株时，便会再次感染发病。

【诊断】

由于广泛进行麻疹疫苗接种，现在麻疹患者已经大为减少。同时，麻疹的发病也出现了一些变化，如成年人麻疹患病率增高，轻型麻疹

增多，不典型麻疹多见。

疹子大约3天出齐，4天出透，第5～7天逐渐退尽。也就是说，患者的疹子在3天出齐以后，又按出疹顺序退疹。疹退后，皮肤上留有棕色的色素沉着斑，以后色素沉着斑也会逐渐消退。病愈后，皮肤上不会留有瘢痕。所以麻疹的出疹规律是："烧三天，出（疹）三天，退三天。"麻疹的整个病程，大约是10天左右。

上述典型的麻疹症状，现在已经不多见了。有些接种过麻疹疫苗的儿童，也可能出麻疹，只是病情轻微，发热低，上呼吸道的症状和科氏斑也不明显，皮疹少而淡，并发症也少。

麻疹的并发症，最常见的是肺炎和心肌炎。

【治疗与护理】

目前，麻疹还没有特效的治疗方法。所以，一方面要对症处理，另一方面要加强对患者的护理。

患儿需要卧床休息。多喝水，饮食要清淡、易消化。患者的房间，要保持空气流通、温暖。

发热过高的时候，可以服用解热的药物，如扑热息痛；咳嗽频繁，影响患者休息的时候，可服用止咳、祛痰剂。

患有麻疹的儿童，如果没有并发症，不必住进医院治疗，以免在医院里进行传播，也减少在医院受到别的疾病感染机会。

预防麻疹的重要措施是接种麻疹疫苗（简称麻苗）。麻疹疫苗是一种减毒的活疫苗。接种以后能让身体产生对麻疹的免疫力。

婴儿8个月后作麻苗接种（初种）。如果在8个月前接种，由于婴儿体内还残存有从母亲体内带来的抗体，所以接种不易成功，特别是4个月内的婴儿，大多数婴儿免疫不成功。如果大于1岁，许多孩子已经患过麻疹，体内产生了免疫力。因此麻苗的接种以8～12个月为最佳。

另外，如果婴儿在接受血液制品，如人血丙种球蛋白或胎盘球蛋白等前后一个月内，不宜接种麻苗，这些制品中含有麻疹抗体，使麻苗接种不易成功。婴儿体弱、营养不良，或者有轻度发热、感冒、腹泻时，不影响接种麻苗，特别是在流行地区或流行季节，这样的孩子更容易传染上麻疹。

如果孩子因为重病住进了医院，而这所医院正好有麻疹发生，可以先注射一次含麻疹抗体高的免疫球蛋白，待病愈后1个月再接种麻苗。本地有麻疹流行的时候，如果婴儿以前没有接种过麻苗，则应尽快接种，这是保护易感儿不患麻疹的重要措施。

7岁的孩子在上小学的时候，应当再接种一次麻苗。如果12岁和18岁时再分别接种一次，就更为可靠。

霍　乱

【概述】

霍乱是由霍乱弧菌引起的一种急性肠道传染病。霍乱曾经严重危害人类健康和生命。直到现在仍然是全球的检疫传染病和我国的甲类传染病。

霍乱弧菌有许多型别，包括古典霍乱弧菌、埃尔托霍乱弧菌和1992年新发现的O139霍乱弧菌。由埃尔托霍乱弧菌引起的埃尔托霍乱，过去曾称为副霍乱，或2号病。其实，它是霍乱的一种类型。

本病多发生于夏秋季，会引起地区性的流行，有许多人同时患病。患者吐泄物和带菌者的粪便经水污染食品，或经苍蝇等媒介而引起霍乱的传播。

【诊断】

感染霍乱后，经过一两天潜伏期，进入泻吐期。患者多以剧烈腹泻、呕吐为主要症状。一般无里急后重。每天大便的次数，少的只有几次，多的可达十几次，或者数不清有多少次。

大便初为稀便，以后就成为水样便，排出的像黄水或清水，也有的像淘米的米泔水或洗肉水一样。患者呕吐像喷射状，顺嘴呕出，呕出物也像水一样清薄。

吐泻加交的结果，就会引起患者严重脱水。脱水的表现是眼窝深陷，声音嘶哑，血压下降，脉搏细速，体表湿冷，肌肉痉挛（特别是小腿肚的腓肠肌），奇渴欲饮，极度虚弱，尿极少甚至无尿。

过去，中医称这种病为“瘪螺痧”，形象地比喻患者发病后，由于严重的脱水，甚至连手指头肚也凹陷干瘪。

确定霍乱病的依据，是从患者的粪便中培养出霍乱弧菌。

【治疗与护理】

1. 迅速大量补充丢失的液体：诊断霍乱后，最主要的措施是及时给患者补充丢失的水分和无机盐类（医学上称为电解质）。所以要给患者进行大量输液治疗，对于轻症的患者，可以用口服补液盐液体（简称ORS）。

2. 抗生素治疗：常用的有四环素类药品多西霉素和氟喹诺酮等药物，以缩短病程，减少排泄量，降低病后带菌率。

霍乱患者如得不到及时、正确的输液抢救，则常因休克、酸中毒或肾功能衰竭而死亡，病死率多在10%以上。反之，如能得到及时、正确的抢救，则预后良好，其病死率可控制在1%左右。

发现患者有可疑症状后，要立即去医院的肠道病门诊检查。夏季洪涝灾害过后，在灾区由于水源常

被污染，更要注意霍乱病的流行。

一次流行中，轻症与中症患者所占比例最大，他们吐泻轻微，无脱水表现，血压、脉搏正常，尿量也不减少，因而极易漏诊或误诊，致使患者在社会人群中继续自由活动，形成潜在的危险。

除上述临床表现为轻、中、重各型的患者外，带菌者也占有一定的比例，这种人虽不像患者那样有临床表现，但粪便中仍含有能引发霍乱的大量病菌不断排出，所以他们在传播霍乱中所起的作用，也同样不可忽视。

霍乱患者或带菌者排出的粪便污染周围环境后，如果未给予及时消毒处理，这些病菌便可借助于水、食物、生活接触或苍蝇等因素，重新经口侵入新的易感人群体内，这其中以水与食物的作用最为突出。

水受污染后，常可保持一定时间的传染力。病菌在某些水生动物体内，还可长时间存活并继续污染水体。人们由于喝生水或用生水浸洗直接入口的食物，或生食、半生食小水产品、海产品而发生霍乱的事例，可以说屡见不鲜。

霍乱是典型的“粪-口传播”传染病，因此只要能把住“病从口入”这一关，是完全有把握预防的。这些预防措施包括：坚决不喝生水，不生食或半生食小水产品、海产品；隔夜食品于食用前，一定要加热处理，蒸熟煮透；确保厨房卫生，坚持生熟分开；不随地便溺，坚持饭前便后洗手；不到疫区去赶集，不到病家去串门；自己或亲属有疑似症状时，及早就医，并处理好排泄物与被污染之衣物、用品及环境。

急性细菌性痢疾

【概述】

痢疾是夏秋季常见的一种肠道传染病。由痢疾杆菌引起的痢疾，称为细菌性痢疾（简称菌痢）。痢疾杆菌有不同的种类，常见的有志贺氏、福氏、宋内氏和鲍氏等 4 种。痢疾杆菌对一般消毒剂比较敏感，但如果外界温度和湿度适宜，可在体外存活 2～3 周。人是传染源和贮存宿主，通过粪便污染水源和食物，或以人手及苍蝇为媒介，经消化道感染人体。

【诊断】

急性细菌性痢疾常有如下表现：

1. 发热：患有急性菌痢的患者，通常都是突然发热，畏寒，全身酸痛，疲乏无力。

2. 腹泻和脓血便：腹泻是患者最主要的症状，大便的次数明显增加，一天之内要解大便 5～30 次。开始泻出的是稀便或水样便，后来就几乎全是脓血和黏液便，即大便

中有红色的鲜血和白色的脓。轻型患者表现为急性肠炎症状，大便无明显脓血，如无细菌培养检查，无法与其他腹泻区别。

3. 里急后重：患者解完大便后，仍然感觉没有解干净，肛门下坠，还想再次大便，这种症状称为里急后重。

4. 腹痛：菌痢患者一般有痉挛性腹痛，如果按压患者的左下腹部，患者也会感到疼痛。

急性中毒性菌痢：常见于儿童。患者起病后，并不是以腹泻为主要症状，而是发高热达40摄氏度，迅速出现全身中毒为主的症状，如抽风（即惊厥）、烦躁不安、嗜睡或昏迷。有的患者则出现休克症状，如面色苍白，四肢冰凉、脉搏细速、血压下降。患有急性中毒性菌痢的患者，胃肠道的症状并不明显，如果怀疑有这种病，就要给患者灌肠，从排出的粪便中检查有没有脓细胞。

诊断痢疾应做粪便常规检查。患者大便中有脓血，在显微镜下可见大量红细胞和脓细胞。对脓血进行细菌培养，如果能分离出致病的痢疾杆菌，即可确诊。血常规检查，见白细胞明显增多，中性粒细胞增多。

【治疗与护理】

（1）患者应进行消化道隔离，直至大便培养2次阴性为止。

（2）治疗药物以抗生素类药物为主。痢疾杆菌容易产生耐药，所以最好选用细菌敏感的药物。常用的有氟喹酮类，如氟哌酸（诺氟沙星）、氟嗪酸（氧氟沙星）、氟啶酸（伊诺沙星）及环丙氟哌酸（环丙沙星）等。一般用量是0.2～0.4克，每天2次，3～5日效果可靠，无严重不良反应。但不能与含镁（如氧化镁）、铝（如氢氧化铝）及铁（如枸橼酸铁铵）等金属药同服。因为二者在胃肠道结合，使氟喹酮类药物失去抗菌作用。另外，儿童也不宜普遍应用氟喹酮类药物。常用的中药有黄连素、白头翁汤等。

（3）腹泻严重者，应鼓励多饮水。有明显脱水症状者，可输液治疗，以调节水和电解质平衡。

（4）急性中毒性菌痢的患者确诊后，要立即住院进行抢救，积极治疗休克。同时，也要应用大剂量的抗生素。

（5）在膳食方面，既要富有营养，又要易于消化，全无刺激性，还应少量多餐。在发病的前几天，可给患者吃清淡流食（如浓米汤、藕粉、果子水等）。然后给蛋汤、米粥、蛋羹等。但是不要给患者喝牛奶。

急性菌痢大多数在病程一周后缓解或痊愈，少数变为慢性患者。患有急性或慢性细菌性痢疾的患者，或是没有痢疾症状的带菌者（自己没有痢疾症状，粪便中却能培养出痢疾杆菌），是痢疾的传染源。苍蝇是重要的传播媒介之一。所以预防痢疾，首先应当积极治疗患者，也要消灭苍蝇。

痢疾是真正的“病从口入”。带有痢疾菌的粪便，通过污染食物、水或环境，经过“粪-口”途径，会把痢疾传染给无病的人。从这一点来说，加强饮食卫生的管理，就显得格外重要，同时也要注意个人卫生，一定要养成饭前便后洗手的好习惯。

阿米巴痢疾

阿米巴痢疾也是一种常见的痢疾，患者也有腹痛、腹泻等症状。大便为暗红色，带脓、血和黏液，或为稀糊状，有腥臭。

但是，引起阿米巴痢疾的病原体，不是细菌，而是一种阿米巴原虫。原虫是一类寄生在人体内的单细胞动物，只有在显微镜下才能看到它们。阿米巴原虫生长在人的肠道内。

检查患者的粪便，如果能查出阿米巴原虫，就可以确诊。

治疗阿米巴痢疾的首选药物是氯喹啉、甲硝唑（灭滴灵）。中草药的鸦胆子仁、白头翁和大蒜等也有疗效。

伤　寒

【概述】

伤寒是急性肠道传染病，广泛分布于世界各地，以热带和亚热带地区多见。我国曾经是伤寒的严重流行区。由于氯霉素对伤寒杆菌有特效的杀灭作用，以及广大人民群众卫生条件的改善，所以疫情显著下降。但是，仍然有散发患者，并且还时有局部地区的流行。

【诊断】

伤寒是感染了伤寒杆菌后引起，夏秋季是发病高峰，患者中以儿童和青壮年人较多。

伤寒的传染源是伤寒患者和不发病的带菌者，他们的粪便中带有大量的伤寒杆菌。病菌污染了水、食物以后，通过日常生活接触而传染。苍蝇、蟑螂等害虫，也经常起到传播作用。接种伤寒与副伤寒“三联菌苗”，可以预防伤寒，每年接种一次。副伤寒也是肠道传染病。它的病源有三种，即副伤寒甲、乙、丙杆菌。这类疾病的诊断、治疗与伤寒病基本相同。

感染伤寒杆菌后，经过十几天的潜伏期后出现各种症状。

该病起病缓慢，表现为发热、头痛、全身不适、食欲减退、腹胀等。发病以后，患者的体温一天比一天高，在一周内就可达到39～40

摄氏度，在发热之前，患者还有寒战，冷得全身哆嗦。接着就是高热不退，持续十二三天。

以一般疾病来说，发热的同时，患者的脉搏也相应地增快。但是，伤寒患者的体温与脉搏并不一致，患者虽然体温很高，但是，脉搏却并不太快。这是伤寒病的一个特点。

患者的脸上，是一副“无欲”的面孔，表情淡漠。

大约在发病后第二周，患者的皮肤上，可以见到一些淡红色的小斑丘疹（医学上称为玫瑰疹），皮疹多在胸部和腹部，直径只有两三毫米，用手压一下，皮疹可以消退。玫瑰疹在两三天后就消失了；许多患者的肝脾也肿大。

发病后第4周，病情开始好转，体温逐渐下降，食欲也旺盛起来。但是，这个时候最容易出现并发症，如肠穿孔和肠出血。也有少数患者可以并发中毒性心肌炎。

又经过一周的时间，患者的健康就逐渐恢复了。

医生在诊断伤寒病的时候，检查患者的血常规，白细胞会比正常人减少，而且白细胞中的嗜酸性粒细胞也减少或消失。把患者的血液进行培养，可以培养出伤寒杆菌。

还有一种化验检查，称为伤寒血清凝集反应，也称为肥达反应。患者要抽血检查，对于诊断伤寒也有一定的参考作用。

【治疗与护理】

1. 一般处理：伤寒患者应按肠道传染病进行隔离，患者要严格卧床休息。患者的排泄物（大小便）、衣物、日常用品等要彻底消毒处理。在高热不退时，可采取冰敷、酒精擦身等降温措施，但不要轻易用大量解热药物，以免患者出现虚脱，更不能给用泻药。

2. 药物治疗：首选药物为氯霉素。一般用药后可迅速改善症状，3～5天后，体温可降至正常。氯霉素的副作用有骨髓抑制，少数患者可能出现白细胞减少，甚至出现再生障碍性贫血。

对不能使用氯霉素的患者，可以服用复方磺胺甲基异噁唑（简称SMZ-TPM）。对磺胺类药物过敏的患者不要使用。

第三代头孢菌素（如头孢噻肟、头孢哌酮、头孢三嗪噻肟等）和氟喹酮类药物（如氟哌酸等），也是近年来常用的抗菌药物，效果优于氯霉素，但是价格较贵。

3. 饮食：伤寒患者由于发热，身体的消耗很大，所以要设法让患者吃一些热量高、蛋白质丰富而且容易消化的食物。食物必须少纤维渣，这一点非常重要。在发病初期，患者就要多喝水。

患者可以少量多餐，两三个小时让患者进餐一次。食物以全流质为宜，给患者喝牛奶、豆浆、果汁、鸡汤，也可以吃蒸鸡蛋羹。患者退热后，可以用高蛋白、高热量的半流质饮食，如米粥、煮嫩蛋、面片汤，或者少渣软饭，也可吃豆制品、

菜泥、果泥等。但切忌给患者吃含粗纤维的食物，如蔬菜、水果等。等到患者完全恢复健康以后，才能吃正常饮食，切勿饮食不节，以免引起肠出血或肠穿孔。

慢性带菌者是重要的传染源。带菌的人，虽然他们自己没有症状，但是粪便中却有伤寒杆菌。所以，从事饮食服务行业的人员，如果查出携带有伤寒杆菌，就要暂时调离这项工作进行治疗。治疗慢性带菌者，可以用氨苄青霉素与丙磺舒联用；或者用氟哌酸治疗。

流行性乙型脑炎

【概述】

流行性乙型脑炎简称乙脑，人们也称它为“大脑炎”。这是一种由乙型脑炎病毒引起的急性传染病。患者发病急，病情重，病死率高。部分患者患病后，可能会遗留下严重的后遗症，如瘫痪、痴呆等。

乙型脑炎主要是通过蚊虫叮咬而传播，所以常在夏秋季流行，特别是在7～9月。在我国，除了东北北部、青海、西藏和新疆以外，其他地区都是流行区域。

患者和猪（其他如牛、羊、鸡、鸭等）是本病重要的传染源。蚊子叮咬了患有乙型脑炎的患者或病猪以后，病毒就会在蚊子的体内繁殖，它们叮咬了健康人以后，就会把病毒传染给人。传染上乙脑病毒的人，如果抵抗力不强（特别是10岁以下的儿童），就会传染上这种脑炎。

乙脑几乎都发生在6月至9月，主要是夏秋季的气温适于蚊子孳生，又有利于乙脑病毒在蚊体繁殖。

【诊断】

人们受到乙脑病毒感染后，约两周左右才会发病。患者一般是突然发病。主要的症状有发热、头痛、呕吐、整天想睡觉，全身不舒服，有些病儿会烦躁不安。

发病3～5天后，患者出现高热，体温很快就会升到39～40摄氏度。热度越高，发热持续时间越长，病情也就越严重。高热能持续一两周。所以在夏秋季如果遇上小儿有高热症状，就要警惕乙脑。

头痛往往是患者最先出现的症状，病情严重的人，脖子根发硬。患者逐渐出现意识障碍，轻的患者仅有嗜睡，病情重的则神志不清，甚至出现昏迷。

如果得不到及时救治，有些患者由于发生了脑水肿而出现严重的“抽风”，呼吸也越来越困难，最后导致死亡。乙脑的病死率为3%～10%。

如果能够渡过这段最艰难的日子，患者就一天天地好转，通常在

两周左右完全恢复。

重症患者虽然治好了，但是由于脑组织坏死，可能遗留一些后遗症，如智力低下、语言不清、手或脚瘫痪、经常“抽风”（癫痫）、精神不正常等。

【治疗与护理】

正像其他病毒引起的疾病一样，乙脑还没有特殊的治疗方法。患者一般是住在传染病医院或综合医院的传染科里，进行隔离治疗。

由于没有特效疗法，所以要加强对患者的护理。对患者出现的高热、抽搐和呼吸衰竭，采取积极抢救措施，对症治疗。同时配合中医、中药治疗，常用的中成药有安宫牛黄丸、紫雪丹等。

在同一个流行地区里，乙脑患者大多数是散发患者。在同一个家庭里，也很少发现同时有多人患病。这是因为在曾经流行过乙脑的地方，绝大多数的人，受到过轻度或隐性感染，身体内都已经有了对乙脑免疫的能力，所以不会再发病。于是在流行季节患病的，往往是年龄小的儿童。

即使感染了乙脑病毒，也不是人人会得病。出现典型症状的患者，毕竟是少数。

如果发现怀疑患了乙脑的患者，就要及时送到医院检查确诊，同时进行隔离。患者与健康人之间不直接传染，所以对于接触者，没有必要进行医学观察。

灭蚊是预防和控制乙脑流行的一项根本措施。平时要清除积水，消除蚊子的孳生地，流行期要扑灭蚊虫，室内也要有防蚊措施。

对于6个月～10岁的儿童，或者是从非疫区进入疫区的成年人，都要注射乙脑疫苗。这种疫苗的基础免疫需要接种两次，两针间隔时间为7～10天。乙脑疫苗的免疫期为1年，所以，每年都要加强免疫一次。

麻风病

【概述】

提起麻风病，许多人都听说过“麻风女”的种种传说，好像与患了麻风病的人接触后，非死即残，而且听说患者模样也很可怕。所以直到现在，有些人仍然视麻风病为一种令人恐怖的疾病，更不敢与患者接触，患者也只能生活在“麻风村”里，消极地与外界社会隔绝。

这种观念是非常错误的。

麻风病是一种病因明确，治有办法，而且并不可怕的疾病。我国的麻风病患者主要在农村，特别是在西南部的山区。解放以来，由于采取了许多防治措施，现在我国的麻风患者绝大多数已经得到治愈，

患者只有5万左右。

麻风病是寄生在细胞内的麻风杆菌引起的慢性传染病。麻风杆菌主要侵犯皮肤和周围神经，如果治疗不及时或处理不当，可能造成严重的眼、足畸残。过去认为麻风病是通过与患者长期密切接触感染的。现在通过深入研究认为，它也和结核病一样，主要是通过飞沫传染。麻风病虽然感染率高，但是发病率却很低，能被传染上麻风病的人并不多。

没有经过治疗的患者鼻腔内，含有大量麻风杆菌。患者的家属与患者生活在一起，感染的机会肯定比其他人多许多倍。

【诊断】

感染麻风杆菌后，只有少数人患病。现在根据患者的病情和细菌多少，将麻风病分为多菌型和少菌型两种。

开始患病的时候，患者面部潮红，并且在皮肤出现大小不一的红色、淡黄色、褐色的斑块。以后斑块逐渐隆起，皮肤上的损害会互相融合成片。皮肤上好像有蚂蚁在爬，或者有灼热的感觉，损害的皮肤不出汗，痛觉、温度觉等感觉也减退，甚至皮肤受了外伤也不知道疼痛。还有手足麻木，肌肉无力等症状。

另外，患者的手臂、小腿和耳后的表浅神经，如尺神经、桡神经、腓神经、耳大神经等变得粗大可见。

患者如果没有被及时发现或治疗，病情会进一步加重。皮肤上的损害会形成麻风结节，像长了瘤子一样，使人的容貌发生改变，如鼻中隔穿孔、鼻梁塌陷，眉毛或头发脱落。病情严重的患者，还可能出现手足残损畸形或眼睛失明。

诊断麻风病，除了根据患者的皮肤外观、神经症状以外，还要根据细菌检查的方法。

细菌检查是把患者皮肤损害区域的组织液进行涂片，在显微镜下检查，看有没有麻风杆菌存在。如果能够发现麻风杆菌就可以确诊了。

【治疗与护理】

治疗麻风病也和治疗结核病一样，要进行化疗，即用化学药物治疗，并且也有化疗方案，患者的服药也同样需要进行管理，让他们能规则服药，并且还有定期监测。

治疗麻风病的化疗方案有几种，常用的药物有利福平、氨苯吩嗪、氨苯砜等，也要采取联合用药的方法，防止细菌产生耐药现象。

多菌型的患者一般要服药两三年（24～36个月），每年至少要服药8个月。少菌型的患者，也要服药9个月。目前治疗麻风病的化疗药物，疗效高，副作用小，只要坚持服药治疗，患者基本上可以治愈。

发现患者以后，要及早进行标准化疗，这不仅是治疗患者的需要，同时也是最好的预防措施。在开展麻风病防治的地区，要向广大居民进行麻风病防治工作的宣传教育，让大家都不要歧视患者，而且还要关心患者的生活。

狂犬病

【概述】

得了狂犬病的患者，特别害怕听见流水的声音，听到水声就会引起咽喉肌肉的痉挛。所以，狂犬病又名“恐水病”。

狂犬病是一种非常严重的急性传染病，它是由于患者感染了狂犬病毒引起的。在动物中，除了狗以外，猫也会患上狂犬病。值得大家警惕的是，一些外表上看似“正常”的狗或猫，也会传染狂犬病。患有狂犬病的患者，几乎100%死亡。

人被这些病兽咬伤后，病毒就会从咬伤的皮肤破损处进入人体。

【诊断】

被疯狗或病猫咬伤后，患者有长达几十天的潜伏期。

在狂犬病的早期，患者多以低热、头痛、倦怠、恶心、烦躁、恐惧不安等症状开始。接着，患者对声音、光线或风之类的刺激，变得异常敏感，立即感觉咽喉部发紧。被病兽咬伤的伤口周围，也有麻木、痒痛的异常感觉，手脚四肢上仿佛有蚂蚁在爬。

两三天以后，病情进入兴奋期。患者处于高度兴奋的状态。突出表现为极度恐怖，恐水、怕风，遇到声音、光线、风等，都会出现咽喉部的肌肉严重痉挛。患者虽然非常渴也不敢喝水，喝了也无法下咽，甚至听到流水的声音或者别人说到水，也会引起咽喉痉挛。严重的时候，患者还有全身疼痛性抽搐，导致呼吸困难。

狂犬病的患者，神志大多数清醒。但是，也有部分患者出现精神失常，说胡话。

兴奋期约有两三天。以后，患者变得安静下来，但是，随之出现全身瘫痪，呼吸和循环都会出现衰竭，迅速陷入昏迷，十几个小时以后就会死亡。

狂犬病的病程，一般不超过6天。

【治疗与护理】

患者应该隔离在安静的单人病房里，避免一切不必要的刺激。医生、护士和家属都要加强个人的防护，戴上口罩、眼罩和乳胶手套，防止鼻和口腔黏膜以及皮肤的细小破损处，让患者的唾液污染。由于狂犬病的病死率极高，几乎是必死无疑。所以在患者临终前，要尽量减少患者的痛苦。

既然狂犬病如此可怕，几乎没有治愈的希望。所以，预防就显得格外重要了。

要捕杀所有的野犬。发现病犬、病猫，就要立即击毙，以免再继续伤人，病兽的尸体深埋，不要剥皮。同时，要与防疫部门进行联系。对

家养的“宠物”犬，也要依法进行管理。对感染狂犬病机会较多的人员，如军犬训练员、兽医检疫员、饲狗员等，有必要进行预防接种。狂犬病疫苗的注射部位，在上臂的三角肌区。

对于咬过人的家犬、家猫，应捕获并且隔离观察 10 天。观察它们是否患有狂犬病。

被犬、猫咬伤后，对伤口要进行及时、正确、彻底的处理，是防止狂犬病发生的首要措施。人被咬伤后，应立即用 20%的肥皂水、去垢剂或清水彻底冲洗伤口，或用 3%过氧化氢液、0.1%高锰酸钾液、0.1%新洁尔灭冲洗伤口，至少半个小时。冲洗后，用烧酒（即烈性酒，如“二锅头酒”）或 70%酒精涂擦伤口，伤口不要缝合，也不要包扎，任其暴露。必要时，可用抗生素或破伤风抗毒素防止合并感染。

创口应开放引流，少量出血有利于狂犬病毒的排除。确需包扎或引流者，也应以不妨碍引流为度。对严重咬伤者，应及时使用抗狂犬病病毒血清，甚至用它清洗咬伤的局部。按每千克体重使用 40 国际单位高价免疫马血清或 20 国际单位高价免疫人球蛋白，一半浸润于伤口周围（最好再加 α-干扰素），即在伤口深处及周围，用抗血清或球蛋白浸润注射；另一半行肌内注射。

受伤后，同时要接种狂犬病毒疫苗。一般在咬伤后注射 5 针（即伤后当天及伤后第 3、7、14、30 天各注射一针），每针 2 毫升，肌内注射。

疟　疾

【概述】

疟疾在南方称为“打摆子”，这是一种经按蚊叮咬以后传播的寄生虫病。患者多在夏季和秋季发病，病原体是一种寄生在人体红细胞中小小的疟原虫。在我国，疟疾曾经是一种流行非常广泛的传染病，现在已经较以前少见了。但是，在南方的黄淮江河平原和云贵地区，每年仍然有许多人受到传染而生病。疟疾在我国属于乙类传染病。

引起疟疾的疟原虫，种类很多，但是能够寄生在人体的，只有 4 种，即间日疟原虫、恶性疟原虫、三日疟原虫和卵形疟原虫。发病最多的是间日疟原虫引起的间日疟。

疟原虫生活在疟疾患者的血液中。当雌性的按蚊叮咬患者并吸血以后，疟原虫的雌、雄“配子体”就在雌蚊的体内进行繁殖和生长发育。

按蚊是蚊子的一种。这些雌、雄配子体在雌蚊的胃中交配受精，经过一系列变化，最后形成子孢子。

子孢子进入雌蚊的唾液腺内，当雌蚊再去叮咬无病的人时，子孢子也就随蚊子的唾液进人人体。子孢子进入人体后，只要30分钟，就随着血液流动，进入人体的肝脏。这些子孢子在肝脏内进人血液，一部分虽然被消灭了，但是，另外一部分却进入到红细胞内继续生长、发育。它们在红细胞中成批破裂而让患者发病。

【诊断】

疟疾发病前，有一段潜伏期。不同疟原虫引起的疟疾，其潜伏期也不同。部分患者有前驱症状，如疲倦、乏力、头痛、肌肉酸痛、食欲减退等。

间日疟发病时，先是突起寒战，冷得浑身打哆嗦，上牙打下牙，称为寒战期。

经过半小时左右的寒战后，进入高热期。患者发高热，体温迅速上升，常达40摄氏度或更高。全身疼痛，口渴、烦躁甚至谵妄说胡话，面色潮红、皮肤干热、脉搏有力。

几个小时以后，病情又进入大汗期。患者大汗淋漓，体温骤降至正常或正常以下。这时觉得症状大为减轻，但是仍然感到疲乏。

接下来，病情进入间歇期，没有什么症状出现。

不过，好景不长，几天以后，又开始出现下一轮周期，依然是寒战、高热、大汗、间歇。后来就变为隔一天发一次病，所以称为间日疟。

如果没有治疗，能反复发作十几次，症状可以自行消失。但是，经过短时期后，还会反复发作，绵延数月。患者还可能有肝、脾肿大和贫血。

至于三日疟，则是每隔两天发病一次。

患有恶性疟的患者，症状不像前面介绍的两种典型。但是，严重的患者可有脑型疟疾和过高热型，患者迅速出现高热、抽搐、昏迷，并且有生命危险。

医生诊断疟疾，主要依靠患者的症状，更主要的是检查患者的血液。从患者的耳垂上取血后，将血涂在玻璃片上，制成血涂片染色后放在显微镜下观察，如果能见到疟原虫就可以确诊了。或者再做骨髓穿刺，作骨髓涂片检查疟原虫，但是这种骨髓检查的方法已经少用了。

现在还有血清学检查的方法，用间接荧光抗体试验和酶标免疫吸附试验。

【治疗与护理】

一旦诊断为疟疾以后，就要立即进行治疗，迅速控制症状，并且消灭体内的疟原虫。常用的药物有氯喹、咯萘啶、氨酚喹、哌喹、青蒿琥酯、奎宁等药品。

氯喹是控制发作的首选药物。治疗时，一般与伯氨喹联合应用。服药后一两天退热，两三天后血液中的疟原虫消失。但是，服用过量可引起心动过缓、心律不齐与血压下降，所以，老年人和有心脏病的

人要慎用。

疟疾重在预防。预防的方法，首先是根治现症患者。发现患者要及时向防疫站报告，对所有的患者都要服药根治。另外，在春季或发病高峰前1个月，采取集体治疗的办法，对近一两年来患过疟疾的人，进行抗复发治疗。防止复发的药物有伯氨喹。

灭蚊也是重要的措施。除了采取大面积灭蚊，降低蚊虫密度以外，在家庭也要用蚊帐、纱窗隔蚊，在身上涂抹驱避剂（如避蚊灵），并且用杀虫剂在室内喷洒灭蚊。

生活在疟疾高发地区的居民，特别是从外地进入流行地区的人，可以预防性服药，一般用于预防的药物有乙胺嘧啶。

肾病综合征出血热

【概述】

肾病综合征出血热又称为“流行性出血热”，也是乙类传染病。这种病本来是一种在野外鼠类中相互传播的疾病，但是也能传染给人。它的病原体是流行性出血热病毒。患者以发热、出血、休克和肾功能衰竭为主要症状。

在我国，受病毒感染的动物，如老鼠、黄鼬（俗称“黄鼠狼”）、猫、兔等，都是这种病的传染源。受到流行性出血热病毒感染的野生动物，它们的粪便、尿和唾液等排泄物，可以排出病毒，污染环境。如果在这些动物生活的区域工作，直接或间接地接触了这些动物，或是接触了这些动物的粪便、尿、唾液等排泄物，通过吸入、食入等途径，就有可能受到感染。

【诊断】

患者受到感染，经过十几天的潜伏期后，就要开始发病。

1. 发热期：病初起时，进入发热期。患者突然高热，并有畏寒、寒战，体温高达39～40摄氏度。

患者有“三痛”症状，即头痛、眼眶痛和腰痛。头痛的部位在前额的眼眶后部。眼球转动时，疼痛最为严重。腰痛非常显著，叩患者的后腰部，患者感到疼痛。患者的消化道症状也比较突出，有口渴、恶心、呕吐、腹痛、腹泻等，神经兴奋或者嗜睡。

患者还有“三红”体征，即面部、颈部和胸部发红。这些部位由于充血而发红，样子像喝醉了酒的人，面部通红。患者上半身的皮肤、眼结膜、口腔黏膜、扁桃体都充血。如果仔细看，上面有大小不等的出血点。检查尿常规化验，有蛋白尿和血尿出现。

发热期大约持续一周。

2. 低血压期：肾病综合征出血热的病程进入的第二期，称为低血

压期。患者的热度虽然下降，并且比平时还低，但是，前面说的症状却更严重了。

血压突然下降，出冷汗，手脚冰凉，脉搏加快，呼吸急促，烦躁，谵妄，出现休克，同时可能发生昏迷。

低血压期一般只有两三天时间。

3. 少尿期：然后是少尿期，患者血压虽然恢复，但是尿少或无尿。24 小时尿量少于 300 毫升，为少尿；24 小时尿量少于 50 毫升为无尿。少尿期一般持续 2～5 天，患者有酸中毒和尿毒症的种种症状。常有顽固性呃逆，头痛、头昏、嗜睡、烦躁、谵妄，以至昏迷、抽搐；还有呕血、便血、血尿等严重的出血症状。患者有水肿，颜面、四肢浮肿，也可能有腹水。

4. 多尿期：接少尿期后，患者又进入多尿期，尿量异常增多，每天的尿量达到 2 000 毫升以上。这一期可能再次出现休克。

5. 恢复期：从起病第 4 周后，患者进入恢复期，尿量逐渐恢复正常，食欲增加，精神也一天天好起来。再经过两三个月的休息，患者就会痊愈。

【治疗与护理】

治疗肾病综合征出血热，要强调“三早一就”，即“早发现，早休息，早治疗，就近治疗”。

长途转运患者是非常危险的，所以要就近治疗，及时把患者送到附近有条件治疗的传染病医院。目前还没有特效的治疗方法，所以要综合治疗，积极防治休克、出血和肾功能衰竭。

肾病综合征出血热是一种病情复杂的疾病，所以要在医院里住院治疗。如果没有及时治疗，很可能造成患者死亡。

消灭老鼠是预防肾病综合征出血热的关键。每年的秋冬季和春季是流行的高峰季节，所以，要在春节前后和九、十月份流行高峰之前，展开大规模的灭鼠活动。疫区的粮垛、草堆、粮仓，以及野外的草棚等，都是鼠类密度大的地方，在这些地方劳动的人，要做好个人防护，不要用手直接接触鼠类或它们的排泄物。在有污染尘埃的场所劳动时，应戴口罩，扎紧衣领、袖口和裤管；避免皮肤破损，如有破伤，及时用碘酒或酒精消毒。

在家庭里，要防止鼠类排泄物污染食物和食具。

蛔虫病和蛲虫病

【概述】

蛔虫和蛲虫是人体肠道内常见的两种寄生虫，特别是在农村，更为常见。成人和儿童都可能染上这两种肠道寄生虫，但是儿童更为多见。有人估计，在我国有数亿人有蛔虫病。

蛔虫的粗细，像田里的大蚯蚓，长短则像筷子一般，呈白色或淡红色。成虫可以分为雄虫和雌虫，它们主要寄生在小肠内。雄虫的尾部是卷曲着的，而雌虫的尾部则是挺直的。

一条雌蛔虫在肠道内，一昼夜可以产出20万个卵。有些卵在人体内受精后，成为受精卵；有的则没有受精。受精卵随粪便排出人体后，在土壤中适宜的温度和湿度环境下，会发育成为感染性虫卵。

感染性虫卵如果被人从口食入，它们就会进入消化道，在小肠中孵化成幼虫，经过几周后就发育为成虫。

在农村，使用人粪施肥，是蛔虫卵污染土壤的主要因素，而蔬菜、瓜果则是传播的媒介。生食未经洗干净的蔬菜、腌菜、泡菜，都可能引起感染。随地大便，更会造成地面的污染。儿童因为喜欢玩泥土，或在地上爬，然后吸吮手指，更容易感染蛔虫。

【诊断】

如果肠道中有蛔虫寄生，大多数人并不出现什么症状，只有少数人可以出现过敏症状和肠道症状。有时蛔虫在肠腔内聚集成团，可能引起蛔虫性肠梗阻，它们还会钻入胆道，引起胆道蛔虫症。

有些儿童蛔虫病患者，经常会诉说自己肚子痛，疼痛的部位主要是脐周围，疼痛一阵会自然缓解，过不久又会腹痛，但是没有规律可循。

肚里蛔虫多的孩子，食欲不好，有时还会恶心，常从大便中排出成虫，一次排出的条数不等，有的只有一两条，有的则一次排出大量成虫，能排出几十条甚至上百条。蛔虫太多的时候，从口中也能吐出成虫来。

有些病儿，夜间睡觉磨牙，还有的孩子有异食癖，经常吃些土块、灰渣等。至于有人说有蛔虫的孩子脸上长“蛔虫斑”，则没有什么可靠的根据。

如果蛔虫的数量多，它们会在小肠成团。小孩子的腹壁薄，所以能从肚皮外看见腹部有小包块，或者能摸到肚子里有条索状的肿块。这时，成团的虫体会阻塞肠道，使肠道不通畅，患者有可能出现肠梗阻。患者还有阵发性腹痛，并伴有

频繁呕吐，吐出的经常是绿色的胆汁和蛔虫。

蛔虫还有钻顶的习性，喜欢向上钻。如果成虫爬到胆管里，患者就在上腹部或右上腹部突然发生阵发性的钻顶样绞痛，疼痛还可以放射到右侧肩背部，患者痛得翻来覆去打滚，无法忍受。

用直接涂片法可以从粪便中发现蛔虫卵，这是目前诊断肠道蛔虫症的主要方法。

患有蛲虫病的小儿，主要症状就是每到晚间，肛门以及周围的会阴部位或女性外阴瘙痒难忍，这时候检查肛门，能看见许多小白线头一样的蛲虫。有时在粪便中会发现成虫。

蛲虫进入阑尾，会引起阑尾炎，患者有右下腹痛。

【治疗与护理】

驱除肠道寄生虫要防治结合，要选择高效、低毒的驱肠虫药物。常用的驱肠虫药物有驱蛔灵（枸橼酸哌吡嗪）、肠虫清（阿苯达唑）等。

（1）驱蛔灵：对蛔虫和蛲虫作用均较强，是一种高效驱虫药物。对蛔虫肌肉有麻痹作用，使虫体不能在肠壁上附着，活的虫体随粪便排出体外。

治疗蛔虫时，连服两天，成人用量每天 3～4 克，儿童按体重计算，每千克体重 75～150 毫克，最多每天不超过 3 克，空腹一次服。

儿童治疗蛲虫连服 7～10 天，按体重计算，每千克体重 60 毫克，或每次不超过 1.0 克，早晚服用。

（2）肠虫清：肠虫清是广谱驱虫药阿苯达唑的商品名。对各种肠道寄生虫有良好的驱虫作用。

治疗蛔虫病时，400 毫克顿服，一次即可；驱蛲虫时，每天 100 毫克，连服 7 天，用于 2 岁以上儿童。

对于患有蛲虫病的患儿，每次排便后和夜间睡前要清洗肛门，用 10%氧化锌油膏涂于肛周皮肤，或将少量蛲虫软膏挤入肛门内，可以止痒，减少自身重复感染。

钩端螺旋体病

【概述】

钩端螺旋体病简称钩体病。它是由一种称为钩端螺旋体（简称“钩体”）的微生物引起的。这种疾病主要在我国南方多见；在北方地区，夏秋季或洪水过后，也会发生暴发或流行。

螺旋体在显微镜下放大以后才能看见，菌体上面有一圈又一圈细密的螺旋，一端或两端呈钩状，所以才有了这个名字。

螺旋体和细菌、原虫、病毒一样，各有一个“大家族”，有的能使人致病，如常见的性传播疾病——

梅毒的病原，就是梅素螺旋体。钩端螺旋体也是一种能致病的螺旋体。

在生物学上，螺旋体介于细菌与原虫之间，而且与细菌的特征更相似。

钩体病是一种人和畜类共患的传染病。钩体经常生活在鼠类或猪、狗的身体内。

这些动物被感染后，钩体就在动物的肾脏中长期生长繁殖，并且随尿不断排出，污染水源和土壤。例如水灾过后，大水淹没了猪圈，粪尿横溢，随大水流动，所以会造成环境的污染，引起该病的流行。

健康人接触了这些被污染的环境，或者食物被染病的动物尿污染，钩体就会经过破损的皮肤、黏膜或口侵入人体而致病。

【诊断】

感染钩体后，要有十几天的潜伏期。它们在人体内生长繁殖到一定程度，使患者出现败血症。患者的病情有轻也有重。有的患者像患了感冒一样轻微，有的患者则会出现严重的病状。

患者起病急骤，发热、畏寒，少数患者有寒战出现，体温迅速升高到 38～41 摄氏度；全身乏力、不适。

患者有头痛、全身酸痛的症状。特别是“小腿肚子”肌肉（腓肠肌）的疼痛和触痛更为明显。

患者的另一个明显症状是红眼，眼睛的结膜充血发红。

患者的第三个明显症状是表浅的淋巴结肿大，并且有触痛，尤其是大腿根部的腹股沟淋巴结更为明显。

“寒热、酸痛、身软”三种症状和“红眼、腿痛、（淋巴）结肿大”三个体征，是钩体病的特征。

患者的症状并不完全一样，前面介绍的是较轻的流感伤寒型。

重患者还有出血表现，如胃肠道出血、肺出血等。有的患者属于黄疸出血型、肾功能衰竭型、脑膜脑炎型等，病情都非常危重。

确诊患者的时候，除了常规检查血、尿等，还要进行血清学检查。如血凝试验、酶联免疫吸附试验。也有一些从血、尿或脑脊液在显微镜下或培养中能发现钩体的检查。

【治疗与护理】

患病后要早期治疗，就地治疗。患者应卧床休息，保持安静，加强营养。

治疗钩体病常选用青霉素、庆大霉素、强力霉素等抗生素。轻、中型患者首选用庆大霉素或强力霉素，重症患者首选青霉素。

在流行地区，为了提高人群的免疫能力，要进行预防接种。钩体多价菌苗要在接种 1 个月后才能产生免疫力，所以预防接种应在流行前 1 个月进行，例如在 4～5 月份接种，并且要每年接种 1 次。该菌苗采取皮下注射方法，注射两次，两次之间的间隔为 7～10 天。一次注射效果并不显著，注射两次才产生足够的免疫能力。

此外，还要进行综合性预防措施，重点是管理猪、狗及灭鼠等。特别是养猪时要圈养。

如果高度怀疑已经受到钩体病感染，可以先肌内注射青霉素 G 20 万～40 万单位，每天 2 次，连续 2～3 天。

囊虫病

【概述】

囊虫病是猪囊尾蚴病的简称，是猪肉绦虫的幼虫寄生在人体引起的疾病。患者患病通常是由于吃了“米猪肉”而感染的。

“米猪肉”是带有猪带绦虫的幼虫——囊尾蚴的猪肉。有些地方称为“豆猪肉”、“米糁肉”。由于生食、半生食“米猪肉”，或被“米猪肉”污染了熟食、刀、砧板，均可患猪带绦虫病。

肉眼看囊尾蚴，有黄豆粒大小，透明水泡状，内有一个米粒大小的白点（即头节）。一般寄生在猪体的肌肉、皮下、脑等部位。

【诊断】

感染囊虫病后一般潜伏期为 3 个月左右。

患者的临床表现与感染的轻重及囊虫寄生的部位有关。急性期的患者，轻者表现为肌肉酸痛、全身乏力、发热等。

囊虫主要寄生在人的皮下组织、肌肉与脑内，其中以脑囊虫病最为严重。患有脑囊虫病的患者，一般起病缓慢，数年或十几年后才出现症状，如头痛、头晕、恶心、呕吐、记忆力减退、失语、感觉障碍，甚至能引起癫痫和头痛、呕吐等颅内高压症状。

患皮下肌肉囊虫病的患者一般无症状，但在皮下可以摸到圆形或卵圆形的皮下小结节，黄豆粒大小，数目不等。

眼囊虫病可发生在眼内的任何部位。眼囊虫病的患者可能会导致失明。

囊虫病的检查，如果是皮肌型囊虫病，可取患者的皮下结节做病理检查来确诊；如果有脑囊虫病，可以用免疫学检查，即做囊虫皮肤试验，或取患者的血液和脑脊液测患者的囊虫抗体，也可以通过头颅部位的 CT 和核磁共振检查，以明确诊断。

【治疗与护理】

治疗药物常用的有吡喹酮和丙硫苯咪唑。在治疗时，特别是治疗脑囊虫病的过程中，可能会出现一些严重的反应，如发热、过敏性休克、癫痫持续状态、颅内压急剧增高等。因此患者必须住院治疗，在医生的指导和监护下用药。合并有眼囊虫病的患者，必须先做眼科手

术取出虫体，尔后再用药治疗，否则会出现严重后果。

多数患者治疗1～2个疗程即可治愈，仅少数患者需要治疗3个疗程。

预防囊虫病的措施主要有加强饮食卫生，肉类要煮熟、煮透。注意个人卫生，对患有绦虫病的患者要进行早期和彻底治疗。

血吸虫病

【概述】

血吸虫病是严重危害我国农民健康的寄生虫病。在南方血吸虫病流行区河水中游泳、洗衣服或下水劳动接触疫水时，就可能感染血吸虫病。这种病是由日本血吸虫引起的。患者和疫区的病牛（或其他动物）是血吸虫流行的主要传染源。

有钉螺感染的地区，才能构成血吸虫病的流行。钉螺是血吸虫的中间宿主。

长江流域的湖沼河网地区，是钉螺分布较多的地区。如果消灭了钉螺，就阻断了血吸虫生长的必要环节，所以灭钉螺是预防血吸虫病的重要措施。

血吸虫患者或病牛的粪便，可以通过各种方式污染水源，如在河边洗刷马桶，河边设厕所与粪缸，粪船行水等。

虫卵随患者或病牛的大便排出，在水中适合的温度下孵化成毛蚴。毛蚴游动的时候，遇到钉螺就钻入钉螺体内，经过发育7～8周后成为尾蚴。

尾蚴进入水中后，遇到人和其他哺乳动物，就能钻入皮肤，然后进入血管，顺着血液循环，最终来到肝脏，在肝脏的静脉——“门静脉”发育成为成虫。雌雄虫成熟后合抱，并交配产卵。一条雌虫每昼夜可以产出1 000个卵。大部分虫卵随血液进入肝脏，在肝内形成许多肉芽肿，肝脏出现肿大而且发硬，接着脾脏也可以肿大。

有小部分虫卵可逆流入肠，最后经过肠壁进入肠腔，并随宿主粪便排出体外。

自尾蚴侵入人体到成虫排卵，一般需要6周左右。

【诊断】

患者与疫水接触以后，可以出现急性感染症状。尾蚴进入皮肤的地方，会出现小红点，并且非常痒，但是一般并不引起患者的注意。

尾蚴进入人体1个月左右，患者出现急性期症状。

急性期的患者都有发热、畏寒，热度高低不一，高热者高达39～40摄氏度；此外，还会出现荨麻疹、肝肿大，患者头痛、四肢酸痛、食欲减退。病情严重时，可危及患者

的生命。

检查时有肝压痛，脾脏也轻度肿大，血液中的嗜酸性粒细胞显著增多。嗜酸性粒细胞是白细胞中的一种。血吸虫患者的白细胞明显增多，而且嗜酸性粒细胞在白细胞中的比例，也高达0.20～0.40，甚至高达0.90，因此成为急性血吸虫病的显著特点。

在大便中也可以检查出血吸虫。

凡是来自流行区域，并且有长期不明原因的腹泻、腹痛或便血、肝脾肿大的患者，都应该考虑是否患有慢性血吸虫病。发现巨脾、腹水、腹内肿块、侏儒症的患者，则要怀疑是否是晚期血吸虫病。

诊断血吸虫病，要靠粪便检查。送检的粪便要新鲜。一般采用粪便沉淀后毛蚴孵化法。

免疫学检查也是目前已经推广使用的检查方法，如环卵沉淀试验及酶联免疫吸附试验等方法。从直肠黏膜中进行组织活检，可以查出血吸虫卵。

血吸虫病的并发症有肝硬化。

【治疗与护理】

治疗血吸虫病要争取早期治疗。

目前使用的药物，主要是口服吡喹酮。过去使用的酒石酸锑钾和血防846等许多抗血吸虫药物，由于毒性大，已经停止使用了。急性血吸虫病需要住院治疗。

预防血吸虫病，以灭螺与普治为重点。应用吡喹酮扩大进行化学药物治疗，可以控制血吸虫病的流行，使患者的人数大幅度下降。

消灭钉螺是水网地区预防措施中的主要关键。此外，在疫区要加强粪便和水源管理。

在疫区内，不到有钉螺的河沟塘中洗澡、游泳。工作需要必须与疫水接触的时候，也要加强个人防护措施，如用2%氯硝柳胺和松节油制成防护剂。

第二章　常见内科疾病的处理和预防

急性上呼吸道感染

【概述】

急性上呼吸道感染是指鼻腔、咽和喉部发生的急性炎症的总称，是最常见的疾病。感冒指的是普通感冒（俗称伤风），又称急性鼻炎，又是急性上呼吸道感染中最常见的一种疾病。

急性上呼吸道感染大多是由病毒引起，常见的有流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、鼻病毒等。一小部分是由细菌引起的，如溶血性链球菌、肺炎球菌、流感嗜血杆菌等。这些病毒和细菌平时就可能存在于上呼吸道，但并不引起疾病，只有在人体全身或呼吸道抵抗力下降时（如气候突然变化、受凉、过度疲劳、醉酒后）可致病。细菌感染可直接感染或继于病毒感染后，表现为急性咽炎或急性扁桃体炎。

感冒症状较重的患者，感冒后除会引起急性支气管炎、肺炎外，对伴有慢性支气管炎、肺气肿及心脏病等慢性病者，还可加重原有疾病，导致呼吸衰竭或心功能衰竭。病毒还可能侵犯其他器官，引发脑膜炎、心肌炎、风湿病及肾炎等，所以，这些疾病的早期症状与感冒非常相似。为了防止误诊、漏诊或延误治疗，如果感冒症状经过几天不见好转，需要及时去医院检查。

【诊断】

虽然同样患感冒，但每个人的症状可有很大不同。感冒初起，患者有咽干、咽痒不适或咽痛，同时还有打喷嚏、堵鼻子（鼻塞）、流鼻涕等症状。开始流清水样鼻涕，以后变鼻涕较稠，呈黄色脓状。有的患者发热、头痛、浑身无力、全身不适，感觉没有胃口，不想吃东西，有的患者便秘。还有的患者有声音嘶哑、干咳及胸口痛等症状。一般在5～7日内感冒症状会自然消失。

查体时，可见鼻腔黏膜水肿充血，咽部轻度充血，扁桃体肿大，颌下淋巴结肿大，但肺部无异常体征发现。

如果是病毒感染引起的上感，化验检查白细胞正常或稍偏低，淋巴细胞比例升高；细菌感染时，白细胞计数通常升高，中性粒细胞比例升高。

【治疗与护理】

治疗感冒主要是对症治疗，尽快消除症状，有利于病情恢复。患者应适当休息，多喝水，并服用一些对症药物。

治疗感冒常选用解热镇痛药物，如阿司匹林、扑热息痛等。还有减少血管充血的药物，如伪麻黄碱、扑尔敏；止咳药如右美沙芬。

阿司匹林对感冒引起的头痛、发热有良好的控制症状作用。但对于有胃病，特别是胃溃疡、哮喘患者、孕妇和有过敏体质者，均非服用对象。对乙酰基氨基酚（扑热息痛、退热净）是儿童退热的首选药物（3岁以下儿童和新生儿避免服用）。

普通感冒一般情况下没有必要应用抗生素。伴有慢性疾病的老年人，或婴幼儿患者，如病程2～3天不愈或有继发感染时，则可考虑选用抗生素。由于感冒一般在短期内可以自愈，而抗病毒药物减轻症状的作用又不明显，以及该类药物有一定副作用，所以应用不多。

小儿感冒发高热的时候，过去主张用冷水、温水或酒精给病儿擦浴，采用物理方法降温，但是这种物理疗法效果并不可靠。儿童在感冒发热时（指体温在38摄氏度以上）可服用解热药物，并采取多饮水、降低室温、衣服宽松保暖，室内经常通风换气等措施，

感冒患者消化功能减弱，可少量多餐，吃些容易消化的食物，如稀粥、蛋羹、牛奶、豆浆等流质饮食。有的患者嘴苦涩、厌油腻，可食用米粥、豆粥，可以甜酱菜及豆腐乳等佐餐。不要吃浓厚的肉汤、鸡汤、肉类。食物以清淡、利口、有滋味为宜。

患者要吃一些富含维生素C和维生素A的食物，如山楂汁、鲜橘汁等。当患者退热后，可以吃面片汤、鸡汤、煮挂面卧鸡蛋、馄饨、菜泥粥等高热量的半流饮食。到病情恢复后期，应多吃一些瘦肉、鸡肉、鱼、豆腐、豆制品等含蛋白质多的饮食。也可以多吃一些水果、蔬菜，或吃些大蒜。

多休息、多睡眠。室内要通风，经常换气。在感冒流行季节，不要带小孩子去公共场所。

急性气管-支气管炎

【概述】

急性气管-支气管炎是最常见的下呼吸道疾病，四季都可以发病，尤其是冬季和春季气候突然发生变化时，发患者数最多。任何年龄均可患该病，尤以老年人和儿童更易罹患。

引起急性气管-支气管炎的原

因，首先是感染致病细菌，如肺炎球菌、嗜血流感杆菌、链球菌、葡萄球菌等。上呼吸道发生病毒感染后，机体抵抗力下降，容易继发细菌感染，引起急性气管-支气管炎。

在冷空气的刺激下，或吸入烟尘微粒、粉尘、刺激性气体、烟雾等，也可以造成发病。大气污染严重地区，患者相对较多。部分患者发病与过敏反应有关。一些过敏源，如花粉、粉尘，可以引起气管-支气管的过敏性炎症，而致发病。同时，在疲乏过劳、受凉时，机体抵抗力下降，也易致病。

【诊断】

起病较急，常先有急性上呼吸道感染的症状，如鼻塞、流涕、咽痛、声音嘶哑等。全身症状较轻，可有畏寒、发热、乏力等，体温38摄氏度左右，但是症状并不严重。

在呼吸道方面，有咽喉发痒、咳嗽、胸骨后疼痛。开始是刺激性咳嗽，在早晨起床或卧床时，咳嗽比较剧烈。早期为干咳，或有白色黏液性痰，以后可为黄绿色脓痰。偶有痰中带血。

本病全身症状经四五天可消退，咳嗽常可延长至2～3周。有的患者可能会演变为慢性支气管炎。

胸部听诊检查，可发现呼吸音粗重，有啰音出现（健康人不应出现干性或湿性啰音）。患者需要进行胸部X光拍片（或胸部透视）检查，但一般无异常，或仅有肺纹理增粗；化验检查血常规，白细胞总数和分类正常或升高。痰液检查时，痰涂片或痰培养有致病菌。

本病应与流行性感冒、急性上呼吸道感染、肺炎、肺脓肿、肺结核、肺癌等疾病鉴别。

【治疗与护理】

1. 抗菌药物治疗：应使用敏感抗菌药物治疗。常用的抗菌药物有复方新诺明、麦迪霉素、先锋Ⅵ、先锋Ⅳ等。如果病情严重，可注射青霉素或庆大霉素。

2. 对症治疗：患者高热时，可服用解热镇痛药物。患者由于频繁咳嗽，影响休息或睡眠，在这种情况下，可服用祛痰止咳药物。如果有刺激性咳嗽，可采用雾化吸入治疗。

常用的祛痰药物有：

（1）羧甲司坦（速效化痰片、羧甲司坦片、羧甲司坦口服液）：用于痰液黏稠，咳痰困难者。不良反应有消化道刺激症状。有出血倾向的消化道溃疡患者慎用或禁用。

（2）氯化铵及其复方制剂（如敌咳糖浆、非那根伤风止咳糖浆等）：适用于痰黏稠不易咳出者。大量服用可引起恶心、呕吐和胃痛。

（3）愈创甘油醚（可愈糖浆、愈咳糖浆、美愈伪麻口服液、雷登泰）：用于痰黏不易咳出者，多与其他镇咳平喘药合用。

（4）乙酰半胱氨酸（痰易净、易咳净、莫痰粉）：为黏液溶解剂，适用于大量黏痰阻塞气道排痰有困难者。一般用于喷雾吸入或气管滴

人。副作用为偶有恶心，消化不良。支气管哮喘患者慎用或禁用。

（5）溴己新（必漱平、溴己胺、必消痰）：为黏液溶解剂，用药后能使痰液变稀，对白色黏痰效果好。个别患者用药后有胃部不适，胃溃疡患者慎用。

（6）止咳化痰中成药物：常用的有通宣理肺丸，适用于风寒咳嗽，患者痰稀色白，呈泡沫状。痰咳净主治咳嗽痰多，含化。蛇胆川贝枇杷膏适用于风热咳嗽，患者痰黏不易咳出，开水冲服。

预防气管-支气管炎等呼吸道感染性疾病，在于平时加强体格锻炼。在季节变化的时候，要注意增减衣服，避免受寒，防止感冒。

慢性支气管炎

【概述】

慢性支气管炎是一种常见多发病，简称“慢支”，是由于感染或非感染因素引起的气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性炎症。

慢性支气管炎是严重危害老年人健康的疾病。在慢性支气管炎的基础上，病情缓慢进展，常会发展为阻塞性肺气肿和肺源性心脏病，严重影响患者的健康和生活质量。所以，控制好慢支，防止进一步恶化非常重要。

慢性支气管炎的病因较为复杂，往往是多种因素长期相互作用的结果。感染（如感冒）、吸烟、各种理化因素（如刺激性烟雾、粉尘、大气污染）以及过敏反应，都与慢支的发病相关。

慢性支气管炎的发病与年龄和气候有关。年龄越大，越容易发生本病。发病高峰出现在秋末冬初，到隆冬季节发病者反而减少，但到次年的3月又出现高峰。北方的患者比南方多。营养条件差、居住条件差、缺乏维生素A和维生素C的人，呼吸道的抵抗力低，也容易发生慢性支气管炎。

【诊断】

本病的主要症状有：经常咳嗽，咳痰，喘息（即咳、痰、喘）。气候温暖时，患者仅有咳嗽，咳出白色黏液痰，检查无其他重要体征，称为缓解期。缓解期一般不需要治疗。

患者常在感冒或上呼吸道感染后急性发作，咳、喘加剧，痰量增多，并且为黄色黏稠脓痰。中青年患者有发热症状，有些老年患者则并没有明显的发热。急性发作时，肺部可听到干性或湿性啰音，多在肺底部和背部。咳嗽后，啰音可减轻或消失。

发病早期，咳嗽声音有力清朗，白天多于夜晚。继发肺气肿时，咳嗽声音低沉，夜间多于白天，特别

是睡前或起床加重，痰量以清晨较多。咳嗽剧烈时，可见痰中带血。

如果患者在1年内连续3个月有咳痰、咳嗽或气喘症状，有连续2年或2年以上的病史，就要首先考虑慢性支气管炎。

本病有两种类型：

（1）单纯型慢性支气管炎：只有咳嗽、咳痰症状。

（2）喘息型慢性支气管炎：除咳嗽、咳痰外，还有喘息症状。喘息型患者治疗更困难，而且发展成肺气肿和慢性肺心病所需要的时间也短。

许多疾病都有咳嗽症状，例如肺结核、支气管扩张、支气管哮喘、肺癌、硅肺、尘肺等，所以要通过一些检查，与上述疾病相鉴别。通常需要拍X线正位及侧位胸片（或透视）。但在早期，胸片可无异常。病情进展时，可见两胸纹理增重、紊乱，呈网状或条索状、斑点状阴影，以两下肺较明显。

急性发作期做化验检查，可见白细胞及中性粒细胞增多。痰液检查可以发现致病菌，常见的细菌有肺炎球菌、流感嗜血杆菌、甲型链球菌及奈瑟球菌等。痰液细菌学检查有助于指导医生合理选用抗生素。必要时应进行肺功能检查。

【治疗与护理】

治疗慢性支气管炎在疾病的不同阶段，治疗原则也不同。但是，消除诱发因素，如必须戒烟，是共同的治疗方法之一。

1. 急性发作期：以控制感染、祛痰镇咳、解痉平喘为主。

（1）控制感染：根据痰菌敏感程度和病情，合理选用抗菌药物，一般为单用或联合应用，并且使用应及时、有效、足量，感染控制后即停用。通常使用的抗生素有第三代头孢菌素药物和喹诺酮类药物等。抗生素不宜长期使用，以免引起细菌耐药和二重感染。

（2）祛痰镇咳：为避免痰液变稠难以咳出，患者应多喝水，同时采用雾化或湿化治疗，有助于祛痰，并服用祛痰药物。如必嗽平、氯化铵等，镇咳药物有咳必清等，气雾吸入。常用的止咳中成药有复方枇杷膏、蛇胆川贝液、通宣理肺丸、橘红丸、百合固金丸、二母宁嗽丸、复方川贝片、消咳喘等。

（3）解痉平喘：患者有喘息症状时，应服用平喘药物。常用的一类平喘药是茶碱类药物，可以扩张支气管。常用的有氨茶碱、茶碱平、优喘平等，一般应在饭后服或服用肠溶片。除氨茶碱、沙丁胺醇（舒喘灵）外，还有博利康尼等，它们有口服剂、气雾剂、粉剂及缓释长效口服片、静脉注射剂等。它们对心脏的兴奋作用很小，用起来也安全。其他平喘药物还有抗胆碱平喘药，如异丙托品气雾剂、热参气雾剂等，与舒喘灵等药合用，可以提高疗效。

2. 临床缓解期：慢性支气管炎患者要设法减少缓解期转为急性发

作。患者应注意营养，增加身体抵抗疾病的能力。

（1）增加营养：要让患者进食足够的蛋白质和维生素 A、维生素 C。按体重计算每千克体重需要蛋白质 1.2～1.5 克，而且至少有 2/3 是优质蛋白质，如牛奶、蛋类、瘦肉、牛肉或豆腐之类的豆制品。微量元素硒可增加血中抗体的含量，含硒多的食物有大蒜、蘑菇、海带、紫菜、鸭蛋等。同时多吃一些含维生素丰富的食物，如萝卜、胡萝卜、土豆、白菜、甘蔗、蜂蜜以及梨等水果。患者不要吃辛辣刺激性的食物，最好也不要喝酒。患者应保证充足的饮水，使痰液易于咳出。

（2）预防感冒：气温骤变和寒冷是引发慢性支气管炎加重的因素，所以要根据天气变化增减衣服，以免着凉感冒，尤其是颈部和足部注意保暖；室内要经常开窗通风，保持空气流通。经常用冷水洗脸，进行耐寒锻炼，对预防“慢支”有一定作用。

（3）体育锻炼：患者可适当参加体育锻炼，以增强体质。

（4）坚持戒烟：患者必须戒烟，并且不在吸烟的室内停留。要针对不同病因，消除诱发因素，注意环境卫生。

（5）提高免疫功能：可采用气管炎菌苗，以提高抗病能力、增强体质，一般在发病季节前开始使用，每周皮下注射 1 次，疗程 1～2 年。或使用卡介苗注射液，每周肌内注射 3 次，在发病季节前用药，连用 3 个月以上，以减少感冒及慢支的发作。克雷伯杆菌糖蛋白疫苗连续口服 3 个月，可预防慢性反复呼吸道感染。中医治疗采用扶正固本原则，可辅助治疗。

阻塞性肺气肿

【概述】

肺气肿是一种呼吸系统的常见疾病，可分老年性肺气肿、代偿性肺气肿和阻塞性肺气肿。在我国，以慢性支气管炎后形成的阻塞性肺气肿占绝大多数。它是由于慢性支气管炎反复发作，造成细支气管狭窄，肺组织过度膨胀，失去弹性，肺泡壁很薄，胀得很大，结果造成患者肺的通气换气功能遭到破坏，出现低氧血症，严重时可导致呼吸衰竭，严重危害患者健康，并可发展为慢性肺源性心脏病（简称肺心病）。

由慢性支气管炎发展到慢性肺心病的过程中，常伴有严重的阻塞性肺气肿。如果治疗得当，能避免或延迟肺气肿向肺心病阶段的发展，对患者的健康至关重要。

能引起阻塞性肺气肿的疾病还

有支气管哮喘、支气管扩张等。

【诊断】

患者的临床表现主要有：

1. 进行性呼吸困难：最初患者仅在劳动、上楼、爬坡时感到气急、呼吸困难，随着病情逐渐发展，患者在安静休息时也感到气短。

2. 咳嗽、咳痰：当慢性支气管炎合并肺气肿急性发作时，患者会出现剧烈的咳嗽、痰多、胸闷、呼吸困难加重。严重时，还可有紫绀及神志恍惚等。

体格检查时，可发现患者的胸部呈桶状胸等体征，听诊检查能发现一系列肺气肿体征。诊断时，通常要做X线胸部拍片，可以发现一些特殊的表现，如胸廓扩张，肋间隙增宽，肋骨平行，膈肌下降低平等，两肺野透亮度增加等。患者心电图检查也有改变。

肺功能检查和血气分析是重要的检查项目。患者的肺功能明显降低，血氧压力下降，而血液中的二氧化碳压力增加。

【治疗与护理】

1. 加强日常护理：患者室内每天通风一次，每次15～20分钟。冬季通风要选择天气暖和的中午进行，通风时让患者暂离开，以免着凉。室温保持在20摄氏度，湿度60%。注意气温变化，防止感冒。在流行性感冒流行季节，不要到公共场所去，以免感染。一旦被感染，应及时治疗。

2. 患者绝对要求戒烟，并且不在患者房间内吸烟。患者也要避免吸入煤烟、油烟等各种刺激性气体。

3. 进行呼吸肌锻炼：膈肌是人体重要的呼吸肌。进行呼吸肌锻炼的目的是发挥腹肌的作用，增加体内膈肌的活动度，从而改善呼吸功能，减轻呼吸困难的程度。腹式呼吸的锻炼方法如下：取立位（也可取坐位或仰卧位），一手放在前胸，一手放于腹部，作腹式呼吸。吸气时尽量挺腹，胸部不动；呼气时腹部内陷，尽量把气呼出，呼吸需按节律进行，吸与呼时间比为1∶2或1∶3。用鼻吸气，用口呼气，呼气时口唇收拢，做吹口哨样，胸向前倾，要求深吸缓呼，不可用力，保持每分钟呼吸7～8次，每日锻炼2次，每次10～20分钟。

4. 加强饮食营养：患者由于长期咳嗽、咳痰，并且卧床休息，活动减少，所以食欲差，往往存在营养不良，所以，加强营养至关重要。患者的饮食需要高蛋白质、高碳水化合物。蛋白质每日按体重计算，每1千克体重需要蛋白质1.5～2.0克左右为宜，并注意优质蛋白质的适当比例；少量多餐，进餐宜慢，餐前后休息一段时间。食谱要多样化，以提高患者的食欲。有哮喘症状的患者，饮食宜清淡，少刺激，不宜过饱、过咸、过甜。忌生冷（如冷饮）、酒、辛辣等刺激性食物。过敏性体质患者宜少食动物性蛋白食物，如果一旦发现某种食物确实可诱发自己支气管哮喘发病，应避

免进食，宜多进食豆制品，如豆腐等。可多吃杏仁露、丝瓜、西瓜、梨等。对鱼、虾等“发物”应当小心，以免引起哮喘发作。同时也要避免哮喘的诱发因素，如吸入花粉、尘螨等。生痰的食物有牛奶、蛋品、肥肉等，宜少吃为佳。

5. 耐寒训练：肺气肿患者一般均体质较弱，对寒冷刺激极敏感，易于感冒而诱发病情急性发作。常作耐寒锻炼，可增加抵御寒冷刺激的能力。具体做法是，每日早、中、晚用冷水洗脸，开始可每日一次，以后根据情况逐渐增加次数，洗脸后用手摩擦头和面部，每次5～6分钟，以增强上呼吸道的抗寒能力和个人体质。

6. 治疗原发疾病：控制感染，使用足量、对症的抗生素药物治疗。

7. 保持呼吸道通畅：可使用祛痰剂、雾化吸入液化稀释痰液，促进排痰。并使用支气管扩张剂，如氨茶碱、舒喘灵等。

8. 吸氧：长程低流量吸氧，是治疗肺气肿的重要措施。目前，正在推广家庭氧疗，使用制氧机供氧（以空气为原料，压缩、分离、浓缩氧气）。氧疗常使用鼻导管方法吸氧，患者每天应吸氧15小时以上，尤其夜间睡眠时也要坚持吸氧。吸氧的流量为每分钟1.5～2.0升，这在医学上称为低流量吸氧。患者在缺氧的同时，都伴有二氧化碳潴留和呼吸中枢麻痹，此时主要靠缺氧反射来刺激呼吸中枢兴奋，使呼吸保持一定水平，以维持生命。若氧疗浓度过高，在缺氧情况改善后，患者原来适应的缺氧刺激状态被解除，反而易出现呼吸中枢抑制，造成缺氧和二氧化碳潴留加重，甚至导致死亡。所以，对肺气肿患者，氧疗时不能随意加大吸氧流量，否则会造成患者病情加重。氧气吸入前要经过湿化、温化。一般做法是在氧气瓶和鼻导管（或面罩）之间加一个湿化瓶，内盛一定量的洁净清水。进行家庭氧疗时，要注意安全，不要在室内吸烟，更要避开明火。

9. 肺减容手术：肺减容手术是将肺脏部分无功能的肺组织切除，让肺容量减少20%～30%。切除这些没有功能的肺组织后，肺的弹性回缩力增强，使细支气管周围组织对细支气管牵拉力增强，从而使细支气管扩张；使通气血流比例失调情况得到改善；过度扩张的胸廓也会因此缩小，从而恢复呼吸肌的一些功能。同时，由于回心血量的增加，右心功能不全会得到改善，上述改变都可使肺功能得到一定改善。肺减容手术主要适用于慢性阻塞性肺病患者，但是肺功能太差的患者不宜手术。

痰多是肺部继发感染造成的，为了防止细菌蔓延，呼吸道内分泌物应尽快排出体外，常根据病灶位置及患者机体状况，需要家属协助并采取不同方法排痰。

（1）采用体位排痰法：体位引

流借助重力影响，帮助支气管内分泌物排出进行引流。其方法是根据病灶位置，变换体位，一般采用90°侧卧位，头低脚高位，枕头放于季肋下倒卧位等，使其倾斜的角度在14°～15°，每分钟深呼吸 10～15次。若引流的痰液排出不多，可同时进行腹式呼吸，常可增加引流液的排出，一般是 2～3 个小时 1 次，或早晨起床，或睡觉前等。也可以正常的姿势，以防体力过于消耗。

（2）给患者拍背：在协助患者排痰时要注意方法、效果。拍背时五指要并拢，稍弯曲，使手呈弧形。由胸至背，由下而上，轻轻拍打，使黏附在气管内壁的痰在气管内松动，易于排出。对老年人或卧床不起的患者，因咳嗽无力或无力咳嗽，痰难以排出，坠积在肺内，要采用翻身、拍背、吸痰相结合的方法，使大量痰液排出体外，为预防感染的有力措施。

（3）湿化促使排痰：为了促进痰液的排出，可采用一些具体方法，通过管理，辅助仪器的使用，增加排痰的效果，如增加室内湿度，使之维持在 80%～ 90%的湿度范围，最简单方法是在地面经常洒水，冬天在火炉上放水壶，或在暖气上放水槽，均可有水蒸气散发，以保持患者呼吸道湿润，利于痰软化，便于排出。吸氧气的患者，可通过湿化瓶，使氧气保持湿润，可达30%～50%；也可用暖水瓶代替湿化瓶，湿度大，水温度可维持在 37 摄氏度。40～60 摄氏度的加热喷雾器，可以得到 100%的湿度，水颗粒的大小，决定到达气道的部位。超声雾化器是应用超声波的能量，将水分及药液变成细的气雾颗粒，随患者的呼吸过程进入呼吸道达到治疗的目的。其特点是雾量大小不受气量限制，对于老年慢性支气管炎、肺心病及各种呼吸系统疾病的吸入治疗提供了比较有效的途径。

支气管哮喘

【概述】

哮喘是一种常见的慢性呼吸道疾病，全世界约有 1.6 亿哮喘患者，并且患病率仍在上升。过去对哮喘的认识简单地停留在单纯支气管平滑肌痉挛上，以往的治疗重点放在解痉平喘方面。随着医学研究的深入，现在对哮喘有了深层次的了解。

哮喘是气道的慢性变应性炎症。哮喘患者的气道，对于某些物质特别敏感。接近或接触了这些物质，便可以引起气道肿胀，并且分泌出很多黏液，使气道变得狭窄，于是引起了哮喘的发作。但是这些物质对于没有哮喘病的其他人来说，并不起任何作用。医学上把这些物质，

称为哮喘患者的“触发因素”。

由于气道发炎，结果引起急性支气管狭窄、气道黏膜水肿、黏液分泌过多及支气管平滑肌收缩，于是患者就有反复发作的喘息、气促、咳嗽等症状，常伴有广泛的呼吸时气流不通畅。如果治疗不当，病情迁延不愈，可以导致支气管及肺泡不可逆的损害，最终可以发展成肺气肿和肺源性心脏病。

造成支气管哮喘及反复发作有很多因素。遗传是一个重要的因素，但并不是上一辈人有过敏性疾病的，下一辈每一个人都要患有同样的疾病。吸入性致敏物，大多来自周围的生活环境。最常见的吸入致敏物，有屋尘、动物（例如狗、猫、小鸟）的皮屑、毛发和羽毛、室内尘螨、蟑螂、植物的花粉、香烟、烟雾、有香味的物品（例如化妆品、发胶、清洁剂、油漆、烹调油烟、汽车尾气和污浊空气）。有些食物，如鱼、虾、牛奶等，也会成为致敏物。上呼吸道感染（例如感冒）；体育运动；天气或气候变化（例如冷空气的刺激）；强烈的感情表达（例如大哭、大笑）也可能是哮喘病的触发因素。

儿童哮喘的发生，常与呼吸道感染有关，如感冒、细支气管炎、支气管炎、肺炎等。春天百花盛开，各种花粉的颗粒漂浮在空中，这时有过敏体质的人吸入花粉，容易出现打喷嚏、鼻塞、咳嗽和哮喘发作。冬季气候多变，儿童患呼吸道感染的机会较多，所以也是哮喘病发病的多发季节。

【诊断】

哮喘发作时，主要症状为气短、喘息、胸部发紧、持续 1 周以上的咳嗽。并不是所有的哮喘患者都有喘息。有哮喘病的患者，要了解自己哮喘发作的方式，警惕早期症状。有些患者，咳嗽可能是他们惟一的哮喘症状。咳嗽经常是在夜间或者是在参加体育运动以后发生。

过敏性哮喘发作前，患者通常有打喷嚏、流清鼻涕、鼻子发痒和胸部紧迫感等先兆症状。哮喘发作时，患者经常述说“气短”，这实际上就是呼吸困难，呼气比吸气更困难。

病情较轻的患者，只有在运动时或进行较大体力活动的时候，才会感觉到气量不够，平时只觉得有胸闷。病情严重的人，即使在安静的时候，也会出现呼吸困难，甚至在他身旁的人，也能听到患者呼吸时发出来的哮鸣声。当病情最为严重的情况下，患者持续喘憋，呼吸急促，不能平躺在床上，只能坐起来或跪在床上，才觉得呼吸稍微通畅。

夜间哮喘是许多患者经常发生的症状。患者常在半夜或清晨被气憋扰醒，坐在床上，两手支撑着自己的身体，浑身冷汗、唇指发青，拼命地张口喘气，这时非常痛苦。病情严重时，患者大汗淋漓，有一种濒死的感觉。

对照下面的表，患者可以自己估计哮喘急性发作期的严重程度，以指导自己随时合理用药。

发病程度	气短	体位	谈话方式	精神状态	出汗	呼吸次数	脉搏
轻	步行时	可平卧	成句	尚安静			
中	稍事活动时	喜坐位	成段	焦虑	无	增加	每分钟低于100次
重	休息时	前弓位	字	烦躁	有	增加	每分钟在100～120次
危重			不能讲话	意识模糊	大汗淋漓	每分钟超过30次	每分钟超过120次

当病情比较严重的时候，就要及早去医院治疗。医生根据患者出现的体征，如两肺都能听到哮鸣音，合并感染时还能听到肺里有湿性啰音。

化验检查的项目有血清总 IgE 和特异性 IgE，患者可能增高。此外，还要进行胸部透视或拍片，检查肺功能，进行血气分析等。

【治疗与护理】

治疗支气管哮喘的原则是：消除病因，控制急性发作，巩固治疗，预防复发。

消除病因指避免或消除引起哮喘发作的各种诱发因素。哮喘反复发作甚至死亡的原因是误诊和治疗不当。哮喘是一种慢性气道炎症，所以抗炎治疗非常重要。尽管多数哮喘患者无法根治，但是通过抗炎治疗能有效控制症状。医生要为患者设计分级药物治疗，用最少的药物，达到完全控制哮喘的目的。

在哮喘急性发作时，要帮助患者保持镇静。正确掌握用药时间非常重要。要及早用药，在每次哮喘发作的早期，采用疗效迅速的药物加以控制。早期症状有鼻和咽喉作痒、刺激性咳嗽、胸闷、喘鸣等。

如果有条件，最好立即给患者吸氧气。同时抗炎治疗，吸入糖皮质激素类药物，如必可酮（或色甘酸钠）和支气管扩张药（如舒喘灵）等药物，可在数分钟之内起作用。也可口服舒喘灵、氨茶碱等药物。

喘哮患者一般不需要抗生素治疗。如果发作时间较长，有发热或合并支气管炎、肺炎等细菌感染的情况，可应用抗生素控制感染。如果经过这样处理，仍不见效，就要立即去看医生。

治疗支气管哮喘的药物有：

（1）抗炎药物：目前治疗哮喘

病常用的抗炎药物有两种，即糖皮质激素（类固醇）和色甘酸钠。

早期吸入糖皮质激素是治疗支气管哮喘的第一线药物。

糖皮质激素（类固醇）类药物就是人们经常说的“激素”，它们具有抗炎症的作用，能有效地抑制过敏性炎症，减少哮喘反复发作，防止形成不可修复、不可逆转的气道损害。所以已经成为治疗哮喘病的主要药物。

适量吸入激素，不会影响儿童的生长发育。

目前常用的是吸入型皮质激素，即制成气粉或细粉末状，经口吸入气道。用气雾或粉剂吸入治疗，所需的药物剂量很小，却能在呼吸道局部产生很强的抗炎症作用。即使有少量吸入人体内，也很快被代谢，不会引起全身不良反应。

常用的药物有丙酸倍氯米松（必可酮）、丁地去炎松（普米克）气雾剂。在哮喘早期应用，会取得很好的效果。

正确使用止喘气雾剂，必须掌握以下两个方面：了解气雾剂的种类及其适应证；掌握各种气雾剂的使用方法及每次剂量。

首先，必须严遵医嘱，不可擅自用药，或更改医嘱。气雾剂按适应证来分，可分为两大类。一是立即达到止喘的目的；二是预防哮喘发作。这两大类气雾剂的作用原理迥然不同，绝不可以乱用，否则，非但无效，有时反而可加重咳喘。

其次，掌握正确的使用方法，特别是要领会其中的要领，并不是简单地将药喷入口腔就算了事，而是药液进入气道越深，缓解支气管痉挛的作用就越强。

正确的使用方法是：患者张口，微仰头，先用力呼尽气，然后在开始吸气时揿动气阀，同时深而缓慢地吸气，尽量让喷入的气雾能随气流方向进入支气管深部，屏气 5～10 秒钟，再把口闭紧，用鼻慢慢呼气。间隔 2～3 分钟再次喷雾。如此喷雾可使药直达支气管深部黏膜，使其充分发挥药效，并尽量少咽药液。待起效，即哮喘平息后，用半杯清水漱口，避免因长期吸药可能出现的咽喉部不适。

少数患者久用后可出现口咽部念珠菌感染或声音嘶哑，但多不严重，停药后即可恢复。

另外，还要了解气雾剂的使用剂量，不要盲目加大剂量，或缩短喷雾间隔时间。舒喘灵、喘康速等止喘气雾剂对支气管平滑肌具有高度的选择性，若过量使用，使支气管扩张过度而转为收缩，反而加重哮喘。此时若误认为剂量不足，再次加大剂量时，就会出现严重后果。所以成人每周最多使用一瓶气雾剂。

人体对各种气雾剂都有一定耐受性，即长期反复使用后，止喘效果越来越差。为避免耐受性，最好同时使用两种气雾剂。如有条件，气雾剂最好与其他剂型（如片剂、药液等）的止咳止喘药同时使用，

使两者取长补短，增强药效。

口服激素：对急性哮喘发作，而且病情较重者，应早期应用口服糖皮质激素，如泼尼松（强的松），每日 30～40 毫克，分次或清晨顿服，病情稳定后逐渐减量（每 3 天减 5 毫克），维持量每天小于 10 毫克，直到病情完全缓解。

激素静脉给药：对急性、严重的哮喘患者，需要全身应用皮质激素，经静脉途径给药作紧急处理。常用的药物有氢化可的松、甲基强的松龙和地塞米松等。

色甘酸钠：色甘酸钠是一种非糖皮质激素类抗炎制剂。用于预防哮喘发作，也可预防运动、冷空气等引起的急性气道收缩及季节性哮喘发作。哮喘发作时先吸入 β_2-激动剂（β 是希腊文，读作“贝塔”），然后吸入色甘酸钠 20 毫克或奈多罗米钠 4 毫克，通过气雾器吸入治疗，每天 4 次。

白三烯受体拮抗剂（安可来）：是新一代非糖皮质激素抗炎药物，有抗炎及预防运动性喘哮的作用，可以口服治疗。适用于 12 岁以上儿童哮喘的长期预防治疗。

酮替芬、开瑞坦：能减轻患者的过敏反应，如湿疹、过敏性鼻炎等，对过敏性哮喘患者可做辅助治疗。

（2）支气管扩张剂：β_2-激动剂：在抗炎治疗的基础上，治疗哮喘时还要配合 β_2-激动剂。

β_2-激动剂是支气管扩张药物。目前使用的是吸入剂，不仅可以治疗哮喘发作，也可以在体力活动和运动之前用于预防发作。

常用的药物有沙丁胺醇（舒喘灵、喘乐宁、博利康尼），一般吸入 5 分钟后即可平喘。此外还有叔丁喘宁、沙美特罗（施立稳）等雾化剂。

可持续作用 12 小时的长效 β_2-激动剂（如福莫特罗），特别适用于有夜间哮喘的患者。但是长效 β_2-激动剂并不能减轻气道炎症，应该与抗炎药物一起使用。

口服的 β_2-激动剂有叔丁喘宁、喘特灵和美喘清。

抗胆碱类：溴化羟基异丙托品对气道平滑肌有较强的松弛作用，但起效较慢，用药后 30～60 分钟后达到高峰，可与 β_2-激动剂同用。

哮喘得到缓解后，还要进行病因治疗，预防复发。常用的方法有针对过敏源进行的脱敏治疗。

此外，还要用二丙酸倍氯松或色甘酸钠喷吸，维持半年以上。

目前有三联（或五联）哮喘疫苗，在发病季节前两个月开始注射。

支气管哮喘患者饮食宜清淡，少刺激，不宜过饱、过咸、过甜。忌生冷（如冷饮）、烟、酒、辛辣等刺激性食物。过敏性体质患者宜少食动物性蛋白食物，如果一旦发现某种食物确实可诱发自己支气管哮喘发病，应避免进食，宜多进食豆制品，如豆腐等。可多吃杏仁露、丝瓜、西瓜、梨等。对鱼、虾等

“发物”应当小心，以免引起哮喘发作。

生痰的食物有牛奶、蛋品、肥肉等，宜少吃为佳。

目前，哮喘病还不能彻底被根治，治疗的长期目标是控制病情发展。患者的自我监测包括两个方面，一是对哮喘症状的观察，二是对肺功能的监测。

对症状的观察包括记录每天的天气变化及用药情况、药物种类、给药方法和剂量等。哮喘病的分级及记分标准如下，积分越高说明哮喘症状越严重。

喘息	咳嗽	咳痰	（每日咳痰量）	睡眠
0级	无	无	无	安睡
1级	偶有喘息，程度轻	偶咳	小于50毫升	夜间醒来一次
2级	时有喘息，不影响工作和睡眠	频咳	51～100毫升	夜间醒来2次以上
3级	喘息明显，不能躺下，影响工作和睡眠	昼夜咳，并影响工作和休息	大于100毫升	夜间经常醒来，但可间断入睡
4级	症状严重，如端坐呼吸，不能平卧			整夜无法入睡

肺功能监测一般在医院内完成。在家庭中通常使用的是微型峰流速仪。理想的峰流速测定应每日2次，即早晨起床后和晚间9～10时。患者若需要使用支气管舒张剂，则可在用药前后分别测定并特别记录注明。若患者每天只测一次，应选在早晨起床后进行。

预防措施包括以下几个方面：

1. 寻找触发因素：患者要在医生的帮助下，细心观察，尽量回忆，从自己平日多次的哮喘发作经历中，寻找出引起哮喘发作的触发因素。在今后的生活中，尽量避免与这些因素接触。控制发作的主要手段，包括避免或减少与自己的触发因素接触，以及用药物缓解症状。哮喘患者要与医生紧密配合，经常与呼吸科的医生保持联系，预防哮喘的发作。

2. 制订治疗计划：医生根据患者的病情，做出“严重程度分级”，然后根据分级进行“阶梯治疗”。患者每3～6个月在医生指导下进行复查，重新评定“级别”。如果症状稳定在某级已达3个月，可以降级，直至达最低的一级，就可以停用长期预防药。

反之，如果症状控制不满意则考虑升级，加大用药力度。

患者自己最好学会使用峰流速仪和气雾剂吸入器。

患者最好自备一个像小手电筒大小的峰流速仪。这个小小的仪器，可以帮助患者测定用力呼气时的流速，每天早晚各测 1 次。

如果测得的最大呼气流速出现明显波动或呈下降趋势时，即使无任何主观不适症状，也应立即吸入平喘气雾剂，可以防止哮喘的大发作。

有了症状要早期治疗，包括患者自己能做出适当的处理。知道在什么情况下，要立即去医院看急诊。

支气管扩张

【概述】

支气管扩张是一种常见的呼吸道慢性化脓性疾病。大多数支气管扩张都是继发于其他呼吸道感染性疾病和支气管阻塞。儿童患有麻疹、百日咳和流行性感冒等病后，常易引发支气管肺炎，如果当时处理不当，日后就容易引起支气管扩张。

成人的支气管扩张，多见于患有肺结核、肺脓肿和肺部肿瘤的患者。在肺部感染性疾病中，支气管的管壁受损，弹性减弱，因而容易扩张。许多原因引起支气管阻塞时，也会形成支气管扩张。

【诊断】

支气管扩张的主要症状是慢性咳嗽、反复继发细菌感染、咳出大量脓性痰。

1. 咳嗽：患者为慢性咳嗽，有时会加重，一般在睡觉前或起床的时候，咳嗽最重。

2. 咳痰：支气管扩张患者的痰多数为黏液性或黄绿色脓性痰，痰量较多，每天可多达 100～400 毫升。痰液放置数小时后，可分为 3 层。上层是黏液，中层是液体，下层是脓性痰液。

3. 咯血：约有半数患者有咯血的症状。不同患者咯血的量悬殊极大，有的患者只是痰中带血，有的患者则是大咯血，在一天 24 小时之内，甚至可以咯出 400 毫升以上的鲜血。

4. 反复肺部感染：支气管扩张的患者，经常继发有肺部感染，这时患者有发热、盗汗、食欲不振等症状，长期反复感染使患者身体消瘦、贫血。

另外，慢性重症支气管扩张患者，会出现杵状指（趾），手指或足趾的末端像一个小棒槌。

诊断支气管扩张并不十分困难。一般要拍胸部 X 线平片或作 CT 检查。如果需要手术治疗，则还要让患者作碘油支气管造影。胸功能检查也是经常要检查的项目。纤维支

气管镜检查可以帮助发现炎症、阻塞或出血的部位。

【治疗与护理】

治疗支气管扩张的原则有：促进痰液排出，控制感染和手术切除。内科治疗主要是对症处理。

急性期应注意休息。缓解期可做呼吸操和适当的全身体育锻炼，以增强身体的抵抗力和免疫能力。对咳嗽、咳痰的患者，要及时将痰排出。常用的方法除了用祛痰止咳剂外，还有体位引流方法。所谓体位引流，是指病变在肺上部者，采取头高脚低位置；病变在肺下部者，则用头低脚高位，用体位的变化让痰顺利沿气管排出。一般每天做3～4次，每次20分钟左右。如果患者咳痰不易，也可以采用超声雾化吸入治疗，将生理盐水、α-糜蛋白酶及敏感的抗生素，让患者作雾化吸入，每天2～3次。

如果并发感染时，要根据痰中细菌培养的结果，选择细菌敏感的抗生素治疗。抗生素治疗一般要持续到患者的体温正常、痰量明显减少后1周左右的时候才能停止。

患者的咯血如果不太严重，可用一般的止血方法治疗，如注射安络血。遇到患者出现大咯血时，首先应安慰患者不要过度紧张，卧床少动，轻轻将血咯出，切忌屏住咳嗽以免窒息。应让患者侧卧，防止血块吸入引起窒息。同时，立即与急救中心进行联系，采取急救措施。常用的止血方法有静脉注射垂体后叶素或鱼精蛋白。

对反复感染或有大量咯血、病变范围小的年轻患者，可以用外科手术的方法，将病变所在部位的肺段或肺叶切除，这是比较彻底的根治办法。

预防和早期治疗与本病有关的疾病非常重要，如麻疹、百日咳、流感或肺炎、肺结核、肺脓肿等。天冷应注意保暖。平时患者也要注意避免受寒，防止支气管感染。患者应戒烟，避免接触烟雾及刺激性气体。

结核性胸膜炎

【概述】

最常见的胸膜炎是由于感染了结核杆菌引起的结核性胸膜炎。

结核杆菌通过淋巴道、血行播散或直接蔓延到达胸膜，引起胸膜感染，会有许多渗出液从胸膜渗出，形成胸腔积液。

【诊断】

通常，结核性胸膜炎患者起病急，有的患者却起病缓慢。常有午后发低热、盗汗、乏力、食欲减退、体重减轻、睡眠不佳、全身不适，女性患者还有月经失调等结核中毒症状。

患者咳嗽、胸痛，咳嗽一般较轻，痰量也少，部分患者为刺激性干咳。病变的早期，患者胸痛明显，以后随着胸腔中的积液增多，胸痛反而减轻。如果胸腔积液达到中等量以上，患者出现胸闷、气促并且呼吸困难。

诊断时，通过听诊和叩诊检查，以及X线或CT检查，即可发现胸腔积液，但是积液是什么性质，属于良性还是恶性？是由什么细菌引起的？还需要抽出积液进行化验检查才能确定。

胸腔穿刺抽取积液，不仅是为了诊断的需要，同时对中等以上的积液，排液可以减轻患者的胸憋、气闷症状。如果是大量胸腔积液，每周要抽两三次胸水，直到胸水完全吸收，不过每次抽液不超过1 000毫升。

患者出现胸痛、呼吸困难时，还可能是恶性肿瘤引起的。一般是其他部位的癌症转移到胸膜引起的。恶性肿瘤引起的胸膜炎，除了有原发部位肿瘤引起的症状外，患者还有胸痛。抽出的胸腔积液是血性胸水，抽液后，胸水又迅速增长。

【治疗与护理】

同肺结核病。

患者要注意休息，加强营养。同时需要进行全身性抗结核治疗。治疗方案参见本章肺结核一节。也要给患者进行糖皮质激素（如泼尼松）治疗，可以使结核病的中毒症状明显减轻，加快胸水吸收，防止胸膜粘连。

肺部感染（肺炎）

【概述】

肺部感染也称为肺炎。本病是由于各种病原体随着呼吸进入肺脏，或顺着血液流往肺里，引起的肺部感染疾病。引起肺炎的病原体有细菌、病毒、立克次体、支原体、衣原体和真菌等。肺部感染是老年人和儿童的多发病和常见病，也是导致婴幼儿和老年患者死亡的重要原因之一。

过去，按照肺部病变的范围，把肺炎区分为大叶性肺炎、小叶性肺炎（也称支气管肺炎）。现在一般是按照病原体来区分。由于引起肺炎的病原体不同，患者的症状也各不相同，在治疗用药时也有区别。

常见的细菌性肺炎有肺炎球菌肺炎、葡萄球菌肺炎、肺炎杆菌肺炎、绿脓杆菌肺炎。此外，还有支原体肺炎、病毒性肺炎、军团菌肺炎等。

肺炎球菌常侵犯老年人或有其他疾病的患者。肺部感染金黄色葡萄球菌后，病情非常严重，并且容易形成肺脓肿。

病毒常引起小儿肺炎，其中有

呼吸道合胞病毒、腺病毒、流感病毒等。

【诊断】

（1）新近出现的咳嗽、咳痰，或原有呼吸道疾病症状加重，并出现脓性痰；伴或不伴胸痛。

（2）发热。

（3）肺实变体征和（或）湿性啰音。

（4）白细胞大于 10×10^9/升或低于 4×10^9/升，伴或不伴核左移。

（5）胸部 X 线检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变，伴或不伴胸腔积液。

以上 1～4 项中任何一款加第 5 项，并排除肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸性粒细胞浸润症、肺血管炎等，可建立临床诊断。

（一）肺炎球菌肺炎

肺炎球菌肺炎是由于肺部感染了肺炎球菌引起的，一般在冬春季发病。患者突然受寒、淋雨或在饥饿、疲劳、醉酒的时候，容易诱发肺炎。

患者的典型症状是先出现咽痛、鼻塞、头痛、浑身不适等上呼吸道感染的症状，尔后突然出现寒战、高热（39～40 摄氏度）、咳嗽、咳痰。

患者的痰是铁锈色，这是本病的特征性改变。有时，痰中可有血丝或咯血。

多数患者还有胸痛，胸痛随咳嗽或呼吸而加重。病情较重的患者，有呼吸困难。

患者的面容呈急性病的样子，呼吸浅促，口唇周围可见单纯性疱疹，心率快，口唇轻度青紫。

有个别患者还会出现休克症状，病情非常严重，这时患者面色苍白，高热不退，四肢厥冷，口唇发绀，脉搏细弱，血压下降，意识模糊，称为休克型肺炎。

正常人的白细胞总数为（4～10）$\times10^9$/升（即每立方毫米中有 4 000～10 000）；白细胞中的中性粒细胞，占总数的 65%～75%（在化验单上写为：N 0.65～0.75）。

在患肺炎球菌肺部感染时，检查患者的血液，白细胞大量增加。血液中的白细胞计数为（10～30）$\times10^9$/升（即 10 000～30 000/mm^3）。白细胞分类中，也以中性粒细胞为主，占总数的 80%以上（即 N 0.80 以上）。

将患者咳出的痰进行涂片检查，可见到肺炎球菌。进行痰培养，也可能培养出肺炎球菌。

胸部 X 线检查，如拍胸片时，可见肺部有炎症表现，即在有炎症的肺叶上出现大片或小片的阴影。

（二）葡萄球菌肺炎

葡萄球菌肺炎又称为金黄色葡萄球菌肺炎。这种肺炎的病原体是金黄色葡萄球菌（简称金葡菌）。金葡菌毒力强，所以患者的病状严重，病死率高。在医院里，经常有耐药性金葡菌存在，所以许多住院患者

感染的肺炎是金葡菌肺炎。

症状除发病急骤，有高热、恶寒、大汗、胸痛外，患者气急，有呼吸困难，口唇青紫。

咳嗽初为黏液痰，以后为黄色脓痰或痰中带血。也常伴有胸痛。

X线检查时，在肺部的阴影中可能有小脓肿或小气囊。

血常规检查时，见白细胞总数达10×10^9/升以上。

查痰或对痰进行细菌培养，可以发现有金黄色葡萄球菌。

（三）肺炎杆菌肺炎

肺炎杆菌肺炎也称为克雷白杆菌肺炎，多发生在老年人。患者在发生肺炎之前，经常已经有其他慢性疾病，如患有慢性支气管炎、肺气肿、肺源性心脏病等。

起病较急，病情较严重。患者有寒战、高热、呼吸急促、剧烈咳嗽等症状。患者痰多，痰也不容易咳出。症状典型的患者，痰呈砖红色胶胨样。

诊断这种病，同样要进行X线胸部拍片，也要进行血常规化验检查。

（四）绿脓杆菌肺炎

绿脓杆菌分布非常广泛，但是它们一般不会使人致病。当人体久病，或长期使用抗生素、激素、抗癌药物或免疫抑制剂后，身体抵抗力下降，绿脓杆菌就会使人致病。所以在住医院的患者中，经常会出现肺部的绿脓杆菌感染。

患有绿脓杆菌肺炎的患者，症状与肺炎杆菌肺炎的症状相似。另外，患者的痰多为黄色或翠绿色脓痰，成为这种肺炎的特征。

诊断绿脓杆菌感染的依据，主要靠痰中的细菌培养。

（五）支原体肺炎

支原体是一类微生物的总称。支原体的大小，介于细菌和病毒之间；它们的结构比病毒复杂一些，而比细菌简单。

由支原体引起的肺炎，症状与其他肺炎相同，但是部分患者症状较轻。

有一种化验检查，称为红细胞冷凝集试验，可以用来诊断肺炎支原体肺炎。

（六）病毒性肺炎

病毒性肺炎多发生在婴幼儿，一般在冬春季发生，常有小的区域流行。

引起肺炎的病毒有许多，如流行性感冒病毒、腺病毒等。患儿起病缓慢，发病前多有上呼吸道感染的症状，如头痛、发热、乏力。咳嗽经常是持续性的干咳，胸痛少见。

检查病儿的痰液，不能发现细菌。但是从咽喉冲洗物组织中可能找到病毒。

医生也要给患者做胸部X线检查。

（七）真菌性肺炎

致病性真菌常寄居在人体的口腔或呼吸道，当抵抗力下降时，真菌可侵入肺部造成肺炎。因此长期使用广谱抗生素、接受抗癌药物或

激素治疗，以及久病体弱者，容易发生真菌性肺炎。

【治疗与护理】

1. 一般治疗：患肺部感染后，患者应卧床休息。发高热时，尽量不要使用退热的药物，以防止出汗过多引起虚脱，尤其是老年人，体质虚弱，更不能随便服用退热药物。可以采用物理降温方法，如头部放置冰袋，或额头上放一块凉毛巾。患者要多饮水。多吃一些新鲜蔬菜、瓜果，饮食要蛋白质含量丰富且容易消化的食物，如牛奶、蛋类、鱼等，不宜进食太油腻的食物。

2. 保持室内空气流通、清洁，戒烟酒，避免接触油烟等刺激性气体。

3. 胸痛时用少量止痛剂。病情好转后进行适当的室内活动，恢复期则可逐步增加室外活动。

4. 做好口腔护理，患者应在饭后、早晚漱口，保持口腔清洁，预防可能发生的口腔感染。

5. 药物治疗：对于细菌引起的肺部感染，治疗时要使用对致病细菌敏感的抗生素。抗菌药物疗程一般可于热退和主要呼吸道症状明显改善后 3～5 天停药，视不同病原体、病情严重程度轻重而异。重症肺炎除有效抗菌治疗外，支持治疗十分重要。对肺炎球菌肺炎，首先用青霉素治疗。如果患者对青霉素已经产生了耐药性，使用青霉素无效果时，也可用头孢菌素。对青霉素过敏的患者，可用红霉素等。

中毒性肺炎的患者，病情紧急，病势沉重，需要住进医院抢救，治疗休克症状。治疗金黄色葡萄球菌肺炎时，由于大多数葡萄球菌对青霉素已经产生了耐药性，所以治疗首选苯甲异噁唑青霉素（新青 II）或头孢菌素。

绿脓杆菌肺炎对许多抗生素都产生耐药性，所以治疗起来更为困难一些。抗生素要早用、足量用，并且还要根据细菌敏感试验的结果，及时调整药物。

治疗肺部感染时使用何种抗生素，要由医生根据具体情况决定。

对于病毒性肺炎，一般用抗病毒的药物，如金刚烷胺、无环鸟苷等。治疗肺炎支原体肺炎，用红霉素、交沙霉素、四环素等，效果较好。

咳痰的患者应按医嘱服用化痰药，痰液黏稠者应用雾化吸入，以稀释痰液，保持呼吸道的通畅。

肺炎是小儿和老年人常见的疾病，而且往往是造成患者死亡的重要原因。所以寒冷季节应注意保暖，防止受凉或感冒发生；当他们出现上呼吸道感染的症状时，要积极进行治疗，防止发展为肺部感染。

另外，患者因其他疾病住院期间，而在院内感染引起的肺炎，往往治疗起来更加严重。这是因为医院中有许多对抗生素耐药的细菌，治疗这些耐药细菌非常困难。

慢性肺源性心脏病

【概述】

慢性肺源性心脏病简称肺心病，是一种老年人的常见病和多发病。肺心病既是呼吸系统的疾病，也是心血管系统的疾病。这是因为它既侵犯了肺脏，也影响到心脏，而疾病的根源，还是由于肺部的疾病引起的。

引起肺心病的原因很多，最主要和最常见的是慢性支气管炎和肺气肿。慢性支气管炎、肺气肿统称为阻塞性肺病。它们的共同特点是气道阻塞、通气功能减退，造成血液中的氧气含量减少，二氧化碳的含量增加。

慢性支气管炎、肺气肿患者的病情，如果没有得到有效控制，会年复一年加重，逐渐发展成为肺心病。其他慢性肺病，如支气管哮喘、支气管扩张、慢性纤维空洞型肺结核、弥漫性间质性肺病、矽肺等，也会引起肺心病。其他原因还有脊柱、胸廓畸形，胸膜广泛肥厚粘连，也会影响肺脏的通气功能。此外，由于严重打鼾（俗称“打呼噜”），或患有睡眠呼吸暂停综合征的人，天长日久，也可能发展为肺心病。

【诊断】

慢性肺心病分为两期，即病情缓解期和急性发作期。

早期肺心病缓解期时，患者经常有咳喘、咳白色痰等症状。活动后即感气憋，呼吸困难。体温不高，化验检查白细胞正常。患者无右心衰竭的临床表现。

晚期肺心病缓解期患者，处于代偿性慢性呼吸衰竭的状态。通常用动脉血气分析技术，把动脉血氧分压（PaO_2）等于或低于 60 毫米汞柱（mmHg），二氧化碳分压（$PaCO_2$）高于 50 毫米汞柱定为呼吸衰竭的标准。这时患者口唇、甲床有轻度紫绀症状，颈静脉可见充盈，肺部能听到干湿啰音；检查心脏时发现，患者剑突下心脏搏动增强。

肺心病的患者多因呼吸道感染而诱发急性发作。急性发作一般在是寒冷的冬季。患者有发热、咳喘、憋气等症状，痰为黄色脓性。由于缺氧，患者的口唇青紫（发绀）。这时患者经常会出现右心衰竭，患者不能平卧，颈静脉明显粗壮（称为静脉怒张）。检查时，发现肺部啰音增多，肝脏肿大，肝区可触及压痛，双下肢见可凹性水肿。化验血中的白细胞增多。但是，老年体弱患者，常无发热和白细胞增多等表现。

由于病情严重，痰黏稠不易咳出，以致出现二氧化碳潴留。患者可出现多种神经精神症状和体征，可有眼睛的球结膜水肿、颜面多汗、

皮肤潮湿。病情严重时，患者会出现肺性脑病，有头痛、头胀、烦躁不安，严重时还有幻觉和精神症状，神志淡漠、嗜睡，最后出现昏迷。肺性脑病是肺心病的最严重情况。

诊断肺心病一般并不难，如果患者有慢性咳嗽病史，并且有上述的一些右心衰竭症状，即可初步诊断。另外还要拍X线胸片，进行超声心动图、心电图、心电向量图、肺功能或放射性核素等项检查。血气分析也是经常要检查的项目之一，检查患者的氧和二氧化碳分压、血液酸碱度（简称pH值）。

【治疗与护理】

肺心病的治疗比较复杂，包括急性发作期的治疗和缓解期的治疗两个方面。

1. 急性发作期：

（1）控制感染：急性发作期要选用有效的抗菌药物治疗，迅速控制呼吸道感染症状。开始时，一般由医生根据治疗经验、结合患者具体情况选用抗生素，以后应根据痰培养结果和患者对哪一种抗生素敏感，确定使用何种抗菌药物。

（2）止咳平喘：急性发作时，为了保持患者的气道通畅，要给患者一些祛痰、平喘、止咳的药物。祛痰的药物可用必咳平、莫可咳平，或用氯化铵、氯化碘与棕色合剂同用。

（3）设法排痰：痰液滞留在呼吸道内，不仅会使细菌孳生、病毒繁殖，加重感染，从而使气管、支气管堵塞，甚至可能造成气管窒息，危及患者的生命。所以应鼓励患者把痰排出。活动困难者每隔一两小时协助翻身拍背一次，翻身前排净痰液。老年人如果无力排痰，也可以采用非药物性排痰的方法。一般的做法是，让患者侧卧或取坐位，他人将手作半握拳状，有节奏地拍打或捶打患者背部的左右侧或左右侧上方，通过震动让痰排出。也可以在保温杯中，盛有多半杯70摄氏度左右的白开水，让患者将自己的鼻子放在杯口内，用嘴呼气、鼻吸气。水凉了再换水，吸蒸汽20分钟，以稀释痰液的黏稠度，使之咳出。这种方法由于水蒸气颗粒大，雾滴大多沉积在口腔，不易进入支气管，故仅在上呼吸道黏膜有祛痰作用。现在有以氧气为动力的喷射式雾化器最为常用。用超声雾化器，可产生高密度均匀的气雾颗粒，分布可达末梢气道。但是每次不要超过15分钟，以免引起气道过度湿化，或支气管痉挛。做法是将3%盐水、2%～4%碳酸氢钠液、α-糜蛋白酶吸入气管，使黏痰液化，易于咳出。如原本很明显的痰咳音突然消失或减轻时，应警惕有无痰液阻塞呼吸道。平时家中可备有50或100毫升注射器与吸痰导管，以便急用。紧急时，也可用手帕裹住示、中两指，深入患者的口腔内，挖出痰液或用口吸出痰液。

（4）利尿强心：医生还要让患者服用利尿的药物，以防止或治疗

患者出现的水肿。常用的利尿药物有双氢克尿塞、氨苯喋啶。如果患者出现了心力衰竭，需要使用强心的药物，如毒毛旋花子苷、毛花苷丙或强心灵等。同时还要使用一些降低肺动脉高压的药物，如酚妥拉明、消心痛、心痛定等，吸入一氧化氮。

这些强心药物的治疗量与中毒量非常接近，所以使用的时候，一定要认真观察病情，随时调整用药。用什么药，药量多少，都是由医生决定的，患者和他的家属千万不要自己使用。

(5) 给氧：患者缺氧必须纠正。如果患者出现呼吸困难、唇指发绀，就要及时给他们吸氧治疗。在医院中，医生通常要参考患者的化验结果。

吸氧的工具有单侧鼻导管及鼻塞，也有眼镜架式双侧鼻导管。严重缺氧时，可用通气面罩，可以方便地调节给氧的浓度。

肺心病患者吸入氧气的时候，氧气的浓度要进行控制，并不是说“越浓越好”。氧气的浓度太高，对患者反而有害，容易使患者神志不清，严重的会出现肺性脑病。长期高浓度的吸氧，还会出现氧中毒。

给患者吸的氧气，要温化、湿化，一般是将导氧管通过装热水的玻璃瓶，然后再让患者吸入。患者吸氧，在起病初期要 24 小时不间断。一般氧疗要不少于 4 周。在撤氧以前，也要让患者间断吸氧数日。

(6) 排出二氧化碳：为了排出二氧化碳，医生也要给患者使用呼吸兴奋剂，如尼可刹米（可拉明）静脉滴注。

如果用呼吸兴奋剂无效，则要用通气机进行辅助呼吸。

(7) 其他：此外还要应用抗凝剂，补充能量和营养素（如用复方氨基酸、脂肪乳等）。

有条件的医院已经采用重症呼吸病监护病房，可以提高治疗患者的效果。

2. 肺心病缓解期的治疗：肺心病缓解期期间，患者最好在社区设立的家庭病床接受治疗。

患者的居室要环境舒适、冷暖相宜、空气清新、阳光充足。要注意增减衣服。冬季避免在户外寒冷的空气中久留，外出要带上口罩。天暖的时候，还要进行耐寒锻炼，如经常用冷水洗脸，提高耐寒能力。采取有效措施，切实认真预防上呼吸道感染。患者经常要进行腹式呼吸锻炼。

肺心病患者要加强营养。患者一般营养状况较差，所以需要高蛋白质、高碳水化合物饮食。蛋白质供应宜每天每千克体重 1.5～2.0 克，注意增加优质蛋白的比例，如瘦肉、蛋、奶、鱼等。患者的饮食要清淡，易消化，少量多餐。饭菜多样可口，以提高患者的食欲。如果患者有心衰时，适当控制水和盐的摄入量。

家庭病床要设法开展家庭氧疗，

让患者在家中也能吸氧气，可以大大提高患者的生活质量。

患者感到气促时，取半卧位或坐位，鼓励患者咳嗽排痰。指导患者掌握主动有效的排痰方法很重要。促进排痰的方法为：嘱患者坐位，深吸气后憋住，然后突然用力咳嗽，借助胸肌、腹肌同时收缩，使胸腔压力增高，使胸腔深部的痰能咳出。鼓励患者经常变换体位，协助患者拍背，配合超声雾化吸入化痰药物。

慢性肺心病的患病率，随着年龄增长而增高。同时，也与日常的生活环境和吸烟有密切关系。吸烟者比不吸烟者的患病率明显增高。气候变化也是肺心病的诱发因素，气温低、气温变化大、湿度小的环境中，肺心病的患病率也高，冬季或冬春之交，是肺心病的高发季节。所以，预防肺心病应当注意下面一些问题。

(1) 戒烟、改善环境污染：吸烟或被动吸烟，可以损害支气管黏膜上皮和纤毛，使气管的分泌增加，防御功能下降。环境的污染，也可以刺激支气管，引起慢性炎症。受凉、吸入冷空气，容易引起感冒，使痰量增多，加重咳喘。所以肺心病患者必须戒烟。周围的人也不要在患者的房间里吸烟。家庭的厨房要保持空气流通，最好安装抽油烟机。

(2) 增强体质改善呼吸功能：患有肺气肿和肺心病的患者，要改变以胸式呼吸为主的模式，应以腹式呼吸为主。所以患者要经常进行扩胸运动和腹式呼吸锻炼（见本章阻塞性肺气肿节）。

(3) 进行生活指导：患者（或家属）要根据病情，每天记录 1 分钟的呼吸、脉搏次数、气短的程度、体温、体重、咳痰量、咳痰颜色、有无腿肿、尿少以及饮食、服药情况等。通过上述情况，可了解病情变化。如出现呼吸增快、痰量增多，或出现黄色脓痰，表示有气道感染；脉搏增快、体重增加、尿量减少、下肢水肿，意味出现心力衰竭，需要立即去医院治疗。

家庭长程氧疗：肺心病患者即使在缓解期，也处于一种慢性缺氧状态，所以应当创造条件，让患者在家庭环境中也能进行氧疗。患者缺氧时，可表现为呼吸加深加快、呼吸困难、胸闷、气憋、心跳加快。患者自觉容易疲劳，白天嗜睡，头痛、头晕，注意力不集中，记忆力减退，判断力下降。在夜间，则经常出现睡眠障碍。患者在化验检查时，如果发现动脉氧分压和血氧饱和度低于正常，这时进行氧疗后。上述症状能明显好转。每天吸氧超过 15 小时，可明显延长患者寿命，改善生活质量。开展家庭氧疗时，由于一般氧气袋容积太小，每次只能使用 15～25 分钟，因此无法满足长期氧疗需要，可采取制氧机解决家庭氧疗问题。

睡眠呼吸暂停综合征

【概述】

打鼾是睡眠中经常出现的现象。睡眠时，呼吸的气流通过狭窄的气道，所产生的阻力增高，引起咽腔周围组织的振动，伴随呼吸的节律活动，而出现打鼾。正常人的咽部、咽腔有一定的宽度，以保证睡眠时呼吸气流的畅通。在打鼾者中，大部分人为睡眠时出现均匀一致的鼾声，无其他不适，对本人无多大影响，仅影响别人休息，称为单纯性打鼾。

严重打鼾的人，主要原因是上呼吸道尤其是咽部狭窄、软组织松弛，在吸气时胸腔负压的作用下，软腭、舌坠入咽腔，紧贴咽后壁，从而造成上气道阻塞和呼吸暂停。鼻、咽及喉部的一些病变，如鼻中隔偏曲、慢性鼻窦炎、鼻咽腺样体肥大、扁桃体肥大、咽淋巴组织增生、舌体肥大等，都会使咽腔狭小，吸气时空气进入受阻，从而使软腭发生振动，形成鼾声。肥胖者的舌体大，咽部周围脂肪多，造成气道狭窄，所以胖人更容易打鼾。

打鼾严重者，如果还伴有频繁的呼吸暂停（超过 10 秒），反复憋气或憋醒，如果一夜 7 小时的睡眠中，呼吸暂停超过 30 次以上，或每小时睡眠呼吸暂停超过 5 次以上时，称为睡眠呼吸暂停综合征。

患该病时氧的吸入量减少，导致血氧浓度降低，血中二氧化碳含量升高，容易形成继发性高血压、心律失常等症。

【诊断】

患者睡眠时有肢体异常活动，张口呼吸，夜尿次数增多，憋气、胸闷、反复憋醒，多汗，多梦噩梦，有时半夜醒后有濒死感，难以入睡。

多数患者次晨头昏、瞌睡、困倦无力，注意力不集中，记忆力差，严重时情绪和行为紊乱，出现勃起功能障碍及性欲减退。睡眠时被憋醒或睡醒后血压增高，而且用降压药物治疗效果不好。

儿童患者有长期张口呼吸，智力下降，体重不足，有时梦游或遗尿。

有睡眠呼吸暂停综合征的人，由于缺氧从而引起低血氧症和高碳酸血症，导致红细胞增多症、高血压病、心律不齐，或发生心肌梗死、肺源性心脏病、脑卒中等，甚至发生猝死。

诊断多需用多导睡眠图检查。包括监测胸壁运动，用热敏电阻器测定鼻口气流，还要做心电图及脑电图检查，以全面了解患者的睡眠状态，判断患者呼吸暂停的类型及其严重程度，同时要了解呼吸暂停和低氧对睡眠和心脏的影响。

【治疗与护理】

（1）患者应戒烟、戒酒，避免服用安眠和镇静药物。宜采取侧卧位睡觉。

（2）减肥、矫正张口呼吸的习惯。

（3）应在耳鼻咽喉科检查，纠正鼻息肉、鼻中隔偏曲，治疗慢性鼻炎、腺样体增殖、扁桃体肥大等慢性疾病，必要时进行手术治疗，切除口咽部分不重要的过剩组织，如鼻窦开放术、鼻中隔矫正术、扁桃体切除术、腺样体切除术，以及悬雍垂腭咽成形术，以解除鼾声或使症状减轻。也可采用激光手术方法。

（4）可带舌托，防止睡眠时舌根下坠阻塞上气道。

（5）持续气道内正压通气治疗：该方法是让患者在睡眠时戴上一个鼻面罩，鼻面罩与通气机连接，由通气机提供一定压力，通过鼻腔持续给予气道一定的正压，从而防止患者睡眠时咽部软组织塌陷、上气道阻塞，防止打鼾和呼吸暂停。初用时，部分患者可有一些副作用，如不能耐受、鼻面罩漏气、皮肤过敏、眼部刺激、鼻塞或鼻干等，但大多数患者可以克服。

（6）一些止鼾药物可试用。

（7）治疗3个月或半年后应复查。

慢性胃炎

【概述】

胃像一个可松可紧的皮囊，吃饱了饭以后，可以胀得很大；而在饥饿空虚时，又可以缩得很小。

胃壁有3层。它的外层是浆膜，中层是肌层，最内层为黏膜层。

在胃黏膜上有3种细胞。一种是主细胞，它可以分泌胃蛋白酶原；另一种是壁细胞，能分泌盐酸；第三种是能分泌黏液的黏液细胞。

壁细胞分泌的盐酸和胃蛋白酶，能够消化胃内的食物。但是它们不会消化自身的胃壁。这是由于黏液细胞不断分泌一些碱性的黏液，形成一层薄薄的凝胶层，覆盖在胃黏膜上，起着保护胃黏膜的作用。

随着年龄增长或由于疾病的原因，使胃黏膜的抵抗能力降低，结果会造成盐酸和胃蛋白酶对胃黏膜的损伤，以致形成炎症。

慢性胃炎是指各种原因引起的胃黏膜炎症，是一种很常见的疾病，发病的人数随着年龄增加而不断增多。差不多有80%的人在一生中，都会患有慢性胃炎。

另外，感染幽门螺杆菌也是造成慢性胃炎的原因之一。

慢性胃炎分为浅表性胃炎和萎缩性胃炎两大类。这两种胃炎可以单独存在，也可同时并存，后者常

由前者发展而来。因此慢性浅表性胃炎常见于青壮年人，慢性萎缩性胃炎多见于中老年人。

浅表性胃炎的病变局限于胃黏膜浅层，而萎缩性胃炎的病变累及胃的腺体，造成腺体萎缩或消失，并出现胃上皮肠化生（简称肠化）或异型增生。

【诊断】

与溃疡病不同，慢性胃炎常缺乏特征性的症状。病变程度也与症状不平行。除了胃镜检查可以区分浅表性胃炎与萎缩性胃炎外，两者平时的症状却难以区别开来。

患者经常有间歇性或持续性的上腹部胀闷、隐痛或不适，还有食欲不振、呕吐、恶心、反胃酸、烧心、打嗝（医学上称为呃逆或嗳气）等症状。部分患者可有厌食、消瘦、贫血、上消化道出血等。

诊断慢性胃炎一般要做胃镜和其他检查。胃镜检查可以明确是否患有慢性胃炎、炎症的类型和轻重，同时排除其他疾病的可能。在胃镜检查时，还能了解有无十二指肠胃反流，有无幽门螺杆菌感染等，同时从患者胃壁采取活组织进行病理检查。

诊断慢性胃炎也需要做一些实验室检查：

（1）胃液分泌功能检测：胃酸分泌在浅表性胃炎一般正常、轻度降低，有时也有增高。萎缩性胃炎在局限时可正常或低酸。胃萎缩时无胃酸，胃液也很少，用泌酸刺激剂后，也无酸或无胃液。

（2）胃蛋白酶原测定：胃蛋白酶反映主细胞的数量，可测胃液、血浆、24小时尿液中胃蛋白酶原含量。胃蛋白酶原和胃酸分泌量常呈平行关系，浅表性胃炎时可正常或轻度降低，萎缩性胃炎常减少。

（3）血清胃泌素测定：用放射免疫法测定血清胃泌素，正常值小于100纳克/升（ng/L）。浅表性胃炎正常或轻度升高。萎缩性胃炎明显增高（大于1 000纳克/升）。

（4）幽门螺杆菌检测：常用方法有直接涂片、染色；胃黏膜组织切片染色或免疫组织化学染色；胃黏膜培养；尿素酶快速试验；血清幽门螺杆菌抗体测定；尿素呼气检测等。

胃黏膜腺体萎缩之后，再生的细胞形态与肠黏膜细胞相同的称为“肠化”。与大肠黏膜细胞相同的称为大肠化生，与小肠黏膜细胞相同的称为小肠化生。小肠化生不会变癌，大肠化生也不是全部会变癌，只有不完全型大肠化生的癌变可能性较大。所谓异型增生，是指胃黏膜细胞形态异常，如细胞明显增大。轻度异常增生多为炎症或溃疡所致，经治疗大多可恢复正常。中度异常增生可向重度异常增生发展。重度异常增生被认为是癌前病变，故对这两者要引起重视。

【治疗与护理】

1. 去除病因：做到规律进餐，戒烟、戒酒，不喝浓茶、咖啡，避

免服用对胃有刺激性的药物，纠正暴饮暴食等不良饮食习惯。积极治疗口腔、咽部疾病和其他一些容易伴发慢性胃炎的疾病，如慢性肝病、肺病、糖尿病等。

2. 饮食中食物以细软、清淡、少盐、易消化、无刺激性为宜，避免生冷、酸辣、质硬食物。为了保护胃黏膜、提高胃黏膜的抵抗力，可以适当多吃一些动物肝、鸡蛋、瘦肉、牛乳、动物血等，少吃豆制品、生菜、糖等。进餐要定时定量、细嚼慢咽。为了减少对胃黏膜的刺激，可吃一些少渣半流饮食或软饭。控制每餐食量，一般每天三餐，急性发作时改为4～5餐，以减轻胃的负担。烹调时忌炸、煎，以免食物不消化，在胃内停留时间过长，刺激胃酸分泌。胃酸过多的患者，应慎用肉汤、酸味汤。胃酸过少者可用水果、酸奶、醋、浓肉汤、鱼汤，以刺激胃酸分泌。

慢性胃炎的药物治疗效果并不太理想，一般是对症治疗。浅表性胃炎多数经过一定时间可完全恢复正常，但也有部分可发展成为慢性萎缩性胃炎。对无症状或轻微症状可不治疗。

在药物治疗中，可选择以下1～2类药物：

（1）清除幽门螺杆菌感染的药物：通常使用“三联疗法”（参见本章消化道溃疡节）。

（2）促进胃蠕动、减少肠液反流药物：慢性胃炎最常见的是中、上腹部胀闷、纳呆、嗳气。要消除这些症状，常用的是一些促胃动力药物，如西沙必利（普瑞博思），每天3次，每次10毫克，可增强胃的收缩，加速胃的排空，缩短胃肠道内半固体或固体食物的运输时间。多潘力酮（吗丁啉）能增加胃蠕动，促进胃排空，因此对消除症状十分有效。常用量是10毫克，每天4次，饭前15～30分钟及睡前服用。副作用较少，常见的副作用是口干、头痛或异常泌乳。甲氧氯普胺（胃复安）有促胃动力和止吐性能，可加快胃排空速度。用法与吗丁啉相同。

（3）制酸剂和碱性药物。

（4）稀盐酸和胃蛋白酶。

（5）加强胃黏膜屏障功能。

上腹痛的时候，可用溴必利、普鲁本辛、654-2、胃疡平、胃舒宁、三九胃泰等；呕吐可用维生素B_6或吐来抗（硫乙拉嗪）；烧心、反酸时，可用西咪替丁、雷尼替丁、乐得胃、胃必治、胃丙胺、氧化镁和氢氧化铝等；嗳气、消化不良可用胃蛋白酶、康胃素、乳酶生、胰酶、维酶素、神曲和香砂养胃丸等。

预防慢性胃炎应首先从饮食做起。避免吃过热、过冷或有刺激性的食物，饮食要定时、定量。

戒烟忌酒非常重要。同时也要避免精神过度紧张，保证充足的睡眠。

避免长期服用消炎止痛药，如阿司匹林及皮质激素等，以减少胃

黏膜损害。在服用对胃黏膜有损害的药物时，要坚持在饭后服用或加用抗酸剂。

患者应定期做胃镜检查，一般每半年或1年检查一次，观察胃炎的变化。如遇有症状加重、消瘦、厌食、黑粪等情况时，应及时到医院检查。

预防幽门螺杆菌感染，要避免病从口入。注意餐具消毒。煮沸消毒条件简便易行，灭菌效果可靠。如果经济条件允许，可使用消毒柜消毒。饭前便后要洗手，洗手一定要用肥皂仔细搓揉，并用大量清水冲洗。洗完手后可让其自然干燥，或用自动风干机吹干，而不要用公用毛巾揩，以免再次污染。聚餐时，提倡使用公筷或分餐制。另外，家长不要将食物先放在自己嘴里嚼烂，然后再喂孩子。这样做，有可能将幽门螺杆菌在喂食的过程中传播给孩子。

胃食管反流病

【概述】

胃食管反流病是指胃内容物（主要是胃酸，少数为胆汁）反流至食管而出现的一些临床症状。消化系统能将食物进行运输、消化、吸收，供给人体必需的营养。食物在体内的“传送”过程中，消化道的每一个部分或器官，就像“流水线”上的一个个“车间”，每个“车间”都有着自己独特而严格的工作环境。例如，胃内容物为酸性；上面的食管和下面的十二指肠环境为碱性。

食管下括约肌和幽门，类似“车间”之间的“门”，但此种生物性活瓣不能严格地关闭和开放。因此，平时其内容物总会有一定量的逆流，称之为生理性反流。这种少量的反流液会通过重力作用、食管正常蠕动及唾液下咽等生理性保护措施被及时清除，不致对身体造成太多损害。

如果上消化道出现了某些功能性障碍，如食管正常蠕动消失，食管下端括约肌张力降低，则胃酸反流频率就会大大增加，此时如果食管不能将其清除，就会对食管壁造成损害。

【诊断】

胃食管反流病的主要症状有：

（1）烧心感：发生在一半以上的病例。主要是胸骨后烧灼感，局限于下胸部或上腹部，多发生在餐后，在卧位或睡眠时更易发生。

（2）反酸：即吐酸水，是指酸性反流物进入患者口内的一种直接感觉。

（3）吞咽困难。

（4）出血。

（5）其他症状。

诊断胃食管反流病，除作胃镜

检查外，经常要做一些实验室和其他检查。

（1）内镜检查：多数患者在胃镜检查时能发现有食管炎的改变。

（2）食管内酸碱度（简称 pH 值）测定：可行食管内 24 小时酸碱度监测，这是诊断该病最准确的方法之一。

（3）食管压力测定。

（4）食管滴酸试验。

（5）放射性核素检查。

【治疗和护理】

1. 一般治疗：患者应改变某些饮食习惯，调整生活方式。例如戒烟，避免过量饮酒，睡眠时床头抬高 20 厘米。尽量穿宽松一些的衣服，避免牵拉、上举、弯腰，因为这些因素可能会增加腹内压，助长胃酸反流。

2. 饮食治疗：患者应采取低脂饮食，尽量少吃或不吃可能引起反酸的食物，如巧克力、薄荷、番茄、浓茶、咖啡、酸性饮料等；避免食入产气过多的食物，如土豆、红薯、豆制品等。大量脂肪、蛋白质均不利于胃排空，应少食多餐，也不要在睡眠前进食。病情较轻者，一般通过调整生活方式，症状即可得到改善。

3. 药物治疗：病情较重者，需要进行药物治疗。药物治疗的目的，包括控制胃酸、保护黏膜、刺激运动。

（1）促动力药物：促动力药物可以促进胃排空。如甲氧氯普胺（胃复安），每次 10 毫克，每天 2 次；多潘立酮（吗丁啉），每日 3 次，每次 10 毫克；西沙必利，每日 3 次，每次 10 毫克。

促动力药物西沙必利、吗丁啉常与抑酸剂合用。

（2）抑酸剂：有 H_2 受体拮抗剂（如西咪替丁、雷尼替丁、法莫替丁等），还有质子泵阻滞剂（如奥美拉唑、兰索拉唑）。疗程要长于治疗溃疡病，一般正规疗程为 8～12 周（参见消化性溃疡一节）。

黏膜保护剂（硫糖铝和铋剂）对食管黏膜也有保护作用。

消化性溃疡

【概述】

胃溃疡和十二指肠溃疡也称为消化性溃疡，是常见的慢性消化道疾病。所谓胃或十二指肠的“溃疡”，就是在胃壁或十二指肠的肠壁上出现溃烂。溃疡一般是圆形或椭圆形，深浅不一，大小不等。胃溃疡较大，十二指肠溃疡较小。胃溃疡多发生在胃小弯，而十二指肠溃疡多发生在十二指肠的球部。

本病是常见病和多发病，患病的人，男性多于女性，而且 20～40

岁的年轻人多见。在青壮年容易发生十二指肠溃疡，中老年人则易发生胃溃疡。

溃疡病的发生，主要是由于胃酸或胃蛋白酶消化了胃或十二指肠黏膜组织所引起的。溃疡病也是一种心身疾病，也就是说，溃疡病的发病原因中，精神和心理因素占了非常重要的地位。

20世纪80年代以来，医学家在溃疡病的病变部位，发现了一种细菌，称为幽门螺杆菌，并且认为它是消化性溃疡病的主要发病因素。

幽门螺杆菌一般是在做消化内镜检查的时候，同时作活体组织学检查才能发现。此外，目前还有用核素^{13}C-或^{14}C-尿素呼气试验进行检查。

【诊断】

消化性溃疡病是一种慢性病，并且还有周期性发作的特点，发作一个时期后，病症会缓解一段时间。

溃疡病有多种症状，上腹部疼痛是主要症状。疼痛可能是钝痛、灼痛或剧痛。疼痛的时候，如果吃一些食物或服用一些碱性药物，就可能缓解一些。

疼痛的部位一般是在上腹部的中间部位，有时会牵涉到后背也跟着疼痛。如果背部疼痛非常剧烈，则可能是溃疡已经穿孔，或者是已经累及到邻近的其他器官。

有溃疡病的人，疼痛发作有些规律，通常与季节有关。

一般是从秋季开始发作并加重。到第二年春天，病情就缓解了。这种规律性疼痛，在十二指肠溃疡更为突出。

疼痛的出现与消失，往往与进食有关。胃溃疡的患者，当食物进入胃内以后，食物保护了溃疡面，所以一般在进食后疼痛缓解，在饥饿时疼痛加重。患有十二指肠溃疡的人，经常在夜间疼痛。

其他症状还有恶心、呕吐、嗳气、反酸。

胃溃疡的常见并发症是穿孔，而十二指肠溃疡的常见并发症则是出血。

溃疡病穿孔的时候，患者突然剧烈腹痛，腹部发硬，摸起来像木板一样，医生按压患者的腹部，患者疼痛会更加严重。如果给患者进行透视检查，在膈下可以发现游离气体，成为医生诊断时的根据。而在正常人的膈下并不能发现游离气体。

溃疡如果出血，患者会出现黑色的大便，也称为柏油样便。出血量少的时候，检查患者大便做潜血试验，可以是阳性或“+”。

诊断溃疡病，一方面可以通过了解病史，另一方面还要进行检查。

医生经常使用的检查，过去是消化道钡剂造影。检查前，先让患者口服一些白色、糊状的钡剂，然后在X线透视下，观察钡剂在消化道的通过情况。如果胃、十二指肠的壁上出现溃疡，当钡剂通过时，就能看出原本是光滑平整的壁上出

现凹陷，样子像过去墙上供奉的“佛龛”。

现在一般医院已经采用胃镜检查。医生将胃镜的软管子从患者嘴里送进消化道中。胃镜像一面镜子，可以把胃肠道中的病变清楚地显示出来。同时，医生还可以从胃壁或肠壁上取下一小块活体组织，制成切片放在显微镜下进行病理检查，使诊断更加可靠；还可以用细菌培养方法，做幽门螺杆菌培养，检查是否有幽门螺杆菌感染。

【治疗与护理】

治疗溃疡病，通常用药物治疗的方法，同时也要注意饮食和劳逸结合。急性发作期应注意休息，避免精神紧张及情绪不稳定。停止进食一切对胃有刺激性的食品，如油煎食品、辛辣食品、浓茶和咖啡等。禁用损伤胃黏膜的药物，如阿司匹林、吲哚美辛、保泰松等。戒烟忌酒。

如果出现穿孔或出血等并发症，则需要急诊处理。如胃溃疡合并穿孔，需要手术治疗。

治疗消化性溃疡的药物很多。但是根据它们的作用机制，可以归纳为两大类。

第一大类是抗酸药。它们能抑制胃酸分泌，促进溃疡的愈合。一般是选用一种药物，疗程为 4～8 周。

这类药物有称为 H_2 受体拮抗剂的药物，如甲氰咪胍（西咪替丁、泰胃美）、雷尼替丁、法莫替丁等。这类药物制酸力强，止痛作用快，用药 4～6 周溃疡愈合率高达 80% 以上。

此外，还有一类称为质子泵抑制剂的药物，如奥美拉唑（洛赛克）和兰索拉唑，制酸能力和作用时间更进一步增强，用药只需要 4 周，溃疡的愈合率高达 95% 以上，疗效明显高于其他药物。

过去经常使用的抗胆碱能类抗酸药，如阿托品、普鲁本辛、颠茄合剂等，由于副作用多，已经很少单独使用。

第二大类是黏膜保护剂。这类药物能在黏膜上形成一层保护膜，使黏膜不受损害，如三钾二枸橼酸铋（得乐、胶体铋）、硫糖铝等。

还有一些药物，即制酸剂，常用的药物有碳酸氢钠、氧化镁、三矽酸镁、氢氧化铝等。市场上出售的成药有胃舒平、复方胃友、胃必治、胃康 U 等。服用这类药物，溃疡的愈合率低，实际上只能起到止痛的作用。

小资料　治疗消化性溃疡的常用药物

(1) 奥美拉唑（洛赛克）：每天 1 次，每次 1 粒（20 毫克），在早晨时服用。

(2) 兰索拉唑：每天晨起服 1 次，每次 30 毫克。

(3) H_2 受体拮抗剂：最常用的有甲氰咪胍（泰胃美）800 毫克；雷尼替丁 300 毫克和法莫替丁 40 毫克。每天早晚两次分服，或集中在睡前一次服用。

（4）抗酸药：常用的有胃舒平。每次用量4片，每天7次，餐后1、3小时及睡前各1次。胃舒平中含有颠茄，对于有青光眼或前列腺增生的患者均不宜服用。

（5）三钾二枸橼酸铋：商品名有丽珠得乐、德诺、迪乐、必诺等。服药最好是在餐前半小时，剂量为120毫克，每天4次，或每次240毫克，每天2次。

（6）杀灭幽门螺杆菌的药物：根除幽门螺杆菌，可以明显降低溃疡复发率。杀灭幽门螺杆菌的药物有许多种。为提高治疗效果，一般采用联合用药。常用的方案有“三联疗法”，即三钾二枸橼酸铋、羟氨苄青霉素（或四环素）、甲硝唑（灭滴灵）合用，14天为一个疗程。

7天疗程的有奥美拉唑、克拉霉素、替硝唑（或阿莫仙），成功率高于90%。

二联疗法，即三钾二枸橼酸铋、呋喃唑酮（即痢特灵）合用；或奥美拉唑与克拉霉素（或羟氨苄青霉素）合用。

治疗时应针对每个患者的具体情况，合理选择联合用药，可选用一种抑酸药与一种黏膜保护剂联合应用，也可对经检查证实幽门螺杆菌阳性的患者，联合用杀灭幽门螺杆菌的药物治疗。

维持治疗是减少和预防溃疡复发的有效措施。目前常用的维持治疗药物是H_2受体阻断剂，特别是西咪替丁和雷尼替丁，也可以用硫糖铝维持治疗。

维持治疗的用药剂量，一般为急性治疗用药剂量的一半，如用西咪替丁400毫克，睡前服1次；雷尼替丁150毫克，睡前1次；或硫糖铝1.0克，每日2次等。

肝硬化

【概述】

一些患有肝脏疾病的人，最后病情不断加重，就可能导致肝硬化。

能引起肝硬化的疾病有许多。在我国最多见的是病毒性肝炎；而在国外，许多肝硬化是由酗酒引起的酒精性肝硬化。另外，患血吸虫病、营养失调、胆汁淤积、药物或工业毒物中毒以及慢性心功能不全等，也容易引起肝硬化。

门静脉肝硬化起病时，并不容易发现，而且病程缓慢。

肝脏具有较强的代偿功能，也就是说，一小部分肝细胞出现了损害，其他肝细胞仍能充分发挥作用，所以起病后在相当时间内并不出现症状。即使有症状，也没有什么特征，要想早期发现也难。

【诊断】

早期肝硬化患者，常见的症状有食欲不振、恶心、腹胀、消化不良、大便不规则等胃肠道症状。患者还有疲乏无力、消瘦、体重减轻、头晕、腹痛等。

患者的手掌靠近手腕的边缘部位，有许多红色斑点，或红白相间、毫无规律的斑块。医生经常称其为肝掌。用玻片或手指压于掌上，随

着压力的增加，这种红色斑点、斑块消失，手掌皮肤变白；解除压力，则红色又见。肝掌因为发红，也有人称其为朱砂掌。

有些患者在面部、颈部或前胸、后背等部位，还能见到像痣一样的红点，以这些红点为中心，还发出一些细小分支向外辐射，如同蜘蛛的脚，所以形象地称它为“蜘蛛痣”。其实，这是一团小动脉血管。如果用铅笔尖点在蜘蛛痣的中心，则它伸出的足也随之消失；去除压迫后，蜘蛛痣又再出现。

肝掌和蜘蛛痣是肝硬化的重要征象。

晚期肝硬化的患者，除了有上述症状外，还有水肿、腹水、出血、发热等严重的症状。肝昏迷前的患者，可出现精神、神经症状。

患者经常有出血现象，如在早晨刷牙时可以出现牙龈出血；患者经常出现鼻出血等。患者还有不同程度的贫血。

晚期肝硬化患者的面色灰褐，皮肤有色素沉着，可有黄疸，但多数较轻微。

有严重腹水的患者，腹部膨胀如鼓。患者直立时下腹部饱满，脐往外凸出，脐壁上能看到蓝色的迂曲静脉血管。

由于腹水的压迫，使腹部呼吸运动减低，所以患者呼吸困难。医生用手指在腹部叩诊，能发现腹腔中有腹水。摸患者的肝脏变硬、缩小，表面有颗粒状；脾肿大。

肝功能检查是一项重要内容。早期肝硬化患者的肝功能可在正常范围，或有轻度异常。肝硬化的晚期，血清中的总蛋白（简称 TP）降低，白蛋白（简称 A）降低，球蛋白（简称 G）升高；同时，白蛋白与球蛋白之间的比例（简称 A/G）也发生倒置，即球蛋白多于白蛋白。

上述化验的正常参考值为：TP：60～80 克/升（或 60～80g/L）；A：40～50 克/升（或 40～50g/L）；G：20～30 克/升（或20～30g/L）；A/G：1.5～2.5∶1。

还有一种血清蛋白电泳化验，在肝硬化的患者 γ-球蛋白升高。

医生还要检查其他项目，如甲胎蛋白（AFP）、凝血酶原时间、吲哚氰绿（ICG）等。

抽取腹水检查的目的，是区别腹水的性质是渗出液，还是漏出液。肝硬化时为漏出液。

B 超检查是诊断肝硬化的常用方法，能获得许多重要的诊断证据。此外，纤维内镜检查、食管吞钡 X 线检查、放射性核素检查和肝活组织检查等，都是常用的检查方法。

【治疗与护理】

早期肝硬化患者应当休息，避免剧烈运动。可适当从事一些力所能及的工作。如果病情较重，身体虚弱，腹水较重，伴有气短时，须绝对卧床休息。采取半卧位，待病情稳定后再下床做一些轻微的活动。

患者的饮食要高热量、高蛋白质、富含维生素、低脂肪而易消化

的食物。这是治疗早期肝硬化的重要措施。多吃一些水果、新鲜蔬菜及含维生素 A、维生素 D 较多的食品，如蛋、奶类、动物肝脏等。

患者必须戒酒，也不要吃辛辣刺激物。尽量不吃粗糙有渣或质硬的食物。少食用薯类及其他易产生气体的食物。

如果出现腹水、浮肿时，应限制饮水量；要吃低盐饮食。每日食盐量应在 5 克以下。

如果肝功能显著减退，或出现肝昏迷先兆时，则应严格限制蛋白质的摄入量，以防诱发或加重肝昏迷。

可以服用一些保肝的药物。如维生素 B、维生素 C 和维生素 E，以及肌苷、益肝灵等药物。有出血倾向的患者，凝血酶原时间延长者，可给予维生素 K 口服或注射。

腹水明显时，要限制饮水，一般进水量以控制在每日 1 000 毫升（相当医院用的盐水瓶 2 瓶）。有食管静脉曲张者，应避免刺激性的及硬的食物，以免损伤曲张的食管静脉造成大出血。

肝　癌

【概述】

原发性肝癌即肝癌，是我国东南沿海地区的高发恶性肿瘤，甚至有“癌中之王”的称号。该病多发于中年男性，每年死亡人数达 11 万人之多。

肝癌的早期诊断比较困难，而且发病率仍是不断上升，所以应引起人们的高度警惕。

发生肝癌的确切病因还不太清楚，但是通过大量流行病学调查，发现肝癌与下列因素有关系：

（1）病毒性肝炎和肝硬化：肝癌的发生与感染乙型或丙型肝炎的关系非常密切。有人称乙肝是乙肝-肝硬化-肝癌“三部曲”中的第一部。而且有人形象地将这个演变过程称为“888”，即患肝炎 8 年后，可能转化为肝硬化；肝硬化 8 年后，再经过 8 年，就可能转化为肝癌。

（2）黄曲霉毒素：黄曲霉菌容易生长在温暖、潮湿的环境中，经常生长在发霉的花生、玉米、大米等粮食上。已经知道黄曲霉毒素是致癌因素。经常食用这些发霉的食品，容易诱发肝癌。

（3）亚硝酸盐：饮水中的亚硝酸盐类物质是致癌物质。如果饮水没有经过处理，对人体是有害的。

此外，肝癌的发病还可能与吸烟、酗酒有关，肝癌也可能与家族遗传有关。所以肝癌的一级预防措施主要有管粮、管水和防治肝炎等。

肝癌分为原发性肝癌和继发性肝癌两大类。原发性肝癌指由肝脏长出的癌；继发性肝癌是由别处的

癌转移到肝脏。

在一些肝癌高发的地区，水质的污染相当。严重污染的水中，可以发现不少致癌、致畸变的物质，或发现有藻类污染。藻类的污染也有致癌性。

长期大量饮酒的人，容易引起肝硬化。如果继续饮酒，有可能成为肝癌。

【诊断】

肝癌的起病非常隐蔽，所以在早期可无明显的症状，医生检查时也难以发现患者的体征。患者一旦出现了症状，通常就已经进入了中期或晚期。

肝区疼痛是肝癌患者的重要症状之一。这种疼痛是持续或间断性疼痛，性质为钝痛、胀痛。如果肿瘤已经侵犯到膈肌，疼痛可以放射到右肩或右背。肝癌后期时，患者的疼痛非常剧烈，提示癌结节出现包膜下出血，或向腹膜破溃。

肝癌患者的肝脏呈进行性肿大，质地坚硬。摸起来表面有疙疙瘩瘩的结节。

患者日趋消瘦，乏力，还有发热症状，全身衰弱。到晚期时，肝癌患者极度消瘦，可用骨瘦如柴来形容（医学上的术语为恶病质）。

肝癌晚期时，经常有肿瘤转移的症状。如果已经转移到肺，会引起咯血，出现血性胸水；如果转移到脊柱，肿瘤可能压迫脊髓，患者会出现截瘫等。

诊断肝癌，现在已经有一些比较先进的诊断手段，如B超、CT、磁共振检查等。

在B超检查时，只要在肝脏上发现肿块或占位性病变，就要进一步进行CT、磁共振检查等。

对于中期或晚期肝癌，诊断并不困难。但是这时发现疾病，对于治疗已经为时过晚。早期发现肝癌的方法，主要靠血清中甲胎蛋白检查。

血清中的甲胎蛋白（AFP），是当前诊断肝细胞肝癌最特异的检查。肝癌可以产生甲胎蛋白，如果化验时发现血中含有甲胎蛋白，并且超过400微克/升，患肝癌的可能性非常大。所以将甲胎蛋白称为肝癌的标志物。

还有其他一些标志物，也可用于肝癌的诊断。

如果仍然没有能够确诊，而又高度怀疑肝癌，就要在B超的指引下，用一根细针对肿瘤穿刺，对穿刺出的组织进行病理细胞学检查，对诊断很有帮助。

【治疗与护理】

肝癌过去被称为“不治之症”，病死率相当高。在20世纪60年代，住院肝癌患者的5年生存率只有3%。目前，如果肝癌能在长到5厘米以前发现，则有60%～70%的患者可以生存5年以上。

肝癌的治疗方法包括手术治疗、放射治疗、化学治疗（肝动脉栓塞化疗）即介入治疗、瘤内酒精注射等。

手术切除是比较好的方法。肿瘤体积较小、距肝内大血管有一定距离，如肝功能正常，可采用手术切除的方法。除此以外，还有中医中药、免疫治疗等。各种治疗方法都有一定的适应证。肝癌手术切除后有较高的复发率，所以手术后应定期到医院检查随访，检查甲胎蛋白、B超和胸部X透视。

普查肝癌常用甲胎蛋白的方法，肝穿刺病理检查、超声检查、磁共振检查。

如果发现甲胎蛋白轻度增高，要定期复查甲胎蛋白的数值，一般每月复查1～2次。如果甲胎蛋白逐步下降，大多没有问题。

饮用污染的池塘水、灌溉区水的人，肝癌发病率远远高于饮用井水或水库水者。水质越好，肝癌发病率越低。

要注意饮食卫生，防止“癌从口入”。发霉的食品与肝癌的发生有直接的关系，所以不要吃发霉的食物。

患有肝炎后肝硬化的患者，肝癌的发病率也高。预防肝炎的一项重要措施是接种疫苗。所以新生儿要及时接种乙肝疫苗，以预防乙肝。甲型肝炎也可以通过接种甲肝疫苗进行预防。

附录一　肿瘤的介入治疗

治疗肿瘤的常用方法，除了手术治疗、放射治疗和化学治疗以外，还有一种新的介入疗法，也能取得良好的疗效。

对恶性肿瘤的化学治疗，一般是将能杀灭或抑制肿瘤细胞的化学药物，通过静脉注射的途径给药。在肿瘤局部区域，如果药物浓度越高，疗效也就越好。但是普通的化学治疗，药物要经过血液循环，才能达到肿瘤的局部。所以肿瘤内部的药物浓度，与全身任何器官的药物浓度是一样的，在肿瘤内不可能达到很高的浓度。如果为了增加肿瘤局部的药物浓度，其他器官的药物浓度也同样会增加，这样药物的毒副作用也随之大大增强，患者难以耐受。

介入疗法与普通化学治疗的不同之处，是它从动脉途径给药。即将一根很细的管子，插入肿瘤的供血动脉。例如治疗肝癌，就将管子插到肝动脉；治疗肺癌，就把管子插到支气管动脉。然后，再通过导管将抗癌药物注射到肿瘤局部。这样肿瘤内的药物浓度就可以大大提高，从而提高了疗效。这种方法因为是通过动脉经过导管注射药物给药进行治疗，所以又称为动脉化疗或导管化疗。

注射药物后，一般将供应肿瘤的动脉阻塞，切断肿瘤的血液供应，让肿瘤失去营养，使它延缓生长或停止生长而坏死。这种方法叫做栓塞治疗。

目前，肿瘤的介入治疗，多采用动脉灌注与栓塞的方法，能取得比较满意的效果。

附录二　癌症患者的“三阶梯镇痛法”

大多数癌症患者都伴有不同程度的疼痛症状，特别是癌症到了晚期，患者疼痛会更加严重。疼痛加重了癌症本身带给患者的精神心理负担，也会促进癌症的生长和转移。

世界卫生组织曾经提出“2000年使癌症患者不痛”的行动口号，并且大力

推广“三阶梯镇痛法”，以解除癌症患者的疼痛痛苦。

所谓“三阶梯镇痛”，就是根据患者疼痛的不同程度，分阶段按需给药。同时配合使用其他必要的辅助药，使患者的疼痛症状能获得较满意的缓解。

第一阶梯：让患者服用以阿司匹林、扑热息痛为代表的镇痛药。

第二阶梯：服用以可待因为代表的弱阿片类药物。

第三阶梯：服用以吗啡为代表的强效阿片类药物。

治疗的原则是尽量口服，按时给药，按阶梯给药，用药要因人而异，必要时增加剂量。

如果未曾用过止痛治疗的患者，或未按三阶梯镇痛用药的患者，从第一阶梯开始治疗。

只有当第一阶梯止痛治疗无效的时候，才开始第二阶梯治疗，并以此类推。

治疗的目标，开始是让疼痛不影响患者的睡眠。进而让患者在白天安静的时候也不疼痛，以至最后站立、活动时也不疼痛。

对于晚期癌症患者，并不是只要缓解患者的疼痛，而是要防止疼痛。吗啡是控制癌痛的首选药物，口服硫酸吗啡控释片（美施康定）对绝大多数癌症患者的镇痛效果可以长达12个小时，作用效果与吗啡相同，并且不影响患者的睡眠。

对于无治愈希望的晚期癌症患者，患者需要的是镇痛效果而不是毒品享受。所以不管患者的疼痛有多么严重，都应积极进行镇痛治疗，帮助患者解除痛苦。

世界卫生组织特别把吗啡的用量，作为衡量一个国家癌痛治疗改善状况的指标。我国的吗啡用量近年来已有提高，但是与某些发达国家相比，相差甚远。

食管癌

【概述】

食管癌是常见的消化系统恶性肿瘤之一，占所有消化道癌症的一半以上。特别是地处太行山南段的山西、河北、河南等地，是食管癌的高发区，发病率相当高。

我国食管癌的主要致癌危险因素，是亚硝胺类化合物和某些真菌及其毒素。亚硝胺的前体物（硝酸盐、亚硝酸盐和多胺等）进入人体后，可以在体内合成致癌性的亚硝胺，这是重要的致癌危险因素。

不良的饮食生活习惯，如吃霉变食品、酸缸菜、鱼露、高热量和高盐的食物，以及吸烟、喝酒，都是食管癌的高危因素。食物粗糙、质硬，进食过热、过快、饮用浓茶，多摄辣椒、酸等刺激性食物，营养中缺乏维生素A等，也与食管癌的发病有密切关系。

某些微量元素缺乏，尤其是微量元素钼，可能也是发病的因素之一。

遗传的因素不容忽视。在高发

地区，经常可以发现食管癌的高发家族。

【诊断】

食管癌的早期症状，主要是吞咽困难。40岁以上的中老年人，更应该警惕。其中常见的有：

（1）吞咽食物的时候，常间歇性出现胸骨后和心窝部轻微疼痛和不适感。在吞咽粗糙、热食或有刺激性的食物时，更加明显。

（2）咽下食物后有哽噎感或憋闷感，特别是吃干硬、不易咀嚼的食物时，上述症状尤为显著。但常不经治疗而自行消失，隔数天或数月后再次出现。

（3）食管有异物感。经常感到食管壁上似有菜叶碎片或米粒样的东西黏附着，想咽又咽不下去，但没有疼痛感觉。

（4）吞咽不畅，有滞留感。吞咽食物的时候，会感到食管口变得狭窄、紧缩，食物下行缓慢，甚至滞留在中间。

（5）吞咽食物时，胸骨下端有轻重不一的烧灼样或针刺样疼痛。有时，在不进食的时候，也出现持续性隐痛。

（6）喉咙有干燥和紧缩感，多数在吞咽干燥或粗糙的食物时出现。

此外，长期咽下困难能引起营养不良，患者体重明显下降，晚期可出现恶病质，患者骨瘦如柴。当肿瘤发生转移时，可在左锁骨上窝摸到肿大的硬结（淋巴结转移）。

检查患者常用的方法有X线钡剂检查、消化道内镜、CT检查等。在人群普查筛选时，常用食管“拉网”细胞学检查。

【治疗与护理】

早期发现后，手术治疗是首选方法，并且能得到根治。术后采用放射治疗，常用的有^{60}钴或直线加速器。对于手术后或不适于手术的患者，也可以进行联合化疗，即几种化疗药物同时使用，如争光霉素、氟尿嘧啶、丝裂霉素、阿霉素等。

预防食管癌的重要措施是进行防癌知识的宣传教育。教育高发地区的群众，改变不良的饮食方式，如多吃新鲜蔬菜，少吃腌酸菜，增加维生素C的摄入量。

另外，对有食管癌家族史的健康人，也要经常进行普查，如食管脱落细胞的拉网检查等。对患有癌前病变的患者，更要定期进行检查和治疗。

大肠癌

【概述】

大肠癌包括盲肠癌、结肠癌与直肠癌，是发达国家发病率最高的恶性肿瘤之一。我国在世界上属大肠癌发病率较低的国家，但随着人民生活水平逐渐提高，高蛋白、高

脂肪、低纤维的饮食，使大肠癌发病率逐年增高。

大肠癌早期并没有明显症状，不易被发现，一旦发现便血等症状，病程已经达到中晚期。手术效果与患病阶段有密切关系：早期癌手术后5年存活率可高达90%以上；晚期癌即使手术，存活率也不足10%。因此，早期发现，早期治疗是防治大肠癌的关键。

大肠癌的发病原因还不十分清楚。但是，与饮食因素有肯定的关系。一般认为，高脂肪饮食与食物纤维不足是主要的发病原因。另外，结肠息肉中的乳头状腺瘤，癌变的可能性很大，尤其是患有家族性多发性肠息肉的患者，癌变的发生率更高。患溃疡性结肠炎的患者，大肠癌的发生率也高于一般人群。

与食管癌、胃癌一样，致癌物质亚硝胺在大肠癌发病中也占有一定地位。

【诊断】

大肠癌的早期症状是大便的改变，具体表现为大便的规律和性状发生改变。在正常情况下，每个人都有自己的排便习惯，或每天1次，或隔日1次。患大肠癌后，这种排便的规律就会发生改变，有时便秘，三四天才有1次大便；有时又发生腹泻，每天大便四五次或更多；有人腹泻与便秘交替出现，这是大肠癌的危险信号。

大便的性状改变，主要是出血。有些患者的癌肿表面发生溃烂。于是，大便除出血以外，还可能有脓血或黏液。出血可能是鲜红色或暗褐色等，这与肿瘤的位置有关。肠癌的位置距离肛门越近，颜色越是鲜红的血色。

如果癌肿较大，影响到直肠的直径时，大便就变细、变形或出现压痕。

如果癌肿造成了肠腔的狭窄，患者就会出现腹胀、无大便或不排气等肠梗阻症状。这种情况多发生在左侧大肠癌。

腹痛一般是右侧结肠癌的表现，呈右腹钝痛，同时右侧结肠癌患者还可能有右侧腹部的肿块。用肛门指诊检查常能发现直肠肿块，质硬，肿瘤的表面呈结节状，指套上可见血液附着。

大肠癌患者可出现进行性贫血。

我国低位大肠癌最多见，可占所有大肠癌的60%～75%，而其中又有81%～95%的距肛缘7厘米范围之内。70%的直肠指检可触及肿块而获得诊断。因此，健康普查时应将指检列为常规。对可疑患者，必要时采取蹲位，或嘱患者增加腹压以增加指诊检查的深度，更有利于发现低位直肠癌。

大便隐血试验在大肠肿瘤的早期诊断中起重要作用，因此，凡有下列情况之一者，应行大便隐血检测：中老年人有腹部不适、消化不良等消化系症状或乏力者；大肠癌术后多次复查隐血试验持续阳性者，应怀疑肿瘤复发或又新发肿瘤；大

肠癌患者直系亲属；大肠癌高发区50岁以上人群。

纤维结肠镜检是早期大肠癌诊断最有意义的检查手段。纤维结肠镜可以观察其位置，癌肿下缘距肛门齿状线的距离、大小、形态、侵犯肠管的范围，癌肿以上肠管有无其他癌变等。目前纤维结肠镜检已能发现1厘米以下甚至0.5厘米以下的早期癌，对比较小的早期癌及有蒂型早期癌，经纤维结肠镜还能完成全瘤活检，了解其病理分化程度。因此，凡有大便习惯改变，不明原因下消化道出血，尤其是40岁以上者应每年进行一次全结肠检查，有利于发现大肠腺癌、家族性大肠腺瘤病、溃疡性结肠炎等癌前期病变及早期癌。

内镜超声检查是将带有超声探头的内镜导入大肠腔内，在肠腔内与肠纵轴垂直的方向进行扫描。因超声传感器距病变很近，没有气体干扰，采用分辨率较高的高频探头，可准确判断病变的浸润深度，有无邻近脏器的侵犯以及有无肠旁肿大的淋巴结等，对术前术式的选择也有重要意义。国际上已建议将腔内B超列为术前常规检查项目。

普通B超检查可以发现直径1厘米以上的大肠癌肝转移灶。高质量的气钡双重对比造影检查可检查到大肠中直径0.5厘米微小癌灶，可以作为大肠肿瘤的重要检查方法。

此外，检查血清中的癌胚抗原（简称CEA），也有一定辅助诊断意义。患有大肠癌的患者，CEA常有升高。大肠癌手术将肿瘤完全切除后，血清中的CEA逐步下降。但是，当癌症复发的时候，CEA又会再度升高，所以用它来判断手术效果和监视术后复发，有一定价值。

【治疗与护理】

外科手术治疗是根治大肠癌的惟一方法，对于腺瘤癌变早期，也要尽早手术切除。如果直肠癌位置较低，在切除癌肿后需要做人工肛门。有人工肛门的患者开始不习惯，随着时间延长，也能养成定时排便的习惯。

癌肿切除后有时需要做化疗和放疗，以提高治疗的效果，但是化疗和放疗只是辅助治疗而已。

应积极防治大肠癌的癌前病变。对有结肠腺瘤性息肉的患者，特别是有家族性多发性肠息肉患者，须及早切除息肉。血吸虫病的患者容易发生结肠癌，所以也要大力防治。有便血时应立即到医院检查，不要轻易以痔疮来解释。

在日常生活中，应避免高脂肪饮食，多进富有纤维的食物，如新鲜蔬菜和水果，也要注意保持粪便的通畅。

风湿病

【概述】

风湿病也称作风湿热，与中医所指的“风湿”不是一个含意。它是一种全身性的自身免疫性疾病。在气候寒冷或潮湿的地区，发病率较高；患者中以9～17岁的青少年居多；秋冬春季发病的患者较多；患病率南方高于北方，农村多于城市。

风湿热主要侵犯关节和心脏。尤其是累及心脏的时候，可以发生心肌炎、心瓣膜炎或心包炎。

风湿病的原因，目前尚未清楚。已知风湿病与A组乙型溶血性链球菌感染有关。但是这类细菌并没有直接作用于关节或心脏，而是引起咽喉炎或扁桃体炎，导致患者身体对这类细菌或它的代谢产物产生免疫反应，在关节和心脏等部位出现了非化脓性的炎症反应。

【诊断】

患者在发病前1～3周，约半数患者先有咽炎或扁桃体炎等上呼吸道感染的病史。这些上呼吸道感染一般是由链球菌引起的。

（1）发热是风湿热患者的常见症状，一般为低热或中度发热。

（2）关节炎和关节痛，也是常出现的症状。典型的表现是患者的膝和踝、肩、腕、肘等多个大关节会相继出现关节炎。这些大关节轻者酸痛、无力，重者会出现酸胀、红肿、灼热、疼痛。

（3）患有风湿热的患者可能出现心脏炎（包括心肌炎、心包炎、心内膜炎），甚至出现全心炎。发生心肌炎时，与体温不相称的心动过速，是该病的重要征象之一。当发生心内膜炎时，心脏的瓣膜（二尖瓣和主动脉瓣）会出现杂音。风湿病如果反复发作，可以形成慢性风湿性心瓣膜病（即风湿性心脏病，简称风心病），如二尖瓣狭窄等，成为不可恢复的永久性损害，再发展下去就会出现心功能减退，影响劳动能力；女性患者结婚后，妊娠也受到限制。患风心病后，最终可能出现心力衰竭而影响生命。

（4）风湿病患者的皮肤也有改变，如在四肢内侧或躯干，出现淡红色的环状红晕，称为环型红斑，常为一过性，不痒不硬，压之退色，历时可达数月之久。还有一种皮肤改变称为“皮下小结”，是发生在肘、膝、枕部、前额等骨质隆起或肌腱附着处的小硬结，如豌豆大小，与皮肤无粘连。

（5）有的患者还会出现舞蹈症，身体出现一种极快、不规则、无自主意识的舞蹈样动作，面部表现为挤眉弄眼、摇头转颈、呶嘴伸舌等动作。

实验室检查项目中，风湿热患者的血沉（即红细胞沉降率，简称SR）增高。血沉的正常参考值男性为每小时0～15毫米（0～15mm/h），女性为每小时0～20毫米（0～20mm/h）。

另外还有一项常用的检查项目，即抗链球菌溶血素O（简称抗“O”或ASO），风湿热的患者滴度超过500单位（500u）。

还有一种检查，称为C反应蛋白（简称CRP），风湿热患者为阳性（+）。

其他化验检查的项目较多，如抗DNA酶B、血清黏蛋白、血清补体C3及IgA、IgG、血清磷酸肌酸激酶（简称CPK）及其同工酶（简称CPK-MB）等，如果有改变，也有一定的参考价值。

当怀疑风湿热时，也要做心电图、超声心动图和X线检查。

【治疗与护理】

（1）休息治疗：患者应当卧床休息至血沉恢复正常。对有风湿性心脏炎的患者，应当再多休息一段时间。注意保暖防湿，适当增加营养和维生素B、C等。

（2）抗生素治疗：一般要先进行一个疗程的青霉素治疗，以消除体内的溶血型链球菌感染。通常应用青霉素40万～80万单位，每天注射1次，共治疗2周。对青霉素过敏的人，可以改用红霉素，每天4次口服，每次0.5克，共10天。

（3）抗风湿药物治疗：常用的有水杨酸制剂，如阿司匹林、水杨酸钠。阿司匹林成人每天3～6克，分3～4次饭后口服。儿童用药的剂量按体重计算，每千克体重每天0.1克。对阿司匹林等水杨酸制剂不能耐受者，也可用布洛芬，每次0.2～0.4克，每日3次。症状控制后减半用药，直至风湿停止活动后2周，疗程一般为6～12周。

（4）如果患有风湿性心脏炎时，应使用肾上腺皮质激素，如泼尼松（强的松）或地塞米松，待症状基本消失后（约2～4周），再减至维持量。

预防风湿病，应强调改善居住条件，避免潮湿寒冷，防止上呼吸道感染，经常参加体育锻炼以增强体质。

积极预防和控制上呼吸道链球菌感染，是预防风湿病的关键。必要时，在冬春季节上呼吸道感染疾病发病率高的时候，可注射或服用抗生素，如青霉素、红霉素、麦迪霉素，达到消灭体内链球菌感染病灶，切断免疫反应环节。

患过风湿热或风湿性心脏病的患者，应在医生指导下坚持较长时间的药物预防，常规的方法是每隔3～4周肌内注射长效青霉素120万单位，一般能达到预防风湿热再发的目的。

对有慢性病灶，如龋齿、扁桃体炎、咽喉炎等，要积极治疗。反复发作的扁桃体炎，要将扁桃体及早切除。

患有严重风湿性心瓣膜病的年轻女患者，特别是已经出现了心功能不全（如有活动后心慌、气短、夜间不能平卧、下肢浮肿、咯血及心律不齐等症状），在没有事先控制病情发展或手术纠正瓣膜病损以前，均不宜结婚，或婚后应避孕。妊娠可以加重心脏的负担，使病情进一步恶化，甚至可能危及生命。

风湿性心脏病

【概述】

风湿性心脏病简称风心病，是风湿热的严重并发症。风湿热暂时停止活动后，身体上其他部位所受的损害大都痊愈，很少留下痕迹，但是心脏瓣膜炎症却会留下瘢痕，使瓣膜及其瓣下的装置出现一系列改变，如瓣膜的狭窄、关闭不全，最后导致血流动力学上的改变，造成心功能的损害。

风湿热最常影响的瓣膜是二尖瓣，其次是主动脉瓣。

二尖瓣是左心房通往左心室的“活瓣”。当左心房收缩的时候，二尖瓣开启，血液流向左心室。接下来，当左心室收缩时，二尖瓣就关闭，使血液不能倒流。

当风湿热并发二尖瓣狭窄后，左心房的血液流向左心室明显受阻，使左心房的压力不断升高，结果就会造成左心房扩大，左心房的肌肉逐渐粗壮，心房壁肥厚。直到左心房“精疲力竭”，出现衰竭。

由于左心房是接收来自肺静脉的血液，左心房功能的衰弱，直接导致肺静脉的压力增高，使肺内淤血。于是患者出现了呼吸困难、咯血、肺水肿等症状。

风湿热也可能造成二尖瓣关闭不全。于是左心室在收缩时，左心房和左心室之间的“门户”不严，血液会倒流回到左心房，无疑也会加重左心室的负担，使左心室也变得肥大，逐渐走向衰竭。

主动脉瓣是右心房和右心室之间的“活瓣”。风湿热同样也会造成主动脉瓣的狭窄和关闭不全。

【诊断】

轻度二尖瓣狭窄时，患者没有症状。中度狭窄时，在活动后出现气短、心慌、咳嗽、咯血、胸痛等。

患者在劳累后呼吸困难，严重时患者不能平卧，只要平卧就憋得上不来气，于是白天晚间只能坐起来。患者的面部和口唇轻度青紫，颈静脉怒张、肝大、下肢浮肿。医生能在心尖部位听到舒张期杂音。

早期二尖瓣关闭不全时，患者可能没有明显的症状。

有中度主动脉关闭不全时，患者有心悸及头颈部搏动感。较晚期患者，可能有心前部心绞痛、气促、

夜间阵发性呼吸困难。

风湿性心脏病可能引起许多并发症，如心力衰竭、心房纤维性颤动、血管栓塞、亚急性细菌性心内膜炎、肺部感染等。其中心力衰竭是患者常见的死亡原因。

由于发病的瓣膜不同，医生能检查出来的体征也不相同。如不同瓣膜病变，就有不同的心脏杂音。

检查风湿性心脏病，除了依靠患者的病史、医生的听诊检查等外，还需要X线、心电图、超声心动图等器械检查。超声心动图能够直接观察心内结构与功能，检查时对患者无创伤，成为现在检查、诊断心血管疾病的有力武器。

【治疗与护理】

患有风湿性心脏病的患者，如果处在代偿期（即患者还没有明显的症状出现，心脏依靠自己的能力，尽量保持正常的功能），主要是防治咽部链球菌感染和风湿活动。饮食宜清淡，不宜参加重体力劳动和剧烈运动。

如果出现了心脏代偿功能不全，应适当休息，少喝水，少吃盐，必要时用利尿剂。同时用强心药物。强心药物的毒副作用较大，不能自己随便服用。医生还要对症给以各种药物治疗。

风湿性瓣膜病一旦形成，就不可能再依靠药物治疗进行消除，只能手术矫正，如进行瓣膜分离或修补术，有的则需要置换人工瓣膜，代替已经失去功能的瓣膜。

目前有一种不需要手术的介入治疗，如治疗二尖瓣狭窄时，用一种称为经皮球囊二尖瓣成型术，可以将有粘连的二尖瓣分离开。

风心病患者要限制体力活动。体力活动的多少，可根据心功能的级别及患者自己的感觉进行调整。总的原则是应尽量节省体力，避免劳累，以减轻心脏的负担。

如果发生了心衰，即心功能不全，就意味着要进行长期的药物治疗。所以患者及其家属对疾病都要有所认识，对常用药物（如强心、利尿、活血、扩张血管的药物）的用量、用法都能有所掌握，并且了解这些药物的毒副作用。使心功能维持在Ⅰ、Ⅱ级。

饮食以低盐、低热量、高维生素、易消化为宜，切忌过饱，尤其是晚餐，以免增加心脏的负担。服用利尿剂时，应吃些水果，如香蕉、橘子等。

避免感冒、发热，及时治疗咽炎、肺部或消化道的感染，以免诱发或加重心衰。育龄妇女要做好避孕，不要生育，但应避免使用口服避孕药。

如需拔牙或做其他小手术时，术前应采用抗生素预防感染。

心肌炎

【概述】

心肌炎是指心肌局部或弥漫性的炎症反应，它经常是全身疾病的一部分。心肌是指心脏的肌肉，分布在心脏和邻近的大血管近段。

引起心肌炎的病因，通常是感染，包括病毒（主要是柯萨奇病毒和埃可病毒）、细菌、立克次体等病原体。临床上最多见的是病毒性心肌炎。

发生病毒性心肌炎时，病毒主要是经过呼吸道或肠道感染，可以直接损伤心肌，也可以通过免疫机制，导致心肌炎症。此外，化学性毒物和放射性物质可引起中毒性心肌炎。

【诊断】

患有病毒性心肌炎的患者，症状的轻重大不相同。轻的患者几乎没有什么症状，只是偶然的体格检查才被发现。然而病情重的患者，症状非常明显，很快就出现了心力衰竭，需要立即抢救；极个别病情严重的患者，甚至会造成猝死。

有的患者症状像上呼吸道感染，咳嗽、嗓子痛、头晕，并且有些发热，身上出现皮疹。过了几天，精神萎靡不振，脸色苍白，没有力气。

有的患者，开始发病出现的是消化道的症状，腹泻、腹痛，还有些恶心、呕吐，以为是患了“急性胃肠炎”。过了几天，患者觉得心前区隐隐作痛，呼吸的时候，有一种气不够用的感觉。

还有的患者一开始发病，就有典型的心脏病症状。患者呼吸困难，以致不能平躺在床上，只能坐起来才觉得气顺。另外，还觉得心慌，心口发憋，像堵上了一块石头。身上还有浮肿，脸上“肿眉膀眼”（膀，读作 pāng，指浮肿）。按小腿的皮肤，一按一个“坑”，过了好一会儿，也不恢复成原来的样子。这是病情比较重的患者，医生会说患者出现了心力衰竭。所以遇到这样的患者，应当立即去医院看急诊，千万不要耽搁延误，否则随时会有生命危险。

上面说的症状，并不是心肌炎所特有的。所以患者或他们的家人，如果不是有经验的医生，很难知道患者得的是心肌炎。这些看似蛛丝马迹的症状，背后隐藏的很可能是严重的病情。

（1）检查时，可发现患者心界扩大。

（2）心前区可闻及第三心音或奔马律，及各种心律失常，心跳快（心动过速），心脏跳动时的声音，显得低沉；有时候，听患者的心跳像奔马跑动。还有的患者，由于包绕心脏外面的心包发炎，能听到心

包摩擦音。

医生还要给患者作一些常规的化验检查，检查白细胞是不是增多。心肌炎的患者，血液中白细胞会增加，特别是中性粒细胞（白细胞中的一种）增多，反映身体内有感染存在。

抽血检查时，还要查血清谷草转氨酶（简称 SGOT）、血清磷酸肌酸激酶（简称 CPK）和血清乳酸脱氢酶（简称 LDH）等。检查这些项目的目的，是观察这些酶的变化情况，协助诊断疾病。比如，如果患者得的是心肌炎，在疾病的早期，血清谷草转氨酶（SGOT）就会升高。

心电图检查对诊断心律失常类型有肯定价值。心肌炎的患者，从心电图可以发现有过早搏动、T 波降低等。

如果怀疑患者得的是病毒性心肌炎，最好是能从患者的鼻咽冲洗物或粪便中分离出病毒。其中最常见的称为柯萨奇病毒。所以进行病毒分离，也是有条件的医院经常要做的检查。同时医生还要作许多与病毒有关的检查，如查血清中的抗体等。

【治疗与护理】

凡是病毒性疾病，一般都没有什么特殊的治疗方法。所以对于病毒性心肌炎，目前也没有特殊疗法，一般采取休息和对症治疗。只要及时治疗，多数患者预后较好。

（1）急性期内，患者要卧床休息，如果患者有心功能不全或心脏扩大，则更要强调绝对卧床休息。休息的目的，是为了减轻心脏的负担。一般说来，总的休息时间，应当不少于 3～6 个月。直至临床症状消失，心电图和血沉等基本恢复正常后，才能适当活动。恢复期可逐渐增加活动量，但不可过于劳累。

（2）患者的饮食应低盐、易消化、高维生素。要多食用含维生素 C 丰富的水果（如橘子、番茄、猕猴桃等），以及富含蛋白质的瘦肉、鸡蛋、鱼、豆制品等。

（3）注意气候变化，防止受凉、感冒或上呼吸道感染。

（4）病情较重的急性期患者，应进行激素治疗，如地塞米松，每日 10～30 毫克，连用 3～ 7 天。使用激素的过程中，应注意有无血压升高、消化性溃疡、穿孔和出血等副作用。

（5）心力衰竭、心律失常和心源性休克是最常见的并发症，故应及时治疗这些并发症。如发生心衰时，可用强心药物保护心脏。这些药物在产生药物作用时，患者非常容易中毒。这是由于强心药物的治疗量与中毒量之间，安全范围很小。用药少了，病情不能缓解；用药多了，又会造成患者中毒。所以，用药期间应密切观察有无过量或中毒反应。

（6）维生素 C 能够保护心脏，有助于心肌炎损害的恢复，所以应采取静脉点滴的方法，输入大量维

生素C。另外，可给予细胞代谢促进剂，常用药物有三磷酸腺苷（简称ATP）、辅酶A、胰岛素和氯化钾等药物，溶解在10%的葡萄糖溶液中点滴使用，能够改善心肌的功能。

（7）可试用调节细胞免疫功能的药物，如人白细胞干扰素、聚肌胞、转移因子等。

有些人特别怕用激素，他们认为用了激素以后，人会发胖，样子长得难看，甚至许多小患者，也知道这种副作用，所以总不想进行激素治疗，与医生的配合不好。

使用激素治疗，确实有体重增加等副作用。但是与疾病相比，这种副作用还是次要的。激素治疗对心肌保护的效果非常明显，所以还是要与医生配合。

服用激素，一定要在医生的指导下进行，千万不要自行购药，随便服用。另外，使用激素药物，在停药的时候，不能一下子就把药停下来，要逐渐减量，最后才能停用。这些也要医生安排，不能自作主张。

原发性高血压

【概述】

近年来，我国高血压病的发病率逐渐上升。1991年普查显示，我国高血压病的患病率为11.26%，较10年前增高25%。目前，这种增长势头仍在持续，高血压病的主要并发症脑卒中，成为我国城市和农村中第一和第二位的死亡原因。

高血压病是一种终身性疾病，一旦确诊，就需要长期服药，以预防各种并发症出现。是否出现高血压并发症，一方面与高血压水平直接相关；另一方面，与患者是否同时兼有的心血管病危险因素有关，其预后，还在一定程度上取决于是否有心、脑、肾等器官的损害。

1999年10月，我国公布了《中国高血压病防治指南》。

原发性高血压又称高血压病，指查不出明确病因，却出现持续性血压增高的一种疾病。高血压是由多基因遗传与环境因素交互作用而产生的，它是一种以动脉血压升高为特征的全身性疾病。

另一种高血压称为继发性高血压，是由于体内其他特殊疾病所引起的。

高血压与遗传有关，同时也与年龄、肥胖、吃盐过多、紧张、吸烟、饮酒有关。

【诊断】

成年人的正常血压，收缩压低于130毫米汞柱（简写为mmHg）或17.3千帕（简写为kPa），舒张压低于85毫米汞柱（或11.3千帕）。

高血压起病缓慢，病程一般在20～40年。所以患者往往并不知道自己的血压高。许多人都是在四五十岁检查身体的时候，才偶然被发现。

诊断高血压病并不困难。但是，偶尔测量一次血压发现血压高，并不能诊断为“高血压”，要在不同的时间测量3次方能确定。

如果在非同日、多次测量血压的情况下，收缩压大于（或等于）140毫米汞柱（或者18.7千帕），或者舒张压大于90毫米汞柱（或12千帕），即患了高血压病。介于正常血压与高血压之间的血压水平，属于正常高值范围。

根据血压水平，高血压病再分成1级、2级和3级。

类别	收缩压	舒张压
理想血压	低于120毫米汞柱（16千帕）	低于80毫米汞柱（10.7千帕）
正常血压	低于130毫米汞柱（17.3千帕）	低于85毫米汞柱（11.3千帕）
正常高值	130～139毫米汞柱（17.3～18.5千帕）	85～89毫米汞柱（11.3～11.9千帕）
高血压1级	140～159毫米汞柱（18.7～21.2千帕）	90～99毫米汞柱（12～13.2千帕）
高血压2级	160～179毫米汞柱（21.3～23.8千帕）	100～109毫米汞柱（13.3～14.7千帕）
高血压3级	高于（或等于）180毫米汞柱（24千帕）	高于（或等于）110毫米汞柱（14.7千帕）
单纯收缩期高血压	高于（或等于）140毫米汞柱（18.7千帕）	低于90毫米汞柱（12千帕）

平时，患者有头晕、头痛、眼花、耳鸣、失眠、无力等症状。但是症状与血压水平未必一致。随着病程进展，血压持续升高，就会出现许多心、脑、肾等重要器官的并发症。

在我国以脑血管并发症最为常见，脑血管会出现缺血症状，引起脑卒中（如“小中风”或脑血栓形成）。

一般地说，高血压发展为脑卒中，平均年限为13～14年左右；长期的高血压常引起脑血管破裂，病死率高。即使患者得以生存，也会留下全身瘫痪或半身不遂等严重的后遗症，使患者处于残疾状态。

长期的高血压，也增加了心脏的负担，因而又会导致心力衰竭。发展为冠心病，需要5～10年。所以高血压患者应同时检查心电图、

超声心动图，并且要拍胸部X线片。

心电图是测试心脏工作状态的一项最基本的方法。此外还有心音电图仪，可分析心脏发出的声音；用放射性核素扫描，可确定心脏的缺血部位；血管照相术，可获得动脉为心脏供血的影像。

高血压患者可引起肾小动脉硬化、肾功能衰竭。检查尿常规及血浆肌酐和尿素氮，可以了解肾功能受损害程度。

高血压患者常同时有多种危险因素，只注意血压升高，而忽视其他危险因素是错误的。

高血压病患者的危险性不仅取决于血压水平，还取决于是否存在其他危险因素，以及合并心脑血管疾病的情况。例如，有两位男性患者，高血压同为145/90毫米汞柱，其中一名65岁，同时患糖尿病，有短暂性脑缺血发作史；另一名40岁，没有糖尿病及其他心血管病史，那么前者在一年内发生心血管病事件的危险，比后者高20倍。采用危险性水平分层，将高血压患者分类低危、中危、高危、极高危4种，是十分必要的。

在诊断高血压时，要排除继发性高血压，如急性或慢性肾炎。继发性高血压在高血压患者中约占1%～5%左右。对于年龄轻、血压水平很高的患者，要考虑继发性高血压的可能，并且进行必要的检查。

【治疗与护理】

高血压病并不能完全治愈。高血压病治疗的最终目的，是减少血管、心、脑、肾等器官并发症的发生。患者的收缩压和舒张压越高，病残和死亡的危险越高。所以年轻患者一定要设法将血压控制和维持在120/80毫米汞柱以下，老年患者要控制在140/90毫米汞柱以下。

高血压病的治疗，应采取综合治疗措施。除服药外，还要采取各种非药物治疗的方法，重点是改变不良的生活方式。

非药物治疗即“合理膳食，适量运动，戒烟限酒，心理平衡”是治疗的第一步，也是药物治疗的辅助措施，是高血压病全面治疗计划中不可缺少的组成部分。主要措施有：

(1) 减轻体重：体重越大，血压也越高。如果把超重的体重能减下来，血压也会随之而降，平均约可使血压下降15%。有人观察到，体重每下降1千克，收缩压和舒张压分别能下降1.6/1.3毫米汞柱。

高血压患者的饮食以清淡、易消化、低盐、低热量、低动物脂肪、低胆固醇为宜，少食多餐，少吃咸菜、咸鱼与酱菜，多吃水果、蔬菜，尤其是芹菜、大白菜、胡萝卜、黄瓜、西红柿、荸荠、木耳、海带、香蕉、苹果、西瓜、山楂、香菇、大葱、洋葱、绿豆、海鱼、甲鱼、虾皮等。多吃米饭，少吃馒头。牛奶、酸牛奶富含蛋白质，可适当饮

用。减轻体重的主要方法，无非是减少摄入的热量，坚持低脂和低胆固醇的饮食，并且可以概括为："淡些，素些，少些"六个字；同时增加运动量。

（2）限制盐的摄入：每天不超过6克，长期坚持低盐饮食，是治疗高血压的重要措施之一。

（3）适当补钾：钾能促进胆固醇的排出，增加血管弹性，利尿，有利于改善心肌收缩能力，对高血压病的预防和治疗都有好处。多吃青菜、水果能提高钾摄入，可使轻、中度高血压患者血压有所下降，减少降压药的用量。含钾多的蔬菜有龙须菜、豌豆苗、土豆、芋头、莴笋、芹菜、茄子等。

（4）坚持体育活动：高血压患者不宜进行剧烈的运动，以免血压突然增高，加重心脏的负担或引起脑血管意外发生。慢跑时，心率增快，运动量较大，不宜采用。

体育锻炼可采取步行、保健操、气功、太极拳等，对轻度高血压有效，对中、重度高血压也有益处。运动训练必须长期坚持。

太极拳动作柔和，姿势放松，用意念引导动作，思想集中，动中求静，有助于血压下降。同时它也是一种平衡性和协调性的训练，可以改善头晕、腿软等症状。开始可选练简化太极拳，一般可练全套，如体力不支，也可练半套。

气功是各种内功的总称，其特点是通过意念活动调节机体功能。用于高血压的气功主要是松静功。练功的基本原则是强调放松、安静、自然、下降和协调。练功应取坐位，练功前应宽衣松带，解除大小便，一般30分钟为宜。放松是精神放松，同时肌肉也要松弛。安静要求练功时在"静"字上下功夫，使得意念活动由复杂到简单，得以"入静"。所谓自然，系指练功时姿势、意念和呼吸都要自然，只有自然才能入静。下降是指气血下降，意念小腹部，即"意守丹田"；协调是指练功时姿势、意识、呼吸要协调一致，做到意气相依、身心放松。

高血压患者如平地行走时间较长，常可使舒张压明显降低。步行可在清晨、黄昏或临睡前进行，每天一两次，步行四五千米，时间应在半个小时至一个小时。

（5）患者要保持生活有规律，防止过劳，保证足够的睡眠。从卧位到立位时不能太快，以防直立性低血压。

（6）情绪保持乐观：避免情绪波动，大怒、大喜会增加血管紧张性，可引起血压急剧上升，严重时可发生脑的小血管破裂而导致卒中。所以患者要保持心理平衡与健康。家属也应顾及患者的病情，尽量营造一个和谐的家庭气氛。

（7）节酒禁烟：患者要做到戒烟、戒酒（或少饮酒），不要喝咖啡、浓茶及兴奋性饮料。

（8）物理疗法适用于早期、轻度高血压。常用方法有直流电离子

导入疗法、脉冲超短波疗法、穴位磁疗、水疗等。

轻度高血压病患者经过积极的非药物治疗，舒张压仍高于90毫米汞柱（12千帕）或收缩压仍高于140毫米汞柱（18.7千帕），则应开始药物治疗。

服用降血压药物，是治疗高血压病的重要手段。

高血压病的药物治疗，首先应该明确所选用的药物，能使24小时血压降到正常水平。

其次，患者应在医生的指导下，根据自己的病情，正像“量体裁衣”一样，制定出适合于自己病情的最佳治疗方案，也就是“个体化”治疗方案。这个方案要考虑到患者的性别、年龄，有无高血压引起的心、脑、肾损害及损害程度，是否伴有糖尿病、高脂血症等。

一个理想的抗高血压药物，应该能有效地降低血压，降压的效果维持在24小时以上，而且连续用药也不会产生耐药性（所谓耐药性，是指只有加大用药的剂量才能使药效不减）；治疗过程中副作用少，不影响患者的健康，能改善患者的生活质量。

此外，一个理想的抗高血压药，还要能减少高血压带来的并发症；服用简便，能减少患者的漏服，药价也要适宜。

有些高血压患者，不根据自己的病情，随便服用降压药，往往疗效不佳，还可以引起其他不良效果。

目前治疗高血压的药物种类，有120多种。

由钙拮抗剂和血管紧张素转换酶抑制剂、α受体阻滞剂、利尿剂、β受体阻滞剂等5大类药物，组成治疗高血压的第一线药。

（1）钙拮抗剂（钙通道阻滞剂）：目前，治疗高血压的“一线”药物是钙拮抗剂。这类药物有降压和抗心绞痛的作用，适合于合并有冠心病的高血压患者。

常用的药物有：维拉帕米（异搏定）、硝苯地平（心痛定、艾克地平）和地尔硫䓬（合心爽、恬尔心）、乌拉地尔（压宁定）、尼莫地平（尼达尔）、米贝地尔（博思嘉）、氨氯地平（络活喜）等。它们能有效地降低血压，适用于轻、中、重度高血压。

血压越高，降压效果越明显，收缩压增高者用药后降压作用更显著，作用迅速，维持时间长。长期服用不产生耐药性，也不产生血压的明显波动。

长效钙拮抗剂（如络活喜）可适用于有各类并发症的高血压患者。心痛定适用于高血压急诊抢救，也适用于治疗哮喘和心绞痛患者。

（2）血管紧张素转换酶抑制剂（简称ACEI）：该类降压药有依那普利（悦宁定）、卡托普利（开搏通）、西奈普利、苯那普利（洛汀新）、赖若普利等。

这类药物是目前应用于最多的降压药，适用于各类原发性高血压

及肾血管性高血压，有很强的治疗心衰的作用。特别是开搏通，能降低高血压和糖尿病患者并发心血管病的病残率和死亡率。

(3) β受体阻滞剂：这一类药物有阿替洛尔（氨酰心安）、美托洛尔（美多心安）、普萘洛尔（心得安）、纳多洛尔（康加尔多）、倍他洛尔和比索洛尔等。

这类药物能使体内的肾上腺素得到有效的控制，并能使心脏的跳动适当减缓，以减少对血管的压力。

这类药物作用安全、温和，适用于合并有高血压心脏病的患者，以及年轻人及需要用血管扩张剂的患者。但是这类药物有诱发或加重哮喘病的作用，所以患有肺心病和严重心力衰竭的患者不要使用。

(4) 利尿剂：服用利尿剂，能排出体内多余的液体，降低血液的体积，从而达到降压的目的。

这类药物中有强利尿剂（如速尿、利尿酸）、中效降压利尿剂（如双氢克尿噻）、弱降压利尿剂（如安体舒通、复方氨苯喋啶）。

高血压患者应用利尿剂，应先用中效利尿剂，无效时或有慢性肾功能衰竭时宜用强利尿剂。使用时，先从小剂量开始，根据病情逐渐加量，尤其是老年人，初始的剂量更要小。

服用利尿剂时，不要吃多盐饮食，并且要及时补充含钾的药品。

还有一些降压药物，如中枢性α受体激动剂（如可乐定、甲基多巴）、α受体阻滞剂（如哌唑嗪、特拉唑嗪、酚苄明、四喃唑嗪）、外周肾上腺素能抑制剂（如胍乙啶、利血平）、血管扩张剂（如肼苯哒嗪、长压定）等。这些药物均因副作用较明显而很少单独使用。

还有些复方制剂，如复方降压片、珍菊降压片、复方罗布麻片等。

单纯收缩压升高的老年患者，首选利尿剂和长效钙拮抗剂。

合并心肌梗死的患者，首选β受体阻滞剂，如美托洛尔（美多心安）等。

合并心绞痛的患者，首选β受体阻滞剂和钙拮抗剂。

合并心力衰竭的患者，首选血管紧张素转换酶抑制剂和利尿剂。

合并糖尿病蛋白尿的患者，首选血管紧张素转换酶抑制剂。

有血脂增高、糖尿病或痛风时，不宜使用利尿剂或β受体阻滞剂。

对于继发性高血压者，应查出病因，对症下药。

医生在给患者处方用药的时候，要根据每一位患者的具体情况和特点，选用这5类药中的一类作为“第一线药”，自小剂量开始逐渐增加。若疗效不佳，可换用另一类“第一线药”，或联合应用两个或三个“第一线药”。

如果降压效果仍然不理想，可加其他药物。

有效的联合用药常用方法有：

——利尿剂＋β受体阻滞剂（或ACEI，或α受体阻滞剂）。

——β受体阻滞剂＋α受体阻滞剂（或钙拮抗剂）。

——ACEI＋钙拮抗剂。

老年人可能伴有其他疾病，用药时要注意药物的副作用。

凡40岁以上的人，应定期（如半年至1年）测量一次血压。

当有头晕、头痛、耳鸣、视物模糊等症状时，都要及时测量血压，做到“早期发现、早期诊断、早期治疗”。

最好每年进行一次身体检查，以便了解自己的身体状况。检查的项目应包括体重（肥胖程度）、血压、脉搏、心电图、肾功能。并且自己要多掌握一些有关心脑血管疾病的预防知识。

高血压患者应学会自测血压，一般高血压应当每月复查一次；重症高血压患者每半个月复查一次；临界高血压3～6月复查一次。

高血压患者只要采取合理的治疗，绝大多数患者的血压都可以稳定在比较正常或安全范围之内。患者的家属要经常提醒患者按时服药。医生要根据复查情况调整治疗方案。

高血压的发生、发展过程中，常常会影响心、脑、肾等重要器官的功能，引起心衰、肾功能衰竭、卒中和心肌梗死等各种并发症。因此治疗高血压的长远目标，是将血压降低到安全的水平，即最好降低至130/80毫米汞柱，老年人要降到140/90毫米汞柱左右水平，以减少心、脑、肾等器官并发症的发生率。

降压药和降脂药物应遵医嘱服用，避免突然停用降压药而导致停药反跳现象。

如果有头晕、头痛、恶心、心悸、气急、视力模糊等症状，应及时去医院就诊，以免延误有效治疗时间。

高血压患者平时应多吃粗粮（如高粱米、小米、荞麦面、白薯干、豆类）、蔬菜、水果、蜂蜜，多饮水，以利于通便。便秘发生后，或用甘油栓或开塞露等药物解决，以防发生意外。

高血压常与肥胖、血脂异常、糖尿病并存，应当引起重视。

高脂血症

【概述】

高脂血症是指血液中的总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、甘油三酯超过正常范围和（或）高密度脂蛋白胆固醇低下。该病也称为血脂异常。血脂异常在动脉粥样硬化的发生、发展，及其引起的心脑血管疾病中，起着非常重要的作用。

血脂异常可增加冠心病的危险。其中关系很清楚的是高胆固醇血症，特别是低密度脂蛋白胆固醇增高，而血液中70%的胆固醇为低密度脂

蛋白胆固醇。低密度脂蛋白胆固醇的升高是冠心病最主要的独立危险因素之一。针对降低总胆固醇或低密度脂蛋白胆固醇的各种治疗，对降低冠心病患病率、病死率具有肯定的效果。甘油三酯升高，也是冠心病的一项独立危险因素。

一般来说，血脂水平从青年到老年逐步上升。高峰往往是在55～70岁；70岁或80岁以后会有所下降，90岁以后会下降到中年或青年的水平。当然，血脂水平也受生活条件的影响。

在相同的生活条件下，50岁以前，男性的血脂水平略高于女性；但是在50岁以后，女性高于男性。由于生活条件不同，国与国之间，地区与地区之间，人群血脂水平是不同的，不能统一划定所谓的“正常值”。目前，国际上主张，以明显增加冠心病风险的水平，作为高脂血症的界限。

【诊断】

高脂血症可分为高胆固醇血症、高甘油三酯血症及两者都高的混合型高脂血症等3类。诊断主要依靠血脂实验室检查结果。

【治疗与护理】

血脂异常的治疗，包括非药物及药物治疗两大类。

非药物治疗包括饮食及其生活方式的调节，控制总热量，减低脂肪（尤其是胆固醇和饱和脂肪酸）的摄入，适当增加蛋白质和碳水化合物的比例，减少饮酒及戒烈性酒，运动或戒烟。

除高脂血症外，若有其他冠心病危险因子，如高血压、糖尿病，也应积极治疗，加以控制。

患有高脂血症，不妨先通过食疗来调整。具体方法见前述高血脂一节。

药物治疗方面，目前常用的降血脂药物有：

（1）贝特类药物：这类药物有非诺贝特（力平脂）、吉非贝齐（吉非罗齐、诺衡）、安妥明、苯扎贝特等，对降低甘油三酯和升高高密度脂蛋白胆固醇效果为好。

（2）他汀类药物：有普伐他汀（普拉固、美乐百镇）、辛伐他汀（舒降之）、洛伐他汀（美降之）、氟伐他汀和血脂康等，对降低总胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇效果较好，也是预防冠心病的有效药物。

（3）多不饱和脂肪酸类药物：如鱼油制剂、亚麻酸等，也可降低甘油三醇，但降胆固醇效果较差。还有一些亚油酸及其复方制剂，如益寿宁、脉通、心脉乐等。

（4）烟酸类药物：如烟酸、阿西莫司、维生素烟酸酯胶囊、烟酸肌醇酯、乐脂平等。

应用调脂药物，应在医生指导下进行。以胆固醇增高为主的患者，可采用他汀类调脂药；以甘油三酯增高为主者，可选用贝特类、鱼油制剂等药物；高密度脂蛋白较低者可选用贝特类药物。

高脂血症是一种代谢障碍，需

要长期综合治疗，饮食疗法、运动疗法和药物治疗共同使用，才能收到较好的效果。对老年人，服用药物时应注意剂量及副作用，降脂不宜过剧。妇女在生育期除非有严重的危险因素，一般冠心病发病率低，可用非药物方法防治，有严重危险因素及高脂血症者考虑药物防治。

冠状动脉粥样硬化性心脏病

【概述】

冠状动脉粥样硬化性心脏病，也称为缺血性心脏病，简称冠心病。冠心病是当前威胁中老年人健康的重要疾病之一。

心脏和身体内的其他组织、器官一样，也需要消耗营养和氧气，所以在心脏，也同样分布着许多动脉血管。这些血管在心脏表面分支环绕，称为冠状动脉。

冠心病是在冠状动脉最里面的一层内膜上，沉积了脂肪和胆固醇一类物质，使管腔变细，血流受阻。冠状动脉是专门给心脏供血的动脉，它如果发生了阻塞，就会引起心脏肌肉组织的损害，即冠心病。

冠心病多发生在40岁以上的中老年人，男性多于女性，脑力劳动者较多。

由于发生病变的冠状动脉部位和范围不同，病变的程度也不同，所以一般可以分为5型。即无症状型（或隐匿型）冠心病、心绞痛、心肌梗死、心肌硬化、猝死。

急性心肌梗死是冠状动脉的某一分支发生了阻塞，从而引起该分支供血的一片心肌坏死。因为分支血管及梗死面积不同，后果也不一。

引起冠心病的主要危险因素，有高血压、高脂血症和吸烟。

另外，还有糖尿病、肥胖、缺乏体力活动、精神过度紧张、冠心病家族史、A型性格及口服避孕药等。应该指出的是，危险因素并不是冠心病的病因，这些因素对冠心病的发生和发展的作用机制，很多还没有搞清楚。

各种危险因素如果同时存在，可互相加重对冠心病的危险性。具有1～3项主要危险因素者的冠心病患病率，是健康人的2～8倍。

【诊断】

冠心病的病情表现不一。病情轻重取决于冠状动脉硬化的程度、影响心肌供血范围的大小等。

病情轻微的，可无任何不适的感觉，仅在心电图检查时可以发现心肌有缺血的改变。医学上称为隐性冠心病。

典型的冠心病表现，则是发生心绞痛和心肌梗死。

1. 心绞痛：典型心绞痛的患者，往往在劳累过度，如过分注重锻炼，从事超出体力允许的运动；

或饱餐、受寒后诱发。

情绪波动、大喜大悲、吸烟过度也可能是诱因之一。但是有的患者发病，并没有什么诱因，在休息时或睡眠中发生。

最初的症状可能是胸闷。如果胸口有明显的不适，发紧或发闷，并持续2分钟才消失，重新发作时，症状加剧，这是绝对不可忽视的。

患者在心前区、胸骨后有闷痛或压榨、窒息感。这种闷痛可以放射到左肩部或左上肢小指端。

心绞痛的发病形式有多种多样，一般可以分为两大类，即劳力型心绞痛和自发型心绞痛。

劳力型心绞痛多发生在活动与体力劳动，或其他需要增加心肌需氧量的情况下（如情绪激动），发作时间多短暂，经过休息或舌下含硝酸甘油片后，疼痛常可迅速缓解。

自发型心绞痛发生在安静状态，持续时间较长，程度多较重，含硝酸甘油片后也不容易缓解，因此在治疗上首选心痛定（硝苯地平），发作时可含服10毫克。平时10毫克，每日3～4次。如果同一位患者既有劳力型心绞痛，又有自发型心绞痛，则可将上述药物同时服用，常能取得较好的效果。

如果经过上述处理后，疼痛继续加重，并出现大汗淋漓，则可能是发生了心肌梗死。

早期发现冠心病非常重要。有下列情况时，应该提请注意：

（1）劳累或紧张时，突然出现胸骨后或左胸部疼痛，伴有出汗，或疼痛放射到肩、手臂或颈部。

（2）体力活动时，有心慌、气短、疲劳和呼吸困难感。

（3）饱餐后、寒冷时或看惊险影片时有心悸、胸痛。

（4）在公共场所或上楼梯时觉得胸闷。

（5）睡觉低枕时感到胸闷、憋气。

（6）性生活时感到心跳、气急、胸闷。

（7）长期发作的左肩痛，一般治疗不愈。

（8）反复出现脉搏不齐、过速或过缓。

2. 急性心肌梗死：心肌梗死的发生常无明显的诱因，患者经常是在休息时发病，疼痛剧烈，而且持续一两个小时或者更多时间也不能缓解。

在日常生活中，情绪激动、突然用力（如排便憋气）、体位突然改变（如久蹲突然站起、夜间突然起床）、大汗后未及时喝水；短时间内吃冷饮过多等，常是诱发原因。

典型症状是突然发作的剧烈而持续胸痛，并常伴有大汗淋漓，通常超过20分钟。有的患者症状并不典型，疼痛轻微甚或没有，或表现为胃肠症状。

各种疼痛都要警惕，包括牙痛、背痛和手臂内侧痛（一般在左边）。另外，头晕、出汗、恶心、呼吸困难和手脚发软，都是危险的信号，

需要立即采取措施。有的患者疼痛发生在上腹部或胸前的剑突下，特别是伴有恶心、呕吐时，容易与消化道疾病相混淆。

发生急性心肌梗死时，服用硝酸甘油片并不能缓解疼痛。

诊断急性心肌梗死，需要做心电图检查。

同时还要从患者的静脉中抽一些血液，进行血清酶检查，如磷酸肌酸激酶（CPK）及其同工酶CPK-MB、乳酸脱氢酶（LDH）。在血清酶检查中，CPK-MB的敏感性和特异性最高。

当患者血压下降、烦躁不安、面色苍白、皮肤湿冷、大汗淋漓、神志迟钝甚至昏迷，脉搏细而快，这时则可能是急性心肌梗死并发了心源性休克。发生这种情况，提示患者的病情非常危重。

当患者出现呼吸困难，咳出粉红色的泡沫痰，心率加快，则是并发了左心衰竭。

当患者突然出现嘴唇青紫、心律不齐，很快陷入昏迷、脉搏消失、心音消失，则是并发了心室纤维性颤动导致猝死。

心律失常也是急性心肌梗死的常见并发症之一。

检查冠心病最有效而且最简单的办法，就是心电图检查。用心电图可以检查心脏跳动的详细情况。

检查时，医生将电极贴附在患者的双臂、一条腿及胸壁的表面，心电图机就可以检测出心电发生的变化。这些变化可以记录在心电图记录纸上，也可以从荧光屏上看见。

正常健康心脏的心电图，有特定的波形。当出现心肌受损或心律发生改变的时候，这些波形也会发生相应的改变。

对于诊断不清的患者，医生有时让患者戴上一个“霍特”。“霍特”是一个可携带的心电监视器，一般让患者佩带24小时或48小时，把这个期间内发生的心电变化全部记录下来。发现动态心电图改变，有助于病情的诊断。

运动试验是让受检者做登梯、踏车或走平板等运动，给心脏增加一定的负荷量，检查是否能诱发出缺血性心电图改变。

心脏放射性核素检查，是诊断心肌缺血和坏死最有效的检查方法。

冠状动脉造影能直观显示血管管腔的狭窄程度，是诊断冠心病最有价值的手段，称为诊断的“金标准”，但是费用昂贵，难以普遍开展。

【治疗与护理】

1. 心绞痛：在各型冠心病中，心绞痛占大多数，需要药物治疗，以缓解症状。

心绞痛发作时，宜选用硝酸甘油片1片或消心痛10毫克舌下含服。如5分钟无明显缓解可再含服1片。注意不要吞服。服药时采用坐姿，最好靠在舒适的沙发或半卧于床上。

用药后，一般心绞痛患者的症

状都能很快地缓解。如果家中有条件，也可以吸一些氧气。

自发型心绞痛主要是与冠状动脉痉挛有关。治疗时首选心痛定（硝苯地平），发作时含服 10 毫克。

2. 心肌梗死：发生心肌梗死后，要立即做好现场抢救。

首先要镇定患者的情绪，给予精神安慰，不要紧张恐惧，不要乱走乱动。不少急性心梗的患者，由于过度紧张害怕而发生意外，如常见的严重的心律失常、心室纤维性颤动。

在向“120”急救电话联系的同时，让患者就地取舒适的体位休息，不要搬动患者，更不要搀扶患者行走。

立即让患者在舌下含 1 片硝酸甘油片。几分钟后或十几分钟后再含服 1 片。亚硝酸异戊酯装在玻璃的安瓿内，每支 0.2 毫升。作用与硝酸甘油相似，但是作用更快，吸入后半分钟就能奏效，可维持 10 分钟。心绞痛发作时，将安瓿放在手帕中压碎，捂在鼻前吸入，嗅其气味。青光眼患者忌用。

如有条件，应给患者注射镇痛剂。

如果有氧气袋、氧立得等供氧设备，要立即给患者吸入氧气，尽快做心电图检查。

患者一旦发生心肌梗死，就必须住进医院治疗。通常是住在冠心病监护病房，由医生和护士严密监测患者的心律、呼吸、血压和心功能等。要等到患者基本上脱离了危险期后，再转到普通病房。

发生了急性心肌梗死后，“时间就是心肌，时间就是生命”。

为了挽救患者的生命，溶栓治疗是一项重要的治疗措施，它可以使闭塞的冠状动脉再通，恢复血流，以挽救濒临坏死的缺血心肌。

如果患者持续性胸痛超过半个小时，含服硝酸甘油片后，症状并没有解除，心电图表示有心肌梗死的表现，就要争取时间，进行溶栓。一般说来，患者发病后 4 小时内溶栓的效果最好。

因此要千方百计地缩短患者起病后到医院的时间，以及到达医院后距开始溶栓的时间。这段时间只有 6 个小时，至迟不超过 12 小时，否则就失去了溶栓治疗的机会。

溶栓治疗所使用的药物，一般是尿激酶（简称 UK）或链激酶（简称 SK）。国内常用的是尿激酶溶于葡萄糖溶液中，进行静脉点滴给药，可以溶解刚刚形成的血块。

另外还有一种称为基因重组组织型纤溶酶原激活剂（简称 rt-PA）的药品，虽然价格昂贵，但是再通率高、再通快。如果经济条件可承受的患者，也可作为首选。

患者住进医院，家属要少去探视，最好不去探视。

患者进食不宜过饱，可少量多餐，以易消化的稀软食物为主。要保持大便通畅。如果排便时用力，如大便干燥时应服用缓泻药。

附录一 常用抗心绞痛的药物

1. 硝酸酯制剂：这是应用最早也是应用最多的治疗心绞痛药物，目前已经发展为多种剂型与种类。其中有：

(1) 含片：如硝酸甘油片和硝酸异山梨酯（消心痛）。硝酸甘油片能缓解或防止心绞痛发作，给药后 5 分钟起效，可维持 15～30 分钟。但有头胀痛、面部潮红等不良反应。

当感到胸前区疼痛时，立即将硝酸甘油片 1 片（0.6 毫克）放在舌下含化，并且平卧在床上，以防血压下降。如果无效，可在 5 分钟后重复含化 1 片。青光眼患者禁用。

使用硝酸甘油片，要注意它的有效期。在保健盒中保存的硝酸甘油片，如果没有使用，6 个月应更换 1 次。

消心痛舌下含化 2 分钟可见效，能维持 4 小时以上。

(2) 贴剂：如贴保宁，每贴含硝酸甘油 20 毫克，经皮肤缓慢吸收，其作用可维持 24 小时。

(3) 硝酸甘油口腔喷雾剂及硝酸异山梨醇皮肤喷雾剂。

(4) 长效制剂：常用的有长效心痛治、鲁南欣康等。每天口服 2 次，20 毫克。

(5) 缓释剂：如长效异乐定，每天口服 1 次，50 毫克。

2. 钙拮抗剂：钙拮抗剂除用于治疗高血压外，在抗心绞痛和抗心律失常中，也是主要药物。常用药物有：

(1) 硝苯地平（心痛定）：是一类新型的抗心绞痛药物。若心绞痛合并高血压时，以心痛定治疗为佳。

心绞痛发作时，用 2.5 毫克或 5 毫克，舌下含服或嚼碎。常规服用 10～20 毫克，每 4～6 小时一次。

(2) 地尔硫䓬（恬尔心）：有普通片和缓释片。普通片 30～60 毫克，每 6～8 小时服用 1 次；或用缓释片 90 毫克，每天 1 次。

(3) 维拉帕米（异搏定）：口服 40～80 毫克，每天 3 次。或用长效维拉帕米片，120～240 毫克，每天 1 次。

3. β-受体阻滞剂：常用于治疗心绞痛的有：

(1) 阿替洛尔（氨酰心安）：当单用钙拮抗剂或硝酸酯制剂等治疗心绞痛无效时，加用小剂量氨酰心安可取得较好效果。常用剂量为 12.5 毫克，每日 2 次；部分患者 6.25 毫克，每日 2 次即可。

(2) 美托洛尔（美多心安）：适用于合并高血压的心绞痛患者，一般用量为 25～50 毫克，每日 2 次。老年人或心率慢的患者要慎用。

(3) 普萘洛尔（心得安）：每日 3～4 次，每次 10～20 毫克。

此外还有一些中成药制剂，如麝香保心丸、冠心苏合丸等。

用药不要太多，应在医生的指导下选用。同时自己也要观察治疗的效果。

为预防心绞痛的突然发作，如果家中有心血管疾病的患者，应当备有保健药盒。

市售的保健药盒内有 5 种药品，即硝酸甘油片、硝酸异四醇酯、亚硝酸异戊酯、潘生丁（双嘧达莫）和安定等。家中备用的保健药盒要经常检查硝酸甘油片的有效期。若已经失效过期，应及时更换，以备急用。

治疗冠心病除了药物外，还有一些的其他方法。

(1) 介入性治疗：介入性治疗

的方法是经皮冠状动脉球囊扩张成形术（简称 PTCA）。

医生将一根特制的、非常细的导管，经患者大腿根部的股动脉穿刺，沿着动脉血管床，将这根导管送到患者心脏表面的冠状动脉。然后在冠状动脉狭窄的部分，将球囊加压膨胀三五分钟，使狭窄的冠状动脉扩张，用来解除冠状动脉狭窄或闭塞，改善心肌供血。

操作的时候，医生在荧光屏下观察，当结果满意时，便将球囊撤出，穿刺的局部压迫止血。患者卧床一两天后，就可以恢复正常活动了。

（2）粥状动脉斑块旋切术：这种方法是用激光束切除斑块及部分动脉中层结构，使冠状动脉内膜破裂及管壁变薄，使冠状动脉扩张，从而解除冠状动脉的狭窄或阻塞。

（3）冠状动脉搭桥术：手术的方法是把大腿上的大隐静脉作为替代血管，从主动脉开始，绕过冠状动脉的狭窄部分，连到它前面的冠状动脉上。

另一种方法是把内乳动脉从胸骨内侧剖开，连接到冠状动脉狭窄的远端。这样就在主动脉与冠状动脉之间搭起了一座“桥”，使血液能绕过阻塞部分继续流通。

（4）激光心肌血运重建术：激光心肌血运重建术简称 TMR，俗称激光打孔。这种治疗是通过心脏激光治疗仪来完成的。

在施术前，只需在患者的左胸前切一个 6～10 厘米的切口，用心脏激光仪直接对准缺血或坏死的心肌组织进行激光发射，使心肌产生一个直径约 1 毫米的永久性孔道。这个孔道横跨在心室腔血液与梗死或坏死的心肌之间，从而建立起一条新的血管。

一次性治疗可打 20～30 孔，呈放射状。经压迫止血，使这些放射状血孔之间形成新的侧支血管，迅速使缺血心肌重获新生，达到治疗的目的。

急性心肌梗死是冠心病的严重类型。患者患病后，情绪紧张、焦虑、抑郁，还会产生种种依赖心理，因此无论是医护人员，或是患者的家属，都要对患者进行心理上的安慰，帮助患者建立战胜疾病的信心。

在患者住院期间，家属探视的时间不要长，但是次数不妨多一些。

发生心肌梗死的急性期，即梗死后第 1 周，患者一般在冠心病监护病房。这时除了治疗外，还要密切监护患者的心电图、血压、心率等变化。第一天绝对卧床休息。自第二天起，患者能在床上擦脸、洗漱、活动下肢，逐渐坐位进餐，此时还可在床旁排便。

发病后第 2～3 周，患者一般住进了普通病房，此期仍要严密监护心率、心律、血压。在医生和护士的指导下，可以逐渐地增大活动量，由起床、站立、慢走、洗温水浴，到以平素速度在室内行走，尔后试着下楼，逐步增加医疗体操、上下

一层楼梯或院内行走。允许患者会客、看电视及阅读书报，以减少孤独感，但要避免过于劳累。

发病后第4～8周为冠心病的恢复期。患者一般在家中或疗养院内休养。原则上采用能量消耗较少的活动，如生活自理、修剪花木、做些家务琐事、参加文体活动等。活动以步行最简便易行，但是要逐步增加步行距离和时间。

病后第7～12周是复原期，患者需要继续休整，逐渐恢复原先的日常活动。活动方式可根据患者的爱好、体力、要求及可能获得的条件而进行锻炼。第3～6个月可试工，有计划地进行体力适应锻炼。

冠心病患者的饮食要清淡，易于消化。患者要少吃动物脂肪和胆固醇含量过高的食物，如蛋黄、鱼籽、动物内脏等。少吃肉，多吃鱼和豆制品，多吃蔬菜、水果。同时也要节制饭量，控制体重。限制食盐的摄入，每日在10克以下为宜。

忌食刺激性食物及饮料（酒、茶等），并且强调戒烟。同时要给患者一些缓泻剂，如果导片、番泻叶等，养成排便习惯。

如有高血压，应在医生指导下长期服用降压药物，使血压保持在正常或较低的水平。患者宜随身携带保健盒，在心绞痛发作时可随时备用。也要定期进行健康检查。

若有持续胸前区疼痛或服药后不能缓解，就立即到就近的医院急诊。

【预防】

患有冠心病的患者，要重视预防再次发作。要帮助患者消除恐惧心理，同时克服心情的急躁。

目前常用药物和非药物方法预防再次复发。

1. 药物预防：

（1）抗血小板治疗：常用的药物有阿司匹林。它有抗血小板集聚、防止血栓形成等作用，是作为冠心病，特别是心肌梗死后预防再梗死的首选药物。

一般每次口服50～100毫克，每日1次。

（2）β受体阻滞剂：可减慢心率、降低血压，防止冠状动脉病变继续加重。

常用的药物有阿替洛尔（氨酰心安），一般每次用12.5毫克，每日2次。

（3）降脂治疗：降脂治疗可以使致死性心肌梗死的危险性下降。

患者的血清胆固醇如果大于6.2毫摩尔/升，或240毫克/分升，即应该进行降脂治疗。

常用的药物有普伐他丁，10～40毫克，每晚1次；或吉非贝齐600毫克，每日2次。

2. 非药物治疗：非药物治疗的目的是预防引起冠心病的危险因素。

控制内容主要包括预防高血压、糖尿病、肥胖和血脂升高，同时要改变不良生活习惯，如吸烟、酗酒等。吸烟对无论是首次或再发心肌梗死，都是强烈的危险因素，所以

冠心病患者不能再吸烟。

生活要有规律，劳逸结合。避免过度的精神紧张和情绪激动，保持乐观；作息要有规律，保证足够的睡眠和午休时间。每天要参加适当的体育活动，如散步、打太极拳、做保健操等。

早晨是心脑血管病的高发时间，所以病情较重的老年冠心病患者晨起宜提前服药，上午也不宜安排过量活动。

附录二　预防动脉粥样硬化

发生动脉粥样硬化的确切原因还不清楚。但是有很多危险因子，能促进其形成。

其中最重要的是血脂代谢异常、高血压、吸烟和糖尿病。另外，肥胖、缺乏运动、精神紧张、某些内分泌失调和遗传因素也不可忽视。可以这样说，动脉粥样硬化常常是数个危险因子同时存在而发生的综合影响所致。

血清总胆固醇水平下降 1%，则冠心病的发生率下降 2%。

饮食与动脉粥样硬化有密切关系。调整饮食是预防动脉粥样硬化的重要措施。通过调整饮食，要达到保持正常的健康体重、降低过高血脂的目的。方法是：

——控制总热卡量。每天的食物总量，只要能达到保持理想体重就可以了。

——减少脂肪摄入，尤其是胆固醇和饱和脂肪酸的摄入量。每天摄入的胆固醇，不要超过 300 毫克。

——适当增加饮食中蛋白质和碳水化合物的比例。蛋白质的摄入量占食物总热量的 15% 左右。经常吃一些豆制品，每天喝牛奶，最好是喝鲜牛奶。

燕麦、大麦、豆类、苹果、葡萄、黑木耳等食物降胆固醇的效果明显，尤其是燕麦功效最为明显。但是白木耳基本无此作用。

——增加维生素 C 和维生素 E 等，经常吃新鲜蔬菜和水果。

——限制食盐量，一天之内不要超过 10 克，最好在 5 克左右。

——戒烟。

——减少饮酒，特别是要戒用烈性白酒。可以少量喝一些红葡萄酒，对提高“好”胆固醇（指血清高密度脂蛋白胆固醇）有一些作用。

——合理安排工作和休息，保持乐观的情绪，保证足够的睡眠，避免过度紧张，生活要有规律。

——牢记“生命在于运动”。选择适合自己的体力活动或体育锻炼项目。

——常用的降血脂药物有：多烯康、非诺贝特、吉非贝齐、必降脂、血脂康、烟酸等。中药山楂、决明子等也可服用。

每年至少到医院做一次全面的健康检查。

亚急性感染性心内膜炎

【概述】

大量病原微生物侵入血液，并且直接侵犯心内膜、心瓣膜、大血管内膜，就会引起感染性心内膜炎。这些病原微生物有细菌，也有病毒或真菌、支原体、衣原体、螺旋体等。

患者绝大多数原先就患有心脏瓣膜的疾病，而诱发因素常有拔牙、上呼吸道感染（如急性扁桃体炎）或分娩、手术治疗、创伤性器械检查等经历。

感染性心内膜炎有急性和亚急性两种，后者更为常见，所以本文介绍的是亚急性心内膜炎。

【诊断】

患者起因于感染或败血症，但是本病起病缓慢，甚至患者也不知道自己是在什么时候患病的。起病后症状也是多种多样，常有低热、盗汗、畏寒、疲倦、乏力、食欲减退、体重减轻、进行性贫血等。

发热是最常见的症状，几乎所有的患者都有过不同程度的发热，体温一般在37.5～39摄氏度。热型也不规则，有时午后低热，有的持续高热，有的患者则连续几天也不发热。

大多数患者出现进行性贫血，面色越来越苍白。

皮肤或黏膜上出现淤点，是亚急性心内膜炎患者的一种特殊表现。淤点多见于睑结膜、口腔黏膜、舌面、舌下、甲皱（指甲下）、胸前或四肢的皮肤。这些淤点为紫红色，压之不退。在病程中可成群、成批出现，或个别出现。

由于心内膜上的赘生物脱落播散，会使许多脏器出现梗死症状。如果梗死发生在脾脏，患者就会出现脾肿大，发生梗死时，患者突然觉得左上腹剧痛；如果发生在肾脏，则有腰痛和血尿；梗死发生在肺部，患者胸痛，有呼吸困难、发绀、咯血等症状；如果梗死发生在脑，则情况更加严重，患者会出现惊厥、昏迷。以上各个脏器的梗死现象并不是每一个患者都有。

患者还有一些特殊的体征，除了皮肤、黏膜出现淤点外，在手指或足趾末端的掌面，会有豆粒大小的一过性小硬结，稍突起，略呈紫红色，有明显压痛，称为奥司勒小结，在诊断亚急性心内膜炎时非常有意义。

后期时，患者有杵状指的体征，即手指的末端粗大，像一根小棒槌。有杵状指常是肺心病患者的重要体征，同时患者有缺氧引起的紫绀。亚急性心内膜炎患者虽然有杵状指，但并不出现紫绀，这点可以与肺心病相区别。

诊断亚急性心内膜炎的重要内容是进行血液细菌学检查，对患者的血液进行细菌培养。如果能从血液中培养出细菌，则是诊断的有力证据。

检查方法还有许多种，如进行血常规检查时，患者有贫血表现，白细胞增多，血沉快。发热时检查尿常规，可能出现蛋白尿，在尿中发现红细胞。用超声心动图、心导管和心血管造影、放射性核素、CT扫描等检查都有益于明确诊断。为了与其他疾病鉴别，也要做一些血清学的检查。

【治疗与护理】

患者要注意充分休息，加强营养，增加食物中的蛋白质、维生素和铁含量。

治疗亚急性心内膜炎的原则是抗生素应用要早，剂量要足，疗程要长。一般需要治疗4～6周。选用什么样的抗生素非常重要，一定要选取对细菌或真菌等病原体敏感的药物。

至于用何种抗生素，则最好根据培养结果决定。如果治疗效果不佳，及时改用其他抗生素或加大剂量。

如果患者出现心力衰竭或抗生素治疗无效的患者，也可用外科手术进行治疗。

对于感染性心内膜炎的患者，经过治疗后，一直要等到体温恢复正常，脾脏缩小，自觉症状消失4～6周，而且每两周还要进行一次血培养，没有再培养出病原微生物，尿检查持续两个月正常，才能结束治疗。

对于原来就有心脏瓣膜病的患者，一旦发生菌血症，就有可能使心内膜受到感染，所以发现有慢性病灶要积极治疗。如果准备进行手术治疗其他疾病，如准备拔牙、切除扁桃体或进行器械检查前，要注射青霉素和链霉素。

先天性心脏病

【概述】

先天性心脏病（简称先心病）是生下来就有的心脏病，是胎儿时期心脏血管发育异常所致的畸形疾病。

有些先心病与遗传有密切关系。另外，母亲在怀孕时，感染了风疹、流行性感冒、流行性腮腺炎等疾病，或与大量的放射性物质接触，患有糖尿病、高钙血症等疾病，服用了对胎儿发育有影响的药物，也可能使胎儿患上先心病。

严重或复杂的先天性心脏病，病儿在出生后或出生后数月就会夭折。

【诊断】

如果小儿自幼就经常有口唇青紫，活动和哭闹后气急，经常患肺炎或心功能不全，就要考虑是否患有先天性心脏病，应该及早带孩子到医院的小儿心内科检查。

先心病的类型有许多种。一般根据心脏左右两侧及大血管之间有无血液分流，或患儿口唇有无青紫，可分为潜伏青紫型（室间隔缺损、动脉导管未闭、房间隔缺损）、青紫型（法洛四联症、大动脉错位）和无青紫型（肺动脉狭窄、主动脉狭窄）等3大类。

轻型先心病患儿，可没有特殊症状，重症的患儿大都在婴儿期即有喂养困难，吸吮数口就停歇，气促，易呕吐和大量出汗。有的病儿口唇青紫，这样的孩子发育迟缓，走一段路就要蹲下歇一会（称为蹲踞现象）。

1. 室间隔缺损：室间隔缺损是小儿先心病中最常见的一种，几乎占小儿先心病患者的一半。

患儿左心室和右心室之间的室间隔融合不全，使本来应该相互分隔的左右心室中间，有了一个通道。如果缺损较小，患者没有症状。缺损较大时，小儿生长发育落后，经常有心慌、气促、乏力的症状，患儿容易患上呼吸道感染，严重时会出现心力衰竭。

2. 房间隔缺损：房间隔缺损占小儿先心病的1/5～1/3。这是由于本来就应该分隔的左右心房之间有了通道。病情较轻的患儿，可无症状。如果缺损较大时，会影响患儿的生长发育，孩子在劳累后乏力、胸闷、气急、心悸、多汗，容易患支气管肺炎。

3. 动脉导管未闭：动脉导管未闭也是小儿先心病的常见类型之一，患儿中多为女孩子。

动脉导管是胎儿血液循环不可缺少的部分。但是在出生后3个月内，就会自然闭合。如果动脉导管没有闭合，患儿在活动后出现气急、乏力、心悸、呛咳、多汗，易患呼吸道感染。

4. 法洛四联症：法洛是首先发现这种病的一位医生的名字。患有法洛四联症的患儿，心脏上有四种畸形，病情也比较复杂。

病儿发育迟缓，呼吸困难，有杵状指（趾）和青紫症状，尤其是口唇和指甲盖下皮肤的青紫最为明显，吃奶时或哭闹时青紫加重。蹲踞现象是此病的特殊症状。

当然，这些不同的先心病，还有其他不同的体征，医生检查时，在心前的不同区域能听到不同性质和不同强度的心脏杂音。此外，还需要检查的项目有：X线检查、心电图、超声心动图，以及心脏导管和心血管造影检查。导管检查是明确诊断和决定手术前的重要检查方法。

【治疗与护理】

几乎所有的先天性心脏病都可以用手术的方法治愈。如动脉导管

未闭、房间隔缺损、室间隔缺损、肺动脉瓣狭窄、法洛四联症、主动脉狭窄、法洛三联症等，都可以进行根治性手术。

各种先天性心脏病治疗的手术时机非常重要，一般的原则是以早为宜。手术年龄在3～6岁、体重在10千克以上较为合适。

所以怀疑有先天性心脏病的孩子，应尽早到医院检查，并且在医生的指导下，选择合适的治疗时机，以达到最佳的治疗效果。

对患有先心病的儿童，日常应建立适合孩子的合理生活制度，并且根据具体情况，让他们参加一些体育活动，以增强体质，但是更要注意防止他们参加不适当的剧烈活动。

平时要采取措施，尽量避免上呼吸道感染，防止出现感染性心内膜炎。如果出现心功能不全，要在医生的指导下用药，及时纠正。

在没有到手术治疗的年龄前，更要注意喂养，经常与医生取得联系，定期去医院随访，帮助患儿能比较健康地成长，安全达到适合手术的年龄。

心律失常

【概述】

心律失常是由于心脏冲动的形成发生紊乱，或冲动不能按照正常的途径传导，或传导受阻所致（参见心悸一节）。

【诊断】

心律失常的类型有许多种。常见的有窦性心律失常、过早搏动、阵发性室上性心动过速、室性心动过速、心房扑动、心房颤动、心室扑动与颤动、病态窦房结综合征、预激综合征、房室传导阻滞等。

诊断心律失常主要依靠心电图。

1. 过早搏动：过早搏动（简称早搏），也称为期外收缩、期前收缩或额外收缩等。

正常的心搏跳动的起搏点是窦房结。如果由于其他原因，使某一次跳动的起搏点异位，从其他部位开始，抢先发出指令，则形成了过早搏动。冠心病、急性心肌梗死、肺心病、先心病、甲状腺功能亢进引起的心脏病等，都可能出现早搏。

正常人在情绪激动、精神紧张、过劳、吸烟、饮酒、喝浓茶或咖啡时，也容易出现早搏。

早搏时，患者感觉心脏跳动有漏搏停歇，或者觉得心脏的跳动强烈而有力。频繁或连续发作的早搏，让患者感觉心慌、胸闷、头晕、乏力，甚至出现心绞痛或呼吸困难。如果此时检查则发现脉搏次数比心脏跳动次数减少（医学上称为脉搏短绌）。

用心电图检查，可以区别早搏的不同类型。如房性早搏、室性早搏、交界性早搏等。

2. 阵发性室上性心动过速：这里的“室”，指的是左、右心室。阵发性室上性心动过速，指的是心搏冲动“指令”，来自于心室以上的结构，如窦房结、心房、房室结、房室束。

阵发性室上性心动过速具有“突发、突止”的特点，突然出现又突然停止。患者觉得强烈心慌、胸部压迫感。少数患者由于出现阵发性室上性心动过速而引起心源性休克，这时患者恶心、呕吐或者突然昏倒。

3. 室性心动过速：室性心动过速简称为室速。异位节律点起源于房室束以下的部位。多见于冠心病、急性心肌梗死、心肌病、心肌炎等患者。有些药物的毒副作用，也会出现室速，特别是一些抗心律失常药物。

出现室速时，轻者有心悸、胸闷、头晕、低血压；严重时可以发生昏厥、心力衰竭和休克。

4. 心房扑动：心房扑动是快速而规则的心房激动，多为阵发性。见于各种心脏病患者，如风心病二尖瓣狭窄、冠心病、心肌病、肺心病等。

出现心房扑动时，患者可有心悸、气促、乏力等症状。

5. 病态窦房结综合征：病态窦房结综合征简称为病窦综合征。它是由于各种不同病因导致的以窦房结病变为主的器质性病变。患者除了出现各种不同表现的心律失常外，还会引起心、脑、肾缺血综合征。

病窦综合征病程进展缓慢，大多经历数年或数十年，发病年龄高峰在六七十岁。由于窦房结起搏功能及心跳冲动的传出发生了障碍，所以患者的心率十分缓慢，每分钟低到 30～50 次，运动后也不能增加。

由于心率缓慢，就会引起全身重要器官的供血不足，使患者出现全身疲乏、失眠健忘、头晕目眩、胸闷、气短、心悸等症状，严重时出现心源性晕厥。

6. 心房颤动：心房颤动简称房颤，是常见的心律失常之一。各种器质性心脏病都可引起房颤，而最常见的是冠心病。它主要表现为脉搏、心音强弱间隔不同。心电图上出现 R-R 间期不等和不规则的 F 波。房颤患者如果防治不当，可导致心衰和动脉栓塞，甚至危及生命。

【治疗与护理】

根据不同的疾病，医生会让患者选择使用不同的抗心律失常药物。

如房性早搏患者常用的药物有阿替洛尔（氨酰心安）、美托洛尔（美多心安）、维拉帕米（异搏定）、地尔硫䓬等。

室性早搏患者使用的药物则有利多卡因、普罗帕酮、普鲁卡因酰胺、胺碘酮、美西律（慢心律）等。

采用刺激迷走神经方法，常用

于治疗室上性快速心律失常。治疗时，让患者平卧休息，然后以压舌板刺激患者的咽部，让患者出现反射性呕吐；或者以手压迫患者的一侧或两侧眼球（20～30秒），常可起到制止发作的效果。

对于房颤患者除了药物治疗外，也可以采用电复律（也称为心脏电除颤），转复后仍然需要药物维持。

对于顽固难治的某些异位心律，可用射频消融术进行治疗，通过介入方法，将心脏中出现异位搏动的起搏点消除。

治疗心律缓慢或快速心律失常时，可在患者体内安装人工起搏器。

患者要注意劳逸结合，保证睡眠充足；不吸烟，不饮酒，饮食不过饱，少吃刺激性食物。

出现心律失常，首先是区别发病的类型，不可盲目使用抗心律失常的药物。

如前所述，心律失常根据症状难以区分开，主要依靠心电图检查才能确定。如果发现头晕、心慌等不适时，最简便的方法就是立即进行心电图检查。或者患者随身携带一个“霍特”（动态心电图监视仪），能记录24小时之内的心电变化，帮助医生对心律失常进行识别、分类和诊断。

有时为了做出正确诊断，还要让患者做运动试验，如冠心病患者在运动试验时可发生室性早搏。

急性心包炎

【概述】

心包是包裹在心脏外面的一层硬膜，将心脏紧密地包围起来。心包受到感染，即可发生炎症。依病程，心包炎分为急性和慢性两大类。患心包炎时，心包腔内可以出现积液。

急性心包炎多继发于其他疾病，常见的原因有感染，如结核性和化脓性感染等。肿瘤、创伤、风湿热、红斑狼疮、尿毒症也可以引起急性心包炎。

【诊断】

由于病因不同，所出现的症状也不相同。

患者出现的全身症状，在胸痛前或伴随胸痛出现畏寒、发热、多汗、食欲不振、倦怠、全身不适。随着心包积液增多，可有干咳、呼吸困难、声音嘶哑或吞咽困难。

心包炎患者的胸痛症状非常明显，可为剧痛，如刀割样，或为钝痛或有压迫感。疼痛能放射到胸部以外的其他部位，如肩背和上腹部。

医生检查时，能在患者的胸前用听诊器听到心包摩擦音，检查血压的脉压差缩小（脉压差是收缩压与舒张压之差），有心律失常。还有

其他一些发现，如心脏的浊音区扩大，心尖搏动消失（正常的情况下，能看到胸前有心脏搏动）。

如果心包积液增多，出现心包填塞时，大静脉也会受到压迫，于是出现静脉淤血的表现，如颈静脉怒张（脖子的颈静脉变粗）、肝大、下肢浮肿、腹水等。

诊断时还需要其他检查，常用的有心电图、超声心动图和X线检查。有一些化验检查也常用，如血清酶检查。患心包炎时，血清谷草转氨酶（简称SGOT）、乳酸脱氢酶（简称LDH）和磷酸肌酸激酶同工酶（简称CPK-MB）也会升高。

【治疗与护理】

治疗心包炎时，有一般治疗和病因治疗两种方法。

一般治疗是让患者卧床休息，直至发热和胸痛消失。同时给患者加强营养。患者胸痛严重时，服用止痛剂（如阿司匹林、吲哚美辛）。若胸痛持续不减，也可加用激素治疗（如泼尼松）。

心包积液增多时，会影响患者的呼吸，这时可抽出心包积液，缓解压力。

在病因治疗方面，根据不同病因采取不同的治疗。如果是结核引起的，就要积极进行抗结核治疗；对化脓性心包炎，则针对病原菌和敏感试验给予足量的抗生素。

对于由尿毒症、心肌梗死、恶性肿瘤、红斑狼疮等引起的心包炎，主要针对病因进行治疗。

心包的急性炎症过后，常遗留下或多或少的瘢痕和粘连。如果粘连不多倒也无妨，但是当粘连严重或瘢痕过多，特别是结核性心包炎常会引起缩窄性心包炎，这时心脏被广泛的纤维组织包裹，活动受到限制，不能自由地舒缩。缩窄性心包炎需要手术治疗。

心功能不全

【概述】

患有心脏疾病的患者，要经常了解自己的心功能情况。目前对心功能一般采用四级分级法，患者可以自己“对号入座”。

1. 心功能一级：指心脏功能尚好，具有完全代偿能力。在较轻活动时无气急、浮肿或心绞痛等症状，几乎和正常人没有区别，完全能正常地工作、学习和生活，甚至能胜任较重的劳动或体育活动。

2. 心功能二级：心脏的代偿能力已经开始失去，因此在从事较重的活动，如快步走、上楼或提重物时，即会出现气急、浮肿或心绞痛，但休息后即可缓解。这一阶段已经属于轻度的心力衰竭了。

3. 心功能三级：指从事轻度活

动，如上厕所、打扫室内卫生、洗澡等时，也会出现气急等症状。这个阶段属于中度心力衰竭，一般需要住进医院进行治疗。

4. 心功能四级：指休息时仍有气急等症状，在床上不能平卧，生活不能自理，而且常伴随有浮肿、营养不良等症状。这一阶段已经属于重度心力衰竭，患者完全丧失了劳动能力，而且应当急诊入院进行抢救。

心脏功能不全经过药物治疗后可以改善，而在过于劳累或感冒后可以加重。

心功能不全也称为心力衰竭（简称心衰）。

心脏由于疾病的缘故，不能胜任自己的工作，就会出现心衰。原来，心脏本身有一定的贮备能力，在患病的情况下也能带病运转，“坚持工作”，这在医学上称为代偿能力。但是超出了一定限度，心脏已经力不能支，就会出现心力衰竭。这时它的收缩（或舒张）功能出现障碍，使排出的血量不能满足身体的需要。

引起心衰的原因有许多，如冠心病、心肌炎、高血压性心脏病、心肌病、风湿性心脏病、先天性心脏病等时，最终都会出现心衰症状。心外的疾病，如甲状腺功能亢进、贫血等也可引起心力衰竭。

在原有心脏病的基础上，如果再有感染发生，特别是呼吸道感染，以及在过度劳累、情绪激动、心律失常和妊娠时，都会成为诱因，使心功能不全加重。

【诊断】

心力衰竭可分为左心衰竭和右心衰竭。

1. 左心功能不全：左心功能不全包括左心房和左心室功能不全，主要是有肺循环淤血的表现。

患者表现为呼吸困难，病情轻者仅是在劳累或剧烈活动后出现呼吸困难，有时候在夜间睡觉时出现。严重时在休息时也会出现呼吸困难，患者不能平卧。同时有咳嗽和咯血。

2. 右心功能不全：右心功能不全主要是体循环淤血的表现。

患者的颈静脉充盈或怒张，肝肿大并有压痛，下肢出现可凹性水肿，重者水肿可出现在全身，并有胸水和腹水出现。患者有紫绀体征，口唇、指端青紫。

诊断心功能不全，除了依靠患者的病史和出现的症状、体征外，还要进行许多检查。常用的有 X 线、心电图、超声心动图、放射性核素检查等项目。必要时还要进行心导管和心血管造影检查。

【治疗与护理】

治疗心功能不全，除了注重病因或诱因的治疗外，也要重视减轻心脏负担的治疗。

病因治疗是指针对病因进行矫治。如患有先心病的患者，则要手术治疗先心病；对高血压性心脏病的患者，积极治疗高血压。

患有心衰的患者要注意很好的

休息，轻度心力衰竭患者要限制体力活动。必要时要卧床休息，同时也要减少心理上的活动，有时还要给患者服用一些镇静剂和安眠药物。如果有感冒、腹泻、发热或病情变化，要及早就医。育龄妇女要注意落实避孕措施。

出现心功能不全时，必须限制食盐量，每天控制在5克以下，重度心功能不全的患者，每天的盐量应在1克。

心衰时，要减轻胃肠道的负担，宜少量多餐，适当控制每天的进食总量。选用营养丰富而容易消化的食品，避免吃不容易消化和容易胀气的食品，如油炸类、土豆、白薯或多糖甜食。严禁烟、酒，不喝浓茶和咖啡。

针对患者出现的水肿，可以间断地使用利尿剂。使用利尿剂时，要注意补钾，否则患者一旦出现低血钾症，则难以治疗。

根据不同的疾病和病情，还要使用不同的血管扩张药物。

用于扩张静脉血管的药物有硝酸甘油、消痛定、长效消心痛等。

用于扩张动脉血管的药物有酚妥拉明、肼苯哒嗪、硝苯地平（心痛定）、尼卡地平等。

此外，还有均衡动静脉作用的血管扩张剂，如硝普钠、盐酸哌唑嗪、特拉唑嗪（高特灵）等。

目前还有血管紧张素转换酶抑制剂，常用的有卡托普利（开搏通）、依那普利（悦宁定）、赖诺普利（利压定）等。

上面介绍的药物都要在医生指导下应用，患者不能擅自服用。

治疗心功能不全，还需要改善心脏收缩、舒张功能的药物，如洋地黄类药物。常用的药物有地高辛、毛花苷丙（西地兰）、毒毛花苷K、甲基地高辛等。

这些药物的治疗剂量与中毒剂量相接近，所以医生使用时特别谨慎小心。患者或其家属更不能随意增加剂量或改变使用方法，以免出现中毒。

洋地黄类药物过量的中毒反应，是患者应该掌握的知识。在用药的过程中，自己也要注意是否出现中毒反应，随时向医生报告，配合医生进行处理。

这些中毒反应的表现有：

（1）胃肠道症状：厌食、恶心、呕吐，少数患者还有腹痛、腹泻或便秘。

（2）神经系统症状：头痛、头晕、乏力、失眠、烦躁、抑郁，甚至出现精神异常。

（3）视觉异常：可有黄视、绿视、红视或视力模糊。

（4）心脏表现：各种心律失常，心功能不全加重。

（5）其他：荨麻疹、血小板减少或男性乳房发育。

一旦出现中毒反应后，要立即停药，纠正诱因，同时设法降低血液中的洋地黄浓度，并且对症处理。

急性肾炎

【概述】

急性肾炎也称为急性肾小球肾炎，是儿童中常见的一种疾病。

人体有两个肾脏，它们的功能非常复杂。作为泌尿器官，肾可以排除体内多余的水分和代谢过程中产生的废物，同时它又可以调节人体内的酸碱平衡，保持人体内环境的稳定。肾脏也是重要的内分泌器官，能分别分泌使血管收缩及舒张的物质，从而稳定血压。

患有急性肾炎的患者，有90%发生在急性链球菌感染之后1～3周。这些感染表现为急性咽炎、急性扁桃体炎或皮肤化脓感染。

孩子感染了这些细菌以后，并不是细菌直接侵犯肾脏而引起肾炎，而是通过免疫反应引起肾小球的炎症，所以患肾炎时，肾脏中并没有细菌，也不会化脓。

【诊断】

患急性肾炎后的主要症状是水肿、血尿、尿量减少。

水肿常是本病初起的表现。水肿轻的，仅见于早晨起床时两只眼的眼皮肿胀，严重时全身均有浮肿。

血尿常是首发症状，患者的尿常呈鲜红色，就像洗肉水一样，也可以有暗红色或浓茶色。同时也有尿量减少，起病时一天的尿量只有不足500毫升。

患者还有高血压症状。病情严重的患者可并发心力衰竭。此外还有全身不适、乏力、食欲减退、发热等。

化验检查尿中有少量或中等量的尿蛋白（＋～＋＋），有较多的红细胞（＋＋＋～＋＋＋＋）、少数白细胞和管型。血沉增快，抗“O”增高。

【治疗与护理】

目前对急性肾炎还没有特效疗法，综合治疗包括生活护理、特殊治疗、对症处理和中医的辨证施治等几个方面。

1. 休息：不论病情轻重，患病后2周内均应卧床休息。一直到肉眼可见的血尿消失、血压恢复正常，方能起床下地。以后可逐步增加活动量，2个月后如无临床症状，尿常规基本正常，即可半日上学，逐步过渡到全日学习，建议暂免体育课及预防注射半年。

2. 饮食：患病早期，应给予易于消化、含糖高的食物。低盐饮食非常重要，每天的盐量应为1～2克。限制饮食中的蛋白质含量。按体重计算，每千克体重每天为0.5～0.8克，以优质蛋白，如牛奶、鸡蛋、瘦肉等为宜。

3. 抗生素治疗：抗生素本身对急性肾炎并无治疗作用。但是可以

彻底消除病灶中残存的链球菌，减少抗原进入体内。在治疗开始时，肌内注射青霉素 1～2 周，对青霉素过敏的患者，可以使用红霉素或洁霉素（林可霉素）。

4. 对症治疗：包括使用利尿剂和降血压药等，应根据病情使用。

慢性肾炎

【概述】

慢性肾小球肾炎简称“慢性肾炎”，是由多种类型的原发性肾小球疾病发展而来。这是一种以血尿、蛋白尿、高血压和水肿为主要临床表现的疾病。但是，真正由于链球菌感染后的急性肾炎演变而来的并不多。

【诊断】

慢性肾炎病程一般较长，病情时重时轻，迁延一两年至数十年不愈。患者的主要症状有血尿、蛋白尿、高血压和水肿。最终可能发展为慢性肾功能衰竭。

疾病过程中，上述症状有时有一两项表现较突出。有的患者有顽固性的水肿，尿中有大量蛋白尿；有的则是血压持续升高。

慢性肾炎的并发症有高血压、贫血和动脉硬化，因而导致心脏的损害。

检查慢性肾炎，要做尿常规检查，了解尿中蛋白尿和血尿的轻重程度。同时也做血液的生化检查，项目有血肌酐等，能了解肾脏的功能，必要时还需用 B 超检查。

【治疗与护理】

按照患者的病情，将慢性肾炎分为不同的几种类型，治疗方案也不相同。

患有肾炎的患者，除了进行中西药物治疗外，日常生活中需要多加强护理工作。

患者的休息和饮食非常重要。过度劳累常是该病反复发作的诱因，因而要注意休息。如果浮肿明显、血压较高、尿改变较重，则应卧床休息。当症状减轻，尿变化也减轻时，可逐渐起床活动，但不能从事体力过强的活动。

如果活动后症状又加明显，或尿发生改变，则仍应卧床。所以患者应经常检查尿液，如尿中红细胞在显微镜下每高倍视野超过 10 个，就要卧床休息。

预防感染对于肾炎患者也很重要，这是因为任何感染，尤其是上呼吸道感染和皮肤感染，均可使病情加重。所以患者要预防感冒、扁桃体发炎。对于已经有的慢性病灶，如龋齿、中耳炎、鼻窦炎等，都应积极治疗，尽早清除病灶。

患有肾脏疾病的患者，需要进

行饮食治疗，其目的是减少肾脏的负担，减轻水肿，降低血压等。

日常饮食要注意根据患者的蛋白尿程度和肾功能状况而定，同时兼顾患者的浮肿程度、血压等。

按照尿量多少确定每日入液量。一般以补入前一日排尿量外，再摄入500毫升。如患者少尿，则每日入液量应限制在500～700毫升。

有浮肿和高血压症状的患者，应根据实际情况采用少盐、低盐或无盐的饮食。一般每日盐量应限制在5克以下，最好不超过2克。

根据病情的发展，适当调整患者的膳食。蛋白质在人体内代谢后，会产生大量的含氮废物，如尿酸、尿素、肌酐等，这些废物都需要经过肾脏排出体外，会增加肾脏的负担，不利于病情的好转。

如果患者的肾功能损害还不十分严重，饮食中的蛋白质可不加严格限制，按体重计算，每天每千克体重不超过1克（每日0.5～0.8克/千克体重），并且应选用富含各种新鲜维生素的食品。

当患者的血中“尿素氮”升高时，就要限制患者饮食中蛋白质含量，每天不要超过40克，最好用牛奶，同时控制食物中的磷摄入，不要吃肉类、蛋类和豆制品。

控制血压是防止本病恶化的重要环节，所以根据病情服用降压药物，如卡托普利和硝苯地平。

对急性肾炎和慢性肾炎的普通型、肾病型患者，可应用肾上腺皮质激素，如泼尼松、地塞米松等口服或注射。但是合并有糖尿病、高血压、精神病、溃疡病或结核病的患者应禁止使用。

对不能应用激素的肾病型患者，或单用激素疗效差的，可使用环磷酰胺、硫唑嘌呤等免疫抑制剂。但是在使用过程中，要注意防止白细胞减少、肝功能损伤、黏膜溃疡等副作用的发生。应定时查血及肝功能。如有异常应及时停药。

患有肾脏疾病的患者，要避免服用含非那西丁一类的解热镇痛药及其他对肾功能有损害的药物，如磺胺类药物、卡那霉素、庆大霉素等。育龄妇女要避免怀孕。

慢性肾炎患者要定期到医院复查，经常测量血压，检查尿常规、肾功能，坚持按医嘱用药，注意病情的变化。

患者要树立战胜疾病的信心，要知道肾炎的治疗有赖于自身体质的提高。

如果尿量很少、明显浮肿时，千万不要认为是脱水而大量饮水，这时要限制水量；一般以前一天的小便量、大便及呕吐物的估计含水量，作为当天的进水量（包括饮食含水量）。

肾病型患者尿蛋白多时，应在饮食中增加一些牛奶和鸡蛋，以补充蛋白质的丢失。血压很高、浮肿而又少尿者，要特别限制盐的摄入，为改善味道，可用无钠盐或临时加少量酱油。

肾脏本身的疾病或某些全身性疾病，都可以导致肾脏不可恢复的病变，称为尿毒症或慢性肾功能衰竭。顾名思义，就是尿不能排除体内的代谢产生的废物，导致自身中毒。患者浮肿、少尿、恶心、呕吐、食欲减退、乏力、血压高，并且出现心功能不全及严重的贫血。

对于晚期尿毒症，目前的治疗方法，除了异体肾移植外，还有血液透析和腹膜透析的方法，即用机器（“人工肾”）替代已经病废的肾脏。

血液透析是把人体中的血液引出来，通过人工肾将血液净化，然后再回流到身体内。

人工肾由透析器和监测装置两部分组成。在透析器内，患者的血液与透析液可以交换溶质，使血液中的毒素弥散到透析液内，然后弃掉，从而起到肾脏的部分功能。

肾病综合征

【概述】

肾病综合征简称肾综，是由多种肾小球疾病引起的。

【诊断】

肾综是一组以大量蛋白尿、低蛋白血症、水肿和高脂血症为特征的综合征。

患者起病常有前驱感染症状，多于上呼吸道感染或过度劳累后发病。

主要表现为全身或局部程度不同的水肿，严重时有胸水和腹水。

化验检查发现，患者有大量蛋白尿，尿中可有程度不等的红细胞，血浆蛋白含量明显降低，并伴有高脂血症。

【治疗与护理】

治疗肾病综合征需要用糖皮质激素类药物（如泼尼松、地塞米松）。

患者服用激素时间，中、长疗程为6～9个月，长疗程为1年或更长时间，需坚持每天都要服药，按医嘱递减，千万不可骤停。

肾病综合征缓解3～6个月后，口服激素减至隔日晨顿服，总剂量减至原量1/2后，可逐渐恢复学习，但宜避免过劳，暂免劳动和体育活动，直至激素停药。

目前还使用免疫抑制剂，如环磷酰胺协同激素治疗。对激素不敏感的患者，使用环孢素A。

患者要用利尿、消肿的药物，同时积极预防呼吸道及皮肤感染，特别应避免与水痘、麻疹等患者接触。病情缓解，停用激素3年内宜避免预防注射。

此病还应配合中医中药进行治疗，效果可能会更好。

要做好患者的护理工作。患儿

的抗病能力低，容易感冒，而且感冒以后病情就会反复或加重。

患者应定期至门诊找专科医生复查。服用大剂量激素期间，至少每2周复查一次，测血压。医生根据尿常规和临床表现，指导减药。特别是服用免疫抑制剂的患者，至少每2周复查一次血常规和尿常规，一般4周复查一次肝功以及肾功能、纤维蛋白原等指标，以指导治疗和调节药量。

宜低盐饮食（每天1～2克），限制蛋白质，以优质蛋白质，如牛奶等为宜。

需注意观察尿量、尿色及浮肿情况，如发现异常则需随诊，以便及时调整和更改治疗方案。

尿路感染

【概述】

尿路感染是肾脏、输尿管、膀胱和尿道受到细菌侵犯而发生炎症的一组疾病。

人的泌尿道像一根上下开口的管子，上面通过肾脏的血液循环与全身各部组织相连，下面则通过尿道口直接与外界相通。因此下面的尿道口是细菌入侵的主要途径。

细菌大多数由尿道口侵入，尤其是女性尿道口与阴道、肛门为邻，尿道又宽、又短、又直，细菌很容易侵入。当外阴卫生条件不好时，更是如此。一些新婚夫妇，由于旅行结婚条件所限及新婚性生活的刺激，就更容易出现尿路感染。

细菌侵入尿道口后，很容易发生尿道炎，再向上进入膀胱，即可引起膀胱的感染。当有青壮年的细菌性前列腺炎、老年人的前列腺增生、膀胱结石、妊娠等情况时，由于排尿不畅，尿液残留，细菌更容易在尿内繁殖。

身体各部组织的炎症也可以经过血液传入泌尿道。泌尿系统邻近的器官和组织的炎症，如肾周围脓肿、髂凹脓肿、细菌性前列腺炎，也会直接侵入泌尿道。

糖尿病的患者由于身体抵抗力下降，以及尿中含糖，细菌更易侵入及繁殖。

另外不卫生的导尿术，尤其是长时间地留置导尿管，也是引起膀胱炎的一个重要原因。

【诊断】

医生根据感染的部位，将尿路感染分为下尿路感染（膀胱炎）和上尿路感染（肾盂肾炎）。肾盂在肾脏内，它收集肾脏滤过的尿液，然后下通输尿管，将尿液经膀胱、尿道排出。

1. 膀胱炎：膀胱黏膜由于细菌的侵入，发生充血和水肿。患者突然起病，表现为尿频、尿急（一想

排尿就忍不住，常会淋湿裤子）和尿痛（排尿时疼痛），尤以急性期更为明显，并常有小腹部的隐痛或胀痛，少数患者有腰痛症状。

患者全身症状不明显，有时虽然发热，但是体温不超过38摄氏度。

检查尿常规，可见尿中有红细胞和白细胞。

2. 急性肾盂肾炎：起病急，常有尿急、尿频、尿痛症状。患者的全身症状比较明显，常有发热（超过38摄氏度），还有头痛、恶心、呕吐等。还常有腰痛，如果叩击患者腰后背的肾区，患者有叩击痛。根据上述的临床表现和血尿常规检查即可做出尿路感染的诊断。

患者急性期血液中的白细胞可明显升高，中性粒细胞比例也上升，取中段尿检查，或见到大量白细胞和脓细胞，也可出现红细胞和少量颗粒管型。白细胞管型的出现，表明肾脏已经有炎症或化脓。

3. 慢性肾盂肾炎：慢性肾盂肾炎患者的症状与急性相近，同样有全身症状、泌尿系统表现和尿改变。但是也有些患者症状并不明显，而在尿中能培养出细菌。

诊断慢性肾盂肾炎，一靠患者的病程长、反复发作的病史超过半年以上。其次要做肾盂造影，见肾盂的组织结构有破坏；同时检查肾功能，发现有损害。经常做的还有X线腹部检查、B超检查、膀胱镜检查等。

【治疗与护理】

治疗急性尿路感染，主要依靠抗菌药物。同时让患者卧床休息，鼓励患者多喝水，以增加尿量，促使细菌和炎症渗出物的排出。

治疗药物最好是根据尿液细菌培养及药物敏感试验的结果，选取最敏感的抗菌药物。

抗菌药物常用新诺明（简称SMZ）或复方新诺明（增效磺胺片）。新诺明每天服2次，每次1克。服用磺胺类药物时，要同时服用碱性药物，如碳酸氢钠片。

若体温较高，全身症状明显，也可用诺氟沙星（氟哌酸）治疗。病情严重者，还可肌内或静脉注射抗生素，如庆大霉素、头孢三嗪等。

使用抗菌的药物，要直到症状消失，尿检查正常后3～5天再停药，疗程一般在10～14天。然后停药观察，每周都要复查尿常规，进行尿的细菌培养。这样做两三周后，如果确实没有问题时，6周后再复查一次，如果仍然正常，就可以认为治愈了。

假如在复查时，还发现问题，就要重新用一个疗程药物，切忌过早停药和不追踪观察。

治疗慢性肾盂肾炎，首先应找出诱发的不利因素，并且积极矫正，这样用药的效果才好。

使用抗菌药，要根据病情和细菌培养的结果决定。一般是采取两种药物联合应用，并且将药物分为几组，轮流使用。每组药用一个疗

程，停药一周左右，再用下一组药物治疗，直到尿常规和尿菌阴性为止，一般需要2～4个月。

急性肾盂肾炎如能及时治疗，绝大多数患者可以痊愈。而慢性肾盂肾炎则难治愈，所以不可轻视，必须配合医生的治疗。

预防尿路感染，主要是防住两头。一头是细菌的逆行感染和直接侵入；另一头是控制体内病灶通过血液循环传染。

要保持外阴的清洁，尤其是女性在月经期、妊娠期，更要注意外阴部的清洁卫生，要经常清洗外阴。

多喝开水，增多尿量，是进行泌尿道自动冲洗的好办法，无论对预防或是治疗，都有一定的作用。另一方面，要积极治疗全身的感染性疾病，以防细菌沿着血液或淋巴循环进入泌尿道。

新婚期女性在性生活前排空膀胱，然后口服复方新诺明2片，对防止细菌上行有一定作用。

肾结石

【概述】

肾结石是在肾脏里生长了小石头。这些结石位于肾脏内的肾盏、肾盂或肾盂输尿管交界部位。

人体尿液的主要成分之一是晶体。当尿中某种成分的质和量发生了变化时，有些晶体物质即从溶解状态沉淀而形成结石。

肾脏里出现结石的原因有许多。如与自然环境有关，在热带或亚热带地区，肾结石的发病率就高一些。人体内代谢出现异常，也会出现结石，如甲状旁腺功能亢进、高钙血症；饮食与营养与结石形成也有一定关系，如维生素A缺乏。尿路梗阻、尿路感染和尿路的异物，都是肾结石出现的原因。

【诊断】

患有肾结石的患者可以多年不出现症状，或仅有腰部隐痛和间歇性钝痛。

如果结石移动或身体震动，结石卡在肾与输尿管的交界处，就可以出现非常剧烈的肾绞痛。肾绞痛一般是突然发生，疼痛向背部、下腹部和会阴部外生殖器部位放射。有时绞痛发作后，或许还能排出一些像沙粒大小或更大一些的结石。

血尿是肾结石常见的症状。开始的时候，仅是些显微镜下才能发现的血尿，后来发展为肉眼可见的血尿。当结石合并了感染时，还会出现脓尿。

肾结石堵塞尿路严重时，能形成肾积水，在上腹部或腰部甚至可以摸到包块。

诊断肾结石，离不开对血液的检查。血液生化检查测定尿素氮和

肌酐，可以了解肾脏的功能如何。24小时血钙和血磷、尿酸检查，对分析结石形成的原因有一定帮助。

X线、CT和B超检查，可以了解结石的位置、大小和有无肾积水等，对于决定治疗方案非常有作用。

【治疗与护理】

有尿路结石要积极处理，否则可能反复发生绞痛、感染，甚至引起尿路积水，导致肾功能减退。肾结石的治疗方法中当然最好能将结石去除。

但是结石直径小于0.5厘米，无尿路梗阻及感染，肾脏的功能也正常时，可以不采取手术治疗的方法，而采用保守治疗。保守治疗时，饮食非常重要。让患者大量喝水，保持每天的尿量在2 000毫升以上，可以有助于结石排出。

如果结石主要是由草酸钙和磷酸钙形成的，在饮食中就要限制含钙和草酸盐丰富的食物，如牛奶和奶制品、蔬菜、水果等碱性食物。而代之以肉、蛋等所谓酸性食物。

含钙多的食物，除奶制品外，还有豆制品、海产品（如虾皮）等；含草酸盐较多的食物有甜菜、荸荠、苋菜、菠菜、青蒜、洋葱、茭白、笋、可可、茶等。

如果结石是由尿酸为主要成分，则患者应尽量避免摄入高嘌呤食物，如动物的脑和内脏、浓肉汤、浓鸡汤、沙丁鱼、蘑菇、豌豆、扁豆、菜花等。

调节尿液的酸碱度，使尿液变为碱性，有助于治疗尿酸和胱氨酸结石。服用的碱性药物有枸橼酸钾合剂和碳酸氢钠（小苏打）。

结石混合感染，要控制感染，常用抗生素治疗。

有些中药制剂，可起到排石的作用，如中药排石汤。

适当运动、倒立体位，改变睡觉姿势，可能有助于小的结石排出。

目前有体外震波碎石，适用于直径1.5厘米以下的单颗粒结石。经皮肾镜取石的方法，适用于直径小于3厘米的结石。但是对于复杂的结石，还是需要外科手术切除取石。

尿路结石可以合并尿路阻塞，并发感染。梗阻和感染又促进结石产生，形成恶性循环。梗阻能引起积水，积水容易发生感染，最终会导致肾实质的破坏，使肾脏丧失功能。所以发现肾结石后，要积极设法治疗，不要久拖不治，或犹豫不决，耽误了最好的治疗时机。

肾结核

【概述】

肾结核是由于结核杆菌所引起的肾内感染。患有肾结核的患者，过去一般曾经患有肺结核，或者患有生殖系结核、淋巴结核和骨关节结核等。结核杆菌通过血行播散到肾，在适当的机会就可能发病。

【诊断】

患有肾结核的患者，有尿路刺激症状，如尿频、尿急、排尿不适等，并且有血尿和脓尿。但是用普通的细菌培养方法，在尿中并不能培养出细菌。培养结核杆菌需要特殊的培养条件才能成功。

患者经常腰痛，一般疼痛发生在单侧后腰部，有坠痛或钝痛的感觉。

此外，患者也有结核病的中毒症状，如发热、盗汗，体重减轻、消瘦、贫血和全身不适。做结核菌素试验（OT试验），结果为阳性。

检查患者时，拍X线胸片，可能发现曾经患过肺结核的证据。用CT检查能提供肾的结构和功能情况。通过静脉肾盂造影，能了解肾脏被损害的依据。

如果通过上述检查仍不能确定诊断，也可以用膀胱镜检查。

【治疗与护理】

一般治疗的原则与治疗肺结核相同（参见肺结核一节）。

药物治疗也同样使用抗结核药物，常用的有异烟肼（雷米封）、利福平、乙胺丁醇、吡嗪酰胺等。

目前采用两三种药物联合用药的方式给药，疗程一般在9个月至1年半。如异烟肼、利福平和乙胺丁醇连用半年，然后停用乙胺丁醇，其他两药再用一年。

对于肾脏病变严重，用化疗药物不能治愈者，也可以用手术方法将有病的一侧肾脏切除，但是也同样要进行抗结核药物治疗。

对长期出现血尿、脓尿的患者，用一般抗生素消炎治疗无效时，应当想到患有肾结核的可能性，重新进行认真检查，不要长期按慢性肾盂肾炎盲目治疗。

缺铁性贫血

【概述】

铁是造血的重要原料。如果体内铁的贮存缺乏，就会影响血红蛋白的合成，于是就出现了一系列贫血症状。

体内有慢性失血（如女性月经

过多，或患有钩虫病、痔疮、肿瘤等），因消耗过多会出现贫血。婴儿或妊娠、哺乳的妇女由于特殊需要，从食物中摄入的铁不足，或铁的需要量增加，同样会出现贫血。有些患者贫血是由于患有萎缩性胃炎，或胃大部分切除、长期腹泻，对铁的吸收不良，也能形成贫血。

【诊断】

贫血的患者面色苍白，尤其是手掌和甲床最为明显。患者无力、头晕、耳鸣、眼花。仔细观察会发现患者皮肤干燥、毛发干燥，指甲扁平或有反甲（即指甲盖向外翻翘）。

少数患者可出现口炎、舌炎、舌痛、吞咽困难，有的患者还有异食癖，如爱吃土块等。

患有贫血时，食欲不振，并可有腹痛、腹泻和便秘等。贫血严重时，表现在呼吸和循环系统的症状，则有心慌、气促、脉搏快。

诊断贫血主要依靠实验室检查。患者的红细胞（简称 RBC）和血红蛋白（简称 Hb）减少。平均红细胞容积（简称 MCV）、平均红细胞血红蛋白含量（简称 MCH）和平均红细胞血红蛋白浓度（简称 MCHC）都低于正常（正常参考值参见本书附篇）。

检查血清铁蛋白、血清铁、总铁结合力等项目，也有助于诊断。

【治疗与护理】

治疗缺铁性贫血首先是针对病因进行治疗。如钩虫病引起的贫血，应当重视驱钩虫治疗；痔疮患者经常出血引起的贫血，当务之急是治疗痔疮，否则不会彻底治愈。

补充铁剂也非常重要。常用的铁剂有硫酸亚铁（每日 3 次，每次 0.3 克）、富马酸亚铁、葡萄糖酸亚铁等。如果口服铁剂无效，而急需纠正缺铁时，可用右旋糖酐铁等注射剂。

使用铁剂治疗时，应同时服用维生素 C。

猪血中含有丰富的蛋白质和铁。每 100 克猪血中含铁多达 45 毫克，是一般肉类含铁量的 100 倍。因此猪血是缺铁性贫血患者最理想的补血食品。含铁多的食物还有动物肝、禽血、瘦肉、葡萄干、龙眼、红糖、蜂蜜、樱桃、木耳、香菇、豆类、海带等。

贫血的原因很多，应仔细检查病因，才能对症下药，不要自己随便吃“补血药”。缺铁性贫血不是最后的诊断，必须找出贫血的原因，做出病因诊断。贫血纠正以后，仍然要继续治疗半年，以补充贮存铁。

贫血患者不可偏食。婴儿喂养因乳类含铁量低，应及时添加含铁高的蛋黄、肝、肉等食物。月经量过多的妇女要及时补充铁剂，并查明妇科疾病。胃大部切除者，因十二指肠吸收部位减少，应常服铁剂或少吃多餐。

类风湿性关节炎

【概述】

类风湿性关节炎是一种以多个关节慢性、非化脓性炎症为主要表现的全身性疾病。患者多年患病后，双手变形，五指扭曲，手指关节肿胀，疼痛难忍。说它是炎症，主要是指关节有红、肿、热、痛等症状，并可引起严重并发症，使关节强直变形，严重者引起肢体残废。这种病往往侵犯双手的小关节、腕关节和双脚的趾关节，使一双劳动的手变成手指梭形肿胀、关节僵硬、畸形怪异。

类风湿性关节炎在我国患病率为0.3%～0.5%，几乎每二三百人中间，就有一人得病，而且农村多于城市，北方多于南方。女性患者为男性的2～3倍。

本病可发生于任何年龄，发病率一般随着年龄增加而升高。妇女的发病率高峰在40～49岁及60～69岁两个年龄阶段。据粗略估计，我国有360万～600万类风湿性关节炎患者。

风湿性关节炎与类风湿性关节炎都以关节炎为突出表现，引起关节的红肿热痛，但两者并不是同一种疾病。

类风湿性关节炎的病因，至今尚不完全明了，可能是一种自身免疫性疾病，与遗传因素、感染因素、性激素水平以及体内糖皮质激素的基础分泌量等多种因素有关。一般来说，受凉、潮湿、劳累、精神创伤、营养不良、外伤等，常为本病的诱发因素。

本病常以小关节起病，多为对称性，先影响关节滑膜，随后侵蚀关节软骨和骨组织，导致关节结构的破坏、关节畸形、功能丧失；同时，还可损害心、肺、肾等内脏器官和神经，导致多系统损害，血清中可查到自身抗体。

【诊断】

类风湿性关节炎一般是逐渐发生，常有全身不适、食欲减退、体重减轻、手足盗汗和关节酸痛等前期症状。

类风湿性关节炎多侵犯手指、足趾关节、腕关节等小关节。特别是手部掌指关节及近侧指间关节。在关节突出部或受压部的皮下，常有一些质硬、无压痛的疙瘩，称皮下结节或类风湿结节。

起病时，先有关节僵硬，以早晨起床后手指弯曲无力、伸直困难，稍做活动后又恢复灵活正常为特点，所以称为“晨僵”现象。关节开始为疼痛和僵硬，逐渐出现肿胀、积液和局部温度升高，局部有明显的压痛和肌肉痉挛，随后发生肌肉萎缩和肌肉挛缩。至晚期，由于关节

软骨破坏消失，韧带、肌腱松弛，肌力不平衡，可出现关节的各种畸形，最多见的是掌指关节的半脱位和手指的尺侧偏斜，最后发生关节强直。

类风湿性关节炎有自发性缓解和复发的特点，关节症状可持续数月至数十年之久，多数患者将程度不同地丧失部分关节功能。

类风湿性关节炎的关节外表现，常有皮下结节、皮疹、心脏病、眼病等，但较为少见。化验检查常有白细胞计数增高、继发性贫血、血沉增快、类风湿因子实验阳性。X线检查，全身骨骼均有程度不等的骨质疏松和萎缩。

我国尚未制订出类风湿性关节炎的诊断标准，目前沿用美国风湿病学会的类风湿性关节炎诊断标准。该诊断标准为：

（1）晨僵至少1小时。

（2）3个或3个以上关节肿。

（3）腕、掌指关节或近端指间关节肿。

（4）对称性关节肿。以上4条均须持续6周或6周以上。

（5）类风湿结节。

（6）手X线改变。

（7）类风湿因子阳性。

以上7条标准中只要具备4条或4条以上，即可诊断为类风湿性关节炎。我国患者的晨僵和关节肿胀的持续时间较短，应加以注意。

【治疗与护理】

类风湿性关节炎的治疗目的，主要是为了减轻疼痛，控制病情进展，防止发生不可逆的骨改变，尽可能地保护关节和肌肉的功能。

类风湿性关节炎患者要早期治疗。如不及时治疗，可发生骨关节侵蚀，关节功能丧失，造成不可逆的破坏。早期联合用药能够更好地控制病情。有些患者在用药后，疼痛症状减轻就不再接受治疗。这种做法不好，为了控制病情，必须长期坚持用药，不得擅自停药。

急性期关节剧烈疼痛，且有全身症状者，应完全卧床休息。一般为3周左右。卧床休息时要注意体位，枕头不能过高，不睡软床垫，膝下不要放枕垫，以免髋、膝关节畸形，尽量避免关节受压，还可短期（2～3周）内用夹板制动，保持关节功能位，消肿止痛。

注意保暖和防潮。因为寒冷和潮湿容易诱发关节炎，且女性比男性更敏感。选择泡热水澡、热水淋浴、温泉浴，可舒缓关节的僵硬度。

慢性缓解期要加强关节功能锻炼，经常做手指屈伸及关节舒展活动，防止关节屈曲挛缩，也应配合局部热敷及理疗，以保持和增进病变关节的活动功能，防止畸形和强直。日常生活的训练，包括手指的抓、捏、握等练习，到患者能耐受为止。

缓解期可参加游泳、骑车、散步、打太极拳等项活动，还可在康复科医生的指导下进行物理治疗，如冷热疗、磁疗、红外线疗、针灸

疗法等。中医中药的治疗也有一定作用，最常选用的是雷公藤制剂，蚂蚁、蜜蜂、蝎子等昆虫对治疗类风湿性关节炎控制症状有一定辅助作用，但奶类、茶、咖啡等可使患者的症状加重，应慎用。

治疗类风湿性关节炎的药物很多，基本上可分为一线药物、二线药物、三线药物及免疫治疗药物。

一线药物有水杨酸类和其他非甾体抗炎药；二线药物有改变病情药和细胞毒药物。前者包括金制剂、青霉胺、氯喹、柳氮磺胺吡啶和雷公藤等；后者有甲氨蝶呤、环磷酰胺、环孢素等；三线药物为肾上腺皮质激素。联合治疗即同时合用两种或三种一线、二线或其他药物。

早期应用甲氨蝶呤，对控制类风湿性关节炎病程进展比较有益。可用小剂量甲氨蝶呤冲击疗法治疗类风湿性关节炎，即每周给药1次，逐渐加量，具有作用快、疗效确切、危险小的特点。甲氨蝶呤可持续应用5～6年以上。但该药有潜在毒性反应，对老年、肥胖或嗜酒患者，应避免或极慎重地使用。

当关节疼痛难忍，影响行动或功能时，就需考虑实施手术。对于关节已经强直，严重影响关节功能的患者，可作人工关节。另外，还可根据具体情况进行关节清理术、关节囊切开术、关节融合术、截骨术、关节成形术等。辅助治疗有矿泉疗法和磁疗等，能达到消肿、减轻疼痛、增加关节活度的效果。利用拐杖辅助走路，可以减轻受损关节的压力。应让患者在温水中锻炼大腿肌肉，并鼓励拄棍行走。当然，以上这些方法属辅助性疗法，因此患者绝不可放弃正规治疗。

老年类风湿性关节炎患者中，男性比例有所增加；急性发病者较多；首发关节表现肩、膝等大关节者较多；手和足部凹陷性水肿较多；病程中跖趾关节和近端趾间关节受累频率低于60岁以下者。

老年类风湿性关节炎与一般的类风湿性关节炎的治疗并无不同，应鼓励他们每日坚持适当活动。在选择药物时应慎重。常用的非甾体类抗炎药，容易影响胃肠道及肾脏。老年人的胃肠道功能本身较差，肾功能有不同程度减退。因此，应选用对胃肠道及肾脏影响较少的药物，应用剂量宜小，在使用中应密切观察，一旦出现异常，应减量或停用。

类风湿性关节炎患者要定期去医院检查。因为它是一种不能彻底根治的疾病，治疗中要随时结合病情的变化，定期检查类风湿因子、C反应蛋白、血沉、X线等，以评价疾病是否活动、活动程度、骨关节破坏是否进展，以及治疗的效果。如疗效不佳，应考虑改用其他药物或联合用药，以免延误病情，失去治疗的最好时机。

另外，治疗类风湿性关节炎的药物可产生各种各样的副作用，有必要定期到医院进行有关检查，调整药物剂量或种类，达到副作用最

小、疗效最好的目的。

白血病

【概述】

白血病俗称“血癌”，说明它是造血系统的恶性疾病。患白血病的时候，白细胞无限制地增生，于是在外周血液中的白细胞显著增多，造血组织（即骨髓）内白细胞显著增生，在周围血液中也出现了尚未发育成熟的白细胞。

产生白血病的病因目前还不清楚，可能与病毒感染、接触放射性物质或某些化学物质有关。遗传因素也可能有作用。

【诊断】

根据白血病细胞不成熟的程度和病程，可将白血病分为急性白血病和慢性白血病两大类。急性白血病的骨髓和外周血液中主要的白血细胞是原始细胞；慢性白血病主要是成熟和幼稚阶段的细胞。

根据白血病细胞的类型，又可分为急性淋巴细胞性白血病（简称急淋）和急性非淋巴细胞性白血病（简称非急淋）。

急淋多见于儿童和青少年，非急淋多见于成年人。

大多数急性白血病患者起病急，病程短，如果治疗不及时，患者常在数月内死亡。患者颜面极度苍白，体温增高、全身衰弱，并有全身骨骼、关节疼痛。在口腔内，常有显著的溃疡性坏死性口腔炎和咽炎发生，皮肤、黏膜出血。有些患者还有头痛、呕吐、视力模糊等症状。检查时发现肝、脾和淋巴结肿大，胸骨后有压痛。

诊断白血病离不开对血液的检查。医生需要抽取患者的骨髓进行涂片检查。在骨髓片中能发现有核细胞增生活跃，原始细胞占的比例很大。在周围血液中，白细胞总数增加，细胞分类中，以原始细胞为主。

检查内容还包括血液组织化学检查。

【治疗与护理】

治疗急淋，最好是采取异体骨髓移植的方法。但是骨髓移植的供体很难找到，需要建立骨髓库才能及时得到供应。所以目前主要还是依靠化学药物治疗。

常用的药物有长春新碱、糖皮质激素泼尼松和柔红霉素、左旋门冬酰胺酶（简称 L-ASP）、阿霉素等。

经过以上药物治疗后，还需要维持和巩固两个阶段的治疗。

治疗还包括支持治疗，如防治感染、出血；治疗贫血，常需要进行输血；应用一些称为造血细胞生长刺激因子药物进行治疗。

至于其他类型的白血病，有不同的症状和治疗方法，本书不再介绍。

白血病是一种非常严重的疾病，治疗必须在专科医院，由血液科的医生施治。

甲状腺功能亢进

【概述】

甲状腺功能亢进简称甲亢，是一种常见的自身免疫性疾病，患者多有免疫系统的内在缺陷。多见于中青年女性，但是其他年龄的人也可能患病。精神刺激等应激因素可为诱发因素。

甲状腺是人体最大的内分泌器官，位于颈部前面的下方，形状如蝴蝶，也像盾牌。它能够制造和释放甲状腺激素。甲状腺激素释放到全身血液里，起着调节正常生理代谢，维持身体各个系统和器官的正常功能等作用，如提高机体的代谢率，增加耗氧量，促进生长发育，促使胎儿神经系统的分化和成熟等。

一旦因为某些原因，甲状腺产生了过多的甲状腺激素，身体的许多功能就发生紊乱，引起一系列的临床表现，称为甲状腺功能亢进。最常见的是毒性弥漫性甲状腺肿，这是一种与遗传有关的免疫功能紊乱。

【诊断】

（1）患者怕热、出汗、皮肤潮热。

（2）身体消瘦，体重下降，乏力，疲劳。

（3）神经质，多语多动，手颤，失眠，脾气急躁，震颤，易激动，注意力不集中，焦虑不安。

（4）食欲亢进，易饥多食，腹泻或大便次数增多。

（5）有心慌、心跳加快等症状，严重时还会出现心脏扩大、心房纤颤，甚至心力衰竭。

（6）影响胎儿发育，容易出现早产、畸形和胎儿体重过轻。

（7）引起骨质疏松，骨关节疼痛。

（8）脖子肿大，变粗，也有的眼睛变得外凸，眼神略显呆滞。

（9）男性患者多有勃起功能障碍，女性患者多月经紊乱。

有人罹患甲亢后，四肢或胸背部的肌肉萎缩变小，严重时就像皮包骨一样；少数患者双腿或胳膊突如其来地发生瘫痪。甲亢能引起心脏病，或使原有的心脏病加重的情况也不少见。

测定血清甲状腺激素浓度，可以很好地表示甲状腺的功能状态。目前，临床上广泛采用放射免疫法测定甲状腺激素，日常所说的甲状腺功能检查，指的就是甲状腺功能测定。

检查项目有 TT_3（总三碘甲状腺原氨酸）、TT_4（血清总甲状腺素）、FT_3（游离三碘甲状腺原氨酸）、FT_4（游离甲状腺素）、TSH（促甲状腺素）。

【治疗与护理】

甲亢的治疗，有 3 种方法。

1. 药物治疗：长期口服甲巯咪唑（他巴唑），或丙基硫氧嘧啶（简称丙嘧或丙硫），一般需要连续用药 1～2 年。其他药品有维生素、普萘洛尔（心得安）及保肝的药物。

服药期间，如出现咽痛、发热，应及时去医院就诊。日常注意加强营养。多吃一些肉类、蛋类和新鲜蔬菜。在服药的前几个月内，忌食海味（如海鱼、虾、海带和紫菜），也不要用含碘喉片之类的含碘药物。注意休息，不参加剧烈运动，不做重体力活动，避免精神过度紧张。

定期去医院检查。复查以前，做好医生要求的化验检查。育龄女性用药期间不要怀孕。怀孕不仅会影响病情，而且药物对胎儿的生长发育，也有不利的影响。停药以后半年至 1 年再怀孕，较为合适。

2. 手术治疗：用药物把病情控制稳定以后，手术切去大部分功能过高的甲状腺组织。

3. 放射性核素^{131}碘治疗：放射性核素^{131}碘进入甲状腺以后，所放出的放射线，能对甲状腺产生一定的破坏。这种疗法效果好，简便、安全。

但是一部分患者在用核素碘治疗若干年以后，可能发生甲状腺功能减退（简称甲减）。遇到这种情况，只要及时确诊并且用甲状腺素片治疗，患者可以保持正常的生活和工作。

选用这种治疗的患者，年龄要超过 30 岁，而不适宜用于儿童和孕妇。

患者自己要注意心理卫生，尤其忌急躁、激动。家属也要给予必要的心理疏导。服用药物要持之以恒，不要自己擅自停用抗甲状腺的药物或改变剂量。症状好转后也要坚持一个阶段的规则治疗，以防复发。

不要以为患甲状腺疾病都要多吃海带。甲状腺功能亢进的患者禁忌含碘食物，如海带、紫菜。含碘的中药有昆布等，也要禁忌服用。

附录　用核素^{131}碘治疗前须知

（1）用^{131}碘检查和治疗前 1 个月，忌吃含碘的食物，特别是海产品，如海带、紫菜、虾皮及有海鲜的饺子、方便面等。同时禁用含碘的药物，如含碘喉片、含碘造影剂、碘酒等。

（2）用^{131}碘检查甲状腺功能前，至少停用抗甲状腺药他巴唑或丙基硫氧嘧啶等 1 周以上。如果心慌、多汗等症状明显，可用心得安一类药物治疗。

（3）用^{131}碘检查前 1 周，停用镇静安眠药。

糖尿病

【概述】

糖尿病已经成为世界范围内的第五大死因。我国现有糖尿病患者6 000万以上，居世界第2位。其中，95%为2型糖尿病。

糖尿病是一种常见的内分泌代谢紊乱性疾病，是一组遗传和环境因素相互作用而引起的临床综合征，以高血糖为其主要标志。

糖尿病的许多潜在危险因素，与心血管疾病的危险因素相一致，如高血压、肥胖、吸烟、血脂异常等。糖尿病患者如果合并高血压和（或）血脂异常，则发生心血管疾病的危险最大。糖尿病的主要并发症有眼底的视网膜病变、肾脏病变、神经病变和大血管病变等。

据统计，糖尿病患者的心脑血管和外周血管并发症，为非糖尿患者群的2～4倍。因此，糖尿病与心血管危险密切相关。心血管疾病是引起2型糖尿病患者死亡的最重要原因，65%的糖尿病患者死于冠心病。糖尿病伴冠心病与非糖尿病的冠心病患者相比，病情易恶化，预后差。糖尿病患者发生脑卒中的死亡率几乎是非糖尿病者的3倍。在大于65岁的糖尿病患者中，大约13%有脑卒中病史，明显高于非糖尿患者群。

食物在人体内被转化成葡萄糖后，要借由胰岛素将它从血液传送到细胞内，以转变为能量。体内胰岛素不足（1型），或发生胰岛素抵抗时（2型），血液中的葡萄糖无法进入细胞内被利用，血糖浓度逐渐增高，导致糖尿病。临床上可见烦渴、多尿、多饮、疲乏、消瘦等表现。其病程冗长，病变累及全身：脑、心血管、肾、神经、视网膜、皮肤及足，危重时可发生酮症酸中毒、非酮症高渗性昏迷、脑血管疾病、心肌梗死、慢性肾功能不全等，常易并发化脓性感染、尿路感染、肺结核等，严重威胁患者生命。

糖尿病虽在各种年龄均可发生，但更多见于老年人，患病率随年龄增加而升高，60岁以上患病率可达11.34%。

糖尿病可以分为两类：胰岛素依赖型糖尿病（1型）和非胰岛素依赖型糖尿病（2型）。1型患者与遗传因素有关，所以患者都是自幼患病。但是大部分患者的病因并不很明确，其发病与遗传因素、种族差异、病毒感染、自身免疫、营养状况、肥胖等有关。有家族遗传史者，可在感染、创伤、妊娠、营养过度等情况下诱发糖尿病。

2型患者则多为成年人，病因以胰岛素抵抗为主，伴胰岛素相对分泌不足；或者以胰岛素分泌不足，

伴胰岛素抵抗。所谓胰岛素抵抗，是指正常分泌量的胰岛素，已经不能使血糖保持正常。要维持正常的血糖水平，需要超量的胰岛素，也就是说，是胰岛素的作用“贬值”了。

在这种情况下，人体为了保持正常的血糖水平，必须分泌更多的胰岛素，结果导致出现高胰岛素血症。如此周而复始，形成胰岛素抵抗与高胰岛素血症之间的恶性循环。

人体分泌胰岛素的功能是有限的，一旦不堪重负并出现衰竭，正常血糖就无法保持。此时，就会出现血糖升高，糖耐量减退，进而出现空腹血糖升高，至此发展为典型的2型糖尿病。

肥胖是引起胰岛素抵抗最常见的原因。肥胖症患者几乎都存在胰岛素抵抗。体重指数超过23千克/米^2，特别是腹大腰圆的腹型肥胖者，更容易出现胰岛素抵抗。

甘油三酯升高是胰岛素抵抗的另一标志，其他如测出血压、尿酸、血黏度升高，都提示患者有明显的胰岛素抵抗。

目前将胰岛素抵抗、中心性肥胖、糖耐量降低或糖尿病、高血压、血脂代谢紊乱等多种疾病的组合，统称为“代谢综合征”或“胰岛素抵抗综合征”，认为胰岛素抵抗是促使糖尿病、高血压、高血脂等疾病发生发展的重要原因。

【诊断】

有糖尿病症状，空腹血糖大于（或等于）126毫克/分升（7.0毫摩尔/升），经过两次检测无误，即可诊断为糖尿病。

糖尿病的典型症状为“三多一少”，即多饮、多尿、多食及消瘦。但一部分患者病情轻、症状不明显，如隐性糖尿病又称为亚临床糖尿病或糖尿病缓解期，平时不表现糖代谢异常，故没有自觉症状。有的患者空腹血糖正常，但饭后有高血糖及糖尿，糖代谢紊乱不严重，故没有临床症状。还有些糖尿病患者虽无典型症状，但可出现糖尿病并发症，如慢性末梢神经病变或大血管病变的症状和体征。有些老年糖尿病患者，由于葡萄糖肾阈很高，虽然有空腹高血糖或明显的糖尿病性微血管病变，但无多饮、多尿等症状，可称为无症状的临床糖尿病。还有些人患糖尿病后并不以典型症状首发，故患者出现以下情况时，应及时去医院检查，明确诊断。

（1）有口干、口渴等口腔症状。或口腔黏膜淤点、淤斑、水肿，口内炽热感。口腔症状常是糖尿病的先兆。一般葡萄糖耐量降低的患者，常有口干多饮、炽热感、牙龈肿痛、牙齿叩痛。

（2）40岁以上并有糖尿病家族史者。

（3）原来较胖而近期不明原因体重减轻者。

（4）常有饥饿感，饥饿时出现过心悸、出汗、乏力、颤抖等（低血糖症）症状者。

（5）反复性皮肤或外阴感染者。如毛囊炎，皮肤轻擦伤、抓破后易发生感染，以及反复发作的外阴炎、阴道炎、龟头炎等，这是由于血糖较高，皮肤组织中含葡萄糖量亦较多，因而有利于细菌、真菌繁殖之故。

（6）反复出现的上呼吸道感染、肺部感染以及活动性肺结核。可能与患糖尿病后抵抗力下降等因素有关。

（7）下肢及足部溃疡经久不愈者。

（8）年龄较轻的动脉硬化、高血压、冠心病患者。这些情况与糖尿病合并血管病变及脂肪代谢紊乱有关。

（9）有妊娠并发症，如曾发生过多次流产，妊高征，胎死宫内，羊水过多，以及分娩过巨大胎儿者。

（10）有周围神经功能障碍表现，如肩部及手足麻木、灼热感、蚁走感等。

（11）跟腱反射减弱或消失。有资料表明，出现这类情况的人，伴有糖耐量异常者可高达53.3%，应特别注意。

（12）菱形舌炎，即舌体中央部分的舌乳头发生萎缩，局部呈一无舌苔覆盖的菱形缺损区。有相当一部分糖尿病患者有这一症状。

（13）突然性视力减退或较早出现白内障且进展较快者。或屈光不正、时轻时重。

（14）中年男性发生无原因性的勃起功能障碍。

（15）身体肥胖的女性，即腰围与臀围比值大于70%～85%者，其中60%左右的人可有糖耐量异常。

以上表现有可能是糖尿病的首发症状或发病信号，应予注意。

初诊患者至少要做以下几种化验和检查：

（1）空腹及餐后血糖：了解血糖水平。

（2）尿常规：不只了解尿糖情况，更主要是看看有没有尿酮体、尿蛋白，以利于临床分型和排除酮症存在的可能，同时了解有无泌尿系统感染。

（3）肝、肾功能：掌握肝脏及肾脏的情况，还给选择用药提供依据。

（4）血脂：胆固醇及甘油三酯高，而高密度脂蛋白低的患者，需要适当使用降脂药物。

（5）血压：高血糖、高血脂和高血压是糖尿病患者三大“无形杀手”，初诊时就要了解血压情况，并给予适当处理。

（6）眼底：糖尿病并发视网膜病变的早期，患者没有症状，晚期则没有良好的控制方法。所以，绝不能等到眼睛看不清楚时再查眼底，必须主动了解眼科情况。

（7）身高和体重：对于了解患者的基础情况很有帮助，有利于药物种类的选择，同时也给以后的体重监测留下基础资料，以资比较。

糖尿病是终身疾病，所以患者

要经常抽血检查，还要留尿化验，以监视病情的变化，调整用药和饮食。所以，应该对实验室的检查项目，有比较详细的了解。

（1）空腹血糖：一般指过夜空腹8小时以上，于清晨6～8时采取的血糖，反映了体内基础血糖水平。

（2）餐后2小时血糖：患者早餐进食馒头100克，或按患者平时常规早餐，包括早餐前、后常规服用的药物，为平素治疗效果的一个观察指标。正常人餐后2小时血糖应小于140毫克/分升（140mg/dl）或7.8毫摩尔/升（7.8mmol/L）。

（3）糖基化血红蛋白（简称HbA1）：HbA1在血中的含量，与其采血前4～8周的平均血糖水平呈平行关系，可以间接反映测定前4～8周的平均血糖水平。正常范围是3.60%～6.79%。血糖控制不良者，HbA1增高。

（4）随机尿糖测定：用患者随便什么时候留取的尿液测定尿糖，结果反映末次排尿后至测定时这一段时间尿液中的含糖量。

（5）分段尿糖定性测定：将一天24小时划分为4个阶段。第1段：早饭后至午饭前；第2段：午饭后至晚饭前；第3段：晚饭后至睡前；第4段：卧床后至次日早餐前。测定每段尿中排糖情况及尿量，间接了解在三餐进食后及夜间空腹状态下血糖变化情况，作为调整饮食及药量的观察指标。

（6）对尿糖定性测定结果的判定：如果患者已经掌握了检查尿糖的技术，就要知道尿糖结果意味着病情有什么变化。（－）为尿中无糖排出；（＋）说明100毫升尿中含糖量约0.5克；（＋＋）说明100毫升尿中含糖量约1.0克；（＋＋＋）说明100毫升尿中含糖量约为1.5克；（＋＋＋＋）说明100毫升尿中含糖量在2.0克以上。

（7）24小时尿糖定量测定：此项检查是对糖尿病病情及治疗效果观察的一个重要指标。方法为留尿日清晨起排尿后开始计算时间，至次日晨同一时间内（24小时）的全部尿液，收集于一个贮尿器内，混匀、测量尿量并记录，取50毫升送检。1型糖尿病患者的尿糖定量，最好控制在每天排糖量小于30克水平。2型糖尿病患者则应控制在小于10克的水平。

【治疗与护理】

治疗糖尿病的目的，为的是减少并发症。各种并发症是糖尿病的致残或早死原因。如果把血糖严格控制在一定范围，就可以延缓并发症的发生。如果盲目治疗，而不问治疗效果，血糖没有控制在理想水平，等于没有治疗。一经确诊，患者就应当在内分泌科就医，并且要向医生求得有关糖尿病的知识，以及合理治疗的方法，使病情得到良好的控制，减少或延缓糖尿病并发症的发生。患者要与医生共同努力，把血糖控制在理想水平。

得了糖尿病，就要终身治疗，

所以要正确对待它，既不要悲观失望，也不要满不在乎，要主动、认真，充满信心，不要过于紧张。其次，要及时就诊，查明情况，在医生的指导下调整治疗，不要怕麻烦，要讲究实效。

1. 综合治疗：

（1）糖尿病知识教育：糖尿病是终身的慢性疾病，所以患者和他的家属都要学习一些有关糖尿病基本知识和常见并发症预防方法。掌握有关知识，其中包括自我治疗和护理的方法，才能坚持良好的控制；做到对自己的病心中有数，配合医生尽快控制病情。要有耐心，作好长期与糖尿病做斗争的准备。戒烟戒酒，养成良好的生活习惯和卫生习惯，保护双足，防止感染。情绪要放松，力求做到开朗、豁达、乐观，避免过度紧张、劳累。

（2）控制血压：目标血压低于（或等于）135/85 毫米汞柱。对于收缩压高于 135 毫米汞柱和（或）舒张压高于 85 毫米汞柱的患者，首先调整生活方式（控制体重、适量运动、限制饮酒、低盐饮食），如果在 3 个月内收缩压仍高于（或等于）140 毫米汞柱和（或）舒张压高于（或等于）90 毫米汞柱，或者初次收缩压高于 160 毫米汞柱和（或）舒张压高于（或等于）100 毫米汞柱，则建议使用降压药物。

（3）控制血脂：需要调整食谱。初级目标为低密度脂蛋白低于 100 毫克/分升（100mg/dl），二级目标高密度脂蛋白高于 35 毫克/分升，甘油三酯低于 200 毫克/分升。如空腹时低密度脂蛋白高于 130 毫克/分升，在饮食治疗的同时，立即开始服用他汀类调脂药；如同时甘油三酯在 200 毫克/分升以上，则考虑联合用药，加用贝特类降脂药物。低密度脂蛋白低于 100 毫克/分升，无需药物治疗；高密度脂蛋白低于 35 毫克/分升时，主要采取控制体重、增加体力活动和戒烟等措施。

（4）控制血糖：最新糖尿病诊断标准是空腹血糖＜126 毫克/分升（7.0 毫摩尔/升）。治疗目标为空腹血糖接近正常，糖化血红蛋白低于（或等于）正常参考值上限 1%。

（5）控制血黏：影响血液黏稠度的因素很多，包括血细胞因素（如红细胞数量、大小和形态，血小板功能）、血浆因素（如血浆蛋白质、血糖、血脂、纤溶活性）以及血管因素（如血管长度、口径和血管内壁黏稠度）。这三方面出现障碍，血液黏稠度长期处于增高状态时，可发生高黏滞血症，简称高血黏。高血黏对糖尿病患者的危害很大，可引起血液淤滞、供血不足、血管损伤、局部缺氧缺糖和酸中毒，最终加速糖尿病大血管、微血管及神经并发症的发生和发展，所以也不得不防，不得不治。高血黏的防治可用饮食疗法，清淡、低脂、低糖饮食，多吃鱼肉、瓜菜、黑木耳、蒜、茶等有利降黏。适当锻炼也可增强心肺功能，降低血黏。高血黏

者必须戒烟，因为吸烟可使血管收缩，血黏加重。如果采用了这些措施后高血黏的问题还不能解决，就应该采取药物疗法。首先要降糖、降压、调脂以利于降黏，同时还应使用有降黏作用的中西药物，使血液的黏稠度保持在基本正常的水平。

(6) 体力活动：最低目标为每周2～4次，每次30分钟。评估危险性最好作运动测验，以指导运动方式和运动量。可能的话，除每次30分钟的中等强度活动（步行、慢跑、骑自行车或其他有氧活动）外，应增加日常生活中的体力活动（如工作间隙的散步、上下楼、园艺劳动、家务劳动），最好达到每周5～6小时的活动。但对中一高危患者，则应在医生指导监督下实施锻炼计划。

糖尿病患者的运动原则为坚持活动、匀速、放松，根据自己的特点和爱好。运动时，最好穿吸汗、合脚、有弹性的专用鞋，勿穿新鞋；袜子也要吸汗、防滑、密织棉袜，不磨脚，不带松紧口；衣裤以吸汗为好，秋冬季应穿里外两套衣服，热身后可以脱掉外衣，勿贪凉。运动后及时擦干汗并穿上外套。1型糖尿病患者在餐后半小时～1.5小时活动较为合适；而2型糖尿病患者，运动时间则无严格限制。下列情况下不宜进行体育活动：血糖大于260毫克/分升，尿中有酮体时；急性感染，如患腹泻、感冒、肺炎等时；频繁发作的低血糖或血糖波动过大时；有严重的并发症，如心肾功能衰竭，严重的视网膜病变，严重的下肢血管病变，严重的高血压等。

(7) 维持理想体重：减重后，胰岛素的耐受性会较好，有利于血糖的控制。对于体重指数大于或等于25千克/米^{2}的患者，应加强饮食疗法和适度的体力活动，尤其是高血压、甘油三酯升高和血糖升高的患者，更应强调减轻体重。

2. 饮食治疗：饮食治疗是糖尿病患者的基本治疗。饮食控制的好坏，直接关系到病情的控制和血糖的稳定。要强调限制总热量，根据患者体力活动的需要，计算出总热量。分配食物时，除主食外，也要包括副食和零食。患者所需总热量，要根据患者的年龄、性别、身高、体重、体力活动量和病情来确定。

饮食摄取要均衡，不可偏废任何一类。碳水化合物（即糖类）占总热量的60%～70%。每天的主食摄入量，可作以下初步估计：休息者，每天的主食为200～250克；轻体力劳动者，250～300克；中度体力劳动者，300～400克；重体力劳动者，400克以上。

对空腹血糖较高的患者，要适当限制碳水化合物的摄入量，但每天的主食量不能少于150克。

蛋白质占总热量的15%～20%。在成人，按体重计算，每千克体重每日需要量为1克。儿童、孕妇、乳母、消瘦者、营养不良者，

宜每千克体重增加至1.5～2克。选择蛋白质的食物，应注意所含蛋白质的质量，并使植物蛋白质占蛋白质总量的一半。尽可能多用大豆蛋白，以利于心血管疾病的预防和治疗。蛋白质中含亮氨酸和精氨酸较多者，有刺激胰岛素分泌的功能，以利于降血糖。黄豆、花生、动物性蛋白质中，富含这两种氨基酸。

脂肪占总热量的20%～30%，每天每千克体重需要量为0.8～1克。油脂的种类，最好选择含多不饱和脂肪酸为主的烹调油（如橄榄油），辅以大豆油、芝麻油等。少用动物脂肪（如猪油、牛油等），这对降低血脂、预防动脉硬化有利。患者要少吃含有胆固醇的食物，如动物内脏、蛋黄、鱼籽等。

甜食尽量少吃。但非绝对禁止。如果要吃，注意要将甜点的量换算为热量单位，扣除其他主食的量。

糖尿病患者要减少盐的摄入，建议每天摄入的盐为3～6克，不要超过7克。烹调尽量清淡为主，最好采取低油烹调，如水煮、炖、烤、凉拌方式，避免油炸、煎、炒，肉类最好去皮。调料的使用可多用白醋、八角、柠檬、葱、姜、蒜等。

饮食要定时定量。患者血糖高低受饮食时间、量及生活方式、服药等影响，因此，一定要配合医生和营养师的设计进食，绝不可自行调整。

对注射胰岛素或病情波动的患者，每天最好进食5～6餐，可以从正餐中匀出25～30克主食，作为加餐，特别是上午9时和晚上临睡前的加餐十分重要。分餐可以避免低血糖反应。临睡前的加餐，除有主食以外，最好再加些蛋白质食物，如鸡蛋、豆制品类，这对防止后半夜的低血糖反应极为有利。

应从饮食中多摄取纤维素。纤维素可延缓食物被消化吸收的时间，因为通过肠道时间比较慢，所以可延缓饭后血糖的上升。尽量选择五谷杂粮类，如全麦面包、燕麦片、糙米饭、大豆饭、深色蔬菜、水果等。

蔬菜每天至少3份，每份100克（约一小碟），尽量选深色菜为主，且越多越好。糖尿病患者经常吃的蔬菜有南瓜、苦瓜、葫芦、萝卜、冬瓜、芹菜等。水果应选择含糖量较少的水果，如苹果、梨、橘子等，对香蕉、荔枝、柿子、红枣、红果等少吃。每天可吃一两个水果（小），但应在午后及晚睡前吃，这样可减少水果对血糖的影响。不要喝果汁。

糖尿病患者可以喝白开水、茶水、菊花茶、枸杞子泡茶、玉米须泡茶、蒲公英泡茶等。饮酒要适量，并禁止空腹饮酒，以免影响血糖。高糖分的酒，如果酒、甜葡萄酒等必须禁止。啤酒一天不要超过2个易拉罐，如果酒精浓度为40%，一日量不超过80毫升。如果体重过重，或甘油三酯过高者，必须禁酒。

3. 药物治疗：糖尿病是一种终

身疾病，不易治愈。所以，患者要坚持每天服药，一天也不要停药。

理想水平血糖是空腹血糖控制在6毫摩尔/升（110毫克/分升）以下，餐后2小时在8毫摩尔/升（140毫克/分升）以下；至少空腹后低于8毫摩尔/升（140毫克/分升），餐后2小时低于10毫摩尔/升（180毫克/分升），老年人也不应高于11.1毫摩尔/升（200毫克/分升）。只有达到这个水平，才有可能减少糖尿病的并发症。

目前，市场上治疗糖尿病的药物非常多，商品名也很乱。如果归纳一下，是一些口服降糖药和皮下注射用的胰岛素。

（1）口服降糖药：2型糖尿病占全部糖尿病的90%以上，其中少部分（约15%）在早期阶段通过饮食、运动和减轻体重等疗法可以控制病情，而大多数需应用口服降糖药治疗。

口服降糖药是指经口服后能降低血糖的药物，可以分为5类：即磺脲类、双胍类、α-葡萄糖苷酶抑制剂和胰岛素增敏剂、非磺脲类胰岛素促泌剂。

1）磺脲类降糖药：磺脲类药物可以促进胰岛素的分泌，目前有多种药物可供临床使用。

第一代有甲磺丁脲（D860）、氯磺丙脲。第二代有格列本脲、格列吡嗪、格列齐特、格列喹酮等。第二代磺脲类降糖药的主要特点是作用强，剂量小，副作用相对少。格列美脲具有增加胰岛素敏感性的作用，有人认为是第三代磺脲类。2型糖尿病患者经饮食控制、运动、降低体重等治疗，疗效不满意者均可用磺脲类降糖药。因其主要是刺激胰岛素分泌，故对有一定胰岛功能者疗效较好。对一些发病年龄较轻，体形不胖者，也有一定疗效。但在肥胖者使用磺脲类降糖药时，要特别注意饮食控制，加强运动治疗，使体重逐步下降。若与双胍类或α-葡萄糖苷酶抑制剂降糖药联用，则疗效加强。严重肝、肾功能不全，合并严重感染、创伤及大手术期间，酮症酸中毒，糖尿病孕妇和哺乳期属禁忌证。

磺脲类药物较为安全，严重副反应少，各种副作用总发生率为3%～5%。最严重的副作用是低血糖反应，大多是由于用药不当引起的。为避免低血糖的发生，磺脲类药物均应从小剂量开始，逐步加量，不要超过最大推荐剂量。低血糖反应容易发生在肝肾功能不全、老年人及进食少的患者。其他副作用有胃肠道反应、皮肤过敏反应、肝功能异常等。

2）双胍类降糖药：双胍类糖药物主要有二甲双胍、苯乙双胍。后者在个别患者引起较严重的乳酸性酸中毒，许多国家早已停止使用，目前主要用二甲双胍。

确切地说，双胍类是一种抗高血糖药物，而不是降血糖药物。所以，一般不会引起低血糖。对正常

人无降血糖作用。另外，二甲双胍还有降低体重、降低血脂的作用。

肥胖的2型糖尿病患者，单用饮食治疗效果不满意者，可首选双胍类。双胍类也可与磺脲类或胰岛素联用。二甲双胍可降低糖耐量低减人群转化为糖尿病的发生率。严重肝、肾、心、肺疾病，消耗性疾病，营养不良，缺氧性疾病，酮症酸中毒，妊娠、哺乳期忌用双胍类。常见不良反应为恶心、呕吐、食欲下降、腹痛、腹泻。为避免这些不良反应，应在餐中或餐后服药，从小剂量开始。

3）α-葡萄糖苷酶抑制剂：目前上市的有阿卡波糖和伏格列波糖。1型和2型糖尿病均可选用，也可以与其他口服降糖药或胰岛素联合应用。肥胖或超重的2型糖尿病，饮食控制和运动治疗疗效不佳者，可单用糖苷酶抑制剂。宜从小剂量开始，逐渐增量，于进餐前即刻或刚吃几口饭时嚼碎吞服。

在服药早期，患者常有腹胀、胀气、肠鸣音亢进及排气过多，少数患者有腹泻。在服药过程中这些症状可有所缓解，仅有个别人因不耐受而停药。对低体重、营养不良、患有消耗性疾病、肝肾功能损害、缺铁性贫血等患者，不宜应用本药。孕妇、哺乳期妇女及18岁以下者也不宜使用。

4）胰岛素增敏剂：2型糖尿病的一个重要病理生理改变为胰岛素抵抗，在肥胖和超重者尤为明显。改善胰岛素抵抗，无疑对这些患者会产生有益的作用。罗格列酮和吡格列酮具有直接增加胰岛素敏感性的药物，称为胰岛素增敏剂。

临床主要用于改善2型糖尿病胰岛素抵抗。单独应用或与其他口服降糖药合用，均可改善糖代谢。对肥胖者效果更佳。与胰岛素联用，可减少胰岛素用量。主要不良反应有贫血、水肿、体重增加。长期用药后，这些表现可逐渐缓解。早期上市的曲格列酮在部分患者发生了严重的肝毒性，目前已停止使用。使用罗格列酮和吡格列酮过程中，也需定期监测肝功能。在孕妇、哺乳期妇女和儿童，尚未允许使用此类药物。

5）非磺脲类胰岛素促泌剂：它们是能使胰岛素快速释放的口服降糖药，可有效地降低餐后血糖，在每次进餐前即刻口服，因此有人称之为餐时血糖调节剂。已经上市的有瑞格列奈和那格列奈。这类药作用时间短，起效快，较少引起低血糖，在进餐前即刻口服，不进餐不服药，服药方式灵活，适用于2型糖尿病患者。鉴于此类药物主要从胃肠道排泄，伴肾功能损害者也能使用。不良反应有低血糖、头痛、头昏。孕妇忌用。

（2）胰岛素：胰岛素仍是治疗1型糖尿病惟一不可替代的有效药物，同时也是治疗2型糖尿病的重要药物。糖尿病患者在下列情况下需要使用胰岛素：患有1型糖尿病

的患者，必须终身使用胰岛素治疗，否则患者会出现酮症酸中毒而危及生命；2型糖尿病患者，如果出现了急性并发症，如酮症酸中毒、昏迷、重症感染等，就要及时使用胰岛素治疗；患有2型糖尿病的女性患者，在妊娠、分娩或哺乳期，应加用胰岛素；患有2型糖尿病的患者，在口服降糖药物无效的时候，为了防止慢性并发症（如视网膜病变、糖尿病性肾病、下肢坏疽）的发生，或并发症进一步恶化，应采用胰岛素治疗；2型糖尿病患者，在作大手术前后，或者发生了严重外伤及心脑血管意外时，也需要使用胰岛素。

不论从动物中提取的胰岛素，还是利用生物基因重组方法生产的胰岛素，其本质都是一种蛋白质。因此，胰岛素在保存和使用方面应加以注意，以免药品失效，达不到治疗目的。

胰岛素应在低温、避光条件下下保存，最适合的保存温度为4～8摄氏度，但不能冷冻保存。可保存在冰箱冷藏室的下部。已经开始使用的胰岛素可在室温下保存，不要频频从冰箱拿进拿出。一般室温下可保存2个月。应放在背阴避光处，阳光直接照射可使胰岛素很快失效。

保存胰岛素除低温避光外，还应避免剧烈震荡。为保证胰岛素剂量准确，一般应选用胰岛素专用注射器。也可用结核菌素注射器（蓝心针管），杜绝使用1毫升普通注射器，因为这种注射器有较大死腔，计量不准。有条件的尽量选用胰岛素笔，这种笔不用抽取胰岛素，剂量十分准确，使用方便，即使视力不好的患者也可使用。高压无针注射器没有针头，通过高压形成一条很细的高压液流，将胰岛素穿过皮肤进入皮下，胰岛素在皮下呈弥散状，便于吸收，减轻疼痛，特别适合儿童使用。使用胰岛素笔时，每次用完不要再放入冰箱，因为反复的温度变化可使笔心中产生气泡，影响胰岛素剂量的准确性。

胰岛素采用皮下注射（注意，不是肌内注射），这样会吸收快一些。方法是将注射部位的皮肤连同皮下组织捏起来，针头呈45°角刺入，无回血方可注射。注射后不要立刻拔针，要停留片刻，以防胰岛素随针溢出，让注射器里的胰岛素有一定弥散时间。

常用的注射部位，有上臂上外侧、前臂上外侧、腹部、股部，及大腿内侧。应有计划地安排好注射部位。将体表可注射的部位划为许多条线，每条线注射4～7天，两个注射点相隔距离，最好为1～1.5厘米，沿注射线顺序做皮下注射，以免反复在同一个部位注射而形成硬结，影响吸收。腹部注射时要避开肚脐，距肚脐2厘米区域不要注射。注射部位要轮换交替，注射点之间至少要相距2厘米，注射过的部位2个月后方可再次选用。不同部位胰岛素的吸收速度不同，注射后吸

收最快的是腹部，其次是上臂，再次是臀部，最慢的是大腿。

胰岛素也有许多不同的制剂。可以分为速效（短效）、中效、中长效及长效胰岛素。其中，每一种制剂又分为普通型、高纯度型、采自猪或牛的胰岛素，以及基因合成的人胰岛素制剂。

医生会根据各种制剂的特点，以及患者的具体病情，采取不同的治疗方案。每天总的剂量是每千克体重用0.5～1.0单位。在青少年患者要适当地增加一些，每千克体重需要1.4～1.6单位。“单位”是胰岛素的剂量单位，就像药片用克作单位，药水用毫升作单位一样。

如果患者使用胰岛素治疗，全天的剂量分2次注射，则总剂量的2/3，应在早餐前皮下注射。如果胰岛素的总剂量每天分3次注射，早餐前剂量应最大（占总剂量的2/5）；午餐前量最小（总量的3/10），晚餐前中等量（也可为总量的3/10）。注射胰岛素的剂量，要根据患者的饮食、活动量，以及有无感染等许多因素，才能确定最适合的用药量，所以患者要经常与医生取得联系，在医生的指导下用药，自己不要轻易调整剂量。

注射胰岛素的不良反应，有低血糖和体重增加。低血糖早期，可出现心慌、饥饿感、出汗、头晕、手抖、面色苍白；严重者，可以出现精神症状，如语无伦次、哭闹无常、嗜睡、全身抽搐，甚至昏迷、死亡。如果遇到患者出现了低血糖反应，此时最好能急查血糖来证实。

轻者立即喝糖水，吃一些饼干、馒头等，一般可以很快缓解。对神志不清者，应立即从静脉推注50%葡萄糖液40～60毫升，或者静脉点滴10%葡萄糖液；待神志恢复后，再进食一些米面类食物，以免再度昏迷。年老、体弱、营养不良、进食量减少、运动量加大、肾功能不全的患者，易出现低血糖反应，应引起高度重视。

预防低血糖，一般强调合理使用降糖药。开始时，用药剂量不宜过大，并根据病情及时调整。如体力活动加大时，应及时加餐。服用降糖药或注射胰岛素后，一定要按时进餐，以避免低血糖反应的发生。还要坚持定期到医院复诊，及时调整治疗方案。

糖尿病的初期，病情不稳定，应及时检查，以便医生调整治疗。待病情稳定以后，可以间隔1～6个月时间复诊。肾糖阈正常的糖尿病患者，血糖测定可半年或1年1次，平时只要观察尿糖即可。但是病情变化时，应及时检测。

作为对糖尿病并发症的检查，应每年检查一次眼底，了解视网膜病变情况；每半年到1年，检查一次血脂、肝功能、肾功能、尿蛋白；定期测血压、体重，以便了解对糖尿病的控制情况，并对并发症的发展程度，有一个比较全面的了解，及时调整治疗方案。

糖尿病患者定期检查的项目

项目	检查周期
体重	每月1次
血压	每月1次
腰围、臀围	每月1次
尿糖	每1～2日1次
尿酮体	每周1次
24小时尿糖定量测定	每半月1次
血糖（包括空腹血糖和餐后血糖）	每周1次
糖化血红蛋白（HbAlc）	每2～3月1次
血脂	每半年1次
眼底检查	每半年1次
神经系统检查	每半年1次
肾功能检查	每半年1次
胸部X线检查	每年1次
心电图检查	每年1次
口服葡萄糖耐量和胰岛素释放试验	必要时进行

现在，市场上有许多便携式、小型化、家庭化的检测仪器和用品。患者应当及时学会自己掌握，如尿糖试纸、尿酮体试纸、尿或血pH试纸、血糖快速测定仪、一次性注射器以及专用的胰岛素注射笔等，使患者的病情监测和自我管理较易实行。

糖尿病患者有下列情况时，应该住院治疗：发生危及生命的糖尿病急性并发症，如合并酮症酸中毒（血糖＞14毫摩尔/升即250毫克/分升，并有尿酮阳性或酮血症）、高血糖高渗性昏迷（意识障碍或昏迷、血渗透压升高，严重的高血糖，一般超过22.2毫摩尔/升即400毫克/分升）、乳酸酸中毒等。这些急性并发症死亡率高，能否抢救成功与治疗是否及时直接相关。

1型糖尿病患者多为30岁以下，起病时体重下降明显，口渴、多尿等症状突出，血糖较高，终身需要胰岛素治疗。住院的目的是控制高血糖，消除症状，让患者掌握糖尿病知识，学会注射胰岛素并能根据血糖、尿糖监测结果调整胰岛

素剂量。

2型糖尿病患者需要胰岛素治疗时，也宜住院学会监测病情，掌握胰岛素治疗方法。长期高血糖、治疗效果差者也需要住院，以了解为什么血糖控制不好。

糖尿病患者需要行手术治疗时应该住院，即使是小手术，也应住院治疗、观察，这有利于控制糖尿病和手术后的恢复。

患有严重的糖尿病并发症需要住院监测并加强治疗，如眼底出血、痛性神经病、顽固性腹泻等。如有条件，新发现的患者宜短期住院，目的为全面检查，了解有否糖尿病并发症和其他病变。学会观察病情，掌握糖尿病基础知识，观察治疗效果。另外，糖尿病治疗过程中频繁发生低血糖者；血糖、血压未得到良好控制的糖尿病患者，也需要住院治疗。

糖尿病患者足部血管较易硬化，感觉神经也会麻痹，经常有外伤而不自知。一旦严重发炎，可能会发展到截肢的程度。所以，糖尿病患者每天要仔细检查双脚，每个脚趾都要留意；每天清洗并保持双脚干燥，必要时，可用乳液滋润；穿干净、容易吸汗的棉织袜子；准备两双以上的鞋子，最好用为糖尿病患者特制的鞋，这种鞋的鞋头宽且高，鞋垫柔软；平时避免赤脚走路，勿过度修剪指甲，也不用刀片割茧或鸡眼，以免受伤；不慎受伤时，应保持伤口清洁，愈合速度很慢时，要尽快找医生治疗。

骨质疏松症

【概述】

骨骼是人体的支架和运动的杠杆，它不断地进行新陈代谢，即老骨不断地被吸收，新骨不断生成。

骨的外层是骨皮质，含矿物质多；骨皮质的内面是骨小梁，纵横交错，其周围是骨髓腔。

正常人的骨骼在35岁以前，骨的形成多而吸收少，骨骼不断发育，骨皮质不断增厚，骨小梁变致密，骨骼健壮。30～35岁达到一生中骨的最高骨量，称为骨峰值。

35岁以后，骨的吸收多而形成少，则骨量逐渐减少，骨皮质逐渐变薄，骨小梁变细、变稀。

骨质疏松症包括两大类。一类是原发性的，患者主要是老年人；另一种是继发性的，多发生在糖尿病、甲亢、慢性肾病等患者。长期使用糖皮质激素等药物的患者，或由于截瘫、骨折等肢体废用性的患者，也会出现骨质疏松症。

妇女在绝经后，除了年龄增长的因素影响外，还多了一个骨加速吸收的因素，即绝经。绝经后，身体内的雌激素急剧减少，是造成骨

质疏松的重要原因。

当骨皮质进一步变薄，骨小梁发生断裂、骨髓腔变大时，就发生了骨质疏松症。此时极容易发生骨折，尤其是容易发生在骨小梁多的脊椎骨和四肢骨的末端。

妇女发生骨折的概率，大大超过男性，而且发病也比男性早10年左右。

骨质疏松已经和动脉硬化、高血压、糖尿病、肿瘤一样，成为一个极需重视的社会保健问题。

【诊断】

人老先从骨头老，骨质疏松是在不知不觉中发生的。

患者通常无症状。个别人有腰背痛，常由于疲劳引起，如长久站立、静坐，以及加重脊柱负荷的活动等。症状可反复发作，疼痛很少放射到其他部位。

绝经后妇女的骨质疏松，常有脊柱弥漫性压痛。

由于骨质疏松，老年人骨骼的韧性和强度都减弱，轻微的外力即可引起骨折。

骨折主要发生在胸椎、腰椎、桡骨、股骨颈和股骨上端。严重者，甚至偶然翻身或咳嗽，也会引起肋骨骨折。

椎骨骨折后可造成驼背；严重胸椎骨折，会使胸部畸形，影响心肺功能；股骨颈及股骨上端骨折，可造成患者长期卧床不起，不但丧失了生活自理能力，而且经常合并脑梗死、肺部或泌尿系感染，一年内死亡率可达20%。

哪些人易发生骨质疏松呢？一般认为：

——身材瘦小。

——有家族骨折史。

——绝经后妇女。

——糖尿病患者。

——缺钙及缺乏体力活动。

——少见日光。

——吸烟、酗酒、过量饮用咖啡。

——长期服用糖皮质激素类药物者。

有上述危险因素或有骨痛症状的老人，应及时做有关检查。骨密度测定可以反映单位体积的骨量，是诊断骨质疏松的主要依据。当前的测量手段有X线平片密度吸收法（也称为光密度测定法）、单光子吸收法、双光子吸收法、双能X线吸收法等许多方法。如果测定的骨密度低于同年龄、同性别正常人数值范围，就可确诊。

骨密度测定的数值过低，接近骨折阈值时，可发出警告。

一般X线片在早期骨量丢失时是不敏感的，但在骨折发生后，它却成为检查的最佳手段，可以查出那些无明显症状的轻微骨折。但是对大多数骨质疏松患者的早期发现，还难以作出判断。

此外，一些反映骨代谢的化验检查，对于诊断和判断预后很有帮助，如血液酒石酸酸性磷酸酶及碱性磷酸酶、骨钙素、尿钙、羟脯氨

酸的排出测定等。

【治疗与护理】

老年人每日需要摄入钙1 000～1 200毫克，但我国居民实际钙的摄入量，平均每日仅约540毫克。因此健康老人也要适量补充钙剂。

常用的钙剂有葡萄糖酸钙、乳酸钙、碳酸钙等。这些均为复合型钙剂，而我们所指的补充量，是元素钙的量。因此要达到1 000毫克，根据各种钙片的含钙量比例，每日需服葡萄糖酸钙24片（12.0克）或乳酸钙15片（7.7克）或活性钙片20片。

除去正常饮食摄入，健康老人每日应补充上述各剂量的一半，分4次服用。

钙尔奇D含元素钙600毫克，每日服用1～2片即可。骨质疏松患者可酌情加量。

维生素D在缺乏者中，也应加以补充，每日400国际单位为安全剂量。有肾功能不全的老人，可用活性强的制剂骨化三醇（罗钙全）。

对骨痛明显的骨质疏松患者，在充分补钙的基础上，可使用降钙素（商品名为密钙息和益钙宁两种）。密钙息初期剂量为100单位/隔日1次，皮下或肌内注射，维持量50～190单位，每周3次注射。治疗半年至1年后，可停药半年至1年，再重复使用。益钙宁每次10单位，每周2次，肌内注射。

绝经后的妇女，骨质疏松与雌激素水平下降有密切关系，因此，雌激素的替代治疗占有重要位置。其方法有周期性用药和持续疗法两种。

长效口服制剂尼尔雌醇，价格低廉，服药次数少，效果良好。剂量为每次1～2毫克，每2周服用1次。在服6次（3个月）尼尔雌醇后，加服孕激素7日，停药7日；如不出血，再服尼尔雌醇12次（6个月）后，再服孕激素。

有乳腺癌、严重高血压及血管栓塞症的人则应禁用雌激素。当然，以上药物的使用，一定要在医生指导下进行。

预防优于治疗。骨质疏松症是一种可以预防、而治疗效果尚不肯定的疾病。预防比治疗更有效。

首先，自儿童至30岁期，补钙和锻炼十分重要。在生长发育期，尽可能使骨密度达到高峰值，即可为日后不可避免的骨钙丢失留下雄厚的“本钱”。

在一生中，特别是进入老年期后，要注意合理的营养：

食入高钙食品（如乳制品、海产品、豆制品、骨头汤、骨髓粉等）。

避免过量饮酒及喝咖啡，及早戒烟。

经常进行户外锻炼，接受日光照射。

患有糖尿病或长期服用糖皮质激素类药物的老人，需要积极治疗原发病。

适量补充钙及维生素D。

第三章　常见外科疾病的处理和预防

疖

【概述】

疖是由葡萄球菌侵入毛囊深部和它所属皮脂腺后，引起的急性化脓性感染。本病的发生与机体抵抗力下降有关。夏季多汗、皮肤不洁、皮肤外伤等，均可给细菌入侵造成条件。糖尿病患者常易生疖，应引起注意。

【诊断】

疖多发生在毛囊和皮脂腺丰富的部位，如头部、面部、颈部、背部、腋下、臀部等经常容易擦伤、不清洁或常受到摩擦的部位。也常发生在上唇、鼻孔、外耳道等处。

初起是毛囊性丘疹，逐渐扩大成为鲜红色或暗红色豆粒大小的硬结，表面光亮紧张，触之坚实，有红、肿、热、痛。2～5天后，硬结中央顶端出现黄白色的小脓栓，扪之有波动感。最后疖的中央变软，破溃排出脓液而愈合。

疖肿一般无全身症状。重症者，体温升高，全身不适，有淋巴结肿大。有的患者反复发作疖肿，则称疖病。

发生于上唇、鼻周围面部所谓“危险三角区”的疖肿，因为面部三角区的血管丰富，并且与颅内的血管相通，所以稍有不慎，细菌就可能顺着血流进入颅内，并发颅内感染。

【治疗与护理】

1. 增强机体抵抗力，预防并发症，避免搔抓，治疗诱发本病的原发疾患（如糖尿病、贫血等）。

2. 疖肿早期，在疖表面涂敷2%碘酊，或用20%鱼石脂软膏、红膏药、金黄膏，涂敷在疖肿部位，再贴上纱布敷料。

3. 可用热敷或物理疗法进行治疗。常用的理疗方法有红外线、紫外线、超短波治疗，以促使早期化脓，兼有止痛作用。

4. 当疖化脓成熟后，消毒后用镊子夹去脓头，以利引流。若引流不畅者，可切开引流。

5. 对未成熟的疖，或是口鼻“危险三角区”的疖肿，严禁挤压，以防止炎症扩散或引起败血症。

6. 有全身症状者，可用抗菌药物，如磺胺、抗生素口服或肌内注射。中药治疗有六神丸、六应丸、

蟾蜍丸或梅花点舌丹等内服或外用。

7. 经常保持皮肤的清洁卫生，是预防疖肿的重要措施。特别是在夏天，更要经常洗澡、洗头，勤换衣服，常剪指甲。

8. 糖尿病患者经常发生疖病。如果反复长疖，应检查是否患有糖尿病。

痈

【概述】

中医称痈为“对口疮”、“搭背”。

痈是皮肤上多个相邻毛囊和皮脂腺或汗腺的急性化脓性感染。常见的是金黄色葡萄球菌感染引起。

痈的发生部位多在皮肤的韧厚处，如项、肩、背部。痈的范围比疖子大得多，经常是连片发生。

糖尿病患者经常发生痈。

【诊断】

痈在初起时，局部大片硬肿的皮肤呈紫红色，高出体表可达 1 厘米，表面发热。由于红肿部位张力大，所以疼痛明显。

在中期，痈的中央部有多个黄白色的脓栓，破溃后呈蜂窝状。以后中央部脓栓之间的皮肤逐渐坏死，中央溃烂。

患者常有明显的全身症状，如高热、寒战等。容易并发淋巴结炎、淋巴管炎及静脉炎等。

痈的局部病变比疖重，而且容易并发全身性化脓性感染。

【治疗与护理】

患者要适当休息，注意加强营养。疼痛严重时，可口服止痛片。

治疗痈的时候，要给患者肌内注射抗生素，或口服磺胺类药物或青霉素、红霉素等。

局部治疗，在早期可用 50%硫酸镁或 70%酒精湿敷。也可以在痈的表面涂敷鱼石脂软膏。

脓肿形成后要及时切开，清除坏死组织。通常切口成“＋”或“＋＋”字形。

切开引流后，如发热不退、伤口疼痛严重，脓液流出不畅时，要及时请医生帮助。如果患者有糖尿病，要进行治疗。

急性蜂窝织炎

【概述】

急性蜂窝织炎是由细菌（如溶血性链球菌或葡萄球菌）引起的化脓性感染。炎症沿着皮下或皮下深部的蜂窝组织和结缔组织蔓延。

这种炎症，可以由皮肤擦伤或

软组织的感染而起，也可以由局部化脓性病灶的扩散，或淋巴和血流的传播而来。

【诊断】

一般的蜂窝织炎开始时，发炎部位有轻微的红肿，范围很小，半天或1天后，红肿的范围很快扩大，疼痛加剧。

局部皮肤有程度不同的红、肿、热、痛现象，与周围组织的边界不清。急性蜂窝织炎容易发生坏死，形成脓肿。

患者的全身症状明显，可有高热、乏力、头晕、头痛等，容易并发淋巴管炎、淋巴结炎。

【治疗与护理】

治疗急性蜂窝织炎时，要全身用抗生素或磺胺类药物，局部用50%硫酸镁湿敷或金黄膏外敷。一旦脓肿形成，要切开引流。

丹　毒

【概述】

中医称丹毒为“流火”，是感染B型溶血型链球菌后，细菌从皮肤、黏膜微小的损伤处侵犯皮下的网状淋巴管，引起局部组织的网状淋巴管炎（淋巴管和血管一样，也遍布全身。淋巴管中流动的是淋巴液，一般不容易见到）。小腿丹毒常可由足癣、小腿溃疡、外伤引起；面部丹毒常因挖鼻孔或与鼻咽部、耳部的病灶有关。

【诊断】

丹毒常发生在面部和下肢，婴幼儿常发生在臀部、腹部。皮损局部红肿，稍隆起于皮肤，有灼热感或疼痛。

发病多急剧，全身不适，寒战，高热，头痛，恶心，呕吐，然后出现大片水肿红斑。

丹毒初起时，形状不规则，为境界清楚的片状红疹，颜色像玫瑰色，红肿边缘隆起，高出正常组织表面，与周围正常皮肤的边界清楚。皮损表面发亮紧张，重症者表面可发生大疱，自觉局部疼痛、灼热，常常伴发淋巴管炎或淋巴结炎。

在红肿向四周蔓延时，中央红色消退，变为棕黄色，并有小片的皮屑脱落。附近的淋巴结经常肿大、疼痛。

丹毒的病程为急性经过，一般在1周左右可逐渐消退，皮损色泽逐渐变暗，脱皮屑，最后留有褐色色素沉着。

【治疗与护理】

（1）出现丹毒后，患者应注意休息。如果病变在下肢，应卧床休息，并抬高患肢。

（2）由足癣或其他感染引起时，应同时进行治疗。

（3）局部用0.5%新霉素溶液或50%硫酸镁湿敷，每天4～5次，

每次 30 分钟。炎症减轻后可外用消炎药膏。

（4）全身治疗可使用青霉素 G，肌内注射；或口服磺胺类药物。用药一直到症状消除后 5 天。严重患者要用头孢菌素类抗生素治疗。

（5）中医治疗可用清热、解毒、凉血药物，一般用连翘解毒汤、黄连解毒汤。

急性乳腺炎

【概述】

急性乳腺炎发生在女性的乳房上，大多数是由于葡萄球菌感染造成的。

急性乳腺炎大多数发生在产后 3～4 周，尤其是初产妇更为多见。引起急性乳腺炎的细菌感染途径，一方面是致病细菌从乳腺管侵入，另一方面是从乳头表面破溃的伤口进入。

【诊断】

急性乳腺炎初起时，患者有畏寒、发热等全身症状。乳房红、肿、热、痛。检查时，可触及乳房包块，同侧腋窝淋巴结肿大。

脓肿形成后，可摸到乳房有波动感。脓肿破溃后见脓液溢出。化验检查可见血液中白细胞总数增高，而且白细胞中的中性粒细胞增多。

【治疗与护理】

炎症早期，停止患侧乳房哺乳，并用吸乳器吸尽乳汁，局部热敷或物理治疗，促进炎症吸收消散。

炎症广泛、严重时，应终止哺乳并且退乳。退乳的方法可服用溴隐停 2.5 毫克，每日 2 次，共用 10～14 天；或己烯雌酚 2 毫克，肌内注射，每天 1 次，共 3 天。

治疗急性乳腺炎要应用抗生素，常用的是青霉素或头孢菌素类。

局部形成脓肿者，应尽早切开引流。

妊娠后期及哺乳期，必须保持乳头清洁，如果乳头内陷，应将乳头轻轻拉出清洗。

定时哺乳，每次哺乳后应将乳汁吸净。

如果乳头有破损、皲裂时，应暂停哺乳，用吸乳器吸净乳汁，等伤口愈合后再行哺乳。

破伤风

【概述】

破伤风是破伤风杆菌通过破损的皮肤、黏膜进入人体引起的。破伤风杆菌是一类厌氧菌，它们经常存在于泥土和人畜粪便中。

破伤风全部发生在伤后。被泥土污染的伤口，特别是深的穿刺伤又含有异物者，伤口周围环境中缺氧，于是破伤风杆菌就会生长繁殖，产生毒素，引起破伤风。因此伤口窄深、缺血、坏死组织多，引流不畅时，破伤风就容易发生。

日常生活中，带有泥土的锈钉或木刺的刺伤，最容易发生破伤风。

破伤风毒素侵犯神经系统，使全身或大部分肌肉发生强直性收缩，是这种疾病的特征。

【诊断】

破伤风患者都有外伤史。潜伏期通常在1周左右，偶尔短到24小时。

患者最初的症状有乏力、头晕，舌头根发硬，舌转动不灵，张口及吞咽不便，颈部活动不自然，肌肉活动时有牵拉感。患者烦躁不安，易兴奋，失眠。

然后，破伤风进入发作期，主要表现为肌肉持续性的强烈收缩。最初是咀嚼肌，以后顺次是面部肌肉、颈项肌、背腹肌、四肢肌群、膈肌和肋间肌。

肌肉强直最早出现在咀嚼肌，患者张口困难和牙关紧闭。咬肌紧张，出现咀嚼不便。

面部表情肌肉群收缩，成为一副“苦笑”状面容。

颈项肌肉痉挛的时候，出现颈项强直，头略向后仰，不能做点头动作。

腹背部肌肉同时收缩时，由于背部的肌肉力量强，以致腰部前凸，头和背后屈，形成背弓的“角弓反张”，即身体像一张弯曲的弓，向背后伸；四肢肌群收缩，出现伸膝、握拳等姿势。

患破伤风的患者神志清楚，所以格外痛苦。

另外，破伤风还有一种特殊的症状，在全身肌肉持续紧张收缩的基础上，任何轻微的刺激，如光、电、震动或触摸患者的身体，都会诱发全身肌肉的痉挛和抽搐。每次发作持续数秒钟或数分钟。发作时，患者大汗淋漓，呼吸急促，口吐白沫或牙齿摩擦，抽搐不止等。

抽搐的次数越来越多，患者终因体力衰弱、窒息或肺部并发症而死亡。

【治疗与护理】

破伤风发病急剧，病死率高。所以要注意预防，一旦发病后，要积极进行治疗。

对于被泥土污染过的深部伤口，要认真进行清创处理。遇到这种伤口，正确处理伤口非常重要，不要自己随便处理，要请外科医生及时清创。医生会彻底清除伤口中的坏死组织和异物，将伤口敞开，充分引流，并且用3%双氧水（过氧化氢液）或者用1∶1 000高锰酸钾液冲洗和经常湿敷。在清创过程中，必须严格无菌操作。

伤后要尽早给患者肌内注射破伤风抗毒素（简称TAT）。首次要注射1 500国际单位（国际单位也称为IU）。注射前要先做皮肤过敏试验。

如果患者出现了破伤风，要住进医院进行治疗。

在治疗中，要给患者使用镇静剂，如地西泮、水合氯醛、苯巴比妥等，目的是为了控制或解除肌肉的痉挛。也要使用抗生素，以预防感染。还要使用大量破伤风抗毒素给患者进行治疗。

患者的护理工作非常重要。如患者要住进光线较暗的房间，避免一切刺激。患者由于经常抽搐，进食困难，所以必须注意患者的营养。

破伤风的预防比治疗更重要。最可靠的预防方法是注射破伤风类毒素。通过注射这种类毒素，人体内产生了抗体，并且在较长的时间内保持一定的浓度，可以中和进入体内的破伤风毒素，使人不至于发病。

在儿童中普遍推行“百日咳、白喉、破伤风混合疫苗”注射，就是这种预防方法。

在日常生活或生产劳动中，要加强防护工作，避免创伤。在产科接生中，要普及新法接生，可以防止出现新生儿破伤风。

如果发生了受到严重污染的较深创伤，伤口的正确处理就显得格外重要。要及时进行扩创处理，如果没有条件进行正规处理，就暂时不要缝合伤口。有这种伤口的伤员，要注射破伤风抗毒素进行预防。

急性阑尾炎

【概述】

人们经常把阑尾炎称为“盲肠炎”，这种称法其实不对。阑尾和盲肠虽然都是结肠的一部分，但是它们毕竟不是一回事。

过去曾经认为阑尾是人体的一个“退化器官”，没有什么用处，反而会发炎惹病。现在认为，阑尾并不是“无用有害”的器官，而是人体的免疫器官之一，它也是人体肠道中抵御细菌和其他致病微生物入侵的一道重要“防线”，所以阑尾容易引起多种细菌的混合感染，发展为急性或慢性阑尾炎。

【诊断】

患急性阑尾炎的患者，主要症状是右下腹部疼痛。

开始往往是在上腹部或脐部突然发生持续性疼痛，伴有恶心和呕吐。大约几个小时以后，疼痛部位逐渐转移，并且固定在右下腹部。医学上将这个最痛的地方，称为“麦氏点”，位置大约在脐与右髂前上棘连线的外 1/3 与中 1/3 交界点。

这个时候如果让医生检查，可以发现患者的右下腹部有深触痛，右下腹部的腹壁肌肉也有些紧张。为了避免疼痛，患者常将右侧大腿弯曲。

患急性阑尾炎时，患者可能会有些低热，血中的白细胞总数增高，中性粒细胞在其中所占的比例，也比平时高（即血象高）。

阑尾发炎以后，周围腹腔中的大网膜会将阑尾包围起来，不使病变扩大。

有些情况下，发炎的阑尾也会化脓，甚至穿孔。最严重的情况下，会引起急性弥漫性腹膜炎。这时患者自觉下腹部或全腹都有剧烈的疼痛，痛得不敢用腹部进行深呼吸，更怕别人用手碰他的腹部（医学上称为拒按）。

医生检查患者的时候，常加压于患者的左下腹并突然松手时，可引起患者的右下腹痛。

有时候，医生让患者左侧卧位，右腿伸直，向后过伸右腿时可发生右下腹痛，这时称为“腰大肌征阳性”，

老年人由于反应迟钝，所以疼痛并不明显，检查时候医生发现患者的体征也不多。

婴幼儿也会患急性阑尾炎，而且穿孔率高，引起腹膜炎也较严重。

【治疗与护理】

急性阑尾炎有手术治疗和非手术的保守治疗两种选择。

保守治疗适用于急性单纯性阑尾炎、轻型化脓性阑尾炎或有阑尾周围脓肿的患者。

进行非手术的保守治疗时，应当让患者卧床休息，也不要让患者进食，或少吃一些流质的食品。同时给患者注射抗生素，常用的药物是青霉素等。

用中医中药的方法进行保守治疗，也有较好的疗效。

经过保守治疗的患者，绝大多数还会复发。手术治疗是安全、有效的治疗，可以防止复发和继发腹膜炎。如果在非手术的保守治疗过程中，病情不断加剧，继发有局限性腹膜炎时，或者化脓的阑尾已经穿孔，甚至有脓肿形成，都要用手术的方法，将病变的阑尾切除。一般说来，对于儿童、老年人或孕妇，如果患了急性阑尾炎，还是手术治疗为佳。

肠梗阻

【概述】

肠梗阻是外科常见疾病，发生率仅次于急性阑尾炎和胆道疾病。顾名思义，肠梗阻就是肠子的某一段发生了机械性阻塞。或者是由于肠麻痹，使肠失去蠕动力，使肠腔内容物的正常运行发生了障碍。

1. 机械性肠梗阻：由于各种机械因素所致肠粘连、狭窄、堵塞或肠腔外压迫，造成肠内容物通过受阻。如肠腔发生了套叠，即肠套叠，或者肠管发生了扭转、粘连、绞窄性疝、肿瘤，都会引起肠梗阻。儿童肠管里的蛔虫生长得太多，以致在肠子里成了团，就会引起蛔虫性肠梗阻。

2. 动力性肠梗阻：肠腔并没有狭窄，但是肠壁的神经肌肉运动产生紊乱，使肠管不再蠕动，因而导致肠内容物通过受阻。腹部大手术后和弥漫性腹膜炎、铅中毒发生的肠梗阻，就属于这一种。

患肠梗阻后，肠腔的内容物不能顺利通过肠道，会引起一系列严重的后果。肠腔内的食物、液体、气体及粪便等，都不能通过而淤积在肠中。

3. 血运性肠梗阻：由于肠系膜血管血栓或血栓形成所致肠内容物通过受阻，肠腔本身无阻塞。

如果肠道虽然发生了梗阻，但是肠道的血液循环尚可维持，称为单纯性肠梗阻；如果不仅肠道梗阻，而且血液循环也受到障碍，病情则严重得多，称为绞窄性肠梗阻，这时肠梗阻如果不能及时解除，必然出现肠壁的坏死和穿孔，患者常因严重的脱水、腹膜炎和中毒性休克而死亡。

有的肠梗阻是完全性的，有的则是不完全性肠梗阻。

【诊断】

由于引起肠梗阻的原因不同，所以发病后症状也不完全相同。但是有些症状是共同的。

1. 腹痛：肠梗阻时的腹痛为阵发性绞痛，阵痛往往是突然出现，开始较轻，逐渐加重；然后疼痛逐渐减轻，甚至消失，间隔几分钟后再次疼痛，症状有增无减。绞窄性肠梗阻的疼痛是持续发展，伴有阵发性加剧。

2. 呕吐：呕吐是肠梗阻的主要症状。小肠梗阻比大肠梗阻的呕吐症状更为明显。发病早期呕吐出的是前一次进食后的胃内容物，后来呕吐的内容，则因梗阻的部位不同而有区别。如果梗阻的部位较高，在小肠的上段，通常呕吐频繁，吐出的是些胃液、十二指肠液和胆汁等。如果梗阻的位置低，如在小肠的下段，则早期呕吐不明显，后期

则呕出有棕黄色的肠液，像粪便一样。

3. 腹胀：腹胀是较晚出现的症状。高位梗阻的患者腹胀不明显；低位梗阻则呈全腹膨胀。

4. 肛门停止排气和排便：由于肠道梗阻，肠内容物不能通过，于是肛门就会停止排气（即放屁），也不再能解出大便。

早期的全身症状并不明显，体温、脉搏和白细胞总数也没有改变。患肠梗阻后，患者呈重病容，表情痛苦，呼吸急促，脉搏加快。

低位梗阻者，腹胀明显，可见肠型或肠蠕动波型。腹部有压痛，少数患者可扪及肿块。机械性肠梗阻的患者，能听到腹腔内有“咕噜、咕噜”的高调肠鸣音或气过水声（像用小芦管放在水中吹气发出的声音）或金属音。患麻痹性肠梗阻的患者，则听不见肠鸣音。

高位梗阻者腹胀不明显，有脱水和酸中毒症。

梗阻的后期，化验白细胞数及中性粒细胞增加，特别是出现腹膜感染症状后，全身状况迅速恶化。

X线平片检查，可见肠腔内有阶梯状的水平面，肠间隙增宽。直肠指检如扪及肿块或指套有血，应考虑肠绞窄或肠套叠。B超检查可协助诊断。

检查患者时，要详细了解病史，并且区别梗阻的位置、梗阻的程度、梗阻的原因等，然后采取不同的治疗方法。

【治疗与护理】

治疗肠梗阻有手术和非手术两种方法。

1. 非手术治疗：对于单纯性粘连性肠梗阻、神经性肠梗阻或蛔虫团、粪块引起的肠梗阻，可以用非手术治疗。

患者应禁食，进行持续胃肠减压；同时补液，调整体内水电平衡和酸碱平衡。用抗生素进行抗感染治疗。中医中药治疗也有较好的效果。

2. 手术治疗：对于绞窄性肠梗阻、完全性肠梗阻等症状严重的患者，必须进行手术治疗，以便及时解除梗阻、切除病变。

预防肠梗阻的重要措施是饱餐后不要立即做剧烈的活动。平时要养成按时排大便的好习惯，保持大便通畅。

腹腔手术后的患者，不要卧床过久，应及早起床活动，防止发生肠粘连。

急性胰腺炎

【概述】

急性胰腺炎是一种常见的急腹症，发病急，症状重，死亡率高。

胰腺是一个重要的消化器官，

它可以分泌胰液。胰液中含有十几种酶，其中主要有淀粉酶、蛋白酶、脂肪酶等。有了胰腺分泌的这些酶，就可以将食物完全消化，成为人体可以吸收的养料。这些酶平时是以酶原状态存在的。只有这些酶原进入十二指肠，与其他消化液混合后，才会起到消化作用。

1. 胆汁、胰液排出受阻、反流：在某些情况下，如果胰液流出不通畅，或者胰液分泌过于旺盛，使胰腺导管内的压力增高，以及胆汁或十二指肠液逆流入胰腺导管内，胰腺中的那些酶原就会被激活，也就是说，酶原变成为能消化自己的胰酶，于是就会发生急性胰腺炎。

胆管和胰管共同开口于十二指肠降部隆起的十二指肠乳头部位。如果有细小的结石嵌塞在这个“乳头”，或者这个“乳头”部位发生了水肿，就会引起胰液排出不畅或胆汁逆流到胰管。

2. 暴饮暴食、大量饮酒：大量喝烈性白酒，同时吃许多油腻的大鱼大肉，引起胰液大量分泌，在伴有胰管部分阻塞时，经常可以引起急性胰腺炎。体态肥胖的人，特别是女性，也比较容易患这种病。

3. 其他：如遗传因素、精神因素、代谢紊乱、感染等，均可诱发本病。

【诊断】

急性胰腺炎分为两种类型：出血坏死型和水肿型。

出血坏死型占患者的15%，如果没有及时治疗可以有致命的危险。大部分患者为水肿型，病情较轻，经过及早治疗可以痊愈。水肿型如果没有及时治疗，也可以转变为出血坏死型，有致命之虞。

1. 持续性剧烈腹痛：腹痛是患者最主要的症状。腹痛非常剧烈，堪称“腹痛之最”。腹痛的位置与病变的部位有关。如果是胰头部发炎，则以右上腹部疼痛为主，疼痛向右肩部放射；胰体部发炎，则是上腹部疼痛；而胰尾部位的病变，患者的疼痛以左上腹部为主，向左肩部放射。

2. 发热、恶心、呕吐：也是急性胰腺炎常见的症状，在腹痛开始时就会出现。体温为38摄氏度左右；呕吐可吐出胆汁、血液或蛔虫。呕吐后腹痛并不减轻是该病的特点之一；患者可能出现轻度黄疸。

3. 休克：如果患有出血坏死型急性胰腺炎，患者迅速出现急性腹膜炎的症状，并且出现中毒性休克。有腹膜炎的患者腹胀严重，腹部如板状硬，如果用手摸患者的腹部，会疼痛得无法忍受而拒按。休克的患者面色苍白，血压下降，脉搏细速，四肢冰凉、精神淡漠或出现昏迷。

诊断急性胰腺炎，应检查血和尿中的淀粉酶或血清脂肪酶，患者比正常人要高出数十倍（血清淀粉酶超过500索氏单位，尿淀粉酶超过300索氏单位），可以迅速确诊。血常规检查可见白细胞总数和中性

粒细胞增加。

X线检查可见胰腺邻近脏器充气及液平面。B超或CT检查，对明确胰腺的坏死部位及了解胰外侵犯情况有重要价值。

心电图检查可有心肌缺血。

腹腔穿刺可抽出血性腹水，如果腹水淀粉酶超过1 500索氏单位，即可确诊。

【治疗与护理】

1. 非手术治疗：治疗急性胰腺炎主要根据病情和类型。如果是单纯水肿型，可采用非手术治疗方法。患者禁食，进行胃肠减压，直至呕吐、恶心停止，腹痛、腹胀消失。同时给患者补液治疗，应用抗生素控制感染。

早期应用抑制胰酶分泌的药物是有效的治疗措施。这些药物有抑肽酶、醋唑磺胺、氟尿嘧啶和生长抑素等。

对症治疗腹痛时，医生合用阿托品和哌替啶（度冷丁）镇痛。

有休克症状时，应进行抗休克治疗。

2. 手术治疗：手术治疗适用于出血坏死型胰腺炎、胆源性胰腺炎、并发胰周脓肿或假性囊肿；内科治疗无效或多次反复发作的胰腺炎。手术治疗时，可清除坏死的胰腺组织，并作脓肿引流。

急性胰腺炎是一种严重的疾病，一旦发现就要去医院看急诊，千万不要拖延。治疗越早，效果越好。如果到病情发展后期再治疗，往往会造成严重的后果。

暴饮暴食是发病的重要诱因之一。在节假日或亲朋宴饮时，切勿狂饮暴餐，不要过量饮烈性酒，也不要进食过多的油腻食物。

如果发现有胆石病，要遵医嘱进行认真治疗。

胆石症

【概述】

胆石症在我国是一种常见、多发病，是指在胆囊、胆道内存在结石而出现的疾病。几乎有10%的人患有胆石症，而且随着年龄增加，胆石病的发病率也不断增加。女性患者是男性患者的1倍。

胆汁在肝脏中合成后，顺着左、右肝管流出，然后经过左、右肝管汇聚成的肝总管而进入胆囊。

在胆道中为什么会出现结石呢？

可能与饮食因素、机体代谢改变、胆汁淤滞、胆道蛔虫症、细菌感染等有关。

从化学成分分析，胆石可分为两大类。一类是以胆固醇为主的胆固醇结石；另一类是以胆色素为主的胆色素结石。胆固醇结石的质地较硬，不易用手指捏碎，它们大多数在胆囊内；胆色素结石松软不成

形，有时呈泥沙状，大多数在胆管中。

【诊断】

胆石症的症状取决于下面几个因素：即胆石是静止，还是移动着的；胆结石阻塞的部位和阻塞的程度；是否并发有胆囊和胆道的感染。

大多数患有胆囊结石的患者，是在做B超检查时被发现的。这时胆囊中的结石是静止的。患者并没有明显的症状，只是有些食欲不好、上腹部不适、饭后饱胀感，吃了油腻食物后症状加重。

但是也有一些患者可以出现症状，其中最突出的是胆绞痛。胆绞痛是结石从胆囊移动至胆囊管或胆总管，或在胆囊颈部嵌顿时发生，会有剧烈的绞痛。

胆绞痛常在进食油腻食物或饱餐后发作。疼痛多发生在中上腹或右上腹。开始时是持续性的钝痛，以后逐渐加重，以至达到难以忍受的剧烈程度。患者坐立不安，弯腰、打滚、用拳头紧压腹部，甚至于哭喊。疼痛常发射到右肩胛处或右肩部。痛时常大汗淋漓、面色苍白、恶心呕吐。若无继发感染，经过数分钟或数小时后，疼痛可以自行缓解。

若继发感染，可有持续性右上腹痛，胆囊肿大伴发热。

胆管结石的症状，与病变范围、感染有关。有的患者无症状，或肝区经常有胀痛，肝脏有压痛和不对称肿大。

如果胆总管被结石梗阻，则出现皮肤黄疸，这时患者的尿呈棕黄色；完全梗阻时，大便也变为淡灰色。

若继发感染，就会有胆道感染症状，患者寒战、发热。有继发感染时，白细胞增高。

检查胆结石症，需要做B超和X线、CT检查。胆囊造影检查对有梗阻性黄疸出现的患者，也非常必要。

【治疗与护理】

如果胆囊结石没有症状出现，可不进行处理。但是结石的直径较大，超声检查认为胆囊形态不正常，患者年龄较大时，可考虑做预防性胆囊切除手术。目前手术有腹腔镜下胆囊摘除和外科手术切除等方法。

患胆结石的患者，发作时卧床休息，病情严重者应禁食。

患者腹痛严重时可注射阿托品或654-2。绞痛严重不能忍受时，同时注射哌替啶（度冷丁），解痉效果好。

对于胆囊感染的患者，用氨苄青霉素、头孢拉定、甲硝唑等抗生素进行抗炎治疗。

为了增加胆汁的分泌和排出，可以服用硫酸镁或其他利胆药物，如健胆素、消炎利胆片和复方胆通等中成药。

有症状和出现并发症的胆囊结石，可行胆囊切除。

药物溶石疗法只对小的胆固醇结石有效。常用的药物有鹅去氧胆

酸或熊去氧胆酸等治疗。

体外冲击波碎石，适用于直径小于2厘米、数量不超过两三个的胆囊结石。

患有胆石症的患者在饮食上应多加注意。要严格限制食物中的胆固醇含量，如肥肉、动物脑、内脏、鱼卵、蛋黄等，增加一些豆制品、蔬菜、水果。饮食要清淡，不要油腻过多。

急性胆囊炎

【概述】

急性胆囊炎的直接发病原因是细菌感染，致病菌主要是大肠杆菌，少数是葡萄球菌、链球菌等。但胆囊胆汁排空不畅是细菌感染的重要条件。造成排空不畅最常见的原因是结石嵌顿在胆囊颈部或胆囊管内，但有少数患者，虽无结石，由于胆囊管过长、狭窄或粘连等原因，也可造成胆汁潴留。另外老年人、胃肠道慢性病变、腹部手术后消化道功能紊乱或其他精神因素都会影响胆囊胆汁的排空。

【诊断】

急性胆囊炎患者可有消化不良、右上腹部隐痛或阵痛，厌油腻食物等慢性胆囊炎病史，有些患者也可是初发。

急性胆囊炎起病后，右上腹阵发性绞痛或持续性疼痛不止，一阵一阵地加剧，同时右后肩背部也发生疼痛。

恶心、呕吐，部分患者出现黄疸，皮肤被染成黄色。如果胆囊已经化脓，患者有高热、寒战症状。

医生检查时发现患者的右上腹部有压痛，肌肉紧张，有时可摸到肿大的胆囊。

血液检查可见白细胞总数和中性粒细胞增高。血清胆红素、转氨酶和碱性磷酸酶升高。

B型超声波检查见胆囊肿大，胆囊壁增厚或有结石发现。X线平片上有时也可见结石阴影。

【治疗与护理】

单纯性急性胆囊炎可用非手术疗法，包括卧床休息，服用解痉止痛药物、抗生素等治疗。待炎症消退后2～3个月，再安排下一步的治疗方针。

病情较重，胆囊明显肿大，估计胆囊颈部有结石嵌顿或伴有腹膜炎、胆囊积脓、穿孔征象者，均应采取手术治疗的方法。

胆囊炎和胆石症是中老年妇女常见的多发病，因此在日常生活中应加强自我保健，如饮食要注意低糖、低脂，不吃油炸、油煎食品，巧克力也要少吃；要注意减轻体重，经常参加体育运动；有反复发作胆囊炎病史，应考虑切除胆囊。

胆道蛔虫症

【概述】

胆道蛔虫症是由寄生在肠内的蛔虫进入胆管中引起的。

胆道蛔虫症多发生在儿童和年轻人中间，患者过去曾有从大便中排出蛔虫的经历。但是在发生胆道蛔虫症时没有前驱症状，而是突然发病。

【诊断】

患者突然发生上腹部剑突下（心口窝处）持续性绞痛，疼痛一阵比一阵加剧，同时伴有恶心和呕吐。

患者没有发热或寒战。由于胆管受到阻塞，所以患者可能出现黄疸，皮肤出现染黄的颜色。但是患者的腹部柔软，并不像其他急腹症那样有腹肌紧张。

大便中能检查出蛔虫卵。检查血常规发现，血液中的嗜酸性粒细胞在白细胞中的比例增高。B超检查能看到胆管中有蛔虫影像和胆管扩张。

胆道蛔虫症可以引起胆道的感染，造成急性化脓性胆管炎，严重时可并发肝脓肿或急性胰腺炎等重症。

【治疗与护理】

发生胆道蛔虫症时，如果疼痛剧烈，患者应禁食，并且输液治疗。解痉止痛用阿托品和哌替啶联合注射，

如果上述治疗未能奏效，患者出现发冷、寒战，皮肤黄疸，腹痛加剧时，考虑是胆道感染或并发有胰腺继发感染，就要立即手术治疗。

本次发作症状消除后，要进行驱虫治疗，以免复发。

肝脓肿

【概述】

肝脓肿有两种，一种是由阿米巴原虫引起的；另一种是由细菌引起的，致病的细菌有大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、产碱杆菌、链球菌等。患者有胆道感染、肝外伤、肠阿米巴等病史。

1. 细菌性肝脓肿：引起细菌性肝脓肿的细菌，是在其他疾病引起菌血症后，从身体其他部位转移过来的。细菌经胆道、门静脉、肝动脉、淋巴管及肝损伤创口所致。胆道蛔虫症、胆管结石并发化脓性胆管炎时，若患者身体虚弱，抵抗力下降，就可能导致肝脓肿。

2. 阿米巴性肝脓肿：阿米巴原

虫经结肠溃疡侵入门静脉属支或淋巴管入肝所致。

【诊断】

肝脓肿的主要症状有：

(1) 寒战、高热：细菌性肝脓肿起病急，患者高热，并伴有寒战，全身大汗，体温可高达 39～40 摄氏度。细菌性肝脓肿为弛张热。阿米巴性肝脓肿发热不高。

(2) 肝区疼痛：右上腹部肝区有持续性胀痛或钝痛；肝脏肿大，并在肝区有明显压痛。疼痛有时可牵扯到右肩痛。

(3) 消化道症状：患者乏力、食欲不振，有恶心、呕吐。重者可有黄疸。

诊断该病时，主要依据是：

(1) 体征：体温升高；肝脏肿大、压痛、肝区叩痛。

(2) 化验检查：化验血液中白细胞明显增高，达 10×10^9/升（即过去所谓 10 000 以上），中性粒细胞为 0.80～0.90。贫血，血红蛋白减少，血沉加快。阿米巴肝脓肿患者的大便中可查见阿米巴滋养体。

(3) 特殊检查：X 线、CT 和 B 超检查，都可能发现病变。在 B 超检查时，见肝肿大及液性暗区。在 B 超指引下，在肝中能抽出脓液。在血液中能培养出细菌来。

【治疗与护理】

治疗细菌性肝脓肿，需要使用较大剂量的抗生素，并且两种抗生素联合应用，如青霉素与卡那霉素、青霉素与庆大霉素、青霉素与氨苄青霉素等。在细菌培养结果报告出来后，根据细菌的药物敏感试验再选用有效的抗生素。

要给患者加强营养，必要时可输血，以提高患者身体的抵抗力。当患者有大型脓肿，全身症状严重时，可考虑手术将脓肿切开引流治疗。

阿米巴性肝脓肿多继于阿米巴痢疾后，患者虽然也有发热、肝区疼痛和肝脏肿大等症状，但是起病缓慢，病程较长，病情较轻。从脓肿中抽出的脓液为巧克力色；从大便中能培养出阿米巴原虫的滋养体。治疗阿米巴性肝脓肿常用的药物首选为氯喹啉。

结肠息肉

【概述】

结肠息肉被认为是一种良性病变，此病过去多主张内科监视，不需特殊处理，一般也不被人们重视。其实这种看法是不对的。据近年来研究证实，随着我国人民生活条件的改善和饮食结构的改变，发生在息肉基础上恶变而来的结肠癌正不断上升（上海地区由原来排整个恶性肿瘤第七位跃居第三位），这其中

中老年人占了绝大多数，故对老年结肠息肉不能掉以轻心。

结肠息肉的恶变，与结肠息肉的病理特点和类型有关。老人结肠息肉在病理学上常有以下3种类型：

1. 结肠腺瘤样息肉（又称新生物性息肉）：包括管状腺瘤、绒毛状腺瘤和混合性腺瘤。它是由于结肠黏膜细胞增生过旺，局部黏膜隆起向肠腔内突出生长所致，癌变率为20%～40%，其中绒毛状腺瘤样息肉可高达50%。结肠腺瘤样息肉在结肠各型息肉中所占比例最高（占70%～80%），主要发生在中老年。流行病学调查揭示，本型息肉检出率高的地区，也是结肠癌发病率高的地区。近年来，在结肠镜下行结肠腺瘤样息肉切除术得以推广的地区，结肠癌的发病率也有下降。由此可见，结肠腺瘤样息肉与结肠癌发病关系密切，是毋庸置疑的。一般认为，从结肠腺瘤样息肉到结肠癌发生的演变，要经过5～15年，当患者在检出本型息肉时，往往已患病多年（息肉早期常无任何症状），及时切除息肉实属必要。

2. 炎症性息肉：这种息肉主要是血吸虫、结核菌、阿米巴原虫、结肠溃疡、痢疾杆菌等引起的慢性结肠炎反复发作的结果，结肠切除术后吻合口处发炎也可形成此型息肉。此型息肉在结肠息肉中所占的比例在10%以下，主要发生在年轻人和中年人，癌变率很低。

3. 化生性（增生性）息肉：发生原因不明，有人调查发现，此种息肉主要发生在中老年人群中，因此认为化生性息肉是结肠黏膜的一种老年退行性正常改变。此型息肉在结肠息肉中所占比例为4%～20%，癌变率也很低。

【诊断】

结肠息肉患者半数以上可无任何症状（特别是早期），易漏诊。但是，无症状患者多存在无肉眼可见的息肉出血，故每年健康体检时，应把大便潜血试验作为常规检查，以便能及时发现结肠息肉的线索。

其次，本病最多见的症状，是大便出血和顽固性腹泻。当这两种症状单独和同时出现时，应想到有本病存在的可能，一定要进一步追踪检查。

诊断本病最好采用纤维结肠镜检查，因为结肠息肉常为多发，分布范围较广，结肠镜可清晰地窥视全结肠，且可取材进行活体组织检查，作出病理分型和诊断。故任何其他检查方法，如肛门指诊、乙状结肠镜检查、钡剂灌肠检查等，均不能代替纤维结肠镜检查。

【治疗与护理】

发现结肠息肉时，如已具备下述特点，则提示癌变的可能性更大，是必须治疗的指征。这些特点为：息肉基底部广而无蒂，直径大于2厘米，表面粗糙绒毛多，质地柔软易出血。如果是结肠腺瘤样息肉，原则上应一律采取切除治疗；发现系其他类型的息肉，不一定立即进

行治疗，可对息肉作动态观察（一般每年复查1次结肠镜），如有恶化趋势再作手术。

无论采用何种治疗方法，均需全部、彻底切除息肉；力求“除恶务尽”，并应在1年内进行复查。据一组资料报告，息肉切除1年后复查，再检出率约占半数。复查的目的是及时处理复发息肉，把“死灰复燃”的息肉再次切除。

下肢静脉曲张

【概述】

下肢浅静脉曲张主要发生在大隐静脉和小隐静脉。发病的主要原因是患者的静脉壁及静脉中防止血液逆流的瓣膜先天软弱。另外，长期从事站立的工作，或腹内压增加，也是该病的诱发原因。

【诊断】

患者久站后，小腿酸胀、隐痛、乏力。下肢（尤其是小腿）浅静脉扩张、蜿曲、隆起，像一条条蚯蚓爬在腿上。患病时间已久的患者，小腿及踝部皮肤可有色素沉着，内踝以上的皮肤可有湿疹或慢性溃疡。

医生检查时通过一些试验，以检查大隐静脉瓣膜和交通支瓣膜的功能，以及深静脉是否畅通，必要时做彩色多普勒超声检查和深静脉造影。

【治疗与护理】

轻度曲张而无症状者，可使用弹力护腿，防止发展。

重度曲张或有症状者，可行大隐静脉或小隐静脉高位结扎和剥脱术。但合并有深静脉阻塞、急性静脉炎、小腿溃疡伴发急性感染者及妊娠者则为手术的禁忌。

术后遗留或局部曲张的静脉，可用5%鱼肝油酸钠液1～2毫升，注入已排空的曲张静脉中，加压包扎，使其硬化。

患者平日要注意适当休息，避免久站。对不具备手术治疗条件的患者，可给患肢穿弹力袜，抬高患肢。

包　茎

【概述】

男性阴茎的上面覆盖着包皮。3岁以上的男孩，若包皮口狭小或包皮口与阴茎头粘连，使包皮不能上翻而露出阴茎头的称为包茎。

包皮过长遮盖尿道口，但可上翻露出阴茎头者，称为包皮过长。

【诊断】

由于包茎不能向上退缩，使阴茎包裹很紧，这样可妨碍阴茎头甚至整个阴茎的生长。

包茎时，包皮垢不容易清洗干净，容易发生包皮或阴茎头的炎症，也容易产生尿频、尿急等尿路感染症状，夜间遗尿。

如果强行将包皮上翻而未及时复位时，则可能造成包皮口紧勒阴茎冠状沟处，形成狭窄环，会引起充血、水肿。包皮垢的刺激易诱发手淫。

【治疗与护理】

包茎应及早做包皮环切手术治疗，所以在儿童期手术为宜。在没有手术之前，要保持包皮清洁。

包皮炎多发生在包茎或包皮过长的患者。包皮发炎时，包皮红肿，包皮口有脓性分泌物。治疗以局部治疗为主，用温水或1∶5 000呋喃西林溶液泡洗患处，并且要减少走动和局部摩擦。也可以适当地应用抗生素。

对由于药物过敏引起的固定药疹而引起的包皮、阴茎糜烂者，除上述治疗外，要应用抗过敏药物（如扑尔敏），并且停用致敏的药物。

婴幼儿包茎与包皮过长常可自愈，不必手术。

良性前列腺增生症

【概述】

前列腺是男子生殖器中的重要成员，位于男性膀胱出口的下边，体积约有4厘米×3厘米×2厘米，尿道从中间穿过。它的形状和大小，都像一个扁平的栗子。

前列腺由腺体及肌肉组成。它的过分增殖，就会造成良性前列腺增生。由于前列腺组织的增加，造成对尿道的挤压，因而引起排尿困难。

良性前列腺增生症（简称前列腺增生）是老年男性最常见的疾病。50岁以上的男性，本病的发生率为20%～30%；70岁以上约有70%存在前列腺增生，其中大部分会发展成有症状的患者。而年龄小于50岁的男人，却很少发生前列腺增生。过去称这种病为“前列腺肥大”。其实，前列腺增大并不是由于前列腺的细胞肥大，而是由于细胞增生所致。前列腺体积增大，纤维组织、平滑肌组织以及腺体组织都会增生，质地变硬，表现为前列腺增大、排尿异常和尿路梗阻。

该病的病因不明，可能与年老后睾丸功能衰退，以及性激素代谢紊乱有密切联系。目前，比较公认的诱发因素有：前列腺本身慢性炎症未经彻底治愈；过度性生活，增加性器官的充血，导致前列腺组织因持久淤血而增大；后尿道炎、膀

胱炎、精阜炎等前列腺“邻居”发炎，促使前列腺充血及纤维组织增生；经常酗酒或长期饮酒，嗜好吃辛、辣、酸等食物，会刺激前列腺增生；缺乏体育锻炼，不能改善前列腺局部的血液循环。

【诊断】

前列腺增生症常有下列一些症状：

1. 尿频：尿频是前列腺增生的早期表现。先是夜尿次数增加，每次尿量减少，随之白天尿次数增多，有时尿急，憋不住尿，甚至会尿湿裤子。

2. 排尿困难：排尿起始慢，有尿不尽感，刚排完尿又觉得没有排完；排尿后 2 小时以内又想排尿；排尿过程中多次停止；尿急，有尿必须立刻排掉，不能等待；尿线变细，无力；排尿费力，有人可合并疝；夜间入睡后起床排尿次数增加（正常情况下不起床夜尿，最多 1 次，超过 1 次即为不正常）；还可以发生尿不出尿，即急性尿潴留，下腹憋胀，痛苦难忍。

3. 尿路感染：由于下尿路梗阻，膀胱中残留尿液，容易引起尿路感染，出现尿痛、尿频，排尿困难加重，严重者可发热。

前列腺增生可能继发急性尿潴留、泌尿道感染、膀胱结石、肾积水、肾功能衰竭等并发症。还由于长期增加腹压，可能引发脱肛、疝。前列腺增生并非癌症，也不会转化为癌症。

前列腺增生可简单分为 3 度：Ⅰ度的前列腺有鸽蛋大小，有 20～25 克；Ⅱ度有鸡蛋大小，有 25～50 克；Ⅲ度有鸭蛋大小，有 50～75 克。在用直肠指诊时，常能发现患者的前列腺肥大。

但是，在单纯前列腺中叶肥大时，直肠指检的方法有时并不能觉察。因此，膀胱镜检查对诊断前列腺增生症很有价值，可以正确判断前列腺增生的程度以及部位。

诊断前列腺增生时，常用尿流率测定。患者先憋尿，使膀胱充盈 300～400 毫升尿液。然后，将尿液排在尿流率计的尿斗里，尿流率计便会描记出一条尿流率曲线。从这条尿流率曲线上的参数，可以判断是否存在前列腺增生等下尿路梗阻疾病引起的排尿困难。一般认为，排尿速率最大限度能达到每秒钟 25～30 毫升，就算基本正常。最大尿流率如果每秒钟不足 15 毫升，说明排尿出口有阻力。

其他检查项目还有影像学检查、超声波检查等。超声波检查可以发现前列腺体积是否增大、排尿以后膀胱内有没有剩余的尿、膀胱内有无结石。

化验检查有血清前列腺特异抗原（简称 PSA）测定。在前列腺较硬、有结节，可疑有前列腺癌时，要检查 PSA。

【治疗与护理】

目前，还无法防止前列腺增生的发生，但有许多治疗方法。

1. 药物治疗：如果患者年龄较轻，刚开始出现尿频、排尿不畅、夜尿增多等症状，或这些症状已有数年，症状虽有所加重，但尚能耐受，而且特别惧怕手术，可接受药物治疗。药物可以使前列腺缩小，缓解症状。

用于治疗前列腺增生的药物很多。近年来，多采用一类能松弛前列腺组织内肌肉的α-受体阻滞剂，如非那甾胺（保列治）。一般服用3～6个月后显效。但是停药后症状有反弹。所以，要长期持续服药，切忌间断。

联合用药的效果更好，如哈乐、马沙尼、酚苄明等β-受体阻滞剂可降低平滑肌张力。由于保列治起效慢，故用药早期需与起效快的β-受体阻滞剂联合使用。其中，哈乐特异性最强，副作用小，但价格较贵；而酚苄明则相反。其他一些药物能减少前列腺增生的症状，不宜单独使用。

2. 手术治疗：患者年龄较大，除了前列腺增生，其他健康状况都较好，长期服药经济负担重，或者经服药后症状控制仍不理想。可选择手术治疗。

手术治疗包括开放性手术和经尿道前列腺电切术。如果前列腺特别大，或伴有膀胱结石、膀胱憩室等，宜作开放性手术。包括耻骨上经膀胱前列腺摘除术、耻骨后前列腺摘除术和经会阴前列腺摘除术。其中，经膀胱前列腺摘除术最常用。由于手术技术的改进和提高，目前术中、术后出血已大为减少，很少需要输血。它的优点是效果肯定。缺点是需要经受一次手术，有一定的痛苦。

如果患者的前列腺仅Ⅰ～Ⅱ度增大，或仅中叶肥大，可以采取经尿道前列腺电切术，该手术方式在国外已有60多年的应用历史，由于治疗效果好，生理干扰少，恢复快，被公认为前列腺增生治疗的“金标准”。尤其是近年来发展了气化电切术，减少了出血和经尿道切除的综合征，更显示其优越性。在我国，它也将成为前列腺增生的主要治疗手段。但是，这一手术需要专门的设备和熟练的操作技巧，对特别大的前列腺不宜采取这一方法。

3. 保守治疗：如果患者年事已高，且伴有一些其他疾患，不宜或不愿意手术，可选择保守治疗。

（1）前列腺支架：前列腺支架可由多种形式和材料制成。根据支架的功能，可分为暂时性支架和永久性支架两种。暂时性支架适用于晚期前列腺癌的暂时性治疗，或不宜手术的高危患者。其价格便宜，但支架表面易生结石，易感染，位置易移动。

永久性支架是一种网状支架，可避免支架表面生结石、感染，也不易移位。放置支架后大多数患者立即或1～2天内均可自行排尿，多数患者术后会出现尿急、尿频或会阴部不适、血尿等症状，一般在8

周内症状逐渐消失。

前列腺支架的优点是损伤小，操作时间短，术后恢复快，支架易取出，不影响改用其他方法治疗，可使一些高危前列腺增生患者避免做耻骨上膀胱造瘘。但患有急性尿路感染、低张力或无张力膀胱、尿道狭窄、前列腺中叶明显增生、膀胱刺激症状明显者，均不适合前列腺支架治疗。

(2) 气囊扩张：气囊扩张治疗前列腺增生具有简便、安全、住院时间短等优点。适用于高危不宜手术患者。术后有少量出血，经留置导尿管、冲洗膀胱，可在短时间内控制出血。术后大部分患者出现膀胱痉挛，可用解痉药物缓解症状。缺点是对前列腺大小及长度有限制。疗效不甚肯定，维持有效时间短，有逐渐被其他治疗方法所取代的趋势。

总之，前列腺增生治疗的方法很多，各有不同的优缺点，也有各自的适应证。患了前列腺增生后，究竟采用何种方法治疗，还需要听从泌尿外科医生的建议。作为患者，全面了解一下情况可做到心中有底。

此外，还有微波热疗、射频治疗、激光治疗、前列腺扩裂治疗、滚轮式电气化等，都适用于不愿意手术治疗的患者或不适宜手术的老年人。

有前列腺增生的患者要少喝酒，冬天注意保暖。这是因为喝酒、感冒等易导致前列腺充血、水肿而加剧排尿困难。另外，如果有尿意就应该主动排尿，不要因为不方便而延迟排尿。膀胱过度膨胀可导致急性尿潴留。

患者忌用阿托品、654-2、颠茄等药物，所以如有腹痛、胃痛等不适时，就医时应主动告诉医生，自己患有前列腺增生，以避免使用这一类药物。

肛　裂

【概述】

肛裂是肛管上皮的裂伤，在齿状线与肛缘间形成一狭长的溃疡。多见于30～40岁的中年人，有时也见于儿童，老年人极少见。单个肛裂常见，偶见两处裂口。肛裂部位，男性多见于肛门后部中线，女性多在肛门前部。

引起肛裂的原因常是粪便干结，排便时裂伤肛门，或异物损伤肛管。妇女可因生产，阴道扩张，肛门前部遭受撕伤引起。其次，肛窦炎、肛门乳头炎、内痔等也都是诱因。

【诊断】

肛裂的症状主要有疼痛、出血、便秘和肛门周围痛痒。

1. 疼痛：疼痛是肛裂的主要症状，在粪便通过肛门时出现疼痛。

大便后数分钟至半小时疼痛停止，这个时期称疼痛间歇期。然后因肛门外括约肌痉挛收缩，患者又感觉剧烈疼痛，疼痛常持续半小时至十余小时，常使患者坐卧不安，十分痛苦。待括约肌舒张后，疼痛减轻。疼痛的轻重和时间的长短，因人而异，并与肛裂的深浅和大小不同而异，并且打喷嚏、咳嗽、小便都能引发疼痛。

2. 出血：一般量很少，只是在排便后滴出数滴鲜血，或在粪便上或卫生纸上染一点血，有时与黏液混在一起。

3. 便秘：患者怕排便时引起疼痛，故而不敢排便方出现便秘；又因便秘使粪便变干变硬，便时又可使裂伤加重，从而形成恶性循环。

4. 肛门周围痛痒：由于炎性分泌物刺激肛门周围皮肤，引起痛痒。

检查时，只要用手轻轻分开肛门，即可见肛管肛门口有一纵行裂口，裂口边缘整齐，基底鲜红，触之疼痛。若为慢性肛裂，则裂缘硬，底深、色白、无弹性，并在裂的下端肛门外有一尖形皮赘，似站在肛裂外的哨兵，故称为“哨兵痔”。

【治疗与护理】

1. 治疗裂口浅、边缘软、底部鲜红的早期肛裂，可先用保守治疗。

（1）热水坐浴，1 日 2 次，每次约 20 分钟。水内不要放高锰酸钾（PP 粉）消毒剂，以免烧伤会阴或阴囊皮肤。热水坐浴的作用为清洁创面，改善裂口周围血循环，促进愈合。

（2）忌食辛辣食物。

（3）软化和滑润粪便。每日定时排便 1 次，使粪便不致干结。每晚睡前服液体石蜡油 20 毫升以润滑粪块，或便前、便后肛门内塞安纳苏栓一个，以助润便、消炎。

（4）裂口创面涂以 0.5% 地卡因油膏止痛。

2. 裂口深、边缘硬、底发白、有“哨兵痔”的慢性肛裂，可行手术切除。术后创面不缝合，出血不多，只有一些渗血，用纱布压迫数分钟，渗血即可停止。创面覆盖凡士林油纱布及敷料即可。便后热水坐浴、换药，伤口很快自行愈合。

血栓性外痔

【概述】

血栓性外痔是由于直肠下静脉丛内血栓形成或静脉破裂，皮下充满血块所致，是外痔中常见的一种。其发生原因多因排便用力过度，或剧烈运动而引起。

【诊断】

肛门缘皮下，突起一椭圆形肿块，伴有剧痛，排便时加重，患者坐卧不安，妨碍行走。肿块色鲜红、

稍硬，可微移动，有触痛。若不作特殊治疗，疼痛需3～5天后才能逐渐减轻，血栓渐渐变软、吸收。血栓完全吸收需要3周左右。

【治疗与护理】

由于血栓性外痔疼痛较剧，可影响患者工作和休息，早期行血栓取出，可消除患者痛苦，且效果良好。

预防痔疮应注意以下几点：

(1) 防止便秘，保持大便通畅，是预防痔疮最有效的方法。其中饮食是关键的一环，应多吃粗粮、豆类、蔬菜、水果等含有纤维素的食品。纤维素能增加肠道蠕动，通便，排除肠道有害物质和致癌物质，对习惯性便秘者更为适宜。早起床，吃好早餐，能加强起床后的直立反射和胃、结肠反射，促进排便。早上起床后喝一杯凉开水，也有利于防止便秘。另外，有便意感时，不要忍着不去解大便，否则容易引起习惯性便秘。最好养成每天定时大便的习惯。排便时，不要看书报、吸烟、久蹲不起，或过分使劲用力，否则，久而久之，会形成痔疮。一般排便的时间以3～5分钟为宜。

(2) 避免久坐、久站、久蹲，适当调节和运动，增强体质。

(3) 及时治疗胃肠道疾病和肛门周围的炎症，如腹泻、痢疾、肛周皮肤病等，减少炎症对肛管、直肠的刺激，保持肛周清洁。同时还应积极治疗心脏、肺部、肝脏等全身性疾病，这样才能减少痔疮的发生。

(4) 每日早晚做两次提肛运动，每次做30次左右，特别是老年人、体弱多病者。也可在临睡前用手自我按摩尾骨尖的“长强”穴，疏通经络，改善肛门血液循环。

(5) 有一些中药，如黑芝麻、生地、何首乌、草决明、肉苁蓉、地榆等等，有一定的防痔治痔作用，服后可润肠通便，凉血止血。

颈椎病

【概述】

颈椎病又称为颈椎退变症、颈椎骨关节病，或者颈椎综合征。

人体有7个颈椎，由6个椎间盘连接，有支撑和活动头颅以及保护颈髓的功能。由于颈椎椎间盘与椎体的高度之比较大，且颈椎的后关节呈水平状，故颈椎活动范围比胸椎、腰椎大，也较易劳损。

随着年龄增长，一般人进入25岁后，椎间盘会发生退变，其标志是椎间盘内髓核水分逐渐减少，椎间盘高度下降，颈椎椎体周围的韧带松弛，肌肉、韧带、关节囊的生理平衡遭到破坏。机体为了适应这些变化，就会重新建立新的平衡，

在椎体边缘生长出新的骨骼，即骨赘（俗称骨刺），这种改变称为退行性变。产生骨刺可以使脊椎间的接触面积增大，减少单位面积的压力，从而使脊柱更加稳定。因此从某种意义来说，中老年人在生长过程中出现骨质增生，是机体的一种自我保护性措施，属于正常的生理性退变现象。

所谓颈椎病就是颈椎间盘在退变过程中，颈椎发生了一系列病理变化，这些变化刺激或压迫颈椎附近一些重要组织，如颈神经根、颈髓、颈动脉等，引起一系列临床表现和体征。

【诊断】

颈椎病的症状，表现也多种多样，可以分为4型。

1. 神经根型颈椎病：在颈椎患者中，以神经根型最多。起病缓慢，病程较长，反复发作。开始多为颈肩部疼痛，并在短期内加重，疼痛可向前臂放射，皮肤可有麻木、过敏等感觉异常。同时，上肢肌力下降，手指动作不灵活。当头部或上肢姿势不当、突然受到牵拉或撞击时，患侧上肢可以发生剧烈的闪电样锐痛。

检查发现颈部肌肉痉挛，颈部和肩部有压痛。病程较长的患者，上肢的肌肉萎缩。如果牵拉患肢或者做“压头顶试验”，患者会感到疼痛，这可能是颈椎发生病变，压迫了颈部的神经根。

2. 脊髓型颈椎病：脊髓型的患者，约占全部颈椎病患者的1/10左右。患者四肢麻木、乏力，走路或者拿东西不稳，胸部和腰部有一种紧束感，好像缠着布条带一样。随着病情逐渐严重，可能发生自上而下的肢体瘫痪、大小便失禁。这可能是颈部的病变压迫了脊髓，对人体的危害比较大。

3. 交感神经型颈椎病：主要表现有头枕部痛，眼窝胀痛，睑裂大小不等，耳鸣耳聋，一侧面部无汗或多汗，心慌，胃肠胀气等。

4. 椎动脉型颈椎病：如果患者原有动脉硬化，颈部病变压迫椎-基底动脉，容易发生本型颈椎病。表现为头晕，尤其是在旋转或屈伸头部时，眩晕还会加重。记忆力下降、四肢麻木、恶心、发作性头痛、突发性弱视、复视或失明，但是在短时间内可以自行恢复。

有的患者在突然旋转头部的时候，会出现猝倒，倒地后再站起来，立即可以继续进行正常的活动。这种由于动脉供血不足引起的症状，常为突发性，并且有反复发作的倾向。

诊断颈椎病时，主要依据有：

（1）诊断依靠病史和检查，尤其是对神经系统的检查。

（2）X线检查，可见颈椎生理曲度消失，僵直，成角，椎间隙狭窄，椎体前后缘骨增生，椎间孔变形等。

（3）必要时，做脊髓造影、椎动脉造影，或者做CT、磁共振检

查。这样做的目的，是为了观察病变的程度，并且排除其他疾病。

【治疗与护理】

症状较重者，应适当休息。颈椎病的治疗，有手术疗法和非手术疗法。

1. 非手术治疗：包括理疗、推拿、颈椎牵引、药枕、药物等。

(1) 推拿：推拿是颈椎病的主要治疗方法。通过推拿，能够明显地改善颈椎患者的症状。可在颈部围领托，固定和保护颈椎。

(2) 牵引：牵引是治疗颈椎病的首选方法，可使肌肉和韧带放松，椎骨之间的间隙增宽，血流畅通，并且使粘连的神经根松解。

牵引的方法以坐位为宜。每天牵引 2 次，每次 1 小时。牵引重量是按患者的体重计算的。例如，患者的体重是 50 千克，牵引的重是 3.5 千克。体重每增加 10 千克，牵引增加 1 千克，以此类推。经过牵引，头昏、眩晕、臂痛、麻木等症状，可以明显减轻或消失。如果症状复发，可以继续进行牵引。这种牵引方法，可以在家里进行。

(3) 药枕：药枕是用肉桂、红花、菊花等中草药磨成粗末制作而成。这些中药的气味芳香，渗透性能强，有活血化瘀、祛风活络的作用，对各种类型的颈椎病都有良好的疗效。

(4) 药物：中药常用散风祛寒、活血化瘀、舒筋止痛类药物。症状较轻者，可用颈复康。如果出现颈痛、伴有手臂疼痛、麻木者，可服用大活络丹或小活络丹。如果颈椎病伴有头痛、眩晕等症状，可以用天麻杜仲丸。如伴发心慌、自汗者，可用补中益气丸。

(5) 理疗：透热疗法、超声疗法、直流电、感应电、低频脉冲、中药或离子导入等理疗方法，均可使用。

2. 手术治疗：是对长期治疗无效，症状较重，影响生活和工作者，行前路椎间盘及骨赘切除、椎间植骨融合术等。

为减轻颈椎骨质增生引起的一些不适，中老年人可进行自我保健。方法是用两手拇指，抵按颈后的“风池”穴，其他手指固定在头顶部，用右手做顺时针按摩。每天做 2 次，每次 5 分钟。按摩以后，自己可以感到脖颈轻松，疼痛减轻。中老年人或颈椎病患者，要适当控制伏案工作的时间，减少牌桌娱乐活动。坚持做颈椎操，颈部避免受到冷刺激，以免诱发或加重颈椎病的症状。睡眠时，枕头不要太高、太宽，保持头部轻度后仰位。

骨　折

【概述】

骨折是日常生活中常见的损伤性疾患，多由外伤暴力而致，如摔伤、撞击、压砸等外力作用而致外伤性骨折。也可由于骨本身发生的破坏性病变而引起，如肿瘤、结核、骨髓炎等原因引起，这种骨折称为病理性骨折。老年人骨质疏松易导致骨折。

引起外伤性骨折的主要原因有：

1. 直接暴力：如小腿被重物撞击而致胫骨骨折。此种外力常致软组织损伤较重，骨折多为横断或粉碎性，有的甚至引起开放性骨折。

2. 间接暴力：即外力从承受点通过肢体传导，而到达其他部位造成骨折。如跌倒时手着地，暴力向上传导发生肱骨或桡骨下端骨折，软组织损伤较重，骨折常为斜形或螺旋形。

3. 肌肉收缩力：肌肉强力收缩或牵拉时，可将其附着的骨组织撕下，如踢球时股四头肌收缩导致髌骨骨折等。

4. 疲劳骨折：由积累外伤引起，如长途跋涉或长时间强行军，可致第二、三跖骨骨折。

骨折后的恢复过程比较复杂，且需要一定时间，在病理上有纤维愈合期、骨痂愈合期、塑形期等。而且因人而异，因病变部位、损伤程度而异，愈合时间有较大差异，有的可合并重要神经血管损伤，有的甚至危及生命，有的则可能留下终身残疾。

【诊断】

1. 全身症状：一要注意有无休克。严重的创伤或多发性骨折，如股骨、骨盆、脊柱骨折，由于广泛的软组织损伤，大量出血或剧烈疼痛，或合并内脏损伤等易引起休克；二是要注意体温，创伤后由于血肿吸收，体温可有上升，通常不超过38摄氏度，如体温升高，长时间不退，应考虑感染或其他原因。

2. 局部症状：一般的症状常有肿胀和淤血、疼痛和压痛、功能不同程度障碍等症。仔细寻找压痛点非常重要，疑有肋骨骨折或骨盆骨折时，还可通过挤压胸部或骨盆查出压痛点和骨折部位。

特殊的症状常有畸形、异常活动、骨擦音、骨传导音等。这些特有的症状不是所有的骨折患者都会出现，如裂纹骨折可能只有骨传导音减弱，如嵌插骨折通过测量长度也许有反映。因此，诊断骨折需从病史、一般症状，特有体征，还有临床经验综合进行。

3. 其他检查：对于骨折，目前最普遍和必须的检查方法，无疑是影像学检查，如X线、CT、磁共振

等。尤其X线检查不仅能证实骨折的存在，而且能了解骨折的类型，移位的程度，作为复位的参考。一些脊柱损伤者为了了解椎体后缘骨折块向椎管内移位程度、关节突骨折或脊髓受损受压的程度，常需要采用CT或磁共振检查确定。

【治疗与护理】

对骨折处理的要求是拯救患者的生命，并恢复受伤部位的功能，分为急救和治疗两个阶段。

1. 急救：是指在受伤现场所进行的临时处理，其目的在于防止休克、感染，应妥善固定，迅速转移。

一般处理：凡疑有骨折者，均应按骨折处理。随时注意呼吸通畅。如有休克，首先进行抗休克治疗，挽救生命，并同时处理引起休克的原因，如出血，应立即止血，骨折剧痛者应用止痛剂。

包扎伤口：应尽量用无菌敷料或干净布块包扎。伤口内出血者，可采用抬高患肢，止血钳结夹，或用止血带等方法止血。扎止血带后，应每小时放松一次，约3～5分钟。创口处外露组织一般不应压回于创口内。

妥善固定：要确定或疑有骨折时，应立即进行固定，不仅可以止痛，而且便于搬运，以防骨折断端对周围组织的再次损伤。固定时一般应包括上下关节，固定物可就地取材，如木板、竹片、树枝等。脊柱骨折者应使患者仰卧在硬的木板上，切勿坐起或弯腰抱抬。

迅速转移：经上述处理后，应立即用担架抬往医院。四肢伤者以平卧为宜；脊柱骨折者应平抬移动；颈椎骨折者头旁两侧各垫置小枕，以防止转动。

骨折的治疗包括整复（闭合和切开）；药物（内服或外敷）；固定（内固定和外固定）；功能锻炼（主动和被动）等。骨折复位越好，固定也就越稳定。在稳妥的固定下，可以保证无痛地进行功能锻炼。积极的功能锻炼，又能促使伤肢肿胀消退，缩短骨折愈合时间。这些治疗方法应遵循医嘱，定期到医院复查，积极主动地配合医疗，早日使伤肢康复。

骨折的恢复需要较长的时间，但又不是绝对的，与年龄、体质、骨折的部位、程度的轻重、对位如何都有直接关系。有的可合并重要血管神经的损伤；有的并发其他疾病；有的甚至危及生命；有的则可能留下终身残疾。但只要患者及时就诊，配合医疗，遵守医嘱，就可使骨折得到最佳的康复效果。

骨折的患者在医生进行整复后，都需要将局部固定以制动，以期准确愈合。有的是采取内固定，即手术将器械直接施加于骨上，如用螺丝钉贯穿固定、钢板螺丝钉固定或髓内钉固定；另一种是外固定，如小夹板固定或石膏绷带固定。

经过医生处理后，一部分骨折患者需要在家庭中继续接受治疗。

家属要学会观察患者伤肢的病

情变化。如果患者的伤肢用石膏绷带固定或做小夹板固定，要经常观察伤肢末端的手指或足趾的血液循环状况，并且与另一侧健肢的情况进行比较。如果发现伤侧指（趾）尖皮肤有温度降低，颜色发白或青紫，肿胀、麻痛或刺痛等，均为循环不良的表现，应与医生及时联系处理，保持末梢循环良好。

下肢骨折卧床的患者，在睡眠时，要抬高患肢至足够的高度，一般要高过心脏平面，以防止肢体肿胀。鼓励患者经常活动足趾。冬季时应注意患肢的保温，特别是露在外边的肢端，不使冻伤。

骨折愈合，允许下床时，应鼓励患者下床活动，使其习惯。上床或下床时要协助患者扶持伤肢，避免肢体重量在骨折部分产生折力。开始下地要有扶持，如四轮车，以防滑倒。以后可以扶双拐行走。开始下地的早晚，依病情决定，一般股骨骨折6～8周，胫腓骨骨折3～5周。

对于不能下床的患者，要经常帮助翻身，注意皮肤护理，防止发生褥疮。

关节脱位

【概述】

组成关节各骨的关节面失去正常对合关系，称关节脱位（又称脱臼）。按原因分为创伤性（多见于青壮年）、先天性、病理性、习惯性；按程度分为半脱位（或不完全）、完全性脱位；按时间分为新鲜、陈旧性；按脱位远端骨端的位置分前、后、上、下、中心性；有无伤口通向关节，分为开放性、闭合性。

脱位常见的病因是外伤引起，跌扑、强力牵位，超出关节正常活动范围的运动，都可导致脱位。关节脱位的同时，有的可合并骨折，有的骨关节囊撕裂或周围软组织、神经、血管的损伤。脱位的关节常发生于下颌关节、肘关节、肩关节。而髋关节、膝关节相对少见。

【诊断】

1. 一般表现：包括疼痛（运动痛和触压痛），肿胀（严重者可出现张力性水泡，皮下淤血），关节功能丧失。

2. 特有症状：

（1）畸形：关节轮廓变形，各关节不同方位的脱位常有其特殊的畸形，如肩关节向内脱位可出现方肩畸形；肘关节后脱位可出现靴状畸形等。肢体的长度可变长或短缩。可在异常位置摸到脱位的骨端。骨突的表面标志有改变等。

（2）弹性固定：患肢处于异常位置，被动运动可感到弹性抗力。

（3）关节盂触之有空虚感。

（4）合并损伤：脱位可合并神经、血管损伤，和骨折时呈相应症状。

【治疗与护理】

治疗原则与外伤性骨折基本相同，也包括早期复位、外固定和功能锻炼三步骤。

1. 复位：时间越早，复位越易。复位前必须了解脱位的机制，再按原来脱位的途径倒退回原关节位内的原则，进行手法复位。

手法复位一般不用麻醉剂，如疼痛剧烈、肌肉痉挛或肌力过强的青壮年，可用适量麻醉剂，便于复位成功。复位手法实施时，应严格遵循操作方法，切忌粗暴动作，以免造成医源性损伤。如脱位时间过长（3～5 周），局部瘢痕形成，肌肉挛缩，关节组织为机化组织充填，虽作耐心松解，且手法操作合理也难复位者，则应放弃手法复位，以免发生神经、血管损伤或骨折并发症，而改用开放复位法。

手法复位失败，或并有关节内骨折、有软组织嵌入、陈旧性脱位，手法复位不能复位者，需要开放复位。

2. 外固定：复位后为了保持关节位置及有利于关节及其周围软组织的正常愈合，须进行一定时间的固定。固定期限依损伤部位、程度及患者状况而定。一般四肢大关节脱位固定要 2～4 周。固定方法可采用石膏、绷带或牵引等。固定的位置视部位而定，稳定关节如髋、肘等，固定于功能位；不稳定关节，如肩，可固定于不易再脱出的位置。

3. 功能锻炼：在固定期间，应进行肌肉收缩活动的锻炼，去除固定后应开始活动关节，以增进血液循环，避免肌肉萎缩和关节僵硬。必要时配合中药熏洗、理疗等，以逐渐达到关节功能恢复，切忌操之过急，粗暴扳拉，以免发生损伤性骨化，造成难以恢复的关节伤残。

单纯的关节脱位只要及时就诊，采用正确的复位手法，常可手到病除。应该指出的是，复位后常不重视一定时间的固定，结果是关节周围软组织修复不良，关节囊、肌腱、韧带松弛而出现习惯性脱位，使患者心理障碍加重，有的患者则不得不进行手术修补，其实这是可以完全避免的。还有的病例可导致关节挛缩、僵硬，甚至骨端缺血性坏死。

落　枕

【概述】

落枕或称失枕，是一种常见病，好发于青壮年，以冬春季多见。落枕的常见发病经过是：入睡前并无任何症状，晨起后却感到项背部明显酸痛，颈部活动受限，这说明病

起于睡眠之后，与睡枕及睡眠姿势有密切关系。

落枕病因主要有两个方面：一是肌肉扭伤，如夜间睡眠姿势不良，头颈长时间处于过度偏转的位置；或因睡眠时枕头不合适，过高或过低、过硬，使头颈处于过伸或过屈状态，使颈椎小关节扭错，时间较长即可发生静力性损伤，使伤处肌筋强硬不和，局部疼痛不适，动作明显受限等。二是感受风寒，如睡眠时受寒，盛夏时贪凉，使颈背部僵硬疼痛，动作不利。

【诊断】

落枕的临床表现为：晨起突感颈后部、上背部疼痛不适，以一侧为多，或有两侧俱痛者，或一侧重，一侧轻。多数患者可回想昨夜睡眠位置欠佳，或有受凉等因素。由于疼痛，使颈项活动不利，不能自由旋转，严重者俯仰也有困难，甚至头部强直于异常位置，使头偏向病侧。检查时颈部肌肉有触痛，浅层肌肉有痉挛、僵凝。摸起来有条索感。

【治疗与护理】

落枕的治疗方法较多，理筋手法、针灸、药物、热敷等均有良好的效果，以理筋手法为佳。患者可在痛点做点压手法，点压时以不引起疼痛，有酸胀感为宜。还可以对痛处肌肉进行拿捏，这样可以缓解疼痛和肌肉的痉挛。如有条件，可在医院行进一步手法治疗。还可以配合活血舒筋、疏风活络药物内服，或活血止痛类的膏药外敷。也可以行针灸或耳针治疗。如配合热敷效果更好。

落枕症状缓解后可行颈项部功能锻炼，以增强局部力量，减少复发机会。方法如下：两脚开立，与肩同宽，双手叉腰，分别作抬头望天，低头看地，头颈向右后转，眼看右方，头颈向左后转，眼看左后方，头颈向左侧弯，头颈向右侧弯，头颈后伸并侧转向右前下方，头颈前伸并侧转向左前下方，头颈转向右后上方，头颈转向左后上方，头颈向左右各环绕一周。以上动作宜缓慢，并尽力做所能达到的范围。

落枕起病较快，病程也很短，一周以内多能痊愈，及时治疗可缩短病程，不经治疗者也可自愈，但复发机会较多。落枕症状反复发作者，或长时间不愈的，应考虑颈椎病的存在，应找专科医生检查，以便及早发现、治疗。

落枕的发生与睡眠状态有关，高度适中而柔软的睡枕，避免睡眠时直接吹风等，对减少落枕的发生是十分有意义的。

软组织损伤

【概述】

软组织损伤是指骨骼周围及关节附近的肌肉、肌腱、韧带、筋膜、关节囊、椎间盘纤维环、血管、周围神经等，因跌扑撞击（直接暴力）、闪、扭、牵拉（间接暴力）或积劳过力所导致的闭合性损伤。一般表现为局部肿胀、疼痛、功能障碍。骨折、关节脱位时，也必然伴随周围软组织不同程度的损伤，故软组织损伤是骨科最常见疾病。

【诊断】

1. 按损伤原因分：

（1）扭伤：在外力作用下，关节周围的关节囊、韧带、肌腱、肌肉过度牵拉，过度伸展造成部分纤维的断裂或完全断裂性损伤。

（2）挫伤：软组织在跌扑撞击、重物挤压等钝性直接压迫下引起的损伤。

2. 按损伤程度分：

（1）撕裂伤：由于间接暴力引起的韧带、关节囊、肌肉、筋膜等的部分断裂。

（2）断裂伤：严重的间接暴力所造成软组织的完全断裂。

3. 按损伤时间分：

（1）急性损伤：由于突然暴力而引起的软组织损伤。

（2）慢性损伤：因长期劳损引起的损伤，或急性损伤治疗不当而转成慢性损伤。

【治疗与护理】

急性损伤初期以活血化瘀、消肿止痛为主。常用内服药有七厘散、云南白药等。外用药有活血散、活血洗药、外伤药酒。此外，可用较轻的手法治疗及针灸治疗。

损伤早期（约半小时内）局部应作冷敷，或用酒精纱布压迫包扎，以减少出血肿胀。损伤后期局部可作热敷（热毛巾、热水袋）或艾卷灸，以助淤血消散。四肢损伤者应抬高患肢，以改善末梢血液循环。注意局部保暖，避免当风受凉。保护伤肢适当休息。

指导并协助患者按照各关节功能锻炼法进行锻炼。

慢性损伤及急性损伤后期以舒筋活络、散寒祛风止痛为主。治疗以手法为主，配合内服外用药物。常用内服药有舒筋丸、骨刺丸、疏风定痛丸等。常用外用药有伤湿止痛膏、消肿镇痛膏、活血风寒膏。另外，针灸、水针等也有一定疗效。

常用外用药的用法：

（1）活血散：根据局部肿胀范围，准备适量活血散，用开水调成糊状（也可用麻油或甘油调，使药不易干燥脱落），平铺于棉垫或油纸垫上约1.5厘米厚，趁热敷于局部，绷带包扎，第二日如药已干燥，可

取下再加温水调敷。一般隔日换药一次。

（2）活血洗药：将一包洗药放在盆中（一般脸盆即可），加水半盆，在炉上煮沸10分钟后，让患者先以热气熏局部，待药液不烫时，将患部放于盆中浸洗，每次熏洗约半小时，每日1～2次。

（3）腾药：将一剂药捣碎加入少许白酒或醋，然后平均放于2个纱布袋内缝好，于蒸锅内加热，然后交替取出放患处，冷却后放入锅内再蒸，每次30～60分钟，每日1～2次，一包药可用7日，使用时注意避免烫伤。

（4）膏药：患处用热水洗净，将对折之膏药剪成半圆形，烤热摊开，贴于局部。周边剪几个小裂口，以便于敷贴平展。膏药最好每日取下一次，重新熏烤，使其形成新的药面，效果更好。一般10日左右更换一张，取下膏药时，局部要用汽油擦净。贴膏药期间，患者如果感到局部瘙痒难忍则为过敏，应立即取下膏药，暂停使用。

第四章　常见妇儿疾病的处理和预防

妊娠剧吐

【概述】

孕妇在早孕时经常会出现食欲不振，并且在清晨的时候会有恶心、呕吐、头晕、乏力等症状。这种早孕反应引起的呕吐现象，一般从停经后6周开始，持续到12周时就会逐渐消失，对孕妇的生活和工作都不会产生大的影响，也不需要特殊治疗。但是也有些孕妇，呕吐症状非常严重，恶心、呕吐频繁，不能进食，用药物或其他方法都难以控制。

目前对这种妊娠剧吐的原因还并不十分清楚。可能有内分泌的因素，也有精神心理因素的作用。

【诊断】

妊娠呕吐多发生在第一胎孕妇。起初为一般早孕反应，但逐日加重，至停经第8周时发展为妊娠剧吐。表现为反复呕吐，甚至达到滴水不进、不能进食的程度，持续的时间也比较长，以致全身乏力、失眠、头晕、营养不良。严重的时候，患者明显消瘦，嘴唇燥裂，舌干苔厚，皮肤失去弹性。体重下降，或者严重脱水，造成身体内的水、电解质平衡失调，威胁孕妇的生命。

【治疗与护理】

对严重妊娠呕吐的孕妇，需要住院治疗。

首先要对孕妇进行精神心理治疗，对她进行安慰，帮助她解除顾虑。饮食方面，可进食流质或少量多餐，吃一些易消化的清淡食物。不要吃油炸、高脂肪和味道过浓的食品，也不要喝牛奶。

可以服用一些维生素B_6、B_1和维生素C，并且服用镇静药物，如苯巴比妥（鲁米那），每次0.03克，每天3次。或氯丙嗪（冬眠灵），每次25毫克，每天2次，用以镇静止吐。

如果进食后严重呕吐，则要禁食，让孕妇充分休息与睡眠。同时进行输液治疗，平衡身体内的水、电解质和酸碱度，补充一些葡萄糖和维生素，待病情好转后再进食。

如果经过治疗，体温持续在38摄氏度以上，心率每分钟超过120次，或者患者出现黄疸时，就要考虑终止妊娠。

流　产

【概述】

流产是指在妊娠 20 周前终止者。一般发生在妊娠 12 周前的，称为早期流产；发生在 13 周以后者称为晚期流产。

引起流产的原因非常复杂，如引起早期先兆流产的原因，相当多的是由于孕卵和胚胎发育异常所致。

【诊断】

流产的重要症状有阴道流血和腹痛。根据流产的发展过程及临床表现，可分为先兆流产、习惯性流产、难免流产、不全流产与过期流产等。

怀孕的妇女，如果停经后又有少量阴道流血，还有人有下腹部隐隐作痛，就要怀疑是否出现“先兆流产”。

检查先兆流产的方法，一是化验检查绒毛膜促性腺激素（简称 HCG）。这是一种检查是否早孕的方法，怀孕后从尿中可以检查出 HCG 增高，而且随着孕期延长，浓度逐渐增加，妊娠两三个月时最高，以后又逐渐下降。

如果绒毛膜促性腺激素在早期处于低水平，或有下降的趋势，就要考虑流产的可能了。

B 超检查可以判断孕卵是否生存。

如果自然流产连续发生 3 次或 3 次以上，即为习惯性流产。同一患者多次流产的病因往往相同，其病因十分复杂。有遗传的因素，也有内分泌的因素、子宫本身的因素，也可能与感染有关。

发生难免流产时，阴道流血增多或有血块，流血超过月经血量，下腹部阵发剧痛。检查时可见子宫口已经开大，胎膜已破。

有不全流产的孕妇，子宫内的妊娠物已经有部分排出，但是还有一部分留在子宫内。由于子宫收缩不良，所以出现出血不止，甚至会出现严重失血，造成孕妇贫血或休克。

【治疗与护理】

在发生早期先兆流产时，如果已经排除了孕卵或胚胎异常，常可作保胎处理。这时孕妇要卧床休息，禁止性生活，也要尽量减少妇科检查。

服用药物有镇静剂（如苯巴比妥），以及维生素 E 和叶酸等。同时注射黄体酮和绒毛膜促性腺激素，用至流血停止逐渐停药。

遇有习惯性流产，夫妇应同时检查染色体，还要做一系列全面检查，寻找流产的原因。如基础体温测定、子宫内膜活检、抽血检查孕酮，还要检查甲状腺功能，做有关的免疫学检查等。

如果已经发生了难免流产，保胎已无可能，只有做钳刮术（俗称刮宫），将子宫内的妊娠物全部刮出。对于不全流产，立即行清宫术，清除子宫内残留妊娠物。

大部分发生流产的原因，都是孕卵或胚胎发育异常，所以流产的胎儿一般都不容易存活，所以不要盲目保胎，要进行详细检查，才能决定是保还是留。

一旦出现了难免流产和不全流产，要及时去医院妇产科进行检查，不容延误。

妊娠高血压综合征

【概述】

妊娠高血压综合征（简称妊高征）过去曾经称为“妊娠中毒症”，但是经过多年研究，并没有发现妊娠中有什么致命的“毒素”。

妊高征是妊娠期间特有的一种以高血压为主要症状的疾病，但是至今也没有找到妊高征的真正发病原因。

【诊断】

患有妊高征的孕妇，一般是在妊娠5月后，出现高血压、浮肿、蛋白尿等症状。

患有轻度妊高征的患者，血压比妊娠前升高30/15毫米汞柱，达到130/90毫米汞柱，可出现轻微蛋白尿或水肿（正常孕妇不会出现蛋白尿）。

中度妊高征患者，血压可达160/110毫米汞柱，蛋白尿化验持续“+”，并且有持续水肿存在。

重度妊高征的患者，血压超过了160/110毫米汞柱，蛋白尿为“++”或“+++”，水肿也比较严重。还有的重度妊高征患者，除了有上述症状外，伴有头痛、眼花、胸闷（这时称为先兆子痫）。先兆子痫患者如果出现昏迷或有抽搐发作，则是妊高征中最为严重的子痫。

重度妊高征对孕妇的心、肝、肾等重要器官均有损害，甚至可以出现脑出血、心力衰竭、肾衰竭等严重并发症。此外，由于患者全身血管痉挛，会导致胎盘缺血，使胎儿生长发育不良，甚至引起胎死宫内。

【治疗与护理】

有效治疗妊高征，是降低围生期胎儿死亡率的关键。

对于轻症患者，应增加产前检查的次数，密切观察血压、尿蛋白及浮肿等病情变化，防止发展为重症。

孕妇注意多休息，采取左侧卧位，必要时可口服少量镇静剂，如地西泮（安定）、苯巴比妥（鲁米那），血压高的患者可用些降压药物。

中、重度的患者需要住院治疗，并且设法预防子痫出现，一般是采用肌内注射或静脉滴注硫酸镁的治疗措施。如果注射后疗效仍不好，可用镇静药物冬眠合剂（即氯丙嗪、异丙嗪与哌替啶）。血压过高时也要使用降压、利尿药物。

如果病情仍然得不到迅速控制，危及母婴双方的生命安全时，就要采取终止妊娠的措施。一旦终止妊娠，病情也就随即好转。

妊高征的发病原因至今也没有明确，还没有肯定的预防方法。在整个围生期内，都要对妊高征有足够的警惕，及早进行产前检查，做到早期发现，及时治疗，防止发展。

在妊娠后，饮食中应采取高蛋白质食物，要有丰富的维生素和矿物质，并且口味要清淡一些，真正达到少盐的要求。

孕妇要多休息，并且在白天也最好适当卧床一两个小时。睡觉的时候，强调左侧卧位。

异位妊娠

【概述】

通常女性在怀孕以后，受精卵是在子宫腔内生长的。子宫腔内是受精卵的“家”，也是胎儿出生前的“摇篮”。如果受精卵没有“回家”，而是“流落他乡”，生长在子宫以外，就是异位妊娠。

异位妊娠也称为子宫外孕，人们在习惯上称其为“宫外孕”。最常见的部位是输卵管妊娠。

当输卵管妊娠流产或破裂急性发作时，可以引起腹腔内的严重出血，可能危及孕妇的生命。

患有慢性输卵管炎，是造成输卵管妊娠的常见原因。有些患者则是由于输卵管发育不正常，结果造成异位妊娠。近年来，通过一系列观察证明，女性避孕采取的宫内放置宫内节育器（俗称“上环”），也可能造成宫外孕。

【诊断】

正在育龄期的女性，如果月经停止6～8周后出现腹痛、阴道出血等症状，就要考虑是不是输卵管妊娠。

腹痛是患者最早发现的症状。一般是由胚胎在输卵管中胀大、破裂，流出来的血液刺激了腹膜引起的。这时患者突然感到一侧的下腹部有撕裂似的疼痛，并且由一侧向全腹部转移。常伴有恶心、呕吐，有的患者，还会感到肛门有坠胀感。

阴道出血，也是宫外孕的常见症状。出血量不多，颜色暗红，与平日的月经相似，所以患者经常忽视这一点，以为是又有月经来潮。

如果患者出血很多，会出现失血造成的昏厥，甚至会出现休克。

出血越多，这种情况也越容易发生。

医生在检查患者时，会发现患者像患了急腹症一样，下腹部有明显的压痛。通过B超检查，可以发现输卵管妊娠，还可以经过阴道向腹腔穿刺抽液，如果抽出来的是血液，基本上可能明确诊断。

【治疗与护理】

治疗异位妊娠，要以手术治疗为主。一般在确诊后，立即进行全输卵管切除手术。如果患者由于大量出血，已经休克，就要立即抢救。

也可以采取中医中药治疗的方法，免除手术。这样患者不仅能保住输卵管，还可以避免手术的痛苦。但是如果患者出现严重的腹腔出血，还是应该及早手术。

出院休养期间，应多活动，以减少盆腔或腹腔粘连。要采取避孕措施3～6个月。

人工流产后继发的盆腔感染，是发生异位妊娠的常见原因，所以育龄妇女要做好计划生育，落实避孕措施。

凡育龄妇女发生急腹症，自己也要首先想到异位妊娠的可能性。所以有必要去妇产科检查或请妇产科医生会诊，以免延误病情。

葡萄胎

【概述】

葡萄胎是妇女受孕后，孕卵并没有发育成胎儿，而胎盘的绒毛形成了无数充满液体的小囊，相互之间有蒂相连成串，形状极似葡萄而得名。发生葡萄胎的原因还不十分清楚，可能与卵子和精子的异常受精有关。

葡萄胎是一个严重的疾病，千万不要等闲视之。

【诊断】

患者最明显的症状是停经和阴道流血。

患有葡萄胎，先有两三个月的停经史，并有较严重的恶心、呕吐等妊娠反应。但是子宫增大与停经月份不符，往往要比相应的停经月份大，听不到胎心，也没有胎动。

开始阴道流血量少，后来逐渐增多，断断续续，淋漓不止，有时可有大量出血。如果仔细检查，可以发现血中混有形似葡萄的小水泡状物，同时伴有腹痛和贫血，极易发生感染。

尿妊娠试验呈强阳性反应。患者的早孕反应较严重，可在孕20周时出现高血压、尿蛋白、水肿等妊高征的症状。

有1/10的患者有轻度甲状腺功能亢进的症状，但是突眼症少见。

用B型超声波检查时，子宫内像有许多飘落的雪花，但无胎儿。

【治疗与护理】

本病确诊后，必须立即刮宫，

将葡萄胎从子宫内清除干净，一周后还需要进行第二次刮宫。否则不但随时可能发生致命的大出血，而且有转化为恶性的绒毛膜癌危险，对患者的生命具有很大的威胁。

对年龄在40岁以上，已有子女，没有生育要求的患者，为了防止恶变，行子宫切除，以策安全。对于年龄已经超过40岁的妇女，或子宫内以小水泡为主的患者，还要进行预防性化疗。

由于葡萄胎手术后两三年内，仍有恶性变化的可能，所以术后应随访2年以上，并要采取避孕措施，以免再次妊娠造成诊断上的困难或诱发恶变。

随访期间，于第二次刮宫后，每周查一次血或尿的妊娠试验。正常后开始3个月内，仍每周复查一次，以后3个月每两周查一次，继而每月作一次尿妊娠试验。从第二年起，每半年检查一次，同时也要注意有无不规则阴道流血，子宫是否增大，腹部有无包块，并注意有无咯血，以防肺部转移。

子宫肌瘤

【概述】

肌瘤是人体最常见的一种肿瘤。子宫肌瘤是女性生殖道最常见的肿瘤，多见于中年妇女。虽然许多中年女性患有子宫肌瘤，但是由于瘤体小，没有明显的症状，所以自己并没有发现。

子宫肌瘤并不是癌症，它是一种良性肿瘤。只有0.5%的子宫肌瘤可能癌变为恶性肿瘤。

子宫肌瘤是构成子宫壁的肌组织（称为平滑肌）增生而形成的，大小不一，而且常有多个肌瘤同时发生。

子宫肌瘤发生在生育期的妇女，所以它的发生或生长与雌激素有关。但是正像其他肿瘤的发生一样，关于肌瘤发生的确切原因，目前还不清楚。

【诊断】

大多数患者并没有明显症状，只是在健康检查或因为有其他妇科病而进行妇科检查的时候才发现。

月经改变是最主要的症状。患者一般表现为月经周期缩短，经期延长，月经量过多，或是阴道出血淋漓不尽。如果出血过多过久，患者会出现贫血症状。有的患者就是因为贫血就诊，才发现子宫肌瘤的。

如果瘤体长得较大，会压迫膀胱，出现尿频、排尿困难；如果压迫了直肠，可引起便秘或里急后重；如果压迫了静脉血管，会产生下肢浮肿。

肌瘤本身并不引起疼痛，一般患者感觉有下腹坠胀、腰背酸痛等。

如果肌瘤很大，压迫了骨盆的神经，或与胃肠发生了粘连，牵扯了腹膜，也会出现腹痛。急性腹痛常常表示肌瘤有感染、坏死，或者肌瘤的蒂发生了扭转。

有的患者由于长大的肿瘤堵塞了子宫颈的内口，月经时血液流出不畅，或者肌瘤引起子宫收缩，从而出现痛经。

不孕症是许多患有子宫肌瘤患者就诊的主要原因。由于肌瘤影响受精卵着床，所以会造成不孕，即使受孕也会造成流产。

如果肌瘤较大，医生在做妇科检查的时候，可以在患者的下腹部摸到质地较硬、不规则的结节块状物。

通过B超、多普勒超声检查和腹腔镜检查，可以做出子宫肌瘤的诊断，并且准确地探测出肿瘤的部位、大小。

【治疗与护理】

治疗子宫肌瘤时，要考虑患者的年龄、症状、肌瘤的大小和位置，也要考虑到患者有无生育的要求。

如果患者的肌瘤小，又无症状，一般不需要治疗，尤其是接近绝经期年龄的患者。绝经以后，由于雌激素水平下降，肌瘤会自然萎缩或消失。患者可以每3个月或半年内复查一次，如果在这段时间发现肌瘤增大或症状明显时，再考虑进一步的治疗方案。

如果患者的年龄已经接近绝经期，症状有月经量稍多，并有轻度压迫症状，可以用雄激素治疗。

常用的是口服甲基睾酮或肌内注射丙酸睾酮。

手术治疗子宫肌瘤是常用的一种方法。如果肿瘤长得大，摸起来子宫像妊娠3个月大小，或者症状较严重，如已经出现贫血或产生了较重的压迫症状，就要考虑手术方法治疗了。

子宫肌瘤的手术有几种。一种是对年轻的患者，需要保留生育能力，可以作肌瘤摘除。如果患者的年龄已经较大，没有生育的要求，肌瘤大，有多个肌瘤，症状明显，或者肌瘤有恶性变化的倾向，可能变成癌的时候，就要作子宫全切除。也有的患者可以作子宫部分切除。

手术切除治疗子宫肌瘤，仅仅是切除了子宫和肌瘤。在卵巢无病变的情况下，患者在50岁以前，医生一般都不去切除患者的卵巢。经过这样手术后的人，除了没有月经以外，其他一如既往。由于卵巢继续分泌雌激素，所以仍然保持女性的性征，同样会产生性欲。当然，切除子宫后也不会出现早老或早衰。

子宫内膜异位症

【概述】

子宫是女性重要的生殖器官之一。子宫的内表面，是一层内膜，内膜的下面是肌层。

生育年龄的妇女，因为体内激素的周期变化，会引起子宫内膜相应的变化。在一个月经周期内，开始先是内膜增生，然后内膜逐渐变得肥厚。当性激素减少时，内膜就会剥离出血，这就形成了月经。正常的月经是通过子宫颈管、阴道流到体外的。

如果在某种因素的干扰下，子宫内膜不在正常部位，而出现在其他部位，就称为子宫内膜异位症。

如果异位的子宫内膜虽然还在子宫内，但是却离开原处，“搬家”住到子宫的肌层内，称为内在型内膜异位症；而当异位的子宫内膜长到身体其他部位，最常见部位是卵巢、子宫骶骨韧带及盆腔处，甚至会长到肺、胸膜、肚脐、手术的瘢痕等处，就称为外在型内膜异位症。如果子宫内膜生在卵巢的部位，又称为巧克力囊肿。

无论子宫内膜长在什么位置，只要到了月经来潮的时候，也会像子宫内的内膜一样，出现增生、分泌和坏死出血现象。比如，长到肺上的异位子宫内膜，月经来潮的时候会咯血。

至于子宫内膜为什么会迁移到其他地方，目前还没有搞清楚。

【诊断】

患内膜异位症的妇女，一般年龄在35～45岁。患者的症状也各不相同。有的患者并无症状。而有症状的患者，由于子宫内膜异位的部位不同，症状也各不相同。常见的症状有：

1. 痛经：患者在初潮以后若干年后才出现痛经，疼痛由轻变重，越来越严重，甚至能痛到患者觉得“死去活来”，无法忍受。疼痛常在月经前一两天开始，月经过后逐渐好转。

2. 疼痛：疼痛多发生在下腹部和腰骶部，可放射到阴道、会阴、肛门，有些患者有下坠感，像痢疾的症状一样，感到里急后重，想排便却又排不出。服止痛药或打止痛针，也只能解决一两个小时，接着就又剧烈疼痛起来。

3. 不孕：不孕是子宫内膜异位症患者的主要症状，不少患者因此而就医。

4. 月经失调：可表现为经量增多或经期延长，部分患者在经前有2～3天的阴道点滴出血。

【治疗与护理】

治疗子宫内膜异位症的方法，有手术治疗和药物治疗等多种。

1. 手术治疗：病情较重的患者，如卵巢有较大的巧克力囊肿、盆腔粘连严重、合并有子宫疾病（子宫肌瘤和子宫腺肌症），或疼痛严重、经物治疗无效的，应当考虑手术治疗。目前，许多医院已经采取腹腔镜手术进行治疗。

一般说来，手术的方式有3种：

（1）保守性手术：即保留卵巢和子宫，只切除异位病灶，这样患者可以保留生育的能力，适用于年轻的患者。但是这种手术后，病还可能再复发，往往需要再做一次手术。

（2）半根治性手术：除了切除异位的病灶外，还要同时切除子宫。但是要给患者保留一部分卵巢。这种手术可以根治痛经，术后异位症复发的机会减少，很少需要再次手术。

由于切除了子宫，患者就不能再生育。所以这种半根治性的手术，只适用于已经生育过孩子，而且年龄在35岁以上、疼痛严重或同时有子宫病变的患者。

（3）根治性手术：切除双侧卵巢，同时切除子宫，可以根治子宫内膜异位症。当然，这种手术对患者的身体和心理上的影响较大。过早地切除了卵巢，患者会出现更年期症状，还会并发老年妇女容易罹患的骨质疏松症。所以根治性手术只适用于更年期前后的妇女。

此外，对合并有严重肠管子宫内膜异位或肺子宫内膜异位症的患者，如果药物治疗无效，也用这种根治性的手术。

2. 药物治疗：手术治疗子宫内膜异位症对患者身体的创伤较大，而且患者一般都比较年轻，所以有些病情较轻的患者，可以用药物治疗。药物治疗也常用于手术前后，作为必要的辅助治疗，以减少日后的复发。

用药物治疗子宫内膜异位症，一定要在医生的指导和密切监测下进行，切勿私自用药。

常用的药物有：

（1）达那唑：服用后能迅速减轻或消除异位症引起的疼痛症状。但是对卵巢巧克力囊肿效果较差。如果患者有生育的愿望，停药后2年，半数患者就可以怀孕。

达那唑的副作用是患者的体重增加、长痤疮、性情急躁、食欲增加和肝功能异常。所以患者在服药期间，要每个月化验一次肝功能。如果偶尔出现肝功能不正常，就要立即停药，同时进行保肝治疗。

（2）内美通：疗效与达那唑相似，服药方便，副作用小。

（3）孕激素类药物：常用的有妇康片、妇宁片和安宫黄体酮等。这些药品的价格比较便宜，有时用作半根治手术后巩固性治疗用药。副反应类似达那唑和内美通，有时还有恶心、呕吐等消化道症状。服药后，也要经常检查肝功能。

（4）避孕药：常用的避孕药，也含有雌激素和孕激素，所以可以

用于治疗子宫内膜异位症，但是效果不如上述药物。服用方法和服用避孕药一样，每月只服22天。因为避孕药中的雌激素会刺激子宫肌瘤长大，所以有肌瘤的患者要慎用。

由于子宫内膜异位症的发病原因还没有彻底查清楚，所以目前也缺乏有效的预防方法，以下几个方面应当注意。

（1）减少医源性子宫内膜种植的机会：月经期一般不要作妇科检查。有些检查，如输卵管通液、输卵管造影或宫颈手术，要在月经干净后3～7天进行。最好不要做人工流产，或者尽量少做。月经过多的人，尽量不用宫内节育器避孕。

（2）积极治疗高危因素：如果发现有原发性痛经、月经过多或宫颈狭窄、生殖道梗阻等疾病，要及早治疗。月经期不要作剧烈运动。家族中有人患有内膜异位症，其他女性也应定期进行妇科检查，以便及时发现异位症。经常参加规律性的体育活动，可能减少异位症的发生。

更年期综合征

【概述】

女性的月经，是卵巢功能的体现。女性从十几岁开始月经来潮，每月一次排卵，月复一月，年复一年，直到卵泡用尽，卵巢功能停止而自然绝经，这时候的妇女，就进入了更年期。

绝经期的到来，血中的雌激素水平会降低，不仅性功能衰退，全身各系统，包括内分泌系统、心血管系统、神经系统的功能也逐渐衰老、退化。

【诊断】

妇女的平均绝经年龄是50岁。大约有半数以上的更年期妇女，都会有一些症状，主要有以下4个方面。

1. 自主神经系统症状：更年期的妇女，潮热最使她们烦恼。潮热是指突然感到面部、颈部甚至胸部发热，有时可伴有不均匀的皮肤潮红（充血），有时还伴有出汗。

多数潮热持续时间较短，甚至一两分钟就消失。有的在感到心慌时反复出现，使她们感到持续时间较长。

夜汗也是经常出现的症状。出汗有时随潮热时出现，有的则是在夜间醒后发现前胸及颈后出冷汗，甚至大汗淋漓，严重时伴有寒战。在夜间，一阵潮热过后变得异常清醒，难于入睡。

心慌可随潮热发生，也可在平时出现。每当心情紧张、激动时更为明显。有的人可以查出心动过速或过缓，少数人有心电图改变。有

人还伴有头痛、头晕、耳鸣、目眩，还可有血压波动不稳等。

2. 其他全身症状：进入更年期后，容易出现失眠，有的与潮热、出汗有关系，有的与情绪紧张有关。表现为入睡困难或睡眠浅而多梦、早醒等。经常疲乏无力，注意力不集中，记忆力下降，工作效率下降，常感精力不足、自信心下降。身体有许多部位感觉疼痛，如腰背痛、腹痛、乳房痛等。在消化道方面，则有食欲下降、恶心，或有腹泻、便秘。

3. 情绪改变：在身体各种不适感的基础上，常常情绪不稳，常为一点小事焦虑、烦躁、紧张、不安；或者发脾气、克制不住自己的情绪，易哭，不爱与人交往，高兴不起来。

4. 性功能障碍：绝经后的妇女，由于卵巢功能衰竭，体内雌激素水平大为低落。正如失去了润泽全身的源泉，皮肤失去弹性，变得干燥，皱纹增多，毛发色泽枯黯。由于阴道干燥，会出现性交不适或疼痛，性高潮延迟，性欲下降。

但是一般说来，更年期妇女体内的雌激素水平，足以适应性交的需要。

【治疗与护理】

治疗更年期综合征，现在通常使用综合方法治疗。不仅需要药物治疗，心理治疗也非常必要。

药物治疗方面，现在主张用雌激素替代疗法。

雌激素替代疗法，是指绝经后的妇女，当她们体内缺乏雌激素时，用外源性药物补充雌激素和孕激素。这些雌激素制剂，有口服剂、阴道药膏、皮肤药膏和皮肤贴剂。

应用雌激素治疗，一定要在医生指导下进行，防止发生子宫内膜增殖、阴道出血等副作用。

针对失眠症状及情绪不稳，可短期服用镇静药物或抗焦虑药物，如地西泮（安定）、罗拉、奥沙西泮（舒宁）等。

如有明显的阴道干燥及性交疼痛，一方面可口服雌激素，也可外用软膏。常用的药物是口服己烯雌酚 0.25 毫克，每日 2 次，连用一两个月。或者是每晚在外阴部及阴道口涂布己烯雌酚软膏。为了增加阴道外口的润滑程度，可以在性交前将润滑剂（如石蜡油、凡士林、鱼肝油等）涂于外阴及阴道外口处，也可以减轻性交痛。

妇女到了更年期的年龄，要保持劳逸结合，保证有充足的睡眠。自己应该了解更年期的生理过程，如果症状较轻，就不必要进行药物治疗。

在使用激素治疗时，要打消顾虑，孕激素和雌激素合用，可提高安全性，并无致癌的危险。

子宫颈癌

【概述】

子宫颈癌（简称宫颈癌）是我国妇女最常见的恶性肿瘤，占女性生殖器官恶性肿瘤的第一位。大多数患者早期并没有什么症状，通常要依靠普查才能做到早发现、早诊断、早治疗。

宫颈癌的发病原因还不明确，但是与下面一些因素有密切关系：早婚，早年开始性生活以及过早生育；丈夫包皮过长、包茎；性生活混乱；生育次数多；患有宫颈糜烂、阴道滴虫感染，或宫颈感染了单纯性疱疹Ⅱ型病毒和人类乳头状瘤病毒；患有宫颈非典型性增生。

【诊断】

宫颈癌早期以及癌前病变常无症状。如果出现症状，则往往已经不再是疾病的早期。

宫颈癌最常见的症状为阴道出血。出血的严重程度不一，有的只是性生活后的接触性出血，有的是妇科检查后出血，从淋漓出血至大量出血。

其次是白带增多。最初量不多，无臭味，或只带有少量血性，晚期合并感染后可有脓性或恶臭白带。

患宫颈癌如有疼痛症状，则已经是晚期，患者疼痛难忍，痛苦万分。

宫颈癌转移后，可因转移部位的不同，出现不同的症状。如果癌肿压迫了尿道，能引起排尿困难；压迫周围的神经后，能引起腰骶部和坐骨神经疼痛。

检查时，发现宫颈癌有外生型和内生型两种类型。外生型病例的宫颈可呈糜烂、溃疡，像烂菜花样。

诊断宫颈癌主要依靠细胞学检查，这也是定期普查时常用的方法。从宫颈上取材做成刮片，然后在显微镜下观察。

【治疗与护理】

宫颈癌的治疗以放射治疗及手术为主。对年轻、早期、无手术禁忌的患者，多以手术治疗为主。放射治疗适用于各期患者。常用照射分为体外及体内两种。一般采用镭、^{60}钴或^{137}铯等放射源。

许多单位每年都要为女职工进行妇科和宫颈涂片细菌学检查，这是早期发现和预防宫颈癌的重要措施。如果有机会检查，就不要错过。如果没有条件参加体检，也应该自己定期去医院妇科进行检查。

宫颈癌患者治疗后需要进行定期复查，治疗后最初每月复查一次，连续3个月后，改为每3个月复查一次，一年后为每半年复查一次，第三年后每年复查一次。如果出现症状应随时去医院检查。

放疗或化疗后，可能出现腹泻

和便秘。腹泻者宜服用止泻剂，进高蛋白和高维生素、富钾（水果、蔬菜、蘑菇等）食物，增加液体摄入，不吃奶或奶制品。便秘者应增加纤维素摄入，如水果、蔬菜、谷类，并多饮水。

猩红热

【概述】

猩红热是一种由乙型溶血性链球菌引起的急性呼吸道传染病，一年四季都可发生，但冬春季较多。空气飞沫是传播的主要媒介，也可通过传染源（即患者）的分泌物污染的食物、食具、玩具、衣服、日常用品间接传播，甚至可通过外伤或产道感染。猩红热常见于青少年，但是在儿童中也不少见。

猩红热患者和链球菌带菌者是猩红热的主要传染源。乙型溶血性链球菌侵入人体后，主要在鼻咽部繁殖，引起局部的炎症病变，表现为咽部、扁桃体充血红肿、嗓子痛，颌下淋巴结肿大，这时病程处于咽峡炎期。细菌在局部大量繁殖的同时产生外毒素并进入血液循环，产生发热、寒战等中毒的全身症状。毒素（红疹毒）可引起皮肤毛细血管普遍充血、上皮细胞增殖、白细胞聚集等，形成典型的猩红热皮疹。患者一般在发热的第二天出现皮疹，从颈和胸部开始，迅速延及躯干、四肢。皮疹的特点是在皮肤弥漫性潮红的基础上，散布着针尖大小的点状充血性小疹，皮疹与皮疹之间无正常的皮肤，用手轻压可以退色。在皮肤皱褶处，皮疹可集中成线条状。在舌部，“皮疹”有特异性表现，称为“杨梅舌”，此时的咽部症状可以继续存在或更严重。起病3～5天后，发热、咽痛与皮疹逐渐减轻，1周后体温可降至正常，咽痛消失，皮疹消退。少数患者可在疹退一周左右发生皮疹呈糠屑状或片状脱皮。

【诊断】

根据流行季节、急性发病、咽部症状、发热后第二天出疹，加上典型的皮疹、“杨梅舌”、血常规化验白细胞增高、中性粒细胞增高明显，基本上可以诊断为本病。当然，有条件还可以做一些特异性检查。

【治疗与护理】

一经确诊，患者应到医院进行隔离治疗，卧床休息，补充足量水分与营养，使用抗生素，并加强口腔卫生。防止猩红热的传播很重要。对无并发症的患者在进行隔离抗菌治疗一周后方可停止隔离。对患者的分泌物、污染品要随时消毒。对带菌者也要给予抗菌治疗，以减少传播的机会。对密切接触者（如与患儿接触的幼儿、学校学生）要进行医学观察7～12天，即由防疫人

员每天进行视诊，了解有无发病现象或进行必要的检查、细菌培养等。

流行期间应禁止儿童到公共场所活动，且不要探望患者。

猩红热很容易并发肾炎、风湿性心脏病和关节炎、中耳炎等，故一旦患病就应积极治疗。在药物治疗的同时，护理上应注意以下几点：

一定要让孩子卧床休息，到疹子退后一星期方可下床活动。给孩子吃一些清淡有营养的流质或半流质食物，鼓励孩子多喝水，可吃牛奶、稀粥、软米饭、稀面条、青菜汤，并要多吃一些水果，以补充维生素在发热期的消耗。

注意孩子的口腔卫生，可用温热的淡盐水漱喉咙，每日数次，这样有利于清除咽部和口腔的细菌，预防细菌感染。

保持孩子皮肤清洁。因患儿疹退后皮肤脱屑，所以患儿的被褥要经常拿到阳光下曝晒，内衣要经常更换。

仔细观察患儿全身及小便情况，若发现有眼皮浮肿或小便减少，尿色如洗肉水或啤酒等情况，要警惕并发肾炎，应及时诊治。

患者用过的碗筷、衣服、玩具等均应煮沸消毒，不能擦洗的，可在户外阳光下晒5～6个小时，痰和鼻涕应吐在纸上，然后烧掉。

小儿急性支气管炎

【概述】

急性支气管炎是小儿的多发病，婴幼儿发病后常比年长儿更加严重。某些急性传染病在发病时，支气管炎常是其中的症状表现之一，如在白喉、百日咳、麻疹等疾病发病时，病儿也有急性支气管炎症状。

小儿支气管炎一般是发生在上呼吸道感染后，在病毒感染的基础上又继发了细菌感染。患有营养不良、佝偻病的儿童，更容易患本病。

【诊断】

小儿急性支气管炎的主要症状是咳嗽。初起时为干咳，常因剧烈咳嗽而引起呕吐。年长儿可伴有胸痛。两三天以后咳嗽加重，出现白色和黄色黏痰，并有中度发热。婴幼儿可伴有气促等。

约5～10天后，痰液逐渐变稀薄，咳嗽也逐渐减轻。

急性支气管炎如果没有及时治疗或加以控制，患儿可能病情加重，发展成为肺炎。

医生用听诊的方法就可以诊断出支气管炎，有时也要拍X线胸片辅助检查。

3岁以下的婴幼儿常发生一种喘息性支气管炎。病儿先有两三天咳嗽等上呼吸道感染的症状，以后就出现喘鸣，多在夜间或清晨加重。

患儿呼吸喘憋，呼气时呼吸困难更为明显，同时从气管中发出一种喘鸣声音，喘鸣声像发生哮喘病一样。在医生听诊检查时，能听到一种特殊的啰音（哮喘音）。

【治疗与护理】

患小儿支气管炎后，让孩子卧床休息，给他们吃一些容易消化的食物，多饮水，室内的温度要适宜，同时也要注意与患有其他疾病的儿童隔离开来。

药物治疗方面，一般不使用广谱抗生素，使用的药物有青霉素、羟氨苄青霉素、复方新诺明、乙酰螺旋霉素等，用药为1周。

还可应用一些止咳化痰的药物。如有干咳时，可服用咳必清，痰多时用必嗽平、甘草合剂、氯化铵等。对有喘息性支气管炎的患儿，可口服氨茶碱、博利康尼等。

为了减少上呼吸道感染性疾病，平常日子里就要进行预防。通常采取的方法是加强体格锻炼，充分利用阳光、空气、水，让孩子进行“三浴”训练，即经常开窗睡眠，多在户外活动，多接触阳光，多呼吸新鲜空气，锻炼用凉水洗脸、洗脚，以增强体质，提高抗病能力。

在秋冬季也不要给孩子穿得太厚，室温不要过高，气候变化剧烈时及时增减衣服。

支气管肺炎

【概述】

小儿支气管肺炎是小儿的多发病，一年四季都可能发病，经常是由于感染了病毒引起的，也有的是细菌感染的结果，对婴幼儿的健康危害极大。

【诊断】

支气管肺炎起病急，发热可高可低，轻症患儿的精神尚好，病情严重时有烦躁不安、精神萎靡，体温可达38～39摄氏度，甚至高达40摄氏度。患有营养不良、佝偻病和抵抗能力特别低下的儿童，也可能不发热。

开始表现为上呼吸道感染的症状，即咳嗽、流鼻涕、发热。当炎症向下呼吸道蔓延时，咳嗽、气促加重。

在呼吸系统的症状方面，以咳嗽、气促最为常见，常因咳嗽而引起呕吐。患儿的呼吸次数增加，每分钟可达到40～80次。由于缺氧，因而造成口唇青紫发绀，鼻翼扇动，病情严重时有“点头式”呼吸；吸气时出现所谓“三凹”症状，即胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙在吸气时明显下陷。

重症肺炎可以使心脏的负担加重，甚至出现心力衰竭。这时患儿的呼吸困难突然加重，烦躁不安，

面色苍白，口唇青紫明显。同时心率也明显增快，肝脏短期内肿大，偶有面部和下肢浮肿。

其他症状还有呕吐、腹泻、抽搐、惊厥等。婴幼儿拒绝进食、进水，有昏迷。

重症肺炎需要及时到医院儿科治疗。当发现患儿有咳嗽、气急症状，并有呼吸频率增快，就要及时就医。如果出现鼻翼扇动、口唇或舌部有青紫发绀，说明病情已重；当出现拒食拒饮，有昏迷和反复抽搐，呼吸不规则，病情已极重，有生命危险。

【治疗与护理】

重症肺炎一般是在医院住院治疗。要注意保持室内的空气新鲜，经常通风换气。及时清除患儿的口鼻分泌物，定时给孩子变换体位，经常拍打后背，让他们的呼吸道通畅。

饮食要清淡，容易消化，适合患儿的口味。如果不能进食，则需要静脉输液治疗，有时对抵抗力低下的病儿还需要输血或血浆。

在针对病原的治疗中，可由医生选择不同的药物。最好选用对病原敏感的药物。常用的有青霉素、复方新诺明。重症时联合使用两种药物治疗。抗病毒的药物有病毒唑、干扰素、聚肌胞等。

有低血氧症的病儿，还需要插入鼻导管或用吸氧面罩进行吸氧治疗。

在对症处理中，为了保持呼吸道通畅，除给祛痰药物外，还可给雾化吸入痰易净、α-糜蛋白酶等。可使用镇静剂，控制躁动不安、抽搐等症状；用强心药物，治疗心力衰竭；有的病儿还要使用激素治疗。

轻型肺炎治疗或肺炎恢复期调养，一般可在家中进行。家庭护理中需要注意以下几方面。

1. 环境：病室要求阳光充足、空气新鲜，清扫时要湿式扫除。北方冬天生炉取暖时，可在炉火上放一只水壶，使水汽蒸发，以增加室内湿度，对于小儿肺内痰涎咳出有很大帮助。

2. 休息：保证肺炎患儿的安静休息十分重要，小婴儿尤为重要。一些操作如扫床、换衣、喂药最好集中进行，不要不停地打扰病孩。因为患儿肺部有病，呼吸面积减少了，活动多或烦躁不安会增加机体耗氧量，有时会因此加大心脏负担而发生心力衰竭，这对肺炎的吸收不利。

3. 饮食：肺炎病儿在患病期间需要足够的水分以及高热量、高维生素、易于消化吸收的食品。婴儿时期最好的食品是奶制品，此时切不可断奶，小儿愿吃时不可十分限制。人工喂养的小儿可在牛奶中适当加些米汤，有腹泻的可用两份牛奶加一份米汤，如消化没问题，可用全奶。较大的患儿可取半流食品，如稀饭、烂面、麦片汤、鱼末、肉末、碎菜煲粥。食欲不好的不要强进饮食，可多给流质、菜汤、果汁、

鸡蛋汤等，以保证提供充足的水分和维生素；超过一整天未进任何食物的，应送医院输液处理。

4. 保暖：冬春季气温较低，特别要注意保暖，但要适度，尤其是早产儿或伴有营养不良的小儿，更要注意保暖。发热时要松解衣被，以免散热困难，出现高热惊厥，或引起出汗过多。汗液吸收、皮肤热量蒸发会引起受凉，重复受凉会引起肺炎加重。

5. 眼耳口鼻的护理：有的小儿患肺炎时，眼睛充血水肿，分泌物增多，应每天洗脸擦净“眼屎”，可每天滴 2～3 次眼药水，新霉素眼药水、红霉素眼膏均可。如果小儿不断眨眼，眼干燥，尤其是营养不良合并肺炎的，可用淡鱼肝油滴眼睛，以保持眼睛湿润，或用加湿生理盐水纱布盖上；如果因为咳嗽、呕吐，呕吐物进入耳道要立即清除，用棉签擦洗干净，以防外耳生疖或中耳炎。口腔要经常用冷开水或 1%苏打水清洗，每日 3 次，有糜烂或疱疹破裂者，可用 1%龙胆紫涂之。口唇干燥、口角开裂可涂些食用植物油，如煮沸消毒的花生油、石蜡油或 50%甘油。同时注意皮肤清洁卫生，随时清除鼻痂，如结痂清理困难，可加少量盐水软化，然后用棉签抠出，这样可保持呼吸道通畅，有利于呼吸。

小儿患肺炎期间，必须遵循医生的嘱咐，按时打针吃药，并与正常小儿隔开。此时，小儿抵抗力低，极易感染上其他疾病，所以要谢绝外人入内探望，特别是有呼吸道感染的人入内，以防交叉感染。总之，争取在合理的护理下配合正确的对症疗法、病因疗法，使病儿尽早恢复。

预防小儿肺炎最好的方法莫过于日常体格锻炼，对于有营养不良和佝偻病的患儿要及早进行治疗。

营养不良

【概述】

营养不良经常发生在 3 岁以下的孩子。这是一种由于慢性营养缺乏，使患儿体内的热量和蛋白质产生负平衡，也就是身体“入不敷出”，结果会引起逐渐消瘦，身体内的脂肪减少，全身各脏器也会出现不同程度的萎缩和功能紊乱。

产生蛋白质或能量缺乏的营养不足，多由于贫穷、天灾、战争或因早产、出生体重低等原因。有些小儿偏食，吃零食过多，吃糖或甜食过多，致小儿消瘦、营养不良。有的则是不合理的喂养造成的。如有的婴儿由于母乳不足或其他原因，人工喂养时应用不恰当的补充代乳品。

另外的原因是患有胃肠道疾患，

或心、肝、肾等器官有慢性疾病。有慢性感染或反复发生感染的孩子，也容易出现营养不良。

【诊断】

营养不良的儿童，最明显的表现就是消瘦。形容孩子消瘦时，常用“黄皮肌瘦”这个词。主要表现为皮下脂肪减少，变薄，肌肉松弛。最早出现在腹部的皮肤，然后躯干、四肢、臀部都呈消瘦。最后连脸颊的脂肪都消失，像一个老人容貌。

患有营养不良的儿童，精神萎靡不振，烦躁，表情呆滞，智力发育也低于同期儿童，易并发其他疾病。

患儿的生长发育落后于同年龄的其他儿童，体重非但不增，反而下降。如果身高正常，但低于按目前身高应有体重的20%，则提示目前处于营养不良状态。身高也低于正常，则表示营养缺乏的时间已久。

如果孩子出现浮肿，则意味着有蛋白质供应不足引起的低蛋白血症。

营养不良可以分为轻、中、重三度。轻度的体重低于正常平均值的10%～25%；中度营养不良则低于正常25%～40%；超过40%为重度营养不良。

医生在检查病儿营养状态时，通常要用特制的弹簧扳钳测量皮褶厚度。家长粗测时，左手示指和拇指两指相距3厘米，将皮下脂肪捏起，以右手持普通直尺测量皮褶厚度。一般采用部位可在腹壁锁骨中线与脐平交点，沿身体的纵轴捏起皮肤，如果低于0.8厘米，就要考虑是否有营养不良。

【治疗与护理】

治疗营养不良，主要是去除发病的原因。同时根据营养缺乏的程度，增加孩子的营养。

轻中度者，应在原有饮食的基础上逐渐增加营养。选择易消化吸收又含有高热量和高蛋白质的食物，如牛奶或奶粉、豆浆、蛋、鱼、瘦肉。同时也要补充维生素和钙片，如维生素B类及维生素C、A、D等。

可给孩子口服一些含有消化酶的药物，如胃蛋白酶、胰酶等帮助消化。

对重度营养不良的患儿，不要操之过急，因为他们的消化吸收功能已经受到影响，调整食物更要仔细，一般是住进医院进行治疗。

对婴幼儿要定期进行生长发育监测。大力提倡母乳喂养。如果用人工喂养时，奶粉浓淡宜适宜，不可稀释过淡。切忌单纯用缺乏蛋白质、脂肪的淀粉类米糊、糕干粉等喂养；也不宜用含糖过多而缺乏蛋白质的麦乳精、炼乳等。

随着小儿月龄增加，必须逐渐按时添加辅食。

从小给孩子安排良好的生活制度，养成良好的饮食习惯，设法让他们保持良好的食欲。对患有唇裂、腭裂等先天性畸形的儿童，要尽早进行治疗。

婴幼儿腹泻

【概述】

腹泻是婴幼儿最常见的症状，其发病率仅次于呼吸道感染疾患。婴幼儿腹泻虽然是稀水便为主，但是与痢疾、霍乱、食物中毒等疾病并不相同。

婴幼儿腹泻的病因，与感染有关，肠道内与肠道外的细菌或病毒、真菌等感染，都可以并发腹泻。特别是病毒感染引起的秋季腹泻，目前更多见。当食物与手被污染后，病原菌随着食物进入消化道引起疾病。

此外，喂养不当也是重要的原因，尤其是人工喂养的小儿。气候变化或腹部受凉、对食物成分过敏或不耐受等，都可能引起婴幼儿腹泻。

【诊断】

小儿腹泻在一年四季都会发生，但夏秋季更多见。

婴幼儿患病后，腹泻可轻可重。轻的一天之内腹泻仅数次，大便为糊状，或稀水样。重的则一天内腹泻十几次至数十次，大便呈蛋花汤样或黄水便，一次量多，便前多数患儿有哭闹，有时排便像喷射状。

致病性大肠杆菌引起的肠炎，多发生在夏季。患儿年龄不到1岁，发病后大便次数增多，每天10次左右，粪便为黄绿色的蛋花汤样，有腥臭味及黏液。多数患儿可无发热症状。如果病情严重，呕吐、腹泻次数增多，严重者可出现脱水。

脱水的小儿面色苍白，皮肤弹性差，四肢发凉，眼窝凹陷，精神萎靡，烦躁或嗜睡，呼吸深长，应立即送医院抢救，否则会有生命危险。进行粪便培养时，可以培养出致病的细菌。

秋季发生的小儿腹泻，一般是轮状病毒引起的。多发生在6个月至2岁小儿，4岁以上很少患此病。起病急，突然发热，有上呼吸道感染症状，多数患儿伴有呕吐，腹泻较重，粪便呈米汤样或稀蛋花汤样，无腥臭味，大便每天可十余次或数十次，所以患儿迅速出现脱水症状。

本病有自然痊愈的倾向，病程1周左右。

有些小儿经常使用广谱抗生素药物，引起肠道细菌的菌群失调，从而诱发一种称为白色念珠菌的真菌感染。患儿出现腹泻，粪便稀、黄，有发酵气味，其中黏液和泡沫较多。真菌感染引起的腹泻，由于不能及时诊断，结果仍然滥用抗生素，治疗效果不好，反而加重了病情。患儿经常出现“鹅口疮”及营养不良。

【治疗与护理】

对于频繁呕吐、腹泻大量水样

便的患儿，可短期禁食，一般6～8小时。对非严重呕吐的病儿，禁食不禁水。

有轻度或中度脱水的患儿，可服用口服补液盐（简称ORS），口服补液效果好，纠正脱水迅速、安全、简便，价格也便宜。重度脱水则需要用补液治疗，当重度脱水纠正后，再服用口服补液盐。

用口服补液盐时，最初4小时，应根据年龄或体重进行补充，剂量为每千克体重50～100毫升。如半岁至1岁儿童，可喂600～800毫升，让患儿随意口服。如患儿呕吐，等呕吐后10分钟再喂，每两三分钟1小勺。

对于细菌性腹泻病儿，根据致病细菌的不同，也要选用不同的敏感抗菌药物。如对大肠杆菌引起的腹泻，可用呋喃唑酮、复方新诺明、氨苄青霉素、多黏菌素E等。

对于真菌引起的腹泻，一般用制霉菌素、克霉唑等。

感染性腹泻不宜用止泻剂，可用肠黏膜表面活性吸附剂，如活性炭、思密达；也可用回春生、培菲康、乐托尔等含有双歧杆菌和乳酸杆菌等制剂。

孩子发生腹泻时，要注意外阴部和肛门的清洁护理，预防尿布炎。

母乳喂养的儿童，很少患腹泻，所以提倡母乳喂养。要注意饮食卫生。合理地给婴幼儿添加辅食。给婴幼儿增加辅食时，让小儿先少吃，量由少到多，品种要先适应一种再加另一种，使胃肠道得到休息。天气变凉时，要随时给小儿添加衣服，睡眠时将腹部盖好。

不要经常给孩子服用抗生素，尤其是广谱抗生素，更不能随便滥用。

维生素A缺乏症

【概述】

维生素A作用于人体的眼、骨骼、上皮等组织，也影响人的免疫功能。轻度维生素A缺乏的孩子，呼吸道与消化道疾病（如肺炎、腹泻）的发病率与病死率均较高。

动物的肝脏、奶油、蛋黄中含维生素A较多，人乳中的含量受母亲的营养影响，牛奶中的含量也不足。

维生素A又称为视黄醇，是一种能溶于脂肪中的维生素。它是人体非常需要的一种维生素，但是人体自身不能合成，需要从外界摄入类胡萝卜素，在人体内再转化为维生素A。

前维生素A、类胡萝卜素等均可转化为维生素A。它们广泛地分布在带红色和黄色色素的植物中，如橘、橙、南瓜、柿子等。动物肝

脏、肾中含量较高。各种鱼肝油中含量丰富。乳中也有一定含量。

维生素A是光转化为视觉过程中必不可少的物质，能保护眼睛和其他上皮组织。缺乏时就会出现视觉损害。

缺乏维生素A的主要原因，是饮食中摄入不足，如婴儿时期每天的需要量是2 000国际单位，14岁以前的少年儿童，每天需要3 000～5 000国际单位，需要量随着年龄增长而增加。过去有些贫困地区的婴儿，靠淀粉类的“米糊”喂养，而不及时增加其他辅食，所以会出现维生素A严重缺乏的症状。

患有慢性腹泻、肝硬化、甲状腺功能亢进或减低、糖尿病等疾病时，也可能出现维生素A缺乏。

【诊断】

维生素A缺乏时，主要引起全身上皮组织的角化增生，一般先见于眼。过去，有人将维生素A缺乏症称为“夜盲症”。夜盲就是一个常见的症状。患者白天的视力并不受影响，但是到了夜间，视力即明显下降。

患儿首先出现的症状是夜盲、眨眼、畏光，然后角膜和结膜逐渐失去光泽，角膜两侧的结膜因干燥而起皱，并形成透明而整齐似肥皂泡样的小粒（医学上称为“毕脱斑”）。如果不加以治疗，角膜会软化，出现溃疡，甚至出现角膜穿孔，于是造成患儿失明。

患儿的皮肤干燥脱屑，以后会使皮肤上出现滤泡样角质增生，像鸡皮一样。在四肢的伸侧和肩部最显著。另外，患者经常发生呼吸道和泌尿系统的感染症状。

缺乏维生素A会影响孩子的生长发育，患儿生长落后于同年龄的儿童，严重时也能影响智力发育。

诊断时，还应检查血中的维生素A水平。

【治疗与护理】

如果是由于营养缺乏引起的维生素A不足，应补充含维生素A多的食物，如牛奶、鸡蛋、肝、豆类及胡萝卜、西红柿等。如果是由其他疾病引起的，则应积极治疗原发疾病。

对于轻度缺乏的患者，可补充适量维生素A，每天补充2.5万～5万国际单位，分为2～3次服用。重症缺乏或有吸收障碍的患者，可采用肌内注射的方法补充。

有干眼病的患者，可用消过毒的鱼肝油滴眼，并用含有抗生素的眼膏或眼药水涂眼。

预防维生素A缺乏症，主要是从饮食方面充分供给维生素A。孕妇要多吃一些含维生素A丰富的食物。婴儿时期提倡母乳喂养。

维生素A不是多多益善。如果服用过量，也会出现维生素A中毒。婴儿每天需要维生素A 1 500国际单位，量过多可致急性或慢性中毒，使小儿食欲下降、脱发、烦躁、呕吐、前胸皮肤瘙痒、四肢疼痛；重者可引起骨骼畸形。食肝过

多也可以引起急性或慢性维生素A中毒。婴儿短期内摄入大量维生素A时，如一次给维生素A30万单位，数天内就可引起急性中毒。可有嗜睡或烦躁、发热、呕吐、前囟隆起等急性症状。

如果每天摄入的总量超标，如每天给2万～4万单位，蓄积起来可在数月内出现慢性中毒。症状有恶心、复视（看东西重影）、体重不增、毛发稀少、脱皮、四肢疼痛、肝脾肿大等。

一旦出现维生素A过量，应立即停止使用。

附录　维生素B缺乏症

维生素B是一组维生素，与人体关系密切的有维生素B_1、B_2、B_6和B_{12}等。这些B族维生素在人体内具有许多重要的生理功能。如果缺乏以后，就会出现相应的疾病。

如缺乏维生素B_1（也称为硫胺素），会引起脚气病（并不是俗称为“脚气”的足癣）。膳食中维生素B_1含量不足，或长期腹泻、肝病、发热、感染等原因可引起该病。脚气病发作时有不同的症状，严重时可危及生命。

维生素B_1广泛存在于动物性食物和粮食中。如瘦肉、麦芽，其次是豆类、家禽、蛋黄、鱼、坚果等。水果中的含量很少。预防脚气病，应多吃糙米和标准面粉，勿用碱烹调，做面食时可用鲜酵母，淘米时不要用力搓，勿丢弃米汤。

维生素B_2又名核黄素，存在于牛奶、蛋黄、肝、肉、酵母、花生、豆类、全麦及蔬菜中。维生素B_2缺乏常与B族其他维生素缺乏同时存在。在烧伤、创伤、结核病、麻疹、慢性肠炎和长期发热时，容易出现维生素B_2缺乏。

婴幼儿和儿童发生缺乏时，主要表现在一侧和两侧口角苍白，表皮脱落出血、溃疡，周围皮肤稍高，可见略呈黄色、黄白色或黄黑色的结痂，大多合并细菌或真菌感染。此外还有眼部和皮肤的症状。

维生素B_2缺乏时，可口服维生素$B_2$5毫克，每天3次。

佝偻病

【概述】

佝偻病是一种常见的儿童慢性营养缺乏病，过去人们经常称它为“软骨病”。

这种病主要是由于身体内缺乏维生素D引起的，从而使患者食入的钙不能充分吸收，所以人们也称它为“缺钙”。

佝偻病虽然不直接威胁生命，但其损害性却很大。例如，它可使儿童生长发育障碍或营养不良，降低儿童体质，使病儿容易感染其他疾病，促使病情加重。

维生素D缺乏的主要原因是摄入不足。1岁以内的婴幼儿，每天大约需要1 000～2 000国际单位的

维生素 D，儿童每天需要 400～800 国际单位。但是母乳和牛奶中的维生素 D 含量均不足，如果不额外补充就会出现佝偻病。

儿童在户外活动少，接受阳光照射不足，是引起佝偻病的主要原因。人体内需要的维生素 D，主要是通过照射太阳，接受了阳光中的紫外线，使皮肤内的 7-脱氢胆固醇转变而来。

小儿生长迅速，体内需要的维生素 D 也多，所以也需要在食物中增加维生素 D。人乳中或其他乳类中含维生素 D 并不多，如果没有及时从其他食物中补充，同样会患佝偻病。

【诊断】

患佝偻病的儿童，早期表现为孩子经常哭闹，睡觉也不安稳。头上爱出汗。汗出多了，头皮就会发痒，于是孩子就摇头，在枕头上来回蹭，把头后枕部的头发磨掉了，称为“枕秃”。

病儿有颅骨软化的症状。用手压幼儿的头部，好像有一种摸乒乓球的感觉；患儿的头部变方变大，称为方颅，婴儿头顶上的囟门闭合推迟。在婴儿的头顶上，有一个柔软的地方，有时还能看到这个地方会跳动，称为前囟门。小儿的前囟门一般在 12～18 个月时闭合。如果前囟晚闭，到 2 岁时还没有闭合，出牙也推迟到 10 个月以后甚至 1 岁，就可能患有佝偻病，

病情中度的病儿，手腕和脚腕隆起，像带了镯子一样；胸部肋骨与肋软骨相连接的地方，膨大如球形，形成串珠样改变，肋骨下缘还向外翻翘，称为肋外翻，形成鸡胸。严重的病儿，小腿弯曲。如果膝内翻则成“O”形腿，膝向外翻就像“X”形腿。这样的孩子容易发生骨折。

患佝偻病的孩子，身体弱，容易生病，经常患感冒、支气管炎、肺炎或腹泻等病。出牙、站立、走路都比别的孩子晚。

【治疗与护理】

治疗佝偻病，首先要注意孩子的营养。

给孩子喂维生素 D 强化的牛奶或强化奶粉，辅食中加蛋黄，多在户外活动，勤晒太阳。

对有早期佝偻病的小儿，每天要给 5 000～10 000 国际单位维生素 D，持续 1 个月。对有中度佝偻病的患者，每天用维生素 D10 000～20 000 国际单位。

如果孩子病情较重，合并有其他疾病的时候，可以用突击疗法。方法是肌内注射维生素 D_2 40 万国际单位或维生素 D_3 30 万国际单位。

预防佝偻病必须采取综合措施。孩子出生以后，要坚持母乳喂养 6 个月，并且要按照月龄给婴幼儿增加辅食。

食物中，肝、蛋黄、奶油中含有丰富的维生素 D。一般在 4～5 个月的时候，就要给婴儿吃煮熟的鸡蛋黄。开始的时候，吃 1/4 个蛋黄，

以后逐渐增加到半个至1个。吃的时候，要把蛋黄压碎，用水或奶调为稀糊状再喂。8个月的孩子，可以经常吃一些动物的肝脏，如猪肝、羊肝，将它们切碎后煮在粥里，平时也要给孩子吃些新鲜蔬菜、水果，把它们剁碎成泥喂。

冬天和春天是佝偻病发生的高峰，因为这些季节孩子很少外出进行户外活动。经常晒太阳，是防治佝偻病的重要措施。晒太阳不要隔着衣服或隔着玻璃，这样会挡住阳光中的紫外线。大气污染，空气中多烟雾，都会挡住紫外线的透过。

如果天气晴好，晒太阳的时候，让孩子的手脚和小腿、臀部露出来，但是不要让阳光直接照射眼睛，也不要在强烈的阳光下曝晒过长的时间。夏天的时候，可以在树阴下晒太阳。一般每天的户外活动不要少于2小时。

也可以给孩子补充维生素D，从出生2周后开始。特别是冬天出生的婴儿更应这样做。婴儿每天需要维生素D 400国际单位，才能起到预防佝偻病的作用。

服用过多的维生素D，也会造成中毒。中毒时的症状，如食欲下降、体重不增或少增、精神烦躁等，有时与维生素D缺乏难以区分，因此要特别警惕。

一般市售的浓缩鱼肝油，1毫升中含有维生素A50 000国际单位，还含有维生素D 5 000国际单位。1毫升浓缩鱼肝油，用滴管滴一般为20滴左右。所以，一般小儿每天只要服用2滴，就能满足身体生长发育的需要。

维生素C缺乏症

【概述】

维生素C缺乏症也称为坏血病，所以维生素C称为抗坏血酸。

在新鲜蔬菜和水果中，维生素C的含量较多，但是经过储存、加热后很容易被破坏。上一个世纪以前，维生素C未被人们认识，所以在航海人员中经常发生维生素C缺乏症，主要原因就是食物中缺乏新鲜蔬菜水果。这种病多见于婴幼儿，也可见于年长儿或成人。

婴幼儿由于生长发育快，维生素C的需要量也会增加，如果摄入量不足，就会出现缺乏症状；另外，在患急慢性疾病，如腹泻、痢疾、肺炎、肺结核时，体内需要很多维生素C。早产儿生长发育快，需要量也比正常婴儿多。所以一旦供应不足，不能满足身体的需要，就会出现维生素C缺乏。

【诊断】

婴幼儿和儿童在维生素C缺乏时，主要表现是血和骨骼的变化。

起病常缓慢，食欲减退，体重

不增，烦躁爱哭，不活泼，面色苍白，虚弱。

皮肤淤斑多见于膝踝关节附近，齿龈呈紫红色，肿胀，光滑而脆，易出血，眼睑和眼结膜也可有出血。

骨骼方面的表现，常为四肢疼痛，以下肢为多，大多在膝关节上下，局部有肿胀、压痛，但不发红，患肢呈固定位置，不愿挪动或不让抱起。

检查时可做实验室检查，如血清维生素C含量，拍骨骼X线片，进行诊断。

【治疗与护理】

维生素C缺乏症的治疗，主要是供给大量的维生素C和改善饮食，症状很快就会消失。一般是大剂量口服维生素C，每次100～150毫克，一日3次。

预防维生素C缺乏症，首先从改善饮食入手。对母乳喂养的婴儿，应给乳母富有维生素C的饮食。新生儿于生后第3周，即应补充含维生素C较多而容易消化的食品，如白菜汁、萝卜汁、菠菜汁等。

儿童和成人都要经常吃新鲜蔬菜和水果。

营养性铁缺乏症

【概述】

营养性铁缺乏症是世界范围内儿童4种营养性疾患之一。

铁缺乏症可以分为3个阶段，即铁减少期、红细胞生成缺铁期及缺铁性贫血期，也就是说，孩子在出现贫血以前，已经出现了无贫血症状的铁缺乏状况。它可以影响儿童的身心发展，如学龄期儿童出现学习障碍、智力水平降低。

缺铁性贫血在6个月至2岁的小儿中发病率最高。人乳和牛乳中铁含量都很少，婴儿出生时体内贮存的铁，只能供应到婴儿体重增加到出生时的2倍。到4～6个月时，必须及时加喂富含铁的食物。蛋黄中虽然含铁多，但是因含磷多，妨碍铁的吸收；绿色蔬菜中（如菠菜）的铁，都是非血红素铁，吸收率一般在1%～3%。瘦肉、肝、动物血、鱼等所含的铁为血红素铁，吸收率可达20%左右。

【诊断】

如果没有出现贫血症状，则较难发现患儿。但是如果已经出现了贫血症状，则病情已重。

贫血的儿童，皮肤和黏膜逐渐苍白，以唇和口腔黏膜、甲床最为明显。患儿易疲乏无力，不爱活动。岁数大一些的孩子，可诉头晕、眼前发黑、耳鸣等。

病儿食欲减退，有异食癖，如

喜吃泥土、墙皮、煤渣，常有呕吐、腹泻、口腔炎、舌炎等症状。

【治疗与护理】

如果已经发生了缺铁性贫血，则要积极治疗。治疗的目的，一是纠正贫血，使血液中的血红蛋白恢复正常；二是使身体有足够的铁贮备。口服铁剂是最安全、有效及经济的选择。

在各种铁剂中，硫酸亚铁（含铁20%）、富马酸铁（含铁30%）是首选药物。

服用铁剂时，是按元素铁计算。目前推荐的儿童治疗量，是每千克体重每天元素铁2毫克，分两次服用。重度贫血的儿童剂量是每千克体重每天3毫克元素铁。如果隔日可隔两日服同样的剂量，效果相同，所以也可隔日或隔两日服1次。为了提高铁吸收率，常伴服维生素C，每次100毫克。

预防缺铁性贫血，要从孕期开始。孕妇从孕中期开始，直到哺乳期，每天应补充元素铁60毫克，连续4个月，同时每天服用叶酸5～15毫克。在膳食方面，应鼓励孕妇多吃含铁丰富的食物，如动物肝脏、动物血、瘦肉、鱼类等动物性食物，以及深色蔬菜、新鲜水果、豆类和芝麻酱等。

母乳中虽然含铁量不多，但是婴儿的吸收率可达50%以上，所以母乳喂养的婴儿，患贫血者少。

婴儿满4个月，可逐步每天喂少量鱼肉、动物血等，做成泥状；6个月以后，可加肉泥、肝泥等，常换品种，使不同的食物营养素互相补充。豆类（如豆腐、豆粉）含铁也不少，可常添加一些。婴幼儿每天需要铁的建议供给量是10毫克。目前市场上有强化了铁剂的牛奶、面粉等，可给儿童食用。

如果长期食入铁过多，也会引起铁中毒。

小儿肠痉挛症

【概述】

在医院儿科的急诊中，经常可以见到有些腹痛患儿，刚才还是剧烈腹痛，然而检查时又没有发现任何疾病的体征。这种情况在同一位病儿身上经常出现，医生往往诊断为小儿肠痉挛症。

小儿肠痉挛症又称为肠绞痛、功能性再发性腹痛，是儿科的常见病和多发病。患者一般都是3～12岁的儿童，以学龄前后为最高，一年四季均可发病，以夏秋季多见。

肠痉挛的发病原因，可能与孩子的体质有关。这种孩子天生是痉挛性体质，是过敏体质的一种，对环境中任何不适应都可诱发肠痉挛，作为过敏表现。小儿从家庭进入社会，环境变化很大，引起过敏的机

会很多，中学以后基本上都适应了，也就不再发作了。

引起过敏的具体物质很难找出，一般特殊食物、异种蛋白、花粉以及一般的感冒、受凉、过食生冷，都常诱发腹痛发作。

【诊断】

小儿肠痉挛症的发病特点是阵发性腹痛，一般都短于10分钟，极少超过2小时。

疼痛部位以脐周为主，其次是上腹痛。疼痛的性质主要是隐痛，孩子可以忍受，而绞痛也多见。他们经常说自己“肚子痛”，但是却没有痛苦的表情。有时候发生剧烈的腹痛，痛得满头大汗、面色发青、翻滚不安、哭喊异常。甚至出现呕吐、恶心，腹部可见鼓起的包块，用热手按摩后感到舒服。但是过不了一会儿，疼痛就会自行停止，一切如初。能吃、能玩、能跑、能跳，不馋不懒。

这种疼痛还会一连反复发作几天，发作期间每天可发作肚子痛几次。但也可两三年不发作一次。

【治疗与护理】

由于不影响孩子的生长发育，所以说这种病不算什么病，不需要什么治疗。患本病的孩子，中医称为“脾胃不和”。平时纳少、大便干燥、面黄肌瘦，喜冷饮。因此，治疗本病首先是忌生冷，病儿不要饮用冷饮，如雪糕、冰棍、冰淇淋、汽水、凉白开水及冰箱冷藏的水果等。

症状轻或发病时间短的患儿，可以喝一些姜糖水，或菜汤中多放一些鲜姜。发病时，即孩子喊腹痛的时候，可以用手指按压患儿的“内关”穴。

能引起小儿腹痛的疾病有许多，不要把所有的腹痛都认为是肠痉挛，这样会造成误诊。但是肠痉挛都是阵发性的，按压病儿的肚子时，他们感到舒服或疼痛缓解。如果按压时疼痛加剧，或者怕触摸，应及时到医院就诊，免得耽误治疗。

预防小儿肠痉挛症的方法是忌生冷。凡是脾胃不和的儿童，不要喝凉冷的饮料。睡觉时盖好腹部，夏天也要用毛巾盖好孩子的脐周围部位。

苯丙酮尿症

【概述】

苯丙酮尿症是一种比较常见的隐性遗传性疾病，患者的肝细胞中缺乏一种苯丙氨酸羟化酶，结果造成血液中有过多的苯丙氨酸，损伤发育中的中枢神经系统，最终导致患者智力低下。

早期诊断的治疗，可以防止弱

智的发生。

患者的父母是致病基因携带者。他们虽然都是貌似正常的“健康”人，但是，在他们身体细胞的基因里，却各自携带着一个苯丙酮尿症的致病基因。这个有缺陷的基因是一种致病因子。

如果在细胞核的染色体上，只有这样的一个有缺陷基因，是不会表现出症状的。但是，当父母的致病基因分别传给他们的孩子时，这个孩子的身上就有了一对异常基因，疾病就会显露出来，导致中枢神经系统的损害，出生以后，就是一个苯丙酮尿症的患者。

【诊断】

患有苯丙酮尿症的孩子，刚出生的时候，家长并不容易发现孩子的病。出生后4个月，症状才逐渐明显起来。

家长会发现婴儿表情呆滞，易激惹，智能明显低于正常儿童。长大以后，智商不超过50。另外，病儿生后不久，出现呕吐、喂养困难，毛发也逐渐变成黄色或棕色，皮肤白嫩，眼珠发蓝，身上容易生湿疹样皮疹，尿和汗有一股特殊的霉臭味。

【治疗与护理】

目前，对苯丙酮尿症患者最有效的治疗是饮食控制，即将饮食中的苯丙氨酸摄入量尽量减少，以不致造成对脑的损害，但又不致低到不够生长发育的需要。

苯丙酮尿症患儿必须依靠特殊配制的低或无苯丙氨酸奶粉，来获取足够生长所需要的蛋白质。天然食物中，母乳营养丰富，而且苯丙氨酸含量较低。无法母乳喂养者，可以添加牛奶。

较大的孩子，应以苯丙氨酸含量较低的淀粉类食物，如藕粉、土豆、白薯、山药等为主食，多吃蔬菜、水果。不能吃鱼、虾、肉、蛋等高蛋白质食物，米、面的量也要限制。

苯丙酮尿症患者血苯丙氨酸的理想水平是婴幼儿2～4毫克/100毫升，年长儿是3～8毫克/100毫升。测定时，只需要将患者的末梢血滴在特殊的试纸上，阴干后寄给医院即可。

临床营养师要根据患儿每天苯丙氨酸、蛋白质、热量的需要量设计食谱，并定期监测血苯丙氨酸浓度，根据血浓度调整饮食。饮食治疗的开始一个月，每周至少测量血苯丙氨酸2～3次；1个月后，婴儿按每周1次，幼儿按每月1～2次进行监测，以了解饮食的摄取是否恰当。

苯丙酮尿症患儿的家长，要做好患儿的饮食和血化验结果记录，定期到医院随访，测量身高、体重及头围等，以作为营养状态的评估。

严格的饮食控制，至少要维持到4～6岁，并且最好终身治疗。

女性苯丙酮尿症患者一旦怀孕，由于血中苯丙氨酸浓度高，可以影响胎儿的发育，造成胎儿脑损伤，

出现智能障碍、小头症、心脏畸形等。所以女性苯丙酮尿症患者在受孕前几个月，就应该重新开始饮食控制，直至分娩。

第五章　常见五官科疾病的处理和预防

睑缘炎

【概述】

睑缘炎是睑缘皮肤、睫毛毛囊及其腺体受细胞感染，或各种理化因素刺激而引起的亚急性或慢性炎症。临床分为鳞屑性睑缘炎、溃疡性睑缘炎及眦部睑缘炎3型。

该病为细菌感染所致，常见的细菌有葡萄球菌、肺炎球菌等。诱发的理化因素有风、尘、烟、热等刺激。也与屈光不正、视力疲劳、睡眠不足或营养不良等有关。

【诊断】

鳞屑性睑缘炎是在睫毛根部及其附近，有头皮样白屑；或睑缘部覆以黄白色干痂。溃疡性睑缘炎的症状为睑缘充血、出血，睫毛的根部有黄色痂皮；除去痂皮，可见溃疡面，渗出黏液或有脓点，睫毛易脱落，脱落后不再生，而成秃睫或倒睫。眦部睑缘炎时，双眼内外眼角皮肤充血、糜烂，表面附有黄白色黏液脓性分泌物，经久不愈，眼角粘连，使睑裂缩小。

【治疗与护理】

对症治疗包括用生理盐水或2%碳酸氢钠溶液湿润睑缘，外涂抗生素眼膏，并轻轻按摩。

对于溃疡性睑缘炎，要去除痂皮，拔去患毛囊炎的睫毛，涂金霉素或四环素眼膏。

睑腺病

【概述】

睑腺病又称麦粒肿，俗称“偷针眼”，是眼睑腺体的一种急性化脓性炎症。麦粒肿分为两种。长在眼皮外面的称为外麦粒肿，长在眼皮内的称为内麦粒肿。还有一种睑板腺囊肿（又称霰粒肿）。

麦粒肿虽然是一种小毛病，不经治疗也可以自愈，但是如果处理不当，在严重的时候也可能引起眼睑蜂窝织炎、耳前淋巴结炎，甚至引起败血症的发生，危及性命。

睑腺病是由于感染金黄色葡萄球菌所致。如感染了睫毛毛囊或其

附属腺体，则为外麦粒肿；如果感染部位在睑板腺，则为内麦粒肿。睑板腺囊肿是眼皮内睑板腺上的一种慢性炎症。

【诊断】

外麦粒肿初起时，睑缘皮肤红肿，触之有疼痛的小硬结，结膜（俗称白眼珠）也可能水肿。经过3～4天，在眼皮内面（即结膜面）出现黄白色的脓点。脓点可以自行穿破排脓，病也就好了。

内麦粒肿的症状与外麦粒肿相似，但疼痛较重，常由结膜面穿出排脓，少数从皮肤面破溃。急性发作时，常伴有全身发热及颈后淋巴结肿大。

霰粒肿在上下眼皮都可以发生。通常在眼皮出现约黄豆粒大小的半球形隆起，不红，不痛，用手摸时感觉较硬。此外没有其他的症状。翻开眼皮，在硬结相应的结膜面上呈现暗红色。

【治疗与护理】

患麦粒肿后，可以用湿热毛巾热敷治疗，每天3次，每次20分钟左右。待成熟后，可请医生在皮肤或结膜面切开排脓。也可以在眼皮上涂一些药，常用的有消炎眼药水或消炎眼膏，如氯霉素、庆大霉素、红霉素等，每天6次。如已化脓成熟，则可切开排脓。炎症严重者可口服抗生素，以防止炎症扩散。

治疗霰粒肿也可以用热敷的方法。如果肿粒不大，也不必进行治疗。如果霰粒肿较大，医生可将它由结膜面切开刮除。

眼皮上长了麦粒肿，最忌用手指挤压，或用没有消过毒的针去挑。这是因为面部有丰富的血管网和淋巴管网，它们直接与颅内的血管相通。挤压后，可能将脓肿中的细菌扩散蔓延，造成败血症，或者细菌顺血管到了脑部，能引起危及生命的海绵窦栓塞或脑膜炎。

经常患麦粒肿的儿童，应注意平常是否常揉眼。如果孩子经常揉眼，最好带孩子去检查一下视力，经排除是否因屈光不正引起的揉眼，进而导致了麦粒肿。如有屈光不正，要及时矫正视力。教育孩子纠正揉眼的不良习惯。

沙　眼

【概述】

沙眼是感染了沙眼衣原体引起的慢性传染性眼结膜炎，可同时侵犯角膜和结膜。病程缓慢，可延续数年至数十年，多发于少年儿童。

衣原体和细菌、病毒一样，也是一种微生物。沙眼早期传染性最大，通过眼部接触污染的物品（例如毛巾、手帕）所致。

【诊断】

有人患沙眼后，并没有什么症状。但也有不少患者，经常感到眼睛发痒，有异物感，流泪，眼睛的分泌物增加，早晨起床的时候眼屎多。

病情加重以后，眼睛发红，觉得磨得痛，怕光。翻开患者的眼皮，能见到眼皮内面的结膜粗糙不平，很像沙粒，故有沙眼之称。

病情继续发展，在角膜的上缘可以出现细小的血管。整排的血管新分支就像“竹帘”一样，向瞳孔悬垂，侵入角膜的浅层，形成角膜血管翳，使患者视物模糊。

一年以后的“老”沙眼，眼皮上的“沙粒”变成了瘢痕，于是患者的眼睛有持久的异物感和疼痛感，还经常感到眼干、眼泪减少，也可以出现眼皮内翻，倒睫毛（医学上称为倒睫）等。严重的沙眼，可以导致失明。

【治疗与护理】

治疗沙眼常用0.1%利福平眼药水、0.5%金霉素眼药水、0.5%氯霉素眼药水滴眼，每天3～6次，以及四环素眼膏或红霉素眼膏涂眼，按医嘱局部给药。一般是白天滴眼药水，晚上涂眼药膏。眼睑内翻倒睫应当手术治疗。

家庭内应好预防工作，对患者使用的物品，家人应避免接触。

急性卡他性结膜炎

【概述】

急性卡他性结膜炎俗称红眼病、暴发火眼，是病毒感染后引起的眼结膜的急性炎症。这种病具有很强的传染性，夏季的时候，常常会引起暴发流行，在短短的一两周里，会在一座城市里蔓延开来。

红眼病是接触传染，主要传播途径是“患眼—水—健眼”或“患眼—手或物—健眼”。发病急，患者受传染后几个小时就可以发病，一般三四天病情达到高峰，约两周后自愈。

【诊断】

病初起时，眼皮肿胀，白眼珠发红或有片状出血。患者自觉眼内刺痛、怕光，流眼泪，眼分泌物也多。细菌感染引起的红眼病，患者往往在早晨起床的时候，由于眼屎糊住而睁不开眼睛。而病毒引起的红眼病，则主要是水性分泌物，同时有球结膜下出血、淋巴结肿大，多合并角膜病变，一般10天可自愈。部分患者或有发热、肌痛等类似感冒的症状。

【治疗与护理】

治疗红眼病，应频繁滴用消炎眼药水，如各种抗生素、抗病毒类眼药水。其中有氯霉素眼药水、病毒灵眼药水和利福平眼药水、悉复

明眼药水、熊胆液等，每隔1～2小时点一次药水。睡觉前在眼睛里涂上消炎药膏，如红霉素眼药膏、四环素可的松眼膏。眼膏作用时间长，而且可以防止眼睛被眼屎糊住。如有大量分泌物，可用3%硼酸溶液或生理盐水对眼睛进行冲洗。

急性结膜炎的传染快、传播广，只要接触了患者的眼屎或泪水沾过的东西，如手帕、面巾、枕巾等，甚至患者摸过的东西，如果再揉自己的眼睛，就有可能被传染上，数小时后即可发病。

所以发现有患者时，就应该进行隔离。如果患者是一位学生，就不要再去学校了，以防止红眼病在更多的学生中间进行传播。

要养成良好的卫生习惯，不要随意揉擦眼睛。患者的手帕、毛巾、洗脸盆等生活用具，不要和他人共用。家人或其他人给患者点眼药后，要用流动水洗手。

白内障

【概述】

在眼球内，有一个完全透明而凸起的组织，它能随人们看远看近的需要，随时改变其自身屈光能力，总是非常准确地把光线集中在视网膜上，使人看到一个清晰的影像。这个结构称为晶体。晶状体的外层有囊膜包裹，中层是皮质层，内有核层。由于某种原因使晶状体发生部分混浊或完全混浊，即称为白内障。

白内障是老年人常见的眼病之一。我国现有400万白内障患者待“脱残”（指双眼裸眼视力在0.05以下）。一般人多在60岁以上患白内障，也有人40～50岁就患早期白内障，但不影响视力，有的可能一辈子也不发展了。白内障患者眼睛内透明的晶状体变得混浊。如果晶状体浑浊，光线就无法正常透过，以致在视网膜上形成模糊的影像。

白内障分为先天性和后天性两大类。先天性白内障与遗传因素有关。后天性白内障则有老年性、外伤性、药物中毒性和电离辐射性等。其中以老年性白内障发患者数最多。

出生后或幼年发生的称为先天性白内障；因眼外伤导致晶状体混浊的，称为外伤性白内障。糖尿病、眼内炎症、出血等疾病则可导致并发性白内障。

关于老年性白内障的发病原因，有许多学说。一般认为是晶状体的生理性老化，即随着年龄增高，晶状体中的水分逐渐减少，使晶状体核脱水混浊；也有的学者认为与维生素缺乏，或全身代谢及内分泌紊乱、微量元素比例失调、电离辐射线照射有关。

【诊断】

早期白内障并不影响视力，待晶状体混浊到一定程度，影响光线进入眼内，才会引起视力减退，配眼镜也不能矫正视力。早期发现白内障，首先要注意自己单眼视力的变化。如果遮住一只眼时发现另一只眼的视力在逐渐减退，就应该去医院检查是否患有白内障。

检查患者时，用手电筒斜照瞳孔区，如果能看见灰白色的混浊区，就说明病情已经很明显了。在早期，医生要用裂隙灯显微镜检查，需要放大瞳孔，才能看见晶状体周边部位的混浊。

老年性白内障可以分为初发期、膨胀期、成熟期和过熟期等4期。

患者在初发期时，检查发现晶状体的周边部出现混浊。此期视力不受影响，发展缓慢，少数人可静止多年。发展到膨胀期时，检查发现晶状体皮质肿胀，晶状体增大，视力减退明显。成熟期时，晶状体混浊发展，视力下降，患者只能见到眼前的手动或仅能区别出眼前有光亮或无光亮。

从初发期到成熟期经过的时间，长短不一。长的需要数十年，短的只要数年或数月，糖尿病患者并发白内障时，发展就非常迅速。

患白内障时，一般并没有眼痛或眼睛发红等症状，一旦出现了这些症状，则可能是继发了青光眼，需要立即就诊，切莫延误治疗。

发现白内障后，如果视力尚好，可以不必介意，适当调节阅读时间。

老年人视力下降的时候，可以先验光检查。如果配眼镜后视力提高，则说明并不是白内障，而是有屈光不正。

【治疗与护理】

老年白内障没有根本的预防方法，也没有药物能有效地抑制白内障的形成或阻止其发展，惟一的办法就是手术，摘除混浊的晶状体并植入人工晶状体。人工晶状体在眼内无明显的退变、无刺激、无生物降解作用，光学性能好，植入后不发生并发症，可用一辈子。

传统的白内障囊内摘除术，患者通常要到白内障成熟或近成熟期才可手术。后来的“白内障囊外摘除术”，患者也要等到视力下降到一定程度才手术。因为这种手术要通过一个10～12毫米的切口摘除混浊的白内障，然后将一个硬质人工晶状体植入眼内，而大切口可引起术后散光，不能在早期恢复良好的视力。

现在采用白内障超声乳化人工晶状体植入术，患者不必等到白内障成熟再手术。因为一般成熟期及过熟期的晶状体核太硬，可能会延长乳化时间，易产生虹膜炎和继发性青光眼。老年白内障患者，只要视力对生活、工作产生明显影响就可手术。一般视力0.3以下，就可在有条件的医院，找有经验的医生做白内障超声乳化人工晶状体植入术。术前，患者除了做必要的血、

尿常规、肝功能化验及血压、心电图等检查外，还要对眼的角膜曲率、眼压等做一些特殊检查。

这种手术切口只有4～5毫米（如采用折叠人工晶状体，切口仅3毫米），除去消毒、麻醉，真正手术时间只有10～20分钟。患者术后反应轻，视力恢复快且好，不需住院。

白内障手术只能解除白内障引起的那部分视力下降，其他眼病引起的视力下降还需进一步治疗。术后如果视力提高不明显，说明除了白内障外，可能还患有其他眼病。由于人工晶状体的屈光度数不能调节，尽管医生对人工晶状体度数的确定希望兼顾近视力和远视力，即看书和望远都很清楚，但由于仪器测量的误差及术中缝线的松紧等原因，术后有的患者还需戴眼镜。如看远清楚，看近模糊，可戴适当度数的老花镜，反之则需戴近视镜。另外，有远视、近视或散光的老年人应到医院检查，配戴合适的远视镜和老花镜，以减少视疲劳。

白内障手术后的患者，出院后即可除去纱布垫遮盖。刚开始时，可能不适应强烈光线，可戴墨镜以遮挡强光，同时也可以遮挡灰尘。做了手术的眼睛应滴用抗生素和激素眼药水1个月左右，以抗感染。还要定期复查术眼，同时尽量避免碰撞术眼，以免切口愈合不良而裂开。术后初期不可过度用眼，以免加重眼部充血和视疲劳。生活中则应注意劳逸结合，饮食有节。

老年人由于晶状体的弹性减弱，睫状肌的调节力减弱，看书或写字的时间稍长一些，就会引起眼球胀痛，甚至头痛不适。因此，阅读和看电视的时间应控制，每隔1小时应到户外活动或闭眼休息10～15分钟。晚上或光线较暗时，看书时间不应过长，应合理安排阅读和休息。防止辐射线照射；高温条件下工作，也要注意保护眼睛；防止一切眼外伤。

避免在强光下工作，外出时配戴遮挡紫外线的墨镜。常吃富含维生素B_2和维生素C的食物，如新鲜水果和蔬菜。不抽烟、不饮酒，积极控制糖尿病等慢性病。加强体育锻炼，增强抗病能力。

目前，还没有特效药物可以预防和治疗白内障。根据发病原因的研究，有些药物可以试用。经常使用的药品有谷胱甘肽、白内停、卡他林、法可林、安妥碘等，用于点眼。但是，治疗效果并不明显。

青光眼

【概述】

青光眼是一组严重危害视力的常见眼病，也是致盲的主要原因之一。它的基本特征是眼压的改变致

视神经损伤，从而产生视野缺损。如果不及早发现和作适当治疗，视神经将会发生不可逆转的损害，终致失明。

青光眼的发病与否，关键是眼压。眼压是眼的内容物（主要是指房水和血液）对于眼球壁所施加的压力。

眼球好像自行车的轮胎，气打得越多，轮胎越硬；打气不足，轮胎软或者塌陷，自行车就不能再骑。

眼睛要看清楚外界的物体或景象，需要依赖房水和血液正常填充眼内，维持超过大气压的一定压力——眼压，才能保持眼球的正常形状和生理作用。

眼压的正常值是10～20毫米汞柱。眼压的高低是相对恒定的。

情绪可以影响眼压，但是24小时内眼压波动不超过4毫米汞柱。最高眼压多见于清晨4～7时；起床以后，眼压迅速下降。两眼的眼压基本相同。

房水是由睫状体产生的透明液体，经后房通过瞳孔而流入前房，由前房角排出，使房水量保持平衡。房水每分钟产生2微升，源源不断地供应晶状体及角膜的营养。这种房水的流动系统，恰如水池中的水龙头一直开着。如果排出管道流出不畅或阻塞时，池内蓄水增多。

如果这种情况发生在眼睛里，就会使眼压增高。

青光眼患者的眼压升高，超过能耐受的正常眼压，就会损伤视神经，导致视力发生不同程度的下降。

如果整个视神经完全损害了，就会导致失明。这就好像电线断了，电灯也就不再亮了。

【诊断】

青光眼分为3种：

1. 急性闭角型青光眼：典型症状是眼球胀痛；看灯光时，感觉外周有一圈彩虹环（称为虹视），视力急剧下降，伴有偏头痛、恶心、呕吐等。急性闭角型青光眼常在情绪激动、精神创伤、过度劳累、气候突变及暴饮暴食时诱发。

一旦发作，患者可在24小时内失明。

急性闭角型青光眼好发于远视眼患者。因此有家族青光眼病史者、远视眼患者，应定期做前房角镜、视野及眼底检查，以便早期发现病情，及时手术治疗。

2. 慢性闭角型青光眼和开角型青光眼：患者可有眼部不适、一过性虹视或雾视，但经过睡眠和充分休息后，眼压可恢复正常，症状消失。

即使能恢复正常，患者也不要大意，应到医院作眼压、前房角镜、视野及眼底等项检查。一旦确诊，立即治疗。

用药后眼压能控制的患者，要长期、坚持用药，不要间断。用药后眼压仍然不能得到控制者，也要考虑进行青光眼的手术治疗。

3. 先天性青光眼：常见的是婴幼儿青光眼。这是一种遗传性眼病，

发生于胎儿期，初生时就有典型的症状：眼球变大，角膜变大、角膜混浊等，伴有畏光、流泪、眼睑痉挛现象。

发现有这些症状后，应做进一步的检查。如确诊为先天性青光眼后，要立即进行手术治疗。

【治疗与护理】

当眼压很高，足以导致最后失明时，均应开始治疗。

对原发性开角型青光眼，可选用噻吗心安、倍他心安、心得乐等。

急性闭角型青光眼急性发作时，由于眼压突然升高，对眼球组织和视功能有很大的破坏性，迅速使患者失明，所以应该争分夺秒进行抢救。抢救的惟一手段就是药物治疗，用药越早越好。

首先使用2%匹罗卡品眼液连续滴眼，每5～10分钟滴一次药液，共滴5次。用药的目的是缩小瞳孔，但是这种药不宜长时期持续使用，否则会适得其反，加重病情，引起毒副作用。同时可服醋氮酰胺或口服50%甘油，静脉注射甘露醇。

醋氮酰胺具有减少房水的作用，能降低眼压。成人一次剂量250毫克（1片），每天3次，不必超量使用。用药后半小时眼压开始降低，能维持8小时。长期用药会产生全身性不良反应。

联合用药后眼压虽然下降，下一步必须进行手术治疗。

患有青光眼的患者，除了要坚持药物治疗以外，在日常生活中也要注意保健。

（1）注意季节变化：原发性闭角型青光眼与气候的变化有密切的关系。每当季节转换或天气骤变时，病情就会反复加重。所以患者要注意冷暖与衣着，避免感冒，以免诱发青光眼。

（2）小量多次饮水：有青光眼的患者，不要一次饮太多的水，每次不要超过500毫升（约一大茶缸）。因为一次饮水过多，会使血液增多，造成眼压升高，对患者不利。饮水可以小量多次。

（3）保证充足的睡眠：失眠与过度疲劳，是诱发或加重青光眼的重要因素。所以患者要设法保证自己的睡眠。

（4）限制近距离工作：近距离工作时，由于眼睫状肌收缩、晶状体前凸，导致眼压升高。因此，患有青光眼的患者，在阅读或近距离工作时，时间不要太长，一般限在1个小时以内。

（5）避免长时间停留在黑暗环境中：在黑暗的环境中，会使瞳孔放大，使房角堵塞，从而导致眼压升高。

细菌性角膜溃疡

【概述】

细菌性角膜溃疡是由细菌引起的角膜化脓感染。近年来，由于角膜接触镜的普及，使本病有明显上升的趋势。发病前患者的眼睛角膜有创伤，如农村在收获季节，收割时角膜被麦芒刺伤；有的角膜被擦伤；戴接触镜的人也可能损伤角膜；有些婴儿的角膜感染，则是由于感染淋病的缘故。

【诊断】

起病急骤，眼睛畏光流泪，眼睑痉挛无法睁开，并伴有疼痛，视力锐减。检查时见眼睛充血发红，角膜中央有溃疡有时可伴眼前房积脓。

【治疗与护理】

主要是依靠抗生素眼药水滴眼。根据不同的细菌感染，使用不同的抗生素，如红霉素、万古霉素、诺氟沙星、庆大霉素等。

及时治疗一般可以治愈，但是角膜上可遗留白色瘢痕（即“翳”），也会严重影响视力。一旦出现角膜穿孔，患者可能丧失眼球。所以要爱护眼睛，配戴角膜镜时也要慎重，经常清洁镜片。

虹膜睫状体炎

【概述】

眼球壁有 3 层膜，外膜是透明的角膜和白色的巩膜组成，中膜是色素膜，内膜是视网膜。色素膜最前部的是虹膜，中部是睫状体，后部是脉络膜。虹膜和睫状体的血液供应由同一条血管，所以二者往往同时发炎，称为虹膜睫状体炎。

虹膜睫状体炎的病因有外因，通常是眼外伤或角膜溃疡后感染；内因是主要的原因，病原体或其产物通过血流进入眼内，如继发于眼球本身的疾病或结核病、风湿病和病灶感染（如齿槽脓肿、扁桃体炎、鼻窦炎等）。

【诊断】

虹膜睫状体炎常为急性发病。患眼有疼痛、流泪、畏光和视力减退。疼痛常放散至前额和颞部（俗称“太阳穴”）。

眼部检查可见角膜周围的球结膜充血，虹膜肿胀等，瞳孔缩小，对光反应迟钝，触摸眼球有明显疼痛。

虹膜睫状体炎可能严重影响视力，并发青光眼、白内障。所以发

病后要不失时机地抓紧治疗。

【治疗与护理】

理想的治疗应当是病因治疗，但是难以做到。

治疗虹膜睫状体炎可涂用散瞳药膏，充分散大瞳孔，防止虹膜后粘连。常用的散瞳药物有2%阿托品或0.5%东莨菪碱、2%新福林等。为了充分散瞳，有时在眼结膜下注射混合散瞳剂。还要给患者使用醋酸可的松、醋酸泼尼松、醋酸强的松龙、氟美松等激素滴眼剂，也可在眼结膜下注射。

在全身治疗中，要使用皮质激素，以便及时控制炎症。

患者应戴墨镜，减轻光线对眼睛的刺激。同时用热敷眼睛部位的方法，促进炎症的吸收。

视网膜脱离

【概述】

视网膜脱离实际上是视网膜本身的神经上皮层与色素上皮层分离。常见的原因是高度近视、外伤、眼内部的炎症和眼内肿瘤等。

【诊断】

常见的早期症状是眼前有闪光感觉和眼前黑点增多。如果某个视野出现固定性黑影，感到眼前有黑幕遮盖、水波纹感或闪光等，特别是眼球活动时更明显，说明该视野的对侧已经发生了视网膜脱离。如果视物模糊变形或视力骤然下降，说明眼底的黄斑部也受到侵犯。

医生要滴眼药水散瞳后，用眼底镜和裂隙灯详细检查患者的眼睛。

【治疗与护理】

发病后患者应卧床休息，经过详细检查定为裂孔所致视网膜脱离后，应及早接受手术治疗。如果能早期进行治疗，效果较好。

视神经炎

【概述】

视神经有一段在眼内，还有一段在眼球的后部。所以视神经炎包括视神经乳头炎和球后视神经炎。视神经的一些病变与中枢神经系统有密切关系。有些全身性发热性的传染病或慢性传染病，都可能影响视神经。眼睛周围器官组织的炎症，也会引起视神经炎。

【诊断】

视神经炎最主要的症状是视力减退，甚至失明，多数患者起病突然，除视力急剧下降外，常伴有头痛和眼球后疼痛，转动眼睛时疼痛

加重。

在球后视神经炎中，视力下降，用镜片不能矫正。

医生要检查患者的视野，并且检查眼底，可以发现眼底的视神经乳头充血或水肿，视网膜有水肿、出血或渗出物。

【治疗与护理】

治疗主要针对病因用药。早期服用激素类药物，如氢化可的松、泼尼松、地塞米松，抗生素有青霉素类或头孢菌素类、喹诺酮类，此外还可酌情使用血管扩张剂（如地巴唑、脑脉康、丹参）、能量合剂及维生素 B_1、B_{12} 等药物治疗。也可辅以中医药治疗。如果发病后能及时进行治疗，效果较好。

眼外伤

【概述】

眼睛与外界直接接触，容易受伤。一般眼外伤常发生于儿童，另外，在日常生活或工作中发生的意外事故，也有可能发生眼外伤。

【诊断】

眼挫伤是常见的眼外伤，它是由于各种钝器直接或间接撞击眼球所造成的。伤后眼睑发生水肿、淤血、裂伤，这时眼睛睁不开。眼眶、结膜都会受伤。角膜挫伤后，患者眼睛疼痛，眼睑痉挛，畏光、流泪。如果巩膜受伤，结膜下有出血。眼睛的其他组织结构也会受伤，产生不同的症状。严重的锐器损伤，可有眼球穿孔伤。

角膜异物常有细小的金属碎屑、煤屑、碎石等溅在角膜、结膜表面，引起流泪、羞明、眼睑痉挛，眼内有摩擦感、疼痛等刺激症状。异物存留过久可导致角膜炎，甚至形成角膜溃疡。

【治疗与护理】

眼外伤后，要立即去医院眼科进行急诊处理。有异物者应尽快取出异物，局部抗感染，滴抗生素眼药水和眼药膏。对失去视力而又无可挽回的伤眼，可行眼球摘除术，以防止发生交感性眼炎（一眼受穿孔伤后，经过一段时间，对侧眼也可发生同样的炎症，甚至失明）。

教育儿童不要玩弄刀、剪、锥及针等锐器，特别要强调，切勿让儿童玩一次性注射器，以免误伤。对从事有危及眼睛安全的工作，要注意安全生产，如使用防护罩和戴防护眼镜。节日期间，如果放烟花爆竹，尤其要注意保护眼睛，防止眼外伤。

外耳道炎

【概述】

外耳道炎易发生在夏天游泳季节，炎症可能是外耳道的疖肿，也可能弥漫在整个外耳道。

外耳道疖的病原体，一般是金黄色葡萄球菌；引起外耳道炎的细菌则有许多，如大肠杆菌、绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌或真菌等。

游泳或洗澡时，不洁净的水进入外耳道，或各种护发液、染发液等刺激性液体进入外耳道，甚至自己挖耳朵，都为细菌侵入外耳创造了条件。

【诊断】

有外耳道炎时，患者觉得外耳道疼痛，耳内有臭味的分泌物。

如果外耳道肿胀或被脓性分泌物堵塞，患者还会有听力减退。用手提耳郭或按压耳屏时，患者都感到非常疼痛。这一点与中耳炎不同。

检查时见外耳道或其周围红肿。

【治疗与护理】

治疗外耳道炎，一般不必用抗生素进行全身治疗。

可以局部用热敷方法治疗。用消毒的小棉棒，仔细清除外耳道内的分泌物，然后滴入药物。常用的有新霉素滴耳油等。

预防外耳道炎的方法，包括不要自己随便挖耳；游泳时用耳塞将外耳道堵塞；如果已经进入了脏水，应立即拭净。

附录 耵聍栓塞

耵聍俗称“耳屎”。耵聍是耳的分泌物。如果耵聍过多，会产生耵聍栓塞。

耵聍栓塞时一般无症状。但是耵聍过多堵塞了外耳道，可出现听觉障碍或有轻微疼痛、外耳道瘙痒。

重的耵聍栓塞，需要请耳科的医生帮助取出来。用外耳道冲洗法，能将耵聍冲洗出来。如果冲不出，可用耵聍钩将它取出。有时耵聍过干过硬，可以先滴一些滴耳油，待耵聍泡软后再取出。

中耳炎

【概述】

中耳炎在民间称为“耳底子”。急性中耳炎是中耳腔、咽鼓管等的急性炎症。

外耳道的鼓膜与内耳之间有中耳，咽鼓管是鼻咽部与中耳之间的通道，有调节中耳气压、有利传音的功能。

本病的起因通常是由于受到细菌性或病毒性感染，常继发于上呼吸道感染后，以幼儿多发病，尤其是3个月至3岁的婴幼儿更为多见。婴幼儿的咽鼓管发育不良，管较短，位置水平，管口常开放，所以在患有上呼吸道炎症或呛奶、呛水时，细菌可以经咽鼓管传入中耳，引起中耳炎。

耳朵长期反复流脓是慢性化脓性中耳炎的主要表现之一。它是由细菌引起的中耳的化脓性感染。大部分是由于急性期治疗不当或不彻底而转为慢性。有的患者耳朵流脓可长达数年或十余年，可造成鼓膜穿孔及声音传导的障碍，形成听力下降。

【诊断】

患急性化脓性中耳炎时，患者有持续而剧烈的耳痛，尤其是耳深部有搏动性的跳痛或刺痛。鼓膜穿孔后，耳痛立即减轻。幼儿则有高热、恶心、呕吐和腹泻。患者有听力减退、耳鸣，并且有耳闷，觉得耳内有一种闭塞感。说话的时候，感觉言语声音在头部增强了。如果中耳有积液，当转动头部时感觉耳内有水在滚动。

医生检查时，可见鼓膜充血或有膨隆。

慢性中耳炎分为慢性单纯型、骨疡型和胆脂瘤型3种。如果不认真及时地治疗，可能会发生许多严重的并发症，尤其是胆脂瘤型，可破坏骨质，并发严重的颅内感染，如化脓性脑炎，而危及患者的生命。

慢性中耳炎患者的主要症状有耳内流脓，有时脓液有臭味，不伴耳痛，也会觉得听力减退、耳鸣。慢性中耳炎患者的鼓膜可有持久穿孔。屡次复发可有息肉形成，肉芽组织从中耳经穿孔脱垂于外耳道。

慢性化脓中耳炎患者如果出现眩晕、呕吐、面瘫、剧烈头痛、寒战、高热等症状时，说明出现并发症，应立即去医院检查治疗。

【治疗与护理】

治疗急性中耳炎在鼓膜未穿孔时，即耳痛剧烈时，以2%酚甘油或石炭酸甘油滴剂滴耳。如耳流脓后，就不要再用上述两种药物。

这时的治疗以保持耳部清洁、干燥为主要措施，主要是局部的清洗和点药。洗耳时，要向外上方提拉耳郭，使耳道成一直线，用消毒棉签蘸双氧水清洗耳道内的脓液，连擦带卷，把深部的脓液清洗干净并拭干。然后患耳向上，滴入氯霉素等抗生素滴耳剂。静候数分钟，再用手指轻压耳郭数次，以促进药物渗入耳道深部。每天滴耳三四次。同时用1%麻黄素滴鼻，每天4次。

对急性中耳炎，还要采用全身抗生素治疗。有条件时，要做脓液的细菌培养和药物敏感试验，选用敏感药物进行治疗。常用的抗生素有青霉素和红霉素。

用超短波、红外线理疗，每天1次，也有效果。

胆脂瘤型慢性中耳炎应该进行

手术治疗，以清除病灶，促进愈合及避免并发症的发生。

慢性中耳炎不易治愈，遇感冒、中耳进水、过度疲劳等因素，可以反复急性发作，时间长了还可引起耳周或颅内的并发症，重者可危及生命。因此，对慢性中耳炎应当重视，认真滴药，预防复发。

平时不要用力擤鼻，尤其是患上呼吸道感染时更要注意；游泳和洗澡时都要防止脏水进入耳内。

慢性鼻炎

【概述】

医学上将鼻炎分为急性和慢性两大类，慢性鼻炎又分为慢性单纯性鼻炎和慢性肥厚性鼻炎。其中，慢性肥厚性鼻炎病程迁延，较难治愈。

慢性肥厚性鼻炎是鼻腔的黏膜、黏膜下层以及鼻甲的局限性或弥漫性肥厚增生。通常以下鼻甲的黏膜和骨质为主，中鼻甲也可有部分病变。因为它是鼻甲的肥厚性改变，不再是以充血肿胀为主的改变，所以称为肥厚性鼻炎。

【诊断】

慢性肥厚性鼻炎的症状，是持续性的鼻塞。鼻塞常在运动后或吸入温暖潮湿的空气后减轻，遇寒冷时加重。

患者多鼻涕，尤其是黏涕多，而且不易擤干净。如果用1%麻黄素滴鼻，不能使肥厚的下鼻甲有明显的缩小，所以鼻通气的改善不明显。患者经常合并有鼻窦炎，使鼻分泌物长期呈脓性。

【治疗与护理】

患慢性鼻炎的患者可用1%麻黄素滴鼻。

对于肥厚性鼻炎的患者，病情较轻时可在下鼻甲用硬化剂注射。其他方法还有二氧化碳激光或YAG激光凝固、气化肥厚的黏膜；也可采用液氮冷冻下鼻甲；下鼻甲黏膜下电凝固术；微波治疗等。

对于鼻甲骨肥大和下鼻甲后部肥厚者，应采取手术治疗的方法，切除下鼻甲的肥厚黏膜或骨质，使下鼻甲缩小，改善鼻腔通气。

坚持经常性的体育锻炼，提高身体的抵抗能力是积极的预防措施。此外，患者应戒烟酒，避免粉尘长期刺激。

梅尼埃病

【概述】

引起眩晕的疾病，常见的有高血压、动脉硬化、颈椎病等引起的椎-基底动脉供血不足，另外就是梅尼埃病（旧称美尼尔氏综合征、美尼尔病），医学上也称其为耳源性眩晕。

内耳有听觉和平衡功能。主管听觉的耳蜗神经和主管平衡的前庭神经位于颅内的内耳中。这两种神经受损则会出现听力下降和平衡障碍（即眩晕）。但是关于梅尼埃病的发病原因目前还没有彻底弄清，只知道与内耳中的迷路积水有关。

【诊断】

梅尼埃病以反复发作的旋转性眩晕、耳鸣、耳堵塞感及波动性听力下降（感音性聋）为特征。眩晕骤然发作，持续几个小时至一天后，逐渐缓解或消失。眩晕的同时，伴有恶心和呕吐、出汗。患者不敢睁眼睛或转动头部，面色苍白，可有眼球不自主地左右转动（称为眼球震颤），患耳内有胀满感。发作多次后听力下降。耳鸣呈间歇性或持续性。

发病时一般无头痛，也无意识障碍，但是严重影响工作和日常生活。

根据以上症状，结合听力和前庭功能检查，必要时再做甘油试验（服甘油脱水后查听力变化），一般多可做出诊断。

【治疗与护理】

治疗梅尼埃病的药物有抗组胺药，如苯海拉明、异丙嗪等。同时服用晕动片（含有东莨菪碱、苯巴比妥、阿托品等药物的复方制剂），有抗眩晕、止呕吐的作用。这种药副作用大，对于前列腺增生和青光眼的患者禁用。

乘晕宁（茶苯海明）、西比灵（氟桂利嗪）的效果也好。扩张周围血管及止眩晕的药物还有代芬尼多、倍他司丁等。常用的中成药有六味地黄丸、杞菊地黄丸、愈风宁心片和龙胆泻肝丸等。

患者需要卧床休息。头晕恶心严重、不能进食的患者，应输液治疗，并补充维生素。饮食宜清淡，易消化、低盐。对保守治疗无效或病情严重者，应进行手术治疗。

梅尼埃病发病的诱因多为上呼吸道感染、过度疲劳等，所以患者应积极预防，以避免反复发作。

慢性咽喉炎

【概述】

咽、喉是呼吸的要道，细菌、病毒和支原体经过鼻腔、口腔进入咽喉部。当人体受凉、过度疲劳、抵抗力下降的时候，即可引起急性咽喉炎。得了急性咽喉炎，就要及时应用大量抗生素进行治疗。

如果急性咽喉炎治疗不彻底，就会转成慢性咽喉炎。引起慢性咽喉炎的原因，还有慢性扁桃体炎、牙齿疾病及全身慢性感染性疾病。特别是慢性鼻炎，鼻腔堵塞，使之失去加温、加湿和过滤作用，干冷的空气和灰尘直接经口进入咽喉部，刺激咽部发炎。鼻窦炎患者的鼻涕倒流至咽喉部，也容易引起慢性咽喉炎。

此外，有害气体、烟、酒、辛辣食物的刺激，均可导致慢性咽喉炎。说话声音过高、时间过长，也容易造成慢性咽喉炎。

【诊断】

慢性咽喉炎有不同程度的咽喉不适，如烧灼感、异物感、干痒及痰多等症状。得了慢性喉炎会使声音失去圆润、清亮和悦耳的音质，发音嘶哑，痰多，有异物感等。

【治疗与护理】

患有慢性咽喉炎，要坚持治疗，主要是根治病因，治疗有关疾病。可以适当应用一些抗生素和抗病毒、抗支原体的药物。

理疗、超声雾化、服用中药，或者口含咽喉片，也有一定疗效。

如有淋巴增生，可行冷冻、电灼或激光治疗。单纯性咽炎可行局部封闭。干燥性咽炎用复方薄荷樟脑吸入剂较好，同时口服维生素 A。

预防慢性咽喉炎，要注意加强身体锻炼，增强体质；及时增减衣服，勿受凉；戒酒、戒烟，少吃或不吃辛辣刺激性食物；说话时间勿过长，声音勿过高。

用中药胖大海、麦冬、金银花、野菊花、甘草等，泡水代茶饮，有清咽利喉作用。

鼻咽癌

【概述】

鼻咽癌是原发于鼻咽部的恶性肿瘤，也是我国常见的恶性肿瘤之一。特别是在华南地区，如广东、广西、湖南、江西、福建等省区，发病更多。

鼻咽腔位于鼻孔后，是一个形状好像火柴盒一样的长方体腔道。

这个部位医生需要用鼻咽镜或内窥镜才能检查到。由于它的位置隐蔽，早期症状也不容易发现，所以往往会出现误诊，延误治疗的时机。

鼻咽癌的病因仍未确定，研究表明与 EB 病毒感染有密切关系。遗传倾向与环境因素也不可忽视。

【诊断】

鼻咽癌的早期症状，常见的有：

（1）鼻涕带血：患者的鼻涕中经常带有血丝或小的血块。尤其是清晨第一口痰中，很容易见到血丝。

（2）颈部肿块：另外，患者还可以自己摸到颈部肿块。这是鼻咽癌向颈部淋巴结转移的体征。肿块最初多以耳垂为中心，长在耳后的乳突尖下、下颌角后，摸起来比较硬，推的时候不活动，也不痛，与周围的皮肤不粘连。肿块可以逐渐长大，不断向下扩大，并且融合成大肿块。

（3）耳部闷胀：有的患者觉得耳部闷胀，通常是一侧有耳闷、耳鸣和听力下降。这是由于肿瘤压迫咽鼓管造成的。

（4）神经症状：如果病情继续恶化，肿瘤可能破坏颅底骨，向颅内转移。在人的颅底部，有许多孔道，供 12 对脑神经出入。鼻咽邻近这些脑神经，如果鼻咽癌侵犯到这些脑神经时，患者会出现一些症状，如头痛、面部麻木感、复视、视物模糊、眼睑下垂、眼外肌麻痹、眼球固定，甚至失明。

肿大的淋巴结如果压迫了这些神经，患者可能会有软颚麻痹、吞咽困难、伸舌偏斜、声音嘶哑等症状。

患者自己如果发现有回缩血涕，颈部无痛性肿块，一侧不明原因的头痛，或一侧性耳闷、耳鸣、听力下降，就要立即去医院检查。

诊断鼻咽癌，医生要对鼻咽部有病变的组织进行活组织检查，或对肿块进行涂片细胞学检查。有时候，医生经过一次检查，就可以从活组织病理涂片上发现癌细胞，但是也有时一次检查并没有癌细胞，还要进行多次检查才能确定或否定。

同时，还要作 CT 或磁共振检查。检查是为了发现鼻咽部有无肿物或骨质破坏。

在化验方面，由于鼻咽癌患者血液中的 EB 病毒抗体远比正常人高，所以检查血清中的 VAC-IgA（病毒壳抗原－免疫球蛋白 A 抗体），经常用来普查鼻咽癌。

【治疗与护理】

鼻咽癌要争取早期治疗，一般是放射治疗。早期治疗的患者，5 年的生存率达 90％以上，但是如果是中期才发现或治疗，平均 5 年的生存率只有 50％。

放射治疗以后，会损伤被照射的正常组织，出现口干、舌燥、鼻塞等症状，以及放射性龋病、上颌骨骨髓炎、放射性脑病等并发症。所以要加强护理，如保持口腔清洁，经常用淡盐水漱口等。

定期复查也非常重要，如果出

现固定性疼痛、咳嗽伴血痰、回缩涕带血、耳闷加重等，更应随时复查。

口臭

【概述】

口臭是一种常见的现象，也可能是一些疾病的表现。口臭可分为生理性口臭和病理性口臭两种，男女均可发生。当人在饮酒、饥饿、说话太多、鼻塞和运动时用口呼吸等，都会使口腔中的唾液丢失过多，导致口腔干燥，发出臭气。

夜间睡眠时唾液分泌减少，以及睡前没有认真刷牙，就可能为口腔内生存的厌氧菌提供可乘之机，第二天早上就会发生口臭。配戴假牙的人容易患口臭，这是因为假牙的基托上有许多微孔，容易积存细菌和食物残渣所致。一些口腔疾病，如牙周病、龋齿、坏死性口腔炎等易致口臭。

一些药物也可以引起唾液的分泌减少，如抗组胺药物、滴鼻药物、抗抑郁药、镇静剂、利尿剂、抗高血压药、抗肿瘤药等。因此，服用这些药物后，有可能发生口臭。女性在月经来临前，由于体内激素的变化，使口腔内的细菌增加，也可能发生口臭。节食也会引起口臭。节食时饮水量较少，口腔较为干燥，厌氧菌容易繁殖；节食时消耗体内大量脂肪，可产生一种称为丙酮的臭味物质。食用大蒜、洋葱、韭菜、咖喱等辛辣食物也会引起口臭。精神紧张。一些人由于害怕口臭，造成精神上的抑郁和焦虑，可以出现幻想性口臭。

口臭也可能是全身性疾病的征兆。如糖尿病患者易患牙周病而出现口臭。当糖尿病合并酸中毒时，口腔中有一种烂苹果味气体呼出；肾功能衰竭和严重肝功能衰竭的患者可有氨气臭味；鼻窦炎的患者因鼻腔不能呼吸，不得不用口呼吸，这样一方面可以造成口腔干燥，一方面鼻窦炎症的臭味就从口腔中呼出，也可造成口臭。还有一种食管裂孔疝的患者，胃酸常可反流到食管内，而引起一种难闻的怪味。

还有一种称为三甲氨尿的疾病，是一种少见的代谢性疾病，这种患者由于体内缺乏消化酶，无法将胆碱转化成为三甲氨，分解成为无臭的物质。当这类患者吃了蛋类、豆类和其他含有胆碱的食物后，也会产生口臭，同时尿液和汗液中都会产生一种臭鱼烂虾的味道。

【治疗与护理】

大多数口臭是可以通过调节生活习惯，而自己治愈的；只有一部分口臭才是真正需要治疗的。

治疗口臭，首先应请口腔科医

生检查有无上述口腔疾病。积极治疗有关疾病后，口臭也即可消失。同时注意养成良好的口腔卫生习惯，每天早晚刷牙，饭后漱口，定期进行口腔检查，定期洁牙，清除牙结石。在刷牙后轻轻刷洗舌头，对于消除口臭也是有益的。

不要吸烟饮酒，适量增加饮水量。对戴有可摘式假牙的人，应养成在进食后和晚上睡觉前清洗假牙的习惯。对唾液分泌较少的人，平时嚼一些口香糖，可以促进唾液的分泌。对牙周病等牙齿疾病所致的口臭，可用双氧水含漱。

急性牙髓炎

【概述】

急性牙髓炎是由接近牙髓腔或已经到达髓腔的深龋、外伤、磨耗等引起的牙髓感染。

【诊断】

急性牙髓炎的主要症状是剧烈的牙痛，常为自发性、阵发性疼痛；疼痛在夜间发作，夜间痛比白天严重；温度刺激可使牙痛加剧，一般在牙髓炎的早期，对冷刺激敏感，晚期对热刺激更敏感，酸、甜等化学刺激也能使疼痛加重。另外，疼痛不能定位，患者自己也不能明确指出病牙的所在。疼痛可放射到上、下牙及头面部，但是不会放射到患牙的对侧。

检查时发现引起牙髓炎的患牙，可有深龋、楔状缺损、隐裂、磨损等。

如果是化脓性急性牙髓炎，患者有龋齿，主要症状是有剧烈的自发性跳疼，疼痛可以放射到邻牙、对𬌗牙及同侧的耳颞部，夜间疼痛加剧，能影响睡眠。热刺激能使疼痛加剧，冷刺激可使疼痛减轻。

【治疗与护理】

对于急性牙髓炎的疼痛，可进行止痛治疗，如服用止痛片，并服用抗生素控制感染。

患者应去口腔科治疗。医生先将患牙的龋洞清理干净，再用蘸有止痛药物的小棉球放进洞内。待疼痛停止后，根据病情考虑做切髓术、干髓术或根管治疗。

经常保持口腔的清洁卫生是预防牙病的主要方法，如果发现有龋病，要及早治疗。

牙周病

【概述】

牙周病是包括牙槽骨、牙骨质和牙龈等牙周组织所患的疾病。常见的有单纯性牙周炎和牙周脓肿等。如果牙龈的疾病没有及时得到治疗，引起牙龈病的刺激没有去除，牙龈的病变就会从牙龈发展到深层牙周组织。牙菌斑和牙龈结石是引起牙龈病的主要原因。

【诊断】

开始时，患者并没有明显的自觉症状。个别患者有灼热和发痒等异常感觉。牙周病的主要表现是牙龈发炎、肿胀及出血，说话、刷牙、进食时都可引起出血，也可有自发出血。牙龈缘红肿，或有龈下溢脓，并有龈沟加深和牙周袋形成。如果牙槽骨被逐渐吸收，则出现牙齿松动、倾斜，甚至牙齿自动脱落。

【治疗与护理】

以局部治疗为主，如做菌斑控制，龈上洁治、龈下刮治及彻底的根面平整等，对松动的牙齿进行固定，或者拔除不能保留的牙齿。龈上洁治术目前已经采用超声洁治器，彻底去除牙石和牙菌斑，然后用磨光器抛光牙面。

预防牙周病，首先要做到的事情就是注意口腔卫生，认真仔细地刷牙。并且要正确地使用牙签、牙线等。

复发性口疮

【概述】

复发性口疮也称为复发性阿弗他溃疡，是一种最常见的口腔黏膜溃疡，而且经常反复发作。它的病因还不清楚，可能是一种自身免疫性疾病。

【诊断】

本病多发生在青壮年，幼儿很少发病。在唇、颊、舌尖、舌边缘等处多见。发病初起时，口腔黏膜充血、水肿，出现小米粒大小的红点，很快破溃成圆形或椭圆形的溃疡，直径两三毫米，中央稍凹，表面覆以灰黄色的膜，周围有狭窄的红晕。患处有自发性剧烈烧灼感，遇刺激疼痛加剧，影响患者说话和进食。

【治疗与护理】

本病常可自愈。治疗可用中药散剂贴敷，如锡类散、冰硼散等，也可用口腔溃疡药膜（成分有倍他米松、达克罗宁、新霉素、克霉唑

等）贴敷，一日数次，并服用维生素C和复合维生素B。

发病如与某些全身因素有关，应尽可能消除，患者也可接受全身治疗，提高自身免疫能力。

鹅口疮

【概述】

鹅口疮是口腔念珠菌病中的一种。念珠菌生存在人体内，其中常见的是白色念珠菌。

白色念珠菌常潜伏在正常人的口腔、肠道、阴道、皮肤等处，平时并不致病。当口腔不洁或全身大量应用广谱抗生素引起菌群失调时，该菌就大量繁殖而致病。鹅口疮经常发生在婴幼儿的口腔。

【诊断】

婴幼儿的口腔黏膜上出现白色微凸的小点或凝乳状斑片。开始时，病变区黏膜充血，出现散在的微凸的软白小点，随后白点融合，形成白色斑片，斑片还可以继续融合。这些斑块不易擦去，如果强行擦去，则遗留下潮红无上皮的出血面。患儿常常烦躁不安，啼哭，拒食，有时可有低热。

【治疗与护理】

如果患者仍在服用抗生素，应当立即停用。在碱性的环境里，白色念珠菌的生长受到抑制，所以可用2%～4%碳酸氢钠溶液擦拭口腔。然后用2%龙胆紫液涂布患区。

此外，还可用1∶2 000洗必太液或制霉菌素液作口腔冲洗，或用克霉唑软膏、制霉菌素软膏局部涂布。

平时要注意口腔卫生，哺乳用具和乳母的乳头要经常清洗，保持清洁。不要长期使用广谱抗生素，以免产生菌群失调。

下颌关节炎

【概述】

下颌关节炎是指下颌关节突与颞下颌窝之间因外力发生微小移动所引起的疼痛及开口障碍。也有人称为下颌关节紊乱症。下颌关节是连动关节，一侧有病会影响另一侧，所以下颌关节炎往往两侧皆有症状，而其中一侧较重。

引起下颌关节炎的原因很多，常见的有咀嚼硬物、开口过大、下颌遭受打击、颧骨弓骨折、慢性炎症等。这些均可引起关节间的软骨盘损伤或破裂嵌夹于关节间；或引起肌肉痉挛、充血、粘连，或有骨

性障碍等，导致一侧关节紧张而另一侧关节松弛，造成两个关节同时向侧方微小的错位，而影响口的开合。

【诊断】

下颌关节炎的患者常有上述病史，开口受限，咬合不严，语音失常。双下颌关节有酸痛感，局部可见轻度肿胀，也可以不肿。两侧下颌关节部位有压痛，其中以患侧为重。局部肌肉常因紧张而引起痉挛。从外观上看，患侧关节轻度凹陷，而健侧相应突起。开口困难，有的人开口时还会出现“咔咔”的弹响音。正常人开口位可并排放入3个手指，而下颌关节炎患者放入一个都十分困难，同时上下牙齿咬合不紧，咀嚼困难。

【治疗与护理】

下颌关节炎的诊断并不困难，凡符合上述表现的就可以诊断。发现有下颌关节炎应首先在医院进行复位治疗。复位时应有意识地放松面部肌肉，不必紧张，这样有利于复位的成功。自复位之日起，每天不断作开口与咬合练习。3周后，如无特殊情况可停止。

在这3周内切忌开大口、嚼硬物，以防复发。复位后有肿胀的，可以外敷消肿化淤的膏药，内服活血止痛药物，1～3周可停药。关节复位1周后，运动仍不自如时，可将60克海桐皮装入袋中，以水煎煮，煮沸10分钟后取出药袋，熨于局部。注意药袋与皮肤之间隔以毛巾数层，可以起到保温并防止烫伤的作用。每天可烫1～2次。

本病在急性期时复位良好，练功积极，保护得法就可以彻底治愈。否则可以转为慢性而反复发作。慢性下颌关节炎常有疼痛不适，并有弹响，每因开口大笑或咀嚼硬物而加重。治疗起来效果不太满意，可行局部封密治疗以消除局部炎症。所以应做好本病的早期治疗、练功及保护工作。

第六章　常见神经精神疾病的处理和预防

癫　痫

【概述】

有一种称为原发性癫痫，病因还不清楚。而另一种继发性癫痫，则是由于脑部病变后引起的，遗传因素在小儿癫痫的病因中起重要作用。本节重点介绍的是原发性癫痫。这是由多种病因引起的神经系统疾病，俗称“羊癫风”。主要表现为阵发性神志突然丧失和四肢抽搐。

【诊断】

癫痫发作有几种不同的类型。

（1）癫痫失神发作：以意识障碍为主，表现为突然发生和突然终止的意识障碍，患者突然变得对周围一切浑然无知，脑中一片空白。这种发作一次持续仅几秒钟或二三十秒钟，可伴有轻微的肌肉阵阵痉挛或强直。这时手里拿的东西会掉在地上，事后却对发作全无记忆。患者起病多在儿童期，每天可有多次发作。患者中女孩子多于男孩。

（2）肌阵挛发作：起病也在儿童时期。男孩子多于女孩。发作时，患儿突然出现短暂、快速的肌肉收缩，可能遍及全身，也可能仅限于一侧的面部唇、舌的抽动，或发生在躯干、肢体的某一个肌群，常发生在睡前或睡醒时。

（3）强直性发作：发作时，患儿全身进入强直性肌痉挛。这时患者的肢体伸直，头眼偏向一方或向后仰，伴有面部潮红或苍白，瞳孔扩大。

（4）大发作：这种发作类型在小儿患者中较常见。发作时间不定，以意识丧失和全身抽搐为特征。从开始发作到意识恢复大约需要5～10分钟。发作时，患儿突然大叫一声，神志丧失，两眼固定看着一处，口半张，头歪向一侧或后仰，肌肉呈剧烈的强直性收缩。由于呼吸暂停，出现口唇青紫，舌头也会被自己咬伤，并有不自主的排尿。经过数秒钟的强直后，进入阵挛期，出现肢体节律性抽动，不停地眨眼，咬牙，眼发红，瞳孔扩大，躯干抖动，四肢一屈一伸。最后呼吸逐渐恢复，口吐白沫状唾液，随之抽动逐渐减少，肌肉也渐渐松弛，呼吸加深，青紫消退。发作后，患者深睡，睡醒后觉头痛、身痛，对发作时的情况不能回忆，一般情况尚好。

脑电图检查是诊断癫痫最重要的依据之一。为了检查病因，还需要使用X线、CT、磁共振、脑血管造影、脑超声波、脑扫描等技术，以发现脑部的各种病变。

【治疗与护理】

病儿的家长和患者对癫痫都应有正确的认识，消除对这种病的消极恐惧，并且做到主动配合医生进行治疗，坚持长期服药治疗。

治疗癫痫的目标在于能完全控制发作，去除病因，减少对脑的损害，并且让患者在身体、心理和社会适应方面，都能保持良好的状态。

应帮助病儿建立良好的生活规律和饮食习惯，合理地安排学习和生活。癫痫发作经常有一定的诱因，如精神紧张、情绪激动、饮食过量、疲劳、缺少睡眠等，倘若能找出这些诱因，并且尽量避免则可减少发作次数。

如果能发现病因，如长了脑瘤，就要积极治疗，去除病因。

正确服用抗癫痫药物是治疗中的重要一环，一旦做出癫痫的诊断，就要及早治疗，以免造成对脑的过多损害。

医生是根据发作的类型，为患者选择药物，同时也要考虑药物的毒副作用。这些药物，患者的家长不可自行购药治疗，以免出现严重的毒副反应。治疗失神发作的首选药物是乙琥胺或丙戊酸钠；治疗大发作用卡马西平、苯妥英钠或苯巴比妥等。

口服的剂量从小量开始，逐渐增加，如果有条件，还应当进行血药浓度测定，以调整有效剂量。

用药最好是选用一种药进行单药治疗。几种药一起应用，并不能提高疗效，反而会增加毒性作用。

患者要按照医嘱长期坚持服药。一般在发作停止后，仍要坚持服维持量的药物2～4年，才能避免或减少复发。也不可突然停药，而是逐渐减量直至停药，这个时期大约需要半年。

对于抗癫痫药物可能出现的毒副反应，患儿的家长也要熟悉，以便及时发现问题。常用药物一般都比较安全，不良反应也是较轻微的，但是在服药期间要检查肝、肾功能和造血功能。

癫痫大发作时，家属或同事应镇静，将患者平卧，以免跌倒摔伤，可将毛巾的一角填入患者口中，以免抽搐时咬伤舌头。

如果癫痫病患者能与医生认真配合，大多数患者能够使病情得到缓解，也能正常生活和学习。关键是要尽早治疗、合理选药、单一用药、规则服药。不要听信不负责任的“秘方”、“偏方”之类宣传，以免延误治疗。

不要让患儿单独外出，以免发生危险，也不要从事危险性活动，如游泳、攀高、驾车等。

控制发作的主要方法是药物治疗。如果坚持正规治疗，80%的患者可以完全控制发作，同正常人一

样生活、学习和工作。

所谓正规治疗，按发作类型用药是首要的原则。如果只诊断为癫痫病，而不确定其发作类型，可能导致用药不当而降低疗效。

如苯妥英钠对强直-阵挛发作有很好的疗效，而对失神发作无效。相反，乙琥胺只对失神发作有效。丙戊酸类药物对全身发作的疗效高于对部分发作的疗效，而卡马西平则对部分发作更为有效。

第二个原则就是长期规则用药，只有这样才能保持稳定有效的药物血浓度，达到控制发作的目的。时至今日，仍然没有任何一种中药或西药只服1次或几次就可以彻底治愈癫痫。目前应用的一线抗癫痫药物，多主张单药治疗，或尽量减少用药品种，以防止发生药物间的相互作用。

目前，在药物治疗癫痫方面存在着一些值得改进的现象。用药千篇一律，用一种药物治疗所有类型癫痫发作的现象非常普遍，一方面患者本人或家长缺乏这方面的知识，另一方面有些医生对此不够重视。甚至要求患者停服已用的抗癫痫药物后，才能服用他的“验方”。结果造成患者换药频繁，不但发作未能控制，而且以后在选用药物时无所适从，也就不知道究竟哪一种药物对患者有效。

值得重视的是，多种药物（包括中药）合用的现象非常普遍。有些医生1次给患者用5种抗癫痫药，甚至在未经检查、未明确诊断的情况下，就可以邮购。这种方法虽可收到一时之效，但副作用非常明显，影响患者的生活、工作以及学习。治疗的目的是控制发作并改善患者的生活质量，在治疗中应找到两者最佳结合点，就是既要减少、减轻甚至完全控制发作，又要不影响患者的生活质量。多种抗癫痫药物合用，不可避免地存在着药物间的相互作用，疗效不稳定，而且不良反应明显。

祖国医学已有数千年的历史，有许多治疗癫痫的方剂和中成药。只有经过严格的科学验证，才能找出对癫痫确实有疗效的药物。目前，自制治疗癫痫的中药合剂有数十种之多，大多数未经科学验证就用于患者，其中绝大部分或明或暗地含有西药成分。在不了解这些中药对抗癫痫药物有什么相互作用的情况下就混合应用，是极不科学的。

儿童多动症

【概述】

儿童多动症是一类常见的儿童行为问题，有这种病的孩子占儿童的5%～10%。

【诊断】

儿童多动症的主要表现是孩子的注意力不集中，多动不宁，容易分心、活动过多、坐立不安、易激惹、好冲动等。比如，上课时注意力不集中，喜欢做些小动作、讲话、撩拨他人，或者发愣走神，下课时哄闹或恶作剧，经常不完成学校里的作业……

大多数患有儿童多动症的患者，智力属于中等范围，智商在90～110。少数智力偏低，但也属于正常范围，智商约在80左右。

【治疗与护理】

1. 药物治疗：中枢神经兴奋剂是治疗这种疾病的惟一有效药物。这类药物必须在专科医生的指导下服用。常用的有利他林，短期疗效十分显著。每天服5～40毫克，一般为早餐后顿服，或分早、晚餐分服，晚餐后禁服，星期日或节假日应停药。6岁以下和青春期后不用药。该药的副作用是食欲减退、淡漠、发呆、抑郁，还可能影响发育，所以不可自行滥用。

2. 行为教育：早期治疗可以改善病儿的注意力，使他们能认真学习，成绩也不会落后。

对多动症儿童的治疗，是一个较长时间内的综合治疗，其中除药物辅助治疗外，主要还是依靠心理治疗、行为矫正、感觉综合治疗、技能训练等。同时对病儿的家长也要进行训练和教育。

对多动症的儿童，需要治疗多动和注意力缺陷。要注意培养病儿对学习或读书的兴趣，改进学习的方法。另外要制订可行的学习目标，鼓励患儿去努力实现，并给予强化。

抽动秽语综合征

【概述】

抽动秽语综合征是起病于儿童时期的一种复杂的神经精神障碍，多在3～10岁发病，患者中男童多于女童。

该病的病因，目前尚不清楚，可能与脑内一种特殊的物质——多巴胺的功能亢进有关。也有些学者认为，患者有家族倾向，可能是一种遗传性疾病。

【诊断】

以多组肌群不自主抽动为其特点。患者表现为难以自控的运动抽动，以及伴发的行为症状。

全身多部位不自主的肌肉抽动，抽动具有突然、快速、重复和无目的等特点。最常见的抽动部位是头面部肌肉，挤眉弄眼、张口伸舌、点头、摇头，怪样百出；四肢和躯干的肌肉也可以发生抽动，如投手、耸肩、扭腰、跺脚、踢足、转圈走

路等动作。

运动抽动并不固定在一个部位，可由一处肌肉转移到另一处肌肉，而且常有身体几个部位的肌肉同时抽动。患者虽然意识清醒，但是不能自控。

抽动的次数和频率不定，一日数十次至数百次之多；抽动的强度也不同，轻者不容易被发现，重者抽动有力、动作夸张。抽动在精神紧张时加重，松弛时减轻，睡眠时消失。

运动抽动发生数月或数年以后，患者出现发声部位的抽动，喉部不自主地发出异常声音，如清喉声、犬吠声或动物吼叫声。一些患者还会刻板地发出咒骂，讲脏话，构成秽语症。

患者还可有与许多相关的行为伴发，强迫观念和强迫行为是本病的另外症状。半数以上的患者还有多动和注意力障碍，出现学习困难，甚至出现攻击行为、自伤行为或猥亵行为等。因而使患者在生活、学习、工作及社交方面，明显受到损害，心理发育出现异常。

抽动秽语综合征是一种慢性疾病，病情时好时坏，症状也起伏不定。若不积极治疗，有些患者的症状可以延续到成年，或成为慢性终身疾病。

【治疗与护理】

在治疗方面，药物治疗有一定效果。常用的药物是氟哌啶醇。但是更重要的是药物、心理、行为以及教育等综合措施，才能收到较好的治疗效果。

由于本病的一些症状非常特殊，所以常不被人理解，甚至认为是坏毛病或品行不良，病儿经常遭受一些不公正的待遇。

所以作为病儿的家长或学校的教师，应了解本病的性质，克服对患儿的歧视、惩罚及不正确的教育方法，消除精神刺激，减轻心理压力，采取适当的教育方法，以减轻病儿的负担。

面神经麻痹

【概述】

口眼歪斜，尤其是患侧闭眼无力者，称为周围性面神经麻痹，中医认为系“风邪入络”所致，是一种最轻型的卒中。

面神经来自人脑的脑干，这支较细的神经在到达面部之前，必须穿过几支动脉间隙以及颞骨岩部的一条小管道——面神经管，这种解剖结构上的特点决定了面神经的命运多舛。

周围性面神经麻痹的病因是病毒感染，如麻疹、风疹、水痘、腮腺炎、单纯疱疹、感冒等病毒，都

可以直接侵犯面神经，引起面神经发炎，有时还伴有患侧耳后疼痛。最近发现螺旋体也可引起周围性面神经麻痹，称为莱姆病。病因之二是脱髓鞘。髓鞘是包在神经外面的一层白色保护膜，主要起着“绝缘”作用，使神经内部的冲动不会相互传递形成“短路”。在某些情况下，如遭受病毒或细菌感染后，机体会对病原发生变态反应，造成髓鞘的溶解、脱失，使神经冲动发生“短路”，严重时会引起面神经麻痹。三是血管压迫。由于面神经离开脑干后，在两支小脑动脉中行进，如果有动脉炎、动脉硬化等疾病，也能压迫面神经，造成面神经麻痹。四是外伤、车祸引起的颅底骨折，尤其是中颅凹底部骨折，最容易造成面神经麻痹。

从诱因来分析，受惊和潮湿已经公认为最突出的因素。受凉和潮湿环境可以引起机体抵抗力下降，容易罹患病毒感染，如感冒等。另外，面神经管的骨膜也容易因受凉而充血、水肿，使本来已经狭窄的管道变得更加狭小，从而压迫面神经造成麻痹。

【诊断】

周围性面神经麻痹的体征很典型。患者面部不对称，在笑时患侧鼻唇沟变浅，口角向健康侧歪斜。不能鼓腮，不会吹口哨，无法吹灭生日蛋糕上的蜡烛。“人中”歪向健康侧。吃东西时食物常塞在牙齿和腮中间，要用手指拨出来。漱口时，水从患侧口角流出来。此外，患侧的眼睛变得比健康侧大，额纹变浅或消失，闭眼无力，常常流眼泪。

诊断必须要分清面神经麻痹是周围性的，还是中枢性的。方法是：试行闭眼时，上下眼睑能否有力地闭紧，如果不能闭紧就是周围性的；如果能闭紧则是中枢性的，中枢性的必须请神经科医师查清原因。

【治疗与护理】

面神经麻痹的治疗分两种情况：

1. 急性期：

（1）激素：能消除水肿和减轻炎症，又可对抗变态反应。常用药物为泼尼松 10 毫克，每日 3 次；

（2）B 族维生素：可保护神经，如维生素 B_1 和 B_6，肌内注射。

（3）穴位注射：挑选面部穴位，如承策、四白、地仓、迎香、颊车、头维、下关、承泣、耳门等，每个穴位注射维生素 C 和土的宁 0.5 毫升药液。

（4）电针治疗：穴位同前。

（5）物理治疗：如超短波、中波透热等。

2. 恢复期或慢性期：

（1）中药贴剂，如马钱子膏贴敷患侧。

（2）鲜鳝鱼血敷患侧面部。

（3）按摩。

除了内科治疗外，也可采用外科治疗，如面神经管减压术、面神经与舌下神经吻合术等。急性期或慢性期都可以做手术，可和耳鼻喉科或整形外科医师联系。

老年痴呆症

【概述】

老年性痴呆又称为阿尔茨海默病，是一种老年人特有的疾病，患者大部分是在65岁以后发病，女性的发病率是男性的3～5倍。患者的发病与年龄有关。年龄越大，患病的人数也就越多，大约年龄增加5岁，发病率就会增加1倍。据报道，65岁以上人群中，老年性痴呆的患病率是3%～14%，而80岁以上的老年人中，患病率高达20%～30%。

老年性痴呆是一种脑的退行性病变。人脑中有大约40亿个神经细胞。人在进入老年后，脑组织会逐渐退变，如神经细胞退变、缩小、脱失，数目明显减少。老年人的脑结构会明显出现改变，大脑萎缩，重量减轻。患老年性痴呆症的患者，脑重量和脑细胞都比同年龄的人减少。

我们的大脑有多种复杂的功能，智力是其中最重要的一种。所谓智能，包括记忆、学习、判断、理解、推理等。痴呆则是各种原因引起的智能障碍。患者以记忆丧失、抽象思维和计算受损、人格和行为改变为特征。

目前对发生老年性痴呆的病因还没有研究清楚，但是认为与家族遗传史有关。头部曾经有过外伤史的人，或者有脑动脉硬化的患者，患病率都比较高。

新近丧偶、家庭不睦、经济困难、生活颠沛的人，患病的机会比较多，所以与心理环境因素也有一定关系。

【诊断】

老年性痴呆是一种慢性疾病，以进行性智能缺损为特征，其症状波及精神活动的各个方面，如知觉、记忆、思维、智力、情感活动及意志行为等。病情的发展大约分为3个阶段。

第一个阶段，需要1～3年。

主要表现是近记忆力下降，也就是说，患者对最近发生的事情，甚至刚才发生的事情，非常容易遗忘。记不住人名和地名，经常遗失东西，忘记自己答应做的事情。但是对于过去发生的事情，比如年轻时候的事情，仍然记忆犹新。

第二个阶段为发病后的2～10年。

到了这个阶段，患者对远记忆也开始下降。对过去发生的事情，逐渐地也开始忘记，记不清自己过去的许多经历。

这时还出现许多动作和行为方面的改变，如患者整天忙忙碌碌，喜欢收集废品。尽管患者的经济条件和生活水平并不低，但是他们却热衷于捡拾“破烂”。或者夜间起床

活动，吵闹不休。

另外，有些患者性格改变，对周围漠不关心；而另外一些患者，则是变得欣快，整天无忧无虑，喜欢高谈阔论，语言啰嗦；还有的患者不爱清洁，不修边幅。

这个阶段的患者，已经无法进行日常工作，日常生活也逐渐变得不能自理，需要家人协助。

第三个阶段是发病后的8～12年左右。

这个时期的患者，已经无法与别人交谈，语言支离破碎，表情淡漠，无任何情感交流，终日卧床不起，生活完全不能自理，需要别人的帮助才能进行日常生活。

做影像学检查，如CT、磁共振等，可见患者的脑组织萎缩，脑室扩大，脑皮质变薄等。

【治疗与护理】

老年性痴呆没有特别有效的治疗方法和药物。可试用脑复新、脑活素、脑复康等促进脑代谢的药物。

家庭护理中，在增强老年性痴呆患者体质的前提下，促进大脑功能的代偿能力，在一定程度上改善患者的自理能力，稳定其情绪和心境，加强生理功能和认知功能，以期延缓疾病的进展，防止躯体并发症和智能以及个性方面的进一步衰退。

1. 加强家庭护理及安全管理：家庭成员或照料者要观察患者的心理变化，尊重患者的人格，尽量满足其合理要求，不要伤害他们的自尊心。由于痴呆患者的自我保护能力较差，在气愤、抑郁或意识模糊的状态下易发生各种意外，如跌伤、自伤、伤人、玩火、噎食等，故应注意对患者生活起居的照顾，不要将热水瓶、火柴、玻璃瓶、刀剪等危险品放在他们的房间内，患者吸烟时应有人监护。

2. 改善营养状况：患者不要饮酒，以减轻中枢神经系统的中毒性损伤。保证患者摄入足够的营养和水分，重视每餐的数量和质量，多摄入能营养大脑的食品，如动物脑髓、豆制品、新鲜蔬菜、水果等。

3. 合理安排患者的日常生活：督促患者遵守作息时间，确保充足的睡眠。患者睡眠时，卧室内光线宜暗淡，空气宜流通，温度、湿度要适宜，要保持周围环境安静。

早期患者可适当参加一些力所能及的活动，以减少孤独；症状严重的患者，须注意生活的照料，饮食、穿着、梳头、大小便等均需要家人帮助料理。通过反复的示范及手把手的教导，训练患者定向、记忆、辨识及日常事务操作等简单功能，可帮助患者保持基本生活能力。

4. 开展适当的文体活动：老年人应当多参加一些社交活动，参加学习，有助于预防老年性痴呆。家人除必要的生活照顾外，还应经常与患者谈话，激发他们的思维能力，并开展一些新奇的娱乐活动，以吸引其注意力，如玩简单的棋牌游戏、听音乐、看滑稽戏、阅读有趣的画

报等，以消除孤独感，增强社交能力，防止脑功能的进一步衰退。

帕金森病

【概述】

帕金森病又称震颤麻痹，是一种老年性中枢神经系统变性疾病，其发病率随年龄上升。

患者以运动减少、肌张力强直和震颤为主要症状。虽然症状表现在手、脚或面部，但病源却是中枢神经系统中脑黑质与纹状体区域的神经细胞发生了变性、凋亡，使得神经细胞数目明显减少，中脑黑质细胞产生的多巴胺减少。而多巴胺又和乙酰胆碱在脑内形成一种平衡关系。当多巴胺缺少后，乙酰胆碱就相对显得过多，于是出现一系列症状。

【诊断】

患者的临床症状一般出现在50岁以后，男性稍多于女性，起病缓慢，逐渐进展。

起初，患者的动作日见迟钝，往往难以完成精细动作，如用手系解除纽带、穿针引线等，逐渐写字也越来越困难，写得歪歪扭扭，而且很慢，更有甚者，字越写越小，称为“小写症”。严重时，进食喝水常引起呛咳。

患者肢体无力，发硬，不灵活，走路似乎很慌张，故称“慌张步态”，不但呈小碎步，而且向前冲，越走越快，正如开快车那样，不能立即停步或转弯。随着病情发展，肢体的长期强直，可引起疼痛、挛缩和畸形。

他们的手指会不停地颤动，称为静止性手指震颤，大约每隔几秒钟手指即呈现不自主的搓丸子样动作，该症状在情绪激动或疲劳时加重，在主动运动或睡眠时消失。随着病情发展，这种震颤还可波及下一步肢、头、舌和颈部。

患病后的老人运动缓慢、减少，常呆坐，面部缺乏表情，称为“面具脸”，语音低沉，唾液分泌增多，常有流口水的表现。部分患者表现忧郁或痴呆。

【治疗与护理】

1. 药物治疗：早期治疗用药可用抗胆碱能药物，以对抗过多的乙酰胆碱活性。

常用的药物有盐酸苯海索（安坦），剂量从小量开始，副作用有视力模糊、口干、便秘等，严重时出现幻觉、尿潴留等，此时必须停药。

有服用安坦时，同时服用金刚烷胺，用量100毫克，每天3次。该药副作用不大，早期治疗有效，可以坚持用药1～2年，如果疗效不好，应及早转入下一步治疗。

多巴胺替代治疗，常用复方多巴。其中一种是美多巴，另一种是

息宁。开始用小量，以后再加量，达到最佳疗效时，维持一定剂量。复方多巴的作用可维持 7～10 年。其后疗效会降低，此时可增加多巴胺受体活动剂溴隐停或培高利特（协良行）。这两种药物的副反应是恶心、呕吐、直立性低血压、幻觉等。

单胺氧化酶抑制剂可抑制单胺氧化酶，使多巴胺不被氧化，得以保持活性，常用药物有司立吉林（咪多吡），副反应有恶心、呕吐、直立性低血压和轻度躁狂。

2. 手术治疗：外科手术治疗帕金森病，俗称“细胞刀”，实际上是在 CT 定位下操作，把某些神经通路用微电极烧灼中断。如果手术成功，可以减轻症状，但是不能根治，患者仍要服药，但剂量减少。

3. 其他治疗：如理疗（包括按摩和运动训练），对肌肉强直、关节强硬和姿态不正的患者，可以起到相当辅助治疗作用。

对早期患者，应鼓励多做主动运动，多吃蔬菜、水果和蜂蜜，防止便秘。避免烟酒和刺激性食物。

家属应注意对患者生活起居的照顾。帮助患者勤翻身，在床上做被动运动。预防褥疮、关节挛缩和坠积性肺炎。

为患者准备一张特制的床，床面宽大一些，床距地面应矮一些，在床头和床边墙壁上安装把手和扶杆。床的周围，应有一定空间，少摆放家具，至少患者走出房间的通道应该是宽大和无障碍的。

室内地板不应打蜡，地毯应尽量去除，以防摔倒。患者日常生活中，经常用手扶墙，所以墙上最好安装把手或扶杆。

患者如厕的洗手间位置，不要距居室太远，洗手间的面积也应大一些，并预留出陪护帮忙的空间，采用坐式马桶，墙壁上装有把手，帮助患者变换体位。

对帕金森病患者不仅要加强生活护理，也要加强心理关怀，增强患者战胜疾病的信心。

椎-基底动脉缺血

【概述】

椎-基底动脉是脑的重要供血动脉。椎动脉左右各有一支。它穿行于颈椎两侧的横突孔，向上行进入头颅内，两支血管在脑内合为一支，称为基底动脉。从椎动脉和基底动脉，又发出很多粗细不等的小血管，供应大脑的枕叶、小脑、脑干、丘脑及内耳等部位。椎动脉和基底动脉以及它们的分支，统称为椎-基底动脉系统。

正常双侧椎动脉血流量为 200 毫升/分钟，相当于全脑血流量的 1/5。当各种病因使椎-基底动脉系

统的血流量下降到一定程度，就可以出现相应的脑缺血症状。一般不超过24小时，但可反复发作，医学上称为椎-基底动脉系统短暂缺血发作。有些患者症状不重，但24小时内不缓解，又称为椎-基底动脉系统供血不足。

椎-基底动脉缺血的病因：

（1）高血压、糖尿病、高脂血症、动脉硬化以及血管炎症导致椎-基底动脉系统的血管管腔狭窄、血栓形成。

（2）动脉血压过低，使椎-基底动脉的血流量减少。

（3）严重的颈椎病，导致颈椎横突孔狭窄，压迫椎动脉。

（4）某些先天的椎-基底动脉发育异常等。

【诊断】

头晕伴有天旋地转的感觉，或周围物体摇晃感，即眩晕；恶心、呕吐、耳鸣、听力下降；视物不清或视物成双影、视物变形；行走不稳、言语不清、声音嘶哑、吞咽困难；一侧肢体无力，伴对侧嘴歪眼斜、面部麻木；严重者可出现四肢无力、跌倒、神志丧失。临床以眩晕、恶心、呕吐、耳鸣最多见。症状持续数分钟或数小时，多在24小时内缓解，不留后遗症，但可反复发作。

中年以后，出现发作性眩晕、恶心、呕吐、耳鸣等症状，应该想到有椎-基底动脉缺血的可能，如果有高血压、肥胖、糖尿病、严重的颈椎病、冠心病等，更应怀疑此病。

患者应立即平卧，护送去医院就诊。选择医院的原则是，就近，最好有神经专科和急诊科室的医院。寻找合适的交通工具，以减少途中患者受震动和颠簸，搬动患者时要避免突然改变体位和过度扭转颈部。患者呕吐时要及时清除口腔的呕吐物，防止误吸入气道。

【治疗与护理】

椎-基底动脉缺血的治疗包括以下3个方面：

1. 针对各种危险因素的治疗：这类药物是针对高血压、糖尿病、高脂血症等诱发因素所进行的病因治疗，包括各种降血压药、治疗糖尿病药、降脂药等。

2. 改善脑部的血液供应和脑细胞的代谢。主要有3类：

（1）防止血小板聚集，降低血液黏滞性。

（2）选择性扩张脑血管，增加脑血流量。

（3）改善脑细胞代谢。

3. 发作时的对症治疗：发作时用药以减轻症状，发作间期无需应用，这类药物常可引起头昏和困倦感觉。

1/3的患者可以经过积极控制危险因素，逐渐停止发作。

1/3的患者反复、频繁发作。给予及时治疗，避免诱发因素，可逐渐减少发作。

1/3的患者在反复发作的基础上发展成为脑梗死。其中一半在首

次患病后1年内发生，其余在5年内发生。还有一种基底动脉型的偏头痛，也是椎-基底动脉缺血发作的一种形式。

椎-基底动脉反复发作还是心肌梗死的一个危险信号。

患者睡眠不能“高枕无忧”，高枕可能影响椎动脉的血流，还可能刺激颈交感神经，诱发脑缺血。避免由卧位或蹲位突然转成直立位。老年人直立调节反应能力减弱，在短暂脑缺血发作的患者中，直立调节障碍更常见。锻炼身体时，颈部不能过度地后仰、扭转、屈曲。外出旅游不能乘坐高速、旋转、快速升降的游乐设备，登高及坐缆车时也要小心。

野外或途中有发作应立即停下来平卧休息，一些长期性治疗在外出旅行时也要规则用药。近期频繁发作应避免外出。

短暂性脑缺血发作

【概述】

短暂性脑缺血是由于短暂性脑供血不足引起的，临床表现为突然发作的、短暂的、可逆的局灶性脑神经功能丧失，在24小时内完全恢复。

引起短暂性脑缺血的诸多因素中，动脉粥样硬化是主要病因之一。短暂性脑缺血发病机制复杂多样，可能的发病机制有：

（1）微栓塞：动脉粥样硬化斑块脱落形成的微栓子引起微血栓。当栓子自溶或侧支循环开放后，血流恢复，症状消失。

（2）血流动力学改变：患者原有某一动脉严重狭窄或闭塞时，靠侧支循环尚可维持该处血供。一旦血压降低，脑血流量减少，即可发生短暂性脑缺血。

（3）颈动脉受压：椎动脉因动脉硬化或先天性迂曲、过长或扭曲，或颈椎骨质增生压迫，当头颈过伸或向一侧转动，常出现症状。

（4）其他：脑血管痉挛、血液成分改变等。

以上几种学说不能解释所有病例，考虑不同的患者可以有不同的发病机制，在动脉病损的基础上，多因素的参与和激发可能是反复发作短暂性脑缺血的发病机制。

【诊断】

本病好发于中老年人，男多于女，发作突然，历时短暂，一次发作持续数分钟或数小时，并在24小时完全恢复而无后遗症，常呈反复发作。

1. 颈内动脉系统供血不足：最常见为单肢或上下肢无力，或感觉障碍，单眼黑矇；若主侧半球受累则出现失语、失读、失写等症状。

2. 椎-基底动脉系统供血不足：最常见的表现为眩晕、呕吐，其次是视物成双、构音障碍、吞咽困难、饮水呛咳，单侧或双侧肢体力弱等。如大脑后动脉分布区受累，可出现双眼视物模糊、皮质盲，少数患者有猝倒发作，常在迅速转头时突然出现双下肢无力而倒地，无意识障碍，常可立即自行站起。

3. 临床上还可见到短暂性全面性遗忘，患者突然出现近记忆障碍，但仍有自知力，谈话、书写及计算力保持良好，发作可持续数小时。

本病的诊断主要靠病史，表现为突然、短暂的局灶性神经功能缺失，反复、刻板地出现颈内动脉或椎-基底动脉系缺血的临床表现，持续不超过 24 小时。

在诊断短暂性脑缺血的同时必须寻找病因，尽可能明确病因，这样才能使患者得到彻底的治疗，应检查患者的血压、血糖、血脂、血常规，以明确有无高血压、糖尿病、高脂血症及血液病；检查心电图明确有无心律失常、心肌梗死等；注意两侧颈动脉搏动情况，颈动脉处和锁骨上窝处有无杂音。颈椎 X 线检查可显示颈椎骨质增生、颈椎间盘病变、椎间孔狭窄等，为椎-基底动脉供血不足提供依据，对于青年女性患者应排除口服避孕药引起发病的可能。

对经诊疗后仍反复、频繁发作者，应及时转到大医院做进一步检查，做多普勒超声检查，可显示颅内外动脉的管腔有无狭窄及其血流速度，有时可为微栓子的来源提供线索；做超声心动图检查，可显示心脏的附壁血栓、瓣膜病变和心内肿瘤；做颅脑 CT 扫描，某些腔隙性脑梗死患者的颅脑 CT 有时可显示低密度腔隙灶，但多数患者无阳性发现。

【治疗与护理】

无论何种原因引起的短暂性脑缺血，都应看作是发生完全性卒中的重要危险征兆，尤其是在短时期内反复多次发作者，应作神经科急诊处理。

药物治疗有脑血管扩张剂及扩容剂：可用脑血管扩张药物（烟酸、罂粟碱、前列环素、钙通道拮抗剂等），加入低分子右旋糖酐，静脉点滴，有心、肾疾病患者慎用。此外同时需服用抗血小板凝集药物。小剂量阿司匹林可有效地抑制血小板凝集，常用量为每日 30～50 毫克，口服，长期服用。

脑卒中

【概述】

脑卒中也称为中风或脑血管意外。它是指各种原因造成的脑动脉闭塞或破裂，导致相关区域神经功能缺损的疾病，统称为急性脑血管病。急性脑血管病发病急，来势凶，必须尽早处理。目前在我国，脑血管病的发病已经超过肿瘤和心脏病。

由于该病发生在人体最重要的中枢神经器官——大脑或小脑，使脑组织缺血、缺氧，所以起病后迅速产生意识丧失、失语、肢体运动障碍及感觉减退、麻木等严重症状，直接危及患者的生命安全。

发生脑卒中的原因既可能是脑出血，也可能是脑缺血。

脑出血是指脑组织内的血管破裂所导致的出血，主要有高血压性脑出血和蛛网膜下隙出血。前者是由于高血压脑动脉硬化，防治高血压可以减少其发病；而后者大多来源于颅内动脉瘤和脑血管畸形，病因多是先天性的，与高血压关系不大。

缺血性脑卒中包括短暂性脑缺血发作和脑梗死。导致脑梗死的原因，主要为脑血栓和脑栓塞两种。

脑血栓在脑血管疾病中最多见。在中老年人中以颈动脉或椎-基底动脉粥样硬化，管腔狭窄，以至完全闭塞；脑栓塞较少见。这是由于各类栓子脱落，阻塞脑的主要动脉，均可造成脑缺血、软化坏死。

目前公认造成脑卒中的危险因素有：

（1）高血压是脑卒中最危险的发病因素。收缩压高的患者，容易出现缺血性脑卒中；而舒张压升高，则脑出血的危险性较大。

（2）超重肥胖、吸烟、饮酒。

（3）心脏病变。如患有风湿性心脏病的患者，由于心房的血栓脱落，可以形成脑栓塞。

（4）糖尿病患者出现动脉硬化比健康人提前 10 年，容易发生脑梗死。

（5）血清总胆固醇超过 200 毫克（mg）/分升（dl）后，随其水平的上升，缺血性脑卒中的发病危险也上升；但当血清总胆固醇水平过低（低于 140 毫克/分升），又会增加出血性脑卒中的发病。

（6）季节。冬季由于寒冷，血管容易出现痉挛，血压增高，容易产生脑出血。

（7）缺乏体育锻炼或经常坐位工作，以及性格急躁、容易激动，都是脑卒中的高危因素。

【诊断】

脑卒中包括出血性和缺血性两大类，病因不同，治疗各异。所以患者一旦出现脑卒中，要迅速进行

CT检查，明确诊断，立即治疗。

如果患者突然出现剧烈头痛，呕吐，一侧肢体不会动，说话困难，意识不清，就可能是发生了脑卒中。如果患者出现了下列症状中的一项或一项以上，都提示有脑卒中的可能，需要进行相应的检查：

（1）突发的偏瘫，一侧肢体不会动。

（2）突发的意识水平下降，剧烈头痛。

（3）急性语言困难。

（4）突发一侧或双侧失明，或一侧视野丧失。

（5）共济失调，即行动不能自己掌握平衡，走路摇摇摆摆，四肢无力。

（6）偏身感觉减退，即半身麻木。

（7）眩晕、呕吐。尤其是伴有急性头痛时，提示小脑的卒中。

怀疑患者为脑卒中时，要立即进行头颅CT检查或磁共振成像（简称MRI）检查。同时进行必要的化验检查，如血常规、出凝血时间、血浆凝血酶原时间及活动度等，以及心电图检查。

医生通过检查病情，可以明确患者是否患有脑血管病，或是有脑部的肿瘤和其他非血管性疾病。

如果是脑血管病，要明确是出血，还是缺血。还要明确血管病是由于什么造成的，是高血压，还是动脉粥样硬化，或是由于血管的畸形造成的。

通过检查，还能找出病变的部位及大小。

【治疗与护理】

1. 积极联系医院：脑卒中发病急，预后差，所以抢救需要争分夺秒。发现患者后，必须立即与有CT检查设备的医院联系。

2. 早期患者应绝对卧床。床垫不可太软，头部取头高位，头底下垫较高的枕头，使头部与身体成30°的角度；有呕吐的患者要头侧位，避免将呕吐物误吸入气道。

3. 有条件的患者，在送往医院的路途中，要争取静脉输液，如先输入20%甘露醇，同时要维持血压、呼吸、脉搏等生命体征的稳定。

4. 3～6个小时内积极进行药物溶栓或抗凝治疗。脑梗死发展的过程中，在缺血5～60分钟内，梗死病灶的中心已经产生不可逆的坏死，而在它周围的区域，如果在3～6小时内恢复血液供应，可以使它的功能完全恢复。因此应当尽快将血栓溶解，使脑血流恢复，能够使症状迅速好转，同时减少后遗症。常用的溶栓药物有尿激酶（简称UK）和基因重组组织型纤溶酶原激活剂（简称rt-PA）。

5. 脑血栓的病情虽然比脑出血轻，但是后遗症多，致残率高。

6. 对于有脑出血的患者，要采取许多治疗措施，如用药防止脑水肿的发生，预防肺部感染等。

7. 如果出血量大，有些患者用外科立体定向穿刺引流，或用手术

将血肿清除。

8. 经常给患者变换平卧、左、右侧位3种姿势、体位，每两三小时1次，以预防褥疮发生。

脑卒中后两三周内，神经的功能恢复最快。如果发病已经半年以后，功能恢复就很困难了。

喂饭时应让患者侧卧，喝水可用吸管让患者自己吸饮。鼓励患者多喝水，保证每天的入液量在3 000毫升以上，尿量在1 000毫升以上。

日常鼓励患者咳嗽及深呼吸，翻身时给患者轻拍打胸背部，有利排痰。

经常帮助患者进行肢体的功能锻炼，通过主动或被动的功能锻炼，保持瘫痪的肌肉关节活动，以防止关节僵直、组织萎缩。每天让患者做上肢锻炼，同时也要给患者做被动锻炼，如活动踝、膝关节，对大小腿肌肉进行按摩。

保持大便通畅。如果3日无大便，即应采取通便措施。如轻泻剂或开塞露，必要时可带手套用手指挖大便，以排除患者便秘的痛苦。

对长期卧床的患者，加强营养非常重要。饮食要有足够的营养，尤其是蛋白质和维生素，供应要充足。食物中也要有丰富的纤维素，如蔬菜和水果。

卧床患者一般食欲不好，所以在烹调时要注意色、味、香，鼓励患者多进食。

有些脑卒中患者发病时的症状较轻，因此常常没有引起足够的重视。经过数小时至一两天，症状加重，肢体完全不能活动时再送医院，已错过了治疗的最佳时间，即使再好的药物也不起作用。

因此对待脑卒中应该有像对待心肌梗死一样的抢救意识，争取时间，积极治疗，降低致残率，提高生活质量。

为了降低致残率，早期开始正规的康复十分必要。

患者发生脑卒中后，多产生瘫痪、失语、失认、痴呆，留有不同的后遗症，既给患者造成极大的痛苦，也给家庭带来沉重的负担。

应帮助患者树立同疾病做斗争的信心和勇气。教育患者应面对现实，对疾病的态度应是“既来之，则安之”。焦虑抑郁与悲观失望并不能使病情好转，相反还会积郁成疾。让患者对治疗充满信心，以坚强的毅力去克服可能遇到的各种困难，很好地与医生配合，认真执行医嘱，增加康复的机会。

患者在生命体征稳定后，要早期进行规范的康复治疗。如认知功能、语言功能及肢体功能的康复。中药及针灸治疗，可以协助促进神经功能的恢复。

康复工作是一门技术性很强的专业技术，最好能在专业的康复医生指导下进行。

患者发生脑血管意外后，在早期就要注意，使患者的肢体保持在良好的功能位置上。如仰卧时，肩关节下垫以枕头，让肩关节稍外展、

外旋；整个上肢置于胸旁的枕上，肘关节呈伸展位，腕关节背屈 30°，手呈半握拳状；髋关节伸直，臀部稍垫高，腿外展，可放置枕头，防止下肢外旋，使呈中间位；膝关节伸直稍屈起，在其下方垫以软枕。足底应设法摆成 90°，防止足下垂。

这样的正确体位，会预防或减少偏瘫后肢体出现的痉挛。

脑梗死的患者，从第二天开始（脑出血的患者待病情稳定后），要帮助患者每天做几次动作轻柔的关节被动活动。活动范围要小，注意保护肩关节。

患者如果已经度过急性期，意识转为清醒，血压、脉搏、呼吸稳定，脑梗死距发病 1 周、脑出血 3 周后，就可逐步进行床上的仰卧起坐，以及向左、右移动和翻身的锻炼。由此再逐步过渡到站立练习、迈步练习、上下台阶练习。

功能训练要循序渐进，持之以恒，不要操之过急。

对患者各肢体要以远侧到近侧进行，顺序由小关节到大关节，强度不能过大，每天训练四五次，每次 20～40 下。不仅要加强健侧肌力的训练。同时也要鼓励患者进行日常的生活动作训练，掌握进食、洗漱、更衣、大小便自理，从事简单的家务劳动等。只要患者自己能做到的，就让他自己做，这样才能巩固康复的疗效，进一步提高患者的生活质量。

预防脑卒中的发生，要从小做起。如果家族中有人患有高血压病、冠心病和脑卒中病，更应该注意预防工作。

男性发病的危险高于女性；女性绝经后发病的危险高于绝经前，因此对于中年以后的男女，也应格外注意。

有高血压的患者，要控制血压水平至正常。体重超重的人要减肥治疗。糖尿病患者要积极治疗糖尿病，把血糖尽早控制在正常水平。有高脂血症的患者，也要积极治疗，争取血脂达到正常水平。

预防脑血管疾病的措施包括合理的饮食，如低盐；多吃水果蔬菜，尤其是多吃深绿色的叶菜和红黄色的水果；少吃动物性脂肪，鸡蛋每天不超过 1 个，增加豆类食品等；戒烟，少饮酒，经常参加体育活动，做到心理平衡等。

血液黏度升高是许多心脑血管疾病发生、发展的基础。降低血液黏度的方法有适当运动，加快血液循环，使血液黏度下降；其次要戒烟，吸烟可使血管收缩，血液黏度升高。饮食应清淡，少食高脂肪、高糖的食物，多吃鱼、蔬菜、瓜果。另外，山楂、蒜、黑木耳、茶等，也有降低血液黏度的作用。

根据引起血液黏度升高的不同因素，可以采用不同的药物治疗。如红细胞聚集性增高者，可使用潘生丁；血脂升高者用月见草油、多烯康等；血小板集聚增高者用阿司匹林、藻酸双脂钠；红细胞变形性

降低者，用三磷酸腺苷、己酮可可碱；纤维蛋白原增高者用蝮蛇抗栓酶、尿激酶等。

常用的中药有丹参、川芎、益母草、郁金、桃仁、红花、当归、赤芍、水蛭、葛根等。

神经性厌食症

【概述】

神经性厌食症是一种与精神因素有关的心因性疾病，以厌食、消瘦、营养不良和闭经为主要特点。本病以女孩子多见，病前往往有拘谨、保守、偏食、焦虑、强迫或癔病样性格的特征。也可能与家长过分溺爱，养成孩子挑食、偏食的习惯有关。患者常常没有食欲，拒绝进食，即使较长时间不进食也不感到饥饿，往往不愿意在公共场所进食，不愿意与家人一起进餐，即使吃了一点，也常常偷偷吐掉，有时还偷偷服泻药。常有营养不良、头晕、贫血、瘦弱、腹部凹陷及闭经。严重者可造成不可逆转的器官损害，也有的患者因悲观失望而自杀。应及早识别此病，以阻断疾病进展，一旦进入后期，处理相当困难。

患病的原因主要有：

（1）不良的进餐环境：多见于年龄较小的孩子。有的家庭常在吃饭的时候教育或训斥孩子，使吃饭的环境笼罩在不愉快的、紧张的气氛之中。

（2）突然的精神刺激：突然受惊吓，变换环境，父母离异，损伤孩子自尊心，均会使孩子食欲降低而厌食。

（3）错误的审美观点：多见于女孩子，这些女孩子盲目追求形体美，担心发胖而有意识地极度限制饮食，即使饿得四肢无力、头晕眼花，也不肯进食。

【诊断】

（1）体重至少比原来减少25%，比同年龄或同身高的标准体重至少低15%。

（2）以苗条为美，惟恐长胖，有意控制饮食，宁愿挨饿。

（3）停经3个月以上。

（4）有心动过缓、消瘦、呕吐和发作性食欲亢进等症状。

（5）无其他躯体性病理改变及精神障碍。

（6）起病常在10岁以上。

【治疗与护理】

1. 心理治疗：心理治疗对神经性厌食非常重要。首先要了解患者的发病原因，凡是能解决的客观原因，均应尽力予以解决。如因精神因素引起的厌食，则应妥善处理好，并以心理疏导为主；对于主观认识上的问题，应逐步予以解释；对有意控制饮食、追求苗条者，则应向她们灌输正确的审美观，鼓励多进

食。必须强调的是，神经性厌食患者与医生、家长之间，一定要建立起良好的信任关系，并要密切合作。

2. 躯体治疗：除轻症以外，一般应以住院治疗为宜，应有专人管理患者的饮食，边鼓励边进食，如能与同年龄的人一起进餐更好。患者应卧床休息，供给高热量饮食，必要时可强迫鼻饲。对营养极差，又有呕吐或坚决拒食者，可采用静脉补液或静脉营养，输给白蛋白、全血。

应普及健美知识，让人们知道，盲目追求时髦、苗条、过度节食是严重损害少男少女健康的做法，必须加以纠正。正确的减肥方法应是进行体育锻炼，练习健美操，使脂肪减少，肌肉发达。

慢性酒精中毒

【概述】

患有慢性酒精中毒的患者，有长期的饮酒史，而且饮酒过量，每天喝烈性白酒 200～250 毫升。

酒精是一种“亲”神经的物质，与人的大脑和神经系统特别容易“亲近”，于是会带来神经系统的一系列损害。

【诊断】

慢性酒精中毒的患者有许多症状，主要是四肢麻木、疼痛不适、震颤（双手、头部、躯干颤抖）。有的患者走路摇摇晃晃，脚步走不稳，手的动作也变得笨拙。患者自述头昏，说话、吐字也不清楚。另外有精神异常，如注意力涣散，反应迟钝，倦怠，定向力和注意力都很差。还可以出现各种幻觉，尤其是幻听和幻视更为多见。

长期嗜酒，会损害心脏、肝脏、肾脏，造成酒精性肝硬化、动脉硬化、脑梗死、癫痫和慢性胃炎、肌肉疾患等许多疾病。

【治疗与护理】

首先是要戒酒。患者一定要下定决心，坚持戒酒。戒酒时要注意加强营养，补充维生素 B_1、B_6。戒酒时，可皮下注射阿朴吗啡或肌内注射吐根碱，形成对酒及酒味的呕吐反射，如此反复多次，可以产生对酒的厌恶感。也可服用抗饮酒剂（如戒酒硫等），使饮酒者产生不舒服的感觉。另外也要进行心理治疗。

对于出现的其他疾病或症状，应当去神经内科或其他科进行治疗。

偶尔少量饮酒对身体没有太大的影响，但是每个人对酒精的耐受量有很大的差异，酒量有大也有小，所以酒量小或对酒精过敏的人，更应该控制酒量。

药物依赖

【概述】

药物依赖又称药瘾，是指强烈地渴求并反复地应用某种药物，以取得躯体上和精神上的快慰，或避免断药后产生的痛苦。

有些人反复使用了某类药物后，使身体在生理上和生物化学方面发生了某些变化，以致需要这些药物持续地存在于躯体内部。当停止摄入这种药物后，身体就会出现戒断反应。轻者出现难以忍受的周身不适，重者可造成生命危险。所以患者为了免除戒断时的痛苦，不惜采取各种手段得到此药。酒依赖就是其中之一，还有毒品依赖、某些药物依赖等。

【诊断】

造成吗啡型成瘾的药物有鸦片、吗啡、海洛因、哌替啶（度冷丁）等。它们除了具有镇痛作用外，还可以引起欣快感，并且迅速产生耐药性，很快成瘾。

吗啡等药物在临床用于止痛，但是也成了吸毒者的嗜好。长期吸毒者均患有不同程度的呼吸、心血管系统疾病，对人体的免疫和内分泌、中枢神经系统也会造成损害。孕妇吸毒会对胎儿造成毒害，死亡率极高。

共用注射器吸毒，是传播肝炎和艾滋病的重要途径。吸毒过量还能抑制呼吸，造成死亡。吸毒成瘾的“瘾君子”，往往人生观、价值观都趋于颓废，由于经济等方面的原因，许多人沦落街头，走向犯罪。

毒品一旦成瘾，很难戒除。这是由于戒断症状十分痛苦。一般在停用后五六个小时就会出现症状，表现为打哈欠、流眼泪、出汗、头晕，全身肌肉疼痛，辗转不安，情绪低沉抑郁，痛苦呻吟，严重时四肢抽搐、全身颤抖，有一种濒临死亡的感觉，甚至出现虚脱。

另外，吸食可卡因和大麻等毒品也会成瘾。

苯丙胺是中枢兴奋剂，可减轻嗜睡和疲劳感，使人机智、欣快，但是也会造成严重的戒断症状。安眠药物（如苯巴比妥）、抗焦虑药物（如地西泮、眠尔通、安他乐等）都能造成药瘾。若长期服用，很容易形成对这些药物的依赖。此时一旦停药，患者则会周身不适，彻夜难眠，情绪抑郁、焦虑不安、震颤、出汗、肌肉抽搐，甚至出现精神错乱。

【治疗与护理】

戒毒应当在戒毒所进行，用药物方法戒断，同时进行心理治疗。

如果是治疗用药，如安眠药物成瘾，则要停药。

热爱生命，就要远离毒品。在

任何情况下，不要尝试吸毒，即使是好奇心驱使，也千万不可以身相试。

要强调合理用药，防止滥用，以免成瘾。作为患者也要知道麻醉剂、安眠药及抗焦虑药的危害。

神经症

【概述】

神经症是精神疾病的一大类，患病的人数相当多，估计有10%的人患有这一类疾病。过去曾经把神经症称为神经官能症。

神经症是一组精神障碍疾病。但是除了癔症患者以外，其他患者却没有精神病的症状。主要表现为烦恼、紧张、焦虑、恐怖、强迫症状、疑病症状、心情抑郁等。

神经症发生的基础是神经质。神经质者的性格特征是精神内向，内省力很强，有疑病倾向，对自己的心身活动特别敏感，总是担心自己的健康。

当一个人出现某些身体不适感和轻度功能障碍时，如果不特别注意，不适感一般会自行消失。但是神经质的人往往把这些现象误认为是“病态”，过度注意这些“病态”，并且企图排除这些“病态”。

对于某种感觉，如果集中注意它，这种感觉就会变得敏感。感觉与注意力持续地交互作用，这种感觉就会越来越强化，最终形成神经症。

【诊断】

患有神经症的患者，除了有精神症状外，同时还有许多身体上的不适。患者诉说失眠、头昏、各种各样的疼痛、乏力、记忆力减退、胸闷、心慌、呼吸困难、恶心、吞咽困难、胃肠不适、面部潮红、勃起功能障碍、早泄、月经不调等。

患有神经症的患者自己感觉非常痛苦，因为他们主观感觉身体不适，有时他们难以忍受疾病的折磨，经常在医院的各科寻医求药。但是因为医生检查不出患者有哪些器质性的病变，所以患者往往不被别人（包括部分医生）理解，使患者更加陷入痛苦之中。

神经症的主要表现是过分焦虑、紧张恐惧、强迫症状、情绪抑郁、疑病观念、癔病症状等。

临床上根据其症状特点，分为不同的类型：焦虑型神经症、恐怖型神经症、强迫型神经症、疑病型神经症、人格解体神经症、神经衰弱、癔症。

（一）抑郁症

抑郁症是一种以心境低落为主要症状的神经症，常伴有焦虑、躯体不适和睡眠障碍。大约有12%的人，在一生中的某个时期，曾有过抑郁症的表现。在综合性医院中，

抑郁症患者约占门诊患者的9%～20%。

虽然患者自觉症状严重难治，但主动求治，希望能治好。目前，大部分患者没有得到正确的诊断和治疗。由于抑郁患者常有消极悲观念头，重者轻生厌世，所以应高度警惕，严加防范，以免患者出现意外情况。

起病常与心理社会因素有关，无器质性病变，病程持续迁延。

典型抑郁症的症状表现为“三少”和“六无”。“三少”是指思维迟钝、情感低落、行为减少。“六无”是无趣、无助、无能、无力、无望、无价值。

诊断是否患有抑郁症，要以持续两周的心境低落为主要症状，在此期间，同时至少要有下述症状中的2项。这些症状有：

(1) 日常生活丧失兴趣，无愉快感。

(2) 精力明显减退，无原因的持续疲乏感。

(3) 精神运动性迟滞或激越。

(4) 自我评价过低，或自责，或有内疚感，可达妄想程度。

(5) 联想困难，或自觉思考能力显著下降。

(6) 萌发想死的念头，或有自杀行为。

(7) 失眠或有早醒，或睡眠过多。

(8) 食欲不振，体重明显减轻。

(9) 性欲明显减退。

(二) 焦虑症

有些患有神经症的人，经常无缘无故地出现无明确对象、无固定内容的紧张害怕，整天提心吊胆地过日子。如果这种症状成为了主要的临床症状，则称为焦虑性神经症。

患有急性焦虑症的患者，起病突然，患者没有原因地感到心慌意乱、紧张不安或无名的恐惧，似乎预感到大难临头。同时还有心悸、胸闷、头晕等症状。

慢性焦虑症患者常有恐惧性的预感，终日紧张不安，坐卧不宁。不论遇到什么问题，总是从最坏处考虑。

(三) 强迫症

一种明知不必要，甚至自己也认为是愚蠢的想法，但是却又无法从头脑中摆脱。于是反复呈现这些观念、情绪或行动，常常伴随着焦虑和恐惧。患者虽然知道它们是一种不正常的病态表现，并极力抵制，但是最终也难以驱除和摆脱。患者常有强迫动作，即重复出现一些动作，自知不必要而又不能摆脱；有的则是强迫思维。如有的患者离家时，反复检查门锁，看关好了门没有，虽然反复检查核对，仍然放心不下；有的患者则老想一些毫无意义的问题，自己也控制不住。有的患者强迫洗手，甚至手洗破了，仍然不停地洗……

(四) 恐怖症

对一种特定的情景、物体或人体，会产生强烈的恐惧或紧张感，

从而不得不回避；明知不合理，但是在相同的情况下，仍反复出现，难以控制。例如有一位女士曾经在厕所遇到过坏人，以后只要走进厕所就想到坏人会再来，紧张得不得了。又例如，有人对蛇特别害怕，总是远远地躲避，如果不期而遇，则惊恐万分，吓得浑身发抖，惊叫奔逃……

（五）疑病症

有人过分关注自己的健康，怀疑身体某一部位或某一器官异常，反复要求医生检查，尽管临床检查无客观证据，但仍认为自己患了某种病，同时伴有焦虑不安。

（六）癔病

由心理因素或自我暗示所引起的一种疾病。表现为突发性短暂的精神障碍、躯体障碍，但无器质性改变。例如，有人虽然找不出致病的原因，却突然不能走路。

神经症起病常与心理社会因素有关。不健全的人格特征，往往构成发病的基础。患者虽然可以表现出形形色色的精神上和躯体上的症状，但在检查时，却不能发现与临床症状相应的器质性病变。

除了极少数癔症患者以外，患有神经症的患者意识清楚，没有幻觉、妄想、怪异的思维等精神病症状，也不会把自己的病态体验与客观现实相混淆。因此，患者全部或部分地保持对社会生活的适应能力和劳动能力。

患者对自己的疾病有一定认识，自知有病，因而主动就医，要求治疗。

【治疗与护理】

轻型的抑郁症不会影响智力及身体发育，只要患者能积极治疗，完全可以正常地生活和学习。对严重的抑郁症患者，特别是重复发作的患者，需要抗抑郁药物和心理治疗同时使用。此病复发度高，因此，服抗抑郁药物期间应适当延长。

1. 心理治疗：以支持性心理治疗为主。心理治疗能够帮助患者分析他们问题的来源，教会他们如何去应付生活中的各种诱发抑郁症的事件，教会他们如何通过自己的行动来改善病情，鼓励患者“重在行动”、“行动改善性格”，增加生活满意度，减少导致抑郁症的行为方式。

患者千万不要给自己制订出一些很难达到的目标，正确认识自己的现状，正视自己的病情，不要再担任一大堆职务，不要对很多事情大包大揽。可以将一件大的繁杂的工作分成若干小部分，根据事情的轻重缓急，做些力所能及的事情，切莫“逞能”，以免完不成工作而心灰意冷。

日常生活中尽量多参加一些活动，尝试着做一些轻微的体育锻炼，看看电影、电视等，可以参加不同形式或内容的社会活动，如讲演、参观、访问等，但不要太多。

不要急躁，对自己的病不要着急，治病需要时间。患者在没有同对自己的实际情况十分了解的人商

量之前，不要做出重大的决定，如调换工作或结婚、离婚等。

不妨把自己的感受写出来，然后分析、认识它，哪些是消极的，属于抑郁症的表现，然后想办法去摆脱它。

2. 药物治疗：①三环类抗抑郁药物：多塞平（多虑平）、阿米替林或丙咪嗪等均可选用。②四环类抗抑郁药物：如，马普替林、米安色林。③选择性给药：5-羟色胺再摄取抑制剂，如氟西丁、帕罗西汀与舍曲林等。④苯二氮䓬类：如阿普唑仑（佳乐定）、艾斯唑仑（舒乐安定）等。

治疗神经症可以应用“森田心理疗法”。这是日本的一位心理学家森田正马创立的。

这种疗法的核心是顺其自然，即要顺应自然，接受自己的情绪，接受自己的症状存在，以及接受与这些相伴随的苦恼和焦虑，不要人为地排除或回避它；同时以积极的态度从事建设性的活动，照常工作和学习，破除各种精神交互作用，各种不适症状也就会减轻或自行消失。

对患有疑病症的患者要耐心、反复地讲解科学知识，打消患者的顾虑。同时服用小剂量的抗焦虑药物。

此外还有物理治疗、生物反馈和放松训练等治疗方法，应用心理应激与应对理论治疗强迫症。

治疗急性焦虑症以药物为主。可服用利眠宁、地西泮、硝基安定、羟基安定、氟安定、安它乐、芬那露、丁螺环酮等抗焦虑药。某些抗抑郁剂，如多虑平、阿米替林等，对减轻焦虑也有很好的疗效。

对于慢性焦虑症，应以心理治疗为主。

对于神经症的治疗，关键是要医患之间的良好合作，相互信任，使精神治疗发挥作用，同时患者的家属和单位也要创造有利的生活和工作环境，消除不利因素。

精神分裂症

【概述】

精神分裂症属于慢性功能缺损的精神障碍，其特征是涉及思维、情感和行为紊乱的精神病性症状。它是最严重、也是最常见的精神病之一。患病率高达 7%，严重危害人民的健康。在精神病医院住院的患者中，有 2/3 是患有精神分裂症的患者。

这种病多在青少年时期起病，病程迁延，逐渐发展。如果不积极进行治疗，患者可以出现精神衰退和人格改变。

精神分裂症的病因，还没有彻

底弄清楚。目前认为，遗传因素有重要的作用。在精神分裂症患者的亲属中，精神分裂症的患病率，显著高于普通人群，而且血缘关系越近，患病率也越高。

剧烈的精神刺激，可能是促进某些患者发病的诱发因素之一。但是还不能认为精神分裂症是精神受了刺激后患病。患者在发病前，性格往往有孤僻、不合群、敏感、固执等特点。

由于精神分裂症的复发率高、致残率高，所以不仅影响患者的生活、工作和社会交往，而且也给家庭和社会带来巨大的负担和危害。

【诊断】

精神分裂症从出现症状到开始合理的治疗，中间这一段时间非常重要。延误有效治疗会给患者的中远期预后，带来显著的影响，降低他们痊愈的机会，或延缓他们的康复过程，并且可能带来许多其他后果，如抑郁和自杀的风险增高。

精神分裂症的症状有多种多样，一般可以分为单纯型、青春型、偏执型等几个类型。

1. 单纯型：起病缓慢，诱因不明显。症状简单，只是行为懒散，对人冷漠无情，意志消沉，对什么都不感兴趣，不讲卫生，不修边幅，思维混乱，逐渐和现实生活脱离。

2. 青春型：患者多为处于青春期的男女。发病较急，兴奋躁动，语言不连贯，脱离现实，行为愚蠢，并且病态表现中的性色彩较浓厚。

3. 偏执型：偏执型的主要症状是妄想。妄想是一种在病理基础上产生的歪曲的信念、错误的推理和判断。有的患者多疑，认为有人跟踪他、陷害他、议论他，在他的饭碗里下毒……有的则夸大自负，认为自己在能力、地位和财富上都超过别人；还有的是自罪妄想、嫉妒妄想，还可以有视、听和嗅觉的幻觉。

精神分裂症具有不断发展、逐渐加重的趋势。从病程来看，可以分为两种。一种是持续进展；另一种是间歇发作。

前一种患者用药物治疗的效果差，症状持续存在，长年不愈；后者用药物治疗的效果好，经过急性期的治疗，患者的精神活动能够达到正常水平，但是病情容易复发，并且随着病期的延长，复发的次数越多，治疗就越困难。

这两种进展最终都有可能导致精神衰退。精神分裂症本身不会损害智力，不会使人变“傻”，但是它能够使患者处于一种能吃能喝、躯体健全，却什么都不想、什么也不干的无欲状态，这就是精神衰退。

影响精神分裂症结局的因素有很多，预后不良的主要因素有：有家族遗传史的患者；起病年龄早（18岁以前起病，特别是儿童精神分裂症患者）；起病缓慢者；无明显精神刺激者；病前性格有缺陷者；病程长者（一般为5年以上者）；发现较晚，或治疗不积极者；药物治

疗效果不佳者；分型属单纯型者；缺乏家庭或社会支持者。

要使精神分裂症患者预后良好，必须在首次发作阶段就进行充分、正规的治疗。而只有早期认识疾病，才能够进行早期治疗。延误治疗会给患者和他的家属带来严重后果。

【治疗与护理】

治疗精神分裂症主要是使用抗精神病药物，以减轻或消除精神分裂症的幻觉、妄想、思维怪异、情绪反常、行为离奇等症状。

常用的抗精神病药物有氯丙嗪（冬眠灵）、奋乃静、氟奋乃静、三氟拉嗪、氟哌啶醇、舒必利、氯氮平等。患者可在医生指导下，根据每种药物作用的特点、副作用等不同，以及个体反应的差异，选用疗效最佳、副作用最轻的药物。

如果病情较轻，没有伤人、毁物或自伤、自杀等行为紊乱，而且家人也能悉心照料，可以选择门诊治疗；有条件的，可以采取在社区中进行家庭治疗，如开展家庭病床。

如果患者的病情严重，而且有伤人毁物、自伤自杀等倾向的时候，或者患者拒医拒药、家人无法照料，或者身体还有其他疾病，就要送患者去治疗精神病的专科医院住院治疗。

治疗应由小剂量开始，逐渐增加剂量，直到充分而有效地将症状控制，即给予充足、有效的治疗剂量。上述各种药物的每日剂量，可一次服用（一般在晚饭后），也可分次服用，具体情况，要视患者副反应的大小而定，剂量较大时，以分次服用为宜。但舒必利有兴奋作用，可能妨碍睡眠，以早午服用为宜，夜间一般不用。

抗精神病药物可产生各种副作用，以口干、鼻塞、头昏、视力模糊、便秘、肌肉僵硬、震颤及体位性（姿势性）低血压等较为多见。震颤严重、坐立不安、舌头发硬、流口水、眼球向上翻、颈部歪斜者，可加服安坦或苯甲托品1～2片，每日3～4次。服后不久，以上副反应即可减轻。由于这些药物只能解除治疗中的不适反应，并没有治疗精神病的作用，故不宜单独服用。

服用抗精神病药物者，要避免剧烈运动和强体力劳动，要避免由卧位突然起立，以防发生低血压而致摔伤。同时，要避免阳光直接曝晒，以免引起光敏性皮炎。

精神分裂症患者急性发作期需要短期住院治疗外，而更多的时间则是在家庭和社区中进行康复治疗。做好家庭康复护理，能有效降低复发率，使患者重新回归社会。

1. 维持用药：

（1）维持用药的时间及剂量：精神分裂症患者通过住院治疗病情稳定以后出院，并不意味着病已治愈。绝大多数患者仍须维持服药，一般3～5年，有的甚至在10年以上。药物剂量一般为住院治疗剂量的1/2～1/4或遵医嘱。可在晚饭后一次服用或一天2次服用。并在医

生指导下据病情需要，定期调整药物剂量。

（2）维持用药注意事项：

1）必须由家属妥善保管好药品。防止因过期、潮解而使药品失效。每次服药前由家属按医嘱准备好药物，注意核对药名、规格、剂量，然后看患者当面服下。以防因药量不足达不到效果，或因药量太大造成药物中毒等不良后果。

2）注意患者用药后的不良反应。常见的药物不良反应有嗜睡、乏力、反应迟钝、记忆减退、肥胖、便秘等。一般无须停药。如发现有白细胞减少、肝功能异常、烦躁不安、口眼歪斜、发热，甚至大汗淋漓等异常反应，应去医院就诊。

3）不能随意更换药物。注意不可自行减少药物剂量，更不可随意自行停药。

2. 心理护理：

（1）家庭成员应学习有关精神病的康复知识：患者家属应有统一思想和正确的认识。不能错误地将患者看成是家庭的耻辱或累赘，如果病情复发时怕造成影响不及时就医，而是求助于求神灵、找巫婆，将会贻误早治疗、早康复的时机。

（2）患者在家庭中应受到尊重：由于精神分裂症患者对心理、社会因素格外敏感，他们需要的不仅是医疗和药物，更需要家庭、社会对他们的了解、帮助和关心。因此必须给他们比常人更多的理解、鼓励和支持。

（3）鼓励精神患者参与社会活动：患者应当学会自我解脱，积极与社会接触交往，努力参加力所能及的工作和劳动，主动融入到社会群体中去。保持乐观情绪、增强战胜疾病的意志和信心。

（4）心理护理和解决实际问题相结合：家属应通过社会为患者解决工作、学习、生活中的各种困难。尽可能避免因社会因素造成的精神压力。

3. 生活护理：

（1）饮食护理：饮食应有规律，有一定的营养，进食时应细嚼慢咽。不要随便服用人参、鹿茸等补品。不饮浓茶、咖啡和酒类，尽量戒烟。做到早餐好、中餐饱、晚餐少。

（2）培养讲卫生习惯：如患者个人卫生不能自理，家属应多督促和加以指导，并帮助他们洗脸、洗澡、更换衣服，以帮助他们恢复良好的卫生习惯、逐渐调整病态心理，以尽快摆脱患者角色。

（3）睡眠护理：精神分裂症患者的睡眠好坏与病情密切相关，睡眠好则提示病情比较稳定，反之则预示可能出现波动。因此，为患者创造一个安静、舒适的睡眠环境，合理安排作息时间。睡前禁看刺激性电视节目、小说也很重要。

4. 病情观察：

（1）自知力的动摇和缺乏：一个自知力完整的患者，应对自己疾病有较正确的认识并有求治欲望，能自觉服药。如果患者出现否认自

己有病的倾向，擅自减药或拒药，则可能为病情反复的早期迹象。

(2) 生活能力下降：生活懒散、不注意个人卫生、工作不负责任、劳动纪律松懈、各方面的兴趣减少，这些预示病情可能出现波动。

(3) 出现精神症状：患者一旦再次出现幻觉、妄想、猜疑、行为异常等表现，则必须马上去医院复查。

大多数精神分裂症患者经过系统治疗后，症状可以缓解。在此以后，仍要继续坚持服减量的药物，以便巩固疗效，防止复发，这叫做维持治疗。至于维持治疗的时间要多长，则应根据每一个患者的病情而定，一般情况，在病情稳定之后，至少仍应服药两年以上。

为了方便给药，可使用长效抗精神病药物，有每周口服一次的五氟利多，有每3～4周注射一次的氟奋乃静酸酯、氟哌啶醇癸酸酯、哌普嗪棕榈酸酯等。

在对精神分裂症患者的治疗上，除了使用抗精神病药物外，还应根据患者所出现的各种思想顾虑，如工作、学习、婚姻、家庭关系、社会的接纳程度等问题，耐心地进行安慰和解释。同时，还要在家属和单位同事们的密切配合下，安排好患者的生存环境，使患者通过接触社会及适当地工作和学习，更快地恢复健康。

精神分裂症复发的预防，是一件非常重要的事情。患有精神分裂症的患者经过治疗，按照医生的嘱咐坚持服药，病情可以在一两个月内好转或者痊愈，但是却很容易复发。

要预防复发，首先就要继续服药治疗，同时要保护患者免受精神刺激，合理地安排生活和工作，做好劳逸结合。其中最重要的是遵照医生的嘱咐，按时、按量帮助患者服药，并定期到门诊复查，加减药物要由医生掌握，否则将不能获得满意的疗效。

患有精神分裂症的患者，失去了对自己精神能力的判断力，不自觉也不承认自己精神失常，即失去了自知力。因而不会主动要求治疗，甚至会拒绝服药。这就需要耐心说服解释；每一次服药都要有别人监督，以保证确实将药服下。药物也不要让患者自己保管，即使在症状消失、精神恢复正常以后，这一点也不能放松。

家属要了解常用药物的一般知识。能治疗精神分裂症的药物有很多种，这些药物对精神分裂症有较好的治疗作用，用药后能及时、有效地控制各种症状，使病情得到缓解。在患者病情缓解后，还要以较小的剂量进行长时间的药物维持治疗，以巩固疗效，防止复发。这种维持治疗一般是在家庭中进行的。

服用抗精神病药物较严重的毒副反应，还有肝脏损害、皮疹、粒细胞减少等，因而，服药期间要定期检查肝功能和血象。服用氯氮平、

舒必利等药，需要定期验血，检查白细胞计数有无下降；还要定期查心电图，以便及早发现心脏方面的副反应。

家属还要学会观察患者各个康复阶段的病情变化。精神分裂症的患者经过治疗后，如果妄想、幻觉减轻，自言自语现象少了，兴奋躁动的患者也能安静下来，生活可以自理，就进入了康复的第一阶段。这个阶段患者对治疗仍然不配合，必须严密监护患者服药。

在康复的第二阶段，患者从外表行为上，已经看不出异常，对病重时候自己明显的荒谬行为和想法能认识，并且自己承认是病态的，但是不愿意多谈。有时用“忘记了”或“当时糊涂”来回避医生的提问。

出现以下情况需要立即到医院复查：

(1) 病情波动。家属要密切注意疾病复发的征兆，因为频繁复发可能导致疾病恶化，所以要请医生调整治疗方案。

(2) 患者出现较重的药物副反应。

(3) 患者身上出现皮疹或出现黄疸时，也要立即去医院复查。

家庭和社会的支持，是精神分裂症患者康复的支柱。

当患者的病情缓解稳定出院后，家庭的温暖和支持，可以使患者的精神有所依托。家人要爱护患者，帮助患者稳定情绪，增强他们对生活的信心和勇气，帮助患者处理好各种人际关系，给予患者在家庭中应有的社会和经济地位。对患者出院后常易出现的心理问题（如担心出院后受歧视而羞于见人，为自己今后的工作担忧等），要细心观察，及时予以疏导，或者带患者去进行心理咨询，解除他们的心理障碍。切忌嫌弃、责难等其他不良的待遇。

要安排好患者的日常生活。让患者长期无所事事，不利于患者的康复和重返社会。要鼓励患者多与别人来往，提高他们对社会适应的能力。

第七章　常见皮肤病性病的处理和预防

药　疹

【概述】

药物常可引起皮疹，称为药疹或药物性皮炎。这类皮疹的出现，常与服某种药物有关，有药物过敏史。

【诊断】

药疹的形态、部位多种多样。各种不同的药物，可以引起相同的皮疹；而同一种药物，又可引起不同形态的皮疹。

皮疹的形态，可以是斑疹、丘疹、水疱以及剥脱性皮炎等。药疹治愈后，如果未加注意，再次又用同一种或同一类药物，皮疹在上次发疹的部位再次出现，称为固定性药疹。

某些食物也常常引起皮疹，如鱼、蟹等水产品。皮疹的形态，多见荨麻疹、丘疹性荨麻疹等，需与药疹进行鉴别。伴有奇痒是过敏性皮疹的常见特点。

【治疗与护理】

治疗药疹时，首先要停用一切可疑致敏药物及其结构相似的药物。患者要多喝水，尽早将药物从体内排出。

对于轻型药疹，停用致敏性药物后，一般皮损可自行消退。可使用抗组胺药（如扑尔敏等）和维生素C，必要时可口服中等剂量的皮质类固醇激素药物，如泼尼松。固定性药疹有糜烂及渗液时，可用3%硼酸水或0.1%利凡诺尔溶液等湿敷。

严重的药疹应在医院治疗。

已经确诊的药疹，应记录在患者的病历上，并且让患者自己牢牢记住致敏药物，每次看病时都要告诉医生，不要使用该药。

湿　疹

【概述】

湿疹是一种由复杂的内外因素引起的一种迟发性变态反应。从幼儿到老年均可发生。患湿疹时，皮肤损害的面积也大小不一。有人可以局限在局部，有人也可能全身泛发。

内在因素包括慢性消化性疾病，如胃肠道功能障碍、慢性病灶感染，也可能与患者的过敏性体质有关，与遗传也有一定关系。

患者的精神状态，如忧虑紧张、情绪激动、失眠劳累都可以使人发病，或使病情加重。引起湿疹的外因有日晒、寒冷、湿热、干燥、搔抓、摩擦、应用化妆品不当、肥皂、人造纤维等。某些食物，如鱼、虾、蛋等，也可能使病情加重。

【诊断】

湿疹患者的皮肤上有形形色色的表现，有的是皮肤上有红斑，有的则是皮肤肿胀，或有丘疹、丘疱疹、小水疱、糜烂等。

根据患者的皮肤改变，将湿疹分为急性湿疹、慢性湿疹，以及介于二者之间的亚急性湿疹等3种。

患有急性湿疹的患者，首先在皮肤上出现弥漫的红斑及小丘疹。不久这些病变就迅速发展为小水疱。患者由于搔抓，可以使病变的皮肤出现点状渗出或糜烂，病变的皮肤融合成片，有渗出的液体。好转后皮疹干燥结痂，在皮肤上不留瘢痕。

急性湿疹可以出现在皮肤的任何部位，多见于面部、手足、小腿的外露部分，以及皮肤多皱褶的部位，如腋下、大腿内侧、外阴部、肛门等处。患有湿疹的部位，患者自觉灼热、瘙痒。如果诊断及时、治疗正确，一般在两三周内可以治愈。但是如果转化为慢性或亚急性湿疹，治疗起来就更加困难了。

慢性湿疹是由于急性湿疹反复发作造成的。受损害的皮肤粗糙、增厚；皮沟（即皮肤表面细小的沟纹）加深，皮嵴突起，像苔藓一样，皮肤的颜色也加深。患者瘙痒难耐，遇热或到了夜间，瘙痒更加严重。

【治疗与护理】

治疗湿疹的内服药，主要是抗组胺药与镇静剂，必要时两种配合或交替使用。急性、亚急性湿疹可注射钙剂或硫代硫酸钠。对急性泛发、严重者，其他药物治疗效果不佳时，可短期使用皮质类固醇激素类药物治疗。

使用外用药的时候，要根据病情。

急性湿疹时，有水疱、渗液或糜烂，可用3%硼酸水、生理盐水湿敷。渗液减少时，外用氧化锌油。

慢性期可用焦油类软膏、维甲

酸软膏。小面积亚急性、慢性湿疹，可用皮质类固醇霜。

治疗湿疹，首先要尽可能地避免各种可能的致病因素。不要用热水烫洗，也不要使用肥皂，更不要用力搔抓。因为这些刺激可以使病情加重。冬季洗澡不要过勤，注意皮肤的清洁与润泽。日常生活不要过分劳累，保证充足的睡眠，精神也不要经常处在紧张的状态下。在饮食上，不要吃辛辣、有刺激性的食品，也不要吃鱼虾蟹类。保持大便通畅。衣被不宜用丝、毛及化纤织物，穿衣也不要过暖。

神经性皮炎

【概述】

神经性皮炎是皮肤科的常见病、多发病。神经性皮炎好发于成年人，男性比女性多见。

顾名思义，它是一种神经功能有些紊乱的皮肤病。一般认为，它是由于大脑皮质兴奋和抑制功能失调引起的。主要诱因是神经精神因素，包括紧张、焦虑、思虑过多、过度疲劳、睡眠不佳等。脑力劳动者比体力劳动者多见，工作繁忙、生活不规律的人发病率高。患神经性皮炎的患者脾气多急躁。

【诊断】

神经性皮炎经常发生在后颈部或颈部两侧的皮肤，也可以发生在背部、肘窝、眼睑、骶部、大腿、小腿和会阴、阴囊、肛门等处。

开始的时候，局部可有瘙痒。患者感觉瘙痒，于是经常用手搔抓，或用衣领摩擦，时间一久，局部皮肤渐渐出现圆形或多角形淡红色（或黄褐色）的扁平丘疹。天长日久，局部皮肤变厚并变硬，成为一片境界清楚的斑块。

斑块皮肤干燥、粗厚，嵴沟非常明显，像一块粗糙的牛皮革面一样。有人形容它们像潮湿地面上生长的苔藓，所以将神经性皮炎称为“慢性单纯性苔藓”。

病变的范围有大有小，有的比较局限，有的范围较广泛。有些中老年人患的神经性皮炎，范围广泛，散发在全身多处。神经性皮炎时好时坏，时轻时重。病程极顽固，可迁延数年或数十年不愈。

【治疗与护理】

治疗神经性皮炎，首先要避免精神紧张，防止过度劳累，调节好生活节奏，保证充足睡眠。不吸烟，不喝酒，也不要吃辛辣或带有刺激性的食物、饮料，如咖啡、浓茶。尽量不要搔抓患处，衣领要换成软质的，避免摩擦皮肤。

在发病时，可服用一些止痒、镇静的药物，如扑尔敏、克敏嗪。如在白天，可服用基本无嗜睡作用的抗组胺药息斯敏、克敏能、仙特

敏等；睡前服用有嗜睡作用的抗组胺类药物，如酮替芬、安太乐等。

外用药可选用含有各种皮质类固醇激素的制剂，或焦油类制剂，如煤焦油软膏、糠馏油软膏，或0.025%～0.1%维甲酸软膏。如果皮肤苔藓化损害明显，可以用小剂量激素类药物外敷。开始时先用弱效的激素，如氢化可的松、丁酸氢化可的松；如果无效，再用中效的去炎松尿素软膏；如果再无效果，才用强效或超强效激素，但是不能久用，用2周左右即可停止，然后再换回中效、弱效激素制剂，以防发生副作用。

荨麻疹

【概述】

荨麻疹在民间称为风疹块或“鬼风疙瘩”等，是一种常见的皮肤病。大多数人在一生中都患过这种病。

有些荨麻疹经治疗后很快就会痊愈，称为急性荨麻疹。有些荨麻疹则久治不愈，可迁延一两年或十数年之久，则称为慢性荨麻疹。

荨麻疹的病因，往往与食物有关，但是慢性荨麻疹的病因则不容易发现。食物中以鱼类、蛋类、甲壳类（虾、蟹）最容易引起荨麻疹。

【诊断】

发病时皮肤瘙痒，经搔抓后局部发红，随即出现隆起的浮肿块（也称为风团）。患者皮肤上可能发生许多大小不等、形状不一的风团。风团的境界清楚，高出于周围的皮肤面，颜色为浅红或苍白，四周皮肤发红。风团边缘不整齐，可以互相融合成大片。

荨麻疹起病很快，消退也快，可以在几分钟或几小时内完全消退。

有些患者还有眼睑口唇浮肿；若病变发生在消化道，患者有腹痛和腹泻；发生在呼吸道，则可能引起哮喘，严重时引起喉头黏膜的水肿，会导致窒息，甚至过敏性休克。

【治疗与护理】

治疗急性荨麻疹，除设法去除致病的原因外，也可以服用一些抗组胺类药物。常用的抗组胺药物，如扑尔敏，每天3次，每次4毫克；赛庚啶，每天3次，每次2毫克，往往可以治愈。也可以服用息斯敏或特非那丁。这两种药物服用后没有嗜睡的副作用。如果皮疹广泛，应加肌内注射苯海拉明20毫克，每日一次。

慢性荨麻疹治疗比较困难。常用的治疗药物有扑尔敏（或赛庚啶）与雷尼替丁合用。如赛庚啶2毫克，每天3次；雷尼替丁150毫克，每天2次。一些顽固的患者，还需要合并应用脱敏治疗，如自血5毫升

肌内注射，隔日一次，5～10次为一个疗程；组胺球蛋白2毫升，肌内注射，每周2次。

常用的抗组胺药有苯海拉明、异丙嗪（非那根）、茶苯海明、氯苯那敏（扑尔敏）、赛庚啶、阿司咪唑（息斯敏）、色甘酸钠等。它们用于治疗变态反应性疾病，如荨麻疹、过敏性鼻炎和神经血管性水肿等，对昆虫咬伤所致的皮肤瘙痒和水肿也有良好的效果，还可用于晕动病（如晕车船）及妊娠呕吐等。但对治疗支气管哮喘无效。

用药后有镇静、嗜睡、乏力等副作用，所以对驾驶员或高空作业人员，在工作时不能使用。

（1）苯海拉明：能抗过敏，用于各种过敏性疾病、妊娠呕吐、晕动病、眩晕等。每次1片（25毫克），每日1～2次。

（2）乘晕宁：乘晕宁也称为茶苯海明，由苯海拉明与氨茶碱结合而成，可预防晕动病，可在乘车船前半小时服1片；如长途乘车，可于每次饭前服1片。

（3）息斯敏：该药无镇静和中枢抑制作用，治疗慢性过敏性鼻炎和慢性荨麻疹效果较明显。每日1次，每次1粒（10毫克）。

银屑病

【概述】

银屑病俗称牛皮癣，是一种比较顽固而又常见的慢性炎性皮肤病。病变可发生在全身各处，男女老幼皆可患此病，但往往以青壮年居多，男性多于女性，北方多于南方，城市多于农村。

目前认为，银屑病就是一种心身疾病。但其发病的真正原因，至今仍不清楚，致病原因中可能有遗传因素、免疫异常、代谢功能障碍、感染及其他因素等。

紧张的生活事件，可以影响神经、内分泌和免疫系统。该病的首次发病，常常与心理紧张和精神创伤有关，它的皮损加重也与心理压力和精神创伤有一定关系。同时，银屑病是一种与遗传有关的疾病；与环境也有一定的关系，尤其是上呼吸道的链球菌感染。

【诊断】

银屑病一般分为4型，即寻常型、脓疱型、关节病型和红皮病型。

银屑病的特征，是在红斑、丘疹上有多层银白色皮屑，呈云母状。

1. 寻常型银屑病：该型在银屑病中最为常见。大多急性发病，扩延全身。发病初期，患者皮肤上出现帽针头至绿豆大小的炎性丘疹或斑丘疹，呈特有的淡红色，境界清楚，表面被覆多层银白色鳞屑，周围有轻度红晕。剥除鳞屑可露出半

透明薄膜，剥除此膜则出现小的出血点。如果当时未给予恰当治疗，便逐渐扩大或融合成斑块皮疹，可表现出各种形态，如点滴状、钱币状、花瓣状、地图状。这些斑块干燥，上面附着银白色的鳞屑，可发于全身各处，但好发于头皮、骶部及四肢伸侧。少数患者可发于面部、口唇、阴茎龟头或黏膜。此型银屑病大多是慢性，常在冬季加重或复发，夏季减退或消失。

2. 脓疱型银屑病：此型少见，有泛发性脓疱型和掌趾脓疱型两种。前者大多发病急剧，可在数周内泛发全身，并伴有高热、关节痛、全身不适、白细胞增高及血沉加快。病情时轻时重，周期性发作，可发展为红皮病，甚至危及生命。后者的皮损一般只限于手足部，多发于掌趾、手掌中心及足跟、足底心，常对称发生。

3. 关节病型银屑病：又称银屑病关节炎，其特点是侵犯末节指尖等小关节，引起关节疼痛、红肿、畸形、强硬，甚至毁形。

4. 红皮病型银屑病：又称银屑病性剥脱性皮炎。患者皮损加重扩大融合，最后全身皮肤呈弥漫性潮红，大量脱屑，还常伴有发热、畏寒、头痛、全身不适等症状。

银屑病无论病程长短，都可自行缓解，但易复发。寒冷、潮湿、饮酒或过度劳累常可促使复发或病情加重

【治疗与护理】

银屑病没有特效疗法，但也并不是“不治之症”，应采取综合治疗。

1. 解除思想顾虑，消除精神创伤，调整身心环境，生活应有规律，避免各种诱发因素。患者应戒烟少酒，限制食物中糖、盐和油脂的摄入，增加食物中的钙和各种维生素，少吃牛羊肉，多吃一些鱼，适当补充鱼油对治疗有效。吃辣椒也有好处。

2. 经常参加体育活动，锻炼时宜微微出汗。

3. 减少或避免上呼吸道感染，注意保暖。扁桃体炎、鼻炎与银屑病的发病有关，如果治好这些疾病，包括摘除扁桃体，或许可使银屑病消退。

4. 各种外伤也可促使银屑病发病，所以应防止发生外伤。

5. 不要滥用药物，尤其是不要听信所谓偏方，也不要用皮质类固醇、抗肿瘤药（如乙双吗啉、乙亚胺、白血宁等）或含砷、汞等的中药。

6. 避免紫外线照射，不要用肥皂水洗浴或用热水洗烫。

7. 内、外用药结合是治疗的主要手段。尤其是对于新发病一年以内的患者，常能彻底治愈，同时减少或延缓复发。内服药可口服维生素 B、C、D、E 等，也可静脉注射维生素 C 或肌内注射维生素 B_{12} 等。芳香维甲酸类药物可用于脓疱型、

关节病型或红皮病型，但应注意副作用，应在医生指导下使用。

8. 进行期时，外用药应用温和和保护性的药物，如5%～10%硼酸软膏、氧化锌软膏，或强皮质类固醇膏剂与钙泊三醇（大力士）软膏混合外用，每日1～2次。在稳定期或消退期可用煤焦油、松馏油、糠馏油或黑豆馏油等，也可用5%～10%硫磺软膏、5%水杨酸软膏、0.5%～1%蒽林软膏等。

9. 物理疗法：

（1）水疗：有硫磺浴、糠浴、焦油浴、矿泉浴、中药浴等。

（2）紫外线：单用光疗或与口服药配合，以及先外涂焦油类药物加光疗，再加水疗。或外用1%～3%蒽林软膏5～20分钟后照射紫外线。

（3）光化学治疗：口服或外用8-甲补骨脂素再照射黑光，适用于其他疗法无效的顽固病例。

10. 中医药治疗：中医认为本病有血热、血瘀和血燥各型，久病可出现体虚。血热型相当于进行期，宜清热、凉血、活血；血瘀型治宜活血、化瘀、行气；血燥型治宜滋阴、养血、润燥。

11. 脓疱型、红皮病型银屑病应住院治疗。

手足癣

【概述】

癣是一种真菌引起的皮肤疾病。一般是指体表、毛发、手指、足趾、指甲等处受真菌侵犯引起的浅部真菌病。

真菌感染手、足部位分别称为手癣、足癣。手癣又称“鹅掌风”；足癣是南方居民的常见病，故也称为“香港脚”。南方地区气候潮湿闷热，适于真菌生长繁殖，因而手足癣发病率高。

手足癣主要是通过接触、使用污染的洗浴物品或饲养受感染的猫、犬而感染了致病的真菌。常见的真菌有红色毛发癣菌、石膏样毛发癣菌等。此外，手足多汗、气候潮湿或长期穿不透气的鞋，也容易发病。

【诊断】

足癣多见于成年人，发病率高，夏季重、冬季轻，长期迁延。

足癣分为水疱型、糜烂型、角化脱屑型3种类型。

1. 水疱型：以足掌、趾间起水疱为主，瘙痒重，如果感染化脓后可并发淋巴管炎、淋巴结炎等继发感染。

2. 糜烂型：足趾间的皮肤角质层潮湿、浸渍，呈白色腐皮。取下腐皮后，露出红色的糜烂面。容易因搔抓而造成淋巴管炎、淋巴结炎和蜂窝织炎等继发性感染。足癣经常是丹毒的原发病灶。手癣的糜烂

型少见。

3. 角化脱屑型：常是前两型的后继病变，表现为患处皮肤肥厚、开裂、脱屑。多半没有水疱，趾间常不糜烂。

手癣的症状分型与足癣类似，但糜烂型少见，主要是水疱型及角化脱屑型。常见皮损发生手掌的一侧虎口部位或第一、二指间端。皮损逐渐扩大，当中角化粗糙、皲裂，有一条明显的鳞屑性边界，久之整个手掌受累，伴瘙痒，冬季皮损加重，皲裂加深，造成疼痛。

【治疗与护理】

1. 水疱型手足癣：常用药物为外用抗真菌药，如达克宁霜或散剂，每日2次，涂患处；或联苯苄唑霜，每日1次。

2. 糜烂型手足癣：外用刺激性小的药物，如复方十一烯酸膏、克霉唑软膏、派瑞松霜（复方达克宁霜）。内服药有特比萘芬（疗霉舒），一般采用两周疗法，即第一周口服疗霉舒250毫克，每日1次，第二、三周隔日口服疗霉舒250毫克。另有伊曲康唑（斯皮仁诺），也可采用两周疗法。

3. 不用公共毛巾，不穿他人的鞋、袜及拖鞋。

染发性皮炎

【概述】

染发性皮炎是由染发剂染发后引起的皮炎，是接触性皮炎的一种。

染发剂中的苯二胺是常见强力的致敏源之一，是引起染发性皮炎的主要致敏原。有过敏体质的人，对该物质又过敏，染发时才可发生染发皮炎。

发病前有染发史，第一次发病，往往发生于染发后5天左右，第二次过敏可缩短时间，一般发生于染发后24～48小时。

【诊断】

起病突然，急性发作。染发性皮炎一般发生于头面部，甚至颈部。表现为局部红肿，伴有瘙痒或烧灼感，严重者双眼睁不开，在红肿的基础上出现水疱、大疱及流水溃烂等。

【治疗与护理】

1. 染发前按染发剂说明书做斑贴试验，阴性者可染发，阳性者停用。

2. 患染发性皮炎后，不要用热水烫、肥皂洗，禁止摩擦、搔抓，忌辛辣饮食。

3. 对有轻度红肿伴有瘙痒的轻症患者，可服用苯海拉明、开瑞坦。

4. 局部外用肤轻松霜或派瑞松霜（即复方达克宁霜）等。严重的患者要及时送到医院诊治。

甲癣

【概述】

甲癣俗称灰指（趾）甲，是由于致病性真菌侵犯指甲的甲板或甲下组织引起的病变。在潮湿的南方此病多见。

患者一般是先患有手癣或足癣，手足癣的致病真菌感染指甲而引起甲癣。常见的真菌有表皮癣菌或白色念珠菌。真菌主要寄生在指甲角质层中的角蛋白中。

【诊断】

一般可将甲癣分为两型：

1. 浅表性白甲：初起时甲表面出现一小片混浊区，开始呈点状，外形不规则，可局限于一处或波及全甲，甲面较软，可无任何症状而持续多年。

2. 甲下型甲癣：常常从甲板两侧或末端开始，为小片的白或黄色的斑点，以后甲板增厚，变为灰色或灰白色，高低不平，表面粗糙脆碎，甲下有大量的碎屑沉积，有时指甲和甲床分离或形成甲板空腔。这种甲的损害可波及到一个或多个指（趾）甲，严重者手指甲或双足趾甲全部会受到侵犯。

甲癣的诊断，除靠上述的典型症状及体征外，还需从病变部位取材做真菌直接镜检，查到菌丝后方能确诊。

【治疗与护理】

（1）轻者以局部治疗为主，外涂30%冰醋酸或5%乳酸碘酊，并将病甲刮薄，需要治疗3个月以上。目前多外用40%尿素软膏封包后拔除病甲，然后再外用上述药物。使用尿素硬膏时，先用一块长7厘米、宽5厘米的塑料薄膜，在中央放尿素硬膏1.5克，置于病甲甲板上，病甲周围皮肤用纱布条保护，每日换药1次，换药时用小刀刮除病甲。

（2）如果外用药物治疗效果不佳，可选择口服抗真菌药物治疗，如伊曲康唑（斯皮仁诺）、特比萘芬（疗霉舒）或氟康唑等。

股癣

股癣指大腿根（腹股沟部）内侧部的体癣。

主要表现为患处皮肤先后出现红色、瘙痒性丘疹或水疱，然后皮损发展为边界清晰、周围呈堤坝状隆起的圈状皮疹或环状皮疹。皮疹为淡红色，有鳞屑，皮疹中央部如果重复感染，可以形成大圈套小圈，

成为同心性多圈环状皮疹。

治疗股癣可用克霉唑霜、达克宁，同时要注意个人卫生。

白癜风

【概述】

白癜风是一种色素脱失的皮肤病，主要表现是皮肤上出现一些白斑。本病对健康虽无影响，但是面部白癜风，影响患者的容貌，对患者的心理上影响较大。白癜风的病因还不清楚，可能是一种自身免疫障碍，与精神神经、内分泌和遗传因素有一定关系。

【诊断】

任何年龄的男女，都可能患本病，而且在身体任何部位都会发生白癜风。患者皮肤出现一些白斑，白斑无疼痛及瘙痒，周围皮肤的色素反而相对增多变黑，白斑中间也可能有一些像孤岛一样的黑色素点。在有毛发的地方，毛发也可以变白。日晒后可以红肿疼痛。

【治疗与护理】

(1) 患白癜风后应早期治疗，效果较好。

(2) 光化疗法：患者口服甲氧补骨脂素或8-甲氧补骨脂。服药后2～3小时照射长波紫外线（即黑光）。或局部外搽0.1%甲氧呋豆素溶液，15分钟后再照射长波紫外线，每周治疗1～2次。经过半年以上的治疗可收效。

(3) 外用激素治疗，局部涂搽丙酸倍氯米松霜、地塞米松霜等。

(4) 用中西医结合或中医药治疗，也有一定效果。

(5) 生活规律，精神不要紧张，保证睡眠，饮食宜高蛋白质、高维生素。

老年性瘙痒症

【概述】

老年瘙痒症的主要原因是由于皮肤的退行性改变，如皮脂腺功能减退、皮肤长期干燥和退行性萎缩等因素，故冬重夏轻。此外，老年人肝肾等脏器功能下降，体内一些代谢产物如胆红素、尿素氮等排出障碍，也是老年性瘙痒的原因之一。

【诊断】

老年瘙痒症多见于60～70岁以上的老年人，瘙痒常为全身性，多在脱衣时或夜间阵发性发作，痒剧，致使患者猛烈搔抓，甚至抓破皮肤引起疼痛或出血。由于反复搔抓可

使皮肤形成肥厚苔藓化或继发感染。不仅影响睡眠及休息，日久可致神经衰弱或其他疾病。

【治疗与护理】

(1) 患老年性瘙痒症后，应当注意调整烦躁的情绪，注意生活要有规律，加强身体锻炼，有利于疾病恢复。

(2) 忌饮酒及食用辛辣刺激性食物。

(3) 内衣避免穿化纤织品，宜穿纯棉内衣。

(4) 避免洗澡过勤，避免碱性肥皂和热水洗烫的刺激。

(5) 局部治疗以止痒润肤为原则，如用含甘油和樟脑的搽剂，也可用皮质类固醇霜剂，如埃洛松、去炎松等。全身治疗以内服抗组胺药物为主，如扑尔敏、赛庚啶、开瑞坦等均有效。当病情较重时，可选用两种抗组胺药物联合应用，还可配合钙剂、多种维生素、镇静催眠药及中药等。

腋　臭

【概述】

腋臭也称为腋部臭汗症，俗称狐臭。腋臭的臭味，可能是细菌与大汗腺分泌物中所含的有机物质起作用后，产生的不饱和脂肪酸所致。由于大汗腺在青春期受内分泌腺影响才开始活动，故腋臭多在青春期开始发生，到老年时期可减轻或消失。有的腋臭和遗传有关，不少患者有家族史。

【诊断】

腋臭常与多汗症伴发，具有特殊的刺鼻臭味，特别在天热时汗重难闻，年轻女性居多。臭味轻重不等，轻者解开衣服接触腋部才能闻到，重者不脱衣服即能闻到臭味。

大多数患者外耳道内有柔软的耵聍（即耳屎），少数患者的阴部、肛门和乳晕部位，也可放出这种特殊的臭味。

【治疗与护理】

(1) 腋臭的臭味可随年龄、季节、卫生习惯及环境等因素而变化，因此，要注意清洁，经常沐浴，勤换衣服，保持皮肤干燥。

(2) 对皮肤表面的腐生寄生菌，应加以治疗，同时治疗多汗症。皮肤表面干燥，可使这些细菌大大减少。可以在乳房下、腹股沟部皱壁处经常扑粉，常用杀菌香皂洗涤。

(3) 局部治疗以清洁、干燥、杀菌、收敛为原则。足部臭汗症可用3%～10%甲醛溶液及各种洗液浸泡，或30%醋酸铝液、20%氯化铝液或20%酚硫酸铝液涂搽。臭味轻者，可用洗液清洁腋部皮肤，再外搽各种夏露或0.5%～1%新霉素乳剂或溶液。

（4）重者可以应用腋臭治疗仪、激光、冷冻或手术疗法，如电解法、切除法、搔刮法、剪除法等。

痤　疮

【概述】

痤疮俗称为“青春痘”，多发生在年轻人，特别是青春期的男女青年。

进入青春期以后，皮脂腺过度分泌，尤其是头面部和胸背部，毛孔大，油脂多，容易藏污纳垢，所以细菌就会在这些地方繁殖生长。能够引起痤疮的细菌，有痤疮杆菌。在皮脂正常排泄、毛囊口畅通的情况下，这种细菌不活动。一旦毛囊堵塞，它们就会大量繁殖起来，把皮下大量堆积的脂肪分解，形成毛囊炎症，进而出现化脓、结节、囊肿或粉瘤等。当炎性丘疹愈合后，就会留下凹陷性小瘢痕；而结节、囊肿等愈合以后，就会形成高起于皮肤的大瘢痕。

一般说来，油性皮肤的人容易生痤疮，而皮肤干燥、细嫩的人发病较少。

【诊断】

痤疮多见于皮脂过多的青年男女，毛孔大，经常发生在面部的前额、双颊部、颏部、背部、前胸。根据痤疮的表现，可以将它分为三度。

一度痤疮以白色或黑头粉刺为主，即脸上长少数疙瘩；二度痤疮以炎性丘疹及脓疱占优势；三度痤疮以重度粉刺、囊肿、结节、瘢痕为主。

【治疗与护理】

痤疮是一种自限性疾病，即使不用治疗，到了一定年龄，也会自愈。一般在二十五六岁就会自然消退了。

如果是轻型痤疮，只要注意面部的清洁卫生就可以了。必要时，外用一些弱的消毒灭菌药水，如3%的硼酸酒精。

做一些美容皮肤护理会有好处。

如果是满脸泛发的痤疮，就要到医院进行治疗。单纯的皮肤护理或使用疗效型化妆品，不仅无济于事，而且还会延误治疗时机。

痤疮的治疗分为局部治疗和全身治疗两方面。

常用的局部治疗药物有：

（1）维甲酸类：外用0.01%、0.025%或0.1%的软膏、霜剂或凝胶，每天1次或2次。本药有一定的刺激性，还有光敏反应，适合晚间使用。市售的有0.3%维胺酯乳膏。还可以口服维生素A25 000国际单位，每天3次。

（2）抗菌剂：常用的是5%过氧苯甲酰霜剂（酰舒霜、阿克治

霜），对痤疮杆菌有治疗作用。该药也有刺激性，若有不良反应，要立即停用。

（3）抗生素类：外用的抗生素，有四环素、红霉素等，不良反应小，但是疗效也慢。使用磷酸氯洁霉素溶液外用，效果较好。一般不要用强效抗生素治疗痤疮，这样容易让细菌产生耐药性。

（4）其他药物：有20%壬二酸霜剂和复方红霉素凝胶。

全身治疗的药物有异构维甲酸，这种药的副作用较大，如口干、口唇剥皮、皮肤干燥、瘙痒等。育龄妇女用这些药的时候，要采取可靠的避孕措施，以免造成畸胎。

痤疮严重、久治不愈的女性，可以用抗雄激素类制剂，如复方醋酸丙孕酮。

治疗痤疮也可以采用中医药的方法，如口服防风通圣丸，外用颠倒散（硫磺、大黄面等份）；或用中药面膜（如消炎面膜、收敛面膜、护肤面膜、祛斑面膜等）综合治疗。

预防痤疮最有效的方法是讲究个人卫生，经常洗脸，保持面部的清洁，使皮脂能从皮脂腺正常排出。洗脸时要用中性肥皂（如婴儿皂），避免使用油脂类化妆品。不要用手挤痤疮，避免引起感染和瘢痕。

在饮食方面，应避免辛辣刺激、油腻食物及饮料。要注意生活有规律，除去病因，合理治疗。

皲　裂

每到冬季，许多人手和脚的皮肤就会显得很干燥，严重时还会出现许多裂口，甚至出血。冬季皮肤开裂的现象，称为皲裂。致病因素有：如经常在室外作业，经常接触溶解脂肪及吸水性物质，经常使用碱性物质引起皲裂，应严格按操作规程和劳动保护要求去工作，尽量避免用手足直接接触。工作完后及时洗净手脚，要搽些油脂类护肤膏。

对于有手足皲裂史的人，每到秋冬季要加强个人防护，不要过多使用碱性过大的肥皂。在气温转寒时，手脚皮肤出现轻度干燥时，就要保暖防冻，晚上睡前用热水浸泡手足后，再涂抹一些滋润皮肤的油膏，如甘油、凡士林、防裂膏。

如已发生皲裂，可选用下列方法治疗：

（1）可用橡皮膏或塑料膜包盖裂口处，可减轻裂口的疼痛。

（2）每晚用热水浸泡手足后，揩干。用剪刀刮去硬皮，再外涂5%水杨酸软膏，10%尿素软膏，10%白及软膏等其他软膏。

（3）蛋黄油外涂：取鸡蛋2只，煮熟后将蛋黄置铁锅内小火熬出油，冷却后将蛋黄油抹于皲裂皮肤表面，

一日 2 次，三四天即可痊愈。

（4）双甘油外涂：取 75%酒精 500 毫升，加入生甘草 250 克密封，泡 3～ 4 天后过滤取液，将甘草液与等量甘油混合即成，每天涂搽患处 2～ 3 次，一般 4～ 5 天后裂口即可愈合。

（5）取凡士林 100 克，放入杯中用火加温熔化，放入中药马勃 3 克，搅拌即成，冷却后成膏放入容器中，一日 3 次，外涂，搽前将手脚用温热水洗净擦干。

日光性皮炎

【概述】

日光性皮炎是过敏性皮肤病，夏初发病，深秋消失。患者多为过敏性体质，同时可伴有过敏性哮喘、过敏性鼻炎及湿疹、皮炎等多种过敏性疾病，其原因是人体对紫外线过敏。

【诊断】

随着天气变热，前臂暴露，皮疹常出现在手背、腕部。皮损多为红斑及米粒大小的红色皮疹，患者自觉瘙痒，搔抓后可使皮疹增多、加重，并相互融合为大片，甚至有轻度肿胀。严重时可累及面部、颈部，甚至胸部。此时如果处理不当，会使原有皮疹加重，如用热水洗烫，包括热盐水、热花椒水等，以及热毛巾外敷，均可导致皮疹肿胀明显，甚至出现糜烂、渗出、流水。在炎热的夏季里，糜烂的皮肤可能被细菌、真菌感染。

【治疗与护理】

一旦出现日光性皮炎，可口服抗组胺药物，如克敏能、仙特敏、息斯敏等。局部肿胀可外用 3%硼酸水进行冷湿敷，达到减轻肿胀的目的。外敷后在皮疹上涂一些激素类药膏，常用的有丁酸氢化可的松软膏（又称尤卓尔软膏）及艾洛松软膏等，每日两次外用。在治疗期间，应避免接触热水及香皂。

日光性皮炎反复发作会导致皮肤色素沉着，但只要治疗得当，就会有好的效果。预防日光性皮炎再发的方法是，外出时将身体的暴露部位涂些防晒霜，头戴遮阳帽，穿长袖衣服，打遮阳伞。这些都可以避免紫外线的直接照射，防止日光性皮炎的发生。

尿布皮炎

【概述】

尿布皮炎是发生在新生儿和出生后1～4个月婴幼儿常见的、发生在尿布部位的皮炎。主要见于尿布不勤换洗或夜间不换尿布时。婴幼儿的皮肤细嫩易受刺激，如果保育不够细心，就可能患有尿布皮炎。

有的家长给婴儿在尿布外加用橡皮布、塑料布等，使婴儿臀部长期处于湿热。有时尿布潮湿或未洗净，上面残留有洗涤剂，容易刺激皮肤；婴儿的尿液，对皮肤也具有刺激作用。

【诊断】

在婴儿皮肤贴近尿布的臀部、骶部、外生殖器、大腿上部和肛周外围皱褶部位，可见大片红斑，有时表面有小丘疹或小疱，并有少许脱屑。严重的时候，皮肤表面可有糜烂面，有时也可蔓延至下腹部或大腿内侧。

【治疗与护理】

如已发病，应迅速除去病因，清洁患处，做适当处理。不要用肥皂热水洗擦患处。如果红肿、水疱、渗液不多时，可外用氧化锌油或艾洛松治疗。如有明显渗出时，可用3%硼酸液做冷湿敷。

尿布皮炎是可以预防的。婴儿的皮肤娇嫩，所以尿布不要用化纤织品，最好是使用一次性尿布或细软的棉布尿布。不要用橡胶布或塑料布包扎尿布外层。清洗时要用肥皂洗净，不要用洗衣粉。要给孩子勤换尿布，大便以后用温水清洗臀部，洗净后扑些粉，并且经常保持皮肤的干燥和清洁。

单纯疱疹

【概述】

单纯疱疹是感染单纯疱疹病毒后引起的病毒性皮肤病。在中医称其为热疮，是一种主要发生在颜面部和外生殖器的疱疹。在颜面部的疱疹，一般是单纯疱疹Ⅰ型病毒引起的，发生在外生殖器部位的多是Ⅱ型病毒引起。子宫颈癌可能与单纯疱疹Ⅱ型病毒有关。

这些病毒平时就潜伏在神经节内，当人体发热后，抵抗力下降，病毒就会移动到皮肤而引起疱疹。

【诊断】

单纯疱疹初起时，在面颊部及口角、口唇缘、鼻孔周围等皮肤与黏膜交界处，有灼热感和痒感，然

后在轻度水肿、红斑的基础上，出现粟米粒大小的水疱，水疱经常是几个或十几个集簇成片，也有的聚为两三片，水疱壁厚，不易溃破，逐渐干燥结痂，痂脱后留有暂时的色素沉着。病程大约1周，往往在同一个部位多次反复发作。

II型病毒引起的疱疹，男性多见于包皮、龟头、冠状沟等部位；女性则多发生于阴唇、阴蒂、子宫颈等处，可由性交感染。

【治疗与护理】

本病多可自愈。疱疹发作时，局部可涂2%龙胆紫溶液、3%无环鸟苷霜、1%新霉素软膏等。对反复发作者，可试用卡介苗注射或口服脊髓灰质炎糖丸，有预防或减少复发的效果。

孕妇患了II型疱疹可能会导致流产、畸胎和死胎，所以应多加注意。

带状疱疹

【概述】

中医称带状疱疹为缠腰火丹，民间俗称缠腰龙、蜘蛛疮。本病是由水痘-带状疱疹病毒引起的一种皮肤病。该病毒可通过呼吸道黏膜进入人体，初次感染大多数在儿童期，表现为水痘，也有少数人不出现水痘，称为隐性感染。该病毒长期潜伏在脊神经或脑神经节的神经元内，平时不发病，以后在某些诱因作用下可激发病毒，致使受侵犯的神经发炎或坏死，同时病毒沿周围神经纤维再次移行到皮肤而发生疱疹。

【诊断】

带状疱疹沿着神经分布区域出现疱疹，因此多位于一侧，排列成带状，其中以胸、腰及三叉神经分布区为好发部位。

疱疹发生前，先有局部皮肤烧灼感，游走性疼痛，伴有轻度低热、疲倦、乏力等症状，约2～3天后在相应的神经分布区出现红斑，继而在红斑上发生多数成群如粟粒或绿豆大小的丘疹或丘疱疹，并迅速变成水疱，水疱内容澄清，疱壁紧张而光亮，局部淋巴结肿大，病程约2～4周，愈后很少复发。轻症患者只出现红斑及丘疹，无水疱，称为不全性带状疱疹；抵抗力差以及年老体弱者，可以发生血疱及坏疽，称为坏疽性带状疱疹；个别患者全身泛发疱疹，称为泛发性带状疱疹，预后不佳。

病毒侵犯三叉神经眼支，可发生眼结膜及角膜疱疹，有畏光、羞明、流泪、视力减退等症状，严重者角膜溃疡，可引起失明；疱疹如发生在面神经和耳神经分布区，则出现耳及乳突深部疼痛、耳鸣、耳聋、面神经麻痹及舌前1/3味觉

丧失。

神经痛为带状疱疹特征之一，这是由于病毒侵犯神经，使之有炎症反应所致。在出疹前数天即有疼痛，甚至很剧烈，常被误诊为心绞痛或急腹症。有些老年患者疼痛剧烈，难以忍受，入夜不能眠，有时皮疹完全消退后仍很疼痛，可持续数月或数年，这是因为老年人的神经组织修复过程较慢的缘故。

【治疗与护理】

带状疱疹的治疗原则是止痛、抗病毒、消炎及保护局部，预防继发感染。中药可给予板蓝根冲剂或龙胆泻肝丸、抗病毒口服液等。

疼痛剧烈时，可使用一些止痛剂及维生素 B_1；治疗可口服抗病毒的药物，如无环鸟苷；外用无环鸟苷眼药水、0.1%疱疹净或酞丁胺搽剂。若有感染或脓疱时，可用新霉素软膏、百多邦。若疼痛剧烈，也可用紫外线照射，或采取其他理疗的方法治疗。

有的患者治愈后仍然有顽固的神经疼痛。有些老年人或已经患有恶性肿瘤的患者，病毒可能播散，在全身许多部位出现皮肤损害。所以患病后要及早治疗。

淋 病

【概述】

淋病是目前性传播疾病中发病率最高的一种，在世界上广泛流行。

淋病是由于感染了淋病奈瑟菌引起的泌尿生殖系统化脓性炎性疾病。与其他性传播疾病一样，淋病的主要传播途径是通过性交的方式。成人中的淋病，几乎 99%以上是由不洁性交传染的。

间接接触也可能感染淋病，一般是通过污染的衣裤、床上用品、毛巾、浴盆、马桶等间接传染。怀孕的妇女，也可在分娩时感染胎儿。

【诊断】

女性感染淋病后，大多数人无症状，所以经常未引起本人重视。患淋病的女性，有的无并发症，有的人有并发症。

无并发症的淋病女患者，在性接触后三五天发病，患者尿急、尿频、尿痛、排尿困难，同时，阴道分泌物异常或增多，常为黄色脓性白带，外阴部有灼热、刺痒的感觉。

患者的外阴、阴道口及尿道口充血、红肿。用手指压迫尿道时，往往有脓液从尿道口溢出，有的还有黄绿色脓性分泌物从宫颈中流出。如果感染了前庭大腺，腺体开口处红肿、剧痛，甚至形成脓肿。

有并发症的淋病女性患者，多数是在月经期或经后 1 周内发病。起病急，患者出现寒战、发热、白带增多及下腹痛，后期有里急后重及腹泻。这些并发症有输卵管炎、

盆腔炎、输卵管卵巢脓肿，如果脓肿破裂，可以引起盆腔脓肿或弥漫性腹膜炎。

患了淋病后，如果在急性期没有彻底治疗，或根本就没有治疗，就会成为慢性淋病。有慢性淋病的人，自述下腹坠胀、腰痛、白带增多等。

孕期淋病对母婴危害较大，易引起宫内感染，分娩时导致新生儿患有淋菌性眼炎、新生儿败血症等。

幼女淋病的主要传播途径，是父母或保姆患淋病，幼女与他们共用被污染的被褥及浴具，可引起感染。通过公共浴池、便盆、被单等感染淋病，常见于集体生活的儿童。

幼女淋病的症状多见的有外阴炎或阴道炎，患儿的外阴及尿道口潮红、肿胀，伴有疼痛、瘙痒或尿痛。婴幼儿则在排尿时哭闹、阴道排脓。

患有淋菌性眼炎的新生儿，在生后二三天内，双眼睑红肿，有多量脓性分泌物。如未及时治疗，病情发展迅速，会引起角膜炎、角膜溃疡、坏死、穿孔，导致失明。

男性淋病患者如果不及时治疗，可能引起急性前列腺炎、精囊炎和附睾炎；女性淋病常见的并发病是淋菌性盆腔炎，包括子宫内膜炎、输卵管炎、卵巢脓肿等。患者可以有全身症状，如发热、寒战、恶心、呕吐、食欲不振，并有下腹部疼痛、腰痛。

淋病患者还可能导致不孕症。妇女在孕期得了淋病，对孕妇和胎儿都有极大的危害。

诊断本病主要依靠化验检查。取患者宫颈管口的分泌物在显微镜下检查。如能发现淋球菌，就可怀疑患者患有淋病。但是这种方法不太准确，一般用于男性患者，而对于女性患者，最好的办法是用淋球菌培养的方法以确定诊断。

聚合酶链反应（简称 PCR），是一种基因诊断的新方法；还有酶联免疫吸附试验（简称 ELISA 法）。后一种方法具有快速、敏感、特异、稳定、不需要特殊设备等特点，操作简便，结果与细菌培养基本相符，所以近年来使用较多。

【治疗与护理】

患者在急性期，应注意休息，多饮水，禁忌喝酒和吃刺激性食品。

药物治疗淋病时，强调及时、足量、规范、彻底，同时治疗患者的配偶。治疗无并发症的淋病，首选头孢类抗生素。常用的药物有头孢三嗪 250 毫克，肌内注射，1 次；或头孢克肟 400 毫克，顿服；或环丙沙星 500 毫克，顿服；或氧氟沙星 400 毫克，顿服。随后用强力霉素 100 毫克，每天 2 次，连用 7 天。

治疗有并发症的淋病患者，可用头孢三嗪 250 毫克；或大观霉素（淋必治）2.0 克，每天肌内注射 1 次；或氟嗪酸 200 毫克，每天 2 次，连用 10 天。

治疗新生儿淋菌性眼炎，可用生理盐水冲洗后，用 0.5% 红霉素

或1%硝酸银滴眼，同时用青霉素注射治疗。

治疗期间应注意保持外生殖器清洁，勤洗手，勤换内裤。女性患者治疗结束后1～2周，应复查宫颈分泌物涂片，并进行细菌培养，如果连续2次阴性，才能判定为治愈。

梅　毒

【概述】

梅毒是梅毒螺旋体通过直接接触感染的一种性传播疾病。梅毒螺旋体和细菌、病毒一样，也是一种病原微生物。

梅毒若未得到及时诊断和治疗，可导致严重的并发症和后遗症。

根据病情和病程，可以分为早期梅毒、晚期梅毒及潜伏期梅毒。其中，早期梅毒又分为一期梅毒和二期梅毒。

梅毒螺旋体由黏膜或擦伤的皮肤进入人体后，很快就会沿着淋巴管进入血液传播到全身。

感染经过2～4周的潜伏期，在螺旋体侵入的局部，就会出现初期梅毒病变——硬下疳，此期称为一期梅毒。

硬下疳持续1～5周后自行愈合。硬下疳出现后经过4～12周，梅毒螺旋体通过血行传播，出现梅毒疹、扁平湿疣，持续2～6周后可自然消退，此期称为二期梅毒。

二期梅毒还可以侵犯其他器官，如眼、骨骼、关节、肝、脾等。

二期梅毒后或转为隐性梅毒，患者没有症状，但是血清反应阳性。有的患者则经过几年或一二十年，成为三期梅毒。

【诊断】

1. 一期梅毒：一期梅毒的主要症状是硬下疳。硬下疳位于男性阴茎或龟头，以及女性的外阴、阴唇、尿道口、肛门、阴道、宫颈、口唇和乳房等处。

所谓硬下疳是一种无痛的红色炎性硬结，圆形，直径大约有一两个厘米，表面有浅溃疡，有浆液性渗出物，边缘整齐，隆起，多为单发。

硬下疳附近的淋巴结肿大，硬而不痛。

这时候如果取病变处的渗液，或用针吸的方法从肿大的淋巴结抽出一些液体，在显微镜下检查，能看到梅毒螺旋体。

诊断梅毒病，有一种称为梅毒血清反应的方法。在一期梅毒的早期，梅毒血清反应可以阴性。

2. 二期梅毒：二期梅毒的主要症状是杨梅疹和扁平湿疣。

杨梅疹的皮疹多种多样，如斑疹、丘疹、斑丘疹或脓疱疹。这些皮疹的分布也比较广泛，遍及胸背、

四肢、颜面、手掌、脚掌，一般是双侧对称性分布。

在杨梅疹出现后，在皮肤摩擦、潮湿的部位（如大小阴唇、肛门周围）会出现扁平湿疣。扁平湿疣是扁平的湿丘疹合成斑片状，表面糜烂有渗出，边界清楚，稍隆起，无痛，发病期间局部淋巴结肿大。

在二期梅毒期间，梅毒血清反应为阳性。

3. 三期梅毒：有些梅毒患者，在初期梅毒出现 4～20 年后，进入了三期梅毒（或称晚期梅毒）。到了这个阶段，病变再不仅局限于皮肤、黏膜，而且向全身许多器官侵犯，如骨梅毒、心血管梅毒（主动脉瘤、或主动脉瓣闭锁不全）和神经系统梅毒（脊髓痨、麻痹性痴呆）等。三期梅毒可以致命。

患梅毒的妇女，还可以通过胎盘传染胎儿，使胎儿患先天梅毒。

【治疗与护理】

由于初期梅毒病变无痛，而且可以自行消失，晚期梅毒是在潜伏若干年后才出现，所以容易被忽略，结果延误了最佳的治愈时机。因此，一旦感染了梅毒，及时诊断和治疗非常重要。

1. 治疗一期和二期梅毒或隐性梅毒，一般用抗生素。

常用的抗生素有：苄星青霉素 G 240 万单位，肌内注射，每周 1 次，共 2～3 次；或普鲁卡因青霉素 G，每天 80 万单位，肌内注射，共 7～10 天。其中二期梅毒，青霉素总量达到 600 万～1 200 万单位；或四环素，口服，每次 0.5 克，每天 4 次，共 15 天。适用于对青霉素过敏的患者；或强力霉素，每次 100 毫克，每天 2 次，连服 15 天；或红霉素，口服，每次 500 毫克，每天 4 次，连续 30 天；或头孢三嗪，每 3 天（或 2 天）肌内注射 1 克，共 4 次。

2. 治疗晚期梅毒或超过 2 年的潜伏期梅毒：苄星青霉素 G，肌内注射，每周 1 次，240 万单位，共 3 次；或普鲁卡因青霉素 G 80 万单位，每天 1 次，注射，连续 20 天；四环素，每次 500 毫克，每日 4 次或强力霉素，每天 4 次，每次 100 毫克，连服 30 天；红霉素，每次 500 毫克，每天 4 次，连续服用 30 天。

梅毒治疗结束后，应根据医嘱定期到医院复查，观察是否彻底治愈及有无复发。

非淋菌性尿道炎

【概述】

非淋菌性尿道炎是指由性接触而传染的尿道炎，患者虽然有尿道炎的症状，但是经过检查却没有发

现淋球菌存在。这种病的“祸根”主要是衣原体和支原体两种微生物。

支原体和衣原体的大小，介于细菌和病毒之间，生长在细胞内。它们又都分为几种类型，其中引起非淋菌性尿道炎的病原分别是沙眼衣原体、解脲支原体和人型支原体。

【诊断】

患病后，男性常表现为尿道不适、发痒、刺痛、烧灼感，同时还有轻重不等的尿急、尿痛和排尿困难。在清晨首次排尿时，见分泌物呈黏糊状封住尿道口，故称“糊口”。

女性患者的症状不明显，有人则有轻微疼痛，有少量尿道分泌物，为浆液样或黏液脓性。

在女性患者，还有宫颈炎。检查时发现，宫颈水肿、糜烂，分泌物增多，所以经常造成外阴或阴道瘙痒。患有前庭大腺炎的女患者，前庭大腺肿大，局部红肿，也可能形成脓肿，需要切开引流。合并有输卵管炎、子宫内膜炎、盆腔炎的患者，会出现相应的症状。

医生在检查患者的时候，没有发现淋球菌，尿沉渣中含有许多白细胞。用直接免疫荧光方法检查，可以查出支原体或衣原体阳性。

【治疗与护理】

药物治疗首选四环素、强力霉素及红霉素。

四环素：0.5 克，每天 4 次，共 7 日；或每次 1.0 克，每天 1 次，共用 14～21 天，孕妇禁用。红霉素：0.5 克，每天 4 次，共 7 天，常用于孕妇。强力霉素：100 毫克，每天 2 次，共 7 天或 2 周，孕妇禁用。

患者的配偶也要同时进行检查，同时暂停性生活。

如果治疗效果不佳，就要查明原因。有时是因为耐药造成的，则要换另外一种药物治疗。如果性伴侣也有同样的病，而且没有进行治疗，则疗效也不好。

患者治愈的标准，应当是自觉症状消失 1 周以上；尿道没有分泌物；尿沉渣中没有发现白细胞或白细胞大大减少；免疫荧光法检查为阴性。

尖锐湿疣

【概述】

在性传播疾病中，尖锐湿疣的发病率占第二位。与其他性传播疾病相同，尖锐湿疣主要也是通过性交途径传播。预防性传播疾病的主动权，应当掌握在自己手中，最重要的一点是不要与患者或可疑患者进行性接触，同时避免使用他们的内裤、浴巾、浴盆。要注意外阴部位的清洁卫生。

尖锐湿疣可以通过多种途径传染给胎儿，孩子出生以后，可能患有新生儿喉乳头状瘤。所以如果染上这种病后，不要怀孕。如果怀孕后患病，也要及早治疗。另外，尖锐湿疣与生殖器癌有密切关系，所以患者要及早治疗。

尖锐湿疣是由人类乳头状瘤病毒引起，患者以20～40岁之间的青年多见，特别是年轻的妇女。2/3的患者是由性传播的途径传染的。

引起尖锐湿疣的病毒，喜欢在温暖、潮湿的外阴皮肤与黏膜交界处生长、繁殖。受到感染后，潜伏期为1～3个月。

【诊断】

尖锐湿疣的好发部位在男性的阴茎龟头、包皮、冠状沟、包皮系带、尿道口、阴茎体、阴囊；男性同性恋者，可以发生在肛门和直肠；在女性，则是在外阴、大小阴唇、阴道、宫颈、尿道口及肛门周围。

疾病初起的时候，是像针头大小的丘疹，表面呈淡红色或污灰色。以后丘疹逐渐长大、增多，可以是颗粒状、杨梅状，大者可以集聚融合成菜花样或鸡冠样突起。这种突起质地柔软，表面潮湿、糜烂，可有混浊的浆液或脓液。

病初起的时候，患者没有明显的症状，湿疣增大后有瘙痒、烧痛、压迫感。女性患者发生在阴道和宫颈的尖锐湿疣，常常出现性交后疼痛并有白带增多。肛门和直肠的尖锐湿疣，可有疼痛和里急后重感。

诊断尖锐湿疣经常采用一种非常简单的方法，对可疑的部位，涂上3%～5%的醋酸，三五分钟以后，感染的区域会泛白，对诊断有一定帮助。另外，还要进行细胞学检查。

【治疗与护理】

1. 药物治疗：足叶草脂是一种化学腐蚀剂。用药后3～4天，疣体就会脱落。用药时要保护周围正常的皮肤。一般用凡士林纱布将附近健康组织掩盖，用药后4小时，清洗用药部位。每天1次，3～4天为一个疗程。不适用于孕妇。

足叶草毒素（又称尤脱欣、疣敌、鬼臼毒素）比足叶草脂的刺激轻，外用，每天涂药2次，共3天，休息4天，为1个疗程。未愈者可以重复治疗。这种药不适用于孕妇。

三氯乙酸和二氯乙酸，效果与上述药物相似，可以给孕妇使用。

氟尿嘧啶（简称5-FU）能抑制病毒的复制，可使用于病变面积大、数量多的患者，常用于外阴或肛门尖锐湿疣。常用的方法为5%5-FU油膏，每周2次，共10周为一个疗程。

干扰素肌内注射也可治疗尖锐湿疣。即干扰素α-2b，500万单位，分5个点注于疣内，每周3次，共3周；或干扰素α-2a皮下注射300万单位或900万单位，每周3次，共4周。

2. 物理治疗：冷冻治疗是用液氮或干冰，使疣组织坏死。适用于

疣体不太大，或病变不太广泛的患者，但不适合阴道疣的治疗。激光、电灼也是常用的治疗方法。

3. 手术治疗：手术治疗适用于数量少、病损小的疣体，一般肛门周围的疣用手术方法较好。

艾滋病

【概述】

艾滋病是一种性传播疾病。1981年，美国首先报道一组男性同性恋者中，出现了后天性免疫缺陷病，患者相继死亡。后来，证实这些患者死于艾滋病，引起这种病的病源，是感染了人类免疫缺陷病毒（简称HIV）。

艾滋病的传播途径有3种。

（1）性接触。

（2）血液、血制品、器官移植和污染的注射器。

（3）母婴垂直传播。

感染了HIV以后，将终身带病毒。当发展为艾滋病后，常继发各种感染而导致死亡。

【诊断】

感染了HIV以后，将可能出现3种情况。

（1）急性HIV感染：这种情况在高危人群，如静脉吸毒和同性恋者中才能发现。患者有发热、乏力、咽痛及全身不适，类似上呼吸道感染，个别人还有头痛、皮疹、脑膜脑炎或急性多发性神经炎。

医生在检查的时候，能发现患者的颈、枕、腋部淋巴结和肝、脾肿大。

（2）无症状HIV感染：患者并没有出现任何症状。

（3）艾滋病：

持续不规则低热超过1个月。

原因不明的全身淋巴结肿大，肿大的淋巴结直径大于1厘米。

慢性腹泻，每天次数超过4～5次。

体重下降，低于原来体重的10%。

常合并有口腔念珠菌感染、卡氏肺囊虫肺炎、巨细胞病毒感染、弓形体病、隐球菌脑膜炎或进展迅速的肺结核、皮肤黏膜的卡波西肉瘤等。

少数年轻患者出现痴呆症。

诊断艾滋病或患者是否有HIV感染，必须进行化验检查。

常用的检查方法有抗-HIV抗体检测。如果患者检查结果是阳性，还要进行确认检查。常用的是蛋白印迹法，可以确诊。

【治疗与护理】

至今还没有特效治疗艾滋病的药物和方法。目前的治疗方法，主要是联合用药，抑制病毒在体内的复制。停药后，病毒可恢复其繁殖。

所谓艾滋病的高危人群，是指

这些人的行为，对艾滋病毒的感染具有高度危险性，多见于以下情况：

（1）共用针具静脉注射毒品者。除传染艾滋病外，还可以传染肝炎和梅毒等。

（2）卖淫嫖娼、同性恋，或双性恋者采取危险性行为者。

（3）因病经常输血或输注血液制品者。

（4）艾滋病毒感染者的配偶或“性伴侣”，及感染艾滋病后所生的子女。

（5）曾使用未经严格消毒的公用锐器文身、文眉、文眼线、文唇线、穿耳孔或剃须修面者。

（6）接受过未查艾滋病病毒抗体者提供的组织、器官、精液，进行组织、器官移植或人工授精者。

（7）经常诊治或护理艾滋病患者的医护人员，特别是曾被污染艾滋病病毒的针头、刀剪或其他锐器伤及皮肤者；针灸医生自觉不自觉地用污染艾滋病病毒的银针自行测试针感者；经常为艾滋病患者做血液及各种分泌物的检验者。

有关单位对艾滋病的高危人群，要建立登记制度，掌握情况，定期监测血中的艾滋病抗体，并从中发现艾滋病病毒感染者和艾滋病患者。

医务工作者应随时向他们宣传防治艾滋病的有关知识，劝告人们停止高危行为，以争取他们能对艾滋病的预防和早期诊治，给予充分合作。

附篇　常用人体检验正常参考值

一、血液学检查

血液流动于血管内，它是由血细胞成分的红细胞、白细胞、血小板以及液体成分的血浆组合而成的体液组织。正常人的血液总量约为体重的6%～8%，成人大约有5 000毫升。

1. 血液学一般检查：

检查项目	英文缩写	正常参考值	临床意义
血红蛋白	Hb	男：120～160g/L (12.0～16.0g/dl)； 女：110～150g/L (11.0～15.0g/dl)	增高：有生理性或病理性； 减低：可反映贫血的程度
红细胞计数	RBC	男：$(4.0\sim5.5)\times10^{12}$/L (400万～550万/$mm^3$)； 女：$(3.5\sim5.0)\times10^{12}$/L (350万～500万/$mm^3$)	诊断各种贫血及红细胞增多症 增高：真性红细胞增多症、肺心病、肺气肿、高原缺氧等； 减低：贫血、血液稀释后
白细胞计数	WBC	$(4\sim10)\times10^9$/L (4 000～10 000/mm^3)	增高：急性感染、严重组织损伤、大出血、中毒、恶性肿瘤及白血病等； 降低：某些感染、血液病、自身免疫性疾病、脾功能亢进、再生障碍性贫血等
红细胞比容	HCT 或 PCV	男性：0.40～0.50； 女性：0.35～0.45	增高：见于真性红细胞增多症、大面积烧伤、高原生活者、脱水(如连续多次呕吐、腹泻、多汗、多尿)； 减低：见于各种贫血、白血病等

续表

检查项目	英文缩写	正常参考值	临床意义
红细胞沉降率（血沉）	ESR	男性＜15mm（毫米）/60min(分钟) 女性＜20mm/60min；	血沉加快见于急性炎症，结缔组织病，风湿热活动期，组织损伤或坏死（如创伤、手术、心肌梗死），恶性肿瘤，高球蛋白血症（如系统性红斑狼疮、多发性骨髓瘤、巨球蛋白血症、肝硬化），慢性肾炎，重金属中毒，较严重溶血及妊娠，女性月经期，老年人等

2. 白细胞分类计数（英文缩写 DC）：正常血液中含有粒性、单核性和淋巴性 3 类白细胞。粒细胞又根据胞浆中含有的颗粒性质不同，分为嗜酸性、嗜碱性及中性粒细胞 3 种。

检查项目	英文缩写	正常参考值	临床意义
中性分叶核粒细胞	N	0.50～0.70 (50%～70%)	增多：急性细菌性感染、严重组织损伤或血细胞破坏、急性失血、急性中毒、白血病及恶性肿瘤； 减少：病毒性感染、伤寒、某些血液病、放射线或化学药物的毒副作用、自身免疫性疾病、脾功能亢进等
中性杆状核粒细胞	N	0.01～0.05 (1%～5%)	用于血液系统疾病的诊断和判断感染轻重程度等
嗜酸性粒细胞	E	0.005～0.05 (0.5%～5%)	增高：常见于过敏性疾病、寄生虫病、某些皮肤病及血液病等； 减少：见于肾上腺皮质激素治疗时、大手术病情严重及传染病、伤寒、副伤寒等病患者

续表

检查项目	英文缩写	正常参考值	临床意义
嗜碱性粒细胞	B	0～0.01 (0%～1%)	增多：常见于慢性粒细胞白血病、嗜碱性粒细胞白血病及某些转移癌； 减少：无临床意义
淋巴细胞	L	0.25～0.3 (25%～30%)	增多：某些病毒或细菌所致的传染病，常见于传染性单核细胞增多症，某些慢性感染，如结核病恢复期及淋巴细胞性白血病、淋巴肉瘤等； 减少：接触放射线及应用皮质激素之后
单核细胞	M	0.03～0.08 (3%～8%)	增多：亚急性细菌性心内膜炎、急性感染的恢复期、单核细胞白血病； 减少：临床意义不大
血小板	PLT	(4～10)×10^9/L (4 000～10 000/mm^3)	减少：原发性或继发性血小板减少性紫癜，如弥散性血管内凝血、血栓性血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、急性白血病、伤寒、脾功能亢进及进行性体外循环时、化学药物中毒等； 增高：较少见，有特发性血小板增多症、脾切除术后

3. 血液生物化学检查：

检查项目	英文缩写	正常参考值	临床意义
血糖	Glu	3.89～6.11mmol/L	增高：最常见于各种糖尿病、慢性胰腺炎、心肌梗死、肢端肥大症，某些内分泌疾病，如甲状腺功能亢进、肾上腺功能亢进等； 降低：常见于糖代谢异常、胰岛细胞瘤、胰腺瘤、严重肝病、妊娠、哺乳等
口服葡萄糖耐量试验	OGTT	空腹：3.9～6.1mmol/L 30分钟：6.1～9.4mmol/L 1小时：6.7～9.4mmol/L 2小时：7.8mmol/L 3小时：3.9～6.1mmol/L	正常人：服75克葡萄糖后30分钟至1小时血糖升高到高峰。2～3小时降至空腹时的血糖值，尿糖试验为阴性； 糖尿患者：空腹血糖超过正常值，服糖后血糖更高，2小时血糖≥7.8mmol/L，尿糖出现不同程度的加号。肾脏患者耐糖曲线正常，但尿糖呈阳性。一些内分泌患者，空腹血糖低于正常值，服糖后血糖无明显升高，耐糖曲线偏低，尿糖为阴性
糖化血红蛋白	GHb 或 HbA_1C	占总血红蛋白的7.0±0.9%	增高：主要见于糖尿病及其他高血糖症。能反映测定前1～2个月内的血糖水平
尿酸	UA	男性：149～416μmol/L 女性：89～357μmol/L	增高：见于痛风、白血病、多发性骨髓瘤、真性红细胞增多症、急慢性肾小球肾炎、妊高征、重症肝病、妊娠反应等； 降低：常见于恶性贫血、乳糜尿及肾上腺皮质激素等药物治疗后
肌酐	Cr	男性：44～133μmol/L 女性：70～106μmol/L	增高：见于严重肾功能不全、各种肾功能障碍、肢端肥大症等； 降低：常见于营养不良、多尿等

续表

检查项目	英文缩写	正常参考值	临床意义
血清总胆固醇	TC	1.83～5.20mmol/L	增高：见于高脂血症、动脉粥样硬化、糖尿病肾病、肾病综合征、甲状腺功能减退等； 降低：见于肠道吸收不良、肝病、甲亢、贫血、败血症、严重感染、溶血性黄疸、消耗性疾病（如晚期癌症、营养不良等）
血清甘油三酯	TG	0.56～1.70mmol/L	增高：见于动脉粥样硬化、肾病综合征、糖尿病、甲状腺功能减退、胆道阻塞、急性胰腺炎、糖原累积症、原发性 TG 增多症、妊娠后期等； 减低：见于慢性阻塞性肺疾患、脑梗死、甲亢、营养不良、吸收不良综合征
高密度脂蛋白胆固醇	HDL-C	0.94～2.0mmol/L	增高：见于慢性肝病和慢性中毒性疾病、长时间的需氧代谢、遗传性高 HDL 血症； 降低：见于冠心病、高脂血症、肝硬化、糖尿病、慢性肾功能不全
低密度脂蛋白胆固醇	LDL-C	2.07～3.12mmol/L	增高：见于家族性Ⅱ型高脂蛋白血症、高胆固醇及高脂肪饮食、甲状腺功能减退、肾病综合征、多发性肌瘤、肝病、妊娠、糖尿病、卟啉病、某些药物的使用； 降低：见于遗传性无 β 脂蛋白血症、肝功能异常
载脂蛋白 AI	apoAI	男性：1.42±0.17g/L 女性：1.45±0.14g/L	增高：见于妊娠、雌激素疗法、锻炼、饮酒； 减低：见于Ⅰ、Ⅱa 型高脂血症及冠心病、脑血管病
载脂蛋白 B	apoB	男性：1.01±0.21g/L 女性：1.07±0.23g/L	增高：见于冠心病及Ⅱa、Ⅱb 型高脂血症

4. 肝功能检查的内容及意义：

检查项目	英文缩写	法定单位	旧制单位	临床意义
谷丙转氨酶	ALT	＜25u/L	＜40u/dl	增高：传染性肝炎、中毒性肝炎、药物性肝炎、肝硬化活动期、肝癌、脂肪肝、胆囊炎、心肌梗死、心肌炎
谷草转氨酶	AST	8～45u/L	15～95u/dl	增高：心肌梗死、各种肝脏疾患
碱性磷酸酶	ALP	37～150u/L	＜13u/dl	增高：急、慢性黄疸性肝炎，阻塞性黄疸、肝癌、骨骼系统疾患
谷氨酰转移酶	GGT	5～45u/L	＜40u/dl	增高：急性传染性肝炎、肝硬化、阻塞性黄疸、原发性肝癌、长期嗜酒
总胆红素	BIL	5～22μmol/L	0.1～1.0mg/dl	增高：阻塞性黄疸、溶血性黄疸、肝细胞性黄疸
总蛋白	TP	64～85g/L	6.4～8.5g/dl	增高：血浆浓缩（呕吐、腹泻、烧伤）、营养过剩 减少：营养不良、消耗性疾病（糖尿病、甲亢、肿瘤、长期发热、结核）
白蛋白	ALB	35～55g/dl	3.5～5.5g/dl	增高：血液浓缩 减少：营养不良，消耗性疾病、肝硬化

二、尿液检查

1. 尿液的一般性状检查：

(1) 尿气味：

正常结果：新鲜尿无特殊气味（或有挥发性酸味）；进食葱、蒜或服用

某些药物后，新鲜尿会伴有相应的气味。

临床意义：糖尿病酮症酸中毒尿有烂苹果味；慢性膀胱癌、慢性尿潴留或尿久置后有氨臭味；尿路炎症时，尿有恶臭味。

（2）尿量：

参考值：成人：1.0～1.5 升/24 小时；儿童：0.5～1.0 升/24 小时，婴儿：0.1～0.15 升/24 小时，新生儿：0.03～0.06 升/24 小时；大于 60 岁：0.25～2.4 升/24 小时。

临床意义：多尿指 24 小时尿量大于 2.5 升，见于糖尿病、尿崩症、慢性肾炎、高血压肾病、多发性骨髓瘤、神经性多尿及饮水过多等；少尿指 24 小时尿量少于 0.4 升，少于 0.1 升时称为无尿或闭尿，见于严重脱水、大换血、休克、严重烧伤、心功能不全、尿毒症、肿瘤压迫、急性肾小球肾炎、腹膜炎、肝硬化腹水等。

（3）尿外观：

正常结果：包括颜色和透明度。正常新鲜尿为淡黄色或黄色，透明，放置后可出现轻度浑浊。

临床意义：见下表。

尿液	外观	临床意义
血尿	洗肉水样	泌尿系炎症、结石、肿瘤、感染等
血红蛋白尿	暗红色透明	阵发性睡眠性血红蛋白尿、血型不合的输血等
胆红素尿	深黄色透明	各种黄疸
乳糜尿	乳白色混浊	淋巴管阻塞，如丝虫病、肿瘤、结核等
脓尿	白色混浊	泌尿系感染
结晶尿	颗粒状混浊	泌尿系感染

2. 尿常规及临床意义：

检查项目	英文缩写	正常参考值	临床意义
酸碱度	pH	5～8	碱性尿常见于泌尿系感染、结石和陈旧尿液；明显酸性尿见于酸中毒、尿胱氨酸结石及服用酸性药
尿比密（重）	SG	1.010～1.030	增高见于急性肾炎、高热、心功能不全、脱水、糖尿病等；降低见于慢性肾小球肾炎、肾功能不全、尿崩症等

续表

检查项目	英文缩写	正常参考值	临床意义
尿蛋白	PRO	阴性	尿蛋白增多见于各种肾炎、肾功能不全和肾病综合征等
尿糖	GLU	阴性	尿糖增多见糖尿病
尿酮体	KET	阴性	阳性见于糖尿病酮症、妊娠呕吐长期营养不良、饥饿及剧烈运动后等
尿胆红素	BIL	阴性	阳性见于肝细胞性黄疸和阻塞性黄疸，而溶血性黄疸可能为阴性
尿红细胞	ERY或OBL	阴性	阳性见于泌尿系炎症、感染、结石、结核
尿白细胞	LEU	阴性	阳性见于泌尿系感染、结石、结核等

3. 尿沉渣检查：

（1）尿红细胞：

参考值：0～3/HP（高倍显微镜检查法）。

临床意义：大于3/HP为镜下血尿，见于泌尿系统各部位的炎症、感染、肿瘤、结石、结核及肾移植排异反应。此外，也见于糖尿病肾病、系统性红斑狼疮、盆腔炎、前列腺炎、白血病等。

（2）尿白细胞：

参考值：0～5/HP（显微镜检查法）。

临床意义：增多见于泌尿系统感染、炎症、结石、结核等。此外，也可见于邻近器官如前列腺、阴道、宫颈、附件等部位炎症及细菌性感染。

三、肝炎病毒免疫学检查

检查项目	英文缩写	参考值	临床意义
甲型肝炎病毒抗原	HAV	阴性	粪便中HAV阳性检出率于发病前1～15天为70.6%～87.5%，发病后1周为42.9%，1～2周为18.3%，15天后则少见阳性。血清中HAV仅在发病初期出现极短时间，因而不易在血清中检出HAV

续表

检查项目	英文缩写	参考值	临床意义
甲型肝炎病毒抗体	抗-HAV	阴性	抗-HAV IgM 约在甲型肝炎发病后 1 周内出现，阳性率为 45%，4 周后几乎全部患者皆为阳性，其在血清中持续存在 12～16 周，最长可维持低滴度 1 年，是甲型肝炎病毒急性感染早期诊断的重要标志，也是临床确诊指标。 抗-HAV IgG 则在发病后 2 周开始在血清出现，3 个月后达高峰，其可在血清中长期存在，在急性甲型肝炎期间可与 IgM 抗体同时存在，抗-HAV IgG 阳性表示曾经感染过 HAV，或接种甲型肝炎疫苗后获得免疫力，且抗-HAV IgG 检查常用于甲型肝炎的流行病学调查。 抗-HAV IgA(总抗体)阳性则表示已经或曾经感染过 HAV，若双份血清抗体滴度 4 倍以上增长，则可诊断为 HAV 急性感染
乙型肝炎病毒表面抗原	HBsAg	阴性	HBsAg 在乙肝病毒(简称 HBV)感染早期出现于患者血循环中，可持续数月、数年乃至终身，是 HBV 感染初期的指标，也是 HBV 持续感染的指标，见于慢性 HBsAg 携带者、急性乙型肝炎潜伏期和急性期、慢性迁延性肝炎与慢性活动性肝炎、肝硬化者；乙型肝炎患者若 HBsAg 阳性持续 2 个月以上，约有 1/3 病例可向慢性转化，但在所谓的 HBV 感染“窗口期”，HBsAg 可以阴性，而抗-HBc 等其他 HBV 血清标志物可阳性
乙型肝炎病毒表面抗体	抗-HBs	阴性	
乙型肝炎病毒 e 抗原	HBeAg	阴性	
乙型肝炎病毒 e 抗体	抗-HBe	阴性	

[General Information]
书名=家庭医生全书　最新版
SS号=11692062