国家中医药管理局专业技术资格考试专家委员会　编写

全国中医药专业技术资格考试大纲与细则

中西医结合外科专业（中级）

全国百佳图书出版单位
中国中医药出版社

责任编辑　肖培新
封面设计　文　欣

全国中医药专业技术资格考试大纲与细则

中医内科专业（中级）
中医外科专业（中级）
中医妇科专业（中级）
中医儿科专业（中级）
中医眼科专业（中级）
中医耳鼻喉科专业（中级）
中医骨伤科专业（中级）
中医针灸专业（中级）
中医肛肠科专业（中级）
中医皮肤与性病专业（中级）
中医推拿专业（中级）
全科医学（中医类）专业（中级）
中西医结合内科专业（中级）
中西医结合外科专业（中级）
中西医结合骨伤科专业（中级）
中药专业（中级）
中药专业（初级师）
中药专业（初级士）
中医护理专业（中级）
中医护理专业（初级）

ISBN 978-7-5132-0690-7
9 787513 206907 >

上架建议　医药卫生：考试辅导

定价：177.00元

全国中医药专业技术资格考试大纲与细则

中西医结合外科专业

（中级）

国家中医药管理局专业技术资格考试专家委员会　编写

中国中医药出版社
·北　京·

图书在版编目（CIP）数据

全国中医药专业技术资格考试大纲与细则．中西医结合外科专业/国家中医药管理局专业技术资格考试专家委员会编写．—北京：中国中医药出版社，2011.12
ISBN 978-7-5132-0690-7

Ⅰ.①全… Ⅱ.①国… Ⅲ.①中国医药学-医药卫生人员-资格考试-自学参考资料 ②中西医结合-外科学-医药卫生人员-资格考试-自学参考资料 Ⅳ.①R2

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2011）第 246520 号

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层
邮政编码 100013
传真 010 64405750
北京燕鑫印刷厂印刷
各地新华书店经销
*
开本 787×1092 1/16 印张 75.5 字数 1833 千字
2011 年 12 月第 1 版 2011 年 12 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-5132-0690-7
*
定价 177.00 元
网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换
版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720
购书热线 010 64065415 010 84042153
书店网址 csln.net/qksd/

全国中医药专业技术资格考试大纲与细则

《中西医结合外科专业》（中级）

编写委员会名单

专业主编

王　广（北京中医药大学）

周永坤（山东中医药大学）

专业主审

曹　羽（北京中医药大学）

学科主编（以姓氏笔画为序）

王　广　王新佩　方泰惠　孔军辉　李　冀

李兴广　李秀惠　杨建红　宋乃光　张永涛

张金钟　陆小左　郭　华　郭霞珍　翟双庆

学科编委（以姓氏笔画为序）

王　彤　王均宁　孙士玲　杜红卫　张　华

张国霞　张庚扬　张静喆　宋捷民　范　颖

金　华　周永坤　赵二鹏　姜智慧　袁　颖

袁宝权　殷　鑫　高兆旺　黄　斌　曹　阳

崔家鹏　韩力军　焦　强　樊巧玲　潘　涛

魏　红

编写说明

为进一步贯彻国家人力资源和社会保障部、卫生部及国家中医药管理局关于全国卫生专业中（初）级技术资格考试的有关精神，进一步体现中医药中（初）级专业技术资格考试的目标要求，国家中医药管理局人事教育司委托国家中医药管理局中医师资格认证中心，于2011年组织有关专家，对2006年版临床中医学、中西医结合医学、中药学、中医护理学中（初）级专业技术资格考试大纲以及2007年版全科医学（中医类）专业技术资格考试大纲进行了修订，形成了2011年版《全国中医药中（初）级专业技术资格考试大纲》（以下简称新大纲）。

新大纲体现了国家中医药管理局培养优秀临床人才“读经典，做临床”的思想导向；突出了中医、中西医结合、中药、中医护理四类临床专业中（初）级技术人员基础知识的临床综合运用能力及实践能力的测试；合理调整了考试科目设置，合理增加了与各专业相关学科的内容。

新大纲在中医、中西医结合临床专业层面与本科层次，以及中药3个级别、中医护理2个级别层次在考试科目设置及内容上均体现了差别。

新大纲注重了考试专业作为一个整体的表现形式。将20个专业考试大纲以“基础知识”、“相关专业知识”、“专业知识”、“专业实践能力”四个考试科目进行学科排序，并在具体内容上进行了4个方面的标识。

为了配合新大纲的实施，国家中医药管理局中医师资格认证中心组织全国中医药专业技术资格考试专家委员会，依据新大纲编写了与之相配套的《2011年版临床中医药专业技术资格中（初）级考试大纲细则》（以下简称大纲细则）。

本书是新大纲的具体细化。其内容涵盖临床中医、中西医结合、中药、中医护理四类20个专业（中级、初级师、初级士三个层次）、50个考试学科。《大纲细则》以20个专业分类，分别装订成书。

本书既是全国中医药专业技术资格考试命审题专家命题用书，也是临床中

医、中西医结合、中药、中医护理专业即将晋升为中（初）级专业技术资格的考生临床实践、复习备考的权威性参考书。

借此机会，感谢王永炎院士、张伯礼院士、李连达院士、石学敏院士以及其他十几位专业主审，对《大纲细则》书稿严格把关，提出精辟意见，对保证书稿质量发挥了重要作用。20 个专业主编、55 个学科主编及其编委在本次《大纲细则》编写中起到了主体作用，在此一并致谢！

由于时间仓促，2011 年版《全国中医药专业技术资格考试大纲与细则》中不当之处在所难免，敬请有识之士不吝斧正，以便我们适时修订完善。

国家中医药管理局中医师资格认证中心

2011 年 11 月 21 日

目　录

大　纲

第一部分　基础知识 …… 3
中医基础理论 …… 3
内经 …… 6
伤寒论 …… 7
金匮要略 …… 8
温病学 …… 9
中药学 …… 9
方剂学 …… 17

第二部分　相关专业知识 …… 24
中医诊断学 …… 24
诊断学基础 …… 27
药理学 …… 33
传染病学 …… 34
医学心理学 …… 36
医学伦理学 …… 37
卫生法规 …… 38

第三、四部分　专业知识与专业实践能力 …… 40
中西医结合外科学 …… 40

大 纲 细 则

中医基础理论 …… 63
第一单元　中医学理论体系的主要特点 …… 65
第二单元　阴阳学说 …… 67
第三单元　五行学说 …… 69
第四单元　藏象 …… 71

第五单元　气血津液 …… 86
第六单元　病因 …… 91
第七单元　发病 …… 98
第八单元　病机 …… 99
第九单元　防治原则 …… 109

内经 …… 115
第一单元　气·阴阳·五行 …… 117
第二单元　藏象 …… 118
第三单元　病机 …… 120
第四单元　病证 …… 123
第五单元　诊法 …… 124
第六单元　论治 …… 124
第七单元　养生 …… 125

伤寒论 …… 127
第一单元　太阳病辨证论治 …… 129
第二单元　阳明病辨证论治 …… 135
第三单元　少阳病辨证论治 …… 138
第四单元　太阴病辨证论治 …… 139
第五单元　少阴病辨证论治 …… 140
第六单元　厥阴病辨证论治 …… 142
第七单元　霍乱病辨证论治 …… 144
第八单元　阴阳易瘥后劳复病辨证论治 …… 145

金匮要略 …… 147
第一单元　痉湿暍病篇 …… 149
第二单元　中风历节病篇 …… 151
第三单元　血痹虚劳病篇 …… 152
第四单元　肺痿肺痈咳嗽上气病篇 …… 154
第五单元　胸痹心痛短气病篇 …… 156
第六单元　腹满寒疝宿食病篇 …… 158
第七单元　痰饮咳嗽病篇 …… 159
第八单元　消渴小便不利淋病篇 …… 160
第九单元　黄疸病篇 …… 161
第十单元　妇人妊娠病篇 …… 162
第十一单元　妇人杂病篇 …… 163

温病学 …… 165
第一单元　温热类温病 …… 167
第二单元　湿热类温病 …… 173
第三单元　温毒类温病 …… 179

中药学 …… 181
第一单元　药性理论 …… 183
第二单元　中药的配伍与用药禁忌 …… 188
第三单元　中药的剂量与用法 …… 190
第四单元　解表药 …… 192
第五单元　清热药 …… 200
第六单元　泻下药 …… 214
第七单元　祛风湿药 …… 218
第八单元　化湿药 …… 222
第九单元　利水渗湿药 …… 224
第十单元　温里药 …… 229
第十一单元　理气药 …… 232
第十二单元　消食药 …… 235
第十三单元　驱虫药 …… 237
第十四单元　止血药 …… 238
第十五单元　活血化瘀药 …… 243
第十六单元　化痰止咳平喘药 …… 249
第十七单元　安神药 …… 257
第十八单元　平肝息风药 …… 260
第十九单元　开窍药 …… 265
第二十单元　补虚药 …… 267
第二十一单元　收涩药 …… 279
第二十二单元　涌吐药 …… 284
第二十三单元　攻毒杀虫止痒药 …… 285

方剂学 …… 289
第一单元　概述 …… 291
第二单元　解表剂 …… 293
第三单元　泻下剂 …… 298
第四单元　和解剂 …… 301
第五单元　清热剂 …… 305
第六单元　祛暑剂 …… 313
第七单元　温里剂 …… 315
第八单元　补益剂 …… 319

第九单元　固涩剂 …… 326
第十单元　安神剂 …… 329
第十一单元　开窍剂 …… 331
第十二单元　理气剂 …… 332
第十三单元　理血剂 …… 336
第十四单元　治风剂 …… 342
第十五单元　治燥剂 …… 346
第十六单元　祛湿剂 …… 349
第十七单元　祛痰剂 …… 357
第十八单元　消食剂 …… 360
第十九单元　驱虫剂 …… 362

中医诊断学 …… 363
第一单元　问诊 …… 365
第二单元　望诊 …… 378
第三单元　舌诊 …… 390
第四单元　闻诊 …… 402
第五单元　脉诊 …… 408
第六单元　八纲辨证 …… 418
第七单元　病性辨证 …… 425
第八单元　脏腑辨证 …… 434
第九单元　其他辨证方法概要 …… 455

诊断学基础 …… 461
第一单元　症状学 …… 463
第二单元　问诊 …… 480
第三单元　检体诊断 …… 482
第四单元　实验诊断 …… 514
第五单元　器械检查 …… 540
第六单元　影像诊断 …… 553

药理学 …… 567
第一单元　总论 …… 569
第二单元　各论 …… 571

传染病学 …… 607
第一单元　传染病学总论 …… 609
第二单元　常见传染病 …… 611
第三单元　医院感染 …… 630

医学心理学 …… 631
第一单元　心理学基础知识 …… 633
第二单元　心理应激 …… 637
第三单元　心身疾病 …… 639
第四单元　心理障碍 …… 641
第五单元　心理健康 …… 644
第六单元　病人心理与医患关系 …… 646

医学伦理学 …… 649
第一单元　医学的道德传统 …… 651
第二单元　医学伦理学的基本原则与范畴 …… 653
第三单元　临床诊疗的道德要求 …… 659
第四单元　疾病预防的道德要求 …… 662
第五单元　医学研究道德 …… 664
第六单元　医德修养与评价 …… 665

卫生法规 …… 669
第一单元　卫生法中的法律责任 …… 671
第二单元　相关卫生法律法规 …… 673

中西医结合外科学 …… 689
第一单元　中医外科证治概论 …… 691
第二单元　无菌术 …… 721
第三单元　麻醉 …… 727
第四单元　体液与营养代谢 …… 739
第五单元　输血 …… 761
第六单元　休克 …… 771
第七单元　围手术期处理 …… 779
第八单元　重症救治与监测 …… 792
第九单元　疼痛与治疗 …… 797
第十单元　腹腔镜手术手术适应证及常见并发症 …… 799
第十一单元　外科感染 …… 800
第十二单元　损伤 …… 823
第十三单元　颅脑损伤 …… 830
第十四单元　胸部损伤 …… 843
第十五单元　腹部损伤 …… 849
第十六单元　其他损伤 …… 860
第十七单元　肿瘤 …… 878
第十八单元　常见体表肿物 …… 884

第十九单元　常见恶性肿瘤 …… 888
第二十单元　急腹症 …… 921
第二十一单元　甲状腺疾病 …… 966
第二十二单元　乳腺疾病 …… 975
第二十三单元　胃、十二指肠溃疡并发症及外科治疗 …… 993
第二十四单元　门静脉高压症 …… 1004
第二十五单元　肠道炎性疾病的外科治疗 …… 1015
第二十六单元　腹外疝 …… 1019
第二十七单元　消化道大出血的诊断与处理 …… 1027
第二十八单元　泌尿、男性生殖系疾病 …… 1036
第二十九单元　肛门直肠疾病 …… 1055
第三十单元　周围血管疾病 …… 1095
第三十一单元　皮肤病及性传播疾病 …… 1116

大　纲

第一部分　基础知识

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中医基础理论	一、中医学理论体系的主要特点	（一）整体观念	1. 整体观念的概念	1
			2. 整体观念的内容	1
		（二）辨证论治	1. 症、证、病的概念	1
			2. 辨证论治的概念	1
			3. 同病异治和异病同治	1
	二、阴阳学说	阴阳学说在中医学中的应用	1. 说明人体的组织结构	1
			2. 说明人体的生理功能	1
			3. 说明人体的病理变化	1
			4. 用于疾病的诊断和治疗	1
	三、五行学说	五行学说在中医学中的应用	1. 说明五脏生理功能及相互关系	1
			2. 说明五脏病变的相互影响	1
			3. 指导疾病的诊断	1
			4. 指导疾病的治疗	1
	四、藏象	（一）心	1. 主要生理功能	1
			2. 与形、窍、志、液、时的关系	1
		（二）肺	1. 主要生理功能	1
			2. 与形、窍、志、液、时的关系	1
		（三）脾	1. 主要生理功能	1
			2. 与形、窍、志、液、时的关系	1
		（四）肝	1. 主要生理功能	1
			2. 与形、窍、志、液、时的关系	1
		（五）肾	1. 主要生理功能	1
			2. 与形、窍、志、液、时的关系	1
		（六）胆	胆的生理功能	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中医基础理论	四、藏象	（七）胆	胃的生理功能	1
		（八）小肠	小肠的生理功能	1
		（九）大肠	大肠的生理功能	1
		（十）膀胱	膀胱的生理功能	1
		（十一）三焦	三焦的生理功能	1
		（十二）脑	脑的生理功能	1
		（十三）女子胞	1. 女子胞的生理功能	1
			2. 女子胞与脏腑经脉的关系	1
		（十四）脏腑之间的关系	1. 脏与脏之间的关系	1
			2. 腑与腑之间的关系	1
			3. 脏与腑之间的关系	1
	五、气血津液	（一）气	1. 气的生成	1
			2. 气的分类	1
			3. 气的运动	1
			4. 气的功能	1
		（二）血	1. 血的生成	1
			2. 血的运行与功能	1
		（三）津液	1. 津液的生成、输布与排泄	1
			2. 津液的功能	1
		（四）气与血的关系	1. 气为血帅	1
			2. 血为气母	1
		（五）气与津液的关系	1. 气能生津、行津和摄津	1
			2. 津能生气、载气	1
	六、病因	（一）外感性致病因素	1. 六淫共同的致病特点	1
			2. 六淫各自的性质和致病特点	1
			3. 疫疠邪气	1
		（二）七情内伤	七情内伤致病的特点	1
		（三）饮食失宜	饮食不节、不洁、偏嗜	1
		（四）劳逸失度	1. 过度劳累	1
			2. 过度安逸	1
		（五）痰饮	痰饮的致病特点	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中医基础理论	六、病因	（六）瘀血	1. 瘀血的致病特点	1
			2. 瘀血的病症特点	1
	七、发病	（一）发病的基本原理	1. 正气不足是疾病发生的内在因素	1
			2. 邪气是发病的重要条件	1
		（二）影响发病的主要因素	1. 环境与发病	1
			2. 体质与发病	1
			3. 精神状态与发病	1
	八、病机	（一）邪正盛衰	1. 邪正盛衰与虚实变化	1
			2. 邪正盛衰与疾病转归	1
		（二）阴阳失调	1. 阴阳偏胜	1
			2. 阴阳偏衰	1
			3. 阴阳互损	1
			4. 阴阳格拒	1
			5. 阴阳亡失	1
		（三）气的失常	1. 气虚	1
			2. 气机失调	1
		（四）血的失常	1. 血虚	1
			2. 血行失常	1
		（五）气与血关系失调	1. 气滞血瘀	1
			2. 气虚血瘀	1
			3. 气不摄血	1
			4. 气随血脱	1
			5. 气血两虚	1
		（六）津液代谢失常	1. 津液不足	1
			2. 津液输布、排泄障碍	1
		（七）津液与气血关系失调	1. 水停气阻	1
			2. 气随津脱	1
			3. 津亏血瘀	1
			4. 血瘀水停	1
		（八）内生“五邪”	1. 风气内动	1
			2. 寒从中生	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中医基础理论	八、病机	（八）内生“五邪”	3. 湿浊内生	1
			4. 津伤化燥	1
			5. 火热内生	1
		（九）疾病传变	1. 病位传变	1
			2. 病性转化	1
	九、防治原则	（一）预防	1. 未病先防	1
			2. 既病防变	1
		（二）治则	1. 正治与反治	1
			2. 治标与治本	1
			3. 扶正与祛邪	1
			4. 调整阴阳	1
			5. 三因制宜	1
内经	一、气·阴阳·五行		阴阳的基本概念、属性特征	1
	二、藏象		1. 奇恒之腑、五脏、六腑的生理功能特点	1
			2. 藏象的概念、藏象学说的基本内容	1
			3. 谷食精气的输布运行过程	1
			4. 宗气、卫气、营气的循行及作用	1
	三、病机		1. “阳虚则外寒，形虚则内热，阳盛则外热，阴盛则内寒”的机理	1
			2. “百病生于气”的发病学观点	1
			3. 六淫的致病特点	1
			4. 病机十九条	1
			5. 五脏藏五神及五腑虚实证候	1
	四、病证		1. 热病治疗大法与饮食宜忌	1
			2. “五脏六腑皆令人咳”的病机	1
			3. 行痹、痛痹、着痹的成因	1
	五、诊法		辨别阴阳属性的重要性与四诊合参	1
	六、论治		1. 正治法与反治法	1
			2. 因势利导治则	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
内经	七、养生		1. 人生长壮老的规律，肾气与生长、发育、生殖的关系	1
			2. 养生原则及意义	1
伤寒论	一、太阳病辨证论治	（一）太阳病本证	1. 中风表虚证（桂枝汤证）	1
			2. 伤寒表实证（麻黄汤证、大青龙汤证、小青龙汤证）	1
		（二）太阳病变证	1. 太阳蓄水证（五苓散证）	1
			2. 太阳蓄血证（桃核承气汤证）	1
			3. 热证（麻黄杏仁甘草石膏汤证、葛根黄芩黄连汤证）	1
			4. 脾虚证（小建中汤证）	1
			5. 阴阳两虚证（炙甘草汤证）	1
			6. 热实结胸证（小陷胸汤证）	1
			7. 痞证（半夏泻心汤证、旋覆代赭汤证）	1
	二、阳明病辨证论治	（一）阳明病本证	1. 阳明病热证（白虎加人参汤证）	1
			2. 阳明病实证（调胃承气汤证、小承气汤证、大承气汤证）	1
		（二）阳明病变证	湿热发黄证（茵陈蒿汤证）	1
	三、少阳病辨证论治	（一）少阳病本证	少阳病本证（小柴胡汤证）	1
		（二）少阳病兼变证	少阳病兼变证（大柴胡汤证）	1
	四、太阴病辨证论治	太阴腹痛证	太阴腹痛证（桂枝加芍药汤证）	1
	五、少阴病辨证论治	（一）少阴病本证	1. 少阴寒化证（四逆汤证、真武汤证）	1
			2. 少阴热化证（黄连阿胶汤证、猪苓汤证）	1
		（二）少阴兼变证	1. 兼表证（麻黄细辛附子汤证）	1
			2. 疑似证（四逆散证）	1
	六、厥阴病辨证论治	厥阴病本证	1. 寒热错杂证（乌梅丸证）	1
			2. 厥阴病寒证（当归四逆汤证、吴茱萸汤证）	1
			3. 厥阴热利（白头翁汤证）	1
	七、霍乱病辨证论治	霍乱病辨治	霍乱病辨治（理中丸证）	1
	八、阴阳易瘥后劳复病辨证论治	瘥后劳复证	瘥后劳复证（竹叶石膏汤证）	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
金匮要略	一、痉湿暍病篇	（一）痉病证治	柔痉证治（瓜蒌桂枝汤证）	1
		（二）湿病证治	1. 风湿在表证（麻黄杏仁薏苡甘草汤证）	1
			2. 风湿兼气虚证（防己黄芪汤证）	1
	二、中风历节病篇	（一）历节病证治	1. 风湿历节证（桂枝芍药知母汤证）	1
			2. 寒湿历节证（乌头汤证）	1
	三、血痹虚劳病篇	（一）血痹证治	血痹重证（黄芪桂枝五物汤证）	1
		（二）虚劳病证治	1. 虚劳失精证（桂枝加龙骨牡蛎汤证）	1
			2. 虚劳腰痛证（肾气丸证）	1
			3. 虚劳不寐（酸枣仁汤证）	1
	四、肺痿肺痈咳嗽上气病篇	（一）肺痿证治	1. 虚热肺痿（麦门冬汤证）	1
			2. 虚寒肺痿（甘草干姜汤证）	1
		（二）肺痈证治	1. 邪实壅滞证（葶苈大枣泻肺汤证）	1
			2. 血腐脓溃证（桔梗汤证）	1
	五、胸痹心痛短气病篇	（一）胸痹证治	1. 胸痹病机	1
			2. 类证鉴别	1
			3. 胸痹主证（瓜蒌薤白白酒汤证）	1
			4. 胸痹急证（薏苡附子散证）	1
		（二）心痛证治	心痛急证（乌头赤石脂丸证）	1
	六、腹满寒疝宿食病篇	腹满证治	1. 脾胃虚寒证（大建中汤证）	1
			2. 寒实内结证（大黄附子汤证）	1
	七、痰饮咳嗽病篇	痰饮证治	饮停心下证（苓桂术甘汤证）	1
	八、消渴小便不利淋病篇	（一）消渴证治	肺胃热盛，气津两伤证（白虎加人参汤证）	1
		（二）小便不利证治	上燥下寒水停证（瓜蒌瞿麦丸证）	1
	九、黄疸病篇	黄疸证治	1. 湿热并重证（茵陈蒿汤证）	1
			2. 湿重于热证（茵陈五苓散证）	1
	十、妇人妊娠病篇	（一）癥病证治	癥病漏下证（桂枝茯苓丸证）	1
		（二）腹痛证治	肝脾失调证（当归芍药散证）	1
	十一、妇人杂病篇	（一）崩漏证治	虚寒夹瘀证（温经汤证）	1
		（二）梅核气证治	气滞痰凝证（半夏厚朴汤证）	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
温病学	一、温热类温病	（一）主要温热类温病的传变规律	1. 风温病的传变规律	1
			2. 春温病的传变规律	1
			3. 暑温病的传变规律	1
		（二）温热类温病主要证治	1. 卫分证治（银翘散、桑菊饮）	1
			2. 气分证治（宣白承气汤、清燥救肺汤）	1
			3. 营分证治（清营汤）	1
			4. 热陷心包证治（清宫汤、安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹）	1
			5. 热盛动风证治（羚角钩藤汤）	1
			6. 血分证治（犀角地黄汤）	1
			7. 真阴耗竭证治（加减复脉汤）	1
			8. 虚风内动证治（三甲复脉汤、大定风珠）	1
			9. 后期正虚邪恋证治（黄连阿胶汤、青蒿鳖甲汤）	1
	二、湿热类温病	（一）主要湿热类温病的传变规律	1. 湿温病的传变规律	1
			2. 伏暑病的传变规律	1
		（二）湿热类温病主要证治	1. 湿温病初发证治（三仁汤、藿朴夏苓汤）	1
			2. 湿困中焦证治（雷氏芳香化浊法、三仁汤）	1
			3. 湿阻膜原证治（雷氏宣透膜原法）	1
			4. 湿热中阻证治（王氏连朴饮）	1
			5. 湿热蕴毒证治（甘露消毒丹）	1
			6. 湿热酿痰蒙蔽心包证治（菖蒲郁金汤、苏合香丸、至宝丹）	1
			7. 暑湿郁阻少阳证治（蒿芩清胆汤）	1
			8. 暑湿弥漫三焦证治（三石汤）	1
			9. 余湿留恋证治（薛氏五叶芦根汤）	1
	三、温毒类温病	温毒类温病	1. 大头瘟毒盛肺胃证治（普济消毒饮）	1
			2. 烂喉痧毒燔气营（血）证治（凉营清气汤）	1
中药学	一、药性理论	（一）四气	1. 四气所表示药物的作用	1
			2. 四气对临床用药的指导意义	1
		（二）五味	五味所表示药物的作用	1
		（三）升降浮沉	1. 影响升降浮沉的因素	1
			2. 升浮与沉降的不同作用	1
			3. 升浮沉降对临床用药的指导意义	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中药学	一、药性理论	（四）归经	1. 归经的理论基础和依据	1
			2. 归经理论对临床用药的指导意义	1
		（五）毒性	1. 毒性的含义	1
			2. 正确对待中药的毒性	1
			3. 引起中药中毒的主要原因	1
			4. 掌握药物毒性对指导临床用药的意义	1
	二、中药的配伍与用药禁忌	（一）中药的配伍	1. 配伍的意义	1
			2. 配伍的内容	1
		（二）中药的用药禁忌	1. 配伍禁忌	1
			2. 妊娠用药禁忌	1
			3. 证候用药禁忌	1
			4. 服药时的饮食禁忌	1
	三、中药的剂量与用法	（一）剂量	确定剂量的因素	1
		（二）用法	1. 特殊煎法	1
			2. 服药法	1
	四、解表药	（一）概述	1. 解表药的性能特点	1
			2. 解表药的功效	1
			3. 解表药的适应范围	1
			4. 解表药的使用注意事项	1
			5. 各类解表药的性能特点	1
			6. 各类解表药的功效	1
			7. 各类解表药的适应范围	1
		（二）发散风寒药	麻黄、桂枝、紫苏、生姜、香薷、荆芥、防风、羌活、白芷、细辛、藁本、苍耳子、辛夷的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（三）发散风热药	薄荷、牛蒡子、蝉蜕、桑叶、菊花、蔓荆子、柴胡、升麻、葛根的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	五、清热药	（一）概述	1. 清热药的性能特点	1
			2. 清热药的功效	1
			3. 清热药的适应范围	1
			4. 清热药的使用注意事项	1
			5. 各类清热药的性能特点	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中药学	五、清热药	（一）概述	6. 各类清热药的功效	1
			7. 各类清热药的适应范围	1
		（二）清热泻火药	石膏、知母、芦根、天花粉、淡竹叶、栀子、夏枯草、决明子的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（三）清热燥湿药	黄芩、黄连、黄柏、龙胆草、苦参、白鲜皮的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（四）清热解毒药	金银花、连翘、穿心莲、大青叶、板蓝根、青黛、贯众、蒲公英、紫花地丁、野菊花、重楼、拳参、土茯苓、鱼腥草、大血藤、败酱草、射干、山豆根、马勃、白头翁、马齿苋、鸦胆子、半边莲、白花蛇舌草的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（五）清热凉血药	生地黄、玄参、牡丹皮、赤芍、紫草、水牛角的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（六）清虚热药	青蒿、白薇、地骨皮、银柴胡、胡黄连的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	六、泻下药	（一）概述	1. 泻下药的性能特点	1
			2. 泻下药的功效	1
			3. 泻下药的适应范围	1
			4. 泻下药的使用注意事项	1
			5. 各类泻下药的性能特点	1
			6. 各类泻下药的功效	1
			7. 各类泻下药的适应范围	1
		（二）攻下药	大黄、芒硝、番泻叶、芦荟的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（三）润下药	火麻仁、郁李仁的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（四）峻下逐水药	甘遂、京大戟、芫花、牵牛子、巴豆的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	七、祛风湿药	（一）概述	1. 祛风湿药的性能特点	1
			2. 祛风湿药的功效	1
			3. 祛风湿药的适应范围	1
			4. 祛风湿药的使用注意事项	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中药学	七、祛风湿药	（一）概述	5. 各类祛风湿药的性能特点	1
			6. 各类祛风湿药的功效	1
			7. 各类祛风湿药的适应范围	1
		（二）祛风寒湿药	独活、威灵仙、川乌、蕲蛇、乌梢蛇、木瓜、海风藤的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（三）祛风湿热药	秦艽、防己、豨莶草、雷公藤的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（四）祛风湿强筋骨药	五加皮、桑寄生、狗脊的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	八、化湿药	（一）概述	1. 化湿药的性能特点	1
			2. 化湿药的功效	1
			3. 化湿药的适应范围	1
			4. 化湿药的使用注意事项	1
		（二）具体药物	藿香、佩兰、苍术、厚朴、砂仁、白豆蔻的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	九、利水渗湿药	（一）概述	1. 利水渗湿药的性能特点	1
			2. 利水渗湿药的功效	1
			3. 利水渗湿药的适应范围	1
			4. 利水渗湿药的使用注意事项	1
			5. 各类利水渗湿药的性能特点	1
			6. 各类利水渗湿药的功效	1
			7. 各类利水渗湿药的适应范围	1
		（二）利水消肿药	茯苓、薏苡仁、猪苓、泽泻、香加皮的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（三）利尿通淋药	车前子、滑石、木通、通草、瞿麦、萹蓄、地肤子、海金沙、石韦、萆薢的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（四）利湿退黄药	茵陈、金钱草、虎杖的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	十、温里药	（一）概述	1. 温里药的性能特点	1
			2. 温里药的功效	1
			3. 温里药的适应范围	1
			4. 温里药的使用注意事项	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中药学	十、温里药	（二）具体药物	附子、干姜、肉桂、吴茱萸、高良姜、小茴香、丁香的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	十一、理气药	（一）概述	1. 理气药的性能特点	1
			2. 理气药的功效	1
			3. 理气药的适应范围	1
			4. 理气药的使用注意事项	1
		（二）具体药物	陈皮、青皮、枳实、木香、沉香、檀香、川楝子、乌药、香附、薤白、大腹皮的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	十二、消食药	（一）概述	1. 消食药的性能特点	1
			2. 消食药的功效	1
			3. 消食药的适应范围	1
			4. 消食药的使用注意事项	1
		（二）具体药物	山楂、神曲、麦芽、谷芽、稻芽、莱菔子、鸡内金的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	十三、驱虫药	（一）概述	1. 驱虫药的性能特点	1
			2. 驱虫药的功效	1
			3. 驱虫药的适应范围	1
			4. 驱虫药的使用注意事项	1
		（二）具体药物	使君子、苦楝皮、槟榔、南瓜子的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	十四、止血药	（一）概述	1. 止血药的性能特点	1
			2. 止血药的功效	1
			3. 止血药的适应范围	1
			4. 止血药的使用注意事项	1
			5. 各类止血药的性能特点	1
			6. 各类止血药的功效	1
			7. 各类止血药的适应范围	1
		（二）凉血止血药	小蓟、地榆、槐花、侧柏叶、白茅根、苎麻根的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（三）化瘀止血药	三七、茜草、蒲黄、降香的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中药学	十四、止血药	（四）收敛止血药	白及、仙鹤草、血余炭、棕榈炭的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（五）温经止血药	炮姜、艾叶的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	十五、活血化瘀药	（一）概述	1. 活血化瘀药的性能特点	1
			2. 活血化瘀药的功效	1
			3. 活血化瘀药的适应范围	1
			4. 活血化瘀药的使用注意事项	1
			5. 各类活血化瘀药的性能特点	1
			6. 各类活血化瘀药的功效	1
			7. 各类活血化瘀药的适应范围	1
		（二）活血止痛药	川芎、延胡索、郁金、乳香、没药、五灵脂的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（三）活血调经药	丹参、红花、桃仁、益母草、泽兰、牛膝、鸡血藤的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（四）活血疗伤药	土鳖虫、马钱子、自然铜、苏木、骨碎补的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（五）破血消癥药	莪术、三棱、水蛭、穿山甲、斑蝥的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	十六、化痰止咳平喘药	（一）概述	1. 化痰止咳平喘药的性能特点	1
			2. 化痰止咳平喘药的功效	1
			3. 化痰止咳平喘药的适应范围	1
			4. 化痰止咳平喘药的使用注意事项	1
			5. 各类化痰止咳平喘药的性能特点	1
			6. 各类化痰止咳平喘药的功效	1
			7. 各类化痰止咳平喘药的适应范围	1
		（二）温化寒痰药	半夏、天南星、白附子、白芥子、皂荚、旋覆花、白前的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（三）清化热痰药	川贝母、浙贝母、瓜蒌、竹茹、竹沥、天竺黄、前胡、桔梗、胖大海、海藻、昆布、黄药子的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中药学	十六、化痰止咳平喘药	（四）止咳平喘药	苦杏仁、紫苏子、百部、紫菀、款冬花、枇杷叶、桑白皮、葶苈子、白果的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	十七、安神药	（一）概述	1. 安神药的性能特点	1
			2. 安神药的功效	1
			3. 安神药的适应范围	1
			4. 安神药的使用注意事项	1
			5. 各类安神药的性能特点	1
			6. 各类安神药的功效	1
			7. 各类安神药的适应范围	1
		（二）重镇安神药	朱砂、磁石、琥珀的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（三）养心安神药	酸枣仁、柏子仁、合欢皮、远志的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	十八、平肝息风药	（一）概述	1. 平肝息风药的性能特点	1
			2. 平肝息风药的功效	1
			3. 平肝息风药的适应范围	1
			4. 平肝息风药的使用注意事项	1
			5. 各类平肝息风药的性能特点	1
			6. 各类平肝息风药的功效	1
			7. 各类平肝息风药的适应范围	1
		（二）平抑肝阳药	石决明、珍珠母、牡蛎、代赭石、刺蒺藜、罗布麻的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（三）息风止痉药	羚羊角、牛黄、珍珠、钩藤、天麻、地龙、全蝎、蜈蚣、僵蚕的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	十九、开窍药	（一）概述	1. 开窍药的性能特点	1
			2. 开窍药的功效	1
			3. 开窍药的适应范围	1
			4. 开窍药的使用注意事项	1
		（二）具体药物	麝香、冰片、苏合香、石菖蒲的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中药学	二十、补虚药	（一）概述	1. 补虚药的性能特点	1
			2. 补虚药的功效	1
			3. 补虚药的适应范围	1
			4. 补虚药的使用注意事项	1
			5. 各类补虚药的性能特点	1
			6. 各类补虚药的功效	1
			7. 各类补虚药的适应范围	1
		（二）补气药	人参、西洋参、党参、太子参、黄芪、白术、山药、白扁豆、甘草、大枣、饴糖的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（三）补阳药	鹿茸、紫河车、淫羊藿、巴戟天、仙茅、杜仲、续断、肉苁蓉、锁阳、补骨脂、益智仁、菟丝子、沙苑子、蛤蚧、冬虫夏草的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（四）补血药	当归、熟地黄、白芍、阿胶、何首乌、龙眼肉的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（五）补阴药	北沙参、南沙参、百合、麦冬、天冬、石斛、玉竹、黄精、枸杞子、墨旱莲、女贞子、龟甲、鳖甲的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	二十一、收涩药	（一）概述	1. 收涩药的性能特点	1
			2. 收涩药的功效	1
			3. 收涩药的适应范围	1
			4. 收涩药的使用注意事项	1
			5. 各类收涩药的性能特点	1
			6. 各类收涩药的功效	1
			7. 各类收涩药的适应范围	1
		（二）固表止汗药	麻黄根、浮小麦的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（三）敛肺涩肠药	五味子、乌梅、五倍子、罂粟壳、诃子、肉豆蔻、赤石脂的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
		（四）固精缩尿止带药	山茱萸、覆盆子、桑螵蛸、金樱子、海螵蛸、莲子、芡实的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中药学	二十二、涌吐药	（一）概述	1. 涌吐药的性能特点	1
			2. 涌吐药的功效	1
			3. 涌吐药的适应范围	1
			4. 涌吐药的使用注意事项	1
		（二）具体药物	常山、瓜蒂的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
	二十三、攻毒杀虫止痒药	（一）概述	1. 攻毒杀虫止痒药的性能特点	1
			2. 攻毒杀虫止痒药的功效	1
			3. 攻毒杀虫止痒药的适应范围	1
			4. 攻毒杀虫止痒药的使用注意事项	1
		（二）具体药物	雄黄、硫黄、白矾、蛇床子、大蒜的功效、应用、用法用量、使用注意及相似药物功用异同点	1
方剂学	一、概述	（一）方剂与治法	1. 方剂与治法的关系	1
			2. 常用治法	1
		（二）方剂的组成与变化	1. 方剂配伍的目的	1
			2. 方剂的组方原则	1
			3. 方剂的变化形式	1
		（三）常用剂型	汤、丸、散、膏、酒、丹剂的特点及临床意义	1
	二、解表剂	（一）概述	1. 解表剂的适用范围	1
			2. 解表剂的应用注意事项	1
		（二）辛温解表	1. 桂枝汤的组方原理、加减化裁及其与麻黄汤的鉴别应用	1
			2. 九味羌活汤的组方原理及加减化裁	1
			3. 小青龙汤的组方原理及加减化裁	1
			4. 香苏散的组方原理及加减化裁	1
		（三）辛凉解表	1. 银翘散的组方原理、加减化裁及其与桑菊饮的鉴别应用	1
			2. 麻黄杏仁甘草石膏汤的组方原理、加减化裁	1
			3. 柴葛解肌汤的组方原理	1
		（四）扶正解表	1. 败毒散的组方原理、加减化裁及其与参苏饮的鉴别应用	1
			2. 麻黄细辛附子汤的组方原理、加减化裁	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
方剂学	三、泻下剂	（一）概述	1. 泻下剂的适用范围	1
			2. 泻下剂的应用注意事项	1
		（二）寒下	1. 大承气汤的组方原理及其与小承气汤、调胃承气汤的鉴别应用	1
			2. 大黄牡丹汤的组方原理	1
		（三）温下	温脾汤的组方原理及其与大黄附子汤的鉴别应用	1
		（四）润下	1. 麻子仁丸的组方原理	1
			2. 济川煎的组方原理及其与麻子仁丸的鉴别应用	1
		（五）逐水	十枣汤的组方原理及应用注意事项	1
		（六）攻补兼施	黄龙汤的组方原理	1
	四、和解剂	（一）概述	1. 和解剂的适用范围	1
			2. 和解剂的应用注意事项	1
		（二）和解少阳	1. 小柴胡汤的组方原理及加减化裁	1
			2. 大柴胡汤的组方原理及其与小柴胡汤的鉴别应用	1
			3. 蒿芩清胆汤的组方原理及其与小柴胡汤的鉴别应用	1
		（三）调和肝脾	1. 四逆散的组方原理及加减化裁	1
			2. 逍遥散的组方原理、加减化裁及其与四逆散的鉴别应用	1
			3. 痛泻要方的组方原理及其与逍遥散的鉴别应用	1
		（四）调和肠胃	半夏泻心汤的组方原理及加减化裁	1
	五、清热剂	（一）概述	1. 清热剂的适用范围	1
			2. 清热剂的应用注意事项	1
		（二）清气分热	1. 白虎汤的组方原理及加减化裁	1
			2. 竹叶石膏汤的组方原理及其与白虎汤的鉴别应用	1
		（三）清营凉血	1. 清营汤的组方原理	1
			2. 犀角地黄汤的组方原理及其与清营汤的鉴别应用	1
		（四）清热解毒	1. 黄连解毒汤的组方原理及加减化裁	1
			2. 凉膈散的组方原理	1
			3. 普济消毒饮的组方原理	1
			4. 仙方活命饮的组方原理	1

考试学科	单　元	细　目	要　点	考试科目
方剂学	五、清热剂	（五）清脏腑热	1. 导赤散的组方原理	1
			2. 龙胆泻肝汤的组方原理	1
			3. 左金丸的组方原理及其与龙胆泻肝汤的鉴别应用	1
			4. 清胃散的组方原理及加减化裁	1
			5. 玉女煎的组方原理及其与清胃散的鉴别应用	1
			6. 泻白散的组方原理及其与麻黄杏仁甘草石膏汤的鉴别应用	1
			7. 苇茎汤的组方原理	1
			8. 葛根黄芩黄连汤的组方原理	1
			9. 芍药汤的组方原理及其与白头翁汤的鉴别应用	1
		（六）清虚热	1. 青蒿鳖甲汤的组方原理	1
			2. 当归六黄汤的组方原理	1
	六、祛暑剂	（一）概述	1. 祛暑剂的适用范围	1
			2. 祛暑剂的应用注意事项	1
		（二）祛暑解表	香薷散的组方原理及加减化裁	1
		（三）祛暑利湿	六一散的组方原理及加减化裁	1
		（四）清暑益气	清暑益气汤的组方原理及其与竹叶石膏汤的鉴别应用	1
	七、温里剂	（一）概述	1. 温里剂的适用范围	1
			2. 温里剂的应用注意事项	1
		（二）温中祛寒	1. 理中丸的组方原理及加减化裁	1
			2. 小建中汤的组方原理、加减化裁及其与理中丸的鉴别应用	1
			3. 吴茱萸汤的组方原理及其与理中丸、左金丸的鉴别应用	1
		（三）回阳救逆	四逆汤的组方原理、加减化裁及其与参附汤的鉴别应用	1
		（四）温经散寒	1. 当归四逆汤的组方原理及加减化裁	1
			2. 阳和汤的组方原理及其与仙方活命饮的鉴别应用	1
	八、补益剂	（一）概述	1. 补益剂的适用范围及配伍规律	1
			2. 补益剂的应用注意事项	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
方剂学	八、补益剂	（二）补气	1. 四君子汤的组方原理及加减化裁	1
			2. 参苓白术散的组方原理及其与四君子汤的鉴别应用	1
			3. 补中益气汤的组方原理	1
			4. 生脉散的组方原理及其与竹叶石膏汤的鉴别应用	1
			5. 玉屏风散的组方原理及其与桂枝汤的鉴别应用	1
		（三）补血	1. 四物汤的组方原理及加减化裁	1
			2. 当归补血汤的组方原理	1
			3. 归脾汤的组方原理及加减化裁	1
		（四）气血双补	炙甘草汤的组方原理、加减化裁及其与生脉散的鉴别应用	1
		（五）补阴	1. 六味地黄丸的组方原理及加减化裁	1
			2. 大补阴丸的组方原理、加减化裁及其与六味地黄丸的鉴别应用	1
			3. 一贯煎的组方原理及其与逍遥散的鉴别应用	1
		（六）补阳	肾气丸的组方原理及加减化裁	1
		（七）阴阳双补	地黄饮子的组方原理	1
	九、固涩剂	（一）概述	1. 固涩剂的适用范围	1
			2. 固涩剂的应用注意事项	1
		（二）固表止汗	牡蛎散的组方原理及其与玉屏风散的鉴别应用	1
		（三）涩肠固脱	1. 真人养脏汤的组方原理及其与芍药汤的鉴别应用	1
			2. 四神丸的组方原理及其与理中丸、痛泻要方的鉴别应用	1
		（四）涩精止遗	桑螵蛸散的组方原理及其与缩泉丸的鉴别应用	1
		（五）固崩止带	1. 固冲汤的组方原理	1
			2. 固经丸的组方原理及其与固冲汤的鉴别应用	1
			3. 易黄汤的组方原理及其与完带汤的鉴别应用	1
	十、安神剂	（一）概述	1. 安神剂的适用范围	1
			2. 安神剂的应用注意事项	1
		（二）重镇安神	朱砂安神丸的组方原理	1
		（三）滋养安神	1. 酸枣仁汤的组方原理	1
			2. 天王补心丹的组方原理	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
方剂学	十一、开窍剂	（一）概述	1. 开窍剂的适用范围	1
			2. 开窍剂的应用注意事项	1
		（二）凉开	1. 安宫牛黄丸的组方原理	1
			2. 至宝丹与安宫牛黄丸、紫雪的鉴别应用	1
		（三）温开	苏合香丸的组方原理	1
	十二、理气剂	（一）概述	1. 理气剂的适用范围	1
			2. 理气剂的应用注意事项	1
		（二）行气	1. 越鞠丸的组方原理及加减化裁	1
			2. 枳实薤白桂枝汤的组方原理	1
			3. 半夏厚朴汤的组方原理	1
			4. 天台乌药散的组方原理	1
			5. 暖肝煎的组方原理及其与一贯煎的鉴别应用	1
		（三）降气	1. 苏子降气汤的组方原理	1
			2. 定喘汤的组方原理	1
			3. 旋覆代赭汤的组方原理及其与吴茱萸汤的鉴别应用	1
			4. 橘皮竹茹汤的组方原理	1
	十三、理血剂	（一）概述	1. 理血剂的适用范围及配伍规律	1
			2. 理血剂的应用注意事项	1
		（二）活血祛瘀	1. 桃核承气汤的组方原理	1
			2. 血府逐瘀汤的组方原理及加减化裁	1
			3. 补阳还五汤的组方原理	1
			4. 复元活血汤的组方原理及其与血府逐瘀汤的鉴别应用	1
			5. 温经汤的组方原理	1
			6. 生化汤的组方原理及其与温经汤的鉴别应用	1
			7. 失笑散的组方原理及其与金铃子散的鉴别应用	1
			8. 桂枝茯苓丸的组方原理	1
		（三）止血	1. 十灰散的组方原理	1
			2. 咳血方的组方原理	1
			3. 小蓟饮子的组方原理及其与导赤散的鉴别应用	1
			4. 槐花散的组方原理	1
			5. 黄土汤的组方原理及其与归脾汤的鉴别应用	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
方剂学	十四、治风剂	（一）概述	1. 治风剂的适用范围	1
			2. 治风剂的应用注意事项	1
		（二）疏散外风	1. 川芎茶调散的组方原理及其与九味羌活汤的鉴别应用	1
			2. 大秦艽汤的组方原理及其与地黄饮子的鉴别应用	1
			3. 牵正散的组方原理	1
			4. 小活络丹的组方原理	1
			5. 消风散的组方原理	1
		（三）平息内风	1. 羚角钩藤汤的组方原理及其与紫雪的鉴别应用	1
			2. 镇肝熄风汤的组方原理	1
			3. 天麻钩藤饮的组方原理及其与镇肝熄风汤的鉴别应用	1
			4. 大定风珠的组方原理	1
	十五、治燥剂	（一）概述	1. 治燥剂的适用范围	1
			2. 治燥剂的应用注意事项	1
		（二）轻宣外燥	1. 杏苏散的组方原理	1
			2. 桑杏汤的组方原理及其与桑菊饮的鉴别应用	1
			3. 清燥救肺汤的组方原理及其与桑杏汤的鉴别应用	1
		（三）滋阴润燥	1. 增液汤的组方原理及加减化裁	1
			2. 麦门冬汤的组方原理及其与炙甘草汤、清燥救肺汤的鉴别应用	1
			3. 百合固金汤的组方原理及其与咳血方的鉴别应用	1
			4. 养阴清肺汤的组方原理	1
	十六、祛湿剂	（一）概述	1. 祛湿剂的适用范围	1
			2. 祛湿剂的应用注意事项	1
		（二）燥湿和胃	1. 平胃散的组方原理及加减化裁	1
			2. 藿香正气散的组方原理	1
		（三）清热祛湿	1. 茵陈蒿汤的组方原理及加减化裁	1
			2. 八正散的组方原理及其与小蓟饮子的鉴别应用	1
			3. 三仁汤的组方原理	1
			4. 甘露消毒丹的组方原理及其与三仁汤的鉴别应用	1
			5. 连朴饮的组方原理	1
			6. 二妙散的组方原理及加减化裁	1

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
方剂学	十六、祛湿剂	（四）利水渗湿	1. 五苓散的组方原理及加减化裁	1
			2. 猪苓汤的组方原理及其与五苓散的鉴别应用	1
			3. 防己黄芪汤的组方原理及其与玉屏风散的鉴别应用	1
		（五）温化寒湿	1. 苓桂术甘汤的组方原理	1
			2. 真武汤的组方原理、加减化裁	1
			3. 实脾散的组方原理及其与真武汤的鉴别应用	1
			4. 藿蘅分清饮的组方原理及其与桑螵蛸散的鉴别应用	1
		（六）祛风胜湿	1. 羌活胜湿汤的组方原理及其与九味羌活汤的鉴别应用	1
			2. 独活寄生汤的组方原理及加减化裁	1
	十七、祛痰剂	（一）概述	1. 祛痰剂的适用范围及配伍规律	1
			2. 祛痰剂的应用注意事项	1
		（二）燥湿化痰	1. 二陈汤的组方原理及加减化裁	1
			2. 温胆汤的组方原理、加减化裁及其与蒿芩清胆汤的鉴别应用	1
		（三）清热化痰	1. 清气化痰丸的组方原理	1
			2. 小陷胸汤的组方原理、加减化裁	1
		（四）润燥化痰	贝母瓜蒌散的组方原理	1
		（五）温化寒痰	三子养亲汤的组方原理	1
		（六）治风化痰	1. 止嗽散的组方原理	1
			2. 半夏白术天麻汤的组方原理及其与天麻钩藤饮的鉴别应用	1
	十八、消食剂	（一）概述	1. 消食剂的适用范围	1
			2. 消食剂的应用注意事项	1
		（二）消食化滞	1. 保和丸的组方原理	1
			2. 枳实导滞丸的组方原理	1
		（三）健脾消食	健脾丸的组方原理及其与参苓白术散的鉴别应用	1
	十九、驱虫剂		乌梅丸的组方原理	1

注：

1. 组方原理指据证审机、立法遣药、合理配伍的逻辑联系。
2. 加减化裁主要指《方剂学》教材中涉及的常用加减、附方。
3. 鉴别应用指两首或两首以上方剂在主治、组成、配伍、功用等方面的对比分析。
4. 凡大纲中涉及的方剂，考生均应掌握其组成、用法、功用、主治内容。

第二部分　相关专业知识

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中医诊断学	一、问诊	（一）问寒热	1. 问寒热的含义	2
			2. 寒热症状的常见类型、临床表现及意义	2
		（二）问汗	异常汗出的常见类型、临床表现及意义	2
		（三）问疼痛	1. 疼痛的性质及其临床意义	2
			2. 疼痛的部位及其临床意义	2
		（四）问头身胸腹	头晕、胸闷、心悸的临床表现及意义	2
		（五）问耳目	1. 耳部病变的临床表现及意义	2
			2. 目部病变的临床表现及意义	2
		（六）问睡眠	失眠、嗜睡的临床表现及意义	2
		（七）问饮食口味	1. 口渴与饮水异常的临床表现及意义	2
			2. 食欲与食量异常的临床表现及意义	2
			3. 口味异常的临床表现及意义	2
		（八）问二便	1. 大便异常的临床表现及意义	2
			2. 小便异常的临床表现及意义	2
		（九）问经带	1. 月经异常的临床表现及意义	2
			2. 带下异常的临床表现及意义	2
	二、望诊	（一）望神	1. 得神、少神、失神、假神的临床表现、相关鉴别及临床意义	2
			2. 神乱的临床表现及意义	2
		（二）望面色	1. 常色的分类、临床表现及意义	2
			2. 病色的分类、临床表现及意义	2
			3. 五色主病的具体临床表现及意义	2
			4. 望色十法的含义及具体内容	2
		（三）望头面	1. 望头部病变的临床表现及意义	2
			2. 望面部病变的临床表现及意义	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中医诊断学	二、望诊	（四）望五官	1. 望目部病变的临床表现及意义	2
			2. 望口与唇病变的临床表现及意义	2
			3. 望齿与龈病变的临床表现及意义	2
			4. 望咽喉病变的临床表现及意义	2
		（五）望躯体	望颈项病变的临床表现及意义	2
		（六）望皮肤	斑疹、水疱、疮疡的临床表现及意义	2
		（七）望排出物	望痰及呕吐物的临床表现及意义	2
	三、舌诊	（一）舌诊原理	舌与脏腑、经络、气血、津液的关系	2
		（二）正常舌象	1. 正常舌象的特点	2
			2. 正常舌象的临床意义	2
		（三）望舌质	1. 舌色异常的表现特征及临床意义	2
			2. 舌形异常的表现特征及临床意义	2
			3. 舌态异常的表现特征及临床意义	2
			4. 舌下络脉异常的表现特征及临床意义	2
		（四）望舌苔	1. 望苔质的内容及临床意义	2
			2. 望苔色的内容及临床意义	2
		（五）舌质舌苔的综合分析及临床意义	1. 舌质舌苔的综合分析	2
			2. 舌诊的临床意义	2
	四、闻诊	（一）听声音	1. 声音异常的临床表现及意义	2
			2. 语言异常的临床表现及意义	2
			3. 呼吸异常的临床表现及意义	2
			4. 咳嗽异常的临床表现及意义	2
			5. 胃肠声音异常的临床表现及意义	2
		（二）嗅气味	口气、病室气味异常的临床表现及意义	2
	五、脉诊	（一）诊脉概说	1. 寸口诊法的部位、原理及寸口分候脏腑	2
			2. 诊脉方法	2
			3. 脉象要素	2
		（二）正常脉象	1. 正常脉象的特点	2
			2. 胃、神、根的含义	2
		（三）常见病脉	1. 常见病脉的脉象特征及鉴别	2
			2. 常见病脉的临床意义	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中医诊断学	五、脉诊	（四）相兼脉	常见相兼脉的表现及临床意义	2
		（五）诊小儿脉	1. 小儿正常脉象的特点	2
			2. 常见小儿病脉的临床意义	2
	六、八纲辨证	（一）八纲基本证候	1. 表里证候的临床表现及鉴别要点	2
			2. 寒热证候的临床表现及鉴别要点	2
			3. 虚实证候的临床表现及鉴别要点	2
			4. 阴阳证候的临床表现及鉴别要点	2
		（二）八纲证候间的关系	1. 证候相兼的内容	2
			2. 证候错杂的内容	2
			3. 证候转化的内容	2
			4. 证候真假的概念、内容及鉴别	2
	七、病性辨证	（一）阴阳虚损辨证	1. 阳虚证、阴虚证的临床表现	2
			2. 亡阳证、亡阴证的临床表现及鉴别要点	2
		（二）辨气血证候	1. 气虚类证的辨证要点	2
			2. 血虚类证的辨证要点	2
			3. 气滞类证的辨证要点	2
			4. 血瘀证的辨证要点	2
			5. 血热证的辨证要点	2
			6. 血寒证的辨证要点	2
		（三）辨津液类证候	痰证、饮证、水停证、津液亏虚证的临床表现、证候鉴别与临床意义	2
	八、脏腑辨证	（一）辨心病证候	1. 心病各证候的临床表现	2
			2. 心病各证候的鉴别要点	2
		（二）辨肺病证候	1. 肺病各证候的临床表现	2
			2. 肺病各证候的鉴别要点	2
		（三）辨脾病证候	1. 脾病各证候的临床表现	2
			2. 脾病各证候的鉴别要点	2
		（四）辨肝病证候	1. 肝病各证候的临床表现	2
			2. 肝病各证候的鉴别要点	2
		（五）辨肾病证候	1. 肾病各证候的临床表现	2
			2. 肾病各证候的鉴别要点	2

考试学科	单　元	细　目	要　点	考试科目
中医诊断学	八、脏腑辨证	（六）辨腑病证候	1. 腑病各证候的临床表现	2
			2. 腑病各证候的鉴别要点	2
		（七）辨脏腑兼病证候	1. 脏腑兼病各证候的临床表现	2
			2. 脏腑兼病各证候的鉴别要点	2
	九、其他辨证方法概要	（一）辨六经病证	1. 太阳病证的辨证要点	2
			2. 阳明病证的辨证要点	2
			3. 少阳病证的辨证要点	2
			4. 太阴病证的辨证要点	2
			5. 少阴病证的辨证要点	2
			6. 厥阴病证的辨证要点	2
			7. 六经病证的传变	2
		（二）辨卫气营血病证	1. 卫分证的辨证要点	2
			2. 气分证的辨证要点	2
			3. 营分证的辨证要点	2
			4. 血分证的辨证要点	2
			5. 卫气营血病证的传变	2
诊断学基础	一、症状学	（一）发热	1. 发热的病因	2
			2. 发热的临床表现	2
			3. 发热的伴随症状	2
			4. 发热的问诊要点	2
		（二）头痛	1. 头痛的病因	2
			2. 头痛的问诊要点	2
		（三）胸痛	1. 胸痛的病因	2
			2. 胸痛的问诊要点	2
		（四）腹痛	1. 腹痛的病因	2
			2. 腹痛的问诊要点	2
		（五）咳嗽与咯痰	1. 咳嗽的病因	2
			2. 咳嗽与咯痰的问诊要点	2
		（六）咯血	1. 咯血的病因	2
			2. 咯血的问诊要点	2
			3. 咯血与呕血的鉴别	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
诊断学基础	一、症状学	（七）呼吸困难	1. 呼吸困难的病因	2
			2. 呼吸困难的临床表现	2
			3. 呼吸困难的伴随症状	2
			4. 呼吸困难的问诊要点	2
		（八）发绀	1. 发绀的病因与临床表现	2
			2. 发绀的问诊要点	2
		（九）水肿	1. 水肿的病因	2
			2. 水肿的问诊要点	2
		（十）恶心与呕吐	1. 恶心与呕吐的病因	2
			2. 恶心与呕吐的问诊要点	2
		（十一）呕血与黑便	1. 呕血与黑便的病因	2
			2. 呕血与黑便的问诊要点	2
		（十二）腹泻	1. 腹泻的病因	2
			2. 腹泻的问诊要点	2
		（十三）黄疸	1. 黄疸的分类及其特点	2
			2. 黄疸的问诊要点	2
		（十四）皮肤黏膜出血	1. 皮肤黏膜出血的病因	2
			2. 皮肤黏膜出血的问诊要点	2
		（十五）抽搐	1. 抽搐的病因	2
			2. 抽搐的问诊要点	2
		（十六）意识障碍	1. 意识障碍的病因	2
			2. 意识障碍的临床表现	2
			3. 意识障碍的伴随症状	2
			4. 意识障碍的问诊要点	2
	二、问诊	问诊的方法及内容	1. 问诊的方法	2
			2. 问诊的内容	2
	三、检体诊断	（一）基本检查法	1. 视诊	2
			2. 触诊	2
			3. 叩诊	2
			4. 听诊	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
诊断学基础	三、检体诊断	（一）基本检查法	5. 嗅诊	2
		（二）一般检查	1. 全身状态检查	2
			2. 皮肤检查	2
			3. 淋巴结检查	2
		（三）头部检查	1. 头颅检查	2
			2. 头部器官检查	2
		（四）颈部检查	1. 颈部姿势与运动	2
			2. 颈部皮肤、包块与血管检查	2
			3. 甲状腺检查	2
			4. 气管检查	2
		（五）胸壁及胸廓检查	1. 胸部体表标志	2
			2. 胸廓检查	2
			3. 胸壁检查	2
			4. 乳房检查	2
		（六）肺和胸膜检查	1. 视诊	2
			2. 触诊	2
			3. 叩诊	2
			4. 听诊	2
			5. 肺与胸膜常见病的体征	2
		（七）心脏、血管检查	1. 视诊	2
			2. 触诊	2
			3. 叩诊	2
			4. 听诊	2
			5. 血管检查	2
			6. 循环系统常见病的体征	2
		（八）腹部检查	1. 视诊	2
			2. 触诊	2
			3. 叩诊	2
			4. 听诊	2
			5. 腹部常见疾病的体征	2
		（九）肛门、直肠检查	肛门、直肠指诊	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
诊断学基础	三、检体诊断	（十）脊柱与四肢检查	1. 脊柱检查	2
			2. 四肢检查	2
		（十一）神经系统检查	1. 中枢性与周围性面神经麻痹的鉴别方法	2
			2. 感觉功能检查	2
			3. 运动功能检查	2
			4. 中枢性与周围性瘫痪的鉴别方法	2
			5. 神经反射检查	2
	四、实验诊断	（一）血液的一般检查	1. 血红蛋白测定与红细胞计数	2
			2. 白细胞计数及分类计数	2
			3. 血小板检测	2
			4. 网织红细胞计数	2
			5. 红细胞沉降率（血沉）检查	2
		（二）血栓与止血检查	1. 毛细血管脆性试验	2
			2. 出血时间测定	2
			3. 凝血因子检测	2
			4. D－二聚体测定	2
			5. DIC 检查法	2
		（三）血型鉴定与交叉配血试验	1. ABO 血型系统的临床意义	2
			2. 交叉配血试验	2
		（四）骨髓检查	1. 骨髓细胞学检查的临床意义	2
			2. 骨髓增生度分级	2
		（五）肝脏病常用的实验室检查	1. 蛋白质代谢检查	2
			2. 胆红素代谢检查	2
			3. 常用血清酶检查	2
			4. 病毒性肝炎标志物检测的临床意义	2
		（六）肾功能检查	1. 内生肌酐清除率测定	2
			2. 血肌酐测定	2
			3. 血清尿素氮测定	2
			4. 血清尿酸测定	2
			5. 血浆二氧化碳结合力测定	2
			6. 浓缩稀释试验的临床意义	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
诊断学基础	四、实验诊断	（七）常用生化检查	1. 血清钾测定	2
			2. 血清钠测定	2
			3. 血清氯测定	2
			4. 血清钙测定	2
			5. 血清铁测定	2
			6. 血糖测定	2
			7. 糖耐量试验	2
			8. 血脂检查	2
		（八）酶学检查	1. 血清淀粉酶测定	2
			2. 血清心肌酶检测	2
		（九）心肌蛋白检测	1. 肌钙蛋白 T 测定	2
			2. 肌钙蛋白 I 测定	2
			3. 肌红蛋白测定	2
		（十）免疫学检查	1. 血清免疫球蛋白测定的临床意义	2
			2. 血清补体测定的临床意义	2
			3. 抗链球菌溶血素“O”测定	2
			4. 自身抗体检查的临床意义	2
			5. 肥达反应检测的临床意义	2
			6. 梅毒血清学检查的临床意义	2
			7. 艾滋病病毒抗体测定的临床意义	2
			8. 肿瘤标志物检测的临床意义	2
			9. 循环免疫复合物测定的临床意义	2
			10. C 反应蛋白测定的临床意义	2
		（十一）尿液检查	1. 正常尿液各种检查表现	2
			2. 尿液一般性状各项检查异常的临床意义	2
			3. 尿液化学检查异常的临床意义	2
			4. 尿液镜检异常的临床意义	2
			5. 尿沉渣计数的临床意义	2
		（十二）粪便检查	1. 粪便一般性状检查	2
			2. 粪便显微镜检查	2
			3. 粪便化学检查	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
诊断学基础	四、实验诊断	（十二）粪便检查	4. 粪便细菌学检查	2
		（十三）痰液检查	1. 痰液标本收集	2
			2. 痰液一般性状检查	2
			3. 痰液显微镜检查	2
		（十四）浆膜腔穿刺液检查	1. 浆膜腔穿刺液检查	2
			2. 渗出液与漏出液鉴别	2
		（十五）脑脊液检查	1. 脑脊液检查的适应证和禁忌证	2
			2. 常见中枢神经系统疾病的脑脊液特点	2
		（十六）生殖系统体液检查	1. 阴道分泌物检查	2
			2. 精液检查	2
			3. 前列腺液检查	2
	五、器械检查	（一）心电图检查	1. 常用心电图导联	2
			2. 心电图测量方法	2
			3. 心电图各波段的正常范围和临床意义	2
			4. 平均心电轴	2
			5. 房、室肥大的心电图表现	2
			6. 心肌缺血与心肌梗死的心电图表现	2
			7. 常见心律失常的的心电图表现	2
			8. 心电图负荷试验的适应证和禁忌证	2
		（二）肺功能检查	1. 肺容积检查	2
			2. 肺容量检查	2
			3. 通气功能检查	2
			4. 换气功能检查	2
			5. 血气分析及酸碱度测定	2
			6. 常见酸碱平衡紊乱的实验室检查结果	2
		（三）内镜检查	1. 上消化道内镜检查	2
			2. 下消化道内镜检查	2
			3. 纤维支气管镜检查	2
	六、影像诊断	（一）超声诊断	超声诊断的临床应用	2
		（二）放射诊断	1. 呼吸系统病变的基本 X 线表现	2
			2. 呼吸系统常见疾病的 X 线及 CT 表现	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
诊断学基础	六、影像诊断	（二）放射诊断	3. 循环系统常见疾病的X线及CT表现	2
			4. 消化系统疾病的X线检查方法	2
			5. 消化系统常见疾病的X线、CT及磁共振检查表现	2
			6. 泌尿系统常见疾病的X线、CT及磁共振检查表现	2
			7. 骨与关节基本病变的X线、CT及磁共振检查表现	2
			8. 骨与关节常见疾病的X线、CT及磁共振检查表现	2
			9. 中枢神经系统常见疾病的X线、CT及磁共振检查表现	2
			10. 冠状动脉造影检查的临床意义	2
		（三）放射性核素诊断	1. 甲状腺吸^{131}碘功能测定	2
			2. 血清甲状腺素和促甲状腺激素测定	2
药理学	一、总论	（一）药物对机体的作用－药效学	1. 药物作用的基本规律	2
			2. 药物的不良反应	2
			3. 药物的作用机制	2
	二、各论	（一）外周神经系统药	1. 拟胆碱药	2
			2. 有机磷酸酯类的毒理与解救药物	2
			3. 抗胆碱药	2
			4. 拟肾上腺素药	2
			5. 抗肾上腺素药	2
			6. 局部麻醉药	2
		（二）中枢神经系统药	1. 全身麻醉药	2
			2. 镇静催眠药	2
			3. 抗癫痫药与抗惊厥药	2
			4. 抗精神失常药	2
			5. 抗帕金森病药	2
			6. 镇痛药	2
			7. 解热镇痛抗炎药	2
		（三）自体活性物质	1. H_1受体阻滞药	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
药理学	二、各论	（三）自体活性物质	2. H_2受体阻滞药	2
		（四）内脏系统药	1. 利尿药与脱水药	2
			2. 抗高血压药	2
			3. 抗心律失常药	2
			4. 抗慢性心功能不全药	2
			5. 抗心绞痛药	2
			6. 血液系统药	2
			7. 消化系统药	2
			8. 呼吸系统药	2
		（五）内分泌系统药	1. 糖皮质激素类药	2
			2. 甲状腺激素及抗甲状腺药	2
			3. 胰岛素及口服降血糖药	2
			4. 性激素类药物与避孕药	2
		（六）化疗治疗药物	1. 合成抗菌药	2
			2. β－内酰胺类抗生素	2
			3. 大环内酯类与林可霉素类抗生素	2
			4. 氨基糖苷类与多肽类抗生素	2
			5. 四环素类	2
			6. 抗真菌药与抗病毒药	2
			7. 抗菌药物的合理应用	2
			8. 抗结核病药	2
		（七）营养保健药	营养补充药	2
传染病学	一、总论	（一）传染病流行过程与特征	1. 传染病流行过程	2
			2. 传染病特征	2
		（二）传染病的诊治与预防	1. 传染病的诊断	2
			2. 传染病的治疗	2
			3. 传染病的预防	2
	二、各论	（一）病毒性肝炎	1. 病原学	2
			2. 流行病学	2
			3. 病机病理	2
			4. 临床表现	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
传染病学	二、各论	（一）病毒性肝炎	5. 实验室检查及其他检查	2
			6. 诊断与鉴别诊断	2
			7. 治疗	2
			8. 预防	2
		（二）肾综合征出血热	1. 病原学	2
			2. 流行病学	2
			3. 病机病理	2
			4. 临床表现	2
			5. 实验室检查	2
			6. 诊断与鉴别诊断	2
			7. 治疗	2
			8. 预防	2
		（三）艾滋病	1. 病原学	2
			2. 流行病学	2
			3. 病机病理	2
			4. 临床表现	2
			5. 实验室检查及其他检查	2
			6. 诊断	2
			7. 治疗	2
			8. 预防	2
		（四）流行性感冒	1. 病原学	2
			2. 流行病学	2
			3. 病机病理	2
			4. 临床表现	2
			5. 实验室检查	2
			6. 诊断	2
			7. 治疗	2
			8. 预防	2
		（五）流行性脑脊髓膜炎	1. 病原学	2
			2. 流行病学	2
			3. 病机病理	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
传染病学	二、各论	（五）流行性脑脊髓膜炎	4. 临床表现	2
			5. 实验室检查	2
			6. 诊断及鉴别诊断	2
			7. 治疗	2
			8. 预防	2
		（六）伤寒	1. 病原学	2
			2. 流行病学	2
			3. 病机病理	2
			4. 临床表现	2
			5. 实验室检查	2
			6. 诊断及鉴别诊断	2
			7. 治疗	2
			8. 预防	2
		（七）细菌性痢疾	1. 病原学	2
			2. 流行病学	2
			3. 病机病理	2
			4. 临床表现	2
			5. 实验室检查	2
			6. 诊断及鉴别诊断	2
			7. 治疗	2
			8. 预防	2
		（八）近年新发、多发传染病	1. 近年新发的传染病概况	2
			2. 近年多发的传染病概况	2
	三、医院感染	一、消毒与隔离	1. 消毒	2
			2. 隔离	2
			3. 医院感染的预防	2
医学心理学	一、心理学基础知识	人的心理现象	1. 心理学的内容	2
			2. 认识过程：感觉、知觉、记忆、想象和注意	2
			3. 情感过程：情绪和情感的定义、分类和作用	2
			4. 个性的定义、内容和个性心理特征	2
	二、心理应激	应激反应	1. 应激、应激源及种类	2
			2. 中介机制和应激反应	2
			3. 应对与心理防御机制	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
医学心理学	三、心身疾病	（一）心身疾病的概述	1. 心身疾病的特点	2
			2. 心身疾病的诊断要点	2
			3. 心身疾病的治疗原则	2
		（二）临床心身相关问题	1. 临床典型的心身疾病	2
			2. 睡眠障碍与疼痛心理	2
			3. 妇科和儿科心身疾病	2
	四、心理障碍	（一）心理障碍的概述	1. 心理障碍的判断标准	2
			2. 心理障碍的分类	2
		（二）神经症性障碍	1. 神经症临床特征与常见症状	2
			2. 临床常见神经症性障碍：焦虑症、抑郁症、恐惧症、强迫症、神经衰弱	2
		（三）其他类型的心理障碍	1. 人格障碍及类型	2
			2. 行为不良	2
	五、心理健康	（一）心理健康概述	1. 心理健康的意义	2
			2. 心理健康的标准	2
		（二）心理健康的发展	1. 不同年龄的心理健康：婴幼儿、儿童期、青春期、中年期和老年期	2
			2. 不同群体的心理健康：家庭、学校和职业	2
	六、病人心理与医患关系	（一）病人的心理问题	1. 病人角色	2
			2. 病人的心理需要	2
			3. 病人的一般心理问题	2
			4. 各类病人的心理特点：门诊、住院和手术病人	2
		（二）医患关系	1. 医患关系的模式与重要性	2
			2. 医务人员的心理素质培养	2
			3. 医务人员与患者的沟通技巧	2
医学伦理学	一、医学的道德传统	（一）中国医学的道德传统	1. 中国医学道德规范	2
			2. 中国古代医学家的道德风范	2
		（二）外国医学的道德传统	1. 外国医学道德规范	2
			2. 外国医学家的道德风范	2
	二、医学伦理学的基本原则与范畴	（一）医学伦理学的基本原则	1. 不伤害原则	2
			2. 有利原则	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
医学伦理学	二、医学伦理学的基本原则与范畴	（一）医学伦理学的基本原则	3. 尊重原则	2
			4. 公正原则	2
		（二）医学伦理学的基本范畴	1. 权利与义务	2
			2. 情感、良心	2
			3. 审慎、保密	2
			4. 荣誉与幸福	2
	三、临床诊疗的道德要求	（一）临床诊断的道德要求	1. 询问病史的道德要求	2
			2. 体格检查的道德要求	2
			3. 辅助检查的道德要求	2
			4. 会诊的道德要求	2
		（二）临床治疗的道德要求	1. 药物治疗的道德要求	2
			2. 非药物治疗的道德要求	2
	四、疾病预防的道德要求	（一）卫生防疫道德	1. 卫生防疫的道德内涵	2
			2. 卫生防疫的道德要求	2
		（二）中医“治未病”理论的道德内涵	1. “治未病”理论	2
			2. “治未病”实践的道德准则	2
	五、医学研究道德	（一）人体试验的道德准则	1. 有利于医学和社会发展	2
			2. 维护受试者利益	2
			3. 受试者知情同意	2
			4. 严谨的科学态度	2
		（二）医学研究的伦理审查	1. 伦理审查程序	2
			2. 利益冲突的预防	2
	六、医德修养与评价	（一）医德修养	1. 医德修养含义	2
			2. 医德修养的途径、方法	2
		（二）医德评价	1. 医德评价及标准	2
			2. 医德评价方式	2
卫生法规	一、卫生法中的法律责任	（一）卫生法中的民事责任	1. 民事责任的概念及其特征	2
			2. 民事责任的构成	2
			3. 承担民事责任的方式	2
		（二）卫生法中的行政责任	1. 行政责任的概念及其特征	2
			2. 行政责任的构成	2
			3. 行政责任的形式	2

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
卫生法规	一、卫生法中的法律责任	（三）卫生法中的刑事责任	1. 刑事责任的概念及其特征	2
			2. 刑事责任的构成	2
	二、相关卫生法律法规	（一）《中华人民共和国执业医师法》	1. 执业医师享有的权利	2
			2. 执业医师在执业活动中应履行的义务	2
			3.《执业医师法》对医师在执业活动中提出的法定要求	2
			4.《执业医师法》规定的法律责任	2
		（二）《中华人民共和国药品管理法》	1. 药品必须符合法定要求	2
			2. 假药和劣药	2
			3. 特殊管理的药品	2
			4.《药品管理法》及相关法规、规章对医疗机构及其人员的有关规定	2
			5.《药品管理法》规定的法律责任	2
		（三）《中华人民共和国传染病防治法》	1. 法定传染病的分类	2
			2. 传染病防治方针与管理原则	2
			3. 传染病预防与疫情报告	2
			4. 传染病疫情控制措施及医疗救治	2
			5. 相关机构及其人员违反《传染病防治法》有关规定应承担的法律责任	2
		（四）《突发公共卫生事件应急条例》	1. 突发公共卫生事件的预防与应急准备	2
			2. 突发公共卫生事件的报告与信息发布	2
			3. 突发公共卫生事件的应急处理	2
			4.《突发公共卫生事件应急条例》规定的法律责任	2
		（五）《医疗事故处理条例》	1. 医疗事故的处理原则与分级	2
			2. 医疗事故的预防与处置	2
			3. 医疗事故的处理	2
		（六）《中华人民共和国中医药条例》	1.《中医药条例》制定目的与适用范围	2
			2. 国家发展中医药的方针、政策	2
			3. 发展中医药事业的原则与中医药现代化	2
			4. 中医医疗机构与从业人员	2
			5. 中医药教育与科研	2
			6. 中医药发展的保障措施	2

第三、四部分　专业知识与专业实践能力

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	一、中医外科证治概论	(一)中医外科专业术语	临证中常用的基本术语	3
		(二) 病因病机	1. 致病因素	3
			2. 发病机理	3
		(三) 诊法与辨证	1. 辨阴证阳证	3
			2. 辨肿	3
			3. 辨痛	3
			4. 辨痒	3
			5. 辨脓	3
		(四) 治法	1. 内治法	3
			2. 外治法	3
	二、无菌术	无菌术与抗菌术	1. 概述	3
			2. 方法	3
	三、麻醉	(一) 概论	1. 麻醉方法的分类	3
			2. 麻醉前的准备	3、4
			3. 麻醉前常用药物	3
		(二) 局部麻醉	1. 常用局麻方法	3、4
			2. 常用局麻药物	3
			3. 局麻药物不良反应	3、4
			4. 局麻药物不良反应的处理	3、4
		(三) 椎管内麻醉	1. 腰麻适应证及并发症的处理	3、4
			2. 硬膜外麻醉适应证、禁忌证及并发症	3、4
		(四) 全身麻醉	全身麻醉分类	3
		(五) 针刺麻醉	针刺麻醉的特点	3
		(六) 气管内插管与拔管术	1. 气管内插管术适应证、方法、注意事项及常见并发症	3、4
			2. 拔管术的指征及注意事项	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	四、体液与营养代谢	（一）体液代谢和酸碱平衡	1. 体液的组成	3
			2. 体液的分布	3
			3. 水代谢	3、4
			4. 体液平衡的调节	3、4
		（二）水电解质失衡	1. 缺水	3、4
			2. 钾的异常	3、4
			3. 钙的异常	3、4
			4. 磷的异常	3、4
			5. 镁的异常	3、4
		（三）酸碱平衡的紊乱	1. 代谢性酸中毒的诊断及治疗原则	3、4
			2. 呼吸性酸中毒的诊断及治疗原则	3、4
			3. 血气分析	3、4
		（四）外科补液	1. 目的	3
			2. 特点	3
			3. 要求	3、4
		（五）外科营养支持	1. 营养状态的评定	3、4
			2. 适应证	3、4
			3. 并发症	3、4
		（六）肠内营养和肠外营养	1. 肠内营养	3、4
			2. 肠外营养	3、4
	五、输血	（一）输血适应证、方法及注意事项	1. 适应证	3、4
			2. 方法	3、4
			3. 注意事项	3、4
		（二）输血的常见并发症及其防治	1. 常见并发症	3、4
			2. 防治	3、4
		（三）成分输血	1. 概述	3、4
			2. 分类	3、4
	六、休克	（一）概述	1. 发病机理	3
			2. 分类	3
		（二）中医病因病机	1. 中医病因	3
			2. 中医病机	3

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	六、休克	（三）诊断	1. 临床表现	3、4
			2. 辅助检查	3、4
		（四）治疗	1. 西医治疗原则	3、4
			2. 中医辨证论治	3、4
	七、围手术期的处理	（一）手术前准备	1. 一般准备	3、4
			2. 特殊准备	3、4
		（二）手术后处理	1. 一般监测	3、4
			2. 术后止痛	3、4
			3. 恶心呕吐处理	3、4
			4. 腹胀处理	3、4
			5. 呃逆的处理	3、4
			6. 常用导管的处理	3、4
		（三）手术后常见并发症	1. 术后大出血或弥慢性血营内凝血	3、4
			2. 呼吸系统并发症	3、4
			3. 循环系统并发症	3、4
			4. 急性肝功能衰竭	3、4
			5. 急性肾功能衰竭	3、4
			6. 应激性溃疡	3、4
			7. 切口并发症	3、4
			8. 泌尿系感染	3、4
		（四）中医中药在围手术期的应用	1. “通里攻下”法在肠道准备中的应用	3、4
			2. 危重病人术前的中医辨证论治	3、4
	八、重症救治与监测	（一）心肺脑复苏	1. 心跳骤停的诊断	3、4
			2. 心肺脑复苏的基本过程	3、4
			3. 心肺脑复苏的治疗	3、4
		（二）急性肾功能衰竭的主要临床表现	1. 发病机理	3、4
			2. 分型	3、4
			3. 主要临床表现	3、4
	九、疼痛与治疗		1. 疼痛的分类	3、4
			2. 疼痛的评估	3、4
	十、腹腔镜手术手术适应证及常见并发症		1. 手术适应证	3、4
			2. 常见并发症	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	十一、外科感染	（一）概论	1. 特点	3、4
			2. 分类	3、4
			3. 临床表现	3、4
			4. 治疗	3、4
		（二）疖	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 治疗	3、4
		（三）痈	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 治疗	3、4
		（四）丹毒	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 治疗	3、4
		（五）急性蜂窝织炎	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 治疗	3、4
		（六）急性淋巴结炎	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 治疗	3、4
		（七）急性淋巴管炎	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 治疗	3、4
		（八）甲沟炎	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 治疗	3、4
		（九）脓性指头炎	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 治疗	3、4
		（十）掌深部间隙感染	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 治疗	3、4
		（十一）脓肿	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	十一、外科感染	（十一）脓肿	4. 鉴别诊断	3、4
			5. 治疗	3、4
		（十二）全身感染	1. 概述	3、4
			2. 分类	3、4
			3. 病因病理	3、4
			4. 临床表现	3、4
			5. 诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（十三）破伤风	1. 概述	3、4
			2. 病因病理	3、4
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（十四）气性坏疽	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4
			4. 鉴别诊断	3、4
			5. 治疗	3、4
		（十五）抗菌药物的使用	1. 适应证	3、4
			2. 抗菌药物的选择	3、4
		（十六）中医药在外科感染中的应用	1. 内治法	3、4
			2. 外治法	3、4
	十二、损伤	（一）概论	1. 分类	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 治疗	3、4
		（二）闭合性损伤和开放性损伤	1. 闭合性损伤的分类	3、4
			2. 开放性损伤的分类	3、4
			3. 清创术的时限	3、4
			4. 清创术的基本原则	3、4
			5. 清创术的步骤	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	十三、颅脑损伤	（一）头皮血肿	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4
			4. 鉴别诊断	3、4
			5. 治疗	3、4
		（二）头皮裂伤	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4
			4. 鉴别诊断	3、4
			5. 治疗	3、4
		（三）颅骨骨折	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 治疗	3、4
		（四）脑震荡	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4
			4. 治疗	3、4
		（五）脑挫裂伤	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4
			4. 鉴别诊断	3、4
			5. 治疗	3、4
		（六）颅内血肿	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4
			4. 鉴别诊断	3、4
			5. 治疗	3、4
	十四、胸部损伤	（一）肋骨骨折	1. 诊断	3、4
			2. 治疗	3、4
		（二）气胸	1. 分类	3、4
			2. 诊断	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	十四、胸部损伤	（二）气胸	3. 治疗	3、4
		（三）血胸	1. 分类	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 治疗	3、4
	十五、腹部损伤	（一）概述	1. 分类	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 鉴别诊断	3、4
		（二）肝破裂	1. 诊断	3、4
			2. 治疗	3、4
		（三）脾破裂	1. 诊断	3、4
			2. 治疗	3、4
		（四）胰腺损伤	1. 诊断	3、4
			2. 治疗	3、4
		（五）小肠损伤	1. 诊断	3、4
			2. 治疗	3、4
		（六）肾损伤	1. 诊断	3、4
			2. 治疗	3、4
		（七）尿道损伤	1. 诊断	3、4
			2. 治疗	3、4
	十六、其他损伤	（一）挤压综合征	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4
			4. 治疗	3、4
		（二）烧伤	1. 临床表现	3、4
			2. 深度判定	3、4
			3. 面积计算	3、4
			4. 治疗	3、4
		（三）冷伤	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4
			4. 治疗	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	十六、其他损伤	（四）毒蛇咬伤	1. 病因病理	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4
			4. 鉴别诊断	3、4
			5. 治疗	3、4
	十七、肿瘤	肿瘤概论	1. 概述	3、4
			2. 恶性肿瘤的生物学行为	3、4
			3. 恶性肿瘤的转移途径	3、4
			4. 恶性肿瘤国际 TNM 分期	3、4
			5. 中医病因病机	3、4
			6. 良、恶性肿瘤的鉴别诊断	3、4
			7. 常见恶性肿瘤的诊断	3、4
	十八、常见体表肿物	（一）皮样囊肿	临床表现	3、4
		（二）皮脂腺囊肿	临床表现	3、4
		（三）脂肪瘤	临床表现	3、4
		（四）血管瘤	1. 临床表现	3、4
			2. 治疗	3、4
		（五）腱鞘囊肿	1. 临床表现	3、4
			2. 治疗	3、4
		（六）神经纤维瘤	临床表现	3、4
		（七）淋巴管瘤	临床表现	3、4
		（八）痣	1. 概述	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 良恶性鉴别	3、4
			4 治疗原则	3、4
	十九、常见恶性肿瘤	（一）原发性支气管肺癌	1. 西医病因病理	3、4
			2. 中医病因病机	3、4
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	十九、常见恶性肿瘤	（二）食管癌	1. 西医病因病理	3、4
			2. 中医病因病机	3、4
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（三）胃癌	1. 西医病因病理	3、4
			2. 中医病因病机	3、4
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（四）原发性肝癌	1. 西医病因病理	3、4
			2. 中医病因病机	3、4
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（五）结肠癌	1. 西医病因病理	3、4
			2. 中医病因病机	3、4
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（六）直肠癌	1. 西医病因病理	3、4
			2. 中医病因病机	3、4
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
	二十、急腹症	（一）概论	1. 中医病因病机	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 鉴别诊断	3、4
			4. 治疗	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	二十、急腹症	（二）急性腹膜炎	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 鉴别诊断	3、4
			4. 治疗	3、4
		（三）急性阑尾炎	1. 西医病因病理	3、4
			2. 中医病因病机	3、4
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（四）肠梗阻	1. 西医病因病理	3、4
			2. 中医病因病机	3、4
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（五）急性胰腺炎	1. 西医病因病理	3、4
			2. 中医病因病机	3、4
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（六）急性胆囊炎	1. 概述	3、4
			2. 西医病因病理	3、4
			3. 中医病因病机	3、4
			4. 临床表现	3、4
			5. 诊断	3、4
			6. 鉴别诊断	3、4
			7. 治疗	3、4
		（七）急性梗阻性化脓性胆管炎	1. 概述	3、4
			2. 西医病因病理	3、4
			3. 中医病因病机	3、4
			4. 临床表现	3、4
			5. 治疗	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	二十、急腹症	（八）胆石病	1. 病因病理	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4
			4. 鉴别诊断	3、4
			5. 治疗	3、4
	二十一、甲状腺疾病	（一）甲状腺解剖及生理功能	1. 解剖特点	3
			2. 生理功能	3、4
		（二）单纯性甲状腺肿	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 鉴别诊断	3、4
			4. 治疗	3、4
		（三）甲状腺炎	1. 临床分型	3、4
			2. 临床表现	3、4
			3. 治疗	3、4
		（四）甲状腺腺瘤	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 鉴别诊断	3、4
			4. 治疗	3、4
	二十二、乳腺疾病	（一）概论	1. 检查方法	4
			2. 特殊检查	4
		（二）急性乳腺炎	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 鉴别诊断	3、4
			4. 治疗	3、4
		（三）乳腺囊性增生病	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 鉴别诊断	3、4
			4. 治疗	3、4
		（四）乳房纤维腺瘤	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 治疗	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	二十二、乳腺疾病	（五）乳腺癌	1. 病理分型	3
			2. 临床表现	3、4
			3. 转移途径	3
			4. 临床分期	3
			5. 诊断	3、4
			6. 鉴别诊断	3、4
			7. 治疗	4
	二十三、胃、十二指肠溃疡并发症及外科治疗	（一）急性穿孔的诊断与治疗	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 治疗	3、4
		（二）瘢痕性幽门梗阻的诊断与治疗	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 治疗	3、4
		（三）溃疡病的手术适应证及常用手术方式	1. 溃疡病的手术适应证	3、4
			2. 常用手术方式	3、4
	二十四、门静脉高压症	（一）门静脉高压症	1. 概述	3
			2. 解剖概要	3
			3. 病理	3
			4. 分型	3
			5. 中医病机	3
			6. 临床表现	3、4
			7. 诊断	3、4
			8. 鉴别诊断	3、4
			9. 治疗	3、4
	二十五、肠道炎性疾病的外科治疗	（一）慢性溃疡性结肠炎	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 鉴别诊断	3、4
			4. 治疗	3、4
	二十六、腹外疝	（一）概论	1. 病因病理	3
			2. 临床类型	3、4
			3. 治疗	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	二十六、腹外疝	（二）腹股沟疝	1. 解剖特点	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 腹股沟斜疝诊断	3、4
			5. 腹股沟直疝诊断	3、4
			6. 鉴别诊断	3、4
			7. 治疗	3、4
	二十七、消化道大出血的诊断与处理	（一）上消化道大出血	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 中医病机	3
			4. 临床表现	3、4
			5. 治疗	3、4
		（二）下消化道大出血	1. 概述	3
			2. 病因	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 治疗	3、4
	二十八、泌尿、男性生殖系疾病	（一）概论	1. 临床表现	3、4
			2. 检查方法	3、4
		（二）尿路感染	1. 临床表现	3、4
			2. 治疗	3、4
		（三）尿石症	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 鉴别诊断	3、4
			4. 治疗	3、4
		（四）肾结核	1. 临床表现	3、4
			2. 治疗	3、4
		（五）附睾结核	1. 临床表现	3、4
			2. 治疗	3、4
		（六）膀胱肿瘤	1. 临床表现	3、4
			2. 治疗	3、4
		（七）急性睾丸炎	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	二十八、泌尿、男性生殖系疾病	（七）急性睾丸炎	3. 鉴别诊断	3、4
			4. 治疗	3、4
		（八）慢性前列腺炎	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 鉴别诊断	3、4
			4. 治疗	3、4
		（九）前列腺增生症	1. 临床表现	3、4
			2. 诊断	3、4
			3. 鉴别诊断	3、4
			4. 治疗	3、4
	二十九、肛门直肠疾病	（一）概论	1. 概述	3
			2. 解剖生理概要	3
			3. 常用检查方法	3、4
			4. 病因病机	3
			5. 中医辨证	3、4
			6. 治疗	3、4
		（二）痔	1. 概述	3
			2. 分类	3
			3. 病因病理	3
			4. 临床表现	3、4
			5. 诊断	3、4
			6. 鉴别诊断	3、4
			7. 治疗	3、4
		（三）肛隐窝炎	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（四）肛裂	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	二十九、肛门直肠疾病	（四）肛裂	5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（五）肛门直肠周围脓肿	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（六）肛瘘	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（七）直肠脱垂	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 分度	3、4
			4. 临床表现	3、4
			5. 诊断	3、4
			6. 鉴别诊断	3、4
			7. 治疗	3、4
		（八）直肠息肉	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
	三十、周围血管疾病	（一）概述	1. 周围血管病的临床表现	3、4
			2. 中医辨证	3、4
		（二）单纯性下肢静脉曲张	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	三十、周围血管疾病	（二）单纯性下肢静脉曲张	6. 治疗	3、4
		（三）下肢深静脉血栓形成	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（四）血栓闭塞性脉管炎	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（五）动脉硬化性闭塞症	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
	三十一、皮肤病及性传播疾病	（一）概述	1. 中医病因病机	3
			2. 中医辨证	3、4
			3. 治疗	3、4
		（二）单纯疱疹	1. 概述	3
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4
			4. 鉴别诊断	3、4
			5. 治疗	3、4
		（三）带状疱疹	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	三十一、皮肤病及性传播疾病	（三）带状疱疹	6. 治疗	3、4
		（四）疣	1. 概述	3
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4
			4. 鉴别诊断	3、4
			5. 治疗	3、4
		（五）脓疱疮	1. 概述	3
			2. 临床表现	3、4
			3. 诊断	3、4
			4. 鉴别诊断	3、4
			5. 治疗	3、4
		（六）癣	1. 概述	3
			2. 常见类型	3、4
			3. 西医病理	3、4
			4. 中医病机	3
			5. 临床表现	3
			6. 诊断	3、4
			7. 鉴别诊断	3、4
			8. 治疗	3、4
		（七）疥疮	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（八）荨麻疹	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	三十一、皮肤病及性传播疾病	（九）接触性皮炎	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（十）药物性皮炎	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（十一）湿疹	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（十二）神经性皮炎	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（十三）皮肤瘙痒症	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（十四）银屑病	1. 概述	3

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	三十一、皮肤病及性传播疾病	（十四）银屑病	2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（十五）白癜风	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（十六）斑秃	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（十七）脂溢性皮炎	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（十八）红斑狼疮	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（十九）淋病	1. 概述	3
			2. 病因病理	3

考试学科	单　元	细　目	要　　点	考试科目
中西医结合外科学	三十一、皮肤病及性传播疾病	（十九）淋病	3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（二十）梅毒	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（二十一）尖锐湿疣	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4
		（二十二）HIV	1. 概述	3
			2. 病因病理	3
			3. 临床表现	3、4
			4. 诊断	3、4
			5. 鉴别诊断	3、4
			6. 治疗	3、4

大 纲 细 则

中医基础理论

第一单元　中医学理论体系的主要特点

细目一　整体观念

要点一　整体观念的概念

整体观念，是中医学关于人体自身的完整性及人与自然、社会环境的统一性认识。整体观念认为，人体的各个部分之间，各个脏腑形体官窍之间，结构上不可分割，功能上相互协调、相互为用，病理上相互影响，是一个由多层次结构构成的有机整体。人类在适应和改造自然与社会环境的斗争中维持着机体的生命活动。

要点二　整体观念的内容

1. 人体是一个有机整体

（1）生理上的整体性：生理上的整体性，体现于两个方面：一是构成人体的各个组成部分在结构与功能上是完整统一的，即五脏一体观；二是人的形体与精神是相互依附、不可分割的，即形神一体观。

（2）病理上的整体性：中医学认为局部病变可引起整体性病理反映，把局部病理变化与整体病理反映统一起来。既重视局部发生病变的脏腑经络形体官窍，又不忽视病变之脏腑经络对其他脏腑经络的影响。

（3）诊治上的整体性：人体的局部与整体是辩证统一的，因而在诊察疾病时，可通过观察分析形体、官窍、色脉等外在的病理表现，推测内在脏腑的病理变化，从而作出正确诊断，为治疗提供可靠依据。

2. 人与自然环境的统一性

（1）自然环境对人体生理的影响：自然环境主要包括自然气候和地理环境，古人以“天地”名之。天地阴阳二气处于不断的运动变化之中，故人体的生理活动必受天地之气的影响而有相应的变化。

（2）自然环境对人体病理的影响：人类适应自然环境的能力是有限的，如果气候变化过于剧烈或急骤，超越了人体的适应能力，或机体的调节功能失常，不能对自然环境的变化作出适应性调节时，就会导致疾病的发生。

（3）自然环境与疾病防治的关系：自然环境的变化影响着人的生命活动和病理变化，因而在疾病的防治过程中，必须重视外在自然环境与人体的关系，在养生防病中顺应自然规律，在治疗过程中遵循因时因地制宜的原则。

3. 人与社会环境的统一性

（1）社会环境对人体生理的影响：社会的变迁，会给人们的生活条件、生产方式、思

想意识和精神状态带来相应的变化，从而影响人的身心功能的改变。

（2）社会环境对人体病理的影响：社会环境剧烈、骤然变化，对人体脏腑经络的生理功能有较大的影响，从而损害人的身心健康，而致某些身心疾病的发生。

（3）社会环境与疾病防治的关系：预防和治疗疾病时，尽量避免不利的社会因素对人的精神刺激，创造有利的社会环境，提高人体对社会环境的适应能力，预防疾病的发生，并促进疾病向好的方面转化。

细目二　辨证论治

要点一　症、证、病的概念

1. 症状

症，即症状和体征的总称，是疾病过程中表现出的个别、孤立的现象，可以是病人异常的主观感觉或行为表现，也可以是医生检查病人时发现的异常征象。

2. 证候

证，即证候，是疾病过程中某一阶段或某一类型的病理概括，一般由一组相对固定的、有内在联系的、能揭示疾病某一阶段或某一类型病变本质的症状和体征构成。包括了病变的部位、原因、性质和邪正盛衰变化，揭示病变的机理和发展趋势，中医学将其作为确定治法、处方遣药的依据。

3. 疾病

病，即疾病，是致病邪气作用于人体，人体正气与之抗争而引起的机体阴阳失调、脏腑组织损伤、生理功能失常或心理活动障碍的一个完整的生命过程。在这一过程中，始终存在着损伤、障碍与修复、调节的矛盾斗争，亦即邪正斗争。

要点二　辨证论治的概念

辨证，是在认识疾病的过程中确立证候的思维和实践过程，即将四诊（望、闻、问、切）所收集的有关疾病的所有资料，包括症状和体征，运用中医学理论进行分析、综合，辨清疾病的原因、性质、部位及发展趋向，然后概括、判断为某种性质的证候的过程。

论治，是在通过辨证思维得出证候诊断的基础上，确立相应的治疗原则和方法，选择适当的治疗手段和措施来处理疾病的思维和实践过程。

要点三　同病异治和异病同治

同病异治，指同一种病，由于发病的时间、地域不同，或所处的疾病的阶段或类型不同，或病人的体质有异，故反映出的证候不同，因而治疗也就有异。

异病同治，指几种不同的疾病，在其发展变化过程中出现了大致相同的病机，大致相同的证，故可用大致相同的治法和方药来治疗。

中医学诊治疾病的着眼点是对证候的辨析和因证候而治。证同则治同，证异则治异，

是辨证论治的精神实质。

（郭霞珍）

第二单元　阴阳学说

细目　阴阳学说在中医学中的应用

要点一　说明人体的组织结构

人体是一个有机整体。组成人体的所有脏腑经络形体组织，既是有机联系的，又都可以根据其所在部位、功能特点划分为相互对立的阴阳两部分。

要点二　说明人体的生理功能

脏为阴，腑为阳；心在上应夏为阳中之阳，肾在下应冬为阴中之阴；背为阳，腹为阴等。精藏于脏腑之中，主内守而属阴，气由精所化，运行于全身而属阳。精与气的相互资生、相互促进，维持了脏腑经络形体官窍的功能活动稳定有序。

要点三　说明人体的病理变化

1. 分析病因的阴阳属性

病邪可以分为阴、阳两大类："夫邪之生也，或生于阴，或生于阳"（《素问·调经论》）。一般而言，六淫属阳邪，饮食居处、情志失调等属阴邪。阴阳之中复有阴阳：六淫之中，风邪、暑邪、火（热）邪属阳，寒邪、湿邪属阴。

2. 分析病理变化的基本规律

（1）阴阳偏胜：即阴偏胜、阳偏胜，是属于阴或阳任何一方高于正常水平的病理状态。《素问·阴阳应象大论》指出："阴胜则阳病，阳胜则阴病，阳胜则热，阴胜则寒。"

阳胜则热，阳胜则阴病：阳胜，是指阳邪侵犯人体，"邪并于阳"而使机体阳气亢盛所致的病理病态。阳气的特性是热，故说"阳胜则热"。由于阳能制约阴，故在阳气亢盛时必然要消耗和制约津液和阴气，使之减少，从而出现脏腑、组织、器官失于滋润而干燥，功能失于抑制而亢进的临床表现，如口干唇燥、舌红少津等，即所谓"阳胜则阴病"。

阴胜则寒，阴胜则阳病：阴胜，是指阴邪侵犯人体，"邪并于阴"而使机体阴气亢盛所致的病理状态。阴气的特性是寒，故说"阴胜则寒"。由于阴能制约阳，故在阴气亢盛时必然会损耗和制约机体的阳气，导致其虚衰，可出现脏腑、组织、器官失于温煦，功能失于推动的临床表现，如畏寒肢冷、蜷缩、脉迟伏等，即所谓"阴胜则阳病"。

（2）阴阳偏衰：即阴虚、阳虚，是属于阴或阳任何一方低于正常水平的病理状态。

阳虚则寒：阳虚指人体阳气虚衰。阳虚则阴气相对偏盛而虚寒内生。临床可见面色苍白、畏寒肢冷、神疲蜷卧、自汗、脉微等虚寒证的表现。

阴虚则热：阴虚指人体阴气虚衰。阴虚不能制阳，则阳气相对偏亢而虚热内生，临床可见低热、潮热、盗汗、五心烦热、舌红少苔、脉细数等虚热证的表现。

（3）阴阳互损：在阴阳偏衰到一定程度时，就会出现阴损及阳、阳损及阴的阴阳互损的情况。当阳虚至一定程度时，继而又出现阴虚的现象，称为“阳损及阴”。同样，当阴虚至一定程度时，因阴虚不能生阳，继而又出现阳虚的现象，称为“阴损及阳”。阳损及阴或阴损及阳，最终结果是“阴阳两虚”。

要点四　用于疾病的诊断和治疗

1. 用于诊断

（1）分析四诊资料：即将望、闻、问、切四诊所收集的各种资料，以阴阳理论辨析其阴阳属性。其中亢奋的、热的、病变激烈的属阳；衰弱的、寒冷的、病变缓慢的为阴。

（2）概括疾病证候：用阴阳来概括分析错综复杂的各种证候，其中辨别阴证、阳证是诊断疾病的重要原则，在临床诊断中具有重要意义。如八纲辨证中，表证、热证、实证属阳；里证、寒证、虚证属阴。

2. 用于防治

（1）指导养生：养生，又称“摄生”，其最根本的原则就是要“法于阴阳”，即遵循自然界阴阳的变化规律来调理人体之阴阳，使人体中的阴阳与四时阴阳的变化相适应，以保持人与自然界的协调统一。

（2）确定治疗原则

①阴阳偏胜的治疗原则：阴阳偏胜形成的是实证，故总的治疗原则是“实则泻之”，即损其有余。阳偏胜导致的实热证，用“热者寒之”的治疗方法；阴偏胜导致的实寒证，用“寒者热之”的治疗方法。

②阴阳互损的治疗原则：阴阳互损导致阴阳两虚，故应采用阴阳双补的治疗原则。对阳损及阴导致的以阳虚为主的阴阳两虚证，当补阳为主，兼以补阴；对阴损及阳导致的以阴虚为主的阴阳两虚证，当补阴为主，兼以补阳。如此则阴阳双方相互资生，相互为用。

（3）分析和归纳药物的性能：药物的性能，一般地说，主要靠它的气（性）、味和升降浮沉来决定，而药物的气、味和升降浮沉，又皆可以用阴阳来归纳说明。药性，主要是寒、热、温、凉四种药性，又称“四气”。其中寒凉属阴，温热属阳。五味，就是酸、苦、甘、辛、咸五种滋味。辛、甘、淡三味属阳，酸、苦、咸三味属阴。升降浮沉，是指药物在体内发挥作用的趋向。升是上升，浮为向外浮于表；升浮之药，其性多具有上升发散的特点，故属阳。降是下降，沉为向内沉于里；沉降之药，其性多具有收涩、泻下、重镇的特点，故属阴。

（郭霞珍）

第三单元　五行学说

细目　五行学说在中医学中的应用

要点一　说明五脏的生理功能及相互关系

1. 说明五脏的生理特点

五行学说将人体的五脏分别归属于五行，并以五行的特性来说明五脏的生理功能，如肝属木，心属火，脾属土，肺属金，肾属水。

2. 构建天人一体的五脏系统

五行学说除以五行特性类比五脏的生理特点，确定五脏的五行属性外，还以五脏为中心，推演络绎整个人体的各种组织结构与功能，将人体的形体、官窍、精神、情志等分归于五脏，构建以五脏为中心的生理病理系统。同时又将自然界的五方、五气、五色、五味等与人体的五脏联系起来，建立了以五脏为中心的天人一体的五脏系统，将人体内外环境联结成一个密切联系的整体。

3. 说明五脏之间的生理联系

（1）以五行相生说明五脏之间的资生关系：肝生心即木生火，如肝藏血以济心，肝之疏泄以助心行血；心生脾即火生土，如心阳温煦脾土，助脾运化；脾生肺即土生金，如脾气运化，化气以充肺；肺生肾即金生水，如肺之精津下行以滋肾精，肺气肃降以助肾纳气；肾生肝即水生木，如肾藏精以滋养肝血，肾阴资助肝阴以防肝阳上亢。

（2）以五行相克说明五脏之间的制约关系：肾制约心即水克火，如肾水上济于心，可以防止心火之亢烈；心制约肺即火克金，如心火之阳热，可以抑制肺气清肃太过；肺制约肝即金克木，如肺气清肃，可以抑制肝阳的上亢；肝制约脾即木克土，如肝气条达，可疏泄脾气之壅滞；脾制约肾即土克水，如脾气之运化水液，可防肾水泛滥。

（3）以五行制化说明五脏之间的协调平衡：依据五行学说，五脏中的每一脏都具有生我、我生和克我、我克的生理联系。

要点二　说明五脏病变的相互影响

1. 相生关系的传变

包括“母病及子”和“子病及母”两个方面。

2. 相克关系的传变

包括“相乘”和“相侮”两个方面。

要点三　指导疾病的诊断

1. 确定五脏病变部位

五行学说以事物五行属性归类和生克乘侮规律确定五脏病变的部位，包括以本脏所主之色、味、脉来诊断本脏之病和以他脏所主之色、味、脉来确定五脏相兼病变。

2. 推断病情的轻重顺逆

我们可以根据“主色”和“客色”的变化，以五行的生克关系为基础，来推测病情的顺逆。“主色”是指五脏的本色，“客色”为应时之色。“主色”胜“客色”，其病为逆；反之，“客色”胜“主色”，其病为顺。

五行学说还将色诊和脉诊结合起来，即色脉合参，结合五行生克规律来推断疾病的预后。如《灵枢·邪气脏腑病形》所说：“见其色而不得其脉，反得其相胜之脉，则死矣。得其相生之脉，则病已矣。”

要点四　指导疾病的治疗

1. 指导脏腑用药

不同的药物，有不同的颜色与气味。以颜色分，有青、赤、黄、白、黑“五色”；以气味辨，则有酸、苦、甘、辛、咸“五味”。药物的五色、五味与五脏的关系是以天然色味为基础，以其不同性能与归经为依据，按照五行归属来确定的。

2. 控制疾病的传变

根据五行生克乘侮理论，五脏中一脏有病，可以传及其他四脏而发生传变。如《难经·七十七难》所说：“见肝之病，则知肝当传之于脾，故先实其脾气。”

3. 确定治则治法

（1）依据五行相生规律确定治则和治法：基本治疗原则是补母和泻子，即“虚则补其母，实则泻其子”（《难经·六十九难》）。依据五行相生规律确定的治法，常用的有滋水涵木法、益火补土法、培土生金法和金水相生法四种。

（2）依据五行相克规律确定治则和治法：基本治疗原则是抑强扶弱。依据五行相克规律确定的治法，常用的有抑木扶土法、培土制水法、佐金平木法和泻南补北法四种。

4. 指导针灸取穴

在针灸疗法中，针灸学家将手足十二经近手足末端的井、荥、输、经、合“五输穴”，分别配属于木、火、土、金、水五行。在治疗脏腑病证时，根据不同的病情以五行的生克规律进行选穴治疗。

5. 指导情志疾病的治疗

人的情志活动，属五脏功能之一，而情志活动异常，又会损伤相应内脏。由于五脏之间存在相生相克的关系，故人的情志变化也有相互抑制作用。临床上可以运用不同情志变化的相互抑制关系来达到治疗目的。这就是情志病治疗中的“以情胜情”之法。

（郭霞珍）

第四单元　藏象

细目一　心

要点一　主要生理功能

1. 主血脉

心主血脉，即指心气推动和调控血液在脉道中运行，流注全身，发挥营养和滋润作用。

（1）主血：指心气能推动血液运行，以输送营养物质于全身脏腑形体官窍。心主血的另一内涵是心有生血的作用，即所谓“奉心化赤”。

（2）主脉：指心气推动和调控心脏的搏动和脉管的舒缩，使脉道通利，血流通畅。心与脉直接相连，形成一个密闭循环的管道系统。只有心气充沛，心阴与心阳协调，血液才能在脉管中正常运行，周流不息，营养全身，呈现面色红润光泽，脉象和缓有力等征象。

2. 藏神

心藏神，又称主神明或主神志，是指心有统帅全身脏腑、经络、形体、官窍的生理活动和主司意识、思维、情志等精神活动的作用。

人体之神，有广义与狭义之分。广义之神，是整个人体生命活动的主宰和总体现；狭义之神，是指人的意识、思维、情感、性格倾向等精神活动。心所藏之神，既是主宰人体生命活动的广义之神，又包括意识、思维、情感等狭义之神。

人体的脏腑、经络、形体、官窍，各有不同的生理功能，但它们都必须在心神的主宰和调节下，分工合作，共同完成整体生命活动。心神正常，则人体各脏腑的功能互相协调，彼此合作，全身安泰。

要点二　与形、窍、志、液、时的关系

1. 在体合脉，其华在面

心在体合脉，指全身的血脉统属于心，由心主司。其华在面，是指心脏精气的盛衰，可从面部的色泽表现出来。心气旺盛，血脉充盈，则面部红润光泽。心气不足，可见面色白、晦滞。

2. 在窍为舌

心在窍为舌，是指心之精气盛衰及其功能常变可从舌的变化中得以反映。其依据：①心与舌体通过经脉相互联系。②心主血脉，而舌体血管丰富，外无表皮覆盖，故舌色能灵敏地反映心主血脉的功能状态。③舌具有感受味觉的功能。心主血脉，心之气血通过经脉上荣于舌，使之发挥鉴别五味的作用。④舌与言语、声音有关。舌体运动及语言表达依赖心神的统领。

3. 在志为喜

心在志为喜，指心的生理功能与喜志有关。喜，一般来说属于对外界刺激产生的良性反应。喜乐愉悦有益于心主血脉的功能，但喜乐过度则可使心神受伤。

4. 在液为汗

汗是津液通过阳气的蒸化后，经汗孔排出体表的液体。心在液为汗，由于汗为津液所化生，血与津液又同出一源，所谓“血汗同源”，而血又为心所主，故有“汗为心之液”之称。

5. 与夏气相通应

心与夏气相通应，是因为自然界在夏季以炎热为主，在人体则心为火脏而阳气最盛，同气相求，故夏季与心相应。夏季人体阳气隆盛，生机最旺。从五脏来说，心为阳中之阳，属火，故心之阳气在夏季最旺盛。

细目二　肺

要点一　主要生理功能

1. 主气，司呼吸

（1）主呼吸之气：指肺是气体交换的场所。通过肺的呼吸作用，不断吸进清气，排出浊气，吐故纳新，实现机体与外界环境之间的气体交换，以维持人体的生命活动。

（2）主一身之气：指肺有主司一身之气的生成和运行的作用。体现于宗气的生成和对全身气机的调节作用。

肺的呼吸失常，不仅影响宗气及一身之气的生成，出现少气不足以息、声低气怯、肢倦乏力等“气虚”症状。并且影响一身之气的运行，导致各脏腑经络之气的升降出入运动失调。

2. 主行水

指肺气的宣发肃降运动推动和调节全身水液的输布和排泄。肺主行水的内涵主要有两个方面：一是通过肺气的宣发运动，将脾气转输至肺的水液和水谷之精中的较轻清部分，向上向外布散，上至头面诸窍，外达全身皮毛肌腠以濡润之；输送到皮毛肌腠的水液在卫气的推动作用下化为汗液，并在卫气的调节作用下有节制地排出体外。二是通过肺气的肃降运动，将脾气转输至肺的水液和水谷精微中的较稠厚部分，向内向下输送到其他脏腑以濡润之，并将脏腑代谢所产生的浊液（废水）下输至肾或膀胱，成为尿液生成之源。

3. 朝百脉，主治节

肺朝百脉，指全身的血液都通过百脉流经于肺，经肺的呼吸，进行体内外清浊之气的交换，然后再通过肺气宣降作用，将富有清气的血液通过百脉输送到全身的作用。若肺气虚弱或壅塞，不能助心行血，则可导致心血运行不畅，甚至血脉瘀滞，出现心悸胸闷，唇青舌紫等症；反之，心气虚衰或心阳不振，心血运行不畅，也能影响肺气的宣通，出现咳嗽、气喘等症。

肺主治节，指肺气具有治理调节肺之呼吸及全身之气、血、水的作用。《素问·灵兰秘典论》说：“肺者，相傅之官，治节出焉。”主要表现在四个方面：一是治理调节呼吸

运动：肺气的宣发与肃降运动协调，维持通畅均匀的呼吸，使体内外气体得以正常交换；二是调理全身气机：通过呼吸运动，调节一身之气的升降出入，保持全身气机调畅；三是治理调节血液的运行：通过肺朝百脉和气的升降出入运动，辅佐心脏，推动和调节血液的运行；四是治理调节津液代谢：通过肺气的宣发与肃降，治理和调节全身水液的输布与排泄。

要点二　与形、窍、志、液、时的关系

1. 在体合皮，其华在毛

肺对皮毛的作用：①肺气宣发，宣散卫气于皮毛，发挥卫气的温分肉、充皮肤、肥腠理、司开阖，及防御外邪的作用；②肺气宣发，输精于皮毛，即将输送于肺的津液和部分水谷之精向上向外布散于全身皮毛肌腠以滋养之，使之红润光泽。

皮毛对肺的作用：①皮毛能宣散肺气，以调节呼吸。《内经》把汗孔称作“玄府”，又叫“气门”，是说汗孔不仅是排泄汗液之门户，而且也是随着肺气的宣发和肃降进行体内外气体交换的部位。②皮毛受邪，可内合于肺。

2. 在窍为鼻，喉为肺之门户

鼻为呼吸之气出入的通道，与肺直接相连，所以称鼻为肺之窍。具有主通气和主嗅觉的功能。鼻的通气和嗅觉功能，都必须依赖肺气的宣发运动。

喉位于肺系的最上端，为呼吸之门户、发音之器官。喉由肺津滋养，其发音功能由肺气推动和调节。若各种内伤或过用，耗损肺津、肺气，以致喉失滋养或推动，发音失常，可见声音嘶哑、低微，称为“金破不鸣”；若各种外邪袭肺，导致肺气宣降失常，郁滞不畅，可见声音嘶哑、重浊，甚或失音，称为“金实不鸣”。

3. 在志为忧（悲）

关于肺之志，悲和忧虽然略有不同，但其对人体生理活动的影响是大致相同的，过度悲哀或过度忧伤，伤肺，导致肺气的宣降运动失调。

4. 在液为涕

鼻涕由肺津所化，由肺气的宣发运动布散于鼻窍。若寒邪袭肺，肺失宣肃，肺津被寒邪所凝而不化，则鼻流清涕。

5. 与秋气相通应

肺与秋同属于五行之金。时令至秋，暑去而凉生，草木皆凋。人体肺脏主清肃下行，为阳中之阴，同气相求，故与秋气相应。

细目三　脾

要点一　主要生理功能

1. 主运化

脾主运化，是指脾具有把饮食水谷转化为水谷精微（即谷精）和津液（即水精），并

把水谷精微和津液吸收、转输到全身各脏腑的生理功能。

（1）运化食物：是指脾气促进食物的消化、吸收并转输其精微（谷精）的功能。中医学认为食物的消化必须经脾气的推动，运化、转化为精微。若脾气的运化功能减退，称为脾失健运，也必然影响食物的消化和水谷精微的吸收而出现腹胀、便溏、食欲不振以至倦怠、消瘦等精气血生化不足的病变。

（2）运化水液：是指脾气的吸收、转输，津液调节水液代谢的功能。一是将胃和小肠消化吸收的津液，以及大肠吸收的水液，由肾气的蒸化作用回吸收的水液，经脾气的转输作用上输于肺，再由肺气的宣发肃降运动输布于全身。二是在水液的代谢过程中起枢转作用。脾气运化水液的功能失常，必然导致水液在体内停聚而产生水湿痰饮等病理产物，甚至导致水肿。

2. 主统血

指脾气具有统摄、控制血液在脉中正常运行而不逸出脉外的功能。脾不统血属虚性出血，常见出血色淡质稀，出血的部位偏于人体下部。如皮下出血，便血、尿血、崩漏及肌衄等。

要点二　与形、窍、志、液、时的关系

1. 在体合肉，主四肢

脾在体合肉，是指脾气的运化功能与肌肉的壮实及其功能发挥有着密切的联系。脾胃的运化功能失常，肌肉得不到水谷精微及津液的营养和滋润，必致瘦削，软弱无力，甚至痿废不用。

人体的四肢，需要脾胃运化的水谷精微及津液的营养和滋润，以维持正常的生理活动，故称“脾主四肢”。脾气健运，则四肢活动轻劲有力；若脾失健运，转输无力，可见倦怠无力，甚或痿废不用。

2. 在窍为口，其华在唇

脾开窍于口，是指人的食欲、口味与脾气的运化功能密切相关。脾的经脉“连舌本，散舌下”，舌又主司味觉，所以，食欲和口味都可反映脾的运化功能是否正常。若脾失健运，湿浊内生，则见食欲不振，口味异常，如口淡乏味、口腻、口甜等。

脾气健旺，气血充足，则口唇红润光泽；脾失健运，则气血衰少，口唇淡白不泽。因此，脾其华在唇。

3. 在志为思

思为脾志，故有“思出于心，而脾应之”之说。思虑太过，最易妨碍脾气的运化功能，致使脾胃之气结滞，脾气不能升清，胃气不能降浊，因而出现不思饮食、脘腹胀闷、头目眩晕等症。

4. 在液为涎

涎为口津，即唾液中较清稀的部分，由脾所主，故说“脾在液为涎”。可助谷食的咀嚼和消化，故有“涎出于脾而溢于胃”之说。在正常情况下，涎液化生适量，上行于口而不溢于口外。若脾胃不和，或脾气不摄，则导致涎液化生异常增多，可见口涎自出。

5. 与长夏之气相通应

长夏之季，气候炎热，雨水较多，天气下迫，地气上腾，湿为热蒸，蕴酿生化，万物华实，合于土生万物之象，而人体的脾主运化，化生精气血津液，以奉生身，故脾与长夏，同气相求而相通应。

细目四　肝

要点一　主要生理功能

1. 主疏泄

肝主疏泄，是指肝气具有疏通、畅达全身气机的作用。

表现在以下几个方面：

（1）促进血液与津液的运行输布：肝气疏泄，气机调畅，使全身脏腑经络之气的运行畅达有序。若气机郁结，则血行障碍，血运不畅，血液瘀滞停积而为瘀血，或为癥积，或为肿块，在女子可出现经行不畅、经迟、痛经、经闭等。

气能行津，气行则津布，故说肝气的疏泄作用能促进津液的输布代谢，使之无聚湿成水生痰化饮之患。若肝气疏泄功能失常，气机郁结，亦会导致津液的输布代谢障碍，形成水湿痰饮等病理产物，出现水肿、痰核等病证。

（2）促进脾胃运化和胆汁的分泌排泄：肝气疏泄，调畅气机，有助于脾胃之气的升降，从而促进脾胃的运化功能。另一方面，食物的消化吸收还要借助于胆汁的分泌和排泄，然而胆汁的分泌和排泄受肝气疏泄的影响。

若肝病以影响脾土为主者，多称之为“肝脾不调”或“肝脾不和”，导致脾失健运，谷食不化，可出现胸胁胀满、腹胀腹痛等症。若肝病以影响胃土为主者，多称之为“肝气犯胃”或“肝胃不和”，导致胃失受纳和降，可出现胸胁脘腹胀满或疼痛、纳呆等症；导致胃气不降，可出现嗳气、恶心、呕吐、泛酸等症。若肝病影响胆腑，胆汁排泄失常而出现郁滞，则见腹痛腹胀、饮食不化等症，重者可见高热、潮热、腹部绞痛；胆汁郁滞日久，则易生结石，治疗则当疏肝理气以促进胆汁的分泌排泄。

（3）调畅情志：肝气疏泄，能调畅气机，使人心情舒畅，既无亢奋，也无抑郁。若肝气疏泄失职，肝气郁结，可见心情抑郁不乐，悲忧善虑；若肝气郁而化火，或大怒伤肝，肝气上逆，常见烦躁易怒，亢奋激动。

（4）促进男子排精与女子排卵行经：肝疏泄正常，女子的排卵与月经来潮，男子精液的排泄就正常。肝失疏泄，则排精不畅而致精瘀；月经周期紊乱，经行不畅，甚或痛经。治疗此类病证，常以疏肝为第一要法。由于肝气的疏泄功能对女子的生殖功能尤为重要，故有“女子以肝为先天”之说。

2. 主藏血

肝藏血，是指肝脏具有贮藏血液、调节血量和防止出血的功能。肝藏血的生理意义有以下五个方面：

（1）涵养肝气：肝贮藏充足的血液，化生和涵养肝气，使之冲和畅达，发挥其正常的

疏泄功能，防止疏泄太过而亢逆。

（2）抑制肝阳：肝主藏血，血属阴，抑制肝阳偏亢，使肝气疏泄正常，气血和调。

（3）濡养肝及筋目：肝贮藏充足的血液，濡养筋、眼目及肝本脏。

（4）为经血之源：肝贮藏充足的血液，为女子月经来潮的重要保证。

（5）防止出血：肝主藏血，在肝内贮存一定的血量，可以制约肝气，同时亦有防止出血的作用。肝藏血失职，引起各种出血，称为肝不藏血。

要点二　与形、窍、志、液、时的关系

1. 在体合筋，其华在爪

筋，即筋膜，包括肌腱和韧带，附着于骨而聚于关节。筋依赖肝血的濡养，才能运动灵活而有力，能耐受疲劳，并能较快地解除疲劳，故称肝为“罢极之本”。如果肝血亏虚，筋脉得不到很好的濡养，则筋的运动能力就会减退。

爪，即爪甲，“爪为筋之余”亦赖肝血的濡养，因而肝血充足，则爪甲坚韧，红润光泽；肝血不足，则爪甲痿软而薄，枯而色夭，甚则变形、脆裂。

2. 在窍为目

目为视觉器官，具有视物功能，故又称“精明”。肝的经脉上连目系，肝血充足，肝气调和，目才能正常发挥其视物辨色的功能。若肝血不足，则会导致两目干涩、视物不清、目眩、目眶疼痛等症。

3. 在志为怒

怒是人在情绪激动时的一种情志变化，为肝所主。大怒或郁怒不解，可引起肝气郁结，气机不畅，精血津液运行输布障碍，痰饮瘀血及癥瘕积聚内生；又可致肝气上逆，血随气逆，发为出血或中风昏厥。

4. 在液为泪

肝开窍于目，泪从目出。在正常情况下，泪液的分泌，是濡润而不外溢。如肝血不足，泪液分泌减少，常见两目干涩；如风火赤眼，肝经湿热，可见目眵增多，迎风流泪等。

5. 与春气相通应

肝与春气相通应，是因为春季为一年之始，阳气始生，自然界生机勃发，一派欣欣向荣的景象。人体之肝主疏泄，恶抑郁而喜条达，为“阴中之少阳”，故与春气相通应。

细目五　肾

要点一　主要生理功能

1. 藏精，主生长发育生殖与脏腑气化

（1）藏精：肾藏精，指肾具有贮存、封藏精的生理功能。

精，是构成人体和维持人体生命活动的最基本物质，是生命之本原，是脏腑形体官窍

功能活动的物质基础。

精，就其来源而言，有先天、后天之分：先天之精来源于父母的生殖之精，是禀受于父母的生命遗传物质，与生俱来，藏于肾中。出生之前，是形成生命（胚胎）的重要物质，是生命的构成本原；出生之后，则是人体生长发育和生殖的物质基础。后天之精来源于脾胃化生的水谷之精。人出生后，机体由脾胃的运化作用从饮食物中摄取的营养物质，称为“后天之精”。

（2）主生长发育和生殖：肾藏精，精化气，肾精足则肾气充，促进人体的生长发育，使具有促进和维持生殖功能的物质“天癸”开始成熟和旺盛。人体的天癸，是肾精及肾气充盈到一定程度而产生的一种精微物质，具有促进人体生殖器官的发育成熟和维持人体生殖功能的作用。天癸来至，女子月经来潮，男子出现排精现象，说明性器官已经成熟，具备了生殖能力。

若肾精及肾气不足可见小儿生长发育不良，出现五迟（站迟、语迟、行迟、发迟、齿迟），五软（头软、项软、手足软、肌肉软、口软）；在成人则为早衰。

（3）推动和调控脏腑气化

①肾阳为一身阳气之本，“五脏之阳气，非此不能发”，能推动和激发脏腑经络的各种功能，温煦全身脏腑形体官窍，进而促进精血津液的化生和运行输布，加速机体的新陈代谢，并激发精血津液化生为气或能量，即促进“有形化无形”的气化过程。若肾阳虚衰，温煦、推动等功能减退，则脏腑功能减退，机体的新陈代谢减缓，产热不足，精神不振，发为虚寒性病证。

②肾阴为一身阴气之源，“五脏之阴气，非此不能滋”，能抑制和调控脏腑的各种功能，凉润全身脏腑形体官窍，进而抑制机体的新陈代谢，调控机体的气化过程，减缓精血津液的化生及运行输布，产热相对减少，并使气凝聚成形而为精血津液，所谓“无形化有形”。若肾阴不足，抑制、宁静、凉润等功能减退，则致脏腑功能虚性亢奋，新陈代谢相对加快，产热相对增多，精神虚性躁动，发为虚热性病证。

2. 主水

肾主水，是指肾气具有主司和调节全身水液代谢的功能。

（1）肾气对参与水液代谢的脏腑有促进作用：肾气及肾阴肾阳对水液代谢过程中各脏腑之气的功能，尤其是脾肺之气的运化和输布水液的功能，具有促进和调节作用。

（2）肾气的生尿和排尿作用：尿的生成和排泄是水液代谢的一个重要环节。水液代谢过程中，各脏腑形体官窍代谢后产生的浊液（废水），通过三焦水道下输于肾或膀胱，在肾气的蒸化作用下，分为清浊两部分。清者回吸收，由脾气的转输作用通过三焦水道上腾于肺，重新参与水液代谢；浊者则化为尿液，在肾与膀胱之气的推动作用下排出体外。

3. 主纳气

肾主纳气，是指肾气有摄纳肺所吸入的自然界清气，保持吸气的深度，防止呼吸表浅的作用。肾的纳气功能，实际上是肾气的封藏作用在呼吸运动中的具体体现。肺吸入的清气必须下达于肾，实际上是强调肺的呼吸在肾气的封藏作用下维持一定的深度，有利于清浊气体的内外交换。若肾精亏虚，肾气衰减，摄纳无力，肺吸入之清气不能下纳于肾，则会出现呼吸表浅，或呼多吸少，动则气喘等病理表现，称为“肾不纳气”。

要点二　与形、窍、志、液、时的关系

1. 在体合骨，生髓，其华在发

骨的生长发育，有赖于骨髓的充盈及其所提供的营养。肾精充足，骨髓生化有源，骨骼得到髓的滋养，才能坚固有力；若肾精不足，骨髓生化无源，骨骼生长缓慢，便会出现小儿囟门迟闭，骨软无力，骨骼失养；老年人骨质脆弱，易于骨折等。

髓分骨髓、脊髓和脑髓，皆由肾精化生。肾精不足，髓海空虚，脑失所养，则见“脑转耳鸣，胫痠眩冒，目无所见，懈怠安卧”（《灵枢·海论》）。

齿与骨同出一源，亦由肾精充养，故称“齿为骨之余”。牙齿松动、脱落及小儿齿迟等，多与肾精不足有关。

发的生长，赖血以养，故称“发为血之余”。但发的生机根源于肾，肾藏精，精化血，精血旺盛，则毛发粗壮而润泽。青壮年精血旺盛，发长而润泽；老年人精血衰少，发白而脱落，皆属常理。但临床所见的未老先衰，年少而头发枯萎，早脱早白等，则与肾精不足有关，应考虑从肾论治。

2. 在窍为耳及二阴

耳的听觉功能灵敏与否，与肾精、肾气的盛衰密切相关。肾精及肾气充盈，髓海得养，才能听觉灵敏，分辨力高；反之，若肾精及肾气虚衰，则髓海失养，出现听力减退，或见耳鸣，甚则耳聋。

二阴，指前阴和后阴。前阴是指排尿和生殖的器官；后阴是指排泄粪便的通道。尿液的生成及排泄依赖于肾气的蒸化和固摄作用。肾气之蒸化及固摄作用失常，则可见尿频、遗尿、尿失禁、尿少或尿闭等小便异常的病症。粪便的排泄，亦与肾气的推动和固摄作用有关。若肾气不足，则推动无力而致气虚便秘，或固摄无权而致大便失禁，久泄滑脱。

3. 在志为恐

恐，是一种恐惧、害怕的情志活动。恐使肾气不得上行布散，反而下走，所以说“恐伤肾”，“恐则气下”。

4. 在液为唾

唾，是唾液中较稠厚的部分，多出于舌下，有润泽口腔、滋润食物及滋养肾精的功能。唾由肾精化生，由舌下之金津、玉液二穴分泌而出。

5. 与冬气相通应

冬季是一年中气候最寒冷的季节，自然界万物，则静谧闭藏以度冬时。人体中肾为水脏，有润下之性，藏精而为封藏之本。同气相求，故以肾应冬。

细目六　胆

要点　胆的生理功能

1. 贮藏和排泄胆汁

胆汁由肝之余气凝聚而成。胆汁生成后，进入胆腑，由胆腑浓缩并贮藏。贮藏于胆腑

的胆汁，在肝气的疏泄作用下排泄而注入肠中，以促进饮食水谷的消化和吸收。若肝胆的功能失常，胆汁的分泌排泄受阻，就会影响脾胃的受纳、腐熟和运化，而出现厌食、腹胀、腹泻等症状。

2. 主决断

胆主决断，指胆具有判断事物、作出决定的作用。胆气虚怯之人，在受到不良精神刺激时，则易于出现胆怯易惊、善恐、失眠、多梦等精神情志异常的病变。

细目七　胃

要点　胃的生理功能

1. 主受纳水谷

胃主受纳水谷，指胃气具有接受和容纳饮食水谷的作用。胃受纳水谷，是饮食物消化吸收的基础。胃受纳水谷的功能正常，就能保证进食功能。

2. 主腐熟水谷

胃主腐熟水谷，指胃气将饮食物初步消化，并形成食糜的作用。容纳于胃中的饮食物，经过胃气的磨化和腐熟作用后，成为食糜下传于小肠作进一步消化。精微物质由脾气进一步吸收转输而营养全身。

胃气的受纳、腐熟水谷功能，必须与脾气的运化功能相互配合，纳运协调才能将水谷化为精微，进而化生精气血津液，供养全身。

细目八　小肠

要点　小肠的生理功能

1. 主受盛化物

一是小肠接受由胃腑下传的食糜而盛纳之，即受盛作用；二是指食糜在小肠内必须停留一定的时间，由脾气与小肠的共同作用对其进一步消化，化为精微和糟粕两部分，即化物作用。小肠受盛化物功能失调，表现为腹胀、腹泻、便溏等。

2. 主泌别清浊

泌别清浊，是指小肠在对食糜作进一步消化的过程中，分为清浊两部分。清者，即水谷精微和津液，由小肠吸收，经脾气的转输作用输布全身；浊者，即食物残渣和部分水液，经胃和小肠之气的作用通过阑门传送到大肠。小肠在吸收水谷精微的同时，还吸收了大量的水液，与水谷精微融合为液态物质，由脾气转输到全身脏腑形体官窍。

细目九　大肠

要点　大肠的生理功能

1. 主传化糟粕

大肠接受由小肠下传的食物残渣，吸收其中多余的水液，形成粪便。大肠之气的运动，将粪便传送至大肠末端，并经肛门有节制地排出体外，故大肠有“传导之官”之称。

2. 大肠主津

大肠接受由小肠下传的含有大量水液的食物残渣，将其中的水液吸收，使之形成粪便，即所谓燥化作用。大肠吸收水液，参与体内的水液代谢，故说“大肠主津”。

细目十　膀胱

要点　膀胱的生理功能

1. 贮存尿液

人体的津液通过肺、脾、肾等脏的作用，布散全身，发挥其滋养濡润机体的作用。其代谢后的浊液（废水）则下归于肾或膀胱，经肾气的蒸化作用，升清降浊：清者回流体内，重新参与水液代谢；浊者变成尿液，由膀胱贮存。

2. 排泄尿液

膀胱中尿液的按时排泄，由肾气及膀胱之气的激发和固摄作用调节。肾气与膀胱之气的作用协调，则膀胱开合有度，尿液可及时地从溺窍排出体外。

细目十一　三焦

要点　三焦的生理功能

1. 三焦概念

三焦是上焦、中焦、下焦的合称。三焦作为六腑之一，有其特定的形态结构和生理功能，有名有形；三焦作为人体上中下三个部位的划分，有名无形，但有其生理功能和各自的生理特点。

2. 三焦通行诸气和运行水液

（1）三焦通行诸气：三焦是诸气上下运行之通路。肾藏先天之精化生的元气，自下而上运行至胸中，布散于全身；胸中气海中的宗气，自上而下到达脐下，以资先天元气，合为一身之气，皆以三焦为通路。

（2）三焦运行水液：三焦是全身水液上下输布运行的通道。全身水液的输布和排泄，

是由肺、脾、肾等脏的协同作用而完成的，但必须以三焦为通道，才能升降出入运行。

3. 上、中、下三焦部位的划分及其生理特点

（1）上焦：一般将膈以上的胸部，包括心、肺两脏，以及头面部，称作上焦。上焦的生理特点是主气的宣发和升散，即宣发卫气，布散水谷精微和津液以营养滋润全身。《灵枢·营卫生会》将上焦的生理特点概括为“如雾”，喻指心肺输布气血的作用。

（2）中焦：中焦是指膈以下、脐以上的上腹部，包括脾胃和肝胆等脏腑。中焦具有消化、吸收并输布水谷精微和化生血液的作用。《灵枢·营卫生会》将中焦的生理特点概括为“如沤”，生动地表述了脾胃肝胆等脏腑的消化饮食物的生理过程。

（3）下焦：一般以脐以下的部位为下焦，包括小肠、大肠、肾、膀胱、女子胞、精室等脏腑以及两下肢。下焦主要有排泄糟粕和尿液的作用。《灵枢·营卫生会》将下焦的生理特点概括为“如渎”，喻指肾、膀胱、大肠等脏腑的生成和排泄二便的功能。

细目十二　脑

要点　脑的生理功能

1. 主宰生命活动

“脑为元神之府”（《本草纲目》），是生命的枢机，主宰人体的生命活动。人在出生之前，随形具而生之神，即为元神。元神藏于脑中，为生命之主宰。元神存则生命在，元神败则生命逝。得神则生，失神则死。

2. 主司精神活动

人的精神活动，包括思维、意识和情志活动等，都是客观外界事物反映于脑的结果。脑为精神活动的枢纽，脑主精神活动的功能正常，则精神饱满，意识清楚，思维灵敏，记忆力强，语言清晰，情志正常。否则，便出现意识思维及情志方面的异常。

3. 主司感觉运动

眼、耳、口、鼻、舌等五脏外窍，皆位于头面，与脑相通。脑主元神，神能驭气，散动觉之气于筋而达百节，令之运动，故脑能统领肢体运动。髓海充盈，主感觉运动功能正常，则视物精明，听力正常，嗅觉灵敏，感觉无碍，运动如常，轻劲多力；若髓海不足，主感觉运动功能失常，不论虚实，都会出现听觉失聪，视物不明，嗅觉不灵，感觉障碍，运动不能，懈怠安卧。

细目十三　女子胞

要点一　女子胞的生理功能

1. 主持月经

月经，又称月信、月事、月水，是女子生殖细胞发育成熟后周期性子宫出血的生理现

象。月经的产生，是脏腑经脉气血及天癸作用于胞宫的结果，所以胞宫有主持月经的作用。

2. 孕育胎儿

胞宫是女性孕育胎儿的器官。女子在发育成熟后，月经应时来潮，经后便要排卵，因而有受孕生殖的能力。此时，两性交媾，两精相合，就构成了胎孕。

要点二　女子胞与脏腑经脉的关系

1. 与脏腑的关系

女子以血为本，经水为血液所化，而血液来源于脏腑。脏腑之中，心主血，肝藏血，脾统血，脾与胃同为气血生化之源，肾藏精而化血，肺主气、朝百脉而输精微，它们分司血的生化、统摄、调节等重要作用。

2. 与经脉的关系

女子胞与冲、任、督、带及十二经脉，均有密切关系。其中，以冲、任、督、带脉为主。十二经脉的气血通过冲脉、任脉、督脉灌注于胞宫之中，而为经血之源、胎孕之本。

细目十四　脏腑之间的关系

要点一　脏与脏之间的关系

1. 心与肺

主要表现在血液运行与呼吸吐纳之间的协同调节关系。心主一身之血，肺主一身之气，两者相互协调，保证气血的正常运行，维持机体各脏腑组织的新陈代谢。肺气虚弱，行血无力或肺失宣肃，肺气壅塞，可影响心的行血功能，易致心血瘀阻；反之，心气不足，心阳不振，血行不畅，也可影响肺的呼吸功能，导致胸闷、咳喘等症。

2. 心与脾

主要表现在血液生成方面的相互为用及血液运行方面的相互协同。

（1）心主一身之血，心血供养脾以维持其正常的运化功能。水谷精微通过脾的转输升清作用，上输于心肺，贯注于心脉而化赤为血。劳神思虑过度，既耗心血，又损脾气，亦可形成心脾两虚之证。

（2）血液在脉中正常运行，既有赖于心气的推动以维持通畅而不迟缓，又依靠脾气的统摄以使血行脉中而不逸出。心气不足，行血无力，或脾气虚损，统摄无权，均可导致血行失常的病理状态，或见气虚血瘀，或见气虚失摄的出血。

3. 心与肝

主要表现在行血与藏血以及精神调节两个方面。

（1）心主行血，为一身血液运行的枢纽；肝藏血，贮藏血液、调节血量。两者相互配合，共同维持血液的正常运行。心血瘀阻可累及肝，肝血瘀阻可累及心，最终导致心肝血瘀的病理变化。

（2）心藏神，主宰意识、思维、情感等精神活动。肝主疏泄，调畅气机，维护情志的舒畅。心肝两脏，相互为用，共同维持正常的精神活动。心神不安与肝气郁结，心火亢盛与肝火亢逆，可两者并存或相互引动。

4. 心与肾

心与肾在生理上的联系，主要表现为“心肾相交”。

（1）水火既济：心位居上，故心火（阳）必须下降于肾，使肾水不寒；肾位居下，故肾水（阴）必须上济于心，使心火不亢。肾无心火之温煦则水寒，心无肾阴之滋润则火炽。心与肾之间的水火升降互济，维持了两脏之间生理功能的协调平衡。

（2）精神互用：心藏神，肾藏精。精能化气生神，为气、神之源；神能控精驭气，为精、气之主。故积精可以全神，神清可以控精。

（3）君相安位：心为君火，肾为相火（命火）。君火在上，如日照当空，为一身之主宰；相火在下，系阳气之根，为神明之基础。命火秘藏，则心阳充足；心阳充盛，则相火亦旺。君火相火，各安其位，则心肾上下交济。

心与肾之间的水火、阴阳、精神的动态平衡失调，称为心肾不交。主要表现为水不济火，肾阴虚于下而心火亢于上的阴虚火旺，或肾阳虚与心阳虚互为因果的心肾阳虚、水湿泛滥，或肾精与心神失调的精亏神逸的病理变化。

5. 肺与脾

主要表现在气的生成与水液代谢两个方面。

（1）肺主呼吸，吸入自然界的清气；脾主运化，化生水谷之精并进而化为谷气。清气与谷气在肺中汇为宗气，宗气与元气再合为一身之气。肺气虚累及脾（子病犯母），脾气虚影响肺（母病及子），终致肺脾两虚之候。

（2）就肺脾而言，肺气宣降以行水，使水液正常地输布与排泄；脾气运化，散精于肺，使水液正常地生成与输布。脾失健运，水液不化，聚湿生痰，为饮为肿，影响及肺则失其宣降而痰嗽喘咳，故有“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”之说。

6. 肺与肝

主要体现在人体气机升降的调节方面。如肝郁化火，或肝气上逆，肝火上炎，可耗伤肺阴，使肺气不得肃降，而出现咳嗽、胸痛、咯血等肝火犯肺证，五行学说称为“木火刑金”或“木旺侮金”。另一方面，肺失清肃，燥热内盛，也可伤及肝阴，致肝阳亢逆，而出现头痛、易怒、胁肋胀痛等肺病及肝之候。

7. 肺与肾

主要表现在水液代谢、呼吸运动及阴阳互资三个方面。

（1）水液代谢：肺主行水，为水之上源；肾主水液代谢，为主水之脏。肺气宣发肃降而行水的功能，有赖于肾气及肾阴肾阳的促进；肾气所蒸化及升降的水液，有赖于肺气的肃降运动使之下归于肾或膀胱。

（2）呼吸运动：肺主气而司呼吸，肾藏精而主纳气。人体的呼吸运动，虽由肺所主，但亦需肾的纳气功能协助。肺气久虚，肃降失司，与肾气不足，摄纳无权，往往互为影响，以致出现气短喘促，呼吸表浅，呼多吸少等肾不纳气的病理变化。

（3）阴阳互资：肺肾阴阳，相互资生。金为水之母，肺阴充足，下输于肾，使肾阴充

盈；肾阴为诸阴之本，肾阴充盛，上滋于肺，使肺阴充足。老年久病痰饮喘咳，多属肺肾阳虚。

8. 肝与脾

主要表现为疏泄与运化、藏血与统血的相互协调关系。

（1）饮食物消化：肝主疏泄，调畅气机，协调脾胃升降，并疏利胆汁，输于肠道，促进脾胃对饮食物的消化及对精微的吸收和转输；脾气健旺，运化正常，水谷精微充足，气血生化有源，肝体得以濡养而使肝气冲和条达，有利于疏泄功能的发挥。若肝失疏泄，气机郁滞，易致脾失健运，形成精神抑郁，胸闷太息，纳呆腹胀，肠鸣泄泻等肝脾不调之候。脾失健运，也可影响肝失疏泄，导致“土壅木郁”之证。

（2）血液运行：肝主藏血，调节血量；脾主生血，统摄血液。脾气健旺，生血有源，统血有权，使肝有所藏；肝血充足，藏泻有度，血量得以正常调节，气血才能运行无阻。脾气虚弱，则血液生化无源而血虚，或统摄无权而出血，均可导致肝血不足。

9. 肝与肾

肝与肾的关系，有“肝肾同源”或“乙癸同源”之称。表现在精血同源、藏泄互用以及阴阳互滋互制等方面。

（1）精血同源：肝藏血，肾藏精，精血皆由水谷之精化生和充养，且能相互资生，故曰同源互化。肝血不足与肾精亏损多可相互影响，以致出现头昏目眩、耳聋耳鸣、腰膝酸软等肝肾精血两亏的病变。

（2）藏泄互用：肝主疏泄，肾主封藏，二者之间存在着相互为用、相互制约的关系。若肝肾藏泄失调，女子可见月经周期失常，经量过多或闭经，以及排卵障碍；男子可见阳痿、遗精、滑泄或阳强不泄等症。

（3）阴阳互滋互制：肾阴不足可累及肝阴；肝肾阴虚，阴不制阳，水不涵木，又易致肝阳上亢，可见眩晕、中风等。肾阳虚衰可累及肝阳；肝肾阳虚，阳不制阴，阴寒内盛，可见下焦虚寒，肝脉寒滞，少腹冷痛，阳痿精冷，宫寒不孕等。

10. 脾与肾

主要表现为先后天的互促互助，以及水液代谢的相关性。

（1）先后天相互资生：脾主运化水谷精微，化生气血，为后天之本；肾藏先天之精，是生命之本原，为先天之本。脾的运化水谷，有赖于肾气及肾阴肾阳的资助和促进，始能健旺；肾所藏先天之精及其化生的元气，亦赖脾气运化的水谷之精及其化生的谷气的不断充养和培育，方能充盛。

（2）水液代谢：脾气运化水液的功能，须赖肾气的蒸化及肾阳温煦作用的支持；肾主水液的输布代谢，又须赖脾气及脾阳的协助，即所谓“土能制水”。脾肾两脏共同主司水液代谢的协调平衡。病理上，脾气、脾阳失运，水湿内生，经久不愈，可发展至肾水泛滥；肾气、肾阳虚衰，蒸化失司，水湿内蕴，也可影响脾气、脾阳的运化，最终均可导致尿少浮肿，腹胀便溏，畏寒肢冷，腰膝酸软等脾肾两虚、水湿内停之证。

要点二　腑与腑之间的关系

1. 六腑生理功能的相互联系

饮食物从口摄入以后，经过六腑的共同作用，从消化吸收乃至糟粕的下传排出，必须不断地由上而下递次传送。六腑中的内容物不能停滞不动，其受纳、消化、传导、排泄的过程，是一个虚实、空满不断更替的过程。

2. 六腑病理变化的相互影响

六腑病变，多表现为传化不通，故在治疗上又有“六腑以通为补”之说。这里所谓“补”，不是用补益药物补脏腑之虚，而是指用通泄药物使六腑以通为顺。

要点三　脏与腑之间的关系

1. 脏腑表里配合关系的依据

一是经脉络属。即属脏的经脉络于所合之腑，属腑的经脉络于所合之脏。二是生理配合。六腑传化水谷的功能，受五脏之气的支持和调节才能完成。三是病理相关。如肺热壅盛，失于肃降，可致大肠传导失职而大便秘结。反之亦然。因此，在治疗上，相应的就有脏病治腑、腑病治脏、脏腑同治诸法。

2. 心与小肠

生理上心主血脉，心阳之温煦，心血之濡养，有助于小肠的化物功能；小肠主化物，泌别清浊，吸收水谷精微和水液，其中浓厚部分经脾气转输于心，化血以养其心脉。

病理上心经实火，可移热于小肠，引起尿少、尿赤涩刺痛、尿血等小肠实热的症状。反之，小肠有热，亦可循经脉上熏于心，可见心烦、舌赤糜烂等症状。

3. 肺与大肠

生理上，主要体现在肺气肃降与大肠传导之间的相互为用关系。

病理上肺气壅塞，失于肃降，气不下行，津不下达，可引起腑气不通，肠燥便秘。大肠实热，传导不畅，腑气阻滞，也可影响到肺的宣降，出现胸满咳喘。

4. 脾与胃

脾胃同为气血生化之源、后天之本，在饮食物的受纳、消化及水谷精微的吸收、转输等生理过程中起主要作用。脾与胃的关系，体现为水谷纳运相得、气机升降相因、阴阳燥湿相济等三个方面。

5. 肝与胆

肝胆同居右胁下，胆附于肝叶之间，足厥阴经属肝络胆，足少阳经属胆络肝，两者构成表里相合关系。肝与胆的关系，主要表现在同司疏泄、共主勇怯等方面。

6. 肾与膀胱

肾为水脏，膀胱为水腑，足少阴经属肾络膀胱，足太阳经属膀胱络肾，两者构成表里相合关系。肾与膀胱的病理关系，主要表现在共主小便方面。

（郭霞珍）

第五单元　气血津液

细目一　气

要点一　气的生成

1. 人体之气的生成之源

人体之气来源于先天之精所化生的先天之气（即元气）、水谷之精所化生的水谷之气和自然界的清气，后两者又合称为后天之气（即宗气），三者结合而成一身之气，《内经》称为“人气”。

2. 相关脏腑功能

（1）肾为生气之根：肾藏先天之精，并受后天之精的充养。

（2）脾胃为生气之源：脾主运化，胃主受纳，共同完成对饮食水谷的消化和水谷精微的吸收。

（3）肺为生气之主：肺主气，主司宗气的生成，在气的生成过程中占有重要地位。

要点二　气的分类

1. 人身之气

人身之气，即一身之气，是构成人体各脏腑组织，并运行于全身的极细微物质。它是由先天之精所化生之气、水谷之精所化生之气及吸入的自然界清气三者相融合而生成。人身之气推动和调控着各脏腑经络形体官窍的生理活动，推动和调控着血、津液、精的运行、输布和代谢，维系着人体的生命进程。一身之气分布于人体内部的不同部位，则有着各自的运动形式和功能特点，因而也就有了不同的名称。

2. 元气、宗气、营气、卫气

（1）元气：元气是人体生命活动的原动力。元气主要由肾藏的先天之精所化生，通过三焦而流行于全身。元气的生理功能，一是推动和调节人体的生长发育和生殖功能，二是推动和调控各脏腑、经络、形体、官窍的生理活动。

（2）宗气：宗气是由谷气与自然界清气相结合而积聚于胸中的气。宗气在胸中积聚之处，称为“气海”，又名为膻中。宗气聚于胸中，通过上出息道（呼吸道），贯注心脉及沿三焦下行的方式布散全身。宗气的生理功能主要有行呼吸、行血气和资先天三个方面。

（3）营气：营气是行于脉中而具有营养作用的气。因其富有营养，在脉中营运不休，故称之为营气。由于营气在脉中，是血液的重要组成部分，故常常将“营血”并称。营气的生理功能有化生血液和营养全身两个方面。

（4）卫气：卫气是行于脉外而具有保卫作用的气。因其有卫护人体、避免外邪入侵的作用，故称为卫气。卫气由水谷精微中慓悍滑利部分所化生。卫气有防御外邪、温养全身

和调控腠理的生理功能。

要点三　气的运动

1. 气机的概念

气的运动称作气机。人体之气是不断运动着的活力很强的极细微物质，它流行全身，内至五脏六腑，外达筋骨皮毛，发挥其生理功能，推动和激发人体的各种生理活动。

2. 气运动的基本形式

气的运动形式，因气的种类与功能的不同而有所不同，但总地来说，可以简单地归纳为升、降、出、入四种基本形式。

3. 气运动的意义

气机的升降出入，对于人体的生命活动至关重要。如先天之气、水谷之气和吸入的清气，都必须经过升降出入才能布散全身，发挥其生理功能。而精、血、津液也必须通过气的运动才能在体内不断地运行流动，以濡养全身。人体脏腑、经络、形体、官窍的生理活动必须依靠气的运动才得以完成，脏腑、经络、形体、官窍之间的相互联系和协调也必须通过气的运动才得以实现。

4. 气运动失常的表现形式

气的升降出入运动出现异常变化，称为“气机失调”。气机失调有多种表现。例如：气的运行受阻而不畅通时，称作“气机不畅”；受阻较甚，局部阻滞不通时，称作“气滞”；气的上升太过或下降不及时，称作“气逆”；气的上升不及或下降太过时，称作“气陷”；气的外出太过而不能内守时，称作“气脱”；气不能外达而郁结闭塞于内时，称作“气闭”。

要点四　气的功能

1. 推动与调控作用

（1）气的推动作用：是指阳气的激发、兴奋、促进等作用。主要体现于：①激发和促进人体的生长发育及生殖功能；②激发和促进各脏腑经络的生理功能；③激发和促进精血津液的生成及运行输布；④激发和兴奋精神活动。

（2）气的调控作用：是指阴气的减缓、抑制、宁静等作用。主要体现于：①抑制和减缓人体的生长发育及生殖功能；②抑制和宁静各脏腑经络的生理功能；③抑制和减缓精血津液的生成及运行输布；④抑制和宁静精神活动。

2. 温煦与凉润作用

（1）气的温煦作用：是指阳气的促进产热，消除寒冷，使人体温暖的作用。其生理意义：①温煦机体，维持相对恒定的体温；②温煦各脏腑、经络、形体、官窍，助其进行正常的生理活动；③温煦精血津液，助其正常施泄、循行、输布，即所谓“得温而行，得寒而凝”。

（2）气的凉润作用：是指阴气的抑制产热，消除热量，使人体寒凉的作用。气的凉润作用对人体有重要的生理意义：①凉润机体，维持相对恒定的体温；②凉润各脏腑、经络、形体、官窍，防其生理功能过亢；③凉润精血津液，防其过度代谢和运行失常。

3. 防御作用

气既能护卫肌表，防御外邪入侵，同时也可以祛除侵入人体内的病邪。因此，气的防御作用十分重要。

4. 固摄作用

固摄作用，是指气对于体内血、津液、精等液态物质的固护、统摄和控制作用，从而防止这些物质无故流失，保证它们在体内发挥正常的生理功能。主要表现在：①统摄血液，使其在脉中正常运行，防止其逸出脉外；②固摄汗液、尿液、唾液、胃液、肠液，控制其分泌量、排泄量，使之有度而规律地排泄，防止其过多排出及无故流失；③固摄精液，防止其妄加排泄。

5. 中介作用

人体内部各个脏腑组织器官都是相对独立的，但是在它们之间充满着气这一物质。气充斥于人体各个脏腑组织器官之间，成为它们相互之间联系的中介。

细目二　血

要点一　血的生成

1. 化生之源

血液由水谷之精化生的营气和津液所化生。肾精也是化生血液的基本物质。

2. 相关脏腑功能

（1）脾胃：营气和津液化生血液，两者都是由脾胃运化转输的水谷精微所产生的。因此，脾胃是血液生化之源。

（2）心肺：脾胃运化水谷精微所化生的营气和津液，由脾向上升输于心肺，与肺吸入的清气相结合，贯注心脉，在心气的作用下变化而成为红色血液。

（3）肾：肾藏精，精生髓，精髓是化生血液的基本物质之一。肾中精气充足，则血液化生有源，同时肾精充足，肾气充沛，也可以促进脾胃的运化功能，有助于血液的化生。

要点二　血的运行与功能

1. 影响血液运行的因素

（1）气的推动和温煦作用。

（2）血运行于脉中，而不致逸出脉外，需要一定的控摄，即固摄作用。气的推动与固摄作用之间、温煦与凉润作用之间的协调平衡是保证血液正常运行的主要因素。

（3）脉道的通畅无阻也是保证血液正常运行的重要因素。

（4）血液的质量，包括清浊及黏稠状态。若血液中痰浊较多，或血液黏稠，可致血行不畅而瘀滞。

此外，尚需考虑病邪的影响。阳邪侵人，或内生火热；阴邪侵袭，或寒从中生等影响血的运行。

2. 相关脏腑功能

血液的正常运行，与心气的推动、肺气的宣发肃降、肝气的疏泄密切相关。脾气的统摄及肝气的藏血是固摄控制血液运行的重要因素。

3. 血的功能

（1）濡养：血含有人体所需的丰富的营养物质。血在脉中循行，内至五脏六腑，外达皮肉筋骨，不断地对全身各脏腑组织器官起着濡养和滋润作用，以维持各脏腑组织器官发挥生理功能，保证了人体生命活动的正常进行。

（2）化神：血是机体精神活动的主要物质基础，人体的精神活动必须得到血液的营养，血液的充盛，是精神情志活动充沛而舒畅的基础。

细目三　津液

要点一　津液的生成、输布与排泄

1. 津液的生成

津液来源于饮食水谷，通过脾胃的运化及有关脏腑的生理功能而生成。胃主受纳腐熟，“游溢精气”而吸收饮食水谷的部分精微。小肠主液，将水谷精微和水液大量吸收。大肠主津，在传导过程中吸收食物残渣中的水液，化生为津液。其中质清稀布散于体表、肌肉和孔窍，并能渗注于血脉，有滋润作用的，称为津；质稠厚，灌注于骨节、脏腑、脑、髓，起濡养作用的为液。

2. 津液的输布

津液的输布主要是依靠脾、肺、肾、肝和三焦等脏腑生理功能的协调配合来完成的。

脾对津液的输布作用，肺主宣发肃降，通调水道，肾为水脏，对津液输布代谢起着主宰作用。肝主疏泄，调畅气机，气行则水行，保持了水道的畅通，促进了津液输布的通畅。三焦为水液和诸气运行的通路。

3. 津液的排泄

津液的排泄主要通过排出尿液和汗液来完成。除此之外，呼气和粪便也将带走一些水分。因此，津液的排泄主要与肾、肺、脾的生理功能有关。由于尿液是津液排泄的最主要途径，因此肾脏的生理功能在津液排泄中的地位最为重要。

要点二　津液的功能

1. 滋润濡养

津液是液态物质，有着较强的滋润作用。津液中含有营养物质，又有着丰富的濡养作用。滋润和濡养二者作用之间相辅相成，难以分割。

2. 充养血脉

津液入脉，成为血液的重要组成部分。津液在营气的作用下，渗注于脉中，化生为血液，以循环全身发挥滋润、濡养作用。

细目四　气与血的关系

要点一　气为血帅

1. 气能生血

气能生血，指血液的化生离不开气作为动力。血液的化生以营气、津液和肾精作为物质基础，在这些物质本身的生成以及转化为血液的过程中，每一个环节都离不开相应脏腑之气的推动和激发作用，这是血液生成的动力。临床上治疗血虚的病变，常常以补气药配合补血药使用，即是源于气能生血的理论。

2. 气能行血

气能行血，指血液的运行离不开气的推动作用。血液的运行有赖于心气、肺气的推动及肝气的疏泄调畅，临床上在治疗血液运行失常时，常常配合补气、行气、降气、升提的药物，即是气能行血理论的实际应用。

3. 气能摄血

气能摄血，指气能固摄血液循行于脉中的作用。主要体现在脾气统血的生理功能之中，治疗出血病变，可用健脾补气，益气以摄血。临床中发生大出血的危重证候时，用大剂补气药物以摄血，也是这一理论的应用。

要点二　血为气母

1. 血能养气

血能养气，指气的充盛及其功能发挥离不开血液的濡养。一旦失去血的供养，这些部位即可出现气虚衰少或气的功能丧失的病变。血虚的病人往往兼有气虚的表现，其道理即在于此。

2. 血能载气

血能载气是指气存于血中，依附于血而不致散失，赖血之运载而运行全身。血液虚少的病人，常见气虚病变。大失血的病人，气亦随之大量丧失，导致气的涣散不收，漂浮无根的气脱病变，称为“气随血脱”。

细目五　气与津液的关系

要点一　气能生津、行津和摄津

1. 气能生津

气是津液生成的动力，津液的生成依赖于气的推动作用。脾胃等脏腑之气充盛，则化生津液的力量增强，人体津液充足。脾胃等脏腑之气虚亏，化生津液力量减弱，可导致津液不足的病变，治疗时往往采取补气生津的法则。

2. 气能行津

气是津液在体内正常输布运行的动力，津液的输布、排泄等代谢活动离不开气的推动和升降出入的运动。气虚推动作用减弱，气化无力进行，或气机郁滞不畅，气化受阻，都可以引起津液的输布、排泄障碍，并形成痰、饮、水、湿等病理产物，病理上称为“气不行水”，也可称为“气不化水”。

3. 气能摄津

气的固摄作用可以防止体内津液无故地大量流失，气通过对津液排泄的控制，维持着体内津液量的相对恒定。当气虚，固摄力量减弱，出现多汗、自汗、多尿、遗尿、小便失禁等病理现象，临床上往往采取补气方法以控制津液的过多外泄。

要点二　津能生气、载气

1. 津能生气

由饮食水谷化生的津液，通过脾脏的升清散精，上输于肺，再经肺之宣降，通调水道，下输于肾和膀胱。津液亏耗不足，也会引起气的衰少。

2. 津能载气

津液是气运行的载体之一。在血脉之外，气的运行必须依附于津液，否则也会使气漂浮失散而无所归，故说津能载气。因此，津液的丢失，必定导致气的损耗，例如暑热病证，不仅伤津耗液，而且气亦随汗液外泄，出现少气懒言、体倦乏力的气虚表现。而当大汗、大吐、大泻等津液大量丢失时，气亦随之大量外脱，称之为“气随津脱”。

（郭霞珍）

第六单元　病因

细目一　外感性致病因素

要点一　六淫共同的致病特点

1. 外感性

六淫致病，其侵犯途径多从肌表、口鼻而入，或两者同时受邪。如风寒湿邪易犯人肌表，温热燥邪易自口鼻而入。由于六淫病邪均自外界侵犯人体，故称外感致病因素，所致疾病即称为“外感病”。

2. 季节性

六淫致病常有明显的季节性。如春季多风病，夏季多暑病，长夏多湿病，秋季多燥病，冬季多寒病。六淫致病与时令气候变化密切相关，故又称之为“时令病”。由于气候异常变化的相对性，故夏季也可见寒病，冬季也可有热病。

3. 地域性

六淫致病与生活、工作的区域环境密切相关。如西北多燥病、东北多寒病、江南多湿热为病；久居潮湿环境多湿病；长期高温环境作业者，多燥热或火邪为病等。

4. 相兼性

六淫邪气既可单独伤人致病，又可两种以上同时侵犯人体而为病。如风热感冒、暑湿感冒、湿热泄泻、风寒湿痹等。《素问·痹论》说："风寒湿三气杂至，合而为痹也。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹也。"

要点二　六淫各自的性质与致病特点

1. 风邪的性质和致病特征

（1）风为阳邪，轻扬开泄，易袭阳位：风邪善动不居，具有轻扬、升发、向上、向外的特性，故属于阳邪。其性开泄，指其易使腠理宣泄开张而有汗出。故风邪侵袭，常伤及人体的上部（头、面）、阳经和肌表，使皮毛腠理开泄，出现头痛；汗出、恶风等症。

（2）风性善行而数变："善行"，指风性善动不居，游移不定。故其致病具有病位游移、行无定处的特征。"数变"，指风邪致病变幻无常，发病迅速。如风疹块（荨麻疹）就表现为皮肤瘙痒时作，疹块发无定处，此起彼伏，时隐时现等特征。

（3）风性主动："主动"，指风邪致病具有动摇不定的特征。如风邪入侵，常见颜面肌肉抽掣，或眩晕、震颤、抽搐、颈项强直、角弓反张、两目上视等。因金刃外伤，复受风毒之邪而出现四肢抽搐、角弓反张等症，也属于风性主动的临床表现。

（4）风为百病之长：一是指风邪常兼他邪合而伤人，为外邪致病的先导。二是指风邪袭人致病最多。古人甚至将风邪作为外感致病因素的总称。

2. 寒邪的性质和致病特征

（1）寒为阴邪，易伤阳气：寒为阴邪感受寒邪，最易损伤人体阳气。如外寒侵袭肌表，卫阳被遏，可见恶寒、发热、无汗、鼻塞、流清涕等症；寒邪直中脾胃，脾阳受损，可见脘腹冷痛、呕吐、腹泻等症；若心肾阳虚，寒邪直中少阴，则可见恶寒蜷卧、手足厥冷、下利清谷、小便清长、精神委靡、脉微细等症。

（2）寒性凝滞：即指寒邪侵人，易使气血津液凝结、经脉阻滞之意。阴寒之邪侵犯，阳气受损，失其温煦，易使经脉气血运行不畅，甚或凝结阻滞不通，不通则痛。故疼痛是寒邪致病的重要临床表现。

（3）寒性收引：即指寒邪侵袭人体，可使气机收敛，腠理、经络、筋脉收缩而挛急。如寒邪侵及肌表，毛窍腠理闭塞，卫阳被郁不得宣泄，可见恶寒、发热、无汗等；寒客血脉，则气血凝滞，血脉挛缩，可见头身疼痛、脉紧；寒客经络关节，则经脉收缩拘急，甚则挛急作痛、屈伸不利，或冷厥不仁等。

3. 湿邪的性质和致病特征

（1）湿为阴邪，易损伤阳气，阻遏气机：湿为重浊有质之邪，与水同类，属阴邪，故湿邪侵人，易伤阳气。

（2）湿性重浊：指湿邪致病，出现以沉重感为特征的临床表现，如头身困重、四肢酸

楚沉重等。若湿邪外袭肌表，困遏清阳，则头重如束布帛，湿邪阻滞经络关节，阳气不得布达，则可见肌肤不仁、关节疼痛重着等，称之为“湿痹”或“着痹”。“浊”，即秽浊不清，指湿邪为患，易呈现分泌物和排泄物秽浊不清的现象。

（3）湿性黏滞：一是症状的黏滞性。湿病症状多表现为黏滞而不爽，如排泄物和分泌物多滞涩不畅，痢疾的大便排泄不爽，淋证的小便滞涩不畅，以及口黏、口甘和舌苔厚滑黏腻等。二是病程的缠绵性。因湿性黏滞，易阻气机，气不行则湿不化，胶着难解，故湿邪为病，起病隐缓，病程较长，反复发作，或缠绵难愈。如湿温、湿疹、湿痹（着痹）等，皆因其湿难除而不易速愈，或反复发作。

（4）湿性趋下，易袭阴位：湿邪为重浊有质之邪，类水属阴而有趋下之势，人体下部亦属阴，同类相求，故湿邪为病，多易伤及人体下部。如水肿、湿疹等病以下肢较为多见。

4. 燥邪的性质和致病特征

（1）燥性干涩，易伤津液：燥邪为干涩之病邪，侵犯人体，最易损伤津液，出现各种干燥、涩滞的症状，如口鼻干燥，咽干口渴，皮肤干涩，甚则皲裂，毛发不荣，小便短少，大便干结等。

（2）燥易伤肺：肺为娇脏，喜清润而恶燥。燥邪多从口鼻而入，故最易损伤肺津，从而影响肺气之宣降，甚或燥伤肺络，出现干咳少痰，或痰黏难咯，或痰中带血，甚则喘息胸痛等。由于肺与大肠相表里，肺津耗伤，大肠失润，传导失司，可现大便干涩不畅等症。

5. 火热之邪的性质和致病特征

（1）火热为阳邪，其性燔灼趋上：火热之性燔灼、升腾，故为阳邪。阳邪侵人，致人体阳气病理性偏亢，“阳胜则热”，故发为实热性病证，临床多见高热、恶热、烦渴、汗出、脉洪数等症。火性趋上，火热之邪易侵害人体上部，故火热病证，多发生在人体上部，尤以头面部为多见。如目赤肿痛、咽喉肿痛、口舌生疮糜烂、牙龈肿痛、耳内肿痛或流脓等。

（2）火热易扰心神：火热与心相通应，故火热之邪入于营血，尤易影响心神，轻者心神不宁而心烦、失眠；重者可扰乱心神，出现狂躁不安，或神昏、谵语等症。

（3）火热易伤津耗气：火热一方面迫津外泄，使气随津泄而致津亏气耗；另一方面则直接消灼煎熬津液，耗伤人体的阴气，即所谓热盛伤阴。故火热之邪致病，临床表现除热象显著外，往往伴有口渴喜冷饮，咽干舌燥，小便短赤，大便秘结等津伤阴亏的征象。

（4）火热易生风动血：“生风”，是指火热之邪侵犯人体，燔灼肝经，耗劫津液，筋脉失养失润，易引起肝风内动的病证。由于此肝风为热甚引起，故又称“热极生风”。临床表现为高热神昏、四肢抽搐、两目上视、角弓反张等。“动血”，指火热入于血脉，易迫血妄行。

（5）火邪易致疮痈：火邪入于血分，可聚于局部，腐蚀血肉，发为痈肿疮疡。其临床常以疮疡局部红肿热痛为特征。

6. 暑邪的性质和致病特征

（1）暑为阳邪，其性炎热：暑为盛夏火热之气所化，火热属阳，故暑邪为阳邪。暑邪

伤人多表现为一系列阳热症状，如高热、心烦、面赤、脉洪大等。

（2）暑性升散，扰神伤津耗气：暑为阳邪，易上扰心神，或侵犯头目，出现心胸烦闷不宁、头昏、目眩、面赤等。指暑邪侵犯人体，还可致腠理开泄而多汗。汗出过多，不仅伤津，而且耗气，故临床除见口渴喜饮、尿赤短少等津伤之症外，往往可见气短、乏力，甚则气津耗伤太过，清窍失养而突然昏倒、不省人事。

（3）暑多夹湿：暑季炎热，多雨潮湿，故暑邪致病，多夹湿邪为患。其临床表现除发热、烦渴等暑热症状外，常兼见四肢困倦、胸闷呕恶、大便溏泄不爽等湿滞症状。

要点三　疫疠邪气

疫疠邪气是一类具有强烈传染性的外邪。在中医文献记载中，又有“疫气”、“疫毒”“戾气”、“异气”、“毒气”、“乖戾之气”等名称。

1. 疫疠邪气的致病特点

（1）传染性强，易于流行：疫疠邪气具有强烈的传染性和流行性，具有很强的致病性，它可通过口鼻等多种途径在人群中传播，从而造成流行。

（2）发病急骤，病情危重：疫疠邪气的毒力比一般的六淫之邪更强，热毒更甚，并常兼夹湿毒、毒雾、瘴气等秽浊之气侵犯人体，故比六淫发病更急，且来势凶猛，病情危笃，死亡率高。

（3）一气一病，症状相似：因为一种疫疠邪气引起一种疫病，故致病后症状相似。《素问·刺法论》说：“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似。”

2. 疫疠发生与流行的因素

疫疠的发生与流行，多与气候因素、环境因素、预防措施不当和社会因素有关。

细目二　七情内伤

要点　七情内伤致病的特点

1. 直接伤及内脏

七情是机体对内外环境变化所产生的复杂心理反应，以内脏精气为物质基础。因此，七情过激致病，可直接伤及内脏。

（1）七情损伤相应之脏：即五脏所主七种情志损伤相应之脏。心在志为喜为惊，过喜或过惊则伤心；肝在志为怒，过怒则伤肝；脾在志为思，过度思虑则伤脾；肺在志为悲为忧，过悲则伤肺；肾在志为恐，过恐则伤肾。

（2）七情首先影响心神：七情过激伤人发病，首先作用于心神，产生异常的心理反应和精神状态。喜乐过度，可致精神涣散，神志失常；大怒发作，可致精神冲动，失去理智；过于恐惧，可致神气散失，神不守舍。

（3）数情交织，多伤心肝脾：心藏神，肝藏血，脾运化水谷为气血生化之源，血是神的物质基础，所以情志内伤，最易损伤心肝脾三脏。

2. 影响脏腑气机

脏腑之气的升降出入运动，受心神的调控。故情志致病首伤心神，随之影响脏腑气机，导致脏腑气机升降失常而出现相应的临床表现。如《素问·举痛论》说："……百病生于气也，怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下……惊则气乱……思则气结。"

3. 多发为情志病证

情志病包括：①因情志刺激而发的病证，如郁证、癫、狂等；②因情志刺激而诱发的病证，如胸痹、真心痛、眩晕（高血压病）等身心疾病；③其他原因所致但具有情志异常表现的病证，如消渴、恶性肿瘤、慢性肝胆疾病等，大都有异常的情志表现，并且其病情也随其情绪变化而有相应的变化。

4. 七情变化影响病情

一是有利于疾病康复。情绪积极乐观，七情反应适当，当怒则怒，当悲则悲，怒而不过，悲而不消沉，有利于病情的好转乃至痊愈。二是诱发疾病发作或加重病情。情绪消沉，悲观失望，或七情异常波动，可诱发疾病发作或使病情加重或恶化。

细目三　饮食失宜

要点　饮食不节、不洁、偏嗜

1. 饮食不节

（1）过饥：过饥是指摄食不足，如饥而不得食，或有意识限制饮食，或因脾胃功能虚弱而纳少，或因七情强烈波动而不思饮食，或不能按时饮食等。长期摄食不足，营养缺乏，气血生化减少。

（2）过饱：过饱是指饮食超量，或暴饮暴食，或中气虚弱而强食，以致脾胃难于消化转输而致病。轻者表现为饮食积滞不化，"积食"内停，可见脘腹胀满疼痛、嗳腐吞酸、呕吐、泄泻、厌食、纳呆等；甚者，可因脾胃久伤或营养过剩，而发展为消渴、肥胖、痔疮、心脉痹阻等病证。

2. 饮食不洁

指进食不洁净的食物而导致疾病的发生。多是由于缺乏良好的卫生习惯，进食陈腐变质，或被疫毒、寄生虫等污染的食物所造成。饮食不洁而致的病变以胃肠病为主。

3. 饮食偏嗜

（1）寒热偏嗜：过分偏嗜寒热饮食，可导致人体阴阳失调而发生某些病变。如偏食生冷寒凉之品，久则易于耗伤脾胃阳气，导致寒湿内生；若偏嗜辛温燥热饮食，又可使肠胃积热，或酿成痔疮等；若嗜酒成癖，久易聚湿、生痰、化热而致病，甚至变生癥积。

（2）五味偏嗜：五味，指酸、苦、甘、辛、咸，它们各有不同的作用，不可偏废。且五味与五脏，又各有其一定的亲和性。既可引起本脏功能失调，也可因脏气偏盛，以致脏腑之间平衡关系失调而出现他脏的病理改变。

（3）食类偏嗜：专食某种或某类食品，或厌恶某类食物而不食，或膳食中缺乏某些食

物等，久之也可成为导致某些疾病发生的原因。如瘿瘤、佝偻、夜盲等。如过食肥甘厚味，易致肥胖、眩晕、中风、胸痹、消渴等病变。

细目四　劳逸失度

要点一　过度劳累

1. 劳力过度

劳力过度，又称“形劳”。指较长时间的过度用力，劳伤形体而积劳成疾，或者是病后体虚，勉强劳作而致病。“劳则气耗”，或《素问·宣明五气》说：“久立伤骨，久行伤筋。”

2. 劳神过度

劳神过度，又称“心劳”。指长期用脑过度，思虑劳神而积劳成疾。用神过度，长思久虑，则易耗伤心血，损伤脾气，以致心神失养，神志不宁而心悸、健忘、失眠、多梦和脾失健运而纳少、腹胀、便溏、消瘦等。

3. 房劳过度

房劳过度，又称“肾劳”。指房事太过，或手淫恶习，或妇女早孕多育等，耗伤肾精、肾气而致病。房劳过度也是导致早衰的重要原因。

要点二　过度安逸

过度安逸包括体力过逸和脑力过逸等。人体每天需要适当的活动，气血才能流畅，阳气才得以振奋。若较长时间少动安闲，或者卧床过久，或者长期用脑过少等，可导致脏腑经络及精气血神失调而出现各种病理变化。

细目五　痰饮

要点　痰饮的致病特点

1. 阻滞气血运行

痰饮之邪，可随气流行，或停滞于经脉，或留滞于脏腑，阻滞气机，妨碍血行。若痰饮留滞于脏腑，使脏腑气机升降失常。如痰饮阻肺，肺气失于宣降，则见胸闷气喘、咳嗽吐痰等；痰饮停胃，胃气失于和降，则见恶心呕吐等；痰浊痹阻心脉，血气运行不畅，可见胸闷心痛等。

2. 影响水液代谢

痰饮本为水液代谢失常的病理产物，痰饮一旦形成之后，可作为一种继发性致病因素反过来作用于人体，进一步影响肺、脾、肾等脏腑的功能活动，影响水液代谢。如痰湿困脾，脾气不升，可致水湿不运。

3. 易于蒙蔽心神

痰浊为病，随气上逆，尤易蒙蔽清窍，使心神活动失常，出现头晕目眩、精神不振等症，若痰浊上犯，与风、火相合，蒙蔽心窍，扰乱神明，以至出现神昏谵妄，或引起癫、狂、痫等疾病。

4. 致病广泛，变幻多端

痰饮随气流行，内而五脏六腑，外而四肢百骸、肌肤腠理，可停滞而致多种疾病。由于其致病面广，发病部位不一，且又易于兼邪致病，因而在临床上形成的病证繁多，症状表现十分复杂，故有“百病多由痰作祟”之说。

细目六　瘀血

要点一　瘀血的致病特点

1. 易于阻滞气机

血为气之母，血能载气，因而瘀血一旦形成，必然影响和加重气机郁滞，所谓“血瘀必兼气滞”。而气为血之帅，气机郁滞，又可引起局部或全身的血液运行不畅。

2. 影响血脉运行

瘀血为血液运行失常的病理产物，但瘀血形成之后，无论其瘀滞于脉内，还是留积于脉外，均可影响心、肝、脉等脏腑的功能，导致局部或全身的血液运行失常。

3. 影响新血生成

瘀血乃病理性产物，已失去对机体的濡养滋润作用。瘀血阻滞体内，尤其是瘀血日久不散，就会严重地影响气血的运行，脏腑失于濡养，功能失常，势必影响新血的生成。

4. 病位固定，病证繁多

瘀血一旦停滞于某脏腑组织，多难于及时消散，故其致病又具有病位相对固定的特征，如局部刺痛、固定不移，或癥积肿块形成而久不消散等，并因瘀阻部位不同，发生多种病变。

要点二　瘀血的病症特点

瘀血致病，症状错综繁多，主要病症特点大致归纳如下：

（1）疼痛：一般表现为刺痛，痛处固定不移、拒按，夜间痛势尤甚。

（2）肿块：瘀血积于皮下或体内则可见肿块，肿块部位多固定不移。若在体表则可见局部青紫、肿胀隆起，所谓血肿；若在体腔内则扪之质硬、坚固难移，所谓癥积。

（3）出血：部分瘀血为病者可见出血之象，通常出血量少而不畅，血色紫暗，或夹有瘀血块。

（4）色紫暗：一是面色紫暗，口唇、爪甲青紫等；二是舌质紫暗，或舌有瘀斑、瘀点等。

（5）可表现出肌肤甲错及脉象上的某些异常，如涩脉或结代脉等。

（郭霞珍）

第七单元　发病

细目一　发病的基本原理

要点一　正气不足是疾病发生的内在因素

1. 正气的防御作用

（1）抵御外邪的入侵：正气强盛，抗邪有力，则病邪难以入侵，故不发病。

（2）祛除病邪：邪气侵入后，若正气强盛，可在抗争中祛除病邪。

（3）修复调节能力：对邪气侵人而导致的机体阴阳失调、脏腑组织损伤、精血津液亏耗及生理功能失常，正气有自行调节、修复、补充的作用，可使疾病向愈。

（4）维持脏腑经络功能的协调：正气分布到脏腑经络，则为脏腑经络之气。脏腑经络之气的运行不息，推动和调节各脏腑经络的功能。

2. 正气在发病中的作用

中医发病学说很重视人体的正气，认为正气的强弱对于疾病的发生、发展及其转归起着主导作用。

（1）正虚感邪而发病：正气不足，抗邪无力，外邪乘虚而入，疾病因之发生。

（2）正虚生“邪”而发病：正气不足，脏腑经络的功能失常，精血津液的代谢运行失常，可产生内生五“邪”而发病，或导致痰饮、瘀血、结石等病理产物的产生而引起新的病变。

（3）正气的强弱可决定发病的证候性质：邪气袭人，若正气充盛，邪正相搏剧烈，多表现为实证；若正气虚衰，不能敌邪，邪气深入内脏，多发为重证和危证。

要点二　邪气是发病的重要条件

1. 邪气的侵害作用

（1）导致生理功能失常：邪气侵人发病，可导致机体的阴阳失调，精气血津液的代谢及功能障碍，以及脏腑经络的功能失调等。

（2）造成脏腑组织的形质损害：邪气作用于人体，可对机体的皮肉筋骨、脏腑器官造成不同程度的损伤，或致精气血津液等物质的亏耗。

（3）改变体质类型：邪气侵人，还能改变个体的体质特征，进而影响其对疾病的易罹倾向。

2. 邪气在发病中的作用

（1）邪气是导致发病的原因：疾病是邪气作用于人体而引起邪正相搏的结果，没有邪气的侵袭，机体一般不会发病。

（2）影响发病的性质、类型和特点：不同的邪气作用于人体，表现出不同的发病特

点、证候类型。

（3）影响病情和病位：邪气的性质，感邪的轻重，皆与发病时病情的轻重有关。

（4）某些情况下在发病中起主导作用：在邪气的毒力和致病力特别强，而正气虽盛但也难以抗御的情况下，邪气对疾病的发生起着决定性的作用。

细目二　影响发病的主要因素

要点一　环境与发病

环境，指与人类生存密切相关的自然环境与社会环境而言，主要包括气候变化、地域因素、生活工作环境等。

要点二　体质与发病

中医学的发病观认为，正气在发病过程中具有主导作用，而作为反映正气盛衰特点的体质，往往会影响疾病的发生、发展和变化。体质在发病中的作用，具体表现为可决定发病倾向和对某种病邪的易感性，甚至可决定某些疾病发生的证候类型。

要点三　精神状态与发病

精神状态能影响内环境的协调平衡，故能影响发病。精神状态好，情志舒畅，气机通畅，气血调和，脏腑功能旺盛，则正气强盛，邪气难以入侵，或虽受邪也易祛除。

（郭霞珍）

第八单元　病机

细目一　邪正盛衰

邪正盛衰，是指在疾病过程中，机体的抗病能力与致病邪气之间相互斗争中所发生的盛衰变化。《素问·通评虚实论》说："邪气盛则实，精气夺则虚。"

要点一　邪正盛衰与虚实变化

1. 虚实病机

实，指邪气盛，是以邪气亢盛为矛盾主要方面的一种病理状态。即邪气虽然亢盛，但正气的抗病能力未衰，与邪抗争激烈，临床上出现一系列病理性反应比较剧烈的、有余的证候，称为实证。

实证常见于外感六淫和疫疠邪气致病的初期和中期，多见于体质比较壮实的患者或由于湿、痰、水饮、食积、气滞、瘀血等引起的内伤病证。临床上，外感病实证常见壮热、狂躁、声高气粗、腹痛拒按、二便不通、脉实有力、舌苔厚腻等；而内伤病实证则表现为

痰涎壅盛、食积不化、水湿泛滥、气滞血瘀等各种病变。

虚，指正气不足，是以正气虚损为矛盾主要方面的一种病理状态。机体正气虚弱，防御能力和调节能力低下，抗邪气无力，或邪气已退，正气不足，故难以出现邪正斗争剧烈的病理反应，临床上表现一系列虚弱、衰退和不足的证候，称为虚证。

虚证，多见于素体虚弱，精气不充；或外感病的后期，以及各种慢性病证日久，耗伤人体的精血津液，正气化生无源；或因暴病吐利、大汗、亡血等使正气随津血而脱失，以致正气虚弱，阴阳偏衰。临床上，虚证常见神疲体倦、面色无华、气短、自汗、盗汗，或五心烦热，或畏寒肢冷、脉虚无力等表现。

2. 虚实变化

（1）虚实错杂：是指在疾病过程中，邪盛和正虚同时存在的病理状态。①虚中夹实：是指病理变化以正虚为主，又兼有实邪为患的病理状态。②实中夹虚：指病理变化以邪实为主，又兼有正气虚损的病理状态。

（2）虚实转化：指在疾病过程中，由于邪气伤正，或正虚而邪气积聚，发生病机性质由实转虚或因虚致实的变化。

（3）虚实真假：指在某些特殊情况下，疾病的临床表现可见与其病机的虚实本质不符的假象。

①真实假虚：是指病机的本质为“实”，但表现出“虚”的临床假象。一般是由于邪气亢盛，结聚体内，阻滞经络，气血不能外达所致，故真实假虚又称为“大实有羸状”。

②真虚假实：是指病机的本质为“虚”，但表现出“实”的临床假象。一般是由于正气虚弱，脏腑经络之气不足，推动、激发功能减退所致，故真虚假实证又称为“至虚有盛候”。

要点二　邪正盛衰与疾病转归

1. 正胜邪退

正胜邪退，是指在疾病过程中，正气奋起抗邪，渐趋强盛，而邪气渐趋衰减，疾病向好转和痊愈方向发展的一种病理变化，也是在许多疾病中最常见的一种转归。

2. 邪胜正衰

邪胜正衰，是指在疾病过程中，邪气亢盛，正气虚弱，机体抗邪无力，疾病向恶化、危重，甚至向死亡方面转归的一种病理变化。

3. 邪正相持

邪正相持，指在疾病过程中，机体正气不甚虚弱，而邪气亦不亢盛，邪正双方势均力敌，相持不下，病势处于迁延状态的一种病理过程。

细目二　阴阳失调

阴阳失调，即阴阳之间失去平衡协调的简称，指机体的阴阳双方失去相对的平衡协调而出现的一系列病理变化。

要点一　阴阳偏胜

阴阳偏胜，指人体阴阳二气中某一方的病理性亢盛状态，属“邪气盛则实”的实性病机。

1. 阳偏胜

阳偏胜，即是阳盛，指机体在疾病过程中所出现的一种阳气病理性偏盛、功能亢奋、机体反应性增强、热量过剩的病理状态。一般地说，其病机特点多表现为阳盛而阴未虚的实热证。阳气的病理性亢盛，则以热、动、燥为其特点。

2. 阴偏胜

阴偏胜，即是阴盛，是指机体在疾病过程中所出现的一种阴气病理性偏盛、功能抑制、热量耗伤过多的病理状态。一般地说，其病机特点多表现为阴盛而阳未虚的实寒证。阴气的病理性亢盛，以寒、静、湿为其特点。

要点二　阴阳偏衰

阴阳偏衰，是指人体阴阳二气中某一方虚衰不足的病理状态，属“精气夺则虚”的虚性病机。

1. 阳偏衰

阳偏衰，即是阳虚，是指机体阳气虚损，温煦、推动、兴奋等作用减退，出现功能减退或衰弱，代谢减缓，产热不足的病理状态。一般地说，其病机特点多表现为机体阳气不足，阳不制阴，阴气相对偏亢的虚寒证。

2. 阴偏衰

阴偏衰，即是阴虚，是指机体阴气不足，凉润、宁静、抑制等功能减退，出现代谢相对增快，功能虚性亢奋，产热相对增多的病理状态。一般地说，其病机特点多表现为阴气不足，阴不制阳，阳气相对偏盛的虚热证。

要点三　阴阳互损

阴阳互损，是指在阴或阳任何一方虚损的前提下，病变发展影响及相对的一方，形成阴阳两虚的病机。在阴虚的基础上，继而导致阳虚，称为阴损及阳；在阳虚的基础上，继而导致阴虚，称为阳损及阴。阴阳互损是阴阳的互根互用关系失调而出现的病理变化。

要点四　阴阳格拒

阴阳格拒，是在阴阳偏胜基础上由阴阳双方相互排斥而出现寒热真假病变的一类病机，包括阴盛格阳和阳盛格阴两方面。阴阳相互格拒的机理，在于阴阳双方的对立排斥，即阴或阳的一方偏盛至极，壅遏于内，将另一方排斥格拒于外，迫使阴阳之间不相维系，从而出现内真寒外假热或内真热外假寒的复杂病变。

要点五　阴阳亡失

1. 亡阳

亡阳，是指机体的阳气发生突然大量脱失，而致全身功能严重衰竭的一种病理状态。

一般地说，亡阳多由于邪气太盛，正不敌邪，阳气突然脱失所致；也可因汗出过多，吐泻无度，津液过耗，气随津泄，阳气外脱；或由于素体阳虚，劳伤过度，阳气消耗过多所致；亦可因慢性疾病，长期大量耗散阳气，终至阳气亏损殆尽，而出现亡阳。

阳气暴脱，多见冷汗淋漓、心悸气喘、面色苍白、四肢逆冷、畏寒蜷卧、精神委靡、脉微欲绝等生命垂危的临床征象。

2. 亡阴

亡阴，是指由于机体阴气发生突然大量消耗或丢失，而致全身功能严重衰竭的一种病理状态。

一般地说，亡阴多由于热邪炽盛，或邪热久留，大量煎灼津液，或逼迫津液大量外泄而为汗，以致阴气随之大量消耗而突然脱失。也可由于长期大量耗损津液和阴气，日久导致亡阴者。

阴气脱失，多见手足虽温而大汗不止、烦躁不安、心悸气喘、体倦无力、脉数疾躁动等危重征象。

细目三　气的失常

要点一　气虚

气虚，指一身之气不足及其功能低下的病理状态。

气虚的形成多因先天禀赋不足，或后天失养，或肺脾肾的功能失调而致气的生成不足。也可因劳倦内伤、久病不复等，使气过多消耗而致。气虚常见精神委顿、倦怠乏力、眩晕、自汗、易于感冒、面色白、舌淡、脉虚等症状。

要点二　气机失调

1. 气滞

气滞，是指机体局部气的流通不畅，郁滞不通的病理状态。

气滞主要由于情志抑郁，或痰湿、食积、热郁、瘀血等的阻滞，影响到气的流通；或因脏腑功能失调，可形成局部的气机不畅或郁滞，从而导致某些脏腑、经络的功能障碍。气滞一般属于邪实为患，亦有因气虚推动无力而滞者。

2. 气逆

气逆，指气升之太过，或降之不及，以脏腑之气逆上为特征的一种病理状态。

气逆多由情志所伤，或因饮食不当，或因外邪侵犯，或因痰浊壅阻所致，亦有因虚而气机上逆者。气逆最常见于肺、胃和肝等脏腑。

3. 气陷

气陷，指气的上升不足或下降太过，以气虚升举无力而下陷为特征的一种病理状态。

气陷多由气虚发展而来，与脾气的关系最为密切。若素体虚弱，或病久耗伤，致脾气虚损，清阳不升，或中气下陷，从而形成气虚下陷的病变。

4. 气闭

气闭，即气机闭阻，外出严重障碍，以致清窍闭塞，出现昏厥的一种病理状态。

气闭，多由情志刺激，或外邪、痰浊等闭塞气机，使气不得外出而闭塞清窍所致。

气闭的临床所见，有因触冒秽浊之气所致的闭厥，突然精神刺激所致的气厥，剧痛所致的痛厥，痰闭气道之痰厥等等。

5. 气脱

气脱，即气不内守，大量向外亡失，以致生命功能突然衰竭的一种病理状态。

气脱多由于正不敌邪，或慢性疾病，正气长期消耗而衰竭，以致气不内守而外脱；或因大出血、大汗等气随血脱或气随津泄而致气脱，从而出现生命功能突然衰竭的病理状态。气脱可见面色苍白、汗出不止、目闭口开、全身瘫软、手撒、二便失禁、脉微欲绝或虚大无根等症状。

细目四　血的失常

要点一　血虚

血虚，指血液不足，血的濡养功能减退的病理状态。

失血过多，新血不能生成补充；或因脾胃虚弱，饮食营养不足，血液生化乏源；或因血液的化生功能障碍；或因久病不愈，慢性消耗等因素而致营血暗耗等，均可导致血虚。脾胃为气血生化之源；肾主骨生髓，输精于肝，皆可化生血液，故血虚的成因与脾胃、肾的关系较为密切。常见面色淡白或萎黄、唇舌爪甲色淡无华、神疲乏力、头目眩晕、心悸不宁、脉细等临床表现。

要点二　血行失常

1. 血瘀

血瘀，指血液的循行迟缓，流行不畅，甚则血液停滞的病理状态。

2. 出血

出血，指血液逸出血脉的病理状态。逸出血脉的血液，称为离经之血。若此离经之血不能及时消散或排出，蓄积于体内，则称为瘀血。

3. 血热

血热，即热入血脉之中，使血行加速，脉络扩张，或迫血妄行而致出血的病理状态。血热多由于热入血分所致。另外，情志郁结，五志过极化火，内火炽盛郁于血分，或阴虚火旺，亦致血热。血热病变，除见一般的热性症状外，由于血行加速，脉络扩张，可见面

红目赤，肤色发红，舌色红绛，经脉异常搏动等症状。

细目五　气与血关系失调

要点一　气滞血瘀

气滞血瘀，指因气的运行郁滞不畅，导致血液运行障碍，出现血瘀的病理状态。

气滞血瘀多因情志内伤，抑郁不遂，气机阻滞，而致血瘀，与肝失疏泄密切相关。临床上多见胸胁胀满疼痛，瘕聚、癥积等病证。

要点二　气虚血瘀

气虚血瘀，指因气对血的推动无力而致血行不畅，甚至瘀阻不行的病理状态。

气虚血瘀，较多见于心气不足，运血无力而致的惊悸怔忡、喘促、水肿及气虚血滞的肢体瘫痪、痿废。气虚和气滞可与血瘀并存，三者相互影响。

要点三　气不摄血

气不摄血，指由于气虚不足，统摄血液的生理功能减弱，血不循经，逸出脉外，而导致各种出血的病理状态。

由于脾主统血，所以气不摄血的病变，主要表现为中气不足，气不摄血的咯血、吐血、紫斑、便血、尿血、崩漏等症，同时兼见面色不华、疲乏倦怠、脉虚无力、舌淡等气虚的表现。因脾主四肢肌肉，脾气主升，所以脾不统血的病机，易见肌衄及便血、尿血、崩漏等病证。

要点四　气随血脱

气随血脱，是指在大量出血的同时，气也随着血液的流失而急剧散脱，从而形成气血并脱的危重病理状态。

各种大失血皆可导致气随血脱，较常见的有外伤失血，呕血和便血，或妇女崩中，产后大出血等因素。血为气之载体，血脱则气失去依附，故气亦随之散脱而亡失。症见精神委靡、眩晕或晕厥、冷汗淋漓、四末不温，或有抽搐，或见口干，脉芤或微细。

要点五　气血两虚

气血两虚，即气虚和血虚同时存在的病理状态。

气血两虚，多因久病消耗，气血两伤所致；或先有失血，气随血耗；或先因气虚，血化障碍而日渐衰少，从而形成气血两虚。“气主呴之”，“血主濡之”。临床上主要表现为肌体失养及感觉运动失常的病理征象，如面色淡白或萎黄、少气懒言、疲乏无力、形体瘦怯、心悸失眠、肌肤干燥、肢体麻木，甚至感觉障碍、肢体痿废不用等。

细目六　津液代谢失常

要点一　津液不足

津液不足，指津液在数量上的亏少，进而导致内则脏腑，外而孔窍、皮毛，失于濡润、滋养，而产生一系列干燥枯涩的病理状态。

津液不足的形成：一是热邪伤津，如外感燥热之邪，灼伤津液；或邪热内生，如阳亢生热、五志化火等耗伤津液。二是丢失过多，如吐泻、大汗、多尿及大面积烧伤等，均可损失大量津液。三是生成不足，如体虚久病，脏腑功能减退，可见津液生成不足。另外，慢性疾病耗伤津液，亦致津液亏耗。

伤津主要是丧失水分。临床上，伤津常见于吐、泻之后。呕吐、泄泻或吐泻交作，损失大量津液者，可出现目陷、螺瘪、尿少、口干舌燥、皮肤干涩而失去弹性；甚则见目眶深陷、啼哭无泪、小便全无、精神委顿、转筋等症。

如热病后期或久病伤阴耗液，所见到的形瘦骨立，大肉尽脱，肌肤毛发枯槁，或手足震颤、肌肉瞤动、唇裂、舌光红无苔或少苔，则属于脱液的临床表现。

要点二　津液输布、排泄障碍

1. 湿浊困阻

多由脾气虚衰，运化功能减退，津液不能转输布散，聚为湿浊。湿性重浊黏滞，易于阻遏中焦气机，而见胸闷、脘痞、呕恶、腹胀、便溏、苔腻等症。

2. 痰饮凝聚

多因脾、肺等脏腑功能失调，津液停而为饮，饮凝成痰。痰随气升降，无处不到，病及脏腑经络，滞留于机体的不同部位而有多种的病理变化和多变的临床表现。饮停之部位比较局限，如停于胸胁的“悬饮”，饮留于肺的“支饮”，停于肠间的为“痰饮”，留于肌肤的为“溢饮”。

3. 水液潴留

多由肺、脾、肾、肝等脏腑功能失调，气不行津，津液代谢障碍，潴留于肌肤或体内，发为水肿或腹水。

细目七　津液与气血关系失调

要点一　水停气阻

水停气阻，指津液代谢障碍，水湿痰饮停留导致气机阻滞的病理状态。其临床表现因水液停蓄的部位不同而异，如水饮阻肺，肺气壅滞，宣降失职，可见胸满咳嗽、喘促不能平卧等临床表现。

要点二　气随津脱

气随津脱，主要指津液大量丢失，气失其依附而随津液外泄出现暴脱亡失的病理状态。多由高热伤津，或大汗伤津，或严重吐泻耗伤津液等所致。

要点三　津亏血瘀

津亏血瘀，主要指津液耗损导致血行瘀滞不畅的病理状态。高热、烧伤，或吐泻、大汗出等因素，致使津液大量亏耗，则血量减少，血液循行滞涩不畅，从而发生血瘀之病变。临床表现，除见原有津液不足的表现外，出现舌质紫绛，或有瘀点、瘀斑，或见斑疹显露等症。

要点四　血瘀水停

血瘀水停，指因血脉瘀阻导致津液输布障碍而水液停聚的病理状态。血瘀则津液环流不利；另外，血瘀必致气滞，也导致津停为水，故血瘀常伴水停。如心气亏虚，运血无力，血脉瘀阻，除见心悸、气喘、口唇爪甲青紫、舌有瘀点或瘀斑，甚则胁下痞块等症外，亦见下肢、面目浮肿，即属此候。

细目八　内生“五邪”

内生“五邪”，是指在疾病的发展过程中，由于脏腑经络及精气血津液的功能失常而产生的化风、化寒、化湿、化燥、化火等病理变化。因病起于内，又与风、寒、湿、燥、火外邪所致病证的临床征象类似，故分别称为“内风”、“内寒”、“内湿”、“内燥”和“内火”，统称为内生“五邪”。

要点一　风气内动

1. 肝阳化风

肝阳化风，多由于情志所伤，肝气郁结，郁久化火而亢逆，或暴怒伤肝，肝气亢逆，或操劳过度，耗伤肝肾之阴，阴虚不能制阳，水亏不得涵木，肝阳升而无制，亢逆之阳化风，形成风气内动。除肝阳上亢表现外，伴见筋惕肉瞤、肢麻震颤、眩晕欲仆，甚则口眼㖞斜、半身不遂。严重者，则因血随气升而发卒然厥仆。

2. 热极生风

热极生风，又称热甚动风。多见于热性病的极期，由于火热亢盛，化而为风，并因邪热煎灼津液，伤及营血，燔灼肝经，而出现痉厥、抽搐、鼻翼扇动、目睛上吊等临床表现，常伴有高热、神昏、谵语。

3. 阴虚风动

阴虚风动，多见于热病后期，津液和阴气大量亏损，或由于久病耗伤，津液及阴气亏虚对筋脉失之滋润，又不能制阳而致阳气相对亢盛，因而产生筋挛肉瞤、手足蠕动等动风症状，并见低热起伏、舌光少津、脉细如丝等阴竭表现。

4. 血虚生风

血虚生风，多由于生血不足或失血过多，或久病耗伤营血，肝血不足，筋脉失养，或血不荣络，则虚风内动。临床见肢体麻木不仁，筋肉跳动、甚则手足拘挛不伸等症。

此外，尚有血燥生风。多由久病耗血，或年老精亏血少，或长期营养缺乏，生血不足，或瘀血内结，新血生化障碍所致。其病机是血少津枯，失润化燥，肌肤失于濡养，经脉气血失于和调，于是血燥而化风。临床可见皮肤干燥或肌肤甲错，并有皮肤瘙痒或落屑等症状。

要点二　寒从中生

寒从中生，又称“内寒”，是指机体阳气虚衰，温煦气化功能减退，虚寒内生，或阴寒之气弥漫的病理状态。

一般表现为阳热不足，温煦失职，虚寒内生，可见面色苍白，畏寒喜热，肢末不温，舌质淡胖，苔白滑润，脉沉迟弱或筋脉拘挛，肢节痹痛等症。内寒的病机主要与脾肾阳虚有关。

要点三　湿浊内生

湿浊内生，又称“内湿”，是指由于脾气的运化水液功能障碍而引起湿浊蓄积停滞的病理状态。由于内生之湿多因脾虚，因此，脾的运化失职是湿浊内生的关键。

要点四　津伤化燥

津伤化燥，又称“内燥”。是指机体津液不足，人体各组织器官和孔窍失其濡润而出现干燥枯涩的病理状态。因久病伤津耗液，或大汗、大吐、大下，或亡血失精导致津液亏少，以及热性病过程中的热盛伤津等所致。由于津液亏少，不足以内溉脏腑，外润腠理孔窍，从而燥“邪”便由内而生，故临床多见干燥不润等病变。内燥病变可发生于各脏腑组织，以肺、胃及大肠为多见。

要点五　火热内生

火热内生，又称“内火”或“内热”，是指由于阳盛有余，或阴虚阳亢，或由于气血郁滞，或由于病邪郁结而产生的火热内扰，功能亢奋的病理状态。

1. 阳气过盛化火

人身之阳气在正常的情况下，有温煦脏腑经络等作用，称之为“少火”。在病理情况下，阳气过盛，功能亢奋，以致伤阴耗津。导致阳气过亢则称为“壮火”，又称为“气有余便是火”。

2. 邪郁化火

一是外感六淫病邪，在疾病过程中，皆可郁滞而从阳化热化火，如寒郁化热、湿郁化火等。二是体内的病理性代谢产物（如痰、瘀血、结石等）和食积、虫积等，亦能郁而化火。

3. 五志过极化火

又称为“五志之火”。多指由于情志刺激，影响了脏腑精气阴阳的协调平衡，造成气机

郁结或亢逆。气郁日久则可化热，气逆自可化火，因之火热内生。如情志内伤，抑郁不畅，则常能导致肝郁气滞，气郁化火，发为肝火；而大怒伤肝，肝气亢逆化火，亦可发为肝火。

4. 阴虚火旺

此属虚火。多由于津液亏虚，阴气大伤，阴虚不能制阳，阳气相对亢盛，阳亢化热化火，虚热虚火内生。一般说来，阴虚内热多见全身性的虚热征象，如五心烦热、骨蒸潮热、面部烘热、消瘦、盗汗、咽干口燥、舌红少苔、脉细数无力等；阴虚火旺，多见集中于机体某一部位的火热征象，如虚火上炎所致的牙痛、齿衄、咽痛、升火颧红等。内生火热，主要有心火、肝火、相火（肾火）及胃火等证，其临床表现则随其发病机理和病位的差异而各有不同。

细目九　疾病传变

要点一　病位传变

1. 表里出入

（1）表病入里：即表邪入里。指外邪侵袭人体，首先停留于机体的肌肤卫表层次，而后内传入里，病及脏腑的病理传变过程。

（2）里病出表：指病邪原本位于脏腑等在里的层次，而后由于正邪斗争，病邪由里透达于外的病理传变过程。

2. 外感病传变

（1）六经传变：六经指三阴、三阳，实即十二经脉。六经传变是指疾病的病位在六经之间的相对转移。

六经传变的基本形式是先太阳、阳明、少阳，而后太阴、少阴、厥阴的六个层次，说明阳气由盛而衰，疾病由轻到重的发展过程。反之，由阴出阳，则说明正气由衰而盛，疾病由重到轻的好转过程。

（2）三焦传变：指病变部位循上、中、下三焦而发生传移变化。三焦传变是温病的主要传变形式。温热病邪，多自口鼻而入，首先侵犯上焦肺卫。病邪深入，则从上焦传入中焦脾胃，再入下焦肝肾。这是疾病由浅入深，由轻而重的一般发展过程，故称之为顺传。如果病邪从肺卫直接传入心包，病情发展恶化，超越了一般传变规律，则称为逆传。

（3）卫气营血传变：指温热病过程中，病变部位在卫、气、营、血四个阶段的传移变化。卫分是温病的初期阶段，病位在肺卫；气分为温病的中期，病位在胃、肠、脾及肺、胆；营分是温病的严重阶段，病位在心包及心；血分属温病的晚期，病位在肝、肾及心。

3. 内伤病传变

（1）脏与脏传变：即指病位传变发生于五脏之间，这是内伤病最主要的病位传变形式。

（2）脏与腑传变：指病位传变发生于脏与腑之间，或脏病及腑，或腑病及脏。其传变形式是按脏腑之间表里关系而传。由于心与小肠、肝与胆、脾与胃、肺与大肠、肾与膀胱等表里相合脏腑之间，有经脉直接属络，从而使病气得以相互移易。

（3）腑与腑传变：即是指病变部位在六腑之间发生传移变化。若其中某一腑发生病变，则势必影响及另一腑，导致其功能失常。

（4）形脏内外传变：包括病邪通过形体而内传相关之脏腑，及脏腑病变影响形体。

要点二　病性转化

1. 寒热转化

（1）由寒化热：指病证的性质本来属寒，继而又转变成热性的病理过程。

由寒化热有两种形式：一是实寒证转为实热证，以寒邪化热入里为常见。二是虚寒证转化为虚热证。

（2）由热转寒：指病证的性质本来属热，继而转变成为寒性的病理过程。

由热转寒，有三种形式：一是实热证转化为虚寒证，一般因伤阳所致。二是实热证转化为实寒证。三是虚热证转化为虚寒证。

2. 虚实转化

（1）由实转虚：指疾病或病证本来是以邪气盛为矛盾主要方面的实性病变，继而转化为以正气虚损为矛盾主要方面的虚性病变的过程。

（2）因虚致实：指病证本来是以正气亏损为矛盾主要方面的虚性病变，转变为邪气盛较突出的病变过程。

因虚致实的机理，多由于脏腑功能减退，气化不行，以致全身气血津液等代谢障碍，从而产生气滞、水饮、痰浊、瘀血等病理变化；或因正虚病证，复感外邪，邪盛则实。

（郭霞珍）

第九单元　防治原则

细目一　预防

要点一　未病先防

1. 养生以增强正气

（1）顺应自然：《素问·四气调神大论》所说："春夏养阳，秋冬养阴，以从其根。"这里的"从其根"即是遵循四时变化规律。中医学倡导顺应自然的衣着饮食调配，起居有常，动静合宜等。

（2）养性调神：调神，或曰养性，要做好养性调神，一是要注意避免来自内外环境的不良刺激，二是要提高人体自身心理的调摄能力。

（3）护肾保精：护肾保精之法除房室有节外，尚有运动保健、按摩固肾、食疗保肾、针灸药物调治等，从而使人体精充气足、形健神旺，达到预防疾病、健康长寿的目的。

（4）体魄锻炼：锻炼形体可以促进气血流畅，使人体肌肉筋骨强健，脏腑功能旺盛，

传统的健身术如太极拳、易筋经、八段锦以及一些偏于健身的武术等，即具此特色。形体锻炼的要点有三：一是运动量要适度，要因人而宜，做到“形劳而不倦”；二是要循序渐进，运动量由小到大；三是要持之以恒，方能收效。

（5）调摄饮食：一是提倡饮食的定时定量，不可过饥过饱。二是注意饮食卫生，不吃不洁、腐败变质的食物或自死、疫死的家畜，防止得肠胃疾病、寄生虫病或食物中毒。三是克服饮食偏嗜。

药膳保健：药膳是在中医学理论指导下，将食物与中药，以及食物的辅料、调料等相配合，通过加工调制而成的膳食。正确的食用方法还应做到因时制宜，药食结合，辨证施膳等。药膳兼有药、食二者之长，这是中医养生颇具特色的一种方法。

（6）针灸、推拿、药物调养：针灸包括针法和灸法，即通过针刺手法或艾灸的物理热效应及艾绒的药性对穴位的特异刺激作用，通过经络系统的感应传导及调节功能，而使人身气血阴阳得到调整而恢复平衡，从而发挥其治疗保健及防病效能。推拿，是通过各种手法，作用于体表的特定部位，以调节机体生理病理状况，达到治疗效果和保健强身的一种方法。

2. 防止病邪侵害

（1）避其邪气：邪气是导致疾病发生的重要条件，故未病先防除了养生以增强正气，提高抗病能力之外，还要注意避免病邪的侵害。

（2）药物预防：事先服食某些药物，可提高机体的免疫功能，能有效地防止病邪的侵袭，从而起到预防疾病的作用。这在预防疫疠邪气的流行方面尤有意义。如用板蓝根、大青叶预防流感、腮腺炎，用茵陈、贯众预防肝炎等，都是用之有效，简便易行的方法。

要点二　既病防变

1. 早期诊治

在疾病的过程中，由于邪正斗争的消长，疾病的发展，可能会出现由浅入深，由轻到重，由单纯到复杂的发展变化。早期诊治，其原因就在于疾病的初期，病位较浅，病情多轻，正气未衰，病较易治，因而传变较少。

2. 防止传变

（1）阻截病传途径：疾病一般都有其一定的传变规律和途径。如伤寒病的六经传变，病初多在肌表的太阳经，病变发展则易往他经传变，因此，太阳病阶段就是伤寒病早期诊治的关键，在此阶段的正确有效的治疗，是防止伤寒病病势发展的最好措施。邪气侵犯人体后，根据其传变规律，早期诊治，阻截其病传途径，可以防止疾病的深化与恶化。

（2）先安未受邪之地：先安未受邪之地，可以五行的生克乘侮规律、五脏的整体规律、经络相传规律等为指导。如脏腑有病，可由病变性质差异，而有及子、犯母、乘、侮等传变。因此，根据不同病变的传变规律，实施预见性治疗，当可控制其病理传变。

细目二　治则

要点一　正治与反治

1. 正治

正治，是指采用与疾病的证候性质相反的方药以治疗的一种治疗原则。由于采用的方药与疾病证候性质相逆，如热证用寒药，故又称“逆治”。正治适用于疾病的征象与其本质相一致的病证。

（1）寒者热之：寒性病证出现寒象，用温热方药来治疗，即以热药治寒证。如表寒证用辛温解表方药，里寒证用辛热温里的方药等。

（2）热者寒之：热性病证出现热象，用寒凉方药来治疗，即以寒药治热证。如表热证用辛凉解表方药，里热证用苦寒清里的方药等。

（3）虚则补之：虚损性病证出现虚象，用具有补益作用的方药来治疗，即以补益药治虚证。如阳虚用温阳的方药，阴虚用滋阴方药，气虚用益气的方药，血虚用补血的方药等。

（4）实则泻之：实性病证出现实象，用攻逐邪实的方药来治疗，即以攻邪泻实药治实证。如食滞用消食导滞的方药，水饮内停用逐水的方药，瘀血用活血化瘀的方药，湿盛用祛湿的方药等。

2. 反治

指顺从病证的外在假象而治的一种治疗原则。由于采用的方药性质与病证中假象的性质相同，故又称为“从治”。反治适用于疾病的征象与其本质不完全吻合的病证。

（1）热因热用：即以热治热，指用热性药物来治疗具有假热征象的病证。它适用于阴盛格阳的真寒假热证。如格阳证，由于阴寒充塞于内，逼迫阳气浮越于外，故可见身反不恶寒，面赤如妆等假热之象，但由于阴寒内盛是病本，故同时也见下利清谷、四肢厥逆、脉微欲绝、舌淡苔白等内真寒的表现。因此，当用温热方药以治其本。

（2）寒因寒用：即以寒治寒，指用寒性药物来治疗具有假寒征象的病证。它适用于阳盛格阴的真热假寒证。如热厥证，由于里热盛极，阳气郁阻于内，不能外达于肢体起温煦作用，并格阴于外而见手足厥冷，脉沉伏之假寒之象。但细究之，患者手足虽冷，但躯干部却壮热而欲掀衣揭被，或见恶热、烦渴饮冷、小便短赤、舌红绛、苔黄等里真热的征象。这是阳热内盛，深伏于里所致。其外在寒象是假，里热盛极才是病之本质，故须用寒凉药清其里热。

（3）塞因塞用：即以补开塞，指用补益药物来治疗具有闭塞不通症状的虚证。适用于因体质虚弱，脏腑精气功能减退而出现闭塞症状的真虚假实证。如血虚而致经闭者，由于血源不足，故当补益气血而充其源，则无须用通药而经自来。

（4）通因通用：即以通治通，指用通利的药物来治疗具有通泻症状的实证。适用于因实邪内阻出现通泄症状的真实假虚证。如食滞内停，阻滞胃肠，致腹痛泄泻，泻下物臭如败卵时，不仅不能止泄，相反当消食而导滞攻下，推荡积滞，使食积去而泄自止。

要点二　治标与治本

1. 缓则治本

缓则治其本，多用在病情缓和，病势迁延，暂无急重病状的情况下。此时必须着眼于疾病本质的治疗。

2. 急则治标

病证急重时的标本取舍原则是标病急重，则当先治、急治其标。标急的情况多出现在疾病过程中出现的急重、甚或危重症状，或卒病而病情非常严重时。

3. 标本兼治

当标本并重或标本均不太急时，当标本兼治。如脾气虚衰运化失职，水湿内停，此时脾气虚衰是本，水湿内停为标，治可补脾与祛湿同用。

要点三　扶正与祛邪

1. 扶正祛邪的概念

扶正，即扶助正气，增强体质，提高机体的抗邪及康复能力。适用于各种虚证，即所谓“虚则补之”。

祛邪，即祛除邪气，消解病邪的侵袭和损害、抑制亢奋有余的病理反应。适用于各种实证，即所谓“实则泻之”。

2. 扶正祛邪的运用

扶正祛邪的运用原则：①攻补应用合理，即扶正用于虚证，祛邪用于实证；②把握先后主次：对虚实错杂证，应根据虚实的主次与缓急，决定扶正祛邪运用的先后与主次；③扶正不留邪，祛邪不伤正。具体运用如下：

（1）单独运用

①扶正：适用于虚证或真虚假实证。

②祛邪：适用于实证或真实假虚证。

（2）同时运用

①扶正兼祛邪：即扶正为主，辅以祛邪。适用于以正虚为主的虚实夹杂证。

②祛邪兼扶正：即祛邪为主，辅以扶正。适用于以邪实为主的虚实夹杂证。

（3）先后运用

①先扶正后祛邪：即先补后攻。适用于正虚为主，机体不能耐受攻伐者。

②先祛邪后扶正：即先攻后补。适用于以下两种情况：一是邪盛为主，兼扶正反会助邪；二是正虚不甚，邪势方张，正气尚能耐攻者。

要点四　调整阴阳

1. 损其有余

损其有余，即“实则泻之”，适用于人体阴阳中任何一方偏胜有余的实证。

（1）泻其阳胜：“阳胜则热”的实热证，宜用寒凉药物以泻其偏胜之阳热，此即“热

者寒之”之意。“阳胜则阴病”，阳胜易致阴气亏减，此时不宜单纯地清其阳热，而须兼顾阴气的不足，即清热的同时，配以滋阴之品，即祛邪为主兼以扶正。

（2）损其阴胜：“阴胜则寒”的实寒证，宜用温热药物以消解其偏胜之阴寒，此即“寒者热之”之意。“阴胜则阳病”，阴胜易致阳气不足，此时不宜单纯的温散其寒，还须兼顾阳气的不足，即在散寒的同时，配以扶阳之品，同样是祛邪为主兼以扶正之法。

2. 补其不足

（1）阴阳互制之调补阴阳：阴虚不足以制阳而致阳气相对偏亢的虚热证时，治宜滋阴以抑阳，即唐·王冰所谓“壮水之主，以制阳光”（《素问·至真要大论》注语），《素问·阴阳应象大论》称之为“阳病治阴”。

（2）阴阳互济之调补阴阳：对于阴阳偏衰的虚热及虚寒证的治疗，明·张介宾还提出了阴中求阳与阳中求阴的治法。

（3）阴阳并补：对阴阳两虚则可采用阴阳并补之法治疗。但须分清主次而用。

（4）回阳救阴：此法适用于阴阳亡失者。亡阳者，当回阳以固脱；亡阴者，当救阴以固脱。由于亡阳与亡阴实际上都是一身之气的突然大量脱失，故治疗时都要兼以峻剂补气，常用人参等药。

要点五　三因制宜

1. 因时制宜

根据时令气候节律特点，来制订适宜的治疗原则，称为“因时制宜”。《素问·六元正纪大论》所说：“用寒远寒，用凉远凉，用温远温，用热远热，食宜同法。”

2. 因地制宜

根据不同的地域环境特点，来制订适宜的治疗原则，称为“因地制宜”。不同的地域，地势有高下，气候有寒热湿燥、水土性质各异，因地制宜就是考虑这些差异而实施治疗。

3. 因人制宜

根据病人的年龄、性别、体质等不同特点，来制订适宜的治疗原则，称为“因人制宜”。

（1）年龄：年龄不同，则生理功能、病理反应各异，治宜区别对待。如小儿生机旺盛，发病则易寒易热，易虚易实，治疗小儿疾病，药量宜轻，疗程多宜短，忌用峻剂。青壮年病发则由于邪正相争剧烈而多表现为实证，可侧重于攻邪泻实，药量亦可稍重。而老年人病多表现为虚证，或虚中夹实，多用补虚之法，或攻补兼施，用药量应比青壮年少，中病即止。

（2）性别：男女性别不同，各有其生理、病理特点，治疗用药亦当有别。妇女病理上有经、带、胎、产诸疾及乳房、胞宫之病，从而采用适宜的治法。男子病理上精气易亏而有精室疾患及男性功能障碍等特有病证，宜在调肾基础上结合具体病机而治。

（3）体质：因先天禀赋与后天生活环境的不同，个体体质存在着差异，一方面不同体质有着不同的病邪易感性；另一方面，患病之后，由于机体的体质差异与反应性不同，病证就有寒热虚实之别或“从化”的倾向。因而治法方药也应有所不同：偏阳盛或阴虚之体，当慎用温热之剂；偏阴盛或阳虚之体，则当慎用寒凉之品；体质壮实者，攻伐之药量可稍重；体质偏弱者，则应采用补益之剂。

（郭霞珍）

内　　经

第一单元　气·阴阳·五行

要点　阴阳的基本概念、属性特征

1. 基本概念

原文：阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。治病必求于本。故积阳为天，积阴为地。阴静阳躁；阳生阴长，阳杀阴藏。阳化气，阴成形。寒极生热，热极生寒。寒气生浊，热气生清。清气在下，则生飧泄；浊气在上，则生膜胀。此阴阳反作，病之逆从也。(《素问·阴阳应象大论》)

按语：阴阳是自然界事物运动变化的根本规律。阴性静、重浊而下降，阳性动、清轻而上升；阳主化气，阴主成形；阴阳两者相依相召、互根互用、相互转化。阴阳之气的相互作用，决定了自然万物的发生、发展以至消亡，也是形成自然气象、气候、物候变化的根本原因。人依赖于自然而生存，人的生命活动遵循自然阴阳运动的基本规律，因此人之疾病发生的根本原因就在于“阴阳失调”，治疗疾病必须抓住阴阳这个根本。

“治病必求于本”之“本”指阴阳。中医学以调节阴阳为治疗总纲，为基本原则，故《素问·至真要大论》云：“谨察其阴阳所在而调之，以平为期。”需要指出的是，疾病的具体治法也有“治病求本”，但它是针对疾病主要矛盾而制定的原则，与此不同。

2. 属性特征

原文：故清阳为天，浊阴为地。地气上为云，天气下为雨；雨出地气，云出天气。故清阳出上窍，浊阴出下窍；清阳发腠理，浊阴走五脏；清阳实四肢，浊阴归六腑。(《素问·阴阳应象大论》)

按语：清阳向上向外升发、浊阴向下向内沉降，这是自然界与人共有的规律，文中“清阳”“浊阴”的含义也不相同。“清阳出上窍，浊阴出下窍”，此清阳即饮食所化之精微，其轻清上升化为呼吸之气，并布散于头面七窍，以成发声、视觉、嗅觉、味觉、听觉等功能；其糟粕重浊沉降，由前后二阴排出。“清阳发腠理，浊阴走五脏”，此清阳指卫气，浊阴指精血精液。饮食所化之精微，其轻清部分外行于腠理肌表，其浓稠部分内注于五脏。“清阳实四肢，浊阴归六腑”，此清阳即饮食物化生的精气，充养于四肢，其代谢后的糟粕，由六腑排出。文中提出的人之清阳向上向外升发、浊阴向下向内沉降的特性，为中医治疗学中多种治疗方法的形成奠定了理论基础。如治疗耳目失聪的益气升提法，治疗邪在肌腠的解表法，治疗手足厥逆的温阳法，治疗肠胃积滞的攻下法，治疗水肿的利水逐水法等，均是在此理论的启发下发展而成的。

(翟双庆)

第二单元　藏象

要点一　奇恒之腑、五脏、六腑的生理功能特点

1. 奇恒之腑的生理功能特点

原文：脑、髓、骨、脉、胆、女子胞，此六者，地气之所生也，皆藏于阴而象于地，故藏而不泻，名曰奇恒之腑。（《素问·五脏别论》）

按语：奇恒之腑，文中论及其象同大地，其功能藏精气，与五脏同，包含有脑、髓、骨、脉、胆、女子胞等几个脏器，其中胆既属腑，又归于奇恒之腑，尤其特殊。胆与肝相表里，故在六腑之列；而其所藏精汁，属人体精气，且又名中正之官而主决断，具有五脏的功能特点，又与一般腑不同。由于奇恒之腑非常重要而又不等同于一般的脏腑，故而在脏腑分类中专门分列。

2. 五脏、六腑的生理功能特点

原文：夫胃、大肠、小肠、三焦、膀胱，此五者，天气之所生也，其气象天，故泻而不藏。此受五脏浊气，名曰传化之腑。此不能久留，输泻者也。魄门亦为五脏使，水谷不得久藏。所谓五脏者，藏精气而不泻也，故满而不能实。六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也。所以然者，水谷入口，则胃实而肠虚；食下，则肠实而胃虚。故曰：实而不满，满而不实也。（《素问·五脏别论》）

按语：“魄门亦为五脏使，水谷不得久藏”，指出了魄门与五脏之间的联系。魄门是胃肠的末端，但其功能亦受五脏的制约。魄门的启闭依赖于心神的主宰，肝气的条达，脾气的升提，肺气的宣降，肾气的固摄，方能不失常度。另外，魄门功能正常，又对内脏的气机升降有重要影响。所以魄门的启闭状况不仅能反映胃肠的情况，也能反映五脏的功能盛衰，对于临床辨证、治疗、判断预后，都有一定指导意义。

关于脏腑分类，文中以天地、阴阳、藏泻作为标准，明确提出腑“其气象天”，故泻而不藏，具有实而不满的特点；脏与奇恒之腑“象于地”，故藏而不泻，具有满而不实的特点。脏腑功能虽有藏泻不同，但两者相互依赖，相反相成。另外其藏泻也不是绝对的，实际上五脏藏中有泻，六腑泻而有藏，应该灵活掌握。脏腑藏泻理论确立了脏腑的基本概念，为中医学理论的发展奠定了基础，也指导着临床应用。五脏藏精气，贵其充满，虚证责之精气不藏，以滋补精气为要；六腑传化物而输泻，故糟粕浊气壅塞的实证责之不泻，以通泻胃肠为法。文中并指出，六腑传化水谷，有胃肠虚实下行的消化、排泄的活动规律，是后世论六腑功能以通为用、以下行为顺的依据。近年来采用通里攻下法治疗急腹症，就是应用此理论取得的成果。

要点二　藏象的概念、藏象学说的基本内容

原文：帝曰：藏象何如？岐伯曰：心者，生之本，神之变也，其华在面，其充在血脉，为阳中之太阳，通于夏气。肺者，气之本，魄之处也，其华在毛，其充在皮，为阳中

之太阴，通于秋气。肾者，主蛰，封藏之本，精之处也，其华在发，其充在骨，为阴中之少阴，通于冬气。肝者，罢极之本，魂之居也，其华在爪，其充在筋，以生血气，其味酸，其色苍，此为阳中之少阳，通于春气。脾、胃、大肠、小肠、三焦、膀胱者，仓廪之本，营之居也，名曰器，能化糟粕，转味而入出者也，其华在唇四白，其充在肌，其味甘，其色黄，此至阴之类，通于土气。凡十一脏取决于胆也。(《素问·六节藏象论》)

按语：“藏象”一词在《内经》中仅出现在本段之中，另外就是在《素问·经脉别论》提出的“藏何象”，但由于其具有重要价值，已经形成一个独立的学说——藏象学说，成为有关脏腑认识的核心理论。本段从五脏功能所主，外应于四时，内藏精舍神，并联系五体等论五脏在生命活动中的核心地位。其中心为生之本、肺为气之本、肾为封藏之本、肝为罢极之本、脾为仓廪之本的论述，体现了中医五脏概念的核心内涵。依据本段，藏象的基本内容主要有以下三个方面：

1. 五脏的主要生理功能及与体表组织的通应关系；

2. 五脏的阴阳属性；

3. 五脏与四时的通应关系。

其中本段所论五脏的阴阳属性，决定于两个因素：

一是五脏所在的位置，膈上胸腔属阳，膈下腹腔属阴，故心肺为阳，肝脾肾为阴。

二是五脏的五行属性及与四时相通关系。心属火，其气通于夏，故为太阳；肺属金，其气通于秋，故为少阴；肾属水，其气通于冬，故为太阴；肝属木，其气通于春，故为少阳；脾属土，应于长夏，称为至阴，其中“至”为到达之意。

原文所述五脏的阴阳属性，经《新校正》引《甲乙经》《太素》勘校，又有《灵枢·阴阳系日月》内证，多数学者倾向于校后之论：心为阳中之太阳，肺为阳中之少阴，肾为阴中之太阴，肝为阴中之少阳，脾为至阴。

要点三　谷食精气的输布运行过程

原文：食气入胃，散精于肝，淫气于筋。食气入胃，浊气归心，淫精于脉。脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛。毛脉合精，行气于府。府精神明，留于四脏，气归于权衡。权衡以平，气口成寸，以决死生。饮入于胃，游溢精气，上输于脾。脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。水精四布，五经并行，合于四时五脏阴阳，揆度以为常也。(《素问·经脉别论》)

按语：水谷在人体内的生化过程可分为谷食和水液两部分：

1. 谷食化生精气，先供奉其生化之主肝，其浓稠部分经过心的作用“奉心化赤”，再经肺的作用，合入清气，至此谷食精微经过心肺作用，则生成能为全身利用的精气，即所谓“毛脉合精”，而后经由“百脉”输布全身，由于“肺朝百脉”，因而切按寸口脉可以诊断全身病变。

2. 水液入胃，其中的精华经胃输于脾，而后由脾向上输注至肺，肺以其宣发作用将水液布散全身，再因其肃降作用而将水液敛降至膀胱。此过程虽未言明肾的作用，但水液代谢必有肾参与，另有经文论之。因此肺、脾、肾三脏在水液代谢过程中的作用历来为医家所重视，成为论治水肿病的理论基础。

要点四　宗气、卫气、营气的循行及作用

原文：五谷入于胃也，其糟粕、津液、宗气分为三隧。故宗气积于胸中，出于喉咙，以贯心脉，而行呼吸焉。营气者，泌其津液，注之于脉，化以为血，以荣四末，内注五脏六腑，以应刻数焉。卫气者，出其悍气之慓疾，而先行于四末分肉皮肤之间而不休者也，昼日行于阳，夜行于阴，常从足少阴之分间，行于五脏六腑。(《灵枢·邪客》)

按语：宗气、营气、卫气三气均来源于水谷精微。宗气是水谷之气与吸入清气相合聚集于胸中而成，上出于喉咙以助发声，贯通心脉，以推动气血运行，充益于肺以助呼吸。营气行于脉内，化而为血，其运行于十二经脉，具有时辰节律，是子午流注针法的理论基础；卫气温养肌肤腠理，控制汗孔启闭，其盛衰及运行规律与人的睡眠有关。

原文：人受气于谷，谷入于胃，以传与肺，五脏六腑，皆以受气，其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外。营周不休，五十而复大会，阴阳相贯，如环无端。卫气行于阴二十五度，行于阳二十五度，分为昼夜，故气至阳而起，至阴而止。故曰：日中而阳陇为重阳，夜半而阴陇为重阴。故太阴主内，太阳主外，各行二十五度，分为昼夜。(《灵枢·营卫生会》)

按语：本段论述了营卫之气的生成、性质、功能及运行。营卫同源于水谷精微，营气柔顺，富于荣养，易受脉之约束，故行脉中；卫气刚悍，具有温煦护卫之功，故行脉外。二者阴阳内外，互根互用，相反相成。营卫的运行规律亦有不同：营气循十二经阴阳表里次序相继而行，故曰“阴阳相贯，如环无端”；卫气则昼行于阳经，夜行于五脏及阴经，与昼夜阴阳有关，亦与寤寐相关，故诸凡睡眠障碍，多责之于卫气运行失常。

（翟双庆）

第三单元　病机

要点一　“阳虚则外寒，阴虚则内热，阳盛则外热，阴盛则内寒”的机理

原文：帝曰：经言阳虚则外寒，阴虚则内热，阳盛则外热，阴盛则内寒，余已闻之矣，不知其所由然也。岐伯曰：阳受气于上焦，以温皮肤分肉之间。令寒气在外则上焦不通，上焦不通则寒气独留于外，故寒栗。帝曰：阴虚生内热奈何？岐伯曰：有所劳倦，形气衰少，谷气不盛，上焦不行，下脘不通，胃气热，热气熏胸中，故内热。帝曰：阳盛生外热奈何？岐伯曰：上焦不通利则皮肤致密，腠理闭塞，玄府不通，卫气不得泄越，故外热。帝曰：阴盛生内寒奈何？岐伯曰：厥气上逆，寒气积于胸中而不泻，不泻则温气去，寒独留，则血凝泣，凝则脉不通，其脉盛大以涩，故中寒。(《素问·调经论》)

按语：“阳虚则外寒，阴虚则内热，阳盛则外热，阴盛则内寒”，是由于人体阴阳协调关系被致病因素破坏而导致的内外寒热证。但本段所述与后世所说“阳虚则寒”“阴虚则热”“阳盛则热”“阴盛则寒”在概念及病机上有所区别：一是阴阳含义不同：本段的阴阳指病位的内、外，后世的阴阳则指阴精、阳气；二是寒热的性质不同：“阳虚则外寒”是外感恶寒，“阳虚则寒”是阳虚畏寒；“阴虚则内热”是脾伤气虚之发热，“阴虚则热”

是阴虚阳亢之虚热。三是寒热的范围不同："阳盛则外热"仅指外感表热，而"阳盛则热"的阳热亢盛发热表里均有；"阴盛则内寒"仅指胸中寒盛，"阴盛则寒"是广泛的脏腑里寒。其中"阴虚则内热"的机理，是李杲"气虚发热""甘温除热"等著名理论的学术导源。《内经》用阴阳失调作为总纲分析病理的方法，对于后世启发很大，为中医学的"八纲辨证"奠定了基础。

要点二 "百病生于气"的发病学观点

原文：余知百病生于气也。怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，寒则气收，炅则气泄，惊则气乱，劳则气耗，思则气结，九气不同，何病之生？岐伯曰：怒则气逆，甚则呕血及飧泄，故气上矣。喜则气和志达，荣卫通利，故气缓矣。悲则心系急，肺布叶举，而上焦不通，荣卫不散，热气在中，故气消矣。恐则精却，却则上焦闭，闭则气还，还则下焦胀，故气不行矣。寒则腠理闭，气不行，故气收矣。炅则腠理开，荣卫通，汗大泄，故气泄。惊则心无所倚，神无所归，虑无所定，故气乱矣。劳则喘息汗出，外内皆越，故气耗矣。思则心有所存，神有所归，正气留而不行，故气结矣。（《素问·举痛论》）

按语：本段提出了"百病生于气"的论断，认为气机逆乱是产生各种疾病的基本病机，并论述了情志、劳倦、寒热导致气机失常的病变机理。

1. 情志过激所致的气机病变

大怒伤肝，肝气上逆，血随气升而呕血，肝木乘脾而飧泄，故"怒则气上"。过喜则伤心，导致心气滞缓乏力，心神涣散不收，故"喜则气缓"。悲生于心而成于肺，过度悲哀则心系紧急，肺叶张举，致使上焦闭塞，营卫之气不能布达于外，郁而为热，热聚胸中，耗损气血，故"悲则气消"。大恐伤肾，肾伤则精气不升，水火不交，上下不通，肾气下陷而为病，故"恐则气下"。惊伤心肝，神魂散乱，以致心无所主，神无所附，思虑不定，脏气紊乱为病，故"惊则气乱"。思虑过度，精神高度集中，气结于心，滞于脾，故"思则气结"。

2. 劳倦过度所致的气机病变

劳力太过，气血外张，上逆则为喘息则内越，外泄则为汗出，内外皆越而正气亏耗，故"劳则气耗"。

3. 寒热失调所致的气机病变

寒性收引，寒束则腠理闭塞，卫气不能外达肌肤而收敛于内，故"寒则气收"。热性开泄，热迫则腠理开发，荣卫外达而大汗出，气随汗泄，故"炅则气泄"。

要点三 六淫的致病特点

原文：故风胜则动，热胜则肿，燥胜则干，寒胜则浮，湿胜则濡泄，甚则水闭胕肿，随气所在，以言其变耳。（《素问·六元正纪大论》）

按语：风、热、燥、寒、湿本是自然界气候变化要素，其太过各有征象，也能显示相应病象，医家据此探求病因病理，不仅强调了病因辨证的要点，而且丰富了"六气为病"的病机学说，如后世将肢体振颤、头目眩晕等症状，视为风象；将皮肤孔窍干涩、大便干

秘的证候，认为内燥所生等，便是其临床运用所得。

要点四　病机十九条

原文：帝曰：愿闻病机何如？岐伯曰：诸风掉眩，皆属于肝。诸寒收引，皆属于肾。诸气膹郁，皆属于肺。诸湿肿满，皆属于脾。诸热瞀瘈，皆属于火。诸痛痒疮，皆属于心。诸厥固泄，皆属于下。诸痿喘呕，皆属于上。诸禁鼓栗，如丧神守，皆属于火。诸痉项强，皆属于湿。诸逆冲上，皆属于火。诸胀腹大，皆属于热。诸躁狂越，皆属于火。诸暴强直，皆属于风。诸病有声，鼓之如鼓，皆属于热。诸病胕肿，疼酸惊骇，皆属于火。诸转反戾，水液浑浊，皆属于热。诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒。诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。(《素问·至真要大论》)

按语：本段所论即“病机十九条”。它是以六气属性、脏腑特点从其病象入手，按五脏六气的特性、特点进行病因、病位、病性的归类分析，以推求其病证的本质属性，即病机，从而为进行正确的防治提供可靠依据。“病机十九条”分析病机的方法有以下几种：

1. 定位

即辨别疾病的病位所在，病机十九条首先提出了五脏的病机，提示定位应以五脏为中心，其次亦可进行上下、六经、营卫气血等的辨别。

2. 求因

即根据疾病表现出的症状特点探求疾病的致病之因，主要是六淫之邪的性质。

3. 辨性

即辨别疾病的寒热虚实。本段给予了辨寒热的方法，同时后文亦要求“盛者则之，虚者则之”。

4. 同中求异，异中求同

病机十九条许多条文的证机之间存在着复杂的交叉关系，提示证机之间的关系存在多向性，因此要善于同中求异，异中求同。

六气病机尚缺燥的病机，金人刘完素在《素问玄机原病式》中补充了“诸涩枯涸，干劲皴揭，皆属于燥”一条，使六淫病机，趋于完整。病机十九条的意义，在于示范临床审机求属的方法，后世则发展为辨证求本。因此，学习病机十九条，着重领会其分析证候、探求病机的方法，而在具体运用时要防止将条文绝对化。

要点五　五脏藏五神及五脏虚实证候

原文：肝藏血，血舍魂，肝气虚则恐，实则怒。脾藏营，营舍意，脾气虚则四肢不用，五脏不安，实则腹胀，经溲不利。心藏脉，脉舍神，心气虚则悲，实则笑不休。肺藏气，气舍魄，肺气虚则鼻塞不利，少气，实则喘喝，胸盈仰息。肾藏精，精舍志，肾气虚则厥，实则胀，五脏不安。(《灵枢·本神》)

按语：《内经》将人的精神活动，约为神、魂、魄、意、志五种，以心总统之，而分属于五脏，即《素问·三部九候论》所说“神脏五”，王冰注曰“五神脏”。五神脏理论将人的精神活动归属于五脏，通过五脏分主及五脏间的阴阳五行制化调节，阐发精神活动机制与规律，为神志疾病的诊断与防治奠定了理论基础。关于本段论述五脏虚实病证，具

体病机需结合脏腑气血阴阳盛衰和致病因素的影响加以分析。其中脾、肾两脏病变可致“五脏不安”，突出了脾为后天之本、肾为先天之本的临床意义。

（翟双庆）

第四单元　病证

要点一　热病治疗大法与饮食宜忌

原文：帝曰：治之奈何？岐伯曰：治之各通其脏脉，病日衰已矣。其未满三日者，可汗而已；其满三日者，可泄而已。帝曰：热病已愈，时有所遗者，何也？岐伯曰：诸遗者，热甚而强食之，故有所遗也。若此者，皆病已衰，而热有所藏，因其谷气相薄，两热相合，故有所遗也。帝曰：善。治遗奈何？岐伯曰：视其虚实，调其逆从，可使必已矣。帝曰：病热当何禁之？岐伯曰：病热少愈，食肉则复，多食则遗，此其禁也。（《素问·热论》）

按语：热病的治疗大法是“各通其脏脉”，以“通”字强调外感热病以祛邪的思想，给邪以出路。“其未满三日者”说明邪仍在三阳之表，采用汗法，以疏通在表被郁之阳，祛其表邪；“其满三日者”，邪热壅积于三阴之里，施行泄法，以泄其里热，祛除里邪。至于外感热病的饮食宜忌，主要是禁多食、肉食，以防热遗与病复发。

要点二　“五脏六腑皆令人咳”的病机

原文：黄帝问曰：肺之令人咳，何也？岐伯对曰：五脏六腑皆令人咳，非独肺也。帝曰：愿闻其状。岐伯曰：皮毛者，肺之合也，皮毛先受邪气，邪气以从其合也。其寒饮食入胃，从肺脉上至于肺，则肺寒，肺寒则外内合邪，因而客之，则为肺咳。五脏各以其时受病，非其时，各传以与之。（《素问·咳论》）

按语：咳嗽是肺的病变，但本段又提出“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”和“五脏各以其时受病，非其时，各传以与之”的理论，从整体观的高度阐明五脏六腑病变皆能影响肺气的宣降而致咳，对临床辨证有一定的指导意义。关于咳证成因，本段指出：一是外感邪气、内伤饮冷的“外内合邪”导致肺咳；二是各季节之淫气，乘主时之五脏，进而传与肺，导致咳。

要点三　行痹、痛痹、着痹的成因

原文：黄帝问曰：痹之安生？岐伯对曰：风寒湿三气杂至合而为痹也。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹也。（《素问·痹论》）

按语：痹的发生是风寒湿三邪杂合侵犯人体，与人体内在的逆乱营卫之气相结合，使机体经络阻滞、营卫之气凝涩、脏腑气血运行不畅所致。其中行痹是感受痹邪以风为主，临床以痠痛、游走无定处为特点的痹证，亦称风痹；痛痹是感受痹邪以寒为主，临床以疼痛剧烈、痛有定处为特点的痹证，亦称寒痹；着痹是感受痹邪以湿为主，临床以痛处重滞固定，或顽麻不仁为特点的痹证，亦称湿痹。

（翟双庆）

第五单元　诊法

要点　辨别阴阳属性的重要性与四诊合参

原文：以我知彼，以表知里，以观过与不及之理，见微得过，用之不殆。善诊者，察色按脉，先别阴阳。审清浊而知部分；视喘息听音声，而知所苦；观权衡规矩，而知病所主；按尺寸，观浮沉滑涩，而知病所生。以治无过，以诊则不失矣。（《素问·阴阳应象大论》）

按语：“善诊者，察色按脉，先别阴阳”，是《内经》提出的中医学诊断纲领。它指导临床以阴阳为纲整理病情资料，进而明确病证的阴阳属性，审证不误，立法、选方、遣药便一以贯之。同时，患者的病理信息达于外者，或有或无、或隐或显，欲通过现于外之病象辨别疾病本质，必须全面、系统收集完整资料，才能分析有据，把握准确。为此，《内经》创造性提出望闻问切四诊之法，发挥视、听、嗅、味、触等所有感官作用，获取有关疾病信息；同时强调必须对这些资料进行综合分析，去粗取精，去伪存真，才能作出正确诊断，这就是四诊合参。

（翟双庆）

第六单元　论治

要点一　正治法与反治法

原文：寒者热之，热者寒之，微者逆之，甚者从之，坚者削之，客者除之，劳者温之，结者散之，留者攻之，燥者濡之，急者缓之，散者收之，损者温之，逸者行之，惊者平之，上之下之，摩之浴之，薄之劫之，开之发之，适事为故。帝曰：何谓逆从？岐伯曰：逆者正治，从者反治，从少从多，观其事也。帝曰：反治何谓？岐伯曰：热因寒用，寒因热用，塞因塞用，通因通用，必伏其所主，而先其所因，其始则同，其终则异，可使破积，可使溃坚，可使气和，可使必已。帝曰：善。气调而得者何如？岐伯曰：逆之从之，逆而从之，从而逆之，疏气令调，则其道也。（《素问·至真要大论》）

按语：正治法、反治法是《内经》重要的治疗法则之一。从脉与证关系、疾病表象与性质关系相顺相逆而言，顺者为微，逆者为甚；从疾病表象与所选药物的属性关系而言“微者逆之，甚者从之”。逆治法称为正治法，从治法称为反治法。在临床治疗中，正治法应用较广，如原文列举的寒者热之，热者寒之，坚者削之，燥者濡之，逸者行之，上之下之，开之发之等，是一种常规治法；而反治法则限定较严，原文提出“热因寒用，寒因热用，塞因塞用，通因通用”四种，是一种变通治法（其中“热因寒用，寒因热用”，程士德《内经讲义》认为当作“热因热用，寒因寒用”，可参）。然而无论正治法还是反治法，都是求本而治，治本之法。

要点二　因势利导治则

原文：病之始起也，可刺而已；其盛，可待衰而已。故因其轻而扬之，因其重而减之，因其衰而彰之。形不足者，温之以气；精不足者，补之以味。其高者，因而越之；其下者，引而竭之；中满者，泻之于内；其有邪者，渍形以为汗；其在皮者，汗而发之；其慓悍者，按而收之；其实者，散而泻之。审其阴阳，以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳，定其血气，各守其乡，血实宜决之，气虚宜掣引之。(《素问·阴阳应象大论》)

按语：因势利导作为《内经》治则之一，本义是顺应事物发展的自然趋势，而加以疏利引导的意思。其在《内经》中内容有三：

1. 根据邪正斗争之盛衰趋势择时治疗

如某些周期性发作性疾病，应在发病前治疗，如本段所云“其盛，可待衰而已”即是。

2. 根据邪气性质及所在部位治疗

如本段“因其轻而扬之，因其重而减之”“其高者因而越之，其下者引而竭之，中满者泻之于内”“其有邪者渍形以为汗，其在皮者，汗而发之”即是根据其邪气性质及所在的部位，加以引导，使邪气从最简捷的途径、以最快的速度排出体外。

3. 根据正气作用的生理趋势

加以引导，协助其使逆乱的阴阳气血恢复生理状态，如本段“气虚宜掣引之”即是。

（翟双庆）

第七单元　养生

要点一　人生长壮老的规律，肾气与生长、发育、生殖的关系

原文：黄帝曰：人年老而无子者，材力尽耶，将天数然也。岐伯曰：女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子；三七，肾气平均，故真牙生而长极；四七，筋骨坚，发长极，身体盛壮；五七，阳明脉衰，面始焦，发始堕；六七，三阳脉衰于上，面皆焦，发始白；七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。丈夫八岁，肾气实，发长齿更；二八，肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子；三八，肾气平均，筋骨劲强，故真牙生而长极；四八，筋骨隆盛，肌肉满壮；五八，肾气衰，发堕齿槁；六八，阳气衰竭于上，面焦，发鬓颁白；七八，肝气衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾脏衰，形体皆极；八八，则齿发去。肾者主水，受五脏六腑之精而藏之，故五脏盛，乃能泻。今五脏皆衰，筋骨解堕，天癸尽矣。故发鬓白，身体重，行步不正，而无子耳。(《素问·上古天真论》)

按语：本段以男八女七为阶段，阐释人的生殖功能盛衰过程，提出肾气自然盛衰规律是决定生殖功能盛衰与机体生长发育的主导因素。先天之精由父母遗传而来，藏于肾，精化为气，乃为先天之真气，即本段之肾气，它又受后天五脏六腑之精滋养。经文论及机体

发育与生殖功能的变化，从男女二七、二八至七七、八八由盛转衰，以“肾者主水”作结，表明肾气的盛衰起着主导作用，此为后世肾主生殖、主生长发育的理论奠定了基础，也为从肾气盛衰探讨衰老原理，从生殖功能状况推断衰老进度，采取节欲保精、防衰缓老等养生方法提供了重要依据。

要点二　养生原则及意义

原文：是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎？(《素问·四气调神大论》)

夫四时阴阳者，万物之根本也，所以圣人春夏养阳，秋冬养阴，以从其根，故与万物沉浮于生长之门。逆其根，则伐其本，坏其真矣。(《素问·四气调神大论》)

故智者之养生也，必顺四时而适寒暑，和喜怒而安居处，节阴阳而调刚柔，如是则僻邪不至，长生久视。(《灵枢·本神》)

按语：本段提出了养生的基本原则。一是“治未病”的预防思想，提倡未病先防，并将其提高到寿夭、健康与疾病的战略高度，是中医养生学说的理论基础。二是强调人与自然环境和谐统一，故有“春夏养阳，秋冬养阴”，“顺四时而适寒暑”，“安居处”之论。三是突出精神、心理健康，如“和喜怒”等。四是贯穿“节阴阳而调刚柔”的守中思想，强调各种养生活动务必做到无太过不及，阴阳协调、刚柔相济。这些养生原则指导着具体养生活动，对中医养生学说的建立具有重要意义。

原文：上古之人，其知道者，法于阴阳，和于术数，食饮有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。今时之人不然也，以酒为浆，以妄为常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持满，不时御神，务快其心，逆于生乐，起居无节，故半百而衰也。夫上古圣人之教下也，皆谓之虚邪贼风，避之有时，恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来。(《素问·上古天真论》)

按语：本段通过对比的方法，强调养生的重要性，并阐述了养生的基本原则与方法。养生原则包括两方面，一是对外顺应自然规律，适应自然环境的变化，避免邪气的侵袭，如“法于阴阳”，“虚邪贼风，避之有时”。二是保持健康的生活方式，如通过调摄情志、饮食起居、劳逸等，使精神守持于内，真气调达和顺，从而突出保养真气，倡导“形与神俱”的健康观。养生方法有五项，一是法于阴阳，如顺应四时昼夜变化调摄身体。二是和于术数，恰当使用修身养性之术，如导引、按跻等。三是食饮有节，注意饮食调养。四是起居有常，使生活有规律。五是不妄作劳，主张劳作适度。

(翟双庆)

伤　寒　论

第一单元　太阳病辨证论治

细目一　太阳病本证

要点一　中风表虚证

桂枝汤证

【原文】太阳中风，阳浮而阴弱，阳浮者，热自发，阴弱者，汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之。(12)

【释义】本条论述太阳中风表虚证治。“阳浮而阴弱”，既指脉象浮缓，又言病机营卫不调，即卫阳浮盛、营阴失守。风寒之邪侵袭人体，体表营卫之气受邪，卫气奋起抗邪，趋向于外，与邪相争则见发热、脉浮，故曰“阳浮者热自发”；卫气受邪，失于固密，营阴不能内守，泄漏于外，则见汗出，故曰“阴弱者，汗自出”；卫气为风寒所袭，失其“温分肉”之职，加之汗出肌疏，故见恶风恶寒。太阳中风为表证，其热不似阳明里热发自于内，其热势不高，故曰“翕翕发热”。太阳中风证表气不和，每每影响里气，致里气不调，肺气不利，则见鼻鸣；胃气上逆，可见干呕等。

桂枝汤方中，桂枝辛温，温经通阳，疏风散寒。芍药酸苦微寒，敛阴和营，二者等量相配，一辛一酸，一散一敛，一开一合，于解表中寓敛汗养阴之意，和营中有调卫散邪之功，调和营卫。因脾胃为营卫生化之本，故又用生姜、大枣益脾和胃。生姜辛散止呕，助桂枝以调卫。大枣味甘，补中和胃，助芍药以和营。姜、枣合用，亦有调和营卫之功。炙甘草补中气且调和诸药，与桂枝、生姜等辛味相合，辛甘化阳，可增强温阳之力；与芍药等酸味相配，酸甘化阴，能增强益阴之功。

要点二　伤寒表实证

1. 麻黄汤证

【原文】太阳病，头痛，发热，身疼，腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。(35)

【释义】本条论太阳伤寒的证治。外邪袭表，正邪交争，表闭阳郁，不得宣泄，故发热；寒邪束表，卫阳被遏，失其温煦之职，故恶风。寒为阴邪，寒性收引，营阴闭郁故无汗。头项腰脊为太阳经脉循行之处，寒邪侵袭太阳经脉，经气运行不畅，故见头痛，腰痛，身疼，骨节疼痛。肺主气，外合皮毛，毛窍闭塞，肺失宣降，肺气不利，故气喘。由于其喘与毛窍闭塞相关，故言“无汗而喘”。因其病机是风寒束表，卫阳被遏，营阴郁滞，经气不利，肺气失宣，故治以麻黄汤发汗解表，宣肺平喘。

麻黄汤方由麻黄、桂枝、杏仁、炙甘草组成。方中麻黄为主药，微苦辛温，发汗解表，宣肺平喘。桂枝辛甘温，解肌祛风，助麻黄发汗。杏仁宣肺降气，助麻黄平喘。炙甘草甘微温，一者调和诸药，二者可缓麻桂之性，防过汗伤正。全方为辛温发汗之峻剂。

2. 大青龙汤证

【原文】太阳中风，脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者，大青龙汤主之。若脉微弱，汗出恶风者，不可服之。服之则厥逆，筋惕肉瞤，此为逆也。(38)

【释义】本条论太阳伤寒兼里热证的证治及大青龙汤的禁忌。“太阳中风”是病因概念，系指风寒之邪伤人肌表，非太阳中风证。发热恶寒，身痛，脉浮紧是典型的伤寒表实证，应予麻黄汤治疗。然“烦躁”一症又与麻黄汤证有别。从“不汗出而烦躁”分析，“不汗出”，既为症状，又成为“烦躁”之因。由于寒邪闭表，阳郁不得宣泄，郁而生热，热邪上扰故“烦躁”。大青龙汤证为表寒里热，表里俱实之证，大青龙汤为发汗峻剂。若表里俱虚者，不得与之。原文言“脉微弱”示其里虚，“汗出恶风者”又为表虚，表里俱虚，则为大青龙汤之禁例。若误服，则亡阳损阴，产生“厥逆，筋惕肉瞤”之变证。大青龙汤证为风寒束表，卫阳被遏，营阴郁滞，内有郁热所致，证属表寒里热，表里俱实，故宜表里两解，重在解表，兼以清热。

大青龙汤由麻黄汤重用麻黄，另加石膏、生姜、大枣组成。方中麻黄用量较麻黄汤多一倍，为发汗峻剂，意在外散风寒，开郁闭之表；加石膏，清郁闭之里；重用炙甘草，加生姜、大枣，和中以滋汗源。麻黄、石膏相配，既相反相成，相互制约，又各行其道，为寒温并用、表里双解之剂。

3. 小青龙汤证

【原文】伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而欬，或渴，或利，或噎，或小便不利、少腹满，或喘者，小青龙汤主之。(40)

【释义】本条论太阳伤寒兼水饮的证治。“伤寒表不解”，除条中所载发热外，应见恶寒、无汗、脉浮紧等；“心下有水气”，是水饮停蓄于心下胃脘部。此处内近肺胃，水饮扰胃，胃气上逆则呕；水寒射肺，肺气失宣则咳。自“或渴”以下，皆为或然症。由于水饮之邪变动不居，可随三焦气机升降出入，或壅于上，或积于中，或滞于下，故其症状也多有变化。水停为患，一般不渴，但饮停不化，津液不滋，也可口渴，但多渴喜热饮，或饮量不多；水走肠间，清浊不分则下利；水寒滞气，气机不利，故小便不利，甚则少腹胀满；水寒射肺，肺气上逆则喘。诸或然症，并非必然出现，但病机关键为水饮内停。本证为外有表寒，内有水饮。故以小青龙汤发汗蠲饮，表里同治。

小青龙汤由麻黄汤、桂枝汤合方去杏仁、生姜，加干姜、细辛、半夏、五味子而成。方中麻黄发汗、平喘、利水，配桂枝则增强通阳宣散之力；芍药与桂枝配伍，调和营卫；干姜大辛、大热，合细辛性温，散寒温肺，化痰涤饮；五味子味酸性温敛肺止咳；半夏味辛性温，降逆止呕，燥湿去痰；炙甘草调和诸药。

细目二　太阳病变证

要点一　太阳蓄水证

五苓散证

【原文】太阳病，发汗后，大汗出，胃中干，烦躁不得眠，欲得饮水者，少少与饮之，令胃气和则愈。若脉浮，小便不利，微热消渴者，五苓散主之。(71)

中风发热，六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入则吐者，名曰水逆，五苓散主之。(74)

【释义】71条论蓄水证的病因、证治及其和胃津不足证的鉴别。太阳病发汗为正治之法，如果汗不如法，或汗之太过，有可能出现两种变化。其一，病人出现烦躁不得眠，口干渴想喝水，为发汗虽使表邪得解，但因汗出太过，损伤胃津，胃中津液一时不足。胃不和则寐不安，津不足自欲饮水以润其燥。对此只需“少少与饮之”，即少量地多次给水，至胃津恢复，胃气调和，可不药而愈。其二，病人表现为脉浮、微热，为汗不如法，表邪不解；口渴多饮，小便不利为太阳表邪循经入腑，膀胱气化失司，水道失调，水蓄于内，不能化为津液上承所致，称为太阳蓄水证。74条论蓄水重证的临床特点和治疗。太阳表证虽然经过六七日，然表证不解而又见烦热和渴欲饮水，是外有表邪，内有蓄水之证，故云“有表里证”。“水入则吐”为水蓄下焦，下窍不利，水邪上逆，遂使胃气亦随之上逆所致，仲景名为“水逆”。太阳蓄水证是因太阳表邪不解，随经入腑，致使水蓄膀胱，气化不利，证属表里同病，而以里之膀胱气化不利为主要病机。治宜通阳化气利水，兼以解表。方用五苓散。

五苓散用猪苓、茯苓、泽泻淡渗利水，用白术健脾燥湿，用桂枝解表邪，兼通阳化气，促进气化，共成外疏内利，表里两解之剂。

要点二　太阳蓄血证

桃核承气汤证

【原文】太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下，下者愈。其外不解者，尚未可攻，当先解其外；外解已，但少腹急结者，乃可攻之，宜桃核承气汤。(106)

【释义】本条论太阳蓄血证热重瘀轻的证治。太阳病发热、恶寒、头痛等表证没有解除。邪气已经化热入里，与血结于下焦膀胱。血热结于下焦，气血凝滞，故见少腹疼痛、胀满、拘急不舒；热在血分，瘀热上扰心神，故见躁动如狂。如果血热初结，病证尚浅，或可有瘀血自下，邪热随血而去，病证自愈的机转。如不能自愈，应遵循先表后里的原则，先行解表，待表证解除后，只见如狂和少腹急结者，可用桃核承气汤泄热化瘀。

桃核承气汤由桃仁、大黄、桂枝、炙甘草、芒硝组成。用硝、黄、草（即调胃承气汤）泄热，加桃仁化瘀，用桂枝疏络通阳，开血热之凝结。

要点三　热证

1. 麻黄杏仁甘草石膏汤证

【原文】发汗后，不可更行桂枝汤，汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁甘草石膏汤。(63)

【释义】本条论邪热壅肺的证治。太阳病，汗下后，若表证未去，宜再用桂枝汤解表。然本条指出汗不可再用桂枝汤，是因下文云“汗出而喘，无大热者”。肺主气而司呼吸，邪热壅肺，宣降失司，故见喘逆；肺合皮毛，热壅于肺，热迫津泄，则有汗出。其“无大热者”，是谓表无大热，而里热壅盛，并非热势不甚。此证尚可伴有咳嗽、口渴、苔黄、脉数等。麻黄汤证与本证皆有喘，麻黄汤证之重点在表，因皮毛为肺之合，伤寒表实而致肺气上逆，故无汗而喘；本证重点在肺，肺热壅盛，则蒸迫津液而外泄，故汗出而喘。因本证不在太阳之表，而是汗后外邪入里化热，热壅于肺，故治当清宣肺热，用麻杏甘石汤。

麻黄杏仁甘草石膏汤为麻黄汤去桂枝加石膏，是变辛温发表之法，而为辛凉宣透之方。方中麻黄辛温宣肺定喘，石膏辛寒直清里热。麻黄配石膏，清宣肺中郁热而定喘逆，而且石膏用量倍于麻黄，故可借石膏辛凉之性，以制麻黄辛温发散之力，又能外透肌表，使邪无复留。杏仁宣肺降气而治咳喘，协同麻黄更增平喘之效。甘草和中缓急，调和诸药。四药相伍，宣肺清热、降逆平喘。

2. 葛根黄芩黄连汤

【原文】太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也；喘而汗出者，葛根黄芩黄连汤主之。(34)

【释义】本条论里热夹表下利的证治。太阳病，桂枝证，当用汗解，若用攻下，是属误治。“利遂不止”，乃误下后损伤胃肠，邪气内陷所致。“脉促”，即脉数而急促，反映人体阳气盛，有抗邪达表之势，表邪未能全部内陷，故曰“表未解”。既有表邪未解，又有里热下利，故可称之为里热夹表邪的下利，即“协热下利”。肠热上攻，表热内迫，肺气不利，故喘；里热迫津外泄，故汗出。下利既然是由热邪下迫所致，则具备大便臭秽、肛门灼热、小便短黄等热证特征。治用葛根黄芩黄连汤清热止利，兼以解表。

葛根黄芩黄连汤为表里双解之剂。方用葛根轻清升发，升津止利，又可透邪；黄芩、黄连苦寒清热，厚肠胃，坚阴止利；炙甘草甘缓和中，调和诸药。四药配伍，清热止利，坚阴厚肠，兼以透表。故无论有无表证，均可用之。

要点四　脾虚证

小建中汤证

【原文】伤寒二三日，心中悸而烦者，小建中汤主之。(102)

【释义】本条论述了伤寒里虚，心中悸而烦的证治。伤寒二三日，尚为新病，当见发热恶寒无汗等症，未经误治即见心悸而烦，说明其人里气先虚，心脾不足、气血双亏，复被邪扰。里虚邪扰，气血不足，心无所主则悸，邪扰神志不宁则烦。治此证者不可攻邪，但建中补虚，益气血生化之源，正气充盛，则邪气自退，烦悸自止。故治宜小建中汤建中

补虚，调补气血，安内攘外。

小建中汤由桂枝汤倍用芍药加饴糖组成。方中重用饴糖甘温补中，配以甘草、大枣补益脾胃，安奠中州，中气得复则气血生化有源；倍用芍药配甘草、大枣酸甘化阴，以养血和营，缓急止痛；桂枝、生姜温通心脾阳气，与甘草相合，辛甘化阳以温阳养心；诸药协同，共起建中补虚而气血阴阳双补，具平衡阴阳、协调营卫、缓急止痛等多种作用。中气建则邪自解，实有安内攘外之功。

要点五　阴阳两虚证

炙甘草汤证

【原文】伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。(177)

【释义】本条论述了心阴阳两虚的证治。本条冠以“伤寒”，当知本病成因为外感病，若病在太阳，当见发热恶寒、脉浮等表证。今不见发热恶寒，脉不浮而结代，并见心动悸，说明病始为太阳而渐内累于心，今外邪已罢，仅存里虚之证。心主血脉，赖阳气以温煦、阴血以滋养，心阴阳气血不足，则心失所养，故见心动悸；心阳虚鼓动无力，心阴虚脉道不充，心之阴阳俱不足故脉结代。治宜炙甘草汤补阴阳，调气血以复脉。

炙甘草汤方由炙甘草、生姜、人参、生地黄、桂枝、阿胶、麦门冬、麻仁、大枣和清酒组成。方中重用炙甘草补中益气，以充气血生化之源，合人参、大枣补中气，滋化源，气足血生，以复脉之本；生地、麦冬、阿胶、麻仁养心阴，补心血，以充血脉；然阴无阳则无以化，故用桂枝、生姜宣阳化阴，且桂枝、甘草相合辛甘化阳，以温通心阳，加清酒振奋阳气，温通血脉。诸药合用，阳生阴长，阴阳并补，共奏通阳复脉，滋阴养血之功。

要点六　热实结胸证

小陷胸汤证

【原文】小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。(138)

【释义】本条论小结胸病的证治。本病多为伤寒表邪入里，或表证误下，邪热内陷与痰相结而成。小结胸病变范围比较局限，正在心下，提示痞硬胀满仅在心下胃脘部。按之则痛，不按不痛，临证虽也有不按也痛者，但疼痛程度较轻，绝不会出现石硬拒按，手不可近的状况，说明邪热较轻，结聚不深。脉浮主热，也示病位较浅；脉滑主痰，也主热。脉浮滑既是小结胸病的主脉，也提示了小结胸病的主要病机是痰热相结。由于痰热互结于心下，本证临床除正在心下，按之则痛的证候特征外，还可伴有胸膈满闷，咳吐黄痰，恶心呕吐等痰热在上气逆不降的症状，治疗宜清热涤痰开结。方用小陷胸汤。

小陷胸汤由黄连、半夏、瓜蒌三味药组成。黄连苦寒，清泄心下之热结；半夏辛温，化痰涤饮，消痞散结；瓜蒌实甘寒滑润，既能助黄连清热泻火，又能助半夏化痰开结，同时还有润便导下的作用。三药合用，使本方具有辛开苦降，清热涤痰开结的功效。

要点七　痞证

1. 半夏泻心汤证

【原文】伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具，而以他药下之，柴胡证仍在者，复

与柴胡汤。此虽已下之，不为逆。必蒸蒸而振，却发热汗出而解。若心下满而鞕痛者，此为结胸也，大陷胸汤主之。但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之也，宜半夏泻心汤。(149)

【释义】本条辨少阳证、大结胸证及痞证。伤寒，病本在表，经五六日，邪气有内传之机，症见“呕而发热者”，说明邪传少阳。少阳属胆与三焦，凡阳经为病，必见发热。邪在胆，逆在胃，胃气上逆则作呕，故发热而呕是少阳主症，即“柴胡汤证具”。病在少阳，治宜和解，而医误行泻下，从而发生以下三种转归：①柴胡证仍在，说明其人正气较盛，未因误下而引邪内陷形成坏病，故曰“此虽已下之，不为逆”，可复与柴胡汤。但误下毕竟正气受挫，服柴胡汤后，正气得药力之助而奋起抗邪，可出现“蒸蒸而振，却发热汗出而解”的战汗。②变为大陷胸汤证，若其人素有水饮内停，少阳病误下后，邪热内陷，与水饮结于胸膈，则成心下满而硬痛的结胸证，当以大陷胸汤泄热逐水破结。③成为半夏泻心汤证，若其人内无痰水实邪，误下后损伤脾胃之气，少阳邪热乘机内陷，致寒热错杂于中，脾胃升降失常，气机痞塞，形成心下痞，满而不痛的痞证。此之痞满在于心下，不在胸胁，是中焦气机痞塞，非为少阳半表半里之邪不解，故不能再用柴胡汤，可用半夏泻心汤和中降逆消痞。“但满而不痛”，是痞证的辨证眼目。由于本条之心下痞是由寒热之邪痞塞中焦，脾胃升降失和所致，故当兼见恶心、呕吐等胃气不降之症，及肠鸣、下利等脾气不升之症。《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》谓：“呕而肠鸣，心下痞者，半夏泻心汤主之。”是对本条痞证的补充，也是将半夏泻心汤证列为呕利痞的主要依据。

半夏泻心汤由半夏、干姜、黄连、黄芩、人参、甘草、大枣七味药组成。本证以呕吐为主症，故方以半夏为君，并以之为名，和胃降逆止呕，合干姜之辛温，温中散寒，消痞结。黄连、黄芩苦寒泄降，清热和胃，泄其满。佐以人参、甘草、大枣甘温调补，补脾胃之虚以复其升降之职。全方寒温并用，辛开苦降，攻补兼施，阴阳并调，是为和解之剂。本方取去滓再煎之法，意在使药性和合，作用协调，并行不悖，而利于和解。

2. 旋覆代赭汤证

【原文】伤寒发汗，若吐若下，解后，心下痞鞕，噫气不除者，旋覆代赭汤主之。(161)

【释义】本条论述肝气犯胃，胃虚痰阻证的证治。伤寒发汗，乃正治之法，或吐或下，则为误治。所谓解后，是指表邪已解，但脾胃气伤，脾胃运化腐熟功能失常，痰饮内生，阻于心下，胃气不和，气机痞塞，故心下痞硬。胃气已虚，兼之土虚木乘，肝胃气逆，则噫气不除。治宜旋覆代赭汤和胃化痰、镇肝降逆。

旋覆代赭汤中旋覆花苦辛而咸，主下气消痰，降气行水；代赭石苦寒入肝，镇肝降逆；二者相合，下气消痰，镇肝胃之虚逆，为本方之主药。半夏与较大剂量的生姜为伍，和胃降逆化痰；人参、甘草、大枣补中益气，扶脾胃之虚。诸药配合，除痰下气，而消痞止噫。本方也取去滓再煎，意与半夏泻心汤相同。

（郭华）

第二单元　阳明病辨证论治

细目一　阳明病本证

要点一　阳明病热证

白虎加人参汤证

【原文】服桂枝汤，大汗出后，大烦渴不解，脉洪大者，白虎加人参汤主之。(26)

伤寒若吐若下后，七八日不解，热结在里，表里俱热，时时恶风，大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升者，白虎加人参汤主之。(168)

伤寒，无大热，口燥渴，心烦，背微恶寒者，白虎加人参汤主之。(169)

伤寒脉浮，发热无汗，其表不解，不可与白虎汤。渴欲饮水，无表证者，白虎加人参汤主之。(170)

【释义】论胃热弥漫，津气两伤的证治。本证为邪入阳明化热，进而耗伤气阴所致。热结在里，表里俱热，是阳明胃热炽盛，里热外蒸，邪热弥漫周身，充斥内外的表现。大汗出是里热逼迫津液外泄所致。大烦渴不解；舌上干燥而烦，欲饮水数升；口燥渴；渴欲饮水，口干舌燥，是里热伤津，津伤则引水自救，故见口渴；热盛耗气，气伤则不能将水化为津液，故饮水数升而口渴不解。脉洪大是里热炽盛，气血鼓动之征。背微恶寒和时时恶风，是汗出肌疏，津气两伤，不胜风袭所致。证为胃热弥漫、津气两伤，治用白虎加人参汤清热、益气、生津。

白虎加人参汤由知母、石膏、炙甘草、人参、粳米组成。用白虎汤辛寒清热，用人参益气生津。

要点二　阳明病实证

1. 调胃承气汤证

【原文】阳明病，不吐不下，心烦者，可与调胃承气汤。(207)

太阳病三日，发汗不解，蒸蒸发热者，属胃也，调胃承气汤主之。(248)

伤寒吐后，腹胀满者，与调胃承气汤。(249)

【释义】此三条论述阳明燥热证的证治。太阳病或汗或吐后，邪气传入阳明化热成燥；或阳明经表受邪，邪气循经入里化热成燥而形成本证。因阳明燥热上扰心神，故心烦；里热炽盛，故蒸蒸发热；燥实内结，腑气不通，故腹胀满。综合以上三条，调胃承气汤证当见心烦、蒸蒸发热、腹胀满，其病机当是邪热与阳明糟粕初结，里热炽盛为主、腑气不畅为辅。治以调胃承气汤泄热和胃，润燥软坚。

调胃承气汤由甘草、芒硝、大黄组成。大黄苦寒，攻积导滞，荡涤肠胃，推陈致新，泄热去实。芒硝咸寒辛苦，润燥软坚，泄热导滞。硝黄合用，清胃热，和胃燥，泄热通

便。妙在甘草一味，甘缓和中，既可缓硝黄峻下之力，使之作用于胃，又可护胃和中，使燥热邪气去而不损中州正气。

2. 小承气汤证

【原文】阳明病，其人多汗，以津液外出，胃中燥，大便必鞕，鞕则谵语，小承气汤主之。若一服谵语止者，更莫复服。(213)

阳明病，谵语发潮热，脉滑而疾者，小承气汤主之。(214 上)

太阳病，若吐、若下、若发汗后，微烦，小便数，大便因鞕者，与小承气汤，和之愈。(250)

【释义】此三条论阳明燥结证的证治。太阳病汗、吐、下后，津液受伤，邪气入里，从阳明燥化；或是阳明病，其人多汗，伤津化燥成实而形成本证。多汗是里热迫津外泄的表现。汗出太多，津液耗伤，邪气化燥成实，燥实结滞，故大便结硬。心烦、谵语为阳明燥热秽浊之气循经上扰心神所致。阳明燥热逼迫津液偏渗，从小便数多一症，可知津液不能还入胃肠，大便必然硬结。阳明之气旺于日晡所，当阳明燥热内盛时，每于日晡前后正邪斗争激烈，而见发潮热。以上诸证颇类似大承气汤证，但因其脉滑而疾而不是脉沉实，犹恐燥实敛结程度尚浅，故不敢冒然投用大承气汤，而试投小承气汤治之。由于证为里热燥结，气滞胃肠所致，证属里热腑实证，故治宜通便导滞，行气除满。

小承气汤由大黄、厚朴、枳实组成。大黄苦寒，泄热去实、推陈致新。厚朴苦辛而温，行气除满。枳实苦而微寒，理气消痞。三药合用，共成通便导滞之剂。本方不用芒硝而用枳、朴，泄热之力较调胃承气为弱，但通腑之力又较调胃承气为强。但所用枳、朴之量，较大承气汤为小，又无芒硝，故泄热或通腑之力，皆逊于大承气汤，因此名曰小承气。

3. 大承气汤证

【原文】阳明病，下之，心中懊侬而烦，胃中有燥屎者，可攻……若有燥屎者，宜大承气汤。(238)

病人不大便五六日，绕脐痛，烦躁，发作有时者，此有燥屎，故使不大便也。(239)

阳明病，谵语，有潮热，反不能食者，胃中必有燥屎五六枚也；若能食者，但鞕耳。宜大承气下之。(215)

大下后，六七日不大便，烦不解，腹满痛者，此有燥屎也。所以然者，本有宿食故也，宜大承气汤。(241)

病人小便不利，大便乍难乍易，时有微热，喘冒不能卧者，有燥屎也，宜大承气汤。(242)

伤寒，若吐若下后，不解，不大便五六日，上至十余日，日晡所发潮热，不恶寒，独语如见鬼状。若剧者，发则不识人，循衣摸床，惕而不安，微喘直视，脉弦者生，涩者死。微者，但发热谵语者，大承气汤主之。若一服利，则止后服。(212)

【释义】以上数条论阳明燥热实邪内结的证治。伤寒吐下后，津液被伤，邪气传入阳明化燥化热；或阳明经脉受邪，邪气循经入里化燥化热；或素有食积内停，邪气与食积结合，化燥化热，皆可形成本证。综合大承气汤适应证的原文，其主症和病机主要是：日晡所发潮热，提示阳明之热和阳明糟粕相结，热邪已经内收内敛，致使其他时间发热并不明

显，而阳明阳气旺于日晡所，此时正邪斗争激烈，发热则会明显增高，每日如此，故称发潮热。阳明经别上通于心，阳明燥热循经上扰心神，使心主神志和心主言的功能失常，轻则致谵语、烦躁、烦不解、心中懊恼；重则热盛神昏而见独语如见鬼状、不识人；津竭正衰，心神失养还可导致循衣摸床，惕而不安的危象。身重是阳热壅滞经脉所致；微喘、喘冒不能卧，是阳明燥热耗伤肺气，肺虚气逆并有燥热迫肺的表现；腹胀满、绕脐痛、腹满痛，为燥热实邪阻滞阳明，腑气壅遏，当见腹满疼痛而拒按。燥热实邪阻结，则大便难、大便硬、不大便、有燥屎；燥热下迫，则大便乍易。邪热伤津，津液不足，则小便不利；实热壅滞，腑气闭阻，则不能食。本证属阳明燥热内盛，腑气壅滞，是阳明腑实证中病情最重者。治以大承气汤攻下实热，荡涤燥结。

大承气汤由大黄、厚朴、枳实、芒硝组成。大黄攻积导滞，荡涤肠胃，推陈致新，泄热去实。芒硝润燥软坚，泄热导滞。枳实理气消痞。厚朴利气消满。共成攻下实热、荡涤燥结之峻剂。

细目二　阳明病变证

要点　湿热发黄证

茵陈蒿汤证

【原文】阳明病，发热，汗出者，此为热越，不能发黄也。但头汗出，身无汗，剂颈而还，小便不利，渴引水浆者，此为瘀热在里，身必发黄，茵陈蒿汤主之。(236)

伤寒七八日，身黄如橘子色，小便不利，腹微满者，茵陈蒿汤主之。(260)

阳明病，无汗，小便不利，心中懊侬者，身必发黄。(199)

【释义】此三条论述湿热发黄的证治。236条所言阳明病发热汗出，是邪热得以向外发散，湿不得与热邪相结，故不能发黄。若发热仅伴有头汗出，颈以下无汗，说明热不能随汗而畅泄；又见小便不利，说明湿不得下行，湿热二邪相合于内，熏蒸肝胆，疏泄失常，胆汁外溢，故见发黄，其黄色鲜明如橘子色。湿热交阻，气化不利，津液不布，更因热伤津液，故见渴引水浆。湿热蕴结中焦，气机阻滞，可见腹满，湿热邪气上扰心神，故心中懊侬，本证病机为湿热蕴结，并兼有腑气壅滞，故治用茵陈蒿汤，清利湿热，通腑退黄。

茵陈蒿汤由茵陈蒿、栀子、大黄组成。方中茵陈蒿为主药，苦寒清热利湿，并有疏利肝胆、退黄的作用。栀子苦寒，清泄三焦而利小便，大黄苦寒，泄热行瘀，兼有利胆退黄的作用。三药合用，使大小便通利，湿热尽去，且取效甚捷。

(郭华)

第三单元　少阳病辨证论治

细目一　少阳病本证

要点　少阳病本证

小柴胡汤证

【原文】伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞鞕，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微热，或咳者，小柴胡汤主之。(96)

【释义】本条论少阳的主症与治法方药。太阳病伤寒或中风，约过了五六日之后，出现往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕等症，这说明太阳表证已罢，邪入少阳。少阳为半表半里，少阳受邪，枢机不利，正邪分争，进退于表里之间，正胜则发热，邪胜则恶寒，邪正交争，互有胜负，呈现寒去热来，寒热交替，休作有时，故称谓往来寒热。足少阳之脉，下胸中，贯膈，络肝属胆，循胁里。邪犯少阳，经气不利，故见胸胁苦满。肝胆气郁，疏泄失职，故神情默默而寡言。胆热内郁，影响脾胃，脾失健运则不欲饮食。胆火内郁，上扰心神则心烦。胆热犯胃，胃失和降则喜呕。以上四症充分反映少阳病胆热内郁、枢机不利、脾胃失和的病机特点，治当和解少阳、畅达气机，使邪去病解，方用小柴胡汤。少阳手足两经，络属胆与三焦，少阳之位，在表里之间，邪犯少阳，胆火内郁，三焦不利，内外失和，故其病变可及表里内外，上下三焦出现或然之症。如邪郁胸胁，未犯胃腑，则胸中烦而不呕；邪热伤津则口渴；少阳胆腑气郁较甚，经气郁结较重则胁下痞硬；邪犯少阳，三焦不利，气化失职，水气内停，水停心下则心下悸；水停下焦则小便不利；表邪未解，津液未伤则不渴，身有微热；寒饮犯肺，肺气上逆则咳。以上诸症，总以胆热内郁、枢机不利、三焦失畅、脾胃失和为主要病机，故仍当以小柴胡汤加减化裁治之。

小柴胡汤为和解少阳之主方。方中柴胡气质轻清，味苦微寒，可疏解少阳，使少阳邪热外解；黄芩苦寒，气味较重，清泄邪热，可使少阳胆腑邪热内消。柴、芩合用，外透内泄，可以疏解少阳半表半里之邪。按剂量分析，柴胡重于黄芩，其外透之力强于内泄之功。半夏、生姜调和胃气，降逆止呕。人参、炙甘草、大枣益气和中，扶正祛邪，使中土健旺，不受木邪之害。方中既有柴、芩苦寒清降；又有姜、夏辛开散邪，复有参、枣、草之甘补调中。药共七味，寒温并用，升降协调，攻补兼施，有和解少阳、疏利三焦、调达上下、宣通内外、和畅气机之作用，故为和解之良方。本方用去滓再煎之法，乃因方中药性有寒温之差，味有苦、辛、甘之异，功用又有祛邪扶正之别，去滓再煎可使诸药气味醇和，有利于透邪外达，而无敛邪之弊。

细目二　少阳病兼变证

要点一　少阳病兼变证

大柴胡汤证

【原文】太阳病，过经十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，先与小柴胡。呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤，下之则愈。(103)

【释义】论述少阳病兼阳明里实的证治。太阳表证已罢，邪已传入少阳，谓之“过经”。病入少阳，当以和解为主，汗、吐、下之法均属禁忌。今反二三下之，是为误治，误治可能产生变证。但从后四五日柴胡证仍在，表明邪气并未因下而内陷，邪仍在少阳，故先与小柴胡汤以和解少阳。服小柴胡汤后，如枢机运转，病即可愈；但服后病未好转，而反加重，由喜呕变为“呕不止”，此乃邪热不解，内并阳明，热壅于胃，胃气上逆所致；由胸胁苦满变为“心下急”，是邪入阳明，胃热结聚，气机阻滞所致；由心烦而变为“郁郁微烦”，是气机郁遏，里热渐甚。从呕不止、心下急、郁郁微烦说明邪由少阳误治，化燥成实，兼入阳明。少阳证不解，则不可下，而阳明里实，又不得不下，遂用大柴胡汤和解与通下并行，双解少阳、阳明之邪。

本方为小柴胡汤与小承气汤合方加减而成。方中柴胡、黄芩疏利少阳，清泄郁热；芍药缓急止痛；半夏、生姜降逆止呕；枳实、大黄利气消痞，通下热结；大枣和中。诸药配合，共奏和解少阳、通下里实之功，实为少阳、阳明双解之剂。

(郭华)

第四单元　太阴病辨证论治

细目　太阴腹痛证

要点　太阴腹痛证

桂枝加芍药汤证

【原文】本太阳病，医反下之，因尔腹满时痛者，属太阴也，桂枝加芍药汤主之。(279)

【释义】本条论太阳病误下邪陷太阴的证治。太阳病当用汗法，禁用攻下，今不当下而误下，故曰“反”。误下伤脾，脾伤运化失职，气机壅滞则腹满；血脉不和，经络不通则腹痛，因病位在脾，故曰“属太阴也”。然此虽属太阴，却与太阴病本证不同，彼为脾阳不足，寒湿内盛所致，故除见腹满时痛外，更见食不下，呕吐，下利等，当用理中汤治疗；而本证仅见腹满时痛，余症不显，为脾伤气滞络瘀所致，故治以通阳益脾，活络止

痛，方用桂枝加芍药汤。

本方是由桂枝汤原方倍用芍药组成，虽只有一味药量不同，方义却有很大差别。本方用桂枝配合甘草辛甘化阳，通阳益脾；生姜与大枣合用亦能辛甘合化，补脾和胃；重用芍药取其双重作用，一者与甘草配伍，缓急止痛，再者活血和络，经络通则满痛止，故用于腹满时痛十分恰当。

（郭华）

第五单元　少阴病辨证论治

细目一　少阴病本证

要点一　少阴寒化证

1. 四逆汤证

【原文】少阴病，脉沉者，急温之，宜四逆汤。(323)

【释义】本条论述少阴病脉沉，治宜急温。条文以脉代证，提示少阴病施治宜早，切勿拖延。仅言脉沉，尚未至脉微或脉微欲绝，说明虽已显示少阴不足，但阳虚并不太甚，厥逆吐利诸典型的少阴里虚寒证尚未出现。此时强调“急温”是因为病入少阴，涉及根本，阳亡迅速，死证太多。故少阴之治，贵在及早。当脉沉显示阳虚征兆时，即当急温，以防亡阳之变。一旦延误施治，则吐利厥逆诸症接踵而至，治亦晚矣。本条体现了中医“治未病”的预防治疗学思想，值得重视。

四逆汤由干姜、附子、甘草组成。方中附子温肾回阳，干姜温中散寒，两药合用，增强回阳之力，炙甘草温补调中，三药相须为用，为回阳救逆之代表方。

2. 真武汤证

【原文】少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此为有水气，其人或咳，或小便利，或下利，或呕者，真武汤主之。(316)

【释义】本条论少阴阳虚水泛的证治。316 条为少阴病二三日不已，至四五日，邪气渐深，肾阳日亏，阳虚寒盛，水气不化，泛溢为患。水气浸渍肌肉，则四肢沉重疼痛；浸渍胃肠则腹痛下利；水气内停，阳虚气化不行则小便不利。水饮随气机升降，变动不居，上逆犯肺，肺气不利则咳，水气犯胃，胃气上逆则呕。肾主二便，肾阳亏虚，失于固摄则下利加重，不能制水则小便清长。本证属肾阳虚衰，水气泛滥，故用真武汤温阳化气行水。

真武汤由茯苓、芍药、白术、生姜、炮附子组成。附子壮肾阳，补命火，使水有所主；白术燥湿健脾，使水有所制；生姜宣散，佐附子助阳、消水；茯苓淡渗，佐白术健脾利水；芍药活血脉，利小便，又可敛阴和营制姜附刚燥之性，使之温经散寒而不伤阴。诸药合之，共奏温阳利水之效。

要点二　少阴热化证

1. 黄连阿胶汤证

【原文】少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。(303)

【释义】论少阴阴虚火旺，心肾不交的证治。由于素体少阴阴虚阳亢，外邪从阳化热，肾阴不足，不能上济心火，心火亢盛，心肾不交，则见心中烦，不得卧。还应当伴见口燥咽干，舌红少苔，脉细数等。治用黄连阿胶汤滋阴清火，交通心肾。

黄连阿胶汤由黄连、黄芩、芍药、鸡子黄、阿胶组成。黄连、黄芩清心火，以除炎上之热；阿胶、鸡子黄滋肾阴、养心血，以补阴涵阳；芍药与芩、连相配，酸苦涌泄以清火，与阿胶、鸡子黄相配，酸甘化阴以滋液。共成滋阴清火，交通心肾之剂。

2. 猪苓汤证

【原文】少阴病，下利六七日，咳而呕渴，心烦不得眠者，猪苓汤主之。(319)

若脉浮，发热，渴欲饮水，小便不利者，猪苓汤主之。(223)

【释义】此2条论阴虚水热互结的证治。本证成因有二，一是素体少阴阴虚阳盛，邪从热化，热与水结而成。二是阳明经热误下伤阴，邪热和水结于下焦而成。邪气来路虽不同，但均致阴虚水热互结证。肾阴虚于下，心火亢于上，心肾不交，火水未济，则可见心烦，不得眠。水热互结，津液不化，又有阴虚津乏，则见口渴；水热互结，气化不利，症见小便短赤频数，尿道涩痛，小便不利。水热互结，水邪偏渗大肠，或可见下利；水邪上逆犯肺，肺气上逆，或可见咳；水邪上逆犯胃，胃气上逆，或可见呕吐。证属阴虚水热互结，治用猪苓汤育阴清热利水。

猪苓汤由猪苓、茯苓、泽泻、阿胶、滑石组成，猪苓、茯苓、泽泻淡渗利水，阿胶滋阴，滑石清热利窍，共成育阴清热利尿之剂。

细目二　少阴兼变证

要点一　兼表证

麻黄细辛附子汤证

【原文】少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄细辛附子汤主之。(301)

【释义】本条论少阴寒化兼表的证治。少阴寒化不应发热，今始得之即出现发热，故谓之“反发热”，乃少阴阳虚复感外邪所致。因证兼太阳之表，除发热外，当有无汗恶寒，头痛等症。然太阳病发热，其脉当浮，今脉不浮而沉，知非纯为太阳表证。脉沉主里为少阴里虚寒之征象。323条“少阴病，脉沉者，急温之”可证。总之本证为少阴寒化兼太阳表证，法当表里双解，用麻黄附子细辛汤温阳解表。

麻黄细辛附子汤中麻黄发汗解表；附子温经扶阳；细辛辛温雄烈，通达内外，外助麻黄解表，内合附子温阳。三药合用，共奏温经解表之效。

要点二　疑似证

四逆散证

【原文】少阴病，四逆，其人或欬，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者，四逆散主之。(318)

【释义】本条论阳郁厥逆的证治。本证只提“四逆”主症，他症皆称或然症，知“四逆”是本证辨证指征。少阴寒化证，阳虚不温四肢，易见四逆，证属虚寒。而本证的“四逆”是肝郁气滞，阳气内郁不达四肢而致，证属实属郁。证同而病机不同，故特提“四逆”以示虚、实之别。因阳气郁遏，气机不畅，故可见诸多或然证。若兼肺寒气逆，则为咳；心阳不足则为悸；气化不行，则小便不利；阳虚中寒，则腹中痛；兼中寒气滞，则泄利下重等等，不一而足。总之，本证病机为阳郁，非阳虚，故治不用回阳救逆的四逆汤而用宣通阳气、疏达郁滞的四逆散。

四逆散由柴胡、枳实、芍药、甘草组成。方中柴胡疏肝解郁，透达阳气；芍药苦泄破结，通络止痛；枳实导滞行气；甘草调和诸药。共奏疏畅气机，透达郁阳之功。若咳，加干姜、五味子温肺敛气；心悸，加桂枝温壮心阳；小便不利，加茯苓淡渗利湿；腹中痛，加附子温阳止痛；泄利下重，加薤白通阳行滞。

（郭华）

第六单元　厥阴病辨证论治

细目　厥阴病本证

要点一　寒热错杂证

乌梅丸证

【原文】蛔厥者，其人当吐蛔，今病者静，而复时烦者，此为脏寒，蛔上入其膈，故烦，须臾复止，得食而呕，又烦者，蛔闻食臭出，其人常自吐蛔。蛔厥者，乌梅丸主之。又主久利。(338)

【释义】本条论蛔厥的证治。蛔厥证因蛔虫内扰所致，有时作时止的特点，且常有吐出蛔虫的病史，故曰“今病者静，而复时烦”，“其人当吐蛔”。因病人脾虚肠寒，蛔虫不安其位，内扰上窜，产生剧烈疼痛，而使病人烦躁不宁。若蛔虫内伏不扰，则疼痛、烦躁消失，故称“须臾复止”。若病人进食，则可引起蛔虫扰动，不仅疼痛又生而烦躁，且可致胃失和降而发生呕吐，蛔虫有可能随之吐出。蛔厥证的治疗，当用清上温下，安蛔止痛的乌梅丸。

乌梅丸由乌梅、细辛、干姜、黄连、当归、炮附子、蜀椒、桂枝、人参、黄柏组成。方中重用乌梅，并用醋渍，更增其酸性，为安蛔止痛之主药。用苦寒之黄连、黄柏，以清上热；用辛热之细辛、干姜、附子、蜀椒、桂枝，取其气辛以伏蛔，温以祛下寒；用人参、

当归益气养血；米饭、蜂蜜和胃缓急。全方酸苦辛甘并投，寒温攻补兼用，为清上温下、安蛔止痛之要方，亦可治寒热错杂、虚实互见之“久利”，实为厥阴病寒热错杂证之主方。

要点二　厥阴病寒证

1. 当归四逆汤证

【原文】手足厥寒，脉细欲绝者，当归四逆汤主之。(351)

【释义】本条论血虚寒厥的证治。脉细欲绝，即脉细如发如丝，主肝血虚少，脉道不充，血脉不利；因此其手足厥寒，当是肝血不足，四末失养，复感寒邪，寒凝经脉所致。既可以称其为血虚寒厥证，又可以称其为血虚经寒证。治以当归四逆汤养血通脉，温经散寒。由于患者血虚寒凝部位的不同，也可出现相应的临床表现：若寒滞经脉，留于关节，则四肢关节疼痛，或身痛腰痛；若寒凝胞宫，则见月经后期，经期腹痛，经血量少色黯；若寒凝腹中，则脘腹冷痛。症状虽异，病机则一，故皆可选用当归四逆汤为主方治疗。

当归四逆汤即桂枝汤去生姜，倍用大枣加当归、细辛、通草而成。当归补肝养血，又能行血，为本方君药。配桂枝温经通阳，芍药和营养血，细辛温散血中之寒邪，通草通行血脉，大枣、甘草益脾养营。诸药相合，养血通脉，温经散寒。

2. 吴茱萸汤证

【原文】干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之。(378)

【释义】本条论肝寒犯胃，浊阴上逆的证治。厥阴肝寒犯胃，胃失和降则干呕。肝寒犯胃，胃寒饮停，泛溢于口，则吐清涎冷沫。厥阴肝经与督脉会于颠顶，阴寒循经上攻，故见头痛以颠顶为甚。证属肝寒犯胃，浊阴上逆，治以吴茱萸汤暖肝、温胃、降浊。

吴茱萸汤由吴茱萸、生姜、人参、大枣组成。吴茱萸暖肝胃，散阴寒，下气降浊，为方中主药。重用生姜温胃化饮，降逆止呕。配人参、大枣，补虚和中，共成温中祛寒、降逆和胃的良方。

要点三　厥阴热利

白头翁汤证

【原文】热利下重者，白头翁汤主之。(371)

下利，欲饮水者，以有热故也，白头翁汤主之。(373)

【释义】此2条论述了厥阴热利的证治。“热利”是指热性下利而言。“下重”即里急后重，表现为腹痛急迫欲下，而肛门重坠难出。由于肝热下迫大肠，湿热内蕴，气滞壅塞，秽浊郁滞，欲出不得所至。由于湿热之邪郁遏不解，损伤肠道络脉，化腐成脓，则便中往往夹有红白黏液或脓血。这种热利多属痢疾。因证属肝经湿热下迫大肠，故常伴有身热、渴欲饮水、舌红、苔黄腻等热象，治宜白头翁汤清热燥湿，凉肝止利。

本方中白头翁味苦寒，善清肠热而治毒痢，又能疏肝凉血，是治疗热毒赤痢之要药。秦皮味苦寒，能清肝胆及大肠湿热，与白头翁配伍清热解毒，凉血止痢。佐以黄连、黄柏清热燥湿，坚阴厚肠。四药相合，共奏清热燥湿、凉肝解毒、坚阴止利之功。

（郭华）

第七单元　霍乱病辨证论治

细目　霍乱病辨治

要点　霍乱病辨治

理中丸证

【原文】霍乱，头痛发热，身疼痛，热多欲饮水者，五苓散主之；寒多不用水者，理中丸主之。(386)

【释义】本条论霍乱病表里寒热不同的证治。既言霍乱，必有卒然吐利，若又见头痛、发热、身疼痛等症，是属霍乱兼表证，若吐利兼见脉浮发热、头痛身疼、小便不利、渴欲饮水者，是病证偏表为主，然则表邪内外相干，胃肠功能逆乱，故发吐利。惟其吐利，清浊不分，三焦水道不利，津液运行失常，既不能上承于口，又不能下输出膀胱，但浸渍胃肠，故常兼见口渴、小便不利，宜用五苓散外疏内利、表里双解。若吐利甚而寒多不渴，说明病证属里属阴。此乃中焦阳虚、寒湿内阻、清气不升、浊气上逆，其证当伴见腹中冷痛、喜温喜按、舌淡苔白、脉缓弱等。因其表里同病，但以里虚寒证为急，故以理中汤（丸）温中散寒、健脾燥湿。

理中丸用人参、炙甘草健脾益气，干姜温中散寒，白术健脾燥湿。脾阳得运，寒湿可去，则中州升降调和而吐利自止。本方为太阴病虚寒下利的主方，因具有温运中阳，调理中焦的功效，故取名“理中”，此方又名人参汤。理中丸为一方二法，既可制成丸剂，亦可煎汤服用。病情缓而需久服者用丸剂，病势急而丸不济事者用汤剂。服药后腹中由冷而转热感者，说明有效，可续服；若腹中未热，说明效不明显或无效，多为病重药轻之故，当增加丸药的服用量，由一丸加至三四丸，或改用汤剂。为增强药物疗效，服药后约一顿饭的时间，可喝些热粥，并温覆取暖，以助药力。

理中丸方后记载随证加减法有八种：①脐上悸动者，是肾虚水气上冲之象，方中去白术之壅补，加桂枝以温肾降冲、通阳化气。②吐多者，是胃寒饮停而气逆，故去白术之补土壅塞，生姜以温胃化饮、下气止呕。③下利严重者，是脾气下陷、脾阳失运，故还需用白术健脾燥湿以止利。④心下悸者，是水邪凌心，可加茯苓淡渗利水、宁心安神。⑤渴欲饮水者，乃脾不散精、水津不布，宜重用白术健脾益气，以运水化津。⑥腹中痛者，是中气虚弱，故重用人参至四两半。⑦里寒甚，表现为腹中冷痛者，重用干姜温中祛寒。⑧腹满者，因寒凝气滞，故去白术之壅塞，加附子以辛温通阳、散寒除满。

（郭华）

第八单元　阴阳易瘥后劳复病辨证论治

细目　瘥后劳复证

要点　瘥后劳复证

竹叶石膏汤证

【原文】伤寒解后，虚羸少气，气逆欲吐，竹叶石膏汤主之。(397)

【释义】本条论病后余热未清，气阴两伤的证治。伤寒热病解后，气液两伤，余热未尽。因其津液损伤，不能滋养形骸，故见身体虚弱消瘦；中气不足，所以少气不足以息。加之未尽之余热内扰，胃失和降，故气逆欲吐。此条述证过简，临证还可见发热、口渴、心烦、少寐、舌红少苔、脉虚数等脉证。治宜清热和胃，益气生津。方用竹叶石膏汤。

本方中竹叶、石膏甘寒清热除烦；人参、麦冬益气生津、滋液润燥；甘草、粳米补中益气养胃；半夏既能和胃降逆止呕，又能防止补药之滞，用意尤妙。全方相合，既清其余热，又益其气阴，更有和胃降逆之功，故为清热滋阴和胃之佳方。

（郭华）

金匱要略

第一单元　痉湿暍病篇

细目一　痉病证治

要点　柔痉证治

瓜蒌桂枝汤证

原文：太阳病，其证备，身体强，几几然，脉反沉迟，此为痉，瓜蒌桂枝汤主之。

瓜蒌桂枝汤方：

瓜蒌根二两　桂枝三两　芍药三两　甘草二两　生姜三两　大枣十二枚

上六味，以水九升，煮取三升，分温三服，取微汗。汗不出，食顷，啜热粥发之。

提要：本条论述柔痉证治。

病因病机：此乃风寒（以风邪为主）邪气阻滞经脉，营卫运行不利，加之素体津液不足，不能濡润筋脉，二者相互影响，从而形成此证。

证候：一是太阳中风证，见身热，恶风汗出，头项强痛，身体强，几几然；二是脉反沉迟，太阳病汗出恶风，脉象当见浮缓，今反沉迟，提示素有津液不足，不能濡养筋脉。

辨证：太阳中风，津亏失濡。

治则：疏散风邪，调和营卫，滋液柔筋。

方药：瓜蒌桂枝汤。瓜蒌根即天花粉，甘凉生津滋液，柔润筋脉，合桂枝汤疏散风邪，调和营卫。

细目二　湿病证治

要点一　风湿在表证

麻黄杏仁薏苡甘草汤证

原文：病者一身尽疼，发热，日晡所剧者，名风湿。此病伤于汗出当风，或久伤取冷所致也，可与麻黄杏仁薏苡甘草汤。

麻黄杏仁薏苡甘草汤方：

麻黄（去节）半两（汤泡）　甘草一两（炙）　薏苡仁半两　杏仁十个（去皮尖，炒）

上剉麻豆大，每服四钱匕，水盏半，煮八分，去滓，温服。有微汗，避风。

提要：本条论述风湿在表的成因和证治。

病因病机：本条指出风湿病发病原因，即为汗出当风，或久伤取冷所致。汗出之时，腠理疏松，风邪乘隙侵入，或经常贪凉受冷，湿从外侵，风湿相合侵犯人体，郁阻经脉，不通则痛而发此证。

证候：“伤于汗出当风”或“久伤取冷”，肌腠受邪，风湿在表，经脉痹阻，故一身尽疼、发热。日晡属阳明，风为阳邪，风与湿合，有化热化燥之势，故发热日晡所剧。

辨证：风湿相搏，滞于肌表。

治则：轻清宣化，解表祛湿。

方药：麻黄杏仁薏苡甘草汤。麻黄配伍炙甘草、薏苡仁，使其发汗而不致太过，以达微汗之目的；杏仁宣肺利气，薏苡仁、炙甘草健脾祛湿除痹。

要点二　风湿兼气虚证

防己黄芪汤证

原文：风湿，脉浮，身重，汗出，恶风者，防己黄芪汤主之。

防己黄芪汤方：

防己一两　甘草半两（炒）　白术七钱半　黄芪一两一分（去芦）

上剉麻豆大，每抄五钱匕，生姜四片，大枣一枚，水盏半，煎八分，去滓，温服，良久再服。喘者，加麻黄半两；胃中不和者，加芍药三分；气上冲者，加桂枝三分；下有陈寒者，加细辛三分。服后当如虫行皮中，从腰下如冰，后坐被上，又以一被绕腰以下，温，令微汗，瘥。

提要：本条论述风湿兼气虚的证治。

病因病机：本病由于病人素体虚弱肌表疏松，卫阳不固，又外感风湿之邪，出现太阳中风表虚之象，脉浮汗出恶风；风性疏泄，风易行而湿黏滞，汗出湿不解，经络不和而身重。

证候：一是太阳中风表虚，见汗出恶风、脉浮；二是湿性重着而身体沉重。

辨证：风湿在表，气虚不固。

治则：健脾益气，祛风除湿。

方药：防己黄芪汤。黄芪益气固表，防己、白术祛风除湿，甘草、生姜、大枣调和营卫。

如兼见气喘者加麻黄以宣肺平喘，兼胃中不和者加芍药以柔肝和胃，兼气上冲者加桂枝以平冲逆，兼腰冷肢凉、陈寒凝滞者加细辛以散寒通阳。

“服后当如虫行皮中”，是卫阳振奋，风湿欲解之征。

（王新佩）

第二单元　中风历节病篇

细目　历节病证治

要点一　风湿历节证

桂枝芍药知母汤证

原文：诸肢节疼痛，身体尪羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐，桂枝芍药知母汤主之。

桂枝芍药知母汤方：

桂枝四两　芍药三两　甘草二两　麻黄二两　生姜五两　白术五两　知母四两　防风四两　附子二枚（炮）

上九味，以水七升，煮取二升，温服七合，日三服。

提要：本条论述历节病风湿偏胜的证治。

病因病机：本证由于风湿之邪，合而流注于筋骨，搏结于关节，气血痹阻不畅而致诸肢节疼痛而肿大；风湿相搏，病久不解，正虚邪盛，营卫气血耗损，而日渐化热伤阴。

证候：诸肢节疼痛，身体尪羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐。

辨证：风湿历节（风寒湿邪外袭，痹阻筋脉关节，日渐化热伤阴）。

治则：祛风除湿，温经散寒，佐以滋阴清热。

方药：桂枝芍药知母汤。桂枝、麻黄、防风辛温发散，祛风除湿；附子大辛大热，散寒除湿，通经止痛；白术、甘草、生姜除湿健脾和中；芍药、知母养阴清热；芍药配甘草，酸甘化阴，缓急止痛。

桂枝芍药知母汤多用于感受风湿，化热伤阴之痹证。本证病程日久，本虚标实，其辨证特点为身体消瘦，关节疼痛、肿大或变形等。治疗上祛风散寒化湿与温阳扶正并用。临证时根据证候复杂情况，可扶正祛邪同用或寒温药物并投。

要点二　寒湿历节证

乌头汤证

原文：病历节不可屈伸，疼痛，乌头汤主之。

乌头汤方：治脚气疼痛，不可屈伸。

麻黄　芍药　黄芪各三两　甘草二两（炙）　川乌五枚（咬咀，以蜜二升，煎取一升，即出乌头）

上五味，咬咀四味，以水三升，煮取一升，去滓，内蜜煎中，更煎之，服七合。不知，尽服之。

提要：本条论述历节病寒湿偏胜的证治。

病因病机：寒湿留于关节，经脉痹阻不通，气血运行不畅而身体多处关节疼痛、肿大，甚至屈伸不利，日久则见关节变形。

证候：身体多处关节疼痛、肿大，甚至屈伸不利，日久则见关节变形。

辨证：寒湿历节。

治则：温经散寒，除湿止痛。

方药：乌头汤。乌头温经散寒，除湿止痛，通阳行痹；麻黄祛风发汗，以散寒湿；芍药、甘草酸甘柔筋，缓急止痛；黄芪温分肉，益气固卫行湿，既可助麻黄、乌头温经散寒，又可防麻黄过汗伤阳；白蜜甘缓，解乌头毒性，并缓诸药之燥。

乌头辛热而毒性较强，临床常用治沉寒痼冷病证，对于寒湿历节、阴寒腹痛有很好疗效。乌头正确用量及煎服法，一般应注意以下几点：一要斟酌用量，临床使用乌头时，其用量要因人而异，视病人体质强弱而决定用量，并宜从小量开始，逐渐加量；二要煎药得当，即乌头要先煎、久煎或与蜜同煎，待其麻味去后，方可加入其他药同煎；三要配伍恰当，若非特殊情况、或有充分的把握，最好不要与“十八反”所载的反药同用，而选择与干姜、生姜、甘草、蜂蜜等药相伍，既可缓解乌头燥烈之性，也可加强其蠲痹止痛之功。尤其是与蜜同煎，蜜既能制乌头毒性，且可延长药效。服药后唇、舌、肢体麻木，甚至昏眩吐泻，但脉搏、呼吸、神志等方面无较大变化，则为“瞑眩”反应，是有效之征；如服后见到呼吸、心跳加快，脉搏有间歇现象，甚至神志昏迷者，则为中毒反应，急当抢救。

从现代医学角度，大凡有副作用症状者，均属毒性反应，需及时清解。

（王新佩）

第三单元　血痹虚劳病篇

细目一　血痹证治

要点　血痹重证

黄芪桂枝五物汤证

原文：血痹阴阳俱微，寸口、关上微，尺中小紧，外证身体不仁，如风痹状，黄芪桂枝五物汤主之。

黄芪桂枝五物汤方：

黄芪三两　芍药三两　桂枝三两　生姜六两　大枣十二枚

上五味，以水六升，煮取二升，温服七合，日三服。一方有人参。

提要：本条论述血痹病重证的证治。

病因病机：本证由于病人素体营卫气血不足，感受风邪，血行凝滞，痹阻局部肌肤而致。

证候：外证身体不仁，肌肤不觉痛痒，严重者亦有酸痛感。

辨证：气虚血痹。

治则：温阳行痹。

方药：黄芪桂枝五物汤。本方即桂枝汤去甘草，倍生姜，加黄芪组成。黄芪甘温益气，桂枝温通经脉；倍生姜以助桂枝走表散邪；芍药和营理血；生姜、大枣调和营卫。

细目二　虚劳病证治

要点一　虚劳失精证

桂枝加龙骨牡蛎汤证

原文：夫失精家，少腹弦急，阴头寒，目眩，一作目眶痛。发落，脉极虚芤迟，为清谷、亡血、失精。脉得诸芤动微紧，男子失精，女子梦交，桂枝加龙骨牡蛎汤主之。

桂枝加龙骨牡蛎汤方：《小品》云：虚弱浮热汗出者，除桂，加白薇、附子各三分，故曰二加龙骨汤。

桂枝　芍药　生姜各三两　甘草二两　大枣十二枚　龙骨　牡蛎各三两

上七味，以水七升，煮取三升，分温三服。

提要：本条论述虚劳病失精家所致阴阳失调的证治。

病因病机：本证由于久患遗精的病人，阴精耗损太甚，肾阴亏虚，阴损及阳，阴阳两虚，阳气虚弱，失于固摄而致。

证候：经常梦遗滑精或梦交，兼有头昏、目眩、发落、少腹弦急不舒、外阴寒冷。

辨证：阴阳两虚。

治则：调补阴阳，固精止遗。

方药：桂枝加龙骨牡蛎汤，即桂枝汤加龙骨、牡蛎。桂枝汤调和阴阳；龙骨、牡蛎潜镇固涩、宁心安神、交通心肾。

要点二　虚劳腰痛证

肾气丸证

原文：虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利者，八味肾气丸主之。方见脚气中。

肾气丸方：

干地黄八两　山药　山茱萸各四两　泽泻　丹皮　茯苓各三两　桂枝　附子（炮）各一两

上八味，末之，炼蜜和丸，梧子大，酒下十五丸，加至二十五丸，日再服。

提要：本条论述肾气不足虚劳腰痛的证治。

病因病机：本证由于肾气不足，不能温养腰府，及影响膀胱的气化功能而致。

证候：一是腰痛，二是气化失常而见少腹拘急、小便不利。

辨证：肾气不足。

治则：温补肾气。

方药：八味肾气丸。六味地黄丸滋补肾阴，加桂枝、附子温阳化气。

要点三　虚劳不寐证

酸枣仁汤证

原文：虚劳虚烦不得眠，酸枣仁汤主之。

酸枣仁汤方：

酸枣仁二升　甘草一两　知母二两　茯苓二两　芎䓖二两 深师有生姜二两

上五味，以水八升，煮酸枣仁，得六升，内诸药，煮取三升，分温三服。

提要：本条论述虚劳病心肝血虚失眠的证治。

病因病机：本证由于肝之阴血亏虚，血不养心，心血不足，阴虚内热，心神不安而致失眠。

证候：一见肝心阴血不足引起的失眠或心悸，眩晕，口干等；二见阴虚内热并常伴潮热、惊悸、盗汗、口疮、眩晕、舌红、脉细数等。

辨证：心肝阴血不足。

治则：养阴清热，安神宁心。

方药：酸枣仁汤。酸枣仁甘酸性平，养肝阴，益心血，主治失眠，并与甘草为伍，酸甘化阴，以增强养阴之效；茯苓安神宁心；川芎味辛以调肝气，知母苦寒以清虚热，全方补肝养血，安神宁心。

（王新佩）

第四单元　肺痿肺痈咳嗽上气病篇

细目一　肺痿证治

要点一　虚热肺痿

麦门冬汤证

原文：大逆上气，咽喉不利，止逆下气者，麦门冬汤主之。

麦门冬汤方：

麦门冬七升　半夏一升　人参三两　甘草二两　粳米三合　大枣十二枚

上六味，以水一斗二升，煮取六升，温服一升，日三夜一服。

提要：本条论述虚热肺痿的证治。

病因病机：由于肺胃津液耗损，虚火上炎，以致肺胃之气俱逆而致。

证候：肺胃气逆当见咳喘，呃逆；津伤虚热熏灼，故咽喉干燥不适，痰黏咳咯不爽；此外，当有口干欲得凉润，舌红少苔，脉象虚数等症。

辨证：肺胃津亏，虚火上炎。

治则：养阴清热，止逆下气。

方药：麦门冬汤。重用麦门冬，滋阴润肺，清降虚火；半夏下气化痰，虽性温，但用量较轻，且与大量清润药物相伍，则不嫌其燥；人参、甘草、大枣、粳米益气养胃，生津润燥。

要点二　虚寒肺痿

甘草干姜汤证

原文：肺痿吐涎沫而不咳者，其人不渴，必遗尿，小便数，所以然者，以上虚不能制下故也。此为肺中冷，必眩，多涎唾，甘草干姜汤以温之。若服汤已渴者，属消渴。

甘草干姜汤方：

甘草四两（炙）　干姜二两（炮）

上㕮咀，以水三升，煮取一升五合，去滓，分温再服。

提要：本条论述虚寒肺痿的证治。

病因病机：本证由于上焦阳虚，肺中虚冷而致痿。上焦阳虚者，多因中焦虚寒，土不生金所致。阳虚不能化气，气虚不能输布津液，津液停聚而频吐涎沫；上焦虚冷，通调失常，不能制约下焦而遗尿或小便频数；肺气虚寒，清阳不能上升而见头眩。

证候：频嗽涎沫，咳轻而口不渴，咳则遗尿或小便频数，头眩。

辨证：上焦阳虚，肺中虚冷。

治则：温肺复气。

方药：甘草干姜汤。炙甘草甘温补中益气，干姜辛温温复脾肺之阳；二者辛甘合化，益气温阳，培土生金，则虚寒肺痿可愈。

细目二　肺痈证治

要点一　邪实壅滞证

葶苈大枣泻肺汤证

原文：肺痈，喘不得卧，葶苈大枣泻肺汤主之。

葶苈大枣泻肺汤方：

葶苈（熬令黄色，捣丸如弹子大）　大枣十二枚

上先以水三升，煮枣取二升，去枣，内葶苈，煮取一升，顿服。

肺痈胸满胀，一身面目浮肿，鼻塞清涕出，不闻香臭酸辛，咳逆上气，喘鸣迫塞，葶苈大枣泻肺汤主之。方见上，三日一剂，可至三四剂，此先服小青龙汤一剂，乃进。小青龙方见咳嗽门中。

提要：本条论述肺痈实证喘满的治法。

病因病机：风热之邪，壅滞于肺，肺气不利，通调失常，津液不能正常输布，故见喘咳不能平卧，属于邪实气闭于肺的实证。

证候：喘咳，喘鸣迫塞。

辨证：邪实气闭。

治则：泻肺逐邪。

方药：葶苈大枣泻肺汤。葶苈苦寒，能开泄肺气，具有泻下逐痰之功，治实证有捷效。又恐其峻利而伤及正气，故佐以大枣之甘温安中而缓和药性，使泻不伤正。

要点二　血腐脓溃证

桔梗汤证

原文：咳而胸满，振寒脉数，咽干不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥者，为肺痈，桔梗汤主之。

桔梗汤方：亦治血痹。

桔梗一两　甘草二两

上二味，以水三升，煮取一升，分温再服，则吐脓血也。

提要：本条论述肺痈脓成咳吐脓血的证治。

病因病机：本证由于热毒蕴蓄于肺，腐血败肉酿成痈脓而见时出浊唾腥臭，吐如米粥之状。“久久”说明正气渐虚。

证候：咳而胸满，振寒脉数，咽干不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥者。

辨证：肺痈热盛肉腐脓溃。

治则：解毒排脓。

方药：桔梗汤。桔梗理肺开结，祛痰排脓；生甘草清热解毒，益气生肌。

本方是肺痈脓溃的主治方。现代临证，常与苇茎汤相合使用，或加败酱草、鱼腥草、瓜蒌、苡仁、银花等清热解毒排脓之品，疗效更为显著。

（王新佩）

第五单元　胸痹心痛短气病篇

细目一　胸痹证治

要点一　胸痹病机

原文：师曰：夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹、心痛者，以其阴弦故也。

提要：本条以阳微阴弦的病理来阐释胸痹心痛的病机。

病因病机：阳微指寸脉微；阴弦指尺脉弦。脉见寸微尺弦，微脉见于寸口，可知上焦的阳气虚衰；弦脉见于尺部，可知下焦的阴寒痰浊壅盛，上虚则阴寒痰浊自下乘之，阻闭胸阳故见胸痹心痛。由于上焦阳虚，水气痰饮等阴邪便乘虚而居于阳位，故导致胸中闭塞，阳气不通，不通则痛，故云“所以然者，责其极虚也”。

要点二　类证鉴别

胸痹是由于胸阳不振，阴邪阻滞，胸背之气痹而不通所致。阳微阴弦中阴弦是为尺脉

弦，尺脉主下焦，脉弦主阴寒太盛，痰浊内停。阳微指寸脉微，寸脉主上焦，微脉主阳气不足，胸阳不振。血痹者其病机是阴阳俱微，营卫气血不足。寸口、关上微为阳气不足之脉，尺中小紧为感受外邪之象。

要点三　胸痹主证

瓜蒌薤白白酒汤证

原文：胸痹之病，喘息咳唾，胸背痛，短气，寸口脉沉而迟，关上小紧数，瓜蒌薤白白酒汤主之。

瓜蒌薤白白酒汤方：

瓜蒌实一枚（捣）　薤白半斤　白酒七升

上三味，同煮，取二升，分温再服。

提要：本条论述胸痹病的典型证候和主治方剂。

病因病机：寸口沉取而迟，是上焦阳虚，胸阳不振之象；关上出现小紧，是中焦（胃）有停饮，阴寒内盛之征；上焦阳虚，则痰饮上乘，以致阴邪停聚于胸中，故有此种脉象。病机皆由“阳微阴弦”，阳虚邪闭而成。阳虚邪闭，胸背之气痹而不通，故胸背痛而短气；胸背之气痹而不通，势必影响肺气不能宣降，故喘息咳唾。

证候：“喘息咳唾，胸背痛，短气”是胸痹病的主证，而其中“胸背痛，短气”是辨证的关键。

辨证：上焦阳虚，痰饮上乘，胸阳痹阻不通。

治则：化痰散结，宣痹通阳。

方药：瓜蒌薤白白酒汤。瓜蒌涤痰宽胸，薤白通阳散结，白酒辛温通阳，调达气血，轻扬善行以助药势。

要点四　胸痹急证

薏苡附子散证

原文：胸痹缓急者，薏苡附子散主之。

薏苡附子散方：

薏苡仁十五两　大附子十枚（炮）

上二味，杵为散，服方寸匕，日三服。

提要：本条论述胸痹急证的治法。

病因病机：本证由于阳气衰微，阴寒痰湿壅盛，阳气不伸，胸阳闭塞，可见胸中痛剧；阳气不达四肢，见四肢逆冷。

证候：胸中痛剧，四肢逆冷，尚可见舌淡苔白而滑，脉象沉伏，或涩，或微细而迟，或紧细而急。

辨证：阳气衰微，阴寒痰湿凝滞胸中。

治则：温阳化湿，开痹以缓急痛。

方药：薏苡附子散。重用炮附子通阳散寒，温经止痛；薏苡仁除湿宣痹，缓解拘挛，二药相合为散，因病情急迫，取其药力迅速而收效其快。此方有缓解血脉拘急和扶阳抑阴

的效果。

细目二　心痛证治

要点　心痛急证

乌头赤石脂丸证

原文：心痛彻背，背痛彻心，乌头赤石脂丸主之。

乌头赤石脂丸方：

蜀椒一两一法二分　乌头一分（炮）　附子半两（炮）一法一分　干姜一两一法一分　赤石脂一两一法二分

上五味，末之，蜜丸如桐子大，先食服一丸，日三服。不知，稍加服。

提要：本条论述心痛急证证治。

病因病机：由于阳气衰微，阴寒痼结，经脉凝滞不通，故见心痛彻背，背痛彻心，痛无休止，而四肢厥冷，脉来沉紧。

证候：心痛彻背，背痛彻心。

辨证：阴寒痼结，寒凝气痹。

治则：温阳散寒，峻逐阴邪。

方药：乌头赤石脂丸。方中乌、附、椒、姜一派大辛大热之品，协同配伍，逐寒止痛之力极强，并用赤石脂温涩调中，收敛阳气。

（王新佩）

第六单元　腹满寒疝宿食病篇

细目　腹满证治

要点一　脾胃虚寒证

大建中汤证

原文：心胸中大寒痛，呕不能饮食，腹中寒，上冲皮起，出见有头足，上下痛而不可触近，大建中汤主之。

大建中汤方：

蜀椒二合（去汗）　干姜四两　人参二两

上三味，以水四升，煮取二升，去滓，内胶饴一升，微火煎取一升半，分温再服；如一炊顷，可饮粥二升，后更服，当一日食糜，温覆之。

提要：本条论述脾胃虚寒的腹满痛证治。

病因病机：本条由于脾胃阳衰，中焦寒甚，阴寒之气肆行于腹中而致腹满痛。

证候：心胸中大寒痛，呕不能饮食，腹中寒，上冲皮起，出见有头足，上下痛而不可触近。

辨证：脾胃阳衰，中焦寒甚。

治则：温补建中，散寒止痛。

方药：大建中汤。方中蜀椒、干姜温中散寒，与人参、饴糖之温补脾胃合用，大建中气，使中阳得运，则阴寒自散，诸症悉愈。

要点二　寒实内结证

大黄附子汤证

原文：胁下偏痛，发热，其脉紧弦，此寒也，以温药下之，宜大黄附子汤。

大黄附子汤方：

大黄三两　附子三枚（炮）　细辛二两

上三味，以水五升，煮取二升，分温三服；若强人煮取二升半，分温三服。服后如人行四五里，进一服。

提要：本条论述寒实内结腹满的证治。

病因病机：本证由于寒实内结，不通则痛而见胁下偏痛。

证候：胁腹疼痛，大便不通，脉象紧弦；此外，可伴有恶寒肢冷，舌苔黏腻等症状。

辨证：寒实内结。

治则：温阳散寒，通便止痛。

方药：大黄附子汤。方中大黄泻下通便以祛里实，附子、细辛温经散寒，并能止痛。苦寒之性得辛温之制，而为温下之法。

（王新佩）

第七单元　痰饮咳嗽病篇

细目　痰饮证治

要点　饮停心下证

苓桂术甘汤证

原文：心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之。

苓桂术甘汤方：

茯苓四两　桂枝三两　白术三两　甘草二两

上四味，以水六升，煮取三升，分温三服，小便则利。

夫短气有微饮，当从小便去之，苓桂术甘汤主之；方见上。肾气丸亦主之。方见脚气中。

提要：本条论述饮停心下的证治。

病因病机：心下即胃之所在，胃中有停饮，故胸胁支撑胀满，饮阻于中，清阳不升，故头目眩晕。

证候：胸胁支满、目弦，或伴有小便不利。

辨证：脾阳不足，痰饮内停。

治则：温阳蠲饮，健脾利水。

方药：苓桂术甘汤。方中茯苓淡渗利水，桂枝辛温通阳，振奋阳气以消饮邪，两药相合可温阳化饮；白术健脾燥湿，甘草和中益气，两药相伍又能补土制水。

（王新佩）

第八单元　消渴小便不利淋病篇

细目一　消渴证治

要点　肺胃热盛，气津两伤证

白虎加人参汤证

原文：渴欲饮水，口干舌燥者，白虎加人参汤主之。方见中暍中。

提要：本条论述肺胃热盛，气津两伤的消渴证治。

病因病机：本证由于肺胃热盛而伤及津液，热能伤津，亦能耗气，气虚不能化津，津亏无以上承，则口干舌燥、渴欲饮水，可见舌红苔黄而燥，脉大而细数。

证候：口干舌燥，渴欲饮水，可见舌红，苔黄而燥，脉大而细数。

辨证：肺胃热盛，气津两伤。

治则：清热止渴，益气生津。

方药：白虎加人参汤。方中生石膏、知母清热止渴，人参、甘草、粳米益气生津，使邪热得清，气复津生，消渴乃止。

细目二　小便不利证治

要点　上燥下寒水停证

瓜蒌瞿麦丸证

原文：小便不利者，有水气，其人若渴，瓜蒌瞿麦丸主之。

瓜蒌瞿麦丸方：

瓜蒌根二两　茯苓三两　薯蓣三两　附子一枚（炮）　瞿麦一两

上五味，末之，炼蜜丸梧子大，饮服三丸，日三服；不知，增至七八丸，以小便利，

腹中温为知。

提要：本条论述下寒上燥所致小便不利证治。

病因病机：本证由于肾阳虚弱，阳不化水，水湿内停而小便不利；水蓄下焦，津不上承，则其人苦渴。

证候：小便不利，身体浮肿，其人苦渴；同时，患者多兼腰腿酸软，四肢厥冷等肾阳虚弱症状。

辨证：上燥下寒水停。

治则：温阳利水，润燥止渴。

方药：瓜蒌瞿麦丸，方中使用附子者，因下积之冷非暖不消，故以炮附子温肾化气；上浮之焰非滋不息，复用瓜蒌根（天花粉）、薯蓣（山药）润燥生津；水停于内，泛溢周身，则用茯苓健脾渗利水饮；瞿麦渗湿利尿，导水于下。

（王新佩）

第九单元　黄疸病篇

细目　黄疸证治

要点一　湿热并重证

茵陈蒿汤证

原文：谷疸之为病，寒热不食，食即头眩，心胸不安，久久发黄为谷疸，茵陈蒿汤主之。

茵陈蒿汤方：

茵陈蒿六两　栀子十四枚　大黄二两

上三味，以水一斗，先煮茵陈，减六升，内二味，煮取三升，去滓，分温三服。小便当利，尿如皂角汁状，色正赤，一宿腹减，黄从小便去也。

提要：本条论述黄疸湿热并重的证治。

病因病机：本证由湿热内蕴脾胃所致。湿热交蒸，营卫不和则生寒热；湿热内蕴，脾胃升降失常则不欲饮食，若勉强进食，反而增湿助热，湿热上冲，则见头目眩晕、心胸不安。湿热郁蒸日久累及血分则形成黄疸。

证候：寒热不食，食即头眩，心胸不安，身黄如橘子色、腹微满和小便不利等症状。

辨证：湿热俱盛。

治则：清利湿热退黄。

方药：茵陈蒿汤。方中茵陈蒿清热利湿退黄，为治疗黄疸的要药；栀子清热除烦，利湿退黄。二药合用，使湿热从小便而去；大黄活血化瘀，泄热退黄，通利大便；三味合用，清热利湿，行瘀退黄，使湿热、瘀热，从大小便排泄。

要点二　湿重于热证

茵陈五苓散证

原文：黄疸病，茵陈五苓散主之。一本云茵陈汤及五苓散并主之。

茵陈五苓散方：

茵陈蒿末十分　五苓散五分方见痰饮中

上二物和，先食饮方寸匕，日三服。

提要：本条论述湿重于热的黄疸证治。

病因病机：湿热黄疸，湿多热少。

证候：全身发黄，黄色不甚鲜明，食少脘痞，身重便溏，小便不利，苔腻淡黄等症。

辨证：湿重于热。

治则：利湿清热退黄。

方药：茵陈五苓散。方中茵陈清热利湿退黄，五苓散化气利水除湿。

（王新佩）

第十单元　妇人妊娠病篇

细目一　癥病证治

要点　癥病漏下证

桂枝茯苓丸证

原文：妇人宿有癥病，经断未及三月，而得漏下不止，胎动在脐上者，为癥痼害。妊娠六月动者，前三月经水利时，胎也。下血者，后断三月衄也。所以血不止者，其癥不去故也，当下其癥，桂枝茯苓丸主之。

桂枝茯苓丸方：

桂枝　茯苓　牡丹（去心）　芍药　桃仁（去皮尖，熬）各等分

上五味，末之，炼蜜和丸，如兔屎大，每日食前服一丸。不知，加至三丸。

提要：本条论述癥病漏下的治法。

病因病机：素有癥病为患，导致血瘀气滞，经水异常，渐至停经；瘀血内阻，血不归经，则漏下不止。

证候：妇人小腹包块疼痛拒按，下血色晦暗而有瘀块，舌质紫暗，脉沉涩。

辨证：瘀血阻滞，寒痰（湿）凝滞。

治则：祛瘀消癥。

方药：桂枝茯苓丸。方中桂枝、芍药通调血脉；桃仁、丹皮活血化瘀消癥；血不利易为水，茯苓利水以和血脉；炼蜜和丸，调和药性，起渐消缓散之功。

细目二　腹痛证治

要点　肝脾失调证

当归芍药散证

原文：妇人怀妊，腹中疙痛，当归芍药散主之。

当归芍药散方：

当归三两　芍药一斤　芎劳半斤一作三两　茯苓四两　白术四两　泽泻半斤

上六味，杵为散，取方寸匕，酒和，日三服。

提要：本条论述肝脾不和腹痛的证治。

病因病机：本病由于肝虚气郁则血滞，脾虚气弱则湿停，肝病及脾，肝脾失调而致。

证候：腹中绵绵而痛、或拘急而痛，体倦、浮肿、白带量多、小便不利、泄泻等。

辨证：肝脾失调，气郁血滞湿阻。

治则：养血疏肝，健脾利湿。

方药：当归芍药散。方中重用芍药养血柔肝，缓急止痛，辅以当归养血活血，川芎行血中之气；茯苓、白术健脾除湿，泽泻用量亦重，意在渗湿于下。

（王新佩）

第十一单元　妇人杂病篇

细目一　崩漏证治

要点　虚寒夹瘀证

温经汤证

原文：问曰：妇人年五十所，病下利（血）数十日不止，暮即发热，少腹里急，腹满，手掌烦热，唇口干燥，何也？师曰：此病属带下。何以故？曾经半产，瘀血在少腹不去。何以知之？其证唇口干燥，故知之，当以温经汤主之。

温经汤方：

吴茱萸三两　当归二两　芎劳二两　芍药二两　人参二两　桂枝二两　阿胶二两　生姜二两　牡丹皮二两（去心）　甘草二两　半夏半升　麦门冬一升（去心）

上十二味，以水一斗，煮取三升，分温三服。亦主妇人少腹寒，久不受胎；兼取崩中去血，或月水来过多，及至期不来。

提要：本条论述妇人冲任虚寒夹有瘀血而致崩漏的证治。

病因病机：妇人年五十所，七七之期任脉虚，太冲脉衰，经水当止。今下血数十日不

止，乃属崩漏之疾。据条文“曾经半产，瘀血在少腹不去”结合年龄可知，证属冲任虚寒瘀血内阻。由于冲任虚损，气血运行不畅，瘀血阻滞，胞宫失养，故致崩漏下血，而见少腹里急，腹满，或伴有刺痛、拒按等症。下血数十日不止，耗损阴血，阴血不足，虚热内生，则见暮即发热、手掌烦热等症。瘀血不去则新血不生，津液失于上润，故见唇口干燥。

证候：以少腹里急，腹满或疼痛拒按，崩漏不止或月经后期、量少甚或闭经，经期腹痛等，并兼有气血不足的症状。

辨证：冲任虚寒，瘀血内停。

治则：温养血脉。

方药：温经汤。方中吴茱萸、生姜、桂枝温经散寒，通利血脉；阿胶、川芎、当归、芍药、丹皮养血和血行瘀；人参、甘草益气补虚；半夏降逆和中，麦冬养阴以制半夏辛燥而清虚热。

细目二　梅核气证治

要点　气滞痰凝证

半夏厚朴汤证

原文：妇人咽中如有炙脔，半夏厚朴汤主之。

半夏厚朴汤方：《千金》作胸满，心下坚，咽中帖帖，如有炙肉，吐之不出，吞之不下。

半夏一升　厚朴三两　茯苓四两　生姜五两　干苏叶二两

上五味，以水七升，煮取四升，分温四服，日三夜一服。

提要：本条论述咽中气滞痰凝的证治。

病因病机：本病多由于七情郁结，气机不畅，气滞痰凝阻于咽喉所致。

证候：自觉咽中阻塞不适，如有异物感，吞之不下，咯之不出，饮食无碍。

辨证：气滞痰凝。

治则：开结化痰，顺气降逆。

方药：半夏厚朴汤。方中半夏、厚朴、生姜辛以散结，苦以降逆，佐茯苓渗利下气化痰；苏叶芳香入肺，以宣气解郁。

（王新佩）

温　病　学

第一单元　温热类温病

温热类温病指不兼湿邪的温病，主要包括风温、春温、暑温、秋燥等，具有起病急、传变快、易化燥伤阴之特点，治疗在清泄邪热的基础上，还要时时顾护阴液。本单元以风温、春温、暑温作为温热类温病之代表。

细目一　主要温热类温病的传变规律

要点一　风温病的传变规律

风温是感受风热病邪引起的，多发生于冬春季节的急性外感热病。风温初起以发热、微恶风寒、口微渴、咳嗽等肺卫表热证为主要表现，属于新感温病。发于冬季的，又称为冬温。

如肺卫表热证不解，则其发展可以有两种情况：第一种情况是传入气分，病位可在肺、胃、大肠等。邪热犯于肺者，可致肺热咳喘，或痰热壅肺证；邪热犯于胃肠者，可出现阳明热盛证或阳明热结证，其中肺卫之热下传于胃者，称为顺传。第二种情况是传入心包，出现神昏谵语、舌蹇肢厥之临床表现，称为逆传，此即叶天士所说“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”。风温后期，多见肺胃阴伤证。总地来说，风温以肺为病变中心，以热伤肺胃之阴为主要病理变化。

风温病可与西医学中的大叶性肺炎、病毒性肺炎，或冬春季节的上呼吸道感染、流行性感冒、急性支气管炎等呼吸系统感染性疾病相联系。

要点二　春温病的传变规律

春温是发生于春季，或冬春之交，或春夏之交的急性外感热病。春温感受的病邪，一般认为是由于冬季的寒邪潜伏于体内，郁久化热形成的温热病邪。春温发病之初就有明显的里热证表现，如发热、烦渴、舌红苔黄等，严重者可见神昏、痉厥、斑疹，属于伏邪温病，这是与风温的不同之处。

春温的致病因素是温热病邪，依据感邪轻重、体质强弱，初期有发于气分和发于营分的不同。发于气分的，邪气虽盛，而正气亦强，病情相对较轻，但若病情进一步发展，亦可深入营血分；发于营分的，邪热炽盛，营阴亏损，病情较重，可出现伤阴、闭窍、动风、动血等危重症。春温初期虽以里热证为主，发病之初有的也有短暂的卫表证表现，称为“新感引动伏邪”，无卫表证表现的，称为“伏邪自发”。春温后期，邪少虚多，主要损耗肝肾阴液，或致虚风内动，这是与风温病后期主要损伤肺胃阴液的又一不同之处。春温恢复期，余邪留伏阴分，阴液被伤，可见低热不去。

春温病可与西医学中发生于春季的流行性脑脊髓膜炎、病毒性脑炎、重症流感，以及

其他初病即以里热见症为主的疾病相联系。

要点三　暑温病的传变规律

暑温是感受暑热病邪引起的，发生于夏暑季节的急性外感热病。暑温大多初起即见壮热、烦渴、多汗、脉洪大等阳明气分热证表现，即叶天士“夏暑发自阳明”之谓。

暑热内炽阳明，极易伤津耗气，甚则导致津气两脱。暑热之邪内陷心营，炼液为痰，可致闭窍；引动肝风，可致痉厥；燔灼营血，可致出血、发斑。暑温后期，邪热渐退，正虚邪恋，或见暑伤心肾证，或余邪夹痰瘀滞络出现各种后遗症。暑热之邪容易夹湿出现暑湿证。

暑温病可与西医学中发生于夏季的流行性乙型脑炎、登革热和登革出血热、钩端螺旋体病、流行性感冒等疾病相联系。

细目二　温热类温病主要证治

要点一　卫分证治

温热类温病的卫分证以发热，微恶寒，口微渴为主要见症，可伴有头痛，无汗或少汗，咳嗽，舌边尖红，苔薄白，脉浮数等。温热类温病包括风温、春温、暑温（暑热）、秋燥等病，其肺卫证主要见于风温病和秋燥病，以解表透邪为基本治疗大法。本类证治以风温病初起银翘散证治为代表。

邪袭肺卫

病机：风温初起，风热病邪袭于肺卫。

证候表现：发热，微恶寒，头痛，无汗或少汗，咳嗽，口微渴，或咽喉肿痛，舌边尖红，苔薄白，脉浮数。

治法：辛凉解表，宣肺泄热。

方药：银翘散、桑菊饮。

银翘散（辛凉平剂）

银花　连翘　桔梗　薄荷　竹叶　甘草　荆芥穗　淡豆豉　牛蒡子　鲜芦根

桑菊饮（辛凉轻剂）

杏仁　连翘　薄荷　桑叶　菊花　桔梗　芦根　生甘草

银翘散和桑菊饮都适用于风热犯于肺卫证，但清解之力有轻重之别。银翘散中有荆芥、豆豉辛散透表之品，解表祛邪力大，且银花、连翘用量较大，再配竹叶，全方清热力亦强，故称为辛凉平剂。桑菊饮中无荆、豉，解表力较银翘散逊，且桑、菊清热之力亦无银、翘强，故称为辛凉轻剂；方中杏仁宣降肺气，止咳作用优于银翘散。二方均为轻清之剂，不宜久煎。

临床应用，银翘散适宜于风热袭表，卫气闭郁较重，即恶寒、无汗或少汗、头痛等表证明显者；桑菊饮适宜于风热袭表，表证较轻，咳嗽较明显者。

二方应用，口渴甚可加花粉、沙参；咽肿、项肿可加马勃、玄参；咳嗽甚除加杏仁、桔梗外，还可加前胡、紫菀等；有痰可加川贝、瓜蒌。

要点二　气分证治

气分证属于温病的里证，此时温邪较盛，正气亦不衰，正邪相争剧烈，多处于温病的中期和极期阶段，见发热，不恶寒，口渴，苔黄，脉数有力等。气分证的产生，可由风温、秋燥病卫分之邪由表入里而致；而春温属于伏邪温病，暑温“夏暑发自阳明”，故它们的初起即可见到气分证。

1. 肺热腑实

病机：肺经痰热壅阻，肠腑热结不通。

证候表现：发热，痰涎壅盛，喘促，便秘，苔黄腻或黄滑，脉右寸实大。

治法：宣肺化痰，通腑泄热。

方药：宣白承气汤。

生石膏　生大黄　杏仁粉　瓜蒌皮

此为肺与大肠的同病证，痰热壅阻，肺气不降，则腑气难以下行；肠腑热结，腑气不通，则肺热无从外泄。故当肺与肠同治。宣白承气汤取白虎汤、承气汤合用之义，有宣肺通腑之效。

肺系感染性疾病，在发热、喘咳的同时，往往伴有便秘，肺肠同治能提高疗效。同时也提示，对于肺系感染性疾病，应当了解大便状况，如大便不通，在清解肺热的同时也有必要通利大便，使邪热快速外解。

肺热盛，可加桑白皮、黄芩；痰涎壅盛，加贝母、葶苈子等。

2. 燥热伤肺

病机：燥热之邪壅肺，气阴两伤。

证候表现：发热，干咳无痰或少痰，气逆而喘，胸胁满闷，鼻咽干燥，心烦口渴，乏力，苔薄白干燥或薄黄干燥，舌边尖红赤。

治法：清肺泄热，养阴润燥。

方药：清燥救肺汤。

生石膏　桑叶　甘草　人参　胡麻仁　阿胶　麦冬　杏仁　枇杷叶

本证为燥热病邪犯肺，致使肺之气阴两伤的证候。燥热病邪与风热病邪都以肺为病变中心，但前者主要产生于秋季，更易致津液干燥，故治疗在清泄燥热的同时，还要养阴润燥。

卫分之邪未尽去，加连翘、牛蒡子；痰多，加贝母、瓜蒌；痰中带血，加白茅根、仙鹤草、侧柏叶等。

要点三　营分证治

营分证亦属温病的里证，但比气分证深了一层，病情亦为深重。营分证多由气分证不解，邪气深入而致。亦有卫分证不解，直接深入营分者，与邪气猛烈或正气已虚有关。风温、春温、暑温的病变过程中，都可以出现营分证。“心主血属营”，是说营分的病变会影响到心包的功能，所以出现心烦躁扰、甚或谵语等神志异常的表现；营和血都居于脉中，营分的病变也会影响到血分，因而出现斑疹隐隐之热窜血络、血热妄行的表现。

热灼营阴

病机：热灼营阴，扰神窜络。

证候表现：身热夜甚，心烦不寐，甚或时有谵语，斑疹隐隐，咽燥口干反不甚渴，舌质红绛，苔薄或无苔，脉细数。

本证纯属营分，见舌质红绛，苔薄或无苔。若邪热初入营分而气分热未解，则多兼有黄白苔。

治法：清营解毒，透热养阴。

方药：清营汤。

犀角（水牛角代）　生地　玄参　竹叶心　麦冬　丹参　黄连　银花　连翘

本方为温病营分证治疗的主方，其中生地、玄参、麦冬甘寒清热养阴，水牛角、黄连清营热解毒，丹参化瘀以防瘀热互结，银花、连翘、竹叶轻清透热，配入清营养阴解毒之品中，可使气机宣达，营热外透，体现了叶天士“入营犹可透热转气”的营分证治疗大则。

若营热兼表，见恶寒、头痛，可加连翘、薄荷、蝉衣等宣散表邪。

要点四　热陷心包证治

热陷心包证亦称心包证，其发生或由风温肺卫证误治、失治，加之平素心阴心气不足，致使邪热与痰相结，径入心包，此即“逆传心包”；或气分证、营分证发展的过程中，邪热炽盛，炼液成痰，痰热闭窍。本证是温病的危急重症，要及时抢救。

热陷心包

病机：热入心包，炼液成痰，痰热闭窍。

证候表现：身灼热，神昏谵语，或昏愦不语，舌蹇肢厥，舌色鲜绛，脉细数。

心包证属营分病变的范围，与营分证不同的是，本证神志异常严重，表现为神昏谵语，或昏愦不语；营分证神志异常较轻，仅表现为心烦不寐，或时有谵语，此外尚有营阴受损和血络受伤之表现。

治法：清心凉营，豁痰开窍。

方药：清宫汤送服安宫牛黄丸，或送服紫雪丹、至宝丹。

清宫汤

玄参心　莲子心　竹叶卷心　连翘心　犀角尖（水牛角尖代）　连心麦冬

安宫牛黄丸（市售成药，组成略）

紫雪丹（市售成药，组成略）

至宝丹（市售成药，组成略）

安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹皆为凉开剂，有开窍醒神之功，又称为温病“三宝”。由于组成不同，临证宜区别使用。安宫牛黄丸最凉，长于清热解毒，适于高热神昏者；紫雪丹重镇药多，长于止痉息风，适于高热动风、便秘者；至宝丹芳开药多，长于芳香辟秽，适于痰浊蒙蔽心窍神昏者。

若热闭心包兼腑实，安宫牛黄丸当配以攻下药，如牛黄承气汤（安宫牛黄丸合生大黄末）；若病情突然逆转，正气外脱，称为内闭外脱，“三宝”应与固脱救逆之品同用，其

中津气外脱者合生脉散，阳气暴脱者合参附汤。

要点五　热盛动风证治

温病过程中，邪热炽盛，灼伤肝阴，引动肝风，属于实证动风，多出现在温病极期高热的过程中，是温病危急重症。

热盛动风

病机：邪热亢盛，深入厥阴，引动肝风。

证候表现：高热，头痛头胀，心中躁扰，甚则神昏，手足抽搐，颈项强直，甚或角弓反张，舌红或舌绛，脉弦数。

治法：清热凉肝，息风止痉。

方药：羚角钩藤汤。

羚羊角　桑叶　菊花　钩藤　生地　白芍　竹茹　川贝　茯神　甘草

羚角钩藤汤是治疗热盛动风的基本方，有息风止痉、增液舒筋的功效，但尚需配合其他方药，以治疗动风之因。若见壮热，烦渴，舌红，脉洪大有力，为阳明气分热盛，引动肝风，当配以生石膏、知母大清气热；若见身热夜甚，舌质红绛，为心营热盛，引动肝风，当配以清营汤类；若兼腑实便秘者，当配以大黄、芒硝通下泄热；若有窍道出血，或斑疹外发，当配以水牛角、生地等凉血止血；若同时有神昏者，为手足厥阴心包、肝的同病证，当与“三宝”同用。

要点六　血分证治

血分证是指热邪深入血分，引起耗血、动血的证候。血分证可由卫、气分之邪不解，深入血分而致，也可由营分之热发展而来，尚可由伏气温病发于血分而致。血分证处于卫气营血各类证候的最深层，病情重，发展快，出血重者正气骤然外脱，可发生危急情况。

热盛迫血

病机：血分热毒炽盛，动血耗血，瘀热内阻。

证候表现：身灼热，躁扰不安，甚或昏狂谵妄，斑疹显露，色或紫黑，或吐衄血、便血、尿血，舌深绛，脉细数。

血分证以血热妄行之出血（窍道出血、斑疹）为主要临床特点，这是与营分证的不同之处。

治法：清热解毒，凉血散血。

方药：犀角地黄汤。

犀角（水牛角代）　生地　芍药　丹皮

本方凉血而不伤血，止血而不留瘀。其中生地用量应大，既凉血又养阴，也起到了散血的作用。全方体现了叶天士“入血就恐耗血动血，直须凉血散血”的血分证治疗大则。

临证运用，应主要针对血热动血之出血加用适当药物：如吐血加侧柏、白茅根；衄血加白茅根、焦栀子、黄芩；便血加槐花、地榆；尿血加小蓟、琥珀、白茅根等。病情重，见高热、出血发斑等气血两燔之重症，可用清瘟败毒饮。

要点七　真阴耗竭证治

温邪久羁不退，进入下焦，耗伤肝肾之阴血，呈现邪少虚多之势，属温病后期的证候。

真阴耗竭

病机：温病日久，真阴耗伤，邪少虚多。

证候表现：低热不退，手足心热甚于手足背，口干咽燥，齿黑，或心悸，或神疲多眠，耳聋，舌干绛或枯萎，或紫晦而干，脉虚软或结代。

治法：滋养肝肾阴液。

方药：加减复脉汤。

炙甘草　干生地　麦冬　阿胶　麻仁　白芍

本方由《伤寒论》炙甘草汤去参、桂、姜、枣，加白芍而来，是温病后期邪入下焦、肝肾阴伤之主方。方中多滋润之品，邪少虚多时才可使用，邪热尚盛、正邪交争剧烈时不可用，以免敛邪助热。

本方去麻仁，加龙骨、牡蛎，名救逆汤，治温病误汗，损伤心气心阴，致心中动悸，汗出不止，若脉虚大欲散者，再加人参补元气固脱；大便溏薄，去麻仁，加牡蛎（名一甲复脉汤）滋阴固摄。

要点八　虚风内动证治

虚风内动证是因肾阴耗竭导致的动风证，属于虚证动风。吴鞠通说："热邪深入，或在少阴，或在厥阴，均宜复脉。"即温病后期的厥、少同病证。本证与热盛动风证的区别：在动风表现上，虚证动风多为四末、口角的蠕动或颤动，徐缓无力；实证动风多为躯干、四肢抽搐有力，牙关紧闭。在发生的时间上，虚证动风多出现在温病的后期阶段，由热久伤阴，水不涵木，筋脉失养而致；实证动风多发生在温病的中期或极期，邪正抗争剧烈阶段，由邪热炽盛，燔灼筋脉而致。

阴虚动风

病机：温病后期，水不涵木，虚风内动。

证候表现：低热，手足蠕动或瘛疭，心悸或心中憹憹大动，甚则心痛，形消神倦，咽干齿黑，舌干绛，脉虚细无力。

治法：滋养阴血，柔肝息风。

方药：三甲复脉汤、大定风珠。

三甲复脉汤

炙甘草　干生地　白芍　麦冬　阿胶　麻仁　生牡蛎　生鳖甲　生龟板

本方为加减复脉汤加生牡蛎、生鳖甲、生龟板而成，治疗温病后期阴虚动风证，症见手足蠕动或瘛疭，心中憹憹大动，甚则心痛。

大定风珠

炙甘草　干生地　白芍　麦冬　阿胶　麻仁　生牡蛎　生鳖甲　生龟板　五味子　鸡子黄

本方为三甲复脉汤加五味子、鸡子黄而成，五味子酸敛以防厥脱之变，鸡子黄血肉有情之品，填阴增液息风，全方用于肝肾阴竭，阴阳时时欲脱之证。

本着阴阳互生之义，纯补阴方中，必要时当加补气固脱药物，如喘息气促加人参；自汗不止加人参、龙骨、浮小麦；心悸不已加人参、茯苓、炒枣仁、浮小麦等。

要点九　后期正虚邪恋证治

温病后期，肝肾阴液被伤，余邪尚未尽退，处于正虚邪恋之病理阶段，治疗既要辅助正气，又要清除余邪。但后期病变正与邪之争不似中期、极期激烈，治疗时不论补虚，或泻邪，都不能用性味猛烈之药物。阴虚火炽证、邪留阴分证是温病后期具有代表性的正虚邪恋证候，在风温、春温、暑温病后期都可出现，而在伏邪温病春温中尤多出现。

1. 阴虚火炽

病机：温病后期，肾阴耗伤，心火仍炽，心肾不能互济。

证候表现：身热，心烦不得卧，口燥咽干，舌红苔黄或薄黑而干，脉细数。

治法：泻心火，育肾阴。

方药：黄连阿胶汤。

黄连　黄芩　炒白芍　阿胶　鸡子黄

本方苦寒药和甘寒、甘酸药同用，上泻心火，下滋肾阴，攻补兼施，泻南补北。正如吴鞠通《温病条辨》所说："名黄连阿胶汤者，取一刚以御外侮，一柔以护内主之义也。"

2. 邪留阴分

病机：温病后期，阴液亏损，余邪留伏阴分。

证候表现：夜热早凉，热退无汗，能食形瘦，舌红少苔，脉沉细略数。

治法：滋阴透邪。

方药：青蒿鳖甲汤。

青蒿　鳖甲　生地　知母　丹皮

本方养阴透邪，亦属攻补兼施方。青蒿、鳖甲一以透热，一以养阴，为全方之君。正如吴鞠通说："青蒿不能直入阴分，有鳖甲领之入也；鳖甲不能独出阳分，有青蒿领之出也。"

真阴耗竭证、阴虚动风证、阴虚火炽证、邪留阴分证都属温病后期的证候，但它们的病机、证候表现、治法方药不同，而吴鞠通所提出的"壮火尚盛者，不得用定风珠、复脉；邪少虚多者，不得用黄连阿胶汤；阴虚欲痉者，不得用青蒿鳖甲汤"，可谓是对它们间的联系和区别之高度概括。

（宋乃光）

第二单元　湿热类温病

湿热类温病指兼有湿邪的温病，主要包括湿温、暑湿、伏暑等，起病较缓、传变较慢、病势缠绵，证候有湿与热之偏重，病位有上中下焦之所在，转归有伤阴、伤阳之不

同。治疗以化湿清热为主，还要分解湿热、区别病位、顾护阴阳。本单元以湿温、伏暑作为湿热类温病之代表。

细目一　主要湿热类温病的传变规律

要点一　湿温病的传变规律

湿温病是感受湿热病邪引起的，多发生于夏秋雨湿较盛、气候炎热季节的急性外感热病。湿温病初起以湿遏卫气为主要证候，见身热不扬，恶寒少汗，身重肢倦，胸闷脘痞，苔腻脉缓等症。

湿温病初起见湿遏卫气证，感邪重者也可见湿阻膜原证。随着卫分之邪内传或膜原之邪渐趋于脾胃，而出现气分湿热证。由于湿为阴邪，化热较慢，湿温病起病较缓，传变亦较慢，往往初起湿象偏重。气分湿热病证按湿与热的多少可分为湿重于热、热重于湿、湿热并重三种类型。中气虚者，中阳不足，热从湿化，病变偏于太阴脾，证属湿重于热；中气实者，中阳偏旺，湿从热化，病变偏于阳明胃，证属热重于湿；介于二者之间，湿与热互结者，证属湿热并重。湿热病邪弥漫，蒙上流下，上壅咽喉、头目，可致喉痹、头目不清；犯于肝胆，可出现黄疸；阻于肠道，则大便不通；蕴结膀胱，则小便不通等。本病若经过顺利，进入气分恢复阶段，余邪未尽，脾胃功能未复，经适当调治可达痊愈。

湿温病以脾胃为病变中心，其所感受的湿热之邪是湿与热两种性质不同的邪气相合而成，故湿温病的转归有别于温热类温病。一种转归是湿从热化，日久化燥化火深入营血，可以伤阴、闭窍、动风、动血；另一种转归是热从湿化，耗伤脾肾之阳，导致“湿胜阳微”之阴寒证。

湿温病可与西医学中发生于夏秋季节的伤寒、副伤寒、沙门氏菌属感染、钩端螺旋体病、流行性乙型脑炎、某些肠道病毒感染性疾病、流行性感冒，以及其他一些属于湿热性质的疾病相联系。

要点二　伏暑病的传变规律

伏暑是夏季感受暑湿病邪，当时未发病，而于秋冬季节发病的急性外感热病。本病初起即可见高热、烦渴、脘痞、苔腻等暑湿郁蒸气分证，属于伏邪温病。

伏暑初起多见表里同病证。夏月感受暑湿病邪，郁而未发，至深秋或冬月，由时令之邪引发，出现暑湿郁蒸气分兼表证，为卫气同病；素体阴虚内热重者，暑湿邪气化燥化火，则成营血分兼表证，为卫营同病。随着病情进一步发展，恶寒、无汗之表证去，暑湿郁蒸气分者，可出现暑湿郁阻少阳、弥漫三焦、阻滞肠道等证；暑湿化燥化火入营血者，或出现内闭包络证，或出现瘀热蕴结下焦证等。本病后期，不论气分湿热证，或营血分阴伤证，皆气阴大伤，甚则出现肾气大伤，下元亏损之险证。

伏暑病可与西医学中发生于秋冬季节的重型流感、流行性出血热、散发性脑炎，以及其他一些具有湿热性质的疾病相联系。

细目二　湿热类温病主要证治

要点一　湿温病初发证治

湿温病初发，常见卫气同病证，又称外内合邪。湿为阴邪，化热较慢，故呈湿重热轻证候。

湿遏卫气

病机：湿温病初起，卫气同病，外内合邪。

证候表现：身热不扬，午后热显，恶寒，无汗或少汗，头重如裹，身重肢倦，胸闷脘痞，面淡黄，口不渴，苔白腻，脉濡缓。

身热不扬是湿温病湿重于热的热型，即身热而热象不显（口不渴、小便不黄、脉不数等，与温热类温病发热之热象明显有区别）。本证发热恶寒，无汗或少汗，有似伤寒太阳表证，当从有胸闷脘痞、苔白腻、脉濡缓上与之区别；胸闷脘痞有似伤食积滞里证，当从未有苔垢浊、嗳腐食臭上区别；午后热显有似阴虚发热，当从两颧不红、无五心烦热及舌红少苔上区别。

治法：芳香宣散，祛除表里湿邪。

方药：三仁汤、藿朴夏苓汤。

三仁汤

杏仁　滑石　通草　白蔻仁　竹叶　厚朴　生薏仁　半夏

藿朴夏苓汤

藿香　半夏　赤苓　杏仁　薏仁　蔻仁　猪苓　泽泻　豆豉　厚朴

二方都有杏、蔻、薏三仁，开上、畅中、渗下。三仁汤中有滑、竹泄湿中之热，用于湿渐化热者宜；藿朴夏苓汤中有藿、豉透表，猪苓、赤苓、泽泻渗利，用于表证明显且湿盛者宜。

湿温病初起治疗禁用辛温发汗、苦寒攻下、滋养阴液药，误用之不良后果如吴鞠通所说："汗之则神昏耳聋，甚则目瞑不欲言；下之则洞泄；润之则病深不解。"

要点二　湿困中焦证治

湿困中焦证属于湿温病气分证，多由湿遏卫气证发展而来，湿邪重者也可初病即见气分证。湿温病气分证有湿与热偏重的不同，一般初起多为湿重于热。

湿重热轻，困阻中焦

病机：湿邪阻于中焦，脾胃升降失司。

证候表现：身热不扬，胸闷脘痞，腹胀，恶心呕吐，口不渴，或渴不欲饮，或渴喜热饮，大便溏泄，小便浑浊，苔白腻，脉濡缓。

本证为湿温病气分证，湿邪遏阻中焦，湿重于热，病变偏于脾。身热不扬，口不渴，小便浑浊，苔白腻，脉濡缓，说明湿重；胸闷脘痞，腹胀，恶心呕吐，说明病位在中焦脾胃。

治法：芳香宣化，燥湿运脾。

方药：雷氏芳香化浊法，或配合三仁汤。

雷氏芳香化浊法

藿香　佩兰　半夏　陈皮　厚朴　大腹皮　荷叶

三仁汤（见湿遏卫气证治）

雷氏芳香化浊法芳化、温燥药多，能畅脾气、化湿浊。若湿浊重而胸腹满闷，苔白厚浊腻，可配合三仁汤开上、畅中、渗下，促使湿邪多途径外出。若湿邪蒙蔽于上，见神识如蒙、头昏胀者，可配合苏合香丸开窍（苏合香丸，市售成药，组成略）。

要点三　湿阻膜原证治

湿阻膜原证是湿温病初发的另一证型，也可由湿遏卫气证转化而来。膜原病位特殊，清代温病学家薛生白说："膜原者，外通肌肉，内近胃腑，即三焦之门户，实一身之半表半里也。"所以湿阻膜原证亦归属于中焦证。

邪阻膜原，湿浊偏盛

病机：湿热秽浊郁伏膜原，阻遏气机。

证候表现：寒热往来，寒甚热微，身痛有汗，手足沉重，呕逆胀满，舌苔白厚腻浊如积粉，脉缓。

本证与湿遏卫气证都是湿温病初起的证候，但寒热往来，寒甚热微，舌苔白厚腻浊如积粉等与湿遏卫气证不同，其中舌苔白厚腻浊如积粉是湿阻膜原证具有特征性的舌象。

治法：疏利透达膜原湿浊。

方药：雷氏宣透膜原法。

槟榔　厚朴　草果　黄芩　甘草　藿香　半夏　生姜

湿阻膜原证湿浊重，非一般燥湿药所能为功，当疏利透达膜原湿浊。雷氏宣透膜原法由明末吴又可达原饮化裁而来，前三味槟榔、厚朴、草果为核心药物，辛开行气，芳香辟秽；辅以藿香、半夏、生姜燥湿化浊；佐以黄芩、甘草泄热、和中。全方性温燥，不可过用。

要点四　湿热中阻证治

湿热中阻证可由湿困中焦证发展而来，虽病位亦在中焦脾胃，然已发展为湿热并重者。

湿热并重，困阻中焦

病机：湿热互结中焦，脾胃升降失司。

证候表现：发热汗出不解，口渴不欲多饮，脘痞呕恶，心中烦闷，便溏色黄，小便短赤，苔黄滑腻，脉濡数。

湿热并重困阻中焦证，与湿重热轻困阻中焦证相比，病位都在中焦，皆有脘痞、呕恶、便溏等脾胃升降失常表现，但湿与热的轻重不同。前者发热汗出不解，小便短赤，苔黄滑腻，脉濡数等热象已显；后者身热不扬，口不渴，小便浑浊，苔白腻，脉濡缓等湿象明显，当相互区别。

治法：辛开苦降，燥湿泄热。

方药：王氏连朴饮。

黄连　厚朴　石菖蒲　半夏　豆豉　山栀　芦根

连、栀苦寒药，与朴、夏辛苦温药相伍，寒温并用，苦辛并进，分解中焦湿热，调整脾胃升降，即辛开苦降之义。菖蒲、豆豉、芦根，芳、透、渗共用，调畅气机，多途径出邪。而本方与雷氏宣透膜原法的不同之处，是寒与热并用，湿与热共治，后者祛湿为主，寒凉清热药占比重轻。

若呕吐重，加姜汁、竹茹；身发白痦，加薏仁、竹叶。

要点五　湿热蕴毒证治

气分湿热之邪蕴结，化毒壅滞于某一部位，称为湿热蕴毒。此毒为湿热之邪聚集而成，属于湿热毒。温病中出现局部红肿热痛者又称为温毒，故本证也是温毒病中的一个证类。

湿热蕴毒

病机：湿热交蒸，充斥气分，酿成热毒。

证候表现：发热口渴，咽喉肿痛，小便黄赤，或身目发黄，脘腹胀满，肢酸倦怠，苔黄腻，脉滑数。

本证为湿热交蒸，弥漫上下，蕴结成毒所致。身目发黄、咽喉肿痛分别为湿热犯于肝胆和湿热上壅咽喉之征。此外还可见口舌生疮、颐肿、外发红疹等湿热毒聚之象。脘腹胀满，肢酸倦怠说明病变仍以中焦为主。

治法：清热化湿解毒。

方药：甘露消毒丹。

滑石　茵陈　黄芩　菖蒲　川贝　木通　藿香　射干　连翘　薄荷　蔻仁

本方又名普济解毒丹，清代著名温病学家王孟英称其为“治湿温时疫之主方”，在现代临床上也有广泛应用。

心烦热，加山栀、黄连；口渴重，加花粉、芦根；咽喉肿痛甚或化脓，加银花、板蓝根、白僵蚕。

要点六　湿热酿痰蒙蔽心包证治

湿温病中，气分湿热日久不解，酿蒸痰浊，蒙蔽心包，而出现了神志的异常。表现的特点是：神识似清似昧，或时清时昧，即使清醒时也表情淡漠，反应迟钝，严重时谵语胡言，亦是温病的危重症。

湿热酿痰，蒙蔽心包

病机：气分湿热久郁，酿成痰浊，蒙蔽心包。

证候表现：身热不退，朝轻暮重，神识昏蒙，似清似昧或时清时昧，时或谵语，苔浊腻，脉濡滑数。

治法：清热化湿，豁痰开窍。

方药：菖蒲郁金汤送服苏合香丸或至宝丹。

菖蒲郁金汤

鲜菖蒲　郁金　炒栀子　连翘　木通　鲜竹叶　丹皮　竹沥　灯心　玉枢丹

苏合香丸（市售成药，组成略）

至宝丹（市售成药，组成略）

菖蒲郁金汤中菖蒲、郁金、竹沥、玉枢丹芳香辟秽化痰，连翘、竹叶、栀子、丹皮清热透湿，木通、灯心导湿热下行，是湿热酿痰蒙窍证的基础方药，为了加大豁痰开窍力量，需配合苏合香丸或至宝丹。若湿偏盛（如苔白腻、脉濡缓）配苏合香丸；若热已盛（如苔黄腻、脉濡滑数）配至宝丹。苏合香丸以辛香药为主体，祛湿化痰，开蔽通窍力大，属于温开剂。

如神志异常转为神昏谵语，或昏愦不语，舌苔也渐化，舌质也转为红绛，说明气分湿热已化为痰热而内陷心包，病变由气入营，当治以清心凉营，豁痰开窍。

要点七　暑湿郁阻少阳证治

暑湿之邪由暑热邪气夹湿邪而成，暑湿病邪所致暑湿证可见于夏暑季节的暑湿病、秋冬季节的伏暑病中，属于湿热证范围。少阳是人体表里之枢，暑湿郁阻少阳主要出现表里不和，少阳枢机不利的证候。

暑湿郁阻少阳

病机：暑湿郁蒸少阳气分，气机郁阻。

证候表现：寒热似疟，身热午后甚，入暮尤剧，天明得汗诸症稍减，但胸腹灼热不除，口渴心烦，脘痞呕恶，舌红，苔薄黄而腻。

暑湿郁阻少阳证是气分湿热证中的一类证候，因邪在少阳，故有寒热似疟的热型，脘痞呕恶，苔腻为湿阻气机之象，口渴心烦，舌红为里热伤阴之征象。

治法：清泄少阳，分消湿热。

方药：蒿芩清胆汤。

青蒿　黄芩　竹茹　半夏　枳壳　陈皮　赤苓　碧玉散

若心烦重，为热邪扰心，加栀子、淡豆豉；恶心呕吐明显，为痰热犯胃，加黄连、苏叶、生姜。

要点八　暑湿弥漫三焦证治

暑湿邪气属于湿热性质的邪气，可弥漫于上下表里及各个器官。暑湿弥漫三焦，上焦可见面赤耳聋目眩，胸闷咳嗽，甚则咳血；中焦可见脘痞腹胀，下焦可见二便异常。

暑湿弥漫三焦

病机：气分暑湿郁蒸，弥漫于上中下三焦。

证候表现：身热汗出口渴，面赤耳聋，眩晕，胸闷喘咳，痰中带血，脘痞腹胀，下利稀水，小便短赤，舌红，苔黄滑，脉滑数。

治法：清暑化湿，宣通三焦。

方药：三石汤。

滑石　石膏　寒水石　杏仁　竹茹　金银花　金汁　通草

上焦证重而咳嗽胸闷明显，加瓜蒌、连翘、豆卷等；中焦证重而脘痞腹胀明显，甚至出现呕恶，加半夏、黄连、厚朴等；下焦证重而见小便短少或不畅，加猪苓、茯苓、通草等。

要点九　余湿留恋证治

湿温病气分证日久，进入恢复期，邪气渐退，余湿未尽，脾胃功能未完全恢复，需清除余邪，以恢复脾胃功能。

后期余湿留连

病机：湿温病气分证后期，余湿未尽，脾气不舒，胃气未醒。

证候表现：身热已退，或有低热，脘中微闷，知饥不食，苔薄腻，脉濡缓。

治法：轻清芳化，清涤余湿。

方药：薛氏五叶芦根汤。

藿香叶　鲜荷叶　枇杷叶　佩兰叶　薄荷叶　芦根　冬瓜仁

湿温病恢复期，正虚邪恋，不论祛邪，还是扶正，都不能用味重之品。祛邪力强则易伤正，扶正力强则易敛邪，故薛生白说："此湿热已解，余邪蒙蔽清阳，胃气不舒，宜用极轻清之品，以宣上焦阳气。若投味重之品，是与病情不相涉矣。"即告诫不可病轻药重。

（宋乃光）

第三单元　温毒类温病

细目　温毒类温病主要证治

温毒类温病是温病的一种特殊类型，由温毒病邪引起，包括大头瘟、烂喉痧等疾病，多发生于冬春两季。温毒病邪具有六淫温邪的性质，又具有攻冲走窜、蕴结壅滞之特性。所以温毒类温病除具有一般外感热病的临床表现外，还具有局部红肿热痛，甚则溃烂，或发斑疹之特点。现代临床的颜面丹毒、腮腺炎、猩红热等病可与本病相联系。

要点一　大头瘟毒盛肺胃证治

大头瘟是感受风热时毒引起的急性外感热病，初起即见卫气同病证，继则肺胃热毒炽盛。本病发展过程中，往往因邪毒攻窜而出现头面红肿疼痛、甚则溃烂等表现。毒盛肺胃证为大头瘟气分热毒炽盛、化火攻冲头面的证候。

毒盛肺胃

病机：肺胃热毒充斥，攻冲头面。

证候表现：壮热口渴，烦躁不安，头面燃肿疼痛，咽喉疼痛加剧，舌红苔黄，脉数有力。

治法：清热解毒，疏风消肿。

方药：普济消毒饮。

黄芩　黄连　玄参　板蓝根　马勃　牛蒡子　薄荷　僵蚕　桔梗　升麻　柴胡　陈皮　生甘草

本方是清热解毒、疏散头面风热时毒之要方。对其所治疾病，吴鞠通《温病条辨》说："温毒咽痛喉痛，耳前耳后肿、颊肿，面正赤，或喉不通，但外肿，甚则耳聋，俗名大头温、虾蟆温者，普济消毒饮去柴胡、升麻主之。初起一二日，再去芩连，三四日加之佳。"对其组方之妙，吴氏亦说："其方之妙，妙在以凉膈散为主，而加化清气之马勃、僵蚕、银花，得轻可去实之妙；再加玄参、牛蒡子、板蓝根，败毒而利肺气，补肾水以上济邪火……此方皆系轻药，总走上焦，开天气、肃肺气。"去柴胡、升麻，是恐其升腾太过；初起去芩连，是恐犯中焦。以上都是吴鞠通用本方的见解，可供临床参考。

要点二　烂喉痧毒燔气营（血）证治

烂喉痧是感受温热时毒引起的急性外感热病，以咽喉肿痛糜烂、肌肤丹痧密布为临床特点，又名疫喉痧、时喉痧，与乙类传染病中的猩红热极为相似，属于传染病。温热时毒从口鼻而入，直犯肺胃。咽喉为肺胃之门户，又肺主皮毛，胃主肌肉，正如何廉臣所说："疫痧时气，吸从口鼻，并入肺经气分则烂喉，并入胃经血分则发痧。"毒燔气营（血）证为疫毒之邪深入营血分，气营（血）同病的危重证候。

毒燔气营（血）

病机：烂喉痧邪毒化火，燔灼气营（血）。

证候表现：壮热，烦躁口渴，咽喉肿痛糜烂，甚则气道不通，肌肤丹痧紫赤密布，红晕融合成片，舌绛干燥起芒刺，状如杨梅，脉细数。

治法：气营（血）两清，解毒救阴。

方药：凉营清气汤。

犀角（水牛角代）　鲜石斛　黑山栀　丹皮　鲜生地　薄荷叶　黄连　赤芍　玄参　生石膏　生甘草　连翘　竹叶　茅根　芦根　金汁

痰多加竹沥水，或珠黄散（珍珠、西牛黄）。本证危重，易内陷出现变证，如热闭心包之神昏谵语，热盛动风之痉厥，甚则出现内闭外脱等，当参照有关证治予以救治。

（宋乃光）

中　药　学

第一单元　药性理论

药性理论，即中药作用的基本性质和特征的高度概括，又称药性。它包括了药物发挥疗效的物质基础和治疗过程中所体现出来的作用。它是药物性质和功能的高度概括。研究中药性能的理论称为中药性能，主要包括四气、五味、升降浮沉、归经、有毒无毒等。

细目一　四气

要点一　四气所表示药物的作用

一般来讲，寒凉药分别具有清热泻火、凉血解毒、滋阴除蒸、泻热通便、清热利尿、清化热痰、清心开窍、凉肝息风等作用；而温热药则分别具有温里散寒、暖肝散结、补火助阳、温阳利水、温经通络、引火归原、回阳救逆等作用。

要点二　四气对临床用药的指导意义

1.《素问·至真要大论》“寒者热之，热者寒之”、《神农本草经·序例》“疗寒以热药，疗热以寒药”提出了运用四气理论指导临床用药的基本原则。具体来说，温热药多用治中寒腹痛、寒疝作痛、阳痿不举、宫冷不孕、阴寒水肿、风寒痹证、血寒经闭、虚阳上越、亡阳虚脱等一系列阴寒证；而寒凉药则主要用于实热烦渴、温毒发斑、血热吐衄、火毒疮疡、热结便秘、热淋涩痛、黄疸水肿、痰热喘咳、高热神昏、热极生风等一系列阳热证。

2. 由于寒与凉、热与温之间具有程度上的差异，因而在用药时也要注意。如当用热药而用温药，当用寒药而用凉药，则病重药轻，达不到治愈疾病的目的；反之，当用温药而用热药则反伤其阴，当用凉药反用寒药则易伤其阳。

3. 至于表寒里热、上热下寒、寒热中阻而致的寒热错杂的复杂病证，则当寒热药并用，使寒热并除。若为寒热错杂、阴阳格拒的复杂病证，又当采用寒热并用佐治之法治之，即张介宾“以热治寒，而寒拒热，则反佐以寒药而入之；以寒治热，而热拒寒，则反佐以热药而入之”之谓也。

细目二　五味

要点　五味所表示药物的作用

辛：“能散能行”，即具有发散、行气行血的作用。一般来讲，解表药、行气药、活血药多具有辛味。因此辛味药多用治表证及气血阻滞之证。如苏叶发散风寒、木香行气除

胀、川芎活血化瘀等。

甘："能补、能和、能缓"，即具有补益、和中、调和药性和缓急止痛的作用。一般来讲，滋养补虚、调和药性及制止疼痛的药物多具有甘味。甘味药多用治正气虚弱、身体诸痛及调和药性、中毒解救等几个方面。如人参大补元气、熟地滋补精血、饴糖缓急止痛、甘草调和药性并解药食中毒等。

酸："能收、能涩"，即具有收敛、固涩的作用。一般固表止汗、敛肺止咳、涩肠止泻、固精缩尿、固崩止带的药物多具有酸味。酸味药多用治体虚多汗、肺虚久咳、久泻肠滑、遗精滑精、遗尿尿频、崩带不止等证。如五味子固表止汗、乌梅敛肺止咳等。

苦："能泄、能燥、能坚"，即具有清泄火热、泄降气逆、通泄大便、燥湿、坚阴（泻火存阴）等作用。一般来讲，清热泻火、下气平喘、降逆止呕、通利大便、清热燥湿、苦温燥湿、泻火存阴的药物多具有苦味。苦味药多用治热证、火证、喘咳、呕恶、便秘、湿证、阴虚火旺等证。如黄芩、栀子清热泻火，杏仁、葶苈子降气平喘，半夏、陈皮降逆止呕，大黄、枳实泻热通便，龙胆草、黄连清热燥湿，苍术、厚朴苦温燥湿，知母、黄柏泻火存阴等。

咸："能下、能软"，即具有泻下通便、软坚散结的作用。一般来讲，泻下或润下通便及软化坚硬、消散结块的药物多具有咸味。咸味药多用治大便燥结、痰核、瘿瘤、癥瘕、痞块等证。如芒硝泻热通便，海藻、牡蛎消散瘿瘤，鳖甲软坚消癥等。

淡："能渗、能利"，即具有渗湿利小便的作用，故有些利水渗湿的药物具有淡味。淡味药多用治水肿、脚气、小便不利之证。如薏苡仁、通草、灯心草、茯苓、猪苓、泽泻等。由于《神农本草经》未提淡味，后世医家主张"淡附于甘"，故只言五味，不称六味。

涩：与酸味药的作用相似，多用治虚汗、泄泻、尿频、遗精、滑精、出血等证。如莲子固精止带，禹余粮涩肠止泻，乌贼骨收涩止血等。

细目三　升降浮沉

要点一　影响升降浮沉的因素

影响药物升降浮沉的因素主要与四气五味及药物质地轻重有密切关系，并受到炮制和配伍的影响。

1. 药物的升降浮沉与四气五味有关

一般来讲，凡味属辛、甘，气属温、热的药物，大都是升浮药，如麻黄、升麻、黄芪等；凡味属苦、酸、咸，性属寒、凉的药物，大都是沉降药，如大黄、芒硝、山楂等。

2. 药物的升降浮沉与药物的质地轻重有关

一般来讲，花、叶、皮、枝等质轻的药物大多为升浮药，如苏叶、菊花、蝉衣等；而种子、果实、矿物、贝壳及质重者大多都是沉降药，如苏子、枳实、牡蛎、代赭石等。除上述一般规律外，某些药也有特殊性，如旋覆花虽然是花，但功能降气消痰、止呕止噫，药性沉降而不升浮；苍耳子虽然是果实，但功能通窍发汗、散风除湿，药性升浮而不沉

降，故有“诸花皆升，旋覆独降；诸子皆降，苍耳独升”之说。

3. 药物的升降浮沉与炮制、配伍的影响有关

药物的炮制可以影响转变其升降浮沉的性能。如有些药物酒制则升，姜炒则散，醋炒收敛，盐炒下行。如大黄，属于沉降药，峻下热结，泻热通便，经酒炒后，大黄则可清上焦火热，可治目赤头痛。故李时珍说：“升者引之以咸寒，则沉而直达下焦，沉者引之以酒，则浮而上至颠顶。”又药物的升降浮沉通过配伍也可发生转化，如升浮药升麻配当归、肉苁蓉等咸温润下药同用，虽有升降合用之意，终成润下之剂，即少量升浮药配大量沉降药也随之下降；又牛膝引血下行为沉降药，与桃仁、红花及桔梗、柴胡、枳壳等升达清阳、开胸行气药同用，也随之上升，主治胸中瘀血证，这就是少量沉降药与大队升浮药同用，随之上升的例证。

要点二　升浮与沉降的不同作用

升降浮沉代表不同的药性，标示药物不同的作用趋向。

一般升浮药，其性主温热，味属辛、甘、淡，质地多为轻清至虚之品，作用趋向多主上升、向外。就其所代表药物的具体功效而言，分别具有疏散解表、宣毒透疹、解毒消疮、宣肺止咳、温里散寒、暖肝散结、温通经脉、通痹散结、行气开郁、活血消癥、开窍醒神、升阳举陷、涌吐等作用。

一般沉降药，其性主寒凉，味属酸、苦、咸，质地多为重浊坚实之品，作用趋向多主下行、向内。就其所代表药物的具体功效而言，分别具有清热泻火、泻下通便、利水渗湿、重镇安神、平肝潜阳、息风止痉、降逆平喘、止呕、止呃、消积导滞、固表止汗、敛肺止咳、涩肠止泻、固崩止带、涩精止遗、收敛止血、收湿敛疮等作用。

要点三　升浮沉降对临床用药的指导意义

药物具有升降浮沉的性能，可以调整脏腑气机的紊乱，使之恢复正常的生理功能，或作用于机体的不同部位，因势利导，祛邪外出，从而达到治愈疾病的目的。具体而言：

1. 病变部位在上、在表者，宜升浮不宜沉降。如外感风热则应选用薄荷、菊花等升浮药来疏散。

2. 病变部位在下、在里者，宜沉降不宜升浮。如热结肠燥、大便秘结者，则应选用大黄、芒硝等沉降药来泻热通便。

3. 病势上逆者，宜降不宜升，如肝阳上亢、头晕目眩，则应选用代赭石、石决明等沉降药来平肝潜阳。

4. 病势下陷，宜升不宜降，如气虚下陷久泻脱肛，则应用黄芪、升麻、柴胡等升浮药来升阳举陷。

总之，必须针对疾病发生部位有在上在下在表在里的区别，病势上有上逆下陷的区别，根据药物升降浮沉的不同特性，恰当选用药物，这也是指导临床用药必须遵循的重要原则。

细目四　归经

要点一　归经的理论基础和依据

中药归经理论的形成是在中医基本理论指导下，以脏腑经络学说为基础，以药物所治疗的具体病证为依据，经过长期临床实践总结出来的用药理论。

要点二　归经理论对临床用药的指导意义

1. 掌握归经便于临床辨证用药。

2. 掌握归经理论有助于区别功效相似的药物。

3. 运用归经理论指导临床用药，还要依据脏腑经络相关学说，注意脏腑病变的相互影响，恰当选择用药。

细目五　毒性

要点一　毒性的含义

1. 古代毒性的概念

古代药物毒性的含义较广，既认为毒药是药物的总称，毒性是药物的偏性，又认为毒性是药物毒副作用大小的标志。而后世本草书籍在其药物性味下标明“有毒”、“大毒”、“小毒”等，则大都指药物的毒副作用的大小。

2. 现代药物毒性的概念

一般系指药物对机体所产生的不良影响及损害性。包括有急性毒性、亚急性毒性、亚慢性毒性、慢性毒性和特殊毒性如致癌、致突变、致畸胎、成瘾等。所谓毒药一般系指对机体发生化学或物理作用，能损害机体引起功能障碍、疾病甚至死亡的物质。

要点二　正确对待中药的毒性

正确对待中药的毒性，是安全用药的保证，这里包含如何总体评价中药的毒性、如何正确看待文献记载及如何正确看待临床报告。

1. 正确总体评价中药毒性

目前中药品种已达12800多种，而见中毒报告的才100余种，其中许多还是临床很少使用的剧毒药，大多数中药品种是安全的，这是中药一大优势，尤其与西药（化学合成药）造成众多药源性疾病的危害相比，中药安全低毒的优势就更加突出。

2. 正确对待本草文献记载

历代本草对药物毒性多有记载，这是前人的经验总结，值得借鉴。但由于受历史条件的限制，也出现了不少缺漏和错误的地方，如《本草纲目》认为马钱子无毒，《中国药学大辞典》认为黄丹、桃仁无毒等，说明对待药物毒性的认识，随着临床经验的积累、社会

的发展，有一个不断修改、逐步认识的过程。相信文献，不能尽信文献，实事求是，才是科学态度。

3. 重视中药中毒的临床报道

自新中国成立以来，出现了大量中药中毒报告，仅单味药引起中毒就达上百种之多，其中植物药九十多种，如关木通、苍耳子、苦楝根皮等，动物药及矿物药各十多种，如斑蝥、蟾蜍、鱼胆。由此可见，文献中认为大毒、剧毒的固然有中毒致死的，小毒、微毒甚至无毒的同样也有中毒病例发生，故临床应用有毒中草药要慎重，就是“无毒”的，也不可掉以轻心。认真总结经验，既要尊重文献记载，更要注视临床经验，相互借鉴，才能全面、深刻、准确地理解掌握中药的毒性，对保证安全用药是十分必要的。

4. 加强对有毒中药的使用管理

此处所称的有毒中药，系指列入国务院《医疗用毒性药品管理办法》的中药品种，即砒石、砒霜、水银、生马钱子、生川乌、生草乌、生白附子、生附子、生半夏、生南星、生巴豆、斑蝥、青娘虫、红娘虫、生甘遂、生狼毒、生藤黄、生千金子、生天仙子、闹羊花、雪上一枝蒿、红升丹、白降丹、蟾酥、洋金花、红粉、轻粉、雄黄。

要点三　引起中药中毒的主要原因

剂量过大。误服伪品。炮制不当。制剂服法不当。配伍不当。此外，药不对证、自行服药、乳母用药及个体差异也是引起中毒的原因。

要点四　掌握药物毒性强弱对指导临床用药的意义

1. 在应用毒药时要针对体质的强弱、疾病部位的深浅，恰当选择药物并确定剂量，中病即止，不可过服，以防止过量和蓄积中毒。同时要注意配伍禁忌，凡两药合用能产生剧烈毒副作用的禁止同用，并严格毒药的炮制工艺，以降低毒性。医药部门要抓好药品鉴别，防止伪品混用，注意保管好剧毒中药，从不同的环节努力，确保用药安全，以避免中毒的发生。

2. 根据中医“以毒攻毒”的原则，在保证用药安全的前提下，也可采用某些毒药治疗某些疾病。如用雄黄治疗疔疮恶肿，水银治疗疥癣梅毒，砒霜治疗白血病等，让有毒中药更好地为临床服务。

3. 掌握药物的毒性及其中毒后的临床表现，便于诊断中毒原因，以便及时采取合理、有效的抢救治疗手段，对于搞好中药中毒抢救工作具有十分重要的意义。

（黄斌）

第二单元　中药的配伍与用药禁忌

细目一　中药的配伍

要点一　配伍的意义

既照顾到复杂病情，又增加了疗效，扩大治疗范围，减少了毒副作用。因此，掌握中药配伍规律对指导临床用药意义重大。

要点二　配伍的内容

《神农本草经·序例》将各种药物的配伍关系归纳为“有单行者，有相须者，有相使者，有相畏者，有相恶者，有相反者，有相杀者，凡此七情，合和视之”。这“七情”之中除单行者外，都是谈药物配伍关系，兹分述如下：

1. 单行

就是单用一味药来治疗某种病情单一的疾病。对那病情比较单纯的病证，往往选择一种针对性较强的药物即可达到治疗目的。如古方独参汤，即单用一味人参，治疗大失血所引起元气虚脱的危重病证。

2. 相须

就是两种功效类似的药物配合应用，可以增强原有药物的功效。如麻黄配枝枝，能增强发汗解表、祛风散寒的作用，它构成了复方用药的配伍核心，是中药配伍应用的主要形式之一。

3. 相使

就是以一种药物为主，另一种药物为辅，两药合用，辅药可以提高主药的功效。如黄芪配茯苓治脾虚水肿，黄芪为健脾益气、利尿消肿的主药，茯苓淡渗利湿，可增强黄芪益气利尿的作用。这是功效不同相使配伍的例证，可见相使配伍药不必同类。一主一辅，相辅相成，辅药能提高主药的疗效，即是相使的配伍。

4. 相畏

就是一种药物的毒副作用能被另一种药物所抑制。如半夏畏生姜，即生姜可以抑制半夏的毒副作用。

5. 相杀

就是一种药物能够消除另一种药物的毒副作用。

6. 相恶

就是一种药物能破坏另一种药物的功效。如人参恶莱菔子，莱菔子能削弱人参的补气作用。

7. 相反

就是两种药物同用能产生剧烈的毒副作用。如甘草反甘遂，贝母反乌头等，详见用药禁忌“十八反”、“十九畏”中若干药物。

上述药物七情，除单行外，其余六项均是对药物基本配伍关系的论述。其中相须、相使表示增效，临床用药要充分利用；相畏、相杀表示减毒，应用毒烈药时须考虑选用；相恶表示减效，用药时应加以注意；相反表示增毒，原则上应绝对禁止。

细目二　中药的用药禁忌

中药的用药禁忌主要包括配伍禁忌、证候禁忌、妊娠禁忌和服药时的饮食禁忌四个方面。

要点一　配伍禁忌

《蜀本草》谓《本经》载药365种，相反者18种，相恶者60种。《新修本草》承袭了18种反药的数目。《证类本草》载反药24种。金元时期将反药概括为“十八反”、“十九畏”，累计37种反药，并编成歌诀，便于诵读。

“十八反”：“十八反”歌诀最早见于张子和《儒门事亲》：“本草明言十八反，半蒌贝蔹及攻乌，藻戟遂芫俱战草，诸参辛芍叛藜芦。”共载相反中药18种，即：乌头反贝母、瓜蒌、半夏、白及、白蔹；甘草反甘遂、大戟、海藻、芫花；藜芦反人参、丹参、玄参、沙参、细辛、芍药。

“十九畏”：“十九畏”歌诀首见于明·刘纯《医经小学》：“硫黄原是火中精，朴硝一见便相争，水银莫与砒霜见，狼毒最怕密陀僧，巴豆性烈最为上，偏与牵牛不顺情，丁香莫与郁金见，牙硝难合京三棱，川乌、草乌不顺犀，人参最怕五灵脂，官桂善能调冷气，若逢石脂便相欺，大凡修合看顺逆，炮爝炙煿莫相依。”指出了19种相畏（反）的药物：硫黄畏朴硝，狼毒畏密陀僧，巴豆畏牵牛，丁香畏郁金，川乌、草乌畏犀角，牙硝畏三棱，官桂畏赤石脂，人参畏五灵脂。

要点二　妊娠用药禁忌

根据药物对于胎元损害程度的不同，一般可分为慎用与禁用二大类。慎用的药物包括通经去瘀、行气破滞及辛热滑利之品，如桃仁、红花、牛膝，大黄、枳实，附子、肉桂、干姜，木通、冬葵子、瞿麦等；而禁用的药物是指毒性较强或药性猛烈的药物，如巴豆、牵牛子、大戟、商陆、麝香、三棱、莪术、水蛭、斑蝥、雄黄、砒霜等。

要点三　证候用药禁忌

其内容详见各论中每味中药的“使用注意”部分。

要点四　服药时的饮食禁忌

在服药期间，一般应忌食生冷、油腻、腥膻、有刺激性的食物。此外，根据病情的不同，饮食禁忌也有区别。如热性病，应忌食辛辣、油腻、煎炸食物；寒性病，应忌食生冷

食物、清凉饮料等；胸痹患者应忌食肥肉、脂肪、动物内脏及烟、酒等；肝阳上亢头晕目眩、烦躁易怒等应忌食胡椒、辣椒、大蒜、白酒等辛热助阳之品。

（黄斌）

第三单元　中药的剂量与用法

细目一　剂量

要点　确定剂量的因素

一般来讲，确定中药的剂量，应考虑如下几方面的因素：

1. 药物性质与剂量的关系

剧毒药或作用峻烈的药物，应严格控制剂量，开始时用量宜轻，逐渐加量，一旦病情好转后，应当立即减量或停服，中病即止，防止过量或蓄积中毒。此外，花、叶、皮、枝等量轻质松及性味浓厚、作用较强的药物用量宜小；矿物、介壳质重沉坠及性味淡薄、作用温和的药物用量宜大；鲜品药材含水分较多，用量宜大（一般为干品的4倍）；干品药材用量当小；过于苦寒的药物也不要久服过量，免伤脾胃；再如犀角、羚羊角、麝香、牛黄、猴枣、鹿茸、珍珠等贵重药材，在保证药效的前提下应尽量减少用量。

2. 剂型、配伍与剂量的关系

在一般情况下，同样的药物入汤剂比入丸散剂的用量要大些；单味药使用比复方中应用剂量要大些；在复方配伍使用时，主要药物比辅助药物用量要大些。

3. 年龄、体质、病情与剂量的关系

由于年龄、体质的不同，对药物耐受程度不同，则药物用量也就有了差别。一般老年、小儿、妇女产后及体质虚弱的病人，都要减少用量，成人及平素体质壮实的患者用量宜重。一般5岁以下的小儿用成人药量的1/4，5岁以上的儿童按成人用量减半服用。病情轻重、病势缓急、病程长短与药物剂量也有密切关系。一般病情轻、病势缓、病程长者用量宜小，病情重、病势急、病程短者用量宜大。

4. 季节变化与剂量的关系

夏季发汗解表药及辛温大热药不宜多用，冬季发汗解表药及辛热大热药可以多用；夏季苦寒降火药用量宜重，冬季苦寒降火药则用量宜轻。

细目二　用法

要点一　特殊煎法

某些药物因其质地不同，煎法比较特殊，处方上需加以注明，归纳起来包括有先煎、

后下、包煎、另煎、溶化、泡服、冲服、煎汤代水等不同煎煮法。

1. 先煎

主要指一些有效成分难溶于水的一些金石、矿物、介壳类药物，应打碎先煎，煮沸20～30分钟，再下其他药物同煎，以使有效成分充分析出。如磁石、代赭石、生铁落、生石膏、寒水石、紫石英、龙骨、牡蛎、海蛤壳、瓦楞子、珍珠母、石决明、紫贝齿、龟甲、鳖甲等。此外，附子、乌头等毒副作用较强的药物，宜先煎45～60分钟后再下它药，久煎可以降低毒性，做到安全用药。

2. 后下

主要指一些气味芳香的药物，久煎其有效成分易于挥发而降低药效，须在其他药物煎沸5～10分钟后放入，如薄荷、青蒿、香薷、木香、砂仁、沉香、白豆蔻、草豆蔻等。此外，有些药物虽不属芳香药，但久煎也能破坏其有效成分，如钩藤、大黄、番泻叶等，亦属后下之列。

3. 包煎

主要指那些黏性强、粉末状及带有绒毛的药物，宜先用纱布袋装好，再与其他药物同煎，以防止药液混浊，或刺激咽喉引起咳嗽，及沉于锅底加热时引起焦化或糊化。如蛤粉、滑石、青黛、旋覆花、车前子、蒲黄、灶心土等。

4. 另煎

又称另炖，主要是指某些贵重药材，为了更好地煎出有效成分，还应单独另煎即另炖2～3小时，煎液可以另服，也可与其他煎液混合服用。如人参、西洋参、羚羊角、麝香、鹿茸等。

5. 溶化

又称烊化，主要是指某些胶类药物及黏性大而易溶的药物，为避免入煎粘锅或黏附其他药物影响煎煮，可单用水或黄酒将此类药加热溶化即烊化后，用煎好的药液冲服，也可将此类药放入其他药物煎好的药液中加热烊化后服用，如阿胶、鹿角胶、龟甲胶、鳖甲胶及蜂蜜、饴糖等。

6. 泡服

又叫焗服，主要是指某些有效成分易溶于水或久煎容易破坏药效的药物，可以用少量开水或复方中其他药物滚烫的煎出液趁热浸泡，加盖闷润，减少挥发，半小时后去渣即可服用，如藏红花、番泻叶、胖大海等。

7. 冲服

主要指某些贵重药，用量较轻，为防止散失，常需要研成细末制成散剂用温开水或复方其他药物煎液冲服，如麝香、牛黄、珍珠、羚羊角、猴枣、马宝、西洋参、鹿茸、人参、蛤蚧等；某些药物，根据病情需要，为提高药效，也常研成散剂冲服，如用于止血的三七、花蕊石、白及、紫珠草、血余炭、棕榈炭，用于息风止痉的蜈蚣、全蝎、僵蚕、地龙，和用于制酸止痛的乌贼骨、瓦楞子、海蛤壳、延胡索等；某些药物高温容易破坏药效或有效成分难溶于水，也只能做散剂冲服，如雷丸、鹤草芽、朱砂等。此外，还有一些液体药物，如竹沥汁、姜汁、藕汁、荸荠汁、鲜地黄汁等也须冲服。

8. 煎汤代水

主要指某些药物为了防止与其他药物同煎使煎液混浊，难于服用，宜先煎后取其上清液代水再煎煮其他药物，如灶心土等。此外，某些药物质轻用量多，体积大，吸水量大，如玉米须、丝瓜络、金钱草等，也须煎汤代水用。

要点二　服药法

1. 服药时间

汤剂一般每日 1 剂，煎 2 次分服，两次间隔时间为 4 ~ 6 小时。临床用药时可根据病情增减，如急性病、热性病可一日 2 剂。至于饭前还是饭后服则主要决定于病变部位和性质。一般来讲，病在胸膈以上者，如眩晕、头痛、目疾、咽痛等，宜饭后服；如病在胸腹以下，如胃、肝、肾等脏疾患，则宜饭前服。某些对胃肠有刺激性的药物宜饭后服；补益药多滋腻碍胃，宜空腹服；治疟药宜在疟疾发作前的两小时服用；安神药宜睡前；慢性病定时服；急性病、呕吐、惊厥及石淋、咽喉病须煎汤代茶饮者，均可不定时服。

2. 服药方法

（1）汤剂：一般宜温服。但解表药要偏热服，服后还须温覆盖好衣被，或进热粥，以助汗出；寒证用热药宜热服，热证用寒药宜冷服，以防格拒于外。

（2）丸剂：颗粒较小者，可直接用温开水送服；大蜜丸者，可以分成小粒吞服；若水丸质硬者，可用开水溶化后服。

（3）散剂、粉剂：可用蜂蜜加以调和送服，或装入胶囊中吞服，避免直接吞服，刺激咽喉。

（4）膏剂：宜用开水冲服，避免直接倒入口中吞咽，以免粘喉引起呕吐。

（5）冲剂、糖浆剂：冲剂宜用开水冲服；糖浆剂可以直接吞服。

此外，危重病人宜少量频服；呕吐患者可以浓煎药汁，少量频服；对于神志不清或因其他原因不能口服时，可采用鼻饲给药法。在应用发汗、泻下、清热药时，若药力较强，要注意患者个体差异，一般得汗、泻下、热降即可停药，适可而止，不必尽剂，以免汗、下、清热太过，损伤人体的正气。

（黄斌）

第四单元　解表药

细目一　概述

要点一　解表药的性能特点

本类药物大多辛散轻扬，主入肺、膀胱经，偏行肌表，能促进机体发汗，使表邪由汗出而解，从而达到治愈表证、防止疾病传变的目的。

要点二　解表药的功效

本类药物具有发散表邪的作用，部分解表药兼能利水消肿、止咳平喘、透疹、止痛、消疮等。

要点三　解表药的适应范围

解表药主要用治恶寒发热、头身疼痛、无汗或有汗不畅、脉浮之外感表证。部分解表药尚可用于水肿、咳喘、麻疹、风疹、风湿痹痛、疮疡初起等兼有表证者。

要点四　解表药的使用注意事项

1. 使用发汗力较强的解表药时，用量不宜过大，以免发汗太过，耗伤阳气，损及津液，造成“亡阳”、“伤阴”的弊端。

2. 汗为津液，血汗同源，故表虚自汗、阴虚盗汗以及疮疡日久、淋证、失血患者，虽有表证，也应慎用解表药。

3. 使用解表药还应注意因时因地而异。如春夏腠理疏松，容易出汗，解表药用量宜轻；冬季腠理致密，不易汗出，解表药用量宜重。北方严寒地区用药宜重；南方炎热地区用药宜轻。

4. 解表药多为辛散轻扬之品，入汤剂不宜久煎，以免有效成分挥发而降低药效。

要点五　各类解表药的性能特点

发散风寒药：性味多属辛温，辛以发散，温可祛寒。

发散风热药：性味多辛苦而偏寒凉，辛以发散，凉可祛热。

要点六　各类解表药的功效

发散风寒药：有发散肌表风寒邪气的作用。部分发散风寒药分别兼有祛风止痒、止痛、止咳平喘、利水消肿、消疮等功效。

发散风热药：以发散风热为主要作用，发汗解表作用较发散风寒药缓和。部分发散风热药分别兼有清头目、利咽喉、透疹、止痒、止咳的作用。

要点七　各类解表药的适应范围

发散风寒药：主要用于风寒表证，症见恶寒发热，无汗或汗出不畅，头身疼痛，鼻塞流涕，口不渴，舌苔薄白，脉浮紧等。部分药物又可用治风疹瘙痒、风湿痹证、咳喘以及水肿、疮疡初起等兼有风寒表证者。

发散风热药：主要适用于风热感冒以及温病初起邪在卫分，症见发热，微恶风寒，咽干口渴，头痛目赤，舌边尖红，苔薄黄，脉浮数等。部分药物又可用治风热所致目赤多泪、咽喉肿痛、麻疹不透、风疹瘙痒以及风热咳嗽等证。

细目二　发散风寒药

麻黄

功效：发汗解表，宣肺平喘，利水消肿，散寒通滞。

应用

1. 风寒感冒。为发汗解表之要药。
2. 咳嗽气喘。治肺气壅遏所致喘咳的要药。
3. 风水水肿。
4. 风寒痹证，阴疽，痰核。

用法用量：煎服，2～9g。发汗解表宜生用，止咳平喘多炙用。

使用注意：本品发汗宣肺力强，凡表虚自汗、阴虚盗汗及肺肾虚喘者均当慎用。

桂枝

功效：发汗解肌，温通经脉，助阳化气。

应用

1. 风寒感冒。对外感风寒，不论表实无汗、表虚有汗，均可使用本品。
2. 寒凝血滞诸痛证。
3. 痰饮、蓄水证。
4. 心悸。

用法用量：煎服，3～9g。

使用注意：本品辛温助热，易伤阴动血，凡外感热病、阴虚火旺、血热妄行等证，均当忌用。孕妇及月经过多者慎用。

鉴别用药：麻黄与桂枝均能发散风寒，可用治风寒表证及风寒湿痹证。不同点：麻黄发汗力强，风寒表实无汗者宜用；桂枝发汗力弱，又能助阳，风寒表实无汗及表虚有汗者均可使用。麻黄又可宣肺平喘，利水退肿，散寒通滞，可用治咳嗽气喘，风水水肿，阴疽，痰核。桂枝又可温通经脉，助阳化气，可用治寒凝血滞诸痛证，痰饮、蓄水证，心悸。

紫苏

功效：解表散寒，行气宽中，解鱼蟹毒。

应用

1. 风寒感冒。风寒表证而兼气滞胸闷，用之尤为适宜。
2. 脾胃气滞，胸闷呕吐。
3. 食鱼蟹中毒而致腹痛吐泻者。

用法用量：煎服，5～9g，不宜久煎。

生姜

功效：解表散寒，温中止呕，温肺止咳。

应用

1. 风寒感冒。

2. 脾胃寒证。

3. 胃寒呕吐。

4. 肺寒咳嗽。

用法用量：煎服，3～9g，或捣汁服。

使用注意：本品助火伤阴，故热盛及阴虚内热者忌服。

香薷

功效：发汗解表，化湿和中，利水消肿。

应用

1. 风寒感冒。

2. 水肿脚气。

用法用量：煎服，3～9g。用于发表，量不宜过大，且不宜久煎；用于利水消肿，量宜稍大，且须浓煎。

使用注意：本品辛温发汗之力较强，表虚有汗及暑热证当忌用。

荆芥

功效：祛风解表，透疹消疮，止血。

应用

1. 外感表证。外感表证均可广泛使用。

2. 麻疹不透，风疹瘙痒。

3. 疮疡初起兼有表证。

4. 吐衄下血。炒炭有止血作用。

用法用量：煎服，4.5～9g，不宜久煎。发表透疹消疮宜生用，止血宜炒用。荆芥穗更长于祛风。

防风

功效：祛风解表，胜湿止痛，止痉。

应用

1. 外感表证。为治风通用之品。

2. 风疹瘙痒。

3. 风湿痹痛。

4. 破伤风证。

5. 脾虚湿盛，清阳不升所致的泄泻。

使用注意：本品药性偏温，阴血亏虚、热病动风者不宜使用。

用法用量：煎服，4.5～9g。

鉴别用药：荆芥与防风均味辛性微温，温而不燥，均长于发表散风，对于外感表证，无论是风寒感冒，恶寒发热、头痛无汗，还是风热感冒，发热、微恶风寒、头痛、咽痛等，两者均可使用。同时，两者也都可用于风疹瘙痒。不同点：荆芥质轻透散，发汗之力较防风为强，风寒感冒、风热感冒均常选用；又能透疹、消疮、止血。防风质松而润，祛风之力较强，为“风药之润剂”、“治风之通用药”，又能胜湿、止痛、止痉，可用于外感风湿，头痛如裹、身重肢痛等证。

羌活

功效：解表散寒，祛风胜湿，止痛。

应用

1. 风寒感冒。

2. 风寒湿痹。尤以上半身疼痛更为适宜。

用法用量：煎服，3～9g。

使用注意：本品辛香温燥之性较烈，故阴血亏虚者慎用。用量过多，易致呕吐，脾胃虚弱者不宜服。

白芷

功效：解表散寒，祛风止痛，通鼻窍，燥湿止带，消肿排脓，祛风止痒。

应用

1. 风寒感冒。

2. 头痛，牙痛，风湿痹痛。

3. 鼻渊。

4. 带下证。

5. 疮痈肿毒。

6. 皮肤风湿瘙痒。

用法用量：煎服，3～9g。外用适量。

使用注意：本品辛温香燥，阴虚血热者忌服。

细辛

功效：解表散寒，祛风止痛，通窍，温肺化饮。

应用

1. 风寒感冒。

2. 头痛，牙痛，风湿痹痛。

3. 鼻渊。

4. 肺寒咳喘。

用法用量：煎服，1～3g；散剂每次服0.5～1g。

使用注意：阴虚阳亢头痛、肺燥伤阴干咳者忌用。不宜与藜芦同用。

藁本

功效：祛风散寒，除湿止痛。

应用

1. 风寒表证，颠顶疼痛。

2. 风寒湿痹。

用法用量：煎服，3～9g。

使用注意：本品辛温香燥，凡阴血亏虚、肝阳上亢、火热内盛之头痛者忌服。

苍耳子

功效：散风寒，通鼻窍，除湿止痛，止痒。

应用

1. 风寒感冒。

2. 鼻渊。

3. 风湿痹痛。

4. 风疹瘙痒，疥癣麻风。

用法用量：煎服，3～9g。或入丸散。

使用注意：血虚头痛不宜服用。过量服用易致中毒。

辛夷

功效：发散风寒，通鼻窍。

应用

1. 风寒感冒。

2. 鼻塞，鼻渊。

用法用量：煎服，3～9g；本品有毛，易刺激咽喉，入汤剂宜用纱布包煎。

使用注意：鼻病因于阴虚火旺者忌服。

细目三　发散风热药

薄荷

功效：疏散风热，清利头目，利咽透疹，疏肝行气。

应用

1. 风热感冒，温病初起。

2. 风热头痛，目赤多泪，咽喉肿痛。

3. 麻疹不透，风疹瘙痒。

4. 肝郁气滞，胸闷胁痛。

5. 夏令感受暑湿秽浊之气，脘腹胀痛，呕吐泄泻。

用法用量：煎服，3～6g；宜后下。薄荷叶长于发汗解表，薄荷梗偏于行气和中。

使用注意：本品芳香辛散，发汗耗气，故体虚多汗者不宜使用。

牛蒡子

功效：疏散风热，宣肺利咽，解毒透疹，消肿疗疮。

应用

1. 风热感冒，温病初起。

2. 麻疹不透，风热疹痒。

3. 痈肿疮毒，丹毒，痄腮喉痹。

用法用量：煎服，6～12g。炒用可使其苦寒及滑肠之性略减。

使用注意：本品性寒，滑肠通便，气虚便溏者慎用。

蝉蜕

功效：疏散风热，利咽开音，透疹，明目退翳，息风止痉。

应用

1. 风热感冒，温病初起，咽痛音哑。

2. 麻疹不透，风疹瘙痒。

3. 目赤翳障。

4. 急慢惊风，破伤风证。

5. 小儿夜啼不安。

用法用量：煎服，3～10g，或单味研末冲服。一般病证用量宜小，止痉则需大量。

桑叶

功效：疏散风热，清肺润燥，平肝明目，凉血止血。

应用

1. 风热感冒，温病初起。

2. 肺热咳嗽，燥热咳嗽。

3. 肝阳上亢。

4. 目赤昏花。

5. 血热妄行之咳血、吐血、衄血。

用法用量：煎服，5～9g；或入丸散。外用煎水洗眼。桑叶蜜制能增强润肺止咳的作用，故肺燥咳嗽多用蜜制桑叶。

菊花

功效：疏散风热，平肝明目，清热解毒。

应用

1. 风热感冒，温病初起。

2. 肝阳眩晕，肝风实证。

3. 目赤昏花。

4. 疮痈肿毒。

用法用量：煎服，5～9g。疏散风热宜用黄菊花，平肝、清肝明目宜用白菊花。

鉴别用药：桑叶与菊花均能疏散风热，平抑肝阳，清肝明目，可用治风热感冒及温病初起，发热、微恶风寒、头痛；肝阳上亢，头痛眩晕；风热上攻或肝火上炎所致的目赤肿痛；以及肝肾精血不足，目暗昏花等证。不同点：桑叶疏散风热之力较强，又能清肺润燥，凉血止血，可用治肺热咳嗽，燥热咳嗽，血热妄行之咳血、吐血、衄血；菊花平肝、清肝明目之力较强，又能清热解毒，可用治疮痈肿毒。

蔓荆子

功效：疏散风热，清利头目，祛风止痛。

应用

1. 风热感冒，头昏头痛。

2. 目赤肿痛。

3. 风湿痹痛。

用法用量：煎服，5～9g。

柴胡

功效：和解退热，疏肝解郁，升阳举陷，退热截疟。

应用

1. 表证发热及少阳证。为治少阳证之要药。
2. 肝郁气滞。为疏肝解郁要药。
3. 气虚下陷，脏器脱垂。
4. 疟疾寒热。

用法用量：煎服，3～9g。解表退热宜生用，且用量宜稍重；疏肝解郁宜醋炙，升阳可生用或酒炙，其用量均宜稍轻。

升麻

功效：解表透疹，清热解毒，升举阳气。

应用

1. 外感表证。
2. 麻疹不透。
3. 齿痛口疮，咽喉肿痛，温毒发斑。
4. 气虚下陷，脏器脱垂，崩漏下血。

用法用量：煎服，3～9g。发表透疹、清热解毒宜生用，升阳举陷宜炙用。

使用注意：麻疹已透、阴虚火旺以及阴虚阳亢者，均当忌用。

葛根

功效：解肌退热，透疹，生津止渴，升阳止泻。

应用

1. 表证发热，项背强痛。
2. 麻疹不透。
3. 热病口渴，阴虚消渴。能鼓舞脾胃清阳之气上升。
4. 热泄热痢，脾虚泄泻。

用法用量：煎服，9～15g。解肌退热、透疹、生津宜生用，升阳止泻宜煨用。

鉴别用药：柴胡与葛根均能发表、升阳，可用治风热感冒、发热、头痛，以及清阳不升，气虚下陷，脏器脱垂等证。不同点：柴胡主升肝胆之气，长于疏散少阳半表半里之邪退热，疏肝解郁，为治疗少阳证的要药。又常用于伤寒邪在少阳，寒热往来、胸胁苦满、口苦咽干、目眩；感冒发热；肝郁气滞，胸胁胀痛、月经不调、痛经等证。葛根主升脾胃清阳之气而达到生津止渴、止泻之功，常用于热病烦渴，阴虚消渴；热泻热痢，脾虚泄泻。又能透疹，常用治麻疹初起，透发不畅。同时，葛根解肌退热，对于外感表证，发热恶寒、头痛无汗、项背强痛，无论风寒表证、风热表证，均可使用。

（黄斌）

第五单元　清热药

细目一　概述

要点一　清热药的性能特点

本类药物药性寒凉，沉降入里。

要点二　清热药的功效

本类药物具有清热泻火、凉血、解毒、燥湿及清虚热等不同作用，使里热得以清解。

要点三　清热药的适应范围

清热药主要用治温热病高热烦渴、湿热泻痢、温毒发斑、痈肿疮毒及阴虚发热等里热证。

清热泻火药：功能清气分热，主治气分实热证。

清热燥湿药：性偏苦燥清泄，功能清热燥湿，主治湿热泻痢、黄疸等证。

清热凉血药：主入血分，功能清血分热，主治血分实热证。

清热解毒药：功能清热解毒，主治热毒炽盛之痈肿疮疡等证。

清虚热药：功能清虚热、退骨蒸，主治热邪伤阴、阴虚发热。

要点四　清热药的使用注意事项

1. 本类药物性多寒凉，易伤脾胃，故脾胃气虚，食少便溏者慎用。
2. 苦寒药物易化燥伤阴，热证伤阴或阴虚患者慎用。
3. 清热药禁用于阴盛格阳或真寒假热之证。

要点五　各类清热药的性能特点

清热泻火药：性味多苦寒或甘寒，清热力较强。

清热燥湿药：性味苦寒，清热之中，燥湿力强。

清热解毒药：性质寒凉，清热之中更长于解毒。

清热凉血药：性味多为苦寒或咸寒，偏入血分以清热，多归心、肝经。

清虚热药：药性寒凉，主入阴分。

要点六　各类清热药的功效

清热泻火药：以清泄气分邪热为主。

清热燥湿药：以清热燥湿为主。

清热解毒药：以清解火热毒邪为主。

清热凉血药：有清解营分、血分热邪的作用。

清虚热药：有清虚热、退骨蒸的作用。

要点七　各类清热药的适应范围

清热泻火药：适用于热病邪入气分而见高热、口渴、汗出、烦躁甚或神昏谵语、舌红苔黄、脉洪数实者。此外，因各药归经的差异，还分别适用于肺热、胃热、心火、肝火等引起的脏腑火热证。

清热燥湿药：主要用于湿热证。因其苦降泄热力大，故本类药物多能清热泻火，可用治脏腑火热证。因湿热所侵机体部位的不同，临床症状各有所异。如湿温或暑温夹湿，湿热壅结，气机不畅，则症见身热不扬、胸脘痞闷、小便短赤、舌苔黄腻；若湿热蕴结脾胃，升降失常，则症见脘腹胀满、呕吐、泻痢；若湿热壅滞大肠，传导失职，则症见泄泻、痢疾、痔疮肿痛；若湿热蕴蒸肝胆，则症见黄疸尿赤、胁肋胀痛、耳肿流脓；若湿热下注，则症见带下色黄，或热淋灼痛；若湿热流注关节，则症见关节红肿热痛；若湿热浸淫肌肤，则可见湿疹、湿疮。上述湿热为患诸病证均属本类药物主治范围。

清热解毒药：主要适用于痈肿疮毒、丹毒、温毒发斑、疔腮、咽喉肿痛、热毒下痢、虫蛇咬伤、癌肿、水火烫伤以及其他急性热病等。

清热凉血药：主要用于营分、血分等实热证，如温热病热入营分，热灼营阴，心神被扰，症见舌绛、身热夜甚、心烦不寐、脉细数，甚则神昏谵语、斑疹隐隐；若热陷心包，则神昏谵语、舌謇肢厥、舌质红绛；若热盛迫血，心神被扰，症见舌色深绛、吐血衄血、尿血便血、斑疹紫暗、躁扰不安甚或昏狂等。亦可用于其他疾病引起的血热出血证。

清虚热药：主要用于肝肾阴虚，虚火内扰所致的骨蒸潮热、午后发热、手足心热、虚烦不寐、盗汗遗精、舌红少苔、脉细而数，以及温热病后期，邪热未尽，伤阴劫液，而致夜热早凉、热退无汗、舌质红绛、脉象细数等虚热证。

细目二　清热泻火药

石膏

功效：生用：清热泻火，除烦止渴；煅用：敛疮生肌，收湿，止血。

应用

1. 温热病气分实热证。为清泻肺胃气分实热之要药。
2. 肺热喘咳证。善清肺经实热。
3. 胃火牙痛、头痛、消渴证。
4. 溃疡不敛、湿疹瘙痒、水火烫伤、外伤出血。火煅外用。

用法用量：生石膏煎服，15～60g，宜先煎。煅石膏适量外用，研末撒敷患处。

使用注意：脾胃虚寒及阴虚内热者忌用。

知母

功效：清热泻火，生津润燥。

应用

1. 热病烦渴。

2. 肺热燥咳。

3. 骨蒸潮热。

4. 内热消渴。

5. 肠燥便秘。

用法用量：煎服，6～12g。

使用注意：本品性寒质润，有滑肠作用，故脾虚便溏者不宜用。

鉴别用药：石膏与知母均能清热泻火，可用治温热病气分热盛及肺热咳嗽等证。不同点：石膏泻火之中长于清解，重在清泻肺胃实火，肺热喘咳、胃火头痛牙痛多用石膏；知母泻火之中长于清润，肺热燥咳、内热骨蒸、消渴多选知母。

芦根

功效：清热泻火，生津止渴，除烦，止呕，利尿。

应用

1. 热病烦渴。

2. 胃热呕哕。

3. 肺热咳嗽，肺痈吐脓。

4. 热淋涩痛。

用法用量：煎服，干品 15～30g，鲜品加倍，或捣汁用。

使用注意：脾胃虚寒者忌服。

天花粉

功效：清热泻火，生津止渴，消肿排脓。

应用

1. 热病烦渴。

2. 肺热燥咳。

3. 内热消渴。

4. 疮疡肿毒。

用法用量：煎服，10～15g。

使用注意：不宜与乌头类药材同用。

淡竹叶

功效：清热泻火，除烦，利尿。

应用

1. 热病烦渴。

2. 口疮尿赤、热淋涩痛。

用法用量：煎服，6～9g。

栀子

功效：泻火除烦，清热利湿，凉血解毒。焦栀子凉血止血。

应用

1. 热病心烦。能清泻三焦火邪，泻心火而除烦。
2. 湿热黄疸。
3. 血淋涩痛。
4. 血热吐衄。
5. 目赤肿痛。
6. 火毒疮疡。

用法用量：煎服，5～10g。外用生品适量，研末调敷。

使用注意：本品苦寒伤胃，脾虚便溏者不宜用。

夏枯草

功效：清热泻火，明目，散结消肿。

应用

1. 目赤肿痛、头痛眩晕、目珠夜痛。
2. 瘰疬、瘿瘤。
3. 乳痈肿痛。

用法用量：煎服，9～15g。或熬膏服。

使用注意：脾胃虚弱者慎用。

决明子

功效：清热明目，润肠通便。

应用

1. 目赤肿痛、羞明多泪、目暗不明。
2. 头痛、眩晕。
3. 肠燥便秘。

用法用量：煎服，10～15g。用于润肠通便，不宜久煎。

使用注意：气虚便溏者不宜用。

细目三　清热燥湿药

黄芩

功效：清热燥湿，泻火解毒，止血，安胎。

应用

1. 湿温，暑湿，胸闷呕恶，湿热痞满，黄疸泻痢。尤长于清中上焦湿热。
2. 肺热咳嗽，高热烦渴。善清泻肺火及上焦实热。
3. 血热吐衄。
4. 痈肿疮毒。
5. 胎动不安。

用法用量：煎服，3～10g。清热多生用，安胎多炒用，清上焦热宜酒炙用，止血宜炒炭用。

使用注意：本品苦寒伤胃，脾胃虚寒者不宜使用。

黄连

功效：清热燥湿，泻火解毒。

应用

1. 湿热痞满，呕吐吞酸。尤长于清中焦湿热。
2. 湿热泻痢。为治泻痢要药。
3. 高热神昏，心烦不寐，血热吐衄。尤善清泻心经实火。
4. 痈肿疔疮，目赤牙痛。
5. 消渴。
6. 外治湿疹、湿疮、耳道流脓。

用法用量：煎服，2～5g。外用适量。

使用注意：本品大苦大寒，过服久服易伤脾胃，脾胃虚寒者忌用；苦寒易伤阴津，阴虚津伤者慎用。

黄柏

功效：清热燥湿，泻火除蒸，解毒疗疮。

应用

1. 湿热带下、热淋。长于清泻下焦湿热。
2. 湿热泻痢、黄疸。善除大肠湿热以治泻痢。
3. 湿热脚气、痿证。
4. 骨蒸劳热，盗汗，遗精。
5. 疮疡肿毒，湿疹瘙痒。

用法用量：煎服，3～12g。外用适量。

使用注意：本品苦寒伤胃，脾胃虚寒者忌用。

鉴别用药：黄芩、黄连与黄柏三药性味皆苦寒，而黄连为苦寒之最。三药均能清热燥湿，泻火解毒，可用治湿热内盛或热毒炽盛之证，常相须为用。不同点：黄芩偏泻上焦肺火，肺热咳嗽者多用；黄连偏泻中焦胃火，并长于泻心火，中焦湿热、痞满呕逆及心火亢盛、高热心烦者多用；黄柏偏泻下焦相火，除骨蒸，湿热下注诸证及骨蒸劳热者多用。

龙胆草

功效：清热燥湿，泻肝胆火。

应用

1. 湿热黄疸，阴肿阴痒，带下，湿疹瘙痒。
2. 肝火头痛，目赤耳聋，胁痛口苦。
3. 惊风抽搐。

用法用量：煎服，3～6g。

使用注意：脾胃虚寒者不宜用，阴虚津伤者慎用。

苦参

功效：清热燥湿，杀虫，利尿。

应用

1. 湿热泻痢、便血、黄疸。

2. 湿热带下、阴肿阴痒、湿疹湿疮、皮肤瘙痒、疥癣。

3. 湿热小便不利。

用法用量：煎服，5～10g。外用适量。

使用注意：脾胃虚寒者忌用。反藜芦。

白鲜皮

功效：清热燥湿，祛风解毒。

应用

1. 湿热疮毒、湿疹、疥癣。

2. 湿热黄疸，风湿热痹。

用法用量：煎服，5～10g。外用适量。

使用注意：脾胃虚寒者慎用。

细目四　清热解毒药

金银花

功效：清热解毒，疏散风热。

应用

1. 痈肿疔疮。为治一切内痈外痈之要药。

2. 外感风热，温病初起。

3. 热毒血痢。

4. 咽喉肿痛、小儿热疮及痱子。

用法用量：煎服，6～15g。疏散风热、清泄里热以生品为佳；炒炭宜用于热毒血痢；露剂多用于暑热烦渴。

使用注意：脾胃虚寒及气虚疮疡脓清者忌用。

连翘

功效：清热解毒，消肿散结，疏散风热，清心利尿。

应用

1. 痈肿疮毒，瘰疬痰核。有“疮家圣药”之称。

2. 风热外感，温病初起。

3. 热淋涩痛。

用法用量：煎服，6～15g。

使用注意：脾胃虚寒及气虚脓清者不宜用。

鉴别用药：连翘与金银花均归心、肺经，均能清热解毒，疏散风热，既能透热达表，又能清里热而解毒，对外感风热、温病初起、热毒疮疡等证常相须为用。不同点：连翘清心解毒之力强，并善于消痈散结，为疮家圣药，亦治瘰疬痰核，兼有清心利尿，用治热淋涩痛；而金银花疏散表热之效优，且炒炭后善于凉血止痢，用治热毒血痢。

穿心莲

功效：清热解毒，凉血，消肿，燥湿。

应用

1. 外感风热，温病初起。

2. 肺热咳喘，肺痈吐脓，咽喉肿痛。

3. 湿热泻痢，热淋涩痛，湿疹瘙痒。

4. 痈肿疮毒，蛇虫咬伤。

用法用量：煎服，6～9g。煎剂易致呕吐，故多作丸、散、片剂。外用适量。

使用注意：不宜多服久服。脾胃虚寒者不宜用。

大青叶

功效：清热解毒，凉血消斑。

应用

1. 热入营血，温毒发斑。

2. 喉痹口疮，痄腮丹毒。

用法用量：煎服，9～15g，鲜品 30～60g。外用适量。

使用注意：脾胃虚寒者忌用。

板蓝根

功效：清热解毒，凉血，利咽。

应用

1. 外感发热，温病初起，咽喉肿痛。

2. 温毒发斑，痄腮，丹毒，痈肿疮毒。

用法用量：煎服，9～15g。

使用注意：体虚而无实火热毒者忌服，脾胃虚寒者慎用。

青黛

功效：清热解毒，凉血消斑，清肝泻火，定惊。

应用

1. 温毒发斑，血热吐衄。

2. 咽痛口疮，火毒疮疡。

3. 咳嗽胸痛，痰中带血。

4. 暑热惊痫，惊风抽搐。

用法用量：内服 1.5～3g，本品难溶于水，一般作散剂冲服，或入丸剂服用。外用适量。

使用注意：胃寒者慎用。

贯众

功效：清热解毒，凉血止血，杀虫。

应用

1. 风热感冒，温毒发斑。

2. 血热出血。尤善治崩漏下血。

3. 虫疾。驱杀绦虫、钩虫、蛲虫、蛔虫等多种肠道寄生虫。

4. 烧烫伤及妇人带下等。

用法用量：煎服，4.5～9g。杀虫及清热解毒宜生用，止血宜炒炭用。外用适量。

使用注意：本品有小毒，用量不宜过大。服用本品时忌油腻。脾胃虚寒者及孕妇慎用。

蒲公英

功效：清热解毒，消肿散结，利湿通淋，清肝明目。

应用

1. 痈肿疔毒，乳痈内痈。为治疗乳痈之要药。

2. 热淋涩痛，湿热黄疸。

3. 肝火上炎，目赤肿痛。

用法用量：煎服，9～15g。外用鲜品适量，捣敷或煎汤熏洗患处。

使用注意：用量过大，可致缓泻。

紫花地丁

功效：清热解毒，凉血消肿。

应用

1. 疔疮肿毒，乳痈肠痈。

2. 毒蛇咬伤。

3. 肝热目赤肿痛以及外感热病。

用法用量：煎服，15～30g。外用鲜品适量，捣烂敷患处。

使用注意：体质虚寒者忌服。

野菊花

功效：清热解毒。

应用

1. 痈疽疔疖，咽喉肿痛。

2. 目赤肿痛，头痛眩晕。

3. 湿疹、湿疮、风疹痒痛等。

用法用量：煎服，10～15g。外用适量。

重楼

功效：清热解毒，消肿止痛，凉肝定惊。

应用

1. 痈肿疔疮，咽喉肿痛，毒蛇咬伤。

2. 惊风抽搐。

3. 跌打损伤。

用法用量：煎服，3～9g。外用适量，捣敷或研末调涂患处。

使用注意：体虚、无实火热毒者、孕妇及患阴证疮疡者均忌服。

拳参

功效：清热解毒，凉血止血，镇肝息风，利湿。

应用

1. 痈肿瘰疬，毒蛇咬伤。
2. 热病神昏，惊痫抽搐。
3. 热泻热痢。
4. 血热出血。

用法用量：煎服，4.5～9g。外用适量。

使用注意：无实火热毒者不宜使用。阴证疮疡者均忌服。

土茯苓

功效：解毒，除湿，通利关节。

应用

1. 杨梅毒疮，肢体拘挛。为治梅毒的要药。
2. 淋浊带下，湿疹瘙痒。
3. 痈肿疮毒。

用法用量：煎服，15～60g。外用适量。

使用注意：肝肾阴虚者慎服。服药时忌茶。

鱼腥草

功效：清热解毒，消痈排脓，利尿通淋，清热止痢。

应用

1. 肺痈吐脓，肺热咳嗽。
2. 热毒疮毒。
3. 湿热淋证。
4. 湿热泻痢。

用法用量：煎服，15～25g；鲜品用量加倍，水煎或捣汁服。外用适量，捣敷或煎汤熏洗患处。

使用注意：本品含挥发油，不宜久煎。虚寒证及阴性疮疡忌服。

大血藤

功效：清热解毒，活血，祛风，止痛。

应用

1. 肠痈腹痛，热毒疮疡。
2. 跌打损伤，经闭痛经。
3. 风湿痹痛。

用法用量：煎服，9～15g。外用适量。

使用注意：孕妇慎服。

败酱草

功效：清热解毒，消痈排脓，祛瘀止痛。

应用

1. 肠痈肺痈，痈肿疮毒。

2. 产后瘀阻腹痛。

3. 肝热目赤肿痛及赤白痢疾。

用法用量：煎服，6～15g。外用适量。

使用注意：脾胃虚弱，食少泄泻者忌服。

射干

功效：清热解毒，消痰，利咽。

应用

1. 咽喉肿痛。为治咽喉肿痛常用之品。

2. 痰盛咳喘。

用法用量：煎服，3～9g。

使用注意：本品苦寒，脾虚便溏者不宜使用。孕妇忌用或慎用。

山豆根

功效：清热解毒，利咽消肿。

应用

1. 咽喉肿痛。为治疗咽喉肿痛的要药。

2. 牙龈肿痛。

3. 湿热黄疸，肺热咳嗽，痈肿疮毒。

用法用量：煎服，3～6g。外用适量。

使用注意：本品有毒，过量服用易引起呕吐、腹泻、胸闷、心悸等副作用，故用量不宜过大。脾胃虚寒者慎用。

马勃

功效：清热解毒，利咽，止血。

应用

1. 咽喉肿痛，咳嗽失音。

2. 吐血衄血，外伤出血。

用法用量：煎服，1.5～6g，宜包煎；或入丸、散。外用适量，研末撒，或调敷患处，或作吹药。

使用注意：风寒伏肺咳嗽失音者忌服。

白头翁

功效：清热解毒，凉血止痢。

应用

1. 热毒血痢。尤善于清胃肠湿热及血分热毒。

2. 疮痈肿毒。

3. 阴痒带下、血热出血及温疟发热烦躁。

用法用量：煎服，9～15g，鲜品15～30g。外用适量。

使用注意：虚寒泻痢忌服。

马齿苋

功效：清热解毒，凉血止血，止痢。

应用

1. 热毒血痢。
2. 热毒疮疡。
3. 崩漏，便血。
4. 湿热淋证、带下。

用法用量：煎服，9～15g，鲜品30～60g。外用适量，捣敷患处。

使用注意：脾胃虚寒，肠滑作泄者忌服。

鸦胆子

功效：清热解毒，止痢，截疟，腐蚀赘疣。

应用

1. 热毒血痢，冷积久痢。
2. 各型疟疾。
3. 鸡眼赘疣。

用法用量：内服，0.5～2g，以干龙眼肉包裹或装入胶囊包裹吞服，亦可压去油制成丸剂、片剂服，不宜入煎剂。外用适量。

使用注意：本品有毒，对胃肠道及肝肾均有损害，内服需严格控制剂量，不宜多用久服。外用注意用胶布保护好周围正常皮肤，以防止对正常皮肤的刺激。孕妇及小儿慎用。胃肠出血及肝肾病患者，应忌用或慎用。

半边莲

功效：清热解毒，利水消肿。

应用

1. 疮痈肿毒，蛇虫咬伤。
2. 腹胀水肿。
3. 湿疮湿疹。

用法用量：煎服，干品10～15g，鲜品30～60g。外用适量。

使用注意：虚证水肿忌用。

白花蛇舌草

功效：清热解毒，利湿通淋。

应用

1. 痈肿疮毒，咽喉肿痛，毒蛇咬伤，各种癌症。
2. 热淋涩痛。
3. 湿热黄疸。

用法用量：煎服，15～60g。外用适量。

使用注意：阴疽及脾胃虚寒者忌用。

细目五　清热凉血药

生地黄

功效：清热凉血，养阴生津。

应用

1. 热入营血，舌绛烦渴，斑疹吐衄。为清热、凉血、止血之要药。
2. 阴虚内热，骨蒸劳热。
3. 津伤口渴，内热消渴，肠燥便秘。

用法用量：煎服，10～15g，鲜品用量加倍，或以鲜品捣汁入药。

使用注意：脾胃虚寒，食少便溏者不宜服用。

玄参

功效：清热凉血，泻火解毒，滋阴。

应用

1. 温邪入营，内陷心包，温毒发斑。
2. 热病伤阴，津伤便秘，骨蒸劳嗽。
3. 目赤咽痛，瘰疬，白喉，痈肿疮毒。

用法用量：煎服，10～15g。

使用注意：脾胃虚寒，食少便溏者不宜服用。反藜芦。

鉴别用药：玄参与生地黄均能清热凉血、养阴生津，用治热入营血、热病伤阴、阴虚内热、久病伤阴之骨蒸潮热、内热消渴及阴虚肠燥便秘等证，二药常相须为用。不同点：玄参泻火解毒力较强，故咽喉肿痛、痰火瘰疬多用；生地黄清热凉血力较大，故血热出血、内热消渴多用。

牡丹皮

功效：清热凉血，活血祛瘀。

应用

1. 温毒发斑，血热吐衄。
2. 温病伤阴，阴虚发热，夜热早凉、无汗骨蒸。
3. 血滞经闭、痛经、跌打伤痛。
4. 痈肿疮毒。善于散瘀消痈。

用法用量：煎服，6～12g。清热凉血宜生用，活血祛瘀宜酒炙用。

使用注意：血虚有寒、月经过多及孕妇不宜用。

赤芍

功效：清热凉血，散瘀止痛。

应用

1. 温毒发斑，血热吐衄。
2. 目赤肿痛，痈肿疮疡。
3. 肝郁胁痛，经闭痛经，癥瘕腹痛，跌打损伤。

用法用量：煎服，6～12g。

使用注意：血寒经闭不宜用。反藜芦。

鉴别用药：牡丹皮与赤芍均味苦性微寒，归肝经，均能清热凉血，活血化瘀，同治热入营血之斑疹吐衄、血滞经闭、痛经、癥瘕腹痛、痈疮肿毒及跌打瘀肿等证。不同点：牡丹皮兼辛味，并入心肾经，善透阴分伏热而退虚热，又治热病后期之阴虚发热、久病阴伤之无汗骨蒸；赤芍苦泄而专入肝经，又善清泄肝火止痛，治肝郁化火之胸胁疼痛及肝火目赤肿痛。

紫草

功效：清热凉血，活血，解毒透疹。

应用

1. 温病血热毒盛，斑疹紫黑，麻疹不透。

2. 疮疡，湿疹，水火烫伤。

用法用量：煎服，5～10g。外用适量，熬膏或用植物油浸泡涂搽。

使用注意：本品性寒而滑利，脾虚便溏者忌服。

水牛角

功效：清热凉血，解毒，定惊。

应用

1. 温病高热，神昏谵语，惊风，癫狂。

2. 血热妄行斑疹、吐衄。

3. 痈肿疮疡，咽喉肿痛。

用法用量：镑片或粗粉煎服，15～30g，宜先煎3小时以上。水牛角浓缩粉冲服，每次1.5～3g，每日2次。

使用注意：脾胃虚寒者忌用。

细目六　清虚热药

青蒿

功效：清透虚热，凉血除蒸，解暑，截疟。

应用

1. 温邪伤阴，夜热早凉。

2. 阴虚发热，劳热骨蒸。

3. 暑热外感，发热口渴。

4. 疟疾寒热。尤善除疟疾寒热。

用法用量：煎服，6～12g，不宜久煎；或鲜用绞汁服。

使用注意：脾胃虚弱，肠滑泄泻者忌服。

白薇

功效：清热凉血，利尿通淋，解毒疗疮。

应用

1. 阴虚发热，产后虚热。

2. 热淋，血淋。

3. 疮痈肿毒，毒蛇咬伤，咽喉肿痛。

4. 阴虚外感。

用法用量：煎服，4.5～9g。

使用注意：脾胃虚寒、食少便溏者不宜服用。

地骨皮

功效：凉血除蒸，清肺降火，生津止渴。

应用

1. 阴虚发热，盗汗骨蒸。

2. 肺热咳嗽。

3. 血热出血证。

4. 内热消渴。

用法用量：煎服，9～15g。

使用注意：外感风寒发热及脾虚便溏者不宜用。

银柴胡

功效：清虚热，除疳热。

应用

1. 阴虚发热。

2. 疳积发热。

用法用量：煎服，3～9g。

使用注意：外感风寒、血虚无热者忌用。

胡黄连

功效：退虚热，除疳热，清湿热。

应用

1. 骨蒸潮热。

2. 小儿疳热。

3. 湿热泻痢。

4. 痔疮肿痛、痔漏成管。

用法用量：煎服，1.5～9g。

使用注意：脾胃虚寒者慎用。

（黄斌）

第六单元　泻下药

细目一　概述

要点一　泻下药的性能特点

本类药为沉降之品，主归大肠经。

要点二　泻下药的功效

本类药主要具有泻下通便作用，以排除胃肠积滞和燥屎等。或能清热泻火，使实热壅滞之邪通过泻下而清解，起到“上病治下”、“釜底抽薪”的作用；或能逐水退肿，使水湿停饮随大小便排除，达到祛除停饮、消退水肿的目的。部分药还兼有解毒、活血祛瘀等作用。

要点三　泻下药的适应范围

主要适用于大便秘结、胃肠积滞、实热内结及水肿停饮等里实证。部分药还可用于疮痈肿毒及瘀血证。

要点四　泻下药的使用注意事项

1. 泻下药中的攻下药、峻下逐水药，因其作用峻猛，或具有毒性，易伤正气及脾胃，故年老体虚、脾胃虚弱者当慎用。

2. 妇女胎前产后及月经期应当忌用。

3. 应用作用较强的泻下药时，当奏效即止，切勿过剂，以免损伤胃气。

4. 应用作用峻猛而有毒性的泻下药时，一定要严格炮制法度，控制用量，避免中毒现象发生，确保用药安全。

要点五　各类泻下药的性能特点

攻下药：本类药大多苦寒沉降，主入胃、大肠经。

润下药：本类药物多为植物种子和种仁，富含油脂，味甘质润，多入脾、大肠经。

峻下逐水药：本类药物大多苦寒有毒，药力峻猛。

要点六　各类泻下药的功效

攻下药：本类药既有较强的攻下通便作用，又有清热泻火之效。

润下药：本类药物能润滑大肠，促使排便而不致峻泻。

峻下逐水药：本类药物服用后能引起剧烈腹泻，有的兼能利尿，能使体内潴留的水饮通过二便排出体外，消除肿胀。

要点七　各类泻下药的适应范围

攻下药：主要适用于大便秘结、燥屎坚结及实热积滞之证。又可用于热病高热神昏，谵语发狂；火热上炎所致的头痛、目赤、咽喉肿痛、牙龈肿痛以及火热炽盛所致的吐血、衄血、咳血等上部出血证。上述病证，无论有无便秘，应用本类药物，以清除实热，或导热下行，起到“釜底抽薪”的作用。此外，对痢疾初起，下痢后重，或饮食积滞，泻而不畅之证，可适当配用本类药物，以攻逐积滞，消除病因。对肠道寄生虫病，本类药与驱虫药同用，可促进虫体的排出。

润下药：适用于年老津枯、产后血虚、热病伤津及失血等所致的肠燥津枯便秘。

峻下逐水药：适用于全身水肿、大腹胀满以及停饮等正气未衰之证。

细目二　攻下药

大黄

功效：泻下攻积，清热泻火，凉血解毒，逐瘀通经。

应用

1. 积滞便秘。为治疗积滞便秘之要药，实热便秘尤为适宜。
2. 血热吐衄，目赤咽肿。
3. 热毒疮疡，烧烫伤。内服外用均可。
4. 瘀血诸证。
5. 湿热痢疾、黄疸、淋证。

用法用量：煎服，5～15g。入汤剂应后下，或用开水泡服。外用适量。

使用注意：本品为峻烈攻下之品，易伤正气，如非实证，不宜妄用。本品苦寒，易伤胃气，脾胃虚弱者慎用。其性沉降，且善活血祛瘀，故妇女怀孕、月经期、哺乳期应忌用。

芒硝

功效：泻下攻积，润燥软坚，清热消肿。

应用

1. 积滞便秘。
2. 咽痛、口疮、目赤及痈疮肿痛。外用有清热消肿作用。

用法用量：10～15g，冲入药汁内或开水溶化后服。外用适量。

使用注意：孕妇及哺乳期妇女忌用或慎用。

鉴别用药：大黄与芒硝二药均为泻下药，皆有泻下攻积之功，可用治积滞便秘。大黄味苦泻下力强，有荡涤肠胃之功，为治热结便秘之主药；芒硝味咸，可软坚泻下，善除燥屎坚结。不同点：大黄又有清热泻火、凉血解毒、逐瘀通经作用，可用治血热吐衄，目赤咽肿，热毒疮疡，烧烫伤，瘀血诸证，及湿热痢疾、黄疸、淋证；芒硝又有清热消肿，可用治咽痛、口疮、目赤及痈疮肿痛。

番泻叶

功效：泻下通便，行水消胀。

应用

1. 热结便秘。

2. 腹水肿胀。

用法用量：温开水泡服，1.5～3g；煎服，2～6g，宜后下。

使用注意：妇女哺乳期、月经期及孕妇忌用。

芦荟

功效：泻下通便，清肝，杀虫。

应用

1. 热结便秘。

2. 烦躁惊痫。

3. 小儿疳积。

4. 癣疮。

用法用量：入丸散服，每次1～2g。外用适量。

使用注意：脾胃虚弱，食少便溏及孕妇忌用。

细目三　润下药

火麻仁

功效：润肠通便，滋养补虚。

应用：老人、产妇及体弱津血不足的肠燥便秘。

用法用量：煎服，10～15g，打碎入煎。

郁李仁

功效：润肠通便，利水消肿。

应用

1. 肠燥便秘。

2. 水肿胀满及脚气浮肿。

用法用量：煎服，6～12g，打碎入煎。

使用注意：孕妇慎用。

细目四　峻下逐水药

甘遂

功效：泻水逐饮，消肿散结。

应用

1. 水肿、鼓胀、胸胁停饮。善行经隧之水湿。

2. 风痰癫痫。

3. 疮痈肿毒。外用。

用法用量：入丸散服，每次0.5～1g。外用适量，生用。内服醋制用，以减低毒性。

使用注意：虚弱者及孕妇忌用。不宜与甘草同用。

京大戟

功效：泻水逐饮，消肿散结。

应用

1. 水肿、鼓胀、胸胁停饮。

2. 痈肿疮毒，瘰疬痰核。

用法用量：煎服，1.5～3g；入丸散服，每次1g。外用适量，生用。内服醋制用，以减低毒性。

使用注意：虚弱者及孕妇忌用。不宜与甘草同用。

芫花

功效：泻水逐饮，祛痰止咳，杀虫疗疮。

应用

1. 胸胁停饮、水肿、鼓胀。

2. 咳嗽痰喘。

3. 头疮、白秃、顽癣及痈肿。

用法用量：煎服，1.5～3g；入丸散服，每次0.6g。外用适量。内服醋制用，以降低毒性。

使用注意：虚弱者及孕妇忌用。不宜与甘草同用。

牵牛子

功效：泻下逐水，去积杀虫。

应用

1. 水肿，鼓胀。

2. 痰饮喘咳。

3. 虫积腹痛。

用法用量：煎服，3～9g。入丸散服，每次1.5～3g。本品炒用药性减缓。

使用注意：孕妇忌用。不宜与巴豆、巴豆霜同用。

巴豆

性能：辛，热；有大毒。归胃、大肠经。

功效：峻下冷积，逐水退肿，祛痰利咽，外用蚀疮。

应用

1. 寒积便秘。

2. 腹水、鼓胀。

3. 喉痹痰阻。

4. 痈肿脓成未溃，疥癣恶疮。外用有蚀腐肉、疗疮毒作用。

用法用量：入丸散服，每次0.1～0.3g。大多数制成巴豆霜用，以减低毒性。外用适量。

使用注意：孕妇及体弱者忌用。不宜与牵牛子同用。

（黄斌）

第七单元　祛风湿药

细目一　概述

要点一　祛风湿药的性能特点

祛风湿药多为辛散苦燥之品，其性或温或凉。

要点二　祛风湿药的功效

具有祛除肌表、经络风湿作用，有的还分别兼有散寒或清热、舒筋、通络、止痛、解表，以及补肝肾、强筋骨等作用。

要点三　祛风湿药的适应范围

本类药主要适用于风湿痹痛、筋脉拘挛、麻木不仁、腰膝酸痛、下肢痿弱，或热痹关节红肿；兼治痹证兼肝肾不足、外感表证夹湿、头风头痛等。

要点四　祛风湿药的使用注意事项

1. 痹证多属慢性疾患，需较长时间治疗，为服用方便，本类药可制成酒剂或丸剂常服。

2. 本类药中部分药物辛温香燥，易耗伤阴血，故阴亏血虚者应慎用。

要点五　各类祛风湿药的性能特点

祛风寒湿药：多为辛苦温之品，入肝、脾、肾经。

祛风湿热药：多为辛苦寒之品，入肝、脾、肾经。

祛风湿强筋骨药：主入肝、肾经。

要点六　各类祛风湿药的功效

祛风寒湿药：有较好的祛风、除湿、散寒、止痛、通经络等作用，尤以止痛为其特点。

祛风湿热药：具有祛风除湿、通络止痛、清热消肿等作用。

祛风湿强筋骨药：具有祛风除湿、补肝肾、强筋骨等作用。

要点七　各类祛风湿药的适应范围

祛风寒湿药：主要适用于风寒湿痹、肢体关节疼痛、痛有定处、遇寒加重、筋脉拘挛、屈伸不利等。

祛风湿热药：主要适用于风湿热痹、关节红肿热痛等证。

祛风湿强筋骨药：主要适用于风湿日久，肝肾虚损，腰膝酸软，脚弱无力等。

细目二　祛风寒湿药

独活

功效：祛风湿，止痹痛，解表。

应用

1. 风寒湿痹，腰膝酸痛。为治风湿痹痛主药，无论新久均可应用。尤以腰膝、腿足关节疼痛属下部寒湿者为宜。

2. 表证风寒夹湿。

3. 少阴头痛，皮肤湿痒。善治少阴头痛。

用法用量：煎服，3～9g。外用适量。

使用注意：本品辛温苦燥，易伤气耗血，无风寒湿邪或气血虚者慎用。

鉴别用药：独活与羌活均善祛风散寒，胜湿止痛，发表，同治风寒湿痹、风寒表证、表证夹湿及头风头痛等证。不同点：独活药力较缓，主散在里之伏风及寒湿而通利关节止痛，善治腰以下风寒湿痹及少阴伏风头痛；羌活则作用强烈，主散肌表游风及寒湿而通利关节止痛，善治上半身风寒湿痹、太阳经（后脑）头痛及项背强痛。

威灵仙

功效：祛风湿，通络止痛，消骨鲠。

应用

1. 风寒湿痹，肢体拘挛，瘫痪麻木。

2. 痰饮积聚，诸骨鲠喉。

3. 跌打伤痛、头痛、牙痛、胃脘痛、痰饮、噎膈、痞积。

用法用量：煎服，6～9g。外用适量。

使用注意：本品辛散走窜，气血虚弱者慎服。

川乌

功效：祛风湿，散寒止痛。

应用

1. 风寒湿痹。有明显的止痛作用。

2. 心腹冷痛，寒疝腹痛。

3. 跌打损伤，麻醉止痛。多外用。

用法用量：煎服，1.5～3g；宜先煎、久煎。外用适量。

使用注意：孕妇忌用。不宜与贝母类、半夏、白及、白蔹、天花粉、瓜蒌类同用。内服一般应炮制用，生品内服宜慎。酒浸、酒煎服易致中毒，应慎用。

蕲蛇

功效：祛风，通络，止痉。

应用

1. 风湿顽痹，中风半身不遂。为截风要药。

2. 小儿惊风，破伤风。

3. 麻风，疥癣。

4. 瘰疬，梅毒，恶疮。

用法用量：煎服，3～9g；研末服，一次1～1.5g，一日2～3次；或酒浸、熬膏、入丸散服。

使用注意：阴虚内热者忌服。

乌梢蛇

功效：祛风，通络，止痉。

应用

1. 风湿顽痹，中风半身不遂。

2. 小儿惊风，破伤风。

3. 麻风，疥癣。

4. 瘰疬，恶疮。

用法用量：煎服，9～12g；研末服，每次2～3g；或入丸剂、酒浸服。外用适量。

使用注意：血虚生风者慎用。

木瓜

功效：舒筋活络，和胃化湿。

应用

1. 风湿痹痛。尤为治湿痹、筋脉拘挛要药。

2. 脚气水肿。

3. 吐泻转筋。

4. 消化不良、津伤口渴。

用法用量：煎服，6～9g。

使用注意：内有郁热，小便短赤者忌服。

海风藤

功效：祛风湿，通络止痛。

应用

1. 风湿痹痛。

2. 跌打损伤。

用法用量：煎服，6～12g。外用适量。

细目三　祛风湿热药

秦艽

功效：祛风湿，通络止痛，退虚热，清湿热。

应用

1. 风湿痹证。为风药中之润剂，无论寒热新久均可应用。

2. 中风不遂。善“活血荣筋”。

3. 骨蒸潮热，疳积发热。

4. 湿热黄疸。

用法用量：煎服，3～9g。

防己

功效：祛风湿，止痛，利水消肿。

应用

1. 风湿痹证。热痹尤宜。

2. 水肿，小便不利，脚气。

3. 湿疹疮毒。

4. 高血压病。

用法用量：煎服，4.5～9g。治水肿尿少宜用汉防己，治风湿痹痛宜用木防己。

使用注意：本品大苦大寒，易伤胃气，胃纳不佳及阴虚体弱者慎服。

鉴别用药：木防己与汉防己均能祛风湿止痛，利水消肿，可用治湿热痹、水肿、腹水、脚气浮肿及小便不利。不同点：木防己以祛风止痛见长，多用治风湿热痹、关节肿痛；汉防己善于利水消肿，多用治水肿、腹水及小便不利等。

豨莶草

功效：祛风湿，利关节，解毒，降血压。

应用

1. 风湿痹痛，中风半身不遂。生用性寒，宜于风湿热痹。

2. 风疹，湿疮，疮痈。

用法用量：10～15g。治风寒湿痹宜制用，治热痹、肿毒、湿疹宜生用。

雷公藤

功效：祛风除湿，活血通络，消肿止痛，杀虫解毒。

应用

1. 风湿顽痹。为治风湿顽痹要药。

2. 麻风、顽癣、湿疹、疥疮、皮炎、皮疹。

用法用量：煎汤，10～25g（带根皮者减量），文火煎1～2小时；研粉，每日1.5～4.5g。外用适量。

使用注意：本品毒剧，内服宜慎。内脏有器质性病变及白细胞减少者慎服。孕妇忌用。外敷不可超过半小时，否则起泡。

细目四　祛风湿强筋骨药

五加皮

功效：祛风湿，补肝肾，强筋骨，利水。

应用

1. 风湿痹证。为强壮性祛风湿药。

2. 筋骨痿软，小儿行迟，体虚乏力。

3. 水肿、脚气浮肿。

用法用量：煎服，4.5～9g；或酒浸、入丸散服。

桑寄生

功效：祛风湿，补肝肾，强筋骨，安胎。

应用

1. 风湿痹证。

2. 崩漏经多，妊娠漏血，胎动不安。

用法用量：煎服，9～15g。

狗脊

功效：祛风湿，补肝肾，强腰膝。

应用

1. 风湿痹证。对肝肾不足，兼有风寒湿邪之腰痛脊强，不能俯仰者最为适宜。

2. 腰膝酸软，下肢无力。

3. 遗尿，白带过多。

4. 金疮出血。狗脊的绒毛有止血作用。

（黄斌）

第八单元　化湿药

细目一　概述

要点一　化湿药的性能特点

本类药多辛香温燥，主入脾、胃经。

要点二　化湿药的功效

具有化湿醒脾或燥湿运脾作用，兼可解暑发表。

要点三　化湿药的适应范围

主要用于脾为湿困，运化失职所致脘腹痞满、呕吐泛酸、大便溏泻、食少倦怠、舌苔白腻，或湿热困脾之口甘多涎，以及湿温等。兼治阴寒闭暑等。

要点四　化湿药的使用注意事项

1. 本类药物多辛香温燥，易耗气伤阴，故阴虚血燥气虚者慎用。

2. 其气芳香，大多含挥发油，故入汤剂不宜久煎，以免降低疗效。

细目二　具体药物

藿香

功效：化湿，解暑，发表，止呕。

应用

1. 湿滞中焦证。为芳香化湿浊要药。
2. 呕吐。
3. 暑湿、湿温。

用法用量：煎服，5～10g，鲜品加倍。

使用注意：阴虚血燥者不宜用。

佩兰

功效：化湿，解暑。

应用

1. 湿阻中焦。用治脾经湿热，口中甜腻、多涎、口臭等的脾瘅证。
2. 暑湿、湿温。

用法用量：煎服，5～10g，鲜品加倍。

苍术

功效：燥湿健脾，祛风散寒，发表，明目。

应用

1. 湿阻中焦证。
2. 风寒湿痹。
3. 风寒夹湿表证。
4. 夜盲症及眼目昏涩。

用法用量：煎服，5～10g。

使用注意：阴虚内热、气虚多汗者忌用。

厚朴

功效：燥湿消痰，下气除满。

应用

1. 湿阻中焦，脘腹胀满。为消除胀满的要药。
2. 食积气滞，腹胀便秘。
3. 痰饮咳嗽。燥湿消痰，下气平喘。

用法用量：煎服，3～10g；或入丸散。

使用注意：本品辛苦温燥，易耗气伤津，故气虚津亏者及孕妇当慎用。

鉴别用药：苍术与厚朴均能燥湿，同治湿阻中焦诸症。不同点：苍术兼健脾，湿阻兼脾虚食少便溏者多用，为治湿阻中焦之要药；厚朴兼行气，湿阻兼气滞胀满者宜之，并治脾胃气滞，为消除胀满的要药。苍术又能祛风湿而除痹，善治风湿痹痛；厚朴又能消积，善治食积胀满或大便秘结。苍术兼发表、明目，又治表证夹湿、夜盲及目昏眼涩；厚朴善

平喘，又治咳嗽痰多。

砂仁

功效：化湿行气，温中止泻，安胎。

应用

1. 湿阻中焦证及脾胃气滞证。
2. 脾胃虚寒吐泻证。
3. 气滞妊娠恶阻及胎动不安。

用法用量：煎服，3～6g。入汤剂宜打碎后下。

白豆蔻

功效：化湿行气，温中止呕。

应用

1. 湿阻中焦及脾胃气滞证。
2. 呕吐。

用法用量：煎服，3～6g。入汤剂宜打碎后下。

（黄斌）

第九单元　利水渗湿药

细目一　概述

要点一　利水渗湿药的性能特点

本类药物味多甘淡，主归膀胱、小肠经，作用趋向偏于下行。

要点二　利水渗湿药的功效

具有利水渗湿、利尿通淋、利湿退黄等功效。

要点三　利水渗湿药的适应范围

主要用于小便不利、水肿、泄泻、痰饮、淋证、黄疸、湿疮、带下、湿温等水湿所致的各种病证。

要点四　利水渗湿药的使用注意事项

1. 本类药易耗伤津液，阴亏津伤、肾虚遗精尿少者应慎用或忌用。
2. 个别药物有较强的通利作用，孕妇应慎用。

要点五　各类利水渗湿药的性能特点

利水消肿药：性味多甘淡平或微寒。

利尿通淋药：性味多苦寒，或甘淡而寒。苦能降泄，寒能清热，善走下焦。
利湿退黄药：性味多苦寒，主入脾、胃、肝、胆经。苦寒能清泄湿热。

要点六　各类利水渗湿药的功效

利水消肿药：具有利水消肿作用。
利尿通淋药：具有利尿通淋作用。
利湿退黄药：具有利湿退黄作用。

要点七　各类利水渗湿药的适应范围

利水消肿药：主要适用于水湿内停之水肿、小便不利，以及泄泻、痰饮等证。
利尿通淋药：主要适用于小便短赤、热淋、血淋、石淋及膏淋等证。
利湿退黄药：主要适用于湿热黄疸、目黄、身黄、小便黄。部分药物还可用于湿疮痈肿等证。

细目二　利水消肿药

茯苓

功效：利水消肿，渗湿，健脾，宁心。
应用
1. 水肿。药性平和，为利水消肿之要药，可用治寒热虚实各种水肿。
2. 痰饮。
3. 脾虚泄泻。
4. 心悸，失眠。
用法用量：煎服，9～15g。
使用注意：虚寒精滑者忌服。

薏苡仁

功效：利水消肿，渗湿，健脾，除痹，清热排脓。
应用
1. 水肿，小便不利，脚气。
2. 脾虚泄泻。尤宜治脾虚湿盛之泄泻。
3. 湿痹拘挛。
4. 肺痈，肠痈。
用法用量：煎服，9～30g。清利湿热宜生用，健脾止泻宜炒用。
使用注意：津液不足者慎用。

鉴别用药：茯苓与薏苡仁均能利水渗湿、健脾，同治水肿、小便不利及脾虚诸证。不同点：茯苓性平，药力较强，凡水湿停滞及脾虚诸证无论寒热咸宜。薏苡仁生用微寒，利水力虽不及茯苓，但兼清热，凡水湿停滞轻证或兼热者宜用；炒用寒性减而长于健脾止泻，治脾虚泄泻多用。茯苓又能宁心安神，治心脾两虚或水气凌心之心悸、失眠；薏苡仁

生用又能清热除痹、排脓，治湿热痹痛或湿痹拘挛、肺痈、肠痈。

猪苓

功效：利水消肿，渗湿。

应用：水肿，小便不利，泄泻。

用法用量：煎服，6～12g。

泽泻

功效：利水消肿，渗湿，泄热。

应用

1. 水肿，小便不利，泄泻。

2. 淋证，遗精。既能清膀胱之热，又能泄肾经之虚火，以下焦湿热者尤为适宜。

用法用量：煎服，5～10g。

香加皮

功效：利水消肿，祛风湿，强筋骨。

应用

1. 水肿，小便不利。

2. 风湿痹证。

用法用量：煎服，3～6g。浸酒或入丸散，酌量。

使用注意：本品有毒，内服不宜过量。

细目三　利尿通淋药

车前子

功效：利尿通淋，渗湿止泻，明目，祛痰。

应用

1. 淋证，水肿。

2. 泄泻。能利水湿、分清浊而止泻，即利小便以实大便。

3. 目赤肿痛，目暗昏花，翳障。

4. 痰热咳嗽。

用法用量：煎服，9～15g。宜包煎。

使用注意：肾虚精滑者慎用。

滑石

功效：利水通淋，清热解暑，收湿敛疮。

应用

1. 热淋，石淋，尿热涩痛。

2. 暑湿，湿温。

3. 湿疮，湿疹，痱子。

用法用量：煎服，10～20g。宜包煎。外用适量。

使用注意：脾虚、热病伤津及孕妇忌用。

鉴别用药：车前子与滑石均善清热利尿通淋，同治湿热淋痛、小便不利、水肿兼热及暑湿泄泻。不同点：车前子长于渗湿止泻，又善清肝明目、清肺化痰，又治肝热目赤涩痛、肺热咳嗽；滑石长于清解暑热，又能祛湿敛疮，又治暑热烦渴、湿温胸闷、湿疹及痱子。

木通

功效：利水通淋，泄热，通经下乳。

应用

1. 热淋涩痛，水肿。
2. 口舌生疮，心烦尿赤。
3. 经闭乳少。
4. 湿热痹痛。

用法用量：煎服，3～6g。

使用注意：本品有毒，故用量不宜过大，也不宜久服。肾功能不全者及孕妇忌服。内无湿热者、儿童与年老体弱者慎用。

通草

功效：利尿通淋，通气下乳。

应用

1. 淋证，水肿。
2. 产后乳汁不下。

用法用量：煎服，6～12g。

使用注意：孕妇慎用。

瞿麦

功效：利尿通淋，破血通经。

应用

1. 淋证。
2. 闭经，月经不调。

用法用量：煎服，9～15g。

使用注意：孕妇忌服。

萹蓄

功效：利尿通淋，杀虫止痒。

应用

1. 热淋，血淋。
2. 虫证，湿疹，阴痒。

用法用量：煎服，9～15g，鲜品加倍。外用适量。

使用注意：脾虚者慎用。

地肤子

功效：清热利湿，祛风止痒。

应用

1. 淋证。

2. 阴痒带下，风疹，湿疹。

用法用量：煎服，9～15g。外用适量。

海金沙

功效：利尿通淋，止痛。

应用：淋证。尤善止尿道疼痛，为治诸淋涩痛之要药。

用法用量：煎服，6～15g。宜包煎。

使用注意：肾阴亏虚者慎服。

石韦

功效：利尿通淋，清肺止咳，凉血止血。

应用

1. 淋证。血淋尤宜。

2. 肺热咳喘。

3. 血热出血。

用法用量：煎服，6～12g。

萆薢

功效：利湿去浊，祛风除痹。

应用

1. 膏淋，白浊。为治膏淋要药。

2. 风湿痹痛。善治腰膝痹痛，筋脉屈伸不利。

用法用量：煎服，9～15g。

使用注意：肾阴亏虚遗精滑泄者慎用。

细目四　利湿退黄药

茵陈

功效：利湿退黄，解毒疗疮。

应用

1. 黄疸。为治黄疸之要药。

2. 湿疹瘙痒。

用法用量：煎服，6～15g。外用适量，煎汤熏洗。

使用注意：蓄血发黄者及血虚萎黄者慎用。

金钱草

功效：利湿退黄，利尿通淋，解毒消肿。

应用

1. 湿热黄疸。

2. 石淋，热淋。善消结石，尤宜于治疗石淋。
3. 痈肿疔疮，毒蛇咬伤。

用法用量：煎服，15～60g，鲜品加倍。外用适量。

虎杖

功效：利湿退黄，清热解毒，散瘀止痛，化痰止咳。

应用

1. 湿热黄疸，淋浊，带下。
2. 水火烫伤，痈肿疮毒，毒蛇咬伤。
3. 经闭，癥瘕，跌打损伤。
4. 肺热咳嗽。
5. 热结便秘。

用法用量：煎服，10～30g。外用适量。

（黄斌）

第十单元　温里药

细目一　概述

要点一　温里药的性能特点

本类药多味辛性温热。

要点二　温里药的功效

具有温里散寒、温经止痛作用，个别药物尚能助阳、回阳。

要点三　温里药的适应范围

本类药主要适用于里寒证，个别药物还可用治虚寒证、亡阳证。

要点四　温里药的性能特点使用注意事项

1. 本类药多辛热燥烈，易耗阴动火，故天气炎热时或素体火旺者应减少用量。
2. 热伏于里、热深厥深、真热假寒证禁用。
3. 凡实热证、阴虚火旺、津血亏虚者忌用。
4. 孕妇慎用。

细目二　具体药物

附子

功效：回阳救逆，补火助阳，散寒止痛。

应用

1. 亡阳证。为“回阳救逆第一品药”。

2. 阳虚证。

3. 寒痹证。尤善治寒痹痛剧者。

用法用量：煎服，3～15g；本品有毒，宜先煎 0.5～1 小时，至口尝无麻辣感为度。

使用注意：孕妇及阴虚阳亢者忌用。反半夏、瓜蒌、贝母、白蔹、白及。生品外用，内服须炮制。若内服过量，或炮制、煎煮方法不当，可引起中毒。

干姜

功效：温中散寒，回阳通脉，温肺化饮。

应用

1. 腹痛，呕吐，泄泻。为温暖中焦之主药。

2. 亡阳证。

3. 寒饮喘咳。

用法用量：煎服，3～10g。

使用注意：本品辛热燥烈，阴虚内热、血热妄行者忌用。孕妇慎用。

鉴别用药

1. 附子与干姜：均善回阳，散寒止痛，同治亡阳欲脱、脾肾阳虚、外寒直中、寒湿痹痛等。不同点：附子有毒力强，为回阳救逆第一要药，故为治亡阳证之首选药；又善补火助阳，治命门火衰阳痿、宫冷、遗尿、尿频，以及阳虚水肿、外感、自汗、胸痹痛等。干姜则无毒力弱兼通脉，治亡阳须配附子方效；又长于温脾阳，善治脾阳不足之脘腹冷痛、吐泻；还能温肺化饮，治寒饮咳喘。

2. 生姜与干姜：均能温中散寒，温肺止咳，同治胃寒呕吐、冷痛及肺寒咳喘。不同点：干姜温里散寒力强，偏于温肺散寒而化饮；生姜长于温胃止呕，尤善治胃寒呕吐。干姜又能回阳通脉，又可治亡阳证；生姜又能发汗解表，又可治风寒表证。

肉桂

功效：补火助阳，散寒止痛，温经通脉，引火归原。

应用

1. 阳痿，宫冷。为治命门火衰之要药。

2. 腹痛，寒疝。善去痼冷沉寒。

3. 腰痛，胸痹，阴疽，闭经，痛经。

4. 虚阳上浮诸症。

5. 气血虚衰证。

用法用量：煎服，1～4.5g，宜后下或焗服；研末冲服，每次 1～2g。

使用注意：阴虚火旺、里有实热、血热妄行出血及孕妇忌用。畏赤石脂。

鉴别用药：

1. 附子与肉桂：既善补火助阳，治肾阳虚衰或脾肾阳虚所致的诸证；又善散寒止痛，治寒邪直中、寒湿痹痛、胸痹冷痛等证。不同点：附子有毒力强，又善回阳救逆，治亡阳欲脱及阳虚自汗、阳虚外感等。肉桂则无毒力缓，虽不能回阳救逆，但长于引火归原，益阳消阴，治下元虚衰、虚阳上浮所致诸证；又入血分，善温经通脉，治经寒血滞痛经、经闭，以及寒疝腹痛、阴疽流注等。

2. 桂枝与肉桂：均能散寒止痛，温通经脉，同治寒凝血滞之胸痹、闭经、痛经及风寒湿痹。但肉桂长于温里寒，常用治里寒证；桂枝长于散表寒，多用于风寒表证。不同点：肉桂又能补火助阳，引火归原，又可治肾阳不足、命门火衰之阳痿宫冷，下元虚衰、虚阳上浮之虚喘、心悸；桂枝又能助阳化气，又可治痰饮、蓄水证。

吴茱萸

功效：散寒止痛，降逆止呕，助阳止泻。

应用

1. 寒凝疼痛。为治肝寒气滞诸痛之主药。
2. 胃寒呕吐。
3. 虚寒泄泻。

用法用量：煎服，1.5～4.5g。外用适量。

使用注意：本品辛热燥烈，易损气动火，故不宜多服久服。阴虚有热者忌服。

高良姜

功效：散寒止痛，温中止呕。

应用

1. 胃寒冷痛。
2. 胃寒呕吐。

用法用量：煎服，3～6g。研末服，每次3g。

小茴香

功效：祛寒止痛，理气和胃。

应用

1. 寒疝腹痛，睾丸偏坠胀痛，少腹冷痛，痛经。
2. 中焦虚寒气滞证。

用法用量：煎服，3～6g。外用适量。

使用注意：阴虚火旺者慎用。

丁香

功效：温中降逆，散寒止痛，温肾助阳。

应用

1. 胃寒呕吐、呃逆。为治胃寒呕逆之要药。
2. 脘腹冷痛。
3. 阳痿，宫冷。

用法用量：煎服，1～3g。外用适量。

使用注意：热证及阴虚内热者忌用。畏郁金。

（黄斌）

第十一单元　理气药

细目一　概述

要点一　理气药的性能特点

本类药味多辛苦芳香，性多温，主归脾、胃、肝、肺经，善于行散或泄降。

要点二　理气药的功效

能理气健脾，疏肝解郁，理气宽胸，行气止痛，破气散结。

要点三　理气药的适应范围

本类药主要适用于脾胃气滞之脘腹胀痛、嗳气吞酸、恶心呕吐、腹泻或便秘等；肝气郁滞之胁肋胀痛、抑郁不乐、疝气疼痛、乳房胀痛、月经不调等；肺气壅滞之胸闷胸痛、咳嗽气喘等证。

要点四　理气药的使用注意事项

本类药性多辛温香燥，易耗气伤阴，故气阴不足者慎用。

细目二　具体药物

陈皮

功效：理气健脾，燥湿化痰。

应用

1. 脾胃气滞证。
2. 呕吐、呃逆证。
3. 湿痰、寒痰咳嗽。为治痰之要药。

用法用量：煎服，3～9g。

青皮

功效：疏肝破气，消积化滞。

应用

1. 肝郁气滞证。

2. 气滞脘腹疼痛。

3. 食积腹痛。

4. 癥瘕积聚，久疟痞块。

用法用量：煎服，3～9g。醋炙疏肝止痛力强。

鉴别用药：橘皮与青皮均能行气消积化滞，同治食积停滞、脘腹胀痛及呕吐食少等证。不同点：橘皮质轻力缓，温和不峻，作用偏于中上二焦，主理脾肺气滞，又燥湿化痰，治咳嗽痰多、胸闷不畅及湿浊中阻之胸闷腹胀和肝气乘脾、腹痛泄泻。青皮质重沉降，下行力猛，作用偏于中下二焦，主疏肝破气，又善散结止痛，治肝郁胸胁胀痛、乳房胀痛或结块、乳痈、疝气肿痛、癥瘕积聚、久疟癖块。

枳实

功效：破气除痞，化痰消积。

应用

1. 胃肠积滞，湿热泻痢。

2. 胸痹、结胸。

3. 气滞胸胁疼痛。

4. 产后腹痛。

5. 胃扩张、胃下垂、子宫脱垂、脱肛等脏器下垂病证。

用法用量：煎服，3～9g，大剂量可用30g。炒后性平和。

使用注意：孕妇慎用。

木香

功效：行气止痛，健脾消食。

应用

1. 脾胃气滞证。既为行气止痛之要药，又为健脾消食之佳品。

2. 泻痢里急后重。

3. 腹痛胁痛，黄疸，疝气疼痛。

4. 气滞血瘀之胸痹。

用法用量：煎服，1.5～6g。生用行气力强，煨用行气力缓而实肠止泻，用于泄泻腹痛。

沉香

功效：行气止痛，温中止呕，纳气平喘。

应用

1. 胸腹胀痛。善散胸腹阴寒，行气以止痛。

2. 胃寒呕吐。善温胃降气而止呕。

3. 虚喘证。

用法用量：煎服，1.5～4.5g，宜后下；或磨汁冲服，或入丸散剂，每次0.5～1g。

檀香

功效：行气止痛，散寒调中。

应用：胸腹寒凝气滞。

用法用量：煎服，2～5g，宜后下；入丸散，1～3g。

使用注意：阴虚火旺、实热吐衄者慎用。

川楝子

功效：行气止痛，杀虫，疗癣。

应用

1. 肝郁化火所致诸痛证。

2. 虫积腹痛。

3. 头癣、秃疮。

用法用量：煎服，4.5～9g。外用适量。炒用寒性减低。

使用注意：本品有毒，不宜过量或持续服用，以免中毒。又因性寒，脾胃虚寒者慎用。

乌药

功效：行气止痛，温肾散寒。

应用

1. 寒凝气滞之胸腹诸痛证。

2. 尿频，遗尿。

用法用量：煎服，3～9g。

香附

功效：疏肝解郁，调经止痛，理气调中。

应用

1. 肝郁气滞胁痛、腹痛。

2. 气滞腹痛。

用法用量：煎服，6～9g。醋炙止痛力增强。

薤白

功效：通气散结，行气导滞。

应用

1. 胸痹证。为治胸痹之要药。

2. 脘腹痞满胀痛，泻痢里急后重。

用法用量：煎服，5～9g。

大腹皮

功效：行气宽中，利水消肿。

应用

1. 胃肠气滞，脘腹胀闷，大便不爽。

2. 水肿胀满，脚气浮肿，小便不利。

用法用量：煎服，4.5～9g。

（黄斌）

第十二单元　消食药

细目一　概述

要点一　消食药的性能特点

本类药味多甘性平，主归脾、胃经。

要点二　消食药的功效

具有消化食积、健脾开胃、和中作用。

要点三　消食药的适应范围

本类药主要适用于食积不化所致的脘腹胀满、嗳腐吞酸、恶心呕吐、大便失常及脾胃虚弱、消化不良等证。

要点四　消食药的使用注意事项

气虚无积滞者慎用。

细目二　具体药物

山楂

功效：消食化积，行气散瘀。

应用

1. 肉食积滞证。能治各种饮食积滞，尤为消化油腻肉食积滞之要药。
2. 泻痢腹痛，疝气痛。
3. 瘀阻胸腹痛，痛经。
4. 冠心病，高血压病，高脂血症，细菌性痢疾等。

用法用量：煎服，10～15g，大剂量30g。生、炒山楂多用于消食散瘀，焦山楂、山楂炭多用于止泻痢、

使用注意：脾胃虚弱而无积滞者或胃酸分泌过多者均慎用。

神曲

功效：消食和胃。

应用：饮食积滞证。

用法用量：煎服，6～15g。消食宜炒焦用。

麦芽

功效：消食健胃，回乳消胀。

应用

1. 米面薯芋食滞证。

2. 断乳、乳房胀痛。

3. 肝气郁滞或肝胃不和之胁痛、脘腹痛等。

用法用量：煎服，10～15g，大剂量 30～120g。生麦芽功偏消食健胃，炒麦芽多用于回乳消胀。

使用注意：哺乳期妇女不宜使用。

谷芽

功效：消食和中，健脾开胃。

应用

1. 米面薯芋食积。

2. 脾虚食少，消化不良。

用法用量：煎服，9～15g。生用长于和中，炒用偏于消食。

稻芽

功效：消食和中，健脾开胃。

应用

1. 米面薯芋食积。

2. 脾虚食少，消化不良。

用法用量：煎服，9～15g。生用长于和中，炒用偏于消食。

莱菔子

功效：消食除胀，降气化痰。

应用

1. 食积气滞证。尤善行气消胀。

2. 咳喘痰多，胸闷食少。

用法用量：煎服，6～10g。生用吐风痰，炒用消食下气化痰。

使用注意：本品辛散耗气，故气虚及无食积、痰滞者慎用。不宜与人参同用。

鸡内金

功效：消食健胃，涩精止遗，化坚消石。

应用

1. 饮食积滞，小儿疳积。广泛用于米面薯芋乳肉等各种食积证。

2. 肾虚遗精、遗尿。

3. 砂石淋证，胆结石。

用法用量：煎服，3～10g；研末服，每次 1.5～3g。研末服效果比煎剂好。

使用注意：脾虚无积滞者慎用。

（黄斌）

第十三单元　驱虫药

细目一　概述

要点一　驱虫药的性能特点

本类药入脾、胃、大肠经，部分药物具有一定的毒性，对人体肠道寄生虫有毒杀作用。

要点二　驱虫药的功效

具有杀灭或麻痹作用，促使其排出体外。

要点三　驱虫药的适应范围

本类药主要适用于肠道寄生虫病，如蛔虫病、蛲虫病、绦虫病、钩虫病等。

要点四　驱虫药的使用注意事项

1. 本类药一般应在空腹时服用，以使药物充分作用于虫体，而保证疗效。
2. 部分药有毒性，应用时应严格控制剂量，以免中毒。
3. 在发热或腹痛较剧时，宜先清热或止痛，待症状缓解后再使用驱虫药。
4. 孕妇及老弱患者应慎用。

细目二　具体药物

使君子

功效：杀虫消积。

应用

1. 蛔虫病，蛲虫病。为驱蛔要药。
2. 小儿疳疾。

用法用量：煎服，9～12g，捣碎。取仁炒香嚼服，6～9g。小儿每岁1～1.5粒，一日总量不超过20粒，空腹服用，每日1次，连用3天。

使用注意

1. 本品大量服用可致呃逆、眩晕、呕吐等反应，故不宜超量服。
2. 若与热茶同服，可引起呃逆，故服药时忌饮茶。

苦楝皮

功效：杀虫，疗癣。

应用

1. 蛔虫病，钩虫病，蛲虫病。

2. 疥癣，湿疮。

用法用量：煎服，4.5～9g，鲜品15～30g。外用适量。

使用注意：本品有毒，不宜过量或持续久服。有效成分难溶于水，需文火久煎。

槟榔

功效：杀虫消积，行气，利水，截疟。

应用

1. 多种肠道寄生虫病。以泻下驱除虫体为其优点。

2. 食积气滞，泻痢后重。

3. 水肿，脚气肿痛。

4. 疟疾。

用法用量：煎服，3～10g。驱绦虫、姜片虫30～60g。生用力佳，炒用力缓，鲜者优于陈久者。

使用注意：脾虚便溏或气虚下陷者忌用。孕妇慎用。

南瓜子

功效：杀虫。

应用

1. 绦虫病。

2. 血吸虫病。

用法用量：研粉，60～120g，冷开水调服。

（黄斌）

第十四单元　止血药

细目一　概述

要点一　止血药的性能特点

本类药虽性味各异，但均入血分，归心、肝、脾经。

要点二　止血药的功效

均能止血，分别具有凉血止血、化瘀止血、收涩止血及温经止血作用。

要点三　止血药的适应范围

本类药主要适用于咳血、吐血、衄血、便血、尿血、崩漏、紫癜及创伤出血等。

要点四　止血药的使用注意事项

1. 出血过多而致气虚欲脱者，如单用止血药，则缓不济急，应急予大补元气之药，以挽救气脱危候。

2. “止血不留瘀”，这是运用止血药必须始终注意的问题。而凉血止血药和收敛止血药，易凉遏恋邪，有止血留瘀之弊，故出血兼有瘀滞者不宜单独使用。应酌加活血化瘀药，不能单纯止血，以免留瘀。

要点五　各类止血药的性能特点

凉血止血药：性属寒凉，味多甘苦，善入血分而清泄血分之热。
化瘀止血药：既能止血，又能化瘀，具有止血而不留瘀的特点。
收敛止血药：大多味涩，或为炭类，或质黏。因性善收涩，故有留瘀恋邪之弊。
温经止血药：性属温热，主入脾经，能温内脏，益脾阳，固冲脉而统摄血液。

要点六　各类止血药的功效

凉血止血药：有凉血止血之功。
化瘀止血药：以化瘀止血为主，有的兼能消肿、止痛。
收敛止血药：有收敛止血作用。
温经止血药：有温经止血作用。

要点七　各类止血药的适应范围

凉血止血药：主要用于血热妄行引起的各种出血病证。

化瘀止血药：主要用于瘀血内阻，血不循经之出血病证，以及跌打损伤、经闭、瘀滞心腹疼痛等。

收敛止血药：广泛用于各种出血病证。

温经止血药：主要用于脾不统血、冲脉失固之虚寒性出血病证。

细目二　凉血止血药

小蓟

功效：凉血止血，散瘀解毒消痈。

应用

1. 血热出血证。尤善治尿血、血淋。
2. 热毒疮痈。

用法用量：10～15g，鲜品可用30～60g。外用鲜品适量，捣敷患处。

地榆

功效：凉血止血，解毒敛疮。

应用

1. 血热出血证。尤宜于下焦之下血。

2. 烫伤、湿疹、疮疡痈肿。为治水火烫伤之要药。

用法用量：煎服，10～15g，大剂量可用至30g；或入丸、散。外用适量。止血多炒炭用，解毒敛疮多生用。

槐花

功效：凉血止血，清肝泻火。

应用

1. 血热出血证。对下部血热所致的痔血、便血等最为适宜。

2. 目赤头痛。

用法用量：煎服，10～15g。外用适量。止血多炒炭用，清热泻火宜生用。

侧柏叶

功效：凉血止血，化痰止咳，生发乌发。

应用

1. 血热出血证。为治各种出血病证之要药，尤以血热者为宜。

2. 肺热咳嗽。

3. 脱发、须发早白。

用法用量：煎服，10～15g。外用适量。止血多炒炭用，化痰止咳宜生用。

白茅根

功效：凉血止血，清热利尿，清肺胃热。

应用

1. 血热出血证。

2. 水肿、热淋、黄疸。

3. 胃热呕吐、肺热咳喘

用法用量：煎服，15～30g，鲜品加倍，以鲜品为佳，可捣汁服。多生用，止血亦可炒炭用。

苎麻根

功效：凉血止血，清热安胎，利尿，解毒。

应用

1. 血热出血证。

2. 胎动不安、胎漏下血。

3. 热毒痈肿。

用法用量：煎服，10～30g，鲜品30～60g，捣汁服。外用适量，煎汤外洗，或鲜品捣敷。

细目三　化瘀止血药

三七

功效：化瘀止血，活血定痛。

应用

1. 出血证。功善止血，又能化瘀生新，有止血不留瘀、化瘀不伤正的特点，尤以有瘀滞者为宜。

2. 跌打损伤，瘀血肿痛。为伤科之要药。

3. 虚损劳伤。有补虚强壮的作用。

用法用量：多研末吞服，1～1.5g；煎服，3～10g；亦入丸散。外用适量，研末外掺或调敷。

使用注意：孕妇慎用。

茜草

功效：凉血化瘀止血，通经。

应用

1. 出血证。尤适于血热夹瘀的出血证。

2. 血瘀经闭、跌打损伤，风湿痹痛。尤为妇科调经要药。

用法用量：煎服，10～15g，大剂量可用30g。亦入丸散。止血炒炭用，活血通经生用或酒炒用。

蒲黄

功效：止血，化瘀，利尿。

应用

1. 出血证。有止血不留瘀的特点，对出血证无论属寒属热、有无瘀滞，均可应用，但以属实夹瘀者尤宜。

2. 瘀血痛证。

3. 血淋尿血。

用法用量：煎服，3～10g，宜包煎。外用适量，研末外掺或调敷。止血多炒用，化瘀、利尿多生用。

使用注意：生蒲黄有收缩子宫作用，故孕妇忌服。

降香

功效：化瘀止血，理气止痛。

应用

1. 出血证。

2. 胸胁疼痛、跌损瘀痛。

3. 呕吐腹痛。

用法用量：煎服，3～6g，宜后下；研末吞服，每次1～2g。外用适量，研末外敷。

细目四　收敛止血药

白及

功效：收敛止血，消肿生肌。

应用

1. 出血证。为收敛止血之要药，尤多用于肺胃出血之证。

2. 痈肿疮疡、手足皲裂、水火烫伤。

用法用量：煎服，3～10g，大剂量可用至30g；亦可入丸、散，入散剂，每次用2～5g；研末吞服，每次1.5～3g；外用适量。

使用注意：反乌头。

仙鹤草

功效：收敛止血，止痢，截疟，补虚。

应用

1. 出血证。广泛用于全身各部的出血之证，无论寒热虚实，皆可应用。

2. 腹泻、痢疾。

3. 疟疾寒热。

4. 脱力劳伤。

5. 疮疖痈肿、阴痒带下。尚能解毒杀虫。

用法用量：煎服，3～10g，大剂量可用至30～60g；外用适量。

血余炭

功效：收敛止血，化瘀利尿。

应用

1. 出血证。

2. 小便不利。

用法用量：煎服，6～10g；研末服，1～1.5g；外用适量。

棕榈炭

功效：收敛止血。

应用：出血证。尤多用于崩漏。

用法用量：煎服，3～10g；研末服，1～1.5g。

使用注意：出血兼有瘀滞、湿热下痢初起者慎用。

细目五　温经止血药

炮姜

功效：温经止血，温中止痛。

应用

1. 出血证。主治脾胃虚寒，脾不统血之出血病证。

2. 腹痛、腹泻。善暖脾胃，用于虚寒性腹痛、腹泻。

用法用量：煎服，3～6g。

艾叶

功效：温经止血，散寒调经，安胎。

应用

1. 出血证。为温经止血之要药。用于虚寒性出血病证，尤宜于崩漏。

2. 月经不调、痛经。为治妇科下焦虚寒或寒客胞宫之要药。

3. 胎动不安。为妇科安胎之要药。

用法用量：煎服，3～10g；外用适量。温经止血宜炒炭用，余生用。

（黄斌）

第十五单元　活血化瘀药

细目一　概述

要点一　活血化瘀药的性能特点

本类药味多辛、苦、温，主入心、肝二经，入血分。

要点二　活血化瘀药的功效

本类药物善活血化瘀，并通过活血化瘀作用而产生多种不同的功效，包括活血止痛、活血调经、活血消肿、活血疗伤、活血消痈、破血消癥等。

要点三　活血化瘀药的适应范围

本类药主要适用于血液运行不畅、瘀血阻滞血脉所引起的多种疾病，主治范围很广，遍及内、外、妇、儿、伤等各科。如内科的胸、腹、头痛，痛如针刺，痛有定处，体内的癥瘕积聚，中风不遂，肢体麻木以及关节痹痛日久；伤科的跌仆损伤，瘀肿疼痛；外科的疮疡肿痛；妇科的月经不调、经闭、痛经、产后腹痛等。

要点四　活血化瘀药的使用注意

本类药物行散力强，易耗血动血，不宜用于妇女月经过多以及其他出血证无瘀血现象者；对于孕妇尤当慎用或忌用。

要点五　各类活血化瘀药的性能特点

活血止痛药：多具辛味，辛散善行，既入血分，又入气分，活血每兼行气。

活血调经药：大多辛散苦泄，主归肝经血分，尤善通畅血脉而调经水。
活血疗伤药：味多辛苦咸，主归肝、肾经。
破血消癥药：味多辛苦，虫类药居多，兼有咸味，入归肝经血分。药性峻猛，走而不守。

要点六　各类活血化瘀药的功效

活血止痛药：有良好的活血止痛作用。
活血调经药：有活血散瘀之功，尤善通畅血脉而调经水。
活血疗伤药：有活血化瘀、消肿止痛、续筋接骨、止血、生肌敛疮等作用。
破血消癥药：有破血逐瘀、消癥散积作用。

要点七　各类活血化瘀药的适应范围

活血止痛药：主要适用于气血瘀滞所致的各种痛证，如头痛、胸胁痛、心腹痛、痛经、产后腹痛、肢体疼痛、跌打损伤之瘀痛等。也可用于其他瘀血病证。

活血调经药：主治血行不畅所致的月经不调、痛经、经闭及产后瘀滞腹痛。亦常用于瘀血痛证、癥瘕、跌打损伤、疮痈肿毒。

活血疗伤药：主要适用于跌打损伤、瘀肿疼痛、骨折筋损、金疮出血等伤科疾患。

破血消癥药：主要适用于瘀血时间长、程度重的癥瘕积聚，以及血瘀经闭、瘀肿疼痛、偏瘫等证。

细目二　活血止痛药

川芎

功效：活血行气，祛风止痛。
应用
1. 血瘀气滞痛证。为“血中之气药”。
2. 头痛，风湿痹痛。为治头痛要药。
用法用量：煎服，3～9g。
使用注意：阴虚火旺、多汗、热盛及无瘀之出血证和孕妇慎用。

延胡索

功效：活血，行气，止痛。
应用：气血瘀滞之痛证。为活血行气止痛之良药。
用法用量：煎服，3～10g；研末服，每次1～3g。醋制可增强止痛作用。

郁金

功效：活血止痛，行气解郁，清心凉血，利胆退黄。
应用
1. 气滞血瘀之胸、胁、腹痛。
2. 热病神昏，癫痫痰闭。
3. 吐血、衄血、倒经、尿血、血淋。

4. 肝胆湿热黄疸、胆石症。

用法用量：煎服，5～12g；研末服，2～5g。

使用注意：畏丁香。

乳香

功效：活血行气止痛，消肿生肌。

应用

1. 跌打损伤、疮疡痈肿。

2. 气滞血瘀之痛证。

用法用量：煎服，3～10g，宜炒去油用。外用适量，生用或炒用，研末外敷。

使用注意：胃弱者慎用，孕妇及无瘀滞者忌用。

没药

功效：活血止痛，消肿生肌。

应用：与乳香相似。常与乳香相须为用，治疗跌打损伤，瘀滞疼痛，痈疽肿痛，疮疡溃后久不收口，以及一切瘀滞痛证。

用法用量：煎服，3～10g。外用适量。

使用注意：同乳香。

五灵脂

功效：活血止痛，化瘀止血。

应用

1. 瘀血阻滞之痛证。为治疗瘀滞疼痛之要药。

2. 瘀滞出血证。炒用。

用法用量：煎服，3～10g，宜包煎；或入丸、散用。外用适量。活血止痛宜生用，化瘀止血宜炒用。

使用注意：血虚无瘀及孕妇慎用。“十九畏”认为人参畏五灵脂，一般不宜同用。

细目三　活血调经药

丹参

功效：活血调经，祛瘀止痛，凉血消痈，除烦安神。

应用

1. 月经不调，闭经痛经，产后瘀滞腹痛。能祛瘀生新而不伤正。

2. 血瘀心痛、脘腹疼痛、癥瘕积聚、跌打损伤及风湿痹证。

3. 疮痈肿毒。

4. 热病烦躁神昏及心悸失眠。

用法用量：煎服，5～15g。活血化瘀宜酒炙用。

使用注意：反藜芦。孕妇慎用。

鉴别用药：川芎与丹参均能活血行瘀止痛，同治妇科月经不调、经闭、痛经、癥瘕、产后瘀阻，内科胸痹、心痛、脘腹痛，外科痈肿疮毒，伤科跌打损伤等血滞证。不同点：

丹参微寒，又善凉血，故宜于血瘀血热之妇、内、外、伤科诸证，并治肝脾肿大、风湿热痹；还能清心，无论外感或内伤之血热心烦不眠均可应用。川芎性温味辛，又能行气散风寒，故宜于血瘀有寒或又兼气滞之妇、内、外、伤科诸证，并治肝郁气滞胁痛、各种头痛、风寒湿痹等。

红花

功效：活血通经，祛瘀止痛。

应用

1. 血滞经闭、痛经、产后瘀滞腹痛。
2. 癥瘕积聚。
3. 胸痹心痛、血瘀腹痛、胁痛。
4. 瘀滞斑疹色暗。
5. 回乳，瘀阻头痛、眩晕、中风偏瘫、喉痹、目赤肿痛。

用法用量：煎服，3～10g。外用适量。

使用注意：孕妇忌用。有出血倾向者慎用。

桃仁

功效：活血祛瘀，润肠通便，止咳平喘。

应用

1. 瘀血阻滞病证。
2. 肺痈，肠痈。
3. 肠燥便秘。
4. 咳嗽气喘。

用法用量：煎服，5～10g，捣碎用；桃仁霜入汤剂宜包煎。

使用注意：孕妇忌用。便溏者慎用。本品有毒，不可过量。

鉴别用药：红花与桃仁均为破血之品，具活血化瘀之功，同治妇科血滞经闭、痛经、癥瘕积聚、产后瘀阻腹痛，内科胸痛、心痛，以及伤科跌打瘀痛。不同点：桃仁性平，甘苦润降，破瘀生新为长；又能润肠通便，治肠痈、肺痈、肠燥便秘；还能止咳平喘，治咳嗽气喘。红花性温，辛散温通，又能化斑消肿，治痈肿疮毒、脱疽、斑疹。

益母草

功效：活血调经，利尿消肿，清热解毒。

应用

1. 血滞经闭、痛经、经行不畅、产后恶露不尽、瘀滞腹痛。为妇产科要药。
2. 水肿，小便不利。尤宜用于水瘀互阻的水肿。
3. 跌打损伤，疮痈肿毒，皮肤瘾疹。

用法用量：煎服，10～30g；或熬膏，入丸剂。外用适量，捣敷或煎汤外洗。

使用注意：孕妇忌服。无瘀滞及阴虚血少者忌用。

泽兰

功效：活血调经，祛瘀消痈，利尿消肿。

应用

1. 血滞经闭、痛经、产后瘀滞腹痛。

2. 跌打损伤，瘀肿疼痛，疮痈肿毒。

3. 水肿，小便不利。

用法用量：煎服，10～15g。外用适量。

使用注意：血虚及无瘀滞者慎用。

牛膝

功效：活血通经，补肝肾，强筋骨，利水通淋，引火（血）下行。

应用

1. 瘀血阻滞之经闭、痛经、经行腹痛、胞衣不下及跌仆伤痛。

2. 腰膝酸痛、下肢痿软。

3. 淋证、水肿、小便不利。

4. 火热上炎、阴虚火旺之头痛、眩晕、齿痛、口舌生疮、吐血、衄血。

用法用量：煎服，6～15g。活血通经、利水通淋、引火（血）下行宜生用，补肝肾、强筋骨宜酒炙用。

使用注意：本品为动血之品，性专下行，孕妇月经过多者忌服。中气下陷、脾虚泄泻，下元不固、多梦遗精者慎用。

鸡血藤

功效：行血补血，调经，舒筋活络。

应用

1. 月经不调，痛经，经闭。

2. 风湿痹痛，手足麻木，肢体瘫痪，血虚萎黄。

用法用量：煎服，10～30g；或浸酒服，或熬膏服。

细目四　活血疗伤药

土鳖虫

功效：破血逐瘀，续筋接骨。

应用

1. 跌打损伤，筋伤骨折，瘀肿疼痛。

2. 血瘀经闭，产后瘀滞腹痛，积聚痞块。

用法用量：煎服，3～10g；研末服，1～1.5g，黄酒送服。外用适量。

使用注意：孕妇忌服。

马钱子

功效：散结消肿，通络止痛。

应用

1. 跌打损伤，骨折肿痛。为伤科疗伤止痛之佳品。

2. 痈疽疮毒，咽喉肿痛。

3. 风湿顽痹，麻木瘫痪。善能搜筋骨间风湿。

用法用量：0.3～0.6g，炮制后入丸散用。外用适量，研末调涂。

使用注意：内服不宜生用及多服久服。本品所含有毒成分能被皮肤吸收，故外用亦不宜大面积涂敷。孕妇禁用，体虚者忌用。

自然铜

功效：散瘀止痛，接骨疗伤。

应用：跌打损伤，骨折筋断，瘀肿疼痛。

用法用量：煎服，10～15g。入丸散，醋淬研末，每次0.3g。外用适量。

使用注意：不宜久服。凡阴虚火旺、血虚无瘀者慎用。

苏木

功效：活血疗伤，祛瘀通经。

应用

1. 跌打损伤，骨折筋伤，瘀滞肿痛。

2. 血滞经闭，产后瘀阻腹痛，痛经，心腹疼痛。

用法用量：煎服，3～10g。外用适量，研末撒敷。

使用注意：月经过多和孕妇忌用。

骨碎补

功效：活血续伤，补肾强骨。

应用

1. 跌打损伤或创伤，筋骨损伤，瘀滞肿痛。

2. 肾虚腰痛脚弱、耳鸣耳聋、牙痛、久泻。

3. 斑秃、白癜风。

用法用量：煎服，10～15g。外用适量，研末调敷或鲜品捣敷，亦可浸酒擦患处。

使用注意：阴虚火旺、血虚风燥者慎用。

细目五　破血消癥药

莪术

功效：破血行气，消积止痛。

应用

1. 气滞血瘀所致癥瘕积聚、经闭及心腹瘀痛。

2. 食积脘腹胀痛。

3. 跌打损伤，瘀肿疼痛

用法用量：煎服，3～15g。外用适量。醋制后可加强祛瘀止痛作用。

使用注意：孕妇及月经过多者忌用。

三棱

功效：破血行气，消积止痛。

应用：与莪术基本相同，常相须为用。然三棱偏于破血，莪术偏于破气。

用法用量：煎服，3～10g。醋制后可加强祛瘀止痛作用。

使用注意：孕妇及月经过多忌用。

水蛭

功效：破血通经，逐瘀消癥。

应用

1. 血瘀经闭，癥瘕积聚。

2. 跌打损伤，心腹疼痛。

用法用量：煎服，1.5～3g；研末服，0.3～0.5g。以入丸散或研末服为宜。或以鲜活者放置于瘀肿局部吸血消瘀。

使用注意：孕妇禁用。月经过多者忌服。

穿山甲

功效：活血消癥，通经，下乳，消肿排脓。

应用

1. 癥瘕，经闭。

2. 风湿痹痛，中风瘫痪。

3. 产后乳汁不下。

4. 痈肿疮毒，瘰疬。

用法用量：煎服，3～10g；研末吞服，每次1～1.5g。

使用注意：孕妇慎用。痈肿已溃者忌用。

斑蝥

功效：破血逐瘀，散结消癥，攻毒蚀疮。

应用

1. 癥瘕，经闭。

2. 痈疽恶疮，顽癣，瘰疬。

3. 面瘫，风湿痹痛。

用法用量：煎服，3～10g。

使用注意：本品有大毒，内服宜慎，应严格掌握剂量。体弱者忌用。孕妇禁用。

（黄斌）

第十六单元　化痰止咳平喘药

细目一　概述

要点一　化痰止咳平喘药的性能特点

本类药或辛或苦，或温或凉，多入肺经，辛开苦降，温以散寒，凉可清热。

要点二　化痰止咳平喘药的功效

具有宣降肺气、化痰止咳、降气平喘之功。

要点三　化痰止咳平喘药的适应范围

化痰药主治痰证。痰的病证甚多，如痰阻于肺之咳喘痰多，痰蒙心窍之昏厥、癫痫，痰蒙清阳之眩晕，痰扰心神之睡眠不安，肝风夹痰之中风、惊厥，痰阻经络之肢体麻木、半身不遂、口眼㖞斜，痰火互结之瘰疬、瘿瘤，痰凝肌肉、流注骨节之阴疽流注等。止咳平喘药用于外感、内伤所致的各种咳嗽和喘息。

要点四　化痰止咳平喘药的使用注意事项

1. 刺激性较强的化痰药，不宜用于咳嗽兼有出血倾向者，宜慎用，以免加重出血。

2. 麻疹初起兼有表证之咳嗽，应以疏解清宣为主，不可单用止咳药，忌用温燥及具有收敛之性的止咳药，以免影响麻疹透发。

要点五　各类化痰止咳平喘药的性能特点

温化寒痰药：多辛苦，性多温燥，主归肺、脾、肝经。

清化热痰药：多寒凉，部分药物质润，兼能润燥。部分药物味咸，兼能软坚散结。

止咳平喘药：主入肺经，味或辛或苦或甘，性或温或寒，由于药物性味不同，质地润燥有异，其止咳平喘的机理也各不一样。

要点六　各类化痰止咳平喘药的功效

温化寒痰药：有温肺祛寒、燥湿化痰作用，有的兼能消肿止痛。

清化热痰药：有清化热痰之功，兼能润燥化痰，软坚散结。

止咳平喘药：有宣降止咳、清肺止咳、润肺止咳、降肺止咳、敛肺止咳及化痰止咳之功。

要点七　各类化痰止咳平喘药的适应范围

温化寒痰药：主要适用于寒痰、湿痰证，如咳嗽气喘、痰多色白，以及由寒痰、湿痰所致的眩晕、肢体麻木、阴疽流注等。

清化热痰药：主要适用于热痰、燥痰证，如咳嗽气喘、痰黄质稠，或干咳少痰、痰稠难咯、唇舌干燥，以及痰热癫痫、中风惊厥、瘿瘤、痰火瘰疬等。

止咳平喘药：主要适用于外感或内伤所致的咳喘、痰多，或痰饮喘息。

细目二　温化寒痰药

半夏

功效：燥湿化痰，降逆止呕，消痞散结。外用消肿止痛。

应用

1. 湿痰证，寒痰证。为燥湿化痰、温化寒痰之要药，尤善治脏腑之湿痰。

2. 呕吐。降逆和胃，为止呕要药。

3. 心下痞，结胸，梅核气。

4. 瘿瘤，痰核，痈疽肿毒及毒蛇咬伤。外用能消肿止痛。

用法用量：煎服，3～10g，一般宜制过用。炮制品中有姜半夏、法半夏等，其中姜半夏长于降逆止呕，法半夏长于燥湿且温性较弱，半夏曲则有化痰消食之功，竹沥半夏能清化热痰，主治热痰、风痰之证。外用适量。

使用注意：反乌头。其性温燥，阴虚燥咳、血证、热痰、燥痰应慎用。

天南星

功效：燥湿化痰，祛风解痉。外用散结消肿。

应用

1. 湿痰、寒痰证。

2. 风痰眩晕、中风、癫痫、破伤风。善祛风痰而止痉厥。

3. 痈疽肿痛，蛇虫咬伤。外用。

用法用量：煎服，3～10g，多制用。外用适量。

使用注意：阴虚燥痰及孕妇忌用。

鉴别用药：半夏与天南星均能燥湿化痰，为治寒痰、湿痰要药；生品外用消肿止痛，治痈疽肿毒、瘰疬痰核等证。不同点：半夏主归脾、胃经，善除脾胃湿痰；天南星主归肝经，温燥之性强于半夏，善治顽痰并祛经络风痰。半夏又能降逆止呕、消痞散结，又治呕吐、胸脘痞闷、梅核气、瘿瘤痰核等证。天南星又能祛风止痉，又治中风口眼㖞斜、破伤风等证。

白附子

功效：燥湿痰，祛风痰，止痉，止痛，解毒散结。

应用

1. 中风痰壅，口眼㖞斜，惊风癫痫，破伤风。

2. 痰厥头痛、眩晕。尤擅治头面部诸疾。

3. 瘰疬痰核，毒蛇咬伤。

用法用量：煎服，3～5g；研末服，0.5～1g，宜炮制后用。外用适量。

使用注意：本品辛温燥烈，阴虚血虚动风或热盛动风者、孕妇均不宜用。生品一般不内服。

白芥子

功效：温肺化痰，利气，散结消肿。

应用

1. 寒痰喘咳，悬饮。

2. 阴疽流注，肢体麻木，关节肿痛。善散“皮里膜外之痰”。

用法用量：煎服，3～6g。外用适量，研末调敷，或作发泡用。

使用注意：本品辛温走散，耗气伤阴，久咳肺虚及阴虚火旺者忌用。消化道溃疡、出

血者及皮肤过敏者忌用。用量不宜过大。

皂荚

功效：祛顽痰，通窍开闭，祛风杀虫。

应用

1. 顽痰阻肺，咳喘痰多。

2. 中风，痰厥，癫痫，喉痹痰盛。

3. 疮肿未溃，皮癣，便秘。

用法用量：研末服，1～1.5g；亦可入汤剂，1.5～5g。外用适量。

使用注意：内服剂量不宜过大，以免引起呕吐、腹泻。辛散走窜之性强，非顽疾证实体壮者慎用。孕妇、气虚阴亏及有出血倾向者忌用。

旋覆花

功效：降气行水化痰，降逆止呕。

应用

1. 咳喘痰多，痰饮蓄结，胸膈痞满。

2. 噫气，呕吐。善降胃气而止呕噫。

3. 气血不和之胸胁痛。

用法用量：煎服，3～10g，宜包煎。

使用注意：阴虚劳嗽，津伤燥咳者忌用。又因本品有绒毛，易刺激咽喉作痒而致呛咳呕吐，故须布包入煎。

白前

功效：降气化痰。

应用：咳嗽痰多，气喘。长于祛痰，降肺气以平咳喘。

用法用量：煎服，3～10g；或入丸、散。

细目三　清化热痰药

川贝母

功效：清热化痰，润肺止咳，散结消肿。

应用

1. 虚劳咳嗽，肺热燥咳。

2. 瘰疬、乳痈、肺痈。

用法用量：煎服，3～10g；研末服，1～2g。

使用注意：反乌头。脾胃虚寒及有湿痰者不宜用。

浙贝母

功效：清热化痰，散结消痈。

应用

1. 风热、痰热咳嗽。

2. 瘰疬，瘿瘤，乳痈疮毒，肺痈。

使用注意：同川贝母。

鉴别用药：川贝母与浙贝母均能清热化痰，散结消痈，同治肺热咳嗽、瘰疬、乳痈等证。不同点：川贝母味甘偏润，又能润肺止咳，又可治虚劳咳嗽、肺燥咳嗽；浙贝母苦寒降泄，功专清热散结，善治风热、肺热咳嗽及瘰疬、瘿瘤、乳痈等证。

瓜蒌

功效：清热化痰，宽胸散结，润肠通便。

应用

1. 痰热咳喘。

2. 胸痹，结胸。

3. 肺痈，肠痈，乳痈。

4. 肠燥便秘。

用法用量：煎服，全瓜蒌 10～20g，瓜蒌皮 6～12g，瓜蒌子 10～15g，打碎入煎。

使用注意：本品甘寒而滑，脾虚便溏者及寒痰、湿痰证忌用。反乌头。

鉴别用药：瓜蒌皮与瓜蒌子均能清肺化痰，同治肺热咳嗽，痰黄质稠。不同点：瓜蒌皮偏于清热化痰，又能利气宽胸，又可治胸痹、结胸；瓜蒌子重在润燥化痰，又能润肠通便，又可治肺燥咳嗽、肠燥便秘。

竹茹

功效：清化热痰，除烦止呕。

应用

1. 痰热、肺热咳嗽，痰热心烦不寐。

2. 胃热呕吐、妊娠恶阻。

3. 吐血、衄血、崩漏。

用法用量：煎服，6～10g。生用清化痰热，姜汁炙用止呕。

竹沥

功效：清热豁痰，定惊利窍。

应用

1. 痰热咳喘。

2. 中风痰迷，惊痫癫狂。

用法用量：内服，30～50g，冲服。本品不能久藏，但可熬膏瓶贮，称竹沥膏；近年用安瓿瓶密封装置，可以久藏。

天竺黄

功效：清热化痰，清心定惊。

应用

1. 小儿惊风，中风癫痫，热病神昏。

2. 痰热咳喘。

用法用量：煎服，3～6g；研粉吞服，每次 0.6～1g。

鉴别用药：竹茹、竹沥与天竺黄均能清热化痰，同治痰热咳喘，其中竹沥、天竺黄又

可定惊，主治热病或痰热所致的惊风、癫痫，中风昏迷、喉间痰鸣。不同功效：竹茹长于清心除烦，又能凉血止血，又可治痰热扰心的心烦失眠，血热出血；竹沥性寒滑利，清热涤痰力强，多用于大人惊痫中风，肺热顽痰胶结难咯；天竺黄尤善清心定惊，常用治小儿惊风，热病神昏。

前胡

功效：降气化痰，疏散风热。

应用

1. 痰热咳喘。

2. 风热咳嗽。

用法用量：煎服，6～10g；或入丸、散。

桔梗

功效：宣肺，祛痰，利咽，排脓。

应用

1. 咳嗽痰多，胸闷不畅。无论寒热皆可应用。

2. 咽喉肿痛，失音。

3. 肺痈吐脓。

4. 癃闭、便秘。

用法用量：煎服，3～10g；或入丸、散。

使用注意：本品性升散，凡气机上逆，呕吐、呛咳、眩晕、阴虚火旺咳血等不宜用，胃、十二指肠溃疡者慎服。用量过大易致恶心呕吐。

胖大海

功效：清肺化痰，利咽开音，润肠通便。

应用

1. 肺热声哑，咽喉疼痛，咳嗽。

2. 燥热便秘，头痛目赤。

用法用量：2～4 枚，沸水泡服或煎服。

海藻

功效：消痰软坚，利水消肿。

应用

1. 瘿瘤、瘰疬、睾丸肿痛。

2. 痰饮水肿。

用法用量：煎服，10～15g。

使用注意：传统认为反甘草。

昆布

功效：消痰软坚，利水消肿。

应用：同海藻，常与海藻相须而用。

用法用量：煎服，6～12g。

黄药子

功效：化痰散结消瘿，清热解毒。

应用

1. 瘿瘤。

2. 疮疡肿毒，咽喉肿痛，毒蛇咬伤。

3. 吐血、衄血、咳血、咳嗽、气喘、百日咳。

用法用量：煎服，5～15g；研末服，1～2g。外用适量，鲜品捣敷，或研末调敷，或磨汁涂。

使用注意：本品有毒，不宜过量。如多服、久服可引起吐泻、腹痛等消化道反应，并对肝肾有一定损害，故脾胃虚弱及肝肾功能损害者慎用。

细目四　止咳平喘药

苦杏仁

功效：止咳平喘，润肠通便。

应用

1. 咳嗽气喘。为治咳喘之要药。

2. 肠燥便秘。

3. 蛲虫病、外阴瘙痒。外用。

用法用量：煎服，3～10g，宜打碎入煎；或入丸、散。

使用注意：阴虚咳喘及大便溏泻者忌用。本品有小毒，用量不宜过大。婴儿慎用。

紫苏子

功效：降气化痰，止咳平喘，润肠通便。

应用

1. 咳喘痰多。

2. 肠燥便秘。

用法用量：煎服，5～10g，煮粥食或入丸、散。

使用注意：阴虚喘咳及脾虚便溏者慎用。

鉴别用药：苦杏仁与紫苏子均能止咳平喘，润肠通便，同治咳喘气逆、肠燥便秘。不同点：苦杏仁味苦具小毒，又能宣肺，为治咳喘要药，又治各种咳喘；苏子善于降气消痰，既治咳喘痰壅气逆，又治上盛下虚之久咳痰喘。

百部

功效：润肺止咳，杀虫灭虱。

应用

1. 新久咳嗽，百日咳，肺痨咳嗽。无论外感、内伤、暴咳、久嗽，皆可用之。

2. 蛲虫病、阴道滴虫、头虱及疥癣等。

用法用量：煎服，5～15g。外用适量。久咳虚嗽宜蜜炙用。

紫菀

功效：润肺止咳。

应用

1. 咳嗽有痰。

2. 肺痈、胸痹及小便不通。

用法用量：煎服，5～10g。外感暴咳宜生用，肺虚久咳宜蜜炙用。

款冬花

功效：润肺下气，止咳化痰。

应用：咳喘。无论寒热虚实，皆可随证配伍，尤宜于寒咳。

用法用量：煎服，5～10g。外感暴咳宜生用，肺虚久咳宜炙用。

枇杷叶

功效：清肺止咳，降逆止呕。

应用

1. 肺热咳嗽，气逆喘急。

2. 胃热呕吐，哕逆。

用法用量：煎服，5～10g。止咳宜炙用，止呕宜生用。

桑白皮

功效：泻肺平喘，利水消肿，清肝止血。

应用

1. 肺热咳喘。能清泻肺火。

2. 水肿。

3. 衄血、咳血及肝阳偏亢之高血压。

用法用量：煎服，5～15g。泻肺利水、平肝清火宜生用，肺虚咳嗽宜蜜炙用。

葶苈子

功效：泻肺平喘，利水消肿。

应用

1. 痰涎壅盛，喘息不得平卧。

2. 水肿、悬饮、胸腹积水、小便不利。

用法用量：煎服，5～10g，宜包煎。研末服，3～6g。

鉴别用药：桑白皮与葶苈子均能泻肺平喘、利水消肿，同治咳嗽喘满、水肿、小便不利等证。不同点：桑白皮味甘性寒，清肺消痰而降气平喘，肺热咳喘多用之；葶苈子苦辛大寒，善泻肺中水饮，且泻肺气之闭塞以利尿消肿，药力较强，善治咳逆痰多、喘息不得卧。

白果

功效：敛肺化痰定喘，止带缩尿。

应用

1. 哮喘痰嗽。

2. 带下，白浊，尿频，遗尿。

用法用量：煎服，5～10g，捣碎。

使用注意：本品有毒，不可多用，小儿尤当注意。过食白果可致中毒，出现腹痛、吐泻、发热、紫绀以及昏迷、抽搐，严重者可因呼吸麻痹而死亡。

（黄斌）

第十七单元　安神药

细目一　概述

要点一　安神药的性能特点

本类药主入心、肝经。

要点二　安神药的功效

本类药物具有重镇安神、养心安神作用，某些药物还兼有清热解毒、平肝潜阳、纳气平喘、敛汗、润肠、祛痰等作用。

要点三　安神药的适应范围

主要适应于心神不宁的心悸怔忡，失眠多梦；亦可作为惊风、癫狂等病证的辅助药物。部分安神药又可用治热毒疮肿、肝阳眩晕、自汗盗汗、肠燥便秘、痰多咳喘等证。

要点四　安神药的使用注意事项

1. 本类药物多属对症治标之品，特别是矿石类重镇安神药及有毒药物，只宜暂用，不可久服，应中病即止。

2. 矿石类安神药，如作丸散剂服时，须配伍养胃健脾之品，以免伤胃耗气。

要点五　各类安神药的性能特点

重镇安神药：多为矿石、化石、介类药物，具有质重沉降之性。

养心安神药：多为植物类种子、种仁，具有甘润滋养之性。

要点六　各类安神药的功效

重镇安神药：有镇安心神、平惊定志、平肝潜阳等作用。

养心安神药：有滋养心肝、益阴补血、交通心肾等作用。

要点七　各类安神药的适应范围

重镇安神药：主要用于心火炽盛、痰火扰心、肝郁化火及惊吓等引起的实证心神不

宁、心悸失眠及惊痫、肝阳眩晕等证。

养心安神药：主要用于阴血不足、心脾两虚、心肾不交等导致的心悸怔忡、虚烦不眠、健忘多梦、遗精、盗汗等证。

细目二　重镇安神药

朱砂

功效：清心镇惊，安神解毒。

应用

1. 心神不宁，心悸，失眠。为镇心、清火、安神定志之药。

2. 惊风，癫痫。

3. 疮疡肿毒，咽喉肿痛，口舌生疮。

用法用量：内服，只宜入丸、散服，每次0.1～0.5g，不宜入煎剂。外用适量。

使用注意：本品有毒，内服不可过量或持续服用。孕妇及肝功能不全者禁服。入药只宜生用，忌火煅。

磁石

功效：镇惊安神，平肝潜阳，聪耳明目，纳气平喘。

应用

1. 心神不宁、惊悸、失眠及癫痫。

2. 头晕目眩。

3. 耳鸣耳聋，视物昏花。

4. 肾虚气喘。

用法用量：煎服，15～30g，宜打碎先煎；入丸散，每次1～3g。

使用注意：因吞服后不易消化，如入丸散，不可多服，脾胃虚弱者慎用。

鉴别用药：朱砂与磁石二药，质重性寒，入心经，均能镇心安神，可用治心神不宁，惊悸，失眠，癫痫。不同点：朱砂味甘，有毒，长于镇心、清心而安神，善治心火亢盛之心神不安。磁石味咸，无毒，归肝、肾经，益肾阴，潜肝阳，主治肾虚肝旺，肝火扰心之心神不宁。朱砂还能清热解毒，可用治疮疡肿毒，咽喉肿痛，口舌生疮。磁石又可平肝潜阳，聪耳明目，纳气平喘，可用治肝阳上亢头晕目眩，耳鸣耳聋，视物昏花，肾虚气喘等证。

琥珀

功效：镇惊安神，活血散瘀，利尿通淋。

应用

1. 心神不宁，心悸失眠，惊风，癫痫。

2. 痛经经闭，心腹刺痛，癥瘕积聚。

3. 淋证，癃闭。

4. 疮痈肿毒

用法用量：研末冲服，或入丸散，每次1.5～3g。不入煎剂。外用适量。忌火煅。

细目三　养心安神药

酸枣仁

功效：养心益肝，安神，敛汗，生津止渴。

应用

1. 心悸失眠。为养心安神要药。
2. 自汗，盗汗。
3. 津伤口渴咽干。

用法用量：煎服，9～15g；研末吞服，每次1.5～2g。本品炒后质脆易碎，便于煎出有效成分，可增强疗效。

柏子仁

功效：养心安神，润肠通便，补阴。

应用

1. 心悸失眠。
2. 肠燥便秘。
3. 阴虚盗汗、小儿惊痫。

用法用量：煎服，10～20g。大便溏者宜用柏子仁霜代替柏子仁。

使用注意：便溏及多痰者慎用。

鉴别用药：柏子仁与酸枣仁均能养心安神，可用治阴血不足、心神失养所致的心悸怔忡、失眠、健忘等证，常相须为用。不同点：酸枣仁安神作用较强，又可收敛止汗，生津止渴，可用治体虚自汗、盗汗，伤津口渴咽干。柏子仁质润多脂，又可润肠通便，可用治肠燥便秘。

合欢皮

功效：解郁安神，活血消肿。

应用

1. 心神不宁，忿怒忧郁，烦躁失眠。为悦心安神要药。
2. 跌打骨折，血瘀肿痛。
3. 肺痈，疮痈肿毒。

用法用量：煎服，6～12g。外用适量。

使用注意：孕妇慎用。

远志

功效：安神益智，祛痰开窍，消散痈肿。

应用

1. 失眠多梦，心悸怔忡，健忘。
2. 癫痫，惊狂。
3. 咳嗽痰多。
4. 痈疽疮毒，乳房肿痛，喉痹。

用法用量：煎服，3～9g。外用适量。化痰止咳宜炙用。
使用注意：凡实热或痰火内盛者，以及有胃溃疡或胃炎者慎用。

（黄斌）

第十八单元　平肝息风药

细目一　概述

要点一　平肝息风药的性能特点

皆入肝经，多为介类、昆虫等动物药物及矿石类药物。

要点二　平肝息风药的功效

主要具有平肝潜阳、息风止痉功效。部分药物兼有镇惊安神、清肝明目、降逆、凉血等作用，某些息风止痉药物兼有祛风通络之功。

要点三　平肝息风药的适应范围

主要适应于肝阳上亢、肝风内动的病证。部分药物又可用治心神不宁、目赤肿痛、呕吐、呃逆、喘息、血热出血以及风中经络之口眼㖞斜、痹痛等证。

要点四　平肝息风药的使用注意事项

1. 本类药物有性偏寒凉或性偏温燥之不同，故当注意使用。
2. 脾虚慢惊者，不宜用寒凉之品。
3. 阴虚血亏者，当忌温燥之品。

要点五　各类平肝息风药的性能特点

平抑肝阳药：多为质重之介类或矿石类药物。
息风止痉药：主入肝经。

要点六　各类平肝息风药的功效

平抑肝阳药：有平抑肝阳或平肝潜阳之功效。
息风止痉药：以息肝风、止痉抽为主要功效。部分兼有平肝潜阳、清泻肝火、祛外风作用。

要点七　各类平肝息风药的适应范围

平抑肝阳药：主要用于肝阳上亢之头晕目眩、头痛、耳鸣和肝火上攻之面红、口苦、目赤肿痛、烦躁易怒、头痛头昏等症。亦用治肝阳化风痉挛抽搐及肝阳上扰烦躁不眠者。

息风止痉药：主要用于温热病热极动风、肝阳化风、血虚生风等所致之眩晕欲仆、项强肢颤、痉挛抽搐等症，以及风阳夹痰、痰热上扰之癫痫、惊风抽搐，或风毒侵袭引动内风之破伤风痉挛抽搐、角弓反张等症。部分息风止痉药，亦可用治肝阳眩晕和肝火上攻之目赤、头痛或风邪中经络之口眼㖞斜、肢麻痉挛、头痛、痹证等。

细目二　平抑肝阳药

石决明

功效：平肝潜阳，清肝明目。

应用

1. 肝阳上亢，头晕目眩。为凉肝、镇肝之要药。
2. 目赤，翳障，视物昏花。
3. 胃酸过多之胃脘痛，外伤出血。有收敛、制酸、止痛、止血等作用。

用法用量：煎服，3～15g，应打碎先煎。平肝、清肝宜生用，外用点眼宜煅用、水飞。

使用注意：本品咸寒易伤脾胃，故脾胃虚寒，食少便溏者慎用。

鉴别用药：石决明与决明子均能清肝明目，平抑肝阳，可用治目赤肿痛、翳障等偏于肝热者，及肝阳上亢，头晕目眩。不同点：石决明凉肝镇肝，滋养肝阴，故无论实证、虚证之目疾均可应用。煅石决明还可收敛、制酸、止痛、止血，可用治胃酸过多之胃脘痛，外伤出血。决明子又可润肠通便，可用治肠燥便秘。

珍珠母

功效：平肝潜阳，安神，定惊明目，燥湿收敛。

应用

1. 肝阳上亢，头晕目眩。
2. 惊悸失眠，心神不宁。
3. 目赤翳障，视物昏花。
4. 湿疮瘙痒，溃疡久不收口，口疮。

用法用量：煎服，10～25g，宜打碎先煎；或入丸、散剂。外用适量。

使用注意：本品属镇降之品，故脾胃虚寒者，孕妇慎用。

牡蛎

功效：重镇安神，潜阳补阴，软坚散结，制酸止痛。

应用

1. 心神不安，惊悸失眠。
2. 肝阳上亢，头晕目眩。
3. 痰核，瘰疬，瘿瘤，癥瘕积聚。
4. 滑脱诸证。
5. 胃痛泛酸。

用法用量：煎服，9～30g，宜打碎先煎。外用适量。收敛固涩宜煅用，其他宜生用。

鉴别用药：龙骨与牡蛎均能重镇安神、平肝潜阳、收敛固涩，可用治心神不安、惊悸失眠、阴虚阳亢、头晕目眩及各种滑脱证。不同点：龙骨长于镇惊安神，且收敛固涩力优于牡蛎；龙骨外用又可收湿、敛疮、生肌，常用治湿疮痒疹，疮疡久溃不敛。牡蛎又可补阴，软坚散结，制酸止痛，常用治热病日久，灼烁真阴，虚风内动，四肢抽搐之症，及痰核、瘰疬、瘿瘤、癥瘕积聚、胃痛泛酸。

代赭石

功效：平肝潜阳，重镇降逆，凉血止血。

应用

1. 肝阳上亢，头晕目眩。
2. 呕吐，呃逆，噫气等证。为重镇降逆要药。
3. 气逆喘息。
4. 血热吐衄，崩漏。

用法用量：煎服，10～30g，宜打碎先煎；入丸散，每次1～3g。外用适量。降逆、平肝宜生用，止血宜煅用。

使用注意：孕妇慎用。因含微量砷，故不宜长期服用。

刺蒺藜

功效：平肝疏肝，祛风明目。

应用

1. 肝阳上亢，头晕目眩。
2. 胸胁胀痛，乳闭胀痛。
3. 风热上攻，目赤翳障。
4. 风疹瘙痒，白癜风。

用法用量：煎服，6～9g；或入丸、散。外用适量。

使用注意：孕妇慎用。

罗布麻

功效：平抑肝阳，清热，利尿。

应用

1. 头晕目眩。
2. 水肿，小便不利。

用法用量：煎服或开水泡服，3～15g。肝阳眩晕宜用叶片，治疗水肿多用根。

使用注意：不宜过量或长期服用，以免中毒。

细目三　息风止痉药

羚羊角

功效：平肝息风，清肝明目，散血解毒，解热，镇痛。

应用

1. 肝风内动，惊痫抽搐。为治惊痫抽搐之要药。

2. 肝阳上亢，头晕目眩。
3. 肝火上炎，目赤头痛。
4. 温热病壮热神昏，热毒发斑。
5. 风湿热痹，肺热咳喘，百日咳。

用法用量：煎服，1～3g，宜单煎2小时以上。磨汁或研粉服，每次0.3～0.6g。

使用注意：本品性寒，脾虚慢惊者忌用。

牛黄

功效：化痰开窍，凉肝息风，清热解毒。

应用

1. 热病神昏。能清心，祛痰，开窍醒神。
2. 小儿惊风，癫痫。
3. 口舌生疮，咽喉肿痛，牙痛，痈疽疔毒。

用法用量：入丸、散剂，每次0.15～0.35g。外用适量，研末敷患处。

使用注意：非实热证不宜用。孕妇慎用。

鉴别用药：羚羊角与牛黄均归心、肝经，均能清肝热，息风止痉，可用治温热病壮热神昏及肝风惊厥抽搐。不同点：羚羊角性寒，又可平肝潜阳、明目、散血、解热、镇痛，常用治肝阳头晕目眩，肝火目赤头痛，及热毒发斑，风湿热痹，肺热咳喘，百日咳等证。牛黄性凉，又可化痰开窍，清热解毒，常用治热入心包或痰蒙清窍之癫痫和口舌生疮、咽喉肿痛、牙痛、痈疽疔毒等证。

珍珠

功效：安神定惊，明目消翳，解毒生肌，润肤养颜。

应用

1. 心神不宁，心悸失眠。
2. 惊风，癫痫。
3. 目赤翳障，视物不清。
4. 口内诸疮，疮疡肿毒，溃久不敛。
5. 皮肤色斑。

用法用量：内服，入丸、散用，0.1～0.3g。外用适量。

钩藤

功效：清热平肝，息风定惊，透邪。

应用

1. 头痛，眩晕。
2. 肝风内动，惊痫抽搐。
3. 风热外感，头痛，目赤及斑疹透发不畅。

用法用量：煎服，3～12g，宜后下。

天麻

功效：息风止痉，平抑肝阳，祛风通络。

应用

1. 肝风内动，惊痫抽搐。治各种病因之肝风内动，惊痫抽搐，不论寒热虚实，皆可配伍应用。

2. 眩晕，头痛。为治眩晕、头痛之要药。

3. 肢体麻木，手足不遂，风湿痹痛。

用法用量：煎服，3～9g。研末吞服，每次1～1.5g。

鉴别用药：钩藤、天麻均能平肝息风，平肝潜阳，可用治肝风内动之惊痫抽搐，肝阳上亢之头痛、眩晕。不同点：钩藤长于清热息风，用治小儿高热惊风轻证为宜；天麻甘平质润，清热之力不及钩藤，但肝风内动、惊痫抽搐之证，不论寒热虚实皆可配伍应用。钩藤又可清热透邪，常用治风热外感、头痛、目赤及斑疹透发不畅之证；天麻又可祛风通络，多用治肢体麻木，手足不遂，风湿痹痛。

地龙

功效：清热定惊，通络，平喘，利尿。

应用

1. 高热惊痫，癫狂。

2. 气虚血滞，半身不遂。

3. 痹证。尤适用于热痹。

4. 肺热哮喘。

5. 小便不利，尿闭不通。

用法用量：煎服，4.5～9g，鲜品10～20g。研末吞服，每次1～2g。外用适量。

全蝎

功效：息风镇痉，攻毒散结，通络止痛。

应用

1. 痉挛抽搐。为治痉挛抽搐之要药。

2. 疮疡肿毒，瘰疬结核。

3. 风湿顽痹。

4. 顽固性偏正头痛。

用法用量：煎服，3～6g。研末吞服，每次0.6～1g。外用适量。

使用注意：本品有毒，用量不宜过大。孕妇慎用。

蜈蚣

功效：息风镇痉，攻毒散结，通络止痛。

应用

1. 痉挛抽搐。为息风要药。

2. 疮疡肿毒，瘰疬结核。

3. 风湿顽痹。

4. 顽固性头痛。

用法用量：煎服，3～5g。研末冲服，每次0.6～1g。外用适量。

使用注意：本品有毒，用量不宜过大。孕妇忌用。

僵蚕

功效：祛风定惊，化痰散结。

应用

1. 惊痫抽搐。对惊风、癫痫而夹痰热者尤为适宜。
2. 风中经络，口眼㖞斜。
3. 风热头痛，目赤，咽痛，风疹瘙痒。
4. 痰核，瘰疬。

用法用量：煎服，5～9g。研末吞服，每次1～1.5g。散风热宜生用，其他多制用。

（黄斌）

第十九单元　开窍药

细目一　概述

要点一　开窍药的性能特点

味辛，其气芳香，善于走窜，皆入心经。

要点二　开窍药的功效

主要有通关开窍、启闭回苏、醒脑复神的功效。部分开窍药以其辛香行散之性，尚兼活血、行气、止痛、辟秽、解毒等功效。

要点三　开窍药的适应范围

主要适应于温病热陷心包、痰浊蒙蔽清窍之神昏谵语，以及惊风、癫痫、中风等猝然昏厥、痉挛抽搐等症。又可用治湿浊中阻，胸脘冷痛满闷；血瘀、气滞疼痛，经闭癥瘕；湿阻中焦，食少腹胀；及目赤咽肿、痈疽疔疮等证。

要点四　开窍药的使用注意事项

1. 开窍药辛香走窜，为救急、治标之品，且能耗伤正气，故只宜暂服，不可久用。
2. 因开窍药性质辛香，其有效成分易于挥发，内服多不宜入煎剂，只入丸剂、散剂服用。

细目二　具体药物

麝香

功效：开窍醒神，活血通经，消肿止痛。

应用

1. 闭证神昏。为醒神回苏之要药，可用于各种原因所致之闭证神昏，无论寒闭、热闭，用之皆效。

2. 疮疡肿毒，瘰疬痰核，咽喉肿痛。

3. 血瘀经闭，癥瘕，心腹暴痛，头痛，跌打损伤，风寒湿痹等证。

4. 难产，死胎，胞衣不下。常与肉桂配伍。

用法用量：入丸散，每次 0.03 ~ 0.1g。不宜入煎剂。外用适量。

使用注意：孕妇禁用。

冰片

功效：开窍醒神，清热止痛。

应用

1. 闭证神昏。功似麝香但力较弱，为凉开之品，宜用于热病神昏。

2. 目赤肿痛，喉痹口疮。

3. 疮疡肿痛，疮溃不敛，水火烫伤。

用法用量：入丸散，每次 0.15 ~ 0.3g。不宜入煎剂。外用适量，研粉点敷患处。

使用注意：孕妇慎用。

苏合香

功效：开窍醒神，辟秽，止痛，温通散寒。

应用

1. 寒闭神昏。

2. 胸腹冷痛，满闷。

3. 冻疮。

用法用量：入丸散，0.3 ~ 1g。不入煎剂。外用适量。

石菖蒲

功效：开窍醒神，化湿和胃，宁神益志。

应用

1. 痰蒙清窍，神志昏迷。

2. 湿阻中焦，脘腹痞满，胀闷疼痛。

3. 噤口痢。能行胃肠之气。

4. 健忘、失眠、耳鸣、耳聋。

5. 声音嘶哑、痈疽疮疡、风湿痹痛、跌打损伤等证。

用法用量：煎服，3 ~ 9g，鲜品加倍。

（黄斌）

第二十单元　补虚药

细目一　概述

要点一　补虚药的性能特点

根据“甘能补”的理论，大多具有甘味。

要点二　补虚药的功效

具有补虚作用，具体地讲，补虚药的补虚作用又有补气、补阳、补血与补阴的不同，此外，有的补虚药还分别兼有祛寒、润燥、生津、清热等及收涩功效。

要点三　补虚药的适应范围

主要适应于人体正气虚弱、精微物质亏耗引起的精神萎靡、体倦乏力、面色淡白或萎黄、心悸气短、脉象虚弱等。具体地讲，补虚药分别主治气虚证、阳虚证、血虚证和阴虚证。

要点四　补虚药的使用注意事项

1. 用补虚药要防止不当补而误补。邪实而正不虚者，误用补虚药有“误补益疾”之弊。

2. 应避免当补而补之不当。如不分气血，不别阴阳，不辨脏腑，不明寒热，盲目使用补虚药，不仅不能收到预期的疗效，而且还可能导致不良后果。

3. 补虚药用于扶正祛邪，不仅要分清主次，处理好祛邪与扶正的关系，而且应避免使用可能妨碍祛邪的补虚药，使祛邪而不伤正，补虚而不留邪。

4. 应注意补而兼行，使补而不滞。部分补虚药药性滋腻，不容易消化，过用或用于脾运不健者可能妨碍脾胃运化，应掌握好用药分寸，或适当配伍健脾消食药顾护脾胃，同时，补气还应辅以行气、除湿、化痰，补血还应辅以行血。

5. 补虚药如作汤剂，一般宜适当久煎，使药味尽出。虚弱证一般病程较长，补虚药宜采用蜜丸、煎膏（膏滋）、口服液等便于保存、服用并可增效的剂型。

要点五　各类补虚药的性能特点

补气药：性味以甘温或甘平为主。其中，少数兼能清火、燥湿者，可有苦味。能清火者，药性偏寒。大多数药主要归脾、肺经，少数药兼能补心气者，可归心经。

补阳药：味多甘、辛、咸，药性多温热，主入肾经。

补血药：甘温质润，主入心、肝血分。

补阴药：性味以甘寒为主，能清热者，可有苦味。其中能补肺、胃之阴者，主要归

肺、胃经；能滋养肝、肾之阴者，主要归肝、肾经；少数药能养心阴，可归心经。

要点六　各类补虚药的功效

补气药：具有补气的功效，能补益脏气以纠正人体脏气虚衰的病理偏向。补气又包括补脾气、补肺气、补心气、补元气等。某些药物还兼有养阴、生津、养血等不同功效。

补阳药：补阳药补肾助阳，能补助一身之元阳。

补血药：具有补血作用。

补阴药：具有补阴作用，并多兼润燥和清热之效。

要点七　各类补虚药的适应范围

补气药：主要用于脾气虚，症见食欲不振，脘腹虚胀，大便溏薄，体倦神疲，面色萎黄，消瘦或一身虚浮，甚或脏器下垂，血失统摄等。肺气虚，症见气少不足以息，动则益甚，咳嗽无力，声音低怯，甚或喘促，体倦神疲，易出虚汗等。心气虚，症见心悸怔忡，胸闷气短，活动后加剧等。元气虚极欲脱，可见气息短促，脉微欲绝。某些药物还可用治阴虚津亏证或血虚证，尤宜于气阴（津）两伤或气血俱虚之证。

补阳药：主要用于肾阳不足，畏寒肢冷，腰膝酸软，性欲淡漠，阳痿早泄，精寒不育或宫冷不孕，尿频遗尿；脾肾阳虚，脘腹冷痛，或阳虚水泛之水肿；肝肾不足，精血亏虚之眩晕耳鸣，须发早白，筋骨痿软，或小儿发育不良，囟门不合，齿迟行迟；肺肾两虚，肾不纳气之虚喘；以及肾阳亏虚，下元虚冷，崩漏带下等证。

补血药：主要用于各种血虚证。症见面色苍白或萎黄，唇爪苍白，眩晕耳鸣，心悸怔忡，失眠健忘，或月经愆期，量少色淡，甚则闭经，舌淡脉细等。

补阴药：主治肺阴虚、胃（脾）阴虚、肝阴虚、肾阴虚、心阴虚证。

细目二　补气药

人参

功效：大补元气，补脾益肺，生津，安神益智，扶正祛邪。

应用

1. 元气虚脱证。为拯危救脱要药，用于因大汗、大泻、大失血或大病、久病所致元气虚极欲脱，气短神疲，脉微欲绝的重危证候。

2. 肺脾心肾气虚证。为补肺要药，又为补脾要药。

3. 热病气虚津伤口渴及消渴证。

4. 失眠、健忘。

5. 气虚外感或里实热结而邪实正虚之证。有扶正祛邪之效。

用法用量：煎服，3～19g，挽救虚脱可用15～30g，宜文火另煎分次对服。野山参研末吞服，每次2g，日服2次。

使用注意：不宜与藜芦同用。

西洋参

功效：补气养阴，清热生津。

应用

1. 气阴两伤证。

2. 肺气虚及肺阴虚证。

3. 热病气虚津伤口渴及消渴。

用法用量：另煎对服，3～6g。

使用注意：不宜与藜芦同用。

党参

功效：补脾肺气，补血，生津，扶正祛邪。

应用

1. 脾肺气虚证。

2. 气血两虚证。

3. 气津两伤证。

4. 气虚外感或里实热结而气血亏虚等邪实正虚之证。

用法用量：煎服，9～30g。

使用注意：不宜与藜芦同用。

鉴别用药：人参与党参均能补脾气，补肺气，益气生津，益气生血，扶正祛邪，可用治脾气虚、肺气虚、气血两虚、津伤口渴、消渴及气虚邪实之证。不同点：人参善大补元气，复脉固脱，益气助阳，安神增智，为拯危救脱要药，常用治元气虚脱证或心气虚衰，心悸怔忡，胸闷气短，脉虚，及肾不纳气的短气虚喘，肾虚阳痿，失眠、健忘；党参作用缓和，药力薄弱，又可补血，常用治脾肺气虚、气津两伤、气血两虚之轻症和慢性疾患者。

太子参

功效：补气健脾，生津润肺。

应用：脾肺气阴两虚证。属补气药中的清补之品。

用法用量：煎服，9～30g。

黄芪

功效：健脾补中，升阳举陷，益卫固表，利尿，托毒生肌。

应用

1. 脾气虚证。为补中益气要药。

2. 肺气虚证。

3. 气虚自汗证。

4. 气血亏虚，疮疡难溃难腐，或溃久难敛。

5. 痹证，中风后遗症。

用法用量：煎服，9～30g。蜜炙可增强其补中益气作用。

鉴别用药：人参与黄芪均能补脾肺之气，可用治脾气虚、肺气虚之证。不同点：人参又可大补元气，生津，安神益智，扶正祛邪，常用治元气虚脱证及心气虚衰心悸怔忡、胸闷气短、脉虚，肾不纳气的短气虚喘，肾虚阳痿，热病气虚津伤口渴及消渴证，失眠，健忘，气虚外感或里实热结而邪实正虚等证。而黄芪又可补气升阳，益卫固表，托疮生肌，

利水退肿，常用治脾虚气陷，表虚自汗，浮肿尿少，及气血亏虚，疮疡难溃难腐，或溃久难敛，痹证，中风后遗症等。

白术

功效：健脾益气，燥湿利尿，止汗，安胎。

应用

1. 脾气虚证。被前人誉之为“补气健脾第一要药”。

2. 气虚自汗。

3. 脾虚胎动不安。

用法用量：煎服，6～12g。炒用可增强补气健脾止泻作用。

使用注意：本品性偏温燥，热病伤津及阴虚燥渴者不宜用。

鉴别用药：白术与苍术，古时统称为“术”，后世逐渐分别入药。二药共同功效：健脾燥湿，同可用治湿阻中焦，脾失健运之证。然白术以健脾益气为主，宜用于脾虚湿困而偏于虚证者；苍术以苦温燥湿为主，宜用于湿浊内阻而偏于实证者。不同功效：白术又可利尿、止汗、安胎，常用治脾虚水肿，及脾肺气虚，卫气不固，表虚自汗，易感风邪，脾虚胎动不安等证。苍术又可发汗解表、祛风湿及明目，常用治风寒夹湿表证、风湿痹证、夜盲症及眼目昏涩等证。

山药

功效：补脾养胃，生津益肺，补肾涩精。

应用

1. 脾虚证。

2. 肺虚证。

3. 肾虚证。

4. 消渴气阴两虚证。

用法用量：煎服，15～30g。麸炒可增强补脾止泻作用。

白扁豆

功效：补脾和中，化湿。

应用

1. 脾气虚证。

2. 暑湿吐泻。

用法用量：煎服，10～15g。炒后可使健脾止泻作用增强，故用于健脾止泻及作散剂服用时宜炒用。

甘草

功效：补脾益气，祛痰止咳，缓急止痛，清热解毒，调和诸药。

应用

1. 心气不足，脉结代，心动悸。

2. 脾气虚证。

3. 咳喘。

4. 脘腹、四肢挛急疼痛。

5. 热毒疮疡、咽喉肿痛、药物及食物中毒。

6. 在许多方剂中可发挥调和药性的作用。

用法用量：煎服，1.5～9g。生用性微寒，可清热解毒；蜜炙药性微温，并可增强补益心脾之气和润肺止咳作用。

使用注意：不宜与京大戟、芫花、甘遂同用。本品有助湿壅气之弊，湿盛胀满、水肿者不宜用。大剂量久服可导致水钠潴留，引起浮肿。

大枣

功效：补中益气，养血安神。

应用

1. 脾虚证。

2. 脏躁及失眠证。

3. 本品与部分药性峻烈或有毒的药物同用，有保护胃气、缓和其毒烈药性之效。

用法用量：劈破煎服，6～15g。

饴糖

功效：补益中气，缓急止痛，润肺止咳。

应用

1. 中虚脘腹疼痛。

2. 肺燥咳嗽。

用法用量：入汤剂须烊化冲服，每次15～20g。

使用注意：本品有助湿壅中之弊，湿阻中满者不宜服。

细目三　补阳药

鹿茸

功效：补肾阳，益精血，强筋骨，调冲任，托疮毒。

应用

1. 肾阳虚衰，精血不足证。

2. 肾虚骨弱，腰膝无力或小儿五迟。

3. 妇女冲任虚寒，崩漏带下。

4. 疮疡久溃不敛，阴疽疮肿内陷不起。

用法用量：1～2g，研末吞服，或入丸散。

使用注意：服用本品宜从小量开始，缓缓增加，不可骤用大量，以免阳升风动，头晕目赤，或伤阴动血。凡发热者均当忌服。

紫河车

功效：补肾益精，养血益气。

应用

1. 阳痿、遗精、腰酸、头晕、耳鸣。

2. 气血不足诸证。

3. 肺肾两虚之咳喘。

用法用量：1.5～3g，研末装胶囊服，也可入丸散。如用鲜胎盘，每次半个至1个，水煮服食。

使用注意：阴虚火旺不宜单独应用。

淫羊藿

功效：补肾壮阳，祛风除湿。

应用

1. 肾阳虚衰，阳痿尿频，腰膝无力。

2. 风寒湿痹、肢体麻木。

3. 肾阳虚之喘咳。

用法用量：煎服，3～15g。

使用注意：阴虚火旺者不宜服。

巴戟天

功效：补肾助阳，祛风除湿。

应用

1. 肾阳虚阳痿、宫冷不孕、小便频数。

2. 风湿腰膝疼痛及肾虚腰膝酸软无力。

用法用量：煎服，5～15g。

使用注意：阴虚火旺及有热者不宜服。

仙茅

功效：温肾壮阳，祛寒除湿，培补肝肾。

应用

1. 肾阳不足，命门火衰之阳痿精冷、小便频数。

2. 腰膝冷痛，筋骨痿软无力。

3. 肝肾亏虚，须发早白，目昏目暗。

用法用量：煎服，5～15g；或酒浸服，亦入丸散。

使用注意：阴虚火旺者忌服。燥烈有毒，不宜久服。

杜仲

功效：补肝肾，强筋骨，安胎。

应用

1. 肾虚腰痛及各种腰痛。

2. 胎动不安或习惯性堕胎。

3. 高血压病。

使用注意：炒用破坏其胶质，有利于有效成分煎出，故比生用效果好。本品为温补之品，阴虚火旺者慎用。

续断

功效：补益肝肾，强筋健骨，止血安胎，疗伤续折，活血祛瘀止痛。

应用

1. 阳痿不举，遗精遗尿。

2. 腰膝酸痛，寒湿痹痛。

3. 崩漏下血，胎动不安。

4. 跌打损伤，筋伤骨折。

5. 痈肿疮疡，血瘀肿痛。

用法用量：煎服，9～15g，或入丸、散。外用适量，研末敷。崩漏下血宜炒用。

使用注意：风湿热痹者忌服。

鉴别用药：杜仲与续断均能补肝肾，强筋骨，安胎，可用治肝肾不足，腰膝酸痛，胎动不安，及肾虚阳痿，精冷不固，尿频。不同点：杜仲善补肾，常用治肾虚腰痛，风湿腰痛冷重；续断又可止血活血，疗伤续折，常用治崩漏下血，跌打损伤，筋伤骨折，痈肿疮疡，血瘀肿痛等证。

肉苁蓉

功效：补肾助阳，润肠通便。

应用

1. 肾阳亏虚，精血不足之阳痿早泄、宫冷不孕、腰膝酸痛、痿软无力。

2. 肠燥津枯便秘。

用法用量：煎服，10～15g。

使用注意：本品能助阳、滑肠，故阴虚火旺及大便泄泻者不宜服。肠胃实热、大便秘结者亦不宜服。

锁阳

功效：补肾助阳，润肠通便。

应用

1. 肾阳亏虚，精血不足之阳痿、不孕、下肢痿软、筋骨无力等。

2. 血虚津亏肠燥便秘。

用法用量：煎服，10～15g。

使用注意：阴虚阳亢、脾虚泄泻、实热便秘者均忌服。

补骨脂

功效：补肾壮阳，固精缩尿，温脾止泻，纳气平喘。

应用

1. 肾虚阳痿、腰膝冷痛。

2. 肾虚遗精、遗尿、尿频。

3. 脾肾阳虚五更泄泻。

4. 肾不纳气，虚寒喘咳。

用法用量：煎服，5～15g。

使用注意：本品性质温燥，能伤阴助火，故阴虚火旺及大便秘结者忌服。

益智仁

功效：暖肾固精缩尿，温脾开胃摄唾。

应用

1. 下元虚寒遗精、遗尿、小便频数。

2. 脾胃虚寒，腹痛吐泻及口涎自流。

用法用量：煎服，3～10g。

菟丝子

功效：补肾益精，养肝明目，止泻安胎。

应用

1. 肾虚腰痛、阳痿遗精、尿频及宫冷不孕。为平补阴阳之品。

2. 肝肾不足，目暗不明。

3. 脾肾阳虚，便溏泄泻。

4. 肾虚胎动不安。

5. 肾虚消渴。

用法用量：煎服，10～20g。

使用注意：本品为平补之药，但偏补阳，阴虚火旺，大便燥结、小便短赤者不宜服。

沙苑子

功效：补肾固精，养肝明目。

应用

1. 肾虚腰痛、阳痿遗精、遗尿尿频、白带过多。

2. 目暗不明、头昏目花。

用法用量：煎服，10～20g。

使用注意：本品为温补固涩之品，阴虚火旺及小便不利者忌服。

蛤蚧

功效：补肺益肾，纳气平喘，助阳益精。

应用

1. 肺虚咳嗽，肾虚作喘，虚劳喘咳。为治多种虚证喘咳之佳品。

2. 肾虚阳痿。

用法用量：煎服，5～10g。研末服，每次1～2g，每日3次。浸酒服，用1～2对。

使用注意：风寒或实热咳喘忌服。

冬虫夏草

功效：补肾益肺，止血化痰。

应用

1. 阳痿遗精，腰膝酸痛。

2. 久咳虚喘，劳嗽痰血。

3. 病后体虚不复或自汗畏寒。

用法用量：煎服，5～15g。也可入丸散。

使用注意：有表邪者不宜用。

细目四　补血药

当归

功效：补血调经，活血止痛，润肠通便。

应用

1. 血虚诸证。为补血之圣药。
2. 血虚血瘀之月经不调、经闭、痛经等。
3. 虚寒性腹痛、跌打损伤、痈疽疮疡、风寒痹痛等。
4. 血虚肠燥便秘。

用法用量：煎服，5～15g。

使用注意：湿盛中满、大便泄泻者忌服。

熟地黄

功效：补血养阴，填精益髓，炒炭止血。

应用

1. 血虚诸证。为养血补虚之要药。
2. 肝肾阴虚诸证。为补肾阴之要药。
3. 崩漏等血虚出血证。

用法用量：煎服，10～30g。

使用注意：本品性质黏腻，较生地黄更甚，有碍消化，凡气滞痰多、脘腹胀痛、食少便溏者忌服。重用久服宜与陈皮、砂仁等同用，防止黏腻碍胃。

鉴别用药：生地黄与熟地黄均能养阴，可用治阴虚潮热，津伤口渴，消渴证。不同点：生地黄又可清热、凉血、止血，常用治热入营血，舌绛烦渴，斑疹吐衄，及温病后期，余热未尽之夜热早凉、舌红、脉数者；熟地黄又可养血，填精益髓，常用治血虚萎黄，眩晕，心悸，失眠，及月经不调，崩中漏下，或精髓亏虚之腰膝酸软、遗精、盗汗、耳鸣、耳聋、须发早白及消渴者。

白芍

功效：养血敛阴，柔肝止痛，平抑肝阳，止汗。

应用

1. 肝血亏虚及血虚月经不调。
2. 肝脾不和之胸胁脘腹疼痛或四肢挛急疼痛。
3. 肝阳上亢之头痛眩晕。
4. 外感风寒、营卫不和之汗出恶风，阴虚盗汗。

用法用量：煎服，5～15g，大剂量15～30g。

使用注意：阳衰虚寒之证不宜用。反藜芦。

阿胶

功效：补血，滋阴，润肺，止血。

应用

1. 血虚诸证。为补血要药。

2. 出血证。为止血要药。

3. 肺热阴虚，燥咳痰少，咽喉干燥，痰中带血。

4. 热病伤阴之心烦失眠，及阴虚风动，手足瘛疭等。

用法用量：入汤剂，5～15g，宜烊化冲服。

使用注意：本品黏腻，有碍消化，脾胃虚弱者慎用。

何首乌

功效：制用：补益精血。生用：解毒，截疟，润肠通便。

应用

1. 精血亏虚、头晕眼花、须发早白、腰膝酸软、遗精、崩带。

2. 久疟、痈疽、瘰疬、肠燥便秘等。

用法用量：煎服，10～30g。

使用注意：大便溏泄及湿痰较重者不宜用。

龙眼肉

功效：补益心脾，养血安神。

应用：思虑过度，劳伤心脾，而致惊悸怔忡，失眠健忘，食少体倦，以及脾虚气弱，便血崩漏等。

用法用量：煎服，10～25g，大剂量30～60g。

使用注意：湿盛中满或有停饮、痰、火者忌服。

细目五　补阴药

北沙参

功效：养阴清肺，益胃生津。

应用

1. 肺阴虚证。

2. 胃阴虚证。

用法用量：煎服，4.5～9g。

使用注意：反藜芦。

南沙参

功效：养阴清肺，清胃生津，补气，化痰。

应用

1. 肺阴虚证。

2. 胃阴虚证。

用法用量：煎服，9～15g。

使用注意：反藜芦。

鉴别用药：北沙参与南沙参均能养阴清肺，益胃生津，可用治阴虚肺燥有热之干咳少

痰、咳血或咽干音哑，胃阴虚有热之口干多饮、饥不欲食、大便干结、舌苔光剥或舌红少津及胃痛、胃胀、干呕等证。不同点：北沙参清养肺胃作用稍强，常用治肺胃阴虚有热之证。而南沙参又可补气化痰，常用治气阴两伤及燥痰咳嗽者或胃阴脾气俱虚者。

百合

功效：养阴润肺，清心安神，养胃阴，清胃热。

应用

1. 肺阴虚证。
2. 阴虚有热之失眠心悸及百合病心肺阴虚内热证。
3. 胃阴虚有热之胃脘疼痛。

用法用量：煎服，6～12g。蜜炙可增强润肺作用。

麦冬

功效：养阴生津，润肺清心。

应用

1. 胃阴虚证。
2. 肺阴虚证。
3. 心阴虚证。略具除烦安神作用。

用法用量：煎服，6～12g。

天冬

功效：养阴润燥，清肺生津。

应用

1. 肺阴虚证。
2. 肾阴虚证。
3. 热病伤津之食欲不振、口渴及肠燥便秘等证。

用法用量：煎服，6～12g。

使用注意：本品甘寒，滋腻之性较强，脾虚泄泻、痰湿内盛者忌用。

鉴别用药：麦冬与天冬既能滋肺阴、润肺燥、清肺热，又可养胃阴、清胃热、生津止渴、润肠通便。常用治肺阴虚、胃阴虚及热病伤津之肠燥便秘。不同点：麦冬微寒，清火与滋润之力虽稍弱，但滋腻性亦较小；天冬苦寒之性较甚，清火与润燥之力强于麦冬。麦冬又可清心除烦，宁心安神，常用治心阴不足及心热亢旺之心烦、失眠多梦、健忘、心悸怔忡等症。天冬又可滋肾阴，降虚火，常用治肾阴亏虚之眩晕、耳鸣、腰膝酸痛，阴虚火旺之骨蒸潮热，内热消渴等证。

石斛

功效：益胃生津，滋阴清热。

应用

1. 胃阴虚及热病伤津证。
2. 肾阴虚证。

用法用量：煎服，6～12g，鲜品可用15～30g。

玉竹

功效：养阴润燥，生津止渴。

应用

1. 阴虚肺燥有热的干咳少痰、咳血、声音嘶哑等症。
2. 阴虚之体感受风温及冬温咳嗽、咽干痰结等。
3. 胃阴虚证。
4. 热伤心阴之烦热多汗、惊悸等证。

用法用量：煎服，6～12g。

黄精

功效：补气养阴，健脾，润肺，益肾。

应用

1. 阴虚肺燥，干咳少痰，及肺肾阴虚的劳咳久咳。
2. 脾虚阴伤证。
3. 肾精亏虚。

用法用量：煎服，9～15g。

枸杞子

功效：滋补肝肾，益精明目。

应用：肝肾阴虚及早衰证。为平补肾精肝血之品。

用法用量：煎服，6～12g。

墨旱莲

功效：滋补肝肾，凉血止血。

应用

1. 肝肾阴虚证。
2. 阴虚血热的失血证。

用法用量：煎服，6～12g。

女贞子

功效：滋补肝肾，乌须明目。

应用：肝肾阴虚证。

用法用量：煎服，6～12g。因主要成分齐墩果酸不易溶于水，故以入丸剂为佳。本品以黄酒拌后蒸制，可增强滋补肝肾作用，并使苦寒之性减弱，避免滑肠。

龟甲

功效：滋阴，潜阳，益肾健骨，养血补心，止血。

应用

1. 肝肾阴虚所至的阴虚阳亢、阴虚内热、阴虚风动证。
2. 肾虚筋骨痿弱。
3. 阴血亏虚之惊悸、失眠、健忘。
4. 阴虚血热，冲任不固之崩漏、月经过多。

用法用量：煎服，9～24g，宜先煎。本品经砂炒醋淬后，有效成分更容易煎出，并可去其腥气，便于制剂。

鳖甲

功效：滋阴潜阳，退热除蒸，软坚散结。

应用

1. 肝肾阴虚证。

2. 癥瘕积聚。长于软坚散结。

用法用量：煎服，9～24g，宜先煎。本品经砂炒醋淬后，有效成分更容易煎出，并可去其腥气，易于粉碎，方便制剂。

鉴别用药：龟甲与鳖甲均能滋阴潜阳，退虚热，可用治肾阴不足，虚火亢旺之骨蒸潮热、盗汗、遗精，及肝阴不足，肝阳上亢之头痛、眩晕等症。但龟甲长于滋肾，鳖甲长于退虚热。不同点：龟甲又可健骨、补血、养心，常用治肝肾不足，筋骨痿弱，腰膝酸软，妇女崩漏，月经过多，及心血不足，失眠健忘等证；鳖甲又可软坚散结，常用治腹内癥瘕积聚，疟疾日久不愈，胁下痞硬成块。

（黄斌）

第二十一单元　收涩药

细目一　概述

要点一　收涩药的性能特点

收涩药味多酸涩，性温或平，主入肺、脾、肾、大肠经，有敛耗散、固滑脱之功，即陈藏器所谓“涩可固脱”、李时珍所谓“脱则故而不收，故用酸涩药，以敛其耗散”之意。

要点二　收涩药的功效

分别具有固表止汗、敛肺止咳、涩肠止泻、固精缩尿、收敛止血、止带等作用。

要点三　收涩药的适应范围

主要适应于久病体虚、正气不固、脏腑功能衰退所致的自汗、盗汗、久咳虚喘、久泻、久痢、遗精、滑精、遗尿、尿频、崩带不止等滑脱不禁的病证。

要点四　收涩药的使用注意事项

1. 本类药物性涩敛邪，故凡表邪未解，湿热内蕴所致之泻痢、带下，血热出血，以及郁热未清者，均不宜用，误用有“闭门留寇”之弊。

2. 某些收涩药除收涩作用之外，兼有清湿热、解毒等功效，则又当分别对待。

要点五　各类收涩药的性能特点

固表止汗药：本类药物性味多为甘平，性收敛，多入肺、心二经。
敛肺涩肠药：本类药物酸涩收敛，主入肺经或大肠经。
固精缩尿止带药：本类药物酸涩收敛，主入肾、膀胱经。某些药物性甘温。

要点六　各类收涩药的功效

固表止汗药：有固表汗止汗之功。
敛肺涩肠药：有敛肺止咳喘、涩肠止泻痢作用。
固精缩尿止带药：有固精、缩尿、止带作用。某些药物还兼有补肾之功。

要点七　各类收涩药的适应范围

固表止汗药：主要用于气虚肌表不固，腠理疏松，津液外泄而自汗；阴虚不能制阳，阳热迫津外泄而盗汗。

敛肺涩肠药：主要用于肺虚喘咳，久治不愈，或肺肾两虚，摄纳无权的虚喘证；大肠虚寒不能固摄或脾肾虚寒所致的久泻、久痢。

固精缩尿止带药：主要用于肾虚不固所致的遗精、滑精、遗尿、尿频以及带下清稀等证。

细目二　固表止汗药

麻黄根

功效：固表止汗。
应用：气虚自汗，阴虚盗汗。为敛肺固表止汗之要药。
用法用量：煎服，3～9g。外用适量。
使用注意：有表邪者忌用。

浮小麦

功效：固表止汗，益气，除热。
应用
1. 自汗，盗汗。
2. 骨蒸劳热。
用法用量：煎服，15～30g；研末服，3～5g。
使用注意：表邪汗出者忌用。

细目三　敛肺涩肠药

五味子

功效：收敛固涩，益气生津，补肾宁心。

应用

1. 肺虚久咳，肺肾两虚喘咳。为治疗久咳虚喘之要药。
2. 自汗，盗汗。
3. 肾虚精关不固遗精、滑精。
4. 脾肾虚寒久泻不止。
5. 津伤口渴，消渴。
6. 心悸，失眠，多梦。

用法用量：煎服，3～6g；研末服，1～3g。

使用注意：凡表邪未解、内有实热、咳嗽初起、麻疹初期者均不宜用。

乌梅

功效：敛肺止咳，涩肠止泻，安蛔止痛，生津止渴，消疮毒，炒炭固冲止漏。

应用

1. 肺虚久咳。
2. 久泻，久痢。
3. 蛔厥腹痛，呕吐。
4. 虚热消渴。
5. 赘肉外突，头疮。
6. 崩漏不止，便血。

用法用量：煎服，3～10g，大剂量可用至30g。外用适量，捣烂或炒炭研末外敷。止泻止血宜炒炭用。

使用注意：外有表邪或内有实热积滞者均不宜服。

鉴别用药：五味子、乌梅均能敛肺、涩肠、生津，可用治肺虚久咳、久泻、虚热消渴。不同点：五味子又可止汗，益气，补肾涩精，宁心安神，常用治自汗，盗汗，热伤气阴，汗多口渴者，肺肾两虚喘咳，遗精，滑精，及心悸，失眠，多梦等证；乌梅又可安蛔止痛，炒炭止血，常用于蛔厥腹痛，呕吐，及崩漏不止，便血等证。

五倍子

功效：敛肺降火，止咳止汗，涩肠止泻，固精止遗，收敛止血，收湿敛疮。

应用

1. 久咳及肺热咳嗽、咳血。
2. 自汗，盗汗。
3. 久泻，久痢。
4. 肾虚精关不固之遗精、滑精。
5. 崩漏，便血痔血。
6. 湿疮流水、溃疡不敛、疮疖肿毒、肛脱不收、子宫下垂等。

用法用量：煎服，3～9g；入丸散服，每次1～1.5g。外用适量，研末外敷或煎汤熏洗。

使用注意：湿热泻痢者忌用。

罂粟壳

功效：涩肠止泻，敛肺止咳，止痛。

应用

1. 久泻，久痢。为涩肠止泻之圣药。

2. 肺虚久咳。

3. 胃痛，腹痛，筋骨疼痛。有良好的止痛作用。

用法用量：煎服，3～6。止咳宜蜜炙用，止血止痛宜醋炒用。

使用注意：本品过量或持续服用易成瘾。咳嗽或泻痢初起邪实者忌用。

诃子

功效：涩肠止泻，敛肺止咳，利咽开音。

应用

1. 久泻，久痢。

2. 久咳，失音。为治失音之要药。

用法用量：煎服，3～10g。涩肠止泻宜煨用，敛肺清热、利咽开音宜生用。

使用注意：凡外有表邪、内有湿热积滞者忌用。

肉豆蔻

功效：涩肠止泻，温中行气。

应用

1. 虚泻，冷痢。为治疗虚寒性泻痢之要药。

2. 胃寒胀痛，食少呕吐。

用法用量：煎服，3～9g；入丸散服，每次0.5～1g。内服须煨熟去油用。

使用注意：湿热泻痢者忌用。

赤石脂

功效：涩肠止泻，收敛止血，敛疮生肌。

应用

1. 久泻，久痢。

2. 崩漏，便血。

3. 疮疡久溃。

用法用量：煎服，10～20g。外用适量，研细末撒患处或调敷。

使用注意：湿热积滞泻痢者忌服。孕妇慎用。畏官桂。

细目四　固精缩尿止带药

山茱萸

功效：补益肝肾，收敛固涩。

应用

1. 腰膝酸软，头晕耳鸣，阳痿。为平补阴阳之要药。

2. 遗精滑精，遗尿尿频。为固精止遗之要药。

3. 崩漏，月经过多。

4. 大汗不止，体虚欲脱。为防止元气虚脱之要药。

5. 消渴证。

用法用量：煎服，5～10g，急救固脱 20～30g。

使用注意：素有湿热而致小便淋涩者，不宜应用。

覆盆子

功效：固精缩尿，益肝肾明目。

应用

1. 遗精滑精，遗尿尿频。
2. 肝肾不足，目暗不明。

用法用量：煎服，5～10g。

桑螵蛸

功效：固精缩尿，补肾助阳。

应用

1. 肾虚不固之遗精滑精、遗尿尿频、白浊。
2. 肾虚阳痿。

用法用量：煎服，6～10g。

使用注意：本品助阳固涩，故阴虚多火、膀胱有热而小便频数者忌用。

金樱子

功效：固精缩尿止带，涩肠止泻。

应用

1. 遗精滑精，遗尿尿频，带下。
2. 脾虚久泻、久痢。
3. 崩漏，脱肛，子宫脱垂等证。

用法用量：煎服，6～12g。

海螵蛸

功效：固精止带，收敛止血，制酸止痛，收湿敛疮。

应用

1. 遗精，带下。
2. 崩漏，吐血，便血及外伤出血。
3. 胃痛吐酸。
4. 湿疮，湿疹，溃疡不敛等。

用法用量：煎服，6～12g。散剂酌减。外用适量。

莲子

功效：固精止带，补脾止泻，益肾养心。

应用

1. 遗精滑精。
2. 带下。
3. 脾虚泄泻。

4. 心悸，失眠。

用法用量：煎服，10～15g，去心打碎用。

芡实

功效：益肾固精，健脾止泻，除湿止带。

应用

1. 肾虚不固之腰膝酸软、遗精滑精者。

2. 脾虚湿盛，久泻不愈者。

3. 带下。

用法用量：煎服，10～15g。

鉴别用药：莲子与芡实均能益肾固精，补脾止泻，止带，可用治肾虚遗精、遗尿，脾虚食少、泄泻，脾肾两虚之带下等。不同点：莲子又可养心安神，交通心肾，常用于心肾不交之虚烦、心悸、失眠者；芡实又可除湿止带，常用治虚实带下证。

（黄斌）

第二十二单元　涌吐药

细目一　概述

要点一　涌吐药的性能特点

涌吐药味多酸苦辛，归胃经。

要点二　涌吐药的功效

具有涌吐毒物、宿食、痰涎的作用。

要点三　涌吐药的适应范围

主要用于误食毒物，停留胃中，未被吸收；或宿食停滞不化，尚未入肠，胃脘胀痛；或痰涎壅盛，阻于胸膈或咽喉，呼吸急促；或痰浊上涌，蒙蔽清窍，癫痫发狂等证。

要点四　涌吐药的使用注意事项

1. 涌吐药作用强烈，且多具毒性，易伤胃损正，故仅适用于形证俱实者。

2. 宜采用“小量渐增”的使用方法，切忌骤用大量；同时要注意“中病即止”，只可暂投，不可连服或久服，谨防中毒或涌吐太过，导致不良反应。

3. 若用药后不吐或未达到必要的呕吐程度，可饮热开水以助药力，或用翎毛探喉以助涌吐。

4. 若药后呕吐不止，应立即停药，并积极采取措施，及时抢救。吐后应适当休息，不宜马上进食。待胃肠功能恢复后，再进流质或易消化的食物，以养胃气，忌食油腻辛辣

及不易消化之物。

5. 凡年老体弱、小儿、妇女胎前产后以及素体失血、头晕、心悸、劳嗽喘咳者，均当忌用。

细目二 具体药物

常山

功效：涌吐痰涎，截疟。

应用

1. 胸中痰饮证。

2. 疟疾。为治疟之要药。

用法用量：煎服，4.5～9g；入丸、散酌减。涌吐可生用，截疟宜酒制用。治疟宜在疟病发作前半天或2小时服用，并配伍陈皮、半夏等减轻其致吐的副作用。

使用注意：本品有毒，且能催吐，故用量不宜过大，体虚及孕妇不宜用。

瓜蒂

功效：涌吐痰食，祛湿退黄。

应用

1. 风痰、宿食停滞及食物中毒诸证。

2. 湿热黄疸。

用法用量：煎服，2.5～5g；入丸散服，每次0.3～1g；外用适量，研末吹鼻，待鼻中流出黄水即可停药。

使用注意：体虚、吐血、咳血、胃弱、孕妇及上部无实邪者忌用。

（黄斌）

第二十三单元 攻毒杀虫止痒药

细目一 概述

要点一 攻毒杀虫止痒药的性能特点

以外用为主，兼可内服。

要点二 攻毒杀虫止痒药的功效

本类药物以攻毒疗疮、杀虫止痒为主要作用。

要点三 攻毒杀虫止痒药的适应范围

攻毒杀虫止痒药主要适用于某些外科、皮肤科及五官科病证，如疮痈疔毒、疥癣、湿

疹、聍耳、梅毒及虫蛇咬伤、癌肿等。

要点四　攻毒杀虫止痒药的使用注意事项

1. 本类药物的外用方法因病因药而异，如研末外撒，或煎汤洗渍及热敷、浴泡、含漱，或用油脂及水调敷，或制成软膏涂抹，或制成药捻、栓剂用等。

2. 本类药物内服使用时，宜作丸散剂应用，使其缓慢溶解吸收，且便于掌握剂量。

3. 本类药物多具不同程度的毒性，所谓“攻毒”即有以毒制毒之意，无论外用或内服，均应严格掌握剂量及用法，不可过量或持续使用，以防发生毒副反应。

4. 制剂时应严格遵守炮制和制剂法度，以减低毒性而确保用药安全。

细目二　具体药物

雄黄

功效：解毒，杀虫，祛痰截疟。

应用

1. 痈肿疔疮，湿疹疥癣，蛇虫咬伤。

2. 癫痫，小儿喘满咳嗽，疟疾。

用法用量：外用适量，研末敷、香油调搽或烟熏。内服，0.05～0.1g，入丸散用。

使用注意：本品有毒，内服宜慎，不可久服。外用不宜大面积涂搽及长期持续使用。孕妇禁用。切忌火煅。

硫黄

功效：外用解毒杀虫疗疮；内服补火助阳通便。

应用

1. 外用治疥癣、湿疹、阴疽疮疡。尤为治疗疥疮的要药。

2. 内服治阳痿、虚喘冷哮、虚寒便秘。

用法用量：外用适量，研末敷或加油调敷患处。内服，1.5～3g，炮制后入丸散服。

使用注意：阴虚火旺及孕妇忌服。

白矾

功效：外用解毒杀虫，燥湿止痒；内服止血，止泻，化痰。

应用

1. 外用治湿疹瘙痒、疮疡疥癣。

2. 内服治便血、吐衄、崩漏、久泻久痢、痰厥、癫狂痫证、湿热黄疸。

用法用量：外用适量，研末撒布、调敷或化水洗患处。内服，0.6～1.5g，入丸散服。

使用注意：体虚胃弱及无湿热痰火者忌服。

蛇床子

功效：杀虫止痒，燥湿，温肾壮阳。

应用

1. 阴部湿痒，湿疹，疥癣。

2. 寒湿带下，湿痹腰痛。

3. 肾虚阳痿，宫冷不孕。

用法用量：外用适量，多煎汤熏洗或研末调敷。内服，3～9g。

使用注意：阴虚火旺或下焦有湿热者不宜内服。

大蒜

功效：解毒杀虫，消肿，止痢，健脾温胃。

应用

1. 用于痈肿疔毒，疥癣。

2. 痢疾，泄泻，肺痨，顿咳。

3. 钩虫病，蛲虫病。

4. 脘腹冷痛，食欲减退或饮食不消。

用法用量：外用适量，捣敷、切片擦或隔蒜灸。内服，5～10g，或生食，或制成糖浆服。

使用注意：外用可引起皮肤发红、灼热甚至起泡，故不可敷之过久。阴虚火旺及有目、舌、喉、口齿诸疾者不宜服用。孕妇忌灌肠用。

（黄斌）

方　剤　学

第一单元　概述

细目一　方剂与治法

要点一　方剂与治法的关系

临床过程中，在辨证的基础上确定治法，在治法的指导下选用适宜的药物组成方剂。方剂组成后，它的功用、主治必须与治法相一致。概而言之，治法是组方的依据，方剂是治法的体现，即“方从法出”，“法随证立”，“方即是法”。

要点二　常用治法

治法是针对临床证候所采取的治疗大法。证候的复杂性决定了治法的多样性，清代程钟龄将诸多治法概括为汗、吐、下、和、温、清、消、补“八法”。

1. 汗法是通过发汗解表、宣肺散邪的方法，使在表的六淫之邪随发散而解的一种治法。适用于外感表证、疹出不透、疮疡初起，以及水肿、泄泻、咳嗽、疟疾等而有表证者。

2. 吐法是通过涌吐的方法，使停留在咽喉、胸膈、胃脘的痰涎、宿食以及毒物等从口中吐出的一种治法。适用于中风痰壅，宿食壅阻胃脘，毒物尚在胃中，痰涎壅盛之癫狂、喉痹，以及干霍乱吐泻不得等证。

3. 下法是通过荡涤肠胃、通泻大便的方法，使停留在肠胃的有形积滞从大便排出的一种治法。适用于燥屎内结、冷积不化、瘀血内停、宿食不消、结痰停饮以及虫积等证。

4. 和法是通过和解与调和的方法，使半表半里之邪，或脏腑、阴阳失和之证得以解除的一种治法。其中，和解之法适用于邪犯少阳，证属半表半里者；调和之法适用于肝脾不和、寒热错杂、表里同病等。此外，尚有和营卫、和胃气等，亦属和法范畴。

5. 清法是通过清热、泻火、凉血等方法，使在里之热邪得以解除的一种治法。适用于热证、火证、热甚成毒以及虚热等。

6. 温法是通过温里祛寒的方法，使在里之寒邪得以消散的一种治法。适用于脏腑之沉寒痼冷、寒饮内停、寒湿不化，以及阳气衰微等。

7. 消法是通过消食导滞、行气活血、化痰利水以及驱虫等方法，使气、血、痰、食、水、虫等所结成的有形之邪渐消缓散的一种治法。适用于饮食停滞、气滞血瘀、癥瘕积聚、水湿内停、痰饮不化、疳积虫积以及疮疡痈肿等病证。

8. 补法是通过补益人体气血阴阳，以主治各种虚弱证候的一种治法。适用于各种虚证。

细目二　方剂的组成与变化

要点一　方剂的配伍目的

配伍的目的是通过合理组织药物，调其偏性，制其毒性，增强或改变原有功能，消除或缓解其对人体的不良因素，发挥其相辅或相反相成的综合作用，使各具特性的群药组合成一个新的有机整体。配伍的总体目的不外增效、减毒两个方面。

要点二　方剂的组方原则

1. 君药是针对主证或主病起主要治疗作用的药物。其药力居方中之首，用量较作为臣、佐药应用时要大，是不可缺少的药物。

2. 臣药有两种意义：一是辅助君药加强治疗主证或主病的药物。二是针对兼证或兼病起治疗作用的药物。它的药力小于君药。

3. 佐药其意义有三：一是佐助，即协助君臣药以加强治疗作用，或直接治疗次要兼证。二是佐制，即用以消除或减缓君臣药的毒性与烈性的药物。三是反佐，即根据病情需要，用与君药性味相反而又能起相成作用的药物。佐药的药力小于臣药，一般用量较轻。

4. 使药有两种意义：一是引经药，即能引方中诸药直达病所的药物。二是调和药，即具有调和诸药作用的药物。使药的药力较小，用量亦轻。

要点三　方剂的变化形式

1. 药味加减的变化。方剂中药味的增减，必然使方中药物间的配伍关系发生变化，从而导致方剂的功效相应发生变化。

2. 药量加减的变化。当方剂的组成药物相同而用量不相同时，则具体药物在方中的药力和地位发生变化，从而改变了方剂的功用与主治。

3. 剂型的变化。对方剂的功效有一定的影响，同一方剂其剂型不同，功效则有所差异。

细目三　常用剂型

要点　常用剂型的特点及临床意义

1. 汤剂的特点是吸收快、能迅速发挥药效，便于随证加减，适用于病证较重或病情不稳定的患者。李杲说："汤者荡也，去大病用之。"汤剂的不足之处是服用量大，某些药的有效成分不易煎出或易挥发散失，不适于大生产，亦不便于携带。

2. 丸剂与汤剂相比，吸收较慢，药效持久，节省药材，便于携带与服用。李杲说："丸者缓也，舒缓而治之也。"适用于慢性、虚弱性疾病，如六味地黄丸等。但也有些丸剂药性比较峻急，此则多为芳香类药物与毒剧药物，不宜作汤剂煎服，如安宫牛黄丸、舟车丸等。常用的丸剂有蜜丸、水丸、糊丸、微丸、滴丸等。

3. 散剂根据其用途，分内服和外用两类。散剂的特点是制备方法简便、吸收较快、节省药材、性质较稳定、不易变质、便于服用与携带。李杲说："散者散也，去急病用之。"外用散剂一般作为外敷，掺撒疮面或患病部位；亦有作点眼、吹喉等用。

4. 膏剂有内服和外用两种，内服有流浸膏、浸膏、煎膏三种；外用分软膏、硬膏两种。其中流浸膏与浸膏多数用作调配其他制剂使用，如合剂、糖浆剂、冲剂、片剂等。

5. 酒剂又称药酒。是将药物用白酒或黄酒浸泡，或加温隔水炖煮，去渣取液供内服或外用。酒有活血通络、易于发散和助长药效的特性，故常于祛风通络和补益方剂中使用，如风湿药酒、参茸药酒、五加皮酒等。外用酒剂可祛风活血，止痛消肿。

6. 丹剂并非一种固定的剂型，内服丹剂有丸剂，也有散剂，每以药品贵重或药效显著而名之曰丹，如至宝丹、活络丹等。外用丹剂亦称丹药，是以某些矿物类药经高温烧炼制成的不同结晶形状的制品。常研粉涂撒疮面，亦可制成药条、药线和外用膏剂，主要用于外科的疮疡、痈疽、瘿瘤等病。

（李冀）

第二单元　解表剂

细目一　概述

要点一　解表剂的适用范围

解表剂适用于六淫外邪侵袭人体肌表、肺卫所致的表证。凡风寒外感或温病初起，以及麻疹、疮疡、水肿、痢疾等病初起，症见恶寒、发热、头疼、身痛、苔薄白、脉浮等，均为解表剂的适应范围。

要点二　解表剂的应用注意事项

不宜久煎。一般宜温服，或增衣被，或辅之以热粥，取微汗，汗后避风寒；汗出病瘥，即停服。注意忌食生冷、油腻之品。若外邪已入里，或麻疹已透，或疮疡已溃，或虚证水肿，均不宜使用。

细目二　辛温解表

要点一　桂枝汤《伤寒论》

【组成】桂枝三两　芍药三两　甘草（炙）二两　生姜三两　大枣十二枚

【用法】上五味，㕮咀，以水七升，微火煮取三升，适寒温，服一升。服已须臾，啜热稀粥一升余，以助药力。温覆令一时许，遍身漐漐微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除。若一服汗出病瘥，停后服，不必尽剂；若不汗，更服，依前法；又不汗，后服

小促其间，半日许令三服尽。若病重者，一日一夜服，周时观之，服一剂尽，病证犹在者，更作服；若汗不出，乃服至二三剂。禁生冷、黏滑、肉、面、五辛、酒酪、臭恶等物。

【功用】解肌发表，调和营卫。

【主治】外感风寒表虚证。恶风发热，汗出头痛，鼻鸣干呕，苔白不渴，脉浮缓或浮弱。

【组方原理】本方证由外感风寒，卫强营弱，营卫失和所致。治宜解肌发表，调和营卫。方以桂枝为君药，助卫阳，通经络，发汗解表而散卫中之邪气。臣以芍药，益阴敛营，敛固外泄之营阴。桂芍等量相伍，则发汗不伤阴，敛阴不留邪，散中有收，汗中寓补，针对卫强营弱之机。生姜散寒祛邪，兼能和胃止呕；大枣益血生津，并可补脾益气。二药合用，调和营卫，又调补脾胃，共为佐药。佐使以炙甘草，调和药性，合桂枝辛甘化阳以实卫，合芍药酸甘化阴以和营。本方为滋阴和阳、调和营卫、解肌发汗之总方。

【附方】桂枝加桂汤主治太阳病发汗太过，耗损心阳，肾寒之气凌心之奔豚，故本方再加桂二两以增温通心阳、平冲降逆之力；桂枝加芍药汤主治太阳病误下伤中，邪陷太阴，土虚木乘之腹痛，故用桂枝汤通阳温脾，倍芍药以柔肝缓急止痛。

【鉴别】麻黄汤与桂枝汤同为辛温解表剂，均可用治外感风寒表证。麻黄汤中麻黄、桂枝并用，佐以杏仁，发汗散寒力强，又能宣肺平喘，为辛温发汗之重剂，主治外感风寒所致恶寒发热、无汗而喘之表实证；桂枝汤中桂枝、芍药并用，佐以生姜、大枣，发汗解表之力逊于麻黄汤，但有调和营卫之功，为辛温解表之和剂，主治外感风寒所致恶风发热而自汗出之表虚证。

要点二　九味羌活汤　张元素方，录自《此事难知》

【组成】羌活　防风　苍术各一两半　细辛五分　川芎　白芷　生地黄　黄芩　甘草各一两

【用法】水煎服。

【功用】发汗祛湿，兼清里热。

【主治】外感风寒湿邪，内有蕴热证。恶寒发热，无汗，头痛项强，肢体酸楚疼痛，口苦微渴，舌苔白或微黄，脉浮。

【组方原理】本方证由外感风寒湿邪，内有蕴热所致。治宜疏风散寒，祛湿解表，兼清里热。方中羌活解表散寒，祛风胜湿，兼治太阳经头痛而为君药。防风、苍术发汗祛湿，助羌活解表祛邪，同为臣药。细辛、川芎、白芷祛风散寒，止头身痛；生地、黄芩清泻里热，并防诸辛温燥烈之品伤津之弊，共为佐药。甘草调和药性，为使药。方中细辛善止少阴头痛，白芷善解阳明头痛，川芎长于止少阳、厥阴头痛，体现分经论治的用药特点。

【常用加减】若湿邪较轻，肢体酸楚不甚者，可去苍术以减温燥之性；如肢体关节痛剧者，加独活、威灵仙、姜黄等以加强宣痹止痛之力。

要点三　小青龙汤《伤寒论》

【组成】麻黄　芍药　细辛　干姜　甘草（炙）　桂枝各三两　半夏半升　五味子半升

【用法】水煎服。

【功用】解表散寒，温肺化饮。

【主治】外寒内饮证。恶寒发热，头身疼痛，无汗，喘咳，痰涎清稀而量多，胸痞，或干呕，或不得平卧，或身体疼重，头面四肢浮肿，舌苔白滑，脉浮。

【组方原理】本方证由外感风寒，内停水饮所致。治宜解表散寒与温化寒饮并举。方中麻黄、桂枝相须为君，发汗散寒以解表邪，且麻黄又能宣肺而平喘，桂枝温阳以化饮。干姜、细辛为臣，温肺化饮，兼助麻、桂解表祛邪。佐用五味子敛肺止咳，芍药和营养血。二药与辛散之品相配，有散有收，既可增止咳平喘之力，又可制约诸药辛散太过，防止温燥药伤津。半夏燥湿化痰，和胃降逆，与干姜、细辛相伍，一温一散一燥，可使寒饮速消，亦为佐药。炙甘草为佐使，益气和中，又能调和药性。本方配伍散中有收，开中有合，使之散不伤正，收不留邪。

【常用加减】兼有热象而出现烦躁者，加生石膏、黄芩以清郁热；兼喉中痰鸣，加杏仁、射干、款冬花以化痰降气平喘；若鼻塞，清涕多者，加辛夷、苍耳子以宣通鼻窍；兼水肿者，加茯苓、猪苓以利水消肿。

要点四　香苏散《太平惠民和剂局方》

【组成】香附子　紫苏叶各四两　甘草（炙）一两　陈皮二两

【用法】为散。

【功用】疏散风寒，理气和中。

【主治】外感风寒，内有气滞证。恶寒身热，头痛无汗，胸脘痞闷，不思饮食，舌苔薄白，脉浮。

【组方原理】本方证由外感风寒，内伤气滞所致。治当疏散风寒，理气化滞。方以紫苏叶发表散寒，理气宽中，为君药。香附善疏肝理气，通调三焦气机，为臣药。二药气味芳香辛散，兼有辟秽之用。佐以陈皮理气醒脾以行气滞，燥湿和胃以除痞闷。炙甘草和中健脾，调和诸药，为使药。

【常用加减】气滞闷痛较甚者，加大腹皮、青皮；胃脘痞闷者，加木香、砂仁；不思饮食、湿甚苔腻者，加砂仁、苍术。

细目三　辛凉解表

要点一　银翘散《温病条辨》

【组成】连翘　银花各一两　苦桔梗　薄荷　牛蒡子各六钱　竹叶　芥穗各四钱　淡豆豉　生甘草各五钱

【用法】为散。鲜苇根汤煎，勿过煎，温服。

【功用】辛凉透表，清热解毒。

【主治】温病初起。发热，微恶风寒，无汗或有汗不畅，头痛口渴，咳嗽咽痛，舌尖红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

【组方原理】本方证为外感风热，卫气被郁，肺失清肃所致。治宜疏风透表，清热解

毒。方中重用银花、连翘为君药，既疏散风热，清热解毒，又可辟秽化浊。薄荷、牛蒡子辛凉，疏散风热，清利头目，并可解毒利咽；芥穗、淡豆豉辛温发散，二药辛而不烈、温而不燥，配入辛凉解表方中，可增辛散透表之力。四药共用以加强解表散邪之力，同为臣药。芦根清热生津；竹叶清上焦热；桔梗开宣肺气，止咳利咽，皆为佐药。生甘草清热解毒，调和药性，合桔梗又止咳利咽，为佐使药。全方辛凉之中配伍少量辛温之品，疏散风邪与清热解毒相伍。全方药性平和，故称其为“辛凉平剂”。

【常用加减】渴甚者，为伤津较甚，加天花粉生津止渴；项肿咽痛者，系热毒较甚，加马勃、玄参清热解毒，利咽消肿；胸膈闷者，加藿香、郁金芳香化湿，辟秽祛浊。

【鉴别】银翘散与桑菊饮皆为治温病初起之辛凉解表方，组成中均有连翘、桔梗、甘草、薄荷、芦根五药，但银翘散有银花配伍荆芥、豆豉等，解表清热之力强，为“辛凉平剂”；桑菊饮用桑叶、菊花配伍杏仁，肃肺止咳之力大，而解表清热作用较银翘散为弱，故为“辛凉轻剂”。

要点二　麻黄杏仁甘草石膏汤《伤寒论》

【组成】麻黄四两　杏仁五十个　甘草（炙）二两　石膏半斤

【用法】水煎服。

【功用】辛凉疏表，清肺平喘。

【主治】外感风邪，邪热壅肺证。身热不解，咳逆气急，甚则鼻煽，口渴，有汗或无汗，舌苔薄白或黄，脉浮而数者。

【组方原理】本方证由风邪化热，壅遏于肺，肺失宣降而致。治宜辛凉宣肺，清热平喘。方中麻黄宣肺平喘，解表散邪。石膏清泻肺胃之热以生津。二药相伍，既宣散肺中风热，又清解肺中郁热，共为君药。石膏倍于麻黄，使全方不悖辛凉之旨。麻黄得石膏，宣肺平喘而不助热；石膏得麻黄，清解肺热而不凉遏。杏仁降利肺气以平喘咳，与麻黄相配则宣降相因，与石膏相伍则清肃协同，为臣药。炙甘草既能益气和中，又防石膏寒凉伤中，更能调和于寒温宣降之间，为佐使药。四药合用，共奏辛凉宣肺、清热平喘之功。

【常用加减】如肺热甚，壮热汗出者，宜加重石膏用量，并酌加桑白皮、黄芩、知母以清泻肺热；表邪偏重，无汗而恶寒，石膏用量宜减轻，酌加薄荷、苏叶、桑叶等以助解表宣肺之力。

要点三　柴葛解肌汤《伤寒六书》

【组成】干葛　柴胡　黄芩　芍药　羌活　白芷　桔梗　甘草

【用法】加生姜三片、大枣两个，槌法加石膏一钱，水煎服。

【功用】解肌清热。

【主治】外感风寒，郁而化热证。恶寒渐轻，身热增盛，无汗头痛，目疼鼻干，心烦不眠，咽干耳聋，眼眶痛，舌苔薄黄，脉浮微洪。

【组方原理】本方证因外邪郁而化热，传入阳明、少阳，属三阳合病。治宜辛凉解肌，兼清里热。方中葛根、白芷、石膏善于清透阳明之邪热；柴胡、黄芩长于透解少阳之邪热；羌活发散太阳之风寒，如此三阳并治。桔梗宣肺解表；白芍、大枣敛阴养血，防止辛散太过伤阴；生姜发散风寒，合大枣调和营卫。甘草调和诸药。

细目四　扶正解表

要点一　败毒散《太平惠民和剂局方》

【组成】柴胡　前胡　川芎　枳壳　羌活　独活　茯苓　桔梗　人参　甘草各三十两

【用法】散剂。加生姜、薄荷少许，水煎服。

【功用】散寒祛湿，益气解表。

【主治】气虚外感风寒湿。憎寒壮热，头项强痛，肢体酸痛，无汗，鼻塞声重，咳嗽有痰，胸膈痞满，舌淡苔白，脉浮而按之无力。

【组方原理】本方证系正气素虚，风寒湿邪袭于肌表所致。治当散寒祛湿，益气解表。方中羌活、独活发散风寒，除湿止痛，羌活长于祛上部风寒湿邪，独活长于祛下部风寒湿邪，合用通治一身风寒湿邪，为君药。川芎行气活血祛风；柴胡解肌透邪行气，助君药解表逐邪，又可加强止痛之力，共为臣药。桔梗宣肺利膈，枳壳理气宽中，二药相伍，一升一降，畅通胸膈气机；前胡化痰止咳；茯苓渗湿消痰，俱为佐药。生姜、薄荷为引，助解表之力；甘草调和药性，益气和中，共为佐使之品。方中人参为佐，益气扶正，鼓邪外出，并寓防邪复入之义。喻嘉言用本方治外邪陷里而成之痢疾，意即疏散表邪，表气疏通，里滞亦除，其痢自止，故称此为“逆流挽舟”法。

【常用加减】若正气未虚，而表寒较甚者，去人参，加荆芥、防风以祛风散寒；气虚明显者，可重用人参，或加黄芪以益气补虚；湿滞肌表经络，肢体酸楚疼痛甚者，可酌加威灵仙、桑枝、秦艽、防己等祛风除湿，通络止痛；咳嗽重者，加杏仁、白前止咳化痰；痢疾之腹痛、便脓血、里急后重甚者，可加白芍、木香以行气和血止痛。

【鉴别】参苏饮与败毒散皆治气虚外感风寒。但败毒散治风寒夹湿之表证为主，故用羌活、独活、川芎、柴胡祛邪为主，少佐人参扶正以祛邪；参苏饮所治为风寒表证，邪偏于肺，故用苏叶、葛根、人参益气解表宣肺为主，加之痰湿气滞，故又增半夏、木香、陈皮等化痰行气之品。

要点二　麻黄细辛附子汤《伤寒论》

【组成】麻黄二两　附子一枚　细辛二两

【用法】水煎服。

【功用】助阳解表。

【主治】素体阳虚，外感风寒证。发热，恶寒甚，神疲欲寐，脉微细。

【组方原理】本方证为素体阳虚，外感风寒所致。治宜助阳与解表合用。方以麻黄发汗散寒；附子温肾助阳，共为君药。二药相伍，既能鼓邪外出，且无过汗亡阳之虞。细辛温经散寒，外可助麻黄解表，内可助附子温里，为臣佐药。三药并用，为治表里俱寒、太少两感之剂。

【常用加减】若阳气虚弱者，宜加人参、黄芪以合附子助阳益气；兼咳喘有痰者，宜加半夏、杏仁以化痰止咳平喘。

（李冀）

第三单元　泻下剂

细目一　概述

要点一　泻下剂的适用范围

泻下剂适用于热结、寒结、燥结、水结等里实证，亦可用于体质虚弱而兼里实者。

要点二　泻下剂的应用注意事项

应用泻下剂，必待表邪已解，里实已成。若里实较急重，应峻攻急下；较缓者，宜轻下、缓下。泻下剂多峻烈，孕妇、产后、月经期及年老体弱、病后伤津或亡血者，应慎用或禁用。泻下剂易伤正气，应得效即止。

细目二　寒下

要点一　大承气汤《伤寒论》

【组成】大黄四两　厚朴半斤　枳实五枚　芒硝三合

【用法】水煎，先煎厚朴、枳实，后下大黄，芒硝冲服。

【功用】峻下热结。

【主治】

1. 阳明腑实证。大便不通，频转矢气，脘腹痞满，腹痛拒按，按之则硬，潮热谵语，手足濈然汗出，舌苔焦黑燥裂，甚则起芒刺，脉沉实。

2. 热结旁流证。下利清水，色纯青，其气臭秽，脐腹疼痛，按之坚硬有块，口舌干燥，脉滑实。

3. 里热结实证之热厥、痉病或发狂。

【组方原理】本方之阳明腑实证系由伤寒之邪内传阳明之腑，入里化热，或温热之邪入胃肠，热盛灼津，邪热与肠中燥屎互结成实所致。治宜峻下热结，亦即“釜底抽薪，急下存阴”之法。方中大黄苦寒通降，泻热通便，荡涤肠胃实热积滞，为君药；芒硝咸寒，软坚润燥，泻热通便，助大黄以除燥结，为臣药。重用厚朴下气除满，亦为君药；枳实行气消痞，亦为臣药；合而用之，既消痞除满，又行气通便。全方泻下与行气并重，泻下以利行气，行气以助泻下，使胃肠气机畅通，为峻下热结之最佳配伍。

【鉴别】小承气汤、调胃承气汤皆为大承气汤类方。大承气汤硝、黄并用，大黄后下，且加枳、朴，攻下之力颇峻，为“峻下剂”，主治痞、满、燥、实四症俱全之阳明热结重证；小承气汤不用芒硝，且三味同煎，枳、朴用量亦减，攻下之力较轻，称为“轻下剂”，主治痞、满、实之阳明热结轻证；调胃承气汤不用枳、朴，后纳芒硝，大黄与甘草同煎，

泻下之力较大承气汤缓和，称为“缓下剂”，主治阳明燥热内结，燥、实而无痞、满之证。

要点二　大黄牡丹汤《金匮要略》

【组成】大黄四两　牡丹一两　桃仁五十个　冬瓜仁半升　芒硝三合

【用法】水煎服。

【功用】泻热破瘀，散结消肿。

【主治】肠痈初起，湿热瘀滞证。右少腹疼痛拒按，按之其痛如淋，甚则局部肿痞，或右足屈而不伸，伸则痛剧，小便自调，或时时发热，自汗恶寒，舌苔薄腻而黄，脉滑数。

【组方原理】本方所治之肠痈，多由肠中湿热郁蒸，气血凝滞所致。治宜泻热祛湿，破瘀消痈。方中大黄泻热逐瘀，涤荡肠中湿热瘀结；桃仁破血润燥，与大黄合而泻热破瘀，为君药。芒硝泻热导滞，软坚散结，助大黄涤荡实热；丹皮清热凉血，活血散瘀，共为臣药。冬瓜仁甘寒滑利，清肠利湿，排脓消痈，为佐药。诸药合用，共奏泻热破瘀、散结消肿之效。

细目三　温下

要点　温脾汤《备急千金要方·卷十三》

【组成】大黄五两　当归　干姜各三两　附子　人参　芒硝　甘草各二两

【用法】水煎服。

【功用】攻下冷积，温补脾阳。

【主治】阳虚寒积证。腹痛便秘，脐下绞结，绕脐不止，手足不温，苔白不渴，脉沉弦而迟。

【组方原理】本方证由脾阳不足，阴盛寒积所致。治宜攻积与温阳并举。方中附子温壮脾阳，温散寒凝；大黄泻下攻积，与大热之附子相伍，则寒性去而泻下之功犹存，共为君药。芒硝软坚散结，助大黄泻下攻积；干姜温中助阳，助附子温中祛寒，均为臣药。人参、当归益气养血，使下不伤正，共为佐药。甘草补脾益气，调和诸药，为佐使。诸药相合，使积滞行，寒邪去，脾阳复，则诸症得除。

【鉴别】

1. 温脾汤与大黄附子汤均治冷积里实之腹痛便秘，均以大黄配伍附子为主。但大黄附子汤主治中气未虚、寒实积滞之腹痛便秘；而温脾汤主治脾阳不足，冷积阻滞，虚中夹实之便秘腹痛。

2. 卷十五之温脾汤较卷十三少芒硝、当归，大黄用四两，且附子用量大于干姜，该方主治久痢赤白，虽有寒积，但其证大便自利，故只用大黄，并减其用量，同时重用附子，意在温阳为主；而卷十三之温脾汤其证以寒积为主，故芒硝、大黄并用，且干姜用量大于附子。

细目四　润下

要点一　麻子仁丸（脾约丸）《伤寒论》

【组成】麻子仁二升　芍药半斤　枳实半斤　大黄一斤　厚朴一尺　杏仁一升

【用法】炼蜜为丸。

【功用】润肠泻热，行气通便。

【主治】脾约证。肠胃燥热，津液不足，大便干结，小便频数。

【组方原理】本方证由肠胃燥热，津液不足，肠失濡润所致。治宜润肠泻热，行气通便。方中麻子仁滋脾润肠而通便，为君药。大黄泻热通便；杏仁降气润肠；芍药养阴和里，共为臣药。枳实下气破结，厚朴行气除满。二者相伍，破结除满，以加强降泄通便之功，共为佐药。蜂蜜为使，润肠通便，又调和诸药。

要点二　济川煎《景岳全书》

【组成】当归三至五钱　牛膝二钱　肉苁蓉二至三钱　泽泻一钱半　升麻五分至七分或一钱　枳壳一钱

【用法】水煎服。

【功用】补肾益精，润肠通便。

【主治】肾虚精亏之大便秘结。大便秘结，小便清长，腰膝酸软，头目眩晕，舌淡苔白，脉沉迟。

【组方原理】本方证由肾虚开阖失司所致。治宜补肾益精，润肠通便。方中肉苁蓉为君药，温肾益精，润肠通便。当归养血润肠；牛膝补肾益精，引药下行，共为臣药。枳壳宽肠下气以助通便，升麻轻宣升阳。两药相伍，使清阳升，浊阴降，且有欲降先升之妙。泽泻甘淡渗利，分泄肾浊，伍枳壳，使浊阴降而大便自通，以上共为佐药。全方欲降先升，寓通于补。

【鉴别】麻子仁丸与济川煎均治津液不足之便秘。但麻子仁丸证为肠胃燥热所致，以麻子仁、芍药、杏仁等润肠药与小承气汤合方，重在润肠泻热，行气通便，主治肠胃燥热，津液不足之便秘；而济川煎证为肾虚津亏而成，以肉苁蓉、当归等温肾益精、养血润肠之品配伍升麻、泽泻等升清降浊药，重在补肾益精，养血润肠，主治肾虚津亏之便秘。

细目五　逐水

要点　十枣汤《伤寒论》

【组成】芫花　甘遂　大戟各等分

【用法】捣为散。先煮大枣肥者十枚，内药末。

【功用】攻逐水饮。

【主治】

1. 悬饮。咳唾胸胁引痛，心下痞硬胀满，干呕短气，头痛目眩，胸背掣痛不得息，舌苔滑，脉沉弦。

2. 实水。一身悉肿，尤以身半以下为重，腹胀喘满，二便不利。

【组方原理】本方证由水饮壅盛于里，停于胸胁，或水饮泛溢肢体所致。治宜攻逐水饮。方中甘遂善行经隧水湿，为君药。大戟善泻脏腑水湿，芫花善消胸胁伏饮痰癖，为臣药。三药峻烈，各有专攻，合而用之，攻逐水饮功效甚强。以肥大枣十枚为佐，煎汤送服，既可益气护胃，培土制水，使下不伤正，又可缓和诸药毒峻之性。四药合用，共成峻下逐水之剂。

【使用注意】本方药性峻猛，孕妇禁用，年老体弱者慎用。宜清晨空腹时服用，并从小量开始，或据病情增减用量。若服后虽泻不爽，水饮未尽，次日可渐加量再服，总以快利为度；若体虚邪实又非攻不可者，可与健脾补益之剂交替使用；若服药得快利后，当食糜粥以保养脾胃。

细目六　攻补兼施

要点　黄龙汤《伤寒六书》

【组成】大黄　芒硝　枳实　厚朴　当归　人参　甘草

【用法】加桔梗一撮、生姜三片、大枣两枚水煎，芒硝冲服。

【功用】攻下热结，补气养血。

【主治】阳明腑实，气血不足证。自利清水，色纯青，或大便秘结，脘腹胀满，腹痛拒按，身热口渴，神疲少气，谵语，甚则循衣摸床，撮空理线，神昏肢厥，舌苔焦黑，脉虚。

【组方原理】本方证因邪热与燥屎内结，腑气不通，气血不足所致。治当泻热通便，补气养血。方中大黄、芒硝、枳实、厚朴（类大承气）攻下热结，荡涤肠胃实热积滞，急下存阴。人参、当归益气补血，使攻不伤正。桔梗开肺气以利大肠，与大黄配伍，上宣下通，以降为主。姜、枣、草补益脾胃，甘草又能调和诸药。综合全方，共成攻下热结、补气养血、攻补兼施之剂。

（李冀）

第四单元　和解剂

细目一　概述

要点一　和解剂的适用范围

和解剂除和解少阳以治少阳病证外，还包括调和肝脾以治肝郁脾虚、肝脾不和证；调

和肠胃以治肠胃不和证；调和表里以治表里不和证。

要点二　和解剂的应用注意事项

和解剂以祛邪为主，纯虚不宜用，以防其伤正；因本类方剂兼顾正气，故纯属实者亦不可选，以免贻误病情。

细目二　和解少阳

要点一　小柴胡汤《伤寒论》

【组成】柴胡半斤　黄芩三两　人参三两　甘草（炙）三两　半夏半升　生姜三两　大枣十二枚

【用法】去滓再煎，温服。

【功用】和解少阳。

【主治】

1. 伤寒少阳证。往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，口苦，咽干，目眩，舌苔薄白，脉弦者。

2. 热入血室证。妇人伤寒，经水适断，寒热发作有时。

3. 黄疸、疟疾以及内伤杂病而见少阳证者。

【组方原理】本方证由邪入少阳，经气不利，郁而化热，胆热犯胃，胃失和降所致；或妇人经水适断，邪热乘虚传入血室，热与血结，少阳经气不利。邪在表里之间，治宜和解之法。方中柴胡透泻少阳之邪，又疏散气机之郁滞，为君药。黄芩清泻少阳之热，为臣药。柴胡与黄芩相伍，一散一清，共解少阳之邪。佐以半夏、生姜和胃降逆止呕；又佐人参、大枣益气健脾，一者取其扶正以祛邪，一者取其益气以御邪内传。生姜、大枣合用，又可调和脾胃，兼顾表里。炙甘草助人参、大枣扶正，且能调和诸药，为使药。诸药合用，以和解少阳为主，兼和胃气。使邪气得解，枢机得利，胃气调和，则诸症自除。

本方为和解少阳之代表方。原方“去滓再煎”，使药性更为醇和。服本方后亦有得汗而愈者，或先寒战后发热而汗出之“战汗”现象，均属正胜邪却之征。

【常用加减】若胸中烦而不呕，为热聚于胸，去半夏、人参，加瓜蒌清热理气宽胸；渴者，是热伤津液，去半夏，加天花粉生津止渴；腹中痛，是肝气乘脾，宜去黄芩，加芍药柔肝缓急止痛；胁下痞硬，是气滞痰凝，去大枣，加牡蛎软坚散结；心下悸，小便不利，是水气凌心，宜去黄芩，加茯苓利水宁心；不渴，外有微热，是表邪仍在，宜去人参，加桂枝以解表；咳者，是素有肺寒留饮，宜去人参、大枣、生姜，加五味子、干姜温肺止咳。

要点二　大柴胡汤《金匮要略》

【组成】柴胡半斤　黄芩三两　芍药三两　半夏半升　生姜五两　枳实四枚　大枣十二枚　大黄二两

【用法】水煎二次，去滓，再煎。

【功用】和解少阳，内泻热结。

【主治】少阳阳明合病。往来寒热，胸胁苦满，呕不止，郁郁微烦，心下痞硬，或心下满痛，大便不解或协热下利，舌苔黄，脉弦数有力。

【组方原理】本方主治少阳阳明合病，而以少阳为主之证。治宜表里兼顾。方中重用柴胡为君，黄芩为臣，二药相须为用，和解清泻，以除少阳之邪热；轻用大黄配枳实，以内泻阳明热结，行气消痞，俱为臣药。芍药柔肝缓急止痛，与大黄相配可治腹中实痛，与枳实相伍理气和血，以除心下满痛；半夏和胃降逆，配伍大量生姜，以治呕逆不止，共为佐药。大枣与生姜相配，能和营卫而行津液，并调和脾胃，功兼佐使。本方既不悖少阳禁下之原则，又和解少阳，内泻热结，使少阳与阳明合病得以双解。

【鉴别】大柴胡汤系小柴胡汤去人参、甘草，加大黄、枳实、芍药而成，亦是小柴胡汤与小承气汤两方加减而成，以和解为主，并辅以泻下。主治少阳阳明合病，而以少阳为主之证。因兼阳明腑实，故去补益脾胃之人参、甘草，加大黄、枳实、芍药以治阳明热结。而小柴胡汤以柴胡、黄芩配人参、大枣、炙甘草，和解中兼有益气扶正之功，为治伤寒少阳病的主方，适宜于邪踞少阳，胆胃不和者。

要点三　蒿芩清胆汤《重订通俗伤寒论》

【组成】青蒿脑钱半至二钱　淡竹茹三钱　仙半夏钱半　赤茯苓三钱　青子芩钱半至三钱　生枳壳钱半　陈广皮钱半　碧玉散（滑石、甘草、青黛）三钱（包）

【用法】水煎服。

【功用】清胆利湿，和胃化痰。

【主治】少阳湿热证。寒热如疟，寒轻热重，口苦腻闷，吐酸苦水，或呕黄涎而黏，甚则干呕呃逆，胸胁胀疼，小便黄少，舌红苔白腻，间现杂色，脉数而右滑左弦。

【组方原理】本方证为少阳胆热偏重，兼有湿热痰浊内阻之候。治宜清胆利湿，和胃化痰。方中青蒿之嫩芽苦寒芳香，既清透少阳邪热，又辟秽化湿；黄芩善清胆热，并能燥湿。两药相合，既清少阳之热，又祛少阳之湿，共为君药。竹茹善清胆胃之热，化痰止呕；赤茯苓清热利湿，健脾和胃，二者为臣药。枳壳行气宽中，除痰消痞；半夏燥湿化痰，和胃降逆；陈皮理气化痰，宽胸畅膈，共为佐药。碧玉散清热利湿，导邪从小便而去，用为佐使药。综观全方，可使胆热清，痰湿化，气机畅，胃气和，则诸症悉除。

【鉴别】蒿芩清胆汤与小柴胡汤均能和解少阳，用于邪在少阳，往来寒热，胸胁不适者。但小柴胡汤和解中兼有益气扶正之功，适宜于邪踞少阳，胆胃不和者；蒿芩清胆汤和解之中兼具清热利湿、理气化痰之效，适宜于少阳胆热偏重，兼有湿热痰浊者。

细目三　调和肝脾

要点一　四逆散《伤寒论》

【组成】甘草（炙）　枳实　柴胡　芍药各十分

【用法】水煎服。

【功用】透邪解郁，疏肝理脾。

【主治】

1. 阳郁厥逆证。手足不温，或腹痛，或泄利下重，脉弦。

2. 肝脾不和证。胁肋胀闷，脘腹疼痛，脉弦。

【组方原理】本方证之阳郁厥逆，缘于外邪入里，气机郁滞，阳气内郁，阴阳气不相顺接所致。此“四逆必不甚冷，或指头微温”。治宜透邪解郁，调畅气机。方中柴胡升发阳气，疏肝解郁，透邪外出，为君药。白芍敛阴养血柔肝，为臣。白芍与柴胡合用，以补养肝血，条达肝气，可使柴胡升散而不伤阴血。佐以枳实理气解郁，泻热破结。枳实与柴胡相伍，一升一降，疏畅气机，并奏升清降浊之效；与白芍相配，理气和血，使气血调和。使以甘草，和中健脾，调和诸药，与白芍相伍，酸甘化阴，缓急止痛。本方亦有疏肝理脾之效，主治肝脾不和之证。

【常用加减】若咳者，加五味子、干姜以温肺散寒止咳；悸者，加桂枝以温心阳；小便不利者，加茯苓以利小便；腹中痛者，加炮附子以散里寒；泄利下重者，加薤白以通阳散结；气郁甚者，加香附、郁金以理气解郁；有热者，加栀子以清内热。

要点二　逍遥散《太平惠民和剂局方》

【组成】甘草（炙）半两　当归　白茯苓　白芍药　白术　柴胡各一两

【用法】加薄荷少许、烧生姜一块，水煎冲服。

【功用】疏肝解郁，养血健脾。

【主治】肝郁血虚脾弱证。两胁作痛，头痛目眩，口燥咽干，神疲食少，或月经不调，乳房胀痛，脉弦而虚者。

【组方原理】本方证由肝郁血虚，脾失健运所致。治宜疏肝解郁，养血健脾。方中柴胡疏肝解郁，条达肝气，为君药。当归养血和血，兼可理气；白芍养血敛阴，柔肝缓急；归、芍与柴胡同用，补肝体而和肝用，共为臣药。白术、茯苓、甘草健脾益气，实土以御木侮，且使营血生化有源；薄荷少许，疏散透热；烧生姜辛散和中，共为佐药。柴胡为肝经引经药，甘草尚能调和诸药，兼使药之用。全方气血兼顾，肝脾同调，为调肝养血之名方。

【附方】加味逍遥散，逍遥散加丹皮、栀子，丹皮以清血中之伏火，炒山栀善清肝热，并导热下行。用治肝郁血虚有热之月经不调，以及经期吐衄等。黑逍遥散，逍遥散加熟地黄以滋补精血，主治逍遥散证而血虚较甚者。

【鉴别】逍遥散与四逆散均具疏肝理气之功。但四逆散专于疏泄肝郁，主治阳郁厥逆或肝脾不和之证。逍遥散除疏肝解郁外，又有养血健脾之功，主治肝郁血虚脾弱证。

要点三　痛泻要方《丹溪心法》

【组成】白术三两　白芍药二两　陈皮一两五钱　防风一两

【用法】水煎服。

【功用】补脾柔肝，祛湿止泻。

【主治】脾虚肝旺之痛泻。肠鸣腹痛，大便泄泻，泻必腹痛，泻后痛缓，舌苔薄白，脉两关不调，左弦而右缓者。

【组方原理】本方证由土虚木乘，肝脾不和所致。治宜补脾柔肝，祛湿止泻。方中白

术补脾燥湿以治土虚，为君药。白芍柔肝缓急止痛，与白术相配，于土中泻木，为臣药。陈皮理气燥湿，醒脾和胃，为佐药。配伍少量防风，与白术、白芍相伍，辛香以疏肝脾，且有燥湿以助止泻之功，又为脾经引经药，为佐使之用。四药相合，补脾胜湿而止泻，柔肝理气而止痛，使脾健肝柔，痛泻自止。

【鉴别】逍遥散与痛泻要方均可治肝郁脾虚之证。但痛泻要方以治脾为主，兼事柔肝，主治脾虚肝旺之痛泻。逍遥散疏肝与健脾之力相当，又有养血之功，主治肝郁血虚脾弱证。

细目四　调和肠胃

要点　半夏泻心汤《伤寒论》

【组成】半夏半升　黄芩　干姜　人参各三两　黄连一两　大枣十二枚　甘草（炙）三两

【用法】水煎服。

【功用】寒热平调，消痞散结。

【主治】寒热错杂之痞证。心下痞，但满而不痛，或呕吐，肠鸣下利，舌苔腻而微黄。

【组方原理】本方证由外邪乘虚入内，中虚失运，升降失常，寒热互结于心下所致。治宜寒热平调，散结消痞。方中以半夏为君，散结除痞，降逆止呕。臣以干姜，温中散寒；黄芩、黄连泻热开痞。以上四味相伍，具有寒热平调、辛开苦降之效。人参、大枣甘温益气，以补脾虚，为佐药。使以甘草补脾和中而调诸药。全方寒热互用以和其阴阳，苦辛并进以调其升降，补泻兼施以顾其虚实，体现寒热并用、辛开苦降、补泻兼施之配伍特点。

【附方】生姜泻心汤即半夏泻心汤减干姜二两，加生姜四两而成，意在和胃而降逆，宣散水气而消痞满，配合辛开苦降、补益脾胃之品，适于水热互结于中焦，脾胃升降失常之痞证。甘草泻心汤，即半夏泻心汤加重炙甘草用量而成，重在调中补虚，适于胃气虚弱，寒热错杂之痞证。

（李冀）

第五单元　清热剂

细目一　概述

要点一　清热剂的适用范围

清热剂适用于里热证，凡温热疫毒邪气入侵气分、营血、脏腑或五志过极，脏腑阳气偏胜，生热化火而致里热证，见身热、恶热、口渴喜冷饮、小便黄赤、舌红苔黄、脉数等

症状者，均为清热剂的适应范围。

要点二　清热剂的应用注意事项

清热剂须在表证已解，里热炽盛，或里热尚未结实的情况下应用。热邪伤阴者忌用苦寒药。假热而真寒之象，不可误用寒凉。对于热邪炽盛，服清热剂入口即吐者，可于清热剂中少佐温热药，或采用凉药热服法，此即反佐法。

细目二　清气分热

要点一　白虎汤《伤寒论》

【组成】石膏一斤　知母六两　甘草（炙）二两　粳米六合

【用法】以水煮米熟汤成，温服。

【功用】清热生津。

【主治】阳明、气分热盛证。壮热面赤，烦渴引饮，汗出恶热，脉洪大有力。

【组方原理】本方证乃伤寒化热内传阳明之经，或温邪传入气分之热盛证。治当清热生津。方中重用石膏为君，清阳明、气分大热，又止渴除烦。臣以知母，既助石膏清肺胃之热，又滋阴润燥救已伤之阴津。君臣相须为用，为阳明、气分大热之最佳配伍。粳米、炙甘草益胃生津，亦可防石膏大寒伤中之弊，均为佐药。炙甘草兼以调和诸药，为使药。四药相伍，共奏清热生津、止渴除烦之效。

【常用加减】若胃热津伤明显而见烦渴引饮，甚或消渴者，加天花粉、芦根、麦门冬，以增强清热生津之力；胃热化燥成实而兼见大便秘结者，加大黄、芒硝以泻热攻积；气血两燔，引动肝风而见神昏谵语、抽搐者，加羚羊角、水牛角以凉肝息风。

【附方】白虎加人参汤，即本方加人参，主治气分热盛，气津两伤，兼见背微恶寒，或饮不解渴，或脉浮大而芤，及暑病见有身大热，属气津两伤者；白虎加桂枝汤，本方加桂枝，主治温疟，症见其脉如平、身无寒但热、骨节疼烦、时呕，以及风湿热痹，见壮热、气粗烦躁、关节肿痛、口渴、苔白、脉弦数；白虎加苍术汤，本方加苍术，主治湿温病，症见身热胸痞、汗多、舌红苔黄腻，以及风湿热痹，身大热、关节肿痛等。

要点二　竹叶石膏汤《伤寒论》

【组成】竹叶二把　石膏一斤　半夏半升　麦冬一升　人参二两　甘草（炙）二两　粳米半升

【用法】水煎服。

【功用】清热生津，益气和胃。

【主治】伤寒、温病、暑病，余热未清，气津两伤证。身热多汗，心胸烦闷，气逆欲呕，口干喜饮，或虚烦不寐，舌红苔少，脉虚数。

【组方原理】本方证乃热病后期，余热未清，气津两伤，胃气不和所致。治当清热生津，益气和胃。方中石膏清热除烦，为君；麦冬养阴生津，兼除暑热，为臣；佐以人参益气升清，半夏苦燥降逆。二药相伍，脾升胃降，呕逆自除。半夏性温而燥，然倍用麦冬，

则燥性去而降逆之用存。竹叶清热除烦，为佐。甘草、粳米和中养胃为佐使。诸药相伍，共奏清热生津、益气和胃之效。本方清而不寒，补而不滞。

【鉴别】竹叶石膏汤与白虎汤均治气分热证。然白虎汤所治为正实邪盛之证，而竹叶石膏汤所治则为余热未清而气津两伤之证，为清泻之剂。因热邪已减，增气阴两伤之证，故于白虎汤中去知母，加人参、麦冬、竹叶、半夏。方中既有石膏、竹叶之清热除烦；又有人参、麦冬之两补气阴，合为清补两顾之剂。

细目三　清营凉血

要点一　清营汤《温病条辨》

【组成】犀角三钱（水牛角代）　生地五钱　元参三钱　竹叶心一钱　麦冬三钱　丹参二钱　黄连一钱五分　银花三钱　连翘（带心）二钱

【用法】水煎服。

【功用】清营解毒，透热养阴。

【主治】邪热入营证。身热夜甚，神烦少寐，时有谵语，目常喜开或喜闭，口渴或不渴，斑疹隐隐，舌绛而干，脉数或细数。

【组方原理】本方证乃邪热内传营分，耗伤营阴所致。治宜清营解毒为主，辅以透热养阴。方用犀角（水牛角代）清解营分之热毒为君。生地凉血滋阴，麦冬清热养阴生津，玄参滋阴降火解毒。三药即为增液汤，养阴生津，清营凉血解毒，共为臣药。银花、连翘清热解毒，芳香透散，使营分热邪透转气分而解，宗叶氏“入营犹可透热转气”之说；黄连清心解毒；竹叶心专清心热；丹参清热凉血，并能散瘀以防血与热结，共为佐药。诸药相伍，共奏清营解毒、透热养阴之效。本方以清营解毒为主，养阴生津与透热转气为辅。

要点二　犀角地黄汤（芍药地黄汤）《小品方》，录自《外台秘要》

【组成】犀角屑（水牛角代）一两　地黄半斤　芍药三分　丹皮一两

【用法】水煎。水牛角镑片，先煎，余药后下。

【功用】清热解毒，凉血散瘀。

【主治】

1. 热入血分证。身热谵语，斑色紫黑，舌绛起刺，脉细数；或喜忘如狂；或漱水不欲咽，大便色黑易解等。

2. 热伤血络证。斑色紫黑、吐血、衄血、便血、尿血等，舌红绛，脉数。

【组方原理】本方证由热毒深入血分，耗血动血所致。治当清热解毒，凉血散瘀。方中君药犀角（水牛角代）清热凉血，清心解毒。生地凉血滋阴生津，既助犀角清热凉血，又能养血，为臣药。丹皮、白芍凉血散瘀为佐药，其中白芍助生地养血敛阴；丹皮既能凉血以止血，且使止血不留瘀。诸药配伍，共奏清热解毒、凉血散瘀之效。本方凉血与散瘀并用，使热清血宁而无耗血动血之虑，凉血止血而无冰伏留瘀之弊。

【鉴别】犀角地黄汤与清营汤均可治疗热入营血证。但犀角地黄汤于清热解毒之中配伍泻热散瘀药，寓凉血散血之意，用治热入血分而见耗血、动血之证。清营汤则是在清营

解毒养阴中伍以轻清宣透之品，寓有“透热转气”之意，适于热邪初入营分尚未动血之证。

细目四　清热解毒

要点一　黄连解毒汤《肘后备急方》，名见《外台秘要》引崔氏方

【组成】黄连三两　黄芩　黄柏各二两　栀子十四枚

【用法】水煎服。

【功用】泻火解毒。

【主治】三焦火毒证。大热烦躁，口燥咽干，错语不眠；或热病吐血、衄血；或热甚发斑；或身热下利；或湿热黄疸；或外科痈肿疔毒，小便黄赤，舌红苔黄，脉数有力。

【组方原理】本方证由火毒充斥三焦所致。治宜泻火解毒，苦寒直折。方中君药黄连尤善泻心及中焦之火。臣以黄芩清泻上焦之火；黄柏清泻下焦之火。更配栀子通泻三焦之火，且可导热下行，为佐使之用。诸药相伍，共奏泻火解毒之效。

【常用加减】若兼大便秘结者，加大黄，以通腑泻火；火毒发斑，斑色紫黑或吐血、衄血者，可合犀角地黄汤，以清热凉血；湿热疫毒发黄者，加水牛角、茵陈、大黄，以凉血解毒、利胆退黄；疔疮肿毒者，加蒲公英、银花、连翘，以增强清热解毒之力。

要点二　凉膈散《太平惠民和剂局方》

【组成】川大黄　朴硝　甘草（爁）各二十两　山栀子仁　薄荷叶　黄芩各十两　连翘二斤半

【用法】加白蜜、竹叶少许，水煎服。

【功用】泻火通便，清上泻下。

【主治】上中二焦火热证。烦躁口渴，面热头昏，舌肿目赤，口舌生疮，咽痛鼻衄，或睡卧不宁，谵语狂妄，便秘溲赤，或大便不畅，舌红苔黄，脉滑数。

【组方原理】本方证由脏腑郁热，聚于胸膈所致。治宜泻火通便，清上泻下。方中重用连翘清热解毒，祛上焦之热，为君药；黄芩清胸膈郁热；山栀子通泻三焦，引火下行；大黄、芒硝泻火通便，“以泻代清”，共为臣药。薄荷、竹叶轻清疏散，兼有“火郁发之”之义；白蜜少许，润燥生津，共为佐药。使以甘草调和药性。诸药相伍，共奏泻火通便、清上泻下之效。全方清上与泻下并行，所谓“以泻代清”之法。

要点三　普济消毒饮《东垣试效方》

【组成】黄芩　黄连各半两　人参三钱　橘红　玄参　生甘草各二钱　连翘　板蓝根　马勃　黍粘子各一钱　白僵蚕（炒）　升麻各七分　柴胡　桔梗各二钱

【用法】水煎服。

【功用】清热解毒，疏风散邪。

【主治】大头瘟。恶寒发热，头面红肿燉痛，目不能开，咽喉不利，舌燥口渴，舌红苔黄，脉浮数有力。

【组方原理】本方证由风热疫毒之邪，壅于上焦，攻冲头面所致。治宜疏散上焦风热，清解上焦疫毒。方中重用黄连、黄芩清泻心肺热毒，为君。牛蒡子（黍粘子）、连翘、僵蚕辛凉疏散上焦头面风热，为臣。玄参、马勃、板蓝根增强清热解毒之力，橘红理气消壅，人参扶正祛邪，桔梗、甘草清利咽喉，共为佐药。升麻、柴胡疏散风热，既引药上行，又有“火郁发之”之意，为佐使药。诸药配伍，共奏清热解毒、疏散风热之效。

本方出自《东垣试效方》，方中有人参，但其论述中有薄荷而无人参。后世《普济方》、《医方集解》等从其论，用薄荷而不用人参，薄荷之用意在疏散上焦之热，且清利咽喉。

要点四　仙方活命饮（神仙活命饮）《女科万金方》

【组成】白芷六分　贝母　防风　赤芍药　生归尾　甘草节　皂角刺（炒）　穿山甲（炙）　天花粉　乳香　没药各一钱　金银花　陈皮各三钱

【用法】水煎或水酒各半煎服。

【功用】清热解毒，消肿溃坚，活血止痛。

【主治】痈疡肿毒初起。红肿燠痛，或身热凛寒，苔薄白或黄，脉数有力。

【组方原理】本方证由热毒内壅，气滞血瘀痰结所致。治当清热解毒，理气活血，消肿止痛。方中金银花清热解毒，为治阳证疮疡肿毒之要药，重用为君。归尾、赤芍、乳香、没药、陈皮行气活血通络，消肿止痛，共为臣。白芷、防风透达营卫，散结消肿；贝母、天花粉清热化痰，散结排脓，可使脓未成即消；山甲、皂角刺通行经络，透脓溃坚，可使脓成即溃，均为佐药。甘草清热解毒，调和诸药。煎药加酒者，借其通瘀而行周身，助药力直达病所，共为佐使。诸药合用，共奏清热解毒、消肿溃坚、活血止痛之效。脓未成者可使之消散；脓已成者可使其外溃。故本方乃为治阳证疮疡肿毒之良方。本方为“疡门开手攻毒之第一方也”。

细目五　清脏腑热

要点一　导赤散《小儿药证直诀》

【组成】生地黄　木通　生甘草梢各等分

【用法】入竹叶水煎。

【功用】清心利水养阴。

【主治】心经火热证。心胸烦热，口渴面赤，意欲饮冷，以及口舌生疮；或心热移于小肠，小溲赤涩刺痛，舌红，脉数。

【组方原理】本方证由心经火热或心热下移小肠所致。治当清心利水养阴。方中木通入心、小肠经，降火利水；生地入心、肾经，清热养阴以制心经火热。二药合用，清心养阴而不恋邪，利水通淋而不伤阴，共为君药。竹叶清心除烦，淡渗利水，导心经火热下行，为臣药。生甘草梢泻火解毒，可直达茎中而止痛，防木通、生地之寒凉伤胃，并能调和诸药，为佐使。四药配伍，共奏清心利水养阴之功。

要点二　龙胆泻肝汤《医方集解》

【组成】龙胆草（酒炒）　黄芩（炒）　栀子（酒炒）　泽泻　木通　车前子　当

归（酒炒）　柴胡　生甘草　生地黄（酒炒）

【用法】水煎服。

【功用】清泻肝胆实火，清利肝经湿热。

【主治】

1. 肝胆实火上炎证。头痛目赤，胁痛口苦，耳聋，耳肿，舌红苔黄，脉弦数有力。

2. 肝经湿热下注证。阴肿，阴痒，阴汗，小便淋浊，妇女带下黄臭等，舌红苔黄腻，脉弦数有力。

【组方原理】本方证由肝胆实火上炎，或湿热循经下注所致。治当清泻肝胆实火，清利肝经湿热。方用龙胆草大苦大寒，上清肝胆实火，下利肝经湿热，两擅其功，为君药。黄芩、栀子清上导下，增君药泻火除湿之力；泽泻、木通、车前子导湿热下行，使邪有出路，共为臣药。生地、当归滋阴养血，防苦燥渗利伤阴；柴胡疏畅肝胆之气，并引诸药入肝胆，伍生地、当归以适肝体阴用阳之性，俱为佐药。甘草调和诸药，为使药。诸药相伍，共奏清泻肝胆实火、清利肝经湿热之效。

要点三　左金丸《丹溪心法》

【组成】黄连六两　吴茱萸一两

【用法】为丸。

【功用】清肝泻火，降逆止呕。

【主治】肝火犯胃证。胁肋疼痛，嘈杂吞酸，呕吐口苦，舌红苔黄，脉弦数。

【组方原理】本方证由肝郁化火，横逆犯胃而成。治当清肝泻火为主，兼以降逆止呕。方中重用黄连为君，清泻肝火，肝火得清自不横逆犯胃；又善清泻胃火，一药两得。少佐辛热之吴茱萸，一则辛散以疏泄肝郁；二则佐制黄连苦寒之性，使泻火而无凉遏之弊；三则取其下气之用，助黄连和胃降逆；四则可引黄连入肝经，为佐使。二药配伍，共奏清肝泻火、降逆止呕之功。

【鉴别】左金丸与龙胆泻肝汤均可用治肝经实火，胁痛口苦之症，均有清肝泻火的作用。左金丸有降逆和胃之功而无清利湿热的作用，且泻火作用较弱，主要用于肝火犯胃之呕吐吞酸等；龙胆泻肝汤有清利湿热之功而无和胃降逆的作用，且泻火之力较强，主要用于肝经实火上攻之目赤耳聋，或湿热下注之淋浊阴痒等。

要点四　清胃散《脾胃论》

【组成】生地黄　当归身各三分　牡丹皮半钱　黄连六分　升麻一钱

【用法】水煎服。

【功用】清胃凉血。

【主治】胃火牙痛。牙痛牵引头疼，面颊发热，其齿喜冷恶热，或牙宣出血，或牙龈红肿溃烂，或唇舌颊腮肿痛，口气热臭，口干舌燥，舌红苔黄，脉滑数。

【组方原理】本方证为阳明胃中积热，循经上攻所致。治当清胃凉血。方中黄连直清胃腑之火，为君药。升麻清热解毒，有“火郁发之”之意。黄连得升麻，则泻火而无凉遏之弊；升麻得黄连，则散火而无升焰之虞。生地凉血滋阴；丹皮凉血清热，皆为臣药。当归引血归经，又养血活血，以助消肿止痛，为佐药。升麻兼以引经为使。诸药配伍，共奏

清胃凉血之功。

【常用加减】若口渴饮冷者，加重石膏用量，再加玄参、花粉以清热生津；若兼大便秘结者，加大黄以泻热通便，导火下行；若齿衄者，加牛膝导热引血下行。

要点五　玉女煎《景岳全书》

【组成】生石膏三至五钱　熟地三至五钱或一两　麦冬二钱　知母　牛膝各钱半

【用法】水煎服。

【功用】清胃热，滋肾阴。

【主治】胃热阴虚证。头痛，牙痛，齿松牙衄，烦热干渴，舌红苔黄而干。亦治消渴，消谷善饥等。

【组方原理】本方证乃阴虚胃热，相因为病。治宜清胃热，滋肾阴。方中石膏清阳明有余之热，为君药。熟地滋补肾水之不足，为臣药。君臣配伍，清胃热而滋肾阴。知母滋阴清热，既助石膏清阳明有余之热，又助熟地黄滋养肾阴；麦门冬滋阴养液，配熟地滋少阴肾水不足，而兼清胃热，共为佐药。牛膝引血下行，且能滋补肝肾，用为佐使药。诸药配伍，共奏清胃热、滋肾阴之效。本方清胃与滋肾并进，虚实兼治，但以治实为主。

【鉴别】清胃散与玉女煎同治胃热牙痛，但清胃散重在清胃火，以黄连配升麻升散解毒，兼用生地、丹皮等凉血散瘀之品。功善清胃凉血，主治胃火炽盛之牙痛、牙宣等症。玉女煎以清胃热为主，而兼滋肾阴，石膏为君，配熟地、知母、麦冬等滋肾阴之品，并用牛膝引热下行，属清润兼降之剂。功善清胃热、滋肾阴，主治胃经有热而肾水不足之牙痛、牙宣等症。

要点六　泻白散《小儿药证直诀》

【组成】地骨皮　桑白皮（炒）各一两　甘草（炙）一钱

【用法】为末，加粳米一撮。

【功用】泻肺清热，止咳平喘。

【主治】肺热喘咳证。气喘，咳嗽，皮肤蒸热，日晡尤甚，舌红苔黄，脉细数。

【组方原理】本方证为肺有“伏火”郁热。治宜泻肺清热，止咳平喘。方中桑白皮清泻肺热，下气平喘，为君药。地骨皮甘寒入肺，助君药清降肺中伏火，为臣药。君臣相配，清泻肺中伏火郁热。粳米、炙甘草养胃和中，“培土生金”，共为佐使。四药配伍，共奏泻肺清热、止咳平喘之功。本方清中有润，泻中有补，对小儿“稚阴”之体具标本兼顾之功。

【鉴别】泻白散与麻杏甘石汤均有泻肺清热、止咳平喘之功。泻白散证属火热郁伏于肺所致，故以甘寒清润之桑白皮与地骨皮为主，意在清泻肺中伏火郁热，为清泻之剂；麻杏甘石汤证属外邪入里化热，壅遏于肺所致，以麻黄伍石膏，重在宣肺平喘，清泻肺热，为辛凉之剂。

要点七　苇茎汤《外台秘要》引自《古今录验方》

【组成】苇茎一升　薏苡仁半升　桃仁五十个　瓜瓣半升

【用法】水煎服。

【功用】清肺化痰，逐瘀排脓。

【主治】肺痈之痰热瘀血证。身有微热，咳嗽痰多，咳吐腥臭脓血，胸中隐隐作痛，舌红苔黄腻，脉滑数。

【组方原理】本方所治之肺痈由热毒壅肺，痰瘀互结所致。治宜清肺化痰，逐瘀排脓。君药苇茎，善清肺热，为治肺痈要药。薏苡仁清肺热以排脓；瓜瓣清热化痰，利湿排脓，共为臣药。桃仁活血逐瘀，可助消痈，为佐药。全方药仅四味，相合而用，具清热逐瘀排脓之效，对于肺痈脓未成者，可使之消散；脓已成者，可祛瘀排脓，则肺痈可愈。

要点八　葛根黄芩黄连汤《伤寒论》

【组成】葛根半斤　甘草（炙）二两　黄芩三两　黄连三两

【用法】先煮葛根，后内诸药，分温再服。

【功用】解表清里。

【主治】协热下利证。身热下利，胸脘烦热，口中作渴，喘而汗出，舌红苔黄，脉数或促。

【组方原理】本方证因伤寒表证未解，邪陷阳明所致。治当外解肌表，内清肠胃。方中重用葛根为君，解肌发表以散热，升发脾胃清阳而止利。臣以黄芩、黄连清热燥湿，厚肠止利。使以甘草甘缓和中，调和诸药。四药合用，外疏内清，表里同治。原方用法中先煎葛根，则“解肌之力优而清中之气锐”。

要点九　芍药汤《素问病机气宜保命集》

【组成】芍药一两　当归　黄连各半两　槟榔　木香　甘草（炙）各二钱　大黄三钱　黄芩半两　官桂二钱半

【用法】水煎服。

【功用】清热燥湿，调和气血。

【主治】湿热痢疾。腹痛，便脓血，赤白相兼，里急后重，肛门灼热，小便短赤，舌苔黄腻，脉弦数。

【组方原理】本方证由湿热壅滞肠中，气血失调所致。治宜清热燥湿，调和气血。黄连、黄芩燥湿清热，合而清肠中湿热，为君。重用芍药养血和营，柔肝缓急；配以当归养血活血，即“行血则便脓自愈”。木香、槟榔行气导滞，乃“调气则后重自除”。四药相配，调和气血，共为臣药。佐入大黄泻热导滞，兼破瘀活血，属“通因通用”之法。少佐肉桂，取其辛热之性，既防苦寒药伤中及冰伏湿遏，又助归、芍以行血。使以甘草调和诸药，与芍药相配，更能缓急止痛。诸药合用，共奏清热燥湿、调和气血之效。本方清热燥湿与攻下积滞合用，柔肝理脾与调气和血并施。

【鉴别】芍药汤与白头翁汤同治痢疾。但芍药汤重用黄芩、黄连等清热燥湿止痢药配伍行气调血药组方，主治湿热并重、气血不和之痢疾，症见便脓血，赤白相兼。白头翁汤重用白头翁等清热凉血止痢之品，主治热重于湿、热毒深陷血分之痢疾，症见下痢脓血，赤多白少。

细目六　清虚热

要点一　青蒿鳖甲汤《温病条辨》

【组成】青蒿二钱　鳖甲五钱　细生地四钱　知母二钱　丹皮三钱

【用法】水煎服。

【功用】养阴透热。

【主治】热病后期，邪伏阴分证。夜热早凉，热退无汗，舌红苔少，脉细数。

【组方原理】本方证为温病后期，邪热未尽，深伏阴分，阴液已伤所致。治宜养阴与透邪兼顾。方中鳖甲咸寒，直入阴分，滋阴退热；青蒿苦辛芳香，清热透络，引邪外出，共为君药。二药配伍，吴瑭称“此有先入后出之妙，青蒿不能直入阴分，有鳖甲领之入也；鳖甲不能独出阳分，有青蒿领之出也”。生地滋阴凉血；知母滋阴降火，共助鳖甲以养阴退虚热，为臣药。丹皮泻血中伏火，为佐药。诸药配伍，共奏养阴透热之功。

要点二　当归六黄汤《兰室秘藏》

【组成】当归　生地黄　黄芩　黄柏　黄连　熟地黄各等分　黄芪加一倍

【用法】水煎服。

【功用】滋阴泻火，固表止汗。

【主治】阴虚火旺之盗汗。发热盗汗，面赤心烦，口干唇燥，大便干结，小便黄赤，舌红苔黄，脉数。

【组方原理】本方证由阴虚火扰所致。治宜滋阴泻火，固表止汗。方中生地、熟地、当归滋阴养血，使阴血充则水能制火，共为君药。臣以黄连清泻心火，合黄芩、黄柏泻火以除烦，清热以坚阴。倍用黄芪既益气实卫以固表，又可合熟地、当归以益气养血，亦为臣药。诸药配伍，共奏滋阴泻火、固表止汗之功。本方养血育阴与泻火除热并进，标本兼顾；益气固表与育阴泻火相配，育阴泻火为本，益气固表为标。

（袁宝权）

第六单元　祛暑剂

细目一　概述

要点一　祛暑剂的适用范围

祛暑剂适用于夏月感受暑邪之病，症见恶寒发热，吐泻腹痛，或身热面赤，烦渴喜饮，体倦汗多，小便不利，脉数等。

要点二　祛暑剂的应用注意事项

当辨暑病的性质属阴属阳。暑多夹湿，祛暑剂每多配伍祛湿药，应用本类方剂时须注意暑与湿的主次轻重。

细目二　祛暑解表

要点　香薷散《太平惠民和剂局方》

【组成】香薷一斤　白扁豆　厚朴各半斤

【用法】水煎或加酒少量同煎。

【功用】祛暑解表，化湿和中。

【主治】阴暑。恶寒发热，头重身痛，无汗，腹痛吐泻，胸脘痞闷，舌苔白腻，脉浮。

【组方原理】本方证乃夏月乘凉饮冷，外感风寒，内伤于湿所致。治当祛暑解表，化湿和中。方中香薷辛香，为夏月祛暑解表之要药，重用为君。厚朴行气除满，燥湿化滞为臣。白扁豆健脾和中，渗湿消暑为佐。入酒少许意在温通经脉，助药力通达全身。

【常用加减】若兼内热者，加黄连以清热泻火；湿盛于里者，加茯苓、甘草以健脾利湿；胸闷、腹胀、腹痛甚者，加砂仁、藿香、枳壳以行气醒脾。

细目三　祛暑利湿

要点　六一散《黄帝素问宣明方论》

【组成】滑石六两　甘草一两

【用法】包煎，或温开水调下。

【功用】清暑利湿。

【主治】暑湿证。身热烦渴，小便不利，或泄泻。

【组方原理】本方证乃暑热夹湿所致。治宜清暑利湿。方中滑石为君，清解暑热而除烦止渴，渗利小便使暑湿之邪从下而泄。甘草生用为臣，清热泻火，益气和中，与滑石配伍，可防滑石寒滑伤胃，亦可甘寒生津，使小便利而津液不伤。本方药性平和，清热而不留湿，利水而不伤阴。

【附方】益元散，本方加辰砂三钱；功用：清暑利湿，镇惊安神；主治：暑湿证，烦渴多汗，心悸怔忡，失眠多梦，小便不利。碧玉散，本方加青黛；功用：祛暑利湿，清热解毒；主治：暑湿证兼肝胆郁热，目赤咽痛，或口舌生疮。鸡苏散，本方加薄荷叶末一分；功用：清暑利湿，辛凉解表；主治：暑湿证兼微恶风寒，头痛头胀，咳嗽不爽。

细目四　清暑益气

要点　清暑益气汤《温热经纬》

【组成】西洋参　石斛　麦冬　黄连　竹叶　荷梗　知母　甘草　粳米　西瓜翠衣

【用法】水煎服。

【功用】清暑益气，养阴生津。

【主治】暑热气津两伤证。身热汗多，口渴心烦，小便短赤，体倦少气，精神不振，脉虚数。

【组方原理】本方证由暑热耗伤气津所致。治当清热解暑，养阴生津。方中西洋参益气生津，养阴清热；西瓜翠衣清热解暑，生津止渴，共为君药。荷梗助西瓜翠衣清热解暑；石斛、麦冬助西洋参养阴生津，且石斛兼能清热，麦冬兼能清心除烦，共为臣药。黄连泻火以助清热之力；知母泻火滋阴；竹叶清热除烦，均为佐药。甘草、粳米益胃和中，用为佐使药。诸药合用，具有清暑益气、养阴生津之功。

【鉴别】清暑益气汤与竹叶石膏汤皆可治暑热耗伤气津之证，症见身热汗多、口渴心烦、脉虚数等。但竹叶石膏汤以石膏与麦冬为主，功善清热泻火养阴，辅以人参、半夏调和脾胃，重在清解余热，兼以益气生津和胃。清暑益气汤以西洋参、石斛、麦冬为主，功善益气养阴，重在益气养阴生津。

（袁宝权）

第七单元　温里剂

细目一　概述

要点一　温里剂的适用范围

温里剂适用于里寒证。凡外寒传经入里或寒邪直中三阴，或素体阳虚，或误治，或过食寒凉伤阳，皆可形成里寒证。症见畏寒肢凉，脘腹疼痛，口淡不渴，甚则四肢厥逆，恶寒蜷卧，舌质淡，脉沉迟等，均为温里剂之适应范围。

要点二　温里剂的应用注意事项

真热假寒证禁用。温热药易伤阴血，素体阴虚或失血之人应慎用。若阴寒太盛，或真寒假热，服药即吐者，可反佐少量寒凉药物，或热药冷服，避免格拒。

细目二　温中祛寒

要点一　理中丸《伤寒论》

【组成】人参　干姜　甘草（炙）　白术各三两

【用法】为丸。

【功用】温中祛寒，补气健脾。

【主治】

1. 脾胃虚寒证。脘腹疼痛，喜温喜按，恶心呕吐，不欲饮食，大便稀溏，畏寒肢冷，口不渴，舌淡苔白，脉沉细或沉迟无力。

2. 阳虚失血证。便血、衄血或崩漏等，血色暗淡或清稀。

3. 胸痹、小儿慢惊、病后喜唾涎沫、霍乱等属中焦虚寒者。

【组方原理】本方证或因素体脾胃虚弱，或因寒凉伤及脾胃，或因外寒直中中焦所致。治当温中祛寒，补气健脾。方以干姜为君，温阳散寒。人参为臣，补益脾气。佐以白术燥湿运脾，与干姜相配，一温一燥，可使脾阳强，湿浊化，运化复常。佐使炙甘草，助人参、白术补脾益气；与干姜相配，辛甘化阳，以增强散寒之力；又可调和诸药。全方一温一补一燥，温补并用，以温为主，温中寓补，兼以燥湿。本方在《金匮要略》中作汤剂，名“人参汤”，主治胸痹之证。

胸痹、阳虚失血、小儿慢惊、病后涎唾等病证多属中阳不足者，应用本方温中散寒，补气健脾，是治病求本，异病同治之理。

【附方】附子理中丸，理中丸加附子；功用：温阳祛寒，补气健脾；主治：脾胃沉寒痼冷，或脾肾虚寒证，症见脘腹冷痛，手足厥寒，呕吐泄利，或霍乱吐利转筋等。桂枝人参汤，理中丸加桂枝；功用：温阳健脾，解表散寒；主治：脾胃虚寒，复感风寒表邪者。

要点二　小建中汤《伤寒论》

【组成】桂枝三两　甘草（炙）二两　大枣十二枚　芍药六两　生姜三两　胶饴一升

【用法】水煎取汁，兑入饴糖，文火加热熔化。

【功用】温中补虚，和里缓急。

【主治】中焦虚寒，肝脾失调，阴阳不和证。脘腹拘急疼痛，时轻时重，喜温喜按，神疲乏力；或心中悸动，虚烦不宁；或四肢酸楚，手足烦热，咽干口燥，舌淡苔白，脉细弦。

【组方原理】本方证由中焦虚寒，肝脾失调，阴阳不和所致。病机虽多，但以中焦虚寒，肝脾失和为要。治宜温补中焦为主，兼以调和肝脾，滋阴和阳。方中重用甘温质润之饴糖，温中补虚，缓急止痛，一药两擅其功而为君。臣以桂枝温阳气，祛寒气。饴糖与桂枝相伍，辛甘化阳，温中益气，使中气健旺，不受肝木之侮。臣以芍药，滋养营阴；与饴糖相伍，酸甘化阴而缓急止痛；与桂枝相配，调和营卫，燮理阴阳。佐以生姜，助桂枝温胃散寒；大枣助饴糖补益脾虚。姜枣合用，又可调营卫，和阴阳。佐使炙甘草，益气补虚，配芍药缓急止痛，又调和诸药。本方重在温补中焦，建立中气，故名“建中”。

【附方】黄芪建中汤，本方加黄芪一两半；功用：温中补气，和里缓急；主治气虚明显者，症见脘腹拘急疼痛，喜温喜按，形体羸瘦，面色无华，心悸气短，自汗盗汗等。当归建中汤，本方加当归四两；功用：温补气血，缓急止痛；主治血虚甚者，或产后虚羸不足，腹中疼痛不已，吸吸少气，或小腹拘急挛痛引腰背，不能饮食者。

【鉴别】小建中汤与理中丸同为温中祛寒之剂。小建中汤以甘温补脾柔肝为主，兼以调和阴阳，主治中焦虚寒，肝脾失和，腹痛拘急，兼有阴阳失调之证。理中丸则纯用温补，温中祛寒，补气健脾，主治中焦脾胃虚寒证，腹痛隐隐等。

要点三　吴茱萸汤《伤寒论》

【组成】吴茱萸一升　人参三两　生姜六两　大枣十二枚

【用法】水煎服。

【功用】温中补虚，降逆止呕。

【主治】

1. 胃寒呕吐证。食谷欲呕，或兼胃脘疼痛，吞酸嘈杂，舌淡，脉沉弦而迟。

2. 肝寒上逆证。干呕吐涎沫，头痛，巅顶痛甚，舌淡，脉沉弦。

3. 肾寒上逆证。呕吐下利，手足厥冷，烦躁欲死，舌淡，脉沉细。

【组方原理】本方主治有三证，病机则同属虚寒之邪上逆犯胃所致。治当温中补虚，降逆止呕。方中吴茱萸上可温胃寒，下可暖肝肾，又能降逆止呕，一药三擅其功而为君。重用生姜为臣，温胃散寒，降逆止呕。佐以人参，补益脾胃之虚；佐使以大枣，益气补脾，调和诸药。四药相伍，共奏温中补虚、降逆止呕之功。全方肝、肾、胃同治，温、降、补并施。

【鉴别】

1. 理中丸与吴茱萸汤均可治中焦虚寒证。但理中丸温中祛寒，补气健脾，为治脾胃虚寒，腹痛吐利之基础方。吴茱萸汤以温胃降逆为主，兼补中虚，为治胃寒呕吐、肝寒及肾寒上逆之经典方。

2. 吴茱萸汤与左金丸皆治肝木犯胃之呕吐。但吴茱萸汤所治为肝寒上犯于胃而致胃脘疼痛，吞酸嘈杂，呕吐涎沫等。左金丸所治则为肝火犯胃之嘈杂吞酸，呕吐口苦等。

细目三　回阳救逆

要点　四逆汤《伤寒论》

【组成】甘草（炙）二两　干姜一两半　附子（生用）一枚

【用法】水煎服。

【功用】回阳救逆。

【主治】心肾阳衰之寒厥证。四肢厥逆，神衰欲寐，面色苍白，恶寒蜷卧，腹痛下利，呕吐不渴，甚则冷汗淋漓，舌淡苔白滑，脉微欲绝，以及误汗亡阳者。

【组方原理】本方证系阴寒内盛，阳气衰微所致。治宜大辛大热之品，速回阳气，破散阴寒，以挽垂危之急。方以大辛大热之生附子为君，温壮元阳，破散阴寒，以救助心肾

阳气。附子生用能迅达周身内外，是“回阳救逆第一品药”。臣以辛热之干姜，散寒助阳通脉。君臣相须为用，使阳气复，阴寒散，血脉通，为回阳救逆的最佳配伍。佐使炙甘草，一有益气补虚之效；二则缓干姜、生附子峻烈之性，使其破阴回阳而无暴散虚阳之虞；三则调和药性，使药力持久。

【附方】通脉四逆汤，本方加重干姜、附子用量；功用：回阳复脉；主治：四逆汤证更见“身反不恶寒，其人面色赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不出”等。四逆加人参汤，本方加人参；功用：回阳救逆，益气固脱；主治：四逆汤证利止而余症仍在，甚见气短、气促者。白通汤，本方去甘草，减干姜用量，再加葱白；功用：破阴回阳，宣通上下；主治：少阴病阴盛戴阳证，症见手足厥逆，下利，脉微，面赤者。

【鉴别】四逆汤与参附汤均有回阳救逆之功，然四逆汤以生附子配干姜，重在温壮元阳，破散阴寒，以回阳救逆；参附汤则重用人参配炮附子，意为峻补阳气以救暴脱之剂。

细目四　温经散寒

要点一　当归四逆汤《伤寒论》

【组成】当归　桂枝　芍药　细辛各三两　甘草（炙）　通草各二两　大枣二十五枚

【用法】水煎服。

【功用】温经散寒，养血通脉。

【主治】血虚寒厥证。手足厥寒，口不渴，舌淡苔白，脉沉细或细而欲绝。或腰、股、腿、足、肩臂疼痛兼见畏寒肢冷者。

【组方原理】本方证由素体营血虚弱，感受寒邪，血行不畅所致。治当温经补血，散寒通脉。方由桂枝汤去生姜，倍大枣，加当归、通草、细辛变化而来。桂枝温经散寒，温通血脉；细辛通达表里，温散寒凝，共为君药。当归养血和血；白芍滋养阴血，共为臣药。君臣相伍，一则散寒通脉，一则温补营血。佐入通草，通行经脉。重用大枣与甘草相伍，补中健脾而益气血，又防燥烈之品伤及阴血。全方温、补、通三者并用，温中有补，补中兼行，扶正驱邪，标本兼顾。

【常用加减】若腰、股、腿、足疼痛，属血虚寒凝者，加川断、牛膝、鸡血藤、木瓜等活血通经，除痹止痛；内有胃寒，呕吐腹痛者，加吴茱萸、生姜温胃散寒，降逆止呕；妇女血虚寒凝，经期腹痛，及男子寒疝，睾丸掣痛，牵引少腹冷痛，肢冷脉弦者，加乌药、茴香、良姜、香附等温行厥阴，理气止痛。

要点二　阳和汤《外科证治全生集》

【组成】熟地黄一两　麻黄五分　鹿角胶三钱　白芥子二钱　肉桂一钱　生甘草一钱　炮姜炭五分

【用法】水煎服。

【功用】温阳补血，散寒通滞。

【主治】阴疽。漫肿无头，皮色不变，酸痛无热，口中不渴，舌淡苔白，脉沉细或迟细。或贴骨疽、脱疽、流注、痰核、鹤膝风等属阴寒证者。

【组方原理】本方证多由素体阳虚，营血不足，寒凝痰滞而成。治当温阳气，补营血以治其本；散寒邪，化痰浊，通凝滞以治其标。方以熟地黄温补营血，补肾填精；鹿角胶补肾助阳，益精血，强筋骨，合而为君。臣以肉桂、姜炭温阳散寒通脉。佐以辛温之白芥子，祛皮里膜外之痰结。更佐少量麻黄开泄腠理，宣通经络，伍肉桂、姜炭温散寒凝。使以生甘草解毒而调和诸药。本方温阳与补血并用，祛痰与通脉兼施，温补而不恋邪，辛散而不伤正。

【鉴别】阳和汤与仙方活命饮均可治疮疡痈肿。但阳和汤所治属阴寒证，多由素体阳虚，营血不足，寒凝痰滞而成，方以温阳与补血并用，祛痰与通脉兼施。仙方活命饮所治则属阳热证，多由热毒内壅，血瘀痰结气滞而成，方于清热解毒之中，伍以活血行气、散结消肿之品。

（袁宝权）

第八单元　补益剂

细目一　概述

要点一　补益剂的适用范围及配伍规律

补益剂适用于各种虚证，包括气虚、血虚、气血两虚、阴虚、阳虚、阴阳两虚等。

气虚重者应适当补血，血虚重者应适当补气。若血虚急证与大失血而致血虚者，尤当着重补气。补阴方中常佐以温阳之品，补阳方中每配补阴之味。五脏之虚除直接补其虚外，亦可采取“虚则补其母”的治法。补益之药常少佐行气活血之品，以使其补而不滞。

要点二　补益剂的应用注意事项

应注意辨别虚实真假。补益剂多为滋腻之品，易碍胃气，故应酌加健胃消导之品。

细目二　补气

要点一　四君子汤《太平惠民和剂局方》

【组成】人参　白术　茯苓　甘草（炙）各等分

【用法】水煎服。

【功用】益气健脾。

【主治】脾胃气虚证。面色萎白，语声低微，气短乏力，食少便溏，舌淡苔白，脉虚弱。

【组方原理】本方证由脾胃气虚，运化乏力所致。治宜补益脾胃之气。本方以人参为君，甘温益气，健补脾胃。臣以白术，既补脾胃之气，又运脾燥湿。佐以茯苓健脾利湿，

又使参、术补而不滞。炙甘草补脾益气，兼调和诸药，为佐使。四药皆为甘温和缓之品，而呈君子中和之性，故以“君子”为名。

【附方】异功散，本方加陈皮，功兼行气化滞，适用于脾胃气虚兼气滞证；六君子汤，本方加半夏、陈皮，功兼和胃燥湿，适于脾胃气虚兼痰湿证；香砂六君子汤，本方加半夏、陈皮、木香、砂仁，功善益气和胃，行气化痰，适于脾胃气虚，痰阻气滞证。

要点二　参苓白术散《太平惠民和剂局方》

【组成】莲子肉　薏苡仁　缩砂仁　桔梗各一斤　白扁豆一斤半　白茯苓　人参　甘草（炒）　白术　山药各二斤

【用法】上末枣汤调下。

【功用】益气健脾，渗湿止泻。

【主治】脾虚湿盛证。饮食不化，胸脘痞闷，肠鸣泄泻，四肢乏力，形体消瘦，面色萎黄，舌淡苔白腻，脉虚缓。

【组方原理】本方证由脾虚湿盛所致。治宜补益脾胃，渗湿止泻。方中人参、白术、茯苓益气健脾渗湿为君。臣以山药、莲子肉助君药以健脾益气，兼能止泻；白扁豆、薏苡仁助白术、茯苓以健脾渗湿。佐以砂仁醒脾和胃，行气化湿；桔梗宣肺利气，以通调水道，又能载药上行。炒甘草健脾和中，调和诸药，为佐使。本方兼能补益肺气，培土生金，故亦可用于肺损虚劳证。

【鉴别】参苓白术散与四君子汤均具益气健脾之功，但四君子汤补气健脾之功专，为治脾胃气虚之基础方；参苓白术散则补气健脾与祛湿止泻并重，为治脾虚夹湿之主方。

要点三　补中益气汤《内外伤辨惑论》

【组成】黄芪（病甚、劳役热甚者一钱）　甘草（炙）各五分　人参三分　当归二分　橘皮二分或三分　升麻二分或三分　柴胡二分或三分　白术三分

【用法】水煎服。

【功用】补中益气，升阳举陷。

【主治】

1. 脾胃气虚证。饮食减少，体倦肢软，少气懒言，面色㿠白，大便稀薄，脉虚软。

2. 气虚下陷证。脱肛，子宫脱垂，久泻，久痢，崩漏等，气短乏力，舌淡，脉虚者。

3. 气虚发热证。身热，自汗，渴喜热饮，气短乏力，舌淡，脉虚大无力。

【组方原理】本方证由饮食劳倦，损伤脾胃，清阳下陷所致。治宜补益脾胃中气，升阳举陷。方中重用黄芪补中益气，升阳固表，为君药。臣以人参、炙草、白术补气健脾，以增黄芪补益中气之功。当归养血和营，使血有所归；陈皮理气和胃，使补而不滞；以少量升麻、柴胡升阳举陷，助君药升提下陷之中气，共为佐药。炙甘草调和诸药，为使药。全方补气与升提并用，使气虚者补之，气陷者升之，甘温而能除热，亦可治气虚发热。

要点四　生脉散《医学启源》

【组成】人参五分　麦门冬五分　五味子七粒

【用法】水煎服。

【功用】益气生津，敛阴止汗。

【主治】

1. 温热、暑热，耗气伤阴证。汗多神疲，体倦乏力，气短懒言，咽干口渴，舌干红少苔，脉虚数。

2. 久咳伤肺，气阴两虚证。干咳少痰，短气自汗，口干舌燥，脉虚细。

【组方原理】本方证由感受暑热之邪，或温热病后期，伤气耗津所致。治宜补气养阴生津。方用人参为君，大补元气，并能止渴生津。臣以麦冬养阴，清热生津，且润肺止咳。五味子配人参补固正气，伍麦冬收敛阴津，为佐。三药一补一润一敛，共奏益气养阴、生津止渴、敛阴止汗之功。全方补正气以鼓动血脉，滋阴津以充养血脉，气阴生而脉气复。

【鉴别】生脉散与竹叶石膏汤均可治热病后期，气阴两伤，余热未尽之证。但竹叶石膏汤清热之力较强，兼以益气养阴，降逆和胃。生脉散重在益气养阴，生津止渴，敛阴止汗，适宜于热病后期，气阴两伤之重证。

要点五　玉屏风散《医方类聚》

【组成】防风一两　黄芪　白术各二两

【用法】研末，枣汤送服。

【功用】益气固表止汗。

【主治】表虚自汗。汗出恶风，面色㿠白，舌淡苔薄白，脉浮虚。亦治虚人腠理不固，易感风邪。

【组方原理】本方证由卫气虚弱，不能固表所致。治宜益气实卫，固表止汗。本方以黄芪为君，内可大补脾肺之气，外可固表止汗。臣以白术益气健脾，助黄芪补气固表之力。佐以防风走表而祛风邪，且“黄芪得防风而功愈大”，相畏而相激也。三药补中寓散，散不伤正，补不留邪。

【鉴别】玉屏风散与桂枝汤均治表虚自汗。然桂枝汤之自汗，由外感风寒，营卫不和所致，虽云表虚，但为表实。玉屏风散之自汗，是因卫气虚弱，腠理不固所致。二者均见汗出恶风，但桂枝汤证亦有发热、鼻鸣、身痛等外感表证。

细目三　补血

要点一　四物汤《仙授理伤续断秘方》

【组成】当归　川芎　白芍　熟干地黄各等分

【用法】水煎服。

【功用】补血调血。

【主治】营血虚滞证。头晕目眩，心悸失眠，面色无华，妇人月经不调，量少或经闭不行，脐腹作痛，甚或瘕块硬结，舌淡，口唇、爪甲色淡，脉细弦或细涩。

【组方原理】本方证由营血亏虚，血行不畅所致。治宜补血和血。方中熟地滋补营血为君。当归补血和血为臣。芍药养血敛阴，柔肝和营，为佐。川芎活血行气，祛瘀止痛，

使补而不滞，为使。四药重在滋补，且补中寓行，使补血而不滞血，行血而不伤血。

【常用加减】血热重者，易熟地为生地，用量宜重；血瘀重者，易白芍为赤芍；血虚重者，可加鹿角胶、阿胶，或适当加人参、黄芪。

【附方】胶艾汤，本方加阿胶、艾叶、甘草，侧重养血止血，兼以调经安胎，既可用于冲任虚损，血虚有寒之月经过多、产后下血不止，又可用治妊娠胎漏下血。桃红四物汤，本方加桃仁、红花，偏重活血化瘀，适用于血虚血瘀之月经不调、痛经。圣愈汤，本方加参、芪以补气摄血，适用于气血两虚而血失所统之月经先期量多。

要点二　当归补血汤《内外伤辨惑论》

【组成】黄芪一两　当归二钱

【用法】水煎服。

【功用】补气生血。

【主治】血虚阳浮发热证。肌热面赤，烦渴欲饮，脉洪大而虚，重按无力。亦治妇人经期、产后血虚发热头痛；或疮疡溃后，久不愈合者。

【组方原理】本方证由劳倦内伤，血虚气弱，阳气浮越所致。治宜补气生血。方中重用黄芪（五倍于当归），一为大补脾肺之气，使气旺血生，即“有形之血不能速生，无形之气所当急固”；二则固护肌表，摄纳浮阳。臣以少量当归养血和营，则阳生阴长，气旺血生，虚热自退。

要点三　归脾汤《正体类要》

【组成】白术　当归　白茯苓　黄芪　远志　龙眼肉　酸枣仁各一钱　人参一钱　木香五分　甘草（炙）三分

【用法】加生姜、大枣，水煎服。

【功用】益气补血，健脾养心。

【主治】

1. 心脾气血两虚证。心悸怔忡，健忘失眠，盗汗，体倦食少，面色萎黄，舌淡，苔薄白，脉细弱。

2. 脾不统血证。便血，皮下紫癜，妇女崩漏，月经超前，量多色淡，或淋沥不止，舌淡，脉细弱。

【组方原理】本方证因思虑过度，劳伤心脾，气血亏虚所致。治宜健脾养心，益气补血。方中黄芪补脾益气；龙眼肉补脾气，养心血，共为君药。人参、白术补脾益气，助黄芪补脾益气之力；当归补血养心，酸枣仁宁心安神，二药助龙眼肉补心血，安神志，均为臣药。佐以茯神养心安神；远志宁神益智；更佐木香，理气醒脾，使补而不滞。炙甘草补益心脾，调和诸药，为佐使。姜枣调和脾胃。全方心脾同治，以补脾为主；气血双补，以补气为重。

【常用加减】若崩漏下血偏寒者，可加炮姜炭、艾叶炭以温经止血；偏热者酌加生地炭、地榆炭以凉血止血。

细目四　气血双补

要点　炙甘草汤（复脉汤）《伤寒论》

【组成】甘草（炙）四两　生姜三两　桂枝三两　人参二两　生地黄一斤　阿胶二两　麦门冬半升　麻仁半升　大枣三十枚

【用法】水煎，阿胶烊化，冲服。

【功用】滋阴养血，益气温阳，复脉定悸。

【主治】

1. 阴血不足，阳气虚弱证。脉结代，心动悸，虚羸少气，舌光少苔，或质干而瘦小。

2. 虚劳肺痿。干咳无痰，或咳吐涎沫，量少，形瘦短气，虚烦不眠，自汗盗汗，咽干舌燥，大便干结，脉虚数。

【组方原理】本方原治“伤寒脉结代、心动悸”，至于虚劳肺痿，亦为气血阴阳皆亏所致。治宜补养阴阳气血。方中重用生地为君药，滋阴养血。臣以炙甘草益气养心；麦门冬滋养心阴；桂枝温通心阳。三药与生地相伍，可收气血阴阳并补之效。佐以人参补中益气；阿胶滋阴养血；麻仁滋阴润燥；大枣益气养血；生姜合桂枝以温通阳气，配大枣益脾胃，调阴阳，和气血。加酒可温通血脉，以行药势。全方滋而不腻，温而不燥，刚柔相济，相得益彰。

【常用加减】若气虚偏重，可加黄芪；血虚偏重，加熟地、当归；阳虚者易桂枝为肉桂，甚者可加鹿角胶、熟附子。

【附方】加减复脉汤由炙甘草汤化裁而成。因温病后期，热灼阴伤，故去益气温阳之人参、大枣、桂枝、生姜，加养血敛阴之白芍，变阴阳气血并补之剂为滋阴养液之方。

【鉴别】炙甘草汤与生脉散均有补肺气、养肺阴之功，可治疗肺气阴两虚之久咳不已。但炙甘草汤益气养阴作用较强，敛肺止咳之力不足，重在治本，偏于温补；而生脉散益气养阴之力虽不及本方，但伍用收敛之五味子，故止咳之功较著，偏于清补。

细目五　补阴

要点一　六味地黄丸（地黄丸）《小儿药证直诀》

【组成】熟地黄八钱　山萸肉　干山药各四钱　泽泻　牡丹皮　茯苓各三钱

【用法】为丸。

【功用】滋补肝肾。

【主治】肝肾阴虚证。腰膝酸软，头晕目眩，耳鸣耳聋，盗汗，遗精，消渴，骨蒸潮热，手足心热，口燥咽干，牙齿动摇，足跟作痛，小便淋沥，以及小儿囟门不合，舌红少苔，脉沉细数。

【组方原理】本方证由阴精不足，虚热内扰所致。治宜滋补阴精为主，兼以清降虚火。即“壮水之主，以制阳光”。方中重用熟地为君药，填精益髓，滋阴补肾。臣以山萸肉，

补养肝肾，并能涩精；山药既养脾阴，又固肾精。三药所谓“三阴并补”，但以滋补肾阴为主。泽泻利湿泄浊，并防熟地之滋腻；丹皮清泻相火，并制山萸肉之温涩；茯苓健脾渗湿，配山药补脾而助健运。此三药所谓“三泻”，泻湿浊而降相火。全方三补配三泻，以三补为主，但以补肾阴为重；三泻利湿降火，伍于大队滋补药中可使补而不滞。

【附方】都气丸，本方加五味子酸收敛肺，适于肾不纳气之虚喘；知柏地黄丸，本方加知母、黄柏清虚火，适于阴虚火旺之骨蒸潮热、遗精盗汗；杞菊地黄丸，本方加枸杞、菊花养肝明目，适于肝肾阴虚之两目昏花、视物模糊；麦味地黄丸，本方加麦冬、五味子润肺止咳，适于肺肾阴虚之喘嗽。

要点二　大补阴丸（大补丸）《丹溪心法》

【组成】熟地黄　龟板各六两　黄柏　知母各四两

【用法】为末，猪脊髓适量蒸熟，捣泥，炼蜜为丸。

【功用】滋阴降火。

【主治】阴虚火旺证。骨蒸潮热，盗汗遗精，咳嗽咯血，心烦易怒，足膝疼热，舌红少苔，尺脉数而有力。

【组方原理】本方证由肝肾阴虚，相火亢盛所致。治宜大补真阴以治本，降火以治标。方用熟地滋补真阴，填精益髓；龟板滋阴潜阳，补肾健骨。二药补阴固本，滋水制火，共为君药。黄柏降相火；知母泻火滋阴。二药相须为用，善清降阴虚之火，为臣药。猪脊髓补髓养阴，蜂蜜补中润燥，共增滋补真阴之效，为佐药。全方培本清源，补泻兼施，但以滋阴培本为主，降火清源为辅。

【常用加减】若阴虚较重者，加天门冬、玄参；遗精者加金樱子、山萸肉、沙苑子；盗汗多者，加煅龙骨、煅牡蛎。

【鉴别】六味地黄丸与大补阴丸均属滋阴降火之剂。但六味地黄丸以滋补肾阴为主，降火之功稍逊，适于阴虚而虚火较轻者；而大补阴丸滋阴与降火并重，适于阴虚火旺俱甚者。

要点三　一贯煎《续名医类案》

【组成】北沙参　麦冬　当归身　生地黄　枸杞子　川楝子

【用法】水煎服。

【功用】滋阴疏肝。

【主治】肝肾阴虚，肝气郁滞证。胸脘胁痛，吞酸吐苦，咽干口燥，舌红少津，脉细弱或虚弦。亦治疝气瘕聚。

【组方原理】本方证由肝肾阴血亏虚而肝气不疏所致。治宜重用滋养肝肾，兼以条达肝气。方中重用生地为君，滋养肝肾阴血，涵养肝木。臣以枸杞补养肝肾；当归补血养肝，且补中有行；沙参、麦冬养肺阴以清金制木，养胃阴以培土荣木。少佐川楝子疏肝泻热，理气止痛，顺其条达之性。全方在大队滋阴药中少佐理气之品，使行气而不伤阴，滋阴而不滞气。

【鉴别】一贯煎与逍遥散均能疏肝理气，可治肝郁气滞之胁痛。但逍遥散疏肝养血健脾的作用较强，主治肝郁血虚之胁痛，并伴有神疲食少等脾虚症状；一贯煎滋养肝肾的作

用较强，主治阴虚气滞之胁痛，且见吞酸吐苦等肝气犯胃症状者。

细目六　补阳

要点　肾气丸《金匮要略》

【组成】干地黄八两　山药　山茱萸各四两　泽泻　茯苓　牡丹皮各三两　桂枝　附子各一两

【用法】蜜丸。

【功用】补肾助阳化气。

【主治】肾阳气不足证。腰痛脚软，身半以下常有冷感，少腹拘急，小便不利，或小便反多，入夜尤甚，阳痿早泄，舌淡而胖，脉虚弱，尺部沉细，以及痰饮，水肿，消渴，脚气，转胞等。

【组方原理】本方证皆由肾精不足，肾阳虚弱，气化失常所致。治宜滋养肾精，温补肾气。方用干地黄（今用熟地）为君，滋补肾阴，益精填髓。山茱萸补肝肾，涩精气；山药健脾气，固肾精；附子、桂枝温肾助阳，鼓舞肾气，于“阴中求阳”，共为臣药。佐以茯苓健脾益肾，泽泻、丹皮降相火而制浮阳，且茯苓、泽泻均有渗湿泄浊之功。全方“纳桂、附于滋阴剂中十倍之一，意不在补火，而在微微生火，即生肾气也”。

【常用加减】现多将干地黄易为熟地，桂枝改为肉桂。若用于肾阳虚衰，阳事痿弱者，宜加淫羊藿、巴戟天壮阳起痿。

【附方】加味肾气丸与十补丸均系肾气丸加味化裁而成。加味肾气丸由肾气丸加车前子、牛膝，但方中熟地等补肾之品用量锐减，而附子之量倍增，重在温阳利水，补肾之力较轻，适用于阳虚水肿而肾虚不著者；十补丸非但加入鹿茸、五味子，且更增附子之量，遂易温补肾气之方而为补肾阳、益精血之剂，适用于肾阳虚损、精血不足之证。

细目七　阴阳双补

要点　地黄饮子（地黄饮）《圣济总录》

【组成】熟干地黄　巴戟天　山茱萸　石斛　肉苁蓉　附子　五味子　官桂　白茯苓　麦门冬　菖蒲　远志各半两

【用法】加姜枣、薄荷水煎。

【功用】滋肾阴，补肾阳，开窍化痰。

【主治】下元虚衰，痰浊上泛之喑痱证。舌强不能言，足废不能用，口干不欲饮，足冷面赤，脉沉细弱。

【组方原理】本方证之“喑痱”由下元虚衰，阴阳两亏，虚阳上浮，痰阻清窍所致。治宜补养下元，摄纳浮阳，佐以开窍化痰之法。方用熟地、山茱萸滋补肾阴，肉苁蓉、巴戟天温壮肾阳，共为君药。臣以附子、肉桂以助温养下元，摄纳浮阳，引火归原；石斛、麦冬、五味子滋养肺肾，壮水以济火。佐以石菖蒲、远志、茯苓，开窍化痰，交通心肾。

少佐薄荷解郁开窍。姜、枣和中调药，为佐使。全方标本兼治，阴阳并补，上下同治，而以治本治下为主。

（李冀）

第九单元　固涩剂

细目一　概述

要点一　固涩剂的适用范围

固涩剂适用于气、血、精、津液耗散滑脱之证，症见自汗、盗汗、久咳不止、久泻久痢、遗精滑泄、小便失禁，以及崩漏带下等。

要点二　固涩剂的应用注意事项

固涩剂多适宜于正虚无邪者，凡外邪未去，里实尚存者，均应慎用，以免“闭门留寇”，转生他变。

细目二　固表止汗

要点　牡蛎散《太平惠民和剂局方》

【组成】黄芪　麻黄根　牡蛎各一两

【用法】为粗散，加小麦，水煎服。

【功用】敛阴止汗，益气固表。

【主治】自汗、盗汗证。自汗，夜卧更甚，心悸惊惕，短气烦倦，舌淡红，脉细弱。

【组方原理】本方证由表虚卫外不固，心阳不潜所致。治宜敛阴止汗，益气固表。方中煅牡蛎敛阴潜阳，固涩止汗，为君药。黄芪益气实卫，固表止汗，为臣药。麻黄根收敛止汗，为佐药。小麦入心经，养气阴，退虚热，为佐使药。诸药合用，共奏敛阴止汗、益气固表之功。

【鉴别】牡蛎散与玉屏风散均具固表止汗之功。但牡蛎散固表敛汗之力较强，主治卫气不固，心阳不潜之自汗、盗汗，属标本兼治之法；玉屏风散健脾益气之力较大，主治表虚自汗或体虚易感风邪者，属治本之法。

细目三　涩肠固脱

要点一　真人养脏汤《太平惠民和剂局方》

【组成】人参　当归　白术各六钱　肉豆蔻半两　肉桂　甘草（炙）各八钱　白芍药

一两六钱　木香一两四钱　诃子一两二钱　罂粟壳三两六钱

【用法】汤剂。

【功用】涩肠固脱，温补脾肾。

【主治】久泻久痢，脾肾虚寒证。泻痢无度，滑脱不禁，甚至脱肛坠下，脐腹疼痛，喜温喜按，倦怠食少，舌淡苔白，脉迟细。

【组方原理】本方证之久泻久痢，因脾肾虚寒，关门不固所致。治当涩肠固脱治标为主，温补脾肾治本为辅。方中重用罂粟壳涩肠固脱，为君药。肉豆蔻温中涩肠；诃子涩肠止泻，共为臣药。肉桂温肾暖脾；人参、白术补气健脾；当归、白芍养血和血；木香理气醒脾，又补而不滞，共为佐药。甘草补脾和中，调和诸药，为佐使药。诸药相合，共奏涩肠固脱、温补脾肾之功。

【鉴别】真人养脏汤与芍药汤均可治痢疾。但真人养脏汤涩肠固脱之力较强，重在治标，适宜于脾肾虚寒，关门不固之泻痢无度；芍药汤偏于清热燥湿，调和气血，适宜于湿热壅滞肠中，气血失和之湿热痢疾。

要点二　四神丸《内科摘要》

【组成】肉豆蔻二两　补骨脂四两　五味子二两　吴茱萸一两

【用法】为末。另取生姜、大枣五十枚共煮，取枣肉为丸。

【功用】温肾暖脾，涩肠止泻。

【主治】脾肾阳虚之肾泻。五更泄泻，不思饮食，食不消化，或久泻不愈，腹痛喜温，腰酸肢冷，神疲乏力，舌淡，苔薄白，脉沉迟无力。

【组方原理】五更泄多由命门火衰，火不暖土所致。治宜温肾暖脾，固涩止泻。方中重用补骨脂补命门之火，以温养脾土，为君药。肉豆蔻温中涩肠，既助君药温肾暖脾，又涩肠止泻，为臣药。吴茱萸温脾暖胃以散阴寒；五味子固肾涩肠，合吴萸以助君臣药温涩止泻之力，共为佐药。重用姜、枣意在温补脾胃。诸药配伍，火旺土强，肾泻自愈。

【鉴别】四神丸、理中丸与痛泻要方均可治疗泄泻。但四神丸以补骨脂配伍肉豆蔻为主，偏于温肾，兼以涩肠止泻，主治脾肾阳虚，命门火衰所致的五更泄。理中丸以干姜配伍人参为主，重在温中祛寒，并补益脾胃，主治中焦虚寒所致的脘腹疼痛等。痛泻要方以白术配伍芍药为主，重在补脾，兼以抑肝，主治脾虚肝旺之痛泻。

细目四　涩精止遗

要点　桑螵蛸散《本草衍义》

【组成】桑螵蛸　远志　菖蒲　龙骨　人参　茯神　当归　龟甲各一两

【用法】研末，睡前以人参汤调下。

【功用】涩精止遗，调补心肾。

【主治】心肾两虚之遗精、遗尿。小便频数，或尿如米泔色，或遗尿，或遗精，心神恍惚，健忘，舌淡苔白，脉细弱。

【组方原理】本方证由心肾两虚，水火不交所致。方中桑螵蛸补肾涩精止遗，为君药。

龙骨涩精止遗，镇心安神；龟甲滋阴潜阳，补益心肾，共为臣药。佐以人参大补元气，当归补养营血，二者合用气血双补。茯神宁心安神，使心气下达于肾；远志安神定志，通肾气上达于心；菖蒲开心窍，益心智。三药合用以交通心肾，共为佐药。诸药合用，共奏涩精止遗、调补心肾之功。

【鉴别】桑螵蛸散与缩泉丸均具有缩尿止遗的作用，可治尿频、遗尿。但桑螵蛸散偏于调补心肾，主治心肾两虚所致的尿频，或尿如米泔色，伴有心神恍惚、健忘等症。缩泉丸长于温肾祛寒，主治下元虚冷，膀胱约束无力所致的尿频、遗尿等症，无心神不宁之表现。

细目五　固崩止带

要点一　固冲汤《医学衷中参西录》

【组成】白术一两　生黄芪六钱　龙骨　牡蛎　萸肉各八钱　生杭芍　海螵蛸各四钱　茜草三钱　棕边炭二钱　五倍子五分

【用法】水煎服。

【功用】固冲摄血，益气健脾。

【主治】脾肾亏虚，冲脉不固之崩漏。血崩或月经过多，或漏下不止，色淡质稀，头晕肢冷，心悸气短，神疲乏力，腰膝酸软，舌淡，脉微弱。

【组方原理】本方证由肾虚不固，脾虚不摄所致。治当固冲摄血为主，辅以健脾益气。方中山萸肉既补益肝肾，又收敛固涩，重用为君药。煅龙骨、煅牡蛎助君药固涩滑脱；白术、黄芪补气健脾，以复统血之权，共为臣药。生白芍补益肝肾，养血敛阴；棕榈炭、五倍子收敛止血；海螵蛸、茜草止血化瘀，使血止而无留瘀之弊，共为佐药。综合全方，共奏固崩止血之效。

要点二　固经丸《丹溪心法》

【组成】黄芩　白芍　龟板（炙）各一两　黄柏三钱　椿根皮七钱半　香附二钱半

【用法】水泛丸。

【功用】固经止血，滋阴清热。

【主治】阴虚血热之崩漏。月经过多，或崩中漏下，血色深红或紫黑稠黏，手足心热，腰膝酸软，舌红，脉弦数。

【组方原理】本方证由阴虚血热，损伤冲任，迫血妄行所致。治宜固经止血，滋阴清热之法。方中重用龟板滋养肝肾，潜阳制火。白芍敛阴益血以养肝，与龟板合用肝肾并补，共为君药。黄芩清热泻火以止血；黄柏泻火坚阴，既助黄芩清热，又助龟板降火，共为臣药。椿根皮固涩止血；香附理气调经，共为佐药。诸药合用，共奏滋阴清热、固经止血之功。

【鉴别】固经丸与固冲汤均有固涩止血之功，可用于治疗月经过多，崩漏下血。但固经丸用于阴虚火旺，迫血妄行之崩漏；固冲汤用于脾肾两虚，冲任不固之血崩。

要点三　易黄汤《傅青主女科》

【组成】山药（炒）　芡实（炒）各一两 黄柏（盐炒）二钱　车前子（酒炒）一钱 白果十枚

【用法】水煎服。

【功用】补益脾肾，清热祛湿，收涩止带。

【主治】脾肾虚弱，湿热带下。带下黏稠量多，色如浓茶汁，其气臭秽，舌红，苔黄腻。

【组方原理】本方为脾肾两虚，湿热带下而设。方中重用炒山药、炒芡实，补脾益肾，固精止带，共为君药。白果收涩止带，为臣药。黄柏清热燥湿，车前子清热利湿，共为佐药。五药合用，共奏补益脾肾、清热祛湿、收涩止带之功。

【鉴别】易黄汤与完带汤均治带下。但完带汤所治带下，乃因脾虚肝郁，湿浊下注所致，症见带下色白，清稀如涕，伴有肢体倦怠、舌淡苔白，脉缓等；易黄汤所治带下，乃因脾肾虚弱，水湿内停，蕴而生热所致，症见带下色如浓茶汁，黏稠量多，其气臭秽，伴有舌红苔黄腻等。

（范颖）

第十单元　安神剂

细目一　概述

要点一　安神剂的适用范围

安神剂适用于神志不安证，多表现为惊狂易怒，烦躁不安，心悸健忘，虚烦失眠等。

要点二　安神剂的应用注意事项

重镇安神剂多由金石、贝壳类药物组方，不宜久服。某些安神药，如朱砂等有一定的毒性，不宜久服、多服。

细目二　重镇安神

要点　朱砂安神丸《内外伤辨惑论》

【组成】朱砂（另研，水飞为衣）五钱　黄连六钱　炙甘草五钱半　生地黄一钱半 当归二钱半

【用法】炼蜜为丸。

【功用】镇心安神，清热养血。

【主治】心火亢盛，阴血不足证。失眠多梦，惊悸怔忡，心烦神乱，或胸中懊侬，舌尖红，脉细数。

【组方原理】本方证由心火亢盛，灼伤阴血，扰及心神所致。治宜镇心安神，清热养血。方中朱砂长于重镇安神，清泻心火，为君药。黄连助君药清心泻火以除烦热，为臣药。生地滋阴清热，当归补养心血，俱为佐药。甘草调药和中，防朱砂质重碍胃，为佐使药。本方镇清并举，泻中兼养，使心火得降，阴血得充。

细目三　滋养安神

要点一　酸枣仁汤《金匮要略》

【组成】酸枣仁二升　甘草一两　知母二两　茯苓二两　川芎二两

【用法】水煎服。

【功用】养血安神，清热除烦。

【主治】肝血不足，虚热内扰证。虚烦失眠，心悸不安，头目眩晕，咽干口燥，舌红，脉弦细。

【组方原理】本方证由肝血不足，阴虚内热所致。治宜养血安神，清热除烦。方中重用酸枣仁补肝养血，宁心安神，为君药。茯苓宁心安神；知母滋阴润燥，清热除烦，为臣药。川芎伍酸枣仁，辛散与酸收并用，具养血调肝之妙，为佐药。甘草和中缓急，调和诸药，为佐使药。综合全方，共奏养血安神、清热除烦之功。

要点二　天王补心丹《校注妇人良方》

【组成】人参　茯苓　玄参　丹参　桔梗　远志各五钱　当归　五味子　麦门冬　天门冬　柏子仁　酸枣仁各一两　生地黄四两

【用法】为丸，朱砂水飞为衣，温水或桂圆肉煎汤送服。

【功用】滋阴清热，养血安神。

【主治】阴虚血少，神志不安证。心悸怔忡，虚烦失眠，神疲健忘，或梦遗，手足心热，口舌生疮，舌红少苔，脉细数。

【组方原理】本方证由心肾两亏，阴虚血少，虚火内扰所致。治宜滋阴清热，养血安神。方中重用生地，滋阴养血，壮水以制虚火，为君药。天冬、麦冬滋阴清热；当归补血润燥；酸枣仁、柏子仁养心安神，共为臣药。玄参滋阴降火；茯苓、远志养心安神；人参补气生血，安神益智；五味子敛心气，安心神；丹参养心活血，使补而不滞；朱砂镇心安神，共为佐药。桔梗载药上行，为使药。诸药相伍，共奏滋阴清热、养血安神之功。

（范颖）

第十一单元　开窍剂

细目一　概述

要点一　开窍剂的适用范围

开窍剂适用于窍闭神昏之证。本证可分为热闭和寒闭两种。热闭多见高热，神昏，谵语，甚或痉厥等；寒闭多见突然昏倒，牙关紧闭，不省人事等。

要点二　开窍剂的应用注意事项

首先应辨别闭证和脱证，其次辨清闭证之寒热属性。对于阳明腑实证而见神昏谵语者，只宜寒下，不宜用开窍剂，但兼有邪陷心包之证，可开窍与寒下并用。开窍剂多辛香走窜，不宜久服。

细目二　凉开

要点一　安宫牛黄丸《温病条辨》

【组成】牛黄　郁金　犀角（水牛角代）　黄连　朱砂各一两　梅片　麝香各二钱五分　真珠五钱　山栀　雄黄　黄芩各一两

【用法】炼蜜为丸，金箔为衣，蜡护。脉虚者人参汤下，脉实者银花、薄荷汤下。

【功用】清热解毒，开窍醒神。

【主治】邪热内陷心包证。高热烦躁，神昏谵语，舌謇肢厥，舌红或绛，脉数有力。亦治中风昏迷，小儿惊厥，属邪热内闭者。

【组方原理】本方证由温热之邪内陷心包，痰热蒙蔽心窍所致。治宜清热解毒，开窍醒神。方中牛黄清心解毒，豁痰开窍；麝香通达十二经，为开窍醒神之要药。二药清心开窍，芳香辟秽，共为君药。犀角（水牛角代）清心凉血解毒；冰片善通诸窍，兼散郁火；珍珠清心肝之热，又能镇惊坠痰，共为臣药。黄连、黄芩、栀子清热泻火解毒；郁金行气解郁；雄黄劫痰解毒；朱砂镇心安神，兼能凉心；金箔镇心安神，共为佐药。蜂蜜和胃调中为使。诸药合用，共奏清热解毒、豁痰开窍之功。

要点二　至宝丹《灵苑方》引郑感方，录自《苏沈良方》

【组成】生乌犀（水牛角代）生玳瑁　琥珀　朱砂　雄黄各一两　牛黄　龙脑　麝香各一分　安息香一两半 金银箔各五十片

【用法】为丸，人参汤下。

【功用】化浊开窍，清热解毒。

【主治】热闭心包证。神昏谵语，身热烦躁，舌红苔黄垢腻，脉滑数。亦治中风、中暑、小儿惊厥属于痰热内闭者。

【组方原理】本方证由温热秽浊之邪内闭心包所致。治宜清解热毒，芳香开窍，豁痰化浊。方中犀角（水牛角代）清心凉血解毒；麝香通达十二经，芳香开窍，为君药。安息香、龙脑辛香开窍，清热辟秽；玳瑁镇心安神，清热解毒，息风定惊；牛黄豁痰开窍，以上四药共为臣药。佐以朱砂重镇安神，清泻心火；琥珀镇惊安神；雄黄豁痰解毒；金箔、银箔镇心安神定惊。诸药相合，共奏清热开窍、化浊解毒之功。

【鉴别】至宝丹与安宫牛黄丸、紫雪皆为凉开之常用方，有清热开窍的作用，合称“凉开三宝”。相比而言，“安宫牛黄丸最凉，紫雪次之，至宝又次之”。安宫牛黄丸长于清热解毒，适于痰热偏盛而神昏较重者；紫雪长于息风止痉，适于热闭神昏而见痉厥抽搐者；至宝丹长于芳香开窍，化浊辟秽，适于痰浊偏盛而热邪略轻者。

细目三　温开

要点　苏合香丸《广济方》，录自《外台秘要》

【组成】白术　光明砂　麝香　诃黎勒皮　香附子　沉香　青木香　丁子香　安息香　白檀香　荜茇　犀角（水牛角代）各一两　薰陆香　苏合香　龙脑香各半两

【用法】白蜜和丸。

【功用】芳香开窍，行气止痛。

【主治】寒闭证。突然昏倒，牙关紧闭，不省人事，苔白，脉迟。亦治心腹卒痛，甚则昏厥，属寒凝气滞者。

【组方原理】本方证由寒邪、秽浊或气郁闭阻清窍所致。治宜芳香开窍，行气止痛。方中苏合香、安息香、麝香、冰片开窍醒神，辟秽祛痰，通络散瘀，以上四药共为君药。香附、木香、沉香、白檀香、薰陆香（乳香）、丁香、荜茇芳香辛散温通，散寒止痛，行气解郁，均为臣药。犀角（水牛角代）清心解毒，朱砂重镇安神，以助醒神之功。白术补气健脾，燥湿化浊；诃子温涩敛气化痰。二药合用，既补气，又敛气，可防辛散太过耗气伤正，均为佐药。诸药合用，共奏芳香开窍、行气止痛之功。

（范颖）

第十二单元　理气剂

细目一　概述

要点一　理气剂的适用范围

理气剂适用于气滞或气逆证。气滞以脾胃气滞和肝气郁滞为多见，主要表现为胃脘、

胁肋疼痛，或疝气痛，或月经不调，或痛经等症。气逆以肺胃气逆为主，主要表现为咳喘、呕吐、嗳气、呃逆等症。

要点二　理气剂的应用注意事项

注意辨别气滞与气逆。理气剂多辛燥伤津耗气，勿使过剂。年老体弱、阴虚火旺、孕妇或素有崩漏吐衄者，更应慎之。

细目二　行气

要点一　越鞠丸《丹溪心法》

【组成】香附　川芎　苍术　栀子　神曲各等分

【用法】水丸。

【功用】行气解郁。

【主治】六郁证。胸膈痞闷，脘腹胀痛，嗳腐吞酸，恶心呕吐，饮食不消。

【组方原理】本方所治气、血、痰、火、湿、食六郁之证，乃由情志失常，或饮食失节、寒温不适所致。六郁之中以气郁为主，故治宜行气解郁为要，使气行则血行，气行则痰、火、湿、食诸郁自解。方中香附治气郁，川芎治血郁，栀子治火郁，苍术治湿郁，神曲治食郁。因痰郁由气滞湿聚而成，若气行湿化，则痰郁得解，故不另用治痰之品。

【常用加减】若气郁明显者，加厚朴、枳实，以行气解郁；若血瘀明显者，加当归、丹参，以活血散瘀止痛；若火热内盛者，加黄连、黄芩，以清热泻火；若饮食积滞明显者，加麦芽、莱菔子，以消食和胃；若湿盛者，加白术、茯苓，以健脾渗湿；若痰盛者，加半夏、陈皮，以降逆化痰。

要点二　枳实薤白桂枝汤《金匮要略》

【组成】枳实四枚　厚朴四两　薤白半升　桂枝一两　瓜蒌一枚

【用法】水煎服。

【功用】通阳散结，祛痰下气。

【主治】胸阳不振，痰气互结之胸痹。胸满而痛，甚或胸痛彻背，喘息咳唾，短气，气从胁下冲逆，上攻心胸，舌苔白腻，脉沉弦或紧。

【组方原理】本方证因胸阳不振，痰浊中阻，气结于胸所致。治宜通阳散结，祛痰下气。方中瓜蒌涤痰散结，开胸通痹；薤白通阳散结，化痰散寒，乃治疗胸痹之要药，共为君药。枳实下气破结，消痞除满；厚朴燥湿化痰，下气除满，二者同用，共助君药宽胸散结、下气除满、通阳化痰之效，均为臣药。桂枝通阳散寒，降逆平冲，为佐药。诸药相合，行气通阳、祛痰散结。

要点三　半夏厚朴汤《金匮要略》

【组成】半夏一升　厚朴三两　茯苓四两　生姜五两　苏叶二两

【用法】水煎服。

【功用】行气散结，降逆化痰。

【主治】痰气互结之梅核气。咽中如有物阻，咯吐不出，吞咽不下，胸膈满闷，或咳或呕，舌苔白润或白滑，脉弦缓或弦滑。

【组方原理】本方证由七情郁结，痰气交阻所致。治宜行气散结，降逆化痰。方中半夏化痰散结，降逆和胃，为君药。厚朴行气开郁，下气除满，为臣药。两者相配，痰气并治。生姜降逆消痰，助半夏化痰散结，和胃止呕，并解半夏之毒；茯苓渗湿健脾，则痰无由生，共为佐药。苏叶芳香疏散，开郁散结，并能引药上行，为使药。合而成方，共奏散结行滞、降逆化痰之效。

要点四　天台乌药散《圣济总录》

【组成】乌药　木香　茴香　青橘皮　高良姜各半两　槟榔二个　楝实十个　巴豆（同楝实二味用麸一升炒，候麸黑色，拣去巴豆并麸不用）七十粒

【用法】为散。

【功用】行气疏肝，散寒止痛。

【主治】肝经寒凝气滞证。小肠疝气，少腹痛引睾丸，舌淡苔白，脉沉弦。亦治妇女痛经、瘕聚。

【组方原理】本方证由寒凝肝脉，气机阻滞所致。治宜行气疏肝，散寒止痛。方中乌药疏肝行气，散寒止痛，为君药。青皮疏肝行气，木香理气止痛；茴香暖肝散寒，良姜散寒止痛。四药合用，增君药行气散寒之力，俱为臣药。槟榔下气导滞，能直达下焦而破坚；川楝子理气止痛，虽其性苦寒，但与辛热之巴豆同炒，则寒性减，而行气散结之力增，为佐药。诸药相配，共奏行气疏肝、散寒止痛之功。

要点五　暖肝煎《景岳全书》

【组成】当归二钱　枸杞子三钱　小茴香二钱　肉桂一钱　乌药二钱　沉香一钱　茯苓二钱

【用法】加生姜水煎服。

【功用】温补肝肾，行气止痛。

【主治】肝肾不足，寒滞肝脉证。睾丸冷痛，或小腹疼痛，疝气痛，畏寒喜暖，舌淡苔白，脉沉迟。

【组方原理】本方证由肝肾不足，寒客肝脉，气机郁滞所致。治宜温补肝肾，行气止痛。方中肉桂温肾暖肝，祛寒止痛；小茴香暖肝散寒，理气止痛，二药温肾暖肝散寒，为君药。当归养血补肝，枸杞子补肝益肾，二药均补肝肾不足之本；乌药、沉香散寒行气止痛，以治其标，同为臣药。茯苓渗湿健脾，生姜散寒和胃，均为佐药。诸药相合，温补肝肾以治其本，行气逐寒以治其标，标本兼顾。

【鉴别】暖肝煎与一贯煎均可治疗疝气，均含当归、枸杞子。但暖肝煎所治之疝乃因肝肾阴寒，气机阻滞所致，方中以肉桂、小茴香为君配伍枸杞、乌药等，重在温肾暖肝，行气散寒止痛。一贯煎所治之疝乃因肝肾阴虚，肝气郁滞所致，方中以生地为君配伍当归、沙参、川楝子等，重在滋补肝肾，行气止痛。

细目三　降气

要点一　苏子降气汤《太平惠民和剂局方》

【组成】紫苏子　半夏各二两半　川当归一两半　甘草二两　前胡　厚朴各一两　肉桂一两半

【用法】加姜枣、苏叶，水煎服。

【功用】降气平喘，祛痰止咳。

【主治】上实下虚喘咳证。咳喘痰多，胸膈满闷，喘咳短气，呼多吸少，或腰疼脚弱，肢体倦怠，或肢体浮肿，舌苔白滑或白腻，脉弦滑。

【组方原理】本方证由肺气壅实所致。治以降气平喘，祛痰止咳为重，兼顾下元。方中紫苏子降气平喘，祛痰止咳，为君药。半夏燥湿化痰降逆，厚朴下气宽胸除满，前胡下气祛痰止咳，三药助紫苏子降气祛痰平喘之功，共为臣药。君臣相配，以治上实。肉桂温补下元，纳气平喘；当归既治咳逆上气，又养血润燥，同肉桂以温补下虚；略加生姜、苏叶以散寒宣肺，共为佐药。甘草、大枣和中调药为使。诸药相合，治上顾下，标本兼治。

要点二　定喘汤《摄生众妙方》

【组成】白果二十一枚　麻黄三钱　苏子二钱　甘草一钱　款冬花三钱　杏仁一钱五分　桑白皮三钱　黄芩一钱五分　法制半夏三钱

【用法】水煎服。

【功用】宣降肺气，清热化痰。

【主治】风寒外束，痰热内蕴之喘证。咳喘痰多气急，痰稠色黄，或微恶风寒，舌苔黄腻，脉滑数。

【组方原理】本方证因素有痰热，复感风寒，肺失宣降所致。治宜宣肺降气，止咳平喘，清热祛痰。方用麻黄宣肺散邪，白果敛肺定喘。白果伍麻黄，一散一收，既可增平喘之功，又可防麻黄耗散肺气，共为君药。苏子、杏仁、半夏、款冬花降气平喘，止咳祛痰，均为臣药。桑白皮、黄芩清泻肺热，止咳平喘，为佐药。甘草调和诸药为使。诸药配伍，外散风寒，内清痰热，降肺气而平哮喘。

要点三　旋覆代赭汤《伤寒论》

【组成】旋覆花三两　人参二两　生姜五两　代赭石一两　炙甘草三两　半夏半升　大枣十二枚

【用法】水煎服。

【功用】降逆化痰，益气和胃。

【主治】胃虚痰阻气逆证。心下痞硬，噫气不除，或反胃呃逆，甚或呕吐，舌苔白腻，脉缓或滑。

【组方原理】本方证由胃气虚弱，痰浊内阻所致。治宜降逆化痰，益气补虚。方中重用旋覆花下气消痰，降逆止噫，为君药。代赭石质重沉降，善镇冲逆；半夏祛痰散结，降

逆和胃；生姜用量独重，和胃降逆以止呕，宣散水气以祛痰，共为臣药。人参、大枣、炙甘草益气补脾养胃，为佐药。炙甘草调和诸药为使。诸药相合，共奏降逆化痰、益气和胃之功

【鉴别】旋覆代赭汤与吴茱萸汤均治胃虚气逆之呕吐。但旋覆代赭汤重在降逆，主治胃气虚弱，痰浊内阻之心下痞硬，噫气不除；吴茱萸汤重在温中降逆，主治中焦虚寒，胃气失和之呕吐。

要点四　橘皮竹茹汤《金匮要略》

【组成】橘皮二升　竹茹二升　大枣三十枚　生姜半斤　甘草五两　人参一两

【用法】水煎服。

【功用】降逆止呃，益气清热。

【主治】胃虚有热之呃逆。呃逆或干呕，虚烦少气，口干，舌红嫩，脉虚数。

【组方原理】本方证由胃虚有热，气逆不降所致。治以清补降逆。方中橘皮行气和胃以止呃；竹茹清热安胃以止呕，皆重用为君。人参益气补虚，与橘皮合用，行中有补；生姜和胃止呕，共为臣药。甘草、大枣补脾和中，调和诸药为佐使。诸药合用，共奏降逆止呃、益气清热之功。

（范颖）

第十三单元　理血剂

细目一　概述

要点一　理血剂的适用范围及配伍规律

理血剂适用于血瘀证及出血证。凡下焦蓄血证，或瘀血内停之胸腹胁肋诸痛，妇女经闭、痛经或产后恶露不行，外伤瘀肿、痈肿初起等，以及吐血、衄血、咳血、便血、尿血、崩漏等各种出血证，均为理血剂的适应范围。

活血祛瘀剂常配伍理气药，使气行则血行；或配伍养血补血药，使祛瘀血不伤血。止血剂常配伍活血药，使止血不留瘀；上部出血，多配沉降药；下部出血，多配升提药，以增强止血之力。

要点二　理血剂的应用注意事项

辨清瘀血或出血的原因，分清标本缓急。逐瘀需防伤正，止血慎防留瘀。至于瘀血内阻，血不循经之出血，法当祛瘀为先。活血祛瘀剂其性破泄，易于动血、伤胎，凡妇女经期、月经过多及孕妇当慎用或忌用。

细目二　活血祛瘀

要点一　桃核承气汤《伤寒论》

【组成】桃仁五十个　大黄四两　桂枝二两　甘草（炙）二两　芒硝二两

【用法】水煎，芒硝冲服。

【功用】逐瘀泻热。

【主治】下焦蓄血证。少腹急结，小便自利，神志如狂，甚则烦躁谵语，至夜发热；以及血瘀经闭，痛经，脉沉实而涩者。

【组方原理】本方证属瘀热互结下焦，治当因势利导，逐瘀泻热。本方由调胃承气汤减芒硝之量，再加桃仁、桂枝而成。方中桃仁活血破瘀；大黄下瘀泻热。二药瘀热并治，共为君药。芒硝泻热软坚，助大黄下瘀泻热；桂枝通行血脉，既助桃仁活血祛瘀，又防硝、黄寒凉凝血之弊，共为臣药。炙甘草护胃安中，并缓诸药之峻烈，为佐使药。诸药合用，共奏破血下瘀泻热之功。

要点二　血府逐瘀汤《医林改错》

【组成】桃仁四钱　红花　当归　生地黄各三钱　川芎一钱半　赤芍二钱　牛膝三钱　桔梗一钱半　柴胡一钱　枳壳　甘草各二钱

【用法】水煎服。

【功用】活血化瘀，行气止痛。

【主治】胸中血瘀证。胸痛，头痛，日久不愈，痛如针刺而有定处，或呃逆日久不止，或饮水即呛，干呕，或内热瞀闷，或心悸怔忡，失眠多梦，急躁易怒，入暮潮热，唇暗或两目暗黑，舌质暗红，或舌有瘀斑、瘀点，脉涩或弦紧。

【组方原理】本方证由瘀血内阻胸部，气机郁滞所致。治宜活血化瘀，兼以行气止痛。方中桃仁破血行滞而润燥，红花活血祛瘀以止痛，共为君药。赤芍、川芎助君药活血祛瘀；牛膝活血祛瘀止痛，引血下行，共为臣药。佐以生地、当归养血活血；桔梗、枳壳，一升一降，宽胸行气；柴胡疏肝解郁，与桔梗、枳壳同用，使气行则血行。桔梗并能载药上行，甘草调和诸药为使。全方活血与行气相伍，祛瘀与养血同施，升降兼顾。

【附方】通窍活血汤，由赤芍、川芎、桃仁、红花、麝香、老葱、生姜、红枣、黄酒组成，辛香温通作用较好，重在活血通窍，主治瘀阻头面之头痛等；膈下逐瘀汤、由五灵脂、当归、川芎、桃仁、丹皮、赤芍、元胡、甘草、红花、香附、乌药、枳壳组成，行气止痛作用较好，擅治瘀阻膈下之腹痛、胁痛；少腹逐瘀汤由元胡、没药、当归、川芎、赤芍、蒲黄、五灵脂、干姜、肉桂、小茴香组成，偏于温经散寒止痛，用治寒凝血瘀之少腹疼痛、痛经、月经不调最宜；身痛逐瘀汤，由川芎、桃仁、红花、甘草、没药、当归、五灵脂、香附、牛膝、地龙、秦艽、羌活组成，长于活血通络，宣痹止痛，用于瘀阻脉络之痹痛。

要点三　补阳还五汤《医林改错》

【组成】黄芪四两　当归尾二钱　赤芍一钱半　地龙　川芎　红花　桃仁各一钱

【用法】水煎服。

【功用】补气活血通络。

【主治】中风之气虚血瘀证。半身不遂，口眼㖞斜，语言謇涩，口角流涎，小便频数或遗尿失禁，舌暗淡，苔白，脉缓无力。

【组方原理】本方证由正气亏虚，脉络瘀阻所致，以气虚为本，血瘀为标。治当以补气为主，活血通络为辅。原方重用生黄芪四两，补益元气，意在气旺则血行，瘀去而络通，为君药。臣以当归尾活血通络而不伤血。佐以赤芍、川芎、桃仁、红花活血祛瘀；地龙通经活络，以行药力。重用补气药，少佐活血药，为本方配伍特点。

要点四　复元活血汤《医学发明》

【组成】柴胡半两　瓜蒌根　当归各三钱　红花　甘草　山甲各二钱　大黄一两　桃仁五十个

【用法】为末，加黄酒，水煎服。

【功用】活血祛瘀，疏肝通络。

【主治】跌打损伤，瘀血阻滞证。胁肋瘀肿，痛不可忍。

【组方原理】本方证由跌打损伤，瘀血留于胁肋所致。治当活血祛瘀，兼以疏肝行气通络。方中重用酒制大黄，荡涤留瘀败血，导瘀下行；柴胡疏肝行气，引诸药入肝经，共为君药。臣以桃仁、红花活血祛瘀，消肿止痛；穿山甲破瘀通络，消肿散结。佐以当归补血活血，使祛瘀而不伤血；瓜蒌根入血分而消瘀散结，又清热润燥。甘草缓急止痛，调和诸药，是为佐使。加酒煎服，增活血通络之力。

【鉴别】血府逐瘀汤与复元活血汤同具活血化瘀止痛之功，主治血瘀证。但血府逐瘀汤证为瘀血停于胸部，除重用活血化瘀药外，且配伍柴胡、枳壳、桔梗、牛膝等行气引血之品，活血化瘀与行气止痛之力均较强。复元活血汤证属瘀血留于胁肋，方中配伍大黄、穿山甲等，活血破瘀之力较强，兼以疏肝通络。

要点五　温经汤《金匮要略》

【组成】吴茱萸三两　当归　芍药　川芎　人参　桂枝　阿胶　牡丹皮　生姜　甘草各二两　半夏半升　麦冬一升

【用法】水煎，阿胶烊化冲服。

【功用】温经散寒，养血祛瘀。

【主治】冲任虚寒，瘀血阻滞证。漏下不止，血色暗而有块，淋沥不畅，或月经超前或延后，或逾期不止，或一月再行，或经停不至，而见少腹里急，腹满，傍晚发热，手心烦热，唇口干燥，舌质暗红，脉细而涩。亦治妇人宫冷，久不受孕。

【组方原理】本方证属虚、寒、瘀、热错杂，以冲任虚寒，瘀血阻滞为主。治当温经散寒，祛瘀养血，兼清虚热。方中吴茱萸、桂枝温经散寒，通利血脉，为君药。臣以当归、川芎活血祛瘀，养血调经；丹皮活血散瘀，又清血分虚热。阿胶、白芍、麦冬养血调肝，滋阴润燥，且清虚热，并制吴萸、桂枝之温燥；人参、甘草益气健脾，以资生化之源；半夏、生姜辛开散结，通降胃气，以助祛瘀调经，以上均为佐药。甘草调和诸药，为使药。

要点六　生化汤《傅青主女科》

【组成】全当归八钱　川芎三钱　桃仁十四枚　干姜五分　甘草（炙）五分

【用法】水煎，或加黄酒同煎。

【功用】养血祛瘀，温经止痛。

【主治】血虚寒凝，瘀血阻滞证。产后恶露不行，小腹冷痛。

【组方原理】本方证由产后血虚寒凝，瘀血内阻所致。治宜活血养血，温经止痛。方中重用全当归补血活血，化瘀生新，为君药。臣以川芎活血行气，桃仁活血祛瘀，炮姜温经散寒止痛，黄酒温通血脉以助药力，共为佐药。炙甘草和中缓急，调和诸药，为使药。原方另用童便同煎，乃取其益阴化瘀、引败血下行之意。

【鉴别】温经汤与生化汤同为温经散寒、养血散瘀之剂。温经汤温养散瘀之力较强，温清消补并用，主治冲任虚寒、瘀血阻滞之证。生化汤长于化瘀生新，温养之力不及温经汤，主治妇人产后血虚寒凝、瘀血内阻之证。

要点七　失笑散《太平惠民和剂局方》

【组成】五灵脂　蒲黄各二钱

【用法】为末，用黄酒或醋冲服。

【功用】活血祛瘀，散结止痛。

【主治】瘀血停滞证。心腹刺痛，或产后恶露不行，或月经不调，少腹急痛等。

【组方原理】本方证由瘀血内停，脉络阻滞，血行不畅所致。治宜活血祛瘀止痛。方中五灵脂、蒲黄相须为用，活血祛瘀，散结止痛。以黄酒或醋冲服，意在行血脉，助药势，化瘀血，并祛五灵脂之腥气。二药合用，药简力专，共奏祛瘀止痛、推陈出新之功，使瘀血除，脉络通。

【鉴别】失笑散与金铃子散均有活血止痛之功。但失笑散长于化瘀散结止痛，主治瘀血内停，脉道阻滞之心腹刺痛。金铃子散功专疏肝泻热，活血行气止痛，主治肝郁化火，气滞血瘀之心腹胁肋诸痛。

要点八　桂枝茯苓丸《金匮要略》

【组成】桂枝　茯苓　丹皮　桃仁　芍药各等分

【用法】炼蜜和丸。

【功用】活血化瘀，缓消癥块。

【主治】瘀阻胞宫证。妇人素有癥块，妊娠漏下不止，或胎动不安，血色紫黑晦暗，腹痛拒按，或经闭腹痛，或产后恶露不尽而腹痛拒按者，舌质紫暗或有瘀点，脉沉涩。

【组方原理】本方证由瘀血留结胞宫所致。治宜活血化瘀，缓消癥块。方中桂枝通利血脉以行瘀滞，为君药。桃仁活血化瘀，助君药化瘀消癥，为臣药。丹皮散血行瘀，兼清瘀热；芍药益阴养血，使祛瘀不伤正；茯苓利湿以助消癥，健脾益胃以扶正气，共为佐药。白蜜甘缓补中，可收渐消缓散之效，兼调和诸药，为佐使药。诸药合用，共奏活血化瘀、缓消癥块之功。

细目三　止血

要点一　十灰散《十药神书》

【组成】大蓟　小蓟　荷叶　侧柏叶　茅根　茜根　山栀　大黄　牡丹皮　棕榈皮各等分

【用法】烧灰研末，纸包，碗盖于地上一夕。用白藕捣汁或萝卜汁磨京墨调服。

【功用】凉血止血。

【主治】血热妄行之出血证。呕血、吐血、咯血、嗽血、衄血等，血色鲜红，来势急暴，舌红，脉数。

【组方原理】本方证因火热炽盛，气火上冲，损伤血络，迫血妄行所致。治宜清降凉血止血，佐以收涩之法。方中大蓟、小蓟凉血止血，兼能祛瘀，为君药。臣以白茅根、荷叶、侧柏叶凉血止血。佐以大黄、栀子清热泻火，导热下行；棕榈皮收敛止血；茜草、丹皮配大黄既凉血止血，又活血以行留瘀。诸药烧炭可增收涩止血之力。以藕汁或萝卜汁磨京墨调服，亦在加强凉血止血之效。全方集凉血、止血、清降、祛瘀诸法，为止血之良剂。

要点二　咳血方《丹溪心法》

【组成】青黛（水飞）　瓜蒌仁　海粉　山栀子（炒黑）　诃子

【用法】为丸。

【功用】清肝宁肺，凉血止血。

【主治】肝火犯肺之咳血证。咳嗽痰稠带血，咯吐不爽，心烦易怒，胸胁作痛，咽干口苦，颊赤便秘，舌红苔黄，脉弦数。

【组方原理】本方证由肝火犯肺所致。治当清肝泻火。方中青黛清肝泻火，凉血止血；山栀子清热凉血，泻火除烦，炒黑可入血分而止血。两药合用，澄本清源，共为君药。瓜蒌仁清热化痰，润肺止咳；海粉清肺降火，软坚化痰，共为臣药。佐以诃子清降敛肺，化痰止咳。诸药合用，使木不刑金，肺复宣降，痰化咳平，其血自止。

要点三　小蓟饮子《重订严氏济生方》

【组成】生地四两　小蓟　滑石　木通　蒲黄　藕节　淡竹叶　当归　山栀子　甘草各半两

【用法】水煎服。

【功用】凉血止血，利水通淋。

【主治】热结下焦之血淋、尿血。尿中带血，小便频数，赤涩热痛，舌红，脉数。

【组方原理】本方证因下焦瘀热，损伤膀胱血络，气化失司所致。治宜凉血止血，利水通淋。方中生地凉血止血，养阴清热为君。小蓟凉血止血，蒲黄、藕节助君药凉血止血，并能消瘀，共为臣药。滑石、竹叶、木通清热利水通淋；栀子清泻三焦之火，导热从下而出；当归养血和血，引血归经，且防诸药寒凉滞血之弊，合而为佐。使以甘草缓急止

痛，和中调药。诸药合用，共奏凉血止血、利水通淋之功。

【鉴别】导赤散与小蓟饮子均具清热利水通淋之功。导赤散上清心火，下利小便，用治心火上炎或心火下移小肠之溺赤涩痛。小蓟饮子由导赤散加味而成，善能凉血止血，利水通淋，用治热结下焦，损伤膀胱血络之血淋、尿血。

要点四　槐花散《普济本事方》

【组成】槐花　柏叶　荆芥穗　枳壳

【用法】为末。

【功用】清肠止血，疏风行气。

【主治】肠风、脏毒下血。便前出血，或便后出血，或粪中带血，以及痔疮出血，血色鲜红或晦暗，舌红苔黄，脉数。

【组方原理】本方证因风热或湿热邪毒，壅遏肠道血分，损伤脉络，血渗外溢所致。治宜清肠凉血，疏风行气。方中槐花善清大肠湿热，凉血止血，为君药。臣以侧柏叶清热止血。荆芥穗炒用，入血分而止血；枳壳行气宽肠，共为佐药。诸药合用，寓行气于止血之中，寄疏风于清肠之内。

要点五　黄土汤《金匮要略》

【组成】甘草　干地黄　白术　附子　阿胶　黄芩各三两　灶心黄土半斤

【用法】先将灶心土水煎过滤取汤，再煎余药，阿胶烊化冲服。

【功用】温阳健脾，养血止血。

【主治】阳虚便血。大便下血，先便后血，以及吐血、衄血、妇人崩漏，血色暗淡，四肢不温，面色萎黄，舌淡苔白，脉沉细无力。

【组方原理】本方证由脾阳不足，统摄无权所致。治宜温阳止血，健脾养血。方中灶心黄土（即伏龙肝）温中收涩止血，用以为君。臣以白术、附子温阳健脾以复统血之权。生地、阿胶滋阴养血止血；与黄芩合用，又能制约术、附温燥之性；而生地、阿胶得术、附则滋而不腻，避呆滞碍脾之弊，均为佐药。甘草补气和中，调和诸药，为使药。全方寒热并用，刚柔相济，标本兼顾。

【鉴别】黄土汤与归脾汤均可用治脾不统血之便血、崩漏。黄土汤温阳健脾而摄血，适于脾阳不足、统摄无权之出血证；归脾汤补气健脾与养心安神并重，适于脾气不足、气不摄血之出血证，亦治心脾气血两虚之神志不宁证。

（王均宁）

第十四单元　治风剂

细目一　概述

要点一　治风剂的适用范围

治风剂适用于外风侵袭及肝风内动引起的风病。外风证，症见头痛，恶风，肌肤瘙痒，肢体麻木，筋骨挛痛，关节屈伸不利，或口眼歪斜，甚则角弓反张，及破伤风等；内风证，症见眩晕，震颤，四肢抽搐，甚则卒然昏倒，口角歪斜，半身不遂等。

要点二　治风剂的应用注意事项

当辨别风病属内、属外。应分清病邪的兼夹以及病情的虚实。外风与内风常相互影响，应分清主次，全面兼顾。

细目二　疏散外风

要点一　川芎茶调散《太平惠民和剂局方》

【组成】川芎　荆芥各四两　白芷　羌活　甘草各二两　细辛一两　防风一两半　薄荷叶八两

【用法】为细末，饭后清茶调服。

【功用】疏风止痛。

【主治】外感风邪头痛。偏正头痛，或巅顶作痛，目眩鼻塞，或恶风发热，舌苔薄白，脉浮。

【组方原理】本方为外感风邪头痛而设。方中川芎善祛风止痛，为治头痛要药，尤善治少阳、厥阴经头痛，为君药。羌活善治太阳经头痛；白芷善治阳明头痛，均为臣药。薄荷重用八两辛凉散风，荆芥、防风疏散风邪，细辛祛风止痛，共为佐药。甘草调药和中，使升散不致耗气；清茶上清头目，可监制风药之辛燥，均为使药。诸药合用，共奏疏风止痛之效。

【鉴别】九味羌活汤与川芎茶调散均有祛风散邪之功。但九味羌活汤以发汗解表，祛风寒湿邪为主，兼清里热，主治外感风寒湿邪表证，兼有里热之证。川芎茶调散长于发散头面部位之风邪，具疏风止痛、清利头目之功，主治外感风邪之偏正头痛。

要点二　大秦艽汤《素问病机气宜保命集》

【组成】秦艽三两　川芎　独活　当归　白芍药　石膏　甘草各二两　羌活　防风　白芷　黄芩　白术　白茯苓　生地黄　熟地黄各一两　细辛半两

【用法】水煎服。

【功用】疏风清热，养血活血。

【主治】风邪初中经络证。口眼㖞斜，舌强不能言语，手足不能运动，或恶寒发热，苔白或黄，脉浮数或弦细。

【组方原理】本方证由风邪乘虚入中经络，气血痹阻所致。治宜疏风清热，活血通络，兼补养气血之法。方中秦艽祛风清热，通经活络为君。羌活、防风散太阳之风，白芷散阳明之风，独活、细辛搜少阴之风，俱为臣药。佐入当归、川芎、白芍、生地、熟地以养血柔筋，活血通络；白术、茯苓、甘草益气健脾，以资生气血；石膏、黄芩清风阳所化之热，共为佐药。甘草调和诸药，为使药。诸药配合，共奏疏风清热、养血通络之功。

【鉴别】大秦艽汤与地黄饮子均可治舌强不能言语，肢体痿废不用之病症。但大秦艽汤重用诸祛风药祛风通络，佐以补益气血之品，主治正气亏虚，风邪初中经络证。地黄饮子则滋肾阴、补肾阳，佐以化痰开窍，主治下元虚衰，虚阳上浮，痰阻清窍之喑痱证。

要点三　牵正散《杨氏家藏方》

【组成】白附子　白僵蚕　全蝎各等分

【用法】为末，温酒送服。

【功用】祛风化痰，通络止痉。

【主治】风中经络，口眼㖞斜。

【组方原理】本方证由风痰阻于头面经络所致。治宜祛风痰，通经络，止痉挛。方中白附子善祛头面之风痰，为君药。全蝎、僵蚕搜风通络，祛风止痉，共为臣药。用热酒调服，可宣通血脉，助药势以直达病所，以为佐使。三药合而用之，则风邪散、痰浊化，经络通。

要点四　小活络丹（活络丹）《大平惠民和剂局方》

【组成】川乌　草乌　天南星　地龙各六两　乳香　没药各二两二钱

【用法】蜜丸，用陈酒或温水送服。

【功用】祛风除湿，化痰通络，活血止痛。

【主治】风寒湿痹。肢体筋脉疼痛，麻木拘挛，关节屈伸不利，疼痛游走不定。亦治中风手足不仁，日久不愈，经络中有湿痰瘀血，而见腰腿沉重，或腿臂间作痛。

【组方原理】本方证由风寒湿邪与痰瘀痹阻经络，气血不畅所致。治宜祛风散寒，除湿化痰，活血通络。方中制川乌、制草乌祛风除湿，温通经络，并长于止痛，共为君药。天南星祛风燥湿化痰，以除经络中的风湿顽痰，为臣药。乳香、没药行气活血，通络止痛；地龙性善走窜，功专通经活络，为佐药。陈酒以助药势，引药直达病所，为使药。诸药合用，使外邪得去，经络气血宣通而诸症自愈。

要点五　消风散《外科正宗》

【组成】荆芥　防风　牛蒡子　蝉蜕　苍术　苦参　石膏　知母　当归　生地　胡麻各一钱　木通　生甘草各五分

【用法】水煎服。

【功用】疏风除湿，清热养血。

【主治】风疹、湿疹。皮肤瘙痒，疹出色红，或遍身云片斑点，抓破后渗出津水，苔白或黄，脉浮数。

【组方原理】本方证因风湿或风热浸淫血脉，郁于肌腠所致。荆芥、防风、牛蒡子、蝉蜕疏风止痒，共为君药。苍术散风祛湿，苦参清热燥湿，木通渗利湿热，石膏、知母清热泻火，均为臣药。当归、生地、胡麻养血活血，滋阴润燥，寓“治风先治血，血行风自灭”之意，是为佐药。生甘草清热解毒，调和诸药，是为使药。合而用之，共奏疏风养血、清热除湿之功。

细目三　平息内风

要点一　羚角钩藤汤《通俗伤寒论》

【组成】羚羊角片（先煎）一钱半　双钩藤（后入）三钱　霜桑叶二钱　滁菊花三钱　鲜生地五钱　生白芍三钱　京川贝四钱　淡竹茹（与羚羊角先煎代水）五钱　茯神木三钱　生甘草八分

【用法】水煎服。

【功用】凉肝息风，增液舒筋。

【主治】肝热生风证。高热不退，烦闷躁扰，手足抽搐，发为痉厥，甚则神昏，舌绛而干，或舌焦起刺，脉弦而数。

【组方原理】本方证由温热病邪传入厥阴，肝经热盛，热极动风所致。治宜清热凉肝，息风止痉之法。方中羚羊角凉肝息风，钩藤清热平肝，息风止痉，共为君药。桑叶疏散肝热，菊花平肝息风，助君药以清热息风，共为臣药。鲜生地、生白芍、生甘草酸甘化阴，增液缓急；邪热易灼津为痰，故用川贝、竹茹清热化痰；茯神木平肝宁心安神，以上共为佐药。生甘草又能调和诸药，兼以为使。诸药合用，共奏清热凉肝、息风止痉之功。

【鉴别】紫雪与羚角钩藤汤均有清热凉肝、息风解痉之功。紫雪重在清热开窍醒神，兼以凉肝息风，主治热闭心包，引动肝风之高热烦躁，神昏谵语，痉厥等。羚角钩藤汤以凉肝息风为主，兼以增液化痰，舒筋通络，主治肝热生风之高热不退，烦躁抽搐，发为痉厥，甚则神昏等。

要点二　镇肝熄风汤《医学衷中参西录》

【组成】怀牛膝　生赭石各一两　生龙骨　生牡蛎　生龟板　生杭芍　玄参　天冬各五钱　川楝子　生麦芽　茵陈各二钱　甘草钱半

【用法】水煎服。

【功用】镇肝息风，滋阴潜阳。

【主治】类中风。头目眩晕，目胀耳鸣，脑部热痛，面色如醉，心中烦热，或时常噫气，或肢体渐觉不利，口眼渐形㖞斜；甚或眩晕颠仆，昏不知人，移时始醒，或醒后不能复原，脉弦长有力。

【组方原理】本方证由肝肾阴亏，肝阳上亢，肝风内动，气血逆乱所致。方中重用怀

牛膝引血下行以治标，补益肝肾以治本，为君药。代赭石、龙骨、牡蛎降逆潜阳，镇肝息风，为臣药。佐以龟板、玄参、天冬、白芍滋养阴液，以制阳亢；茵陈、川楝子、生麦芽清泻肝阳，条达肝气，以利肝阳之平降。使以甘草调和诸药，合麦芽和胃调中，防金石药碍胃。全方重用潜镇清降，配伍滋阴疏肝之品，标本兼治，而以治标为主。

要点三　天麻钩藤饮《中医内科杂病证治新义》

【组成】天麻　钩藤（后下）　石决明（先煎）　山栀　黄芩　川牛膝　杜仲　益母草　桑寄生　夜交藤　朱茯神

【用法】水煎服。

【功用】平肝息风，清热活血，补益肝肾。

【主治】肝阳偏亢，肝风上扰证。头痛、眩晕，失眠多梦，舌红苔黄，脉弦。

【组方原理】本方证由肝肾阴虚，肝阳偏亢，火热上扰所致。治宜平肝息风为主，辅以清热活血，补益肝肾。方中天麻平肝阳，息肝风，善治眩晕；钩藤清肝热，息风止痉，共为君药。石决明平肝潜阳，山栀、黄芩清热泻火，使肝经之热不致上扰，为臣药。益母草活血利水；川牛膝引血下行，以利肝阳之平降；杜仲、桑寄生补益肝肾；夜交藤、朱茯神安神定志，俱为佐药。诸药配伍，共奏平肝息风、清热活血、补益肝肾之功。

【鉴别】镇肝熄风汤与天麻钩藤饮均具平肝息风之功。但镇肝熄风汤镇潜降逆之力较强，兼能条达肝气，多用于肝阳上亢，肝风内动，气血逆乱之类中风证。天麻钩藤饮镇潜平肝息风之力较缓，但兼有清热活血安神之效，适于肝阳偏亢，肝风上扰之眩晕，头痛等。

要点四　大定风珠《温病条辨》

【组成】生白芍六钱　阿胶三钱　生龟板四钱　干地黄六钱　麻仁二钱　五味子二钱　生牡蛎四钱　麦冬六钱　炙甘草四钱　鸡子黄二枚　鳖甲（生）四钱

【用法】水煎，入阿胶烊化，再入鸡子黄。

【功用】滋阴息风。

【主治】阴虚风动证。手足瘛疭，形消神倦，舌绛少苔，脉气虚弱，时时欲脱者。

【组方原理】本证因温病迁延日久，邪热灼伤真阴，或因误汗、妄攻，重伤阴液，水不涵木，虚风内动所致。治宜滋阴养液以补欲竭之真阴，平肝潜阳以息内动之虚风。方中重用生地、麦冬、白芍滋阴柔肝，壮水涵木，共为君药。臣以龟板、鳖甲、牡蛎滋阴潜阳，平肝息风。阿胶、鸡子黄滋阴润燥，养血息风。麻仁养阴润燥，五味子敛阴生津，与甘草合酸甘化阴，共为佐药；甘草调和药性，为使药。

（王均宁）

第十五单元　治燥剂

细目一　概述

要点一　治燥剂的适用范围

治燥剂适用于燥邪侵袭人体肌表、肺卫，或脏腑津液亏耗所致的燥证。凡秋季外感温燥或凉燥之邪，以及脏腑津液亏耗所致的干咳少痰，口干咽燥，大便干燥，皮肤干燥甚或开裂等，均为治燥剂的适应范围。

要点二　治燥剂的应用注意事项

应分清外燥和内燥。燥邪最易化热伤津耗气，常佐清热泻火或生津益气之品，而辛香耗津、苦寒化燥之品，则非燥病所宜。

细目二　轻宣外燥

要点一　杏苏散《温病条辨》

【组成】苏叶　杏仁　桔梗　枳壳　前胡　半夏　茯苓　陈皮　甘草　生姜　大枣

【用法】水煎服。

【功用】轻宣凉燥，理肺化痰。

【主治】外感凉燥证。头微痛，恶寒无汗，咳嗽痰稀，鼻塞咽干，苔白，脉弦。

【组方原理】本方证为凉燥犯表，肺失宣降所致。治宜轻宣凉燥，理肺化痰。方中苏叶辛温不燥，发表散邪，开宣肺气；杏仁苦温而润，宣利肺气，润燥止咳，共为君药。前胡降气化痰，疏风散邪；桔梗、枳壳一升一降，理肺化痰，同为臣药。半夏、橘皮燥湿化痰，理气行滞；茯苓渗湿健脾，以杜生痰之源；生姜、大枣调和营卫，滋脾行津，俱为佐药。甘草调和诸药，合桔梗宣肺利咽，功兼佐使。诸药合用，共奏轻宣凉燥、理肺化痰之功。

要点二　桑杏汤《温病条辨》

【组成】桑叶一钱　杏仁一钱五分　沙参二钱　象贝　香豉　栀皮　梨皮各一钱

【用法】水煎服。

【功用】清宣温燥，润肺止咳。

【主治】外感温燥证。头痛，身热不甚，微恶风寒，口渴，咽干鼻燥，干咳无痰或痰少而黏，舌红，苔薄白而干，脉浮数而右脉大者。

【组方原理】本方证由温燥外袭，津液受灼所致。治宜清宣燥热，润肺止咳。方中桑

叶清宣燥热；杏仁宣利肺气，润燥止咳，共为君药。豆豉辛凉透散；贝母清化热痰；沙参养阴生津，同为臣药。栀子皮质轻，清泻肺热；梨皮清热润燥，止咳化痰，俱为佐药。诸药合用，使燥热除而肺津复，宣降有权，则诸症自愈。

【鉴别】桑杏汤与桑菊饮均可用于外感咳嗽。但桑菊饮为辛凉解表之法，侧重于疏散风热，主治风温初起，津伤不甚之证；桑杏汤辛凉与甘润合法，主治外感温燥，津伤程度相对较甚者。

要点三　清燥救肺汤《医门法律》

【组成】桑叶三钱　石膏二钱五分　甘草一钱　人参七分　胡麻仁一钱　真阿胶八分　麦门冬一钱二分　杏仁七分　枇杷叶一片

【用法】水煎服。

【功用】清燥润肺。

【主治】温燥伤肺证。身热头痛，干咳无痰，气逆而喘，咽喉干燥，口渴鼻燥，胸满胁痛，舌干少苔，脉虚大而数。

【组方原理】本方证为温燥伤肺之重证。治当清肺润燥，养阴益气。方中重用桑叶轻宣燥热，透邪外出，为君药。臣以石膏清泻肺热；麦冬养阴润肺。君臣相伍，宣中有清，清中有润，祛邪不伤肺气，清热不碍宣散，滋阴而不留邪。人参、甘草益气生津，培土生金；胡麻仁、阿胶养阴润肺；用少量杏仁、枇杷叶降利肺气，俱为佐药。甘草调和诸药，兼作使药。全方宣、清、润、补、降五法并用，则肺金之燥热得以清宣，肺气之上逆得以肃降。

【鉴别】清燥救肺汤与桑杏汤均可轻宣温燥，养阴润肺，用于温燥伤肺之证。但桑杏汤辛凉甘润合法，长于清宣燥热，润肺止咳，适宜于外感温燥，邪伤肺卫，肺津受灼之轻证；清燥救肺汤宣、清、润、补、降五法并用，长于清燥润肺，养阴益气，适宜于外感温燥，燥热伤肺，气阴两伤之重证。

细目三　滋阴润燥

要点一　增液汤《温病条辨》

【组成】玄参一两　麦冬　细生地各八钱

【用法】水煎服。

【功用】增液润燥。

【主治】阳明温病，津亏便秘证。大便秘结，口渴，舌干红，脉细数或沉而无力者。

【组方原理】本方所治大便秘结为热病耗津，无水而舟停。治当增水行舟，润燥通便。方中重用玄参滋阴润燥，壮水制火，启肾水以润肠燥，为君药。生地、麦冬清热养阴，壮水生津，以增玄参滋阴润燥之力，同为臣药。三药合用，大补阴液，增水行舟，然非重用不为功。

【常用加减】若津亏而燥热较甚，服增液汤大便不下者，可加生大黄、芒硝以清热泻下；若胃阴不足，舌质光绛，口干唇燥者，可加沙参、石斛、玉竹以养阴生津。

要点二　麦门冬汤《金匮要略》

【组成】麦门冬七升　半夏一升　人参三两　甘草二两　粳米三合　大枣十二枚

【用法】水煎服。

【功用】清养肺胃，降逆和中。

【主治】

1. 虚热肺痿。咳嗽气喘，咽喉不利，咳唾涎沫，口干咽燥，舌红少苔，脉虚数。

2. 胃阴不足证。呕吐，呃逆，舌红少苔，脉虚数。

【组方原理】本方证由肺胃阴亏，虚火上炎，气机上逆所致。治宜润肺益胃，降逆下气。方中重用麦门冬甘寒清润，既养肺胃之阴，又清肺胃虚热，为君药。臣以半夏降逆下气，化其痰涎。半夏虽温燥，但与大剂麦门冬相配，则燥性减而降逆之用存，且能开胃行津以润肺，又使麦门冬滋而不腻。人参益气生津以补肺胃之气。粳米、大枣、甘草益气养胃，“培土生金”，共为佐药。甘草并能润肺利咽，调和诸药，为使药。本方甘润之中佐以辛温，滋补之中辅以降逆，滋而不腻，温而不燥，肺胃并治，培土生金。

【鉴别】

1. 麦门冬汤与炙甘草汤均可治疗肺痿。但炙甘草汤功在滋养阴血，益气温阳，为气血阴阳俱补之剂，用治气血阴阳俱虚之虚劳肺痿。麦门冬汤功在清养肺胃，培土生金，降逆下气，属滋阴润燥之剂，用治肺胃阴虚，气火上逆之虚热肺痿。

2. 麦门冬汤与清燥救肺汤均有润肺止咳之功。但麦门冬汤证为肺胃阴虚，气火上逆，重在滋阴润肺，培土生金，兼以降气化痰，主治虚热肺痿证。清燥救肺汤证为外感温燥，耗气伤阴，重在清宣燥热，兼以益气养阴，主治温燥伤肺重证。

要点三　百合固金汤《慎斋遗书》

【组成】生地　熟地　当归身各三钱　麦冬　百合　贝母各一钱半　白芍一钱　桔梗八分　甘草一钱　玄参八分

【用法】水煎服。

【功用】滋养肺肾，止咳化痰。

【主治】肺肾阴亏，虚火上炎证。咳嗽气喘，痰中带血，咽喉燥痛，头晕目眩，午后潮热，舌红少苔，脉细数。

【组方原理】本方证由肺肾阴虚，虚火上炎所致。治宜滋养肺肾之阴，清热化痰止咳。方中生熟二地为君，滋补肾阴亦养肺阴，熟地兼能补血，生地兼能凉血。臣以百合、麦冬滋养肺阴，润肺止咳；玄参咸寒滋肾，且降虚火。佐以贝母清热润肺，化痰止咳；桔梗载药上行，并利咽喉；当归、芍药补血敛肺止咳。佐使以甘草，调和诸药，且与桔梗为伍以利咽。诸药相合，肺肾同治，金水相生。

【鉴别】百合固金汤与咳血方均可治咳嗽，痰中带血等症。但百合固金汤主治肺肾阴亏，虚火上炎之咳嗽痰血证，偏于滋肾养肺，并能清热化痰。咳血方主治肝火灼肺之咳血证，偏于清肝宁肺，兼以化痰止咳。

要点四　养阴清肺汤《重楼玉钥》

【组成】大生地二钱　麦冬一钱二分　生甘草五分　元参钱半　贝母八分　丹皮八分　薄荷五分　炒白芍八分

【用法】水煎服。

【功用】养阴清肺，解毒利咽。

【主治】白喉之阴虚燥热证。喉间起白如腐，不易拭去，咽喉肿痛，初期或发热或不发热，鼻干唇燥，或咳或不咳，呼吸有声，似喘非喘，脉数无力或细数。

【组方原理】本方证之白喉为素体肺肾阴虚，复感燥气疫毒所致。治宜养阴清肺，兼散疫毒。方中重用生地滋阴壮水，清热凉血，为君药。麦冬养阴润肺清热，玄参滋阴解毒利咽，同为臣药。丹皮散瘀消肿，白芍和营泻热，贝母润肺散结，薄荷散邪利咽，俱为佐药。生甘草清热解毒，调和诸药，为使药。本方扶正与攻毒同用，邪正并治，标本兼顾。

（王均宁）

第十六单元　祛湿剂

细目一　概述

要点一　祛湿剂的适用范围

祛湿剂适用于湿邪所致的多种病证，据其成因可分为外湿与内湿两类。外湿者，乃外感湿邪侵袭人体肌肉、经络、筋骨、关节所致，症见恶寒发热，头痛身重，肢节酸痛，或面目浮肿等；内湿者，由脏腑功能失调，湿浊内生而致，症见胸脘痞满，呕恶泄泻，水肿黄疸，癃闭淋浊等。

要点二　祛湿剂的应用注意事项

水湿之生与肺脾肾三脏功能失调密切相关，且湿邪重浊腻滞，易阻气机，故应用祛湿剂须酌情配伍宣降肺气、健脾助运、温肾化气之药以求其本，并注重调理气机，使气化则湿亦化。祛湿剂多由芳香温燥或甘淡渗利之药组成，易伤阴津，有碍胎元，故素体阴虚津亏，病后体弱以及孕妇水肿等慎用。

细目二　燥湿和胃

要点一　平胃散《简要济众方》

【组成】苍术四两　厚朴三两　陈橘皮二两　甘草（炙）一两

【用法】为散。

【功用】燥湿运脾，行气和胃。

【主治】湿滞脾胃证。脘腹胀满，不思饮食，口淡无味，恶心呕吐，嗳气吞酸，肢体沉重，怠惰嗜卧，常多自利，舌苔白腻而厚，脉缓。

【组方原理】本方证由湿困中焦，脾失健运，胃失和降，气机不畅所致。治宜燥湿运脾，行气和胃。方中苍术燥湿运脾，为君药。厚朴燥湿行气，为臣药。二药配伍，燥湿之功相得益彰，并使气行则湿化。陈皮理气和胃，燥湿醒脾。甘草补脾和中，调和诸药，为佐使药。煎煮时少加生姜、大枣以助调和脾胃。诸药合用，湿去脾健，胃气平和，则诸症可除。

【常用加减】若湿从热化，口苦，舌苔黄腻者，加黄连、黄芩；若湿从寒化，脘腹冷痛，手足不温者，加干姜、草豆蔻；若泄泻较甚者，加茯苓、泽泻。

【附方】不换金正气散较平胃散多藿香、半夏二味，故燥湿和胃、降逆止呕之力益著，兼可解表，用于湿邪中阻，兼有表寒之证。柴平汤即小柴胡汤与平胃散合方，功在和解少阳，燥湿化痰，用于治疗素多痰湿，复感外邪，寒多热少之湿疟。

要点二　藿香正气散《太平惠民和剂局方》

【组成】大腹皮　白芷　紫苏　茯苓各一两　半夏曲　白术　陈皮　厚朴（姜汁炙）苦桔梗各二两　藿香三两　甘草（炙）二两半

【用法】为末。

【功用】解表化湿，理气和中。

【主治】外感风寒，内伤湿滞证。霍乱吐泻，恶寒发热，头痛，胸膈满闷，脘腹疼痛，舌苔白腻，脉浮或濡缓。以及山岚瘴疟等。

【组方原理】本方证由风寒犯表，湿浊中阻，脾胃失和所致。治宜解表化湿，理气和中。方中藿香外散风寒，内化湿滞，辟秽止呕，为治霍乱吐泻之要药，故重用为君。白术、茯苓健脾运湿以止泻；半夏曲、陈皮理气燥湿，和胃降逆以止呕，同为臣药。紫苏、白芷辛温发散，助藿香外散风寒；紫苏尚可醒脾宽中，行气止呕，白芷兼能燥湿化浊；大腹皮、厚朴行气化湿，寓气行湿化之义；桔梗宣肺利膈，既益解表，又助化湿，俱为佐药。甘草调和药性，用为使药。煎加姜枣，内调脾胃，外和营卫。感受山岚瘴气以及水土不服，症见呕吐腹泻，舌苔白腻者，亦可以本方散寒祛湿，辟秽化浊，和中悦脾而治之。

细目三　清热祛湿

要点一　茵陈蒿汤《伤寒论》

【组成】茵陈六两　栀子十四枚　大黄二两

【用法】水煎服。

【功用】清热利湿退黄。

【主治】湿热黄疸。一身面目俱黄，黄色鲜明，身热，无汗或但头汗出，口渴欲饮，恶心呕吐，腹微满，小便短赤，大便不爽或秘结，舌红苔黄腻，脉沉数或滑数有力。

【组方原理】本方证乃湿热内蕴，熏蒸肝胆，胆汁外溢，发为阳黄。治宜清热利湿退

黄。方中重用茵陈蒿为君药，清利脾胃肝胆湿热，为治黄疸要药。栀子泻热降火，清利三焦湿热，合茵陈蒿使湿热从小便而去，为臣药。大黄泻热逐瘀，通利大便，伍茵陈蒿令湿热瘀滞由大便而去，为佐药。诸药合用，湿热瘀滞由前后分消，邪有去路，则黄疸渐去，腹满自消。

【常用加减】若湿重于热而身热口渴不甚，食少便溏者，加茯苓、泽泻以利水渗湿；若热重于湿而舌红苔黄燥者，加龙胆草、虎杖以清热祛湿；若肝气郁滞而胁痛明显者，加柴胡、川楝子以疏肝理气。

要点二　八正散《太平惠民和剂局方》

【组成】车前子　瞿麦　萹蓄　滑石　山栀子仁　甘草（炙）　木通　大黄（面裹煨）各一斤

【用法】为散。每服二钱，水一盏，入灯心，煎至七分，温服。

【功用】清热泻火，利水通淋。

【主治】湿热淋证。尿频尿急，溺时涩痛，淋沥不畅，尿色浑赤，甚则癃闭不通，小腹急满，口燥咽干，舌苔黄腻，脉滑数。

【组方原理】本方证由湿热蕴于膀胱，水道不利所致。治宜清热泻火，利水通淋。方中滑石、木通清热利水通淋，共为君药。萹蓄、瞿麦、车前子助滑石、木通利水通淋，同为臣药。山栀子仁清热泻火，除三焦湿热；大黄荡涤邪热，通利肠腑，合诸药令湿热由二便分消，俱为佐药。甘草调和诸药，兼以缓急止茎中痛，为佐使药。煎药时加灯心以增利水通淋之效。诸药合用，共奏清热泻火、利水通淋之功。

【鉴别】八正散与小蓟饮子同具清热通淋之功，均可治疗淋证。八正散集大队寒凉降泄、清利湿热之品，故专于清热利水通淋，主治热淋；小蓟饮子则以凉血止血药与利水通淋之品为伍，故宜于膀胱有热，灼伤血络之血淋。

要点三　三仁汤《温病条辨》

【组成】杏仁五钱　飞滑石六钱　白通草二钱　白蔻仁二钱　竹叶二钱　厚朴二钱　生薏苡仁六钱　半夏五钱

【用法】水煎服。

【功用】宣畅气机，清利湿热。

【主治】湿温初起或暑温夹湿之湿重于热证。头痛恶寒，身重疼痛，面色淡黄，胸闷不饥，午后身热，苔白不渴，脉弦细而濡。

【组方原理】本方是为湿温初起，湿重于热，湿热内蕴，气机失畅之证而设。治宜宣畅气机，利湿清热之法。方中滑石长于清热利湿，为君药。杏仁宣利上焦肺气以通利水道，白蔻仁畅达中焦气机以助祛湿，薏苡仁渗利下焦湿热以健脾。三仁并用，宣上畅中渗下，同为臣药。通草、竹叶渗利下焦湿热，半夏、厚朴理气和胃化湿，俱为佐药。原方以甘澜水煎服药，意在益脾胃而不滞邪。

要点四　甘露消毒丹《医效秘传》

【组成】飞滑石十五两　淡黄芩十两　绵茵陈十一两　石菖蒲六两　川贝母　木通各

五两　藿香　连翘　白蔻仁　薄荷　射干各四两

【用法】每服三钱，开水调下，或神曲糊丸，开水化服亦可。

【功用】利湿化浊，清热解毒。

【主治】湿温时疫，湿热并重证。发热口渴，胸闷腹胀，肢酸倦怠，颐咽肿痛，或身目发黄，小便短赤，或泄泻淋浊，舌苔白腻或黄腻或干黄，脉濡数或滑数。

【组方原理】本方证由湿热疫毒充斥气分，弥漫三焦，湿热并重所致。治宜利湿化浊，清热解毒。方中重用滑石、茵陈、黄芩清热祛湿，泻火解毒，为君药。白豆蔻、石菖蒲、藿香行气化湿，悦脾和中，令气行湿化，助君药祛湿之力；连翘、薄荷、射干、贝母清热解毒，透邪散结，消肿利咽，助君药解毒之功；木通清热通淋，助君药导湿热从小便而去，俱为佐药。诸药相伍，共奏利湿化浊、清热解毒之功。

【鉴别】甘露消毒丹与三仁汤均有清热利湿之功，治疗湿温邪留气分之证。三仁汤以滑石配伍三仁、通草、竹叶清利湿热，重在化湿理气，兼以清热，宜于湿重热轻之湿温初起或暑温夹湿证；甘露消毒丹重用滑石、茵陈、黄芩为君，配伍连翘、射干、贝母散结消肿，利湿化浊与清热解毒并举，适宜于湿热并重之疫毒充斥气分证。

要点五　连朴饮《霍乱论》

【组成】制厚朴二钱　川连　石菖蒲　制半夏各一钱　香豉　焦栀各三钱　芦根二两

【用法】水煎服。

【功用】清热化湿，理气和中。

【主治】湿热霍乱。上吐下泻，胸脘痞闷，心烦溺赤，舌苔黄腻，脉濡数。

【组方原理】本方原为湿热内蕴，脾胃升降失调，清浊相干以致霍乱吐泻而设。治宜清热化湿，理气和中。方中芦根用量独重，清热止呕除烦，为君药。黄连清热燥湿，姜制以增和胃止呕之功；厚朴宣畅气机，化湿除满，同为臣药。半夏降逆和胃，栀子清热利湿，石菖蒲化湿醒脾，淡豆豉合栀子清宣郁热而除烦，俱为佐药。诸药相伍，清热化湿、理气和中，湿热去，脾胃和，则吐泻诸症可除。

要点六　二妙散《丹溪心法》

【组成】黄柏（炒）　苍术（炒）

【用法】上为末，沸汤入姜汁调服。

【功用】清热燥湿。

【主治】湿热下注证。筋骨疼痛，或两足痿软，或足膝红肿疼痛，或湿热带下，或下部湿疮，小便短赤，舌苔黄腻者。

【组方原理】本方证由湿热注于下焦所致。治宜清热燥湿。方中黄柏擅清下焦湿热，为君药。苍术长于燥湿健脾助运，为臣药。再入姜汁少许调和诸药，藉其辛散以助祛湿，亦防黄柏苦寒伤中。

【附方】三妙丸即二妙散加牛膝以补肝肾，强筋骨，引药下行，故专治下焦湿热之两脚麻木，痿软无力。四妙丸乃三妙丸再加薏苡仁以渗湿健脾，舒筋缓急，故适宜于湿热下注之痿证。

细目四　利水渗湿

要点一　五苓散《伤寒论》

【组成】猪苓十八铢　泽泻一两六铢　白术十八铢　茯苓十八铢　桂枝半两

【用法】为散，以白饮和服，日三服，多饮暖水，汗出愈。

【功用】利水渗湿，温阳化气。

【主治】

1. 蓄水证。小便不利，头痛微热，烦渴欲饮，甚则水入即吐，舌苔白，脉浮。

2. 痰饮。脐下动悸，吐涎沫而头眩，或短气而咳者。

3. 水湿内停证。水肿，泄泻，小便不利，以及霍乱吐泻等。

【组方原理】本方原治外有表证，膀胱气化不利之“蓄水证”。治以淡渗利湿，温阳化气，解表散邪。方中重用泽泻，利水渗湿，为君药。茯苓、猪苓助君药渗利水湿，为臣药。白术补气健脾燥湿，合茯苓健脾制水之效益彰；桂枝温阳化气以助利水，兼以解表，俱为佐药。诸药配伍，利水渗湿之效颇佳。

【附方】四苓散，即五苓散减去桂枝，重在健脾渗湿，适宜于脾失健运，湿胜泄泻；春泽汤乃五苓散减桂枝，加人参而成，故益气补脾之功较胜，适宜于水湿停蓄而兼神疲乏力、口渴、泄泻等脾虚征象者；胃苓汤系五苓散与平胃散合方，有燥湿和中、行气利水之效，适宜于水湿内盛、气机阻滞之水肿、泄泻、腹胀、舌苔厚腻者；茵陈五苓散为五苓散与倍量茵陈相合而成，具利湿清热退黄之功，适宜于黄疸之湿重热轻证。

要点二　猪苓汤《伤寒论》

【组成】猪苓　茯苓　泽泻　阿胶　滑石各一两

【用法】先煮四味，内阿胶烊消。

【功用】利水渗湿，清热养阴。

【主治】水热互结伤阴证。小便不利，发热，口渴欲饮，或心烦不寐，或咳嗽，或呕恶，或下利，舌红苔白或微黄，脉细数。

【组方原理】本方证由水热结于下焦，热伤阴津所致。治宜利水渗湿，清热养阴。方中猪苓淡渗利水，为君药。泽泻、茯苓助君药利水渗湿，泽泻兼可泻热，茯苓长于健脾，同为臣药。滑石清热利水，阿胶滋阴止血，俱为佐药。诸药相合，则水湿去，邪热清，阴津复，诸症可痊。

【鉴别】猪苓汤与五苓散均含泽泻、猪苓、茯苓三药，为利水渗湿的常用方剂，皆可用于小便不利、身热口渴之证。五苓散证由水湿内盛，膀胱气化不利而致，故配伍桂枝温阳化气兼解太阳未尽之邪，白术健脾燥湿，共成温阳化气利水之剂；猪苓汤治证乃因邪气入里化热，水热互结，灼伤阴津而成里热阴虚，水湿停蓄之证，故配伍滑石清热利湿，阿胶滋阴润燥，共成利水清热养阴之方。

要点三　防己黄芪汤《金匮要略》

【组成】防己一两　甘草（炒）半两　白术七钱半　黄芪一两一分

【用法】加姜枣，水煎服。

【功用】益气祛风，健脾利水。

【主治】气虚受风，水湿内停证。汗出恶风，身重微肿，或肢节疼痛，小便不利，舌淡苔白，脉浮。亦治风水表虚证。

【组方原理】本方证由肺脾气虚，风湿外袭，或脾虚失运，水湿内停，复感风邪所致。治宜祛风胜湿，益气固表，健脾利水。方中防己祛风利水以止痛，黄芪益气补虚而固表。二药合用，祛风除湿而不伤正，益气固表而不恋邪，共为君药。白术补气健脾祛湿，助君药祛湿行水，益气固表，为臣药。煎加生姜、大枣以助祛风湿，和营卫，调脾胃，为佐药。甘草和中调药，为佐使药。诸药相伍，表里同治，邪正兼顾。

【鉴别】防己黄芪汤与玉屏风散均有益气固表健脾之功，可治肺卫气虚，自汗恶风之证。防己黄芪汤中又配入祛风利水的防己，宜用于风湿表虚，身重浮肿者；玉屏风散中配防风，宜用于表虚易感风邪或自汗之疾。

细目五　温化寒湿

要点一　苓桂术甘汤《金匮要略》

【组成】茯苓四两　桂枝三两　白术二两　甘草（炙）二两

【用法】水煎服。

【功用】温阳化饮，健脾利水。

【主治】中阳不足，痰饮内停证。胸胁支满，目眩心悸，短气而咳，舌苔白滑，脉弦滑或沉紧。

【组方原理】本方证由脾阳不足，健运失职，水津停滞，聚而成饮所致。“病痰饮者，当以温药和之”，治宜温阳化饮，健脾利水。方中茯苓健脾利水，渗湿化饮，为君药。桂枝温阳化气，为臣药。白术健脾燥湿，配茯苓彰健脾化饮之效，为佐药。炙甘草合桂枝辛甘化阳，以温补中阳；合白术益气健脾，以崇土制水；兼调和诸药，为佐使药。四药合用，中阳振奋，脾运复常，则痰饮渐消。

要点二　真武汤《伤寒论》

【组成】茯苓三两　芍药三两　白术二两　生姜三两　附子（炮）一枚

【用法】水煎服。

【功用】温阳利水。

【主治】

1. 阳虚水泛证。肢体浮肿或沉重，腰以下为甚，畏寒肢冷，腹痛泄泻，小便不利，或心悸头眩，舌淡胖，苔白滑，脉沉细。

2. 太阳病发汗太过，阳虚水泛证。汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身体眴动，振振欲擗地。

【组方原理】本方证由脾肾阳虚，气不化水，水湿泛溢所致。治宜温肾助阳，健脾利水。方中附子温肾暖脾，化气行水，为君药。茯苓、白术补气健脾，利水渗湿，同为臣

药。生姜配附子温阳散寒，伍苓、术辛散水气，又能和胃止呕；白芍之用有三：柔肝缓急以止腹痛，敛阴舒筋以解筋肉瞤动，利小便以行水气，俱为佐药。全方泻中有补，标本兼顾，共奏温阳利水之效。

【常用加减】若水寒射肺而咳者，加干姜、细辛、五味子以温肺化饮，敛肺止咳；脾肾阳衰而下利甚者，去芍药，加干姜以温中祛寒；水寒犯胃而呕者，加半夏、吴茱萸以温胃降逆止呕。

【附方】附子汤为真武汤中生姜易人参，均主治阳虚湿胜证。然附子汤重用附、术，配伍人参，重在温补脾阳而祛寒湿，适宜于阳虚寒湿内盛的身体骨节疼痛；真武汤中附子与茯苓配伍，佐以白术、生姜，故重在温阳而散水气，适宜于阳虚水泛的水肿。

要点三　实脾散《重订严氏济生方》

【组成】厚朴　白术　木瓜　木香　草果仁　大腹子　附子　白茯苓　干姜各一两　甘草（炙）半两

【用法】加生姜五片、大枣一枚，水煎服。

【功用】温阳健脾，行气利水。

【主治】阳虚水肿。身半以下肿甚，手足不温，口中不渴，胸腹胀满，大便溏薄，舌苔白腻，脉沉迟。

【组方原理】本方证由脾肾阳虚，水湿内停，阻滞气机，泛溢肌肤所致。治宜温阳健脾，行气利水。方中附子、干姜温肾暖脾，扶阳抑阴，共为君药。茯苓、白术健脾渗湿，利水消肿，同为臣药。木瓜除湿和中，厚朴、木香、大腹子行气利水，草果温中燥湿，俱为佐药。甘草调和药性，为使药。煎时加生姜温散水气，大枣益脾和中。

【鉴别】真武汤与实脾散中均含附子、茯苓、白术等药，具有温补脾肾、利水渗湿之功，可治阳虚水肿。真武汤以附子为君，佐以芍药、生姜，故偏于温肾，并善散水消肿，兼可敛阴缓急，宜于阳虚水肿，伴有腹痛，四肢沉重疼痛，或身瞤动者；实脾散以附子、干姜共为君药，故温脾之力胜于真武汤，且配入木香、厚朴、槟榔等行气除满之品，宜于脾肾阳虚水肿兼有胸腹胀满者。

要点四　萆薢分清饮《杨氏家藏方》

【组成】益智　川萆薢　石菖蒲　乌药各等分

【用法】为末。水一盏半，入盐一捻同煎。

【功用】温肾利湿，分清化浊。

【主治】虚寒白浊。小便频数，浑浊不清，白如米泔，凝如膏糊，舌淡苔白，脉沉。

【组方原理】本方证由下元虚冷，湿浊下注，清浊不分所致。治宜温暖下元，利湿化浊。方中萆薢利湿分清化浊，为治小便浑浊之要药，为君药。益智仁温暖脾肾，固精缩尿，为臣药。石菖蒲芳香化浊，温肠暖胃；乌药温暖下元，行气散寒，俱为佐药。入盐煎服，取其咸以入肾，引药直达下焦，用以为使。诸药相合，共奏温肾利湿、分清化浊之功。

【鉴别】萆薢分清饮与桑螵蛸散皆可治肾虚膀胱失约之小便频数，白如米泔。萆薢分清饮利湿分清之功胜，宜于肾虚湿浊下注而致者；桑螵蛸散固肾涩精之效佳，兼可宁心安

神，宜于心肾两虚，心神失宁而致者。

细目六　祛风胜湿

要点一　羌活胜湿汤《脾胃论》

【组成】羌活　独活各一钱　藁本　防风　甘草（炙）各五分　蔓荆子三分　川芎二分

【用法】水煎服。

【功用】祛风胜湿止痛。

【主治】风湿犯表。头痛身重，肩背、腰脊疼痛，难以转侧，苔白，脉浮。

【组方原理】本方证由外感风湿，邪客肌表经络，太阳经气不畅所致。治宜祛风胜湿，通络止痛。方中羌活善祛上部风湿，独活善祛下部风湿，合用发散一身上下之风湿，通利关节而止痹痛，共为君药。防风祛风胜湿，通痹止痛；川芎祛风散邪，活血行气，同为臣药。藁本、蔓荆子善达头面，疏风胜湿，俱为佐药。甘草缓诸药之辛散，并调和诸药，以为佐使。方中虽集大队辛温升散之品，但量轻力缓，意在微发其汗，使在表之风湿随汗而解。

【鉴别】羌活胜湿汤与九味羌活汤均具祛风胜湿止痛之功，用于外感风寒湿证。九味羌活汤解表发汗之功较著，兼清里热，宜于风寒湿邪在表且内有蕴热之证；羌活胜湿汤善祛一身上下之风湿，而发汗散寒之力逊之，宜于风湿客于肌表经络之证。

要点二　独活寄生汤《备急千金要方》

【组成】独活三两　桑寄生　杜仲　牛膝　细辛　秦艽　茯苓　肉桂心　防风　川芎　人参　甘草　当归　芍药　干地黄各二两

【用法】水煎服。

【功用】祛风湿，止痹痛，益肝肾，补气血。

【主治】痹证日久，肝肾两虚，气血不足证。腰膝疼痛、痿软，肢节屈伸不利，或麻木不仁，畏寒喜温，心悸气短，舌淡苔白，脉细弱。

【组方原理】本方证由风寒湿痹日久不愈，累及肝肾，耗伤气血所致。治宜祛风散寒胜湿，补益肝肾气血。方中独活祛风散寒胜湿，善治腰膝腿足之痛，为君药。细辛祛风散寒止痛，秦艽祛风胜湿舒筋，桂心温经散寒通脉，防风祛一身风湿，同为臣药。桑寄生、杜仲、牛膝益肝肾，祛风湿，强筋骨；地黄、当归、芍药、川芎养血和血；人参、茯苓、甘草益气健脾，俱为佐药。芍药与甘草相合，有缓急舒筋之功；当归、川芎、牛膝、桂心相伍，有活血通脉之效。甘草调和诸药，兼作使药。本方以祛风寒湿邪为主，辅以补肝肾、益气血之品，邪正兼顾。

【常用加减】若寒邪偏盛者，酌加附子、干姜以温阳散寒；湿邪偏盛者，去地黄，酌加苍术、防己、薏苡仁以祛湿消肿；疼痛较剧者，可酌加白花蛇、制川乌、制草乌、红花等以助搜风通络，活血止痛。

（樊巧玲）

第十七单元　祛痰剂

细目一　概述

要点一　祛痰剂的适用范围及配伍规律

祛痰剂适用于痰浊留滞于脏腑、经络、肢体而导致的痰病，临床可见于咳喘，头痛，眩晕，胸痹，呕吐，中风，痰厥，癫狂，惊痫，以及痰核、瘰疬等多种疾病。

本类方剂常配伍温里祛寒、清热降火、健脾燥湿、滋阴润肺、疏风散邪或平肝息风，以及疏通经络、软坚散结之品；并酌伍理肺、运脾、温肾等药以治生痰之源；注重配伍调理气机之药使气顺痰消。

要点二　祛痰剂的应用注意事项

辨明痰证寒、热、燥、湿之属性。阴虚燥咳，痰中带血者，慎用辛温燥烈之品以防加重出血。表邪未解或痰多者，慎用滋润之品以防壅滞留邪。

细目二　燥湿化痰

要点一　二陈汤《太平惠民和剂局方》

【组成】半夏　橘红各五两　白茯苓三两　甘草（炙）一两半

【用法】加生姜七片、乌梅一个，同煎。

【功用】燥湿化痰，理气和中。

【主治】湿痰证。咳嗽痰多，色白易咯，胸膈痞闷，不欲饮食，恶心呕吐，或头眩心悸，肢体困倦，舌苔白滑，脉滑。

【组方原理】本方证由脾失健运，湿聚成痰，壅滞气机所致。治宜燥湿化痰，健脾助运，理气和胃。方中半夏燥湿化痰，和胃止呕，为君药。橘红理气行滞，使气顺痰消，并助半夏燥湿和胃，为臣药。茯苓渗湿健脾，治生痰之源，为佐药。炙甘草和中健脾，调和诸药，为使药。煎煮时加生姜，降逆化痰，制半夏之毒；入乌梅收敛肺气，合半夏、橘红散中有收，使痰化而正气无损。

【附方】导痰汤为二陈汤去乌梅、甘草，加南星、枳实而成，燥湿行气化痰作用较二陈汤为著，适用于痰湿较甚，痰阻气滞及顽痰胶固的痰厥眩晕，咳喘痞胀等；涤痰汤在导痰汤中加入菖蒲、竹茹、人参、甘草，较之导痰汤又增涤痰开窍、益气扶正之力，宜于痰湿壅盛，痰迷心窍所致中风、舌强不能言等。

要点二　温胆汤《三因极一病证方论》

【组成】半夏　竹茹　枳实各二两　陈皮三两　甘草（炙）一两　茯苓一两半

【用法】加姜枣煎服。

【功用】理气化痰，清胆和胃。

【主治】胆胃不和，痰热内扰证。胆怯易惊，虚烦不眠，口苦吐涎，或呕吐呃逆，或惊悸不宁，或癫痫，舌苔腻，脉弦滑或略数。

【组方原理】本方证由痰热内扰，胆胃不和所致。治宜理气化痰，清胆和胃。方中半夏燥湿化痰，降逆和胃，为君药。竹茹清热化痰，除烦止呕，为臣药。枳实破气消痰，散结除痞；陈皮理气和胃，燥湿化痰；茯苓健脾渗湿，杜生痰之源，俱为佐药。炙甘草调和诸药，为使药。煎加生姜、大枣调和脾胃。诸药合用，共奏清胆和胃、理气化痰、除烦止呕之效。

【附方】黄连温胆汤在温胆汤中加入黄连，故清心泻火之效较温胆汤为优，宜于痰热内扰且热邪较甚者。十味温胆汤乃温胆汤减竹茹，加人参、熟地、五味子、酸枣仁、远志而成，故化痰和胃之中兼能益气养血，宁心安神，宜于痰浊内扰，气血不足之心胆虚怯，神志不宁者。

【鉴别】温胆汤与蒿芩清胆汤皆以二陈汤加竹茹、枳实（枳壳）燥湿化痰，清胆和胃，可治疗痰热内蕴，胆胃失和之证。温胆汤重在燥湿化痰，清热力微，宜于痰浊内扰，胆胃失和而热象不显者；蒿芩清胆汤又增青蒿、黄芩、滑石、青黛等药，清热之力较著，兼可透邪，宜于少阳胆热较甚，兼有湿热痰浊者。

细目三　清热化痰

要点一　清气化痰丸《医方考》

【组成】陈皮　杏仁　枳实　黄芩　瓜蒌仁　茯苓各一两　胆南星　制半夏各一两半

【用法】姜汁为丸。

【功用】清热化痰，理气止咳。

【主治】热痰咳嗽。咳嗽痰黄，黏稠难咯，胸膈痞闷，甚则气急呕恶，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

【组方原理】本方证由痰热壅结于肺所致。治宜清热化痰，理气止咳。方中胆南星清热豁痰，为君药。瓜蒌仁清热化痰，黄芩清泻肺火，半夏化痰散结，降逆止呕，同为臣药。枳实行气消痞，陈皮理气化痰，茯苓健脾渗湿，杏仁降气止咳，俱为佐药。以生姜汁为丸，以制半夏之毒，并增祛痰降逆之效。诸药相合，共奏清热化痰、理气止咳之效。

要点二　小陷胸汤《伤寒论》

【组成】黄连一两　半夏半升　瓜蒌实一枚

【用法】先煮瓜蒌，后内诸药。

【功用】清热化痰，宽胸散结。

【主治】痰热互结之小结胸证。胸脘痞闷，按之则痛，或咳痰黄稠，口苦，舌苔黄腻，脉滑数。

【组方原理】本方为伤寒表证误下，邪热内陷，痰热结于心下之小结胸证而设。治宜

清热化痰，宽胸散结。方中瓜蒌实清热涤痰，宽胸散结，为君药。黄连泻热降火，为臣药。半夏祛痰降逆，开结消痞，为佐药。半夏与黄连相伍，辛开苦降，清热化痰，开郁散结。

【常用加减】痰阻气滞而胸脘胀闷者，加枳实、郁金、柴胡以疏肝行气；痰热甚而痰黄稠者，加胆南星、浙贝母以加强化痰之力。

细目四　润燥化痰

要点　贝母瓜蒌散《医学心悟》

【组成】贝母一钱五分　瓜蒌一钱　花粉　茯苓　橘红　桔梗各八分

【用法】水煎服。

【功用】润肺清热，理气化痰。

【主治】燥痰咳嗽。咳嗽痰少，咯痰不爽，涩而难出，咽干口燥哽痛，或上气喘促，苔白而干。

【组方原理】本方证由燥热伤肺，灼津成痰，肺失清肃所致。治宜润肺清热，理气化痰。方中贝母清热化痰，润肺止咳，为君药。瓜蒌清热化痰，宽胸散结，为臣药。天花粉清热润肺，茯苓健脾渗湿，橘红理气燥湿化痰，桔梗宣肺化痰止咳，俱为佐药。诸药相伍，使肺得清润而燥痰自化，宣降有权而咳逆自平。

细目五　温化寒痰

要点　三子养亲汤《皆效方》，录自《杂病广要》

【组成】白芥子　苏子　莱菔子

【用法】上药微炒，击碎。每剂不过三钱，别生绢袋盛之，煮饮代茶，不宜煎太过。

【功用】化痰消食，降气平喘。

【主治】痰壅食滞气逆证。咳嗽喘逆，痰多胸痞，食少难消，舌苔白腻，脉滑。

【组方原理】本方证由痰食壅滞，气机不畅，肺失肃降所致。治宜化痰消食，降逆下气，止咳平喘。方中白芥子温肺化痰，利气散结；苏子降气化痰，止咳平喘；莱菔子消食导滞，下气祛痰。临证可视痰壅、气逆、食滞之轻重酌定君药。

细目五　治风化痰

要点一　止嗽散《医学心悟》

【组成】桔梗　荆芥　紫菀　百部　白前各二斤　甘草十二两　陈皮一斤

【用法】上为末。

【功用】止咳化痰，疏表宣肺。

【主治】风邪犯肺之咳嗽。咳嗽咽痒，咯痰不爽，或微有恶风发热，舌苔薄白，脉浮缓。

【组方原理】本方证由外感风邪，肺失宣降，津凝为痰所致。治宜疏表宣肺，化痰止咳。方中紫菀、百部润肺止咳化痰，为君药。桔梗宣肺止咳，白前降气化痰，为臣药。荆芥疏风散邪，陈皮理气化痰，为佐药。甘草调和诸药，为使药。本方温润和平，温而不燥，润而不腻。

要点二　半夏白术天麻汤《医学心悟》

【组成】半夏一钱五分　天麻　茯苓　橘红各一钱　白术三钱　甘草五分

【用法】加姜枣煎服。

【功用】化痰息风，健脾祛湿。

【主治】风痰上扰证。眩晕，头痛，胸膈痞满，痰多，呕恶，舌苔白腻，脉弦滑。

【组方原理】本方证由湿痰内盛，肝风夹痰上扰清空所致。治宜化痰息风，健脾祛湿。方中半夏燥湿化痰，天麻平肝息风，二者为治风痰眩晕头痛之要药，共为君药。白术健脾燥湿，茯苓健脾渗湿以治生痰之本，为臣药。橘红理气化痰为佐药。甘草调和诸药，为使药。煎加生姜、大枣以调和脾胃。

【鉴别】半夏白术天麻汤与天麻钩藤饮均有平肝息风之功。半夏白术天麻汤兼可燥湿化痰，理气和中，故宜于肝风夹痰上扰清空之证；天麻钩藤饮长于清热平肝潜阳，故宜于肝阳上亢，肝风内动之证。

（樊巧玲）

第十八单元　消食剂

细目一　概述

要点一　消食剂的适用范围

消食剂适用于食积内停之证，常见脘腹胀满、嗳腐吞酸、恶食呕逆、腹痛泄泻等症。

要点二　消食剂的应用注意事项

食积每致伤中、阻气、生湿、化热之变，治疗时需合理遣药配伍组方。不宜长期或过量服用，纯虚无实者禁用。

细目二　消食化滞

要点一　保和丸《丹溪心法》

【组成】山楂六两　神曲二两　半夏　茯苓各三两　陈皮　连翘　莱菔子各一两

【用法】炊饼为丸。

【功用】消食和胃。

【主治】食积证。脘腹痞满胀痛，嗳腐吞酸，恶食呕恶，或大便泄泻，舌苔厚腻微黄，脉滑。

【组方原理】本方证乃饮食过量，脾运不及，停滞为积，胃气失和所致。治宜消食化滞，理气和胃。方中重用山楂，消食化滞，尤擅消肉食油腻之积，为君药。神曲消食健脾，尤善化酒食陈腐之积；莱菔子下气消食，长于消谷面之积，同为臣药。君臣配伍，相辅相成，可消一切饮食积滞。半夏和胃降逆，陈皮理气和中，茯苓健脾渗湿，连翘清热散结，俱为佐药。诸药相合，使食积化，胃气和，诸症自解。

要点二　枳实导滞丸《内外伤辨惑论》

【组成】大黄一两　枳实　神曲各五钱　茯苓　黄芩　黄连　白术各三钱　泽泻二钱

【用法】汤浸蒸饼为丸。

【功用】消食导滞，清热祛湿。

【主治】湿热食积证。脘腹胀痛，下痢泄泻，或大便秘结，小便黄赤，舌苔黄腻，脉沉有力。

【组方原理】本方证由食积停滞，生湿化热，或素有湿热又与食积互结，阻于肠胃所致。治宜消食导滞，清热利湿。方中大黄攻积泻热，为君药。枳实行气消积导滞，神曲消食化滞和胃，同为臣药。黄芩、黄连清热燥湿止痢，茯苓、泽泻利水渗湿止泻，白术益气健脾燥湿，俱为佐药。诸药相伍，使积化食消，湿除热清，则诸症自解。

细目三　健脾消食

要点　健脾丸《证治准绳》

【组成】白术二两半　木香　黄连　甘草各七钱半　白茯苓二两　人参一两五钱　神曲　陈皮　砂仁　麦芽　山楂　山药　肉豆蔻（煨去油）各一两

【用法】蒸饼为丸。

【功用】健脾和胃，消食止泻。

【主治】脾虚食积证。食少难消，脘腹痞闷，大便溏薄，倦怠乏力，舌苔腻而微黄，脉虚弱。

【组方原理】本方证由脾胃虚弱，食积内停所致。治宜健脾助运，消食和胃。方中人参、白术、茯苓健脾化湿止泻，共为君药。山楂、神曲、麦芽消食化滞和胃，为臣药。肉豆蔻、山药益气健脾止泻，木香、砂仁、陈皮理气醒脾和胃，黄连清热燥湿，俱为佐药。甘草补中益气，调和诸药，为佐使药。诸药相伍，补气健脾与消食行气同用，共成消补兼施之剂。

【鉴别】健脾丸与参苓白术散均含人参、白术、山药、茯苓、砂仁、甘草等药，皆具益气健脾、渗湿止泻之功，可治疗脾虚夹湿之证。健脾丸因配入山楂、神曲、麦芽、黄连等药，兼具消食化滞、清热燥湿之功，宜于脾虚食积内停，生湿蕴热之证；参苓白术散因

配入莲子、扁豆、薏苡仁、桔梗等药，功擅渗湿止泻，兼可保肺，宜于脾虚生湿，下渗肠道之泄泻，亦治肺脾气虚之痰湿咳嗽。

（樊巧玲）

第十九单元　驱虫剂

要点　乌梅丸《伤寒论》

【组成】乌梅三百枚　细辛六两　干姜十两　黄连十六两　当归四两　附子六两　蜀椒四两　桂枝六两　人参六两　黄柏六两

【用法】炼蜜为丸。

【功用】温脏安蛔。

【主治】蛔厥证。腹痛时作，手足厥冷，时静时烦，时发时止，得食而呕，常自吐蛔。兼治久利。

【组方原理】本方证之蛔厥由寒热错杂，寒重热轻，蛔虫内扰所致。治宜寒热并调，温脏安蛔。因“蛔得酸则静，得辛则伏，得苦则下”，故方中重用乌梅，酸以安蛔，并以苦酒（醋）渍之，为君药。细辛、蜀椒辛可伏蛔，温脏祛寒；黄连、黄柏苦以下蛔，清泻内热，同为臣药。附子、干姜、桂枝合细辛、蜀椒，温里祛寒之功益增，以利蛔虫安伏肠内；人参、当归补养气血，俱为佐药。以蜜为丸，调和诸药。至于久痢、久泻，属寒热错杂，正气虚弱者，本方集酸收涩肠、温中补虚、清热燥湿诸法，亦切中病机，可谓异病同治之用。

（樊巧玲）

中医诊断学

中医诊断学是根据中医学的理论，研究诊察病情、判断病种、辨别证候的基础理论、基本知识和基本技能的一门学科。主要包括诊法、辨证、诊病及病案等内容。本部分考试内容主要为诊法和辨证。

第一单元　问诊

“问诊”是询问病人有关疾病的情况、病人的自觉症状、既往病史、生活习惯等，从而了解患者的各种病态感觉以及疾病的发生、发展、诊疗等情况的诊察方法。

细目一　问寒热

要点一　问寒热的含义

“寒”指病人自觉怕冷的感觉。临床上有恶风、恶寒和畏寒之分。病人遇风觉冷，避之可缓者，谓之恶风；病人自觉怕冷，多加衣被或近火取暖而不能缓解者，谓之恶寒；病人自觉怕冷，多加衣被或近火取暖而能够缓解者，谓之畏寒。

“热”指发热，包括病人体温升高，或体温正常而病人自觉全身或局部（如手心或足心）发热。

寒与热的产生，主要取决于病邪的性质和机体阴阳的盛衰两个方面。邪气致病者，由于寒为阴邪，其性清冷，故寒邪致病，恶寒症状突出；热为阳邪，其性炎热，故热邪致病，发热症状明显。机体阴阳失调时，阳盛则热，阴盛则寒，阴虚则热，阳虚则寒。

要点二　寒热症状的常见类型、临床表现及意义

1. 恶寒发热的临床表现及意义

恶寒发热，是指病人恶寒的同时，伴有体温升高，是表证的特征性症状。恶寒发热产生的原因是由于外邪袭表，影响卫阳“温分肉”的功能所致。肌表失煦则恶寒；正气奋起抗邪，则阳气趋向于表，又因寒邪外束，玄府闭塞，阳气不得宣发，则郁而发热。

根据恶寒发热的轻重不同和有关兼症，又可分为以下三种类型：

（1）恶寒重发热轻：是风寒表证的特征。因寒为阴邪，束表伤阳，故恶寒明显。

（2）发热轻而恶风：是伤风表证的特征。因风性开泄，使玄府开张，故自汗恶风。

（3）发热重恶寒轻：是风热表证的特征。因热为阳邪，易致阳盛，故发热明显。

表证寒热的轻重，除与感受外邪的性质有关外，还与感邪轻重关系密切。一般而言：病邪轻者，则恶寒发热俱轻；病邪重者，则恶寒发热俱重。

2. 但寒不热的临床表现及意义

但寒不热是指病人只感寒冷而不发热的症状，是里寒证的寒热特征。临床常有新病恶

寒、久病畏寒之分。

（1）新病恶寒：指病人突然感觉怕冷，且体温不高的症状。常伴有四肢不温，或脘腹、肢体冷痛，或呕吐泄泻，或咳喘痰鸣，脉沉紧等症。主要见于里实寒证。多因感受寒邪较重，寒邪直中脏腑、经络，郁遏阳气，机体失于温煦所致。

（2）久病畏寒：指病人经常怕冷，四肢凉，得温可缓的症状。常兼有面色㿠白，舌淡胖嫩，脉弱等症。主要见于里虚寒证。因阳气虚衰，形体失于温煦所致。

3. 但热不寒的临床表现及意义

但热不寒是指病人只发热而无怕冷感觉的症状，是里热证的寒热特征。根据发热的不同临床表现可有壮热、潮热、微热之别。

（1）壮热：即病人身发高热，持续不退（体温超过39℃以上），属里实热证。可见有满面通红、口渴饮冷、大汗出、脉洪大等症，是风寒之邪入里化热，或风热内传，正盛邪实，邪正剧争，里热亢盛，蒸达于外的表现。多见于伤寒阳明经证和温病气分阶段。

（2）潮热：即病人定时发热或定时热甚，有一定的规律，如潮汐之有定时。

①日晡潮热：其特点是热势较高，日晡热甚，兼见腹胀、便秘等，属阳明腑实证。因热结于阳明胃与大肠，日晡（申时，即下午3～5时）为阳明经气当旺之时，阳明气盛而又加之有实热，故日晡热甚。

②骨蒸潮热：午后或夜间潮热，其特点是午后和夜间有低热。有热自骨内向外透发的感觉者，称为骨蒸发热，多属阴虚火旺所致。由于阴液亏虚，不能制阳，机体阳气偏亢，午后卫阳渐入于里，夜间卫阳行于里，使体内偏亢的阳气更加亢盛而生内热。

③湿温潮热：午后发热明显，其特点是身热不扬，肌肤初扪之不觉很热，扪之稍久即觉灼手，此属湿温，为湿郁热蒸之象。

④瘀血潮热：午后和夜间有低热，可兼见肌肤甲错，舌有瘀点瘀斑者，属瘀血积久，郁而化热。

（3）微热：指发热不高，体温一般在37℃～38℃之间，或仅自觉发热的症状。常见于某些内伤病和温热病的后期。按病机有气虚发热、血虚发热、阴虚发热、气郁发热和气阴两虚导致的小儿夏季发热。

①气虚发热：长期微热，烦劳则甚，兼见有少气自汗、倦怠乏力等症。

②血虚发热：时有低热，兼面白、头晕、舌淡脉细等症。

③阴虚发热：长期低热，兼颧红、五心烦热等症。

④气郁发热：每因情志不舒而时有微热，兼胸闷、急躁易怒等症。

⑤小儿夏季热：小儿在夏季气候炎热时长期发热不已，兼见烦躁、口渴、无汗、多尿等症，至秋凉时不治自愈，是由于小儿气阴不足，不能适应夏令炎热气候所致。

4. 寒热往来的临床表现及意义

寒热往来是指病人自觉恶寒与发热交替发作的症状，是正邪相争，互为进退的病理反应，为半表半里证寒热的特征。在临床上有以下两种类型：

（1）寒热往来无定时：病人自觉时冷时热，一日多次发作而无时间规律的症状，多见于少阳病。兼见口苦、咽干、目眩、胸胁苦满、不欲饮食、脉弦等症，是外感病邪由表入里而尚未达于里，邪气停于半表半里之间的阶段。因邪正交争于半表半里之间，邪胜则恶

寒，正胜则发热，故恶寒与发热交替发作。

（2）寒热往来有定时：病人恶寒战栗与高热交替发作，发有定时，每日发作一次，或二三日发作一次的症状，兼见头痛剧烈、口渴、多汗等症，常见于疟疾。是因疟邪侵入人体，潜伏于半表半里的膜原部位，疟邪内入与阴争则恶寒战栗，外出与阳争则身发壮热，故寒战与壮热交替出现。

细目二　问汗

要点　异常汗出的常见类型、临床表现及意义

1. 自汗的临床表现及意义

自汗指清醒时经常汗出，活动后尤甚的症状。兼见畏寒、神疲、乏力等症，多见于气虚证和阳虚证。因阳虚（卫阳不足）不能固密肌表，玄府不密，津液外泄，故自汗出。活动时机体阳气敷张，津随阳敷外泄，故出汗更为明显。

2. 盗汗的临床表现及意义

盗汗指睡时汗出，醒则汗止的症状。兼见潮热、颧红等症，多见于阴虚证。因阴虚阳亢而生内热，入睡时卫阳入里，不能固密肌表，虚热蒸津外泄，故睡眠时汗出较多；醒时卫气复出于表，肌表固密，故醒则汗止。

3. 绝汗的临床表现及意义

绝汗指在病情危重的情况下，出现大汗不止的症状，常是亡阳或亡阴的表现。若病人冷汗淋漓，兼见面色苍白、四肢厥冷、脉微欲绝者，属亡阳证，是阳气暴脱于外，不能固密津液，津无所依而随阳气外泄之象；若汗热而黏腻如油，兼见躁扰烦渴、脉细数疾者，属亡阴证，为内热逼涸竭之阴外泄之象。

4. 战汗的临床表现及意义

战汗指病人先恶寒战栗，表情痛苦，几经挣扎而后汗出的症状。战汗者多属邪盛正馁，邪伏不去。一旦正气来复，邪正剧争，则发战汗。见于温病或伤寒病邪正相争剧烈之时，是疾病发展的转折点。如汗出后热退脉缓，则是邪去正安、疾病好转的表现；如汗出后仍身发高热，脉来急疾，则是邪盛正衰、疾病恶化的表现，故战汗为疾病好转或恶化的转折点。

5. 冷汗的临床表现及意义

指所出之汗有冷感的症状。多因阳气虚或惊吓所致。

6. 热汗的临床表现及意义

指所出之汗有热感的症状。多因里热蒸迫所致。

7. 黄汗的临床表现及意义

指汗出沾衣，色如黄柏汁的症状。多因风湿热邪交蒸所致。

8. 头汗的临床表现及意义

头汗指病人仅头部或头颈部出汗较多，又称为“但头汗出”。多因上焦热盛，或中焦

湿热蕴结，或病危虚阳上越所致。

9. 手足心汗的临床表现及意义

手足心汗指病人手足心出汗出较多的症状。可因阴经郁热熏蒸，或阳明燥热内结，或脾虚运化失常所致。

10. 半身汗的临床表现及意义

半身汗是指病人仅半侧身体汗出的症状，或左侧，或右侧，或上半身，或下半身。经常无汗出的半侧是病变的部位，可见于中风、痿证、截瘫等病人。多因为风痰、痰瘀、风湿等阻滞经络，营卫不能周流，气血失和所致。

11. 心胸汗的临床表现及意义

指心胸部易出汗或汗出过多的症状。多见于虚证。伴心悸、失眠、腹胀、便溏者，多为心脾两虚；伴心悸、心烦、失眠、腰膝酸软者，多为心肾不交。

12. 阴汗的临床表现及意义

指外生殖器及其周围汗出的症状。多因下焦湿热郁蒸所致。

细目三　问疼痛

要点一　疼痛的性质及其临床意义

不同病因、病机所致的疼痛，其性质特点表现各异，故询问疼痛的性质特点，有助于辨析疼痛的病因与病机。常见疼痛的性质如下：

1. 胀痛

指疼痛带有胀满的症状，是气滞作痛的特点。如胸胁脘腹等处胀痛，时发时止，多属肺、肝、胃肠气滞之证；但头目胀痛，多见于肝阳上亢或肝火上炎的病证。

2. 刺痛

指疼痛如针刺之状，是瘀血致痛的特征之一。以头部、胸胁、脘腹等处较为常见。

3. 冷痛

指疼痛伴有冷感而喜暖的症状，是寒证疼痛的特点。常见于腰脊、脘腹及四肢关节等处。因寒邪侵入，阻滞脏腑、组织、经络所致者，属实寒证；因阳气不足，脏腑、组织、经络失于温煦所致者，属虚寒证。

4. 灼痛

指疼痛伴有灼热感而喜凉的症状，是热证疼痛的特点。常见于咽喉、口舌、胁肋、脘腹、关节等处。因火邪窜络，阳热熏灼所致者，属实热证；为阴虚火旺所致者，属虚热证。

5. 重痛

指疼痛伴有沉重感的症状，多因湿邪困阻气机所致。常见于头部、四肢及腰部。但头部重痛，亦可因肝阳上亢、气血上壅所致。

6. 酸痛

指疼痛伴有酸软不适感的症状，多因风湿侵袭，气血运行不畅，或肾虚、气血不足，组织失养所致。常见于四肢、腰背的关节、肌肉处。

7. 绞痛

指疼痛剧烈如刀绞一般而难以忍受的症状，多因瘀血、气滞、结石、虫积等有形实邪阻闭气机，或寒邪凝滞气机所致。如心脉痹阻引起的真心痛，结石阻塞尿路引起的腰腹痛，寒邪内侵胃肠所致的脘腹痛等，往往都具有绞痛的特点。

8. 空痛

指疼痛带有空虚感的症状，是虚证疼痛的特点。常见于头部、腹部，多因阴精不足，或气血亏虚，组织器官失养所致。

9. 隐痛

指痛势较缓，尚可忍耐，但绵绵不休的症状，是虚证疼痛的特点。常见于头部、脘腹、胁肋、腰背等部位，多因精血亏虚，或阳气不足，机体失养所致。

10. 走窜痛

指疼痛的部位游走不定，或走窜攻冲作痛的症状，或为气滞所致，或见于行痹。若胸胁脘腹疼痛而走窜不定者，称为窜痛，多因肝郁气滞所致；若肢体关节疼痛而游走不定者，称为游走痛，多见于痹证的行痹。

11. 固定痛

指疼痛部位固定不移的症状。若胸胁脘腹等处固定作痛，多是瘀血为患；若四肢关节固定作痛，多因寒湿、湿热阻滞，或热壅血瘀所致。

12. 掣痛

指抽掣牵引作痛，由一处连及他处的症状。也称引痛、彻痛。多因筋脉失养，或筋脉阻滞不通所致。

一般而言，新病疼痛，痛势剧烈，持续不解，或痛而拒按，多属实证；久病疼痛，痛势较轻，时痛时止，或痛而喜按，多属虚证。

要点二　疼痛的部位及其临床意义

1. 头痛

指头的某一部位或整个头部疼痛的症状。

根据头痛部位的不同，可辨识病在何经。

（1）前额部连眉棱骨痛，属阳明经头痛。

（2）侧头部痛，痛在两侧太阳穴附近为甚者，属少阳经头痛。

（3）后头部连项痛，属太阳经头痛。

（4）巅顶痛，属厥阴经头痛。

（5）全头重痛，多为太阴经头痛。

（6）脑中痛，或牵及于齿，多属少阴经头痛等。

头痛有虚实的不同。凡外感风、寒、暑、湿、燥、火以及瘀血、痰浊、郁火等阻滞或上扰脑窍所致者，多属实证；凡气血阴精亏虚，不能上荣于头，脑窍空虚所致者，多属虚证。

2. 胸痛

指胸的某一部位疼痛的症状。胸痛多与心肺病变有关。

（1）左胸心前区憋闷作痛，时痛时止者，多因痰、瘀等邪气阻滞心脉所致。

（2）胸痛剧烈，面色青灰，手足青冷者，多因心脉急骤闭塞不通所致，可见于真心痛等病。

（3）胸痛，壮热面赤，喘促鼻煽者，多因热邪壅肺，脉络不利所致，可见于肺热病等。

（4）胸痛，颧赤盗汗，午后潮热，咳痰带血者，多因肺阴亏虚，虚火灼络所致，可见于肺痨等病。

（5）胸痛，壮热，咳吐脓血腥臭痰者，多因痰热阻肺，热壅血瘀所致，可见于肺痈等病。

3. 胁痛

指胁的一侧或两侧疼痛的症状。胁痛多与肝胆病变有关。

肝郁气滞、肝胆湿热、肝胆火盛、肝阴亏虚及饮停胸胁等，均可导致胁痛。

4. 胃脘痛

指上腹部、剑突下，胃之所在部位疼痛的症状。胃失和降，气机不畅，则会导致胃脘痛。

（1）实证多在进食后疼痛加剧，虚证多在进食后疼痛缓解。

（2）胃脘突然剧痛暴作，出现压痛及反跳痛者，多因胃脘穿孔所致。

（3）胃脘疼痛失去规律，痛无休止而明显消瘦者，应考虑胃癌的可能。

5. 腹痛

指剑突下至耻骨毛际以上的腹部疼痛（胃脘所在部位除外）。

腹有大腹、小腹和少腹之分。大腹疼痛多属脾胃之病变；小腹疼痛多属膀胱、大小肠及胞宫的病变；少腹疼痛多属肝经的病变。

（1）腹部持续性疼痛，阵发性加剧，伴腹胀、呕吐、便闭者，多见于肠痹或肠结，因肠道麻痹、梗阻、扭转或套叠，气机闭塞不通所致。

（2）全腹痛，有压痛及反跳痛者，多因腹部脏器穿孔或热毒弥漫所致。

（3）脐外侧及下腹部突然剧烈绞痛，向大腿内侧及阴部放射，尿血者，多系结石所致。

（4）腹部脏器破裂，或癌瘤亦可引起腹痛，疼痛部位多是破裂脏器或癌瘤所在部位。

（5）妇女小腹及少腹部疼痛，常见于痛经、异位妊娠破裂等病。

另外，某些心肺病变可引起上腹部疼痛。肠痈、脂膜痈等病，可致全腹、脐周或右少腹疼痛。

6. 腰痛

指腰部两侧，或腰脊正中疼痛的症状。

（1）腰部经常酸软而痛，多因肾虚所致。
（2）腰部冷痛沉重，阴雨天加重，多因寒湿所致。
（3）腰部刺痛，或痛连下肢者，多因瘀血阻络所致。
（4）腰部突然剧痛，向少腹部放射，尿血者，多因结石阻滞所致。

7. 四肢痛

指四肢的肌肉、筋脉和关节等部位疼痛的症状。
多因风、寒、湿邪侵袭，或风湿郁而化热，或痰瘀、瘀热阻滞气血运行所致。
独见足跟痛或胫膝酸痛者，多因肾虚所致。

细目四　问头身胸腹

要点　头晕、胸闷、心悸的临床表现及意义

1. 头晕的临床表现及意义

头晕是指病人自觉头脑眩晕，轻者闭目自止，重者感觉自身或眼前景物旋转，不能站立的症状。

（1）头晕而胀，烦躁易怒，舌红苔黄，脉弦数者，多因肝火上炎。
（2）头晕胀痛，头重脚轻，舌红少津，脉弦细者，多因肝阳上亢。
（3）头晕面白，神疲乏力，舌淡，脉细弱者，多因气血亏虚。
（4）头晕且重，如物裹缠，痰多苔腻者，多因痰湿内阻。
（5）头晕耳鸣，腰酸遗精者，多因肾虚精亏。
（6）若外伤后头晕刺痛者，多属瘀血阻络。

2. 胸闷的临床表现及意义

胸闷是指患者自觉胸部痞塞满闷的症状。胸闷与心、肺等脏气机不畅，肺失宣降，肺气壅滞有关。

（1）胸闷，心悸气短者，多属心气不足，或心阳不足。
（2）胸闷，咳喘痰多者，多属痰饮停肺。
（3）胸闷，壮热，鼻翼煽动者，多因热邪或痰热壅肺。
（4）胸闷气喘，畏寒肢冷者，多因寒邪客肺。
（5）胸闷气喘，少气不足以息者，多因肺气虚或肾气虚所致。

3. 心悸的临床表现及意义

心悸是指病人自觉心跳不安的症状。

心悸有惊悸与怔忡之分：因惊恐而心悸，或心悸易惊，恐惧不安者，称为惊悸。无明显外界诱因，心跳剧烈，上至心胸，下至脐腹，悸动不安者，称为怔忡。

形成心悸的原因主要有：心胆气虚，突受惊吓；胆郁痰扰，心神不安；心阳气不足，鼓动乏力；心阴血亏虚，心神失养；心脉痹阻，血行不畅；脾肾阳虚，水气凌心等。

细目五　问耳目

要点一　耳部病变的临床表现及意义

1. 耳鸣、耳聋的临床表现及意义

耳鸣是指患者自觉耳内鸣响的症状。耳聋是指听力减退，甚至听觉完全丧失的症状。

耳鸣、耳聋的病因病机及辨证基本相同。

（1）突发耳鸣，声大如雷，按之鸣声不减，或新病暴聋者，多属实证。可因肝胆火盛、肝阳上亢、痰火壅结、气血瘀阻、风邪上袭或药毒损伤耳窍等所致。

（2）渐起耳鸣，声细如蝉，按之可减，或耳渐失聪而听力减退者，多属虚证。可因肾精亏虚、脾气亏虚、肝阴血不足等引起。

2. 重听的临床表现及意义

重听是指患者自觉听力减退，听音不清，声音重复的症状。

日久渐致重听，以虚证居多，常因肾之精气虚衰，耳窍失荣所致，多见于年老体衰的患者。

若耳骤发重听，以实证居多，常因痰浊上蒙，或风邪上袭耳窍所致。

3. 耳胀、耳闭的临床表现及意义

耳胀是指自觉耳内胀闷不适的症状。耳闭是指耳内胀闷，且有堵塞感，听力减退的症状。

耳胀反复发作，迁延日久，多成耳闭，耳胀、耳闭是同一疾病由轻变重的两个不同阶段。多因风邪侵袭，经气痞塞，或痰湿蕴结于耳，或邪毒滞留，气血瘀阻所致。

要点二　目部病变的临床表现及意义

1. 目痛的临床表现及意义·

目痛指病人自觉单目或双目疼痛的症状。

一般痛剧者，多属实证，常因肝火上炎，或风热上袭所致；痛微者，多属虚证，多由阴虚火旺所引起。

2. 目眩的临床表现及意义

目眩是指病人自觉视物旋转动荡，如在舟车之上，或眼前如有蚊蝇飞动的症状。实者，多因肝阳上亢、肝火上炎、肝阳化风及痰湿上蒙清窍所致；虚者，多因气虚、血亏、阴精不足、目失充养所致。

3. 目昏、雀盲、歧视的临床表现及意义

目昏是指视物昏暗不明、模糊不清的症状。雀盲是指白昼视力正常，每至黄昏视物不清，如雀之盲的症状。歧视是指视一物成二物而不清的症状。

目昏、雀盲、歧视的病因、病机基本相同，多由肝肾亏虚，精血不足，目失充养而致。常见于久病或年老、体弱之人。

4. 目痒的临床表现及意义

目痒是指自觉眼睑、眦内或目珠瘙痒的症状，轻者揉拭则止，重者极痒难忍。

（1）两目痒甚如虫行，伴有畏光流泪、灼热者，多属实证，因肝火上扰或风热上袭等所致。

（2）目微痒而势缓，多属虚证，因血虚、目失濡养所致，亦可见于实性目痒初起或剧痒渐愈，邪退正复之时。

细目六　问睡眠

要点　失眠、嗜睡的临床表现及意义

1. 失眠的临床表现及意义

失眠指病人经常不易入睡，或睡而易醒，不能再睡，或睡而不酣，时易惊醒，甚至彻夜不眠的症状。

失眠是阳不入阴，神不守舍的病理表现。常因心失所养或心神不安而致。病因病机有虚实之分：由阴血亏虚，心神失养；或心虚胆怯，神魂不安；或阴虚火旺，内扰心神所致者，属虚证。由火邪、痰热内扰心神，使心神不宁，或食滞内停而致者，属实证。

2. 嗜睡的临床表现及意义

嗜睡指患者神疲困倦，睡意很浓，经常不自主地入睡的症状。嗜睡常因痰湿内盛，或阳虚阴盛所致。

（1）困倦嗜睡，伴头目昏沉，胸闷脘痞，肢体困重者，乃痰湿困脾，清阳不升所致。

（2）若饭后嗜睡，兼神疲倦怠，食少纳呆者，多由脾失健运，清阳不升所致。

（3）大病之后，精神疲乏而嗜睡，是正气未复的表现。

（4）精神极度疲惫，神志朦胧，困倦欲睡，肢冷脉微者，系心肾阳衰，神失温养所致。

细目七　问饮食口味

要点一　口渴与饮水异常的临床表现及意义

询问病人口渴与饮水的情况，可以了解病人津液的盛衰和输布是否障碍，以及病性的寒热虚实。口渴饮水的多少直接反映体内津伤的程度。

1. 口不渴饮

口不渴饮指口不渴，亦不欲饮，为津液未伤。多见于寒证、湿证及无明显燥热的病证。

2. 口渴欲饮

口渴欲饮指口干，欲饮水，饮水则舒的症状。临床可见以下多种表现：

（1）口渴咽干，鼻干唇燥，发于秋季者，多因燥邪伤津。

（2）口干微渴，兼发热者，多见于外感温热病初期，伤津较轻。

（3）大渴喜冷饮，兼壮热面赤，汗出，脉洪数者，属里热炽盛，津液大伤，多见于里实热证。

（4）口渴多饮，伴小便量多，多食易饥，体渐消瘦者，为消渴病。

（5）口渴咽干，夜间尤甚，兼颧红盗汗，舌红少津者，属阴虚证。

（6）渴不多饮，兼身热不扬，头身困重，苔黄腻者，属湿热证。

（7）口渴饮水不多，兼身热夜甚，心烦不寐，舌红绛者，属温病营分证。

（8）渴喜热饮，饮水不多，或饮后即吐者，多为痰饮内停。

（9）口干但欲漱水而不欲咽，兼面色黧黑，或肌肤甲错者，为瘀血内停。

要点二　食欲与食量异常的临床表现及意义

询问病人的食欲和食量情况，可以了解脾胃功能的强弱、判断疾病的轻重和估计预后的好坏。

1. 食欲减退

食欲减退指病人进食的欲望减退，甚至不思进食的症状。

（1）食欲减退，兼见面色萎黄，食后腹胀，疲乏无力者，多属脾胃虚弱。

（2）纳呆少食，兼见脘闷腹胀，头身困重，便溏苔腻者，多属湿邪困脾。

2. 厌食

厌食指患者厌恶食物，或恶闻食味的症状。

（1）厌食，兼脘腹胀满，嗳气酸腐，舌苔厚腻者，多属食滞胃脘。

（2）厌食油腻之物，兼脘腹痞闷，呕恶便溏，肢体困重者，多属湿热蕴脾。

（3）厌食油腻厚味，伴胁肋胀痛灼热，口苦泛呕，身目发黄者，为肝胆湿热。

妇女在妊娠早期，若有择食或厌食反应，多为妊娠后冲脉之气上逆，影响胃之和降所致，属生理现象。但严重者，反复出现恶心呕吐，厌食，甚至食入即吐，则属病态，称为妊娠恶阻。

3. 消谷善饥

消谷善饥指患者食欲过于旺盛，进食量多，食后不久即感饥饿的症状。

（1）消谷善饥，兼多饮多尿，形体消瘦者，多见于消渴病。

（2）消谷善饥，兼大便溏泻者，多属胃强脾弱。

4. 饥不欲食

饥不欲食指病人虽然有饥饿感，但不想进食或进食不多。

饥不欲食，兼脘痞，胃中有嘈杂、灼热感，舌红少苔，脉细数者，是因胃阴不足，虚火内扰所致。

5. 偏嗜食物或异物

指嗜食生米、泥土等的症状。多见于小儿虫积。妇女妊娠期间，偏食酸辣等食物，为生理现象。

6. 食量变化

主要指进食量的改变。疾病过程中，食欲渐复，食量渐增，是胃气渐复，疾病向愈之征；若食欲渐退，食量渐减，是脾胃功能渐衰之兆，提示疾病逐渐加重。若危重病人，本来毫无食欲，突然索食，食量大增，称为“除中”，是假神的表现之一，因胃气败绝所致。

要点三　口味异常的临床表现及意义

口味异常是指病人口中的异常味觉。询问病人口味的异常变化，可诊察内在脏腑的疾病。

1. 口淡

口淡是指病人味觉减退，口中乏味，甚至无味的症状。多见于脾胃虚弱证。

2. 口甜

口甜是指病人自觉口中有甜味的症状。多见于脾胃湿热或脾虚之证。

3. 口黏腻

口黏腻是指病人自觉口中黏腻不爽的症状。常见于痰热内盛、湿热蕴脾及寒湿困脾之证。

4. 口酸

口酸是指病人自觉口中有酸味，或泛酸。多因肝胃郁热或饮食停滞所致。

5. 口苦

口苦是指病人自觉口中有苦味的症状。多见于心火上炎或肝胆火热之证。

6. 口涩

口涩是指病人自觉口有涩味，如食生柿子的症状。多为燥热伤津或脏腑热盛所致。

7. 口咸

口咸是指病人自觉口中有咸味的症状。多见于肾病或寒水上泛的病证。

细目八　问二便

要点一　大便异常的临床表现及意义

1. 便次异常

（1）便秘：指大便燥结，排出困难，便次减少，甚则多日不便。

便秘可因胃肠积热，或阳虚寒凝，或气血阴津亏损，或腹内癥块阻结等，导致肠道燥化太过，肠失濡润，或推运无力，传导迟缓，气机阻滞所致。

（2）泄泻：指大便次数增多，粪质稀薄不成形，甚至呈水样的症状。

泄泻可因外感风寒湿热疫毒之邪，或饮食所伤，食物中毒，痨虫或寄生虫寄生于肠道，或情志失调，肝气郁滞，或脾肾阳气亏虚等，导致脾失健运所致。

2. 便质异常

除便秘便燥、泄泻便稀外，常见的便质异常有：

（1）完谷不化：即大便中含有较多未消化食物的症状，多见于脾虚、肾虚或食滞胃肠的泄泻。

（2）溏结不调：即大便时干时稀的症状。多因肝郁脾虚所致。若大便先干后溏，多属脾虚。

（3）脓血便：即大便中含有脓血黏液。多见于痢疾或肠癌，常因湿热疫毒等邪，阻滞肠道，肠络受损所致。

（4）便血：指血从肛门排出体外，或大便带血，或便血相混，或便后滴血，或全为血便。多因脾胃虚弱，气不摄血，或胃肠积热，湿热蕴脾，气血瘀滞等所致。

①便黑如柏油，或便血紫暗，其来较远，为远血，多见于胃脘等部位出血。

②便血鲜红，血附在大便表面，或于排便前后滴出者，为近血，多见于内痔、肛裂等。

3. 排便感异常

（1）肛门灼热：指排便时肛门有灼热感的症状。多因大肠湿热下注，或大肠郁热下迫直肠所致，见于湿热泄泻或湿热痢疾。

（2）里急后重：指腹痛窘迫，时时欲便，肛门重坠，便出不爽的症状。多因湿热内阻，肠道气滞所致，常见于湿热痢疾。

（3）排便不爽：指排便不通畅，有滞涩难尽之感的症状。多因湿热蕴结，肠道气机不畅；或肝气犯脾，肠道气滞；或因食滞胃肠等所致。

（4）大便失禁：指大便不能控制，滑出不禁，甚则便出而不自知的症状。多因脾肾虚衰、肛门失约所致。见于久病年老体衰，或久泻不愈的患者。

（5）肛门气坠：指肛门有下坠之感的症状。常于劳累或排便后加重。多属脾虚中气下陷，常见于久泻或久痢不愈的患者。

要点二　小便异常的临床表现及意义

1. 尿次异常

（1）小便频数：指排尿次数增多，时欲小便的症状。

①小便短赤，频数急迫者，为淋证，是湿热蕴结下焦，膀胱气化不利所致。

②小便澄清，频数量多，夜间明显者，是因肾阳虚或肾气不固，膀胱失约所致。

（2）癃闭：小便不畅，点滴而出为“癃”；小便不通，点滴不出为“闭”，一般统称为“癃闭”。

癃闭有虚实的不同。因湿热蕴结，或瘀血、结石或湿热、败精阻滞、阴部手术者，多属实证；因老年气虚，肾阳不足，膀胱气化不利者，多属虚证。

2. 尿量异常

（1）尿量增多：指尿次、尿量皆明显超过正常量次的症状。

①小便清长量多，属虚寒证。

②多饮多尿而形体消瘦者，属消渴病，是肾阴亏虚，开多阖少所致。

（2）尿量减少：指尿次、尿量皆明显少于正常量次的症状。

①小便短赤量少，多属实热证，或汗、吐、下后伤津所致。

②尿少浮肿，是肺、脾、肾三脏功能失常，气化不利，水湿内停所致。

3. 排尿感异常

（1）尿道涩痛：即排尿不畅，且伴有急迫、疼痛、灼热感，见于淋证。多因湿热蕴结、热灼津伤、结石或瘀血阻塞等所致。

（2）余溺不尽：即排尿后小便点滴不净，多因老年人肾阳亏虚，肾气不固所致。

（3）小便失禁：病人神志清醒时，小便不能随意控制而自遗。多属肾气不固，膀胱失约所致。

（4）遗尿：即睡时不自主排尿，多属肾气不足，膀胱虚衰。

细目九　问经带

要点一　月经异常的临床表现及意义

1. 经期异常

（1）月经先期：指月经周期提前7天以上，并连续两个月经周期以上的症状。多因脾气亏虚，肾气不足，冲任不固；或因阳盛血热，肝郁化热，阴虚火旺，热扰冲任，血海不宁所致。

（2）月经后期：指月经周期延后7天以上，并连续两个月经周期以上的症状。因营血亏损，肾精不足，或因阳气虚衰，生血不足，使血海空虚所致者，属虚证；因气滞或寒凝血瘀，痰湿阻滞，冲任受阻所致者，属实证。

（3）月经先后不定期：指经期不定，月经或提前或延后7天以上，并连续两个月经周期以上的症状。多因肝气郁滞，或脾肾虚损，使冲任气血失调，血海蓄溢失常所致。

2. 经量异常

（1）月经过多：指月经周期、经期基本正常，但经量较常量明显增多。多因热伤冲任，迫血妄行；或气虚，冲任不固；或瘀阻胞络，络伤血溢等所致。

（2）月经过少：月经周期基本正常，但经量较常量明显减少，甚至点滴即净。属虚者，多因精血亏少，血海失充所致；属实者，常因寒凝瘀阻，痰湿阻滞，冲任气血不畅所致。

（3）崩漏：非行经期间，阴道内大量出血，或持续下血，淋漓不止者，称为崩漏。一般来势急，出血量多者，称为崩，或称崩中；来势缓，出血量少者，称为漏，或称漏下。

崩与漏在病势上虽有缓急之分，但发病机理基本相同，在疾病演变的过程中，又常互相转化，交替出现，故统称为崩漏。其形成多因热伤冲任，迫血妄行；或脾肾气虚，冲任不固；或瘀阻冲任，血不归经所致。

3. 经色、经质异常

（1）经色淡红质稀，多属气虚或血少不荣。

（2）经色深红质稠，多属血热内炽。

（3）经色紫暗，夹有血块，兼小腹冷痛者，多属寒凝血瘀。

4. 痛经

痛经是指正值经期或行经前后，出现周期性小腹疼痛，或痛引腰骶，甚至剧痛难忍的症状。

（1）经前或经期小腹胀痛或刺痛，多属气滞或血瘀。

（2）小腹冷痛，得温痛减者，多属寒凝或阳虚。

（3）经期或经后小腹隐痛，多属气血两虚，胞脉失养所致。

5. 闭经

指女子年逾 18 周岁月经尚未来潮，或已行经，未受孕或不在哺乳期而停经达 3 个月以上的症状。多因肝肾不足，气血亏虚，阴虚血燥，血海空虚；或因痨虫侵及胞宫，或气滞血瘀，阳虚寒凝，痰湿阻滞胞脉，冲任不通所致。

要点二　带下异常的临床表现及意义

1. 白带

白带是指带下色白量多，质稀如涕，淋漓不绝的症状，多属脾肾阳虚，寒湿下注所致。

2. 黄带

黄带是指带下色黄，质黏，气味臭秽的症状，多属湿热下注或湿毒蕴结所致。

3. 赤白带

赤白带是指白带中混有血液，赤白杂见的症状，多属肝经郁热，或湿热下注所致。

（张华　陆小左）

第二单元　望诊

望诊，是医生运用视觉对人体外部情况进行有目的的观察，以了解健康状况，测知病情的方法。

细目一　望神

要点一　得神、少神、失神、假神的临床表现、相关鉴别及临床意义

1. 得神

得神即有神，是精充气足神旺的表现。

（1）得神的临床表现：神志清楚，语言清晰，目光明亮，精彩内含；面色荣润含蓄，表情丰富自然，反应灵敏，动作灵活，体态自如；呼吸平稳，肌肉不削。

（2）临床意义：提示经气充盛，体健神旺，为健康的表现，或虽病而精气未衰，病轻

易治，预后良好。

2. 少神

少神又称为神气不足，是指精气不足，神气不旺的表现。介于得神与失神之间。

（1）少神的临床表现：精神不振，两目乏神，面色少华，肌肉松软，倦怠乏力，少气懒言，动作迟缓等。

（2）临床意义：提示正气不足，精气轻度损伤，脏腑功能减弱。常见于虚证患者，或病后恢复期病人。

3. 失神

失神即无神，是精亏神衰或邪盛神乱的表现。

（1）精亏神衰

①临床表现：精神萎靡，意识模糊，反应迟钝，面色无华，晦暗暴露，目无光彩，眼球呆滞，呼吸微弱，或喘促无力，肉消著骨，动作艰难等。

②临床意义：提示脏腑精气亏虚已极，正气大伤，功能活动衰竭。多见于慢性久病重病之人，预后不良。

（2）邪盛神乱

①临床表现：神昏谵语，躁扰不宁，循衣摸床，撮空理线；或猝然昏倒，双手握固，牙关紧闭等。提示邪气亢盛，热扰神明，邪陷心包；或肝风夹痰，蒙蔽清窍，阻闭经络。

②临床意义：提示气血功能严重障碍，气血津液失调，多见于急性病人，亦属病重。

4. 假神

假神是指久病、重病患者，精气本已极度衰竭，而突然一时间出现某些神气暂时“好转”的虚假表现，是脏腑精气极度衰竭的表现。

（1）假神的临床表现：如久病、重病患者，本已神昏或精神极度萎靡，突然神志清楚，想见亲人，言语不休，但精神烦躁不安；或原本目无光彩，突然目光转亮，但却浮光外露，目睛直视；或久病面色晦暗无华，突然两颧泛红如妆等；或原本身体沉重难移，忽思起床活动，但并不能自己转动；或久病脾胃功能衰竭，本无食欲，而突然欲进饮食等。

（2）临床意义：提示脏腑精气耗竭殆尽，正气将绝，阴不敛阳，虚阳外越，阴阳即将离决，属病危。常见于临终之前，为死亡的预兆。故古人比喻为回光返照、残灯复明。

得神、少神、失神、假神鉴别表

	得　神	少　神	失　神	假　神
目　光	两目灵活 明亮有神	两目晦滞 目光乏神	两目晦暗 目无光彩	虽目似有光 但浮光暴露
面　色	面色荣润 含蓄不露	面色少华 暗淡不荣	面色无华 晦暗暴露	虽面似有华 但泛红如妆
神　情	神志清晰 表情自然	精神不振 思维迟钝	精神萎靡 意识模糊	虽神志似清 但烦躁不安
体　态	肌肉不削 反应灵敏	肌肉松软 动作迟缓	形体羸瘦 反应迟钝	虽思欲活动 但不能自转

要点二　神乱的临床表现及意义

神乱是指神志错乱失常。临床常表现为焦虑恐惧、狂躁不安、淡漠痴呆和猝然昏倒等，多见于癫、狂、痴、痫、脏躁等病人。

1. 焦虑恐惧

焦虑恐惧是指病人时时恐惧，焦虑不安，心悸气促，不敢独处的症状。多由心胆气虚，心神失养所致，常见于卑惴、脏躁等病人。

2. 狂躁不安

狂躁不安是指患者毫无理智，狂躁不安，胡言乱语，少寐多梦，甚者打人毁物，不避亲疏的症状。多由痰火扰乱心神所致，常见于狂病等。

3. 淡漠痴呆

淡漠痴呆是指病人表情淡漠，神志痴呆，喃喃自语，哭笑无常，悲观失望的症状。多由痰浊蒙蔽心神，或先天禀赋不足所致，常见于癫病、痴呆等。

4. 猝然昏倒

猝然昏倒是指病人突然昏倒，口吐白沫，目睛上视，四肢抽搐，移时苏醒，醒后如常的症状。多由于脏气失调，肝风夹痰上逆，蒙蔽清窍所致，属痫病。

细目二　望面色

要点一　常色的分类、临床表现及意义

常色指健康人面部皮肤的色泽，表示人体精神气血津液的充盈。

我国正常人的面色应是红黄隐隐，明润含蓄，是有神气、有胃气的表现。所谓有神气，即光明润泽；所谓有胃气，即隐约微黄，含蓄不露。由于时间、气候、环境等变化，常色又有主色、客色之分。

1. 主色

主色为人生来就有的基本面色，属于个体特征，终生基本不变。但由于种族、禀赋的原因，主色也有偏白、偏黑、偏红、偏黄、偏青的差异。

2. 客色

客色因外界因素（如季节、昼夜、阴晴气候等）的不同，或生活条件的差异，而微有相应变化的面色。如春应稍青，夏应稍红，长夏应稍黄，秋应稍白，冬应稍黑等。

主色和客色都是正常生理的现象。此外，如饮酒、运动、七情等一时的影响，或因职业、工作关系少见阳光，或久经日晒，以及风土、种族等而有所变化，也不是病色，诊断时必须注意。

要点二　病色的分类、临床表现及意义

病色是指人体在疾病状态时面部显示的色泽。病色是以晦暗（即面部皮肤枯槁发暗而

无光泽）、暴露（即某种面色异常明显地显露于外）为特点。

一般情况下，面部颜色的显露程度与光泽的有无，受疾病轻重等不同情况的直接影响。一般而言，新病、轻病、阳证，面色多显露但尚有光泽；久病、重病、阴证，面色则多暴露而晦暗。观察病色的关键在于分辨面色的善、恶。

1. 善色

善色指病人面色虽有异常，但仍光明润泽。说明病变尚轻，脏腑精气未衰，胃气尚能上荣于面。其病易治，预后较好。

2. 恶色

恶色指病人面色异常，且枯槁晦暗。说明病变深重，脏腑精气已衰，胃气不能上荣于面。其病难治，预后较差。

要点三　五色主病的具体临床表现及意义

病色大致可分为赤、白、黄、青、黑五种，分别见于不同脏腑和不同性质的疾病。

1. 赤色

赤色主热证，亦可见于戴阳证。

（1）满面通红者，多属外感发热，或脏腑火热炽盛的实热证。

（2）两颧潮红者，多属阴虚阳亢的虚热证。

（3）久病重病面色苍白，颧颊部嫩红如妆，游移不定者，属戴阳证。因脏腑精气衰竭殆尽，阴阳虚极，阴不敛阳，虚阳浮越所致，属病重。

2. 白色

白色主虚证（包括血虚、气虚、阳虚）、寒证、失血证。

（1）面色淡白无华，舌、唇色淡者，多属血虚证或失血证。

（2）面色㿠白者，多属阳虚证；面色㿠白而虚浮者，多属阳虚水泛。

（3）面色苍白（白中透青）者，多属阳气暴脱之亡阳证；或阴寒凝滞，血行不畅之实寒证；或大失血之人。

3. 黄色

黄色主虚证、湿证。

（1）面色淡黄，枯槁无华，称“萎黄”。常见于脾胃气虚，气血不足者。

（2）面黄虚浮，称为“黄胖”。多是脾气虚衰，湿邪内阻所致。

（3）若面目一身俱黄，称为“黄疸”。黄而鲜明如橘子色者，属“阳黄”，为湿热熏蒸之故；黄而晦暗如烟熏者，属“阴黄”，为寒湿郁阻之故。

4. 青色

青色主寒证、气滞、血瘀、疼痛和惊风。

（1）面色淡青或青黑者，属寒盛、痛剧。

（2）突然面色青灰，口唇青紫，肢凉脉微，多为心阳暴脱，心血瘀阻之象。

（3）久病面色与口唇青紫，多属心气、心阳虚衰，血行瘀阻，或肺气闭塞，呼吸不利。

（4）面色青黄（苍黄），多见于肝郁脾虚。

（5）小儿眉间、鼻柱、唇周色青者，多属惊风或惊风先兆。

5. 黑色

黑色主肾虚、寒证、水饮、瘀血、剧痛。

（1）面黑暗淡者，多属肾阳虚。

（2）面黑干焦者，多属肾阴虚。

（3）眼眶周围色黑者，多属肾虚水饮或寒湿带下。

（4）面色黧黑、肌肤甲错者，多由瘀血日久所致。

要点四　望色十法的含义及具体内容

望色十法是清代汪宏在《望诊遵经》中提出的色诊方法。其内容是：浮、沉、清、浊、微、甚、散、抟、泽、夭。分别用以判断疾病的表、里、阴、阳、虚、实、新、久、轻、重，也可作为观察动态变化的参考。

1. 浮沉

浮是面色浮显于皮肤之表，主表证；沉是面色沉隐于皮 肤之内，主里证。面色由浮转沉，是病由表入里；由沉转浮，是病自里出表。

2. 清浊

清是面色清明，主阳证；浊是面色浊暗，主阴证。面色由清转浊，是病从阳转阴；由浊转清，是病由阴转阳。

3. 微甚

微是面色浅淡，主虚证；甚是面色深浓，主实证。面色由微转甚，是病因虚致实；由甚转微，是病由实转虚。

4. 散抟

散是面色疏散，主新病，或病邪将解；抟是面色壅滞，主久病，或病邪渐聚。面色由抟转散，是病虽久而邪将解；由散转抟 ，是病虽近而邪渐聚。

5. 泽夭

泽是面色润泽，主精气未衰，病轻易治；夭是面色枯槁，主精气已衰，病重难医。面色由泽转夭，是病趋重危；由夭转泽，是病情好转。

细目三　望头面

要点一　望头部病变的临床表现及意义

1. 望头颅

（1）头大：小儿头颅均匀增大，颅缝开裂，面部较小，智力低下者，多为先天不足，肾精亏损，水液停聚于颅脑所致。

（2）头小：小儿头颅狭小，头顶尖圆，颅缝早闭，智力低下者，多因先天肾精不足，

颅骨发育不良所致。

（3）方颅：小儿前额左右突出，头顶平坦，颅呈方形者，是肾精不足或脾胃虚弱，颅骨发育不良的表现，可见于佝偻病、先天性梅毒等患儿。

（4）头摇：病人头摇不能自主，不论成人或小儿，多为肝风内动之兆，或为老年气血虚衰，脑神失养所致。

2. 望囟门

（1）囟陷：即小儿囟门下陷，多属虚证。可见于吐泻伤津，或气血不足，或先天肾精不足，脑髓失充。

（2）囟填：即囟门高突，多属实热证。可见于温病火邪上攻者，或脑髓有病，或颅内水液停聚。

（3）解颅：即囟门迟闭，骨缝不合，属肾气不足，或发育不良的表现。常见于小儿佝偻病。

3. 望头发

（1）发黄：指发黄干枯，稀疏易落。多属精血不足，可见于慢性虚损病人或大病之后精血未复。

①小儿头发稀疏黄软，生长迟缓，甚至久不生发，或枕后发稀，或头发稀疏不匀者，多因先天不足，肾精亏损而致。

②小儿发结如穗，枯黄无泽，伴见面黄肌瘦，多为疳积病。

（2）发白：指青少年白发。发白伴有耳鸣、腰酸者属肾虚；伴有失眠健忘症状者为劳神伤血所致；但亦有因先天禀赋不足所致者。

（3）脱发：突然片状脱发，脱落处显露圆形或椭圆形光亮头皮而无自觉症状，称为斑秃，多为血虚受风所致。

①青壮年头发稀疏易落，有眩晕、健忘、腰膝酸软等表现者，多为肾虚。

②头发已脱，头皮瘙痒，多屑多脂者，多为血热化燥所致。

要点二　望面部病变的临床表现及意义

1. 面肿

面部浮肿，按之凹陷者，为水肿病，属全身水肿的一部分。

（1）颜面浮肿，发病迅速者，为阳水，多为外感风邪，肺失宣降所致。

（2）颜面浮肿，兼见面色㿠白，发病缓慢者属阴水，多由脾肾阳虚，水湿泛滥所致。

（3）颜面浮肿，兼见面唇青紫，心悸气喘，不能平卧者，多属心肾阳虚，血行瘀滞，水气凌心所致。

2. 腮肿

（1）痄腮：指一侧或两侧腮部以耳垂为中心肿起，边缘不清，局部灼热疼痛的症状。为外感温毒之邪所致，多见于儿童，属传染病。

（2）发颐：指颧下颌上耳前发红肿起，伴有寒热、疼痛的症状。为阳明热毒上攻所致。

3. 口眼㖞斜

（1）口僻：单见口眼㖞斜，肌肤不仁，面部肌肉患侧偏缓，健侧紧急，患侧目不能合，口不能闭，不能皱眉鼓腮，饮食言语皆不利者，为风邪中络所致。

（2）中风：若口角㖞斜兼半身不遂者，则为中风病。

4. 面脱

面削颧耸，称面脱。指面部肌肉消瘦，两颧高耸，眼窝、颊部凹陷。因气血虚衰，脏腑精气耗竭所致，多见于慢性病的危重阶段。

5. 特殊面容

（1）惊怖貌：指患者面部呈现恐惧的症状。多见于小儿惊风、客忤以及癫病、瘿气等病。若遇声、光、风刺激，或见水、闻水声时出现者，可能为狂犬病。

（2）苦笑貌：指患者面部呈现无可奈何的苦笑样症状。由于面部肌肉痉挛所致，乃破伤风的特殊征象。

细目四　望五官

要点一　望目部病变的临床表现及意义

1. 五轮学说的内容

目内眦及外眦的血络属心，称为“血轮”；黑珠属肝，称为“风轮”；白睛属肺，称为“气轮”；瞳仁属肾，称为“水轮”；眼胞属脾，称为“肉轮”。

2. 望目色

（1）目赤肿痛：多属实热证。如白睛色红为肺火或外感风热；两眦赤痛为心火；睑缘赤烂为脾有湿热；全目赤肿为肝经风热上攻。

（2）白睛发黄：为黄疸的主要标志。多由湿热或寒湿内蕴，肝胆疏泄失常，胆汁外溢所致。

（3）目眦淡白：属血虚、失血。由血少不能上荣于目所致。

（4）目胞色黑晦暗：多属肾虚。

（5）黑睛灰白混浊，称为目生翳。多因邪毒侵袭，或肝胆实火上攻，或湿热熏蒸，或阴虚火炎等，使黑睛受伤而成。

3. 望目形

（1）目胞浮肿：为水肿的常见表现。

（2）眼窠凹陷：多为伤津耗液或气血不足，可见于吐泻伤津或气血虚衰的病人；若久病重病眼球深陷，伴形瘦如柴，则为脏腑精气竭绝，正气衰竭，属病危。

（3）眼球突出：眼球突出兼喘满上气者，属肺胀，为痰浊阻肺、肺气不宣、呼吸不利所致。若眼球突出兼颈前微肿，急躁易怒者，称为瘿病，因肝郁化火、痰气壅结所致。

（4）胞睑红肿：睑缘肿起结节如麦粒，红肿较轻者，称为针眼；胞睑漫肿，红肿较重者，称为眼丹，皆为风热邪毒或脾胃蕴热上攻于目所致。

4. 望目态

（1）瞳孔缩小：可见于川乌、草乌、毒蕈、有机磷类农药及吗啡、氯丙嗪等药物中毒。

（2）瞳孔散大：可见于颅脑损伤（如头部外伤）、出血中风病等，提示病情危重；若两侧瞳孔完全散大，对光反射消失，则是临床死亡的指征之一；也可见于青风内障或颠茄类药物中毒等。

（3）目睛凝视：指病人两眼固定，不能转动。固定前视者，称瞪目直视；固定上视者，称戴眼反折；固定侧视者，称横目斜视。多属肝风内动所致。

（4）睡眠露睛：指病人昏昏欲睡，睡后胞睑未闭而睛珠外露。多属脾气虚弱，气血不足，胞睑失养所致。常见于吐泻伤津和慢脾风的患儿。

（5）胞睑下垂：又称睑废，指胞睑无力张开而上睑下垂者。双睑下垂者，多为先天不足，脾肾亏虚；单睑下垂者，多见于外伤所致。

要点二　望口与唇病变的临床表现及意义

1. 望口

（1）口之形色

①口角流涎：小儿见之多属脾虚湿盛；成人见之多为中风口㖞不能收摄。

②口疮：唇内和口腔肌膜出现灰白色小溃疡，周围红晕，局部疼痛。多由心、脾二经积热上熏所致。

③口糜：口腔肌膜糜烂成片，口气臭秽，多由湿热内郁，上蒸口腔而成。

④鹅口疮：小儿口腔、舌上出现片状白屑，状如鹅口者，多因感受邪毒，心脾积热，上熏口舌所致。

（2）口之动态

①口张：口开而不闭，属虚证。若状如鱼口，但出不入，则为肺气将绝。

②口噤：口闭而难开，牙关紧急，属实证，多因筋脉拘急所致，可见于中风、痫病、惊风、破伤风等。

③口撮：上下口唇紧聚，不能吸吮，可见于小儿脐风。

④口㖞：口角向一侧㖞斜，见于风邪中络，或中风病的中经络。

⑤口振：战栗鼓颌，口唇振摇，多为阳虚寒盛或邪正剧争所致，可见于温病、伤寒欲作汗时，或疟疾发作时。

⑥口动：口频繁开合，不能自禁，是胃气虚弱的表现；若口角掣动不止，是热极生风或脾虚生风之象。

2. 察唇

（1）唇之色泽

①唇色红润：此为正常人的表现，说明胃气充足，气血调匀。

②唇色淡白：多属血虚或失血。

③唇色深红：多属热盛。

④口唇赤肿而干：多为热极。

⑤口唇呈樱桃红色者：多见于煤气中毒。

⑥口唇青紫：多属瘀血证。

⑦口唇青黑：多属寒盛、痛极。

（2）唇之形态

①口唇干裂：为津液损伤，多属燥热伤津或阴虚液亏。

②口唇糜烂：多为脾胃积热上蒸。

③唇内溃烂，其色淡红：为虚火上炎。

④唇边生疮，红肿疼痛：为心脾积热。

⑤唇角生疔，麻木痒痛，多为锁口疔；人中部生疔，多为人中疔。

⑥人中满唇反：久病而人中沟变平，口唇翻卷不能覆齿，称“人中满唇反”，为脾气将绝，属病危。

要点三　望齿与龈病变的临床表现及意义

1. 察牙齿

（1）牙齿色泽

①牙齿洁白润泽：是津液内充、肾气充足的表现。

②牙齿干燥：为胃阴已伤。

③牙齿光燥如石：是阳明热盛，津液大伤。

④牙齿燥如枯骨：是肾阴枯涸，精不上荣，见于温热病的晚期。

⑤牙齿枯黄脱落：见于久病者，多为骨绝。

⑥齿焦有垢，为胃肾热盛，但气液未竭；齿焦无垢，为胃肾热甚，气液已竭。

（2）牙齿动态

①牙关紧急：多属风痰阻络或热极生风。

②咬牙啮齿：为热盛动风。

③睡中啮齿：多因胃热或虫积所致，也可见于正常人。

2. 望牙龈

（1）牙龈色泽

①牙龈淡红而润泽：是胃气充足、气血调匀的表现。

②牙龈淡白：多是血虚或失血。

③牙龈红肿疼痛：多是胃火亢盛。

（2）牙龈形态

①齿缝出血，痛而红肿，多为胃热伤络；若不痛不红微肿者，多为气虚，或肾火伤络。

②牙宣：龈肉萎缩，牙根暴露，牙齿松动，多属肾虚或胃阴不足。

③牙疳：牙龈溃烂，流腐臭血水，多因外感疫疠之邪，积毒上攻所致。

要点四　望咽喉病变的临床表现及意义

1. 咽喉色泽

（1）咽部深红，肿痛明显：属实热证，多因肺胃热毒壅盛所致。

（2）咽部嫩红，肿痛不显：属阴虚证，多由肾水亏少、阴虚火旺所致。

（3）咽喉淡红漫肿：多属痰湿凝聚所致。

2. 咽喉形态

（1）乳蛾：一侧或两侧喉核红肿肥大，形如乳头或乳蛾，表面或有脓点，咽痛不适。属肺胃热盛，邪客喉核，或虚火上炎，气血瘀滞所致。

（2）喉痈：咽喉部红肿高突，疼痛剧烈，吞咽困难。多因脏腑蕴热，复感外邪，热毒客于咽喉所致。

（3）咽喉腐烂：溃烂成片或凹陷者，为肺胃热毒壅盛；若腐烂分散浅表者，为肺胃之热尚轻；若溃腐日久，周围淡红或苍白者，多属虚证。

（4）伪膜：咽部溃烂处上覆白腐，形如白膜者。如伪膜松厚，容易拭去，去后不复生，此属肺胃热浊上壅于咽，证较轻；如伪膜坚韧，不易剥离，重剥则出血，或剥去随即复生，此属重证，多是白喉，又称“疫喉”，因肺胃热毒伤阴而成，属烈性传染病。

（5）成脓：咽喉局部红肿高突，有波动感，压之柔软凹陷者，多已成脓；压之坚硬则尚未成脓。

细目五　望躯体

要点　望颈项病变的临床表现及意义

1. 瘿瘤

瘿瘤指颈部结喉处有肿块突起，或大或小，或单侧或双侧，可随吞咽而上下移动。多因肝郁气结痰凝，或水土失调，痰气搏结所致。

2. 瘰疬

瘰疬指颈侧颌下有肿块如豆，累累如串珠。多由肺肾阴虚，虚火内灼，炼液为痰，结于颈部，或外感风火时毒，夹痰结于颈部所致。

3. 颈瘘

颈瘘指颈部痈肿、瘰疬溃破后，久不收口，形成管道，病名曰鼠瘘。因痰火久结，气血凝滞，疮孔不收而成。

4. 项痈、颈痈

项部或颈部两侧焮红漫肿，疼痛灼热，甚至溃烂流脓者，谓之项痈或颈痈。多由风热邪毒蕴蒸，气血壅滞，痰毒互结于颈项所致。

5. 气管偏移

指气管不居中，向一侧偏移。多为胸膈有水饮或气体，或因单侧瘿瘤、肿物等，挤压、牵拉气管所致，可见于悬饮、气胸、石瘿、肉瘿、肺部肿瘤等病。

6. 项强

指项部拘紧或强硬。

（1）项部拘急牵引不舒，兼有恶寒、发热，是风寒侵袭太阳经脉，经气不利所致。

（2）项部强硬，不能前俯，兼壮热、神昏、抽搐者，多属温病火邪上攻，或脑髓有病。

（3）项强不适，兼头晕者，多属阴虚阳亢，或经气不利所致。

（4）睡眠之后，项强而痛，并无他苦者，为落枕，多因睡姿不当，项部经络气滞所致。

7. 项软

指颈项软弱，抬头无力。小儿项软，多因先天不足，肾精亏损。后天失养，发育不良，可见于佝偻病患儿。久病、重病颈项软弱，头垂不抬，眼窝深陷，多为脏腑精气衰竭之象，属病危。

8. 颈脉搏动

指在安静状态时出现颈侧人迎脉搏动明显，可见于肝阳上亢或血虚重证等病人。

9. 颈脉怒张

指颈部脉管明显胀大，平卧时更甚。多见于心血瘀阻、肺气壅滞及心肾阳衰、水气凌心的病人。

细目六　望皮肤

要点　斑疹、水疱、疮疡的临床表现及意义

1. 斑疹

斑和疹都是全身性疾病表现于皮肤的症状。

（1）斑：指皮肤黏膜出现深红色或青紫色片状斑块，平摊于皮肤，摸之不碍手，压之不褪色的症状。可由外感温热邪毒，热毒窜络，内迫营血，或脾虚血失统摄，或阳衰寒凝血瘀，或外伤血溢肌肤所致。

（2）疹：指皮肤出现红色或紫红色、粟粒状疹点，高出皮肤，抚之碍手，压之褪色的症状。常见于麻疹、风疹、隐疹等病，也可见于温热病中。多因外感风热时邪，或过敏，或热入营血所致。

在外感病中，若斑疹色红，先从胸腹出现，然后延及四肢，斑疹发后热退神清者，是邪气透泄的佳兆，是轻证、顺证；若布点稠密，色现深红或紫黑，并且斑疹先从四肢出现，然后内延胸腹，同时大热不退，神志昏迷，为正不胜邪，邪气内陷，是重证、逆证。

2. 水疱

（1）白痦：又称白疹。指皮肤上出现的一种白色小疱疹。其特点是晶莹如粟，高出皮肤，擦破流水，多发于颈胸部，四肢偶见，面部不发。白痦的出现，多因外感湿热之邪，郁于肌表，汗出不彻而发，见于湿温病。白痦有晶痦、枯痦之分。色白，点细，形如粟，明亮滋润像水晶的，称晶痦，是顺证；若痦色干枯则称为枯痦，是津液枯竭，为逆证。

（2）水痘：指小儿皮肤出现粉红色斑丘疹，很快变成椭圆形小水疱，晶莹明亮，浆液

稀薄，皮薄易破，分批出现，大小不等，兼有轻度恶寒发热表现者，称为水痘。因外感时邪，内蕴湿热所致，属儿科常见的传染病。

（3）湿疹：指周身皮肤出现红斑，迅速形成丘疹、水疱，破后渗液，出现红色湿润之糜烂面者。多因湿热蕴结，复感风邪，郁于肌肤而发。

（4）热气疮：口角、唇边、鼻旁出现成簇粟米大小的水疱，灼热痒痛。多因外感风热或肺胃蕴热上熏。

3. 疮疡

（1）痈：指患部红肿高大，根盘紧束，伴有燃热疼痛，并能形成脓疡的疾病。具有未脓易消，已脓易溃，疮口易敛的特点，属阳证。多由湿热火毒内蕴，气血瘀滞所致。

（2）疽：指患部漫肿无头，肤色不变，疼痛不已的疾病。具有难消、难溃、难敛，溃后易伤筋骨的特点，属阴证。多由气血亏虚，阴寒凝滞所致。

（3）疔：指患部初起如粟如米，根脚坚硬较深，麻木或发痒，顶白而痛的疾病。多发于颜面和手足。因竹木刺伤，或感受疫毒、火毒等邪所致。

（4）疖：指患部形小而圆，红肿热痛不甚，根浅、脓出即愈的疾病。因外感火热毒邪或湿热蕴结所致。

细目七　望排出物

要点　望痰及呕吐物的临床表现及意义

1. 望痰

（1）痰黄黏稠，坚而成块者，属热痰。因热邪煎熬津液之故。

（2）痰白而清稀，或有灰黑点者，属寒痰。因寒伤阳气，气不化津，湿聚为痰之故。

（3）痰白滑而量多，易咯出者，属湿痰。因脾虚不运，水湿不化，聚而成痰之故。

（4）痰少而黏，难于咯出者，属燥痰。因燥邪伤肺，或肺阴虚津亏所致。

（5）痰中带血，色鲜红者，为热伤肺络。多因肺阴亏虚，或肝火犯肺，或痰热壅肺所致。

（6）咳吐脓血腥臭痰，属肺痈。因热毒蕴肺，化腐成脓所致。

2. 望呕吐物

（1）呕吐物清稀无臭，多因胃阳不足，难以腐熟水谷，或寒邪犯胃，损伤胃阳，导致水饮内停，胃失和降所致。

（2）呕吐物秽浊酸臭，多因邪热犯胃，胃失和降所致。

（3）呕吐物酸腐，夹杂不化食物，多属伤食，因暴饮暴食，损伤脾胃，宿食不化，胃气上逆所致。

（4）呕吐黄绿苦水，多为肝胆湿热或郁热。

（5）吐血色暗红或紫暗有块，夹杂食物残渣，多属胃有积热，或肝火犯胃，或胃腑素有瘀血所致。

（6）呕吐清水，伴胃脘冷痛，为寒呕，因胃阳不足，腐熟无力，或寒邪犯胃，损伤胃

阳，水饮内停，胃失和降所致。

（7）呕吐清水痰涎，伴胃脘振水声，为痰饮，因饮停胃腑，胃气失降所致。

（张华　陆小左）

第三单元　舌诊

舌诊是观察病人舌质和舌苔的变化以诊察疾病的方法，是望诊的重要内容，是中医诊法的特色之一。

细目一　舌诊原理

要点　舌与脏腑、经络、气血、津液的关系

1. 舌与脏腑、经络的联系

舌由肌肉、血脉和经络所构成，三者都与脏腑存在着密切的联系。

（1）舌可反映心、神的病变

①舌为心之苗，手少阴心经之别系舌本。因心主血脉，而舌的脉络丰富，心血上荣于舌，故人体气血运行的情况，可反映在舌质的颜色上。

②心主神明，舌体的运动又受心神的支配，因而舌体运动是否灵活自如，语言是否清晰，与神志密切相关，故舌可反映心、神的病变。

（2）舌可反映脾胃的功能状态

舌为脾之外候，足太阴脾经连舌本、散舌下，舌居口中，司味觉。舌苔是禀胃气而生，与脾胃运化功能相应，故舌可反映脾胃的功能状态；脾胃为后天之本、气血的生化之源，故舌象亦是全身营养和代谢功能的反映，代表了全身气血津液的盛衰。

（3）舌可反映其他脏腑的病变

①肝藏血、主筋，足厥阴肝经络舌本。

②肾藏精，足少阴肾经循喉咙、夹舌本。

③足太阳膀胱经经筋结于舌本。

④肺系上达咽喉，与舌根相连。

⑤其他脏腑组织，由经络沟通，也直接、间接与舌产生联系，因此，脏腑的病变亦必然通过经络气血的变化而反映于舌。

2. 脏腑的病变反映于舌，具有一定的规律

（1）舌质多候五脏病变，侧重血分。

（2）舌苔多候六腑病变，侧重气分。

（3）舌尖多反映上焦心肺的病变。

（4）舌中多反映中焦脾胃的病变。

（5）舌根多反映下焦肾的病变。

（6）舌两侧多反映肝胆的病变。

（7）另外，还有“舌尖属上脘，舌中属中脘，舌根属下脘”的说法。

舌尖红赤或破溃，多为心火上炎；舌体两侧出现青紫色斑点，多为肝经气滞血瘀；若舌见厚腻苔，多见于脾失健运所致的湿浊、痰饮、食积等；若舌苔出现剥脱，在舌中多为胃阴不足，在舌根多为肾阴虚等。

3. 舌与气血、津液的联系

（1）舌与气血

舌为血脉丰富的肌性组织，有赖气血的濡养和津液的滋润。舌体的形质和舌色与气血的盈亏和运行状态有关。

（2）舌与津液

舌苔和舌体的润燥与津液的多少有关。舌下肉阜部有唾液腺腺体的开口，中医认为唾为肾液，涎为脾液，为津液的一部分，其生成、输布离不开脏腑功能，尤其与肾、脾胃等脏腑密切相关，所以通过观察舌体的润燥，可以判断体内津液的盈亏及邪热的轻重。

细目二　正常舌象

要点一　正常舌象的特点

1. 舌诊的内容主要分望舌质和舌苔两方面

（1）舌质，又称舌体，是舌的肌肉脉络组织。

（2）舌苔，是舌体上附着的一层苔状物。

2. 正常舌象的主要特征

正常舌象的主要特征为：舌色淡红鲜明，舌质滋润，舌体大小适中、柔软灵活，舌苔均匀薄白而润。简称“淡红舌，薄白苔”。

正常舌象受体内外环境的影响，可以产生生理性变异，如受年龄因素的影响，儿童的舌质多淡嫩，舌苔偏少易剥，老年人的舌色多暗红；受女性生理特点的影响，在月经期可以出现蕈状乳头充血而舌质偏红，或舌尖边部有明显的红刺，月经过后可以恢复正常；受禀赋、体质因素的影响，舌象可以出现一些差异，如先天性裂纹舌、齿痕舌、地图舌等，均属于先天性者；受气候、环境因素的影响，夏天舌苔多厚，秋天舌苔偏干燥，冬季舌常湿润等。

要点二　正常舌象的临床意义

正常舌象说明胃气旺盛，气血津液充盈，脏腑功能正常。

细目三　望舌质

要点一　舌色异常的表现特征及临床意义

舌色是指舌质的颜色。

1. 淡红舌

（1）表现特征

淡红舌指舌体颜色淡红润泽、白中透红的表现。

（2）临床意义

淡红舌为气血调和的征象，多见于正常人，或病之轻者。

淡红舌为心血充足，胃气旺盛的生理状态。若外感病初起，病情轻浅，尚未伤及气血及内脏，舌色仍可保持正常。

2. 淡白舌

（1）表现特征

淡白舌指舌色较正常人的淡红色浅淡，白色偏多，红色偏少，甚至全无血色者（枯白舌）的表现。

（2）临床意义

淡白舌主气血两虚、阳虚。枯白舌主脱血夺气。

气血两亏，血不荣舌，或阳气不足，推动血液运行无力，致使血液不能充分营运于舌质中，故舌色浅淡。脱血夺气，病情危重，舌无血气充养，则显枯白无华。

①淡白湿润，舌体胖嫩：多为阳虚水湿内停。

②淡白光莹，舌体瘦薄：属气血两亏。

3. 红舌

（1）表现特征

舌色较淡红色为深，甚至呈鲜红色大的表现。红舌可见于整个舌体，亦可只见于舌尖。

（2）临床意义

红舌主实热、阴虚。血得热则行，热盛则气血沸涌，舌体脉络充盈；或阴液亏虚，虚火上炎，故舌色鲜红。

①舌色稍红，或舌边尖略红：多属外感风热表证初期。

②舌色鲜红，舌体不小，或兼黄苔：多属实热证。

③舌尖红：多为心火上炎。

④舌两边红：多为肝经有热。

⑤舌体小，舌鲜红而少苔，或有裂纹，或光红无苔：属虚热证。

4. 绛舌

（1）表现特征

绛舌指舌色较红色更深，或略带暗红色的表现。

（2）临床意义

绛舌主里热亢盛、阴虚火旺。

绛舌多由红舌进一步发展而来。其形成是因热入营血，耗伤营阴，血液浓缩而瘀滞，或虚火上炎，舌体脉络充盈。

①舌绛有苔，或伴有红点、芒刺：多属温病热入营血，或脏腑内热炽盛。

②舌绛少苔或无苔，或有裂纹：多属久病阴虚火旺，或热病后期阴液耗损。

5. 紫舌

（1）表现特征

全舌呈现紫色，或局部出现青紫斑点的表现。舌淡而泛现青紫者，为淡紫舌；舌红而泛现紫色者，为紫红舌；舌绛而泛现紫色者，为绛紫舌；舌体局部出现青紫色斑点者，为斑点舌。

（2）临床意义

紫舌，主血行不畅。

①全舌青紫：多是全身性血行瘀滞。

②舌有紫色斑点：多属瘀血阻滞于某局部。

③舌色淡红中泛现青紫：多因肺气壅滞，或肝郁血瘀，亦可见于先天性心脏病，或某些药物、食物中毒。

④舌淡紫而湿润：阴寒内盛，或阳气虚衰而致寒凝血瘀。

⑤舌紫红或绛紫而干枯少津：为热盛伤津，气血壅滞。

要点二　舌形异常的表现特征及临床意义

舌形是指舌体的形状。

1. 老舌

（1）表现特征

舌质纹理粗糙或皱缩，坚敛而不柔软，舌色较暗者，为苍老舌。

（2）临床意义

老舌：多见于实证。实邪亢盛，充斥体内，而正气未衰，邪正交争，邪气壅滞于上，故舌质苍老。

2. 嫩舌

（1）表现特征

舌质纹理细腻，浮胖娇嫩，舌色浅淡者，为娇嫩舌。

（2）临床意义

娇嫩舌：多见于虚证。气血不足，舌体脉络不充，或阳气亏虚，运血无力，寒湿内生，故舌嫩色淡白。

3. 胖舌

（1）表现特征

舌体较正常舌大而厚，伸舌满口者，称为胖大舌；舌体肿大，盈口满嘴，甚者不能闭口，不能缩回者，称为肿胀舌。

（2）临床意义

胖大舌：多主水湿内停、痰湿热毒上泛。

①舌淡胖大：多为脾肾阳虚，水湿内停。

②舌红胖大：多属脾胃湿热或痰热内蕴。

③肿胀舌：舌红绛肿胀者，多见于心脾热盛，热毒上壅。

④先天性舌血管瘤患者，可呈现青紫肿胀。

4. 瘦舌

（1）表现特征

舌体比正常舌瘦小而薄者，称为瘦薄舌。

（2）临床意义

瘦薄舌：多主气血阴液不足。

①舌体瘦薄而色淡：多是气血两虚。

②舌体瘦薄而色红绛干燥：多见于阴虚火旺，津液耗伤。

5. 点、刺舌

（1）表现特征

点、刺相似，多见于舌的边尖部分。

①点是指鼓起于舌面的红色或紫红色星点。大者为星，称红星舌；小者为点，称红点舌。

②刺是指舌乳头突起如刺，摸之棘手的红色或黄黑色点刺，称为芒刺舌。

（2）临床意义

点、刺舌提示脏腑热极，或血分热盛。

点、刺是由蕈状乳头增生，数目增多，充血肿大而形成。一般点、刺越多，邪热越盛。

①舌红而起芒刺：多为气分热盛。

②舌红而点刺色鲜红：多为血热内盛，或阴虚火旺。

③舌红而点刺色绛紫：多为热入营血而气血壅滞。

（3）根据点刺出现的部位，可区分热在何脏

①舌尖生点刺：多为心火亢盛。

②舌边有点刺：多属肝胆火盛。

③舌中生点刺：多为胃肠热盛。

6. 裂纹舌

（1）表现特征

指舌面出现各种多少不等、深浅不一、各种形态明显的裂沟，有深如刀割剪碎的，有横直皱纹而短小的，有纵形、横形、井字形、爻字形，以及辐射状、脑回状、鹅卵石状等。

（2）临床意义

裂纹舌统属阴血亏损，不能荣润舌面所致。

①舌红绛而有裂纹：多是热盛伤津，或阴液虚损。

②舌淡白而有裂纹：多为血虚不润。

③舌淡白胖嫩，边有齿痕而又有裂纹：属脾虚湿侵。

④健康人舌面上出现裂纹、裂沟，裂纹中一般有舌苔覆盖，且无不适感觉者，为先天性舌裂，应与病理性裂纹舌相鉴别。

7. 齿痕舌

（1）表现特征

齿痕舌指舌体边缘见牙齿压迫的痕迹。

（2）临床意义

齿痕舌多主脾虚、水湿内停证。齿痕舌多因舌体胖大而受齿缘压迫所致，故常与胖大舌同见。

①舌淡胖大，润而有齿痕：多属寒湿壅盛，或阳虚水湿内停。

②舌淡红而有齿痕：多是脾虚或气虚。

③舌红肿胀而有齿痕：为内有湿热痰浊壅滞。

④舌淡红而嫩，舌体不大而边有轻微齿痕：可为先天性齿痕；如病中见之提示病情较轻，多见于小儿或气血不足者。

要点三　舌态异常的表现特征及临床意义

舌态是指舌体的动态。

1. 痿软舌

（1）表现特征

痿软舌指舌体软弱，无力屈伸，痿废不灵的表现。

（2）临床意义

痿软舌多见于伤阴，或气血俱虚。

痿软舌多因气血亏虚，阴液亏损，舌肌筋脉失养而废弛，致使舌体痿软。

①舌淡白而痿软：多是气血俱虚。

②新病舌干红而痿软：多是热灼津伤。

③久病舌绛少苔或无苔而痿软：多见于外感病后期，热极伤阴，或内伤杂病，阴虚火旺。

2. 强硬舌

（1）表现特征

强硬舌指舌体板硬强直，运动不灵活的表现。

（2）临床意义

强硬舌多见于热入心包，或高热伤津，或风痰阻络。

外感热病，热入心包，扰乱心神，使舌无主宰；高热伤津，筋脉失养，使舌体失其灵活与柔和；肝风夹痰，阻于廉泉络道，以致舌体强硬失和。

①舌红绛少津而强硬：多因邪热炽盛。

②舌胖大兼厚腻苔而强硬：多见于风痰阻络。

③舌强语言謇涩，伴肢体麻木、眩晕：多为中风先兆。

3. 歪斜舌

（1）表现特征

歪斜舌指伸舌时舌体偏向一侧，或左或右。

（2）临床意义

歪斜舌多见于中风、喑痱或中风先兆。

多因肝风内动，夹痰或夹瘀，痰瘀阻滞一侧经络，受阻侧舌肌弛缓，收缩无力，而健侧舌肌如常所致。

4. 颤动舌

（1）表现特征

颤动舌指舌体震颤抖动，不能自主的表现。轻者仅伸舌时颤动，重者不伸舌时亦抖颤难宁。

（2）临床意义

颤动舌为肝风内动的表现，可因热盛、阳亢、阴亏、血虚等所致。

气血两虚，使筋脉失于濡养而无力平稳伸展舌体；或因热极阴亏而动风、肝阳化风等导致舌抖颤难安。

①久病舌淡白而颤动：多属血虚动风。

②新病舌绛而颤动：多属热极生风。

③舌红少津而颤动：多属阴虚动风。

④酒毒内蕴，亦可见舌体颤动。

5. 吐弄舌

（1）表现特征

舌伸于口外，不立即回缩者，为“吐舌”；舌微露出口，立即收回，或舐口唇上下左右，摇动不停者，叫作“弄舌”。

（2）临床意义

吐弄舌两者皆因心、脾二经有热所致。心热则动风，脾热则津耗，以致筋脉紧缩不舒，频频动摇。

①吐舌：可见于疫毒攻心或正气已绝。

②弄舌：多见于热甚动风先兆。

③吐弄舌：可见于小儿智能发育不全。

6. 短缩舌

（1）表现特征

指舌体卷短、紧缩，不能伸长的表现。

（2）临床意义

短缩舌，多属危重证候的表现。

①舌短缩，色淡白或青紫而湿润：多属寒凝筋脉。

②舌短缩，色淡白而胖嫩：多属气血俱虚。

③舌短缩，体胖而苔滑腻：多属痰浊内蕴。

④舌短缩，色红绛而干：多属热盛伤津。

要点四　舌下络脉异常的表现特征及临床意义

舌下络脉是指位于舌下舌系带两侧的大络脉。正常的舌下络脉，是由细到粗，颜色呈淡紫色，少有纡曲。舌下络脉的变化可反映气血的运行情况。

望舌下络脉，主要观察其长度、形态、色泽、粗细、舌下小血络等情况。

（1）舌下络脉粗胀，或呈青紫、绛、绛紫、紫黑色，或舌下细小络脉呈暗红色或紫色网络，或舌下络脉曲张如紫色珠子大小不等的结节改变，均为血瘀的征象。可因气滞、寒凝、热郁、痰湿、气虚、阳虚等所致，需结合其他症状进行分析。

（2）舌下络脉短而细，周围小络脉不明显，舌色偏淡者，多属气血不足。

细目四　望舌苔

要点一　望苔质的内容及临床意义

苔质，是指舌苔的质地、形态。主要观察舌苔的厚薄、润燥、腐腻、剥落、真假等方面的改变。

1. 薄、厚苔

（1）表现特征

苔质的厚薄以“见底”和“不见底”为标准，即透过舌苔能隐隐见到舌体的为“薄苔”，不能见到舌体则为“厚苔”。

（2）临床意义

苔的厚薄主要反映邪正的盛衰和邪气之深浅。

①薄苔：本是胃气所生，属正常舌苔；若有病见之，亦属疾病轻浅，正气未伤，邪气不盛。故薄苔主外感表证，或内伤轻病。

②厚苔：是胃气夹湿、邪气熏蒸所致，故厚苔主邪盛入里，或内有痰湿、食积等。

（3）舌苔厚薄变化的临床意义

①舌苔由薄转厚：提示邪气渐盛，或表邪入里，为病进。

②舌苔由厚转薄：提示正气胜邪，内邪消散外达，为病退的征象。

③舌苔的厚薄变化，一般是渐变的过程，如果薄苔突然增厚，提示邪气极盛，迅速入里。

④舌苔骤然消退，舌上无新生舌苔，为正不胜邪，或胃气暴绝。

2. 润、燥苔

（1）表现特征

①润苔：舌苔干湿适中，不滑不燥。

②滑苔：舌面水分过多，伸舌欲滴，扪之湿而滑。

③燥苔：舌苔干燥，扪之无津，甚则舌苔干裂。

④糙苔：苔质粗糙如砂石，扪之糙手，津液全无。

（2）临床意义

舌苔的润燥主要反映体内津液的盈亏和输布情况。

①润苔：是正常的舌苔表现。疾病过程中见润苔，提示体内津液未伤，多见于风寒表证、湿证初起、食滞、瘀血等。

②滑苔：舌面水分过多，伸舌欲滴，扪之湿而滑。滑苔多因水湿之邪内聚，主寒证、主湿证、主痰饮。外感寒邪、湿邪，或脾阳不振，寒湿、痰饮内生，均可出现滑苔。

③燥苔：提示体内津液已伤。如高热、大汗、吐泻、久不饮水或过服温燥药物等，导致津液不足，舌苔失于濡润而干燥。亦有因痰饮、瘀血内阻，阳气被遏，不能上蒸津液濡润舌苔而见燥苔者，属津液输布障碍。

④糙苔：糙苔可由燥苔进一步发展而成。多见于热盛伤津之重症。若苔质粗糙而不干者，多为秽浊之邪盘踞中焦。

（3）舌苔润燥变化的临床意义

①舌苔由润变燥：表示热重津伤，或津失输布。

②舌苔由燥变润：主热退津复，或饮邪始化。

但在特殊情况下也有湿邪苔反燥而热邪苔反润者，如湿邪传入气分，气不化津，则舌苔反燥；热邪传入血分，阳邪入阴，蒸动阴气，则舌苔反润，均宜四诊合参。

3. 腻苔

（1）表现特征

腻苔：指苔质颗粒细腻致密，揩之不去，刮之不脱，如涂有油腻之状，中间厚边周薄者。

（2）临床意义

腻苔多由湿浊内蕴，阳气被遏，湿浊痰饮停聚于舌面所致。

①舌苔薄腻，或腻而不板滞：多为食积，或脾虚湿困。

②舌苔白腻而滑：为痰浊、寒湿内阻。

③舌苔黏腻而厚，口中发甜：为脾胃湿热。

④舌苔黄腻而厚：为痰热、湿热、暑湿等邪内蕴。

4. 腐苔

（1）表现特征

腐苔：指苔质颗粒疏松，粗大而厚，形如豆腐渣堆积舌面，揩之可去者。若舌上黏厚一层，有如疮脓，则称“脓腐苔”。

（2）临床意义

腐苔，主痰浊、食积；脓腐苔主内痈。腐苔的形成，多因阳热有余，蒸腾胃中腐浊邪气上泛，聚集于舌面而成。

①腐苔：多见于食积胃肠，或痰浊内蕴。

②脓腐苔：多见于内痈，或邪毒内结，是邪盛病重的表现。

③病中腐苔渐退，续生薄白新苔：为正气胜邪之象，是病邪消散。

④病中腐苔脱落，不能续生新苔：为病久胃气衰败，属于无根苔。

5. 剥落苔

（1）表现特征

剥落苔指舌面本有苔，疾病过程中舌苔全部或部分脱落，脱落处光滑无苔。根据舌苔

剥脱的部位和范围大小，可分为以下几种：

①光剥苔：舌苔全部退去，以致舌面光洁如镜（又称为光滑舌或镜面舌）。

②花剥苔：舌苔剥落不全，剥脱处光滑无苔，余处斑斑驳驳地残存舌苔，界限明显。

③地图舌：舌苔不规则地大片脱落，边缘厚，舌苔界限清楚，形似地图。

④类剥舌：剥脱处并不光滑，似有新生颗粒。

⑤前剥苔：舌前半部分舌苔剥脱。

⑥中剥苔：舌中部分舌苔剥脱。

⑦根剥苔：舌根部分舌苔剥脱。

⑧鸡心苔：舌苔周围剥脱，仅留中心一小块。

（2）临床意义

观苔之剥落，可了解胃气胃阴之存亡及气血的盛衰，从而判断疾病预后。

①舌红苔剥：多为阴虚。

②舌淡苔剥或类剥：多为血虚或气血两虚。

③镜面舌而舌色红绛：胃阴枯竭，胃乏生气。

④舌色皎白如镜，甚至毫无血色：主营血大虚，阳气虚衰。

⑤舌苔部分脱落，未剥处仍有腻苔者：为正气亏虚，痰浊未化。

⑥动态观察舌苔之剥脱。舌苔从全到剥：是胃的气阴不足，正气衰败的表现。舌苔剥脱后，复生薄白之苔：为邪去正胜，胃气渐复之佳兆。

6. 偏、全苔

（1）表现特征

①偏苔：舌苔仅布于前、后、左、右之某一局部。

②全苔：舌苔遍布舌面。

（2）临床意义

①偏苔：常提示舌所分候的脏腑有邪气停聚。如舌苔偏于舌尖部，是邪气入里未深，而胃气却已先伤；舌苔偏于舌根部，是外邪虽退，但胃滞依然；舌苔仅见于舌中，常是痰饮、食浊停聚中焦。

②全苔：主邪气散漫。多为痰湿阻滞之征。

7. 真、假苔

（1）表现特征

①真苔：指舌苔紧贴舌面，似从舌里生出，乃胃气所生，又称为有根苔。

②假苔：指舌苔浮涂舌上，不像从舌上长出来者，又称为无根苔。

判断舌苔之真假，以有根、无根作为标准。

（2）临床意义

舌苔之真假，对于辨别疾病的轻重与预后有重要意义。

①真苔：真苔是脾胃生气熏蒸食浊等邪气上聚于舌面而成。病之初期、中期，舌见真苔且厚，为胃气壅实，病邪深重；久病见真苔，说明胃气尚存。

②假苔：假苔乃胃气告匮，不能接生新苔，而旧苔仅浮于舌面，并逐渐脱离舌苔。新病出现假苔，乃邪浊渐聚，病情较轻；久病出现假苔，是胃气匮乏，不能上潮，病情

危重。

要点二　望苔色的内容及临床意义

苔色，指舌苔的颜色。主要有白、黄、灰黑苔。

1. 白苔

白苔一般常见于表证、寒证、湿证。但在特殊情况下，白苔也主热证。

（1）薄白苔：正常舌象，或见于表证初期，或是里证病轻，或是阳虚内寒。

（2）苔薄白而滑：多为外感寒湿，或脾肾阳虚，水湿内停。

（3）苔薄白而干：多见于外感风热。

（4）苔白厚腻：多为湿浊内停，或为痰饮、食积。

（5）苔白厚而干：主痰浊湿热内蕴。

（6）苔白如积粉，扪之不燥（称“积粉苔”）：常见于瘟疫或内痈等病，系秽浊时邪与热毒相结而成。

（7）苔白燥裂如砂石，扪之粗糙（“糙裂苔”）：提示内热暴起，津液暴伤。

2. 黄苔

黄苔一般主里证、热证。因热邪熏灼所致。淡黄热轻，深黄热重，焦黄为热结。

外感病苔由白转黄，或黄白相兼，为外感表证处于入里化热的阶段。

（1）薄黄苔：提示热势轻浅，多见于外感风热表证或风寒化热。

（2）苔淡黄而滑润多津（黄滑苔）：多是阳虚寒湿之体，痰饮聚久化热，或为气血亏虚，复感湿热之邪。

（3）苔黄而干燥，甚至干裂：多见于邪热伤津，燥结腑实之证。

（4）苔黄而腻：主湿热或痰热内蕴，或食积化腐。

3. 灰黑苔

苔色浅黑，为灰苔；苔色深黑，为黑苔。灰苔与黑苔只是颜色深浅之别，故常并称为灰黑苔。

灰黑苔主阴寒内盛，或里热炽盛。

（1）苔灰黑而湿润：主阳虚寒湿内盛，或痰饮内停。

（2）苔灰黑而干燥：主热极津伤。

（3）苔黄黑（霉酱苔）：多见于胃肠素有湿浊宿食，积久化热，或湿热夹痰。

细目五　舌质舌苔的综合分析及临床意义

要点一　舌质舌苔的综合分析

舌体颜色、形质主要反映脏腑气血津液的情况。舌苔的变化主要与感受病邪和病证的性质有关，所以，观察舌体可以了解脏腑虚实，气血津液的盛衰；察舌苔重在辨病邪的寒热、邪正消长。

1. 舌苔或舌质单方面异常

一般无论病之久暂，舌苔或舌质单方面异常意味着病情尚属单纯。如淡红舌而伴有干、厚、腻、滑、剥等苔质变化，或苔色出现黄、灰、黑等异常时，主要提示病邪性质、病程长短、病位深浅、病邪盛衰和消长等方面的情况，正气尚未明显损伤，故临床治疗时应以祛邪为主。舌苔薄白而出现舌质老嫩，舌体胖瘦或出现舌色红绛、淡白、青紫等变化时，主要反映脏腑功能强弱，或气血、津液的盈亏以及运行的畅滞，或为病邪损及营血的程度等，临床治疗应着重于调整阴阳，调和气血，扶正祛邪。

2. 舌质和舌苔均出现异常

（1）舌苔和舌体变化一致：提示病机相同，所主病证一致，说明病变比较单纯。例如，舌质红，舌苔黄而干燥，主实热证；舌体红绛而有裂纹，舌苔焦黄干燥，多主热极津伤；青紫舌与白腻苔并见，提示气血瘀阻、痰湿内阻等病理特征。

（2）舌苔和舌体变化不一致：多提示病因病机复杂，应对二者的病因病机以及相互关系进行综合分析。如淡白舌黄腻苔者，其舌淡白多主虚寒，而苔黄腻又常为湿热之征，舌色和苔色虽有寒热之别，但是舌质主要反映正气，舌苔主要反映病邪，所以脾胃虚寒而感受湿热之邪可见上述之舌象，表明本虚标实、寒热夹杂的病变特征。又如红绛舌白滑腻苔，舌色红绛属内热盛，而白滑腻苔又常见于寒湿内阻，苔和舌亦反映了寒、热两种病证，分析其成因可能是由于外感热病，营分有热，故舌色红绛，但气分有湿则苔白滑而腻；又有素体阴虚火旺，复感寒湿之邪或饮食积滞，亦可见红绛舌白滑腻苔。所以，当舌苔和舌体变化不一致时，往往提示体内存在两种或两种以上的病理变化，病情一般比较复杂，临床诊疗中要注意处理好多方面的标本缓急关系。

3. 舌象的动态分析

无论外感与内伤病，在疾病发展过程中，都有一个发生、发展、变化的动态过程，舌象亦随之相应变化。因此，观察舌象的动态改变，可以了解疾病的进退、顺逆。

（1）外感病中舌苔由薄变厚，表明邪由表入里；舌苔由白转黄，为病邪化热的征象。

（2）舌色转红，舌苔干燥为邪热充斥，气营两燔。

（3）舌苔剥落，舌质红绛为热入营血，气阴俱伤。

（4）在内伤杂病的发展过程中，舌象亦会产生一定的变化规律，如中风病人舌色淡红，舌苔薄白，表示病情较轻，预后良好，如舌色由淡红转红，转暗红、红绛、紫暗，舌苔黄腻或焦黑，或舌下络脉怒张，表明风痰化热，瘀血阻滞。反之，舌色由暗红、紫暗转为淡红，舌苔渐化，多提示病情趋向稳定好转。

要点二　舌诊的临床意义

舌象变化能较客观地反映病情，故对临床辨证、立法、处方、用药以及判断疾病转归，分析病情预后，都有十分重要的意义。

1. 判断邪正盛衰

邪正的盛衰能明显地在舌上反映出来，如气血充盛则舌色淡红而润；气血不足则舌色淡白；气滞血瘀则舌色青紫或舌下络脉怒张。津液充足则舌质舌苔滋润；津液不足则舌干苔燥。舌苔有根，表明胃气旺盛；舌苔无根或光剥无苔，表明胃气衰败等。

2. 区别病邪性质

不同的病邪致病，舌象特征亦各异。如外感风寒，苔多薄白；外感风热苔多薄黄。寒湿为病，舌淡而苔白滑；痰饮、湿浊、食滞或外感秽浊之气，均可见舌苔厚腻；燥热为病，则舌红苔燥；瘀血内阻，舌紫暗或有瘀点等。故风、寒、热、燥、湿、痰、瘀、食等诸种病因，大多可从舌象上加以辨别。

3. 辨别病位浅深

病邪轻、浅多见舌苔变化，而病情深、重可见舌苔舌体同时变化。以外感温热病而言，其病位可划分为卫、气、营、血四个层次。邪在卫分，则舌苔薄白；邪入气分，舌苔白厚而干或见黄苔，舌色红；舌绛则为邪入营分；舌色深红、紫绛或紫暗，舌枯少苔或无苔为邪入血分。说明不同的舌象提示病位的浅深不同。

4. 推断病势进退

病情发展的进退趋势，可从舌象上反映出来。从舌苔上看，舌苔由白转黄，由黄转焦黑色，苔质由润转燥，提示热邪由轻变重、由表及里、津液耗损；反之，苔由厚变薄，由黄转白，由燥变润，为邪热渐退，津液复生，病情向好的趋势转变。若舌苔突然剥落，舌面光滑无苔，是邪盛正衰，胃气、胃阴暴绝的征候；薄苔突然增厚，是病邪急剧入里的表现。从舌质观察，舌色淡红转红、绛，甚至转为绛紫，或舌上起刺，是邪热深入营血，有伤阴、血瘀之势；舌色由淡红转为淡白、淡青紫，或舌胖嫩湿润，则为阳气受伤，阴寒渐盛，病邪由表入里，由轻转重，由单纯变复杂，病势在进展。

5. 估计病情预后

舌荣有神，舌面薄苔，舌态正常者为邪气未盛，正气未伤之象，预后较好。舌质枯晦，舌苔无根，舌态异常者为正气亏损，胃气衰败，病情多凶险。

（张华　陆小左）

第四单元　闻诊

闻诊是通过听声音和嗅气味来诊察疾病的方法。听声音包括诊察病人的声音、呼吸、语言、咳嗽、心音、呕吐、呃逆、嗳气、太息、喷嚏、呵欠、肠鸣等各种响声。嗅气味包括嗅病体发出的异常气味、排出物的气味及病室的气味。

细目一　听声音

要点一　声音异常的临床表现及意义

1. 发声

发声指语声的高低清浊。

（1）疾病状态下，语声高亢洪亮有力，声音连续者，多属阳证、实证、热证。

（2）语声低微细弱，懒言而沉静，声音断续者，多属阴证、虚证、寒证。

（3）语声重浊者，称为声重，多属外感风寒，或湿浊阻滞，以致肺气不宣，鼻窍不通所致。

2. 音哑与失音

语声嘶哑者为音哑，语而无声者为失音，或称为“喑”。前者病轻，后者病重。

（1）新病音哑或失音者，多属实证，多因外感风寒或风热袭肺，或痰湿壅肺，肺失清肃，邪闭清窍所致，即所谓“金实不鸣”。

（2）久病音哑或失音者，多属虚证，多因各种原因导致阴虚火旺，肺肾精气内伤所致，即所谓“金破不鸣”。

（3）暴怒喊叫或持续高声宣讲，伤及喉咙所致音哑或失音者，亦属气阴耗伤。

（4）久病重病，突见语声嘶哑，多是脏气将绝之危象。

（5）妇女妊娠末期出现音哑或失音者，称为妊娠失音（子喑），系因胎儿渐长，压迫肾之络脉，使肾精不能上荣于舌咽所致。

3. 鼻鼾

鼻鼾指熟睡或昏迷时鼻喉发出的一种声响。是气道不利所发出的异常呼吸声。

熟睡鼾声若无其他明显症状，多因慢性鼻病，或睡姿不当所致，体胖、老年之人较常见。

若昏睡不醒或神志昏迷而鼾声不绝者，多属高热神昏，或中风入脏之危候。

4. 呻吟

呻吟指病痛难忍所发出的痛苦哼哼声。

（1）新病呻吟，声音高亢有力，多为实证、剧痛。

（2）久病呻吟，声音低微无力，多为虚证。

临床常结合姿态变化，判断病痛部位，如呻吟护腹者，多为脘痛或腹痛；扪腮者多为齿痛。

5. 惊呼

惊呼指患者突然发出的惊叫声。其声尖锐，表情惊恐者，多为剧痛或惊恐所致。小儿阵发惊呼，多为受惊。成人发出惊呼，除惊恐外，多属剧痛，或精神失常。

6. 喷嚏

喷嚏指肺气上逆于鼻而发出的声响。应注意喷嚏的次数及有无兼症。偶发喷嚏，不属病态。

（1）若新病喷嚏，兼有恶寒发热，鼻流清涕等症状，多因外感风寒，刺激鼻道之故，属表寒证。

（2）久病阳虚之人，突然出现喷嚏，多为阳气回复，病有好转的趋势。

7. 呵欠

呵欠是张口深吸气，微有响声的一种表现。因困倦欲睡而欠者，不属病态。病者不拘时间，呵欠频频不止，称“数欠”，多为体虚阴盛阳衰之故。

8. 太息

太息又称叹息，指情志抑郁，胸闷不畅时发出的长吁或短叹声。不自觉地发出太息声，太息之后自觉宽舒者，是情志不遂、肝气郁结之象。

要点二　语言异常的临床表现及意义

1. 谵语

谵语指神志不清，语无伦次，声高有力的症状。多属邪热内扰神明所致，属实证，故《伤寒论》谓“实则谵语”。见于外感热病，温邪内入心包或阳明实热证、痰热扰乱心神等。

2. 郑声

郑声指神志不清，语言重复，时断时续，语声低弱模糊的症状。多因久病脏气衰竭，心神散乱所致，属虚证，故《伤寒论》谓“虚则郑声”。见于多种疾病的晚期、危重阶段。

3. 夺气

夺气指语言低微，气短不续，欲言不能复言的症状，是宗气大虚之象。

4. 独语

独语指自言自语，喃喃不休，见人语止，首尾不续的症状。多因心气虚弱，神气不足，或气郁痰阻，蒙蔽心神所致，属阴证。常见于癫病、郁病。

5. 错语

错语指病人神志清楚而语言时有错乱，语后自知言错的症状。证有虚实之分，虚证多因心气虚弱，神气不足所致，多见于久病体虚或老年脏气衰微之人；实证多为痰湿、瘀血、气滞阻碍心窍所致。

6. 狂言

狂言指精神错乱，语无伦次，狂叫骂詈的症状。《素问·脉要精微论》说：“衣被不敛，言语善恶，不避亲疏者，此神明之乱也。”多因情志不遂，气郁化火，痰火互结，内扰神明所致。多属阳证、实证，常见于狂病、伤寒蓄血证。

7. 言謇

言謇指神志清楚、思维正常而吐字困难，或吐字不清。因习惯而成者，不属病态。病中言语謇涩，每与舌强并见者，多因风痰阻络所致，为中风之先兆或后遗症。

要点三　呼吸异常的临床表现及意义

1. 喘

即气喘，指呼吸困难、急迫，张口抬肩，甚至鼻翼煽动，难以平卧。常由肺、心病变及白喉、急喉风等导致，而辨证还与脾、肾有关。喘有虚实之分。

（1）发作急骤，呼吸深长，息粗声高，唯以呼出为快者，为实喘。多为风寒袭肺或痰热壅肺，痰饮停肺，肺失宣肃，或水气凌心所致。

（2）病势缓慢，呼吸短浅，急促难续，息微声低，唯以深吸为快，动则喘甚者，为虚喘。是肺肾亏虚，气失摄纳，或心阳气虚所致。

2. 哮

指呼吸急促似喘，喉间有哮鸣音的症状。多因痰饮内伏，复感外邪所诱发，或因久居寒湿之地，或过食酸咸生冷所诱发。

喘不兼哮，但哮必兼喘。喘以气息急迫、呼吸困难为主，哮以喉间哮鸣声为特征。临床上哮与喘常同时出现，所以常并称为哮喘。

3. 短气

指呼吸气急而短促，气短不足以息，数而不相接续的症状。其表现似喘而不抬肩，气急而无痰声，即只自觉短促，他觉征象不明显。短气有虚实之别。

（1）虚证短气，兼有形瘦神疲，声低息微等，多因体质衰弱或元气虚损所致。

（2）实证短气，常兼有呼吸声粗，或胸部窒闷，或胸腹胀满等，多因痰饮、胃肠积滞、气滞或瘀阻所致。

4. 少气

又称气微。指呼吸微弱而声低，气少不足以息，言语无力的症状。属诸虚劳损，多因久病体虚或肺肾气虚所致。

要点四　咳嗽异常的临床表现及意义

1. 临床表现

咳嗽指肺气向上冲击喉间而发出的一种“咳—咳”声音。古人将其分为三种，有声无痰谓之咳，有痰无声谓之嗽，有痰有声谓之咳嗽。多因六淫外邪袭肺、有害气体刺激、痰饮停肺、气阴亏虚等而致肺失清肃宣降，肺气上逆所致。临床上首先应分辨咳声和痰的色、量、质的变化，其次参考时间、病史及兼症等，以鉴别病证的寒热虚实性质。

2. 临床意义

（1）咳声重浊沉闷，多属实证，是寒痰湿浊停聚于肺，肺失肃降所致。

（2）咳声轻清低微，多属虚证，多因久病肺气虚损，失于宣降所致。

（3）咳声不扬，痰稠色黄，不易咯出，多属热证，多因热邪犯肺，肺津被灼所致。

（4）咳有痰声，痰多易咯，多属痰湿阻肺所致。

（5）干咳无痰或少痰，多属燥邪犯肺或阴虚肺燥所致。

（6）咳声短促，呈阵发性、痉挛性，连续不断，咳后有鸡鸣样回声，并反复发作者，称为顿咳（百日咳），多因风邪与痰热搏结所致，常见于小儿。

（7）咳声如犬吠，伴有声音嘶哑，吸气困难，是肺肾阴虚，疫毒攻喉所致，多见于白喉。

要点五　胃肠声音异常的临床表现及意义

1. 呕吐

呕吐指饮食物、痰涎从胃中上涌，由口中吐出的症状。是胃失和降，胃气上逆的表

现。前人以有声有物为呕吐，有物无声为吐，有声无物为干呕。但临床上难以截然分开，一般统称为呕吐。根据呕吐声音的强弱和吐势的缓急，可判断证候的寒热虚实等。

（1）吐势徐缓，声音微弱，呕吐物清稀者，多属虚寒证。常因脾胃阳虚，脾失健运，胃失和降，胃气上逆所致。

（2）吐势较猛，声音壮厉，呕吐出黏稠黄水，或酸或苦者，多属实热证。常因热伤胃津，胃失濡养所致。

（3）呕吐呈喷射状者，多为热扰神明，或因头颅外伤，颅内有瘀血、肿瘤等，使颅内压力增高所致。

（4）呕吐酸腐味的食糜，多因暴饮暴食，或过食肥甘厚味，以致食滞胃脘，胃失和降，胃气上逆所致。

（5）共同进餐者皆发吐泻，多为食物中毒。朝食暮吐、暮食朝吐者，为胃反，多属脾胃阳虚证。

（6）口干欲饮，饮后则吐者，称为水逆，因饮邪停胃，胃气上逆所致。

2. 呃逆

呃逆指从咽喉发出的一种不由自主的冲击声，声短而频，呃呃作响的症状。俗称“打呃”，唐代以前称“哕”，是胃气上逆的表现。临床上根据呃声的高低强弱，间歇时间的长短不同，来判断病证的虚实寒热性质。

（1）呃声频作，高亢而短，其声有力者，多属实证；呃声低沉，声弱无力，多属虚证。

（2）新病呃逆，其声有力，多属寒邪或热邪客于胃；久病、重病呃逆不止，声低气怯无力者，属胃气衰败之危候。

（3）突发呃逆，呃声不高不低，无其他病史及兼症者，多属饮食刺激，或偶感风寒，一时胃气上逆动膈所致，一般为时短暂，不治自愈。

3. 嗳气

嗳气指胃中气体上出咽喉所发出的一种声长而缓的症状。古称“噫”。是胃气上逆的一种表现。饱食之后，或饮汽水后，偶有嗳气，无其他兼症者，是饮食入胃排挤胃中气体上出所致，不属病态。临床根据嗳声和气味的不同，可判断虚实寒热。

（1）嗳气酸腐，兼脘腹胀满者，多因宿食内停，属于实证。

（2）嗳气频作而响亮，嗳气后脘腹胀减，嗳气发作因情志变化而增减者，多为肝气犯胃，属于实证。

（3）嗳气频作，兼脘腹冷痛，得温症减者，多为寒邪犯胃，或为胃阳亏虚。

（4）嗳声低沉断续，无酸腐气味，兼见纳呆食少者，为胃虚气逆，属虚证。多见于老年人或体虚之人。

4. 肠鸣

又称腹鸣，是气体或液体通过肠道而产生的一种气过水声或沸泡音。在正常情况下，肠鸣声低弱而和缓，一般难以直接闻及，肠鸣声高时，患者或旁人可以直接听到。借助听诊器诊察肠鸣音，在脐部听得较为清楚，大约 4 ~5 次/分钟，若超过 10 次/分钟则为肠鸣频繁，持续 3 ~5 分钟才听到 1 次者为肠鸣稀少。

肠鸣发生的频率、强度、音调等与胃肠功能、进食情况、感邪性质等有关。当肠道传

导失常或阻塞不通时，则肠鸣声高亢而频急，或肠鸣音减少，甚至完全消失。

（1）肠鸣增多

①当患者动摇身体，或推抚脘部时，脘腹部鸣响如囊裹浆，辘辘有声者，称为振水声，若是饮水过后出现多属正常，若非饮水而常见此声者，多为水饮留聚于胃。

②鸣响在脘腹，如饥肠辘辘，得温得食则减，饥寒则重者，为中气不足，胃肠虚寒。

③肠鸣高亢而频急，脘腹痞满，大便泄泻者，多为感受风寒湿邪以致胃肠气机紊乱所致。

④肠鸣阵作，伴有腹痛欲泻，泻后痛减，胸胁满闷不舒者，为肝脾不调。

（2）肠鸣稀少

肠鸣稀少主要显示肠道传导功能障碍。可因实热蕴结肠胃，肠道气机受阻；肝脾不调，气机郁滞，肠道腑气欠通；脾肺气虚，肠道虚弱，传导无力；阴寒凝滞，气机闭阻，肠道不通等所致。

（3）肠鸣音完全消失

肠鸣音完全消失，腹胀满痛者，多属肠道气滞不通之重症，可见于肠痹或肠结等病。

细目二　嗅气味

要点　口气、病室气味异常的临床表现及意义

1. 口气

口气指从口中散发出的异常气味。正常人呼吸或讲话时，口中无异常气味散出。若口中散发臭气者，称为口臭，多与口腔不洁、龋齿、便秘或消化不良有关。

（1）口气酸臭，并伴食欲不振，脘腹胀满者，多属食积胃肠。

（2）口气臭秽者，多属胃热。

（3）口气腐臭，或兼咳吐脓血者，多是内有溃腐脓疡。

（4）口气臭秽难闻，牙龈腐烂者，为牙疳。

2. 病室气味

病室气味由病体本身或排出物、分泌物散发而形成。气味从病体发展到充斥病室，说明病情重笃。临床上通过嗅病室气味，可作为推断病情及诊断特殊疾病的参考。

（1）病室臭气触人，多为瘟疫类疾病。

（2）病室有血腥味，病者多患失血。

（3）病室散有腐臭气，病者多患溃腐疮疡。

（4）病室尸臭，多为脏腑衰败，病情重笃。

（5）病室尿臊气（氨气味），见于肾衰。

（6）病室有烂苹果样气味（酮体气味），多为消渴厥患者，属危重病症。

（7）病室有蒜臭气味，多见于有机磷中毒。

（张华　陆小左）

第五单元　脉诊

脉诊又称切脉，是医生用手指对患者身体某些特定部位的动脉进行切按，体验脉动应指的形象，以了解健康或病情，辨别病证的一种诊察方法。

细目一　诊脉概说

要点一　寸口诊法的部位、原理及寸口分候脏腑

1. 寸口诊法的部位

寸口又称气口或脉口，是指单独切按桡骨茎突内侧一段桡动脉的搏动，根据其脉动形象，以推测人体生理、病理状况的一种诊察方法。寸口脉分为寸、关、尺三部。通常以腕后高骨（桡骨茎突）为标记，其内侧的部位关前（腕侧）为寸，关后（肘侧）为尺。两手各有寸、关、尺三部，共六部脉。寸关尺三部又可施行浮、中、沉三候。

2. 寸口诊法的原理

（1）寸口部为“脉之大会”。寸口脉属手太阴肺经之脉，气血循环流注起始于手太阴肺经，营卫气血遍布周身，循环五十度又终止于肺经，复会于寸口，为十二经脉的始终。脉气流注肺而总会聚于寸口，故全身各脏腑生理功能的盛衰，营卫气血的盈亏，均可从寸口部的脉象上反映出来。

（2）寸口部脉气最明显。寸口部是手太阴肺经“经穴”（经渠）和“输穴”（太渊）的所在处，为手太阴肺经经气流注和经气渐旺，以至达到最旺盛的特殊反应点，故前人有“脉会太渊”之说，其脉象变化最有代表性。

（3）可反映宗气的盛衰。肺、脾同属太阴经，脉气相通，手太阴肺经起于中焦，而中焦为脾胃所居之处，脾将通过胃所受纳腐熟的食物之精微上输于肺，肺朝百脉而将营气与呼吸之气布散至全身，脉气变化见于寸口，故寸口脉动与宗气一致。

（4）寸口处为桡动脉，该动脉所在桡骨茎突处，其行径较为固定，解剖位置亦较浅表，毗邻组织比较分明，方便易行，便于诊察，脉搏强弱易于分辨，同时诊寸口脉沿用已久，在长期医疗实践中，积累了丰富的经验，所以说寸口部为诊脉的理想部位。

3. 寸口分候脏腑

左寸候心，右寸候肺，并统括胸以上及头部的疾病；左关候肝胆，右关候脾胃，统括膈以下、脐以上部位的疾病；两尺候肾，并包括脐以下至足部的疾病。

要点二　诊脉方法

1. 患者体位

诊脉时患者应取正坐位或仰卧位，前臂自然向前平展，与心脏置于同一水平，手腕伸直，手掌向上，手指微微弯曲，在腕关节下面垫一松软的脉枕，使寸口部位充分伸展，局

部气血畅通，便于诊察脉象。

2. 医生指法

诊脉指法主要包括有选指、布指、运指三部分。

（1）选指：医生用左手或右手的食指、中指和无名指三个手指的指目诊察，指目是指尖和指腹交界棱起之处，是手指触觉较灵敏的部位。诊脉者的手指指端要平齐，即三指平齐，手指略呈弓形，与受诊者体表约呈 45 度左右为宜，这样的角度可以使指目紧贴于脉搏搏动处。

（2）布指：中指定关，医生先以中指按在掌后高骨内侧动脉处，然后食指按在关前（腕侧）定寸，无名指按在关后（肘侧）定尺。布指的疏密要与患者手臂长短与医生手指的粗细相适应，如病人的手臂长或医者手指较细者，布指宜疏，反之宜密。定寸时可选取太渊穴所在位置（腕横纹上），定尺时可考虑按寸到关的距离确定关到尺的长度，以明确尺的位置。寸、关、尺不是一个点，而是一段脉管的诊察范围。

（3）运指：医生运用指力的轻重、挪移及布指变化以体察脉象。常用的指法有举、按、寻、循、总按和单诊等，注意诊察患者的脉位（浮沉、长短）脉次（至数与均匀度）脉形（大小、软硬、紧张度等）脉势（强弱与流利度等）及左右手寸关尺各部的表现。

常用的具体指法：

①举法：是指医生用较轻的指力，按在寸口脉搏跳动部位，以体察脉搏部位的方法。亦称“轻取”或“浮取”。

②按法：是指医生用较重的指力，甚至按到筋骨体察脉象的方法。此法又称“重取”或“沉取”。医生手指用力适中，按至肌肉以体察脉象的方法称为“中取”。

③寻法：寻是指切脉时指力从轻到重，或从重到轻，左右推寻，调节最适当指力的方法。在寸口三部细细寻找脉动最明显的部位，统称寻法，以捕获最丰富的脉象信息。

④循法：循是指切脉时三指沿寸口脉长轴循行，诊察脉之长短，比较寸、关、尺三部脉象的特点。

⑤总按：总按即三指同时用力诊脉的方法。从总体上辨别寸、关、尺三部和左右两手脉象的形态、脉位的浮沉等。总按时一般指力均匀，但亦有三指用力不一致的情况。

⑥单诊：用一个手指诊察一部脉象的方法。主要用于分别了解寸、关、尺各部脉象的形态特征。

首先应先用总按的方法，从总体上辨别脉象的形态、脉位的浮沉，然后再使用循法和单诊手法等辨别左右手寸、关、尺各部脉象的形态特征。

3. 平息

医生在诊脉时注意调匀呼吸，即所谓“平息”。一方面医生保持呼吸调匀，清心宁神，可以用自己的呼吸计算病人的脉搏至数；另一方面，平息有利于医生思想集中，可以仔细地辨别脉象。

4. 切脉时间

一般每次诊脉每手应不少于 1 分钟，两手以 3 分钟左右为宜。

诊脉时需注意每次诊脉的时间，至少应在 50 动，一则有利于仔细辨别脉象变化，再则切脉时初按和久按的指感有可能不同，对临床辨证有一定的意义，所以切脉的时间要适

当长些。

5. 小儿脉诊法

小儿寸口部位甚短，一般用“一指（拇指或食指）定关法”，不必细分寸、关、尺三部。

具体操作方法是：用左手握住小儿的手，对 3 岁以下的小儿，可用右手大拇指按于小儿掌后高骨部脉上，不分三部，以定至数为主；对 4 岁以上的小儿，则以高骨中线为关，以一指向两侧转动以寻查三部；7 ~ 8 岁的小儿，则可挪动拇指诊三部；9 ~ 10 岁以上，可以次第下指，依寸、关、尺三部诊脉；15 岁以上，可按成人三部脉法进行辨析。

要点三　脉象要素

中医常将脉象从位、次、形、势四个方面加以分析归纳，它与脉搏的频率、节律，显现的部位、长度、宽度，脉管的充盈度、紧张度，血流的通畅流利度，心脏搏动的强弱等因素有关。

1. 脉位

脉位是指脉搏跳动显现的部位和长度。正常脉搏的脉位不浮不沉，中取可得，寸、关、尺三部有脉。

（1）部位：脉位表浅者为浮脉；脉位深沉者为沉脉。

（2）长度：脉搏超越寸、关、尺三部为长脉；脉动不及寸、尺者为短脉。

2. 脉次 (数)

指脉搏跳动的至数和节律。正常成人，脉搏的频率约每分钟 72 ~ 80 次，且节律均匀，没有歇止。

（1）至数：如一息五至以上为数脉等；一息不满四至为迟脉。

（2）节律：脉搏动出现歇止，有促、结、代等脉的不同；脉率快慢不匀者，为三五不调。

3. 脉形

指脉搏跳动的宽度以及软硬等形态。主要与脉管的充盈度、脉搏搏动的幅度及紧张度等因素有关。

（1）脉管较充盈，搏动幅度较大者为洪脉；脉管充盈度较小，搏动幅度较小者为细脉。

（2）脉体大小不匀者，为参差不齐。

（3）脉管弹性差、欠柔和者为弦脉；脉体柔软无力者为濡脉、缓脉。

4. 脉势

指脉搏应指的强弱、流畅等趋势，包含脉动的力度、流利度、紧张度等。正常脉象应指和缓，力度适中。

（1）力度：应指有力为实脉；应指无力为虚脉。

（2）流利度：脉来流利圆滑者为滑脉；脉来艰涩不畅者为涩脉。

细目二　正常脉象

要点一　正常脉象的特点

正常脉象的主要特点是：寸、关、尺三部有脉，一息4～5至，相当于72～80次/分；不浮不沉，不大不小，从容和缓，节律一致，尺部沉取有一定力量，并随生理活动、气候、季节和环境不同而有相应变化。这些特征在脉学中称为“有胃”、“有神”、“有根”。

要点二　胃、神、根的含义

1. 胃

也称胃气。脉之胃气主要反映脾胃运化功能的盛衰和营养状况的优劣。脉有胃气的特点是徐和、从容、软滑的感觉。

2. 神

脉搏有力是有神的标志，故有胃即有神。脉之有神是指：脉象有力柔和，节律整齐。

3. 根

脉之有根关系到肾。脉之有根主要表现在尺脉有力、沉取不绝两个方面。

总之，胃、神、根是从不同侧面强调了正常脉象所必备的条件，三者相互补充而不能截然分开。

细目三　常见病脉

要点一　常见病脉的脉象特征及鉴别

1. 常见病脉的脉象特征

（1）浮脉：轻取即得，重按稍减而不空，举之有余，按之不足。其脉象特征是脉管的搏动在皮下较浅表的部位，即位于皮下浅层。因此，轻取即得，按之稍减而不空。

（2）散脉：浮取散漫，中候似无，沉取不应，伴节律不齐或脉力不匀。其脉象特征是浮取散漫，中取似无，沉取不应，并常伴有脉动不规则，时快时慢而不匀（但无明显歇止），或脉力往来不一致。

（3）芤脉：浮大中空，如按葱管。其脉象特征是应指浮大而软，按之上下或两边实而中间空。说明芤脉位偏浮、形大、势软而中空。

（4）革脉：浮而搏指，中空外坚，如按鼓皮。其脉象特征是浮取感觉脉管搏动的范围较大而且较硬，有搏指感，但重按则乏力，有豁然而空之感，因而恰似以指按压鼓皮上的外急内空之状。

（5）沉脉：轻取不应，重按始得，举之不足，按之有余。其脉象特征是脉管搏动的部位在皮肉之下靠近筋骨之处，因此用轻指力按触不能察觉，用中等指力按触搏动也不明显，只有用重指力按到筋骨间才能感觉到脉搏明显的跳动。

（6）伏脉：重按推筋着骨始得，甚则暂时伏而不显。其脉象特征是脉管搏动的部位比沉脉更深，隐伏于筋下，附着于骨上。因此，诊脉时浮取、中取均不见，需用重指力直接按至骨上，然后推动筋肉才能触到脉动，甚至伏而不见。

（7）牢脉：沉取实大弦长，坚牢不移。其脉象特征是脉位沉长，脉势实大而弦。牢脉轻取、中取均不应，沉取始得，但搏动有力，势大形长，为沉、弦、大、实、长五种脉象的复合脉。

（8）迟脉：脉来迟慢，一息不足四至（相当于每分钟脉搏在60次以下）。其脉象特征是脉管搏动的频率小于正常脉率。

（9）缓脉：其义有二，一是脉来和缓，一息四至（每分钟60～70次），应指均匀，脉有胃气的一种表现，称为平缓，多见于正常人；二是脉来怠缓无力，弛纵不鼓的病脉。

（10）数脉：脉来急促，一息五至以上而不满七至（每分钟约在90～120次之间）。其脉象特征是脉率较正常为快，比疾脉慢。。

（11）疾脉：脉来急疾，一息七八至（每分钟121次以上）。其脉象特征是脉率比数脉更快。

（12）虚脉：三部脉举之无力，按之空豁，应指松软。亦是无力脉象的总称。其脉象特征是脉搏搏动力量软弱，寸、关、尺三部，浮、中、沉三候均无力。

（13）短脉：首尾俱短，常只显于关部，而在寸、尺两部多不显。其脉象特征是脉搏搏动的范围短小，脉体不如平脉之长，脉动不满本位，多在关部及寸部应指较明显，而尺部常不能触及。

（14）实脉：三部脉充实有力，其势来去皆盛。亦为有力脉象的总称。其脉象特征是脉搏搏动力量强，寸、关、尺三部，浮、中、沉三候均有力量，脉管宽大。

（15）长脉：首尾端直，超过本位。其脉象特征是脉搏的搏动范围显示较长，超过寸、关、尺三部。

（16）洪脉：脉体宽大，充实有力，来盛去衰，状若波涛汹涌。其脉象特征主要表现在脉搏显现的部位、形态和气势三个方面。脉体宽大，搏动部位浅表，指下有力。

（17）大脉：脉体宽大，但无脉来汹涌之势。其脉象特征是寸口三部皆脉大而和缓、从容。

（18）细脉：脉细如线，但应指明显。其脉象特征是脉道狭小，指下寻之往来如线，但按之不绝，应指起落明显。

（19）濡脉：浮细无力而软。其脉象特征是位浮、形细、势软。其脉管搏动的部位在浅层，形细而软，如絮浮水，轻取即得，重按不显。

（20）弱脉：沉细无力而软。其脉象特征是位沉、形细、势软。由于脉管细小且不充盈，其搏动部位在皮肉之下靠近筋骨处，指下感到细而无力。

（21）微脉：极细极软，按之欲绝，若有若无。其脉象特征是脉形极细小，脉势极软弱，以致轻取不见，重按起落不明显，似有似无。

（22）滑脉：往来流利，应指圆滑，如盘走珠。其脉象特征是脉搏形态应指圆滑，如同圆珠流畅地由尺部向寸部滚动，浮、中、沉取皆可感到。

（23）动脉：见于关部，滑数有力。其脉象特征是具有短、滑、数三种脉象的特点，其脉搏搏动部位在关部明显，应指如豆粒动摇。

（24）涩脉：形细而行迟，往来艰涩不畅，脉势不匀。其脉象特征是脉形较细，脉势滞涩不畅，如“轻刀刮竹”；至数较缓而不匀，脉力大小亦不均，呈三五不调之状。

（25）弦脉：端直以长，如按琴弦。其脉象特征是脉形端直而似长，脉势较强，脉道较硬，切脉时有挺然指下、直起直落的感觉。

（26）紧脉：绷急弹指，状如牵绳转索。其脉象特征是脉势紧张有力，坚搏抗指，脉管的紧张度、力度均比弦脉高，其指感比弦脉更加绷急有力，且有旋转绞动或左右弹指的感觉，但脉体较弦脉柔软。

（27）结脉：脉来缓慢，时有中止，止无定数。其脉象特征是脉来迟缓，脉律不齐，有不规则的歇止。

（28）代脉：脉来一止，止有定数，良久方还。其脉象特征是脉律不齐，表现为有规则的歇止，歇止的时间较长，脉势较软弱。

（29）促脉：脉来数而时有一止，止无定数。其脉象特征是脉率较快且有不规则的歇止。

2. 脉象鉴别

（1）比类法鉴别

①归类：或称分纲，即将29种脉象进行归类、分纲，就能提纲挈领，执简驭繁。如浮脉类有浮、洪、濡、散、芤、革，沉脉类有沉、伏、弱、牢，迟脉类有迟、缓、涩、结，数脉类有数、疾、促、动，虚脉类有虚、细、微、代、短，实脉类有实、滑、弦、紧、长、大。

②辨异：在了解同类脉象相似特征的基础上，再将不同之处进行比较而予以区别，这就是脉象的辨异。

相似脉部位比较表

脉位	脉名与脉象特征	
脉位表浅	浮脉	举之有余，重按稍减而不空，脉形不大不小
	芤脉	浮大中空，有边无中
	濡脉	浮细而无力
	革脉	浮取弦大搏指，外急中空，如按鼓皮
	散脉	浮而无根，至数不齐，脉力不匀
脉位在皮下深层	沉脉	轻取不应，重按始得
	伏脉	脉位更深更沉，须推筋着骨始得，甚则暂时伏而不见
	牢脉	沉取实大弦长，坚牢不移
	弱脉	弱脉沉而软小无力

相似脉至数比较表

至数	脉名与脉象特征	
脉率快于正常脉象	数脉	一息五至以上，不足七至
	疾脉	一息七八至
	促脉	不仅脉率每息在五至以上，且有不规则的歇止

续表

至数	脉名与脉象特征	
脉率慢于正常脉象	迟脉	一息不足四至
	缓脉	缓脉虽为一息四至，但脉来怠缓无力
	结脉	结脉不仅脉率不及四至，而且有不规则的歇止

相似脉节律比较表

节律不整	脉名与脉象特征	
有间歇的不整脉象	促脉	数而时止，止无定数
	结脉	缓而时止，止无定数
	代脉	脉来一止，止有定数，良久方还
无间歇的不整脉象	涩脉	脉律不齐，三五不调，往来艰涩，形态不匀
	散脉	脉律不齐，浮散无根

相似脉脉宽比较表

脉象宽细	脉名与脉象特征	
具有细的特征的脉象	细脉	脉细如线，应指显然
	濡脉	脉浮细而软，轻取即得
	弱脉	脉极沉细而软，重按乃得
	微脉	脉极细极软，似有若无
具有宽的特征的脉象	洪脉	脉体宽大，充实有力，来盛去衰
	实脉	三部脉充实有力，其势来去皆盛

相似脉脉长比较表

脉象长短	脉名与脉象特征	
具有长的特征的脉象	长脉	脉动应指超逾三部
	弦脉	端直以长，如按琴弦
	牢脉	长而沉实弦
具有短的特征的脉象	短脉	短脉指脉动应指不及三部，且常兼迟涩
	动脉	动脉以短而滑数为特征

相似脉脉紧张度比较表

脉体紧张度	脉名与脉象特征	
脉体较硬	弦脉	脉长而坚硬，如按琴弦
	紧脉	紧张有力，如按绳索，在脉势绷急和脉形宽大两方面超过弦脉
	革脉	浮大搏指，弦急中空，如按鼓皮

续表

脉体紧张度	脉名与脉象特征	
脉体柔软	濡脉	脉浮细而软
	弱脉	脉沉而软小无力
	缓脉	脉来怠缓无力，弛纵不鼓

相似脉脉流利度比较表

流利度	脉名与脉象特征	
脉来流利	数脉	频率快，一息五至以上而不满七至
	滑脉	往来流利圆滑，如珠走盘
	动脉	动则短而滑数，厥厥动摇
脉来艰涩	涩脉	形细而行迟，往来艰涩不畅，脉势不匀，如轻刀刮竹

（2）对举法鉴别

对举法就是把两种相反的脉象对比而加以鉴别的方法。如分别进行浮与沉、迟与数、虚与实、滑与涩、洪与细、长与短、弦与紧、紧与缓、散与牢的鉴别比较。

要点二　常见病脉的临床意义

（1）浮脉：一般见于表证，亦见于虚阳浮越证。
（2）散脉：多见于元气离散，脏腑精气衰败，尤其是心、肾之气将绝的危重病症。
（3）芤脉：常见于大量失血、伤阴之际。
（4）革脉：多见于亡血、失精、半产、漏下等病症。
（5）沉脉：多见于里证。有力为里实；无力为里虚。亦可见于正常人。
（6）伏脉：常见于邪闭、厥病和痛极的病人。
（7）牢脉：多见于阴寒内盛、疝气癥积之实证。
（8）迟脉：多见于寒证，迟而有力为实寒；迟而无力为虚寒。亦见于邪热结聚之实热证。
（9）缓脉：多见于湿病、脾胃虚弱，亦可见于正常人。
（10）数脉：多见于热证，亦见于里虚证。
（11）疾脉：多见于阳极阴竭，元气欲脱之证。
（12）虚脉：见于虚证，多为气血两虚。
（13）短脉：多见于气虚或气郁。
（14）实脉：见于实证。亦见于常人。
（15）长脉：常见于阳证、热证、实证，亦可见于平人。
（16）洪脉：多见于阳明气分热盛。
（17）大脉：多见于健康人，或为病进。
（18）细脉：多见于气血两虚、湿邪为病。
（19）濡脉：多见于虚证或湿困。
（20）弱脉：多见于阳气虚衰，气血俱虚。

（21）微脉：多见于气血大虚，阳气衰微。
（22）滑脉：多见于痰湿、食积和实热等病证。亦是青壮年的常脉，或妇女的孕脉。
（23）动脉：常见于惊恐、疼痛等症。
（24）涩脉：多见于气滞、血瘀、精伤、血少。
（25）弦脉：多见于肝胆病、疼痛、痰饮等，或为胃气衰败者。亦见于老年健康者。
（26）紧脉：见于实寒证、疼痛和食积等。
（27）结脉：多见于阴盛气结、寒痰血瘀，亦可见于气血虚衰。
（28）代脉：见于脏气衰微、疼痛、惊恐、跌仆损伤等病症。
（29）促脉：多见于阳盛实热、气血痰食停滞，亦见于脏气衰败。

脉象鉴别表

脉纲	共同特点	相类脉		
		脉名	脉象	主病
浮脉类	轻取即得	浮	举之有余，按之不足	表证，亦见于虚阳浮越证
		洪	脉体阔大，充实有力，来盛去衰	热盛
		濡	浮细无力而软	虚证，湿困
		散	浮取散漫而无根，伴至数或脉力不匀	元气离散，脏气将绝
		芤	浮大中空，如按葱管	失血，伤阴之际
		革	浮而搏指，中空边坚	亡血、失精、半产、崩漏
沉脉类	重按始得	沉	轻取不应，重按始得	里证
		伏	重按推至筋骨始得	邪闭、厥病、痛极
		弱	沉细无力而软	阳气虚衰，气血俱虚
		牢	沉按实大弦长	阴寒内积、疝气、癥积
迟脉类	一息不足四至	迟	一息不足四至	寒证，亦见于邪热结聚
		缓	一息四至，脉来怠缓	湿病，脾胃虚弱，亦见于平人
		涩	往来艰涩，迟滞不畅	精伤、血少、气滞、血瘀、痰食内停
		结	迟而时有一止，止无定数	阴盛气结，寒痰瘀血，气血虚衰
数脉类	一息五至以上	数	一息五至以上，不足七至	热证，亦主里虚证
		疾	脉来急疾，一息七八至	阳极阴竭，元气欲脱
		促	数而时有一止，止无定数	阳热亢盛，瘀滞、痰食停积，脏气衰败
		动	脉短如豆，滑数有力	疼痛，惊恐
虚脉类	应指无力	虚	举按无力，应指松软	气血两虚
		细	脉细如线，应指明显	气血俱虚，湿证
		微	极细极软，似有似无	气血大虚，阳气暴脱
		代	迟而中止，止有定数	脏气衰微，疼痛，惊恐，跌仆损伤
		短	首尾俱短，不及本部	有力主气郁，无力主气损

续表

脉纲	共同特点	相类脉		
		脉名	脉象	主病
实脉类	应指有力	实	举按充实而有力	实证，亦见于平人
		滑	往来流利，应指圆滑	痰湿、食积、实热，亦见于青壮年或孕妇
		弦	端直以长，如按琴弦	肝胆病、疼痛、痰饮等，亦见于老年健康者
		紧	绷急弹指，状如转索	实寒证、疼痛、宿食
		长	首尾端直，超过本位	阳证、热证、实证，亦见于平人
		大	脉体宽大，无汹涌之势	健康人，亦见于病进

细目四　相兼脉

要点　常见相兼脉的表现及临床意义

相兼脉指两种或两种以上的单因素脉相兼出现，复合构成的脉象。临床常见的相兼脉及其临床意义如下：

（1）浮紧脉：多见于外感寒邪之表寒证，或风寒痹病疼痛。
（2）浮缓脉：多见于风邪伤卫、营卫不和的太阳中风证。
（3）浮数脉：多见于风热袭表的表热证。
（4）浮滑脉：多见于表证夹痰，常见于素体多痰湿而又感受外邪者。
（5）沉迟脉：多见于里寒证。
（6）沉弦脉：多见于肝郁气滞，或水饮内停。
（7）沉涩脉：多见于血瘀，尤常见于阳虚而寒凝血瘀者。
（8）沉缓脉：多见于脾虚，水湿停留。
（9）沉细数脉：多见于阴虚内热或血虚。
（10）弦紧脉：多见于寒证、痛证，常见于寒滞肝脉，或肝郁气滞等所致的疼痛等。
（11）弦数脉：多见于肝郁化火或肝胆湿热、肝阳上亢。
（12）弦滑数脉：多见于肝火夹痰，肝胆湿热或肝阳上扰，痰火内蕴等病证。
（13）弦细脉：多见于肝肾阴虚或血虚肝郁，或肝郁脾虚等证。
（14）滑数脉：多见于痰热（火）、湿热或食积内热。
（15）洪数脉：多见于阳明经证、气分热盛，多见于外感热病。

细目五　诊小儿脉

要点一　小儿正常脉象的特点

由于小儿脏腑娇嫩，形气未充，且又生机旺盛，发育迅速，故正常小儿的平和象，较

成人脉软而速，年龄越小，脉搏越快。若按成人正常呼吸定息，2～3 岁的小儿，脉动 6～7 次为常脉，约每分钟脉跳 100～120 次；5～10 岁的小儿，脉动 6 次为常脉，约每分钟脉跳 100 次左右，4～5 至为迟脉。

要点二　常见小儿病脉的临床意义

由于小儿疾病一般都比较单纯，故其病脉也不似成人那么复杂。主要以脉的浮、沉、迟、数辨病证的表、里、寒、热，以脉的有力、无力定病证的虚、实。

1. 浮脉多见于表证，浮而有力为表实，浮而无力为表虚。
2. 沉脉多见于里证，沉而有力为里实，沉而无力为里虚。
3. 迟脉多见于寒证，迟而有力为实寒，迟而无力为虚寒。
4. 数脉多见于热证，浮数为表热，沉数为里热，数而有力为实热，数而无力为虚热。

（张华　陆小左）

第六单元　八纲辨证

八纲：指表、里、寒、热、虚、实、阴、阳八个纲领。

根据病情资料，运用八纲进行分析综合，从而辨别疾病现阶段病变部位的浅深、病情性质的寒热、邪正斗争的盛衰和病证类别的阴阳，以作为辨证纲领的方法，称为八纲辨证。

细目一　八纲基本证候

要点一　表里证候的临床表现及鉴别要点

表证指六淫、疫疠等邪气，经皮毛、口鼻侵入机体的初期阶段，正（卫）气抗邪于肌表浅层，以新起恶寒发热为主要表现的轻浅证候。

里证指病变部位在内，脏腑、气血、骨髓等受病所反映的证候。

1. 表证与里证的临床表现

（1）表证的临床表现

表证常见的临床表现有新起恶风寒，或恶寒发热，头身疼痛，喷嚏，鼻塞，流涕，咽喉痒痛，微有咳嗽、气喘，舌淡红，苔薄，脉浮。

表证是正气抗邪于外的表现，一般以新起恶寒，或恶寒发热并见，脉浮，内部脏腑的症状不明显为共同特征。多见于外感病初期，具有起病急、病位浅、病程短的特点。

（2）里证的临床表现

里证的范围极为广泛，其临床表现多种多样，概而言之，凡非表证（及半表半里证）的特定证候，一般都属里证的范畴，即所谓“非表即里”。其证候特征是无新起恶寒发热并见，以脏腑症状为主要表现。

里证可见于外感疾病的中、后期阶段，或为内伤疾病。不同的里证，可表现为不同的证

候，故很难用几个症状全面概括，但其基本特征是一般病情较重，病位较深，病程较长。

2. 表证与里证的鉴别要点

表证和里证的辨别，主要审察寒热症状，内脏证候是否突出，舌象、脉象等的变化。《医学心悟·寒热虚实表里阴阳辨》说："一病之表里，全在发热与潮热，恶寒与恶热，头痛与腹痛，鼻塞与口燥，舌苔之有无，脉之浮沉以分之。假如发热恶寒，头痛鼻塞，舌上无苔（或作薄白），脉息浮，此表也；如潮热恶热，腹痛口燥，舌苔黄黑，脉息沉，此里也。"可作为辨别表里证的参考。

（1）外感病中，发热恶寒同时并见者属表证；但热不寒或但寒不热者属里证；寒热往来者属半表半里证。

（2）表证以头身疼痛，鼻塞或喷嚏等为常见症状，内脏证候不明显；里证以内脏证候如咳喘、心悸、腹痛、呕泻之类的表现为主症，鼻塞、头身痛等非其常见症状；半表半里证则有胸胁苦满等特有表现。

（3）表证及半表半里证的舌苔变化不明显，里证舌苔多有变化；表证多见浮脉，里证多见沉脉或其他多种脉象。

（4）此外，辨表里证尚应参考起病的缓急、病情的轻重、病程的长短等。

要点二　寒热证候的临床表现及鉴别要点

寒证指感受寒邪，或阳虚阴盛，导致机体功能活动衰退所表现的具有冷、凉特点的证候。

热证指感受热邪，或脏腑阳气亢盛，或阴虚阳亢，导致机体机能活动亢进所表现的具有温、热特点的证候。

1. 寒证与热证的临床表现

（1）寒证的临床表现

寒证常见的临床表现有恶寒，畏寒，冷痛，喜暖，口淡不渴，肢冷蜷卧，痰、涎、涕清稀，小便清长，大便稀溏，面色白，舌淡，苔白而润，脉紧或迟等。

（2）热证的临床表现

热证常见的临床表现有发热，恶热喜冷，口渴欲饮，面赤，烦躁不宁，痰、涕黄稠，小便短黄，大便干结，舌红，苔黄燥少津，脉数等。

2. 寒证与热证的鉴别要点

寒证与热证的鉴别，应对疾病的全部表现进行综合观察，尤其是对寒热的喜恶、口渴与否、面色的赤白、四肢的温凉、二便、舌象、脉象等，是辨别寒证与热证的重要依据。《医学心悟·寒热虚实表里阴阳辨》说："一病之寒热，全在口渴与不渴，渴而消水与不消水，饮食喜热与喜冷，烦躁厥逆，溺之长短赤白，便之溏结，脉之迟数以分之。假如口渴而能消水，喜冷饮食，烦躁，溺短赤，便结，脉数，此热也；假如口不渴，或假渴而不能消水，喜饮热汤，手足厥冷，溺清长，便溏，脉迟，此寒也。"可作为辨别寒热证的参考。

寒证与热证的鉴别

	寒证	热证
寒热喜恶	恶寒喜温	恶热喜凉
口渴	不渴	渴喜冷饮
面色	白	红
四肢	冷	热
大便	稀溏	秘结
小便	清长	短赤
舌象	舌淡苔白润	舌红苔黄
脉象	迟或紧	数

要点三　虚实证候的临床表现及鉴别要点

虚证指人体阴阳、气血、津液、精髓等正气亏虚，而邪气不著，表现为不足、松弛、衰退特征的各种证候。

实证指人体感受外邪，或疾病过程中阴阳气血失调，体内病理产物蓄积，以邪气盛、正气不虚为基本病理，表现为有余、亢盛、停聚特征的各种证候。

1. 虚证与实证的临床表现

（1）虚证的临床表现

一般久病、势缓者多虚证，耗损过多者多虚证，体质素弱者多虚证。由于各种虚证的表现极不一致，各脏腑虚证的表现更是各不相同，所以很难用几个症状全面概括。

（2）实证的临床表现

一般新起、暴病者多实证，病情急剧者多实证，体质壮实者多实证。由于感受邪气的性质及致病特点的差异，以及病邪侵袭、停积部位的不同，实证的证候表现各不相同，所以很难以哪几个症状作为实证的代表。

2. 虚证与实证的鉴别要点

虚实证候主要可从病程、病势、体质、症状、舌脉等方面加以鉴别。

虚证与实证的鉴别

	虚　证	实　证
病程	长（久病）	短（新病）
体质	多虚弱	多壮实
精神	萎靡	兴奋
声息	声低息微	声高气粗
疼痛	喜按	拒按
胸腹胀满	按之不痛，胀满时减	按之疼痛，胀满不减

续表

	虚　证	实　证
发热	五心烦热，午后微热	蒸蒸壮热
恶寒	畏寒，得衣近火则减	恶寒，添衣加被不减
舌象	质嫩，苔少或无苔	质老，苔厚腻
脉象	无力	有力

要点四　阴阳证候的临床表现及鉴别要点

阴证凡见抑制、沉静、衰退、晦暗等表现的里证、寒证、虚证，以及症状表现于内的、向下的、不易发现的，或病邪性质为阴邪致病、病情变化较慢等，均属阴证范畴。

阳证凡见兴奋、躁动、亢进、明亮等表现的表证、热证、实证，以及症状表现于外的、向上的、容易发现的，或病邪性质为阳邪致病、病情变化较快等，均属阳证范畴。

1. 阴证与阳证的临床表现

（1）阴证的临床表现

阴证的特征性表现有：面色苍白或暗淡，精神萎靡，身重蜷卧，畏冷肢凉，倦怠无力，语声低怯，纳差，口淡不渴，小便清长或短少，大便溏泻气腥，舌淡胖嫩，脉沉迟、微弱、细。

（2）阳证的临床表现

阳证的特征性表现有：面色赤，恶寒发热，肌肤灼热，烦躁不安，语声高亢，呼吸气粗，喘促痰鸣，口干渴饮，小便短赤涩痛，大便秘结奇臭，舌红绛，苔黄黑生芒刺，脉浮数、洪大、滑实。

2. 阴证与阳证的鉴别要点

阴证与阳证的鉴别，其要点可见于表里、寒热、虚实证候的鉴别之中，亦可从四诊角度进行对照鉴别。

阴证与阳证的鉴别

四诊	阴　证	阳　证
问	恶寒畏冷，喜温，食少乏味，不渴或喜热饮，小便清长或短少，大便溏泻气腥	身热，恶热，喜凉，恶食，心烦，口干渴引饮，小便短赤涩痛，大便干硬，或秘结不通，或有奇臭
望	面色苍白或暗淡，身重蜷卧，倦怠无力，精神萎靡，舌淡胖嫩，舌苔润滑	面色潮红或通红，狂躁不安，口唇燥裂，舌红绛，苔黄燥或黑而生芒刺
闻	语声低微，静而少言，呼吸怯弱，气短	语声壮厉，烦而多言，呼吸气粗，喘促痰鸣
切	腹痛喜按，肢凉，脉沉、细、迟、无力等	腹痛拒按，肌肤灼热，脉浮、洪、数、大、滑、有力等

细目二　八纲证候间的关系

八纲证候间的关系，主要可归纳为证候相兼、证候错杂、证候转化、证候真假四个方面。

要点一　证候相兼的内容

广义的证候相兼，指各种证候的相兼存在。本处所指为狭义的证候相兼，即在疾病某一阶段，其病位无论是在表还是在里，在病情性质上没有寒与热、虚与实等相反的证候存在。

临床常见的八纲相兼证候有表实寒证、表实热证、里实寒证、里实热证、里虚寒证、里虚热证等，其临床表现一般是有关纲领证候的相加。如恶寒重发热轻，头身疼痛，无汗，脉浮紧等，为表实寒证；五心烦热，盗汗，口咽干燥，颧红，舌红少津，脉细数等，为里虚热证。

所谓表虚，主要是指卫表（阳）不固证（偏于虚寒），然而以往常将表证有汗出者，称之为“表虚”，表证无汗者，称之为“表实”，其实表证的有无汗出，只是在外邪的作用下，毛窍的闭与未闭，是邪正相争的不同反应，毛窍未闭、肌表疏松而有汗出，不等于疾病的本质属虚。

要点二　证候错杂的内容

证候错杂指疾病的某一阶段，不仅表现为病位的表里同时受病，而且呈现寒、热、虚、实性质相反的证候。

八纲中表里寒热虚实的错杂关系，可以表现为表里同病、寒热错杂、虚实夹杂，临床辨证应对其进行综合分析。证候间的错杂关系有四种情况：第一类是表里同病而寒热虚实性质并无矛盾，如表里实寒证；第二类是表里同病，寒热性质相同，但虚实性质相反的证候，如表实寒里虚寒证；第三类是表里同病，虚实性质相同，但寒热性质相反的证候，如表实寒里实热证，即“寒包火”证；第四类是表里同病，而寒与热、虚与实的性质均相反的证候，临床上除可有表实寒里虚热证外，其余组合则极少见到。

要点三　证候转化的内容

证候转化指疾病在其发展变化过程中，其病位、病性，或邪正盛衰的状态发生变化，由一种证候转化为对立的另一种证候。证候的转化包括表里出入、寒热转化、虚实转化。

1. 表里出入

表里出入是指病情表与里的相互转化，或病情由表入里而转化为里证，或病邪由里出表而有出路。一般而言，这种病位上的变化，由表入里多提示病情转重，由里出表多预示病情减轻。掌握病势的表里出入变化，对于预测疾病的发展与转归，及时改变治法，及时截断、扭转病势，或因势利导，均具有重要意义。

（1）由表入里：指证候由表证转化为里证，即表证入里。表明病情由浅入深，病势发展。

（2）由里出表：指在里的病邪有向外透达所表现的证候。表明邪有出路，病情有向愈的趋势。

2. 寒热转化

指疾病的寒热性质发生相反的转变。寒证化热示阳气旺盛，热证转寒示阳气衰惫。

（1）寒证化热：指原为寒证，后出现热证，而寒证随之消失。

寒证化热常见于外感寒邪未及时发散，而机体阳气偏盛，阳热内郁到一定程度，寒邪化热，形成热证；或是寒湿之邪郁遏，而机体阳气不衰，由寒而化热；或因使用温燥之品太过，亦可使寒证转化为热证。如寒湿痹病，初为关节冷痛、重着、麻木，病程日久，或过服温燥药物，而变成患处红肿灼痛；哮病因寒引发，痰白稀薄，久之见舌红苔黄，痰黄而稠；痰湿凝聚的阴疽冷疮，其形漫肿无头、皮色不变，以后转为红肿热痛而成脓等，均属寒证转化为热证。

（2）热证转寒：指原为热证，后出现寒证，而热证随之消失。

常见于邪热毒气严重的情况之下，或因失治、误治，以致邪气过盛，耗伤正气，正不胜邪，机能衰败，阳气耗散，故而转为虚寒证，甚至出现亡阳的证候。如疫毒痢初期，高热烦渴，舌红脉数，泻利不止，若急骤出现四肢厥冷、面色苍白、脉微，或病程日久，进而表现出畏冷肢凉，面白舌淡，皆是由热证转化为寒证。

3. 虚实转化

指疾病的虚实性质发生相反的转变。提示邪与正之间的盛衰关系出现了本质性的变化。实证转虚为疾病的一般规律；虚证转实常常是证候的虚实夹杂。

（1）实证转虚：指原先表现为实证，后来表现为虚证。提示病情发展。

实证转虚，是邪正斗争的趋势，或是正气胜邪而向愈，或是正不胜邪而迁延，故病情日久，或失治误治，正气伤而不足以御邪，皆可形成实证转化为虚证。如本为咳嗽吐痰、息粗而喘、苔腻脉滑，久之见气短而喘、声低懒言、面白、舌淡、脉弱；或初期见高热、口渴、汗多、脉洪数，后期见神疲嗜睡、食少、咽干、舌嫩红无苔、脉细数等，均是邪虽去而正已伤，由实证转化为虚证。

（2）虚证转实：指正气不足，脏腑功能衰退，组织失却濡润充养，或气机运化迟钝，以致气血阻滞，病理产物蓄积，邪实上升为矛盾的主要方面，而表现以实为主的证候。

虚证转实，实际上是因虚而致实，故并非病势向好的方向转变，而是提示病情发展。如心阳气虚日久，温煦无能，推运无力，则可血行迟缓而成瘀，在原有心悸、气短、脉弱等心气虚证的基础上，而后出现心胸绞痛、唇舌紫暗、脉涩等症，则是心血瘀阻证，血瘀之实已超过心气之虚，可视作虚证转实。

要点四　证候真假的概念、内容及鉴别

某些疾病在病情的危重阶段，可以出现一些与疾病本质相反的“假象”，掩盖着病情的真象。所谓“真”，是指与疾病内在本质相符的证候；所谓“假”，是指疾病表现出某些不符合常规认识的假象，即与病理本质所反映的常规证候不相应的某些表现。证候真假的内容主要包括寒热真假与虚实真假。其鉴别主要指真寒假热与真热假寒的鉴别以及真虚假实与真实假虚的鉴别。

1. 寒热真假的内容

当病情发展到寒极或热极的时候，有时会出现一些与其寒、热本质相反的“假象”症状或体征，即所谓真寒假热、真热假寒。

（1）真热假寒

指内有真热而外见某些假寒的“热极似寒”证候。其临床表现有四肢凉甚至厥冷，神志昏沉，面色紫暗，脉沉迟，身热，胸腹灼热，口鼻气灼，口臭息粗，口渴引饮，小便短黄，舌红苔黄而干，脉有力。

由于邪热内盛，阳气郁闭于内而不能布达于外，故可表现出四肢凉甚至厥冷、脉沉迟等类似阴证的假寒现象；邪热内闭，气血不畅，故见神志昏沉、面色紫暗；热邪内蕴，伤津耗液，故见身热、胸腹灼热、口鼻气灼、口臭息粗、口渴引饮、小便短黄、舌红苔黄而干、脉有力等实热证的表现。

真热假寒证常有热深厥亦深的特点，故可称作热极肢厥证，古代亦有称阳盛格阴证者。

（2）真寒假热

指内有真寒而外见某些假热的“寒极似热”证候。其临床表现有自觉发热，欲脱衣揭被，触之胸腹无灼热，下肢厥冷；面色浮红如妆，非满面通红；神志躁扰不宁，疲乏无力；口渴但不欲饮；咽痛而不红肿；脉浮大或数，按之无力；便秘而便质不燥，或下利清谷；小便清长，或尿少浮肿，舌淡，苔白。

由于阳气虚衰，阴寒内盛，逼迫虚阳浮游于上、格越于外，故可表现为自觉发热，欲脱衣揭被，面色浮红如妆，躁扰不宁，口渴咽痛，脉浮大或数等颇似阳热证的表现。但因其本质为阳气虚衰，肢体失其温煦，水液不得输布、气化，故触之胸腹必然无灼热，且下肢厥冷，口渴而不欲饮，咽部不红肿，面色亦不会满面通红，并见疲乏无力，小便清长，或尿少而浮肿，便质不燥，甚至下利清谷，脉按之无力，舌淡，苔白等里虚寒的证候，故可知其所现“热”症为假象。

真寒假热的实际是阳虚阴盛而阳气浮越，故又称虚阳浮越证，古代亦有称阴盛格阳证、戴阳证者。

2. 寒热真假的鉴别

辨别寒热证候的真假，应以表现于内部、中心的症状为准、为真，肢末、外部的症状是现象，可能为假象，故胸腹的冷热是辨别寒热真假的关键，胸腹灼热者为热证，胸腹部冷而不灼热者为寒证。

对于寒热真假的辨别，《温疫论·论阳证似阴》指出：“捷要辨法，凡阳证似阴，外寒而内必热，故小便血赤；凡阴证似阳者，格阳之证也，上（外）热下（内）寒，故小便清白。但以小便赤白为据，以此推之，万不失一。”确为经验之谈。

3. 虚实真假的内容

虚证与实证，都有真假疑似的情况。《内经知要》所谓“至虚有盛候”、“大实有羸状”，就是指证候的虚实真假。

（1）真实假虚

指本质为实证，反见某些虚羸现象的证候。其临床表现可有神情默默，倦怠懒言，身

体羸瘦，脉象沉细等表现。但虽默默不语却语时声高气粗；虽倦怠乏力却动之觉舒；肢体羸瘦而腹部硬满拒按；脉沉细而按之有力。

由于热结肠胃、痰食壅积、湿热内蕴、瘀血停蓄等，邪气大积大聚，以致经脉阻滞，气血不能畅达，因而表现出神情默默、倦怠懒言、身体羸瘦、脉象沉细等类似虚证的假象。但病变的本质属实，故虽默默不语却语时声高气粗，虽倦怠乏力却动之觉舒，虽肢体羸瘦而腹部硬满拒按，脉虽沉细却按之有力。因此，《顾氏医镜》云："聚积在中，按之则痛，色红气粗，脉来有力，实也；甚则默默不欲语，肢体不欲动，或眩晕昏花，或泄泻不实，是大实有羸状。"

（2）真虚假实

指本质为虚证，反见某些盛实现象的证候。其临床表现可有腹部胀满，呼吸喘促，或二便闭涩，脉数等表现。但腹虽胀满而有时缓解，或触之腹内无肿块而喜按；虽喘促但气短息弱；虽大便闭塞而腹部不甚硬满；虽小便不利但无舌红口渴等症。并有神疲乏力，面色萎黄或淡白，舌淡胖嫩，脉虚弱等症。

真虚假实多为脏腑虚衰，气血不足，运化无力，气机不畅，故可出现腹部胀满、呼吸喘促、二便闭塞等类似实证的假象。但其本质属虚，故腹部胀满而有时缓解，或内无肿块而喜按，可知并非实邪内积，而是脾虚不运所致；喘促而气短息弱，可知并非邪气壅滞、肺失宣降，而是肺肾气虚、摄纳无权之故；大便闭塞而腹部不甚硬满，系阳气失其温运之能而腑气不行的表现；阳气亏虚而不能气化水液，或肾关开阖不利，可表现为小便不通；神疲乏力，面色萎黄或淡白，舌淡胖嫩，脉虚弱，更是正气亏虚的本质表现。因此，《顾氏医镜》云："心下痞痛，按之则止，色悴声短，脉来无力，虚也；甚则胀极而不得食，气不舒，便不利，是至虚有盛候。"

4. 虚实真假的鉴别

虚实真假的辨别，关键在于脉象的有力无力、有神无神，其中尤以沉取之象为真谛；其次是舌质的嫩胖与苍老，言语呼吸的高亢粗壮与低怯微弱；病人的体质状况、病之新久、治疗经过等，也是辨析的依据。

（张华　陆小左）

第七单元　病性辨证

细目一　阴阳虚损辨证

要点一　阳虚证、阴虚证的临床表现

1. 阳虚证

（1）概念

指体内阳气亏损，机体失却温养，推动、蒸腾、气化等作用减退，以畏冷肢凉为主要

表现的虚寒证候。

（2）临床表现

畏冷，肢凉，口淡不渴，或喜热饮，或自汗，小便清长或尿少不利，大便稀薄，面色白，舌淡胖，苔白滑，脉沉迟（或为细数）无力。可兼有神疲、乏力、气短等气虚的表现。

2. 阴虚证

（1）概念

指体内阴液亏少而无以制阳，滋润、濡养等作用减退，以咽干、五心烦热、脉细数等为主要表现的虚热证候。

（2）临床表现

形体消瘦，口燥咽干，两颧潮红，五心烦热，潮热，盗汗，小便短黄，大便干结，舌红少津或少苔，脉细数等。

要点二　亡阳证、亡阴证的临床表现及鉴别要点

1. 亡阳证

（1）概念

亡阳证指体内阳气极度衰微而欲脱，以冷汗、肢厥、面白、脉微等为主要表现的危重证候。

（2）临床表现

冷汗淋漓，汗质稀淡，神情淡漠，肌肤不温，手足厥冷，呼吸气弱，面色苍白，舌淡而润，脉微欲绝等。

2. 亡阴证

（1）概念

亡阴证指体内阴液严重耗损而欲竭，以身灼烦渴、唇焦面赤、脉数疾、汗出如油为主要表现的危重证候。

（2）临床表现

汗热味咸而黏，如珠如油，身灼肢温，虚烦躁扰，恶热，口渴饮冷，皮肤皱瘪，小便极少，面赤颧红，呼吸急促，唇舌干燥，脉细数疾等。

3. 亡阳证与亡阴证的鉴别

亡阳证与亡阴证均在疾病的危重阶段，突然大汗淋漓，必须及时、准确地辨识。根据汗质的稀冷如水或黏热如油，结合病情，身凉或身灼、四肢厥逆或温和、面白或面赤、脉微或数疾等，一般不难辨别。

亡阳证与亡阴证的鉴别

证名	汗出	寒热	四肢	面色	气息	口渴	舌象	脉象
亡阳	汗冷清稀	身冷畏寒	厥冷	苍白	微弱	不渴或渴喜热饮	白润	脉微欲绝
亡阴	汗热黏稠	身热恶热	温暖	面赤颧红	息粗	渴喜冷饮	红干	脉细数疾而无力

细目二　辨气血证候

要点一　气虚类证的辨证要点

1. 气虚证

指元气不足，气的推动、固摄、防御、气化等功能减退，或脏器组织的功能减退，以气短、乏力、神疲、脉虚等为主要表现的虚弱证候。

（1）临床表现

气短声低，少气懒言，精神疲惫，体倦乏力，舌质淡嫩，脉虚，或有头晕目眩，自汗，动则诸症加重。

（2）意义

气虚证所反映的是机体元气生成不足，消耗太过的状态，其原因主要有：久病、重病、劳累过度等，使元气耗伤太过；先天不足，后天失养，致元气生成匮乏；年老体弱，脏腑功能减退而元气自衰。由于元气不足，脏腑功能衰退，故出现气短、声低、懒言、神疲、乏力；气虚而不能推动营血上荣，则头晕目眩，舌淡嫩；卫气虚弱，不能固护肌表，故为自汗；“劳则气耗”，故活动劳累则诸症加重；气虚鼓动血行之力不足，故脉象虚弱。气虚证临床常见于心、肺、脾、肾、胃等脏腑。除见气虚证的一般表现外，还有各脏腑气虚的特定表现。

2. 气陷证

指气虚无力升举，清阳之气下陷，以自觉气坠或脏器下垂为主要表现的虚弱证候。

（1）临床表现

头晕眼花，气短疲乏，脘腹坠胀感，大便稀溏，形体消瘦，或见内脏下垂、脱肛、阴挺等。

（2）意义

气陷多是气虚的发展，或为气虚的一种特殊表现形式，一般指脾（中）气的下陷。清阳之气不升，则自觉气短、气坠，头晕眼花；气陷而机体失却营精的充养，则见神疲乏力，形体消瘦；脾失健运，水谷精微下趋，则见大便稀溏；气陷无力升举，不能维持脏器的正常位置，故觉脘腹坠胀，甚至出现内脏下垂。

3. 气不固证

指气虚失其固摄之能，以自汗，或大便、小便、经血、精液、胎元等不固为主要表现的虚弱证候。

（1）临床表现

气短，疲乏，面白，舌淡，脉虚无力；或见自汗不止；或为流涎不止；或见遗尿，余溺不尽，小便失禁；或为大便滑脱失禁；或妇女出现崩漏，或为滑胎、小产；或见男子遗精、滑精、早泄等。

（2）意义

本证因气虚固摄失职所致。气不固，包括不能固摄津液、血液、小便、大便、精液、

胎元等。其辨证是有气虚证的一般证候表现，并有各自“不固”的证候特点。气不摄血则可导致妇女崩漏及各种慢性出血；气不摄津则可表现为自汗、流涎；气虚不能固摄二便，可表现为遗尿、余溺不尽、小便失禁，或大便滑脱失禁；气不摄精则见遗精、滑精、早泄；气虚胎元不固，可导致滑胎、小产。

4. 气脱证

指元气亏虚已极，急骤外泄，以气息微弱、汗出不止等为主要表现的危重证候。

（1）临床表现

呼吸微弱而不规则，汗出不止，口开目合，全身瘫软，神志朦胧，二便失禁，面色苍白，口唇青紫，舌淡，舌苔白润，脉微。

（2）意义

本证可由气虚证、气不固证发展而来；也可以在大失血、大汗、大吐、大泻、出血、中风等情况下，出现“气随血脱”、“气随津脱”；或于长期饥饿、极度疲劳、暴邪骤袭等状态下发生。

真气欲脱，则心、肺、脾、肾等脏腑之气皆衰。气息微弱欲绝、汗出不止，为肺气外脱之征；面白、脉微、神志朦胧，为心气外越之象；二便失禁为肾气欲脱的表现；全身瘫软、口开、手撒，为脾气外泄之征。

要点二　血虚类证的辨证要点

1. 血虚证

指血液亏虚，不能濡养脏腑、经络、组织，以面、睑、唇、舌色白，脉细为主要表现的虚弱证候。

（1）临床表现

面色淡白或萎黄，眼睑、口唇、舌质、爪甲的颜色淡白，头晕，或见眼花，两目干涩，心悸，多梦，健忘，神疲，手足发麻，或妇女月经量少、色淡、延期甚或经闭，脉细无力等。

（2）意义

本证多因血液耗损过多或生化不足所致。可因先天禀赋不足，或因脾胃、肾脏病变，生化乏源；或因各种急慢性出血，或因思虑劳神过度，暗耗阴血；或因虫积肠道，耗吸营养等所致。

血液亏虚，脉络空虚，形体组织缺乏濡养荣润，则见颜面、眼睑、口唇、舌质、爪甲的颜色淡白，脉细无力；血虚而脏器、组织得不到足够的营养，则见头晕，眼花，两目干涩，心悸，手足发麻，妇女月经量少、色淡；血虚失养而心神不宁，故症见多梦，健忘，神疲等。

2. 血脱证

指突然大量出血或长期反复出血，血液亡脱，以面色苍白、心悸、脉微或芤为主要表现的危重证候。

（1）临床表现

面色苍白，头晕，眼花，心悸，气短，四肢逆冷，舌色枯白，脉微或芤。

（2）意义

导致血脱证的主要原因是突然大量出血，诸如呕血、便血、崩漏、外伤失血等，也可以因长期失血、血虚进一步发展而成。所以，大失血、严重血虚等病史可以作为血脱证的主要诊断依据。

血液大量耗失，血脉空虚，不得荣润，则见面色苍白，舌色枯白，脉微或芤；血液亡失，心脏、清窍失养，则见心悸、头晕、眼花等症。

要点三　气滞类证的辨证要点

1. 气滞证

指人体某一部分或某一脏腑经络的气机阻滞，运行不畅，以胀闷疼痛为主要表现的证候。

（1）临床表现

胸胁、脘腹等处或损伤部位胀闷或疼痛，疼痛性质可为胀痛、窜痛、攻痛，症状时轻时重，部位不固定，按之一般无形，痛胀常随嗳气、肠鸣、矢气等而减轻，或症状随情绪变化而增减，脉象多弦，舌象可无明显变化。

（2）意义

本证多因情志不舒，气机郁结，或因寒湿、痰饮、瘀血、宿食、蛔虫、砂石等邪气内阻，或脏腑虚弱，运行无力所致。

气滞证候的主要机理是气的运行发生障碍，气机不畅则痞胀，障碍不通则疼痛，气得运行则症减，故气滞以胀闷疼痛为主要临床表现。临床常见的气滞证有肝气郁结证、胃肠气滞证、肝胃气滞（不和）证等，并表现出各自的证候特征。

2. 气逆证

指气机失调，气上冲逆，以咳嗽喘促、呃逆、呕吐等为主要表现的证候。

（1）临床表现

咳嗽频作，呼吸喘促；呃逆、嗳气不止，或呕吐、呕血；头痛、眩晕，甚至昏厥、咯血等。

（2）意义

导致气逆的原因，有外邪侵袭、痰饮瘀血内停、寒热刺激、情志过激等。

由于气逆证有肺气上逆、胃气上逆、肝气上逆的不同，故可表现出不同的证候。肺气上逆以咳喘为主症；胃气上逆以呃逆、呕恶、嗳气等为主症；肝气上逆以头痛眩晕、昏厥、呕血或咯血等为主症。

3. 气闭证

指邪气阻闭神机或脏器、管腔，以突发昏厥或绞痛为主要表现的实性急重证候。

（1）临床表现

突然发生势急、症重之昏厥，或内脏绞痛，或二便闭塞，呼吸气粗，声高，脉沉弦有力等。

（2）意义

本证多因强烈的精神刺激，使神机闭塞；或因瘀血、结石、虫积、痰浊等阻塞脉络、

管腔；或因溺水、电击等意外事故，致使心、肺气闭所致。

极度精神刺激，神机闭塞，则见突发昏厥；痰浊、瘀血、砂石、蛔虫等阻塞脉络、管腔等，导致气机闭塞，则突发绞痛，或见二便不通；证因邪实所致，病体不虚，故声高而息粗，脉沉弦有力。

要点四　血瘀证的辨证要点

指瘀血内阻，血行不畅，以固定刺痛、肿块、出血、瘀血色脉征为主要表现的证候。

（1）临床表现

疼痛特点为刺痛，痛久拒按，固定不移，常在夜间痛甚；肿块的性状是在体表者包块色青紫，腹内者触及质硬而推之不移；出血的特征是出血反复不止，色紫暗或夹血块，或大便色黑如柏油状，或妇女血崩、漏血；瘀血色脉征主要有面色黧黑，或唇甲青紫，或皮下紫斑，或肌肤甲错，或腹露青筋，或皮肤出现丝状红缕，或舌有紫色斑点、舌下络脉曲张，脉多细涩或结、代、无脉等。

（2）意义

本证多因气滞而血行不畅，或阳气亏虚，运血无力；或血寒、血热，或外伤出血等引起；也可因湿热、痰浊、砂石阻遏，使血行不畅，脉络阻滞不通所致。

血瘀证的机理主要为瘀血内积，气血运行受阻，不通则痛，故有刺痛、固定、拒按等特点；夜间阳气内藏，阴气用事，血行较缓，瘀滞益甚，故夜间痛增；血液瘀积不散而凝结成块，则见肿块紫暗、出血紫暗成块；血不循经而溢出脉外，则见各种出血；血行障碍，气血不能濡养肌肤，则见皮肤干涩、肌肤甲错；血行瘀滞，则血色变紫变黑，故见面色黧黑、唇甲青紫；脉络瘀阻，则见络脉显露、丝状红缕、舌现斑点、脉涩等症。

瘀血可阻滞于各种脏器、组织，进而有不同的血瘀证名，如心脉瘀阻证、瘀阻脑络证、胃肠血瘀证、肝经血瘀证、瘀阻胞宫证、瘀滞胸膈证、下焦瘀血证、瘀滞肌肤证、瘀滞脉络证等，并表现出各自脏器、组织的证候特点。

要点五　血热证的辨证要点

指火热内炽，侵迫血分，以身热口渴、斑疹吐衄、烦躁谵语、舌绛、脉数等为主要表现的实热证候，即血分的热证。

（1）临床表现

身热夜甚，或潮热，口渴，面赤，心烦，失眠，躁扰不宁，甚或狂乱，神昏谵语，或见各种出血色深红，或斑疹显露，或为疮痈，舌绛，脉数疾等。

（2）意义

本证多因外感温热之邪，或情志过极，气郁化火，或过食辛辣燥热之品，导致火热内炽所致。

热在血分，血行加速，脉道扩张，则见面红目赤，舌绛，脉数疾；血热迫血妄行，可见各种出血；血热内扰心神，而见心烦，失眠，躁扰不宁，甚则狂乱，神昏谵语；热邪内犯营血，灼肉腐血，可为疮痈脓疡；身热夜甚，口渴，为热邪升腾，耗伤津液之象。

血热证常见于外感温热病中，即卫气营血辨证中的血分证；又可见于外科疮疡病、妇科月经病、其他杂病之中。

要点六　血寒证的辨证要点

指寒邪客于血脉，凝滞气机，血行不畅，以患处冷痛拘急、畏寒、唇舌青紫、妇女月经后期、经色紫暗夹块等为主要表现的实寒证候，即血分的寒证。

（1）临床表现

畏寒，手足或少腹等患处冷痛拘急，得温痛减，肤色紫暗发凉，或为痛经，月经衍期，经色紫暗并夹有血块，唇舌青紫，苔白滑，脉沉迟弦涩等。

（2）意义

血寒证主要因寒邪侵犯血脉，或阴寒内盛，凝滞脉络而成。

寒凝脉络，气血运行不畅，阳气不得流通，组织失于温养，故常表现为患处的寒冷、疼痛；寒性凝滞收引，故其痛具有拘急冷痛、得温痛减的特点；肤色紫暗、月经衍期、经色紫暗、夹有血块、唇舌青紫、脉沉迟弦涩等，均为血行不畅之瘀血征象。

血寒证属实寒证的范畴，寒滞肝脉证、寒凝胞宫证、寒凝脉络证等，均属于血寒证。

细目三　辨津液类证候

要点　痰证、饮证、水停证、津液亏虚证的临床表现、证候鉴别与临床意义

1. 痰证

指痰浊内阻或流窜，以咳吐痰多、胸闷、呕恶、眩晕、体胖或局部有圆滑包块、苔腻、脉滑等为主要表现的证候。

（1）临床表现

常见咳嗽痰多，痰质黏稠，胸脘痞闷，呕恶，纳呆，或头晕目眩，或形体肥胖，或神昏而喉中痰鸣，或神志错乱而为癫、狂、痴、痫，或某些部位出现圆滑柔韧的包块等，舌苔腻，脉滑。

（2）意义

本证多因外感六淫、饮食不当、情志刺激、过逸少动等，影响肺、脾、肾等脏的气化功能，以致水液未能正常输布而停聚凝结成痰所致。

痰的生成与脾的运化功能失常，水湿不化而凝聚密切相关；痰浊为病，颇为广泛，见症多端。痰浊最易内停于肺，进而影响肺气的宣发肃降，故痰证以咳吐痰多、胸闷等为基本表现。痰浊中阻，胃失和降，可见脘痞、纳呆、泛恶呕吐痰涎等症；痰的流动性小而难以消散，故常凝积聚于某些局部而形成圆滑包块；痰亦可随气升降，流窜全身，如痰蒙清窍，则头晕目眩；痰蒙心神则见神昏、神乱；痰泛于肌肤，则见形体肥胖；苔腻、脉滑等为痰浊内阻的表现。

2. 饮证

指水饮停聚于腔隙或胃肠，以胸闷脘痞、呕吐清水、咳吐清稀痰涎、肋间饱满、苔滑等为主要表现的证候。

（1）临床表现

脘腹痞胀，泛吐清水，脘腹部水声辘辘；肋间饱满，咳唾引痛；胸闷，心悸，息促不得卧；身体、肢节疼重；咳吐清稀痰涎，或喉间哮鸣有声；头目眩晕，舌苔白滑，脉弦或滑等。

（2）意义

本证可因外邪侵袭，或为中阳素虚，使水液输布障碍而停聚成饮所致。饮邪主要停积于胃肠、胸胁、心包、肺等身体的管腔部位。

饮邪停留于胃肠，阻滞气机，胃失和降，可见泛吐清水，脘腹痞胀，腹部水声漉漉，是为狭义的“痰饮”；饮邪停于胸胁，阻碍气机，压迫肺脏，则有肋间饱满、咳唾引痛、胸闷息促等症，为悬饮；饮邪停于心包，阻遏心阳，阻滞气血运行，则见胸闷心悸、气短不得卧等症，为支饮；饮邪犯肺，肺失宣降，气道滞塞，则见胸部紧闷、咳吐清稀痰涎或喉间哮鸣有声；饮邪内阻，清阳不能上升，则见头目眩晕；舌苔白滑、脉弦或滑等，亦为饮证的表现。

根据饮停主要部位的不同，临床有饮停胃肠证、饮停胸胁证、饮停心包证、饮邪客肺证等，并表现出各自的证候特点。

（3）痰饮、悬饮、支饮、溢饮四饮的鉴别

痰饮、悬饮、支饮、溢饮的鉴别表

分类	临床表现	临床意义
痰饮（饮停胃肠）	脘腹痞胀，呕吐清涎，胃中振水音，肠间水声漉漉	饮停胃肠，胃失和降
悬饮（饮停胸胁）	胸胁饱满、胀痛，咳嗽，转侧则痛增，脉弦	饮停胸胁，阻碍气机
支饮（饮停心包）	胸闷心悸，气短不能平卧等	饮停心包，阻遏心阳
溢饮（饮溢四肢）	肢体沉重、酸痛，或浮肿，小便不利	饮溢四肢

3. 水停证

指体内水液因气化失常而停聚，以肢体浮肿，小便不利，或腹不痞胀，舌淡胖等为主要表现的证候。

（1）临床表现

头面、肢体甚或全身水肿，按之凹陷不易起，或为腹水而见腹部膨隆，叩之音浊，小便短少不利，身体困重，舌淡胖，苔白滑，脉濡缓等。

（2）意义

本证多因风邪外袭，或湿邪内阻，亦可因房劳伤肾，或久病肾虚等，影响肺、脾、肾的气化功能，使水液运化、输布失常而停聚为患。此外，瘀血内阻，经脉不利，亦可影响水液的运行，使水蓄腹腔等部位，而成血瘀水停。

水为有形之邪，水液输布失常而泛溢肌肤，故以水肿、身体困重为主症；水液停聚腹腔，而成腹水，故见腹部膨隆，叩之音浊；膀胱气化失司，水液停蓄而不泄，故见小便不利；舌淡胖，苔白滑，脉濡，是水湿内停之征。

根据形成水停的机理、脏器的不同，临床常见的水停证有风水相搏（风袭水停）证、脾虚水泛证、肾虚水泛证、水气凌心证等。

（3）阳水与阴水的鉴别

阳水与阴水的鉴别表

类型	病因	病机	性质	发病特点	临床表现
阳水	多因外邪侵袭所致	风邪犯肺，通调失职；湿邪困脾，脾失健运	实证	发病急、病程短	眼睑、颜面先肿，迅速遍及全身，皮薄光亮，小便短少，伴咽喉肿痛、咳嗽及表证
阴水	多因久病，脾肾阳气虚衰所致	脾肾阳气虚衰，运化、主水失职	虚实夹杂	发病缓、病程长	足胫、下肢先肿，渐至全身，腰以下肿甚，按之凹陷难复，小便短少，兼脾、阳虚的表现

4. 津液亏虚证

指体内津液亏少，脏腑、组织、官窍失却滋润、濡养、充盈，以口渴尿少，口、鼻、唇、舌、皮肤、大便干燥等为主要表现的证候。

（1）临床表现

口、鼻、唇、舌、咽喉、皮肤、大便等干燥，皮肤枯瘪而缺乏弹性，眼球深陷，口渴欲饮水，小便短少而黄，舌红，脉细数无力等。

（2）意义

本证多因大汗、大吐、大泻、高热、烧伤等，使津液耗损过多；或外界气候干燥，或体内阳气偏亢，使津液耗损；饮水过少，或脏气虚衰，使津液生成不足所致。

津液亏少，不能充养、濡润脏器、组织、官窍，则见口、鼻、唇、舌、咽喉、皮肤、大便等干燥，皮肤枯瘪而缺乏弹性，眼球深陷，口渴欲饮水等一派干燥少津的症状；津液亏少，阳气偏旺，则有舌红、脉细数等症。

津液亏虚的常见证有肺燥津伤证、胃燥津亏证、肠燥津亏证等，均有干燥见症，并表现出各自脏器的证候重点。

5. 湿、水、饮、痰证的鉴别

湿、水、饮、痰在形质、流动性、证候表现上有异有同，四者之间的关系密切。四者均属体内水液停聚所形成的病理性产物，其形成均常与肺、脾、肾等脏腑功能失调和对水液的气化失常有关。“湿”无明显形质可见而呈“汽态”，弥漫性大，以肢体闷重酸困等为主要表现；“水”质清稀为液态，流动性大，以水肿、少尿为主症；“饮”是一种较水浊而较痰稀的液态病理产物，常停聚于某些腔隙及胃肠，以停聚处的症状为主要表现；“痰”的质地稠浊而黏，常呈半凝固乳胶状态，流动性小，多停于肺，但可随气流窜全身，见症复杂，一般有吐痰多的主症。由于湿、水、饮、痰本属一类，难以截然划分，且可相互转化、兼并，故又常互相通称，如有痰饮、痰湿、水饮、水湿、湿饮、湿痰等名。

痰证、饮证、水停证的鉴别表

	证型	病机	主症	兼症	舌象	脉象
实	痰证	痰浊内盛，随气升降，气机不畅	痰多，胸闷，呕恶，眩晕，体胖，或局部有圆滑包块，苔腻，脉滑	胸闷，咳喘，痰多黏稠，喉中痰鸣，脘痞，纳呆，恶心，呕吐痰涎，头晕目眩，表情淡漠，神昏神乱，肢体麻木，半身不遂，瘰疬气瘿，痰核乳癖，喉中异物感	苔白腻或黄腻	脉滑或滑数
实	饮证	水饮停聚，气机不畅	胸闷脘痞，呕吐清水，咳吐清稀痰涎，肋间饱满，苔滑	脘腹痞满，泛吐清水，脘腹部水声辘辘；咳吐清稀痰涎，或喉中有哮鸣声，胸闷心悸，倚息不得平卧；或肋间饱满，咳唾引痛；头晕目眩	苔白滑	脉弦或滑
	水停证	津液代谢障碍，水液停聚，泛溢肌肤	浮肿，小便短少不利，舌淡胖，苔白滑或白腻	头面、肢体或全身浮肿，按之凹陷不易起，或腹胀如鼓，叩之音浊，小便短少不利，身体困重	舌淡胖，苔白滑或白腻	脉濡缓

（张华　陆小左）

第八单元　脏腑辨证

细目一　辨心病证候

要点一　心病各证候的临床表现

1. 心血虚证

指血液亏虚，心与心神失于濡养，以心悸、失眠、多梦及血虚症状为主要表现的虚弱证候。

临床表现：心悸，头晕眼花，失眠，多梦，健忘，面色淡白或萎黄，舌色淡，脉细无力。本证多有久病、失血等病史，以心悸、失眠、多梦与血虚症状共见为辨证的主要依据。

2. 心阴虚证

指阴液亏损，心与心神失养，虚热内扰，以心烦、心悸、失眠及阴虚症状为主要表现的虚热证候。

临床表现：心烦，心悸，失眠，多梦，口燥咽干，形体消瘦，或见手足心热，潮热盗汗，两颧潮红，舌红少苔乏津，脉细数。本证以心烦、心悸、失眠与阴虚症状共见为辨证

的主要依据。

3. 心气虚证

指心气不足，鼓动无力，以心悸、神疲及气虚症状为主要表现的虚弱证候。

临床表现：心悸，胸闷，气短，精神疲倦，或有自汗，活动后诸症加重，面色淡白，舌质淡，脉虚。本证以心悸、神疲与气虚症状共见为辨证的主要依据。

4. 心阳虚证

指心阳虚衰，温运失司，鼓动无力，虚寒内生，以心悸怔忡、心胸憋闷及阳虚症状为主要表现的虚寒证候。

临床表现：心悸怔忡，心胸憋闷或痛，气短，自汗，畏冷肢凉，神疲乏力，面色㿠白，或面唇青紫，舌质淡胖或紫暗，苔白滑，脉弱或结或代。本证以心悸怔忡、心胸憋闷与阳虚症状共见为辨证的主要依据。

5. 心阳虚脱证

指心阳衰极，阳气欲脱，以心悸胸痛、冷汗、肢厥、脉微为主要表现的危重证候。

临床表现：在心阳虚证的基础上，突然冷汗淋漓，四肢厥冷，面色苍白，呼吸微弱，或心悸，心胸剧痛，神志模糊或昏迷，唇舌青紫，脉微欲绝。本证以心悸胸痛、冷汗、肢厥、脉微等表现为辨证依据。

6. 心火亢盛证

指火热内炽，扰乱心神，迫血妄行，上炎口舌，热邪下移，以发热、心烦、吐衄、舌赤生疮、尿赤涩灼痛等为主要表现的实热证候。

临床表现：发热，口渴，心烦，失眠，便秘，尿黄，面红，舌尖红绛，苔黄，脉数有力。甚或口舌生疮、溃烂疼痛；或见小便短赤、灼热涩痛；或见吐血、衄血；或见狂躁谵语、神志不清。本证以发热、心烦、吐衄、舌赤生疮、尿赤涩灼痛等症为辨证的主要依据。

（1）以口舌生疮、赤烂疼痛为主者，称为心火上炎证。

（2）兼小便赤、涩、灼、痛者，称为心火下移证，习称为心移热于小肠。

（3）吐血、衄血表现突出者，称为心火迫血妄行证。

（4）以狂躁谵语、神志不清为主症者，称为热扰心神证或热闭心神证。

7. 心脉痹阻证

指瘀血、痰浊、阴寒、气滞等因素阻痹心脉，以心悸怔忡、胸闷、心痛为主要表现的证候，又名心血（脉）瘀阻证。由于诱因的不同，临床又有瘀阻心脉证、痰阻心脉证、寒凝心脉证、气滞心脉证等之分。

临床表现：心悸怔忡，心胸憋闷疼痛，痛引肩背内臂，时作时止；或以刺痛为主，舌质晦暗或有青紫斑点，脉细、涩、结、代；或以心胸憋闷为主，体胖痰多，身重困倦，舌苔白腻，脉沉滑或沉涩；或以遇寒痛剧为主，得温痛减，畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉迟或沉紧；或以胀痛为主，与情志变化有关，喜太息，舌淡红，脉弦。本证以心悸怔忡、心胸憋闷疼痛与瘀血症状共见为辨证的主要依据。

（1）瘀阻心脉：以刺痛为特点，伴见舌暗，或有青紫色斑点，脉细涩或结或代等瘀血

内阻的症状。

（2）痰阻心脉：以闷痛为特点，多伴体胖痰多，身重困倦，苔白腻，脉沉滑或沉涩等痰浊内盛的症状。

（3）寒凝心脉：以痛势剧烈，突然发作，遇寒加剧，得温痛减为特点，伴见畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉迟或沉紧等寒邪内盛的症状。

（4）气滞心脉：以胀痛为特点，其发作往往与精神因素有关，常伴见胁胀，善太息，脉弦等气机郁滞的症状。

8. 痰蒙心神证

指痰浊蒙蔽心神，以神志抑郁、错乱、痴呆、昏迷为主要表现的证候，又名痰迷心窍（包）证。

临床表现：神情痴呆，意识模糊，甚则昏不知人，或神情抑郁，表情淡漠，喃喃独语，举止失常；或突然昏仆，不省人事，口吐涎沫，喉有痰声；并见面色晦暗，胸闷，呕恶，舌苔白腻，脉滑等症。本证以神志抑郁、错乱、痴呆、昏迷与痰浊症状共见为辨证的主要依据。

9. 痰火扰神证

指火热痰浊交结，扰闭心神，以狂躁、神昏及痰热症状为主要表现的证候，又名痰火扰心（闭窍）证。

临床表现：发热，口渴，胸闷，气粗，咯吐黄痰，喉间痰鸣，心烦，失眠，甚则神昏谵语，或狂躁妄动，打人毁物，不避亲疏，胡言乱语，哭笑无常，面赤，舌质红，苔黄腻，脉滑数。本证以神志狂躁、神昏谵语与痰热症状共见为辨证的主要依据。

10. 瘀阻脑络证

指瘀血犯头，阻滞脑络，以头痛、头晕及瘀血症状为主要表现的证候。

临床表现：头晕、头痛经久不愈，痛如锥刺，痛处固定，或健忘，失眠，心悸，或头部外伤后昏不知人，面色晦暗，舌质紫暗或有斑点，脉细涩。本证以头痛、头晕与瘀血症状共见为辨证的主要依据。

要点二　心病各证候的鉴别要点

1. 心血虚证与心阴虚证的鉴别

心血虚与心阴虚虽均可见心悸、失眠、多梦等症，但血虚以“色白”为特征而无热象，阴虚以“色赤”为特征而有明显热象。详见下表：

心血虚证与心阴虚证的鉴别

证名	相同症状	不同症状
心血虚证	因心失所养，心神不安，故心悸，失眠，多梦	有血虚的表现——面色淡白或萎黄，唇舌色淡，脉细无力
心阴虚证		有阴虚的表现——口燥咽干，形体消瘦，五心烦热，潮热盗汗，两颧潮红，舌红少苔乏津，脉细数

2. 心气虚证与心阳虚证的鉴别

心阳虚证与心气虚证的鉴别：两证均有心悸、胸闷气短、自汗等心气虚证。但心阳虚证重，常由心气虚发展而来，表现为心悸怔忡，胸闷或心痛，有畏寒肢冷等阳虚寒证的表现，或面唇青紫，舌淡胖或紫暗，苔白滑，脉沉迟无力。

心气虚与心阳虚均可见心悸、胸闷、气短等症，但阳虚证有畏冷肢凉等表现，气虚证则疲乏等症表现明显。

3. 心气虚证、心阳虚证与心阳暴脱证的鉴别

心气虚证、心阳虚证、心阳暴脱证的病理联系及临床特征：心气虚证、心阳虚证、心阳暴脱证是心的功能损伤由轻到重的三个阶段，三者之间相互联系。心气虚证以心悸、胸闷兼气虚证为特征；心阳虚证是在心气虚的基础上，出现心胸闷痛、畏寒肢冷等虚寒证候；心阳暴脱证是在心阳虚的基础上，突然出现冷汗、肢厥、脉微等亡阳证候。

4. 心脉痹阻证的鉴别

心脉痹阻只是病理结果，导致心脉不通的原因主要有瘀血、痰浊、阴寒、气滞几个方面。心脉痹阻证以心悸怔忡、心胸憋闷疼痛、痛引肩背内臂、时作时止为主症。但由于导致心脉痹阻的原因不同，临床必须辨证求因。心脉痹阻证的辨证比较见下表：

心脉痹阻证的鉴别表

主症	分型	临床表现
心悸怔忡，心胸憋闷作痛，痛引肩背内臂，时作时止	瘀阻心脉	心胸刺痛，舌暗或有青紫斑点，脉细涩或结代
	痰阻心脉	心胸闷痛，体胖痰多，身重困倦，苔白腻，脉沉滑或沉涩
	寒凝心脉	心痛剧痛，遇寒加重，得温痛减，形寒肢冷，舌淡苔白，脉沉迟或沉紧
	气滞心脉	心胸胀痛，胁胀，善太息，舌淡红，脉弦

5. 痰蒙心神证、热拢心神证与痰火扰神证的鉴别

痰蒙心神证、热拢心神证与痰火扰神证均有神志异常的表现，均可或见神昏。但痰蒙心神证为痰浊，其症以抑郁、痴呆、错乱为主，无热证表现；热扰心神证为火热，其症以狂躁、谵语、神昏为主，一派火热证候；痰火扰神证则既有痰，又有火，其症为前两者的兼并。

细目二　辨肺病证候

要点一　肺病各证候的临床表现

1. 肺气虚证

指肺气虚弱，呼吸无力，卫外不固，以咳嗽无力、气短而喘、自汗等为主要表现的虚弱证候。

临床表现：咳嗽无力，气短而喘，动则尤甚，咯痰清稀，声低懒言，或有自汗，畏

风，易于感冒，神疲体倦，面色淡白，舌淡苔白，脉弱。本证以咳嗽无力、气短而喘、自汗与气虚症状共见为辨证的主要依据。

2. 肺阴虚证

指肺阴亏虚，虚热内扰，以干咳少痰、潮热、盗汗等为主要表现的虚热证候，又名肺虚热证。

临床表现：干咳无痰，或痰少而黏，不易咯出，或痰中带血，声音嘶哑，口燥咽干，形体消瘦，五心烦热，潮热盗汗，两颧潮红，舌红少苔乏津，脉细数。本证以干咳、痰少难咯、潮热、盗汗等为辨证的主要依据。

3. 风寒犯肺证

指风寒侵袭，肺卫失宣，以咳嗽、咯稀白痰、恶风寒等为主要表现的证候。

临床表现：咳嗽，咯少量稀白痰，气喘，微有恶寒发热，鼻塞，流清涕，喉痒，或见身痛无汗，舌苔薄白，脉浮紧。本证多有外感风寒的病史，以咳嗽、咯稀白痰与风寒表证共见为辨证的主要依据。

4. 风热犯肺证

指风热侵袭，肺卫失宣，以咳嗽、发热恶风等为主要表现的证候。本证在三焦辨证中属上焦病证，在卫气营血辨证中属卫分证。

临床表现：咳嗽，痰少而黄，气喘，鼻塞，流浊涕，咽喉肿痛，发热，微恶风寒，口微渴，舌尖红，苔薄黄，脉浮数。本证多有感受风热的病史，以咳嗽、痰少色黄与风热表证共见为辨证的主要依据。

5. 燥邪犯肺证

指外感燥邪，肺失宣降，以干咳痰少、鼻咽口舌干燥等为主要表现的证候，简称肺燥证。燥邪有偏寒、偏热的不同，而有温燥袭肺证和凉燥袭肺证之分。

临床表现：干咳无痰，或痰少而黏，不易咯出，甚则胸痛，痰中带血，或见鼻衄，口、唇、鼻、咽、皮肤干燥，尿少，大便干结，舌苔薄而干燥少津，或微有发热恶风寒，无汗或少汗，脉浮数或浮紧。本证与气候干燥有关，以干咳痰少、鼻咽口舌干燥等为辨证的主要依据。

6. 肺热炽盛证

指火热炽盛，壅积于肺，肺失清肃，以咳喘气粗、鼻翼煽动等为主要表现的实热证候，简称肺热证或肺火证。本证在卫气营血辨证中属气分证，在三焦辨证中属上焦病证。

临床表现：发热，口渴，咳嗽，气粗而喘，甚则鼻翼煽动，鼻息灼热，胸痛，或有咽喉红肿疼痛，小便短黄，大便秘结，舌红苔黄，脉洪数。本证新病势急，以咳喘气粗、鼻翼煽动与火热症状共见为辨证的主要依据。

7. 痰热壅肺证

指痰热交结，壅滞于肺，肺失清肃，以发热、咳喘、痰多黄稠等为主要表现的证候。

临床表现：咳嗽，咯痰黄稠而量多，胸闷，气喘息粗，甚则鼻翼煽动，喉中痰鸣，或咳吐脓血腥臭痰，胸痛，发热口渴，烦躁不安，小便短黄，大便秘结，舌红苔黄腻，脉滑数。本证以发热、咳喘、痰多黄稠等为辨证的主要依据。

8. 寒痰阻肺证

指寒饮或痰浊停聚于肺，肺失宣降，以咳喘、痰白量多易咯等为主要表现的证候，又名寒饮停肺证、痰浊阻肺证。

临床表现：咳嗽，痰多色白、质稠或清稀易咯，胸闷，气喘，或喉间有哮鸣声，恶寒，肢冷，舌质淡，苔白腻或白滑，脉弦或滑。本证以咳喘、痰白量多易咯等为辨证的主要依据。痰稀者为寒饮停肺证，痰稠者为寒痰阻肺证。

9. 饮停胸胁证

指水饮停于胸腔，阻碍气机，以胸廓饱满、胸胁胀闷或痛等为主要表现的证候。

临床表现：胸廓饱满，胸胁部胀闷或痛，咳嗽，气喘，呼吸、咳嗽或身体转侧时牵引胁痛，或有头目晕眩，舌苔白滑，脉沉弦。本证以胸廓饱满、胸胁胀闷或痛等为辨证的主要依据。

10. 风水相搏证

指风邪外袭，肺卫失宣，水湿泛溢肌肤，以突起头面浮肿及卫表症状为主要表现的证候。

临床表现：眼睑头面先肿，继而遍及全身，上半身肿甚，来势迅速，皮肤薄而发亮，小便短少，或见恶寒重、发热轻，无汗，舌苔薄白，脉浮紧；或见发热重、恶寒轻，咽喉肿痛，舌苔薄黄，脉浮数。本证以突起头面浮肿与卫表症状共见为辨证的主要依据。

要点二　肺病各证候的鉴别要点

1. 风寒犯肺证、风热犯肺证与燥邪犯肺证的鉴别

三证均因外邪侵袭肺系，肺卫失宣所致；均以咳嗽、咯痰为主症，兼外感表证。但因病邪性质不同，故痰的性状（寒痰、热痰、燥痰）及表证的特征（表寒证、表热证、燥邪犯表证）各异。

风寒犯肺证、风热犯肺证与燥邪犯肺证的鉴别

证型	病机	辨证要点	临床表现
风寒犯肺证	风寒袭肺，肺卫失宣	咳嗽、痰稀白及风寒表证	咳嗽，痰稀色白，恶寒重、发热轻，鼻塞，流清涕，喉痒，身痛无汗，舌苔薄白，脉浮紧
风热犯肺证	风热犯肺，肺卫失宣	咳嗽、痰黄稠及风热表证	咳嗽，痰稠色黄，恶寒轻、发热重，鼻塞，流黄浊涕，身热恶风，口干咽痛，舌尖红，苔薄黄，脉浮数
燥邪犯肺证	燥邪犯肺，肺卫失宣	干咳、痰少质黏及燥邪犯表证	干咳，痰少质黏，口舌、咽喉干燥，恶寒发热，无汗或少汗，舌苔薄而干燥，脉浮偏数

2. 肺阴虚证与燥邪犯肺证的鉴别

两者均属燥证，均有燥咳及津液不足的表现，但病因病机不同，两证的主要区别在于有无阴虚内热证或燥邪犯表证的证候。详见下表：

肺阴虚证与燥邪犯肺证的鉴别

证型	病机	共同表现	鉴别要点
肺阴虚证	内伤久病，肺津受损，虚热内生	干咳或少痰，痰黏难咯，或咯血（燥痰），口舌咽干	属内燥，兼颧红、潮热盗汗、五心烦热、脉细数等阴虚内热的表现
燥邪犯肺证	新病外感，发于秋季，燥邪犯肺，肺卫失宣		属外燥，兼发热、微恶风寒、苔薄、脉浮等燥邪犯表证

3. 风热犯肺证与痰热壅肺证的鉴别

两证均以咳嗽、痰稠黄（热痰）为特征。但病位重点不同，痰热壅肺证的病位在肺，属里实热证，痰多，苔黄腻，脉滑数。风热犯肺证乃肺卫受邪，必兼风热表证，病情轻，病程较短，预后良好，但亦可发展成痰热壅肺证。两证的鉴别详见下表：

风热犯肺证与痰热壅肺证的鉴别

证型	病机	共同表现	鉴别要点
痰热壅肺证	痰热蕴结于肺，肺气壅逆	咳嗽，痰稠黄	病位在肺，病情较重，属里实热证；咳喘胸痛，痰多黄稠或脓血腥臭痰，苔黄腻，脉滑数等
风热犯肺证	风热犯肺，肺卫失宣		肺卫受邪，兼风热表证（发热恶寒，苔薄黄，脉浮数）；病情轻，病程较短，预后良好，但亦可发展成痰热壅肺证

细目三　辨脾病证候

要点一　脾病各证候的临床表现

1. 脾气虚证

指脾气不足，运化失职，以食少、腹胀、便溏及气虚症状为主要表现的虚弱证候。

临床表现：不欲食，纳少，脘腹胀满，食后胀甚，或饥时饱胀，大便稀溏，肢体倦怠，神疲乏力，少气懒言，形体消瘦，或肥胖，浮肿，面色淡黄或萎黄，舌淡苔白，脉缓或弱。本证以食少、腹胀、便溏与气虚症状共见为辨证的主要依据。

2. 脾虚气陷证

指脾气虚弱，中气下陷，以脘腹重坠、内脏下垂及气虚症状为主要表现的虚弱证候，又名脾（中）气下陷证。

临床表现：脘腹重坠作胀，食后益甚，或便意频数，肛门重坠，或久泻不止，甚或脱肛，或小便混浊如米泔，或内脏、子宫下垂，气短懒言，神疲乏力，头晕目眩，面白无华，食少，便溏，舌淡苔白，脉缓或弱。本证以脘腹重坠、内脏下垂与气虚症状共见为辨证的主要依据。

3. 脾阳虚证

指脾阳虚衰，失于温运，阴寒内重，以食少、腹胀腹痛、便溏等为主要表现的虚寒证候，又名脾虚寒证。

临床表现：食少，腹胀，腹痛绵绵，喜温喜按，畏寒怕冷，四肢不温，面白少华或虚浮，口淡不渴，大便稀溏，甚至完谷不化，或肢体浮肿，小便短少，或白带清稀量多，舌质淡胖或有齿痕，舌苔白滑，脉沉迟无力。本证以食少、腹胀腹痛、便溏与虚寒症状共见为辨证的主要依据。

4. 脾不统血证

指脾气虚弱，不能统摄血行，以各种慢性出血为主要表现的虚弱证候，又名脾（气）不摄血证。

临床表现：各种慢性出血，如便血、尿血、吐血、鼻衄、紫斑，妇女月经过多、崩漏，食少便溏，神疲乏力，气短懒言，面色萎黄，舌淡，脉细无力。本证以各种慢性出血与气血两虚证共见为辨证的主要依据。

5. 寒湿困脾证

指寒湿内盛，困阻脾阳，脾失温运，以纳呆、腹胀、便溏、身重等为主要表现的寒湿证候，又名湿困脾阳证、寒湿中阻证、太阴寒湿证。

临床表现：脘腹胀闷，口腻纳呆，泛恶欲呕，口淡不渴，腹痛便溏，头身困重，或小便短少，肢体肿胀，或身目发黄，面色晦暗不泽，或妇女白带量多，舌体淡胖，舌苔白滑或白腻，脉濡缓或沉细。本证以纳呆、腹胀、便溏、身重、苔白腻等为辨证的主要依据。

6. 湿热蕴脾证

指湿热内蕴，脾失健运，以腹胀、纳呆、发热、身重、便溏不爽等为主要表现的湿热证候，又名中焦湿热证、脾经湿热证。

临床表现：脘腹胀闷，纳呆，恶心欲呕，口中黏腻，渴不多饮，便溏不爽，小便短黄，肢体困重，或身热不扬，汗出热不解，或见面目发黄鲜明，或皮肤发痒，舌质红，苔黄腻，脉濡数或滑数。本证以腹胀、纳呆、发热、身重、便溏不爽、苔黄腻等为辨证的主要依据。

要点二　脾病各证候的鉴别要点

1. 脾气虚证、脾阳虚证、脾虚气陷证与脾不统血证的鉴别

四证均以脾气虚为病理基础，但因各证的病机不尽相同，故临床表现各有特点。

脾气虚证以脾气亏虚，失于健运为主要病机，以食少、腹胀、便溏，兼神疲乏力等气虚表现为特征。脾阳虚证是在脾气虚的基础上，阳虚生寒所致，以腹部冷痛绵绵、喜温喜按、形寒肢冷等虚寒见症与脾气虚证并见为特征。脾虚气陷证是因脾气亏虚，升举无力而清阳下陷所致，以脘腹坠胀或内脏下垂等下陷证候与脾气虚证并见为特征。脾不统血证因脾气亏虚，统血无权而致，以各种慢性出血（便血，尿血，吐血，肌衄，或月经过多，崩漏）与脾气虚证并见为特征。

脾气虚证、脾阳虚证、脾虚气陷证与脾不统血证的鉴别

证候	病机	相同症状	不同症状	舌象	脉象
脾气虚证	脾气亏虚，运化失职	纳呆腹胀，食后尤甚，便溏肢倦，食少懒言，神疲乏力，面色萎黄	或浮肿，或消瘦	舌质淡或胖嫩，有齿痕，苔白润	脉缓弱或沉细弱或虚大
脾阳虚证	脾阳虚衰，失于温运，阴寒内生		腹痛，喜温喜按，肢冷尿少等	舌质淡胖或边有齿痕，苔白滑	脉沉迟无力
脾虚气陷证	脾气亏虚，升举无力而反下陷	纳呆腹胀，食后尤甚，便溏肢倦，食少懒言，神疲乏力，面色萎黄	脘腹坠胀，或便意频数，肛门坠重，甚则脱肛，或子宫下垂等脏器脱垂表现	舌质淡，苔薄白	脉缓弱
脾不统血证	脾气虚弱，不能统摄血液		便血，尿血，鼻衄，或妇女月经过多、崩漏等各种出血证	舌淡苔白	脉细弱

2. 寒湿困脾证与脾阳虚证的鉴别

寒湿困脾证是寒湿内侵，中阳受阻，以纳呆、腹胀、便溏、身重、苔白腻等为主要临床表现。脾阳虚证是在脾气虚的基础上，阳虚生寒所致，以腹部冷痛绵绵、喜温喜按、形寒肢冷等虚寒见症与脾气虚证并见为特征。二者一实一虚，病性不同。

寒湿困脾证与脾阳虚证的鉴别

证候	病机	性质	相同症状	不同症状	舌象	脉象
寒湿困脾证	寒湿内侵，中阳受阻	实寒证	纳呆食少，腹胀，腹部冷痛，畏寒喜温，便溏	脘腹痞胀，泛恶欲呕	舌淡，苔白腻	脉濡缓
脾阳虚证	脾虚失运，寒生湿阻	虚寒证		四肢不温，神疲乏力	舌淡胖，苔白滑	脉沉迟无力

3. 湿热蕴脾证与寒湿困脾证的鉴别

两证均因湿邪困脾，脾胃纳运失职所致，可见脘腹痞闷，纳呆呕恶，便溏，肢体困重，面目发黄，苔腻，脉濡等。区别在于兼热、兼寒之不同。前者病性属湿热，故有舌质红，苔黄腻，身热不扬，阳黄，脉濡数等湿热内蕴的表现；后者病性属寒湿，故见舌淡，苔腻白滑，腹痛喜暖，口淡不渴，带下量多清稀，阴黄，脉濡缓等寒湿内停的表现。

湿热蕴脾证与寒湿困脾证的鉴别

证候	相同症状	不同症状	舌象	脉象
湿热蕴脾证	脘腹痞闷，纳呆，恶心呕吐，便溏，肢体困重	身热起伏，汗出热不解，肌肤发黄，色泽鲜明，皮肤发痒，小便短赤	舌红，苔黄腻	脉濡数
寒湿困脾证		口淡不渴，肢体浮肿，小便不利	舌淡，苔白腻	脉濡缓

细目四　辨肝病证候

要点一　肝病各证候的临床表现

1. 肝血虚证

指血液亏损，肝失濡养，以眩晕、视力减退、经少、肢麻手颤及血虚症状为主要表现的虚弱证候。

临床表现：头晕眼花，视力减退或夜盲，或肢体麻木，关节拘急，手足震颤，肌肉瞤动，或妇女月经量少、色淡，甚则闭经，爪甲不荣，面白无华，舌淡，脉细。本证以眩晕、视力减退、经少、肢麻手颤等与血虚症状共见为辨证的主要依据。

2. 肝阴虚证

指阴液亏损，肝失濡润，阴不制阳，虚热内扰，以头晕、目涩、胁痛、烦热等为主要表现的虚热证候，又名肝虚热证。

临床表现：头晕眼花，两目干涩，视力减退，或胁肋隐隐灼痛，面部烘热或两颧潮红，或手足蠕动，口咽干燥，五心烦热，潮热盗汗，舌红少苔乏津，脉弦细数。本证以头晕、目涩、胁痛等与虚热症状共见为辨证的主要依据。

3. 肝郁气滞证

指肝失疏泄，气机郁滞，以情志抑郁、胸胁或少腹胀痛等为主要表现的证候，又名肝气郁结证，简称肝郁证。

临床表现：情志抑郁，善太息，胸胁、少腹胀满疼痛，走窜不定；或咽部异物感，或颈部瘿瘤、瘰疬，或胁下肿块；妇女可见乳房作胀疼痛，月经不调，痛经；舌苔薄白，脉弦。病情轻重与情绪变化关系密切。本证多与情志因素有关，以情志抑郁、胸胁或少腹胀痛等为辨证的主要依据。

4. 肝火炽盛证

指火热炽盛，内扰于肝，气火上逆，以头痛、烦躁、耳鸣、胁痛及火热症状为主要表现的实热证候，又名肝火上炎证、肝经实火证，简称肝火（热）证。

临床表现：头晕胀痛，痛如刀劈，面红目赤，口苦口干，急躁易怒，耳鸣如潮，甚或突发耳聋，失眠，噩梦纷纭，或胁肋灼痛，吐血、衄血，小便短黄，大便秘结，舌红苔黄，脉弦数。本证以头痛、烦躁、耳鸣、胁痛等与火热症状共见为辨证的主要依据。

5. 肝阳上亢证

指肝阳亢扰于上，肝肾阴亏于下，以眩晕耳鸣、头目胀痛、面红、烦躁、腰膝酸软等为主要表现的证候。

临床表现：眩晕耳鸣，头目胀痛，面红目赤，急躁易怒，失眠多梦，头重脚轻，腰膝酸软，舌红少津，脉弦有力或弦细数。本证以眩晕耳鸣、头目胀痛、面红、烦躁、腰膝酸软等为辨证的主要依据。

6. 肝风内动证

（1）肝阳化风证

指肝阳上亢，亢则化风，肝风内动，以眩晕、肢麻震颤、头胀痛、面赤，甚至突然昏仆、口眼㖞斜、半身不遂等为主要表现的证候。

临床表现：眩晕欲仆，步履不稳，头胀头痛，急躁易怒，耳鸣，项强，头摇，肢体震颤，手足麻木，语言謇涩，面赤，舌红，或苔腻，脉弦细有力；甚至突然昏仆，口眼㖞斜，半身不遂，舌强语謇。本证以眩晕、肢麻震颤、头胀痛、面赤，甚至突然昏仆、口眼㖞斜、半身不遂等为辨证的主要依据。

（2）热极生风证

指邪热炽盛，热极动风，以高热、神昏、抽搐为主要表现的证候。本证在卫气营血辨证中归属血分证。

临床表现：高热口渴，烦躁，谵语或神昏，颈项强直，两目上视，手足抽搐，角弓反张，牙关紧闭，舌质红绛，苔黄燥，脉弦数。本证以高热、神昏、抽搐为辨证的主要依据。

（3）阴虚动风证

指肝阴亏虚，虚风内动，以眩晕、手足震颤、蠕动或肢体抽搐及阴虚症状为主要表现的证候。

临床表现：手足震颤、蠕动，或肢体抽搐，眩晕耳鸣，口燥咽干，形体消瘦，五心烦热，潮热颧红，舌红少津，脉弦细数。本证以眩晕、手足震颤、蠕动与阴虚内热症状共见为辨证的主要依据。

（4）血虚生风证

指肝血亏虚，虚风内动，以眩晕、肢体震颤、麻木、拘急、瞤动、瘙痒及血虚症状为主要表现的证候。

临床表现：眩晕，肢体震颤、麻木，手足拘急，肌肉瞤动，皮肤瘙痒，爪甲不荣，面白无华，舌质淡白，脉细或弱。本证以眩晕、肢麻、震颤、瘙痒、拘急、瞤动等与血虚症状共见为辨证的主要依据。

7. 寒滞肝脉证

指寒邪侵袭，凝滞肝经，以少腹、前阴、巅顶等肝经经脉循行部位冷痛为主要表现的实寒证候，又名寒凝肝经证、肝寒证、肝经实寒证。

临床表现：少腹冷痛，阴部坠胀作痛，或阴器收缩引痛，或巅顶冷痛，得温则减，遇寒痛增，恶寒肢冷，舌淡，苔白润，脉沉紧或弦紧。本证以少腹、前阴、巅顶冷痛与实寒症状共见为辨证的主要依据。

要点二　肝病各证候的鉴别要点

1. 肝血虚证与肝阴虚证的鉴别

两者均属肝的虚证，均有头晕等表现。但前者为血虚，无热象，常见眩晕、视物模糊、经少、肢麻手颤等症；后者为阴虚，虚热表现明显，常见眼干涩、潮热、颧红、手足蠕动等症。

2. 肝火炽盛证与肝阳上亢证的鉴别

两证的共同表现：头晕胀痛，面红目赤，口苦口干，急躁易怒，耳鸣，失眠。但前者属火热过盛的实证，以目赤头痛、胁肋灼痛、口苦口渴、便秘、尿黄等火热证候为主，阴虚证候不突出，病程较短，病势较急；后者属上实下虚，虚实夹杂，系肝肾阴虚阳亢所致，以眩晕、头目胀痛、头重脚轻等上亢症状为主，且见腰膝酸软、耳鸣等下虚症状，阴虚证候明显，病程较长。

3. 肝风内动四证的鉴别

肝风内动四证的成因与证候有别。肝阳化风证为阳亢阴虚，上盛下虚，表现为眩晕欲仆，头胀痛，头摇，肢麻震颤，步履不稳等；热极生风证为火热炽盛所致，病势急而重，表现为高热，神昏，抽搐；阴虚动风证多见于热病后期，阴液亏损，表现为眩晕、手足震颤、蠕动及虚热证候；血虚生风证多见于慢性久病，血虚失养，表现为眩晕、肢麻、震颤、拘急、面白舌淡等。

肝风内动四证的鉴别表

证候	性质	主症	兼症	舌象	脉象
肝阳化风证	上实下虚证	眩晕欲仆，头摇肢颤，言语謇涩或舌强不语	手足麻木，步履不正	舌红，苔白或腻	脉弦而有力
热极生风证	实热证	手足抽搐，颈项强直，两目上视，牙关紧闭，角弓反张	高热神昏，躁热如狂	舌质红绛	脉弦数
阴虚动风证	虚证	手足蠕动	午后潮热，五心烦热，口咽干燥，形体消瘦	舌红少津	脉弦细数
血虚生风证	虚证	手足震颤，肌肉瞤动，关节拘急不利，肢体麻木	眩晕耳鸣，面白无华	舌淡，苔白	脉细

细目五　辨肾病证候

要点一　肾病各证候的临床表现

1. 肾阳虚证

指肾阳亏虚，机体失却温煦，以腰膝酸冷、性欲减退、夜尿多为主要表现的虚寒证候，又名元阳亏虚（虚衰）证、命门火衰证。

临床表现：头目眩晕，面色㿠白或黧黑，腰膝酸冷疼痛，畏冷肢凉，下肢尤甚，精神萎靡，性欲减退，男子阳痿早泄、滑精精冷，女子宫寒不孕，或久泻不止，完谷不化，五更泄泻，或小便频数清长，夜尿频多，舌淡，苔白，脉沉细无力，尺脉尤甚。本证以腰膝酸冷、性欲减退、夜尿多与虚寒症状共见为辨证的主要依据。

2. 肾虚水泛证

指肾的阳气亏虚，气化无权，水液泛溢，以水肿下肢为甚、尿少、畏冷肢凉等为主要表现的证候。

临床表现：腰膝酸软，耳鸣，身体浮肿，腰以下尤甚，按之没指，小便短少，畏冷肢凉，腹部胀满，或见心悸，气短，咳喘痰鸣，舌质淡胖，苔白滑，脉沉迟无力。本证以水肿下肢为甚、尿少、畏冷肢凉等为辨证的主要依据。

3. 肾阴虚证

指肾阴亏损，失于滋养，虚热内扰，以腰酸而痛、遗精、经少、头晕耳鸣等为主要表现的虚热证候。

临床表现：腰膝酸软而痛，头晕，耳鸣，齿松，发脱，男子阳强易举、遗精、早泄，女子经少或经闭、崩漏，失眠，健忘，口咽干燥，形体消瘦，五心烦热，潮热盗汗，骨蒸发热，午后颧红，小便短黄，舌红少津，少苔或无苔，脉细数。本证以腰酸而痛、遗精、经少、头晕耳鸣等与虚热症状共见为辨证的主要依据。

4. 肾精不足证

指肾精亏损，脑与骨、髓失充，以生长发育迟缓、早衰、生育功能低下等为主要表现的虚弱证候。

临床表现：小儿生长发育迟缓，身体矮小，囟门迟闭，智力低下，骨骼痿软；男子精少不育，女子经闭不孕，性欲减退；成人早衰，腰膝酸软，耳鸣耳聋，发脱齿松，健忘恍惚，神情呆钝，两足痿软，动作迟缓，舌淡，脉弱。本证多与先天不足有关，以生长发育迟缓、早衰、生育功能低下等为辨证的主要依据。

5. 肾气不固证

指肾气亏虚，失于封藏、固摄，以腰膝酸软，小便、精液、经带、胎气不固等为主要表现的虚弱证候。

临床表现：腰膝酸软，神疲乏力，耳鸣失聪；小便频数而清，或尿后余沥不尽，或遗尿，或夜尿频多，或小便失禁；男子滑精、早泄；女子月经淋漓不尽，或带下清稀量多，

或胎动易滑；舌淡，苔白，脉弱。本证以腰膝酸软，小便、精液、经带、胎气不固与气虚症状共见为辨证的主要依据。

要点二　肾病各证候的鉴别要点

1. 肾阳虚证与肾虚水泛证的鉴别

两者均以肾阳亏虚为病理基础，都有畏寒肢冷，腰膝酸冷，面白神疲等虚寒之象。但前者以温煦失职，生殖功能减退为主；后者以气化无权，水湿泛滥之水肿尿少为主要表现。

肾阳虚证与肾虚水泛证的鉴别表

证型	病机	辨证要点	临床表现	舌象	脉象
肾阳虚证	命门火衰，温煦失职，火不暖土，气化不行	腰膝酸冷、性欲减退、夜尿频多等与虚寒症状共见	头晕目眩，面色㿠白或黧黑，腰膝酸冷疼痛，畏寒肢冷，下肢尤甚，精神萎靡，性欲减退，男子阳痿早泄、滑精精冷，女子宫寒不孕，或久泻不止，完谷不化，五更泄泻，或小便频数清长，夜尿频多	舌淡苔白	脉沉细无力，尺部尤甚
肾虚水泛证	肾阳虚弱，气化无权，水液泛滥	水肿下肢为甚、尿少与畏凉肢冷共见	腰膝酸软，耳鸣，身体浮肿，腰以下为甚，按之没指，小便短少	舌质淡胖，苔白滑	脉沉迟无力

2. 肾阴虚证与肾精不足证的鉴别

两者皆属肾的虚证，均可见腰膝酸软、头晕耳鸣、齿松发脱等症。但前者有阴虚内热的表现，性欲偏亢，梦遗，经少；后者主要为生长发育迟缓，早衰，生育功能低下，无虚热表现。

肾阴虚证与肾精不足证的鉴别表

证候	相同症状	不同症状	舌苔	脉象
肾阴虚证	腰膝酸软	失眠多梦，阳强易举，遗精早泄，潮热盗汗，咽干颧红，溲黄便干	舌红少津	脉细数
肾精不足证		男子精少，女子经闭，发脱齿摇，健忘耳聋，动作迟缓，足痿无力，精神呆钝	舌淡红，苔白	脉沉细

细目六　辨腑病证候

要点一　腑病各证候的临床表现

1. 胃气虚证

指胃气虚弱，胃失和降，以胃脘隐痛或痞胀、喜按、食少等为主要表现的虚弱证候。

临床表现：胃脘隐痛或痞胀，按之觉舒，食欲不振，或得食痛缓，食后胀甚，嗳气，口淡不渴，面色萎黄，气短懒言，神疲倦怠，舌质淡，苔薄白，脉弱。本证以胃脘痞满、隐痛喜按、食少与气虚症状共见为辨证的主要依据。

2. 胃阳虚证

指阳气不足，胃失温煦，以胃脘冷痛、喜温喜按、畏冷、肢凉等为主要表现的虚寒证候，又名胃虚寒证。

临床表现：胃脘冷痛，绵绵不已，时发时止，喜温喜按，食后缓解，泛吐清水或夹有不消化食物，食少脘痞，口淡不渴，倦怠乏力，畏寒肢冷，舌淡胖嫩，脉沉迟无力。本证以胃脘冷痛、喜温喜按、畏冷肢凉为辨证的主要依据。

3. 胃阴虚证

指阴液亏虚，胃失濡润、和降，以胃脘嘈杂、饥不欲食、脘腹痞胀、灼痛等为主要表现的虚热证候，又名胃虚热证。虚热证不明显者，则称胃燥津亏证。

临床表现：胃脘嘈杂，饥不欲食，或痞胀不舒，隐隐灼痛，干呕，呃逆，口燥咽干，大便干结，小便短少，舌红少苔乏津，脉细数。本证以胃脘嘈杂、灼痛、饥不欲食与虚热症状共见为辨证的主要依据。

4. 胃热炽盛证

指火热壅滞于胃，胃失和降，以胃脘灼痛、消谷善饥等为主要表现的实热证候，又名胃（实）热（火）证。

临床表现：胃脘灼痛、拒按，渴喜冷饮，或消谷善饥，或口臭，牙龈肿痛溃烂，齿衄，小便短黄，大便秘结，舌红苔黄，脉滑数。本证以胃脘灼痛、消谷善饥等与实火症状共见为辨证的主要依据。

5. 寒饮停胃证

指寒饮停积于胃，胃失和降，以脘腹痞胀、胃中有振水声、呕吐清水等为主要表现的证候。

临床表现：脘腹痞胀，胃中有振水声，呕吐清水痰涎，口淡不渴，眩晕，舌苔白滑，脉沉弦。本证以脘腹痞胀、胃中有振水声、呕吐清水等为辨证的主要依据。

6. 寒滞胃肠证

指寒邪侵袭胃肠，阻滞气机，以胃脘、腹部冷痛、痛势急剧等为主要表现的实寒证候，又名中焦实寒证。

临床表现：胃脘、腹部冷痛，痛势暴急，遇寒加剧，得温则减，恶心呕吐，吐后痛缓，口淡不渴，或口泛清水，腹泻清稀，或腹胀便秘，面白或青，恶寒肢冷，舌苔白润，脉弦紧或沉紧。本证多有寒冷刺激的诱因，以胃脘、腹部冷痛、痛势急剧等为辨证的主要依据。

7. 食滞胃肠证

指饮食停积胃肠，以脘腹痞胀疼痛、呕泻酸馊腐臭食物等为主要表现的证候。

临床表现：脘腹胀满疼痛、拒按，厌食，嗳腐吞酸，呕吐酸馊食物，吐后胀痛得减，或腹痛，肠鸣，矢气臭如败卵，泻下不爽，大便酸腐臭秽，舌苔厚腻，脉滑或沉实。本证

多有伤食病史，以脘腹痞胀疼痛、呕泻酸馊腐臭等为辨证的主要依据。

8. 胃肠气滞证

指胃肠气机阻滞，以脘腹胀痛走窜、嗳气、肠鸣、矢气等为主要表现的证候。

临床表现：胃脘、腹部胀满疼痛，走窜不定，痛而欲吐或欲泻，泻而不爽，嗳气，肠鸣，矢气，得嗳气、矢气后痛胀可缓解，或无肠鸣、矢气则胀痛加剧，或大便秘结，苔厚，脉弦。本证以脘腹胀痛走窜、嗳气、肠鸣、矢气等为辨证的主要依据。

9. 虫积肠道证

指蛔虫等寄生肠道，耗吸营养，阻滞气机，以腹痛、面黄体瘦、大便排虫等为主要表现的证候。

临床表现：胃脘嘈杂，时作腹痛，或嗜食异物，大便排虫，或突发腹痛，按之有条索状物，甚至剧痛，呕吐蛔虫，面黄体瘦，睡中啮齿，鼻痒，或面部出现白色斑，唇内有粟粒样白点，白睛见蓝斑。本证以腹痛、面黄体瘦、大便排虫等为辨证的主要依据。

10. 肠热腑实证

指里热炽盛，腑气不通，以发热、大便秘结、腹满硬痛为主要表现的实热证候，又名大肠热结证、大肠实热证。六经辨证中称为阳明腑证，卫气营血辨证中属气分证，三焦辨证中属中焦证。

临床表现：高热，或日晡潮热，汗多，口渴，脐腹胀满硬痛、拒按，大便秘结，或热结旁流，大便恶臭，小便短黄，甚则神昏谵语、狂乱，舌质红，苔黄厚而燥，或焦黑起刺，脉沉数（或迟）有力。本证以发热、大便秘结、腹满硬痛为辨证的主要依据。

11. 肠燥津亏证

指津液亏损，肠失濡润，传导失职，以大便燥结、排便困难及津亏症状为主要表现的证候。

临床表现：大便干燥如羊屎，艰涩难下，数日一行，腹胀作痛，或可于左少腹触及包块，口干，或口臭，或头晕，舌红少津，苔黄燥，脉细涩。本证多属病久而势缓，以大便燥结、排便困难与津亏症状共见为辨证的主要依据。

12. 肠道湿热证

指湿热内蕴，阻滞肠道，以腹痛、暴泻如下、下痢脓血、大便黄稠秽臭及湿热症状为主要表现的证候，又名大肠湿热证。

临床表现：身热口渴，腹痛腹胀，下痢脓血，里急后重，或暴泻如水，或腹泻不爽，粪质黄稠秽臭，肛门灼热，小便短黄，舌质红，苔黄腻，脉滑数。本证以腹痛、暴泻如水、下痢脓血、大便黄稠秽臭等与湿热症状共见为辨证的主要依据。

13. 膀胱湿热证

指湿热侵袭，蕴结膀胱，以小便频急、灼涩疼痛及湿热症状为主要表现的证候。

临床表现：小便频数，排尿灼热涩痛，小便短赤，尿血或有砂石，小腹胀痛，腰痛，发热口渴，舌红，苔黄腻，脉濡数。本证属新病势急，以小便频急、灼涩疼痛等与湿热症状共见为辨证的主要依据。

14. 胆郁痰扰证

指痰浊或痰热内扰，胆郁失宣，以胆怯、惊悸、烦躁、失眠、眩晕等为主要表现的证候。

临床表现：胆怯易惊，惊悸不宁，失眠多梦，烦躁不安，胸胁胀闷，善太息，头晕目眩，口苦呕恶，舌淡红或红，苔白腻或黄滑，脉弦缓或弦数。本证以胆怯、惊悸、烦躁、失眠、眩晕、呕恶等为辨证的主要依据。

要点二　腑病各证候的鉴别要点

1. 脾气虚证与胃气虚证、脾阳虚证与胃阳虚证的鉴别

四者均有食少、脘腹隐痛及气虚或阳虚的共同症状。但脾阳虚、脾气虚以脾失运化为主，胀或痛的部位在大腹，腹胀腹痛、便溏、水肿等症突出；胃阳虚、胃气虚以受纳腐熟功能减弱，胃失和降为主，胀或痛的部位在胃脘，脘痞隐痛、嗳气等症明显。

2. 胃阴虚证与胃热炽盛证的鉴别

两者均属胃的热证，可见脘痛、口渴、脉数等症。但前者为虚热，常见嘈杂，饥不欲食，舌红少苔，脉细；后者为实热，常见消谷善饥，口臭，牙龈肿痛，齿衄，脉滑。

胃阴虚证与胃热炽盛证的鉴别表

证候	疼痛性质	呕吐	口味与口渴	大便	舌象	脉象
胃热炽盛证	灼痛	吞酸	渴喜冷饮	秘结	舌红苔黄	脉滑数
胃阴虚证	隐痛	干呕	口咽干燥	干结	舌红少苔	脉细数

3. 寒滞胃肠证与胃肠气滞证的鉴别

两者均有气滞的病机，故胃肠气滞证与寒滞胃肠证均可见脘腹痞胀、疼痛、呕泻等症。但寒滞胃肠证有寒邪刺激的病因，有冷痛喜温、恶寒肢冷、脉紧等属寒的表现；胃肠气滞证则以胀痛为主，嗳气、肠鸣、矢气等症明显，而无寒因、寒症。

4. 湿热蕴脾证与肠道湿热证的鉴别

两者均属湿热为病，可见发热、口渴、尿黄、舌红、苔黄腻、脉滑数等症。但前者病势略缓，除有腹胀、纳呆、呕恶、便溏等胃肠症状外，并有身热不扬、汗出热不解、肢体困重、口腻、渴不多饮，或有黄疸、肤痒等症状；后者则病势较急，病位以肠道为主，腹痛、暴泻如水、下痢脓血、大便黄稠秽臭等为突出表现。

5. 心火下移证与膀胱湿热证的鉴别

两者均可见小便频急、灼涩疼痛等症。但前者为火热炽盛，灼伤津液，兼有心烦、口舌生疮等症；后者为湿热蕴结膀胱，气机不畅，有苔黄腻、脉滑数等湿热证候。

细目七　辨脏腑兼病证候

要点一　脏腑兼病各证候的临床表现

1. 心肾不交证

指心与肾的阴液亏虚，阳气偏亢，以心烦、失眠、梦遗、耳鸣、腰酸等为主要表现的虚热证候，又名心肾阴虚阳亢（火旺）证。

临床表现：心烦失眠，惊悸健忘，头晕，耳鸣，腰膝酸软，梦遗，口咽干燥，五心烦热，潮热盗汗，便结尿黄，舌红少苔，脉细数。本证以心烦、失眠、腰酸、耳鸣、梦遗与虚热症状共见为辨证的主要依据。

2. 心肾阳虚证

指心与肾的阳气虚衰，失于温煦，以心悸、水肿等为主要表现的虚寒证候，又名心肾虚寒证。水肿明显者，可称水气凌心证。

临床表现：畏寒肢冷，心悸怔忡，胸闷气喘，肢体浮肿，小便不利，神疲乏力，腰膝酸冷，唇甲青紫，舌淡紫，苔白滑，脉弱。本证以心悸、水肿与虚寒症状共见为辨证的主要依据。

3. 心肺气虚证

指心肺两脏气虚，以咳喘、心悸、胸闷等为主要表现的虚弱证候。

临床表现：胸闷，咳嗽，气短而喘，心悸，动而尤甚，吐痰清稀，神疲乏力，声低懒言，自汗，面色淡白，舌淡苔白，或唇舌淡紫，脉弱或结或代。本证以咳喘、心悸、胸闷与气虚症状共见为辨证的主要依据。

4. 心脾气血虚证

指脾气亏虚，心血不足，以心悸、神疲、头晕、食少、腹胀、便溏等为主要表现的虚弱证候。简称心脾两虚证。

临床表现：心悸怔忡，头晕，多梦，健忘，食欲不振，腹胀，便溏，神疲乏力，或见皮下紫斑，女子月经量少、色淡、淋漓不尽，面色萎黄，舌淡嫩，脉弱。本证以心悸、神疲、头晕、食少、腹胀、便溏等为辨证的主要依据。

5. 心肝血虚证

指血液亏少，心肝失养，以心悸、多梦、眩晕、肢麻、经少及血虚症状为主要表现的证候。

临床表现：心悸心慌，多梦健忘，头晕目眩，视物模糊，肢体麻木、震颤，女子月经量少、色淡，甚则经闭，面白无华，爪甲不荣，舌质淡白，脉细。本证以心悸、多梦、眩晕、肢麻等与血虚症状共见为辨证的主要依据。

6. 脾肺气虚证

指脾肺两脏气虚，以咳嗽、气喘、咯痰、食少、腹胀、便溏等为主要表现的虚弱证候，又名脾肺两虚证。

临床表现：食欲不振，食少，腹胀，便溏，久咳不止，气短而喘，咯痰清稀，面部虚浮，下肢微肿，声低懒言，神疲乏力，面白无华，舌淡，苔白滑，脉弱。本证以咳嗽、气喘、咯痰、食少、腹胀、便溏与气虚症状共见为辨证的主要依据。

7. 肺肾气虚证

指肺肾气虚，摄纳无权，以久病咳喘、呼多吸少、动则尤甚等为主要表现的虚弱证候，又名肾不纳气证。

临床表现：咳嗽无力，呼多吸少，气短而喘，动则尤甚，吐痰清稀，声低，乏力，自汗，耳鸣，腰膝酸软，或尿随咳出，舌淡紫，脉弱。本证以久病咳喘、呼多吸少、动则尤甚与气虚症状共见为辨证的主要依据。

8. 肺肾阴虚证

指肺肾阴液亏虚，虚热内扰，以干咳、少痰、腰酸、遗精等为主要表现的虚热证候。

临床表现：咳嗽痰少，或痰中带血，或声音嘶哑，腰膝酸软，形体消瘦，口燥咽干，骨蒸潮热，盗汗，颧红，男子遗精，女子经少，舌红，少苔，脉细数。本证以干咳、少痰、腰酸、遗精等与虚热症状共见为辨证的主要依据。

9. 肝火犯肺证

指肝火炽盛，上逆犯肺，肺失肃降，以胸胁灼痛、急躁、咳嗽痰黄或咳血等为主要表现的实热证候。

临床表现：胸胁灼痛，急躁易怒，头胀头晕，面红目赤，口苦口干，咳嗽阵作，痰黄稠黏，甚则咳血，舌红，苔薄黄，脉弦数。本证以胸胁灼痛、急躁、咳嗽痰黄或咳血等与实热症状共见为辨证的主要依据。

10. 肝胆湿热证

指湿热内蕴，肝胆疏泄失常，以身目发黄、胁肋胀痛及湿热症状为主要表现的证候。以阴痒、带下黄臭等为主要表现者，称肝经湿热（下注）证。

临床表现：身目发黄，胁肋胀痛，或胁下有痞块，纳呆，厌油腻，泛恶欲呕，腹胀，大便不调，小便短赤，发热或寒热往来，口苦口干，舌红，苔黄腻，脉弦滑数；或为阴部潮湿、瘙痒、湿疹，阴器肿痛，带下黄稠臭秽等。本证以胁肋胀痛、身目发黄，或阴部瘙痒、带下黄臭等与湿热症状共见为辨证的主要依据。

11. 肝胃不和证

指肝气郁结，胃失和降，以脘胁胀痛、嗳气、吞酸、情绪抑郁等为主要表现的证候，又名肝气犯胃证、肝胃气滞证。

临床表现：胃脘、胁肋胀满疼痛，走窜不定，嗳气，吞酸嘈杂，呃逆，不思饮食，情绪抑郁，善太息，或烦躁易怒，舌淡红，苔薄黄，脉弦。本证以脘胁胀痛、嗳气、吞酸、情绪抑郁等为辨证的主要依据。

12. 肝郁脾虚证

指肝失疏泄，脾失健运，以胁胀作痛、情志抑郁、腹胀、便溏等为主要表现的证候，又称肝脾不调证。

临床表现：胸胁胀满窜痛，善太息，情志抑郁，或急躁易怒，食少，腹胀，肠鸣矢

气，便溏不爽，或腹痛欲便，泻后痛减，或大便溏结不调，舌苔白，脉弦或缓。本证以胁胀作痛、情志抑郁、腹胀、便溏等为辨证的主要依据。

13. 肝肾阴虚证

指肝肾阴液亏虚，虚热内扰，以腰酸胁痛、眩晕、耳鸣、遗精等为主要表现的虚热证候，又名肝肾虚火证。

临床表现：头晕，目眩，耳鸣，健忘，胁痛，腰膝酸软，口燥咽干，失眠多梦，低热或五心烦热，颧红，男子遗精，女子月经量少，舌红，少苔，脉细数。本证以腰酸胁痛、眩晕、耳鸣、遗精等与虚热症状共见为辨证的主要依据。

14. 脾肾阳虚证

指脾肾阳气亏虚，虚寒内生，以久泻久痢、水肿、腰腹冷痛等为主要表现的虚寒证候。

临床表现：腰膝、下腹冷痛，畏冷肢凉，久泻久痢，或五更泄泻，完谷不化，便质清冷，或全身水肿，小便不利，面色㿠白，舌淡胖，苔白滑，脉沉迟无力。本证以久泻久痢、水肿、腰腹冷痛等与虚寒症状共见为辨证的主要依据。

要点二　脏腑兼病各证候的鉴别要点

1. 心脾气血虚证与心肝血虚证的鉴别

两者均有心血不足，心及心神失养，而见心悸、失眠多梦等症。但前者兼有脾虚失运，血不归经的表现，常见食少、腹胀、便溏、慢性失血等症；后者兼有肝血不足，失于充养的表现，常见眩晕、肢麻、视力减退、经少等症。

2. 心肺气虚证、脾肺气虚证与肺肾气虚证的鉴别

三者均有肺气虚，呼吸功能减退，而见咳喘无力、气短、咯痰清稀等症。心肺气虚证则兼有心悸怔忡、胸闷等心气不足的证候；肺脾气虚证则兼有食少、腹胀、便溏等脾失健运的证候；肺肾气虚证则兼有呼多吸少、腰酸耳鸣、尿随咳出等肾失摄纳的证候。

3. 肝胃不和证、肝郁脾虚证与胃肠气滞证的鉴别

前两者均有肝气郁结，而见胸胁胀满疼痛、情志抑郁或烦躁等表现。但肝胃不和证兼胃失和降，常有胃脘胀痛、嗳气、呃逆等症；肝郁脾虚证兼脾失健运，常有食少、腹胀、便溏等症；胃肠气滞证则肝气郁结的证候不明显，只见胃肠气机阻滞的症状，以脘腹胀痛走窜、嗳气、肠鸣、矢气等为主要表现。

肝胃不和证、肝郁脾虚证与胃肠气滞证的鉴别表

证候	病机	相同症状	不同症状	舌象	脉象
肝胃不和证	肝失疏泄，横逆犯胃，胃失和降	抑郁易怒，胸胁胀痛及纳少	腹胀、呕恶、呃逆、嗳气、嘈杂等胃气上逆的症状	舌苔薄白或薄黄	脉弦或带数
肝郁脾虚证	肝失疏泄，横逆犯脾，脾失健运		腹痛肠鸣，腹泻不爽	舌苔白	脉弦或缓弱
胃肠气滞证	多因情志不遂，外邪内侵，病理产物或病邪停滞，导致胃肠气机阻滞而成	脘腹胀痛走窜、嗳气、肠鸣、矢气	肝气郁结的证候不明显，以脘腹胀痛走窜、嗳气、肠鸣、矢气等为主要表现	舌苔厚	脉弦

4. 心肾不交证、肺肾阴虚证与肝肾阴虚证的鉴别

三者都有肾阴虚的证候，均见腰膝酸软、耳鸣、遗精及阴虚内热的表现。但心肾不交证兼心阴亏虚，虚火扰神，故心悸、心烦、失眠多梦等症明显；肺肾阴虚证兼肺阴亏损，肺失清肃，故有干咳、痰少难咯等表现；肝肾阴虚证兼肝阴虚损，失于滋养，常见胁痛、目涩、眩晕等症。

5. 脾肾阳虚证与心肾阳虚证的鉴别

两者均有畏冷肢凉、舌淡胖、苔白滑等虚寒证候，且有腰膝酸冷、小便不利、浮肿等肾阳虚水湿内停的表现。但前者并有久泻久痢、完谷不化等脾阳虚、运化无权的表现；后者心悸怔忡、胸闷气喘、面唇紫暗等心阳不振、血行不畅的症状转为突出。

6. 肝胆湿热证与湿热蕴脾证的鉴别

两证均因湿热内蕴所致，可见湿热证候及脾胃纳运升降失职的表现，均可出现脘腹胀满、纳呆呕恶、身目发黄、色泽鲜明、大便不调、小便短黄、舌质红、苔黄腻、脉滑数等症。肝胆与脾胃之间在病理上相互影响，由于二者主要的病位病机不同，故症状有别。

肝胆湿热证的病位主要在肝胆（疏泄功能失职），故以胁肋胀痛、胁下痞块、黄疸、口苦等肝胆疏泄失常症状为主，尚可出现寒热往来及阴部瘙痒、妇女带下黄臭等症。湿热蕴脾证的病位主要在脾胃（纳运升降失职），故以脘腹胀闷、纳呆呕恶、大便溏泻等受纳运化功能失常的症状为主，还可出现肢体困重、身热不扬等症状。

7. 肝火犯肺证、燥邪犯肺证、热邪壅肺证与肺阴虚证的鉴别

四证均可能有咳嗽、咳血的表现。但肝火犯肺证系肝经气火上逆犯肺，肺失清肃，有急躁易怒、胁肋灼痛等肝火内炽的症状；燥邪犯肺证只发于秋季，必兼发热恶寒之表证；热邪壅肺证系邪热内盛，痰热互结，壅闭于肺，有典型的实热表现；肺阴虚证系内伤久病，肺津受损，虚热内生，有潮热盗汗等阴虚内热的症状。四证的舌脉表现也各有不同。

肝火犯肺证、燥邪犯肺证、热邪壅肺证与肺阴虚证的鉴别表

证候	病机	相同症状	不同症状	舌象	脉象
肝火犯肺证	肝经气火上逆犯肺，肺失清肃	咳嗽，咳血	急躁易怒、胁肋灼痛等肝火内炽的症状	舌红，苔薄黄	脉弦数
燥邪犯肺证	外界燥邪侵犯肺卫，肺系津液耗伤		只发于秋季，必兼发热恶寒之表证	苔薄而干燥少津	脉浮数或浮紧
热邪壅肺证	邪热内盛，痰热互结，壅闭于肺	咳嗽，咳血	一般与情志无关，肝经症状不明显，有实热表现	舌红，苔黄或黄腻	脉数或滑数
肺阴虚证	内伤久病，肺津受损，虚热内生		潮热盗汗等阴虚内热的症状	舌苔白	脉弦或缓弱

8. 肝肾阴虚证与肝阳上亢证的鉴别

两证均有肝肾阴亏、阴不制阳的病机，均有头晕目眩、耳鸣、腰膝酸软等症。但肝肾阴虚证为虚证，以颧红盗汗、五心烦热等虚火内扰的表现为主；肝阳上亢证为本虚标实之证，急躁易怒、头目胀痛、头重脚轻等肝阳亢逆、气血上冲的症状比较突出。

肝肾阴虚证与肝阳上亢证的鉴别表

证候	病机	相同症状	不同症状	舌象	脉象
肝肾阴虚证	肝肾阴液亏虚，阴不制阳，虚热内扰	头晕目眩，耳鸣，腰膝酸软	颧红盗汗、五心烦热等虚火内扰的表现	舌红少苔	脉细数
肝阳上亢证	肝肾阴亏，阴不制阳，亢阳上扰		面红目赤、急躁易怒、头目胀痛、头重脚轻等肝阳亢逆、气血上冲的症状	舌红	脉弦或弦细数

（张华　陆小左）

第九单元　其他辨证方法概要

细目一　辨六经病证

六经辨证是《伤寒论》辨证论治的纲领。由东汉·张仲景在《素问·热论》的基础上，根据伤寒病的证候特点和传变规律而总结出来的一种辨证方法。

六经，指太阳、阳明、少阳、太阴、少阴和厥阴。六经辨证，就是以六经所系经络、脏腑的生理病理为基础，将外感病过程中所出现的各种证候，综合归纳为太阳病证、阳明

病证、少阳病证、太阴病证、少阴病证和厥阴病证六类证候，用来阐述外感病不同阶段的病理特点，并指导临床治疗。

要点一　太阳病证的辨证要点

太阳病证指风寒之邪侵犯人体肌表，正邪抗争，营卫失和，以恶风寒、脉浮、头痛等为主要表现的证候。

1. 太阳经证

（1）太阳中风证：指以风邪为主的风寒之邪侵袭太阳经脉，卫强营弱，以发热、恶风、汗出、脉浮缓等为主要表现的证候。

临床表现：发热，恶风，汗出，脉浮缓，或见鼻鸣，干呕。

辨证要点：本证以恶风、汗出、脉浮缓为辨证依据。

（2）太阳伤寒证：指以寒邪为主的风寒之邪侵犯太阳经脉，卫阳被遏，毛窍闭伏，以恶寒、发热、无汗、头身疼痛、脉浮紧等为主要表现的证候。

临床表现：恶寒，发热，头项强痛，身体疼痛，无汗，脉浮紧，或见气喘。

辨证要点：本证以恶寒、无汗、头身痛、脉浮紧为辨证依据。

2. 太阳腑证

（1）太阳蓄水证：指太阳经证不解，邪与水结，膀胱气化不利，水液停蓄，以发热恶寒、小便不利等为主要表现的证候。

临床表现：发热恶寒，小便不利，小腹满，口渴，或水入即吐，脉浮或浮数。

辨证要点：本证以太阳经证与小便不利、小腹满并见为辨证依据。

（2）太阳蓄血证：指太阳经证不解，邪热传里，与血相结于少腹，以少腹急强或硬满、大便色黑等为主要表现的证候。

临床表现：少腹急结或硬满，小便自利，如狂或发狂，善忘，大便色黑如漆，脉沉涩或沉结。

辨证要点：本证以少腹急结、小便自利、大便色黑等为辨证依据。

要点二　阳明病证的辨证要点

阳明病证指伤寒病发展过程中，阳热亢盛，胃肠燥热所表现的证候。主要病机是“胃家实”，属里实热证，为邪正斗争的极期阶段。阳明病证又可分为阳明经证和阳明腑证。

1. 阳明经证

指邪热亢盛，充斥阳明之经，弥漫全身，肠中尚无燥屎内结，以高热、汗出、口渴、脉洪等为主要表现的证候。

临床表现：身大热，不恶寒，反恶热，汗大出，大渴引饮，心烦躁扰，面赤，气粗，苔黄燥，脉洪大。

辨证要点：本证以大热、大汗、大渴、脉洪大为辨证要点。

2. 阳明腑证

指邪热内盛，与肠中糟粕相搏，燥屎内结，以潮热汗出、腹满痛、便秘、脉沉实等为主要表现的证候。

临床表现：日晡潮热，手足汗出，脐腹胀满疼痛、拒按，大便秘结，甚则神昏谵语，狂躁不得眠，舌苔黄厚干燥，或起芒刺，甚至苔焦黑燥裂，脉沉实或滑数。

辨证要点：本证以潮热汗出、腹满痛、便秘、脉沉实等为辨证要点。

要点三　少阳病证的辨证要点

少阳病证指邪犯少阳胆腑，枢机不运，经气不利，以寒热往来、胸胁苦满等为主要表现的证候。

临床表现：口苦，咽干，目眩，寒热往来，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦欲呕，脉弦。

辨证要点：本证以寒热往来、胸胁苦满等为辨证依据。

要点四　太阴病证的辨证要点

指脾阳虚弱，寒湿内生，以腹满而痛、不欲食、腹泻等为主要表现的虚寒证候。

临床表现：腹满而吐，食不下，泄泻，口不渴，时腹自痛，四肢欠温，脉沉缓或弱。

辨证要点：本证以腹满时痛、腹泻等虚寒表现为辨证要点。

要点五　少阴病证的辨证要点

1. 少阴寒化证

指心肾阳气虚衰，阴寒独盛，病性从阴化寒，以畏寒肢凉、下利清谷等为主要表现的虚寒证候。

临床表现：无热恶寒，但欲寐，四肢厥冷，下利清谷，呕不能食，或食入即吐，或身热反不恶寒，甚至面赤，脉微细。

辨证要点：本证以畏寒肢厥、下利清谷、脉微细等为辨证依据。

2. 少阴热化证

指心肾阴虚阳亢，病性从阳化热，以心烦不寐、舌尖红、脉细数等为主要表现的虚热证候。

临床表现：心烦不得眠，口燥咽干，舌尖红，脉细数。

辨证要点：本证以心烦不得眠以及阴虚证候为辨证依据。

要点六　厥阴病证的辨证要点

厥阴病证指伤寒病发展传变的较后阶段，表现为阴阳对峙、寒热交错、厥热胜复的证候。

临床表现：消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔。

辨证要点：本证以消渴、气上撞心、心中疼热、饥而不欲食为辨证依据。

要点七　六经病证的传变

1. 传经

病邪自外侵入，逐渐向里发展，由某一经病证转变为另一经病证，称为“传经”。其

中若按伤寒六经的顺序相传者，即太阳病证→阳明病证→少阳病证→太阴病证→少阴病证→厥阴病证，称为“循经传”；若是隔一经或两经以上相传者，称为“越经传”；若相互表里的两经相传者，称为“表里传”，如太阳病传少阴病等。

2. 直中

伤寒病初起不从阳经传入，病邪直入于三阴者，称为“直中”。

3. 合病

伤寒病不经过传变，两经或三经同时出现的病证，称为“合病”。如太阳阳明合病、太阳太阴合病等。

4. 并病

伤寒病凡一经病证未罢，又见他经病证者，称为“并病”。如太阳少阴并病、太阴少阴并病等。

细目二　辨卫气营血病证

卫气营血辨证，是清代叶天士在《外感温热篇》中所创立的一种适用于外感温热病的辨证方法。即将外感温热病发展过程中，不同病理阶段所反映的证候，分为卫分证、气分证、营分证、血分证四类，用以说明病位的浅深、病情的轻重和传变的规律，并指导临床治疗。

要点一　卫分证的辨证要点

卫分证指温热病邪侵袭肌表，卫气功能失调，肺失宣降，以发热、微恶风寒、脉浮数等为主要表现的表热证候。

临床表现：发热，微恶风寒，少汗，头痛，全身不适，口微渴，舌边尖红，苔薄黄，脉浮数，或有咳嗽、咽喉肿痛。

辨证要点：本证以发热而微恶风寒、舌边尖红、脉浮数等为辨证要点。

要点二　气分证的辨证要点

气分证指温热病邪内传脏腑，正盛邪炽，阳热亢盛所表现的里实热证候。根据邪热侵犯肺、胸膈、胃肠、胆等脏腑的不同，兼有不同的表现。

临床表现：发热不恶寒，口渴，汗出，心烦，尿赤，舌红，苔黄，脉数有力；或兼咳喘胸痛，咯痰黄稠；或兼心烦懊侬，坐卧不安；或兼潮热，腹胀痛、拒按；或时有谵语、狂乱，大便秘结或下秽臭稀水，苔黄燥，甚则焦黑起刺，脉沉实；或见口苦，胁痛，心烦，干呕，脉弦数等。

辨证要点：气分证以发热不恶寒、舌红苔黄、脉数有力为辨证要点。

要点三　营分证的辨证要点

营分证指温热病邪内陷，营阴受损，心神被扰，以身热夜甚、心烦不寐、斑疹隐隐、舌绛等为主要表现的证候。

临床表现：身热夜甚，口不甚渴或不渴，心烦不寐，甚或神昏谵语，斑疹隐隐，舌质红绛，无苔，脉细数。

辨证要点：本证以身热夜甚、心烦不寐、舌绛、脉细数等为辨证要点。

要点四　血分证的辨证要点

血分证指温热病邪深入血分，耗血、伤阴，动血、动风，以发热、谵语神昏、抽搐或手足蠕动、斑疹、吐衄、舌质深绛等为主要表现的证候。

临床表现：身热夜甚，躁扰不宁，甚或谵语神昏，斑疹显露、色紫黑，吐血、衄血、便血、尿血，舌质深绛，脉红数；或见抽搐，颈项强直，角弓反张，目睛上视，牙关紧闭，脉弦数；或见手足蠕动、瘛疭等；或见持续低热，暮热早凉，五心烦热，神疲欲寐，耳聋，形瘦，脉虚细。

辨证要点：本证以身热夜甚、谵语神昏、抽搐或手足蠕动、斑疹、吐衄、舌质深绛、脉细数等为辨证要点。

要点五　卫气营血病证的传变

顺传：指病变多从卫分开始，依次传入气分、营分、血分，反映了温病由浅入深的演变规律。

逆传：指邪入卫分后，不经过气分阶段而直接深入营、血分。实际上，“逆传”只是顺传规律中的一种特殊类型，病情更加急剧、重笃。

（张华　陆小左）

诊 断 学 基 础

第一单元　症状学

细目一　发热

要点一　发热的病因

1. 感染性发热

感染细菌、病毒、肺炎支原体、立克次体、螺旋体、寄生虫、真菌等病原体引起的发热，以感染细菌、病毒引起最常见，如急性扁桃体炎、肺炎球菌肺炎、流行性感冒、肾盂肾炎、败血症等。

2. 非感染性发热

常见的原因有：①无菌性坏死性物质的吸收：如恶性肿瘤、心肌梗死、大手术后、大面积烧伤、肢体坏死、急性溶血等。②变态反应：如风湿热、药物热、血清病等。③内分泌与代谢疾病：如甲亢、严重脱水等。④皮肤散热减少：如鱼鳞病、广泛性皮炎、慢性心功能不全等。⑤体温调节中枢功能失调：如颅脑外伤、脑出血、中暑等。⑥植物神经功能紊乱。

要点二　发热的临床表现

1. 发热分度

正常成年人的腋下体温在36℃～37℃之间。临床根据体温升高的情况，将发热分为：①低热：体温在37.5℃～38℃之间。②中等度热：体温在38.1℃～39℃之间。③高热：体温在39.1℃～41℃之间。④超高热：体温在41℃以上者。

2. 发热分期

（1）体温上升期：由机体产热增多、散热减少所致。表现形式：①骤升：体温在几小时内达到39℃或以上，常伴有怕冷、寒战，皮肤苍白、干燥，肌肉酸痛等。②缓升：体温上升缓慢，数日内可达高峰，常不怕冷、无寒战。

（2）高热持续期：体温达高峰，产热和散热在较高水平保持暂时平衡。此时，患者常出现皮肤潮红灼热，呼吸、心率增快，食欲差，尿量减少，头痛等。此期可持续数小时。

（3）体温下降期：此期机体产热减少、散热增多。表现形式：①骤降：体温于数小时内迅速下降至正常，此时患者皮肤潮湿多汗，有时因大量出汗、体液丢失过多而出现脱水、血压下降，年老体弱者甚至可以发生休克。②缓降：体温于数日内逐渐降至正常。

3. 常见的热型及其临床意义

（1）稽留热：体温在39℃以上，每日波动范围不超过1℃，可持续达数日或数周，常

见于肺炎球菌肺炎、伤寒等。

（2）弛张热：体温在39℃以上，每日波动范围达2℃以上，体温下降时依旧高于正常，可见于败血症、风湿热、重症肺结核等。

（3）间歇热：体温骤升达39℃以上，持续数小时后骤降至正常，无热期可持续1日或数日，如此高热期与无热期（间歇期）交替出现，临床多见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

（4）不规则热：发热无一定规律，多见于肺结核、风湿热等。

（5）回归热：体温骤升骤降，高热期与无热期各持续若干日，并规律性交替1次，见于回归热、霍奇金病等。

（6）波状热：体温缓升达39℃或以上，持续数日后缓降至正常，数日后又升高，如此反复出现，见于布鲁菌病。

要点三　发热的伴随症状

1. 伴寒战、黄疸，见于败血症、急性化脓性胆管炎、肺炎球菌肺炎、急性溶血等。

2. 伴意识障碍，常见于颅脑疾患（如脑炎、脑膜炎、脑外伤、脑肿瘤、脑血管病等）和伤寒、流行性出血热、中毒性菌痢等传染病，以及糖尿病酮症酸中毒、败血症、甲状腺危象、高温中暑等全身疾病的严重阶段。

3. 伴有腹痛、黄疸，可见于急性胆囊炎、急性胆管炎、胰头癌、病毒性肝炎等。

4. 伴结膜充血，可见于麻疹、斑疹伤寒、流行性出血热、钩端螺旋体病等。

5. 伴皮疹，可见于猩红热、风疹、麻疹、水痘、伤寒、药物热等。

6. 伴皮肤黏膜出血，可见于败血症、流行性出血热、严重肝脏疾病以及急性白血病、再生障碍性贫血等。

7. 伴腹泻，可见于细菌性痢疾、急性肠炎、肠结核、溃疡性结肠炎等。

8. 伴淋巴结肿大，可见于传染性单核细胞增多症、淋巴结结核、白血病、淋巴瘤等。

9. 伴肝脾肿大，可见于败血症、疟疾、白血病、淋巴瘤、血吸虫病、伤寒等。

10. 伴有腰痛、尿频、尿急、尿痛，见于急、慢性肾盂肾炎。

要点四　发热的问诊要点

1. 发热时间及缓急

急性发热病程一般在两周内，病因多为感染，如急性上呼吸道感染、急性传染病及各器官急性炎症。长期发热病程多超过两周，临床涉及多种疾病，如结核病、风湿热、伤寒、疟疾、血吸虫病、布鲁菌病、恶性肿瘤等。

2. 体温变化情况

不同的疾病有不同的体温变化特点（热型），因此，询问体温变化情况有助于疾病的诊断和鉴别诊断。

3. 病史及诱因

如有无传染病接触史、疫水接触史、手术流产或分娩史、外伤史等，有无淋雨、受凉等诱因。

4. 伴随症状

发热的同时是否伴有寒战、头痛、呕吐、咳嗽、咳痰、胸痛、呼吸困难、腹痛、腹泻、黄疸、尿路刺激症状、意识障碍、汗出等。

5. 诊治经过

注意询问发热症状的诊治经过。

细目二　头痛

要点一　头痛的病因

1. 颅脑病变，如感染、脑血管病变、颅内占位病变、颅脑外伤等。
2. 颅外病变，如颅骨疾病、颈部疾病、神经痛等。
3. 全身性疾病，如急性感染、心血管疾病、中毒等。
4. 神经症，如神经衰弱及癔症等。

要点二　头痛的问诊要点

1. 头痛发生的急缓

急性头痛常见于颅内血管疾病、感染、外伤等。慢性反复发作的头痛常见于神经症、血管性头痛等。

2. 头痛的特点

（1）头痛部位：感染所致的头痛多为全头痛；偏头痛为一侧眶后或颞额部痛；三叉神经痛的部位与其分支的分布范围有关；神经性头痛的部位不定。

（2）头痛性质：高血压及血管性头痛为胀痛、搏动性头痛；蛛网膜下腔出血的头痛剧烈；三叉神经痛呈电击样或刺痛。

（3）头痛程度：分为轻、中、重度，但与病情的轻重常不一致，与患者对痛觉的敏感性有关。一般三叉神经痛、偏头痛、脑膜受刺激头痛最为剧烈。

（4）头痛加重或缓解因素：如咳嗽、打喷嚏、用力排便等可使颅内压增高的动作，常使脑膜炎、脑肿瘤等头痛加剧；神经性头痛因精神紧张、焦虑、失眠等诱发或加重。

3. 伴随症状

伴发热，见于感染、中毒、脑出血等；伴剧烈呕吐，提示颅内高压，见于脑膜炎、脑炎、脑肿瘤等；伴意识障碍，见于感染、中毒、脑血管病变、脑外伤等。

4. 其他

注意询问既往病史、个人史、家族史及诊治经过等。

细目三　胸痛

要点一　胸痛的病因

1. 胸壁疾病，如皮肤及皮下组织病变、肌肉病变、肋骨病变、肋间神经病变。
2. 呼吸系统疾病，如支气管及肺部病变、胸膜病变。
3. 心血管疾病，如冠心病、心包及心肌病变、血管病变、心脏神经症。
4. 其他原因，如食管疾病、纵隔疾病、腹部疾病。

要点二　胸痛的问诊要点

1. 发病年龄

青壮年应注意结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病，40 岁以上者应多考虑心绞痛、心肌梗死与肺癌等。

2. 胸痛的部位

胸壁疾病所致的胸痛常固定于病变部位，局部可有压痛。带状疱疹沿一侧肋间神经分布伴胸痛，疱疹不超过体表正中线。非化脓性肋软骨炎多侵犯第 1、2 肋软骨。心绞痛与急性心肌梗死的疼痛常位于胸骨后或心前区，可向左肩背、左臂内侧或无名指及小指放射。食管、纵隔肿瘤的疼痛也位于胸骨后。肝胆及膈下脓肿引起的胸痛多出现在右下胸，可放射致右肩背部。

3. 胸痛的性质

带状疱疹呈阵发性的灼痛或刺痛。肌痛常呈酸痛。骨痛呈刺痛。食管炎呈灼痛或灼热感。心绞痛常呈压榨样，可伴窒息感。心肌梗死疼痛剧烈并有恐惧、濒死感。干性胸膜炎常呈尖锐刺痛。肺梗死为突然剧烈刺痛或绞痛，常伴有呼吸困难与发绀。

4. 胸痛持续时间

平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所致的疼痛为阵发性，发作时间短暂，如心绞痛。心肌梗死的疼痛持续时间长且不易缓解。炎症、肿瘤、栓塞或梗死所致的疼痛呈持续性。

5. 胸痛的诱因与缓解因素

心绞痛常因劳累或精神紧张而诱发，休息或含服硝酸甘油可迅速缓解。心肌梗死不一定有诱因，胸痛含硝酸甘油无效。心脏神经症的胸痛在体力活动后反而减轻。胸膜炎、自发性气胸的胸痛在深呼吸或咳嗽时加剧。胸壁疾病所致的胸痛在局部受压或胸廓活动时加剧。反流性食管炎引起的胸痛，服用抗酸剂后减轻或消失。

6. 伴随症状

伴咳嗽、咯痰见于气管、支气管、肺或胸膜疾病；伴咯血见于肺炎、肺脓肿、肺梗死或支气管肺癌；伴呼吸困难提示肺部较大面积病变，如肺炎链球菌肺炎、自发性气胸、渗出性胸膜炎或其他重症心、肺疾病；伴吞咽困难提示食管疾病；伴面色苍白、大汗、血压下降或休克多考虑急性心肌梗死、夹层动脉瘤或大块肺栓塞等严重疾病。

细目四　腹痛

要点一　腹痛的病因

1. 急性腹痛

（1）腹膜炎症：多由胃肠穿孔引起。

（2）腹腔脏器的急性炎症：如急性胃炎、急性肠炎、急性胰腺炎、急性胆囊炎等。

（3）空腔脏器阻塞或破裂：如肠梗阻、胆道结石、泌尿系结石等。

（4）脏器扭转或破裂：如肠扭转、肠套叠、卵巢扭转、肝脾破裂、异位妊娠等。

（5）腹腔内血管阻塞：如夹层腹主动脉瘤、肠系膜动脉栓塞等。

（6）中毒和代谢障碍：如急性铅中毒、尿毒症等。

（7）胸腔疾病所致的腹部牵涉痛：如肺炎、心绞痛、心肌梗死等。

2. 慢性腹痛

（1）腹腔脏器慢性炎症：如慢性胃炎、溃疡性结肠炎、慢性胰腺炎、慢性胆囊炎、慢性盆腔炎、结核性腹膜炎等。

（2）胃、十二指肠溃疡。

（3）脏器包膜的牵张：如肝淤血、肝炎、肝脓肿、肝癌等。

（4）肿瘤压迫及浸润：以恶性者居多，与瘤体不断长大压迫与浸润感觉神经有关。如胃癌、胰头癌、结肠癌等。

（5）中毒和代谢障碍：如慢性铅中毒、尿毒症等。

（6）肠道寄生虫感染：如钩虫病、蛔虫病等。

（7）胃肠神经功能紊乱：如胃肠神经症。

要点二　腹痛的问诊要点

1. 腹痛情况

询问发生缓急，疼痛部位、性质、程度，病程，有无牵涉痛，加重与缓解因素等。一般疼痛部位即是病变所在部位。如急性胃炎疼痛在上腹部；阑尾炎疼痛在右下腹；胆囊炎、胆石症疼痛在右上腹部，进食油腻食物容易诱发；阵发性剑突下钻顶样疼痛是胆道蛔虫症的典型表现；急性胰腺炎疼痛部位多在中上腹，持续性剧痛或阵发性加剧，暴饮暴食是主要诱因；小肠疾病疼痛多在脐部或脐周；膀胱炎、盆腔炎症疼痛多在下腹部；弥漫性或部位不定的疼痛见于急性弥漫性腹膜炎、机械性肠梗阻、急性出血性坏死性小肠炎等；阵发性剧烈绞痛常见于肠梗阻、胆道结石、胆道蛔虫症、泌尿系结石等，多伴有恶心、呕吐、大汗；脏器破裂引起的腹痛常有外伤史或实体脏器肿大史；子宫及异位妊娠破裂常有妊娠史，发作时可伴休克、大出血表现；突发的中上腹剧烈刀割样痛、烧灼样痛，多为胃、十二指肠溃疡穿孔，腹痛同时伴腹壁肌紧张、压痛、反跳痛等提示急性弥漫性腹膜炎；消化性溃疡引起的上腹部灼痛、钝痛具有慢性过程、周期性发作、节律性疼痛的特点，进食或服用碱性药物可缓解；腹腔脏器慢性炎症引起的疼痛呈持续性或间歇性钝痛或锐痛；脏器肿大导致包膜牵张引

起的疼痛为持续性胀痛；肿瘤压迫及浸润引起的腹痛，早期有腹部不适或隐痛、食欲不振，晚期则表现为消瘦、贫血、腹部持续性疼痛，部位基本固定，有时可触及肿块。

2. 年龄、性别、职业

婴幼儿及儿童易患肠套叠、肠道寄生虫病；青壮年易患阑尾炎、消化性溃疡、胰腺炎等；中老年易患胆囊炎、胆石症、心肌梗死、恶性肿瘤等；育龄妇女应注意有无宫外孕等；长期接触铅者，应注意是否为铅中毒。

3. 伴随症状

①伴有发热、寒战，可考虑急性胆囊炎、胆道感染、肝脓肿、腹腔脓肿以及右下肺炎等。②伴黄疸者可考虑为肝胆疾病、胰头癌、急性溶血等。③伴休克见于胃肠穿孔、绞窄性肠梗阻、肠扭转、急性出血坏死性胰腺炎以及急性心肌梗死等；伴休克贫血者可考虑为腹腔脏器破裂。④伴大量呕吐提示胃肠道梗阻；伴反酸、嗳气者提示消化性溃疡或胃炎。⑤伴血尿者多为泌尿系结石。⑥伴腹部肿块，可考虑为阑尾脓肿、腹腔结核、腹腔肿瘤等。

4. 既往史及个人史

询问有无消化系统、心血管系统病史，有无外伤、手术、感染史，职业特点等；女性患者应注意询问月经情况。

细目五　咳嗽与咯痰

要点一　咳嗽的病因

1. 呼吸道疾病

从鼻咽部至小支气管整个呼吸道黏膜受到刺激（如刺激性气体、炎症、粉尘、出血、肿瘤、异物等）时，均可引起咳嗽与咯痰。

2. 胸膜疾病

如胸膜炎、自发性气胸、胸腔穿刺等。

3. 心血管疾病

如二尖瓣狭窄或其他原因所致的肺淤血与肺水肿、肺栓塞等。

4. 中枢神经因素

大脑皮质可引起随意性咳嗽，也能在一定程度上抑制咳嗽反射。

5. 其他原因

如胃食管反流病、服用血管紧张素转化酶抑制剂等。

要点二　咳嗽与咯痰的问诊要点

1. 发病年龄与性别

婴幼儿呛咳要考虑是否有异物吸入。青壮年长期咳嗽须考虑肺结核或支气管扩张；对40岁以上长期吸烟的男性患者，则须考虑慢性支气管炎、肺气肿或肺癌；对青年女性患

者则须注意支气管内膜结核等。

2. 咳嗽的性质

（1）干性咳嗽：常见于急性咽喉炎、急性支气管炎初期、胸膜炎、轻症肺结核、肺癌等。

（2）湿性咳嗽：常见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿、空洞型肺结核等。

3. 咳嗽出现的时间与节律

（1）突然发生的咳嗽：常见于吸入刺激性气体、气管与支气管异物等。

（2）阵发性咳嗽：见于支气管异物、支气管哮喘、支气管淋巴结结核、支气管肺癌、百日咳等。

（3）长期慢性咳嗽：见于慢性支气管炎、支气管扩张、慢性肺脓肿、空洞型肺结核等。

（4）晨咳或夜间平卧时（即改变体位时）加剧并伴咯痰：常见于慢性支气管炎、支气管扩张和肺脓肿等病。

（5）左心衰竭夜间咳嗽明显。

4. 咳嗽的音色

（1）声音嘶哑的咳嗽多见于声带炎、喉炎、喉癌，以及肺癌、扩张的左心房或主动脉瘤压迫喉返神经。

（2）犬吠样咳嗽多见于急性喉炎或气道异物。

（3）带有鸡鸣样吼声常见于百日咳。

5. 痰的性质与量

痰的性质可分为黏液性、浆液性、脓性、黏液脓性、浆液血性、血性等。急性呼吸道炎症时痰量较少；支气管扩张、空洞型肺结核、肺脓肿等痰量常较多。支气管扩张与肺脓肿患者痰量多时，痰可出现分层现象：上层为泡沫，中层为浆液或浆液脓性，下层为坏死性物质。大叶性肺炎咯吐铁锈色痰，肺水肿时痰呈粉红色泡沫状。

6. 伴随症状

（1）伴发热：多见于呼吸道感染、胸膜炎、肺结核等。

（2）伴胸痛：见于累及胸膜的疾病，如肺炎、胸膜炎、支气管肺癌、自发性气胸等。

（3）伴哮喘：可见于支气管哮喘、喘息型慢性支气管炎、心源性哮喘等。

（4）伴呼吸困难：见于喉头水肿、喉肿瘤、慢性阻塞性肺病、重症肺炎以及重症肺结核、大量胸腔积液、气胸、肺淤血、肺水肿等。

（5）伴咯血：常见于肺结核、支气管扩张、肺脓肿、支气管肺癌及风湿性二尖瓣狭窄等。

细目六　咯血

要点一　咯血的病因

1. 支气管疾病

支气管扩张、支气管肺癌、支气管内膜结核和慢性支气管炎等。

2. 肺部疾病

肺结核、肺炎链球菌肺炎、肺脓肿等。

3. 心血管疾病

如二尖瓣狭窄、先天性心脏病所致的肺动脉高压、肺栓塞等。

4. 其他

血液病，如血小板减少性紫癜、白血病等；某些急性传染病，如肺出血型钩端螺旋体病、流行性出血热等。

要点二　咯血的问诊要点

1. 病史

了解病人的年龄，居住地，有无心、肺、血液系统疾病，有无结核病接触史等。

2. 咯血的量及其性状

大量咯血常见于空洞型肺结核、支气管扩张和肺脓肿；中等量以上的咯血可见于二尖瓣狭窄；其他原因所致的咯血量较少，或仅为痰中带血。咯粉红色泡沫痰见于急性左心衰竭。多次反复少量咯血，要警惕支气管肺癌。

3. 伴随症状

伴发热、胸痛、咳嗽、咯痰，首先须考虑肺炎、肺结核、肺脓肿等；伴有呛咳、杵状指须考虑支气管肺癌；伴皮肤黏膜出血应考虑钩端螺旋体病、流行性出血热、血液病等。

要点三　咯血与呕血的鉴别

咯血与呕血的鉴别

	咯　血	呕　血
病史	肺结核、支气管扩张、肺癌、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化等
出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹不适、恶心、呕吐等
出血方式	咯出	呕出，可为喷射状
出血颜色	鲜红	棕黑色或暗红色，有时鲜红色
血内混有物	泡沫和（或）痰	食物残渣、胃液
黑便	无（如咽下血液时可有）	有，可在呕血停止后仍持续数日
酸碱反应	碱性	酸性

细目七　呼吸困难

要点一　呼吸困难的病因

引起呼吸困难的原因很多，主要为胸肺部病变和心血管系统疾病。

1. 胸肺部病变，常见于肺部疾病、呼吸道梗阻、胸廓活动障碍。
2. 心血管系统，各种原因所致的重度心力衰竭。
3. 中毒，如吗啡中毒、巴比妥类中毒、一氧化碳中毒等。
4. 血液病，如重度贫血、高铁血红蛋白血症等。
5. 神经精神因素，如脑出血、脑肿瘤、脑外伤、脑炎、神经肌肉病变、癔症等。

要点二　呼吸困难的临床表现

1. 肺源性呼吸困难

（1）吸气性呼吸困难：表现为吸气时三凹征。

（2）呼气性呼吸困难：呼气费力，呼气时间延长，伴有广泛哮鸣音。

（3）混合性呼吸困难：吸气与呼气均感费力，呼吸频率浅而快。

2. 心源性呼吸困难

（1）劳力性呼吸困难：在体力活动时出现或加重，休息时减轻或缓解。

（2）端坐呼吸：表现为平卧时加重，端坐位时减轻。

（3）夜间阵发性呼吸困难：多在夜间入睡后感到气闷而被憋醒。患者被迫坐起喘气和咳嗽，轻者数十分钟后症状消失，重者表现为面色青紫，大汗，呼吸有哮鸣声，咳浆液性粉红色泡沫痰，查体示两肺底湿啰音，心率增快，可出现奔马律。

3. 中毒性呼吸困难

（1）代谢性酸中毒：血中酸性代谢产物增多，强烈刺激呼吸中枢，出现深大而规则的呼吸，可伴有鼾声，称库斯莫尔呼吸或酸中毒大呼吸。

（2）呼吸抑制药物及毒物：如吗啡、巴比妥类、有机磷农药等药物过量或中毒。

4. 中枢性呼吸困难

重症颅脑疾病，呼吸中枢因受增高的颅内压和供血减少的刺激，使呼吸变慢而深，并常伴有呼吸节律的异常。

5. 癔症性呼吸困难

其特点是呼吸非常频速（可达 60 ~ 100 次/分钟）和表浅，并常因换气过度而发生呼吸性碱中毒，经暗示疗法，分散其注意力，或在睡眠中，可使呼吸困难减轻或消失。

要点三　呼吸困难的伴随症状

1. 伴发热

见于肺炎、肺脓肿、肺结核、胸膜炎、急性心包炎等。

2. 伴咳嗽、咳痰

见于慢性支气管炎、肺炎、肺脓肿等；呼吸困难伴粉红色泡沫痰见于急性左心衰竭。

3. 伴哮鸣音

多见于支气管哮喘、心源性哮喘等。

4. 伴胸痛

见于肺炎链球菌肺炎、肺梗死、气胸、支气管肺癌、急性心包炎、急性心肌梗死等。

5. 伴昏迷

见于脑出血、脑膜炎、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、肺性脑病、急性中毒等。

要点四　呼吸困难的问诊要点

1. 发生的诱因，包括有无引起呼吸困难的基础病因和直接诱因，如心肺疾病、代谢性疾病病史等，还应询问有无药物、毒物摄入史及头痛、意识障碍、颅脑外伤史。

2. 呼吸困难的特点，注意询问是吸气性、呼气性呼吸困难，还是混合性呼吸困难；呼吸困难与活动、体位的关系。

3. 伴随症状。

细目八　发绀

要点一　发绀的病因与临床表现

血液中还原血红蛋白增多引起的发绀可分为以下 3 种类型：

1. 中心性发绀

特点是全身性发绀，但皮肤温暖。主要因为心、肺疾病导致 SaO_2降低所致。可分为以下两种：

（1）肺性发绀：见于呼吸道（喉、气管、支气管）阻塞、肺部疾病（肺炎、肺气肿、肺淤血等）和胸膜疾病（胸腔积液、气胸等）。

（2）心性混血性发绀：见于存在动静脉血相混合的先天性心脏病，如法洛四联征等。

2. 周围性发绀

发绀常见于肢体末梢，如肢端、耳垂或耳尖，且皮肤冰冷。主要因周围循环血流障碍所致。可分为以下两种：

（1）淤血性周围性发绀：见于右心衰竭、缩窄性心包炎、局部静脉病变等。

（2）缺血性周围性发绀：见于重症休克、血栓闭塞性脉管炎、雷诺病等。

3. 混合性发绀

中心性与周围性发绀并存，见于心力衰竭、急性高原反应等。

广义的发绀也包括由于异常血红蛋白衍生物所致的皮肤青紫现象。如高铁血红蛋白血症，见于食用含大量硝酸盐的变质蔬菜或腌菜后发生。

要点二　发绀的问诊要点

1. 发病年龄与性别

自出生或幼年即出现发绀者应考虑先天性心脏病或先天性高铁血红蛋白血症。特发性阵发性高铁血红蛋白血症可见于育龄妇女，且发绀的出现多与月经周期有关。

2. 发绀部位及特点

发绀部位及特点用以判断发绀的类型。如为周围性，须询问有无心肺疾病的症状，如

心悸、胸痛、咳嗽等。

3. 发病诱因及病程

急性起病又无心肺疾病表现的发绀，则应询问有无摄入相关药物、化学物品、变质蔬菜和在持久便秘情况下过多食蛋类与硫化物的病史。

细目九　水肿

要点一　水肿的病因

1. 全身性水肿

（1）心源性水肿：常见于右心衰竭。

（2）肾源性水肿：可见于各型肾炎和肾病。

（3）肝源性水肿：见于各种病因引起的肝硬化、重症肝炎等。

（4）营养不良性水肿：见于低蛋白血症和维生素 B_1 缺乏。

（5）其他：如内分泌疾病、结缔组织疾病、妊娠高血压综合征等。

2. 局部性水肿

如血栓性静脉炎、丝虫病、局部炎症、创伤或过敏等。

要点二　水肿的问诊要点

1. 水肿的开始部位及蔓延情况、全身性或局部性、是否凹陷、与体位变化及活动的关系。

2. 有无心、肝、肾、内分泌及过敏性疾病病史及其相关症状。

3. 水肿与药物、饮食、月经及妊娠的关系。

4. 伴随症状：伴颈静脉怒张、肝－颈静脉回流征阳性见于心源性水肿；伴高血压、蛋白尿、管型尿等见于肾源性水肿；伴肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张、脾肿大等见于肝源性水肿。

细目十　恶心与呕吐

要点一　恶心与呕吐的病因

1. 反射性呕吐

（1）消化系统疾病是引起反射性呕吐最常见的病因。常见于急慢性胃炎、急性食物中毒、消化性溃疡、胃肿瘤、幽门梗阻、急性肠炎、急性阑尾炎、肠梗阻、急慢性胆囊炎、胆石症、急性胰腺炎、急性腹膜炎等。

（2）其他各系统疾病均可能导致反射性恶心、呕吐，如肺炎、胸膜炎、急性心肌梗死、急性肾炎等。

2. 中枢性呕吐

（1）中枢神经系统疾病：如高血压脑病、脑梗死、脑出血、脑炎、脑膜炎、脑脓肿、脑寄生虫、偏头痛等。

（2）全身性疾病：如感染、甲亢危象、糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、休克、缺氧、中暑等。

（3）药物反应与中毒：如洋地黄、吗啡等药物；如有机磷农药中毒、毒蕈中毒等。

（4）精神因素：胃神经症、癔症等。

3. 前庭障碍性呕吐

常见于迷路炎、梅尼埃病、晕动病。

要点二　恶心与呕吐的问诊要点

1. 呕吐与进食的关系

进食后出现的呕吐多见于胃源性呕吐。如餐后骤起而集体发病见于集体食物中毒。

2. 呕吐发生的时间

晨间呕吐发生在育龄女性要考虑早孕反应。服药后出现呕吐应考虑药物反应。乘飞机、车、船发生呕吐常提示晕动病。餐后 6 小时以上呕吐多见于幽门梗阻。

3. 呕吐的特点

有恶心先兆，呕吐后感轻松者多见于胃源性呕吐。喷射状呕吐多见于颅内高压。

4. 呕吐物的性质

呕吐物呈咖啡色，见于上消化道出血。呕吐隔餐或隔日食物，并含腐酵气味，见于幽门梗阻。呕吐物含胆汁者多见于十二指肠乳头以下的十二指肠或空肠梗阻。呕吐物有粪臭者提示低位肠梗阻。呕吐物中有蛔虫者见于胆道蛔虫、肠道蛔虫。

5. 伴随症状

（1）伴发热：见于全身或中枢神经系统感染、急性细菌性食物中毒。

（2）伴剧烈头痛：见于颅内高压、偏头痛、青光眼。

（3）伴眩晕及眼球震颤：见于前庭器官疾病。

（4）伴腹泻：见于急性胃肠炎、急性中毒、霍乱等。

（5）伴腹痛：见于急性胰腺炎、急性阑尾炎及空腔脏器梗阻等。

（6）伴黄疸：见于急性肝炎、胆道梗阻、急性溶血。

（7）伴贫血、水肿、蛋白尿：见于肾功能不全。

细目十一　呕血与黑便

要点一　呕血与黑便的病因

1. 食管疾病

食管与胃底静脉曲张破裂、食管炎、食管癌、食管贲门黏膜撕裂、食管异物、食管裂

孔疝。

2. 胃及十二指肠疾病

最常见的原因是消化性溃疡。非甾体类抗炎药及应激所致的胃黏膜病变出血也较常见。其他病因有胃肿瘤、急慢性胃炎、十二指肠炎等。

3. 肝、胆、胰的疾病

肝硬化、门静脉高压引起的食管与胃底静脉曲张破裂是引起上消化道出血的常见病因。胆道感染、胆石症、胆道肿瘤可引起胆道出血。胰腺癌、急性重症胰腺炎也可引起上消化道出血，但均少见。

4. 全身性疾病

如白血病、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、弥散性血管内凝血、肾综合征出血热、钩端螺旋体病、尿毒症、肺心病等。

引起上消化道出血的前三位病因是：消化性溃疡、食管与胃底静脉曲张破裂、急性胃黏膜病变。

要点二　呕血与黑便的问诊要点

1. 是否为上消化道出血

呕血应与咯血及口、鼻、咽喉部位的出血相鉴别。黑便应与食动物血、铁剂、铋剂等造成的黑便相鉴别。

2. 估计出血量

应参考呕血及便血量、全身表现（如血压、脉搏、贫血程度等）来评估出血量。

3. 诱因

如饮食不节、饮酒及服用某些药物、严重创伤等。

4. 既往病史

重点询问有无消化性溃疡、肝炎、肝硬化以及长期服药史。

5. 伴随症状

（1）伴慢性、周期性、节律性上腹痛：见于消化性溃疡。

（2）伴蜘蛛痣、肝掌、黄疸、腹壁静脉曲张、腹水、脾肿大：见于肝硬化门静脉高压。

（3）伴皮肤黏膜出血：见于血液病及急性传染病。

（4）伴右上腹痛、黄疸、寒战高热：见于急性梗阻性化脓性胆管炎。

细目十二　腹泻

要点一　腹泻的病因

1. 急性腹泻

（1）急性肠道疾病：各种病原微生物及寄生虫引起的急性感染、细菌性食物中毒、

Crohn 病或溃疡性结肠炎急性发作、急性出血性坏死性肠炎等。

（2）急性中毒：如毒蕈、鱼胆、河豚、砷、有机磷等中毒。

（3）全身性疾病：如伤寒、副伤寒、败血症等感染性疾病、过敏性紫癜、甲亢危象及某些药物副作用等。

2. 慢性腹泻

（1）消化系统疾病：见于慢性肠道感染、胃肠道肿瘤、吸收不良性腹泻、非感染性炎性病变。

（2）全身性疾病：如甲状腺功能亢进、肾上腺皮质功能减退、糖尿病、药物性腹泻、神经功能紊乱等。

要点二　腹泻的问诊要点

1. 起病情况

发病季节，夏秋季多见于急性肠道感染。是否有诱因，如不洁饮食史、药物及食物过敏史等。起病急缓。

2. 大便情况

水样便见于急性胃肠炎；米泔样便见于霍乱；黏液脓血便见于细菌性痢疾；果酱样便见于阿米巴痢疾等。

3. 伴随症状

（1）伴发热：见于急性肠道感染、细菌性食物中毒、全身感染等。

（2）伴里急后重：见于细菌性痢疾、直肠癌等。

（3）伴明显消瘦：见于恶性肿瘤、肠结核、吸收不良综合征。

（4）伴皮疹或皮下出血：见于伤寒、败血症、过敏性紫癜。

（5）伴腹部肿块：见于肿瘤、肠结核、血吸虫病、Crohn 病等。

细目十三　黄疸

要点一　黄疸的分类及其特点

1. 黄疸的分类

临床上一般分为溶血性、肝细胞性、胆汁淤积性 3 种类型。

2. 黄疸的特点

（1）溶血性黄疸：轻度黄疸，不伴皮肤瘙痒。急性溶血时，起病急骤，出现寒战、高热、头痛、腰痛、呕吐，严重者出现周围循环衰竭及急性肾功能衰竭。慢性溶血常有贫血、黄疸、脾肿大三大特征。实验室检查以非结合胆红素增多为主，结合胆红素一般正常。尿胆原增多，尿胆红素阴性。贫血，网织红细胞增多。

（2）肝细胞性黄疸：黄疸呈浅黄至深黄。有乏力、食欲下降、恶心呕吐甚至出血等肝功能受损的症状及肝脏肿大等体征。实验室检查示血清结合及非结合胆红素均增多。尿中

尿胆原增多，尿胆红素阳性。有转氨酶升高等肝功能受损的表现。

（3）胆汁淤积性黄疸：黄疸色深，伴皮肤瘙痒及心动过缓。尿色深，粪色变浅。实验室检查示血清结合胆红素明显增多。尿胆原减少或阴性，尿胆红素阳性。血清碱性磷酸酶增高。

要点二　黄疸的问诊要点

1. 年龄

新生儿黄疸除生理性原因外，还应考虑有无新生儿溶血、新生儿败血症、先天性胆管闭锁等；儿童期、青壮年黄疸多见于病毒性肝炎；中老年黄疸多见于胆石症、肝硬化、肝癌、胰头癌等。

2. 病史及诱因

有无传染病（如肝炎、疟疾、钩端螺旋体病等）病史或密切接触史；有无长期服用对肝脏有害药物史或长期从事有害职业史；有无输血、进食可疑食物，有无长期酗酒史等。

3. 伴随症状

（1）黄疸伴寒战、高热，多见于急性胆囊炎、胆管炎、败血症、钩端螺旋体病、疟疾、肺炎球菌肺炎等。

（2）黄疸伴肝区隐痛、食欲不振、厌油腻、恶心等，多见于病毒性肝炎、中毒性肝炎、肝癌等；伴有肝区持续胀痛多见于肝癌、肝脓肿等；伴有右上腹阵发性绞痛见于胆结石、胆道蛔虫症发作时。

（3）黄疸伴皮肤瘙痒，明显瘙痒见于阻塞性黄疸，轻度瘙痒可见于肝细胞黄疸。

（4）黄疸伴上消化出血，见于肝硬化失代偿期、肝癌、壶腹癌等。

（5）黄疸伴贫血，多见于溶血性贫血、疟疾、钩端螺旋体病等。

（6）黄疸伴有肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张等，考虑为肝硬化。

（7）黄疸伴有肝肿大，质地较软者考虑急性肝炎、急性胆道感染；质地较硬、表面有结者考虑肝硬化早期；质地坚硬、表面凹凸不平者应想到肝癌。

（8）黄疸伴有脾大，多见于肝硬化、疟疾、血吸虫病、败血症等。

（9）黄疸伴有胆囊肿大，可见于胰头癌、壶腹周围癌、胆总管癌、胆囊癌、胆囊结石等。

（10）黄疸伴有腹水，多见于肝硬化失代偿期、肝癌等。

（11）黄疸伴有恶病质，可见于肝、胆、胰等器官的恶性肿瘤，或身体其他部位恶性肿瘤肝转移。

细目十四　皮肤黏膜出血

要点一　皮肤黏膜出血的病因

1. 血管壁功能异常

（1）先天性：如遗传性出血性毛细血管扩张症、血管性假性血友病等。

（2）获得性：过敏性紫癜、单纯性紫癜、药物中毒、严重感染、维生素 C 缺乏症等。

2. 血小板数量与功能异常

（1）血小板减少：①生成减少：如再生障碍性贫血、急性白血病、感染或放化疗后的骨髓抑制等。②破坏增多：如特发性血小板减少性紫癜、脾功能亢进等。③消耗过多：如弥散性血管内凝血、血栓性血小板减少性紫癜、溶血性尿毒综合征等。

（2）血小板增多：原发性血小板增多症、慢性粒细胞白血病、脾切除术后等。

（3）血小板功能异常：如血小板无力症，或继发于感染、药物、尿毒症、肝病等。

3. 凝血功能障碍

（1）先天性：血友病、凝血酶原缺乏症、纤维蛋白缺乏症等。

（2）获得性：严重肝功能不全、尿毒症、维生素 K 缺乏症等。

（3）抗凝血物质增多或纤溶亢进：常见于中毒（如蛇毒）、抗凝药过量、原发或继发纤溶亢进。

要点二　皮肤黏膜出血的问诊要点

1. 发病年龄、性别，家族史，过敏及外伤史，感染、中毒及肝肾病史。

2. 出血病程，部位、范围、特点、诱因等。

3. 伴随症状：伴关节痛、腹痛见于过敏性紫癜；伴关节腔出血或关节畸形见于血友病。

细目十五　抽搐

要点一　抽搐的病因

1. 颅脑疾病

（1）感染性：如各种脑炎及脑膜炎、脑脓肿、脑寄生虫病等。

（2）非感染性：脑外伤、脑肿瘤、脑血管性疾病、癫痫、先天异常及变性疾病等。

2. 全身性疾病

（1）感染性：如中毒性肺炎、中毒性菌痢、败血症、狂犬病、破伤风、小儿高热惊厥等。

（2）非感染性：缺氧、中毒、代谢性疾病、物理损伤、癔症性抽搐等。

要点二　抽搐的问诊要点

1. 发作情况

有无诱因及先兆，有无意识丧失及大小便失禁，发作时肢体抽动次序及分布。

2. 病史、发病年龄

包括出生史、发育史、颅脑疾病史、长期服药史，有无心、肺、肝、肾、内分泌疾病史，以及既往有无抽搐史等。

3. 伴随症状

（1）伴高热：见于颅内与全身感染性疾病、小儿高热惊厥等。

（2）伴高血压：见于高血压脑病、高血压脑出血、妊娠高血压综合征、颅内高压等。

（3）伴脑膜刺激征：见于各种脑膜炎及蛛网膜下腔出血。
（4）伴瞳孔散大、意识丧失、大小便失禁：见于癫痫大发作。
（5）不伴意识丧失：见于破伤风、狂犬病、低钙抽搐、癔症性抽搐。
（6）伴肢体偏瘫者：见于脑血管疾病及颅内占位性病变。

细目十六　意识障碍

要点一　意识障碍的病因

1. 颅脑疾病

（1）感染性：各种脑炎、脑膜炎、脑脓肿、脑寄生虫感染等。
（2）非感染性：颅内占位性病变、脑血管疾病、颅脑外伤、癫痫等。

2. 全身性疾病

（1）感染性：如伤寒、中毒型细菌性痢疾、重症肝炎、肾综合征出血热、钩端螺旋体病、中毒性肺炎、败血症等。
（2）非感染性：心血管疾病、内分泌与代谢性障碍、中毒、物理性损伤等。

要点二　意识障碍的临床表现

意识障碍一般可分为以下几种类型：

1. 嗜睡

是最轻的意识障碍，表现为持续性睡眠。轻刺激可被唤醒，醒后能回答简单的问题或做一些简单的活动。刺激停止后，又迅速入睡。

2. 昏睡

患者近乎不省人事，处于熟睡状态，不易唤醒。虽在强刺激下（如压迫眶上神经）可被唤醒，但不能回答问题或答非所问，而且很快又再入睡。

3. 昏迷

意识丧失，任何强大的刺激都不能唤醒。昏迷是最严重的意识障碍。按程度不同可分为：

（1）浅昏迷：意识大部分丧失，强刺激也不能唤醒，但对疼痛刺激有痛苦表情及躲避反应，角膜反射、瞳孔对光反射、吞咽反射、眼球运动等都存在。
（2）深昏迷：意识全部丧失，对疼痛等各种刺激均无反应，角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动均消失，可出现病理反射。

4. 意识模糊

是一种常见的轻度意识障碍，意识障碍程度较嗜睡重。具有简单的精神活动，但定向力（即对时间、空间、人物的判断能力）有障碍。

5. 谵妄

是一种以兴奋性增高为主的急性高级神经中枢活动失调状态。表现为意识模糊，定向

力障碍，伴错觉、幻觉、躁动不安、谵语。

要点三　意识障碍的伴随症状

1. 伴发热

先发热后出现意识障碍见于严重的感染性疾病；先出现意识障碍后发热见于体温调节中枢功能失常而引起发热的疾病。

2. 伴呼吸缓慢

见于吗啡或巴比妥类中毒、颅内高压等。

3. 伴呼吸深大

见于尿毒症、糖尿病酮症酸中毒等。

4. 伴瞳孔散大

见于酒精中毒、癫痫、低血糖昏迷等。

5. 伴瞳孔缩小

见于海洛因、吗啡、巴比妥类、有机磷等中毒。

6. 伴高血压

常见于脑出血、高血压脑病、肾炎、颅内高压等。

7. 伴脑膜刺激征

见于各种脑膜炎及蛛网膜下腔出血。

要点四　意识障碍的问诊要点

1. 发病情况，如突然出现的意识障碍多为急性中毒、颅脑外伤、急性感染、脑血管疾病等。缓慢出现者见于肺性脑病、肝性脑病、尿毒症等。

2. 有无诱因及病因，如中毒、外伤、中暑、传染病接触史等。

3. 既往史，如高血压、肺心病、肝硬化、慢性肾炎、糖尿病等病史。

4. 伴随症状。

（孙士玲）

第二单元　问诊

细目　问诊的方法及内容

要点一　问诊的方法

问诊时首先要关心体贴患者，营造宽松和谐的气氛。医师应避免暗示性或诱导性提问。问诊的过程中，医师应边提问边思考，随时分析，归纳患者所陈述的各种症状之间的

内在联系，分清主次，去伪存真，采集全面、准确的病史。

要点二 问诊的内容

1. 一般项目

包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻、住址、工作单位、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者及其可靠性。

2. 主诉

主诉是迫使患者就医的最明显、最主要的症状或体征及持续时间。

3. 现病史

现病史为问诊的最重要内容，争取做到全面而详细的询问。

（1）起病情况与患病时间：包括病因或诱因。

（2）主要症状的特点。

（3）病情的发展与演变。

（4）伴随症状。

（5）诊治经过。

（6）一般情况。

4. 既往史

包括既往的健康状况和过去曾患的疾病（包括各种传染病）、外伤手术、预防接种、过敏史等，尤其是与现病有密切关系的疾病的历史。

5. 个人史

包括出生地及居住地，职业和工作条件，习惯与嗜好，冶游史等。

6. 婚姻史

包括未婚或已婚，结婚年龄，配偶的健康状况，性生活情况，夫妻关系等。

7. 月经史及生育史

月经史包括初潮年龄，月经周期和经期天数，经血的量和颜色，经期症状，有无痛经与白带，末次月经日期，闭经日期，绝经年龄。记录格式如下：

初潮年龄 $\frac{\text{行经期（天）}}{\text{月经周期（天）}}$ 末次月经时间或闭经年龄

生育史包括妊娠与生育次数和年龄，人工或自然流产的次数，有无死产、手术产、产褥热及计划生育状况等。

8. 家族史

包括双亲与兄弟姐妹及子女的健康状况，特别应询问有无患同样疾病者，有无与遗传有关的疾病以及传染病。

（孙士玲）

第三单元　检体诊断

细目一　基本检查法

要点一　视诊

视诊是医师用视觉来观察患者全身或局部表现的诊断方法。

要点二　触诊

1. 浅部触诊

用于检查体表浅在病变、关节、软组织、浅部的动脉与静脉、神经、阴囊和精索等。

2. 深部触诊

主要用于腹部检查。

（1）深部滑行触诊：用于检查腹腔深部的包块和脏器。

（2）双手触诊：用于肝、脾、肾、子宫和腹腔肿物的检查。

（3）深压触诊：用于探测腹部深在病变部位或确定腹部压痛点。

（4）冲击触诊：用于大量腹水而肝脾难以触及时。

要点三　叩诊

1. 叩诊方法

（1）间接叩诊法：临床最常用，如心脏、肺脏、肝脏、腹部等的叩诊检查。

（2）直接叩诊法：用于胸部或腹部面积较广泛病变的性质判定，如大量气胸、大量胸水或腹水等。

2. 叩诊音

临床常见的叩诊音有以下 5 种：

（1）清音：是正常的肺部叩诊音。

（2）过清音：肺气肿时的特征性叩诊音。

（3）鼓音：正常情况下，存在于左下胸的胃泡区及腹部。病理情况下，见于肺空洞、气胸或气腹等。

（4）浊音：叩击被少量含气组织覆盖的实质脏器时产生的声音，如被肺覆盖的心脏或肝脏部分。病理情况下，见于肺组织含气减少，如肺部炎症、少量胸腔或腹腔积液等。

（5）实音（绝对浊音）：是不含气组织（如骨骼、心脏、肝脏）的正常叩诊音。病理状态下，见于大量胸腔积液、肺实变等。

要点四　听诊

听诊的注意事项：

1. 环境安静，温度适宜。

2. 患者取坐位或卧位，必要时，嘱患者变换体位进行听诊。

3. 充分暴露检查部位，切忌隔衣听诊。

要点五　嗅诊

常见异常气味的临床意义：

1. 呼吸气味

意识障碍伴浓烈的酒味见于酒精中毒；刺激性蒜味伴意识障碍见于有机磷农药中毒；烂苹果味见于糖尿病酮症酸中毒；氨味见于尿毒症；腥臭味见于肝昏迷。

2. 痰液味

血腥味痰见于大咯血者；恶臭味见于厌氧菌感染。

3. 呕吐物味

粪臭味见于肠梗阻；酒味见于饮酒和醉酒；腐臭味见于幽门梗阻。

4. 粪便

腥臭味见于细菌性痢疾，肝腥味见于阿米巴痢疾。

细目二　一般检查

要点一　全身状态检查

1. 体温

（1）体温的测量方法及正常范围：①口测法：将消毒后的口表水银端斜放于舌下，紧闭口唇，5 分钟后读数。正常值为 36.3℃ ~37.2℃。该法结果较准确，但不能用于婴幼儿及神志不清者。②肛测法：患者屈膝侧卧，将肛表水银端涂布润滑剂后，徐徐插入肛门，深达肛表的 1/2，5 分钟后读数。正常值为 36.5℃ ~37.7℃。该法测值稳定，多用于婴幼儿及神志不清者。③腋测法：将体温计水银端置于患者的干燥腋窝深处，嘱其夹紧，10 分钟后读数。正常值为 36℃ ~37℃。该法简便、安全，为最常用的体温测定方法。

生理情况下，体温有一定的波动，早晨略低，下午稍高，但 24 小时内波动幅度一般不超过 1℃；运动或进食后体温稍高；老年人体温略低；月经期前或妊娠期妇女体温略高。

体温高于正常称为发热，见于感染、创伤、恶性肿瘤、抗原 - 抗体反应等；体温低于正常称为体温过低，见于大量失血、休克、甲状腺功能减退等。

（2）体温测量误差的常见原因：①测量前未将体温计的汞柱甩到 36℃以下。②消瘦、病情危重或神志不清的患者使用腋表时，未能将体温计夹紧。③体温计附近存在冷热物品。

2. 脉搏

多检查桡动脉，也可触摸肱动脉、颈动脉等。

（1）脉率：正常成人在安静状态下脉率为 60 ~ 100 次/分钟。儿童较快，婴幼儿可达 130 次/分。发热、疼痛、贫血、甲亢、心力衰竭、休克、心肌炎等脉率增快；颅内高压、伤寒、病态窦房结综合征、Ⅱ度以上窦房或房室传导阻滞，或服用强心甙、钙拮抗剂、β 受体阻滞剂等药时，脉率减慢。

（2）节律：正常人的节律规整。心房颤动时，节律不规则，并且强弱不一。

3. 血压

（1）血压水平的定义和分类

成人血压水平的定义和分类

类别	收缩压（mmHg）	舒张压（mmHg）
正常血压	< 120	< 80
正常高值	120 ~ 139	80 ~ 89
1 级高血压（轻度）	140 ~ 159	90 ~ 99
2 级高血压（中度）	160 ~ 179	100 ~ 109
3 级高血压（重度）	≥180	≥110
单纯收缩期高血压	≥140	< 90

注：如收缩压与舒张压水平不在一个级别的，按其中较高级别分类。

（2）血压变异的临床意义：①高血压：收缩压 ≥ 140mmHg 和（或）舒张压 ≥ 90mmHg，即为高血压。高血压绝大多数见于高血压病（即原发性高血压）；继发性高血压可见于肾脏病、肾上腺皮质或髓质肿瘤、肢端肥大症、甲亢、妊娠高血压综合征等。②低血压：血压低于 90/60mmHg 时，称为低血压。常见于休克、急性心肌梗死、心力衰竭、心包填塞、肾上腺皮质功能减退等。③脉压增大和减小：脉压 > 40mmHg 称为脉压增大，见于主动脉瓣关闭不全、动脉导管未闭、动静脉瘘、高热、甲亢、严重贫血、老年主动脉硬化等。脉压 < 30mmHg 称为脉压减小，见于主动脉瓣狭窄、心力衰竭、休克、心包积液、缩窄性心包炎等。④上、下肢血压差异常：双上肢血压差大于 10mmHg 见于多发性大动脉炎、血栓闭塞性脉管炎、先天性动脉畸形等。下肢血压等于或低于上肢血压，见于主动脉缩窄、胸腹主动脉型大动脉炎等。

4. 发育与体型

发育正常与否，通常以年龄与体格成长状态（身高、体重、第二性征）、智力之间的关系来判断。发育正常时，年龄与智力和体格的成长状态是相应的。发育成熟前如有脑垂体前叶功能亢进，可致体格异常高大，称为巨人症；反之，垂体功能减退时，体格异常矮小，称为垂体性侏儒症。

体型是身体各部发育的外观表现，包括骨骼、肌肉的成长与脂肪分布的状态等。临床上把正常人的体型分为匀称型、矮胖型、瘦长型 3 种。

5. 营养状态

（1）营养状态的判断方法：根据被检者的皮肤、毛发、皮下脂肪及肌肉发育情况进行判断。最简便而迅速的方法是观察皮下脂肪充实的程度，方法是观察前臂屈侧或上臂背侧下 1/3 处脂肪的分布。

（2）营养状态的分级：分为良好、中等、不良 3 个等级。①良好：皮肤黏膜红润、有光泽、弹性良好，皮下脂肪丰满而有弹性，肌肉结实，指甲、毛发润泽，肋间隙及锁骨上窝深浅适中，肩胛部和股部肌肉丰满。②不良：皮肤黏膜干燥、弹性降低，皮下脂肪菲薄，肌肉松弛无力，指甲粗糙无光泽，毛发稀疏，肋间隙、锁骨上窝凹陷，肩胛骨、髂骨嶙峋突出。③中等：介于两者之间。

（3）理想体重：理想体重（kg）= 身高（cm）- 105

（4）常见的营养异常：①营养不良：当体重减轻至不足理想体重的 90% 时称为消瘦，极度消瘦者称为恶病质。营养不良常见于胃肠功能不良或手术后、肝脏、胆囊、胰腺病变或结核病、糖尿病、甲亢、癌症患者等。②营养过度：体内中性脂肪积聚过多，导致体重增加，超过标准体重的 20% 以上者称为肥胖。亦可计算体重指数［体重（kg）/身高（m^2）］，按 WHO 的标准，男性 >27，女性 >25 即为肥胖症。

6. 意识状态

意识是大脑功能活动的综合表现，即对环境的知觉状态。正常人的意识清晰，定向力正常，反应敏锐精确，思维和情感活动正常，语言流畅、准确，表达能力良好，凡能影响大脑功能活动的疾病均可引起程度不等的意识改变，称为意识障碍。

判断意识状态多采用问诊，通过交谈了解患者的思维、反应、情感、计算及定向力等方面的情况；对较为严重者，尚应进行痛觉试验、瞳孔反射等检查，以确定患者意识障碍的程度。意识障碍分为嗜睡、意识模糊、昏睡、昏迷。

7. 面容与表情

（1）急性病容：面色潮红，兴奋不安，口唇干燥，呼吸急促，表情痛苦，有时鼻翼煽动，口唇疱疹。见于肺炎链球菌肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎等急性感染性疾病。

（2）慢性病容：面容憔悴，面色晦暗或苍白无华，双目无神，表情淡漠等。见于肝硬变、严重肺结核、恶性肿瘤等慢性消耗性疾病。

（3）甲亢面容：眼裂增大，眼球突出，目光闪烁，呈惊恐貌，兴奋不安，烦躁易怒。见于甲状腺功能亢进症。

（4）黏液性水肿面容：面色苍白，睑厚面宽，颜面浮肿，目光呆滞，反应迟钝，眉毛、头发稀疏，舌色淡、胖大。见于甲状腺功能减退症。

（5）二尖瓣面容：面色晦暗，双颊紫红，口唇轻度发绀。见于风心病二尖瓣狭窄。

（6）伤寒面容：表情淡漠，反应迟钝，呈无欲状态。见于伤寒。

（7）苦笑面容：发作时牙关紧闭，面肌痉挛，呈苦笑状。见于破伤风。

（8）满月面容：面圆如满月，皮肤发红，常伴痤疮和小须。见于库欣综合征及长期应用肾上腺皮质激素者。

（9）肢端肥大症面容：头颅增大，脸面变长，下颌增大，向前突出，眉弓及两颧隆起，唇舌肥厚，耳鼻增大。见于肢端肥大症。

8. 体位

（1）自动体位：活动自如，不受限制，见于正常人、轻病或疾病早期。

（2）被动体位：不能随意调整或变换体位，需别人帮助才能改变体位。见于极度衰弱或意识丧失者。

（3）强迫体位：患者为减轻疾病所致的痛苦而被迫采取的某些特殊体位。①强迫仰卧位：患者仰卧，双腿蜷曲，借以减轻腹部肌肉的紧张，见于急性弥漫性腹膜炎等。②强迫俯卧位：见于脊柱疾病。③强迫侧卧位：患者侧卧于患侧，以减轻疼痛，且有利于健侧代偿呼吸，见于一侧大量胸腔积液。④强迫坐位（端坐呼吸）：以减轻心肺的负担，减轻喘憋症状，见于心肺功能不全者。⑤辗转体位：患者坐卧不安，辗转反侧，见于胆绞痛、肾绞痛、肠绞痛等。⑥角弓反张位：患者颈及脊背肌肉强直，以致头向后仰，胸腹前凸，背过伸，躯干呈反弓形，见于破伤风及小儿脑膜炎。

9. 步态

（1）偏瘫步态：见于脑血管病后遗症。

（2）剪刀步态：见于双侧锥体束损害及脑性瘫痪等。

（3）醉酒步态：见于小脑病变、酒精中毒等。

（4）慌张步态：见于震颤麻痹。

（5）蹒跚步态（鸭步）：见于佝偻病、大骨节病、进行性肌营养不良或先天性双髋关节脱位等。

要点二　皮肤检查

1. 皮肤弹性

皮肤弹性与年龄、营养状态、皮下脂肪及组织间隙所含液量有关。长期消耗性疾病或严重脱水者皮肤弹性减弱。

2. 皮肤颜色

（1）发红：因毛细血管扩张充血、血流加速及增多所致。病理情况见于发热性疾病、阿托品中毒等；一氧化碳中毒者的皮肤、黏膜呈樱桃红色；皮肤持久性发红见于库欣综合征、真性红细胞增多症。

（2）苍白：多因贫血、末梢毛细血管痉挛或充盈不足引起。常见于贫血、寒冷、休克、虚脱等；只有肢端苍白者，见于雷诺病、血栓闭塞性脉管炎。

（3）黄染：轻微时仅见于巩膜及软腭黏膜，较明显时见于全身皮肤。见于各种原因的黄疸。过多食用胡萝卜、南瓜、橘子等，血中的萝卜素含量增加，也可使皮肤黄染，但发黄部位多在手掌、足底部，一般不发生于巩膜和口腔黏膜。长期服用阿的平、呋喃类药物也可使皮肤发黄，严重者可表现为巩膜黄染，但黄染以角膜缘周围最明显，离角膜缘越远，黄染越浅。

（4）发绀：见于各种原因的缺氧，以舌、口唇、耳郭、指端容易见到。

（5）色素沉着：全身性色素沉着多见于慢性肾上腺皮质功能减退，有时也见于肝硬变、肝癌晚期等。使用某些药物如砷剂、抗癌药等，也可引起不同程度的皮肤色素沉着。妇女在妊娠期，面部、额部可发生棕褐色对称性色素斑片，称为妊娠斑。老年人全身或面

部也可发生散在的色素斑，称老年斑 。

（6）色素脱失：局部色素脱失见于白癜风、口腔或女性外阴部白斑，全身色素脱失见于白化症。

3. 湿度与出汗

皮肤的湿度与汗腺的分泌功能有关。出汗增多见于风湿热、结核病、甲亢、佝偻病等。盗汗（夜间睡后出汗）见于肺结核活动期。冷汗（手脚皮肤发凉、大汗淋漓）见于休克与虚脱。无汗时皮肤异常干燥，见于维生素 A 缺乏症、黏液性水肿、硬皮病和脱水等。

4. 皮疹

检查时应注意皮疹出现与消失的时间、发展顺序、分布部位、形状及大小、颜色、压之是否退色、平坦或隆起、有无瘙痒和脱屑等。常见的皮疹如下：

（1）斑疹：局部皮肤发红，一般不高出皮肤，见于麻疹初起、斑疹伤寒、丹毒、风湿性多形性红斑等。

（2）玫瑰疹：鲜红色圆形斑疹，直径 2～3mm，由病灶周围的血管扩张所形成，压之退色，松开时又复现，多出现于胸腹部。对伤寒或副伤寒具有诊断意义。

（3）丘疹：皮疹局部发红并凸出皮肤表面，见于药物疹、麻疹及湿疹等。

（4）斑丘疹：在丘疹周围有发红的皮肤底盘称为斑丘疹，见于风疹、猩红热、湿疹及药物疹等。

（5）荨麻疹（风团块）：是一种边缘清楚的红色或苍白色的瘙痒性皮肤损害，出现得快，消退也快，消退后不留痕迹，见于食物或药物过敏。

5. 皮下出血

皮肤或黏膜下出血直径小于 2mm 者称为瘀点；皮下出血直径在 3～5mm 者称为紫癜；皮下出血直径大于 5mm 者称为瘀斑；片状出血并伴有皮肤显著隆起者称为血肿。皮肤黏膜出血常见于造血系统疾病、重症感染、某些血管损害的疾病以及某些毒物或药物中毒等。小的出血点需与皮疹或小红痣相鉴别，皮疹压之退色，出血点压之不退色，小红痣加压虽不退色，但触诊时可稍高出平面，并且表面发亮。

6. 蜘蛛痣

蜘蛛痣是体内雌激素增多导致皮肤小动脉末端分支扩张所形成的血管痣，检查时用火柴杆等压迫蜘蛛痣的中心，周围辐射状的小血管随之消退，解除压迫后又复现，则证明为蜘蛛痣。多出现在上腔静脉分布区，如面、颈、手背、上臂、前胸和肩部等处。常见于慢性肝炎、肝硬化患者，也可见于妊娠妇女。慢性肝病患者的手掌大、小鱼际处常发红，加压后退色，称为肝掌。肝掌的发生机制与蜘蛛痣相同。

7. 皮下结节

位于关节附近或长骨骺端的圆形硬质小结，无压痛，多为风湿小结。

8. 水肿

全身性水肿常见于肾炎和肾病、心力衰竭、肝硬变失代偿期及营养不良等；局限性水肿见于局部炎症、外伤、过敏、血栓形成等；黏液性水肿见于甲状腺功能减退；象皮肿见

于丝虫病。后两者均为非凹陷性水肿。

9. 皮下气肿

外观如同水肿，指压可凹陷，去掉压力后迅速恢复原形，按压时有握雪感，见于肺部外伤或产气杆菌感染。

要点三　淋巴结检查

1. 表浅淋巴结的检查顺序及注意事项

正常浅表淋巴结直径多为 0.2 ~ 0.5cm，质地柔软，表面光滑，与邻近组织无粘连，不易触及，可移动，无压痛。表浅淋巴结的检查顺序是：耳前、耳后、乳突区、枕骨下区、颌下、颏下、颈后三角、颈前三角、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟、腘窝。发现有淋巴结肿大时，应记录其数目、大小、质地、移动度，表面是否光滑，有无红肿、压痛和波动，是否有瘢痕、溃疡和瘘管等，同时应注意寻找引起淋巴结肿大的病灶。

2. 浅表淋巴结肿大的临床意义

（1）局限性淋巴结肿大：①局部炎症：肿大的淋巴结表面光滑，有触痛，无粘连，质不硬。②淋巴结结核：常发生在颈部血管周围，多发性，质地较硬，大小不等，可互相粘连或与邻近组织、皮肤粘连，移动性稍差；破溃后形成瘘管，愈合后可形成瘢痕。③恶性肿瘤转移：肿大的淋巴结质硬或有橡皮样感，一般无压痛，表面可光滑或有突起，与周围组织粘连而不易推动。左锁骨上窝淋巴结肿大，多为腹腔脏器癌肿转移；右锁骨上窝淋巴结肿大，多为胸腔脏器癌肿转移；鼻咽癌易转移到颈部淋巴结；乳腺癌常引起腋下淋巴结肿大。

（2）全身淋巴结肿大：见于传染性单核细胞增多症、白血病、淋巴瘤等。

细目三　头部检查

要点一　头颅检查

1. 大小与形态

小头畸形见于先天性痴呆症；方颅见于小儿佝偻病、先天性梅毒；巨颅见于脑积水。

2. 头颅运动

正常人的头部活动自如。头部活动受限见于颈椎病；头部不随意颤动见于震颤麻痹（帕金森病）；与颈动脉搏动节律一致的点头运动见于严重的主动脉瓣关闭不全。

3. 颜面

两侧腮腺肿大致耳垂被托起，颜面增宽，见于流行性腮腺炎。

要点二　头部器官检查

1. 眼

（1）眼睑：①上睑下垂：双上眼睑下垂见于重症肌无力、先天性上眼睑下垂；单侧上

眼睑下垂见于动眼神经麻痹。②眼睑水肿：多见于肾炎、肝炎、贫血、营养不良、血管神经性水肿等。③眼睑闭合不全：双侧眼睑闭合不全常见于甲亢；单侧眼睑闭合不全见于面神经麻痹。

（2）结膜：检查时注意结膜的颜色，有无充血、水肿、乳头肥大、滤泡增生、瘢痕形成等。结膜发红、水肿、血管充盈，见于结膜炎、角膜炎、沙眼早期；结膜苍白见于贫血；结膜发黄见于黄疸；睑结膜有滤泡或乳头见于沙眼；结膜有散在出血点见于亚急性感染性心内膜炎；结膜下片状出血见于外伤及出血性疾病，亦可见于高血压、动脉硬化；球结膜透明而隆起为球结膜下水肿，见于脑水肿或输液过多。

（3）巩膜：显性黄疸时可在巩膜看到均匀的黄染。

（4）角膜：检查角膜时用斜照光更易观察其透明度。检查时应注意角膜的透明度，有无白斑、云翳、溃疡、角膜软化和血管增生等。角膜边缘出现黄色或棕褐色环，外缘清晰，内缘模糊，是铜代谢障碍的体征，称为凯－费环（角膜色素环），见于肝豆状核变性。

（5）瞳孔：正常瞳孔的直径为 2～5mm，两侧等大等圆。检查时应注意大小、形态、双侧是否相同、对光反射和调节反射是否正常。①瞳孔大小改变：病理情况下，瞳孔缩小见于虹膜炎、有机磷农药中毒、毒蕈中毒、吗啡、氯丙嗪、毛果云香碱等药物的影响；瞳孔扩大见于外伤、青光眼绝对期、视神经萎缩、完全失明、濒死状态、颈交感神经刺激和阿托品、可卡因等药物的影响；双侧瞳孔大小不等，常见于脑外伤、脑肿瘤、脑疝及中枢神经梅毒等。②瞳孔对光反射迟钝或消失，见于昏迷病人。③调节反射与聚合反射：嘱被检查者注视 1m 以外的目标，然后逐渐将目标移至距被检查者眼球约 10cm 处，正常反应是双侧瞳孔逐渐缩小（调节反射）、双眼球向内聚合（聚合反射）。当动眼神经受损害时，调节和聚合（辐辏）反射消失。

（6）眼球：检查时注意眼球的外形和运动。①眼球突出：双侧突出见于甲亢。单侧突出见于局部炎症或眶内占位性病变。②眼球凹陷：双侧凹陷见于重度脱水，单侧凹陷见于 Honer 综合征和眶尖骨折。③眼球运动：眼球运动受动眼神经（Ⅲ）、滑车神经（Ⅳ）和外展神经（Ⅵ）支配，这些神经麻痹时，会引起眼球运动障碍，并伴有复视。双侧眼球出现一系列快速水平或垂直的往返运动，称为眼球震颤。自发的眼球震颤见于耳源性眩晕及小脑疾患等。

2. 耳

（1）外耳：外耳道有脓性分泌物、耳痛及全身症状见于中耳炎；外耳道有血性或脑脊液流出，多为颅底骨折。

（2）乳突：乳突压痛、耳郭后皮肤红肿见于乳突炎。

3. 鼻

（1）鼻的外形：鼻梁部皮肤出现红色斑块，病损处高出皮面且向两侧面颊扩展为蝶形红斑见于红斑狼疮；鼻部皮肤发红并有小脓疱或小丘疹见于痤疮；鼻尖及鼻翼皮肤发红，并有毛细血管扩张、组织肥厚见于酒糟鼻；鞍鼻见于鼻骨骨折、鼻骨发育不全和先天性梅毒；蛙状鼻见于肥大鼻息肉者。

（2）鼻翼煽动：见于肺炎球菌肺炎、支气管哮喘、心源性哮喘等。

（3）鼻窦：包括上颌窦、额窦、筛窦和蝶窦 4 对。鼻窦炎时鼻窦区有压痛。

（4）鼻出血：单侧鼻出血见于局部血管损伤；双侧鼻出血见于高热、血液病、高血压、肝脏疾病等。

4. 口腔

（1）口唇：口唇苍白见于贫血、主动脉瓣关闭不全或虚脱。唇色深红见于急性发热性疾病。口唇单纯疱疹常伴发于肺炎链球菌肺炎、感冒、流行性脑脊髓膜炎、疟疾等。口唇干燥并有皲裂见于重度脱水患者。口角糜烂见于核黄素缺乏。口唇发绀见于先天性心脏病、慢性阻塞性肺气肿、心力衰竭、休克等。

（2）口腔黏膜：正常人的口腔黏膜光洁呈粉红色。出现蓝黑色色素沉着见于肾上腺皮质功能减退。在第2磨牙处的颊黏膜出现直径约1mm的灰白色小点，外有红色晕圈，为麻疹黏膜斑，是麻疹的早期（发疹前24～48小时）特征。黏膜下出现出血点或瘀斑见于出血性疾病或维生素C缺乏。口腔黏膜溃疡见于慢性复发性口疮。乳白色薄膜覆盖于口腔黏膜、口角等处，为鹅口疮（白色念珠菌感染），多见于体弱重症者，或长期使用广谱抗生素者。

（3）牙齿及牙龈：检查牙齿要注意有无龋齿、缺齿、义齿、残根，以及牙齿的颜色、形状。牙齿呈黄褐色为斑釉牙，见于长期饮用含氟量高的水或服用四环素等药物后。切牙切缘凹陷呈月牙形伴牙间隙过宽见于先天性梅毒。单纯性牙间隙过宽见于肢端肥大症。

正常人的牙龈呈粉红色并与牙颈部紧密贴合。齿龈水肿及流脓见于慢性牙周炎。牙龈萎缩见于牙周病。牙龈出血可见于牙石、牙周炎、血液系统疾病及坏血病等。齿龈的游离缘出现灰黑色点线为铅线，见于慢性铅中毒。在铋、汞、砷中毒时，也可出现类似黑褐色点线状的色素沉着。

（4）舌：正常人的舌质淡红，湿润柔软，活动自如，无震颤。舌面干燥见于脱水、大出血、高热；地图舌见于核黄素缺乏者；草莓舌见于猩红热或长期发热患者；牛肉舌见于糙皮病（烟酸缺乏）；镜面舌见于缺铁性贫血、恶性贫血及慢性萎缩性胃炎；舌震颤见于甲亢；舌伸出后偏向患侧，见于舌下神经麻痹。

（5）咽部及扁桃体：急性咽炎可见咽部充血红肿。咽部充血，表面粗糙，有淋巴滤泡呈簇状增生见于慢性咽炎。扁桃体发炎时，腺体红肿、增大。扁桃体肿大分三度：不超过咽腭弓者为Ⅰ度；超过咽腭弓者为Ⅱ度；达到或超过咽后壁中线者为Ⅲ度。化脓性扁桃体炎时扁桃体上可见脓性分泌物，或形成苔片状假膜，容易与扁桃体剥离，而咽白喉在扁桃体所形成的假膜不易剥离，若强行剥离则易引起出血。

（6）喉：急性失音多见于急性喉炎；慢性失音见于喉结核、喉癌；喉返神经受损时可出现声音嘶哑或失音。

5. 腮腺

腮腺位于耳屏、下颌角与颧弓所构成的三角区内。腮腺导管开口于相当上颌第2磨牙牙冠相对的颊黏膜上。正常的腮腺腺体软薄，不能触清其轮廓。腮腺肿大时可出现以耳垂为中心的隆起，并可触及包块。一侧或双侧腮腺肿大，触诊边缘不清，有轻压痛，腮腺导管口红肿，见于流行性腮腺炎。腮腺导管有脓性分泌物见于化脓性腮腺炎。腮腺肿瘤也可致腮腺肿大。

细目四　颈部检查

要点一　颈部姿势与运动

正常的颈部转动自如。斜颈见于先天性颈肌痉挛、外伤、瘢痕挛缩等；颈部活动受限见于炎症、颈肌扭伤、颈椎骨质增生、结核及肿瘤等。

要点二　颈部皮肤、包块与血管检查

1. 颈部皮肤与包块

注意颈部皮肤有无感染、蜘蛛痣、瘢痕、瘘管、皮损等；如发现包块须注意是肿大淋巴结还是囊肿，或是甲状腺肿大等。

2. 颈静脉

正常人立位或坐位时颈静脉常不显露，平卧时可稍见充盈，充盈的水平仅限于锁骨上缘至下颌角下缘距离的下 1/3 以内。若取 30°～45°的半卧位时静脉充盈度超过正常水平，或立位与坐位时可见明显的静脉充盈称为颈静脉怒张，提示静脉压增高，见于右心衰竭、缩窄性心包炎、心包积液或上腔静脉梗阻。

正常情况下看不到颈静脉搏动，三尖瓣关闭不全伴颈静脉怒张时可见颈静脉搏动。

3. 颈动脉

安静状态下出现颈动脉明显搏动，见于主动脉瓣关闭不全、高血压、甲亢及严重贫血者。

要点三　甲状腺检查

1. 检查方法

甲状腺位于甲状软骨下方和两侧，表面光滑柔软，不易触及。做吞咽动作时可随吞咽向上移动，以此可与颈前其他包块鉴别。触诊方法：一是从后面检查，医师站在被检查者身后，用双手触摸甲状腺；二是从前面触摸甲状腺。触到肿大的甲状腺，应注意肿大程度、硬度、对称性、表面是否光滑、有无结节、压痛和震颤，与周围组织有无粘连，听诊有无血管杂音。

2. 甲状腺肿大的分度

不能看出肿大但能触及者为Ⅰ度；既可看出肿大又能触及，但在胸锁乳突肌以内者为Ⅱ度；肿大超出胸锁乳突肌外缘为Ⅲ度。

3. 甲状腺肿大的临床意义

（1）单纯性甲状腺肿：缺碘为主要的原因。甲状腺呈对称性肿大，质地柔软，多为弥漫性，也可为结节性，没有甲亢的表现。

（2）甲状腺功能亢进症：甲状腺对称性或非对称性肿大，质地多柔软，可听到连续性血管杂音并触及震颤。

（3）甲状腺肿瘤：甲状腺癌肿常呈不对称性肿大，表面凹凸不平，呈结节性，质地坚硬而固定，与周围组织发生粘连波及喉返神经时，可引起声音嘶哑。甲状腺腺瘤呈圆形或椭圆形肿大，多为单发，质地坚韧，无压痛。

（4）慢性淋巴细胞性甲状腺炎：多为对称性、弥漫性肿大，也可呈结节性肿大，与四周无粘连而边界清楚，表面光滑，质地坚韧而有弹性。

要点四　气管检查

正常人的气管位于颈前正中部。检查时让患者取坐位或仰卧位，使颈部处于自然正中位置，医师将右手食指与环指分别置于两侧胸锁关节上，将中指置于气管之上，观察中指是否在食指与环指的正中间，如不在正中表示气管有偏移。根据气管的偏移方向可以判断病变的性质。大量胸腔积液、积气、纵隔肿瘤以及单侧甲状腺肿大可将气管推向健侧，而肺不张、胸膜粘连可将气管拉向患侧。

细目五　胸壁及胸廓检查

要点一　胸部体表标志

1. 胸骨角

与第 2 肋软骨相连接，以此作为标记来计数前胸壁上的肋骨和肋间隙。气管分叉位于胸骨角的水平。

2. 肩胛下角

直立位、两手自然下垂时，肩胛下角平第 7 肋骨或第 7 肋间隙，或相当于第 8 胸椎水平。

要点二　胸廓检查

1. 正常胸廓

正常成人胸廓前后径较横径（左右径）短，前后径与横径之比约为 1∶1.5，小儿和老年人前后径略小于或等于横径。

2. 异常胸廓

（1）桶状胸：胸廓前后径增大，与横径几乎相等，外观呈圆桶形，见于肺气肿、支气管哮喘发作时，亦见于部分老年人及矮胖体型者。

（2）扁平胸：胸廓扁平，前后径常不到横径的一半，见于瘦长体型者，以及肺结核等慢性消耗性疾病。

（3）佝偻病胸（鸡胸）：为佝偻病所致的胸部病变，多见于儿童，胸骨特别是胸骨下部显著前凸，两侧肋骨凹陷，形似鸡胸而得名。

（4）漏斗胸：胸骨下端剑突处内陷，有时连同依附的肋软骨一起内陷而形似漏斗，见于佝偻病、胸骨下部长期受压者。

要点三　胸壁检查

1. 胸壁静脉

正常胸壁无明显静脉可见。上腔静脉或下腔静脉回流受阻建立侧支循环时，胸壁静脉可充盈或曲张。上腔静脉受阻时，胸壁静脉的血流方向自上向下；下腔静脉受阻时，胸壁静脉的血流方向自下向上。

2. 胸壁压痛

用手指轻压或轻叩胸壁，正常人无疼痛的感觉。胸壁炎症、肿瘤浸润、肋软骨炎、肋间神经痛、带状疱疹、肋骨骨折等，可有局部压痛。白血病时，常有胸骨压痛或叩击痛。

要点四　乳房检查

1. 视诊

注意两侧乳房的大小、对称性、外表、乳头状态及有无溢液等。乳房外表发红、肿胀并伴疼痛、发热者，见于急性乳腺炎。乳房皮肤表皮水肿隆起，毛囊及毛囊孔明显下陷，皮肤呈“橘皮样”，多为浅表淋巴管被乳癌堵塞后局部皮肤出现淋巴性水肿所致；近期发生的乳头内陷或位置偏移可能为癌变；乳头有血性分泌物见于乳管内乳头状瘤、乳癌。

2. 触诊

被检者采取坐位，先两臂下垂，然后双臂高举超过头部或双手叉腰再进行检查。按外上、外下、内下、内上、中央（乳头、乳晕）的顺序滑动触诊，然后检查腋窝，锁骨上、下窝等处淋巴结。

急性乳腺炎时乳房红、肿、热、痛，常局限于一侧乳房的某一象限，触诊有明显压痛的硬块，患侧腋窝淋巴结肿大、压痛。

乳房肿块见于乳癌、乳房纤维腺瘤等。恶性肿瘤以乳癌最多，常见于中年以上的妇女，肿块质硬，形状不规则，表面凹凸不平，边界不清，压痛不明显，晚期与皮肤及深部组织粘连而固定，易向腋窝等处淋巴结转移。

细目六　肺和胸膜检查

要点一　视诊

1. 呼吸类型

成年女性以胸式呼吸为主，儿童及成年男性以腹式呼吸为主。肺炎、重症肺结核、胸膜炎、肋骨骨折、肋间肌麻痹等胸部疾患时，胸式呼吸减弱而腹式呼吸增强。腹膜炎、腹水、巨大卵巢囊肿、肝脾极度肿大、胃肠胀气等腹部疾病及妊娠晚期，腹式呼吸减弱而胸式呼吸增强。

2. 呼吸频率、深度及节律

平静状态下，正常成人的呼吸频率为 12～22 次/分钟，呼吸与脉搏之比为 1∶4。

（1）呼吸频率变化：呼吸频率超过 22 次/分钟，为呼吸过速，病理情况下，见于发热、疼痛、贫血、甲亢、心力衰竭、肺炎等。呼吸频率低于 12 次/分钟，称为呼吸频率过缓，见于深睡、颅内高压、黏液性水肿、吗啡及巴比妥中毒等。

（2）呼吸深度变化：严重代谢性酸中毒时，呼吸深而大称为库斯莫尔呼吸，又称酸中毒大呼吸，见于尿毒症、糖尿病酮症酸中毒等疾病。呼吸浅快可见于肺气肿、胸膜炎、胸腔积液、气胸、呼吸肌麻痹、大量腹水、肥胖、鼓肠等，呼吸浅慢见于颅内高压、麻醉剂或镇静剂过量等。

3. 呼吸运动

正常时，两侧呼吸运动对称。双侧呼吸运动减弱见于阻塞性肺气肿；双侧呼吸运动增强见于剧烈运动以及高热、甲亢、库斯莫尔呼吸等。一侧呼吸运动减弱或消失见于患侧大量胸腔积液、气胸、胸膜肥厚、大面积肺实变、肺不张等。

要点二　触诊

1. 触觉语颤（语颤）

正常情况下，前胸上部语颤较下部强；后胸下部语颤较上部强；右上胸语颤较左上胸强。

（1）语颤增强见于：①肺实变：如肺炎链球菌肺炎、肺梗死、肺结核、肺脓肿及肺癌等。②压迫性肺不张：胸腔积液上方受压而萎瘪的肺组织及受肿瘤压迫的肺组织。③较浅而大的肺空洞：见于肺结核、肺脓肿、肺肿瘤所致的空洞。

（2）语颤减弱或消失见于：①肺泡内含气量增多：如肺气肿及支气管哮喘发作时。②支气管阻塞：如阻塞性肺不张、气管内分泌物增多。③胸壁距肺组织距离加大：如胸腔积液、气胸、胸膜高度增厚及粘连、胸壁水肿或皮下气肿等。④体质衰弱者，大量胸腔积液、严重气胸时，语颤可消失。

2. 胸膜摩擦感

见于干性胸膜炎，在腋中线第 5 ~ 7 肋间隙最易感觉到。

要点三　叩诊

1. 肺部正常叩诊音

肺部正常叩诊音为清音。

2. 肺界叩诊

（1）肺下界：正常成人的右肺下界在右侧锁骨中线、腋中线、肩胛线，分别为第 6、第 8、第 10 肋间。左肺下界除在左锁骨中线上变动较大（因有胃泡鼓音区）外，其余与右侧大致相同。病理情况下，肺下界下移见于肺气肿；肺下界上移见于肺不张、肺萎缩，以及腹水、鼓肠、肝脾肿大、腹腔肿瘤。下叶肺实变、胸腔积液、胸膜增厚时，肺下界不易叩出。

（2）肺下界移动度：正常成人两侧肺下界的移动度为 6 ~ 8cm。肺下界移动度减小见于阻塞性肺气肿、肺不张、肺炎及各种原因所致的腹压增高；胸腔大量积液、积气或广泛

胸膜增厚及粘连时，肺下界移动度难以叩出。

3. 肺部异常叩诊音

（1）浊音或实音：见于以下几种情况：①肺组织含气量减少或消失：如肺炎、肺结核、肺梗死、肺不张、肺水肿、肺硬化等。②肺内不含气的病变：如肺肿瘤、肺包囊虫病、未穿破的肺脓肿等。③胸膜腔病变：如胸腔积液、胸膜增厚及粘连等。④胸壁疾病：如胸壁水肿、肿瘤等。

（2）鼓音：见于气胸及直径大于3～4cm的浅表肺空洞，如空洞型肺结核、肺脓肿或肺肿瘤空洞。

（3）过清音：见于肺气肿、支气管哮喘发作时。

要点四　听诊

1. 正常呼吸音

（1）支气管呼吸音：指气流在声门及气管、支气管内形成的湍流和摩擦所产生的声音。正常人在喉部、胸骨上窝、背部第6颈椎至第2胸椎附近可听到支气管呼吸音，肺部其他部位听到支气管呼吸音则为病理现象。

（2）肺泡呼吸音：指气流进出肺泡所产生的声音，正常人在肺部任何区域都可听到。

（3）支气管肺泡呼吸音（混合呼吸音）：正常人在胸骨角附近、肩胛间区的第3、4胸椎水平及右肺尖可以听到。

2. 病理性呼吸音

（1）病理性肺泡呼吸音：①肺泡呼吸音减弱或消失：见于呼吸运动障碍（如全身衰弱、呼吸肌瘫痪、腹压过高、胸膜炎、肋骨骨折、肋间神经痛等）、呼吸道阻塞（如支气管炎、支气管哮喘、喉或大支气管肿瘤等）、肺顺应性降低（如肺气肿、肺淤血、肺间质炎症等）、胸腔内肿物（如肺癌、肺囊肿等）、胸膜疾患（如胸腔积液、气胸、胸膜增厚及粘连等）。②肺泡呼吸音增强：双侧增强见于运动、发热、甲亢、贫血、代谢性酸中毒时；肺脏或胸腔病变使一侧或一部分肺的呼吸功能减弱或丧失，则健侧或无病变部分的肺泡呼吸音可出现代偿性增强。③呼气延长：见于阻塞性肺气肿、支气管哮喘发作时。

（2）病理性支气管呼吸音：常见于以下几种情况：①肺组织实变。②肺内大空洞。③压迫性肺不张。

（3）病理性支气管肺泡呼吸音（正常肺泡呼吸音分布区域听到的支气管肺泡呼吸音）。常见于肺实变区，且与正常肺组织掺杂存在，或肺实变部位较深并被正常肺组织所遮盖。

3. 啰音

呼吸音以外的附加音。

（1）干啰音：气流通过狭窄支气管时发生漩涡，或气流通过有黏稠分泌物的管腔时冲击黏稠分泌物引起的震动所致。

听诊特点：①吸气和呼气都可听到，但呼气时更加清楚。②性质多变且部位变换不定。③几种不同性质的干啰音可同时存在。

临床意义：干啰音是支气管病变的表现。两肺干啰音见于急慢性支气管炎、支气管哮

喘、支气管肺炎、心源性哮喘等；局限性干啰音见于支气管局部结核、肿瘤、异物或黏稠分泌物附着；局部而持久的干啰音见于肺癌早期或支气管内膜结核。

（2）湿啰音（水泡音）：气流通过气道、肺泡或空洞内的稀薄液体（渗出物、黏液、血液、漏出液、分泌液）时形成水泡并立即破裂时所产生的声音。

听诊特点：①吸气和呼气都可听到，以吸气末时多而清楚。②部位较恒定，性质不易改变。③大、中、小湿啰音可同时存在。

临床意义：湿啰者是肺与支气管病变的表现。①粗湿啰音（大水泡音）：见于肺结核空洞、支气管扩张症、肺水肿、昏迷或濒死患者。②中湿啰音（中水泡音）：见于支气管肺炎、支气管炎、肺梗死、肺结核等。③细湿啰音（小水泡音）：见于细支气管炎、支气管肺炎、肺结核早期、肺淤血、肺水肿及肺梗死等。两肺散在分布的湿啰音，常见于支气管炎、支气管肺炎、血行播散型肺结核、肺水肿；两肺底分布的湿啰音多见于肺淤血、肺水肿及支气管肺炎；一侧或局限性分布的湿啰音见于肺炎、肺结核（多在肺上部）、支气管扩张症（多在肺下部）、肺脓肿、肺癌及肺出血等。

（3）捻发音：是一种微小湿啰音。生理情况下见于老年人、深睡或长期卧床者，深吸气时可在肺底听到，数次深呼吸或咳嗽后可消失，无特殊临床意义；持续存在的捻发音，见于肺炎早期、肺结核早期、肺淤血、纤维性肺泡炎等。

4. 胸膜摩擦音

胸膜摩擦音是干性胸膜炎的体征，见于结核性胸膜炎、化脓性胸膜炎、尿毒症胸膜炎等。一般吸气、呼气均可听到，但屏住呼吸时消失，借此可与心包摩擦音区别。胸膜摩擦音在胸膜任何部位都可听到，以胸廓下侧沿腋中线处最清楚。

要点五　肺与胸膜常见病的体征

肺与胸膜常见病的体征

	视诊		触诊		叩诊	听诊	
	胸廓	呼吸动度	气管位置	语颤		呼吸音	听觉语音
肺实变	对称	患侧减弱	居中	患侧增强	浊音或实音	呼吸音消失，可闻及病理性支气管呼吸音	患侧增强
阻塞性肺气肿	桶状	减弱	居中	减弱	过清音、肺下界下降，移动度减小	减弱，呼气延长	减弱
气胸	患侧饱满	患侧减弱或消失	推向健侧	患侧减弱或消失	鼓音	减弱或消失	减弱或消失
胸腔积液	患侧饱满	患侧减弱	推向健侧	患侧减弱或消失	浊音或实音	减弱或消失	减弱或消失

细目七 心脏、血管检查

要点一 视诊

1. 心前区隆起

①某些先天性心脏病，如法洛四联症、肺动脉瓣狭窄等。②慢性风湿性心脏病伴右心室增大者。

2. 心尖搏动

（1）正常成人心尖搏动：位于左侧第5肋间隙、锁骨中线内侧0.5～1.0cm处，搏动范围的直径约为2.0～2.5cm。

（2）心尖搏动位置改变：①生理因素：卧位时心尖搏动可稍上移；左侧卧位时，心尖搏动可向左移2～3cm；右侧卧位时可向右移1.0～2.5cm。小儿及妊娠时心脏常呈横位，心尖搏动可向上外方移位；瘦长体型者，心脏呈垂直位，心尖搏动可向下、向内移至第6肋间隙。②病理因素：左心室增大时，心尖搏动向左下移位；右心室增大时，心尖搏动向左移位；肺不张、粘连性胸膜炎时，心尖搏动移向患侧；胸腔积液、气胸时，心尖搏动移向健侧；大量腹水、肠胀气、腹腔巨大肿瘤或妊娠等，心尖搏动位置向上外移位。

（3）心尖搏动强度及范围改变：患甲亢、重症贫血、发热等疾病时心尖搏动增强；心包积液、左侧气胸或胸腔积液、肺气肿等，心尖搏动减弱甚或消失；负性心尖搏动见于粘连性心包炎。

要点二 触诊

1. 左心室肥大时，心尖搏动呈抬举性。

2. 震颤（猫喘）是器质性心血管疾病的体征。震颤出现的时期、部位和临床意义见下表。

心脏常见震颤的临床意义

时期	部位	临床意义
收缩期	胸骨右缘第2肋间	主动脉瓣狭窄
	胸骨左缘第2肋间	肺动脉瓣狭窄
	胸骨左缘第3、4肋间	室间隔缺损
舒张期	心尖部	二尖瓣狭窄
连续性	胸骨左缘第2肋间及其附近	动脉导管未闭

3. 心包摩擦感，是干性心包炎的体征，见于结核性、化脓性心包炎，也可见于风湿热、急性心肌梗死、尿毒症、系统性红斑狼疮等引起的心包炎。通常在胸骨左缘第4肋间最易触及，心脏收缩期和舒张期均可触及，以收缩期较为明显。坐位稍前倾或深呼气末更易触及。

要点三　叩诊

1. 叩诊方法

采用间接叩诊法，沿肋间隙从外向内、自下而上叩诊，板指与肋间隙平行并紧贴胸壁。叩诊心脏左界时，从心尖搏动外 2 ~ 3cm 处由外向内进行叩诊。如心尖搏动不明显，则自第 6 肋间隙左锁骨中线外的清音区开始，然后按肋间隙逐一上移，至第 2 肋间隙为止；叩诊心脏右界时，自肝浊音界的上一肋间隙开始，逐一叩诊至第 2 肋间隙。

2. 心脏浊音界改变的临床意义

（1）心脏与血管本身病变：①左心室增大：心脏浊音界向左下扩大，使心界呈靴形，见于主动脉瓣关闭不全、高血压性心脏病。②右心室增大：右心室显著增大时，心界向左、右两侧扩大，以向左增大较为显著。常见于单纯二尖瓣狭窄、肺心病。③左心房增大或合并肺动脉段扩大：心腰部饱满或膨出，心脏浊音区呈梨形，见于二尖瓣狭窄。④左、右心室增大：心界向两侧扩大，称为普大型心脏，见于扩张型心肌病等。⑤心包积液：坐位时心脏浊音界呈烧瓶形，卧位时心底部浊音界增宽。

（2）心外因素：大量胸腔积液、积气时，心浊音界向健侧移位；胸膜增厚及粘连、肺不张，则使心界移向患侧；肺气肿时心浊音界变小。

要点四　听诊

（一）心脏瓣膜听诊区

1. 二尖瓣区

位于左侧第 5 肋间隙，锁骨中线内侧。

2. 主动脉瓣区

①主动脉瓣区：位于胸骨右缘第 2 肋间隙，主动脉瓣狭窄时的收缩期杂音在此区最响。②主动脉瓣第二听诊区位于胸骨左缘第 3、4 肋间隙，主动脉瓣关闭不全时的舒张期杂音在此区最响。

3. 肺动脉瓣区

在胸骨左缘第 2 肋间隙。

4. 三尖瓣区

在胸骨体下端近剑突偏右或偏左处。

（二）听诊内容

1. 心率

正常成人的心率为 60 ~ 100 次/分钟。心率超过 l00 次/分钟为心动过速，临床意义同脉率增快；心率低于 60 次/分钟为窦性心动过缓，临床意义同脉率减慢。

2. 心律

正常人的心律基本是规则的。窦性心律不齐常见于健康青少年及儿童，表现为吸气时

心率增快，呼气时心率减慢。期前收缩（过早搏动）见于情绪激动、酗酒、饮浓茶以及各种心脏病、心脏手术、心导管检查、低血钾等。心房颤动（房颤）多见于二尖瓣狭窄、冠心病、甲亢，具有以下听诊特点：①心律绝对不规则。②S_1强弱不等。③脉搏短绌。

3. 心音

（1）正常心音

正常心音有4个。按其在心动周期中出现的顺序，依次命名为第一心音（S_1）、第二心音（S_2）、第三心音（S_3）及第四心音（S_4）。通常听到的是S_1和S_2，在儿童和青少年中有时可听到S_3，一般听不到S_4。

第一、第二心音的区别

区别点	第一心音	第二心音
声音特点	音强，调低，时限较长	音弱，调高，时限较短
最强部位	心尖部	心底部
与心尖搏动及动脉搏动的关系	与心尖搏动和动脉搏动同时出现	心尖搏动之后出现
与心动周期的关系	S_1和S_2之间的间隔（收缩期）较短	S_2到下一心动周期S_1的间隔（舒张期）较长

（2）心音改变及其临床意义

两个心音同时增强：见于胸壁较薄、情绪激动、甲亢、发热、贫血等。两个心音同时减弱：见于肥胖、胸壁水肿、左侧胸腔积液、肺气肿、心包积液、缩窄性心包炎、甲状腺功能减退症、心肌炎、心肌病、心肌梗死、心功能不全等。

S_1增强：见于发热、甲亢、二尖瓣狭窄等。S_1减弱：见于心肌炎、心肌病、心肌梗死、二尖瓣关闭不全等。

A_2增强：见于高血压病、主动脉粥样硬化等。A_2减弱：见于低血压、主动脉瓣狭窄和关闭不全。

P_2增强：见于肺动脉高压、二尖瓣狭窄、左心功能不全、室间隔缺损、动脉导管未闭、肺心病。P_2减弱：见于肺动脉瓣狭窄或关闭不全。

钟摆律或胎心律见于心肌有严重病变时，如大面积急性心肌梗死、重症心肌炎等。

S_2分裂临床上较常见，以肺动脉瓣区较为明显。见于右心室排血时间延长，肺动脉瓣关闭明显延迟（如完全性右束支传导阻滞、肺动脉瓣狭窄），或左心室射血时间缩短，主动脉关闭时间提前（如二尖瓣关闭不全、室间隔缺损等）。

4. 额外心音（在正常心音之外的附加心音）

（1）舒张早期奔马律：是病理性S_3，又称S_3奔马律或室性奔马律。在心尖部容易听到，提示心脏有严重的器质性病变，见于各种原因的心力衰竭。

（2）开瓣音（二尖瓣开放拍击音）：见于二尖瓣狭窄而瓣膜弹性尚好时，是二尖瓣分离术适应证的重要参考条件。

5. 心脏杂音

（1）杂音产生的机制：①血流加速：见于剧烈运动后、发热、贫血、甲亢等。②瓣膜

口狭窄：如二尖瓣狭窄、主动脉瓣狭窄、肺动脉瓣狭窄等。③瓣膜关闭不全：如二尖瓣关闭不全、主动脉瓣关闭不全等。④异常通道：如室间隔缺损、动脉导管未闭及动静脉瘘等。⑤心腔内漂浮物：如心内膜炎时赘生物产生的杂音等。⑥大血管腔瘤样扩张：如动脉瘤。

（2）杂音的特性：①最响的部位：一般来说，杂音最响的部位，就是病变所在的部位。②出现的时期：按杂音出现的时期不同，将杂音分为收缩期杂音、舒张期杂音、连续性杂音、双期杂音。舒张期杂音及连续性杂音均为病理性，收缩期杂音多为功能性。③杂音的性质：分为吹风样、隆隆样（或雷鸣样）、叹气样、机器样及乐音样等，进一步分为粗糙、柔和。④收缩期杂音强度：采用 Levine 6 级分级法。1 级——杂音很弱，所占时间很短，须仔细听诊才能听到。2 级——较易听到，杂音柔和。3 级——中等响亮的杂音。4 级——响亮的杂音，常伴有震颤。5 级——很响亮的杂音，震耳，但听诊器如离开胸壁则听不到，伴有震颤。6 级——极响亮，听诊器稍离胸壁时亦可听到，有强烈的震颤。⑤杂音强度的表示法：6 作分母，杂音级别作分子。4 级杂音记为“4/6 级收缩期杂音”。一般而言，3/6 级和以上的收缩期杂音多为器质性。但应注意，杂音的强度不一定与病变的严重程度成正比。病变较重时，杂音可能较弱；相反，病变较轻时，也可能听到较强的杂音。⑥传导方向：二尖瓣关闭不全的收缩期杂音在心尖部最响，并向左腋下及左肩胛下角处传导；主动脉瓣关闭不全的舒张期杂音在主动脉瓣第二听诊区最响，并向胸骨下端或心尖部传导；主动脉瓣狭窄的收缩期杂音以主动脉瓣区最响，可向上传至右侧胸骨上窝及颈部；肺动脉瓣关闭不全的舒张期杂音在肺动脉瓣区最响，可传至胸骨左缘第 3 肋间。⑦较局限的杂音：二尖瓣狭窄的舒张期杂音常局限于心尖部；肺动脉瓣狭窄的收缩期杂音常局限于胸骨左缘第 2 肋间；室间隔缺损的收缩期杂音常局限于胸骨左缘第 3、4 肋间。⑧与体位的关系：体位改变可使某些杂音减弱或增强，有助于病变部位的诊断。例如，左侧卧位可使二尖瓣狭窄的舒张中晚期隆隆样杂音更明显；前倾坐位可使主动脉瓣关闭不全的舒张期杂音更易于听到；仰卧位则使肺动脉瓣、二尖瓣、三尖瓣关闭不全的杂音更明显。⑨与呼吸的关系：深吸气时可使右心（三尖瓣、肺动脉瓣）的杂音增强；深呼气时可使左心（二尖瓣、主动脉瓣）的杂音增强。⑩与运动的关系：运动后心率加快，增加循环血流量及流速，在一定的心率范围内可使杂音增强，如运动可使二尖瓣狭窄的舒张中晚期杂音增强。

（3）各瓣膜区杂音的临床意义：①二尖瓣区收缩期杂音：见于二尖瓣关闭不全、二尖瓣脱垂、冠心病乳头肌功能不全等，杂音为吹风样，较粗糙，响亮，多在 3/6 级以上，可占全收缩期；左心室扩张引起的二尖瓣相对关闭不全（如高血压性心脏病、扩张型心肌病等），杂音为 3/6 级以下柔和的吹风样，传导不明显；运动、发热、贫血、妊娠、甲亢等产生的杂音一般为 2/6 级以下，性质柔和，较局限，病因去除后杂音消失。②二尖瓣区舒张期杂音：器质性病变见于二尖瓣狭窄，为心尖部舒张中晚期隆隆样杂音，呈递增型，音调较低而局限，左侧卧位呼气末时较清楚，常伴有 S_1 亢进、二尖瓣开放拍击音及舒张期震颤，P_2 亢进及分裂；主动脉瓣关闭不全所致的相对性二尖瓣狭窄杂音，称为奥 - 弗杂音（Austin - Flint 杂音），性质柔和，不伴有 S_1 亢进、开瓣音，无震颤。③主动脉瓣区收缩期杂音：见于各种病因的主动脉瓣狭窄，杂音为喷射性，响亮而粗糙，呈递增 - 递减型，沿大血管向颈部传导，常伴有收缩期震颤；主动脉粥样硬化、高血压性心脏病等引起的相对

性主动脉瓣狭窄，杂音柔和，常有 A_2 增强。④主动脉瓣区舒张期杂音：器质性者常见于风湿性主动脉瓣关闭不全、主动脉粥样硬化、梅毒，为叹气样，递减型，可传至胸骨下端左侧或心尖部，前倾坐位，在主动脉瓣第二听诊区深呼气末最易听到，伴有 A_2 减弱及周围血管征。⑤肺动脉瓣区收缩期杂音：见于肺动脉瓣狭窄，多为先天性，杂音粗糙，呈喷射性，强度在 3/6 级以上，常伴收缩期震颤；二尖瓣狭窄、房间隔缺损等引起的相对性肺动脉瓣狭窄，杂音时限较短，较柔和，伴 P_2 增强亢进。⑥肺动脉瓣区舒张期杂音：器质性极少，多由相对性肺动脉瓣关闭不全所引起，常见于二尖瓣狭窄、肺心病等，伴明显的肺动脉高压，杂音为叹气样，柔和，递减型，卧位吸气末增强，常伴 P_2 亢进，称为格－斯杂音（Graham－Steell 杂音）。⑦三尖瓣区收缩期杂音：器质性者极少见，多为右心室扩大导致的相对性三尖瓣关闭不全，见于二尖瓣狭窄、肺心病等，杂音柔和，在 3/6 级以下。⑧胸骨左缘第 3、4 肋间听到响亮而粗糙的收缩期杂音，或伴收缩期震颤，见于室间隔缺损或肥厚型梗阻性心肌病。⑨连续性杂音：是一种连续、粗糙、类似机器转动的声音，在胸骨左缘第 2 肋间隙及其附近听到，见于动脉导管未闭。

器质性与功能性收缩期杂音的鉴别

区别点	器质性	功能性
部位	任何瓣膜听诊区	肺动脉瓣区和（或）心尖部
持续时间	长，常占全收缩期，可遮盖 S_1	短，不遮盖 S_1
性质	吹风样，粗糙	吹风样，柔和
传导	较广而远	比较局限
强度	常在 3/6 级或以上	一般在 2/6 级或以下
心脏大小	有心房和（或）心室增大	正常

6. 心包摩擦音

在胸骨左缘第 3、4 肋间隙较易听到，病人坐位稍前倾，深呼气后屏住呼吸时易于听到，见于急性心包炎。

要点五　血管检查

1. 毛细血管搏动征

用手指轻压病人指甲床末端，或以干净玻片轻压病人的口唇黏膜，如见到红白交替的、与病人心搏一致的节律性微血管搏动现象，称为毛细血管搏动征。

2. 水冲脉

脉搏骤起骤降，急促而有力。检查者用手紧握患者的手腕掌面，将患者的前臂高举过头，则水冲脉更易触知。

3. 交替脉

此为一种节律正常而强弱交替的脉搏，为左室衰竭的重要体征，见于高血压性心脏病、急性心肌梗死或主动脉瓣关闭不全等。

4. 重搏脉

见于伤寒、肥厚型梗阻性心肌病等。

5. 奇脉

指吸气时脉搏明显减弱或消失的现象，又称为吸停脉。常见于心包积液和缩窄性心包炎，是心包填塞的重要体征之一。

6. 无脉

即脉搏消失，见于严重休克及多发性大动脉炎。

7. 枪击音与杜氏双重杂音

将听诊器体件放在肱动脉等外周较大动脉的表面，可听到与心跳一致的“嗒——嗒——”音，称为枪击音。如再稍加压力，则可听到收缩期与舒张期双重杂音，即杜氏双重杂音。

8. 其他血管杂音

①在甲亢病人肿大的甲状腺上可听到血管杂音，常为连续性，收缩期较强。②主动脉瘤时，在相应部位可听到收缩期杂音。③动－静脉瘘时，在病变部位可听到连续性杂音。④肾动脉狭窄时，可在腰背部及腹部听到收缩期杂音。

9. 周围血管征

包括头部随脉搏呈节律性点头运动、颈动脉搏动明显、毛细血管搏动征、水冲脉、枪击音与杜氏双重杂音。它们均由脉压增大所致，常见于主动脉瓣关闭不全、发热、贫血及甲亢等。

要点六　循环系统常见病的体征

循环系统常见病的体征

病变	视诊	触诊	叩诊	听诊
二尖瓣狭窄	二尖瓣面容，心尖搏动略向左移	心尖搏动向左移，心尖部触及舒张期震颤	心浊音界早期稍向左，以后向右扩大，心腰部膨出，呈梨形	心尖部 S_1 亢进，较局限的递增型舒张中晚期隆隆样杂音，可伴开瓣音，P_2 亢进、分裂，肺动脉瓣区 Graham Steell 杂音
二尖瓣关闭不全	心尖搏动向左下移位	心尖搏动向左下移位，常呈抬举性	心浊音界向左下扩大	心尖部 S_1 减弱，心尖部有 3/6 级或以上较粗糙的吹风样全收缩期杂音，范围广泛，常向左腋下及左肩胛下角传导，并可掩盖 S_1
主动脉瓣狭窄	心尖搏动向左下移位	心尖搏动向左下移位，呈抬举性，主动脉瓣区收缩期震颤	心浊音界向左下扩大	主动脉瓣区高调、粗糙的递增－递减型收缩期杂音，向颈部传导，心尖部 S_1 减弱，A_2 减弱
主动脉瓣关闭不全	颜面较苍白，颈动脉搏动明显，心尖搏动向左下移位且范围较广，可见点头运动	心尖搏动向左下移位并呈抬举性，周围血管征阳性	心浊音界向左下扩大，心脏呈靴形	主动脉瓣第二听诊区叹气样递减型舒张期杂音，可向心尖部传导；心尖部 S_1 减弱，A_2 减弱或消失，可闻及 Austin－Flint 杂音

续表

病变	视诊	触诊	叩诊	听诊
右心衰竭	颈静脉怒张，口唇发绀、浮肿	肝脏肿大、压痛，肝－颈静脉回流征阳性，下肢或腰骶部凹陷性水肿	心界扩大，可有胸水或腹水体征	心率增快，心尖部舒张期奔马律

细目八　腹部检查

要点一　视诊

1. 腹部外形

正常的腹部平坦。腹部明显膨隆或凹陷见于以下几种情况：

（1）全腹膨隆：见于各种原因的肠梗阻或肠麻痹、气腹、腹腔巨大肿块（如巨大卵巢囊肿等）、肝硬化门脉高压症、右心衰竭、缩窄性心包炎、肾病综合征、结核性腹膜炎、腹膜转移癌等引起的腹腔积液（腹腔大量积液时，仰卧位时腹部外形宽而扁，呈蛙腹状）。

（2）局部膨隆：常见于腹部炎性包块、胃肠胀气、脏器肿大、腹内肿瘤、腹壁肿瘤和疝等。左上腹膨隆见于脾肿大、巨结肠或结肠脾曲肿瘤；上腹中部膨隆见于肝左叶肿大、胃扩张、胃癌、胰腺囊肿或肿瘤；右上腹膨隆见于肝肿大（淤血、脓肿、肿瘤）、胆囊肿大及结肠肝曲肿瘤；腰部膨隆见于大量肾盂积水或积脓、多囊肾、巨大肾上腺瘤；左下腹部膨隆见于降结肠肿瘤、干结粪块；下腹部膨隆多见于妊娠、子宫肌瘤、卵巢囊肿、尿滞留等；右下腹膨隆见于阑尾周围脓肿、回盲部结核或肿瘤等。

（3）全腹凹陷：见于严重脱水、明显消瘦及恶病质等，严重者呈舟状腹。

2. 腹壁静脉

正常时腹壁静脉一般不显露。当门静脉高压或上、下腔静脉回流受阻导致侧支循环形成时，腹壁静脉呈现扩张、迂曲状态，称为腹壁静脉曲张。①门脉高压时，腹壁曲张的静脉以脐为中心向周围伸展，肚脐以上腹壁静脉血流方向从下向上，肚脐以下腹壁静脉血流方向自上向下。②上腔静脉梗阻时，胸腹壁静脉血流方向自上向下，流入下腔静脉。③下腔静脉梗阻时，腹壁浅静脉血流方向向上，进入上腔静脉。

3. 蠕动波

正常人的腹部一般看不到蠕动波及胃型和肠型，有时在腹壁菲薄或松弛的老年人、极度消瘦者或经产妇可能见到。

幽门梗阻时，可见到胃蠕动波自左肋缘下向右缓慢推进（正蠕动波），有时可见到逆蠕动波；脐部出现肠蠕动波见于小肠梗阻。严重梗阻时，脐部可见横行排列呈多层梯形的肠型和较大的肠蠕动波；结肠梗阻时，宽大的肠型多出现于腹壁周边，同时盲肠多胀大呈球形。

4. 皮疹

伤寒时的玫瑰疹多见于上腹壁皮肤。

5. 腹纹

肥胖者和高度水肿者可见腹壁白色纵形腹纹；经产妇的银白色条纹称为妊娠纹；肾上腺皮质功能亢进患者的腹部、腰部及臀部都可出现紫红色纵形条纹，称紫纹。

6. 脐

正常的脐与腹壁相平或稍凹陷。脐深陷见于腹壁肥胖者；脐稍突出见于少年和腹壁菲薄者；脐明显突出见于大量腹水；腹腔压力增加时，腹腔内容物经脐部向外膨出而形成脐疝；脐部发炎、溃烂见于化脓性或结核性感染；脐部溃疡使局部坚硬、固定而突出的，多为癌肿。

7. 疝

腹腔内容物易经腹壁或骨盆壁的间隙或薄弱部分向体表突出而形成疝。手术瘢痕愈合不良处可有切口疝；股疝位于腹股沟韧带中部，多见于女性；腹股沟疝则发生于髂窝部偏内侧，男性腹股沟斜疝可下降至阴囊，该疝在直立位或咳嗽用力时明显，平卧位时可缩小或消失，如有嵌顿，则可引起急性腹痛。

8. 腹部体毛

腹部体毛增多或女性阴毛呈男性型分布，多见于皮质醇增多症；腹部阴毛稀少见于垂体前叶功能减退症、黏液性水肿等。

要点二　触诊

（一）触诊的方法及注意事项

被检者采取仰卧位，两手平放于躯干两侧，两腿并拢屈曲，使腹壁肌肉放松，做缓慢的腹式呼吸运动。医生站在其右侧，面向被检者，以便观察其有无疼痛等表情。检查时手应温暖，动作应轻柔；触诊时可与被检者交谈，转移其注意力，使腹肌放松。检查顺序：从健康部位开始，逐渐移向病变区域，一般常规体检先从左下腹开始，循逆时针方向，由下而上，先左后右，由浅入深，将腹部各区进行仔细触诊，左右对比。

（二）触诊内容

包括腹壁紧张度、有无压痛和反跳痛、腹部包块、液波震颤及肝脾等腹内脏器的情况。

1. 腹壁紧张度

正常人的腹壁柔软，无抵抗。在某些病理情况下可使全腹或局部紧张度增加、减弱或消失。

（1）腹壁紧张度增加（腹肌紧张）：①弥漫性腹肌紧张多见于胃肠道穿孔或实质脏器破裂所致的急性弥漫性腹膜炎，此时腹壁常强直，硬如木板，故称为板状腹。②局限性腹肌紧张多系局限性腹膜炎所致，如右下腹腹壁紧张多见于急性阑尾炎，右上腹腹壁紧张多见于急性胆囊炎；腹膜慢性炎症时，触诊如揉面团一样，称为揉面感，常见于结核性腹膜

炎、癌性腹膜炎。

（2）腹壁紧张度减低或消失：全腹紧张度减低见于慢性消耗性疾病或刚放出大量腹水者，也可见于身体瘦弱的老年人和经产妇；全腹紧张度消失见于脊髓损伤所致的腹肌瘫痪和重症肌无力等。

2. 压痛及反跳痛

（1）压痛：①广泛性压痛见于弥漫性腹膜炎。②局限性压痛见于局限性腹膜炎或局部脏器的病变。明确而固定的压痛点是诊断某些疾病的重要依据。如麦氏（Mc Burney）点（右髂前上棘与脐连线中外1/3交界处）压痛多考虑急性阑尾炎；胆囊区（右腹直肌外缘与肋弓交界处）压痛考虑胆囊病变。

（2）反跳痛：反跳痛表示炎症已波及腹膜壁层，腹肌紧张伴压痛、反跳痛称为腹膜刺激征，是急性腹膜炎的可靠体征。

3. 腹部包块

腹腔脏器的肿大、异位、肿瘤、囊肿或脓肿、炎性组织粘连或肿大的淋巴结等均可形成包块。如触到包块要鉴别其来源于何种脏器；是炎症性还是非炎症性；是实质性还是囊性；是良性还是恶性；在腹腔内还是在腹壁上。还须注意包块的部位、大小、形态、质地、压痛、搏动、移动度、与邻近器官的关系等。

4. 液波震颤

检查时患者仰卧，医师用手掌面贴于患者的腹壁一侧，以另一手并拢屈曲的四指指端并迅速叩击腹壁另一侧，如腹腔内有大量游离液体时，贴于腹壁的手掌就可感到液波的冲击，称为液波震颤。

5. 腹内脏器触诊

（1）肝脏：①检查方法：采用单手或双手触诊法，分别在右侧锁骨中线延长线和前正中线上触诊肝脏右叶和左叶。检查时患者取仰卧位，双腿稍屈曲，使腹壁松弛，医师位于患者的右侧检查。②正常肝脏：正常成人的肝脏一般触不到，但腹壁松弛的瘦者于深吸气时可触及肝下缘，多在肋弓下1cm以内，剑突下如能触及肝左叶，多在3cm以内。2岁以下小儿的肝脏相对较大，易触及。正常的肝脏质地柔软，边缘较薄，表面光滑，无压痛和叩击痛。③触诊的注意事项：触及肝脏时，应详细描述其大小、质地、表面光滑度及边缘情况、有无压痛及搏动等。④肝脏大小变化的临床意义：弥漫性肝肿大见于肝炎、脂肪肝、肝淤血、早期肝硬化、白血病、血吸虫病等；局限性肝肿大见于肝脓肿、肝囊肿（包括肝包虫病）、肝肿瘤等；肝脏缩小见于急性和亚急性肝坏死、晚期肝硬化。⑤肝脏质地分级：分为质软、质韧（中等硬度）和质硬3级。正常的肝脏质地柔软，如触口唇；急性肝炎及脂肪肝时，质地稍韧；慢性肝炎质韧，如触鼻尖；肝硬化质硬，肝癌质地最硬，如触前额。⑥肝脏常见病的表现：急性肝炎时肝脏轻度肿大，质稍韧，表面光滑，边缘钝，有压痛；慢性肝炎时肝脏肿大较明显，质韧或稍硬，压痛较轻；肝硬化早期肝常肿大，晚期则缩小变硬，表面呈结节状，边缘较薄，无压痛；肝癌时肝脏进行性肿大，质坚硬如石，表面呈大小不等的结节状或巨块状，高低不平，边缘不整，压痛明显；脂肪肝所致的肝肿大，质软或稍韧，表面光滑，无压痛；肝淤血时肝脏明显肿大，质韧，表面光滑，边缘圆钝，有压痛；右心功能不全引起肝淤血肿大时，压迫肝脏，颈静脉怒张更明显，称为

肝颈静脉回流征阳性。

（2）胆囊：①胆囊点：右侧腹直肌外缘与肋弓交界处即为胆囊点。②胆囊触痛的检查方法：医生将左手掌平放在被检者的右肋，拇指放在胆囊点，用中等压力按压腹壁，然后嘱被检者缓慢深呼吸，如果深吸气时被检者因疼痛而突然屏气，则称胆囊触痛征（墨菲征）阳性，见于急性胆囊炎。③临床意义：正常时胆囊不能触及。急性胆囊炎引起胆囊肿大时墨菲征阳性；胰头癌压迫胆总管导致胆囊肿大时无压痛，但有逐渐加深的黄疸，称库瓦济埃征阳性；胆囊肿大，有实性感者，见于胆囊结石或胆囊癌。

（3）脾脏：正常时脾脏不能触及。内脏下垂、左侧大量胸腔积液或积气时，脾向下移而可触及。除此之外，若能触及脾脏，则提示脾肿大。①检查方法：仰卧位或右侧卧位，右下肢伸直，左下肢屈髋、屈膝进行检查。②注意事项：触及脾脏后应注意其大小、质地、表面形态、有无压痛及摩擦感等。③脾肿大分度：深吸气时脾脏在肋下不超过3cm者为轻度肿大；超过3cm但在脐水平线以上为中度肿大；超过脐水平线或前正中线为高度肿大，又称巨脾。中度以上脾肿大时，其右缘常可触及脾切迹，这一特征可与左肋下其他包块相区别。④脾肿大的测量方法：用三线记录法（单位：cm），ab线测量左锁骨中线与左肋缘交点（a点）至脾下缘（b点）之间的距离；ac线是测量a点至脾脏最远端（c点）之间的距离；de线是测量脾右缘（d点）与前正中线之间的距离；如脾脏高度增大，向右越过前正中线，则测量脾右缘至前正中线的最大距离，以“+”表示；未超过前正中线，则测量脾右缘与前正中线的最短距离，以“-”表示。⑤脾肿大的临床意义：轻度脾大见于慢性肝炎、粟粒性肺结核、伤寒、感染性心内膜炎、败血症和急性疟疾等，一般质地较柔软；中度脾大见于肝硬化、慢性溶血性黄疸、慢性淋巴细胞性白血病、系统性红斑狼疮、疟疾后遗症及淋巴瘤等，一般质地较硬；高度脾大，表面光滑者见于慢性粒细胞性白血病、慢性疟疾和骨髓纤维化症等，表面不平而有结节者见于淋巴瘤等；脾脓肿、脾梗死和脾周围炎时，可触到摩擦感且压痛明显。

（4）肾脏：肾脏触诊常用双手触诊法。患者可取仰卧位或立位。医师位于患者的右侧，将左手掌放在其右后腰部向上托（触诊左肾时，左手绕过患者前方托住左后腰部），右手掌平放于被检侧季肋部，以微弯的手指指端放在肋弓下方，随患者呼气，右手逐渐深压向后腹壁，与在后腰部向上托起的左手试图接近，双手夹触肾。如未触及肾脏，应让患者深吸气，此时随吸气下移的肾脏可能滑入双手之间而被触知。如能触及肾脏大部分，则可将其在两手间夹住，同时患者常有类似恶心或酸痛的不适感。有时只能触及光滑、圆钝的肾下极，它常从触诊的手中滑出。

触及肾脏时应注意其大小、形状、质地、表面状态、敏感性和移动度等。正常的肾脏表面光滑而圆钝，质地结实而富有弹性，有浮沉感。正常人的肾脏一般不能触及，身材瘦长者有时可触及右肾下极。肾脏代偿性增大、肾下垂及游走肾常被触及。肾脏肿大见于肾盂积水或积脓、肾肿瘤及多囊肾等。肾盂积水或积脓时，其质地柔软，富有弹性，有波动感；肾肿瘤则质地坚硬，表面凹凸不平；多囊肾时，不规则增大的肾脏有囊性感。

肾脏和尿路疾病，尤其是炎性疾病时，可在一些部位出现压痛点：①季肋点：在第10肋骨前端。②上输尿管点：在脐水平线上，腹直肌外缘。③中输尿管点：在两侧髂前上棘水平线上，腹直肌外缘，相当于输尿管第2狭窄处（入骨盆腔处）。④肋脊点：在背部脊柱与第12肋所成的夹角顶点，又称肋脊角。⑤肋腰点：在第12肋与腰肌外缘的夹角顶点，

又称肋腰点。季肋点压痛亦提示肾脏病变。输尿管有结石、化脓性或结核性炎症时，在上或中输尿管点出现压痛。肋脊点和肋腰点是肾脏炎症性疾病（如肾盂肾炎、肾结核或肾脓肿等）常出现压痛的部位。如炎症深隐于肾实质内，可无压痛而仅有叩击痛。

6. 正常腹部可触到的脏器

腹主动脉、腰椎椎体与骶骨岬、横结肠、乙状结肠、盲肠等。

7. 膀胱触诊

用单手滑行触诊法。正常的膀胱空虚时不能查到。当膀胱积尿而充盈时，在下腹正中部可触到圆形、表面光滑的囊状物，排尿后包块消失，此点可与腹部其他包块相鉴别。尿潴留常见于尿道梗阻、脊髓病、昏迷、腰椎或骶椎麻醉及手术后患者。导尿后肿块消失即可确诊膀胱潴留。

要点三　叩诊

1. 肝脏叩诊

体型对肝脏位置有一定的影响，匀称型者正常肝上界在右锁骨中线上第5肋间，下界位于右季肋下缘。右锁骨中线上肝浊音区上下径之间的距离约为9～11cm；在右腋中线上，肝上界在第7肋间，下界相当于第10肋骨水平；在右肩胛线上，肝上界为第10肋间，下界不易叩出。瘦长型者肝上下界均可低一个肋间，矮胖型者则可高一个肋间。

病理情况下，肝浊音界向上移位见于右肺不张、右肺纤维化、气腹及鼓肠等；肝浊音界向下移位见于肺气肿、右侧张力性气胸等。肝浊音界扩大见于肝炎、肝脓肿、肝淤血、肝癌和多囊肝等；肝浊音界缩小见于急性肝坏死、晚期肝硬化和胃肠胀气等；肝浊音界消失代之以鼓音者，是急性胃肠穿孔的一个重要征象，亦可见于人工气腹等。

肝区叩击痛对肝炎、肝脓肿有一定的诊断意义。

2. 胃泡鼓音区

胃泡鼓音区上界为膈及肺下缘，下界为肋弓，左界为脾脏，右界为肝左缘。此区明显扩大见于幽门梗阻；明显缩小见于胸腔积液、心包积液、脾肿大及肝左叶肿大等。此区鼓音消失见于急性胃扩张或溺水者。

3. 脾脏叩诊

脾浊音区宜采用轻叩法，在左腋中线自上而下进行叩诊。正常时脾浊音区在该线上第9～11肋间，宽约4～7cm，前方不超过腋前线。脾浊音区缩小或消失见于左侧气胸、胃扩张及鼓肠等；脾浊音区扩大见于脾肿大。

4. 膀胱叩诊

膀胱空虚时，因小肠位于耻骨上方遮盖膀胱，故叩诊呈鼓音，叩不出膀胱的轮廓。膀胱充盈时，耻骨上方叩出圆形浊音区。妊娠的子宫、卵巢囊肿或子宫肌瘤等，该区叩诊也呈浊音，应予鉴别。腹水时，耻骨上方叩诊可呈浊音区，但此区的弧形上缘凹向脐部，而膀胱胀大的浊音区弧形上缘凸向脐部。排尿或导尿后复查，如为浊音区转为鼓音，即为尿潴留而致的膀胱胀大。

5. 腹水的检查

当腹腔内有较多的游离液体（在1000ml以上）时，如患者仰卧位，液体因重力作用多积聚于腹腔低处，含气的肠管漂浮其上，故叩诊腹中部呈鼓音，腹部两侧呈浊音；在患者侧卧位时，液体随之流动，叩诊上侧腹部转为鼓音，下侧腹部呈浊音。这种因体位不同而出现浊音区变动的现象，为移动性浊音阳性。

要点四　听诊

1. 肠鸣音（肠蠕动音）

正常肠鸣音大约每分钟4～5次，在脐部或右下腹部听得最清楚。肠鸣音超过每分钟10次称为肠鸣音频繁，见于服泻药后、急性肠炎或胃肠道大出血等；如肠鸣音次数多，且呈响亮、高亢的金属音，称肠鸣音亢进，见于机械性肠梗阻；肠鸣音明显少于正常，或3～5分钟以上才听到1次，称肠鸣音减弱或稀少，见于老年性便秘、电解质紊乱（低血钾）及胃肠动力低下等；如持续听诊3～5分钟未闻及肠鸣音，称肠鸣音消失或静腹，见于急性腹膜炎或各种原因所致的麻痹性肠梗阻。

2. 振水音

患者仰卧，医师用耳凑近患者的上腹部，或将听诊器体件放于此处，然后用稍弯曲的手指以冲击触诊法连续迅速冲击患者上腹部，如听到胃内液体与气体相撞击的声音为振水音。正常人餐后或饮入多量液体时，振水音阳性。若空腹或餐后6～8小时以上仍有此音，则提示胃内有液体潴留，见于胃扩张、幽门梗阻及胃液分泌过多等。

3. 血管杂音

上腹部的两侧出现收缩期血管杂音常提示肾动脉狭窄；左叶肝癌压迫肝动脉或腹主动脉时，可在包块部位闻及吹风样血管杂音；中腹部收缩期血管杂音提示腹主动脉瘤或腹主动脉狭窄；肝硬化门脉高压侧支循环形成时，在脐周可闻及连续性的嗡鸣音。

要点五　腹部常见疾病的体征

腹部常见疾病的体征

病变	视诊	触诊	叩诊	听诊
肝硬化	肝病面容、蜘蛛痣及肝掌，晚期患者黄疸，腹部膨隆，呈蛙腹状，腹壁静脉曲张	早期肝肿大，质地偏硬；晚期肝脏缩小，脾大，腹水	早期肝浊音区轻度扩大，晚期肝浊音区缩小，移动性浊音阳性	肠鸣音正常
幽门梗阻	脱水、消瘦，上腹部可见胃蠕动波、胃型及逆蠕动波	上腹部紧张度增加	上腹部浊音或实音	可出现振水音
急性腹膜炎	急性病容，强迫仰卧位，腹式呼吸消失，肠麻痹时腹部膨隆	出现典型的腹膜刺激征——腹壁紧张、压痛及反跳痛	鼓肠或有气腹时，肝浊音区缩小或消失，移动性浊音阳性	肠鸣音减弱或消失

续表

病变	视诊	触诊	叩诊	听诊
急性阑尾炎	急性病容，腹式呼吸减弱	麦氏点压痛或反跳痛，结肠充气试验阳性	右下腹部可有叩击痛	肠鸣音无明显变化
急性胆囊炎	急性病容，右上腹部稍膨隆，腹式呼吸减弱	右肋下胆囊区腹壁紧张，墨菲征阳性	右肋下胆囊区有叩击痛	肠鸣音无明显变化
急性胰腺炎	急性病容，出血坏死型可见脐周皮肤青紫	上腹或左上腹压痛，重者腹膜刺激征阳性	可出现移动性浊音	肠鸣音减弱或消失
肠梗阻	急性病容，腹式呼吸减弱或消失，可见肠型及蠕动波	腹壁紧张，压痛，绞窄性肠梗阻有压痛性包块及反跳痛	腹部鼓音明显	早期肠鸣音亢进呈金属调；麻痹性肠梗阻时肠鸣音减弱或消失

细目九　肛门、直肠检查

要点　肛门、直肠指诊

肛门指诊或直肠指诊对肛门、直肠疾病的诊断有重要价值。指诊有剧烈触痛见于肛裂与感染；触痛并有波动感见于肛门、直肠周围脓肿；触及柔软光滑而有弹性物见于直肠息肉；触及质地坚硬、表面凹凸不平的包块应考虑直肠癌。指诊后指套带有黏液、脓液或血液，说明存在炎症并有组织破坏。

细目十　脊柱与四肢检查

要点一　脊柱检查

1. 脊柱弯曲度

（1）检查法：患者取立位或坐位，先从侧面观察脊柱有无过度的前凸与后凸；然后从后面用手指沿脊椎棘突用力从上向下划压，划压后的皮肤出现一条红色充血线，观察脊柱有无侧弯。

（2）临床意义：①脊柱后凸多发生于胸段，见于佝偻病、脊柱结核、强直性脊柱炎、脊柱退行性变等。②脊柱前凸多发生于腰段，见于大量腹水、腹腔巨大肿瘤、髋关节结核及髋关节后脱位等。③脊柱侧凸：姿势性侧凸多见于儿童发育期坐立位姿势不良、椎间盘突出症、脊髓灰质炎等；器质性侧凸时，改变体位不能使侧凸得到纠正，见于佝偻病、脊椎损伤、胸膜肥厚等。

2. 脊柱压痛与叩击痛

（1）检查法：①检查脊柱压痛时，患者取坐位，身体稍向前倾，医师用右手拇指自上而下逐个按压脊椎棘突及椎旁肌肉。②脊柱叩击痛检查：患者取坐位，医师用手指或用叩诊锤直接叩击各个脊椎棘突，了解患者是否有叩击痛，此为直接叩诊法；或患者取坐位，医师将左手掌置于患者头顶部，右手半握拳，以小鱼际肌部位叩击左手背，了解患者的脊柱是否有疼痛，此为间接叩诊法。

（2）临床意义：正常人的脊柱无压痛与叩击痛，若某一部位有压痛与叩击痛，提示该处有病变，如脊椎结核、脊椎骨折、脊椎肿瘤、椎间盘突出等。

3. 脊柱活动度

（1）检查方法：检查颈段活动时，固定被检查者的双肩，让其做颈部的前屈、后伸、侧弯、旋转等动作；检查腰段活动时，固定被检查者的骨盆，让其做腰部的前屈、后伸、侧弯、旋转等动作。若已有外伤性骨折或关节脱位时，应避免做脊柱运动，以防损伤脊髓。

（2）脊柱活动受限的原因：软组织损伤、骨质增生、骨质破坏、脊椎骨折或脱位、腰椎间盘突出。

要点二　四肢检查

1. 形态异常

（1）匙状甲（反甲）：常见于缺铁性贫血，偶见于风湿热。

（2）杵状指（趾）：常见于支气管扩张、支气管肺癌、慢性肺脓肿、脓胸以及发绀型先天性心脏病、亚急性感染性心内膜炎等。

（3）指关节变形：以类风湿性关节炎引起的梭形关节最为常见。

（4）膝内翻、膝外翻：膝内翻为“O”形腿，膝外翻为“X”形腿。常见于佝偻病及大骨节病。

（5）膝关节变形：常见于风湿性关节炎活动期、结核性关节炎。

（6）足内翻、足外翻：多见于先天畸形、脊髓灰质炎后遗症等。

（7）肢端肥大症：见于腺垂体功能亢进、生长激素分泌过多引起的肢端肥大症。

（8）下肢静脉曲张：多见于小腿，因下肢浅静脉血液回流受阻或静脉瓣功能不全所致。表现为下肢静脉如蚯蚓状怒张、弯曲，久立位更明显，严重时有小腿肿胀感，局部皮肤颜色暗紫红色或有色素沉着，甚至形成溃疡。常见于从事站立性工作者或栓塞性静脉炎患者。

2. 运动功能

关节活动障碍见于相应部位的骨折、脱位、炎症、肿瘤、退行性变等。

细目十一　神经系统检查

要点一　中枢性与周围性面神经麻痹的鉴别方法

中枢性与周围性面神经麻痹的鉴别方法

	中枢性面神经麻痹	周围性面神经麻痹
病因	核上组织（包括皮质、皮质脑干纤维、内囊、脑桥等）受损	面神经核或面神经受损
临床表现	病灶对侧颜面下部肌肉麻痹，可见鼻唇沟变浅，露齿时口角下垂（或口角歪向病灶侧），不能吹口哨和鼓腮等	病灶同侧全部面肌瘫痪，从上到下表现为不能皱额、皱眉、闭目，角膜反射消失，鼻唇沟变浅，不能露齿、鼓腮、吹口哨，口角下垂（或口角歪向病灶对侧）
临床意义	多见于脑血管病变、脑肿瘤和脑炎等	多见于受寒、耳部或脑膜感染、神经纤维瘤引起的周围型面神经麻痹，还可出现舌前2/3味觉障碍等

要点二　感觉功能检查

1. 感觉功能的检查内容

（1）浅感觉：包括痛觉、触觉、温度觉。

（2）深感觉：包括运动觉、位置觉、振动觉。

（3）复合感觉（皮质感觉）：包括定位觉、两点辨别觉、立体觉和图形觉。

2. 感觉障碍的表现形式

有疼痛、感觉减退、感觉异常、感觉过敏、感觉过度和感觉分离。

3. 感觉障碍的类型

（1）末梢型：表现为肢体远端对称性完全性感觉缺失，呈手套状、袜子状分布，也可有感觉异常、感觉过度和疼痛等。多见于多发性神经炎。

（2）神经根型：感觉障碍的范围与某种神经根的节段分布一致，呈节段型或带状，在躯干呈横轴走向，在四肢呈纵轴走向。疼痛较剧烈，常伴有放射痛或麻木感，因脊神经后根损伤所致。见于椎间盘突出症、颈椎病和神经根炎等。

（3）脊髓型：根据脊髓受损程度分为：①脊髓横贯型：为脊髓完全被横断，其特点为病变平面以上完全正常，病变平面以下各种感觉均缺失，并伴有截瘫或四肢瘫，排尿排便障碍。多见于急性脊髓炎、脊髓外伤等。②脊髓半横贯型：脊髓仅一半被横断，又称布朗－塞卡尔综合征，其特点为病变同侧损伤平面以下深感觉丧失及痉挛性瘫痪，对侧痛、温觉丧失。见于脊髓外肿瘤和脊髓外伤等。

（4）内囊型：表现为病灶对侧半身感觉障碍、偏瘫、同向偏盲，常称为三偏征，常见于脑血管疾病。

（5）脑干型：特点是同侧面部感觉缺失和对侧躯干及肢体感觉缺失，见于炎症、肿瘤和血管病变。

（6）皮质型：特点为上肢或下肢感觉障碍，并有复合感觉障碍。

要点三　运动功能检查

1. 肌力

（1）肌力分级：分为6级。

0级：无肢体活动，也无肌肉收缩，为完全性瘫痪。

1级：可见肌肉收缩，但无肢体活动。

2级：肢体能在床面上做水平移动，但不能抬起。

3级：肢体能抬离床面，但不能抵抗阻力。

4级：能做抵抗阻力的动作，但较正常差。

5级：正常肌力。

其中，0级为全瘫，1~4级为不完全瘫痪（轻瘫），5级为正常肌力。

（2）瘫痪的表现形式：①单瘫：单一肢体瘫痪，多见于脊髓灰质炎。②偏瘫：为一侧肢体（上、下肢）瘫痪，常伴有同侧脑神经损害，多见于颅内病变或脑卒中。③交叉性偏瘫：为一侧偏瘫及对侧脑神经损害。④截瘫：为双下肢瘫痪，是脊髓横贯性损伤，见于脊髓外伤、炎症等。

2. 肌张力

正常时肌肉有一定的张力。张力过低或缺失见于周围神经、脊髓灰质前角及小脑病变。折刀样张力过高见于锥体束损害，铅管样肌张力过高见于锥体外系损害。

3. 不自主运动

（1）震颤：静止性震颤见于帕金森病；动作性震颤见于小脑病变；扑翼样震颤主要见于肝性脑病。

（2）舞蹈症：多见于儿童脑风湿病变。

（3）手足搐搦：见于低钙血症和碱中毒。

4. 共济运动

（1）检查方法：指鼻试验、对指试验、轮替动作、跟－膝－胫试验等。

（2）临床意义：正常人的动作协调、稳准，如动作笨拙和不协调时称为共济失调。按病损部位分为小脑性、感觉性及前庭性共济失调。

要点四　中枢性与周围性瘫痪的鉴别方法

中枢性与周围性瘫痪的鉴别方法

	中枢性瘫痪	周围性瘫痪
瘫痪分布	范围较广，单瘫、偏瘫、截瘫	范围较局限，以肌群为主
肌张力	增强	降低

续表

	中枢性瘫痪	周围性瘫痪
肌萎缩	不明显	明显
膝腱反射	亢进	减弱或消失
病理反射	有	无
肌束颤动	无	可有

要点五　神经反射检查

1. 浅反射

（1）角膜反射：直接角膜反射存在，间接角膜反射消失，为受刺激对侧的面神经瘫痪；直接角膜反射消失，间接角膜反射存在，为受刺激侧的面神经瘫痪；直接、间接角膜反射均消失，为受刺激侧三叉神经病变；深昏迷患者角膜反射也消失。

（2）腹壁反射：上部腹壁反射消失，说明病变在胸髓 7 ~ 8 节；中部腹壁反射消失，说明病变在胸髓 9 ~ 10 节；下部腹壁反射消失，说明病变在胸髓 11 ~ 12 节；一侧腹壁反射消失，多见于同侧锥体束病损；上、中、下腹壁反射均消失，见于昏迷或急腹症患者；肥胖、老年人、经产妇也可见腹壁反射消失。

（3）提睾反射：一侧反射减弱或消失见于锥体束损害，或腹股沟疝、阴囊水肿、睾丸炎等；双侧反射消失见于腰髓 1 ~ 2 节病损。

2. 深反射

（1）检查内容：肱二头肌反射、肱三头肌反射、桡骨骨膜反射、膝反射、踝反射。

（2）临床意义：①深反射减弱或消失多为器质性病变，是相应脊髓节段或所属的脊神经的病变，常见于末梢神经炎、神经根炎、脊髓灰质炎、脑或脊髓休克状态等。②深反射亢进见于锥体束的病变，如急性脑血管病、急性脊髓炎休克期过后等。

3. 病理反射

（1）检查内容：巴宾斯基（Babinski）征、奥本海姆（Oppenheim）征、戈登（Gordon）征、查多克（Chaddock）征、霍夫曼（Hoffmann）征、肌阵挛（髌阵挛、踝阵挛）。

（2）临床意义：锥体束病变时，失去对脑干和脊髓的抑制功能而出现的低级反射现象称为病理反射。1 岁半以内的婴幼儿由于锥体束尚未发育完善，可以出现上述反射现象。成人出现则为病理反射。

4. 脑膜刺激征

（1）颈强直：患者去枕仰卧，下肢伸直，医师左手托其枕部做被动屈颈动作，正常时下颏可贴近前胸。如下颏不能贴近前胸且医师感到有抵抗感，患者感颈后疼痛时为阳性。

（2）凯尔尼格（Kernig）征：患者去枕仰卧，一腿伸直，医师将另一下肢先屈髋、屈膝成直角，然后抬小腿并伸直其膝部，正常人的膝关节可伸达 135°以上。如小于 135°时就出现抵抗，且伴有疼痛及屈肌痉挛时为阳性。

（3）布鲁津斯基（Brudzinski）征：患者去枕仰卧，双下肢自然伸直，医师左手托患

者枕部，右手置于患者胸前，使颈部前屈，如两膝关节和髋关节反射性屈曲为阳性。

（4）临床意义：脑膜刺激征阳性见于各种脑膜炎、蛛网膜下腔出血等。颈强直也可见于颈椎病、颈部肌肉病变。凯尔尼格征也可见于坐骨神经痛、腰骶神经根炎等。

5. 拉塞格征

（1）检查法：患者仰卧，两下肢伸直，医师一手压在一侧膝关节上，使下肢保持伸直，另一手将下肢抬起，正常时可抬高 70°以上，如不到 30°即出现由上而下的放射性疼痛为阳性。以同样的方法再检查另一侧。

（2）临床意义：阳性见于坐骨神经痛、腰椎间盘突出或腰骶神经根炎等。

（韩力军）

第四单元　实验诊断

细目一　血液的一般检查

要点一　血红蛋白测定与红细胞计数

（一）参考值

血红蛋白（Hb）：男性 120～160g/L，女性 110～150g/L。

红细胞（RBC）：男性（4.0～5.5）×10^{12}/L，女性（3.5～5.0）×10^{12}/L。

（二）临床意义

血红蛋白测定与红细胞计数的临床意义基本相同。

1. 红细胞及血红蛋白减少

贫血的诊断标准：男性 Hb＜120g/L，女性 Hb＜110g/L，孕妇 Hb＜100g/L。

（1）生理性减少：见于妊娠中、后期，6 个月至 2 岁的婴幼儿，老年人。

（2）病理性减少：见于各种病因的贫血。①红细胞生成减少：造血原料不足，如缺铁性贫血、巨幼细胞贫血；造血功能障碍，如再生障碍性贫血、白血病；一些慢性疾病，如慢性感染、恶性肿瘤、慢性肾病等。②红细胞破坏过多：见于各种原因引起的溶血性贫血，如异常血红蛋白病、珠蛋白生成障碍性贫血、阵发性睡眠性血红蛋白尿、免疫性溶血性贫血、脾功能亢进等。③红细胞丢失过多：见于急性失血性贫血、月经过多、钩虫病等引起的慢性失血。

2. 红细胞及血红蛋白增多

判定标准：成年男性 Hb＞170g/L，RBC＞6.0×10^{12}/L；成年女性 Hb＞160g/L，RBC＞5.5×10^{12}/L。

（1）相对性增多：见于严重腹泻、频繁呕吐、大量出汗、大面积烧伤、糖尿病酮症酸中毒、尿崩症等引起的血液浓缩。

（2）绝对性增多：①继发性：生理性见于新生儿及高原生活者；病理性见于阻塞性肺气肿、肺源性心脏病、发绀型先天性心脏病等。②原发性：见于真性红细胞增多症。

3. 红细胞形态异常的临床意义

（1）大小改变：①小红细胞：小细胞低色素性见于缺铁性贫血。②大红细胞：见于溶血性贫血、急性失血性贫血、巨幼细胞贫血。③巨红细胞：见于叶酸或维生素 B_{12} 缺乏引起的巨幼细胞贫血。④红细胞大小不均：反映骨髓中红细胞系增生旺盛，见于增生性贫血，如溶血性贫血、失血性贫血、巨幼细胞贫血，尤其以巨幼细胞贫血更为显著。

（2）形态改变：①球形红细胞：主要见于遗传性球形红细胞增多症。②椭圆形红细胞：主要见于遗传性椭圆形红细胞增多症。③靶形红细胞：常见于珠蛋白生成障碍性贫血、异常血红蛋白病。④口形红细胞：主要见于遗传性口形红细胞增多症，少量可见于DIC及乙醇中毒。⑤镰形细胞：见于镰形细胞性贫血。⑥泪滴形细胞：见于骨髓纤维化，也可见于珠蛋白生成障碍性贫血、溶血性贫血。

要点二 白细胞计数及分类计数

（一）参考值

1. 白细胞总数

成人（4.0～10.0）$\times 10^9$/L。

2. 分类计数

5种白细胞的正常百分数和绝对值

细胞类型	百分数（%）	绝对值（$\times 10^9$/L）
杆状核（中性粒细胞）	1～5	0.04～0.5
分叶核（中性粒细胞）	50～70	2.0～7.0
嗜酸性粒细胞	0.5～5.0	0.02～0.5
嗜碱性粒细胞	0～1	0～0.1
淋巴细胞	20～40	0.8～4.0
单核细胞	3～8	0.12～0.8

（二）临床意义

成人白细胞数 $>10.0\times10^9$/L 称为白细胞增多，$<4.0\times10^9$/L 称为白细胞减少。白细胞总数的增减主要受中性粒细胞数量的影响。

1. 中性粒细胞

（1）增多：生理性增多见于新生儿、妊娠后期、分娩、剧烈运动或劳动后。病理性增多见于：①急性感染：化脓性感染最为常见，如流行性脑脊髓膜炎、肺炎链球菌肺炎、阑尾炎等。②急性大出血及溶血。③严重组织损伤：如大手术后、大面积烧伤、急性心肌梗死等。④急性中毒：如代谢性酸中毒（尿毒症、糖尿病酮症酸中毒）、化学药物中毒（安眠药中毒）、有机磷农药中毒等。⑤恶性肿瘤及白血病。

（2）减少：中性粒细胞绝对值 $<1.5\times10^9$/L 称为粒细胞减少症，$<0.5\times10^9$/L 称为粒细胞缺乏症。病理性减少见于：①感染：病毒感染最为常见，如流行性感冒、病毒性肝炎、麻疹、风疹、水痘等；某些革兰阴性杆菌感染，如伤寒及副伤寒等；某些原虫感染，如恙虫病、疟疾等。②血液病：如再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症等。③自身免疫性疾病：如系统性红斑狼疮等。④脾功能亢进：如肝硬化等。⑤药物及理化因素损伤：物理因素，如 X 线、γ 射线、放射性核素等；化学物质，如苯、铅、汞等；化学药物，如氯霉素、磺胺类药、抗肿瘤药、抗糖尿病及抗甲状腺药物等。

（3）中性粒细胞的核象变化：①核左移：周围血中杆状核粒细胞增多并出现晚幼粒、中幼粒、早幼粒等细胞。常见于感染，特别是急性化脓性感染，也可见于急性大出血、急性溶血反应、急性中毒等。②核右移：正常人血中的中性粒细胞以 3 叶者为主，若 5 叶者超过 3% 时称为核右移。常伴有白细胞总数减少，为骨髓造血功能减退或缺乏造血物质所致。主要见于巨幼细胞贫血、恶性贫血。

2. 嗜酸性粒细胞

（1）增多：①变态反应性疾病：如支气管哮喘、血管神经性水肿、荨麻疹、药物过敏、血清病等。②寄生虫病：如血吸虫病、蛔虫病、钩虫病等。③血液病：如慢性粒细胞白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤等。

（2）减少：见于伤寒、副伤寒、应激状态、休克、库欣综合征等。

3. 嗜碱性粒细胞

增多见于慢性粒细胞性白血病、嗜碱性粒细胞白血病、转移癌、骨髓纤维化等。减少一般无临床意义。

4. 淋巴细胞

（1）增多：①感染性疾病：主要为病毒感染，如麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎、传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、流行性出血热等；某些杆菌感染，如结核病、百日咳、布鲁菌病。②某些血液病：急性和慢性淋巴细胞白血病、淋巴瘤等。淋巴细胞相对比例增高，但绝对值不增高，见于再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症。

（2）减少：主要见于接触放射线，应用肾上腺皮质激素、烷化剂，免疫缺陷性疾病等。

5. 单核细胞

增多见于：①某些感染：如感染性心内膜炎、活动性结核病、疟疾、急性感染的恢复期等。②某些血液病：单核细胞白血病、粒细胞缺乏症恢复期等。减少一般无临床意义。

要点三　血小板检测

1. 参考值

$(100\sim300)\times10^9$/L。

2. 临床意义

血小板 $>400\times10^9$/L 称为血小板增多，$<100\times10^9$/L 称为血小板减少。

（1）增多：①反应性增多：见于急性大出血及溶血之后、脾切除术后等。②原发性增多：见于原发性血小板增多症、真性红细胞增多症、慢性粒细胞性白血病、骨髓纤维化早

期等。

（2）减少：①生成障碍：见于再生障碍性贫血、急性白血病、放射性损伤、骨髓纤维化晚期等。②破坏或消耗增多：见于原发性血小板减少性紫癜、脾功能亢进、系统性红斑狼疮、淋巴瘤等。

要点四　网织红细胞计数

1. 参考值

百分数为0.005～0.015（0.5%～1.5%），绝对值为（24～84）×10^9/L。

2. 临床意义

网织红细胞计数反映骨髓造血的功能状态，对贫血的鉴别诊断及指导治疗有重要意义。

（1）增多：表示骨髓红细胞系增生旺盛。①明显增多：见于溶血性贫血和急性失血性贫血。②贫血治疗的疗效判断指标：缺铁性贫血及巨幼细胞贫血的病人，治疗前网织红细胞轻度增多，给予铁剂或叶酸治疗后可迅速增高。

（2）减少：表示骨髓造血功能减低，见于再生障碍性贫血、骨髓病性贫血（如急性白血病）。

要点五　红细胞沉降率（血沉）检查

1. 参考值

男性0～15mm/h；女性0～20mm/h。

2. 临床意义

（1）生理性增快：见于妇女月经期、妊娠3个月以上、60岁以上高龄者。

（2）病理性增快：①各种炎症：细菌性急性炎症、结核病和风湿热活动期。②组织损伤及坏死：急性心肌梗死血沉增快，而心绞痛时则正常。③恶性肿瘤：恶性肿瘤血沉增快，良性肿瘤血沉正常。④各种原因导致的高球蛋白血症：如慢性肾炎、多发性骨髓瘤、肝硬化、感染性心内膜炎、系统性红斑狼疮等。⑤贫血和高胆固醇血症时血沉可增快。

细目二　血栓与止血检查

要点一　毛细血管脆性试验

1. 检查方法

在上臂用脉压带以被检查者收缩压和舒张压之间的压力加压，维持8分钟，然后观察前臂屈侧在直径5cm圆圈内的出血点。

2. 参考值

新出血点数量：女性和儿童<10个，男性<5个。超过为阳性，说明毛细血管脆性增加。

3. 临床意义

毛细血管脆性增加见于：①毛细血管壁异常：如遗传性出血性毛细血管扩张症、过敏

性紫癜、单纯性紫癜及维生素 C 缺乏症；中毒性损害，如败血症、感染性心内膜炎、尿毒症、砷中毒。②血小板量与质异常：如原发性或继发性血小板减少性紫癜、血小板无力症。③血管性血友病等。

要点二　出血时间测定

1. 参考值

不同的检测方法正常值不同。

2. 临床意义

出血时间（BT）延长见于：①血小板显著减少：如原发性或继发性血小板减少性紫癜。②血小板功能不良：如血小板无力症、巨大血小板综合征。③毛细血管壁异常：如遗传性出血性毛细血管扩张症、维生素 C 缺乏症。④某些凝血因子严重缺乏：如血管性血友病、DIC。

要点三　凝血因子检测

（一）凝血时间（CT）测定

1. 参考值

6 ~ 12 分钟（试管法）。

2. 临床意义

（1）CT 延长：①血浆Ⅷ、Ⅸ、Ⅺ因子明显减少：如重症 A、B 型血友病和遗传性因子Ⅺ缺乏症。②凝血酶原严重减少：如先天性凝血酶原缺乏症。③纤维蛋白原严重减少：如先天性纤维蛋白减少症。④纤溶亢进：DIC 后期继发纤溶亢进。

（2）CT 缩短：见于血液高凝状态时，如 DIC 早期、脑血栓形成、心肌梗死。

（二）血浆凝血酶原时间（PT）测定

1. 参考值

正常为 11 ~ 13 秒，超过正常对照值 3 秒以上为异常。

2. 临床意义

（1）PT 延长：①先天性凝血因子异常：如因子Ⅱ、Ⅴ、Ⅶ、Ⅹ减少及纤维蛋白原缺乏。②后天性凝血因子异常：如严重肝病、维生素 K 缺乏、DIC 后期及使用双香豆素抗凝时。

（2）PT 缩短：主要见于血液高凝状态时，如 DIC 早期、脑血栓形成、心肌梗死等。

（三）血浆纤维蛋白原（Fg）测定

1. 参考值

2 ~ 4g/L。

2. 临床意义

（1）增高：见于急性心肌梗死、系统性红斑狼疮、急性感染、急性肾炎、糖尿病、多发性骨髓瘤、休克、大手术后、妊娠高血压综合征、恶性肿瘤及血栓前状态等。

（2）减低：见于 DIC、重症肝炎和肝硬化等。

要点四　D－二聚体测定

1. 参考值

胶乳凝集法：阴性。ELISA 法：小于 200μg/L。

2. 临床意义

本试验为鉴别原发与继发纤溶症的重要指标。①继发纤溶症：为阳性或增高，见于 DIC、恶性肿瘤、各种栓塞及心、肝、肾疾病等。②原发纤溶症：为阴性或不升高。

要点五　DIC 检查法

1. 检查项目

①血小板计数。②血浆纤维蛋白原测定。③3P 试验或血浆纤维蛋白原降解产物测定或 D－二聚体测定。④血浆凝血酶原时间测定。⑤纤溶酶原含量及活性测定。⑥抗凝血酶Ⅲ活性测定。⑦血浆因子Ⅷ：C 活性测定。⑧血浆内皮素－1 测定。

2. 诊断标准

DIC 的实验诊断标准：同时有 3 项以上异常者。

细目三　血型鉴定与交叉配血试验

要点一　ABO 血型系统的临床意义

ABO 血型系统在临床输血上有重要意义。输血前必须准确鉴定供血者与受血者的血型，选择同型人的血液，并经过交叉配血试验，证明完全相配时才可输用。为防止输血反应，必须坚持同型输血。血型不合或不同亚型之间输血都可能引起输血反应，威胁生命。非同型患者输入 O 型血仍有可能发生溶血反应，O 型血并非“万能血”。另外，在器官移植上，如果供者与受者 ABO 血型系统不和，也会加大排异反应，增加移植的失败率。

要点二　交叉配血试验

1. 试验内容

包括主试验和副试验。①主试验：受血者血清＋供血者红细胞悬液。②副试验：供血者血清＋受血者红细胞悬液。两者合称为交叉配血试验。

2. 试验结果

①主、副试验均无凝集反应（配血完全相适合），可输血。②当主试验有凝集，其血绝对不可输用。③若主试验无凝集，副试验出现凝集时，如病情紧急又无同型血可用而凝集又较弱时，可输少量（不超过 200ml）。

3. 临床意义

进行交叉配血试验可以检出 ABO 血型系统的不规则抗原，发现 ABO 血型系统以外的

配血不合，防止因血型定错所导致的输血事故。

细目四　骨髓检查

要点一　骨髓细胞学检查的临床意义

1. 诊断造血系统疾病

①对各型白血病、恶性组织细胞病、巨幼细胞性贫血、再生障碍性贫血、多发性骨髓瘤、典型的缺铁性贫血、原发性血小板减少性紫癜等，具有明确诊断的作用。②对增生性贫血、粒细胞缺乏症、骨髓增生异常综合征、骨髓增殖性疾病、类白血病反应等有辅助诊断价值。

2. 诊断其他非造血系统疾病

①感染性疾病：如疟疾、感染性心内膜炎、伤寒等。②某些骨髓转移癌（瘤）。③某些代谢疾病等。

3. 鉴别诊断

如不明原因的发热，肝、脾、淋巴结肿大的鉴别诊断等。

要点二　骨髓增生度分级

骨髓内有核细胞的多少反映骨髓的增生情况，一般以成熟红细胞和有核细胞的比例判断骨髓增生的程度。骨髓增生程度的分级，见下表。

骨髓增生程度的分级

增生程度	成熟红细胞:有核细胞	有核细胞（%）	常见的原因
极度活跃	1：1	1 >50	各种白血病
明显活跃	10：1	10 ~ 50	白血病、增生性贫血
活跃	20：1	1 ~ 10	正常骨髓、某些贫血
减低	50：1	0. 5 ~ 1	慢性型再障、粒细胞减少或缺乏症
极度减低	200：1	<0. 5	急性型再障

细目五　肝脏病常用的实验室检查

要点一　蛋白质代谢检查

（一）参考值

血清总蛋白（STP）60 ~ 80g/L，白蛋白（A）40 ~ 55g/L，球蛋白（G）20 ~ 30g/L；A/G 为（1. 5 ~ 2. 5）：1。

（二）临床意义

STP＜60g/L 或 A＜25g/L 称为低蛋白血症；STP＞80g/L 或 G＞35g/L，分别称为高蛋白血症或高球蛋白血症。

1. 肝脏疾病

（1）急性或局限性肝损害：血清蛋白检查可无明显异常。

（2）慢性肝病：慢性肝炎、肝硬化、肝癌时可有白蛋白减少，球蛋白增加，A/G 比值减低。

（3）A/G 比值倒置：表示肝功能严重损害，如重度慢性肝炎、肝硬化。

（4）低蛋白血症：常出现严重水肿及胸、腹水。

2. 肝外因素

（1）低蛋白血症见于：①蛋白质摄入不足或消化吸收不良。②蛋白质丢失过多，如肾病综合征、大面积烧伤、急性大出血等。③消耗增加，见于慢性消耗性疾病，如重症结核、甲状腺功能亢进症、恶性肿瘤等。

（2）高蛋白血症：主要是因球蛋白增高引起，见于以下几种情况：①慢性肝病，如肝硬化、慢性肝炎。②M 球蛋白血症，如多发性骨髓瘤、淋巴瘤。③自身免疫性疾病，如系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎。④慢性炎症与慢性感染，如结核病、疟疾、黑热病等。

要点二　胆红素代谢检查

1. 参考值

（1）血清总胆红素（STB）3.4～17.1μmol/L；结合胆红素（CB）0～6.8μmol/L；非结合胆红素（UCB）1.7～10.2μmol/L。

（2）尿胆红素定性：阴性。

（3）尿胆原定性：阴性或弱阳性。

2. 临床意义

任何原因使红细胞破坏过多、肝细胞功能受损及胆道阻塞，均可影响胆红素的代谢过程而引起黄疸。通过检测血清总胆红素、结合胆红素、非结合胆红素及尿胆红素、尿胆原，临床可鉴别 3 种类型的黄疸，见下表。

3 种类型黄疸的实验室检查鉴别表

类型	STB	CB	UCB	CB/STB	尿胆原	尿胆红
素溶血性黄疸	↑↑	轻度↑或正常	↑↑	＜20%	强（+）	（-）
阻塞性黄疸	↑↑	↑↑	轻度↑或正常	＞50%	（-）	强（+）
肝细胞性黄疸	↑↑	↑	↑	20%～50%	（+）或（-）	（+）

要点三　常用血清酶检查

肝脏病常用的血清酶及同工酶检查包括：丙氨酸氨基转移酶（ALT）、天门冬氨酸氨

基转移酶（AST）、碱性磷酸酶（ALP）、γ－谷氨酰转移酶（GGT，γ－GT）、乳酸脱氢酶（LDH）及其同工酶（LDH_1、LDH_2、LDH_3、LDH_4、LDH_5）。

1. 参考值

（1）ALT 10～40U/L；AST 10～40U/L；ALT/AST≤1。

（2）成人 ALP 40～110U/L；儿童 ALP＜250U/L。

（3）GGT 0～50U/L。

（4）LDH（连续检测法）104～245U/L；LDH（速率法）95～200U/L。

2. 临床意义

（1）ALT、AST：ALT 主要分布在肝脏，AST 主要分布在心肌。①急性病毒性肝炎：两者均显著增高，ALT 增高更明显，ALT/AST＞1。②慢性病毒性肝炎：两者轻度增高或正常，ALT/AST＞1；若 ALT/AST＜1，提示慢性肝炎进入活动期。③肝硬化：转氨酶活性取决于肝细胞进行性坏死程度。④非病毒性肝病及肝内、外胆汁淤积：转氨酶轻度增高或正常。⑤急性心肌梗死：6～8 小时后 AST 增高，18～24 小时达高峰，4～5 天恢复正常，若再次增高提示梗死范围扩大或有新的梗死发生。

（2）ALP：ALP 主要分布在肝脏、骨骼、肾、小肠及胎盘中，血清中大部分 ALP 来源于肝脏与骨骼，ALP 经胆汁排入小肠。ALP 增高见于：①肝胆系统疾病：各种肝内、外胆管阻塞性疾病，如胰头癌、胆道结石，ALP 明显增高；累及肝细胞的疾病，如肝炎、肝硬化，ALP 轻度增高。②骨骼疾病：如纤维性骨炎、骨肉瘤、佝偻病、骨软化症、成骨细胞瘤及骨折恢复期等，ALP 均可增高。

（3）GGT：血清中的 GGT 主要来自肝脏。增高见于：①胆道阻塞：如原发性胆汁性肝硬化、硬化性胆管炎，GGT 明显增高。②肝脏疾病：肝癌明显增高，可高达正常的 10 倍以上；急性病毒性肝炎中度增高；慢性病毒性肝炎、肝硬化活动期可增高；急性和慢性酒精性肝炎、药物性肝炎可明显或中度以上增高。

（4）LDH 及其同工酶：LDH 在心肌、骨骼肌、肾脏和红细胞中的含量较为丰富；LDH_1和 LDH_2主要来自心肌，LDH_3主要来自肺、脾，LDH_4和 LDH_5主要来自肝脏、骨骼肌，血清中的 LDH_2含量最高。①急性心肌梗死：发病后 8～18 小时开始增高，24～72 小时达高峰，6～10 天恢复正常；病程中 LDH 持续增高或再次增高，提示梗死面积扩大或再次出现梗死；LDH_1和 LDH_2均增高，LDH_1增高更明显，$LDH_1/LDH_2 > 1$。②肝脏疾病：急性和慢性活动性肝炎、肝癌（尤其是转移性肝癌），LDH 明显增高；肝细胞损伤时 LDH_5增高明显，$LDH_5 > LDH_4$；阻塞性黄疸时 $LDH_4 > LDH_5$。③恶性肿瘤：大多数以 LDH_3、LDH_4及 LDH_5增高为主。

要点四　病毒性肝炎标志物检测的临床意义

1. 甲型肝炎病毒（HAV）标志物检测

①HAVAg 阳性：证实 HAV 在体内的存在，出现于感染后 10～20 天的粪便中，见于甲肝急性期。②抗 HAV－IgM 阳性：说明机体正在感染 HAV，感染 1 周后产生，是早期诊断甲肝的特异性指标。③抗 HAV－IgA 阳性：是早期诊断甲肝的指标之一，见于甲肝早期、急性期。④抗 HAV－IgG 阳性：是保护性抗体，出现于恢复期，且持久存在，是获得

免疫力的标志，提示既往感染，可作为流行病学调查的指标。

2. 乙型肝炎病毒（HBV）标志物检测

①HBsAg 阳性：是 HBV 感染的标志，见于乙型肝炎和 HBV 携带者。②抗 - HBs 阳性：感染后 3 ~6 个月出现，是一种保护性抗体，见于注射过乙肝疫苗和曾经感染过 HBV 者。③HBeAg 阳性：是病毒复制的标志，传染性强，乙型肝炎处于活动期；HBeAg 持续阳性，表明肝细胞损害较重，且可转为慢性乙型肝炎或肝硬化。④抗 - HBe 阳性：多见于 HBeAg 转阴的病人，表示大部分 HBV 被消除，复制减少，传染性降低，但并非保护性抗体，见于 HBV 感染的恢复期。⑤HBcAg 阳性：提示病人血清中有感染的 HBV，病毒复制活跃，传染性强。⑥抗 - HBc 阳性：是反映肝细胞受到 HBV 感染的可靠指标，抗 HBc - IgG 能反映抗 - HBc 总抗体的情况，阳性表明患有乙型肝炎且 HBV 正在复制。

3. 丙型肝炎病毒（HCV）标志物检测

①抗 HCV - IgM 阳性：见于急性丙型肝炎。②抗 HCV - IgG 阳性：表明已有 HCV 感染，输血后肝炎患者 80% ~90% 出现阳性。③HCV - RNA 阳性：提示 HCV 复制活跃，传染性强，治愈后很快消失。

4. 丁型肝炎病毒（HDV）标志物检测

①HDVAg 阳性：出现早，持续时间短，HDVAg 与 HBsAg 常同时阳性，表示 HDV 与 HBV 同时感染。②抗 HDV - IgG 阳性：是诊断丁型肝炎的可靠指标。③抗 HDV - IgM 阳性：出现早，可用于丁型肝炎的早期诊断。④HDV - RNA 阳性：可特异性确诊丁型肝炎。

5. 戊型肝炎病毒（HEV）标志物检测

95% 的急性期病人抗 HEV - IgM 阳性，是确诊戊型肝炎较为可靠的指标。

细目六 肾功能检查

要点一 内生肌酐清除率测定

1. 参考值

成人（体表面积以 1.73m^2计）80 ~120ml/min。

2. 临床意义

内生肌酐清除率（Ccr）是判断肾小球损害的敏感指标，根据 Ccr 可将肾功能分为 4 级：①肾衰竭代偿期：Ccr 51 ~80ml/min。②肾衰竭失代偿期：Ccr 50 ~20ml/min。③肾衰竭期（尿毒症早期）：Ccr 19 ~10ml/min。④肾衰竭终末期（尿毒症晚期）：Ccr < 10ml/min。Ccr 测定还可指导临床用药。

要点二 血肌酐测定

1. 参考值

全血 Cr：88 ~ 177μmol/L。血清或血浆 Cr：男性 53 ~ 106μmol/L，女性 44 ~ 97μmol/L。

2. 临床意义

当肾小球滤过功能下降至正常人的1/3时，血肌酐（Cr）才明显升高。因此，血肌酐不是检测肾功能的敏感指标。检测的临床意义是：①评估肾功能的损害程度：Cr增高程度与慢性肾功能衰竭程度成正比。肾功能衰竭代偿期，Cr常<178μmol/L；肾功能衰竭失代偿期，Cr为178~445μmol/L；肾功能衰竭期，Cr常>445μmol/L。②鉴别肾前性与肾实质性少尿：肾前性少尿，Cr增高，一般≤200μmol/L；肾实质性少尿，Cr增高，可达200μmol/L以上。

要点三　血清尿素氮测定

1. 参考值

成人3.2~7.1mmol/L。

2. 临床意义

血清尿素氮（BUN）测定反映肾小球的滤过功能，但不是敏感和特异性指标。BUN增高见于：①肾前性因素：肾血流量减少，如心功能不全、水肿、脱水、休克等；蛋白质分解增加，如急性传染病、上消化道出血、大面积烧伤、大手术后、甲状腺功能亢进症等。②肾脏因素：见于严重肾脏疾病引起的慢性肾衰竭，如慢性肾炎、肾盂肾炎、肾结核、肾肿瘤、肾动脉硬化症等。BUN测定对尿毒症的诊断及预后估计有重要意义。③肾后性因素：尿路结石、前列腺肥大、泌尿系肿瘤等引起的尿路梗阻。

要点四　血清尿酸测定

1. 参考值

男性268~488μmol/L，女性178~387μmol/L。

2. 临床意义

血清尿酸（UA）增高见于：①痛风：UA明显增高是诊断痛风的主要依据。②肾脏疾病，如急性或慢性肾炎。③妊娠高血压综合征。④白血病和恶性肿瘤。

要点五　血浆二氧化碳结合力测定

1. 参考值

22~31mmol/L。

2. 临床意义

①血浆二氧化碳结合力（CO_2CP）下降：见于代谢性酸中毒，如急性或慢性肾衰竭、糖尿病酮症酸中毒、严重腹泻；呼吸性碱中毒，如支气管哮喘、脑炎、癔症。②CO_2CP增高：见于代谢性碱中毒，如急性胃炎、幽门梗阻所致的剧烈呕吐；呼吸性酸中毒，如慢性肺源性心脏病、慢性阻塞性肺气肿、广泛肺纤维化等。

要点六　浓缩稀释试验的临床意义

浓缩稀释试验主要反映远曲小管和集合管的重吸收功能。正常人24小时尿量为

1000～2000ml，尿最高比重＞1.020。①尿量少比重高：见于肾前性少尿（血容量不足）、肾性少尿（如急性肾炎）。②夜尿多比重低：见于慢性肾盂肾炎、慢性肾炎。③尿比重固定在1.010（等张尿）：表明肾小管重吸收功能很差，见于慢性肾炎、慢性肾盂肾炎晚期等。

细目七　常用生化检查

要点一　血清钾测定

（一）参考值

3.5～5.5mmol/L。

（二）临床意义

1. 高钾血症（血钾＞5.5mmol/L）

（1）排出减少：如急性或慢性肾衰竭少尿期、肾上腺皮质功能减退症。

（2）摄入过多：如高钾饮食、静脉输注大量钾盐、输入大量库存血液。

（3）细胞内钾外移增多：如严重溶血、大面积烧伤、挤压综合征、组织缺氧和代谢性酸中毒等。

2. 低钾血症（血钾＜3.5mmol/L）

（1）摄入不足：如长期低钾饮食、禁食。

（2）丢失过多：如频繁呕吐、腹泻、胃肠引流、肾上腺皮质功能亢进症、醛固酮增多症、长期应用排钾利尿剂。

（3）分布异常：如心功能不全、肾性水肿、大量应用胰岛素、碱中毒等。

要点二　血清钠测定

（一）参考值

135～145mmol/L。

（二）临床意义

1. 高钠血症（血钠＞145mmol/L）

（1）摄入过多：如输注大量高渗盐水。

（2）水分丢失过多：如大量出汗、长期腹泻、呕吐。

（3）抗利尿激素分泌过多：如肾上腺皮质功能亢进症、醛固酮增多症、脑性高钠血症（如脑外伤、急性脑血管病等）。

2. 低钠血症（血钠＜135mmol/L）

（1）胃肠道失钠：如幽门梗阻、严重呕吐、腹泻、胃肠引流。

（2）尿排出过多：如慢性肾衰竭多尿期、大量应用利尿剂、肾上腺皮质功能减退症。

（3）皮肤失钠：如大量出汗、大面积烧伤。

（4）消耗性低钠：如肺结核、肿瘤等慢性消耗性疾病等。

（5）摄入不足：长期低钠饮食、营养不良等。

要点三　血清氯测定

（一）参考值

95～105mmol/L。

（二）临床意义

1. 高氯血症（血清氯 >105mmol/L）

（1）排出减少：如急性或慢性肾衰竭少尿期、尿路梗阻、心力衰竭等。

（2）血液浓缩：如频繁呕吐、反复腹泻、大量出汗。

（3）吸收增加：如肾上腺皮质功能亢进症。

（4）摄入过多：如过量输入生理盐水。

（5）过度换气所致的呼吸性碱中毒等。

2. 低氯血症（血清氯 <95mmol/L）

（1）丢失过多：①严重呕吐、腹泻、胃肠引流。②尿排出过多，如肾上腺皮质功能减退症、慢性肾衰竭、糖尿病、应用利尿剂等。③呼吸性酸中毒。

（2）摄入不足：长期低盐饮食、饥饿等。

要点四　血清钙测定

（一）参考值

2.25～2.58mmol/L。

（二）临床意义

1. 高钙血症（血清钙 >2.58mmol/L）

（1）溶骨作用增强：如甲状旁腺功能亢进症、多发性骨髓瘤、肺癌等。

（2）吸收增加：如大量应用维生素 D。

（3）排出减少：如急性肾衰竭等。

（4）摄入过多：大量饮用高钙牛奶或静脉输入过多。

2. 低钙血症（血清钙 <2.25mmol/L）

（1）成骨作用增强：如甲状旁腺功能减退症。

（2）摄入不足：如长期低钙饮食。

（3）吸收减少或吸收不良：如手足搐搦症、骨质软化症、佝偻病、阻塞性黄疸、维生素 D 缺乏症。

（4）急性或慢性肾衰竭、代谢性碱中毒、急性坏死性胰腺炎等。

要点五　血清铁测定

（一）参考值

男性 11 ~ 30μmol/L，女性 9 ~ 27μmol/L。

（二）临床意义

1. 血清铁增高

（1）铁利用障碍：如再生障碍性贫血、铁粒幼细胞性贫血、铅中毒。

（2）释放增多：如溶血性贫血、急性肝炎、慢性活动性肝炎。

（3）反复输血及铁剂治疗过量。

2. 血清铁降低

（1）需铁增加，摄入不足：如生长发育期的婴幼儿、青少年，生育期、妊娠期及哺乳。

（2）慢性失血：如消化性溃疡、慢性炎症、恶性肿瘤、月经过多等。

要点六　血糖测定

1. 参考值

空腹血糖（FBG）以空腹血浆葡萄糖（FPG）检测较为方便，结果可靠。①葡萄糖氧化酶法：3.9 ~ 6.1mmol/L。②邻甲苯胺法：3.9 ~ 6.4mmol/L。

2. 临床意义

FBG > 7.0mmol/L 称为高糖血症；FBG > 9.0mmol/L 时尿糖阳性；FBG < 3.9mmol/L 时为血糖减低；FBG < 2.8mmol/L 称为低糖血症；FBG 增高但未达到糖尿病诊断标准时称为空腹血糖过高。

（1）FBG 增高：生理性增高见于餐后 1 ~ 2 小时、高糖饮食、突发剧烈运动、情绪激动等。病理性增高见于：①各型糖尿病。②内分泌疾病：如甲状腺功能亢进症、巨人症、肢端肥大症、嗜铬细胞瘤、肾上腺皮质功能亢进症等。③应激性因素：如颅脑外伤、急性脑血管病、中枢神经系统感染、心肌梗死等。④肝脏和胰腺疾病：如严重肝损害、坏死性胰腺炎。⑤其他：如呕吐、脱水、缺氧、麻醉等。

（2）FBG 减低：生理性减低见于饥饿、长时间剧烈运动等。病理性减低见于：①胰岛素分泌过多：如胰岛 β 细胞增生或肿瘤、胰岛素瘤等。②对抗胰岛素的激素缺乏：如生长激素、肾上腺皮质激素缺乏等。③肝糖原储存缺乏：如重型肝炎、肝硬化、肝癌等严重肝病。④急性酒精中毒。⑤消耗性疾病：如严重营养不良、恶病质等。

要点七　糖耐量试验

1. 适应证

①无糖尿病症状，空腹血糖或随机血糖有异常，但尚未达到糖尿病诊断标准；或有持续性尿糖者。②无糖尿病症状，但有糖尿病家族史者。③有糖尿病症状，但空腹血糖未达到糖尿病诊断标准者。④有巨大胎儿史的妇女。⑤其他：妊娠或甲状腺功能亢进症患者出

现糖尿，或原因不明的肾脏病患者等。

2. 方法

采用 WHO 推荐的口服 75g 葡萄糖标准（即口服葡萄糖耐量试验，OGTT），分别检测空腹血糖、服糖后 0.5 小时、1 小时、2 小时、3 小时的血糖和尿糖。

3. 参考值

①FPG 3.9～6.1mmol/L。②服糖后 0.5～1 小时血糖达高峰，一般在 7.8～9.0mmol/L，峰值 <11.1mmol/L。③2 小时血糖（2hPG） <7.8mmol/L。④3 小时血糖恢复至空腹水平。⑤每次尿糖均为阴性。

4. 临床意义

（1）诊断糖尿病：具备以下一项即可诊断为糖尿病：①FPG >7.0mmol/L，并具有糖尿病症状。②OGTT 血糖峰值 >11.1mmol/L，OGTT 2hPG >11.1mmol/L。③随机血糖 >11.1mmol/L，同步尿糖阳性，有糖尿病症状者。

（2）判断糖耐量异常：FPG <7.0mmol/L，2hPG 7.8～11.1mmol/L，且血糖到达高峰时间延长至 1 小时后，血糖恢复正常时间延长至 2～3 小时后，同时伴尿糖阳性者为糖耐量异常，其中 1/3 最终转为糖尿病。常见于 2 型糖尿病、肢端肥大症、甲状腺功能亢进症等。

（3）平坦型糖耐量曲线：FPG 降低，服糖后血糖上升不明显，2hPG 仍处于低水平。常见于胰岛 β 细胞瘤等。

要点八　血脂检查

1. 血清总胆固醇（TC）测定

（1）参考值：①合适水平：<5.20mmol/L。②边缘水平：5.23～5.69mmol/L。③增高：>5.72mmol/L。

（2）临床意义：①TC 增高：是动脉粥样硬化的危险因素之一，常见于动脉粥样硬化所致的心、脑血管疾病；还可见于各种高脂蛋白血症、甲状腺功能减退症、糖尿病、肾病综合征、阻塞性黄疸；长期高脂饮食、精神紧张、吸烟、饮酒等。②TC 减低：见于严重的肝脏疾病，如急性重型肝炎、肝硬化、甲状腺功能亢进症、严重贫血、营养不良和恶性肿瘤等。

2. 血清甘油三酯（TG）测定

（1）参考值：0.56～1.70mmol/L。

（2）临床意义：①TG 增高：见于动脉粥样硬化症、冠心病、原发性高脂血症、肥胖症、糖尿病、肾病综合征、甲状腺功能减退症、痛风、阻塞性黄疸和高脂饮食等。②TG 减低：见于甲状腺功能亢进症、肾上腺皮质功能减退症、严重的肝脏疾病等。

3. 血清脂蛋白测定

（1）高密度脂蛋白－胆固醇（HDL－C）测定的临床意义：①HDL－C 增高：HDL－C具有抗动脉粥样硬化作用，与 TG 呈负相关，也与冠心病发病呈负相关，故 HDL－C 水平高的个体患冠心病的危险性小。②HDL－C 减低：常见于动脉粥样硬化症、心脑血管疾病、糖尿病、肾病综合征等。

（2）低密度脂蛋白－胆固醇（LDL－C）测定的临床意义：①LDL－C 增高：判断发生冠心病的危险性，LDL－C 是动脉粥样硬化的危险因素之一，LDL－C 水平增高与冠心病发病呈正相关；还可见于肥胖症、肾病综合征、甲状腺功能减退症、阻塞性黄疸等。②LDL－C 减低：见于甲状腺功能亢进症、肝硬化和低脂饮食等。

细目八　酶学检查

要点一　血清淀粉酶测定

1. 参考值

Somogyi 法：800～1800U/L。

2. 临床意义

增高见于：①急性胰腺炎：发病后 6～12 小时血清 AMS 开始升高，12～72 小时达高峰，3～5 天后恢复正常。②其他胰腺疾病：如慢性胰腺炎急性发作、胰腺囊肿、胰腺癌、胰腺外伤。③非胰腺疾病：急性胆囊炎、流行性腮腺炎、胃肠穿孔、胆管梗阻等。

要点二　血清心肌酶检测

心肌酶包括 AST、血清肌酸激酶（CK）及其同工酶（CK－MB）、乳酸脱氢酶（LDH）及其同工酶。

1. AST 参考值及其临床意义

见肝脏疾病常用的实验室检查。

2. CK 及其 CK－MB

（1）参考值：男性 38～174U/L，女性 26～140U/L。

（2）临床意义：CK 主要存在于骨骼肌和心肌；CK－MB 主要存在于心肌。急性心肌梗死（AMI）发病后 4～10 小时 CK 开始增高，12～36 小时达高峰，72～96 小时后恢复正常，是 AMI 早期诊断的敏感指标之一。在 AMI 病程中，如 CK 再次升高，往往说明心肌再次梗死；其他如病毒性心肌炎、进行性肌营养不良、骨骼肌损伤、心导管术、电复律以及 AMI 溶栓后再灌注等，也可引起 CK 活性升高。CK－MB 对 AMI 早期诊断的灵敏度明显高于 CK，且特异性达 92% 以上，一般在 AMI 后 3～8 小时增高，2～3 天恢复正常，因此对诊断发病较长时间的 AMI 有困难。

（3）LDH 及其同工酶（见肝脏疾病常用的实验室检查）。

细目九　心肌蛋白检测

要点一　肌钙蛋白 T 测定

1. 参考值

①0.02～0.13μg/L。②>0.2μg/L 为诊断临界值。③>0.5μg/L 可诊断 AMI。

2. 临床意义

①诊断 AMI：肌钙蛋白 T 是诊断 AMI 的确定性标志物。AMI 发病后 3 ~ 6 小时开始升高，10 ~ 24 小时达高峰，10 ~ 15 天恢复正常。对诊断 AMI 的特异性优于 CK - MB 和 LDH；对亚急性及非 Q 波性心肌梗死或 CK - MB 无法诊断的心梗患者更有诊断价值。②其他：用于判断不稳定型心绞痛是否发生了微小心肌损伤、AMI 后溶栓是否出现再灌注以及预测血液透析病人的心血管事件等。

要点二　肌钙蛋白 I 测定

1. 参考值

① < 0. 2μg/L。② > 1. 5μg/L 为诊断临界值。

2. 临床意义

①诊断 AMI：cTnI 对诊断 AMI 与 cTnT 无显著性差异。②其他：用于判断是否有微小心肌损伤，如不稳定型心绞痛、急性心肌炎。

要点三　肌红蛋白测定

1. 参考值

①ELISA 法：50 ~ 85μg/L。RIA 法：6 ~ 85μg/L。② > 75μg/L 为诊断临界值。

2. 临床意义

肌红蛋白（Mb）存在于心肌和骨骼肌中，因此，测定 Mb 可用来判断有无心肌或骨骼肌的损伤。AMI 发病后 0. 5 ~ 2 小时 Mb 开始升高，5 ~ 12 小时达高峰，18 ~ 30 小时恢复正常。因此，对早期诊断 AMI 明显优于 CM - MB 和 LDH。当骨骼肌损伤、肌营养不良、多发性肌炎、肾功能衰竭及休克时，Mb 也可增高。

细目十　免疫学检查

要点一　血清免疫球蛋白测定的临床意义

免疫球蛋白（Ig）是一组具有抗体活性的蛋白质，有抗病毒、抗菌、溶菌、抗毒素、抗寄生虫感染以及其他免疫作用。血清中的 Ig 分为 5 类：IgG、IgA、IgM、IgD 和 IgE。

1. 增高

（1）单克隆增高（5 种 Ig 中仅有某一种增高）见于：①原发性巨球蛋白血症时，IgM 单独明显增高。②多发性骨髓瘤可分别见到 IgG、IgA、IgD、IgE 增高，并以此分型。③支气管哮喘、过敏性鼻炎或寄生虫感染时，IgE 增高。

（2）多克隆增高（IgG、IgA、IgM 均增高）见于各种慢性炎症、慢性肝病、肝癌、淋巴瘤、系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎等自身免疫性疾病。

2. 减低

见于各类先天性和获得性体液免疫缺陷、联合免疫缺陷以及长期使用免疫抑制剂的患

者，血清中 5 种 Ig 均有降低。

要点二　血清补体测定的临床意义

1. 总补体溶血活性（CH_{50}）

（1）增高：见于各种急性炎症、组织损伤和某些恶性肿瘤。

（2）减低：见于各种免疫复合物性疾病，如肾小球肾炎；自身免疫性疾病，如系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎以及同种异体移植排斥反应、血清病等；补体大量丢失，如外伤、手术、大失血；补体合成不足，如慢性肝炎、肝硬化等。

2. 补体 C_3

补体 C_3 是补体各成分中含量最高的一种，占总补体含量的 1/2 以上。

（1）增高：见于急性炎症、传染病早期、某些恶性肿瘤及排斥反应等。

（2）减低：见于大部分急性肾小球肾炎、狼疮性肾炎及系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎等。

要点三　抗链球菌溶血素“O”测定

1. 参考值

ALT 法：滴度 <1∶400。

2. 临床意义

①增高：见于风湿热、链球菌感染后急性肾小球肾炎、扁桃体炎、感染性心内膜炎等。②曾有溶血性链球菌感染：在感染溶血性链球菌 1 周后 ASO 开始升高，4～6 周达高峰，可持续数月甚至数年。所以，ASO 升高不一定是近期感染链球菌的证据。若动态升高，且 C 反应蛋白阳性、血沉增快，有利于风湿热的诊断。

要点四　自身抗体检查的临床意义

1. 类风湿因子（RF）检查

（1）参考值：阴性。

（2）临床意义：RF 阳性主要见于类风湿性关节炎（阳性率约为 70%），还可见于系统性红斑狼疮、硬皮病、干燥综合征、皮肌炎、结节性多动脉炎以及结核、传染性单核细胞增多症等。少数正常人 RF 呈弱阳性反应。

2. 抗核抗体（ANA）测定

（1）参考值：阴性。

（2）临床意义：未经治疗的系统性红斑狼疮 95% 以上为阳性反应，但缺乏特异性。

3. 抗双链 DNA（dsDNA）抗体测定

（1）参考值：阴性。

（2）临床意义：抗 dsDNA 抗体阳性见于活动期系统性红斑狼疮，对诊断 SLE 有较大的特异性；类风湿性关节炎、慢性肝炎、干燥综合征等亦可出现阳性。

要点五　肥达反应检测的临床意义

肥达反应是检测血清中有无伤寒、副伤寒沙门菌抗体的一种反应。血清抗体效价 O > 1∶80 及 H > 1∶160 对伤寒有诊断意义。①O、H 均增高：提示伤寒可能性大。②O 不高、H 增高：可能曾接种过伤寒疫苗或既往感染过。③O 增高、H 不高：可能为感染早期或其他沙门菌感染。

要点六　梅毒血清学检查的临床意义

梅毒螺旋体侵入人体后，在血清中产生非特异性抗体（反应素）及特异性抗体。反应素定性试验敏感性高，用于梅毒的初筛；定性试验阳性时必须进行特异性抗体确诊试验，若阳性可确诊为梅毒。

要点七　艾滋病病毒抗体测定的临床意义

艾滋病是由人获得性免疫缺陷病毒（HIV）引起的获得性免疫缺陷综合征。当机体感染 HIV 数周到半年后，体内可产生抗 - HIV 抗体。若抗 - HIV 抗体阳性而无临床症状，则为 HIV 感染者；如有症状则为艾滋病患者。确诊试验有利于艾滋病的确诊和早期诊断。

要点八　肿瘤标志物检测的临床意义

1. 血清甲胎蛋白（AFP）增高的临床意义

①原发性肝癌：AFP 是目前诊断原发性肝细胞癌最特异的标志物，血清中 AFP > 300μg/L 可作为诊断阈值。②病毒性肝炎、肝硬化时，AFP 可有不同程度的增高。③生殖腺肿瘤、胎儿神经管畸形时，AFP 也可增高。

2. 癌胚抗原（CEA）检测的临床意义

①用于消化器官癌症的诊断：增高见于结肠癌、胃癌、胰腺癌等，但无特异性。②鉴别原发性和转移性肝癌：原发性肝癌 CEA 增高者不超过 9%，而转移性肝癌 CEA 阳性率高达 90%。

要点九　循环免疫复合物测定的临床意义

CIC 为非特异性诊断指标，阳性见于：①自身免疫性疾病：如系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎、干燥综合征等。②急性链球菌感染后肾炎、乙型肝炎、感染性心内膜炎、麻风等。

要点十　C 反应蛋白测定的临床意义

1. CRP 升高见于各种急性化脓性炎症、菌血症、组织坏死、恶性肿瘤等的早期。

2. 可作为细菌感染与非细菌感染、器质性病变与功能性改变的鉴别指标，一般非细菌性感染、功能性改变者 CRP 正常。

细目十一　尿液检查

要点一　正常尿液各种检查表现

1. 尿量

正常成人 1000～2000ml/24h。

2. 外观

正常新鲜尿液清澈透明，呈黄色或淡黄色。

3. 气味

正常尿液的气味来自尿中挥发酸的酸性物质，久置后可出现氨味。

4. 酸碱反应

正常新鲜尿液呈弱酸性至中性反应，pH 为 5.0～7.0。

5. 比重

正常人在普通膳食的情况下，尿比重为 1.015～1.025。

要点二　尿液一般性状各项检查异常的临床意义

1. 尿量

（1）多尿：尿量 >2500ml/24h。病理性多尿见于糖尿病、尿崩症、有浓缩功能障碍的肾脏疾病（如慢性肾炎、慢性肾盂肾炎等）及精神性多尿等。

（2）少尿或无尿：尿量 <400ml/24h 或 <17ml/h 为少尿；尿量 <100ml/24h 为无尿。①肾前性少尿：休克、脱水、心衰等所致的肾血流量减少。②肾性少尿：急性肾炎、慢性肾炎急性发作、急性肾衰竭少尿期、慢性肾衰竭终末期等。③肾后性少尿：尿道结石、狭窄、肿瘤等引起的尿道梗阻。

2. 外观（颜色和透明度）

（1）血尿：见于泌尿系统炎症、结石、肿瘤、结核等；也可见于血液系统疾病，如血小板减少性紫癜、血友病等。

（2）血红蛋白尿：呈浓茶色或酱油色，镜检无红细胞，但隐血试验为阳性。见于蚕豆病、阵发性睡眠性血红蛋白尿、恶性疟疾和血型不合的输血反应等。

（3）胆红素尿：见于肝细胞性黄疸和阻塞性黄疸。

（4）乳糜尿：见于丝虫病。

（5）脓尿和菌尿：见于泌尿系统感染，如肾盂肾炎、膀胱炎等。

3. 酸碱反应

（1）尿 pH 减低：见于多食肉类、蛋白质食物、代谢性酸中毒、发热、痛风等。

（2）尿 pH 增高：见于多食蔬菜、服用碳酸氢铵类药物、代谢性碱中毒等。

4. 比重

（1）增高：见于急性肾炎、糖尿病、肾病综合征及肾前性少尿等。

（2）减低：见于慢性肾炎、慢性肾衰竭、尿崩症等。

要点三　尿液化学检查异常的临床意义

1. 蛋白尿

尿蛋白定性试验阳性或定量试验 >150mg/24h 称为蛋白尿。

（1）生理性蛋白尿：见于剧烈运动、寒冷、精神紧张等，为暂时性，尿中蛋白含量少。

（2）病理性蛋白尿：①肾小球性蛋白尿：见于肾小球肾炎、肾病综合征等。②肾小管性蛋白尿：见于肾盂肾炎、间质性肾炎等。③混合性蛋白尿：见于肾小球肾炎或肾盂肾炎后期、糖尿病、系统性红斑狼疮等。④溢出性蛋白尿：见于多发性骨髓瘤、巨球蛋白血症、严重骨骼肌创伤、急性血管内溶血等。

2. 尿糖阳性

（1）暂时性糖尿：见于强烈精神刺激、全身麻醉、颅脑外伤、急性脑血管病及食糖过多等。

（2）血糖增高性糖尿：见于糖尿病、甲状腺功能亢进症、库欣综合征、嗜铬细胞瘤及胰腺炎等。

（3）肾性糖尿：见于慢性肾炎、肾病综合征等。

3. 尿酮体阳性

见于糖尿病酮症酸中毒、妊娠剧吐、重症不能进食等。

要点四　尿液镜检异常的临床意义

1. 细胞

（1）上皮细胞：①扁平上皮细胞：见于正常成年女性。②大圆上皮细胞：大量出现见于膀胱炎。③尾形上皮细胞：见于肾盂肾炎、输尿管炎。④小圆上皮细胞：提示肾小管病变。

（2）红细胞：尿沉渣镜检每高倍视野 >3 个，称镜下血尿。见于急性肾炎、慢性肾炎急性发作、急性膀胱炎、肾结核、肾结石、肾盂肾炎等。

（3）白细胞和脓细胞：尿沉渣镜检每高倍视野 >5 个，称镜下脓尿。见于肾盂肾炎、膀胱炎、尿道炎、肾结核等。

2. 管型

（1）透明管型：少量出现见于剧烈运动、高热等；明显增多提示肾实质病变，如肾病综合征、慢性肾炎等。

（2）细胞管型：①红细胞管型：见于急性肾炎、慢性肾炎急性发作。②白细胞管型：见于肾盂肾炎、间质性肾炎。③上皮细胞管型：见于慢性肾炎晚期、肾病综合征等。

（3）颗粒管型：①粗颗粒管型：见于慢性肾炎、肾盂肾炎或某些原因（药物中毒等）引起的肾小管损伤。②细颗粒管型：见于慢性肾炎或急性肾炎后期。

（4）蜡样管型：提示肾小管病变严重，见于慢性肾炎晚期、慢性肾衰竭、肾淀粉样

变性。

（5）脂肪管型：见于肾病综合征、慢性肾炎急性发作、中毒性肾病。

要点五　尿沉渣计数的临床意义

1 小时尿细胞计数：白细胞数增多见于肾盂肾炎，红细胞数增多见于急性肾炎。

细目十二　粪便检查

要点一　粪便一般性状检查

1. 量

正常成人每日排便 1 次，约 100 ~ 300g。胃肠、胰腺病变或其功能紊乱时，粪便次数及粪量可增多或减少。

2. 颜色及性状

正常成人的粪便为黄褐色圆柱状软便，婴儿的粪便呈金黄色。

（1）水样或粥样稀便：见于各种感染性或非感染性腹泻，如急性胃肠炎、甲状腺功能亢进症等。

（2）米泔样便：见于霍乱。

（3）黏液脓样或脓血便：见于痢疾、溃疡性结肠炎、直肠癌等。

（4）冻状便：见于肠易激综合征、慢性菌痢。患阿米巴痢疾时，以血为主，呈暗红色果酱样；细菌性痢疾则以黏液脓性便或脓血便为主。

（5）鲜血便：多见于肠道下段出血，如痔疮、肛裂、直肠癌等。

（6）柏油样便：见于各种原因引起的上消化道出血。

（7）灰白色便：见于阻塞性黄疸。

（8）细条状便：多见于直肠癌。

（9）绿色粪便：提示消化不良。

（10）羊粪样便：多见于老年人及经产妇排便无力者。

3. 气味

①恶臭味：见于慢性肠炎、胰腺疾病、结肠或直肠癌溃烂。②腥臭味：见于阿米巴痢疾。③酸臭味：见于脂肪和碳水化合物消化或吸收不良。

4. 寄生虫体

肉眼可分辨蛔虫、蛲虫、绦虫等较大虫体。

5. 结石

最常见的是应用排石药物或碎石术后排出的胆石。

要点二　粪便显微镜检查

1. 细胞

①红细胞：正常粪便中无红细胞，出现红细胞见于下消化道出血、痢疾、溃疡性结肠

炎、结肠或直肠癌等。②白细胞：正常粪便中不见或偶见白细胞，大量出现见于细菌性痢疾、溃疡性结肠炎。③巨噬细胞：见于细菌性痢疾、溃疡性结肠炎。

2. 寄生虫

肠道有寄生虫时可在粪便中找到相应的病原体，如虫体或虫卵、原虫滋养体及其包囊。

3. 食物残渣

①淀粉颗粒增多：见于慢性胰腺炎。②脂肪小滴增多：见于慢性胰腺炎、胰腺癌。③肌肉纤维增多：提示蛋白质消化不良。

要点三　粪便化学检查

隐血试验：正常为阴性。阳性见于消化性溃疡活动期、胃癌、钩虫病、消化道炎症、出血性疾病等。消化道癌症呈持续阳性，消化性溃疡呈间断阳性。

要点四　粪便细菌学检查

肠道致病菌的检测主要通过粪便直接涂片镜检和细菌培养，用于菌痢、霍乱等的诊断。

细目十三　痰液检查

要点一　痰液标本收集

留痰前应先漱口，用力咳出气管深处的痰液，以清晨第一口痰为宜，注意避免混入唾液和鼻咽分泌物。做细菌培养时，需用无菌容器留取并及时送检；做浓集结核菌检查时，需留 24 小时痰液送检；做痰液脱落细胞学检查，最好收集上午 9 ~ 10 点的痰液并立即送检。细菌培养或脱落细胞学检查，一般连续检查 3 次，必要时可以重复进行。无痰或痰少患者，可用化痰药物或超声雾化排痰；昏迷者可采用负压吸引取痰。为保证痰液的质量，必要时可取支气管灌洗液进行病原菌培养或细胞学检查。

要点二　痰液一般性状检查

1. 痰量

正常人无痰或仅有少量无色黏液样痰。痰量增多见于肺脓肿、慢性支气管炎、支气管扩张、肺结核等。

2. 颜色

①黄色痰：见于呼吸道化脓性感染。②黄绿色痰：见于绿脓杆菌感染、干酪性肺炎。③红色痰：见于肺癌、肺结核、支气管扩张。④粉红色泡沫样痰：见于急性肺水肿。⑤铁锈色痰：见于大叶性肺炎。⑥棕褐色痰：见于阿米巴肺脓肿。

3. 性状

①黏液性痰：见于支气管炎、肺炎早期及支气管哮喘等。②浆液性痰：见于肺水肿、肺淤血。③脓性痰：痰液静置后可分 3 层，即上层为泡沫，中层为浆液，下层为坏死组

织，见于支气管扩张、肺脓肿。

要点三　痰液显微镜检查

主要用于检查癌细胞和细菌。

细目十四　浆膜腔穿刺液检查

要点一　浆膜腔穿刺液检查

浆膜腔包括胸腔、腹腔和心包腔。正常成人的胸腔液 <20ml，腹腔液 <50ml，心包腔液 10 ~50ml。浆膜腔内液体过多称为浆膜腔积液。浆膜腔积液检查包括一般性状检查、化学检查、显微镜检查和细菌学检查。

要点二　渗出液与漏出液鉴别

渗出液与漏出液鉴别表

	漏出液	渗出液
原因	非炎症所致	炎症、肿瘤、物理或化学性刺激
外观	淡黄，浆液性	不定，可为黄色、脓性、血性、乳糜性等
透明度	透明或微混	多混浊
比重	<1.018	>1.018
凝固	不自凝	能自凝
黏蛋白定性（Rivalta 试验）	阴性	阳性
蛋白质定量	<25g/L	>30g/L
葡萄糖定量	与血糖相近	常低于血糖水平
细胞计数	常 $<100\times10^6$/L	常 $>500\times10^6$/L
细胞分类	以淋巴细胞为主	根据不同的病因，分别以中性粒细胞或淋巴细胞为主，恶性肿瘤患者可找到癌细胞
细菌学检查	阴性	可找到病原菌
乳酸脱氢酶	<200IU	>200IU

细目十五　脑脊液检查

要点一　脑脊液检查的适应证和禁忌证

1. 适应证

①有脑膜刺激症状需明确诊断者。②疑有颅内出血。③疑有中枢神经系统恶性肿瘤。

④有剧烈头痛、昏迷、抽搐及瘫痪等表现而原因未明者。⑤中枢神经系统手术前的常规检查。

2. 禁忌证

①颅内压明显增高或伴显著视乳头水肿者。②有脑疝先兆者。③处于休克、衰竭或濒危状态者。④局部皮肤有炎症。⑤颅后窝有占位性病变者。

要点二　常见中枢神经系统疾病的脑脊液特点

常见中枢神经系统疾病的脑脊液特点

	压力（mmH_2O）	外观	细胞数（$\times10^6$/L）及分类	蛋白质定性	蛋白质定量（g/L）	葡萄糖（mmol/L）	氯化物（mmol/L）	细菌
正常	侧卧位 70～180	无色透明	0～8，多为淋巴细胞	（－）	0.2～0.4	2.5～4.5	120～130	无
化脓性脑膜炎	↑↑↑	混浊脓性，可有脓块	显著增加，以中性粒细胞为主	（＋＋＋）以上	↑↑↑	↓↓↓	↓	有致病菌
结核性脑膜炎	↑↑	微浊，毛玻璃样，静置后有薄膜形成	增加，以淋巴细胞为主	（＋）～（＋＋＋）	↑↑	↓↓	↓↓	抗酸染色可找到结核杆菌
病毒性脑膜炎	↑	清晰或微浊	增加，以淋巴细胞为主	（＋）～（＋＋）	↑	正常	正常	无
蛛网膜下腔出血	↑	血性为主	增加，以红细胞为主	（＋）～（＋＋）	↑	正常	正常	无
脑脓肿（未破裂）	↑↑	无色或黄色微浊	稍增加，以淋巴细胞为主	（＋）	↑	正常	正常	有或无
脑肿瘤	↑↑	黄色或无色	正常或稍增加，以淋巴细胞为主	（±）～（＋）	↑	正常	正常	无

细目十六　生殖系统体液检查

要点一　阴道分泌物检查

1. 一般性状检查

正常阴道分泌物为无色、无特殊气味的稀糊状，pH 为 4.0～4.5。

2. 阴道清洁度检查

正常为Ⅰ、Ⅱ度。当阴道清洁度为Ⅲ~Ⅳ度时，常可同时发现病原菌，提示存在感染性阴道炎。阴道分泌物清洁度判断，见下表。

阴道分泌物清洁度判断表

清洁度	杆菌	球菌	上皮细胞	白细胞（个/HP）	临床意义
Ⅰ度	多量	无	满视野	0~5	正常
Ⅱ度	少量	少量	1/2 视野	5~15	基本正常
Ⅲ度	极少	多量	少量	15~30	提示阴道炎
Ⅳ度	无	大量	无	>30	较重的阴道炎

3. 病原学检查

包括细菌、真菌、滴虫、病毒检测等。

要点二 精液检查

1. 量

正常情况下，每次射精量为3~5ml。①精液减少：已数日未射精而精液量少于1.5ml者。②无精液症：精液量减少至1~2滴，甚至排不出。③精液过多：1次射精的精液量超过8ml者。

2. 颜色及透明度

正常为灰白色或乳白色。①血性精液：精液呈鲜红色、淡红色或暗红色，并含有大量红细胞者，见于生殖系统的炎症、结核和肿瘤等。②脓性精液：呈黄色或棕色，见于精囊炎和前列腺炎等。

3. 黏稠度和液化时间

①精液黏稠度减低：似米汤样，见于先天性精囊缺如、精囊液排出受阻。②精液不能液化：常见于前列腺炎。

要点三 前列腺液检查

主要用于前列腺炎、结石、肿瘤和前列腺肥大等的辅助诊断。

正常人的前列腺液为数滴至2ml，淡乳白色，稀薄、半透明的弱酸性液体。前列腺炎时，前列腺液减少，黄色，混浊或呈脓性；镜下卵磷脂小体常减少，白细胞增多；细菌培养可以找到致病菌。前列腺癌、结核、结石时，前列腺液常呈不同程度的血性，镜下见大量红细胞。

（姜智慧）

第五单元　器械检查

细目一　心电图检查

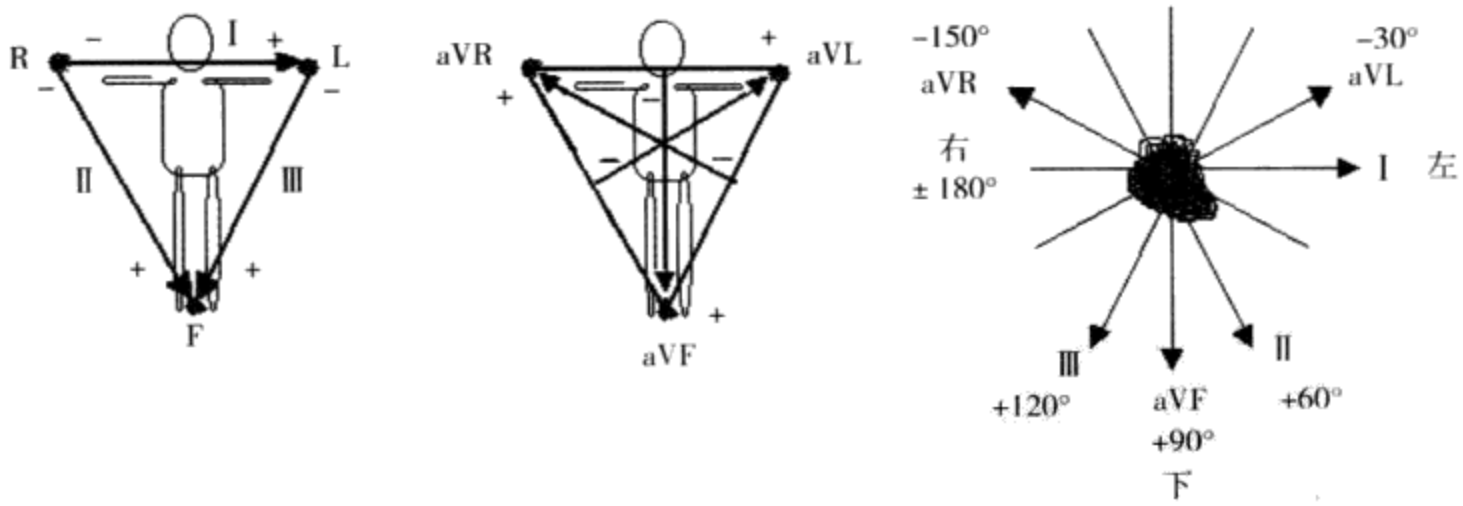
要点一　常用心电图导联

（一）肢体导联

包括标准导联Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ及加压单极肢体导联。标准导联为双极肢体导联，反映两个肢体之间的电位差。加压单极肢体导联为单极导联，基本上代表检测部位的电位变化，见下表。

常规肢体导联心电图电极位置

导　联	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	aVR	aVL	aVF
正　极	L	F	F	R	L	F
负　极	R	R	L	另两肢体加接电阻并连接在一起		
导联轴在六轴系统中的方位	0°	+60°	+120°	-150°	-30°	-90°



双极肢体导联的导联轴　　单极加压肢体导联的导联轴　　肢体导联六轴系统

肢体导联的导联轴与肢体导联六轴系统

1. 标准导联

（1）Ⅰ导联：正极接左上肢，负极接右上肢。

（2）Ⅱ导联：正极接左下肢，负极接右上肢。

（3）Ⅲ导联：正极接左下肢，负极接左上肢。

2. 加压单极肢体导联

（1）加压单极右上肢导联（aVR）：探查电极置于右上肢并与心电图机正极相连，左

上、下肢连接构成无关电极并与心电图机负极相连。

（2）加压单极左上肢导联（aVL）：探查电极置于左上肢并与心电图机正极相连，右上肢与左下肢连接构成无关电极并与心电图机负极相连。

（3）加压单极左下肢导联（aVF）：探查电极置于左下肢并与心电图机正极相连，左、右上肢连接构成无关电极并与心电图机负极相连。

（二）胸导联

胸导联属单极导联，包括 $V_1 \sim V_6$ 导联。将负极与中心电端连接，正极与放置在胸壁一定位置的探查电极相连。探查电极距心脏很近，心电图波形振幅较大。

（1）V_1：胸骨右缘第 4 肋间。

（2）V_2：胸骨左缘第 4 肋间。

（3）V_3：V_2 与 V_4 两点连线的中点。

（4）V_4：左锁骨中线与第 5 肋间相交处。

（5）V_5：左腋前线 V_4 水平处。

（6）V_6：左腋中线 V_4 水平处。

临床上为诊断后壁心肌梗死，常需要加做 $V_7 \sim V_9$ 导联；诊断右心病变需加做 $V_3R \sim V_6R$ 导联。

常规胸导联及选用导联电极的位置与作用

	导联	正极位置	负极位置	主要作用
常规导联	V_1	胸骨右缘第 4 肋间	无干电极	反映右心室壁改变
	V_2	胸骨左缘第 4 肋间	无干电极	反映右心室壁改变
	V_3	V_2 和 V_4 连线的中点处	无干电极	反映左、右室壁移行变化
	V_4	左锁骨中线与第 5 肋间相交处	无干电极	反映左、右室壁移行变化
	V_5	左腋前线 V_4 水平	无干电极	反映左心室壁改变
	V_6	左腋中线 V_4 水平	无干电极	反映左心室壁改变
选用导联	V_7	左腋后线 V_4 水平	无干电极	反映左心室壁改变
	V_8	左肩胛骨线 V_4 水平	无干电极	诊断后壁心肌梗死
	V_9	左脊旁线 V_4 水平	无干电极	诊断后壁心肌梗死
	$V_3R \sim V_8R$	右胸与 $V_3 \sim V_8$ 对称处	无干电极	诊断右心病变

要点二　心电图测量方法

（一）心电图记录纸的组成

1. 横坐标，表示时间。
2. 纵坐标，记录电压。

（二）心率的计算

1. 律齐者

HR（次/分）= 60/ R－R（或 P－P）间距。也可采用查表法。

2. 律不齐者

取数个心动周期 R－R 间距的平均值，求出心率。

（三）心电图各波段的测量

1. 各波时间的测量

一般规定，测量各波时距应自波形起点的内缘起测至波形终点的内缘。

2. 各波振幅（电压）的测量

测量正向波形的高度，以基线上缘至波形的顶点之间的垂直距离为准；测量负向波形的深度，以基线的下缘至波形底端的垂直距离为准。

3. VAT 的测量

指从 QRS 波群起点量到 R 波顶点与等电位线的垂直线之间的距离。有切迹或 R′波，则以 R′波顶点为准。一般只测 V_1 和 V_5。

4. 各间期的测量

（1）P－R 间期：应选择有明显 P 波和 Q 波的导联（一般多选Ⅱ导联），自 P 波的起点量至 QRS 波群的起点。

（2）Q－T 间期：选择 T 波比较清晰的导联，测量 QRS 波起点到 T 波终点的间距。

（3）S－T 段移位的测量：①S－T 段抬高：从等电位线上缘垂直量到 S－T 上缘。②S－T 段下移：从等电位线下缘垂直量到 S－T 段下缘。③S－T 段移位：一般应与 T－P 段相比较；如因心动过速等原因而 T－P 不明显时，可与 P－R 段相比较；亦可以前后两个 QRS 波群起点的连线作为基线与之比较。斜行向上的 S－T 段，以 J 点作为判断 S－T 段移位的依据；斜行向下的 S－T 段，以 J 点后 0.04s 处作为判断 S－T 段移位的依据。

要点三　心电图各波段的正常范围和临床意义

1. P 波

代表左、右心房去极时的电位和时间的变化。正常 P 波在多数导联呈钝圆形，有时可有切迹，但切迹双峰之间的距离 <0.04s。正常 P 波在 aVF 导联倒置，Ⅰ、Ⅱ、V_3～V_6导联直立，其余导联（Ⅲ、aVL、V_1、V_2）可直立、低平、双向或倒置。正常 P 波的时间≤0.11s；电压在肢导联 <0.25mV，胸导联 <0.2mV。

P 波在 aVR 导联直立，Ⅱ、Ⅲ、aVF 导联倒置时，称为逆行型 P′波，表示激动自房室交界区逆行向心房传导。P 波时间 >0.11s，且切迹双峰间的距离≥0.04s，提示左心房肥大；P 波电压在肢导联≥0.25mV、胸导联≥0.2mV，常表示右心房肥大；低平无病理意义。

2. P - R 间期

代表心房去极开始至心室开始去极的时间，成年人心率在正常范围时，P－R 间期为 0.12～0.20s。P－R 间期受年龄和心率的影响，年龄小或心率快时 P－R 间期较短，反之较长。

P－R 间期超过正常最高值者称为 P－R 间期延长，见于Ⅰ度房室传导阻滞。P－R 间

期 <0.12s，而 P 波形态、方向正常，见于预激综合征；P－R 间期 <0.12s，且伴有逆行型 P 波时，见于房室交界区心律。

3. QRS 波群

代表左、右心室去极过程电位和时间的变化。

（1）时间：正常成人 QRS 波群时间为 0.06～0.10s，V_1 导联 VAT <0.03s，V_5 导联 VAT <0.05s。QRS 波群时间或 VAT 延长，见于心室肥大、心室内传导阻滞及预激综合征。

（2）形态与电压：正常人 V_1、V_2 导联为 RS 型，R/S <1、R_{V1} <1.0mV，反映右心室壁去极的电位变化，如超过这些值可能为右心室肥大。V_5、V_6 导联呈 QR、QRS、RS 型，R/S >1、R_{V5} <2.5mV，反映左心室壁去极的电位变化，如超过这些值可能为左心室肥大。V_3、V_4 导联为过渡区图形，呈 RS 型，R/S 比值接近于 1。正常人的胸导联，自 V_1 至 V_5 R 波逐渐增高至最大，S 波逐渐变小甚至消失。如果过渡区图形出现于 V_1、V_2 导联，表示心脏有逆钟向转位；如果过渡区图形出现在 V_5、V_6 导联，表示心脏有顺钟向转位。在 aVR 导联，QRS 波群主波向下，可呈 QS、QR、RS 或 RSR′型，R_{avR} <0.5mV，如超过此值可能为右心室肥大。在 aVL 及 aVF 导联，QRS 波群形态不定，可呈 QR、QRS 或 RS 型等，但 R_{aVL} <1.2mV、R_{aVF} <2.0mV，如超过此值可能为左心室肥大。在标准导联中，QRS 波群的波形变化也很大，但Ⅱ导联上 QRS 波群主波向上，Ⅰ、Ⅲ导联上 QRS 波群的形态随 QRS 平均心电轴而变化。

如果 6 个肢体导联中，每个 QRS 波群中向上及向下波电压的绝对值之和都小于 0.5mV 或（和）每个胸导联 QRS 波群中向上及向下波电压的绝对值之和都小于 0.8mV，称为低电压。个别导联的 QRS 波群振幅很小，并无病理意义。低电压可见于少数正常人，多见于肺气肿、心包积液、全身水肿、心肌梗死、心肌病、黏液性水肿、缩窄性心包炎等。

Q 波：正常人除 aVR 导联可呈 QS 或 QR 型外，其他导联 Q 波的振幅不得超过同导联 R 波的 1/4，时间 <0.04s。正常情况下，V_1、V_2 导联不应有 Q 波，但可呈 QS 型，V_3 导联极少有 Q 波。超过正常范围的 Q 波称为异常 Q 波，常见于心肌梗死。

4. J 点

QRS 波群的终末与 S－T 段起始的交接点称为 J 点。J 点大多在等电位线上，通常随着 S－T 段的偏移而发生移位。

5. S - T 段

正常 S－T 段多为一等电位线，有时亦可有轻微偏移，但在任何导联 S－T 段下移不应超过 0.05mV；S－T 段抬高，在 V_1～V_3 导联不超过 0.3mV，其他导联均不应超过 0.1mV。

S－T 段下移超过正常范围，见于心肌缺血、心肌损害、洋地黄作用、心室肥厚及束支传导阻滞等。S－T 段上抬超过正常范围且弓背向上见于急性心肌梗死，弓背向下的抬高见于急性心包炎。S－T 段上抬亦可见于变异型心绞痛和室壁膨胀瘤。

6. T 波

代表心室快速（晚期）复极时的电位改变。正常 T 波是一个不对称的宽大而光滑的波，前支较长，后支较短；T 波的方向与 QRS 波群主波方向一致；在 R 波为主的导联中，T 波电压不应低于同导联 R 波的 1/10。

在 QRS 波群主波向上的导联中，T 波低平、双向或倒置见于心肌缺血、心肌损害、低血钾、低血钙、洋地黄效应、心室肥厚及心室内传导阻滞等。T 波高耸见于急性心肌梗死早期和高血钾。

7. Q - T 间期

代表心室去极和复极所需时间的总和。Q－T 间期与心率快慢密切相关，心率越快，Q－T 间期越短，反之越长。Q－T 间期的正常范围为 0.32～0.44s。Q－T 间期延长常见于心肌损害、心肌缺血、心室肥大、心室内传导阻滞、心肌炎、心肌病、低血钙、低血钾、Q－T 间期延长综合征以及药物（如奎尼丁、胺腆酮）作用等。Q－T 间期缩短见于高血钙、高血钾、洋地黄效应。

8. U 波

是 T 波后的一个低平波，波形圆钝，在胸导联上（尤其是 V_3）较清楚。U 波的方向与 T 波方向一致，但在胸导联中全部是直立的。U 波电压较小，肢导联一般在 0.05mV 以下，V_3导联上最高，有时可达 0.2～0.3mV。U 波增高最常见于低血钾。

要点四　平均心电轴

心电轴是心脏激动过程中全部瞬间综合向量形成的总向量。

（1）心电轴的测量方法有 3 种，即目测法、振幅法、查表法。目测法是根据Ⅰ、Ⅲ导联 QRS 波群的主波方向进行判断的。如果Ⅰ、Ⅲ导联 QRS 波群的主波方向均向上，则电轴不偏；若Ⅰ导联 QRS 波群的主波方向向上，而Ⅲ导联 QRS 波群的主波方向向下，则心电轴左偏；若Ⅰ导联 QRS 波群的主波方向向下，而Ⅲ导联 QRS 波群的主波方向向上，则为心电轴右偏；如果Ⅰ、Ⅲ导联 QRS 波群的主波方向均向下，则为心电轴极度右偏。

（2）心电轴的临床意义：正常心电轴一般在 0°～90°之间。电轴从 +90°顺钟向转动至 -90°范围为心电轴右偏；从 +30°逆钟向转动至 -90°范围为心电轴左偏。心电轴轻度、中度左偏或右偏不一定是病态。左心室肥大、大量腹水、肥胖、妊娠、横位心脏等，可使心电轴左偏；右心室肥大、广泛心肌梗死、肺气肿、垂直位心脏等，可使心电轴右偏。

要点五　房、室肥大的心电图表现

（一）心房肥大的心电图表现

正常 P 波的前 1/3 为右房去极，中 1/3 为左、右心房同去极，后 1/3 为左房去极所致。在 V_1 导联上，首先见到右房去极的低幅度的正向波，其高度与宽度的乘积称为起始 P 波指数，正常 <0.03mm·s；随后见到左房去极的负向波，其深度与宽度的乘积称为 P 波终末电势（Ptf），正常不低于 0.02mm·s。

1. 左房肥大的心电图表现

P 波增宽 >0.11s，常呈双峰型，双峰间期≥0.04s，以在 V_1 导联上最为显著。典型者多见于二尖瓣狭窄，故称为“二尖瓣型 P 波”。P 波幅度改变在Ⅰ、Ⅱ、aVL 导联明显。由于左房向左后的向量增大，使 V_1 的 P 波终末部的负向波变深，Ptf 超过 -0.04mm·s。

2. 右房肥大的心电图表现

P 波尖而高耸，其幅度 >0.25mV，由于向下的 P 向量增大，故在心电图中的Ⅱ、Ⅲ、

avF 导联表现最为突出，称为“肺型 P 波”，常见于慢性肺源性心脏病以及某些先天性心脏病。

（二）心室肥大的心电图表现

1. 左室肥大的心电图表现

（1）QRS 波群电压增高：$R_{V5}>2.5mV$，$R_{V5}+S_{V1}>4.0mV$（男）或 $>3.5mV$（女）。

（2）心电轴左偏。

（3）QRS 波群时间延长到 0.10～0.11s。

（4）ST－T 改变，以 R 波为主的导联中，T 波低平，双向或倒置。

仅有 QRS 波群电压增高表现而无其他阳性指标者，称为左室高电压，可见于左心室肥大，也可见于经常体力锻炼者，是诊断左室肥大的基本条件；仅有 V_5 导联或以 R 波为主的导联 S－T 段下移 >0.05mV，T 波低平、双向或倒置者，为左心室劳损；同时有 QRS 波群电压增高及 ST－T 改变者，称为左室肥大伴劳损。

左室肥大常见于高血压性心脏病、二尖瓣关闭不全、主动脉瓣病变、冠心病、心肌病等。

2. 右室肥大的心电图表现

（1）$V_1R/S>1$，$V_5R/S<1$，V_1 或 V_3R 的 QRS 波群呈 RS、RSR′、R 或 QR 型。

（2）$R_{V1}+S_{V5}>1.2$ mV，aVR R/Q 或 R/S >1，$R_{aVR}>0.5mV$。

（3）心电轴右偏，重症可 > +110°。

（4）V_1 或 V_3R 等右胸导联 ST－T 下移 >0.05mV，T 波低平、双向或倒置。

要点六　心肌缺血与心肌梗死的心电图表现

（一）心肌缺血

1. 典型心绞痛

面对缺血区的导联上出现 S－T 段水平型或下垂型下移≥0.1mV，T 波低平、双向或倒置，时间一般小于 15 分钟。

2. 变异性心绞痛

常于休息或安静时发病，心电图可见 S－T 段抬高，常常伴有 T 波高耸，对应导联 S－T段下移。

3. 慢性冠状动脉供血不足

在 R 波占优势的导联上，S－T 段呈水平型或下垂型压低，≥0.05mV，T 波低平、双向或倒置。

（二）心肌梗死

1. 基本图形

（1）缺血型 T 波改变：缺血发生于心内膜面，T 波高而直立；若发生于心外膜面，出现对称性 T 波倒置。

（2）损伤型 S－T 段改变：面向损伤心肌的导联出现 S－T 段抬高，明显抬高可形成单相曲线。

（3）坏死型 Q 波出现：面向坏死区的导联出现异常 Q 波（宽度≥0.04s，深度≥1/4R）或者呈 QS 波。

2. 心肌梗死的图形演变及分期

（1）早期：心肌梗死数分钟后出现 T 波高耸或 S－T 段斜行上升，持续数小时。

（2）急性期：心肌梗死后数小时或数日，持续数周，S－T 段逐渐升高呈弓背型，并可与 T 波融合成单向曲线，此时可出现异常 Q 波，继而 S－T 段逐渐下降至等电位线，直立的 T 波开始倒置，并逐渐加深。在此期坏死型 Q 波、损伤型 S－T 段抬高及缺血性 T 波倒置可同时并存。

（3）近期：心肌梗死后数周至数月，抬高的 S－T 段基本恢复至基线，坏死型 Q 波持续存在，缺血型 T 波由倒置较深逐渐变浅。

（4）陈旧期：急性心肌梗死 3～6 个月之后或更久，S－T 段和 T 波不再变化，常遗留下坏死的 Q 波，常持续存在终生，亦可能逐渐缩小。

3. 心肌梗死的定位诊断

根据坏死图形（异常 Q 波或 QS 波）出现于哪些导联而作出定位诊断，见下表。

心肌梗死的心电图定位诊断

部位	特征性 ECG 改变导联	对应性改变导联
前间壁	$V_1 \sim V_3$	——
前壁	$V_3 \sim V_5$	——
广泛前壁	$V_1 \sim V_6$	——
下壁	Ⅱ、Ⅲ、aVF	Ⅰ、aVL
右室	$V_3R \sim V_7R$	多伴下壁梗死

要点七　常见心律失常的心电图表现

1. 房性期前收缩的心电图表现

（1）提早出现的房性 P′波，形态与窦性 P 波不同。

（2）P′－R 间期≥0.12s。

（3）房性 P′波后有正常形态的 QRS 波群。

（4）代偿间歇不完全。

2. 室性期前收缩的心电图表现

（1）提早出现的宽大畸形的 QRS－T 波群，其前无提早出现的异位 P 波。

（2）QRS 时限常≥0.12s。

（3）T 波方向与 QRS 主波方向相反。

（4）常有完全性代偿间歇。

3. 交界性期前收缩的心电图表现

（1）提前出现的 QRS 波群，形态基本正常。

（2）出现逆行 P′波，可在 QRS 之前（P′－R＜0.12s），或 QRS 之后（R－P′＜0.20s），或与 QRS 相重叠。

（3）常有完全性代偿间歇。

4. 阵发性室上性心动过速的心电图表现

（1）相当于一系列连续很快的房性或交界性早搏，频率为 150～250 次/分，节律规则。

（2）QRS 波群形态基本正常，时间≤0.10s。

（3）ST－T 无变化，或发作时 S－T 段下移和 T 波倒置。

5. 心房颤动的心电图表现

（1）P 波消失，代以大小不等、形状各异的 F 波，频率为 350～600 次/分，以 V_1 导联最明显。

（2）心室律绝对不规则，心室率通常在 120～180 次/分之间。

（3）QRS 波群形态通常正常，当心室率过快时，发生室内差异性传导，QRS 波群增宽变形。

6. 心室颤动的心电图表现

（1）QRS－T 波群消失，出现形状不一、大小不等、极不规则的心室颤动波。

（2）频率为 200～500 次/分。

7. 房室传导阻滞的心电图表现

（1）一度房室传导阻滞：①窦性 P 波之后均伴随有 QRS 波群。②P－R 间期延长≥0.21s。

（2）二度Ⅰ型房室传导阻滞：①P 波规律出现，P－R 间期呈进行性延长，直至发生心室漏搏（P 波后无 QRS 波群）。②漏搏后 P－R 间期又趋缩短，之后又逐渐延长，周而复始。③QRS 波群时间、形态一般正常（除非合并室内传导异常）。

（3）二度Ⅱ型房室传导阻滞：①P－R 间期恒定（正常或延长）。②部分 P 波后无 QRS 波群（发生心室漏搏）。③房室传导比例一般为 2∶1 或 3∶2 等。

（4）三度房室传导阻滞（完全性房室传导阻滞）：①P 波和 QRS 波群无固定关系，P－P 与 R－R 间距各有其固定的规律性。②心房率＞心室率。③QRS 波群形态正常或宽大畸形。

要点八　心电图负荷试验的适应证和禁忌证

（一）适应证

1. 用于诊断

（1）确定冠心病的诊断。

（2）胸痛的鉴别诊断。

（3）早期检出无临床症状的冠心病。
（4）确定与运动相关的心律失常。
（5）确定运动引起症状的原因。
（6）早期检出不稳定型心绞痛。

2. 用于评价

（1）评价心功能。
（2）冠心病药物（如抗心绞痛药物）的疗效。
（3）外科及介入治疗效果，如 PTCA、CABG。
（4）心肌梗死病人的预后；梗死后病人是否进一步行心导管检查的筛选。
（5）评价窦房结功能。

3. 用于指导康复锻炼

（1）心脏病人的康复。
（2）非心脏病人的康复。

4. 用于研究

（1）评价抗心绞痛药物。
（2）评价抗心律失常的药物。
（3）评价各类心血管疾病的运动反应。

5. 用于筛选

如挑选宇航员或运动员体力鉴定等。

（二）禁忌证

1. 绝对禁忌证

（1）急性心肌梗死 5 天内。
（2）药物治疗未控制的不稳定型心绞痛。
（3）引起症状或血流动力学障碍的未控制的心律失常。
（4）有症状的严重主动脉瓣狭窄；未控制的有症状的心衰。
（5）急性肺栓塞。
（6）急性心肌炎或心包炎。
（7）急性主动脉夹层。

2. 相对禁忌证

（1）冠状动脉左主干狭窄。
（2）中度狭窄的心脏瓣膜病。
（3）电解质异常。
（4）严重的高血压，即收缩压 >200mmHg 及（或）舒张压 > 110mmHg。
（5）肥厚梗阻性心肌病及其他形式的流出道梗阻。
（6）导致不能充分运动的身心障碍。
（7）高度房室传导阻滞。

细目二 肺功能检查

要点一 肺容积检查

4 种基础肺容积包括：潮气容积、补吸气容积、补呼气容积和残气容积。正常成人的潮气容积约为 500ml。

要点二 肺容量检查

肺容量由 2 个或 2 个以上的肺容积组成。4 种基础肺容量包括：深吸气量、肺活量、功能残气量和肺总量。

1. 深吸气量（IC）

呼吸肌功能减退、限制性或阻塞性通气功能障碍时 IC 减少。

2. 肺活量（VC）

正常成年男性的 VC 为 4217 ±690ml，女性为 3105 ±452ml。正常人的 VC 不应低于预计值的 80%。VC 减少见于各种疾病引起的限制性通气功能障碍，以及阻塞性通气功能障碍和呼吸肌功能障碍等疾病。

3. 功能残气量（FRC）

正常成年男性的 FRC 为 3112 ±611ml，女性为 2348 ±479ml。FRC 增加提示肺充气过度，见于阻塞性肺气肿、支气管哮喘发作等。

4. 肺总量（TLC）

正常成年男性的 TLC 为 5766 ±782ml，女性为 4353 ±644ml。TLC 增加见于阻塞性肺气肿等阻塞性通气障碍；TLC 减少见于限制性通气功能障碍，如气胸、胸腔积液、肺纤维化等。

要点三 通气功能检查

1. 肺通气量

包括每分钟静息通气量、肺泡通气量、最大通气量。最大通气量减少见于各种疾病引起的限制性、阻塞性通气功能障碍和呼吸肌功能障碍等。

2. 用力肺活量（FVC）

正常人的 FVC = VC。FVC 的检查内容包括一秒钟用力呼气容积（$FEV_{1.0}$）、最大呼气中段流量。正常人的 $FEV_{1.0}/FVC\%$ 为 83%，$FEV_{3.0}/FVC\%$ 为 99%。当 $FEV_{1.0}/FVC\% < 70\%$ 时，提示有阻塞性通气功能障碍，如肺气肿等。限制性通气功能障碍时，此比值正常，甚至增加。

要点四 换气功能检查

包括气体分布、通气/血流比值以及弥散功能检查。正常人的肺泡通气量每分钟约为

4L，肺血流量每分钟约为5L，通气/血流比值为0.8。通气/血流比值>0.8，见于肺动脉栓塞等；通气/血流比值<0.8，见于支气管痉挛与阻塞、肺炎、肺水肿、ARDS等。

要点五　血气分析及酸碱度测定

1. 动脉血氧分压（PaO_2）

正常值为95～100mmHg。PaO_2 <60mmHg是诊断呼吸衰竭的主要指标。PaO_2下降，见于各种原因的呼吸衰竭、静脉血分流入动脉血以及吸入氧分压过低等。

2. 动脉血氧饱和度（SaO_2）

正常值为95%～98%。

3. 动脉血二氧化碳分压（$PaCO_2$）

反映肺泡的通气状况，正常值为35～45mmHg。$PaCO_2$升高，表明肺泡通气不足，见于肺气肿、慢性呼吸衰竭；$PaCO_2$降低，表明肺泡通气过度。

4. pH值

正常值为7.35～7.45。pH <7.35见于失代偿性酸中毒；pH >7.45见于失代偿性碱中毒。

5. 碳酸氢盐

有标准碳酸氢盐（SB）和实际碳酸氢盐（AB）2个指标。SB的正常值为22～27mmol/L，它不受呼吸因素的影响。SB下降见于代谢性酸中毒和呼吸性碱中毒；SB增多见于代谢性碱中毒和呼吸性酸中毒。正常人的SB = AB。SB > AB见于呼吸性碱中毒和肺代偿后的代谢性酸中毒；SB < AB见于呼吸性酸中毒和肺代偿后的代谢性碱中毒。

6. 剩余碱（BE）

正常值为0 ±3mmol/L，临床意义同SB。

7. 二氧化碳结合力（CO_2CP）

正常值为23～31mmol/L，临床意义同SB。

8. 阴离子间隙（AG）

指血浆中未测定阴离子与未测定阳离子之差。$AG = Na^+ - (Cl^- + HCO_3^-)$。AG的正常范围是8～16mmol/L。AG增高见于乳酸酸中毒、糖尿病酮症酸中毒等，也可见于脱水、使用大量含钠盐的药物等。AG >30mmol/L时，肯定有酸中毒。AG降低见于低蛋白血症等。

要点六　常见酸碱平衡紊乱的实验室检查结果

1. 代谢性酸中毒

临床上较多见，主要由机体产酸过多（糖尿病、饥饿、酒精中毒）、排酸障碍（肾衰竭等）、碱性物质丢失过多（严重腹泻、肠瘘、持续胃肠减压等）诱发。

2. 代谢性碱中毒

发生机制为HCO_3^-增加（不恰当应用利尿剂、糖皮质激素以及长期大量输用葡萄糖溶

液等）和体液 H^+（严重呕吐、幽门梗阻、持续胃管吸引术等）减少。

3. 呼吸性酸中毒

此为慢性肺心病最常见的酸碱失衡。发生机制为各种原因导致的肺泡通气不足。

4. 呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒

此为慢性肺心病常见的酸碱失衡，常发生于呼吸衰竭治疗过程中及治疗后期，绝大多数患者因使用利尿剂或糖皮质激素不当引起低血钾、低血氯等医源性因素引发，也见于补充碱性药物过量及通气过度等。

5. 呼吸性酸中毒合并代谢性酸中毒

多见于慢性肺心病患者，发生机制为肺泡通气不足，体内非挥发性酸生成过多（严重缺氧、周围循环衰竭、饥饿、糖尿病酮症酸中毒等）。

6. 呼吸性碱中毒

多见于慢性肺心病患者，发生机制为肺泡过度通气，多因机械通气掌握不当，突然解除气道梗阻等引起。

常见酸碱平衡紊乱的实验室检查结果

	pH	K^+	Cl^-	HCO_3^-	BE	$PaCO_2$
代谢性酸中毒	↓或*	↑	↑或*	↓	−→	↓或*
代谢性碱中毒	↑或*	↓	↓	↑	+→	↑或*
呼吸性酸中毒	↓或*	↑	↓或*	↑或*	−或+→	↑
呼吸性碱中毒	↑或*	↓	↑或*	↓或*	−或−→	↓
呼酸合并代酸	↓↓	↑	↑或*	↓或*	−或−→	↑
呼酸合并代碱	↑*↓	↓	↓	↑↑	+→	↑
呼碱合并代酸	↑*↓	−	↑或*	↓↓	−→	↓
呼碱合并代碱	↑↑	↓	↓或*	↑或*	−或+→	↓

注：↑升高；↓下降；*接近正常；+正值；−负值；→增大。

细目三　内镜检查

要点一　上消化道内镜检查

上消化道内镜检查，包括食管、胃、十二指肠的检查。

1. 适应证

所有食管、胃、十二指肠疾病诊断不清者，均可进行上消化道内镜检查。

（1）有咽下困难、胸骨后疼痛、烧灼、上腹部疼痛、不适、饱胀、反酸等症状原因不明者。

（2）上消化道出血原因不明者。

（3）X 线钡餐检查不能确诊或不能解释的上消化道病变，特别是黏膜病变和疑有肿瘤者。

（4）药物治疗前后对比，需要随访的病变，如溃疡病、萎缩性胃炎、反流性食管炎等。

（5）需要内镜治疗的患者，如摘取异物、上消化道出血止血、食管静脉曲张硬化剂注射及结扎、食管狭窄的扩张治疗、上消化道息肉摘除术等。

2. 禁忌证

（1）神志不清、精神失常、检查不能合作者。

（2）休克、昏迷等危重状态。

（3）严重的心肺疾患，如严重心律失常、心力衰竭、心肌梗死活动期、严重呼吸衰竭和支气管哮喘发作。轻症心肺功能不全不属禁忌证，但需在监护下进行。

（4）食管、胃、十二指肠穿孔急性期。

（5）严重的咽喉部疾患、腐蚀性食管炎和胃炎、巨大食管憩室、主动脉瘤及严重颈胸段脊柱畸形等。

（6）急性传染性肝炎或胃肠道传染病一般暂缓检查；慢性乙、丙型肝炎或抗原携带者、AIDS 患者应备有特殊的消毒措施。

要点二　下消化道内镜检查

下消化道内镜检查，包括乙状结肠镜、全结肠镜及小肠镜检查。

1. 适应证

（1）有腹泻、便血、下腹部疼痛、贫血、腹部包块等症状、体征原因不明者。

（2）X 线钡剂灌肠或乙状结肠镜检查有异常者，如狭窄、溃疡、息肉、癌肿、憩室等。

（3）肠道炎性疾病的诊断与随访观察。

（4）结肠癌肿的术前诊断与术后随访、癌前病变的监视、息肉摘除术后的随访等。

（5）需做止血及结肠息肉摘除术等治疗者。

2. 禁忌证

（1）肛门、直肠严重狭窄者。

（2）重症痢疾、溃疡性结肠炎及憩室炎等。

（3）严重心肺功能不全、精神失常及昏迷者。

（4）急性弥漫性腹膜炎及腹腔器官穿孔者。

（5）妊娠妇女。

要点三　纤维支气管镜检查

纤维支气管镜可用于观察病变、做活检或刷检、钳取异物、清除异物、进行支气管灌洗或支气管肺泡灌洗等，为诊断、治疗、抢救支气管与肺及胸膜疾病的重要方法。

1. 适应证

（1）原因不明的咯血或痰中带血者。

（2）原因不明的干咳或局限性哮鸣音者。

（3）同一部位反复发生的肺炎者。

（4）原因不明的肺不张或胸腔积液者。

（5）原因不明的喉返神经麻痹、膈神经麻痹或上腔静脉梗阻者。

（6）临床表现或 X 线检查疑为肺癌者。

（7）X 线检查无异常，而痰中找到癌细胞者。

（8）诊断不明的支气管及肺部病变需要做支气管活检、刷检或灌洗并进行细胞学或细菌学检查者。

（9）用于治疗：如取支气管异物，肺化脓症的吸痰或局部用药，手术后痰液潴留的吸痰，肺癌局部瘤体的放疗和化疗，紧急情况下纤维支气管镜引导的气管插管实施等。

2. 禁忌证

（1）严重心肺功能不全、严重心律失常、频发心绞痛者。

（2）极度衰弱且不能耐受检查者。

（3）出血、凝血机制明显异常者。

（4）主动脉瘤有破裂危险者。

（5）近期有大咯血、哮喘发作、上呼吸道感染或高热者应暂缓检查。

（6）对麻醉药物过敏者。

（潘　涛）

第六单元　影像诊断

细目一　超声诊断

要点　超声诊断的临床应用

1. 检测实质性脏器（如肝、肾、脾、胰腺、子宫及卵巢等）的大小、形态、边界及脏器内部回声等，帮助判断有无病变或病变情况。

2. 检测某些囊性器官（如胆囊、膀胱、胃等）的形态、走向及功能状态。

3. 检测心脏、大血管和外周血管的结构、功能及血液动力学状态，包括对各种先天性和后天性心脏病、血管畸形及闭塞性血管病等的诊断。

4. 鉴别脏器内局灶性病变性质，是实质性还是囊性，还可鉴别部分病例的良、恶性。

5. 检测积液（如胸腔积液、腹腔积液、心包积液、肾盂积液及脓肿等）的存在与否，对积液量的多少作出初步估计。

6. 对一些疾病的治疗后动态随访，如急性胰腺炎、甲状腺肿块、子宫肌瘤等。

7. 介入性诊断与治疗。如超声引导下进行穿刺，或进行某些引流及药物注入治疗等。

细目二　放射诊断

要点一　呼吸系统病变的基本 X 线表现

1. 肺部病变

（1）渗出与实变：多为肺部炎症所致，X 线多表现为密度较高的斑片影，边缘模糊；一个肺叶发生实变时，可见整个肺叶密度增高的大片状阴影。

（2）增殖：X 线表现为密度较高的阴影，边缘较清楚，呈梅花瓣样。

（3）纤维化：X 线呈密度高的索条状影或网状、蜂窝状影。

（4）钙化：表现为边缘锐利的高密度影，形态不一，可呈点状、块状或球形。

（5）肿块：良性肿块 X 线表现为带有包膜、生长较慢、边缘锐利光滑的球形肿块，一般不发生坏死；恶性肿瘤多无包膜，生长快，呈浸润性，边缘有毛刺或为分叶状，中心可坏死形成空洞。

（6）空洞：为肺组织坏死液化所致，X 线表现为：①薄壁空洞：常见于肺结核，也可见于肺转移瘤。②厚壁空洞：常见于肺脓肿（空洞内多有液面）、肺癌（洞壁多厚薄不规则）。③虫蚀样空洞：见于干酪样肺炎。

（7）空腔：X 线表现为肺内壁薄而光滑的腔隙。多为肺大泡、含气肺囊肿、肺气囊及囊状支气管扩张等所致。

（8）索条状、网状、蜂窝状影：见于肺纤维化、间质性肺炎、尘肺、间质性肺水肿等。

（9）肺门增大：见于肺门血管扩张、淋巴结肿大、支气管肿瘤等。

（10）支气管阻塞：支气管阻塞可引起阻塞性肺炎、阻塞性肺不张、阻塞性肺气肿。①阻塞性肺不张：是支气管完全阻塞的表现。X 线可见片状或三角形密度增高影、肺体积缩小影，肺门或纵隔移向患侧，膈肌升高，肋间隙变窄。②阻塞性肺气肿：是支气管部分阻塞，肺泡残气量增多所致。X 线表现为肺透亮度增加，纹理稀疏、纤细，肋间隙增宽，膈肌下降、平坦、活动减弱等。

2. 胸膜病变

（1）胸腔积液：①游离性胸腔积液：当积液达 250ml 左右时，站立位 X 线检查可见外侧肋膈角变钝；中等量积液时，患侧胸中、下部呈均匀性致密影，其上缘形成自外上斜向内下的凹面弧形，同侧膈和心缘下部被积液遮蔽；大量积液时，除肺尖外，患侧全胸呈均匀的致密增高阴影，与纵隔连成一片，患侧肋间隙增宽，膈肌下降，气管纵隔移向健侧。②包裹性胸腔积液：X 线表现为圆形或半圆形密度均匀影，边缘清晰。包裹性积液局限在叶间裂时称为叶间积液。

（2）气胸及液气胸：气胸时 X 线显示胸腔顶部和外侧高度透亮，其中无肺纹理，透亮带内侧可见被压缩的肺边缘。液气胸时，立位检查可见上方为透亮的气体影，下方为密度增高的液体影，且随体位改变而流动。

（3）胸膜肥厚、粘连、钙化：胸膜轻度增厚时，X 线表现为肋膈角变钝或消失，沿胸

壁可见密度增高或条状阴影，还可见膈上幕状粘连，膈运动受限。广泛胸膜增厚则呈大片不均匀性密度增高影，患侧肋间隙变窄或胸廓塌陷，纵隔向患侧移位，膈肌升高，活动减弱，严重时可见胸部脊柱向健侧凸起。胸膜钙化的X线表现为斑块状、条状或片状高密度钙化影，切线位观察时，可见其包在肺的外围。

要点二　呼吸系统常见疾病的X线及CT表现

1. 慢性支气管炎

早期X线可无异常发现。典型慢支表现为两肺纹理增多、增粗、紊乱，肺纹理伸展至肺野外带。

2. 支气管扩张症

确诊主要靠胸部CT检查，尤其是高分辨力CT（HRCT）。柱状扩张时可见“轨道征”或“戒指征”；囊状扩张时可见葡萄串样改变；扩张的支气管腔内充满黏液栓时，可见“指状征”。

3. 大叶性肺炎

充血期X线无明显变化，或仅可见肺纹理增粗；实变期肺野出现均匀性密度增高的片状阴影，病变范围呈肺段性或大叶性分布，在大片密实阴影中常可见到透亮的含气支气管影，即支气管充气征。消散期X线可见实变区密度逐渐减退，表现为散在性的斑片状影，大小不等，继而可见到增粗的肺纹理，最后可完全恢复正常。CT在充血期即可见病变区磨玻璃样阴影，边缘模糊。实变期可见呈肺段性或大叶性分布的密实阴影，支气管充气征较X线检查更为清楚。

4. 支气管肺炎（小叶性肺炎）

常见于两中下肺野的中、内带，X线表现为沿肺纹理分布的、散在密度不均的小斑片状阴影，边界模糊。CT见两中下肺支气管血管束增粗，有大小不等的结节状及片状阴影，边缘模糊。

5. 间质性肺炎

病变常同时累及两肺，以中、下肺最显著。X线表现为两肺门及两中下肺纹理增粗、模糊，可呈网状，并伴有小点状影，肺门影轻度增大，轮廓模糊，密度增高。病变早期HRCT可见两侧支气管血管束增粗、不规则，伴有磨玻璃样阴影。较重者可有小叶性实变导致的小斑片影，肺门、纵隔淋巴结可增大。

6. 肺脓肿

急性肺脓肿X线可见肺内大片致密影，边缘模糊，密度较均匀，可侵及一个肺段或一叶的大部。在致密的实变区中可见含有液面的空洞，内壁不规整。慢性肺脓肿可见空洞壁变薄，周围有较多紊乱的纤维条索状阴影。多房性空洞则显示为多个大小不等的透亮区。CT较平片能更早、更清楚地显示肺脓肿，因此，有利于早期诊断和指导治疗。

7. 肺结核

（1）原发性肺结核：表现为原发综合征及胸内淋巴结结核。①原发综合征：是由肺内原发灶、淋巴管炎及淋巴结炎三者组成的哑铃状双极现象。②胸内淋巴结结核：表现为肺

门和（或）纵隔淋巴结肿大突向肺野。

（2）血行播散型肺结核：①急性粟粒型肺结核：X 线可见两肺大小、密度、分布都均匀一致的粟粒状阴影，正常肺纹理显示不清。②亚急性与慢性血行播散型肺结核：X 线可见以两上、中肺野为主的大小不一、密度不同、分布不均的多种性质（渗出、增殖、钙化、纤维化、空洞等）的病灶。

（3）继发性肺结核：包括浸润型肺结核（成人最常见）、慢性纤维空洞型肺结核。病变多在肺尖和锁骨下区开始，X 线可见渗出、增殖、播散、纤维和空洞等多种性质的病灶同时存在。慢性纤维空洞型肺结核的 X 线主要表现为两肺上部多发厚壁的慢性纤维病变及空洞，周围有广泛的纤维索条影及散在的新老病灶，常伴有明显的胸膜肥厚，病变的肺因纤维化而萎缩，出现肺不张征象，上叶萎缩使肺门影向上移位，下肺野血管纹理牵引向上及下肺叶的代偿性肺气肿，使膈肌下降、平坦，肺纹理被拉长呈垂柳状。

（4）结核性胸膜炎：多见于儿童与青少年，可单独存在，或与肺结核同时出现。少量积液时 X 线可见患侧肋膈角变钝，大量积液时 X 线可见患侧均匀的密度增高阴影，阴影上方呈外高内低状，积液随体位的变化而改变。后期可引起胸膜肥厚、粘连、钙化。

肺结核 CT 表现与平片相似，但可更早、更细微地显示病变情况，发现平片难以发现的病变，有助于鉴别诊断。

8. 肺肿瘤

分原发性与转移性两类。原发性肿瘤有良性与恶性之分。良性少见，恶性中 98% 为原发性支气管肺癌，少数为肺肉瘤。

（1）原发性支气管肺癌（肺癌）：按发生部位可分 3 型。①中心型：早期局限于黏膜内时 X 线无异常发现，引起管腔狭窄时可出现阻塞性肺气肿、阻塞性肺炎、阻塞性肺不张 3 种肺癌的间接征象；肿瘤同时向腔外生长或（和）伴肺门淋巴结转移时形成肺门肿块影，肺门肿块影是肺癌的直接征象。发生于右上叶的肺癌，肺门肿块及右肺上叶不张连在一起可形成横行“S”状下缘。有时肺癌发展迅速，中心可坏死形成内壁不规则的偏心性空洞。CT 可见支气管壁不规则增厚，管腔狭窄；分叶状或不规则的肺门肿块，可同时伴有阻塞性肺炎、肺不张；肺门、纵隔淋巴结肿大等。②周围型：X 线表现为密度增高、轮廓模糊的结节状或球形病灶，逐渐发展可形成分叶状肿块；发生于肺尖的癌称为肺沟癌。HRCT 有利于显示结节或肿块的形态、边缘、周围状况以及内部结构等，可见分叶征、毛刺征、胸膜凹陷征、空泡征或支气管充气征（直径小于 3cm 以下的癌，肿块内见到的小圆形或管状低密度影），同时发现肺门或纵隔淋巴结肿大则更有助于肺癌的诊断。增强 CT 能更早地发现肺门、纵隔淋巴结转移。③细支气管肺泡癌（弥漫性肺癌）：表现为两肺广泛的细小结节，边界不清，分布不对称，进一步发展可融合成大片肿块，形成癌性实变。CT 可见两肺不规则分布的 1cm 以下结节，边缘模糊，常伴有肺门、纵隔淋巴结转移；融合后的大片实变影中靠近肺门处可见支气管充气征，实变区密度较低呈毛玻璃样，其中可见到高密度的隐约血管影是其重要特征。

（2）转移性肿瘤：X 线可见两肺中、下肺野外带，出现密度均匀、大小不一、轮廓清楚的棉絮样低密度影。血供丰富的肿瘤发生粟粒状转移时，可见两中、下肺野轮廓光滑，密度均匀的粟粒影。淋巴转移至肺的肿瘤，则主要表现为肺门和（或）纵隔淋巴结肿大。CT 发现肺部转移较平片敏感；HRCT 对淋巴转移的诊断具有优势，可见肺门、纵隔淋巴结

肿大、支气管血管束增粗、小叶间隔增厚以及沿两者分布的细小结节影。

要点三　循环系统常见疾病的 X 线及 CT 表现

1. 风湿性心脏病

（1）单纯二尖瓣狭窄：X 线表现为左心房及右心室增大，左心耳部凸出，肺动脉段突出，主动脉结及左心室变小，心脏外形呈鸭梨状。

（2）二尖瓣关闭不全：典型患者的 X 线表现是左心房和左心室明显增大。

（3）主动脉瓣狭窄：X 线可见左心室增大，或伴左心房增大，升主动脉中段局限性扩张，主动脉瓣区可见钙化。

（4）主动脉瓣关闭不全：左心室明显增大，升主动脉、主动脉弓普遍扩张，心脏呈靴形。

2. 高血压性心脏病

X 线表现为左心室扩大，主动脉增宽、延长、迂曲，心脏呈靴形。

3. 慢性肺源性心脏病

X 线表现为肺气肿征象，右下肺动脉增宽≥15mm，右心室增大。

4. 心包积液

心包积液在 300ml 以下者，X 线难以发现。中等量积液时，后前位可见心脏形态呈烧瓶形，上腔静脉增宽，心缘搏动减弱或消失等。

要点四　消化系统疾病的 X 线检查方法

1. 普通检查

包括透视和腹部平片，常用于急腹症的诊断。

2. 造影

①食道吞钡，观察食道黏膜、轮廓、蠕动和食道扩张度及通畅性。②上消化道钡餐（气钡双重造影）检查：包括食道、胃、十二指肠和上段空肠。③小肠系钡剂造影。④结肠钡剂灌肠造影等。

3. 肝、胆、胰的影像检查方法

（1）肝脏：①CT 平扫。②CT 增强扫描：增加正常肝组织与病灶之间的密度差，显示平扫不能发现的或可疑的病灶，帮助鉴别病灶的性质。

（2）胆道系统：①X 线平片检查：可观察有无不透 X 线的结石、胆囊壁钙化或异常的气体影。②造影检查：如口服胆囊造影、静脉胆道造影以及内镜逆行性胆胰管造影（ERCP）。③CT 检查。

（3）胰腺检查：①X 线平片可了解胰腺有无钙化、结石。ERCP 对诊断慢性胰腺炎、胰头癌和壶腹癌有一定的帮助。②CT 检查可显示胰腺的大小、形态、密度和结构，区分病变属囊性或实性，是胰腺疾病最重要的影像学检查方法。

要点五　消化系统常见疾病的 X 线、CT 及磁共振检查表现

1. 食管静脉曲张

X 线钡剂造影可见食管中、下段的黏膜皱襞明显增宽、迂曲，呈蚯蚓状或串珠状充盈缺损，管壁边缘呈锯齿状。

2. 食管癌

X 线钡剂造影可见：①黏膜皱襞改变：由于肿瘤破坏黏膜层，使正常皱襞消失、中断、破坏，形成表面杂乱的不规则影像。②管腔狭窄。③腔内充盈缺损。④不规则的龛影，早期较浅小，较大者表现为长径与食管长轴一致的长形龛影。⑤受累食管呈局限性僵硬。

3. 消化性溃疡

（1）胃溃疡：上消化道钡剂造影检查的直接征象是龛影，多见于胃小弯；龛影口周围有一圈黏膜水肿造成的透明带，这种黏膜水肿带是良性溃疡的特征性表现。胃溃疡引起的功能性改变包括：①痉挛性改变。②分泌增加。③胃蠕动增强或减弱。

（2）十二指肠溃疡：绝大部分发生在球部，溃疡易造成球部变形；球部龛影或球部变形是十二指肠溃疡的直接征象。间接征象有：①激惹征。②幽门痉挛，开放延迟。③胃分泌增多和胃张力及蠕动方面的改变。④球部固定压痛。

4. 胃癌

上消化道钡剂造影检查可见：①胃内形态不规则的充盈缺损，多见于蕈伞型癌。②胃腔狭窄，胃壁僵硬，多见于浸润型癌。③形状不规则、位于胃轮廓之内的龛影，多见于溃疡型癌。④黏膜皱襞破坏、消失或中断。⑤肿瘤区蠕动消失。CT 或 MRI 检查可直接观察肿瘤侵犯胃壁、周围浸润及远处转移的情况，其影像表现直接反映了胃癌的大体形态，但检查时需用清水或对比剂将胃充分扩张。

5. 溃疡性结肠炎

结肠气钡双重对比造影检查可见病变肠管结肠袋变浅、消失，黏膜皱襞多紊乱，粗细不一，其中可见溃疡龛影。晚期病例的 X 线表现为肠管从下向上呈连续性的向心性狭窄，边缘僵直，同时肠管明显缩短，肠腔舒张或收缩受限，形如硬管状。

6. 结肠癌

结肠气钡双重对比造影可见：①肠腔内肿块，形态不规则，黏膜皱襞消失。病变处肠壁僵硬，结肠袋消失。②较大的龛影，形状不规则，边缘不整齐，周围有不同程度的充盈缺损和狭窄，肠壁僵硬，结肠袋消失。③肠管狭窄，肠壁僵硬。

7. 胃肠道穿孔

最多见于胃或十二指肠穿孔，立位 X 线透视或腹部平片可见两侧膈下有弧形或半月形透亮气体影。若并发急性腹膜炎则可见肠管充气、积液、膨胀，肠壁间隔增宽，在腹平片上可见腹部肌肉与脂肪层分界不清。

8. 肠梗阻

典型的 X 线表现为梗阻上段肠管扩张，积气、积液，立位或侧位水平位摄片可见肠管

扩张，呈阶梯状气液平，梗阻以下的肠管闭合，无气或仅有少量气体。CT 尤其是螺旋 CT 适用于一些危重患者、不能配合检查者以及肥胖者，有助于发现腹腔包裹性或游离性气体、液体及肠坏死，帮助判断梗阻的部位及病因。

9. 原发性肝癌

肝动脉造影可见肿瘤供血的肝动脉扩张，肿瘤内显示病理血管，肝血管受压移位或被肿瘤包绕，可见动静脉瘘等。CT 检查可见肝内单发或多发、圆形或类圆形较低密度的肿块影，边界清楚或模糊，周围可见低密度的透亮带；巨块型肝癌中心坏死时可出现更低密度区；对比增强造影全过程呈“快显快出”现象等。MRI 检查主要用于小肝癌的鉴别诊断，作用优于 CT。

要点六　泌尿系统常见疾病的 X 线、CT 及磁共振检查表现

1. 泌尿系结石

X 线平片可显示的结石称为阳性结石，约占 90%。疑为肾或输尿管结石时，首选腹部平片检查；必要时，选用 CT。

（1）肾结石：发生于单侧或双侧，可单个或多个，主要位于肾盂或肾盏内。阳性结石 X 线平片可见圆形、卵圆形或桑椹状致密影，密度高而均匀或浓淡不等或呈分层状。阴性结石平片不能显影，造影可见肾盂内圆形或卵圆形密度减低影或充盈缺损，还可引起肾盂、肾盏积水扩张等。阳性结石需与腹腔内淋巴结钙化、肠内粪石、胆囊或胰腺结石相鉴别，肾结石时腹部侧位片上结石与脊柱影重叠。CT 检查表现基本同平片。

（2）输尿管结石：阳性结石平片或 CT 可见输尿管走行区域内米粒大小的高密度影，CT 可见结石上方输尿管、肾盂积水扩张；静脉肾盂造影可见造影剂中止在结石处，其上方尿路扩张。

（3）膀胱结石：多为阳性，X 线平片可见耻骨联合上方圆形或卵圆形致密影，边缘光滑或毛糙，密度均匀或不均匀，可呈层状，大小不一。结石可随体位而改变位置，但总是在膀胱最低处。阴性结石排泄性尿路造影可见充盈缺损影。CT 可见膀胱内致密影。MRI 检查呈非常低的信号。

2. 肾癌

较大肾癌的 X 线平片可见肾轮廓局限性外突；尿路造影可见肾盏伸长、狭窄、受压变形，或肾盏封闭、扩张。CT 可见肾实质内肿块，密度不定，可略高于周围肾实质，也可低于或接近于周围肾实质，肿块较大时可突向肾外，少数肿块内可有钙化影；增强扫描可见早期肿块有明显、不均一的强化，之后表现为相对低密度。

要点七　骨与关节基本病变的 X 线、CT 及磁共振检查表现

1. 骨骼基本病变的 X 线、CT 及 MRI 表现

（1）骨质疏松：X 线表现为骨质密度减低，骨小梁稀疏、减少，间隙增大，骨皮质变薄。CT 表现与 X 线表现基本相同。

（2）骨质软化：X 线表现为骨密度减低，骨小梁、骨皮质边缘模糊，长骨往往弯曲变形，脊柱椎体可呈双凹变形。

（3）骨质破坏：X 线表现为局部骨密度减低，骨小梁稀疏、消失，出现骨质缺损。骨质破坏发生在骨松质时，X 线可见骨小梁模糊和消失；CT 表现为斑片状松质骨缺损区。骨质破坏发生在骨皮质时，X 线表现为骨皮质缺损或完全消失；CT 表现为骨皮质内的筛空样破坏和内外表面的不规则虫蚀样破坏、骨皮质变薄或见斑片状缺损。CT 较平片更容易区分骨松质与骨皮质的破坏。MRI 检查显示骨皮质破坏的形态学改变与 CT 相同。

（4）骨质增生硬化：X 线表现为骨质密度增高，伴有或不伴有骨骼增大。骨质增生硬化的 CT 表现及 MRI 的形态学改变与 X 线平片相似。

（5）骨膜增生（又称骨膜反应）：多因炎症、肿瘤、外伤等产生，使本来不显影的骨膜可在 X 线下显影，出现线型、成层型、垂直型、散射型、花边型等改变。骨膜增生的 CT 表现与 X 线平片相似。MRI 显示骨膜增生早于 X 线及 CT，但 CT、MRI 的空间分辨力不如平片，不能像 X 线平片一样显示骨膜新生骨的精细结构。

（6）骨质坏死：坏死的骨质称为死骨，X 线表现为骨质局限性密度增高，呈游离条状或颗粒样致密阴影。多见于慢性化脓性骨髓炎，也可见于外伤骨折后或骨缺血性坏死。

（7）骨骼变形：见于发育畸形、骨肿瘤、脑垂体功能亢进以及骨软化症等。

（8）矿物质沉积：铅、磷、铋等进入体内，在生长期主要沉积于生长较快的干骺端，X 线表现为多条横行而相互平行的致密带，厚薄不一。成年人不容易显示。

2. 关节病变的基本 X 线、CT 及 MRI 表现

（1）关节肿胀：X 线表现为关节周围软组织肿胀，密度增高，各软组织层次变模糊，大量关节积液时可见关节间隙增宽。CT 可见关节囊肿胀、增厚，关节积液时可见关节腔内水样密度影。

（2）关节破坏：是诊断关节疾病的重要依据。早期病变累及关节软骨时，X 线仅见关节间隙变窄；累及关节面骨质时，出现相应区域的骨质破坏和缺损，严重时引起关节半脱位和变形。CT 可清晰显示关节软骨下细微的骨质破坏。MRI 可见关节软骨破坏早期软骨表面毛糙、凹凸不平、表层缺损，进一步导致局部软骨变薄，严重时关节软骨不连续，呈碎片状或大部分消失。

（3）关节退行性：早期表现为骨关节面模糊、中断、消失，中晚期表现为关节间隙狭窄，软骨下骨质囊变，骨关节面边缘骨赘形成，但一般不发生骨质破坏和骨质疏松。这些 X 线征象在 CT 均能见到。MRI 除可见关节软骨改变和关节间隙变窄外，还可见骨性关节面中断和局部增厚等。

（4）关节强直：骨性关节强直的 X 线表现为关节间隙明显变窄或消失，并有骨小梁通过关节连接两侧骨端；CT 检查有同样的表现；MRI 可见关节软骨完全破坏，关节间隙消失。纤维性强直 X 线可见关节间隙狭窄，无骨小梁贯穿；MRI 可见关节骨端有破坏，骨端间可见高低混杂的异常信号，关节间隙存在。

（5）关节脱位：一般部位的关节脱位 X 线平片即可诊断，表现为组成关节的两个骨端失去正常的相对位置；胸锁关节前、后位脱位，骶髂关节脱位平片难以发现，CT、MRI 可以诊断，并且 MRI 还可显示关节周围软组织有无损伤等。

要点八　骨与关节常见疾病的 X 线、CT 及磁共振检查表现

1. 长骨骨折

X 线检查是诊断骨折最常用、最基本的方法，可见骨皮质连续性中断、骨小梁断裂和歪曲，有边缘光滑锐利的线状透亮阴影，即骨折线。根据骨折程度把骨折分为完全性骨折和不完全性骨折。完全性骨折时骨折线贯穿骨全径；不完全性骨折的骨折线不贯穿骨全径。根据骨折线的形状和走行，将骨折分为横行、斜行和螺旋形。CT 不是诊断骨折的常规检查方法，但对解剖结构比较复杂的部位（如骨盆、髋关节、肩关节、脊柱、面部等），骨折的诊断、诊断骨折碎片的数目等较普通 X 线有优势。MRI 显示骨折不如 CT，但可清晰显示骨折周围软组织损伤的情况以及骨折断端出血、水肿等。

2. 脊柱骨折

主要发生在胸椎下段和腰椎上段，以单个椎体损伤多见。多因受到纵轴性暴力冲击而发生椎体压缩性骨折。X 线可见骨折椎体压缩呈楔形，前缘骨皮质嵌压。由于断端嵌入，所以不仅不见骨折线，反而可见横行不规则的线状致密影。有时椎体前上方可见分离的骨碎片，上、下椎间隙保持正常。严重时并发脊椎后突成角、侧移，甚至发生椎体错位，压迫脊髓而引起截瘫；常并发棘突间韧带撕裂，使棘突间隙增宽，或并发棘突撕脱骨折，也可发生横突骨折。CT 对脊椎骨折的定位、骨折类型、骨折片移位程度以及椎管有无变形、狭窄等的诊断优于普通平片。MRI 对脊椎骨折及有无椎间盘突出、韧带撕裂等有较高的诊断价值。

3. 椎间盘突出

青壮年多发，下段腰椎最容易发生。

（1）X 线平片可见：①椎间隙变窄或前窄后宽。②椎体后缘唇样肥大增生、骨桥形成或游离骨块。③脊柱生理曲度变直或侧弯。Schmorl 结节表现为椎体上面或下面的圆形面或半圆形凹陷，其边缘有硬化线，常对称见于相邻椎体的上、下面且常累及数个椎体。

（2）CT 检查：根据椎间盘变形的程度，分为椎间盘变性、椎间盘膨出、椎间盘突出 3 种，以椎间盘突出最为严重，其 CT 直接征象是：椎间盘后缘变形，有局限性突出，其内可有钙化。间接征象是：①硬膜外脂肪层受压、变形甚至消失，两侧硬膜外间隙不对称。②硬膜囊受压变形和移位。③一侧神经根鞘受压。

（3）MRI 检查：能很好地显示各部位椎间盘突出的图像，是诊断椎间盘突出的最好方法。在矢状面可见突出的椎间盘向后方或侧后方伸出；横断面上突出的椎间盘局限突出于椎体后缘；可见硬膜外脂肪层受压、变形甚至消失和神经根鞘受压图像。

4. 急性化脓性骨髓炎

（1）X 线表现：①发病后 2 周内，可见肌间隙模糊或消失，皮下组织与肌间分界模糊等。②发病 2 周后可见骨改变。开始在干骺端骨松质中出现骨质疏松，进一步出现骨质破坏，破坏区边缘模糊；骨质破坏逐渐向骨干延伸，小的破坏区可融合形成大的破坏区，骨皮质也受到破坏，皮质周围出现骨膜增生，表现为一层密度不高的新生骨，新生骨广泛时可形成包壳；骨皮质供血障碍时可发生骨质坏死，出现沿骨长轴形成的长条形死骨，有时可引起病理性骨折。

（2）CT 表现：能较清楚地显示软组织感染、骨膜下脓肿以及骨破坏和死骨，尤其有助于发现平片不能显示的小的破坏区和死骨。

（3）MRI 检查：对显示骨髓腔内改变和软组织感染优于平片和 CT。

5. 慢性化脓性骨髓炎

（1）X 线表现：X 线可见明显的修复，即在骨破坏周围有骨质增生硬化现象；骨膜的新生骨增厚，并同骨皮质融合，呈分层状，外缘呈花边状；骨干增粗，轮廓不整，骨密度增高，甚至骨髓腔发生闭塞；并可见骨质破坏和死骨。

（2）CT 表现：与 X 线表现相似，并容易发现 X 线不能显示的死骨。

6. 骨关节结核

多继发于肺结核，儿童和青年多见，发病部位以椎体、骺和干骺端为多，X 线主要表现为骨质疏松和骨质破坏，部分可出现冷脓肿。

（1）长骨结核：①好发于骺和干骺端。X 线早期可见骨质疏松；在骨松质中可见局限性类圆形、边缘较清楚的骨质破坏区，邻近无明显骨质增生现象；骨质破坏区有时可见碎屑状死骨，密度不高，边缘模糊，称之为“泥沙”状死骨；骨膜反应轻微；病变发展易破坏骺而侵入关节，形成关节结核，但很少向骨干发展。②CT 检查可显示低密度的骨质破坏区，内部可见高密度的小斑片状死骨影，病变周围软组织发生结核性脓肿，密度低于肌肉。

（2）关节结核：分为继发于骺、干骺端结核的骨型关节结核和结核菌经血行累及关节滑膜的滑膜型结核。①骨型关节结核的 X 线表现较为明显，即在原有病变征象的基础上，又有关节周围软组织肿胀、关节间隙不对称性狭窄或关节骨质破坏等。滑膜型结核以髋关节和膝关节常见，早期 X 线表现为关节囊和关节软组织肿胀，密度增高，关节间隙正常或增宽，周围骨骼骨质疏松；病变进展而侵入关节软骨及软骨下骨质时，X 线可见关节面及邻近骨质模糊及有虫蚀样不规则破坏，这种破坏多在关节边缘，而且上、下两端相对应存在；晚期发生关节间隙变窄甚至消失，关节强直。②CT 检查可见肿胀的关节囊、关节周围软组织和关节囊内积液，骨关节面毛糙，可见虫蚀样骨质缺损；关节周围冷脓肿密度较低，注射对比剂后可见边缘强化。③MRI：滑膜型结核早期可见关节周围软组织肿胀，肌间隙模糊。依据病变组织密度不同而显示不同信号。

（3）脊椎结核：好发于腰椎，可累及相邻的两个椎体，附件较少受累。①X 线表现：病变椎体骨松质破坏，发生塌陷变形或呈楔形变，椎间隙变窄或消失，严重时椎体互相嵌入融合而难以分辨；病变椎体旁因大量坏死物质流入而形成冷脓肿，表现为病变椎体旁软组织梭形肿胀，边缘清楚；病变部位脊柱后突畸形。②CT 对显示椎体及其附件的骨质破坏、死骨、冷脓肿均优于平片。③MRI 对病变部位、大小、形态和椎管内病变的显示优于平片和 CT。

7. 骨肿瘤

分为原发性和转移性两种，转移性骨肿瘤在恶性骨肿瘤中最为常见。原发性骨肿瘤分为良性与恶性。X 线检查不仅可以发现骨肿瘤，还可帮助鉴别肿瘤的良恶以及是原发还是转移。一般原发性骨肿瘤好发于长骨；转移性骨肿瘤好发于躯干骨与四肢骨近侧的近端。原发性骨肿瘤多为单发；转移性骨肿瘤常为多发。良性骨肿瘤多无骨膜增生；恶性骨肿瘤

常有骨膜增生，并且骨膜新生骨可被肿瘤破坏，形成恶性骨肿瘤的特征性 X 线表现——Codman 三角。

（1）骨巨细胞瘤（破骨细胞瘤）：多见于 20～40 岁的青壮年，股骨下端、胫骨上端以及桡骨远端多发，良性多见。①X 线平片：在长骨干骺端可见到偏侧性的膨胀性骨质破坏透亮区，边界清楚。多数病例破坏区内可见数量不等的骨嵴，将破坏区分隔成大小不一的小房征，称为分房型；少数破坏区无骨嵴，称为溶骨型。当肿瘤边缘出现筛孔状或虫蚀状骨破坏，骨嵴残缺紊乱，环绕骨干出现软组织肿块影时，提示恶性骨巨细胞瘤。②CT 平扫：可见骨端的囊性膨胀性骨破坏区，骨壳基本完整，骨破坏与正常骨小梁的交界处多没有骨增生硬化带。骨破坏区内为软组织密度影，无钙化和骨化影。增强扫描示肿瘤组织有较明显的强化，而坏死囊变区无强化。

（2）骨肉瘤：多见于 11～20 岁的男性，好发于股骨下端、胫骨上端及肱骨上端的干骺端。①X 线主要表现为骨髓腔内不规则的骨破坏和骨增生，骨皮质破坏，不同形式的骨膜增生和骨膜新生骨的再破坏，可见软组织肿块以及其中的云絮状、斑块状肿瘤骨形成等，肿瘤骨存在是诊断骨肉瘤的重要依据。根据 X 线表现不同，骨肉瘤分为溶骨型、成骨型和混合型 3 种类型，混合型最多见。溶骨型骨肉瘤以骨质破坏为主要表现，破坏偏于一侧，呈不规则斑片或大片状溶骨性骨质破坏，边界不清；可见骨膜增生被破坏形成的骨膜三角。成骨型骨肉瘤以肿瘤骨形成为主要 X 线表现，可见大片致密的骨质硬化改变，称为象牙质变；骨膜增生明显；软组织肿块中多有肿瘤骨形成。混合型骨肉瘤兼有以上两者的骨质改变。②CT 表现为松质骨的斑片状缺损，骨皮质内表面的侵蚀或全层的虫蚀状、斑片状破坏或大片缺损。骨质增生表现为松质骨内不规则斑片状高密度影和骨皮质增厚。软组织肿块围绕病变骨骼生长或偏于一侧，边缘模糊，与周围正常组织界限不清，其内常见大小不等的坏死囊变区。CT 发现肿瘤骨较平片敏感，并能显示肿瘤与邻近结构的关系。③MRI 能清楚地显示骨肿瘤与周围正常组织的关系，以及肿瘤在髓腔内的情况等；但对细小、淡薄的骨化或钙化的显示不如 CT。一般的典型骨肉瘤平片即可诊断，而判断骨髓病变则 MRI 更好。

（3）转移性骨肿瘤：乳癌、甲状腺癌、前列腺癌、肾癌、肺癌及鼻咽癌等癌细胞通过血性可转移至胸椎、腰椎、肋骨、股骨上段，以及髋骨、颅骨和肱骨等处。①根据 X 线表现的不同将其分为溶骨型、成骨型和混合型 3 种，以溶骨型最为多见。②CT 显示骨转移瘤不仅比普通平片敏感，而且还能清楚地显示骨外局部软组织肿块的范围、大小、与相邻脏器的关系等。③MRI 对骨髓中的肿瘤组织及其周围水肿非常敏感，比 CT 能更早地发现骨转移瘤，从而为临床诊断、治疗等提供更早而可靠的依据。

8. 颈椎病

X 线表现为颈椎生理曲度变直或向后反向成角，椎体前缘唇样骨质增生或后缘骨质增生、后翘，相对关节面致密，椎间隙变窄，椎间孔变小，钩突关节增生、肥大、变尖，前、后纵韧带及项韧带钙化。CT、MRI 对颈椎病的诊断优于普通 X 线平片，尤其对平片不能确诊的颈椎病，MRI 诊断更具有优势。

9. 类风湿性关节炎

X 线表现为早期手足小关节多发对称性梭形软组织肿胀，关节间隙可因积液而增宽，

出现软骨破坏后关节间隙变窄；发生在关节边缘的关节面骨质侵蚀（边缘性侵蚀）是类风湿性关节炎的重要早期征象；进一步发展可见骨性关节面模糊、中断，常有软骨下囊性病灶，呈多发、边缘不清楚的小透亮区（血管翳侵入所致）；骨质疏松早期发生在受累关节周围，以后可累及全身骨骼；晚期可见四肢肌肉萎缩，关节半脱位或脱位，指间、掌指间关节半脱位明显，常造成手指向尺侧偏斜畸形。

10. 退行性骨关节病

依靠普通平片即可诊断。

（1）四肢关节（髋与膝关节）退行性骨关节病的 X 线表现：由于关节软骨破坏，使关节间隙变窄，关节面变平，边缘锐利或有骨赘突出。软骨下骨质致密，关节面下方骨内出现圆形或不规整形透明区。晚期还可见关节半脱位和关节内游离骨体，但多不造成关节强直。

（2）脊椎关节病（脊椎小关节和椎间盘退行性变）的 X 线表现：脊椎小关节改变包括上下关节突变尖、关节面骨质硬化和关节间隙变窄。椎间盘退行性变表现为椎体边缘出现骨赘，相对之骨赘可连成骨桥；椎间隙前方可见小骨片，但不与椎体相连，为纤维环及邻近软组织骨化后形成；髓核退行性变则出现椎间隙变窄，椎体上、下骨缘硬化。

要点九　中枢神经系统常见疾病的 X 线、CT 及磁共振检查表现

（一）脑血管病

1. 脑出血

高血压性脑出血是最常见的病因，出血部位多为基底节、丘脑、脑桥和小脑。根据血肿演变分为急性期、吸收期和囊变期。CT、MRI 可以确诊。

CT 表现：①急性期血肿呈圆形、椭圆形或不规则形均匀密度增高影，边界清楚；周围有环形密度减低影（水肿带）；局部脑室受压移位；血液进入脑室或蛛网膜下腔时，可见脑室或蛛网膜下腔内有积血影。②吸收期（发病后 3 ~7 天）可见血肿缩小、密度降低，小的血肿可以完全吸收，血肿周围变模糊，水肿带增宽。③发病 2 个月后进入囊变期，较大的血肿吸收后常留下大小不等的囊腔，同时伴有不同程度的脑萎缩。

2. 蛛网膜下腔出血

CT 表现为脑沟、脑池、脑裂内密度增高影，脑沟、脑裂、脑池增大，少数严重病例周围脑组织受压移位。出血一般 7 天左右吸收，此时 CT 检查无异常发现，但 MRI 仍可见高信号出血灶痕迹。

3. 脑梗死

常见的原因有脑血栓形成、脑栓塞、低血压和凝血状态等。病理上分为缺血性脑梗死、出血性脑梗死、腔隙性脑梗死。

（1）CT 表现：①缺血性脑梗死：发病 12 ~24 小时之内，CT 无异常所见；少数病例在血管闭塞 6 小时即可显示大范围低密度区，其部位、范围与闭塞血管供血区一致，皮质与髓质同时受累，多呈三角形或扇形，边界不清，密度不均，在等密度区内散在较高密度的斑点影，代表梗死区内脑质的相对无损害区；2 ~3 周后，病变处的密度越来越低，最

后变为等密度而不可见；1～2 个月后可见边界清楚的低密度囊腔。②出血性脑梗死：在密度减低的脑梗死灶内，见到不规则斑点状或片状高密度出血灶影；由于占位，脑室轻度受压，中线轻度移位；2～3 周后，病变处密度逐渐变低。③腔隙性脑梗死：发病 12～24 小时之内，CT 无异常所见；典型者可见小片状密度减低影，边缘模糊，无占位效应。

（2）MRI 检查：MRI 对脑梗死灶发现早、敏感性高，发病后 1 小时即可见局部脑回肿胀，脑沟变浅。

（二）脑肿瘤

影像检查的目的在于确定肿瘤有无，并对其作出定位、定量乃至定性诊断。颅骨平片的诊断价值有限，CT、MRI 是主要的诊断手段。

（三）颅脑外伤

1. 脑挫裂伤

CT 可见低密度脑水肿区内散在斑点状高密度出血灶，伴有占位效应。有的表现为广泛性脑水肿或脑内血肿。

2. 颅内出血

包括硬膜外、硬膜下、脑内、脑室和蛛网膜下腔出血等。CT 可见相应部位的高密度影。

要点十　冠状动脉造影检查的临床意义

冠状动脉造影是检查冠状动脉分布情况、有无冠状动脉缺血及缺血部位、范围、程度的最客观的方法，对一些心血管疾病的诊断和鉴别诊断有重要意义，也是冠状动脉搭桥术或血管形成术前做必须的检查。

细目三　放射性核素诊断

要点一　甲状腺吸^{131}碘功能测定

1. 参考值

正常情况下，甲状腺吸^{131}碘的百分率为 2～3 小时 15%～25%；4～6 小时 20%～30%；24 小时 30%～50%，吸^{131}碘高峰出现在 24 小时。

2. 影响因素

（1）地域因素：甲状腺吸^{131}碘率正常值受不同地域中食物及水中含碘多少不同而有差异，但共同的规律是随着时间的增加，吸碘率逐渐增高，吸碘高峰在 24 小时。

（2）年龄、性别：儿童、青春期少年甲状腺吸^{131}碘率较成年人高，女性高于男性，但差异均无显著性。

（3）食物、药物：含碘食物如海带、紫菜，一些药物如海藻、昆布、乙胺碘呋酮等对甲状腺吸碘率有抑制作用。

3. 临床意义

（1）甲状腺吸^{131}碘功能测定可用于甲亢、亚急性甲状腺炎、甲状腺功能减低以及地方性甲状腺肿的辅助诊断或鉴别诊断。此项检查对成人身体几乎无害，因此安全可靠。但为了防止射线损伤胎儿，禁用于妊娠及哺乳期妇女。

（2）吸碘率增高见于：①甲状腺功能亢进：此时不仅有吸^{131}碘率增高，而且吸^{131}碘高峰前移，但吸^{131}碘率的高低与甲亢病情的严重程度不成正比关系。②地方性缺碘性甲状腺肿：虽然吸^{131}碘率增高，但无高峰前移。

（3）吸碘率降低见于：①原发性或继发性甲状腺功能减低。②亚急性甲状腺炎、慢性淋巴性甲状腺炎。

要点二　血清甲状腺素和促甲状腺激素测定

1. 甲状腺素测定

主要是测定血液中有活性的四碘甲状腺原氨酸（T_4）和三碘甲状腺原氨酸（T_3）。正常情况下，血液循环中的 T_4 绝大部分与蛋白相结合，只有 0.04% 呈游离状态，称为游离 T_4（FT_4），血液中总的 T_4 含量称为总 T_4（TT_4）。血液中 T_4 均是由甲状腺分泌而来，其浓度比 T_3 大 60 ~ 80 倍，但生物活性较 T_3 低。血液中 T_3 只有 20% 是甲状腺分泌的，其余 80% 是由 T_4 转化而来。与 T_4 一样，血液循环中绝大部分 T_3 与蛋白结合，只有 0.3% ~ 0.5% 呈游离状态，称为游离 T_3（FT_3）。只有游离的甲状腺素才能在靶细胞中发挥生物效应。因此，测定 FT_3、FT_4 能更准确地反映甲状腺的功能。

2. 甲状腺素测定的临床意义

TT_3、TT_4 联合测定对甲状腺功能判定有重要意义。FT_3、FT_4 对诊断甲亢或甲减更加准确和敏感，其诊断价值依次是 $FT_3 > FT_4 > TT_3 > TT_4$。

3. 血清促甲状腺激素（TSH）测定的临床意义

TSH 增高见于甲状腺功能减退症；TSH 降低主要见于甲状腺功能亢进症。

（张永涛）

药　理　学

第一单元 总论

细目一 药物对机体的作用 - 药效学

要点一 药物作用的基本规律

1. 药物作用及其类型

药物作用是指药物与机体间的初始作用。药理效应（或药物效应）是药物原发作用所引起机体机能或形态的改变。

药物作用可从不同的角度分成不同的类型。对因治疗和对症治疗；局部作用和吸收作用；原发作用和继发作用；调节功能、抗病原体及抗肿瘤和补充不足。

2. 选择性和两重性

选择性：指多数药物在适当剂量时，只对少数器官或组织发生明显作用，而对其他器官或组织的作用较小或不发生作用的特性。选择性低的药物，作用广泛，应用时针对性不强，副作用常较多。

二重性：指药物对机体能产生预防和治疗作用，同时也会产生不良反应。

3. 量效关系

药理效应在一定范围内随着剂量的增加而增加，这种剂量与效应的关系即量效关系。药理效应按反应性质可分为质反应和量反应。

（1）剂量：一般是指药物每天的用量，是决定血药浓度和药物效应的主要因素。常用来描述药物作用的剂量包括：无效量、最小有效量、最大有效量、治疗量和致死量。

（2）量效曲线：以药物的效应为纵坐标，剂量为横坐标所作的曲线。量效曲线包含4个特征的变量，即强度、效能、量效变化速度和差异。

（3）评价指标：评价药物效应强度常用半数效应量。包括有半数有效量（ED_{50}）、半数致死量（LD_{50}）。

评价药物安全性的指标有治疗指数（TI）、安全指数（SI）和安全范围。$TI = LD_{50}/ED_{50}$，此数值越大，表示有效剂量与中毒剂量（或致死剂量）间距离越大，越安全。$SI = LD_1/ED_{99}$；安全范围即 LD_5 和 ED_{95} 之间的距离。

要点二 药物的不良反应

药物的不良反应：指药物产生的不符合用药目的的或对病人不利的反应。种类有：

1. 副作用

药物在治疗剂量时产生与治疗目的无关的作用。这是与治疗作用同时发生的药物固有

的作用，一般较轻微，危害不大，可自行恢复。产生副作用的原因是由于药物的选择性低。

2. 毒性反应

药物剂量过大或用药时间过长而引起的机体损害性反应，一般比较严重。剂量过大而立即发生的毒性反应，称为急性毒性；长期使用而逐渐发生的毒性反应，称为慢性毒性。

3. 变态反应

也称过敏反应，这种反应只发生在少数过敏体质的患者，与该药的作用、使用剂量及疗程无关，在远远低于治疗量时也可发生严重反应。临床表现有药热、皮疹、哮喘、溶血性贫血、类风湿性关节炎等，严重时还可引起休克。

4. 其他反应

包括后遗效应、继发反应、药物依赖性、致畸、致癌和致突变。

要点三　药物的作用机制

药物作用机制是研究药物在何处起作用及如何起作用。可分为受体机制和非受体机制。

1. 药物作用的受体机制

受体是存在于细胞膜或细胞内的一种能选择性地与相应的递质、激素、自体活性物质或药物等相结合，并产生特定生理效应的大分子物质。药物与受体结合后要引起效应，必须具有亲和力和内在活性。亲和力是指药物与受体结合的能力，是作用强度的决定因素。内在活性是药物本身内在固有的，与受体结合后可引起受体激动产生效应的能力，是药物最大效应或作用性质的决定因素。

根据作用于受体后的效应，药物可分为：激动药、拮抗药和部分激动药。

（1）激动药：指既有较强的亲和力，又有较强的内在活性的药物。这些药物与受体结合能产生该受体兴奋的效应。

（2）拮抗药（阻滞药）：指具有较强的亲和力，而无内在活性的药物。这些药物与受体结合后不能产生该受体兴奋的效应，却因占据受体而拮抗激动药的效应。拮抗药按其作用性质可分为竞争性拮抗药和非竞争性拮抗药两类。

（3）部分激动药：指具有激动药和拮抗药双重特性的药物。这类药物的亲和力较强，但内在活性弱，其单独应用时产生较弱的激动效应。若与激动药合用，随着其浓度增大，表现出拮抗激动药的作用，使同浓度激动药的效应下降，必须增大浓度才能达到最大效应。

受体并不是固定不变的，受各种生理和药物因素的影响而发生调节。受体的调节类型有：受体脱敏和受体增敏。

2. 药物作用的非受体机制

不少药物并不与受体直接作用也能引起细胞功能的变化。已知的非受体机制有：影响酶、影响离子通道、影响转运、影响代谢、影响免疫、理化反应、基因治疗。

（方泰惠）

第二单元 各论

细目一 外周神经系统药

要点一 拟胆碱药

拟胆碱药是一类作用与 Ach 相似或与胆碱能神经兴奋效应相似的药物。按作用方式分为：直接作用于胆碱受体的拟胆碱药和抗胆碱酯酶药。

毛果芸香碱

1. 药理作用

（1）眼：①缩瞳：激动瞳孔环状肌的 M 胆碱受体，使瞳孔环状肌收缩，瞳孔缩小。②降低眼内压：通过缩瞳作用，虹膜向中心拉紧，虹膜根部变薄，前房角间隙变大，房水回流通畅，眼内压下降。③调节痉挛：作用于睫状肌上 M 受体，使远距离物体不能清晰地成像于视网膜上，看近物清楚，看远物模糊，这一作用称为调节痉挛。

（2）腺体：毛果芸香碱激动腺体的 M 胆碱受体，使腺体分泌增加，以汗腺和唾液腺最为明显。

2. 临床应用

青光眼、虹膜睫状体炎（与扩瞳药阿托品交替使用）、放疗引起的口腔干燥。

要点二 有机磷酸酯类的毒理与解救药物

有机磷酸酯类的亲电子性的磷原子与胆碱酯酶的酯解部位丝氨酸上的羟基以共价键结合，生成难以水解的磷酰化胆碱酯酶，使胆碱酯酶失去水解 Ach 的能力，造成 Ach 在体内大量堆积，引起中毒症状。如中毒时间过久，则磷酰化胆碱酯酶的磷酰化基团上的一个烷氧基断裂，生成更稳定的单烷氧基磷酰化胆碱酯酶，使中毒酶更难以复活。

有机磷酸酯类中毒症状表现广泛而多样，可分为急性毒性和慢性毒性。

1. 急性毒性

主要表现在对胆碱能神经突触、胆碱能神经肌肉接头和中枢神经系统的毒性。轻度中毒以 M 样症状为主，中度中毒者同时有 M 样和 N 样症状，严重中毒者 M 样和 N 样症状加重，还出现中枢神经系统症状。呼吸中枢麻痹是死亡的主要原因。

2. 慢性毒性

因体内胆碱酯酶活性长期受到抑制而出现慢性中毒症状，如神经衰弱综合征（表现为头晕、失眠等）以及多汗、腹胀，偶有肌束颤动及瞳孔缩小。

急性中毒解救原则：

（1）消除毒物：立即将患者移离中毒现场。经皮肤中毒者，用温水、肥皂水清洗皮肤。经口中毒者，用 1% 盐水或 1∶5000 高锰酸钾或 2% ~5% 碳酸氢钠洗胃，再用硫酸镁

导泻。敌百虫中毒时禁用肥皂水及碱性溶液洗胃，因敌百虫在碱性溶液中可生成毒性更强的敌敌畏。对硫磷中毒时忌用高锰酸钾洗胃，否则氧化成对氧磷，毒性更强。

（2）应用解毒药：①阿托品：及早、足量使用阿托品，以解除体内 Ach 产生的 M 样症状。直到 M 样症状缓解出现阿托品化。②胆碱酯酶复活药。

（3）对症治疗：吸氧、人工呼吸、输液、用升压药及抗惊厥药等。

要点三　抗胆碱药

阿托品

1. 药理作用

①抑制腺体分泌，阻断 M 受体而使腺体分泌减少。唾液腺和汗腺最为敏感。②松弛由胆碱能神经支配的多种内脏平滑肌，对处于过度兴奋或痉挛的平滑肌作用最明显。作用的强弱依次为：胃肠道 > 膀胱 > 胆管、输尿管、支气管 > 子宫。③扩大瞳孔、升高眼内压和调节麻痹。④对心血管系统的作用，兴奋心脏，大剂量阿托品有明显扩张皮肤血管和解除小血管痉挛的作用，表现为面部潮红（以面颈部明显）与温热，可改善微循环，增加组织的血流灌注量。⑤可兴奋大脑和延脑，出现烦躁不安、多语、谵妄、产生幻觉、定向障碍、运动失调甚至惊厥等；严重中毒则易由兴奋转入抑制，出现昏迷及呼吸麻痹而死亡。

2. 临床应用

①抑制腺体分泌，抑制呼吸道腺体及唾液腺分泌，防止分泌物阻塞呼吸道而发生吸入性肺炎，常用于全身麻醉前给药。也可用于严重盗汗、流涎症和溃疡病的辅助用药。②解除内脏绞痛，松弛痉挛的内脏平滑肌，对各种内脏绞痛，疗效较好。③眼科应用，虹膜睫状体炎、验光配眼镜和检查眼底。④缓慢型心律失常。⑤抗休克，用于治疗暴发型流脑、中毒性菌痢、中毒性肺炎等所致的休克。⑥有机磷酸酯类中毒。

3. 不良反应

①副作用较多，常见的有口干、皮肤干燥、视力模糊、扩瞳、心悸、高热、眩晕、排尿困难、便秘等，停药后可逐渐消失，无需特殊处理。②中毒反应：剂量过大除副作用症状加重外，可出现烦躁不安、多语、谵妄、幻觉及惊厥等中枢兴奋症状，严重中毒可由兴奋转入抑制，出现昏迷和呼吸麻痹而致死。

要点四　拟肾上腺素药

（一）去甲肾上腺素

1. 药理作用

对 α 受体具有强大激动作用，但对 α_1、α_2受体没有选择性，对心脏 β_1受体作用较弱，对 β_2受体几乎无影响。

①血管：激动血管的 α_1受体，主要是使小动脉和小静脉收缩。皮肤、黏膜血管收缩最明显；其次是肾脏、脑、肝、肠系膜、骨骼肌血管。血管收缩，可使外周阻力增加。对冠状血管一般则表现为舒张作用。②心脏：由于血管收缩，外周阻力增加，血压的急剧升高，反射性兴奋迷走神经，使心率减慢。心输出量一般不变或稍降。大剂量可诱发心律失

常，但较肾上腺素少见。③血压：升压作用强。小剂量静脉滴注，因对血管收缩作用不剧烈，舒张压升高也不明显，故脉压差变化不大；较大剂量时，因血管剧烈收缩使外周阻力明显增高，脉压差可变小。④其他 对其他平滑肌作用较弱，对机体代谢影响较小。

2. 临床应用

①休克：现已少用。②药物中毒性低血压：中枢抑制药中毒可引起低血压，特别是氯丙嗪中毒时应选用 NA，不宜选用肾上腺素。③上消化道出血：适当稀释后口服，对食管静脉曲张破裂出血或胃出血可产生止血效果。

3. 不良反应

①局部组织坏死：静脉滴注时浓度过大、时间过长或泄漏出血管外，都可引起局部缺血坏死。②急性肾功能衰竭：用药时间过长或剂量过大，可因肾脏血管强烈收缩，产生少尿、无尿和肾实质损伤。③停药后的血压下降：长期静脉滴注突然停药，可引起血压骤降，应在逐渐减少滴注剂量和速度后再停药。

（二）肾上腺素

1. 药理作用

（1）心血管系统：①兴奋心脏 β_1 受体，心肌收缩力增加，传导加速，心率加快，心输出量增加，同时舒张冠状血管，改善心肌供血。剂量过大可引起心律失常。②兴奋小动脉及毛细血管前括约肌的 α 受体，使皮肤、黏膜、肾和胃肠道等器官的血管平滑肌收缩，以皮肤、黏膜血管收缩最为强烈；兴奋骨骼肌和肝脏的血管平滑肌上的 β_2 受体，使这些器官血管舒张。能舒张冠状血管。③升高血压：治疗量或慢速静脉滴注时，由于心脏兴奋，心排出量增加，收缩压升高。同时由于骨骼肌血管的扩张，总外周阻力不变或稍降，脉压加大；大剂量或快速静脉滴注时，血管平滑肌的 α 受体兴奋占主导地位，使皮肤、黏膜以及内脏的血管强烈收缩，肾素释放，使总外周阻力明显升高，脉压差变小。

（2）舒张平滑肌：可兴奋支气管平滑肌上的 β_2 受体而使支气管平滑肌舒张；抑制肥大细胞释放组胺和其他过敏介质；兴奋支气管黏膜上的 α 受体，使黏膜血管收缩，毛细血管的通透性降低，有利于消除支气管黏膜水肿。

（3）促进代谢：促使肝糖原分解，血糖升高。降低组织对葡萄糖的摄取和激活甘油三酯酶，加速脂肪分解，使游离脂肪酸升高。

2. 临床应用

①心脏骤停：可用于溺水、麻醉意外、手术意外、药物中毒、传染病和心脏传导阻滞等引起的心脏骤停。②过敏性休克：为治疗过敏性休克的首选药。③支气管哮喘：因不良反应严重，仅用于急性发作。④与局麻药配伍及用于局部止血。

3. 不良反应

主要表现为心悸、烦躁、头痛和血压升高等，有诱发脑溢血的危险，可引起心律失常，甚至纤颤。

（三）异丙肾上腺素

1. 药理作用

有很强的 β 受体兴奋作用，但对 β_1 和 β_2 受体选择性低，无 α 受体兴奋作用。

（1）心血管系统：①强大的心脏 β_1 受体兴奋作用，使心肌收缩力增强、心率加快和传导加速。②血压：治疗剂量的异丙肾上腺素，收缩压升高，舒张压下降，脉压差明显加大，可增加组织器官的血液灌注量。可扩张冠状血管，增加冠脉流量。

（2）舒张支气管：兴奋支气管平滑肌的 β_2 受体，抑制过敏性物质的释放，使支气管平滑肌舒张。

（3）促进代谢：促进糖和脂肪的分解，增加组织耗氧量，升高血糖作用较肾上腺素弱，升高游离脂肪酸作用相似。

2. 临床应用

①心脏骤停：特别适用于心室自身节律缓慢，高度房室传导阻滞或窦房结功能衰竭并发的心脏骤停。②房室传导阻滞：可治疗Ⅱ、Ⅲ度房室传导阻滞。③支气管哮喘：用于控制支气管哮喘的急性发作。

3. 不良反应

常见有心悸、头晕、皮肤潮红。支气管哮喘的患者可增加心肌耗氧量，容易诱发心肌梗死、心律失常，严重者还可引发室性心动过速及室颤而导致死亡。

要点五　抗肾上腺素药

（一）α 受体阻滞药——酚妥拉明

1. 药理作用

（1）舒张血管、兴奋心脏：阻断 α_1 受体，扩张血管平滑肌，导致血管舒张，血压下降。血压下降，反射性兴奋心脏，同时因阻断突触前膜 α_2 受体，使去甲肾上腺素释放增加，心率加快，心输出量增加。

（2）其他：有拟胆碱作用，使胃肠平滑肌张力增加；有拟组胺样作用，使胃酸分泌增加，皮肤潮红等。

2. 临床应用

（1）外周血管痉挛性疾病：如肢端动脉痉挛性疾病及血栓闭塞性脉管炎。

（2）静滴 NA 药液外漏：当静脉滴注去甲肾上腺素发生外漏时，可用该药做局部浸润注射，防止组织坏死。

（3）急性心肌梗死和顽固性充血性心力衰竭。

（4）抗休克：扩张小动脉和小静脉，解除微循环障碍，并能降低肺循环阻力，防止肺水肿的发生。

（5）肾上腺嗜铬细胞瘤：用于嗜铬细胞瘤的诊断、手术前的准备以及手术过程中由于大量肾上腺素释放，而骤发的高血压危象。

（二）β 受体阻滞药

1. β 受体阻断作用

①阻断心脏 β_1 受体，使心率减慢，心收缩力减弱，心输出量减少，心肌耗氧量下降。能延缓心房和房室结的传导。②阻断血管 β_2 受体，引起血管收缩和外周阻力增加。

②阻断支气管平滑肌上的β_2受体，使支气管平滑肌收缩，呼吸道阻力增加。可诱发或加重哮喘的急性发作。

③抑制交感神经兴奋所引起的脂肪分解。能延缓使用胰岛素后血糖水平的恢复，而掩盖低血糖症状如心悸等。

④抑制肾素释放：阻滞肾小球旁器细胞的β_1受体，抑制肾素的释放。

2. 应用

（1）心律失常：对多种原因引起的过速型心律失常有效。

（2）心绞痛和心肌梗死：对心绞痛有良好的疗效。对心肌梗死，长期应用可降低复发和猝死率。

（3）高血压：对高血压有良好的疗效，伴有心率减慢。

（4）其他：甲状腺功能亢进辅助治疗等。噻吗洛尔降低眼内压，可用于青光眼。

3. 不良反应

一般的不良反应有恶心、呕吐和轻度腹泻等消化道症状，停药后迅速消失。严重的不良反应为心功能不全和诱发或加剧支气管哮喘。长期应用可使受体上调，如突然停药，可引起原病情加重。偶见眼－皮肤黏膜综合征、幻觉、失眠和抑郁症状。

要点六　局部麻醉药

局麻药是一类应用于局部神经末梢或神经干周围，能暂时、完全和可逆地阻断神经冲动的产生和传导，并在意识清醒的条件下，使局部痛觉暂时消失，且对各类组织均无损伤的药物。可分酯类和酰胺类。其主要作用是阻断感觉神经冲动的产生和传导，高浓度对任何神经都有阻断作用。局麻药的作用与阻滞细胞膜钠通道有关，致使Na^+不能内流，神经传导受阻而产生局麻作用，且作用是可逆的。

根据合用目的和方法，分为：表面麻醉、浸润麻醉、传导麻醉、蛛网膜下腔麻醉、硬膜外麻醉。

细目二　中枢神经系统药

要点一　全身麻醉药

全身麻醉药，是一类能引起中枢神经系统广泛抑制，导致意识、感觉，特别是痛觉暂时消失的药物，主要用于手术麻醉。

1. 吸入性麻醉药

一类经呼吸道吸入，通过肺泡毛细血管弥散入血而产生全身麻醉作用的药物。多是化学性质稳定的挥发性液体或气体。

2. 静脉麻醉药

静脉麻醉药是指经静脉注入而产生全麻作用的药物。

3. 麻醉前给药

在使用麻醉药之前，为减轻患者的紧张情绪，增强麻醉效果，防止唾液、支气管分泌

物所致的吸入性肺炎和防止反射性心律失常而使用的药物。常用的有镇静药、镇痛药、抗胆碱药等。

要点二　镇静催眠药

苯二氮䓬类

1. 作用机制

苯二氮䓬类药物与 BDZ 结合位点结合后，可促进 GABA 与 $GABA_A$ 受体结合，导致氯通道开放频率增加，大量氯离子进入细胞膜内产生超极化，导致神经兴奋性降低。

2. 药理作用及其应用

（1）抗焦虑：小于镇静剂量即可产生抗焦虑作用，选择性地缓和焦虑、紧张、忧虑、恐惧等症状。对于精神不安引起的失眠也有改善作用。地西泮和氯氮䓬疗效较好。

（2）镇静催眠：随着剂量的增大，依次出现镇静及催眠作用，能缩短入睡时间，减少觉醒次数，延长睡眠时间。麻醉前给药，减少麻醉药用量，缓解患者对手术的恐惧情绪，增强安全性。本类药较大剂量还可引起暂时性的记忆缺失，使患者忘掉手术中的不良刺激。

（3）抗惊厥和抗癫痫：大剂量的地西泮等能缓解、消除惊厥或癫痫症状。可用于治疗破伤风、子痫、药物中毒和小儿高热引起惊厥的辅助治疗。地西泮静脉注射，对癫痫持续状态有显著效果，常作为首选药物。

（4）中枢性肌松：抑制脊髓多突触反射而呈现中枢性肌松作用。可用于缓解中枢神经系统病变引起的肌张力增强，以及关节病变、腰肌劳损等所致的肌肉痉挛。

3. 不良反应

常见不良反应为嗜睡、乏力、头晕、记忆力下降，以及影响技巧性操作如驾驶安全等。连续用药，会发生依赖性，突然停药可出现戒断症状。过量使用可引起急性中毒，过量中毒时的特异拮抗药为氟马西尼。

要点三　抗癫痫与抗惊厥药

抗癫痫药物作用是抑制病灶的异常放电和遏制异常放电向周围正常脑组织的扩散。按其作用机制可分为两类：一类以作用于神经细胞膜，干扰 Na^+、Ca^{2+} 内流，降低神经细胞膜的兴奋性，如苯妥英钠、苯巴比妥等；另一类是增强 GABA（中枢抑制性递质）介导的抑制性突触的传递功能，提高突触前或突触后抑制，如丙戊酸钠、硝西泮等。

（一）苯妥英钠

1. 药理作用

阻止大脑神经元高频放电向病灶周围正常脑组织的扩散，但不能抑制癫痫病灶的高频放电。作用机制为阻滞神经细胞膜上 Na^+ 通道，减少 Na^+ 内流，稳定细胞膜。

2. 临床应用

（1）癫痫：是治疗癫痫强直－阵挛性发作（大发作）的首选药，但复杂部分性发作亦有效，对失神发作无效。

（2）外周神经痛：用于三叉神经、舌咽神经和坐骨神经痛等，可使疼痛减轻，发作次数减少或消失。

（3）心律失常。

3. 不良反应

一般不良反应发生率高，主要有：局部刺激，口服可致恶心、呕吐、食欲减退等胃肠道反应，宜饭后服用。静脉注射可发生静脉炎。长期使用能引起齿龈增生，多见于儿童和青少年。药量过大可致小脑前庭功能失调，长期应用可导致叶酸缺乏，发生巨幼红细胞性贫血；还可致低血钙症，可致过敏反应。

要点四　抗精神失常药

抗精神病药主要通过阻断中脑－皮质通路和中脑－边缘系统通路的多巴胺受体，呈现抗精神病作用；同时也阻断其他多巴胺通路，导致内分泌紊乱、锥体外系反应等不良反应。

氯丙嗪

1. 药理作用

（1）中枢：①镇静：用药后，患者表现安定、镇静、感情淡漠对周围事物不感兴趣，在安静环境中易诱导入睡，但易觉醒。对动物有镇静驯化作用。②抗精神病：能使精神分裂症的躁狂、幻觉、妄想等症状逐渐消失，理智恢复，情绪安定，生活自理。但对Ⅱ型精神病和抑郁症无效，甚至使之加重。氯丙嗪可以阻断 D_1 和 D_2 受体，其抗精神病作用主要与阻断中脑－皮质和中脑－边缘系统通路中突触后的 D_2 受体有关。③镇吐：小剂量直接抑制延脑的催吐化学感受区（CTZ），产生中枢性镇吐作用；大剂量直接抑制呕吐中枢。但对晕动病（晕车、晕船）引起的呕吐无效。④降温：能抑制下丘脑的体温调节中枢，从而抑制机体的体温调节作用，使体温随环境温度的变化而升降。能降低正常人体温。

（2）自主神经系统：①α 受体阻断：可使肾上腺素的升压作用翻转；能使血管扩张，外周阻力降低而产生降压作用。②阿托品样作用：大剂量氯丙嗪阻断 M 受体，出现口干、心悸、视物模糊、尿潴留及便秘等副作用。

3. 内分泌

氯丙嗪阻断下丘脑垂体通路的 D_2 受体，使垂体内分泌的调节受到抑制。如抑制催乳素抑制因子的释放，使腺垂体催乳素分泌增加等。

2. 临床应用

（1）精神分裂症：用于各型精神分裂症但无根治作用，必须长期用药。

（2）躁狂症：可用于治疗躁狂症及伴有兴奋、紧张、妄想、幻觉等症状的精神病。

（3）神经官能症：小剂量可治疗神经官能症，消除焦虑、紧张等症状。

（4）呕吐：可治疗多种疾病（如癌症、放射病等）及药物所引起的呕吐，但对晕动性呕吐无效。氯丙嗪还可制止顽固性呃逆。

（5）低温麻醉及人工冬眠：配合物理降温（如冰浴等），用于低温麻醉。常与其他中枢抑制药合用（如哌替啶、异丙嗪）组成“冬眠合剂”，使患者进入人工冬眠状态，用于

严重感染、高热惊厥及甲状腺危象等病症的辅助治疗。

3. 不良反应

（1）一般不良反应：如嗜睡、困倦、乏力等中枢抑制作用及视物模糊、口干、鼻塞、心悸、便秘及尿潴留等。少数患者注射给药时可出现体位性低血压。

（2）锥体外系反应：是长期大量使用氯丙嗪治疗精神分裂症时最常见的副作用。主要有：①帕金森综合征。表现为表情呆板、动作迟缓、肌肉震颤、肌张力增高，多见于老年患者。②急性肌张力障碍。③静坐不能。表现为坐立不安、反复徘徊。④迟发性运动障碍。表现为不自主的呆板运动及四肢舞蹈动作，可出现口－舌－颜面的不随意运动。

（3）过敏反应：常见皮疹、接触性皮炎。少数患者可致肝损害或急性粒细胞缺乏。

（4）内分泌：长期用药可致乳房肿大及泌乳、排卵延迟、闭经及生长迟缓等。

要点五　抗帕金森病药

抗帕金森病药是指能够增强中枢多巴胺能神经功能或降低中枢胆碱能神经功能、缓解帕金森病临床症状的药物。目前临床常用治疗帕金森病的药物有：①拟多巴胺药，如左旋多巴和卡比多巴。②中枢抗胆碱药，如苯海索、苯扎托品及丙环定。③促进中枢多巴胺释放及激动多巴胺受体药，前者如金刚烷胺，后者如溴隐亭。

左旋多巴

1. 药理作用

进入脑组织的左旋多巴，在中枢多巴脱羧酶的作用下转变为 DA，补充纹状体中 DA 的不足。

2. 临床应用

（1）帕金森病：左旋多巴可用于治疗各种类型的 PD，但对吩噻嗪类抗精神病药引起的锥体外系症状无效。

（2）肝昏迷。

3. 不良反应　左旋多巴的不良反应多由左旋多巴在外周生成的 DA 蓄积所致。

（1）胃肠道反应：治疗早期可出现厌食、恶心、呕吐或上腹部不适，继续使用可产生耐受性，偶见胃溃疡、出血和穿孔。

（2）心血管反应：部分患者早期会出现轻度体位性低血压。因兴奋 β 受体，可引起心律失常。

（3）异常不随意运动：长期用药的患者可出现异常不随意运动，还可出现“开关现象”，表现为患者突然出现多动不安（开），而后又出现肌强直性运动不能（关），两种现象交替出现，严重影响患者的正常活动。

（4）精神障碍：部分患者可出现焦虑、失眠、噩梦、幻觉、妄想、抑郁以及轻度躁狂等。

要点六　镇痛药

吗啡

1. 药理作用

（1）中枢神经系统：①镇痛、镇静：吗啡有强大的镇痛作用。有明显的镇静作用，可消除由疼痛所引起的焦虑、紧张、恐惧等情绪反应，并可产生欣快感。②抑制呼吸：治疗量吗啡可明显降低呼吸中枢对 CO_2 的敏感性，使呼吸频率减慢，潮气量减小。呼吸抑制是吗啡急性中毒致死的主要原因。③其他作用：具有缩瞳作用，中毒时可呈针尖样瞳孔。吗啡可引起恶心和呕吐，与兴奋延髓催吐化学感受区有关。直接抑制延髓咳嗽中枢，产生镇咳作用。影响内分泌。

（2）外周作用：①消化系统：治疗剂量的吗啡兴奋胃肠平滑肌，抑制胆汁、胰液和肠液分泌，同时抑制中枢，减轻便意，引起便秘。吗啡还能兴奋胆道 Oddi 括约肌，使胆道和胆囊内压增加，诱发或加重胆绞痛，所以胆绞痛时应与阿托品合用。②心血管系统：扩张全身血管，引起体位性低血压。抑制呼吸致 CO_2 积聚，可使脑血管扩张，颅内压增高。③其他：治疗量吗啡能提高膀胱括约肌张力；也可对抗催产素的作用而延长产程；大剂量吗啡还可收缩支气管，抑制免疫功能。

2. 作用机制

通过激动中枢阿片受体，模拟内源性阿片肽而起镇痛作用。

3. 临床应用

①疼痛：吗啡可用于各种原因引起的疼痛，但仅用于其他镇痛药无效的剧痛，对胆绞痛和肾绞痛需加用解痉药如阿托品等；对神经压迫性疼痛疗效较差。②心源性哮喘：吗啡有镇静作用，可迅速缓解患者的紧张、恐惧和窒息感；抑制呼吸中枢对 CO_2 的敏感性，使呼吸由浅快变得深慢；扩张外周血管，降低外周阻力，减少回心血量，有利于缓解左心衰竭和消除肺水肿。但伴有休克、昏迷、严重肺部疾患或痰液过多者应禁用。③腹泻：一般以含少量吗啡的阿片酊配成复方制剂用于严重的单纯性腹泻。

4. 不良反应

治疗量的吗啡有时会有恶心、呕吐、呼吸抑制、嗜睡、眩晕、便秘、排尿困难等副作用。具有耐受性及依赖性。急性中毒表现为昏迷、针尖样瞳孔、呼吸高度抑制、血压降低，甚至休克。呼吸麻痹是中毒致死的主要原因。吗啡拮抗药纳洛酮是最常用的抢救药物。

5. 禁忌症

禁用于分娩止痛、哺乳期妇女止痛；支气管哮喘及肺心病、颅脑损伤的患者禁用。

要点七　解热镇痛抗炎药

该类药物通过抑制环氧化酶（COX），使前列腺素合成减少，发挥解热、镇痛、抗炎等共同的药理作用。

1. 解热

通过抑制下丘脑体温调节中枢处的环加氧酶，减少 PG 的合成，使发热的体温降至正

常。对正常体温几乎没有影响。

2. 镇痛

作用于外周，通过抑制炎症局部 PG 的合成，降低痛觉感受器对致痛物质的敏感性而镇痛，对慢性钝痛有较好的效果。

3. 抗炎

通过抑制 PG 合成，减轻炎症的红、热、肿、痛等反应，故可明显缓解风湿及类风湿性关节炎的症状。

阿司匹林

1. 药理作用及其应用

（1）解热、镇痛：作用强。对炎性疼痛，如头痛、牙痛、神经痛、月经痛和术后创口痛等有明显镇痛作用。

（2）抗炎：作用较强。用于风湿性或类风湿性关节炎的治疗，能迅速缓解急性风湿热患者的红、肿、热、痛症状，可用于鉴别诊断。对类风湿性关节炎可迅速镇痛，消退关节炎症，减轻及延缓关节损伤的发展进程。

（3）抗血栓形成：小剂量阿司匹林能抑制血小板中 COX 活性，减少血小板中血栓素（TXA_2）生成，抑制血小板聚集和抗血栓形成。可防治血栓性疾病，小剂量用于预防冠状动脉和脑血管血栓形成。

2. 不良反应

（1）胃肠道反应：最常见。口服对胃黏膜有直接刺激作用，引起恶心、呕吐、上腹部不适等，较大剂量时能兴奋延髓催吐化学感受区引起呕吐。长期服用阿司匹林可致不同程度的胃黏膜损伤和出血，也可使原有溃疡病加重，除了药物对胃肠黏膜的直接刺激外，也与药物抑制对胃黏膜有保护作用的 PG 的合成有关。

（2）凝血障碍：长期使用者出血性倾向增加，服用维生素 K 可预防。严重肝损害、低凝血酶原血症、维生素 K 缺乏和血友病患者禁用，手术前 1 周的患者应停用。

（3）水杨酸反应：剂量过大（每日 5 g 以上）引起的中毒反应，表现为头痛、眩晕、恶心、呕吐、耳鸣以及视力和听力减退等，严重者可致过度换气、酸碱平衡失调、高热、精神错乱、昏迷，应立即停药，静脉滴注碳酸氢钠以碱化尿液，加速水杨酸盐从尿中排出。

（4）过敏反应：偶见皮疹、荨麻疹、血管神经性水肿和过敏性休克。有些哮喘患者服用阿司匹林后可诱发支气管哮喘，称为“阿司匹林哮喘”。用肾上腺素治疗无效，可试用糖皮质激素。

（5）瑞夷综合征：病毒性感染伴有发热的儿童和青年，服用阿司匹林有发生瑞夷综合征的危险。表现为肝损害和脑病，可致死。

细目三　自体活性物质

要点一　H_1 受体阻滞药

第一代 H_1 阻滞药中枢抑制作用强，应用受到限制。第二代无中枢作用或较弱，作用持久。

1. 药理作用

（1）抗 H_1 受体：对抗组胺引起的支气管、胃肠道平滑肌收缩。对组胺引起的毛细血管扩张和通透性增加有很强的抑制作用。可部分对抗组胺引起的血管扩张和血压降低。

（2）抑制中枢：多数药物可通过血脑屏障，对中枢产生抑制，表现有镇静、嗜睡。苯海拉明和异丙嗪最强。

2. 临床应用

（1）皮肤黏膜变态反应性疾病，常作为首选。

（2）晕动病和呕吐：茶苯海明、苯海拉明和异丙嗪可用于晕动病、放射病等引起的呕吐。

3. 不良反应

常见中枢抑制现象如镇静、嗜睡、乏力等，以苯海拉明和异丙嗪最明显，驾驶员或高空作业者工作期间不宜使用，阿司咪唑等第二代药物无此反应。

要点二　H_2 受体阻滞药

选择性阻滞胃壁细胞上 H_2 受体，抑制胃酸分泌，主要用于胃和十二指肠溃疡，胃道出血，胃酸分泌过多症，反流性食道炎等的治疗。

不良反应主要有恶心、呕吐、腹泻和便秘等胃肠反应。少数有粒细胞缺乏和再障性贫血。西咪替丁的抗雄激素作用。

细目四　内脏系统药

要点一　利尿药与脱水药

常用利尿药的分类及其作用机制：

1. 高效利尿药

主要作用于髓袢升支粗段，抑制 $Na^+ - K^+ - Cl^-$ 同向转运体，影响肾脏的稀释功能和浓缩功能，产生强大的利尿作用。常用药物有呋塞米、依他尼酸等。

2. 中效利尿药

主要作用于远曲小管近端的 $Na^+ - Cl^-$ 同向转运载体，减少 Na^+、Cl^- 的重吸收，影响肾脏的稀释功能而产生利尿作用，利尿效能中等。

3. 低效利尿药

包括碳酸酐酶抑制药和 $Na^+ - K^+$ 交换抑制药。前者有乙酰唑胺，后者有螺内酯和氨苯喋啶。乙酰唑胺通过抑制碳酸酐酶，使 H^+ 生成减少，抑制 $H^+ - Na^+$ 交换，Na^+ 排出增加而产生利尿。螺内酯通过竞争醛固酮受体，抑制 $Na^+ - K^+$ 交换，产生留钾利尿；氨苯喋啶通过抑制远曲小管和集合管的 Na^+ 通道，使 $Na^+ - K^+$ 交换减少，也表现为留钾利尿。

（一）高效利尿药 - 呋塞米

1. 药理作用

（1）利尿：作用强大、迅速而短暂。呋塞米能促进 Ca^{2+}、Mg^{2+} 排出，减少尿酸排出。

（2）扩张血管：能扩张肾血管，降低肾血管阻力，增加肾血流量，改变肾皮质内血流分布；还能扩张全身小静脉，降低左室充盈压，减轻肺水肿。

2. 临床应用

（1）严重水肿：对各类水肿均有效，主要用于其他利尿药无效的顽固性水肿和严重水肿。

（2）急性肺水肿和脑水肿。

（3）急慢性肾功能衰竭：可用于急性肾衰竭的早期防治。大剂量可治疗慢性肾衰竭，使尿量增加。但禁用于无尿患者。

（4）加速毒物排出：配合输液，可加速毒物排泄。主要用于经肾排泄的药物中毒抢救，如苯巴比妥、水杨酸类、溴化物等急性中毒。

（5）高血钾症和高血钙症：可增加 K^+ 排出，抑制 Ca^{2+} 重吸收，降低血钾和血钙。

3. 不良反应

（1）水和电解质紊乱：长期用药，利尿过度可引起低血容量、低血钠、低血钾、低血镁及低氯性碱中毒。以低血钾最为常见，应注意及时补钾。加服留钾利尿药有一定预防作用。当低血镁同时存在时，如不纠正低血镁，即使补充 K^+，也不易纠正低血钾。

（2）耳毒性：表现为眩晕、耳鸣、听力下降、暂时性耳聋。应避免与氨基糖苷类　抗生素等有耳毒性的药物合用。

（3）胃肠道反应：可致恶心、呕吐、上腹不适及腹泻，大剂量可致胃肠道出血。

（4）高尿酸血症。

（二）中效利尿药 - 氢氯噻嗪

噻嗪类是临床广泛应用的一类口服利尿药和降压药，毒性小，安全范围较大。

1. 药理作用

（1）利尿：作用温和而持久。由于转运至远曲小管的 Na^+ 增加，促进了 $Na^+ - K^+$ 交换，K^+ 的排出也增加，长期服用可引起低血钾。

（2）抗利尿：噻嗪类药物使尿崩症患者尿量明显减少，口渴症状减轻。

（3）降压：用药初期通过利尿作用减少血容量而降压，后期因排钠较多，降低血管平滑肌对儿茶酚胺等加压物质的敏感性而降压。

2. 临床应用

（1）轻、中度水肿：是治疗各类轻、中度水肿的首选药。对肾性水肿的疗效与肾功能

有关，肾功能不良者疗效差；对肝性水肿与螺内酯合用疗效增加，可避免血钾过低诱发肝昏迷。

（2）高血压：轻、中度高血压可单用或与其他降压药合用。

（3）尿崩症：用于肾性尿崩症及加压素无效的垂体性尿崩症。轻症效果好，重症疗效差。

3. 不良反应

（1）电解质紊乱长期用药可引起低血钾、低血镁、低氯性碱中毒及低血钠症。低血钾症较多见，表现为疲倦、软弱、眩晕或轻度胃肠反应，合用留钾利尿药可防治。

（2）代谢异常：致血糖升高、高脂血症和高尿酸血症。

（3）过敏：偶有过敏性皮疹、皮炎、粒细胞减少、血小板减少、溶血性贫血等过敏反应。

（三）低效利尿药——螺内酯

1. 药理作用

结构与醛固酮相似，可与醛固酮竞争远曲小管远端和集合管细胞浆内的醛固酮受体，拮抗醛固酮的排钾保钠作用，促进 Na^+ 和水的排出。作用特点为：①作用弱，起效慢，维持时间长。②作用的发挥依赖于体内醛固酮的存在，对切除肾上腺的动物无效。

2. 临床应用

用于醛固酮增多的顽固性水肿，因利尿作用弱，较少单用，常与噻嗪类利尿药合用。

3. 不良反应

不良反应较少，久用可致高血钾；有性激素样副作用。

要点二　抗高血压药

（一）利尿药——氢氯噻嗪

氢氯噻嗪降压作用温和、持久、平稳。初期降压机制是排钠利尿，使细胞外液及血容量减少；长期应用使体内轻度缺钠，小动脉细胞内低钠，通过 $Na^+ - Ca^{2+}$ 交换机制，降低细胞内钙，使血管平滑肌对去甲肾上腺素等加压物质的反应性减弱，并能诱导血管扩张物质的生成。

单独用于轻度高血压或与其他降压药合用治疗各类高血压。联合用药可增强降压作用，并防止其他药物引起的水钠潴留。该药长期大剂量使用可致低血钾，引起血脂、血糖及尿酸升高，还能增高血浆肾素活性，合用 β 受体阻滞药可避免或减少不良反应。

（二）肾素－血管紧张素系统抑制药

作用于该系统的药物主要为 ACEI（血管紧张素转化酶抑制药）和 Ang Ⅱ（血管紧张素Ⅱ）受体拮抗药。

1. 血管紧张素转化酶抑制药

该类药物的作用特点为：①降压时不伴有反射性心率加快，对心排血量没有明显影响。②可防止或逆转高血压患者的血管壁增厚、心肌肥大和心肌重构。③能增加肾血流

量，保护肾脏。④能改善胰岛素抵抗，不引起电解质紊乱和脂质代谢改变。⑤久用不易产生耐受性。

卡托普利

具有中等强度的降压作用，可降低外周阻力，不伴有反射性心率加快，同时可以增加肾血流量。降压机制主要涉及：①抑制血管紧张素Ⅰ转化酶（ACE）。②减少醛固酮分泌。③减少缓激肽降解，增强扩张血管效应。

用于各型高血压，降压作用与血浆肾素水平相关，对血浆肾素活性高者疗效较好。本类药物也是治疗充血性心力衰竭的基础药物。

主要不良反应有咳嗽、血管神经性水肿、皮疹、味觉及嗅觉改变等。

2. 血管紧张素Ⅱ受体拮抗药

选择性地与 AT_1 受体结合，阻断 AngⅡ引起的血管收缩，从而降低血压。长期用药还能抑制心肌肥厚和血管壁增厚。可用于各型高血压，效能与 ACEI 相似，不良反应较 ACEI 少，主要有头晕、高血钾和与剂量相关的体位性低血压。

（三）β 受体阻滞药——普萘洛尔

1. 药理作用

①阻断心肌 β_1 受体，使心肌收缩力减弱，心率减慢，心输出量减少。②阻断肾小球旁器部位的 β_1 受体，减少肾素分泌，从而抑制肾素血管紧张素系统。③降低外周交感神经活性。④阻断血管运动中枢的 β_1 受体，从而抑制外周交感神经张力而降压。⑤促进具有扩张血管作用的前列环素生成。

2. 临床应用

适用于轻、中度高血压，对伴有心输出量偏高或血浆肾素活性增高者以及伴有冠心病、脑血管病变者更适宜。支气管哮喘、严重左心室衰竭及重度房室传导阻滞者禁用。

（四）钙通道阻滞药

该类药物的基本作用是抑制细胞外 Ca^{2+} 的内流，导致血管平滑肌松弛、血管扩张、血压下降。

硝苯地平

硝苯地平能抑制细胞外 Ca^{2+} 的内流，选择性松弛血管平滑肌。降压时伴有反射性心率加快，心输出量增加，血浆肾素活性增高。

用于各型高血压，尤其低肾素性高血压疗效最好。可单用或与利尿药、β 受体阻滞药、ACEI 合用，以增强疗效，减少不良反应。

不良反应一般较轻，常见面部潮红、头痛、眩晕、心悸、踝部水肿。踝部水肿系毛细血管前血管扩张所致，非水钠潴留。

要点三　抗心律失常药

（一）I_A 类——奎尼丁

1. 药理作用

适度阻滞钠通道，使 0 期上升的速率减慢，不同程度抑制心肌细胞膜 K^+、Ca^{2+} 通透

性，使心房肌、心室肌和浦肯野纤维的自律性降低，减慢心房肌、心室肌、浦肯野纤维的传导减慢，延长复极过程，且以延长 ERP 更为显著。可使单向阻滞变为双向阻滞，消除折返激动，使异位冲动或折返冲动落入 ERP 中而被消除。此外，可使邻近细胞的 ERP 趋于一致，减少折返的发生。

2. 临床应用

为广谱抗心律失常药，可用于心房颤动、心房扑动、室上性及室性早搏和心动过速的治疗。

3. 不良反应

（1）胃肠道反应：用药早期常有恶心、呕吐、腹泻等。

（2）心血管反应：抑制心肌收缩力和扩张血管可引起低血压。可引起多种心律失常，如房室和心室内传导阻滞、尖端扭转型室性心动过速，并可出现奎尼丁晕厥，甚至心室颤动而致猝死。当窦房结功能低下时，可引起心动过缓或停搏。

（3）金鸡纳反应：长期用药可引起。轻者出现耳鸣、头痛、视力模糊，重者出现谵妄、精神失常。

（4）过敏反应：偶见血小板、粒细胞减少等。

（二）I_B类——利多卡因

1. 药理作用

（1）抑制 4 期 Na^+ 内流，促进 K^+ 外流，从而降低浦肯野纤维的自律性，提高心室肌的阈电位水平，提高其致颤阈。

（2）改变传导速度：当血 K^+ 浓度低于心肌部分除极浓度时，可促进 K^+ 外流，加快传导，消除单向阻滞而中止折返。

（3）相对延长 ERP：缩短心室肌和浦肯野纤维的 APD 和 ERP，但缩短 APD 更显著，相对延长 ERP，有利于消除折返。

2. 临床应用

室性心律失常，特别适用于危急病例，是治疗急性心肌梗死引起的室性心律失常的首选药，对强心苷中毒所致者也有效。

（三）I_C类——普罗帕酮

1. 药理作用

该药抑制 0 期及 4 期 Na^+ 内流的作用强于奎尼丁，还有较弱的 β 受体阻滞作用和钙通道阻滞作用。

（1）明显抑制 Na^+ 内流，降低浦肯野纤维和心室肌细胞的自律性。

（2）可使心房、心室和浦肯野纤维的传导速度明显减慢。

（3）轻度延长 ERP 和 APD，但对复极过程影响较奎尼丁弱。

（4）轻度抑制心肌收缩力。

2. 临床应用

适用于室性、室上性心律失常及预激综合征伴心动过速者，是广谱抗心律失常药。

3. 不良反应

常见不良反应有恶心、呕吐、味觉改变、头晕等，心血管反应有心律失常、房室传导阻滞、心功能不全、低血压等。

（四）Ⅱ类β受体阻滞药——普萘洛尔

1. 药理作用

通过阻滞心脏的β_1受体而发挥抗心律失常作用。

对窦房结、心房内传导组织及浦肯野纤维，可减慢4相自动除极化速率，降低自律性。减慢0相Na^+内流，使0相除极化速率降低，减慢房室结及浦肯野纤维的传导速度。延长房室结ERP。

2. 临床应用

①室上性心律失常如心房颤动、心房扑动及阵发性室上性心动过速等；②因焦虑、甲状腺功能亢进等引起的窦性心动过速；③室性心律失常特别是对由于运动和情绪激动引起者的疗效显著；④急性心肌梗死患者，长期使用可减少心律失常的发生及再梗死率，从而降低病死率。

（五）Ⅲ类　延长动作电位时程药——胺碘酮

1. 药理作用

阻滞心肌细胞膜钾通道，阻滞钠通道和钙通道，并可轻度非竞争性地阻滞α受体和β受体。

通过抑制K^+外流，抑制复极过程，明显延长房室结、心房肌和浦肯野纤维的APD和ERP。通过阻滞钠、钙通道和β受体，降低窦房结和浦肯野纤维的自律性。减慢传导，阻滞钠、钙通道，减慢房室结和旁路以及浦肯野纤维的传导速度。扩张冠状动脉，改善心肌营养；扩张外周血管，降低心脏作功，减少心肌耗氧量。

2. 临床应用

广谱抗心律失常药，用于各种室上性和室性心律失常，对心房扑动、心房颤动和室上性心动过速疗效好。

3. 不良反应

（1）心血管反应：窦性心动过缓、房室传导阻滞及Q－T间期延长（发生率高，需定期查心电图），偶致尖端扭转型室性心动过速。静脉注射过快可引起血压下降、心力衰竭。

（2）心血管外反应：因含碘，长期服用可引起甲状腺功能亢进或低下；偶致肺间质纤维化，预后严重；还可引起胃肠道反应及皮肤光过敏症等。

（3）禁忌症：心动过缓、房室传导阻滞、Q－T间期延长综合征、甲状腺功能障碍及对碘过敏者禁用。

（六）Ⅳ类 钙通道阻滞药——维拉帕米

1. 药理作用

阻滞心肌细胞膜的钙通道，抑制Ca^{2+}内流，主要作用于窦房结和房室结。具有降低自

律性、减慢传导速度、延长动作电位时程和有效不应期、抑制心肌收缩力、扩张冠脉、扩张外周血管的作用。

2. 临床应用

阵发性室上性心动过速，是首选药物之一，对冠心病、高血压伴发心律失常者尤其适用；对强心苷中毒引起的室性早搏（迟后除极）也有效。

3. 不良反应

静脉注射过快或剂量过大可引起心动过缓、房室传导阻滞甚至心脏停搏，也可引起血压下降，诱发心力衰竭。

要点四　抗慢性心功能不全药

强心苷类

1. 药理作用

（1）心脏：①正性肌力作用：强心苷可选择性地作用于心肌，特点为：直接作用于心脏，使心肌收缩力加强，加快心肌收缩速度，收缩更加敏捷。由于正性肌力作用，强心苷可增加衰竭心脏的输出量，对衰竭心脏能降低总耗氧量。作用机制：心肌细胞膜上的 Na^+，K^+ – ATP 酶是强心苷的受体，强心苷与受体结合，抑制酶的活性，使心肌细胞内 Na^+ 浓度增加，K^+ 浓度降低，影响 Na^+/Ca^{2+} 交换，导致 Na^+ 外流增多，Ca^{2+} 内流增加；或 Na^+ 内流减少，Ca^{2+} 外流降低，致使心肌细胞内游离 Ca^{2+} 浓度升高，又进一步促使肌浆网 Ca^{2+} 释放，最终细胞内游离 Ca^{2+} 增多，发挥正性肌力作用。②负性频率：强心苷增加心排出量，反射性降低 CHF 时的交感神经兴奋性，提高迷走神经兴奋性，从而减慢心率。③对心肌电生理的主要影响。

（2）其他：①影响神经系统的作用：兴奋迷走神经、影响交感神经兴奋性、兴奋中枢神经系统，中毒时可延脑催吐化学感受区而引起呕吐，可增强交感神经兴奋性导致快速心律失常。②抑制肾素 – 血管紧张素 – 醛固酮系统（RAAS）：强心苷可使血浆肾素活性降低，减少血管紧张素Ⅱ的生成及醛固酮的分泌，从而产生对心脏的保护作用。③利尿：强心苷通过增加心排出量，使肾血流量增加而对 CHF 患者有明显利尿作用，还可通过抑制肾小管上皮细胞膜 Na^+，K^+ – ATP 酶而抑制肾小管对 Na^+ 的重吸收，排 Na^+ 利尿。

2. 临床应用

（1）慢性心功能不全：对多种原因引起的 CHF 都有治疗作用，但对不同原因所致 CHF 的治疗效果不同：对伴心房颤动且心室率较快者疗效最好；对高血压、心脏瓣膜病、先天性心脏病所致者疗效较好；对继发于甲状腺功能亢进、重度贫血等疾病者，由于心肌能量代谢障碍而疗效较差；对肺源性心脏病、活动性心肌炎等有心肌缺氧和损害者，不仅疗效差，而且易发生强心苷中毒；对机械因素所致者，如缩窄性心包炎、严重二尖瓣狭窄等疗效很差或无效。

（2）某些心律失常：①心房颤动：通过抑制房室传导，使较多的心房冲动不能下传到心室，从而减慢心室率，改善心室的泵血功能，增加心排出量。②心房扑动：通过缩短心房不应期，引起更频繁的折返激动，使心房扑动转为心房颤动，进而通过治疗心房颤动的机制产生疗效。部分患者停用强心苷后，因骤然减少折返激动，可恢复窦性节律。③阵发

性室上性心动过速：通过提高迷走神经兴奋性可使之终止。

3. 不良反应及其预防

强心苷的安全范围小，一般治疗量已接近中毒量的60%。多种因素均可诱发强心苷中毒，如低血钾、低血镁、高血钙、心肌缺血缺氧、肾功能不全等，所以中毒的发生率高。

（1）不良反应：①胃肠道反应：较常见，是中毒的早期反应，可有厌食、恶心、呕吐、腹泻、腹痛等。②中枢反应：可有眩晕、头痛、失眠、谵妄、幻觉等，偶见惊厥。③视觉障碍：为强心苷中毒的特征，可表现为黄视、绿视及视物模糊。④心脏反应：是中毒最严重的反应，各种心律失常都有可能出现。其中室性早搏最多见且发生早，室性心动过速和室颤最为严重。

（2）预防：首先应纠正各种诱发或加重强心苷中毒的因素，密切观察中毒先兆和心电图变化，如出现一定数目的室性早搏、窦性心动过缓及视觉障碍，应及时停用强心苷及各种有排钾作用的药物。监测血药浓度有助于中毒的预防和及早发现。

（3）治疗：轻度中毒应立即停用强心苷和排钾利尿药等。对于快速型心律失常，如室性早搏、室性心动过速，应及时补钾，并可选用苯妥英钠、利多卡因等抗心律失常药。静脉注射地高辛抗体Fab片段，可有效地救治强心苷中毒（每80mg Fab片段能拮抗1mg地高辛）。对于缓慢型心律失常，如房室传导阻滞、窦性心动过缓等可用阿托品治疗。

要点五　抗心绞痛药

（一）硝酸酯类

1. 药理作用

（1）降低心肌耗氧量：①扩张静脉，使回心血量减少，降低心室壁张力，减少心肌耗氧量。②扩张动脉，降低心脏射血阻力，减少心脏作功而降低心肌耗氧量。

（2）改善缺血区心肌供血：①增加心内膜下的血液供应。②选择性扩张心外膜较大的输送血管，该类药物对较大的血管产生舒张后，增加对缺血区的血液灌注。③开放侧支循环。

2. 作用机制

硝酸酯类作为前体药，在血管平滑肌细胞及血管内皮细胞内被催化释放出一氧化氮（NO），而使血管平滑肌松弛。对血管内皮受损的病变，血管仍可产生扩张作用。

3. 临床应用

（1）稳定型心绞痛的首选药：①预防发作时。②控制急性发作，应舌下含服或气雾吸入，如需多次含服可选用硝酸异山梨酯口服、单硝酸异山梨酯缓释片以及透皮制剂。③发作频繁的重症心绞痛患者，首选硝酸甘油静脉滴注，症状减轻后改为口服。

（2）急性心肌梗死：早期应用可缩小心室容积，降低前壁心肌梗死的病死率，减少心肌梗死并发症的发生。

（3）治疗心功能不全，急性左心衰时采用静脉给药，慢性心功能不全可采用长效制剂，需与强心药物合用。

4. 不良反应

常见因血管扩张所继发的搏动性头痛、皮肤潮红、眼内压升高和颅内压增高。剂量过大使血压过度下降，可引起冠脉灌注压过低，且可反射性兴奋交感神经，使心率加快，心肌收缩力增加而加大心肌耗氧量，导致心绞痛加重，合用β受体阻滞药可对抗。

（二）β受体阻滞药

1. 药理作用

（1）降低心肌耗氧量：通过阻断心脏β_1受体的作用可使心率减慢，并抑制心肌收缩力，降低血压，减少心脏作功，降低心肌耗氧量而发挥抗心绞痛作用。

（2）改善心肌代谢：心肌缺血时，肾上腺素分泌增加，使游离脂肪酸（FFA）增多。FFA代谢消耗大量的氧而加重心肌缺氧。β受体的阻断作用可抑制脂肪水解酶，使FFA的水平下降，心肌耗氧量降低。

（3）增加缺血区血液供应：β受体阻滞药使非缺血区的血管阻力增高，而缺血区的血管则由于缺氧呈现代偿性扩张状态，促使血液更多地流向缺血区；还能减慢心率而延长心脏的舒张期，增加冠脉的灌注时间，有利于血液向缺血区流动。

（4）促进氧合血红蛋白解离：可增加全身组织包括心脏的供氧。

2. 临床应用

用于稳定型心绞痛和不稳定型心绞痛，对伴有高血压和快速性心律失常者效果更好。对冠脉痉挛所致的变异型心绞痛，因该类药物阻断β受体后，使α受体作用占优势，使冠脉收缩而加重心肌缺血，不宜应用。

（三）钙通道阻滞药

1. 作用 通过抑制钙离子内流而舒张血管。

（1）降低心肌耗氧量，阻滞Ca^{2+}流入血管平滑肌细胞，使外周血管扩张，外周阻力降低，减轻心脏后负荷；阻滞Ca^{2+}流入心肌细胞，使心肌收缩力减弱，自律性降低，心率减慢；阻滞Ca^{2+}进入神经末梢，抑制递质释放，从而对抗交感神经活性增高所引起的心肌耗氧量增加。上述综合结果使心肌耗氧量降低。

（2）增加心肌血液供应，通过阻滞Ca^{2+}流入血管平滑肌细胞，直接松弛血管平滑肌和刺激血管内皮细胞合成和释放NO，使冠脉舒张，以增加心肌血液供应；也可通过开放侧支循环，增加对缺血区的血液灌注；拮抗心肌缺血时儿茶酚胺诱导的血小板聚集，有利于保持冠脉血流通畅。

（3）保护缺血的心肌细胞：钙通道阻滞药可阻滞Ca^{2+}内流而减轻“钙超载”，起到保护心肌细胞的作用。

要点六　血液系统药

（一）抗凝血药

肝素

1. 药理作用

主要为抗凝：体内、体外均具有抗凝作用，且作用迅速，能延长凝血酶原时间。机制为：激活 AT－Ⅲ，从而加速 AT－Ⅲ对Ⅱa、Ⅸa、Ⅹa、Ⅺa、Ⅻa 等的灭活。其他：能抑制由凝血酶诱导的血小板聚集。可通过调节血脂、保护动脉内皮和抗血管平滑肌细胞增殖等作用而发挥抗 AS 作用。

2. 临床应用

血栓栓塞性疾病、缺血性心脏病、弥散性血管内凝血（DIC）、体外抗凝。

3. 不良反应

主要为自发性出血，严重出血需缓慢静脉注射硫酸鱼精蛋白解救。此外，可引起过敏反应，出现皮疹、药热等。长期应用可引起脱发、骨质疏松等。

要点七　消化系统药

（一）抗消化性溃疡药

胃酸的分泌受组胺、促胃泌素和乙酰胆碱的控制，这些物质能兴奋壁细胞膜上的 H_2 受体、促胃泌素受体和 M 受体，通过第二信使激活 H^+，K^+－ATP 酶（质子泵），将 H^+ 从壁细胞内转运到胃腔，K^+ 从胃腔转运到壁细胞内，进行 H^+－K^+ 交换分泌胃酸。促胃泌素受体阻滞药和 H^+ 泵抑制药均能抑制胃酸分泌。另外，前列腺素类也能抑制胃酸分泌。

黏膜保护药主要有前列腺素衍生物、硫糖铝和铋制剂等。

奥美拉唑

1. 药理作用

特异性地作用于胃黏膜细胞，可逆性地抑制胃壁细胞 H^+，K^+－ATP 酶的功能，对胃酸分泌有强大而持久的抑制作用。能迅速缓解疼痛，减少胃液的总量和胃蛋白酶的分泌量，增强胃血流量，降低幽门螺杆菌数量，有利于溃疡愈合。

2. 临床应用

胃、十二指肠溃疡，返流性食管炎、卓－艾综合征等，对其他药无效的消化性溃疡患者也具有良好效果。

3. 不良反应

主要有头痛、头晕、口干、恶心、腹胀和失眠。

要点八　呼吸系统药

（一）祛痰药

一是黏液分泌促进药，如氯化铵等，通过刺激胃黏膜，反射性地促进呼吸道分泌。二

是降低痰液黏稠度药，如乙酰半胱氨酸、溴己新等，使黏稠度下降，利于排出。

（二）镇咳药

能抑制咳嗽反射，减轻咳嗽频度和强度的药物。按作用部位可分为中枢性镇咳药和外周性镇咳药。

（三）平喘药

有两类，一类是气道扩张药：包括β受体激动药，茶碱类，M受体阻滞药等。另一类是抗炎抗过敏平喘药：常用的有糖皮质激素类和肥大细胞膜稳定药两大类。

细目五　内分泌系统药

要点一　糖皮质激素类药

1. 药理作用

（1）抗炎：有很强的抗炎作用，其特点为显著、非特异性，对细菌、病毒等病原微生物无影响。在急性炎症早期，抑制局部血管扩张，降低毛细血管通透性，使血浆渗出减少、白细胞浸润及吞噬作用减弱，改善红、肿、热、痛等症状；对于慢性炎症或急性炎症的后期，能抑制毛细血管和成纤维细胞的增生及肉芽组织的形成，减轻炎症引起的疤痕和粘连。

糖皮质激素抗炎作用的环节主要有：①抑制磷脂酶A_2，减少具有扩张血管作用的前列腺素类及白三烯类的生成，降低血管通透性。②稳定溶酶体膜，减轻细胞和组织的损伤性反应。③增加血管张力，降低毛细血管通透性。④抑制吞噬细胞功能，抑制巨噬细胞对抗原的反应能力，抑制巨噬细胞的趋化性。

（2）免疫抑制与抗过敏：糖皮质激素对免疫过程的许多环节都有抑制作用。

（3）抗内毒素：糖皮质激素能提高机体对细菌内毒素的耐受力，缓和机体对内毒素的反应，减轻细胞损伤，缓解毒血症状。

（4）抗休克：超大剂量的糖皮质激素常用于严重休克的抢救，对中毒性休克疗效尤好。抗休克的机制与下列因素相关：①降低血管对某些缩血管活性物质（如肾上腺素、去甲肾上腺素）的敏感性，解除小血管痉挛，改善微循环。②稳定溶酶体膜，减少形成心肌抑制因子的酶进入血液，从而阻止或减少MDF的产生。

（5）影响血液与造血系统：糖皮质激素能增强骨髓造血功能，使血液中红细胞和血红蛋白含量增加，大剂量也使血小板和纤维蛋白原增多，缩短凝血时间。也能减少血中单核细胞和嗜酸性粒细胞。

（6）其他作用：①退热：对严重的中毒性感染如肝炎、伤寒、脑膜炎、急性血吸虫病、败血症及晚期癌症的发热，常具有迅速而良好的退热作用。②中枢兴奋：用药后患者出现欣快、激动、失眠等，偶可诱发精神失常。大剂量对儿童可致惊厥或癫痫样发作。③促进消化：大剂量糖皮质激素可刺激胃产生胃酸和胃蛋白酶，并可加快消化性溃疡的进展。

3. 临床应用

（1）肾上腺皮质功能不全：脑垂体前叶功能减退症、肾上腺皮质功能减退症（艾迪生病）、肾上腺危象和肾上腺次全切除术后，给予适当剂量维持正常生理作用。

（2）严重感染：主要用于中毒性感染或同时伴有休克者，如中毒性菌痢、中毒性肺炎、结核性脑膜炎及败血症等。在应用有效而足量的抗生素治疗感染的同时，可用糖皮质激素作为辅助治疗，有助于患者度过危险期。

（3）休克：大剂量对各种休克均有一定的疗效，是抢救休克的重要药物，但必须同时采用综合性治疗措施。

（4）防止某些炎症后遗症。

（5）自身免疫性疾病应用糖皮质激素可缓解症状，但不能根治。与环孢素等免疫抑制剂合用于异体器官移植手术后的抗排斥反应。过敏性疾病在病情严重或在应用肾上腺素受体激动药和抗组胺药治疗无效时，也可用糖皮质激素治疗，能抑制抗原－抗体反应所致的组织损害和炎症过程。

（6）血液病：可用于治疗急性淋巴细胞性白血病、再生障碍性贫血、粒细胞减少症、血小板减少症和过敏性紫癜等，能改善症状，但停药后易复发。

（7）皮肤病：局部应用治疗接触性皮炎、湿疹、牛皮癣、肛门瘙痒等，宜用氢化可的松、泼尼松龙或氟轻松；对天疱疮及剥脱性皮炎等较严重的皮肤病仍需全身用药。

4. 不良反应

（1）医源性肾上腺皮质功能亢进症：长期大量使用糖皮质激素引起物质代谢和水盐代谢紊乱，表现为满月脸、水牛背、向心性肥胖、皮肤变薄、痤疮、多毛、浮肿、血钾降低、肌无力、高血压、高血脂、糖尿等，一般不需特殊治疗，停药后可自行消退。在需要时应用降压药、降血糖药、氯化钾。

（2）诱发或加重感染：由于糖皮质激素抗炎不抗菌，且降低机体的防御功能，细菌易乘虚而入诱发感染或促使体内原有病灶如结核、化脓性病灶等扩散恶化。

（3）消化系统并发症：可刺激胃酸和胃蛋白酶的分泌，抑制胃液分泌，降低胃肠黏膜对胃酸的抵抗力，可诱发或加重胃、十二指肠溃疡，甚至引起出血或穿孔。

（4）骨质疏松、延缓伤口愈合：糖皮质激素减少钙、磷在肠道的吸收并增加其排泄，且长期应用抑制骨细胞活力，造成骨质疏松。儿童、绝经期妇女、老年人较多见，严重者引起自发性骨折。同时糖皮质激素抑制蛋白质合成，会导致伤口愈合迟缓。

（5）延缓生长：抑制生长素分泌和造成负氮平衡，可影响儿童生长发育；对孕妇偶可引起畸胎。

（6）肾上腺皮质萎缩和功能不全：长期应用尤其是连续给药的患者，可引起肾上腺皮质萎缩和功能不全。若此时患者突然停药或减量过快，当遇到严重应激情况如感染、创伤、手术时可发生肾上腺危象，如恶心、呕吐、乏力、低血压、休克等，需及时抢救。因此长期用药需缓慢停药。

（7）反跳现象：指患者症状基本控制后，突然停药或减量过快，引起原病复发或恶化的现象。

要点二　甲状腺激素及抗甲状腺药

（一）甲状腺激素

1. 药理作用

（1）维持生长发育：甲状腺激素主要促进蛋白质合成及骨骼、脑的生长发育。

（2）促进代谢：促进糖、脂肪、蛋白质、碳水化合物、水、电解质等代谢。

（3）提高交感－肾上腺系统的敏感性：甲状腺激素能使机体对儿茶酚胺类物质的反应性提高。

2. 临床应用

主要作为补充疗法用于甲状腺功能低下症：①呆小病，治疗越早越好。治疗应从小剂量开始，逐渐增加剂量，有效者应终身治疗，并随时调整剂量。②黏液性水肿。③单纯性甲状腺肿，缺碘所致者应补碘，原因不明者给予适量甲状腺激素。

3. 不良反应

过量可引起甲状腺功能亢进的临床症状。轻者体温及基础代谢率均高于正常，表现出多汗、体重减轻、神经过敏、失眠、心悸等；重者则出现呕吐、腹泻、发热、脉搏快而不规则，在老年人和心脏病患者中，可发生心绞痛和心肌梗死。

（二）抗甲状腺药

抗甲状腺药是指能阻碍甲状腺激素合成或改变组织对甲状腺激素反应性的药物，常用药物有硫脲类、碘和碘化物、放射性碘、β 肾上腺素受体阻滞药。

硫脲类

1. 药理作用

能抑制在过氧化物酶作用下的酪氨酸的碘化及偶联，从而抑制甲状腺激素的生物合成。硫脲类并不抑制甲状腺激素的释放，也不能拮抗甲状腺激素的作用，所以需待甲状腺内贮存的激素消耗到一定程度才能呈现疗效。

2. 临床应用

临床主要用于甲状腺功能亢进症、甲状腺手术前准备，以减少发生麻醉意外或手术合并症及甲状腺危象的机会。

碘及碘化物

1. 临床应用

不同剂量的碘化物对甲状腺功能可产生不同的作用。小剂量的碘用于治疗单纯性甲状腺肿，早期患者疗效显著；大剂量碘主要是阻滞甲状腺激素的释放及阻止甲状腺蛋白水解。主要用于甲状腺危象及甲状腺功能亢进手术前准备。

2. 不良反应

急性过敏反应主要表现为血管神经性水肿，上呼吸道水肿及严重喉头水肿，可导致窒息。一般停药后可消退。慢性碘中毒，表现为口腔及咽喉烧灼感、唾液分泌增多、眼刺激症状等。长期服用碘化物可诱发甲亢。

要点三　胰岛素及口服降糖药

（一）胰岛素

胰岛素是调节糖代谢，使血糖维持于正常水平的重要激素，且对脂肪和蛋白质代谢也有一定影响。

1. 临床应用

①治疗Ⅰ型糖尿病的唯一药物。②Ⅱ型糖尿病经饮食控制或用口服降血糖药未能控制者，以及口服降血糖药有禁忌而不能耐受者。③继发性糖尿病。④糖尿病伴有合并症，如合并高热、严重感染、妊娠、创伤以及手术等。⑤糖尿病急性期或严重并发症。如糖尿病酮症酸中毒或非酮症性高渗昏迷。

2. 不良反应

（1）低血糖反应：大多由于胰岛素过量或未按时按量进食或运动过多等诱因引起。早期表现为饥饿感、脉搏增快、出汗、心悸、烦躁等症状；严重者可出现共济失调、震颤、昏迷或惊厥、休克，甚至死亡。注意及早发现和摄食，或饮用糖水等。严重者应立即静脉注射50%葡萄糖。必须注意鉴别低血糖昏迷和酮症酸中毒性昏迷及非酮症性糖尿病昏迷。

（2）过敏反应：轻者出现注射部位瘙痒、肿胀、红斑，少数出现荨麻疹、血管神经性水肿，偶见过敏性休克。

（3）胰岛素耐受性：①急性型。在并发感染、创伤、手术、情绪激动等应激状态时，血中抗胰岛素物质增多而导致胰岛素耐受。消除诱因后可恢复。②慢性型：没有并发症却每日需用胰岛素200U以上。原因复杂。

（4）局部反应：皮下注射时，会发生表面发红，久用皮下脂肪萎缩、硬结。

（二）口服降血糖药

常用的有磺酰脲类药、双胍类药、α葡萄糖苷酶抑制药、胰岛素增敏药及非磺酰脲类胰岛素促分泌药共五类。

磺酰脲类药

1. 药理作用

（1）降血糖：磺酰脲类药物直接作用于胰岛B细胞，刺激内源性胰岛素释放。对胰岛功能完全丧失者或切除胰腺的动物无效。

（2）抗利尿：格列本脲等促进抗利尿激素分泌和增强其作用的结果，可用于尿崩症的治疗。

（3）影响凝血功能：如格列齐特，可使血小板数目减少，黏附力减弱，恢复纤溶酶活力，并降低微血管对活性胺类的敏感性，对预防或减轻糖尿病患者微血管并发症有一定作用。

2. 临床应用

主要用于胰岛功能尚存的Ⅱ型糖尿病饮食控制无效者，对产生胰岛素耐受性的患者可用以刺激内源性胰岛素分泌而减少胰岛素的用量。其次是尿崩症，可使病人尿量减少。

3. 不良反应

常见不良反应有胃肠不适、恶心、腹泻、皮肤过敏、粒细胞减少和胆汁郁积性黄疸。大剂量可引起中枢神经系统症状，如嗜睡、眩晕、共济失调、精神错乱。可引起持久性低血糖，造成不可逆性的脑损伤。

双胍类

1. 药理作用

双胍类对正常人血糖无影响，但对糖尿病患者则可使血糖明显降低。其机制可能是：①增加肌肉组织的无氧糖酵解，促进组织对葡萄糖的摄取和利用。②减少肝细胞糖异生，降低葡萄糖在肠道的吸收。③增加胰岛素与其受体结合。④降低血中胰高血糖素水平。

2. 临床应用

于单用饮食控制无效的轻、中型糖尿病患者，尤其肥胖病例。常与磺酰脲类或胰岛素合用。如单用磺酰脲类无效者，加用该类药物常可有效。

要点四　性激素类药物与避孕药

（一）雌激素类药

1. 药理作用

（1）促进女性性征和性器官发育，对未成年女性，促使子宫发育、乳腺腺管增生并使脂肪分布发生变化。对成年女性，保持女性性征并参与月经周期。

（2）抑制排卵和泌乳：较大剂量可作用于下丘脑－垂体系统，抑制 GnRH 的分泌，发挥抗排卵作用；并能抑制乳汁分泌，但并不减少催乳素分泌。

（3）影响代谢：有轻度水钠潴留作用；能增加骨骼的钙盐沉积，加速骨骺闭合；大剂量能升高血清三酰甘油三酯和磷脂，降低血清胆固醇，也可使糖耐量降低，还有促凝血作用。

2. 临床应用

（1）绝经期综合征：应用雌激素替代治疗。减轻绝经症状，并能防止雌激素水平降低所引起的病理性改变。

（2）卵巢功能不全与闭经：用雌激素作替代治疗，以促进外生殖器、子宫及第二性征的发育；与孕激素合用可形成人工月经。

（3）功能性子宫出血：用于因雌激素水平波动引起的不规则出血或雌激素水平低下，子宫内膜创面修复不良引起的出血。可适当配伍孕激素，以调整月经周期。

（4）其他包括：大剂量雌激素可反馈性抑制垂体催乳素的分泌，使乳汁分泌减少而退乳消痛。缓解晚期乳腺癌不宜手术患者的症状。大剂量雌激素类抑制垂体促性腺激素分泌，使睾丸萎缩及雄激素分泌减少，同时又能拮抗雄激素，用于前列腺癌的治疗。与孕激素合用避孕。

3. 不良反应

常见恶心、呕吐、食欲不振、头晕等，早晨较多见。长期大量应用可致子宫内膜过度

增生而引起出血，有子宫出血倾向者及子宫内膜炎患者慎用。

（二）雌激素拮抗药

该类药物竞争性拮抗雌激素受体，抑制或减弱雌激素的作用。主要药物有氯米芬 、他莫昔芬等。此外，该类药对机体的器官具有二重作用，即对生殖系统表现为雌激素拮抗作用，而对骨骼系统及心血管系统则发挥拟雌激素样作用，这对雌激素的替代治疗具有重要意义。

（三）孕激素类药

1. 药理作用

促进子宫内膜由增殖期转变为分泌期。一定剂量的孕激素可抑制垂体前叶 LH 分泌，起负反馈作用，抑制排卵，抑制子宫收缩。

2. 临床应用

（1）功能性子宫出血：对黄体功能不足所致子宫内膜不规则的成熟与脱落而引起的子宫出血，应用孕激素可使子宫内膜协调一致地转为分泌期，维持正常的月经。

（2）流产：对先兆性流产和习惯性流产均有效；痛经及子宫内膜异位症。

3. 不良反应

较少。长期应用可引起子宫内膜萎缩，月经量减少，并易发阴道真菌感染。

细目六　化学治疗药物

要点一　合成抗菌药

喹诺酮类

1. 药理作用

杀菌剂，对静止期和生长繁殖期细菌均有明显作用。有明显抗菌后效应。第一代抗菌谱窄，主要杀灭革兰阴性菌。第二代抗菌谱扩大，对肠杆菌科细菌均有强大杀灭作用，对革兰阳性菌作用较差。第三代除对革兰阴性菌的作用进一步增强外，对铜绿假单胞菌也有效，抗菌谱扩大到金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌等革兰阳性球菌、衣原体、支原体、军团菌及结核杆菌。第四代在第三代的基础上，抗菌谱进一步扩大，对部分厌氧菌、革兰阳性菌和铜绿假单胞菌的抗菌活性明显提高，并具有明显抗菌后效应。

抗菌机制：主要是抑制细菌的 DNA 回旋酶，从而干扰细菌的 DNA 复制。喹诺酮类药物则作用于 DNA 回旋酶 A 亚基，通过抑制其切口和封口功能而阻碍细菌 DNA 合成，最终导致细菌死亡。

2. 耐药性

该类药物之间有交叉耐药性。其耐药机制包括靶酶结构改变、胞浆膜通透性降低和主动排出系统加强。

3. 临床应用

目前临床主要应用抗菌活性强、毒性低的第二、三代产品。适用于敏感的革兰阴性

菌、革兰阳性菌引起的呼吸道、泌尿道、肠道、胆道、骨关节以及前列腺等感染。

4. 不良反应

均较轻，能被大多数患者所耐受。主要有胃肠道反应，最常见味觉异常、食欲不振、恶心、呕吐、腹痛、腹泻及便秘等，常与剂量有关。其他有神经系统反应、过敏等。

磺胺类药

1. 药理作用

属广谱抑菌剂，对大多数革兰阳性菌和革兰阴性菌均有较好的抗菌活性，但对病毒、螺旋体、支原体、立克次体无效，甚至可促进立克次体生长。

作用机制：磺胺类药物通过干扰细菌的叶酸代谢而抑制细菌生长繁殖。对磺胺药敏感的细菌不能直接利用周围环境中的叶酸，只能利用对氨苯甲酸（PABA）、二氢蝶啶在菌体内二氢叶酸合成酶的催化形成二氢叶酸，再经二氢叶酸还原酶的作用还原成四氢叶酸。后者参与核酸的合成。磺胺药的化学结构与 PABA 极其相似，通过与 PABA 竞争性抑制二氢叶酸合成酶，阻碍二氢叶酸的形成，从而影响核酸的合成，最终抑制细菌的生长繁殖。

2. 耐药性

易产生耐药性，应用磺胺时必须注意严格掌握适应症、使用足够的剂量和疗程，或与 TMP 合用来增强疗效及延缓耐药性的发生。

3. 临床应用

根据磺胺类药物的药动学特点和临床用途分为治疗全身感染药物、治疗肠道感染药物和外用药物三类。

（1）全身感染：用于流行性脑脊髓炎、泌尿系统感染、呼吸道感染、肠道等全身性敏感菌感染。

（2）肠道感染：此类药物口服不易吸收，肠道浓度高。用于菌痢、肠炎及肠道手术前准备。

（3）外用：烧伤中大面积创伤后感染。

4. 不良反应

（1）泌尿系统损害：某些磺胺药及其乙酰化物肾脏排泄时尿中浓度高，在偏酸性尿中溶解度低，易在尿中析出结晶，刺激肾脏引起蛋白尿、血尿、尿痛、尿少等症状，以 SD 常见。同服碳酸氢钠碱化尿液和适当增加饮水，可以减少尿液中结晶析出和降低药物浓度而预防肾损害。

（2）其他：过敏反应、血液系统反应、肝损害、恶心、呕吐、头痛、头晕、嗜睡等，一般反应较轻。

要点二 β－内酰胺类抗生素

β 内酰胺类的抗菌机制主要有：

1. 抑制转肽酶活性，阻止黏肽的交叉连接，使细菌细胞壁缺损，水分内渗，菌体肿胀、破裂、死亡。β 内酰胺类抗生素的作用靶点为青霉素结合蛋白（PBPs）。

2. 触发细菌自溶酶活性，促进菌体裂解死亡。

3. 耐药机制　①产生水解酶。耐药菌产生 β 内酰胺酶，使该类抗生素中 β 内酰胺环水解开环而失活。②缺乏自溶酶，使菌体自溶减少。③与药物结合。耐药菌产生的 β 内酰胺酶还可与某些该类抗生素结合，使之停留在胞浆膜外而不能到达作用靶位（PBPs）发挥抗菌作用。④改变菌膜通透性。使该类抗生素不能进入菌体内。⑤药物外排。⑥改变 PBPs。细菌通过改变 PBPs 结构或合成新的 PBPs，使 β 内酰胺类抗生素对 PBPs 亲和力降低，结合率下降。

青霉素 G

青霉素 G 口服易被胃酸及消化液破坏，吸收量少且不规则；肌内注射易吸收。吸收后因脂溶性低而进入细胞内少，主要分布于细胞外液，能广泛分布于各种组织间液中。炎症时，透入脑脊液和房水的量可提高并达有效浓度。青霉素几乎全部以原形迅速经尿排泄。

1. 药理作用

低浓度抑菌，高浓度杀菌，为繁殖期快速杀菌药。敏感菌包括：①革兰阳性球菌，如溶血性链球菌、肺炎球菌等作用强。②革兰阳性杆菌。如白喉杆菌、炭疽杆菌及革兰阳性厌氧杆菌。③革兰阴性球菌，脑膜炎奈瑟菌和淋球菌敏感，但易耐药。④螺旋体，如梅毒螺旋体、钩端螺旋体等高度敏感。

2. 临床应用

对敏感的革兰阳性球菌、阴性球菌、螺旋体感染，可作为首选治疗药。如溶血性链球菌引起的咽炎、扁桃体炎等；草绿色链球菌引起的心内膜炎；肺炎球菌所致的大叶肺炎、中耳炎等；脑膜炎球菌引起的流行性脑脊髓膜炎。钩端螺旋体病、梅毒、回归热等引起的感染。也可与抗毒素合用于治疗破伤风、白喉患者。

3. 不良反应

（1）过敏表现为药热、药疹、血管神经性水肿，严重的为过敏性休克。

过敏的防治：①详细询问病史，有过敏史者禁用。②皮试，初次使用、用药间隔 3 日以上、药品批号或厂家改变时均应皮试，阳性者禁用。③注射后观察 30 分钟。④不在无急救药物（如肾上腺素）和抢救设备的条件下使用。⑤严格掌握适应症，避免滥用和局部用药。⑥避免空腹时注射。⑦避免注射过快。⑧注射液应当新鲜配置，立即使用。

（2）局部刺激：肌肉注射可引起局部疼痛、红肿、硬结等。

（3）赫氏反应：青霉素在治疗梅毒、钩端螺旋体病、雅司、鼠咬热或炭疽时，可有症状加剧现象，称赫氏反应或治疗矛盾。表现为全身不适、寒战、发热、咽痛、胁痛、心跳加快等，同时可有病变加重现象，可危及生命。

头孢菌素类抗生素

与青霉素 G 比较具有以下特点：①化学结构相似，均有一个 β 内酰胺环。②理化特性相似，抗菌机制相同。③抗菌谱更广，对多数革兰阴性杆菌也有效。④耐青霉素酶，对产酶的金黄色葡萄球菌有效。⑤过敏反应较少。主要用于对青霉素 G 治疗无效的感染，如产青霉素酶的金黄色葡萄球菌和革兰阴性杆菌所致的多种严重感染。

1. 药理作用及临床应用

头孢菌素类抗生素可分为四代，各代药物的作用特点和应用情况如下。

第一代：对革兰阳性菌的作用强于第二、三代，对革兰阴性菌的作用弱于第二、三

代，对肾脏有一定毒性，对铜绿假单胞菌、耐药肠杆菌和厌氧菌无效。口服用于治疗革兰阳性菌所致的轻、中度感染，注射则用于中度和严重的敏感菌感染。

第二代：对革兰阳性球菌作用相似或弱于第一代，强于第三代，对革兰阴性杆菌作用较第一代强，对肾的毒性较第一代低，对厌氧菌有一定作用。可作为一般革兰阴性菌感染的首选药。

第三代：对革兰阳性菌的抗菌活性不及第一、二代，对革兰阴性菌抗菌谱增宽，包括肠杆菌属、铜绿假单胞菌及厌氧菌如脆弱拟杆菌均有较强的作用，对肾基本无毒性，体内分布广，组织穿透力强，可在各组织、体液、体腔中达到有效浓度。口服主要用于革兰阴性菌所致的各系统中度感染；注射用于耐药的革兰阴性菌引起的严重感染，以及以革兰阴性菌为主要致病菌，兼有厌氧菌和革兰阳性菌的混合感染且病情危重者，

第四代：对革兰阳性球菌作用增强，对革兰阴性菌作用强大，超过第三代头孢菌素。用于对其他抗生素耐药的细菌引起的各系统严重感染或其他抗生素治疗无效的严重感染。

2. 不良反应

常见的有皮疹等过敏反应，偶见过敏性休克。5% ~ 10% 与青霉素类抗生素有交叉过敏现象。第一代大剂量可出现肾近曲小管坏死，第二代肾毒降低，第三代更低，第四代对肾脏基本无毒。

要点三　大环内酯类与林可霉素类抗生素

大环内酯类抗生素是快速抑菌剂，其抑菌机制为：能与细菌核糖体的 50S 亚基结合，抑制转肽作用和抑制 mRNA 的位移，从而抑制细菌蛋白质的合成。由于林可霉素、克林霉素和氯霉素在细菌核糖体 50S 亚基上的结合点与大环内酯类相同或相近，所以合用可发生拮抗而降低抗菌活性。

红霉素

红霉素不耐酸，在酸性溶液中易分解失活，常制成肠溶片及酯化物。可广泛分布至各种组织和体液中，尤其在胆汁和前列腺组织中浓度高。主要在肝脏代谢和从胆汁排泄，可形成肝肠循环。

1. 药理作用

低浓度抑菌，高浓度杀菌。抗菌与青霉素 G 相似但稍广。对革兰阳性菌有强大的抗菌作用；对革兰阴性菌也有较强作用；对除脆弱拟杆菌和梭杆菌属以外的各种厌氧菌也有相当的抗菌作用；对螺旋体、肺炎支原体及螺杆菌、立克次体、衣原体也有抑制作用。

2. 临床应用

（1）耐青霉素的金黄色葡萄球菌感染及对青霉素过敏者；溶血性链球菌、肺炎球菌等革兰阳性球菌引起的扁桃体炎、猩红热、丹毒。

（2）首选治疗军团菌病、弯曲杆菌所致败血症或肠炎、支原体肺炎、沙眼衣原体所致的婴儿肺炎等。

（3）沙眼衣原体结膜炎、泌尿生殖系统衣原体感染。

（4）厌氧菌所致口腔感染。

3. 不良反应

口服大剂量可出现胃肠道反应，如恶心、呕吐、腹痛和腹泻；静脉注射乳糖酸盐可发生血栓性静脉炎；口服依托红霉素或琥乙红霉素可引起肝损害，出现氨基转移酶升高、肝肿大及胆汁郁积性黄疸等，一般于停药数日后即可恢复；口服红霉素也可引起伪膜性肠炎。耳毒性，可引起耳鸣、听力减退等。

要点四　氨基糖苷类与多肽类抗生素

1. 体内过程

氨基糖苷类是强极性化合物，口服难吸收，仅用于肠道感染或肠道术前准备。肌内注射吸收迅速而完全。氨基糖苷类主要分布于细胞外液（但脑脊液中药物浓度低），所以对细胞内细菌感染效果较差。在肾皮质和内耳内、外淋巴液有高浓度积聚，是肾毒性和耳毒性的原因。主要以原形由肾小球滤过排泄，尿中药浓度高，可用于泌尿道感染。肾功能明显减退的患者可延长体内时间，肾功能不良的患者必须调整用药剂量以避免药物的蓄积中毒。

2. 药理作用

快速杀菌药，对静止期细菌有较强作用。抗菌谱较广，主要对各种需氧革兰阴性杆菌有强大的杀菌作用。其杀菌特点是：①杀菌速率和杀菌持续时间与浓度呈正相关。②仅对需氧菌有效，对厌氧菌无效。③存在抗菌后效应。④在碱性环境中抗菌活性增强。

抗菌机制：主要是抑制细菌蛋白质合成，对蛋白质合成的始动、延伸、终止三个阶段均有作用，可造成细菌体内核糖体耗竭及蛋白质合成受阻。此外，还可使细菌细胞膜缺损，膜通透性增加，细胞内重要物质外漏，加速细菌的死亡。

3. 临床应用

主要用于敏感革兰阴性杆菌所致的全身感染；口服可用于消化道感染、肠道术前准备、肝昏迷用药等；制成外用软膏或眼膏或冲洗液可治疗局部感染。此外，链霉素、卡那霉素可作为结核治疗药物。

4. 不良反应

（1）第八对脑神经损害：由于该类药物在内耳外淋巴液内蓄积，可引起前庭功能障碍和耳蜗神经损害。前庭功能障碍主要表现为眩晕、恶心、呕吐、头晕、视力减退、眼球震颤、共济失调。耳蜗神经损害表现为耳鸣、听力减退甚至耳聋等。该类药物的耳毒性直接与其在内耳淋巴液中较高的药物浓度有关，可损害内耳柯蒂器内、外毛细胞的能量产生及利用，造成毛细胞损伤。

（2）肾脏损害：通常表现为蛋白尿、管型尿、血尿等，严重时可导致无尿、氮质血症和肾衰。停药后一般可恢复。老年人及肾功能不良者宜减量使用或慎用。注意应避免与肾毒性药物合用并定期进行肾功能检查，有条件者应做血药浓度监测。肾功能减退患者应慎用或调整给药方案。

（3）变态反应：可见药热、皮疹、口周发麻、血管神经性水肿等过敏反应。偶可引起过敏性休克，尤其是链霉素，发生率虽较青霉素低，但死亡率高，应引起警惕。

（4）神经肌肉阻滞：静脉滴注速度过快或浓度过高时，对神经肌肉产生箭毒样阻断作用，导致呼吸肌麻痹，引发严重后果。抢救时应立即静脉注射新斯的明和钙剂，其他措施同抢救休克。应避免合用肌肉松弛药、全麻药等。

庆大霉素

庆大霉素是该类药物中最常用者。对各种需氧革兰阴性杆菌，包括铜绿假单胞菌作用强大，对结核杆菌无效。主要用于：①革兰阴性杆菌感染，如败血症、脑膜炎等，为首选药物。②铜绿假单胞菌感染，常合用羧苄西林。③细菌性心内膜炎，与青霉素合用。④原因未明的严重感染，常与羧苄西林或头孢菌素合用。⑤口服可用于胃肠道术前消毒，治疗肠道感染、幽门螺杆菌引起的慢性胃炎及消化性溃疡。

要点五　四环素类

四环素

1. 体内过程

口服时胃肠道吸收不规律，也不完全。口服时可与乳制品、抗酸药、食物或药物中的Ca^{2+}、Mg^{2+}等金属阳离子发生螯合而影响吸收。在体内分布广泛，但脑脊液中浓度较低，能与钙结合沉积于骨和牙齿内。

2. 药理作用

为快速抑菌药，有非常广的抗菌谱，包括多数的革兰阳性和阴性菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体和一些原虫（如阿米巴）等。

3. 临床应用

四环素类是衣原体、支原体、立克次体、布鲁病和霍乱弧菌感染的首选用药和一些螺旋体感染的选择用药，同时也是各种细菌感染的次选药物。

4. 不良反应

（1）局部刺激：口服常引起恶心、呕吐、上腹部不适、厌食和腹泻等症状。肌肉注射可致剧痛及局部坏死。静脉滴注有时可引起静脉炎。

（2）二重感染（菌群交替症）：正常人体的口腔、鼻咽部、消化道等处有多种微生物寄生，相互拮抗而维持相对平衡的共生状态。长期使用广谱抗生素，使敏感菌受到抑制，而一些不敏感菌如真菌或耐药菌乘机大量繁殖，造成新的感染，称为二重感染，又称菌群交替症，多见于老、幼、体弱、抵抗力低的患者及合用糖皮质激素或抗恶性肿瘤药的患者。常见的二重感染包括：①真菌感染。表现为鹅口疮、肠炎，应立即停药并同时进行真菌治疗。②对四环素耐药的难辨梭菌引起的假膜性肠炎，引起肠壁坏死、体液渗出、剧烈腹泻，甚至脱水或休克等症状，可危及生命，应立即停药并选用万古霉素或甲硝唑治疗。

（3）损害骨骼和牙齿：四环素类药能与新形成的骨、牙组织中沉积的钙结合，造成牙齿黄染、龋齿或发育不良，还可抑制婴幼儿骨骼的生长。

（4）其他：四环素类药可损害肝功能或造成肝坏死，特别是在妊娠或肝功能已受损时，可致过敏反应。

氯霉素

氯霉素脂溶性高，口服吸收快而完全。可分布于全身各组织和体液，包括中枢神经系

统和脑脊液中。药物在脑脊液中的浓度较其他抗生素高。氯霉素大部分在肝脏与葡萄糖醛酸结合而灭活，原型药或代谢产物经肾脏排泄，但在泌尿系统中也能达到有效抗菌浓度，部分活性药物还可分泌进入胆汁。

2. 药理作用

是广谱抗菌药，对革兰阴性菌的抑制作用强于革兰阳性菌，基本上是抑菌药，高浓度杀菌。对流感杆菌、肺炎链球菌、脑膜炎球菌作用强；对革兰阳性菌的抗菌活性不如青霉素类和四环素类；对立克次体属、支原体、螺旋体和沙眼衣原体等也有抑制作用。

3. 临床应用

氯霉素的毒性较大，临床应用受到限制，仅适用于某些敏感菌所致的严重感染，如伤寒、副伤寒、流感杆菌性脑膜炎、立克次体感染等。局部也用于治疗沙眼、结膜炎、耳部表浅感染等。

4. 不良反应

（1）抑制骨髓造血功能：①可逆性的血细胞减少。较为常见，这种反应发生率和严重程度与剂量和疗程呈正相关，表现为白细胞和粒细胞减少，继而血小板减少。②不可逆性再生障碍性贫血，这种反应与剂量和疗程无关，常见于初次用药 3 ~ 12 周，各类血细胞均减少，虽极罕见，但死亡率高。可能与骨髓造血细胞线粒体内的核糖体与细菌内的核糖体同是 70S 组成，所以对氯霉素敏感。

（2）灰婴综合征：由于新生儿和早产儿肝功能发育不全，葡萄糖醛酸基转移酶的含量和活性较低，解毒功能差和肾脏功能发育不全，排泄功能低下，而引起的氯霉素蓄积中毒，表现为腹胀、呕吐、体温过低、休克、虚脱、呼吸抑制乃至皮肤灰白、紫绀，最后循环衰竭、休克等症状。

（3）其他：口服发生胃肠道反应，长期应用也会引起二重感染；少数患者可出现神经炎、中毒性精神病或皮疹、药热、血管神经性水肿等过敏反应；还可见溶血性贫血（葡萄糖 -6 - 磷酸脱氢酶缺陷者）。

要点六　抗真菌药与抗病毒药

（一）抗真菌药

治疗真菌病的药物根据来源不同分为两类：①抗真菌抗生素，如两性霉素 B、制霉素等。②合成抗真菌药，主要是唑类抗真菌药，此外还有丙烯胺类和氟胞嘧啶等。

对于浅部真菌感染，主要治疗药物是制霉素或局部应用的咪唑类抗真菌药。深部真菌感染治疗药物主要是两性霉素 B、咪康唑、氟康唑及伊曲康唑等唑类抗真菌药物。

两性霉素 B

口服、肌内注射均难吸收，临床多采用静脉滴注给药。血浆蛋白结合率约 90%，不易通过血脑屏障，主要在肝脏代谢，肾脏排泄，消除缓慢。

1. 药理作用

两性霉素 B 是广谱抗真菌药，对各种深部真菌如念珠菌、新隐球菌、荚膜组织胞浆菌及皮炎芽生菌等有强大抑制作用，高浓度有杀菌作用。

两性霉素 B 可选择性地与真菌细胞膜上固醇类结合，在细胞膜上形成孔道，增加细胞膜通透性，导致细胞内核苷酸、氨基酸等重要物质外漏，使真菌死亡。细菌细胞膜不含类固醇，所以两性霉素 B 对细菌无效。

2. 临床应用

静脉滴注用于治疗深部真菌感染，脑膜炎时还可配合鞘内注射。口服仅用于肠道真菌感染。局部应用可治疗浅部真菌感染。

3. 不良反应

静脉滴注可出现高热、寒战、头痛、恶心、呕吐，静脉滴注过快出现血压下降、心律失常、眩晕、惊厥；有肾毒性，表现为蛋白尿、管型尿及尿素氮增高；也可出现贫血、血小板及白细胞减少、肝损害等。

（二）抗病毒药

抗病毒药物可在不同阶段阻断病毒的生长繁殖而发挥治疗作用：①阻止病毒吸附于宿主细胞。②阻止病毒进入宿主细胞内或脱壳。③抑制病毒核酸复制，影响 DNA 合成。④通过增强宿主抗病能力而抑制病毒转录、翻译、装配等过程。由于病毒严格的胞内寄生特性及病毒复制时依赖于宿主细胞的许多功能，导致药物在抗病毒的同时也可能杀伤宿主的正常细胞，由此导致抗病毒药的应用受到一定限制。此外，病毒在不断复制中产生错误而形成变异，也使得抗病毒药物的疗效很差。

阿昔洛韦

阿昔洛韦是核苷类抗 DNA 病毒药物。

1. 药理作用

阿昔洛韦是广谱高效抗病毒药，其中对单纯疱疹病毒（HSV）的作用最强，对乙型肝炎病毒也有一定作用。阿昔洛韦在被感染的细胞内，在病毒腺苷激酶和细胞激酶的催化下，转化为三磷酸无环鸟苷，对病毒 DNA 多聚酶呈强大的抑制作用，阻止病毒 DNA 的合成。但阿昔洛韦对 RNA 病毒无效。

2. 临床应用

阿昔洛韦是治疗 HSV 感染的首选药；局部应用治疗 HSV 引起的皮肤和黏膜感染，如角膜炎、皮肤黏膜感染、带状疱疹病毒感染；口服或静脉注射治疗生殖器疱疹、疱疹病毒脑炎等；对乙型肝炎有明显近期效果。

3. 不良反应

可见转氨酶升高、皮疹；偶可出现肾功能损害。过敏体质及精神异常者禁用。

要点七　抗菌药物的合理应用

（一）合理应用抗菌药物的基本原则

1. 明确病原诊断。
2. 掌握药物特点合理选药。
3. 熟悉患者状况。

4. 制订合理方案。

5. 避免局部用药。

6. 严格预防性用药。

（二）抗菌药物的联合应用

临床上对绝大多数的感染性疾病，一般只用一种抗菌药物治疗即可。不必要或不合理地联合应用抗菌药物，不仅会使不良反应及费用增加，耐药菌也更易出现，有时反而会由于药物相互间发生拮抗作用而降低疗效。因此，我们必须了解抗菌药物联合用药的目的、指征及可能出现的结果等，做到合理地联合用药。

（三）联用的目的

提高疗效，降低毒性，扩大抗菌谱，延缓或减少抗药性的产生。

（四）联用的指征

单一药物可有效治疗的感染不需联合用药，仅在下列情况时有指征联合用药：

1. 病原菌尚未查明的严重感染，包括免疫缺陷者的严重感染。

2. 单一抗菌药物不能控制的需氧菌及厌氧菌混合感染，两种或两种以上病原菌感染。

3. 单一抗菌药物不能有效控制的感染性心内膜炎或败血症等重症感染。

4. 需长程治疗，但病原菌易对某些抗菌药物产生耐药性的感染，如结核病、深部真菌病等。

5. 由于药物协同抗菌作用，联合用药时应将毒性大的抗菌药物剂量减少，如两性霉素 B 与氟胞嘧啶联合治疗隐球菌脑膜炎时，前者的剂量可适当减少，从而减少其毒性反应。联合用药时宜选用具有协同或相加抗菌作用的药物联合，如青霉素类、头孢菌素类等其他 β 内酰胺类与氨基糖苷类联合，两性霉素 B 与氟胞嘧啶联合。联合用药通常采用两种药物联合，三种及三种以上药物联合仅适用于个别情况，如结核病的治疗。此外，必须注意联合用药后药物不良反应将增多。

（五）联合用药的可能效果

抗菌药物根据其作用性质可分为四类：Ⅰ类为繁殖期杀菌剂，如青霉素类及头孢菌素类；Ⅱ类为静止期杀菌剂，如氨基糖苷类、多黏菌素类及喹诺酮类；Ⅲ类为速效抑菌剂，如四环素类、林可霉素类、氯霉素及大环内酯类；Ⅳ类为慢效抑菌剂，如磺胺类。

各类抗菌药联用的可能效果为：Ⅰ类 + Ⅱ类 = 协同，原因是Ⅰ类药物使细菌细胞壁缺损，使Ⅱ类药物易于进入菌体内的作用靶位；Ⅰ类 + Ⅲ类 = 拮抗，原因是Ⅲ类药物可迅速抑制细菌细胞蛋白质合成，使细菌处于静止状态，致使Ⅰ类药物难以发挥其繁殖期杀菌作用；Ⅲ类 + Ⅳ类 = 相加，因两类均为抑菌药，Ⅱ类 + Ⅲ类也可获得相加或增强作用；Ⅰ类 + Ⅳ类 = 无关或相加，因Ⅳ类为慢效抑菌药，并不影响Ⅰ类的杀菌活性。如青霉素与 SD 合用于治疗流行性脑膜炎时可发生相加作用。

要点八　抗结核病药

异烟肼

异烟肼是治疗结核病的主要药物。

1. 体内过程

口服吸收快而完全，其穿透力强，可广泛分布于全身组织细胞和体液中，在脑脊液、胸水、腹水、胆汁、关节腔、干酪样病灶及淋巴结中都可达到一定浓度，且易通过血脑屏障。异烟肼大部分在肝脏内代谢成无效的乙酰异烟肼和异烟酸，代谢产物及少量原型药物由肾脏排出。异烟肼在肝内乙酰化速度受遗传基因影响，有明显的种族和个体差异。

2. 药理作用

异烟肼能选择性作用于结核分枝杆菌，对生长旺盛的活动期结核杆菌有强大的杀灭作用，对静止期结核杆菌有抑制作用。因其穿透性强，能渗透入吞噬细胞，对细胞内外的结核杆菌均有作用，所以称为全效杀菌药。

3. 临床应用

异烟肼是抗结核病的首选药之一，对早期轻症肺结核或预防用药时可单用，规范化治疗时必须与其他一线抗结核药合用；对急性粟粒性结核和结核性脑膜炎应增大剂量，延长疗程，必要时静脉滴注给药。

4. 不良反应

异烟肼的口服安全性很高，副作用很少。

（1）神经系统：常见反应为周围神经炎，表现为四肢乏力、反射迟钝、麻木、手指、脚趾疼痛、步态不稳等；过量时可引起中枢神经系统毒性，出现头痛、头晕、惊厥、精神错乱，偶尔可见中毒性脑病或中毒性精神病。

（2）肝脏毒性：异烟肼可损伤肝细胞，引起转氨酶升高、食欲减退、腹胀及黄疸等，严重者可出现肝小叶坏死甚至死亡。

（3）其他：可致过敏反应，如药热、皮疹；偶尔可引起粒细胞缺乏、血小板减少、再生障碍性贫血等；用药期间也可能产生脉管炎及关节炎综合征。

利福平

1. 药理作用

具有广谱抗菌作用，对繁殖期和静止期的细菌均有作用。对结核杆菌、麻风杆菌和革兰阳性球菌特别是耐药金黄色葡萄球菌有强大抗菌作用，对革兰阴性菌如大肠杆菌、变形杆菌、流感杆菌等，以及沙眼衣原体和某些病毒也有抑制作用。低浓度抑菌，高浓度杀菌，且由于穿透力强，对细胞内、外的结核杆菌均有作用。

2. 临床应用

是目前治疗结核病最有效的药物之一，用于治疗各种结核病，单用易产生耐药性，常与其他抗结核药合用。与异烟肼合用于重症患者的初治效果最好，也可用于治疗麻风病和耐药金黄色葡萄球菌及其他敏感细菌所致的感染。局部用药可用于沙眼、急性结膜炎及病毒性角膜炎的治疗。

3. 不良反应

主要有：①胃肠道反应，常见恶心、呕吐、食欲不振、腹痛、腹泻。②肝脏损害，少数患者出现黄疸、肝肿大。有肝病、嗜酒者及老年患者，或与异烟肼合用时较易发生。③过敏反应，如皮疹、药热、血小板和白细胞减少等多见于间歇疗法，出现过敏反应时需停

药。④流感综合征，大剂量间隔使用时偶尔会出现，表现为发热、寒战、头痛、嗜睡、肌肉酸痛等类似感冒样症状。

细目七　营养保健药

要点　营养补充药

营养补充药主要有维生素类、微量元素、核酸、氨基酸及脂肪和糖制剂。临床上应依据明确诊断选择。同时，这些药物大多具有一定的不良反应。应掌握各种营养保健药的主要用途。

（方泰惠）

传　染　病　学

第一单元　传染病学总论

细目一　传染病流行过程与特征

要点一　传染病的流行过程

有传染源、传播途径、易感人群三个基本条件（环节）。

要点二　传染病的特征

1. 基本特征

有病原体、有传染性、有流行病学特征、有感染后免疫等特征。

2. 临床特征

（1）根据病程发展的阶段性，分为潜伏期、前驱期、症状明显期、恢复期、复发与再燃、后遗症期等。

（2）常见的症状和体征：发热、发疹、毒血症、单核－巨噬细胞系统反应等。

细目二　传染病的诊治与预防

要点一　传染病的诊断

1. 西医诊断

（1）流行病学资料：包括发病地区、发病季节、接触史、预防接种史、既往患传染病情况，还包括年龄、籍贯、职业、流行地区旅居史等。

（2）临床资料：包括详询病史及全面体格检查的发现，并加以综合分析。

（3）实验室检查及其他检查 应重视有诊断和鉴别诊断意义的病原学检查。

2. 中医治疗辨证及诊法

（1）中医辨证：分卫气营血辨证、三焦辨证、六经辨证（太阳病证、阳明病证、少阳病证、太阴病证、少阴病证、厥阴病证）等。

（2）中医诊法：根据望、闻、问、切四诊，掌握病邪的消长，尤其是舌象、脉象的变化与主病主证密切相关，是辨证的重要依据。同时，应注意外感病具有起病急、多有发热、病情变化快等特点。

要点二　传染病的治疗

1. 西医治疗

（1）治疗原则：对传染病患者的治疗，不仅为了促进其康复，还在于控制传染源。要坚持治疗、护理与隔离、消毒并重，一般治疗、对症治疗与特效治疗并重的原则。

（2）治疗方法：包括一般及支持疗法，病原或特效疗法，对症疗法（如降温、给氧、解痉止痛、抗惊厥、补液、纠正酸中毒、抗休克、抗呼吸衰竭等），康复疗法等。

2. 中医治疗

（1）治疗原则：审证求因，审因论治；分析病机，确定治法；辨证与辨病相结合等。

（2）治疗方法：常用解表法、清气法、和解法、化湿法、通下逐邪法、清营凉血法、开窍法、息风法、滋阴生津法、固脱法等。另外，还有外洗、灌肠、针灸等疗法。

要点三　传染病的预防

应当遵循以下两者相结合的原则：针对传染病流行过程三环节采取综合性措施，根据各个传染病的特点采取起主导作用的措施。

1. 管理传染源

对患者和病原体携带者实施管理，要求早发现、早诊断、早报告、早隔离，积极治疗患者。传染病报告制度是早发现传染病的重要措施。

2. 切断传播途径

对于消化道传染病、虫媒传染病以及许多寄生虫病来说，切断传播途径通常是起主导作用的预防措施。

3. 保护易感人群

主要是提高人体免疫力。

要点四　近几年所发传染病的中医认识

传染病属于中医“瘟疫”范畴，长久以来中医药在防治“瘟疫”方面积累了丰富的经验。近年来新发传染病层出不穷，已经列入我国传染病法的有传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感、手足口病、甲型 H1N1 流感。中医药在诊治上述新发传染病中取得了成功经验。中医理论认为，传染病的发生是由气候环境因素、人体内在因素和戾气、时行之气共同作用的结果。中医、中西医结合治疗可改善患者的发热等症状、缩短病程、减少合并用药、降低病死率。中医药预防可以提高易感人群免疫力，减少或减轻发病，特别是新发传染病没有疫苗预防时，中医药是预防的重要措施。

（李秀惠）

第二单元　常见传染病

细目一　病毒性肝炎

要点一　病原学

病毒性肝炎的病原体是肝炎病毒，目前已证实甲、乙、丙、丁、戊五型肝炎病毒是病毒性肝炎的致病因子，但不除外仍有未发现的肝炎病毒存在。

要点二　流行病学

1. 传染源

甲型、戊型肝炎的传染源为急性患者和隐性感染者，乙型、丙型、丁型肝炎的传染源为急、慢性患者和病毒携带者。

2. 传播途径

（1）甲型肝炎、戊型肝炎经粪口途径传播。

（2）乙型肝炎、丁型肝炎主要经母婴传播和血液、体液传播。

（3）丙型肝炎主要通过输血和注射传播，也可通过母婴传播。

3. 易感人群

（1）甲型肝炎：抗 HAV 阴性者。

（2）乙型肝炎：抗 HBs 阴性者。

（3）丙型肝炎：普遍易感。

（4）丁型肝炎：与 HBV 同时感染或在慢性 HBV 感染基础上感染。

（5）戊型肝炎：青壮年多见，男性多于女性。

4. 流行特征

甲型肝炎、戊型肝炎多呈散发、暴发交替出现。乙型肝炎有明显的地域、性别差异，有家庭聚集现象。丙型肝炎与乙型肝炎类似，但主要与手术及输血等有关。丁型肝炎的流行特征与乙型肝炎相似。

要点三　病机病理

1. 西医发病机制及病理

（1）甲肝病毒在肝细胞的内质网增殖，早期主要是 HAV 本身的致病作用，随后是一种免疫病理损害。其主要病理改变是点状分布的肝细胞变性、液化坏死，并有一部分细胞浆脱水、紧缩、形成嗜酸小体。

（2）乙肝病毒进入人体，通过血液到肝脏，进入肝细胞内复制。肝细胞病变主要取决

于机体的免疫应答。

（3）丙肝病毒感染机体主要是通过激活病毒特异性细胞毒性 T 细胞，引发肝损伤。

（4）丁肝病毒通过对肝细胞直接损害引起肝脏病变。

（5）戊肝病毒主要由免疫应答介导，可诱发肝脏的坏死。

2. 中医病因病机

病毒性肝炎属中医“黄疸”、“胁痛”等范畴。急性肝炎多是在饮食不洁（节），或劳累过度，或嗜酒过度等因素下，“湿热疫毒”入侵而发病。湿热疫毒郁于中焦脾胃，交蒸于肝胆，以致肝失疏泄，胆汁外溢，发为黄疸。慢性肝炎是由于湿热缠绵，邪正相争，日久则“湿热毒瘀邪未尽，肝郁脾肾气血虚”，病程迁延不愈。病位在肝、胆、脾胃。

要点四　临床表现

1. 急性肝炎

病程在 6 个月内，包括急性黄疸型肝炎和急性无黄疸型肝炎。

2. 慢性肝炎

仅见于乙、丙、丁型肝炎。病程超过 6 个月，依病情轻重可分轻、中、重度。

3. 重型肝炎

发病率低，但病死率较高。根据病理组织学特征和病情发展速度，可分为急性重型肝炎、亚急性重型肝炎、慢性重型肝炎。其中 2010 年病毒性肝炎指南将慢性重型肝炎分为慢加急性肝衰竭和慢性肝衰竭。

4. 淤胆型肝炎

黄疸深，且持续时间长，皮肤瘙痒，大便灰白，可有肝脾肿大等。

5. 肝炎肝硬化

根据肝脏炎症情况，分为活动性与静止性两型；根据肝脏组织病理及临床表现，分为代偿性肝硬化和失代偿性肝硬化。

要点五　实验室及其他检查

1. 血常规

部分慢性肝炎患者可有血小板、白细胞、红细胞的减少。

2. 肝功能检查

可有血清转氨酶、白蛋白、球蛋白、胆红素、凝血酶原时间、凝血酶原活动度等不同程度的异常。

3. 病原学检查

（1）甲型肝炎：抗 - HAV IgM 是近期感染的标志，有早期诊断价值。

（2）乙型肝炎：HBsAg 阳性是现症感染标志，HBeAg、HBcAg、抗 - HBc IgM、HBV - DNA 阳性均为病毒复制活跃指标，抗 - HBs 为保护性抗体。

（3）丙型肝炎：抗 - HCV 为非保护性抗体，是病毒感染的标志。HCV - RNA 阳性是

HCV 感染及复制活跃的标志。

（4）丁型肝炎：HDAg 是 HDV 感染的直接标志。

（5）戊型肝炎：抗 - HEV IgM 是 HEV 近期感染的标志，有早期诊断价值。

4. 肝组织病理检查

是确定诊断的标准，是判定炎症和纤维化程度及评估疗效的指标。

5. 影像学检查

B 型超声检查对肝硬化、脂肪肝及肝内占位病变的诊断、阻塞性黄疸的鉴别诊断有意义。

要点六　诊断与鉴别诊断

1. 诊断

有流行病学史、相应的临床表现及实验室病原学检查阳性可予诊断。慢性乙型肝炎根据 HBeAg 诊断为 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎和 HBeAg 阴性慢性乙型肝炎。

2. 鉴别诊断

（1）急、慢性肝炎出现黄疸者，要与溶血性黄疸、肝外阻塞性黄疸等相鉴别，后两者都有诱发因素。

（2）需要与其他原因引起的肝炎如中毒性肝炎、药物性肝炎、酒精性肝炎、自身免疫性肝炎和脂肪肝等鉴别。

要点七　治疗

1. 治疗原则

急性肝炎以保证足够的休息、合理营养为主，一般具有自限性，不需病原治疗；慢性肝炎目前一般认为应以抗病毒治疗为主，辅以适当药物，避免饮酒、过劳和应用损害肝脏的药物。

2. 中医辨证论治

（1）急性肝炎

①阳黄证：湿热蕴蒸型，治疗原则为清热解毒，利湿退黄。方药用茵陈蒿汤加减。湿重于热，可用茵陈五苓散加减。

②阴黄证：寒湿阻遏型，治疗原则为健脾和胃，温中化湿。方药用茵陈术附汤加减。

③无黄证：肝郁气滞型，治疗原则为疏肝理气。方药用柴胡疏肝散加减或逍遥散加减。

（2）慢性肝炎

①肝胆湿热型，治疗原则为清利湿热，凉血解毒。方药用茵陈蒿汤加凉血解毒药。

②肝郁脾虚型，治疗原则为疏肝和胃。方药用逍遥散加减。

③肝肾阴虚型，治疗原则为养血柔肝，滋阴补肾。方药用一贯煎或滋水清肝饮化裁。

④瘀血阻络型，治疗原则为活血化瘀，散结通络。方药用血府逐瘀汤，或膈下逐瘀汤，或鳖甲煎丸化裁。

⑤脾肾阳虚型，治疗原则为健脾益气，温肾扶阳。方药用附子理中汤合五苓散或四君子汤合肾气丸加减。

（3）重型肝炎

①毒热炽盛型，治疗原则为清热解毒，凉血救阴。方药用神犀丹加减。

②脾肾阳虚、痰湿蒙闭型，治疗原则为健脾温肾，行气利水，化痰开窍。方药用茵陈四逆汤合菖蒲郁金汤加减。

③气阴两虚、脉络瘀阻型，治疗原则为益气救阴，活血化瘀。方药用生脉饮合桃红四物汤加减。

要点八　预防

1. 控制传染源

肝炎患者和病毒携带者是本病的传染源。急性患者应隔离治疗至病毒消失。慢性患者和病毒携带者应养成良好卫生习惯，防止经血液、体液传染他人。

2. 切断传播途径

（1）甲型和戊型肝炎：重点在搞好卫生防护，防止“病从口入”。

（2）乙、丙、丁型肝炎：重点在于防止通过血液和体液传播。

3. 保护易感人群

（1）甲型肝炎：在甲型肝炎流行期间，易感人群应注射甲肝疫苗。

（2）乙型肝炎：接种乙肝疫苗是我国预防和控制乙型肝炎流行的最关键措施。意外暴露于 HBV 的易感者及 HBeAg 阳性母亲所生的新生儿可尽早注射乙肝免疫球蛋白，获得被动免疫。

（3）目前对丙、丁、戊型肝炎尚缺乏特异性免疫预防措施。

细目二　肾综合征出血热

要点一　病原学

肾综合征出血热（HFRS）是由汉坦病毒引起的，以鼠类为主要传染源的一种自然疫源性疾病。我国流行的主要是Ⅰ型汉滩病毒（野鼠型）及Ⅱ型汉城病毒（家鼠型）。

要点二　流行病学

1. 传染源

我国黑线姬鼠、褐家鼠为主要宿主动物及传染源。患者不是本病的主要传染源。

2. 传播途径

病毒可通过呼吸道、消化道、接触、虫媒、母婴等多种途径传播。

3. 易感性

人群普遍易感。

4. 流行特征

（1）地区性：本病主要分布在亚洲，我国疫情严重。

（2）季节性和周期性：野鼠型发病高峰多在秋冬季，家鼠型主要发生在春季和夏初。

（3）人群分布：以男性青壮年发病率高。

要点三　病机病理

1. 西医发病机制

汉坦病毒对人体呈泛嗜性感染，引起机体多器官损伤的机制包括病毒直接作用、免疫作用及各种细胞因子和介质的作用。

2. 中医病因病机

本病属中医“瘟疫”、“疫斑”、“疫疹”等范畴。由疫疠之气所致，主要病机是热毒侵袭卫表，邪正相争，之后迅速传气入营而导致气营两燔，变证丛生。

要点四　临床表现

典型临床病例病程中有发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期和恢复期五期经过。根据发热、中毒症状和出血、休克、肾功能损害的严重程度，可分为轻型、中型、重型、危重型和非典型型5型。

1. 发热期

主要表现为全身中毒症状、毛细血管损伤和肾损害等。全身中毒症状表现为头痛、腰痛、眼眶痛（三痛症），出现中毒性神经精神症状者多数可发展为重型。毛细血管损伤表现为充血、出血和渗出水肿征。皮肤充血表现为颜面、颈、胸背潮红（三红征），重者呈醉酒貌，黏膜充血见于眼结膜、软腭和咽部。皮肤出血常见于腋下和胸背部。黏膜出血常见于软腭、眼结膜。渗出水肿征表现在球结膜。肾损害表现在蛋白尿和尿镜检发现管型。热退后病情反而加重是本期的特点。

2. 低血压休克期

主要为中毒性低血容量性休克的表现，于病程3～7天发生的低血压休克称为原发性休克，少尿期以后发生的休克称为继发性休克。

3. 少尿期

主要表现为尿毒症，酸中毒和水、电解质紊乱。严重者出现高血容量综合征和肺水肿。

4. 多尿期

每日尿量显著增多至2000ml即进入多尿期。根据尿量和氮质血症情况可以分为以下三期：移行期、多尿早期、多尿后期。

5. 恢复期

经过多尿期后，血尿素氮、肌酐降至正常，为进入此期的标志。

要点五　实验室检查

1. 血常规

早期出现血小板降低，白细胞升高，以中性粒细胞为主，病后 4 ~ 5 日开始有淋巴细胞增多。

2. 尿常规

早期出现尿蛋白，尿镜检发现管型和红细胞。

3. 血液生化检查

在低血压休克期即开始有血尿素氮和肌酐升高，少尿期及多尿期达高峰以后逐渐下降；少尿期血钾多升高。

4. 凝血功能检查

若出现 DIC，高凝期凝血时间缩短，低凝期凝血酶原时间延长，纤维蛋白原降低。纤溶亢进期则纤维蛋白降解产物（FDP）升高，血浆鱼精蛋白副凝试验（3P 试验）阳性。

5. 免疫学检查

（1）特异性抗原检查：早期患者的血清、外周血白细胞及尿沉渣细胞内可检测出抗原。

（2）特异性抗体检测：血清特异性抗体 IgM 在第 1 病日即可阳性，第 3 病日阳性率接近 100%，故有早期诊断意义。发病早期和恢复期血清特异性抗体 IgG 双份血清滴度呈 4 倍以上升高有诊断价值。

6. PCR 技术

可检测出病毒 RNA，具有较高的特异性和敏感性。

要点六　诊断和鉴别诊断

1. 诊断

主要依靠流行病学史、临床症状和体征，结合实验室检查进行诊断。

2. 鉴别诊断

发热期应与上呼吸道感染、急性胃肠炎、菌痢、败血症等疾病相鉴别。休克期应与其他感染性休克鉴别。少尿期与急性肾小球肾炎及其他原因引起的肾功能衰竭相鉴别。出血倾向明显者，应与血小板减少性紫癜、伤寒肠出血等相鉴别。

要点七　治疗

目前尚无特效疗法，仍以综合疗法为主。总的原则是“三早一就”，即“早发现、早休息、早治疗及就近治疗”，防治休克、出血、肾功能衰竭和继发感染。

1. 发热期

（1）治疗原则：控制感染，减轻外渗，改善中毒症状，预防 DIC 等。

（2）中医辨证论治

①邪袭表卫型，治疗原则为清热解毒，透表散邪。方药用银翘散加减。

②热燔阳明型，治疗原则为清气泄热，解毒透邪。方药用白虎汤合银翘散加减。

③热入营血型，治疗原则为清营凉血。方药用清瘟败毒饮加减。

2. 低血压休克期

（1）治疗原则：补充血容量，纠正酸中毒，改善微循环，维护重要脏器功能等。

（2）中医辨证论治

①热厥证，治疗原则为清热凉血解毒，益气养阴救脱。方药用清营汤合生脉散加减。

②寒厥证，治疗原则为回阳救逆。方药用参附汤或参附龙牡汤。

3. 少尿期

（1）治疗原则：稳定内环境，利尿，导泻和透析治疗等。

（2）中医辨证论治

①肾阴亏虚型，治疗原则为滋阴生津，凉血化瘀，清热解毒。方药用犀角地黄汤合增液承气汤加减。

②阴虚热结型，治疗原则为滋阴利水，清热散结。方药用导赤散合知柏地黄丸加减。

4. 多尿期

（1）治疗原则：维持水和电解质平衡，防治继发感染。

（2）中医辨证论治

肾气不固型，治疗原则为补肾益气，育阴生津。方药用左归丸合生脉散加减。

5. 恢复期

（1）治疗原则：注意休息，加强营养，逐渐增加活动量。

（2）中医辨证论治

气阴两虚型，治疗原则为益气养阴。方药用生脉散加减。

6. 并发症治疗

积极防治消化道出血、脑水肿、肺水肿、ARDS 等严重并发症。

要点八　预防

积极做好疫情监测、防鼠灭鼠、食品卫生和个人卫生、疫苗注射等。

细目三　艾滋病

艾滋病全称为获得性免疫缺陷综合征（AIDS），是由人类免疫缺陷病毒（HIV）感染引起的、主要经性接触和体液传播的慢性传染病。

要点一　病原学

HIV 分为 HIV－1 和 HIV－2 两个亚型。目前全球流行的多为 HIV－1。HIV－2 毒力较弱，临床上潜伏期较长，进展为艾滋病所需时间也较久，该亚型主要在非洲局部流行。

要点二　流行病学

1. 传染源

艾滋病病人和 HIV 感染者是传染源。病毒主要存在于血液、精液、子宫和阴道分泌物、唾液、泪液、乳汁等体液中。

2. 传播途径

主要有性接触传播、血液传播和母婴传播。

3. 易感人群

人群普遍易感。高危人群包括：同性恋者、性乱者、性病病人、静脉药瘾者、艾滋病病人所生婴儿。

要点三　病机病理

1. 西医发病机制和病理

HIV 进入机体，主要与辅助 T 淋巴细胞 CD4 + 分子结合而进入靶细胞进行复制，使细胞死亡。也能感染 B 淋巴细胞、巨噬细胞等，使这些细胞的数量减少或功能受损，致细胞免疫缺陷，最终并发严重机会性感染和肿瘤。主要病变在淋巴结、胸腺等免疫器官及神经系统。

2. 中医病因病机

本病的病因病机为“正虚邪侵”。“正虚”主要指肺脾肾气血亏虚。邪侵是指“疫毒”秽邪循精室、血液等乘虚而入，伏于血络而致脏腑功能失调，病情日渐深重，致脏腑气血亏虚，甚至衰竭而亡。

要点四　临床表现

1. Ⅰ期（急性感染期）

多发生在接触 HIV 后 2 ~ 6 周，约 50% ~ 70% 的感染者可出现 HIV 病毒血症和免疫系统急性损伤，主要表现为发热、乏力、咽痛等类上呼吸道感染的症状。从感染 HIV 到出现 HIV 抗体之前或者检测不到抗体的这段时期，称为“窗口期”。

2. Ⅱ期（无症状感染期）

一般无特殊临床表现，部分患者可出现淋巴结肿大。血液中可检出 HIV 及 HIV 抗体。此期短则数月，长可 20 年，平均 8 ~ 10 年。

3. Ⅲ期（艾滋病前期）

主要表现为持续性全身淋巴结肿大综合征，指腹股沟淋巴结以外的两处以上淋巴结肿大，直径 1cm 以上，且持续 3 个月以上。

4. Ⅳ期（艾滋病期）

主要表现为由细胞免疫缺陷引起的各种机会性感染及恶性肿瘤。常见 5 种表现是体质性疾病、神经系统症状、严重的临床免疫缺陷、继发肿瘤、免疫缺陷并发的其他

疾病。

要点五　实验室检查及其他检查

1. HIV 检查

包括抗体检测、病毒载量检测等，其中 HIV 抗体检测是最常用的方法，分为初筛试验和确证试验。

2. 免疫学检查

T 细胞绝对数下降，包括 CD4 + T 淋巴细胞计数下降、CD4/CD8 < 1.0，其中 CD4 + T 淋巴细胞计数是评价机体免疫功能和判断抗病毒疗效的重要指标。

3. 常规检查

血常规、肝肾功能检查，可正常或异常。

要点六　诊断

1. HIV 感染

受检血液 HIV 抗体初筛试验阳性，确证试验阳性。

2. 艾滋病病人

HIV 抗体阳性，具有以下任何一项者：① CD4 + T 细胞计数 $< 0.2 \times 10^9$/L。②6 个月内体重减轻 10% 以上。③原因不明的持续发热，体温在 38℃ 以上，超过 1 个月。④慢性腹泻次数多于 3 次/日，超过 1 个月。⑤反复发生的细菌、真菌、病毒感染或条件致病菌感染。⑥卡波西肉瘤。

要点七　治疗

1. 抗病毒治疗

目前国际上有四类药物，分为核苷类反转录酶抑制剂、非核苷酸类反转录酶抑制剂、蛋白酶抑制剂、进入和融合抑制剂。前三类药物目前已在国内应用。目前多主张联合用药，合理且有效的联合抗病毒治疗被称之为高效抗反转录病毒疗法（HAART）。

2. 免疫治疗

采用白细胞介素 2，与抗病毒药物同时应用有助于改善患者免疫功能。

3. 并发症治疗

肺孢子虫肺炎应用复方磺胺甲噁唑。隐孢子虫感染应用螺旋霉素。弓形虫病应用螺旋霉素或克林霉素。隐球菌脑膜炎应用氟康唑或两性霉素 B 等。

4. 支持及对症治疗

输血及营养支持疗法，补充维生素等。

5. 预防性治疗

CD4 + T 淋巴细胞计数低于 0.2×10^9/L 者，应接受预防治疗，口服复方磺胺甲噁唑。

6. 中医药治疗

（1）急性感染期

① 风热表实证，治疗原则为辛凉解表，疏散风热。方药用银翘散加减。

② 风寒表实证，治疗原则为辛温解表，宣肺散寒。方药用荆防败毒散加减。

（2）HIV 无症状感染期

治疗原则为扶正祛邪，健脾益气，清热解毒化湿。方药用归脾汤、甘露消毒丸加减。

（3）艾滋病前期

① 脾肺亏虚证，治疗原则为健脾益气和胃。方药用补中益气汤、参苓白术散加减。

② 肺肾亏虚证，治疗原则为滋补肺肾。方药用沙参麦门冬汤、百合固金汤等。

（4）艾滋病期

①毒热蕴肺证，治疗原则为清热解毒，化痰止咳。方药用千金苇茎汤、竹叶石膏汤等。

②热入营血证，治疗原则为清热凉血，解毒息风。方药用清瘟败毒饮、羚角钩藤汤、安宫牛黄丸等。

③湿热中阻证，治疗原则为清热利湿。方药用葛根芩连汤、藿朴夏苓汤。

④邪毒阻络证，治疗原则为凉血解毒，化瘀散结。方药用血府逐瘀汤加减。

要点八　预防

预防的关键在于改变高危行为。

1. 普及艾滋病、性病的预防知识。
2. 确保血液安全，防止经血液制品传播 HIV。
3. 禁止静脉药瘾者共用注射器及针头。
4. 提倡安全性行为，推广使用安全套。
5. HIV 感染的女性避免妊娠。如妊娠，要进行母婴阻断，所生婴儿避免母乳喂养。
6. 防止医源性感染，使用一次性注射器，严格消毒制度。

细目四　流行性感冒

流行性感冒是由流行性感冒病毒引起的急性呼吸道传染病。

要点一　病原学

流感病毒属正黏液病毒科，分为甲、乙、丙三型。甲型流感病毒抗原变异性极强，已经引起多次世界性大流行。

要点二　流行病学

1. 传染源

病人和隐性感染者是主要传染源。发病 3 日内传染性最强。

2. 传播途径

主要在人与人之间经飞沫直接传播。

3. 人群易感性

人群普遍易感。

4. 流行特征

一般多发生在冬季，突然发生，迅速蔓延。

要点三　病机病理

1. 西医发病机制及病理

流感病毒依靠血凝素与呼吸道纤毛柱状上皮细胞受体结合，病毒进入细胞内进行复制，新增殖的病毒颗粒借神经氨酸酶的作用释放并播散。

2. 中医病因病机

一般认为本病相当于中医“外感病”、“时行感冒”的范畴。多因正气不足，卫外功能低下，感受时行疫疠毒邪。毒邪常随风邪时气，自口鼻、皮毛侵入人体，先犯肺卫，致卫外失司，肺气失宣。

要点四　临床表现

典型流感突起高热、寒战、头痛等全身症状较重，上呼吸道卡他症状相对较轻。轻型流感全身症状及呼吸道症状轻，2～3 日自愈。幼年和老年、原有基础疾病或免疫受抑制的患者感染，可见肺炎型流感，出现高热、咳嗽、呼吸困难及发绀。X 线胸片示肺部阴影，可于 5～10 日发生呼吸循环衰竭，预后较差。部分患者伴呕吐、腹泻等消化道症状的称胃肠型流感。脑膜脑炎型表现为意识障碍、脑膜刺激征等神经系统症状体征阳性。

要点五　实验室检查

1. 血常规

白细胞计数正常或减少，中性粒细胞显著减少，淋巴细胞相对增多。

2. 其他

如病毒分离、血清学检查、免疫荧光法检测抗原等。确定诊断流感主要靠病毒分离阳性。

要点六　诊断及鉴别诊断

1. 诊断

冬春季节在同一地区、短时间内（1～3 日）有大量流感样病人出现，应考虑流感。散发病例须结合流行病学、临床表现、病毒分离及血清学检查结果综合判断。

2. 鉴别诊断

本病应与其他病原体所致的上呼吸道感染相鉴别。

要点七　治疗

1. 对症治疗时儿童患者应避免应用阿司匹林，以免诱发 Reye 综合征。抗流感病毒药

物可选用金刚烷胺、甲基金刚烷胺等。

2. 中医辨证论治

（1）邪袭卫表

①外感风热型，治疗原则为辛凉解表。方药用银翘散加减。

②外感风寒型，治疗原则为辛温解表。方药用荆防败毒散加减。

③外感暑湿型，治疗原则为祛暑化湿解表。方药用藿香正气散加减或新加香薷饮加减。

④外感燥邪型，治疗原则为解表清肺润燥。方药用桑杏汤加减。

（2）热郁气分

①肺热壅盛型，治疗原则为辛凉宣肺，清热平喘。方药用麻杏石甘汤加减。。

②热灼肺胃型，治疗原则为清气泄热，除烦生津。方药用白虎汤加减。

③肺热及肠型，治疗原则为解肌清热。方药用葛根芩连汤加减。

（3）邪犯营血

①热入心营型，治疗原则为透营泄热，清心醒神。方药用犀角地黄汤加味。

②热动肝风型，治疗原则为凉肝息风。方药用羚角钩藤汤加减。

（4）余热伤阴，治疗原则为益气养阴。方药用沙参麦冬汤加减。

要点八　预防

疫苗注射是预防流感的最基本措施。每年应根据流行病学调查结果，补充或更换疫苗的抗原组成。接种时间一般在每年流行前的秋季进行。

细目五　流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎是由脑膜炎球菌引起的一种化脓性脑膜炎。

要点一　病原学

脑膜炎球菌属奈瑟菌属，可从带菌者及患者的鼻咽部、血液、脑脊液、皮肤瘀点中检出。

要点二　流行病学

1. 传染源

带菌者及流脑患者是本病的传染源。带菌者不易被发现，是更重要的传染源。

2. 传播途径

主要借飞沫经呼吸道直接传播。

3. 易感人群

普遍易感，隐性感染率高。

4. 流行特征

冬春季高发，5 岁以下儿童发病率高。

要点三　病机病理

1. 西医发病机制及病理

病原菌自鼻咽部侵入人体，病毒和宿主间的相互作用最终决定是否发病以及病情的轻重。主要病理改变是血管内皮损害，血管壁炎症、坏死及血栓形成。

2. 中医病因病机

本病主要是冬春季节感受瘟疫毒邪，若人体正气不足，难以抗御，即可发病。温邪自口鼻而入，犯于肺经，导致卫分证。化热入里，气营两燔，热入营分，则发斑疹。甚者邪陷血分，或热闭心包，神昏谵语，出现危候。

要点四　临床表现

根据临床表现的不同可分为 4 型：

1. 普通型

占全部病例的 90% 以上，按病情的进展可分为前驱期、败血症期、脑膜炎期、恢复期四期。

2. 暴发型

起病急骤，24 小时内出现意识障碍，病势凶险，死亡率高，儿童多见。根据临床表现的不同可分为休克型、脑膜脑炎型、混合型。

3. 轻型

病变轻微，可有低热、皮肤黏膜少数出血点和脑膜刺激征。脑脊液多无明显改变，咽拭子培养可有病原菌。

4. 慢性败血症型

不多见，主要见于成人，病程迁延数周或数月。反复出现寒战、高热、皮肤瘀点、瘀斑等。

要点五　实验室检查

1. 血常规

白细胞总数多在 $20 \times 10^9/L$ 以上，中性粒细胞占 90% 以上。

2. 脑脊液检查

是明确诊断的重要方法。颅内压增高，脑脊液外观混浊，白细胞数升高 $1.0 \times 10^9/L$ 以上，以多核细胞增多为主。蛋白增高，糖及氯化物明显减低。对颅内压明显增高的患者，腰穿时要注意防止发生脑疝。

3. 细菌学检查

（1）涂片：脑脊液沉淀物或皮肤瘀点涂片染色，可见革兰染色阴性双球菌。

（2）细菌培养：血培养或脑脊液培养可获阳性结果。是临床诊断的金标准。

4. 免疫学检查

抗原测定可用于早期诊断。

要点六　诊断与鉴别诊断

1. 诊断

有流行病学史、典型的临床表现（起病急，突发发热、剧烈头痛，喷射性呕吐，皮肤黏膜瘀点，脑膜刺激征阳性等）及实验室病原学检查阳性可予诊断。

2. 鉴别诊断

应与其他非化脓性脑膜炎、结核性脑膜炎、流行性乙型脑炎、败血症、肾综合征出血热等进行鉴别。

要点七　治疗

1. 治疗原则

就地隔离，保证足够液体入量；病原治疗首选有效抗菌药物，如青霉素 G；对症治疗，积极处理并发症等。

2. 中医辨证论治

（1）邪犯肺卫型：治疗原则为辛凉解表，泄热解毒。方药用银翘散加减。
（2）卫气同病型：治疗原则为清热解毒，泄卫清气。方药用银翘散合白虎汤加减。
（3）气营两燔型：治疗原则为清气凉血，泄热解毒。方药用清瘟败毒饮加减。
（4）内闭外脱型：治疗原则为扶正固脱。方药用生脉散合参附汤。
（5）气阴两虚型：治疗原则为养阴益气，兼以清热。方药用青蒿鳖甲汤加减。

要点八　预防

1. 管理传染源

早发现、早诊断、早隔离、早治疗，加强监测和报告。

2. 切断传播途径

保持空气流通，减少飞沫传播。

3. 保护易感人群

对易感人群，可注射 A 群或 A、C 群联合菌苗预防；对密切接触者，可服用利福平等抗菌药物预防。

细目六　伤寒

伤寒是由伤寒杆菌引起的一种急性肠道传染病。

要点一　病原学

伤寒杆菌属沙门菌属中的 D 群，革兰染色阴性，不产生外毒素，其菌体破裂所释放的内毒素在发病中起重要作用。

要点二　流行病学

1. 传染源

带菌者或患者是唯一传染源。

2. 传播途径

主要经粪 - 口途径传播。

3. 易感人群

普遍易感。病后可以获得较稳固的免疫力，第二次发病少见。

4. 流行特征

夏秋多发，水源污染可导致暴发流行。

要点三　病机病理

1. 西医发病机制和病理

人体感染伤寒杆菌后是否发病取决于所摄入细菌的数量、致病性以及宿主的防御能力。主要病理改变为全身单核吞噬细胞系统的炎性增生反应。病变部位主要在回肠下段的集合淋巴结和孤立淋巴滤泡。

2. 中医病因病机

本病属中医“湿温”、“暑温”的范畴。主要与外感湿热或暑湿有关。夏秋季节，湿易困脾，加上饮食不节或不洁，湿热疫毒之邪阻滞中焦。上阻清阳见发热，热炽肠络则便血，蒙蔽清窍则神昏谵语，疾病后期多有余邪未尽，气阴两虚。

要点四　临床表现

1. 典型伤寒的临床表现分为 4 期。

（1）初期：病程第 1 周。多数患者起病较缓，体温呈阶梯升高，病情逐渐加重。

（2）极期：病程第 2 ~ 3 周。出现伤寒典型临床表现：持续发热，食欲减退等消化系统症状，表情淡漠、听力减退等神经系统症状，相对缓脉等循环系统症状，以及玫瑰疹、肝脾肿大等。

（3）缓解期：病程第 4 周。体温逐渐下降，各种症状逐渐好转。

（4）恢复期：病程第 5 周。体温正常，神经、消化系统症状消失，肝脾恢复正常。

2. 临床类型

临床分为普通型、轻型、迁延型、逍遥型、暴发型等。

3. 常见并发症

可见肠出血、肠穿孔、中毒性肝炎、中毒性心肌炎、支气管炎及肺炎、溶血性尿毒综

合征等多种并发症。其中肠穿孔是最严重的并发症。

要点五　实验室检查

1. 血常规检查

白细胞总数在 3×10^9/L ~ 5×10^9/L，中性粒细胞减少，嗜酸性粒细胞减少或消失。

2. 细菌培养

（1）血培养：是确诊的依据，病程 1 ~ 2 周阳性率最高。

（2）骨髓培养：阳性率比血培养高。对病程较长，已经应用抗菌素或血培养阴性的疑似病例尤为适用。

（3）其他：粪便培养、尿培养、十二指肠引流液培养等。

3. 肥达反应

第 2 周开始增高，第 3 ~ 4 周阳性率最高。肥达反应在病程中效价呈 4 倍以上增高有助于诊断。

要点六　诊断与鉴别诊断

1. 诊断

根据流行病学史、典型的临床表现及实验室检查阳性可予诊断。

2. 鉴别诊断

需与发热伴肝脾肿大的疾病鉴别，如病毒性呼吸道感染、疟疾、革兰阴性杆菌败血症、血行播散性结核病等。

要点七　治疗

1. 一般治疗

消毒隔离，进易消化或无渣饮食，卧床休息等。一般退热后 2 周才可恢复正常饮食。

2. 对症治疗

高热者给予物理降温。腹胀明显者用肛管排气，禁用新斯的明类药物。便秘者可用高渗盐水灌肠，禁用泻药。腹泻者可用收敛药，忌用鸦片制剂。

3. 病原治疗

首选第三代喹诺酮类药物，儿童和孕妇患者宜首选第三代头孢菌素。

4. 带菌者的治疗

可以选用喹诺酮类药物。

5. 对症治疗

积极治疗肠出血、肠穿孔等严重并发症。

6. 中医辨证论治

（1）湿遏卫气型：治疗原则为清热透表，芳香化湿。方药用藿朴夏苓汤加减。

（2）湿热中阻型：治疗原则为清热化湿，理气和中。方药用王氏连朴饮加减。
（3）热重湿轻型：治疗原则为清热解毒，佐以化湿。方药用白虎加苍术汤加减。
（4）湿热蒙蔽心包：治疗原则为清热化湿，芳香开窍。方药用菖蒲郁金汤加减。
（5）湿热化燥，伤络便血：治疗原则为清热解毒，凉血止血。方药用犀角地黄汤加减。
（6）余邪留恋，气阴两虚：治疗原则为益气养阴，泻除余邪。方药用竹叶石膏汤加减。

要点八　预防

1. 控制传染源

患者需按消化道传染病隔离至体温正常后 15 天。带菌者不能从事餐饮、托幼工作。

2. 切断传播途径

做好水源、饮食、粪便管理及消灭苍蝇等卫生工作。

3. 保护易感人群

可进行疫苗接种。

细目七　细菌性痢疾

细菌性痢疾是志贺菌属细菌引起的肠道传染病。终年散发，夏秋季可引起流行。

要点一　病原学

痢疾杆菌为肠杆菌科志贺菌属，分为 4 群：痢疾志贺菌 A 群、福氏志贺菌 B 群、鲍氏志贺菌 C 群、宋内志贺菌 D 群。目前我国多数地区 B 群占据首位，其次是 D 群，再其次是 C 群。

要点二　流行病学

1. 传染源

急、慢性菌痢患者及带菌者。非典型患者、慢性患者及带菌者在流行病学中有重要意义。

2. 传播途径

主要为粪－口途径传播。

3. 人群易感性

人群普遍易感，不同菌群间无交叉免疫。

4. 流行特征

全年散发，夏秋呈季节性高峰。

要点三　病机病理

1. 西医发病机制及病理

痢疾杆菌进入机体后是否发病与细菌的数量、致病力及人体的抵抗力有关。菌痢的主

要病变部位为乙状结肠和直肠，严重者波及整个结肠和回肠末端。基本病理变化为肠黏膜的弥漫性纤维蛋白渗出性炎症。

2. 中医辨证论治

本病属中医“痢疾”范畴。多是由于外感时邪或饮食不节，湿热疫毒内蕴肠腑，血败化为脓血而赤白下痢。急性期多属实证，慢性期多属本虚标实证。病位主要在大肠，与脾胃关系密切，并可涉及肝肾。

要点四　临床表现

1. 急性菌痢

根据毒血症及肠道症状轻重，可分为普通型（典型）、轻型（非典型）、重型、中毒型四型。普通型起病急，有畏寒、发热、腹痛、腹泻黏液脓血便和里急后重等症状。中毒型多见于2～7岁体质健壮儿童，起病急骤，见高热、精神萎靡、四肢厥冷等，可迅速发生循环衰竭和/或呼吸衰竭，临床上以全身毒血症、休克和/或中毒性脑炎为主要表现，初起可无腹痛、腹泻症状。根据临床表现，分为休克型（周围循环衰竭型）、脑型（呼吸衰竭型）和混合型等。

2. 慢性菌痢

急性菌痢病程迁延超过2个月以上不愈者，为慢性菌痢。根据临床表现，可分为慢性迁延型、急性发作型和慢性隐匿型3型。

要点五　实验室检查

1. 一般检查

血常规检查，急性菌痢白细胞总数及中性粒细胞计数可增加，慢性患者可有贫血。粪便常规检查，外观为黏液脓血便，镜下可见大量白细胞、红细胞。

2. 病原学检查

（1）细菌培养：粪便细菌培养阳性即可确诊。

（2）免疫学和核酸检测：具有早期、快速的优点。目前尚未在临床推广应用。

要点六　诊断与鉴别诊断

1. 诊断

依据流行病学史、症状体征及实验室检查进行综合诊断。确诊须依赖于病原学检查。

2. 鉴别诊断

菌痢应与霍乱等感染性腹泻相鉴别。中毒型菌痢应与乙脑、疟疾等疾病相鉴别。

要点七　治疗

1. 西医治疗原则

急性菌痢中普通型病原治疗首选喹诺酮类药物，儿童和孕妇患者如非必要不宜使用。

中毒型菌痢应针对病情，采用改善微循环、解痉、纠正休克、降低颅内压等救治措施。慢性菌痢还应注意改善胃肠功能等。

2. 中医辨证论治

（1）湿热痢：治疗原则为清利湿热，调气行血。方药用芍药汤加减。

（2）疫毒痢：治疗原则为清热解毒，凉血理气。方药用白头翁汤加减。

（3）寒湿痢：治疗原则为散寒除湿，调气行血。方药用胃苓汤加减，或平胃散加减。

（4）阴虚痢：治疗原则为养阴清肠。方药用驻车丸加减。

（5）虚寒痢：治疗原则为温补脾肾，涩肠固脱。方药用真人养脏汤加减。

（6）休息痢：治疗原则为温中清肠，调气化滞。方药用连理汤加减，或四君子汤合香连丸加减。

要点八　预防

管理传染源，急慢性病人和带菌者应隔离或定期访视，彻底治疗。切断传播途径，搞好个人和环境卫生。易感人群可口服疫苗。

细目八　近年新发、多发传染病概况

要点一　近年新发的传染病概况

近年新发传染病的出现和流行严重威胁人们的生命健康。为有效防控传染病疫情和积极采取救治措施，我国《传染病防治法》新增加了3种传染病。规定传染性非典型肺炎和人感染高致病性禽流感为乙类法定传染病，同时采取甲类传染病的预防、控制措施。手足口病为丙类法定传染病。

1. 传染性非典型肺炎

WHO命名为严重呼吸窘迫综合症（SARS），2003年曾在我国26个省流行。该病传染性极强，病情进展快速，病死率高。属于中医学“瘟疫”、“热病”的范畴。其病因为疫毒之邪由口鼻而入，主要病位在肺，基本病机为邪毒壅肺、湿痰瘀阻、肺气郁闭、气阴亏虚（热、毒、湿、瘀、虚）。中西医结合治疗能够有效改善患者症状，降低病死率。同时，实践证明中医药有积极的预防作用。

2. 人感染高致病性禽流感

本病是由禽甲型流感病毒某些亚型中具有高致病性的毒株引起的急性呼吸道传染病，在我国散在发生。本病死亡率极高，中医药尚无系统认识和成熟的治疗经验。

3. 甲型H1N1流感

其病原体是一种新型的甲型H1N1流感病毒，2009年开始，在包括我国在内的全球大部分地区大规模流行。本病属于中医“疫毒”、“戾气”致病，病位在肺。中医药早期治疗可以取得较好疗效，可以降低重症病例病死率。

要点二　近年多发的传染病概况

手足口病是由肠道病毒引起的急性传染病，在全球多个国家和地区流行，多发生于学龄前儿童。近年在我国出现的重型病例多由 EV71 病毒感染引起，可以出现死亡病例。本病属于中医“温病”范畴，病因为感染疫毒时邪，湿热蕴结，心火炽盛等，病位在肺、脾、心、肝脏。初步临床观察发现，中医药治疗普通型可以减轻发热、皮疹等症状，治疗重型可以改善症状和降低危重症死亡率。

（李秀惠）

第三单元　医院感染

细目　消毒与隔离

要点一　消毒

消毒是用物理或化学方法消灭停留在不同的传播媒介物上的病原体，藉以切断传播途径，阻止和控制传染的发生。消毒种类：疫源地消毒和预防性消毒。消毒方法分为高效消毒法、中效消毒法、低效消毒法等。

要点二　隔离

隔离是指把传染期内的患者或病原携带者置于不能传染给他人的条件之下，防止病原体向外扩散，便于管理、消毒和治疗。隔离种类：严密隔离、呼吸道隔离、消化道隔离、接触隔离、昆虫隔离等。

要点三　医院感染的预防

医院感染预防的基本特点：①既要防止血源性疾病的传播，也要防止非血源性疾病的传播；②强调双向防护，既防止疾病从患者传至医务人员，又防止疾病从医务人员传至患者；③根据疾病的主要传播途径，采取相应的隔离措施，包括接触隔离、空气隔离和微粒隔离。

（李秀惠）

医学心理学

第一单元　心理学基础知识

细目　人的心理现象

要点一　心理学的内容

心理学是研究心理现象发生、发展规律的科学。心理现象是心理活动的表现形式，心理活动包括心理过程和个性心理。它们是两个不可分割的部分。科学的心理观认为，人的心理其实质可以理解为以下三个方面：脑是心理的器官，心理是脑的机能；心理是客观现实的反映；人的心理是对客观现实主观的、能动的反映。

要点二　认识过程：感觉、知觉、记忆、想象和注意

1. 感觉

感觉是直接作用于感觉器官的客观事物的个别属性的反映。人主要的感觉分为外部感觉和内部感觉。

几种感觉的现象：

①适应：是指当刺激连续作用时，感觉随时间延续逐渐发生变化，感受性降低甚至消失的现象。

②联觉：一种感觉引起另一种感觉的现象。如颜色可以引起温度觉。

③补偿：当某种感觉受损或缺失后，其他感觉会过度进行补偿。例如，失明的人触觉一般都很灵敏。

④掩蔽：是当不同感觉器官同时接受刺激时，一种感觉使另一种感觉感受性减低的现象。如一些牙科诊所利用音乐镇痛。

⑤后像：是刺激消失之后感觉暂时存留的现象。如在夜晚关灯之后，视觉仍然能暂时存留灯亮时的形象。

2. 知觉

知觉是人脑对直接作用于感觉器官的客观事物的各个部分和属性的整体反映。知觉是以感觉为基础的，同时是感觉的深入和发展，是一种纯粹的心理现象。

（1）知觉的基本特征

①知觉的选择性：作用于人的感官刺激丰富多彩，但人并非对所有刺激作出反应，而只选取其中少数刺激进一步加工，并做出反应，这种特性称为知觉的选择性。

②知觉的理解性：根据已有的知识经验，对感知的事物进行加工处理，并用语词加以概括、赋予说明的组织加工过程。知觉的理解性主要受到个人的知识经验、言语指导、实

践活动以及兴趣爱好等多种因素的影响。

③知觉的整体性：人根据知识经验把直接作用于感官的客观事物的多种属性整合为统一整体的组织加工过程。

④知觉的恒常性：当客观事物的物理特性在一定范围内已发生变化，而知觉仍保持相对稳定特性的组织加工过程，称为知觉的恒常性。

（2）几种主要的知觉

①空间知觉：对物体距离、形状、大小、方位等空间特性的知觉称为空间知觉。空间知觉包括距离知觉、形状知觉和方位知觉。

②时间知觉：人对客观现象的延续性和顺序性的感知称为时间知觉。

③运动知觉：人对物体在空间位移的知觉称为运动知觉。运动知觉是视觉、动觉、平衡觉等多种感官协同活动的结果，其中视觉起着重要的作用。运动知觉包括真正运动知觉和似动知觉。似动指在一定时间和空间条件下，人们在静止物体间看到移动，或者在没有连续移动时看到连续移动。

④错觉：指人对客观事物不正确的知觉。错觉现象十分普遍，几乎在各种知觉中都可以发生。视错觉在各种错觉中表现得最为明显，研究得也最多，如图形错觉、大小错觉等。

3. 记忆

记忆是人脑对过去经验的保持和再现。

（1）记忆的分类：根据记忆的内容分为形象记忆、逻辑记忆、情绪记忆和运动记忆4种。根据输入信息编码加工方式的不同和储存时间的长短分为瞬时记忆、短时记忆和长时记忆3种。其中，瞬时记忆又叫感觉记忆，是记忆的开始。保持时间短，为0.25～2秒，有鲜明的形象性。短时记忆是瞬时和长时记忆的中间阶段，此阶段储存的时间稍长，但不超过1分钟，其容量相当有限。短时记忆的信息经过复述成为长时记忆。长时记忆保持在1分钟以上直到许多年，甚至终生的记忆。

（2）记忆系统：在记忆过程中，由于从信息的输入到提取经过的时间间隔不同，对信息的编码方式也不同，可以把记忆分为3种系统，即感觉记忆系统、短时记忆系统和长时记忆系统。

①感觉记忆：感觉刺激作用后仍在脑中继续短暂保持其映象的记忆，是信息加工的第一阶段。感觉记忆的特点是：信息保持的时间短，图像记忆约1秒左右，听觉稍长，但不超过4秒；信息完全按照物理特性编码，并以感知的顺序被登记，具有鲜明的形象性；记忆信息容量由感受器的解剖生理特点所决定，几乎进入感官的信息都能被登记，但感觉记忆痕迹很容易衰退，只有受到注意的信息才能转入短时记忆。

②短时记忆：短时记忆是指脑中的信息在1分钟之内的加工编码记忆，又称为工作记忆。短时记忆的基本特征：信息在无复述的情况下一般只有5～20秒，最长也不超过1分钟；短时记忆的容量有限，记忆广度为7±2组块；信息易受干扰，很难恢复，复述是使短时记忆的信息转入长时记忆的关键；短时记忆的信息编码主要采用语言听觉形式编码，少量的是视觉或语义编码。

③长时记忆：是指信息在人脑中长久保持的记忆，又称为永久性记忆。长时记忆的特点：长时记忆容量无限；信息保持时间长，理论上认为是永久存在的；信息编码以意义编

码为主，包括语义编码和表象编码；长时记忆的储存有两种，包括程序性记忆和陈述性记忆。程序性记忆是一种技能记忆，是个人对具有先后顺序的活动的记忆。陈述性记忆是个人对事实性信息的记忆。

（3）记忆过程：记忆的三个基本环节是识记、保持和遗忘、回忆和再认。

①识记：记忆过程从识记开始，它是保持、回忆和再认的必要前提。根据识记有无明确的目的，可将识记分为无意识记和有意识记。无意识记是指事先没有预定目的，不需要任何有助于识记的方法，也不需意志努力而进行的识记。有意识记是指具有明确的识记目的，并通过一定意志努力，采取一定方法进行的识记。在其他条件相同的情况下，有意识记的记忆效果比无意识记好。

识记还可根据识记材料有无意义或识记者是否了解其意义分为意义识记和机械识记。

②保持和遗忘：保持以识记为前提，在再认或回忆中得到体现。对识记过的材料不能再认或回忆，若表现为错误的再认或回忆称为遗忘。

德国心理学家艾宾浩斯首先对遗忘做了系统的研究，提出著名的艾宾浩斯遗忘曲线，也称保持曲线。曲线表明了遗忘发展的规律：遗忘进程不是均衡的。遗忘的发展，时间上看是“先快后慢”，数量上是“先多后少”。

③回忆和再认：回忆是把以前经历过的事物在头脑中重新呈现并加以确认的心理过程。回忆常常以联想的形式出现，联想的种类有接近联想、类似联想、对比联想和因果联想。再认是当经验过的事物再次出现时能够识别确认的过程。

4. 想象

想象是人脑中对已有表象进行加工改造而创造新形象的过程。想象促进智力发展，想象力的发展是智力发展的一个极为重要的方面。

根据想象时有无目的性和计划性可以把想象分为有意想象和无意想象。有意想象是有预定的目的，自觉地进行的想象。无意想象是没有预定目的和计划而产生的想象。根据创造性程度的不同，可以把想象分为再造想象和创造想象。

5. 注意

注意是心理活动对某种事物的指向和集中，它本身并不是独立的心理活动过程，而是伴随心理过程并在其中起指向作用的心理活动。指向性和集中性是注意的两个特点。

要点三　情感过程：情绪和情感的定义、分类和作用

（一）情绪和情感的定义

情绪和情感是人对客观事物的态度的体验，是人的需要是否获得满足的反映。情绪和情感是人类心理生活的一个重要方面，也是人对客观现实的一种反映形式。

（二）情绪和情感的分类和作用

1. 情绪的分类和作用

情绪是多种多样的，种类划分很难有明确的界定，一般认为快乐、愤怒、恐惧和悲哀是最基本、最原始的 4 种情绪。

情绪状态是指在某种事件或情境的影响下，在一定时间内所产生的一定情绪状况。最

典型的情绪状态有心境、激情和应激 3 种。

（1）心境：心境是一种深入的、比较微弱的、持久的、影响人的整个精神活动的情绪状态，如得意、忧虑。心境具有弥散性，它不是关于某一事物的特定体验，而是由一定情境唤起后在一段时间内影响各种事物的态度体验。

（2）激情：激情是一种强烈的、短暂的、爆发性的情绪状态。激情通常由一个人生活中具有重大意义的事件所引发。激情发生时有明显的外部表现，如面红耳赤、咬牙切齿等。激情状态下，人的认识活动范围缩小，控制力减弱，对自己的行为后果不能做出适当的估价。

（3）应激：应激是在出乎意料的紧急情况下所引起的情绪状态，是人对某种意外的环境刺激作出的适应性反应。应激状态有时使人做出平时不可能做出的大胆判断和行为，所谓急中生智；另一些时候可能使人知觉狭隘，注意局限，思维迟滞，行动刻板，正常能力也得不到发挥。

2. 情感的分类和作用

情感是指与人的社会性需要相联系的主观体验。人类高级的社会性情感主要有道德感、理智感和美感。

（1）道德感：道德感是个体根据一定社会政治道德标准，评价自己或他人的行为、举止、思想、意图时产生的情感体验。当个体自身的言行符合基本道德准则时，就会产生幸福感、自豪感，否则就会产生自责、内疚、不安等。当别人的言行符合基本道德准则时，人们就会对他产生尊敬、钦佩、爱慕感，对那些违背了基本道德标准的思想和行为，人们就会产生厌恶感、鄙视感等。

道德感是在人的社会实践中发生和发展的，不同的历史时期、不同的社会制度、不同阶级具有不同的道德标准。所以道德感具有社会性、历史性和阶级性。

（2）理智感：理智感是人在智力活动过程中认识和追求真理的需要是否满足而产生的情感体验。这类情感和人的认识活动、求知欲望、认识兴趣以及对客观规律的探求有着密切联系。人们在认识世界和改造世界的过程中，形成并发展了认识和追求真理的需要，形成了理智感。认识活动越深入，求知欲越强，追求真理的兴趣越浓厚，理智感也就越深厚。

理智感是人们认识世界和改造世界的动力之一，对人们学习知识、认识事物、发现规律和追求真理的活动具有积极的推动作用。理智感的表现形式有探索未知事件时所表现出的求知感、获得新知识时的喜悦感、对新异事物的好奇心和新异感、对奇异现象的惊奇感、对某种理论的怀疑感和确信感、对真理的热爱感、对谬误和迷信的鄙视和憎恶感等。

（3）美感：美感是客观事物是否符合个人审美需要而产生的个人体验，根据对象可以分为自然美感、社会美感和艺术美感三类。美感受个人的审美观、审美能力、社会性、历史性等诸多因素的影响。人的审美标准既反映了事物的客观属性，又受到个人的思想观点和价值观念的影响。在不同的文化背景下，不同民族、不同阶级的人对事物美的评价可能有所不同。“桂林山水甲天下”就是对自然美的感悟。

要点四　个性的定义、内容和个性心理特征

1. 个性的定义、内容

在心理学中个性可以理解为一个人的整个心理面貌，即具有一定倾向性的各种心理特征的总和。部分心理学书籍，也把个性翻译为人格。个性是复杂的，是多侧面、多层次的统一体。个性的心理结构包括个性倾向性和个性心理特征两大部分。

2. 个性的心理特征

个性的心理特征包括能力、气质和性格。

（1）能力：能力是直接影响活动的效率，使活动顺利完成的个性心理特征。能力在活动中形成和发展，并且在活动中表现出来。能力可以分为一般能力和特殊能力。一般能力包括观察力、记忆力、注意力、思维能力、想象力，也就是通常说的智力，它们适用于广泛的活动范围，并保证人们较容易和有效地掌握知识，与认识活动密切联系。特殊能力只在特殊活动领域内发生作用，如音乐能力、色彩鉴别能力、图画能力等。为了顺利完成某种活动而形成的多种能力的完备结合称为才能。才能的高度发展就是天才。能力是在遗传和环境两大因素支配下由成熟和学习交互作用的结果。个体在能力上存在着个别差异。

（2）气质：气质是个体心理活动稳定的动力特征。所谓心理活动的动力特征主要指心理过程的速度和稳定性、心理过程的强度以及心理活动的指向性等方面的特点。

（3）性格：性格是一个人在现实的稳定态度下和习惯化了的行为方式中所表现出来的个性心理特征。性格的个体差异很大，性格一经形成就比较稳固，并且贯穿于全部行动之中。个体一时的偶然表现，不能认为是其性格特征，只有经常性、习惯性的表现才能认为是个体的性格特征。

（孔军辉）

第二单元　心理应激

细目　应激反应

要点一　应激、应激源及种类

应激是个体觉察环境刺激对生理、心理及社会系统造成负担过重时的整体现象，所引起的反应可以是适应的，也可以是适应不良的。引起一定反应并产生结果的刺激就是应激源。

心理应激源可分为以下 4 类：

1. 躯体性应激源

是指引起生理反应的直接作用于人体的各种物理、化学和生物学刺激，如冷、热、噪音、病毒、损伤等，这些刺激会导致心理反应。过度的疲劳也属于躯体性应激源。

2. 心理性应激源

挫折和心理冲突是最重要的两种心理性应激源。个人需求强烈或对自己的要求过高，凡事要求完美，而能力限制或信息不够都会导致心理的反应。人际关系的冲突往往是很大的心理性应激源。

3. 社会性应激源

社会性应激源的范围很广，生活中的很多事件都可能成为应激源。生活事件也称生活变化，主要是指可以造成个人的生活风格和行为方式改变，并要求个体去适应或应对的社会生活情境和事件。

4. 文化性应激源

产生文化性应激源的主要原因是社会文化环境的改变，如迁居异地，文化、语言等环境的变化给人带来的不适应。社会的巨变同样可带来对个体的持久影响。

要点二　中介机制和应激反应

1. 应激的心理中介机制

心理中介机制主要是指对应激源的觉察和评价。中介机制中以心理的作用最为重要，心理的变化影响着脑－内分泌－免疫系统的变化。

2. 应激的生理中介机制

对于生理中介的因素虽尚未全部探明其细微的机理，但脑的作用与行为的关系，心理、神经、内分泌、免疫领域的研究已有许多资料。

3. 应激反应

应激的心身反应包括心理反应和生理反应。应激的心理反应存在很大的个体差异，但是从心理反应的性质来看，一类是积极的心理反应，一类是消极的心理反应。

积极的心理反应可以引起适度的皮层唤醒水平和情绪唤醒，注意力集中，思维敏锐和动机调整适宜。消极的心理反应常常是过度唤醒，通常会产生不良情绪，导致认知能力降低，甚至自我概念模糊。

要点三　应对与心理防御机制

1. 应对

应对是个体对因生活事件而出现自身不平衡状态所采取的认知和行为措施。

2. 心理防御机制

精神分析学说通过自我的无意识过程来探讨个体如何应付外界压力，认为在面临挫折或冲突时，个体会不自觉地运用防御机制来改变对现实的感知，从而维护理性的自我形象，使情绪得到调节，而不是客观地面对并解决问题。

（孔军辉）

第三单元　心身疾病

细目一　心身疾病的概述

要点一　心身疾病的特点

心身疾病又称心理生理疾患，是一类在发病、发展、转归和防治等方面都与心理－社会因素密切相关的躯体疾病。

心身疾病有以下主要特征：主要是由心理－社会因素刺激，通过情绪和人格特征等作用而发病；必须具有躯体症状和与症状相关的体征，有明确的器质性损害；损害往往涉及的是植物神经所支配的组织或器官；区别于神经症和精神病；大多数病人不了解心理－社会因素在自身发病中的作用。

要点二　心身疾病的诊断要点

对心身疾病的诊断要重视病因中的心理社会因素，对心身疾病的诊断不仅要通过体格检查做出躯体诊断，还要尽量发现病人的心理社会因素刺激，根据心身相关的概念，作出全面正确的诊断。心身疾病的诊断包括躯体诊断和心理诊断两个方面。

要点三　心身疾病的治疗原则

心身疾病的治疗要兼顾病人的生物学和心理－社会诸方面，不仅要采用有效的生物医学手段在躯体水平上处理实在的病理过程，而且必须在心理和社会水平上加以干预或治疗。治疗达到消除心理－社会刺激因素、消除心理学病因和消除生物学症状三个目标。

细目二　临床心身相关问题

要点一　临床典型的心身疾病

1. 消化性溃疡。
2. 神经性厌食。
3. 原发性高血压。
4. 冠心病。
5. 肥胖症。
6. 支气管哮喘。
7. 偏头痛。
8. 肿瘤。

要点二　睡眠障碍与疼痛心理

1. 睡眠障碍

睡眠障碍既可见于正常人，也可以是各种疾病的伴随症状。睡眠障碍分为4大类：入睡和维持睡眠障碍（主要指失眠）、白天过度瞌睡、睡眠中的行为异常和睡眠节律紊乱。

（1）失眠：失眠分为入睡困难型、保持睡眠困难型和早醒型。造成失眠的原因主要有心理－社会因素、环境与外在因素、疾病及药物因素。

失眠的治疗有药物治疗、针对原发病治疗和心理治疗。心理治疗包括：①端正对睡眠的认识；②养成良好的睡眠习惯；③创造美好环境；④安抚扰乱心理。

（2）其他睡眠障碍

①白天过多瞌睡：主要表现为白天出现无法克制的睡意，可有无意识动作、认知功能降低等表现。

②睡眠中的异常行为：主要是指与睡眠有关的发作性躯体异常和行为异常，如梦游症、梦呓、睡行症、夜惊、梦魇、磨牙和机体不自主跳动等。

③睡眠节律紊乱：患者的睡眠模式与常规的作息不同，表现为入睡和觉醒时间后移。治疗都应当首先排除精神性疾病和癫痫等器质性病变，然后针对不同情况采取相应措施，消除影响睡眠的不良因素。

2. 疼痛心理

疼痛是一种复杂的心理、生理现象，疼痛的程度与损害程度不一定一致，心理－社会因素对疼痛的影响较大。

（1）社会学习：疼痛从某种意义上与社会学习过程相关。

（2）对处境的认知评价：对疼痛刺激的含义理解不同，疼痛体验也不同。

（3）注意力：如果把注意力集中在自己的痛觉上，疼痛就会更加剧烈。相反，把注意力集中在疼痛以外的事物上，对疼痛的感觉就会处于抑制状态。

（4）情绪状态：恐惧、生气、内疚等情绪是疼痛的催化剂，人的情绪状态在痛知觉中起到重要作用。

（5）人格特征：自尊心强的人常常表现出较高的疼痛耐受性，具有疑病、抑郁、癔症、紧张等特征的人对疼痛更敏感。

（6）暗示：暗示对疼痛影响很大。

此外，宗教、文化、信仰等因素也能影响疼痛的感受和耐受。

要点三　妇科和儿科心身疾病

1. 妇科心身疾病

心理－社会因素在妇科疾病发病、发展中起到重要作用。妇科病人的心理问题许多是由月经、妊娠、分娩等这些女性特有的生理现象所引起的。这些心理问题有时候还会引起强烈的心身反应，转化为心身障碍。妇科常见的心理问题干预有以下几方面：

（1）大力开展健康教育，普及医疗卫生知识，向广大妇女宣讲月经、妊娠、分娩等生理卫生、心理健康科学知识，改变不良认识，从而改善不良心理刺激的影响。

（2）对不良情绪严重的病人，可通过心理支持疗法、认知心理疗法改善不良认知和不良情绪。

（3）通过心理指导，帮助患者改善不良个性，提高心理素质，从而改善心身反应，促进心身健康。

2. 儿科心身疾病

儿童期个体的生理和心理处于快速发展阶段，由于大脑结构和相关功能的发育正在完善之中，大脑缺乏对植物神经和情绪活动的有效调节，极易受到体内外各种因素的影响从而导致心身疾病。儿科心身疾病的心理干预包括心理护理和心理治疗两方面。

（孔军辉）

第四单元　心理障碍

细目一　心理障碍的概述

要点一　心理障碍的判断标准

1. 内省的经验标准

内省的经验是通过患者自己的主观经验和观察者根据自身的活动经验来判别的。

2. 社会适应的标准

是指在社会常模的基础上来衡量行为顺应是否完善，人的行为是否与环境协调一致。一个人成长的过程是不断适应社会的过程，使其从一个自然人转变成为一个社会人。若一个人成人后不能适应它所处的社会环境，则其有心理障碍。如人格障碍就形成了某些整体适应能力受损的人格特点。主要考察患者对人对己的态度、在群体中的表现、与他人交往和处理人际关系是否恰当、对社会实践和社会关系的看法是否适应社会的要求等。

一般认为，社会适应能力包括 4 个方面：①自理生活的能力；②人际交往与沟通能力；③工作、学习和操持家务的能力；④遵守道德、行政、法律和习俗等社会规则的能力。

3. 医学标准

该标准是将心理变态当作躯体疾病一样看待。有些异常的心理现象或致病因素在正常人的身上不一定存在，若在某人身上发现这些致病因素或疾病的症状则被判断为异常。这个标准比较客观，但是运用的范围比较窄。

4. 统计学标准

该标准有两个假设，一是人群中某一心理现象或行为方式的程度是正态分布的；二是评价是正常的，统计学检验有显著性差异的，即是有障碍的。凡是符合这两个标准的心理现象和行为方式才可以用统计学方式来衡量。但是统计学标准也不是普遍适用的。

要点二　心理障碍的分类

心理障碍的表现有：神经症性障碍、人格障碍和其他类型心理障碍。

细目二　神经症性障碍

要点一　神经症性障碍的临床特征与常见症状

1. 临床特征

神经症性障碍主要临床表现为烦恼、焦虑、紧张、恐怖、强迫、疑病、抑郁等，患者有严重的痛苦体验，一般无幻觉、妄想等精神病性症状；患者自知力良好，往往主动求医；患者往往有大量的躯体症状主诉，却无法查明器质性病变；同时生活自理能力、社会适应能力和工作能力基本没有缺损。病程多迁延不愈。

2. 常见症状

（1）精神易兴奋、易疲劳。

（2）情绪症状：主要表现为焦虑、恐惧、抑郁及情绪易激惹。

（3）强迫症状：在强迫性神经症中表现最为明显。

（4）疑病观念：在疑病性神经症中疑病观念表现得最为突出。

（5）慢性疼痛。

（6）头痛。

（7）心慌。

（8）植物神经症状群。

（9）睡眠障碍。

（10）性功能障碍。

要点二　临床常见神经症性障碍：焦虑症、抑郁症、恐惧症、强迫症、神经衰弱

1. 焦虑症

焦虑是一切神经症性障碍表现的基础，也是所有神经症性障碍的一个共同症状。但在焦虑性神经症中，患者对焦虑的体验要显著得多，弥漫性也大得多，每时每刻都会感到很高程度的恐惧，同时伴有显著的植物神经症状和肌肉紧张，以及运动性不安。焦虑可继发于多种神经症性障碍，但只有原发性焦虑症状可视为焦虑性神经症。焦虑性神经症有两种主要的临床形式，即惊恐障碍和广泛性焦虑。

2. 抑郁症

抑郁性神经症是一种以心境低落为主要临床表现的神经症性障碍，其特征是有强烈的、强迫性的、弥漫性的和持续的抑郁情绪。在抑郁性神经症患者的生活中，每天都充满不快和悲伤，并常伴有焦虑、躯体不适和睡眠障碍。由于迁延不愈，患者感到内心痛苦，

常主动求治。

3. 恐惧症

该症是指与现实根本不对应的完全耗费性恐惧。恐惧症的恐惧都有某种具体的对象，如某些事物或特殊的情境，与在焦虑中体验到的泛化恐惧不同。患者明知自己的恐惧是过分的、不合理的和不必要的，但仍然成为它们的囚徒，即这种认知并不能防止恐怖发生。由于患者不能自我控制，因而极为回避所害怕的事物或情境。

4. 强迫症

临床表现以强迫症状为特征。强迫症的特点是有意识的自我强迫和自我反强迫同时存在，二者的尖锐冲突使患者异常焦虑和痛苦。患者体验到，观念或冲动来源于自身，但违反自己的意愿，遂极力抵抗和排斥，却无法控制。患者认识到强迫症状是异常的，但无法摆脱。本病常发生于青年期。

5. 神经衰弱

神经衰弱的主要表现是与精神易兴奋相联系的精神易疲劳、心情紧张、烦恼和易激惹等情绪症状，伴随肌肉紧张性疼痛和睡眠障碍等生理功能紊乱症状。

细目三　其他类型的心理障碍

要点一　人格障碍及类型

人格障碍是指人格特征明显偏离正常，从而使患者形成特有的行为模式，对环境适应不良，明显影响社会功能和职业功能，或者患者自己感到精神痛苦。人格障碍一般早年开始，不存在智能障碍，对自己的行为和问题具有自知力，但是人格明显偏离正常，常常发生动机不明的行为。

人格障碍分为以下 6 种类型：

1. 偏执型人格障碍。
2. 分裂型人格障碍。
3. 反社会型人格障碍。
4. 冲动型人格障碍。
5. 表演型人格障碍。
6. 强迫型人格障碍。

要点二　行为不良

不良行为包括酒瘾、烟瘾、药物依赖、贪食与厌食等。

（孔军辉）

第五单元　心理健康

细目一　心理健康概述

要点一　心理健康的意义

1948 年，世界卫生组织（WHO）为健康提出的定义是：“健康，不仅仅是没有疾病和身体的虚弱现象，而是身体上、心理上和社会上的完满状态。”1990 年进一步对健康的定义作了补充，即健康是指一个人身体健康、心理健康、社会适应健康和道德健康四个方面。一般认为，心理健康就是以积极的、有效的心理活动，平稳的、正常的心理状态，对当前和发展着的社会、自然环境以及自我变化有良好的适应能力；并由此不断地发展健全的人格，提高生活质量，保持旺盛的精力和愉快的情绪。

心理健康的意义有三个方面：一是有助于群体心理疾病的防治；二是有助于个体心理健康的发展；三是有助于社会精神文明的建设。

要点二　心理健康的标准

心理健康的标准具有相对性，许多心理学家提出了自己的观点，其中马斯洛的 10 项标准得到了较多认可。10 项标准是：①有充分的适应能力；②充分了解自己，并对自己的能力作恰当的估计；③生活目标能切合实际；④与现实环境保持接触；⑤能保持人格的完整和谐；⑥有从经验中学习的能力；⑦能保持良好的人际关系；⑧适度的情绪发泄与控制；⑨在不违背集体利益的前提下，有限度地发挥个性；⑩在不违背社会规范的情况下，个人基本需求能恰当满足。

我国心理学家从适应能力、耐受力、控制力、意识水平、社会交往能力、康复力、愉快胜于痛苦的道德感等方面阐述了心理健康的标准。其中有智力正常、情绪良好、人际和谐、社会适应和人格完整 5 条标准值得重视。

细目二　心理健康的发展

要点一　不同年龄的心理健康：婴幼儿、儿童期、青春期、中年期和老年期

1. 婴儿期

婴儿时期的心理健康，不仅影响婴儿的生长发育，对其今后的成长都有着重要的影响。婴儿期的心理健康被认为是心理健康的起点，如儿童期出现的心理疾病包括发育迟缓、情绪不稳定等多数是因为婴儿时期抚养不当。

该时期的关键问题包括：①母乳喂养的重要性；②增进母爱，帮助婴儿建立依恋关系，减少分离焦虑；③保证充足的睡眠；④促进运动与智力的发展。

2. 幼儿期（3～6 岁）

幼儿期心理健康应注意的是：①促进幼儿语言的发展；②对幼儿的独立愿望因势利导；③玩耍与游戏是幼儿的主导活动，应帮助幼儿走出自我中心，学会与人交往，建立合作伙伴关系；④正确对待孩子的无理取闹和过失；⑤父母的言行举止注意起到表率作用。

3. 儿童期（6～12 岁）

儿童期也称学龄期。该阶段心理健康应注意的是：①科学、合理地安排学习，帮助小学生入学的适应，培养正确的学习动机和学习习惯；②组织社会劳动，在集体活动中发展友谊感和责任心；③培养开拓创造性思维；④注意情商的培养，帮助其建立良好的道德情操，积极、乐观、豁达的品性，持之以恒的韧性，同情和关心他人的品质，并善于调控自己的情感。

4. 青少年期

青少年心身发展快，达到一生的高峰，也是为中年打基础的时期。该期心理健康的常见问题包括：①学习问题，是家长关注的焦点问题；②情绪、情感问题；③恋爱与性的问题。

针对容易出现的心身问题，父母应为青少年健康成长创造良好的家庭氛围，学校和社会应对青少年健康成长提供良好的环境。

5. 中年期

中年期是一生中发展最成熟、精力最充沛、工作能力最强的阶段，中年人是整个社会的中坚力量。中年人的心身特点是：①生理从成熟走向衰退；②智力发展到最佳状态；③个性成熟与稳定。

中年人心理发展中常出现的问题有：①反应速度与记忆能力下降；②渴望健康与追求成就的矛盾；③人际关系错综复杂；④家庭与事业的双趋冲突。

心理保健方面要建立可行的保健与监测体系，加强自我心理保健。

6. 老年期

老年期生理和心理功能都已经过了鼎盛时期，心身发展的特点是：各个器官生理功能逐渐衰退，认知能力和应变能力下降；智力水平开始下降，容易产生孤独心理和恐惧心理。老年人心理发展中常出现的问题有：①不适应退休生活；②主观健康评价差；③性生活问题；④对死亡的恐惧。

老年人心理保健的目标是提高生活质量，渡过一个愉快的晚年。

要点二　不同群体的心理健康：家庭、学校和职业

1. 家庭

家庭环境对个体心理健康具有重要意义。家庭内部平等、民主、相互尊重，才能有温馨和幸福的生活。家庭心理问题主要反映为代际之间及夫妻之间的关系问题。家庭崩溃和家庭冲突及家庭教育子女的方式也会带来很多心理问题。加强家庭成员的沟通，增进相互间的理解，互相关心、帮助和尊重，避免家庭的破裂，采用正确的教育子女的方式方法，及增强家庭成员对家庭的责任感等均是增进和维护家庭心理健康的重要措施。

2. 学校

学校是现代社会中个体社会化的重要场所，学校生活构成了个体发展的重要环节。学校环境对学生心理健康状态的维系甚为重要。在学习负担和升学的压力下，导致学生紧张、焦虑情绪的产生。长此以往，势必严重影响青少年的心理健康和发展。

3. 职业群体

职业活动是人们实现自我价值，寻求社会与他人尊重，谋求生活经费来源的主要渠道。职业性质和职业环境是社会生活和社会环境中最重要的部分，这是因为它在很大程度上决定着人们的安宁、幸福、前途等问题。工作环境、工作安排、人际关系等都会直接影响每个工作人员的身心健康。职业群体的心理健康主要是通过提高职业满意度、促进人际关系和谐、实现工作环境优化及劳动组织合理化来达到的。

（孔军辉）

第六单元　病人心理与医患关系

细目一　病人的心理问题

要点一　病人角色

病人角色是以社会角色为基础的，社会角色是社会规定的用于表现社会地位的行为模式。病人角色有以下特点：减免平日“正常”的社会责任；有接受帮助的义务；有恢复健康的责任；有寻求医疗帮助的责任。

要点二　病人的心理需要

病人除了具有一般人所共有的多种心理需要外，还具有在疾病状态下的特殊心理需要。主要表现在以下 4 个方面：

1. 接纳的需要。
2. 尊重的需要。
3. 提供诊疗信息的需要。
4. 安全的需要。

要点三　病人的一般心理问题

病人身体上的损伤会直接或者间接造成其心理变化，主要表现为焦虑、行为退化、愤怒、抑郁和猜疑。

要点四　各类病人的心理特点：门诊、住院和手术病人

1. 门诊病人

门诊病人的心理要求主要有以下三点：

（1）希望能及时就诊，并得到良好的医护对待。

（2）期盼明确的诊断，以妥善治疗。

（3）急诊病人较普通门诊病人心理反应更强烈。

2. 住院病人

住院无疑对疾病的诊断和治疗都会带来好处，然而住院又是疾病较为严重的标志，它会让病人产生心理－社会应激。

（1）环境突变增加了病人的负性心理。

（2）生活方式的不适应。

（3）工作及家庭生活中断易产生自我认同迷失，带来心理压力。

3. 手术病人

（1）手术病人的一般心理：手术往往被人们认为是重大的生活事件，病人的心理压力很大。求生的欲望使他们对医务人员产生依赖心理。

（2）手术前病人的心理：手术都具有一定的危险性和不可预期性，病人的心理负担很重。

（3）术前心理准备：术前心理准备可以调整病人对手术和麻醉的认识，缓解心理冲突，使之更容易配合手术，同时也能减轻病人术中的痛苦，促进术后恢复。

4. 手术后病人的心理问题

手术前的心理问题通过实施手术而大都解决，或已时过境迁，手术后的各种实际问题便在较长的恢复期内不时出现，如手术之后的疼痛。如果术后疼痛持续时间较长，应考虑是否为术后抑郁或心理退化所致。

细目二　医患关系

要点一　医患关系的模式与重要性

1. 医患关系的定义

医患关系是人际关系的一种，是人际关系在医疗情境中的一种具体化形式。医患关系有狭义与广义之分。狭义的医患关系是特指医生与患者关系的一个专门术语，广义的医患关系指以医生为主体的人群与以患者为中心的人群的关系。

2. 医患关系的模式

医患关系常常用医患关系模式来描述。此模式根据医生的地位、患者的地位、主动性的程度将医患关系分为3种类型：主动－被动型、指导－合作型和共同参与型。

（1）主动－被动型：这是一种具有悠久历史的医患关系模型。医务人员处于完全主动

的地位，患者处于完全被动的地位。这种模式在现代医学实践中普遍存在。

（2）指导－合作型：这是一种构成现代医疗实践医患关系基础的模型，医患间存在着相互作用。在这种关系中，虽然患者有一定的地位和主动性，但在总体上医患的权利是不平等的。按照这个模式，在临床实践中医生的作用占优势，同时又在一定程度上调动了患者的主动性。在这种模式中，医生是主角，患者是配角。目前临床上的医患关系多属于此种模式。

（3）共同参与型：在这种模式的医患关系中，医务人员和患者有近似相等的权利和地位，医生帮助患者进行自疗。几乎所有的心理治疗均属于这种模式。在这个模式中，医生和患者都是主动的，患者的主观能动作用得以充分发挥。

要点二　医务人员的心理素质培养

医务人员应当有较强的自我控制能力，保持稳定的情绪，不把工作及个人生活中的不愉快发泄到患者身上，这不仅是一种职业的道德要求，也是医务人员保持心身健康的一个重要途径。医务人员应注意培养良好的性格特征，善于使用安慰性、鼓励性和劝说性的语言，对病痛之中的患者进行安慰，这样会使他们感到温暖，心情愉快。医务人员对患者的鼓励实际上是对患者的心理支持。

要点三　医务人员与患者的沟通技巧

1. 语言交流的要领

语言交流的要领是：尊重患者、遵循一定社会语言规范、及时反馈。

2. 语言交流的技巧

语言交流的技巧有：倾听、同感反应、控制谈话方向、及时恰当反应、沉默技巧。

（孔军辉）

医学伦理学

第一单元　医学的道德传统

细目一　中国医学的道德传统

要点一　中国医学道德规范

1. 对待患者——至亲之想

中国古代医家认为，医生应从患者的痛苦出发，把患者当做亲人来对待。“不得问其贵贱贫富，长幼妍媸，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想。”“凡病家大小贫富人等，请视者便可往之，勿得迟延厌弃，欲往而不往，不为平易。”

2. 治学态度——至精至微

中国古代医家注重道德的一个重要特征是精于医术。“博极医源，精勤不倦。”省疾问病，要“至意深心，详察形候，纤毫勿失，处判汤药，无得参差”。

3. 服务态度——一心赴救

中国古代医家把及时地抢救患者作为自己的天职。“见彼苦恼，若己有之，深心凄怆，勿避嶮巇、昼夜、寒暑、饥渴、疲劳，一心赴救。”

4. 医疗作风——端正淳良

中国古代医家十分重视医生的作风和仪表。医生要“正己正物”。“正己”指精通医理，严肃医风；“正物”指诊断正确，用药恰当。

5. 对待同道——谦和谨慎

谦和谨慎是古代医家处理同道关系的道德原则。“道说是非，议论人物，炫耀声名，訾毁诸医，自矜己德。偶然治瘥一病，则昂首戴面而有自许之貌，谓天下无双，此医人之膏肓也。”

要点二　中国古代医学家的道德风范

1. 张仲景

张仲景（公元 150～219 年）名机，东汉医学家。东汉末年，战乱频仍，疾疫流行，人多病死。张仲景深为感慨，发愤精研古代医经，广收各家方书，著成《伤寒杂病论》16 卷。张仲景以“仁爱救人”为准则，以“救人活命”为己任，行医治病，从不分贵贱贫富，“上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄”，受到人民群众的爱戴。

2. 孙思邈

孙思邈（公元 581～682 年），唐代医学家。他医术精湛，医德高尚，在《备急千金要

方》的“大医精诚”中对医生在为患者诊治疾病中的道德要求做出了详细的说明，成为规范后世医家行为、激励后人高尚医德的精神力量。

3. 钱乙

钱乙（1035～1117 年），北宋医学家。他医术精湛，屡愈危证，名震朝野。他为人治病不分贵贱。“自是戚里贵室，逮士庶之家，愿致之，无虚日”。钱乙 70 多岁时回到故乡，虽然手挛痛，坐卧不起，但登门求医者仍“扶携襁负，累累满前，近自邻井，远或百数十里，皆授之药”。

4. 陈实功

陈实功（1555～1636 年），明代医学家。他医术高明，医德高尚，深得病家信任。他提出“遇贫难者，当量力微赠，方为仁术”。他在《外科正宗》一书中提出了医生的“十要”和“五戒”。对医生的学习、知识结构、药物的选择和配制、对同道的态度、防治疾病、医生对患者家庭和社会的责任、对待患者馈赠等都做出了详细的规定。

5. 徐大椿

徐大椿（1693～1771 年），清代医学家，著有《内经诠释》、《慎疾刍言》、《洄溪脉学》、《医学源流论》、《伤寒约编》等。他医风严谨，待人诚朴，关心贫苦百姓疾苦，认为“医者能正其心术，虽学不足，犹不至于害人。况果能虚心笃学则学日近，学日近则治必愈。”

细目二　外国医学的道德传统

要点一　外国医学道德规范

1. 救死扶伤，尽职尽责

要求医务人员把维护患者的生命、增进人类健康看做是最崇高的职责。

2. 平等待人，一视同仁

指医务人员尊重和关心患者的权利、利益，强调医务人员与患者、患者与患者之间在人格上的平等。

3. 医行庄重，语言和蔼

目的在于调动患者的积极性，使其密切配合治疗，以及帮助患者建立良好的心理素质。

4. 慎言守密，尊重患者

要求医务人员要全力解除患者痛苦，尽量给予其精神安慰，使之对生活充满希望，并为其保守秘密。

5. 尊重同仁，团结协作

要求医务人员在协调好医患关系的同时，还要处理好医务人员之间的关系。

要点二　外国医学家的道德风范

1. 希波克拉底

希波克拉底（约公元前460～371年）古希腊医学家，为后世留下了十分丰富的医学著作《希波克拉底文集》共70卷，流传至今的有60卷，涉及面很广。希波克拉底堪称“西方医学之父”。“西方医学史上最早的一位巨人”。他认为，医生对一切患者不论穷人与富人都应尽职尽责，一切为患者利益着想。他的医德理论和实践也为西方医学道德的发展奠定了基础。

2. 阿维森纳

阿维森纳（公元980～1037年），阿拉伯医学全盛时期最杰出的医学家。他对穷人体贴入微，立志习医免费为患者治病。除免费施诊外，还出钱救济穷人。他临终前将家奴全部解放，把余下的钱全部分给贫民。

3. 塞尔维特

塞尔维特（1511～1553年），西班牙著名的医生和学者。他提出血液循环理论，坚信科学，反对迷信，为医学事业献出了宝贵的生命。

4. 南丁格尔

南丁格尔（1820～1910年），近代护理学和护士教育的创始人。她主张从人道主义出发，帮助患者完成疾病的“修复过程”。注意患者护理过程的自然环境和生理因素，对患者的饮食起居，空气、阳光、通风、环境等都提出了具体的要求。创办了世界上第一所护士学校，注重学生道德品质的培养。

5. 野口英世

野口英世日本明治时期著名的传染病学家和医生。20世纪初，拉丁美洲各国流行黄热病，许多人死亡。他亲赴病区，在拉丁美洲的厄瓜多尔热带丛林中，对死亡率极高的传染病——黄热病的病因进行了4个月的潜心研究，终于找到了黄热病的病原体，又冒着生命危险奔赴非洲黄热病疫区，以身殉职。

（张金钟）

第二单元　医学伦理学的基本原则与范畴

细目一　医学伦理学的基本原则

要点一　不伤害原则

1. 概念

不伤害原则是指在医学服务中不使患者受到不应有的伤害。损伤是医学实践中客观存

在的现象。不伤害原则强调医务人员对患者高度负责、保护患者健康和生命，努力使患者免受不应有的伤害。

2. 医疗伤害的分类

（1）有意伤害与无意伤害：有意伤害是由于医务人员极其不负责任，拒绝给患者必要的诊治、抢救，或者出于增加收入等私利，为患者滥施不必要的诊治手段所直接造成的故意伤害。无意伤害是指医务人员实施正常诊治中导致的间接伤害。

（2）可知伤害与意外伤害：可知伤害是指医务人员知晓的不可避免的伤害。意外伤害是指医务人员无法预先知晓的对患者的伤害。

（3）可控伤害与不可控伤害：可控伤害是指医务人员经过努力可以降低、甚至可以避免的伤害。不可控伤害是指超出医务人员控制能力的伤害。

（4）责任伤害与非责任伤害：责任伤害是指有意伤害以及虽然无意但属可知、可控而未加认真预防与控制的伤害。不伤害原则就是针对责任伤害提出的。非责任伤害是指意外伤害或虽可知但不可控的伤害。

3. 不伤害原则的具体要求

强化以患者为中心和维护患者利益的动机和意识，坚决杜绝有意和责任伤害；恪尽职守，千方百计防范无意的但可知的伤害以及意外伤害出现，不给患者造成本可避免的身体上、精神上的伤害和经济上的损失；正确处理审慎与胆识的关系，经过风险/治疗、伤害/受益的比较评价，选择最佳诊治方案，并在实施中尽最大努力把可控伤害控制在最低限度之内。

要点二　有利原则

1. 概念

有利原则是指把有利于患者健康放在第一位，切实为患者谋利益，亦称行善原则。

2. 有利原则与不伤害原则的关系

有利原则与不伤害原则有着密切关系。有利包含不伤害；不伤害是有利的起码要求和体现，是有利的一个方面。有利原则由两个层次构成，低层次是不伤害患者，高层次是为患者谋利益。不伤害原则为有利原则规定底线，奠定了基础。

3. 有利原则的具体要求

（1）科学、全面地思考以患者健康利益为核心的患者利益，如挽救生命、止痛、康复、治愈、节省医疗费用等正当心理需求和社会学需求。

（2）提供最优服务，努力使患者受益，包括预防疾病和损伤、促进和维持健康，照料那些不能治愈的患者，提高患者的生活质量，追求安详死亡。

（3）努力预防或减少难以避免的伤害。

（4）全面权衡利害得失，选择受益最大、伤害最小的医学决策。

（5）坚持公益原则，将有利于患者与有利于社会健康公益有机地统一起来。

要点三　尊重原则

1. 概念

尊重原则是指医患交往时应该真诚地相互尊重，并强调医务人员尊重患者及其家属。

2. 狭义的尊重原则与广义的尊重原则

（1）狭义的尊重原则：狭义的尊重原则要求尊重患者的人格，尊重患者独立的平等的人格尊严，不允许“重病不重人”，不允许做有损患者人格的事。人格权是一个人生下来即享有并受到法律、道德肯定和保护的权利。在我国，依据现行法律和伦理传统，每一位公民都享有生命权、健康权、身体权、姓名权、肖像权、名誉权、荣誉权、人格尊严权、人身自由权等；隐私权或者其他人格利益；人去世后仍享有的姓名权、肖像权、名誉权、荣誉权、隐私权、遗体权等；具有人格象征意义的特定纪念物品的财产权。其中，自然人的生命权、健康权、身体权及其死后的遗体权等属于物质性人格权，其余的属于精神性人格权。

（2）广义的尊重原则：广义的尊重原则还包括尊重患者的自主性，保证患者在能够理性地选择诊治决策时的自主选择。患者的自主权并不因其罹患疾病、处于弱势地位而降低和丧失。相反，正因其身心在承受病痛折磨，更应得到医务人员的尊重。尊重患者自主性的伦理价值在于从根本上体现和保障患者的健康权益。

3. 坚持尊重原则的意义

尊重原则是医学人道主义基本精神的必然要求和具体体现，也是现代生物－心理－社会医学模式的必然要求和具体体现。实现尊重原则是建立和谐医患关系的必要条件和可靠基础，是保障患者根本权益的必要条件和可靠基础。

要点四　公正原则

1. 概念

公正原则是指在医学服务中公平地对待每一位患者。

2. 形式公正与内容公正

公正由形式层面的公正和内容层面的公正组成。形式公正是指同样的人给予相同的待遇，不同的人给予不同的待遇。内容公正是指不同个体的地位、能力、贡献、需要等决定其承担的社会义务和权利。

3. 医疗服务公正观

医疗服务公正观是形式公正与内容公正的有机统一，即做出同样社会贡献具有相同条件的患者，应得到同样的医疗待遇，贡献和条件不同的患者则享受有差别的医疗待遇；在基本医疗保健需求上要求做到绝对公正，即人人同样享有；在特殊医疗保健需求上要求做到相对公正，即为具有同样条件的患者提供同样的服务。

4. 医疗公正原则

（1）政府在宏观管理上全面负起医疗公正的职责，建立以广大群众基本医疗保健机制和家庭经济困难人群医疗救助机制为基础的完善的公正医疗制度和规则，当好医疗公正的“守门人”。

（2）医疗卫生机构直接负起医疗公正的职责，以全面覆盖、功能互补、结构合理的医疗保健格局为依托，为广大人民群众提供人人享受得起、数量充足、质价相称的医疗保健服务。

（3）医务人员具有公正素质，恪尽职守，平等地对待每一位患者，合理地使用稀有卫生资源。

细目二　医学伦理学的基本范畴

要点一　权利与义务

1. 权利

（1）患者的权利

①患者权利的概念：患者权利是指患者在患病就医期间所拥有的而且能够行使的权力和应该享受的利益，也称患者权益。患者权利包括法律层面的权利和道德层面的权利。

②患者道德权利的内容：

第一，平等医疗权。公民人人享有平等的生命健康权；所有患者在社会地位、人格尊严等方面都是相互平等的；患者与医务人员双方的社会地位、人格尊严是相互平等的。

医务人员在与患者及其家属交往时平等相处，一视同仁地对待不同患者；医务人员在满足患者基本医疗保健需求时体现和保证公平，在满足患者不同层次尤其是特殊医疗保健需求时体现和保证公平。不尊重患者平等医疗权必然受到社会的谴责，造成严重后果的，要受到法律的制裁。

第二，自主权。患者享有经过深思熟虑以后做出的自主的、合乎理性的选择和决定，以及改变这些选择和决定的权利，包括有权选择医院、医生，有权自主决定采取合理的诊治决策，有权放弃或拒绝诊治。

医务人员要尊重和保障患者或其家属的自主决定；慎重、负责任地处理患者自主放弃或终止治疗的决定。

第三，知情同意权。患者有权获悉与自己疾病诊治相关的一切信息，并根据自己的利益做出选择。不经患者或者其家属知情同意而实施的诊治是不道德的，甚至是违法的。

医务人员要以口头或书面的形式为患者及其家属提供关于患者疾病的医学信息，使患者及家属全面了解诊治决策的利与弊，包括诊治的性质、作用、依据、损伤、风险、意外等，鼓励患者及其家属提出他们所关心的任何问题，以及患者在完全知情后，自主、理性地做出的负责任的承诺。患者或者家属做出同意的必要条件是：具备自主选择的合法身份，具备认知理解能力，具备理性的决策能力。

第四，保密和隐私权。患者享有要求医务人员为其隐私、疾病信息的保守秘密的权利。医务人员要自觉地尊重患者的隐私，为患者的隐私和诊疗信息保密。

（2）医务人员的权利

①医务人员权利的概念：医务人员的权力是维护和保证患者普遍、平等医疗权利的实现，促进患者的身心健康。所以，医务人员的权力必须服从患者的权利。

②医务人员权力的内容：

第一，有权对患者的疾病作出判断，并根据自己的临床经验采取必要的治疗措施。

第二，有权根据病情需要开具诊断证明，证明患者是否需要休息，甚至是否承担某些社会或法律责任。

第三，有权要求患者或家属配合诊治。

第四，有权干涉对自主选择意向违背社会利益、他人利益、自身根本利益患者的

行为。

2. 义务

（1）医务人员的道德义务

①医务人员道德义务的特点：医务人员的道德义务具有不以享有某种权利为前提和自觉自愿履行的特点。道德义务没有相应的权利获得，它的履行全凭自己的使命感、内心信念和意志。

②医务人员道德义务的内容

第一，为患者治疗疾病是医师基本的道德义务，包括为患者诊断治疗的义务、为患者解除痛苦的义务、对患者及其家属解释说明的义务。医务人员要以维护患者健康为己任，全身心为患者诊治疾病；抢救危重患者时，要处置果断、敢于承担风险；尽可能为患者、患者家庭、社会减少治病费用，减轻大病造成的经济负担。

第二，对社会负责的义务。出现疫情和突发灾难，医务人员要毫不犹豫的进入疫区、灾区，控制和消灭疫情，救治伤员。患者是社会的一员，对患者负责与对社会负责是一致的。在个别患者利益与社会利益发生矛盾时，医务人员应坚持社会利益为重。

（2）患者的道德义务

①保持健康和恢复健康。②积极配合医生治疗。③支持医学科学研究。

要点二 情感、良心

1. 医德情感

（1）医德情感的概念：医德情感是指医务人员对医疗卫生工作及患者的职业态度和内心体验，它是建立在对患者的生命和健康高度负责基础上的崇高道德情感。

（2）医德情感的特点：①具有医学职业的特殊性。②具有理智性。③具有纯洁性。

（3）医德情感的内容

①同情感：同情感是医务人员对患者的遭遇和不幸在自己的情感上发生共鸣，并以相应的态度表现出来的怜悯情感。医务人员面对受疾病折磨、盼望救治的患者，思想上自然产生一种痛苦的感觉。

②责任感：责任感是建立在为患者解除病痛神圣职责基础上的，对医务人员的行为起主导作用的情感。

③事业感：事业感是医务人员积极探索疾病、勇于追求真理的道德情感。

2. 医德良心

（1）医德良心的概念：医德良心是指医务人员对医德义务和医德责任的自觉认识，是医务人员在自我意识中按照一定的医德准则进行的自我评价能力。

（2）医德良心的特点

①存在于医务人员意识之中的对患者和社会负责的道德责任感，是在学习医学知识和从事医疗活动中，认识到自身的使命、职责和任务而产生的对患者和社会应尽道德义务的强烈而持久的愿望。

②医师在内心深处进行自我评价的能力，是医师在深刻理解职业道德原则和道德规范的基础上，以高度负责的态度对自己行为进行自我判断和评价的心理过程。

（3）医德良心的作用

①医疗行为前的选择作用：医务人员在做诊疗准备时，职业良心会促使他根据自己的道德义务作出正确的抉择，避免失误，防止医疗差错。

②医疗行为过程中的监督作用：职业良心对符合医德要求的诊断、治疗给予肯定和鼓励，对不符合医德要求的给予抑制和克服，促使医务人员以良心发现的形式随时主动调节自己的行为。

③医疗行为结束后的评价作用：诊疗工作完成后，医务人员对履行了道德义务的操作感到满足和欣慰；对没有履行道德义务或造成的不良后果和影响感到内疚、惭愧和悔恨，自我谴责，主动反省自己的缺陷和不足。

要点三　审慎、保密

1. 审慎

（1）审慎的概念：审慎即周密谨慎，是指医务人员在医疗行为之前的周密思考和医疗过程中的谨慎认真。审慎既是医务人员内心信念和良心的具体表现，又是医务人员对患者和社会的义务感、责任感、同情感的总体表现。

（2）审慎的道德要求

①在医疗实践的各个环节，应自觉地做到认真负责，谨慎小心，兢兢业业，一丝不苟。李时珍在《本草纲目》中把“用药”比喻成“用刑”，“谈即便隔生死”。

②不断地提高自己的业务水平，在技术上做到精益求精。

2. 保密

（1）保密的概念：保密是指医务人员在防病治病的医疗活动中应当保守医疗秘密，不得对外泄露。医疗秘密包括患者及其家庭生活、个人隐私，独特的体征及畸形、“不名誉”的疾病（性病、精神病、妇科病）以及不良诊断的和预后。

（2）保密的内容

①为患者保密：医生无权泄露由于执行医疗任务而获知的有关患者的疾病、隐私及家庭生活的情况。这是对患者人格的尊重。

②对患者保密：征得患者家属同意，医生不告诉患者所患危重疾病的病情。这是为加强疗效、提高患者治疗疾病的信心而采取的一种保护性的医疗措施。

（3）保密的道德要求

①询问病史、查体从疾病诊断的需要出发，不有意探听患者的隐私。对在诊疗中知晓的患者的隐私进行保密。

②对某些可能给患者带来精神打击的诊断和预后，应对患者保密。

③医务人员在向家属交代病情时，应选择合适的时机和场合，并嘱咐家属不宜将危重病情过多地向亲友泄露，不要在患者面前过分悲伤，以免引起患者猜测，增加患者的疑虑和心理负担。

要点四　荣誉与幸福

1. 荣誉

（1）医务人员的荣誉观：医务人员的荣誉是建立在全心全意为人民健康服务基础之上

的。医务人员热爱医学事业，全心全意为人民的健康服务，并在自己的岗位上作出贡献，获得社会的褒奖，因而产生荣誉感。

（2）医务人员的荣誉是个人荣誉与集体荣誉的统一。个人荣誉中包含着集体的智慧和力量，集体荣誉也离不开每个医务人员辛勤工作作出的贡献。集体荣誉是个人荣誉的基础和归宿，个人荣誉是集体荣誉的体现和组成部分。

（3）荣誉的作用：荣誉对医务人员的行为起评价和激励作用，促使医务人员严格要求自己，力争使自己的行为获得社会的肯定和赞许，并努力保持自己的荣誉，不断进步。

2. 幸福

（1）医务人员幸福观的特点

①物质生活和精神生活的统一：既包含物质生活的改善和提高，在职业服务中获得应有的物质报酬；又包含精神生活的充实，从患者的康复中获得其精神上的满足，从而感受幸福和快乐。

②个人幸福和集体幸福的统一：国家富强和集体幸福是个人幸福的基础，离开集体幸福，医务人员的个人幸福是无法实现的。在强调集体幸福高于个人幸福的前提下，积极关心和维护医务人员的幸福是必要的。

③创造幸福和享受幸福的统一：医务人员只有在为患者的服务之中，通过辛勤劳动、精心治疗、使患者恢复健康、得到社会的肯定，才能获得物质上和精神上的利益和享受。因此，医务人员的幸福寓于职业劳动和创造之中，是创造与享受的统一。

（2）医务人员幸福观的作用

①促使医务人员将个人幸福建立在崇高的职业生活和职业理想的追求上，体现在救死扶伤、防治疾病的平凡而又伟大的医疗工作中，从集体幸福和患者康复的欢乐中获得幸福。

②促使医务人员认识到没有苦就没有乐，没有辛勤的耕耘就难以体会收获的欣慰和欢乐，感受到自身价值的实现和工作意义，更加热爱自己的专业，努力地工作，将自己毕生的精力献给医疗卫生事业。

（张金钟）

第三单元　临床诊疗的道德要求

细目一　临床诊断的道德要求

要点一　询问病史的道德要求

1. 举止端庄，态度热情

医生举止端庄、态度热情，可以使患者、患者家属产生信赖感和亲切感，能缓解患者的紧张心理，有利于患者倾诉病情、告知与疾病有关的隐私，从而获得全面而可靠的病史资料，避免漏诊、误诊。

2. 全神贯注，语言得当

医生要精神集中、冷静，语言温馨、通俗，避免使用专业性强、难以理解的术语，避免使用惊叹、惋惜、埋怨的语言。这样既有利于正确的诊断，又可减轻患者的心理负担。

3. 耐心倾听，正确引导

医生要耐心地倾听患者及其家属的述说，并善于整理、分析、综合，引导患者及其家属介绍有关病情的重要信息。要避免机械地听记，避免对疾病的主观臆断，避免误导。

要点二　体格检查的道德要求

1. 全面系统，认真细致

医生要按照一定的顺序检查，不遗漏部位和内容，不放过任何疑点，做到一丝不苟。对难以确定的体征要反复检查或请上级医生核查。对于危重患者，特别是昏迷患者，为了不耽误抢救，可以扼要、重点检查，但病情缓解后，必须充分检查。

2. 关心体贴，减少痛苦

在体格检查过程中，要根据患者的病情选择舒适的体位，动作要敏捷，手法要轻柔，要用语言转移患者的注意力，不要让患者频繁的改变体位，更不能动作粗暴，以免增加患者的痛苦。

3. 尊重患者，心正无私

始终保持对被检查的尊重，要根据体检的需要依次暴露和检查各部位。检查异性、畸形者时，态度要庄重。遇到难以合作者，要讲清体检对诊断、治疗的重要性，不可勉强，待做好工作再查，或先查容易检查的部位。男医生为女性体检，要有女护士在场。

要点三　辅助检查的道德要求

1. 从诊断要求出发，目的纯正

辅助检查要从患者所患疾病诊查的实际出发。简单检查能解决问题的，不得作复杂而危险的检查；少数几项检查能得出结论的，不得做更多的检查。怕麻烦、图省事，需要做的检查项目不做是失职行为；出于“经济效益”的需要进行“大撒网”式的、与疾病无关的检查同样是失职行为。

2. 知情同意，尽职尽责

确定了辅助检查项目后，要向患者和家属讲清楚检查的目的和意义，得到同意后再行检查。特别是一些比较复杂、费用比较昂贵或危险较大的检查，更应得到患者的理解和同意。有些患者对某些检查，如腰穿、骨穿、内镜等，因惧怕痛苦而拒绝检查，医生应尽职尽责地向患者解释，讲清辅助检查对尽早确定诊断和进行治疗的意义，不能不做解释听其自然，也不能强行实施检查而剥夺患者的自主权。

3. 综合分析，切忌片面

辅助检查能够使医务人员更深入、更细致、更准确地认识疾病，为疾病的诊断提供重要依据。但是由于辅助检查受各种条件的严格限制，有些结果反映的又是局部表现或瞬间

状态，存在一定的局限性，因此，要注意将辅助检查的结果与病史、体格检查资料综合分析，防止片面夸大辅助检查在诊断中的作用。

4. 密切联系，加强协作

辅助检查分别在不同的医技科室或研究室进行，而各医技科室和研究室都有自己的专业特长。医技人员要利用自己的特长主动地开展工作，在自己的专业领域不断进取，更好地为患者服务。临床医生与医技人员既要承认对方工作的相对独立性和重要性，又要相互协作、共同完成对患者的诊断任务。

要点四　会诊的道德要求

1. 一切从维护患者利益出发

会诊的目的是分析病情，做出正确的诊疗决策，维护患者的身心健康。

2. 经治医生应客观陈述患者的状况

经治医生对患者的病情及信息掌握比较全面，必须客观介绍情况，虚心求教，不得夸大病情及其复杂程度，不得推卸责任。

3. 尊重科学，学术面前人人平等

无论什么级别的医生在参与会诊时都应具有严谨的科学精神，实事求是的作风，不能碍于情面不发表意见，也不得指责、挑剔，提出不切实际的意见。

细目二　临床治疗的道德要求

要点一　药物治疗的道德要求

1. 对症用药，剂量适宜

医生必须明确疾病的诊断和药物的性能、适应证和禁忌证，根据患者的病情选择药物，确定适宜的剂量。

2. 合理配伍

在联合用药时，合理配伍可以提高患者抵御疾病的能力，也可以克服或对抗一些药物的副作用，使药物发挥更大的疗效，减少毒副作用。要掌握药物的配伍禁忌，预防药源性疾病。

3. 节约费用

在确保疗效的前提下，尽量节约患者的费用。常用药、国内生产的药物能达到疗效时，不用贵重药、进口药；不开大处方。

4. 严守法规

按国家法规处方用药。

要点二　非药物治疗的道德要求

1. 手术治疗的道德要求

（1）术前：严格掌握指征，对手术效果与代价要进行全面的权衡，提出手术方案，充分考虑麻醉和手术中可能发生的意外，并制定出相应的对策。得到患者及家属对手术的真正理解和同意，签订患者及家属知情同意协议书。帮助患者在心理上、躯体上做好接受手术治疗的准备。

（2）术中：认真操作，一丝不苟。一旦手术上遇到问题，要大胆、果断、及时地处理。对意识清醒的手术患者，医务人员还要给予安慰，告知手术进展情况，缓解患者的紧张情绪。

（3）术后：密切观察病情，理解并帮助患者减轻痛苦，发现异常，及时处理，尽可能减少或消除意外情况。

2. 针灸推拿治疗的道德要求

（1）尊重患者。在针灸推拿治疗中，多数情况是一位医生为一位患者服务，医生要尊重患者的隐私。

（2）耐心体贴。针灸推拿在非麻醉条件下进行，由于病情不同，患者对疼痛感知的个体差异大，医生在操作中态度要和蔼，手法要精细，动作要轻，尽量减轻患者痛苦。

3. 心理治疗的道德要求

尊重和满足患者的心理需要，建立良好的医患关系。从患者的具体情况出发，选择适当的治疗方法，保证治疗效果。尊重患者的隐私，采取必要的安全保护措施。帮助患者建立和谐的亲属关系。

4. 饮食治疗中的道德要求

①保证饮食营养的科学性和安全性。②创造良好的进餐环境和条件。③尽量满足患者的饮食习惯和营养要求。

（张金钟）

第四单元　疾病预防的道德要求

细目一　卫生防疫道德

要点一　卫生防疫的道德内涵

预防疾病是最经济、最积极的医学服务，反映着社会道德进步。预防医学的工作效果直接关系到整个民族的健康素质和国家的繁荣昌盛，关系到人类的命运和前途。

要点二　卫生防疫的道德要求

1. 坚持群众受益，维护公益

预防医学实践的目的和根本宗旨是维护和改善人们的生产、生活环境，保护生产力，提高社会成员的整体健康水平，促进社会的繁荣和发展。

2. 坚持“预防为主”

以饱满的工作热情，积极、主动地采取各种措施维护和改善环境，消灭可能引发疾病的各种因素，充分发挥第一级预防的作用。面对已经出现的疫情要积极采取措施，隔离传染源，切断传染渠道，保护易感人群，有效地控制疫情的发展。

3. 严谨求实，秉公执法

要坚持原则，不徇私情，秉公执法。依法打击损害他人健康、破坏自然和社会环境的行为。

4. 文明礼貌，团结协作

要互相支持，齐心协力；要深入群众，虚心听取群众意见，取得全社会的支持和配合。

细目二　中医“治未病”理论的道德内涵

要点一　“治未病”理论

“上医治未病”是中国传统医学的重要思想，养生、防病为历代医家所重视。“养生”中的“生”包括生命、生存、生长；“养”包括保养、调养、补养、护养。“养生”的内涵，一是延长生命的时限，二是提高生活的质量。构建中医特色明显、技术适宜、形式多样、服务规范的预防保健服务体系是“治未病”健康工程的目标。不断提高中医预防保健服务的能力和水平，满足人民群众日益增长的多层次、多样化的中医预防保健服务需求是“治未病”健康工程的目的。以“治未病”理念为指导，融健康文化、健康管理、健康保险为一体是“治未病”健康工程的服务模式。

要点二　“治未病”实践的道德准则

1. 以提高人民群众健康水平为目的

自觉树立为提高人民群众健康水平服务的意识，在临床实践中普及“治未病”理念和方法。将中医学强调的心理健康、饮食养生、运动养生、气功养生、药物养生等方法传达给患者及其家属。

2. 发掘和整理“治未病”理念和方法

整理、研究包括道家、儒家在内的中国传统“治未病”理念和方法。道家的养生思想强调“清静无为”，“保养精气、顺乎自然、气功修炼”，“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来。”儒家的养生思想强调“天行健，君子以自强不息”。“仁者寿”、“智者

寿”、“欲而不贪”是儒家在养生道德理念上的重要思想。这两种思想形成了一个静动结合的思维方式，贯穿在中医养生学发展过程中。

（张金钟）

第五单元　医学研究道德

细目一　人体试验的道德准则

要点一　有利于医学和社会发展

医学研究的主要目的是改善预防、诊断和治疗的方法，提高对疾病病源和疾病发生因素的认识。人体试验的根本目的在于研究人体的生理机制，探索疾病的病因和发病机理，改进疾病的诊断、治疗和预防措施，维护和促进人类的健康水平以及促进医学的发展。人体试验必须做到有利于医学发展，有利于社会的文明进步。背离这一根本目的，为个人私利或小团体利益的试验是不道德的行为。

要点二　维护受试者利益

任何生命科学研究都必须保护受试者的利益，做到受试者利益第一，医学利益第二。在人体研究之前，首先预测试验过程中的风险，如可能对受试者造成身体上或精神上的严重伤害，无论这项研究的科学价值有多大，也无论对医学的发展和人类的健康具有多么重要的意义，都不得实施。

要点三　受试者知情同意

受试者知情是同意的前提和必要条件。同意的基本条件包括：受试者处于能够自由选择的地位、受试者有正常的理解力、受试者具备必要的知识。受试者做出同意决定后，经过思考撤销原来的决定，研究者必须给予理解和支持。

要点四　严谨的科学态度

研究者要细心观察，精确测量，深思熟虑。人体试验必须建立在基础实验、动物实验等前期试验基础之上。人体试验前，必须周密思考该试验的目的、要解决的问题、预期的治疗效果及可能产生的危害，预期的受益必须超过可能出现的损害。所选择的临床试验方法必须符合科学标准和伦理标准。试验方案的设计须经过严密的科学论证，有极高的可信度和可靠性，以确保试验中不发生意外。严谨的科学态度是人体试验顺利进行的重要保障。

细目二　医学研究的伦理审查

要点一　伦理审查程序

（1）研究前必需提交伦理委员会审查：所有以人为实验对象的科研项目都要向伦理审查委员会提交伦理审查申请报告。

（2）获得伦理委员会批准后方可开始研究。

（3）研究开展后，接受伦理委员会的全过程监督。

要点二　利益冲突的预防

1. 切实保障受试者利益

人体试验要充分考虑并切实保障受试者利益，最大限度地避免人体试验中发生意外事件，使人体试验的风险降低到最小。

2. 妥善处理对受试者的意外伤害

人体试验中发生意外事故造成对受试者的伤害时，要立即采取措施救护受试者，并按受试者受伤害情况给予相应的赔偿。

（张金钟）

第六单元　医德修养与评价

细目一　医德修养

医德修养是医务人员在医德方面通过自我教育、自我塑造，把医德理论、原则和规范转化为个人的医德品质的过程，是经过学习和实践所达到的医德境界。它包括两个方面：一是医务人员按照社会主义医德原则和规范磨炼意志、实践医德的过程；二是医务人员在医德实践中经过长期努力所达到的医德境界或医德水平。

要点一　医德修养的含义

1. 医德认识的提高

医德认识是医务人员医德品质形成的基础。医务人员只有认识自己医德行为的意义、个人和他人相互间的道德义务，掌握医德原则和规范，才能产生一定的思想感情，才能具有对自己行为的道德判断力，才能增强履行医德义务的自觉性。

2. 医德感情的丰富

医德情感是激发人们进行自我反省的动力。医德情感是在长期的医德实践中形成的。随着医德情感的不断深化，医务人员的事业心和责任感在日益增强，以高度的同情心和责

任感为患者解除痛苦，履行医德义务。

3. 医德意志的形成

医德意志是指发自内心地对自己应尽义务的坚定信心和强烈责任心。锻炼医德意志，树立医德信念，关系到医德修养的形成和完善，是调节医德行为的精神力量。有了这种意志和精神，就能在疑难患者和危重患者面前敢担风险，知难而进。

4. 医德行为和习惯的养成

良好的医德行为和习惯是医德修养的目的，也是衡量医务人员医德水平的客观标志。

要点二　医德修养的途径、方法

1. 在医疗实践中加强医德修养

医学实践是医德修养的最根本方法和途径。医务人员只有投身于道德实践中，才能真正理解医学道德的内涵，才能培养医学道德情感，坚定医学道德信念，养成医学道德习惯，提高医德境界。

2. 努力做到“慎独”

慎独既是道德修养的一种方法，也是道德修养所要达到的无私奉献的医德境界。

第一，确立医德理想，增强医德修养的主动性和自觉性，持之以恒，坚持不懈。

第二，必须防微杜渐，在思想和行为的隐蔽和微小处下工夫。

第三，必须打消一切侥幸、省事的念头，在劳累过度、工作压力大的情况下，尤其要严格要求自己。

3. 勇于自我批评，自觉抵制违反医德的行为

自觉地进行自我批评是医德修养的一种方法。只有经常反省自己，敢于自我批评，才能与违反医德的行为作斗争。

细目二　医德评价

要点一　医德评价及标准

1. 医德评价的含义

医德评价是指人们根据一定的医德标准，对他人或自己的医德行为所作的善恶判断。医德评价有两种类型：一种是社会评价，即医德行为当事人之外的组织或个人通过各种形式对医务人员的职业行为进行善恶判断并表明倾向性态度；另一种是自我评价，即医务人员对自己的行为在内心深处进行的善恶判断。

2. 医德评价的标准

（1）疗效标准：即指医疗行为是否有利于患者疾病的缓解和根除。

（2）科学标准：即指医疗行为是否有利于医学科学的发展。

（3）社会标准：即指医疗行为是否有利于人类的健康、长寿、优生和人类生存环境的改善。

这三条标准是一个统一整体，其基本点在于维护患者的医疗利益和健康利益，总的目的是为了人类的健康和幸福。

要点二　医德评价方式

1. 社会舆论

社会舆论是医德评价中最普遍、最重要的一种方式。

2. 内心信念

内心信念是指医务人员发自内心地对医德义务的深刻认识和强烈的责任感，是把医德原则内化为高度自觉的思想品质，是医务人员对自己进行善恶评价的精神力量。内心信念具有深刻性、稳定性和自我监督性。

3. 传统习俗

传统习俗是人们在长期社会生活中形成的稳定的、习以为常的行为倾向和行为规范。

（张金钟）

卫 生 法 规

第一单元　卫生法中的法律责任

卫生法律责任分为民事责任、行政责任和刑事责任三种。

细目一　卫生法中的民事责任

要点一　民事责任的概念及其特征

1. 概念

卫生法中的民事责任主要是指医疗机构和卫生工作人员或从事与卫生事业有关的机构违反法律规定侵害公民的健康权利时，应向受害人承担损害赔偿的责任。

2. 特征

（1）主要是财产责任；
（2）是一方当事人对另一方的责任；
（3）是补偿当事人的损失；
（4）在法律允许的条件下，民事责任可以由当事人协商解决。

要点二　民事责任的构成

构成损害赔偿的民事责任要同时具备下列四个条件：
（1）损害的事实存在；
（2）行为的违法性；
（3）行为人有过错；
（4）损害事实与行为人的过错有直接的因果关系。

要点三　承担民事责任的方式

《民法通则》规定，承担民事责任的方式有：停止侵害；排除妨碍；消除危险；返还财产；恢复原状；修理、重作、更换；赔偿损失；支付违约金；消除影响、恢复名誉；赔礼道歉。

卫生法所涉及的民事责任以赔偿损失为主要形式。

细目二　卫生法中的行政责任

要点一　行政责任的概念及其特征

1. 概念

卫生行政责任，是指卫生行政法律关系主体违反卫生行政法律规范，尚未构成犯罪所

应承担的法律后果。

2. 特征

行政责任具有以下特征：

（1）行政责任依据行政管理法规而产生。只有违反了行政管理法规所规定的义务，才需承担行政责任。

（2）行政责任多发生在纵向的卫生管理方面，其责任形式是对实施违反行政法规的卫生工作人员、公民或法人给予行政制裁，其行政行为具有强制性。

（3）行政责任的追究机关只能是国家行政机关或国家授权的企事业单位的行政领导机关。

要点二　行政责任的构成

行政责任的构成，必须同时具备以下三方面的条件：

（1）违反卫生法中行政管理方面法律规定的义务。

（2）行为人必须有过错，即主观上的故意或过失。

（3）违法失职行为已经超过了批评教育的限度。

要点三　行政责任的形式

1. 行政处分

行政处分是指有管辖权的国家机关或企事业单位的行政领导对所属一般违法失职人员给予的一种行政制裁。行政处分的种类主要有警告、记过、记大过、降级、降职、撤职、留用察看、开除等形式。

2. 行政处罚

行政处罚是指卫生行政机关或者法律法规授权组织在职权范围内对违反卫生行政管理秩序而尚未构成犯罪的公民、法人和其他组织实施的一种卫生行政制裁。行政处罚的种类主要有警告，罚款，没收违法所得、没收非法财物，责令停产停业，暂扣或者吊销许可证、暂扣或者吊销执照等。

细目三　卫生法中的刑事责任

要点一　刑事责任的概念及特征

1. 概念

卫生刑事责任是指违反卫生法的行为，侵害了《刑法》所保护的社会关系构成犯罪所应承担的法律后果。

我国《刑法》规定了十余个与违反卫生法有关的罪名：

（1）生产、销售假药、劣药罪；

（2）生产、销售不符合卫生标准食品的犯罪；

（3）生产、销售不符合卫生标准医疗器械、医用卫生材料的犯罪；

（4）非法行医情节严重的犯罪；

（5）违反《传染病防治法》的规定，引起甲类传染病传播或者有传播严重危险的犯罪；

（6）非法采集、供应血液罪或者制作、供应血液制品罪；

（7）违反国境卫生检疫罪；

（8）违反规定造成病菌种、毒种扩散罪；

（9）医务人员严重不负责任造成严重后果的犯罪；

另外，法律还规定了玩忽职守的犯罪、危害环境的犯罪等。

2. 特征

（1）刑事责任是最严厉的一种法律责任。它不仅可以剥夺犯罪行为人的财产和其他权利，而且可以剥夺其人身自由，甚至可以剥夺其生命。

（2）刑事责任只能由犯罪行为人承担，具有不可转移性。

（3）刑事责任只能由司法机关代表国家依法定程序予以追究。

要点二　刑事责任的构成

每一个犯罪构成必须同时具备四个要件：

（1）犯罪客体：是指我国刑法所保护而为犯罪行为所侵害的社会关系或各种合法权益。

（2）犯罪客观方面：是指犯罪活动的客观外在表现。

（3）犯罪主体：是指实施犯罪行为，依法应负刑事责任的自然人或法人。

（4）犯罪主观方面：指犯罪主体对自己实施的犯罪行为及危害结果所持的心理状态。

根据我国《刑法》规定，实现刑事责任的方式是刑罚。刑罚包括主刑和附加刑。主刑有管制、拘役、有期徒刑、无期徒刑、死刑。它们只能单独适用。附加刑有罚金、剥夺政治权利、没收财产。附加刑是补充主刑适用的刑罚方法，既可以独立适用，也可以附加适用。

（杨建红）

第二单元　相关卫生法律法规

细目一　《中华人民共和国执业医师法》

《中华人民共和国执业医师法》（以下简称《执业医师法》）对医师在执业活动中享有的权利和履行的义务做了明确的规定。

要点一　执业医师享有的权利

1. 在注册的执业范围内进行医学诊查、疾病调查、医学处置、出具相应的医学证明文件，选择合理的医疗、预防、保健方案；

2. 按照国务院卫生行政部门规定的标准，获得与本人执业活动相当的医疗设备基本条件；

3. 从事医学研究、学术交流，参加专业学术团体；

4. 参加专业培训，接受继续医学教育；

5. 在执业活动中，人格尊严、人身安全不受侵犯；

6. 获取工资报酬和津贴，享受国家规定的福利待遇；

7. 对所在机构的医疗、预防、保健工作和卫生行政部门的工作提出意见和建议，依法参与所在机构的民主管理。

要点二　执业医师在执业活动中应履行的义务

1. 遵守法律、法规，遵守技术操作规范；

2. 树立敬业精神，遵守职业道德，履行医师职责，尽职尽责为患者服务；

3. 关心、爱护、尊重患者，保护患者的隐私；

4. 努力钻研业务，更新知识，提高专业技术水平；

5. 宣传卫生保健知识，对患者进行健康教育。

要点三　《执业医师法》对医师在执业活动中提出的法定要求

1. 医师实施医疗、预防、保健措施，签署有关医学证明文件，必须亲自诊查、调查，并按照规定及时填写医学文书，不得隐匿、伪造或者销毁医学文书及有关资料。

医师不得出具与自己执业范围无关或者与执业类别不相符的医学证明文件。

2. 对急危患者，医师应当采取紧急措施进行诊治；不得拒绝急救处置。

3. 医师应当使用经国家有关部门批准使用的药品、消毒药剂和医疗器械。

除正当诊断治疗外，不得使用麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品和放射性药品。

4. 医师应当如实向患者或者其家属介绍病情，但应注意避免对患者产生不利后果。

医师进行实验性临床医疗，应当经医院批准并征得患者本人或者其家属同意。

5. 医师不得利用职务之便，索取、非法收受患者财物或者牟取其他不正当利益。

6. 遇有自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故及其他严重威胁人民生命健康的紧急情况时，医师应当服从县级以上人民政府卫生行政部门的调遣。

7. 医师发生医疗事故或者发现传染病疫情时，应当依照有关规定及时向所在机构或者卫生行政部门报告。医师发现患者涉嫌伤害事件或者非正常死亡时，应当按照有关规定向有关部门报告。

8. 执业助理医师应当在执业医师的指导下，在医疗、预防、保健机构中按照其执业类别执业。在乡、民族乡、镇的医疗、预防、保健机构中工作的执业助理医师，可以根据医疗诊治的情况和需要，独立从事一般的执业活动。

要点四　《执业医师法》规定的法律责任

1. 医师在医疗、预防、保健工作中造成事故的，依照法律或者国家有关规定处理。未经批准擅自开办医疗机构行医或者非医师行医的，除按规定承担行政责任外，给患者造成损害的，依法承担赔偿责任。

2. 以不正当手段取得医师执业证书的，由发给证书的卫生行政部门予以吊销；对负有直接责任的主管人员和其他直接责任人员，依法给予行政处分。

3. 医师在执业活动中有下列行为之一的，由县级以上人民政府卫生行政部门给予警告或者责令暂停6个月以上1年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业证书：

（1）违反卫生行政规章制度或者技术操作规范造成严重后果的；

（2）由于不负责任延误急危患者的抢救和诊治造成严重后果的；

（3）造成医疗责任事故的；

（4）未经亲自诊查、调查，签署诊断、治疗、流行病学等证明文件或者有关出生、死亡等证明文件的；

（5）隐匿、伪造或者擅自销毁医学文书及有关资料的；

（6）使用未经批准使用的药品、消毒药剂和医疗器械的；

（7）不按照规定使用麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品和放射性药品的；

（8）未经患者或者其家属同意，对患者进行实验性临床医疗的；

（9）泄露患者隐私，造成严重后果的；

（10）利用职务之便，索取、非法收受患者财物或者牟取其他不正当利益的；

（11）发生自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故以及其他严重威胁人民生命健康的紧急情况时，不服从卫生行政部门调遣的；

（12）发生医疗事故或者发现传染病疫情、患者涉嫌伤害事件或者非正常死亡，不按照规定报告的。

4. 未经批准擅自开办医疗机构行医或者非医师行医的，由县级以上人民政府卫生行政部门予以取缔，没收其违法所得及其药品、器械，并处10万元以下的罚款；对医师吊销其执业证书；构成犯罪的，依照刑法追究刑事责任。

5. 卫生行政部门工作人员或者医疗、预防、保健机构工作人员违反《执业医师法》有关规定，弄虚作假、玩忽职守、滥用职权、徇私舞弊，尚不构成犯罪的，依法给予行政处分；构成犯罪的，依照刑法追究刑事责任。

6. 医务人员由于严重不负责任，造成就诊人死亡或者严重损害就诊人身体健康的，处3年以下有期徒刑或者拘役。

细目二 《中华人民共和国药品管理法》

要点一 药品必须符合法定要求

1. 必须是《中华人民共和国药品管理法》（以下简称《药品管理法》）明确规定的药品含义中所包括的内容。

2. 必须符合《药品管理法》有关规定要求：

（1）药品生产、经营企业是合法的生产、经营企业。药品生产企业、药品经营企业必须持有药品监督管理部门批准发给的《药品生产许可证》、《药品经营许可证》和工商管理机关核发的《营业执照》。

（2）生产药品须经国务院药品监督管理部门批准并发给药品批准文号。

（3）药品必须符合国家药品标准。国务院药品监督管理部门颁布的《中华人民共和国药典》和药品标准为国家药品标准。

要点二　假药和劣药

1. 禁止生产（包括配制）、销售假药

有下列情形之一的为假药：

（1）药品所含成份与国家药品标准规定的成份不符的；

（2）以非药品冒充药品或者以他种药品冒充此种药品的。

有下列情形之一的药品按假药论处：

（1）国务院药品监督管理部门规定禁止使用的；

（2）依照本法必须批准而未经批准生产、进口，或者依照本法必须检验而未经检验即销售的；

（3）变质的；

（4）被污染的；

（5）使用依照本法必须取得批准文号而未取得批准文号的原料药生产的；

（6）所标明的适应症或者功能主治超出规定范围的。

2. 禁止生产、销售劣药

药品成份的含量不符合国家药品标准的，为劣药。

有下列情形之一的药品按劣药论处：

（1）未标明有效期或者更改有效期的；

（2）不注明或者更改生产批号的；

（3）超过有效期的；

（4）直接接触药品的包装材料和容器未经批准的；

（5）擅自添加着色剂、防腐剂、香料、矫味剂及辅料的；

（6）其他不符合药品标准规定的。

要点三　特殊管理的药品

国家对麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品实行特殊管理。

1. 麻醉药品和精神药品管理的相关规定

（1）《麻醉药品和精神药品管理条例》的相关规定

《麻醉药品和精神药品管理条例》第四条规定，国家对麻醉药品药用原植物以及麻醉药品和精神药品实行管制。

第三十条规定，麻醉药品和第一类精神药品不得零售。禁止使用现金进行麻醉药品和精神药品交易，但是个人合法购买麻醉药品和精神药品的除外。

第三十二条规定，第二类精神药品零售企业应当凭执业医师出具的处方，按规定剂量销售第二类精神药品，并将处方保存 2 年备查；禁止超剂量或者无处方销售第二类精神药品；不得向未成年人销售第二类精神药品。

（2）《处方管理办法》的相关规定

《处方管理办法》第二十三条规定，为门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。

第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。哌甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过15日常用量。

第二类精神药品一般每张处方不得超过7日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

第二十四条规定，为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过3日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过15日常用量；其他剂型，每张处方不得超过7日常用量。

第二十六条规定，对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡处方为一次常用量，仅限于二级以上医院内使用；盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于医疗机构内使用。

第五十条规定，处方由调剂处方药品的医疗机构妥善保存。普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为1年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为2年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为3年。

2. 医疗用毒性药品管理的有关规定

《医疗用毒性药品管理办法》第九条规定：医疗单位供应和调配毒性药品，凭医师签名的正式处方。每次处方剂量不得超过2日极量。

要点四 《药品管理法》及相关法规、规章对医疗机构及其人员的有关规定

1. 医疗机构药品使用的管理规定

《药品管理法》第二十五条规定，医疗机构配制的制剂应当是本单位临床需要而市场上没有供应的品种，并须经所在地省、自治区、直辖市人民政府药品监督管理部门批准后方可配制。配制的制剂必须按照规定进行质量检验；合格的凭医师处方在本医疗机构使用。

医疗机构配制的制剂不得在市场销售。

《药品管理法》第二十六条规定，医疗机构购进药品，必须建立并执行进货检查验收制度；必须有真实、完整的药品购进记录。

《药品管理法实施条例》第二十七条规定，医疗机构向患者提供的药品应当与诊疗范围相适应，并凭执业医师或者执业助理医师的处方调配。计划生育技术服务机构采购和向患者提供药品，其范围应当与经批准的服务范围相一致，并凭执业医师或执业助理医师的处方调配。个人设置的门诊部、诊所等医疗机构不得配备常用药品和急救药品以外的其他药品。常用药品和急救药品的范围和品种，由所在地的省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门会同同级人民政府药品监督管理部门规定。

2. 处方的管理规定

《处方管理办法》第二条规定，处方是指由注册的执业医师和执业助理医师（以下简称医师）在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术

人员（以下简称药师）审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

第四条规定，医师开具处方和药师调剂处方应当遵循安全、有效、经济的原则。处方药应当凭医师处方销售、调剂和使用。

第十七条规定，医师开具处方应当使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。医师开具院内制剂处方时应当使用经省级卫生行政部门审核、药品监督管理部门批准的名称。医师可以使用由卫生部公布的药品习惯名称开具处方。

第十九条规定，处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

第三十七条规定，药师调剂处方时必须做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

3. 关于禁止药品购销中账外暗中给予、收受回扣或者其他利益的规定

《药品管理法》第五十九条规定，禁止药品的生产企业、经营企业和医疗机构在药品购销中账外暗中给予、收受回扣或者其他利益。

禁止药品的生产企业、经营企业或者其代理人以任何名义给予使用其药品的医疗机构的负责人、药品采购人员、医师等有关人员以财物或者其他利益。禁止医疗机构的负责人、药品采购人员、医师等有关人员以任何名义收受药品的生产企业、经营企业或者其代理人给予的财物或者其他利益。

要点五　《药品管理法》规定的法律责任

违反《药品管理法》规定，应承担的法律责任有行政责任、民事责任和刑事责任。

1. 药品的生产企业、经营企业、医疗机构违反本法规定，给药品使用者造成损害的，依法承担赔偿责任。

2. 生产、销售假药的，没收违法生产、销售的药品和违法所得，并处违法生产、销售药品货值金额两倍以上五倍以下的罚款；有药品批准证明文件的予以撤销，并责令停产、停业整顿；情节严重的，吊销有关许可证；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

3. 生产、销售劣药的，没收违法生产、销售的药品和违法所得，并处违法生产、销售药品货值金额一倍以上三倍以下的罚款；情节严重的，责令停产、停业整顿或者撤销药品批准证明文件、吊销有关许可证；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

4. 医疗机构将其配制的制剂在市场销售的，责令改正，没收违法销售的制剂，并处违法销售制剂货值金额一倍以上三倍以下的罚款；有违法所得的，没收违法所得。

5. 有关单位或者个人在药品购销中违法给予、收受回扣应承担的法律责任：

（1）医疗单位的有关人员在药品购销中，收受给予财物或者其他利益，由卫生行政部门或者本单位给予处分，没收违法所得；对违法行为情节严重的执业医师，由卫生行政部门吊销其执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（2）《中华人民共和国刑法修正案（六）》第七条将《刑法》第一百六十三条修改为：公司、企业或者其他单位的工作人员利用职务上的便利，索取他人财物或者非法收受

他人财物，为他人谋取利益，数额较大的，处五年以下有期徒刑或者拘役；数额巨大的，处五年以上有期徒刑，可以并处没收财产。

公司、企业或者其他单位的工作人员在经济往来中利用职务上的便利，违反国家规定，收受各种名义的回扣、手续费，归个人所有的，依照前款的规定处罚。

细目三　《中华人民共和国传染病防治法》

要点一　法定传染病的分类

《中华人民共和国传染病防治法》(以下简称《传染病防治法》）将37种急、慢性传染病列为法定管理的传染病，并根据其传播方式、速度及对人类危害程度的不同，分为甲类、乙类和丙类三类。

（1）甲类传染病：是指鼠疫、霍乱。

（2）乙类传染病：是指传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。

（3）丙类传染病：是指流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。

上述规定以外的其他传染病，根据其暴发、流行情况和危害程度，需要列入乙类、丙类传染病的，由国务院卫生行政部门决定并予以公布。

对乙类传染病中传染性非典型肺炎、炭疽中的肺炭疽和人感染高致病性禽流感采取本法所称甲类传染病的预防、控制措施。其他乙类传染病和突发原因不明的传染病需要采取本法所称甲类传染病的预防、控制措施的，由国务院卫生行政部门及时报经国务院批准后予以公布、实施。

要点二　传染病防治方针与管理原则

国家对传染病防治实行预防为主的方针。

传染病防治管理原则是“防治结合、分类管理、依靠科学、依靠群众。”

要点三　传染病预防与疫情报告

1. 国家建立传染病预防的相关制度

（1）国家实行有计划的预防接种制度。用于预防接种的疫苗必须符合国家质量标准。国家对儿童实行预防接种证制度。国家免疫规划项目的预防接种实行免费。

（2）国家建立传染病监测制度。各级疾病预防控制机构对传染病的发生、流行以及影响其发生、流行的因素进行监测

（3）国家建立传染病预警制度。国务院卫生行政部门和省、自治区、直辖市人民政府根据传染病发生、流行趋势的预测，及时发出传染病预警，根据情况予以公布。

（4）县级以上地方人民政府应当制定传染病预防控制预案，报上一级人民政府备案。

（5）国家建立传染病菌种、毒种库。对可能导致甲类传染病传播的以及国务院卫生行政部门规定的菌种、毒种和传染病检测样本，确需采集、保藏、携带、运输和使用的，须经省级以上人民政府卫生行政部门批准。

2. 医疗机构和疾病预防控制机构在传染病预防控制中的职责

各级医疗机构必须严格执行国务院卫生行政部门规定的管理制度、操作规范，防止传染病的医源性感染和医院感染。应当确定专门的部门或者人员，承担传染病疫情报告、本单位的传染病预防、控制以及责任区域内的传染病预防工作；承担医疗活动中与医院感染有关的危险因素监测、安全防护、消毒、隔离和医疗废物处置工作。

疾病预防控制机构应当指定专门人员负责对医疗机构内传染病预防工作进行指导、考核，开展流行病学调查。

疾病预防控制机构、医疗机构的实验室和从事病原微生物实验的单位应当符合国家规定的条件和技术标准，建立严格的监督管理制度，对传染病病原体样本按照规定的措施实行严格监督管理，严防传染病病原体的实验室感染和病原微生物的扩散。

疾病预防控制机构、医疗机构使用血液和血液制品必须遵守国家有关规定，防止因输入血液、使用血液制品引起经血液传播疾病的发生。

3. 传染病疫情报告

（1）疾病预防控制机构、医疗机构和采供血机构及其执行职务的人员发现本法规定的传染病疫情或者发现其他传染病暴发、流行以及突发原因不明的传染病时，应当遵循疫情报告属地管理原则，按照国务院规定的或者国务院卫生行政部门规定的内容、程序、方式和时限报告。

任何单位和个人发现传染病病人或者疑似传染病病人时，应当及时向附近的疾病预防控制机构或者医疗机构报告。

（2）国家建立传染病疫情信息公布制度。

国务院卫生行政部门定期公布全国传染病疫情信息。省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门定期公布本行政区域的传染病疫情信息。

传染病暴发、流行时，国务院卫生行政部门负责向社会公布传染病疫情信息，并可以授权省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门向社会公布本行政区域的传染病疫情信息。

公布传染病疫情信息应当及时、准确。

要点四　传染病疫情控制措施及医疗救治

1. 医疗机构发现传染病时应采取的措施

（1）医疗机构发现甲类传染病时，应当及时采取下列措施：

①对病人、病原携带者予以隔离治疗，隔离期限根据医学检查结果确定；

②对疑似病人，确诊前在指定场所单独隔离治疗；

③对医疗机构内的病人、病原携带者、疑似病人的密切接触者，在指定场所进行医学观察和采取其他必要的预防措施。

拒绝隔离治疗或者隔离期未满擅自脱离隔离治疗的，可以由公安机关协助医疗机构采取强制隔离治疗措施。

（2）医疗机构发现乙类或者丙类传染病病人，应当根据病情采取必要的治疗和控制传播措施。

（3）医疗机构对本单位内被传染病病原体污染的场所、物品以及医疗废物，必须依照法律、法规的规定实施消毒和无害化处置。

2. 疾病预防控制机构发现或接到传染病疫情时应采取的措施

（1）对传染病疫情进行流行病学调查，根据调查情况提出划定疫点、疫区的建议，对被污染的场所进行卫生处理，对密切接触者，在指定场所进行医学观察和采取其他必要的预防措施，并向卫生行政部门提出疫情控制方案；

（2）传染病暴发、流行时，对疫点、疫区进行卫生处理，向卫生行政部门提出疫情控制方案，并按照卫生行政部门的要求采取措施；

（3）指导下级疾病预防控制机构实施传染病预防、控制措施，组织、指导有关单位对传染病疫情的处理。

3. 各级政府部门在传染病发生时应采取的紧急措施

（1）传染病暴发、流行时，县级以上地方人民政府应当立即组织力量，按照预防、控制预案进行防治，切断传染病的传播途径，必要时，报经上一级人民政府决定，可以采取下列紧急措施并予以公告：

①限制或者停止集市、影剧院演出或者其他人群聚集的活动；

②停工、停业、停课；

③封闭或者封存被传染病病原体污染的公共饮用水源、食品以及相关物品；

④控制或者扑杀染疫野生动物、家畜家禽；

⑤封闭可能造成传染病扩散的场所。

上级人民政府接到下级人民政府关于采取前款所列紧急措施的报告时，应当即时作出决定。

紧急措施的解除，由原决定机关决定并宣布。

（2）甲类、乙类传染病暴发、流行时，县级以上地方人民政府报经上一级人民政府决定，可以宣布本行政区域部分或者全部为疫区；国务院可以决定并宣布跨省、自治区、直辖市的疫区。

4. 医疗救治

医疗机构应当对传染病病人或者疑似传染病病人提供医疗救护、现场救援和接诊治疗，实行传染病预检、分诊制度；对传染病病人、疑似传染病病人，应当引导至相对隔离的分诊点进行初诊；书写病历记录以及其他有关资料，并妥善保管。

医疗机构不具备相应救治能力的，应当将患者及其病历记录复印件一并转至具备相应救治能力的医疗机构。

要点五 相关机构及其人员违反《传染病防治法》有关规定应承担的法律责任

1.《传染病防治法》规定：单位和个人违反本法，导致传染病传播、流行，给他人

人身、财产造成损害的，应依法承担民事责任。

2. 医疗机构违反本法规定的下列情形之一的，由县级以上人民政府卫生行政部门责令改正，通报批评，给予警告；造成传染病传播、流行或者其他严重后果的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员，依法给予降级、撤职、开除的处分，并可以依法吊销有关责任人员的执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

（1）未按照规定承担本单位的传染病预防、控制工作、医院感染控制任务和责任区域内的传染病预防工作的；

（2）未按照规定报告传染病疫情，或者隐瞒、谎报、缓报传染病疫情的；

（3）发现传染病疫情时，未按照规定对传染病病人、疑似传染病病人提供医疗救护、现场救援、接诊、转诊的，或者拒绝接受转诊的；

（4）未按照规定对本单位内被传染病病原体污染的场所、物品以及医疗废物实施消毒或者无害化处置的；

（5）未按照规定对医疗器械进行消毒，或者对按照规定一次使用的医疗器具未予销毁，再次使用的；

（6）在医疗救治过程中未按照规定保管医学记录资料的；

（7）故意泄露传染病病人、病原携带者、疑似传染病病人、密切接触者涉及个人隐私的有关信息、资料的。

细目四　《突发公共卫生事件应急条例》

要点一　突发公共卫生事件的预防与应急准备

1. 突发事件应急预案的制定与预案的主要内容

（1）突发事件应急预案的制定：国务院卫生行政主管部门按照分类指导、快速反应的要求，制定全国突发事件应急预案，报请国务院批准。

省、自治区、直辖市人民政府根据全国突发事件应急预案，结合本地实际情况，制定本行政区域的突发事件应急预案。

（2）全国突发事件应急预案应包括的主要内容：

①突发事件应急处理指挥部的组成和相关部门的职责；

②突发事件的监测与预警；

③突发事件信息的收集、分析、报告、通报制度；

④突发事件应急处理技术和监测机构及其任务；

⑤突发事件的分级和应急处理工作方案；

⑥突发事件预防、现场控制，应急设施、设备、救治药品和医疗器械以及其他物资和技术的储备与调度；

⑦突发事件应急处理专业队伍的建设和培训。

2. 突发事件预防控制体系

（1）国家建立统一的突发事件预防控制体系。

（2）县级以上人民政府建立和完善突发事件监测与预警系统。

（3）县级以上人民政府卫生行政主管部门指定机构负责开展突发事件的日常监测。

要点二　突发公共卫生事件的报告与信息发布

1. 突发事件应急报告制度与报告情形

（1）国家建立突发事件应急报告制度

国务院卫生行政主管部门制定突发事件应急报告规范，建立重大、紧急疫情信息报告系统。

（2）突发事件的报告情形和报告时限要求

突发事件监测机构、医疗卫生机构和有关单位发现有下列情形之一的，应当在2小时内向所在地县级人民政府卫生行政主管部门报告；接到报告的卫生行政主管部门应当在2小时内向本级人民政府报告，并同时向上级人民政府卫生行政主管部门和国务院卫生行政主管部门报告：

①发生或者可能发生传染病暴发、流行的；

②发生或者发现不明原因的群体性疾病的；

③发生传染病菌种、毒种丢失的；

④发生或者可能发生重大食物和职业中毒事件的。

任何单位和个人对突发事件不得隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报。

2. 突发事件的信息发布

国家建立突发事件的信息发布制度。国务院卫生行政主管部门负责向社会发布突发事件的信息。必要时，可以授权省、自治区、直辖市人民政府卫生行政主管部门向社会发布本行政区域内突发事件的信息。

信息发布应当及时、准确、全面。

要点三　突发公共卫生事件的应急处理

1. 应急预案的启动与实施

（1）预案启动：在全国范围内或者跨省、自治区、直辖市范围内启动全国突发事件应急预案，由国务院卫生行政主管部门报国务院批准后实施。省、自治区、直辖市启动突发事件应急预案，由省、自治区、直辖市人民政府决定，并向国务院报告。

（2）预案实施

①医疗卫生机构、监测机构和科学研究机构应当服从突发事件应急处理指挥部的统一指挥，相互配合、协作，集中力量开展相关的科学研究工作；

②根据突发事件应急处理的需要，突发事件应急处理指挥部有权紧急调集人员、储备的物资、交通工具以及相关设施、设备；必要时，对人员进行疏散或者隔离，并可以依法对传染病疫区实行封锁；

③参加突发事件应急处理的工作人员，应当按照预案的规定，采取卫生防护措施，并在专业人员的指导下进行工作；

④医疗卫生机构应采取的措施：医疗卫生机构应当对因突发事件致病的人员提供医疗

救护和现场救援，对就诊病人必须接诊治疗，并书写详细、完整的病历记录；对需要转送的病人，应当按照规定将病人及其病历记录的复印件转送至接诊的或者指定的医疗机构。

医疗卫生机构内应当采取卫生防护措施，防止交叉感染和污染。

医疗卫生机构应当对传染病病人密切接触者采取医学观察措施。

医疗机构收治传染病病人、疑似传染病病人，应当依法报告所在地的疾病预防控制机构。

⑤有关部门、医疗卫生机构应当对传染病做到早发现、早报告、早隔离、早治疗，切断传播途径，防止扩散。

要点四　《突发公共卫生事件应急条例》规定的法律责任

1. 医疗机构违反条例规定应追究的法律责任

医疗卫生机构有下列行为之一的，由卫生行政主管部门责令改正、通报批评、给予警告；情节严重的，吊销《医疗机构执业许可证》；对主要负责人、负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予降级或者撤职的纪律处分；造成传染病传播、流行或者对社会公众健康造成其他严重危害后果，构成犯罪的，依法追究刑事责任：

（1）未依照本条例的规定履行报告职责，隐瞒、缓报或者谎报的；

（2）未依照本条例的规定及时采取控制措施的；

（3）未依照本条例的规定履行突发事件监测职责的；

（4）拒绝接诊病人的；

（5）拒不服从突发事件应急处理指挥部调度的。

2. 在突发事件处理工作中有关单位和个人未履行职责应承担的法律责任

在突发事件应急处理工作中，有关单位和个人未依照本条例的规定履行报告职责，隐瞒、缓报或者谎报，阻碍突发事件应急处理工作人员执行职务，拒绝国务院卫生行政主管部门或者其他有关部门指定的专业技术机构进入突发事件现场，或者不配合调查、采样、技术分析和检验的，对有关责任人员依法给予行政处分或者纪律处分；触犯《中华人民共和国治安管理处罚条例》，构成违反治安管理行为的，由公安机关依法予以处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

3. 在突发事件发生期间扰乱公共秩序应追究的法律责任

在突发事件发生期间，散布谣言、哄抬物价、欺骗消费者，扰乱社会秩序、市场秩序的，由公安机关或者工商行政管理部门依法给予行政处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

细目五　《医疗事故处理条例》

要点一　医疗事故的处理原则与分级

1. 医疗事故的处理原则

处理医疗事故应当遵循公开、公平、公正、及时、便民的原则，坚持实事求是的科学

态度，做到事实清楚、定性准确、责任明确、处理恰当。

2. 医疗事故的分级

根据对患者人身造成的损害程度，医疗事故分为四级：

一级医疗事故：造成患者死亡、重度残疾的；

二级医疗事故：造成患者中度残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍的；

三级医疗事故：造成患者轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍的；

四级医疗事故：造成患者明显人身损害的其他后果的。

3.《条例》第三十三条规定，有下列情形之一的，不属于医疗事故

（1）在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果的；

（2）在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的；

（3）在现有医学科学技术条件下，发生无法预料或者不能防范的不良后果的；

（4）无过错输血感染造成不良后果的；

（5）因患方原因延误诊疗导致不良后果的；

（6）因不可抗力造成不良后果的。

要点二 医疗事故的预防与处置

1. 医疗事故的预防

（1）医疗机构及其医务人员在医疗活动中，必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，恪守医疗服务职业道德。

（2）医疗机构应当对其医务人员进行医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规的培训和医疗服务职业道德教育。

（3）医疗机构应当设置医疗服务质量监控部门或者配备专（兼）职人员。

（4）医疗机构应当按照国务院卫生行政部门规定的要求，书写并妥善保管病历资料。

（5）在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是应当避免对患者产生不利后果。

（6）医疗机构应当制定防范、处理医疗事故的预案，预防医疗事故的发生，减轻医疗事故的损害。

2. 医疗事故预防与处置中患者的权利

患者有权复印或者复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录以及国务院卫生行政部门规定的其他病历资料。

3. 发生医疗事故后的报告与处置

（1）发生医疗事故后的报告

医务人员在医疗活动中发生或者发现医疗事故、可能引起医疗事故的医疗过失行为或者发生医疗事故争议的，应立即向所在科室负责人报告，科室负责人应及时向本医疗机构负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员报告；负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员接到报告后，应立即进行调查、核实，将有关情况如实向本医疗机构的

负责人报告，并向患者通报、解释。

发生医疗事故的医疗机构应当按照规定向所在地卫生行政部门报告。

（2）发生医疗事故的处置

①发生或者发现医疗过失行为，医疗机构及其医务人员应立即采取有效措施，避免或者减轻对患者身体健康的损害，防止损害扩大；

②发生医疗事故争议时，死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录应在医患双方在场的情况下封存和启封。

要点三　医疗事故的处理

（1）发生医疗事故争议，可以由医患双方当事人以互解互谅的精神自行协商解决。

（2）医疗事故争议协商不成的，当事人自知道或者应当知道其身体健康受到损害之日起1年内，可以向卫生行政部门提出医疗事故争议处理申请，也可以直接向人民法院提起民事诉讼。

卫生行政部门应当自收到医疗事故争议处理申请之日起10日内进行审查，作出是否受理的决定。

（3）已确定为医疗事故的，由卫生行政部门根据医疗事故等级和情节给予警告；情节严重的，责令限期停业整顿直至由原发证部门吊销执业许可证，对负有责任的医务人员依照《刑法》关于医疗事故罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，依法给予行政处分或者纪律处分。

对发生医疗事故的有关医务人员，除依照前款处罚外，卫生行政部门并可以责令暂停6个月以上1年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业证书。

细目六　《中华人民共和国中医药条例》

要点一　《中医药条例》制定目的与适用范围

1. 制定目的

为了继承和发展中医药学，保障和促进中医药事业的发展，保护人体健康。

2. 适用范围

在中华人民共和国境内从事中医医疗、预防、保健、康复服务和中医药教育、科研、对外交流以及中医药事业管理活动的单位或者个人，应当遵守本条例。

要点二　国家发展中医药的方针、政策

国家保护、扶持、发展中医药事业，实行中西医并重的方针，鼓励中西医相互学习、相互补充、共同提高，推动中医、西医两种医学体系的有机结合，全面发展我国中医药事业。

要点三　发展中医药事业的原则与中医药现代化

发展中医药事业应当遵循继承与创新相结合的原则，保持和发扬中医药特色和优势，

积极利用现代科学技术，促进中医药理论和实践的发展，推进中医药现代化。

要点四　中医医疗机构与从业人员

1. 对中医医疗机构的相关规定

（1）开办中医医疗机构，应当符合国务院卫生行政部门制定的中医医疗机构设置标准和当地区域卫生规划，并按照《医疗机构管理条例》的规定办理审批手续，取得医疗机构执业许可证后，方可从事中医医疗活动。

（2）中医医疗机构从事医疗服务活动，应当充分发挥中医药特色和优势，遵循中医药自身发展规律，运用传统理论和方法，结合现代科学技术手段，发挥中医药在防治疾病、保健、康复中的作用，为群众提供价格合理、质量优良的中医药服务。

（3）依法设立的社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院等城乡基层卫生服务机构，应当能够提供中医医疗服务。

2. 对中医从业人员的相关规定

（1）中医从业人员应当依照有关卫生管理的法律、行政法规、部门规章的规定，通过资格考试，并经注册取得执业证书后，方可从事中医服务活动。

（2）以师承方式学习中医学的人员以及确有专长的人员，应当按照国务院卫生行政部门的规定，通过执业医师或者执业助理医师资格考核考试，并经注册取得医师执业证书后，方可从事中医医疗活动。

（3）中医从业人员应当遵守相应的中医诊断治疗原则、医疗技术标准和技术操作规范。

全科医师和乡村医生应当具备中医药基本知识以及运用中医诊疗知识、技术，处理常见病和多发病的基本技能。

要点五　中医药教育与科研

1.《中医药条例》对中医药教育、科研的相关规定

（1）各类中医药教育机构应当加强中医药基础理论教学，重视中医药基础理论与中医药临床实践相结合，推进素质教育。

（2）设立各类中医药教育机构应当符合国家规定的设置标准，并建立符合国家规定标准的临床教学基地。

中医药教育机构的设置标准，由国务院卫生行政部门会同国务院教育行政部门制定；中医药教育机构临床教学基地标准，由国务院卫生行政部门制定。

（3）省、自治区、直辖市人民政府负责中医药管理的部门应当依据国家有关规定，完善本地区中医药人员继续教育制度，制定中医药人员培训规划。

（4）国家发展中医药科学技术，将其纳入科学技术发展规划，加强重点中医药科研机构建设。

县级以上地方人民政府应当充分利用中医药资源，重视中医药科学研究和技术开发，采取措施开发、推广、应用中医药技术成果，促进中医药科学技术发展。

（5）中医药科学研究应当注重运用传统方法和现代方法开展中医药基础理论研究和临

床研究，运用中医药理论和现代科学技术开展对常见病、多发病和疑难病的防治研究。

2.《中医药条例》对中医药学术经验和技术专长继承工作的相关规定

（1）承担中医药专家学术经验和技术专长继承工作的指导老师应当具备下列条件：

①具有较高学术水平和丰富的实践经验、技术专长和良好的职业品德；

②从事中医药专业工作30年以上，并担任高级专业技术职务10年以上。

（2）中医药专家学术经验和技术专长继承工作的继承人应当具备下列条件：

①具有大学本科以上学历和良好的职业品德；

②受聘于医疗卫生机构或者医学教育、科研机构从事中医药工作，并担任中级以上专业技术职务。

要点六　中医药发展的保障措施

1. 政府、单位、组织和个人的作用

（1）国家支持、鼓励各种方式发展中医药事业

县级以上地方人民政府应当根据中医药事业发展的需要以及本地区国民经济和社会发展状况，逐步增加对中医药事业的投入，扶持中医药事业的发展。

任何单位和个人不得将中医药事业经费挪作他用。

国家鼓励境内外组织和个人通过捐资、投资等方式扶持中医药事业发展。

非营利性中医医疗机构，依照国家有关规定享受财政补贴、税收减免等优惠政策。

县级以上地方人民政府劳动保障行政部门确定的城镇职工基本医疗保险定点医疗机构，应当包括符合条件的中医医疗机构。

获得定点资格的中医医疗机构，应当按照规定向参保人员提供基本医疗服务。

（2）加强对中医药文献的整理、研究与保护工作

县级以上各级人民政府应当采取措施加强对中医药文献的收集、整理、研究和保护工作。有关单位和中医医疗机构应当加强重要中医药文献资料的管理、保护和利用。

2. 加强中医药资源管理

国家保护野生中药材资源，扶持濒危动植物中药材人工代用品的研究和开发利用。

县级以上地方人民政府应当加强中药材的合理开发和利用，鼓励建立中药材种植、培育基地，促进短缺中药材的开发、生产。

（杨建红）

中西医结合外科学

第一单元　中医外科证治概论

细目一　中医外科专用术语

要点　临证中常用的基本术语

1. 疡

又名外疡，是一切外科疾病的总称。古代称外科为疡科，外科医生为疡医。

2. 疮疡

有广义和狭义之分。广义者指一切体表外科疾患；狭义者是指发于体表的化脓性疾病。

3. 肿疡

指体表外科疾病尚未溃破的肿块。

4. 溃疡

指一切外科疾病已溃破的疮面

5. 腐肉

指疮疡溃破后过度生长、高突于疮面或暴翻于疮口之外的肉芽组织。

6. 痈

痈，同“壅”，指气血被邪毒壅聚而发生的化脓性疾病。一般分为外痈和内痈两大类。外痈是指生于体表皮肉之间的化脓性疾患；内痈是生于脏腑的化脓性疾患。

7. 疽

疽，同“阻”，指气血被毒邪阻滞而发于皮肉筋骨的疾病。常见的有有头疽和无头疽两类。有头疽是发生在肌肤间的急性化脓性疾病，相当于西医的痈；无头疽是指多发于骨骼或关节间等深部组织的化脓性疾病，相当于西医的骨髓炎、骨结核、化脓性关节炎等。

8. 根盘

指肿疡基底部周围之坚硬区，边缘清楚。

9. 根脚

指肿疡之基底根部。一般多用于有头疽或疔的基底部的描述。

10. 应指

患处已化脓，或有其他液体，用手按压时感觉有波动感。

11. 护场

指在疮疡的正邪交争过程中，正气能够约束邪气，使之不至于深陷或扩散所形成的局部肿胀范围。有护场提示正气充足，疾病易愈；无护场提示正气不足，预后较差。

12. 袋脓

溃疡溃后疮口缩小或切口不当，致空腔较大如袋，脓液不易排出而蓄积于内，即为袋脓。

13. 痔

痔有峙突之意，古代将生于肛门、耳道、鼻孔等人之九窍中的突起小肉称为痔，如鼻痔（鼻息肉）、耳痔（耳道息肉）等。由于痔的发病以肛门部最多见，故归属于肛门疾病类。

14. 漏

指溃疡疮口处脓水淋漓不止，久不收口，犹如滴漏。包括瘘管和窦道两种不同性质的病理改变。瘘管是指体表与脏腔之间有内、外口的病理性管道，或指溃口与溃口相通的病理性管道；窦道是指深部组织通向体表的病理性盲管，一般只有外口而无内口。

15. 痰

是指发于皮里膜外、筋肉骨节之间的或软或硬、按之有囊性感的包块，属有形之证，多为阴证。以痰取名的疾病大致有疮痨性病变（如流痰、子痰等）和囊肿性病变（如痰包、痰核等）两类。

16. 结核

即结聚成核之意，既是症状，又是病名。泛指一切皮里膜外浅表部位的病理性肿块，非西医之结核病。

17. 岩

指病变部肿块坚硬如石，高低不平，固定不移，形似岩石，破溃后疮面中间凹陷较深，状如岩穴。岩与癌相同。

18. 瘤

瘤者，留滞不去之义。凡瘀血、痰滞、浊气停留于人体组织之中，聚而成形所结成的块状物，称为瘤。相当于西医的体表良性肿瘤。

19. 五善

“善”是好的征象。在病程中出现善的症状表示预后较好。“五善”包括心善、肝善、脾善、肺善、肾善。心善为精神爽快，言语清亮，舌润不渴，寝寐安宁；肝善为身体轻便，不怒不惊，指甲红润，二便通利；脾善为唇色滋润，饮食知味，脓黄而稠，大便和润；肺善为声音响亮，不咳不喘，呼吸均匀，皮肤润泽；肾善为身无潮热，口和齿润，小便清长，夜卧安静。

20. 七恶

“恶”是坏的征象。在病程中出现恶的症状表示预后较差。“七恶”包括心恶、肝恶、脾恶、肺恶、肾恶、脏腑败坏、气血衰竭（脱证）。心恶为神志昏惚，心烦舌燥，疮色紫

黑，言语呢喃；肝恶为身体强直，目难正视，疮流血水，惊悸时作；脾恶为形容消瘦，疮陷脓臭，不思饮食，纳药呕吐；肺恶为皮肤枯槁，痰多音喑，呼吸喘急，鼻翼扇动；肾恶为时渴引饮，面容暗黑，咽喉干燥，阴囊内缩；脏腑败坏为身体浮肿，呕吐呃逆，肠鸣泄泻，口糜满布；气血衰竭（脱证）为疮陷色暗，时流污水，汗出肢冷，嗜卧语低。

21. 顺证

外科疾病在其发展过程中，按着顺序出现应有的症状者，称为“顺证”。如阳证疮疡表现为初起疮顶高突，红肿疼痛，根脚不散；脓成顶高根收，皮薄光亮，易脓易腐；溃后脓稠色鲜，腐肉易脱，肿消痛减；收口期疮面红活，新肉易生，疮口易敛。

22. 逆证

外科疾病在其发展过程中，不以顺序而出现不良的症状者，称为“逆证”。如阳证疮疡表现为初起疮顶平塌，根脚散漫，不痛不热；脓成疮顶软陷，肿硬紫暗，不脓不腐；溃后皮烂肉坚无脓，时流血水，肿痛不减；收口期脓稀淋漓，新肉不生，色败臭秽，疮口难敛。

善证与恶证多指全身表现；顺证与逆证多指局部表现。善证与恶证、顺证与逆证之间可以相互转化，要密切观察病情变化，及时调整治疗和护理措施，尽可能转恶为善，转逆为顺。

细目二　病因病机

要点一　致病因素

外科疾病的发生大致有外感六淫、情志内伤、饮食不节、外来伤害、劳伤虚损、感受特殊之毒、痰饮瘀血等方面的因素。

（一）外感六淫

1. 风

风为阳邪，善行数变，故发病迅速，多为阳证；风性燥烈，风性上行，多侵犯人体上部，如颈痈、头面丹毒等病。风邪致病的特点是：其肿宣浮，患部皮色或红或不变，痛无定处，走注甚速，伴恶风、头痛等全身症状。

2. 寒

“寒主收引”、“寒胜则痛”，寒袭人体易致局部气血凝滞，血脉流行失常，故易生冻疮、脱疽、流痰等；寒为阴邪，其病一般多为阴证，常侵袭人体的筋骨关节。患部特点是：多为色紫青暗，不红不热，肿势散漫，痛有定处，得暖则减，化脓迟缓，常伴恶寒、四肢不温、小便清长等全身症状。

3. 暑

暑热外受，蕴蒸肌肤，汗出过多，或汗出不畅，致暑湿逗留，易发生暑疖，甚至形成暑湿流注。皮肤常处潮湿环境，既影响阳气通达于肌表，又降低局部抵抗力，更易为外邪所侵。暑为阳邪，具有热微则痒、热甚则痛、热胜肉腐等特征，故其致病特点是：多为阳

证，患部燉红、肿胀、灼热，糜烂流脓或伴滋水，或痒或痛，其痛遇冷则减，常伴口渴胸闷、神疲乏力等全身症状。

4. 湿

湿性趋下，重浊黏腻。冒雨涉水或居地潮湿等均可感受湿邪。在外科疾病中，湿热相兼尤为多见。外科疾病发于身体下部者多与湿邪有关。如湿热流注于下肢，可发臁疮、脱疽以及急、慢性下肢丹毒等。湿热下注于膀胱则有尿频、尿急、尿痛、尿血等症，如血淋、石淋等；湿侵肌肤，郁结不散，与气血相搏，可发生湿疮、水疱、脓疱、渗液等损害。

5. 燥

燥有凉燥与温燥之分。在外科疾病的发病过程中以温燥者居多。燥邪易致皮肤干燥皲裂，外邪乘机侵袭，易致生痈或引起手足部疔疮等病；燥邪易伤人体阴液，侵犯皮肤，致患部干燥、枯槁、皲裂、脱屑等，常伴口干唇燥、咽喉干燥或疼痛等全身症状。

6. 火

火性属热，热为火之轻，火为热之重，两者仅在程度上有差别，其患病大多由于直接感受温热之邪所引起，如疔疮、有头疽、痈、药毒、丹毒等。火为阳邪，其病一般多为阳证，患部特点是：多为发病迅速，来势猛急，燉红灼热，肿处皮薄光亮，疼痛剧烈，容易化脓腐烂，或有皮下瘀斑，常伴口渴喜饮、小便短赤、大便干结等全身症状。

外科疾病的发生以“热毒”、“火毒”最为常见。

（二）感受特殊之毒

特殊之毒包括虫毒、蛇毒、疯犬毒、药毒、食物、疫毒。在外科疾病中，可因虫兽咬伤，感受特殊之毒而发病，如毒蛇咬伤、狂犬病；接触疫畜如牛、马、羊而感染疫毒的疫疔；因虫螫咬伤后引起的虫咬皮炎；因禀性不耐，接触生漆后而发漆疮，或服用某种食物后中毒等等。此外，凡未能找到明确致病的病邪者也称为毒，如无名肿毒。由毒致病的特点是：一般发病迅速，有的具有传染性，常伴有疼痛、瘙痒、麻木、发热、口渴、便秘等全身症状。

（三）外来伤害

凡跌仆损伤、沸水、火焰、寒冷及金刃竹木创伤等理化因素都可直接伤害人体，引起局部气血凝滞，郁久化热，热盛肉腐等，导致瘀血流注、水火烫伤、冻伤、外伤染毒等外伤性疾病。同时也可因外伤而再感受毒邪，发生破伤风或手足疔疮等。或因损伤后致脉络瘀阻，气血运行失常，筋脉失养而发生脱疽等。

（四）情志内伤

喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等情志活动超过人体生理活动所能调节的范围，可使体内的气血、经络、脏腑功能失调而发生外科疾病。如郁怒伤肝，肝气郁结，郁久化火，肝郁伤脾，脾失健运，痰湿内生，以致气郁、火郁、痰湿阻于经络，气血凝滞，结聚成块，形成痰核或引起疼痛等。由情志内伤所致的外科疾病常发生在肝胆经循行部位，有夹郁夹痰的临床表现。

（五）饮食不节

恣食膏粱厚味、醇酒炙煿或辛辣刺激之品可使脾胃功能失调，湿热火毒内生，同时感受外邪则易发生痈、有头疽、疔疮等疾病，故《素问·生气通天论》说："膏粱之变，足生大疔"。而且由于饮食不节、脾胃火毒所致的痈、有头疽、疔疮等病较之单由外邪所引起的更为严重，如消渴病合并有头疽。

（六）劳伤虚损

主要是指过度劳力、劳神、房事过度等因素导致脏腑气血受损，阴阳失和，使正气亏损而发生疾病。如肾主骨，肾虚则骨骼空虚，风寒痰浊乘隙入侵而生流痰；肾阴不足，虚火上炎，灼津为痰，痰火凝结而生瘰疬，且瘰疬治愈之后可因体虚而复发，尤以产妇更为多见；肝肾不足，寒湿外侵，凝聚经络，痹塞不通，气血运行不畅而成脱疽；劳力过度，久立久行使肌肉劳损，可引起下肢筋瘤等。

（七）痰饮、瘀血

痰饮、瘀血都是脏腑功能失调的病理产物，在一定的条件下，又能作用于某些器官导致新的病理变化，产生继发病症。临床上痰与瘀常相兼致病，互为因果。外科之痰主要指凝聚于肌肉、经络、骨节之间，有征可凭的有形之痰，致病具有起病缓慢、病程较长、早期症状多不明显等特点。至于具体表现，因痰凝部位和所致病证的不同而各异。痰阻阳明、少阳之经而致瘰疬；痰凝乳络而生乳核、乳癖；痰凝肌肤则肢体结节肿块；痰留骨节而发为流痰等。

瘀血致病范围广，病种多，症状复杂，涉及人体内外上下、脏腑经络、皮肉筋脉。除具有疼痛、结块、出血紫暗或夹有血块、面唇青紫、舌质紫暗或瘀斑、瘀点、脉涩或迟、沉、弦、结代等一般特点外，还因瘀血所在部位不同而各具特点。

以上各种致病因素可以单独致病，也可以几种因素同时致病，并且内伤和外感常常相合致病。所以对每一种外科疾病的致病因素应该具体分析，分别对待。

要点二　发病机理

局部的气血凝滞，营气不从，经络阻塞，以致脏腑功能失和等，是外科疾病总的发病机理。

（一）气血凝滞

气血凝滞是指气血生化不及或运行障碍而致其功能失常的病理变化。当致病因素造成了局部气血凝滞之后，可出现疼痛、肿胀、结节、肿块、出血、皮肤增厚、瘀斑等。气血阻滞于人体，因部位不同而各具临床特征。如阻于膀胱则淋浊、癃闭、血尿；阻于肌肤则刺痛、肿胀、瘀斑、血肿；阻于筋骨则酸胀疼痛；阻于筋脉则肢体拘急活动不利，甚则麻木冷痛。气血凝滞，郁而化热，热盛肉腐，血肉腐败，则酝酿液化为脓。

（二）经络阻塞

局部经络阻塞是外科疾病总的发病机理之一；同时身体经络的局部虚弱也能成为外科疾病发病的条件，如外伤瘀阻后形成瘀血流注，头皮外伤血肿后常可导致斑秃的发生等。

（三）脏腑失和

人体是一个完整统一的有机体，外科疾病虽然绝大多数发于体表的皮、肉、脉、筋、骨的某一部位，但与脏腑有着一定的联系。如脏腑功能失调可以导致疮疡的发生。《素问·至真要大论》说："诸痛痒疮，皆属于心。"《外科启玄》亦云："凡疮疡，皆由五脏不和，六腑壅滞，则令经脉不通而生焉。"故有"诸内必形诸外"、"诸外必本诸内"之说。因此，外科疾病的发生与脏腑功能失调有关。

细目三　诊法与辨证

要点一　辨阴证阳证

阴阳辨证既是八纲辨证的总纲，又是外科疾病辨证的总纲。在八纲辨证中，当辨明疾病的表、里、寒、热、虚、实之后，即可判定其证候是阴证或阳证，或半阴半阳证。但在外科辨证中，在辨别阴阳属性上有自己的特点，即根据疾病的发生、发展、局部特征和转归等各方面的相对性，可直接辨认其为阳证或阴证。

1. 发病缓急

急性发作的病属阳；慢性发作的病属阴。

2. 病位深浅

病发于皮肉的属阳；病发于筋骨的属阴。

3. 皮肤颜色

红活燃赤的属阳；紫暗或皮色不变的属阴。

4. 皮肤温度

灼热的属阳；不热或微热的属阴。

5. 肿形高度

肿胀形势高起的属阳；平塌下陷的属阴。

6. 肿胀范围

肿胀局限，根脚收束的属阳；肿胀范围不局限，根脚散漫的属阴。

7. 肿块硬度

肿块软硬适度，溃后渐消的属阳；坚硬如石或柔软如棉的属阴。

8. 疼痛感觉

疼痛比较剧烈的属阳；不痛、隐痛或抽搐的属阴。

9. 脓液稀薄

溃后脓液稠厚的属阳；稀薄或纯血水的属阴。

10. 病程长短

阳证的病程比较短；阴证的病程比较长。

11. 全身症状

阳证初起常伴有形寒发热、口渴、纳呆、大便秘结、小便短赤，溃后症状渐次消失；阴证初起一般无明显症状，酿脓期常有骨蒸潮热、颧红，或面白、神疲、自汗、盗汗等症状，溃后尤甚。

12. 预后顺逆

阳证易消、易溃、易敛，预后多顺（良好）；阴证难消、难溃、难敛，预后多逆（不良）。

要点二　辨肿

肿是由各种致病因素导致经络阻塞、气血凝滞而形成的体表症状。肿势的缓急、集散程度常为判断病情虚实、轻重的依据。由于患者体质的强弱与致病原因的不同，发生肿的症状也有所差异。

（一）肿的性质

1. 热肿

肿而色红，皮薄光泽，燂热疼痛，肿势急剧。常见于阳证疮疡，如疖疔初期、丹毒等。

2. 寒肿

肿而不硬，皮色不泽，苍白或紫暗，皮肤清冷，常伴有酸痛，得暖则舒。常见于冻疮、脱疽等。

3. 风肿

发病急骤，漫肿宣浮，或游走不定，不红微热，或轻微疼痛。常见于痄腮、大头瘟等。

4. 湿肿

皮肉重垂胀急，深按凹陷，如烂棉不起，浅则光亮如水疱，破流黄水，浸淫皮肤。常见于股肿、湿疮。

5. 痰肿

肿势软如棉，或硬如馒，大小不一，形态各异，无处不生，不红不热，皮色不变。常见于瘰疬、脂瘤等。

6. 气肿

皮紧内软，按之凹陷，放手复原，不红不热，或随喜怒消长。常见于气瘿、乳癖等。

7. 瘀血肿

肿而胀急，病程较快，色初暗褐，后转青紫，逐渐变黄至消退。也有血肿染毒、化脓而肿。常见于皮下血肿等。

8. 郁结肿

肿势坚硬如石，表面不平，状如岩突，推之不动，界限不清，不红不热。常见于乳

岩、失荣、肾岩等。

9. 实肿

肿势高突，根盘收束，常见于正盛邪实之疮疡。

10. 虚肿

肿势平坦，根盘散漫，常见于正虚不能托毒之疮疡。

（二）肿的病位与形色

由于发病部位的局部组织有疏松和致密的不同，肿的情况也有差异。发生在表浅部位者，肿势高突，根盘收束，发病较快，并易脓、易溃、易敛；手指部因组织致密，故局部肿势不甚，但其疼痛剧烈；病发手掌、足底等处，因病处组织较疏松，肿势易于蔓延；在筋骨、关节之间，发病较缓，并有难脓、难溃、难敛的特点；病发皮肉深部，肿势平坦，皮色不变者居多，至脓熟时仅透红一点；大腿部由于肌肉丰厚，肿势更甚，但外观不明显；颜面疔疮、有头疽等显而易见，若脓未溃时由红肿色鲜转向暗红而无光泽，由高肿转为平塌下陷，可能是危重之候。

（三）辨肿块、结节

肿块是指体内比较大的或体表显而易见的肿物，如腹腔内肿物或体表较大的肿瘤等。而较小、触之可及的称之为结节，主要见于皮肤或皮下组织。

1. 辨肿块

（1）大小：以厘米为单位测量肿块大小，观察肿势变化及治疗效果。若肿物较深，或哑铃状及不规则形状的肿块，体表虽小体内却很大。有些囊性变或出血性肿块随时间变化而增减，要随时观察其大小。B 超、CT 检查可提供较准确的测量值。

（2）形态：常见的肿块形态特征有扁平、扁圆、圆球、卵圆、索条状、分叶状及不规则形态等。表面是否光滑可协助判断其性质，良性肿瘤因其有完整包膜，触诊时多表面光滑；而恶性肿瘤多无包膜，所以表面多粗糙，高低不平，且形状不一。

（3）质地：从肿块质地的软硬可判断其不同性质。如骨瘤或恶性肿瘤质地坚硬如石；脂肪瘤则柔软如馒；囊性肿块按之柔软，但若囊性病变囊内张力增大到一定程度时，触诊也很坚硬。临证时注意这些辨证要点，则不难鉴别。

（4）活动度：根据肿块活动度一般可确定肿块的位置。如皮内肿块可随皮肤提起，推移肿块可见皮肤受牵扯；皮下肿块用手推之能在皮下移动，无牵拉感。一般情况下，良性肿块多活动度好，恶性肿块活动度较差。但是，有的肿块不活动或活动度极小，却不一定是恶性。如皮样囊肿，早年镶嵌在颅骨上，致颅骨成凹，推之难移。

（5）位置：有些肿块特别需要确定其生长的位置，以决定其性质和选择不同的治疗方法。如蔓状血管瘤看似位于体表，却多呈哑铃状，很可能外小内大，深层部分可以延伸到人体的骨间隙或内脏间隙。肌肉层或肌腱处肿块可随肌肉收缩而掩没或显露，如腱鞘囊肿。再有平卧位触摸不清或比较深在的腹部不易判断的肿块，检查时应选择不同体位，让病人平卧位抬头，这时腹肌紧张，可清楚触及到肿块，说明肿块位在腹壁；若肿块消失说明肿块位于腹肌之下或腹腔内。对某些肿块则需要借助仪器检查。

（6）界限：指肿块与周围组织间的关系。一般认为非炎症性、良性肿块常有明显界

限；而恶性肿块呈浸润性生长，与周围组织融合，无明显界限。炎性肿块或良性肿块合并感染，或良性肿块发生恶性变时，均可由边界清楚演变到边界不清。

（7）疼痛：一般肿块多无疼痛，恶性肿块初期也很少疼痛。只有当肿块合并感染，或良性肿瘤出现挤压症状，或恶性肿瘤中、后期出现破溃或压迫周围组织时可有不同程度的疼痛。

（8）内容物：由于肿块来源及形成或组织结构的区别，肿块内有着不同的内容物。如某些肉瘿（甲状腺囊肿）含淡黄色或咖啡色液体；水瘤（淋巴管瘤）为无色透明液体；胶瘤（腱鞘囊肿）为淡黄色黏胨状液体；结核性脓肿内为稀薄暗淡夹有败絮样物质；脂瘤（皮脂腺囊肿）内含灰白色豆腐渣样物质。为了明确内容物的性质，有时需针吸穿刺或手术病理证实。

2. 辨结节

结节是相对肿块而言，大者为肿块，小者为结节。其大小不一，多呈圆形、卵圆形、扁圆形等局限性隆起，亦可相互融合成片或相连成串；亦有发于皮下，不易察觉，用手才能触及者。结节疼痛多伴有感染。生长缓慢、不红无肿的结节多考虑良性结节。对不明原因增长较快的结节，应尽快手术治疗，必要时应做病理检查。由于发生部位及形态不同，成因及转归各异，特别需要仔细辨认。

要点三　辨痛

痛是气血凝滞、阻塞不通的反应。通则不痛，不通则痛。痛为疾病的信号，也是疮疡最常见的自觉症状，而疼痛增剧与减轻又常为病势进展与消退的标志。由于患者邪正盛衰与痛的原因不一，以及发病部位的深浅不同，而疼痛的发作情况也有所不同。因此，欲了解和掌握疼痛的情况，还应从引起疼痛的原因、发作情况、疼痛性质等几方面进行辨证，必要时痛肿合辨。

（一）疼痛原因

1. 热痛

皮色燉红，灼热疼痛，遇冷则痛减。见于阳证疮疡。

2. 寒痛

皮色不红、不热，酸痛，得温则痛缓。见于脱疽、寒痹等。

3. 风痛

痛无定处，忽彼忽此，走注甚速，遇风则剧。见于行痹等。

4. 气痛

攻痛无常，时感抽掣，喜缓怒甚。见于乳癖等。

5. 湿痛

痛而酸胀，肢体沉重，按之出现可凹性水肿或见糜烂流滋。见于臁疮、股肿等。

6. 瘀痛

疼痛轻微，或隐隐作痛，皮色不变，压之酸痛。见于脂瘤、肉瘤。

7. 化脓痛

痛势急胀，痛无止时，如同鸡啄，按之中软应指。多见于疮疡成脓期。

8. 瘀血痛

初起隐痛、胀痛，皮色不变或皮色暗褐，或见皮色青紫瘀斑。见于创伤或创伤性皮下出血。

（二）疼痛类别

1. 卒痛

突然发作，病势急剧，多见于急性疾患。

2. 阵发痛

时重时轻，发作无常，忽痛忽止。多见于胃肠道寄生虫病、石淋等疾患。

3. 持续痛

痛无休止，持续不减，连续不断。常见于疮疡初起与成脓时或脱疽等。

（三）疼痛性质

1. 刺痛

痛如针刺，病变多在皮肤，如蛇串疮。

2. 灼痛

痛如烧灼，病变多在肌肤，如疖、颜面疔、烧伤等。

3. 裂痛

痛如撕裂，病变多在皮肉，如肛裂、手足皲裂较深者。

4. 钝痛

疼痛滞缓，病变多在骨与关节间，如流痰等。

5. 酸痛

痛而酸楚，病变多在关节间，如鹤膝痰等。

6. 胀痛

痛而紧张，胀满不适，如血肿、癃闭等。

7. 绞痛

痛如刀割，发病急骤，病变多在脏腑，如胆石病、石淋等。

8. 啄痛

痛如鸡啄，并伴有节律性痛，病变多在肌肉，常见于阳证疮疡化脓阶段。

9. 抽掣痛

痛时扩散，除抽掣外，并伴有放射痛，如乳岩、石瘿之晚期。

（四）辨痛与肿关系

先肿而后痛者，其病浅在肌肤，如颈痈；先痛而后肿者，其病深在筋骨，如附骨疽；

痛发数处，同时肿胀并起，或先后相继者，如流注；肿势蔓延而痛在一处者，是毒已渐聚；肿势散漫而无处不痛者，是毒邪四散，其势鸱张。

要点四　辨痒

痒是皮肤上的一种不适感，是皮肤病主要的自觉症状，且多有不同程度的局部表现，如皮肤脱屑、潮红、丘疹、水疱、风团块等，在疮疡的肿疡、溃疡阶段也时有发生。中医认为“热微则痒”，即痒是因风、湿、热、虫之邪客于皮肤肌表，引起皮肉间气血不和，郁而生微热所致；或由于血虚风燥阻于皮肤，肤失濡养，内生虚热而发。由于发生痒的原因不一，以及病变的发展过程不同，故痒的临床表现也各异。

（一）痒的原因

1. 风胜

走窜无定，遍体作痒，抓破血溢，随破随收，不致化腐，多为干性，如牛皮癣、白疕、瘾疹等。

2. 湿胜

浸淫四窜，黄水淋漓，最易沿表皮蚀烂，越腐越痒，多为湿性，如急性湿疮；或有传染性，如脓疱疮。

3. 热胜

皮肤隐疹，燥红灼热作痒，或只发于裸露部位，或遍布全身。甚则糜烂滋水淋漓，结痂成片，常不传染，如接触性皮炎。

4. 虫淫

浸淫蔓延，黄水频流，状如虫行皮中，其痒尤甚，最易传染，如手足癣、疥疮等。

5. 血虚

皮肤变厚、干燥、脱屑，很少糜烂流滋水，如牛皮癣、慢性湿疮。

（二）痒的类别

1. 肿疡作痒

一般较为少见，如有头疽、疔疮初起，局部肿势平坦，根脚散漫，脓犹未化之时，可有作痒的感觉，这是毒势炽盛，病变有发展的趋势。特别是疫疔，只痒不痛，则病情更为严重。又如乳痈等经治疗后局部根脚收束，肿痛已减，余块未消之时，也有痒的感觉，这是毒势已衰，气血通畅，病变有消散趋势。

2. 溃疡作痒

如痈疽溃后，肿痛渐消，忽然患部感觉发热奇痒，常由于脓区不洁，脓液浸渍皮肤，护理不善所致；或因应用汞剂、砒剂、敷贴膏药等引起皮肤过敏而发。如溃疡经治疗后脓流已畅，余肿未消之时；或于腐肉已脱、新肌渐生之际而皮肉间感觉微微作痒，这是毒邪渐化，气血渐充，助养新肉，将要收口的佳象。

要点五　辨脓

脓是外科疾病中常见的病理产物，因皮肉之间热盛肉腐蒸酿而成。疮疡早期不能消

散，中期必化腐成脓。疮疡的出脓是正气载毒外出的现象，所以在局部诊断时辨脓的有无是关键所在。及时正确辨别脓的有无、脓肿部位深浅，然后才能进行适当的处理；依据脓液性质、色泽、气味等变化，有助于判断体质的盛衰、病情的顺逆。

（一）成脓的特点

1. 疼痛

阳证脓疡因正邪交争剧烈，脓液积聚，脓腔张力不断增高，压迫周围组织而疼痛剧烈。局部按之灼热痛甚，拒按明显；老年、体弱者反应迟钝，痛势缓和。阴证脓疡则痛热不甚，而肿胀明显。

2. 肿胀

皮肤肿胀，皮薄光亮为有脓。深部脓肿皮肤变化不明显，但胀感较甚。

3. 温度

用手仔细触摸患部，与周围正常皮肤相比，若为阳证脓疡，则局部温度增高。

4. 硬度

《外科理例》云："按之牢硬未有脓，按之半软半硬已成脓，大软方是脓成。"《疡医大全》又谓："凡肿疡按之软隐者，随手而起者，为有脓；按之坚硬，虽按之有凹，不即随手起者，为脓尚未成。"肿块已软为脓已成。

（二）确认成脓的方法

1. 按触法

用两手食指的指腹轻放于脓肿患部，相隔适当的距离，然后以一手指稍用力按一下，则另一手指端有一种波动的感觉，这种感觉称为应指。经反复多次及左右相互交替试验，若应指明显者为有脓。在检查时注意两手指腹应放于相对应的位置，并且在上下左右四处互相垂直的方向检查。若脓肿范围较小，则用左手拇、食两指固定于脓肿的两侧，以右手的食指按触脓肿中央，如有应指为有脓。

2. 透光法

即以患指（趾）遮挡住手电筒的光线，然后注意观察患指（趾）部表面，若见其局部有深黑色的阴影即为有脓。不同部位的脓液积聚其阴影可在其相应部位显现。此法适用于指、趾部皮下及甲下的辨脓，因其局部组织纤薄且能透光。

3. 点压法

在手指（趾）部，当病灶处脓液很少的情况下，可用点压法检查，简单易行。用大头针尾或火柴头等小的圆钝物在患部轻轻点压，如测得有局限性的剧痛点，即为可疑脓肿。

4. 穿刺法

若脓液不多且位于组织深部时，用按触法辨脓有困难，可直接采用注射器穿刺抽脓方法，不仅可以用来辨别脓的有无，确定脓肿深度，而且还可以采集脓液标本，进行细菌培养和药物敏感实验。操作时必须严格消毒，注意选择粗细适当的针头、进针角度、深度等。选定痛点明显处为穿刺点，局麻后负压进针，边进边吸，若见脓液吸出，即确定脓肿

部位。若一次穿刺无脓，可重复穿刺。

5. B 超

操作简单、无损伤，可比较准确地确定脓肿部位、大小。

（三）辨脓的部位深浅

确认脓疡深浅有助于确定切开引流进刀的深度。

1. 浅部脓疡

如阳证脓疡，其临床表现为高突坚硬，中有软陷，皮薄焮红灼热，轻按即痛且应指。

2. 深部脓疡

肿块散漫坚硬，按之隐隐软陷，皮厚不热或微热，不红或微红，重按方痛。

（四）辨脓的形质、色泽和气味

1. 脓的形质

如脓稠厚者为元气充盛；淡薄者为元气较弱。如先出黄白稠厚脓液，次出黄稠滋水，是将敛佳象；若脓由稠厚转为稀薄，体质渐衰，为一时难敛。如脓成日久不泄，一旦溃破则脓质如水直流，其色不晦，其气不臭，未为败象；若脓稀似粉浆污水，或夹有败絮状物质，且色晦腥臭者，为气血衰竭，此属败象。

2. 脓的色泽

如黄白质稠，色泽鲜明，为气血充足，最是佳象；如黄浊质稠，色泽不净，为气火有余，尚属顺证；如黄白质稀，色泽洁净，气血虽虚，未为败象；如脓色绿黑稀薄，为蓄毒日久，有损筋伤骨之可能；如脓中夹有成块瘀血者，为血络损伤；如脓色如姜汁，则每多兼患黄疸，乃病势较重。

3. 脓的气味

一般略带腥味，其质必稠，大多是顺证现象；脓液腥秽恶臭者，其质必薄，大多是逆证现象，常为穿膜损骨之征。其他有如蟹沫者，也为内膜已透，每多难治。

细目四　治法

要点一　内治法

外科内治之法基本与内科相同，但有其特点，除了从整体观念进行辨证施治外，还要依据外科疾病的发生发展过程，按照疮疡初起、成脓、溃后三个不同发展阶段确立不同的治法，消、托、补三法即为最显著的特点。

（一）内治法总则

1. 消法

是运用不同的治疗方法和方药，使初起的肿疡邪毒不致结聚成脓而得到消散的治法，是一切肿疡初起的治法总则。此法适用于尚未成脓的初期肿疡和非化脓性肿块性疾病以及

各种皮肤疾病。该法可使病人免受溃脓、手术之苦，又能缩短病程，故古人有“以消为贵”的说法。但由于外科疾病的致病原因不同，病机转化有别，症状表现各异，因而在具体应用消法时必须针对病种病位、病因病机，分别运用不同的方法，如有表邪者解表，里实者通里，热毒蕴结者清热解毒，寒邪凝结者温通，痰凝者祛痰，湿阻者理湿，气滞者行气，血瘀者和营化瘀等。此外，还应结合患者的体质强弱、肿疡所属经络部位等，选加不同药物。按此施治，则未成脓者可以内消，即使不能消散，也可移深居浅，转重为轻。若疮形已成，则不可用内消之法，以免毒散不收，气血受损；或脓毒内蓄，侵蚀好肉，甚至腐烂筋骨，反使溃后难敛，不易速愈。故《外科启玄》云：“如形症已成，不可此法也。”

2. 托法

是用补益气血和透脓的药物，扶助正气，托毒外出，以免毒邪扩散和内陷的治疗法则。托法适用于外疡中期即成脓期，此时热盛肉腐成脓，由于一时疮口不能溃破，或机体正气虚弱无力托毒外出，均会导致脓毒滞留。治疗上应根据病人体质强弱和邪毒盛衰状况，分为补托和透托两种方法。补托法用于正虚毒盛，正气不能托毒外达，疮形平塌、根脚散漫不收、难溃难腐的虚证；透托法用于毒气虽盛而正气未衰者，可用透脓的药物，促其早日脓出毒泄，肿消痛减，以免脓毒旁窜深溃。如毒邪炽盛，还需加用清热解毒药物。

3. 补法

是用补养的药物恢复其正气，助养其新生，使疮口早日愈合的治疗法则。此法则适用于溃疡后期，此时毒势已去，精神衰疲，血气虚弱，脓水清稀，肉芽灰白不实，疮口难敛。补法是治疗虚证的法则，所以外科疾病只要有虚的证候存在，特别是疮疡的生肌收口期，均可应用。凡气血虚弱者，宜补养气血；脾胃虚弱者，宜健脾益胃；肝肾不足者，宜补益肝肾等。但毒邪未尽之时切勿遽用补法，以免留邪为患，助邪鸱张而犯“实实之戒”。

（二）内治法的具体应用

消、托、补三法是治疗外科疾病的三个总则，临床具体运用时应根据疾病的病种、病因、病机、病位、病性、病程等之不同，采用不同方法，归纳起来有解表、通里、清热、温通、祛痰、理湿、行气、和营、内托、补益、调胃等法。

1. 解表法

用解表发汗的药物达邪外出，使外证得以消散的治法。正如《内经》所说“汗之则疮已”之意。即通过发汗开泄腠理，使壅阻于皮肤血脉之间的毒邪随汗而解。因邪有风热、风寒之分，故法有辛凉、辛温之别。辛凉解表用于外感风热证，疮疡局部燥红肿痛，或皮肤出现急性泛发性皮损，皮疹色红、瘙痒，伴有咽喉疼痛、恶寒轻、发热重、汗少、口渴、小便黄、舌苔薄黄、脉浮数者，如头面部丹毒、瘾疹（风热证）、药疹、颈痈、乳痈初起等，方如银翘散或牛蒡解肌汤，药如薄荷、桑叶、蝉衣、牛蒡子、连翘、浮萍、菊花等；辛温解表用于外感风寒证，疮疡局部肿痛酸楚，皮色不变，或皮肤间出现急性泛发性皮损，皮疹色白，或皮肤麻木，伴有恶寒重、发热轻、无汗、头痛、身痛、口不渴、舌苔白、脉浮紧者，如瘾疹（风寒证），方如荆防败毒散、万灵丹，药如荆芥、防风、麻黄、桂枝、羌活、生姜、葱白等。

凡疮疡溃后日久不敛、体质虚弱者，即使有表证存在，亦不宜发汗太过，否则汗出过

多体质更虚，易引起痉厥之变，所以《伤寒论》说："疮家，身虽疼痛，不可发汗，汗出则痉。"

2. 清热法

用寒凉的药物使内蕴之热毒得以清解，即《内经》所说"热者寒之"的治法。由于外科疮疡多因火毒所生，所以清热法是外科的主要治疗法则。具体运用时，首先必须分清热之盛衰，火之虚实。实火宜清热解毒，热在气分者当清气分之热，邪在营血分者当清营血分之热，阴虚火旺者当养阴清热。清热解毒法用于热毒之证，症见局部红、肿、热、痛，伴发热烦躁，口咽干燥，舌红苔黄、脉数等，如疔疮、疖、痈等诸疮疡，方如五味消毒饮，药如蒲公英、紫花地丁、金银花、连翘、蚤休、野菊花等；清气分热适用于局部色红或皮色不变、灼热肿痛的阳证，或皮肤病之皮损燉红灼热，脓疱、糜烂并伴壮热烦躁，口干喜冷饮，溲赤便干，舌质红，苔黄腻或黄糙，脉洪数者，如颈痈、流注、接触性皮炎、脓疱疮等，方如黄连解毒汤，药如黄连、黄芩、黄柏、石膏等。清热解毒与清气分热有时不能截然分清，常相互合并应用。清血分热适用于邪热侵入营血，症见局部燉红灼热的外科疾病，如烂疔、发、大面积烧伤；皮肤病出现红斑、瘀点、灼热，如丹毒、白疕（血热型）、红蝴蝶疮等，可伴有高热，口渴不欲饮，心烦不寐，舌质红绛、苔黄、脉数等，方如犀角地黄汤、清营汤，药如水牛角、鲜生地、赤芍、丹皮、紫草、大青叶等。以上三法在热毒炽盛时可相互同用。若热毒内传、邪陷心包而见烦躁不安，神昏谵语，身热，舌质红绛，苔黑褐而干，脉洪数或细数，是为疔疮走黄、疽毒内陷，又当加清心开窍法，可应用安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹等。养阴清热用于阴虚火旺的慢性病证，如红蝴蝶疮、有头疽溃后、蛇串疮恢复期，或走黄、内陷后阴伤有热者，方如知柏八味丸，药如生地、玄参、麦冬、龟板、知母等；清骨蒸潮热一般用于瘰疬、流痰后期虚热不退的病证，方如清骨散，药如地骨皮、青蒿、鳖甲、银柴胡等。

应用清热药切勿太过，必须兼顾胃气，如过用苦寒，势必损伤胃气而致纳呆、呕恶、泛酸、便溏等症状。尤其在疮疡溃后体质虚弱者更宜注意，过投寒凉能影响疮口愈合。

3. 和营法

用调和营血的药物使经络疏通，血脉调和流畅，从而达到疮疡肿消痛止的目的。外科病中疮疡的形成多因"营气不从，逆于肉理"而成，所以和营法在内治法中应用还是比较广泛的，大致可分活血化瘀和活血逐瘀两种治法。活血化瘀法适用于经络阻隔、气血凝滞引起的外科疾病，如肿疡或溃后肿硬疼痛不减、结块、色红较淡或不红或青紫者，方如桃红四物汤，药如桃仁、红花、当归、赤芍、红藤等；活血逐瘀法适用于瘀血凝聚、闭阻经络所引起的外科疾病，如乳岩、筋瘤等，方如大黄䗪虫丸，药如䗪虫、水蛭、虻虫、三棱、莪术等。和营法在临床上有时需与其他治法合并应用，若有寒邪者，宜与祛寒药合用；血虚者，宜与养血药合用；痰、气、瘀互结为患，宜与理气化痰药合用等。和营活血的药一般性多温热，所以火毒炽盛的疾病不应使用，以防助火；对气血亏损者，破血逐瘀药也不宜过用，以免伤血。

4. 内托法

用补益和透脓的药物扶助正气，托毒外出，使疮疡毒邪移深居浅，早日液化成脓，或使病灶趋于局限化，使邪盛者不致脓毒旁窜深溃，正虚者不致毒邪内陷，从而达到脓出毒

泄，肿痛消退的目的，寓有“扶正达邪”之意。临床上根据病情虚实情况，托法可分为透托法和补托法两类。其中补托法又可分为益气托毒法和温阳托毒法。透托法用于肿疡已成，毒盛正气不虚，肿疡尚未溃破或溃破后脓出不畅，多用于实证，方如透脓散；益气托毒法用于肿疡毒势方盛，正气已虚，不能托毒外出，见疮形平塌，根盘散漫，难溃难腐，或溃后脓水稀少，坚肿不消，并出现精神不振、面色无华、脉数无力等，方如托里消毒散；温阳托毒法用于肿疡毒势方盛，正气已虚，不能托毒外出，见疮形漫肿无头，疮色灰暗不泽，化脓迟缓，或局部肿势已退，腐肉已尽而脓水灰薄，或偶带绿色，新肉不生，不知疼痛，伴自汗肢冷，腹痛便泻，精神委靡，脉沉细，舌质淡胖等，方如神功内托散。常用药物如黄芪、党参、白术、当归、白芍、附子、干姜、穿山甲、皂角刺等。

透脓法不宜用之过早，肿疡初起未成脓时勿用。补托法在正实毒盛的情况下不可施用，否则不但无益，反能滋长毒邪，使病势加剧而犯“实实之戒”，故神功内托散方中的当归、川芎凡湿热火毒炽盛之时皆去而不用。此外，内托法常与清热法同用，因热盛则肉腐，肉腐则为脓，故透脓的同时要酌加清热药物，火热熄则脓腐尽。

5. 通里法

用泻下的药物使蓄积在脏腑内部的毒邪得以疏通排出，从而达到除积导滞、逐瘀散结、泻热定痛、邪去毒消的目的。外科通里法常用的为攻下（寒下）和润下两法。攻下法适用于表证已罢，热毒入腑，内结不散的实证、热证，如外科疾病局部燂红肿胀、疼痛剧烈或皮肤病之皮损燂红灼热，并伴口干饮冷，壮热烦躁，呕恶便秘，舌苔黄腻或黄糙，脉沉数有力者，方如大承气汤、内疏黄连汤、凉膈散，药如大黄、芒硝、枳实、番泻叶；润下法适用于阴虚肠燥便秘，如疮疡、肛肠疾病、皮肤病等阴虚火旺、胃肠津液不足者，症见口干食少，大便秘结，脘腹痞胀，舌干质红，苔黄腻或薄黄，脉象细数者，方如润肠汤，药如瓜蒌仁、火麻仁、郁李仁、蜂蜜等。

运用通里攻下法必须严格掌握适应证，尤以年老体衰、妇女妊娠或月经期更宜慎用。使用时应中病即止，不宜过剂，否则会损耗正气。尤其在化脓阶段，过下之后，正气一虚，则脓腐难透，疮势不能起发，反使毒邪内陷，病情恶化。若用之不当，能损伤脾胃，耗伤正气，致疾病缠绵难愈。泻下药物虽然可以直接泻下壅结之热毒，但在使用时可适当加清热解毒之品，以增强清泻热毒之效果。

6. 温通法

用温经通络、散寒化痰的药物以驱散阴寒凝滞之邪，为治疗寒证的主要法则，即《内经》所说“寒者热之”之意。本法在外科临床运用时，主要有温经通阳、散寒化痰和温经散寒、祛风化湿两法。温经通阳、散寒化痰法适用于体虚寒痰阻于筋骨，患处隐隐作痛，漫肿不显，不红不热，面色苍白，形体恶寒，小便清利，舌淡苔白，脉迟或沉等内寒证，如流痰、脱疽等病，方如阳和汤，药如附子、肉桂、干姜、桂枝、麻黄、白芥子等；温经散寒、祛风化湿法适用于体虚风寒湿邪侵袭筋骨，患处疼痛麻木，漫肿，皮色不变，恶寒重发热轻，苔白腻，脉迟紧等外寒证者，方如独活寄生汤，药如细辛、桂枝、羌活、独活、秦艽、防风、桑寄生等。

上述两法之中阳和汤以温阳补虚为主，一般多用于体质较虚者，为治疗虚寒阴证之代表方；独活寄生汤祛邪补虚并重，如体质较强者，只要去其补虚之品，仍可应用。证见阴

虚有热者，不可施用本法，因温燥之药能助火劫阴，若用之不当，能造成其他变证。临床上应用温通法多配以补气养血、活血通络之品，能提高疗效，因为元气充足，血运无阻，经脉流通，阳气自然畅达。

7. 祛痰法

用咸寒软坚化痰的药物，使因痰凝聚之肿块得以消散的治法。一般来讲，痰不是疮疡的主要发病原因，因为外感六淫或内伤七情以及体质虚弱等多能使气机阻滞、液聚成痰。因此，祛痰法在临床运用时，大多数是针对不同的病因，配合其他治法使用，才能达到化痰、消肿、软坚的目的。故分为疏风化痰、清热化痰、解郁化痰、养营化痰等法。

疏风化痰法适用于风热夹痰之病证，如颈痈结块肿痛，伴有咽喉肿痛，恶风发热，方如牛蒡解肌汤合二陈汤，药如牛蒡子、薄荷、蝉衣、夏枯草、陈皮、杏仁、半夏等；清热化痰法适用于痰火凝聚之证，如锁喉痈红肿坚硬、灼热疼痛，伴气喘痰壅，壮热口渴，便秘溲赤，舌质红绛苔黄腻，脉弦滑数，方如清咽利膈汤合二母散，药如板蓝根、连翘、黄芩、金银花、贝母、桔梗、瓜蒌、天竺黄、竹茹等。解郁化痰法适用于气郁夹痰之病证，如瘰疬、肉瘿等，结块坚实，色白不痛或微痛，有胸闷憋气、性情急躁等，方如逍遥散合二陈汤，药如柴胡、川楝子、郁金、香附、海藻、昆布、白芥子等；养营化痰法适用于体虚夹痰之证，如瘰疬、流痰后期，形体消瘦、神疲肢软者，方如香贝养营汤，药如当归、白芍、首乌、茯苓、贝母等。

因痰而致的外科病每与气滞、火热相合，应注意辨证。临床应用可根据病变部位经络脏腑之所属而随经用药，如病在颈项腮颐加疏肝清火之品，又如病在乳房加清泄胃热之品。

8. 理湿法

用燥湿或淡渗利湿的药物祛除湿邪的治法。湿邪停滞能阻塞气机，病难速愈。一般来说，在上焦宜化，在中焦宜燥，在下焦宜利。且湿邪致病常与其他邪气结合为患，最多为夹热，其次为夹风。因此，理湿之法在外科中一般不单独使用，多结合清热、祛风等法，才能达到治疗目的，常用的有燥湿健脾法、清热利湿法和祛风除湿法。燥湿健脾适用于湿邪兼有脾虚不运之证，如外科疾患伴有胸闷呕恶、脘腹胀满、纳食不佳、舌苔厚腻等，方如平胃散，药如苍术、佩兰、藿香、厚朴、半夏、陈皮等。清热利湿法适用于湿热兼并之证，如湿疮、漆疮、臁疮等见肌肤燉红作痒、滋水淋漓或肝胆湿热引发的子痈、囊痈等，方如二妙丸、萆薢渗湿汤、五神汤、龙胆泻肝汤等，淡渗利湿药如萆薢、泽泻、苡仁、猪苓、茯苓、车前草、茵陈等；祛风除湿法适用于风湿袭于肌表之证，如白驳风，方如豨莶丸，药如地肤子、豨莶草、威灵仙、防己、木瓜、晚蚕砂等。

湿为黏滞之邪，易聚难化，常与热、风、暑等邪相合而发病，故治疗时必须结合清热、祛风、清暑等法合并应用。理湿之药过用每能伤阴，故阴虚、津液亏损者宜慎用或一般不用。

9. 行气法

用行气的药物调畅气机，流通气血，以达到解郁散结、消肿止痛的一种治法。气血凝滞是外科病理变化中的一个重要环节，局部肿胀、结块、疼痛都与气机不畅、血脉瘀阻有关。因气为血帅，气行则血行，气滞则血凝，故行气之时多与活血药配合使用；又气郁则

水湿不行、聚而成痰，故行气药又多与化痰药合用。疏肝解郁、行气活血法适用于肝郁气滞血凝而致肿块坚硬或结块肿痛，不红不热，或痈疽后期，寒热已除、毒热已退而肿硬不散者，伴胸闷不舒、口苦、脉弦等，如乳癖、乳岩等，方如逍遥散、清肝解郁汤，药如柴胡、香附、枳壳、陈皮、木香、元胡、当归、白芍、金铃子、丹参等；理气解郁、化痰软坚法适用于肿势皮紧内软，随喜怒而消长，伴性情急躁、痰多而黏等，如肉瘿、气瘿等病，方如海藻玉壶汤、开郁散，药如海藻、昆布、贝母、青皮、半夏、川芎等。

凡行气药物多有香燥辛温特性，容易耗气伤阴，若气虚、阴伤或火盛患者须慎用或禁用。此外，行气法在临床上单独使用者较少，常与祛痰、和营等方法配合使用。

10. 补益法

用补虚扶正的药物使体内气血充足，以消除虚弱，恢复正气，助养新肉生长，使疮口早日愈合的治法，即《内经》所说“虚者补之”、“损者益之”之意。补益法主要有益气、养血、滋阴、助阳等四个方面。凡具有气虚、血虚、阴虚、阳虚证者均可应用补法，一般适用于疮疡中后期、皮肤病等凡有气血不足及阴虚阳微者。在具体运用时，症见肿疡疮形平塌散漫，顶不高突，成脓迟缓，溃疡日久不敛，脓水清稀者，可用调补气血法；症见呼吸气短，语声低微，疲倦乏力，自汗，饮食不振，舌淡苔少，脉虚无力者，宜以补气为主；如面色苍白或萎黄，唇色淡白，头晕眼花，心悸失眠，手足发麻，脉细无力者，宜以补血为主；症见皮肤病皮损表现干燥、脱屑、肥厚、粗糙、皲裂、苔藓样变，毛发干枯脱落，伴有头晕、眼花、面色苍白等全身症状，宜以养血润燥；如一切疮疡不论已溃未溃，皮肤病、肛门病伴口干咽燥，耳鸣目眩，手足心热，午后低热，形体消瘦，舌红少苔，脉象细数者，均以滋阴法治之；如一切疮疡肿形散漫，不易酿脓腐溃，溃后肉色灰暗，新肉难生，伴大便溏薄，小便频数，肢冷自汗，少气懒言，倦怠嗜卧，舌淡苔薄，脉象微细，宜温补助阳。此外，乳房病或皮肤病兼冲任不调者，宜补肾、调冲任。益气方如四君子汤，药如党参、黄芪、白术；养血方如四物汤，药如当归、熟地、鸡血藤、白芍；气血双补方如八珍汤；滋阴方如六味地黄丸，药如生地、玄参、麦冬、女贞子、旱莲草；助阳方如桂附八味丸或右归丸，药如附子、肉桂；助阳药如仙茅、仙灵脾、巴戟天、鹿角片等。

疾病有单纯气虚或血虚、阴虚或阳虚，也有气血两虚、阴阳互伤者，所以应用补法也当灵活，但以见不足者补之为原则。例如肛门病中小儿、老年人的脱肛属气虚下陷，可给予补中益气汤以补气升提；又如失血过多者每能伤气，气虚更无以摄血，故须气血双补；孤阳不生，独阴不长，阴阳互根，故助阳法中每佐一二味滋阴之品，滋阴法中常用一二味助阳药，除互相配合外，且能更增药效。此外，补法在一般阳证溃后多不应用，如需应用也多以清热养阴醒胃之法，当确显虚象之时方加补益品。补益法若用于毒邪炽盛、正气未衰之时，不仅无益，反有助邪之害。若火毒未清而见虚象者，当以清理为主，佐以补益之品，切忌大补。若元气虽虚、胃纳不振者，应先以健脾醒胃为主，而后才能进补。

11. 调胃法

用调理胃气的药物使纳谷旺盛，从而促进气血生化的治法。凡疮疡后期溃后脓血大泄，必须靠水谷之营养，以助气血恢复，加速疮口愈合。若胃纳不振，则生化乏源，气血不充，溃后难敛。凡在外科疾病的发展过程中如出现脾胃虚弱、运化失司，应及时调理脾胃，不必拘泥于疮疡的后期。故治疗外科疾病自始至终都要注意到胃气。调胃法在具体运

用时分理脾和胃、和胃化浊及清养胃阴等法。理脾和胃法用于脾胃虚弱、运化失职者，如溃疡兼纳呆食少、大便溏薄、舌淡、苔红、脉濡等症，方如异功散，药如党参、白术、茯苓、陈皮、砂仁等；和胃化浊法适用于湿浊中阻、胃失和降者，如疔疮或有头疽溃后，症见胸闷泛恶，食欲不振，苔薄黄腻，脉濡滑者，方如二陈汤，药如陈皮、茯苓、半夏、厚朴、竹茹、谷芽、麦芽等；清养胃阴法适用于胃阴不足者，如疔疮走黄、有头疽内陷，症见口干少津而不喜饮，胃纳不香，或伴口糜，舌光红，脉细数者，方如益胃汤，药如沙参、麦冬、玉竹、生地、天花粉等。理脾和胃、和胃化浊两法之适应证中均有胃纳不佳之症，但前者适用于脾虚而运化失常，后者适用于湿浊中阻而运化失常，区分之要点在于苔腻之厚薄、舌质淡与不淡，以及有无便溏、胸闷欲恶。而清养胃阴之法重点在于抓住舌光质红之症。假如三法用之不当，则更增胃浊或重伤其阴。

要点二　外治法

外治法是运用药物、手术、物理方法或配合一定的器械等，直接作用于患者病变部位而达到治疗目的的一种治疗方法。外治法是与内治法相对而言的治疗法则，是中医辨证施治的另一种体现。《理瀹骈文》说："外治之理，即内治之理，外治之药，即内治之药，所异者法耳。"指出了外治法与内治法治疗机理相同，但给药途径不同。外治法是将药物直接作用于皮肤或黏膜，使之吸收从而发挥治疗作用，也是外科所独具的治疗方法。外治法的运用同内治法一样，除了要进行辨证施治外，还要根据疾病不同的发展过程，选择不同的治疗方法。常用的方法有药物疗法、手术疗法和其他疗法三大类。

（一）药物疗法

是根据疾病所在的部位不同，以及病程进展变化所需，把药物制成不同的剂型施用于患处，使药力直达病所，从而达到治疗目的的一种方法。常用的有膏药、油膏、箍围药、草药、掺药等。

1. 膏药

膏药古代称薄贴，现称硬膏，俗称药肉，是按配方用若干药物浸于植物油中煎熬，去渣存油，加入黄丹再煎，利用黄丹在高热下发生物理变化凝结而成的制剂；也有不用煎熬，经捣烂而成的膏药制剂，再用竹签将药肉摊在纸或布上。通过剂型改革，有些已制成胶布型膏药。膏药总的作用是因其富有黏性，敷贴患处能固定患部，使患部减少活动；保护溃疡疮面，可以避免外来刺激和毒邪感染。膏药使用前加温软化，趁热敷贴患部，可使患部得到较长时间的热疗，改善局部血液循环，增加抗病能力。对肿疡起到消肿定痛作用，对溃疡起到提脓祛腐、生肌收口的作用。

（1）适应证：一切外科疾病初起、成脓、溃后各个阶段。

（2）用法：太乙膏、千捶膏均可用于红肿热痛明显之阳证疮疡，为肿疡、溃疡的通用方。初起贴之能消，已成贴之能溃，溃后贴之能祛腐。太乙膏性偏清凉，能消肿、清火、解毒、生肌。千捶膏性偏寒凉，能消肿、解毒、提脓、祛腐、止痛。阳和解凝膏用于疮形不红不热、漫肿无头之阴证疮疡未溃者，能温经和阳、祛风散寒、调气活血、化痰通络。咬头膏具有腐蚀性，能蚀破疮头，适用于肿疡脓成、不能自破，以及患者不愿接受手术切开排脓者。此外，膏药摊制的形式有厚薄之分，在具体运用上也各有所宜。如薄型的膏药

多适用于溃疡，宜于勤换；厚型的膏药多适用于肿疡，宜于少换，一般 5 ~ 7 天调换一次。

（3）注意：疮疡使用的膏药有时可能引起皮肤燉红，或起丘疹，或发生水疱，瘙痒异常，甚则溃烂等现象，这是因为皮肤过敏形成膏药风（接触性皮炎）；或因溃疡脓水过多，膏药不能吸收脓水，淹及疮口，浸淫皮肤而引起湿疮。凡见此等情况，可以改用油膏或其他药物。此外，膏药不可去之过早，否则疮面不慎受伤，再次感染，复致溃腐；或使疮面形成红色瘢痕，不易消退，有损美观。

2. 油膏

油膏是将药物与油类煎熬或捣匀成膏的制剂，现称软膏。目前，油膏的基质有猪脂、羊脂、松脂、麻油、黄蜡、白蜡以及凡士林等。在应用上，其优点有柔软、滑润、无板硬黏着不舒的感觉，尤其对病灶的凹陷折缝之处或大面积的溃疡，使用油膏更为适宜，故近代常用油膏来代替膏药。

（1）适应证：适用于肿疡、溃疡、皮肤病糜烂结痂渗液不多者，以及肛门病等。

（2）用法：肿疡期用金黄膏、玉露膏清热解毒、消肿止痛、散瘀化痰，适用于疮疡阳证。金黄膏长于除湿化痰，对肿而有结块，尤其是急性炎症控制后形成的慢性迁延性炎症更为适宜；玉露膏性偏寒凉，对燉红灼热明显、肿势散漫者效果较佳；冲和膏有活血止痛、疏风祛寒、消肿软坚的作用，适用于半阴半阳证；回阳玉龙膏有温经散寒、活血化瘀的作用，适用于阴证。溃疡期可选用生肌玉红膏、红油膏、生肌白玉膏。生肌玉红膏功能活血祛腐、解毒止痛、润肤生肌收口，适用于一切溃疡腐肉未脱、新肉未生之时，或日久不能收口者；红油膏功能祛腐生肌，适用于一切溃疡；生肌白玉膏功能润肤生肌收敛，适用于溃疡腐肉已净、疮口不敛者，以及乳头皲裂、肛裂等病；疯油膏功能润燥杀虫止痒，适用于牛皮癣、慢性湿疮、皲裂等；青黛散油膏功能收湿止痒、清热解毒，适用于蛇串疮及急、慢性湿疮等皮肤燉红痒痛、渗液不多者，亦可用于痄腮以及对各种油膏过敏者；消痔膏、黄连膏功能消痔退肿止痛，适用于内痔脱出、赘皮外痔、血栓外痔等出血、水肿、疼痛之症。

（3）注意：凡皮肤湿烂，疮口腐肉已尽，摊贴油膏应薄而勤换，以免脓水浸淫皮肤，不易干燥。目前调制油膏大多应用凡士林，凡士林系矿物油，也可刺激皮肤引起皮炎，如见此现象应改用植物油或动物油；若对药物过敏者则改用其他药。油膏用于溃疡腐肉已脱、新肉生长之时，摊贴宜薄，若过于厚涂则使肉芽生长过度而影响疮口愈合。

3. 箍围药

箍围药古称敷贴药，是药粉和液体调制成的糊剂，具有箍集围聚、收束疮毒的作用，用于肿疡初期，促其消散；若毒已结聚，也能促使疮形缩小，趋于局限，早日成脓和破溃；即使肿疡破溃，余肿未消，也可用它来消肿，截其余毒。

（1）适应证：凡外疡不论初起、成脓及溃后，肿势散漫不聚而无集中之硬块者。

（2）用法：金黄散、玉露散可用于红肿热痛明显的阳证疮疡；疮形肿而不高，痛而不甚，微红微热，属半阴半阳证者，可用冲和膏；疮形不红不热、漫肿无头，属阴证者，可用回阳玉龙膏。箍围药的调制液体多种多样，临床应根据疾病的性质与阶段不同，正确选择使用。以醋调者可散瘀解毒；以酒调者可助行药力；以葱、姜、韭、蒜捣汁调者可辛香散邪；以菊花汁、丝瓜叶汁、银花露调者可清凉解毒，其中用丝瓜叶汁调制的玉露散治疗

暑天疖肿效果较好；以鸡蛋清调者可缓和刺激；以油类调者可润泽肌肤。如上述液体取用有困难时，则可用冷茶汁加白糖少许调制。总之，阳证多用菊花汁、银花露或冷茶汁调制，半阴半阳证多用葱、姜、韭捣汁或用蜂蜜调制，阴证多用醋、酒调敷。用于外疡初起时，箍围药宜敷满整个病变部位；若毒已结聚，或溃后余肿未消，宜敷于患处四周。

（3）注意：凡外疡初起、肿块局限者，一般宜用消散药。阳证不能用热性药敷贴，以免助长火毒，阴证不能用寒性药敷贴，以免寒湿凝滞不化。箍围药敷后干燥之时宜时时用液体湿润，以免药物剥落及干板不舒。

4. 草药

草药又称生药，是指采集的新鲜植物药。其药源丰富，使用方便，价格低廉，疗效较好，民间使用草药治疗外科疾病积累了很多的经验。

（1）适应证：一切外科疾病之阳证，具有红肿热痛者；创伤浅表出血；皮肤病的止痒；毒蛇咬伤等。

（2）用法：蒲公英、紫花地丁、马齿苋、芙蓉花叶、七叶一枝花、丝瓜叶等，有清热解毒消肿之功，适用于阳证肿疡。将鲜草药洗净，加食盐少许，捣烂敷患处，每日调换1～2次；旱莲草、白茅花、丝瓜叶等有止血之功，适用于浅表创伤之止血。洗净、捣烂后敷出血处，并加压包扎，白茅花不用捣烂可直接敷用；徐长卿、蛇床子、地肤子、泽漆、羊蹄根等有止痒作用，适用于急、慢性皮肤病，用时洗净，凡无渗液者可煎汤熏洗，有渗液者捣汁或煎汤冷却后作湿敷；泽漆捣烂后加食盐少许用纱布包后涂擦白疕皮损处；羊蹄根用醋浸后取汁外搽治牛皮癣；半边莲捣汁内服，药渣外敷伤口周围，治毒蛇咬伤等。

（3）注意：用鲜草药外敷时必须先洗净，再用1∶5000高锰酸钾溶液浸泡后捣烂外敷，敷后应注意湿度，干后可用冷开水时时湿润，以免患部干绷不舒。

5. 掺药

将各种不同的药物研成粉末，根据制方规律，并按其不同的作用配伍成方，用时掺布于膏药或油膏上，或直接掺布于病变部位，谓之掺药，古称散剂，现称粉剂。掺药的种类很多，治疗外科疾患应用范围很广，不论肿疡和溃疡等均可应用。其他如皮肤病、肛门病等也同样可以施用。可掺布于膏药上、油膏上，或直接掺布于疮面上，或黏附在纸捻上插入疮口内，或将药粉时时扑于病变部位，以达到消肿散毒、提脓祛腐、腐蚀平腐、生肌收口、定痛止血、收涩止痒、清热解毒等目的。

掺药配制时应研极细，研至无声为度。其中植物类药品宜另研过筛；矿物类药品宜水飞；麝香、樟脑、冰片、朱砂粉、牛黄等香料贵重药品宜另研后再与其他药物和匀，制成散剂方可应用，否则用于肿疡药性不易渗透，用于溃疡容易引起疼痛。有香料的药粉最好以瓷瓶贮藏，塞紧瓶盖，以免香气走散。近年来经过剂型的改革，将药粉与水溶液相混合制成洗剂，将药物浸泡于乙醇溶液中制成酊剂，便于患者应用。

（1）消散药：将具有渗透和消散作用的药粉掺布于膏药或油膏上，贴于患处，可以直接发挥药力，使疮疡蕴结之毒移深居浅，肿消毒散。适用于肿疡初起而肿势局限尚未成脓者。阳证用阳毒内消散、红灵丹活血止痛、消肿化痰，阴证用阴毒内消散、桂麝散、黑退消温经活血、破坚化痰、散风逐寒。

（2）提脓祛腐药：具有提脓祛腐的作用，能使疮疡内蓄之脓毒早日排出，腐肉迅速脱落。提脓祛腐是处理溃疡早期的一种基本方法。适用于溃疡初期，脓栓未溶，腐肉未脱，或脓水不净，新肉未生的阶段。若脓水不能外出则攻蚀越深，腐肉不去则新肉难生，不仅增加患者的痛苦，并影响疮口的愈合，甚至造成病情恶化而危及生命。

提脓祛腐的主药是升丹，升丹以其配制原料种类多少的不同而有小升丹和大升丹之分。小升丹又称三仙丹，其配制的处方中只有水银、火硝和明矾三种原料。大升丹的配制除上述三种药品外，尚有皂矾、朱砂、雄黄及铅等。升药又可依其炼制所得成品的颜色而分为“红升”和“黄升”两种。两者的物理性质、化学成分、药理作用和临床用法等大同小异。目前采用的是一种小升丹，临床使用时若疮口大者可掺于疮口上；疮口小者可黏附在药线上插入；亦可掺于膏药、油膏上盖贴。注意升丹因药性太猛，须加赋形药使用，常用的有九一丹、八二丹、七三丹、五五丹、九黄丹等。在腐肉已脱、脓水已少的情况下，更宜减少升丹含量。此外，尚有不含升丹的提脓祛腐药，如黑虎丹，可用于对升丹过敏者；回阳玉龙散温经活血、祛腐化痰，可用于溃疡属阴证者。

升丹属有毒刺激药品，凡对升丹过敏者应禁用；对大面积疮面应慎用，以防过多的吸收而发生汞中毒。凡见不明原因的高热、乏力、口中有金属味等汞中毒症状时，应立即停用。若病变在眼部、唇部附近者宜慎用，以免强烈的腐蚀有损容貌。此外，升丹放置陈久使用可使药性缓和而减轻疼痛。升丹为汞制剂，宜用黑瓶贮藏，以免氧化变质。

（3）腐蚀药与平胬药：腐蚀药又称追蚀药，具有腐蚀组织的作用，掺布于患处能使疮疡不正常的组织得以腐蚀枯落。平胬药具有平复胬肉的作用，能使疮口增生的胬肉回缩。适用于肿疡脓未溃时、痔疮、瘰疬、赘疣、息肉等病，或溃疡破溃以后疮口太小、引流不畅，或疮口僵硬、胬肉突出、腐肉不脱等妨碍收口者。

常用药物如白降丹，适用于溃疡疮口太小、脓腐难去者，用桑皮纸或丝棉纸做成裹药，插于疮口，使疮口开大，脓腐易出；如肿疡脓成不能穿溃，同时素体虚弱而不愿接受手术治疗者，也可用白降丹少许，水调和，点放疮顶，代刀破头；其他如赘疣，点之可以腐蚀枯落；另有以米糊作条，用于瘰疬，则能起攻溃拔核的作用；枯痔散一般用于痔疮，将此药涂敷于痔核表面，能使其焦枯脱落；三品一条枪插入患处，能腐蚀漏管，也可以蚀去内痔，攻溃瘰疬；平胬丹适用于疮面胬肉突出，掺药其上能使胬肉平复。

腐蚀药一般含有汞、砒成分，腐蚀力较大，在应用时必须谨慎。尤其在头面、指、趾等肉薄近骨之处不宜使用过烈的腐蚀药物。即使需要应用，也必须加赋形药，待腐蚀目的达到，即应改用其他提脓祛腐或生肌收口药。不要长期、过量使用，以免引起汞中毒，对汞、砒过敏者则应禁用。

（4）祛腐生肌药：具有提脓祛腐、解毒活血、生肌收敛的作用，掺敷在创面上能改善溃疡局部血液循环，促使脓腐液化脱落，促进新肉生长。适用于溃疡日久，腐肉难脱，新肉不生；或腐肉已脱，新肉不长，久不收口者。

取药粉适量，直接掺布在创面上；或制成药捻，插入创口内。回阳玉龙散用于溃疡属阴证，腐肉难脱，肉芽暗红，或腐肉已脱，肉芽灰白，新肉不长者，具有温阳活血，祛腐生肌之功。月白珍珠散、拔毒生肌散用于溃疡阳证，月白珍珠散用于腐肉脱而未尽，新肉不生，久不收口者，有清热解毒、祛腐生肌之功；拔毒生肌散用于腐肉未脱，常流毒水，疮口下陷，久不生肌者，有拔毒生肌之功。黄芪六一散、回阳生肌散用于溃疡虚证，脓水

清稀，久不收口者，前者补气和营生肌，擅治偏气虚者；后者回阳生肌，擅治偏阳虚者。

祛腐生肌药适用于慢性溃疡，若全身情况较差，气血虚衰者，还应内外同治，以促进溃疡愈合。

（5）生肌收口药：具有解毒、收敛、促进新肉生长的作用，掺敷疮面能使疮口加速愈合。用于疮疡溃后，脓水将尽，或腐肉已脱、新肉生，收口较慢时。常用的生肌收口药有生肌散、八宝丹等，不论阴证、阳证，均可掺布于疮面上应用。

脓毒未清、腐肉未净时，若早用生肌收口药，则不仅无益，反增溃烂，延缓治愈，甚至引起迫毒内攻之变；若已成漏管之证，即使用之，勉强收口，仍可复溃，此时需配以手术治疗方能达到治愈目的；若溃疡肉色灰淡而少红活，新肉生长缓慢，则宜配合内服药补养和食物营养，内外兼施，以助新生；若臁疮日久难敛，则宜配以绑腿缠缚，改善局部的血液循环。

（6）止血药：具有收涩凝血的作用，掺敷于出血之处，外用纱布包扎固定，可以促使创口血液凝固，达到止血的目的。适用于溃疡或创伤小而出血者。溃疡出血用桃花散，创伤性出血用如圣金刀散，云南白药既可用于溃疡出血，也可用于创伤性出血。三七粉调成糊状涂敷患部也有止血作用。若大出血时，必须配合手术与内治等方法急救，以免因出血不止而引起晕厥之变。

（7）清热收涩药：具有清热收涩止痒的作用，掺扑于皮肤病糜烂渗液不多的皮损处，达到消肿、干燥、止痒的目的。适用于一切皮肤病急性或亚急性皮炎而渗液不多者。常用的有青黛散，其清热止痒的作用较强，用于皮肤病大片潮红丘疹而无渗液者；三石散收涩生肌作用较好，用于皮肤糜烂、稍有渗液而无红热之时，可直接干扑于皮损处，或先涂上一层油剂后再扑三石散，外加包扎。

掺药一般不用于表皮糜烂、渗液较多的皮损处，用后反使渗液不能流出，容易导致自身过敏性皮炎；亦不宜用于毛发生长的部位，因药粉不能直接掺扑于皮损处，同时粉末与毛发易黏结。

6. 酊剂

酊剂是将各种不同的药物浸泡于乙醇溶液内，取其药液即为酊剂。适用于疮疡未溃及皮肤病等。红灵酒有活血、消肿、止痛之功，用于冻疮、脱疽未溃之时；10% 土槿皮酊、复方土槿皮酊有杀虫、止痒之功，适用于鹅掌风、灰指甲、脚湿气等；白屑风酊有祛风、杀虫、止痒之功，适用于面游风。

一般酊剂有刺激性，所以凡疮疡破溃后或皮肤病有糜烂者均应禁用。酊剂应盛于遮光密闭容器中，宜装满，放置阴凉处保存。

7. 洗剂

将各种不同的药物研成细末，与水溶液混合在一起而成。因加入的粉剂多系不溶性，故呈混悬状，用时须加以振荡。适用于急性、过敏性皮肤病，如酒齄鼻和粉刺等。三黄洗剂有清热止痒之功，用于一切急性皮肤病，如湿疮、接触性皮炎，皮损为潮红、肿胀、丘疹等；颠倒散洗剂有清热散瘀之功，用于酒齄鼻、粉刺。上述方剂中常可加入 1% ~2% 薄荷脑或樟脑，增强止痒之功。用毛笔或棉签蘸之涂于皮损处，每日 3 ~5 次。

注意：凡皮损处糜烂渗液较多、脓液结痂的深在性皮肤病应禁用。在配制洗剂时药物

粉末应先研细，以免刺激皮肤。

（二）手术疗法

是应用各种器械进行手法操作的一种治疗方法，在外科治疗中占有十分重要的位置。常用的方法有切开法、烙法、砭镰法、挑治法、挂线法、结扎法等。

1. 切开法

切开脓肿，使脓液排出，达到疮疡毒随脓泄、肿消痛止、逐渐向愈的目的。这里所讲的切开法仅指脓疡的切开，适用于一切外疡，不论阴证、阳证，确已成脓者。运用切开法之前应当辨清脓成熟的程度、脓肿的深浅、患部的血脉经络位置等情况，然后决定切开与否。切开的有利时机是脓已成熟时（脓肿中央出现透脓点）；若肿疡脓未成熟，过早切开则徒伤气血，脓反难成，并可致脓毒走窜。为便于引流，切口应选择脓腔最低点或最薄弱处进刀，一般疮疡宜循经直切，免伤血络；乳房部应以乳头为中心放射状切开，免伤乳络；面部脓肿应尽量沿皮肤的自然纹理切开；手指脓肿应从侧方切开；关节区附近的脓肿切口尽量避免越过关节；若为关节区脓肿一般施行横切口、弧形切口或“S”形切口，因为纵切口在疤痕形成后易影响关节功能；肛旁低位脓肿应以肛管为中心做放射状切开。

2. 火针烙法

古称燔针淬刺，是指将针具烧红后烫烙病变部位，以达到消散、排脓、止血、去除赘生物等目的的一种治疗方法。常用的有平头、尖头、带刃等粗细不同的多种铁针。用于消散的多选用尖头铁针，用于引流可选用平头或带刃铁针。适用于甲下瘀血、四肢深部脓疡、疖、痈、赘疣、息肉以及创伤出血等。外伤引起的指甲下瘀血可施行“开窗术”治疗，选用平头粗细适当的铁针，烧红后点穿指甲，迅速放出瘀血，患指疼痛即刻缓解，一般不会引起指甲与甲床分离；四肢深部脓疡可用平头或带刃粗针灼红后刺入脓疡中心部位，出针时针具向下斜拖，使疮口开大，一烙不透可以多烙，烙后应放入药线引流；疖、痈脓疡表浅者平头粗针烙后针具直出或斜出，脓汁自流，亦可轻轻挤出脓汁，不必放入药线；赘疣、息肉患者切除病灶后用烙法可烫治病根；创伤出血患者用平头粗细适中的铁针烧红后灼之，可即刻止血。

3. 砭镰法

俗称飞针，是用三棱针或刀锋在疮疡患处、皮肤或黏膜上浅刺，放出少量血液，使内蕴热毒随血外泄的一种治疗方法。有疏通经络、活血化瘀、排毒泄热、扶正祛邪的作用。适用于急性阳证疮疡，如下肢丹毒、红丝疔、疖疮痈肿初起、外伤瘀血肿痛、痔疮肿痛等。治疗时局部常规消毒，用三棱针或刀锋直刺患处或特选部位的皮肤、黏膜，令微微出血，刺毕用消毒棉球按压针孔。红丝疔患者用挑刺手法，于红丝尽头刺之，令微出血，继而沿红丝走向寸寸挑断；下肢丹毒及疖、痈初起可用围刺手法，用三棱针围绕病灶周围点刺出血；外伤瘀血肿痛用三棱针围刺后可配合火罐以拔出瘀血，注意观察罐内出血量，如不超过 10ml 无需提前起罐；痔疮肿痛患者用刺络手法，循经取穴，多在龈交处有米粒大小结节，用三棱针刺之出血，可减轻肿痛。

注意无菌操作，以防感染。击刺时宜轻、准、浅、快，出血量不宜过多，应避开神经和大血管，刺后可再敷药包扎。头、面、颈部不宜施用砭镰法，阴证、虚证及有出血倾向

者禁用。

4. 挑治疗法

是在人体的腧穴、敏感点或一定区域内用三棱针挑破皮肤、皮下组织，挑断部分皮内纤维，通过刺激皮肤经络，使脏腑得到调理的一种治疗方法。具有调理气血、疏通经络、解除瘀滞的作用。适用于内痔出血、肛裂、脱肛、肛门瘙痒、颈部多发性疖肿等。常用的方法有选点挑治、区域挑治和截根疗法三种。

（1）选点挑治：在背部上起第七颈椎、下至第五腰椎、旁及两侧腋后线范围内，寻找疾病反应点。反应点多为棕色、灰白色、暗灰色等，按之不褪色、小米粒大小的丘疹。此法适用于颈部多发性疖肿。

（2）区域挑治：在腰椎两侧旁开 1～1.5 寸的纵线上任选一点挑治，尤其在第二腰椎到第三腰椎之间旁开 1～1.5 寸的纵线上挑治效果更好。适用于内痔出血、肛裂、脱肛、肛门瘙痒等。

（3）截根疗法：取大椎下四横指处，在此处上下左右 1cm 范围内寻找反应点或敏感点。治疗时让病人反坐在靠椅上，两手扶于靠背架，暴露背部。体弱患者可采用俯卧位，防止虚脱。挑治前局部常规消毒，用小号三棱针刺入皮下至浅筋膜层，挑断黄白色纤维数根，挑毕以消毒纱布敷盖。一次不愈可于 2～3 周后再行挑治，部位可以另选。

注意无菌操作，挑治后一般 3～5 天内禁止洗澡，防止感染，挑治后当日应注意休息，不吃刺激性食物。对孕妇、有严重心脏病、出血性疾病及身体过度虚弱者禁用本法。

5. 挂线法

是用普通丝线或药制丝线或纸裹药线或橡皮筋线等来挂断瘘管或窦道的治疗方法。其机理是利用挂线的紧箍作用，促使气血阻绝、肌肉坏死，最终达到切开的目的。挂线又能起到引流作用，分泌物和坏死组织液随挂线引流排出，从而保证引流通畅，防止发生感染。适用于疮疡溃后脓水不净，经内服、外敷等治疗无效而形成瘘管或窦道者；或疮口过深或生于血络丛处而不宜采用切开手术者。

操作是先用球头银丝自甲孔探入管道，使银丝从乙孔穿出（如没有乙孔的，可在局麻下用硬性探针顶穿，引出银丝），然后用丝线做成双套结，将橡皮筋线一根结扎在自乙孔穿出的银丝球头部，再由乙孔退回管道，从甲孔抽出。这样，橡皮筋线与丝线贯穿瘘管管道两口。此时将扎在球头上的丝线与橡皮筋线剪开（丝线暂时保留在管道内，以备橡皮筋线在结扎断开时，用以另引橡皮筋线作更换之用），再在橡皮筋线下先垫 2 根丝线，然后收紧橡皮筋线，打一个单结，再将所垫的丝线各自分别在橡皮筋线打结处予以结缚固定，最后抽出管道内保留的丝线。如采用普通丝线或纸裹药线挂线法，则在挂线以后须每隔 2～3 天解开线结收紧一次。

6. 结扎法

又名缠扎法，是将线缠扎于病变部位与正常皮肉分界处，通过结扎，促使病变部位经络阻塞、气血不通，结扎远端的病变组织失去营养而逐渐坏死脱落，从而达到治疗目的的一种方法。对较大脉络断裂而引起的活动性出血，亦可利用本法结扎血管，制止出血。适用于瘤、赘疣、痔、脱疽等病，以及脉络断裂引起的出血之症。凡头大蒂小的赘疣、痔核等可在根部以双套结扣住扎紧；凡头小蒂大的痔核可以缝针贯穿它的根部，再用“8”字

式结扎法或“回”字式结扎法两线交叉扎紧；如截除脱疽坏死的趾、指，可在其上端预先用丝线缠绕十余圈，渐渐紧扎；如脉络断裂，可先找到断裂的络头，再用缝针引线贯穿出血底部，然后系紧打结。结扎所使用的线的种类有普通丝线、药制丝线、纸裹药线等，目前多采用较粗的普通丝线或医用缝合线。

如内痔用缝针穿线，不可穿过患处的肌层，以免化脓；扎线应扎紧，否则不能达到完全脱落的目的；扎线未脱应俟其自然脱落，不要硬拉，以防出血。

（三）其他疗法

外治法尚有引流法、垫棉法、药筒拔法、针灸法、熏法、熨法、热烘疗法、溻渍法、冷冻疗法和激光疗法等。

1. 引流法

是在脓肿切开或自行溃破后，运用药线、导管或扩创等使脓液畅流，腐脱新生，防止毒邪扩散，促使溃疡早日愈合的一种治法。包括药线引流、导管引流和扩创引流等。

（1）药线引流：是指用药线进行引流。药线俗称纸捻或药捻，大多采用桑皮纸制成，也可应用丝棉纸或拷贝纸等制成。根据临床实际需要，将纸裁成宽窄长短适度，搓成大小长短不同的线形药线备用。它是借着药物及物理作用，插入溃疡疮孔中，使脓水外流，同时利用药线之线形使坏死组织附着于药线而外出。此外，尚能探查脓肿的深浅，以及有无死骨的存在。探查有无死骨也是利用药线之螺纹，如触及粗糙骨质者，则说明疮疡已损骨无疑。采用药线引流和探查具有方便、痛苦少、患者能自行更换等优点。目前将捻制成的药线经过高压蒸气灭菌后应用，使之无菌而更臻完善。适用于溃疡疮口过小、脓水不易排出者，或已成瘘管、窦道者。药线的类别有外黏药物及内裹药物两类，目前临床上大多应用外黏药物的药线。

外黏药物法又分有两种，一种是将搓成的纸线临用时放在油中或水中润湿，蘸药插入疮口；另一种是预先用白及汁与药和匀，黏附在纸线上，候干存贮，随时取用。目前大多采用前法。外黏药物多用含有升丹成分的方剂或黑虎丹等，因其有提脓祛腐的作用，故适用于溃疡疮口过深过小，脓水不易排出者。

内裹药物法是将药物预先放在纸内，裹好搓成线状备用。内裹药物多用白降丹、枯痔散等，因其具有腐蚀化管的作用，故适用于溃疡已成瘘管或窦道者。

药线插入疮口中应留出一小部分在疮口之外，并应将留出的药线末端向疮口侧方或下方折放，再以膏药或油膏盖贴固定。如脓水已尽，流出淡黄色黏稠液体时，即使脓腔尚深，也不可再插药线，否则影响收口的时间。

（2）导管引流：是指用导管进行引流。导管引流较之药线引流更易使脓液流出，从而达到脓毒外泄的目的。适用于附骨疽及流痰、流注等脓腔较深、脓液不易畅流者。

导管引流目前在体表脓肿已很少采用，大多应用于腹腔手术后，且导管均改用塑胶管或橡皮管（导尿管）以替代铜制导管。导管应放在疮口较低的一端，以使脓液畅流。导管必须固定，以防滑脱或落入疮口内。管腔如被腐肉阻塞，可松动引流管或轻轻冲洗，以保持引流通畅。

（3）扩创引流：是应用手术的方法来进行引流。大多用于脓肿溃破后有袋脓现象，经其他引流、垫棉法等无效者。适用于痈、有头疽溃后有袋脓、瘰疬溃后形成空腔或脂瘤染

毒化脓等。

在消毒局麻下，对脓腔范围较小者，只需用手术刀将疮口上下延伸即可；如脓腔范围较大者，则用剪刀作十字形扩创。瘰疬之溃疡除扩创外，还须将空腔之皮修剪，剪后使疮面全部暴露；有头疽溃疡的袋脓除作十字形扩创外，切忌将空腔之皮剪去，以免愈合后形成较大的疤痕，影响活动功能；脂瘤染毒化脓的扩创作十字形切开后，将疮面两侧皮肤稍作修剪，便于棉花嵌塞，并用刮匙将渣样物质及囊壁一并刮清。扩创后须用消毒棉花按疮口大小蘸八二丹或七三丹嵌塞疮口以祛腐，并加压固定，以防止出血，以后可按溃疡处理。

2. 垫棉法

是用棉花或纱布折叠成块以衬垫疮部的一种辅助疗法。它是借着加压的力量，使溃疡的脓液不致下坠而潴留，或使过大的溃疡空腔皮肤与新肉得以粘合而达到愈合的目的。适用于溃疡脓出不畅有袋脓者，或疮孔窦道形成、脓水不易排尽者，或溃疡脓腐已尽、新肉已生，但皮肉一时不能粘合者。

袋脓者使用时将棉花或纱布垫衬在疮口下方空隙处，并用宽绷带加压固定；对窦道深而脓水不易排尽者，用棉垫压迫整个窦道空腔，并用绷带扎紧；溃疡空腔的皮肤与新肉一时不能粘合者，使用时可将棉垫按空腔的范围稍为放大，满垫在疮口之上，再用阔带绷紧。至于腋部、腘窝部的疮疡，最易形成袋脓或形成空腔，影响疮口愈合或虽愈合而易复溃，故应早日使用垫棉法。具体应用时需根据不同部位在垫棉后采用不同的绷带予以加压固定，如项部用四头带，腹壁用多头带，会阴部用丁字带，腋部、腘窝部用三角巾包扎，小范围的用宽橡皮膏加压固定。

此法在急性炎症红肿热痛尚未消退时不可应用，否则有促使炎症扩散之弊。所用棉垫必须比脓腔或窦道稍大。用于粘合皮肉一般 5～7 天更换 1 次，用于袋脓可 2～3 天更换 1 次。

应用本法未能获得预期效果时，则宜采取扩创引流手术。应用本法期间若出现发热、局部疼痛加重者，则应立即终止使用，采取相应的措施。

3. 药筒拔法

是采用一定的药物与竹筒若干个同煎，乘热迅速扣于疮上，借助药筒吸取脓液毒水的一种治法。具有宣通气血、拔毒泄热的作用，能达到脓毒自出、毒尽疮愈的目的。适用于有头疽坚硬散漫不收，脓毒不得外出；或脓疡已溃，疮口狭小，脓稠难出，有袋脓者；或毒蛇咬伤，肿势迅速蔓延，毒水不出者；或反复发作的流火等。

先用鲜菖蒲、羌活、紫苏、蕲艾、白芷、甘草各 15g，连须葱 60g，以清水 10 碗煎数十滚备用；次用鲜嫩竹数段，每段长约 10cm，径口约 4cm，一头留节，刮去青皮留白，厚约 0.3cm，靠节钻一小孔，以杉木条塞紧，放前药水内煮数十滚（药筒浮起用物压住），如疮口小可用拔火罐筒。将药水锅放在病床前，取筒倒去药水，乘热急对疮口合上，按紧，自然吸住，待片刻药筒已凉（约 5～10 分钟），拔去杉木塞，其筒自落。视其需要和病体强弱，每天可拔 1～2 筒或 3～5 筒。如其坚肿不消，或肿势继续扩散，脓毒依然不能外出者，翌日可以再次吸拔，如此连用数天。如应用于丹毒，患部消毒后先用砭镰法放血，再用药筒拔吸，待拔吸处血液自然凝固后用纱布包扎，常应用于复发性丹毒已形成橡

皮腿者。目前因操作不便，多以拔火罐方法代替。

必须验其筒内拔出的脓血，若红黄稠厚者预后较好；纯是败浆稀水，气秽黑绿者预后较差。此外，操作时须避开大血管，以免出血不止。

4. 针灸法

包括针法与灸法，两者各有其适应证。在外科方面，古代多采用灸法，但近年来针法较灸法应用广泛，很多疾病均可配合针刺治疗而提高临床疗效。灸法是用药物在患处燃烧，借着药力、火力的温暖作用，可以温阳祛寒、活血散瘀、疏通经络、拔引蓄毒。肿疡未成者易于消散，既成者易于溃脓，既溃者易于生肌收口。针刺适用于瘰疬、乳痈、乳癖、湿疮、瘾疹、蛇串疮、脱疽、内痔术后疼痛、排尿困难等。灸法适用于肿疡初起坚肿，特别是阴寒毒邪凝滞筋骨而正气虚弱，难以起发，不能托毒外达者；或溃疡久不愈合，脓水稀薄，肌肉僵化，新肉生长迟缓者。

针刺一般采取病变远离部位取穴，手法大多应用泻法，不同疾病取穴各异。灸的方法虽多，但主要有两类，一种是明灸，单纯用艾绒做艾炷置皮肤施灸，此法因有灼痛，皮肤容易发生水疱，所以比较少用；一种是隔物灸，捣药成饼，或切药成片（如豆豉、附子等做饼，或姜、蒜等切片），上置艾炷，于疮上灸之。此外，还有用艾绒配伍其他药物做成药条，隔纸燃灸，称为雷火神针灸。豆豉饼灸及隔姜、蒜灸等适用于疮疡初起毒邪壅滞之证，取其辛香之气以行气散邪；附子饼灸适用于气血俱虚、风寒湿邪凝滞筋骨之证，取其温经散寒、调气行血；雷火神针灸适用于风寒湿邪侵袭经络痹痛之证，取其香窜经络、祛风除湿之功。至于灸炷的大小、壮数的多少，须视疮形的大小及疮口的深浅而定。总之，务必使药力达到病所，以痛者灸至不痛、不痛者灸至觉痛为止。

凡针刺一般不宜直接刺于病变部位。疔疮等实热阳证不宜灸之，以免以火济火；头面为诸阳之会，颈项接近咽喉，灸之恐逼毒入里；手指等皮肉较薄之处灸之更增疼痛，也不宜灸。此外，在针灸的同时应根据病情与内治、外治等法共同施治。

5. 熏法

熏法是把药物燃烧后，取其烟气上熏，借着药力与热力的作用，使腠理疏通、气血流畅而达到治疗目的的一种治法。包括神灯照法、桑柴火烘法、烟熏法等。适用于肿疡、溃疡。神灯照法功能活血消肿、解毒止痛，适用于痈疽轻证，未成脓者自消，已成脓者自溃，不腐者即腐；桑柴火烘法功能助阳通络、消肿散坚、化腐生肌、止痛，适用于疮疡坚而不溃、溃而不腐、新肉不生、疼痛不止之证；烟熏法功能杀虫止痒，适用于干燥而无渗液的各种顽固性皮肤病。

操作过程中要随时听取患者对治疗部位热感程度的反映，不得引起皮肤灼伤。室内烟雾弥漫时要适当流通空气。

6. 熨法

是把药物加酒、醋炒热，布包熨摩患处，使腠理疏通而达到治疗目的的一种方法。目前常因药物的炒煮不便而较少应用，但临床上单纯热敷还在普遍使用。适用于风寒湿痰凝滞筋骨肌肉等证，以及乳痈的初起或回乳。

用熨风散药末，取赤皮葱连须240g，捣烂后与药末和匀，醋拌炒热，布包熨患处，稍冷即换，有温经祛寒、散风止痛之功，适用于附骨疽、流痰皮色不变、筋骨酸痛者；青盐

适量，炒热布包熨患处，每日 1 次，每次 20 分钟，治腰肌劳损；又如取皮硝 80g，置布袋中，覆于乳房部，再把热水袋置于布袋上待其溶化吸收，有消肿回乳之功，适用于乳痈初起或哺乳期的回乳。

使用熨法时注意不要灼伤皮肤。阳证肿疡慎用。

7. 热烘疗法

是在病变部位涂药后再加热烘，通过热力的作用使局部气血流畅，腠理开疏，药物渗入，从而达到活血祛风以减轻或消除痒感、活血化瘀以消除皮肤肥厚目的的方法。适用于鹅掌风、慢性湿疮、牛皮癣等皮肤干燥、瘙痒之症。应依据病情不同，选择相适应的药膏，如鹅掌风用疯油膏，慢性湿疮用青黛膏，牛皮癣用疯油膏等。操作时先将药膏涂于患部，应均匀且极薄，然后用电吹风烘（或火烘）患部，每天 1 次，每次 20 分钟，烘后即可将所涂药膏擦去。

使用热烘疗法注意不要灼伤皮肤。一切急性皮肤病禁用。

8. 溻渍法

溻是将饱含药液的纱布或棉絮湿敷患处，渍是将患处浸泡在药液中。溻渍法是通过湿敷、淋洗、浸泡对患处的物理作用，以及不同药物对患部的药效作用，从而达到治疗目的的一种方法。适用于阳证疮疡初起和溃后、半阴半阳证及阴证疮疡。近年来，溻渍法除了治疗疾病外，在用途上有了新的发展，如药浴美容、浸足保健防病等。常用方法有溻法和浸渍法。

（1）溻法：用 6～8 层纱布浸透药液，轻拧至不滴水，湿敷患处，有冷溻、热溻和罨敷之分。冷溻是待药液凉后湿敷患处，30 分钟更换 1 次，适用于阳证疮疡初起，溃后脓水较多者；热溻是趁热湿敷患处，稍凉即换，适用于脓液较少的阳证溃疡、半阴半阳证和阴证疮疡；罨敷是在冷或热溻的同时外用油纸或塑料薄膜包扎，可减缓药液挥发，延长药效。

（2）浸渍法：包括淋洗、冲洗、浸泡等。淋洗多用于溃疡脓水较多、发生在躯干部者；冲洗适用于腔隙间感染，如窦道、瘘管等；浸泡适用于疮疡生于手、足部及会阴部的患者，亦可用于皮肤病全身性沐浴。

用 2%～10% 黄柏溶液或二黄煎冷溻有清热解毒的作用，适用于疮疡热毒炽盛，皮肤燉红或糜烂，或溃疡脓水较多，疮口难敛者；葱归溻肿汤热溻有疏导腠理、调通血脉的作用，适用于痈疽初肿之时；苦参汤祛风除湿、杀虫止痒，可洗涤尖锐湿疣、白疕等；五倍子汤有消肿止痛、收敛止血的作用，煎汤坐浴适用于内、外痔肿痛及脱肛等；鹅掌风浸泡方有疏通气血、杀虫止痒的作用，加醋同煎，待温后每日浸泡 1～2 小时，连续 7 天，适用于鹅掌风；香樟木有调和营卫、祛风止痒之功，煎汤沐浴适用于瘾疹；桑皮柏叶汤沐头能润泽头发，增添光泽，治发鬓枯黄；鲜芦荟汁、鲜柠檬汁敷面可润肌白面、美容除皱；热水浸浴全身或浸足可发汗排毒、疏通经络、行气活血、保健防病。若配合按摩穴位，效果更佳。

用溻法时药液应新鲜，溻敷范围应稍大于疮面。热溻、罨敷的温度宜在 45℃～60℃之间。淋洗、冲洗时用过的药液不可再用。局部浸泡一般每日 1～2 次，每次 15～30 分钟。全身药浴可每日 1 次，每次 30～60 分钟，冬季应保暖，夏季宜避风凉。

9. 冷冻疗法

是利用各种不同等级的低温作用于患病部位，使之冰寒凝集、气血阻滞，病变组织失去气血濡养而发生坏死脱落的一种治疗方法。适用于瘤、赘疣、痔核、痣、早期皮肤癌等。目前最常用的致冷剂为液氮。液氮致冷温度低，可达 -196℃。应用时根据病变组织的不同情况，可选择不同的操作方法。

（1）棉签法：将液氮从杜瓦瓶中导出，盛于小保温杯中，用棉签蘸液氮直接涂点患部，使患部皮肤变白为止。此法仅适用于小的浅表病变。

（2）喷射冷冻法：此法是借助液氮在治疗器中蒸发所产生的压力，迫使液氮从喷嘴直接喷射于患部进行冷冻。可用于浅表而面积稍大、表面不平的病变。

（3）冷冻头接触法：亦称封式治疗。液氮经导管由内喷于冷冻头上，使之冷冻，然后将冷冻头放置于患部进行冷冻。此种方法可持续较长时间，并可在治疗中施加压力，适用于部位较深的病变。

（4）冷冻刀接触法：此法是将冷冻刀浸入盛有液氮的广口保温瓶中预冷，1～3 分钟后取出，即可治疗。冷冻刀接触法使组织降温速度比封式治疗要快，且在一般室温 7～8 分钟后其低温仍保持在 -60℃左右。本法适合于多种病变的治疗。

冷冻疗法使用后有疼痛、水肿、水疱、出血或瘾疹发生，应做好相应的预防和处理。亦有患者可能出现色素脱失或色素沉着，一般需经数月可自行消退。

10. 激光疗法

用各种不同的激光治疗不同疾病的方法称激光疗法。目前已有多种激光应用于临床，如二氧化碳激光、氩离子激光、氦氖激光、掺钕钇铝石榴石激光等。常用的有二氧化碳激光和氦氖激光。分弱激光治疗和中、强功率激光治疗。

二氧化碳激光辐射的波长为 10600nm，输出功率由数瓦到数十瓦。组织对二氧化碳激光的吸收无选择性，二氧化碳激光在组织中的传播距离很短，仅约 0.2mm，其能量几乎全部为靶组织吸收，对靶区以外相邻组织的损伤很少，常用于病变组织的烧灼，聚焦后用于切割。二氧化碳激光适用于瘤、赘疣、痔核、痣、部分皮肤良、恶性疾病等。

氦氖激光为波长 632.8nm 的红光，其输出功率很小，最大达 50mW，故在医疗上只用于低功率照射。此种激光对组织有较强的穿透性，能引起深部组织的扩张，血流加快。它虽然没有直接杀死细菌的作用，但可加强机体细胞免疫功能，因而对人体组织有消炎、止痛、收敛、止痒、消肿的作用，并能促进肉芽组织生长，加速溃疡愈合。适用于疮疡初起及僵块、溃疡久不愈合、皮肤瘙痒症、蛇串疮后遗症、油风等。

（1）弱激光治疗：二氧化碳激光原光束经散焦后照射到病灶部位，患者有热感，照射时间视激光功率而定，一般控制在十几分钟之间。氦氖激光穴位照射一般每穴 5 分钟，病变局部照射一般每次 10 分钟。

（2）中、强功率激光治疗：常规消毒，以 2% 利多卡因进行浸润麻醉，麻药应尽量注入病变基底部，若直接注入病灶，使病灶内水分增加，会影响烧灼及汽化效果。再根据病情采用清扫法、切割法或凝固照射法等。清扫法一般用于没有突出皮肤表面的病变，如痣等。从表层开始，逐层向深部扫描照射，将病变烧灼干净，见到健康组织为止；切割法用于突出皮肤表层的病变，如赘疣、痔核、瘤等，切割时将镊子夹住并提起病变部位切割

之，然后适当调低功率清除残余病变组织；凝固照射法以中功率激光照射病变组织，可使其变白、凝固、变性，从而破坏病变组织。创面浅而小的患者治疗后没有明显渗出及红肿反应，可以不处理，但要保持创面干净。创面较大，超过 $1cm^2$，或创面有渗液者，应使用无菌敷料包扎，并酌情用散焦二氧化碳激光或氦氖激光照射，可预防感染，加速创面愈合。

（周永坤）

第二单元　无菌术

细目　无菌术与抗菌术

要点一　概述

无菌术（asepsis）是为了预防伤口的感染，针对这些感染来源所采取的一种预防措施，由灭菌法、抗菌法和一定的操作规则及管理制度所组成。

灭菌系指杀灭一切活的微生物，而消毒系指杀灭病原微生物和其他有害微生物，并不要求清除或杀灭所有微生物（如芽孢等）。灭菌法一般是指预先用物理方法彻底消灭掉与手术区或伤口接触的物品上所附带的微生物。有的化学品如甲醛、戊二醛、环氧乙烷等，可以杀灭一切微生物，故也可在灭菌法中应用。消毒法又称抗菌法，常指应用化学方法来消灭微生物，例如某些器械的消毒，手术室空气的消毒，手术人员的手和臂的消毒以及病人的皮肤消毒。有关的操作规则和管理制度则是防止已经灭菌和消毒的物品、已行无菌准备的手术人员或手术区不再被污染，以免引起伤口感染的办法。

外科临床实践中，培养“无菌观念”，坚持“无菌操作”是十分重要的。无菌观念是要求操作者始终坚持只用已消毒灭菌的物品、器械或手去接触无菌伤口，并养成习惯性的动作和观念。无菌操作是指在无菌观念指导下的操作。

要点二　方法

（一）消毒、灭菌方法的分类

1. 机械的方法

如剃除手术区或伤口周围皮肤的毛发，用肥皂和水冲洗，或用其他洗涤剂清除物品和皮肤上的油脂污垢和细菌，冲净伤口等。虽然达不到灭菌的目的，但确是不可缺少的先行步骤，为随后采用的具体措施提供必备的条件，如手术区域皮肤的准备。

2. 物理的方法

如热力、紫外线、红外线、超声波、高频电场、高压蒸气、真空及微波等，医院常用热力及紫外线。

3. 化学的方法

各种具有消灭微生物能力的化学药物，常用的有酒精、碘剂、汞剂、酚剂、环氧乙烷、戊二醛、甲醛、过氧乙酸、季胺盐类和洗必泰等。医院里常用粉剂直接喷洒、气体熏蒸以及溶液浸泡、喷洒或擦拭等方式，但常不及热力灭菌可靠。对不能用热力或不具备热力灭菌条件的，应采用化学消毒的方法。

（二）手术器械、物品、敷料的消毒和灭菌

1. 化学消毒剂

（1）药物浸泡消毒法：适用于刀、剪、缝针等锐利器械，内镜、塑胶制品等不宜用热力灭菌的物品。

注意事项：①根据物品的性能及不同的细菌，选用有效的消毒剂；②严格掌握药剂的浓度、消毒时间及使用方法；③浸泡前应先将物品洗净脂垢、擦干；④器械物品必须全部浸入药液内；⑤有轴节的器械应将其张开，空腔物品将气体排出；⑥使用前需用无菌生理盐水将药液冲洗干净；⑦70% 酒精每周核对浓度（重量比），校正一次；⑧0.1% 新洁尔灭或洗必泰每 1 000ml 中，应加入亚硝酸钠 5g，可以防止金属生锈；⑨器械消毒液应每周更换 1 次。

（2）甲醛气体熏蒸法：适用于不能浸泡且不耐高热的器械和物品的消毒。如丝线、纤维内镜、精密仪器、手术野照明灯、电线等。将需要灭菌的物品放在密闭的玻璃、搪瓷或铝制容器内，此容器分为两层，上层放置要消毒的物品，下层为盛放 40% 甲醛的器皿（量杯），两层间有蒸气孔道相通。

（3）环氧乙烷熏蒸法：环氧乙烷为无色液体，超过沸点（10.8℃）蒸发为气体，穿透力强，灭菌可靠，低温时不损坏物品，是一种优良广谱的气体消毒剂。常用于各种导管、仪器及医疗器械的消毒。但其蒸气具有中等毒性和刺激作用，在空气中浓度达 3% 时能引起燃烧爆炸。使用方法：将需消毒的物品放入密闭特制的耐压容器内，按 0.5 ~ 0.7kg/m^3 放入环氧乙烷，使其蒸发，相对湿度在 30% 以上，温度在 15℃ 以上，消毒时间需根据要消毒的物品而定，一般为 12 ~ 48 小时。使用时应防止吸入中毒，应有防毒、防火、防爆设备。

2. 物理灭菌法

（1）高压蒸气灭菌法：是目前应用最普遍且效果可靠的灭菌方法。常用的有手提式、卧式和立式三种。基本结构和作用原理相同，由一个具有两层壁的能耐高压的锅炉所构成，蒸气进入消毒室内，积聚而产生压力，蒸气的压力增高，温度也随之升高。一般当蒸气压力达到 102.97 ~ 137.2kPa（1.05 ~ 1.40kg/cm^2）时，温度能提高到 121℃ ~ 126℃，持续 30 分钟，即可杀死包括细菌芽孢在内的一切细菌，达到灭菌目的。

本法适用于能耐受高温的物品，如金属器械、玻璃、搪瓷器皿、敷料、橡胶、药液等的灭菌。

注意事项：①灭菌物品的包裹不要过紧、过大，一般应小于 55cm × 33cm × 22cm，排列不要过密，以免妨碍蒸气透入内部，影响灭菌效果；②包内放入用纸包好或瓶装的升华硫黄粉（溶点为 120℃）少许，使用时检查该粉，如已溶化，表示已达灭菌温度要求；③对易燃易爆物品，如碘仿、苯类等禁用此法灭菌，对光学窥镜、锐利金属器械（如刀、剪

等）、有机玻璃等特殊材料制品不宜使用；④灭菌时应先排尽锅内冷空气，以免影响灭菌效果。检查安全阀的性能是否良好，灭菌完毕，应待压力降至零时，方可启开，以防发生爆炸；⑤灭菌后的物品一般可保存2周，若过期须重新灭菌。

高度真空蒸气灭菌器为目前先进的灭菌装置，是在高压蒸气灭菌器原理基础上增加真空泵改进的。先将锅内的空气用高性能真空泵抽到2～2.67kPa（15～20mmHg）呈负压时，再通入蒸汽进行灭菌，只需1分钟即可达115℃，随后很快升至126℃，具有缩短灭菌时间、杀菌力强和损坏消毒物品轻微等优点。但如发生漏气不易找出原因，且价格昂贵。

（2）煮沸灭菌法：是一种较简便、可靠的常用灭菌方法。采用煮沸灭菌器，或铝锅洗净去脂污后，可作煮沸灭菌用。适用于金属器械、玻璃、橡胶类等物品。在正常压力下，在水中煮沸至100℃，持续15～20分钟能杀灭一般细菌，持续煮沸1小时以上，可杀灭带芽孢细菌。若在水中加入碳酸氢钠，配成2%碱性溶液，可使沸点提高至105℃，灭菌时间缩短至10分钟，尚可防止金属制品生锈。在海拔高的地区，大气压及沸点均降低，每增高300m高度，应延长灭菌时间2分钟。应用普通压力锅代替，锅内蒸气压力一般为1.3kg/cm^2，温度可高达124℃，灭菌时间10分钟即可。

注意事项：①需预先将物品洗净，去除油渍，完全浸没在水面以下；②玻璃类器皿应放入冷水或温水中，以免骤热破裂。注射器要抽出内芯，用纱布分别包好；③橡胶、丝线类应于水沸后放入，持续15分钟即可取出，以免加热过久影响物品性能；④锐利器械如刀、剪，不宜用此法，以免变钝；⑤灭菌时间应从水沸后算起，如中途加入其他物品，应重新计时，锅盖应严密关闭，以保持沸点。

（3）干热灭菌法：是利用酒精火焰或使用干热灭菌器的热力灭菌方法。可用于金属器械的灭菌，但有损于器械的质量，易使锐利器械变钝，不宜常用。在紧急情况下，将金属器械放在搪瓷或钢精盆中，倒入95%酒精，点燃灭菌10分钟以上。对不拟再用的可燃污染物可予以焚毁。使用干热空气灭菌器，其效果与蛋白质含水量有关。蛋白质含水量越多，所需温度越低，含水量越低，则其所需温度越高。常用的干热温度为160℃，灭菌时间是1～2小时。

此外尚有γ射线灭菌法，可用于不耐热的某些药物，如抗生素、激素、维生素等；塑料制品如导管、注射器及缝线等的灭菌。超声波可通过介质使菌体破坏，如手术人员洗手消毒时，用带有超声波装置的洗必泰或新洁尔灭浸泡，可提高效率，还可辅助器械和物品的消毒，但其冲击作用不易达到物品深部。

（三）手术人员和病人手术区域的准备

1. 手术人员的准备

（1）一般准备：进手术室前，在更衣室更换手术室准备的清洁鞋、衣、裤。戴好口罩，帽子要遮住全部头发，口罩遮盖口、鼻，剪短指甲。脱去袜子，穿无袖内衣或衣袖卷至上臂中、上1/3交界以上。手臂皮肤有破损或化脓性感染者，不能参加手术。

（2）手臂消毒法：参加手术人员的手臂皮肤消毒方法很多，其主要步骤是先用肥皂水刷洗，然后使用化学消毒溶液浸泡手臂，可以清除皮肤表面的细菌，但不可能完全消灭位于皮肤深层如毛囊、皮脂腺等处的细菌。在手术过程中，这些细菌自然逐渐移到皮肤表面，故在手臂消毒后，还应戴上消毒手套和穿手术衣，以防止细菌污染。常用洗手方法有

以下几种：

肥皂刷手法：先用肥皂及清水将手臂按普通洗手方法清洗一遍，再用消毒过的毛刷蘸肥皂水（或肥皂），顺序交替刷洗双手臂，从手指尖至肘上 10cm 处，特别注重甲缘、甲沟、指蹼、手掌侧等部位。一次洗刷 3 分钟后，手指向上，肘部屈曲朝下，使清水从上而下冲净手臂上的肥皂水。如此反复刷洗 3 遍，共约 10 分钟。用无菌毛巾从手向肘部顺序拭干，然后双手、前臂至肘上 6cm 处浸泡于 70% 酒精或 0.1% 新洁尔灭溶液中 5 分钟，浸泡时用泡手桶内的小毛巾反复轻轻擦拭手及前臂，最后屈肘将手举于胸前（双手勿低于肘、高于肩为度），晾干。洗手消毒后，若手臂不慎碰触未经消毒的物品时，应重新洗手。

碘尔康刷手法：肥皂水刷洗双手、前臂至肘上 10cm 3 分钟，清水冲净，用无菌毛巾擦干。然后用浸透 0.5% 碘尔康的纱布涂擦手和前臂一遍，稍干后穿手术衣、戴手套。

聚烯吡酮碘手臂消毒法：聚烯吡酮碘是聚烯吡酮与碘的复合物，简称 PVP－I、碘伏。为一种碘和表面活性剂的复合体，聚烯吡酮表面活性剂作为碘的载体和助溶剂，使碘易溶于水，逐渐释放出游离碘，能较长时间保持有效杀菌作用。先用含碘肥皂液擦洗手及前臂 15～30 秒钟，清水冲洗后拭干，再用 10% PVP－I（有效碘 1%）溶液擦双手及手臂 1～2 分钟，戴无菌手套。

灭菌王刷手法：灭菌王是不含碘的高效复合型消毒液。先用肥皂、清水冲洗手、臂至肘上 10cm 一遍。取无菌毛刷蘸灭菌王溶液刷手、前臂至肘上 3 分钟，用无菌巾擦干。再取吸足灭菌王溶液的纱布球涂擦手臂一遍，稍干后即可穿手术衣、戴手套。

紧急手术简易洗手法：当情况紧急，手术人员来不及作常规洗手消毒时，可先用普通肥皂洗去手和前臂的污垢，继用 2.5%～3% 碘酊涂擦双手及前臂，再用 70% 酒精拭净脱碘。戴无菌手套、穿手术衣后，再戴第二副无菌手套。

（3）穿无菌手术衣和戴无菌手套的方法：手术人员手臂消毒后，即需穿戴无菌手术衣、手套。根据所用手套灭菌方法的不同，戴手套与穿手术衣的顺序也不同。目前多数医院采用经高压蒸气灭菌的干手套，偶有用消毒液浸泡的湿手套。如用干手套，应先穿手术衣后戴手套；如用湿手套，则应先戴手套后穿手术衣。

穿无菌手术衣：取手术衣，双手抓住衣领两端内面，提起轻轻抖开，使有腰带的面朝外，将手术衣向上轻掷起，顺势将两手向前伸入衣袖内，让台下人员从身后协助拉好，使双手露出袖口，然后双臂交叉，稍弯腰使腰带悬空，提起腰带直身向后递带，仍由别人在身后将腰带及背部衣带系好。穿手术衣过程中，注意勿将衣服的外面对向自己或触碰到其他物品及地面，未戴手套的手不得碰触衣服的外面。

戴无菌手套：尚未戴无菌手套的手，只允许接触手套套口向外翻折的部分，不能碰到手套的外面；已戴一只手套的手，不可接触另一手套的内面和未戴手套的手。无菌手套有干、湿两种，以干手套最为常用。

戴干手套法：先穿无菌手术衣，用手套袋内无菌滑石粉包轻轻敷擦双手，使之光滑。用左手自手套袋内捏住两只手套的翻折部提出手套，使两只手套拇指相对向。先用右手插入右手手套内，再将戴好手套的右手 2～5 指插入左手套的翻折部内，让左手插入左手套中，然后将手套翻折部翻回套压住手术衣袖口。用无菌盐水冲净手套外面的滑石粉。在手术开始前，应将双手举于胸前，切勿任意下垂或高举。

戴湿手套法：在灭菌手套内先盛放适量的无菌清水，使手套撑开，手易于伸入。选取

适合自己手大小的手套，解开灌有清水手套套口的绳结。以左手拇指、食指及中指提住撑开套口，迅速将右手伸入左手套内，使各指尖直达手套指部之顶端，然后将右手腕向上背伸，使手套中积水向腕下方流出。再用右手指插入左手套的翻折部，并提起，将左手同上法插入手套中，使水依右手方法从腕下部排出。戴好湿手套后，再穿无菌手术衣。

手术人员做完一台手术，需继续做另一台手术时，可按下列步骤更换手套和手术衣：①洗净手套上的血渍、污物，先脱手术衣，后脱手套，注意双手皮肤不得接触手套外部及其他物品，以免受污染；②在流动清水下冲洗双手，用无菌毛巾拭干；③在70%酒精或0.1%新洁尔灭等消毒溶液中浸泡双手、前臂5分钟，待干；④再按上述方法重新穿无菌手术衣及戴手套；⑤若刚完成的是感染手术或手套有破损，则须按常规重新洗手进行手臂消毒。

2. 病人手术区域的准备

（1）手术前皮肤准备：目的是尽可能消灭或减少切口处及其周围皮肤上的细菌。应重视一般的清洁卫生，如择期手术于术前1日洗澡或床上擦澡，更换清洁的衣裤。手术区皮肤的毛发应剃除，用温肥皂水擦洗干净，注意清除脐、腋、会阴等处的污垢。皮肤上若有较多油脂或胶布粘贴的残迹，可先用汽油或乙醚拭去。剃毛时慎勿损伤皮肤。对小儿的乳毛及细汗毛，可不必一律剃毛。不宜在手术室内剃毛。如为无菌手术，须用2.5%碘酊和70%酒精涂擦，或用0.1%新洁尔灭溶液消毒，再用无菌毛巾等包裹。对外伤需施行清创术者，则应在手术室内于麻醉下进行。

（2）手术区皮肤消毒：病人手术区皮肤消毒与手术人员的手臂消毒基本上相同，区别是一般用涂擦法，仅在某些植入性手术用浸泡法。一般由第一助手洗手后执行，先用2.5%碘酊棉球或小纱布团以切口为中心向周围皮肤顺序涂擦2遍，待干后再用70%酒精涂擦2~3遍，以充分脱碘。消毒范围应包括手术切口周围15cm的区域。如为腹部手术，可先滴少许碘酊于脐孔，以延长消毒时间。消毒步骤应该自上而下，自切口中心向外周，涂擦时应稍用力，方向应一致，不可遗漏空白或自外周返回中心部位。对感染伤口或肛门等处手术，则应自手术区外周逐渐涂向感染伤口或会阴肛门处。对婴儿、口腔、肛门、外生殖器、面部皮肤等处，不能使用碘酊消毒者，可选用0.1%新洁尔灭、0.1%洗必泰、0.1%硫柳汞酊、0.75% PVP－I等涂擦2~3遍，以免刺激皮肤或黏膜。

3. 手术区铺无菌巾

皮肤消毒后，为隔离其他部位，仅显露手术切口必需的皮肤区，减少切口污染机会，应铺置无菌巾单。小手术只覆盖一块中央部为两层的洞巾即可。对较大的手术，应根据手术部位及性质而异。原则上是除手术野外，至少要有2层无菌布单遮盖。如腹部手术，用4块无菌巾，每块在长方形巾的长边双折约1/4~1/3宽，铺时靠切口侧。通常应先铺操作者对侧，或先铺相对不洁区，如靠近会阴部的下侧，这两块铺巾顺序有时允许颠倒，然后铺切口上侧，最后铺靠近操作者的一侧，因操作者此时尚未穿无菌手术衣，应避免自身触碰所铺的无菌巾，再用巾钳夹住无菌巾的各交角处，以防止移动。无菌巾铺置时，操作者的手切勿触碰病人皮肤，且不得任意移动无菌巾，如位置不准确，只允许由手术区向外移，而不应向内移。然后根据手术需要，再铺中单、大孔单等。大孔单的头端应盖过麻醉架，两侧和足端部位下垂过手术床边缘30cm以上。第一助手消毒、铺单后，重新泡手，然后穿无菌手术衣和戴无菌手套参加手术。

传统的铺巾法能对已消毒手术区域内的切口与病人其他部位起一定的隔离作用。但目前常使用的布类、巾单存在透水性较强，一遇盐水或血液遂被浸透，较易通过细菌，且伤口并不能与周围皮肤严密隔离等不足之处。近年来，有采用无孔性防水粘布巾，或特制医用塑料粘胶薄膜保护，或用含碘伏（如 PVP－I）的无菌巾单，后者可延长杀菌作用 2～4 小时。此类巾单制品为一次性的。

（四）手术进行中的无菌原则

手术前的各项准备工作，为手术提供了一个无菌操作环境。如果在手术进行的过程中未能继续保持这种无菌环境，则已经灭菌和消毒的物品或手术区域仍会受到污染，有引起伤口感染的可能。此种感染属医源性，有时可使手术失败，甚至危及病人生命。所以，全体参加手术的人员，包括进入手术室的工作人员及参观人员，都必须严格执行，认真遵守无菌操作规则，共同维护手术进行中的无菌环境，如发现有人违反时，应立即纠正。

（1）手术人员洗手后，手臂部不准再接触未经消毒的物品。穿无菌手术衣和戴无菌手套后，手术人员肩以上、腰以下、背部及手术台平面以下的无菌单，均应视为是有菌地带，不可触碰。

（2）不准在手术人员的肩以上、腰以下和背后传递手术器械、敷料和用品；坠落手术台边或无菌巾单以外的器械物品等，不准拾回，若需要再用则必须重新消毒。

（3）术中如发现手套破损或接触到非无菌区，应及时更换；衣袖如碰触有菌物品，应加套无菌袖套或更换手术衣。

（4）术中如无菌巾单等覆盖物已湿透或碰触有菌物品时，应加盖无菌巾单；如病人需更换体位另选切口做手术时，需重新消毒、铺单。

（5）同侧手术人员如需调换位置时，应先退一步，侧过身，背对背地转身到另一位置，以防污染。

（6）做皮肤切口前及缝合皮肤的前后，均需用 70% 酒精或 0.1% 新洁尔灭溶液再次消毒皮肤。

（7）皮肤切口边缘应以大纱布垫或无菌巾遮盖，并用巾钳或缝线固定；切开空腔脏器前，先用盐水纱布垫保护好周围组织，以防止或减少内容物溢出污染。

（8）手术进行过程中，手术人员除有关手术配合的必须联系外，禁止谈笑；避免向手术区咳嗽或打喷嚏；应随时警惕有无灰尘、小昆虫或汗珠落入手术区内。

（9）参观手术的人员不可贴近手术人员或站在高于手术台的平面，不得随意在室内来回走动；对患有上呼吸道感染或急性化脓性感染者，禁止进入手术室；进入手术室前应先更换手术室的参观衣、鞋，并戴好口罩、帽子，人员尽量少，并予限制。

（10）手术室内工作人员必须严格执行并认真监督无菌原则的实施。

（周永坤）

第三单元 麻醉

细目一 概论

要点一 麻醉方法的分类

麻醉是人类在不断地与外伤和手术引起的疼痛进行斗争的实践中发展起来的学科，目前成为临床镇痛的理论基础和重症救治的重要学科。

（一）分类

随着麻醉药品、器械、仪器的不断进步，新的理论技术的不断应用，麻醉方法也在不断地充实提高，麻醉方法的分类在临床上也各有不同。根据临床手术部位选择麻醉方法，如腹部手术麻醉、胸部手术麻醉、四肢手术麻醉、神经外科麻醉、血管外科麻醉等；也可根据年龄、体重分为小儿外科手术麻醉、老年病人手术麻醉、肥胖病人手术麻醉等。根据麻醉作用的范围与性质，目前临床将麻醉方法大致分为以下几类。

1. 全身麻醉

（1）吸入麻醉：麻醉药经口鼻进入，通过呼吸道达到肺泡内，再进入血液循环，最终使中枢神经系统受到抑制而产生麻醉状态。现常采用气管内插管术，以更好地控制麻醉。

（2）非吸入性麻醉：麻醉药由静脉、肌肉注射或直肠灌注等方法进入体内，从而使中枢神经系统受到抑制。现临床主要采用静脉麻醉。

2. 局部麻醉

利用阻滞神经传导的药物使麻醉作用局限于躯体某一局部，使局部的痛觉消失，同时运动神经被阻滞，产生肌肉运动减弱或完全松弛。这种阻滞是暂时和完全可逆的。局部麻醉可分为表面麻醉、局部浸润麻醉、局部区域阻滞、神经及神经节阻滞、静脉阻滞麻醉。

3. 椎管内麻醉

将局部麻醉药注入椎管内使部分脊神经被阻滞，使脊神经所支配的相应区域产生麻醉。椎管内麻醉理论上也属于局部麻醉，但因在临床应用及理论基础方面有其特点，故列为一种独立的麻醉方法。根据注射间隙不同可分为蛛网膜下腔阻滞麻醉（包括鞍区麻醉）和硬脊膜外腔阻滞麻醉（包括骶管阻滞麻醉）。

4. 针刺镇痛与辅助麻醉

针刺镇痛是根据中医针刺腧穴止痛的经验发展起来的一种方法。20 世纪 50 年代，我国开展了针刺麻醉，但经过多年的实践证明，单靠针刺来消除手术刺激所致的疼痛是不切实际的，它很难单独承担麻醉的重任。但针刺确有一定的镇痛作用，并对生理干扰少，能促进术后康复，因此针刺镇痛在麻醉中仍有重要的辅助地位，应继续进一步深入

研究。

5. 复合麻醉

单一的麻醉方法各有优缺点，同时使用多种麻醉药物和麻醉方法使其互相配合，取长补短，从而取得较单一麻醉方法更好的效果称为复合麻醉。

（二）麻醉方法的选择

麻醉方法的选择原则有以下四点：

1. 充分估计病人的病情和一般情况

（1）对病情重、一般情况差的病人，应选择对全身影响小、并发症少的麻醉方法。如针刺麻醉、局部麻醉等。

（2）精神紧张、不能自控的病人，最好采用全身麻醉或做好基础麻醉下行局部或部位麻醉。

（3）对老年、小儿、孕产妇，因有生理性改变，麻醉方法选择应与一般病人有所不同。

（4）对合并慢性疾病者，选择麻醉时，应根据具体情况酌情选定。

2. 根据手术需要

（1）根据手术部位选择麻醉方法。

（2）根据手术是否需要肌肉松弛进行选择。

（3）根据手术创伤或刺激大小以及出血的多少进行选择。

（4）根据手术时间的长短合理选择。

（5）根据病人的体位是否影响呼吸和循环进行具体选择。

（6）根据手术可能发生的意外进行对应选择。

3. 按麻醉药和麻醉方法本身的特点进行选择

各种麻醉药和麻醉方法都有各自的特点和适应证、禁忌证，选用前要结合病情、手术以全面考虑。原则上简单的手术不宜采用复杂的麻醉方法。

4. 麻醉者的技术和经验

原则上应先采用安全性较大的和比较容易操作的麻醉方法。如遇危重病人或较大手术，最好采用麻醉者最熟悉而有把握的麻醉方法。

在考虑上述原则的情况下，应尽量满足病人的愿望和要求。合理选择不同的麻醉方法和用药。

要点二　麻醉前的准备

为保证病人的安全，增强麻醉效果，减少或避免麻醉后并发症，要认真作好麻醉前准备工作，这是手术治疗的重要环节之一，也是麻醉医师工作的重要内容。

麻醉前 1 ~2 天应访视病人，以获得有关病史、体检和精神状态资料；让病人了解有关的麻醉问题，解除病人的焦虑心理；与手术医师之间取得一致的处理意见。探视病人前，应首先要详细阅读病历，熟悉现在史和过去史，以及以往手术史和麻醉史，有无药物过敏史，有无烟酒嗜好，以往使用过何种特殊药物治疗。观察病人有无发育不全、营养不

良、贫血、脱水、浮肿、发绀、发热、消瘦或过度肥胖等体征，观察病人的精神状态，进行重点的体检复查。了解血压、脉搏、呼吸、体温等生命体征，以及血、尿、便、出凝血时间、胸部X线、心电图等常规检查的结果。对拟施复杂手术的病人或常规检查中有明显异常者，应进一步做有关的实验室检查和特殊功能测定，包括肺功能测定、心功能测定、凝血功能实验、动脉血气分析、肝功能实验、肾功能实验、基础代谢测定及内分泌功能检查等。根据具体病情、病理生理特点、手术性质和要求，对病人耐受麻醉手术的程度作出客观判断，并运用国际通用ASA分级，确定麻醉前的病情分级。

麻醉前ASA病情分级标准

ASA分级	分级标准
Ⅰ	全身情况良好，无脏器疾病，估计耐受麻醉手术良好
Ⅱ	轻微查体和/或化验有改变，但全身情况尚好，估计耐受麻醉手术仍好
Ⅲ	生命体征、重要脏器功能有改变，但处于代偿范围，需重视术前准备工作
Ⅳ	生命体征、重要脏器功能明显改变，处于代偿不全状态，麻醉手术有相当的危险
Ⅴ	生命体征、重要脏器功能处于衰竭程度，不论麻醉手术与否都有严重生命危险

注：如系急症手术病例，在相应的级数前加“E”字样。

要点三 麻醉前常用药物

为减少病人精神紧张，使麻醉过程平稳，增强麻醉效果，麻醉前给以适当药物，称为麻醉前用药。

（一）麻醉前用药目的

（1）解除精神紧张和恐惧心理，达到术前安睡或嗜睡状态。

（2）控制不良反应，降低基础代谢，减少氧耗量，减少呼吸道腺体分泌，利于麻醉顺利诱导。

（3）提高痛阈，增强麻醉效果，减少麻醉药用量，利于麻醉维持。

（4）对抗麻醉药的不良反应，降低麻醉药的毒性。

（二）常用的麻醉前用药

1. 镇静催眠药

主要抑制大脑皮层，起镇静催眠、对抗局麻药毒性反应和降低局麻药过量惊厥发生率等作用。常用的药物为巴比妥类药，如戊巴比妥、异戊巴比妥（阿米妥）、丙烯戊巴比妥（速可眠）、苯巴比妥钠等。

2. 麻醉性镇痛药

具有提高痛阈，增强麻醉镇痛效果，缓解术前各种疼痛，以及稳定情绪，减轻恐惧和镇静入睡等功效。常用药有吗啡、哌替啶、芬太尼和镇痛新等。

3. 神经安定药

具有抗焦虑和控制情绪紧张等功效，可增强催眠药、麻醉药和镇痛药的作用，降低基

础代谢，预防术中恶心、呕吐以及中枢性肌肉松弛等作用。常用的药物有 3 类：苯二氮卓类，如安定、硝基安定、咪唑安定等；丁酰苯类，如氟哌啶、氟哌啶醇；吩噻嗪类，如氯丙嗪、异丙嗪、乙酰吗嗪等；抗吐、抗组胺药，如异丙嗪、奋乃静等。

4. 抗胆碱类药

具有抑制呼吸道腺体分泌，保持呼吸道通畅，削弱迷走神经不良反应和维持呼吸、循环正常功能等功效。此外还有对抗吗啡类药抑制呼吸和恶心、呕吐副效应的作用。常用药有阿托品和东莨菪碱等。

5. 特殊药物

根据术前不同的病情需要使用相应的药物。如合并支气管哮喘者，或有过敏史者，可加用抗组胺药；合并糖尿病者，应用胰岛素；高热者用解热药等。

细目二　局部麻醉

应用局部麻醉药暂时阻滞机体某一区域的神经传导，使该神经支配的部位丧失痛觉和肌张力，称为局部麻醉，简称局麻。局部麻醉的优点在于简单易行、安全、并发症少，对病人生理功能影响最小。不仅能有效地阻断痛觉，而且可完善地阻断各种不良神经反射。对预防手术创伤所引起的超应激反应有一定的作用。局部麻醉主要使用于各种较表浅局限的中小型手术，以及全身情况差或伴有其他严重病变而不宜采用其他麻醉方法的病例。对于小儿、精神病或神志不清的病人，不宜单独使用，必须辅以基础麻醉或全麻。对局麻药过敏的病人应视为局部麻醉的禁忌证。

要点一　常用局麻方法

常用局部麻醉方法有：

（一）黏膜表面麻醉

用渗透性强的局麻药与黏膜接触，产生黏膜痛觉消失的方法称为黏膜表面麻醉，亦称为黏膜麻醉。常用于眼、鼻腔、咽喉、气管及尿道等部位的表浅手术或内镜检查术。

常用的表面麻醉药有 0.5% ~2% 丁卡因、2% ~4% 利多卡因。将以上药物制成溶液、软膏、栓剂等剂型备用，给药方法可根据手术部位选择，如眼科手术用滴入法；鼻内手术用棉片填敷法；咽喉或气管手术用喷雾法；尿道手术用灌入法；直肠手术用栓剂塞入法。表面局麻药用于黏膜面积大的手术部位时，宜用低浓度溶液，以防吸收过快而出现局麻药中毒，如气管内喷雾用 0.5% 丁卡因；尿道内灌入用 0.1% ~0.5% 丁卡因。黏膜面积小或黏膜层厚者宜用较高浓度溶液，如咽喉、气管用 1% ~2% 丁卡因。

（二）局部浸润麻醉

沿手术切口线分层注射局麻药，以阻滞组织中的神经末梢，称局部浸润麻醉。

局部浸润麻醉适用于各类中小型手术，亦适用于各种封闭治疗和特殊穿刺（如胸腔、腹腔、关节、骨髓等）的局部止痛。

最常用于浸润麻醉的局麻药为普鲁卡因，一般用 0.5% ~2% 的溶液，根据麻醉范围大

小确定溶液浓度，普鲁卡因成人一次最大量为1g，宜加入1:200000肾上腺素。

（三）区域阻滞麻醉

在手术部位的周围和基底部浸润局麻药，以阻滞进入手术区域的神经支和神经末梢，称区域阻滞麻醉。区域阻滞麻醉的要点与局部浸润麻醉相同，其区别在于将局麻药注射于待切除组织的周围、基底部或根部，形成局麻药包围圈。本法最适用于皮下小囊肿摘除，浅表小肿块活检，舌、阴茎或带蒂肿块等手术和乳腺手术。常用局麻药与浸润麻醉相同。

（四）神经阻滞麻醉

将局麻药注射于神经干的周围，使该神经干所支配的区域产生麻醉，称神经阻滞麻醉。

神经阻滞的操作较为盲目，成功的关键在于熟悉局部解剖，正确运用体表、骨质和血管等标志。正确确定穿刺进路、方向和深度。常用的神经阻滞方法有以下几种：

1. 颈丛神经阻滞

颈神经丛由颈1～4脊神经的前支组成，位于中斜角肌和肩胛提肌的前面，胸锁乳突肌的后面。颈神经丛分浅丛和深丛两组。浅丛沿胸锁乳突肌后缘的中点穿出筋膜，分出颈前神经、锁骨上神经、耳大神经和枕小神经，分布于颈前区的皮肤和浅表组织。深丛位于2～4颈椎旁，四周有椎前筋膜包裹，主要分布于颈侧面及前面的肌肉和其他深部组织。

颈丛阻滞适合于颈部甲状腺次全切除术、甲状腺腺瘤摘除和气管、喉等手术。颈丛神经的体表标志是：①颈2横突位于乳突尖下1～1.5cm；②颈4横突位于胸锁乳突肌后缘，锁骨与乳突连线的中点，胸锁乳突肌与颈外静脉交叉点的附近；③颈3横突位于颈2与颈4横突之间。

（1）深丛阻滞的方法：确定颈2、颈3、颈4横突后，分别对准横突进针，遇到骨质感，提示已触及横突，深度约2～3cm，各点注射局麻药3～4ml。

（2）浅丛阻滞方法：在胸锁乳突肌后缘的中点进针，于皮下与颈阔肌之间注射局麻药1%普鲁卡因10ml。

颈深、浅神经丛阻滞的方法也可采用一针法完成，其操作方法为：从甲状软骨上缘水平线与胸锁乳突肌后缘的交界点为穿刺点，在前斜角肌与中斜角肌之间的间隙进针，穿破椎前筋膜后遇到异感，回抽无血即可注射局麻药10～15ml。要防止过深，应以不超过横突长度为准。注药时在穿刺点的下方施压，可防止药液向臂丛神经扩散。颈丛阻滞穿刺过深，有可能导致全脊髓麻醉危险，此外可能出现阻滞喉返神经而出现声音嘶哑、失音或呼吸困难等并发症。

2. 臂丛神经阻滞

臂丛神经是由颈5～8和胸1脊神经的前支组成，支配整个上肢的感觉和运动。臂丛神经阻滞的方法有3种：

（1）肌间沟径路穿刺法：病人仰卧，头转向对侧，尽量使病人肩部下垂，显露颈侧部，在胸锁乳突肌锁骨头的后缘摸到长条肌肉即为前斜角肌，前斜角肌外缘还可摸到一条几乎与之平行的肌肉，即为中斜角肌。两肌间形成一上稍窄下稍宽的肌间隙，即为肌间沟。向颈椎方向重压时，有异感向前臂放射，即为穿刺点。穿刺针指向对侧腋窝顶缓慢进

针，当病人主诉有异感时，回抽无血即可注入2%利多卡因15～20ml（成人量）。本法的阻滞范围广，可阻滞肩关节到手，但可能出现尺侧阻滞不全。

（2）锁骨上径路穿刺法：病人仰卧，头转向对侧，在锁骨中点上缘1～1.5cm处，摸清锁骨下动脉搏动点，在此点的外侧0.5cm处即为穿刺点。穿刺针向内、下及后方缓缓刺入，当出现异感时，回抽无血和无气后即可注入局麻药。若未出现异感，则可将穿刺针沿第一肋骨移动，直至出现异感，然后注射局麻药。本法的阻滞范围主要在上臂、前臂和手。

（3）腋窝径路穿刺法：病人仰卧，患肢外展90°并外旋，肘屈曲成直角呈行军礼状。在胸大肌肱骨端止点的下缘，触及腋动脉搏动，沿搏动向头方向触摸，找出搏动的最高点，即为穿刺点。然后斜刺徐徐向肱骨进针，当通过腋鞘时可有明显的突破感，穿刺针可随腋动脉搏动而明显摆动。回吸无血液，即可注射局麻药，成人可注入1.33%利多卡因30ml或0.5%罗哌卡因30ml或0.5%布比卡因30ml。

要点二　常用局麻药物

常用药物有利多卡因、丁卡因、布比卡因、罗哌卡因等。

要点三　局麻药物不良反应

局麻药虽注射到局部，但会吸收到血液中去，若超过机体的耐受力或出现变态反应，可出现全身性不良反应，甚至极严重的反应。不良反应的发生率取决于药物本身的毒性强度、用药是否恰当合理以及机体对药物的耐受程度。主要包括全身毒性反应、过敏反应和特异质反应。

（一）全身毒性反应

全身毒性反应发生率占全部不良反应的98%。产生的主要原因有：单位时间内用药量过大；意外地将局麻药注入血管内；注射部位对局麻药吸收过快；病人因生理病理改变，影响了药物吸收和代谢的速度，对药物的耐受力降低。最终结果为局麻药的血药浓度升高并超过机体的耐受能力。

全身毒性反应的临床表现和体征主要在中枢神经系统和心血管系统。局麻药对中枢神经系统呈下行性抑制，临床上常首先出现过度兴奋状态，如恐惧不安、躁狂、语无伦次、头晕目眩、视力模糊、恶心呕吐、寒战及惊厥等。而后则迅速进入严重抑制阶段，出现昏迷甚至呼吸停止。局麻药对心血管的抑制表现为心肌收缩无力，心排血量减少，动脉血压下降，房室传导阻滞，甚至出现心房颤动或心搏停止。有时发作突然，演变迅速，故需紧急处理。

（二）过敏反应

局麻药本身不含蛋白质，故不会成为抗原，但其代谢产物可能与蛋白结合而形成特殊抗原。当再次使用该局麻药，就可能产生抗原抗体反应而出现过敏。由于酯类局麻药都含氨苯甲酸基结构，因此可能出现交叉过敏反应。如果对普鲁卡因过敏者，对丁卡因也可能过敏。

过敏反应主要临床表现是皮肤黏膜出现皮疹或荨麻疹，并有结合膜充血和脸面浮肿等；血管神经性水肿，表现在喉头、支气管则黏膜水肿和痉挛，可出现支气管哮喘和呼吸困难；严重时可出现过敏性休克。

（三）特异质反应

当用小剂量局麻药而出现严重中毒征象时称特异质反应，亦称高敏反应。后果严重，发生原因尚不明确。

要点四　局麻药物不良反应的处理

（一）全身毒性反应

1. 预防

（1）麻醉前给巴比妥类药，有减轻局麻药中毒的功效。
（2）严格控制局麻药剂量，不得超过一次使用最大量。
（3）用最低有效浓度的局麻药。
（4）局麻药中加用 1:200000 的肾上腺素。
（5）采取边注射边回吸的用药方法，严防注入血管。
（6）全身情况不良或在血运丰富区注药，应酌情减量。

2. 治疗

（1）出现中枢兴奋或惊厥时，用苯巴比妥钠 0.1g 肌肉注射，或安定 10mg 静注，或用 2.5% 硫贲妥钠 3～5ml 缓慢注射，可重复注射直到惊厥解除。必要时考虑用肌松剂以控制惊厥，同时施行气管内插管。
（2）呼吸抑制者，用面罩吸高浓度氧或气管内插管行人工呼吸供氧。
（3）心血管功能抑制者，应用血管活性药和静脉补液维持有效循环，加强血压、脉搏、心电图监测，做好心、肺、脑复苏的准备工作，一旦呼吸心跳骤停，需及时抢救。

（二）过敏反应

1. 预防

（1）术前明确病人有无局麻药应用史和过敏史。
（2）采用酯类局麻药时，术前应常规做普鲁卡因试验。

2. 治疗

（1）病情急剧时，先用肾上腺皮质激素，以改善血管通透性。
（2）支气管哮喘发作时，应用氨茶碱 250～300mg 静脉缓注。
（3）喉头水肿时应及时吸氧，呼吸困难时应及时做气管切开。
（4）过敏性休克时，应紧急行休克综合治疗。

（三）特异质反应

一旦出现应按中毒反应处理。

细目三　椎管内麻醉

将局麻药注射到椎管内不同腔隙中，阻滞了被药物浸润到的部分脊神经根，使其失去传导功能，产生相应区域的痛觉和运动消失，称为椎管内阻滞麻醉。

椎管内阻滞麻醉可分为两大类：蛛网膜下腔阻滞麻醉，包括鞍区麻醉；硬脊膜外腔阻滞麻醉，包括骶管阻滞麻醉。其穿刺的技术操作、脊神经根阻滞范围的测定和局麻药在管内扩散的主动调节，都必须依据脊柱及其周围组织的解剖生理才能顺利完成。

要点一　腰麻适应证及并发症的处理

注入蛛网膜下腔的局麻药物作用于裸露的脊神经根，使脊神经所支配的相应区域产生阻滞麻醉，称蛛网膜下腔阻滞麻醉，简称脊麻。为避免穿刺时损伤脊髓，一般都选择腰段脊椎进行穿刺注药，所以俗称腰麻。

（一）适应证和禁忌证

1. 适应证

（1）中位蛛网膜下腔阻滞：麻醉最高平面为胸 6 ~8，可行子宫及其附件手术，膀胱、前列腺手术，疝修补术，低位肠道手术等。

（2）低位蛛网膜下腔阻滞：麻醉最高平面在胸 10，可行剖腹产、前列腺电切术、下肢手术等。

（3）鞍区阻滞：可行肛门会阴部手术、尿道手术等。

2. 禁忌证

（1）中枢神经系统进行性疾病，如多发性脊髓硬化症、脑膜炎、进行性脊髓前角灰白质炎、脊髓转移癌等。

（2）全身严重性感染或穿刺部位有炎症感染，为防止将炎症导入蛛网膜下腔引起急性脑脊髓膜炎而应禁用。

（3）老年人、小儿不合作者、体质较弱、严重贫血者因循环功能显著减弱，容易出现血压下降，应慎用或禁用。

（4）有严重心脏代偿功能不全或严重高血压动脉硬化的病人，易出现心血管功能的变化，应禁止应用。

（5）低血容量休克，在血容量未补足的情况下，应禁用。

（6）妊娠、腹部巨大肿瘤、严重腹水等，因腹腔内压增高及腹腔内血管扩张，容易出现循环骤变，且阻滞平面难以有效控制者，应禁用。

（7）脊柱畸形或严重腰背痛者，穿刺操作有一定困难或可加重病情者，应慎用。

（二）常见并发症及处理

1. 术后头痛

为常见并发症，原因尚不完全清楚，可能与脑脊液不断从针眼外流至硬膜外腔有关；有人认为系穿刺时带入热源引起；有人认为与穿刺时出血而带入过多的血性液体，后者刺激脉络丛而释出过多的脑脊液而引起颅内压增高有关。采用细针穿刺有减少头痛的功效。一旦发生头痛，要绝对平卧，以降低脑脊液压力，减少脑脊液外渗；头痛者可针刺治疗，并服用止痛药。

2. 腰背痛

原因不甚明确，且不是脊麻后的特有并发症。病人长时间仰卧于较硬的手术床或手术

采取腰脊肌肉紧张的体位，如截石位等，都可能引起腰背痛。穿刺时针尖擦伤骨膜，割断韧带或肌肉纤维，可引起局部无菌性炎症而出现腰背痛。偶尔因穿刺时损伤椎间盘引起。原有腰背痛的病人，脊麻后可疼痛加重，宜尽可能避免用脊麻。术中安置病人体位，应尽量以腰肌放松为原则。一旦出现腰背痛，可行红外线照射物理治疗，再配以推拿和药物治疗。

3. 尿潴留

较为常见，其原因有：①支配膀胱排尿功能的神经恢复最慢；②会阴、肛门、直肠、泌尿生殖系及下腹壁手术的切口疼痛，可致膀胱括约肌反射性痉挛。处理方法：解除病人顾虑，消除紧张情绪，鼓励自行排尿；针刺中极、关元、气海、三阴交等穴；1% 普鲁卡因长强穴封闭，最后可行导尿术。

4. 下肢瘫痪

很少见，但属严重并发症，原因尚不明确，可能系药物的化学刺激引起粘连性蛛网膜炎所致。因此要重视正确的局麻药浓度和渗透压的配制，并注意药物纯度。一旦发生，要积极治疗，如使用维生素 B 族药物、针灸、推拿等，但预后不佳。

要点二　硬膜外麻醉适应证、禁忌证及并发症

局麻药注入硬脊膜外腔后，在椎间孔处阻滞脊神经根，使脊神经根的支配区域产生阻滞麻醉，称硬脊膜外脊神经根阻滞麻醉，简称硬膜外麻醉。

（一）适应证与禁忌证

1. 适应证

适于颈、胸壁、上肢、下肢、腹部和肛门会阴区各部位的手术，亦适用于颈椎病、腰背痛及腿痛等急、慢性疼痛的治疗。

2. 禁忌证

（1）严重休克或出血未能纠正者；
（2）穿刺部位有感染或全身严重感染者；
（3）中枢神经系统疾病；
（4）凝血机制障碍性疾病；
（5）低血压或严重高血压；
（6）慢性腰背痛或术前有头痛史；
（7）脊柱畸形或脊柱类风湿性关节炎；
（8）精神病而不能合作者。

（二）并发症

1. 术中并发症

全脊髓麻醉、局麻药的毒性反应、血压下降、呼吸抑制、恶心呕吐等。

2. 术后并发症

神经损伤、硬膜外血肿、硬膜外脓肿、脊髓前动脉综合征等。

细目四　全身麻醉

应用全身麻醉药，抑制中枢神经系统，有控制地使病人暂时丧失意识和全部感觉的方法，称为全身麻醉，简称全麻。停用全麻药后，病人能在短时间内恢复正常。全麻药主要作用于中枢神经系统，首先抑制大脑皮层，其次抑制中脑及小脑，然后抑制脊髓，最后抑制延髓生命中枢。这种抑制是可逆的，并且易于控制。

要点　全身麻醉分类

根据全麻药进入人体的途径不同，全麻可分为吸入麻醉和非吸入麻醉两大类。非吸入麻醉中包括静脉麻醉、肌肉注射麻醉和直肠灌注麻醉等，临床上主要施用静脉麻醉。

细目五　针刺麻醉

要点　针刺麻醉的特点

针刺镇痛与辅助麻醉是在人体某些穴位或特定部位进行刺激，辅以一定量的镇静、镇痛药物，产生提高痛阈和调节人体生理生化等功效，在此基础上可施行某些手术的一种麻醉方法。

针刺麻醉的特点是：

（1）临床上可用于多种手术。

（2）使用较安全。

（3）操作简便，易于掌握。

（4）病人保持清醒，可通过交流配合。

（5）术后反应小，身体康复快。

（6）经济负担小。

细目六　气管内插管与拔管术

经口腔（口腔气管内插管）或鼻腔（鼻腔气管内插管），将一根气管导管置入气管内的技术称为气管内插管术。

气管内插管术是临床麻醉工作中必不可少的重要部分，在颅脑、心血管、开胸等大手术中，可保持呼吸道通畅，减少呼吸道死腔和阻力，防止误吸意外，并能方便地进行辅助和控制呼吸，为使用肌肉松弛药提供呼吸保障。在吸入麻醉中，全麻药更得以控制，临床上称为气管内麻醉。此外，经气管内插管还可更有效地进行人工呼吸，在危重病人抢救及复苏治疗中占有重要地位。因此，气管内插管术是麻醉医师必须掌握的最基本操作技术。

要点一 气管内插管术适应证、方法、注意事项及常见并发症

（一）气管内插管适应证

（1）颌面、颈部、五官等需全麻大手术，以便保持呼吸道畅通。

（2）开胸手术，需要肌肉松弛而使用肌肉松弛剂的上腹部或其他部位手术，术中须辅助或控制呼吸。

（3）急性消化道梗阻或急症饱食病人的手术，可预防胃内容物反流而造成误吸或窒息的发生。

（4）颅脑外科全麻手术，便于充分用氧，降低颅内压，防止呼吸停止或呼吸紊乱。

（5）异常体位的全麻手术，如坐位、俯卧位、侧卧位、过度截石位及头低位，以便保持肺通气量。

（6）颈部巨大包块，纵隔肿瘤或极度肥胖病人的手术，平卧后难以保证呼吸道畅通，可用气管插管保证氧气供给。

（7）手术区位于或接近上呼吸道的全麻手术，如口内手术、气管手术等，便于氧气供给，并可预防血性分泌物误吸。

（8）低温或控制性低血压手术的全麻。

（9）急救与复苏中便于人工呼吸。

（二）方法

气管内插管术方法有多种。

（1）按插管途径可分为口腔插管、鼻腔插管与气管造口插管。

（2）按插管前麻醉方法可分为诱导插管、半清醒插管及清醒插管。

（3）按是否需完全显露声门可分为明视插管和盲探插管。

临床上最常用经口明视插管。

（三）注意事项

（1）经口明视气管内插管的关键在于显露声门，无论使用何种麻醉方法，必须使口腔肌肉尽量松弛，便于喉镜片在口腔内根据明显的解剖标志逐步深入而完成插管。

（2）静脉快速诱导时，插管动作必须要迅速准确。如在 2 分钟内仍未插入气管或麻醉已转浅时，应立即放弃插管操作，用面罩加压吸氧，待 1 ~2 分钟后再行第二次快速诱导麻醉气管内插管，不应勉强插管而造成组织损伤。

（3）在置入喉镜暴露声门过程中，应将喉镜着力点放在喉镜片的顶端，向上提喉镜，切不可以上门齿为支点而向上撬，否则极易撬落门牙。

（4）导管插入声门时动作必须轻柔，最好旋转导管推进，如遇阻力，可能为声门狭窄或因导管过粗所致，应换小一号导管试插，切不可以暴力插入。

（5）体胖、颈短或喉头过高等特殊病人，显露声门较困难，无法看清声门，可请他人协助按压喉结部位，可能有助于看清声门，也可在尽量挑起会厌的情况下，根据气流吹动口内液体情况进行有目的盲插，也可成功。

（6）插管完成后，立即判定导管是否在气管内，并查对导管的深度，其方法有：①用手试探导管口气流呼出；②观察胸廓左右呼吸动度一致，无上腹部膨胀现象；③用听诊器

认真听测两肺呼吸音上下左右均匀一致。否则表示导管进入食管或由于插入过深而进入一侧主支气管，则必须立即调整或重插。

（四）气管内插管术并发症

气管内插管术可因术前准备欠妥，术中处理不当或操作技术不熟练而造成一些并发症。

1. 机械性损伤

气管内插管技术操作不熟练，动作过于粗暴，常可造成机械性损伤。喉镜片所置部位不当，将病人口唇或舌尖挤压于牙齿与镜片之间，可造成口唇出血或形成血肿；喉镜用力过猛或插入过深可损伤会厌和声带，造成术后喉水肿；还可损伤咽喉壁致黏膜出血；暴露声门时，没有上提喉镜而误以门齿为支点上撬，可使门齿松动或脱落；声门暴露不清时，强力插管可损伤声带而引起声音嘶哑，较严重者可引起杓状软骨或下颌关节脱臼。

2. 呼吸道梗阻

（1）气管导管位置不当：盲探插管或声门暴露不清时，可能把气管导管插入食管内，可通过观察胸部活动或上腹部膨胀，以听诊器肺部听诊明确诊断，应立即重新插管。导管插入过深进入一侧主支气管可造成对侧通气障碍，若未及时发现处理，亦可造成严重缺氧和二氧化碳蓄积的不良后果。

（2）导管阻塞：导管过细，气管导管内有分泌物硬痂积存或异物，均可导致严重呼吸道梗阻。导管过软，病人体位不当可使气管导管发生扭曲或扭折。气管套囊壁厚薄不均时，如充气过多，在薄弱处套囊可过度膨胀而阻塞导管。

（3）导管受压：颈部包块、胸内肿瘤均可压迫气管使之移位变形，气管内插管后若导管末端仍在气管变形部位以上，可能因气管壁阻塞导管开口致呼吸道梗阻。

（4）导管滑脱：牙垫固定不牢而滑出口外，病人咬住导管造成梗阻；导管插入过浅，在头部过度前屈或翻身改变体位时导管可以滑出；麻醉器械衔接管过重，病人体位不当时，因重力作用可使导管滑脱。遇有导管滑脱应立即重新插管。

3. 神经反射并发症

（1）插管时可因刺激会厌、舌根、喉部、气管及气管隆突而引起迷走神经兴奋性增强，可导致心动过缓、房室传导阻滞，甚者可致心跳停止。

（2）气管插管困难时可引起喉痉挛，若导管插入过深刺激隆突可引起反射性支气管痉挛。

（3）拔管刺激亦可引起心律失常或循环骤停，若术中应用过副交感神经兴奋药更易发生此种反射，浅麻醉下拔管容易引起屏气或喉痉挛。

4. 缺氧和二氧化碳蓄积

静脉快速诱导时，自主呼吸消失，若插管操作不熟练，插管困难或误入食管未能及时发现可致缺氧，严重时可造成死亡。插管期间引起气管导管阻塞的任何因素都会造成病人缺氧和二氧化碳蓄积。拔管后喉部自卫反射尚未建立，这一阶段容易出现窒息和误吸意外，尤其是虚弱、出血和胃肠道梗阻病人，可能出现缺氧和二氧化碳蓄积，应切实加强监护。

要点二　拔管术的指征及注意事项

1. 拔管指征

（1）病人完全清醒，呼之有明确反应。

（2）呼吸道通气量正常，肌张力完全恢复。

（3）吞咽反射、咳嗽反射恢复。

（4）循环功能良好，血氧饱和度正常。

2. 注意事项

（1）拔管前必须先将存留在口、鼻、咽喉及气管内的分泌物吸净，注意呼吸通气量是否正常。气管内吸引时间每次不要超过 10 秒钟。

（2）拔管后应继续将口、鼻、咽腔内的分泌物吸尽，鼓励病人咳嗽，将头转向一侧以防呕吐后误吸，如有舌根下坠可放置咽通气道。

（3）拔管后要密切观察呼吸道是否通畅，通气量是否足够，血氧饱和度是否正常，若低于正常值应立即面罩吸氧，直到正常。

（4）下列情况可暂不拔管：①颅脑外伤术后仍昏迷不醒的病人，可将导管带回病房以后再拔出。②颌面、口腔、鼻腔手术，待完全清醒后才能慎重拔管。③颈部手术有喉返神经损伤或气管萎陷可能者，待呼吸交换量良好，病情稳定后试探拔管，但仍应作好重新插管的准备。

（周永坤）

第四单元　体液与营养代谢

细目一　体液代谢和酸碱平衡

要点一　体液的组成

体液是指存在于机体内的液体，由水和溶解在水中的电解质和有机物质组成。机体在神经－内分泌系统的调节下保持着体液的含量、分布和组成等方面的动态平衡，以维持细胞内环境的稳定，这是保证机体物质代谢、各器官功能正常进行的基础和维系生命的必要条件。由于许多外科疾病、手术或创伤都可能导致体液平衡失调，这类问题的处理是外科临床实践中的一个重要内容。

要点二　体液的分布

体液含量因性别、年龄、胖瘦不同而有差异。肌肉组织含水量较多（75% ~80%），而脂肪组织含水量较少（10% ~30%），重度肥胖者的总体液量可仅占体重的 40% 或更少。通常成人男性因体脂量少于女性而含水量较女性为多，体液总量约占体重的 60%，而

女性为55%，两者均有±15%的变化幅度。年龄越小体脂量越少而含水量越多，新生儿体液总量约占体重的80%，婴儿约占70%，12岁时约占65%，至14岁以后体液量所占比例即与成人相仿。

体液包括细胞内液和细胞外液两大部分。细胞内液绝大部分存在于骨骼肌中，男性约占体重的40%，女性的肌肉不如男性发达，故女性的细胞内液约为体重的35%。细胞外液在男、女性中均占体重的20%。细胞外液又可分为血浆和组织间液两部分。血浆量约占体重的5%，组织间液量约占体重的15%。绝大部分的组织间液能迅速地与血管内液体或细胞内液进行交换并取得平衡，这在维持机体的水和电解质平衡方面具有重要作用，故又可称其为“功能性细胞外液”。另有一小部分组织间液存在于颅腔、胸腔、腹腔、眼球、关节腔及消化道的“第三间隙”，占1%～2%（占组织间液的10%左右），它们具有各自的功能，但对体液平衡作用甚小，仅有缓慢地交换和取得平衡的能力，故称为“无功能性细胞外液”（也称第三间隙液或透细胞液）。不过有些无功能性细胞外液的变化导致机体水、电解质和酸碱平衡失调却是很显著的。例如胃肠消化液虽属无功能性细胞外液，但当这部分液体大量丢失后，可造成体液量及成分的明显变化，这种病理变化在外科疾病中尤为常见。

要点三　水代谢

正常成人24小时出入量2000～2500ml，其中入水量包括：饮水1000～1500ml，食物含水700ml，内生水300ml；出水量包括：呼吸带出水350ml，皮肤蒸发500ml，尿液1000～1500ml，粪带出水150ml。当机体出现异常情况时，失水量可有很大变化。

1. 经皮肤和肺的水分蒸发

指无形失水，即经皮肤与呼吸蒸发的水分。机体每天通过这种方式丧失水分达850ml。即使在高度缺水或静息状态下，也必然有这么多水分丢失。在计算病人的液体消耗量时，切勿遗漏这部分无形失水。在某些异常情况下，这种失水量更多。

2. 经肾脏排泄的水分

肾脏是调节水排出的主要器官，肾脏每日排泄体内固体代谢产物30～40g，每溶解1g溶质需15ml水分，因此正常成人每日尿量需800～1300ml（平均比重1.012）。即使肾脏发挥最大浓缩功能，每日尿量至少也需要500～600ml（比重1.030），否则就有代谢产物聚积的危险。尿比重低，肾脏负担相对较轻；尿比重愈高，则肾脏负担越重。

3. 出入消化道的水分

消化道每天分泌消化液共约8200ml，其中含有大量水分和电解质。这些消化液在完成消化过程中，绝大部分在空、回肠和近端结肠被重吸收，仅有150ml左右水分从粪便排出。消化道的正常分泌、吸收功能和结构完整是维持体液平衡的重要因素。呕吐、腹泻、肠瘘和胃肠减压吸引等均会丧失消化液，呕吐或胃肠减压丧失Cl^-过多，可产生低氯性碱中毒；而腹泻或胆瘘、胰瘘丧失HCO_3^-过多又会产生代谢性酸中毒，因此大量消化液的丧失常导致水、电解质及酸碱平衡失调。若因某种原因如肠管病变等造成肠道梗阻，影响重吸收而导致大量消化液停留在肠腔中，可引起有效循环血量下降。

4. 第三间隙液体变化

在病理情况下，体液从血管内转移到组织间隙或体腔，引起水分在局部大量潴留，如腹水、胸水、烧烫伤及软组织损伤时的局部水肿、肠梗阻时肠腔大量积液等，称为第三间隙异常（积液）。由于机体不能利用这部分被隔置而滞留的液体，就会导致血容量减少。第三间隙的变化一般分为两期，第一期是液体渗出（或体液积聚），应注意继发性血容量减少；第二期是液体回收，要防止因大量补液而造成体液容量过多。

5. 内生水

是新陈代谢过程中物质氧化最终生成的水，故亦称代谢水。人体每日可产生内生水约300ml。平常由于数量不多，对整体影响不大；但在急性肾功能衰竭等情况下，需要严格限制入水量时，就必须把这部分体液估计进去。

6. 细胞内、外液体的平衡

细胞内、外液体主要受晶体渗透压的影响，通过半透膜不断进行交流。细胞内 K^+ 因其浓度差的存在常有向外渗出的趋势，如此就形成了一个电位差，沿细胞外缘呈阳离子排列，内缘呈阴离子排列，从而能抗拒 Cl^- 渗入。也就是说细胞膜的离子交换仅限于阳离子，“$Na^+ - K^+$ 泵”机制是把因浓度差不断渗入的 Na^+ 排出细胞外，而把渗出的 K^+ 拉回细胞内。水随着离子有规律的进进出出，保持着细胞内、外液中成分的稳定。

7. 血管内、外液体的平衡

血管内、外液体不断流动和保持动态平衡。血浆和组织液之间水的流动发生在毛细血管部位，除受渗透压的影响外，尚受到血管内静水压的影响。毛细血管内的血浆蛋白所形成的有效渗透压（即胶体渗透压）为 3.33kPa，明显高于组织间液的胶体渗透压（0.66kPa），具有使水从组织间液进入毛细血管的作用，而血管内静水压则有驱使水分进入组织间液的作用。因此，水往哪个方向流动将取决于这两个压力的大小。正常情况下，在毛细血管的动脉侧静水压为 4.67kPa，水通过毛细血管壁进入细胞间隙。随后毛细血管内静水压逐渐降低，在到达毛细血管的静脉侧时，静水压降为 2kPa。当静水压低于血浆渗透压时，水即开始从组织间隙进入毛细血管内。

水在体内的主要生理功能是：

（1）调节体温；

（2）溶剂作用（维持体内物理、化学环境的稳定状态）；

（3）运输作用（运送养分到细胞中并将其中的代谢产物带走）；

（4）润滑作用。

水的平衡规律一般是“多进多排，少进少排，不进也排”。如果停止进水，机体仍继续从肺、皮肤和肾排出水；若禁食数日又未补液，将可导致严重缺水。

要点四　体液平衡的调节

体液和渗透压的稳定赖于神经－内分泌系统的调节。体液的正常渗透压通过下丘脑－垂体后叶－抗利尿激素系统的调节来恢复和维持，而血容量的恢复和维持则通过肾素－醛固酮系统的调节。上述两系统共同作用于肾，调节水与电解质的吸收及排泄，以达到维持体液平衡之目的。血容量与渗透压相比，前者对机体的意义更为重要。当血容量锐减又兼

有血浆渗透压降低时，低血容量对抗利尿激素分泌的促进作用大大强于低渗透压对抗利尿激素分泌的抑制作用，使机体得以优先保持和恢复血容量，保证重要器官的灌流和氧供，维护生命安全。在临床上常通过观察尿量来估计缺水程度，借助尿量与比重的关系来了解肾脏的功能。以下几项是调节体液平衡的重要环节和物质基础：

1. 渴感作用

机体缺水时，细胞外液的渗透压增高，可使下丘脑视上核侧面口渴中枢的神经细胞脱水而引起口渴感；此外，有效循环血量的减少和血管紧张素的增多也可引起渴感。口渴后的大量饮水可使血浆渗透压回降，渴感得以消除。

2. 抗利尿激素（ADH）

ADH 产生于下丘脑视上核，储存于神经垂体后叶内，ADH 可提高肾远曲小管、集合管对水分再吸收增加，尿量减少，对电解质影响甚小，即保水以维持正常渗透压。当体液晶体渗透压升高和循环血量减少时，刺激 ADH 分泌增加，促使肾重吸收水分增多而使血浆渗透压有所下降；反之，当血浆渗透压降低时，ADH 释放减少，肾排水增多，使血浆渗透压回升。此外，动脉血压升高通过刺激颈动脉窦压力感受器而反射性抑制 ADH 的释放；强力刺激、情绪紧张和麻醉剂等可使 ADH 释放增多；血管紧张素Ⅱ增多也可刺激 ADH 的分泌。

3. 肾素 - 血管紧张素 - 醛固酮系统

醛固酮主要作用于肾远曲小管、集合管对 Na^+ 的主动重吸收，同时通过 $Na^+ - K^+$ 和 $Na^+ - H^+$ 交换促进 K^+ 和 H^+ 的排泌，具有储钠（水）排钾的作用。随着 Na^+ 主动重吸收增加，水的重吸收也增多，从而使血容量增加。醛固酮的分泌主要受有效循环血量增减的影响，受肾素 - 血管紧张素和血浆 Na^+、K^+ 浓度的调节。当血容量减少时，血管内压力下降，由此导致入球小动脉管壁的压力感受器受刺激；肾小球滤过率下降，流经肾曲小管的 Na^+ 减少，刺激了位于致密斑的钠感受器，以及交感神经的兴奋均可促使肾小球旁的细胞增加肾素的分泌。肾素是一种蛋白水解酶，能催化血浆中血管紧张素原转变为血管紧张素Ⅰ，后者在转换酶的作用下转变为活性较强的血管紧张素Ⅱ，引起小动脉收缩和刺激肾上腺皮质球状带，增加醛固酮的分泌。反之，当血容量增加时，肾素 - 血管紧张素 - 醛固酮系统则受到抑制。

4. 心房利钠多肽（ANP）

存在于哺乳动物包括人的心房肌细胞的细胞浆中，其释放与血容量的增减及对右心房的压力有关。当血容量增加、右心房压力增大时，心房肌释放 ANP，提高了血内水平，抑制肾髓质集合管对 Na^+ 的重吸收，或改变肾内血流分布，增加肾小球滤过率而发挥强大的利钠利尿作用，以减少血容量。反之，如摄入钠、水不足，则 ANP 释放减少。ANP 可拮抗肾素 - 醛固酮的作用。ANP 还能显著减轻失水或失血后血浆中 ADH 水平增高的程度。

5. 利钠激素

能使尿内 Na^+ 的排出增多，同时也使水的排出增加，从而减少细胞外液量，重新达到体液的平衡。

6. 甲状旁腺素（PTH）

是甲状旁腺分泌的激素，它能促进远球小管对磷酸盐的重吸收，抑制近球小管对 Na^+、K^+ 和 HCO_3^- 的重吸收。PTH 还能促进肾小管对 Mg^{2+} 重吸收。PTH 的分泌主要受血浆 Ca^{2+} 浓度的调节，Ca^{2+} 浓度下降可使 PTH 的分泌增加，反之则 PTH 分泌减少。

细目二　水电解质失衡

机体在外科疾病、创伤、手术等因素的影响下，体内的水、电解质会发生改变，当这种改变超出机体的代偿调节能力时，便会导致体液平衡失调。体液平衡失调大致可分成三类：①容量失调：指细胞外液中的等渗性体液的减少或增加（无渗透压改变）。其中分布性变化是容量失调中的一种特殊类型，其体液失衡特点为细胞外液积聚在体内的无功能间隙，引起功能细胞间隙的缩减。②浓度失调：指细胞外液中水的减少或增加，导致渗透微粒的浓度即渗透压发生变化。由于 Na^+ 占细胞外液渗透微粒的 90%，故浓度失调就表现为低钠血症或高钠血症。③成分失调：指细胞外液中的其他离子浓度改变。虽有各自的病理生理影响，但不致引起渗透活性颗粒总数的显著变化，对细胞外液的渗透压影响不明显。

要点一　缺水

正常人的血清钠浓度约为 136～145mmol/L。成人一般每天需摄入 100～200mmol 钠，相当于 4～5g 氯化钠。细胞外液中钠是最主要的电解质，其平衡规律是：“多进多排，少进少排，不进不排”。由于水和钠的关系非常密切，故细胞外液缺水时必然同时存在着失钠。引起水和钠异常的原因不同，缺水和失钠的程度也不同。这些不同缺失的形式所引起的病理生理变化及临床表现也就不同。根据它们在细胞外液中缺失的比例，临床将其分为等渗、高渗和低渗缺水三种类型。

（一）等渗性缺水

又称急性缺水或混合性缺水，指血钠浓度正常而细胞外液容量减少的一种缺水，是外科临床上最常见的类型。其特点是水和钠按其在血液中的正常比例一同丢失，无钠盐浓度及渗透压的明显改变，以细胞外液（包括循环血量）迅速减少为突出表现。

1. 病因

（1）消化液的急性丢失：如大量呕吐、腹泻、肠瘘等。

（2）体液在所谓“第三间隙”中积聚：如肠梗阻、急性弥漫性腹膜炎、腹膜后感染等病变时，大量体液聚积于肠腔、腹腔或软组织间隙。

（3）大面积烧伤：如早期经创面的大量渗液。

2. 临床表现

根据缺水缺钠程度，将等渗性缺水分为三度。

（1）轻度：缺水症状为口渴、少尿；缺钠症状有厌食、恶心、肢体软弱无力。体液丧失约占体重的 2%～4%。

（2）中度：当体液大量迅速丧失达体重的 5%（相当于细胞外液的 20%）时，可呈

现血容量不足征象，表现为脉搏细快，肢端湿冷，“三陷一低”即眼窝下陷、浅表静脉瘪陷、皮肤干陷（弹性差），血压降低或不稳。

（3）重度：当体液继续丢失达体重的6%～7%（相当于细胞外液的24%～28%）时，即可出现休克。常伴有代谢性酸中毒。若患者主要丢失胃液，则因大量丧失 H^+ 和 Cl^- 而伴发低氯低钾性碱中毒。

3. 治疗

（1）积极治疗原发病，以减少水和钠的继续丧失。

（2）补液补钠：

①按临床表现估计：例如患者体重60kg，有脉搏细速、血压下降等症状，表示细胞外液的丧失量约占体重的5%，则补液量为3000ml，可输等渗盐水或平衡液。

②按红细胞比容计算：补等渗盐水量（ml）＝红细胞比容上升值/红细胞比容正常值×体重（kg）×0.2（细胞外液占体重的20%）

③补液补钠方法：一般临床上先补给计算量的1/2～2/3，再加上每日NaCl需要量4.5g及水2000ml。

（二）高渗性缺水

又称原发性缺水，是指细胞外液减少并呈现高钠血症的一种缺水。其特点是水、钠同时损失，但失水多于失钠；细胞外液减少但渗透压升高，细胞内液缺水程度超过细胞外缺水。临床上这类缺水以口渴为特征性表现。

1. 病因

（1）水摄入不足：如口腔、咽、食管疾病伴吞咽困难造成的摄水减少，其他危重以及昏迷病人给水不足。

（2）水分丢失过多：高热或高温环境大量出汗（汗中含氯化钠0.25%）或烧伤暴露疗法，均可从汗液丢失大量水分。

（3）鼻饲要素饮食、静脉高营养：不恰当地输入过多的高渗溶液。

2. 临床表现

根据失水程度，临床上将高渗性缺水分为三度：

（1）轻度缺水：失水量占体重的2%～4%。除口渴外，无其他症状。

（2）中度缺水：失水量占体重的4%～6%。极度口渴，乏力，眼窝明显凹陷，唇舌干燥，皮肤弹性差，心率加速，尿少，尿比重增高。

（3）重度缺水：失水量占体重的6%以上。除有上述症状外，可出现烦躁、谵妄、昏迷等脑功能障碍症状，血压下降乃至休克，少尿乃至无尿，以及氮质血症等。

3. 治疗

（1）积极治疗原发病，尽早解除缺水或失液的原因。

（2）补液量根据失水程度可按体重百分比的丧失量来估计，成人每丧失体重的1%补液400～500ml；也可根据血钠浓度计算。

补液量（ml）＝［血钠测定值（mmol/L）－142］×体重（kg）×4（女性为3，儿童为5）

（三）低渗性缺水

又称慢性缺水或继发性缺水，是指细胞外液减少并呈现低钠血症的一种缺水。其特点是水、钠同时丧失，但失钠多于失水。主要是细胞外液的减少。

1. 病因

（1）胃肠道消化液长时间持续丧失，如反复呕吐、腹泻、胆胰瘘、胃肠道长期吸引或慢性肠梗阻，钠随消化液大量丧失，补液不足或仅补充水分。

（2）大创面慢性渗液。

（3）大量应用排钠性利尿剂（如噻嗪类、利尿酸等）时未注意适量补充钠盐。

（4）急性肾功能衰竭多尿期、失盐性肾炎、肾小管性酸中毒、Addison 病等肾脏排钠增多，又补充了水分。

2. 临床表现

根据缺钠程度，临床上可把低渗性缺水分为三度：

（1）轻度缺钠：每千克体重缺钠相当于氯化钠 0.5g，血清钠 <135mmol/L。患者感乏力、头昏、手足麻木，但无口渴感，尿量正常或稍多，尿钠、氯减少，尿比重低。

（2）中度缺钠：每千克体重缺钠相当于氯化钠 0.5 ~0.75g，血钠 <130mmol/L，病人除上述症状外，尚有厌食、恶心、呕吐，脉搏细速，血压不稳定或下降，脉压变小，浅静脉萎陷，视力模糊，站立性晕倒。尿少，尿中几乎不含钠和氯。

（3）重度缺钠：每千克体重缺钠相当于氯化钠 0.75 ~1.25g，血钠 <120mmol/L。除有上述中度缺钠症状外，还有肌痉挛性抽痛、腱反射减弱或消失，病人神志不清、木僵乃至昏迷。常伴有严重休克、少尿或无尿，尿素氮升高。

3. 治疗

（1）积极处理致病原因。

（2）补液量估算方法：

①根据临床缺钠程度估算：例如体重 60kg 病人，判断为中度缺钠，估计每千克体重丧失氯化钠 0.5g，则应补氯化钠 30g。

②根据血钠浓度计算：补钠量（NaCl · g）=［142 - 血钠测定值（mmol/L）］÷17 × 体重（kg）×0.6（女性为 0.5），按钠盐 1g = 17mmol Na^+ 计算氯化钠的量。

（3）补液补钠的方法：

一般临床上先补给计算量的一半，再加上每日氯化钠需要量 4.5g，其余一半的钠可在次日补给。

针对轻度和中度缺钠患者，可选用等渗盐水或 5% 葡萄糖生理盐水。例如计算出缺钠 30g，先补一半的钠，即 15g，再加上生理需要量 4.5g，当日共需补给氯化钠 19.5g，可用 5% 葡萄糖盐水 2000ml 来补充。

对重度缺钠已出现休克的患者，首先应快速补充晶体溶液和胶体溶液，以扩充血容量，改善血循环，升高血压（晶体液用量要比胶体液大 2 ~3 倍）。随后经静脉给予高渗（5%）氯化钠溶液 200 ~300ml，尽快纠正血钠过低，以提高血浆渗透压。之后根据计算所得的补钠量再给予调整，结合病情决定是否需要继续补充高渗盐水或改用等渗盐水。

（四）水中毒

又称水过多或稀释性低钠。系指在病理或人为治疗因素的作用下，水的总摄入量超过总排出量，以致水在体内潴留，循环血量增多及细胞内水过多。

1. 病因病理

一般只有在 ADH 过多、肾功能不全或肾上腺皮质功能减退等，造成机体排水受阻的情况下，摄水过多或补液过量时才会发生水过多。外科临床上水中毒可发生在心、肾、肝功能正常，膀胱低张液（蒸馏水）灌洗的患者，尤其是年龄较小的儿童，可因输液过多、过快，大量清水洗胃或灌肠导致水中毒。

由于水在体内潴留，细胞外液量增大，浓度被稀释而呈低渗状态，水分子向相对高渗的细胞内转移，结果是造成细胞内、外液均增多，渗透压降低。细胞外液量增大则抑制醛固酮的分泌，使远曲小管对 Na^+ 的重吸收减少，经尿排钠增多，导致血钠浓度更低。细胞内水分增多，细胞内水肿，甚至细胞膜破裂，引起细胞内、外代谢失常，严重威胁生命。

2. 临床表现

临床上水中毒主要分为两类：

（1）急性水中毒：起病急。由于脑水肿和颅内压增高，故神经症状出现最早且突出，如头痛、呕吐、失语、精神失常、定向障碍、嗜睡、抽搐、惊厥、谵妄、昏迷等。严重时可因脑疝形成而致呼吸、心跳停止。

（2）慢性水中毒：随原发疾病而缓慢进展。先有肢体软弱无力、恶心、嗜睡等症状，但往往被原发疾病的症状所掩盖。此外，因细胞外液量的增加，可表现为多尿、水肿、气急、心悸、血压升高、体重增加等。严重时可发生急性左心衰竭、肺水肿。一般无凹陷性水肿。

3. 实验室检查

（1）血常规：红细胞计数、血红蛋白和红细胞压积、平均血红蛋白浓度（MCHC）降低，红细胞平均容积（MCV）增加。

（2）尿液检查：尿比重低，尿钠增多。

（3）血电解质测定：血 Na^+ 明显降低（血浆渗透压低）。血 K^+、血 Cl^- 亦降低。

4. 治疗

（1）本病的预防重于治疗。对存在导致水过多病理因素者，应严格控制入水量，并积极治疗原发病。

（2）发生水中毒后立即停止水的摄入。

（3）应用速效利尿剂：宜选用袢利尿剂如速尿，有肾功能不全者可加大剂量；也可静脉快速滴注渗透性利尿剂 20% 甘露醇溶液或 25% 山梨醇溶液 250ml。

（4）纠正细胞内、外液的低渗状态：常用 5% 氯化钠溶液，一般剂量为 5 ~ 10ml/kg，先给予 100ml，于 1 小时内缓慢静脉滴注，以后根据病情再决定继续用量。

（5）处理并发症：对合并脑水肿的患者，在上述处理的基础上，控制惊厥可予 10% 葡萄糖酸钙溶液 10 ~ 20ml，静脉缓慢推注；对低钾血症患者应酌情补钾。

（6）透析治疗：对病情急且严重的患者，可采用透析疗法。

此外，为抑制 ADH 分泌或 ADH 对肾小管的作用，可用无水酒精 20～50ml 加入 5% 葡萄糖溶液中静滴；或去甲金霉素 0.9～1.2g/d，分 3 次口服，用于造成可逆性肾性尿崩症，促使水分排出。亦可以山梨醇口服导泻，或以中药导泻（峻下逐水）以降低血容量。

要点二　钾的异常

血清钾正常值为 3.5～5.5mmol/L。钾是细胞内液中的主要阳离子，体内总钾量的 98% 存在于细胞内。尽管细胞外液中的钾含量仅占总钾量的 2%，但却具有极为重要的生理作用，包括：增加神经－肌肉的兴奋性；参与维持正常心肌的舒缩；参与细胞的正常代谢如糖原、肌蛋白的合成等；维持细胞内的渗透压和酸碱平衡。钾的来源主要靠食物中摄入。钾的平衡规律是“多进多排，少进少排，不进也排”。钾的异常有低钾血症和高钾血症，外科临床主要以前者为常见。

（一）低钾血症

血清钾 <3.5mmol/L 为低钾血症。

1. 病因

（1）钾摄入不足：见于长期禁食而未予以补钾或补钾不够。

（2）钾丢失过多：呕吐、腹泻、长期胃肠引流或消化道外瘘等造成钾的大量丢失；使用排钾性利尿剂、失钾性肾病（急性肾衰多尿期、肾小管酸中毒等）；原发性或继发性醛固酮增多症和皮质醇增多症等使尿钾排出过多。

（3）钾在体内分布异常：体内总钾量并未减少，而是血清钾向细胞内转移，见于家族性低钾性周期性麻痹、应用大剂量胰岛素及葡萄糖静脉滴注、急性碱中毒、棉酚中毒等。

2. 临床表现

轻度低钾可无明显症状；当血清钾 <3mmol/L 时，即可出现症状。

（1）神经肌肉系统症状：表情淡漠、倦怠嗜睡或烦躁不安；肌肉软弱无力，腱反射迟钝或消失，眼睑下垂，后延及躯干四肢；当血清钾 <2.5mmol/L 时，可出现软瘫、呼吸无力、吞咽困难。

（2）消化系统症状：表现为食欲不振、纳差、口苦、恶心、呕吐、腹胀等，重者可出现肠麻痹。

（3）循环系统症状：低钾可引起心肌兴奋性、自律性增高，传导性降低。表现为心悸、心动过速，心律失常、传导阻滞，严重时出现室颤，心跳停止于收缩状态。临床上习惯把上述三方面的症状称为“低钾三联征”。

（4）泌尿系统症状：慢性失钾可影响肾小管功能，使之对抗利尿激素不敏感，导致肾脏浓缩功能障碍，出现多饮、多尿、夜尿增多，严重时出现蛋白尿和颗粒管型。可因膀胱收缩无力而出现排尿困难。

（5）对酸碱平衡的影响：低钾时，细胞内 K^+ 移至细胞外，细胞外 H^+ 移入细胞内，细胞内液 H^+ 浓度增加，而细胞外 H^+ 浓度降低，出现细胞内酸中毒和细胞外碱中毒并存。此外，因肾小管上皮细胞内缺钾，故排 K^+ 减少而排 H^+ 增多，出现代谢性碱中毒，同时排出反常性酸性尿。

（6）心电图：早期 T 波低平、双相倒置，继之 S－T 段下降、Q－T 间期延长和 U 波

出现，或 T、U 波融合。

3. 治疗

（1）积极治疗原发疾病，以终止和减轻钾的继续丢失。

（2）注重外科患者缺钾的预防。对长期禁食、慢性消耗和体液丧失较多者应注意补钾，每日预防性补钾 40 ~ 50mmol（氯化钾 3 ~ 4g）。

（3）补钾原则与方法：①尿多补钾：休克、脱水、缺氧、酸中毒、肾功能衰竭等未纠正前，尿量 <40ml/h，或 24 小时尿量少于 500ml，暂不补钾；②尽量口服；③低浓度、慢速度：静脉补钾应均匀分配；④分阶段补给：正常情况下，注射后的钾约 15 小时后才能与细胞中钾平衡，全身缺钾状况需较长时间才能纠正，一般需要 4 ~ 6 天或更长时间。

（二）高钾血症

血清钾浓度 >5. 5mmol/L 称高钾血症。

1. 病因

（1）钾摄入过多：见于补钾过量、输大量库血、应用大量含钾药物等。

（2）肾脏排钾减少：急、慢性肾功能衰竭伴少尿或无尿，是临床最常见且最重要的原因；长期应用保钾利尿剂及血管紧张素转换酶抑制剂；某些导致盐皮质激素减少而使钾储留于血清内的疾病，如肾上腺皮质机能减退症、双侧肾上腺切除等。

（3）细胞内钾释出或外移：见于重症溶血、大面积烧伤、创伤、中毒性感染、缺氧、休克、急性酸中毒、高钾性周期性麻痹、输注精氨酸等。

2. 临床表现

（1）神经肌肉传导障碍：血钾轻度增高时仅有四肢乏力、手足感觉异常（麻木）、肌肉酸痛。当血清钾 >7. 0mmol/L 时，可出现软瘫，先累及躯干，后波及四肢，最后累及呼吸肌，出现呼吸困难。

（2）心血管症状：有心肌应激性降低的表现，如血压波动（早期增高、后期下降），心率缓慢，心音遥远而弱，重者心跳骤停于舒张期，其症状常与肾功能衰竭症状同时存在。有上述引起高钾血症原因的患者，如出现一些不能用原发病来解释的临床表现时，即应警惕有高钾血症的可能，应立即检查血钾浓度，并作心电图检查，以明确诊断。

（3）心电图检查：早期改变为 T 波高尖，基底变窄；当血清钾 >8. 0mmol/L 时，P 波消失，QRS 波增宽，Q - T 间期延长。严重时出现房室传导阻滞，心室颤动。但碱中毒常掩盖高钾血症的心电图变化；高镁血症可产生类似高钾血症的心电图改变，判断时要予以注意。

3. 治疗

高钾血症是临床上的危急情况，应作紧急处理。

（1）停止摄入钾：立即停止钾（包括药物和食物）摄入，积极治疗原发病，切断钾的来源。

（2）对抗心律失常：应用钙剂拮抗钾对心肌的抑制作用。立即静脉推注葡萄糖酸钙 1 ~ 2g，半小时后可重复使用一次，以后以 10% 葡萄糖溶液 500ml 加葡萄糖酸钙 2 ~ 4g 静滴维持。

（3）降低血钾浓度：使 K^+ 暂时转入细胞内。①可静脉注射 5% 碳酸氢钠溶液 60～100ml，再继续静脉滴注 100～200ml，以提高血钠浓度并扩容，促进 $Na^+ - K^+$ 交换，使 K^+ 转入细胞内，使血清 K^+ 浓度得以稀释或从尿中排出；②使用高渗糖溶液加胰岛素静脉滴注，当葡萄糖转化为糖原时将 K^+ 带入细胞内，暂时降低血 K^+ 浓度，用 25%～50% 葡萄糖溶液 100～200ml 或 10% 葡萄糖溶液 500ml，按每 4～5g 葡萄糖加 1U 胰岛素比例静脉滴注，3～4 小时后可重复用药。

（4）促进排钾：①阳离子交换树脂 15～20g，饭前口服，3～4 次/日；或加入温水或 25% 山梨醇溶液 100ml 中，保留灌肠 0.5～1 小时，每日 3～6 次。②给予高钠饮食及排钾利尿剂。③病情严重且血钾进行性增高，尤其肾功能不全者，予腹膜透析或血液透析。

要点三　钙的异常

体内 99% 的钙以磷酸钙和碳酸钙的形式贮存于骨骼中，细胞外液中的钙含量仅占总钙量的 1%。血清钙浓度为 2.18～2.63mmol/L，相当恒定。其中 45% 为离子化钙，起着维持神经、肌肉稳定性的作用；约 50% 为蛋白结合钙，5% 为与有机酸结合钙。离子化与非离子化的比率受 pH 值的影响，pH 值降低可使离子化钙增加，pH 值上升可使离子化钙减少。

（一）低钙血症

血清钙 <2.18mmol/L 为低钙血症。

1. 病因

（1）可见于维生素 D 缺乏、甲状旁腺机能减退、慢性肾功能衰竭、肠瘘、慢性腹泻和小肠吸收不良综合征。

（2）在外科临床工作中，低钙血症是甲状腺手术时损伤或切除甲状旁腺的一个严重并发症。

（3）患急性出血性坏死性胰腺炎时，血清钙下降是一项预后不良的指标。

（4）亦见于广泛软组织感染（坏死性筋膜炎）时。

2. 临床表现

出现主要由神经肌肉系统兴奋性增强所致的症状和体征：

（1）易激动、指（趾）端及口唇周围麻木或针刺感、手足或面部肌肉痉挛、腱反射亢进。

（2）当血钙低于 2mmol/L 时，出现手足抽搐，肌肉和腹部绞痛。

（3）Trousseau 征阳性（以血压计袖带束于上臂，充气超过收缩压 2 分钟，发生前臂、手肌痉挛，示有隐性手足搐搦症）和 Chvostek 征阳性（叩击耳前出现下唇肌肉抽动，或上唇、鼻唇肌肉抽动，或面神经支配肌肉都抽动）。

无症状的血钙过低可发生于低蛋白血症时（正常离子化部分降低）；而重度碱中毒病人血清钙在正常水平时也可发生症状，这是因为总血清钙的生理活动或离子化部分减少所致。

（4）心电图检查 Q－T 间期延长。

3. 治疗

（1）治疗原发疾病。

（2）以10%葡萄糖酸钙20ml或5%氯化钙10ml缓慢静脉注射，以缓解症状。

（3）碱中毒时予以纠正，以提高血内钙离子化浓度。

（4）必要时重复使用，亦可口服维生素D及钙剂。

（二）高钙血症

血清钙>2.63mmol/L时，为高钙血症。

1. 病因

（1）甲状旁腺机能亢进。

（2）某些恶性肿瘤，如乳癌、肾癌、肺癌、骨转移性癌、多发性骨髓瘤等，可分泌甲状旁腺素相关多肽，促进血钙升高。

2. 临床表现

早期出现疲倦、乏力、纳差、恶心、呕吐和腹胀、体重下降。重者出现严重头痛、背部和四肢疼痛、幻觉、狂躁、昏迷；血钙达4~5mmol/L可危及生命。

长期高钙血症可引起血管钙化、肾实质钙化、肾结石，同时影响肾小管浓缩功能，出现多尿、夜尿、口渴。

3. 治疗

（1）积极治疗原发病，甲状旁腺功能亢进者进行手术治疗。

（2）重度高钙血症伴缺水者，宜静脉给予大量生理盐水，同时予速尿20~40mg静脉推注，促进尿钙排出。

（3）对维生素D中毒、肾上腺皮质功能减退症、结节病、多发性骨髓瘤并发高钙血症者，可用大剂量肾上腺皮质激素治疗，以减少钙由骨向外移；或予乙二胺四乙酸（EDTA）和硫酸钠，暂时降低血钙。

（4）对伴严重肾功能衰竭者，应做透析治疗。

要点四　磷的异常

成人体内含磷总量约700~800g，其中85%存在于骨骼中。其余以有机磷酸酯形式存在于软组织中。细胞外液中含磷仅2g，血清无机磷浓度的正常值为0.96~1.62mmol/L。磷是核酸、磷脂等细胞组成的基本成分；参与蛋白质的磷酸化过程；是高能磷酸键的成分之一；又是某些凝血因子的成分；磷酸盐参与酸碱平衡等。

（一）低磷血症

血清无机磷浓度<0.96mmol/L称为低磷血症。

1. 病因

（1）肠道吸收障碍和丢失过多：见于维生素D缺乏、佝偻病；或应用能与磷结合的药物，如氢氧化铝凝胶、碳酸铝凝胶等而丢失。

（2）摄入不足：长期胃肠外营养支持忽略了磷的补给。

（3）肾小管重吸收磷减少：原发性甲状旁腺机能亢进、成人Fanconi综合征（获得性，如重金属、氨基糖苷类抗生素中毒，抗癌药6-MP等）、肾移植后、噻嗪类利尿剂、快速输入糖皮质激素等使尿中排磷增加。

（4）磷从细胞外转入细胞内：大剂量输注葡萄糖和胰岛素。

2. 临床表现

低磷血症临床发病并不少见，但因其临床表现缺乏特异性而常被忽视。低磷血症呈现神经肌肉症状，如头晕、厌食、肌无力等；重症者可有抽搐、神经错乱、昏迷，甚至呼吸肌无力而危及生命。

3. 治疗

（1）首先治疗原发病。

（2）对长期依赖静脉补液者，应每天补充甘油磷酸钠 10ml（相当于磷 10mmol），以防止低磷血症发生。

（3）严重低磷者可酌情增加补磷剂量，并密切监测血清磷水平，以指导用药。

（二）高磷血症

血清无机磷浓度 >1.62mmol/L 称为高磷血症。临床上很少见。

1. 病因

可见于急性肾功能衰竭、甲状旁腺机能低下时从尿中排磷障碍；酸中毒及淋巴瘤化疗时可使磷从细胞内逸出，导致血磷升高。

2. 临床表现

高磷血症由于继发低钙血症，可出现一系列低钙血症的症状；因异位钙化可有肾功能受损表现。

3. 治疗

除对原发病进行防治外，主要针对低钙血症进行治疗。急性肾功能衰竭伴明显高磷血症者可进行透析治疗。

要点五　镁的异常

正常成人体内镁的总量约为 1000mmol，约合镁 23.5g。镁约有一半存在于骨骼中，其余几乎都存在于细胞内，为细胞内第二位重要阳离子，仅有 1% 存在于细胞外液中。镁为酶的激活剂，能维持离子泵的运转，维持心肌的正常结构与功能，影响心肌的电生理，能扩张血管，可降低肌肉的应激性，阻滞神经冲动和抑制周围神经的功能，是机体存活的必要元素之一。

血清镁浓度的正常值为 0.75 ~ 1.25mmol/L。镁大部分从粪便排出，余下的经肾排出，肾有很好的保镁作用。镁广泛存在于绿色蔬菜和肉类、乳类中，经小肠吸收，一般不致缺乏，但慢性肠瘘和长期禁食的病人则可能发生缺镁。镁的异常主要是指细胞外液中镁浓度的变化，包括低镁血症和高镁血症。

（一）低镁血症

血清镁 <0.75mmol/L 为低镁血症，常伴有低钙血症和低钾血症。

1. 病因

（1）摄入不足：长期禁食、厌食及长期静脉营养未注意镁的补充；慢性腹泻，大部分

小肠切除术后“短肠症”，导致吸收不良。

（2）镁丢失过多：肠瘘、胆瘘、长期胃肠引流丢失镁；某些肾脏疾患如慢性肾盂肾炎、慢性肾小球肾炎影响肾小管对镁的再吸收，使肾脏失镁；长期应用呋噻类、噻嗪类、洋地黄及胰岛素等药物引起镁从肾脏排出；甲状旁腺机能亢进、甲状腺功能亢进、醛固酮增多症及糖尿病酸中毒等均可引起镁排出增多。

2. 临床表现

低镁血症引起肌肉系统及心血管系统应激性增强。常出现精神紧张、记忆力下降，肌肉震颤、手足抽搐和反射亢进，严重时出现谵妄、精神错乱、定向力失常、惊厥、癫痫样发作乃至昏迷，多有心律失常。

镁缺乏病人常伴有缺钾和缺钙，故很难确定哪些症状由缺镁引起，故某些低钾、低钙病人经补钾、补钙后症状仍无改善，应怀疑本病。必要时作镁负荷试验。

3. 治疗

用25%硫酸镁5～10ml加入5%～10%葡萄糖溶液500ml中缓慢静滴；出现抽搐时可加大硫酸镁剂量至10～20ml，同法静滴。完全纠正缺镁需时较长。

有肾功能受损时，补镁要谨慎，并定期测定血清镁浓度。应避免输镁过多过快引起急性镁中毒而致心跳骤停。如果出现镁中毒，应立即以钙剂拮抗。

（二）高镁血症

血清镁 > 1.25mmol/L为高镁血症。

1. 病因

（1）急性或慢性肾功能衰竭伴少尿或无尿时补镁不当；注射硫酸镁过快或剂量过大。

（2）大面积烧伤、外科应激状态、严重脱水、糖尿病酮症酸中毒等。

（3）甲状腺功能减退、肾上腺皮质功减退时，肾小管对镁重吸收增加。

2. 临床表现

疲倦，嗜睡，肌力减退，继之软瘫、反射消失和血压下降等；血清镁 > 3mmol/L时，心脏传导功能发生障碍，出现房室传导阻滞；血清镁 > 5mmol/L时出现昏迷、呼吸抑制乃至心跳骤停。心电图类似于高钾血症的心电图改变。

根据有肾功能不全及补镁过多病史，结合临床症状及血镁升高，即可确立诊断。

3. 治疗

（1）停止补镁，同时纠正缺水和酸中毒。

（2）用10%葡萄糖酸钙溶液10～20ml缓慢静推，以拮抗镁对心脏和肌肉的抑制作用。

（3）血镁升高明显，伴有严重肾功能衰竭者宜及早行透析治疗。

细目三　酸碱平衡的紊乱

要点一　代谢性酸中毒的诊断及治疗原则

（一）诊断

（1）有严重腹泻、肠瘘等病史。

（2）呼吸深而快，呼吸频率有时可达40～50次/分。呼出气带有酮味。

（3）血气分析pH值、［HCO_3^-］明显下降、$PaCO_2$在正常范围或有所降低，AB、SB、BB均降低，BE负值增大。

（4）酸中毒程度的估计可比照CO_2CP　轻度酸中毒CO_2CP为15～22mmol/L；中度酸中毒CO_2CP为8～15mmol/L；重度酸中毒CO_2CP<8mmol/L。

（二）治疗原则

治疗原则：去除病因，纠正缺水，恢复肾、肺功能，输入碱性药。

1. 轻度

病因治疗应放在首位，机体可通过加大肺部通气量以排出更多CO_2，纠正脱水和电解质（Na^+）紊乱，恢复肾功能，排出H^+，保留Na^+和HCO_3^-等自行矫正，一般不需用碱剂治疗，尿量增多即可恢复。

2. 重度

应立即静脉给予碱性溶液，常用碱性药有：

（1）碳酸氢钠（$NaHCO_3$）：其效果迅速、直接、确切，临床上最为常用。

（2）乳酸钠：在肝功能不全、婴幼儿酸中毒、休克组织缺氧等情况，尤其是乳酸性酸中毒时不可采用。

（3）三羟甲基氨基甲烷（THAM）：为唯一的不含钠的碱性药物。

纠正酸中毒的速度不宜过快，不可使血浆HCO_3^-超过14～16mmol/L，以免诱发低钙、低钾症状（手足抽搐、神志改变、惊厥等）；同时用量不宜过大，以免导致血浆渗透压过高及心脏负荷加重。

要点二　呼吸性酸中毒的诊断及治疗原则

（一）诊断

（1）有呼吸功能受损的病史。

（2）有呼吸困难、躁动不安、发绀等临床表现。

（3）动脉血气分析：①急性呼吸性酸中毒：pH值明显降低，可低于7.0；$PaCO_2$增高，大于6.0kPa；血浆［HCO_3^-］正常。②慢性呼吸性酸中毒：pH值下降不明显；$PaCO_2$增高，常大于6.0kPa；血浆［HCO_3^-］有所增加，AB>SB。

（二）治疗原则

1. 急性呼吸性酸中毒

尽快去除病因，保持呼吸道通畅，改善通气功能，必要时行气管插管或气管切开，或使用呼吸机。适当低流量给氧，呼吸中枢抑制者予呼吸兴奋剂。呼吸机使用不当者应重新调整。

2. 慢性呼吸性酸中毒

关键在于积极治疗原发病，包括控制感染、扩张小支气管、促进咯痰等措施，改善肺泡的通气功能。

要点三　血气分析

体液酸碱度适宜是机体组织、细胞进行正常生命活动的重要保证。一旦体内酸性或碱性物质产生或摄入过多，超过了机体的调节能力，或肺、肾调节酸碱平衡功能发生障碍，即会引起机体的酸碱平衡失调。另外，电解质代谢紊乱的同时也常伴有酸碱平衡失调。任何一种酸碱平衡失调发生之后，机体即会通过代偿机制以减轻酸碱紊乱，使体液 pH 值尽量恢复至正常范围。根据机体代偿纠正程度的不同，分为部分代偿、代偿和过度代偿。

pH 值、HCO_3^- 及 $PaCO_2$ 是反映机体酸碱平衡的三大基本要素。其中，HCO_3^- 反映代谢性因素，HCO_3^- 的原发性减少或增加可引起代谢性酸中毒或代谢性碱中毒；$PaCO_2$ 反映呼吸性因素，$PaCO_2$ 的原发性增加或减少可引起呼吸性酸中毒或呼吸性碱中毒。

细目四　外科补液

体液平衡失调是临床上很常见的病理生理改变，它尽管不是独立的疾病，但却是与疾病密切相关的伴发变化。任何一种体液平衡的失调均会造成机体的代谢紊乱，影响疾病的治愈，进一步恶化则可导致器官衰竭乃至死亡。因此，针对体液平衡失调，及时、准确的判断和正确、积极的治疗十分重要。

要点一　目的

1. 防止或纠正体液平衡失调，以维持内环境的相对稳定。
2. 补充营养和提供给药途径。
3. 用于重危病人（如休克、大出血）的抢救。
4. 对于感染严重的病人，补液可稀释毒素，加速其排出。

要点二　特点

临床外科补液量大，种类较多，牵涉面广，因此补液必须根据具体情况，从增强机体调节代偿能力入手。

要点三　要求

外科补液的总要求是“缺什么、补什么，需多少、补多少；边治疗，边观察，边调

整。”在补液过程中着重解决好补什么、补多少、如何补这三个基本问题。

细目五　外科营养支持

要点一　营养状态的评定

患者营养状态的评定是营养支持的基础，它有助于了解患者应激时的代谢变化，掌握营养不良的程度和类型，为制订营养支持方案及监测营养治疗效果提供依据。营养状态的评定包括临床评价、人体测量和必要的生化或免疫测定等。

（一）临床评价

1. 病史

包括体重变化、肌肉消耗和饮食消化情况等，尤其要注意以下 5 个方面的因素：食物摄入不足；营养吸收不足；营养利用减少；营养丢失增加；营养需要增加。此外还要注意现在处于何种疾病中以及有无功能性水肿、皮疹、糖尿病、溃疡性结肠炎和神经系统疾患等。

2. 体征

头发干枯，易脱落；眼睛干涩发红，易发炎；味觉减退，口腔、牙龈、嘴唇红肿，常有溃疡；牙齿松动，可见灰色或褐色斑点；皮肤焦脆起屑、发黄、苍白，伤口愈合缓慢、充血或肿胀；肌肉瘦弱无力，易发生疼痛、抽搐和痉挛；神经系统表现出精神疲乏、平衡失调、反射减弱、记忆力受损、神经病变和癫痫发作等，均可是营养不良的体征。

（二）身体测量指数

身体测量指数常用体重、上臂肌周径、肱三头肌皮皱厚度和肌酐/身高指数等指标。体重是能量平衡的常用观察指标，但对肥胖和水肿患者并不适宜，还要说明的是肥胖也是一种营养不良。肱三头肌皮皱厚度可反映机体的脂肪储存情况。上臂肌周径和肌酐/身高指数可以反映肌肉储存量，是恶液质和消瘦状态下蛋白质丢失的敏感指标，但过度肥胖和水肿患者亦限制应用。

（三）内脏蛋白测定

包括血清白蛋白、转铁蛋白、前白蛋白和纤维连接蛋白浓度测定等，是反映蛋白质 - 能量营养不良比较敏感的指标，但在失水或水肿的情况下，可因血液浓缩或稀释而影响准确度。

（四）免疫功能测定

免疫功能不全也是内脏蛋白缺乏的一个指标，包括总淋巴细胞计数、延迟型超敏皮肤试验、补体水平等。

（五）氮平衡测定

是蛋白质代谢变化的动态观察指标，反映了机体分解代谢情况。正平衡表示蛋白质合成占优势，负平衡表示蛋白质消耗多于摄入，也可用于估算营养支持的效果。

要点二　适应证

在外科患者中，尽管由于一些疾病本身的原因，加之麻醉、手术创伤及禁食等，会使有的患者存在不同程度的营养问题，但是，这一情况并不意味着所有患者都需要进行特殊的营养支持，如非消化道手术而营养情况较好的病人一般并不需要特殊的营养支持即可康复。只有严重营养不良的患者和一些严重创伤、感染或术后发生严重并发症，估计在较长一段时间内不能很好进食的患者才需要采取特殊的营养支持治疗。其适应证是：

（1）胃肠道梗阻。

（2）胃肠道外瘘及短肠综合征。

（3）肠道广泛炎症性疾病。

（4）高代谢状态。

（5）肿瘤患者接受化疗和大面积放疗。

（6）肝肾功能衰竭。

（7）大手术围手术期营养。

要点三　并发症

胃肠外营养（PN）与胃肠内营养（EN）支持是强有力的救治营养不足的措施，但也有可能发生一些并发症。胃肠内营养很少产生严重的并发症，如应用得当，它远比胃肠外营养安全。胃肠外营养主要可引起以下并发症：

（一）技术性并发症

1. 插管的并发症

（1）肺与胸膜的损伤：在采用深静脉插管的过程中，气胸是常见插管的并发症之一，偶可发生张力性气胸或血胸。插管后常规行胸部 X 线检查，可及时发现并处理。

（2）动脉与静脉损伤：锁骨下动脉损伤及锁骨下静脉撕裂伤可致穿刺局部出血，应立即拔出导针或导管，局部加压 5 ~ 15 分钟。如导管质地较硬可穿破静脉及胸膜导致水胸，如发现导管头端进入胸腔并输进了液体，应立即终止，拔出导管，并视胸腔积液量采取必要的胸腔引流术。

（3）神经损伤、胸导管损伤、纵隔损伤：均应立即退出导针或导管。

（4）栓塞：导管栓子一般需在透视定位下由带金属圈的专用器械取出。

（5）导管位置异常：应在透视下重新调整，如不能纠正，应予拔出。

（6）心脏并发症：应避免导管插入过深。

2. 导管留置期并发症

（1）静脉血栓形成和空气栓塞一旦出现，应立即拔出导管并行溶栓治疗。

（2）导管堵塞后常常需要换管，应在营养液输注后用肝素稀释液冲洗导管。

（二）感染性并发症

感染是长期胃肠外营养最严重的并发症之一。严格的无菌操作和完善的管理系统是预防感染的最主要措施。

（三）与代谢有关的并发症

1. 糖代谢紊乱

（1）高血糖与低血糖：葡萄糖溶液输注过快，机体尚不适应；严重创伤、感染者或糖尿病患者机体胰岛素分泌不足，导致糖利用率下降，均可使体内血糖过高而出现高渗性利尿、脱水甚至死亡。预防的关键在于调节好输注速度（宜远低于4mg/min·kg）、控制葡萄糖总量（日摄入量小于400g）、进行临床及实验室检查（血糖、尿糖的监测等）。对原有胰岛功能低下或处于应激状态下者，输注液应加入胰岛素。若要停止胃肠外营养，要逐渐撤除或从外周静脉输入等渗葡萄糖液，以防止低血糖发生。

（2）高渗性非酮性昏迷：当血糖浓度超过40mmol/L时，可产生高渗性非酮性昏迷。是由于输入大量高浓度的葡萄糖，而内生胰岛素一时不能相应增加，不能调节血糖水平所致。一旦发生应立即停用葡萄糖液，用0.45%低渗盐水以250ml/h的速度输入，降低血渗透压，并输入胰岛素10～12U/h，以降低血糖水平；伴有低钾血症者应同时纠正。

（3）肝脂肪变性：易发生于长期输入葡萄糖而又缺乏脂肪酸时。

2. 氨基酸性并发症

（1）高血氨、高氯性代谢性酸中毒：是蛋白质（氨基酸）代谢异常所致，目前采用氨基酸的醋酸盐和含游离氨低的氨基酸溶液后，这种并发症已较少发生。

（2）肝酶谱升高：有的患者在胃肠外营养治疗后不久（2周左右）出现转氨酶、碱性磷酸酶和血清胆红素升高。

（3）脑病：肝功能异常的患者若输入芳香族氨基酸含量高的溶液，会改变血浆氨基酸谱而引起脑病，对这种患者应输含支链氨基酸高的溶液。

3. 其他营养物质缺乏

（1）血清电解质紊乱：在胃肠外营养时，低钾血症和低磷血症比较常见，治疗中未规范补给是其主要原因。

（2）微量元素缺乏：锌缺乏较多见，常发生于高分解状态并伴有明显腹泻者。

（3）必需脂肪酸缺乏：长期胃肠外营养时如未补充脂肪乳剂，可发生必需脂肪酸缺乏症。

（4）维生素缺乏：维生素是机体不可缺少的营养物质，各种维生素的缺乏将导致一系列临床症状。可每日按要求补给，以预防其发生。

（四）其他并发症

1. 胆汁淤积

由于长期不经口进食，十二指肠黏膜缺乏刺激而处于休眠状态，缩胆囊素（CCK）分泌减少，导致胆囊弛张胀大，胆汁淤积，胆泥生成，乃至形成胆石。

2. 肠屏障功能受损

胃肠外营养病人长期禁食，肠道缺少食物刺激和体内谷氨酰胺缺乏，使肠道屏障结构受损，引发的严重后果是肠道菌群易位，损害肝和其他脏器功能，引起肠源性感染，甚至导致多器官功能衰竭。

3. 充血性心力衰竭

有心脏病或营养不良的病人，如开始输入过快，可因热量或水分骤然增加导致充血性心力衰竭。可控制输入速度来预防。

4. 重新给养综合征

长期处于饥饿状态的病人，大量补给营养后可出现以呼吸衰竭为主的低钾、低镁、低磷和水超负荷等表现。

细目六　肠内营养和肠外营养

外科营养支持的基本原则是：只要肠道有功能，尽量采用肠内营养（EN）。应根据患者的具体情况而定，要求是：①胃肠内营养与胃肠外营养（PN）两者之间首先选用 EN；②需较长时间营养支持应设法应用 EN；③EN 不能满足患者营养需要时可用 PN 补充；④经中心静脉肠外营养支持（CPN）与经外周静脉营养支持（PPN）之间应优先选用 PPN；⑤营养需要较高或希望短期内改善营养状况时可选用 CPN。

要点一　肠内营养

EN 是将营养物质经胃肠道途径供给患者的营养支持方式。广义的 EN 系指经口或管饲提供营养的方式，狭义的 EN 则指经管饲提供营养的方式。当肠功能存在（完好或部分功能）且能安全使用时，营养供给的最佳途径就是胃肠道。EN 具有节省费用、使用方便、容易监护、并发症少等优点。膳食的直接刺激有助于促进胃肠道运动及消化道激素和酶的分泌，食物中的谷氨酰胺等可直接被肠黏膜吸收利用，有利于改善和维持肠道黏膜细胞结构和功能的完整性，维护肠黏膜屏障功能；并且营养物质经胃肠道、门静脉入肝，利于内脏的蛋白合成与代谢调节，且可发挥肝脏的解毒作用，符合生理状态，对循环干扰小。长期 PN 的患者可给予逐渐增量的 EN 作为过渡，有助于早日恢复正常膳食。

（一）EN 的投入途径与投入方法

1. 投入途径

可以用口服的方式。但由于营养制剂有特殊气味，患者常不愿接受，故多需经导管输入。常用的方式有经鼻胃管、鼻十二指肠管和鼻空肠管，也常采用经胃、空肠造瘘管途径。

2. 投入方法

有一次性投入、间歇重力滴注和连续输注三种方式。目前一般用连续输注的方式，该方法需用输液泵控制输注速度。

（二）EN 的适应证

（1）胃肠道疾病：短肠综合征、胃肠道瘘、结肠手术和肠道准备和其他胃肠道需要休息的疾病。

（2）高代谢状态：有重大应激的高分解代谢的严重创伤、大面积烧伤、严重感染和复杂大手术后等。

（3）营养不良：中、重度营养不良经口摄食不能满足需要者；持续 7～10 天经口摄食小于 50% 的日需要量者，或特殊营养成分（如肝或肾衰竭时的特殊饮食配方）经口摄食不佳者。

（4）由 PN 过渡到经口摄食可用 EN，减少或停止 PN。

（5）肿瘤病人的辅助治疗。

（6）术前和术后的营养补充。

（三）EN 的饮食种类

EN 的饮食种类一般有四类，为经口的饮食（包括营养添加剂）和可以经管饲的一般流质饮食、部分水解的流质饮食、要素饮食。

（四）EN 的注意事项

（1）有些病人对 EN 耐受性较差，可出现腹胀、恶心、呕吐、腹泻和腹部不适等症状，宜更换 EN 饮食种类和方法，或改为 PN。

（2）胃部分切除后不能耐受高渗糖的膳食，易产生倾倒综合征，有些患者仅能耐受缓慢的滴注。

（3）小肠广泛切除后宜采用 PN 4～6 周，以后才能采取逐步增量的 EN。

（4）空肠瘘的患者不论在瘘的上端或下端喂养均有困难，因为缺少足够的小肠吸收面积，不能贸然进行管饲，以免加重病情。

（5）处于严重应激状态，如麻痹性肠梗阻、上消化道出血、顽固性呕吐、腹膜炎或腹泻的急性期，均不宜予肠内营养。

（6）严重吸收不良综合征和衰弱的患者在 EN 以前应予一段时间 PN，以改善小肠酶的活力及黏膜细胞的状态。

（7）症状明显的糖尿病、接受大剂量类固醇药物治疗及糖代谢异常的患者，都不能耐受膳食的高糖负荷。

（8）年龄小于 3 个月的婴儿不能耐受高张力要素膳的喂养；宜采用等张的婴儿膳，使用时要注意可能产生的电解质紊乱，并补充足够的水分。

（9）先天性氨基酸代谢缺陷病的儿童不能采用一般的 EN 膳。

要点二　肠外营养

胃肠外营养（PN）是通过静脉途径供患者所需的全部营养要素的营养支持方式，是使患者在不进食的情况下维持良好营养状态的一种治疗方法

（一）PN 的方法

肠外营养支持方法有两种：对于一般用量不大、PN 支持不超过 2 周的患者，可采用周围静脉输注；对于需长期支持的，则采用经中心静脉导管输入为宜。常采用经锁骨下静脉或颈内静脉途径置入导管至上腔静脉，一般首选锁骨下静脉穿刺插管。

（二）PN 的适应证

（1）肠道疾病：胃肠道梗阻、肠道外瘘、短肠综合征、消化道广泛炎症性疾病（炎性粘连性肠梗阻、Crohn 病、溃疡性结肠炎等，在急性发作或术前准备时）。

（2）急性胰腺炎（特别是坏死性胰腺炎）。

（3）肝、肾功能衰竭伴胃肠功能不佳者。

（4）营养不良：不论有无应激的营养不良病人由口进食不足或 EN 耐受不好时。

（5）高代谢状态：有重大应激的高分解代谢的严重创伤、大面积烧伤、严重感染和复杂大手术后等。

（6）肿瘤病人的辅助治疗。

（7）术前和术后的营养补充：择期手术或限期手术的伴胃肠功能不全的营养不良病人。

（8）无胃肠道梗阻的妊娠剧吐或神经性拒食者。

（三）PN 的输注技术

1. PN 的输注途径

（1）中心静脉（CPN）：因其管径粗，血流速度快，血流量大，输入的液体很快被血液稀释而对血管壁的刺激小。但其技术难度较大，要求高，并发症较多。

（2）外周静脉（PPN）：技术要求较低，适应证与 CPN 相同，但因输入的低 pH 值、高渗透压溶液以及导管刺激和损伤性穿刺等，常诱发静脉炎而限制了外周静脉的使用，适应于接受 PN 支持需时不长的患者。

2. PN 的输注方式

（1）持续输注法：将一天的营养液在 24 小时内均匀输入。优点是体内胰岛素的分泌及血糖值比较稳定，波动小。缺点是由于血清胰岛素持续处于高水平状态，阻止了脂肪分解，促进了脂肪合成，并使葡萄糖以糖原形式储存于肝脏，因此常出现脂肪肝和肝肿大，有时还会有转氨酶及胆红素的异常升高。

（2）循环输注法：使用较广泛，是将营养液放在夜间 12 ~ 16 小时内输注。此法尤其适用于需长期接受 PN 支持的患者，白天可以恢复正常活动，有利于改善患者的生活质量。为避免血糖有较大的波动，输液速度应采取递增递减的方式，并密切监测血糖。必要时增加脂肪供能的百分比，或适量使用胰岛素，以控制血糖。

对免疫功能低下及全身衰竭的患者，为了预防菌血症的发生，宜应用终端过滤器。为了既方便患者下床活动，又能防止输入空气，最好再加用带报警装置的输液泵。

PN 治疗所需费用较大，技术要求高，有并发败血症的危险，而其适应证又和 EN 基本相同。因此，凡尚有部分消化道可被利用时，应试用 EN 来代替 PN。

（周永坤）

第五单元 输血

细目一 外科输血的适应证、方法及注意事项

要点一 适应证

输血的适应证为：

1. 急性出血

各种原因引起的急性出血，包括创伤和病理性的出血是外科输血的主要适应证，其目的是补充血容量，用于治疗低血容量性休克。补充的血量、血制品的种类应根据失血的多少、速度和病人的临床表现确定。凡一次失血量低于总血容量的10%（500ml）者，机体可通过自身组织间液向血液循环转移而得到代偿，临床上常无血容量不足的表现，故无需输血。当失血量达总血容量的10%～20%（500～1000ml）时，应根据有无血容量不足的临床症状及其严重程度，同时参照血红蛋白和血细胞比容（HCT）的变化选择治疗方案。病人可出现活动时心率增快、体位性低血压，但HCT常无改变。此时可输入晶体液、胶体液或少量血浆代用品。失血量超过总血容量的20%（>1000ml）时，有较明显的血容量不足的临床表现，血压不稳定，还可出现HCT下降。通常以HCT 30%～35%作为出现缺氧的临界值。此时除输入晶体液或胶体液外，还应输入浓缩红细胞（CRBC）以提高携氧能力。原则上失血量在30%以下时不输全血；超过30%时可输全血与CRBC各半，再输入晶体液、胶体液及血浆以补充血容量。当失血超过50%时还应注意白蛋白、血小板及凝血因子的缺乏，缺乏时给予补充。

2. 贫血或低蛋白血症

贫血使病人常难以经受创伤及疾病的侵害，低蛋白血症使病人对麻醉及手术创伤的耐受力降低，术后容易出现组织愈合不良及感染等并发症。因此必须在术前给予纠正。贫血患者应输CRBC，使血红蛋白提高至90～100g/L（9～10g%）；低蛋白血症患者可输血浆或白蛋白液，使血浆总蛋白升至60g/L（6g%），至少不低于50g/L（5g%），白蛋白不低于30g/L（3g%），以提高患者对手术的耐受力。

3. 凝血机制异常和出血性疾病

血友病、血小板减少性紫癜、放射病等常有出血倾向，此类病变者若行手术，则术中往往失血较多，应根据引起病人凝血功能紊乱的原发病，选用相关的血液成分加以矫治。

4. 重症感染

严重感染的病人若白细胞明显低于正常，感染不能控制，可考虑输注浓缩白细胞以帮助控制感染。由于输白细胞有可能引起巨细胞病毒感染及肺部并发症等副作用，使其应用受到限制。

要点二　方法

（一）输血的途径

1. 静脉输血

有间接输血法和直接输血法两种。

（1）间接输血法：即通过密闭式输血器输血，是最常用的输血方法，通常采用重力点滴输入。

（2）直接输血法：很少使用，用50～100ml注射器先抽好一定量的枸橼酸钠溶液（每100ml血液内需加2.5%～3.8%的枸橼酸钠溶液10ml），从供血者的肘前静脉抽取所需要的血量，轻轻转动注射器，使血液与抗凝剂混合均匀后即直接输入病人的静脉内。此法多用于小儿或无专门的输血器材时。

2. 动脉输血

临床应用不多，当大量快速的静脉输血仍然无效，心脏因缺血而出现功能不全时，可考虑经动脉输血。动脉输血常选用肱动脉、桡动脉、股动脉穿刺或桡动脉切开。

动脉输血的作用为：

（1）严重失血性休克的患者动脉压力下降，将血液直接注入动脉可以直接补充动脉血容量，使血压迅速上升。

（2）可以直接兴奋动脉血管壁的压力感受器，反射性地调节中枢神经和血管舒缩中枢，增加冠状动脉的血流量，改善心脏排血功能。

（3）对于心脏收缩无力或停跳的病人，无法将静脉系统内的血液通过肺循环送至动脉内以灌注组织时，及时地采用动脉输血可直接增加冠状动脉和其他动脉的灌注量，当冠状动脉内压力上升至4～5.33kPa（30～40mmHg）时，可使停跳的心脏恢复跳动，保证心脏和脑血流的灌注。

总之，动脉输血对休克濒死的患者是一种很有效的复苏措施。在进行动脉加压输血时要随时观察病情变化，当收缩压上升超过10.67kPa（80mmHg）时，可停止动脉输血，继续由静脉输血。

（二）血液过滤

所有的血液制品均应经过带过滤器的输血器输入。常用的标准过滤器孔径为170μm。大量输血时过滤器网孔的孔径最好小于150μm。

（三）输血的速度

输血的速度应根据病人的具体情况决定。大量出血、失血性休克抢救或动脉输血时速度要快，动脉输血的输入速度一般为2～7分钟内100～200ml，总量以400ml左右为宜，其余的失血量由静脉输血补足。静脉输血在一般情况下开始应慢（每分钟10～20滴），并密切观察30分钟，如无不良反应，可根据病情加快或保持原来的速度。如果应用的输血器是塑料袋，只需加压即可达到快速输血的目的，也可用特制的加压输血器加速输血。正常的输血速度成人一般为每分钟40～50滴，小儿每分钟5～10滴，老年人、贫血或心功能不全者每分钟15～20滴，以防循环负荷过重而引起心力衰竭、肺水肿。

（四）输血的温度

输血时的温度不宜过低，特别是动脉输血时血温过低可使心跳骤然降温而引起心律失常或心跳骤停。一般情况下动脉输血应加温至35℃～37℃。一般速度下输入1～2L冷藏血可不需要预热。但当快速大量输血、新生儿输血或输入物含有很强的冷凝集素时，应在血袋外加保护袋预热（＜32℃）后输入。

（五）不加药物

输血前后可用生理盐水冲洗输血管道，但除生理盐水外，不应向血液中加入任何药物，以免发生凝血或溶血。

要点三　注意事项

1. 严密查对

输血前详细核对受血者和供血者的姓名、血型、血瓶号、交叉配血试验的结果及受血者的住院号、床号等，完全符合无误后方能输血。

2. 认真检查

检查血袋有无破损，标签是否完整清晰，袋口密封是否严密，血浆是否透明，如有混浊、絮状物、变色、气泡者，表示已有污染，不能使用。正常库存血的血浆与红细胞之间应有明显界限，如血浆呈淡红色，表明已有溶血现象，则不能使用。输注前应轻柔地转动血瓶或血包，使血浆与红细胞充分混匀，切忌用力猛摇、猛晃，以防止血细胞破坏而发生溶血。

3. 保存时间

用CPD、ACD保存的库存血超过3周者不应使用。

4. 放置时间

从血库取出的血液应在短时间内输完，不宜在室温下放置过久，一般不得超过4小时，以免溶血或污染。用开放法采集的血液应在3～4小时内输完。

5. 无菌操作

在输血的整个过程中，均应严格执行无菌操作技术。

6. 加强观察

在输血的过程中应认真、密切观察病人有无输血反应，尤其应注意体温、脉率、血压及尿色。有严重反应时则应立即停止输血并及时进行以下处理：

（1）取血样重新鉴定血型和交叉配血；

（2）取血袋内血作细菌学检查；

（3）采集病人尿液检查有无游离血红蛋白；

（4）保留剩余血液以备核查。

7. 保留血袋，以备核查

输血完毕后血袋应保留2小时，以备核查。

细目二　输血的常见并发症及其防治

要点一　常见并发症

（一）发热反应

1. 原因

（1）致热原：致热原是高分子的多糖体，多为细菌的代谢产物，致热原主要存在于不洁的制剂如抗凝剂、保存液或采血及输血的用品中。

（2）免疫反应：多发生在反复输血的患者或经产妇中，因多次输血后可在患者血清中逐渐产生白细胞抗体或血小板抗体，再次输血时对输入的白细胞或血小板（抗原）即可发生抗原抗体反应而引起发热。

此外，早期或轻症的细菌污染和溶血可仅表现为发热。

2. 症状

一般表现为畏寒或寒战，高热，体温可达 39℃ ~41℃，出汗。可伴有恶心、呕吐、皮肤潮红、心悸、心动过速、头痛。反应持续 30 分钟至 2 小时后逐渐缓解。

（二）过敏反应

1. 原因

与下列因素有关：

（1）病人系过敏体质，对血中蛋白类物质过敏，或过敏体质的供血者随血将其体内的某种抗体转移给病人，当病人再次接触该过敏原时，即可触发过敏反应。此类反应的抗体常为 IgE 型。

（2）多次受血者体内产生多种抗血清免疫球蛋白抗体，以 IgA 抗体为主。此外，某些病人免疫功能低下，体内 IgA 低下或缺乏，当输血时便对其中的 IgA 发生过敏反应。

2. 症状

症状轻者仅有皮肤局限性或全身性瘙痒、皮肤红斑、荨麻疹。严重者只输入几毫升血制品即可出现支气管痉挛、血管神经性水肿、会厌水肿，表现为咳嗽、喘鸣、呼吸困难以及腹痛、腹泻、喉头水肿，甚至窒息、过敏性休克、昏迷、死亡。

（三）溶血反应

1. 原因

绝大多数是因误输 ABO 血型不合的血液引起，A 亚型不合或 Rh 系统血型不合时也可发生。

2. 症状和体征

急性溶血反应常在输血 10 余毫升后即可发生。病人突然感到头痛、腰痛背痛、心前区紧迫感、呼吸急促、小便颜色酱油样（血红蛋白尿），严重时伴寒战、高热、黄疸、黏膜及皮下出血、少尿或无尿、休克等。检查可见面色潮红、皮肤湿冷、沿输血静脉红肿疼

痛、脉搏细弱、血压下降等。麻醉中的病人呈不明原因的低血压或心动过速、手术区渗血突然增加等。

迟发性溶血反应发生在输血后 7～14 天，症状是不明原因的发热和贫血，也可见黄疸、血红蛋白尿等，一般并不严重。

（四）细菌污染反应

1. 原因

可能与采血、贮血及输血等环节的无菌技术出现漏洞有关。以革兰染色阴性杆菌为常见。

2. 症状与体征

轻者可仅有发热，重者可出现败血症和中毒性休克。出现寒战高热、面红、结膜充血、呼吸困难、紫绀、呕吐、腹泻、血压下降，甚至发生休克。血液化验见白细胞明显升高，也可以出现血红蛋白尿及肾功能衰竭、肺水肿，致病人死亡。取容器内剩余血、病人血和所用静脉液作细菌培养有助于确诊。

（五）循环超负荷

1. 原因

输血速度过快或输血量过多，则可引起循环超负荷。此种情况多发生在老人、小儿或心功能不全的病人。可因急性充血性心力衰竭和肺水肿而致病人死亡。

2. 症状与体征

最初症状为突然剧烈头胀痛、胸紧、呼吸困难、发绀、咳嗽、吐血性泡沫痰，继而全身水肿、颈静脉怒张，肺部可闻及大量湿音，胸片有肺水肿表现，可出现在输血过程中和输血后。

（六）枸橼酸盐中毒

1. 原因

为过量的枸橼酸盐与血钙结合，引起低钙血症。

2. 症状和体征

受血者可发生不自主的肌震颤。首先出现手足抽搐，继之可出现出血、血压下降，重者出现心律失常和心室纤维颤动，直至心跳停止、病人死亡。心电图可见 S－T 段延长、T 波或 P 波低平。

（七）疾病传播

1. 病因

输血可以传播疾病，除人们所熟知的肝炎、梅毒、疟疾、艾滋病外，丝虫病、回归热、黑热病、人 T 细胞白血病病毒Ⅰ型、巨细胞病毒等也可以通过输血传播。

2. 症状和体征

（1）艾滋病：HIV 感染可分为三个临床期，即潜伏期、相关综合征期和活动期。相关

综合征期时，病人有持续淋巴结病、发热、疲乏、盗汗、持续腹泻、体重减轻、淋巴结肿大、皮肤黏膜疾病及过敏性反应迟缓等。HIV 抗体检测阳性，T_4 细胞数下降。活动期则表现为条件性感染和少见的肿瘤，其中卡氏肺囊虫肺炎与卡波济肉瘤最常见。患者出现发热，肺部、神经系统、胃肠道和皮肤黏膜均可受到侵害并出现相关症状。病人多在数月至 2 年内死亡。

（2）病毒性肝炎：输血后肝炎与其他途径传染的病毒性肝炎症状相同，但大多数症状较轻。

（3）梅毒：同其他途径感染的临床梅毒症状。

（4）疟疾：在疟疾高发区，输血后出现寒战、高热，或输血后数周至数月后出现原因不明的发热时，应想到感染疟疾的可能。

（八）其他

大量输血可引起凝血机制紊乱、高钾血症、高血氨、体温下降以及酸碱平衡失调；输血操作不当可引发空气栓塞、微聚物和肺微栓塞，输血后可能出现紫癜、非心源性肺水肿。

要点二　防治

（一）发热反应

1. 处理

分析可能病因，对于症状较轻的可先减慢输血速度，病情严重者应停止输血，保持静脉通路畅通。对症处理，保暖，给予退热剂、镇静剂；伴寒战者可肌注异丙嗪 25mg 或哌替啶 25 ~ 50mg；高热者予以物理降温或针刺等。抗组胺药可用于抑制伴发的荨麻疹或过敏反应。

2. 预防措施

输血器具严格消毒、控制致热原。对于多次输血或经产妇病人应输注不含白细胞和血小板的成分血，如洗涤红细胞。

（二）过敏反应

1. 处理

轻症者可用抗组胺药或糖皮质激素。重者立即停止输血，立即皮下或肌注 1∶1000 肾上腺素 0.5 ~ 1ml 和/或氢化可的松 100mg 加入 500ml 葡萄糖盐水中静脉滴注，酌情使用镇静剂以及升压药等。如喉头水肿严重，应行气管插管或气管切开，以防窒息。

2. 预防

对既往有过敏史的病人，输血前半小时口服或肌注异丙嗪或少量地塞米松。对 IgA 水平低下或检出 IgA 抗体的病人，应输不含 IgA 的血液、血浆及血制品。如果必须输红细胞时，选用洗涤红细胞。有过敏史者不应献血，献血者献血前 4 小时应禁食。

（三）溶血反应

1. 处理

发现可疑症状时，应立即停止输血并抽静脉血化验，若离心后血浆为粉红色即可确诊为溶血，尿潜血阳性及血红蛋白尿也有诊断意义。收集供血者血袋内血和受血者输血前后血样本，重新作血型鉴定、交叉配血实验及细菌涂片和培养，以查明溶血原因。

2. 对病人的治疗

（1）抗休克：应用晶体液、胶体液及血浆扩容，纠正低血容量性休克；

（2）保护肾功能：溶血反应严重者可因免疫复合物在肾小球沉积，或因发生 DIC 及低血压引起肾血流减少而继发急性肾功能衰竭。可给予 5% 碳酸氢钠 250ml 静脉滴注，碱化尿液。当血容量已基本补足，尿量基本正常时，应使用甘露醇等药物利尿以加速游离血红蛋白排出。若有尿少、无尿或肌酐、尿素氮明显升高及高钾血症，则应行腹膜透析、血液透析。

（3）若 DIC 明显，则使用肝素。因肝素本身可能引起出血，故不适用于手术病人。

（4）必要时行血浆交换治疗，以彻底清除病人体内的异型红细胞及有害的抗原抗体复合物。

（5）若血压低，则使用多巴胺、间羟胺升压，不要使用去甲肾上腺素、血管升压素等明显减少肾脏血流量的药物。

3. 预防

应严格按照输血操作规程进行，加强配血、输血过程中的核查，每次输血前试验所用血样本只能在输血前 48 小时内抽取，不输保存时间过长、保存不当的血液，严格控制血液预热的温度，尽量输同型血。

（四）循环超负荷

1. 处理

立即停止输液、输血，取半卧位，吸氧，使用速效毛地黄制剂及利尿剂，四肢轮流上止血带，减少回心血量。

2. 预防

对于老年人或心功能不全者，严格控制输血速度及输血量，一般情况下以每小时每千克体重 1ml 为宜。严重贫血患者以输浓缩红细胞为宜。

（五）细菌污染反应

1. 处理

立即终止输血，将血袋内的血液离心，取血浆底层及细胞层分别行涂片染色细菌检查及细菌培养检查。采取有效的抗休克、抗感染治疗。包括使用广谱抗生素、补液、利尿、降温、纠酸等。若未检出细菌，但又不能排除细菌污染的可能时，按有污染情况处理。

2. 预防

应加强无菌观念、严格执行无菌操作规章。库存血取出后不宜在室温下保存，天热时

输血在 4 小时内输完为宜。输血前按不同血液或制品的外观标准检查，如有可疑则不予使用。

（六）枸橼酸盐中毒

发现肌肉震颤，或输血速率超过 500ml/10min，或成人输血 5L 以上时，由另一静脉给予 10% 葡萄糖酸钙 10ml，观察血浆钙离子水平和心电图。

（七）疾病传播

1. 艾滋病

艾滋病至今尚无特效治疗药物。鉴于输注全血及成分制品均可能被传染，只有严格地对献血者和血液制品进行抗 HIV 抗体检测，才可能避免艾滋病病毒通过输血传播。

2. 病毒性肝炎

治疗与传染性肝炎相同。预防措施包括：

（1）严格掌握输血的适应证。

（2）对献血员要做有关肝炎的全面检查。

（3）尽量采用成分输血。

（4）输血后内服溶菌酶，预防输血后肝炎。

3. 梅毒

同临床其他梅毒感染的治疗。

4. 疟疾

同临床其他疟疾感染的治疗。

（八）其他

针对发生的不同并发症，采用临床相应的常规治疗。

细目三　成分输血

要点一　概述

1. 定义

所谓成分输血就是将血液中的各种有效成分用物理或化学方法加以分离提纯，分别精制成高浓度的血液成分，根据临床需要输给病人。

2. 成分输血的优点

（1）提高疗效：可以将血液成分提纯，得到高浓度、高效价、制剂容量小、使用方便、便于保存与运输的血液制品，把多个献血者的同一血液成分混合在一起，成为一个有效的治疗剂量，输注后显著提高疗效。

（2）减少反应：采用成分输血可避免不必要的血液成分所致的输血反应及疾病的传播，使用安全。

（3）使用合理：成分输血是将一个单位的全血或血浆制成不同成分，输给不同患者，

供不同用途。针对性强，使用合理。

（4）经济：可一血多用，既节省血源，又减轻社会、个人的经济负担，也对供血者的健康有利。

要点二 分类

（一）少浆全血

用250ml新鲜全血，其中含50ml ACD保养液，于4℃条件下进行每分钟2500转离心，18分钟后在无菌条件下分离出100ml血浆，其余部分即为少浆全血。最大优点是含有携氧能力的红细胞和维持膨胀压的白蛋白。

1. 适应证

（1）大出血；
（2）体外循环；
（3）换血，特别是新生儿溶血病；
（4）无成分血供应或来不及制备成分血且病情不允许等待的情况。

2. 不宜用少浆全血的情况

（1）血容量正常的慢性贫血病人；
（2）低血容量已被纠正的急性贫血病人；
（3）心功能不全或心力衰竭的贫血病人；
（4）年老体弱及婴幼儿的慢性贫血病人；
（5）需要长期和反复输血的病人；
（6）由于以往输血或多次妊娠已产生白细胞抗体的病人；
（7）因血浆蛋白致敏引起荨麻疹甚至重度过敏反应的病人；
（8）可能施行骨髓移植或其他器官移植的病人；
（9）单是凝血因子严重缺乏的病人。

（二）红细胞成分

1. 浓缩红细胞（CRBC）

由全血经离心或沉淀后去除血浆而成。红细胞比容可达60%～80%。是使用最普遍的一种红细胞。该制品具有和全血同样的携氧能力，但容量几乎只有全血的一半，使循环超负荷危险少，抗凝剂、乳酸、钾、氨等比全血少，使之用于心、肝、肾功能不全的病人及老年病人更为安全。由于去除了血浆及其内蛋白，可减少由抗原或抗体所引起的非溶血性发热反应、变态反应或过敏反应，且输血前可以只作直接配血试验。此外，由于红细胞浓度高，疗效快而好（1单位浓缩红细胞可以提高血红蛋白10g/L）。其缺点主要由于比全血黏稠，输注时流速慢（流畅性约为全血的60%），和全血一样有白膜（白细胞、血小板和纤维蛋白凝聚物），加盐水后需尽快输注，不能保存。

适应证：① 各种血容量正常的贫血病人；② 急性出血或手术失血低于1500ml者；③ 心、肝、肾功能不全及小儿和老人需要输血者；④ 妊娠后期伴贫血需要输血者；⑤ 一氧化碳中毒者。

2. 添加剂（液）红细胞

是一种从全血中尽量移除血浆后的高浓缩红细胞，其红细胞压积可高达90%。由于原抗凝保存液大部分被移除，所含葡萄糖量很少，故不能保存，加之红细胞稠密，输注速度慢，所以必须加入适量添加剂才能克服这些缺点。添加剂的配方有多种，都是特别设计的红细胞保存液。

与浓缩红细胞相比，它还有如下优点：可以最大量地分出血浆，既显著减少了输血的不良反应，又可更充分地利用血浆。红细胞被添加剂稀释，输注更流畅。其主要缺点是仍然含有白细胞。添加剂红细胞的使用指征与浓缩红细胞类似。

3. 少白细胞的红细胞

由浓缩红细胞去除粒细胞、单核细胞和大部分血小板后制成。适用于准备作器官移植者、需要反复输血者，以及由于多次妊娠或反复输血已产生白细胞或血小板抗体引起输血反应的病人。

4. 洗涤红细胞

由浓缩红细胞加生理盐水洗涤3～6次而成。经洗涤后能除去大部分血浆、白细胞及血小板，同时去除了细胞碎屑、代谢产物及抗凝剂等。其适应证为：① 输入全血或血浆后发生荨麻疹或过敏反应或发热者；②自身免疫性溶血性贫血要输血者；③ 高钾血症及肝肾功能障碍但需要输血者；④ IgA 缺乏者，并已因输血或妊娠而体内有 IgA 抗体者；⑤ 有粒细胞或血小板抗体的病人。

5. 冰冻红细胞

亦即低温保存的红细胞液。红细胞液内加入冰冻保护剂（甘油），在低温（－80℃～－196℃）下可以保存多年（3～10年）。应用时将低温的红细胞在37℃～40℃水浴中复温后洗净甘油再输注。这种红细胞液含有的白细胞、血小板及血浆减少，因此可以减少免疫反应。适应证是：① 自身输血者的血液保存；② 稀有血型的血液保存；③ 器官移植病人的输血，可降低 HLA 的免疫反应。

（三）浓缩白（粒）细胞

利用离心、过滤、沉降等法将血液中的白细胞提取并浓缩而成。由于输注后并发症多，现已少用。适用于各种原因所致的白细胞缺乏症病人，特别是伴有感染而经抗生素治疗无效者。使用时要同时具备以下3个条件，且充分权衡利弊后才考虑输注：

（1）中性粒细胞绝对值低于 0.5×10^9/L；

（2）有明显的细菌感染；

（3）强有力的抗生素治疗48小时无效。此外，还可以用于骨髓移植病例。

（四）浓缩血小板

有手工和机制两种制剂。一份制备得好的血小板浓集悬液可浓集全血中60%的血小板。血小板具有抗原性，受血者与供血者 ABO 血型必须相同，其中所含红细胞越少越好。由于血小板系统的 HLA 抗原的关系，输血或血小板输注的次数愈多，抗血小板抗体产生的可能性愈大。因此，有时需选择 HLA 相容的血小板输注。一次血小板输注所输入的血小板数要在 70×10^9～80×10^9/L·kg 才能奏效。适用于有严重血小板减少或功能异常，并

有严重出血的病例。

（张静喆）

第六单元　休克

细目一　概述

要点一　发病机理

休克是机体遭到强烈的损害性刺激后产生的一种以有效循环血容量减少、组织灌注不足、细胞代谢紊乱和器官功能受损为主要病理生理改变的综合征。

休克的发生、发展呈序贯性的过程。在休克的早期，及时采取措施恢复有效的组织灌注，可限制细胞损害的程度和范围；相反，若已发生的代谢紊乱无限制地加重，细胞损害广泛扩展，可导致多器官功能不全（MODS）或衰竭（MOF）而发展成不可逆性休克。

休克的临床表现以血压下降、脉细数、脉压差小、皮肤湿冷、呼吸浅快、尿量减少、面色苍白、发绀、神志恍惚、烦躁不安、反应迟钝或昏迷等为特征。属中医“厥证、脱证”范畴，并认为“厥”为急证，“脱”为危证。又根据致邪病因分为气厥（过敏性休克）、心厥（心源性休克）、血脱（失血性休克）、液脱（失液性休克）。

要点二　分类

1. 失血失液性休克

常见病因有上消化道出血、宫外孕破裂出血、动脉瘤破裂以及肝、脾和大动脉破裂出血。一次急性失血量超过全身血容量的20%时，即可引起休克；超过50%时，可因休克而死亡。此外，水和电解质严重紊乱也可引起休克。

2. 创伤性休克

常见病因有严重烧伤、骨折、内脏损伤、软组织挤压伤，可因大手术、创伤引起的剧烈疼痛、血浆的渗出或全血丧失以及组织破坏后毒素吸收所致。

3. 感染性休克

又称脓毒性休克，系因外科脓毒血症（如膈下、腹腔、盆腔和肝等部位的脓肿）和败血症（如重症胆道感染、急性腹膜炎等）引起的休克。

其他类型的休克多见于内科或麻醉病例。如心源性休克、过敏性休克、神经源性休克。

细目二　中医病因病机

要点一　中医病因

1. 外感火热毒邪，或脏腑蕴热，火毒结聚，伤阴耗气，气血两燔，上扰神明。
2. 因久病真阴耗损，阳气衰微。
3. 外伤失血，大吐大泻，禁食日久，导致阴阳俱虚，发为本病。

要点二　中医病机

1. 阴厥

久病阳气衰微或暴病伤阳耗气致阳气大衰，气化失司，阴血化生无权，五脏六腑失之濡养；气机逆乱，升降失调，气血瘀滞，阳虚不温，故有四肢厥逆，终由阳气衰微，阴不附阳而危及生命。

2. 阳厥

久病真阴亏耗或因失血、大吐大泻所致阴血大伤，脏腑失之濡养，阴不制阳，阳无以附而虚阳升越，阳无阴而不生，故阴损及阳致阴竭阳脱，发为阳厥。

3. 热厥

外感六淫之邪入里化热，热毒炽盛，伤津耗气，致阴亏阳损，脏腑失养，阳气不能温煦而致热深厥深。

4. 脱证

久病耗损或暴病大伤，阴血及阳气有亡失之险，此为中医之脱证。阳脱一般由于邪气旺盛，正不胜邪，阳气突然脱失，或久病阳气严重耗散，真阳耗损，虚阳外越致使脱失。阴脱由于吐泻不止或大汗淋漓或失血过多或大病禁食水谷，阴液耗竭，真阴欲脱。阴阳互根互存，阴脱最终导致阳随阴脱；阳脱也因固摄失权，津液随之大泄，终致阴阳离绝。

细目三　诊断

要点一　临床表现

按照休克的发病过程可分为休克代偿期和休克抑制期，或称休克早期和休克期。

1. 休克代偿期表现

由于机体对有效循环血容量的减少早期有相应的代偿能力，病人的中枢神经系统兴奋性提高，交感－肾上腺轴兴奋。表现为精神紧张、兴奋或烦躁不安、皮肤苍白、四肢厥冷、心率加快、脉压差小、呼吸加快、尿量减少等。此时，如处理及时、得当，休克可较快得到纠正，否则病情继续发展，进入休克抑制期。

2. 休克抑制期表现

表现为神情淡漠、反应迟钝，甚至可出现意识模糊或昏迷；出冷汗、口唇肢端发绀；脉搏细速，血压进行性下降。严重时全身皮肤、黏膜明显发绀，四肢厥冷，脉搏摸不清，血压测不出，尿少甚至无尿。发展至弥散性血管内凝血阶段，则皮肤、黏膜出现瘀斑或消化道出血，并发呼吸窘迫综合征，则出现进行性呼吸困难、脉速、烦躁、发绀。

要点二　辅助检查

（一）一般监测

1. 精神状态

是脑组织血液灌流和全身循环状况的反映。如病人神志清楚，对外界的刺激能正常反应，说明病人循环血量已基本足够；相反，若病人表情淡漠、不安、谵妄或嗜睡、昏迷，反映脑组织因血液灌流不良而发生障碍。

2. 皮肤温度、色泽

是体表灌流情况的标志。如病人的四肢温暖，皮肤干燥，轻压指甲或口唇时局部暂时缺血呈苍白，松压后色泽迅速转为正常，表明末梢循环已恢复，休克好转；反之则说明休克情况仍存在。

3. 血压

通常认为收缩压 <90mmHg、脉压 <20mmHg 是休克存在的表现；血压回升、脉压差增大则是休克好转的征象。

4. 脉率

脉率的变化多出现在血压变化之前。当血压还较低，但脉率已恢复且肢体温暖者，常表示休克趋向好转。常用脉率/收缩压（mmHg）计算休克指数，指数为 0.5 多表示无休克；1.0～1.5 为有休克；>2.0 为严重休克。

5. 尿量

是反映肾血液灌注情况的有用指标。尿少通常是早期休克和休克复苏不完全的表现。对疑有休克或已确诊者，应观察每小时尿量，必要时留置导尿管。尿量 <25ml/h、比重增加者表明仍存在肾血管收缩和肾血液灌注不足；血压正常但尿量仍少且比重偏低者，提示有急性肾衰竭可能。当尿量维持在 30ml/h 以上时，则休克已纠正。

（二）特殊监测

1. 中心静脉压（CVP）

中心静脉压代表了右心房或者胸腔段腔静脉内压力的变化，在反映全身血容量及心功能状况方面一般比动脉压要早。CVP 的正常值为 0.49～0.98kPa（5～10cmH_2O）。当 CVP <0.49kPa 时，表示血容量不足；高于 1.47kPa（15cmH_2O）时，提示心功能不全、静脉血管床过度收缩或肺循环阻力增高；若 CVP 超过 1.96kPa（20cmH_2O）时，表示存在充血性心力衰竭。临床实践中通常进行连续测定，动态观察其变化趋势，以准确反映右心前负荷的情况。

2. 肺毛细血管楔压

应用 Swan – Ganz 飘浮导管可测得肺动脉压（PAP）和肺毛细血管楔压（PCWP），可反映肺静脉、左心房和左心室压。PAP 的正常值为 1.3 ~ 2.9kPa（10 ~ 22mmHg）；PCWP 的正常值为 0.8 ~ 2kPa（6 ~ 15mmHg），与左心房内压接近。PCWP 低于正常值反映血容量不足（较 CVP 敏感）；PCWP 增高常见于肺循环阻力增高，如肺水肿时。因此，临床上当发现 PCWP 增高时，即使 CVP 尚属正常，也应限制输液量，以免发生或加重肺水肿。此外，还可在测 PCWP 时获得血标本进行混合静脉血气分析，了解肺内动静脉分流或肺内通气/灌流比的变化情况。

3. 心排出量（CO）和心脏指数（CI）

CO 是心率和每搏排出量的乘积，成人 CO 的正常值为 4 ~ 6L/min；单位体表面积上的心排出量称为心脏指数（CI），正常值为 2.5 ~ 3.5L/（min · m^2）。总外周血管阻力（SVR）正常值为 100 ~ 130kPa · s/L，由以下公式计算：

SVR =（平均动脉压 – 中心静脉压）/心排出量 ×80

了解和检测上述各参数对于抢救休克中及时发现和调整异常的血液动力学有重要意义。

4. 动脉血气分析

动脉血氧分压（PaO_2）正常值为 10.7 ~ 13kPa（80 ~ 100mmHg）；当降至 4kPa 时，组织已处于无氧状态。动脉血二氧化碳分压（$PaCO_2$）正常值为 4.8 ~ 5.8kPa（36 ~ 44mmHg）。休克时可因肺换气不足，出现体内二氧化碳聚积致 $PaCO_2$ 明显升高；相反，如病人原来并无肺部疾病，因过度换气可致 $PaCO_2$ 较低；若病人通气良好，但 $PaCO_2$ 仍超过 5.9 ~ 6.6kPa（45 ~ 50mmHg）时，常提示严重的肺泡功能不全；$PaCO_2$ 高于 8.0kPa（60mmHg），吸入纯氧仍无改善者则可能是 ARDS 的先兆。动脉血 pH 值正常为 7.35 ~ 7.45。通过监测 pH 值、碱剩余（BE）、缓冲碱（BB）和标准重碳酸盐（SB）的动态变化有助于了解休克时酸碱平衡的情况。

5. 动脉血乳酸盐测定

休克病人组织灌注不足可引起无氧代谢和高乳酸血症，监测有助于估计休克及复苏的变化趋势。正常值为 1 ~ 1.5mmol/L，危重病人允许到 2mmol/L。此外，还可结合其他参数判断病情，如乳酸盐/丙酮酸盐（L/P）比值在无氧代谢时明显升高，正常比值约为 10:1，高乳酸血症时 L/P 比值升高。

6. DIC 的检测

对疑有 DIC 的病人，应测定其血小板的数量和质量、凝血因子的消耗程度及反映纤溶活性的多项指标。当下列 5 项检查中出现 3 项以上异常，结合临床上有休克及微血管栓塞症状和出血倾向时，便可诊断 DIC：①血小板计数低于 80×10^9/L；②凝血酶原时间比对照组延长 3 秒以上；③血浆纤维蛋白原低于 1.5g/L 或进行性降低；④3P（血浆鱼精蛋白副凝）试验阳性；⑤血涂片中破碎红细胞超过 2%。

7. 胃肠黏膜内 pH（pHi）值监测

根据休克时胃肠道较早便处于缺血、缺氧状态，因而易于引起细菌移位，诱发脓毒血症和 MODS；而全身血液动力学检测常不能反映缺血严重器官组织的实际情况。测量 pHi

不但能反映该组织局部灌注和供氧的情况，也可能发现隐匿性休克。

pHi 的正常范围为 7.35 ~ 7.45。

细目四　治疗

要点一　西医治疗原则

（一）一般紧急治疗

包括积极处理引起休克的原发伤、病。采取头和躯干抬高 20° ~ 30°、下肢抬高 15° ~ 20°体位，以增加回心血量。及早建立静脉通路。并用药维持血压。早期予以鼻管或面罩吸氧。注意保温。

（二）补充血容量

是纠正休克引起的组织低灌注和缺氧的关键。应在连续监测动脉血压、尿量和 CVP 的基础上，结合病人皮肤温度、末梢循环、脉搏幅度及毛细血管充盈时间等微循环情况，判断补充血容量的效果。通常首先采用晶体液，但由于其维持扩容作用的时间仅 1 小时左右，故还应准备全血、血浆、压缩红细胞、白蛋白或血浆增量剂等胶体液输注。也有用 3% ~ 7.5% 高渗盐溶液行休克复苏治疗。通过高渗液的渗透压作用，能吸出组织间隙和肿胀细胞内的水分，起到扩容的效果；高钠还有增加碱储备和纠正酸中毒的作用。

（三）积极处理原发病

外科疾病引起的休克多存在需手术处理的原发病变，如内脏大出血的控制、坏死肠袢切除、消化道穿孔修补和脓液引流等。应在尽快恢复有效循环血量后，及时施行手术处理原发病变，才能有效地治疗休克。有时应在积极抗休克的同时进行手术。

（四）纠正酸碱平衡失调

休克病人由于组织灌注不足和细胞缺氧，常有不同程度的酸中毒，而酸性内环境对心肌、血管平滑肌和肾功能均有抑制作用。在休克早期又可能因过度换气而引起低碳酸血症、呼吸性碱中毒。按照血红蛋白氧合解离曲线的规律，碱中毒使血红蛋白氧离曲线左移，氧不易从血红蛋白中释出，可使组织缺氧加重。故不主张早期使用碱性药物。而酸性环境有利于氧与血红蛋白解离，从而增加组织供氧。机体在获得充足血容量和微循环改善后，轻度酸中毒常可缓解而不需再用碱性药物。但重度休克合并酸中毒经扩容治疗不满意时，仍需使用碱性药物。用药前需保证呼吸功能正常，以免引起 CO_2 潴留和继发呼吸性酸中毒。给药后应按血气分析的结果调整剂量。

（五）血管活性药物的应用

1. 血管收缩剂

常用药物有：

（1）去甲肾上腺素：是以兴奋 α 受体为主、轻度兴奋 β 受体的血管收缩剂，能兴奋心肌，收缩血管，升高血压及增加冠状动脉血流量，作用时间短。常用量为 0.5 ~ 2mg 加

入5%葡萄糖溶液100ml内静脉滴注。

（2）间羟胺（阿拉明）：间接兴奋α、β受体，对心脏和血管的作用同去甲肾上腺素，但作用弱，维持时间约30分钟。常用量2～10mg肌注或2～5mg静脉注射；也可用10～20mg加入5%葡萄糖溶液100ml内静脉滴注。

（3）多巴胺：是最常用的血管收缩剂，具有兴奋α、β_1和多巴胺受体作用，其药理作用与剂量有关。小剂量〔＜10μg/（min·kg）〕时，主要是β_1和多巴胺受体作用，增强心肌收缩力和增加CO，并扩张肾和胃肠道等内脏器官血管；大剂量〔＞15μg/（min·kg）〕时则为α受体作用，增加外周血管阻力。抗休克时主要取其强心和扩张内脏血管的作用，宜采取小剂量。为提升血压，可将小剂量多巴胺与其他缩血管药物合用，而不增加多巴胺的剂量。

（4）多巴酚丁胺：对心肌的正性肌力作用较多巴胺强，能增加CO，降低PCWP，改善心泵功能。常用量为2.5～10μg/（kg·min）。小剂量有轻度缩血管作用。

（5）异丙肾上腺素：是能增强心肌收缩力和提高心率的β受体兴奋剂，0.1～0.2mg溶于100ml输液中。因对心肌有强大收缩作用和容易发生心律紊乱，不能用于心源性休克。

2. 血管扩张剂

常用药物有：

（1）α受体阻滞剂：包括酚妥拉明、酚苄明等，其中酚妥拉明作用快，持续时间短。酚苄明是一种α受体阻滞剂，兼有间接反射性兴奋β-受体的作用。

（2）抗胆碱能药：包括阿托品、山莨菪碱和东莨菪碱。临床上较多用于休克治疗的是山莨菪碱（人工合成品为654-2），可对抗乙酰胆碱所致平滑肌痉挛而使血管舒张，从而改善微循环。

（3）硝普钠：作用于血管平滑肌，能同时扩张小动脉和小静脉，但对心脏无直接作用。静脉用药后可降低前负荷。

3. 强心药

包括兴奋α和β肾上腺素能受体兼有强心功能的药物，如多巴胺和多巴酚丁胺等，其他还有强心苷如西地兰，可增强心肌收缩力，减慢心率。当在中心静脉压监测下，输液量已充分但动脉压仍低而其中心静脉压显示已达15cm H_2O以上时，可经静脉注射西地兰行快速洋地黄化（0.8mg/d），首次剂量0.4mg缓慢静脉注射，有效时可再给维持量。

休克时血管活性药物的选择应结合当时的主要病情，如休克早期主要病情与毛细血管前微血管痉挛有关；后期则与微静脉和小静脉痉挛有关。因此，应采用血管扩张剂配合扩容治疗。在扩容尚未完成时，如果有必要，也可适量使用血管收缩剂，但剂量不宜太大、时间不能太长，应抓紧时间扩容。

为了兼顾各重要脏器的灌注水平，常将血管收缩剂与扩张剂联合应用，例如：去甲肾上腺素0.1～0.5μg/（kg·min）和硝普钠1.0～10μg/（kg·min）联合静脉滴注，可增加心脏指数30%，减少外周阻力45%，使血压提高到10.7kPa（80mmHg）以上，尿量维持在40ml/h以上。

（六）治疗DIC，改善微循环

对诊断明确的DIC，可用肝素抗凝，一般1.0mg/kg，6小时一次，成人首次可用

10000U（1mg 相当于 125U 左右）。有时还使用抗纤溶药如氨甲苯酸、氨基己酸，抗血小板黏附和聚集的阿司匹林、潘生丁和低分子右旋糖酐。

（七）皮质类固醇和其他药物的应用

皮质类固醇可用于感染性休克和其他较严重的休克。其作用主要有：①阻断 α 受体兴奋作用，使血管扩张，降低外周血管阻力，改善微循环；②保护细胞内溶酶体，防止溶酶体破裂；③增强心肌收缩力，增加心排出量；④增进线粒体功能和防止白细胞凝集；⑤促进糖原异生，使乳酸转化为葡萄糖，减轻酸中毒。一般主张应用大剂量静脉滴注，一次滴完。为了防止多用皮质类固醇后可能产生的副作用，一般只用 1～2 次。

此外，休克时细胞线粒体内 ATP 合成明显下降、能量生成减少，细胞缺乏能量。外源性 ATP 能够通过正常骨骼肌细胞膜，尤以缺血、缺氧致细胞膜通透性增强时药物进入更容易。应用三磷腺苷－氯化镁（ATP－$MgCl_2$）疗法具有增加细胞内能量、恢复细胞膜钠－钾泵的作用及防治细胞肿胀和恢复细胞功能的效果。

其他类药物包括：①钙通道阻断剂：如维拉帕米、硝苯地平等，具有防止钙离子内流、保护细胞结构与功能的作用。②吗啡类拮抗剂：如纳络酮，可改善组织血液灌流和防止细胞功能失常。③氧自由基清除剂：如超氧化物歧化酶（SOD），能减轻缺血再灌注损伤中氧自由基对组织的破坏作用。④调节体内前列腺素（PGS）的药物：如输注前列环素（PGI_2）以改善微循环。

要点二　中医辨证论治

（一）中药辨证论治

1. 热伤气阴证

证候：患者神志淡漠，反应迟钝，身热汗出，口干喜饮，四肢逆冷，小便短赤，大便秘结；舌质红，苔黄少津，脉细数。

治则：益气固脱，清热解毒养阴。

方药：生脉饮加清热解毒养阴之品。

2. 热伤营血证

证候：精神恍惚，语声低微，唇甲紫绀，四肢厥冷，发斑出血；舌质暗紫有瘀点，脉数。

治则：气血两清，益气补阴。

方药：清营汤加减。

3. 阴厥证

证候：烦躁不安，汗出，唇舌干燥，口渴欲饮，唇甲灰白或紫暗，皮肤干皱，软弱无力，尿少或无尿；舌红少津，脉细无力。

治则：益气固脱，养血育阴。

方药：人参养营汤加减。

4. 寒厥证

证候：精神委靡，反应迟钝，大汗淋漓，身冷畏寒，口淡不渴，心悸胸闷，四肢厥冷，尿少或无尿；舌淡苔白，脉微欲绝。

治则：回阳救逆。

方药：四味回阳饮加减。

5. 厥逆证

证候：面色灰白，精神恍惚或神昏，汗出身冷，口燥咽干，肌肤干皱，四肢厥冷，尿少或无尿；舌淡光滑无苔，脉微欲绝。

治则：益气固脱，阴阳双补。

方药：保元汤合固阳汤加减。

6. 阴脱证

证候：大汗淋漓，烦躁不安，口燥咽干，皮干，静脉萎陷，尿少或无尿；舌质红而干，脉微细数。

治则：益气固脱，养血育阴。

方药：独参汤合四逆汤加减。

7. 阳脱证

证候：神志模糊，语声低微，冷汗大出，身凉畏冷，四肢不温，尿少或无尿；舌质淡白或淡暗，脉微欲绝。

治则：益气固脱。

方药：独参汤合四逆汤频服。

（二）针灸治疗

针刺人中、素髎有升血压、兴奋呼吸作用；刺内关有强心升压作用；灸神阙、关元、百会、足三里、涌泉穴可回阳救逆。

（三）中药注射液的应用

1. 参麦针注射液

10～40ml 加入 10% 葡萄糖注射液 20ml 静推，每隔 15～30 分钟静推 1 次，连续 3～5 次，待血压回升稳定后再以参麦针注射液 50～100ml 加入 5% 葡萄糖注射液 250ml 中静滴直至脱离休克状态。本法适用于气阴耗伤型。

2. 生脉注射液

用法用量同上。本法适用于真阴耗脱型。

3. 参附注射液

10～20ml 加入 10% 葡萄糖注射液 250ml 静滴，直至脱离休克状态。本法适用于阳气暴脱型。

4. 参芪扶正注射液

用于气虚阳脱的患者，可用参芪扶正注射液 250ml 静滴，病情好转可再次静滴 250ml。

5. 黄芪注射液

应用于各类休克的抢救，有良好的稳定血压的作用。

（张静喆）

第七单元　围手术期处理

细目一　手术前准备

要点一　一般准备

（一）尽快明确诊断

入院后应对病人的全身情况作全面评估，不仅是外科疾病本身，更要关心可能影响病人手术治疗及术后恢复的各种因素，包括：①心血管系统；②肺功能；③营养和代谢状态；④肝、肾功能；⑤内分泌功能；⑥血液系统；⑦免疫状态等。除了必要的实验室检查项目外，要注意全面地收集病史，对一些特殊检查更应严格选择。常规术前检查包括：①血常规检查：包括红细胞及血红蛋白、白细胞及其分类，必要时加作血小板计数及出凝血时间和凝血酶原时间；②尿常规检查：包括 pH 值、比重、尿糖、尿酮、蛋白等；③胸片；④肝肾功能：包括电解质、二氧化碳结合力、尿素氮和血糖等；⑤心电图检查；⑥呼吸功能测定。

（二）手术耐受力判断

手术耐受力可归纳为以下两类：

1. 耐受力良好者

指全身状况良好或较好，外科疾病局限或对全身只有轻微影响，重要脏器无器质性病变，或虽有早期部分器质性病变，但功能处于代偿状态。

2. 耐受力不良者

指全身情况较差或很差，外科疾病已经对全身造成明显影响，或重要脏器有器质性病变，功能处于失代偿状态，或属于高龄老年、低龄婴幼儿。对这些耐受力不良的患者需作积极和细致的术前准备。

（三）拟订手术方案，进行术前病例讨论

根据疾病性质，制订周密、完善的手术方案。包括施行手术的时间、拟施行手术的名称、麻醉的方式、参加手术的人员；并对手术中可能遭遇的困难、意外拟采取的相应措施等。对中等以上手术，手术组、病区或科室必须对拟定手术方案进行讨论。

（四）完成手术前与患者或其代理人的谈话、签字

施行任何手术事先都必须征得患者本人或其授权代理人的同意。手术前必须完成与病人或其代理人的谈话与签字。对重大手术或涉及重要脏器的切除等，常需向医院有关部门汇报、备案。

（五）术前准备与手术分类的关系

通常按手术时机可分为三类手术：

1. 急症手术

急症手术中又可分为紧急手术与一般急诊手术。前者如肝脾破裂出血、外伤性血管破裂、外伤性血气胸等，为了抢救病人的生命，必须在最短的时间内迅速手术，紧急情况下可由急诊直接送入手术室，在急诊室开始术前准备。后者如常见的肠梗阻、急性阑尾炎、胆囊炎、胆石症等，术前准备应根据病情而定，务必做到及时，突出重点，以免延误抢救病人生命，或延误急症手术时机。

2. 限期手术

对于诊断已明确的恶性肿瘤病人的根治术，以及已服用碘剂作术前准备的甲状腺功能亢进病人的双侧甲状腺大部分切除术等。手术时间一般可选择在入院后 2 周以内，不宜过久延迟，否则可能影响手术成功率和手术效果，它们的术前准备应抓紧时间，尽可能在较短时间内做好充分准备。

3. 择期手术

大多数的手术属于择期手术。手术的迟早并不影响治疗效果。如甲状腺腺瘤的手术、疝修补术、胃十二指肠溃疡手术、非急症的胆囊切除术等等。此类病人即使手术耐受力不良，但可经过一段时间细致、精心的准备，使原先的重要脏器功能得到改善，提高手术耐受力，提高手术安全性。

（六）术前一般准备措施

1. 心理准备

随着病人入院、手术、术后康复，各个阶段病人的心理反应重点不同，医务人员应根据病人不同的心理变化做好各个阶段的心理工作。包括：①入院后至手术前；②手术前至手术；③手术后至出院。

2. 生理准备

主要指维护生理状态的准备，使病人在较好的生理状态下安全渡过手术期。措施包括：

1. 适应性训练

大多数病人不习惯在床上大小便，需要在术前做卧床排尿、排便的训练；行颈部手术病人，术前应做颈后仰的训练，以适应大约 1 ~ 2 小时手术的后仰姿势；手术后病人因伤口疼痛不愿咳嗽、排便，应做针对性适应训练；对有吸烟习惯的病人，术前 2 周应停止吸烟，并做好口腔卫生。

2. 输血补液，改善全身营养及体液状态

施行大手术前，做好血型鉴定和交叉配血试验，备好一定量的全血；有水、电解质代谢及酸碱平衡失调和贫血者，术前尽可能加以纠正；术前营养不良的患者，需提供高热量、高维生素饮食，必要时可补充血浆或蛋白，以预防术后影响组织修复和创口愈合。

3. 预防感染

对因感染性疾病而行手术者，或术前有轻度感染的病人，术前与术中可给予适当的抗生素。对于切口接近感染区的手术、预计手术时间长的大手术以及血管手术，术前与术中

均提倡预防性应用抗生素。

4. 肠道准备

一般手术，手术前晚 8 时起禁食、禁水；对于胃肠道手术病人，则在术前 3 天开始作肠道准备，包括进半流质、服用肠道吸收抗生素及服用轻泻剂、术前晚及手术当日晨做清洁灌肠或结肠灌洗。

5. 皮肤准备

一般在术前一天，病人应洗澡、理发、修剪指甲、更换内衣，手术区皮肤剃毛，剃毛后要用消毒药液清洗皮肤。对于骨科手术或整形手术，则应在术前 3 天开始皮肤准备；拟做皮肤植皮者，应对取皮区进行消毒，并加以包扎保护。对于腹部手术还应清洗脐孔的污垢。

6. 其他准备

手术前晚上应酌情给予镇静剂，保证患者充分的休息。对所有准备工作进行全面检查，若有遗漏，则可抓紧补做。若行选择性手术，术前发现有体温升高、咳嗽、腹泻，手术区域发生感染的，女性患者月经来潮的应当推迟手术日期。送手术室前，病人应尽早排尽尿液，预防膀胱损伤和术后尿潴留。病人镶有活动义齿的，应取下，以免在麻醉或手术过程中脱落或咽下。

要点二　特殊准备

对手术耐受力不良的病人，或并存有重要脏器功能濒于失代偿或已失代偿的病人，除了做好上述一般准备工作外，还需根据病人的具体情况做好特殊准备，尤其对以下患者应做特殊准备，包括：

（一）高血压

病人血压维持在 160/100mmHg（21.3/13.3kPa）以下不必做特殊准备；对血压过高者，诱导麻醉和手术应激可能诱发脑出血意外和充血性心力衰竭等，术前应适当用降血压药物使血压稳定在一定水平，但并非要求血压降至正常才做手术。

（二）心脏病

心脏病人施行手术的死亡率是无心脏病者的 2～3 倍。心脏病的类型较多，其中非紫绀性先天性心脏病和风湿性心脏病如果心律正常又无心力衰竭者手术耐受力良好。而冠心病、房室传导阻滞、急性心肌炎患者手术耐受力较差，除了急症抢救手术，其他手术均应推迟。对有心力衰竭者除非急症手术，否则都必须病情控制后 3～4 周方可手术，并在术中严密监护心脏功能。急性心肌梗死患者，手术耐受力极差，6 个月内不宜施行择期手术，6 个月以上没有心绞痛发作，可在心电监护下施行手术。其他心脏病人的术前准备，应注意：①长期使用利尿药物或低钠饮食，水、电解质失调者，手术前需加纠正。②贫血病人携氧能力差，对心脏供氧有影响，术前应少量多次输血纠正。③心律失常者，如偶发的室外期外收缩，一般不必特别处理；如有房颤伴心室率 100 次/分以上者，用西地兰或口服心得安，尽可能使心率控制在正常范围。老年冠心病、心动过缓、心室率在 50 次/分以下者，术前可皮下注射阿托品以增加心率。

（三）糖尿病

糖尿病的发病率很高，许多手术病人伴有糖尿病，这些病人手术耐受力差，并易并发化脓性感染，影响切口愈合，并可发生酮症酸中毒和昏迷。术前、术中和术后都应使用适当的抗生素。施行大手术者，要求血糖稳定在9mmol/L左右，尿糖（－）；术前一般停用口服降糖药或长效胰岛素，改用正规胰岛素，皮下注射每4小时一次。手术应当在当日尽早施行，以缩短手术前禁食时间，避免发生酮症酸中毒。如估计手术时间较长，可在输液中加胰岛素，按5:1给予胰岛素。

（四）呼吸功能障碍

呼吸功能不全的主要表现是稍作运动即发生呼吸困难。哮喘和肺气肿是两大常见严重慢性病，均属于阻塞性肺换气功能不足。凡是呼吸功能不全者，术前都应做血气分析和肺功能检查。

对呼吸功能障碍者，手术前准备包括：①术前2周停止吸烟；②鼓励病人练习深呼吸和咳嗽；③应用麻黄素、氨茶碱等支气管扩张剂以及异丙肾上腺素雾化吸入等；④术前3～5天，使用抗生素；⑤经常哮喘发作者，口服地塞米松，以减轻气管黏膜水肿；⑥麻醉前用药量要少，以避免呼吸抑制和咯痰困难。

（五）肝脏疾病

常见的是肝炎和肝硬化。凡是肝损害病人，术前都应做各项肝功能检查。

肝轻度损害者，不影响手术耐受力；肝损害较严重或濒于失代偿者，手术耐受力显著下降，须经长时间严格准备，方可行择期手术；肝损害重度者，表现有明显营养不良、腹水或黄疸，一般不宜行任何手术。急性肝炎病人，除抢救手术外，不宜施行手术。由于大多数肝损害病人经过保肝治疗后，多能得到明显改善，可待肝功能恢复或改善后再行择期手术。

（六）肾脏疾病

肾脏疾病者，均应进行肾功能检查。肾功能损害的程度可以根据24小时内生肌酐清除率和血尿素测定结果判断。肾功能损害程度越重，手术耐受力也越差。对轻、中度肾功损害者，经过适当的内科处理，都能较好地接受手术；对重度损害者，经过有效的透析疗法的处理，仍然能比较安全地耐受手术。

（七）肾上腺皮质功能不全

除慢性肾上腺皮质功能不全者外，凡是以往6～12个月内曾经应用激素治疗超过1～2周或正在接受激素治疗者，肾上腺皮质功能就可能受到不同程度的抑制，被视作肾上腺皮质功能不全。可从术前2天开始给予适量的激素，以提高对手术的耐受力。

细目二　手术后处理

要点一　一般监测

1. 心电监测

任何术前有心功能不全的病人，术后都应用床旁心电监测仪做连续 24 小时的监测。警惕任何心率、心律或传导的异常。病情稳定后可改用间歇性的监测与记录。对于监测中出现的心率、心律、传导失常及可能发生的心肌缺血、心梗以及心搏骤停应立即诊断并采取紧急治疗措施。

2. 动、静脉压监测

如术中已做直接动脉插管行动脉压测定，术后可继续用以监测。病情稳定后改用间接测压法，其他病人可用间接测压法。有心肺疾患或有心肌梗死的病人应予无创或有创中心静脉压、肺动脉楔压检测。

3. 呼吸功能监测

包括呼吸监测、呼吸机使用与血气分析三项。

4. 肾功能监测

包括尿量、比重与 pH 值的测定以及血液肌酐和尿素氮的测定。

5. 体温监测

术后 3～5 天内体温高视为术后反应。体温正常后复升高，则提示有感染或其他不良反应存在。对此应抓紧查明原因，对症处理。

要点二　术后止痛

1. 镇痛泵止痛

它可以持续均匀地将镇痛药注入静脉，常得到较为满意的止痛效果而无严重的副作用。

2. 镇痛剂止痛

此类镇痛药用吗啡、哌替啶、芬太尼等等，若无禁忌，可间隔 6～8 小时给药。短期应用镇痛药可不必顾虑成瘾的危险性。

3. 神经阻滞止痛

尤其适合呼吸功能不全患者。局部给药止痛是指用长效局麻药作局部浸润、疼痛点靶区封闭、肢体套式封闭及肾周或骶前封闭等。

4. 椎管内给药

目前大多从硬膜外间隙给药。它具有镇痛效果好、持续时间长、给药剂量小的优点。术后留置硬膜外导管以便连续注药，可消除术后疼痛。但采取硬膜外注射小剂量阿片类药，易发生尿潴留、皮肤瘙痒、严重时可发生延迟性呼吸抑制等后果，因此应选择性用椎

管内给药镇痛。

要点三　恶心呕吐处理

1. 原因

是麻醉反应，麻醉作用消失后即可停止。但不能忽视其他原因。腹部手术后反复呕吐，有可能是急性胃扩张或肠梗阻。

2. 处理

予以持续胃肠减压，并可辅以止吐药。

要点四　腹胀处理

1. 原因

一般是胃肠功能受抑制，腹腔内积气积液过多所致。随着手术创伤反应的消失，胃肠道蠕动恢复，肛门排气后可自行缓解。如手术后数日仍未排气，并有腹胀，肠鸣音消失，则可能是腹膜炎或其他原因所致的肠麻痹、肠梗阻等，需及时处理。

2. 处理

持续胃肠减压，放置肛管，高渗液低压灌肠等；有时尚需手术。

要点五　呃逆处理

1. 原因

术后发生呃逆并不少见，多为暂时性，但少数可为顽固性。呃逆的原因可能是神经中枢或膈肌直接受刺激而引起。

2. 处理

术后早期发生呃逆可采用压迫眶上缘，短时间吸入二氧化碳，抽吸胃内积气、积液，给予安眠药或镇静药或解痉剂，针刺内关、足三里、天突、鸠尾等穴位。上腹部手术后发生顽固性呃逆，应警惕吻合口或十二指肠残端瘘导致膈下感染所致；对顽固性呃逆可用利他林静脉滴注或采用颈部膈神经封闭。

要点六　常用导管的处理

1. 鼻胃管

施行腹部手术前应插置鼻胃管，以减轻由于手术、麻醉、术后胃肠运动抑制所引起的胃肠胀气，以便于暴露手术野，利于手术操作，并增加手术安全性。术后应保持胃管通畅，促使术后胃肠蠕动的恢复。除引流作用外，留置胃管后，通过观察引流液的质和量，可早期发现吻合口出血、急性胃黏膜病变等。引流量的多少也是补充水、电解质的依据之一。若考虑到较长时间放置胃管，有人提倡以胃造口插管替代鼻胃管。

2. 导尿管

泌尿系手术及其他大中型手术和下腹部手术应在术前留置导尿管，其作用为：

（1）便于术中暴露手术野，利于手术操作；

（2）术中观察尿量以监测肾功能，并可反映全身微循环灌注状况；

（3）观察有无血尿，了解判断有无输尿管、膀胱损伤。长期留置导尿管者，每日用消毒液清洗尿道口及导管下端，并用0.02%呋喃西林液冲洗膀胱并每周更换导尿管，以保持导尿管通畅。对留置时间较长者或永久性导尿者，可采用耻骨上膀胱穿刺。在拔管前先行夹管，观察病人能自行排尿，即可拔除。

3. 胸腔闭式引流管

带有胸腔闭式引流管的病人，在术后取半卧位，使引流管保持低位引流；所连接的水封瓶或引流袋一般置放在病人胸部以下60～100cm处，绝对不能高于病人胸部。每天更换引流袋（瓶），注意无菌操作，防止引流管脱落和拔出，因此固定应可靠。定时观察引流液的质与量。一般在置管48小时后水封瓶（袋）内无气泡、液体的排出，无呼吸困难，X线胸片等检查证实肺已完全膨出，胸腔无积液时可考虑拔管。

4. 气管导管

通气导管的主要用途是保持上呼吸道通畅，主要用于昏迷或全身麻醉未清醒的病人，一般有咽导管和鼻咽导管两种。如为气管切开的，对气管造口套管要着重保持导管处于通畅状态，在无菌操作基础上，及时清除导管内及呼吸道的痰液，并定期清洗内套管，尤其是气管切开早期，套管脱出气管将会造成窒息、心跳骤停的严重后果，须引起医务人员的高度重视。

5. 腹腔引流管

引流可分为被动引流与主动引流两类。目的可分为治疗性与预防性两种。橡皮片、“烟卷”、纱布条与普通橡胶管引流均属于被动引流，当引流部位的液体积蓄至一定量、产生一定压力时，才能被动引流出来，适用于引流量少、液体易流出的体位，一般放置2～4天。双套管负压引流属于主动引流，效果好，多应用于腹部手术后，适用于引流量较多，需要较长时间持续吸引的伤口以及胃肠道瘘等。至于三腔导管，第三根导管用于液体冲洗，临床应用效果好。

6. 各种造口管

临床常用的有胃、空肠造口管，“T”管，膀胱、输尿管导管等，主要用于引流腔内物，以达到减压目的。对这些造口管，术后均应连接引流袋（瓶），并妥善固定，防止导管脱出；保持导管通畅，保持导管周围皮肤干燥、清洁，观察并记录引流物的量与性质。

7. 静脉导管

经过静脉导管可以输血、输入液体或营养液，也可用作测定中心静脉压，但是长期置管及应用肠外营养可产生一些并发症，如血胸、气胸，大血管、神经损伤，静脉炎，静脉血栓、气栓以及导管炎症、发热等。应严格护理静脉导管，保持管腔通畅，定时以肝素冲洗，导管的连接点应妥善固定，使其不致漏气或脱落。

细目三　手术后常见并发症

要点一　术后大出血或弥散性血管内凝血

1. 病因

手术后早期出血的原因有：

（1）血管结扎不牢固，术后结扎线脱落；

（2）手术创面大，止血不完善，术后发生较大面积渗血；

（3）手术中小动脉破裂，处于痉挛状态，术后血管逐渐扩张，造成出血；

（4）术前病人存在潜在的凝血障碍或出血因素，术后发生明显的渗血、出血。

术后 24 ~ 48 小时的出血常是由于结扎线远端组织坏死，结扎线脱落，或者由手术中炎症组织水肿，术后消退，血管结扎线松弛脱落所致；另一种可能是血管原已栓塞，尔后脱落，大多发生在胃肠吻合口部位。

2. 诊断

主要根据术后创面或引流管发现活动性出血、可能伴有全身的失血表现。弥散性血管内凝血（简称 DIC）大多发生在术后数小时至 2 天以内。病情凶险，进展迅猛，临床可见呼吸困难、紫绀及中重度休克症状，严重者可以发生血尿、昏迷、抽搐以及低凝与溶血表现。

3. 治疗原则

一旦发生术后大出血，应尽快补液、输血，补充血容量，提高病人血压，改善病人全身情况。若估计出血量不大，可先采用非手术治疗；但估计出血量较大，且多数为动力性出血时，应果断地再次进行手术止血。治疗 DIC 的首选药物肝素，一般需用药 3 ~ 7 天。需用抗生素控制感染、纠正代谢性酸中毒和缺氧、抗休克治疗以改善脏器血流灌注等综合治疗。

要点二　呼吸系统并发症

（一）急性肺水肿

1. 病因

发病原因包括：

（1）心源性因素。

（2）输入液体负荷过重。

（3）呼吸道梗阻。

（4）其他，如术后因呕吐或胃内容物反流，引起吸入性肺炎；低蛋白血症时血浆胶体渗透压下降；脑干部手术导致神经源性肺水肿等。

2. 诊断

可根据临床表现、肺部听诊和胸部 X 线检查综合而定。

3. 治疗原则

除了针对原发疾病外，还须根据发病机理积极纠正病理生理改变，包括：

（1）纠正低氧血症；

（2）快速利尿；

（3）降低循环前、后负荷，一般选用血管平滑肌扩张药物；

（4）增强心肌收缩力药物的应用。

（二）成人呼吸窘迫综合征（ARDS）

1. 病因

发生 ARDS 的原因可归纳为两大类：

（1）肺直接受损害；

（2）肺间质受损害，常发生于创伤及大手术后。

2. 诊断

临床表现进行性呼吸困难、低氧血症、肺顺应性降低，X 线片显示弥漫性间质性肺水肿。诊断标准：

（1）有明确的创伤病因；

（2）呼吸窘迫，并已除外急、慢性肺部疾患和左心衰竭；

（3）有确切的实验室检查指标，即使吸入 60% O_2，PaO_2 仍低于 50mmHg（6.7kPa）以下；

（4）胸片显示间质性（早期）或肺泡性（晚期）肺水肿；

（5）肺的顺应性 $<50ml/cmH_2O$；

（6）无效腔量/潮气量值（VD/VT）增高；

（7）PaO_2 持久低落，伴有进行性缺氧。

3. 治疗原则

包括：

（1）积极治疗和控制感染性疾病；

（2）积极纠正缺氧，必要时用机械通气，并作血气监测；

（3）维持循环稳定，密切监测血压和中心静脉压；

（4）尽快消除肺间质水肿，输液量应控制在 2000ml/d 左右。

（5）早期大量肾上腺皮质激素的应用，以防止溶酶体的破坏，减少肺损伤介质的产生，减少中性粒细胞聚集以防止肺的纤维化；

（6）其他：可用利尿剂以减轻水肿；用白蛋白可提高血浆胶体渗透压；肝素有抗凝作用，并可清除血中脂肪，对脂肪栓塞引起的 ARDS 有利；应用支气管扩张药可使气道阻力降低；尿激酶的应用可抑制肺的纤维化等。

（三）呼吸功能衰竭

1. 病因

主要是由于局部和总通气不足或由于肺不张、间质肺水肿、肺栓塞或支气管阻塞等所

引起。

2. 诊断

主要依据临床呼吸困难表现、胸部影像学检查和血气分析。

3. 治疗原则

主要在于恢复和维持功能残气量。鼓励病人深呼吸、咳痰，应用化痰药物、气雾剂吸入药物以及体位引流和支气管扩张药等。对呼吸系统有感染者应用抗生素，并纠正心力衰竭，纠正水、电解质及酸碱平衡失调。

（四）肺栓塞

1. 病因

栓子的来源主要是下肢深静脉的血栓。

2. 诊断

根据肺栓塞的临床表现主要是：三大症状，呼吸困难、胸痛和咳嗽、咯血。三大体征，肺部音、肺动脉瓣区第二心音亢进和奔马律。结合以下检查，以明确诊断：①血气分析；②生化测定；③心电图检查；④胸部 X 线检查；⑤肺动脉造影。

3. 治疗原则

包括抗凝、溶栓、手术取栓和导管吸栓等，只有对大型栓塞且又有休克时才考虑在体外循环下切开肺动脉取栓。

（五）肺不张和肺炎并发症

1. 病因

容易发生在长期吸烟、高龄及有急、慢性呼吸道感染的病人。

2. 诊断

主要根据术后出现相应的肺不张和肺炎临床表现以及胸部 X 线检查发现。

3. 治疗原则

最基本的方法是鼓励并协助患者咳嗽排痰，同时使用足量、有效的抗生素。严重痰阻时，可考虑做气管切开吸痰。

要点三　循环系统并发症

主要有心搏骤停、心律失常、高血压并发症。

1. 病因

常见因素为：

（1）呼吸道梗阻；

（2）呼吸抑制；

（3）水、电解质紊乱；

（4）心脏疾病；

（5）术后严重的渗血和大出血。

2. 诊断

主要依据术后血压和心率的动态监测结果。

3. 治疗原则

心搏骤停一旦发生应即时进行复苏处理。

心律失常应对症治疗。频发室性早搏或室性心动过速者可用利多卡因静脉滴注；心房颤动或心房扑动致心室率过快者可用洋地黄药物，控制心率在 80 次/分左右；对重度房室传导阻滞者可先用阿托品或异丙肾上腺素提高心室率。

高血压患者如需急诊手术，则可用硝普钠静脉滴注，直接作用于血管平滑肌，使血管扩张。也可用硝酸甘油滴鼻或含化，应用镇静剂，加强监测。

要点四　急性肝功能衰竭

（一）病因

常因创伤、手术、休克、感染所引起的肝细胞大量坏死和肝功能严重损害。

（二）诊断

临床表现有黄疸、神志改变，甚至肝昏迷。结合肝功能检查结果。

（三）治疗原则

（1）一般处理：包括补充足够热量和维生素以及辅酶 A 和 ATP 等；补充大量液体，以维持血容量和足够的尿量，尤其是注意纠正低钾血症。输新鲜全血、血浆、白蛋白以补充多种凝血因子，并纠正低蛋白血症。

（2）针对肝昏迷的治疗：包括针对氨中毒的治疗和针对氨基酸代谢紊乱的治疗以及针对假神经递质的治疗。

（3）控制感染：选用抗生素时应避免肝毒性较大的药物。

（4）积极防治其他脏器功能衰竭。

（5）对出血倾向的处理与抗凝治疗。

（6）保肝、护肝治疗。

要点五　急性肾功能衰竭

1. 病因

麻醉、手术创伤、术中出血、持续低血压以及原有的心、肾功能障碍等均可在术后引发急性肾功能衰竭。

2. 诊断

诊断急性肾功能衰竭并不难，每小时尿量低于 17ml 或 24 小时内尿量少于 400ml，低血压经抗休克治疗，补充血容量后 3 小时，尿量每小时仍低于 17ml 或 24 小时内仍少于 400ml，即考虑诊断成立。

3. 治疗原则

一旦发生急性肾功能衰竭，尤其是少尿期，应严格限制摄入液体量，并注意液体输入

的速度；对存在的高钾血症即氮质血症根据具体情况可选择血液和腹膜透析治疗；多尿期开始后常因大量水和电解质的丢失出现一系列的并发症，尤其是低血钾和脱水，严格调节补液量和电解质十分必要。

要点六　应激性溃疡

1. 病因

大手术和严重疾病的应激情况下，特别是并发休克、感染和多器官功能衰竭时。

2. 诊断

本病最突出的症状是无痛性上消化道出血，表现为呕血和黑便。胃镜检查不但可明确诊断，而且可查明出血的部位和范围。

3. 治疗原则

大部分病人适合非手术治疗，治疗原则是：

（1）病因治疗，补充血容量，控制感染。

（2）置胃管，以冰盐水加去甲肾上腺素液灌注或局部灌注凝血药。

（3）全身或局部应用抗酸剂。

（4）输血和止血药物的应用。

（5）胃镜检查或经胃镜治疗。约有 10% ~20% 的病人需要手术治疗，手术方式应根据出血部位等情况而定。

要点七　切口并发症

（一）切口裂开

1. 病因

主要原因有病人营养不良，组织愈合能力差；术后呃逆、呕吐、咳嗽以及用力排便等使腹内压突然升高；长期激素治疗以及化疗、放疗等妨碍组织修复；以及手术中缝合不当，以及术后切口感染、拆线过早等。

2. 诊断

切口裂开大多发生在术后 5 ~7 天，按裂开程度可分为部分裂开与完全裂开。部分裂开又可分为内部裂开（腹膜肌层裂开而皮肤完好，日后发展为切口疝）与外层裂开；完全裂开又称全层裂开。

3. 治疗原则

对部分裂开者可以采用敷料及绷带包扎、胶布固定等方法。对于全层裂开者要立即用无菌敷料包括无菌容器覆盖伤口，并即刻送手术室，在无菌条件下全层间断缝合。术后以腹带加压包扎伤口，并增加营养供应，防治感染，再次拆线时间应适度延迟数日。

（二）切口感染

1. 病因

病人的全身营养状况差、有代谢障碍疾病、术中无菌技术不严，止血不彻底，缝合组

织留残腔，缝线选择不适当，线结留得过长等。

2. 诊断

切口感染是常见的术后并发症，表现为术后伤口疼痛，或一度减轻后再次加重或局部化脓性改变；体温一度下降，又呈上升趋势，呈“V”形上升。

3. 治疗原则

对早期的切口感染，除使用抗生素外，还可选用70%酒精或0.1%利凡诺覆盖伤口，也可做局部理疗等。对于切口深部的感染，适时扩大切口，清除坏死组织及异物，敞开引流。

要点八　泌尿系感染

1. 病因

尿潴留大多数是由于麻醉、术后应用镇痛药、术后疼痛、卧床后排尿姿势的改变以致无力排尿，以及原有潜在的前列腺增生以及直肠癌行腹会阴联合手术后等所引起。尿路感染的诱因主要是尿潴留、留置导尿管等。

2. 诊断

术后出现尿潴留和尿路感染征象，结合尿常规和超声检查等即可确诊。

3. 治疗原则

对于尿潴留者应留置导尿，或直接作耻骨上膀胱穿刺导尿。预防和治疗泌尿系感染的关键在于防止和及时处理尿潴留，并选择有效的抗生素。

细目四　中医中药在围手术期的应用

要点一　“通里攻下”法在肠道准备中的应用

结肠、直肠癌术前必须作好肠道准备。“通里攻下”类中药具有明显增加胃肠道推进性运动、荡涤肠胃或推陈出新的作用。

常用药物有单味大黄制剂、番泻叶浸泡液、巴黄丸、三物备急散等。

要点二　危重病人术前的中医辨证论治

危重症抢救的术前准备最常用的中医治则主要有：

1. 清营救逆法

多用于各种外科感染疾病所致之中毒性休克，中医辨证属于毒热内陷、燔灼逆厥之证。方用清营汤加减。

2. 升阳救逆法

适用于创伤性休克和过敏性休克，中医辨证属于神陷气脱，心脾逆乱之证。方用独参汤加味。

3. 益气救阴法

适用于中毒性休克中的高排低阻型休克、脱水或出血性休克，中医辨证属于热甚耗

津，气虚亡阴。方用生脉散加减。

4. 回阳固脱法

适用于中毒性休克中的低排高阻型休克、心源性休克，中医辨证为元气大伤，阴损亡阳。基本方为参附汤。

5. 休克病人的针刺治疗

主穴：素髎、内关；配穴：人中、中冲、涌泉、足三里。

6. 解毒通脏法

尤其适合急性梗阻性化脓性胆管炎和出血性胰腺炎合并休克病人的围手术期处理。

（张静喆）

第八单元　重症救治与监测

细目一　心肺脑复苏

要点一　心跳骤停的诊断

诊断根据以下征象：①意识突然消失，呼之不应；②大动脉搏动消失，颈动脉或股动脉搏动摸不到，血压测不到，心音听不到；③自主呼吸停止；（4）瞳孔散大，对光反射消失；⑤突然出现皮肤、黏膜苍白，手术视野出血突然停止或大血管搏动消失。

要点二　心肺脑复苏的基本过程

概括分为3个阶段共9个步骤：

1. 基础生命支持阶段

亦称初期复苏，是呼吸、心跳骤停时的现场急救措施，主要任务是建立人工呼吸和循环以迅速有效地恢复生命器官（特别是心脏和脑）血液灌流和供氧。措施为：A（airway）指保持呼吸道通畅；B（breathing）指进行有效的人工呼吸；C（circulation）指建立有效的人工循环。

2. 进一步生命支持

又称后续复苏，是初期复苏的延续，其目的是通过更为有效的呼吸和循环支持，争取心脏恢复搏动，自主呼吸恢复，保持循环和呼吸功能稳定，为脑功能的恢复创造基础。采取的步骤为：D（drugs）药物治疗；E（ECG）心电监测及其他监测；F（fibrillation）处理心室颤动。

3. 延续生命支持

也称复苏后处理，步骤包括；G（gauge）病情判断；H（human mentation）神志恢复；I（intensive care）重症监护治疗。

要点三　心肺脑复苏的治疗

（一）心肺复苏治疗

1. 初期复苏

（1）开放气道：施行人工通气的前提条件是开放呼吸通道并维持其通畅。

1）清除呼吸道异物或分泌物：方法包括：①手指取异物；②背部拍击法；③推压法；④器械取物。

2）处理舌后坠：①仰头托下颌；②仰头抬颌。

3）维持呼吸道通畅：应尽可能使用口咽导气管、喉罩、气管内插管等特殊的器械保持气道通畅。

（2）人工通气：人工通气法大致可分两类：一类是无需借助器械或仪器的徒手人工呼吸法，其中以口对口（鼻）人工呼吸最适合于现场复苏。另一类是利用器械或特殊呼吸装置的机械通气法，主要用于医院内和后期复苏。

1）口对口人工呼吸；

2）口对鼻吹气；

3）简易人工呼吸器。

（3）建立人工循环：人工循环建立的迟早与效果对患者预后有重要影响。主要方法是按压心脏，维持心脏的充盈和搏动，有效时可诱发心脏的自律搏动。

1）胸外心脏按压（ECC）：

①方法：患者仰卧在硬板上或将患者移至地面；按压部位位于胸骨中、下1/3交界处，手掌与患者胸骨纵轴平行以避免直接按压肋骨，另一手平行按在该手背上；垂直下压的力使胸骨下降3～5cm，然后立即放松，使胸骨自行回复原位，按压与放松的时间比为1∶1，按压频率一般成人为80～100次/分。正确的胸外按压可产生相当可靠的效果，动脉压可达10.7～13.1kPa（80～100mmHg），可以防止脑细胞的不可逆性损害。

②注意与人工呼吸配合：单人CPR：每按压15次，做口对口人工呼吸2次（15∶2），频率为80～100次/分。双人CPR：一人作胸外按压，另一人做口对口（鼻）人工呼吸并监测颈动脉搏动，胸外按压与人工呼吸的次数比为5∶1。

③胸外按压有效的指征：a. 能触摸到颈动脉及其他大动脉搏动；b. 可测到血压；c. 皮肤、口唇颜色转为红润；d. 自主呼吸恢复；e. 瞳孔逐渐缩小；f. 眼睑反射恢复；g. 下颌、四肢肌张力恢复。

④胸外按压常见的并发症：a. 肋骨骨折、胸骨骨折以及由此损伤内脏致肝破裂、脾破裂、气胸、心包积血等。b. 胃内容物反流和误吸。

还可采用心前区叩击法，此法简便易行快捷，在现场可首先试用。

2）胸内按压术（OCC）：指开胸后直接用手挤压心脏，重建血液循环。主要适于以下情况：①胸廓严重畸形或伴心脏移位者；②胸外伤引起的肋骨骨折、胸部穿透伤、胸部挤压伤、张力性气胸、心包填塞等；③ECC持续10分钟而CPR效果不佳；④术中发生心跳骤停，特别是已开胸者。

2. 后续复苏

后续复苏（ALS）是初期复苏的延续。

（1）进一步呼吸支持：

1）确保气道通畅：①气管插管：能真正做到长时间呼吸支持及防止反流误吸。其作用还有：a. 建立开放的通气道；b. 预防误吸，并可作气管内吸引；c. 可给予高浓度氧；d. 可长时间地实施人工通气；e. 提供给药途径；f. 气管内导管留置的时间不宜超过 48 ~ 72 小时。②气管切开：是创伤性开放气道的方法，在上呼吸道阻塞无法解除或气管内插管已达 72 小时以及气管内、支气管内分泌物不能排出时可考虑采用。

2）机械通气和氧疗：应尽早使用机械通气以提高通气效率，改善缺氧和二碳蓄积，同时吸入高浓度氧。常用方法为：①简易呼吸器：可用于无氧情况的现场救护，也可接上输氧管给高浓度氧。②呼吸机：适用于较长时间的人工呼吸。③吸氧：以纯氧进行通气。可以提高动脉血的氧张力和血红蛋白的氧饱和度，改善组织的缺氧，是 CPR 后续复苏过程中必不可少的治疗方法。

（2）药物治疗：

1）给药途径：CPR 过程中给药途径有 3 种，即静脉通路、气管内给药和心内注射。

2）常用药物：借助药物治疗以激发心脏复跳，增加心肌收缩力；提高血压，增加心脏和脑血流量；降低除颤阈值，抑制心室异位节律，防止室颤复发；纠正酸碱、电解质失衡；防治脑水肿及减轻脑细胞损害。药物主要有：①肾上腺素；②多巴胺；③阿托品；④利多卡因；⑤钙剂；⑥碳酸氢钠；⑦肾上腺皮质激素；⑧其他。

（3）监测：最基本的监测项目包括触摸大动脉、观察皮肤黏膜色泽、毛细血管充盈时间、瞳孔大小、对光反应、脉率、血压、ECG、心音、呼吸音、CVP、Swan – Ganz 漂浮导管、留置导尿等。

（4）电除颤：心室颤动可分为细颤和粗颤。细颤时电击除颤鲜有成功者。必须设法将细颤转变为粗颤。一般情况下注射肾上腺素多能使细颤转为粗颤。电除颤可分为直流电除颤和交流电除颤两种。

1）胸外直流电除颤：在心电图监视下突发的心室颤动应在 30 秒至 2 分钟内行胸外电除颤。心室颤动宜先行 CPR 中的 A、B、C 步骤至少 2 分钟，使心肌氧合良好后再行电除颤。

2）胸内直流电除颤：已开胸的患者可直接行胸内电除颤。

3）影响电除颤的因素：直流电除颤成功与否与其他影响心肌状态的因素密切相关。①心室颤动时间；②心肌状况；③电解质；④药物；⑤电极板的位置。

（5）人工心脏起搏：是以人工电刺激去激发心肌收缩，是治疗严重心动过缓、房室传导阻滞的重要手段。仅用于已知患者既往存在完全型房室传导阻滞或复苏后心跳已恢复但难以维持心率者。

3. 复苏后处理

（1）维护循环功能：①纠正低血压；②处理高血压；③处理心律失常；④留置导尿管观察尿量，尿液分析。

（2）维持呼吸功能：①保持呼吸道通畅；②呼吸恢复延迟的处理；③呼吸系统并发

症；④机械通气。

（3）保护肾功能。

（4）防治多器官功能衰竭。

（二）脑复苏的治疗

1. 低温 - 脱水疗法

其实施要点为：

（1）及早降温，6 小时内逐渐降至预定水平。

（2）足够降温，使头温逐渐降至 28℃，其他部位温度降至 28℃ ~30℃。

（3）降温到底，以恢复听觉为“底”。

（4）及早进行脱水疗法，使脑脊液压力降低在正常水平以下。

2. 高压氧治疗

可使 PaO_2、血氧含量和氧弥散力明显升高，同时也使脑血管收缩、脑积液容积和脑血流量减少，从而减轻脑水肿。

3. 巴比妥类药物治疗

抑制脑代谢，控制抽搐，防止颅内压增高，目前仅用于抗惊厥。

4. 钙离子拮抗药治疗

针对 Ca^{2+} 超载在再灌注损伤中致病影响，可选尼莫地平、利多氟嗪作为综合治疗。

5. 其他药物治疗

皮质激素、自由基清除剂、催醒药、脑细胞营养药。

细目二　急性肾功能衰竭的主要临床表现

要点一　发病机理

（一）病因

1. 肾前性肾功能衰竭

较常见的因素有：

（1）有效血容量减少。

（2）心脏及血管疾患。

（3）肾血管阻力增加。

2. 肾性肾功能衰竭

病因可分为急性肾小管坏死、各型急性肾小球肾炎及血管炎、急性间质性肾炎、急性肾实质坏死、肾血管病变等五类。

3. 肾后性肾功能衰竭

系由肾脏以下尿路梗阻性病变所致肾功能衰竭。可分为机械性梗阻及功能性梗阻。

4. 去肾性氮质血症

由于某些原因使先天性或获得性孤独肾功能丧失或手术切除术后出现。

（二）发病机制

肾血管收缩缺血和肾小管上皮细胞变性坏死两者可能是其主要的发病机制。

（1）各种因素引起的有效循环血量不足使肾脏处于低灌流状态，交感神经系统兴奋使肾素－血管紧张素分泌增加，肾血管收缩（肾小球输入小动脉收缩、输出小动脉舒张），从而使肾小球毛细血管静水压降低，肾小球滤过率明显降低，尿量减少。

（2）肾灌流不足，导致肾小管上皮细胞损伤，使滤过液在肾小管内回吸收增加，尿量减少。

（3）尿路梗阻引起肾盂积水、肾间质压力增高、尿液形成减少，同时因梗阻致反射性肾血管收缩，肾发生缺血性损害，同时梗阻常伴有感染，加重肾功能衰竭。

要点二　分型

1. 急性少尿或无尿型

少尿（指成人24小时总尿量少于400ml，或每小时尿量少于17ml），无尿（指24小时尿量少于100ml），含氮的代谢废物排出急剧减少，迅速出现氮质血症，水、电解质和酸碱平衡紊乱，并由此发生一系列的循环、呼吸、神经、消化、内分泌代谢等功能变化的临床综合征，称为急性肾功能衰竭。

2. 非少尿型

部分病例表现为尿量正常或较多，24小时尿量超过800ml，血尿素氮、肌酐呈进行性增高，称为非少尿型急性肾功能衰竭。

要点三　主要临床表现

1. 少尿早期

主要为原发病表现和少尿。

2. 少尿期

指24小时尿量少于400ml或每小时尿量少于17ml；24小时尿量少于100ml则称为无尿。约20%～30%的病例每日尿量大于800ml，即非少尿型肾衰，高血钾及酸中毒较轻，预后较好。

主要临床表现为：

（1）水中毒；

（2）电解质紊乱（高钾血症、高血镁、低钠血症、低氯血症、高磷血症和低钙血症）；

（3）代谢性酸中毒；

（4）氮质血症。

3. 多尿期

尿量增多是多尿期的重要标志。尿量达到400ml/24h以上，即可认为多尿期的开始，

一般尿量逐日增多，多尿期历时约 14 天。

多尿期尿量增加有 3 种形式：

（1）突然增加：常在少尿或无尿 4 ~ 7 天后，尿量突然增加到 1500ml，一般每日可达到 3000ml 以上。

（2）逐步增加：多于 7 ~ 14 天开始多尿，尿量每日可增加 200 ~ 500ml。

（3）缓慢增加：尿量逐步增加至 500 ~ 700ml 时又停滞不增，如过一段时间尿量仍不增加，则表示肾脏有难以恢复的损害，预后不良。

严重感染是多尿期患者的主要死亡原因。

4. 恢复期

因经过少尿期及多尿期后，体力消耗大，故出现消瘦、易疲劳、肌肉软弱无力等，有时还有周围神经炎的表现。患者常需 3 ~ 6 个月方能恢复，少尿期越长则损伤越严重。此期尚有部分患者并发高血压、肾盂肾炎，有的可发展为慢性肾功能衰竭。

（张静喆）

第九单元　疼痛与治疗

要点一　疼痛的分类

（一）按疼痛的程度分类

1. 轻度疼痛

程度很轻或仅有隐痛。

2. 中度疼痛

较剧烈，如切割痛或烧灼感。

3. 剧烈疼痛

难以忍受，如绞痛。

（二）按疼痛的病程长短分类

1. 急性疼痛

如创伤、手术、急性炎症、脏器穿孔等时发生的即刻疼痛。

2. 慢性疼痛

如慢性腰腿痛、晚期癌症痛等。

（三）按疼痛的深浅部位分类

1. 浅表痛

位于体表皮肤或黏膜，性质多为锐痛，比较局限，定位明确。

2. 深部痛

内脏、肌腱、关节、韧带、骨膜等部位的疼痛，性质一般为钝痛，不局限，病人常只

能笼统地说明疼痛部位。

（四）按疼痛在躯体的解剖部位分类

分为头痛、颌面痛、颈项痛、肩周痛、上肢痛、胸痛、腹痛、腰背痛、盆腔痛、下肢痛、肛门痛、会阴痛等。

要点二　疼痛的评估

疼痛的程度很难找到客观指标来衡量，基本上是靠患者的主观感觉认识来决定，所以病人善于描述自身疼痛的前后对比，医生却很难掌握个体间疼痛程度的差别。疼痛受多种因素的影响，同一个病人在一天之中疼痛的程度也经常发生变化，所以准确的疼痛分级是不可能，临床常采用强度量表来进行评估。

1. 视觉模拟评分法

在纸上画一长 10cm 的直线，每厘米注明标号顺序，两端分别表示“无痛”（0）和“想像中剧烈疼痛”（10）。被测者根据其感受程度，在直线上相应部位作记号，以“无痛”端至记号之间的距离即为痛觉评分分数。0 为无痛，4 以下为轻度疼痛，4－7 为中度疼痛，大于 7 为重度疼痛，10 为最痛或极度疼痛。此法简便易行，直观且易掌握，具有粗略的量化含意，是目前临床最常用的疼痛定量方法，也是比较敏感和可靠的方法。

2. 主诉分级法

病人描述自我感受的疼痛状态，一般将疼痛分为无痛、轻微疼痛、中度疼痛、重度疼痛、极重度疼痛（不可忍受的痛），每级 1 分。分为以下五级表述：

0 级：无痛。

1 级：轻度疼痛。虽有痛感但是仍然可以忍受，能正常生活及睡眠。

2 级：中度疼痛。疼痛不能耐受，需要用止痛剂，睡眠受干扰。

3 级：重度疼痛。疼痛剧烈，伴有植物神经功能紊乱，严重干扰睡眠，被动体位，必须依靠止痛治疗。

4 级：极重度疼痛。为不可忍受的疼痛。

3. 数字分级法

是将疼痛程度用 0 到 10 这 11 个数字表示。0 表示无痛，10 表示最痛，被测者根据个人疼痛感受在其中一个数作记号。表达如下：

0 度：无痛。

Ⅰ度（轻度）：间歇痛，可不用药。

Ⅱ度（中度）：持续痛，影响休息。

Ⅲ度（重度）：持续剧痛，必须用药才能缓解。

Ⅳ度（严重疼痛）：持续剧痛并伴有出汗、心率加快等植物神经症状。

4. 程度积分法

（1）1987 年世界卫生组织曾介绍疼痛程度积分法，如下描述：

1 分：轻痛，不影响睡眠及食欲。

2.5 分：困扰痛，疼痛反复发作，有痛苦表情，痛时中断工作，并影响食欲睡眠。

5 分：疲惫痛，持续疼痛，表情痛苦。

7.5 分：难忍痛，疼痛明显，勉强坚持，有显著的痛苦表情。

10 分：剧烈痛，剧痛难忍，伴情绪、体位的变化，呻吟或喊叫，脉搏或呼吸加快，面色苍白，多汗，血压下降。

总分 = 疼痛分 × 疼痛小时/每日。

（2）疗效评定：

显效：总分下降 50% 以上。

有效：总分下降 50% 或以下。

无效：总分无下降。

（张静喆）

第十单元　腹腔镜手术手术适应证及常见并发症

要点一　手术适应证

1. 目前普遍开展的手术

胆囊切除术、腹腔镜诊断术、结肠切除术（良性肿瘤）、阑尾切除术、食管反流手术（Nissen 手术）、小肠切除术、疝修补术、脾切除术、肾上腺切除术、淋巴结清扫术、肝楔形切除术（良性肿瘤）等。

2. 将来可能普遍开展的手术

结直肠切除术（恶性肿瘤）、胰腺尾部切除术、胃空肠吻合术、胆囊空肠吻合术、胃十二指肠溃疡手术、胃切除术、直肠脱垂的手术治疗、腹部创伤的探查（血液动力学稳定）、急腹症探查与手术等。

3. 目前仍在探索的手术

Whipple 手术、解剖性肝切除术、血管动脉切除或转流术等。

要点二　常见并发症

腹腔镜手术除了可能发生与传统开腹手术同样的并发症以外，还可发生腹腔镜技术所导致的特有并发症。

1. CO_2 气腹相关的并发症与不良反应

气腹的建立必将对心肺功能产生一定程度的影响，如膈肌上抬、肺顺应性降低、有效通气减少、以输出量减少、下肢静脉瘀血和内脏血流减少等，并由此产生一系列并发症，包括皮下气肿、气胸、心包积气、气体栓塞、高碳酸血症与酸中毒、心律紊乱、下肢静脉瘀血和血栓形成、腹腔内缺血、体温下降等。

2. 血管损伤

术中血管损伤可发生于各种腹腔镜手术中，暴力穿刺是损伤腹膜大血管的主要原因，

其他则发生在手术操作过程中。

根据损伤血管的部位，大致可分为以下三类：①腹膜后大血管，包括腹主动脉、下腔静脉、髂动静脉、门静脉等大血管，虽然这类损伤发生率较低，但死亡率很高；②腹壁、肠系膜和网膜血管等；③手术区血管，如在行 LC 时损伤肝蒂血管，包括肝动脉、门静脉和胆囊动脉及其分支等。

3. 内脏损伤

腹腔镜术中内脏损伤并不少见，常因术中未能得到发现，术后发生腹膜炎等严重并发症而又未能及时确诊，造成严重后果。根据损伤脏器的不同可分为两类：

（1）空腔脏器损伤：包括肝外胆管、小肠、结肠、胃、输尿管和膀胱等；

（2）实质性脏器损伤：包括肝、脾、膈肌、肾、子宫等。

4. 腹壁并发症

腹腔镜手术的腹壁并发症主要是与戳孔有关，有戳孔出血与腹壁血肿、戳孔感染、腹壁坏死性筋膜炎和戳孔疝等。

（张静喆）

第十一单元　外科感染

细目一　概述

要点一　特点

外科感染一般具有以下一些特点：

（1）多为混合感染。大多数外科感染由几种致病菌引起，即使有些外科感染开始是由一种致病菌引起，但随着病程演变发展，常发展为几种致病菌的混合感染；

（2）局部症状明显而突出，在局部病变基础上可引起全身反应，有的发展为全身性感染；

（3）由于感染的病变比较集中在某个局部或器官，被感染的组织常发生坏死、化脓等，使组织结构遭到破坏，愈合后形成瘢痕组织并影响功能。

要点二　分类

1. 非特异性感染

又称化脓性感染或一般性感染。特点是：

（1）同一种致病菌能引起多种化脓性感染疾病，如金黄色葡萄球菌能引起疖、痈、脓肿、伤口感染等；

（2）不同的致病菌又可引起同一种化脓性感染疾病，如金黄色葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌都能引起急性蜂窝织炎、软组织脓肿、伤口感染等；

（3）具有化脓性感染的共同表现，局部都有红、肿、热、痛和功能障碍等，它们的病程演变、治疗原则都相同。

2. 特异性感染

其特点是：

（1）一种特异性感染疾病只能由特定的专一致病菌所引起；

（2）它们的病程变化、临床表现、防治方法都各不相同。

其他还有：按病程分为急性、亚急性和慢性感染；按感染发生的情况分为原发性感染和继发性感染、条件感染、医院内感染、二重感染等。

要点三　临床表现

1. 局部表现

红、肿、热、痛及功能障碍。局部感染组织发生坏死时，可在局部形成脓肿。

2. 全身表现

感染轻者可没有全身症状。感染较重者常有畏寒、发热、头痛、全身不适、乏力、食欲减退、脉快、白细胞计数增高及核左移；严重者可伴有酸中毒及水、电解质紊乱。细菌入血可引起败血症、脓毒血症。重危病人可出现表情淡漠、血压下降、体温不升、白细胞计数下降。病程长者可有贫血和营养不良。

要点四　治疗

（一）外科感染的治疗原则

（1）消除感染病因，合理使用抗生素。

（2）清除坏死组织和脓液等毒性物质。

（3）增强抗病和修复能力。

（4）对症处理，如退热、镇痛，减轻病人的痛苦。

（二）局部治疗

1. 患部抬高或制动

可减轻疼痛，有利炎症局限和消退。不用外力挤压，防止感染扩散。

2. 药物外敷

用于浅部感染未成脓阶段。可使用金黄膏、鱼石脂、芙蓉花、蒲公英等中药或硫酸镁外敷，改善局部循环，消除肿胀，促进感染局限，有利于炎症消散或局限成脓。

3. 物理疗法

可采用湿热敷、红外线或超短波等，改善局部循环，促进炎症吸收和消散、局限。

4. 手术治疗

包括脓肿切开引流和切除坏死发炎的器官、坏疽的肢体等。

（三）全身治疗

1. 支持治疗

（1）注意充分休息，必要时使用镇静止痛药物；

（2）供给易消化、高蛋白质、高热能、高维生素饮食，摄入不足时应从静脉补充，并注意纠正水、电解质代谢紊乱和酸碱平衡失调；

（3）严重感染、贫血、低蛋白血症者应少量多次输新鲜血，必要时可输胎盘球蛋白、康复血清，以提高免疫机能；

（4）感染严重而引起全身严重中毒症状时，可在大量使用抗生素的同时使用肾上腺皮质激素，以改善病人一般情况，减轻中毒症状。

2. 对症处理

高热者应用物理或药物降温，疼痛者给予镇静止痛。

3. 抗生素使用

应用要点为

（1）合理用药：只有严重感染或病原菌不明，对所用抗生素产生耐药性者，才考虑使用广谱抗生素及联合用药。

（2）选药的原则：一般以临床表现、脓液性状、感染来源初步判断致病菌种，以药物的抗菌谱为依据，选择敏感的抗生素。酌情调整更换，最好根据细菌培养结果用药。

（3）给药的途径：一般感染可口服或肌注，严重感染或全身性感染必须静脉给药。

4. 中药治疗

应根据感染病程的早晚，辨证施治，采取消、托、补的原则进行治疗。

细目二　疖和疖病

要点一　概述

（一）定义

疖是指一个毛囊及其所属皮脂腺的急性化脓性感染。多个疖同时或反复发生于身体各部位，则称为疖病。中医学称为“疖”。

（二）病因病理

1. 西医病因病理

局部皮肤擦伤、不清洁，经常受到摩擦和刺激，可导致疖的发生。常发生于毛囊和皮脂腺丰富的部位，如颈、头面部、背部、腋窝、腹股沟及会阴等处。常见致病菌为金黄色葡萄球菌。疖病常见于营养不良的小儿和糖尿病患者。

2. 中医病因病机

主要因火热之毒为病，其毒或因气候炎热，感受暑热，汗泄不畅，暑湿热毒蕴蒸肌肤所引起；或由恣食膏粱厚味及醇酒辛辣，脏腑蕴热，火毒结聚所致；或经抓破染毒，以致

气血凝滞而成。上述病因皆可导致气滞血瘀，经络阻塞，营气不从，毒邪壅遏，使局部发生红、肿、热、痛等症状。

要点二　临床表现

1. 局部症状

初起毛囊处有红、肿、热、痛的小结节，逐渐肿大并隆起，数天后中央部组织坏死，出现脓栓，红、肿、热、痛随之加重，中心部位变软，随后脓栓脱落，脓液排出，炎症随之消退而愈。

2. 全身症状

一般无全身症状；若发生于循环丰富部位时，可出现全身不适、畏寒、发热、头痛、厌食等。面部“危险三角区”的疖，沿眼内眦静脉和眼静脉感染到颅内，引起化脓性海绵状静脉窦炎，出现延及眼部周围的红肿、硬块、疼痛，并有全身寒战高热、头痛、昏迷，甚至死亡。

要点三　治疗

（一）西医治疗

以局部治疗为主。初起可热敷、理疗、药物外敷，促其吸收消散。如成脓有波动感变软时，可切开引流。面部疖应避免切开、挤压。面部疖和有全身症状的疖和疖病应给予抗生素治疗，并增加营养。患有糖尿病者应同时治疗糖尿病。

（二）中医治疗

1. 暑疖

治法：清热利湿解毒。

方药：清暑汤加减。

2. 蝼蛄疖

治法：补益气血，托毒生肌。

方药：托里消毒散加减。

3. 疖病

治法：祛风清热利湿。

方药：防风通圣散加减。

细目三　痈

要点一　概述

（一）定义

痈是多个相邻毛囊及其皮脂腺或汗腺的急性化脓性感染。好发于皮肤韧厚的项部和背

部。中医学称为“有头疽”。

（二）病因病理

1. 西医病因病理

致病菌多为金黄色葡萄球菌。感染常由一个毛囊底部开始，向阻力较弱的皮下脂肪柱蔓延至皮下组织，并沿深筋膜向周围扩散，侵犯到四周的许多脂肪柱，再向上侵及周围相邻毛囊而形成多个脓头。糖尿病患者易患痈。

2. 中医病因病机

多因外感风温、湿热，内有脏腑蕴毒，凝聚肌表，以致经络阻隔、营卫不和、气血凝滞而成。消渴患者气阴两虚，正气不足，易于伴发本病。

要点二　临床表现

1. 局部症状

早期在局部呈片状稍隆起的紫红色浸润区，质地坚韧，界限不清。随后中央形成多个脓栓，破溃后呈蜂窝眼状。中央部逐渐坏死、溶解，可见大量脓液和坏死组织。痈易向四周及深部浸润发展，周围有浸润性水肿，常有局部淋巴结肿大、疼痛。

2. 全身症状

大多数病人有畏寒发热、食欲不振、白细胞计数增高等全身表现。唇痈也有感染扩散到颅内的危险。

要点三　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

应注意休息，加强营养支持，镇静止痛，静脉使用抗生素。糖尿病患者应控制血糖。

2. 局部治疗

初起可用热敷、理疗、药物外敷。成脓后切开引流。切开时行“十”字或双“十”字切口才能使引流通畅彻底。

（二）中医治疗

1. 热毒蕴结证

治法：和营托毒，清热利湿。

方药：仙方活命饮加减。

2. 阴虚火盛证

治法：滋阴生津，清热托毒。

方药：竹叶黄芪汤加减。

3. 气血两虚证

治法：调补气血。

方药：十全大补汤加减。

细目四　丹毒

要点一　概述

（一）定义

丹毒是皮肤和黏膜网状淋巴管的急性炎症。

（二）病因病理

1. 西医病因病理

致病菌为β－溶血性链球菌，为细菌从皮肤或黏膜的细小伤口处侵入皮内网状淋巴管所致，很少扩散到真皮下。其特点是蔓延很快，很少发生组织坏死和化脓，全身反应剧烈，容易复发。

2. 中医病因病机

因素体血分有热，郁于肌肤而成；或由皮肤黏膜破损，毒邪乘隙入侵所致；外感天行邪热疫毒之气或风热之气，郁阻经络，营卫失调，郁而化为火毒引起。

要点二　临床表现

好发部位为下肢和头面部。起病急，病人常有头痛、畏寒、发热等全身症状。局部表现呈片状红疹，颜色鲜红，中间较淡，边缘清楚，略为隆起。手指轻压可使红色消退，松压后很快又恢复鲜红色。红肿向四周扩展时，中央红色逐渐消退、脱屑，转为棕黄色。红肿区有时有水疱形成，局部有烧灼样疼痛。常伴有附近淋巴结肿大、疼痛。病人常有头痛、畏寒、发热等全身症状。

要点三　治疗

（一）西医治疗

注意休息，抬高患肢。局部湿热敷。全身应用青霉素或磺胺药。应积极治疗足癣，减少丹毒复发。防止接触传染。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）风热化火证

治则：散风清火解毒。

方药：普济消毒饮。

（2）肝胆湿热证

治则：清肝泻热利湿。

方药：龙胆泻肝汤或柴胡清肝汤加减。

（3）湿热化火证

治法：利湿清热解毒。

方药：五神汤合萆薢渗湿汤加减。

（4）胎火胎毒证

治法：凉营清热解毒。

方药：犀角地黄汤加减。

（5）毒邪内攻证

治法：凉营泻火解毒。

方药：清瘟败毒饮合犀角地黄汤加减。

2. 外治

（1）金黄散外敷。

（2）砭镰法：适用于下肢丹毒，发于头面部者禁用。

细目五　急性蜂窝组织炎

要点一　概述

（一）定义

急性蜂窝组织炎是发生于皮下、筋膜下、肌间隙或深部蜂窝组织的急性弥漫性化脓性感染。中医学称之为“发”，但“锁喉痈”、“臀痈”虽命名为痈，其实属“发”的范畴。

（二）病因病理

1. 西医病因病理

致病菌主要是溶血性链球菌，其次是金黄色葡萄球菌，亦可以是厌氧菌感染。其特点是感染不易局限，扩散迅速，与正常组织无明显界限。感染可由皮肤或组织损伤引起，亦可由邻近化脓性感染直接扩散或经淋巴、血行感染而成。

2. 中医病因病机

多由风火湿热结聚，气血凝结而成；或因劳伤经脉、外伤瘀血感染毒邪所致；亦可由疖、痈、有头疽向四周蔓延而成。

要点二　临床表现

由溶血性链球菌引起的急性蜂窝组织炎因链激酶和透明质酸酶的作用，病变扩展迅速，不易局限，有时引起脓毒血症；由金黄色葡萄球菌感染引起的急性蜂窝组织炎则易局限形成脓肿；由厌氧菌感染引起的急性蜂窝组织炎可出现捻发音，常见于被肠道、泌尿道内容物污染的会阴部、腹部伤口，脓液恶臭，全身症状重。

发生部位浅者红、肿、热、痛等局部症状明显，范围扩大迅速，进而中心坏死、化脓，出现波动感。部位深者局部红肿不明显，但局部水肿、压痛明显，并伴有全身症状。发生于口底、颌下、颈部的急性蜂窝组织炎可因炎症水肿扩展引起喉头水肿，出现呼吸困难，有发生窒息的危险。

要点三　治疗

（一）西医治疗

1. 局部治疗

初起应休息，局部理疗，药物外敷。一旦脓肿形成，应及时切开引流。位于口底、颌下的急性蜂窝组织炎，应早期切开减压引流。厌氧菌感染应作广泛切开引流，切除坏死组织，并用3%双氧水冲洗，湿敷伤口。

2. 全身治疗

应加强营养支持、止痛，应用抗生素治疗。

（二）中医治疗

1. 锁喉痈

治法：散风清热，化痰解毒。

方药：普济消毒饮加减。

2. 腓发

治法：清热解毒，和营利湿。

方药：五神汤合萆薢渗湿汤加减。

3. 手发背

治法：清热解毒和营。

方药：仙方活命饮加减。

4. 足发背

治法：清热解毒，和营利湿。

方药：仙方活命饮合萆薢渗湿汤加减。

细目六　急性淋巴结炎

要点一　概述

（一）定义

急性淋巴结炎为区域淋巴结的化脓性感染，属“外痈”范畴。

（二）病因病理

1. 西医病因病理

急性淋巴管炎继续蔓延到局部淋巴结，或化脓性病灶感染经淋巴管蔓延到所属区域淋巴结，就可引起急性淋巴结炎。致病菌常为金黄色葡萄球菌和溶血性链球菌。

2. 中医病因病机

多由于外感六淫及过食膏粱厚味，内郁湿热火毒或外来伤害感染毒气等引起，致使营卫不和，邪热壅聚，经络壅遏不通，气血凝滞而成。

要点二　临床表现

急性淋巴结炎早期有局部淋巴结肿大和压痛，病情发展则有局部红肿热痛加剧。炎症继续向淋巴结周围蔓延，几个淋巴结可粘连成团，也可发展形成脓肿，呈外痈表现。

要点三　治疗

（一）西医治疗

及时处理原发病灶，抬高患肢，局部休息。形成脓肿应切开引流。早期应全身使用抗生素。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）颈痈

治法：散风清热，化痰消肿。

方药：牛蒡解肌汤加减。

（2）腋痈

治法：清肝解郁，消肿化毒。

方药：柴胡清肝汤加减。

（3）胯腹痈

治法：清热利湿解毒。

方药：五神汤合萆薢渗湿汤加减。

（4）委中毒（湿热瘀滞）

治法：和营祛瘀，清热利湿。

方药：活血散瘀汤加减。湿热重者加萆薢、薏苡仁、黄柏；屈伸不利加伸筋草、桑枝；成脓期加炙山甲、皂角刺。

2. 外治

初起可敷金黄散；脓成则切开排脓；溃后敷八二丹加药线引流；脓净可用生肌玉红膏收口。

细目七　急性淋巴管炎

要点一　概述

（一）定义

淋巴管及周围组织的急性化脓性感染。在中医学称为“红丝疔”。

（二）病因病理

1. 西医病因病理

致病菌从破损的皮肤或黏膜侵入，或从其他感染灶蔓延到邻近淋巴管，引起淋巴管及周围组织的炎症称急性淋巴管炎。致病菌常为金黄色葡萄球菌和溶血性链球菌。

2. 中医病因病机

因内有火毒凝聚，外有手足部生疔、足癣糜烂或皮肤破损，感染毒邪，以致毒流经络，向上走窜而发。

要点二　临床表现

管状淋巴管炎常见于四肢，尤以下肢多见，常合并有手足癣感染。分为深、浅两种。浅部淋巴管受累常在伤口或感染灶肢体近侧出现一条或数条“红线”，硬且明显压痛。深部淋巴管炎看不到红线，但肢体明显肿胀和压痛，特别是淋巴管走行部位压痛更明显。伴有全身不适、畏寒发热、头痛、乏力、食欲不振等。

要点三　治疗

（一）西医治疗

同淋巴结炎。

（二）中医治疗

1. 红丝疔内治

治法：清热解毒。

方药：五味消毒饮合黄连解毒汤加减。

2. 外治

同淋巴结炎。

细目八　甲沟炎

要点一　概述

（一）定义

甲沟炎是甲沟及周围组织的化脓性感染。甲床下的感染化脓称为甲下脓肿。中医学称之为“蛇眼疔”。

（二）病因病理

1. 西医病因病理

常因竹、木刺伤、倒刺或修剪指甲引起。致病菌为金黄色葡萄球菌。

2. 中医病因病机

多由湿热火毒凝结或外伤感染毒气，阻于皮肉之间，留于经络之中，化火酿脓而成。

要点二　临床表现

初起指甲一侧的皮下发生红肿疼痛，多数发生组织迅速坏死化脓，不易穿破，可沿甲沟蔓延至根部，甚至对侧甲沟。亦可向甲床下蔓延形成甲下脓肿。

要点三　治疗

1. 西医治疗

初期可用热敷、理疗，外敷鱼石脂软膏，并使用抗生素。化脓时应切开引流，甲下积脓时应拔甲。

2. 中医治疗

一般无需内治，可用金黄散等外敷。

细目九　脓性指头炎

要点一　概述

（一）定义

脓性指头炎是手指末节掌面皮下组织的化脓性感染。中医学称之为“蛇头疔”。

（二）病因病理

1. 西医病因病理

多由刺伤引起。致病菌多为金黄色葡萄球菌。

2. 中医病因病机

多由轻微外伤染毒，导致气血凝滞，火毒郁结，化火酿脓而成。

要点二　临床表现

初起时指端有针刺样疼痛，随组织肿胀，压力增高，产生剧痛。当指动脉被压时转为搏动性疼痛。指头红肿并不明显，或反呈黄白色。轻触指头即产生剧烈疼痛。多伴有发热，全身不适，白细胞计数增高等。晚期大部分组织因缺血坏死、神经末梢受压和营养障碍而麻痹，疼痛反而减轻。因指骨缺血坏死，可形成慢性骨髓炎。

要点三　治疗

（一）西医治疗

初起可采用热敷，并酌情使用抗生素或内服中药治疗。出现跳痛，指头张力增高即应切开减压、引流。在患指末节侧面作纵切口，不可超过指关节。如脓腔较大，亦可作对口引流。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）热毒结聚证

治法：清热解毒。

方药：五味消毒饮加减。

（2）热盛肉腐证

治法：泻火解毒，透脓止痛。

方药：黄连解毒汤合五味消毒饮加减。

2. 外治法

早期可用金黄散等外敷；成脓则切开引流，切开后用八二丹药线引流，脓尽改用生肌散外敷。

细目十　掌深部间隙感染

要点一　概述

（一）定义

手掌深部间隙的化脓性感染，中医学称之为“托盘疔”。

（二）病因病理

1. 西医病因病理

掌中间隙感染多由中指和无名指的腱鞘炎向近侧蔓延引起；鱼际间隙感染则因示指腱鞘炎感染蔓延引起。也可因掌面深部刺伤引起。致病菌多为金黄色葡萄球菌。

2. 中医病因病机

多因手少阴心经、手厥阴心包经火毒炽盛所致；或由外伤染毒，气血凝滞，郁而化热

而成。

要点二　临床表现

手掌深部间隙感染时，掌心凹陷消失，隆起，皮肤紧张发白，压痛明显。中指、无名指、小指半屈位。手背肿胀严重。伴有高热、头痛、脉快等全身症状，白细胞计数增高。

鱼际间隙感染时，大鱼际处和拇指指蹼肿胀，压痛显著。掌中凹陷存在，示指半屈位，拇指半屈并外展，活动受限，不能对掌。同时伴有全身症状。

要点三　治疗

（一）西医治疗

早期行理疗、外敷药物，并使用大剂量抗生素。短期内无好转时，应及早切开引流。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）热毒结聚

治法：清热解毒。

方药：五味消毒饮加减。

（2）热盛肉腐

治法：泻火解毒，透脓止痛。

方药：黄连解毒汤合五味消毒饮加减。

2. 外治法

早期可用金黄散等外敷；成脓则切开引流，切开后用八二丹药线引流，脓尽改用生肌散外敷。

细目十一　脓肿

要点一　概述

（一）定义

在感染过程中，组织或器官内组织坏死、液化后，形成局限性脓液积聚，周围有脓腔壁形成，叫做脓肿。祖国医学中发于浅部的脓肿属“外痈”范畴，发于深部的属“流注”的范畴。

（二）病因病理

1. 西医病因病理

继发于各种化脓性感染；也可由局部损伤后血肿、异物存留、组织坏死继发感染而成；或由远处感染灶经血液循环转移而来，形成转移性脓肿。

2. 中医病因病机

多由于外感六淫及过食膏粱厚味，内郁湿热火毒或外来伤害感染毒气等引起，正气无力托毒外出，以致毒邪深入，致使营卫不和，经络壅遏不通，气血凝滞，郁而化热，热盛肉腐而成。甚者腐筋蚀骨，内窜脏腑。

要点二　临床表现

浅表脓肿可见局部隆起，红肿热痛明显，压之剧痛，有波动感。深部脓肿则红肿和波动感不明显，但局部疼痛、水肿、有压痛，患处可发生功能障碍。在压痛或水肿最明显处用粗针穿刺，抽得脓液即可确诊。大的或深部脓肿常有明显的全身症状。

要点三　诊断

脓肿诊断并不难，浅表脓肿根据局部表现和波动感试验阳性即可确诊。深部脓肿则必须穿刺抽得脓液或借助 B 超等检查协助确诊。

要点四　鉴别诊断

须与结核杆菌引起的寒性脓肿和动脉瘤相鉴别。结核杆菌引起的脓肿，病程长，发展慢，无红肿热痛，常继发于骨结核和淋巴结核。动脉瘤形成的肿块触诊有搏动，听诊有杂音，阻断动脉近侧，搏动和杂音消失。

要点五　治疗

（一）西医治疗

有全身症状者应用敏感抗生素治疗并对症处理。脓肿已经形成，一经诊断即应切开引流。

脓肿切开的方法和注意事项如下：

（1）应在麻醉下施行脓肿切开：大的脓肿切开应防止休克发生。

（2）切口部位：应选在脓肿最低位，浅部脓肿在波动感最明显处切开，深部脓肿应在穿刺抽得脓液后，用血管钳沿穿刺针指引方向钝性进入脓腔，引导切开或置引流管。

（3）切口长度要与脓腔大小相当，但不超过脓腔壁。对巨大脓肿必要时可作对口切开引流。

（4）切口的方向：一般应与皮肤纹理一致，以减少瘢痕；与血管、重要神经平行，以防损伤；关节部位不作纵切口。

（5）引流充分：有间隔应予分开，清除坏死组织和脓液。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）余毒流注证

治法：清热解毒，凉血通络。

方药：黄连解毒汤合犀角地黄汤加减。

（2）火毒结聚证

治法：清火解毒透脓。

方药：五味消毒饮合透脓散加减。

（3）瘀血流注证

治法：和营祛瘀通滞，清热化湿。

方药：活血散瘀汤加减。

（4）暑湿流注证

治法：清热解毒化湿。

方药：清暑汤加减。

（5）正虚邪恋证

治法：益气补血，清热托毒。

方药：托里透毒散加减。

2. 外治

初起肿而无块用玉露膏、金黄散等外敷，肿而有块用太乙膏掺红灵膏外贴；成脓者宜切开引流；溃后先用八二丹药线引流，脓尽改用生肌散外敷。

细目十二　全身性感染

要点一　概述

当致病微生物经局部感染灶进入血液循环，并在其内生长繁殖和产生毒素，引起严重的全身性反应者，称为全身性感染。属中医学“走黄”、“内陷”范畴。

要点二　分类

1. 脓毒症

为有全身性炎症反应表现，如体温、循环、呼吸等明显改变的外科感染的统称。

2. 菌血症

脓毒症的一种，即血培养检出病原菌者。但其不限于以往多偏向于一过性菌血症的概念，如拔牙、内镜检查时，血液在短时间出现细菌，目前多指临床有明显感染症状的菌血症。

要点三　病因病理

1. 西医病因病理

导致全身性外科感染的原因是致病菌数量多、毒力强和（或）机体抗感染能力低下。它常继发于严重创伤后的感染和各种化脓性感染，以及一些潜在的感染途径如中心静脉置管污染，成为病原菌直接侵入血液的途径；在严重创伤等危重的病人，肠黏膜屏障功能受损或衰竭时，肠内致病菌和内毒素可经肠道移位而导致肠源性感染。原有抗感染能力降低的病人，如糖尿病、尿毒症、长期或大量应用糖皮质激素或抗癌药等的病人，患化脓性感染后较易导致全身性感染。

全身性感染的常见致病菌有：

（1）革兰染色阴性杆菌。

（2）革兰染色阳性球菌，较常见有：①金黄色葡萄球菌；②表皮葡萄球菌曾；③肠球菌。

（3）无芽孢厌氧菌。

（4）真菌，应特别注意白色念珠菌、曲霉菌、毛霉菌、新型隐球菌等，属于条件性感染。其发生原因有：①在持续应用抗生素的情况下的二重感染；②基础疾病重，加上应用免疫抑制剂、激素等，使免疫功能进一步削弱；③长期留置静脉导管。

2. 中医病因病机

由于疔疮毒邪炽盛，疔毒走散，毒入血分，内攻脏腑而成走黄。或因正气虚弱，火毒炽盛，正不胜邪，反陷于内，内攻脏腑而成内陷。临床上内陷又可分为火陷、干陷、虚陷三个类型。

要点四　临床表现

（一）主要症状

骤起寒战，继以高热可达40℃～41℃；或低温，起病急，病情重，发展迅速；头痛、头晕、恶心、呕吐、腹胀，面色苍白或潮红、出冷汗；神志淡漠或烦躁、谵妄和昏迷；心率加快，脉搏细速，呼吸急促或困难；肝、脾可肿大，严重者出现黄疸或皮下出血瘀斑等。

（二）脓毒症的临床表现

脓毒症的临床表现尚因感染致病菌种的不同而存在某些差别，根据临床上常见的致病菌可分为三大类型。

1. 革兰染色阳性细菌脓毒症

特点是：可有或无寒战，发热呈稽留热或弛张热。病人面色潮红，四肢温暖、干燥，多呈谵妄和昏迷。常有皮疹、腹泻、呕吐，可出现转移性脓肿，易并发心肌炎。发生休克的时间较晚，血压下降也较缓慢。

2. 革兰染色阴性杆菌脓毒症

特点是：一般以突然寒战开始，发热可呈间歇热，严重时体温不升或低于正常。病人四肢厥冷、发绀、少尿或无尿。有时白细胞计数增加不明显或反见减少。休克发生早，持续时间长。

3. 真菌性脓毒症

临床表现酷似革兰染色阴性杆菌脓毒症。病人突然发生寒战、高热（39.5℃～40℃），一般情况迅速恶化，出现神志淡漠、嗜睡、血压下降和休克，少数病人尚有消化道出血。周围血象常可呈白血病样反应，出现晚幼粒细胞和中幼粒细胞，白细胞计数可达$25 \times 10^9/L$。

（三）实验室检查

1. 白细胞计数明显增高，或降低、左移、幼稚型增多，出现毒性颗粒。

2. 可有不同程度的酸中毒、氮质血症、溶血，尿中出现蛋白、血细胞、酮体等，出

现代谢失衡和肝、肾受损征象。

3. 寒战发热时抽血进行细菌培养，较易发现细菌。

要点五　诊断

根据在原发感染灶的基础上出现寒战、发热、脉搏细速、低血压、腹胀、黏膜皮肤瘀斑或神志改变等临床表现，一般不难作出脓毒症的初步诊断。并可根据原发感染灶的性质及其脓液性状，结合一些特征性的临床表现和实验室检查结果综合分析，可大致区分致病菌为革兰染色阳性或阴性杆菌。

要点六　治疗

（一）西医治疗

（1）原发感染灶的处理。

（2）抗菌药物的应用：对真菌性脓毒症应尽量停用广谱抗生素，改用对原来感染有效的窄谱抗生素，并全身应用抗真菌药物。

（3）支持疗法。

（4）对症治疗。

（5）减轻中毒症状和防治休克：联合使用抗生素和肾上腺皮质激素，减轻全身炎性反应和中毒症状，防治休克及重要器官功能衰竭。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）疔疮走黄证

治法：凉血清热解毒。

方药：五味消毒饮合黄连解毒汤加减。

（2）火陷证

治法：凉血解毒，泄热养阴，清心开窍。

方药：清营汤加减。

（3）干陷证

治法：补养气血，托毒透邪，佐以清心安神。

方药：托里消毒散加减。

（4）虚陷证

治法：温补脾肾。

方药：附子理中汤加减。

2. 针灸治疗

（1）针法。

（2）灸法。

细目十三　破伤风

要点一　概述

破伤风是由破伤风杆菌侵入人体伤口，在缺氧环境下生长繁殖，产生毒素所引起的一种特异性感染。中医学定名为“破伤风”。

要点二　病因病理

1. 西医病因病理

破伤风发病必须具备两个条件：

（1）皮肤或黏膜有伤口时，破伤风杆菌即有机会侵入。

（2）局部伤口缺氧的环境有利于破伤风杆菌生长繁殖。当伤口窄而深、局部缺血、坏死组织多、异物存留、死腔引流不畅或并存有其他需氧菌感染时，破伤风更容易发生。

破伤风杆菌只在伤口生长繁殖，并且产生毒素，即痉挛毒素和溶血素。痉挛毒素致α运动神经系统失去中枢的抑制而增强了兴奋性，从而引起全身横纹肌持续性收缩或阵发性痉挛。溶血素使局部组织产生破坏，吸收后可损害心肌。

2. 中医病因病机

中医学认为破伤风先有破伤，而后风邪由创口侵入而发生。创伤后或溃疡尚未愈合，若失于调护，流血过多，饮食未复，机体营卫虚弱，风邪乘虚袭入人体，由外入里而发生病变。风为阳邪，善行而数变，阳邪从阳，其袭于人必伤卫气。肺主卫，胃为卫之本，故风邪先伤肺胃，化燥化热则伤阴津，因而有阳明燥热、肺金受燥之实热内结病情。肝具有调节血液的功能，主全身筋脉，风邪入里传肝，肝失条达，筋脉失养而发痉。如不及时控制，使脏腑之间不和，影响脏腑功能活动，甚至危及生命。

要点三　临床表现

1. 潜伏期

长短不一，潜伏期越短，症状越重，死亡率越高。

2. 前驱症状

有头昏头痛、失眠、乏力、烦躁不安，伤口局部疼痛，附近肌肉有牵拉感，咀嚼肌酸胀，反射亢进。一般持续 10～24 小时。

3. 典型症状

（1）肌肉持续性收缩：全身肌肉呈持续性强烈收缩，先是咀嚼肌，以后顺序为面肌、颈肌、背腹肌，最后是膈肌和肋间肌。逐渐咀嚼不便、张口困难、牙关紧闭、苦笑面容、颈项强直、角弓反张状、呼吸困难。

（2）肌肉阵发性痉挛和抽搐，伴面色紫绀，呼吸急促，口吐白沫，全身大汗，四肢抽搐不止，发作间歇期肌肉仍不能完全松弛。

4. 并发症

包括：

（1）呼吸困难、窒息。

（2）肺部感染。

（3）水、电解质紊乱和酸中毒。

（4）肌肉撕裂、骨折。

要点四　诊断

根据上述典型表现，一般都能及时作出诊断。

要点五　鉴别诊断

需与以下疾病鉴别：

1. 化脓性脑膜炎

有角弓反张和颈项强直表现，但不出现阵发性痉挛抽搐。病人都有剧烈头痛、喷射性呕吐、高热，甚至神志不清。脑脊液检查有大量白细胞。

2. 狂犬病

有猫、犬咬伤史，可有吞咽困难，流口涎，尤其是看见水和听见水声，咽肌立即痉挛而发生，即“恐水症”，不会发生全身肌肉抽搐痉挛。

要点六　治疗

（一）西医治疗

（1）消除毒素来源，扩创引流。

（2）中和游离毒素，使用破伤风抗毒素。

（3）控制和解除痉挛，减轻病人痛苦，降低体能消耗，防止窒息和并发症发生（① 保持环境安静；② 镇静、解痉）。

（4）应用抗生素抑制破伤风杆菌生长，防止其他细菌感染。

（5）支持治疗。

（6）保持呼吸道通畅。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）风毒入络证（轻证）

治法：疏风解表，解毒镇痉。

方药：玉真散加减。

（2）风毒入经证（较重型）

治法：驱风镇痉，化痰通络。

方药：五虎追风散加减。

（3）风毒入脏证（重证）

治法：祛风化痰，解毒镇痉。

方药：存命汤加减。

（4）风毒深陷证（极重证）

治法：扶正救脱，回阳固阴。

方药：生脉散加附子。

2. 外治

在控制痉挛下进行彻底清创术，将创口开放，外敷玉真散。至创口出脓后，改用七三丹、红油膏；脓尽新生则用生肌散、白玉膏。

细目十四　气性坏疽

要点一　概述

（一）定义

气性坏疽是厌氧菌梭状芽孢杆菌感染所致的肌坏死或肌炎。中医学称之为“烂疔”。

（二）病因病理

1. 西医病因病理

引起本病主要的有产气荚膜梭菌、水肿杆菌、腐败杆菌等。感染往往是几种细菌的混合。各种细菌有其生物学的特性，临床表现有所差别，有的以产气显著，有的以水肿显著。这类细菌在人体内生长繁殖需具备缺氧环境。

2. 中医病因病机

大多由于皮肉受损，接触到潮湿泥土、脏衣、脏物等，感染毒气，加之湿热火毒内蕴，以致毒聚肌肤，气血凝滞，热盛肉腐而成。其毒邪入营血则易造成走黄。

要点二　临床表现

1. 全身表现

创伤后并发此症的时间最早为伤后 8～10 小时，最迟为 5～6 日，通常在伤后 1～4 日。临床特点是病情突然恶化，烦躁不安，有恐惧或欣快感；皮肤、口唇变白，大量出汗，脉搏快速，体温逐步上升。随着病情的发展，可发生溶血性贫血、黄疸、血红蛋白尿、酸中毒，全身情况可在 12～24 小时内全面迅速恶化。

2. 局部表现

伤肢沉重或疼痛，持续加重，有如胀裂，止痛剂不能奏效；局部肿胀与创伤所能引起的程度不成比例，并迅速向上、下蔓延。伤口中有大量浆液性或浆液血性渗出物，可浸湿厚层敷料，有时可见气泡从伤口中冒出。皮下由于气、水混杂，可触及捻发音。局部张力大，皮肤受压而发白，浅部静脉回流发生障碍，故皮肤表面可出现如大理石样斑纹。伤口可有恶臭。局部探查时，如属筋膜上型，可发现皮下脂肪变性、肿胀；如为筋膜下型，筋

膜张力增高，肌肉切面不出血。

3. 实验室检查

（1）红细胞计数、血红蛋白下降显著，白细胞计数通常不超过（12～15）$\times 10^9$/L。

（2）血中肌酸磷酸激酶（CPK）水平升高，部分病人可出现肌红蛋白尿。

（3）渗出物涂片染色可发现革兰阳性染色粗大杆菌，但白细胞很少。

（4）X 线平片、CT、MRI 检查常显示软组织间有积气。

要点三　诊断

早期诊断的重要依据是局部表现。而周围淋巴结无明显肿大，病情进展迅速，出现心动过速、神志改变等全身中毒症状均应考虑气性坏疽的可能。伤口周围皮肤捻发音、伤口分泌物涂片检查有革兰染色阳性粗大杆菌、X 线检查显示患处软组织间积气是诊断的重要依据。

要点四　鉴别诊断

1. 其他造成组织间积气

某些脏器如食管、气管因手术、损伤或病变导致破裂溢气，体检也可出现皮下气肿、捻发音等，但不同之处是不伴有全身中毒症状；局部的水肿、疼痛、皮肤改变均不明显，而且随着时间的推移，气体常逐渐吸收。

2. 一些也可产生一定的气体兼性需氧菌感染

如大肠杆菌、克雷白菌的感染也可产生一定的气体，但主要是 CO_2，属可溶性气体，不易在组织间大量积聚，而且无特殊臭味。

3. 厌氧性链球菌感染

造成的损害如链球菌蜂窝织炎、链球菌肌炎等，病情发展较慢，全身中毒症状较轻，发展较缓。处理及时，切开减张、充分引流，加用抗生素等治疗，预后较好。

要点五　治疗

（一）西医治疗

主要措施有三：

（1）急症清创。

（2）应用抗生素，首选青霉素。

（3）高压氧治疗。

（4）全身支持疗法。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）湿热火盛，燔灼营血证

治法：清火利湿，凉血解毒。

方药：黄连解毒汤、犀角地黄汤合三妙丸。

（2）气血不足，心脾两虚证

治法：益气补血，养心健脾。

方药：八珍汤合归脾汤。

2. 外治

初起用玉露膏外敷；如皮色紫黑，加掺蟾酥合剂。腐肉与正常皮肉分界明显，改掺5%～10%蟾酥合剂或五五丹。腐肉脱落者掺生肌散，红油膏盖贴。

细目十五　抗菌药物的使用

要点一　适应证

应用抗菌药物治疗外科感染须有一定的适应证，即较严重的感染，无局限化倾向的感染和配合手术治疗。

预防性应用抗菌药物应有一定的适应证：

（1）严重创伤、开放性骨折、火器伤、腹内空腔脏器破裂、有严重污染和软组织破坏的创伤等；

（2）大面积烧伤；

（3）结肠手术前肠道准备；

（4）急症手术病人的身体其他部位有化脓性感染；

（5）营养不良、全身情况差或接受激素、抗癌药等治疗的病人需做手术治疗时；

（6）进行人造物留置手术；

（7）有心脏瓣膜病或已植有人工心脏瓣膜者，因病需做手术时。

要点二　抗菌药物的选择

一般应根据临床诊断、致病菌种类和药物的抗菌谱来选择有效的抗菌药物，但还应该考虑到抗菌药物的吸收、体内分布和排泄的特点、副作用和病人的全身情况。通常可先根据各种致病菌引起感染的一般规律（如痈主要由金黄色葡萄球菌引起、急性蜂窝织炎主要由链球菌引起）、临床表现特点、脓液性状（有时可做脓液涂片检查），来估计致病菌种类，选择合适的抗菌药物。如2～3日后疗效仍不明显，则应更换药物种类。如有条件，对感染严重的病人，应在使用抗菌药物前，做脓液或血液细菌培养和药物敏感试验，以便根据结果换用有效药物。

对广谱抗生素治疗过程中的真菌感染的治疗，除尽可能停用广谱抗生素或换用窄谱抗生素外，对消化道真菌感染一般可选用制霉菌素、克霉唑。对真菌性败血症，可选用氟胞嘧啶、二性霉素B或酮康唑。

在选用治疗外科感染的抗菌药物时，其原则是：①可以应用一种抗生素控制的感染即不联合应用抗生素；可用窄谱抗生素治疗感染时即不用广谱的；②有数种同样有效的抗菌药物可供选用时，应选用药源充足、价格较廉和副作用较小的；③在全身情况不良的病人中应尽量使用杀菌性抗生素来治疗感染，以达到较快地控制感染的目的。

细目十六　中医药在外科感染中的应用

要点一　内治法

（一）消法

消法是用消散的药物，使初起的肿疡得以消散。如清热解毒、活血化瘀、软坚散结、祛风燥湿、理气祛痰、解表、通里、和营等法则，皆属于消法之列。疮疡初起，外伤感染等证都是消法的适应证。

（二）托法

是用适当补益药物扶助患者正气，托毒外出，以防毒邪内陷。多用于疮疡中期（成脓期）。

1. 透托法

适用于疮疡酿脓尚未成熟，毒盛而正气不虚者，常用方剂为透脓散。

2. 补托法

适用于肿疡毒势方盛，正气已虚不能托毒外达，疮形平塌，肿势散漫，难溃难腐的虚中夹实之证，常用方剂为托里消毒散。

（三）补法

多用于疮疡后期，毒邪已尽，正气未复，疮口难收者。是用补虚扶正的药物使体内气血充足，助养新肉生长，促疮疡早日愈合。

要点二　外治法

外治法是运用药物和手术或配合一定的器械等，直接作用于患者体表某部或病变部位以达到治疗目的的一种治疗方法。常用的方法归纳为三大类。

1. 药物疗法

药物疗法就是用药物制成不同的剂型，施用于患处，并赖药物的性能使其直达病所，产生作用，从而达到治疗目的。本疗法分有膏药、油膏、箍围药、掺药、草药等。

2. 手术疗法

是运用各种器械和手法操作来进行治疗的方法，它在外科感染治疗中也占有十分重要的位置。常用的方法有切开法、烙法、砭镰法、挂线法、结扎法等。

3. 其他疗法

有引流法、垫棉法、药筒拔法、针灸法、熏法、熨法、热烘疗法、滚刺疗法、洗涤法等。

（张静喆）

第十二单元 损伤

细目一 概论

损伤是指人体受到外界各类致伤因素的作用，造成组织器官解剖结构的破坏和生理功能紊乱，并引起机体局部与全身的反应。损伤不论在平时还是战时都极为常见，手术也是一种人为的损伤。

要点一 分类

（一）按致伤因素分

1. 机械性因素

如棍棒打击、重物压砸、刀刺切割、枪炮火器伤等。

2. 物理性因素

如高温、寒冷、电流、放射线、冲击波或激光辐射伤等。

3. 化学性因素

如强酸、强碱、毒气等。

4. 生物性因素

如毒蛇、狂犬、昆虫咬螫等。

两种以上不同致伤因素作用于同一机体所致的损伤，称为复合性损伤，战时多见。

（二）按损伤部位与组织器官分

如面部、手部、胸部、颅脑损伤、骨折、脱臼、脾破裂等。多个部位或器官同时发生的损伤，称为多发性损伤，在灾害事故中常见。

（三）按损伤部位的黏膜皮肤是否完整分

按损伤部位的黏膜皮肤是否完整，分为闭合性损伤和开放性损伤。

（四）按伤情严重程度分

1. 轻伤

指一般轻微的扭伤、小撕裂伤等，不影响生命、无需住院治疗者。

2. 中等伤

如四肢骨折和广泛软组织损伤，常需住院治疗者。

3. 重伤

有下列伤情之一者即为重伤：

（1）有活动性大出血的损伤；

（2）合并有休克的损伤；

（3）颅脑损伤昏迷或颅内压增高者；

（4）胸腹部内脏损伤；

（5）有呼吸道阻塞或呼吸功能障碍的损伤；

（6）合并急性肾功能不全的损伤；

（7）断肢、断指等丧失肢体功能的损伤；

（8）合并有特殊致伤因素的损伤，如放射伤、大面积烧伤、强碱或强酸灼伤、毒气伤者。

要点二　临床表现

（一）局部症状

1. 疼痛

因局部神经末梢受到损伤物刺激和炎症反应所引起，疼痛多在伤后 2 ~ 3 日后逐渐减轻，如疼痛持续或加重，可能并发感染。

2. 肿胀及瘀斑

局部出血或炎性渗出可引起肿胀和出现瘀斑，表现为伤部发红、青紫、瘀斑或波动感。

3. 功能障碍

主要是局部或器官的破坏，以及疼痛引起的保护性反应所致。若为骨折、脱位或神经损伤，则肢体功能障碍更为显著。

4. 伤口和出血

为开放性损伤所共有。不同类型的损伤其伤口大小、形状、深度和损伤的程度各异。刺伤的伤口较小，但有时可达深部组织血管或内脏，因此不能单凭伤口的大小来判断伤情。出血的速度取决于受伤血管、脏器的性质和数量。闭合性损伤时，血液流至体腔或组织间隙，称为内出血。

（二）全身症状

1. 体温升高

由于局部出血或组织坏死分解的产物被吸收所致，故称为吸收热（应激性低热）。体温一般在 38℃左右。若有继发感染，则体温更高。脑损伤可引起持续性中枢性高热。

2. 休克

创伤性休克是严重损伤常见的并发症。主要是由于组织严重损害，大量出血、失液所致。表现为面色苍白、四肢湿冷、脉搏细弱、血压下降、脉压差缩小等。为损伤急性期死亡的主要原因之一。

3. 尿量减少

多见于严重挤压伤、大面积烧伤和创伤性休克。其发生原因往往是兼有肾缺血和肾中毒，抗利尿激素、醛固酮分泌增多，肾血流量减少所致。

要点三 治疗

损伤的治疗目的应是首先抢救病人生命，并在保护生命安全的前提下，最大限度地保全器官、组织的完整性，并促进其修复和功能恢复。治疗中要有整体观念，既要注意对损伤局部的处理，更要针对全身危急病症采取积极有效的抢救措施。

（一）急救与转运

1. 较重和重症创伤的急救应从现场开始，首先尽快解除危及病人生命的情况，然后再作后续处理。病人呼吸、心跳停止应就地立即进行复苏术。方法上应分清缓急，先处理窒息和活动性大出血，继而抗休克和固定骨折等。多处损伤者应及时处理威胁生命的严重损伤。见表：

表：重症创伤的急救

	初步处理	急诊室处理
气道	头部侧向，抬起下颌，口咽吸引，用口咽通气管	经口/鼻气管插管，或环甲膜切开
呼吸	口对口呼吸，呼吸面罩及手法加压给氧	气管插管接呼吸机支持呼吸
循环	制止外出血，抬高下肢，抗休克裤使用；胸外心脏按压，静脉利多卡因/肾上腺素注射	输液、输血，强心剂注射，心电图监测下电除颤，开胸心脏按压，药物除颤
颅脑伤	口咽通气管，给氧	气管插管，给氧，脱水剂注射
颈椎伤	颈部长短夹板/硬领/颈托固定	颅骨牵引
胸部伤	开放性气胸伤口予以闭塞；张力性气胸穿刺排气；连枷型肋骨骨折胸壁固定；心包填塞穿刺抽血	胸腔闭式引流；心包切开缝合心肌伤口；连枷型肋骨骨折使用骨牵引、气管插管接呼吸机
腹部伤	内脏脱出者不能将脱出物即刻放回，应伤口覆盖碗、盆后包扎	腹腔大出血开腹止血（钳夹、堵塞），胃肠减压，输液，输血
骨折	临时外固定	治疗性固定
脊柱伤	卧硬板床或脊柱板固定	牵引或手术

急救注意事项：

（1）抢救积极，忙而不乱，工作有序。

（2）现场有多个伤员时，不可忽略沉默的伤员，或许其病情更重。

（3）止血带只能作为最后的手段，应注明上止血带时间，每半小时开放一次。

2. 伤员转送原则

（1）迅速：伤员现场处理后，应抓紧时间向联系好的医院（或急救中心）转送，并通知将要到达的时间。

（2）安全：在搬动和转运过程中应避免再次创伤或医源性损伤，如制动不正确，使骨折端损伤原未损伤的血管神经；输液过快引起肺水肿、脑水肿；输入血制品引起溶血反应；对有呕吐和意识不清的伤者管理不善，因误吸而窒息。应持续监护，随时抢救生命

危象。

（3）平稳：伤员在救护车内一般保持足朝车头、头向车尾平卧。行车要稳，刹车要缓。为使伤员情绪稳定，途中须镇痛，并记录药名、剂量及用药时间。颅脑伤、腹部伤等慎用麻醉止痛剂。

（二）一般处理

1. 体位与局部制动

较重的伤员应卧床休息，采取体位应有利于呼吸和保持伤处静脉回流以减轻水肿。半卧位利于呼吸，垫高下肢可减轻肿胀。受伤的局部应适当制动，可缓解疼痛，也利于组织修复。对骨折、血管损伤、神经损伤、肌腱损伤，制动尤为重要，制动可选用绷带、夹板、石膏、支架等。

2. 预防和抗感染

凡开放性损伤都要重视感染的防治。伤口的清洁、清创术和闭合伤的手术处理应及早进行。沾染较多或组织破坏较重者需选用抗生素，并常规应用破伤风抗毒素。胸、腹腔及泌尿系统的闭合性损伤也需防治感染。

3. 支持治疗

维持体液平衡和营养代谢。进食不佳或不能进食者，应选用要素饮食或静脉营养，以防治因创伤造成机体静息耗能增加和分解加速，导致的体质消耗、组织修复迟滞、免疫力降低引起的并发症。

（三）闭合性损伤的处理

（1）软组织的挫伤早期可局部冷敷，以减少组织内出血，适当制动或固定，抬高伤肢。内服、外敷活血化瘀中药或中成药。数日后以局部热敷或理疗促进损伤修复。

（2）有增大趋势的血肿应予加压包扎以防继续出血。

（3）伤肢一旦出现肌筋膜间隙综合征征象，应局部切开减压，以改善血循环，避免组织缺血、缺氧、坏死和毒素吸收。

（4）严重广泛的挤压伤应积极防治休克和急性肾功能衰竭。

（5）闭合性损伤必须注意有无内脏损伤，如颅内出血、血气胸、腹部内脏破裂等，应采取紧急的相应处理。

（6）伴骨、关节损伤者，按骨伤科要求处理。

（四）开放性损伤的处理

开放性损伤的主要特点是有伤口和细菌污染。要求正确处理伤口，促进伤口愈合，防治伤口感染。

1. 清洁伤口的处理

清洁伤口是指无细菌污染，创缘整齐，周围组织损伤轻的伤口，无菌手术切口属于此。在无菌操作下进行冲洗、消毒、止血和正确缝合，多可达一期愈合。

2. 污染伤口的处理

污染伤口是指伤口表面已有细菌污染，因受伤时间短（伤后 6 ~ 8 小时以内），细菌尚

未深入组织中生长繁殖。其处理是通过彻底清创，力争一期缝合，使伤口获得一期愈合。清创缝合的伤口仍有发生感染的可能，必须严密观察，遇有感染征象时及时处理。大面积皮肤缺损的伤口应在彻底清创后行植皮术。

3. 感染伤口的处理

感染伤口是指受伤时间较长，细菌已侵入组织并生长繁殖引起感染和化脓的伤口。处理原则是控制感染和伤口换药，促进伤口早日愈合。

细目二　闭合性损伤和开放性损伤

要点一　闭合性损伤的分类

闭合性损伤：由钝性暴力引起，皮肤或黏膜表面无伤口，这种损伤一般没有外源性细菌侵入，但深部的组织器官可受损伤，如腹部闭合性损伤合并小肠等空腔脏器破裂则引起腹膜炎。常见的有以下几种类型：

1. 挫伤

因钝性暴力或重物打击、碰撞所致的皮下组织、肌肉或体内组织器官的损伤。表现为伤部肿胀、疼痛、皮肤青紫、皮下瘀血或血肿、压痛以及功能障碍。严重者可致深部血肿，内脏器官损伤，如脑挫伤、肾挫伤等。

2. 扭伤

又称捩伤，是指关节在外力作用下超过了正常的活动范围而造成的损伤。如关节过度屈伸或扭转，造成关节囊、韧带、肌腱的部分撕裂。表现为局部疼痛、肿胀、皮肤青紫和关节活动障碍等。

3. 挤压伤

肌肉丰富的肢体或躯干被重物挤压所致。伤处有较广泛的组织破坏、出血或坏死。表现为受伤肢体迅速发生肿胀变硬、皮肤出现张力性水泡、皮下瘀斑、肢体麻木、运动障碍等。严重者可因挤压外力大、作用时间长而出现休克、急性肾功能衰竭。临床上称为挤压综合征。

4. 冲击伤

又称爆震伤，由强烈爆炸物产生高压气浪形成的冲击波所致的损伤。其特点是体表无明显损伤，而体腔内脏器却遭受严重而广泛的损伤，如肺破裂、胃肠破裂或耳鼓膜破裂等，战时多见。

要点二　开放性损伤的分类

开放性损伤的分类：多由锐性物体或高速运动的物体打击所致。伤部皮肤或黏膜破裂，深部组织与皮肤表面伤口相通，常有外出血、细菌污染及异物存留。主要有以下几种类型：

1. 擦伤

皮肤被粗糙物擦过所导致的表层损伤。

2. 刺伤

多为尖细锐利的物体刺入软组织所致的损伤。伤口一般较细小，并且较深，可合并深部血管、神经或内脏器官的损伤。

3. 切割伤

为锐利物品切割所致的损伤。创缘整齐，多呈直线状，深浅不一，出血较多，周围组织损伤较轻，深者可使神经、血管、肌腱、脏器断裂。

4. 裂伤

为钝器打击所引起的皮肤及深层软组织裂开，创缘不整齐，周围组织破坏严重，并且较为广泛，容易出现受损组织的坏死或感染。

5. 撕脱伤

多为头发、肢体被卷入高速转动的机器或皮带内，将大片头皮或大面积皮肤撕脱下来，造成大片皮肤剥脱，重者合并肌肉、神经、血管撕裂，撕脱组织易失去活力，广泛出血，进而继发感染。撕脱伤又分为撕脱型和碾压型两种类型。

6. 火器伤

为高速弹片、枪弹所致的损伤。常伴有深部组织、器官的损伤。有入口和出口者称为贯通伤；有入口无出口者称为盲管伤。常表现为复合伤或多处伤。

要点三　清创术的时限

创口暴露时间越长，引起感染的机会越大，因此，创口越早处理越好。清创缝合术应争取在伤后 6 ~ 8 小时内进行。随着抗生素的发展和应用，清创缝合的时限可根据伤口污染情况，适当延长至伤后 12 ~ 24 小时；但一般超过 12 小时或污染严重者，均应按感染伤口处理或仅清创而暂不予缝合，待 3 ~ 4 天后伤口无明显感染，再行延期缝合。头皮、面颊部伤口血运丰富，即使超过 24 小时仍可考虑缝合。

要点四　清创术的基本原则

1. 正确处理伤口

任何开放性创伤在无全身禁忌证的情况下均应及时（8 ~ 12 小时内）正确地处理伤口，行清创术，以防止发生创口感染；同时应从伤口（必要时扩大伤口）进行彻底的探查和修补，明确伤道的走向，有哪些组织或脏器损伤；根据探查的结果进行止血、修复及损伤脏器的切除等。

2. 清创术的基本原则

在无菌操作技术下清除伤口内的一切污物、异物，切除一切无活力的、坏死的组织，沾染异物的组织如无法冲洗干净亦可部分切除。彻底探查创口（必要时扩大伤口探查），根据需要止血、修复。8 ~ 12 小时内的伤口在平时一般可以按层次一期缝合，以达到一期愈合。如伤口污染较重或渗血较多，伤口内可置薄乳胶片或软胶管引流。12 小时以上的伤口或战伤一般不缝合伤口，于伤口疏松填塞凡士林纱布，以后定期换药，待二期愈合；或经 3 ~ 5 天的观察，未见感染征象，再行延期（二期）缝合。

3. 伤后时间较长，已发生感染化脓的伤口，应加强换药，改善引流（如引流口太小，引流不畅，可适当扩大伤口，或作辅助引流口），二期外科处理时，应再次清创，剪除腐烂、坏死组织，促进伤口早日愈合。

4. 根据先重后轻的原则，应对影响呼吸循环功能、出血不止或已上止血带的伤部，优先清创。休克患者应在伤情稳定后再清创。如有活动性内出血，应在抗休克的同时手术止血。

要点五　清创术的步骤

1. 清创前的准备

根据伤口的部位、估计深度、伤口的多少、大小、范围，选择安全性大、效果良好的麻醉方法。一般单个或少数几个未进入体腔的软组织伤口均可在局麻下进行。如采用全麻、硬膜外麻醉可先行麻醉；如采用局麻则应待伤口周围消毒后进行。

2. 清洗去污

医师戴无菌手套，用无菌纱布填塞伤口，以免增加污染。剃除伤口周围毛发，用汽油或乙醚擦去油污。用软毛刷蘸灭菌肥皂水刷洗伤口周围皮肤，以生理盐水冲去皂液，如此 2～3 遍。取出填塞伤口的纱布，用灭菌生理盐水冲洗伤口内部，并用钳夹棉球轻拭，协助清除伤口内的血块、异物等。如污染较重，可用双氧水浸泡创腔。无菌纱布拭干皮肤。活动性出血一般用纱布填压止血，必要时用止血钳暂时钳夹止血（注意防止重要组织损伤）。

3. 清理伤口

伤口周围皮肤常规消毒铺巾。手术医师洗手后穿戴灭菌衣和手套（如为表浅小伤口可不洗手穿衣，只戴灭菌手套即可）。切除伤口周围 1～2mm 挫伤的皮缘，头、面、手部的皮肤要尽量保存，作适当修整即可。彻底清除创口内的血凝块、异物及一切失活的组织，与异物黏附紧密的组织可将其连同异物作薄层切除。在清理过程中如有小的活动性出血，随时结扎止血。仔细、彻底地探查伤道，深的、斜行的伤道应适当扩大伤口，直至能看清整个伤道。如伤道通入体腔并有内脏伤的可能，可经扩大的伤口或另作切口探查其中的内脏，作相应的处理。重要的血管断裂应力争修补、吻合或移植重建。重要的神经断裂或肌腱断裂也应争取一期缝合；如条件不允许，可用黑丝线将其断端缝合固定于附近的肌肉上，以便在二期修复时寻找。开放性骨折如污染较轻、清创及时、彻底，感染的可能性较小，可立即整复后内固定，否则不宜内固定。大块游离骨碎片应尽量保留，清洗后放回原位。以上各种组织修复后均应有良好的软组织覆盖，使之有良好的血供及保护。清创、止血、探查、修复完毕，再次用灭菌生理盐水或双氧水冲洗创腔。

4. 缝合伤口

清创后伤口是否立即缝合，要根据损伤性质、伤口部位、污染程度及受伤后时间等条件来确定。如清创在 8～12 小时内进行，而且清创满意，均可一期缝合伤口。缝合时应按解剖层次逐层对合，勿留死腔。皮肤缺损也应争取一期植皮覆盖。如污染较重，清创不够满意或创口渗血较多，可安置乳胶片或软胶管引流后再作一期缝合。超过此时间的伤口或为战伤，一般均不作一期缝合，于伤口内疏松填以凡士林纱布，外覆敷料，定期换药，待

其二期愈合。也可经 3 ~ 5 天的观察，伤口情况良好，无明显感染迹象，再给予二期缝合。

5. 清创后的处理

清创后以无菌敷料覆盖并包扎，肢体应适当固定、抬高，以减轻水肿。如为开放性骨折则更应加强固定。清创缝合后的伤口仍有感染的可能，应继续严密观察。如有持续高热、伤口疼痛加剧，即应打开敷料检查伤口，若见局部红、肿、热、压痛明显或有分泌物渗出，应及时拆去缝线，撑开伤口引流、排脓，定期换药直至愈合。敷料如为渗血所浸透，应及时更换。

术后常规注射破伤风抗毒素（TAT）1500 单位。

6. 感染伤口的处理

伤口早期未能做清创处理，或污染严重、清创不彻底，已经感染，处理的原则是加强换药，通畅引流，必要时扩大伤口或做辅助切口以引流，剪除腐肉，促进新生肉芽生长，使伤口早日痊愈。

（焦强）

第十三单元　颅脑损伤

细目一　头皮血肿

要点一　概述

头皮血肿多为钝器直接损伤，按其解剖层次可分为：①皮下血肿；②帽状腱膜下血肿；③骨膜下血肿。

以上三种血肿可以同时发生，混杂存在。此外，如在颅骨骨折的同时合并硬脑膜和颅骨骨膜的撕裂，则脑脊液可流入帽状腱膜下腔形成“头皮下积液”，此时需与帽状腱膜下血肿鉴别。

要点二　临床表现

有明显的外伤史，伤后头部肿痛。根据部位的不同体征有所区别，皮下血肿局限且易于发现，疼痛较重，扪诊时有凹陷感，易误认为是凹陷性颅骨骨折；帽状腱膜下血肿范围较大，严重时充满整个帽状腱膜下层，造成头部显著畸形，波动感明显，小儿及体弱者可致休克或贫血；骨膜下血肿局限于某一颅骨范围之内，以骨缝为界，质地较硬，常见于新生儿产伤。

要点三　诊断

（1）有钝器撞伤头部史。

（2）局部皮肤挫伤、肿胀，可伴疼痛。

（3）触诊于局部可扪及或大或小的肿块。

（4）X 线片颅骨无明显异常。

要点四　鉴别诊断

需做好与颅骨凹陷性骨折的鉴别，后者好发于额骨及顶骨，成人凹陷性骨折多为粉碎性骨折，婴幼儿可呈“乒乓球凹陷样骨折”；骨折部位的切线位 X 线片可显示骨折陷入颅内的深度；CT 扫描不仅可了解骨折情况，还可了解有无合并脑损伤。

要点五　治疗

较小的头皮血肿一般多能自行吸收，无需特殊处理。较大的血肿可行穿刺抽吸、加压包扎或外敷药物等治疗，并配合内服止血、止痛、活血祛瘀的中药。处理头皮血肿时要考虑到有无颅骨损伤及脑损伤。

1. 西医治疗

（1）较大血肿应在无菌条件下抽出积血，然后加压包扎；2～3 天检查一次，若血肿未消散可再次抽吸。

（2）如果抽吸后血肿在短时间内又很快出现，则需考虑是否有较大的血管破裂，必要时应切开彻底止血。忌用强力加压包扎，以防血液经骨折缝流向颅内，引起硬膜外血肿。

2. 中医治疗

（1）内治：

本病主要是瘀血内聚证。

证候：伤后头痛，痛处固定，痛如锥刺；舌质紫暗，脉细涩。

治法：活血化瘀，行气消肿。

方药：通窍活血汤加减。若肿胀甚者，加苏木、陈皮行气消肿；若疼痛甚者，加全蝎、乳香、没药祛瘀止痛。

（2）外治：

局部剪去头发，外敷双柏散或元冰散即可。

细目二　头皮裂伤

要点一　概述

头皮裂伤系外力引起头皮破裂者。其中因锐器引起者，称为割裂伤；由钝物挫伤引起者，称为挫裂伤。由于头皮血管丰富，破裂后血管开口不易闭合，出血较多，可引起失血性休克。

要点二　临床表现

头皮裂伤多累及全层，裂口形状、大小不一，出血量较多，有的创缘呈不规则碎裂，有时伤口内可夹杂头发、异物等。

要点三　诊断

诊断要点为头部有锐器割伤或钝器打砸病史，伤后局部皮肤裂开伴明显出血症状，严重者可出现休克。

要点四　鉴别诊断

1. 头皮撕脱伤

系指大块头皮自帽状腱膜下层或连同颅骨骨膜撕脱的一类头皮损伤性疾病。伤员常因伤口大量出血和剧痛而发生休克。

2. 颅骨开放性骨折

属颅脑损伤的重症，除头皮有裂伤外，颅骨亦存在骨折，导致外界与大脑相通。头颅X线片可显示骨折的类型；CT扫描不仅可了解骨折情况，还可了解有无合并脑损伤。

要点五　治疗

治疗原则是压迫止血、清创缝合、预防感染、促进创口愈合。

（一）西医治疗

（1）对新鲜创口应及早做清创缝合术：头皮血运丰富，其清创缝合的时限允许放宽至24小时，清创时须检查伤口深处有无骨折或碎骨片，一旦发现有脑组织或脑脊液外溢，须按开放性脑损伤处理。

（2）注射破伤风抗毒素以预防破伤风的发生。

（3）选用抗生素防治伤口感染。

（4）严重者行抗失血性休克治疗。

（5）对有骨膜撕脱者，要在颅骨外板上多处钻孔至板障，待以后植皮。如能应用显微外科技术行小血管吻合，也可做头皮单层缝合，可望生长。

（二）中医治疗

1. 外伤出血证

证候：头部皮肤局限性裂开，出血，来势或急或慢，出血量或多或少；伴疼痛、心悸气短；脉微细数。

治法：益气止血，祛瘀宁心。

方药：当归补血汤加减。

外治法：予十灰散、云南白药等外撒于创面，达到止血的目的；或直接行创面压迫包扎止血。

2. 气血双脱证

证候：面色苍白，四肢厥冷，头晕目眩，心悸，唇干淡白，呼吸微弱；脉细数无力。

治法：益气固脱，回阳救逆。

方药：独参汤合参附龙牡汤加减。

细目三　颅骨骨折

颅骨骨折指颅骨受暴力作用导致的颅骨结构改变。常提示伤者受暴力较重，合并脑损伤的概率较高。临床分为：

（1）凹陷性骨折。

（2）线形骨折，包括：①颅前窝骨折；②颅中窝骨折；③颅后窝骨折。

要点一　临床表现

常有头部外伤史。局部肿痛、压痛。如骨折线跨越脑膜血管沟或静脉窦时，有发生硬膜外血肿的可能，凹陷性骨折可直接损伤脑组织而出现相应的症状，颅底骨折者还可出现眼、耳、鼻、咽等处瘀血或流血。

要点二　诊断

头颅 X 线摄片可明确骨折的部位及类型；CT 检查既可明确骨折的部位及类型，同时可排除是否有脑损伤或颅内血肿。

1. 颅盖骨骨折

有头部外伤史，伤后局部肿痛、压痛，头颅 X 线片可明确骨折的部位及类型。

2. 颅底骨折

根据骨折的部位不同，表现有区别。

（1）颅前窝骨折有鼻出血、眶周广泛瘀血斑（“熊猫眼”征）以及广泛球结膜下瘀血斑等表现，甚至出现脑脊液鼻漏及嗅神经或视神经损伤。

（2）颅中窝骨折有鼻出血或合并脑脊液鼻漏或耳漏，可能损伤第Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ、Ⅶ、Ⅷ脑神经；若骨折伤及颈动脉海绵窦段，可因动静脉瘘的形成而出现搏动性突眼及颅内杂音；破裂孔或颈内动脉管处的破裂可发生致命性的鼻出血或耳出血。

（3）颅后窝骨折出现乳突部皮下瘀血斑（Battle 征）或枕下部肿胀及皮下瘀血斑，可合并第Ⅸ～Ⅻ脑神经损伤。

要点三　治疗

单纯线形骨折及颅底骨折本身无需特别治疗，重点在于观察有无脑损伤及颅内血肿。颅底骨折及线形骨折线通过气窦者属开放性骨折，要注意预防颅内感染。

1. 西医治疗

颅底骨折及线形骨折线通过气窦者应用广谱抗生素预防感染，注射破伤风抗毒素预防破伤风。颅底骨折应尽量采取半坐位，制止咳嗽或打喷嚏；对其鼻腔及外耳道出血，严禁堵塞和冲洗，防止漏出的脑脊液逆流入颅内。

对开放性颅骨骨折者应及时采取手术清创，凹陷性骨折超过 1cm 者应进行手术撬拨复位。

2. 中医治疗

（1）内治：按骨折三期辨证用药。

（2）针灸治疗：有脑神经损伤者，病情稳定后可进行针灸治疗，帮助神经功能的恢复。

细目四　脑震荡

要点一　概述

脑震荡，表现为一过性的脑功能障碍，无肉眼可见的神经病理改变，可能与惯性力所致弥漫性脑损伤有关。主要症状是伤后立即出现短暂的意识障碍，可为神志不清或昏迷。较重者可有皮肤苍白、出汗、血压下降、心动徐缓、呼吸浅慢、肌张力降低、各种生理反射迟钝或消失等表现。亦称脑外伤后神经反应。

要点二　临床表现

（1）一过性昏迷：受伤后立即出现短暂的昏迷，常为数分钟，一般不超过半小时。

（2）近事遗忘症：清醒后不能回忆受伤之时或受伤前后的情况，但对往事却能清楚回忆，故又称“逆行性遗忘症”。

（3）较重者在昏迷期间可有皮肤苍白、出汗、血压下降、心动徐缓、呼吸浅慢等表现，但随着意识的恢复很快趋于正常。清醒后可有头痛、头晕、恶心、呕吐等症状。

（4）神经系统检查无阳性体征。

（5）脑脊液检查无红细胞。

（6）CT 检查颅内无异常发现。

要点三　诊断

有头部外伤史，伤后有一过性昏迷，近事遗忘，神经系统检查及有关辅助检查均无阳性体征。

要点四　治疗

轻型脑震荡大多可自愈，无需特殊处理。对症状较重者，药物治疗以缩短昏迷时间和对症治疗为主。

（一）一般治疗

卧床休息 1 ~ 2 周，伤后 24 ~ 48 小时内密切观察神志、瞳孔、肢体运动和神经系统体征的变化，定时测量脉搏、呼吸和血压。

（二）西医治疗

对症治疗，输液、吸氧，适量给予镇静止痛剂和调节血管药物。如恶心呕吐较重者，服用小剂量的冬眠灵、灭吐灵等，并静脉应用脱水药。

（三）中医治疗

1. 内治

（1）昏迷期

证候：脑部受外力震击后昏迷不醒，持续时间一般不超过30分钟。

治法：开窍通闭。

方药：苏合香丸或至宝丹急灌服。

（2）苏醒期

证候：清醒后见头痛、头晕、恶心、时有呕吐、夜寐不宁等症状。

治法：疏肝活血安神。

方药：柴胡细辛汤加减。若头痛较剧者加藁本、蔓荆子祛风止痛；头晕较甚者加白蒺藜、钩藤、天麻柔肝潜阳；恶心呕吐者加姜竹茹、姜半夏和胃止呕；夜寐不宁者加夜交藤、炒枣仁、炙远志养心安神。

（3）恢复期

证候：7～10天以后仍感头微晕，肢倦乏力，精神不振；舌质淡，苔薄白，脉细弱。

治法：益气补肾，养血健脑。

方药：可保立苏汤、归脾丸等。

2. 针刺疗法

昏迷期针刺人中、十宣、涌泉，必要时加百会，强刺激，用泻法。苏醒后头晕时，可针内关透外关；呕吐者针刺内关，配天突、足三里、中脘。

细目五　脑挫裂伤

要点一　概述

脑挫裂伤是一种严重的脑组织、神经和血管的器质性损伤。其中脑组织遭受破坏较轻，软脑膜尚完整者为脑挫伤；而软脑膜、血管和脑组织同时有破裂，并伴有外伤性蛛网膜下腔出血者为脑裂伤。因二者常同时存在，临床上又不易区别，故常合称为脑挫裂伤。

要点二　临床表现

1. 昏迷

受伤当时立即出现，昏迷的程度和持续时间与脑挫裂伤的程度、范围直接相关，绝大多数在半小时以上，重症者可长期昏迷。

2. 局灶症状和体征

随脑受损的部位、范围和程度不同而异，对诊断和判定脑伤的部位很有意义。若大脑功能区受损可立即呈现相应的神经功能障碍或体征，如运动区损伤出现锥体束征、肢体抽搐或偏瘫；语言中枢损伤出现失语等。发生于“哑区”的损伤则无局灶症状或体征出现。

3. 颅内压增高与脑疝

为继发脑水肿或颅内血肿所致，使昏迷或瘫痪程度加重，或意识好转，清醒后又变为模糊，同时有血压升高、心率减慢、呼吸加深、瞳孔不等大及锥体束征等表现。

4. 其他表现

常合并蛛网膜下腔出血，因而出现脑膜刺激征，如颈项强直、克氏征阳性并有血性脑脊液；若合并颅底骨折则引起附近软组织出血征象和脑脊液漏。

5. 脑脊液常规检查

脑脊液常为带血性，故脑脊液常规检查可发现红细胞。

6. CT 检查

可了解脑挫裂伤的具体部位、范围（伤灶表现为低密度区有散在的点状或片状高密度出血灶影）及周围脑水肿的程度（低密度影范围），还可了解脑室受压及中线结构移位等情况

要点三　诊断

头部有外伤史，伤后昏迷在半小时以上，出现局灶症状与体征，脑脊液呈血性改变，CT 检查可见脑挫伤区有点片状高密度或高低混杂密度影像。

要点四　鉴别诊断

1. 脑震荡

脑震荡伤后昏迷时间多在 30 分钟以内，有明显的近事遗忘症，且无定位症状及脑内器质性损害；脑脊液检查多无异常。

2. 颅内血肿

开始时意识障碍可能较轻，但常呈进行性加重或有中间清醒期的昏迷；定位症状为迟发性，后期常并发脑疝。

3. 原发性脑干损伤

是特殊类型的脑损伤，伤后即刻出现显著的生命功能紊乱，眼球固定，瞳孔多变，高热不退，昏迷深且持久；若为中脑损伤则出现去大脑强直，表现为两上肢伸直、内收并内旋，两下肢挺直，头后仰，呈角弓反张状。

要点五　治疗

轻者治疗基本与脑震荡相同，严重者昏迷期以抢救生命为先，以西医对症治疗为主，配合中药开窍醒神；苏醒期和恢复期以中药调理和针刺治疗为主。除非颅内继发性血肿或有难以遏制的颅内高压外，一般无需外科处理。

（一）一般治疗

（1）密切观察病情变化，每 1 ~ 2 小时观察 1 次并做好记录，以便早期发现颅内血肿，并做好术前准备。

（2）一般保持床头抬高 15°～30°，保持呼吸道通畅，必要时行气管切开术，充分给氧。

（3）伤后暂禁食，3～4 日后进流食或鼻饲以维持营养。

（4）维持水、电解质平衡，对躁动者查明原因（如疼痛、尿潴留、体位不适、颅内压增高等），并做相应处理，可用一般镇静剂（苯二氮、苯巴比妥类等），禁用吗啡类药物，以免掩盖病情和抑制呼吸；伴高热者给予物理降温或冬眠低温疗法；合并脑脊液漏者用抗生素预防颅内感染。

（二）西医治疗

1. 脱水疗法

是防治脑水肿、降低颅内压的有效措施。一般用渗透性脱水剂（如甘露醇）或利尿脱水剂（如速尿、利尿酸钠等）。脱水治疗期间应注意血容量不足、低血压及电解质紊乱、低钾血症。

2. 肾上腺皮质激素的运用

肾上腺皮质激素能改善血脑屏障，降低脑血管的通透性，并可维持脑细胞内溶酶体稳定，对防治脑水肿有效。常用药物如地塞米松、氢化可的松。治疗期间应注意预防消化道出血。

3. 神经营养剂和促醒药物

神经营养剂可供给能量，改善脑组织代谢和恢复脑组织功能。常用药物有三磷腺苷（ATP）、辅酶 A、细胞色素 C（用前做过敏试验）。促醒药适用于昏迷时间久者，如克脑迷、胞二磷胆碱及安宫牛黄丸、苏合香丸等。

4. 高压氧疗法

高血氧可提高血氧张力，直接纠正脑缺氧，阻断脑缺氧－脑水肿的恶性循环，在与低温、脱水等综合治疗下，可促使脑细胞功能恢复。

5. 低温疗法

降低组织温度可使组织细胞氧需求量降低，减少脑耗氧量，从而保护脑组织。实践证明，降温与脱水疗法联合应用可有效地控制缺氧性脑损害的恶性循环。降温疗法要求：

（1）头部重点降温，采用冰帽、冰水槽等。

（2）尽早使用，持续时间要足够，通常保持直肠温度在 32℃～34℃，一般疗程为 3～5 日。

（3）低温期间要制止寒颤及抽搐，以免增加全身耗氧量。

（4）根据病人循环功能选用冬眠合剂Ⅰ、Ⅱ、Ⅳ号。

6. 防治并发症

积极防治消化道出血、肺炎、癫痫等并发症。对严重消化道出血可在胃镜监测引导下用激光或微波行出血点止血，不能控制者应行胃大部分切除术或迷走神经切断加胃窦部切除术。

7. 重度脑挫裂伤并脑水肿的手术指征

（1）意识障碍进行性加重或有一侧脑疝表现；

（2）CT 扫描发现中线结构明显移位，脑室明显受压；

（3）在脱水、激素等治疗过程中病情恶化者。

凡有手术指征者皆应立即手术，尽早地去除颅内压增高的病因和解除脑受压，已经出现一侧瞳孔散大的小脑幕切迹疝征象时，更应在 30 分钟内，最迟 1 小时以内将血肿清除或去骨瓣减压，超过 3 小时者将产生严重后果。

（三）中医治疗

1. 内治

（1）昏聩期

证候：昏聩深着，两手握固，牙关紧闭；脉沉迟。

治法：辛香开窍，通闭醒神。

方药：苏合香丸或黎洞丸 1 粒（研末），胃管灌服。若伴高热、神昏窍闭、抽搐等症者，改用安宫牛黄丸研末灌服，以清心开窍；若痰热阻窍所致昏迷，用至宝丹清热豁痰开窍。

（2）苏醒期

证候：神志恍惚不清，头痛头晕，呕吐恶心，夜寐不宁，或醒后不省人事，昏沉嗜卧；脉细无力。

治法：镇心安神，升清降浊。

方药：琥珀安神汤加减。若眩晕不止，或夜寐烦躁不宁甚者，用天麻钩藤饮加减以平肝熄风、升清降浊；若痰气上逆，神志迷蒙，不能自主者，改用癫狂梦醒汤加减以祛瘀开窍、化痰醒神。

（3）恢复期

证候：神情痴呆，或失语，或语言謇涩，或错语健忘，或半身不遂，四肢麻木；舌干红无苔，脉弦细数。

治法：益气养阴，祛瘀开窍。

方药：补阳还五汤合收呆至神汤加减。若视物模糊，或复视，加决明子、枸杞子、玉竹、紫丹参补益肝肾；若失聪，或耳鸣，有阻塞感，加灵磁石、蔓荆子、灯心草补肾聪耳；若头痛失眠，烦躁不宁，胸闷心悸，甚者癫狂，则加琥珀、龙齿、远志镇静安神；若筋脉不利，爪甲不荣，则加熟地、木瓜养肝舒筋。

2. 针灸治疗

（1）昏迷不省人事者，针人中、十宣、涌泉、合谷等穴；呃逆者针天突，配内关、中脘；呕吐者针内关，配足三里、天突。

（2）恢复期症见眩晕者，针内关、百会、足三里，配风池、三阴交等穴；失眠者针足三里、哑门或神门，配内关、三阴交；癫痫者针哑门、后溪，配人中、内关；半身不遂者针曲池透少海，阳陵泉透阴陵泉，配外关透内关，合谷透后溪，悬钟透三阴交，地仓透颊车，环跳和养老；头痛者针印堂、哑门，配足三里、合谷。

细目六　颅内血肿

要点一　概述

颅脑损伤时常引起颅内出血，当血液积聚形成血肿，造成脑压迫时，称为颅内血肿。这是颅脑损伤的严重继发性病变。

1. 按血肿的来源和部位

（1）硬脑膜外血肿。

（2）硬脑膜下血肿。

（3）脑内血肿。

2. 按血肿引起颅内压增高或早期脑疝症状所需时间

（1）72 小时以内者为急性型。

（2）3 日以上至 3 周以内为亚急性型。

（3）超过 3 周为慢性型。

血肿常与原发性脑损伤相伴发生，也可在没有明显原发性脑损伤情况下单独发生。

要点二　临床表现

1. 意识障碍的变化

意识障碍有嗜睡、朦胧、浅昏迷、深昏迷几个级别。近 20 年来，采用格拉斯哥昏迷评分法，检查病人睁眼、语言和运动三项反应的情况并予以评分，总分最高 15 分，最低 3 分。总分越低则病情越重。总分在 8 分以下者表明昏迷（见表）。

表　格拉斯哥昏迷评分

项目	状态	分数
睁眼反应	自行睁眼	4
	呼之能睁眼	3
	刺痛能睁眼	2
	不能睁眼	1
言语反应	能答对，＊定向正确	5
	能答对，＊定向有误	4
	胡言乱语，不能对答	3
	仅能发音，无语言	2
	不能发音	1
运动反应	能按吩咐完成动作	6
	刺痛时能定位，手举向疼痛部位	5

续表

项目	状态	分数
	刺痛时肢体能回缩	4
	刺痛时双上肢呈过度屈曲	3
	刺痛时四肢呈过度伸展	2
	刺痛时肢体松弛，无动作	1

* 定向指对人物、时间和地点的辨别

（1）昏迷－清醒－再昏迷：常是颅内血肿，尤其是硬脑膜外血肿的典型症状。

（2）持续昏迷并呈进行性加重：伤情严重，颅内压增高较快，易发生脑疝。

（3）清醒－昏迷：伤后无原发性昏迷若干时间后出现昏迷并进行性加重，多见于小儿颅内血肿。

2. 瞳孔改变

瞳孔改变多发生在患侧，可先缩小，对光反应迟钝，继之瞳孔进行性扩大，对光反应消失，提示已发生小脑幕切迹疝。如病情进行性加重，则对侧瞳孔亦可随之扩大，发生枕骨大孔疝。

3. 锥体束征

早期出现的一侧肢体肌力减退，如无进行性加重表现，可能是脑挫裂伤的局灶体征；如果是稍晚出现或早期出现而有进行性加重，则应考虑为血肿引起脑疝或血肿压迫运动区所致；去大脑强直为脑疝晚期表现。

4. 生命体征

常为进行性的血压升高、心率减慢和呼吸深慢（“两慢一高”）。由于颞区的血肿大都先经历小脑幕切迹疝，然后合并枕骨大孔疝，故严重的呼吸循环障碍常在经过一段时间的意识障碍和瞳孔改变后才发生；额区或枕区的血肿则可不经历小脑幕切迹疝而直接发生枕骨大孔疝，可表现为一旦有了意识障碍，瞳孔变化和呼吸骤停几乎是同时发生。

5. CT 检查

有决定性诊断意义，尤其是动态观察，对确定血肿位置、大小、数量、变化等具有重要意义，血肿区在扫描图像上呈高密度表现。

要点三　诊断

1. 硬脑膜外血肿

血肿积聚于颅骨与硬脑膜之间，称为硬脑膜外血肿。多见于头部直接暴力损伤及各种类型的颅骨骨折，多数血肿部位与外伤时的着力点相一致，而血肿就在骨折线附近。常见于颞部、顶部、额极和各颅凹部位。出血来源于脑膜中动脉及其分支、矢状窦、横窦、板障静脉。诊断要点为：

（1）原发性昏迷时间短并有中间清醒期；

（2）伴有头痛、呕吐等颅内压增高症状；

（3）出现神经定位体征，偏瘫并进行性加重，可有锥体束征；

（4）一侧瞳孔扩大，对光反应迟钝渐至消失；

（5）随着血肿增大及脑疝的加重，生命体征变化明显；

（6）头颅 X 线平片有骨折线；

（7）头颅 CT 扫描在病变区有高密度阴影，中线结构移位。

2. 硬脑膜下血肿

血肿聚集于硬脑膜与蛛网膜之间，称硬脑膜下血肿。是颅内血肿中最常见者。临床可分为急性、亚急性和慢性三种类型。加速性脑损伤时血肿多发生于着力侧；减速性脑损伤时血肿可发生于着力侧或对冲部位。多见于额极、颞极部和矢状窦两侧部位。出血来源常为大脑浅层的静脉破裂及脑挫裂伤，也可来源于静脉窦和桥静脉损伤。诊断要点为：

（1）急性硬脑膜下血肿：常因脑挫裂伤和静脉窦损伤引起，血肿可能发生于两侧，因而缺乏典型的“中间清醒期”；病情常呈急骤发展，昏迷较深并进行性加重，脑水肿严重，肢体运动障碍多出现在血肿对侧，且瞳孔扩大多见，可有小便失禁、血性脑脊液，易发生呼吸循环功能紊乱。

（2）亚急性硬脑膜下血肿：症状较轻，进展较慢。

（3）慢性硬脑膜下血肿：常发生于额顶颞部，伤力多不直接；早期出血量少，有阵发性头痛，渐至持续性头痛；晚期有呕吐、视乳头水肿，并可发生癫痫、一侧肢体轻瘫或锥体束征。

（4）头颅 X 线摄片常无骨折可见。

（5）头颅 CT 扫描可见病变区有半月形的高密度影像、侧脑室受压、中线结构移位。

3. 脑内血肿

血肿在脑组织内称脑内血肿。常见部位为额叶、颞叶、顶叶或枕叶。诊断要点为：

（1）进行性意识障碍。

（2）颅内压增高症状明显。

（3）出现相应性局灶性症状。

（4）CT 检查于脑实质内可见到圆形或不规则高密度血肿影，侧脑室明显受压，中线移位明显；同时可见血肿周围的低密度水肿区。

要点四　鉴别诊断

须与脑挫裂伤鉴别。脑挫裂伤定位症状在伤后出现，而且比较稳定，无清醒期。颅内血肿的定位症状需隔一定时间出现，呈进行性加重，多有清醒期。

要点五　治疗

颅内血肿诊断一经确立，即应争分夺秒立即进行手术抢救，力求在脑疝形成前施行急诊手术，切忌做不必要的辅助检查。术后治疗基本同脑挫裂伤。常用的手术方式有：①开颅血肿清除术；②钻孔探查术；③脑室引流术；④钻孔引流术；⑤去骨瓣减压术。

（一）颅内血肿的手术指征

（1）意识障碍程度逐渐加深；

（2）颅内压的监测压力在 2.7kPa（270mmH_2O）以上，并呈进行性升高表现；

（3）有局灶性脑损害体征；

（4）CT 检查血肿较大（幕上者 >40ml；幕下者 >10ml），或血肿虽不大但中线结构移位明显（移位 >1cm）、脑室或脑池受压明显；

（5）在非手术治疗过程中病情恶化。

（二）术前准备

快速为伤员剃光头，备血和留置导尿。已发生脑疝者快速静滴脱水剂，同时做术前准备。对难以判定血肿位置者，也应快速静脉给予脱水剂，尔后观察瞳孔变化，如一侧瞳孔缩小，一侧仍散大，则散大侧有颅内血肿。对已濒危患者，也应在征得家属或单位同意后积极手术治疗。

（三）常用的手术方式

1. 开颅血肿清除术

术前 CT 检查血肿部位明确者，可直接开颅清除血肿。对硬脑膜外血肿，骨瓣应大于血肿范围，以便于止血和清除血肿。遇到脑膜中动脉主干出血，止血有困难时，可向颅中凹底寻找棘孔，用明胶海绵堵塞止血。术前已有明显脑疝征象或 CT 检查中线结构有明显移位者，尽管血肿清除后当时脑未膨起，也应将硬脑膜敞开并去骨瓣减压，以减轻术后脑水肿引起的颅内压增高。对硬脑膜下血肿，在打开硬脑膜后，可在脑压板协助下用生理盐水将血块冲出，由于硬脑膜下血肿常合并脑挫裂伤和脑水肿，所以清除血肿后也不缝合硬脑膜并去骨瓣减压。对脑内血肿，因多合并脑挫裂伤与脑水肿，穿刺或切开皮质达血肿腔清除血肿后，以不缝合硬脑膜并去骨瓣减压为宜。

2. 钻孔探查术

已具备伤后意识障碍进行性加重或出现再昏迷等手术指征，因条件限制术前未能做 CT 检查，或就诊时脑疝已十分明显，已无时间做 CT 检查，钻孔探查术是有效的诊断和抢救措施。其主要目的在于确定有无血肿，适用于怀疑血肿而不能肯定者，应正确选择钻孔部位和钻孔顺序。钻孔在瞳孔首先扩大的一侧开始，或根据神经系体征、头皮伤痕、颅骨骨折的部位来选择；多数钻孔探查需在两侧多处进行。发现血肿后切割较大的骨瓣或扩大骨孔以便清除血肿和止血；在大多数情况下，需敞开硬脑膜并去骨瓣减压，以减轻术后脑水肿引起的颅内压增高。

3. 脑室引流术

脑室内出血或血肿应行脑室引流术。脑室内主要为未凝固的血液时，可行颅骨钻孔穿刺脑室置管引流；如主要为血凝块时，则行开颅术切开皮质进入脑室清除血肿后置管引流。

4. 钻孔引流术

对慢性硬脑膜下血肿主要采取颅骨钻孔，切开硬脑膜到达血肿腔，置管冲洗以清除血肿液。术后引流 48 ~ 72 小时，病人取头低卧位，并给予较大量的生理盐水和等渗溶液静脉滴注，以促使原受压脑组织膨起复位，消除死腔。

5. 去骨瓣减压术

重度脑挫裂伤合并脑水肿开颅时敞开硬膜并去骨瓣减压，同时还可清除挫裂糜烂及血循环不良的脑组织，作为内减压术。对于病情较重的广泛性脑挫裂伤或脑疝晚期者，可考虑行两侧去骨瓣减压术。

（焦强）

第十四单元　胸部损伤

细目一　肋骨骨折

要点一　诊断

（1）有明确的外伤史。

（2）局部疼痛，尤其在深呼吸、咳嗽或转动体位时加剧。尚可出现不同程度的呼吸困难和循环障碍。

（3）体格检查受伤的局部胸壁有时肿胀，按之有压痛，甚至可有骨摩擦感。用手挤压前后胸部，局部疼痛加重甚至产生骨摩擦音，即可判断肋骨骨折而可与软组织挫伤鉴别。多根多处肋骨骨折时伤侧胸壁可有反常呼吸运动。伴有皮下气肿、气胸、血胸并发症的病人还有相应的体征。

（4）胸部X线摄片显示肋骨骨折断裂线、断端错位，并可判断有无气胸、血胸。

要点二　治疗

对单根闭合性肋骨骨折临床上多采用手法整复，宽绷带或胶布固定，内服药物按骨折三期辨证用药。

（一）西医治疗

1. 闭合性单处肋骨骨折

骨折的断端因有上、下完整的肋骨和肋间肌支撑而较少错位、活动和重叠，多能自行愈合。治疗的重点是止痛、固定胸廓和防治并发症。单根或2～3根肋骨单处骨折，尤其位于背侧者，一般以大号膏药贴敷在局部胸壁或用胶布条固定胸廓，可收到止痛、固定效果，同时需口服消炎痛、布洛芬、地西泮、可待因、曲马朵、吗啡等镇痛、镇静药物，或中药三七片、云南白药。亦可用1%普鲁卡因溶液行肋间神经阻滞或封闭骨折处。此外需鼓励病人咳嗽排痰，以减少呼吸系统的并发症。

2. 闭合性多根多处肋骨骨折

若胸壁软化范围较小，除止痛外尚需局部压迫包扎。大块胸壁软化或两侧胸壁有多根多处肋骨骨折时，因反常呼吸运动、呼吸道分泌物增多或血痰阻塞气道，病情危笃，需采

取紧急措施，清除呼吸道分泌物，以保证呼吸道通畅；对咳嗽无力、不能有效排痰或呼吸衰竭者，要做气管插管或气管切开，以利抽吸痰液、给氧和施行辅助呼吸。

3. 胸壁反常呼吸运动的局部处理

（1）包扎固定法：适用于现场或较小范围的胸壁软化。用厚敷料、沙袋压盖于胸壁软化区，再粘贴胶布固定，或用多带条胸布包扎胸廓。

（2）牵引固定法：适用于大块胸壁软化或包扎固定不能奏效者。在局部麻醉下，消毒胸壁软化区，用无菌巾钳经胸壁夹住中央处游离段肋骨，再用绳带吊起，通过滑轮进行重力牵引，重量约 2 ~3kg，使浮动的胸壁复位。固定时间为 1 ~2 周，此法不利于病人活动。另一种方法是在伤侧胸壁放置牵引支架，把巾钳固定在铁丝支架上，病人可起床活动。

（3）内固定法：适用于错位较大、病情严重的病人。切开胸壁，在肋骨两断端分别钻洞，贯穿不锈钢丝固定。

4. 开放性肋骨骨折

对单根肋骨骨折病人的胸壁伤口需彻底清创，修齐骨折端，分层缝合后固定包扎。如胸膜已穿破，尚需做胸膜腔引流术。多根多处肋骨骨折者于清创后用不锈钢丝做内固定术。手术后应用抗生素，以防感染。

（二）中医治疗

肋骨骨折中医内治是按早期、中期、后期而设祛瘀、接骨、补虚三法。具体有活血祛瘀、理气止痛、续筋接骨、调补肝肾、强筋壮骨、益气养血等法。临床常见以下证型：

1. 气滞血瘀证

证候：伤后胁肋刺痛，痛处固定，局部可见瘀斑瘀点，呼吸及咳嗽时疼痛加重；舌质紫暗，脉象沉涩。

治法：活血化瘀，理气止痛。

方药：复元活血汤加减。痛甚加三七；兼气逆喘咳加瓜蒌皮、杏仁、枳壳；咯血者可加白及、仙鹤草、血余炭、藕节。

2. 肺络损伤证

证候：伤后胁肋刺痛，痛处固定，伴见咳嗽、咯血或痰中带血，甚则呼吸短促，胸部胀闷；舌质紫，脉沉涩。

治法：宁络止血，止咳平喘。

方药：十灰散合止嗽散加减。若胁肋疼痛明显，可加旋覆花、郁金、桃仁以理气活血止痛；咯血较多时可加三七粉冲服。

3. 筋骨不续证

证候：伤处肿痛减轻，骨折处尚未愈合；舌质暗红，脉弦。

治法：续筋接骨，理气活血。

方药：接骨紫金丹加减。胁肋疼痛加郁金、桃仁、柴胡；咳嗽痰多者加紫菀、款冬花。

4. 肝肾不足证

证候：损伤后期症见胁肋隐痛，悠悠不休，口干咽燥，心中烦热，头晕目眩，腰膝酸

软，遗精；舌红少苔，脉弦细。

治法：调补肝肾，强筋壮骨。

方药：六味地黄丸加减。心中烦热加炒栀子、酸枣仁以清热安神；头晕目眩加黄精、女贞子、菊花以益肾清肝；精关不固，腰酸遗精者加牡蛎、金樱子、芡实、莲须固肾涩精。

5. 气血亏虚证

证候：伤后症见少气乏力，失眠多梦，心悸怔忡，纳食减少；舌质淡，苔薄白，脉沉细。

治法：益气养血。

方药：八珍汤加减。心悸怔忡、失眠多梦可加柏子仁、酸枣仁、远志养血安神；兼食积停滞者加神曲、麦芽、山楂、鸡内金消食健胃。

细目二　气胸

要点一　分类

气胸的形成多由于肺组织、支气管破裂，空气逸入胸膜腔；或因胸壁伤口穿破胸膜，胸膜腔与外界沟通，外界空气进入所致。一般分为闭合性、开放性和张力性气胸三类。

要点二　诊断

（一）闭合性气胸

闭合性气胸多为肋骨骨折的并发症，肋骨断端刺破肺表面，空气漏入胸膜腔所造成。气胸形成后，胸膜腔内积气压迫肺裂口使之闭合，或破口自动闭合，不再继续漏气。此类气胸可使伤侧胸膜腔负压减少，导致伤侧肺部分萎陷和通气功能降低。小量气胸，肺萎陷在30%以下者，影响呼吸循环功能较小，多无明显症状。大量气胸时病人出现胸闷、胸痛和气促症状，气管向健侧移位，伤侧胸部叩诊呈鼓音，听诊呼吸音减弱或消失。胸部X线检查显示不同程度的肺萎陷和胸膜腔积气，有时可有少量积液。

（二）开放性气胸

病人气促、呼吸困难和发绀、循环障碍以致休克。因胸壁创口开放，呼吸时能听到空气进入胸膜腔的响声。伤侧胸部听诊呼吸音减弱或消失，叩诊呈鼓音，气管、心脏向健侧移位。胸部X线检查示伤侧肺明显萎陷、胸膜腔积气，气管和心脏等纵隔器官偏移。

（三）张力性气胸

病人极度呼吸困难，端坐呼吸，发绀，常有休克。体格检查可见伤侧胸部饱满，肋间隙增宽，呼吸幅度减低，可有颈部、胸部皮下气肿。叩诊呈高度鼓音，听诊呼吸音消失。胸部X线检查显示胸膜腔大量积气，肺完全萎陷，气管和心脏向健侧移位。胸膜腔穿刺有压力高的空气向外冲出，抽出部分气体后，症状好转，但不久又见加重，出现此表现有助于诊断。

要点三　治疗

西医治疗主要是排出胸膜腔内积气，恢复肺功能；中医治疗以治气治血为主。

（一）西医治疗

1. 闭合性气胸

小量气胸无需治疗，可于 1 ~ 2 周内自行吸收。大量气胸需进行胸膜腔穿刺，抽尽积气，或行胸膜腔引流术，促使肺及早膨胀，同时应用抗生素预防感染。

2. 开放性气胸

开放性气胸的急救处理是用无菌敷料如凡士林纱布加棉垫封盖伤口，再用胶布或绷带包扎固定，使开放性气胸转变为闭合性气胸，然后穿刺胸膜腔，抽气减压，暂时解除呼吸困难。病人送至医院后进一步的处理是：给氧和输血补液，纠正休克，清创、缝合胸壁伤口，并作闭式胸膜腔引流术。如疑有胸腔内脏器损伤或活动性出血，则需剖胸探查，止血，修复损伤或摘除异物。术后应用抗生素预防感染；鼓励病人咳嗽排痰和早期活动。

闭式胸膜腔引流的穿刺部位：根据体征和胸部 X 线检查，明确胸膜腔内空气、液体的部位，选定插管的肋间隙。液体处于低位，一般选在腋中线和腋后线之间的第 6 ~ 8 肋间插管引流。气体多向上积聚，以在前方上部胸膜腔引流为宜，常选锁骨中线第 2 肋间。

3. 张力性气胸

张力性气胸的急救处理是立即排气，降低胸腔内压力。在危急状况下可用一粗针头在伤侧第 2 肋间锁骨中线处刺入胸膜腔，有气体喷射出即能收到排气减压效果。在病人转送过程中，于插入针的接头处缚扎一橡胶手指套，将指套顶端剪一 1cm 开口，可起活瓣作用，即在呼气时能张开裂口排气，吸气时闭合，防止空气进入；或用一长橡胶管或塑料管将一端连接插入的针接头，另一端置于无菌水封瓶水面下，以保持持续排气。张力性气胸的处理是在积气最高部位放置胸腔引流管（通常是第 2 肋间锁骨中线），连接水封瓶。有时尚需用负压吸引装置，以利排净气体，促使肺膨胀。同时应用抗生素预防感染。经闭式引流后，一般肺小裂口多可在 3 ~ 7 日内闭合。待漏气停止 24 小时后，经 X 线检查证实肺已膨胀，方可拔除插管。长时间漏气者应进行剖胸修补术。如胸膜腔插管后漏气仍严重，病人呼吸困难未见好转，往往提示肺、支气管的裂伤较大或断裂，应及早剖胸探查，修补裂口，或做肺段、肺叶切除术。

（二）中医治疗

中医治疗气胸以理气、固脱为主。临床又有开胸顺气、逐瘀通络、益气养血固脱等治法。常见以下证型：

1. 气滞证

证候：呼吸急促，甚则不能平卧，胸部胀闷；舌质淡红，脉弦。

治法：开胸顺气。

方药：理气止痛汤加减。若瘀血症状明显，见胸胁疼痛、舌紫暗，可加桃仁、红花以活血祛瘀。

2. 气脱证

证候：呼吸困难，呼吸音低微，紫绀，大汗淋漓，四肢厥冷；舌淡苔白，脉微弱。

治法：益气固脱。

方药：参附汤加减。若兼气滞者，加枳壳、制香附以理气；兼瘀血内停加制乳香、制没药、丹参以活血祛瘀；若汗出不止可加龙骨、牡蛎以固涩止汗。

细目三　血胸

胸部损伤后引起胸膜腔积血者，称为损伤性血胸。血胸来自：

1. 肺组织破裂出血

因肺动脉压力低，出血量小，多可自行停止。

2. 胸壁血管（肋间血管或胸廓内血管）破裂出血

因出血来自体循环，压力高，所以出血量多，且不易自止，常需手术止血。

3. 心脏、大血管破裂出血

多为急性大出血，出现失血性休克，若不能及时抢救，常可致死。

要点一　分类

1. 凝固性血胸

胸腔内出血量较少时，由于肺、心、膈肌的不断活动，对胸膜腔内积血有去纤维蛋白作用，血液多不凝固，此为非凝固性血胸。当大量纤维蛋白沉积于胸膜表面，或短期内大量失血，以致去纤维蛋白作用不全，积血可在胸膜腔内凝固，形成凝固性血胸。血块机化后形成纤维板，限制呼吸运动，损害呼吸功能。

2. 感染性血胸

如胸膜腔积血不及时排出，细菌经伤口侵入，在积血中滋生繁殖，引起感染性血胸。

3. 迟发性血胸

少数伤员因肋骨断端活动刺破肋间血管或血管破裂处血凝块脱落，发生延迟出现的胸腔内积血，称为迟发性血胸。

4. 进行性血胸

当胸腔内出血影响到血流动力学稳定时，称为进行性血胸。

5. 另外按出血量分为：

（1）小量积血（0.5L 以下）；

（2）中量积血（0.5～1L）；

（3）大量积血（1L 以上）。

要点二　诊断

有明确的胸部外伤史，小量出血的血胸，其胸内积血少于 500ml 者，可无明显症状。

胸部 X 线检查可见肋膈角消失。中等量以上出血的血胸，短期内胸腔内积血达 1000ml 以上时，多可出现面色苍白、脉搏细速、呼吸急促、血压下降等休克征象和胸腔积液的体征。胸部 X 线检查可见伤侧胸膜腔内有大片积液阴影，纵隔向健侧移位。胸腔穿刺抽出血液即可确诊。

下列征象提示进行性出血：

（1）脉搏逐渐增快，血压持续下降；

（2）经输血补液后血压不回升或升高后又迅速下降；

（3）血红蛋白、红细胞计数和红细胞比容等重复测定持续降低；

（4）胸膜腔穿刺因血凝固抽不出血液，但连续胸部 X 线检查显示胸膜腔阴影继续增大；

（5）闭式胸膜腔引流后，引流血量连续 3 小时每小时超过 200ml。

要点三　治疗

（一）西医治疗

1. 非进行性血胸

非进行性血胸治疗原则是补充血容量和解除血胸对肺和纵隔的压迫。小量血胸可自然吸收，不需穿刺抽吸。中等量以上积血者，多主张早期施行肋间插管胸膜腔闭式引流术，因其有利于早期排除积血、促使肺膨胀和控制感染，以改善呼吸功能。

2. 进行性血胸

首先输入足量血液，以防治低血容量性休克。须及时剖胸探查，寻找出血部位。如为肋间血管或胸廓内血管破裂，予以缝扎止血。肺破裂出血一般只需缝合止血。如肺组织严重损伤，则需做部分肺切除术或肺叶切除术。大血管破裂往往修补裂口困难，多需做人造血管移植术。

3. 凝固性血胸

在出血停止、伤员情况稳定后，剖胸清除血块，手术时间一般在伤后 2 周左右。机化性血胸宜在伤后 3 ~ 5 周内行纤维膜剥除术。术后留置闭式引流，使肺复张。

（二）中医治疗

中医治疗血胸以理气、活血、养血、固脱为主。临床运用又有开胸顺气、理气活血、逐瘀通络、益气养血固脱等治法。常见以下证型：

1. 血瘀气滞证

证候：呼吸气短，胸胁胀痛或刺痛，固定不移，面青；舌紫暗，脉沉涩。

治法：理气活血，逐瘀通络。

方药：复元活血汤加减。气滞为主可加厚朴、香附等理气之品；血瘀较重者可加三棱、莪术，以增强破瘀消坚之力；兼见大便秘结者可加芒硝、厚朴以通利大便。

2. 血虚气脱证

证候：呼吸表浅，面色苍白，甚则大汗淋漓，四肢厥冷；脉微欲绝。

治法：益气养血固脱。

方药：四君子汤合生脉散加减。若喘促转剧可加苏子、杏仁肃肺平喘；若汗出不止可加龙骨、牡蛎固涩止汗；若心悸不宁者可加远志、酸枣仁等以养心安神。

（焦强）

第十五单元　腹部损伤

细目一　概述

要点一　分类

（一）按伤型分类

腹部损伤首先按有无伤口分为开放性创伤和闭合性创伤两类。

1. 开放性创伤

战时多见，又以是否穿破腹膜分为穿透性伤和非穿透性伤两类。穿透性伤多伴有内脏伤，而且难免有由致伤物带入腹腔的污染。非穿透性伤多数只是腹壁软组织的开放性创伤，不会将污染带入腹腔，但其中也有较少数会引起腹内脏器伤。

2. 闭合性创伤

平时多见，决定其严重性的是有无合并内脏损伤，如无内脏损伤则仅为腹壁软组织损伤。腹部闭合性伤由于腹部无伤口，常被伤员甚至医务人员所忽视，如合并有内脏伤则将引起严重后果，应该警惕。

（二）按伤因分类

根据致伤物的性质不同，可分为钝器伤、锐器伤、火器伤以及由于侵入性的医学检查或治疗所引起的医源性损伤。钝器伤多引起闭合性伤，锐器伤及火器伤则引起开放性伤。火器伤中其伤道有入口也有出口者称为贯通伤，只有入口而无出口者称为盲管伤，盲管伤可有异物（投射物）留于体内。

腹部损伤属中医“腹部内伤”、“腹部外伤”、“损伤昏厥”、“损伤腹痛”等范畴。

要点二　诊断

在对腹部受伤部位做重点检查的同时不应忽视全身的、全面系统的检查，因为腹部同时有几个器官损伤或合并其他部位的器官损伤（多发性创伤）的几率相当高，所以尽管腹部内脏伤的表现已很明显，仍应进行全面检查，以免漏诊。对于症状体征表现不明显，诊断不明确的伤员更应做全面检查和系统的观察，以获明确诊断。一般按以下程序检查、分析：首先应判断有无内脏损伤，再判断其为何种脏器的损伤，并确定有无剖腹探查的指征。

（一）详细了解外伤史

通过对暴力程度、性质、速度、方向、作用部位和伤后病情发展的了解有助于判断有无腹部及其他部位的内脏损伤。

（二）全身系统检查和腹部的重点检查

对生命体征的系统观察。腹部直接受暴力作用的部位，尤其是有疼痛、擦伤、肿胀、瘀斑处及该部位相应的脏器应作为检查的重点。检查按腹部体检顺序进行。特别注意有无腹膜刺激征、肝浊音界消失或缩小、腹部移动性浊音、肠鸣音减弱或消失，并通过直肠指检了解直肠前后方有无压痛、肿胀、波动等。有时需定期反复检查，观察其进展的情况，才能及时发现重要体征。与此同时不应忽视全身的、各系统的全面检查，以减少漏诊、误诊。

（三）必要的化验检查和辅助检查

1. 化验检查

实质性脏器破裂时有红细胞、血红蛋白、血细胞比容的数值下降。系统的、动态的观察更有价值。空腔脏器伤随腹膜炎的进展白细胞计数进行性升高。胰、十二指肠损伤时血、尿淀粉酶升高有重要诊断价值。

2. X线胸、腹透视或照片

可以观察到空腔脏器破裂的气腹征、腹腔积液，腹膜后脏器穿孔的腰大肌区的积气，肝脾破裂时可见该侧膈肌升高及血肿、血凝块引起的肝、脾大小和外形的改变。同时应注意观察胸腔、肋骨、骨盆的情况，可提供相应脏器伤的线索，以及是否存在多器官、多部位损伤的可能。

3. B 超

可探知实质性脏器的大小、外形、位置及其血肿的大小和变化和腹腔内有无积液等。B 超为非侵入性检查方法，而且检查的设备简单，可在床边进行。

X 线检查、B 超检查能为诊断提供有价值的客观资料，在保证病人安全的情况下，应争取进行检查。如有条件和必要还可做 CT 检查。

4. 诊断性腹腔穿刺和腹腔灌洗术

多用于经以上检查仍然诊断不明者，特别是酒醉、昏迷、休克的伤员，无法了解其病史和对体检的反应者，诊断性腹腔穿刺术是提高诊断率的有效方法。穿刺点可选择在最可能脏器损伤的部位，一般选在右下腹部麦氏点处，也可在左下腹相应的部位，或左右腰腹部。令伤员侧卧于拟穿刺侧约 5 分钟，皮肤消毒及局麻后，可用 8 号长针头直接刺入腹腔，亦可用带塑料导管的套管针，在穿过腹膜后将塑料管继续向腹腔内推进，抽取腹腔内容物。肉眼观察是否有不凝的血液、胃肠液、胆汁、尿液、浑浊腹水等。如肉眼不能判别，尚需进行化验检查，确定有无红细胞、白细胞、脓细胞、胃肠液、胆汁、胰液（测定胰淀粉酶）。任何一项阳性均有助于判断有无腹部内脏伤及可能损伤的器官。但腹腔穿刺检查如为阴性并不能排除内脏器官损伤的可能性。为提高检测的阳性率，用上述方法置入塑料导管后，由该导管注入无菌生理盐水 500 ~ 1000ml，再检查其

回流液有无红细胞、白细胞、胃肠液、胆汁、胰液等，称为腹腔灌洗术。本法比较复杂，临床使用不多。

通过以上检查多能确定有无内脏的损伤，但部分伤员，特别在受伤的早期，因症状和体征尚不明显以致诊断困难。这时一方面先进行适当的非手术处理，另一方面系统严密地观察病情的变化和腹部体征的演变，再结合必要的辅助检查，对观察及检查的结果反复分析、判断，可望能及时获得正确诊断。

（四）剖腹探查术

是外科重要的诊断手段之一，但不可无指征地滥用。手术应在适当准备后，在良好的麻醉下进行。探查应全面而有次序。尽管术前诊断似乎已很明确，术中仍应按常规进行探查，这样可以避免漏诊和意外。

要点三　鉴别诊断

（一）单纯性腹壁损伤或腹膜后血肿

1. 单纯性腹壁损伤

未穿透腹壁的开放性损伤和单纯的腹壁挫伤疼痛局限，无休克，无恶心、呕吐等胃肠道症状。其程度和范围不随时间推移而加重或扩大，却常逐渐缓解或缩小范围。

2. 腹膜后血肿

脊椎压缩性骨折所致的腹膜后血肿也可引起腹痛，但腹部柔软，有压痛，无反跳痛和肌紧张。骨盆骨折腹膜后血肿所致腹痛仅局限于下腹部，多无胃肠道症状。

（二）腹内脏器损伤的判断

腹部开放性损伤创口有网膜膨出，确认为腹壁穿透伤无需质疑；但有时腹壁伤口有“欺骗性”，有些小的伤口，尤其是不同层次组织收缩后“错位”，阻碍探入，易被误认为伤道未入腹；胸、臀、会阴、四肢火器伤亦有损伤腹腔内脏器的可能，检查时应特别注意。

腹部闭合性损伤有腹壁的挫伤，常能引起重视；但严重的邻近部位如胸、骨盆的挤压伤，往往会转移人们的注意力，遗漏对腹部的检查。

根据损伤机理，综合体检、辅助检查所得，如发现下列情况之一者，应考虑有腹内脏器损伤：

（1）早期出现休克征象者，尤其是出血性休克；

（2）有持续性甚至进行性加重的腹部剧痛，同时伴恶心、呕吐等消化道症状者；

（3）有明显腹膜刺激征者；

（4）有气腹表现者；

（5）腹部出现移动性浊音者；

（6）有便血、呕血者；

（7）直肠指诊发现前壁有压痛或波动感，或指套染血者；

（8）腹腔穿刺、B 超、X 线、CT 等检查有明显阳性证据者。

（三）腹内脏器损伤的类别判断

1. 实质脏器损伤

主要表现为腹腔内出血所致的休克症状和相继出现的腹膜刺激征。伤后休克进展很快，1～2 小时内可进入重度休克，说明有严重的实质性器官破裂；伤后 2～3 小时方出现轻度休克，经补液后血压回升稳定，说明实质性脏器破裂较轻。

血性腹膜炎引起的腹痛较轻。脾破裂少量出血时，腹痛可不明显；肝脏破裂如合并有较大胆管破裂或胰腺断裂，外溢的胆汁和胰液可引起明显腹痛，但均较胃肠道破裂大量胃液外溢所致化学性腹膜炎引起的腹痛为轻。肝脾出血积聚在膈下，刺激膈肌引起的疼痛可放射到肩部；胰腺出血引起的疼痛可放射到腰部。

腹部压痛、反跳痛不如空腔脏器破裂时严重，体征最明显处一般即是损伤所在。移动性浊音是内出血的有力证据，但多在出血量较大时方可检出。

2. 空腔脏器损伤

主要表现为腹膜炎征象。伤后出现明显的腹痛，常为持续性剧烈疼痛，恶心呕吐较常见。有明显的腹部压痛、肌紧张和反跳痛，腹式呼吸受限或消失。胃肠破裂者肝浊音界可缩小或消失。细菌性腹膜炎引起肠麻痹时则腹胀明显，出现肠鸣音消失和肛门停止排气等。腹腔感染及肠内容物的吸收可引起中毒症状，表现为体温升高、面部潮红、脉率加快等。

至于具体是何种器官的损伤，可依据各个器官的解剖生理特点以及损伤后所表现的临床特征分析、判断。有时需在手术探查时方能确定。以下几点可作为术前分析、判断的参考：

（1）消化液的化学刺激性是自上而下的递减，而细菌的密度则是自上而下的递增。故胃、十二指肠破裂后立即出现剧烈腹痛和明显的腹膜刺激征；结肠破裂之早期，腹痛和腹膜刺激征则相对较轻，但腹腔感染与全身中毒症状则日益严重。

（2）腹痛与腹膜刺激征最严重的部位常是受伤脏器的所在。

（3）有膈面刺激表现（同侧肩部牵涉痛）者，提示上腹部脏器伤，以肝、脾破裂为多见。

（4）暴力直接作用的部位与受伤脏器的部位常是一致的，该处常有伤痕。

（5）有低位肋骨骨折者，常有肝、脾破裂的可能。

（6）有排尿困难、血尿、会阴部牵涉痛者，提示有泌尿系脏器损伤的可能。

（四）多发性损伤

在诊断时还应注意创伤可能是多发性的，不要漏诊，以免延误治疗引起严重后果。故手术中常规的系统探查是不可省略的步骤。多发性伤可能是：

（1）腹内某一脏器有多处破裂。如刺刀刺入腹腔（或子弹穿入）可能同时发生小肠的多个穿孔。

（2）腹内有 2 个以上的脏器同时受伤，如车祸可同时引起脾破裂、结肠穿孔。

（3）同时有腹腔以外的脏器伤，如合并有颅脑、胸腔等处的伤，这些伤有时比腹部伤对生命的威胁更大，此时就要考虑到哪种脏器伤最需要优先处理。

细目二　肝破裂

要点一　诊断

（1）有右侧胸腹部外伤史。

（2）右上腹部疼痛，有时向右肩部放射，口渴、恶心、呕吐，心慌、气促、面色苍白；肝破裂的出血有时会进入肠腔而出现呕血或黑便。触诊时右上腹有明显压痛、反跳痛、肌紧张及肝区叩击痛。若肝损伤出血较多，可出现休克，腹部有移动性浊音。

（3）腹腔穿刺可抽出不凝血液。

（4）X 线摄片可见右膈肌升高；B 超或 CT 检查可发现液性暗区、肝脏移位等。

要点二　治疗

应严密观察病情，积极进行中西医结合治疗。中医以辨证施治及外治法为主，西医以补液、止血、输血为主。上述措施如仍不能改善病情，或已明确诊断，则应早期施行手术治疗。

（一）西医治疗

迅速建立 2 条以上静脉输液通道，快速静脉输注平衡液，积极配血，尽快输入全血，以纠正休克。应注意防止肺水肿、输血反应、低蛋白血症及凝血机制障碍的发生，并做好急诊手术的各项准备。

肝破裂原则上均应手术治疗，手术治疗的原则为：确切止血、防止胆瘘、彻底清创、清除失活的肝组织、充分引流和处理其他合并伤。多数情况需要的是清创性切除；清除血块及无活力的肝组织，用大网膜覆盖创面后作间断或褥式缝合；严重损伤无法修补者，可作肝部分切除术。对术中汹涌的大出血，限于设备及技术条件无法施行手术者，可先在伤部填入网膜或止血海绵后，再有计划地填纱布压迫止血，使其不与创面直接接触，尚不失为挽救生命、争取时间的应急手段。无论何种手术均需腹腔引流，防治感染。

（二）中医治疗

中医辨证施治时应注意，在致伤早期未明确诊断之前，不宜内服中药治疗。

1. 内治

（1）气滞血瘀证

证候：跌打损伤，血积胁下，右胁肋部肿痛剧烈，压痛明显；脉弦。

治法：疏肝理气，活血逐瘀。

方药：复元活血汤加减。

（2）血脱证

证候：伤后出血过多，突然出现面色爪甲苍白，大汗淋漓，四肢厥冷，口渴，气急烦躁，或倦卧气微，二便失禁；舌淡，唇干或青紫，脉芤或细数。

治法：益气生血，回阳固脱。

方药：当归补血汤合参附汤。

（3）气血两虚证

证候：损伤后期，面色白，头晕目眩，视物不清，短气无力，纳少；舌淡，脉细无力。

治法：补气养血。

方药：四物汤加减。

（4）肝郁气滞证

证候：损伤后期，胁肋隐痛不适，咳吐、大便等屏气时疼痛加剧；胸闷，喜太息，情志抑郁易怒，纳少；舌苔薄白，脉弦。

治法：疏肝解郁，理气止痛。

方药：柴胡疏肝散加减。

2. 外治

轻型肝损伤可用消瘀止痛膏、消痛散等外敷、外搽。

细目三　脾破裂

要点一　诊断

（1）左上腹及左季肋区有外伤史。

（2）因出血量的不同，病人可有不同程度的休克、恶心、呕吐、腹胀及左肩部放射性疼痛；叩诊脾区可有固定的扩大的实音区，腹膜刺激征以左上腹为甚。

（3）血常规检查红细胞计数、血红蛋白、红细胞压积可出现进行性下降。

（4）X 线腹部平片可见脾区阴影扩大，腰大肌阴影不清楚及左膈肌抬高。

（5）诊断性腹腔穿刺或腹腔灌洗为血性液。

（6）B 超与 CT 检查可见脾区积血及脾脏破损。

要点二　治疗

1. 西医治疗

脾裂伤、创面较整齐者提倡采用修补、缝合或粘合止血或脾部分切除等治疗。对于不可修补的损伤脾脏，可行脾切除术。包膜下脾破裂（脾包膜完整，脾实质的深部或浅部破裂）应予住院观察，严格卧床休息，给予止血剂，加强监测，做可随时手术的准备。对于 5 岁以下儿童不宜行全脾切除术，以免日后发生脾切除后凶险性感染，应保留副脾或脾组织自体移植；但病理脾或脾脏内有污染时，则不宜施行保脾手术及脾组织自体移植。

2. 中医治疗

如为不甚严重的脾包膜下破裂和中央破裂，其循环状况稳定，腹部症状无继续加重，亦无其他腹内脏器合并伤时，可在严密监护下行中西医结合保守治疗。分型论治可参见肝破裂内容。

细目四　胰腺损伤

要点一　诊断

1. 有上腹部穿透伤或严重挤压伤史。

2. 轻度胰腺损伤早期多无特殊临床症状与体征。较重胰腺损伤者伤后即出现上腹部剧烈疼痛、呕吐，甚至休克。

3. 较重的胰腺损伤腹膜刺激征为阳性，肠鸣音减弱或消失。

4. 血清淀粉酶增高，腹腔穿刺液或灌洗液淀粉酶升高，若高于100U/dl，更具有早期诊断意义。

5. CT检查能显示胰腺轮廓是否完整及周围有无积液、积血。

要点二　治疗

高度怀疑或诊断为胰腺损伤者，应立即手术治疗。中医治疗多适用于轻度挫伤的患者。同时，均应配合禁食、胃肠减压等一般治疗。

（一）西医治疗

1. 治疗原则

减少一切可能的胰腺刺激，抑制胰酶分泌，防治胰酶对机体的损伤，抗感染，防治多器官功能不全综合征。

2. 治疗措施

（1）禁食和胃肠减压；

（2）支持治疗；

（3）抗感染；

（4）抗休克；

（5）抗胰酶疗法；

（6）对症治疗。

3. 手术治疗

原则是彻底清创，完全止血，充分引流胰腺创面及处理合并伤。

胰体部分破裂而主胰管未断者，可用丝线做褥式缝合修补。对于严重的胰腺断裂伤，可施行大部分胰腺切除并胰腺空肠吻合术，甚至行全胰切除。

如发生胰瘘，除加强引流外，应禁食并给予全肠外营养支持。应用生长抑素可明显减少胰液分泌量，有利于胰瘘的愈合。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）气郁血瘀证

证候：上腹部疼痛，向腰背部放射，腹胀，恶心呕吐，上腹部压痛较剧；舌质红，苔

黄，脉弦紧。

治法：行气止痛，活血祛瘀。

方药：越鞠丸合复元活血汤加减。

（2）热毒内蕴证

证候：持续性腹部剧痛，腹胀拒按，局部或全腹压痛、反跳痛，腹肌紧张，肠鸣音减弱或消失；伴发热，恶心呕吐，大便秘结，小便短赤；舌质红，苔黄腻或黄糙，脉洪数。

治法：清热解毒，顺气通腑。

方药：黄连解毒汤合大承气汤加减。

（3）气血瘀结证

证候：伤后数周或数年上腹部出现包块，隐痛不适，或出现肩背部放射痛，俯仰转侧则疼痛加重；纳呆便秘，低热；舌偏红，苔黄干，脉细数或弦涩。

治法：行气活血，化瘀散结。

方药：膈下逐瘀汤加味。

（4）热厥证

证候：腹部膨胀，全腹压痛、反跳痛，腹肌紧张明显；精神委靡或烦躁不安，神昏谵语，口干唇燥，手足不温，甚则四肢厥冷，呼吸浅促，或斑疹衄血，呕血便血，少尿或无尿；舌质红绛，苔黄干而厚，脉沉细而数或微细欲绝。

治法：清营泄热，解毒养阴。

方药：清营汤加减。

2. 外治

参照肝破裂相关内容。

细目五　小肠损伤

要点一　诊断

（1）有钝性或锐性暴力损伤史。

（2）损伤后即有腹痛，并很快呈全腹性剧烈疼痛，伴恶心、呕吐。

（3）损伤早期即可产生腹膜炎体征，也可叩出移动性浊音。

（4）X 线检查可发现膈下游离气体，腹穿可抽出肠内容物。

要点二　治疗

一旦诊断明确，即应尽快施行手术治疗。

1. 西医治疗

（1）术前注射破伤风抗毒素。

（2）输血补液，纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱。

（3）禁食，持续胃肠减压，禁食期间给予全静脉营养。

（4）使用广谱抗生素防治腹腔内感染。

（5）手术治疗：小肠单纯穿孔者行修补术；对于不宜单纯缝合、小肠某段广泛性挫伤、血液循环不良、大范围肠系膜横向断裂、沿肠管纵轴方向较长的纵裂伤者，宜行小肠部分切除吻合术。

2. 中医治疗

对疑似或已确定诊断为小肠损伤，不宜中药内服治疗。对术后病人或酌情进行辨证施治，可参考肝、脾损伤的中医治疗。

细目六　肾损伤

要点一　诊断

（1）有腹部、背部、下胸部外伤史。

（2）临床表现，主要有休克、血尿、疼痛及发热等。

（3）体征主要有腰腹部肿块和触痛，腰部可有压痛和叩击痛，严重时腰肌紧张和强直，合并腹腔脏器损伤时，可出现腹膜刺激征。

（4）实验室检查显示尿中有多量红细胞，血常规呈现血红蛋白与红细胞压积持续降低，白细胞数增加应注意继发感染的可能。

（5）影像检查（B 超、CT、排泄性尿路造影及肾动脉造影等）发现肾损伤。

要点二　治疗

治疗方法的选择要根据病人伤后的一般情况、受伤的范围和程度以及有无其他器官的损伤而确定。

（一）急救治疗

对大出血而休克的病人应采取抗休克、复苏等急救措施，严密观察生命体征变化，同时明确有无合并伤，并积极做好手术探查准备。

（二）非手术治疗

（1）绝对卧床休息 2 ~4 周，症状完全消失后 2 ~3 个月方可参加体育活动。

（2）镇静、止痛及止血药的应用。

（3）应用抗生素防治感染。

（4）加强支持疗法，保持足够尿量。

（5）动态检测血红蛋白和血细胞比容。

（6）定时监测生命指征及局部体征的变化。

（三）手术治疗

一旦确定为严重肾裂伤、粉碎肾或肾蒂伤应立即手术探查，如保守治疗发现下列情况时应施行手术。

（1）经积极抗休克治疗后症状不见改善，提示有内出血者。

（2）血尿加重，血红蛋白和血细胞比容继续下降。

（3）腰腹部肿块明显增大并怀疑有腹腔脏器损伤。

手术时可根据肾损伤的程度和范围，选择肾周围引流、肾修补或肾部分切除、肾切除、肾血管修复等术式。

（四）中医治疗

1. 肾络损伤证

证候：多属肾挫伤和肾挫裂伤的初期。外伤后腰痛，活动时加重，肾区叩痛，镜下血尿或肉眼血尿，面色苍白；舌质淡紫或有瘀斑，苔薄白，脉弦细数。

治法：止血益肾，通络止痛。

方药：小蓟饮子加川断、杜仲、元胡、车前子治疗。

2. 瘀血内阻证

证候：多属肾挫伤或肾挫裂伤的中期。腰痛，活动不利，或可触到腰部或腹部肿块，血尿或夹有血块，小便涩痛不爽，面色无华；舌紫或有瘀斑，脉弦涩。

治法：活血祛瘀止痛。

方药：活血散瘀汤加减。

3. 气阴两虚证

证候：多属肾挫伤或肾挫裂伤后期或严重肾损伤术后。肿痛减轻，仍有尿血，神疲乏力，腰酸软，食少纳呆，或自汗、盗汗；舌淡苔薄，脉细弱。

治法：益气养阴。

方药：补中益气汤合知柏地黄丸加减。如为严重肾损伤术后，可合八珍汤加减。

细目七　尿道损伤

要点一　诊断

（1）患者有会阴部骑跨伤史，尿道器械操作史，骨盆骨折等病史。

（2）临床表现，多有休克、尿道出血、疼痛、排尿困难等。

（3）尿外渗体征，见阴部、阴囊处瘀斑、血肿，可蔓延至腹壁。

（4）尿道造影可确定损伤部位及有无尿外渗，骨盆 X 光片可显示骨盆骨折，有助于后尿道损伤的诊断。

要点二　治疗

治疗原则是：①防治休克和感染；②恢复尿道连续性；③引流膀胱尿液（暂时尿流改道）；（4）彻底引流尿外渗；⑤防治并发症如尿道狭窄、尿瘘；⑥注意合并伤的处理。

（一）紧急处理

尿道球海绵体严重出血或骨盆骨折可致休克，应尽早采取抗休克措施。前者应积极采取手术止血，后者勿随意搬动，以防加重出血和损伤。尿潴留未能立即手术者，可进行耻

骨上膀胱穿刺造瘘引流尿液。尿道损伤或轻度裂伤者排尿有困难时，予以保留导尿 1 周，并用抗生素预防感染。

（二）手术治疗

1. 前尿道横断或严重撕裂

经会阴切口，有血肿时应予清除，再做尿道断端吻合术，留置导尿 2～3 周，同时做引流和耻骨上膀胱造瘘术。

2. 后尿道损伤

早期做耻骨上膀胱造瘘。如为尿道不完全撕裂，一般在 3 周内愈合并恢复排尿。早期部分病人可行尿道会师复位术。尿道复位术后留置导尿管 3～4 周，若经过顺利，排尿通畅，可避免第二期尿道吻合术。

3. 并发症处理

（1）尿外渗：应切开引流，防止感染。阴茎、会阴、下腹壁等表浅尿外渗区宜作多个切口引流。膀胱及腹后壁深部的尿外渗需在耻骨上充分引流或做负压吸引。合并直肠损伤时应早期立即修补，并行暂时性结肠造瘘。尿道直肠瘘时一般 3～6 个月后再施行修补手术。

（2）尿道狭窄：定期行尿道扩张术，以扩大并保持尿道通畅。严重者可行腔内经尿道狭窄部瘢痕组织切开术，或行延期尿道瘢痕切除端端吻合术；也可先做会阴部造口术、二期尿道成形术。

（三）中医治疗

1. 络伤溢血证

证候：尿道疼痛，尿道滴血，颜色鲜红，为损伤早期表现，或小便困难，排出不畅；舌淡苔白，脉弦。

治法：止血镇痛。

方药：活血止痛散加减。

2. 瘀血阻窍证

证候：尿道疼痛，尿道出血，带有血块，损伤部位皮肤青紫、肿胀，排尿不畅；舌淡紫或有瘀斑，脉弦涩。

治法：活血化瘀。

方药：活血散瘀汤加减。

（焦强）

第十六单元　其他损伤

细目一　挤压综合征

要点一　概述

人体广泛软组织较长时间受重物挤压后，由于肢体缺血、缺氧，组织破坏，及至循环恢复，因毛细血管通透性增加，大量体液渗出至组织间隙，组织缺氧代谢产物和组织破坏的产物进入血液循环，引起再灌注损伤，创伤性休克并进而发生急性肾功能衰竭甚至MODS，称之为挤压综合征。临床上，伤员受挤压伤后表现为广泛软组织肿胀，休克，持续的肌红蛋白血尿、少尿或尿闭、高血钾、代谢性酸中毒、氮质血症等急性肾功能衰竭的表现，即可作出诊断。这是创伤的一种严重并发症，即使现在，挤压综合征发生急性肾功能衰竭的死亡率仍高达40% ~50% 。

要点二　临床表现

挤压综合征多发生于工程塌方、建筑和矿井事故、交通事故、地震或山崩等自然灾害时，伤员被重物压砸、掩埋或挤压。

（一）局部表现

主要是受压肢体肿胀，局部有压痕、皮肤变硬、皮下瘀血，皮肤张紧发亮，受压皮肤周围可见点状红斑、瘀斑、水疱，被动活动牵拉肌肉引起剧痛，远端肢体发凉、感觉减退，早期尚可触及动脉搏动，逐渐减弱消失。

（二）全身反应

出现肾衰后，其症状及经过与一般急性肾衰相似，主要临床特点有：

1. 休克及血压变化

一部分伤员早期可以不出现休克，一部分伤员则因大量血液成分进入组织间隙，或伤口失血较多，在解除外部压力后数小时内即出现低血压甚至休克。若出现明显高血压而无其他引起高血压的因素，则预示肾脏病变严重。

2. 肌红蛋白尿

是诊断挤压综合征的一个重要条件。伤员在伤肢解除压力后24小时内出现红棕色、深褐色尿，或自述“血尿”，就应考虑是肌红蛋白尿。

3. 高血钾及心脏损害

由于大量肌肉坏死，向血中释放出大量的钾，加之肾功能衰竭，排钾困难，导致高钾血症。在透析疗法未能有效应用时，伤员多死于高血钾所致的严重心律紊乱和突发心脏停搏。

4. 酸中毒及氮质血症

肌肉缺血坏死后，大量的磷酸根、硫酸根等酸性物质释出，使体液 pH 值降低，导致代谢性酸中毒。严重创伤后组织分解代谢旺盛，大量中间代谢产物积聚体内，非蛋白氮、尿素氮迅速升高；伤员肾功能不全，出现酸中毒、尿毒症（氮质血症）的临床表现。

5. 实验室及其他检查

（1）血液检查：血红蛋白、血细胞比容增加，白细胞计数增加，电解质紊乱、代谢性酸中毒等。

（2）尿液检查：呈酸性，尿钠、尿素氮和尿肌酐上升，尿比重降低。

要点三　诊断

（1）挤压伤病史和临床表现。

（2）脱水、创伤性休克等全身循环衰竭的表现。

（3）严重肌红蛋白尿、少尿、无尿，尿常规、比重、渗透压的改变。

（4）氮质血症、高血钾等表现。

（5）筋膜腔内组织压测定示筋膜腔内组织压大于 4.0kPa（30mmHg）。

要点四　治疗

挤压综合征发生急性肾功能衰竭的死亡率仍然很高，因此，强调对伤员的早诊早治，积极防止急性肾功能衰竭及其并发症的发生。其处理原则是：妥善处理局部挤压伤，缩短受压、缺血、缺氧时间，有效防治休克和急性肾功能衰竭。

（一）西医治疗

1. 现场急救与早期处理

尽早解除外部挤压，将伤员送至安全地带。如无禁忌适量给予镇静、止痛药物和碱性饮料。包扎伤口，伤肢制动，伤肢严禁抬高、按摩、热敷。

2. 抗休克治疗

有休克表现者应及时补充液体，扩充血容量，纠正休克，保证肾的血液供应。输液量可根据创伤的范围、严重程度、休克的严重程度和尿量等拟定。

3. 挤压伤的局部处理

挤压局部伤轻、肿胀不明显者，暂将肢体制动，密切观察。如肢体迅速肿胀，影响血液循环，应尽早切开筋膜腔，充分减压，以改善循环，减轻肿胀，减少组织的变性、坏死及分解产物的产生和吸收。

4. 伤肢处理

（1）截肢：适用于受长时间严重挤压，患肢已无血液循环或血液循环严重障碍，估计即使保留肢体也无功能者；患肢毒素释放所致的全身中毒症状经处理仍不能缓解，并有逐渐加重趋势，危及生命者；伤肢合并气性坏疽等特异性感染者。

（2）筋膜间隔区早期减张术：是伤肢处理的重要措施。适用于有明显致伤原因，尿潜血或肌红蛋白试验阳性；不论受伤时间长短和伤肢远端有无脉搏，凡有 1 个以上筋膜间区受累，局部有明显肿胀、张力高或发生水疱，有相应运动、感觉障碍者。

5. 急性肾功能衰竭及高血钾的治疗

（1）潜伏期的处理要点：及时纠正休克及脱水，可输入新鲜血、血浆，适当补充晶体液。应用碱性药物，以碳酸氢钠为首选。尽早采取利尿措施，用 20% 甘露醇 125 ~ 250ml 静脉滴入，6 小时后可重复使用，每日总量不宜超过 500ml，也可用利尿合剂。

（2）少尿期或无尿期的处理：维持体液平衡，控制高血钾，使用透析疗法，注意抗生素的用法。少尿期低钠血症一般都是稀释性的，故无需补充钠盐。

（3）多尿期的处理：要继续做透析疗法。输液只能适量补充每日尿量的 1/3 ~ 1/2；此期还可能出现低钾血症，可适量补充钾盐。

（4）恢复期的处理：一般在病后 5 周开始，临床情况逐步恢复正常，但肾组织病变完全恢复需半年到 2 年。此期的处理原则是加强营养，避免一切损害肾功能的因素。

（5）要强调指出的是，透析疗法对本症的治疗有重要作用。

6. 保护心脏

严格控制液体出入量以免加重心脏负担。胶体与晶体的输入以 1 ~ 1.5∶1 为宜。静脉输入高渗葡萄糖液及较大量的维生素 C，也可给予促进代谢药如 ATP、辅酶 A 等，有心肌缺氧改变时给予血管扩张剂。

（二）中医治疗

1. 气滞血瘀证

证候：损伤后肢体出现青紫、肿胀、疼痛，皮肤潮红，身热，口干；舌红苔黄，脉数。

治法：活血化瘀，清热解毒。

方药：四物汤与五味消毒饮加减。

2. 实热证

证候：伤后二便不通，腹胀水肿，面色潮红，口干呕逆，烦躁不安；舌质红，苔黄厚，脉洪大。

治法：通里攻下，化湿利水。

方药：大承气汤加减。

3. 气阴两虚证

证候：损伤后期出现尿量多，面色苍白，出汗；舌质红，无苔或少苔，脉弦无力或细数无力。

治法：益气，养阴，固肾。

方药：八珍汤加减。

细目二 烧伤

要点一 临床表现

烧伤的局部临床表现是显而易见的，但不应忽略其全身的反应和并发症的表现。除了要准确认识和评估烧伤的面积和深度外，还要密切关注全身各系统的功能状态，早期发现各种并发症。

（一）全身表现

1. 生命体征变化

由于体液的大量渗出和心功能、血流动力学因素、创伤后炎症介质、疼痛及精神紧张等诸因素的综合影响，可导致生命体征发生变化，最常见的是引起脉搏和心率加快，呼吸动度加深、频率加快等。最初血压可稍有升高，而严重烧伤常因渗出增多而出现血压下降，甚至发生休克。

2. 发热

发热的常见原因是烧伤创面中的坏死组织持续不断地发生水解、酶解、酸败皂化、酯化反应，分解与合成代谢反应中产生致热物质，这些物质被吸收而发生“吸收热”。这种发热的体温多在38℃左右，若体温过高，应考虑有并发感染的可能。

3. 其他

口渴、尿少、纳差、便秘等，后期可出现营养不良表现。

4. 舌与脉变化

轻度烧伤一般无明显的舌象与脉象变化，但中度以上的严重烧伤其舌象与脉象可反映以下病情变化：

（1）舌象：初期舌质多淡红，或有浮浊苔；火毒内攻则舌红苔黄而干；阴津损耗则舌多光绛，甚而起芒刺。病情好转则舌苔渐生，舌红转淡；体力渐复时，正常舌苔也渐出现。故舌苔变化对观察病情转变和判断预后有很大的帮助。

（2）脉象：烧伤病人的脉象一般为洪大弦数，尤以数脉居多，即使在治愈后往往还可持续一段时间，随着气阴恢复才逐渐缓和。如合并全身化脓性感染时，脉数更甚，如由数疾之脉转为沉迟时，提示脉症不符，病情趋向恶化。

（二）局部表现

1. 疼痛

烧伤部位越表浅，疼痛越剧烈；烧伤面积越大，疼痛越重。

2. 红斑

是Ⅰ°烧伤的体征。

3. 水疱

是Ⅱ°烧伤的体征，可根据水疱的大小、疱皮的厚薄、疱液的性状鉴别浅Ⅱ°烧伤和深

Ⅱ°烧伤。

4. 渗出

是Ⅱ°烧伤的早期征象，可分为显性渗出和隐性渗出。隐性渗出指组织间的渗出，严重时造成组织肿胀。显性渗出指创面上的渗出和水疱液，早期为浆液性，合并感染可出现炎性甚至脓性渗出。

5. 焦痂

是Ⅲ°烧伤的体征。临床上要注意焦痂下易发生感染和积脓，还要注意对烧伤部位、面积的大小、有无合并伤等项进行检查。中医对烧伤局部表现的观察和描述可用神（光泽）、色、形、态四字概括。

6. 呼吸道烧伤

呼吸道烧伤又称吸入性烧伤。由于吸入火焰、干热空气、蒸汽、有毒或有刺激性的气体或烟雾所致，在城市的火灾中很常见。口、咽、喉、气管黏膜充血、水肿、分泌物增多，可引起咽痛、吞咽困难、呼吸困难，可并发肺水肿和肺部感染。其临床表现是燃烧现场相对密闭，呼吸道刺激，咳出炭沫痰，呼吸困难，颈部、口周常有深度烧伤，鼻毛烧伤和声音嘶哑。

（三）并发症

1. 休克

主要表现为：心率增快，脉搏细弱，心音低弱；早期脉压差变小，随后血压下降；呼吸浅、快；尿量减少。监测尿量是判断低血容量性休克的一个重要标志，成人每小时尿量低于20ml常提示血容量不足；口渴难忍在小儿患者中表现得特别明显；烦躁不安是脑组织缺血、缺氧的一种表现；周围静脉充盈不良、肢端发凉，病人诉畏冷。

2. 全身性感染

感染是烧伤救治中的突出问题。烧伤并发全身性感染时，临床常有一些骤然变化的迹象，只要连续坚持床边观察，这些迹象不难发现。如病人性格的改变，初始有些兴奋、多语、定向力障碍，继而出现幻觉、迫害妄想，甚至大喊大叫，或对周围反应淡漠；体温骤升或骤降，波动幅度在1℃～2℃之间；体温骤升者起病时常伴有寒战，体温不升者常提示为革兰阴性杆菌感染；心率加快（成人常在140次/分以上）；呼吸急促；创面表现骤变，如一夜之间出现创面萎陷、色泽转暗、肉芽组织水肿糜烂、出现出血斑点等。

3. 应激性溃疡

为烧伤最常见的消化系统并发症。临床上多有腹痛、饱胀、嗳气、呕血、黑便等，大出血者常发生出血性休克。

4. 肝功能衰竭

烧伤并发肝功能衰竭的发生率报道不一，主要诱因为重度休克、创面脓毒症、全身侵袭性感染或败血症。

5. 心力衰竭

主要病因为：休克期补液过量，内毒素对心肌的直接损害，尤其易在无尿型急性肾功

能衰竭患者中发生；严重吸入性损伤，因气道梗阻、肺水肿、肺部感染和肺不张，或诱发了 ARDS，进一步促使心肌缺血缺氧；并发严重脓毒症或感染性休克，发病突然，常出现昏厥、心源性休克、肺水肿和呼吸困难（左心衰竭所致）、紫绀、全身水肿（右心衰竭所致）、心律紊乱（低血钾所致）等。X 线摄片有助于诊断。

6. 急性肾功能不全

多见于大面积深度烧伤、高压电烧伤或合并挤压伤延迟复苏者。主要与血容量不足、缺血缺氧、烧伤后的血红蛋白尿和肾脏以外的因素或毒素物质有关。休克（脱水）引起的肾衰分少尿（或无尿）型和非少尿型。少尿型的早期表现为少尿或无尿、尿比重降低、氮质血症、高钾血症、低钙血症、水潴留和酸中毒等；非少尿型主要为氮质血症、尿比重降低且有管型。因烧伤败血症或肾病综合征引起者，实验室检查非蛋白氮在 71 ~ 143mmol/L 之间，肾小管对钾、钠、氯等电解质的调节功能一般保持正常，尿量正常或偏多。

7. 成人呼吸窘迫综合征（ARDS）

严重烧伤休克病程经过不平稳者、重度吸入性损伤和严重脓毒症是 ARDS 的最主要原因。

8. 多系统器官功能障碍综合征（MODS）

烧伤继发 MODS 的病因复杂，但与伤情关系密切。烧伤伤情越重并发 MODS 的机会愈多，因为这类病人易发生低血容量性休克、全身性感染、炎症反应和免疫功能紊乱等。液体复苏欠佳会诱发循环状态异常，最终出现循环衰竭。烧伤后的持续高代谢状态和异常耗能途径都不利于肌蛋白的合成与创面修复，可能是导致 MODS 的间接因素，治疗和处理不及时可导致多系统脏器功能衰竭（MSOF）而死亡。

（四）烧伤严重性的分度

为指导急救和治疗、明确预后，临床常据烧伤的面积和深度将伤员分为轻度烧伤、中度、重度及特重型烧伤等。

1. 轻度烧伤

Ⅱ°烧伤面积在 9% 以下（儿童在 5% 以下）。

2. 中度烧伤

Ⅱ°烧伤面积在 10% ~29%（儿童在 5% ~15%），或Ⅲ°烧伤面积不足 10%（儿童在 5% 以下）。

3. 重度烧伤

Ⅱ°以上烧伤总面积在 30% ~49%（儿童在 16% ~25%）；或Ⅲ°烧伤面积 10% ~19%（儿童在 6% ~10%）；或虽总面积、Ⅲ度烧伤面积不到上述标准，但为呼吸道烧伤、化学烧伤、已有休克等并发症或合并有其他严重创伤者也应列为重度烧伤。

4. 特重烧伤

烧伤总面积达 50% 以上（儿童 25% 以上），或Ⅲ°烧伤超过 20%（儿童 10%）。

要点二　深度判定

烧伤深度的判定普遍采用三度四分法，分为Ⅰ°、浅Ⅱ°、深Ⅱ°、Ⅲ°。一般认为Ⅰ°、

浅Ⅱ°烧伤属于浅度烧伤；深Ⅱ°和Ⅲ°烧伤属于深度烧伤。

Ⅰ°烧伤：仅伤及表皮浅层，生发层健在，再生能力强。表面呈红斑状，干燥无渗出，有烧灼感，3～7 天痊愈，短期内可有色素沉着。

浅Ⅱ°烧伤：伤及表皮的生发层、真皮乳头层。局部红肿明显，有薄壁大水疱形成，内含淡黄色澄清液体，水疱皮如被剥脱，创面红润、潮湿，疼痛明显。上皮再生靠残存的表皮生发层和皮肤附件（汗腺、毛囊）的上皮增生，如不发生感染，1～2 周内愈合，一般不留瘢痕，多数有色素沉着。

深Ⅱ°烧伤：伤及皮肤的真皮层，介于浅Ⅱ°和Ⅲ°之间，深浅不尽一致，也可有水疱，但去疱皮后创面微湿，红白相间，痛觉较迟钝。由于真皮层内有残存的皮肤附件，应用烧伤湿性医疗技术可激活潜能再生细胞，依靠原位干细胞再生形成上皮小岛；如不发生感染，可融合修复，无瘢痕愈合，需时 3～4 周。

Ⅲ°烧伤：为全层皮肤烧伤，甚至达到皮下、肌肉或骨骼。创面无水疱，呈蜡白或焦黄色，甚至炭化，痛觉消失，局部温度低，皮层凝固性坏死后形成焦痂，触之如皮革，痂下可见树枝状栓塞的血管。因皮肤及其附件已全部烧毁，无上皮再生的来源，须靠植皮而愈合。Ⅲ°浅烧伤可靠残留潜能再生细胞和原位干细胞再生修复创面，或以周围健康皮肤的上皮爬行收缩愈合。

要点三　面积计算

1. 中国新九分法

按体表面积划分为 11 个 9% 的等份，另加 1%，构成 100% 的体表面积。即头、面、颈部为 9%，双上肢为 $2 \times 9\% = 18\%$，躯干前后包括外阴为 $3 \times 9\% = 27\%$，双下肢包括臀部为 $(5 \times 9\%) + 1\% = 46\%$。

2. 手掌法

不论性别、年龄，病人并指的掌面约占体表面积的 1%，如医者的手掌大小与病人相近，可用医者手掌估算，作为九分法的辅助评估方法。

3. 儿童烧伤面积计算

12 岁以下儿童，年龄越小，头越大而下肢越小，可按下法计算：头颈部面积：〔9 +（12 – 年龄）〕%；双下肢面积：〔46 –（12 – 年龄）〕%。

要点四　治疗

（一）治疗原则

1. 保护烧伤创面

防止和清除外源性污染。

2. 早期及时补液

保持呼吸道通畅，强心、护肾、纠正低血容量性休克。

3. 预防局部和全身性感染

对大面积严重烧伤，特别是休克期经过不平稳者，早期暴发全身性感染的机会较高，

足量应用兼顾革兰染色阴性杆菌和革兰染色阳性球菌的广谱抗生素具有防治作用，但5～7天的危险期过后应考虑停药。

4. 手术方法

据情选用，目的是促使创面早日愈合，尽量减少瘢痕增生所造成的功能障碍和畸形。

5. 防治并发症

轻度烧伤对全身影响较小，治疗重点是处理创面和防止局部感染，酌情使用少量镇静药和口服“烧伤饮料”补充失液量。中度以上烧伤对全身影响较大，并发症也较多，应局部治疗和全身治疗并重，包括积极防治低血容量休克，防治局部和全身感染，使创面早日愈合。

（二）现场急救

烧伤急救的目的是尽快消除致伤因素，脱离现场，积极实施危及生命损伤的救治，保护受伤部位，缓解症状。

1. 迅速脱离现场和消除热源

火焰烧伤应尽快扑灭身上的火，灭火时切忌用双手扑打火焰，以免造成双手烧伤，也切忌奔跑呼叫，以免风助火势，烧伤头面部和呼吸道。热液烫伤应尽快去除热液浸渍的衣物，在去除衣物时要注意保持疱皮完整，最好采取剪开衣物的方法。酸碱烧伤时必须及时用大量清水冲洗创面；生石灰和电石等遇水产热物质烧伤时，在冲洗前应去除创面上的颗粒和粉末，以免因加水产热；磷烧伤后应立即将患处浸于水中，目的在于隔绝空气、防止磷自燃损伤，在水下去除磷的颗粒。

2. 危及生命损伤的救治

电烧伤合并心跳骤停者先行心肺复苏，抢救生命。误吸、误咽烧伤者常伴有呼吸道损伤，应特别注意保持呼吸道通畅和吸氧，有条件或必要时可行气管切开。同时应注意复合伤的判断和处理，对大出血、开放性气胸、骨折等应先实施相应的急救处理。

3. 保护受伤部位

现场急救时创面只求不再污染，不再损伤。尤其要注意疱皮完整，不主张过于彻底清创。创面可立即涂抹湿润烧伤膏，无条件者可先以洁净柔软的布单保护，就近送入医院治疗。伤后患者情绪比较紧张，应注意通过交谈等方式缓解稳定患者的紧张情绪，必要时可应用镇静止痛药。

（三）转送

大面积严重烧伤休克伤员早期应避免长途转送，应就近输液抗休克，必须转送者应建立静脉输液通道，途中继续输液，保证呼吸道通畅。严重口渴、烦躁不安者常提示休克严重，应加快输液，可酌情口服少量盐水。转送路程较远者应留置导尿管，观察尿量。

（四）休克的防治

轻度烧伤一般不发生休克。烧伤病情越严重，休克出现就越早、越重。严重烧伤多在烧伤后6～12小时发生休克，特重度烧伤在伤后2小时即可发生。因烧伤早期发生的休克基本上是低血容量性休克，故处理原则是尽快恢复血容量。方法如下：

1. 口服补液

轻度烧伤可进饮食，口服烧伤饮料（氯化钠3g，碳酸氢钠1.5g，糖10g，加水1000ml即成），或口服盐粥汤，但不能只饮开水，以免发生水中毒。

2. 抗休克补液疗法

目前国内通常采用的输液量计算公式为：成年病人按照Ⅱ°、Ⅲ°深烧伤合计面积和体重计算，伤后第一个24小时胶体和晶体总量为：每1%烧伤面积、每千克体重1.5 ml（小儿2.0ml）。胶体（血浆）和电解质液（平衡盐液）的比例为0.5∶1，广泛深度烧伤者其比例可改为0.75∶1。另加每日需水量（5%葡萄糖溶液）2000 ml（小儿按年龄、体重计算）补充水分。第二个24小时胶体和电解质液量为第一个24小时实际输入量的一半，水分补充仍为2000ml。

补液公式仅是一种估计方法，伤员个体对休克的耐受性和补液反应的差异很大，因此，在补液抗休克过程中要随时观察伤员的反应，包括精神状态、脉搏、血压、心搏强弱和末梢循环灌注情况，根据病人的反应，随时调整输液的量和成分。尿量是一个很重要的指标，成人每小时尿量应不低于20ml，以30～50ml为宜，伴有肌红蛋白尿时更要超过50ml/h，小儿每千克体重每小时不低于1ml，成人脉搏＜120次/分，儿童＜140次/分，脉搏和心跳要有力；收缩压应维持在11.97kPa（90mmHg）、脉压差在2.66kPa（20mmHg）以上；病人应安静，无烦躁不安；无明显口渴；呼吸平稳。有条件者实行中心静脉压测定，如出现血压低、尿量少、烦躁不安等现象，则应加快输液速度。

（五）全身性感染的防治

烧伤全身性感染的成功防治关键在于对其感染发生和发展规律性的认识。要了解烧伤休克和感染的内在联系，及时积极地纠正休克，维护机体的防御功能。烧伤感染途径是多渠道的，包括外源性与内源性以及静脉导管感染等。防治措施如下：

（1）及时而积极地纠正休克，维持机体的防御功能，保护肠黏膜的组织屏障对防止感染有重要意义。

（2）正确处理创面：烧伤创面，特别是深度烧伤创面是主要感染途径，强调正确的外科处理。目前对深度烧伤的处理多沿用早期切（削）痂植皮方法，但应指出，规范地采用烧伤湿性医疗技术对深度烧伤的处理有着广阔的前景，尤其在深Ⅱ°和Ⅲ°浅创面方面已被证实能实现原位皮肤再生修复。

3. 合理选择抗生素：选择抗生素依然是防治全身性感染不可或缺的手段，但不能乱用和滥用。正确应用抗生素要注意以下几个问题：

①针对性：应根据细菌培养和药敏结果选择和调整抗生素，在没有获得细菌培养和药敏结果时，可针对烧伤感染的主要致病菌选择；

②及早用药：对中、重度烧伤，病菌的侵入常发在烧伤发生之时，抗生素的应用宜早，治疗过程中应反复作细菌学检测，掌握创面的菌群动态和药敏情况，感染一旦明确，及早调整药物。

③联合用药：烧伤创面常为多种细菌感染，耐药性也较高，因而对中、重度烧伤主张联合应用抗生素。

④及时停药：感染症状控制后应及时停药，不能留待体温完全正常。因烧伤创面未修

复前，一定程度的体温升高是不可避免的，若仅主张早期应用抗生素而不及时停药，有可能诱发体内菌群失调或二重感染（如真菌感染）；另外，部分抗生素影响蛋白质代谢，从而影响创面愈合。

（4）营养的支持、水与电解质紊乱的纠正、脏器功能的维护等综合措施均属重要。营养支持可经肠内或肠外营养，尽可能用肠内营养，因其接近生理，可促使肠黏膜屏障的修复，减少并发症的发生。

（六）中医治疗

1. 内治

（1）热伤营卫证

轻度烧伤，无全身症状，无需内治。

（2）火毒伤津证

证候：壮热烦躁，口干喜饮，便秘尿赤；舌红绛而干，苔黄或黄糙，或舌光无苔，脉洪数或弦细数。

治法：清热解毒，益气养阴。

方药：黄连解毒汤、银花甘草汤、犀角地黄汤或清营汤加减。口干甚者加鲜石斛、天花粉；便秘加生大黄；尿赤加白茅根、淡竹叶等。

（3）阴伤阳脱证

证候：神疲倦卧，面色苍白，呼吸气微，表情淡漠，嗜睡，自汗肢冷，体温不升反低，尿少；全身或局部水肿，创面大量液体渗出；舌淡暗苔灰黑，或舌淡嫩无苔，脉微欲绝或虚大无力等。

治法：回阳救逆，益气护阴。

方药：四逆汤、参附汤合生脉散加味。冷汗淋漓加煅龙骨、煅牡蛎、黄芪、白芍、炙甘草。

（4）火毒炽盛证

证候：壮热不退，口干唇燥，大便秘结，小便短赤；舌红而干，苔黄干或黄腻，脉洪数。

治法：清热解毒。

方药：黄连解毒汤。湿热重者加清热利湿之品。

（5）火毒内陷证

证候：壮热不退，口干唇燥，躁动不安，大便秘结，小便短赤；舌红绛而干，苔黄或黄糙或焦干起刺，脉弦数等；若火毒传心，可见烦躁不安，神昏谵语；火毒传肺，可见呼吸气粗，鼻翼扇动，咳嗽痰鸣，痰中带血；火毒传肝，可见黄疸，双目上视，痉挛抽搐；若火毒传脾，可见腹胀便结，便溏黏臭，恶心呕吐，不思饮食，或有呕血、便血；火毒传肾，可见浮肿，尿血或尿闭。

治法：清营凉血解毒。

方药：清营汤或黄连解毒汤合犀角地黄汤加减。神昏谵语者加服安宫牛黄丸或紫雪丹；气粗咳喘加生石膏、知母、贝母、桔梗、鱼腥草、桑白皮、鲜芦根；抽搐加羚羊角粉（冲）、钩藤、石决明；腹胀便秘、恶心呕吐加大黄、玄明粉、枳实、厚朴、大腹皮、木

香；呕血、便血加地榆炭、侧柏炭、槐花炭、白及、三七、藕节炭；尿少或尿闭加白茅根、车前子、淡竹叶、泽泻；血尿加生地、大小蓟、黄柏炭、琥珀等。

（6）气血两虚证

证候：疾病后期，火毒渐退，低热或不发热，精神疲倦，气短懒言，形体消瘦，面色无华，食欲不振，自汗，盗汗；创面肉芽色淡，愈合迟缓；舌淡，苔薄白或薄黄，脉细弱。

治法：补气养血，兼清余毒。

方药：托里消毒散或八珍汤加金银花、黄芪。食欲不振加神曲、麦芽、鸡内金、薏苡仁、砂仁。

（7）脾虚阴伤证

证候：疾病后期，火毒已退，脾胃虚弱，阴津耗损；面色萎黄，纳呆食少，腹胀便溏，口干少津，或口舌生糜；舌暗红而干，苔花剥或光滑无苔，脉细数。

治法：补气健脾，益胃养阴。

方药：益胃汤合参苓白术散加减。

2. 外治

烧伤外治的中医方法、剂型、药物和单验方较多，如湿润烧伤膏、紫草油膏、黄连油膏等，适用于轻度表浅烧伤的处理，可视实际选用。如创面大、深度深，宜采用中西结合的方法处理。

（七）创面处理

对于浅度烧伤，现有的各种方法在治愈时间和效果上无明显差异，重点在防止感染。对深度烧伤，存在传统和烧伤湿性医疗技术两种治疗方法。

细目三　冷伤

要点一　概述

冷伤是由于寒冷低温作用于人体引起的损伤，可分为非冻结性冷伤和冻结性冷伤两类。非冻结性冷伤是指暴露于冰点以上至10℃以下的低温加潮湿条件所引起的局部损伤，如冻疮、战壕足、浸渍足等；而冻结性冷伤是指暴露于冰点以下的低温所引起的损伤，可分为局部冻伤和全身冻伤，大多发生于意外事故或战时。中医将冷伤分称为“冻疮”、“冻僵”、“冻裂”等。

要点二　临床表现

（一）非冻结性损伤

冻疮常不自觉地发病，受冻局部出现红斑、水肿、硬结，温暖后灼痒、胀痛或感觉异常，有时出现水泡，水泡下创面潮红，有浆液渗出，继发感染可形成溃疡。

（二）冻结性冷伤

1. 局部冻结性冷伤

按其损伤程度可分为四度，在冻结融解前不易区分其深度，复温后，不同深度的冻伤各有不同的表现：

（1）Ⅰ°冻伤：伤及表皮层。局部红肿，有发热、痒、刺痛的感觉，数日后表皮干脱而愈，不留瘢痕。

（2）Ⅱ°冻伤：损伤达真皮层。局部红肿较明显且有水疱形成，疱内为血清状液或稍带血栓，自觉疼痛，知觉迟钝。如无感染，局部可成痂，经2～3周痂脱而愈，很少有瘢痕。若并发感染，则创面形成溃疡，愈合后有瘢痕。

（3）Ⅲ°冻伤：损伤皮肤全层或深至皮下组织。创面由白色变为黑褐色，试验知觉消失，其周围红肿疼痛，可出现血疱。若无感染，坏死组织干燥成痂，然后逐渐脱痂和形成肉芽创面，愈合甚慢而留有瘢痕。

（4）Ⅳ°冻伤：损伤深达肌肉、骨骼等组织。局部表现类似Ⅲ°冻伤，即伤处发生坏死，其周围有炎症反应，常需在处理中确定其深度。容易并发感染而成湿性坏疽，治愈后可有功能障碍或致残。

2. 全身冻结性冷伤

开始时有寒战、苍白、发绀、疲乏无力等表现，随后出现肢体僵硬、幻觉、意识模糊甚至昏迷，心律失常，呼吸抑制，终至心跳呼吸骤停。经抢救其心跳呼吸虽可恢复，但常有心室纤颤、低血压、休克等；呼吸道分泌物多或发生肺水肿；尿量少或发生肾功能衰竭；还可发生多器官功能障碍。通常肛温在28℃～30℃以上者多能复苏，低于25℃者有死亡的危险。

要点三　诊断

1. 有低温环境下停留较长时间的受冻史。
2. 局部性冻伤或全身性冻伤的临床表现。

要点四　治疗

本病发病原因以寒冷刺激为主，主要病机为血脉不通，气血凝滞，温、通、补三法是本病论治的要旨，故中医治疗以温经散寒、活血通脉为主，临证时又须注意随证变化。Ⅰ°、Ⅱ°冻伤以外治为主，Ⅲ°、Ⅳ°要内外合治。全身性冻伤病情危急，较为少见，一旦发现应迅速复温，采取综合措施进行抢救。

（一）西医治疗

1. 急救和复温

迅速使病人脱离低温环境和冰冻物体。衣服、鞋袜等连同肢体冻结者，不可勉强卸脱，应用温水（40℃左右）使冰冻融化后脱下或剪开。立即施行局部或全身的快速复温，但勿用火炉烘烤。用38℃～42℃温水浸泡伤肢或浸浴全身，使局部在20分钟、全身在半小时内复温。温水浸泡至肢端转红润、皮温达36℃左右为度。浸泡过久会增加组织代谢，

反而不利于恢复。浸泡时可轻轻按摩未损伤的部分，帮助改善血循环。

2. 局部冻结伤的治疗

Ⅰ°冻伤创面一般不需特殊处理，保持创面干燥和清洁即可。Ⅱ°创面在复温解冻消毒后，应注意保护水泡，用软干纱布包扎，让其痂下愈合。如有感染，先敷以抗菌湿纱布，以后再敷冻疮膏。Ⅲ°、Ⅳ°冻伤采用暴露疗法，保持创面清洁干燥，待坏死组织边缘或分界线清楚、周围炎症减轻或消散、感染控制后将坏死组织切除（包括坏死的指、趾）。若损伤面积大者，待坏死组织脱落干净，肉芽形成可予植皮。若出现肢体远端湿性或干性坏疽，与健康组织分界线已形成者，待其分界线清楚固定后可行截肢术。

3. 一般的全身治疗

Ⅲ°以上局部冻伤常需全身治疗：

（1）注射破伤风抗毒素。

（2）由于冻伤常继发肢体血管的改变，如内皮损伤、血栓形成、血管痉挛或狭窄等，严重时加重肢端损伤程度或延迟创面愈合时间，故选用改善血循环的药物。常用的有小分子右旋糖酐、托拉苏林、罂粟碱等。

（3）使用抗生素。

（4）Ⅲ°、Ⅳ°冻伤病人需要高价营养，包括高热量、高蛋白和多种维生素等。

4. 全身性冻伤的治疗

复温后首先要防治休克和维护呼吸功能。防治休克主要是补液、应用血管活性药、除颤、纠正酸碱失衡和电解质失衡等，但须考虑到脑水肿和肾功能不全，故又需选用利尿剂。维持呼吸功能主要是保持呼吸道通畅，给予氧和呼吸兴奋剂，防治肺部感染等。全身性冻伤常合并局部冻伤，故不可忽视创面处理。

（二）中医治疗

1. 内治

轻症无需内治；重症宜温阳散寒、调和营卫；若见变证，当辨证施治。

（1）阴盛阳衰证

证候：四肢厥逆，恶寒蜷卧，极度疲乏，昏昏欲睡，呼吸微弱；苔白，脉沉微细。

治法：回阳救逆，温通血脉。

方药：四逆加人参汤加减。

（2）血虚寒凝证

证候：形寒肢冷，局部疼痛喜暖；舌淡而黯，苔白，脉沉细。

治法：补养气血，温经通脉。

方药：人参养荣汤加减。以黄酒调服，重者佐阳和汤内服。

（3）气血两虚证

证候：头晕目眩，少气懒言，四肢倦怠，面色苍白或萎黄，疮口不收；舌淡，苔白，脉沉细弱或虚大无力。

治法：益气养血，瘀通脉。

方药：人参养荣汤或八珍汤合桂枝汤加减。

（4）瘀滞化热证

证候：发热口干，患处暗红微肿，局部疼痛喜冷；或患处红肿灼热，溃烂腐臭，脓水淋漓，筋骨暴露；舌黯红，苔黄，脉数。

治法：清热解毒，活血止痛。

方药：四妙勇安汤加黄芪、紫花地丁、蒲公英等。痛甚者加延胡索、炙乳香、炙没药等。

2. 外治

（1）创面处理：轻症保持创面清洁干燥，数日后可治愈。红肿痛痒未溃破流水者，选用10%胡椒酒精浸液、红灵酒、姜汁、辣椒汁轻柔按摩，每日2~3次；有水疱者可挑破或用注射器抽吸，再以冻疮膏、湿润烧伤膏、红油膏、白玉膏或马勃外敷包扎；溃烂时用红油膏掺八二丹外敷；腐脱新生时用红油膏掺生肌散、生肌玉红膏或湿润烧伤膏外敷。

（2）草药外洗：萝卜皮煎水，酌量加入硫黄熏洗。或鲜松针适量，煎水外洗。

细目四　毒蛇咬伤

要点一　病因病理

（一）西医病因病理

人被毒蛇咬伤，除了局部的损伤外，蛇毒是直接的致病因素，蛇毒扩散全身所引起的一系列全身中毒症状则是本病病理变化的关键所在。

蛇毒是毒蛇的毒腺分泌的一种复杂的蛋白质混合物，其主要成分为毒性蛋白或多肽类物质，具有极强烈的毒性。蛇毒按其作用性质可分为神经毒、血循毒和酶类。

1. 神经毒（风毒）

主要是阻断神经肌肉的接头引起弛缓型麻痹，产生肌肉运动障碍，如舌肌运动障碍产生语言困难，咽缩肌运动障碍产生吞咽困难，眼外肌运动障碍产生眼球运动迟钝及复视，胸肌、肋间肌和膈肌运动障碍发生呼吸麻痹。终致周围性呼吸衰竭，引起缺氧性脑病、肺部感染及循环衰竭，若抢救不及时可导致死亡。这些症状从中医的角度看是属于风邪阻络症状，故中医将神经毒命名为“风毒”。

2. 血液毒（火毒）

具有强烈的溶组织、溶血和抗凝作用，对心血管和血液系统产生多方面的毒性作用。

（1）心脏毒素：对哺乳动物心脏有极强的毒害作用，发生短暂兴奋后转入抑制，引起心脏搏动障碍，心室纤颤，心肌坏死，最后死于心力衰竭。

（2）出血毒素：是一种血管毒，可以引起广泛性血液外渗，导致显著的全身出血，甚至多器官实质出血而死亡。

（3）溶血毒素：有直接和间接溶血因子，二者有协同作用。近年来研究证明直接溶血因子与心脏毒素是同一物质。

3. 酶的作用

蛇毒含有丰富的酶类。如

（1）蛋白质水解酶：多种蛇毒均含有此种酶。由于溶解肌肉组织和损害血管壁，从而增加管壁的通透性，因而可导致蛇伤局部肌肉坏死、出血、水肿，甚至深部组织溃烂。相当于中医的“火毒”。

（2）磷酯酶 A：其毒性作用是间接溶血作用，可引起极为严重的溶血症；还可使毛细血管通透性增加而引起出血，间接干扰心血管系统及神经系统的功能。相当于中医的“风火毒”。

（二）中医病因病机

蛇毒系风、火二毒。风者善行数变，火者生风动血，耗伤阴津。风毒偏盛，每多化火；火毒炽盛，极易生风。风火相煽，则邪毒鸱张，必客于营血或内陷厥阴，形成严重的全身性中毒症状。

毒蛇咬伤人体后，毒液经伤口而入，侵蚀肌肤，循经络或入营血，内攻脏腑而发生中毒，是本病的基本病因病机。神经毒属中医风毒范畴，易犯经络，轻则经气运行不利，气血流行不畅；重则经脉瘀阻，传导、联络功能受碍，经气不至而麻痹；甚则风毒闭肺致呼吸麻痹，或风毒传肝而引动肝风。血液毒属火毒范畴，初始侵扰气分或内结于六腑，表现为一派热毒症状；继则内陷营血，引起耗血、动血之变；甚者蛇毒攻心，耗伤心气，致心神蒙蔽，心气欲脱。混合毒属风火毒范畴，既具火之性，又具风之特征，但有所偏重，或以风毒为主，或以火毒为重，或风火毒并举，随蛇之所含毒性而定。

要点二　临床表现

1. 局部症状

被毒蛇咬伤后，患部一般都有较粗大而深的毒牙痕，而无毒蛇咬伤的牙痕则小而排列整齐。神经毒毒蛇咬伤后局部症状不显著，疼痛较轻或没有疼痛，仅感局部麻木或蚁行感，伤口出血很少或不出血，周围不红肿。血液毒毒蛇咬伤后局部疼痛剧烈，肿胀明显，且迅速向肢体近心端发展，伤口有血性液体渗出，或出血不止，伤口周围皮肤青紫、瘀斑或血疱，有的伤口组织坏死形成溃疡，所属淋巴结、淋巴管红肿疼痛。混合毒毒蛇咬伤后伤口疼痛逐渐加重，并有麻木感，伤口周围皮肤迅速红肿，并有水疱、血疱，重者伤口坏死溃烂，区域淋巴结肿大压痛。

2. 全身症状

随毒蛇种类而异。神经毒毒蛇咬伤者潜伏期较长，多在伤后 1 ~ 6 小时出现症状，表现为头昏头痛、胸闷恶心、四肢乏力麻木、眼睑下垂，重者声音嘶哑、语言不利、呼吸困难、瞳孔散大、全身瘫痪、惊厥抽搐，终致呼吸麻痹而死亡。血液毒毒蛇咬伤者在短期内即出现全身中毒症状，恶寒发热、烦躁、口干、全身关节肌肉酸痛、腹痛、腹泻或大便秘结，重者可有广泛的皮下出血或瘀斑，以及内脏出血，如咯血、呕血、便血、尿血等，最终因循环衰竭、休克而死亡。混合毒毒蛇咬伤者兼见上述两种表现，混合毒造成死亡的主要原因仍为神经毒。值得注意的是神经毒的吸收速度快，潜伏期较长，局部症状轻，常易

被忽视，一旦发作就急骤发展，并难以控制，危险性较大。血液毒引起的局部症状重，全身症状亦出现早，一般治疗较早，故死亡率较神经毒低。

要点三　诊断

毒蛇咬伤属于急症，必须迅速做出蛇属哪种、毒属何类的诊断，否则将贻误病人的救治时机，造成严重的后果。结合病史、症状、体征来得出诊断：

1. 病史

（1）咬伤的时间：询问病人被蛇咬伤的具体时间、治疗经过，以估计蛇毒侵入人体的深浅程度。

（2）咬伤的地点及蛇之形态：根据不同蛇类活动的地点，结合患者所诉蛇之形态，协助判断蛇之所属。如能带蛇前来就诊，诊断依据则更为可靠。

（3）咬伤的部位：注意准确分辨蛇咬伤部位并与其他原因所致的皮损区别开来，还应了解局部伤口在自救、互救过程中的处理方式。

（4）宿因：应着重询问伤者是否有其他系统的慢性疾病史，特别应询问是否有肝炎、肾炎、高血压、心脏病等。若合并这类疾病，往往预后不好。

2. 症状

相应的局部症状和全身症状。

3. 中毒程度及预后的估计

蛇毒对机体所造成的损害与其毒性强度和注入机体的毒量有着密切关系，即蛇毒毒性愈强或中毒量愈多，对机体所造成的损害愈严重。

要点四　鉴别诊断

1. 无毒蛇咬伤

一般无毒蛇咬伤处仅有多数细小呈弧形排列的牙痕，与毒牙痕完全不同；局部仅有轻微疼痛与肿胀，且为时短暂，不加重不扩大，亦无全身明显中毒症状；虽极少数无毒蛇如赤链蛇咬伤局部反应较显著，患者因恐惧而晕倒，或有头晕眼花，但短时间内症状多可缓解或消失。

2. 蜈蚣咬伤

局部剧痛，炎症反应显著且可有组织坏死，与血液毒毒蛇咬伤相似，但无毒牙痕，其两点牙痕呈楔状排列，亦无下颏牙痕；全身症状轻微或无。

要点五　治疗

主要治疗原则是：早期延缓和阻止蛇毒的吸收和扩散，排出或破坏伤口内的毒素，对抗或减轻毒性作用，防治各种并发症，使病人恢复健康。

（一）急救治疗

1. 伤后忌奔跑

患肢制动后放低，如有可能浸入凉水中，以减少毒素吸收。

2. 早期结扎

被毒蛇咬伤后，就地立即在咬伤部位近心端 5 ~ 10cm 处进行绑扎，绑扎紧度以能阻断淋巴液和静脉血液回流而不妨碍动脉血的供应为宜。绑扎后即可用凉水冲洗伤口，以洗去周围黏附的毒液。在运送途中仍用凉水湿敷伤口。每隔 20 分钟松开绑扎 2 ~ 3 分钟，以免肢体因缺血而坏死。在应用有效的蛇药 30 分钟后可去掉绑扎。如咬伤超过 12 小时则无需绑扎。

3. 扩创排毒

常规消毒局麻后，沿牙痕纵行切开，深达皮下，或作十字形切口，如有毒牙遗留应取出，同时以 1∶5000 高锰酸钾溶液或双氧水反复多次冲洗，使伤口处蛇毒破坏，促进局部排毒，以减轻中毒；但尖吻蝮蛇、蝰蛇等咬伤后伤口流血不止，有全身出血现象，则不宜扩创，以免发生出血性休克。

4. 破坏蛇毒

可选用下列方法：

（1）火柴暴烧法：用火柴头 5 ~ 7 个堆于放伤口上，点燃烧灼，连续 1 ~ 2 次。适用于牙痕较浅的蛇伤，或伤口流血不止而不宜扩创者，如蝮蛇、银环蛇咬伤等。

（2）铁钉烙法：取长约 5cm 的铁钉，烧至红透，从牙痕处垂直烙入，随即拔出，连续 3 ~ 4 次，烙入深度约 0.5 ~ 1cm 左右。适用于五步蛇咬伤，但运用时注意避开血管和神经，头面部咬伤禁用此法。

（3）针刺排毒：出现肿胀时，可于手指蹼间（八邪穴）或足蹼间（八风穴），皮肤消毒后用三棱针或粗针头与皮肤平行刺入约 1cm，迅速拔出后将患肢下垂，并由近心端向远心端挤压以排除毒液；但被蝰蛇、尖吻蝮蛇咬伤时应慎用，以防出血不止。

（4）火罐排毒：民间常用拔火罐的方法吸除伤口内的血性分泌物，达到减轻局部肿胀和蛇毒的吸收作用。

5. 封闭疗法

毒蛇咬伤后及早应用 0.5% 普鲁卡因溶液 5 ~ 20ml 加地塞米松或胰蛋白酶 2000U，在牙痕周围注射，深达肌肉层，或于绑扎上端进行封闭。并根据情况 12 ~ 24 小时后重复注射 1 次。若发生荨麻疹反应者，可用非那根 25mg 肌肉注射。

6. 局部用药

经排毒方法治疗后，可用 1∶5000 呋喃西林溶液或高锰酸钾溶液湿敷伤口，保持湿润引流，以防创口闭合。同时可以用鲜草药外敷，外敷草药可分为两大类，一是引起发泡草药，借以拔毒外出，如生南星、鹅不食草等，但对创口已溃烂者不宜使用。另一类是清热解毒的草药，如半边莲、马齿苋、七叶一枝花、蒲公英、芙蓉叶等，适用于肿胀较重者。敷药时不可封住伤口，以防阻碍毒液流出，并保持药料新鲜与湿润，确保较长时间的疗效，避免局部感染。

7. 破伤风抗毒素（TAT）

1500U 常规注射。

（二）西医治疗

1. 一般治疗

补充足够的营养物质和维生素，维持水、电解质平衡，防治脑水肿和心功能衰竭。毒蛇咬伤后常规进行破伤风抗毒素的治疗。咬伤数日内病情较重者按危重病症抢救处理。

2. 抗蛇毒血清的应用

抗蛇毒血清特异性较高，效果确切，应用越早则疗效越好；但对脑、心、肾等实质性器官已发生器质性改变时，则难以奏效。临床一般多用蝮蛇抗毒血清，用量为10ml，稀释于生理盐水或25%～50%葡萄糖液中静脉注射，一次即可。使用前必须先做过敏试验，过敏试验阳性者可按脱敏疗法注射。同时可配合使用糖皮质激素。

3. 危重病症的抢救

防治多器官功能不全，如呼吸肌麻痹、休克、急性肾衰、广泛出血等的处理。

（三）中医治疗

1. 草药

七叶一枝花、白花蛇舌草、半枝莲、鸭跖草、鬼针草、木防己、野菊花、蒲公英、大蓟根、马齿苋、商陆、茜草、徐长卿、青木香、万年青、八角莲、山梗菜、两面针、穿心莲等均有一定解蛇毒作用，可以根据不同地区情况选用一种以上，洗净捣烂外敷或煎服；或急服优质白醋100ml左右。

2. 内治

根据中医学治疗蛇伤“治蛇不泄，蛇毒内结，二便不通，蛇毒内攻”的原则，采用祛风解毒、凉血止血、利尿通便的治法。可用蛇伤解毒汤［半边莲15g、虎杖12g、白花蛇舌草30g、大黄9g（后下）、万年青12g、青木香12g］，再根据不同证型加减治疗。

（1）风毒（神经毒）证

证候：局部伤口无红肿，疼痛轻微，感觉麻木；全身症状有头昏、眼花、嗜睡、气急，严重者呼吸困难，四肢麻痹，张口困难，口角流涎，双目直视，眼睑下垂，复视，表情肌麻痹，神志模糊甚至昏迷；舌质红，苔薄白，脉弦数或迟弱。

治法：活血通络，驱风解毒。

方药：活血驱风解毒汤（经验方）加减。药物有：当归、川芎、红花、威灵仙、白芷、防风、僵蚕、七叶一枝花、半边莲、地丁等。

（2）火毒（血液毒）证

证候：局部肿痛严重，常有水疱、血疱或瘀斑，严重者出现局部组织坏死；全身症状可见恶寒发热，烦躁，咽干口渴，胸闷心悸，肋胀胁痛，大便干结，小便短赤或尿血；或五官、内脏出血，斑疹隐隐；舌质红，苔黄，脉滑数或结代。

治法：泻火解毒，凉血活血。

方药：龙胆泻肝汤合五味消毒饮加减。或用鲜生地30g，水牛角屑15g，丹皮12g，赤芍9g，半枝莲30g，七叶一枝花30g，焦山栀12g，生甘草6g。

（3）风火毒证

证候：局部红肿较重，一般多有创口剧痛，或有水疱、血疱、瘀斑或伤处溃烂；全身症状有头晕头痛，眼花，寒战发热，胸闷心悸，大便秘结，小便短赤，严重者烦躁抽搐，甚至神志昏聩；舌质红，苔白黄相兼，脉弦数。

治法：清热解毒，凉血熄风。

方药：黄连解毒汤合五虎追风散加减。或用蒲公英 30g，野菊花 12g，七叶一枝花 30g，白芷 9g，蝉衣 6g，丹皮 12g，全蝎 15g（研末分冲）。

（4）蛇毒内陷证

证候：毒蛇咬伤后失治、误治，出现高热、躁狂不安、痉厥抽搐或神昏谵语；局部伤口由红肿突然变为紫暗或紫黑，肿势反而消减；舌质红绛，脉细数。

治法：清营凉血解毒。

方药：清营汤加减。

3. 成药

（1）南通（季德胜）蛇药片：伤后立即服 20 片，以后每 6 小时服 10 片，至病人中毒症状缓解。

（2）广州（何晓生）蛇药：伤后每次服 5g，每 3 小时 1 次，重者加倍。

其他蛇药片亦可选用，这些药物都具有解毒、排毒、止血、强心、利尿、抗溶血之功。

4. 外治

（1）局部降温：将伤肢浸于 4℃ ~7℃的中草药煎液或冷水中，以降低毒素吸收的速度，降低毒素中酶的活力。

（2）以季德胜蛇药片研末醋调，或用内治草药加食盐少许捣烂敷疮周。

（焦强）

第十七单元　肿瘤

细目　肿瘤概论

要点一　概述

肿瘤是一种常见病和多发病，是当前危及人类健康的严重疾病。世界各国医疗卫生行政部门都把攻克肿瘤疾病作为卫生工作的重点。由于传染病的逐渐控制，人类平均寿命延长，恶性肿瘤对人类的威胁日益显得突出，肿瘤已成为目前死亡的常见原因之一。全世界平均每年有 900 余万人患恶性肿瘤。恶性肿瘤为男性第二位死因、女性第三位死亡原因。我国每年新发病例约 200 万，死亡 140 万人，其中 60% 以上为消化系统肿瘤。我国最常见的恶性肿瘤依次为肺癌、胃癌、肝癌、肠癌和乳癌。

肿瘤是指人体器官组织细胞在某些内在因素影响的基础上，加上外来致病因素的长期作用，所产生的一种以细胞异常增殖为主要特点的新生物。肿瘤的生物行为特点有：①肿瘤细胞的增殖和分化处于失控状态，即持续性增殖和分化不良现象；②肿瘤组织呈浸润性生长和远处转移；③肿瘤细胞将上述特点传给它的子细胞。随着现代科学技术的发展，生化技术、免疫学诊断、放射医学、超声检查、光敏技术、纤维光束内窥镜、核素医学及病理检查的广泛应用，使恶性肿瘤的早期诊断、早期治疗、早期预防得以实现，所以肿瘤的治愈率明显提高，生存期显著延长。

目前，对多数恶性肿瘤尚无理想的根治方法，仍然采取综合治疗。常用的五大治疗方法是手术切除、化学药物治疗、放射疗法、免疫治疗以及中医中药治疗。在治疗方法的选择上，国内外一致主张首选手术治疗，术前术后选择性地配合化疗和放疗。如果无手术条件或术后复发的病例，则推崇化疗或放疗配合扶正固本中药，以消减放化疗的毒副作用。中医学在肿瘤的康复治疗中可发挥重要的作用。如情志扶正、补益中药、药膳食疗、气功疗法、针灸疗法、按摩手法、保健体操等已被广泛应用于肿瘤患者的康复治疗期，对提高患者的生存质量、延长生存期有着显著的效果。

要点二　恶性肿瘤的生物学行为

恶性肿瘤细胞具有如下特性：

（1）在细胞高度密集的状态下生长，有丰富的血供。

（2）浸润性生长：是通过肿瘤细胞粘连酶降解、移动、基质内增殖等一系列过程来完成的。

（3）转移：肿瘤的转移是指癌细胞脱离原发部位而独立生长的状态，它是肿瘤浸润进一步发展的结果。

（4）肿瘤的自发消退：肿瘤的消退多是在经一定治疗后发生的，但也确有极少数恶性肿瘤未经任何治疗而自发缓解、消退。一般认为与持续发热、严重感染、接触化学药品、接触电离辐射及遭受精神刺激等因素有关。

（5）肿瘤的逆转：一般是指恶性肿瘤在某些体内外分化诱导剂存在下，重新分化而向正常方向逆转的现象。目前已受到学术界的高度重视。

要点三　恶性肿瘤的转移途径

1. 直接蔓延

肿瘤由原发部位从组织间隙侵入邻近的组织及器官，也称浸润生长。例如乳癌穿透肌肉和胸壁而侵入胸膜。

2. 淋巴道转移

癌多由淋巴道转移。肿瘤细胞侵入淋巴管，随淋巴液流到区域淋巴结，继续生长繁殖，形成淋巴转移癌，最后经胸导管或大淋巴管进入静脉和血循环，随血道转移。

3. 血道转移

肉瘤多由血道转移。肿瘤细胞进入静脉血流，随血循环转移至远处器官，常见的是肺、肝、脑、骨骼等继发恶性肿瘤。

4. 种植转移

内脏器官肿瘤侵犯浆膜面时，肿瘤细胞脱落，黏附于他处浆膜上发展为种植性癌。例如胃癌的癌细胞可种植在膀胱直肠窝。

要点四　恶性肿瘤国际 TNM 分期

不同的肿瘤有不同的分期标准，目前大多采用国际抗癌协会指定的恶性肿瘤 TNM 分期标准。T 为原发肿瘤，根据肿瘤的范围大小分为 T_1、T_2、T_3、T_4 四期，原发癌为 Tis，未见原发肿瘤为 T_0。N 为局部淋巴结，根据临床检查所发现的播散范围分为 N_0、N_1、N_2、N_3，无法估计者为 N_x。按远处有无转移，确定为 M_0（无远处转移）或 M_1（有超越病变部位及其淋巴结范围的转移）。各种肿瘤的 TNM 分期标准是不同的，分别由各专业会议制订。

要点五　中医病因病机

（一）中医病因

肿瘤的病因分为六淫致病、七情内伤和饮食劳损等，而这些因素往往不是单独致病，而是几种因素综合作用。

1. 六淫致病

六淫是四时不正之气，是风、寒、暑、湿、燥、火六种外感病邪的总称。在正常情况下，风、寒、暑、湿、燥、火是自然界六种不同的气候变化，只有当气候发生急剧变化，或人体正气不足，抵抗力下降时，六气才能成为致病因素。

2. 七情内伤

中医将人体的情志活动统称为七情，即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊。七情一般属于正常的精神活动范围，并与脏腑、气血有着密切的关系。当七情太过，超出了生理活动的调节范围，就造成人体的阴、阳、气、血、脏腑、经络的功能紊乱，导致疾病的发生，有些肿瘤的发病就与七情内伤紧密相关。

3. 饮食劳损

饮食是维持机体生命活动和保持身体健康的必要条件，但饮食要合理、节制，符合饮食卫生的要求，否则就会成为一种致病因素，引起肿瘤等疾病的发生。如脾主运化，主湿，为后天之本，而过食膏粱厚味、生冷瓜果等损伤脾胃，脾失健运，水湿内停，蕴久成痰，痰积则成肿物。

（二）中医病机

肿瘤在发生发展过程中主要表现为血瘀、痰湿、热毒、正虚四个方面。在临床辨证中通常将肿瘤的病机分为气滞血瘀、痰湿凝聚、热毒内结和脏腑失调，其中脏腑失调包括正虚邪实、阴阳失调。

1. 气滞血瘀

气血是构成人体的基本物质，全身各脏腑组织器官都要靠气血的温煦和濡养。气血之

间相互依存、相互化生、相互制约，即所谓的“气为血之帅，血为气之母”，就是说气能生血、行血、摄血，血能载气、行气。但在病理状态下，如情志不舒、肝气郁结等原因，可引起气血失调、气滞血瘀，瘀结日久则成瘕积聚。

2. 痰湿凝聚

机体内津液的代谢主要与脾、肺、肾三脏的功能有关。当这些脏腑的功能紊乱，引起津液代谢障碍，就会造成水津停滞，痰湿凝聚，成为产生肿瘤的病理基础。

3. 热毒内结

热毒是指火热温毒之邪。热多为外淫所致，火常内蕴而生。火热毒邪蕴结体内，伤津动血；耗气灼阴，客于血内，聚结不散，或成痈疡，或成肿瘤。

4. 脏腑失调

脏腑组成人体的功能系统，其规律是一脏、一腑、一体、一窍构成一个功能系统，负责一方功能，如肝、胆、筋、目为“肝系统”，专司精微营养的加工和吸收；心、小肠、脉、舌为“心系统”，专司精微气血的输布和分配；还有“脾系统”、“肺系统”和“肾系统”。各系统结构严密，分工有序，靠阴阳、气血来维持平衡；如果发生功能失调，则一损皆损，彼此受累，轻者气血逆行受阻，痰湿内生；重者化热致毒，危及生命。

要点六　良、恶性肿瘤的鉴别诊断

1. 良性肿瘤

细胞分化程度较高，和正常组织相近似，肿瘤呈膨胀性生长，发展较慢，肿瘤组织四周有结缔组织增生，形成包膜，因而与周围正常组织之间有明显界限。良性肿瘤一般对人体健康影响不大，但如位于重要器官（颅内、胸腔内）亦可危及生命。少数良性肿瘤亦可恶变。常见的良性肿瘤有纤维瘤、脂肪瘤、血管瘤、腺瘤等。

2. 恶性肿瘤

细胞分化程度较低，分化愈低其恶性程度愈高。生长快，呈浸润性生长。其特点是具有进行性生长和侵犯周围组织的能力，故无包膜，分界不清，瘤细胞侵入淋巴及血管向远处转移扩散，对人体的危害极大。见表：

表　良、恶性肿瘤的鉴别诊断

	良性肿瘤	恶性肿瘤
生长速度	慢	快
生长方式	膨胀性生长	浸润性生长
与周围组织之关系	有包膜，不侵犯周围组织，界限清楚，活动度大	多无包膜，破坏周围组织，界限不清，活动受限
转移	不转移	易转移
全身影响	一般不影响全身情况，如体积巨大或发生于重要器官，亦可威胁生命	晚期严重影响全身，可出现恶病质，常导致死亡
治疗后	不易复发	容易复发

要点七　常见恶性肿瘤的诊断

恶性肿瘤的早期诊断和早期治疗是提高疗效的关键。正确的诊断来自全面的询问病史，详细的体格检查，必要的化验以及其他特殊检查，并将所获得的材料进行综合分析，以期做出早期及正确的诊断。

1. 病史

应全面细致地询问病史，包括肿瘤家族史、致癌物质接触史等。要高度重视癌症病人警报信号，对某些进行性症状如肿块、疼痛、出血、发热、消瘦、咯血、黄疸、贫血、食欲减退等，应深入询问，并结合年龄、病程来全面考虑。癌多发生在中年以上者，肉瘤的发病年龄较轻。

2. 体格检查

应做系统的全身检查，特别是心、肺、肝、肾等重要器官的功能，然后结合病史进行重点系统的详细检查。对肿瘤的局部检查应注意：①肿瘤的大小、多少、形态、质地、表面光滑程度、有无压痛、活动度、与周围组织器官的关系等；②肿瘤所在部位器官的功能，对邻近器官有无引起压迫、阻塞及出血等；③区域淋巴结检查，特别是颈部、腋下和腹股沟等部位；④常见的远处转移部位的检查，如肺、肝、骨骼、脑、盆底等部位。

3. 实验室检查

血、尿、胃液、粪便、骨髓等检查都可作为不同肿瘤的辅助诊断方法。如多数恶性肿瘤可出现贫血；消化道肿瘤由于癌灶溃疡出血而粪便潜血阳性；胃癌可有胃液游离酸缺乏；癌发生骨转移时可有血钙增高；绒毛膜上皮癌病人妊娠试验阳性；多发性骨髓瘤病人的血浆球蛋白增高，尿中出现本－周（Bence－Jones）蛋白定性试验阳性反应。酶学检查目前也多应用于临床，如肝癌病人可出现血清碱性磷酸酶和γ－谷氨酰转肽酶升高，酸性磷酸酶升高往往提示前列腺癌。

4. 肿瘤标记物检查

由于发现某些胚胎抗原与肿瘤的关系，有些肿瘤可用极其简单的方法获得特异性很高的诊断效果。如原发性肝癌、卵巢癌、睾丸胚胎癌，病人血中可出现甲胎蛋白（AFP），国内用此法普查原发性肝癌阳性率可达80%以上。癌胚抗原（CEA）也是一种胚胎性肿瘤相关抗原，对于结肠癌、胰腺癌等肿瘤的诊断有一定参考价值。测定绒毛膜促性腺激素的水平可作为绒毛膜上皮癌和恶性葡萄胎的诊断依据。EB病毒抗体可作为鼻咽癌早期诊断较特异的方法。

5. X线检查

可以帮助定位，了解肿瘤范围、性质以及其和邻近器官的关系，有助于进一步明确诊断。要根据病情选用适宜的检查方法。如肺、骨及关节肿瘤的平片检查，上消化道肿瘤可做钡餐检查，结肠肿瘤用钡剂灌肠检查，泌尿系统和胆道肿瘤用碘剂造影检查，腹膜后肿瘤用腹膜后充气造影等。

6. 内窥镜检查

是诊断肿瘤的重要方法。可直接观察空腔脏器内肿瘤的部位及表面病变情况，还可以

通过窥镜钳取活组织做检查。近年来内窥镜的广泛应用使诊断水平得到很大的发展和提高。常用的内窥镜有支气管镜、食管镜、胃十二指肠镜、膀胱镜、结肠镜和胆道镜等。

7. 超声波检查

B 型超声波检查对于肿瘤的部位、性质、范围有较大的诊断价值。常用于肝、胆、胰、肾、膀胱、前列腺、子宫和卵巢等肿瘤的诊断和定位，对于鉴定囊肿与实质性肿块有特殊价值。

8. 电子计算机 X 线体层摄影（CT）

是一项肿瘤常用诊断技术。它可以显示出软组织肿块，对脑、肝、胆、胰、肾、肾上腺、盆腔、膀胱等部位的肿瘤均可显示。

9. 磁共振成像术 (MRI) 诊断

磁共振成像术是继 CT 之后影像诊断领域的又一重大发展。它对肿块的辨别力优于 CT 摄影。MRI 的物理学基础是磁共振原理，可以直接横断面、冠状面、矢状面及斜面成像，且图像质量好，有利于显示肿瘤的范围及来源。

10. 放射性核素检查

通过测定某一脏器对放射性核素的吸收情况，对诊断某些器官的肿瘤有一定的帮助。目前常用于肿瘤诊断的放射性核素有^{99}锝、^{131}碘、^{198}金、^{32}磷、^{133}氙、^{67}镓、^{167}镱、^{113}铟等 10 余种。临床上甲状腺肿瘤、肝肿瘤、骨肿瘤、脑肿瘤及大肠癌等常用放射性核素检查，一般可显示直径 2cm 以上的病灶。骨肿瘤诊断的阳性率较高，且可以早于 X 线显影，可较早地发现骨转移肿瘤，但易有假阳性。

11. 肿瘤细胞学检查

用穿刺细胞或脱落细胞诊断肿瘤方法简单易行，对于肺癌、食管癌、胃癌、宫颈癌、乳腺癌以及其他体表肿瘤的早期诊断有帮助，适用于普查。宫颈刮片诊断子宫颈癌的阳性率高达 90%；食管拉网脱落细胞检查诊断食管癌的阳性率可达 95%；痰液脱落细胞检查已成为肺癌的常规检查方法。

12. 病理组织学检查

有穿刺活检、切取（或钳取）活检等方法，对决定肿瘤的定性诊断及病理类型仍是目前准确性最高的方法，适用于一切用其他方法不能决定性质的肿瘤或已怀疑呈恶性变的良性肿瘤。但此方法有可能促进癌肿扩散，所以采取组织与手术时间的间期宜尽量缩短，或在手术中做冰冻切片检查，如明确诊断后，宜立即进行相应手术。

（曹阳）

第十八单元　常见体表肿物

细目一　皮样囊肿

要点　临床表现

皮样囊肿是由胚胎期上皮残留而产生，为先天性疾患。囊壁由皮肤及其附属器所组成。囊腔内有脱落的上皮细胞、毛发、皮脂等粥样物，偶有骨及软骨。

本病为先天性囊性肿物，出生时即存在，多在幼儿和青年期发现。好发于眼眶周围、鼻根、枕部和口底等处。圆形，位于皮下深层，单发，直径多为 1 ~ 2cm，巨大者极少，质地较硬，不与皮肤粘连，但与基底组织粘连甚紧，不易推动。颅骨可因肿物长期压迫而有小凹陷，严重者可破坏颅骨入颅内，X 线摄片可显示颅骨受压或局限性骨质缺损，缺损呈圆形或椭圆形，界限清楚，边缘骨质密度增加。皮样囊肿生长缓慢，少数有恶变可能。

细目二　皮脂腺囊肿

要点　临床表现

皮脂腺囊肿又称粉瘤，因皮脂腺腺管阻塞，皮脂淤积而形成，可发生于任何年龄，成年人较多见，好发于头面部、肩部及臀部。

囊肿可单发或多发。多呈圆形，直径多在 1 ~ 3cm，略隆起。质软，界清，表面与皮肤粘连，稍可移动，肿物中央皮肤表面可见一小孔，此为腺体导管开口处，有时可见有一黑色粉样小栓，其内容物为灰白色、豆腐渣样物质，有臭味。一般无自觉症状，合并感染时，局部可出现红肿、疼痛、触痛、化脓甚至破溃。

细目三　脂肪瘤

要点　临床表现

脂肪瘤是由分化良好的脂肪组织增生所形成的良性肿瘤。中间有纤维组织间隔形成分叶状，外有一层薄的结缔组织包膜，可发生于任何部位，但以皮下组织、后腹膜处多见。

脂肪瘤可以单发或多发。好发于肩、背、臀部。位于皮下的脂肪瘤大小不等，呈圆形、扁圆形或分叶状，边界清楚，基部较广泛，质软，有假性波动感，与周围组织无粘连，基底部可移动，但活动度不大。一般无自觉症状，发展缓慢，极少恶变。

常用肩劳动的人，肩及后背部可发生皮下脂肪增生。表现为局部的皮肤和皮下层增厚及隆起，无假性波动感和移动性。因其脂肪组织内纤维索较多，又称为脂肪纤维瘤或肩部

脂肪垫。

另一种脂肪瘤常见于四肢、胸、腹皮下，为多发性圆形或椭圆形结节，较小，直径约1～2cm，质地较一般脂肪瘤略硬，界清，有触痛，称为痛性脂肪瘤或多发性脂肪瘤。

细目四　血管瘤

要点一　临床表现

血管瘤是由血管组织构成的一种良性肿瘤，生长缓慢，好发于头面、颈部，其次为四肢、躯干，亦可见于口腔、深部组织及器官内。可分为三种不同类型。

1. 毛细血管瘤

由真皮内增生、扩张的毛细血管构成。好发于婴幼儿头、面、颈部或成人的胸腹部，年幼时有自行消退的可能，单发或多发，色鲜红或暗红，呈边缘不规则、不高出皮肤的斑片状，或高出皮肤，分叶，似草莓样。大小不一，小者可如针尖，大者可延及颜面一半。界限清楚。

2. 海绵状血管瘤

由内皮细胞增生造成血管迂曲、扩张并汇集一处而成。常见于头部、颈部，也可发生于其他部位及内脏。瘤体呈紫红或暗红色，柔软如海绵，大小不等，边界清楚，位于皮下或黏膜下组织内者可境界不清。指压柔软，有波动感，偶有少数呈柔韧或坚实感，无搏动和杂音。X线摄片可能有钙化影。

3. 蔓状血管瘤

多在海绵状血管瘤的基础上发生，因血管窦与小动脉相连而成。多发于头皮，瘤体外观常见蚯蚓状蜿蜒迂曲的血管，有压缩性和膨胀性，紫红色，有搏动、震颤及血管杂音，局部温度稍高。肿瘤周围有交通的小动脉，如将其压迫，则搏动消失。血管瘤有时会突然破溃，可引起危及生命的大出血。

要点二　治疗

1. 手术治疗

适用于各种类型的血管瘤。特别对局限性的血管瘤，疗效确切可靠；对蔓状血管瘤，手术是唯一可行的方法。手术并发症有难以控制的出血，故对较大或无法确定范围的血管瘤，术前应行X线血管造影，不可贸然手术，以免发生意外。

2. 放射疗法

婴儿和儿童的毛细血管瘤对放射线很敏感，放射疗法对表浅性毛细血管瘤治疗有效，但有一定副作用，应慎用。

3. 硬化剂注射

适用于中小型海绵状血管瘤。也可作为术前治疗的一种措施。常用药物有10%的鱼肝油酸钠。

4. 冷冻、激光、电烙等

可用于表浅的面积小的血管瘤。对婴幼儿肢体巨大血管瘤无法进行其他治疗时，可用弹力绷带加压包扎，能在一定程度上减缓瘤体的生长速度。

细目五　腱鞘囊肿

要点一　临床表现

（1）多发于青壮年，常见于腕关节、足背、手背、腘窝等处。

（2）肿块高出于皮肤，呈圆形或椭圆形，表面光滑，边缘清楚，皮色正常，推之能移，按之有囊性感。

（3）无明显自觉症状，或患部有酸痛或乏力感。

要点二　治疗

本病发病与寒痰凝聚有关，故治疗以散寒化痰、活络散瘀为大法。由于本病肿瘤囊壁较厚质韧，囊内有白色胶样液体，单用内服中药的方法治疗，短期内难以消散，因此，临床常用重压、针刺、结扎、手术等方法治疗。

细目六　神经纤维瘤

要点　临床表现

神经纤维瘤是皮肤及皮下组织的一种良性肿瘤，来自神经鞘组织。可单发或多发，以单发者常见，多发者临床上又称为神经纤维瘤病。

神经纤维瘤病是一种具有家族遗传倾向，多见于儿童期开始发病，进展缓慢，青春发育期可加重的先天性疾病。

本病有如下特点：

（1）呈多发性，数目不定，几个甚至上千个不等。肿物大小不一，米粒至拳头大小，多凸出于皮肤表面，质地或软或硬，有的可下垂或有蒂，大者可达十数千克。

（2）肿瘤沿神经干走向生长，多呈念珠状，或呈蚯蚓结节状。

（3）皮肤出现咖啡斑，大小不定，可为雀斑小点状，或为大片状，其分布与神经瘤分布无关，是诊断本病的重要依据。

细目七　淋巴管瘤

要点　临床表现

淋巴管瘤是增生和扩张的淋巴管形成的一种良性肿瘤，其内部充满淋巴液，多由先天因素所致，多见于小儿。发展缓慢，自行消退者极少见。可分为毛细淋巴管瘤、海绵状淋

巴管瘤和囊性淋巴管瘤。

1. 毛细淋巴管瘤

又称单纯性淋巴管瘤，多发于皮肤，小米至豌豆大小，透明，淡黄色，穿刺有黏液样液体溢出，表面光滑柔软，部分有压缩性。

2. 海绵状淋巴管瘤

海绵状淋巴管瘤由扩张迂曲的淋巴管组成，其中被较厚的淋巴样间质分隔成柔软的多房性囊肿，多发于皮肤、皮下组织、肌肉结缔组织间隙中，有压迫性。

3. 囊性淋巴管瘤

又称水瘤。为充满淋巴液的先天性囊肿，与周围淋巴管不相连，发于颈部为主，可蔓延至胸部，亦可见于其他部位。发生于婴幼儿颈部者即为囊状水瘤。一般为拳头大小，生长缓慢，柔软，囊性，呈分叶状，透光试验阳性。穿刺可抽出草黄色有胆固醇结晶的液体，透明，易凝固，性状与淋巴液完全相同。一般无症状，较大者可有压迫气管、食管症状，偶可继发感染而呈炎症表现。

细目八 痣

要点一 概述

黑痣是先天性的黑色素斑，极为常见。大小不一，数目不定。可见于身体各部，面颈为好发部位，少数发生在黏膜，如口腔、阴唇等处，生长缓慢。根据病理形态不同可分为皮内痣、交界痣和混合痣。

要点二 临床表现

1. 皮内痣

痣细胞位于真皮层内。临床上皮内痣一般较局限，直径小于1cm，表面光滑，界限清楚。亦有成片或疣状者，常有毛发生长，颜色均匀较深，呈浅褐、深褐或墨黑色。一般不发生恶性变。

2. 交界痣

痣细胞集中于表皮与真皮交界处，临床上为淡棕、棕黑或蓝黑色的斑疹或丘疹。多见于手掌、足底、口唇及外生殖器。表面平坦或稍高出皮面，光滑，无毛发，直径约1～2cm，色素分布不均匀，有恶变倾向，可能发展为黑色素瘤。

3. 混合痣

为上述两型混合而成，有发生恶变的可能，其恶变征象如下：①迅速增大；②色素突然不断加深；③发生疼痛、感染、溃疡或出血；④周围出现卫星状小瘤或色素环；⑤局部淋巴结肿大。

要点三 良恶性鉴别

痣是常见的皮肤良性色素病变，每个人身上的皮肤或多或少都有痣的存在。而恶性黑

色素瘤却是恶性肿瘤之一，且恶性程度比较高，为痣细胞或色素细胞的恶性细胞的恶性繁殖。多发生于中老年人，男性略多于女性。好发部位为下肢、足部，其次为头颅、上肢、眼、指甲下面和阴唇处，主要症状为迅速长大的肿块。呈黑色或淡蓝色，向四周和深部呈浸润性生长，边界不清，可有破溃、出血、结痂，周缘有时有炎症反应，可有痒感或微痛感，病变发展迅速，早期即可出现区域淋巴结转移，晚期可经血行转至肺、肝、骨、脑等器官。

痣一般生长速度很慢，而且长到一定时间，大小就不会再变，而黑色素瘤则会以很快的速度生长下去。痣一般不会溃破，而黑色素瘤会腐烂、溃疡。一般普通的痣都是圆形，有极好的对称性，而黑色素瘤的形状是不规则的。痣的边界很清晰，而黑色素瘤和周围没有明显的边界。一般痣的面积较小，而黑色素瘤的分布面积大得多。痣的颜色均匀，色深，一般呈黑色或者暗红色；而黑色素瘤属于杂色，比如黑色中杂有红色，红色中杂有褐色，或者几种颜色同时存在。

要点四　治疗原则

对黑痣的治疗应采取慎重态度，如有下列情况可考虑行手术治疗。

（1）位于手掌、足底、腰部等易受刺激或摩擦的部位。

（2）初步确定为交界痣或有恶变征象者。

（3）有碍面容，切除后可改善外貌者。

（4）患有恶变恐惧症，经反复解释无效者。

非手术疗法有低温、冷冻、激光、药物烧灼等，多限于小而浅表的黑痣。因其无法做病理检查，必须先作出有把握的诊断后方可实施。

黑色素瘤恶性程度高，预后极差，一旦确诊应早期进行广泛根治性切除，包括区域淋巴结的清除。四肢黑色素瘤有时需行截肢术。术后配合化疗、放疗和免疫疗法。对高度怀疑恶变者，应尽量避免行部分切除活检，争取一次切除，以防止肿瘤扩散。

（曹阳）

第十九单元　常见恶性肿瘤

细目一　原发性支气管肺癌

要点一　西医病因病理

原发性肺癌多数起源于支气管黏膜上皮，因此也称为支气管肺癌。肺癌发病率已居男性各种肿瘤的首位，男女之比约 3 ~ 5∶1，发病年龄大多在 40 岁以上。但近年来女性肺癌的发病率也在迅速上升，是威胁生命健康的一种主要疾病。

（一）病因

肺癌的病因至今尚不十分清楚。根据流行病学的调查，提示本病的病因可能与以下因

素有关。

1. 吸烟

长期大量吸烟是肺癌的一个重要致病因素。吸烟者排出的烟雾中含有大量致癌的碳氢化合物，对不吸烟的人也有危害。吸烟与肺癌的发生有剂量效应关系，也就是说吸烟的历史越长，每天的吸烟量越多，肺癌的发生率也越高，死亡率就越高。

2. 职业性因素

流行病学、病理学和实验证实职业性致癌的因素有无机砷、石棉、镍、铬和芳香族碳水化合物，长期接触者肺癌发病率较高。

3. 电离辐射

长期接触放射性尘埃的人员肺癌发病率特别高。体内和体外的放射线照射都可导致肺癌，内照射引起癌变的剂量较外照射小。

4. 慢性肺部疾病

肺部慢性感染时支气管上皮可能化生为鳞状上皮而癌变，如肺结核、支气管扩张症等疾病。但其因果关系尚不清楚。

5. 大气污染

随着工业的发展，许多致癌性工业原料和产品生产、使用量急速增加，使直接接触的工人肺癌发病增加，也使致癌物质污染大气的程度越来越严重。各种交通工具排出的气体和废气以及建筑物中的沥青等物质使大气受到了严重污染。这种污染物中确实含有某些致癌物。

6. 生物学因子

随着分子生物学的发展，大量资料证实，肺组织的癌变与细胞遗传物质的多次改变有关，其中包括染色体丢失、重排以及突变等；同时细胞内某些靶基因的丢失和活化导致细胞生长失控或提供了发生癌变的有利环境，最终导致癌变。

（二）病理分型

肺癌起源于支气管黏膜上皮。发生在肺段支气管口以上较大支气管的肺门肿瘤临床上称之为中央型肺癌；发生在肺段支气管以下较小支气管者称为周围型肺癌。根据组织学分类，肺癌可分为四种主要病理类型：

1. 鳞状细胞癌（简称鳞癌）

男性多于女性，大多数发生在 50 岁以上的男性患者，与吸烟的关系较为密切。多发生在较大的支气管，常为中央型肺癌。生长发展较为缓慢，主要沿淋巴途径转移到肺门淋巴结，晚期发生血行转移扩散。

2. 小细胞癌（未分化小细胞癌）

一般起源于较大支气管，大多为中央型肺癌；少数起源于小支气管，表现为周围型肺癌。小细胞癌的细胞学特征是略大于淋巴细胞的小细胞呈弥散生长，很快侵犯至肺门及纵隔淋巴结，血行播散也较早，恶性程度高，预后差。

3. 腺癌

腺癌多起源于较小支气管，常呈周围型，可分为腺泡癌、乳头状癌、细支气管肺泡癌和有黏液形成的实体癌4个亚型。一般早期没有明显症状，生长缓慢，容易发生血行转移扩散和出现胸水，淋巴结转移也较多见。

4. 大细胞癌

大细胞癌是无鳞形细胞、腺细胞和小细胞癌特征的未分化癌。癌细胞大，胞浆丰富，胞核形态多样，排列不规则。此型肺癌较少见。大细胞癌分化程度较低，恶性程度高，经淋巴或血行转移发生较早，有时在发现脑转移后才被发现，预后很差。

（三）肺癌的转移

1. 直接扩散

癌肿不断增长，可阻塞支气管管腔，同时向支气管外的肺内组织浸润、生长、扩展。靠近肺外围的肿瘤可侵犯胸膜和胸壁，中央型或靠近纵隔的肿瘤可侵犯其他器官。巨大的肿瘤可发生中心部分缺血坏死，形成癌性空洞。

2. 淋巴转移

淋巴转移是鳞癌和未分化癌常见的转移途径。癌细胞经淋巴管道向支气管旁、隆突下、肺门、气管旁、锁骨上淋巴结转移，未分化癌可在原发肿瘤较小时即发生肺门淋巴结转移。肺门、气管旁和锁骨上淋巴结转移可发生在肺癌的同侧，也可交叉转移到对侧。未分化癌转移到腋下或腹股沟淋巴结也不少见。

3. 血行转移

血行转移是肺癌的晚期表现。癌细胞随肺静脉回流到左心后，可转移到体内任何部位，常见转移部位为肝、脑、骨骼系统、肾上腺、肾和胰。

4. 支气管内播散

细支气管肺泡细胞癌者细支气管和肺泡壁上的癌细胞很容易脱落，癌细胞可以经支气管管道扩散到邻近的肺组织中，形成新的癌灶。

要点二　中医病因病机

肺癌多属于中医“肺积”、“咳嗽”、“咯血”、“胸痛”等范畴，主要因外邪导致痰、湿、热，日久凝聚结块，其发病与正气虚损和邪毒入侵有较密切的关系。

1. 正气内虚

“正气存内，邪不可干，邪之所凑，其气必虚”。正气内虚、脏腑阴阳失调是罹患肺癌的主要基础。年老体弱，患有慢性肺部疾病，肺气耗损而不足；七情所伤，气逆气滞，升降失调；肺阴亏损，外邪乘虚而入，致肺部血行瘀滞，结而成块。

2. 气滞血瘀

气血是人体生理功能的一种表现，也是维持人体生命活动的重要物质基础。某些因素引起气的功能失调，可出现气郁、气滞、气聚，日久气病及血，血瘀成疾。

3. 痰结湿聚

肺失宣肃，通调失司，脾失运化，湿浊内生，津液不化，与邪火熬灼，遂凝结为痰，随气升降，无处不到，壅塞于肺，久而形成肿块。

4. 邪毒郁热

外受毒邪入侵，日久均能化热化火；毒蕴于内，日久必发。癌瘤患者多见郁热之证，如邪热嚣张，发为实热之证，表示肺癌正在发展，属病进之象。肺为娇脏，主气、司呼吸，主宣发肃降、通调水道。肺癌是由于正气虚损，阴阳失调，邪毒乘虚而入肺，导致肺脏功能失调，引起肺气遏，宣降失司，气机不利，血行受阻，气滞血瘀，津液不布，津聚为痰，痰湿凝聚，日久胶结而发病。

肺癌是一种因虚而得，虚而致实，全身属虚，局部属实的疾病。肺癌的虚以阴虚、气阴两虚多见，甚至可出现阴阳两虚；实则不外乎气滞、血瘀、痰凝、毒聚之病理变化。

要点三　临床表现

（一）主要症状

1. 咳嗽

咳嗽为肺癌最常见的症状，约占 80%，咳嗽为首发症状者占 65%，症状表现可多种多样，与气管或支气管部分或完全梗阻、有无溃疡或癌瘤的破坏性有关。早期多为刺激性干咳，日久加重；胸膜病变常为疼痛性干咳；上纵隔受累在平卧时可出现阵咳，且常为抽搐状。

2. 血痰

痰中带血也是肺癌的首发症状之一，约占 20%。其特征是持续性和间断性反复少量血痰，往往血多于痰，色泽较鲜，偶尔见大咯血。有时呈暗红色，提示有积留。血痰常来自肿瘤区，混有大量癌细胞，癌细胞检出率高。

3. 胸痛

有 1/3 的肺癌病人有胸痛，一般为闷痛、隐痛，与支气管阻塞、局限性肺不张或胸膜反射有关。是一个早期易被忽略的症状，不一定都有胸膜侵犯。如果出现难以控制的持续性剧痛，提示有广泛的胸膜或局部胸壁侵犯，预后较差。通常胸痛在未分化癌中出现较早，而在鳞状细胞癌中出现较迟，这是由于未分化癌早期就可出现纵隔淋巴结、骨等部位的转移所致。

4. 发热

约有 20% 的患者为首发症状。因肺癌而致的发热有两种：一种是由于支气管阻塞或管壁压迫后引起的炎性发热，另一种是所谓的“癌性热”。肺癌引起支气管阻塞合并肺部感染可引起炎症表现，早期经抗生素治疗后体温可恢复正常。梗阻远端发生肺脓肿时表现为持续性高热。晚期肿瘤病灶中心坏死、毒素吸收也可引起高热，应用抗生素治疗效果不佳，有的弛张热可达数月之久，但肿瘤切除后体温可降至正常。

5. 气短及胸闷

约有 10% 的病人以此为第一症状。癌肿在大的支气管口生长时阻塞气道可产生此种症

状，特别是呼吸功能较差的病人。在后期，淋巴结肿大压迫大支气管或隆突时，都可出现严重气急现象。大量胸腔积液和纵隔推移以及心包积液可发生气急，抽除积液后症状可缓解。

（二）主要体征

1. 肿瘤引起的肺部体征

一般早期多无明显症状和体征。当肿瘤增大引起支气管狭窄时，病变部位可以听到“高音调金属音”。肿瘤位于胸膜附近时易产生不规则的钝痛，肋骨、脊柱受侵时可有持续性胸痛及定点压痛。

2. 纵隔受累的体征

可因原发肿瘤直接侵犯或转移性肿瘤累及纵隔大血管、神经、食道等所产生。肿瘤侵犯或纵隔转移性肿块压迫喉返神经时，喉镜检查可见患侧声带麻痹。压迫膈神经可引起同侧横膈麻痹和上升，X 线透视可见病侧横膈运动迟缓。压迫上腔静脉、奇静脉可致上腔静脉综合征，出现头部和上肢静脉回流受阻，产生头面部、前胸部瘀血、静脉曲张和水肿。侵犯迷走神经可使心率加快。心肌和心包受到侵犯时可出现心包填塞症状及体征，如心动过速或房颤，叩诊心浊音界扩大，听诊心音低远，有心包摩擦音，X 线片显示心界扩大。癌侵犯下颈交感神经链则产生 Horners 综合征，表现为上眼睑下垂，瞳孔缩小，眼球下陷和一侧面部皮肤发白，汗闭。

3. 肿瘤转移引起的体征

肺癌可转移到全身任何部位的淋巴结，最常见的为锁骨上淋巴结，也可见腋下淋巴结肿大。肺癌转移到骨和关节并非少见，当关节受累时常有邻近组织受累征象。肺癌转移到中枢神经系统可引起相应的病理体征。肺癌可引起异位激素综合征，如黑棘皮病、植物神经功能亢进、皮肤炎、肺源性骨关节增生、皮肤色素沉着、男性乳腺发育等，这些征象可随肿瘤的治疗而消退。

要点四　诊断

（一）影像学诊断

1. 胸部 X 线摄片检查

这是诊断肺癌最常见的一个重要手段。肺癌的 X 线摄片检查所见包括：肿瘤本身引起的改变；肿瘤堵塞支气管远端引起的肺实质的改变，如肺不张或感染；肿瘤在胸内扩散引起的改变，如肺门和纵隔淋巴结、胸膜、胸壁及纵隔其他结构的改变等。

（1）中央型肺癌：早期癌肿局限在支气管内时，X 线平片可无异常。当癌肿阻塞支气管时，远端肺组织可发生感染，受累的肺段或肺叶出现肺炎征象，支气管腔被癌肿完全阻塞后，可产生相应的肺叶或一侧全肺不张。

（2）周围型肺癌：常表现为肺野周围孤立性圆形或椭圆形块影，块影轮廓不规则，常呈小的分叶或切迹，边缘模糊毛糙，常显示细短的毛刺影，周围型肺癌长大阻塞支气管管腔，可出现节段性肺炎或肺不张。癌肿中心部分坏死液化，可显示厚壁偏心性空洞，内壁凹凸不平，很少有明显的液平面。

（3）弥漫型细支气管肺泡癌：X 线片表现为浸润性病变，轮廓模糊，从小片到一个肺段或整个肺叶，类似肺炎。

癌肿侵犯胸膜时可见同侧胸腔积液征。侵犯肋骨时可见骨质破坏。

2. 电子计算机体层扫描（CT）

CT 扫描可显示薄层横断面结构图像，避免病变与正常组织互相重叠，密度分辨率很高，能显示肺内直径为 1cm 左右的肿块，并可发现一般 X 线检查隐藏区（如肺尖、膈上、心后、纵隔等处）的早期肺癌病变。CT 扫描可明确病变侵犯的范围及其与邻近组织器官的关系，以及有无纵隔淋巴结与肺内转移等，对肺癌的临床分期有较大价值。

3. 磁共振成像（MRI）

MRI 不需造影剂即能鉴别出肿块与大血管，在明确肿瘤与大血管之间关系明显优于 CT。

（二）组织细胞学诊断

1. 痰脱落细胞学检查

痰细胞学检查是肺癌普查和诊断的一种简便有效方法。肺癌表面脱落的癌细胞可随痰咯出，痰细胞学检查找出癌细胞可以明确诊断，部分病例还可判别肺癌的病理类型。痰检查的准确率在 80% 以上，多次痰细胞学检查可提高阳性率。

2. 支气管镜检查

支气管镜检查是诊断肺癌的一个重要手段。目前多采用光导纤维支气管镜检查，通过支气管镜可直接窥察支气管内膜及管腔的病理变化情况，窥见癌肿或癌性浸润者，可采取小块组织做病理切片检查，亦可刷取肿瘤表面组织或吸取支气管分泌物做细胞学检查，以明确诊断和判定组织学类型。

3. 纵隔镜检查

纵隔镜检查主要用于判明中央型肺癌侵犯纵隔的范围。通过纵隔镜可直接观察气管前隆突下及两侧支气管区淋巴结情况，并可采取组织做病理切片检查，明确肺癌是否已转移到肺门和纵隔淋巴结。

4. 经胸壁肺穿刺活检

对紧靠胸壁的肺部肿块，目前采用 CT 导引定位下行肺穿刺活检，准确率较高。但肺穿刺活检可能会产生气胸、胸膜腔出血或感染，应严格掌握适应证。

5. 转移病灶活组织检查

晚期肺癌病人已有锁骨上、颈部、腋下等处表浅淋巴结转移或出现皮下转移结节者，可切取转移病灶组织做病理切片检查，以明确诊断。

（三）肿瘤标记物检查

对肺癌缺乏特异性，临床常用的有癌胚抗原、神经肽类和神经元类检查，以及癌抗原 125、199 等。

要点五　鉴别诊断

肺癌按肿瘤发生部位、病理类型和病程早晚等不同情况，在临床呈现的症状和 X 线征

象也多种多样，极易与其他肺部疾病相混淆。

（一）肺结核病

1. 肺结核病

易与周围型肺癌相混淆。肺结核病多见于青年人，病变常位于上叶尖、后段或下叶背段，一般病程长，发展缓慢。在X线片上块影密度不均匀，可见到稀疏透光区，常有钙化点，边缘光滑，分界清楚，肺内常另有散在性结核病灶。

2. 粟粒性肺结核

粟粒性肺结核的X线征象与弥漫型细支气管肺泡癌相似。粟粒性肺结核常见于青年人，发热、盗汗等全身症状明显，抗结核药物治疗能改善症状，病灶逐渐吸收。

（二）肺部炎症

1. 支气管肺炎

早期肺癌产生的阻塞性肺炎易被误诊为支气管肺炎。支气管肺炎一般起病较急，发热、寒战等感染症状比较明显。X线片上表现为边缘模糊的片状或斑点状阴影，密度不均匀，且不局限于一个肺段或肺叶，经抗菌药物治疗后症状迅速消失，肺部病变也较快吸收。

2. 肺脓肿

肺癌中央部分坏死液化形成癌性空洞时，X线片表现易与肺脓肿相混淆。肺脓肿病人常有吸入性肺炎病史，急性期有明显的感染症状，痰量多，呈脓性，有臭味。X线片上空洞壁较薄，内壁光滑，常有液平面，脓肿周围的肺组织或胸膜常有炎性病灶。

3. 肺部良性肿瘤

肺部良性肿瘤如错构瘤、纤维瘤、软骨瘤等有时需与周围型肺癌相鉴别。肺部良性肿瘤一般不呈现临床症状，生长缓慢，病程长。在X线片上显示接近圆形的块影，密度均匀，可有钙化点，轮廓整齐，边界清楚，多无分叶状。

要点六　治疗

肺癌的治疗有外科治疗、放射治疗、化学治疗、生物免疫疗法和中医中药治疗。早期肺癌应施行根治性肺切除术，在彻底切除原发肺肿瘤和清除肺门淋巴结的同时，尽可能保留健康的肺组织，争取长期存活。晚期肺癌则根据病理类型选用放射治疗或化学治疗、中医辨证治疗等方法来减轻病人痛苦，延长病人生命。

（一）西医治疗

1. 外科手术治疗

外科手术治疗是将带肿瘤的病肺连同肺门淋巴结彻底切除，达到根治的目的。中央型肺癌常需施行全肺切除，有些中央型肺癌也可施行袖式肺叶切除术，以保证健康的肺组织和肺功能。对周围型肺癌，肺叶切除已被公认为合理的手术。肺切除术的疗效与肿瘤的病理类型、恶性程度、范围、位置和有无淋巴结转移有关。

2. 放射治疗

在肺癌中，未分化癌对放射治疗最为敏感，鳞癌次之，腺癌不敏感。对放射治疗敏感

的肺癌经治疗后肿瘤缩小，支气管阻塞的程度减轻或消失，可改善症状，但5年生存率仅有10%。

3. 化学治疗

化学疗法常用的药物有顺铂、卡铂、紫杉醇、吉西他滨、培美曲塞、环磷酰胺、长春瑞滨等。小细胞性肺癌对化疗药物的敏感性较好，缓解率高达60%～80%，而其他类型肺癌的敏感性相对较差，缓解率约在30%～45%左右。化疗不可能完全清除癌细胞，通常用以治疗晚期肺癌病人或有广泛转移的病例，以缓解症状。

4. 其他治疗

包括冷冻疗法、热疗、光敏治疗及选择性支气管动脉灌注栓塞化疗等。

5. 分子靶向治疗

随着分子生物学的发展，产生针对肿瘤细胞特异分子变化进行的靶向治疗。许多新的靶向性治疗药物研制，为晚期肺癌治疗提供了新的治疗途径。如表皮生长因子酪氨酸激酶抑制剂易瑞沙、厄罗替尼；血管生成抑制剂贝伐单抗等，临床应用显示有明显改善晚期肺癌患者症状、稳定病情的作用，在生存方面颇有获益。

（二）中医治疗

1. 气滞血瘀证

证候：咳嗽，血痰，气促，胸胁胀痛或刺痛，大便干结；舌质紫暗或有瘀斑，苔薄黄，脉弦或涩。

治法：行气化瘀，软坚散结。

方药：血府逐瘀汤加减。咳血加白茅根、侧柏炭、仙鹤草等；气阴不足者加天冬、麦冬、太子参、黄芪等。

2. 脾虚痰湿证

证候：咳嗽痰多，胸闷纳呆，神疲乏力，面色苍白，大便溏薄；舌质淡胖，苔白腻，脉濡缓或濡滑。

治法：健脾除湿，化痰散结。

方药：六君子汤合海藻玉壶汤加减。气短乏力者加黄芪；胸痛、舌质紫暗者加红花、桃仁、川芎。

3. 阴虚内热证

证候：咳嗽，无痰或少痰或有泡沫痰，或痰黄难咯，痰中带血，胸痛气短，心烦失眠，口干便秘，发热；舌质红，苔花剥或光剥无苔，脉细数。

治法：养阴清热，软坚散结。

方药：百合固金汤加减。痰湿者加半夏、贝母；痰热者加鱼腥草、黄芩。

4. 热毒炽盛证

证候：高热，气促，咳嗽，痰黄稠或有血痰，胸痛口苦，口渴欲饮，便秘，尿短赤；舌质红，苔黄而干，脉大而数。

治法：清热泻火，解毒散肿。

方药：白虎承气汤加减。

5. 气阴两虚证

证候：胸背部隐隐作痛，咳声低弱，神疲乏力，五心烦热，自汗盗汗；舌质红，苔少，脉沉细数。

治法：益气养阴，清肺解毒。

方药：沙参麦门冬汤加减，或四君子汤合清燥救肺汤化裁。放疗时加养阴及活血药天冬、黄精、丹参、赤芍；化疗时加健脾和胃降逆药法半夏、扁豆。

细目二　食管癌

要点一　西医病因病理

食管癌是常见的一种消化道肿瘤，其发病率和死亡率各国差异很大。我国是世界上食管癌高发地区之一，每年平均病死约 15 万人。男性多于女性，发病年龄多在 40 岁以上。

（一）病因

食管癌的病因目前还不十分清楚，学者认为食管癌的发病与吸烟、饮酒等因素有关。目前认为食管癌的发病与下列因素有一定的关系。

1. 物理因素

国内研究认为进食快、食物过热、经常吃粗硬食物、口腔卫生不佳等物理因素可引起食管黏膜上皮损伤，能促使肿瘤发生。长期大量吸烟和饮酒可能与食管癌的发生有关。

2. 食管黏膜慢性炎症

食管黏膜慢性炎症可能导致上皮细胞增生和癌变。

3. 食管良性疾病

如贲门失弛缓症、食管憩室、食管化学灼伤后的瘢痕狭窄以及反流性食管炎均可能并发癌变。

4. 霉菌、真菌因素

霉菌与食管癌关系密切，我国对食管癌高发区和低发区调查资料表明，高发区粮食霉菌污染情况比低发区严重，故高发区比低发区人们食用的含霉菌食物多。

5. 营养因素

食物中维生素和微量元素的缺乏是促使食管癌发生的因素之一，摄入动物蛋白、维生素 C、维生素 A、核黄素和新鲜蔬菜较少是食管癌高发区的主要特点。水和食物中缺乏钼、锌、硒、铁等微量元素能引起食管病变，直接或间接与食管癌的发生有关。

6. 亚硝胺类化合物

很多亚硝胺类化合物既能溶于水又能溶于脂肪，对多种动物的多脏器有致癌作用。

7. 遗传易感性

食管癌高发区有阳性家族史者为 25% ~60% 。家族中可追溯到三代或三代以上出现食

管癌患者。

（二）病理

1. 大体形态

根据食管癌的形态特点大致归纳为五型：

（1）髓质型：肿瘤累及食管壁的全层，向腔内外生长，伴有中、重度梗阻，食管造影显示明显充盈缺损，晚期可见肿瘤软组织阴影。

（2）蕈伞型：肿瘤向腔内凸出，呈扁平状肿块，累及食管壁的一部分，梗阻症状轻，食管造影显示部分管壁呈不对称的蝶形充盈缺损。

（3）溃疡型：肿瘤在管壁上呈大小不等的溃疡，梗阻症状轻，食管造影显示有较大的溃疡龛影。

（4）缩窄型：肿瘤呈环形或短管形狭窄，食管造影显示对称性高度梗阻，梗阻以上的食管显著扩张。

（5）腔内型：肿瘤呈息肉状，突入食管腔内，有短蒂，梗阻症状轻，食管造影显示病变段食管明显扩张，腔内可见椭圆形或腊肠状肿块阴影。

2. 组织学分型

食管癌大多数为鳞状上皮癌，可发生在食管任何部位，但中段最多见，约占50%；下段次之，占30%；上段最少，占20%。食管下段腺癌多来源于胃贲门部黏膜，起源于食管腺体或异位胃黏膜的食管腺癌较少见。

（三）扩散途径

食管癌的主要扩散方式包括以下四个方面：

1. 食管壁内扩散

食管癌病变常向上向下侵犯，尤以上段更为明显。

2. 直接浸润邻近器官

食管癌随着病变的进展，由黏膜侵入肌层，最后穿透肌层至管腔外，浸润邻近器官。

3. 淋巴转移

淋巴转移是食管癌的主要转移途径。癌细胞沿黏膜下淋巴管向上、下方扩散，穿过肌层进入淋巴结。

4. 血行转移

食管癌的血行转移脏器主要为肺、肝、肾和骨骼。

要点二　中医病因病机

食管癌在中医学中属于“噎膈”范畴。在对“噎膈”病因的研究方面，《内经》率先提出了与人体津液和精神因素有关。《素问》谓：“隔塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也”。《景岳全书》曰：“噎膈一证，必以忧愁，思虑，积劳，积郁，或酒色过度损伤而成”。

1. 忧思郁怒

《医宗必读》曰："悲思忧恚，则脾胃受伤，津液渐耗，郁气生痰，痰塞不通，气则上而不下，妨碍道路，饮食难进，噎膈所由成也"。忧思损伤脾胃，脾失健运，痰湿内停，痰气互结，交阻于食道，上下不通，故成噎膈。又郁怒伤肝，肝气郁结，血流不畅，气滞久积而成瘀，瘀阻食道则成噎膈不通。

2. 酒食所伤

《景岳全书》曰："酒色过度则伤阴，阴伤则精血枯涸，气不行则噎膈病郁伤"。饮酒及恣食辛辣厚味最易津耗血燥，酿成痰浊，耗津血燥则咽喉食道干涩，酿成痰浊则食道窄阻，均致诱发噎膈。

3. 气血亏虚

《丹溪心法》曰："噎膈……多由气血虚弱而成"，说明气血亏虚、机体抵抗力低是食管癌发生的内在因素。

要点三　临床表现

（一）早期症状

1. 吞咽食物梗噎感

食管癌早期症状常不明显，在吞咽粗硬食物时可有不同程度的不适，包括吞咽食物梗噎感，但不影响食物的吞咽。

2. 胸骨后疼痛

闷胀不适或剑突下及上腹部疼痛，约50%以上的病人出现胸骨后烧灼样、针刺样或牵拉摩擦样疼痛。

3. 食管内异物感

由于肿瘤对食管的侵犯，患者常感觉在吞咽食物时食管内有异物感，即使是在没有进食的情况下，仍觉有异物黏附在食管壁上，有吞咽不适的感觉。

4. 咽喉部干燥与紧缩感

患者自觉咽喉部干燥，局部或颈部有紧缩感，吞咽不顺利。

5. 食物吞咽缓慢并有滞留感

患者吞咽食物时自觉在食管内下行缓慢，有在某一部位滞留或梗塞感。

（二）中晚期症状

1. 吞咽困难

是食管癌的典型症状。吞咽困难在开始时常呈间歇性，由于食物堵塞或局部炎症水肿而加重，也可以因肿瘤坏死脱落或炎症水肿消退而减轻。

2. 梗阻症状

严重者常伴有反流，持续吐黏液，这是由于食管癌的浸润和炎症反射性地引起食管腺体和唾液腺分泌增加所致。

3. 疼痛

胸骨后或背部肩胛区持续性绞痛常提示食管癌已有外侵，引起食管周围炎、纵隔炎，但也可以是肿瘤引起食管深层溃疡所致。

4. 出血

食管癌病人有时也会因呕血或黑便而来就诊。肿瘤可浸润大血管特别是胸主动脉而造成致死性出血。

5. 声音嘶哑

常是喉返神经受到肿瘤直接侵犯或转移淋巴结压迫所引起的早期临床症状。

6. 体重减轻和厌食

因梗阻进食减少，营养状况下降，消瘦、脱水常相继出现。

要点四　诊断

根据患者的病史，长期生活在食管癌的高发区，有癌症家族史，年龄在 40 岁以上，吞咽食物梗噎感或吞咽困难，胸骨后疼痛等症状，结合 X 线钡餐检查、食管镜、食管 CT、组织病理学等检查结果，可以确定诊断。

1. 食管拉网细胞学检查

是诊断早期食管癌比较有效的方法。操作简便、安全、病人痛苦小，准确率在 90% 以上。

2. 食管镜检查

食管镜检查可以在直视下观察肿瘤大小、形态和部位，为临床提供治疗依据，同时也可对病变部位进行活检及镜刷检查。

3. X 线钡餐检查

典型的食管癌 X 线征象为食管黏膜皱襞增粗、中断、紊乱以至消失，龛影形成，管腔充盈缺损及狭窄改变，管腔僵硬，食管舒张度及蠕动度降低以至消失，软组织肿块阴影，钡剂流速减慢或排空障碍。

4. CT 检查

CT 扫描可以清楚地显示食管与邻近纵隔器官的关系，充分显示食管癌病灶大小、肿瘤侵犯范围及程度。CT 扫描不能显示食管黏膜，故难以发现早期食管癌。

要点五　鉴别诊断

早期无咽下困难时，应与食管炎、食管憩室和食管静脉曲张相鉴别。已有咽下困难时，应与食管良性肿瘤、贲门失弛症和食管良性狭窄相鉴别。诊断方法主要依靠 X 线钡餐食管摄片、纤维食管镜及组织病理学等检查。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 手术治疗

手术是治疗食管癌的首选方法。对全身情况良好，有较好的心肺功能储备，无明显远处转移征象者，可考虑手术治疗。

2. 放射疗法

（1）放射和手术疗法综合治疗可增加手术切除率，也能提高远期生存率。术前放疗后休息 2 ~ 3 周再做手术较为合适。

（2）单纯放射治疗多用于颈段、胸上段食管癌，因手术难度大，手术并发症多，疗效常不满意而常选用放疗；也可以用于有手术禁忌证而病变范围不大，病人尚可耐受放疗者。

3. 化学药物治疗

采用化疗与手术治疗相结合，或与放疗、中医中药治疗相结合的综合治疗，有时可提高治疗效果，或使食管癌病人症状缓解，存活时间延长。常用的药物有：顺铂（DDP）、环磷酰胺（CTX）、长春花碱（VDS）、丝裂霉素（MMC）、5 - 氟尿嘧啶（5 - FU）、阿霉素（ADM）、卡培他滨等。

（二）中医治疗

1. 痰气交阻证

证候：有轻微的食管不适，或吞咽时稍有梗阻感，胸膈满闷，两胁胀痛，嗳气，口干；舌质偏红，苔薄腻，脉弦滑。

治法：开郁，化痰，润燥。

方药：启膈散合逍遥散加减。

2. 痰湿内蕴证

证候：吞咽困难，或食入即吐，呕吐痰涎，或如豆汁，胸脘痞闷，大便溏薄，小便不利，头身困重；舌苔白腻或灰腻，脉象弦细而滑。

治法：除湿化痰，降逆止呕。

方药：二陈汤合旋覆代赭汤加减。

3. 瘀毒内结证

证候：吞咽困难，疼痛难忍，食饮难下，呕吐赤汁，食道中疼痛，痛及颈背；烦躁不安，面色晦暗，口渴咽干，大便干结，小便赤；舌质紫黑有瘀点，苔黄或粗糙无光泽，脉涩。

治法：活血化瘀，解毒祛邪。

方药：桃红四物汤合犀角地黄汤加减。

4. 津亏热结证

证候：吞咽梗涩而痛，饮能入而食难下；形体逐渐消瘦，五心烦热，口干咽燥，大便

干结；舌质红干或有裂纹，脉弦细。

治法：清热养阴。

方药：五汁安中饮加味。

5. 阴枯阳衰证

证候：长期饮食困难，近于梗阻；呕恶气逆，形体枯羸，目不识人，气短乏力，语声低微，面色晦暗或苍白，大便难下；舌质暗绛，舌体瘦小，少苔乏津或无苔，脉细数或沉细无力。

治法：滋阴壮阳，益气养血。

方药：大补元煎加减。

细目三　胃癌

要点一　西医病因病理

胃癌是全世界最常见的恶性肿瘤之一，其病例居消化道恶性肿瘤的第一位，居全身肿瘤的第三位。我国胃癌男性多于女性，男女之比约为3:1。发病年龄以40～60岁为多见，高发区比较集中在山东半岛、辽东半岛、华东沿海江苏、浙江、上海和福建以及内陆地区宁夏、甘肃、山西和陕西；而南方各省如广东、广西、湖南、四川和云南则发病率较低。

（一）病因

1. 饮食习惯

饮食习惯与胃癌发病的关系较为密切，是胃癌发生的最主要原因。摄入高浓度食盐，常吃熏制食品等饮食习惯可增加胃癌的发病几率。

2. 幽门螺杆菌

幽门螺杆菌为带有鞭毛的革兰阴性细菌，在胃黏膜生长，代谢中可产生氨，中和胃酸引起低胃酸，致分解硝酸盐的细菌在胃内滋生，所产生的亚硝酸盐以及N－亚硝基化合物具有致胃黏膜癌的作用；幽门螺杆菌的代谢产物还包括一些酶和毒素，能够直接损害胃黏膜，导致DNA的损伤，诱发基因突变。因此认为幽门螺杆菌并非胃癌直接致癌物，而是通过对胃黏膜的损伤，促进病变发展的条件因素使胃癌危险性增高。

3. 某些胃部慢性疾患

一些胃慢性疾患，如慢性萎缩性胃炎、胃黏膜肠上皮化生和异型性增生与胃癌发病有联系。胃息肉的癌变率为7%～10%，特别多见于直径超过2cm者；患胃酸缺乏症或恶性贫血者胃癌发生率较一般人高。

4. 遗传

胃癌的发病在少数家庭中显示有聚集性，并在高发家族成员中发现壁细胞抗体水平较高，存在细胞介质的免疫缺陷。

5. 其他因素

某些职业如煤矿、石棉、橡胶行业工人中胃癌相对高发，可能与煤矿、石棉行业工人

将带有较高粉尘、石棉的痰液吸入胃内有关，橡胶工人作业环境的空气中检出有亚硝基化合物，也可能与胃癌有关。土壤中铜与锌的含量比例也可能与胃癌的发病率有关。研究还显示吸烟可能为胃癌的危险因素。

（二）病理

1. 大体形态

胃癌可发生在胃的任何部位，但以胃窦部最为多见，其次为胃小弯，再次为贲门。胃大弯和前壁较少发生。胃癌随病期不同而分为早期胃癌和进展期胃癌。

（1）早期胃癌：目前国际上公认的早期胃癌分类方法是由日本内视镜学会提出的，指癌组织浸润深度仅限于黏膜层或黏膜下层，而不论有无淋巴结转移，也不论癌灶面积大小。若符合以上条件，癌灶直径为 5 ~ 10mm 者为小胃癌，小于 5mm 者为微小胃癌。原位癌系指癌灶仅限于腺管内，未突破腺管基底膜者。内镜可将早期胃癌分为隆起型、浅表型、凹陷型、混合型等。

（2）进展期胃癌：国内主要根据其生长方式不同分为块状型癌、溃疡型癌和弥漫型癌。

2. 组织学分类

按世界卫生组织（WHO）提出的分类，将胃癌分为：

（1）腺癌：包括乳头状、管状、高分化管状、中分化管状、低分化腺癌、黏液腺癌、印戒细胞癌；

（2）腺鳞癌；

（3）鳞癌；

（4）未分化癌；

（5）未分化类癌。芬兰的 Lauren 根据胃癌的生物学特征，将胃癌分为肠型、弥漫型癌和其他型，其中肠型癌多属分化较高的管状或乳头状腺癌，呈局限性生长；弥漫型癌分化差，呈浸润性生长。

（三）扩散转移

胃癌大多系单中心发生，即由胃的一处黏膜上皮细胞发生癌变而来，少数可由多中心发生。当癌细胞侵破基底膜进入固有膜后，可在固有膜内蔓延扩散，之后随着癌肿的发展，可通过以下的途径扩散和转移。

1. 直接浸润蔓延

胃的远端癌可侵及十二指肠，其蔓延方式主要是在浆膜下浸润的癌细胞越过幽门环累及十二指肠，或黏膜下的癌细胞通过淋巴管蔓延至十二指肠，很少是沿黏膜直接连续性蔓延。近端癌则可直接扩展侵犯食管下端。也可直接蔓延至肝、胰、网膜、横结肠及腹膜等。

2. 淋巴转移

是胃癌的主要转移途径，癌细胞常侵犯胃的黏膜和黏膜下淋巴丛，由此转移至胃周淋巴结、主动脉旁淋巴结及腹腔动脉旁淋巴结。淋巴结转移的规律一般是由近及远，但恶性程度较高的癌肿可表现为所谓跳跃式转移，最常见的有两处：一是通过肝圆韧带淋巴管转

移到脐周围，另外则是通过胸导管转移到左锁骨上淋巴结。

3. 血行转移

多发生在癌的晚期，最常见的受累器官为肝脏，其次是肺。癌细胞如果进入大循环，能在肝、肺、骨、脑、肾、肾上腺、脾、甲状腺及皮肤等处形成转移灶。

4. 腹腔种植转移

癌组织浸出胃浆膜后，癌细胞可由浆膜脱落到腹腔，或癌转移的淋巴结破裂在整个腹腔里广泛播散，常伴大量血性腹水，此时多是疾病的晚期。

5. 卵巢转移

胃癌易发生卵巢转移，即所谓 Krukenberg 瘤，转移途径尚不完全清楚，一般认为多数是由腹腔种植转移，以右侧多见，或右侧先于左侧。胃癌细胞也可通过淋巴逆流或血行转移至卵巢。有时卵巢转移癌也可作为首发症状。因此临床上在诊断卵巢肿瘤时应考虑到胃癌转移的可能。

要点二　中医病因病机

胃癌属中医“胃脘痛”、“噎膈”、“反胃”和“伏梁”的范畴。胃癌的发生与长期饮食不节、情志失调、劳倦内伤和感受外邪相关。上述病因可引起机体阴阳平衡失调，脏腑功能失常，出现食滞、气虚、血瘀、痰结、邪毒内壅等一系列病理性改变，最终导致积聚的形成。中医学认为“壮人无积，虚人则有之”，所以“虚”是胃癌的病因，也是胃癌的病理结果。故一切引起机体虚损的因素都是胃癌发病的原因。

胃癌的病机可分为三个过程。早期多因情志不畅、肝气不舒、饮食不节而损伤脾胃，引起肝胃不和、脾胃气滞等病机变化；中期是在早期的基础上病情进一步发展，由肝郁气滞、气机失调发展到气结痰凝，血瘀阻络，痰瘀互结，日渐成积；如果此期失治误治，病情迁延，久则气阳耗损，瘀结加重，气血生化无源，导致机体进一步虚损，此时已属晚期阶段。临床多表现为本虚标实证，造成治疗中很多困难，攻邪又恐伤正，扶正又恐壅邪。

要点三　临床表现

（一）症状

胃癌早期往往无明显症状，但随着肿瘤的发展影响胃的功能，有时可由于形成溃疡或发生梗阻而出现不同症状。至于腹部扪及肿块或出现转移淋巴结时已属晚期症状。

1. 胃部痛

是胃癌最常见也最易被忽视的症状，即使是早期胃癌的病人大部分也均有胃部痛的症状。初起时仅感上腹部不适，或心窝隐隐作痛，或时有膨胀或重压感，易被认为是胃炎、溃疡病等。胃窦部胃癌常可引起十二指肠的功能改变，出现节律性疼痛，类似溃疡的症状直到病情进一步发展，疼痛发作频繁，症状持续，疼痛加重，甚至出现黑便或发生呕吐时才引起重视，此时往往疾病已属中、晚期，治疗效果也较差。若疼痛持续加重且向腰背放射，常是胰腺受侵犯的晚期症状。肿瘤穿孔时也可引起剧烈腹痛的胃穿孔症状。

2. 食欲减退、消瘦、乏力

这些症状虽非胃癌所特有，但有时可作为胃癌的首发症状。多数患者出现食后饱胀、嗳气、胃部不适、食欲下降和厌食肉类食物。当癌瘤进展，食欲明显下降时，则出现日益消瘦、乏力及贫血等症状，甚至出现恶病质。

3. 恶心、呕吐

早期仅有食后饱胀及轻度恶心，常可因肿瘤增大引起梗阻或胃功能紊乱所致。贲门部肿瘤开始时可出现进食不顺利感，随着病情发展可出现食物反流及吞咽困难。胃窦部癌引起幽门梗阻时可呕吐有腐败臭味的隔夜食物。

4. 出血和黑便

早期胃癌一般有少量出血，有此症状者约占 20%。小量出血可仅有大便潜血阳性；但合并有溃疡或肿瘤侵及血管破溃时，可有较大量出血，鲜血被胃酸作用而成褐色。因此患者常可呕出咖啡样液及排出柏油样大便。也可能合并有急性穿孔。

5. 其他症状

患者有时可因缺乏胃酸或胃排空快而腹泻，有时可有便秘及下腹不适，易误诊为结肠疾患。也有表现为贫血、午后低热等症状者。有些病例甚至可以先出现转移灶的症状，如脐部或卵巢的肿块等。

（二）体征

一般胃癌尤其是早期胃癌常无明显的体征，有些可出现上腹部深压痛，伴有轻度肌抵抗感。晚期胃癌可出现上腹部肿块、直肠前触及肿物、脐部肿块、锁骨上淋巴结肿大等体征。有些晚期病例还可出现血性腹水，主要是由于腹膜及肝的转移癌灶或门静脉被癌组织阻塞所致。

要点四　诊断

1. X线钡餐检查

胃癌钡剂造影的 X 线征象主要有龛影、充盈缺损、黏膜皱襞的改变、蠕动异常及梗阻性改变等。一般情况下癌性溃疡的龛影大而浅，边缘不规则，龛影周围环堤也不规则。胃癌的充盈缺损随病期早晚而大小不等，其表面不规则，基底较宽。胃癌可见黏膜破坏、皱襞消失，常在肿瘤隆起或溃疡处即充盈缺损或龛影周围见到突然中断的黏膜，有肿瘤浸润的黏膜呈紊乱改变或黏膜消失，肿瘤局部由于胃壁僵硬而蠕动消失。梗阻性改变常因胃癌发生在贲门或其附近、幽门或其附近，使胃入口贲门处产生阻塞致上方食道扩张，钡剂通过贲门困难。若肿瘤在胃窦部造成幽门梗阻可见胃内有滞留液，上部胃蠕动增强有时还可见逆蠕动。

2. 内窥镜检查

超声内镜检查胃癌可凭五层回声带的改变来辨别胃癌的浸润深度，甚至发现胃外淋巴结转移。

镜下可见黏膜不规则结节肿物，表面充血、糜烂、出血，可见溃疡不规则，边界不平

整、锯齿状，有高耸的竖式梯形凹陷，溃疡底凹凸不平，组织极脆、易出血，出血来自边缘；周围黏膜多见广泛糜烂，颜色苍白或淡红，皱襞中断、覆盖坏死组织等，最后确诊还要依靠在直视下活检，取材数目以4～6块为宜，应分散在病灶各处，凹陷病变应在其四周取材。

3. 实验室检查

目前实验室检查对胃癌诊断无特异性，胃液及大便潜血试验可以为发现胃癌提供线索。血清及胃液中胃癌相关标记物如：CEA、CA－199、CA－125、CA－724等，具有取材容易，病人痛苦少的优点，但都存在特异性和敏感性不高的问题，联合检测可提高诊断的特异性和敏感性，虽然不能作为诊断和评估疗效的标准，但对判断胃癌患者的病情、预后、疗效及检测术后复发有一定意义，术前CEA、CA－199升高者多提示预后不良。

4. 胃癌的超声波检查

现代超声显像为一种无创伤、无痛苦的影像诊断方法。过去对胃癌的诊断因受胃腔内气体影响而限制了临床的应用。随着水充盈胃腔法及胃超声显像液的普及应用，超声对胃癌的诊断研究也受到了临床的高度重视。该检查法可实时显示胃壁蠕动状况，且在X线造影及内窥镜的定位下，不仅可显示肿瘤的大小、形态、内部结构、生长方式、癌变范围，同时还可显示肿瘤在壁内浸润的深度及壁外浸润、转移状况，从而弥补了X线及内窥镜的不足。

要点五　鉴别诊断

1. 胃溃疡

胃溃疡病程缓慢，有反复发作史，长期典型的溃疡疼痛，用抗酸剂能缓解，一般无食欲减退，如无出血，幽门梗阻等并发症，全身情况改变不大。胃癌易误诊为胃溃疡，尤其对于年轻人。二者在症状、体征上相似，鉴别主要靠X线及胃镜。

X线钡餐检查胃壁不僵硬，蠕动波可以通过；溃疡面小于2.5cm，为圆形或椭圆形龛影，边缘平滑，也无充盈缺损。胃镜检查溃疡呈圆形或椭圆形，规则，边界清楚光滑，基底平坦，有白或灰黄苔覆盖，如有出血来自底部；周围黏膜水肿、充血，愈合者可显红晕，皱襞向溃疡集中。

2. 胃息肉

为良性肿瘤。小的息肉可无任何临床表现，较大息肉可引起上腹饱胀、恶心、隐痛等症状，表面黏膜糜烂溃破还可引起黑便，类似胃癌临床表现。鉴别主要靠X线及胃镜，组织活检可以明确病理诊断。

要点六　治疗

（一）手术治疗

外科手术是治疗胃癌的主要手段，也是目前能治愈胃癌的唯一方法。胃癌根治术应遵循以下三点要求：

（1）充分切除原发癌灶；

（2）彻底廓清胃周围淋巴结；

（3）完全消灭腹腔游离癌细胞和微小转移灶。近年由于麻醉和手术前后处理的进步，使手术安全性已有相对提高，但因为目前尚缺乏能在术前准确判断胃癌切除可能性的诊断方法，因此除确已有远处转移或恶病质外，均应争取手术探查及切除。根治性切除手术目前一般存在两种术式，即根治性胃次全切除及根治性全胃切除术。

（二）化学治疗

胃癌的辅助性化疗目的主要是治疗术后存在的亚临床转移灶，以巩固手术疗效，减少术后复发。早期胃癌根治术后原则上不化疗，但病理类型恶性程度高、病灶面直径大于5cm、有淋巴结转移的年轻患者，术后可采用单一用药，进展期胃癌根治术可采用辅助联合化疗。另外无法手术、非根治术或术后复发的晚期患者可采用以联合化疗为主的综合疗法进行治疗。常用化疗药物有：草酸铂、氟尿嘧啶、呋喃氟尿嘧啶、优福定、卡培他滨等。

（三）胃癌的放射治疗

胃癌是一种对放射线敏感度低的肿瘤，而胃的邻近器官肝、胰、肾对放射线敏感，加之胃癌的腹腔淋巴结转移难以估计，因而给放射野的设计和照射剂量的预计带来一定困难。但作为综合治疗的手段之一，放射治疗可配合手术提高根治率，有助于消灭手术野中的亚临床转移灶，以及作为残留或复发胃癌的姑息治疗。

（四）中医治疗

在中医学中虽未有胃癌之称，但分析其临床症状是属于“胃脘痛”、“反胃”或“心下痞”等范畴。

1. 肝胃不和证

证候：多见于早、中期胃癌及胃癌术后患者。胃脘胀满疼痛，痛引两胁，情志不舒，善怒，喜太息；嗳腐吞酸，呃逆呕吐，吞咽不畅；脉弦。

治法：疏肝和胃，降逆止痛。

方药：逍遥散合旋覆代赭汤加减。

2. 脾胃虚寒证

证候：见于中、晚期胃癌。胃脘隐痛，喜温喜按，大便溏薄，呕吐清稀；神疲乏力，食少腹胀，朝食暮吐；舌淡胖边有齿痕，脉沉缓无力。

治法：温中散寒，健脾和胃。

方药：附子理中汤加减。

3. 胃热伤阴证

证候：多见于早、中期胃癌及放疗的患者。胃脘灼热、疼痛，食后痛剧，尿黄便秘；饥不欲食，胃中嘈杂，心烦口渴；舌干红绛，少苔或无苔，脉细数。

治法：养阴清热，和胃止痛。

方药：竹叶石膏汤合玉女煎加减。

4. 气血双亏证

证候：晚期胃癌多见。心悸头晕，形瘦无华，痰乏气短；自汗盗汗，纳呆食少，虚烦

不眠，胃脘隐痛；舌淡有齿痕或有瘀斑，脉虚细无力。

治法：补气养血，健脾补肾。

方药：十全大补汤加减。

5. 脾虚痰湿证

证候：多见于中、晚期胃癌合并贲门或幽门梗阻者。头晕身重，呕吐痰涎，胃脘痞满疼痛；口淡少食，腹胀便溏，痰核累累；舌淡胖苔浊，脉濡滑。

治法：健脾化湿，软坚散结。

方药：参苓白术散合二陈汤加减。

6. 瘀毒内阻证

证候：多见于进展期胃癌。胃脘刺痛拒按，呕血腥秽，或心下痞块坚硬，呕吐食少，大便黑干；舌紫或有瘀斑，苔浊腻，脉沉涩。

治法：活血祛瘀，解毒养阴。

方药：失笑散合膈下逐瘀汤加减。

细目四　原发性肝癌

要点一　西医病因病理

原发性肝癌是我国和某些亚非地区常见的癌症，我国肝癌的年死亡率仅次于胃癌、食管癌。任何年龄都可发生肝癌，以 30～50 岁为高发组。男性多于女姓，男女之比为 3∶1。

（一）病因

原发性肝癌的病因迄今未完全清楚，倾向于多种致癌因素联合作用的结果，可能与以下因素有关。

1. 肝硬化

肝癌合并肝硬化的发生率比较高，日本约占 70%，非洲在 60% 以上，我国为53.9%～85.0%，欧美比较低，约占 10%～20%。肝癌中以肝细胞癌合并肝硬化的发生率最高，约占 64.1%～94%；而胆管细胞癌很少或不合并肝硬化。

2. 肝炎病毒

肝癌病人常有急性肝炎→慢性肝炎→肝硬化→肝癌的发病过程。近年来研究与肝癌相关的病毒有乙型肝炎病毒（HBV），可能是肝癌的主要病因，75%～90% 的肝癌同 HBV 感染相关。1993 年我国肝病学会指出，丙型肝炎（HCV）和丁型肝炎（HDV）与肝癌的关系也很密切。

3. 黄曲霉毒素

主要是黄曲霉毒素 B1。研究认为黄曲霉毒素与 HBV 在肝癌发病中起协同作用。

4. 水土因素

肝癌的分布与地区的关系密切，在肝癌高发地区的地理环境特点中显示出水土因素与

肝癌的发病关系密切。高发区的居民以饮用死水、塘水为主，可能同水质污染而含有致癌物有关。

5. 遗传因素与相关基因

临床中发现有部分肝癌患者有家族史，实验研究肝细胞癌的发生与癌基因的异常表达有密切关系，至今发现肝癌基因谱至少由 7 种癌基因及相关基因组成。

6. 其他

长期饮酒、营养不良及血吸虫感染等许多因素均与肝癌的发生有关。

（二）病理

1. 大体分型

传统分法将肝癌分成巨块型、结节型和弥漫型。我国肝癌病理协作组提出将肝癌分为：①块状型；②结节型；③小癌型；④弥漫型。按肿瘤大小分为：①微小肝癌：直径≤2cm；②小肝癌：直径 2 ~ 5cm；③大肝癌：直径 5 ~ 10cm；④巨大肝癌：直径 > 10cm。

2. 组织学分型

（1）肝细胞肝癌：此型最常见，约占 80% ~ 90%，近 85% 伴有肝硬化，此型癌细胞多少保留着肝细胞的特点，常排列成巢状或索状。

（2）胆管细胞型肝癌：此型较少见，约占 7%，在女性中较多见，占女性肝癌的 30.8%。癌细胞多呈柱状排列，形成腺体，癌细胞多来自小胆管上皮，也有来自大胆管的。发展较慢，病程较长。

（3）混合型肝癌：此型约占 7% ~ 8%，在同一病例中有 2 种细胞成分。

（三）扩散途径

肝癌以肝内血行转移为多见，也可发生肝外转移，但很少直接浸润到邻近组织。肝细胞癌多发生肝内转移，而胆管细胞癌则常早期就发生广泛的肝外转移，多经淋巴道转移到局部淋巴结，向锁骨上淋巴结及纵隔淋巴结转移的较少见。在肝静脉内形成的癌栓可转移到肺，肝癌也可发生种植性转移，如转移到腹膜、大网膜、肠系膜和卵巢等部位。

要点二　中医病因病机

原发性肝癌中医属“肥气”、“肝积”、“鼓胀”、“癖黄”等范畴。《难经》曰：“肝之积，名曰肥气，在胁下如覆杯，有头足，久不愈，令人四肢不收，发黄疸，饮食不为”。中医学认为其病因主要是寒邪、湿热等侵袭人体，加之饮食不节，脾胃损伤，或情志抑郁，气血瘀，结而成积；脾虚湿困，湿郁化热，热蒸而成黄疸。总之，肝癌的病因是寒、湿、郁、瘀，继而化热化毒而成积，而气滞脾虚又是重要的病机变化。

要点三　临床表现

（一）症状

肝癌早期无明显症状，一旦出现症状多为中晚期。常见症状为肝区疼痛、腹胀、消瘦乏力、纳差、上腹肿块。为了能够做到肝癌的早期发现、及时诊断，应对平时不太注意的

一些症状加以重视，如病人较长时间的不明原因的发热；偶然发现上腹部肿块；右上腹突然剧痛而未能证实为胆囊炎、胆结石等胆道疾病；右肩痛按关节炎治疗无效者；原患肝病的中年人出现不明原因的腹泻等，应怀疑患肝癌的可能，及时进行有关检查。

（二）体征

1. 肝肿大

90%以上的病例典型而突出的体征是进行性肝肿大，肝质地坚硬，表面及边缘不规则，可触及大小不等的结节或巨块，大多伴有明显压痛。右上肝癌常可致肝上界浊音区明显上升，右下肝癌常可触及肿块，左叶肝癌常在剑突下扪及肿块。

2. 黄疸

约1/3的病例在发病过程中出现黄疸，是由于肝细胞损害或由于癌块压迫或侵犯胆总管所致。一旦出现黄疸，表明病情已属晚期。

3. 腹水

为晚期表现。由于门静脉主干癌栓或肝癌结节破裂所致，腹水可呈草黄色或血性，积聚十分迅速，利尿剂难以控制。

（三）临床分型

1. 单纯型

临床和化验无明显肝硬化表现者。

2. 硬化型

有明显肝硬化的临床表现和血液学改变者。

3. 炎症型

病情发展快，伴有持续性高热或谷丙转氨酶持续增高在1倍以上者。

（四）并发症

肝癌的并发症可由肝癌或肝硬化引起。

1. 上消化道出血

可由肝硬化或门静脉癌栓引起的门静脉高压所致；也可由凝血功能障碍等原因所致。上消化道出血约占死亡原因的15%。

2. 肝昏迷

出现严重肝功能衰竭的表现，常常由消化道出血、感染、大量放腹水、利尿剂的应用等原因诱发。肝昏迷约占肝癌死亡原因的35%。

3. 肝癌结节破裂

因肿瘤坏死或偶然的外伤所致。

要点四　诊断

肝癌标记物的出现和影像技术的进步，大大提高了肝癌的诊断水平。在肝癌的临床诊断过程中，首先询问病史和体格检查，然后进一步做化验、超声、放射、CT、血管造影等

检查。

（一）实验室及其他检查

1. 甲胎蛋白（AFP）检测

对原发性肝癌的诊断价值很大，特异性较高。

一般正常成年人血清中的 AFP 含量在 25ng/L 以下，如果 AFP≥200 ng/L，且不伴有明显肝病活动证据者，应警惕是否患有肝癌；AFP≥500 ng/L，且持续 1 个月以上，排除妊娠、生殖腺胚胎肿瘤、有肝病活动证据者，基本可诊断为原发性肝癌。

2. 肝功能及酶学检查

肝功能一般为正常，晚期肝癌或合并肝硬化者可有肝功能损害。大多有血清碱性磷酸酶、γ－GT 增高。

3. 超声检查

是肝癌诊断中最常用而有效的方法，可显示肝内有包膜较完整的实质性占位性病变。

4. X线检查

肝右叶的癌肿可发现右膈肌抬高，运动受限或局限隆起。肝左叶或巨大肝癌在行胃肠钡餐造影时可见胃及结肠肝曲被推压现象。也能显示有无食管静脉曲张和肺、骨等转移灶。

5. 电子计算机 X线断层摄影（CT）

CT 是肝癌诊断的主要手段之一，对超声显示占位，特别是 AFP 阴性者应行 CT 检查。CT 检查可以明确病灶的数目、位置、大小及与重要血管的关系，可检测出直径 2cm 左右的肝癌。

6. 核磁共振显像（MRI）

在肿瘤的定位诊断中与 CT 相仿或优于 CT。

7. 肝血管造影

通常选用肝动脉造影，可显示肿瘤血管。

8. 肝穿刺活组织检查

对确诊困难者可以实施此项检查。如果不能排除血管瘤则禁用此法。

（二）肝癌诊断标准

在 1997 年我国肝癌诊断标准的基础上，近年修订的肝癌诊断标准如下：

1. 病理诊断

组织学证实为原发性肝癌。

2. 具备下列条件之一者

（1）无其他肝癌证据，甲胎蛋白对流法阳性或放射免疫法≥500 ng/L 持续 1 个月以上，或≥200 ng/L 持续 2 个月以上，并排除妊娠、活动性肝病（或 SGPT、胆红质、凝血酶原时间等异常）、生殖腺胚胎性肿瘤等。

（2）有肝癌临床表现，加上超声显像、CT、肝动脉造影、核素扫描、X 线横膈征、

酶学检查等有三项肯定阳性，并能排除继发性肝癌及肝良性肿瘤者。

（3）有肝癌临床表现，加上肯定的远处转移灶（如肺、骨、锁骨上淋巴结等），或肉眼所见血性腹水中找到癌细胞者。

（三）临床分期

我国 1977 年制定的分期标准

Ⅰ期：无明显肝癌症状和体征。

Ⅱ期：超过Ⅰ期标准而无Ⅲ期证据。

Ⅲ期：有明确恶病质、黄疸、腹水或远处转移者。

要点五　鉴别诊断

1. 肝血管瘤

一般无症状，病史较长，发展缓慢，无肝炎背景。AFP 为阴性，

2. 肝转移癌

无肝炎背景，有原发癌史，AFP 阴性，其他肿瘤标记物可增高，B 超、CT、MRI 等影像检查可名确诊断。

3. 肝囊肿

一般无症状，无肝炎史，有家族性，多囊体质，B 超即可探及肝内液性囊腔，CT 增强示薄壁不强化的液性病灶。

4. 肝脓肿

起病急，发热较高，肝区疼痛，伴有全身感染症状，抗生素有效。

要点六　治疗

肝癌是全身性疾病，特别是在伴有肝硬化的情况下，治疗应从整体出发，注意局部与整体的关系。

（一）手术治疗

癌肿局限于某一肝段或肝叶而未侵犯肝门、膈肌、腹膜或邻近器官，若肝功能基本正常，无心、肺、肾等重要脏器严重并发症，不属中、重度肝硬化者，可行肝癌切除术。手术方式根据病变的部位决定，有下列几种手术方式：肝区段切除术，左、右半肝切除术，肝中叶切除术，左、右肝三叶切除术等。

对于不能切除的肝癌可考虑行肝动脉结扎或肝动脉化疗药灌注等疗法，待肿瘤缩小后行外科手术切除。

（二）介入治疗

肝癌介入治疗包括肝动脉灌注化疗（TAI）、肝动脉栓塞术（TAE）、经皮肝穿瘤内无水酒精注射（PEI）、经皮射频治疗和氩氦刀冷冻治疗。适用于中晚期肝癌，以及合并严重肝硬化不适合行肝切除者。

1. 肝动脉灌注 TAI + TAE

因为肝癌血供的 90% 以上来自于肝动脉，所以治疗效果较好。化疗药物常用丝裂霉

素、阿霉素和顺铂等细胞周期非特异性药物；肝动脉栓塞剂常用碘化油。

2. 无水酒精瘤内注射

在超声或 CT 的引导下，经皮穿刺至肝组织内，注入无水酒精，使癌组织蛋白凝固变性、坏死，使肿瘤血管及癌旁组织脱水、固定。局部血管壁变性，血管内血栓形成，阻断瘤体供血。

3. 经皮射频治疗

目前已应用于临床，对癌细胞的灭活和肿块的消融效果较好。

（三）生物治疗

生物治疗的目的在于解放并动员人体被抑制的免疫活性细胞（B 淋巴细胞、浆细胞、T 淋巴细胞、NK 细胞和巨噬细胞），清除免疫抑制因素，恢复并加强机体的免疫监视功能，从而使机体有可能战胜肿瘤。

（四）放射治疗

放疗对原发性肝癌有一定的疗效，可缩小癌灶、缓解症状、延长患者的生存期。放射治疗的适应证是无黄疸、腹水和远处转移者。

（五）中医治疗

中医治疗适合于原发性肝癌各期的患者。中医治疗肝癌的基本点为辨实祛邪不伤正、辨虚扶正以达邪，选方遣药须全面考虑。具体应用疏肝健脾、益气养阴、清热解毒、化痰软坚、理气活血等治则。

1. 辨证论治

（1）气滞血瘀证

证候：相当于Ⅱ期的单纯型。症见两胁胀痛，腹部结块，推之不移，胸闷腹胀，纳呆乏力；舌淡红，苔薄白或薄黄，脉弦。

治法：疏肝理气，活血化瘀。

方药：小柴胡汤合大黄䗪虫丸加减。

（2）脾虚湿困证

证候：相当于单纯型Ⅱ期或硬化型Ⅱ期伴有腹水。症见脘腹胀满，胁痛肢楚，神疲乏力，纳呆便溏，四肢肿胀；舌淡胖，苔白或腻，脉弦而滑。

治法：益气健脾，化湿祛痰。

方药：四君子汤合逍遥散加减。

（3）肝胆湿热证

证候：相当于炎症型Ⅲ期。症见胁下积块，腹大如鼓，黄疸日深，纳呆乏力，小便短赤，腹水肢肿；舌红或绛，苔黄或糙，脉弦滑数。

治法：清利湿热，活血化瘀。

方药：茵陈蒿汤合鳖甲煎丸加减。

（4）肝肾阴虚证

证候：相当于硬化型Ⅲ期。症见口干，低热盗汗，形体消瘦，腰痛酸软，小便短赤；舌红少苔，脉细数。

治法：养阴散结，凉血解毒。

方药：青蒿鳖甲汤合一贯煎加减。

2. 常用中成药

（1）肝复乐片：主要成分为党参、鳖甲、蚤休、沉香等，具有化瘀散结、理气健脾、清热解毒功效，可控制肝癌的快速增长，改善临床症状。

（2）复方木鸡冲剂：为云芝、广豆根提取物，对甲胎蛋白持续低度阳性者有转阴的功效，对肝癌有一定的预防作用。用于慢性肝炎及原发性肝癌的中期。

（3）斑蝥制剂：斑蝥制剂对肝癌的治疗作用临床报道较多，剂型也多种多样，如斑蝥素片、羟基斑蝥胺片、复方斑蝥片、复方斑蝥素胶囊、羟基斑蝥胺注射液等，有效成品已提纯，广泛用于肝癌的治疗。

（4）莲花片：主要成分是蚤休、半枝莲、山慈菇、莪术、三七等。每片0.5g，每次6~8片，可连服数月至1年，该药在各地应用较久，适用于肝热血瘀而正气未衰的肝癌患者。

细目五　大肠癌（结肠癌）

要点一　西医病因病理

结肠癌是常见的肠道恶性肿瘤。由于生活水平的不断提高，生活习惯和饮食结构的改变，人均寿命延长，结肠癌的发病率明显增高，有超过直肠癌的趋势。在北美、西欧，结肠癌占内脏恶性肿瘤的第一或第二位，我国为第四到第六位。结肠癌属中医“积聚”、“泄泻”、“肠覃”、“脏毒”、“便血”等范畴。

（一）病因

结肠癌的病因尚未完全明确。某些诱发因素或与其相关的高危因素已被公认。

1. 癌前病变

如结肠腺瘤、溃疡性结肠炎、结肠血吸虫肉芽肿等与结肠癌的发生关系密切。

2. 遗传因素

结肠癌的发生与遗传易感性有关，如遗传性非息肉性结肠癌的发生。大肠癌从腺瘤到癌的演变过程中包括癌基因的激活、抑癌基因失活、错配修复基因突变以及危险修饰基因等发生的遗传突变，从正常细胞向癌演进约需10~15年。

3. 饮食因素

过多的脂肪、蛋白质、胆固醇的摄入与大肠癌的发病有一定的关系。特别是脂肪对肠道内的胆汁酸、胆固醇的代谢和菌群组成、细菌酶活性有影响。胆汁酸能改变细胞通透性，可促进肠道致癌物吸收，具有致癌活性，并可对肠道上皮产生刺激，使肠道上皮细胞增生，促进癌肿形成；缺乏新鲜蔬菜及维生素A、C和纤维素食品的人群，以及高温烹调肉类、鱼类可产生多种诱变剂与致癌物，有导致结肠癌发生的危险。

（二）病理分型

1. 大体形态分型

（1）肿块型：多见于右半结肠，尤其是盲肠。

（2）浸润型：多见于左半结肠，沿肠壁浸润，易引起肠腔狭窄形成肠梗阻。

（3）溃疡型：是最常见的类型，病变向肠腔深层发展，并向四周浸润。

2. 组织学分型

（1）乳头状腺癌：约占5%，癌细胞组呈粗细不等的乳头状，具有不同的分化程度。

（2）管状腺癌：约占67.22%，癌组织主要由腺管状结构组成，按其分化程度有高、中、低分化腺癌之分。

（3）黏液腺癌：约占18.34%，癌组织中有大量黏液为其特征。

（4）印戒细胞癌：约占3.39%，为黏液腺癌中分化出来的一种类型，整个细胞呈印戒状，核偏一侧，呈圆形或卵圆形。

（5）鳞状细胞癌：约占0.351%～1%，癌组织呈典型的鳞状结构，其分化程度多为中到低度。

（6）腺鳞癌：约占0.6%，肿瘤内腺癌与鳞癌两种成分混合出现，腺癌部分分化好，鳞癌部分分化较差。

（7）未分化癌：约占0.2%，肿瘤内癌细胞弥漫成片，或呈团块状，癌细胞大小形态较一致。

（三）转移途径

1. 淋巴转移

为转移的主要途径，癌细胞经细胞外间隙渗入淋巴管，沿淋巴道转移至肠壁和结肠旁淋巴结、肠系膜血管周围及其根部淋巴结

2. 血行转移

比较常见，相当多病人手术时发现已有肝转移，其次是肺、骨骼等。

3. 浸润转移

当癌浸润穿破肠壁后可直接浸润到邻近肠壁或组织器官，如十二指肠、肝、胆囊、膀胱、输尿管，甚至侵犯胃形成内瘘。

4. 种植转移

穿破浆膜的癌细胞可脱落进入游离的腹腔，在大网膜、肠系膜、内脏腹膜面、盆腹膜反折等处种植，也可在肠腔内种植播散或因医源性因素造成种植播散。

要点二　中医病因病机

中医认为正气虚弱、脾肾不足是发病的内因；情志失调、饮食不节、感受外邪是发病的外因，二者结合则发生本病。正如《景岳全书·积聚》所说："凡脾肾不足及虚弱失调之人，多有积聚之病。盖脾虚中焦不运，肾虚则下焦不化，正气不利，则邪滞得以居之"。

（1）"百病生于气"，忧思郁怒，气机不畅，胃肠失和，运化失常，湿热内生，气滞

血瘀，久则成块。

（2）嗜食膏粱厚味，或饮酒无度，或进不洁之品，伤及脾胃，运化失司，酿湿生热，湿热下注，蕴毒日久，亦成积块。

（3）久泻久痢，劳倦体虚，或年老体弱，肝肾不足，外邪乘虚而入，毒邪下注，浸淫肠道，气血运行不畅，邪毒瘀积成块。

要点三　临床表现

结肠癌早期无特异性表现，中期以后的主要症状有排便习惯或粪便形状改变，腹痛，腹部肿块，肠梗阻及全身慢性中毒症状。右半结肠癌、左半结肠癌临床表现各有其特点。

（一）右半结肠癌临床表现

1. 贫血

由于右半结肠内大便为稀糊状，盲肠、升结肠肠腔较大，蠕动又较频繁，癌肿出血和大便均匀混合，致使长期出血而肉眼不易发觉，故贫血成为突出表现。

2. 腹部肿块

为右半结肠癌常见症状，多因肿瘤本身或侵及邻近器官以及肠周炎性粘连造成，后期可因梗阻近侧肠内积粪引起。早期肿块可有一定活动度，晚期则固定、有压痛。病灶在阑尾周围时应注意与阑尾周围脓肿区别。

3. 腹痛

是早期症状之一，为持续性钝痛或仅有腹胀感。若造成梗阻则疼痛加重或呈阵发性绞痛。

（二）左半结肠癌临床表现

1. 便血

粪便进入左半结肠后，由于水分的再吸收，大便逐渐变成固体状，摩擦病灶引起出血，远较右半结肠癌多见，故便血成为突出症状之一。

2. 黏液便

与肿瘤性质有关，腺瘤癌变者有大量黏液便，溃疡型结肠癌黏液便也常见。

3. 肠梗阻

与肿瘤性质有关，多表现为低位不全性梗阻，若肿瘤阻塞完全时梗阻症状加剧。左半结肠癌有时首先症状为急性完全性梗阻。

无论是左半或右半结肠癌，早期都可能有排便习惯和粪便性状的改变，后期可因慢性失血而出现消瘦、乏力、低热等症状。晚期则有肝大、黄疸、腹水、浮肿、直肠前凹包块、锁骨上淋巴结肿大及恶病质等表现。

要点四　诊断

1. X线气钡双重对比造影

可发现肠腔狭窄或钡影残缺及肿瘤数目等。必要时做CT、核磁共振检查，或选择性肠系膜动脉造影。

2. 纤维结肠镜或电子肠镜

不仅可以看到肠内病变的形态和范围，更重要的是取活组织病理检查以确诊。

3. 血清癌胚抗原（CEA）检查

60%的结肠癌患者CEA升高，尤其是动态观察CEA对判定术后预后和复发有重要价值。

要点五　鉴别诊断

由于结肠癌早期多无特征性症状，容易被忽略。对40岁以上出现不明原因消瘦、无明显诱因大便习惯及粪便性状发生改变者，且是高危人群，如亲属有癌症史、肠道腺瘤或息肉史者；大便带黏液脓血而无痢疾、溃疡性结肠炎病史者；近期有持续腹部不适、腹痛、胀气，经一般治疗贫血、体重减轻、结肠区出现包块等症状不缓解者，应做相应辅助检查，多可确诊。

在诊断结肠癌时应注意与大肠恶性淋巴瘤、大肠类癌、大肠脂肪瘤、平滑肌瘤、溃疡性结肠炎、阿米巴痢疾、局限性肠炎、肠结核、阑尾周围脓肿等相鉴别。

要点六　治疗

已确诊结肠癌的治疗原则是：①早期采用以彻底手术切除为主的中西医综合疗法；②术后有计划地进行化疗及配合中医治疗，最大限度地杀灭体内残留癌细胞；③晚期失去手术时机，采用综合非手术疗法（中药+化疗+放疗+免疫治疗）。

（一）西医治疗

1. 结肠癌根治术

手术方式和范围应根据肿瘤部位、浸润深度和转移范围以及是否伴有肠梗阻而定。病变范围小或局限者应行彻底根治术，广泛浸润或有转移者只宜行减症或减量（姑息性）手术，以缓解病情、改善症状，为综合治疗创造条件。

2. 化学治疗

化疗是手术后辅助治疗，有提高5年生存率的可能。化疗时机、剂量因人而定，常用方案为5-FU联合铂类药物为主。

乙状结肠切除范围在应用化疗药物期间，应注意化疗药物的毒副作用。已行根治术的患者应结合病情应用化疗药物并应用中医药手段辨证论治综合治疗，提高免疫力，减少副作用，增强疗效。

（二）中医治疗

1. 气滞血瘀证

证候：触及腹部肿块、结节；腹痛，腹胀，嗳气，恶心，呕吐，便血；舌紫暗或有瘀斑，脉弦涩或弦滑。

治法：祛瘀散结，理气降逆。

方药：桃红四物汤加减。

2. 湿热下注证

证候：便下脓血，里急后重，腹部灼痛，大便黏滞恶臭；舌质红，苔黄腻，津少，脉洪大或滑数。

治法：清热，解毒，利湿。

方药：槐角地榆汤加味。

3. 正虚邪实证

证候：腹痛胀满，大便秘结不畅，时流臭水；消瘦，乏力，自汗，脓血便，扪及腹块；舌质淡，苔黄燥，脉细。

治法：补益气血，理气通腑。

方药：八珍汤合麻仁滋脾丸加减。

4. 脾肾两虚证

证候：腹胀，腹泻，腰膝酸软，不思饮食，四肢无力，失眠倦怠，尿少；舌淡，脉细无力。

治法：健脾益肾，扶正固本。

方药：益气固本解毒汤加减。

细目六　大肠癌（直肠癌）

要点一　西医病因病理

直肠癌系指直肠起始部到齿状线之间的癌，是消化道常见的恶性肿瘤。我国直肠癌发病率特点是沿海地区比西部地区发病率高，城市比农村发病率高，男性发病率比女性高，青年人（小于30岁）直肠癌的发病率高，低位直肠癌所占比例高，在直肠癌中低位直肠癌约占75%，而且绝大多数癌肿可通过直肠指诊触及。本病属中医“脏毒”、“肠覃”、“积聚”、“锁肛痔”等范畴。

（一）病因

1. 饮食因素

高脂肪、高蛋白饮食可使粪便中的致癌物质3－甲基胆蒽及有致癌作用的氨基酸增多，从而诱发结肠、直肠癌。同时少纤维的食物导致肠道内粪便停留时间延长，导致致癌物质在肠内与肠黏膜接触时间增多。

2. 癌前病变

结、直肠腺瘤性息肉、腺瘤、绒毛状腺瘤、家族性腺瘤息肉病癌变率为25% ~75%。

3. 直肠慢性炎症

如溃疡性结肠炎，因慢性炎性刺激，使肠道黏膜反复破坏与增生修复，可导致癌变。

4. 遗传因素

大量资料表明直肠癌多系遗传不稳定和抑癌基因突变而形成。直肠癌的易感人群中遗传因素表现为结肠、直肠癌家族成员中发病率较一般人高3~4倍。

（二）病理

1. 大体分型

有溃疡型、隆起型、狭窄型、胶样型等。

2. 组织类型

分为腺癌、黏液腺癌、未分化癌、类癌等，其他如鳞状细胞癌、恶性黑色素瘤、平滑肌肉瘤、恶性淋巴瘤，均少见。

（三）转移途径

1. 直接浸润

直肠癌横轴蔓延比纵轴蔓延迅速。累及肠腔一周估计大约需要18~24个月；穿透肠壁全层需12~18个月。直接浸润可穿透浆膜累及邻近器官如子宫、膀胱等。下段直肠癌由于没有浆膜的屏障作用，容易直接侵入附近器官如前列腺、精囊腺、阴道、输尿管等。

2. 淋巴转移

直肠癌主要转移途径是淋巴转移。它是决定直肠癌手术方式的依据，上段直肠癌首先向上沿直肠上动脉、肠系膜下动脉、腹主动脉旁淋巴结转移。然后向两侧经肛提肌上淋巴结、髂内淋巴结和闭孔淋巴结转移。发生逆行性转移的现象非常少见，通常在正常流向受阻时才逆行向下转移。下段直肠癌（以腹膜反折为界）仍以向上和向侧方转移为主。临床大量资料表明，大部分下段直肠癌只需切除全直肠系膜，仍可行保肛手术。齿状线周围的肿瘤可向上、下转移，向下方转移表现为腹股沟淋巴结肿大。

3. 血行转移

癌肿侵入静脉后沿门静脉转移至肝脏，或经髂静脉转移至肺、骨骼和脑等处。

4. 种植转移

癌细胞通过新陈代谢过程脱落后进入肠腔，在一侧的粗糙黏膜面种植。穿过浆膜面的癌细胞可在腹膜脏层、壁层和网膜种植形成多发性粟粒样结节。

癌侵及神经周围可沿神经鞘扩展。晚期经闭孔神经周围转移至坐骨神经鞘引起疼痛。

要点二　中医病因病机

忧思抑郁，脾胃不和，湿热蕴结，日久化毒，乘虚下注，浸润肠道，气滞血瘀，湿毒瘀滞凝结而成肿瘤；或饮食不洁，久泻久痢，损伤脾胃，运化失司，湿热内生，热毒蕴

结，流注大肠，蕴毒积聚，结而为肿。总之，湿热下注，火毒内蕴，结而为肿是病之标；正气不足，脾肾两亏乃病之本。

要点三　临床表现

直肠癌早期常无明显特异性症状，当癌肿溃烂形成溃疡或感染时才出现出血、黏液血便等症状，因而容易发生漏诊或误诊。

1. 排便习惯改变

是常见早期症状，次数增多或便意频数、里急后重、肛门下坠感或排便不尽感等直肠刺激症状，有时伴有轻微腹痛。

2. 出血

也是最常见的早期症状，癌表面黏膜被粪便或异物擦伤所引起，易误诊为痔疮出血。

3. 脓血便

当供应癌肿生长的血液不能满足肿瘤生长速度时，肿瘤发生出血坏死、溃烂，继发感染则出现脓血便或里急后重等直肠炎症状，易误诊为肠炎或痢疾。

4. 大便变细或变形

是病至后期癌肿增大使肠腔狭窄引起的症状。当出现肠管部分内容物通过障碍时，则有腹痛、腹胀、肠鸣音亢进等不全性肠梗阻表现。

5. 转移征象

当肿瘤侵犯膀胱、前列腺时，可有尿频、尿痛、血尿等表现。骶前神经受侵犯可出现骶尾部持续性剧烈疼痛。直肠癌晚期或有肝转移时可出现肝大、黄疸、腹水、贫血、消瘦、浮肿及恶病质等。

要点四　诊断

直肠癌临床诊断不困难，通常根据病史、体检、直肠指诊、影像学及内镜检查，95%以上的病人可做出准确诊断。

1. 大便潜血检查

为大规模普查或对高危人群结、直肠癌初筛的手段，阳性者再进一做作检查。

2. 内镜检查

由于直肠、结肠癌有5% ~10%为多发癌，故诊断为直肠癌时尚需作纤维结肠镜或电子结肠镜检查，避免发生漏诊。内镜检查除可肉眼作出诊断外，还可取组织作病理学检查。

3. 直肠指诊

是诊断直肠癌的最重要方法，对有便血、黏液便、大便习惯改变及大便变形者均应做直肠指诊。检查时应注意癌肿部位、大小、范围、固定程度、与周围器官关系、距肛缘的距离等。

4. 影像学检查

腹部或盆腔B超检查、CT检查主要针对直肠癌的分期进行评估，检出癌肿浸润肠壁

的深度及有无邻近器官受累情况，有无肝转移，为手术方案提供依据。

5. 肿瘤标记物

癌胚抗原（CEA）主要用于预测直肠癌的预后和监测复发，对早期结肠、直肠癌诊断价值不大。

要点五　鉴别诊断

直肠癌易误诊为内痔、息肉、肠炎及慢性痢疾，需要直肠指诊和肠镜检查进行鉴别。

1. 直肠息肉

多见于儿童，以便血、肿物脱出为主。脱出物多呈圆形，色红，单个带蒂，质坚实，一般位于齿线上 3 ~ 5cm 处直肠壶腹部，可活动。病理检查为腺瘤样组织，外有包膜，组织排列正常，即可诊断为腺瘤性息肉。

2. 内痔

以便血为主要表现，肛门指诊可触及颗粒状、柔软肿块，肛门镜检可见直肠下端齿线上黏膜呈大小不等的圆形或椭圆形肿块，有时肿块表面可见活动性出血点。

要点六　治疗

（一）手术治疗

无手术禁忌证、可以切除的直肠癌应尽可能早期实施根治术，切除范围应包括肿瘤病变、足够的肠管、被侵犯的邻近器官、四周可能被浸润的组织、全直肠系膜淋巴结。不能实施根治术者亦应做缓解症状的姑息性切除。

（二）放射治疗

可在术前施行，作为提高疗效的辅助疗法，术前放疗可提高手术切除率。术后放疗用于手术不能达到目的、术后局部复发或晚期的病人。

（三）化疗

化疗是手术后辅助治疗，有提高 5 年生存率的可能。化疗时机、剂量因人而定，常用方案为 5 – FU 联合铂类药物为主。

（四）中医治疗

根据辨证论治原则，在病情不同时期选用不同方药，在术后放疗、化疗期间辅以中药治疗较单一应用放疗、化疗效果好。以扶正祛邪、消瘤止痛、扶正固本为基本治则，用扶正祛邪法提高机体免疫功能，减轻化疗、放疗毒副作用，保护造血及脾胃功能，提高生存质量。

1. 脾虚湿热证

证候：腹胀，气短，乏力，食欲不振，腹痛拒按，面黄，便稀溏，或便下脓血，里急后重；舌胖嫩，苔黄腻，脉细数或滑数。

治法：清热利湿，理气健脾。

方药：四妙散和白头翁汤加减。

2. 湿热瘀毒证

证候：腹胀，腹痛或窜痛，拒按，矢气胀减，腹内包块，便下黏液脓血或里急后重、排便困难；舌质红有瘀斑，苔黄，脉弦数。

治法：清热解毒，通腑化瘀，攻积祛湿。

方药：木香分气丸加减。

3. 脾肾寒湿证

证候：黏液血便，形体消瘦，面色白，肠鸣腹泻，泻后痛减，腹痛喜热，形寒肢冷；舌淡、苔白，脉细冷。

治法：祛寒胜湿，健肺温肾。

方药：参苓白术散合吴茱萸汤。

4. 肾阳不固、痰湿凝聚证

证候：腹痛，腹胀，腹部包块，纳呆，气短乏力，痰多，形体消瘦，腰膝酸软，四肢沉重，脓血黏液便，甚至脱肛；舌淡胖，苔白滑腻，脉细濡。

治法：益肺补肾，祛湿化痰。

方药：导痰汤加减。

（曹阳）

第二十单元　急腹症

细目一　概述

要点一　中医病因病机

急腹症多为六腑之疾。六腑者，泻而不藏，实而不满，动而不静，降而不升，以通为用，以气血流畅为其正常。凡气滞、血瘀、寒凝、热蕴、湿阻、食滞、食积、虫聚等，影响其通降下行，均可导致急腹症的发生，其病机演变的一般规律是郁－结－瘀－厥，或郁－热－瘀－厥。前者多见于以梗阻性为主的急腹症，后者多见于以炎症性为主的急腹症。郁者，气机郁滞；结者，实邪结滞，实热或湿热内盛；瘀者，血行瘀滞；厥者，气血逆乱，亡阴亡阳，阴阳不相顺接。

急腹症可分初、中、后三期，反映了正邪斗争的消长过程。它们之间既可逐期演变，又可越期发展；既可暂时稳定在某一阶段，又可互相转化；每一期时间有长有短，转化有快有慢。

1. 初期

正盛邪轻。致病因素所造成的病理损伤较轻，机体的机能没有受到明显损伤，见于某些机能障碍、炎症性急腹症的早期或无并发症的单纯性肠梗阻等。中医多属气滞血瘀或兼有实（湿）热之象。

2. 中期

正盛邪实。病理损害较初期加重，人体也充分调动抗病机制与病邪抗争，其势剧烈，因而局部病变和全身反应都很明显。如炎症类急腹症可表现为炎性反应加剧；梗阻、穿孔及出血类急腹症其病势已达高峰，甚至伴有继发感染等。中医病机多属实热或湿热。

3. 后期

邪去正复，正虚邪恋，正虚邪陷。后期急腹症的转归一是经治疗后正复邪退，疾病趋向好转，有的病人表现为邪去正衰，留下一派病后虚弱的征象；二是有的病人残留病变未能完全恢复，正虚邪恋而转为慢性病，多感染，导致毒血症、败血症。如绞窄性肠梗阻继发坏死、穿孔，以致发生中毒性休克、大失血或水、电解质与酸碱平衡失调等，多属毒热炽盛，热入营血，甚至亡阴、亡阳而危及生命。

要点二　诊断

能否及时准确地做出诊断，及早给予有效的治疗，直接影响到疾病的预后。由于急腹症具有发病急骤、病情复杂多变的特点，所以急腹症的诊断应以安全、准确、迅速为原则，以询问病史、体格检查为主，结合其他辅助检查尽早做出诊断。

（一）病史

应全面、详细、客观地采集病史，将腹痛作为重点，包括腹痛的诱因、始发部位、性质、转变等。

1. 年龄与性别

婴幼儿以先天性消化道畸形、肠套叠、绞窄性疝为多见；儿童以蛔虫性肠梗阻、嵌顿性疝常见；青壮年人以急性阑尾炎、胃十二指肠溃疡穿孔、急性胆囊炎、胆石病为多见；老年人以消化道癌肿穿孔或梗阻、乙状结肠扭转、胆道感染为多见。胃、十二指肠溃疡穿孔以男性居多，急性胰腺炎又以女性略多。

2. 腹痛情况

腹痛是急腹症共有的症状，对腹痛的详细了解和分析是诊断急腹症的关键。

（1）腹痛发生的诱因：腹痛的发生常与饮食有关，如暴饮暴食后引发胃、十二指肠溃疡病穿孔、急性胰腺炎；油腻食物可诱发胆囊炎、胆石病，剧烈运动后可发生肠扭转。

（2）腹痛的部位：一般规律是腹痛开始部位或疼痛最明显部位即为病变所在部位。如胃、十二指肠溃疡穿孔，疼痛始于上腹部，而后波及全腹。

但对以下情况应予注意：①牵涉痛或放射痛：如胆囊炎、胆石病出现右上腹或剑突下的疼痛，但同时可有右肩或右肩胛下角处痛。急性胰腺炎的上腹痛可同时伴左肩痛或左右肋缘至背部疼痛等。腹腔以外的疾病由于病变刺激肋间神经和腰神经而引起腹部的反射性疼痛，如肺炎、胸膜炎等；②转移性腹痛：如阑尾炎的腹痛可始于上腹部或脐周，再转移至右下腹。③异位内脏病变：如左下腹阑尾、全内脏转位等。

（3）腹痛发生的缓急：腹痛开始时轻，随后逐渐加重，多为炎症性病变；腹痛突然发生，迅速恶化，多见于实质性脏器破裂、空腔脏器穿孔和急性梗阻等。

（4）腹痛的性质：腹痛的性质反映了腹腔内脏器病变的性质。持续性腹痛一般是腹腔

内炎症或出血，如阑尾炎、腹内实质脏器破裂出血等；阵发性腹痛多为空腔脏器梗阻或痉挛所致，如胆道蛔虫症、机械性肠梗阻、胆石病等；持续性腹痛阵发性加重多因炎症和梗阻同时存在，如胆总管结石合并感染等。不同性质的疾病又可引起不同特点的腹痛，常可分为隐痛、钝痛、绞痛、刺痛、刀割样痛、钻顶样痛等。

（5）腹痛的程度：腹痛的程度一般反映腹内病变的轻重，但因个体对疼痛敏感程度不同而有差异，且缺少客观的指标，应予注意。功能性疾病的疼痛可以比较剧烈，但当病变组织坏死时，腹痛表现反而可以不严重。

3. 消化道症状

急腹症常常有不同程度的恶心、呕吐和排便异常等消化道症状。

（1）恶心、呕吐：急腹症常先出现腹痛，继而出现恶心、呕吐，其原因是由于胃肠道疾病所致。早期多为反射性呕吐；晚期多为逆流性呕吐，是因肠梗阻所致。呕吐物的颜色、内容及呕吐的量与梗阻的部位密切相关，上消化道出血时呕出鲜血或咖啡样物；低位肠梗阻呕吐物为粪水样；高位小肠梗阻呕吐物为胆汁样。

（2）排便情况：腹痛病人应注意有无排便、排气、便秘或腹泻、大便颜色和性状、有无腹胀等。腹痛伴有停止排气排便，可能是肠梗阻所致；腹腔炎性病变可引起腹胀、便秘；肠道炎症可致腹泻伴里急后重；排柏油样便则为上消化道出血；排果酱样血便是小儿肠套叠的特征。

4. 其他伴随症状

腹腔内感染性疾病均可出现不同程度的发热，发热程度与感染严重程度有关。严重感染可出现寒战、高热；急腹症往往是先腹痛后发热，而内科疾病多先发热后腹痛。腹痛伴有尿频、尿急、尿痛、血尿或排尿困难，应考虑到泌尿系疾患；腹痛伴有阴道异常出血应考虑妇科疾病。

5. 既往史

不少急腹症是慢性病的急性发作。如疑为溃疡病急性穿孔，应询问有无溃疡病史；阑尾炎、胆道疾病、泌尿系结石等常有过去类似发作史；粘连性肠梗阻病人常有腹部手术、炎症或外伤史；月经史对诊断与鉴别诊断也十分重要。

（二）体格检查

1. 全身检查

首先应对病人全身状况做一个全面的了解。包括体位、表情、神志、肤色、重要器官的功能状态，还要检查体温、脉搏、呼吸、血压，观察有无脱水、酸碱平衡失调和休克征象。如胆道病人可有巩膜及皮肤黄染；心率快伴低血压，说明存在低血容量；高热则考虑感染性疾病。

2. 腹部检查

急腹症的病人应重点做腹部检查，范围包括上至乳头、下至腹股沟区。

（1）视诊：观察有无手术瘢痕，腹部轮廓是否对称，腹式呼吸的强弱，有无胃肠型、肠蠕动波、包块、静脉曲张等。注意两侧腹股沟区有无肿物或疝。如急性腹膜炎病人的腹式呼吸可减弱或消失；全腹膨隆多表示有气腹、腹水、低位肠梗阻；有肠型、蠕动波提示

机械性肠梗阻。

（2）触诊：腹部触诊在急腹症的诊断中尤为重要。检查时病人取仰卧屈膝位，使腹部处于松弛状态，应先从无痛区开始，后查病变部位，一般先让病人自己用一手指点出腹部疼痛最明显的部位。重点检查有无压痛、肌紧张和反跳痛等腹膜刺激症状，以及波及的范围、程度。腹膜刺激征的存在表示炎症已波及腹膜。如胃、十二指肠溃疡穿孔、胆囊穿孔，腹膜受到胃液、胰液、胆汁等强酸强碱的强烈刺激，会出现腹壁高度肌紧张而呈“板样强直”。老年人、幼儿、经产妇、肥胖的病人腹膜刺激征常较实际病情为轻，不能如实反映病变的轻重，应加以注意。另外，还要检查有无包块，确定其位置、大小、形状、质地、活动度和有无压痛。如急性胆囊炎可触及肿大压痛的胆囊；胃肠道的晚期癌肿可扪及质硬的腹部肿块；肠套叠可触及“腊肠样”肿块。

（3）叩诊：先从无痛区开始，用力要均匀。叩诊时重点检查肝浊音界是否消失、有无移动性浊音或叩诊最明显的部位。肠梗阻时叩诊呈鼓音；肝浊音界缩小或消失提示胃肠道穿孔引起气腹；移动性浊音表示腹腔内有炎性渗出液、内出血、消化道穿孔等。

（4）听诊：腹部听诊有助于对胃肠蠕动功能做出判断。肠鸣音亢进为急性肠炎、机械性肠梗阻的表现；有气过水声、金属音是肠梗阻特有的体征，音调越高亢说明梗阻越完全；肠鸣音减弱或消失为麻痹性肠梗阻的表现；幽门梗阻、急性胃扩张可出现震水音。

3. 直肠、阴道指诊

对急腹症病人的该项检查应给予足够重视。检查时注意有无肿块、触痛、波动感及指套染血。已婚妇女怀疑有妇科疾病时，需作腹壁阴道双合诊，以协助诊断。

（三）辅助检查

通过详细收集病史和仔细的体格检查，大多数急腹症可以得出正确或基本正确的诊断，但有时为了进一步确定疾病的部位、性质、程度以及做鉴别诊断，往往需要选择应用一些有关的辅助检查。

1. 实验室检查

白细胞计数检查可提示有无炎症；红细胞计数、血红蛋白和红细胞压积的动态观察如出现进行性下降则提示有内脏活动性出血。检查尿中的红细胞、白细胞、蛋白、糖、酶等对诊断泌尿系统疾病、急性胰腺炎有重要意义。粪便检查对急腹症的诊断有较大的意义，上消化道出血可出现柏油样便或潜血试验阳性；肠道炎症时可见大便中白细胞增多；大便时排出鲜红色血性液体应考虑结肠溃疡、肿瘤出血等。急性胰腺炎时血、尿或腹腔穿刺液淀粉酶均可升高；肝、胆道疾病应做血清胆红素、肝肾功能测定；肠梗阻的病人应了解血清钾、钠、氯、二氧化碳结合力等；中老年病人应常规检查血糖。

2. X线检查

平片检查可排除胸部疾病引起的腹痛，有助于诊断胃肠道穿孔、肠梗阻、腹腔内积液及脓肿、胆道和尿路结石；X 线造影检查对胆道疾病、泌尿系疾病、胃肠道疾病亦有重大价值，如可以诊断肠梗阻、肠套叠、消化道肿瘤、胆道结石、泌尿系结石等。钡灌肠透视在低位结肠梗阻中具有诊断价值。

3. B 型超声波检查

特别是对肝、胆、脾、胰、肾的疾病有较大的诊断意义，对了解腹腔脓肿、膈下脓肿

的部位、大小及定位穿刺引流也较为常用。

4. 内窥镜检查

消化道出血病人可通过胃镜、十二指肠镜、结肠镜等检查了解出血部位及原因；胆管、胰腺疾病可通过十二指肠镜做逆行胰胆管造影（ERCP）；结肠的疾病常使用纤维结肠镜进行检查。

5. CT、MRI 检查

常用于肝、胆、脾、肾、腹膜后、盆腔等疾病及实质性脏器破裂的诊断。目前其在急腹症诊断及鉴别诊断中的应用迅速增加。

6. 选择性动脉造影

对部分消化道出血或肝破裂出血等有一定的诊断价值，部分病变还可同时行栓塞止血。

7. 腹腔穿刺及腹腔灌洗

对诊断不确切的急腹症具有重要价值。

要点三　鉴别诊断

1. 胃十二指肠溃疡急性穿孔

根据既往溃疡病史，突然发生持续性上腹部刀割样疼痛，并很快扩散到全腹。体检发现有明显腹膜刺激征，肝浊音界缩小或消失。X 线检查膈下有游离气体，即能确诊。

2. 急性胆囊炎

常有进食油腻食物史，右上腹部剧烈绞痛，体检时右上腹部压痛，Murphy 征阳性。B 超示胆囊增大，壁增厚，可见或未见结石，即能诊断。

3. 急性胰腺炎

多有暴饮暴食史，持续性左上中腹疼痛，可向肩部放射，可伴有腹胀；血、尿淀粉酶明显升高；CT 示胰腺弥漫性肿大，密度不均，胰腺坏死时呈皂泡征，胰周积液，可确诊。

4. 急性阑尾炎

转移性右下腹痛是其特征，体检示右下腹麦氏点压痛。血常规示血象升高。

5. 肠梗阻

其特点是腹痛、腹胀、呕吐、停止肛门排气排便。

要点四　治疗

（一）治疗原则

（1）尽快明确诊断，选择恰当的治疗措施；尚未明确诊断的病人应严密观察病情变化，抓紧时机做必要的检查，争取尽早做出诊断，同时给予必要的处理。

（2）熟练掌握非手术疗法与手术疗法的适应证，合理采用中西医结合的治疗方法，以便取得较好的疗效，减少并发症的发生。

（3）急腹症的临床表现最常见的是里实证，“气滞”、“气逆”是我们治疗的主要方面，合理地应用“下法”是临床疗效的关键。

（二）非手术治疗与手术治疗的选择

手术是治疗急腹症的一种重要手段，但并非是唯一的或最合理的治疗方法。随着医学科学的发展和中西医结合治疗经验的积累，手术疗法与非手术疗法的适应证在不断地发生变化，应根据病人和急腹症的具体情况，合理地选择治疗方法。

1. 采用非手术疗法

病理损害较轻、炎症较局限、全身状况较好、临床症状不剧烈者，可使用中西医结合的非手术疗法，只有在个别情况下才考虑手术治疗。如急性单纯性及轻度化脓性阑尾炎、部分单纯性胃十二指肠溃疡穿孔、急性胆囊炎、急性水肿性胰腺炎、单纯性肠梗阻等。

2. 在做好手术准备的情况下采用非手术疗法

疾病所致的功能变化和结构损害较重，或病情比较复杂、变化较快而全身情况尚好者，可在作好手术准备及严密观察的情况下采用非手术疗法，观察一段时间，如病情不见好转或有恶化趋势，则需及时转为手术治疗。如化脓性阑尾炎、阑尾周围脓肿、化脓性胆囊炎、有绞窄趋势的肠梗阻、复杂性胆道蛔虫病、胆道结石并感染等。

3. 采用手术疗法

病理损害较重、病情复杂、症状严重者需尽快施行手术治疗。如坏疽性阑尾炎、坏疽性胆囊炎、绞窄性肠梗阻、重症胰腺炎、肿瘤及嵌顿疝引起的肠梗阻等。

（三）中西医结合治疗急腹症的常用方法

1. 体位

常采用半卧位，可使腹腔液体局限，减少毒素吸收，便于引流，又利于改善心肺功能。

2. 禁食与胃肠减压

重症感染、呕吐频繁或胃肠梗阻者应禁食，也可为中转手术做好准备。使用胃肠减压抽出胃内容物，有利于胃肠穿孔的修复及降低胃肠道的压力，利于消除腹胀、腹痛及梗阻，恢复胃肠道的正常功能。

3. 抗生素的应用

对预防和治疗细菌感染性疾病有重要作用。根据病情，选择广谱的抗生素或联合用药，必要时可做细菌培养和药物敏感试验，合理选用有效的抗生素。

4. 输液输血

维持水、电解质与酸碱平衡，维持有效的循环血量，可防治休克及重要器官的功能衰竭，对出血性疾病、严重创伤、严重感染等应及时给予输血。

5. 解痉止痛

常使用阿托品、东莨菪碱缓解由于腹腔内脏平滑肌痉挛而引起的腹痛。诊断明确的病

人出现难忍的剧烈疼痛，可使用吗啡、杜冷丁等麻醉镇痛药；但诊断未明的急腹症禁用麻醉镇痛药物，以免掩盖病情，延误诊治。

6. 针刺疗法

在急腹症的治疗中应用广泛，具有简单、疗效迅速、副作用少等优点，常用的有体针、耳针、电针、穴位注射等疗法，具有解痉止痛、抗炎消肿、促进胃肠蠕动及穿孔的闭合等作用。可根据不同的病证辨证取穴。

7. 抗休克疗法

在急腹症中，以感染中毒性休克及出血性休克为多见，应积极治疗，抢救病人生命。要根据病情，采用抗感染、止血、血管活性药物及肾上腺皮质激素，纠正酸中毒、失血及水、电解质的平衡失调。

（四）手术疗法

是急腹症重要的治疗方法，主要包括：

1. 病灶切除

如阑尾切除、坏死肠段切除、胃大部分切除、胆囊切除等。

2. 修补病变

如肠穿孔修补术、嵌顿疝的修补术等。

3. 减压造瘘

如胆囊造瘘、胆总管T管引流、胃造瘘、肠造瘘等。

4. 腹腔引流

在腹腔放置各种不同的引流管引出腹腔积液、积血或脓液，消除腹腔内炎症，有利于胃肠功能恢复，常用于腹膜炎、胃肠穿孔、腹腔脓肿等。

（五）中医治法

中医学是通过辨证来了解急腹症的病因、病位、性质，并以此为依据制定出治疗法则。给药方式可采用中药内服或从胃管注入、中药外敷、中药保留灌肠等方法。常用主要的治法有：

1. 通里攻下法

通里攻下法具有调整和加强消化器官的功能、抑菌抗炎、促进炎症消退及改善血液循环等多方面的药理作用，广泛地应用于炎症性、梗阻性及血运障碍性外科急腹症。具有荡涤肠胃、攻实祛瘀、泻热逐邪的多种作用，凡寒热、痰饮、瘀血、宿食等邪实郁滞六腑者皆可应用。本法体现了“六腑以通为用”的理论，是治疗外科急腹症的重要治法。通里攻下法主要可分为寒下法、温下法、润下法、逐水法。

（1）寒下法：代表方为大承气汤。因为急腹症多属实证、热证，故临床上大多采用寒下法，其中以大黄应用最广。

（2）温下法：代表方为三物备急丸。适用于寒证的腑气郁闭者，如无热象的肠麻痹，腹腔结核引起的不全性肠梗阻，无并发症的胆道蛔虫症、胆绞痛等。

（3）润下法：代表方为麻子仁丸。适用于肠燥津乏、气血虚弱的腑气涩滞者。

（4）逐水法：代表方为大陷胸汤、甘遂通结汤等。通过逐水而达到攻下目的，其中以甘遂为最常用。

2. 清热解毒法

热是致病因素不能排解，郁久而蕴生，也是急腹症病程发展的必经阶段，热盛才能肉腐，肉腐方能成脓。致病因素或病理产物对机体的损害称为毒。热可生毒，毒又可使热加重。急腹症在病因的权重与疾病阶段的性质归属上都与热关系密切，故清热解毒法也是急腹症的重要治则。清热解毒法临床上可分为泻火解毒、清营凉血及燥湿清热。

（1）泻火解毒：代表方为黄连解毒汤、五味消毒饮。

（2）清营凉血：代表方为犀角地黄汤、清营汤。

（3）燥湿清热：代表方为龙胆泻肝汤。

3. 活血化瘀法

急腹症的病理过程中，脏腑气滞是急腹症的主要病机，如气滞不通导致严重的血瘀，瘀久就会向热、脓发展。“瘀”也是急腹症发展过程中的重要环节。血瘀可能导致“瘀血作痛”、“瘀聚成块”的证候。活血化瘀是针对血瘀而设的治则。活血祛瘀法临床上可分为行气活血、清热消瘀与破血消瘀。

（1）行气活血：代表方为金铃子散加味。适用于急腹症早期功能性疾患，如肝、胆道疾患或肝功异常等病变。

（2）清热消瘀：代表方为黄连解毒汤合桃红四物汤。适用于出血性倾向、多脏器功能损害、感染性休克等病变。

（3）破血消瘀：代表方为大黄䗪虫丸。适用于孤立性肿块和多发性硬结等病变。

准确及时地应用活血化瘀法是治疗外科急腹症中重症、难症的关键，也可能是降低复发率的重要环节。因此活血化瘀法是急腹症治法研究中的热点问题。

4. 理气开郁法

“气郁”是急腹症的常见病因或病理，理气开郁法是针对气郁而采取的治疗方法。在急腹症治疗中，理气开郁法有广泛的应用范围，如疏肝理气、降逆止呕等都属此类。常用药味有莱菔子、枳实、厚朴、木香、乌药、川楝子、半夏等。代表方剂有四逆散、金铃子散、半夏厚朴汤、旋覆代赭汤、肠粘连松解汤等。

5. 补气养血法

适用于急腹症后期的脾胃虚弱、气血两虚证。常用方药有参苓白术散、补中益气汤、八珍汤等。

细目二　急性腹膜炎

要点一　临床表现

因病因不同，腹膜炎可突然发生或渐渐出现，有的可先出现原发病的征象，以后才逐渐出现腹膜炎表现。

（一）症状

1. 腹痛

为最常见、最主要的症状。疼痛呈持续性，疼痛程度随病因、炎症程度、年龄和患者体质等因素而轻重不同。一般都较剧烈，常不能忍受。因深呼吸、转动身体而加剧，疼痛的范围多自原发病变部位开始，进而延及全腹或局限于一定范围，但疼痛最明显的区域常为原发病灶所在部位。

2. 呕吐

较早出现的症状。初期多是腹膜受刺激引起的反射性呕吐，呕出物为胃内容物；后期多因麻痹性肠梗阻而呕出黄绿色的胆汁，甚至为棕褐色粪样内容物，且呕吐更频繁而量多。

3. 发热与感染中毒

由腹腔脏器炎症扩散所致者（如急性阑尾炎或胆囊炎），体温原已升高，腹膜炎发生后则更高；因腹内脏器穿孔所致者（如溃疡病穿孔等），开始时体温正常，以后即渐渐升高。正常情况下，脉搏随体温升高而加快，如脉搏增快而体温反而下降，多为病情恶化的征象。

（二）体征

1. 全身状况

病人多呈急性病容，表情痛苦，焦虑，多喜蜷曲或平卧位。重症后期则出现面色萎黄、眼窝凹陷、口干唇燥、四肢湿冷、呼吸急促、脉细数、血压下降等重度脱水、代谢性酸中毒及中毒性休克的表现。

2. 舌苔、脉象

早期舌苔薄白，随着病情发展，热盛伤津则舌红绛、苔黄燥；湿热瘀阻则舌黯红、苔黄腻；热毒炽盛则舌绛紫。脉象早期弦数，热毒炽盛则脉洪数或滑数；晚期热极伤阴，阴伤阳脱则脉沉细而弱。

3. 腹部体征

（1）视诊：早期腹式呼吸减弱或消失；后期出现明显腹胀。腹胀加重是病情发展的一项重要标志。

（2）触诊：腹部压痛、反跳痛及肌紧张是腹膜炎最重要的体征，称腹膜刺激征，可呈局限性，也可遍及全腹，但以原发病灶部位最为明显。腹肌紧张的程度因病因、个体情况及发病时间不同而异。上消化道溃疡穿孔因胃酸、胆汁刺激引起的化学性腹膜炎会导致强烈的腹肌紧张，呈现“板状腹”；幼儿、老人和极度虚弱者腹肌紧张常不明显。

（3）叩诊：由于胃肠道内胀气，全腹叩诊呈鼓音；胃肠道穿孔后如有大量的气体进入腹腔，肝浊音界可缩小或消失；腹腔内积液及血液较多时，可有移动性浊音；局限性明显叩击痛的存在常提示原发病灶所在部位。

（4）听诊：肠鸣音多减弱或消失。

4. 直肠指检

直肠前窝有触痛、饱满或波动感，为盆腔感染或脓肿形成的征象。

要点二　诊断

根据持续性腹痛，腹部明显的压痛、反跳痛、肌紧张等腹膜刺激征以及肠鸣音的减弱或消失，白细胞计数及中性粒细胞比例增高，必要时借助诊断性腹腔穿刺和腹部 X 线等检查，急性腹膜炎的诊断一般不困难。

但在诊断中要区别是局限性或弥漫性腹膜炎，是继发性或原发性腹膜炎，明确其原发病，才能进行有针对性的治疗。常见的继发性腹膜炎的早期诊断和及时的中西医结合治疗对于提高治疗效果有重要的意义。对于部分短期未能作出明确诊断的病人，应在积极的非手术治疗下密切观察其症状、体征及各种检查的动态变化，争取尽早明确诊断。但对病因实在难以肯定，腹膜刺激征明显，无局限趋势，且有明确手术探查指征的病人，则应及早施行剖腹探查，以免贻误治疗时机。此外，还应及时了解有无腹膜炎各种常见并发症的发生，以便及时治疗。

要点三　鉴别诊断

1. 内科疾病

有不少内科疾病具有与腹膜炎相似的临床表现。大叶性肺炎、胸膜炎、心绞痛等都可引起反射性腹痛和上腹腹肌紧张，通过追问疼痛的情况，细致地检查胸部体征，且又无明确腹部体征，再借助心电图及胸部 X 线检查即可鉴别。急性胃肠炎、痢疾、急性肾盂肾炎、糖尿病酮症酸中毒等常有急性腹痛伴恶心呕吐等症状，但均无腹膜刺激征，不难做出鉴别。

2. 急性肠梗阻

多数急性肠梗阻初期具有典型的“痛、胀、呕、闭”的临床表现及肠鸣音亢进，无固定压痛点与肌紧张等特征，易与腹膜炎鉴别。但如梗阻不解除，疼痛从间歇性发展成持续性；无发热或低热发展成高热；肠鸣音亢进或有气过水声发展成肠鸣音消失，腹胀渐加重，全腹出现压痛、反跳痛、腹肌紧张，应考虑为绞窄性肠梗阻所致。可通过腹腔诊断性穿刺和腹部 X 线检查予以区别，必要时做剖腹探查进行明确诊断。

3. 化脓性阑尾炎穿孔

有急性阑尾炎的病史，腹痛呈持续性且逐渐加重，以右下腹为主的腹痛突然范围扩大，甚至波及全腹，伴有反跳痛、肌紧张，体温持续性升高，白细胞增高。盆腔阑尾炎可经直肠指检触及右前腹壁处有明显触痛，腹腔穿刺有脓液。

4. 胃十二指肠溃疡穿孔

常有溃疡病病史，突然发生上腹部刀割样疼痛，以上腹部为主的全腹腹肌紧张，呈“板状腹”，反跳痛明显。腹部 X 线检查常可见膈下游离气体，诊断并不困难。

5. 急性胆道感染、胆石病

既往多有反复发作的腹痛史，腹痛以右上腹为主，向右肩部放射，可出现腹痛、寒

战、高热、黄疸并存的夏科综合征。腹膜刺激征可累及全腹，但以右上腹为最明显，胆囊肿大时可触及胆囊，莫菲征阳性。肝、胆、胰 B 超可有助于确诊。

6. 宫外孕破裂

多有明显停经史，常有下腹剧烈疼痛，阴道流血，有明显内出血表现，甚至出现休克。腹膜刺激征以下腹部为主，血色素下降，尿妊娠试验阳性，腹部或阴道后穹隆穿刺可抽出不凝固的血液。

要点四　治疗

急性腹膜炎的治疗取决于引起腹膜炎的原因与性质，要结合病人的具体情况选择治疗方法。其目的是要消除引起腹膜炎的病因，控制腹腔感染。

（一）非手术治疗

1. 适应证

（1）急性腹膜炎有局限化趋势或已形成局限性腹腔脓肿者。

（2）某些腹膜炎病因明确，腹胀不明显，腹腔内积液少，一般情况好，全身中毒症状轻，无休克表现者。

（3）原发性腹膜炎或大多数盆腔器官感染所致的腹膜炎。

2. 方法

（1）半卧体位：病人无休克时，宜取半卧位，使腹内渗出液下流到盆腔，利于局限及引流，减轻毒素吸收，并可减轻因腹胀压迫而引起的呼吸和循环障碍。

（2）禁食、胃肠减压：可减少胃肠内容物外溢，减轻胃肠积气，有利于炎症的局限和吸收，促进穿孔的闭合及胃肠道功能的恢复。

（3）输液、输血：由于禁食，腹腔大量渗液及胃肠减压抽出大量消化道液体，应及时酌情补充足够的液体及电解质，纠正水、电解质和酸碱平衡的失调；严重感染、失血等病情危重的病人应补充血容量，纠正贫血和低蛋白血症；补充热量和营养，以提高机体抗病能力，防止休克。

（4）休克的防治：要密切观察病人的意识状态、皮肤颜色和温度、脉搏、血压、呼吸、中心静脉压及血气分析等变化，详细记录尿量。一旦发生休克，在针对病因进行治疗的同时，应迅速采用补充血容量、纠正酸中毒、酌情应用血管收缩剂或扩张剂，保护重要器官的功能等积极的抗休克措施，并合理地使用肾上腺皮质激素，高热不退者应考虑使用人工冬眠疗法。

（5）抗生素治疗：根据腹膜炎和中毒症状的严重程度，以及病原菌的不同，必要时参考细菌培养和药物敏感试验的结果，选用有效的抗生素药物以控制感染。急性腹膜炎常为混合性感染，临床上多采用 2 种抗生素联合应用。

（二）手术疗法

对于病情严重或经非手术疗法无效的急性腹膜炎病人，常采用以手术为主的综合治疗。

1. 适应证

（1）腹腔内严重病变所致的腹膜炎，中毒症状严重，甚至有休克表现，如坏疽性穿孔性阑尾炎、胆囊炎穿孔、消化道溃疡穿孔、重症胰腺炎、外伤性内脏破裂、术后吻合口瘘等。

（2）病情严重，一时难以查明原因的弥漫性腹膜炎，且腹膜刺激征明显或腹腔穿刺有阳性所见者。

（3）弥漫性腹膜炎经 8 ~ 12 小时非手术疗法，病情不见好转或加重者。

2. 方法

（1）处理原发病灶：手术的重要目的在于切除病灶或缝闭穿孔，如切除坏疽的阑尾、胆囊和坏死的肠段等。胃十二指肠溃疡穿孔则应根据病情施行胃大部分切除或单纯穿孔修补术。

（2）腹腔引流：坏死器官未能切除（如重症胰腺炎），或有较多坏死组织无法清除，腹腔内有继续渗血、渗液或有吻合口瘘发生的可能，以及局限性脓肿形成者，应在适当的位置放置单管或多管引流，可酌情选用烟卷引流或乳胶管等引流，必要时放 2 条以上引流管，并做腹腔灌洗。

（3）清理腹腔：腹腔内的脓液、渗液、食物残渣、粪便、异物等应该清除干净。

（三）中医治疗

1. 内治

（1）气血骤闭证

证候：骤然剧烈腹痛，有如刀割，迅速累及全腹；全腹压痛，反跳痛明显，拒按，腹硬如板，肝浊音界缩小或消失；伴恶心呕吐，大便秘结，小便短少；舌质淡红，苔薄白，脉弦细数。

治法：活血祛瘀，行气止痛。

方药：血府逐瘀汤加减。

（2）胃肠实热证

证候：持续性腹部剧痛，腹胀拒按，局部或全腹压痛，反跳痛，腹肌紧张明显，肠鸣音减弱或消失，伴发热、恶寒、恶心呕吐、胸腹满闷、大便秘结、小便黄赤；舌质红或绛，苔黄腻或黄燥，脉洪数。

治法：通里攻下，泻火解毒。

方药：大承气汤加减。

（3）厥脱证

证候：腹部膨胀，全腹压痛，反跳痛，腹肌紧张明显，精神委靡或神昏谵语，手足不温，甚至四肢厥冷，呼吸浅促，或见斑疹衄血、呕血、便血、小便不利，甚至无尿；舌质光敛红绛，苔黄干而厚，脉沉细疾数或伏微欲绝。

治法：清营解毒，泄热养阴。

方药：清瘟败毒饮合清营汤加减。

2. 针灸治疗

具有缓急止痛、行气消胀、促进胃肠蠕动、增强腹膜的修复及消炎能力、促使穿孔脏

器的闭合等作用。常用的穴位有：足三里、中脘、梁门、内关、曲池、胃俞、胆俞等，应根据病情进行辨证取穴。

细目三　急性阑尾炎

要点一　西医病因病理

（一）病因

急性阑尾炎的发病过程往往是复杂的，其发病有三种学说：

1. 阑尾腔梗阻学说

该机制在阑尾炎的发病机理中占重要地位。阑尾管腔细长，开口狭小，因种种原因极易造成阑尾腔的梗阻。常见的原因有：淋巴滤泡增生压迫；粪石与粪块；阑尾扭曲；管腔狭窄；寄生虫及虫卵堵塞管腔。一旦梗阻，腔内压力增高，血运障碍，有利于细菌的繁殖及炎症的发生，导致阑尾炎。手术发现，在化脓和坏疽性阑尾炎中，80% ~90% 以上可发现阑尾腔梗阻。

2. 细菌感染学说

阑尾炎的病理改变为细菌感染性炎症，致病菌多为各种革兰阴性杆菌和厌氧菌。当机体抵抗能力低下，阑尾腔内的细菌直接侵入损伤黏膜或细菌经血循到达阑尾而产生炎症。

3. 神经反射学说

该学说认为阑尾炎的发病和神经系统的活动有着密切的关系。神经调节失调导致消化道功能障碍，包括运动机能障碍和血液供应障碍，可使管腔梗阻加重，组织抵抗力减弱，给细菌感染创造条件。

上述三种因素在急性阑尾炎的发病过程中可相继出现，且互相影响，互为因果。

（二）病理

急性阑尾炎在不同的发展阶段可出现不同的病理变化，可归纳为四种临床类型：

1. 急性单纯性阑尾炎

炎症局限于阑尾黏膜及黏膜下层，逐渐扩展至肌层、浆膜层。阑尾轻度肿胀，浆膜充血，有少量纤维素性渗出物。阑尾壁各层均有水肿和中性粒细胞浸润，黏膜上有小溃疡形成。

2. 化脓性阑尾炎

炎症发展到阑尾壁全层，阑尾显著肿胀，浆膜充血严重，附着纤维素渗出物，并与周围组织或大网膜粘连，腹腔内有脓性渗出物。此时阑尾壁各层均有大量中性粒细胞浸润，壁内形成脓肿，黏膜坏死脱落或形成溃疡，腔内充满脓液。此型亦称蜂窝组织炎性阑尾炎。

3. 坏疽或穿孔性阑尾炎

病程进一步发展，阑尾壁出现全层坏死，变薄而失去组织弹性，局部呈暗紫色或黑

色，可局限在一部分或累及整个阑尾，极易破溃穿孔，阑尾腔内脓液黑褐色而带有明显臭味，阑尾周围有脓性渗出。穿孔后感染扩散可引起弥漫性腹膜炎或门静脉炎、败血症等。

4. 阑尾周围脓肿

化脓或坏疽的阑尾被大网膜或周围肠管粘连包裹，脓液局限于右下腹而形成阑尾周围脓肿或炎性肿块。

以上各型阑尾炎如能得到及时治疗，阑尾炎能在不同阶段上得到控制，趋向好转或痊愈。根据炎症的程度和范围不同，大致有如下转归：轻者痊愈后阑尾可不留解剖上的改变；重者阑尾病理程度变化较大，痊愈后可遗留无腔阑尾和阑尾被完全破坏吸收而自截；部分病人急性炎症消退后，可因阑尾腔狭窄、部分梗阻，或阑尾周围粘连、扭曲而管腔引流不畅，成为再发的基础。

要点二　中医病因病机

1. 饮食不节

由于暴饮暴食，嗜食膏粱厚味，或恣食生冷，致脾胃功能受损，导致肠道功能失调，传导失司，糟粕积滞，生湿生热，遂致气血瘀滞，积于肠道而成痈。

2. 寒温不适

由于外感六淫之邪，外邪侵入肠中，导致经络阻塞，气血凝滞，郁久化热而成。

3. 情志不畅

由于郁闷不舒，致肝气郁结，气机不畅，肠道传化失职，易生食积，痰凝瘀积壅塞而发病。

4. 暴急奔走或跌仆损伤

由于劳累过度，或饱食后暴急奔走、跌仆损伤，致气血违常，败血浊气壅遏肠中而成痈。

要点三　临床表现

（一）主要症状

1. 转移性右下腹疼痛

约有 70% ~80% 的急性阑尾炎病人具有这种典型的腹痛，腹痛多起始于上腹部或脐周围，呈阵发性疼痛并逐渐加重，数小时甚至 1 ~2 天后疼痛转移至右下腹部。这种特点主要是由于早期炎症只侵犯阑尾黏膜及黏膜下层，刺激内脏神经而反射性引起脐上或脐周疼痛。当炎症波及阑尾浆膜时，刺激体神经所支配的壁层腹膜而出现定位痛，引起阑尾所在的右下腹呈持续性疼痛，可阵发性加剧并逐渐加重。

腹痛的性质和程度与阑尾炎病理类型有一定的关系。单纯性阑尾炎多呈隐痛或钝痛，程度较轻；梗阻化脓性阑尾炎一般为阵发性剧痛或胀痛；坏疽性阑尾炎开始多为持续性跳痛，程度较重，而当阑尾坏疽后即变为持续性剧痛。

2. 胃肠道症状

发病初期常伴有恶心、呕吐，呕吐物多为食物，并多数伴有便秘、食欲减退。盆腔位

阑尾炎刺激直肠可有腹泻和里急后重感。弥漫性腹膜炎时可出现麻痹性腹胀。

3. 全身症状

早期一般并不明显，体温正常或轻度升高，可有头晕、头痛、乏力、汗出、口干、尿黄、脉数等症状。当体温升高至38℃～39℃，应注意到阑尾有化脓、坏疽穿孔的可能性。少数坏疽性阑尾炎或导致门静脉炎时，可有寒战高热，体温高达40℃以上。

（二）主要体征

1. 压痛

右下腹局限性显著压痛是阑尾炎最重要的特征。压痛点通常在麦氏点，但可随阑尾位置和阑尾尖端的部位而改变，即使在早期，疼痛尚在反射痛阶段，阑尾处也可有局限性压痛。炎症逐渐加重，压痛范围也随之扩大。

2. 反跳痛

为炎症波及壁层腹膜时的表现，在化脓性阑尾炎时即可出现，随炎症的加剧而加重。将手指放在右下腹阑尾部位或腹部其他象限，并逐渐缓慢地压迫至深部，然后迅速抬手放松，若患者感到该区腹内剧痛为阳性。

3. 腹肌紧张

腹膜壁层受到刺激后可出现防御性腹肌紧张，其程度及范围大小是区别各型阑尾炎的重要依据。急性单纯性阑尾炎多无腹肌紧张，轻型化脓性阑尾炎可有轻度腹肌紧张，严重化脓、坏疽穿孔性阑尾炎腹肌紧张显著。但需注意，衰竭病人、老人、小儿、孕妇、肥胖及盲肠后位阑尾炎时，腹肌紧张可不明显；对触觉敏感的病人往往容易出现假性腹肌紧张，临床上需反复做细致轻柔的检查，方能作出准确的判断。

4. 右下腹包块

若阑尾周围脓肿形成，右下腹可扪及痛性包块，边界不清且固定。

5. 下列检查方法可协助阑尾炎的定性、定位诊断

（1）结肠充气试验：一手按压左下腹降结肠，另一手沿结肠逆行挤压，如出现右下腹疼痛为阳性，可提示阑尾炎的存在。

（2）腰大肌试验：患者左侧卧位，医生用左手扶住患者右髋部，右手将右下肢向后过伸，引起右下腹疼痛者为阳性，提示炎性阑尾贴近腰大肌，多见于盲肠后位阑尾炎。

（3）闭孔内肌试验：患者平卧，将右髋和右膝屈曲90°，并内旋髋关节，以拉紧右侧闭孔内肌，如右下腹疼痛者为阳性，提示炎性阑尾位置较低，贴近闭孔内肌，为盆腔位阑尾炎。

（4）直肠指诊：直肠右侧前上方有触痛，提示炎性阑尾位置较低。如有灼热、压痛、饱满或波动感，提示有盆腔脓肿。

（5）经穴触诊：在急性阑尾炎的病人中，约60%～80%会出现足三里与上巨虚穴之间的阑尾穴有压痛，尤以右侧明显而多见。

要点四　诊断

根据转移性右下腹疼痛的病史和右下腹局限性压痛的典型阑尾炎的特点，一般即可作

出诊断。但症状不典型的阑尾炎或异位阑尾炎的诊断则有一定的困难，应根据详细的病史和仔细的体检，辅以化验及特殊检查，全面分析，才能提高阑尾炎的诊断率。

要点五　鉴别诊断

需与急性阑尾炎相鉴别的疾病主要有：

1. 胃十二指肠溃疡穿孔

多有上消化道溃疡病史，突然出现上腹部剧烈疼痛并迅速波及全腹。部分病人穿孔后，胃肠液可沿升结肠旁沟流至右下腹，出现类似急性阑尾炎的转移性右下腹痛，但腹膜刺激征明显，多有肝浊音界消失，肠鸣音消失，可出现休克，X 线检查常可发现膈下游离气体。必要时可行诊断性腹腔穿刺加以鉴别。

2. 急性胃肠炎

多有饮食不洁史，可出现与急性阑尾炎相似的表现，但腹部压痛部位不固定，肠鸣音亢进，一般无腹膜刺激征，大便检查可有脓细胞及未消化食物。

3. 急性肠系膜淋巴结炎

腹痛常与上呼吸道感染并发，或腹痛前有头痛、发热、咽痛或其他部位淋巴结肿痛病史，早期即可有高热、白细胞数增高，但腹痛、压痛相对较轻且较广泛，部位较阑尾点为高且接近内侧，在肠系膜区域内有时可触及肿大淋巴结。

4. 右肺下叶大叶性肺炎或右侧胸膜炎

早期可引起右下腹反射性疼痛，甚至出现右下腹压痛和肌紧张，体温升高，但常有右侧胸痛及呼吸道症状，腹部无固定性显著压痛点。胸部听诊可闻及音、摩擦音、呼吸音减弱等阳性体征。胸部 X 线检查有鉴别意义。

5. 急性胆囊炎、胆石病

右上腹持续性疼痛，阵发性加剧，可伴有右肩部放射痛，腹膜刺激征以右上腹为甚，墨菲（Murphy）征阳性，部分病人可出现黄疸。当发生高位阑尾炎时，腹痛位置较高，或胆囊位置较低位，腹痛点比正常降低时，应注意鉴别。必要时可借助超声波和 X 线等检查。

6. 右侧输尿管结石

常突然出现剧烈绞痛，向会阴部及大腿内侧放射，但腹部体征不明显，有肾区叩击痛，可伴有尿频、尿急、尿痛或肉眼血尿等症状，一般无发热。X 线摄片常可发现阳性结石。

7. 妇产科疾病

（1）宫外孕破裂：常有急性失血症状和下腹疼痛症状，有停经史，妇科检查阴道内有血液，阴道后穹隆穿刺有血等。

（2）急性附件炎：腹部检查时压痛部位以下腹两侧为主，并有白带增多，或阴道有脓性分泌物，分泌物涂片检查可见革兰阴性双球菌。盆腔 B 超、阴道检查或肛门指诊有助于诊断。

（3）卵巢滤泡或黄体破裂和出血：卵巢滤泡破裂多在两次月经的中期；黄体破裂多在

月经中期以后下次月经前 14 天以内。临床表现与宫外孕相似，必要时行腹腔或阴道后穹隆穿刺。

要点六　治疗

急性阑尾炎的治疗一般可分为手术疗法和非手术疗法两类。原则上应强调以手术治疗为主，但对于急性单纯性阑尾炎或右下腹出现包块即阑尾周围脓肿者，采用中药治疗效果较好。六腑以通为用，通腑泻热是治疗肠痈的大法，清热解毒、活血化瘀法的及早应用可以缩短疗程。

（一）西医治疗

对诊断明确的急性阑尾炎，一般主张尽早采用手术疗法，尤其是老年人、小儿、妊娠期急性阑尾炎。其主要方法是阑尾切除术。对腹腔渗液严重，或腹腔已有脓液的急性化脓性或坏疽性阑尾炎，应同时行腹腔引流；对阑尾周围脓肿，如有扩散趋势，可行脓肿切开引流。近年来对急性单纯性阑尾炎和慢性阑尾炎开展了经腹腔镜阑尾切除术。

对较大和脓液多的阑尾周围脓肿，除药物治疗外，可进行脓肿穿刺抽脓，或在合适的位置放入引流管，以减少脓肿的张力，改善血循环，并能进行冲洗或局部应用抗生素，利于脓肿的吸收消散。应用超声波或 CT 可以准确地选择穿刺点。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）瘀滞证

证候：转移性右下腹痛，呈持续性、进行性加剧，右下腹局限性压痛或拒按；伴恶心纳差，可有轻度发热；苔白腻，脉弦滑或弦紧。

治法：行气活血，通腑泻热。

方药：大黄牡丹汤合红藤煎剂加减。气滞重者加青皮、枳实、厚朴；瘀血重者加丹参、赤芍；恶心加法夏、竹茹。

（2）湿热证

证候：腹痛加剧，右下腹或全腹压痛、反跳痛，腹皮挛急，右下腹可摸及包块；壮热，恶心纳差，便秘或腹泻；舌红苔黄腻，脉弦数或滑数。

治法：通腑泻热，利湿解毒。

方药：大黄牡丹汤合红藤煎剂加败酱草、白花蛇舌草、蒲公英。湿重者加藿香、佩兰、苡仁；热甚者加黄连、黄芩、生石膏；右下腹包块加炮山甲、皂刺。

（3）热毒证

证候：腹痛剧烈，全腹压痛、反跳痛，腹皮挛急；高热不退或恶寒发热，恶心纳差，便秘或腹泻；舌红绛苔黄厚，脉洪数或细数。

治法：通腑排毒，养阴清热。

方药：大黄牡丹汤合透脓散加减。若持续性高热或寒热往来，热在气分者加白虎汤，热在血分者加犀角地黄汤；腹胀加青皮、厚朴；腹痛剧烈者加元胡、广木香；口干舌燥加生地、玄参、天花粉；大便秘结加甘遂末 1g，冲服。

2. 外敷药物

常用双柏散（大黄、侧柏叶各 2 份，黄柏、泽兰、薄荷各 1 份，研成细末），以水蜜调成糊状热敷右下腹，每日 1 次。或用消炎散（芙蓉叶、大黄、黄芩、黄连、黄柏、泽兰叶、冰片，共研细末），以黄酒或 75% 酒精调成糊状，按照炎症范围大小敷于患处，每日 2 次。

3. 针刺

取足三里、上巨虚、阑尾穴，配合右下腹压痛最明显处的阿是穴，每日 2 次，强刺激，每次留针 30 ~ 60 分钟。加用电针可提高疗效。

4. 中药灌肠

采用通里攻下、清热化瘀的中草药煎剂 200ml 或通腑泻热灌肠合剂（大黄、龙胆草、山栀子、芒硝、莱菔子、忍冬藤、虎杖）250ml 做保留灌肠，每日 2 次。能充分发挥中药的局部和整体的治疗作用，抗炎消肿，并能促进肠蠕动，预防肠粘连和并发症的发生。

细目四　肠梗阻

要点一　西医病因病理

（一）局部病理生理改变

1. 肠蠕动变化

机械性肠梗阻表现为梗阻上段肠管的蠕动增强，这是机体企图克服通过障碍的一种抗病反应。麻痹性肠梗阻则肠蠕动减弱或消失。

2. 肠腔膨胀、积气积液

肠腔内的气体 70% 是咽下的，30% 则由血液弥散至肠腔内和肠腔内细菌发酵所产生。液体来源于胃、肠、胆、胰所分泌的消化液和饮入的液体。梗阻进一步发展，这些气体、液体不能顺利通过肠道，以及肠黏膜吸收功能障碍，造成梗阻上段肠管大量积液和积气，肠管随之逐渐扩张，肠壁变薄，梗阻以下肠管则塌陷空虚。

3. 肠壁充血水肿、通透性增加

若梗阻进一步发展，肠内压力逐渐增高，压迫肠壁血管，致肠壁静脉回流受阻，引起肠壁充血水肿。由于血运障碍，肠壁通透性增高，肠壁出现小出血点，并有血性渗出液渗入肠腔和腹腔。

4. 肠壁坏死穿孔

当出现动脉血运受阻，血栓形成，肠管可发生缺血坏死、溃破及穿孔。

（二）全身病理生理改变

1. 体液丧失

是肠梗阻很主要的病理生理改变。正常胃肠道每天的分泌液约 8000ml，绝大部分被肠

道再吸收回到全身循环系统。肠梗阻时由于不能进食且频繁呕吐，大量的液体潴留在肠腔，以及肠壁静脉回流受阻使肠壁水肿和血浆渗出于肠腔或腹腔内，同时正常的再吸收功能丧失，可迅速导致严重缺水、血容量减少和血液浓缩，甚至出现休克。

2. 电解质紊乱和酸碱平衡失调

液体大量丢失的同时，也带来大量电解质的丢失和酸碱平衡失调。其变化可因梗阻部位的不同而有区别。一般低位的小肠梗阻丧失的液体多为碱性或中性，钠、钾离子的丢失较氯离子为多，在低血容量和缺氧情况下酸性代谢产物增加，加之缺水、少尿，可引起严重的代谢性酸中毒。大量的钾离子丢失可加重肠麻痹，并可引起肌无力、心律紊乱等。

3. 感染和中毒

梗阻肠腔内的细菌数量明显增加，并产生多种毒素，通过变薄或坏死穿孔的肠壁渗入腹腔引起严重的腹膜炎，导致全身感染中毒，甚至因休克及重要器官功能衰竭而死亡。

要点二　中医病因病机

本病多因饮食不节、寒邪凝滞、热邪郁闭、气血瘀阻、燥屎内结等多种因素导致肠道通降功能失常，肠腑传化障碍，食下之水谷精微不升，浊气不降而积于肠内，引起肠梗阻。

1. 饮食不节

由于暴饮暴食，嗜食膏粱厚味，或过食油腻，致湿邪食滞交阻，使肠道气机失其疏利，通降功能失常，壅滞上逆而引起。

2. 寒邪凝滞

寒邪凝滞肠间，血不得散，导致肠管气血痞结，通降功能失常，壅滞上逆。

3. 热邪郁闭

由于外邪侵入肠中，导致经络阻塞，气血凝滞，瘀积日久，化热化火，热邪郁闭肠腑，或肠腑瘀久化热，伤阴损阳而致。

4. 气血瘀阻

气血运行于周身，循环全身而不息，若情志不畅，郁怒伤肝，气机逆乱致脏腑功能失调，络脉瘀滞而成。

5. 燥屎内结

过食辛辣厚味致肠胃积热或热性病后余热留恋，津液不足致肠道燥热，或病后、产后及年老体弱，气血亏虚，气虚则大肠传导无力，血虚则津枯不能润肠，因而大肠干枯，燥屎内结，致肠腑气血痞结，肠腑传化障碍，食下之水谷精微不升，浊气不降，积于肠内而成。

6. 蛔虫聚团

由于蛔虫堵塞肠道，引起肠腑通过障碍，气机逆乱而成。

总之，本病的病机演变可有痞结－瘀结－疽结三个阶段。病之初为肠腑气机不利，滞塞不通，痰饮水停，呈现痛、吐、胀、闭四大症状；病变进展，肠腑瘀血阻滞，痛有定

处，胀无休止，甚至瘀积成块或血不归经而致呕血、便血；进一步发展则气滞血瘀，郁久而化热生火，热与瘀血瘀积不散，热甚肠坏，血肉腐败，热毒炽盛，邪实正虚，正不克邪而产生亡阴亡阳之厥证。

要点三　临床表现

（一）症状

痛、呕、胀、闭是各类肠梗阻共同的四大症状。

1. 腹痛

单纯性机械性肠梗阻一般呈阵发性剧烈腹痛，这是由于梗阻以上部位的肠管强烈蠕动所致。这类疼痛的特点是：

（1）每次疼痛发作均由轻到重，之后逐渐减轻或消失，间歇一段时间后再度发作；

（2）腹痛发作时可感到有气体下降到某一部位时突然停止，此时腹痛最为剧烈，如果有气体通过，则腹痛立即减轻或消失；

（3）腹痛发作时可出现肠型或肠蠕动波形，病人自觉似有包块移动；

（4）腹痛时可听到肠鸣音亢进、气过水声或金属音。

绞窄性肠梗阻往往出现剧烈的持续性腹痛伴有阵发性加重；麻痹性肠梗阻多呈持续性胀痛。

2. 呕吐

在肠梗阻早期即可出现反射性呕吐，此后，呕吐随梗阻部位的高低而有所不同。高位肠梗阻呕吐出现早而频，呕吐物为食物、胃液、胆汁、胰液等；低位肠梗阻时呕吐出现晚而少，吐出物为带臭味的粪样物；结肠梗阻时呕吐到晚期才出现。如为绞窄性肠梗阻，呕吐物呈棕色或血性；麻痹性肠梗阻时，呕吐多呈溢出性。

3. 腹胀

其程度与梗阻部位有关。高位肠梗阻腹胀不明显；低位肠梗阻及麻痹性肠梗阻则全腹膨胀。因肠扭转或腹内疝等引起的闭袢性梗阻时，腹胀常不对称。

4. 停止排气排便

完全性梗阻发生后，排气排便即停止。少数病人由于梗阻以下肠管尚有残存粪便或气体，仍可在发病早期排出，不能因此而排除肠梗阻的诊断。不完全性肠梗阻可有少量的排气排便，但梗阻症状不能缓解。结肠癌梗阻或某些绞窄性肠梗阻可排出少量的黏液血便。

（二）体征

1. 全身情况

单纯性肠梗阻的早期一般无明显变化。梗阻晚期有脱水表现，出现唇干舌燥、全身虚弱乏力、眼窝内陷、皮肤弹性消失、尿少。严重脱水或绞窄性肠梗阻可出现休克表现。

2. 腹部体征

（1）望诊：腹部膨胀，高位梗阻多在上腹部；低位小肠梗阻多在中腹部。麻痹性肠梗

阻多呈全腹均匀膨胀；闭袢性肠梗阻可出现不对称膨胀。机械性肠梗阻多可见肠型及肠蠕动波。同时应常规检查腹股沟部有无肿物，排除腹外疝引起的肠梗阻。

（2）触诊：单纯性肠梗阻可有不定位的轻压痛；绞窄性肠梗阻则出现压痛、反跳痛、肌紧张等腹膜刺激征。肠套叠和蛔虫团梗阻时，常可触及腊肠样或条索状肿物；肠扭转或腹外疝嵌顿引起梗阻时，可触及痛性包块；癌肿引起梗阻时常可触及质硬而不平滑的肿块。

（3）叩诊：肠胀气时一般呈鼓音，当绞窄性肠梗阻时腹腔有渗液，可出现移动性浊音。

（4）听诊：肠鸣音亢进，呈高调金属音或气过水声；麻痹性肠梗阻时，则肠鸣音减弱或消失。

3. 直肠指检

应作为常规检查，不能忽视。直肠肿瘤引起肠梗阻时，可触及直肠内肿物；肠套叠、绞窄性肠梗阻时，指套可染有血迹。

要点四　诊断

典型的肠梗阻具有痛、呕、胀、闭四大症状，腹部可见肠型及肠蠕动波，肠鸣音亢进，可出现全身脱水等体征；结合腹部 X 线检查，明确诊断并不困难。但有时并不完全具有这些典型表现，如某些绞窄性肠梗阻的早期，易与急性坏死性胰腺炎、输尿管结石、卵巢囊肿蒂扭转等疾病混淆，临床上应予以注意。

要点五　鉴别诊断

（一）机械性与动力性肠梗阻的鉴别

机械性肠梗阻具有上述典型的症状及体征，早期腹胀不明显。麻痹性肠梗阻则腹胀显著，多无阵发性腹部绞痛，肠鸣音减弱或消失，常继发于腹腔内严重感染、腹膜后出血、腹部大手术后等，X 线检查可显示大、小肠全部均匀胀气。而机械性肠梗阻胀气限于梗阻以上的肠管，即使晚期并发肠绞窄和肠麻痹，结肠也不会全部胀气。

（二）单纯性与绞窄性肠梗阻的鉴别

这一区别极为重要，因为两者在预后和处理上截然不同。绞窄性肠梗阻肠管存在血运障碍，若不及时手术处理，必导致肠坏死、腹膜炎而出现感染性休克，危及生命。单纯性肠梗阻多考虑采用非手术治疗。当肠梗阻有下列临床表现时，应考虑到绞窄性肠梗阻的可能。

（1）腹痛发作急骤，剧烈，呈持续性并有阵发性加重。

（2）呕吐出现早而频繁，呕吐物为血性或肛门排出血性液体，或腹穿抽出血性液体。

（3）早期出现脉率加快，体温升高，白细胞增高，甚至出现休克。

（4）腹膜刺激征明显且固定，肠鸣音由亢进变为减弱，甚至消失。

（5）腹胀不对称，有局部隆起或可触及孤立胀大的肠袢。

（6）X 线检查可见孤立胀大的肠袢，位置固定，不随时间而改变，或肠间隙增宽，提示有腹腔积液。

（7）经积极非手术治疗后症状体征无明显改善。

（三）高位肠梗阻与低位肠梗阻的鉴别

高位小肠梗阻的特点是呕吐发生早而频繁，腹胀不明显；低位小肠梗阻的特点是腹胀明显，呕吐出现晚而次数少，并可吐出粪样物。结肠梗阻与低位小肠梗阻的临床表现相似，通过X线检查有助于鉴别诊断。低位小肠梗阻时，扩张的肠袢在腹中部，呈阶梯状液平，而结肠内无积气；结肠梗阻扩大的肠袢分布在腹部周围，可见结肠袋，胀气的结肠阴影在梗阻部位突然中断，盲肠胀气最显著，小肠内胀气不明显。并可借助钡剂灌肠造影明确诊断。

（四）完全性肠梗阻与不完全性肠梗阻的鉴别

完全性肠梗阻呕吐频繁，如为低位梗阻腹胀明显，完全停止排气排便。不完全性肠梗阻呕吐与腹胀都较轻或无呕吐，尚有少量排气排便。

（五）肠梗阻病因的鉴别

肠梗阻的病因应根据患者年龄、病史、体征、X线检查等多方面进行分析。新生婴儿以肠道先天性畸形最多见，2岁以下小儿则肠套叠多见，3岁以上儿童以蛔虫团堵塞所致的肠梗阻居多，老年人则以肿瘤及粪块堵塞常见。临床上最为常见的是粘连性肠梗阻，多发生在以往有过腹部手术、损伤或炎症病史的患者。嵌顿或绞窄性腹外疝也是常见的肠梗阻原因。肠系膜血管栓塞病人的动脉栓塞可能由于左心瓣膜病变，心内膜炎的血栓、赘生物脱落，或主动脉粥样钙化斑脱落引起；静脉血栓形成可因腹腔手术或创伤造成。麻痹性肠梗阻以弥漫性腹膜炎为其主要原因。

要点六　治疗

肠梗阻的治疗原则是解除局部的梗阻和纠正因梗阻所引起的全身生理紊乱。具体的治疗方法要根据梗阻的病因、性质、部位、发展趋势和病人的全身情况而定。但不论采用手术疗法还是非手术疗法，纠正水、电解质和酸碱平衡的紊乱，积极防治感染和有效的胃肠减压，是治疗肠梗阻的基础疗法。

（一）非手术治疗

1. 适应证

（1）单纯性粘连性肠梗阻。

（2）动力性肠梗阻。

（3）蛔虫团、粪便或食物团堵塞所致的肠梗阻。

（4）肠结核等炎症引起的不完全性肠梗阻、肠套叠早期。

2. 方法

（1）禁食与胃肠减压：是治疗肠梗阻的重要方法之一。通过禁食及胃肠减压，吸出胃肠内的气体和液体，降低肠腔内压力，减轻腹胀，减少肠腔内的细菌和毒素，改善肠壁血循环，从而使局部和全身症状减轻。

胃肠减压一般采用较短的、只插入胃腔内的单腔胃管。对低位肠梗阻，可应用较长的

双腔 M－A 管，其前端带有可注气的薄膜囊，借肠蠕动推动气囊，将导管带到梗阻处而发挥减压作用。

（2）纠正水、电解质和酸碱平衡紊乱：也是一项极为重要的措施。输液的量和种类需根据病人的呕吐、腹胀情况、脱水征象、血液浓缩程度、尿量及比重，并结合血清钾、钠、氯和二氧化碳结合力、血气分析等结果而定。最常用的是静脉输注葡萄糖等渗盐水，酌情补充必要的电解质，对高位肠梗阻出现频繁呕吐者，补钾尤为重要。代谢性酸中毒者应用碱剂纠正。病程较长的单纯性肠梗阻和绞窄性肠梗阻应输血浆或全血，以补充丧失至腹腔或肠腔内的血浆和血液，维持有效的血液循环。

（3）防治感染和毒血症：应用抗生素对于防治细菌感染、减少毒素的产生有一定作用，尤其对绞窄性肠梗阻更为重要。

（4）灌肠疗法：能加强通里攻下的作用，常用肥皂水 500ml 灌肠。肠套叠者可用空气或钡剂灌肠，既可用于明确诊断，亦是有效的复位方法。

（5）颠簸疗法：适用于早期肠扭转的病人。病人取胸膝位，充分暴露腹部，医生站立在病床一侧，双手轻置于病人腹部两侧，由上而下或左右震荡，幅度由小渐大，以病人能耐受为度，每次 5～10 分钟，根据情况反复进行。

（6）其他：如穴位注射阿托品，嵌顿疝的手法复位回纳，腹部推拿按摩等。

在治疗期间需严密观察，如症状、体征不见好转或反有加重，即应进行手术治疗。

（二）手术治疗

1. 适应证

（1）绞窄性肠梗阻。

（2）有腹膜刺激征或弥漫性腹膜炎征象的各型肠梗阻。

（3）应用非手术疗法后经 6～8 小时观察，病情不见好转，或腹痛、腹胀加重，肠鸣音减弱或消失，脉搏加快，血压下降或出现腹膜刺激征者。

（4）肿瘤及先天性肠道畸形等不可逆转的器质性病变引起的肠梗阻。

2. 方法

（1）解除梗阻病因：如粘连松解术、束带切断术、肠套叠和肠扭转复位术等。

（2）切除病变肠管行肠吻合术：对已有坏死的肠管、肠道肿瘤或判断已无生机的肠管予以切除行肠吻合术。

（3）短路手术：如不能切除病变的肠管，则可将梗阻近、远两侧肠袢作侧侧吻合手术，以恢复肠腔的通畅。

（4）肠造口术或肠外置术：对一般情况极差的病人或局部病变不能切除的低位结肠梗阻可行肠造口术，暂时解除梗阻。如已有肠坏死，宜切除坏死肠段并将断端处置做造口术，待以后二期手术再解决结肠病变。原因是结肠内细菌多，特别是左半结肠，且血液供应不如小肠丰富，行一期结肠吻合容易引起愈合不良而发生肠瘘。

（三）中医治疗

1. 内治

（1）气滞血瘀证

证候：腹痛阵作，胀满拒按，恶心呕吐，无排气排便；舌质淡红，苔薄白，脉弦或涩。

治法：行气活血，通腑攻下。

方药：桃仁承气汤加减。若气滞较甚者加炒莱菔子、乌药、川楝子行气止痛；血瘀重者加赤芍、牛膝、当归活血祛瘀；如口渴，去桂枝，加山栀清热泻火。

（2）肠腑热结证

证候：腹痛腹胀，痞满拒按，恶心呕吐，无排气排便；发热，口渴，小便黄赤，甚者神昏谵语；舌质红，苔黄燥，脉洪数。

治法：活血清热，通里攻下。

方药：复方大承气汤加减。

（3）肠腑寒凝证

证候：起病急骤，腹痛剧烈，遇冷加重，得热稍减，腹部胀满，恶心呕吐，无排气排便；脘腹怕冷，四肢畏寒；舌质淡红，苔薄白，脉弦紧。

治法：温中散寒，通里攻下。

方药：温脾汤加减。

（4）水结湿阻证

证候：腹痛阵阵加剧，肠鸣辘辘有声，腹胀拒按，恶心呕吐，口渴不欲饮，无排气排便，尿少；舌质淡红，苔白腻，脉弦缓。

治法：理气通下，攻逐水饮。

方药：甘遂通结汤加减。

（5）虫积阻滞证

证候：腹痛绕脐阵作，腹胀不甚，腹部有条索状团块，恶心呕吐，呕吐蛔虫，或有便秘；舌质淡红，苔薄白，脉弦。

治法：消导积滞，驱蛔杀虫。

方药：驱蛔承气汤加减。

2. 外治

中药大承气汤水煎至 200 ~ 300ml，从肛管缓慢注入或滴入作保留灌肠，能加强通里攻下作用。

3. 其他治疗

（1）针刺疗法：体针取足三里、内庭、天枢、中脘、曲池、合谷为主穴。呕吐加内关；腹痛加内关、章门；痉挛者耳穴取神门、大肠、胃、小肠。得针感后强刺激，留针 30 ~ 60 分钟，4 ~ 6 小时 1 次。

（2）推拿按摩：病人仰卧，术者双手掌涂上滑石粉，轻而有力地紧贴腹壁按摩。先按顺时针或逆时针方向进行短时间，然后按病人自觉舒服乐于接受的方向继续进行。如疼痛

反而加剧，应立即改变推拿方向。

细目五　急性胰腺炎

要点一　西医病因病理

（一）病因

急性胰腺炎的病因有多种，主要与胆道疾病或过量饮酒有关。

1. 梗阻因素

在欧洲、亚洲较多见。最常见的梗阻原因是胆结石。引起壶腹部阻塞的原因有胆结石通过或嵌顿于 Vater 壶腹、胆道蛔虫、十二指肠乳头水肿、壶腹部括约肌痉挛、壶腹部狭窄等。胆胰共同通路的梗阻导致胆汁反流进入胰管，造成胆汁诱发的胰实质损伤。单纯胰管梗阻也足以引起胰腺损害。

2. 过量饮酒

在美国都市中过量饮酒是急性胰腺炎的主要原因。在我国此种情况也不少见。过量饮酒与急性胰腺炎的发病有密切关系。

3. 暴饮暴食

尤其过食高蛋白、高脂肪食物，加之饮酒，可刺激胰液的过量分泌，在伴有胰管部分梗阻时，可发生急性胰腺炎。

4. 其他

高脂血症、高钙血症、创伤、胰腺缺血、病毒感染及某些药物（如雌激素、口服避孕药等）也可能诱发急性胰腺炎。血管栓塞和血管炎等均能引起胰腺实质水肿。

除上述病因外，少数急性胰腺炎找不到原因，称为特发性胰腺炎。

总之，Vater 壶腹部的阻塞引起胆汁反流进入胰管内和各种原因造成的胰液分泌增多或排出障碍是导致急性胰腺炎的主要原因。

（二）发病机制

引起急性胰腺炎的发病机制较为复杂，有多种因素参与，确切的机制尚未被充分地阐述清楚。在正常情况下，胰液中的胰蛋白酶原在十二指肠内被胆汁和肠液中的肠激酶激活变成有活性的胰蛋白酶，方具有消化蛋白质的作用。如胆汁和十二指肠液逆流入胰管，胰管内压增高，使腺泡破裂，胰液外溢，大量胰蛋白酶被激活。胰蛋白酶又能激活其他酶，如弹性蛋白酶及磷脂酶 A。弹性蛋白酶能溶解弹性组织，破坏血管壁及胰腺导管，使胰腺充血、出血和坏死。而磷脂酶 A 被激活后，作用于细胞膜和线粒体膜的甘油磷脂，使其分解为溶血卵磷脂，后者可溶解破坏胰腺细胞膜和线粒体膜的脂蛋白结构，致细胞坏死，引起胰腺和胰周组织的广泛坏死。饮酒能刺激胃酸分泌，使十二指肠呈酸性环境，刺激促胰液素分泌增多，使胰液分泌增加。乙醇还可以增加 Oddi 括约肌的阻力，或者使胰管被蛋白堵塞，导致胰管内压和通透性增高，胰酶外溢引起胰腺损伤。乙醇可使自由脂肪酸增高，其毒性作用可引起胰腺腺泡细胞和末梢胰管上皮细胞损害。氧自由基损伤也是乙醇诱

发胰腺损伤的一个机制。此外，细胞内胰蛋白酶造成细胞的自身消化也与胰腺炎发生有关，人胰腺炎标本的电镜观察发现细胞内酶原颗粒增大和较大的自家吞噬体形成。

另外，脂肪酶使脂肪分解，与钙离子结合形成皂化斑，可使血钙降低。大量胰酶被腹膜吸收入血液，使血淀粉酶和脂肪酶升高，也可导致肝、肾、心、脑的损害，引起多器官功能不全综合征。

（三）病理生理

程度不同的水肿、出血和坏死是急性胰腺炎的基本病理改变。

1. 急性水肿性胰腺炎

病变多局限于胰体尾部。病变的胰腺肿大变硬，被膜紧张。镜下见间质充血水肿并有中性粒细胞及单核细胞浸润。有时可发生局限性脂肪坏死，但无出血。属轻型病变，及时解除病因，经治疗后炎症较易在短期内消退。

2. 急性出血坏死性胰腺炎

病变以广泛的胰腺坏死、出血为特征，伴轻微炎症反应。病变胰腺肿大，质软，出血呈暗红色，严重者整个胰腺变黑，分叶结构模糊。腹腔内有血性腹水或血性混浊渗液。胰腺周围组织可见散在的黄白色皂化斑或小块状的脂肪坏死灶。镜下胰腺组织呈大片凝固坏死，间质小血管壁也有坏死。坏死胰腺以局部纤维化而痊愈或转变为慢性胰腺炎。晚期坏死胰腺组织合并感染，形成胰腺脓肿。其主要致病菌为革兰阴性杆菌，与肠道菌群移位有关。

临床上根据有无局部并发症和（或）其他器官损害，急性胰腺炎分为轻症和重症。

近期国内外对重症胰腺炎的研究发现，重症胰腺炎的病理变化关键是全身过度炎症反应所致的“全身炎性反应综合征”（SIRS）。急性胰腺炎发病后病情加重机理的核心问题主要涉及单核巨噬细胞、中性粒细胞、内皮细胞、血小板和淋巴细胞等多种细胞的参与，免疫系统的介入和多种细胞因子在病情演变过程中的致病作用，导致胰腺持续坏死以及胰腺局部炎症并发展到失控的全身炎症反应乃至多脏器功能障碍的机理，始于胰腺组织中巨噬细胞被激活，从而激发 TNFα、IL－1 等细胞因子合成和大量释放，激活中性粒细胞及内皮细胞等免疫活性细胞，导致细胞因子的释放失控，最终激活细胞因子不断放大的级链反应。过度的炎症反应所引起的循环、代谢、免疫等方面的改变导致多器官功能不全综合征（MODS），并进而发展成 MSOF，这也是重症胰腺炎死亡率较高的重要原因。

要点二　中医病因病机

（一）病因

1. 饮食不节

嗜食油腻，过饮酒浆、生冷不洁，易克伤脾胃而发为本病。

2. 精神因素

凡情志不畅，暴怒伤肝，均可致肝失疏泄而肝气郁结，横克脾胃，致胃气不降，脾失健运，脾胃功能失调而诱发本病。

3. 蛔虫上扰、胆道石阻

因虫扰石阻胆道，致肝胆气滞血瘀，脾胃运化失司而发病。

4. 创伤、手术、妊娠

创伤、手术、妊娠可导致肝胆气郁，脾胃气机升降失常，郁而化热，湿热阻于中焦。

（二）病机

急性胰腺炎的主要病理过程为肝胆气滞。肝胆气滞不但可以横克脾胃，亦能化热传脾。胃失和降，脾失运化，则湿从内生，湿阻蒸热，湿热阻于脾胃而呈脾胃湿热或脾胃实热之候。若病进，正虚邪陷，则呈现气血败乱之厥脱证；脾胃热盛，化火传入营血，可致热深厥深；胃热化火，可迫血妄行；热水相结，则结胸里实；热血相搏，瘀血腐脓或血瘀成块；热去湿留，则湿邪困脾；邪去正伤，脾阳虚衰。

要点三　临床表现

（一）症状

1. 腹痛

是主要临床症状。腹痛剧烈，起始于中上腹，也可偏重于右上腹或左上腹，放射至背部；累及全胰则呈腰带状向腰背部放射痛。饮酒诱发的胰腺炎常在酗酒后 12～48 小时期间发病，出现腹痛。胆源性胰腺炎常在饱餐之后出现腹痛。

2. 恶心、呕吐

常与腹痛伴发。呕吐剧烈而频繁，呕吐物为胃十二指肠内容物，偶可伴咖啡样内容物。

3. 腹胀

早期为反射性肠麻痹，严重时可因腹膜后蜂窝织炎刺激所致。邻近胰腺的上段小肠和横结肠麻痹扩张，腹胀以上腹部为主，腹腔积液时腹胀更明显。病人排气、排便停止，肠鸣音减弱或消失。

（二）体征

1. 发热

初期常呈中度发热，约 38℃左右。合并胆管炎者可伴寒战、高热。胰腺坏死伴感染时，高热为主要症状之一。病程早期发热是由于大量坏死组织吸收引起，后期出现发热提示腹腔内有继发感染的可能。

2. 黄疸

仅见于少数病例。一般黄疸程度较轻，大多是因胆总管结石、乳头炎或胰头肿胀压迫胆总管所致的梗阻性黄疸。

3. 腹膜炎体征

水肿性胰腺炎时，压痛只限于上腹部，常无明显肌紧张。坏死性胰腺炎压痛明显，并有肌紧张和反跳痛，范围较广或延及全腹。

4. 休克

血容量减少、组织灌注不良、心功能障碍及剧痛等综合因素可导致休克，出现脉搏加快，面色苍白，呼吸加快，血压下降，出冷汗，四肢厥冷，少尿等。

5. 皮肤瘀斑

腹膜后血性渗出液浸入皮下组织、脐周、腰部可出现青紫色的不规则斑块。少数重症胰腺炎可于左腰部有青紫色斑（Grey – Turner 征），在脐周也可有青紫色斑（Cullen 征）。严重者可有 DIC 表现。

6. 手足搐搦

是血钙水平严重降低的表现，预后不良。

7. 呼吸窘迫综合征（ARDS）和多器官功能衰竭（MODF）

重症胰腺炎者 50% ~70% 有肺损害，约 1/3 的病例发展成为 ARDS。主要表现是呼吸急促、窘迫和缺氧。当呼吸频率 > 30 次/分，鼻翼扇动，轻度紫绀，常规氧疗不能缓解时，即应高度怀疑 ARDS，及时做血气分析和胸部 X 线片检查，以期早期诊断。部分病人也可出现 DIC、意识障碍等其他系统或重要器官功能衰竭。

（三）实验室及其他检查

1. 血清、尿淀粉酶测定

血清淀粉酶测定是被最广泛应用的诊断方法。血清淀粉酶在发病 24 小时内可被测得，血清淀粉酶值明显升高 >500U/dl（正常值 40 ~180U/dl，Somogyi 法），其后 7 天内逐渐降至正常。如 1 周后血清淀粉酶持续升高，需考虑有局部并发症的可能，如胰腺假性囊肿、胰腺坏死或胰腺脓肿等。淀粉酶的值愈高，诊断的正确率也越高。但淀粉酶值的高低与病变的轻重程度并不一定成正比。约有 10% 的出血坏死性胰腺炎血清淀粉酶始终不高，这表示血清淀粉酶测定正常并不能排除急性胰腺炎。尽管某些急腹症如消化性溃疡穿孔、急性肠梗阻、肠系膜血栓等都可使淀粉酶轻度升高，但一般不会超过 500U/dl。胸水、腹水的淀粉酶明显高于血、尿淀粉酶，特别在血、尿淀粉酶不高时更有诊断意义。

尿淀粉酶变化仅作参考。

2. 血清脂肪酶

血清脂肪酶明显升高（正常值 23 ~300U/L）是诊断急性胰腺炎较客观的指标。但多在发病数日后增高，因此对早期诊断意义不大。但因其持续时间较长，对较晚的病例诊断有帮助。同样，血清脂肪酶值的高低与病变的轻重程度也不一定成正比。

3. 其他

包括白细胞计数增高、高血糖、低血钙及肝功能、血气分析及 DIC 指标异常等。一般认为血钙值与疾病的发展和预后密切相关。

4. 影像学检查

（1）胸部 X 线片：左肺下叶不张、左半膈肌升高、左侧胸水等反映膈肌周围及腹膜后的炎症，支持急性胰腺炎的诊断但缺乏特异性，是辅助性诊断指标。

（2）腹部平片：可见胃肠胀气，十二指肠环积气，近段空肠麻痹扩张。还可见结肠中

断征，表示横结肠麻痹扩张，脾曲结肠和远段结肠内无气体影。是急性胰腺炎的辅助诊断方法。

（3）腹部 B 超：可帮助诊断。B 超扫描能发现胰腺水肿和胰周液体的积聚。还可探查胆囊增大、胆管扩张或结石影。但受局部充气肠袢的遮盖，限制了其应用。

（4）增强 CT 扫描：胰腺的改变包括弥漫性或局灶性胰腺增大、水肿、坏死液化，胰腺周围组织变模糊，增厚，并可见积液。还可发现急性胰腺炎的并发病，如胰腺脓肿、假囊肿或坏死等，增强 CT 扫描坏死区呈低密度（ <50Hu）。对诊断和治疗方案的选择有很大的帮助。

常用的 Balthazar CT 分级系统如下：

1）急性胰腺炎分级：

a 级　胰腺正常，为 0 分

b 级　胰腺局限性或弥漫性肿大（包括轮廓不规则、密度不均、胰管扩张、局限性积液），为 1 分

c 级　除 b 级病变外，还有胰周炎性改变，为 2 分

d 级　除胰腺病变外，胰腺有单发性积液区，为 3 分

e 级　胰腺或胰周有 2 个或多个积液积气区，为 4 分

2）胰腺坏死程度：

无坏死，为 0 分

坏死范围≤30%，为 2 分

坏死范围≦ 50%，为 4 分

坏死范围 >50%，为 6 分

CT 严重程度指数 = 急性胰腺炎分级 + 胰腺坏死程度

严重度分为三级：Ⅰ级，0 - 3 分；Ⅱ级，4 - 6 分；Ⅲ级，7 - 10 分。Ⅱ级以上为重症。

（5）MRI：可提供与 CT 相同的诊断信息。

要点四　诊断

（一）急性胰腺炎诊断标准

临床上表现为急性、持续性腹痛（偶无腹痛），血清淀粉酶活性增高≥正常值上限 3 倍，影像学提示胰腺有或无形态改变，排除其他疾病者。可有或无其他器官功能障碍。少数病例血清淀粉酶活性正常或轻度增高。

1. 重症急性胰腺炎诊断标准

临床诊断标准（中华医学会外科学分会胰腺外科学组，2006 年）：急性胰腺炎伴有脏器功能障碍，或出现坏死、脓肿或假性囊肿等局部并发症者，或两者兼有。常见腹部体征有上腹部明显的压痛、反跳痛、肌紧张、腹胀、肠鸣音减弱或消失等。可以有腹部包块，偶见腰肋部皮下瘀斑征（Grey - Tumer 征）和脐周皮下瘀斑征（Cullen 征）。可以并发一个或多个脏器功能障碍，也可伴有严重的代谢功能紊乱，包括低钙血症（血钙 < 1.87mmoL/L）。增强 CT 为诊断胰腺坏死的最有效方法，B 超及腹腔穿刺对诊断有一定帮

助。APACHE Ⅱ评分≥8 分。Balthazar CT 分级系统≥Ⅱ级。

在重症急性胰腺炎患者中，凡在起病 72 小时内经正规非手术治疗（包括充分液体复苏）仍出现脏器功能障碍者，可诊断为暴发性急性胰腺炎。暴发性急性胰腺炎病情闪险，非手术治疗常不能奏效，常继发腹腔间室综合征。

2. 严重度分级

（1）Ⅰ级：无重要器官功能衰竭表现。

（2）Ⅱ级：有 1 个或 1 个以上的重要器官功能衰竭。器官功能衰竭的依据：a. 肺：呼吸困难，频率 > 35 次/分，PaO_2 < 8.0kPa（60mmHg）；b. 肾：尿量 < 500ml/24h（20ml/h），BUN≥3.75mmol/L（>100mg/dl），Cr≥177μmol/L（>2mg/dl）；c. 肝：黄疸，胆红质 >34μmol/L（2mg/dl），GPT 达正常的 2 倍；d. 胃肠：肠麻痹，呕吐或黑便，估计出血量 >1000ml，胃镜见黏膜糜烂、溃疡；e. 心：低血压，心率≤54 次/分，或 > 130 次/分；平均动脉压≤6.5kPa（49mmHg）；f. 脑：神志模糊、谵妄、昏迷；g. 凝血像：PT、APTT 延长，血小板 <8 万/mm^3，纤维蛋白原 <150 ~ 200mg/dl。

要点五　鉴别诊断

1. 消化道溃疡穿孔

有溃疡病史，起病较胰腺炎更突然，时间明确。腹痛初起即为持续性剧痛，腹肌紧张呈板状腹，肝浊音界缩小或消失，腹部 X 线片示有膈下游离气体。

2. 急性胆囊炎

疼痛多在右上腹，呈绞痛样发作，向右肩背部放射，呕吐后腹痛稍有减轻，伴寒战发热，右上腹压痛、肌紧张。BUS 显示胆囊急性炎症征象或可发现结石。如血清淀粉酶升高可能继发有胰腺炎。

3. 急性肠梗阻

多有手术或腹膜炎病史，腹痛为痉挛性，时缓时急，逐渐加重，多位于脐周，伴有呕吐、不排便、不排气。与重症胰腺炎所致的肠麻痹的区别在于肠鸣音亢进，可闻及气过水声或金属音，腹部可见到肠型及蠕动波，腹部透视有肠内气液平面、闭袢影像等。

4. 急性肾绞痛

在发病的一侧出现持续性胀痛，伴有阵发性绞痛，腰部重于腹部，并放射至腹股沟部与阴囊。如有血尿、尿频或尿急，更有助于鉴别。

其他需要鉴别的疾病尚有急性胃炎、胃肠炎、肠梗阻等。

要点六　治疗

急性胰腺炎治疗的总原则是创造条件使胰腺处于充分休息的状态；阻断及限制胰腺炎的发展；解除可能的发病因素；补充血容量，纠正休克；清除胰腺的坏死组织和含有胰酶的炎性渗液；营养支持，提高机体抗病能力；防治并发症。

（一）西医治疗

1. 非手术治疗

（1）禁食：可避免食物刺激胰腺的外分泌功能，一般禁食 1～2 周。

（2）胃肠减压：解除胃液对胰腺外分泌的刺激作用，解除腹胀和胃潴留，减轻呕吐。

（3）补充血容量：防治低血容量性休克，调节水、电解质和酸碱平衡。

（4）抑制胰腺分泌和抑制胰酶活性：常用药物有抗胆碱能药物如阿托品、654－2 等，但因这类药物可加重肠胀气，故应慎用。H_2 受体阻滞剂如甲氰咪胍；生长抑素如善得定（生长抑素八肽）、施他宁（生长抑素十四肽）；以及 5－氟尿嘧啶（5－FU）、福埃（FOY）、胰高血糖素等。近年研究发现，利用 DSA 技术选择性胰十二指肠动脉插管输注生长抑素可取得较好的疗效。

（5）支持治疗：重症胰腺炎患者多呈负氮平衡，为维持或改善病人的营养状态，补充机体的消耗，促进组织修复，提高抵抗力，减少消化液分泌，早期常需给予全胃肠外营养（TPN），后期也可经肠道注入要素膳（肠内营养，EN）。目前营养支持疗法已成为重症胰腺炎治疗的重要环节。

（6）防治感染：胆道感染是重症胰腺炎的重要病因之一，对胆道感染的治疗有益于胰腺炎的治疗，而且胰腺炎常继发感染，故应用抗生素极为重要。一般主张联合用药，常选用下列抗生素：氨苄青霉素、庆大霉素、甲硝唑、氯林可霉素、头孢唑啉、头孢呋肟、头孢哌酮等。

（7）腹腔灌洗：积极采用腹腔灌洗治疗有助于减轻腹腔内毒素物质的损害作用，并能减轻炎症的反应度，对阻止病情的发展有积极意义。

（8）脏器支持治疗：针对重症胰腺炎 MODS 及其向 MSOF 发展的高发生率，近年主张采用积极的脏器支持治疗，包括人工辅助呼吸、血液滤透、血浆交换、抗炎症介质和细胞因子治疗等措施，以提高抢救成功率。

2. 手术治疗

（1）胰腺假性囊肿，部分会自行吸收，若假性囊肿直径 >6cm，且有压迫现象和临床表现，可行穿刺引流或外科手术引流。

（2）胰腺脓肿是外科手术干预的绝对指征。

（3）胰腺坏死继发感染，应外科手术。无菌性胰腺坏死多不主张手术治疗。

（4）重症急性胰腺炎患者，经过 72 小时重症监护和强化保守治疗，病情仍未稳定或进一步恶化，可进行外科手术。手术方式，依不同的手术指征和时机有所不同，通常早期手术主要是充分引流，对界限明显的胰腺坏死组织可以作清除。

（二）中医治疗

1. 内治

由于本病的病机主要是肝郁气滞、脾胃湿热或脾胃实热，故治疗上应以通为用，分别采用疏肝理气、清热燥湿、通里攻下、活血化瘀等法，根据疾病的不同类型和不同发展阶段选方用药。

（1）肝郁气滞证（轻型急性胰腺炎）

证候：腹中阵痛或窜痛，恶心呕吐，无腹胀，上腹仅有压痛，无明显腹肌紧张；舌质淡红，苔薄白或黄白，脉细或紧。

治法：疏肝理气，兼以清热燥湿通便。

方药：柴胡清肝饮、大柴胡汤、清胰汤Ⅰ号。

（2）脾胃实热证（重型急性胰腺炎）

证候：上腹满痛拒按，痞寒腹坚，呕吐频繁，吐后腹痛无减，大便干结，小便不通，小便短赤，身热口渴；舌质红，苔黄腻或燥，脉弦滑或滑数，重者厥脱。

治法：清热泻火，通里逐积，活血化瘀。

方药：大陷胸汤、大柴胡汤、清胰合剂。

（3）脾胃湿热证（胆道疾患并发之胰腺炎）

证候：脘胁疼痛，胸脘痞满拒按，气痛阵作，口苦咽干，泛恶不止，或有身目俱黄，便干溲赤；舌红绛，苔黄腻，脉弦滑数。

治法：清热利湿，行气通下。

方药：龙胆泻肝汤、清胰汤Ⅰ号。

（4）蛔虫上扰证（胆道蛔虫引起的急性胰腺炎）

证候：持续性上腹疼痛，剑突下阵发性钻顶样剧痛，或伴吐蛔；苔白或微黄而腻，脉弦紧或弦细。

治法：清热通里，制蛔驱虫。

方药：清胰汤Ⅱ号、乌梅汤等。

2. 针灸疗法

（1）体针：常用穴有足三里、下巨虚、内关；中脘、梁门、阳陵泉、地机；脾俞、胃俞、中脘等。可任选一组，或几组交替选用。强刺激手法，留针 30 分钟，每日 3 次；也可埋针保留。

（2）穴位注射：选用足三里或下巨虚，每穴注射 10% 葡萄糖液 5 ~ 10ml，每日 1 ~ 2 次。

（3）耳针：选穴胆区、交感、神门、胰区、内分泌，于上述穴位压痛明显处选 2 ~ 3 穴重刺激，留针 30 分钟，每日 2 次。

细目六　急性胆囊炎

要点一　概述

胆道系统包括肝内胆管、肝外胆管、胆囊及 Oddi 括约肌等部分。根据感染或结石发生的部位分别称之胆囊炎、胆管炎、胆囊结石、肝胆管结石和肝外胆管结石。

（一）胆道系统解剖

1. 肝内胆管

起自毛细胆管，继而汇集成小叶间胆管和肝段、肝叶胆管及肝内部分的左、右肝管。

2. 肝外胆道

左、右肝管出肝后，在肝门部汇合成肝总管。肝总管直径0.4～0.6cm，长约2～4cm，其下端与胆囊管汇合成胆总管。肝总管位于肝动脉的右侧，门静脉的前方。胆总管长约7～9cm，直径0.6～0.8cm。若直径超过1cm，应视为病理情况。根据其行程和毗邻关系，胆总管分为十二指肠上段、十二指肠后段、胰腺段和十二指肠壁内段四个部分。85%的人胆总管与主胰管在肠壁内汇合形成一共同通道，并膨大形成胆胰壶腹，亦称乏特（Vater）壶腹。壶腹周围有括约肌（称Oddi括约肌），壶腹末端通常开口于十二指肠降部下1/3或中1/3的十二指肠大乳头。Oddi括约肌具有控制和调节胆总管和胰管的排放、防止十二指肠内容物反流的重要作用。当因结石、炎症或肿瘤而导致胆胰共同通道梗阻时，胆汁可逆流入胰管或使胰液逆流入胆管而发生胰腺炎或胆囊炎。

3. 胆囊

为囊性器官，呈梨形，位于肝脏脏面的胆囊窝内。长约8～12cm，宽3～5cm，容积约50ml。胆囊分为底、体、颈、管四个部分，胆囊颈上部呈囊性扩大形成哈德门袋（Hartmann袋），哈德门袋常与胆总管或十二指肠因炎症而形成粘连，遮蔽胆囊管，胆囊结石往往容易嵌顿在此处。胆囊颈部逐渐变细与胆囊管相接，胆囊管长约2～3cm，直径0.3cm。胆囊起始部内壁黏膜形成螺旋状皱襞，称Heister瓣，有防止胆囊管扭曲和调节胆汁进出胆囊的作用。胆囊管大多呈锐角在肝总管右侧壁与之汇合，但它的位置变异颇多，可在肝总管的前方、后方或在左侧与之汇合，有时很高，有时很低，手术时应格外注意，防止胆管损伤。胆囊三角（Calot三角）是由胆囊管、肝总管与肝下缘围成的三角形区域，80%的胆囊动脉在此区内通过，是胆道手术极易发生误伤的区域。胆囊三角区内近胆囊颈部有一个大淋巴结，叫做前哨淋巴结，70%的胆囊动脉在其下方通过，这是胆道手术中安全处理胆囊动脉的重要标志。

4. 肝外胆道的血管

主要来自胃十二指肠动脉的分支。胆囊动脉一般起自肝右动脉，在胆囊三角内通过，于胆囊颈部分为前、后两支进入胆囊壁。胆囊静脉是门静脉的属支之一，回流入门静脉，当门静脉高压时，可导致胆囊和肝外胆管静脉曲张，施行胆系手术时需予以足够的重视。

（二）胆道系统生理

胆道系统具有分泌、贮存、浓缩与输送胆汁的功能，对胆汁排放入十二指肠起着重要的调节作用。

1. 胆汁的生成

成人每日由肝细胞、胆管分泌胆汁约800～1200ml。胆汁中97%是水，其他成分主要有胆汁酸与胆盐、胆固醇、磷脂酰胆碱（卵磷脂）、胆色素、脂肪酸、氨基酸、酶类、无机盐、刺激因子等。胆汁呈中性或弱碱性，其主要生理功能是：①乳化脂肪。胆盐随胆汁进入肠道后与食物中的脂肪相结合使之形成能溶于水的脂肪微粒而被肠黏膜吸收，并能刺激胰脂肪酶的分泌和使其被激活，水解脂类，促使脂肪、胆固醇和脂溶性维生素A、D、E、K的吸收；②胆盐有抑制肠内致病菌生长繁殖和内毒素形成的作用；③刺激肠蠕动；④中和胃酸等。

2. 胆汁分泌的调节

胆汁分泌受神经、内分泌调节。迷走神经兴奋胆汁分泌增加，交感神经兴奋胆汁分泌减少。促胰液素、胃泌素、胰高血糖素、肠血管活性肽等可促进胆汁分泌；生长抑素、胰多肽等则抑制胆汁分泌。促进胆汁分泌作用最强的是促胰液素。胃酸、脂肪和蛋白质的分解产物由胃进入十二指肠后，刺激十二指肠黏膜分泌促胰液素和胆囊收缩素（CCK），二者均可引起胆囊平滑肌收缩和 Oddi 括约肌松弛。

3. 胆汁的代谢

胆汁中有重要临床意义的是胆汁酸（盐）、胆固醇、胆色素、磷脂酰胆碱的代谢及其含量的变化。胆固醇不溶于水而溶于胆汁。因为胆汁中的胆盐和磷脂酰胆碱形成的微胶粒将胆固醇包裹于其中而使其溶解。在胆汁中还存在着一种由磷脂酰胆碱和胆固醇按同等比例组成的球泡，亦称胆固醇磷脂泡，其中无胆盐。球泡溶解胆固醇的能力比微胶粒大 10 ~ 20 倍，可溶解 70% ~80% 的肝胆汁内的胆固醇，而仅有少于 30% 的胆固醇是以微胶粒形式溶解的。但球泡的数量随胆盐浓度的增加而减少，当胆汁中胆盐浓度超过 40mmol/L 时，球泡消失。胆汁中球泡愈少，胆固醇愈不稳定，易于析出而形成结石。成石胆汁中球泡和微胶粒可同时存在。当胆盐浓度增高时，胆固醇以微胶粒的形式溶解；当胆盐浓度降低时，胆固醇则以球泡的形式溶解。

4. 胆囊的吸收、分泌和运动功能

胆囊可将肝胆汁浓缩 4 ~10 倍并贮存起来，在进食时开放。胆囊有调节胆道内压力的作用。胆囊黏膜有炎症时其吸收浓缩功能可被影响。胆囊的运动功能受神经和激素的支配，神经反射、食物和激素等多种因素都可影响胆囊的运动功能。高脂饮食特别是蛋黄和奶油刺激胆囊收缩的作用最大，这也就是胆囊疾病往往因高脂肪餐而诱发的原因。蛋白质对胆囊排空的刺激作用较小，而碳水化合物则完全没有刺激胆囊排空的作用。胆囊黏膜每日约分泌 20ml 的黏液，起保护胆囊黏膜并使胆汁易于通过胆囊管的作用。当胆囊管完全阻塞时，胆囊内胆汁的胆色素被吸收或氧化，而胆囊分泌的黏液则积存在胆囊内，无色透明，称作“白胆汁”。积存“白胆汁”的胆囊称胆囊积水。

5. 胆汁的排放

胆汁的排放与肝脏的分泌压、胆囊收缩、胆总管末端括约肌的协调作用以及十二指肠的运动相关联。迷走神经兴奋可使胆囊收缩，Oddi 括约肌松弛；而交感神经兴奋则胆囊收缩功能被抑制。食物进入十二指肠，可刺激肠黏膜释放胆囊收缩素促使胆囊收缩，胆道末端括约肌松弛使胆汁排放入肠道参与消化活动。

要点二　西医病因病理

（一）病因

引起胆道感染的原因很多，主要为各种因素造成的胆道梗阻、功能障碍、胆道寄生虫、其他病原微生物的感染、胆道损伤和血运障碍等。

1. 梗阻因素

胆石病和胆管狭窄是造成胆道梗阻引起胆道感染的重要原因。胆石病、胆管狭窄和胆

道感染常同时并存，互为因果，互相影响。胆石常造成胆囊管或肝内外胆管梗阻，使胆汁淤积，而后继发细菌感染。随着胆管狭窄严重程度的不同，胆道可出现不完全性或完全性梗阻。另外，胆道寄生虫病、粘连、十二指肠乳头炎以及胆囊功能性病变都可因梗阻使胆汁潴留，这时胆酸浓度过高，尤其是结合胆酸有显著的致炎性，从而引起胆道的急性炎症；胆胰共同道路梗阻，胰液逆流入胆道，被激活的胰酶也会因其消化作用使胆囊发生严重的病变。

2. 感染因素

包括寄生虫感染、细菌感染和病毒感染等。亚洲地区的胆管炎常伴有胆道寄生虫感染并常继发肝内外胆管结石、胆管狭窄等。正常情况下胆道内可能存在少量细菌而不发病，在胆道梗阻、胆汁淤积时细菌得以停留和繁殖并引起胆道感染。致病菌可经血行播散、经十二指肠乳头逆行感染或经淋巴系统进入胆道。其中逆行感染受到更多的重视。

3. 局部供血障碍

胆道局部供血障碍是胆道感染或炎症的另一重要原因。严重创伤、烧伤、大量失血、休克、心衰、贫血、动脉硬化和胆道内压力增高等可造成胆道血液灌注量不足。局部缺血、缺氧则使胆道对致病因素如化学性刺激、细菌感染等更为敏感，因而极易导致胆道感染，甚至出现胆管壁或胆囊的坏疽、穿孔。

胆囊动脉基本属于终末动脉，胆囊血管功能不良或使用血管活性药物（如去甲肾上腺素、多巴胺等），交感神经兴奋性增高，引起血管收缩，以及肝动脉化疗或栓塞疗法、糖尿病性动脉血栓、炎症性血管栓塞等均可导致胆囊动脉闭塞并很快引起胆囊缺血坏死。胆囊血管系统的病理改变是急性非结石性胆囊炎（Acute acalculous cholecystitis，AAC）的主要原因。

4. 其他

胆道畸形、胆道创伤和胆道运动功能障碍也可致急性胆道感染。

（二）病理

根据胆囊壁的病变程度和范围常分为以下三种类型：

1. 急性单纯性胆囊炎

一般为急性胆囊炎的早期表现，多由胆汁淤积，浓缩的胆盐和溶血卵磷脂刺激胆囊黏膜产生的化学性炎症反应，此时细菌培养阳性率约为50%，主要为黏膜层的炎症，如黏膜充血、水肿、浆液性渗出、中性粒细胞浸润，胆囊可有轻度扩张。大部分急性胆囊炎属于这种类型。

2. 急性化脓性胆囊炎

急性单纯性胆囊炎继续发展，梗阻因素未能解除或继发严重的感染，炎症性病理改变侵犯胆囊壁全层，除水肿充血外，黏膜可有坏死或溃疡形成，胆囊腔内和浆膜出现纤维素性或脓性渗出物，胆囊内胆汁呈黏稠灰白色，或胆囊积脓。胆囊明显扩张，长径可达15cm，张力升高。胆囊呈灰白色或蓝绿色，表面敷有脓苔。渗出物增多可形成胆囊周围积液、积脓，如胆囊周围炎。胆囊也可被大网膜、结肠、十二指肠包裹，形成粘连。胆囊淋巴结和胆总管周围淋巴结肿大。胆囊炎症也可侵及肝外胆管和胆囊床附近的肝实质，并形

成局部的小脓肿。化脓性胆囊炎或胆囊积脓的发生率约为20%。急性化脓性胆囊炎反复发作或在急性期过后形成胆囊积水、萎缩性胆囊炎、胆囊壁钙化（瓷胆囊）等慢性胆囊炎表现。

3. 急性坏疽性胆囊炎

为急性胆囊炎的晚期表现。由于胆囊腔内压持续升高，压迫胆囊壁或因严重感染，胆囊壁内血管血栓形成，胆囊壁呈片状或广泛坏疽，常同时伴有胆囊壁内脓肿破溃而出现胆囊穿孔、胆汁性腹膜炎。此时胆囊常呈紫红色，甚至蓝黑色，胆囊周围组织常有胆汁染色，胆囊穿孔部位多位于胆囊颈部和胆囊底部。如果与周围组织粘连紧密，可穿通周围肠管，形成胆肠内瘘，最常穿入的肠管为十二指肠和结肠。胆囊穿孔后还可形成膈下脓肿，产生败血症、中毒性休克等一系列并发症。胆囊坏疽和穿孔的发生率约占急性胆囊炎的10%～13.5%。胆囊穿孔后的病死率可高达30%以上。

要点三　中医病因病机

一般来说，人体肝胆气机紊乱和整体机能失调是本病发病的内因；而饮食不节、蛔虫上扰或情志刺激等因素是发病的外因，外因通过内因而起作用。本病发病以后病机发展变化多端，常是气郁、血瘀、湿热和实结四个病理环节互相兼夹，互相转化，并多反复发作，迁延缠绵，甚至变证百出。

本病的病因常见的有以下三种：

1. 饮食不节

脾胃共司水谷精微的运化。若饮食不节，恣食油腻，则能克伤脾胃，致使运化失健，湿浊内生。脾胃之湿浊可阻碍肝胆气机疏泄，肝胆气郁，进而化热。肝胆郁热再与脾胃湿浊蕴蒸，即促成本病。

2. 蛔虫上扰

蛔虫具有喜温恶寒的习性，蛔虫病患者若因各种因素导致脾胃虚寒，蛔虫遇寒则骚动不安，上扰入“膈”，致肝胆气机不畅。肝胆气郁而化热，其热与脾虚所生之湿热蕴蒸，可酿成本病。

3. 情志刺激

肝主疏泄，性喜条达。胆附于肝，肝胆经脉互相络属而为表里，以疏泄通畅为顺。若情志刺激，导致肝胆疏泄不畅，肝胆气郁，一方面克犯脾胃，脾失健运，湿浊内生；一方面气郁化热，肝胆之热与脾胃之湿蕴蒸，则发为本病。

要点四　临床表现

1. 症状

多数病人发作前曾有胆囊疾病的表现。急性发作的典型过程表现为突发右上腹阵发性绞痛，常在饱餐、进油腻食物后或在夜间发作。疼痛常放射至右肩部、肩胛部和背部。伴恶心呕吐、厌食等。如病变发展，疼痛可转为持续性并阵发性加剧。每个急性发作病人都有疼痛，如无疼痛可基本排除本病。病人常有轻度发热，通常无畏寒，如出现明显寒战高

热，表示病情加重或已产生并发症，如胆囊积脓、穿孔等，或有急性胆管炎。10% ~25%的病人可出现轻度黄疸，可能是胆色素通过受损的胆囊黏膜进入循环，或邻近炎症引起Oddi括约肌痉挛所致。若黄疸较重且持续，表示有胆总管结石并梗阻的可能。

2. 体征

右上腹可有不同程度、不同范围的压痛、反跳痛及肌紧张，Murphy征阳性。有的病人可扪及肿大而有触痛的胆囊。如胆囊病变发展较慢，大网膜可粘连包裹胆囊，形成边界不清、固定的压痛性包块；如病变发展快，胆囊发生坏死、穿孔，可出现弥漫性腹膜炎表现。

要点五　诊断

（1）有典型的阵发性腹绞痛发作及右上腹压痛、肌紧张征象。

（2）血白细胞总数剧增，中性粒细胞比例增高。部分病人有血清转氨酶轻度升高、AKP升高、血清胆红素升高和血清淀粉酶升高。

（3）B型超声检查，胆囊增大，囊壁增厚，可能看到结石的影像。

要点六　鉴别诊断

1. 胃及十二指肠溃疡穿孔

本病以往有胃及十二指肠溃疡史，一旦穿孔后其疼痛程度较胆囊炎剧烈，疼痛和触痛的范围广泛，腹壁常呈“板状”样强直，病情演变急剧，X线检查发现膈下游离气体。但如穿孔缩小，症状不典型，则鉴别尚有困难。尿胆素原测定可有助于诊断。

2. 急性胰腺炎

疼痛往往较急性胆囊炎更为剧烈，常伴有轻度休克状态。疼痛部位常在上腹部或偏于左侧，血清淀粉酶可明显升高，可作为鉴别诊断的重要依据。临床上有时急性胆囊炎可引起急性胰腺炎，使两种疾病同时存在，需加以注意。

3. 急性阑尾炎

个别高位急性阑尾炎常误诊为急性胆囊炎，临床应根据有无反复发作史，结合B超检查即可帮助诊断。

4. 冠心病

有的冠心病患者心绞痛可牵涉到右上腹部而常误诊为急性胆囊炎，因此应根据年龄，有无高血压及动脉硬化病史，疼痛持续的时间及心电图检查，以资鉴别。

同时应与肝脓肿、右叶肺炎、右肾结石加以鉴别。

要点七　治疗

（一）西医治疗

对症状较轻微的急性单纯性胆囊炎，可考虑先用非手术疗法控制炎症，待进一步查明病情后进行择期手术。对较重的急性化脓性或坏疽性胆囊炎或胆囊穿孔，应及时进行手术治疗，但必须作好术前准备，包括纠正水电解质和酸碱平衡的失调，以及应用抗生素等。

在非手术疗法治疗期间，必须密切观察病情变化，如症状和体征有发展，应及时改为手术治疗。特别是老年人和糖尿病患者，病情变化较快，更应注意。对于急性非结石性胆囊炎病人，由于病情发展较快，一般不采用非手术疗法，宜在作好术前准备后及时进行手术治疗。对发热和白细胞计数较高者，特别是对一些老年人，或伴有糖尿病和长期应用免疫抑制剂等有高度感染易感性的病人，全身抗生素的应用非常必要。一般应用广谱抗生素，如庆大霉素、氯霉素、先锋霉素或氨苄青霉素等，并常联合应用。

手术治疗：目前对于手术时机的选择还存在着争论，一般认为应采用早期手术。早期手术不等于急诊手术，而是病人在入院后经过一段时期的非手术治疗和术前准备，并同时应用 B 超和同位素检查进一步确定诊断后，在发病时间不超过 72 小时的前提下进行手术。早期手术并不增加手术的死亡率和并发症率。对非手术治疗有效的病人可采用延期手术（或称晚期手术），一般在 6 个星期之后进行。

手术方法有两种，一种为胆囊切除术，在急性期胆囊周围组织水肿，解剖关系常不清楚，操作必须细心，此免误伤胆管和邻近重要组织。有条件时，应用术中胆管造影以发现胆管结石和可能存在的胆管畸形。另一种手术为胆囊造口术，主要应用于一些老年病人，一般情况较差或伴有严重的心肺疾病，估计不能耐受胆囊切除手术者，有时在急性期胆囊周围解剖不清而致手术操作困难者，也可先作胆囊造口术。胆囊造口手术可在局麻下进行，其目的是采用简单的方法引流胆囊炎症，使病人度过危险期，待其情况稳定后，一般于胆囊造口术后 3 个月，再作胆囊切除以根治病灶。对胆囊炎并发急性胆管炎者，除做胆囊切除术外，还须同时做胆总管切开探查和 T 管引流。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）蕴热证

治法：疏肝清热、通下利胆。

方药：金铃子散合大柴胡汤加减。

（2）湿热证

治法：清胆利湿、通气通腑。

方药：茵陈蒿汤合大柴胡汤加减。

（3）毒热证

治法：泻火解毒、通腑救逆。

方药：黄连解毒汤合茵陈蒿汤加减。

2. 针刺疗法

用于止痛、止吐、排石。可选用足三里、内关、期门、胆俞、中脘等穴。耳针可刺交感、神门、肝胆区。一般留针 30 分钟至 1 小时，每日针刺 2 ~ 3 次。也可采用足三里穴位注射 654 - 2 等以解痉止痛。

细目七　急性梗阻性化脓性胆管炎

要点一　概述

急性梗阻性化脓性胆管炎（acute obstructive suppurative cholangitis AOSC）是由于胆管梗阻和细菌感染，胆管内压升高，肝脏胆血屏障受损，大量细菌和毒素进入血循环，造成以肝胆系统病损为主，合并多器官损害的全身严重感染性疾病，是急性胆管炎的严重形式。

要点二　西医病因病理

本病最常见原因是胆管结石，其次为胆道蛔虫和胆管狭窄，胆管、壶腹部肿瘤，原发性硬化性胆管炎，胆肠吻合术后，经T管造影或PTC术后亦可引起。

本病的特点是在胆道梗阻的基础上伴发胆管急性化脓性感染和积脓、胆道高压，大量细菌内毒素进入血液，导致多菌种、强毒力、厌氧与需氧菌混合性败血症、内毒素血症、氮质血症、高胆红素血症、中毒性肝炎、感染性休克以及多器官功能衰竭等一系列严重并发症，其中感染性休克、胆源性肝脓肿、脓毒败血症及多器官功能衰竭为导致病人死亡的三大主要原因。

要点三　中医病因病机

1. 饮食不节

损伤脾胃，运化失健，湿浊内生；湿浊阻碍肝胆气机，肝胆气郁；进而化热；肝胆郁热与脾胃湿浊蕴蒸，促成本病。

2. 蛔虫上扰

蛔虫上扰入“膈”，致肝胆气机不畅；肝胆气郁而化热，与脾虚所生之湿热蕴蒸，酿成本病。

3. 情志刺激

致使肝胆疏泄不畅；肝胆气郁，既可横逆脾胃，脾失健运，湿浊内生，又可气郁化热；肝胆之热与脾胃之湿蕴蒸，则发为本病。

要点四　临床表现

1. 症状

病人以往多有胆道疾病发作史和胆道手术史。本病发病急骤，病情进展快，除具有一般胆道感染的Charcot三联征（腹痛、寒战高热、黄疸）外，还可出现休克、中枢神经系统受抑制表现，即Reynolds五联征。

起病初期即出现畏寒发热，严重时伴寒战，体温持续升高。疼痛依梗阻部位而异，肝外梗阻者明显，肝内梗阻者较轻。绝大多数病人可出现较明显黄疸，但如仅为一侧肝内胆管梗阻可不出现黄疸；行胆肠内引流术后病人的黄疸较轻。神经系统症状主要表现为神情

淡漠、嗜睡、神志不清，甚至昏迷；合并休克时也可表现为躁动、谵妄等。

2. 体征

体格检查时病人体温常持续升高达 39℃ ~40℃或更高。脉搏快而弱，达 120 次/分以上，血压降低。呈急性重病容，神志改变，可出现皮下瘀斑或全身青紫、发绀。剑突下及右上腹部有不同范围和不同程度的压痛或腹膜刺激征，可有肝肿大及肝区叩痛，有时可扪及肿大的胆囊。

3. 实验室检查

白细胞计数可高于 20×10^9/L，中性粒细胞升高，胞浆内可出现中毒颗粒；血小板计数降低可达 $10 \sim 20 \times 10^9$/L；凝血酶原时间延长，肝功能有不同程度受损，总胆红素升高，以直接胆红素升高为主；肾功能异常、低氧血症、水电解质紊乱。B 超、CT 等检查可发现胆管扩张、结石、肝内脓肿等。

要点五　治疗

（一）西医治疗

1. 一般治疗

包括禁食，输液，纠正水、电解质及酸碱代谢失衡，全身支持治疗，选用针对革兰阴性、阳性细菌及厌氧菌均有作用的广谱抗生素或联合用药。使用维生素 K、解痉止痛药等对症处理。对于急性重症胆管炎要重视恢复血容量，改善和保证组织器官的良好灌流和氧供，包括纠正休克、使用肾上腺皮质激素，必要时使用血管活性药物，改善通气功能，纠正低氧血症等，以改善和维持各主要脏器功能。因老年人发病率较高，应注意及时发现和处理心、肺、肾等器官的并存病，维护重要脏器的功能。非手术疗法既可作为治疗，也可作为术前准备。非手术疗法期间应密切观察病人全身和局部变化，以便随时调整治疗方案。大多数病人经非手术疗法治疗后病情能够控制，待以后行择期手术。如病情严重或治疗后病情继续恶化者，应紧急手术治疗。对于休克者，也应在抗休克的同时进行手术治疗。对症治疗包括降温、支持治疗、吸氧等。

2. 手术治疗

原则上要求明确诊断后急症手术。

手术治疗的目的应是解除梗阻和引流胆道。常用的手术方法是切开胆总管探查并放置 T 形管引流。由嵌顿于胆总管下端开口处结石所引起的急性梗阻性化脓性胆管炎，可以经纤维十二指肠镜切开 Oddi 括约肌以解除梗阻。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）蕴热证（肝胆蕴热）

证候：胁腹隐痛，胸闷不适，肩背窜痛，口苦咽干，腹胀纳呆，大便干结，有时低热；舌红苔腻，脉平或弦。

治法：疏肝清热，通下利胆。

方药：金铃子散合大柴胡汤加减。

（2）湿热证（肝胆湿热）

证候：发热恶寒，口苦咽干，胁腹疼痛难忍，皮肤黄染，不思饮食，便秘尿赤；舌红苔黄，脉弦数滑。

治法：清胆利湿，通气通腑。

方药：茵陈蒿汤合大柴胡汤加减。

（3）热毒证（肝胆脓毒）

证候：胁腹剧痛，痛引肩背，腹拘强直，压痛拒按，高热寒战，上腹饱满，口干舌燥，不能进食，大便干燥，小便黄赤，甚者谵语，肤黄有瘀斑，四肢厥冷，鼻衄齿衄；舌绛有瘀斑，苔黄开裂，脉微欲绝。

治法：泻火解毒，通腑救逆。

方药：黄连解毒汤合茵陈蒿汤加减。

2. 针刺疗法

用于止痛、止吐、排石。选用足三里、内关、期门、胆俞、中脘等穴。

细目八　胆石病

要点一　病因病理

（一）病因

1. 胆汁淤滞

胆道系统形态结构上的异常（如扭曲、狭窄、先天性胆管囊肿等），在结石形成中不仅可延长胆汁在胆道内的滞留时间，使某些成分易于淤滞沉淀，而且还为胆结石的形成提供了动能，后者目前被认为也是结石形成的必要条件。

2. 胆道感染

细菌感染一方面可改变胆汁成分，有利于胆色素类结石的形成；另一方面又因造成胆道组织的损害形成狭窄而继发胆汁淤滞，从而形成感染与梗阻（胆汁淤滞）互为因果的恶性循环，更利于胆石的形成与生长。

3. 胆道异物

胆道的寄生虫感染（如蛔虫及其残骸）是最常见的胆道异物。此外，外科缝合的线结、食物残渣等均可作为胆道异物。胆道异物的作用在于通过异相成核而促进胆红素钙沉淀和胆固醇结晶的生成。

4. 代谢因素

体内的代谢紊乱是形成致石性病理胆汁的重要因素，尤其是胆汁酸、胆固醇、胆红素的代谢紊乱是产生形成胆固醇类与胆色素类结石的致石胆汁的重要基础。造成代谢紊乱的原因既可有先天性方面的代谢缺陷（如某些限速酶缺陷），也有后天体内某些脏器疾病所累及而致的因素。此外，饮食习惯、食物结构、药物、手术治疗等均可通过影响和改变体

内代谢致使胆汁代谢紊乱或胆汁丧失稳定性而致石。

（二）胆石形成的机制

1. 胆固醇类结石的形成机制

（1）微胶粒学说：胆固醇不溶于水而溶于胆汁，因为胆汁中胆盐和磷脂酰胆碱形成微胶粒将胆固醇包裹于其中而使其溶解。当胆盐与磷脂酰胆碱的比例为 2 ~ 3∶1 时，胆固醇的溶解度最大。任何原因造成胆汁中胆固醇含量增多或胆汁酸、卵磷脂含量减少，致使胆固醇浓度相对增高，都可使胆固醇从胆汁中析出而形成结石。

（2）大泡学说：成石胆汁含有大量的不稳定性大泡，较易凝聚成胆固醇结晶和形成结石。

（3）成核因子和成核时间：胆汁中溶解状态的胆固醇形成胆固醇单氢结晶（CMC）的过程称成核（Nucleation）。分为均质成核和异质成核两种类型，胆汁中的胆固醇单氢结晶的成核通常为异质成核，即在胆固醇低程度过饱和状态下，因非脂类物质的介入而诱发成核，从胆汁保温或超速离心获得均质胆汁起，到出现胆固醇单氢结晶所需时间称成核时间。

（4）前列腺素和溶解磷脂酶的成石作用：前列腺素和溶解卵磷脂酶两种物质在胆囊内相互伴随着，均可促使胆囊黏膜分泌黏液物质，致使胆囊内过饱和胆汁中的胆固醇单氢结晶聚集、融合而形成结石。

（5）胆泥学说：胆泥是结石的前身物质，系黏着力强的黏液凝胶。其为黏液物质所形成的网架包绕着胆固醇单氢结晶及胆色素钙颗粒，尚含有卵磷脂和胆固醇的液态结晶，此乃胆固醇结晶的前身物质。研究发现，在胆泥中结合胆红素转变为非结合胆红素的单体葡萄糖醛酸胆红素，此为非结合性胆红素的前身物质。

其他因素如胆囊功能异常和肠肝循环障碍等都可能参与上述过程。

2. 胆色素结石的形成机制

肝脏在胆红素代谢过程中以结合胆红素，即胆红素葡萄糖醛酸苷的形式分泌到胆汁中。当胆汁受感染后，胆汁中的细菌产生大量的 β - 葡萄糖醛酸苷酶，此酶可使结合胆红素分解为不溶于水的游离胆红素，即非结合胆红素和葡萄糖醛酸。非结合胆红素为一弱酸，其可与胆汁中的钙离子结合，产生胆红素钙沉淀。胆红素钙沉淀往往以蛔虫残体、虫卵或脱落的胆管上皮细胞为核心，在黏糖蛋白的聚集作用下不断沉积而形成胆色素钙结石。

要点二　临床表现

胆石病的临床表现取决于结石所在部位、胆道阻塞的程度及有无感染。也有一部分胆石病没有明显的症状，称为无症状结石。

（一）症状和体征

1. 胆囊结石

胆囊结石阻塞胆囊管时可引起右上腹疼痛。疼痛为阵发性绞痛，可向右肩胛部放射，称为胆绞痛，常伴有恶心呕吐。高脂肪餐、暴饮暴食、过度疲劳可诱发胆绞痛。如同时合

并急性胆囊炎，则腹痛转为持续性胀痛，伴有阵发性加重，常有发热或寒战发热。约有20%病人可出现轻度黄疸，系因炎症波及胆管所致。

查体时右上腹部有程度不同的压痛。严重病例可有反跳痛和腹肌紧张，Murphy 征阳性，有时可扪到肿大的胆囊。

2. 肝外胆管结石

发作期间可表现典型的 Charcot 三联征，即腹痛、寒战高热和黄疸。

（1）腹痛：在急性发作时约有 90% 的病人出现上腹部或右上腹剧烈疼痛，疼痛为阵发性绞痛，并向右肩或右肩胛下角放射。

（2）发热：胆石病急性发作时约有 70% 左右的病人出现寒战与发热，体温可在39℃～40℃之间。

（3）黄疸：多出现在疼痛、发热之后，黄疸的深浅与结石嵌顿的程度及胆管炎症的轻重有关。

（4）其他：常伴有恶心呕吐，但不严重。病情严重者可有中毒性休克、肝昏迷等表现。

查体时上腹部及右上腹有压痛，结石位于肝总管则触不到胆囊，结石位于胆总管以下时常可触到胀大的胆囊，可有肝脏增大、肝区叩击痛，炎症严重者可出现腹膜刺激征。

3. 肝内胆管结石

急性发作时肝区疼痛，寒战发热，体温为弛张热型，可有轻度黄疸，肝脏可有不对称增大，肝区有叩击痛。

在不发作期间症状不典型，常表现有上腹隐痛、恶心、嗳气反酸、食欲不振等，也可无任何症状。

（二）实验室及其他检查

1. 血常规

急性发作期白细胞增高，中性粒细胞比例增高，多数病人白细胞增高的程度与合并感染的轻重相并行。

2. 肝功能

胆石病反复发作可引起轻重不同的肝脏损害，肝功能试验可发现异常，例如血清谷丙转氨酶（SGPT）、谷胺酰转酞酶（γ－GT）增高，血清胆红素增高。

3. 影像学检查

胆道造影、B 超、CT 或 MRI 检查可见到胆囊或/和胆管扩张和结石影像。其中 B 超方便易行，价格低廉，为首选检查。

要点三　诊断

根据典型症状、体征，结合 B 超、CT 等辅助检查，诊断并不困难。

要点四　鉴别诊断

1. 消化道溃疡

胆囊结石发病率女性高于男性，消化道溃疡发病男性高于女性，两者临床表现相似，

有时不易鉴别，须注意性别与疾病的关系。胃镜和 BUS 可提供鉴别依据。

2. 传染性肝炎

以肝区及右上腹隐痛、胀痛为主，偶有类似胆绞痛的症状，可有发热，常有肝炎接触史以及食欲不振、疲乏无力等症状，检查肝脏肿大并有触痛。黄疸性肝炎需与胆石性梗阻性黄疸鉴别，黄疸性肝炎以间接胆红素增高为主，GPT 明显增高；胆石性梗阻以直接胆红素增高为主，GPT 增高不如肝炎显著。传染性肝炎周围血象一般不高，有时淋巴细胞可增加，胆石性梗阻则因伴有不同程度的感染而见白细胞和中性粒细胞比例增加。BUS 和 CT 检查在胆石病中多有胆管扩张和结石影像，可资鉴别。

3. 壶腹周围癌

同为梗阻性黄疸，恶性肿瘤多有进行性消瘦，黄疸发生缓慢，无痛且多进行性加重，很少波动，常伴有皮肤瘙痒，完全梗阻者大便呈陶土色；胆石性梗阻多为腹痛后出现黄疸，完全梗阻者甚少，因此黄疸程度可有波动，患者的一般状况优于恶性肿瘤。低张力十二指肠造影、BUS、PTC、ERCP、CT、MRCP 可帮助鉴别诊断。

要点五　治疗

（一）排石疗法

适应证为：①胆管结石直径 < 1cm，胆管下端无狭窄；②胆管或肝管多发小结石；③手术后胆管残余结石；④较小的胆囊结石，胆囊舒缩功能较好者。

1. 中药排石

目的在于控制胆道感染，促进胆汁分泌和改善胆道功能，以促进胆石的排出。目前在我国用于排石的方法有四种：

（1）胆道排石汤（天津南开医院方）：用于各型胆石病，可随证略作加减。

方剂组成：金钱草、茵陈、郁金各 30g，木香、枳壳各 10g，生大黄 6 ~ 10g（后下）。

（2）排石汤 5 号（遵义医学院方）：用于胆石病的缓解期。

方剂组成：金钱草 30g，木香、枳壳、黄芩、川楝子各 10g，大黄 6g。

（3）排石汤 6 号（遵义医学院方）：用于胆石病发作期。

方剂组成：虎杖 30g 或三棵针、木香各 15g，枳壳 10g，金钱草 30g 或茵陈、栀子各 12g，元胡、大黄各 15g。

（4）胆道排石汤Ⅰ号（青岛市立医院方）：用于胆石病间歇期或合并慢性胆道感染者，即气滞型患者。

方剂组成：柴胡、郁金、香附各 12 ~ 30g，广木香 18g，枳壳 12g，大黄 30g。

（5）胆道排石汤Ⅱ号（青岛市立医院）：用于胆石病并发急性胆道感染者，即湿热型和脓毒型。

方剂组成：双花、连翘、金钱草、郁金、茵陈各 30g，广木香、黄芩、枳实各 10g，大黄 30g，芒硝 3g。

从上述方剂中可以看出金钱草、茵陈、郁金、木香、枳壳、黄芩、大黄等是治疗胆石病的主药，但无论使用哪一方剂，都要注意随证加减。

2. 电针排石

电针除了能消炎止痛，使胆道感染的症状得以控制外，也可促使胆石排出。

主要穴位：右侧耳穴有神门透腹、交感，胆囊、胆囊下（在胆囊穴下约0.2cm）透十二指肠，左侧耳穴胰透十二指肠。同时针刺双侧体穴阳陵泉及胆囊（体虚者取足三里）；或在胆经上找压痛点，进行针刺，有恶心呕吐者加内关。当针刺有针感后，用电针仪通电20～45分钟，负极接耳针，正极接体针，逐渐加大电量和强度，以患者能耐受为限，一般每日针1次，连续3～5次为1个疗程。用电针的同时可口服33%硫酸镁40ml或100ml，每日1次。

针刺日月、期门两穴后接电针仪，通电60分钟，电流强度以病人最大耐受量为度，每日针1次，重者针2次。针后服50%硫酸镁30ml，排石率达84.6%。

（二）溶石疗法

口服溶石药物有鹅去氧胆酸和熊去氧胆酸，可通过不同的途径改变胆汁的成分比例，增强胆汁对胆固醇的溶解能力，使结石缩小或消失，适用于胆囊功能良好、胆囊管通畅、直径<10mm的胆固醇结石。

灌注溶石是对术中未能取净的胆石，经过T管等途径灌注溶石剂，如肝素生理盐水、胆酸钠、辛酸甘油酯等，如能根据术中取得的胆石作体外溶石试验来选择药物可提高溶石的疗效。由于目前所使用的灌注溶石药物均具有较强的毒性，因此本疗法并未广泛开展。

（三）碎石疗法

体外冲击波碎石（ESWL）是利用液电、压电或磁电效应产生冲击波，经介质传导和聚焦，进入人体后粉碎体内结石的一种新技术，已成为肾结石治疗史上划时代的转折，开创了治疗结石病的新纪元。目前在ESWL治疗胆结石上也进行了大量的研究。

1. 适应证

（1）症状性胆囊结石；

（2）口服胆囊造影检查显示胆囊功能正常；

（3）阴性胆结石；

（4）胆囊内直径0.5～2cm的单颗结石；或直径0.5～1cm的多发结石，但不得超过5颗结石；

（5）单发胆管阴性结石且定位准确。

2. 禁忌证

（1）口服胆囊造影检查胆囊未显影或显影的胆囊位置过高或有畸形因素而使结石定位困难；

（2）阳性胆结石；

（3）胆囊或胆管的急性炎症期；

（4）凝血机制障碍者；

（5）有严重心、肺、肾疾病和胃十二指肠溃疡；

（6）妊娠期；

（7）B超显示胆囊萎缩或胆囊壁粗糙，增厚达5mm以上者；

（8）胆管有狭窄或畸形病变需手术者；

（9）3 次碎石无效者；

（10）肝内外胆管的充满型结石病。

（四）取石疗法

利用机械取石，手术后经 T 管窦道置入纤维胆道镜，可在直视下清除肝胆管结石。经皮肝穿刺胆道（PTCS）以及经十二指肠镜 Oddi 括约肌切开取石（EST）等方法都有相当的疗效。此外，经上述途径导入激光、超声波、电力液压碎石探头直接接触胆石使之粉碎，可提高机械取石的疗效。

（五）外科手术

手术方法与胆道感染大致相同，根据结石部位的不同，分别采用胆囊切除、胆总管切开取石、T 型管引流术及胆肠内引流术等，部分肝胆管结石病人需做肝叶切除术。近年来随着外科微创技术的发展，对于胆囊和胆总管结石的择期治疗主张首选联合电子内镜（胆道镜、十二指肠镜和腹腔镜）下的微创外科手术。

（王广）

第二十一单元　甲状腺疾病

细目一　甲状腺解剖及生理功能

要点一　解剖特点

1. 大体解剖

甲状腺是人体最大的内分泌腺，形似蝴蝶状。由左、右两个侧叶和中央的峡部构成，峡部有时向上伸出构成一锥体叶，并以纤维组织和甲状腺提肌与舌骨相连。甲状腺位于甲状软骨下方、气管的两旁，两个侧叶上极通常平甲状软骨，下极多数位于第 5 ~ 6 气管环，有的可达胸骨上窝甚至伸向胸骨柄后方，此时称胸骨后甲状腺，当因疾病引起肿大时，可导致气管受压，出现呼吸困难。峡部一般位于第 2 ~ 4 气管软骨的前面。成人甲状腺约重 20 ~ 30g。

甲状腺由两层被膜包裹，内层被膜称甲状腺固有被膜，很薄，紧贴腺体并形成纤维束伸入腺实质，将甲状腺分隔成大小不等的小叶。外层被膜又称甲状腺外科被膜，较厚，包绕并固定甲状腺于气管和环状软骨上，该膜在甲状腺与气管接触处没有包被甲状腺；因两层膜间有疏松的结缔组织，内有甲状腺的动、静脉及淋巴管、神经进出腺体，外层被膜易于剥离，手术时分离甲状腺应在两层被膜间进行。在甲状腺两侧叶的背面一般附着 4 个甲状旁腺。

正常情况下做颈部检查时，不容易看到或摸到甲状腺，由于甲状腺借外层被膜固定于气管和环状软骨上，借左、右两叶上极内侧的悬韧带悬吊于环状软骨上，因此，甲状腺可

随吞咽上下移动，临床上常借此鉴别颈部肿块是否与甲状腺有关。

2. 血液供应

甲状腺具有非常丰富的血液供应。主要由两侧的甲状腺上动脉和甲状腺下动脉供应，有时尚有甲状腺最下动脉供应。甲状腺上动脉是颈外动脉的分支，沿喉侧下行，在甲状腺的上极分为前、后两支进入腺体；甲状腺下动脉起自锁骨下动脉，分支进入甲状腺侧叶背面；甲状腺最下动脉起自无名动脉或主动脉弓，在气管前面上行至甲状腺峡部或一叶下极。甲状腺上、下动脉的分支之间，以及甲状腺上、下动脉分支与咽喉部、气管、食管的动脉分支之间都有广泛的吻合、沟通，故在手术时虽将甲状腺上、下动脉全部结扎，甲状腺残留部分或甲状旁腺仍有血液供应。甲状腺丰富的静脉网汇成三条主要静脉，即甲状腺上、中、下静脉。甲状腺上静脉与甲状腺上动脉伴行流入颈内静脉，甲状腺中静脉常单行流入颈内静脉，甲状腺下静脉由甲状腺下方流入无名静脉。

3. 淋巴引流

甲状腺的淋巴管很丰富，小叶间的淋巴丛汇集成淋巴管伴随静脉走行，注入甲状腺附近的淋巴结，再分别汇入颈深淋巴结的上群、下群及气管前、气管旁淋巴结，亦可直接进入锁骨上淋巴结或胸导管。

4. 周围神经

甲状腺主要受交感神经和副交感神经支配。与外科手术关系密切的是走行于甲状腺周围的喉返神经和喉上神经。喉返神经起自迷走神经，走行在气管、食管之间的沟内，向上入喉并分为前、后两支，前支支配声带的内收肌，后支支配声带的外展肌，共同调节声带的运动；一侧后支损伤可无明显临床症状；一侧前支或一侧主干损伤可出现暂时性声音嘶哑；两侧前支或两侧主干损伤可有或无明显呼吸困难，但将有永久性声嘶或失音；而两侧后支损伤将导致严重呼吸困难甚至窒息，常需行气管切开术及神经修复手术；喉返神经多在甲状腺下动脉的分支间穿过，手术处理甲状腺下动脉时应远离腺体背面结扎，以防损伤喉返神经。喉上神经亦来自迷走神经，分内、外两支，内支（感觉支）分布在喉黏膜上，损伤后可产生饮水呛咳的症状；外支（运动支）与甲状腺上动脉贴近、同行，支配环甲肌，使声带紧张，损伤后可导致发音减弱、易于疲劳，结扎甲状腺上动脉时应紧靠腺体结扎，切忌大块结扎，以防损伤喉上神经。

5. 微细结构

甲状腺由大小不等的滤泡组成，滤泡是甲状腺的结构和功能单位。20～40 个滤泡构成一个小叶，由被膜的结缔组织包绕。滤泡间有丰富的毛细血管网；滤泡由单层滤泡上皮细胞组成，细胞内有大量微绒毛，是分泌甲状腺素的场所；滤泡腔内充满胶质即甲状腺球蛋白，是甲状腺激素的储存场所，甲状腺是唯一在细胞外贮存其产物的内分泌腺；位于滤泡上皮细胞之间和滤泡之间的滤泡旁细胞又称 C 细胞，能合成和分泌降钙素（calcitonin，CT）及降钙素基因相关肽。

要点二　生理功能

甲状腺的主要生理功能是合成、贮存和分泌甲状腺素。甲状腺素分为四碘甲状腺原氨酸（T_4）和三碘甲状腺原氨酸（T_3）两种。

1. 甲状激素的合成

（1）肠道吸收无机碘离子入血，甲状腺滤泡上皮细胞膜在 ATP 的作用下通过与钾、钠离子的转换主动地从血液中摄取无机碘离子，并将其高度浓缩。

（2）滤泡上皮细胞内的碘离子浓度比血浆高 30 ~ 50 倍，这种功能称为“碘泵”作用。摄入甲状腺滤泡细胞内的无机碘在过氧化酶的催化下氧化为活化碘，继而在滤泡细胞绒毛膜碘化酶的作用下，活化碘与甲状腺球蛋白分子中的酪氨酸结合生成一碘酪氨酸（T_1）和二碘酪氨酸（T_2），两者均无生物活性。T_1、T_2 可以互相缩合或偶联生成 T_3、T_4，即具有生物活性的甲状腺激素。释放入血的甲状腺素与血清蛋白结合，其中 90% 为 T_4，10% 为 T_3。T_3 的生物活性为 T_4 的 3 ~ 4 倍，但持续时间较短。

2. 甲状腺素的释放

贮存在滤泡内的甲状腺球蛋白在促甲状腺激素（TSH）的作用下，被重新摄入滤泡细胞内然后被蛋白酶水解，释放出 T_3、T_4 入血。在血液循环中，绝大部分的甲状腺激素与血浆蛋白结合在一起，只有极少量的游离状态的 T_3、T_4（FT_3、FT_4）发挥其生理作用。甲状腺的功能活动受下丘脑 - 垂体 - 甲状腺轴控制系统和甲状腺腺体内自身的控制和调节。甲状腺素的产生和分泌需要垂体前叶分泌的促甲状腺素（TSH）。TSH 直接刺激和加速甲状腺分泌和促进甲状腺素合成，而甲状腺素的释放又对 TSH 起反馈性抑制作用。甲状腺通过上述调节控制体系维持机体正常的生长、发育与代谢功能。

3. 甲状腺素的主要生理功能

（1）增加全身组织细胞的氧消耗及热量产生。

（2）促进蛋白质、碳水化合物和脂肪的分解。

（3）提高神经系统的兴奋性，特别对交感神经的作用尤为明显。

（4）促进人体的生长发育及组织分化，此作用与机体的年龄有关。甲状腺分泌不足在成人可引起黏液性水肿症，在幼儿可产生呆小症；甲状腺分泌过盛则可引起甲状腺功能亢进症。

细目二　单纯性甲状腺肿

要点一　临床表现

甲状腺不同程度的肿大和肿大结节对周围器官引起的压迫症状是本病主要的临床表现。

1. 甲状腺肿大

病程早期，甲状腺呈对称、弥漫性肿大，腺体表面光滑，质地柔软，随吞咽上下移动。后期在肿大腺体的一侧或两侧可扪及单个或多个结节。当结节发生囊肿样变并发囊内出血时，可引起结节迅速增大，可伴有疼痛。

2. 压迫症状

单纯性甲状腺肿体积较大时可压迫气管、食管和喉返神经，出现气管弯曲、移位和气

道狭窄，受压过久还可使气管软骨变性、软化，影响呼吸或引起呼吸困难；压迫喉返神经引起声嘶；压迫食管引起吞咽不适感，但不会引起梗阻症状；胸骨后甲状腺肿尚可压迫上腔静脉造成颜面部青紫色浮肿，颈部和胸部表浅静脉扩张。

3. 甲状腺结节

本病持续年久可逐渐发展成结节性甲状腺肿，从而继发甲亢或发生恶变。

要点二　诊断

根据病史及临床表现一般可作出诊断。对于居住于高原、山区缺碘地带的甲状腺肿病人或家属中有类似病情者常能及时作出地方性甲状腺肿的诊断。发现甲状腺肿大或结节比较容易，但需要判断甲状腺肿及结节的性质，这就要仔细收集病史，认真检查，必要时可用细针穿刺细胞学检查以确诊。

（一）地方性甲状腺肿诊断依据

根据“地方性甲状腺肿、地方性克汀病学术交流与科研协作会议”诊断标准：

（1）居住在地方性甲状腺肿病区；

（2）甲状腺肿大超过本人拇指末节大小，或有小指末节大小的结节；

（3）排除甲亢、甲状腺癌等其他甲状腺疾病。甲状腺摄^{131}I 率呈饥饿曲线可作参考指标。

（二）地方性甲状腺肿的分型

1. 弥漫型

甲状腺均匀增大，摸不到结节。

2. 结节型

在甲状腺上能摸到 1 个或几个结节。

3. 混合型

在弥漫肿大的甲状腺上能摸到 1 个或几个结节。

（三）实验室及其他检查

1. 基础代谢率（BMR）

正常或偏低。

2. 血清中蛋白结合碘（PBI）

正常或偏低；TSH 增高或正常；甲状腺球蛋白（TG）升高；T_3 可增高，T_4 正常或下降，T_3/T_4 比值上升。

3. 放射性核素检查

摄^{131}I 率增高或正常。^{131}I 甲状腺扫描显示甲状腺弥漫性增大，早期放射性均匀，结节性甲状腺肿放射性分布常不均匀，呈现斑片样稀疏或为冷、凉、温、热结节。

4. 影像学检查

（1）B 超检查：有助于发现甲状腺内囊性、实质性或混合性多发结节的存在。

（2）X 线检查：颈部 X 线检查可发现不规则的胸骨后甲状腺肿及钙化的结节，还能确定气管受压、移位及狭窄的有无。

5. 喉镜检查

了解声带运动状态以确定喉返神经有无受压。

要点三　鉴别诊断

1. 甲状腺腺瘤

甲状腺有单个或多个光滑结节，不伴有甲状腺肿大。

2. 亚急性甲状腺炎

甲状腺常不对称肿大，质硬而表面光滑，疼痛，常始于甲状腺的一侧，很快向腺体其他部位扩展。甲状腺摄^{131}I 量显著降低。

3. 慢性淋巴细胞性甲状腺炎

起病缓慢，一般无全身症状；甲状腺弥漫性肿大，质地较硬；摄^{131}I 率正常或下降，T_3、T_4 正常或下降，甲状腺自身抗体滴度较高。

要点四　治疗

（一）西医治疗

1. 药物治疗

以适量甲状腺激素制剂治疗，以抑制过多的内源性 TSH 分泌，补充内生甲状腺激素的不足，从而达到缓解甲状腺增生的目的。甲状腺激素制剂适用于各种病因引起的甲状腺肿，常用制剂有：

（1）干甲状腺制剂：常用量为每日 60 ~ 120mg，口服。疗程一般为 3 ~ 6 个月，停药后如有复发可重复治疗。

（2）左旋甲状腺素（$L-T_4$，优甲乐）：本病早期阶段的年轻患者可每日用 100μg 治疗，第 2 个月增至每日 150 ~ 200μg。年龄较大和长期患结节性甲状腺肿者治疗前宜作 TRH（促甲状腺释放激素）兴奋试验或 TSH 浓度测定，若 TSH 极低或无反应，提示甲状腺已有自主性功能，不宜用本药治疗。

2. 手术治疗

有下列情况之一者，可考虑手术切除治疗：

（1）巨大甲状腺肿影响生活和工作者；

（2）甲状腺肿大引起压迫症状者；

（3）胸骨后甲状腺肿；

（4）结节性甲状腺肿继发功能亢进者；

（5）结节性甲状腺肿疑有恶变者。

为防止术后残留甲状腺组织再形成腺肿及甲状腺功能低下，宜长期服用甲状腺激素制剂。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）肝郁脾虚证

证候：颈部弥漫性肿大，伴四肢困乏，气短，纳呆体瘦；苔薄，脉弱无力。

治法：疏肝解郁，健脾益气。

方药：四海舒郁丸加减。

（2）肝郁肾虚证

证候：颈部肿块皮宽质软，伴有神情呆滞，倦怠畏寒，行动迟缓，肢冷，性欲下降；舌淡，脉沉细。

治法：疏肝补肾，调摄冲任。

方药：四海舒郁丸合右归丸加减。

2. 针灸治疗

（1）针刺：以舒经活血、行气破结为法。常用穴：合谷、夹脊、天突、曲池、风池，或肿物最凸点、天突、曲池。

（2）灸法：常用穴：天突、通天、云门、中封、曲池、大椎、气舍、天府、膻中、风池。

（3）耳针：常用穴：内分泌、甲状腺。

细目三　甲状腺炎

要点一　临床分型

甲状腺炎（thyroiditis）临床上分为急性、亚急性和慢性三种类型。其中急性甲状腺炎临床少见，亚急性和慢性甲状腺炎临床上较为常见。甲状腺炎属中医“瘿痈”的范畴。

要点二　临床表现

（一）急性甲状腺炎

起病急，突发高热、寒战、头痛、颈部疼痛并向耳枕部放射，甲状腺一侧叶肿胀、疼痛、灼热感，脓肿形成后局部红肿并有波动感。脓肿偶可破入气管或食管及深入纵隔，引起气促、咳嗽、吞咽困难，甚至窒息死亡。

（二）亚急性甲状腺炎

多数表现为甲状腺突然肿胀、发硬、吞咽困难及疼痛并向患侧耳颞处放射。常始于甲状腺的一侧，很快向腺体其他部位扩展。有一过性甲状腺功能亢进症状，一般 3～4 天或 1～2 周达到高峰后缓解消退。后期偶有甲状腺功能减退的表现。随病程变化有时一叶肿胀消退后另一叶出现新的肿块。病程约为 3 个月，愈后多无甲状腺功能减退。有时愈后可复发。甲状腺吸收碘的能力降低。

（三）慢性甲状腺炎

1. 慢性淋巴细胞性甲状腺炎

本病起病缓慢，呈无痛性弥漫性甲状腺肿，初期甲状腺多呈轻中度弥漫性肿大，以峡部为显著；肿大两侧多对称，一侧肿大明显者少见；肿块质硬，表面光滑，病程较长者可扪及结节；多伴甲状腺功能减退，早期可有甲亢表现，但不久便会减轻或消失；较大的甲状腺肿可有压迫症状。

2. 慢性侵袭性甲状腺炎

起病缓慢，部分患者有疼痛感。甲状腺大小正常或轻、中度肿大，单侧或双侧肿块，质硬超过癌的质地。常与周围组织紧密粘连，颈部压迫症状有时很明显。偶有甲低表现。

要点三　治疗

（一）西医治疗

1. 急性甲状腺炎

治疗早期使用适当抗生素可使炎症消退；一旦脓肿形成应及时穿刺置管引流或切开引流，防止脓肿向气管及纵隔内破溃，使治疗更加困难。

2. 亚急性甲状腺炎

肾上腺皮质激素是治疗本病最有效的药物，可选用强的松每日 20 ~ 40mg，2 周后逐渐减量，维持 1 ~ 2 个月以上；同时加用甲状腺干制剂效果较好，甲状腺素片每日 120 ~ 200mg，症状缓解后减量维持 2 ~ 3 个月。用于甲状腺肿痛特别明显、病程处于暂时性甲状腺功能低下者，疗程不宜太短，以免复发。停药后如果复发则予放射治疗，效果较持久。抗生素治疗无效。由于本病系自限性疾病，而且手术治疗极易导致甲状腺功能低下，故为禁忌证。术中一旦经病理确诊本病，应终止手术。

3. 慢性甲状腺炎

（1）慢性淋巴细胞性甲状腺炎：常用甲状腺激素替代疗法和免疫抑制治疗。

①甲状腺激素替代疗法：三碘甲状腺原氨酸（T_3）每日 50 ~ 75μg；或甲状腺片从小量开始，每日 40mg，逐渐加至每日 120 ~ 200mg，甲状腺缩小后维持在每日 80 ~ 120mg，成人多需终生服药。长期用甲状腺干制剂治疗多有疗效。

②免疫抑制治疗：强的松每日 15 ~ 30mg，一般用药 1 ~ 2 个月，缓慢减量后停药，不宜长期应用。

③手术治疗：甲状腺肿大有明显压迫症状者及合并恶性病变者应手术治疗。行甲状腺峡部切除、甲状腺大部切除及根治性切除。手术后大多继发甲低，需长期服用甲状腺制剂。

（2）慢性侵袭性甲状腺炎：可用肾上腺皮质激素，但疗效不肯定。伴有甲低时可适当给予甲状腺激素。有明显压迫症状时可手术治疗，可行甲状腺峡部切除或局限性肿块切除。由于粘连紧密，切除腺体时应避免损伤邻近组织。

（二）中医治疗

外感、饮食不节、情志内伤是本病的诱因，热毒炽盛、痰湿、气血壅滞为本病病机。

1. 内治

（1）气滞痰凝证

证候：肿块坚实，轻度作胀，重按才感疼痛，其痛牵引耳后枕部，或有喉间梗塞感，痰多，一般无全身症状；苔黄腻，脉弦滑。

治法：疏肝理气，化痰散结。

方药：海藻玉壶汤加减。

2. 肝郁胃热证

证候：颈前肿痛，胸闷不适，口苦咽干，急躁易怒，心悸多汗；苔薄黄，脉弦数。

治法：清肝泄胃，解毒消肿。

方药：普济消毒饮与丹栀逍遥散加减。

3. 火毒炽盛

证候：局部结块疼痛明显，伴恶寒发热、头痛、口渴、咽干；苔薄黄，脉浮数或滑数。

治法：清热解毒，消肿排脓。

方药：透脓散与仙方活命饮合方加减。

4. 外治

（1）初期宜用箍围药，如金黄散、四黄散、双柏散，水或蜜调制外敷，每日1～2次。

（2）若成脓宜切开排脓，八二丹药线引流，金黄膏外敷。

细目四　甲状腺腺瘤

要点一　临床表现

多以颈前无痛性肿块为首发症状，常偶然发现。颈部出现圆形或椭圆形结节，质韧有弹性，表面光滑，边界清楚，无压痛，多为单发，随吞咽上下移动。多数病人无任何症状。腺瘤生长缓慢。当乳头状囊性腺瘤因囊壁血管破裂发生囊内出血时，肿瘤可在短期内迅速增大，局部出现胀痛，触痛，因张力较大，肿瘤质地较硬。肿物较大时可有压迫感，有时可压迫气管移位，但很少造成呼吸困难，罕见喉返神经受压表现。可引起甲亢及发生恶性变。

要点二　诊断

根据临床表现、体格检查和B超等辅助检查可供诊断，确诊需病理。

要点三　鉴别诊断

1. 结节性甲状腺肿

甲状腺腺瘤与甲状腺肿的单发结节较难鉴别。甲状腺腺瘤见于非单纯性甲状腺肿流行地区，多年保持单发；结节性甲状腺肿的单发结节经过一段时间后可演变为多发结节，超声波检查提示包膜完整者多为腺瘤，而结节性甲状腺肿的单发结节包膜常不

完整。

2. 甲状舌骨囊肿

青少年多见，肿块位于颈中线，呈半球形或球形，有囊性感，伸舌时肿块内缩。

3. 甲状腺癌

可发生于任何年龄；早期多为单发结节，病史短，进展快，结节硬，表面不光滑，不能随吞咽动作上下移动；甲状腺扫描为冷结节，穿刺抽吸细胞学检查能帮助确定癌的诊断。

要点四　治疗

（一）西医治疗

手术治疗的应用是因甲状腺瘤有引起甲亢和恶变的可能，原则上应早期切除，行包括腺瘤的患侧甲状腺大部或部分切除。切除标本必须立即行冰冻切片检查，以判定有无恶变。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）肝郁气滞证

证候：颈部肿块不红、不热、不痛；伴烦躁易怒，胸胁胀满；舌苔白脉弦。

治法：疏肝解郁，软坚化痰。

方药：逍遥散与海藻玉壶汤加减。

（2）痰凝血瘀证

证候：颈部肿物疼痛，坚硬；气急气短，吞咽不利；舌质暗红有瘀斑，脉细涩。

治法：活血化瘀，软坚化痰。

方药：海藻玉壶汤与神效瓜蒌散加减。

（3）肝肾亏虚证

证候：颈部肿块柔韧；常伴性情急躁，易怒，口苦，心悸，失眠，多梦，手颤，月经不调；舌红，苔薄，脉弦。

治法：养阴清火，软坚散结。

方药：知柏地黄丸与海藻玉壶汤加减。

2. 针灸疗法

（1）取定喘穴，隔日针刺 1 次。

（2）沿甲状腺瘤周围针刺，强刺激，不留针，1 日或隔日 1 次，连针 15 ~ 30 日。

（王广）

第二十二单元　乳腺疾病

细目一　概论

要点一　检查方法

（一）视诊

1. 一般观察

主要观察双乳的位置、大小和外形是否对称。乳房内有较大肿块时，外形可出现局限性隆起。乳房表面若有局限性凹陷（酒窝征），常是深部癌肿或脂肪坏死灶侵及 Cooper 韧带而使之收缩所致。一侧乳房表浅静脉扩张是晚期乳癌或肉瘤的征象。

2. 乳头

正常乳头双侧对称，高出皮肤，指向前方并略向外方。如果乳头附近有癌肿或慢性炎症，乳头可被牵向病灶侧；乳头深部有癌肿可使乳头内陷。乳头内陷也可是发育不良所致，临床上要注意区别。

3. 乳房皮肤

如果乳房局部未用过刺激性外敷药物或热敷而乳房皮肤发红并有疼痛者，应首先考虑化脓性炎症。若大范围皮肤发红充血伴水肿时，应警惕炎性乳癌的可能。表浅慢性炎症病灶（如结核等）常可见皮肤为暗红色。癌细胞侵入乳房浅淋巴管引起堵塞，可导致淋巴水肿而使乳房皮肤呈“橘皮样”改变。

（二）触诊

医者坐在病人侧面进行触诊，或让病人平卧，肩下垫一小枕进行检查。重点是了解乳内肿块的有无及性质。正确的检查方法是用手掌或手指掌面（手指末二节的掌面最敏感）循序轻柔触按乳房内上、外上（包括乳腺的腋尾部）、外下、内下、中央（乳晕、乳头）各区。检查乳房以后，必须检查区域淋巴结。

1. 乳房肿块

若已触到乳内肿块，应注意其部位、大小、形状、硬度、边缘是否清晰、表面是否光滑、有无压痛、与周围组织是否粘连等情况。轻轻捏起肿块表面的皮肤就可知肿块是否与皮肤粘连。如有粘连而无炎症表现，应警惕乳癌的可能。乳房中央区肿块即使是良性的，因被大乳管穿过，也多与乳晕区皮肤粘连，且使乳头弹性受限。扪诊乳房肿块时还应注意肿块是否与深部组织粘连。先分别在水平方向和垂直方向测试肿块的活动度，然后嘱病人以患侧上肢用力叉腰，使胸大肌紧张，再行测试。比较两次测试时肿块在胸大肌表面的活动度，可知肿块是否与胸大肌筋膜、胸肌粘连。乳房外下象限已超越胸大肌下缘，检查此处肿块的活动度时，可让病人把患侧上肢放在检查者的肩上用力下压，借以紧张乳房深部

前锯肌。

2. 乳头溢液的检查

由乳腺周围向乳头方向轻轻按压，而后挤压乳晕和乳头，注意有无液体排出。若有，应注意液体的颜色及其排出口的位置。

3. 腋窝淋巴结

检查者坐在患者的对面，先以左手检查患者右腋，再以右手检查其左腋。检查时嘱病人将肘关节屈曲 90°，前臂放在检查者的前臂上，使腋窝前缘的胸大肌和背阔肌松弛。然后检查者用食、中指的掌面进行触摸。先从腋窝顶部开始，用稳定的滑移动作在胸壁侧面自上而下地触摸中央区组、腋窝前壁胸肌组。再站其身后，让患者上臂向前上方抬起，触摸背阔肌前内面的肩胛下组。最后站在其前面，检查锁骨上下组淋巴结。站在前面检查锁骨上淋巴结时患者的头必须倾向检查侧，使皮肤放松，才能触及深部。也可站在患者身后，以四指紧贴颈根部进行滑动触诊锁骨上区淋巴结。锁骨下区淋巴结不易摸到，但可见该区比较饱满。扪及肿大的淋巴结时，应注意其数目、大小、硬度、表面是否光滑、活动度，是否互相粘连融合、有无压痛等。

要点二　特殊检查

乳房的特殊检查对乳房部位的恶性疾病的早期诊断有很大的帮助。其方法主要有细胞学检查、活体组织切片检查、X 线检查、B 型超声波、冷光透照、热图像检查、近红外线透照等。

（一）细胞学检查

1. 针吸细胞学检查

用细针进行乳房肿块穿刺抽吸，将抽吸取得的组织液行细胞涂片检查，可以判断细胞的良性或恶性。由于癌细胞粘着力低而易被吸出，可以早期发现乳腺癌。

2. 乳头溢液的细胞学检查

女性乳头溢液有时是最早或唯一的症状，临床上凡有乳头溢液者均应行溢液涂片检查。尚未绝经的妇女采取检查标本的日期最好选择在正常月经周期的第 4 周，因为在此期间由于卵巢黄体的作用，分泌物较多，易于检查。采取分泌物时，须先用手轻轻按触检查乳腺内有无触及的肿块，然后将乳头洗净，用食指腹由患处顺乳腺导管方向向乳头轻轻按摩乳腺，将所获得的分泌物行涂片检查。

3. 乳头的脱落细胞学检查

乳头和乳晕湿疹样病变可行涂片或刮片检查。由于癌细胞之间粘着力低、易脱落，乳头湿疹样癌的脱落细胞学检查的阳性率较高，为早期诊断的依据。

（二）活体组织切片检查

为组织学检查，是迄今确定肿块性质最可靠的方法。活组织切取法促使癌细胞转移的机会较大，故不宜用于乳房肿块。采用活组织切除法进行活检才比较安全可靠，方法是连同少许邻近组织完整地切下肿块送活检。术中应避免挤压，以免扩散。有条件者可作快速

冰冻切片，若证实为恶性肿瘤，应及时施行根治切除手术。

（三）X 线检查

主要的方法为钼靶 X 线摄片、干板静电摄片、乳腺导管 X 线造影、CT 检查等。

1. 钼靶 X 线摄片

良性肿瘤摄片见到的块影密度均匀，周围有一透亮度较高的脂肪圈；如有钙化影，常较粗大而分散，周围组织有受推移现象。恶性肿瘤的块影多不规则或呈分叶状，中心区密度较高，有些肿块的边缘呈毛刺状，如有钙化影，多细小而密集，并可见于肿瘤范围以外的组织中；有时可见增粗的血管影；肿块周围组织可因肿瘤浸润而扭曲变形。邻近皮肤则可有增厚凹陷。

2. 干板静电摄片

具有“边缘增强效应”而产生较明显的浮雕感，大大增加了摄片的对比性，使肿块的边缘比钼靶摄片更为清晰。此法设备简单，费用低廉，不需洗片。它的缺点是肿块的细致结构有失真现象。

3. 乳腺导管 X 线造影

对于乳头有溢液的病人，可行乳腺导管 X 线造影检查。检查时向有溢液排出的导管的开口缓慢注入造影剂行 X 线摄片。此项检查可以了解乳腺导管及腺小叶间病变的位置、大小、形态，对乳腺导管内的新生物有早期诊断意义。

（四）B 型超声波检查

能显示乳房内肿块的细微结构，并能比较精确地测量肿块的大小。它能检测到 X 线检查在致密型乳腺中所不能排除的肿物，尤其在区分实质性肿块和囊肿方面更具有特性。

（五）冷光透照检查

可显示出乳房不同的透光度与血管的分布情况。当乳房发生病变时，乳房的透光度及血管纹理等可发生变化。冷光透照检查就是根据这些变化来判别乳腺疾病的良性与恶性。在月经前期、经期及妊娠期由于乳腺充血，可影响检查效果，最好不要在此期间检查。

（六）热图像检查

可根据情况采用红外线热图像检查或液晶热图像检查。由于热图像检查假阳性率较高，必须配合其他的检查方法进行认真分析判断。

（七）近红外线透照检查

其诊断原理是将穿过人体乳腺组织的可见光和近红外光通过特殊摄影系统和录像系统，层次分明地将乳腺组织显示在监视荧光屏幕上。此法操作方便，图像清晰，直观性强，可用于乳房普查。

细目二　急性乳腺炎

要点一　临床表现

（一）症状

1. 乳房肿胀疼痛

绝大多数见于产后哺乳期的最初 3 ~ 4 周内，尤其以初产妇多见。初起时患乳肿大，胀痛或触痛，翻身或吮乳时痛甚，疼痛部位多在乳房的外下象限。乳汁排泄不畅。病情发展到成脓阶段时，患部疼痛加剧，呈持续性搏动性疼痛或刺痛。脓成溃破后脓流通畅，则逐渐肿消痛止；若脓流不畅，肿势不消，疼痛不减，多为有袋脓现象或脓液波及其他乳腺叶而引起病变。

2. 发热

初起时可出现恶寒发热，化脓时可有高热、寒战。若感染严重，并发败血症时，常可在突然的剧烈寒战后出现高达 40℃ ~41℃的发热。

3. 其他症状

初起时可出现骨节酸痛、胸闷、呕吐、恶心等症状。化脓时可有口渴、纳差、小便黄、大便干结等症状。

（二）体征

初起时患部压痛，结块或有或无，皮色微红或不红。化脓时患部肿块逐渐增大，结块明显，皮肤红热水肿，触痛显著，拒按。脓已成时肿块变软，按之有波动感。若病变部位较深，则皮肤发红及波动感均不甚明显。已溃者创口流脓黄白而稠厚，若脓肿向乳管内穿破，可自乳头流出脓液。患侧腋下常可扪及肿大的淋巴结，并有触痛。

（三）实验室及其他检查

1. 血常规检查

白细胞总数及中性粒细胞比例明显增高，白细胞总数常高于 10.0×10^9/L，中性粒细胞常可达 75% ~85% 。

2. 患部穿刺抽脓

病变部位较深者，必要时应在局麻下行穿刺抽脓，以确定脓肿的存在。

3. B 型超声波检查

脓肿部位较深者，此项检查可明确脓肿的位置，有利于准确切开排脓。

要点二　诊断

根据哺乳期妇女乳房胀痛、发热等病史，体格检查可见乳房局部红肿、触痛，结合辅助检查，可作出诊断。

要点三　鉴别诊断

1. 炎性乳癌

好发于年轻妇女，多见于妊娠期或哺乳期；局部症状显著，发病后患乳迅速增大，常累及整个乳房的1/3或1/2以上，甚至可增大2～3倍；患部皮肤水肿、潮红、发热、轻触痛，但无明显肿块可扪及，患侧腋窝常常出现转移性肿大的淋巴结；病变可迅速波及对侧乳房，全身炎症反应较轻；血液白细胞总数及中性粒细胞比例无明显升高；抗感染治疗无效；针吸细胞学活检可查到癌细胞。本病病情严重，发展较快，甚至数月内死亡。

2. 乳腺导管扩张症

多有先天性乳头凹陷畸形，乳头孔有粉刺样或油脂样物溢出；在急性期，其表现类似急性乳腺炎；主要表现为乳房红肿疼痛、乳头溢液（浆液或脓液）、乳头内陷、乳房肿块与皮肤粘连，溃后疮口经久不敛或愈合又复发，形成多个通向乳头孔的瘘管。本病与急性乳腺炎的鉴别主要有3点：①抗炎治疗无效；②乳腺导管造影显示乳腺导管扩张；③乳头或乳晕下触到增粗的导管。

3. 哺乳期外伤性乳房血肿

有乳房外伤史；局部可见红肿热痛，偶可触及边缘不清的肿块；局部穿刺吸出物为血液。

要点四　治疗

急性乳腺炎是一种急性化脓性感染，根据其病因和病变过程，可分为急性炎症期、脓肿形成期和溃烂后期三个阶段，分别宜采用相应的方法治疗。急性炎症期应积极选用青霉素等抗生素控制炎症的发展；脓肿形成后主要的措施是及时切开排脓，同时内服清热解毒、托里透脓的中药；溃烂后期除积极换药、清创外，还可应用九一丹、五五丹等提脓祛腐中药，内服清热解毒、托里透脓汤剂。

由于乳汁淤积是本病发生发展的主要因素，在治疗过程中始终要注重促使乳汁排出通畅，控制炎症的发展。

（一）一般治疗

（1）患乳暂停哺乳，用吸乳器定时吸出乳汁，促使乳汁排出通畅，勿使淤积。

（2）用胸罩托起乳房，患部行湿热敷，每次20～30分钟，每日3～4次。应用淡盐温开水清洁乳头。

（二）西医治疗

1. 应用足量广谱抗菌药物

可选用青霉素、红霉素、头孢类抗生素等。

2. 脓肿形成后宜及时切开排脓

切开引流时应注意以下各点：

（1）为避免手术损伤乳管而形成乳瘘，切口应以乳头为中心循乳管方向做放射状切

口，至乳晕处为止。深部或乳房后脓肿可沿乳房下缘作弧形切口，经乳房后间隙引流，既有利于引流排脓，又可避免损伤乳管。乳晕下脓肿应沿乳晕边缘作弧形切口。

（2）若炎症明显而波动感不明显者，应在压痛最明显处进行穿刺，及早发现深部脓肿。

（3）切开后应以手指探入脓腔，轻轻分离多房脓肿的房间隔膜，以利引流。

（4）为有利于引流通畅，可在探查脓腔时找到脓腔的最低部位，另作切口作对口引流。

3. 终止乳汁分泌

感染非常严重或脓肿切开引流损伤乳管者，可终止乳汁分泌。其方法可选用：

（1）己烯雌酚：每次口服 1 ~2mg，3 次/日，共 5 ~7 日；

（2）苯甲酸雌二醇：每次肌肉注射 2mg，每日 1 次，至乳汁分泌停止。

（三）中医治疗

本病多因妇女产后乳头损伤、外邪入侵，乳汁过多、情志内伤、饮食不节等导致乳汁蓄积，乳络阻塞，气血凝滞，热毒蕴结而成。毒盛时久则可化腐成脓。

1. 内治

（1）肝胃郁热证

证候：乳房肿胀疼痛，皮肤微红或不红，结块或有或无，乳汁排泄不畅，患部微热触痛；可伴有畏寒发热，头痛，胸闷不舒，骨节酸痛，口渴等；舌质淡红或红，苔薄黄，脉弦或浮数。

治法：疏肝清胃，通乳散结。

方药：瓜蒌牛蒡汤加减。若乳汁壅滞太甚，加路路通、漏芦、鹿角霜活络通乳；若炎性肿块较大者，加夏枯草、浙贝母软坚散结；产后恶露未尽者，加益母草、川芎、丹参活血祛瘀；若为断乳时乳汁壅滞或产妇不哺乳，加炒山楂、生麦芽等消胀退乳。

（2）热毒炽盛证

证候：肿块逐渐增大，皮肤焮红灼热，疼痛剧烈，呈持续性搏动性疼痛，壮热不退，口渴喜饮，患部拒按，若肿块中央变软，按之应指，为脓已成；或见局部漫肿痛甚，发热，穿刺抽得脓液；或溃后脓出不畅，红肿疼痛不消，发热不退，有袋脓现象或传囊之变；同侧腋窝淋巴结肿痛。舌质红，苔黄腻，脉弦数或滑数。

治法：清热解毒，托里透脓。

方药：瓜蒌牛蒡汤合透脓散。若高热不退，加石膏、知母清热泻火；大便秘结者加生大黄、枳实泻热通腑。

（3）正虚毒恋证

证候：溃后乳房肿痛逐渐减轻，但疮口脓水不断，收口迟缓，或乳汁从疮口流出，形成乳漏；伴有面色少华、易疲劳、饮食欠佳、低热不退等；舌质淡，苔薄，脉细。

治法：益气活血养营，清热托毒。

方药：托里消毒散加减。若脓腐难脱者，加路路通、王不留行、薏苡仁化瘀祛腐；若口渴、便秘者，加胖大海、沙参、肉苁蓉生津通便。

2. 外治

（1）敷贴法：取芒硝60g溶解于100ml开水中，用厚纱布蘸药液外敷于患处，每次20~30分钟，每日2~3次，适用于炎症早期。

金黄散或玉露散用温开水调成糊状外敷患部，每日换药1次。用于未成脓或溃后周围坚肿不消者。

（2）祛腐生肌法：切开排脓或自溃后脓腐较多者，先用九一丹、五五丹等掺于盐水纱条上插入脓腔内引流换药，去除脓腐。待脓腐已净时，改用生肌玉红膏、生肌膏等外用，以生肌长皮。

细目三　乳腺囊性增生病

乳腺囊性增生病也称慢性囊性乳腺病，或称纤维囊性乳腺病，是乳腺间质的良性增生，增生可发生于腺管周围并伴有大小不等的囊肿形成；也可发生在腺管内而表现为上皮的乳头样增生，伴乳管囊性扩张；另一类型是小叶实质增生。本病是妇女的常见病之一，多发生于30~50岁妇女。临床特点是乳房胀痛、乳房肿块及乳头溢液。属中医“乳癖”范畴。

要点一　临床表现

（一）症状

1. 乳房内肿块

肿块可见于一侧或双侧乳房内，好发于外上象限，也可局限于乳房的任何象限或分散于整个乳房。肿块常为多发性，呈结节状，形态不规则，大小不等，质韧而不硬，与皮肤和深部组织之间无粘连，推之能移，但与周围组织分界并不清楚。肿块在月经来潮后可能有所缩小、变软。腋窝淋巴结不肿大。少数乳内肿块发生恶变时，可迅速增大、变硬。

2. 乳房胀痛

胀痛程度不一，重者可影响工作和生活，也有的为乳房刺痛或灼痛。疼痛有时可向同侧腋下或肩背部放射。胀痛的特点是具有周期性，常于月经前发生或加重；但部分病人无明显的周期性疼痛发作。

3. 乳头溢液

乳房内大小不等的结节状肿块实际上是一个个大小不同囊状扩张的大小乳管，乳头溢液即来自这些囊肿。若病变与大导管相通，或导管内有多发性乳头状增生及乳头状瘤病，常可出现乳头溢液，多呈黄绿色、棕色或血性，偶为无色浆液。约有5%~15%的患者可有乳头溢液，多为单侧性、自溢性。

4. 其他症状

常可伴有胸闷不舒，心烦易怒，失眠多梦，疲乏无力，腰膝酸软，经期紊乱，经量偏少等表现。

（二）体征

乳房内可扪及多个形态不规则的肿块，多呈片块状、条索状或颗粒状结节，也可各种形态混合存在。片块状肿块乳房脂肪较多的患者常扪摸不清，而在小乳房则可扪摸清楚，肿块为厚薄不等的片块状，表面一般平滑，但有的可扪及许多小结节，呈砂粒状隆起，大者可呈黄豆大小，质地中等，或软而有韧性。结节状肿块常为圆形、椭圆形或梭形，表面光滑或稍感毛糙，中等硬度。各种形态的肿块边界都不甚清楚，与皮肤及深部组织无粘连，推之能活动，多有压痛。

要点二　诊断

（1）患者多为中青年妇女，常伴有月经不调。

（2）乳房胀痛，有周期性，常发生或加重于月经前期，经后可减轻或消失，也可随情志的变化而加重或减轻。

（3）双侧或单侧乳房内有肿块，常为多发性，呈数目不等、大小不一、形态不规则的结节状，质韧而不硬，推之能移，有压痛。

（4）部分病人可有乳头溢液，呈黄绿色、棕色或血性，少数为无色浆液。

（5）钼靶 X 线乳房摄片见边缘模糊不清的阴影或有条索状组织穿越其间，B 型超声波检查不均匀的低回声区以及无回声囊肿，分泌物涂片细胞学检查、活体组织病理切片检查后明确诊断。

要点三　鉴别诊断

1. 乳房纤维腺瘤

多为单个发病，少数属多发性；肿块多为圆形或卵圆形，表面光滑，边缘清楚，质地坚韧，活动，常在检查时的手指下滑脱；生长缓慢；多见于 20 ~ 30 岁妇女。

2. 乳腺导管扩张症

常发生于 45 ~ 52 岁的中老年妇女；常在乳头、乳晕及其附近部位出现细小的结节，乳头常溢出棕黄色或血性分泌物，有时可挤出粉渣样分泌物。

3. 乳腺癌

本病早期应注意与乳腺囊性增生病的结节状肿块鉴别。乳腺癌早期的肿块多为单发性，质地坚硬，活动性差，无乳房胀痛；主要应依据活体组织病理切片检查进行鉴别。

要点四　治疗

本病是中青年妇女的多发病。由于有少数患者可发生癌变，确诊后应注意密切观察、随访。同时，在治疗过程中还应注意疏导情志，配合应用局部外敷药物、针刺疗法、激光局部照射、磁疗等方法治疗也有一定疗效。

（一）西医治疗

1. 药物治疗

（1）维生素类药物：可每次口服维生素 B_6 与维生素 E，或口服维生素 A。

（2）激素类药物：对软化肿块、减轻疼痛有一定疗效。但应用激素治疗有可能进一步扰乱人体激素之间的细微平衡，不宜常规应用，仅在疼痛严重而影响工作或生活时才考虑应用。常可选用黄体酮、达那唑、丙酸睾丸酮等。

2. 手术治疗

对可疑病人应及时进行活体组织切片检查，如发现有癌变，应及时行乳癌根治手术。若病人有乳癌家族史，或切片检查发现上皮细胞增生活跃，宜施行单纯乳房切除手术。

（二）中医治疗

本病多因肝气不舒、冲任失调，致使乳房气滞血瘀，痰瘀凝结而成。

1. 肝郁气滞证

证候：乳房胀痛或有肿块，一般月经来潮前乳痛加重和肿块稍肿大，行经后好转；常伴有情绪抑郁，心烦易怒，失眠多梦，胸胁胀满等；舌质淡红，苔薄白，脉细涩。

治法：疏肝理气，散结止痛。

方药：逍遥散加减。

2. 痰瘀凝结证

证候：乳中结块，多为片块状，边界不清，质地较韧，乳房刺痛或胀痛。舌边有瘀斑，苔薄白或薄而微黄，脉弦或细涩。

治法：活血化瘀，软坚祛痰。

方药：失笑散合开郁散加减。

3. 气滞血瘀证

证候：乳房疼痛及肿块没有随月经周期变化的规律性，乳房疼痛以刺痛为主，痛处固定，肿块坚韧；伴有经行不畅，经血量少，色暗红，夹有血块，少腹疼痛；舌质淡红，边有瘀点或瘀斑，脉涩。

治法：行气活血，散瘀止痛。

方药：桃红四物汤合失笑散加减。

4. 冲任失调证

证候：乳房肿块表现突出，结节感明显，经期前稍有增大变硬，经后可稍有缩小变软，乳房胀痛较轻微，或有乳头溢液；常可伴有月经紊乱，量少色淡，腰酸乏力等症。舌质淡红，苔薄白，脉弦细或沉细。

治法：调理冲任，温阳化痰，活血散结。

方药：二仙汤加减。

细目四　乳房纤维腺瘤

乳房纤维腺瘤是由乳腺组织和纤维结缔组织异常增生而形成的一种乳房良性肿瘤，是乳房良性肿瘤中最常见的一种，约占70%左右。好发于18～35岁的青壮年妇女，尤以25岁以前者为多见。临床特点是乳房肿块，圆形，表面光滑，质地坚韧，推之移动。本病属中医“乳核”的范畴。

要点一　临床表现

（一）症状

1. 乳房肿块

肿块多发生于乳房外上象限，约 75% 为单发，少数属多发性（同时或不同时）。圆形，光滑，大小不等，小如黄豆、弹丸，大者如禽蛋，个别的直径可超过 10cm，称为巨大纤维瘤。肿块不会化脓溃破，增长速度缓慢，可数年无变化，但在妊娠期或哺乳期可迅速增大，若不是在前述两个时期而出现肿块突然迅速增大时，应考虑有恶变的可能。

2. 乳房轻微疼痛

大多数患者无乳痛，少数病人可有轻微刺痛或胀痛。

3. 其他症状

部分病人可有情志抑郁、心烦易怒、失眠多梦等症状。

（二）体征

乳房内可扪及单个或多个圆形或卵圆形肿块，质地坚韧，表面光滑，边缘清楚，无粘连，极易推动。患乳外观无异常，腋窝淋巴结不肿大。

要点二　诊断

1. 钼靶 X 线乳房摄片

显示肿瘤阴影为圆形或卵圆形，形态规则，边缘整齐光滑，密度较周围组织略高且均匀，有时肿块周围可见一薄层透亮晕。

2. B 型超声波检查

显示肿块为实质性，边界清楚。

3. 活体组织病理切片检查

将乳腺肿块全部切除后，取活体组织行病理切片检查，以进一步明确诊断。

要点三　治疗

（一）西医治疗

本病一般发展缓慢，虽属良性，但也有发生恶变的可能。一旦发现，应积极治疗。目前尚无很理想的药物治疗能将肿块消除，根治本病的方法是手术切除。

25 岁以上的已婚妇女，或 30 岁以上妇女，无论已婚、未婚，也不论肿块大小，都应手术切除。另外，由于乳房纤维腺瘤可在妊娠期或哺乳期迅速增大，故在怀孕以前应行手术切除为宜。

（二）中医治疗

西医保守治疗期间及对多发或复发性纤维腺瘤用中药治疗可控制肿瘤生长，减少肿瘤复发，甚至有消除肿块的作用。

1. 内治

（1）肝气郁结证

证候：肿块较小，发展缓慢，不红不热，不觉疼痛，推之可移，伴胸闷叹息；舌质正常，苔薄白，脉弦。

治法：疏肝解郁，化痰散结。

方药：逍遥散加减。

（2）血瘀痰凝证

证候：肿块较大，坚硬木实，重坠不适，伴胸闷牵痛，烦闷急躁，或月经不调、痛经等；舌质暗红，苔薄腻，脉弦滑或弦细。

治法：疏肝活血，化痰散结。

方药：逍遥散合桃红四物汤加山慈菇、海藻。月经不调兼以调摄冲任。

2. 外治

阳和解凝膏掺黑退消外贴，7 天换药 1 次。

细目五　乳腺癌

乳腺癌是女性中最常见的恶性肿瘤之一，其发病率约占全身恶性肿瘤的 7% ~10%。我国与多数欧美国家相比，乳腺癌的发病率属低发国家，但近年来发病率有增高的趋势，大城市已占女性恶性肿瘤的首位。好发于 40 ~60 岁绝经期前后的女性。98% 以上的乳腺癌发生在女性，男性仅占 1% ~2%。本病属中医“乳岩”、“恶疮”、“失荣” 等范畴。

要点一　病理分型

（一）低分化乳腺癌

低分化乳腺癌的特点是肿瘤组织细胞分化程度低而恶性程度高。

1. 硬癌

切片病理镜下见癌细胞很小，在条索状排列的癌细胞之间有很多的纤维组织，浸润性强，与周围脂肪、深浅筋膜及皮肤粘连，肿瘤较小而硬，可在乳房内形成多发的结节状改变。转移较早，恶性程度很高，愈后较差。

2. 髓样癌

肿瘤的体积较大，直径常超过 4 ~6cm，周围边界比较清晰，但肿瘤没有真正的包膜，生长缓慢，晚期容易溃破。病理切片镜下癌细胞较多，形成癌灶及团块，伴有大量的淋巴细胞浸润，间质少。

3. 浸润性癌

又称炎性乳腺癌，不常见，是一种特殊类型的乳腺癌，多发生于年轻女性，恶性程度较高。癌细胞分化程度较差，细胞异型性增大，弥漫浸润性生长，早期可广泛地浸润淋巴网和淋巴管，致使淋巴管阻塞，伴有炎症性反应。临床上可出现急性乳房炎性症状，患侧上肢淋巴管水肿，或发生远处转移，弥漫型常见于分娩后哺乳期女性，常被误诊为急性乳

腺炎。

4. 胶样癌（黏液癌）

比较少见，其肿瘤的癌细胞切片镜下可见呈胶样，表现为数目不多的癌细胞能分泌黏液，细胞本身分化程度较好，生长缓慢，转移晚，恶性程度较低，愈后较好。

（二）高分化乳腺癌

高分化乳腺癌的特点是肿瘤组织分化程度高，恶性程度低。

1. 腺癌

较少见，起源于腺泡或乳管，癌细胞大部分呈腺管排列状态，间质很少，临床上所见到的肿块较大，其发生浸润、转移比较晚，恶性程度比较低。

2. 导管癌

不太常见，起源于中小乳管（小叶外导管）。切片镜下可见到很多的增生状乳管样组织，管腔内充满癌细胞，而中心部分癌细胞可发生坏死。在切片上，从切断面管腔内挤出的坏死癌细胞似粉刺内部挤出的油腻物，因此又称之为“粉刺癌”，该型恶性程度低，转移较晚。而在临床上乳腺囊性增生病、扩张的导管上皮细胞增生（Ⅲ级）应列为非浸润型导管癌。

3. 乳头状癌

临床不太多见，是指以靠近乳头部的大导管为起源处的癌。这种乳头状癌病程往往都比较长，癌细胞的特点往往呈乳头状突向扩张的导管。恶性程度较低，转移比较晚。

4. 湿疹样癌

又称 Paget 病，临床罕见，与乳头状癌的区别在于它起源于乳头内的大导管，癌细胞呈空泡状，在乳头、乳晕的表皮深层浸润发展，恶性程度低，淋巴转移较晚。它的临床特点是在乳头、乳晕部有湿疹样病变。皮肤潮红，皮厚，表面有鳞屑、痂皮或渗出，往往按湿疹治疗无效，仅是晚期在乳晕下触及肿块，所以临床上必须要有足够的鉴别理念。

要点二　临床表现

（一）症状

1. 乳房内包块

往往以无疼痛、单发包块、质地硬、表面不光滑、与周围组织粘连、界限不清、不易推动、无自觉症状为特点就诊。包块常是病人自己发现，包块发生的部位多为乳房的外上象限，乳房中心与内上象限部位发生率要明显低于前者。

包块增长的速度比较快，其变化不受月经周期的影响，包块逐渐增大以后可侵入周围组织并使乳房的外形发生变化，可突出于乳房的表面。癌块可侵犯胸大肌筋膜及胸大肌，致使癌块逐渐粘连固定于胸壁而不易推动。癌块侵及皮肤可延至背部与对侧皮肤，形成铠甲胸，紧缩胸廓，使呼吸运动受限，有时可出现不同程度的呼吸困难。当包块持续增大，血供相对减少而缺氧时，皮肤溃破，溃疡面出血，其分泌物恶臭。

2. 局部皮肤改变

局部癌肿逐渐增大，侵犯 Cooper 韧带造成局部组织粘连，因此包块表面皮肤出现明显的凹陷性酒窝征，是乳癌早期的常见局部体征。

乳癌晚期，肿块表面局部皮肤因皮下淋巴管被阻塞而引起淋巴性水肿，由于皮肤反映在毛囊处与皮下组织的粘连，淋巴水肿时可见毛囊出现凹陷，形成了在临床上所谓的橘皮样改变。而癌肿周边区域由于供血增加使表皮温度上升，且皮肤血管也出现怒张。

3. 乳头部的变化

如果在乳房的上部发生乳癌，特别是硬性乳癌，可使乳头及整个乳房明显抬高。而大导管被浸润或牵拉，可使乳头内陷。

大约有 10% 的乳癌病人可出现乳头溢液，多见于导管内乳头状癌或粉刺癌，当按压包块时，可见到有血性、浆液性、脂油样物从乳头溢出。在湿疹样癌病人的乳头、乳晕区皮肤可见湿疹样改变。

4. 特殊类型乳腺癌的症状

弥漫型癌的发展过程与临床表现与一般的乳癌有所差别。炎性乳癌多半发生于年轻女性，特别是妊娠期和哺乳期女性。这种乳癌发展非常快，可在较短的时间内侵犯整个乳房，皮肤出现充血水肿、发热，状如急性炎症表现，整个乳房高度肿胀，质地坚硬，无明显的局限性包块。同时炎性乳癌转移比较早而广泛，有时对侧乳房也可受侵犯，预后较差。

当乳癌经淋巴道转移至同侧腋窝淋巴结时，腋下可触及肿大淋巴结，而腋下群淋巴结的肿大以中央部多见，然后是胸大肌群，肩胛骨下群较少见，如果癌细胞阻塞腋窝淋巴管，将引起同侧上肢淋巴的回流障碍，则会出现蜡白色手臂水肿；若锁骨下或腋窝淋巴结压迫腋静脉，则引起手臂水肿呈紫色状。腋窝淋巴结或胸骨旁淋巴结的转移可进一步侵犯锁骨下、锁骨上淋巴结，再经胸导管或右淋巴导管侵入血液循环。少数病人对侧腋窝淋巴结也可出现转移。

晚期乳癌病人可经血液循环转移至肺、肝、骨骼等处，临床上可出现相应症状。

5. 乳癌病人的全身表现

主要发生在晚期，可出现明显的精神状态差、进食减少、消瘦，恶病质、贫血、乏力、发热等临床表现。

（二）体征

1. 视诊

要注意乳房体积的变化，乳头有无内陷及抬高，乳头的内陷并不说明都是乳癌所致，有少数病人是因发育上的缺陷。乳头抬高是乳癌病人的局部特征。浸润型癌时可出现皮肤发红，类似急性乳腺炎；乳癌的早期往往就可能出现皮肤有凹陷状改变，特别是让病人抬高双臂，或用手托起乳房抬高时，凹陷部的体征就更加明显；晚期皮肤可出现橘皮样改变。

2. 触诊

乳房的触诊一般应在月经期后进行，让病人端坐，面对病人检查，但是，如果病人是

一个明显下垂的乳房应采取平卧位检查，乳房触诊检查的顺序是内上、外上、外下、内下四个象限及乳晕区域。在触诊过程中一定要注意手法的轻重，并注意乳头是否有溢液，最后检查腋窝、锁骨上及锁骨下是否有淋巴结的肿大。

触诊时不管在任何一侧乳房象限区域内发现包块，一定要注意包块的大小、深浅度、有无压痛、活动度如何、界限是否清晰、与表皮及周围组织是否有粘连、包块筋膜与胸肌有无粘连固定。特别是在腋窝及锁骨上、下区域触及淋巴结时，要注意淋巴结的数量、大小、活动度。

要点三　转移途径

乳腺癌的转移有以下四种方式：

1. 直接浸润性转移

肿瘤可直接侵及皮肤、筋膜、胸肌等周围组织。晚期癌肿可因直接侵犯肌膜造成肿块粘连固定在胸壁而使移动消失。

2. 淋巴浸润性转移

可根据乳房淋巴液的引流输出途径扩散，而主要途径有两个：一是癌灶在乳房的外侧部分，癌细胞一般情况下先经胸大肌外侧缘淋巴管转移至同侧腋窝淋巴结，然后逐渐累及锁骨上淋巴结。肿大的淋巴结早期为散在、孤立、无痛、活动度良好，以后逐渐增多，粘连成团状，因而活动度消失。癌细胞可阻塞腋窝下淋巴管，以至影响同侧上肢淋巴液的回流，使上肢的远端出现肿胀，逐渐向近心端蔓延。二是癌灶在乳房的内侧部分，癌细胞还可以向内侧浸润胸骨旁淋巴结，继而达到锁骨上淋巴结。上述两个主要淋巴转移途径中一般前者较多，而后一种转移途径较少。

3. 血运转移

癌细胞起初可经过上述淋巴结引流途径进入静脉，也可以直接进入血液循环。但是往往有些在临床上诊断为早期乳腺癌者乳房的肿块很小，或者甚至摸不到明确包块却已有腋下淋巴结转移或远处血运转移病灶。只要有癌细胞浸润侵犯至基底膜者，就有可能发生血运转移。常见的血运远处转移脏器的规律依次为肺、骨骼、肝脏。在骨骼中则依次为肱骨、骨盆、股骨。

4. 种植性转移

种植性转移病灶以往认为并不常见，因手术时在切除过程中造成癌细胞脱落在创面或切口处，然后直接在切除癌肿的创面上或切口上形成转移病灶者已不少见。所以在手术过程中应尽量减少对癌肿组织的挤压与破损，以减少这种种植性转移的机会。

要点四　临床分期

1. TNM 分期

国际抗癌协会建议用 T（原发癌肿）、N（局部淋巴转移）、M（远处转移）的分类方法来表达乳癌的分期。

T_1：癌肿直径小于 2cm，乳房皮肤正常。

T_2：癌肿直径 2～5cm，与皮肤无粘连，与胸大肌无固定。

T_3：癌肿直径 5cm 以上，癌肿可与胸大肌固定。

T_4：癌肿已与胸大肌固定，形成溃疡，局部皮肤红肿，且呈皮肤结节。

N_0：同侧腋窝无可触及的淋巴结。

N_1：同侧腋窝可触及淋巴结，但尚可活动。

N_2：同侧腋窝淋巴结融合成块，或与局部组织粘连。

N_3：同侧锁骨上、下淋巴结转移。

M_0：无远处转移。

M_1：远处转移（包括乳房外的皮肤以及对侧乳房和淋巴结的转移）。

2. 临床分期

美国癌症联合委员会（AJCC），乳腺癌 TNM 分期如下：

0 期	Tis	N_0	M_0
Ⅰ期	T_1	N_0	M_0
ⅡA 期	T_0	N_1	M_0
	T_2	N_1	M_0
	T_2	N_0	M_0
ⅡB 期	T_2	N_1	M_0
	T_3	N_0	M_0
ⅢA 期	T_0	N_2	M_0
	T_1	N_2	M_0
	T_2	N_2	M_0
	T_3	N_1	M_0
	T_3	N_2	M_0
ⅢB 期	T_4	N_0	M_0
	T_4	N_1	M_0
	T_4	N_2	M_0
ⅢC 期	任何 T	N_3	M_0
Ⅳ期	任何 T	任何 N	M_1

要点五　诊断

目前乳腺癌的诊断运用 X 线检查、B 超、热像、红外线乳腺、针刺活检、细胞学等检查方法，提高了术前诊断率。

（一）X 线检查

是一种常用的检查方法。据有关资料统计，诊断乳腺癌的准确率可达 85%～90%。常

用的方法有钼靶 X 线摄片法、干板静电摄片法。

乳腺癌 X 线摄片的特征：微细而致密的钙化点，癌块多为不规则或分叶状，中心密度较高，边缘不规则，毛刺状；癌块周边也可见增粗的血管影，癌块表面皮肤因水肿而增厚或凹陷。

（二）B 超检查

乳腺癌形态常不规则，回声不均匀，且癌组织浸润可见向外周延伸的强回声带，良性包块则不强。B 超检查乳腺癌的正确诊断率可达 80%。对良性包块也可高达 84%。现已成为临床诊断乳腺癌的首选检查方法。当然，对于包块较小、直径小于 1cm 的乳腺癌，超声诊断率要低于 X 线检查。

近些年来开始使用彩色多普勒检查，乳腺癌显示有丰富的动脉血流；结合 B 超检查，其准确率可由单用 B 超的 80% 提高到 95%。

（三）热像检查

由于恶性肿瘤的代谢增强，血管增多，导致恶性肿瘤的局部温度高于周围正常组织，因此通过热像可以反映出肿瘤的温度情况。如果肿瘤部位的皮肤温度高，恶性肿瘤的可能性大。应用液晶热像方法检查虽然总的阳性率可达 75% 左右，但是假阳性率也较高，且对于早期或较小的乳腺癌阳性率也是较低的。热象检查不需要特殊的设备，又无创伤，故作为筛查时有一定价值。

（四）核素检查

因乳腺癌包块摄取核素磷量较高，而良性肿瘤对核素磷的摄取率较低，所以可用核素磷体外控制法来判断乳房包块的性质。

（五）红外乳腺检查仪

正常人体组织对红外线照射深度大，而恶性肿瘤组织大量地吸收红外线，采用红外线照射乳房可检查肿块阴影的深浅与形状、大小和边界状况，可鉴别良恶性肿瘤及其他疾病，对早期乳腺癌检出率高达 90% 左右。

（六）病理学检查

病理学的检查为乳腺癌的诊断及治疗提供了有力依据。

1. 细胞学检查

临床上多见的乳腺肿瘤使用针吸细胞学检查基本上已属常规性检查。应用直径 0.7 ~ 0.9mm 的细针局部穿刺，吸出组织液，检查组织液中的细胞。诊断乳腺癌的准确率达 80%。比较小的乳癌不易取得标本，故假阴性率较高。

乳头溢液涂片检查可能会从中发现癌细胞，但主要是对导管癌有较大的诊断意义，对于导管以外的乳癌意义不太大，而且涂片检查的阴性率比较高，并不一定能够排除乳癌的诊断。

2. 切除组织学检查（切除活检）

在乳房检查中发现有明显的包块者，原则上应当进行切除活检。由于切除活检时的创伤有可能引起癌细胞的扩散，最好在作好根治性手术准备的前提下进行组织学快速冰冻切

片病理检查，如果报告为乳癌，则立即施行根治性手术切除；但在基层单位往往没有冰冻切片设备条件时，切除活检后可在4天内行根治术，一般并不增加癌细胞的远处转移，对于术后5年生存率并无多大影响。

要点六　鉴别诊断

1. 乳腺增生病

乳癌在临床上要与乳腺增生病（“乳癖”）相鉴别，该病好发于30～40岁女性，每逢月经期乳房胀痛，有大小不等的结节状或扁平状肿块，边界不清，质地柔韧，多为双侧，包块与皮肤无粘连。

2. 乳腺纤维腺瘤

中医称之为“乳核”，多发于20～30岁女性，包块往往发生于一侧，其形状似丸卵，表面较硬而光滑，边界不清，活动度好，可移动，生长速度比较缓慢，腋下无淋巴结肿大，在临床上也应注意和乳癌病人鉴别。

3. 乳腺结核

中医称之为“乳痨”，多发生于20～40岁女性，如果脓肿尚未形成，肿块质地坚硬，边界不清，往往和皮肤有粘连，有些病人可在同侧腋下有肿大淋巴结；包块成脓后变软，溃破后形成瘘管，经久不愈，与乳癌不难鉴别。

要点七　治疗

乳癌目前的治疗手段主要还是以手术切除为主，包括：乳癌根治术、改良根治术、放疗、化疗、内分泌疗法及中医药辅助疗法。

（一）手术治疗

手术是治疗Ⅰ、Ⅱ期乳癌的常规手段。后来在原手术的基础上发展起来各种手术方式，例如胸膜外（或内）扩大根治术、超根治术等，手术范围不断扩大，企图通过手术将癌块与区域淋巴结一同整块切除，以提高手术的远期疗效。故目前手术方式越加简化。乳癌手术切除的范围具有不断扩大的趋势，而手术后的远期疗效并没有明显地提高。

事实上，乳癌的手术效果不单取决于手术的方式，同时也与肿瘤本身的生物特性及机体的免疫反应程度有关。

（二）放射治疗

是综合治疗乳癌的一种方法，可以提高5年生存率，减少切口与局部的复发率。术后放疗的目的在于照射淋巴引流区域，控制未能完全清除的转移灶，或照射切口以消灭可能残留的癌细胞，防止切口种植性转移。但是，如果无选择性地进行放射治疗，则可能会影响病人的机体免疫功能，所以在选择放疗病人时一定要注意适应证。乳癌手术前多不主张放疗，但对妊娠或哺乳期乳癌，术前放疗可使包块的体积缩小，有利于施行根治性切除手术，以提高术后5年生存率。Ⅳ期或炎性乳癌则只能放疗。

（三）化学药物治疗

目前发现有一些Ⅰ、Ⅱ期乳癌病人的血液中已有癌细胞的存在，说明已有了血液的扩

散，因此，不少外科医师主张术前、术中、术后都要使用化疗，以达到对微小扩散转移灶的根治性治疗。术前化疗可以降低癌细胞的活性，同时减少手术操作过程中所造成的癌细胞播散。术中用药可及时地杀灭因手术挤压而进入血液内的癌细胞。术后化疗是为了控制潜在的微小转移病灶。药物选择以紫杉醇、阿霉素、环磷酰胺、5 - FU、卡培他滨等较为常用。可以单独使用某种药物，但大多数人还是主张联合用药。

（四）内分泌疗法

是一种辅助治疗措施。近年来根据雌激素受体的检查结果，选择内分泌治疗方案。ER、PR 阳性，应选用内分泌疗法。绝经前 ER 阳性病人可选用雌激素拮抗剂三苯氧胺 10mg，每日 2 次；绝经后则选择芳香化酶抑制剂如来曲唑、阿那曲唑等口服。

（五）中医治疗

采取中西医结合治疗乳癌是一种可行的治疗方法，中医的主要治则是疏肝理气、化痰软坚、扶正固本，并辅以外治方法，在临床上收到了良好的效果。

1. 肝郁气滞证

证候：两胁胀痛，易怒易躁，乳房结块如石；舌苔薄黄或薄白，舌红有瘀点，脉弦有力。

治法：疏肝解郁，理气化痰。

方药：逍遥散加减。

2. 冲任失调证

证候：乳中结块，皮核相连，坚硬如石，推之不移；伴有腰膝酸软，女子月经不调，男子遗精阳痿，五心烦热；舌淡无苔，少有龟裂，脉沉无力。

治法：调摄冲任，理气散结。

方药：二仙汤加味。

3. 毒热蕴结证

证候：身微热，乳房结块增大快，已破溃，状如山岩，形似莲蓬，乳头内陷；舌红绛，苔中剥，脉濡数。

治法：清热解毒，活血化瘀。

方药：清瘟败毒饮合桃红四物汤加减。

4. 气血两虚证

证候：乳房结块溃烂，色紫暗，时流污水，臭气难闻；头晕耳鸣，肢体消瘦，五心烦热，面色苍白，夜寐不安；舌绛无苔，或苔黄白，脉滑数。

治法：调理肝脾，益气养血。

方药：人参养荣汤加减。

（曹阳）

第二十三单元　胃、十二指肠溃疡并发症及外科治疗

细目一　急性穿孔的诊断与治疗

要点一　临床表现

胃、十二指肠溃疡急性穿孔是指溃疡活动期逐渐向深部侵蚀，将胃、十二指肠穿破，其内容物进入腹腔。为溃疡病常见的严重并发症之一，约占所有溃疡病例的5%左右。病人的年龄多在30～50岁，以青壮年居多，但老年人的发病率有逐渐增高的趋势，男性发病率高于女性。主要临床表现如下：

（一）症状

1. 剧烈腹痛

突然发生上腹部刀割样剧烈疼痛，迅速波及全腹，呈持续性疼痛或有阵发性加重。部分病人因穿孔漏出的胃肠液从右侧结肠旁沟流向右下腹，引起严重的右下腹痛。由于腹后壁及膈肌、腹膜受到刺激，有时可引起肩部或肩胛部牵涉性疼痛。数小时后，因腹膜大量渗出液将漏出的消化液稀释，腹痛可暂时略有减轻，但随着病原菌的繁殖，细菌性腹膜炎的出现，腹痛又渐加剧。

2. 休克症状

因腹痛剧烈难忍，早期常出现面色苍白、汗出肢冷、烦躁不安、脉搏细速、血压降低等休克症状。腹痛减轻后，休克症状可有缓解。形成细菌性腹膜炎后转为感染性中毒性休克，症状可再度出现并逐渐加重。

3. 恶心呕吐

多数病人有此症状，早期为反射性呕吐，常吐出胃液及食物；后期因急性弥漫性腹膜炎并发麻痹性肠梗阻，呕吐加重，可呕出粪样物。

4. 全身情况

穿孔早期体温多正常，病人蜷曲静卧而不敢动，面色苍白，脉搏细速。6～12小时后体温开始明显上升，常伴有脱水、感染、麻痹性肠梗阻、休克症状。十二指肠溃疡穿孔多于胃溃疡穿孔，穿孔多为单发，罕见多发。绝大多数穿孔位于幽门附近的胃或十二指肠前壁，穿孔直径一般在0.5cm左右。胃十二指肠后壁的溃疡在侵犯至浆膜层之前，多已与邻近器官发生粘连而表现为慢性穿透性溃疡，较少出现急性穿孔，即使发生急性穿孔，也易被胰腺表面的腹膜粘连而封闭，漏出的胃肠液也限于小网膜囊，量少而范围局限，因而临床表现也较轻，往往无急性弥漫性腹膜炎的症状。

穿孔后病情发展和转归取决于人体抗病能力、穿孔的性质和部位以及大小、穿孔时胃内容物的质和量、粘连闭合的条件和能力、治疗方法是否恰当等。如病人体质好、穿孔

小、空腹穿孔或穿孔部位迅速被邻近组织堵塞、胃肠的漏出液少、病人就医早及治疗方法积极有效，则腹膜刺激症状轻且局限，穿孔多能闭合，渗出被吸收而愈。相反，病人全身情况差、抗病能力低、穿孔大，又是饱餐穿孔、腹腔渗液多而污染严重、治疗不够及时等，则感染中毒症状明显，可发展成弥漫性腹膜炎，后期出现肠麻痹及水、电解质平衡失调、中毒性休克，甚至死亡。

（二）体征

1. 腹部压痛及腹肌强直

全腹压痛、反跳痛和腹肌紧张，腹肌强直呈“板状”，以上腹或右上腹为甚，部分病人右下腹刺激症状也很明显。到晚期细菌性腹膜炎形成后，腹肌强直程度较早期化学性腹膜炎时有所减轻。

2. 腹腔内积气积液

由于胃肠道气体进入腹腔并存积于膈下，约 60% ~80% 的病人肝浊音界缩小或消失。如腹腔内积液超过 500ml，可叩出移动性浊音。此外，患者腹式呼吸减弱或消失，肠鸣音极弱或消失。

（三）实验室及其他检查

1. 实验室检查

白细胞总数及中性粒细胞比例增高。

2. X线检查

约 80% 的病人在立位腹部透视或摄片时可见半月形的膈下游离气体影，对诊断有重要意义。但约有 20% 的病人可无气腹 X 线表现，故检查时未发现气腹并不能排除溃疡病穿孔的可能性。

3. 超声波检查

可帮助判断腹腔渗液量多少，有无局限性积液及脓肿形成，作为穿刺引流的定位等。

4. 腹腔穿刺

可疑病例可行腹腔穿刺，阳性者有助于诊断，并可推断腹腔渗液的多少及腹腔污染的轻重，对选择治疗方法也有参考价值。

要点二　诊断

（1）多数病人有溃疡病史，且近期有溃疡病活动症状。

（2）突然发生的持续性上腹部剧烈疼痛，迅速发展到全腹，并常伴有轻度休克症状。

（3）检查时有明显的腹膜刺激征，并多有肝浊音界缩小或消失。

根据以上特点，诊断一般不难。如 X 线检查发现膈下有游离气体，应能确诊。必要时可行腹腔穿刺检查。

要点三　治疗

对本病的治疗目前主要有非手术疗法和手术疗法两类。非手术疗法主要是采用中西医

结合的治疗措施。临床上应根据病人的具体情况，本着因人因情而异的原则来选择治疗方法，以达到闭合穿孔、消除腹腔感染、修复或根治溃疡的目的。

（一）非手术治疗

1. 适应证

（1）穿孔小或空腹穿孔，就诊比较早，腹腔积液少，无腹胀，一般情况好，感染中毒症状不明显，不伴有休克及重要脏器严重病变者。

（2）单纯性溃疡穿孔，无合并出血、梗阻、癌变或再穿孔等溃疡病的严重并发症。

（3）年龄较轻，溃疡病史不长，非顽固性溃疡。

（4）就诊时腹腔炎症已有局限趋势者。

2. 治疗方法

根据其病理发展及中医辨证，将溃疡病急性穿孔的非手术治疗分为三期：

（1）第一期（穿孔期）：即从穿孔发生到穿孔闭合为治疗的第一期，一般在 12～24 小时之内。治疗的目的在于促进穿孔闭合，减少消化液外溢，减轻疼痛，增强机体的抗病能力。

①胃肠减压与禁食：放置胃管进行持续有效的负压吸引，减少胃肠液继续外漏，使胃壁松弛，有助于穿孔的闭合，减少腹腔感染，是非手术疗法的一项非常重要的措施。

②针刺：常取中脘、足三里、内关、天枢等穴，强刺激，留针 30～60 分钟，每 15 分钟捻转刺激 1 次。使用电针效果更佳，每 2 小时 1 次，维持 30 分钟。病情好转后，逐渐可延长间隔时间。针刺疗法有明显缓解疼痛的作用，并能促进穿孔粘连闭合，调节全身机能状态以抗炎，调整胃肠运动和分泌功能。

③半卧位：使腹腔感染内容物局限在盆腔，防止膈下脓肿的发生，但如有休克则先取平卧位，待情况好转后改半卧位。

④输液：补充热量和维生素，维持水、电解质与酸碱平衡，防治休克。

⑤防治感染：合理使用各种抗生素，或静脉注入清热解毒、抗菌消炎的中药制剂。

⑥穿刺抽液：对于腹腔内有较多积液的病人，可反复腹腔穿刺抽液或行套管针引流，注入抗生素药物，可加速腹膜炎症的吸收。

⑦中医辨证治疗：本期属气滞血瘀型，是由于脾胃气机壅滞，气血骤闭所致。

证候：起病急，剧痛难忍，发自胃脘，迅及全腹，腹肌硬紧，拒按拒动，甚者出现面色苍白，四肢厥冷，冷汗气短；舌淡红，苔薄白或薄黄，脉弦紧或细数。

治法：清热解毒，通里攻下，疏通气血。

方药：本期不宜口服中药，以防加重病情，可选用通腑汤灌肠，处方：生大黄、芒硝、厚朴、枳壳、川楝子、炒莱菔子、公英、当归、白芍、木香、败酱草、连翘。浓煎至 200ml 保留灌肠。

经过上述治疗，达到以下指标时即可转入第二期的治疗：①腹痛明显缓解；②腹部外科体征明显减轻或局限在上腹或右下腹部；③肠鸣音恢复或有排气排便。

（2）第二期（闭孔期）：从穿孔闭合到腹腔渗液完全吸收为治疗的第二期，一般需要 2～5 日。治疗的目的在于清除腹腔的渗液和感染，促进胃肠道功能恢复。

①中医辨证治疗：此期属毒热炽盛型，是由于郁久化热，脾胃热盛所致。

证候：腹痛持续，由胃脘渐及脐周、右下腹、下腹，乃至全腹，腹紧如板；便秘或便闭，发热，恶心呕吐，尿短赤；苔黄，脉洪数。

治法：清热解毒，疏肝行气，泻下湿热。

方药：复方大柴胡汤加味。第一剂中药常由胃管分次注入，夹管观察 2～4 小时，如无不适反应，即可拔除胃管，改用口服，每日 2 次。

②停用胃肠减压：拔除胃管后可开始进食少量流质饮食，以后逐渐增加。

③输液：继续补充热量、蛋白质和维生素等，以提高机体的抗病能力。酌情选用抗生素。

④针刺：取穴同前，每日 2 次。

达到以下指标时即可转入第三期的治疗：①食欲恢复，大便畅通；②自觉症状消失或仅有溃疡病症状；③腹肌紧张及压痛消失或仅在剑突下，右上腹轻度压痛；④体温及白细胞计数恢复正常。

（3）第三期（康复期）：此期炎症已消失，治疗的目的在于修复溃疡，治疗重点是应用中西医结合疗法进一步治疗溃疡病。继续使用抑酸剂，对幽门螺杆菌阳性者应加用抗该菌的药物治疗。中医辨证认为本期可因脾胃虚寒、肝胃郁热或胃腑血瘀等所致。

①脾胃虚寒证

证候：脘腹隐痛或冷痛，遇冷痛甚，得热痛减，或饥时痛甚，餐后痛减，畏寒肢冷；舌淡，苔薄白，脉濡缓或沉细无力。

治法：温中散寒，调理脾胃。

方药：黄芪建中汤加减。纳差、食后腹胀者加鸡内金、麦芽等；泛酸者加吴茱萸、瓦楞子；吐清涎、四肢不温者加法夏、干姜等；面色萎黄、口唇色淡者加何首乌、阿胶、当归等。

②胃腑血瘀证

证候：脘腹胀闷或痛，刺痛固定不移，痛处拒按或有呕血、黑便、眼周晦暗；舌紫，脉弦或迟涩。

治法：活血化瘀。

方药：少腹逐瘀汤加减。瘀痛甚者加桃仁、红花、王不留行等。

③肝胃郁热证

证候：脘腹胀满及灼痛，攻窜不定，反酸嘈杂，郁怒则加剧；小便短赤，烦渴，口干口苦；舌红苔黄，脉弦或数。

治法：疏肝泄热和胃。

方药：化肝煎加减。

3. 注意事项

（1）保证治疗措施确实有效：持续有效的胃肠减压是非手术治疗能否成功的一个关键。胃管在胃内位置要适当，应处于最低位，并要定时检查胃管有无堵塞或扭曲，确保吸引管腔的通畅，以达到满意的引流效果。针刺、半卧位等治疗措施也应确保有效。

（2）严密观察病情变化：对病人的血压、脉搏、呼吸、体温和腹膜炎的体征等应定期仔细观察，及时了解治疗效果及判断病情的进展。

（3）中转手术：对少数经非手术治疗后症状及体征不减轻或有加重的病人，应及时改

用手术治疗。中转手术的依据一般可参考下列指征：①出现精神淡漠或烦躁不安者；②脉搏加快达100次/分以上，血压下降者；③体温突然升高或有寒战者；④腹胀及腹膜刺激征加重者；⑤有移动性浊音，腹腔穿刺抽出大量黏稠混浊液者；⑥经针刺等非手术治疗6～12小时无效者。

（4）经非手术治疗穿孔闭合痊愈者，应行胃镜检查，了解溃疡愈合情况及排除胃癌。

（二）手术治疗

1. 适应证

（1）不适合非手术治疗的患者。

（2）经过非手术治疗6～12小时，症状体征不见缓解者。

2. 方法

（1）单纯穿孔缝合术：缝闭穿孔，中止胃肠内容物继续外漏，并彻底地清除腹腔内的渗出液，对溃疡穿孔引起严重腹膜炎者有确切的疗效。其优点是操作简单、危险性小。但约有2/3的病人以后仍有溃疡病症状，或部分需再次施行根治手术。近年来开展了经腹腔镜行穿孔缝合术。

（2）急诊根治性手术：根治性手术包括胃大部切除术、十二指肠穿孔行迷走神经切断加胃窦切除术，缝合穿孔后行迷走神经切断或胃空肠吻合术，高选择性迷走神经切断术等。其优点是一次手术同时解决了穿孔和溃疡两个问题，可免除以后再次手术；但相对来说操作较为复杂，危险性大，因此需要严格掌握适应证。一方面要考虑施行手术的必要性，另一方面也要注意考虑病人对手术的耐受性。

选择手术的方式应根据病人的耐受性、穿孔的部位和大小、是否为复杂性穿孔以及腹腔污染的程度等条件来决定。如病人一般情况好，有幽门梗阻或出血史，胃溃疡穿孔有恶变可能，穿孔在12小时以内而腹腔内炎症和胃十二指肠壁水肿较轻，腹腔渗液少于1000ml者，可行根治性手术，否则做穿孔缝合术。

细目二　瘢痕性幽门梗阻的诊断与治疗

要点一　临床表现

幽门梗阻是胃、十二指肠溃疡病常见的并发症之一，大部分的幽门梗阻由慢性十二指肠溃疡或幽门管溃疡引起。幽门梗阻比消化道出血和穿孔少见，幽门梗阻常由两种原因所致：一是瘢痕挛缩引起幽门管狭窄、扭曲变形；二是由于幽门口的水肿所造成。主要临床表现如下：

（一）症状

患者有长期溃疡病反复发作史，近来有发作征象。梗阻早期可以是不完全性的，逐渐出现食欲减退、恶心、上腹部饱胀及沉重感。当出现完全性梗阻时，呕吐频繁，呕吐量大且多含积存的宿食，有酸臭味，呕吐物中不含胆汁，呕吐后上腹饱胀感减轻，腹痛消失，过一段时间又可出现类似呕吐，且全身情况逐渐恶化，消瘦及脱水明显。

（二）体征

由于患者长期不能进食，明显消瘦，伴有严重脱水，故有严重营养不良，皮肤干燥松弛，皮下脂肪消失，上腹部隆起，有时可见到上腹部的胃蠕动波、胃型，震水声常为阳性，少数病人胃扩张至极度时下极可达下腹部，易被误认为是肠梗阻或胀大的膀胱。

（三）实验室及其他检查

1. 实验室检查

呈血液浓缩状，血清钾、氯化物和血浆蛋白均低于正常，二氧化碳结合力和非蛋白氮增高，尿比重升高，偶可见尿酮。

2. X线钡餐检查

最明显的征象是巨大而无力状的胃，内有大量潴留物，并可见清晰的三层，即空气、液体和潴留物（钡剂和食物残渣），有时可见胃小弯低于两侧髂嵴连线数厘米，呈胃下垂状。

3. 纤维胃镜检查

检查时胃镜插入的深度可长达 70～80cm 以上，而不是通常的 50～60cm，至胃窦部可见到大量潴留物，如已抽空胃液，吸净残余物，则可清晰地看到幽门口狭窄情况。

要点二　诊断

根据长时期溃疡病史及典型的胃潴留症状，配合实验室检查和 X 线钡餐检查等辅助检查，一般诊断溃疡所致瘢痕性幽门梗阻并无困难。

要点三　治疗

主要采用手术治疗，目的在于解除梗阻，使食物和胃液进入小肠，从而改善全身营养及纠正水、电解质与酸碱失衡。同时，减少胃酸分泌以去除溃疡病形成的原因也是治疗的目的。

（一）手术治疗

1. 手术前处理

处理的初期包括胃肠减压，洗胃，纠正血容量及水、电解质和代谢紊乱，降低胃酸分泌，并开始肠外营养支持。对已明确诊断的幽门梗阻，应当在胃肠减压后用大量生理盐水予以冲洗，目的在于：

（1）吸尽胃内潴留液与食物残渣，减轻术中污染；

（2）生理盐水或适当浓度的盐水使胃壁幽门部的组织水肿减轻或消退，利于术中胃肠道的缝合重建。针对幽门梗阻后体内所产生的低钾、低氯性碱中毒，应补充大量的含氯化钾的生理盐水，严重低血钾时额外补充氯化钾，但应注意输入钾的速度与浓度，因而应当避免经中心静脉输注。对术前长期不能进食的患者，应当输注适当的血浆和白蛋白，并且给予足量的肠外营养支持。

2. 手术方式

以胃大部切除术为主，也可采用迷走神经干切断加胃窦部切除。

对全身情况极差的患者和老年患者，可以做胃空肠吻合术以解除梗阻，也可加做迷走神经干切断术以减少胃酸的分泌。

（二）中医治疗

1. 脾胃虚寒证

证候：上腹饱胀，食后较甚，朝食暮吐，暮食朝吐，吐出物为宿食残渣及清稀黏液，吐后则舒，畏寒喜热，神疲乏力，大便溏少；舌质淡红，苔白或白滑，脉沉弱。

治法：温中健脾，和胃降逆。

方药：丁香散加减。

2. 痰湿阻胃证

证候：脘腹胀满，进食后加重，胸膈痞闷，呕吐频繁，吐出物为食物残渣及痰涎白沫；伴有眩晕、心悸；舌质淡红，苔白厚腻或白滑，脉弦滑。

治法：涤痰化浊，和胃降逆。

方药：导痰汤加减。

3. 胃中积热证

证候：脘腹胀满，餐后加重，朝食暮吐，暮食朝吐，吐出物为食物残渣及秽浊酸臭之黏液；心烦口渴，欲进冷饮，小便黄少，大便干结；舌质红少津，苔黄燥或黄腻，脉滑数。

治法：清泻胃热，和中降逆。

方药：大黄黄连泻心汤加减。

4. 气阴两虚证

证候：病程日久，反复呕吐，形体消瘦，神疲乏力，唇干口燥，小便短少，大便干结；舌红少津，脉细数。

治法：益气生津，降逆止呕。

方药：麦门冬汤加减。

细目三　溃疡病的手术适应证及常用手术方式

要点一　溃疡病的手术适应证

（1）有多年溃疡病史，且发作频繁，症状逐渐加重，经内科治疗无效，影响工作和生活者；

（2）慢性穿透性溃疡，症状明显者；

（3）溃疡伴反复消化道出血，经保守治疗出血不止者；

（4）溃疡伴急性穿孔，保守治疗无效者；

（5）溃疡伴机械性幽门梗阻者；

（6）临床上怀疑溃疡恶变者；

（7）其他特殊的溃疡，如应激性溃疡、胰源性溃疡、胃肠吻合口溃疡等。

要点二　常用手术方式

溃疡病的发病机制以上世纪初 Schwartz 的“无酸即无溃疡”论断最为著名，认为溃疡病只在存在胃酸的情况下才可能发生。因此外科治疗的原则都是针对降低胃酸、促进溃疡愈合、防止溃疡复发的目标而制定的。

公认的外科治疗方法主要归纳为胃大部切除术和迷走神经切断术两大类。胃大部切除术疗效肯定，是目前治疗胃、十二指肠溃疡的主要手术方法，它包括切除胃远端的 2/3 以上并可以同时切除十二指肠及重建胃肠的通道。被切除的胃的部分正是具有大量胃酸分泌细胞的区域以及产生胃泌素的胃窦部，这一区域又正好是溃疡的好发部位，从而达到降低胃酸、防止溃疡复发的目的。迷走神经切断术自上世纪 40 年代问世以来，已经历了迷走神经干切断、选择性胃迷走神经切断及高选择性胃迷走神经切断等几次重大变革。它的手术理论依据是：迷走神经胃支支配胃壁细胞分泌胃酸，而溃疡病人绝大多数均属迷走神经功能亢进，使胃酸分泌增加，切断迷走神经后胃酸分泌得到显著的抑制，而使溃疡得以愈合并预防复发。与胃大部切除术相比，迷走神经切断术尤其是高选择性迷走神经切断术，切断了支配胃壁细胞分泌胃酸的神经分支，同时保留了支配胃窦部及幽门活动的“鸦爪”神经，从而达到既使胃酸分泌下降，又保留了幽门正常功能的目的。它的优点是保持了胃、十二指肠组织结构上的完整性，缺点是术后由于神经的“再生”、“再通”而出现溃疡复发。

（一）胃大部切除术

1. 术前准备

胃大部切除术可分为急诊手术和择期手术两种，其术前准备也各有不同重点。

（1）所有病人在术前均应做血、尿常规、出凝血时间、凝血酶原时间测定及心电图、X 线胸片检查；若非急诊手术或时间允许，有条件的尽量做肝、肾功能及电解质检查，手术日晨均应放置胃管。

（2）溃疡并发急性上消化道出血，术前已经或可能出现低血容量性休克，需输血、补液快速补充血容量，并纠正酸中毒。若时间允许，待休克得到纠正后再手术。对于出血量大，经 4 ~6 小时快速输血 600 ~800ml 仍不见好转者，或者病人年龄偏高，短期内反复出血，估计难以自愈者，应在积极抗休克的同时准备紧急手术，并于术前备好足够的血液。

（3）溃疡并发急性消化道穿孔者，予以持续胃肠减压，以减少胃液及食物的外漏，减少腹腔污染，维持水、电解质和酸碱平衡。如穿孔时间过长，腹腔污染严重，胃肠组织水肿显著，不宜做胃大部分切除术，改用较简单的胃穿孔修补术。

（4）溃疡并发幽门梗阻时，应在术前 3 天置胃管持续减压，抽吸胃内容物，对有大量宿食残留者，同时用大量生理盐水冲洗，减轻胃壁水肿，防止术后胃肠吻合口瘘，同时注意纠正低钾、低氯性碱中毒。

（5）怀疑有溃疡癌变可能时，术前准备时间不宜过长，以免延误治疗。

2. 胃大部切除的主要方法

胃大部切除术要求切除胃远端 2/3 以上，临床上需切断胃短动脉的第一、二分支，以此为标记，作为切除的上界。同时应尽量切除十二指肠的球部。根据切除后胃肠重建的不

同方法，胃大部切除术可分为 Billroth Ⅰ式和 Billroth Ⅱ式。Ⅰ式是指胃残端与十二指肠相吻合，这种重建方式比较符合生理，其缺点是可能使胃的切除不够充分，可能引起术后溃疡复发，最适合于胃溃疡的治疗。Ⅱ式是指胃残端与近端空肠相吻合，其优点是可以切除足够充分的胃，使术后降酸达到最大要求，缺点是容易发生胃空肠吻合口的溃疡，以及由于Ⅱ式吻合带来的输入襻、输出襻的梗阻、粘连和扭转以及若干年后可能产生的残胃癌等。对于十二指肠难以切除的溃疡，如巨大性溃疡、穿透性溃疡、胼胝性溃疡等，强行切除可能带来肠道、胰腺、胆道等损伤，可以将十二指肠溃疡旷置，仍作胃与空肠的吻合，这种方法称为溃疡旷置术（Bancroft 手术）。

（二）迷走神经切断术

最早应用迷走神经切断术治疗胃、十二指肠溃疡病的方法是迷走神经切断术。其方法是在膈肌以下牵拉食道向下 5～7cm，然后在食管前方及后方分别将左、右迷走神经干（至腹腔后变为前、后迷走神经干）切除约 5cm，以防止神经干的再生，同时应尽量将所有神经分支或纤维切断。由于切断迷走神经后易引发幽门梗阻，通常在切断迷走神经干后再行胃肠吻合术或幽门成形术；有时可直接做包括幽门在内的半胃切除术，胃与十二指肠吻合。

上世纪六七十年代起，开始用高选择性迷走神经切断术替代迷走神经切断术。其方法为同样在膈肌以下将食管牵拉向下 5cm，沿迷走神经干向下解剖，到贲门处可见迷走神经分成 3 支，第一支向左发出的是食管贲门支，第二支向右发出的是肝支，第三支下行主干即是 Latarjet 胃前神经。应切断包括食管贲门支的所有分支，但必须保留向右行走的肝支和向下的 Latarjet 支；前方完成后再将食管略作顺时针方向旋转，使食管后壁暴露，显露出腹腔支和 Latarjet 胃后神经，将腹腔支保留后切断胃后主支；同样原理需加做幽门成形术或胃空肠吻合术，有时也可做半胃切除术。

上世纪 70 年代末起，高选择性迷走神经切断术成为用来治疗胃、十二指肠溃疡的主要手术方法。手术时也需暴露迷走神经的左、右干及主要分支，然后将分布到胃壁的所有胃支予以一一切断，注意勿使胃前后主支受损，尤其是在胃窦部的“鸦爪支”。手术成败的关键在于术中完全切断胃体壁细胞区的神经支，同时又完整保留“鸦爪支”。不伴有幽门梗阻者不必加做幽门成形术，一般不致发生胃滞留现象。对胃溃疡或伴有幽门梗阻的十二指肠溃疡，可以加做胃部分（胃窦部）切除及 Billroth Ⅰ式吻合术。

（三）全胃切除术

全胃切除术用以治疗胃十二指肠溃疡极为罕见，只有在极个别的病人才应用，有时用于首次胃大部切除术后溃疡复发的病例。全胃切除术大多用于胃癌（胃底贲门癌）的治疗。以往全胃切除术后的死亡率较高，大多是由于食管与空肠吻合后发生吻合口瘘，以及由于全胃切除术后营养消化、吸收障碍所致。当前，由于胃肠吻合器的广泛应用以及肠内、肠外营养的大力改进，使全胃切除术已成为目前较普遍采用的方法，也十分安全。全胃切除后，食管与空肠吻合，一般在吻合口下方再行空肠与空肠的侧侧吻合，可以部分替代胃的功能，也有人采用结肠代胃，临床效果不差。

（四）胃大部切除术的主要并发症

根据发生时间的早晚，可分为近期并发症与远期并发症。

近期并发症主要包括出血、瘘、梗阻、胃排出功能障碍；远期并发症主要包括营养吸收不良、胃肠道排出障碍、吻合口溃疡复发及残胃癌等。

1. 吻合口出血

多发生在术后 48 小时内，表现为胃管内不断流出鲜红色血液，如出血量大或胃管不通畅，可以出现呕血，甚至排出血便。吻合口出血大多是由于胃肠吻合口区域小血管结扎不完善，或是结扎线脱落所致。手术中浆膜下血管予以一一结扎或浆膜切开后缝扎血管可以预防吻合口出血。由于胃本身血供丰富，不必担心由于血管结扎所造成的胃缺血。

一旦发生吻合口出血，处理原则是先予保守治疗，用冰的生理盐水加去甲肾上腺素定时灌洗胃腔，或者用止血药局部喷涂，多能取得预期效果。个别病人经上述保守治疗无效，可考虑再次手术止血。若第一次胃切除手术是胃十二指肠溃疡出血所致，溃疡基底本身也可发生术后再出血；若出血发生于术后 5 ~6 天，可用内镜检查或内镜下行凝固止血或注射肾上腺素，要特别注意避免对新鲜的吻合口过度注气。

2. 腹腔内出血

胃大部切除术腹腔内出血可由多种原因所引起，大多是由于手术中损伤了不同器官、组织而引起，最常见的原因是大网膜血管损伤，其次是肝、脾的裂伤，其中脾破裂出血又多于肝损伤，损伤原因多为手术中器械牵拉或者分离脾胃韧带所致。分离脾胃韧带时胃大弯侧血管紧贴胃壁结扎，未予缝扎，术后胃扩张可造成上述结扎线脱落也是造成术后腹腔内出血的常见原因。一旦发生腹腔内出血，可从引流管中流出鲜血，并发生严重的腹膜炎症状，严重者可发生失血性休克，此时应做腹腔穿刺或腹部 CT。当证实有腹腔内活动性出血，应即刻剖腹探查。

3. 十二指肠残端瘘

胃大部切除术后发生的十二指肠残端瘘是一种严重并发症，尤其是发生在胃大部切除Ⅱ式的病人，如不及时治疗、抢救，可危及生命。发生瘘的常见原因有：

（1）位于十二指肠的溃疡较大，与周围组织紧密粘连，或由于发生炎症，或由于是穿透性溃疡，勉强切除致残端缝合困难，缝合包埋张力过大，使组织撕裂；

（2）胃空肠吻合后张力过高，或发生输入襻梗阻，使十二指肠近端压力增高，导致残端破裂；

（3）十二指肠残端缝合过密致使残端供血不足，组织坏死或破裂；

（4）术后并发胰腺炎，残端浸泡于胰液中，使局部水肿致吻合口破裂；

（5）由于血肿或液体的积蓄而造成局部感染，使残端破裂等。一般发生在术后 2 ~7 天以内，表现为上腹剧痛，伴有腹肌紧张等腹膜炎症状，并有发热；如放置腹腔引流管，可从中引流出带有胆汁等内容物的液体，一旦怀疑或证实发生了十二指肠残端瘘，应立即手术行腹腔引流，做十二指肠造瘘及空肠营养性造瘘等。

4. 阻塞综合征

胃的重建可以引起吻合口的狭窄，或者从解剖结构上产生新的两种构造连接，即输入襻或输出襻，因此引起以下三种形式的阻塞。

（1）吻合口的梗阻：大多是由于吻合口炎症水肿所引起。这种梗阻多为暂时的，经过禁食、胃肠减压及用较浓（3%）的盐水冲洗后，水肿可消退，梗阻可消失。倘若吻合口

梗阻是因组织内翻过多所致，则引起机械性梗阻，需尽早再次手术。

（2）空肠输入襻梗阻：Billroth Ⅱ式缝合后近端空肠与胃的连接处形成一定的角度，若呈锐角或是局部粘连、扭转、牵拉成角，则引起输入襻梗阻，空肠近端的胆汁、肠液、胰液无法进入胃腔，胃管内无胆汁出现。这种梗阻使空肠近端扩张，严重时引起十二指肠残端瘘。在胃肠吻合完成后，于两段空肠间做一侧侧吻合可以预防这种梗阻。如果输入襻发生扭转、坏死、绞窄，则可能有上腹痛，体检时有肌紧张等腹膜炎症状，一旦怀疑肠坏死、绞窄，应立即手术探查。

（3）空肠输出襻梗阻：Billroth Ⅱ式缝合后远端空肠内翻过多或空肠肠襻上升呈锐角，或者结肠后吻合后系膜裂孔压迫吻合口则引起输出襻梗阻，因结肠前后吻合横结肠使输出襻肠管牵拉受压也可引起梗阻。经保守治疗无效者应手术治疗。

5. 胃瘫

胃瘫是排除机械性梗阻因素后胃术后功能性排出障碍的统称。其特点是胃术后 2～3 周，甚至 6～7 周不能进食或进食后呕吐，但经各项检查包括胃镜检查均无吻合口或其他胃肠道的机械性梗阻。引起胃瘫的原因主要归纳为：手术改变了消化道原有的解剖关系和生理连续，并阻断了胃的部分或全部神经，损伤了胃的储存、机械性消化和排空等功能，导致胃肠动力紊乱和消化吸收功能障碍。

治疗胃瘫主要是保守治疗，包括胃肠道减压，加强营养支持，防止水、电解质及酸碱平衡紊乱，促进胃肠动力药物的应用等。术后 3 周应用纤维胃镜检查也有利于胃瘫的恢复，其机制可能是做胃镜检查时大量充气与水洗，使原本粘连的胃组织或胃与其他器官间的粘连得以松解，并使吻合口有所扩张而使胃瘫恢复。

6. 倾倒综合征

是胃手术后常见的并发症之一。胃切除术后胃容积缩小，幽门括约肌功能丧失，食物（特别是液体食物）迅速从胃排入肠内，可引起一系列症状，统称“倾倒”综合征。它包括两组症状：一组是胃肠道症状，如上腹胀痛、恶心、腹部绞痛、肠鸣音亢进、腹泻等；另一组是植物神经及循环系统症状，如心慌、出汗、眩晕、心悸和面色潮红等。

一般认为发生倾倒综合征是由于大量高渗食物迅速进入空肠，在空肠内吸收大量液体，使其由高渗转为等渗而使血容量一时性减少；同时由于肠管内容物突然增加使肠管膨胀，刺激肠蠕动增快；再加上肠系膜受牵拉而引起腹腔神经丛受刺激，从而导致倾倒综合征的一系列症状发生。症状通常在术后 5～7 天出现，早期倾倒综合征在餐后 20～30 分钟发生，持续约数十分钟；后期倾倒综合征则主要表现为除胃肠症状外的神经血管运动症状，常发生在餐后 2～4 小时。

为避免倾倒综合征的发生或减轻其发作的症状，应注意在手术时作吻合口宜适中，不要过大，术后在 2～3 个月提倡少量多餐，食物避免过甜，进食后平卧 15～20 分钟。如效果不理想，可考虑再次手术改变术式或缩小吻合口；在条件允许时，胃肠吻合尽量做胃、十二指肠吻合。

7. 低血糖综合征

胃切除术后由于食物迅速进入空肠，葡萄糖吸收加速，血糖过高时刺激胰岛素大量分泌，继而引起血糖过低，表现为无力、出汗、饥饿感，并伴有头晕、面色苍白等，进食或

输注葡萄糖可以缓解低血糖。

8. 贫血及营养不良

一般认为是因铁吸收障碍而引起的缺铁性小细胞性贫血可以采用中西医结合补血类药物治疗；因胃内因子缺乏所引起的巨细胞性贫血，可以补充维生素 B、叶酸以及肝制剂来治疗。营养不良多因胃容量减小，热量不足，且吸收不良所致。术后少食多餐，注意饮食及营养搭配，可以减少或避免营养不良的发生。

9. 吻合口溃疡

胃和空肠吻合术后的一个严重并发症是在吻合口附近的空肠发生溃疡，发生率约在3%左右。溃疡的吻合口溃疡最多见于吻合口对侧的空肠壁上，其次在吻合口边缘空肠侧，在胃侧的很少见。约 2/3 的吻合口溃疡在手术后 2 年内发生，其发生的直接原因仍有胃酸作用于空肠黏膜所致，如术后无胃酸分泌则不致发生吻合口溃疡。术后胃酸仍然高的原因有两个方面：一方面是采用的手术方法不当或手术方法虽适当，操作技术上存在缺点；另一方面是溃疡的性质或病人的素质特殊。一般认为小肠距十二指肠越远，其黏膜抗酸能力越低，空肠输入襻、输出襻之间的侧侧吻合口也被认为容易发生吻合口溃疡，因为十二指肠内碱性液体不能经过吻合口中和胃酸。预防吻合口溃疡的主要关键是根据溃疡的具体情况和胃酸分泌程度选择适当的手术方法使胃酸分泌降到尽可能低的程度，并尽可能避免有利于吻合口溃疡产生的操作步骤。吻合口溃疡与原发溃疡病症状相似，也可发生穿孔和出血。当诊断明确、无并发症时可先行非手术治疗；如症状严重，并产生并发症，则应再次手术。

10. 残胃癌

是指胃大部切除术后剩余胃部分发生的癌，一般指手术后 5 年以上发生的癌。据报道，残胃癌的发生率在 1% ~5%。发生率较高的病人或手术方式有：原为胃溃疡行胃大部切除者；Billroth Ⅱ式术后者；术后 15 年以上者。值得注意的是，术后溃疡复发尤其是术后 10 年以上溃疡复发者必须重视是否同时有残胃癌的发生。由于残胃癌的诊断较难，且发生症状时多属晚期，因此残胃癌的预后很差，仅少数病人能长期存活。

（赵二鹏）

第二十四单元　门静脉高压症

细目　门静脉高压症

要点一　概述

门静脉高压症（Portal hypertension）是指门静脉血液回流受阻和内压增高而引起的疾病。门静脉压力正常值约为 1.27 ~ 2.36kPa（13 ~ 24cmH_2O），比肝静脉压力的 0.45 ~ 0.88kPa（5 ~ 9cmH_2O）要高。如其压力高于此界限，则定义为门静脉高压症。其主要表

现有脾肿大、脾功能亢进、腹水、食管胃底静脉曲张继而破裂引起消化道出血等。本病属中医学“鼓胀”、“瘕”、“单鼓胀”范畴。

要点二 解剖概要

（一）门静脉与其他部位静脉相比有三个特点

（1）门静脉主干的两端均为毛细血管，一端为胃肠道、脾、胰腺、胆道等的毛细血管，另一端为肝小叶内的毛细血管网（肝窦）。

（2）门静脉主干中少有静脉瓣存在（但婴儿时可达50%左右）。

（3）门静脉与腔静脉系统之间存在多处交通支。这些交通支在正常情况下都很细小，血流量也少，甚至处于闭合状态；但门静脉压力增高时，交通支扩张成为血液分流的渠道。

（二）门静脉与腔静脉之间有四个交通支

1. 胃底、食管下段交通支

是门－腔静脉之间的主要交通支。门静脉血流可经胃冠状静脉和胃短静脉，通过食管静脉丛与奇静脉相吻合，流入上腔静脉。

2. 直肠下端肛管交通支

门静脉血流经过肠系膜下静脉、直肠上静脉，与直肠下静脉和肛管静脉相吻合，流入下腔静脉。

3. 前腹壁交通支

门静脉（左支）血流经脐旁静脉与腹壁上和腹壁下的深静脉相吻合，分别流入上、下腔静脉。

4. 腹膜后交通支（Ketzius 静脉）

肠系膜上、下静脉有许多个小分支，在腹腔后与下腔静脉相吻合。

另外，还有肝膈部分交通支（Sappey 静脉）：在肝脏膈顶部无腹膜区，肝静脉与膈静脉（腹腔静脉系统）之间有交通支相吻合。

在这些交通支中，最为重要的是胃冠状静脉与奇静脉间交通支。胃冠状静脉有3支，即胃支、食管支与高位食管支（或异位高位食管支），这些交通支主要分布在胃底黏膜下和食管下端的黏膜下层。在门脉压力增高的情况下，或有黏膜糜烂等症时，由于这些交通支距门静脉主干近，压力差相对较大，容易发生上消化道大出血。

要点三 病理

门静脉无瓣膜，其压力通过流入的血量和流出阻力形成并维持。门静脉血流阻力增加和高动力循环是门静脉高压症发生、发展的两个决定性因素。前者是门静脉高压症形成的启动因素，而后者对门静脉高压症的维持和发展有重要作用。近年来我国应用彩色多普勒流速剖面技术检测表明，肝硬化病人门静脉是处于阻力增高和高动力循环并存状态，但不同部位有不同的侧重表现。

肝脏由肝动脉和门静脉共同供血，肝脏血流平均每分钟1500ml，占心排出量的1/4，

其中 20% ~30% 来自肝动脉，70% ~80% 来自门静脉。门静脉系统血流的调节主要发生在 2 个部位，即内脏的毛细血管前部分和肝血窦前部分。前者决定门脉的血流量，后者决定门脉血流在肝内所受到的阻力。门脉压力决定于门脉的血流量和阻力以及下腔静脉的压力。肝动脉的血液在肝窦内与门静脉的血液混合。肝血窦相当于其他组织的毛细血管，管壁内皮细胞间空隙极大，通透性高，故大量血浆蛋白质可渗出血窦，肝淋巴蛋白质含量是各器官淋巴中最高的。门静脉分支进入肝血窦处口径狭小，有一定阻力，故正常门静脉比一般静脉压稍高。在正常情况下肝动脉的压力约为门脉的 8 ~10 倍。肝动脉进入肝窦前先经过多次分支形成毛细血管，因而使其压力大幅度下降。终末门小静脉和终末肝小静脉均有平滑肌内皮细胞，可以调节进入肝窦的血流量和阻力。肝窦壁的 Kupffer 细胞及其出口处的内皮细胞均可扩张收缩以改变其突出于腔内的程度，调节流出至肝静脉血液的流量和阻力。毛细血管进入肝窦后突然变宽。肝血窦轮流开放，平时只有 1/5 的肝血窦有血流通过。肝总血流增加时，更多的肝血窦开放，以容纳更多的血液，起缓冲作用，减少门脉压力变化。肝血窦血流变缓有利于细胞与血液间的充分物质交换。

门脉高压症形成后，可以发生下列病理变化：

1. 门体静脉开放、交通支扩张

正常时，门静脉、肝动脉小分支分别流入肝窦，其交通支细而不开放。肝硬变时，交通支开放，压力高的肝动脉注入压力低的门静脉，使门脉压更高，门体静脉之间交通支扩张。门静脉无静脉瓣，上述 4 个门体静脉交通支平日关闭。当门静脉压力增高时，则交通支出现扩张、开放、扭曲形成静脉曲张。临床上最有意义的是曲张的食管下段、胃底静脉，它离门静脉主干最近，压力差最大，因而经受门静脉高压的影响也最早、最显著。加之胃与食管交界处 5cm 长的远段食管其静脉主要位于固有层而不是黏膜下层，这是形成曲张静脉的组织结构基础。门脉高压时血管内血容量增加，管壁张力增大，覆盖表面的黏膜就变薄。肝硬化病人易发生胃酸增多，胃酸的刺激腐蚀，或坚硬粗糙食物机械性磨损，可造成局部反流性食管炎或黏膜糜烂，当恶心、呕吐、咳嗽、负重等使腹压突然增加时，门静脉压力也随之不成比例地大幅度增高，使食管下段、胃底静脉破裂而引起急性上消化道大出血。

2. 脾肿大、脾功能亢进

门静脉血流受阻，脾脏长期处于充血，水肿状态，首先出现充血性脾肿大；继而脾窦扩张，脾内纤维组织增生，单核、吞噬细胞增生。由于脾功能亢进对红细胞破坏功能增加，临床上出现外围血细胞减少，即白细胞及血小板减少。长期脾肿大可出现慢性脾周围炎，侧支血管形成。

3. 腹水

导致腹水的病理变化有以下几方面：

（1）门静脉系统毛细血管床滤过压增加：腹腔内血液仅有 5% 经腔静脉回流，其余均经门静脉回流。门静脉压力增高使门静脉系统毛细血管床的滤过压增加，同时肝动脉血流增加，动 – 静脉短路开放使血流动力学改变。

（2）低蛋白血症：肝硬化可引起低蛋白血症。由于血浆胶体渗透压下降及淋巴液的生成增加，导致体液从肝表面及肠系膜漏入腹腔而形成腹水。

（3）继发性醛固酮及抗利尿激素增高：肝动脉血流增加，动－静脉短路导致高血流动力的改变，血流量增加，阻力增大，但中心血流量却是下降的，继发性刺激醛固酮及抗利尿激素分泌增高，导致钠、水滞留而加剧腹水形成。

约有20%的病人并发门静脉高压性胃病（portal hypertensive gastropathy），约占门静脉高压症合并上消化道出血的5%。门静脉高压症时，胃壁瘀血、水肿，胃黏膜下层的动－静脉短路，交通支广泛开放，胃黏膜微循环障碍，导致其防御屏障功能被破坏，形成一系列症状、体征，称门静脉高压性胃病。另外由于动－静脉短路开放，肝外门体静脉分流造成大量门静脉血流绕过肝细胞，或由于肝细胞功能严重受损，使有毒物质（如氨、硫醇和γ－氨基丁酸素）不能代谢和解毒而直接进入体循环，从而对脑产生毒性作用并出现精神神经综合征，称为肝性脑病（hepatic encephalopathy）或门体性脑病（portosystemic encephalopathy）。自发性肝性脑病的发生率不到10%，常因胃肠道出血、感染、过量摄入蛋白质、镇静药、利尿剂而诱发。

要点四　分型

按照静脉阻力增加的不同部位，可分为肝前型、肝内型和肝后型。

1. 肝前型

常见原因为：

（1）肝外门静脉血栓形成（如脐炎、腹腔感染、急性阑尾炎、急性胰腺炎及腹部创伤等所致，或瘤栓）；

（2）先天性畸形（门脉干闭锁、狭窄或海绵样变等）；

（3）外在的压迫（转移性癌肿、胰腺炎症或肿瘤）。单纯的脾静脉血栓多见于胰腺炎或肿瘤，此时肠系膜上静脉和门静脉的压力正常，左侧胃网膜静脉成为主要侧支循环血管，胃底静脉曲张较食管下段静脉曲张显著，这是一种特殊类型的门脉高压症（左侧门脉高压症）。这种类型病人的肝功能多半正常或仅有轻度损害，预后比肝内型较好。

2. 肝内型

肝内型门脉高压症又可分为窦前、窦后和窦型。在我国，肝炎后肝硬化是引起肝窦和窦后阻塞性门脉高压症的常见原因。

肝炎后肝硬化时所引起的门静脉高压症首先是由于肝小叶发生纤维组织增生与肝细胞再生，已形成的纤维组织结节必然挤压肝小叶内的肝窦，使其变窄或闭塞。这种肝窦或窦后的阻塞可使门静脉血流受阻，门静脉压力也就随之而增高。其次，由于位于肝小叶间汇管区的肝动脉小分支与门静脉小分支之间存在着许多平时不开放的动静脉交通支，当肝窦受压或阻塞时即出现大量的开放，致使压力增高8～10倍的肝动脉血不再向前流动，直接反流注入压力较低的门静脉小分支，使门静脉压力增加，形成门脉高压症。

3. 肝后型

肝后型门脉高压症发病常见原因有布加氏征（Budd－Chiari Syndrome）、缩窄性心包炎、严重的右心衰竭等。

要点五　中医病机

本病多因饮食不节、情志所伤，肝痺之后，肝体积损，肝络瘀滞；或长期纵酒，酒毒

湿热内伤肝脾；或感染蛊毒，虫毒结聚，使肝脾受伤，络脉瘀塞；或因心阳不振，行血无力，血瘀于肝。多因素引起肝、脾、肾三脏受损，病机涉及全身而非独肝之疾。病之早期多属肝脾气滞、血瘀，实证为主，当属肝积；至中、后期腹水已成，多属脾虚肝弱，气血凝滞，阻于肝脾脉络，水湿停聚不化，为正虚邪实之证；及至晚期，多累及肾，或脾肾阳虚，或脾肾阴虚，或阴阳俱虚，病邪多已深结而积重难返。气滞、血瘀、水停可成积聚、鼓胀；或久病入络，血脉瘀阻，血不循经而导致吐血、便血。

要点六　临床表现

1. 症状

门静脉高压症多发生于中年男性，病情发展比较缓慢。其临床症状因病因不同而有所差异，但主要表现为脾肿大、脾功能亢进、呕血或柏油样黑便、腹水及非特异性全身症状（如乏力、嗜睡、厌食、腹胀等）。肝硬化病人中仅有 40% 出现食管胃底静脉曲张，而这些病人中约有 50% ~60% 并发大出血。一旦血管破裂，则为突发性急性大出血。由于肝功能损伤，凝血机制障碍，血小板减少，往往出血不易自止。大出血更加重肝组织缺血缺氧，可致肝昏迷。

2. 体征

查体可触及脾肿大。如有黄疸、腹水和前腹壁静脉曲张特征，提示门静脉高压严重，肝细胞损害严重，可触及肝质地硬、边缘钝而不规则，或肝脏缩小难以触到。可见蜘蛛痣、肝掌、男性乳房增生及睾丸萎缩等。

要点七　诊断

根据病史和临床上脾肿大和脾功能亢进、呕血或柏油样黑便、腹水三大特征，结合相应体征和以下辅助检查可以得出诊断。

（一）血象

脾功能亢进时，白细胞记数减少至 3×10^9/L 以下；血小板计数减少至 $70 \sim 80 \times 10^9$/L 以下。

（二）肝功能

血浆蛋白降低而球蛋白增高，白蛋白/球蛋白倒置。凝血酶原时间延长。天冬氨酸转氨酶和丙氨酸转氨酶若超过正常值的 3 倍，提示有明显肝细胞坏死；碱性磷酸酶和谷氨酸转肽酶显著升高，提示有淤胆。在没有输血因素影响下，血清总胆红素超过 51μmol/L（3mg/dl），血浆蛋白低于 30g/L，说明肝功能严重失代偿。肝功能储备可用 Child 肝功能分级方法评价。

（三）X 线检查

上消化道造影显示食管及胃底静脉曲张，表现为食管、胃底黏膜紊乱，呈蚯蚓状或蚕食样。

（四）内镜检查

最好在出血 24 小时内进行，阳性率高，可观察食道及胃底静脉曲张程度、范围及曲

张静脉数目等。必要时可行硬化疗法，也可测定曲张静脉的压力，如超过 4kPa 时易发生曲张静脉破裂出血。

（五）B 超检查及多普勒测定

肝脏弥漫性改变或体积缩小。脾肿大，门静脉及脾静脉直径增宽，并可显示有无腹水。体外测定门静脉直径和血流速度即可得出门静脉血流量。可反复检查，是目前最方便的测定方法。

（六）特殊检查

1. 肝活检

仅能测定肝病的活动性，不能了解门静脉高压症的严重程度。

2. 免疫学检查

IgA 升高多见于酒精性肝硬化，IgG 升高多见于自身免疫性较差的肝炎活动期，IgM 升高多见于原发性胆汁性肝硬化。大多数原发性胆汁性肝硬化病例存在抗线粒体抗体，而自身免疫性慢性肝炎的活动期存在抗核抗体、抗平滑肌抗体和抗线粒体抗体。

3. 脾静脉造影

在左侧第九或第十肋间与腋中线交叉点经皮穿刺脾脏，行脾静脉造影。可确定脾静脉有无阻塞及其阻塞部位，即可以确定是肝内型或肝外型。但由于充血肿大的脾髓质极脆，凝血功能障碍，穿刺后易引起出血，所以脾穿刺静脉造影往往在手术前进行，以防意外。

有人提倡若术前准备做脾－肾分流术，应行肾排泄性造影。由于脾、肾静脉吻合术后可能影响左肾功能，所以手术前应首先了解双肾功能。

（七）门静脉压力的测定

术前及术中测定门静脉压力对诊断、选择手术方法及其预后判断均有帮助。

1. 手术前后测定方法

（1）经皮脾穿刺脾髓测压（SP）：用针经皮刺入脾脏内测压。门静脉有阻塞时压力可升高。

（2）经皮肝穿刺肝内门静脉分支测压（PVP）：肝前性门静脉高压症其压力不高，肝内或肝后型门静脉高压症其门脉压均升高。

（3）肝静脉插管测压：穿刺股静脉将导管经下腔静脉插至肝静脉主干；或穿刺肘静脉插导管经右心房、下腔静脉至肝静脉主干，此时测得的压力为游离肝静脉压（FHVP）。继续插入导管，至导管头堵住肝静脉开口，所测得的压力为肝静脉楔压（WHVP），正常值为 1.33～3.99kPa（10～30mmHg）。由于肝静脉直通肝血窦，所以肝静脉楔压反映肝血窦压。正常人的游离肝静脉压与肝静脉楔压或脾内压接近。窦前阻塞时肝静脉楔压不升高，窦后阻塞时则肝静脉楔压升高。肝静脉楔压与肝静脉压之差提示肝血窦压增高的程度，称为肝静脉压梯度。

2. 术中测压方法

（1）门脉压：直接穿刺门静脉主干（FPP）或门静脉分支，如大网膜静脉。

（2）术中暂时钳夹门静脉，测得压力为肝侧门静脉闭锁压（HOPP），正常为 0.49～

0.98kPa（50～100mmH_2O）；在阻断脏侧门静脉测得的压力为脏侧门静脉闭锁压（SOPP），正常值为3.92～5.58kPa（400～600mmH_2O）。SOPP与HOPP的压力差相当于门静脉入肝血流的最大灌注压（MPP），反映门静脉入肝的血流量。HOPP > SOPP时门静脉血离肝逆流，门静脉高压时SOPP与FPP之差代表门静脉侧支开放的程度，差值愈小分流愈大，向肝血流量愈小。

正常FHVP约等于WHVP，约等于FPP（SP）；肝前梗阻FHVP约等于WHBP，＜FPP（SP）；肝内窦前梗阻FHVP约等于WHVP，＜FPP（SP）；肝内窦后梗阻FHVP＜WHVP约等于FPP（SP）

要点八　鉴别诊断

（一）出血的鉴别

凡有急性大量消化道出血者，首先要考虑到胃十二指肠溃疡、食管胃底曲张静脉破裂出血和胃癌这三个最常见的原因，其次为胃黏膜的急性炎症病变等。

1. 溃疡病大出血

有典型的溃疡病史，出血前往往有突然加重或失去原来的疼痛规律；胃溃疡以呕血为主，最终会出现柏油样便。而十二指肠溃疡以柏油样便为主，往往有大量呕血，呕吐的血多为咖啡色，出血量大时便血呈紫红色，出血后上腹部的疼痛可以缓解或减轻。病人的肝功能正常，很少有腹水；钡餐造影和胃镜检查可以明确诊断。

2. 胃癌出血

常有溃疡病史，食欲减退、消瘦、贫血、上腹部隐痛可逐渐加重。早期持续小量出血，粪便潜血试验持续阳性，侵犯大血管时可发生呕血、便血及休克。有时可在上腹部触及包块及左侧锁骨上淋巴结肿大。往往病人在呕血前有较长时间的便血史。若有腹水，可在腹水中找到癌细胞；钡餐摄片可见钡影残缺、癌性龛影、胃壁僵硬、蠕动和黏膜皱襞消失。胃镜下可见到典型的恶性溃疡和肿瘤表现，活检可以明确诊断。胃癌病人出血后原来的症状持续存在或进一步加重。

3. 胆道出血

有肝胆疾病或外伤病史，例如胆道感染、肿瘤、胆道系统血管损伤等。并有典型的胆绞痛发作史，可有黄疸，但一般很少有肝硬化。当胆绞痛发作时，肝区疼痛加剧。呕血、便血均可发生，但以柏油样便为主，多在胆绞痛发作之后出现；可有周期性反复出血，间隔期多为1周左右。出血后肝区的疼痛不仅不减轻，反而加重，但肿大的胆囊可缩小。病人右上腹部可有明显的压痛，有时可以出现肌紧张。白细胞可有明显的升高，中性淋巴细胞比例也升高。胆道造影可以明确病变的部位及出血的原因。B超与CT检查对诊断有很大的帮助。

4. 急性胃黏膜病变

一般有重症感染、损伤、烧伤等病史。可有呕血或血便，但以呕血为主，反复出现，间歇期可达数日。出血前常在原有的重症感染与损伤基础上出现非特异性胃肠道症状。出血后胃肠道症状不仅不减轻，反而可加重。钡餐检查多无阳性发现，气钡双重造影可见黏

膜呈斑块状糜烂，局限或广泛的出血灶，呈片状或条索状分布，有时可见黏膜明显的水肿。

5. Mallory - Weiss 综合征

Mallory – Weiss 综合征简称为 M – W 综合征，在消化道出血中所占的比例有上升的趋势。其在临床上典型的表现为酗酒呕吐后随之而来的呕血。多为食道内压力急剧上升，食管与胃连接部的黏膜撕裂伤所致。表现为大量的无痛性出血，可伴有胸骨后烧灼样感，频繁地呕吐，解柏油样便。往往易与上消化道出血的其他疾病相混淆，给临床诊断带来一定的困难。多需剖腹探查方能够明确诊断。但是近年来内窥镜技术的应用给本病的诊断与治疗提供了很大的帮助。所有遇到胃内有积血而又无原发病灶时，就应考虑到本病的可能。

（二）脾肿大和脾功能亢进的鉴别

可分为原发性和继发性两大类。原发性有原发性血小板减少性紫癜、先天性溶血性贫血、原发性白细胞减少症和全血性血细胞减少症，一般先有某些血细胞减少，继而脾肿大，但骨髓涂片则有相应的血细胞增生过盛现象。继发性脾功能亢进一般均有某些前驱疾病，如血吸虫病、疟疾、黑热病、白血病等引起脾肿大后，因脾功能亢进而有不同的血细胞减少现象，无肝病，肝功能正常。如果不能确诊为肝硬化的早期表现或肝后型门脉高压症，有时需要作肝活检和门脉压力测定。

（三）腹水的鉴别

门静脉高压性腹水一般为漏出液，应与腹腔炎症渗出性腹水、肿瘤恶性腹水、心源性及肾性腹水相鉴别。

1. 心源性腹水

如风湿性心脏病所致二尖瓣狭窄、缩窄性心包炎等心脏病在发生心力衰竭时往往出现腹水，易与肝硬化腹水相混淆；但若详细地询问病史，细致地进行心脏听诊，再结合心电图及 X 线检查，一般进行鉴别并不太困难。

2. 肾源性腹水

慢性肾炎很容易发生腹水而被误诊为肝硬化。但慢性肾炎合并有全身浮肿、血尿、高血压、尿中有大量蛋白、管型，结合病史，诊断并不困难。

3. 腹腔内肿瘤

腹腔内肿瘤可以压迫门静脉或癌栓在门静脉内形成栓塞而使血液回流受阻，致使门静脉出现高压及腹水。此时大部分已属肿瘤晚期，可有血液及淋巴远处转移。也可有腹腔内大量种植。要详细询问病史及查体，钡餐造影、B 超、CT 检查有鉴别价值。同时进行腹水内查找癌细胞更有助于诊断。

要点九　治疗

外科治疗主要是针对门静脉高压症的并发症的处理。最常见的是食管胃底静脉破裂出血的处理，其治疗方案要根据门静脉高压症的病因、肝功能的储备、门静脉系统主要血管的可利用情况和医师的操作技能及经验来制订。评价肝功能储备可预测手术的效果和非手术病人的预后。常用 Child 肝功能分级评价肝功能储备。A 级、B 级、C 级病人的手术死

亡率分别为 0 ~ 5% 、10% ~ 15% 和超过 25% 。

（一）非手术治疗

食管胃底曲张静脉破裂出血，尤其是肝功能储备 Child C 级病人，尽可能采用非手术治疗。

1. 补充血容量

严密观察血压、脉搏变化，同时立即输液、输血，防治休克。收缩压低于 0.7kPa (80mmHg)，估计失血量超过 800ml，应快速输血。

2. 应用血管活性药物

（1）血管加压素：使内脏小动脉收缩，门静脉血流量减少。每分钟 0.2 ~ 0.4U 持续静脉滴注，出血停止后减至每分钟 0.1U，维持 24 小时。使门静脉压力下降约 35% ，一半以上者均可控制出血。与硝酸甘油联合应用可以减轻血管加压素的副作用。

（2）生长抑素：可收缩内脏血管，减少门静脉血流，对控制曲张静脉出血与血管加压素效果相似，但无后者对心血管系统的副作用。

3. 内镜治疗

（1）经纤维内镜注射硬化剂：国内多选用鱼肝油酸钠，直接注入曲张静脉腔内，使曲张静脉闭塞，其黏膜下组织硬化，以治疗食管静脉曲张出血和预防再出血。长期疗效优于血管加压素和生长抑素。主要并发症有食管溃疡、狭窄或穿孔。

（2）经内镜食管曲张静脉套扎术：比硬化疗法操作相对简单和安全。方法是经内镜将要结扎的曲张静脉吸入到结扎器中，用橡皮圈套扎在曲张静脉基底部。硬化剂注射疗法和套扎术对胃底曲张静脉无效。

4. 三腔管压迫止血

原理是利用充气的气囊分别压迫胃底和食管下段的曲张静脉，以达止血目的。通常用于对血管加压素或内镜治疗无效的病人。该管有三腔，一腔通圆形气囊，充气后压迫胃底；另一腔通椭圆形气囊，充气后压迫食管下段；还有一腔通胃腔，可进行吸引、冲洗和注入止血药。Minnesota 管还有第四个腔，用以吸引充气气囊以上的口咽分泌物。

用法：首先向气囊充气约 150ml，检查是否均匀膨胀，弹性良好，并置于水中，证实无漏气。抽空气囊，涂上石蜡油，从病人鼻孔慢慢送入胃中，边插管边让病人做吞咽动作，直至插入 50 ~ 60cm、抽出胃内容物为止。先向胃囊充气约 150 ~ 200ml 后，将管向外提拉感到轻度阻力时予以固定，或利用滑车装置在管端悬以重量约 0.5kg 的物品，或牵引压迫。接着观察止血效果。食管气囊充气约 100 ~ 150ml（压力 10 ~ 40mmHg）。放置三腔管后应抽出胃内容物，并用盐水反复灌洗，观察有无鲜血吸出。如无鲜血，同时脉搏、血压渐趋稳定，说明出血已基本控制。

三腔管压迫可使 80% 的患者出血得以控制，但约一半病人排空气囊后再次出血。另外，气囊压迫装置的并发症发生率也有 10% ~ 20% 。并发症有吸入性肺炎、食管破裂及窒息，故应用三腔管止血的病人应进行监护，注意以下事项：①病人应侧卧或头部侧弯，便于吐出痰液，吸净病人咽喉部分泌物，防止发生吸入性肺炎；②要严密观察，慎防气囊上滑堵塞咽喉引起窒息；③三腔管一般放置 24 小时，如出血停止，可先排空食管气囊，再

排空胃气囊，再观察 12 ~ 24 小时，如确已止血再拔管。放置三腔管时间不宜超过 3 ~ 5 天，否则使食管胃底黏膜受压太久而发生溃烂、坏死和食管破裂。因此每隔 12 小时应排空气囊 10 ~ 20 分钟；如出血再充气压迫。

5. 经颈静脉门体分流术（transjugular intrahepatic portosystemic shunt，TIPS）

是采用介入放射方法，经颈静脉途径在肝内肝静脉与门静脉主要分支间建立通道，置入支架，实现门体分流，展开后的支架口径通常为 7 ~ 10mm。TIPS 适用于食管胃底曲张静脉破裂出血，经药物和内镜治疗无效，肝功能失代偿，不宜行急诊门体分流手术的病人。主要并发症包括肝性脑病和支架狭窄或闭塞。

（二）手术疗法

可在急性大出血时进行急诊手术，也可择期手术。手术方法大体分两类：①通过各种分流术降低门静脉压力；②阻断门奇静脉间反常血流，而达到止血目的。

1. 分流术

可分为非选择性门体分流术和选择性门体分流（包括限制性分流）术两类。

（1）非选择性门体分流术：将肝的门静脉血完全流入体循环，代表术式是门静脉与下腔静脉端侧分流术，该手术将门静脉肝端结扎，防止发生离肝门静脉血流；也可采用门静脉与下腔静脉侧侧分流术，该手术将离肝门静脉血流一并转流入下腔静脉，降低肝窦压力，有利于控制腹水形成。非选择性门体分流术治疗食管胃底曲张静脉破裂出血效果好，但肝性脑病发生率高达 30% ~ 50%，易引起肝衰竭。由于破坏了第一肝门的结构，为日后肝移植造成困难。非选择性门体分流术还包括肠系膜上静脉与下腔静脉“桥式”（H 型）分流术和中心性脾 - 肾静脉分流术（切除脾，将脾静脉近端与左肾静脉端侧吻合），但术后血栓发生率较高。

（2）选择性门体分流术：旨在保留门静脉的入肝血流，同时降低食管胃底曲张静脉的压力。代表术式是远端脾 - 肾静脉分流术，即将脾静脉远端与左肾静脉进行端侧吻合，同时离断门 - 奇静脉侧支，包括胃冠状静脉和胃网膜静脉。优点是肝性脑病发生率低。但有大量腹水及脾静脉口径较小的病人一般不选择此术式。

（3）限制性门体分流：目的是充分降低门静脉压力，防止食管胃底曲张静脉出血，同时保证入肝血流。代表术式是限制性门腔静脉分流（侧侧吻合口在 10mm）和门腔静脉“桥式”（H 型）分流（桥式人造血管口径为 8 ~ 10mm）。前者随着时间的延长，吻合口径可增大，如同非选择性门体分流术；后者近期可形成血栓，需要进行取血栓或溶栓治疗。

2. 断流术

断流手术的方式很多，阻断部位和范围有所不同，其中贲门周围血管断流术最有效，不仅离断食管胃底静脉侧支，还保留门静脉入肝血流。这一术式还适合于门脉循环中没有任何可供体静脉吻合的选用静脉，肝功能差，既往分流手术和其他非手术疗法失败而又不适合分流手术的病人。

在实行此手术时，了解贲门周围解剖十分重要。贲门周围血管可分成四组：

（1）冠状静脉：包括胃支、食管支和高位食管支。胃支较细，沿着胃小弯行走，伴

着胃右静脉。食管支较粗，伴着胃左静脉在腹膜后注入脾静脉；其另一端在贲门下方和胃支吻合而进入胃底和食管下段。高位食管支源自冠状静脉食管支的凸起部，距贲门右侧 3 ~ 4cm 处，沿食管下段右后侧行走，于贲门上方 3 ~ 4cm 或更高处进入食管肌层。特别指出的是：有时还出现“异位高位食管支”，它与高位食管支同时存在，起源于冠状静脉主干，也可起源于门静脉左干，距贲门右侧更远，在贲门以上 5cm 或更高处才能进入肌层。

（2）胃短静脉：一般为 3 ~ 4 支，伴行胃短动脉，分布于胃底前后壁，注入脾静脉。

（3）胃后静脉：起始于胃底后壁，伴同名动脉下行，注入脾静脉。

（4）左膈下静脉：可单支或分支进入胃底或食管下段左侧肌层。

门静脉高压症时，上述静脉显著扩张，高位食管支的直径常达 0.6 ~ 1.0cm。彻底切断上述静脉，包括高位食管支或同时存在的异位食管支，同时结扎、切断与静脉伴行的同名动脉，才能彻底阻断门 - 奇静脉间的反常血流，称“贲门周围血管离断术”

3. 转流术

对于肝硬化引起的顽固性腹水，有效的治疗方法是肝移植。其他疗法包括 TIPS 和腹腔 - 静脉转流术。放置腹腔 - 静脉反流管，有窗孔的一端插入腹腔，通过一个单向瓣膜使腹腔内的液体向静脉循环单一方向流动，管的另一端插入上腔静脉。尽管放置腹腔 - 静脉反流管并不复杂，然而有报道的手术死亡率高达 20%。放置腹腔 - 静脉反流管后腹水再度出现说明分流闭塞。如果出现弥散性血管内凝血、曲张静脉破裂出血或肝功能衰竭，就应停止转流。

（三）中医治疗

1. 瘀血内结证

证候：腹部积块明显，硬痛不移，面黯消瘦，纳减乏力，时有寒热，女子或见月事不下；舌边暗紫或见瘀点，苔薄，脉弦涩。

治法：祛瘀软坚，兼调脾胃。

方药：膈下逐瘀汤加减。

2. 寒湿困脾证

证候：腹大胀满，按之如囊裹水，甚则颜面浮肿，脘腹痞满，得热稍舒，精神困倦，怯寒懒动，小便少，大便溏，或身目发黄，面色晦暗；舌苔白腻，脉缓。

治法：温中健脾，行气利水。

方药：实脾饮加茵陈。

3. 气随血脱证

证候：患者突然大量吐血及便血后出现面色苍白，四肢厥冷，汗出；舌淡，苔白，脉微。

治法：益气固脱。

方药：独参汤。

（赵二鹏）

第二十五单元　肠道炎性疾病的外科治疗

细目　慢性溃疡性结肠炎

要点一　临床表现

（一）消化系统表现

1. 腹泻

大多数病人都有此症状，黏液血便是本病活动期的重要表现。轻者每日 2～4 次，重者 10 余次或更多，便量少，平均 10～20ml，很少有超过 200ml 者。黏液血便者病变位置低，多局限于直肠。若黏液与粪便混合，提示病变累及右侧结肠。个别由于腹泻而使病变直肠排空障碍，反倒出现便秘。

2. 腹痛

位置在左下腹或下腹，呈阵发性痉挛性绞痛（缓解期可能疼痛不明显或仅有腹部不适感），可涉及全腹。有疼痛然后出现便意、便后缓解的特点。如并发中毒性结肠扩张或炎症波及腹膜，则有持续剧烈疼痛。

3. 食欲不振、恶心、呕吐

由于病变刺激胃肠的运动及神经反射性因素，故患者食欲不振、恶心和呕吐，同时可伴有腹胀。

（二）全身表现

急性期或急性发作期常有低度或中度发热，重者可有高热及心动过速。病程发展中可出现消瘦、衰弱、贫血，水、电解质及酸碱平衡失调及营养不良等表现。

（三）肠外表现

常有结节性红斑、关节炎、眼色素葡萄膜炎、口腔复发性黏膜溃疡、原发性硬化性胆管炎、强直性脊柱炎、溶血性贫血等免疫异常的疾病。

（四）临床类型

1. 轻型

临床最多见。起病缓慢，症状轻微，除有腹泻与便秘交替、黏液脓血便外，无全身症状，病变局限在直肠及乙状结肠。

2. 重型

较少见。急性起病，症状重，有全身症状及肠外表现，结肠病变呈进行性加重，可累及全结肠，并发症也多见。

3. 爆发型

最少见。起病急骤，无任何前驱症状，突然高热、恶心、呕吐，严重腹泻、腹痛、腹胀，可有大量便血，短期内陷于衰竭状态。腹部体征明显，若病变累及全结肠，易发生中毒性巨结肠，可出现急性结肠穿孔。

（五）并发症

1. 中毒性结肠扩张

也称中毒性巨结肠，是本病的严重并发症。表现为病情恶化、发热、心率快、反应迟钝，呈中毒状态，腹胀痛，大便次数减少，排气少或不排气，肠鸣音减弱或消失。血细胞计数增加，X 线片示结肠扩大，结肠袋消失。可并发肠穿孔。

2. 直肠、结肠癌变

本病有癌变可能，全结肠炎者及幼年起病者癌变率较高。

3. 结肠大出血

发生率在 3%。

（六）实验室及其他检查

1. 血液检查

红细胞总数及血红蛋白均降低，急性期中性粒细胞增多，出现高凝状态。有明显的电解质紊乱等。

2. 粪便检查

肉眼黏液脓血便。镜下有红细胞和脓细胞，急性发作期可见巨噬细胞。便培养为阴性，要排除感染性结肠炎。

3. X 线检查

钡剂灌肠。早期病变者见结肠黏膜紊乱，结肠袋形加深，肠壁痉挛，溃疡所引起的外廓小刺或锯齿阴影；晚期结肠袋消失，管壁强直呈水管状，管腔狭窄，结肠缩短，息肉所形成的充盈缺损影等。气钡双重造影效果最佳。急性期或病情加重时不宜行此检查。

4. 内镜检查

可见黏膜上浅溃疡，大小形态不一，散在分布，亦可融合，附有脓性分泌物；黏膜弥漫性充血，水肿。黏膜血管不清，黏膜粗糙呈小颗粒状，质脆易出血，可附有脓血性分泌物，炎性息肉形成，结肠袋消失。有条件者应行活检。

要点二　诊断

溃疡性结肠炎诊断较为困难。以下为诊断要点：

（1）反复持续发作腹泻和黏液血便、腹痛，或伴有全身症状者。

（2）排除细菌性痢疾、阿米巴性痢疾、慢性血吸虫病、肠结核病、克隆病、缺血性结肠炎、放射性结肠炎等。

（3）有内镜检查或 X 线钡剂灌肠检查特征中至少 1 项者。

（4）临床表现不典型，而 X 线钡剂灌肠和实验室检查典型者也可诊断。

要点三　鉴别诊断

溃疡性结肠炎须与以下疾病鉴别：

1. Crohn 病

（1）血性大便较少；
（2）腹痛明显；
（3）多有发热；
（4）腹部肿块；
（5）肠狭窄伴肠梗阻表现；
（6）多有内瘘或外瘘；
（7）小肠多受累；
（8）胸壁明显增厚；
（9）系膜淋巴结肿大；
（10）病变累及肠壁全层，形成肉芽肿。

2. 肠结核

（1）部位在回盲部；
（2）低热盗汗；
（3）PPD 试验可出现阳性；
（4）纤维结肠镜活检为结核病变。

3. 放射性肠炎

（1）有放射线接触史；
（2）腹泻黏液血便，里急后重。

4. 大肠癌

（1）肛门指诊可发现肿块；
（2）结肠镜及 X 线检查可见明确肿物；
（3）活检确诊。

要点四　治疗

迄今所有治疗仅能缓解病情，尚难使本病痊愈。对此西医已形成一套行之有效的治疗体系——基础治疗即柳氮磺胺吡啶与肾上腺皮质激素的使用及外科治疗。中药辨证论治口服加灌肠治疗对轻、中型的疗效可与西药媲美，且无副作用；对重症患者，中药作为辅助用药，可提高西药疗效。

（一）西医治疗

1. 一般治疗

充分休息、清淡营养饮食、调整情绪。

2. 药物治疗

（1）氨基水杨酸制剂：常用药物为柳氮磺胺吡啶（SASP），用药方法为 2 ~ 6g/d，分 4 次服；用药 3 ~ 4 周，病情缓解后减量使用 3 ~ 4 周，维持量为 2g/d，维持 1 ~ 2 年。病变局限于直肠者可予 SASP 灌肠 3 ~ 4g/d。

（2）糖皮质激素：对急性发作期或较重者有效。一般给予氢化考的松 200 ~ 300mg/d，地塞米松 5 ~ 15mg/d，静脉给药，7 ~ 14 天后改为泼尼松口服 60mg/d，病情缓解后逐渐减量停药。病变在乙状结肠及直肠者可选用氢化考的松（不能用其醇溶制剂）100mg 或泼尼松龙 20mg 或地塞米松 5mg 加水 100ml 保留灌肠，1 次/日，好转后改为每周 2 ~ 3 次，治疗 1 ~ 3 个月。

3. 手术治疗

手术适应证：①严格内科治疗效果不佳者；②局部严重并发症（如肠穿孔、出血、中毒性巨结肠等）；③儿童患者反复发作，内科治疗无效者。

常见术式有：

（1）全结肠、直肠切除及回肠造口术：能彻底切除病变及可能复发部位，也可防止癌变危险，是经典的手术。

（2）结肠切除、回直肠吻合术：保留直肠肛管功能，但治疗不彻底和没有解除癌变的危险。

（3）结直肠切除、回肠囊袋肛管吻合术：经腹结肠切除，直肠上中段切除，直肠下段黏膜剥除，回肠经直肠肌鞘拖出与肛管吻合，该术式优点是病变黏膜切除，保留对膀胱和生殖器的副交感神经支配，避免永久性回肠造口，保留肛管括约肌环对大便的控制作用。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）湿热蕴结证

证候：疼痛拒按，便下脓血、黏冻，肛门灼热，里急后重，小便黄赤或有发热；舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热燥湿，调和气血。

方药：芍药汤加减，泻下脓血较多者加半枝莲、生地榆；湿邪较盛加苍术、茵陈。

（2）肝脾不和证

证候：腹痛即泻，泻后痛减，泻下物为少量黏冻，或为稀黄便，肠鸣矢气，胸满瘕闷，精神抑郁或急躁易怒，纳差，病情随情志波动而变化；舌淡，苔薄白，脉弦细。

治法：调和肝脾，止泻缓急。

方药：痛泻要方加减，排便不畅、矢气频者加枳实、槟榔；腹痛隐隐、倦怠乏力者去黄连加炒扁豆、炒山药。

（3）脾胃虚弱证

证候：大便溏薄，夹有不消化食物，纳呆，食后腹满，倦怠乏力，或见虚坐努责，大便不收；舌淡，苔白，脉沉缓。

治法：益气健脾，除湿升阳。

方药：参苓白术散加味。兼有腹痛者加陈皮、厚朴；腹胀明显者加焦三仙。

（4）脾肾阳虚证

证候：大便次数频多，质多稀薄，或滑脱不固，或夹紫暗脓血，腹喜暖怕凉，乏力神疲，四肢欠温，腰膝酸凉；舌淡，苔薄白，脉沉细。

治法：温补脾肾，固涩止泻。

方药：附子理中汤合四神丸加减，腹痛重者加白芍、肉桂；寒滞小腹胀满者加乌药、小茴香。

（5）瘀血内停证

证候：左下腹疼痛，固定不移，按之硬满，可扪及硬块，泻下物多为紫黑血块；舌质紫暗或见瘀斑，脉沉涩。

治法：活血化瘀，行气止痛。

方药：少腹逐瘀汤加减。大便排泄不畅，腹痛重者加枳实、大黄；腹部结块者加山甲、鸡内金。

2. 保留灌肠疗法

近年来本法治疗溃疡性结肠疾病取得较好疗效。应辨证局部用药，如湿热型可选用青黛、黄连、苦参等；肝脾不和者选痛泻要方；瘀血内停者可用桃红四物汤等。缓解率较好。

3. 专病专方

目前口服药物有附子理中丸、香连化滞丸等。

（赵二鹏）

第二十六单元　腹外疝

细目一　概论

要点一　病因病理

（一）西医病因病理

1. 病因

腹外疝的发病原因有腹壁强度降低和腹内压增高两大因素。

（1）腹壁强度降低：潜在的腹壁强度降低最常见于某些组织穿过腹壁的部位，如精索或子宫圆韧带穿过腹股沟管、股动脉穿过的股管、脐血管穿过的脐环等处，其他像腹白线因发育不良也可成为腹壁的薄弱点。此外，手术切口愈合不良、外伤、感染、腹壁神经损伤、老年、久病、肥胖所致肌肉萎缩等也是腹壁强度降低的原因。

（2）腹内压力增高：常见的原因有慢性咳嗽、慢性便秘、排尿困难（如包茎、膀胱

结石、前列腺增生）、腹水、妊娠、举重、婴儿经常啼哭等。正常人虽时有腹内压增高的情况，但如腹壁完整而维持一定的强度，则不会发生疝。

2. 病理解剖

典型的腹外疝由疝环、疝囊、疝内容物和疝外被盖组成。

（1）疝环：也称疝门，它是疝突向体表的门户，亦即腹壁薄弱点或缺损所在。各种疝通常以疝环所在部位作为命名依据，如腹股沟疝、股疝、脐疝、切口疝等。

（2）疝囊：是壁层腹膜经疝环向外突出形成的囊袋。可分为疝囊颈、体和底三部分。疝囊颈是疝囊体与腹腔之间通道的狭窄部分，其位置相当于疝环。疝囊体是疝囊扩大部分，疝囊底为其最低部分。

（3）疝内容物：是进入疝囊的腹腔内脏器或组织，以小肠最为多见，大网膜次之。此外，如盲肠、阑尾、乙状结肠、横结肠、膀胱等均可进入疝囊，但较少见。

（4）疝外被盖：是指疝囊以外的各层组织。

（二）中医病因病机

疝的发生原因较多，凡房劳、愤怒、劳倦、寒邪而致阴盛内盛、水湿内停、痰热瘀滞、气虚下陷等均可引起。且与任脉、足厥阴肝经有关，云："诸疝皆归于肝经"。综合有下列几种原因：

（1）情志抑郁，致肝郁气滞，气机失于疏泄，筋脉不利而成；亦可因愤怒嚎哭，气胀流窜，或留于少腹，或注入阴部而成疝气。

（2）久坐寒湿之地，或因寒冬涉水，感受寒湿之邪，以致寒湿凝滞，聚入阴部所致；或素有湿热，复受外寒，湿热之邪不得外泄，寒主收引，使筋脉挛急，搏结而成。

（3）小儿先天不足，妇女生育过多，或老年气血虚弱，咳嗽，腹泻，便秘，或强力举重，操劳过度，劳则气耗，以致气虚下陷，筋脉弛缓，不能摄纳而生疝。

要点二　临床类型

腹外疝有易复性、难复性、嵌顿性、绞窄性等类型。

1. 易复性疝

一般腹外疝病人在站立、行走、劳动或腹内压骤增时突出，在平卧、休息或用手向腹腔推送时又可回纳腹腔内，则称为易复性疝。

2. 难复性疝

有些腹外疝的内容物反复突出，致疝囊颈受摩擦而损伤，并产生粘连，使内容物不能完全回纳，称为难复性疝。这种疝的内容物多为大网膜。此外，有些病程长、腹壁缺损大的巨大疝因内容物较多，腹壁已经完全丧失抵挡内容物突出的作用，也常难以回纳。

滑动性疝也属难复性疝。少数病程较长的疝因内容物不断进入疝囊时产生的下坠力量将疝囊颈上方的腹膜逐渐推向疝囊，尤其是髂窝区后腹膜与后腹壁结合得极为松弛，更易被推移，以致盲肠（包括阑尾）、乙状结肠或膀胱随之下移而形成疝囊壁的一部分，这种疝称为滑动性疝。因其内容物不能完全还纳，也属难复性疝。

3. 嵌顿性疝

疝环较小而腹内压突然增高时，疝内容物可强行扩张囊颈而进入疝囊，随后因囊颈的

弹性收缩，又将内容物卡住，使其不能回纳，这种疝称为嵌顿性疝或箝闭性疝。疝发生嵌顿后，如其内容物为肠管，则因肠管及其系膜在疝环处受压，先使静脉回流受阻，导致肠壁瘀血和水肿，于是肠管受压情况加重而更难回纳。肠管嵌顿后，疝囊内的肠壁及其系膜渐增厚，颜色由正常的淡红逐渐转为深红，囊内可有淡黄色积液，此时肠系膜内动脉搏动尚能扪到。嵌顿如能及时解除，上述病变可恢复正常。

4. 绞窄性疝

嵌顿疝如不及时解除，肠管及其系膜受压情况不断加重可使动脉血流减少以至完全阻断。此时肠系膜动脉搏动消失，肠壁逐渐失去光泽、弹性和蠕动能力，最终变黑坏死。疝囊内积液转为紫红色血水，甚至成脓性。感染严重还可以引起疝外被盖组织的蜂窝织炎。积脓疝囊可自行穿破或误被切开引流而发生粪瘘。嵌顿性疝发展到肠壁动脉血流障碍阶段，即为绞窄性疝。嵌顿性疝和绞窄性疝实际上是一个病理过程的两个阶段。

5. 其他

肠管受压或绞窄时，临床上还可同时伴有急性机械性肠梗阻。有时嵌顿的内容物仅为部分肠壁，系膜侧肠壁及其系膜并未进入疝囊，肠腔并无完全梗阻，这种疝称为肠管壁疝或 Richter 疝。如嵌顿的是小肠憩室（常为 Meckel 憩室）则称 Litter 疝。有些嵌顿的肠管可包括几个肠袢，或成“W”形，疝囊内各嵌顿肠袢之间的肠管可隐藏在腹腔内，这种情况称为逆行性嵌顿疝。肠管发生绞窄时，不仅疝囊内的肠管可坏死，腹腔内的中间肠袢也可发生坏死，有时甚至疝囊内的肠袢尚存活，而腹腔内的肠袢已坏死。所以，在手术处理嵌顿或绞窄性疝时，必须把腹腔内有关肠袢牵出检查，以防止遗漏中间坏死的肠袢。

儿童的疝因疝环组织一般较柔软，嵌顿后很少发生绞窄。

要点三　治疗

腹外疝一经确诊，原则上均应手术修补腹壁缺损，方能获得痊愈。但在手术治疗不甚适宜或有禁忌的情况下，可试行非手术治疗。基本原则是疝内容物回纳后在疝环口处施加压力，以防止疝内容物进入疝囊内。常用方法有以下几种：

（一）贴胶布法

适用于 1 岁以内的婴儿脐疝和成人小的腹壁切口疝。用两条适当长的胶布，各宽 2 寸，一条有洞，一条有舌。腹壁涂安息香酸酊。将两条胶布分别贴于腹部两侧，有舌胶布插入有洞胶布内，收紧胶布，致使脐部皮肤有皱折时方可。有时在贴胶布前在疝囊底部垫一块小纱布或包有纱布的小纸板，以增加压力强度。胶布 1～2 周更换 1 次，持续半年以上方可。

贴胶布法对有胶布过敏者不宜使用，此时可用缝有子母扣的、窄的腹带代替。缝在腹带上的子母扣固定腹带牢固、方便和舒适。

（二）疝带法

适用于成人腹股沟疝不能接受手术者。目前疝带多为金属疝带，其弹性好，压迫强度适宜。因婴儿使用疝带不易固定，并可损坏皮肤，故常用棉纱束带压迫法。

有下列情况者不宜使用疝带：

（1）嵌顿疝和绞窄性疝；

（2）伴有精索水肿、睾丸下降不全的腹股沟疝；

（3）巨大的疝，特别是疝囊口很宽大的，应用疝带大多无效。

疝带压迫法基本上是一种姑息疗法，特别对成人多数无效，或有时暂时痊愈，隔一段时间又复发。所以对适于手术的腹外疝应尽量施行手术治疗，以防嵌顿或绞窄而酿成严重后果。

（三）中医治疗

1. 内治

（1）气滞证

证候：多为小腹或阴囊肿胀疼痛，结滞不舒，缓急无时，常因愤怒、嚎哭、过度劳累而发作；舌淡，苔薄，脉弦。

治法：疏肝理气，舒筋止痛。

方药：导气汤加减。

（2）寒湿证

证候：结块在阴囊，肿硬而冷，牵引睾丸疼痛，喜暖畏寒；苔白腻，脉弦紧。

治法：温化寒湿，疏肝理气。

方药：天台乌药散加减。

（3）气虚下陷证

证候：肿块时大时小，劳累时加重，面色萎黄，动则气短，头昏，神疲乏力；舌淡，脉细弱。

治法：补中益气，升提举陷。

方药：补中益气汤加减。

2. 成药验方

不论何种类型，均可单用小茴香 15g 煎汤内服。气虚下陷者可用补中益气丸，每次 9g，2～3 次/日。或口服黄芪片，每次 5 片，每日 2～3 次。

3. 针刺

补气海、三阴交，泻章门、期门、阴陵泉，留针 10～15 分钟。亦可用灸法或二者兼而用之。

4. 疝修补术

为手术疗法，主要方法根据疝气的不同采用相应的修补方法。

细目二　腹股沟疝

要点一　解剖特点

腹股沟区是指前外下腹壁的一个三角形区域，其上界是髂前上棘至腹直肌外缘水平线，内界是腹直肌外缘，下界是腹股沟韧带。临床上常以腹股沟韧带作为判断腹股沟疝和

股疝的界线。腹股沟区与腹前壁其他部位不同之处是比较薄弱，其由浅至深有以下各层：

（1）皮肤、皮下组织、浅筋膜。

（2）腹外斜肌腱膜：腹外斜肌在髂前上棘和脐连线以下移行为腱膜，即腹外斜肌腱膜。腱膜下缘在髂前上棘至耻骨结节之间向后上反折并增厚成腹股沟韧带。韧带内侧的一小部分纤维继续向下、向后、向外转折而形成陷窝韧带，附着于耻骨梳上，韧带的游离缘呈弧形，其构成股环的内界。陷窝韧带继续向外延续附着于耻骨梳上的腱膜，称为耻骨梳韧带。这些韧带在疝修补时有重要意义。

腹外斜肌腱膜的纤维在耻骨结节上外方形成一个三角形裂隙，即腹股沟管外环（皮下环）。正常成人外环口可容一小指尖，其内有精索或子宫圆韧带通过。在腹外斜肌腱膜深面与腹内斜肌浅面之间有两条呈平行的髂腹下神经和髂腹股沟神经通过，有时两者纤维交织相连成一条神经，在腹股沟疝修补时应加以保护，避免损伤。

（3）腹内斜肌、腹横肌：分别起自腹股沟韧带的外侧 1/2 与 1/3，两者纤维向下行走，下缘呈弓状越过精索前方、上方，在精索内后侧止于耻骨结节。在此区，腹内斜肌下缘多为肌肉；其深面的腹横肌下缘多为腱膜，称腹横弓。有 5% ~10% 的病例腹横弓和腹内斜肌下缘腱膜部分在精索内后侧相互融合形成联合腱，止于耻骨结节。

（4）腹横筋膜：在腹横肌及其腱膜下的腹内筋膜称为腹横筋膜。约在腹股沟韧带中点上方 2cm，腹壁下动脉外侧处，腹横筋膜有一卵圆形裂孔，即腹股沟管内环。精索或子宫圆韧带由此通过，腹横筋膜由该环向下包绕精索，成为精索内筋膜。在腹股沟韧带内侧 1/2，腹横筋膜覆盖股动、静脉，并随血管下行至股部。

（5）腹膜外脂肪和壁层腹膜：在此区的腹横筋膜和腹膜之间，有较多的腹膜外脂肪，两者结合疏松，极易分离，体弱极瘦的人也可有一潜在间隙。从解剖结构上看，在腹股沟内侧 1/2 处，腹内斜肌和腹横弓下缘与腹股沟韧带之间有一明显的空隙，没有肌肉层；因此成为腹股沟区好发疝的重要原因。

正常腹股沟管解剖并非呈管形，而是腹股沟区肌层间一个潜在的裂隙。位于腹股沟韧带中点上方 2cm 处，与韧带平行。成人腹股沟管长约 4 ~5cm，内有精索或子宫圆韧带通过。有内、外两口及前、后、上、下四壁。内口即内环（腹环），外口即外环（皮下环），其大小一般可容一指尖。前壁为皮肤、皮下组织、腹外斜肌腱膜，外侧 1/3 部分尚有腹内斜肌；后壁为腹膜与腹横筋膜，内侧的 1/3 尚有联合腱；上壁为腹内斜肌和腹横肌下缘；下壁为腹股沟韧带和腔隙韧带。在腹外斜肌与腹内斜肌之间有髂腹下神经和髂腹股沟神经通过。

要点二　病因病理

有先天性和后天性两种，以前者多见。

1. 先天性

胚胎期睾丸位于腹膜后第 2 ~3 腰椎旁，在发育过程中逐渐下降，在下降至腹股沟管内环处带动腹膜、腹横筋膜的部分肌肉一起下降，于外环处推动皮肤继续下降而形成阴囊。在下降过程中腹膜所形成的鞘状突，婴儿出生后不久其下段与睾丸紧贴成为睾丸固有鞘膜，其余部分则萎缩而成一纤维索带。如鞘状突不闭锁或闭锁不完全，就成为先天性疝。

2. 后天性

正常人有两种保持腹股沟管完整并防止腹内容物经内环膨出的机制。一是腹横肌和腹内斜肌在内环的括约肌作用。当腹横筋膜和腹横肌收缩时，内环内侧的凹间韧带和内环一起被牵向内上方，从而在腹内斜肌深面关闭了内环，阻止了疝的形成。二是腹横弓和腹内斜肌弓状下缘的开闭作用。腹壁松弛时，弓向上突出，当腹压增高时，腹内斜肌和腹横肌同时收缩，不仅使腹股沟管的前后壁紧紧靠拢，而且弓被拉直变平，并向腹股沟韧带靠拢，使弓状缘下方的半月形缺口接近消失，从而加强了腹股沟管区。如果腹内斜肌和腹横肌发育不全，营养不良或下缘过高，使腹股沟区薄弱，易发生后天性斜疝。

要点三　临床表现

1. 易复性斜疝

此型斜疝用手轻按疝囊，嘱患者咳嗽，可扪及膨胀性冲击感。病人平卧或用手法将包块向腹环处推挤，包块可回纳消失。再以手指尖经阴囊皮肤伸入外环，可发现外环扩大，局部腹壁软弱；此时需嘱患者咳嗽，指尖有冲击感。包块消失后用手指紧压腹股沟管腹环处，让患者咳嗽、站立或鼓腹，包块不再出现。若疝内容物为小肠，则包块柔软、光滑、有弹性，叩诊呈鼓音，听诊可闻及肠鸣音，当包块回纳进入腹腔时，可听到“咕噜声”；若内容物为大网膜，则包块坚韧、无弹性，叩诊呈浊音，听诊无肠鸣音，回纳不伴“咕噜”声。

2. 难复性斜疝

此型斜疝除坠胀感、牵引痛稍重外，其主要表现为包块不能完全回纳，尚有消化不良和便秘等症状。

滑动性斜疝也属难复性疝，多见于青壮年男性，右多于左。滑入疝囊内的盲肠或乙状结肠在疝手术时容易误当疝囊切开，应予注意。

3. 嵌顿性和绞窄性斜疝

此型斜疝常发生在高强度劳动或剧烈咳嗽及严重便秘等腹内压骤增时，主要表现为包块突然增大，伴有明显疼痛，包块变硬无弹性，触痛明显，不能回纳；如疝内容物为肠管，可出现急性肠梗阻或绞窄性肠梗阻症状，如腹部绞痛、恶心、呕吐、便秘、腹胀等；若疝内容物为大网膜，局部触痛常较轻。

疝一旦嵌顿则自行回纳的机会很少，在临床上嵌顿和绞窄是不能完全分开的两个发展阶段。一般认为，嵌顿疝超过 24 ~ 48 小时，出现毒血症及严重水、电解质紊乱与酸碱失衡表现，有包块皮肤水肿、发红等症状者，应考虑为绞窄性疝。

要点四　腹股沟斜疝诊断

腹股沟斜疝多见于儿童和中青年男性。当患者哭啼或站立腹压增高时，腹股沟上段内侧（腹环处）由外上向内下前斜行突现一圆形或梨形囊性包块。平卧时包块可自行回缩消失。病人仅有局部轻度坠胀感，此时诊断较为困难；如肿块不断增大进入阴囊或大阴唇，此时除坠胀感外可有明显牵引痛，诊断较容易。

诊断要点为：

（1）疝块发生在腹股沟内侧解剖薄弱区（腹股沟管区），呈梨形，质软，可入阴囊。

（2）咳嗽时局部有冲击感和冲击性膨大。

（3）疝块多数可以还纳，且时大时小，平卧后常可消失；疝块还纳后指压内环可阻止复现。

（4）疝环扩大、松弛。

（5）嵌顿性疝或绞窄性疝除局部疝块不能回纳外，常伴程度不同的阵发性腹痛、便秘、呕吐等一系列肠梗阻症状。

要点五　腹股沟直疝诊断

多见于老年男性体弱者，其基本表现与斜疝相似，但其包块位于腹股沟内侧和耻骨结节的外上方，多呈半球状，从不进入阴囊，不伴有疼痛及其他症状。起立时出现，平卧时消失。因其基底部较宽，容易还纳，极少发生嵌顿。还纳后指压内环不能阻止其出现。如以食指经外环插入腹股沟管内，可触及后壁明显缺损。疝内容物常为小肠或大网膜，膀胱有时可进入疝囊，成为滑动性直疝；如发生粘连，膀胱即成为疝囊的一部分，手术时应注意。

诊断要点为：

（1）疝块发生在腹股沟内侧解剖薄弱区（直疝三角区），呈半球形，质软，不入阴囊。

（2）咳嗽时局部有冲击感和冲击性膨大。

（3）疝块多数可以还纳，且时大时小，平卧后常可消失；疝块还纳后指压内环不能阻止其复现。

（4）疝环扩大、松弛。

（5）很少发生嵌顿。

要点六　鉴别诊断

需做好与下列疾病的鉴别：

1. 睾丸鞘膜积液

其包块仅限于阴囊内，多呈卵圆形，上缘可清楚地扪及精索；而斜疝多呈梨形，上缘有蒂柄通向腹股沟管。睾丸鞘膜积液时睾丸位于积液中央，包块呈囊性，不能扪及睾丸；而斜疝可在包块后方扪及睾丸。睾丸鞘膜积液包块从不回纳或消失；斜疝包块可回纳消失或缩小。睾丸鞘膜积液透光试验多呈阳性，斜疝则多呈阴性。

2. 交通性鞘膜积液

其包块外形与睾丸鞘膜积液相似，但常在起床后或站立一段时间后包块才缓慢地出现并逐渐增大。平卧或挤压包块时，因液体被挤入腹腔，包块可慢慢缩小或消失。易复性斜疝时其包块出现或消失都比较快，而且回纳后压住腹环，嘱病人站立，包块不再出现。

3. 精索鞘膜积液

其包块一般较小，在腹股沟管内，因此牵拉同侧睾丸时可见包块上下移动。

4. 睾丸下降不全

其包块较小，挤压时患者有特殊的胀痛感觉；患侧睾丸缺如有助诊断。

5. 急性肠梗阻

肠管被嵌顿可伴有急性肠梗阻，易因诊断为肠梗阻而忽略了疝的存在，这种情况临床时有发生，尤其在病人比较肥胖而疝块比较小时，更易发生漏诊而导致治疗上的错误。

要点七　治疗

腹股沟疝常可发生嵌顿绞窄而危及病人生命，因此确诊后应及时处理。

（一）非手术疗法

1 岁以内的婴儿因其腹肌可随身体发育逐渐强壮，疝有消失的可能，故暂不手术，可用棉线束带或绷带压住腹股沟管内环，这样可防止疝块突出，以给发育中的腹肌以加强腹壁的机会。

老年体弱或因故不适于手术者可用疝带治疗。但长期使用可以刺激致疝颈肥厚、硬韧；疝内容物与疝壁粘连，容易造成嵌顿或绞窄。发生嵌顿如时间较短（不超过 2 ~ 4 小时），且局部压痛不明显，腹部无压痛及腹肌紧张等腹膜刺激症状，估计无肠管绞窄坏死时，可以试行手法复位，手法切忌粗暴；复位后观察 24 ~ 48 小时，注意有无腹膜炎出现以及肠梗阻是否解除。

（二）手术疗法

手术疗法效果确切，但对合并慢性咳嗽、便秘、排尿困难、腹水、妊娠等有腹内压增高者，务必先行处理，以免术后复发。手术方法可归纳为传统的疝修补术、无张力疝修补术和经腹腔镜疝修补术等。

腹股沟疝的手术方法很多，其手术目的是切除疝囊和加强腹股沟管薄弱部分，通常有三类。

1. 疝高位结扎

指在疝颈部结扎疝囊。可视疝囊大小，对其远端疝囊给予切除或留于原位，这样就堵住了腹内脏器或组织进入疝囊内的通道。结扎应尽量在高的水平进行，如结扎偏低，那只是把一个较大的疝囊转化成一个较小的疝囊，给疝复发造成了条件。单纯的疝囊高位结扎术只有在腹股沟管薄弱部于发育过程中能够逐渐加强时，疗效才确切，所以该术式多用于婴幼儿。对其他年龄段及绞窄性斜疝患者，如因局部有严重感染，修补易失败时亦可应用。

2. 疝修补术

适用于腹股沟管缺损不大，附近肌腱比较完整的成年患者。其方法是在疝高位结扎的基础上视薄弱或缺损部位而决定内环修补和腹股沟管壁修补。

（1）内环修补：适用于内环扩大的病例。如内环仅轻度扩大，将内环的下缘间断缝合数针，能容小指尖通过即可。

（2）腹股沟管壁修补：其方法很多，通常可分为加强腹股沟管前壁或后壁两类。

①弗格森（Ferguson）法：是加强腹股沟管前壁最常用的方法。高位结扎疝颈后，不

游离精索；将腹内斜肌下缘和联合腱在精索浅面缝于腹股沟韧带上，以消灭弓状下缘与腹股沟韧带之间的空隙。此方法适用于腹股沟管后壁发育尚健全的儿童和青年人较小的斜疝。

②巴西尼（Bassini）法：是修补腹股沟管后壁的方法。在高位疝囊颈结扎后，将精索游离提起，在精索深面将腹内斜肌下缘和联合腱缝于腹股沟韧带上，精索位于腹内斜肌与腹外斜肌腱膜之间。适用于成人斜疝和腹壁一般性薄弱者。

③麦可威（Mcvay）法：是修补腹股沟管后壁的方法。在巴西尼（Bassini）法的基础上，在精索深面将腹内斜肌下缘和联合腱缝于耻骨梳韧带上，可同时加强腹股沟三角和间接封闭股环。多用于腹壁重度薄弱的较大斜疝和复发性疝。

（3）无张力疝修补术（tension－free hernioplasty）：分离出疝囊后，如疝囊较小，无需高位结扎或切除，将其内翻送入腹腔。然后将用人工材料制成一个圆形花瓣形的充填物填充在疝的内环处以填补缺损，再将一个合成纤维网片缝合于腹股沟管后壁而替代传统的张力缝合。

3. 疝成形术

巨型疝或复发性疝、腹股沟管后壁严重缺损等无法利用局部组织进行修补者，应施行疝成形术。基本术式按巴西尼法进行。传统上是将同侧腹直肌前鞘瓣向外下翻转，在精索深面缝至腹股沟韧带上，或用自体阔筋膜移到腹股沟管后壁。近年来人工材料涤纶网、四氟乙烯网、尼龙网等的出现为在无张力状态下进行疝修补创造了条件，主要用于修复腹股沟区的腹横筋膜缺损。手术要点是切除软弱损坏的腹横筋膜及腹膜外组织，将合成纤维网固定于缺损的腹横筋膜边缘深面及腹股沟韧带上。这种方法克服了传统术式张力大、术后局部牵扯感、疼痛较重和组织间愈合差等缺点。

（赵二鹏）

第二十七单元　消化道大出血的诊断与处理

细目一　上消化道大出血

要点一　概述

上消化道是指食管、胃、十二指肠、空肠上段及胆道。由这些部位的出血称为上消化道出血。上消化道大出血是指成年人一次出血量超过800ml以上或出血量占总循环量的20%以上；3天内出血量占全身总血量30%以上（成人3天内出血超过1500ml）；短期内血色素下降至70g/L以下；收缩压<80mmHg，心率>100次/分，有低血容量的症状和体征，或需输入2~3单位血液后血压才能稳定者。呕血或黑粪症是上消化道大出血（massive hemorrhage of upper digestive tract）的特征性表现。呕血的颜色取决于出血量的多少和血液在胃内停滞时间的长短。新近出血或出血量大而未经胃酸充分作用即呕出者为鲜红色或带有血块；如血液在胃内滞留时间较长，经胃液酸化则呈咖啡色或棕褐色血液。黑粪症是由于血液在胃肠道停留时间较长（8小时以上），在胃酸、细菌的作用下使血红蛋白的

铁与硫化物结合成为硫化铁所致，大便呈柏油样且伴恶臭。

要点二　病因病理

上消化道大出血病因很多，常见原因有：

1. 胃、十二指肠溃疡

约占 50% ~60%，其中 75% 为十二指肠溃疡出血。

2. 食管下段胃底静脉曲张破裂出血

约占 25%，多为肝硬化门静脉高压症并发症。

3. 各型胃黏膜病变

包括出血性胃炎（hemorrhagic gastritis），又称糜烂性胃炎（erosive gastritis）或应激性溃疡（stress ulcer），约占 5%。

4. 胃癌

癌组织缺血坏死，发生糜烂、溃疡或侵蚀破坏血管出血，约占 2% ~4%。

5. 胆道出血（hemobilia）

凡导致血管与胆道相通的各种原因引起的出血，血液进入胆道，再进入十二指肠的出血均称为胆道出血。

6. 少见原因

如食道炎、憩室炎、食道贲门黏膜破裂综合征（Mallory - Weiss 综合征）、胃息肉（gastric polyps）、胃肠血管瘤等。当前出血性胃炎引起的上消化道出血有增多趋势，可能与大量饮酒、服用非甾体类抗炎药物如吲哚美辛（消炎痛）、阿司匹林、保泰松、利血平或肾上腺皮质激素药物有关。

要点三　中医病机

（1）暴饮暴食，恣嗜醇浆，过食辛辣炙热，积热于胃，热伤胃络，迫血外溢而吐血；或脾胃失和，酿湿生痰，痰火扰动胃络而引发吐血。

（2）七情所伤，郁怒伤肝，气郁化火，肝火犯胃，灼伤胃络，或素有胃热，复因肝火扰动而致出血。

总之，病位在胃，与肝、脾功能失常有关。气郁火热多为实，脾虚气弱每呈虚。血出之后气随血脱，可致气血大亏，甚或血竭气脱阳亡而危及生命。

要点四　临床表现

（一）不同原因的上消化道出血的临床特征

1. 溃疡病

出血前多有上腹疼痛加重病史，但有 10% ~15% 的患者无加重表现或无溃疡病史；一次出血量一般不超过 500ml；并发休克者少见，出血后疼痛可逐渐减轻或消失；十二指肠后壁溃疡出血机会较胃溃疡多；高龄患者出血机会多，且自然止血机会少；表现为呕血者

较多，黑粪症者较少见。

2. 食管下段胃底静脉曲张破裂出血

多数有肝硬化的典型病征，有门静脉高压的表现及肝功损害的证据。主要是呕鲜血或血凝块，而呕吐物为咖啡色者少见；出血量大而猛，一次出血量可达 500～1000ml，常伴休克，先出现黑粪症后出现呕血者少见；第一次出血后可在一日内或数日内再次呕血，可行三腔二囊管压迫。

3. 胃黏膜病变

是胃黏膜急性损害的结果，与应激状态有关（如严重损伤、感染休克、烧伤、大手术、尿毒症、肺功能不全等）致使胃黏膜缺血，内生状态改变，或因应用某些药物（阿司匹林、胆酸、四环素等）及嗜酒等致使胃黏膜屏障破坏，H^+游出，形成黏膜损害的结果。病损主要为胃、十二指肠黏膜出血、水肿，多数溃疡出血。出血前多无先兆，量多少不定，一次大出血较少见，一般过去无胃病史，非手术治疗多可止血，止血后可复发出血。

4. 胆道出血

多因肝内、外胆管结石或胆道蛔虫反复感染，侵蚀肝动脉形成动脉胆管瘘，或肝癌、肝外伤、肝血管瘤破裂引起。多数具有胆道感染的 charcot 三联征。以便血多见，一次大出血致休克少见。若为胆道梗阻感染造成，多有明显周期性，每 1～2 周出血一次。肝肿瘤出血常有甲胎蛋白阳性，B 超、CT 及腹腔动脉造影可有阳性发现。

5. 上消化道恶性肿瘤

除不同部位肿瘤本身症状外，还可出现肿瘤所产生压迫相应部位的表现（如压迫胆道可有黄疸、胆囊肿大）。出血表现以隐血多见，呕血少见，若侵蚀大血管可有大量出血。可有相应部位肿块出现（如胃、胰有包块）或腹水、恶病质等晚期表现。

（二）出血部位及原因分析

上消化道出血的部位一般可分为三区：

1. 食管胃底区出血（曲张静脉破裂）

一次出血量在 500～1000ml，常伴休克，以呕血为主。

2. 胃、十二指肠球部溃疡、胃黏膜病变、胃癌出血

一次出血量少于 500ml，可以表现为呕血，也可以黑粪症为主。

3. 肝内胆道出血

一次出血量在 200～300ml，主要以黑粪症为主。通常认为幽门以下出血多表现为黑粪症，幽门以上出血多数表现为呕血；呕血或黑粪症主要取决于出血速度和出血量，而出血部位的高低是次要的，如果出血量多，速度快，即使幽门下病变也可为呕血；幽门上病变出血量少、速度慢也可表现为便血。血液在胃肠道停留时间的长短决定了呕血或黑粪症的颜色，若停留时间长，经胃肠液作用，呕出的血常呈棕褐色，便血多呈柏油样或紫黑色。若停留时间短、量大，呕血常为鲜红色，或有血凝块，甚至有鲜红色大便。必须指出：不同部位疾病的出血特征对诊断出血的原因有重要价值，病史、体检、实验室检查或特殊检查的综合分析是不可缺少的部分。

（三）病史

（1）与饮食有关的或有周期性、节律性的慢性上腹痛病史；有促进溃疡活动诱因的出血应考虑溃疡病出血。但有 10% ~15% 的溃疡病出血可无溃疡病史。

（2）有长期大量饮酒或有肝炎病史、血吸虫病感染病史，表现为肝区疼痛、肝大、脾大、脾功能亢进者，应考虑门脉高压症出血。其出血量大而凶猛，以呕血为主，常达到休克程度。

（3）反复有上腹疼痛、畏寒、发热、黄疸的出血者考虑胆道出血。

（4）有严重外伤或长期服用肾上腺皮质激素、水杨酸制剂、利血平类药物及嗜酒者多为胃黏膜病变出血。

（5）短期内体重迅速减轻，上腹不适，呕吐，食欲减退，大便隐血试验检查阳性者考虑消化道肿瘤。

（6）确定消化道出血时必须注意区别鼻咽部出血或因咯血进入消化道出现的黑粪症。要识别由于服用铁剂、铋剂、炭片、中草药等以及进食富含动物血食物所致的黑便（black stool）。一般药物所致的黑便缺乏光泽而不具柏油样。

（四）体检

体格检查时，首先应注意生命体征的变化，要做好全身各系统检查。若失血性休克同时伴有蜘蛛痣、肝掌、脾肿大、腹壁静脉曲张、腹水征考虑为食道或胃底静脉曲张破裂出血。黄疸、发热、右上腹疼痛、胆囊肿大、肝区叩痛为胆道出血。消瘦、低热、中上腹有质硬包块者为恶性肿瘤；多数皮下出血斑或出血点应考虑出血性疾病或有凝血障碍；肛门指诊可发现盆底有无转移肿瘤等。

（五）实验室检查

包括血红蛋白、红细胞计数、血小板计数、红细胞压积、嗜中性粒细胞比例；乙肝两对半、丙肝抗体、肝功能（胆红素、碱性磷酸酶、白蛋白、转氨酶）；凝血功能（血小板计数、凝血酶原时间、纤维蛋白原、部分凝血活酶时间）；血液生化。这些检查对诊断上消化道出血有重要价值，必须指出：上消化道出血丧失的是全血，出血后要通过一定时间才能使血浆容量平衡。因而在血常规的某些改变不能立即反映出来。血中尿素氮的升高是由于血液在消化道中分解吸收，或低血压引起尿素氮清除率降低造成。75% 的上消化道出血病人在出血数小时后血尿素氮可增至 11.9mmol/L。氮质血症的时间的长短与出血量、肾功能是否受损、有无继续出血、血循环量是否足够等关系密切，这些方面应引起注意。

（六）辅助检查

1. 鼻胃管或三腔二囊管检查

鼻胃管抽吸对判定出血部位、速度有一定价值，门齿至食管贲门长度为 40cm，将鼻胃管放入贲门部位，然后轻轻抽吸，如有血液提示血液来自食管、胃；若将鼻胃管放入胃中，抽吸出清亮胃液表明血液不是来自上消化道。此法简单安全，但应注意假阳性。

三腔二囊管放入胃后，在胃气囊、食管气囊注气切实可靠的情况下，经胃腔注入生理盐水洗尽胃内存血，如不再有血液抽出，提示为食道、胃底静脉曲张破裂出血；如果仍有血液抽出则表示可能为胃、十二指肠溃疡出血、胃黏膜或胃肿瘤出血。由于门脉高

压症病人常有门脉高压性胃病（portal hypertensive gastropathy）或并发胃、十二指肠溃疡，因此门脉高压症引起食管下段胃底静脉曲张破裂出血时，要考虑这种可能性存在。三腔二囊管检查简单易行，但切记操作不能粗暴，要求病人镇静合作。

2. 内窥镜

纤维或电子胃镜的应用对上消化道出血病因诊断与治疗取得了突破性进展，表现在：

（1）胃黏膜病变出血比例上升，溃疡病出血的比例下降。

（2）可提供确切的出血病因和部位。

（3）扩大了检查方法及范围。通过对十二指肠第二段直视观察，对诊断胃、十二指肠、胆道出血提供了可靠证据。

（4）提供了新的治疗措施，如电灼、摘除、止血或硬化剂注射。内窥镜检查距离出血时间愈近诊断阳性率愈高，只要没有严重的并发症、血液动力学相对稳定的上消化道出血病人，都可以立即做纤维或电子胃镜，或十二指肠镜检查出血部位。

3. 影像学诊断

B 超对肝、胆、胰、脾、肾的检查可提供一定依据，为诊断出血提供方向。X 线钡餐检查应在出血停止后 36 ~ 48 小时进行，出血期不宜应用。气钡对比检查可提高阳性率。选择性腹腔动脉造影或肠系膜上动脉造影，当出血量大，出血速度 > 0.5ml/min 时，可用这种检查方法；若发现有造影剂溢出血管征象，有肿瘤血管影像或血管畸形，对其诊断或急诊手术有定位价值。

4. 放射性同位素检查

常用^{99}锝或^{51}铬标记红细胞，经静脉注射，施行腹部示踪扫描，当出血速度达0.05 ~ 0.1ml/min，核素即可在血管出血部位溢出显像，对胃肠道出血比较敏感，但出血定位的精确度有限。

（七）对出血量、出血程度、有无继续出血的分析

1. 出血量的估计

成人消化道出血每天超过 5 ~ 10ml 即可有大便隐血试验阳性；每日出血量50 ~ 100ml 可出现黑粪症。胃内积血量在 250 ~ 300ml 可引起呕血。一次出血量在 400ml 以内，其血容量减少可由组织液及脾储血来补充，通常不引起全身症状（如头晕、心悸、乏力等）。短期内出血量超过 800 ~ 1000ml，可出现周围循环衰竭表现（神志恍惚、心率 > 100 次/分、收缩压 < 90mmHg、心悸、面色苍白、手足厥冷、冷汗、少尿或无尿）。

2. 出血程度分析

出血的严重程度可以通过计算休克指数来确定。休克指数 = 脉率/收缩压（mmHg）。正常为 0.45 ~ 0.5，>1.0 失血量约为 1000ml 以上，>2.0 失血量约为 2000ml 以上。也可按国内制定的上消化道出血的标准（见下表）来确定。

表　全国消化会议（1978）制定的上消化道出血程度的标准

分级	失血量	血压	脉搏	血红蛋白	症状
轻度	总血量的10%～15%（成人<500ml）	基本正常	基本正常	基本正常	可有头昏
中度	总血量的20%左右（成人800～1000ml）	下降	大约100次/分	70～100g/L	一过性头晕、口渴、心悸、少尿
重度	总血量的30%以上（成人>1500ml）	<80mmHg	>120次/分	<70g/L	冷汗、四肢厥冷、尿少、神志恍惚

（八）有无继续出血的分析

临床上由于肠道内的积血一般需数日（通常为3日）才能排尽，故不能用短期内有无黑粪症作为是否再出血的指标，但黑粪症由黑色变为黄色后又出现黑色，或复发出现血便、颜色变红、次数增多、伴低血容量表现者提示有继续出血。周围循环衰竭的表现经补液、输血未见明显改善，或虽暂时好转而又恶化；经快速补液、输血，中心静脉压仍有波动，稍稳定后又再下降；血红蛋白浓度、红细胞计数与血细胞比容继续下降，网织红细胞计数继续升高等都要考虑有继续出血。在已经补液与尿量足够的状况下，血尿素氮持续增高或再次升高等提示有继续出血可能。通过集中输液试验（即出血后在1～2小时内输入含盐等渗液1000～1500ml）如循环动力指标（BP、P、CVP）继续变坏，提示仍在出血。若输1～2单位血后脉率仍快或有持续性心动过速等均提示有持续出血或再出血。

临床经验证明，多数上消化道出血病因通过上述分析可以明确诊断，对部分不确切原因者应注意：①溃疡病既往可以没有临床症状；②门脉高压可以食管静脉曲张不明显，也没有明显肝硬化体征；③无症状的早期胃癌多由小弯溃疡而来；（4）出血性胃炎的出血在出血前多无先兆，量多少不定。最后再考虑少见的外科病如贲门黏膜撕裂综合征、食管裂孔疝、胃息肉等，同时也应注意有无其他疾病引起的出血，如过敏性紫癜、遗传性出血性毛细血管扩张病（Rendu－Qsler－Weber）、血友病、白血病、血小板减少性紫癜、尿毒症、流行性出血热、钩端螺旋体病等。

要点五　治疗

是有呕血或黑粪症都应住院治疗；任何原因的上消化道大出血都应遵循下列基本处理原则：①迅速纠正低血容量性休克；②迅速有效地制止出血；③对病因应尽力采取根治性措施，防止发生再度出血。

（一）补充血容量、纠正休克

首先应对上消化道出血视为紧急情况，立即建立两条静脉输液通道，最好有一条通道是通过锁骨下静脉或颈内静脉达上腔静脉，以便做中心静脉压监测。先输入平衡盐溶液或血浆代用品改善微循环，同时作好输血准备。当患者有体位性晕厥、血压下降（收缩压<90mmHg）或基础血压下降25%；血红蛋白<70g/L，血细胞比容<25%，或有休克等表现应立即输血，并通过尿量、中心静脉压监测调节输液量及速度。

（二）止血措施

1. 药物

（1）治疗消化道溃疡出血的抑酸药物与止血剂：包括 H_2 受体拮抗剂（西咪替丁，每次 200～400mg，每 5 小时 1 次；雷尼替丁，每次 50mg，每 6 小时 1 次；法莫替丁，每次 20mg，每 12 小时 1 次）和质子泵抑制剂（奥美拉唑，每次 40mg，每 12 小时 1 次，及兰索拉唑、泮托拉唑等）。止血药物如维生素 K_1、对羟基苄氨、止血敏、中药（云南白药、黄芪散、乌贝散等）。

（2）垂体后叶素：通过对内脏血管收缩，减少消化系统血量，使门静脉压力降低 30%～50%，用于消化道门脉高压症出血，一般可用 20U 加入 5% 葡萄糖液 200ml 内在 20～30 分钟内滴完，应注意副作用（腹痛、血压升高、心律失常、心绞痛等），对冠心病患者忌用。可同时应用硝酸甘油 0.6mg 舌下含服，每 30 分钟 1 次，以减少副作用。

（3）生长抑素：近年来用于治疗食管胃底静脉曲张出血。研究表明生长抑素可明显减少内脏血容量，并可使奇静脉血流明显减少。临床上有 14 肽天然生长抑素，用法为首剂 250μg 静脉注射，继以 250μg/h 持续静脉滴入。8 肽生长抑素同类药物奥曲肽（octreotide）半衰期较前者长，首剂量 100μg 静脉注射，继以 25～50μg/h 持续滴入。

2. 局部止血措施

（1）三腔二囊管压迫填塞：为食道下段胃底静脉曲张破裂首选方法，成功率可达 45%～92%。

（2）胃内注射或口服去甲肾上腺素：用于胃出血，可用 4～8mg 去甲肾上腺素加入 100～200ml 生理盐水分次口服，每 4 小时重复 1 次。亦可用白及粉、云南白药调成糊状注入。

（3）胃内降温：如用 5℃～6℃的冷盐水 500～800ml 经鼻胃管注入，用于胃溃疡、胃黏膜出血。

（4）其他药物：如应用甲氰咪胍、氢氧化铝凝胶等降低胃酸。

（5）通过内镜冷冻、电凝、激光、微波、结扎治疗。

（三）中医治疗

1. 辨证要点

（1）辨清寒热：呕血多由于热邪所致，火热升动，阳络受损，治宜降逆泻火、凉血止血为大法。便血多因脾胃虚弱，气虚不能统摄，阴络受损所致，治疗重在益气摄血。

（2）辨其虚实：实证为气火亢盛、血热妄行；虚证或为阴虚，虚火妄动，灼伤血络；或为气不摄血。阴虚、气虚既是导致出血的病因，又可成为出血的后果。临床出血之证属实属热者多，属虚属寒者少。对虚寒失血者，在应用益气补阳固脱药的同时，加用凉血止血药。

（3）大出血首当治标，或逆折其火，或急固其脱，待血止后再议治本。对中小量出血则可标本兼顾，止血之际还应针对原发病治出血之本。

（4）上消化道出血病情危笃者，不可拘泥于一方一法，应积极配合西医抢救措施，极力挽救患者生命。

2. 辨证论治

（1）胃热伤络证

证候：吐血量多，血色鲜赤或紫暗，胃脘灼热疼痛，恶心，口干苦，喜凉饮，口泛秽臭，便干或黑便，溲短赤；舌红苔黄燥，脉滑数。

治法：清胃泻火，凉血止血。

方药：大黄黄连泻心汤加减。

（2）肝火犯胃证

证候：来势急迫，吐血鲜红量多；口苦胁痛，心烦易怒，寐少多梦，烦躁不安；舌红绛，脉弦数。

治法：清肝泻火，和胃止血。

方药：丹栀逍遥散加减。

（3）脾气虚弱证

证候：黑便，或久延不愈，或便血量多而色淡；伴体倦神疲，面色无华，心悸，头晕；舌淡苔白，脉沉细无力。

治法：益气健脾，养血止血。

方药：归脾汤加减。

（4）气虚血脱证

证候：出血暴急量多，盈盆盈碗，或呕血便血并见；伴面色苍白，冷汗出，手足冷，或表情淡漠。舌淡苔白，脉细无力，或脉微细难以触摸。

治法：益气固脱。

方药：独参汤或参附龙牡救逆汤。

3. 特色治验

大黄粉：大黄味苦大寒，功擅泄热凉血、降气下行，入血分也入气分，可破积滞，散瘀血，止血不留瘀，推陈致新。对证属肝胃积热、迫血妄行者止血迅速，即便是对虚象明显者，用之亦多奏效。对消化性溃疡及胃黏膜病变引起的出血疗效肯定。对肝硬化所致胃底食道静脉曲张破裂出血，配合应用大黄粉，既能止血，又可通过泻下清除肠道积血，降低门脉压力，降低肠道蛋白分解产物以减少氨的吸收，有助于预防和减轻肝昏迷发生。常用量每次3g，每日3～4次。用量据患者体质状况及病势可酌情增减。服药后以控制大便4～6次/日为度。

（四）手术疗法

上消化道出血多数病例可通过非手术疗法止血。但在积极非手术疗法中，8小时输入血液600ml仍不能纠正休克，红细胞压积<30%者；或在治疗过程中出血一度中止，短期内又发生出血者；年龄>50岁，有动脉硬化者，应考虑手术疗法。

1. 溃疡病

（1）胃大部切除术：胃溃疡出血最好将溃疡切除，切除溃疡是最好的止血方法。行胃大部切除时，若胃溃疡无法切除者应将胃切开直视下缝扎出血点或结扎其周围血管；十二指肠球部溃疡出血无法将溃疡切除者，可切开十二指肠前壁结扎溃疡出血点或溃疡周围血

管后行旷置溃疡的胃大部切除。

（2）出血点结扎、迷走神经切断加幽门成形术：适于年老体弱有重要器官功能不全者，此法比胃大部切除术创伤小。

2. 门脉高压症

应根据门脉高压症病因、肝硬化类型、肝功能分级、门静脉血流动力学特点选择手术方法，有断流术和分流术两类。急诊分流术止血率高，但并发症死亡率也高。脾切除加胃底贲门周围血管离断术或胃底横断术操作简单，效果较好。手术治疗宜用于肝功能较好、没有黄疸、腹水的患者。

3. 出血性胃炎

一般不宜手术疗法，通过非手术疗法无法止血者可作胃大部切除或加选择性迷走神经切断术，胃癌大出血者可酌情做根治性胃大部切除或全胃切除术。

4. 胆道出血

根据情况可通过胆道镜、术中胆道造影确定部位。根据出血部位，做相应出血病灶的肝动脉结扎或肝叶切除，同时建立通畅的胆道引流。

5. 剖腹探查

由于诊治技术的发展，各种止血药物和止血方法的不断改进，80% 的上消化道出血病人可以通过非手术治疗止血。当出血原因诊断不明，非手术止血方法失败，病情许可者，可做剖腹探查术。手术的首要目的是止血，条件允许时可针对病因做治愈性手术。

细目二　下消化道大出血

要点一　概述

下消化道出血是指小肠及以下的消化道出血。临床上主要表现为便血，可以为黑色、暗红色、果酱色或鲜红色，与粪便相混合或不混合的血便。发病率较上消化道出血低；多数出血缓慢，或呈间隔性，80% 的下消化道出血可自行停止。在诊断上有时比较困难，内窥镜、CT、磁共振的出现为下消化道出血的诊断与治疗开拓了广阔的前景。

要点二　病因

下消化道出血原因可分为：原发于消化道疾病的出血和继发于其他系统疾病的出血。主要有肿瘤、血管畸形、特异和非特异炎症、憩室和套叠等。结肠、直肠出血最常见的原因为结肠、直肠癌；其次为慢性溃疡性结肠炎出血，一般为少量或中等量的便血。

要点三　临床表现

1. 小肠肿瘤

通常表现为腹痛、贫血、便血，部分病例可有肠梗阻表现。

2. 血管发育异常

出血特点呈急性发作，常可自行停止。

3. 小肠憩室

憩室出血多数为鲜红色或果酱色，少数表现为慢性出血或大便潜血。

4. 肠套叠出血

多见于小儿，多为果酱色大便，常伴有肠梗阻表现，可扪及腊肠型包块；成人肠套叠多有肿瘤同时存在。

5. 急性出血性坏死性小肠炎

多发生于儿童，通常便血呈暗红色糊状或红豆汤样血水便，具有特殊的腥臭味。常伴腹痛、发烧、微循环障碍、中毒性休克。

6. Crohn 病

以末段回肠多见，可有便血，但以反复腹痛、无里急后重的腹泻为主，伴有腹块、压痛。

7. 结、直肠出血

中老年人多见，出血可突然发生，通常为鲜血便，可伴血凝块或果酱色大便，右半结肠的少量出血可为黑粪症。结肠、直肠出血最常见的原因为结肠、直肠癌；其次为慢性溃疡性结肠炎出血，一般为少量或中等量的便血，通常伴有腹泻黏液脓血便，腹痛随黏液脓血便后减轻；血管发育异常、憩室病、结直肠息肉、肠套叠、痔等也可能发生下消化道出血。若粪便与血液相混合常提示血液来自小肠或结肠，若血液附着在大便表面或便后滴血常提示来自直肠或肛管。小儿鲜红色血便或便后滴血应首先考虑肠息肉。

要点四　治疗

非手术疗法基本上与上消化道出血相同。首先输入平衡盐溶液及血浆代用品，必要时输鲜血或浓缩红细胞。左半侧结肠、直肠出血可用去甲肾上腺素 4 ~ 8mg 加入 1000ml 冷生理盐水灌肠，必要时重复一次，对右侧结肠出血止血效果欠佳。结肠镜下局部电凝、套扎、上止血药，必要时可做介入性止血治疗。病人一般情况较好，能耐受手术治疗时的大肠癌，可行大肠癌根治术，不能耐受大手术时可先切除出血肠管后造瘘，然后待病情许可时做二期手术。直肠息肉、痔出血可行息肉切除终止出血。血管异常者可做病变肠段切除及做选择性或超选择性动脉栓塞。

（赵二鹏）

第二十八单元　泌尿、男性生殖系疾病

细目一　概　论

要点一　临床表现

（一）排尿异常

1. 尿频

正常人白天排尿一般 4 ~ 6 次，夜间 0 ~ 1 次。尿频者是指排尿次数增多而每次尿量减

少，严重时几分钟排尿一次，每次仅数毫升。引起尿频的原因很多，可以是生理性的，如多饮水、服用利尿食品等，有时也可以受精神因素影响，但主要是由于膀胱后尿道炎症刺激，膀胱容量减少和膀胱神经功能失调所致。炎症所致的尿频常伴有尿痛、尿急，临床上合称为膀胱刺激征。

2. 尿急

是指突然有强烈的尿意而不能自制，需即刻排尿。膀胱功能和容量正常时，因环境条件不许可，有尿意时可延迟排尿。但有严重急性炎症或膀胱容量过小时则可出现尿急，常与尿频、尿痛同时存在。

3. 尿痛

可出现在尿初、排尿过程中、尿末或排尿后。程度由灼痛、刺痛至刀割样痛不等，常伴有尿频、尿急、血尿。尿初痛提示前尿道炎症；尿末痛提示病变发生在后尿道、膀胱颈或膀胱三角区。

4. 排尿困难

包括排尿延迟、费力、不畅、尿线无力、变细、滴沥等。排尿困难病因主要为膀胱颈以下尿路梗阻和中枢或周围神经损害。前者被认为是机械性因素，后者则认为是功能性因素，临床应予鉴别。

5. 尿失禁

尿液不能自控而自行排出。根据病因分成四大类：

（1）真性尿失禁：膀胱失去控制尿液排出能力，通常见于先天性或后天获得性神经源性疾病导致支配膀胱神经功能失调，以及尿道括约肌受损等。

（2）压力性尿失禁：当腹压增加如咳嗽、喷嚏、大笑时尿液不经意地流出。多见于中年经产妇，由于膀胱支持组织和盆底松弛所致。

（3）急迫性尿失禁：严重尿频、尿急时不能控制尿液。常见于逼尿肌亢进型神经源性膀胱、急性膀胱炎、近期前列腺摘除术后等疾病。

（4）充溢性尿失禁：膀胱过度充盈引起尿液不断溢出。常见于前列腺增生症慢性尿潴留时，膀胱内压超过尿道阻力所致。

6. 尿潴留

指膀胱内尿液不能排出，分急性与慢性两类。急性尿潴留常由于膀胱颈以下严重梗阻，突然不能排尿，尿液潴留于膀胱内。慢性尿潴留是由于膀胱出口以下不完全性梗阻或神经源性膀胱所致。主要表现为排尿困难，膀胱充盈，可出现充溢性尿失禁。

7. 少尿与无尿

正常成人每日尿量1000～1500ml。每日尿量在400ml以下为少尿，100ml以下为无尿或称尿闭。少尿或无尿提示肾功能不全，其原因有肾前性、肾性、肾后性三种。

（二）尿液异常

1. 血尿

有血液随尿排出，根据尿液中血液含量分肉眼血尿和镜下血尿两类。肉眼能见到血色

者称肉眼血尿，通常1000ml尿液中含1ml血液即呈肉眼血尿。仅在显微镜下见到红细胞多于正常者为镜下血尿。根据出血部位与血尿出现阶段的不同，肉眼血尿可有三种情况：

（1）初始血尿：提示出血部位在尿道或膀胱颈部；

（2）终末血尿：提示病变在后尿道、膀胱颈部或膀胱三角区；

（3）全程血尿：提示病变在膀胱或以上部位。另外，血尿色泽较鲜提示下尿路出血，血色较暗提示上尿路出血；血尿中伴大小不等的血块提示病变在膀胱，血尿伴蚯蚓状血块提示病变在肾、输尿管。

血尿的原因很多，临床应予鉴别。如使用环磷酰胺、别嘌呤醇、肝素等的药物性血尿；输入血型不合或严重创伤引起的溶血性血尿；泌尿系先天性畸形或损伤引起的血尿等。尤其是有些血尿伴有相应的症状，如无痛性血尿，特别是发于中年以上者，应首先考虑泌尿系肿瘤；腰痛或肾绞痛后血尿提示上尿路结石，排尿中断并放射至阴茎头多系膀胱与尿道结石；血尿伴膀胱刺激征应考虑泌尿系感染，如尿培养阴性、抗感染治疗无效常提示泌尿系结核。

2. 脓尿

离心尿每高倍视野白细胞超过3个以上为脓尿，重者尿混浊呈脓状，提示有感染。致病菌通常为大肠杆菌、变形杆菌、葡萄球菌等，如为结核杆菌和淋球菌感染称特异性感染。

3. 乳糜尿

尿液中含乳糜或淋巴液，呈乳白色，如含大量红细胞，尿呈红褐色，称乳糜血尿。

4. 晶体尿

在各种条件影响下，尿中有机或无机物质沉淀、结晶而形成。常由于尿液中盐类呈过饱和状态。

（三）尿道分泌物

血性分泌物提示尿道癌；外伤后尿道滴血提示尿道损伤。黄色、黏稠脓性分泌物提示淋菌性尿道炎；少量无色或白色稀薄分泌物提示支原体、衣原体引起的非淋菌性尿道炎；清晨排尿前或大便后尿道口少量黏稠分泌物提示慢性前列腺炎。

（四）疼痛

肾盂、输尿管连接处或输尿管急性梗阻时可发生肾绞痛。常由于尿路结石所致，疼痛位于肋脊角、腰部和上腹部，呈阵发性剧痛，并可放射至会阴部，多伴有恶心呕吐。膀胱疼痛位于耻骨上区域，急性尿潴留时症状明显，慢性尿潴留时症状轻微。睾丸、附睾及会阴痛大多是由相关器官或组织的炎症所引起的钝痛或刺痛，严重时可引起剧痛。

（五）肿块

较严重的肾脏疾病上腹部触诊可及不同肿块。如晚期肾肿瘤可触及质硬、表面高低不平并且较固定的肿块；肾结核可触及肿大的肾脏，表面不光滑，质地不一，与周围组织粘连固定；肾积水表面光滑，有囊质感；多囊肾为双肾表面呈囊性结节；肾脏外伤可引起肾周出血和尿外渗，常可触及痛性肿块。隐睾可在痛侧腹股沟区触及近似睾丸的肿块；睾丸、附睾的炎症或肿瘤可在阴囊内扪及相应的肿块；肛门指诊前列腺部位扪及肿块应考虑

前列腺癌的可能。

（六）性功能障碍

阳痿是指阴茎不能正常勃起进行性交，或阴茎虽能勃起但不能维持足够的硬度以完成性交。前者称完全性阳痿，后者称不完全性阳痿。早泄是指阴茎尚未插入阴道、正在进入或进入阴道不久即射精者。无性交或手淫活动情况下发生射精者称遗精。若在梦中发生遗精又称梦遗。精液中含血液称血精，其外观为红色或棕红色或仅有血丝，精液涂片镜检可见大量红细胞。性功能障碍可由精神心理因素、血管病变、神经病变、内分泌疾病、药物及全身性疾病引起。早泄大多数为功能性因素所引起，只有反复而持续发生时才认为是异常。

要点二　检查方法

（一）体格检查

包括全面系统的全身检查和腹、腰背、阴囊和会阴的局部检查。

1. 肾脏检查

注意肋脊角、腰部或上腹部有无隆起。病人平卧位，检查者左手置于肋脊角并向上托起，右手在同侧上腹部进行双手触诊。正常肾一般不能触及，有时右肾下极在深呼吸时刚能触及。疑有肾下垂时，应取立位或坐位检查。炎症时肾区有叩击痛。肾动脉狭窄、动脉瘤及动静脉瘘在肾区可听到血管杂音。

2. 输尿管检查

沿输尿管行径进行深部触诊，炎症时有触痛。腹壁薄弱者，当发生输尿管肿瘤或结石时，偶可触及索条状肿块或结石。

3. 膀胱检查

平卧时观察下腹有无隆起或肿块。尿潴留尿量大于500ml时，耻骨上扪及球形、囊性的膀胱，叩诊时可呈浊音区。膀胱空虚状态时不能触及，可与腹内或盆腔其他肿块相鉴别。

4. 男性生殖系统检查

注意有无包茎或包皮过长，阴茎头有无溃烂及肿块，尿道口是否红肿、有无分泌物，海绵体及尿道有无硬结与压痛。阴囊皮肤有无红肿、增厚等。双侧睾丸、附睾是否肿大，注意其大小、质地与形态，有无肿块与结节。精索是否增粗，静脉是否曲张，尤其是左侧精索静脉。双侧输精管是否增粗。慢性附睾炎常可引起输精管均匀增粗，附睾结核引起输精管结核，输精管可呈串珠状。阴囊内睾丸缺如时，应仔细检查同侧腹股沟。阴囊肿大如为睾丸鞘膜积液所致，阴囊透光试验阳性。

前列腺与精囊检查可取侧卧位、膝胸卧位或站立弯腰体位作直肠指检。检查前列腺大小、形态、质地，表面是否光滑，有无结节与肿块，中央沟是否存在，有无压痛等。如考虑为前列腺炎时可行前列腺按摩，取其液体送检。精囊正常情况下不易触及，急性炎症时两侧精囊肿大，有压痛。

（二）实验室检查

1. 尿液检查

是泌尿系及某些全身疾病的实验室筛选性检查，为诊断、鉴别诊断提供重要线索。尿液收集以新鲜尿为宜，并应避免污染。尿培养以清洁中段尿为佳，女性亦可采用导尿标本。耻骨上膀胱穿刺留标本最为准确。

（1）尿常规检查：包括外观、比重、尿蛋白、尿糖、酸碱度、显微镜检查等。尿比重测定时，清晨第一次尿对了解肾功能有帮助，比重在1.020以上表示肾功能良好。高倍视野中红细胞超过1～2个，白细胞超过3～5个均属不正常。尿蛋白＋＋或＋＋＋以上，而白细胞不多，常提示非外科性肾脏疾病。颗粒管型、细胞管型多见于内科肾脏疾病。

（2）尿三杯试验：以最初10～15ml尿为第一杯，以排尿最后10ml为第三杯，中间部分为第二杯。收集时尿流应持续不断。若第一杯尿液异常，提示病变在尿道或膀胱颈部；第三杯尿液异常，提示病变在后尿道、膀胱颈部或三角区。若三杯尿液均异常，提示病变在膀胱或以上部位。

（3）尿细菌学检查：革兰染色尿沉渣涂片检查可初步提供细菌种类；尿沉渣抗酸染色涂片检查或结核菌培养可确定是否有结核菌感染；尿培养菌落计数超过105/ml提示尿路感染，对于有尿道症状者，菌落计数超过10/ml就有意义。

（4）尿细胞学检查：取新鲜尿沉渣离心沉淀后涂片染色，查找泌尿系移行肿瘤细胞，尤其以膀胱癌阳性率为高。

2. 男性尿道分泌物检查

将尿道分泌物收集在载玻片上，制成涂片并革兰染色，对诊断淋病性尿道炎既简便又准确。尿道分泌物直接镜检发现活动且带有鞭毛的滴虫，可诊断滴虫性尿道炎。

3. 前列腺液检查

施行前列腺按摩可取得前列腺液，进行外观及镜下检查。正常前列腺液呈淡乳白色，较稀薄。涂片镜检可见多量磷脂小体，白细胞计数不超过10个/高倍视野。前列腺炎时磷脂小体减少，白细胞数升高。

4. 精液检查

正常精液呈乳白色，不透明，5～30分钟内液化，pH值为7～8。精子数大于2000万/ml，活动率和正常形态精子均超过60%。采取手淫或性交体外排精收集标本，并在检查前5天内无排精。

5. 肾功能检查

血肌酐与血尿素氮正常值分别为60～130mmol/L与1.7～8.3mmol/L。当正常肾组织不少于双肾总量的1/3时，血肌酐仍保持正常水平。血尿素氮受分解代谢、饮食和消化道出血等多种因素影响，不如肌酐准确。此外，还可进行内生肌酐清除率、肾小球滤过率和有效肾血流量测定，以了解肾功能。

6. 前列腺特异抗原（prostate specific antigen, PSA）

PSA是由前列腺腺泡和导管上皮细胞产生的具有特异性的物质，是目前最常用的前列

腺癌生物标记。健康男性血清 PSA <4ng/ml，如 >10ng/ml 应高度怀疑有前列腺癌可能。

7. 流式细胞仪检查

尿、血、精液、实体肿瘤标本包括已作石蜡包埋组织，均可做此检查。其对泌尿、男生性殖系肿瘤的早期诊断及预后判断能提供较敏感和可靠的信息，亦可用于判断肾移植急性排斥发生及男性生育能力。

（三）器械检查

1. 导尿检查

导尿管以法制（F）为计量单位，以 21F 为例，其周径为 21mm，直径为 7mm。常用于诊断，如残余尿测定、注入造影剂、确定膀胱有无损伤；或用于治疗，如解除尿潴留、引流等。

2. 残余尿测定

排尿后立即插入导尿管，测量膀胱腔内有无尿液残留。正常时无残余尿。为防止导尿给病人造成不适或感染，现多采用 B 型超声波测定。

3. 尿道探条检查

用于探查尿道，同时有扩张尿道狭窄的作用。通常选用 18～20F 探条，轻轻试插，以防损伤尿道。太细的探条易损伤尿道，造成假道。

4. 膀胱镜检查

经尿道插入膀胱镜可直接窥视膀胱内病变，还可经输尿管口逆行插入输尿管导管，分别收集两肾盂的尿液，观察两肾功能与其他病变，同时可扩张输尿管和作逆行肾盂造影。通过膀胱镜还可取膀胱组织活检、钳取异物、破碎结石、切开或扩张输尿管口，应用电刀切除膀胱肿瘤和增生的前列腺。膀胱镜检查在泌尿外科应用很广，但在泌尿系感染、膀胱容量过小及尿道狭窄时不宜使用。

5. 尿流动力学测定

是借助流体力学及电生理学方法了解尿路输送、储存、排出尿液的能力。多用于下尿路动力学检查。通过尿流动力测定仪，分别或同步测定尿流率、膀胱压力容积、压力/流率、尿道压力和肌电图，亦可与影像学同步检查，全面了解下尿路功能。

（四）影像学检查

1. B 型超声检查

采用超声波断层扫描可获得各器官不同轴线及不同深度的断面图像，显示器官内部解剖结构及各种组织病变时对超声波衰减和反射的异常表现。该检查方便、无创伤，并能及时得到结果。广泛用于诊断、治疗和随访。常规用于肾、肾上腺、膀胱、前列腺、精囊、阴茎及阴囊等疾病的诊断。为肿块性质的确定、结石和肾积水的诊断、肾移植术后并发症的鉴别、残余尿测定及前列腺体积测量等，提供正确的信息。

2. X 线检查

（1）尿路平片（KUB）：显示肾的轮廓、大小、形状、位置等，是诊断泌尿系结石的

可靠依据。如不透光阴影部位不能确定时，可摄侧位片，有助于确诊。

（2）排泄性尿路造影：静脉注射造影剂，经肾实质排出，充盈肾盂、输尿管、膀胱，使其显影，又称静脉尿路造影。通常在结肠粪便和积气排空、碘过敏试验确定阴性后，经静脉 1 ~2 分钟内注入 60% 或 76% 泛影葡胺 20 ~40ml，分别于注射后 5、15、30、45 分钟摄片。可了解泌尿系形态和功能，肾功能良好者 5 分钟即显影。一般剂量造影显影不良时，可用大剂量（双倍）快速注射造影。

（3）逆行肾盂造影：经膀胱镜向输尿管插入导管直达肾盂，注射 15% ~20% 泛影葡胺 4 ~8ml，能清晰显影。适用于排泄性尿路造影显影不清楚、肾功能不全或不能进行排泄性尿路造影者。应严格无菌操作，以防感染。

（4）经皮穿刺肾盂造影：用于以上造影不显影或失败，而又疑上尿路梗阻者。可在 B 型超声引导下进行，同时能收集尿液送检。

（5）膀胱、尿道造影：膀胱造影常规方法是排泄性尿路造影，待膀胱内造影剂充盈满意后摄片；也可经导尿管向膀胱腔内注入 6% 碘化钠 100 ~200ml 后摄片，观察膀胱病变。膀胱造影摄片成功后，嘱病人排尿时摄尿道片称顺行尿道造影；如将 6% ~10% 碘化钠 20ml 用注射器从尿道口缓慢注入尿道内，同时摄尿道片称逆行尿道造影，适用于尿道病变的诊断。

（6）肾动脉造影：经股动脉穿刺插管至肾动脉开口上方，注入造影剂，判断有无肾血管病变和肾实质肿瘤。

（7）电子计算机 X 线体层扫描（CT）：有助于对肾实质性和囊性疾病的鉴别，肾、膀胱、前列腺癌的分期及肾上腺肿瘤的诊断，了解肾损伤范围和程度等。同时能显示腹部和盆腔转移而肿大的淋巴结。因其空间辨别力为 0.5 ~1.0cm，有时不能反映脏器病变全貌。

（五）放射性核素检查

肾图可测定肾小管分泌功能和显示上尿路有无梗阻；肾显像可显示肾形态、大小及有无占位病变等。单光子发射计算机断层照相（SPECT）既能动态观察器官功能的全过程，亦能观察矢状、冠状及横断面的解剖和功能。

（六）磁共振扫描（MRI）

对泌尿男性生殖系肿瘤的诊断和分期、肾囊肿内容性质鉴别、肾上腺肿瘤的诊断等，能提供较 CT 更为可靠的依据。其特点是组织分辨率高，无需造影剂，无放射损伤。此外，磁共振血管成像（MRA）、磁共振尿路成像（MRU）也具有良好的发展前景。

细目二　尿路感染

要点一　临床表现

1. 急性肾盂肾炎

（1）尿频、尿急、尿痛，甚或血尿，腰痛，发热、畏寒。

（2）一侧或双侧肾区压痛，叩击痛。

（3）尿常规见白细胞增多，或有脓细胞、红细胞和蛋白；血常规见白细胞总数及中性

粒细胞比率均可增高。

2. 急性膀胱炎

（1）尿频、尿急、尿痛，甚或有脓尿。小腹疼痛，可有全身发热、畏寒。

（2）小腹轻压痛。

（3）尿常规见白细胞增多，或有脓细胞；血常规见白细胞总数及中性粒细胞比率均可增高。

3. 慢性膀胱炎

（1）尿频、尿急、尿痛反复发作。

（2）尿液混浊或呈脓性。

（3）尿常规见白细胞增多，或有脓细胞；膀胱镜检可见膀胱黏膜充血水肿及小梁增生。

4. 急性尿道炎

（1）尿道灼热刺痛，排尿时加重。

（2）尿道口红肿，或有脓性分泌物。

（3）初段尿或尿道分泌物常规检查可见大量白细胞，或脓细胞。

要点二 治疗

1. 西医治疗

尿路感染是因各种致病菌引起的急、慢性炎症改变。临床以药物治疗为主，西医多用敏感的抗菌药物杀灭致病菌，促进炎症的消退，常用的抗菌药物有喹诺酮类、磺胺类、氨基苷类。

2. 中医辨证论治

（1）湿热蕴结证，清热利湿通淋。

（2）阴虚湿热证，养阴清热利湿。

（3）气虚湿热证，补中益气，兼清湿热。

（4）肾虚湿热证，补肾益气，兼清湿热。

细目三 尿石症

要点一 临床表现

1. 上尿路结石

包括肾脏结石和输尿管结石。

（1）疼痛：肾绞痛、腰腹部钝痛、放射痛。

（2）血尿。

（3）梗阻。

2. 下尿路结石

包括膀胱结石和尿道结石。

（1）膀胱结石：典型症状为排尿突然中断，并感疼痛，可放射至阴茎头部和远端尿道，改变体位后可缓解症状。

（2）尿道结石：表现为突发性尿线变细、排尿费力、呈点滴状、尿流中断，甚至出现排尿障碍而发生急性尿潴留。

要点二　诊断

（1）首先必须确定是否有结石存在；

（2）有结石存在时，应考虑是否有并发症，如感染、梗阻及恶变等；

（3）有时还应了解和确定可能的发病因素，以指导结石的防治。

要点三　鉴别诊断

上尿路结石应与胆囊炎、胆石症、急性阑尾炎及卵巢囊肿相鉴别，B 超多能鉴别。

要点四　治疗

根据结石的大小、数目、位置，有无梗阻、感染、肾损害及其程度等因素确定治疗方案。

（一）一般治疗

1. 大量饮水

保持每天尿量在 2000ml 以上，有利于减少晶体形成和促进结石的排出。是预防结石形成和增大的最有效方法。

2. 调节饮食与尿 pH 值

含钙结石应限制含钙、草酸成分丰富的食物。牛奶、奶制品、豆制品、巧克力、坚果含钙量高，浓茶、番茄、菠菜、芦笋等含草酸量高。尿酸结石不宜服用动物内脏等高嘌呤食物，避免高动物蛋白、高动物脂肪和高糖食物，宜食用含纤维素丰富的食物。对尿酸和胱氨酸结石者可口服枸橼酸钾、重碳酸钠，以碱化尿液。感染性结石者可口服氯化铵酸化尿液，有预防作用。

3. 控制感染

结石梗阻时易继发感染，应进行尿液细菌学检查，并选择敏感抗生素抗感染治疗。

（二）肾绞痛的治疗

结石性肾绞痛疼痛剧烈，应及时处理。可选择下列方法：

（1）消炎痛栓 1 粒，塞肛；

（2）阿托品 0.5mg，肌注；

（3）哌替定 50mg，肌注；

（4）黄体酮 20mg，肌注；

（5）针刺肾俞、足三里、三阴交、京门等。

（三）体外冲击波碎石（ESWL）

适用于直径≤2.5cm 的上尿路结石。远端尿路梗阻、妊娠、出血性疾病、严重心脑血管病、安置心脏起搏器、血肌酐≥265μmol/L、急性尿路感染、育龄妇女下段输尿管结石等不宜使用。碎石前通过 X 线、B 型超声对结石进行定位后，选择低能量，并限制每次冲击次数。碎石过程中应动态监测，及时修正偏差，了解碎石的效果，以提高疗效，减少近、远期并发症的发生。治疗后血尿较为常见，无需特殊处理；残余结石或“石街”引起的梗阻应严密观察，必要时采取相应措施。若需要再次治疗，原则上应至少在 1 周以后。

（四）手术治疗

手术前必须了解双侧肾功能，若有感染应及时控制，同时还应确定结石位置。

1. 腔镜手术

有输尿管镜取石或碎石术、经皮肾镜取石或碎石术。前者适用于中、下段输尿管结石，平片不显影结石，因肥胖、结石硬、停留时间长不宜采用 ESWL 治疗者；后者适用于直径 >2.5cm 的肾盂结石或肾下盏结石，对远端有梗阻而质硬的结石、残余结石、有活跃性代谢疾病及需要再次手术者尤为适宜。

较小的膀胱结石可经膀胱镜碎石钳机械碎石，经膀胱镜液电效应、超声、弹道气压碎石也可选择。尿道结石原则上将结石推入膀胱，然后按膀胱结石处理。

2. 开放手术

常用的方法有肾盂、肾窦、肾实质切开取石术以及肾部分切除术、肾切除术、输尿管切开取石术、膀胱切开取石术。

另外，双侧输尿管结石应先处理梗阻严重侧；一侧输尿管结石、另一侧肾结石时应先处理输尿管结石；双侧肾结石应先处理易于取出而安全的一侧；鹿角形结石应采取综合性治疗措施。

（五）中医治疗

结石表面光滑，横径 <1cm，双侧肾功能正常，无尿路狭窄、畸形者，可采用本法治疗。

1. 湿热蕴结证

证候：腰痛，少腹急满，小便频数短赤，溺时涩痛难忍，淋漓不爽，口干欲饮；舌红，苔黄腻，脉弦细。

治法：清热利湿，通淋排石。

方药：八正散加减。

2. 气滞血瘀证

证候：腰腹酸胀或隐痛，时而绞痛，局部有压痛或叩击痛；舌暗或有瘀斑，苔薄白或微黄，脉弦紧。

治法：行气活血，通淋排石。

方药：金铃子散合石韦散加减。

3. 肾气不足证

证候：腰酸坠胀，疲乏无力，病程日久，时作时止，尿频或小便不利，夜尿多，面色

无华或面部轻度浮肿；舌淡，苔薄白，脉细无力。

治法：补肾益气，通淋排石。

方药：济生肾气丸加减。

（六）总攻疗法

人体结石主要依靠尿液的冲刷作用和输尿管的蠕动，以及人体活动时结石的重力作用移动排出。而输尿管痉挛、炎症性水肿、排尿功能的减弱等有妨碍结石排出的因素，治疗时要作充分考虑。中西医结合治疗是从整体观念出发，在治疗结石上既看到结石的危害，也看到了人体的排石能力，治疗上充分调动和提高这种能力，就能提高结石排出率。“总攻疗法”综合了中、西医的各种有效方法，提高了疗效。

排石汤Ⅱ号的组成与现代药理：

（1）利尿：金钱草、车前子、木通、萹蓄、瞿麦（海金沙、冬葵子）。

（2）调整输尿管蠕动：枳实、牛膝、大黄、甘草梢、滑石。

（3）抗感染：栀子、大黄、黄柏。

（4）止血：石韦、蒲黄、仙鹤草。

“总攻疗法”通常隔天1次，7次为1个疗程，休息2周后可进行下一个疗程，一般不超过2个疗程

细目四　肾结核

要点一　临床表现

（1）有慢性膀胱刺激症状，经抗菌药物治疗无效，严重者可见肉眼血尿和脓尿。

（2）附睾、精囊、精索或前列腺发现硬结，阴囊有慢性窦道。

（3）尿液呈酸性，有脓细胞、少量蛋白和红细胞，而普通培养无菌生长。尿沉淀物可找到抗酸杆菌。

要点二　治疗

本病以全身治疗为主，抗结核药物作为首选药物，使用抗结核药物时宜联合用药，足够剂量，保证疗程，并定期观察其毒副反应。本病以虚证为主，虚实夹杂，故中医治疗总以“培其不足”为先，佐以祛邪。偏于阴虚者，当“壮水之主，以制阳光”；偏于阳虚者，宜“益火之源，以消阴翳”。至于湿热蕴于膀胱，当清利膀胱。

细目五　附睾结核

要点一　临床表现

（1）多见于20～40岁青壮年，且有结核病史。

（2）睾丸酸胀隐痛，附睾有不规则硬结，或精索呈串珠状增粗。日久与阴囊皮肤粘

连，破溃流出稀薄脓液。

（3）血沉增快，脓液涂片可找到抗酸杆菌，结核菌素试验阳性。

要点二　治疗

附睾结核是由结核杆菌感染所致，虽为局部病变，但多有肺、肾等原发病灶。因此，宜全身治疗，抗结核药为首选药物，使用抗结核药物时宜联合用药，剂量足够，保证疗程。中医认为本病为虚实夹杂，故治疗总宜扶正祛邪，初期以温阳化痰为主，中后期以养阴清热为法。若保守治疗效果不显著，则可切除病变附睾或睾丸。

细目六　膀胱肿瘤

要点一　临床表现

（一）症状

1. 血尿

为膀胱肿瘤常见的首发症状，多为无痛性肉眼血尿，常突然出现，间歇发作。

2. 膀胱刺激症状

表现为尿频、尿急、尿痛，其肿瘤大多发生在膀胱三角区。或伴肿瘤坏死、溃疡及合并感染。

3. 排尿困难

膀胱肿瘤生长在尿道内口附近或其表面坏死出血，血块堵塞尿道而出现排尿困难。

（二）体征

一般情况下体检均为阴性，但瘤体较大时，双合诊检查可触到肿块；若出现排尿梗阻，可在下腹部触到膨隆的膀胱。

要点二　治疗

膀胱肿瘤的治疗可分为手术疗法和非手术疗法，原则上强调以手术治疗为主。早期的外科手术治疗配合抗肿瘤等药物膀胱灌注可有效防止复发，甚至治愈。

（一）西医治疗

1. 非手术治疗

患者年龄较大，身体有多种疾病，不适合手术，或膀胱肿瘤发现较晚，局部浸润或有其他器官转移，可施行姑息疗法及对症、支持疗法，以减轻病人痛苦，延长生命。

2. 手术治疗

（1）经尿道膀胱肿瘤电灼或电切术：适用于单个或为数不多、直径不超过2cm、有蒂而浅表的乳头状瘤或癌。

（2）若肿瘤较大或数目较多，可根据实际情况施行膀胱部分切除术、膀胱全切术；对

于晚期膀胱癌，难以耐受手术的可考虑做输尿管皮肤造口术。

3. 膀胱灌注治疗

由于保留膀胱术后2年复发率高达50%以上，所以防止术后肿瘤复发是一个很重要的课题，目前临床应用膀胱灌注的药物如下：

（1）抗肿瘤药：丝裂霉素、羟基喜树碱等。

（2）免疫药物：由于膀胱癌存在免疫缺陷，故应用免疫治疗。临床常用卡介苗（BCG）。

（3）中药：中药制剂膀胱灌注在预防膀胱癌术后复发方面有着明显的优势和很好的发展前景，既有抗肿瘤作用，又可增强局部免疫功能，而且副作用少，如复方莪术液、冬凌草液等。

（二）中医治疗

1. 肝郁气滞证

证候：尿血，胁痛，口苦咽干，烦躁易怒；舌质红，苔薄黄，脉弦。

治法：疏肝解郁，通利小便。

方药：沉香散加减。

2. 湿热下注证

证候：尿血，尿频数，尿痛，小腹胀满，口渴不欲饮；舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿，通利小便。

方药：八正散加减。

3. 气血两虚证

证候：尿血，面色苍白，倦怠乏力，自汗，盗汗；舌质淡，苔薄白，脉沉细无力。

治法：益气养血，通利小便。

方药：四君子汤合四物汤加减

细目七　急性睾丸炎

要点一　临床表现

1. 急性非特异性睾丸炎

多发于单侧。睾丸肿痛，程度由轻微不适到剧烈疼痛不等，向腹股沟放射，阴囊皮肤发红、肿胀。

2. 腮腺炎性睾丸炎

临床表现与非特异性睾丸炎类似，症状较轻。常在腮腺炎后4～7天发病，可由单侧累及双侧。

要点二　诊断

结合典型临床表现及实验室检查做出诊断。

要点三　鉴别诊断

1. 睾丸扭转

常发生于青少年，局部症状明显，睾丸精索疼痛，放射至下腹部及腹股沟，阴囊皮肤可红肿发热。体检可见睾丸上移，有明显压痛，附睾不在正常位置，阴囊抬高试验阳性。

2. 结核性睾丸炎

多为慢性经过，附睾逐渐增大，疼痛不明显。

3. 睾丸肿瘤

多为无痛性肿块，触诊可区分肿瘤与正常附睾。

4. 嵌顿性疝

疝块常在剧烈活动后嵌顿不能回纳，睾丸无触痛。

要点四　治疗

（一）西医治疗

1. 一般治疗

急性期应卧床休息，托起阴囊，口服止痛退热药物，避免性生活与体力活动；慢性期合并前列腺炎的患者，可配合采用热水坐浴等疗法。注意保持会阴部清洁，避免睾丸损伤。

2. 药物治疗

根据细菌培养及药敏试验选择有效抗生素，足量应用，以控制感染。常用抗生素有青霉素、氨苄青霉素、复方新诺明等。高热伴中毒症状明显者应加用激素治疗。腮腺炎性睾丸炎抗生素治疗无效，以对症治疗为主，必要时用退热止痛药。

3. 外治法

早期可用冰袋敷于阴囊，以防止肿胀；后期用热敷，可加速炎症消退。附睾疼痛严重的患者可用0.5%利多卡因行精索封闭。

（二）中医治疗

1. 湿热下注证

证候：一侧或双侧睾丸、附睾肿胀疼痛，阴囊皮肤红肿疼痛，痛引小腹；伴恶寒发热，头痛，口渴；舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿，解毒消肿。

方药：龙胆泻肝汤加减。

2. 火毒炽盛证

证候：睾丸肿痛剧烈，阴囊红肿灼热，若脓成则按之应指；高热，口渴，小便黄赤短少；舌红苔黄腻，脉洪数。

治法：清火解毒，活血透脓。

方药：仙方活命饮加减。

3. 脓出毒泄证

证候：脓液溃出，色黄质稠，睾丸肿痛减轻，热退或仍微热；或脓液清稀，创口不收，身困乏力；舌红苔白，脉细或细数。

治法：益气养阴，清热除湿。

方药：滋阴除湿汤加减。

4. 寒湿凝滞证

证候：睾丸坠胀隐痛，遇寒加重，自觉阴部发凉；可伴腰酸、遗精；舌淡苔白润，脉弦紧或沉弦。

治法：温经散寒止痛。

方药：暖肝煎加减。

细目八　慢性前列腺炎

要点一　临床表现

1. 疼痛

程度较轻，多为胀痛、抽痛，主要在会阴及腹股沟部，可放射至阴茎、睾丸、耻骨上和腰骶部，有时射精后疼痛和不适是突出特征。

2. 尿路症状

轻度尿频、尿急、尿痛，夜尿多，排尿时尿道内有异常感觉，如发痒、灼热、排尿不净。

3. 尿道口滴白

多在尿末或大便时尿道口溢出白色黏液。还可于早起及运动后发生。

4. 性功能障碍

阳痿，早泄，血精，性欲减退，性交痛，不育。

5. 神经衰弱症状

头晕耳鸣，失眠多梦，神疲乏力，健忘，精神抑郁，自信心减弱。

6. 其他症状

虹膜炎、关节炎、神经炎等。

7. 前列腺触诊

腺体大小多正常或稍大，两侧叶不对称，表面软硬不均，中央沟存在。严重时前列腺压痛阳性，腺体硬度增加或腺体缩小。

要点二　诊断

缺乏统一标准。应明确病史、症状、体征，结合实验室检查，综合分析方可作出准确

诊断。必要时做 B 超、组织学检查、膀胱镜检查、尿流率检查等辅助诊断。

要点三　鉴别诊断

前列腺炎应与尿道炎、慢性膀胱炎、前列腺结核、前列腺增生、前列腺肿瘤等病相鉴别。

要点四　治疗

（一）一般治疗

合理安排生活起居，加强身体锻炼，增强体质，性生活有规律。注意饮食，不吃刺激性食物，禁酒戒烟，适量多饮水，保持大便通畅。避免久坐、久骑，注意休息。

（二）抗生素治疗

急性细菌性前列腺炎患者对抗生素反应较好。首选复方新诺明（TMP－SMZ）。该药能在前列腺液中保持较高浓度，抗菌效果显著。喹诺酮类抗生素治疗慢性前列腺炎效果较好，此类药物抗菌谱广，前列腺内浓度比血清高。

（三）心理治疗

解释病情，增强患者信心，消除其顾虑，必要时应用镇静剂。

（四）外治法

1. 前列腺按摩

（1）急性前列腺炎禁用；

（2）慢性前列腺炎时按摩可改善局部血运，排出腺体内炎性分泌物。每周 1 次，动作宜轻柔，切忌暴力挤压。

2. 熏洗坐浴疗法

对充血性前列腺炎疗效肯定。温水坐浴和药物可促进盆腔的血运，改善局部微循环，促使炎症吸收。用 42℃～46℃温水坐浴，每天 2 次，每次 20 分钟，20 日为 1 个疗程。

3. 药物离子透入疗法

选择高敏、广谱抗生素或中药制剂，经直肠内或耻骨联合上直流电药物导入治疗慢性前列腺炎，疗效满意。

4. 其他疗法

如针灸、敷贴疗法、直肠内给药法和物理疗法等。

（五）中医治疗

1. 湿热下注证

证候：尿频、尿急、尿痛，尿道灼热感，排尿不利，尿末或大便时滴白，会阴、少腹、睾丸、腰骶坠胀疼痛；伴发热、恶寒、头身痛楚等；舌红，苔黄腻，脉弦滑或数。

治法：清热利湿。

方药：八正散或龙胆泻肝汤加减。

2. 气滞血瘀证

证候：病程长，少腹、会阴、睾丸坠胀疼痛，感觉排尿不净；指诊前列腺压痛明显，质地不均匀，可触及结节；舌质暗或有瘀斑，苔薄白，脉弦滑。

治法：活血化瘀，行气止痛。

方药：前列腺汤加减。

3. 阴虚火旺证

证候：腰膝酸软，头晕目眩，失眠多梦，五心烦热，遗精或血精，排尿或大便时有白浊，尿道不适；舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴降火。

方药：知柏地黄汤加减。

4. 肾阳虚衰证

证候：腰膝酸软，手足不温，小便频数，淋漓不尽，阳痿早泄；舌淡胖，苔白，脉沉细。

治法：温补肾阳。

方药：济生肾气丸加减。

细目九　前列腺增生症

要点一　临床表现

多于50岁后出现症状。症状的轻重并非取决于前列腺本身的增生程度，而是由梗阻的程度、病变发展的速度、是否合并感染和结石决定。

（一）症状

1. 尿频

患者早期表现为尿频，尤其夜尿次数明显增多（每夜2次以上）。最初由前列腺充血刺激引起；随着梗阻加重，后尿道压迫情况日益严重，膀胱内尿液无法排空而出现残余尿，膀胱经常处于部分充盈状态，有效容量缩小，尿频可逐渐加重。

2. 排尿困难

进行性排尿困难是前列腺增生最重要的症状。增生的腺体压迫尿道，使尿道延长、变窄、弯曲，尿道阻力增加。当后尿道阻力超过逼尿肌的张力时，逼尿肌不能长时间维持收缩，无法排空膀胱，出现残余尿。轻度梗阻表现为排尿等待、中断、尿后滴沥不尽；梗阻加重则出现排尿费力、尿流变细、射程缩短，最终呈滴沥状排尿。

3. 血尿

前列腺增大使腺体黏膜表面小血管和毛细血管充血、张力增大，当膀胱收缩或扩张时，血管张力改变，可发生镜下血尿或肉眼血尿，如黏膜血管扩张破裂，可出现大出血，血块阻塞尿道或充满膀胱；膀胱颈部充血或并发炎症、结石时，也可出现血尿。

4. 尿潴留

常由气候变化、饮酒或劳累等诱因使前列腺和膀胱颈部充血、水肿，导致排尿困难加重，尿液突然完全不能排出，发生急性尿潴留，表现为下腹部疼痛、膀胱区膨胀。如残余尿随梗阻加重而增多，过多的残余尿使膀胱失去收缩能力，逐渐发生尿潴留，为慢性尿潴留。此时可并发充溢性尿失禁，即膀胱过度充盈使少量尿液从尿道口溢出。尿潴留常损害肾功能，严重者可导致肾功能衰竭。

5. 其他症状

膀胱出口梗阻可导致膀胱结石、膀胱炎。排尿不畅，长期靠增加腹压排尿可引发痔疮、便血、脱肛等，还可形成腹外疝。

（二）体征

1. 直肠指检

可于直肠前壁触及增生的前列腺。正常前列腺表面光滑、柔软、界限清楚，中央可触及纵向浅沟，横径4cm，纵径3cm，前后径2cm，重约20g。临床按前列腺增生情况分为三度：①Ⅰ度：前列腺大小为正常的1.5～2倍，质地中等，中央沟变浅，重量约为20～25g。②Ⅱ度：前列腺大小为正常的2～3倍，质地中等，中央沟极浅，重量约为25～50g。③Ⅲ度：前列腺大小为正常的3～4倍，质地硬韧，中央沟消失，重量约为50～70g。

2. 触诊

严重尿潴留时，耻骨上可触及肿大包块。梗阻引起严重肾积水时，上腹部两侧可触及肿大肾脏。

要点二　诊断

男性50岁后出现进行性尿频、排尿困难，应当考虑前列腺增生的可能。有的患者可出现充溢性尿失禁、急性尿潴留、血尿。老年患者虽无明显排尿困难，但有膀胱结石、膀胱炎、肾功能不全时，也应注意有无前列腺增生。结合直肠指检及其他体征、各项实验室检查可得出诊断。

要点三　鉴别诊断

1. 前列腺癌

发病年龄、排尿困难等症状可与前列腺增生症相似，并可同时存在，但直肠指检前列腺常不对称，可扪及不规则结节，质地坚硬；血清酸性磷酸酶增高，晚期骨转移或全身恶病质；活体组织检查可进一步证实。

2. 慢性前列腺炎

常发于青壮年；发病缓慢，前列腺可不大；前列腺液检查可见白细胞增多，或见脓细胞、红细胞，卵磷脂小体减少。

3. 神经源性膀胱

常有脊髓或周围神经外伤史，或肿瘤、糖尿病史，以及长期应用降压、抗胆碱、抗组

胺药物史；神经系统检查可见肛门括约肌松弛，阴茎海绵体反射消失；前列腺不增大，无下尿路器质性梗阻；尿流动力学检查、膀胱造影、膀胱镜检查有助鉴别诊断。

要点四　治疗

目的在于改善排尿症状，缓解并发症，保护肾功能。前列腺增生未引起梗阻的患者不需要治疗，梗阻较轻或难以耐受手术治疗的患者应采取非手术疗法或姑息性手术。梗阻症状严重、符合手术适应证的患者应尽早手术治疗。

（一）西医治疗

1. 一般治疗

注意气候变化，防止受凉，预防感染，戒烟禁酒，不吃辛辣刺激性食物，保持平和心态，适当多饮水，不憋尿。

2. 药物治疗

治疗前列腺增生的药物包括激素类药物、α 受体阻滞剂、降胆固醇药及植物药等。

（1）5α 还原酶抑制剂：前列腺内睾酮变为双氢睾酮需要 5α 还原酶。通过抑制 5α 还原酶，阻止睾酮变为双氢睾酮，抑制前列腺增生，并可以缩小前列腺体积，从而缓解或减轻排尿困难的症状。目前较为公认的药物为非那雄胺，常规用量为 5mg，每日 2 次。

（2）α_1 受体阻滞剂：主要分布在前列腺基质平滑肌的 α_1 受体对排尿影响较大，它兴奋时，前列腺基质平滑肌张力增加，导致排尿阻力增大。阻滞 α_1 受体可降低平滑肌张力，减小尿道阻力，改善排尿功能。特拉唑嗪、阿夫唑嗪、坦索罗辛是常用的 α_1 受体阻滞剂。用法：特拉唑嗪 5mg，每日 2 次；坦索罗辛 0.2mg，每日 1～2 次。

（3）植物药：来自天然植物，可抑制碱性成纤维细胞生长因子、表皮样生长因子，从而改善排尿症状。常用药物有太得恩，常用剂量 50mg，每日 2 次。另外还有普适泰和中药制剂。

3. 手术治疗

前列腺患者出现严重梗阻时应考虑手术治疗。开放性手术包括经耻骨上前列腺摘除术、耻骨后前列腺摘除术、经会阴前列腺摘除术，特点是疗效好，治疗彻底，但创伤较大。经尿道前列腺电切术（TURP）、等离子双级切除术等是非开放性腔内手术，其特点是创伤小、痛苦少、恢复快，对年老体弱、增生不太大的患者尤为适用。两类手术各自适应证不同，临床应根据患者病情选择最适合的方法。

4. 其他疗法

（1）激光治疗：激光导光束经膀胱镜置入，接触式或非接触式直接作用于前列腺，通过切割、气化、消融等手段达到治疗增生的目的。

（2）经尿道气囊高压扩张术：经尿道插入带气囊的导管，利用气囊压力撑开前列腺，达到扩张尿道的目的。

（3）前列腺尿道支架置入术：利用记忆合金制成的网状支架撑起前列腺尿道部，改善梗阻症状。

（4）电磁波疗法：包括微波和射频治疗，原理都是局部热疗。治疗时应注意调节温

度，避免灼伤尿道。

（5）高强度聚集超声治疗：通过超声传递能量，“热消融”治疗前列腺增生。

（二）中医治疗

1. 湿热下注证

证候：小便频数，排尿不畅，甚或点滴而下，尿黄而热，尿道灼热或涩痛；小腹拘急胀痛，口苦而黏，或渴不欲饮；舌红，苔黄腻，脉弦数或滑数。

治法：清热利湿，通闭利尿。

方药：八正散加减。

2. 气滞血瘀证

证候：小便不畅，尿线变细或尿液点滴而下，或尿道闭塞不通，小腹拘急胀痛；舌质紫黯或有瘀斑，脉弦或涩。

治法：行气活血，通窍利尿。

方药：沉香散加减。

3. 脾肾气虚证

证候：尿频不爽，排尿无力，尿线变细，滴沥不畅，甚者夜间遗尿；倦怠乏力，气短懒言，食欲不振，面色无华，或气坠脱肛；舌淡，苔白，脉细弱无力。

治法：健脾温肾，益气利尿。

方药：补中益气汤加减。

4. 肾阳衰微证

证候：小便频数，夜间尤甚，排尿无力，滴沥不爽或闭塞不通；神疲倦怠，畏寒肢冷，面色白；舌淡，苔薄白，脉沉细。

治法：温补肾阳，行气化水。

方药：济生肾气丸加减。

5. 肾阴亏虚证

证候：小便频数不爽，淋漓不尽，尿少热赤；神疲乏力，头晕耳鸣，五心烦热，腰膝酸软，咽干口燥；舌红，苔少或薄黄，脉细数。

治法：滋补肾阴，清利小便。

方药：知柏地黄汤加减。

（高兆旺）

第二十九单元　肛门直肠疾病

细目一　概　论

要点一　概述

肛门直肠疾病是外科中最常见的疾病，包括痔、肛隐窝炎、肛裂、肛门周围脓肿（肛

痈）、肛瘘（肛漏）、直肠息肉（息肉痔）、直肠脱垂（脱肛）和肛管直肠癌（锁肛痔）等。中医文献统称为“痔”、“痔瘘”。

要点二　解剖生理概要

（一）肛门、肛管

肛门是肛管的外口，中医称作“魄门”。位于臀部正中线、会阴与尾骨之间，两侧坐骨结节横线的交叉点上。肛缘与坐骨结节之间的范围称为肛周。平时肛门收缩呈椭圆形，排便时肛门松弛呈圆形，直径约3cm。肛管是消化道的终端，上端与直肠相连，下端终于肛门缘，解剖学上的概念是指肛门缘到直肠末齿线的长约1.5cm的这一段为肛管；临床外科医生则认为肛管上起自肛管直肠环，下至肛门缘，故肛管长约3～4cm。肛管周围无腹膜遮盖，有内括约肌和提肛肌环绕。肛管表层为皮肤，上部为移行上皮，下部为鳞状上皮。其起源于外胚层，受脊神经支配，对刺激非常敏感。

（二）直肠

直肠是消化道的末段，位于盆腔内，上端在第三骶椎水平面，为乙状结肠的延续部分，在骶骨前下行，下端在尾骨尖稍下方与肛管相连接，形成肠道末端近90°的弯曲，称为肛直角。直肠全长约12～14cm，其上端与乙状结肠粗细相同，下端则扩大为直肠壶腹，是暂时存积粪便的部位；其下端与口径较小的肛管相连。直肠上1/3前面与两侧为腹膜所遮盖，中1/3前面腹膜向前反折成为直肠膀胱陷凹或直肠子宫陷凹，下1/3无腹膜遮盖。直肠起源于内胚层，表层为黏膜，受植物神经支配，无疼痛感觉。直肠黏膜较厚，有3个横的半月形的皱襞，内有环肌纤维，称为直肠瓣，主要作用在于防止粪便逆行。

由于直肠下端与口径较小的肛管相接，在直肠黏膜与肛管皮肤交界处黏膜呈6～10个纵行皱折，称为直肠柱或肛柱。两个直肠柱下端之间有半月形黏膜皱襞，称为肛瓣。肛瓣与直肠柱之间的肠壁黏膜形成向上开口的袋状间隙，称为肛隐窝或肛窦。肛窦口向上，深3～5mm，底部有肛腺的导管开口，此处常存积粪屑杂质，易致损伤及感染而引发肛隐窝炎及各种肛肠疾病。肛瓣与直肠柱的基底在直肠与肛管的连接处形成一条不整齐的交界线，称为齿状线（齿线）。齿状线上有2～6个三角形乳头状突起，称为肛乳头。齿状线是胚胎期内、外层的交界处，齿状线上下的组织结构明显不同，是临床上的重要标志线，约85%的肛门直肠疾病发生在此附近。齿线上、下的主要区别见下表。

表　齿状线上、下的解剖差异

部位	齿状线以上	齿状线以下
组织	黏膜	皮肤
动脉供应	直肠上、下动脉	肛管动脉
静脉回流	直肠上静脉丛回流入门静脉	直肠下静脉丛回流入下腔静脉
淋巴回流	腹主动脉周围或髂内淋巴结	腹股沟淋巴结或髂外淋巴结
神经支配	植物神经支配，无痛觉	阴部内（脊）神经支配，痛感敏锐

（三）肛垫

肛垫位于直肠、肛管结合处，亦称直肠肛管移行区（痔区）。该区为环状的海绵状组织带，富含血管、结缔组织、弹性纤维及与平滑肌相混合的纤维肌性组织（Trietz 肌）。Trietz 肌呈网状结构缠绕痔静脉丛，构成一个支持性框架，将肛垫固定于内括约肌上。肛垫象一胶垫，协助括约肌封闭肛门。

（四）肛门直肠肌肉

肛门直肠肌肉主要分为肛门外括约肌、肛门内括约肌、提肛肌、联合纵肌和肛管直肠环五个部分。

1. 肛门外括约肌

肛门外括约肌有环形肌束和椭圆形肌束，环绕肛管下端，分为皮下部、浅部和深部三个部分。皮下部是环形肌束，位于肛门缘皮下、内括约肌外下方，只环绕肛管下端，不附着于尾骨，在肛门后与外括约肌浅部纤维合并；在会阴前侧与外括约肌浅部、球海绵体肌或阴道括约肌相连。内、外两括约肌之间有一括约肌间沟，又称肛门白线，直肠指检时能扪及此线。手术时常切断皮下部，但无肛门失禁的危险。浅部是椭圆形肌束，位于皮下部与深部之间，起于尾骨，在内括约肌水平面处分为两束，环绕内括约肌，在前方合而为一，附着于球海绵体肌和会阴浅横肌的中央间缝或阴道括约肌。其与尾骨相连部分形成坚强的韧带，称为肛尾韧带。深部也是环形肌束，位于浅部的外上方，不附着于尾骨，后半部附着于提肛肌的耻骨直肠部，前方附着于对侧坐骨结节。

外括约肌受脊神经支配，为随意肌，手术时若切断全部外括约肌，则会引起排便不完全性失禁，失去对稀便和气体排出的控制；若切断外括约肌皮下部和浅部，一般不影响排便的自控作用。

2. 肛门内括约肌

肛门内括约肌是肛管部肥厚的直肠环肌，属平滑肌，上起自直肠环肌平面，下至括约肌间沟，环绕肛管上部 2/3，在最肥厚的下端形成一条环状游离缘。指诊时在括约肌间沟处可触及此缘。

肛门内括约肌受植物神经支配，为不随意肌，在受到有害刺激时容易产生痉挛，肛裂、肛门狭窄等可致内括约肌持续痉挛，产生排便困难和剧烈疼痛，此时若切断部分内括约肌，可解除痉挛。内括约肌切断后不会引起排便失禁。

3. 提肛肌

提肛肌左右各一，是直肠周围形成盆底的一层宽而薄的肌肉，分为耻骨直肠肌、耻骨尾骨肌和髂骨尾骨肌三个部分。耻骨直肠肌位于耻骨尾骨肌和髂骨尾骨肌深处，起于耻骨和闭孔筋膜，围绕阴道或前列腺，附着于直肠下部两侧，在直肠后方左右联合止于骶骨，部分纤维与外括约肌深部联合。耻骨尾骨肌起于耻骨支后面，围绕尿道及前列腺或阴道，部分纤维在内、外括约肌之间交叉，止于会阴；大部分纤维在内、外括约肌之间止于肛管两侧，再向后左右结合，终止于骶骨下部和尾骨。髂骨尾骨肌起于坐骨棘内面和肛白线后部，向下向后左右结合，止于尾骨。耻骨尾骨肌与髂骨尾骨肌在深处形成一坚强韧带，对肛门括约肌有重要作用。

提肛肌受第 2、3、4 骶神经、肛门神经或会阴神经支配，是随意肌，有构成盆隔、载托盆内脏器防止脱垂等作用。

4. 联合纵肌

直肠纵肌与提肛肌在肛管上端平面汇合后形成集平滑肌纤维、少量横纹肌纤维、大量弹力纤维的混合肌束，称为联合纵肌。其具有固定肛管和协调排便的作用，如联合纵肌松弛或断裂，则会引起肛管外翻和黏膜脱垂。

5. 肛管直肠环

由外括约肌浅部、深部及提肛肌的耻骨直肠肌和内括约肌的一部分组成一围绕肛管的肌环，称为肛管直肠环。它具有十分重要的临床意义。如手术时完全切断此环，必将导致肛门失禁。

（五）肛门直肠周围间隙

1. 骨盆直肠间隙

左右各一，位于直肠与骨盆之间的左右两侧，提肛肌以上，腹膜反折以下，前面在女性以阔韧带为界，在男性以膀胱和前列腺为界，后面是直肠侧韧带。该间隙处于植物神经支配区，痛觉反应不敏感，所以感染化脓后常不易被发现。

2. 直肠后间隙

又称骶前间隙，位于直肠与骶前筋膜之间，下界为提肛肌，上界为腹膜反折。其可与两侧骨盆直肠间隙相通。

3. 直肠膀胱间隙

位于直肠与前列腺、膀胱或阴道之间，上界为腹膜，下界为提肛肌。

4. 黏膜下间隙

位于直肠黏膜与肛门内括约肌之间，上界为直肠黏膜下层。

5. 坐骨直肠间隙

又称坐骨直肠窝，左右各一，位于肛管两侧，外界为闭孔内肌筋膜，内界为肛门括约肌，上界为提肛肌，前界为会阴浅横肌，后界为臀大肌下缘。

6. 肛门后间隙

位于肛门后方，外括约肌浅层将此间隙分为深、浅两层。深部界于外括约肌浅层与提肛肌之间和肛尾韧带深层，可与两侧坐骨直肠窝相通。所以坐骨直肠窝脓肿可通过肛门后间隙蔓延至对侧形成马蹄形瘘。浅部位于皮肤和外括约肌浅层之间，常是肛裂引发皮下脓肿的位置。

（六）肛门直肠周围血管

肛门直肠的血液供给主要来自直肠上动脉、直肠下动脉、骶中动脉和肛门动脉。

1. 直肠上动脉

来自于肠系膜下动脉，起于乙状结肠动脉最下支起点的下方，在第三骶骨水平面与直肠上端背面分为左、右两支，沿直肠两侧下行，穿过肌层至黏膜下层，与直肠上动脉和肛

门动脉吻合。直肠上动脉在齿状线上黏膜下层的主要分支位于左前、右前和右后。指诊时常在上述部位摸到动脉搏动，是内痔的好发部位，也是痔手术后大出血的常见部位，同时还是注射硬化剂的主要部位。

2. 直肠下动脉

来自于髂内动脉，起于髂内动脉前干的一个分支，位于骨盆两侧，经骨盆直肠间隙至直肠下端，与直肠上动脉、肛门动脉在齿状线上下相吻合。

3. 骶中动脉

来自于腹主动脉，起于腹主动脉分叉上方后壁，沿骶骨下行，分布于直肠下部后壁。

4. 肛门动脉

位于会阴两侧、坐骨棘上方肛管内，起于阴部内动脉，经坐骨直肠窝至肛门内、外括约肌及肛管末端，在肛管黏膜下层与直肠上、下动脉吻合。

5. 肛门直肠静脉

以齿状线为界分为痔内静脉丛和痔下静脉丛。

（1）痔内静脉丛：位于肛管齿状线以上的黏膜下层内。静脉内因无瓣膜，易于扩张形成内痔，且在肛管的左侧、右前和右后分布较显著，是原发内痔的好发部位，临床上称之为母痔区。痔内静脉丛汇集成分支后穿过直肠壁，集成直肠上静脉，经肠系膜下静脉回流入门静脉。

（2）痔外静脉丛：位于齿状线下方的肛管皮肤下层，是外痔的发生部位。痔外静脉丛汇集成静脉分支后，经直肠中静脉直接流入髂内静脉或经直肠下静脉、阴部内静脉而流入髂内静脉。

（七）肛门直肠淋巴组织

肛门直肠淋巴组织分为上、中、下三组。上组汇集全部直肠和肛管上部的淋巴管，向上、下、两侧三个方向引流。多数经直肠旁淋巴结，部分直接沿直肠上动脉注入直肠系膜内直肠上动脉起始部的淋巴结，是直肠癌转移的主要途径。中组汇集上组下缘至齿状线部的淋巴管，多数沿直肠下动脉经提肛肌上注入直肠下动脉起始部淋巴结。下组汇集肛管下部、肛门和括约肌周围淋巴管，沿肛管壁向上经齿状线与上组吻合，使直肠淋巴管与肛管及肛门淋巴管交通。其主要经会阴及大腿内侧皮下注入腹股沟淋巴结，再经髂外淋巴结入髂总淋巴结或沿闭孔动脉旁流至髂内淋巴结。

（八）肛门直肠神经

直肠由植物神经支配，故齿状线上黏膜无痛感；肛管由脊神经支配，所以肛管和肛门周围感觉异常敏锐，而且肛门部受刺激时可引起反射性提肛肌和外括约肌痉挛。

（九）肛门直肠生理功能

肛门直肠的生理功能主要是贮存和排泄粪便。除此之外，还具有消化食物、吸收水分和分泌液体的功能。

要点三　常用检查方法

1. 视诊

嘱病人侧卧于检查床上，对好灯光，查看肛门部有无红肿、血液、脓液、黏液、粪便、瘢痕、结节、溃疡、湿疹及肛门形态等，以了解肛门局部病变情况。

2. 直肠指诊

先戴上指套，涂上润滑剂，轻轻按摩肛门缘，使肛门括约肌松弛，然后再以指腹为先慢慢将手指探入肛门直肠内；检查时嘱病人张口呼吸，不要用力憋气；切忌暴力插入，以免肛门括约肌因突然受刺激而痉挛产生疼痛，使病人惧怕指诊而影响检查效果；检查时注意有无肛门紧缩、肿块、结节、凹陷、条索状物，指套上有无血迹和脓液，可以帮助早期发现肛裂、痔核、肛瘘、直肠癌等。

3. 探针检查

主要用于肛瘘检查。操作方法：病人取侧卧位，将球头探针从瘘管外口轻轻插入，沿管道走行至内口，另一手食指伸入直肠内引导探针的尖端通过。如果探针通过受阻，可能是管道狭窄、阻塞或弯曲，此时应调整变换探针方向，切忌强行探入，造成假道，影响诊断及治疗。

4. 肛镜检查

肛门狭窄和妇女月经期不宜做此检查。操作方法：病人取侧卧位，先将肛镜外套及塞芯装在一起，涂上液体石蜡油，嘱病人张口呼吸，然后将肛门镜慢慢插入肛门内，插入时应先向病人腹侧方向伸入，待通过肛管后，再向尾骨方向推进，待肛镜全部插入后抽去塞芯，在灯光下仔细观察有无溃疡、息肉，再将肛镜拔出至齿线附近，查看有无内痔、肛瘘内口、肛乳头肥大、肛隐窝炎等。

5. 乙状结肠镜检查

肛门狭窄和妇女月经期不宜做此检查。操作方法：检查前一晚先清洁灌肠 1 次，镜检时嘱病人取膝胸位，将闭孔器装入镜筒内，在镜筒表面涂上液体石蜡油，然后将镜筒慢慢插入肛内，开始时指向腹部，待进入肛门后，向前推进至进入直肠 5cm 深度时拿掉闭孔器，开亮电灯，装上目镜和橡皮球。一面察看，一面打入空气，一面慢慢推进直肠镜直至肠壶腹部，再将镜端指向骶骨，距离肛门 8cm 处可见直肠瓣。距离肛门 15cm 处可见肠腔缩窄，即直肠与乙状结肠交界处，再调转方向，在直视下将镜筒放入乙状结肠，可以放入 30cm 深度。检查时注意黏膜颜色，注意有无充血、出血点、分泌物、息肉、结节、瘢痕、溃疡、肿块等病理改变。对于息肉、溃疡、肿块可做活体组织检查，以便进一步明确诊断。

6. 化验检查

根据病人的具体情况，必要时可做化验检查，如血常规、出凝血时间、大便检查、血沉、肝功能或其他检查。

7. X 线检查

钡剂灌肠拍片可以看清直肠和结肠形状，肠内容物是否通过顺利；有无梗阻或狭窄；

直肠和结肠的外部病变。如骶骨前畸胎瘤可以通过X线摄片见直肠移位；高位复杂性肛瘘瘘管不清、内口不明可做碘造影；直肠与乙状结肠部位的息肉、肿瘤均可通过钡剂灌肠拍片发现病灶。

要点四　病因病机

肛门直肠疾病中常见的致病因素有风、湿、热、燥、气虚、血虚等。

1. 风

《证治要诀·卷八·肠风脏毒》说："血清而色鲜者，为肠风……"《见闻录》说："纯下清血者，风也。"说明风邪可引起便血。因风多夹热，热伤肠络，血不循经而下溢，风又善行而数变，故由风邪引起的便血其色泽鲜红，下血暴急呈喷射状。

2. 湿

湿性重浊，常先伤于下，故肛门疾病中因湿而发者较多。湿与热结，致肛门气血纵横，经络交错而发内痔。又因湿性秽浊，热伤肠道脉络，则下血色如烟尘，正如《见闻录》所说："色如烟尘者，湿也……"湿热蕴结肛门，阻塞经络，使气血凝滞，则易形成肛门周围脓肿；湿热下注大肠，肠道气机不利，经络阻滞，瘀血凝聚，则易发为直肠息肉。

3. 热

《丹溪心法·卷二·痔疮》说："痔者，皆因脏腑本虚，外伤风湿，内蕴热毒……"热积肠道，耗伤津液，致热结肠燥，大便秘结，使气血不畅，瘀血阻滞，结而为痔；热盛灼伤肠络或迫血妄行，血不循经，下溢而为便血；热与湿结，蕴结肛门而致肛门周围脓肿。

4. 燥

《医宗金鉴·外科心法要诀·痔疮》说："肛门围绕，折纹破裂，便结者，火燥也。"燥热耗伤津液，大肠失润，则大便干结；或素体阴虚，肠道失于濡润，大便干燥，排便努挣，常使肛门裂伤或擦伤痔核而致便血等。

5. 气虚

《疮疡经验全书·卷三·痔漏图》说："又有妇人产育过多，力尽血枯，气虚下陷，及小儿久痢，皆能使肛门突出。"说明气虚也是肛门直肠疾病发生的因素之一。脾胃本虚，功能失调，以致中气不足而为痔；或因妇人生育过多，小儿久泻久痢，年老气血衰退，以及某些慢性疾病等导致中气不足，气虚下陷，无以摄纳而引起直肠脱垂不收，内痔痔核脱出不纳；气虚，统摄失司则下血。

6. 血虚

血虚在肛门直肠疾病中常见于痔疮出血。失血过多；或脾胃虚弱，生化无源；或忧思抑郁，皆可导致血虚。血虚生燥，无以濡润肠道，则大便燥结。因气血同源，无论气虚还是血虚最终均可导致气血两虚，使抗病能力降低，每易发生肛门直肠周围脓肿，其初起症状不明显，蕴脓慢，溃后脓水稀薄，久不收口。

上述致病因素既可单独致病，也可多因素并存，亦可相互转化。如风多夹热、湿热相

兼等。在病程中有实证、虚证，也有由实转虚或虚中夹实者。故临证时宜审证求因，全面分析。

要点五　中医辨证

（一）症状

肛门直肠疾病的常见症状有便血、肿痛、脱垂、流脓、便秘、分泌物等。由于病因各异，表现的症状轻重程度也不同。

1. 便血

便血是内痔、肛裂、直肠息肉、直肠癌的常有症状，多表现为血与大便不相混，附于大便表面，或滴血，或射血。便血多而无疼痛者，多为内痔；便血少而有肛门疼痛者，多为肛裂；儿童便血，大便次数和性质无明显改变者，多为直肠息肉；血与黏液相混，色晦暗，肛门有重坠感，应考虑有直肠癌的可能。便血鲜红呈喷射状，伴口渴、便秘、尿赤、舌红脉数等，多为风热燥火所致；便血色淡，伴面色无华、心悸、神疲乏力、舌淡脉沉细等，多为血虚肠燥所致。

2. 肿痛

常见于外痔、内痔嵌顿、肛门周围脓肿、肛裂等。便时即发，呈周期样，痛如撕裂，多为肛裂；便时用力努挣，突发刺痛，伴青紫肿块，为血栓性外痔；肛门肿痛、灼热，伴恶寒发热，多为肛门周围脓肿；肛门肿痛，肛旁有异物感，多为炎性外痔；肛门剧烈疼痛，伴肿物脱出，多为内痔嵌顿；肿胀高突，疼痛剧烈，伴胸闷腹胀，体倦身重，食欲不振，发热，苔黄腻，脉濡数，为湿热阻滞；微肿微痛，伴发热，神疲乏力，头晕心悸，便溏或结，舌淡红，苔黄或腻，脉濡细，为气血不足兼湿热下注之虚中夹实证。

3. 脱垂

常见于内痔脱出、直肠脱垂、直肠息肉脱出等。脱出物呈颗粒状，为内痔脱出；脱出物呈长圆形而带蒂，为直肠息肉；脱出物较长，呈环状或花瓣状，为直肠脱垂。脱出伴面色无华，头晕眼花，心悸气短，自汗盗汗，舌淡，脉沉细弱，为气血两虚，中气下陷。内痔脱出嵌顿，肿痛，局部糜烂，伴恶寒发热，口干喜饮，大便秘结，小便短赤，舌红，苔黄或腻，脉弦数，为湿热下注、气血瘀滞。

4. 流脓

常见于肛门周围脓肿、肛瘘等。脓出黄稠，多为肛门周围脓肿；脓出稀薄，或微带粪臭，多为肛痈并发肛瘘的征象；脓出稀薄，夹有干酪样组织者，多为结核性肛瘘。脓出黄稠带粪臭味，伴发热，口苦，身重体倦，食欲不振，小便短赤，苔黄或腻，脉弦或数，多为湿热蕴结、热腐血肉所致。脓出稀薄不臭，或微带粪臭，伴低热，面色萎黄，神疲纳呆，自汗盗汗，舌淡红，脉濡细，为气血虚弱所致。

5. 便秘

常见于内痔、肛裂、直肠癌等。惧怕大便而引发出血者，为内痔；惧怕大便而引发疼痛者，为肛裂；便秘，粪便变细变扁，带有黏液或血液者，多为直肠癌。腹满胀痛拒按，大便秘结，伴面赤，口臭，身热，心烦，小便短赤，舌红，苔黄燥，脉数有力，为燥热内

结、津伤肠燥所致。腹满作胀，喜按而大便燥结，伴有面白无华，头晕心悸，神疲乏力，舌淡，脉细数无力，为血虚肠燥所致。

6. 分泌物

常见于内痔脱出、直肠脱垂、肛瘘等。肛门潮湿，有局部肿痛，口干，食欲不振，胸闷不舒，便溏或结，小便短赤，舌红，苔黄或腻，脉弦滑或数，为湿热下注或热毒蕴结所致。

（二）部位

肛门直肠疾病所发生的部位有一定规律，一般取膀胱截石位，以肛门为中心，按时钟面的十二点来描记，即将肛门分为 12 个方位，前正中线（会阴部）为 12 点，后正中线（尾骶部）为 6 点，左侧正中为 3 点，右侧正中为 9 点，其余依次类推。内痔好发于肛门齿线以上 3、7、11 点处，结缔组织外痔好发于 6、12 点处，血栓性外痔好发于肛缘 3、9 点，肛裂好发于 6、12 点处。肛瘘瘘管外口发生于 3、9 点前面的其管道多为直行，内口多在与外口相对应的肛隐窝内；发生于 3、9 点后面的其管道往往弯曲，内口多在 6 点处附近。一般瘘管外口距肛缘近的其管道亦短（指通向肛门）；瘘管外口距肛缘较远的，则其管道亦长。环肛而生的马蹄形瘘，其内口往往在 6 点处附近。肛肠疾病的病历记录一般均需将病变部位用图标示。

要点六　治疗

（一）内治

适用于Ⅰ期内痔；年老体弱者；Ⅱ、Ⅲ期内痔兼有其他严重疾病者；血栓性外痔初起和一切肛门炎症初起阶段等。

1. 清热凉血

适用于风热肠燥便血，血栓性外痔初起。方用凉血地黄汤或槐角丸加减。

2. 清热利湿

适用于肛周脓肿实证。方用萆薢渗湿汤或龙胆泻肝汤加减。

3. 清热解毒

适用于肛周脓肿实证、外痔肿痛。方用黄连解毒汤或仙方活命饮加减。

4. 补气养血

适用于素体气血不足或久病气血虚弱者。方用八珍汤或十全大补汤加减。

5. 泻热通腑

适用于热结肠燥便秘者。方用大承气汤或麻仁滋脾丸加减。

6. 生津润燥

适用于血虚津乏之大便秘结者。方用润肠汤或五仁汤加减。

7. 补中益气

适用于小儿体虚、年老体弱或经产妇气虚下陷的直肠脱垂、内痔脱出等。方用补中益

气汤加减。

（二）外治

1. 熏洗

以药物加水煮沸或用散剂冲泡，先熏后洗，或用毛巾蘸药汁趁热敷患处，冷则更换。此法具有活血、消肿、止痛、止血、收敛等作用。适用于内痔脱垂、嵌顿，结缔组织性外痔肿痛，血栓性外痔初期，脱肛，术后水肿等。方用五倍子汤或苦参汤煎水熏洗；或用食盐 30g、芒硝 30g、花椒 3g 加开水冲泡熏洗；或用 1∶5000 高锰酸钾溶液坐浴。

2. 敷药

即以药物敷于患处，每日大便后先坐浴，再外敷药物。此法具有消肿、止痛、生肌、收敛、止血等作用。适应证同熏洗法。方用九华膏、五倍子散、黄连膏、消痔膏等。此外尚有清热消肿的金黄膏；提脓化腐的九一丹；生肌收口的生肌散、白玉膏等。

3. 手术

根据肛门直肠疾病的不同病期及类型选择不同手术治疗。

细目二　痔

要点一　概述

痔（hemorrhoid）的传统概念是直肠末端黏膜下和肛管皮肤下静脉丛瘀血、扩张、屈曲所形成的柔软静脉团，新近认为痔是肛垫的病理性肥大和移位。痔属外科常见病、多发病，俗称“痔疮”。以便血、疼痛、坠胀、肿块脱出和异物感为主要临床特征。好发于 20～40 岁人群，男性略多于女性，并随着年龄增长而发病率增高。

要点二　分类

临床上根据痔发生部位的不同，主要分为内痔、外痔和混合痔三种。

（一）内痔

内痔（internal hemorrhoid）是发生于齿线上，由直肠上静脉丛瘀血、扩张、屈曲所形成的柔软静脉团。内痔是肛门直肠疾病中最常见的一种疾病，以便血、坠胀、肿块脱出为主要临床表现。常见并发症有下血、嵌顿、贫血。内痔表面为直肠黏膜所覆盖，好发于肛门右前、右后和左侧正中部位（即膀胱截石位 3、7、11 点处）。

内痔分期：

Ⅰ期内痔：无明显自觉症状，痔核小，便时粪便带血，或滴血，量少，无痔核脱出。

Ⅱ期内痔：周期性、无痛性便血，呈滴血或射血状，量较多，痔核较大，便时痔核能脱出肛外，便后能自行还纳。

Ⅲ期内痔：便血少或无便血，痔核大，呈灰白色，便时痔核经常脱出肛外，甚至行走、咳嗽、喷嚏、站立时也会脱出肛门，不能自行还纳，须用手托、平卧休息或热敷后方能复位。

Ⅳ期内痔（嵌顿性内痔）：平时或腹压稍大时痔核即脱出肛外，手托亦常不能复位，痔核经常位于肛外，易感染，形成水肿、糜烂和坏死，疼痛剧烈。指诊肛门括约肌松弛，肛内可触及较大、质硬的痔核。镜检见痔核表面纤维组织增生变厚呈灰白色。长期便血者可引起贫血。

（二）外痔

外痔（external hemorrhoid）是发生于齿线下，由痔外静脉丛扩大、曲张，或痔外静脉丛破裂，或反复发炎纤维增生所形成的疾病。以自觉坠胀、疼痛和有异物感为主要临床表现。外痔表面为肛管皮肤所覆盖，不能送入肛门，不易出血。常见外痔有结缔组织性外痔、静脉曲张性外痔、血栓性外痔等。

1. 结缔组织性外痔（皮痔）

因肛门裂伤、内痔反复脱出，或产育、便秘、溲难努责，导致邪毒外侵、湿热下注和局部气血运行不畅，筋脉阻滞，瘀结不散，或慢性炎症刺激，反复发炎、肿胀、肥大、增生，致使肛门周围结缔组织增生所形成的赘皮。当肛门皱襞受损、感染，以致皱襞皮肤充血、肿胀而成为炎性外痔。

2. 静脉曲张性外痔（血痔）

下蹲排便时，腹内压增高，致使齿线下肛门缘周围皮下静脉曲张而形成的静脉团瘀血。多呈圆形或不规则突起，恢复正常体位后则又可消失。

3. 血栓性外痔（葡萄痔）

因便秘或排便时用力努挣，致使肛门静脉丛破裂，血液漏出血管外所形成的静脉血栓。

（三）混合痔

混合痔（combined hemorrhoids）是直肠上、下静脉丛瘀血、扩张、屈曲、相互沟通吻合而形成的静脉团。其位于齿线上下，表面同时为直肠黏膜和肛管皮肤所覆盖。内痔发展到二期以上时多形成混合痔，故又被称为“带有外痔成分的内痔”。混合痔逐步发展，周围组织被破坏和发生萎缩，肥大的肛垫逐渐增大、下移、脱出至肛门外。当脱出痔块在肛周呈梅花状时，称为“环形痔”（annulus hemorrhoids）。脱出痔若被痉挛的括约肌嵌顿，可发生水肿、瘀血甚至坏死，临床上称为嵌顿性痔或绞窄性痔。

要点三　病因病理

（一）西医病因病理

肛垫是直肠下端的唇状肉赘，是位于齿状线至其以上 1.5cm 左右，由静脉或静脉窦、结缔组织、平滑肌（又称 Trietz 肌）所组成的环状海绵样组织带，又称为直肠海绵体，是人体的正常解剖结构。缘于肛门内括约肌的收缩，肛垫借 Y 形沟分为右前、右后和左侧三块，也是来源于肠系膜下动脉的痔动脉分支主要供给处，即所谓“痔的好发部位”，起着肛门垫圈的作用，协助括约肌以关闭肛门。

痔是肥大、移位的肛垫，而不是曲张的直肠上静脉末支，这一观点已被认同。肛垫内正常纤维弹力结构的破坏、伴有肛垫内静脉的曲张和慢性炎症纤维化，肛垫出现病理性肥

大且向远侧移位后而形成痔。

长期饮酒和恣嗜辛辣等刺激性食物可使局部充血；肛周感染可引起静脉周围炎使肛垫肥厚；营养不良可使局部组织萎缩无力。久坐久立或便秘、妊娠、前列腺增生等使腹内压升高而影响痔静脉回流的因素均可诱发痔。

（二）中医病因病机

本病多因饮食不节，过食辛辣肥甘、炙煿酒醴，以致湿热内生，下注肛门大肠；或因内伤七情，久泻久痢，久坐久立，久忍大便，妇女妊娠，或因外感风、湿、燥、热之邪，或因脏腑本虚，气血阴阳失调，导致肛门气血壅滞，经络阻塞而成。正如《素问·生气通天论》所说："因而饱食，筋脉横解，肠为痔。"

要点四　临床表现

（一）症状

痔的临床表现主要有便血、脱出、疼痛、肿胀、异物感、黏液外溢、瘙痒、便秘等。

1. 便血

无痛性间歇性便血是内痔最常见的早期症状。多表现为便后肛门出血，血色鲜红，不与粪便相混或便上带血，或血染手纸，或滴血，或呈喷射状出血，便后出血自行停止。内痔出血多为间歇性，粪便干燥、疲劳、饮酒、过食刺激性食物常为出血诱因。少数患者因长期反复出血，导致严重贫血。

2. 脱出

内痔痔核增大，排便时受粪便挤压，与肌层分离而脱出肛外。早期表现为便时脱出，便后能自行还纳；后期经常脱出而不能自行还纳，须用手托复位，或长时间卧床休息方能复位；甚者于用力、行走、咳嗽、喷嚏、下蹲时均可脱出。脱出的痔核易感染而发炎、水肿、嵌顿、剧烈疼痛，以致复位困难。

3. 疼痛

单纯性内痔无疼痛，少数患者仅感肛门坠胀或排便困难。当痔核发炎肿胀或痔内血栓形成时，则可出现疼痛，且疼痛常伴随大便不尽感。当痔核脱出嵌顿、感染而出现水肿、坏死时，局部疼痛剧烈，且在排便、坐立、行走、咳嗽等情况时疼痛加剧。

4. 肿胀

多见于炎性外痔和血栓性外痔。肛门缘赘皮呈椭圆形或不规则肿胀，表面色稍暗，并感肛门坠胀。

5. 异物感

多见于结缔组织性外痔。肛门边缘赘生皮瓣，便后肛门不易擦净，平素自觉肛门有异物感。

6. 黏液外溢

直肠黏膜长期受痔核刺激，产生炎症性渗出，使分泌物增多。肛门括约肌松弛时可随时流出，使肛门皮肤经常受刺激而发生湿疹、瘙痒。轻者便时流出，重者在不排便时也自

然流出，污染内裤。痔核脱出时分泌物更多。

7. 瘙痒

因分泌物或脱出痔核刺激，致使肛门周围潮湿不洁而发生湿疹和瘙痒。

8. 便秘

痔患者常因便时恐惧出血而人为地控制大便，造成习惯性便秘，再因便秘而大便干燥而极易擦破痔核黏膜引起出血，从而形成恶性循环。

（二）体征

血栓性外痔可见肛门缘周围有暗紫色椭圆形肿块突起，表面水肿。结缔组织性外痔可见肛门缘有不规则赘皮突起。内痔或混合痔一般不能见之于外，当痔核发生脱出时，可见脱出痔块呈暗紫色，时有活动性出血。

要点五　诊断

主要靠肛门直肠检查作出诊断。首先作肛门视诊，内痔除Ⅰ期外，其余三期均可在视诊下见到，血栓性外痔表现为肛周暗紫色椭圆形肿物，表面皮肤水肿、质硬、触痛明显。对有脱垂者，最好在蹲位排便后立即观察，可清楚地见到痔的大小、数目与部位。直肠指检虽对痔的诊断意义不大，但可了解直肠内有无其他病变，如低位直肠息肉、直肠癌等。肛门镜检查可确诊，不仅能见到痔的情况，还可观察到直肠黏膜有无充血、水肿、溃疡、肿块等。

要点六　鉴别诊断

1. 直肠息肉

多见于儿童，以便血、肿物脱出为主。脱出物多呈圆形，色红，单个带蒂，质坚实，一般位于齿线上3～5 cm处直肠壶腹部，可活动。

2. 乳头肥大

位于齿线上，质略硬，呈三角形，表面带黄白色，不出血，触之疼痛，常与内痔并存。

3. 直肠黏膜脱垂

多见于老年人及儿童，脱出物呈圆柱状或圆锥状，表面光滑，为环形黏膜皱襞，黏膜松弛而重叠，呈环状沟纹。

4. 直肠癌

发病年龄多在40岁以上，有黏液脓血便，恶臭。早期可仅见便血鲜红，有大便习惯改变，或大便变形，肛门坠胀，疼痛。

5. 肛裂

便血鲜红，肛门疼痛剧烈，呈周期性，多伴有便秘。局部检查可见截石位6或12点肛管有裂口。

要点七　治疗

治疗原则是：①对处于静止、无症状状态的痔无需治疗，只需注意调控饮食，保持大便通畅，预防并发症出现。②有症状的痔如并发出血、血栓、痔核脱出以及嵌顿时，仅需积极对症处理。③以非手术治疗为主，症状严重、反复发作者行手术治疗。

（一）西医治疗

（1）在痔的初期或无症状静止期的痔，给予一般治疗即可。包括多摄入纤维性食物、养成良好的大便习惯、保持大便通畅、热水坐浴等。

（2）视情况可给予抗感染药物和止血药物。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）风伤肠络证

证候：大便带血，滴血或呈喷射状出血，血色鲜红，或有肛门瘙痒；舌红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

治法：清热凉血祛风。

方药：凉血地黄汤或槐花散加减。

（2）湿热下注证

证候：便血鲜红，量多，肛内肿物脱出，可自行还纳，肛门灼热；舌红，苔薄黄腻，脉弦数。

治法：清热渗湿止血。

方药：脏连丸加减。

（3）气滞血瘀证

证候：肛内肿物脱出，甚或嵌顿，肛门紧缩，坠胀疼痛，甚则肛门缘有血栓，形成水肿，触之疼痛明显；舌暗红，苔白或黄，脉弦或涩。

治法：清热利湿，祛风活血。

方药：止痛如神汤加减。

（4）脾虚气陷证

证候：肛门坠胀，痔核脱出，需用手托方能复位，便血鲜红或淡红；面色无华，神疲乏力，少气懒言，纳呆便溏；舌淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉弱。

治法：补气升提。

方药：补中益气汤加减。

2. 外治

（1）熏洗法：适用于各期内痔及内痔脱出或外痔肿胀明显或脱肛者。常用花椒盐水，或苦参汤、五倍子汤、祛毒汤煎水，或 1∶5000 高锰酸钾液、洁尔阴、日舒安药液等熏洗热敷，以活血消肿止痛、收敛止痒。

（2）外敷法：适用于各期内痔、外痔感染发炎及手术后换药。常用消痔散、五倍子散等药物外敷患处，以清热消肿止痛、收敛止血。

（3）塞药法：适用于Ⅰ、Ⅱ期内痔。常用痔疮锭、九华栓等塞入肛门内，以清热消肿、止痛止血。

（4）枯痔法：适用于Ⅱ、Ⅲ期内痔。常用枯痔散、灰皂散等外敷于痔核表面，以腐蚀痔核，促使痔核干枯、坏死、脱落。

3. 注射疗法

是运用具有腐蚀作用的药物注入痔核及痔核周围而产生无菌性炎症反应，使小血管闭塞和痔核内纤维组织增生，从而促使痔核硬化、萎缩或坏死、枯脱而达到痊愈的目的。

（1）适应证：各期内痔，混合痔的内痔部分。

（2）禁忌证：外痔；内痔伴有肛门周围急、慢性炎症或腹泻，内痔伴有严重肺结核、高血压及肝、肾疾病、血液病患者；因腹腔肿瘤引起的内痔；临产期孕妇。

（3）常用药物：主要分为硬化萎缩剂和枯脱坏死剂两大类。常用的硬化萎缩剂主要有消痔灵液、5%石炭酸植物油、5%鱼肝油酸钠、5%盐酸奎宁尿素液、4%明矾液等。常用的枯脱坏死剂主要有复方枯痔液、痔宁注射液、新七号枯痔注射液等。

（4）注射方法：

①硬化萎缩注射法：取侧卧位，以碘伏或络合碘做常规消毒、铺巾，局部麻醉后（或无需麻醉），在肛镜下暴露痔核或将痔核用血管钳夹住牵出肛门外，再用碘伏或络合碘消毒黏膜及痔核，抽取5%石炭酸甘油或4%～6%明矾液，在齿线上0.3～0.5cm处，倾斜15°刺入痔核黏膜下层，做柱状注射0.3～0.5ml，使痔核肿胀、变白为止。同法处理其他痔核。每次注射一般不超过3个痔核，总量不超过1ml。痔核注射完毕后取出肛镜或将痔核送回肛门内，敷以塔形纱布，胶布固定。

②消痔灵注射法：是目前临床上广为采用的内痔治疗方法。我国学者根据中医学“酸可收敛，涩可固脱”的理论，研制出以中药五倍子、明矾等有效成分为主的消痔灵注射液，具有良好的收敛、止血和抑菌作用，加之改进了注射方法，注射后能使局部组织产生无菌性炎症，使动、静脉产生栓塞及组织纤维化，从而导致各期内痔都能彻底萎缩消失。消痔灵注射分四个步骤：

第一步：痔上动脉区注射。即在母痔核上方正常黏膜下每点注射1∶1浓度的消痔灵液（即消痔灵用1%普鲁卡因液稀释1倍）2～3ml。

第二步：痔区黏膜下层注射。在痔核中部进针到肌层有肌性抵抗感后，边退针边注射，再将药液以扇形注射到黏膜下层的痔血管丛中，以痔核呈弥漫性肿胀为度，每个痔核注射药液3～6ml。

第三步：痔区黏膜固有层注射。第二步注射完毕，缓慢退针，待感有落空感时，为针尖退至肥厚的黏膜肌板上方的标志，注药1～2ml，使黏膜呈水泡状即可。

第四步：洞状静脉区注射。以1∶1药液在齿线稍上方内痔区做扇形注射，一般注药1～3ml。病理学观察证实，痔发展至晚期，不仅痔静脉显著扩张、弯曲，而且痔上动脉也发生扩张，也是形成晚期内痔的重要原因。将消痔灵注射到痔上动脉区可使其硬化萎缩，可以减少痔区的血供，使痔能较彻底地萎缩，同时还可以防止复发。在痔体的黏膜下层及黏膜固有层都注药，就能使痔体充分着药，萎缩彻底，动、静脉末梢在齿状线附近有着广泛吻合，形成互相交通的网状结构，即“洞状静脉”，在这里注射药液就能使内痔最下部和混合痔的静脉曲张性外痔也硬化萎缩。这种注射方法由于注药量大，着药面积广，故即

使是三期内痔也能治愈。

按上述四步注射完一个痔核后，同法注射其他痔核，一次注射总量 15 ~ 30ml。注射完毕后取出肛镜将痔核送回肛内，填入凡士林纱条，压以塔形纱布，胶布固定。

③坏死枯脱注射法：取侧卧位，常规消毒、局部麻醉后，用肛镜暴露痔核或用止血钳将痔核夹住牵出肛外，以碘伏或络合碘消毒黏膜及痔核，抽取枯痔注射液，在齿线上 0.3 ~ 0.5cm 处刺入痔核黏膜下层，由低到高呈柱状缓慢注射，使痔核肿胀变白为止。同法注射其他痔核，然后取出肛镜将痔核送回肛内。注射完毕后填入凡士林纱条，压以塔形纱布，胶布固定。

注意事项：术前嘱患者排空大便或清洁灌肠 1 次；术后嘱患者控制大便 24 小时；注射时必须严格消毒，每次注射前用新洁尔灭液消毒进针处；必须用较细针头（5 号）注射，否则针孔较大容易引起出血；进针后应先做回血试验，再缓慢注入药液；进针后针头不要在痔核内乱刺，以免过多损伤痔内血管，引起痔内出血，使痔核肿大，局部液体渗出增多，延长痔核硬化萎缩、枯脱坏死时间；注射时切忌将药液注入外痔区，并注意注射位置不要过低，否则药液可向肛管扩散，造成肛管周围皮肤水肿、疼痛；操作时应先注射小的痔核，再注射大的痔核，以免小痔核被大痔核挤压遮盖而影响操作。

4. 枯痔钉疗法

是运用枯痔钉插入痔核的腐蚀作用，使痔核干枯、坏死、脱落的一种传统中医治疗内痔的疗法。

（1）适应证：各期内痔；混合痔的内痔部分。

（2）禁忌证：各种外痔或有纤维化的内痔；伴有各种急性疾病、严重的慢性疾病；伴肛门直肠急性炎症、腹泻、恶性肿瘤；有出血倾向者。

（3）常用药物：枯痔钉（现在传统的含砒药钉已不用，多采用无砒药钉：黄柏 10g、枯矾 5g、白及 5g、五倍子 10g、糯米粉 70g，或黄柏 30g、大黄 30g、白及 18g，合并研成细末，以温水调匀，制成药钉，阴干灭菌备用）。

（4）操作方法：取侧卧位，常规消毒、局部麻醉后，将内痔缓缓翻出肛外，以左手食指、中指牵引，固定痔核，用碘伏或络合碘消毒痔核表面，右手拇、食两指捏住枯痔钉尾段，在距齿线上 0.3 ~ 0.5cm 处，沿肠壁纵轴呈 25° ~ 35°方向旋转插入黏膜下痔核中心。一般深约 1cm，每个痔核一次插入 4 ~ 6 根，间距 0.3 ~ 0.5cm。插钉后沿黏膜外 1mm 处剪去多余药钉，防止药钉脱落后插口出血。插钉完毕后将痔核送回肛门内，同时塞入黄连膏，敷以塔形纱布，胶布固定。

注意事项：术前嘱患者排空大便或清洁灌肠 1 次，术后嘱患者控制大便 24 小时。插钉时先插小的痔核，后插大的痔核；插钉不要重叠，深度以黏膜下为宜，不宜过深，亦不宜过浅，过深可引起括约肌坏死，继发感染而疼痛；过浅则药钉容易脱落，导致插口出血。如有出血者，可先在出血点处插入一根钉即可止血。一次插钉总数不能超过 20 根。

（三）其他疗法

1. 冷冻疗法

冷冻疗法通过冷冻而使痔核坏死、脱落，达到痊愈的目的。适用于各期内痔，混合痔的内痔部分。

（1）操作方法：取侧卧位，以肛镜充分暴露内痔痔核，将液态氮（沸点为77.3K，即-196℃）用特制冷冻探头通过肛镜直接与痔核接触2~3分钟，此时痔核形成一个坚硬、边界清楚的冰球。冷冻结束后冷冻头靠电热丝加热自动复温，30~60秒钟解冻，冷冻头与痔组织分离，取出冷冻头。

（2）注意事项：冷冻开始数秒钟内冷冻头便和痔核发生粘连，此时切勿突然移动冷冻头；术后多有便意感，有少量黏液或血性渗出液流出，个别患者有短暂性头昏、乏力、口渴、食欲不振等症状，此属正常反应，一般无需处理；在脱落时有继发出血的可能者可用凡士林纱条压迫止血。

2. 激光治疗

激光具有热、光、机械压力和电磁场四种效应，利用激光的效应可使痔核组织发生凝结、烧灼而碳化或气化，达到切割痔核组织和凝固血管而治愈痔的目的。适用于各期内痔、混合痔及外痔。

（1）操作方法：取侧卧位，常规消毒、局部麻醉后，用止血钳夹住痔的基底部，同时将痔的周围组织用温盐水纱布保护好，再用CO_2激光器对准已夹好的痔核，沿血管钳切割。术毕用凡士林纱条覆盖创面。

（2）注意事项：一次切割部位不可过多，以防止术后肛门或直肠狭窄；对较深的创口应注意防止术后出血，对动脉出血应结扎；术后切口愈合时间较缓慢者，可用低功率激光散焦照射。

3. 胶圈套扎疗法

胶圈套扎疗法是通过器械将小乳胶圈套在痔核根部，利用胶圈的弹性阻断血液循环，使痔核缺血、坏死、脱落而达到痊愈的目的。

（1）适应证：适用于Ⅱ、Ⅲ期内痔；混合痔的内痔部分。

（2）操作方法：取侧卧位，作局部麻醉，待肛门括约肌松弛后进行。①血管钳套扎法：取两把血管钳，先将特制的0.2~0.3cm宽的乳胶胶圈套在第一把血管钳分叉处，然后用这把血管钳垂直夹住痔核基底部，再用第二把血管钳夹住胶圈一侧，拉大胶圈并绕过痔核上端，套落在痔核根部，同时注入一些硬化剂。②胶圈套扎器套扎法：则先将肛门镜插入肛门内，用0.1%新洁尔灭液清洁套扎部位后，由助手固定肛门镜，术者左手持套扎器对准痔核，右手持组织钳，从套扎圈内钳夹痔核根部，将痔核牵拉入套扎器内，按压套扎器柄，使套圈的外套向痔核的根部移动，将胶圈推出，结扎于痔核根部，然后松开组织钳，与套扎器一并取出，最后取出肛门镜。

4. 结扎术

在痔核深部用粗线贯穿结扎，使痔核缺血坏死而脱落，以达到痊愈的目的。

（1）适应证：适用于Ⅱ~Ⅲ期内痔，特别是纤维型内痔。

（2）禁忌证：肛门周围脓肿或湿疮者；内痔伴有痢疾或腹泻者；因腹腔肿瘤引起的内痔；内痔伴有严重肺结核、高血压以及肝、肾疾病和血液病患者；临产期孕妇。

（3）操作方法：取侧卧位，作常规消毒、局部麻醉，待肛管括约肌松弛后，再以0.1%新洁尔灭液清洁肛内，双手食指扩肛，暴露痔核；用组织钳提起痔核，在其根部用弯止血钳夹紧；在钳下将皮肤剪一裂口使痔核根部变窄，便于结扎，并留一引流口，以减

轻术后疼痛；从裂口处进针向钳下痔核根部及其四周组织注射长效止痛剂，然后用圆针粗线贯穿钳下痔核根部，行“8”字结扎；结扎完毕后用弯血管钳挤压被结扎痔核，并在被结扎痔核内注射消痔灵等，以加速痔核的坏死脱落；将痔核送回肛门内，敷以塔形纱布，胶布固定。

（4）注意事项：术前嘱患者排空大便或清洁灌肠 1 次；术后嘱患者控制大便 24 小时；结扎时宜先结扎小的痔核，后结扎大的痔核；缝针穿过痔核基底部时不可深入肌层，否则可引起肌肉坏死而并发肛门周围脓肿。

（四）手术治疗

1. 痔切除术

适用于结缔组织性外痔和静脉曲张性外痔。

（1）操作方法：取侧卧位或截石位，作常规消毒、骶管麻醉或局部麻醉后，先扩肛 4～6 指，用止血钳将痔核夹住提起，将外痔痔核从括约肌浅层切除。如为静脉曲张性外痔，切开皮肤及黏膜后应将曲张静脉团细致分出，直到显露肛管括约肌为止，切除外痔痔核，并缝合齿线以上黏膜，齿线以下的皮肤切口不予缝合留作引流用。创面外用桃花散、红油膏纱布覆盖，再敷以塔形纱布，胶布固定。

（2）注意事项：不要切除皮肤过多，以免引起肛门狭窄；切口不宜超过齿线上 0.2cm；术中应彻底止血，防止术后继发出血；如痔核较多需同时切除时，应注意在每两个切口之间保留适当皮桥（一般约为 0.5～1cm），以保持肛管及肛门周围皮肤的正常舒缩性能。术后当日限制大便，以后每次便后用 1∶5000 高锰酸钾溶液或温水坐浴，常规换药。

2. 血栓性外痔剥离术

适用于血栓性外痔，痔核较大，血栓不易吸收，炎症局限者。

（1）操作方法：取侧卧位或截石位，作常规消毒、局部麻醉后，在痔核表面行放射状切口，切开皮肤暴露血栓，用蚊式血管钳剥离血栓并将其取出，再用组织剪将切口边缘修剪整齐，创面不缝合，让其自行愈合。创面外用桃花散、红油膏纱布覆盖，常规包扎、固定。

（2）注意事项：同上。

3. 外痔剥离内痔结扎术

适用于混合痔。

（1）操作方法：取侧卧位或截石位，作常规消毒、局部麻醉，充分显露痔块，在其外痔部分作“V”字形皮肤切口，用血管钳钝性剥离外痔皮下静脉丛至齿线稍上。继用弯血管钳夹住被剥离的外痔皮瓣和内痔基底部，在内痔基底正中用圆针粗丝线贯穿“8”字形结扎，剪去“V”字形内的皮肤和静脉丛，使在肛门部的伤口呈放射状。同法处理其他痔核，创面外用桃花散、红油膏纱布覆盖，术毕常规包扎、固定。

（2）注意事项：同上。

4. 外切内注结扎术

适用于混合痔，由经典的“外剥内扎术”演化改进而来。

（1）操作方法：取侧卧位或截石位，作常规消毒、局部麻醉，待肛门括约肌松弛后用

小弯止血钳在齿线稍上方将内痔痔核夹住向外牵拉，在齿线上0.2cm处注射硬化剂或枯脱剂（方法同注射术），然后将内痔痔核送回肛门内，再用血管钳夹住外痔痔核，并将其提起，围绕痔核根部，用组织剪或手术刀作“V”字形切口，切开皮肤至肛门缘，并剥离至齿线，用组织钳夹住痔核基底部，用丝线在钳下结扎痔核根部，剪去多余痔核。

（2）注意事项：同上。

5. 吻合器痔上黏膜环切术（procedure for prolapse and hemorroids，PPH）

适用于Ⅱ～Ⅲ期内痔、环状痔和部分Ⅳ期内痔。

操作方法：取侧卧位或截石位，作常规消毒、骶管麻醉或局部麻醉后，先扩肛4～6指，待肛门括约肌松弛后，环状切除齿线上2cm以上的直肠黏膜2～3cm，套入肠吻合器，使下移的肛垫上移吻合固定。

细目三　肛隐窝炎

要点一　概述

肛隐窝炎（cryptitis）是肛窦、肛门瓣发生的急、慢性炎症，又称肛窦炎。肛隐窝炎以肛门疼痛、潮湿、瘙痒为主要临床特征。80%左右的肛门直肠疾病都与肛窦炎感染化脓有关，常可诱发肛门直肠周围脓肿、肛瘘、肛乳头炎、肛裂等，因此早期诊断治疗肛隐窝炎对预防其他肛门疾病有重要意义。

要点二　病因病理

1. 西医病因病理

本病主要是因肛窦内积存粪便或分泌物堵塞肛窦，以致肛窦感染而形成。

2. 中医病因病机

本病多因饮食不节，以致湿热内生，下注肛门而成；或因虫积骚扰，肠燥便结，以致肛门皮肤破损，染毒而生。

要点三　临床表现

患者仅感肛门不适，有下坠感，偶有刺痛，排便时刺痛加重，并可波及臀部及下肢后侧，一般数分钟即止，重者排便时有黏液或血性分泌物流出。

要点四　诊断

根据肛门处出现疼痛、潮湿、瘙痒等临床表现和辅助检查所获的阳性结果，多可明确诊断。

要点五　鉴别诊断

1. 肛裂

肛门疼痛剧烈呈周期性发作，疼痛有间歇期，持续时间长，便时大便带血。

2. 直肠息肉

直肠息肉在齿线以上的直肠黏膜，色鲜红或紫红，易出血。

要点六　治疗

积极治疗本病对预防肛痈、肛瘘有重要意义。先采用保守治疗，无效或有合并症时即采取手术治疗。

（一）西医治疗

1. 非手术治疗

保持肛门卫生，必要时服甲硝唑或喹诺酮类药抗感染治疗。

2. 手术疗法

肛窦内已成脓者，或合并肛乳头肥大、隐性瘘管者，宜手术治疗。

（1）切开引流术：适用于单纯肛隐窝炎，染毒肉腐成脓，或有隐性瘘管者。

操作方法：取侧卧位，作常规消毒、局部麻醉后，术者将双叶肛门镜插入肛门内，暴露病灶，用有钩切开刀（或用棒状探针弯成钩状探针）沿肛窦至肛门缘作纵行切开，修剪创缘。术毕创口用黄连膏纱条或红油膏纱条压迫止血，外敷塔形纱布，胶布固定。

（2）切除术：适用于肛隐窝炎伴有肛乳头肥大者。

操作方法：取侧卧位，作常规消毒、局部麻醉后，术者将双叶肛门镜插入肛门内，暴露病灶，将肛窦、肛门瓣作纵向切口至肛乳头根部，用止血钳夹住肛乳头基底部，贯穿结扎后切除。术毕用黄连膏纱条压迫，外敷塔形纱布，胶布固定。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）湿热下注证

证候：肛门坠胀，灼热疼痛，便时黏液渗出，或有肿物脱出，时有肛门潮湿瘙痒；苔薄黄腻，脉弦数。

治法：清热利湿。

方药：止痛如神汤或龙胆泻肝汤加减。

（2）大肠热毒证

证候：肛门灼热疼痛，大便干结，小便短赤；舌红苔黄，脉数。

治法：清热解毒。

方药：五味消毒饮或黄连解毒汤加减。肠燥便秘甚者，则用五仁丸或麻仁丸加减以润肠通便。

2. 外治

（1）熏洗法：用苦参汤煎水先熏后洗，以消肿止痛。

（2）塞药法：用痔疮宁栓塞入肛门内；或用红油膏、九华膏等注入肛门内，以清热消肿止痛。

（3）灌肠法：用三黄液 20 ~ 30ml，分早、晚两次保留灌肠，以清热解毒、消肿止痛。

细目四　肛裂

要点一　概述

肛裂（anal fissure）是齿状线以下肛管皮肤层裂伤后形成的缺血性溃疡。临床特点是肛门周期性疼痛，出血，便秘。在肛门部疾患中，其发病率仅次于痔疮，以中青年人多见。肛裂属中医学“脉痔”、“钩肠痔”范畴。

要点二　病因病理

1. 西医病因病理

肛裂的病因尚未完全清楚，可能由于慢性便秘导致大便干硬、排便困难，同时由于用力过猛，引起肛管皮肤损伤、破裂、感染形成慢性溃疡是肛裂产生的主要原因。解剖上由于肛管外括约肌浅部在肛门后方形成的肛尾韧带较坚硬，伸缩性及血供均较差，而且肛门后方在排便时承受压力最大，故在后正中线上最易发生损伤而形成肛裂。

早期肛裂病程短，裂口边缘整齐，为鲜红色，底浅有弹性，无瘢痕形成。陈旧性肛裂病程较长，反复发作边缘不整齐且增厚、纤维化，肉芽呈灰白色，底深质硬形成较平整的灰白组织（栉膜带）。上端常有肥大肛乳头形成，下端皮肤因炎性水肿、淋巴回流障碍，形成袋状皮垂，似外痔，检查时因先看到外痔，后看到裂口，故称“前哨痔”或“裂痔”。由于肛裂、前哨痔、肛乳头肥大常同时存在，一般称为“肛裂三联征”。也有可能因感染并发肛乳突炎、肛窦炎、肛周脓肿和单口内瘘。

2. 中医病因病机

由于阴虚津液不足或脏腑热结肠燥，大便秘结，粪便粗硬，排便用力过度或过猛，致使肛门皮肤裂伤，湿热蕴阻，染毒而发本病。缘于热结肠燥，耗伤津液，水乏则行舟困难，或者因阴虚津乏、肠失濡养导致大便秘结，或因怕痛久忍不解，使燥结粪便愈加粗硬，排便更加困难，必须过于用力而使硬结大便强行通过，致使裂口无愈合之机。

要点三　临床表现

肛裂多见于中青年人。绝大多数发生在后正中线及前正中线上，即好发于肛门齿线以下截石位6、12点（男性多发于6点处，女性多发于12点处），发于侧方者较少。

肛裂病人典型临床表现为疼痛、便秘和便血，疼痛剧烈，具有典型的周期性表现，排便时因肛裂内的神经末梢受到粪便刺激立刻出现肛门灼痛或刀割样疼痛，称便时痛；便后数分钟疼痛减轻或停止，此时称为疼痛间歇期；此后，因肛门括约肌痉挛又出现剧烈疼痛，此期持续半小时到数小时，使之坐立不安，难以忍受，直到括约肌疲劳、松弛后疼痛才缓解。再次排便时又发生疼痛，以上表现临床称为肛裂疼痛周期。由于剧烈疼痛，害怕排便而形成便秘，大便干结必然加重肛裂，形成恶性循环。排便时在粪便表面或便纸上可见到少量新鲜血迹或滴鲜血；出血量的多少与肛裂大小、深浅有关，大出血少见。部分病人可有肛门皮肤瘙痒、分泌物等。

要点四　诊断

（1）有排便疼痛史，呈阵发性刀割样疼痛或灼痛，有典型疼痛间歇期和疼痛周期。

（2）大便时可见出血，一般为滴血，量少或仅附于粪便表面。

（3）患者常有习惯性便秘，又因恐惧排便时的肛裂疼痛而不敢定时排便，加重便秘。

（4）肛门视诊皮肤裂口沿皮皱呈放射状，多数发生在齿线下后正中线或前正中线上，创面呈狭长形。根据创面基底深浅、颜色、边缘形状、柔软度，结合有无肛裂“三联征”或裂口、结缔组织性外痔、肛乳头肥大、肛乳突炎、肛窦炎和单口内瘘等陈旧性肛裂的特征性表现，即可确诊并分辨出早期肛裂或是陈旧性肛裂。

要点五　鉴别诊断

肛裂早期应与肛管皮肤擦伤相鉴别。通常肛管皮肤擦伤溃疡很浅，边缘平整无瘢痕，无肛管乳头肥大，无前哨痔，病程短（仅 1 ~ 2 天），常可自愈，无需手术治疗。应注意与克隆病、溃疡性结肠炎、肛周肿瘤、结核等相鉴别。

已确诊肛裂一般不宜做肛门指检及肛门镜检，以免引起剧痛。若侧方有肛裂或多个裂口，应考虑是肠道炎症性疾病（如溃疡性结肠炎、克隆病、结核）的早期表现。

要点六　治疗

治疗原则是解除括约肌痉挛，止痛，中断恶性循环，促使创面愈合，泻热通便，养阴生津，软化大便，保持大便通畅。

（一）西医治疗

1. 非手术疗法

（1）保持大便通畅，口服缓泻剂（液体石蜡等），增加多纤维素食物，养成定时解便习惯。

（2）便后用 1∶5000 高锰酸钾液坐浴，保持局部清洁。

（3）肛管扩张法：适宜于急性或慢性肛裂不伴有肛乳头肥大及前哨痔者。患者取侧卧位，局麻后先用两食指用力扩张肛管，然后逐渐伸入两中指，维持扩张 5 分钟。此法操作简便、疗效快，扩张后解除了括约肌痉挛，可立即止痛，同时肛裂创面开放，引流通畅，有利于创面愈合。但此法复发率高，可造成痔脱垂、短时大便失禁以及出血、肛周脓肿等。

2. 手术疗法

经久不愈、非手术疗法无效者可以采用手术疗法。

（1）肛裂切除术：在局麻或腰麻下，作梭形或扇形切口，全部切除前哨痔、发炎的隐窝和不健康的组织、肥大的肛乳头，必要时垂直切开外括约肌皮下部或部分内括约肌，使创面敞开，引流通畅。但缺点是创面大而愈合缓慢。

（2）内括约肌切断术：内括约肌为不随意环形肌，易发生痉挛收缩，是造成肛裂疼痛的主要原因，故切断内括约肌即可治愈肛裂。

手术方法：采用截石位或俯卧位，麻醉后用肛门镜显示肛裂，直接经肛裂处切断内括

约肌下缘，自肛缘到齿状线处作长约 1～1.5cm 的切口，在内、外括约肌间沟分离内括约肌至齿状线，剪断内括约肌；电灼或压迫止血，缝合创口。可同时切除肥大肛乳头、前哨痔，数周后肛裂自行愈合。本法治愈率高，但手术不当可造成肛门失禁。

（二）中医治疗

本病有虚实之分。实证常因风热燥火灼伤津液，结于肠胃，致使水不行舟，大便干燥硬结伤及肛门；或气滞血瘀，肠道不能气化，大便不能推动，滞而不行，久之则干结，损伤肛门成裂。实证形体多强壮，面红，脉数有力。虚证常因年迈体虚或因失血，阴血亏虚，津亏肠燥，肠道失于濡养而大便干结形成本病，症见形体虚衰，面色萎黄，脉细乏力。

1. 内治

（1）风热肠燥证

证候：大便干结，排便努挣，肛门裂伤，便时滴血或手纸染血，腹胀，肛门疼痛，溲黄，肛门有裂口，色红；舌红，苔黄，脉弦数。

治法：养阴祛风，泻热通便。

方药：凉血地黄汤加减。便结者加麻仁滋脾丸。

（2）湿热蕴结证

证候：大便秘结，肛门坠胀，便时带血或流黄水，呈周期性疼痛，肛门裂口溃疡呈梭形；舌红，苔黄腻，脉数。

治法：化湿清热，疏通大便。

方药：内疏黄连汤加减。湿重者加苍术、茯苓；出血重者加蒲黄炭、侧柏炭。

（3）血虚肠燥证

证候：多见于年老或失血、体虚者。大便燥结，排便困难，便后肛门疼痛绵绵，面色萎黄；肛门裂口灰白，有哨兵痔，肛乳头肥大；舌淡，脉细无力。

治法：养阴生津，补气养血，润肠通便。

方药：润肠丸加减。伴津液亏损者加元参、麦冬；血虚加首乌、赤芍；气血双亏加十全大补丸；便血加黄芪、藕节炭、阿胶。

2. 针灸疗法

用于肛裂疼痛较重者，通过刺激经络腧穴以疏通脉络、调畅气机，从而达到止痛、促进愈合的效果。

3. 外治法

（1）熏洗法：可用苦参汤加减或熏洗方煎水，先熏后洗或便后坐浴。

（2）局部敷药法：新鲜肛裂可用生肌散、九华膏或生肌玉红膏外搽；陈旧性肛裂可选用五五丹化腐，再用黄连油膏，最后用生肌散促使伤口愈合。

细目五　直肠肛管周围脓肿

要点一　概述

直肠肛管周围脓肿（perianorectal abscesse）是指发生于直肠肛管周围软组织内或其周围间隙内的急、慢性感染化脓性疾病。根据发生的部位不同，可分为肛旁脓肿、坐骨直肠间隙脓肿、骨盆间隙脓肿等。中医对本病也有不同称谓，如脏毒、悬痈、坐马痈、跨马痈等，现统称为“肛痈”。多见于青壮年人，男性多于女性。本病发病急骤，易肿，易脓，易溃，但不易敛，溃后多形成肛瘘。脓肿是直肠肛管周围炎症病理过程中的急性期，肛瘘是慢性期

要点二　病因病理

1. 西医病因病理

直肠肛管周围脓肿的常见致病菌有大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、链球菌和绿脓杆菌，偶有厌氧菌和结核杆菌，常是多种病菌混合感染。直肠肛管周围脓肿的成因主要与肛窦感染有关。

因肛窦开口向上，腹泻、便秘时粪便易损伤或嵌入肛窦；或分泌物阻塞肛窦，引起水肿、感染而延及肛腺，形成肛腺脓肿，然后再向上下蔓延或穿过肠壁、肛管括约肌而至直肠肛管周围间隙，形成直肠肛管周围脓肿。外伤、炎性病变或注射药物时消毒不严，注射剂量、药物浓度、注射深浅、部位等不恰当，引起局部坏死、感染而形成脓肿，或经淋巴引流扩散到直肠肛管周围间隙而引起直肠肛管周围脓肿。

直肠肛管周围脓肿的病理改变大致可分为四期：

（1）感染物进入肛窦，形成炎症反应，导致肛窦炎。

（2）感染沿肛腺继续扩散，肛腺管水肿、阻塞，致使肛腺发炎，炎症扩散至直肠肛管周围形成肛周炎，为脓肿的前驱期。

（3）炎症继续发展，由腺组织经血管、淋巴管侵入周围组织，沿括约肌肌间隔蔓延，形成脓肿。

（4）脓肿自行向皮肤或黏膜穿破，脓腔逐渐机化缩小，形成瘘道。

2. 中医病因病机

本病多因外感风、寒、湿、燥、火之邪气，客于经络，蕴结肛门，阻滞气血；或因饮食不节，过食肥甘辛辣、醇酒厚味等物，湿热内生，下注大肠、肛门，毒阻经络，瘀血凝滞；或因肛门皮肤破损，感染毒邪，致使经络阻塞，气血凝滞；或因肺、脾、肾亏损，湿热乘虚下注而成。

要点三　临床表现

（一）症状

直肠肛管周围脓肿主要表现为肛门周围突发肿块，继则剧烈疼痛，局部红肿灼热，

坠胀不适，伴有不同程度的全身症状，易肿，易脓，易溃，但不易敛，溃后易形成肛瘘。因脓肿部位不同而症状各异。一般而言，位于提肛肌以上的脓肿位置深隐，局部症状轻，全身症状重；位于提肛肌以下的脓肿部位浅而局部红肿热痛明显，全身症状较轻。

1. 肛门周围皮下脓肿

肛门周围皮下脓肿是最常见的一种脓肿，多由肛腺感染向下蔓延，在肛管内、外括约肌之间突出至皮下，一般不大。主要症状是初起时局部发硬，继之红肿灼热或有压痛，或呈持续性跳痛，排便、受压及咳嗽时加重，行动不便，坐卧不安，全身感染症状不明显。

2. 坐骨直肠窝脓肿（坐骨直肠间隙脓肿）

肛腺脓肿突破肛门外括约肌而进入坐骨直肠间隙，形成坐骨直肠间隙脓肿。初起即有发热、乏力、食欲不振、寒颤、恶心等全身感染症状，随后局部症状加重，肛门灼热，红肿疼痛，疼痛呈持续性胀痛或跳痛，有明显深压痛，可有排尿困难，里急后重，便时疼痛加重。如不及时切开，脓肿可向下穿入肛管周围间隙，再由皮肤穿出，形成肛瘘。

3. 骨盆直肠间窝脓肿（骨盆直肠间隙脓肿）

肛腺脓肿向上突破直肠纵肌进入提肛肌上骨盆直肠间隙形成脓肿，与肛门周围皮下脓肿相比，坐骨直肠间隙脓肿少见。发病缓慢，有持续性高热、头痛、恶心等全身症状，初起仅感会阴、直肠坠胀，便时尤为不适，便意不尽，时有排尿困难，常无定位症状，肛周无异常表现。

4. 直肠后间隙脓肿

坐骨直肠窝脓肿或肛门后脓肿引流不及时，脓液向上穿透提肛肌形成脓肿。肛门外观正常，但直肠内有明显的坠胀感，骶尾部可产生钝痛，向臀部及下肢放射，在尾骨与肛门之间有明显的深部压痛，并可出现发热、周身不适等全身中毒症状。

5. 直肠黏膜下脓肿

（1）直肠骨盆部直肠黏膜下脓肿：局部肿痛等症状不明显，全身发热等症状显著。

（2）直肠肛管部肛管黏膜下脓肿：局部疼痛、肿胀、压痛等症状显著，全身症状不明显。

（二）体征

浅部脓肿肛门周围可见肿块，局部皮肤发红，有压痛，成脓后可触及波动感；深部脓肿则局部无明显体征，红肿不明显，有压痛，不易触及波动感，穿刺可抽出脓液。

概言之，脓肿位置浅在者局部症状重，全身症状轻；脓肿位置深隐者局部症状轻，全身症状重。

要点四　诊断

根据肛管直肠周围出现不同程度的肿痛，不同类型肛周脓肿的临床表现和辅助检查，多能确诊。

要点五　鉴别诊断

1. 气性坏疽

肛门旁突然发生肿块，且迅速蔓延扩大，肿块内可触到捻发音为其特征。

2. 肛旁疖肿与毛囊炎

表现为皮肤鲜红，灼热，肿块表浅，中心有一小脓头，易溃易敛，治疗后不形成肛瘘；毛囊炎其特征是外口有毛发和小毛囊。

3. 粉瘤与囊肿

肿物有完整的囊壁，粉瘤内容物呈白色粥状。

4. 化脓性汗腺炎

好发于肛门周围皮下，脓肿表浅而分散，有多个流脓疮口，疮口之间可彼此相通，形成瘘道。

5. 骶髂关节结核性脓肿

好发于提肛肌以下的间隙中，有结核病史，局部症状不明显，脓汁稀薄，混有坏死组织。

6. 骶前畸胎瘤

以青少年女性居多，指检时可触及囊性肿物，肿物脓腔不明显，壁硬，骶骨面不清楚，有分叶感和异物感。

7. 血栓性外痔感染化脓

边缘清晰，无明显全身症状，脓肿破溃后，脓液中混有黑色凝血块，常不形成肛瘘。

要点六　治疗

直肠肛管周围脓肿一旦成脓后应争取时间，根据病情选择合理的手术方法，尽早切开排脓，而不能让其自行破溃。因患部皮肤较坚韧，突破皮肤较难，易向深部及左右扩散，如不及时切开引流，脓肿必然增大加深。切开时应尽量做一次性根治手术，手术成败的关键是正确寻找和处理内口。正确处理肛管直肠环则是防止发生肛门失禁后遗症的关键。

（一）西医治疗

1. 非手术治疗

（1）抗感染：可联合选用2～3种对革兰染色阴性杆菌有效的抗生素。

（2）温水坐浴或局部理疗，改善局部微循环，促进炎症吸收和消散，且减轻疼痛。

（3）口服泻剂或石蜡油以减轻排便疼痛。

2. 手术治疗

（1）手术原则：脓成应尽早切开引流。引流通畅，不留死腔。尽量找到内口，对发生在提肛肌以下的低位脓肿如已经找到了可靠的内口，应争取一次性手术处理，以防止形成肛瘘；对发生在提肛肌以上的脓肿，如尚未找到可靠的内口，宜先切开排脓，待形成肛瘘

后再行二次手术。

（2）常用手术方法：

1）切开引流术：适用于肛门周围皮下脓肿、肛管后脓肿和直肠黏膜下脓肿。

操作方法：取侧卧位，常规消毒后指检病人脓腔范围和内口位置。以脓肿波动最明显的部位为中心，做放射状切口，切开皮肤和皮下组织，敞开脓腔，引流脓液。用探针从切口经脓腔由内口探出，如内口不明确者，可将邻近可疑肛窦视为内口处理。确定探针未通过肛管直肠环后，沿探针做放射状切开，上端切口延长至肛窦上方，清除脓腔中的腐烂组织，切除切口两侧部分皮肤，使其成为外大内小的平坦创面，切口内放置凡士林纱条引流，敷以塔形纱布压迫，胶布固定。

2）切开挂线疗法：适用于坐骨直肠窝脓肿、肌间脓肿、骨盆直肠间隙脓肿和脓腔通过肛管直肠环者。

操作方法：取侧卧位，再常规消毒、局部麻醉后，指检确定脓肿范围和内口位置，内口与脓肿在同一方位者可做放射状切开，先在肛缘外脓肿相应部位做一放射状小切口，再用止血钳分开脓腔放出脓液，再用一手指伸入肛管引导，一手持探针从小切口探入，将探针从内口或可疑肛窦处探出，在脓肿小切口与内口间做放射状扩大切口，切开皮肤及皮下组织，敞开内口与脓腔，显露肛管直肠环，再将橡皮筋用丝线结扎在探针外端球头上，由内口拖出后用止血钳将橡皮筋勒紧后于钳下将橡皮筋结扎固定，最后通过切口放置凡士林纱条于脓腔内引流，纱布包扎固定。如为后马蹄铁形脓肿，内口多在肛管后正中，脓肿贯通肛管后深间隙及坐骨直肠窝，手术时切口宜采用弧形加放射状切口，即在坐骨直肠窝部位做弧形切口，内口与肛管后做放射状切口，引流脓液，清除脓腔坏死组织并冲洗干净后，用丝线全层缝合两侧坐骨直肠窝切口，然后依前法从内口与肛管后深间隙之间的放射状切口内挂线。如为直肠后间隙脓肿，则从后正中齿线可疑内口处沿肛管做放射状切口，达肛缘外3cm，切开皮肤及皮下组织，用止血钳钝性分离，经肛尾韧带和提肛肌进入脓肿，使引流通畅，如前法挂线，经切口放胶管于脓腔内引流，敷以塔形纱布压迫，胶布固定。

3）分次手术：适用于体弱者之深部脓肿或脓肿无切开挂线条件的患者。先行切开引流术切开脓肿，引流脓液；术后待肛瘘形成，再按肛瘘手术处理。

（3）术中注意事项：

1）准确定位：一般在脓肿切开引流前应先穿刺，抽出脓液确认后再行切开引流。

2）切口恰当：浅部脓肿可行放射状切口；深部脓肿宜取弧形切口，以避免损伤括约肌。

3）彻底引流：切开脓肿后要用手指探查脓腔，分开脓腔内的纤维间隔，以利引流。

4）预防肛瘘形成：术中应切开原发性肛隐窝炎（即内口），可防止肛瘘形成。

（4）术后处理：

1）酌情应用清热解毒、托里排脓的中药或抗生素以及缓泻剂。

2）术后每次便后用苦参汤或1:5000高锰酸钾液坐浴，换药。

3）挂线者一般10天左右自行脱落，可酌情紧线或剪除，此时创面已修复浅平，再经换药后可迅速愈合，且无肛门失禁等后遗症。

4）各种方式手术后须注意有无高热、寒战等，若有应及时处理。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）热毒蕴结证

证候：肛门周围突然肿痛，持续加剧；伴有恶寒发热，大便秘结，小便短赤等；局部红、肿、热、痛明显，皮肤燠热；舌红，苔薄黄，脉数。

治法：清热解毒，消肿止痛。

方药：仙方活命饮或黄连解毒汤加减。若有舌苔黄腻、脉滑数等湿热之象，可合用萆薢渗湿汤。

（2）火毒炽盛证

证候：肛周疼痛剧烈，持续数日，痛如鸡啄，眠寐不能；伴恶寒发热，口干便秘，溲赤而难；肛周红肿，按之有波动感或穿刺有脓，或脓出黄稠而带粪臭味；舌红，苔黄，脉弦滑数。

治法：清热解毒透脓。

方药：透脓散加减。

（3）阴虚毒恋证

证候：肛周肿痛，皮肤暗红，成脓时间长，溃后脓出色白稀薄，疮口难敛；伴有全身倦怠无力，心烦，潮热，盗汗；舌红，苔少，脉细数。

治法：养阴清热，祛湿解毒。

方药：青蒿鳖甲汤合三妙丸加减。肺虚者加麦冬、沙参、马兜铃；脾虚者加白术、山药、白扁豆；肾虚者生地改熟地，加龟板、玄参。

2. 外治

（1）初起：实证用金黄散、黄连膏外敷，位置较深者可用金黄散调糊灌肠；虚证用冲和膏或阳和解凝膏外敷。

（2）成脓：宜早期切开引流，并根据脓肿部位深浅和病情缓急选择手术方法。

（3）溃后：以九一丹纱条引流，脓尽改用生肌散纱条填塞疮口。溃脓期脓未尽，用红油膏纱条引流；脓已尽改用生肌散纱条；日久成瘘者，按肛瘘处理。

细目六　肛瘘

要点一　概述

肛瘘（anal fistula）是肛管、直肠与肛门周围皮肤相通所形成的瘘管，中医称为“肛漏”，属“漏疮”的范畴。其特点是局部可触及或探及瘘管通到直肠。一般由原发性内口、管道和继发性外口三部分组成，也有仅具内口或外口者。内口为原发性，绝大多数在肛管齿线处的肛窦内；外口是继发的，常是1个或多个。肛瘘是肛痈的后遗症，临床上分为化脓性或结核性。肛瘘是直肠肛门疾病中的常见病，其发病率仅次于痔疮，发病人群以20～40岁的青壮年为主，男性多于女性。

要点二　病因病理

1. 西医病因病理

肛瘘主要是由肛窦感染形成直肠肛管周围脓肿发展而成。当直肠肛管周围脓肿自行破溃或切开引流后，破溃或引流处成为外口，脓肿逐渐缩小，形成感染性管道，其原发病灶成为感染不断进入管道的内口，以致经久不愈。然而肛瘘管道行走在肛门内、外括约肌附近，常呈迂曲，致使其内积脓引流不畅；而且外口皮肤生长较快，常常形成假性愈合，引起脓肿反复发作。脓肿复发后又自行破溃，或再次切开引流而形成一个内口；数个外口的复杂管道致使管壁纤维组织增生而无法自行愈合。

肛瘘多为一般性化脓性感染所致，少数为结核性。其他特异性感染和克隆病、溃疡性结肠炎、恶性肿瘤以及肛管外伤感染也可引起肛瘘，但均少见。

2. 中医病因病机

肛痈溃后，余毒蕴结不散，血行不畅，疮口不合，日久成漏；或因虚劳久嗽，肺、脾、肾亏虚，邪乘于下，郁久肉腐成脓，溃后成漏。正如宋·《太平圣惠方》所云："夫痔瘘者，由诸痔毒气结聚肛边穿穴之后，疮口不合。时有脓血，肠头肿痛，经久不差，故名痔瘘也。"瘘管久不收口，邪气留恋，耗气伤血。

要点三　临床表现

（一）症状

肛瘘的主要临床特征是流脓、疼痛、瘙痒。

1. 流脓

肛门周围外瘘口不断有少量脓性分泌物排出。脓的多少与瘘管大小、长短及数目有关，新生成或炎症急性发作期的肛瘘脓多、味臭、色黄而稠厚；经久不愈的肛瘘脓液少、稀薄、时有时无，呈间歇性流脓。脓液急剧增多而伴局部肿胀、疼痛，体温增高。内外瘘时常有粪便或气体与脓液混在一起，从外口流出。

2. 疼痛

平时一般疼痛不明显。当引流不畅而脓液积存时，局部肿胀疼痛，伴有明显压痛，脓液引流后疼痛减轻。

3. 瘙痒

肛瘘的分泌物或脓液经常刺激肛门周围皮肤，致使肛门潮湿，瘙痒不适，甚至糜烂渗液，发生湿疹。

（二）体征

肛瘘外口可发生在肛门周围或臀部的任何部位，呈小凹陷或小隆起，中央有过度生长的肉芽外翻，外口周围皮肤常因受分泌物或脓液刺激而变色，表皮脱落，管道呈条索状硬块。

肛瘘标准分类法：1975 年全国首届肛肠学术会议制定了肛瘘的统一分类标准，以外括

约肌深部划线为标志，将肛瘘分为低位和高位两种。

1. 低位肛瘘

瘘管在外括约肌深部以下。

（1）低位单纯性肛瘘：只有 1 个瘘管，并通过外括约肌深部以下，内口在肛窦附近。

（2）低位复杂性肛瘘：瘘管在外括约肌深部以下，外口和管道有 2 个以上，内口在肛窦附近（包括多发性瘘）。

2. 高位肛瘘

瘘管在外括约肌深部以上。

（1）高位单纯性肛瘘：只有 1 个外口，1 个瘘管，并通过外括约肌深部以上，内口位于肛窦附近。

（2）高位复杂性肛瘘：瘘管有 2 个或 2 个以上外口及瘘管分支，有 1 个或 1 个以上内口，且主管在外括约肌深部以上。

要点四　诊断

（1）既往有肛痈反复发作史，并有自行溃破或曾作切开引流的病史。

（2）有肛旁反复流脓、疼痛、瘙痒的症状。

要点五　鉴别诊断

1. 化脓性汗腺炎

多形成脓肿和遗留窦道，其窦道处常有隆起和脓液，有许多开口，病变在皮肤及皮下组织，范围广泛，瘘道多发而复杂，呈结节状或弥漫性，不与直肠相通，切开瘘道后无脓腔和瘘管。

2. 骶尾部瘘

常因臀部损伤，毛囊感染，在骶尾部生成脓肿，逐渐演变形成瘘管，其瘘口常在臀部上端，骶尾关节附近，管道在骶尾筋膜深部和皮下组织间蔓延扩散，无内口。

3. 骶尾部畸胎瘤

为胚胎发育异常的先天性疾病，常发病于青壮年时期，肛门后尾骨前有外口，管道向直肠后骶前走行，常无内口。肛门指诊常可触及骶前有肿物或饱满样感觉，钡剂灌肠侧面片可见直肠骶骨间隙增宽，直肠有半圆形充盈缺损或压迹，手术可见腔内有毛发、牙齿、骨质。如为皮样囊肿，分单房性和双房性，有时内有黏液。

4. 骶尾部骨结核

起病缓慢，无急性炎症，其形成脓疡破溃后流出清稀脓液，久不收口，创口凹陷，管道较深，通向直肠后间隙，伴有腰痛、长期低热、盗汗、消瘦、血沉快等症状，X 线摄片可见骶尾部骨质损害和结核病灶。

5. 会阴部尿道瘘

常发生于会阴部尿道三角内，有瘘管与皮肤相通，排尿时有尿液从瘘口流出，直肠内无内口，常有会阴尿道损伤史。

要点六　治疗

肛瘘的治疗主要是以手术治疗为主，药物治疗为辅。手术治疗可以根治肛瘘，药物治疗主要是控制感染，减轻症状，控制病变的进展。

（一）西医治疗

1. 非手术治疗

仅为暂时性对症处理，控制病情，减轻临床症状。

（1）抗感染：可联合选用2～3种对革兰染色阴性杆菌有效的抗生素。

（2）温水坐浴，引流，换药，以减轻局部症状。

（3）口服泻剂或石蜡油以减轻排便疼痛。

2. 手术治疗

（1）瘘管切开法：

①适应证：适用于低位单纯性肛瘘和低位复杂性肛瘘。对高位肛瘘切开时必须配合挂线疗法，以免造成肛门失禁。

②禁忌证：肛门周围有皮肤病者；瘘管仍有酿脓现象存在者；有严重肺结核病、梅毒或极度虚弱者；有癌变者。

③操作方法：骶麻或局部浸润麻醉后，取侧卧位病侧在下或截石位，常规消毒、铺巾，先用探针从外口探入，仔细寻找内口，了解内口位置，以左手食指伸入肛内，将探针自内口处挑出，用手术剪或手术刀沿探针将管道完全切开；如遇内口寻找困难，也可先在肛门内塞入一块盐水纱布，再用钝针头注射器由瘘管外口注入1%美蓝（亚甲蓝）或龙胆紫溶液，如纱布染有颜色，则有助于寻找到内口，也便于手术时判断瘘管走向。将有槽探针从瘘管外口轻轻探入，再沿探针走行切开皮肤、皮下组织和瘘管外壁，使瘘管部分敞开；再将有槽探针插入瘘管残余部分，同法切开探针的表面组织，直到整个瘘管完全切开为止。然后用刮匙刮净瘘管内染色的肉芽及不健康组织，修剪创口两侧皮肤和皮下组织，形成一口宽底小的创面，使引流通畅；注意止血，创面填入红油膏纱条，压以塔形纱布，胶布固定。

（2）挂线疗法：是一种缓慢切开法。此法早在明代就已采用，《古今医统》记载："药线日下，肠肌随长，僻处即补，水逐线流，未穿疮孔，鹅管内消。"简要叙述了本疗法具有简便、经济、不影响肛门功能、瘢痕小、引流通畅的优点。其原理是用橡皮筋或有腐蚀作用的药线紧缚，以机械压力和收缩力使局部组织血循受阻，从而发生缺血性坏死，形同切割。在缓慢勒开过程中，药线或橡皮筋又能引流脓液，防止感染；尚未离断的部分组织还保持延续性，同时给已勒断组织断端逐渐生长愈合及与周围组织粘连的机会。此法最大的优点是逐渐切断肛管括约肌，且边切边长，从而防止因肛管直肠环突然断裂回缩，避免肛门失禁发生。目前多以橡皮筋替代丝线，减少了术后反复紧线造成的疼痛，也缩短了疗程。

①适应证：适用于外口距肛门缘4cm以内，有内、外口的低位肛瘘。亦可作为复杂性肛瘘切开疗法的辅助方法。

②禁忌证：同切开法。

③操作方法：骶麻或局部浸润麻醉后，取侧卧位病侧在下或截石位，常规消毒、铺巾，先在球头探针（银质或铜质）尾端缚扎一橡皮筋，再将探针另一端从瘘管外口向内徐徐探入，在肛管齿线附近寻找内口，将另一手食指伸入肛内，将探针引出内口，将探针弯曲，并经瘘管内口完全拉出，使橡皮筋经过瘘管外口进入瘘管穿出内口直至肛门外，提起两端橡皮筋，切开瘘管内、外口之间的皮肤及皮下组织，拉紧橡皮筋，紧贴皮下切口，用止血钳夹住，在止血钳下方用粗丝线收紧橡皮筋，以双重结结扎之，然后在结扎处外1.5cm剪去多余的橡皮筋，松开止血钳，用红油膏纱条填入肛门，压以塔形纱布，胶布固定。术后每日便后坐浴、换药1～2次，如结扎橡皮筋较松，需再紧一次；橡皮筋7天左右脱落；如10天以后不脱落，可以剪开。

若以药线挂线，将药线收紧，打成二扣活结，以备以后紧线；也可将药线的一端穿入另一端的回扣内，由肛门牵出，使线在瘘管周围成为双股线，然后收紧，打一活结，每隔1～2天紧线1次，直至挂线脱落。

（3）手术时注意事项：

①正确寻找肛瘘的内口并将其切除或切开，是手术成败的关键。

②探针由外口探入时不可过度用力，以免造成假道。

③确定内口位置及瘘管与括约肌的关系，并根据内口位置及瘘管与括约肌关系选择手术方法，以防止因手术损伤括约肌而造成肛门失禁。如果瘘管在肛管直肠环下方通过，可以一次性切开瘘管。如瘘管通过肛管直肠环的上方，必须加用挂线疗法，即先切开外括约肌皮下部浅部及其下方的瘘管，然后用橡皮筋由剩下的道口穿入，自内口引出缚在肛管直肠环上，即能避免由一次切断肛管直肠环而造成肛门失禁。若肛管直肠环已纤维化者，也可一次全部切开，无须挂线。

④若为瘘管在外括约肌深、浅两层之间通过者，且该处肌肉尚未纤维化时，不能同时切断外括约肌深、浅两层；且在切断外括约肌浅层时，要与肌纤维成直角，不可斜角切断。

⑤高位肛瘘如通过肛尾韧带，宜纵行切开，不可横行切断肛尾韧带。如需切断肛尾韧带，则一定要将切断的肛尾韧带的断端重新缝合固定，避免造成肛门塌陷和向前移位。

⑥行切开或挂线术后，要求肛管内伤口小、外部伤口大，肛瘘创面开放，保持引流通畅，防止假性愈合。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）湿热下注证

证候：肛门肿胀疼痛，灼热，肛旁流脓，色黄稠厚；肛周有溃口，按之有条索状物通向肛内；大便不畅，小便短赤；舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿。

方药：二妙丸合萆薢渗湿汤加减。

（2）正虚邪恋证

证候：肛周流脓，色淡稀薄，肛门隐隐作痛，外口皮色暗淡，瘘口时溃时愈；肛周有溃口，按之较硬，或有脓液自溃口流出，且多有条索状物通向肛内；伴面色无华，神疲乏

力；舌淡，苔薄白，脉细濡。

治法：托里透毒。

方药：托里消毒饮加减。

（3）阴液亏损证

证候：肛周溃口，外口凹陷，瘘管潜行，局部常无硬索状物可扪及，脓水清稀；可伴形体消瘦，潮热盗汗，心烦口干，食欲不振，病程缠绵；舌红少津，苔少或无苔，脉细数无力。

治法：养阴清热。

方药：青蒿鳖甲汤加减。肺虚者加沙参、麦冬；脾虚者加白术、山药。

2. 外治

（1）熏洗法：用祛毒汤、苦参汤或1:5000的高锰酸钾溶液熏洗。

（2）敷药法：肛瘘急性炎症期可用金黄膏、磺胺软膏和四黄膏等外敷。

（3）药捻法：瘘管引流不畅时，可用提脓祛腐的药捻由外口插入瘘管进行引流。

（4）药捻脱管法：适用于低位单纯性肛瘘和高位单纯性肛瘘。操作方法：取侧卧位，常规消毒后，瘘道先用生理盐水或双氧水冲洗干净，再用刮匙从外口适当搔刮瘘管，取脱管药捻从外口在瘘道内沿瘘道走行插入至内口又不超过内口为度，然后将多余药捻剪断与外口相平，外盖灭菌敷料固定，防止药捻脱出，每日更换药捻1次，至瘘道壁坏死与周围组织分离脱落、用双氧水冲洗干净为止，再改用生肌药捻，插法同脱管药捻，至瘘道与外口闭合为止。

细目七　直肠脱垂

要点一　概述

肛管、直肠甚至乙状结肠部分或全部向下移位，称为直肠脱垂（rectal prolapse）。直肠黏膜下移或直肠壁部分下移，称直肠黏膜脱垂或不全脱垂；直肠全层脱出称完全脱垂。若下移的直肠在肛管直肠腔内称内脱垂；脱出肛门外者称外脱垂。

直肠脱垂中医学称为“脱肛”。

要点二　病因病理

（一）西医病因病理

直肠脱垂的病因目前尚未完全清楚，与下列因素有关。

1. 解剖因素

小儿骶骨弯曲度较浅，直肠呈垂直状，并且盆底支持组织发育不全。成人因直肠前陷凹处腹膜反折过低。

2. 盆底组织软弱

营养不良、年老衰弱易发生盆底提肛肌薄弱乏力。多次分娩、手术、外伤损伤直肠肛

门肌或神经等使直肠周围组织固定、支持作用减弱。

3. 腹压增加

长期便秘、排尿困难、慢性腹泻、慢性支气管炎、前列腺肥大、尿道狭窄等因素均可使腹内压增加。

4. 其他

直肠息肉、内痔反复脱出向下牵拉直肠黏膜，引起直肠黏膜脱出。

目前对直肠脱垂的发生有两种学说。一是滑动疝学说，认为直肠脱垂是由于腹腔压力增高和盆底组织松弛，子宫直肠陷凹或膀胱直肠陷凹处的直肠前壁被迫向下推移，将直肠前壁压入直肠壶腹，最后经肛门脱出。二是肠套叠学说，正常时直肠上端固定于骶骨岬附近，若腹压增加或盆底松弛，固定部位也松弛，使与直肠交界处的乙状结肠发生套叠，套叠部分不断下移，最终使直肠向肛门脱出。

直肠脱垂可以分为部分脱垂和完全脱垂两种。前者仅是直肠下端黏膜脱出，通常长度为 2 ~ 3cm，一般在 7cm 以内，脱出部分为两层黏膜，脱垂的黏膜和肛门之间无沟状间隙，脱出黏膜呈放射状。后者则为直肠全层脱出。严重者直肠、肛管均可翻出肛门外，通常长度超过 10cm，脱出部分为两层肠壁折叠，脱出黏膜呈环状。直肠指检发现肛门口扩大、肛管括约肌松弛无力，当肛管尚未脱出时，肛门与脱出物之间呈环形深沟。脱出之黏膜可发生炎症、糜烂、溃疡、出血，甚至嵌顿坏死。严重者因肛管括约肌持续性、被动性伸展松弛，可发生肛门失禁，从而加重脱垂。婴幼儿直肠脱垂多为不全性脱垂，多数在 5 岁前可自愈。成人直肠脱垂若产生脱垂因素不能去除，脱垂会逐渐加重。

（二）中医病因病机

多因素体气血不足，或小儿血气未旺，老年人气血虚衰，或妇人产育过多，或久泻久痢，或劳倦、房事过度，以致气血亏虚，中气下陷，固摄失司所致。

要点三　分度

直肠脱垂可分为三度：

1. 一度脱垂

为直肠黏膜脱出，脱出物淡红色，长 3 ~ 5cm，触之柔软，无弹性，不易出血，便后可自行回纳。

2. 二度脱垂

为直肠全层脱出，脱出物长 5 ~ 10cm，呈圆锥状，淡红色，表面为环状而有层次的黏膜皱襞，触之较厚，有弹性，肛门松弛，便后有时需用手回复。

3. 三度脱垂

直肠及部分乙状结肠脱出，长达 10cm 以上，呈圆柱形，触之很厚，肛门松弛无力。

要点四　临床表现

发病缓慢，突出症状为有肿物从肛门脱出。早期仅在排便时有肿块脱出，便后自行缩回。随病情发展，提肛肌及肛门括约肌收缩力缺乏，脱出变频，体积增大，下坠感明显，

常需用手帮助才能回复，严重者在咳嗽、喷嚏、用力或行走甚至站立时亦可脱出，且不易回复。若未能及时复位，脱垂肠段可发生水肿，或因摩擦引起黏膜溃烂出血等，甚至有绞窄坏死的危险；也可因黏液流出而发生肛周皮肤潮湿瘙痒或湿疹样变；也常因大便排不尽，次数增多，或出现便秘致使大便呈羊粪样。

要点五　诊断

直肠外脱垂诊断一般不难。令病人做下蹲或咳嗽屏气等增加腹压的动作即可见到直肠脱垂。不全脱垂者可见到红色、圆形、表面光滑的肿块，黏膜皱襞呈放射状。通常长度为2～3cm，一般在7cm以内。完全脱垂者脱出较长，包块呈宝塔样或球形，表面黏膜皱襞呈“环形”。只要肛管未脱出，脱垂的黏膜与肛门间就有沟状间隙存在。诊断过程中应注意区分完全脱垂或不全脱垂

要点六　鉴别诊断

（1）肠黏膜脱垂应与环状内痔相鉴别。除症状、病史不同外，环状内痔脱出时有充血肿大的痔核出现，呈现“花圈状”，易出血，痔块之间有正常的黏膜凹陷。直肠黏膜脱垂时肛门指检可发现肛门括约肌松弛，环状内痔则肛门括约肌收缩有力，此为重要的鉴别依据。

（2）直肠内脱垂诊断比较困难，常需通过排粪造影或钡剂造影、内窥镜检查协助诊断。

要点七　治疗

直肠脱垂的治疗应依照年龄、病人体质状况、脱出的严重程度的不同，选择不同治疗方式，其重点在去除脱垂诱因，防止复发。

（一）西医治疗

1. 非手术治疗

主要用于婴幼儿或轻度脱垂。婴幼儿直肠脱垂常有自愈的可能性存在，采用缩短排便时间的方法，便后立即将脱出肠管复位，然后用胶布将双臀固定，尽量减少哭闹，保持大便通畅。成人应注意去除腹压增加因素，如咳嗽、便秘或排尿困难，以免加重直肠脱垂程度或治疗后复发。

（1）注射疗法：为治疗直肠脱垂的首选疗法，具有痛苦小、疗程短、疗效好等特点。

将药液注射到脱垂部位的黏膜下层内，使黏膜与肌层间产生无菌性炎性粘连，形成瘢痕而阻止肠管下移。此法尤其适用于儿童，但青壮年者易复发。主要有黏膜下注射法和直肠周围注射法。常用硬化剂有5%石炭酸植物油、5%盐酸奎宁尿素水溶液等，总量不超过10ml。

1）黏膜下注射法：此法是将药液注入直肠黏膜下层，使分离之直肠黏膜与肌层粘连而不脱出肛外。

①适应证：直肠黏膜脱垂、直肠全层脱垂、直肠全层合并部分乙状结肠脱垂。

②禁忌证：急、慢性直肠炎、腹泻、肛周炎及持续性腹压增加疾病。

③操作方法：取侧卧位，常规消毒，局部麻醉，在肛镜下用 0.1% 新洁尔灭作肛内消毒。

a. 点状注射：以 20ml 注射器装满药液，用 7 号长针头在齿线上 1cm，环形选择 2 ~ 3 个平面，或纵行选择 4 ~ 6 行，每个平面或每行选择 4 ~ 6 个点，点与点之间相互交错，相距 0.5 ~ 1cm，每点注药 0.3 ~ 0.5ml，将药液注射到黏膜下层，一次注药总量为 6 ~ 10ml。注药时不要过深刺入肌层，或太浅注入黏膜内，以免无效或造成坏死。

b. 柱状注射：选择截石位 3、6、9、12 点齿线上 1cm 黏膜下层作柱状注射，长短视脱出长度而定，每柱注药 2 ~ 3ml。注射完毕压以塔形纱布，胶布固定。注射当日应卧床休息，流质饮食，控制大便 2 ~ 3 天，2 周内不宜剧烈活动。为防止感染，可酌情应用抗生素。一般 1 次注射后可收到满意效果，如疗效不佳，7 ~ 10 天后可再注射 1 次。

2）直肠周围注射法：此法是将药液注射入两侧骨盆直肠间隙及直肠后间隙内，通过药液引起无菌性炎症反应，产生纤维化，使直肠壁与周围组织（两侧直肠侧韧带和后方的骶前筋膜）粘连固定而不脱出肛外，适用于二、三度直肠脱垂。

操作方法：取侧卧位，常规消毒，局部麻醉，在肛镜下用 0.1% 新洁尔灭作肛内消毒。以 20ml 注射器装满药液，用 7 号长针头，选择截石位 3、6、9 点为进针点，分三步进行注射。

第一步：注射右侧骨盆直肠间隙。在截石位 9 点肛门缘外 1.5cm 处进针，先用针穿透皮层，经肛门外括约肌至提肛肌（约进针 4 ~ 5cm 时针尖遇到阻力，即达提肛肌），当穿过提肛肌时有落空感，表示进入骨盆直肠间隙。此时用左手食指伸入直肠内，触摸针尖位置，证实针尖位于直肠壁外侧、未穿透直肠时，以左手食指触摸针尖感为引导，再将针深入 2 ~ 3cm，一般进针深度男性不超过 7.5cm，女性不超过 5.5cm，儿童 3 ~ 4cm。摆动注射器，以针尖在直肠壁外滑动为准，确保针尖不刺入直肠壁内，又未刺伤腹膜。回抽无血，准确定位，缓慢将药液注入直肠间隙，且边退针边注药，注药量约 12ml，并使药液呈扇形均匀分布于齿线上区域。

第二步：注射左侧骨盆直肠间隙。更换针头及手套后，在截石位 3 点距肛缘 1.5cm 处穿刺定位，依前法注射。

第三步：注射直肠后间隙。更换针头及手套后，在截石位 6 点、肛门与尾骨间皮肤中点处穿刺，沿骶骨曲进针。左手食指在直肠内作引导，进针约 5 ~ 6cm，即到达直肠后间隙，并以针尖在直肠壁后活动为准，证实针尖未穿透直肠壁、未穿入骶骨前筋膜后，依前法注射，注药 4 ~ 5ml。注射完毕压以塔形纱布，胶布固定。

（2）复位法：直肠脱出后应尽快及时复位，以避免脱出黏膜或直肠发生充血、水肿，甚则嵌顿、绞窄、糜烂、坏死，给复位带来困难。

①儿童脱垂复位法：患者俯卧于术者膝上，以手指缓慢地将脱出的直肠纳入肛门内，清洁肛周皮肤；稍大的儿童可采用膝胸位按同法复位。然后压以纱布垫，用吊带固定于肛门两侧，阻止肛门下移。

②直肠全层脱垂复位法：取侧卧位，用手指压迫脱垂的顶端，持续加压，手指应随脱出的直肠进入肛门，使脱垂的直肠复位。若脱出较长，脱出部分发生充血水肿，用一般方法不能复位时，应在局麻下进行复位。

2. 手术疗法

成人完全性直肠脱垂多采用手术疗法，方法很多，其优缺点、复发率各异。经腹部、会阴途径应用较多，经腹会阴、骶部途径应用较少。

手术方法中，直肠悬吊及固定术效果肯定。游离直肠后，可选用多种方法将直肠、乙状结肠固定在周围组织上，骶前及两侧是重要的固定部位；也可同时将松弛的盆底、提肛肌进行缝合，切除冗长的乙状结肠和直肠；但应注意不要损伤骶前静脉丛及周围神经。经会阴手术方式操作比较安全，可将脱出的乙状结肠、直肠切除缝合；也可环行切除脱垂的直肠黏膜，但复发率较高。

体弱、年龄大而不能胜任大手术者，可选用肛门环缩术，即在麻醉下于肛门前、后各切一小口，用弯血管钳在肛门皮缘下潜行分离，使两切口相通，用金属丝、尼龙网或涤纶带在皮下环绕肛管上部，大小可容一食指通过即可。皮下留置物可在2～3个月后取出，使肛门缩小以阻止直肠脱垂。此法易发生术后感染和粪便嵌塞，复发率较高。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）气虚下陷证

证候：便后肛门有肿块脱出，严重者在步行、咳嗽、用力排尿时即可有肿块脱出；舌淡或有齿痕，苔白，脉弱。

治法：补中益气，升阳举陷。

方药：补中益气汤加减。腹胀纳呆者加山药、焦三仙；气滞者加木香、香附、川楝子；气虚夹热者加黄芩、槐花；中气虚者加炮姜、茯苓、五味子；久脱不收者加五味子。

（2）肾气不固证

证候：直肠滑脱不收；腰膝酸软，神疲面白，小便频数或夜尿多，久泻久痢；舌淡，苔白，脉沉细。

治法：补益肾气。

方药：肾气丸加减。泄泻者加补骨脂、肉豆蔻；大便干结者加火麻仁、胡桃肉；滑脱不收者加乌梅、金樱子；气虚者加党参、黄芪、白术。

（3）气血两虚证

证候：直肠脱出；面色无华或面色萎黄，少气懒言，心悸健忘，失眠，头晕眼花；舌质淡，脉细弱。

治法：益气养血，滋润大肠。

方药：八珍汤加减。大便燥结者加火麻仁、柏子仁；血虚有热而口干心烦者加玉竹、生何首乌、知母；夜寐不安者加酸枣仁、远志、夜交藤。

（4）湿热下注证

证候：直肠脱出嵌顿，不能自行还纳，红肿，肛门痉挛；面红身热，大便燥结，发热，口干口臭，小便短赤；舌红，苔黄，脉濡数。

治法：清热泻火，利湿通便。

方药：凉膈清肠散加减。肛门肿痛灼热刺痒者加银花、黄柏、栀子；大便秘结不通者加火麻仁、草决明、生大黄；尿黄者加滑石、车前草。

2. 中成药

（1）补中益气丸：每次6g，每日2~3次。本方具有益气升提之功效，用于气虚下陷之脱肛。

（2）麻仁润肠丸：每次6g，每日2~3次。本方有润肠通便的作用，用于脱肛兼有大便秘结者。

（3）十全大补丸：每次6g，每日2~3次。本方有补益气血的作用，用于气血两虚之脱肛。

（4）金匮肾气丸：每次6g，每日2~3次。本方有补益肾气的作用，用于肾气不足、不能固摄之脱肛。

3. 熏洗

苦参汤加石榴皮、明矾、五倍子煎汤熏洗，每日2~3次，每次20分钟。

细目八　直肠息肉

要点一　概述

直肠息肉（rectal polyp）是指直肠黏膜上向肠腔隆起的病变，无论大小、形状及组织类型如何，都称为息肉。直肠息肉比较常见，常合并有结肠息肉发生。幼年性息肉多见于5~10岁的小儿，其他息肉则多发生于40岁以上者。且年龄越大，发生率越高。在中医学中直肠息肉属“息肉痔”、“葡萄痔”等范畴。

要点二　病因病理

（一）西医病因病理

直肠息肉的病因尚无定论，可能与长期吃高脂肪、高蛋白、低纤维素食物有关。长期大量吸烟损害免疫功能，使基因突变；或长期慢性炎性刺激以及机械性慢性刺激导致表皮、腺上皮及皮下层组织的局限性增生形成息肉。家族性结肠息肉病及Gardner综合征患者、溃疡性结肠炎患者和结肠代膀胱者都可见大肠腺瘤性息肉及癌的发生率增高。

病理学通常将息肉分为肿瘤性息肉和非肿瘤性息肉两类，前者又分为管状腺瘤、绒毛状腺瘤和混合性腺瘤。发生在直肠者多为单个，有蒂，有恶变倾向。后者包括增生性息肉、错构瘤性息肉、黏膜赘生物、炎性息肉及幼年性息肉等。

（1）管状腺瘤：常见，有蒂，多数为单个，通常直径小于1cm，一般不癌变；若迅速增大，发生不典型增生，则癌变机会增多。

（2）绒毛状腺瘤（乳头状腺瘤）：呈绒毛状或菜花状突出于黏膜面，广基底，无蒂，体积较管状腺瘤大，质地柔软，90%发生在乙状结肠下段和直肠，男性多于女性，老年人多见，容易癌变。

（3）幼年性息肉（先天性息肉）：属错构瘤性息肉，70%~80%发生在直肠，10岁以下儿童多见，多为单发，直径小于1cm者通常在青春后期可自然消失。

（4）炎性息肉（假性息肉）：常见于溃疡性结肠炎、克隆病、肠结核、血吸虫病等的

再生与修复阶段，常为单发，体积较小，病程长者可增大。增生性息肉（化生性息肉）一般见于40岁以后，年龄越大发病率越高，主要发生在直肠。

（5）家族性腺瘤性息肉（Peutz－Jeghers综合征）：是一种常染色体显性遗传性疾病，口唇、口腔颊黏膜及四肢末端皮肤出现黑色素斑，胃肠道出现多发性大小不等的有蒂或无蒂息肉，多在12岁以后发生，有癌变倾向。

（二）中医病因病机

直肠息肉的发生多由于腑气不畅，湿热下注，移于大肠，导致肠道气机不畅、经络阻滞、气滞血瘀、浊气凝聚而形成；或因内伤饮食，感受寒热，湿邪迫于大肠，致肠道气机不利，脏腑功能失调，经络阻滞，气滞血瘀，浊气凝聚而成。久病则气虚下陷，肠蕈可随排便而露于肛外，状如樱桃，故有“樱桃痔”之称。若燥粪伤及血络，则见便血鲜红。

要点三　临床表现

依照息肉大小、有无蒂、病程长短而表现各异。细小息肉多无症状；较大息肉常见症状为便后出血，不与大便相混合，为鲜红色血液，一般出血量较少，多为间歇性出血，少数可引起贫血。直肠下段息肉若为蒂状，在排便时可见鲜红色的息肉脱出，状如樱桃，排便后多能自行缩回。直肠息肉一般不引起黏液大便或脓血大便，也无里急后重感或便意频繁。但在并发感染或结肠炎时，可有里急后重或黏液脓血大便发生。

要点四　诊断

（一）症状

1. 便血

有隐性和显性两种。隐性便血仅见粪便镜检有红细胞或潜血试验阳性，多见于高位息肉较小、数量较少者；显性便血即肉眼可见便血鲜红，呈滴状，或大便带血，血量多少不一。长期便血易导致贫血。

2. 大便习惯改变

多发性息肉常常伴有腹痛、腹泻、里急后重等大便习惯的改变；乳头状息肉以晨起排出大量蛋清状黏液便为特点；单发者多无明显症状。

3. 脱垂

低位息肉可见鲜红色、樱桃状肉样肿物，或与直肠黏膜一起脱出肛外，便后可自行回纳。脱出时常伴有排便不畅、肛门下坠或里急后重感。

（二）体征

息肉脱出者，可见红色或樱桃肉样肿物。

要点五　鉴别诊断

1. 直肠癌

指诊可触及坚硬如石、表面不规则、凹凸不平或呈菜花状，活动范围小，基底粘连，

有压痛的肿物。

2. 肛乳头肥大

位置较低，生长于齿线附近，质稍硬，表面光滑，呈椭圆形，不易出血，可脱出肛外。

要点六　治疗

治疗原则为明确性质后确定部位，去除息肉。

（一）西医治疗

1. 指扯断蒂法

适用于儿童低位带蒂息肉患者。取截石位或下蹲位，手套涂上润滑剂后用右手食指伸入肛门，钩住息肉，在息肉蒂部与黏膜连接部扯断取出息肉。一般出血可自行停止。

2. 经肛门切除

适用于直肠下端息肉。在骶麻或局麻下，首先扩肛，再用手指或组织钳将息肉拉出于肛门外，对有蒂良性息肉，在息肉根部连同部分黏膜进行结扎或缝扎，切除息肉。若系广基底息肉，更应切除息肉四周黏膜，然后缝合创面；若为绒毛状腺瘤，黏膜切除范围应在腺瘤四周 1cm 以上。

3. 电灼切除

无法经肛门切除者，可通过直肠镜、纤维结肠镜或电子肠镜套住息肉蒂部电灼切除。注意广基底息肉用此法不安全。

4. 经纤维结肠镜或电子肠镜通过高频或微波切除

适用于直径 2cm 以内的带蒂息肉或较小的宽基底息肉，无出血倾向者也可用显微手术肛门镜接电视屏，放大视野，镜下切除息肉。这种方法创面小，可以缝合，避免了术后出血。

5. 开腹手术

若息肉位置较高，或息肉有癌变，或息肉直径大于 2cm 且为广基底者，可经下腹入腹作局部切除，癌变者按直肠癌切除原则处理。

（二）中医治疗

1. 湿热下注证

证候：湿热移于大肠，伤及肠中血脉，致大便表面有黏液带血，肛门部灼热不适，伴腹痛腹泻；湿浊夹热可致息肉溃烂，大便表面有脓性黏液，息肉可在便时脱出肛门外；肛门指检可触及息肉；舌质红，苔黄或黄白厚腻，脉濡数。

治法：清热利湿，理气止血。

方药：黄连解毒汤加减。便秘者酌情加火麻仁或大黄。

2. 气滞血瘀证

证候：久病致腑气不通，气血凝结，息肉增大变硬，形体消瘦，面色晦暗；若脾胃失

调、气血不和可出现食少、纳差；肛门指检息肉变硬、触痛；舌质暗，苔白，脉弦滑。

治法：活血化瘀，理气散结。

方药：补阳还五汤加减。肛门坠胀不适者加木香、枳实。

3. 先天亏损、正虚血瘀证

证候：自幼排便时偶有肿块脱于肛外，便后滴血多少不定，或腹泻、腹部隐痛；后期出现倦怠懒言。舌质淡、苔白，脉细弱。

治法：理气散瘀，温中健脾。

方药：良附丸加减。便时带血加赤石脂、血余炭或三七。

（高兆旺）

第三十单元　周围血管疾病

细目一　概述

要点一　周围血管疾病的临床表现

（一）症状

1. 疼痛

是周围血管疾病的常见症状。肢体动脉闭塞类疾病因肢体缺血表现为间歇性跛行和静息痛。间歇性跛行是指患者步行一定距离时出现小腿疼痛或不适，迫使其停止步行，稍息片刻，疼痛缓解后才能重新行走，可有沉重、酸痛、胀痛、刺痛、钝痛或锐痛之感觉，这是因为在行走时肢体的血供不足所致。疼痛可反映患者血管闭塞程度的轻重。所谓静息痛是指患者在不运动状态时疼痛，通常夜间加重，因动静脉缺血导致的组织缺血及缺血性神经炎可引起持续疼痛，因动、静脉急性炎症或缺血坏死者可有静息痛间歇性加重和感觉异常。此外，肢体静脉瓣膜功能不全时也可出现疼痛，如因静脉回流障碍者可因瘀血而胀痛。要注意的另一个方面是往往因动脉而致的疼痛与所处环境温度有关，在热环境下可得缓解，反之加重；而因静脉致疼痛者多与体位有关，令患肢平放或抬高可能会减轻疼痛，立位时症状加重。

2. 感觉异常

主要有肢体的沉重、麻木、针刺、蚁行、灼热、发凉感甚或无知觉等。当静脉病变时，如静脉瓣膜功能不全时可引起肢体沉重感、酸胀感，但当抬高患肢或平卧时症状消失。如早期动脉供血不足也可引起肢体的疲倦、沉重感及肢体发凉等感觉，稍加休息可缓解。另外，如动脉缺血引发神经损害时，可有麻木、蚁行、针刺、灼热等感觉。动脉供血严重不足者以麻木为主，如严重的动脉栓塞或狭窄时肢体感觉会丧失。此外，慢性静脉功能不全而肿胀时间久者，皮肤感觉也减退或消失。

（二）体征

1. 肿胀

当静脉回流障碍时可出现肿胀，如下肢深静脉血栓形成、下肢深静脉瓣膜功能不全均可引起肢体不同程度的肿胀，这是由于下肢静脉高压而使血清蛋白渗入并积聚于组织间隙而引起浮肿，其特点是浮肿呈凹陷性，踝部与小腿最明显。慢性静脉疾病时除浅静脉曲张外，常伴有小腿胀痛、足靴区色素沉着和溃疡等。由于静脉瓣膜功能不全而引起的肿胀通常在平卧或抬高肢体后及清晨起来后减轻，行走后或久立后加重。

2. 皮温改变

皮肤的温度与血流有明显的关系。当肢体缺血时，肢体尤其是肢体远端皮肤温度明显低于健侧，但当静脉阻塞时由于血流淤积，肢体皮温可高于正常。除此，红斑性肢痛症及动静脉瘘存在时皮温会高于正常。用指背可明显比较两侧的皮温，具体的可用测温计测量。

3. 皮色改变

皮肤色泽能反映肢体循环情况和皮肤营养状况。皮肤颜色苍白或发绀伴皮温降低往往提示动脉供血不足；皮肤苍白甚或伴有淤点瘀斑时则提示失去血供；如果皮肤暗红、皮温稍高则提示静脉瘀血。指压试验可以反映其缺血情况，即用手指重压皮肤数秒后突然放开，此时正常人压迫后苍白区迅速恢复血流，皮肤呈正常颜色；而缺血者通常在 10 秒以上慢慢恢复原色。Buerger 试验可反映肢体缺血情况，即平卧时将患肢抬高 70° ~ 80°，持续 1 分钟左右，观察足底，正常可见淡红色或微白；见苍白或蜡白色者提示肢体动脉供血不足；再将肢体下垂于床沿呈坐位，正常人足部颜色可于 10 秒内恢复，如恢复时间超过 45 秒，也提示动脉供血障碍。另外，静脉反流性疾病患者在立位稍久时可见肢体皮肤颜色潮红或发绀。

4. 肿块

在静脉曲张时，其皮下肿块为静脉迂曲形成，外观为蚯蚓状、球状，偶可触及静脉内结石，当肢体抬高时肿块即消失。如因浅静脉形成血栓者，可见沿静脉走行区皮下索条状红肿，触痛明显，颜色发红，长度可达数厘米或数十厘米；另外，浅表的动脉瘤、静脉瘤、结节性多动脉炎、血管动静脉瘘等均可在皮下出现形状不一的肿块。要注意的是因动脉瘤致肿块者可触及其搏动。结节性血管炎者初期也可见皮下红肿硬节。

5. 营养障碍

主要表现为坏疽或溃疡。当动脉缺血引起肢体营养障碍时，可出现皮肤松弛，汗毛脱落、趾（指）甲生长缓慢、肌肉萎缩等；如果缺血严重，可出现肢体坏疽，可为干性坏疽，如感染可呈湿性坏疽伴臭味，坏疽大多从趾（指）开始；静脉疾病也可发生营养障碍，静脉瘀血常发生于足靴区，表现为色素沉着、皮炎、湿疹、溃疡，溃疡常发生在小腿下 1/3 处，尤以内侧多见，其底部被湿润的肉芽覆盖、易出血，周围炎症浸润，疼痛明显，愈合缓慢，容易复发。

要点二　中医辨证

（一）疼痛

1. 气滞血瘀而痛

气滞导致血瘀，瘀血又可反阻气机，二者互为因果。疼痛可呈进行性加重，常伴胸胁胀闷，时作时止，时轻时重，与情志活动有关。临床上可见于胸腹壁静脉炎、上肢血栓性静脉炎等。

2. 寒凝致痛

寒主收引，寒邪侵及经脉则痹阻不通。其疼痛较重，遇冷则甚，遇热则减。寒为阴邪，其性清冷，故伴见患部发凉，皮色苍白、青紫。临床多见于动脉硬化闭塞症、血栓闭塞性脉管炎和雷诺综合征等疾病。

3. 热灼而痛

热为阳邪，热灼所致疼痛较重，遇热痛甚，遇寒则减，患部灼热，皮色红或紫。临床上见于红斑肢痛症及血栓性静脉炎等疾病。

4. 湿滞致痛

湿为阴邪，易阻气机，湿热下注，其痛隐隐，常伴水肿，或有沉重感。多见于深静脉回流障碍及下肢静脉曲张合并静脉回流障碍等疾病。

5. 气虚致痛

气虚血少，脉道不充，则四肢失濡养而发凉疼痛，同时伴头晕、肌肤不润、甲厚肌萎，汗毛稀少。多见于动脉狭窄、动脉闭塞性疾病久者。

6. 阴虚阳亢致痛

肝阳上亢，阴液亏于下，濡养不足则肢体发凉、麻木或疼痛。临床上多见于大动脉（胸、主动脉）炎及动脉硬化伴中风者。

（二）麻木

麻木为肌肤不仁、反应迟钝。其多为虚为瘀而致麻木，虚者乃气血虚少，肌肤失养，瘀者乃血瘀气滞，气血不畅，肌肤失养。临床上多见于慢性动脉狭窄或闭塞性疾病。

（三）肿胀

肢体肿胀为津液水湿运化输布障碍所致。人体水湿赖于肺气通调、脾气转输、肾气开阖、三焦决渎守职、膀胱气化而成。若肺、脾、肾有病可发为水肿，其中尤以脾病为主，脾主运化水湿，为制水之脏。局部水肿的病机为气滞血瘀，肢体水肿相当一部分为湿热所致。

（四）皮色改变

正常肢体肤色为淡红色。若置于高温或低温环境下则可呈深红或青紫色，也属正常。如常温下患肢皮色苍白则提示血不荣肤，属血虚有寒；临床上多见于动脉狭窄、闭塞及痉挛性改变。如皮色发红，多为热邪燔灼肌肤而致。动脉狭窄、闭塞性疾病坏疽期可见皮色

发红。如果伴皮温升高，则多见于红斑肢痛症及下肢血栓性静脉炎。如皮色紫红或青紫则提示血瘀证。如压之退色者为血瘀脉里，在临床上多见于血管瘤；压之不退色者为瘀在脉外，如过敏性紫癜及进行性色素沉着等；皮色黑者多为死肌之色，常见于动脉闭塞干性坏疽期。

（五）皮温改变

肌肤常温乃正常血运濡养之象。皮温降低者总属气虚阳气不足或寒凝气血瘀滞。临床上多见于动脉栓塞、狭窄、闭塞等病。皮温升高者总属热邪为患，亦可为湿热下注，或阴虚生热。在临床上多见于下肢深静脉血栓形成或血栓性深、浅静脉炎，以及慢性动脉阻塞性疾病的坏疽期。

（六）坏疽溃疡

坏疽或溃疡是周围血管疾病的表现之一，其坏溃处若肉色不鲜、脓水恶臭、疼痛剧烈，夜间尤甚，多为热毒伤络。临床上多见于动脉供血障碍性疾病如动脉硬化闭塞症、血栓闭塞性脉管炎等。若坏溃处污浊不清，脓出多且伴臭味、易出血，并可见筋脉怒张者，多为湿热瘀滞，临床多见于下肢静脉曲张和下肢静脉回流障碍性疾病。若坏溃日久则多属虚证，如疮面如菜花或火山口状提示癌变。

综上所述，对周围血管疾病临床症状的准确辨证分析是能否正确诊治的关键，同时，要注意局部与整体的统一辨证论治。

细目二　单纯性下肢静脉曲张

要点一　概述

下肢静脉曲张（lower extremity varicose veins，LVV）指下肢大隐或小隐静脉系统处于过伸状态，以蜿蜒、迂曲为主要病变的一类疾病。在长期站立或负重人群中发病率较高，如营业员、教师、体力工作者等。临床上以大隐静脉系统发病为主，临床特点为下肢沉重感、酸胀疼痛感，肢体可见曲张突出的静脉团，后期足靴区色素沉着、溃疡。患者往往有遗传史和寒冻史。中医文献中描述的“筋瘤”相当于本病。

要点二　病因病理

1. 西医病因病理

本病病因主要是先天性浅静脉壁薄弱或瓣膜关闭不全，以及静脉内压力持久升高导致静脉扩张。往往患者静脉壁中层肌纤维及胶原纤维及弹性纤维缺乏，导致静脉壁强度减弱，以致管腔扩大，加上瓣膜的缺损，出现血液反流，静脉迂曲扩张。其诱因常见的有习惯性便秘、重体力劳动、慢性咳嗽等。另外，寒冷因素是重要的诱因之一。

其病理为在小腿肌肉收缩时血液动力学发生改变。由于保护血液单向流动的静脉瓣膜遭到破坏，深静脉血液逆流入浅静脉，此时浅静脉缺乏肌肉筋膜支持，仅为皮下疏松结缔组织包绕，再加上静脉壁薄弱，因此导致静脉增长、变粗、曲张；进一步导致静脉血淤积，渗透活性的粒子尤其是纤维蛋白原的漏出、5－羟色胺及儿茶酚胺等增多阻碍了毛细

血管与周围正常组织间氧气与养分的交换，于是在皮肤和皮下组织出现了营养不良性变化。

2. 中医病因病机

本病多因经久负重，或妇女多产或先天禀赋不耐、筋脉薄弱，外来损伤、寒湿侵犯以致经脉不和，气血运行不畅，血瘀脉中，阻滞经脉循行，脉络扩张充盈，日久交错盘曲而成。又瘀久化生湿热，流于下肢经络，复因搔抓、虫咬等染毒，则溃而成疮，日久难愈。

要点三　临床表现

（一）症状

（1）患肢浅静脉隆起、扩张、迂曲，状如蚯蚓，甚者呈大团块，站立时明显，少数人在卧位时由于静脉倒流不明显，曲张静脉空虚亦不明显；严重者可于静脉迂曲处触及“静脉结石”。

（2）患肢沉重感，酸胀感，时有疼痛。尤其当患者行走久时由于血液倒流而致静脉淤积加重，回流受影响而出现诸症状。

（二）体征

1. 肿胀

患肢小腿下段、足踝部或足背部肿胀，并可有压陷痕。

2. 皮肤营养变化

可出现皮肤变薄、色素沉着（多在足靴区），湿疹样皮炎和溃疡形成。

3. 血栓性浅静脉炎

由于血液淤积，血流缓慢，在曲张静脉处形成血栓而出现局部索条状红肿处，并有压痛。

4. 出血

由于外伤或小静脉自发破裂而继发出血。

5. 下肢静脉功能试验

（1）深静脉通畅试验（Perthes 试验）：用来测定深静脉回流情况。站立时，用止血带结扎大腿中段以阻断大隐静脉回流，此时嘱患者快速踢腿 10 余次，若深静脉通畅，由于小腿肌肉运动而使静脉血经深静脉回流，此时曲张之浅静脉空虚而萎陷。否则会出现肢体沉重、曲张静脉更突出等。

（2）大隐静脉瓣膜功能试验（Brodie – Trendelenburg 试验）：仰卧，抬高下肢，将曲张静脉内血液排空，用止血带缠缚于腹股沟下方（阻断浅在的大隐静脉隐股静脉瓣膜），以拇指压迫腘窝小隐静脉入口处（阻断小隐静脉），嘱患者站立，放开止血带（不松拇指）时，曲张静脉顿时充盈，则表示大隐静脉瓣膜关闭不全；如只放开拇指（不松止血带）时，曲张静脉顿时充盈，说明小隐静脉瓣膜功能不全；如两者都不松，此时曲张静脉顿时充盈，说明深浅静脉交通支瓣膜功能不全。

（3）交通静脉瓣膜功能试验（Pratt 试验）：仰卧，抬高患肢，在大腿根部缠缚止血带

以阻断大隐静脉，先从足趾向上至腘窝逐次缠缚第一根弹力绷带，再自大腿根部止血带向下缠缚第二根弹力绷带，此时患者应站立，一边自止血带向下缠第二根弹力绷带，一边向下放开第一根弹力绷带，两根弹力绷带间任何一处出现曲张静脉，即意味着此处有功能不全的交通支静脉。

要点四　诊断

（1）家族史或长期站立、寒冷刺激等病史。
（2）肢体有曲张的或呈团块样静脉。
（3）足靴区可出现营养不良情况，如色素沉着、溃疡等。
（4）大隐静脉瓣膜功能试验。

要点五　鉴别诊断

1. 先天性静脉畸形骨肥大综合征（Klippel - Trenaunay KTS）

（1）肢体增长、增粗，皮肤血管瘤三联征。
（2）下肢静脉造影或多普勒超声证实下肢深静脉畸形或部分缺如。

2. 原发性下肢深静脉瓣膜功能不全

（1）多普勒超声血流图提示深静脉瓣膜功能不全，有倒流。
（2）下肢静脉造影可见深静脉回流影像。
（3）可有下肢肿胀，特别是久立或久行后加重。

要点六　治疗

单纯性下肢静脉曲张的根治方法是手术治疗，但是中医药对下肢静脉曲张引发的疼痛、肿胀、溃疡、淤积性皮炎等症状在治疗上有显著的疗效。目前中西医结合对下肢静脉曲张及其并发症的治疗更加系统化，并取得了显著的成绩。

（一）西医治疗

1. 一般措施

防止腹内压增加，加穿弹力袜外部加压，以减轻对浅静脉血管的压力，同时保护浅静脉过度伸张。

2. 手术治疗

当患者排除深静脉不通畅、深静脉瓣膜功能不全及其他可能疾病外，除了年老体弱和手术耐受力很差者，均可考虑手术治疗。术式选择大隐静脉高位结扎加剥脱术。大、小隐静脉及其属支高位结扎时一定要将其属支全部结扎。

3. 硬化剂注射和压迫疗法

本方法适用于少量、局限的病变以及手术的辅助治疗，处理残留的曲张静脉。其治疗原理是注射硬化剂并通过压迫使静脉达到闭塞的目的。

4. 合并症处理

（1）血栓性浅静脉炎：可给予局部外用肝素钠乳膏或局部热敷治疗，抗生素对感染性

静脉炎有效。

（2）溃疡形成：局部湿敷利凡诺等外用药物；如面积大也可考虑清创后植皮。

（3）曲张静脉破裂出血：抬高患肢和加压包扎后即可止血，无需特殊用药。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）气血瘀滞证

证候：患肢小腿沉重，遇寒湿加重，酸痛或胀痛，久立久坐后加重；患肢显见脉道迂曲或扭曲成团，或局部硬结；小腿下部皮肤颜色紫褐灰暗；可伴烦躁易怒或神情抑郁，叹息脘闷；舌质淡紫或有瘀斑瘀点，苔白，脉弦细或沉涩。

治法：行气活血，祛瘀除滞。

方药：柴胡疏肝散加减。疼痛加忍冬藤、地龙；迂曲块明显加三棱、莪术；患肢畏寒、麻木加附子、桂枝。

（2）湿热瘀阻证

证候：患肢瘀肿，色灰紫暗，漫及小腿全部，青筋隐现，有紫红色索条或肿硬区；小腿溢出污液或附有糜苔，小腿前或侧方瘀肿溃烂，疮口色暗，肉腐失新；伴烦躁不安，发热口渴，尿赤，便干；舌质暗红或紫，伴瘀斑瘀点，苔黄或白，脉滑数或弦数。

治法：清热利湿，活血祛瘀。

方药：萆薢渗湿汤合大黄䗪虫丸加减。伴疼痛者加元胡、白芷；气血虚者加黄芪、白术。

2. 专病专方

口服常用药有迈之灵，其作用为改变静脉的血液流变学，增强静脉回流，同时恢复静脉功能，并可以消除水肿；每日用量300～600mg，分2次服用。常用的针剂有七叶皂苷钠和川芎嗪注射液等。

3. 外治法

（1）熏洗疗法：合并湿疹或溃疡时可选用本法。常用药物有蛇床子、地肤子、白鲜皮、苦参、大黄、赤芍、黄柏、苍术等。

（2）敷药疗法：血栓性浅静脉炎患者可外用金黄膏；溃疡者可应用珍珠散、白玉膏、生肌散、生肌玉红膏等；并发湿疹者外用青黛散。

细目三　下肢深静脉血栓形成

要点一　概述

深静脉血栓形成（deep venous thrombosis，DVT）是指血液在静脉内不正常凝结，阻塞静脉腔，导致静脉回流障碍。全身主干静脉均可发生，下肢尤其以左下肢发病更为多见。

本病为较常见的周围血管疾病，发病率较高，临床上以下肢肿胀、疼痛为其特点。多

有长期卧床、产后、腹部手术等病史，如果未予及时治疗，将导致慢性下肢静脉功能不全，严重地影响生活和工作。本病属于中医学“股肿”的范畴。

要点二　病因病理

（一）西医病因病理

1. 病因

1846 年，Virchow 提出了静脉血栓形成的三大因素，即静脉损伤、血流缓慢和血液高凝状态。

（1）血管损伤：手术、外伤、骨折、化学药物等一些因素可以直接导致血管壁损伤，当静脉损伤时内膜下层及胶原裸露，使静脉壁电荷改变，易致血小板黏附；创伤时内皮细胞功能损害，可释放生物活性物质，启动内源性凝血系统，易于形成血栓。血小板由于静脉壁电荷改变或由于内皮细胞损害时凝血系统启动而黏附、聚集形成血栓。

（2）血流缓慢：久病卧床，手术中生理性反应，术后肢体制动，久坐状态或血管受压狭窄等情况均可引起肢体血流缓慢。由于血流缓慢导致瓣膜窦内形成涡流；瓣膜局部缺氧引起白细胞黏附因子表达，白细胞黏附促使血栓形成。另外，血液正常的轴流受破坏，使血小板和白细胞向血管壁边流动，增加了血小板和白细胞的聚集及黏附机会而形成血栓。

（3）血液高凝状态：妊娠、产后、长期服用避孕药、肿瘤组织裂解产物、大面积烧伤等因素均可使血液呈高凝状态。此时血小板数增高，凝血因子含量增加，抗凝血因子活性降低而形成血栓。

2. 血栓形态

典型的血栓包括头、颈、尾三部分。头为白血栓（包括纤维素、成层的血小板和白细胞、极少的红细胞）；颈为混合血栓（白血栓和红血栓混合体）；尾部为红血栓（血小板和白细胞散在分布于红细胞和纤维素的网状块内）。

3. 血栓转归

血栓可向远、近端滋长和蔓延。其后在纤维蛋白原溶解酶的作用下，血栓可溶解消散，有时裂解的小栓子会随血入肺，引发肺栓塞。当血栓形成后不能完全溶解和消散时，在静脉内可形成裂隙，称不完全再通；同时静脉瓣膜可受到破坏，引发倒流性疾病，继发下肢深静脉瓣膜功能不全。

（二）中医病因病机

久卧、久坐、产后伤气、手术外伤等均可造成气血运行不畅，“气为血帅”，气机不畅则血行缓慢，以致瘀血阻于脉道，脉络滞塞不通，营血回流受阻，水津外溢，流注下肢而发病。

瘀而滞塞不通则痛，水津外溢则现股肿，其瘀久化热可致患肢皮肤郁热，气虚不能统摄脉络，故可见表浅脉络怒张。

要点三　临床表现

下肢静脉血栓形成分成以下三种类型：

（一）中央型

发生于髂－股静脉部位的血栓形成。

1. 症状

患肢沉重、胀痛或酸痛，可有股三角区疼痛。往往在初期时由于病情轻、症状不明显而未加注意，所以往往被忽略或发现晚。

2. 体征

起病急，全下肢肿胀明显，患侧髂窝股三角区有疼痛和压痛；胫前可有压陷痕，患侧浅静脉怒张，可伴发热，肢体皮肤温度可升高。左侧多于右侧。

（二）周围型

股－腘静脉以及小腿端深静脉处血栓形成。

1. 症状

大腿或小腿肿痛、沉重、酸胀，发生在小腿深静脉者疼痛明显，不能踏平行走。

2. 体征

股静脉为主的大腿肿胀，但程度不是很重，皮温一般升高不明显，皮肤颜色正常或稍红。局限于小腿深静脉者小腿剧痛，不能行走，行走则疼痛加重，往往呈跛行，腓肠肌压痛明显，Homans 征阳性（即仰卧时双下肢伸直，将踝关节过度背屈，会引发腓肠肌紧张性疼痛）。

（三）混合型

全下肢深静脉血栓形成。

1. 症状

全下肢沉重、酸胀、疼痛，股三角及腘窝和小腿肌肉疼痛。

2. 体征

下肢肿胀，股三角、腘窝、腓肠肌处压痛明显。如果体温升高和脉率加速不明显、皮肤颜色变化不显著者称股白肿。如果病情严重，肢体肿胀明显，影响了动脉供血时，则足背及胫后动脉搏动减弱或消失，肢体皮肤青紫，皮温升高，称股青肿。后者可发生肢体坏疽。

（四）并发症及后遗症

1. 并发症

下肢深静脉血栓形成可向其远、近端蔓延，进一步加重回流障碍。如血栓波及下腔静脉则可引发双侧下肢回流障碍。血栓脱落，随血流回流至肺动脉处，可引发肺栓塞，肺栓塞可致死。

2. 后遗症

下肢静脉血栓形成后，可破坏静脉瓣膜，遗留下深静脉瓣膜功能不全综合征。本病早期管腔闭塞；而中期可出现部分再通；后期可全部再通，也可再次形成血栓。

要点四　诊断

（1）发病急骤，患肢胀痛，股三角区或小腿有明显压痛，Homans 征可呈阳性。

（2）患肢广泛性肿胀，可有广泛性浅静脉怒张。

（3）患肢皮肤可呈暗红色、温度升高。

（4）慢性期具有下肢回流障碍和静脉逆流征，出现营养障碍表现、色素沉着、淤积性皮炎、溃疡等。

（5）多普勒肢体血流检查或静脉造影显现静脉回流障碍。

（6）排除动脉栓塞、淋巴管炎、盆腔肿瘤、淋巴水肿、肾病性及心源性水肿等疾病。

要点五　鉴别诊断

1. 心源性水肿

（1）具有心衰征象或肺心病史。

（2）心源水肿呈双侧表现。

2. 淋巴水肿

（1）有感染、手术、外伤、肿瘤等疾病史。

（2）发病多自足踝部向上逐渐发展。

（3）皮肤增厚，毛孔变粗、指压凹陷不明显。

要点六　治疗

血液高凝、血流缓慢和血管损伤是本病的原因，所以抗凝、祛聚和溶栓是治疗本病的三大原则。中医主要以活血化瘀、清热利湿为主要治法。随着中西医结合事业的发展，中西医两种治疗方法的有机结合，互相弥补不足，治疗上取长补短，尤其是中医中药治疗对 DVT 急性期有明显的提高单纯西医抗凝、祛聚和溶栓疗效的作用；中药治疗对于消除肿胀、缓解疼痛、促进侧支循环建立、改善肢体血运情况等有较好的作用。另外，治疗效果取决于能否正确地早期治疗。

（一）西医治疗

1. 非手术疗法

（1）一般处理：卧床，抬高患肢，适当活动，离床活动应用弹力袜或弹力绷带保护患肢。

（2）溶栓疗法：病程不超过 72 小时的患者，可给予尿激酶（UK）静脉滴注，剂量一般每次 8 万 U（国内外报道其总用量可达 800 万 U）加入 5% 葡萄糖溶液或生理盐水中，每日 2 次，共 7 ~ 10 天。需监测凝血系列指标，特别是纤维蛋白原测定和优球蛋白溶解时间测定，以此来调整用药量。此外，还可用链激酶（SK）等溶栓药物。

（3）抗凝疗法：是治疗本病的一种重要方法。常用药物有肝素和华法林（香豆素衍化物类）。肝素的给药途径采用静脉和皮下或肌肉注射。肝素的单位有毫克和国际单位，每 100U 相当于 1mg，初次剂量 30 ~ 60mg，以后调整剂量，以凝血时间延长至正常的 2 倍

为宜。华法林口服成人用量为第一日 10～15mg；第二日起为 5mg，维持量为 2.5mg。以凝血酶原值保持在 30% 左右为宜，一般维持 2 个月。以上药物应用时应注意个体差异，必须进行凝血指标监测。

（4）祛聚疗法：常用的药物有阿司匹林、双嘧达莫（潘生丁）等，作用为稀释血液，降低血液黏稠度，防止血小板凝聚。

（5）祛纤疗法：目的在于祛纤、降低血黏度。常用药物有东菱巴曲酶，静脉给药首次剂量为 10BU，以后隔天一次用量 5BU，连续 4 次为 1 个疗程。此外，还有降纤酶等药物可以应用。

2. 手术疗法

主要采取 Fogarty 导管取栓术。髂－股静脉血栓形成，病程不超过 48 小时者，或出现股青肿时，应选择手术疗法。其方法为将 Fogarty 导管由一侧大隐静脉分支插入至下腔静脉后，充气囊阻断静脉回流，由患肢股静脉再插入另一 Fogarty 导管达血栓近侧后充盈第二导管气囊，缓缓回拉带出血栓，再拉出第一根导管，使血流恢复。术后要辅用抗凝、祛聚疗法。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）湿热蕴阻、气滞血瘀证

证候：患肢肿胀，皮色苍白或紫绀，扪之灼热，腿胯部或小腿部疼痛，固定不移，发热；舌质紫暗或略红，舌有瘀斑，苔腻，脉数。

治法：理气活血兼清热利湿。

方药：桃红四物汤合萆薢渗湿汤加减。血瘀重者可加入水蛭、地龙；湿重者加土茯苓。

（2）气虚血瘀、寒湿凝滞证

证候：患肢肿胀久不消退，沉重麻木，皮色发紫，或皮色苍白，青筋露出，按之不硬，无明显凹陷；舌淡有齿痕，苔薄白，脉沉涩。

治法：益气活血，通阳利水。

方药：补阳还五汤合阳和汤加减。伴肢冷麻木者加桂枝；腰酸腿软者加菟丝子、川断；疼痛者加元胡。

2. 专病专方

对于本病目前口服的中成药可选用具有活血化瘀作用的一类药物，如血府逐瘀丸、大黄䗪虫丸等。针剂有脉络宁、复方丹参注射液、川芎嗪注射液等。

3. 外治熏洗疗法

中后期时可选用活血化瘀消肿之中药如透骨草、当归、姜黄、红花、苏木、土茯苓等药物熏洗。

细目四　血栓闭塞性脉管炎

要点一　概述

血栓闭塞性脉管炎（thromboangitis obliterans，TAO）是一种原因不明，以侵犯四肢中小动、静脉为主的全身性非化脓性血管炎性疾病。具有慢性、节段性、周期性发作的特征。本病多见于男性青壮年，亚洲地区发病率明显高于欧美，我国各地均有发病，但北方较多。近年来本病发病率呈下降趋势。最早 Buerger 对本病进行了描述，故也称 Buerger 病。中医学记载本病最早见于《灵枢·痈疽》："发于足趾，名曰脱痈，其状赤黑，死不治；不赤黑不死。不衰，急斩之，不则死矣。""脱痈"即是本病中医最早的命名，后在晋代皇甫谧的《针灸甲乙经》中改称"脱疽"，故本病属中医"脱疽"范畴。

要点二　病因病理

（一）西医病因病理

1. 病因

目前本病病因虽尚未明确，但关于病因有以下学说。

（1）烟草致敏学说：吸烟与本病有着密切的关系。综合国内资料，血栓闭塞性脉管炎有吸烟史的占患病人数的 88.7% ~98.2%，烟草浸出液可使实验动物的动脉发生炎性病变，烟草中尼古丁可引起小血管痉挛，吸烟还可使交感神经兴奋、肾上腺素、去甲肾上腺素和 5 - 羟色胺等血管活性物质增多，引起血管痉挛及损伤内皮细胞。戒烟可使病情缓解，再度吸烟病情常复发。

（2）寒冻学说：本病寒冷地区较南方温暖地区发病率高，而且许多 TAO 患者有过冻伤史，寒冷刺激下血管呈痉挛状态，致使血管中滋养血管炎性变性。机体对寒冷的适应能力差及其反应敏感者易诱发本病。

（3）免疫学说：近代免疫学研究表明本病是一种自身免疫性疾病。病人血清中有抗核抗体存在，并在罹患动脉中发现免疫球蛋白（IgM、IgA、IgG）及 C_3 复合物。有学者认为，本病的发生是在以烟草过敏为主的作用下，体液和细胞免疫反应所形成的免疫复合物损害血管的结果。

（4）激素学说：临床上本病几乎为青壮年男性，女性极少见，一方面雌激素对血管有保护作用，另一方面青壮年男性多发生前列腺功能紊乱，此时前列腺素丧失过多，而前列腺素有舒张血管和抑制血小板凝集的作用。因此考虑激素紊乱亦为本病发病的一种可能因素。

（5）其他：外伤、血管神经调节障碍、遗传因素、霉菌感染等也有可能诱发本病。

总之，凡是能使周围血管长久地处于痉挛状态的因素都可能是 TAO 发病的原因。

2. 病理

（1）早期多侵犯中小动、静脉，病情进展可波及腘、股、髂动脉和肱动脉，侵犯腹主动脉及内脏血管者罕见。

（2）病变呈节段性分布，两段之间血管比较正常。

（3）可分为急性期和慢性期，在急性期为急性动、静脉炎和其周围炎，并可波及伴随神经。血管全层有广泛的内皮细胞和成纤维细胞增生，并有淋巴细胞浸润，中性粒细胞浸润较少，还可见巨细胞、血管内皮增生和血栓形成。慢性期管腔内血栓机化，内有新生细小血管再通，含有大量成纤维细胞，并与增生的血管内膜融合粘连。动脉内弹力层显著增厚，动脉各层有广泛的成纤维细胞增生。动脉周围显著纤维化，呈炎症性粘连，使动脉、静脉、神经包裹在一起，形成坚硬的索条。呈周期性发作，故具有急、慢性变化。

（4）当血管闭塞时都会有侧支循环建立，如果代偿不足，或侧支血管痉挛，即可引起肢体循环障碍而出现发凉、麻木、疼痛、溃疡和坏疽。

（二）中医病因病机

本病多由素体脾气不健、肾阳不足，加之寒邪侵袭而发作。脾气不健、化生不足，则气血亏乏，内不能壮脏腑，外不能濡养四肢。肾阳亏损，不能温煦四末，或脾肾阳虚，寒邪侵袭，四肢经脉气血不足，寒凝血瘀而发病。

寒邪侵袭致肢体怕冷；温养不足，故出现肢体麻木、行走无力、跛行。寒客经脉，血凝不畅，经脉不通，不通则痛。四肢气血失于畅通则濡养不足，故出现皮色淡白，皮肤干燥，肌肉萎缩，趾甲增厚，毳毛脱落。

若寒邪郁而化热则可出现红肿；热盛则可肉腐为脓；寒邪盛极，血凝脉闭，则可见肢体失荣、枯黑坏疽。

久病可致气血双亏而出现全身消瘦、乏力、倦怠、纳呆，甚至全身衰竭。

要点三　临床表现

（一）症状

1. 疼痛

疼痛是TAO病人最突出的症状，大约有1/10的患者在开始患病时就有疼痛，其原因为初期血管痉挛，血管壁和周围组织神经末梢感受刺激而产生。当病情进一步发展为动脉闭塞时，则产生更为严重的缺血性疼痛。早期患肢伴随发凉、麻木和足底弓疼痛，病人行走一段路程后，小腿部及足弓部肌肉发生胀痛或抽痛，如继续行走时疼痛加重，最后被迫止步，休息后症状缓解，再行走后症状又出现，即所谓“间歇性跛行”；中医认为这是由于下肢经脉闭塞不通、瘀滞的表现。如病情继续加重，则动脉缺血更为严重，甚至肢体处于休息状态时疼痛仍不缓解，且以夜间尤甚。病人常抱膝而坐，彻夜不眠；或将肢体下垂，此时即所谓TAO病人的静息痛，其疼痛常会因为情绪刺激及局部受冷而加重。

2. 发凉

患肢发凉、肢冷，自觉凉感，往往在夏季也要加穿袜、鞋，即使这样亦感发凉。中医认为这是阳气不足或寒凝血瘀的表现，发凉是TAO早期的常见症状。

3. 感觉异常

此为末梢神经因缺血而致。患肢（趾、指）可出现发痒、胼胝感、针刺、麻木、灼热、酸胀感等，甚或在足部或小腿有部分感觉丧失区，这是气血虚少或气血瘀滞之表现。

（二）体征

1. 皮肤颜色改变

初发病时患肢因缺血皮肤苍白，当抬高患肢时此苍白变得更为明显，进一步可呈紫绀色，坏疽时呈暗紫色。

2. 游走性血栓性浅静脉炎

约有半数病人早期或整个病程中反复出现此症。具体表现为浅静脉区皮肤沿静脉走行处可见发硬、红肿的硬结或索条，伴有压痛及灼热感，以足部及小腿处多见，大腿偶可出现。病变呈迁移性发作，可单处亦可数处同时发病。每次发作时局部病变长度为数毫米至数十毫米，时间 1 ~ 3 周，消退后往往残留色素沉着痕迹。

3. 营养障碍

病变部位由于缺血、营养不良而致皮肤干燥、皲裂、脱屑、少汗或无汗，趾背、足背及小腿汗毛脱落，趾（指）甲变厚、变形、生长缓慢，小腿肌肉萎缩等。这是由于气血不足、肢体失养所致。

4. 动脉搏动减弱或消失

足背动脉及胫后动脉搏动通常触不到或减弱，腘动脉及股动脉搏动常减弱或消失，有时可累及上肢的桡、尺动脉，其搏动不能触及。

5. 雷诺现象（Raynaud 现象）

TAO 病人早期受情绪或寒冷刺激呈现指（趾）由苍白、潮红继而紫绀的颜色变化。原因为末梢小动脉痉挛所致。

6. 坏疽和溃疡

当肢体脉管阻塞依靠其侧支循环亦难以维持局部营养，或因加温、药物刺激或损伤等，均可诱发局部坏疽或溃疡。溃疡部位可位于甲旁、趾间或足的侧面，或趾（指）关节，并可波及整个趾（指）甚或整个足（手）部。大多发生干性坏疽，待部分组织坏死后脱落即形成溃疡，此时如继发感染即变为湿性坏疽。根据坏疽或溃疡的范围，可将其分为三级：

Ⅰ级——坏疽、溃疡只限于趾部。

Ⅱ级——坏疽、溃疡延及跖趾（掌指）关节或跖（掌）部。

Ⅲ级——坏疽、溃疡延及全足背（掌背）或侵及跟踝（腕）关节或腿部。

要点四　诊断

（1）年龄 20 ~ 40 岁青壮年男性，多有吸烟史。

（2）病程长，早期患肢发凉、怕冷、麻木、疼痛、间歇性跛行、静息痛或发生溃疡及坏疽。

（3）患肢皮肤苍白、潮红、紫红或青紫。

（4）游走性浅静脉炎表现。

（5）患肢足背动脉、胫后动脉减弱或消失，甚至腘动脉、股动脉搏动减弱或消失。侵

犯上肢者，尺动脉、桡动脉搏动减弱或消失。

（6）除外闭塞性动脉硬化症、大动脉炎等疾病。

（7）实验室及其他检查支持。

要点五　鉴别诊断

1. 肢体动脉硬化闭塞症

（1）本病发病年龄多为45岁以上，男女均可发生。

（2）常伴有高血压、动脉硬化或糖尿病。

（3）发病部位可以是髂动脉等大血管，其次为腘窝及其他部位动脉血管。

（4）同时可伴血脂升高，X线片中显示动脉有钙化斑点。病理检查可证实。

2. 痛风

本身为一种代谢性疾病，男女均可发病，但其疼痛往往为关节疼痛，血尿酸值升高，肢体无缺血表现，抗痛风药（如秋水仙碱）等治疗有效。还常伴有肾结石、耳垂下结石（痛风结晶析出）。

3. 糖尿病性坏疽

具有糖尿病的特征，血糖升高，坏疽疮面常呈湿性。

4. 红斑肢痛症

（1）多发于青壮年人，女性多于男性。

（2）常发于手或足部。

（3）表现为肢端皮肤发红、充血、灼痛，遇热加重，或高举患肢侧症状减轻。

（4）患肢皮肤温度高而发红，动脉搏动增强。

5. 颈肋和前斜角肌综合征

（1）青年女性居多。

（2）见上肢发凉、麻木、疼痛，皮肤苍白或青紫，桡动脉搏动减弱或消失。

（3）严重时可发生肢体营养障碍或坏疽。

（4）X线摄片可见颈肋存在，或提拉前斜角肌时症状加重。

（5）血栓闭塞性脉管炎大多数先发生在下肢，以后才累及上肢，该点亦可供鉴别。

6. 动脉栓塞

（1）发病急、进展快。

（2）常见血压下降，甚或休克。

（3）有心脏病、心脏手术、心房纤颤等血栓来源的发病基础，阻塞段面也较高。

（4）肢体5P征：疼痛（pain）、苍白（pallor）、麻痹（paralysis）、感觉异常（paresthesia）、无脉（pulselesseness）。

要点六　治疗

由于本病原因不明，故缺乏根治方法。中医中药在本病的治疗方面起着很重要的作用，疗效也是确切的。在肢体坏疽并发感染时，应以中西医结合治疗为主。有以下治疗

原则：

（1）严格戒烟，患肢保暖，防止外伤，避免情绪激动及紧张，适当锻炼。

（2）本病治疗上中西医结合可取得良好疗效，其目的主要是建立侧支循环，以改善病变区供血。

（3）西医的治疗原则为扩血管、抗凝、祛聚、对症治疗，或通过手术方法解决和改善侧支循环。

（4）中医治疗原则为温经通络、清热解毒、活血化瘀和补气补血等。

（一）西医治疗

1. 药物治疗

（1）扩血管药物：①妥拉苏林，口服 25 ~ 50mg，3 ~ 4 次/日，也可 25 ~ 50mg，肌肉注射，2 次/日。②罂粟碱：本药可显著解除血管痉挛，口服或注射用量为 30 ~ 60mg，3 次/日。③烟酸：50 ~ 100mg；口服，3 次/日。

（2）抗血小板聚集药：①阿司匹林：50 ~ 100mg，1 次/日，能有效地防止血小板聚集。②潘生丁：50 ~ 100mg，3 次/日。

（3）改善微循环药物：①前列腺素 E_1（PGE_1）：目前常用的剂型为脂微粒球载体的 $LipoPGE_1$（凯时），常用量为 10 ~ 20μg，加入 20ml 生理盐水中静脉推注，1 次/日，可用药 10 ~ 14 天。②己酮可可碱：本类药物可加强红细胞变形能力，改善组织缺氧。200 ~ 600mg 口服，3 次/日。

（4）止痛剂：可选用非甾体类的抗炎止痛作用药物和新型麻醉剂、止痛剂等，一般遵循三阶梯止痛原则。

（5）抗生素：合并坏疽、溃疡时可适当选用。

2. 手术治疗

（1）腰交感神经节切除术：目的是切除腰交感神经节，使病人产生“失交感效应”，使动脉痉挛迅速缓解，血流量增加，促进侧支循环。一般认为，本手术适用于动脉病变不广泛、侧支循环基本建立、血流仪检测出搏动血流和临床表现趋于改善的病人，同时对侧（健侧）应没有明显的缺血状态。切除腰Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ神经节方为手术成功的关键。动物实验已证明：手术一侧肢体的血容量增加 24.4%，而 70% 的对侧肢体血容量减少 27%，故选择良好的适应证是手术成功的前提。

（2）血管重建术：包括动脉血栓内膜剥脱术和经皮腔内血管成形术，亦包括静脉动脉化手术。

（3）大网膜移植术：其主要的方法为将大网膜带蒂（即网膜原供血血管保留）或不带蒂（即将大网膜血管离断原位后，在肢体处吻合于股或腘动、静脉上），并经过科学裁剪，铺植于缺血肢体筋膜下，使筋膜、肌肉和皮下组织之间利用大网膜的血管形成“生物性旁路再血管化”，同时远端肢体组织能够获得更多的血液供应。

（4）截肢（趾、指）术：当患者采取多种手段治疗未见明显效果，发生坏疽、溃疡，适合截肢（趾、指）条件时，予以截肢（趾、指）术。

（5）神经压榨术（Smithwick 术）：在局麻下根据病变部位，施行胫神经、腓浅、腓深神经压榨术，多数病人有立即止痛的效果。

3. 高压氧疗法

目前有条件的医院进行此疗法，取得一定疗效。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）寒湿证

证候：面色暗淡无华，喜暖怕冷，患肢沉重、酸痛、麻木感，小腿抽痛感。常伴有间歇性跛行，趺阳脉搏动减弱或消失，局部皮色苍白，触之冰凉、干燥；舌淡，苔白腻，脉沉细而迟。其他症状并不显著，或伴有迁移性静脉炎。

治法：温阳通脉，祛寒化湿。

方药：阳和汤加减。疼痛甚者加元胡、忍冬藤；湿重者加萆薢、云苓。

（2）血瘀证

证候：患肢暗红、紫红或青紫，下垂时更甚，抬高则见苍白，足趾毳毛脱落，皮肤、肌肉萎缩，趾甲变厚，并可有粟粒样黄褐色瘀点反复出现，趺阳脉搏动消失，患肢持久性静息痛，尤以夜间痛甚，患者往往抱膝而坐，或患肢悬垂在床边，不能入睡；舌质红或紫暗，苔薄白，脉沉细而涩。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方药：桃红四物汤加减。夹有寒湿者加肉桂、白芥子。睡眠不佳者加远志、酸枣仁。

（3）热毒证

证候：患肢皮肤黯红而肿，趺阳脉搏动消失，患肢如煮熟之红枣，皮肤上起黄疱，渐变为紫黑色，呈浸润性蔓延，甚则五趾相传，波及足背，肉枯筋萎，色黑而干枯、溃破腐烂，疮面肉色不鲜，疼痛异常，如汤泼火烧样，彻夜不得安眠，常须弯膝抱足按摩而坐。并伴有发热、口干、食欲减退、便秘、尿黄赤、舌质红、苔黄腻、脉洪数或细数等症状。

治法：清热解毒，化瘀止痛。

方药：四妙勇安汤加减。本证多兼有血瘀，可加川芎、桃仁、红花等。若发热重可加犀角、生地、公英等。

（4）气血两虚证

证候：面容憔悴，萎黄消瘦，神情倦怠，心悸气短，畏寒自汗；患肢肌肉萎缩，皮肤干燥脱屑，趾甲干燥肥厚；坏死组织脱落后疮面生长缓慢，经久不愈，肉芽黯红或淡而不鲜；舌质淡，脉沉细而弱。

治法：补气养血，益气通络。

方药：十全大补丸加减。可适当加赤芍、王不留行等活血药；同时加玄参、双花等清热解毒药。

（5）肾虚证

证候：大多见于寒湿证、血瘀证和热毒证之久病后，兼见精神委靡不振，面色晦暗无华，上半身热而下半身寒，口淡不渴，头晕腰痛，筋骨萎软，大便不爽，脉沉细无力等。

治法：肾阳虚者温补肾阳；肾阴虚者滋补肾阴。

方药：肾阳虚者附桂八味丸加减；肾阴虚者六味地黄丸加减。

2. 专病专方

（1）口服成药：如通塞脉片、复方丹参片等。

（2）静脉药物：常用药物有脉络宁、川芎嗪、血栓通注射液等。

3. 其他疗法

还可用中药离子导入法、按摩等。

4. 针灸治疗

上肢取合谷、内关、曲池；下肢取足三里、血海、三阴交、阳陵泉、复溜为主穴。以昆仑、太溪、委中为配穴。强刺激，留针 15 ~ 20 分钟。

5. 外治

（1）中药熏洗：选用红花、川芎、威灵仙、透骨草、艾叶、桂枝等药物，水煎后先熏后洗，注意不要过热，以免加重组织坏死。

（2）中药外敷：有脓和腐肉者，选用冲和膏或黄连膏等，将局部消毒后外敷，其功效为祛腐生肌。坏疽面腐肉已去、肉芽新鲜时，可选用生肌玉红膏或紫草油，制成油纱条外用，作用为生肌长肉。如果出现浅静脉炎时，可选用金黄膏外敷，作用为活血化瘀。

细目五　动脉硬化性闭塞症

要点一　概述

动脉硬化性闭塞症（arteriosclerosis obliterans，ASO）是一种由于大、中动脉硬化、内膜出现斑块，从而引发动脉狭窄、闭塞而导致下肢慢性缺血改变的周围血管常见疾病。它是全身性疾病，多发生于大中、动脉，临床以下肢慢性缺血性改变为主。临床特点为下肢发凉、麻木、间歇性跛行、皮色苍白或潮红紫暗、肢端营养不良等。男性占绝大多数，年龄大多在 45 岁以上，目前该病发病率有上升趋势。该病属中医学“脱疽”的范畴。

要点二　病因病理

（一）西医病因病理

目前本病的病因和发病机制尚未完全清楚。但是高血压、高脂血症、吸烟、糖尿病、肥胖等是其高危因素。其发病机制目前有如下三种学说：

1. 血管内膜损伤及平滑肌细胞增殖学说

这一理论认为高血压、血流动力学改变、血栓形成、激素或化学物质刺激、免疫复合物、细菌病毒、糖尿病及低氧血症等可损伤动脉内膜，继而刺激平滑肌细胞向内膜移行，随后发生增殖。增殖时细胞生长因子释放，导致内膜增厚及细胞外基质和脂质积聚。

2. 脂质浸润学说

脂质增多和代谢紊乱与动脉硬化有十分密切的关系，它导致脂质浸润并在动脉壁沉积而发生动脉狭窄或闭塞。

3. 血流动力学说

血流冲击在动脉分叉部位形成切力，或某些特殊的解剖部位由于切力影响引起血管内皮细胞破坏、脱屑及平滑肌增殖，对动脉壁形成慢性损伤，同时还可引起血流分层和淤滞，促使动脉斑块形成，动脉中膜变性或钙化，使腔内继发血栓，导致管腔狭窄、闭塞。严重者引发肢端坏死。

（二）中医病因病机

中医学认为本病与饮食失节、脏腑亏虚、经脉瘀阻有密切关系。经脉闭塞则气血凝滞；饮食膏粱厚味，致油甘肥腻之物太过，久之瘀于脉道，又由于年老体衰、脏腑亏虚，心、脾、肾功能失司而致病。劳倦思虑过度伤于心，心血耗伤，血脉不畅，则脉道不通，渐致脉道闭阻；脾主四肢及运化，脾气虚则不得散精，气血难达四末；肾藏精生髓主骨，肾气虚衰，精气不足，卫外不固，易受寒湿之邪侵袭，寒凝血瘀而致经脉闭塞。因气血不通，肢体失于濡养，故见疼痛、手足发冷、四肢麻木，甚或坏疽等。

要点三 临床表现

动脉硬化性闭塞症的表现与动脉硬化闭塞的程度、部位和侧支循环的多少有密切关系。

（一）症状

早期的症状主要为肢体发凉、间歇性跛行，可有肢体麻木、沉重无力、酸痛、刺痛及烧灼感，继而出现静息痛。

如病变在髂动脉者，其闭塞位置较高，可引起双下肢、双臀、髂、大腿后侧或小腿腓肠肌部位症状，有时伴阳痿；如病变在股－腘段动脉时，可有小腿肌群的症状。如果病变闭塞部位在胫前、胫后则可表现以足部或小腿为主的症状。

（二）体征

1. 皮肤温度下降

根据病变闭塞部位的不同，其皮肤温度由大腿股部至足部均可降低，但通常在远端足趾处其皮温明显下降。

2. 皮肤颜色变化

有闭塞的动脉血供不足时，根据其病程的长短，侧支循环情况，可有皮肤苍白、潮红、青紫、发绀等改变。初期一般呈苍白，如时间久者可出现潮红、青紫等。

3. 肢体失养

主要表现为肌萎缩、皮肤萎缩变薄、骨质疏松、发脱落、趾甲增厚变形、坏疽或溃疡。坏疽以足趾远端为最常见。溃疡多发生于缺血局部压迫后或外伤后，如踝关节突出处等。

4. 动脉搏动减弱或消失

根据闭塞部位，可扪及胫后动脉、足背动脉及腘动脉、股动脉搏动减弱或消失。

要点四　诊断

（1）发病45岁以上，男性多见，常伴有高血压病、冠心病、糖尿病或脑血管硬化疾病等。

（2）可有眼底动脉硬化、血胆固醇、甘油三酯、β－脂蛋白增高。

（3）X线可有高血压心脏病改变及动脉钙化斑点。

（4）心电图检查有冠状动脉供血不足，心律失常，陈旧性心梗等。

（5）肢体超声多普勒肢体血流检查提示动脉内管腔狭窄或闭塞，动脉腔内有硬化斑块形成。

（6）磁共振血管造影（MRA）或数字减影（DSA）下动脉造影直接直观地显示动脉闭塞改变。

（7）肢体远端缺血改变，如皮肤色苍白、潮红，皮温降低；足背及胫后动脉搏动减弱或消失等。

要点五　鉴别诊断

1. 血栓闭塞性脉管炎

（1）发病年龄多见青壮年。

（2）受累血管为中小动静脉。

2. 大动脉炎

（1）好发年龄多为10～20岁女性。

（2）病变主要累及主动脉弓头臂动脉起始部，其次是腹主动脉和主要分支。髂、股动脉闭塞或狭窄少见。

（3）起病缓慢，多伴风湿症状。

要点六　治疗

药物治疗原则是降血脂、改善血压、改善血液高凝状态、促进侧支循环形成。手术原则是建立旁路血流、动脉内膜剥脱和行截肢术。随着现代科技发展，腔内血管技术应用于临床，动脉球囊扩张术、支架置入等已经越来越被人们认可。

中医认为全身是一个有机的整体，整体治疗和辨证论治是中医治疗本病的原则，具体治法以温经散寒、活血化瘀、清热解毒、清热利湿和补肾健脾为主。

目前，随着中西医结合治疗ASO的广泛开展，在西医手术、药物、介入等手段治疗下，合理选择和辨证使用中药及其他疗法是较为理想的治疗方法。

（一）西医治疗

1. 非手术治疗

（1）降血脂：安妥明（Atromide，clofibrite），每日3次，每次0.25～0.5g，可降低胆固醇，降低纤维蛋白原含量，防止血栓形成；烟酸（Nicotinniec acid），每日3次，每次0.1～1.0g。有降低甘油三酯、胆固醇和扩张外周血管的作用。

（2）扩血管：妥拉苏林（Tolazoline）口服 25～50mg，日 3 次，血管内注射 10～50mg，日 1 次。前列腺素 E_1（PGE_1）目前常用的剂型为脂微粒球载体的 $LipoPGE_1$（凯时），常用量 10～20μg 加入 20ml 生理盐水中静脉推注，1 次/日，可用药 10～14 天。其他剂型 100～200μg 加入生理盐水或葡萄糖溶液 250～500ml，静脉滴注。麦全冬定（Vedrin）口服，每次 150～300mg，日 3 次。上述药物可扩张血管，促进侧支循环形成。

（3）抗凝祛聚：阿司匹林（Aspirin），50～100mg，每日 1～2 次口服；潘生丁（Persantin）每次 50mg，每日 3 次，以上药物可防止血小板聚集。同时在治疗本病的手术后也常规应用抗凝药物，如肝素，每日 200～300U/kg，每 8～12 小时 1 次，或者术中应用剂量可加大，皮下或静脉给药。

（4）去纤溶栓：尿激酶（Urokinase UK）5 万～10 万 U，加入盐水或葡萄糖溶液 50～100ml 中静点，每日 1～2 次，根据纤维蛋白原和优球蛋白溶解时间调节用量或停药。东菱巴曲酶注射液（DF－521）一般用量为首次 10BU，次日 5BU，以后隔日 1 次，可用 1～2 周，应用时以 100～250ml 生理盐水稀释，静脉滴注 1 小时以上。它可以降纤、溶栓，改善肢体供血。

（5）其他：如抗生素应用、体液补充等。

2. 手术疗法

（1）经皮腔内血管成形术（Percutaneous transluminal angioplasty，PTA）：适用于单处或多处短段狭窄者，其原理是以球囊导管在管腔，内应用球囊之张力扩大病变管腔，恢复血流，如有可能同时应用血管内支架则提高其远期通畅率。

（2）动脉旁路转流术：根据病变不同的部位，以人工血管及自身大隐静脉于闭塞段的远近端做搭桥转流，可选择的术式有主－髂或股动脉旁路术、腋－股动脉旁路术、双侧股动脉旁路术、股－腘（胫）动脉旁路术。

（3）动脉内膜剥脱术：主要适用于短段的主－髂动脉闭塞。手术直接剥除病变部位动脉增厚的内膜、斑块和血栓。

（4）截肢术：局部坏疽时可行截肢（趾）术。

（二）中医治疗

1. 内治

（1）寒凝血脉证

证候：肢体肢端发凉、冰冷，肤色苍白，肢体疼痛；舌质淡苔白，脉沉迟或弦细。

治法：温经散寒，活血化瘀。

方药：阳和汤加减。若有血瘀之象可加桃仁、红花；若疼痛可加元胡、白芷。发于上肢加桂枝，发于下肢加牛膝。

（2）血瘀脉络证

证候：肢体发凉麻木、刺痛，夜间静息疼痛，病位有瘀点或瘀斑，皮色潮红或紫红色；舌有瘀点、瘀斑，或舌质红绛、紫暗，脉弦涩或沉细。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方药：桃红四物汤加减。若兼有气虚者加黄芪、党参，若疼痛明显者加元胡、白芷。

（3）热毒蕴结证

证候：肢体坏疽或呈干性或伴脓出，局部红肿疼痛，或伴瘀点瘀斑，可有发热，恶寒，严重者神志失常；舌质红绛，舌苔初白腻、黄腻，久之黄燥或黑苔，脉滑数、弦数或洪数。

治法：清热解毒，利湿通络。

方药：四妙勇安汤加减。湿热盛者加茯苓、泽泻；血瘀者加鸡血藤、炒地龙；发热者加公英、地丁、板蓝根。

（4）脾肾阳虚证

证候：年老体弱，全身怕冷，肢体发凉，肌肉枯萎，神疲乏力，足跟及腰疼痛，阳痿，性欲减退，食少纳呆，膀胱胀满；舌质淡，苔白，脉沉细。

治法：补肾健脾，益气活血。

方药：八珍汤合左归丸或右归丸加减。

2. 外治

（1）未溃者：可用当归、桑枝、威灵仙、苏木等适量活血化瘀通络之药物水煎熏洗，注意水温不要太高。

（2）已溃者：可外用生肌玉红膏、紫草油、冲和膏、黄连膏等，以达祛腐生肌之功效。具体可参考血栓闭塞性脉管炎一节。

3. 针灸治疗

针刺肩髃、合谷、曲池、足三里、阳陵泉、三阴交等穴位，可同时使用电疗仪。还可在曲池、内关、外关、足三里或三阴交等穴位注射丹参注射液等。

4. 专病专方

口服中成药有通塞脉片、四虫片、大黄䗪虫丸等，静脉用药有丹参注射液、脉络宁、川芎嗪注射液等。

（高兆旺）

第三十一单元　皮肤病及性传播疾病

细目一　概述

要点一　中医病因病机

中医认为皮肤病的病因可分为内因、外因二类。外因主要是风、湿、热、虫、毒；内因主要是七情内伤、饮食劳倦和肝肾亏损。性传播疾病主要由性接触染毒致病。

1. 风

当人体腠理不密，卫气不固时，风邪乘虚入侵，阻于皮肤，邪毒结聚，内不得疏通，外不得表解，使营卫不合，气血运行失常，肌肤失于濡养，则可致生皮肤病。风邪可以单

独直接致病，也可以与他邪合而致病。风邪致皮肤病的特点是：发生迅速，骤起骤消，游走不定，泛发全身或多发头面，皮肤干燥、瘙痒，常见皮损有风团、丘疹、疣目、脱屑。脉浮紧者，为风寒；皮损色红，遇热易发，苔薄黄，脉浮数者，为风热。

2. 湿

皮肤病以外湿为多，但有时外湿与内湿相合致病。湿邪侵入肌肤，郁结不散，或与气血相搏而致皮肤病的发生。湿邪致皮肤病的特点是：多发于下肢、外阴等人体下部；湿邪其性黏滞，滋水淋漓，病程缠绵，病程持久。常见皮损有疱疹、渗液、糜烂、溃疡等。若与内湿相合，则常伴有胸闷，纳差，肢体沉重，苔白腻，脉濡缓等症状。湿邪可合并其他邪气致病，如湿热、寒湿、风湿等，且湿邪入侵，可以热化或寒化，以致病情表现复杂多变。

3. 热

外感热邪，或脏腑实热，蕴郁肌肤，不得外泄，熏蒸肌表，均可发生皮肤病。火热致皮肤病的特点是：火热之邪性喜炎上，其致病常见于人体上、中部；火热属阳邪，发病暴烈，蔓延迅速，且易伤阴动血，热微则痒，热盛则痛，热盛肉腐则化脓。常见皮损有潮红、灼热、肿痛、脓疱、出血等。常伴身热、口渴、便秘、尿赤、苔黄、脉数等表现。

4. 虫

由虫所致皮肤病有以下几种：

（1）由皮肤中的寄生虫直接致病，如疥虫引起疥疮；

（2）昆虫的毒素侵入或过敏引起的皮肤病，如蚊虫、虱子、臭虫、蠓虫叮咬所致损伤和虫咬皮炎；

（3）由肠道寄生虫过敏以及禽类寄生虫毒、桑毛虫毒、松毛虫毒等引起的皮肤病。由虫引起的皮肤病，其症状是：皮肤瘙痒甚剧，有的表现为糜烂，有的能互相传染，有的可伴局部虫斑，脘腹疼痛，大便中可查到虫卵等。

5. 毒

引起皮肤病的毒可分为药毒、食物毒、虫毒、漆毒等。其病机不外乎中毒或禀赋不耐对某物过敏而成。由毒致皮肤病的特点是：发病前有用药史或食物史，或有某种物质接触史，或有毒虫叮咬史；大多数发病需经过一定的潜伏期。常见皮损有丘疹、水疱、风团、糜烂等多种形态。局部皮损红、肿、或痛或痒，轻则局限一处，重则泛发全身，来势急而消退也快，病情严重者可表现为皮肤暴肿、大疱、糜烂面大、皮肤层层剥脱，伴高热、寒战等全身症状，甚则危及生命。

6. 血瘀

凡外感六淫，内伤七情，均可导致气机不畅，气滞血瘀。血瘀证候多见于慢性皮肤病。其特点为：皮损色暗、紫红、青紫，或出现肌肤甲错、色素沉着、瘀斑、肥厚、结节、肿块、瘢痕等；舌质紫或有瘀斑，脉弦涩。

7. 血虚风燥

多种慢性皮肤病，因长期的瘙痒，寝食不安，食欲减退，脾胃虚弱，阴血生化无源，以致血虚风燥；或风湿郁久，化火伤阴血，导致血虚风燥。其症状特点是：病期多较长；

皮损多为干燥、肥厚、粗糙、脱屑，自觉瘙痒，常伴有头晕目眩、面色苍白，苔薄，脉濡等。

8. 肝肾不足

肝血虚，爪失所养，则指甲肥厚干燥；肝虚血燥，筋气失荣，则生疣目；肝经火郁血滞，可致血痣；肾精不充，发失其养，则毛发干枯易脱；肾虚，黑色上泛，则面生黧黑。肝肾不足所致皮肤病的特点是：病程较长；皮损多见干燥、肥厚粗糙、脱屑或伴毛发枯槁、脱发、色素沉着、指甲变化，或生疣目、血痣等。常伴有头晕目眩，耳鸣，面部烘热，腰膝酸软，失眠梦多，遗精，舌红少津，苔少或光剥，脉细等肝肾阴虚症状；或伴有面色淡白，怕冷，四肢不温，头昏，耳鸣，阳痿，舌淡白，舌体胖边有齿痕，脉沉细等肾阳不足表现。

要点二　中医辨证

皮肤病在发病过程中，可产生一系列的自觉症状和他觉症状，是皮肤病的辨证的主要依据。

（一）自觉症状

皮肤病的自觉症状取决于皮肤病的种类、性质、病情轻重以及患者个体的差异等。

1. 瘙痒

可由多种因素引起，一般急性皮肤病的瘙痒多由风邪所致。风寒所致瘙痒，遇寒加重而皮疹色白，兼畏寒、脉浮紧等；风热所致瘙痒，皮疹色红，遇热加重，可有恶风、口渴、脉浮数等；风湿热所致瘙痒，抓破有渗液或起水疱或苔藓样变等。此外营血有热所致瘙痒，皮损色红灼热，见丘疹、红斑、风团，瘙痒剧烈，抓破出血，并有心烦不安，舌红绛，脉细数等。

慢性皮肤病的瘙痒原因复杂，寒、湿、痰、瘀、虫淫、血虚风燥等因素均可致瘙痒。

2. 疼痛

多由寒邪或热邪或痰凝血瘀，阻滞经络所致，所谓“不通则痛”。在有些较重的皮肤病后期或年老体弱、气血虚衰的带状疱疹患者，虽皮肤损害已愈，但后遗疼痛，且较剧烈，属虚证兼气滞血瘀疼痛。

3. 灼热感、蚁走感、麻木感

为皮肤病较特殊的局部自觉症状。灼热感为热邪蕴结或火邪炽盛、炙灼肌肤的自觉感受，常见于急性皮肤病。蚁走感与瘙痒感颇为近似，但程度较轻，由虫淫为患或气血失和所致。麻木感常见于一些特殊的皮肤病如麻风病的皮损，有的慢性皮肤病后期也偶见麻木的症状，一般认为麻木为血虚或湿痰瘀血阻络，导致经脉失养，或气血凝滞，经络不通所致。

（二）他觉症状

皮肤病的他觉症状，以表现在患部的皮肤损害最具诊断意义。一般分为原发性皮损和继发性皮损。原发性皮损是皮肤病在其病变过程中，直接发生及初次出现的皮损。继发性皮损是原发性皮损经过搔抓、感染、治疗处理和在损害修复过程中演变而成。

1. 原发性皮损

（1）斑疹：为局限性皮肤颜色的变化，不隆起也不凹陷。面积大而成片的称斑片。可分为红斑、色素沉着斑、色素减退斑。①红斑：压之褪色者多属血热；压之不褪色者除血热外，尚兼血瘀；斑稀疏者为热轻，密集者为热重，红而带紫为热毒炽盛。红斑常见于丹毒、药疹等。②色素沉着斑：由肝肾不足，气血瘀滞所致，如黄褐斑。③色素减退斑：多由气血凝滞或血虚风邪所致，如白癜风等。

（2）丘疹：为限局性、隆起性、实质性损害，直径小于1cm，病变位于表皮或真皮上部。多为风热、血热所致。若互相融合而成扁平隆起的片状损害称为斑块。介于斑疹与丘疹之间，稍有隆起的皮损称斑丘疹。丘疹顶部有较小水疱或脓疱时，称丘疱疹或丘脓疱疹。

（3）风团：为真皮浅层水肿引起的暂时性、瘙痒性、局限性、隆起性损害。常骤然发生，迅速消退，消退后不留痕迹。有红色和白色之分，白色为风寒，红色为风热。常见于荨麻疹。

（4）结节：为限局性、实质性损害，深在皮下或高出皮面。多由气血凝滞所致，常见于结节性红斑等病。

（5）水疱：为高出皮面的，内含液体的局限性、腔隙性损害。直径大于0.5cm者称为大疱。内含血样液体者称血疱。多为湿热或热毒所致，常见于湿疹等。

（6）脓疱：为疱内含有脓液的疱疹。其色虽浑浊或为黄色，周围常有红晕，疱破后形成糜烂，溢出脓液，结脓痂。多由湿热或热毒炽盛所致，常见于脓疱疮等。

2. 继发性皮损

（1）鳞屑：为脱落的表皮角质层，大小、厚薄不一，小的呈糠秕状，大的为直径数厘米或更大的片状。急性病后出现，多为余热未清；慢性病见之，多由血虚生风、生燥，皮肤失养所致。

（2）糜烂：为局限性的表皮缺损，系由水疱、脓疱的破裂，痂皮的脱落等露出的红色湿润面，多为湿热所致。

（3）溃疡：为皮肤或黏膜深层真皮或皮下组织的局限性腐而成。

（4）痂：皮肤损害处的渗液、滋水、渗血或脓液与脱落组织及药物等混合干燥后即形成痂。脓痂为热毒未清；血痂为血热络伤，血溢所结；滋痂为湿热所致。

（5）皲裂：为皮肤的线条状裂口。多由血虚、风燥所致。常见于脚癣皮损角化增厚者。

（6）苔藓样变：为皮肤局限性浸润肥厚，皮沟加深，皮嵴突起，表面粗糙，似皮革样，触之有增厚及实质感。常为一些慢性瘙痒性皮肤病的主要表现，多由血虚风燥、肌肤失养所致。

（7）抓痕：由搔抓将表皮抓破、擦伤而形成的线状损害，表面结成血痂，皮肤瘙痒，多由风盛或内热引起。

（8）瘢痕疙瘩：为瘢痕损害超过原来创伤的范围，多为气血凝滞所致。

（9）色素沉着：为皮肤中色素增加所致，多呈褐色或黑褐色。属原发性皮损，多由肝火、肾虚所致；属继发性皮损，多由气血不和所致，如一些慢性皮肤病之后期局部皮肤色

素沉着等。

要点三　治疗

（一）中医内治法

1. 疏风散寒法

用于风寒证。方选麻黄汤、麻黄桂枝各半汤。常用药物如麻黄、桂枝、羌活、防风、荆芥等。

2. 疏风清热法

用于风热证。方选银翘散、桑菊饮、消风散。常用药物如：荆芥、防风、蝉衣、牛蒡子、银花、连翘、桑叶、菊花、黄芩、生地、栀子等。

3. 清热利湿法

用于湿热证和暑湿证。方选龙胆泻肝汤、萆薢渗湿汤。常用药物如龙胆草、山栀子、黄芩、黄柏、柴胡、车前草、泽泻、木通、萆薢等。

4. 清热解毒法

用于实热证。方选五味消毒饮、黄连解毒汤。常用药物如银花、蒲公英、连翘、黄连、黄芩、栀子、黄柏、紫花地丁等。

5. 清热凉血法

用于血热证。方选犀角地黄汤、化斑解毒汤。常用药物如山栀、黄连、生地、赤芍、丹皮、槐花、紫草、知母等。

6. 温阳散寒法

用于寒凝皮痹证。选阳和汤、独活寄生汤。常用药物如麻黄、肉桂、干姜、白芥子、独活、桂枝、鹿角胶等。

7. 温补肾阳法

用于脾肾阳虚证。方选肾气丸、右归丸。常用药物如肉桂、附子、仙茅、补骨脂、肉苁蓉、胡芦巴、菟丝子、狗脊、淫羊藿等。

8. 滋阴补肾法

用于阴虚内热证或肝肾阴虚证。方选知柏地黄汤、大补阴丸。常用中药如生地、玄参、麦冬、山萸肉、龟板、女贞子、旱莲草、知母、黄柏等。

9. 养血润燥法

用于血虚风燥证。方选四物汤，当归饮子。常用药物如熟地、当归、川芎、白芍、女贞子、何首乌、小胡麻等。

10. 理气活血法

用于气滞血瘀证。方选桃红四物汤、通络活血方。常用药物如归尾、赤芍、桃仁、红花、香附、青皮等。

11. 活血化瘀法

用于瘀血凝结证。方选通窍活血汤、血府逐瘀汤。常用药物如川芎、桃仁、红花、牛膝、水蛭等。

12. 健脾化湿法

用于脾湿证。方选除湿胃苓汤。常用药物如苍术、厚朴、陈皮、生薏苡仁、藿香、佩兰等。

13. 搜风止痒法

用于风邪久羁证。方选五虎追风散、搜风顺气丸。常用药物如僵蚕、全蝎、蜈蚣、蜂房、乌梢蛇、秦艽、白花蛇、防风、荆芥等。

14. 化痰软坚法

用于痰凝证。方选二陈汤、香贝养营汤。常用药物如半夏、陈皮、南星、白芥子、夏枯草、昆布、海藻、贝母等。

（二）西医治疗

1. 抗组胺药

（1）适应证：H_1 受体拮抗剂，适应于各种变态反应性疾病，如荨麻疹、血管神经性水肿等。H_2 受体拮抗剂，除与 H_1 受体拮抗剂联合治疗慢性荨麻疹等病外，还可用于治疗扁平疣，带状疱疹等病的治疗。

（2）常用药物：H_1 受体拮抗剂：扑尔敏、抗敏胺、苯海拉明、安他唑啉、赛庚啶、安其敏、非那根、异丁嗪、特非那丁、阿司咪唑等；H_2 受体拮抗剂：西咪替丁、雷尼替丁等。

2. 糖皮质激素类药物

（1）适应证：急性接触性皮炎、急性嗜中性皮肤病（脓疱型银屑病、坏疽性脓疱病等）、重型药疹、中毒性表皮松解症、多形红斑、过敏性休克、荨麻疹或血管性水肿伴有喉头水肿、系统性红斑狼疮、皮肌炎、多发性肌炎、天疱疮、类天疱疮、血管炎、结节性红斑、剥脱性皮炎、红皮病型及关节型银屑病、严重痤疮、斑秃等。

（2）用法：糖皮质激素的剂量和疗程应根据疾病种类、病情轻重、效果和个体差异而有所不同。一般将疗程分为阶段性，短程用药不超过 1 个月；中程用药 2～3 个月；长程用药 6 个月以上。短程和中程又可分为治疗和减量阶段，长程用药分为治疗、减量和维持三个阶段。治疗阶段，用量要足，以期产生预期的疗效。维持阶段即糖皮质激素减至很小剂量（如强的松 5－10mg/日），可维持很长一段时期（数月到 1－2 年）。停药阶段，如维持量已很小，可考虑停药。但须注意的是，长期大量应用糖皮质激素或不适当地停药可引起毒副反应和并发症，甚至威胁生命。

3. 抗病毒药

（1）无环鸟苷：又名阿昔洛韦。作用机理为在体内转化为三磷酸化合物，干扰病毒 DNA 聚合酶。适用于单纯疱疹、带状疱疹等。

（2）缬昔洛韦：又名万乃洛韦。口服吸收良好，并在体内迅速转化为阿昔洛韦，血中

浓度比口服阿昔洛韦高 3 ~ 5 倍。

（3）泛昔洛韦：是一种最新的口服抗疱疹病毒药，对 EB 病毒感染亦有效，口服吸收完全。

（4）三氮唑核苷：又名病毒唑。是一种广谱抗病毒药，主要干扰病毒核酸的合成而阻止病毒复制，对多种 DNA 病毒和 RNA 病毒有效，对艾滋病患者也有一定帮助。

（5）干扰素诱导剂：聚肌胞是最常用的干扰素诱导剂。本药能与病毒 DNA 多聚酶相结合而阻止病毒复制。适用于带状疱疹、单纯疱疹、扁平疣、寻常疣、玫瑰糠疹等。

4. 抗真菌药

（1）唑类药物：是人工合成的广谱抗真菌药，对酵母菌及丝状真菌如念珠菌、隐球菌、曲霉菌及皮肤癣菌等均有抑制作用。常用药物有克霉唑、咪康唑、益康唑、氟康唑等。

（2）特比萘芬：属第二代丙烯胺类抗真菌药。对皮肤癣菌、丝状菌、双相型真菌和暗色丝孢菌均有抑制作用。

（3）其他抗真菌药还有两性霉素、灰黄霉素、5 - 氟胞嘧啶、碘化钾等。

西医治疗经常使用抗生素类、免疫调节剂、维生类等药物。

（三）外治法

1. 外用药物

（1）溶液：又称湿敷剂、熏洗剂或水剂，是药物溶于水中，或中药水煎去渣所得药液。具有清热解毒、收敛止痒、清洁保护等作用。适用于急性皮肤病，渗出较多或脓性分泌物多的皮损，或伴有轻度痂皮性损害。

（2）粉剂：又称散剂，是由一种或多种药物，制成极细的粉末状物。具有保护皮肤、干燥散热、消炎止痒等作用。适用于无渗液性的急性或亚急性的皮炎类皮肤病。

（3）洗剂：又称水粉剂、混悬剂等，是水和粉剂混悬在一起的制剂。具有清凉止痒、保护、干燥、消斑解毒等作用。适用于无渗液之急性皮炎、单纯性皮肤瘙痒。

（4）酊剂：又称浸剂，是用酒、酒精或醋等浸泡药物而成。具有祛风杀虫、解毒止痒、软化角质等作用。适用于手足癣、甲癣等。

（5）油剂：又称粉油剂，包括将药物放在植物油中煎炸的油剂和用植物油或药油与药粉调和成糊状的油调剂。具有润泽保护、解毒收敛、止痒生肌的作用。适用于亚急性皮肤病中有糜烂、渗出、鳞屑、脓疱、溃疡的皮损，或湿敷之间歇期。

（6）软膏：是将药物与适宜基质制成有适当稠度的半固膏状外用制剂。具有保护、杀菌、止痒、去痂的作用。适用于一切慢性皮肤病具有结痂、皲裂、苔藓样变等皮损。

（7）乳剂：又称霜剂，是油和水混合充分搅拌而制成。具有冷却、消炎止痒的作用。适用于亚急性和慢性皮炎。

（8）糊剂：为用大量的细粉加油制成，不溶性药物占 25% ~ 50%。具有消炎止痒、干燥吸水的作用。适用于有少量渗液之亚急性皮炎及慢性湿疹皮炎。

（9）硬膏：为药物溶于或混合于黏性基质中，并涂布于裱褙材料，如纸、布或有孔塑料薄膜上而成。具有增强抵抗力，活血消炎、生肌敛疮、保护皮肤、促进吸收等作用。适用于慢性肥厚性皮肤病。

2. 外用药物的使用原则

（1）正确选择剂型：皮肤炎症在急性阶段，若仅有红斑、丘疹、水疱而无渗液，宜用洗剂、粉剂、乳剂；有明显渗出者或红肿，则以溶液湿敷为主。皮肤炎症在亚急性阶段，渗液与糜烂很少，红肿减轻，有鳞屑和结痂，则用油剂为宜。皮肤炎症在慢性阶段、有浸润肥厚、角化过度时，则以软膏为主。

（2）合理选择药物：根据病变的性质和病期选择不同的药物，如热毒症选用清热解毒药；血热证选择凉血药；瘙痒性皮肤病选择止痒药；渗出多者使用收敛燥湿药等。

（3）注意皮损部位及药物：儿童或女性患者不宜采用刺激性强、浓度高的药物。面部、阴部皮肤慎用刺激强的药物。一般先用低浓度制剂，根据病情需要再提高浓度。一般急性皮肤病用药宜温合，顽固性慢性皮损可用刺激性较强和浓度较高的药物。

（4）注意过敏反应：使用外用药物前应详细询问药物过敏史，随时注意药物的过敏反应，一旦出现过敏现象，应立即停止，并予以及时处理。

（四）针刺疗法

针刺疗法广泛用于治疗皮肤病。体针与耳针有止痒、止痛、消炎、促进毛发生长、调节血管舒缩及内分泌紊乱等作用。

常用穴位如体针：上肢取曲池、列缺、合谷；下肢取血海、阴陵泉、三阴交；躯干取肺俞、心俞、膈俞、脾俞。耳针：取肺、皮质下、神门、肾上腺、交感等穴，或取病变相对应的部位。手法：体针可提插重刺激，留针 15～20 分钟，每日 1 次；耳针可捻转后留针 20 分钟，每日 1 次。适用于湿疹、荨麻疹、神经性皮炎等。梅花针轻叩击 15～20 分钟，适用于斑秃、局限性神经性皮炎。

细目二　单纯疱疹

要点一　概述

单纯疱疹是一种由单纯疱疹病毒所致的疱疹性皮肤病。本病好发于皮肤黏膜交界处，表现为簇集性小疱，愈后易复发。相当于中医的“热疮”。

要点二　临床表现

本病皮疹初起为红斑，继则在红斑上出现簇集性的小丘疱疹或水疱，有紧张及烧灼感。数日后水疱破溃，露出糜烂面，伴渗液，逐渐干涸结痂，一般 1－2 周左右脱痂而愈，留有暂时性色素沉着。好发于皮肤黏膜交界处，如口角、唇缘、鼻孔周围和外生殖器等处。临床常见以下几种类型：

1. 皮肤疱疹

多发于成人。初起局部有针刺、痒感、灼热等表现，进而出现红斑，然后形成米粒大小的水疱，簇集而生，可有糜烂、渗出、结痂，易形成溃疡。多发生在皮肤黏膜交界处，如口角、唇缘、鼻孔周围等处。

2. 口腔疱疹

多发于1～5岁儿童。在颊黏膜、软腭、舌、口底、咽部及口唇，出现小水疱，破溃后形成溃疡，表现为弥漫性齿龈口腔炎。易出血、疼痛，影响进食。伴有全身症状，如发热、咽喉疼痛，颈部淋巴结肿大等。

3. 生殖器疱疹

好发于性生活旺盛的男女。男性多见于龟头、包皮、冠状沟、阴茎等处；女性则见于大、小阴唇、阴道、宫颈、尿道、大腿和臀部；同性恋者可发于肛门，引起直肠炎。皮损表现为生殖器部位皮肤黏膜的红斑或丘疹，迅速变为小疱，破溃后形成溃疡，后结痂，痂脱而愈。局部自觉疼痛、瘙痒、排尿困难及腹股沟淋巴结肿大疼痛。全身症状有发热、头痛、全身不适。

4. 眼疱疹

主要表现为一种急性角膜结膜炎，初起单侧眼睑红肿、疼痛、视觉模糊，继则出现水疱，约2/3侵犯角膜，出现树枝状或葡萄状角膜溃疡，角膜发生混浊，反复发作，则形成疤痕，损害亦可侵袭晶体、视网膜及脉络膜，形成视力障碍。

5. 新生儿原发性单纯疱疹

多发生于生后2～12天，早产儿及免疫功能低下、发育不良新生儿多见。先仅有1～2个疱疹，迅速播散全身任何部位，口腔、上呼吸道黏膜及眼均可发病。中毒症状较重，可发热、黄疸，脏器均可受累，易致病毒性脑炎。常于发病3～5天后死亡。

6. 全身播散性单纯疱疹

多见于6个月～3岁儿童，也可见于营养发育不良儿童和使用免疫抑制剂者等。初发为严重的口腔疱疹、外阴炎，迅速出现全身广泛性水疱，内脏侵犯多个器官。

7. 疱疹性瘭疽

多为直接接触皮肤破伤而感染，常见于指端出现局限性深在的群集水疱，局部潮红肿胀，疼痛剧烈。肘及腋窝淋巴结肿痛，常伴有发热等全身症状。

要点三　诊断

诊断要点

（一）临床表现

好发于皮肤黏膜交界处，尤以口唇、鼻孔周围、生殖器等处多见；皮损初为红斑，在红斑基础上迅速出现簇集性小水疱，破后糜烂，渗出，结痂，愈后遗留暂时性色素沉着；自觉灼热刺痛和瘙痒感，常伴有局部淋巴结肿大；多见于成年人，病程一般约1～2周，可以自愈但易复发。

（二）实验室及特殊检查

1. 细胞学检查

取皮肤黏膜疱疹刮取物作涂片，检查多核巨细胞和核内嗜酸性包涵体。可初步诊断为疱疹病毒感染，但不能区别为何种病毒。

2. 病毒培养与接种

感染部位分泌物或刮取物、疱液、唾液、脑脊液及血液标本，在一定条件下进行细胞培养可分离到 HSV。

3. 特异抗体测定

取血清、脑脊液检测单纯疱疹抗体，若恢复期抗体滴度呈 4 倍以上增长或特异性 IgM 阳性，则证实为单纯疱疹新近感染。采用免疫印迹法，用 gD2 做抗原检测单纯疱疹抗体，则能区分为 HSV－Ⅰ和 HSV－Ⅱ。

要点四　鉴别诊断

1. 带状疱疹

（1）皮损为簇集水疱，局部炎症显著，伴神经痛；多沿神经走行呈带状分布，不超过正中线；

（2）愈后不复发。

2. 脓疱疮

（1）多发于儿童，夏秋季多见；皮损为散在分布的脓疱，炎症明显，疱较大有脓性分泌物，溃后结成黄色较厚的痂；

（2）接触传染性强。

3. 药物性皮炎

（1）常见于口腔、外阴部；

（2）有服药史；

（3）皮损为炎症性红斑上的大疱，每次复发常固定于同一部位，愈后留有色素沉着。

要点五　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

（1）抗病毒药物如阿糖胞苷、阿昔洛韦、缬昔洛韦等。

（2）免疫调节剂如左旋咪唑、干扰素、白细胞介素－2、胸腺肽等。

2. 局部治疗

（1）外用 2% 硫酸锌溶液、1% 醋酸溶液湿敷，或 2% 龙胆紫液，0.1% 疱疹净溶液或 1% 阿糖胞苷霜剂，5% 阿昔洛韦软膏及霜剂等。有感染者，外用 0.1% 雷佛奴尔溶液湿敷，1% 新霉素软膏、硫黄鱼石脂泥膏等。

（2）口腔疱疹可用 1% ~2% 双氧水、1∶1000 新洁尔灭水或生理盐水漱口。眼疱疹可用 0.1% ~0.5% 疱疹净滴眼，3% 阿昔洛韦眼膏、0.25% 疱疹净眼膏点眼等；生殖器疱疹用 1∶5000 高锰酸钾溶液坐浴或湿敷，外用 20% ~40% 氧化锌油、5% 阿昔洛韦软膏等。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）肺胃热盛证

证候：簇集性小水疱，自觉瘙痒、疼痛；伴发热，周身不适，心烦郁闷，大便干，尿黄；苔薄黄，脉弦数。

治法：疏风清热。

方药：辛夷清肺汤合竹叶石膏汤加减。

（2）湿热下注证

证候：疱疹发于生殖器、肛门部，灼热痒痛，水疱破溃后糜烂，渗液；伴有发热尿赤、尿频、尿痛；舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿。

方药：龙胆泻肝汤加减。

（3）阴虚内热证

证候：病情反复发作，伴口干唇燥，午后微热，心烦，舌质红，苔薄，脉细数。

治法：养阴清热。

方药：增液汤加减。

2. 外治疗法

（1）初起者局部常规消毒后，用三棱针或无菌注射针头浅刺放出疱液。

（2）局部外用药以清热、解毒、燥湿、收敛为主。可用马齿苋合剂外洗或湿敷；2%地榆紫草油膏、黄连膏、青黛膏、紫草膏等外涂或紫金锭磨水外搽。

3. 物理疗法

对顽固反复发作严重者，可做紫外线照射、氦氖氩离子激光照射；疼痛者可用频谱治疗仪治疗。

细目三　带状疱疹

要点一　概述

带状疱疹是由水痘－带状疱疹病毒感染所致的急性炎症性神经性皮肤病。以簇集性水疱，沿一侧周围神经呈带状分布，伴神经痛为特征。可发生于任何年龄，但以中老年人为多见，多发于春秋季节。多数患者愈后很少复发。属中医“蛇串疮”、“缠腰火丹”、“蛇丹”范畴。

要点二　病因病理

本病系水痘－带状疱疹病毒感染所致，该病毒属 DNA 病毒，为嗜神经病毒。该病毒经呼吸道侵入人体，首选在呼吸道黏膜细胞中繁殖复制，然后小量进入血液和淋巴液，在单核－巨噬系统内再次增殖后释放进入血液，病毒相继侵入皮肤和内脏，引起水

痘，或为隐性感染。此后，此病毒进入皮肤的感觉神经末梢，且沿脊髓后根或三叉神经节的神经纤维向中心移动，持久地潜伏于脊髓后根神经节的神经细胞中，在某种诱发因素的作用下，可使病毒再活动，生长繁殖，使受侵犯的神经节发炎或坏死，产生神经痛。同时，再活动的病毒可沿周围神经纤维移动到皮肤，在皮肤上产生带状疱疹所特有的节段性水疱。

皮肤损害在表皮棘层有气球状变性，核内含嗜酸性包涵体。细胞水肿可形成表皮内单房或多房性水疱。真皮有围管性炎性细胞浸润，以中性核细胞、淋巴细胞为主。

要点三　临床表现

本病好发于春秋季节，发病前患部皮肤常有感觉过敏，皮肤灼热刺痛，伴全身不适、疲乏无力、食欲不振、轻度发热等前驱症状，2～5 天后局部出现皮损，但亦有无前躯症状即发疹者。皮损先为在一定神经分布区域发生不规则红斑，继而出现簇集性丘疱疹，水疱内容透明澄清，或呈黄色、浅黄色半透明，数日后疱液混浊或呈出血性。疱壁较厚不易破溃，约 5～10 天疱疹干瘪结痂而自愈。

皮疹多沿某一周围神经分布，排列呈带状，发于身体一侧，不超过正中线，好发部位为肋间神经、颈部神经、三叉神经及腰胝神经支配区。神经痛为本病的特征之一，一般在有神经痛的同时或稍后即出现皮损，但亦有在神经痛 4～5 天后才发生皮损者。神经疼痛程度不一，一般儿童患者没有疼痛或轻微疼痛，年老体虚者则疼痛剧烈，约有 50% 的 50 岁以上患者，在皮损消失后仍有神经疼痛，可持续数月甚至更长时间。

临床可有多种类型，如大疱型带状疱疹、出血性带状疱疹、坏疽性带状疱疹、泛发性带状疱疹、眼带状疱疹、内脏带状疱疹等。

要点四　诊断

诊断要点：

1. 临床表现

春秋季节常见，皮疹的集簇性，呈带状排列，单侧分布及神经痛为特点。病程 2～3 周，愈后极少复发。

2. 实验室及特殊检查

（1）疱疹刮片：早期皮损基底部刮屑涂片，以姬姆萨或苏木素－伊红染色镜检，可发现多核巨细胞及核内包涵体。

（2）病毒分离：早期疱液和某些带状疱疹患者的脑脊液标本可分离到水痘－带状疱疹病毒。

（3）抗体检测：取患者急性期和恢复期双份血清，以酶联免疫吸附法测定，或免疫荧光测定技术检测水痘－带状疱疹抗体，如恢复期呈 4 倍以上增长，即为该病毒感染。

要点五　鉴别诊断

1. 单纯疱疹

好发于皮肤黏膜交界处，不沿神经呈带状分布；自觉症状轻微，水疱较小易破；多见

发热性疾病患者，有复发倾向。

2. 接触性皮炎

有明显的接触史，皮损与神经分布无关，自觉烧灼、剧痒，无神经痛。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

（1）抗病毒药物：应及早选用阿昔洛韦、缬昔洛韦、泛昔洛韦等抗病毒药物口服或静脉滴注，也可选用阿糖腺苷、病毒唑、干扰素等。

（2）止痛药物：给予镇痛剂，如阿司匹林、颅痛定、消炎痛等。痛甚者亦可酌给可待因或安定剂。对长期不愈的神经痛后遗症可给予阿米替林、维生素 E，亦可作神经阻滞。躯干部位剧烈疼痛可作椎旁神经封闭疗法。

（3）维生素药物：常用维生素 B_1、B_6、B_{12}等。

（4）免疫调节剂：正常人免疫球蛋白或带状疱疹球蛋白、干冻麻疹减活疫苗、转移因子、胸腺肽、静脉滴注新鲜血浆等，以提高免疫功能。

（5）皮质类固醇激素：有人主张皮质类固醇激素可早期应用，可以减轻炎症，减少遗留神经痛。

2. 局部治疗

（1）2% 龙胆紫溶液，或阿昔洛韦、昔洛韦软膏、3% ~5% 无环鸟苷霜、3% 阿糖胞苷霜等外涂。眼带状疱疹可用 0.5% 阿昔洛韦溶液、3% 无环鸟苷软膏、0.5% ~0.5% 疱疹净溶液点眼。

（2）有感染者可用 0.5% 雷佛奴尔溶液、0.1% 新霉素溶液湿敷，或用新霉素软膏、氧氟沙星凝胶等外涂。

（3）神经痛明显者可用 1% 达可罗宁紫草地榆油膏、5% 苯唑卡因代马妥油膏或泥膏外涂，也可用 40% 碘甙溶液或 1% 消炎痛水溶液湿敷。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）肝经郁热证

证候：皮疹潮红，疱壁紧张，灼热刺痛；伴口苦咽干，心烦易怒，大便干，小便黄；舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清泄肝火，解毒止痛。

方药：龙胆泻肝汤加减。

（2）脾虚湿蕴证

证候：皮损色淡，疱壁松弛，破后糜烂、渗出，疼痛轻；口不渴，食少腹胀，大便时溏；舌质淡，苔白或白腻，脉沉缓或滑。

治法：健脾利湿，清热解毒。

方药：除湿胃苓汤加减。

（3）气滞血瘀证

证候：皮疹大部分消退，但疼痛不止或隐痛绵绵；坐卧不安，夜寐不宁；舌质紫暗，苔白，脉弦细或涩。

治法：理气活血，通络止痛。

方药：柴胡疏肝散合桃红四物汤加减。

2. 外治疗法

（1）初起用玉露膏或金黄膏外敷；或外搽双柏散、三黄洗剂、清凉乳剂（麻油加饱和石灰水上清液充分搅拌成乳状），或鲜马齿苋、野菊花、玉簪花叶捣烂外敷。

（2）水疱破后用四黄膏或青黛膏外涂；有坏死组织者，外用九一丹。

（3）若水疱不破，可用三棱针或消毒针头挑破，使疱液流出，以减轻胀痛。

3. 针灸治疗

（1）体针：取穴内关、足三里、曲池、合谷、三阴交，提插捻转手法，留针 20～30 分钟，每日 1 次。

（2）耳针：取穴肝区、神门，每日 1 次。

细目四　疣

要点一　概述

疣是人类乳头瘤病毒所引起的表皮赘生物。临床分为寻常疣、扁平疣、跖疣、尖锐湿疣等类型。尖锐湿疣为性传播疾病，另节介绍。寻常疣相当于中医的“疣目”，属于中医“千日疮”、“枯筋箭”范畴，跖疣属于中医“疣目”“牛程蹇”范畴。

要点二　临床表现

（一）寻常疣

较多见于青少年，皮疹好发于手、足背，手指、足趾，甲缘等处。最初为针尖大小的丘疹，逐渐增大至豌豆或黄豆大小的乳头状角质隆起，呈半球形或多角形，触之坚硬，表面粗糙，色灰黄、灰褐或肤色。顶端可分裂呈刺状，初发为 1 个，可因自身接种而多发。一般无自觉症状，位于甲缘者，常有压痛。撞击或摩擦时易出血。病程缓慢，可自愈，愈后不留痕迹。寻常疣的特殊类型有：

1. 丝状疣

好发于眼睑、颈项等处，为单个柔软、细长突起，正常皮色或棕灰色，一般无自觉症状。

2. 指状疣

好发于头皮、趾间，皮疹为单个或多个，表现在同一个柔软的基础上发生一簇集参差不齐的多个指状突起，尖端为角质样物质，一般无自觉症状。

（二）扁平疣

好发于青年，多发生在颜面、手背及前臂，是一种米粒大至豌豆大扁平隆起的损害，表面光滑，具有光泽，色浅褐或正常皮色，呈圆形、椭圆形或多角形，边界清楚。皮疹数目较多，多数密集，如经搔抓自体接种，则可形成沿抓痕呈串珠状排列。通常无自觉症状，偶有微痒，病程经过缓慢，有的可突然自行消失，但也可多年不愈，愈后不留瘢痕。

（三）跖疣

好发于足底受压部位，亦见于趾侧，初起为一细小、发亮的丘疹，后逐渐角化、不平，呈灰褐、灰黄或污褐色。圆形，边缘清楚，周围绕以稍高增厚的角质环，如用小刀将表面角质削去，中央就露出丝状疏松的角质软芯，继续削切，其下可见黑色小点，是延伸的真皮乳头的血管破裂所致，常有痛感。有时在一较大的跖疣的四周，有散在的细小疣。

要点三　诊断

诊断要点：

（一）临床表现

1. 寻常疣

多见于青少年，好发于手、足等处。皮损为米粒大或黄豆大小不等，触之坚硬，表面粗糙，顶端呈乳头状角质隆起。常见特殊类型有丝状疣及指状疣。

2. 跖疣

多见于青壮年，好发于足底受压处。初起为一针头大小丘疹，渐增大，角质性增，表面粗糙，呈灰褐、灰黄色或污褐色。削去表面粗糙角质软芯，可见黑色小点。

3. 扁平疣

多见于青年，好发于颜面、手背及前臂。皮疹为米粒大至豌豆大扁平丘疹，表面光滑，色浅褐或正常皮色，边界清楚。一般无自觉症状。

（二）实验室及特殊检查

皮损聚合酶联检查阳性。

要点四　鉴别诊断

1. 扁平苔藓

须与扁平疣鉴别。本病多发于四肢伸侧、背部、臀部；皮疹为多角形扁平丘疹，表面有蜡样光泽，多数丘疹可融合成斑片，色呈暗红色；一般瘙痒较重。

2. 鸡眼

应与跖疣相鉴别。本病多发于足缘或足趾压迫部；皮损为圆锥形的角质增生，表面为褐黄色鸡眼样硬结嵌入皮肉，垂直压痛明显。

3. 胼胝

与跖疣相鉴别。胼胝也发生于足底和趾间，损害为蜡黄色角质斑片，边缘不齐，中厚边薄，表面光滑，正常皮纹，压痛不明显。

要点五　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

适用于数目较多或久治不愈者。选用抗病毒药和免疫调节剂，如聚肌胞、干扰素、左旋咪唑、转移因子等。扁平疣可口服乌罗托品。

2. 局部治疗

（1）对散在单个寻常疣，先以温水泡软，将其剔除，然后涂以5%～10%福尔马林，压迫止血，包扎。跖疣可用10%福尔马林溶液外搽。

（2）寻常疣可用5%5－氟脲嘧啶膏、酞丁胺软膏外涂。甲周围疣可用20%疱疹净霜外涂。扁平疣用0.1%维甲酸霜外涂。跖疣可用0.1%争光霉素生理盐水溶液或2%普鲁卡因溶液，作局部损害内注射。

（3）冷冻疗法、电灼疗法、激光治疗适用于数目少的寻常疣和跖疣，注意尽量少损及真皮层及避免术后继发感染。

（4）手术切除，可用于寻常疣和跖疣，但手术后易复发。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）风热血燥证

证候：疣体泛发，数目较多；伴心烦不安；舌质红，苔薄，脉弦数。

治法：养血益肝，清热解毒

方药：治癣方加减。

（2）湿热血瘀证

证候：皮疹泛发，色红；伴口干，身热、便结、尿黄；舌质暗红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清化湿热，活血化瘀。

方药：马齿苋合剂加减。

（3）热蕴络瘀证

证候：病程较长，皮疹黄褐或暗红，不痛不痒；可有烦热；舌质暗红，舌薄白，脉弦涩。

治法：清热活血，化瘀通络。

方药：桃红四物汤合马齿苋合剂。

2. 外治疗法

（1）各种疣均可选用大青叶、板蓝根、马齿苋、香附、苦参、白鲜皮、薏苡仁等，煎汤趁热洗患处，可使皮疹脱落。

（2）鸦胆子油外涂患处，面部慎用。

（3）用荸荠白色果肉摩擦疣体，每次摩擦至疣体角质层软化，脱掉，微有痛感及点状出血为止，一般数天可愈。或取菱蒂长约3cm，洗去污垢，在患部不断涂擦。

（4）跖疣可用千金散局部外敷。亦可用乌梅肉（将乌梅用盐水浸泡1天，捣为泥状）每次少许敷贴患处。

（5）五妙水仙膏适量，外点皮损。

3. 针灸治疗

（1）艾灸法：寻常疣少者，可用艾柱着疣上灸之，每天1次，每次3壮，至脱落为止。

（2）针刺：用针尖从疣顶部刺入达到基底部，四周再用针刺以加强刺激，针后挤出少许血液，有效者3~4天可萎缩，逐渐脱落。

细目五　脓疱疮

要点一　概述

脓疱疮是一种常见的有传染性的化脓性皮肤病。本病由化脓性球菌引起，具有较强的传染性，有接触传染和自体接种的特性。好发于夏秋季节，多见于儿童。皮损以脓疱、脓痂为特征。属于中医的“黄水疮”、“脓窝疮”、“滴脓疮”范畴。

要点二　临床表现

本病多发于颜面，四肢等暴露部位，主要发于儿童，多见于夏秋两季。根据临床主要症状，可分为两型：

1. 寻常型脓疱疮

多由溶血性链球菌或溶血性链球菌与葡萄球菌混合感染而致病。具有较强的传染性，多流行于学龄前及学龄期儿童。夏秋季高温潮湿的气候条件下发病较多。好发于暴露部位，以颜面、口周、鼻孔附近及四肢为多。初发损害为红色斑点或粟粒至黄豆大的丘疹或水疱，迅速变为脓疱。偶见自开始即呈脓疱者。脓疱壁紧张易破，周围绕以红晕。疱破后露出红色糜烂面，干燥后形成层叠形蜡黄色或灰黄色厚痂，邻近脓疱可因搔抓而向四周扩延，相互融合。自觉瘙痒，病程一般约1周左右，如不及时治疗可迁延日久。重症者，可有高热，伴发淋巴结炎、淋巴管炎、败血症。有的可继发急性肾炎。

2. 大疱性脓疱疮

主要由金黄色葡萄球菌引起。多见儿童，夏季多发，常继发于痱子、汗腺炎及虫咬后。好发于颜面、躯干及四肢暴露部位。皮疹初期为散在水疱，在1~2日内水疱迅速增大，大小约如豌豆、蚕豆或更大。疱壁薄而紧张，周围红晕不显著。水疱内容初淡黄而清澈，以后变混浊。由于体位关系，脓液常沉积于脓疱下方，呈半月形坠积状，为本型脓疱疮的特征之一。一般经数日后疱膜松弛，渐趋破裂，脓液干涸后形成淡黄色痂，痂脱而愈，愈后遗留暂时性色素沉着。有时大疱中央治愈，脓疱边缘向四周扩展，呈环形外观，

称为环状脓疱疮。自觉瘙痒，一般无全身症状。

要点三　诊断

诊断要点：

1. 临床表现

多发于儿童，夏秋季多见。好发于颜面、四肢暴露部位。临床分为寻常型和大疱性二型。皮损为脓疱，寻常型脓疱周围绕以红晕，大疱性有半月形积脓现象。脓疱易破溃、糜烂、结脓痂。

2. 实验室及特殊检查

（1）外周血白细胞总数常升高，大部分患者中性粒细胞增高。

（2）泛发病例血沉增快，由链球菌引起的抗链球菌溶血素“O”增高。

（3）蛋白电泳显示 α 及丙种球蛋白增高。

（4）脓培养多为金黄色葡萄球菌，对青霉素大部分耐药，对新霉素耐药的很少。其次为链球菌。

要点四　鉴别诊断

1. 水痘

（1）多见于冬春季；

（2）全身症状明显；

（3）皮疹以大小不等发亮的水疱为主，向心性分布，疱大者可见脐窝，化脓与结痂现象轻微，常侵及黏膜。

2. 天疱疮

（1）好发于成年人；

（2）皮损为大小不等的圆形或不规则形松弛性大疱，疱液清亮，不含细菌；

（3）尼氏征阳性。

3. 丘疹性荨麻疹

皮疹风团样红斑上出现丘疹或水疱，皮损长轴与皮纹平行，呈纺锤形。

要点五　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

一般不需全身治疗，严重者可选用青霉素类、头孢类、大环内酯类等抗生素，或者根据脓疱脓液培养及药敏试验选用有效抗生素。

2. 局部治疗

脓痂可用高锰酸钾溶液（1：20000）或新洁尔灭溶液除去，外用 0.5% 新霉素液、2% 莫匹罗星软膏。若脓疱较大，用消毒注射器抽出脓液，外用 0.1% 利凡诺溶液等溶液湿

敷。对新生儿患部应保持干燥，应用收敛、杀菌剂，可采用暴露干燥疗法，促使患部及早结痂，上皮恢复，亦可用2%龙胆紫溶液外搽。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）暑湿热蕴证

证候：脓疱密集，色黄，周围有红晕，溃破后糜烂面鲜红，附近淋巴结肿大；或伴有发热口干，便干、尿黄；舌质红，苔黄腻，脉濡数。

治法：清暑利湿解毒。

方药：清暑汤加减。

（2）脾虚湿盛证

证候：脓疱稀疏，色淡黄或淡白，四周红晕不显，破后糜烂面淡红；多伴纳呆，便溏；舌质淡，苔薄微腻，脉濡细。

治法：健脾渗湿。

方药：参苓白术散加减。

2. 外治疗法

（1）脓液多者，选用马齿苋、蒲公英、野菊花、鱼腥草等药适量煎水湿敷或外洗。

（2）脓液少者，用三黄洗剂加入5%九一丹混合摇匀外搽，或颠倒散洗剂外搽。

（3）局部糜烂者，先用明矾溶液洗去脓痂，再将冰硼散撒于患处，或用青黛油外涂；脓痂厚者，可用5%硫黄软膏或红油膏掺九一丹外敷。

细目六　癣

要点一　概述

癣是发生在表皮、毛发、指（趾）甲的浅部真菌皮肤病。由致病的浅部真菌（霉菌）所引起，临床常见的癣病有发于头部的头癣；发于手足部的手足癣；发于面、颈、躯干、四肢的体癣；发于会阴部的股癣等。

要点二　常见类型

1. 头癣

头癣是指毛发和头皮的浅部真菌皮肤病。根据致病真菌的临床表现的不同，又分为黄癣、白癣和黑点癣三种。黄癣以毛干周围互相融合的蜡黄、松脆、蝶状，有特殊鼠尿臭味的黄癣痂，剧烈瘙痒，为其临床特征，易形成瘢痕，永久脱发。白癣以头皮灰白色鳞屑斑片，毛发折断，发根松动，病发基部有白色外套为临床特征。黑点癣以头部大小不等的鳞屑斑片，毛发一出头皮即折落，残留发根显露，表现为黑色小点为临床特征。黄癣相当于中医的“肥疮”，俗称“癞头疮”；白癣相当于中医“白秃疮”；黑点癣属于中医“蛀发癣”范畴。

2. 手足癣

手足癣为手、足部的浅部真菌皮肤病。以手、足部皮肤起丘疹、丘疱疹、水疱、脱皮、皲裂，自觉瘙痒，反复发作为特征。夏季多发，在我国南方，气候温暖，潮湿，更易于发病。手足癣相当于中医的“鹅掌风”，足癣相当于中医的“脚湿气”，俗称“臭田螺”。

3. 体癣

体癣指发于除头皮、毛发、掌跖、甲板以外的平滑皮肤上的浅部真菌皮肤病。以圆形或钱币状红斑，中央常自愈，周边有炎性丘疹、水疱、鳞屑，自觉瘙痒为临床特征。好发于夏季，冬季好转。多见于青年人。相当于中医“圆癣”、“铜钱癣”、“金钱癣”。体癣若长于两大腿根部内侧和臀部，称为股癣，中医称为“阴癣”。

要点三　西医病因病理

1. 头癣

黄癣由许兰氏毛癣菌；白癣由大小孢子菌、铁锈色小孢子菌及羊毛状小孢子菌；黑点癣是由堇色毛癣菌和断发毛癣菌引起。头癣的传染主要是通过理发用具、梳篦、帽子、枕巾等间接传染，少数亦可直接接触，或通过患病的猫、狗等动物传染。头癣菌能消化角蛋白，故只在毛发角化部分生活、繁殖，随被感染的头发向外生长，并把真菌带出毛囊。由于真菌破坏毛发，可使之干枯无光或折断。头癣侵入后不一定都发病，头癣的发生与机体对真菌的抵抗力密切相关。

2. 手足癣

手足癣的致病菌主要是毛癣菌属和表皮癣菌属，常见的有红色毛癣菌、须癣毛癣菌、絮状表皮癣菌和玫瑰色毛癣菌，其他少见的有断发毛癣菌、铁锈色小孢子菌以及白色念珠菌等。由密切接触感染。手、足部皮肤角质层厚，角蛋白为皮肤真菌寄生的营养物质，加之手足部汗腺丰富，出汗多，掌跖部皮肤缺乏皮脂腺，因而缺乏抑制真菌生长的脂肪酸等，均为皮肤真菌生长、繁殖提供了有利条件。

3. 体癣

本病主要由红色毛癣菌、须癣毛癣菌、大小孢子菌及絮状表皮癣菌引起。通过直接接触患者、患癣家畜（狗、猫等）或可由患者原有的头癣、手足癣、甲癣自身传播而来。发病与机体的免疫力密切相关，糖尿病、消耗性疾病等疾病容易感染真菌。气候温暖，环境潮湿更有利于本病的发生。

要点四　中医病因病机

1. 头癣

多因腠理不密，感受风湿热邪，虫毒于肌肤，结聚不散，导致气血郁滞，皮肤失泽，毛发干枯而成。或因接触患者枕、帽或不洁理发工具染毒而生，或由饮食不节，脾胃湿热内蕴，湿热熏蒸肌肤而发。

2. 手足癣

外感风、湿、热邪，蕴积手、足部肌肤。风热盛者，多表现为丘疹、瘙痒、脱屑；脾胃二经湿热下注，或久居湿地，水浆浸渍，感受湿毒而致水疱瘙痒，渗流滋水；病久化燥伤血，气血不能荣润，皮肤失养，则皮肤肥厚、燥裂、瘙痒。

3. 体癣

因环境多热夹湿，肤热多汗，致风湿热虫侵袭皮肤，或因接触不洁之物而发病。

要点五　临床表现

（一）头癣

1. 黄癣

初起毛发根部红色丘疹或脓疱，干后形成黄痂，逐渐增厚扩大，形成碟形黄癣痂，边缘翘起，中心微凹，上有毛发贯穿。剥去痂皮，其下为鲜红湿润的糜烂面或浅表溃疡，有特殊的鼠尿臭味。病发失去光泽，易于脱落，但不折断，若不及时治疗，毛囊受到破坏而形成萎缩性瘢痕，遗留永久性脱发，严重时只在头皮的边缘保留残余的头发。患者自觉瘙痒剧烈，有继发感染时可伴发热，局部淋巴结肿大。黄癣菌也可侵犯头皮外的光滑皮肤及甲部，偶见侵犯内脏器官。

2. 白癣

好发于头顶中间，也可在额顶部或枕部。开始时为大小不一灰白色鳞屑性斑片，圆形或椭圆形，时有瘙痒，其上头发失去光泽，白色斑片日久蔓延扩大，形成大片。患部头发一般距头皮 2 ~ 4mm 处折断，根部有一白色菌鞘围绕，为真菌孢子寄生于发外形成，断发极易拔除。患部皮肤无炎症反应。病程缠绵，迁延数年不愈，但至青春期，大多自愈，新发再生，不留瘢痕。若患处发生感染化脓时，则该处头发永不再生而留有瘢痕。

3. 黑点癣

发病初起为散在性、局限性点状红斑，以后发展为大小不等的圆形或不规则形灰白色鳞屑斑，边缘清楚。病发长出头皮后即折断，远望形如黑点，自觉瘙痒。本病进展缓慢，可经年累月不愈，因毛囊被破坏而形成瘢痕。黑头癣除发生于头皮外，亦可侵犯光滑的皮肤及指（趾）甲。

（二）手足癣

1. 足癣

多见于成年人，男女皆可发病。夏秋季加重，冬春季减轻。密切接触传染。常迁延多年不愈。按其皮损表现可分为以下三型，或单独出现，或各型同时交替出现。

（1）水疱型：多发生在趾间、足跖及其侧缘。皮损为聚集或散在的深在性皮下水疱，壁厚发亮，感觉瘙痒。数天后干燥脱屑或融合成多房性水疱，撕去疱壁可露出蜂窝状基底及鲜红色糜烂面。

（2）浸渍糜烂型：发生于趾缝间，尤以 4、5 趾间多见。表现为趾间潮湿，皮肤浸渍发白，如将白皮剥去，基底呈鲜红色，可有少量淋巴液。瘙痒剧烈。此型易继发感染，并

发急性淋巴管炎，淋巴结炎及丹毒。

（3）鳞屑角化型：以足跟、足跖及其侧缘多见。角质层增厚、粗糙、脱屑、干燥。冬季易发生皲裂，疼痛明显。本型多见于病程长、年龄大的患者。

2. 手癣

临床表现与足癣类似，但分型不如足癣明显。皮损初起为掌心或指缝水疱或掌部皮肤角化脱屑、水疱。水疱破后干涸，叠起白屑，中心向愈，四周继发水疱，并可延及手背、腕部。自觉瘙痒，反复发作手掌皮肤肥厚，皲裂疼痛。损害若侵及指甲，可使甲板增厚或萎缩翘起，色灰白而成甲癣（灰指甲）。

3. 体癣

好发于夏季，冬季常好转。皮疹好发于颜面及颈部，亦可发生于躯干、四肢等处。损害为圆形或钱币形红斑，数目不定，病灶中央常自愈，周边稍隆起，呈活动性，有炎性丘疹、小疱、痂皮、鳞屑等。可形成环形，有时亦可互相融合成多环形或损害中央发生新皮疹而形成同心环状。自觉瘙痒，可反复发作。

股癣多发生在男性成年人，主要发生在腹股沟内侧与阴囊相接触的大腿根部及臀部。皮疹与体癣相似，两侧对称发生，病人自觉剧痒。患处由于搔抓或摩擦，潮湿糜烂，呈湿疹样改变，慢性阶段皮损可以出现苔藓化。胖人多汗者病情较为严重。

要点六　诊断

诊断要点：

（一）临床表现

1. 头癣

（1）黄癣：皮损为以毛发为中心的黄癣痂，伴鼠尿臭味，发展缓慢，毛发脱落，形成永久性脱发。

（2）白癣：皮损为白色鳞屑斑，断发有白色菌鞘，愈后不留瘢痕，青春期可自愈。

（3）黑点癣：皮损为小片白色鳞屑斑，低位断发，形如黑点，进展缓慢，有的至青春期可自愈，病久可形成疤痕。

2. 手足癣

成人多见，发生在手足掌跖处及指（趾）间，夏重冬轻。临床常分三型：

（1）水疱型：以反复出现聚集或散在的深在性水疱为主；

（2）浸渍糜烂型：皮损为角质浸渍、发白、剥脱后形成红色糜烂面、瘙痒剧烈；

（3）鳞屑角化型：角质层粗糙、肥厚、脱屑、干燥，皲裂后疼痛。

水疱型及浸渍糜烂型常合并感染，直接镜检和真菌培养阳性。

3. 体癣

（1）皮疹为丘疹、丘疱疹、水疱，逐渐向周围扩展，中央有自愈倾向，呈环形或多环形，环周有小的丘疹、水疱和鳞屑。

（2）真菌镜检和培养阳性。

（3）好发于颜面、颈部、躯干和四肢，股癣多见于大腿根两侧及臀部。

（二）实验室及特殊检查

1. 镜检

刮取患部鳞屑或拔取病发直接镜检，置载玻片上加 1 滴 10% 氢氧化钾液，覆以盖玻片，在酒精灯上边加温，边压盖玻片，驱除气泡，吸干多余溢液待检。一般以低倍镜观察，黄癣病发可见发内沿长轴排列的菌丝和孢子，滤过紫外线检查显示暗绿色荧光，黄癣痂内可见鹿角状菌丝；白癣病发可见围绕毛发排列的小孢子，滤过紫外线检查显示亮绿色荧光；黑点癣病发可见发内链状排列稍大的小孢子。

2. 真菌培养

取病发直接接种于葡萄糖蛋白胨琼脂培养基上，置室温下培养 13 周，以鉴定菌种。白癣培养为许兰毛癣菌；黄癣培养为大小孢子菌或铁锈色小孢子菌或羊毛状小孢子菌；黑点癣培养为堇色毛菌和断发毛癣菌。

要点七　鉴别诊断

（一）头癣

1. 头皮脂溢性皮炎

（1）好发于青年人；
（2）皮损为白色鳞屑堆叠，搔抓脱落，脱发而不断发；
（3）无传染性；
（4）真菌检查阴性。

2. 银屑病

（1）头部皮损为大小不一略高起的银白色鳞屑性斑块，边界清楚，刮去鳞屑可见出血点，无断发及白色菌鞘；
（2）真菌镜检阴性。

3. 头部湿疹

（1）头部皮损有丘疱疹、糜烂、渗出、结痂等多形损害，瘙痒，一般不脱发；
（2）真菌镜检阴性。

（二）手足癣

1. 手足部湿疹

（1）常对称发生，皮疹为多形性，边界不清，瘙痒剧烈，反复发作；
（2）真菌检查阴性。

2. 汗疱疹

（1）多发生于手足多汗患者，对称发生深在性小水疱，瘙痒及烧灼感；
（2）好发于春秋季。，常每年定期反复发作；
（3）真菌检查阴性。

（三）体癣

1. 玫瑰糠疹

（1）好发于躯干及四肢近心端；

（2）皮疹呈椭圆形，皮疹长轴与皮纹一致，常先出现母斑；

（3）查真菌阴性。

2. 银屑病

（1）皮疹有时呈环形，基底为淡红色浸润性斑块，上覆以多层银白色鳞屑，刮去银屑后有薄膜现象和点状出血；

（2）好发于头部、躯干和四肢；

（3）一般冬重夏轻；

（4）真菌检查阴性。

要点八 治疗

（一）头癣

1. 西医治疗

（1）抗菌疗法：常用药物有灰黄霉素和酮康唑，以灰黄霉素为首选。服药期间应避免服用抑制胃液分泌的药物，定期检查肝功能。其他抗真菌药物如伊曲康唑、疗霉舒等亦可酌情采用。

（2）局部治疗：常用药物有2.5%～5%碘酊、10%硫黄软膏、复方苯甲酸软膏、硝酸咪康唑霜剂及洗剂等。上述药物可选一种，或数种交替外用，擦药时擦遍全头，一般用药5～7周，直到临床症状消失后2周为止，不得中途间断。黄癣患者若菌痂很厚时，应先以油剂除去菌痂，再外擦药物。

2. 中医治疗

（1）辨证论治：虫毒湿聚证。

证候：皮损泛发，蔓延浸淫，或大部分头皮毛发受累，患处皮肤红肿，痂厚；舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：祛风除湿，杀虫止痒

方药：苦参汤加减。

（2）外治方法：选用有杀虫止痒之功的中药外洗，如百部、苦参、地肤子、大枫子、苦楝皮、硫黄、蛇床子等。或采用拔发疗法，其方法是剪发后每天以0.5%明矾水或热肥皂水洗头，然后在病灶处敷药（药宜厚），可用5%硫黄软膏或硫黄膏，用薄膜盖上，包扎或戴帽固定。每天如上法换药1次、敷药1周病发比较松动时，即用镊子将病发连根拔除（争取在3天内拔完）。拔发后继续敷原用药膏，每天1次，连续2～3周。

（二）手足癣

1. 西医治疗

（1）全身治疗：适用于病情较重及反复发作患者，可选用酮康唑、伊曲康唑、特比萘

芬或氟康唑等抗真菌药物口服。

（2）局部治疗：①水疱型选用1%～3%益康唑、克霉唑、联苯苄唑霜及复方苯甲酸搽剂、复方雷锁辛搽剂等外用。②浸渍糜烂型选用高锰酸钾溶液（1∶6000～1∶4000）热浸或醋酸铅液（1∶2000）湿敷。外搽作用比较温和的制剂如复方雷销辛搽剂、2%咪康唑霜等。有时需加用干燥性粉剂如足光粉。③鳞屑角化型先用角质剥脱剂，如10%水杨酸软膏、30%～40%尿素软膏，待角化减轻后，再用咪唑类抗真菌药物。

不论用那种外用药均需坚持连续治疗，1～2个月。如伴发感染，可外用抗炎药物。

2. 中医治疗

（1）辨证论治

1）湿热蕴结证

证候：皮疹以水疱、丘疱疹、糜烂为主，局部红赤肿痛；舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿，解毒消肿。

方药：萆薢化毒汤合五神汤加减。

2）血虚风燥证

证候：皮诊以角质层肥厚、干燥、脱屑、皲裂为主，自觉疼痛；舌质淡红，苔薄白，脉细。

治法：养血祛风。

方药：当归饮子加减。

（2）外治疗法

1）水疱型：可选用1号癣药水、2号癣药水、复方土槿皮酊外搽，二矾汤熏洗，鹅掌风浸泡方或藿香浸剂浸泡。

2）浸渍糜烂型：先以二矾汤，或半边莲60g煎汤，温浸15分钟，然后以皮脂膏或雄黄膏外搽。无皲裂，可用复方土槿皮酊外搽。

3）鳞屑角化型：若有皲裂，以雄黄膏外搽。无皲裂，可用复方土槿皮酊外搽。

伴有甲癣者每日以小刀刮除病甲变脆部分，然后用棉花蘸2号癣药水或3%冰醋酸浸泡或鹅掌风浸泡方浸泡。或采用拔甲方法。若并发淋巴管炎、丹毒者，外用金黄膏。

（三）体癣

1. 西医治疗

（1）全身治疗：全身泛发性癣可选用伊曲康唑、特比萘芬、酮康唑、氟康唑等抗真菌药内服。

（2）局部治疗：酌情外搽复方苯甲酸搽剂或软膏（怀氏搽剂或软膏）、复方雷索辛搽剂（卡氏搽剂）、3%咪康唑霜、1%－2%克霉唑霜、酮康唑霜、联苯苄唑霜、特比萘芬软膏等。

2. 中医治疗

（1）辨证论治

证候：皮疹泛发，瘙痒剧烈，股癣潮湿糜烂，呈湿疹样改变；舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿，祛风止痒。

方药：龙胆泻肝汤加减。

（2）外治疗法：①皮损以丘疹、水疱为主，酌情选用1号、2号癣药水、复方土槿皮酊外搽。②皮损以糜烂、渗出为主，酌情选用二矾汤、半边莲煎液浸泡或用青黛散、五倍子散外扑。待皮疹干燥再外用癣药水或癣药膏。③鳞屑角化型，选用雄黄膏、硫黄膏、复方土槿皮酊、羊蹄根酒外搽。

细目七　疥疮

要点一　概述

疥疮是由疥螨寄生在人体皮肤所引起的一种接触传染性皮肤病。皮损好发于皮肤薄嫩和皱褶处，皮疹主要为丘疹、丘疱疹、水疱及隧道，伴奇痒为临床特征。有较强的接触传染性。中西病名相同，俗称“癞疥”、“虫疥”，继发感染者，称“脓窝疥”。

要点二　病因病理

疥疮是由疥螨引起，引起人体疥疮主要是人疥螨和动物疥螨。疥螨是一种皮内寄生虫，分雌雄两种，成熟的雌虫为卵圆形扁平体，呈黄白色，长约0.3～0.4mm，肉眼可以看到。雄虫较小，长约为雌虫的一半大小，多半游行于皮肤表面。雄虫常在交配后不久死亡，而雌虫受精后钻进皮肤角质下层，边行边排卵，故形成隧道，皮肤上出现灰白色或灰色点状虚线。雌虫钻入处，常发生水疱或脓疱。疥螨离开人体后存活2～3天，还可在内衣裤、被单、被褥等处活动。主要通过人与人直接接触传播，亦可通过使用患者用过的床铺、衣服、毛巾等间接传染。因疥疮的传染性很强，往往一家中均受传染。

要点三　临床表现

常见于皮肤薄嫩部位，如手指缝、腕部屈侧、肘窝、腋窝、女性乳房下、脐周、腰部、下腹部、大腿内侧、外生殖器等部位，多对称发生。成人头面、掌跖等处不易受累，但婴幼儿容易发生。

皮疹主要为丘疹、丘疱疹，可形成小水疱和少数隧道及结节。丘疹、丘疱疹粟粒大小，散在分布或密集成群，淡红色或正常肤色，可有炎性红晕，水疱多见于指缝、腕部等处。隧道长约2～3mm，弯曲，微隆起，呈灰白色或浅黑色纹线，在隧道末端有1个针头大的灰白色或微红的小点，为疥虫隐藏的地方。在阴囊、阴茎、阴唇、大腿内侧等处，可出现豆大淡红色结节，称疥疮结节，经久不消。患者常有奇痒，遇热及夜间尤甚，由于搔抓常致抓痕、结痂及湿疹样变。继发感染而发生脓疱疮、毛囊炎、淋巴管炎、淋巴结炎及蜂窝织炎等。

另有一种疥疮称挪威疥，常发生在免疫功能不良、精神障碍及生理功能衰弱者，表现为全身有大量的鳞屑和结痂，呈剥脱性皮炎样，可发热，剧痒，伴化脓感染。疥螨多，传染性强。

要点四　诊断

诊断要点：

1. 临床表现

有接触疥疮患者病史。好发于指缝、腕部屈侧、肘窝、女性乳房下、下腹部及外生殖器等处。皮疹主要为丘疹、丘疱疹、水疱、隧道及结节等。瘙痒，夜间尤甚。在皮损处可找到疥螨和虫卵。

2. 实验室及特殊检查

刮取丘疹、水疱、隧道内容物，置载玻片上，用低倍镜观察，可发现成虫、幼虫、卵壳或椭圆形黄褐色虫卵。

要点五　鉴别诊断

1. 丘疹性荨麻疹

（1）多见于儿童；

（2）好发于躯干与四肢；

（3）皮疹主要表现为纺锤形小丘疹、丘疱疹及水疱，搔抓后可形成小风团，风团消失后仍为小丘疹，易复发；

（4）常有蚊虫叮咬史。

2. 湿疹

（1）皮损为红斑、丘疹、水疱等多形性皮疹，无一定好发部位；

（2）无传染接触史。

3. 虱病

（1）指缝无皮损，以继发性抓伤为主要表现；

（2）多见于腋窝、腰围、阴部及皱折接触部位；

（3）可找到虱及虫卵。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

瘙痒剧烈者，可选用扑尔敏、苯海拉明、氯雷他定、西替利嗪等抗组胺药口服。继发感染者，可选用抗生素治疗。

2. 局部治疗

（1）1%丙体六六六霜（疥得治），用法为洗澡后晾干半个时，搽药1次，维持24小时后洗澡即可。该药为无臭、无刺激的杀螨药物，疗效较好。但经皮肤吸收后，有潜在性中毒的危险，妇女、儿童不应使用，有皮肤破损者最好不用。

（2）10% ~25%苯甲酸苄脂乳剂。

（3）30%硫代硫酸钠溶液。

（4）亦可选用1%优力肤霜、1%麝香草旺霜、0.1%吴氯菊酯乳剂、0.2%呋喃西林霜等。

疥疮结节的治疗可选用皮质类固醇激素外用，亦可试用局封、液氮冷冻等疗法。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

湿热蕴结证。

证候：皮损以水疱多，丘疹泛发，壁薄液多，破流脂水，浸淫糜烂；或脓疱叠起，或起红丝走窜，淋巴结肿痛；舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热化湿，解毒杀虫。

方药：黄连解毒汤合三妙丸。

2. 外治疗法

硫黄为古今治疗疥疮的特效药。一般外用10%～20%硫黄软膏（婴幼儿用5%浓度）。用药时必须做到：

（1）治疗前先用热水、肥皂洗澡，然后搽以上药物，除头面部外必须搽遍全身，并稍用力搽药。每天早晚各1次，连续3～5天。

（2）搽药期间不洗澡、不换衣，疗程完成后洗澡更衣，并将衣被煮沸消毒，不能蒸煮的物品，可烫熨或日晒。

（3）家中或集体的疥疮患者必须同时治疗。

（4）治疗后需观察1～2周（因疥虫卵需10天左右才能变为成虫），如无新皮疹发生，方可认为痊愈。

细目八　荨麻疹

要点一　概述

荨麻疹是一种常见的皮肤黏膜过敏性疾病，是由于各种因素致使皮肤、黏膜小血管扩张及渗透性增加而出现的局限性水肿反应。其临床特点是皮肤上出现瘙痒性风团，发无定处，骤起骤退，消退后不留任何痕迹。相当于中医的“瘾疹”，俗称“风疹块”。

要点二　病因病理

荨麻疹的发病机理主要有免疫性和非免疫性两类。

（一）免疫性荨麻疹

（1）主要由Ⅰ型变态反应引起，是抗原与IgE作用于肥大细胞与嗜碱性白细胞，使它们脱颗粒而使组胺及其他血管活性物质释放，从而引起毛细血管扩张，通透性增加，平滑肌痉挛，腺体分泌增加等，而形成风团及消化道、呼吸道等症状。

（2）与Ⅱ型变态反应有关，如输血反应，IgE不参与，为IgG和IgM与抗原在红细胞

上起反应。当全部补体被激活导致血管内溶血时，补体 C_3 和 C_5 的活动碎片 C_{3a} 和 C_{5a} 可使肥大细胞释放组胺，从而形成风团。

（3）与Ⅲ型变态反应有关，如血清病型荨麻疹，往往抗原偏多，使形成的抗原抗体复合物沉积于血管壁，在补体参与下，这些沉积物损伤肥大细胞而释放组胺及多种血管活性物质，同时中性白细胞释放溶酶体酶也起着重要作用。

（二）非免疫性荨麻疹

由于某些生物的、化学的及物理的因素，直接作用于肥大细胞与嗜碱性白细胞，使其释放组胺而发病。某些物质如细菌毒素、蛇毒、大红虾等亦可由非免疫方式活化补体而引起组胺释放而发病。

除组胺及补体外，其他生物活性物质如激肽、花生四烯酸代谢物、纤维蛋白溶酶、5－羟色胺也在某些荨麻疹的发病机理中起一定作用。

（三）其他影响因素

饮酒、发热、受冷、运动、情绪紧张能加剧荨麻疹的形成，这是由于上述因素直接作用于小血管和通过内源性激素的改变而作用于肥大细胞释放介质所致。月经前和绝经期后荨麻疹的加剧，可能与内分泌因素有关。

常见的发病诱因有以下几方面：

1. 食物

主要是动物蛋白性食物如鱼（海鱼）、虾、蟹、肉类、蛋类（或已变质）等；食物如茄子、竹笋、菠菜、苹果、李子等蔬菜和水果；加入食物中的颜料、调味品、防腐剂、食物中的天然或合成物质包括酵母、水扬酸、柠檬酸、偶氮样四氮索和安息香酸衍化物也能引起本病。

2. 吸入物

各种花粉、灰、羽毛、真菌的孢子、化妆品、除虫菊、甲醛、蓖麻粉及气体的吸入均可发生荨麻疹。而且这些患者常伴有呼吸道的症状。

3. 药物

一般可分为二类，一类可形成抗原的药物，常见的有青霉素、血清、疫苗、痢特灵、磺胺等。另一类的组胺释放物如阿司匹林、吗啡、可待因、奎宁、胼苯达嗪、筒箭毒碱、多黏菌素、维生素 B_1 等。

4. 感染

各种感染均可引起荨麻疹，如细菌性感染：急性扁桃体炎、咽炎、副鼻窦炎、脓疱病、胆囊炎、胰腺炎等；病毒：病毒性肝炎的前驱期及黄疸期多见，柯萨奇病毒、传染性单核细胞增多症等；寄生虫：疟原虫、蛔虫、钩虫、蛲虫、溶组织阿米巴等肠道寄生虫，以及血吸虫、丝虫、包囊虫等。

5. 昆虫叮咬

蜜蜂、黄蜂、毛虫、甲虫、袋蜘蛛等。

6. 物理因素

如机械和冷、热、光等。

7. 精神因素及内分泌失调

精神紧张、情绪波动等。月经、绝经、妊娠等也可引发本病。

8. 内脏和全身性疾病

系统性红斑狼疮、甲状腺功能亢进、风湿病、类风湿性关节炎、恶性肿瘤等。

9. 遗传因素

如遗传性家族冷荨麻疹综合征、家族性冷荨麻疹、迟延性家族性局限性热荨麻疹、红细胞生成性原卟啉病等。

要点三　临床表现

本病可以发生于任何年龄和季节。发病突然，在皮肤上出现大小形态不一的鲜红或白色的风团，少数患者也可仅有水肿性红斑。可因搔抓刺激，风团互相融合成片，有时在风团表面出现水疱。消退迅速，不留痕迹，以后又不断成批发生，时隐时现，可泛发全身。自觉灼热，瘙痒剧烈。部分患者可有怕冷，发热等症状。如侵犯消化道黏膜，可伴有恶心呕吐，腹痛腹泻等症状；发生于咽喉者，可引起喉头水肿和呼吸困难，甚至可以发生晕厥。荨麻疹型血管炎患者的皮损可发生于任何部位，但以面、上肢和躯干部最多见，反复发作风团，有时为多形红斑样皮损，其上可见微细紫癜，皮损消退后遗留紫癜、鳞屑或色素沉着。

根据病程长短，可分为急性和慢性两种。急性者，骤发速愈，一般约经1周左右可以痊愈；慢性者，病程在1～2个月以上，反复发作，迁延数月，甚至数年。

此外，尚有一些特殊类型，如蛋白胨性荨麻疹（急性蛋白过敏性荨麻疹）、血清病型荨麻疹、皮肤划痕症（人工荨麻疹）、压迫性荨麻疹、冷性荨麻疹（获得性冷荨麻疹、家族性冷荨麻疹）、胆碱能性荨麻疹（小丘疹状荨麻疹）、热荨麻疹、日光性荨麻疹、自身免疫性黄体酮性荨麻疹等。

要点四　诊断

诊断要点：

1. 临床表现

突然发作，皮损为大小不等，形状不一的风团及水肿性斑块。皮疹时隐时现，发无定处，剧烈瘙痒，消退后不留痕迹。部分病人可有腹痛腹泻、发热、关节痛等症状。严重者可有呼吸困难，甚至窒息。结合各项检查有助于病因诊断。

2. 实验室及特殊检查

（1）血液中嗜酸性粒细胞升高。

（2）梅毒血清试验、冷球蛋白和冷纤维蛋白原、冷溶血素和冰块试验对冷荨麻疹诊断有帮助。

（3）血沉、抗核抗体与血清补体测定、直接免疫荧光检查对有补体活化参与所致的荨麻疹诊断有帮助。

（4）血原虫、丝虫、尿液常规及培养、大便找虫卵或寄生虫等对荨麻疹的诊断有帮助。

要点五　鉴别诊断

1. 接触性皮炎

（1）有明确接触史；

（2）皮损多局限于接触部位；

（3）有红斑、肿胀、丘疹、水疱、糜烂、渗出等，但以单一皮损为主；

（4）不接触致敏物，一般不再复发。

2. 多形性红斑

（1）损害多在手足背、颜面、耳等处；

（2）为红斑、水疱，呈环形；

（3）时轻时重，不易消退。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

（1）抗组胺类药物：一般可选用扑尔敏、赛庚定、苯海拉明或息斯敏。慢性荨麻疹可选用安太乐，冷性荨麻疹可选用安替根等。

（2）肾上腺皮质激素：急性严重或顽固性病例，可选用氢化考的松、氟美松等。一般不用于慢性荨麻疹。

（3）拟交感神经药：0.1% 肾上腺素等用于严重的急性荨麻疹、喉头水肿及过敏性休克。

（4）维生素类：维生素 C、P 常与抗组胺类药同用，维生素 K 口服或维生素 B_{12} 对慢性荨麻疹有效。

（5）其他：组胺球蛋白及肽酶治疗慢性荨麻疹。还可选用自血疗法、组织疗法等。

2. 局部治疗

外搽止痒洗剂如荷酚液、1% 麝香草酚、2% 碳酸等。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）风寒束表证

证候：皮疹色白，遇风寒加重，得暖则减；恶寒怕冷、口不渴；舌质淡红，苔薄白，脉浮紧。

治法：疏风散寒，调和营卫。

方药：麻黄桂枝各半汤加减。

（2）风热犯表证

证候：风团鲜红，灼热剧痒，遇热加重，得冷则减；伴有发热，恶寒，肿痛；舌质红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

治法：疏风清热止痒。

方药：消风散加减。

（3）胃肠湿热证

证候：皮疹色红片大，瘙痒剧烈；同时伴腹痛，恶心呕吐、神疲纳呆，大便秘结或泄泻；舌质红，苔黄腻，脉弦滑数。

治法：疏风解表，通腑泄热。

方药：防风通圣散加减。

（4）血虚风燥证

证候：反复发作，迁延日久，午后或夜间加重；心烦易怒，口干，手足心热；舌质淡红少津，苔薄白，脉沉细。

治法：养血祛风，润燥止痒。

方药：当归饮子加减。

2. 外治疗法

（1）香樟木、蚕砂各 30～60g，或葎草、凌霄花、艾叶、冬瓜皮等任选 2～3 味适量煎水外洗。

（2）炉甘石洗剂外搽。

3. 针刺疗法

皮疹发于上半身者，取穴曲池、内关；发于下半身者，取穴血海、足三里、三阴交；发于全身者，配风市、风池、大肠俞等。耳针取穴肝区、脾区、肾上腺、皮质下、神门等。

细目九　接触性皮炎

要点一　概述

接触性皮炎是由于皮肤或黏膜接触刺激物或致敏物后，在接触部位所发生的急性或慢性炎症反应。皮疹可表现为红斑、肿胀、丘疹、水疱、甚至大疱、渗出、糜烂、结痂、或苔藓样变，大多为单一形态，自觉灼热瘙痒，甚至灼痛为临床特征。本病可发生于任何年龄，一年四季均可发病。属中医“漆疮”、“膏药风”、“马桶癣”等范畴。

要点二　病因病理

接触性皮炎的发病可由于原发性刺激引起，或因变态反应所致，而以后者为主。原发性刺激多为细胞毒性或腐蚀刺激物质、接触物对皮肤有很强的刺激性，任何人接触后均可发生，无潜伏期，能直接损害人体细胞，其发病时间快慢和反应程度的轻重与刺激物的性质、浓度、接触部位的皮肤情况及接触时间的长短等有关。因变态反应引起的，接触的物质为致敏因子，一般只有少数人在接触后经过一定潜伏期，在接触的皮肤和黏膜处发生超敏反应性炎症，为迟发Ⅳ型变态反应。有些因素也可影响接触性皮炎的发生，如年龄、性别、受损部位、皮肤的状况、季节等，都应加以注意。

能引起接触性皮炎的物质很多，有原性刺激物和致敏物。有些在低浓度时为致敏物，

但在高浓度时，则具有毒性和刺激性。一般可分为三大类：动物类，如毒毛（毛虫）、动物的毒素；植物类，如生漆、蓖麻、除虫菊等；化学类，如铬酸盐（皮革制品、服装、装饰品的镀铬托、水泥等）、镍酸盐（服装、装饰品、眼镜架）、对苯二胺（染料、颜料、皮毛和皮革制品）、松脂精（溶媒、颜料稀释剂）、香料（化妆品）、环氧树脂（指甲油）、苯唑卡因、洗涤剂等。

要点三　临床表现

有明确的接触病史，一般起病较急，在接触部位出现境界清楚的红斑、丘疹、水疱、甚至大疱，形态与接触物大抵一致，严重者可有表皮松解、甚至坏死，溃疡。如发生于眼睑、包皮、阴囊等皮肤组织疏松部位者，皮肤肿胀，皮肤光亮，皮肤纹理消失，无明显边缘。皮损一般仅限于刺激物接物接触部位，以暴露部位为多，边界清楚，若反应强烈，则皮疹不仅局限于接触部位，甚至泛发全身。自觉灼热、瘙痒，重者有疼痛感，少数患者伴有畏寒、发热、恶心呕吐，头痛头晕。一般去除病因，经治疗后 1 ~ 2 周内皮疹消退而愈，可留下暂时性色素沉着，但再次接触过敏源时，可再发。若反复接触或处理不当，病程迁延而转为亚急性或慢性，表现为轻度红斑、丘疹，境界不清；或局部皮肤轻度增厚及苔藓样变。

要点四　诊断

诊断要点：

1. 临床表现

发病前有明确的接触史。有一定的潜伏期。皮损发生在接触部位，境界清楚，以单一皮损表现为主，去除病因后皮疹很快消退，全身症状轻微。斑贴试验可协助诊断。

2. 实验室及特殊检查

斑贴实验是诊断接触性皮炎最可靠和最简单的方法。方法是将钻制小室贴附于微孔胶纸上，用时将过敏原置于此药室内，然后贴于背部健康皮肤上，经 24 或 48 小时除去试验药室，20 分钟后观察结果，并连续观察 4 ~ 7 天。变态反应皮试阳性可连续 4 天或更长，从第 2 天到第 4 天，反应逐渐加强，以后消退。刺激性反应在去除斑贴试物后 48 小时逐渐减弱。一般所有考虑为变态反应性接触性皮炎者当致病因子不明或不肯定时都适用。

要点五　鉴别诊断

1. 急性湿疹

（1）无明显接触史；

（2）皮疹多形性，边界不清；

（3）常泛发，对称分布，易复发，易转变为慢性。

2. 丹毒

（1）无接触史；

（2）皮损颜色鲜红，边缘清楚，并略隆起；

（3）全身症状较重，常有寒战、高热、头痛、恶心等症状。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

一般可选用抗组胺药物，如扑尔敏、苯海拉明、特非那丁、赛庚啶、西替利嗪、氯雷他定等，口服1～2种，配合维生素C、10%葡萄糖酸钙等。重症泛发性病例可短期内服或静脉注射皮质类固醇激素，如强的松、曲安西龙、氢化可的松、地塞米松等。继发感染者，可选用抗生素。

2. 局部治疗

皮疹以红斑、丘疹为主者，可选用炉甘石洗剂；渗出多时可用1：1000醋酸铅溶液冷湿敷、3%硼酸溶液；局部糜烂、结痂时可选用霜剂或含皮质类固醇糊剂或氧化锌油。慢性期可选用霜剂或软膏。有继发感染时，可用0.1%雷夫奴尔溶液、新霉素溶液或庆大霉素溶液湿敷。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）风热蕴肤证

证候：多发于头面部，皮损为红斑、肿胀或丘疹，水疱较少，渗出不多，自觉瘙痒剧烈；伴心烦、口干、小便微黄；舌质红，苔薄黄，脉浮数。

治法：疏风清热。

方药：消风散加减。

（2）湿热毒蕴证

证候：发于身体下部，皮损色鲜红肿胀，其上有水疱、大疱、糜烂、渗出，自觉灼热瘙痒；伴发热，口渴，便秘，尿黄；舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热祛湿，凉血解毒。

方药：化斑解毒汤加减。

（3）血虚风燥证

证候：病程长，病情反复发作，皮损肥厚干燥有鳞屑，或呈苔藓样变，有抓痕及结痂；自觉瘙痒剧烈；舌质淡红，苔薄，脉弦细。

治法：养血润燥，祛风止痒。

方药：当归饮子合消风散加减。

2. 外治疗法

皮损以红斑、丘疹为主者，选用三黄洗剂、炉甘石洗剂外搽，或选用青黛散冷开水调涂，或1%～2%樟脑、5%薄荷脑粉剂外涂。若有大量渗出、糜烂，选用绿茶、马齿苋、生地、黄柏、石韦、蒲公英等组方煎水湿敷，或用10%黄柏溶液湿敷。漆疱可用鬼箭羽、冬桑叶、杉木屑煎水湿敷或洗涤。糜烂、结痂者，选用青黛膏、清凉油乳剂外搽。皮损肥厚粗糙，或呈苔藓样变者，选用软膏或霜剂，如3%黑豆馏油、糠馏油。

细目十　药物性皮炎

要点一　概述

药物性皮炎是指药物通过口服、注射或皮肤黏膜直接用药等途径，进入人体内所引起的皮肤或黏膜的急性炎症反应。亦称药疹。其特点是发病前有用药史，并有一定的潜伏期，皮损形态多样，可泛发或仅限于局部。相当于中医的“药毒”。

要点二　病因病理

药物性皮炎的发病机理可分为免疫性反应和非免疫性反应两大类。

（一）免疫性反应

即变态反应。与药物性皮炎有关的变态反应包括：IgE 依赖型变态反应（Ⅰ型），可产生荨麻疹、过敏性休克、血管性水肿等；细胞毒性变态反应（Ⅱ型），可引起溶血性贫血、血小板减少性紫癜、粒性白细胞减少等；免疫复合物反应（Ⅲ型），如血清病、血管炎、荨麻疹、肾小球肾炎等；由致敏淋巴细胞介导的迟发型变态反应（Ⅳ型），如接触性皮炎、湿疹样及麻疹样药疹、剥脱性皮炎等。

（二）非免疫性反应

1. 免疫效应途径的非免疫性活化

某些药物如阿司匹林、鸦片类药物等为组胺释放剂，可以直接作用于肥大细胞释放介质，而引起荨麻疹、血管性水肿。或直接活化补体，诱发荨麻疹反应。亦可通过药物抑制环氧化酶，使花生四烯酸产生前列腺素减少，发生过敏反应。

2. 药物的积聚

由于某些药物排泄较慢，或患者肝肾功能障碍，或虽药量不大，但用药时间长，均可造成药物蓄积而诱发药疹。

3. 药物的过量反应

用药剂量过大引起的药物性皮炎称为中毒性药物性皮炎。

（三）药物的光敏反应

服用某些药物后，经日光照射，可引起药物性皮炎，常见的药物有磺胺类、吩噻嗪类、四环素族、避孕药及灰黄霉素等。

引起药物性皮炎的药物较多，常见的有以下种类：磺胺类，如磺胺噻唑、长效磺胺、复方新诺明等；解热镇痛类，如氨基比林、安乃近、去痛片、消炎痛等；抗生素类，如青霉素、链霉素、头孢菌素等；苯巴比妥类，如苯巴比妥、甲丙氨脂、水合氯醛等；异种血清制剂及疫苗，如破伤风抗毒素、蛇毒免疫血清、狂犬免疫血清、狂犬疫苗等；中药，如大青叶、板蓝根、穿心莲、鱼腥草、大黄、地龙、蟾蜍；外用含汞的丹药、六神丸、云南白药、牛黄解毒片等。

要点三　临床表现

本病症状多样，表现复杂，但基本上都具有以下特点：发病前有用药史；有一定的潜伏期，第1次发病多在用药后5～20天内，重复用药常在24小时内发生，短者甚至在用药后瞬间或数分钟内发生；发病突然，自觉灼热瘙痒，重者伴有发热、倦怠、全身不适、纳差。大便干、小便黄赤等全身症状；皮损分布为全身性，对称性，可泛发或仅限于局部，皮损形态多样。临床常见以下类型：

1. 荨麻疹样型

呈大小不一，形态不规则的风团，色泽较一般荨麻疹更红艳，瘙痒剧烈。严重者出现口唇、包皮及喉头等皮肤黏膜疏松部位的血管神经性水肿。多由青霉素、血清制品、痢特灵等引起。

2. 猩红热样或麻疹样型

发病多突然，皮损红灼热，猩红热样疹起为小片红斑，从面颈、上肢、躯干向下发展，于2～3日内遍布全身并相互融合，尤以褶皱部位及四肢屈侧更为明显。麻疹样主要为针尖到米粒大小的丘疹或斑丘疹，散在或密集成片，以躯干为主，可泛发全身。常伴有畏寒、发热等全身症状。多由解热镇痛类、巴比妥、青霉素、链霉素等引起。

3. 多形红斑样型

皮损为大小不等的圆形或椭圆形红斑、丘疹，中央常有水疱，周围颜色紫红，对称性发生于四肢、躯干、口腔、口唇等处。并伴有发热，关节痛，腹痛等全身症状。严重者，口腔、肛门、外生殖器部黏膜出现水疱、糜烂，疼痛剧烈。常由磺胺类、巴比妥类及解热镇痛药引起。

4. 固定型药疹

皮疹为限局性圆形或椭圆形水肿红斑，颜色鲜红或紫红。重者中央可形成水疱，愈后遗留色素沉着，发作愈频则色素愈深，每次服用同样药物后则在同一部位发生，也可同时增加新的损害。皮疹数目可单个或多个，可发生在全身任何部位，但以口唇及口周围、龟头、肛门等处多见。常由磺胺类、解热止痛剂及巴比妥类等药引起。

5. 剥脱性皮炎型

此型较为严重。起病较急，呈进行性加重。初期多为麻疹、猩红热样表现，继而全身潮红、肿胀、呈鲜红色或棕红色，大量脱屑，手足部可出现手套或袜套样剥脱、脱屑大约持续1个月左右，部分可出现糜烂、渗出、结痂，病程常超过1个月。严重者毛发、指甲都可以脱落。可伴有恶寒、高热、恶心、呕吐，有的可合并淋巴结肿大、蛋白尿、肝大、黄疸等全身症状。多由巴比妥类、磺胺、保泰松、对氨基水杨酸钠、青霉素、链霉素等引起。

6. 大疱性表皮松解型

此型为本病中最严重的一种，全身中毒症状严重，死亡率高。皮疹初起于面、颈、胸部，发生深红色、暗红色及略带铁灰色斑，很快融合成片，发展至全身。触痛明显，红斑处起大小不等的松弛性水疱，或形成大面积表皮坏死松解，尼氏征阳性。有时初起皮疹如

多形红斑或固定性药疹，很快再发展为大片红斑、大疱、表皮剥脱。常伴有高热、烦躁、咽痛、腹泻，严重者可出现神昏谵语，甚至昏迷。如抢救不及时，可死于感染、毒血症、肾衰、肺炎或出血。常由磺胺类、解热止痛剂、抗生素、巴比妥类等药引起。

7. 湿疹皮炎样型

常由外用药物过敏引起接触性皮炎后，再经内服、注射或外用相同类似药物后，导致发生泛发性或对称性湿疹样损害的皮疹，自觉剧烈瘙痒，或有发热不适等全身症状。常由青霉素、链霉素、磺胺、汞剂及奎宁等药引起。

8. 光敏皮炎型

皮疹形态如湿疹样，以露出部位较为严重，但远隔暴露日光部位亦有发生。停用药物后，反应可持续几星期，当再次使用本药，加上光线照射，皮肤在 48 小时内激起湿疹样反应。少数患者可发生荨麻疹或苔藓样疹。多由于服用冬眠灵、磺胺、非那根、双氢克尿噻、四环素、补骨脂等药后再经日光或紫外线照射而引起。

要点四　诊断

诊断要点：

1. 临床表现

（1）发病前有服药史。
（2）皮疹大多对称分布，广泛发作，形态不一。
（3）有一定的潜伏期，一般多发生在用药后 3 周内。
（4）发病急剧，自觉灼热、瘙痒，可伴发热、倦怠等全身症状。
（5）严重者伴有内脏损害。

2. 实验室及特殊检查

（1）血常规检查：大部分血白细胞略有增高，部分嗜酸性粒细胞有不同程度的增高。
（2）如并发内脏反应，应检查肝肾功能。
（3）皮肤试验和激发试验，用来确定致敏药物。

要点五　鉴别诊断

1. 麻疹

多先有上呼吸道症状及怕冷、发热等；2 ~ 3 天后颊黏膜上可见到 Koplik 斑。

2. 猩红热

皮疹出现前全身症状明显，出现高热、头痛、咽痛等；典型者有杨梅舌、口周苍白圈。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

（1）轻型：一般使用抗组胺药物、维生素 C 和钙剂。必要时口服中等剂量强的松，

待皮疹消退后逐渐减量以致停药。

（2）重型：早期足量使用皮质类固醇激素，如氢化可的松或地塞米松，维生素 C 2～3g，加入 5%～10% 葡萄糖溶液 1000～2000ml 中，静脉滴注，至病情缓解。稳定后改用强的松口服；加强支持疗法，注意水电解质平衡；防止继发感染，采取严格消毒隔离措施，并发感染，应选用适当的抗生素。

（3）过敏性休克的抢救：立即皮下或肌肉注射 1：1000 肾上腺素 0.5～1.0ml，病情严重的可考虑静脉给药；有呼吸困难者给氧，静脉注射氨茶碱，缓慢注射。如有呼吸道梗阻症状则考虑气管插管，必要时作气管切开；皮质类固醇激素，如氢化考的松 100mg 加入 25% 葡萄糖 40ml 静脉推注，或地塞米松 5mg 肌肉注射或静脉注射；注意血压情况，如血压持久偏低（收缩压低于 80mmHg）时可给予去甲肾上腺素或升压药物静脉滴注。

2. 局部治疗

可选用炉甘石洗剂以止痒，有糜烂、渗出时，可用 1 万单位庆大霉素或 0.1% 新霉素溶液湿敷，结痂时可选用湿敷类或含皮质类固醇糊剂或氧化锌油。对剥脱性皮炎及大疱表皮松解型则以暴露疗法为好。

（二）中医治疗

1. 辨证诊治

① 湿毒蕴肤证

证候：皮疹为红斑、丘疹、风团、水疱，甚则糜烂渗液，表皮剥脱；伴灼热剧痒，口干，大便燥结，小便黄赤，或有发热；舌质红，苔薄白或黄，脉滑或数。

治法：清热利湿，解毒止痒。

方药：萆薢渗湿汤加减。

② 热毒入营证

证候：皮疹鲜红或紫红，甚则为紫斑，血疱，灼热痒痛；伴高热，神志不清，口唇焦燥，口渴不欲饮，大便干结，小便短赤；舌质红绛，苔少或镜面舌，脉洪数。

治法：清热凉血，解毒护阴。

方药：清营汤加减。

（3）气阴两虚证

证候：重症者后期大片脱屑；伴低热，神疲乏力，气短，口干欲饮；舌质红，少苔，脉细数。

治则：益气养阴清热。

方药：增液汤合益胃汤加减。

2. 外治疗法

（1）皮损潮红无渗出者，用马齿苋或大青叶煎汤外洗，或三黄洗剂外搽。

（2）皮损潮红肿胀、糜烂者，用马齿苋或黄柏煎汤冷湿敷，青黛散麻油调敷。

（3）皮损脱屑干燥，用麻油或甘草油揩痂皮。

细目十一　湿疹

要点一　概述

湿疹是一种具有渗出倾向的炎症性皮肤病。其特点是：皮损对称分布，多形损害，剧烈瘙痒，有湿润倾向，反复发作，易成慢性等。根据病程可分为急性、亚急性、慢性三类。本病属于中医“湿疮”、“浸淫疮”、“血风疮”范畴。

要点二　病因病理

湿疹的病因较复杂，多由于体内、外因素相互作用所致。外在因素如生活环境、气候条件等均可影响湿疹的发生。外界因素，如日光、紫外线、寒冷、火热、干燥、多汗、搔抓、摩擦以及各种动物皮毛、植物和化学物质等。有些日常生活用品如化妆品、香料、肥皂、人造纤维等也可诱发湿疹。某些食物如蛋类、鱼虾及牛奶等也可使某些人湿疹加重。内在因素如过敏体质、新陈代谢障碍、内分泌和消化道功能紊乱、神经精神功能障碍、失眠、过度疲劳、精神紧张、过劳、情绪变化、病灶感染、肠寄生虫病等。

从发病机理上看，湿疹主要由复杂的内外激发因子引起的一种迟发型变态反应。患者可能具有一定的体质，受遗传因素支配，故在特定的人中发生，但又受健康情况及环境条件的影响。患者的敏感性很强，斑贴试验时可对许多物质发生阳性反应，除去某些致敏因子，湿疹病变不会很快消失，但也有的患者通过加强锻炼，改变环境等使机体的反应性发生变化，再接受诱发湿疹的各种刺激，可不再发生湿疹。

要点三　临床表现

湿疹皮损多样，形态各异，病因复杂，表现不一，可发生于任何部位，甚则泛发全身，但大多发生在人体的屈侧、折缝处，如耳后、肘窝、乳房下、阴囊、肛门周围等。根据病程和皮损特点，一般可分为急性、亚急性、慢性三类。

（一）急性湿疹

急性发病，皮损为多密集的粟粒大小的丘疹、丘疱疹，基底潮红，由于搔抓，丘疹、丘疱疹或水疱顶端抓破后流滋、糜烂及结痂，皮损中心较重，外周有散在丘疹、红斑、丘疱疹。病变常为片状或弥慢性，无明显边界。皮损呈多形性，常有红斑、潮红、丘疹、丘疱疹、水疱、脓疱、流滋、结痂等数种皮损共存。可发生在身体的任何部位，亦可泛发全身，但常发于头面、耳后、手足、阴囊、外阴、肛门等，多呈对称分布。急性湿疹经过治疗，1～2 个月脱去痂皮而愈。因搔抓继发感染可形成糜烂、渗液、化脓，并可并发毛囊炎、局部淋巴结炎等。

（二）亚急性湿疹

常由于急性湿疹未能及时治疗，或处理不当，致病程迁延所致。皮损较急性湿疹轻，以丘疹、结痂、鳞屑为主，仅有少量水疱及轻度糜烂。

（三）慢性湿疹

由于急性和亚急性湿疹处理不当，长期不愈或反复发作而成。部分病人一开始即表现为慢性湿疹的症状。皮损表现为皮肤肥厚粗糙、浸润，色暗红或紫褐色，有不同程度的苔藓样变。皮损表面常附有鳞屑伴抓痕、血痂、色素沉着，部分皮损可出现新的丘疹或水疱，抓破后有少量流滋。皮损多局限于某一部位，如小腿、手足、肘窝、腘窝、外阴、肛门等处。发生于手足及关节部位者，常易出现皲裂，自觉疼痛，影响活动。患者自觉瘙痒，呈阵发性，夜间或精神紧张、饮酒、食辛辣发物时瘙痒加剧。病程较长，反复发作，时轻时重。

湿疹由于某些特定的环境或某些特殊的致病条件，某些特定部位，临床表现可有一定的特异性。常见特定部位湿疹有以下几种。

1. 头部湿疹

多由染发、生发、洗发剂等刺激。呈弥慢性，甚至累及整个头皮。急性者局部潮红、水疱、糜烂、渗出，结成黄痂，有时头发粘集成团，继发感染者则为脓疱疹，可发展成毛囊炎、疖，引起疤痕性脱发。慢性者以瘙痒、脱屑为主。

2. 耳部湿疹

多发生在耳后，也可见于耳轮上部及外耳道，皮损表现为红斑、流滋、结痂及皲裂，有时带脂溢性，常两侧对称。

3. 面部湿疹

常见于额部、眉、耳前等处。皮损为淡色或微红的斑，其上有或多或少的鳞屑，常对称分布，病情易反复发作。

4. 乳房湿疹

主要见于女性。损害局限于乳头，表现为潮湿、糜烂、流滋，上覆以鳞屑，或结黄色痂皮，反复发作，可出现皲裂、疼痛，自觉瘙痒，一般不化脓。

5. 脐部湿疹

皮损为位于脐窝的鲜红或暗红色斑片，或有糜烂、流滋、结痂，皮损边界清楚，不累及外周正常皮肤，常有臭味，自觉瘙痒，病程长。

6. 肘部湿疹

常见于肘关节下端伸侧，边缘局限性小斑片，分布常对称，皮损干燥、变厚，以少许鳞屑或薄痂，有的出现苔藓样变，边缘可呈斜坡形，如遇刺激可出现暂时性急性发作，病程缓慢。

7. 手部湿疹

好发于手背及指端掌面，可蔓延至手背和手腕部，皮损形态多样，边界不清，表现为潮红、糜烂、流滋、结痂。至慢性时，皮肤肥厚粗糙。因手指经常活动而皲裂，病程较长，顽固难愈。

8. 小腿湿疹

常见于小腿下 1/3 内侧，多伴有静脉曲张，皮损呈局限性暗红色，弥漫密集丘疹、丘

疱疹、糜烂、流滋，日久皮肤变厚，色素沉着。

9. 阴囊湿疹

局限于阴囊皮肤，有时延至肛周，甚至阴茎部。有潮湿型和干燥型两种，前者表现为整个阴囊肿胀、潮红。轻度糜烂、流滋、结痂，日久皮肤肥厚，皮色发亮，色素加深；后者潮红、肿胀不如前者，皮肤浸润变厚，呈灰色，上覆鳞屑，且有裂隙，因经常搔抓而有不规则小片色素消失，瘙痒剧烈，夜间更甚，常影响睡眠和工作。

10. 钱币状湿疹

是湿疹的一种特殊类型，因其皮损似钱币状而得名。常发于冬季，与皮肤干燥同时发生。皮损好发于手足背、四肢伸侧、肩臀、乳房等处。皮损为红色小丘疹或丘疱疹，密集而呈钱币状，滋水较多。慢性者皮肤肥厚，表面有结痂及鳞屑，皮损的周围散发丘疹、水疱，常呈“卫星状”。自觉瘙痒剧烈，反复发作，不易治愈。

要点四　诊断

诊断要点：

（一）临床表现

1. 急性湿疹

本病起病较快。皮损呈多形性，对称分布，以头、面、四肢远端、阴囊等处多见，可泛发全身。自觉灼热、剧烈瘙痒。可发展成亚急性或慢性湿疹。

2. 亚急性湿疹

常由急性湿疹病程迁延所致。皮损渗出较少，以丘疹、丘疱疹、结痂、鳞屑为主。有轻度糜烂，颜色较暗红。自觉瘙痒剧烈。

3. 慢性湿疹

常由急性湿疹或亚急性湿疹长期不愈转化而来。皮损多局限于某一部位，境界清楚，有明显的肥厚浸润，表面粗糙，或呈苔藓样变，颜色褐红或褐色，常伴有丘疱疹、痂皮、抓痕。常反复发作，时轻时重，有阵发性瘙痒。

（二）实验室及特殊检查

血液中嗜酸性粒细胞可增加。

要点五　鉴别诊断

1. 接触性皮炎与急性湿疹相鉴别

（1）本病有接触过敏物病史；
（2）常见于暴露部位或接触部位；
（3）皮损以红斑、水疱或大疱为主，边界清楚；
（4）去除病因后很易痊愈，不复发。

2. 药物性皮炎与急性湿疹相鉴别

（1）发病突然，皮损广泛而多样；

（2）一般发病前有明确的服药史。

3. 神经性皮炎与慢性湿疹相鉴别

（1）本病多发于颈、肘、尾骶部，常不对称；

（2）有典型的苔藓样变，无多形性皮损，无渗出。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

（1）抗组胺类药物：如扑尔敏、赛庚啶、息斯敏、西替利嗪、氯雷他定等，必要时可两种配合或交替使用。

（2）镇静剂：如5%溴化钠注射、冬眠灵等。

（3）非特异性脱敏疗法：急性或亚急性泛发性湿疹时，可静脉注射10%葡萄糖酸钙或10%硫代硫酸钠、维生素C。

（4）普鲁卡因静脉注射：用药前需做普鲁卡因皮试。

（5）皮质类固醇激素：皮损广泛，多种疗法效果不明显者，可考虑应用皮质类固醇激素。一旦病情被控制后即应酌情减量撤除。

（6）抗生素应用：继发感染者，根据药敏试验选用有效抗生素，常用的有青霉素、大环内酯类抗生素、喹诺酮类抗生素。

2. 局部治疗

（1）急性湿疹：急性红肿，有大量浆液或脓液，或多或少痂皮的糜烂面和溃破面，宜用湿敷。如醋酸铅、3%硼酸溶液、高锰酸钾溶液等；急性红肿，有丘疹水疱，甚至脓疱疹，但无糜烂面或溢液，则采用干燥疗法，如炉甘石洗剂或粉剂外搽。

（2）亚急性湿疹：炎症不显著或稍有溢液，宜用糊剂，如3%～5%糠馏油糊剂或含有2%～5%的硫黄煤焦油糊剂，3%黑豆馏油等。

（3）慢性湿疹：以止痒、抑制表皮细胞增生、促进真皮炎症浸润吸收为原则。常用药物有5%～10%复方松馏油软膏、10%～20%黑豆馏油软膏、皮质类固醇激素乳剂等。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）湿热浸淫证

证候：发病急，皮损潮红灼热，瘙痒无休，抓破渗液流脂水；伴身热，心烦，口渴，大便干，尿短赤；舌质红，苔黄或黄腻，脉滑或数。

治法：清热利湿。

方药：萆薢渗湿汤合三妙丸加减。

（2）脾虚湿蕴证

证候：发病缓慢，皮损潮红，瘙痒，抓后糜烂渗出，可见鳞屑；伴有纳少，腹胀便溏；舌淡胖，苔白或腻，脉弦缓。

治法：健脾利湿。

方药：除湿胃苓汤加减。

（3）血虚风燥证

证候：病程久，皮损色暗或色素沉着，剧痒，或皮损粗糙肥厚；伴口干不欲饮，纳差、腹胀；舌质淡，苔白，脉弦细。

治法：养血润肤，祛风止痒。

方药：当归饮子加减。

2. 外治疗法

（1）急性湿疹：初期仅有潮红、丘疹，或少数水疱而无渗液时，外治宜清热利湿，避免刺激，可选用苦参、黄柏、地肤子、荆芥等煎汤温洗以清热止痒。或10%黄柏溶液、炉甘石洗剂外搽。

若水疱糜烂、渗出明显时，外治宜收敛、消炎，促进表皮恢复，可选用黄柏、生地榆、马齿苋、野菊花等煎汤外洗，或10%黄柏溶液、三黄洗剂等外洗湿敷。青黛散麻油调敷。后期滋水减少时，可选用黄连软膏、青黛膏外搽。

（2）亚急性湿疹：外治以消炎、止痒、干燥、收敛为治疗原则，可用三黄洗剂、氧化锌油、10%生地榆氧化锌油、2%冰片外搽。

（3）慢性湿疹：可选用青黛膏、5%硫黄软膏、2%冰片等外搽。

细目十二　神经性皮炎

要点一　概述

神经性皮炎是一种常见的慢性炎症性皮肤病。其特点是多见于青壮年。皮损多是圆形或多角形扁平丘疹融合成片，阵发性剧痒，搔抓后皮损肥厚，皮沟加深、皮嵴隆起，极易形成苔藓样变。本病属于中医的“摄领疮”、“牛皮癣”范畴。

要点二　病因病理

本病病因尚不明确，一般认为与神经功能障碍、大脑皮质兴奋和抑制平衡失调有关。患者常伴有神经衰弱、失眠，每因情绪波动、精神过度紧张而致病情加重或复发。神经精神因素、饮食、胃肠道功能障碍、内分泌失调为其主要诱因。感染性病灶的致敏，局部受毛织品、硬质衣领或化学物质等刺激，亦可成为致病诱因。搔抓摩擦是诱发本病导致苔藓样变的重要因素。

其病理表现为表皮角化过度与轻度角化不全，表皮突延长加宽、棘层肥厚，真皮为慢性炎细胞浸润，并可伴成纤维细胞增生甚至纤维化，银剂染色显示Schwann细胞增生。

要点三　临床表现

临床上可分为局限性和播散性两种类型。

1. 局限性神经性皮炎

也称慢性单纯苔藓或韦达苔藓。开始常先感局部阵发性瘙痒，经搔抓或摩擦后出现成

群粟粒至米粒大的扁平丘疹，干燥而结实，皮色正常或淡褐色，表面光泽，或有糠秕状菲薄鳞屑。逐渐融合扩大，浸润肥厚，脊沟明显，呈苔藓样变。皮损境界清楚，局部伴有抓痕和血痂。好发于颈项部、额部，其次为骶尾、肘窝、腘窝，亦可见于腰背、两髋、外阴、肛门、腹股沟、眼睑及四肢等处。

2. 播散性神经性皮炎

皮损与局限性神经性皮炎相似，但分布广泛而弥散，既有扁平丘疹，亦有大小不一的苔藓样斑片。皮损多先发于颈部，向上蔓延至眼睑及头部，向下蔓延至肩背、腰及四肢，泛发全身各处。有的皮损可沿抓痕呈条状排列。自觉阵发性剧痒，夜间尤甚。

本病呈慢性经过，常经年不愈，有时虽减轻或消退，但易复发。因剧痒易抓破表皮，可致湿疹样皮炎或继发感染，或因处理不当而产生接触性皮炎。

要点四　诊断

诊断要点：

（1）多见于青壮年，好发于颈部、额部；

（2）皮损为扁平丘疹和苔藓样斑片；

（3）阵发性剧痒，慢性病程，常多年不愈，易反复发作。

要点五　鉴别诊断

1. 慢性湿疹

（1）由急性湿疹转变而来；

（2）皮损也可苔藓化，但仍有丘疹、水疱、糜烂、渗出；

（3）病变多在四肢屈侧。

2. 扁平苔藓

（1）皮损多为暗红、紫红或正常皮色的圆形或多角形扁平丘疹，有蜡样光泽，可累及黏膜及指（趾）甲；

（2）组织病理有其特点。

3. 皮肤瘙痒症

（1）老年多见；

（2）无原发损害，先有瘙痒，时久可由搔抓皮损出现苔藓化。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

（1）神经衰弱或瘙痒剧烈者，给予镇静剂、安定剂及抗组胺类药物。

（2）泛发者，可采用0.25%盐酸普鲁卡因静脉封闭。

2. 局部治疗

（1）皮损苔藓化较轻，部位较局限者可外涂皮质类固醇激素霜剂或软膏，或在皮质类

固醇激素乳剂中加入4% ~10%黑豆馏油，亦可用松馏油酊等外涂。

（2）皮肤苔藓化明显或皮肤呈革样化者，可选用以下方法。5%水杨酸、10%黑豆馏油软膏，类固醇乳膏，去炎松尿素乳膏。亦可外擦5%水杨酸酊剂、10%松馏油酊剂后，再涂以上乳膏；皮质类固醇激素霜剂或黑豆馏油软膏薄涂于皮损，外加塑料纸或橡皮膏封包；复方奎宁注射液2ml，加2%盐酸普鲁卡因2ml，作局部皮损处皮下注射封闭，每周1次，4~6次为1疗程。使用时注意不能注入皮内，否则可致局部皮肤坏死。

3. 物理疗法

对局限性皮损可酌情选用蜡疗、浅层X线、紫外线、液氮或二氧化碳雪冷冻、氦氖激光照射、磁疗、蜡疗及矿泉治疗等。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）肝郁化火证

证候：皮疹色红；伴心烦易怒，失眠多梦，眩晕，心悸，口苦咽干；舌边尖红，脉弦数。

治法：疏肝理气，清肝泻火。

方药：龙胆泻肝汤加减。

（2）风湿蕴肤证

证候：皮损淡褐色片状，粗糙肥厚，剧痒时作，夜间尤甚；舌淡红，苔薄白或白腻，脉濡缓。

治法：祛风利湿，清热止痒。

方药：消风散加减。

（3）血虚风燥证

证候：皮损色淡或灰白，状如枯木，肥厚粗糙似牛皮；心悸怔忡，失眠健忘，女子月经不调；舌淡，苔薄，脉细。

治法：养血润燥，熄风止痒。

方药：当归饮子加减。

2. 外治疗法

（1）肝郁化火及风湿蕴肤证，可用三黄洗剂外搽。

（2）血虚风燥证，用2号癣药水外擦；或疯油膏加热烘疗法，局部涂油膏后，热烘10~20分钟，烘后即可将所涂药膏擦去。

（3）羊蹄跟散醋调擦患处。

（4）醋泡鸡蛋，将泡过的鸡蛋的蛋黄与蛋白拌匀，用棉棒或棉球蘸其液外涂数次。

（5）皮损浸润肥厚剧痒者，用青核桃切开取果皮直接擦患处，或鲜石榴皮蘸明矾末外擦患处。

3. 针灸疗法

（1）针刺：取曲池、血海、大椎、足三里、合谷、三阴交等，隔日1次。

（2）梅花针：苔藓化明显者，用梅花针在患处来回移动击刺，每天1次。

（3）艾灸：对范围较小的损害，可用艾卷灸患处或用艾绒隔鲜姜片灸之。

细目十三　皮肤瘙痒症

要点一　概述

皮肤瘙痒症是指无原发性皮肤损害而以瘙痒为主要症状的皮肤感觉异常的皮肤病。以皮肤阵发性瘙痒，搔抓后常出现抓痕、血痂、色素沉着和苔藓样变等继发性损害为临床特征。属于中医的“风瘙痒”、“痒风”范畴。

要点二　病因病理

本病的发病因素包括内因或外因两方面：

1. 内因

多与某些内部疾病有关，如神经衰弱、大脑动脉硬化、甲状腺功能异常、糖尿病、月经病、贫血、白血病、何杰金氏病、蕈样肉芽肿、淋巴肉瘤、肾炎、膀胱炎、习惯性便秘及肝胆疾患等。阻塞性黄疸引起的皮肤瘙痒，其剧烈程度有时与皮肤中所含的胆盐浓度相平行。尿毒症患者常见的皮肤症状也是全身性和难以忍受的瘙痒，可能与尿毒症时的某些代谢失去平衡有关。其他如风湿热、类风湿性关节炎、结核病、肠寄生虫病、病灶感染、药物反应、妊娠以及烟、酒和辛辣食品等。

2. 外因

与环境因素（包括季节、气温、湿度和工作现场等）、生活习惯（如使用碱性强的肥皂或皂粉，穿着毛衣或化纤织物）、皮肤情况（如皮肤干燥、皮肤萎缩）等有关。

局限性瘙痒症的病因除上述因素外，肛门瘙痒病多与蛲虫病、前列腺炎、外痔、肛裂及粪便残迹的刺激有关。阴囊瘙痒病常与局部多汗、摩擦及股癣等有关。女阴瘙痒病多与白带、阴道滴虫病、阴道真菌病、淋病、糖尿病及宫颈癌等有关。女阴瘙痒病大多为绝经期前后的妇女，故也可能与内分泌失调、性激素水平低下及更年期植物神经功能紊乱等有关，患者常伴有多汗、情绪不稳以及失眠。

要点三　临床表现

好发于老年及青壮年，无原发性皮肤损害。临床将本病分为全身性和局限性两种类型。

（一）全身性瘙痒症

最初瘙痒仅局限于一处，进而逐渐扩展至身体之大部或全身。瘙痒常为阵发性，尤以夜间为重。饮酒之后、情绪变化、被褥温暖及搔抓摩擦，甚至某些暗示，都可促使瘙痒发作或加重，瘙痒的程度因人而异，有的轻微，时间也较短暂；有的剧烈，难以忍受，常不断搔抓，直至皮破血流有疼痛感觉时为止。由于剧烈搔抓，往往引起条状表皮剥脱和血痂，亦可有湿疹样变、苔藓样变及色素沉着等继发皮损。有继发感染时，可发生脓疱疮、毛囊炎、疖病、淋巴管炎及淋巴结炎等。由于瘙痒剧烈，长期不得安眠，可有头晕、精神

忧郁及食欲不振等神经衰弱的症状。老年人因皮肤腺体功能减退，皮肤萎缩、干燥、粗糙，易泛发全身性瘙痒，称为老年瘙痒症。与季节关系明显者如每逢冬季即泛发全身瘙痒，春暖缓解，或逢夏季瘙痒，秋凉自愈的，均称为季节性瘙痒症。

（二）局限性瘙痒症

好发于肛门、阴囊、女阴和小腿等部位。

1. 肛门瘙痒症

一般瘙痒仅局限于肛门及其周围的皮肤，但有时亦可蔓延至会阴、女阴或阴囊的皮肤，因经常搔抓，肛门皱襞肥厚，亦可有辐射状皲裂、浸渍、苔藓样变或湿疹样变等继发性损害。

2. 阴囊瘙痒症

瘙痒大都局限于阴囊，亦可波及阴茎、会阴及肛门。由于经常搔抓，亦会出现苔藓样变、湿疹样变或感染等继发性损害。

3. 女阴瘙痒症

部位主要在大阴唇和小阴唇，但阴阜、阴蒂及阴道黏膜亦常有瘙痒感。因不断搔抓，阴唇部常有皮肤肥厚及浸渍，阴蒂及阴道黏膜可有红肿及糜烂。

要点四　诊断

诊断要点：

全身性或局限性皮肤瘙痒，仅有继发改变而无原发性皮肤损害。诊断皮肤瘙痒症时，应详问病史，进行必要的全面检查，尽可能寻找病因及原发病。

要点五　鉴别诊断

1. 荨麻疹

突然发生，出现大小不等的风团，色红或苍白，迅速出现，迅速消退，消退后不留任何痕迹。

2. 虫咬皮炎

皮疹多见于头面、颈项、手足等暴露部位；有小出血点、丘疹、疱疹、风团、肿胀。

3. 药物性皮炎

有用药史；皮损表现不一，形态各异；停止用药后，皮损可消失。

4. 疥疮

皮损发生在手指缝、会阴部及皱褶部位；有丘疹、血痂，开始有条索状隧道；可找到疥虫；在集体和家庭有类似病史。

5. 神经性皮炎

好发于颈、小腿、踝、耳后等部位；皮肤苔藓样变明显且出现较早。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

（1）抗组胺类药：可酌情选用扑尔敏、赛庚啶、息斯敏、西替利嗪、氯雷他定等。

（2）普鲁卡因静脉封闭、钙剂或硫代硫酸钠静脉注射、组织胺蛋白皮下注射对全身性瘙痒可能有效。亦可选用镇静剂。

（3）老年患者可用性激素治疗。男性用丙酸睾丸酮或甲基睾丸酮；女性用己烯雌酚。

2. 局部治疗

外用药物治疗根据病情选用含止痒剂的炉甘石洗剂、达克罗宁洗剂或乳剂、薄荷脑软膏、苯唑卡因软膏、糠馏油、黑豆馏油霜、皮质类固醇激素软膏或霜剂等进行治疗。

3. 物理疗法

可选紫外线照射、皮下输氧、淀粉浴、糠浴或矿泉浴等。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）风热血热证

证候：皮肤瘙痒剧烈，遇热更甚，皮肤抓破后有血痂；伴心烦，口渴，尿黄，便秘；舌质红，苔薄黄，脉浮数。

治法：疏风清热，凉血止痒。

方药：消风散合四物汤加减。

（2）湿热蕴结证

证候：瘙痒不止，抓破后脂水淋漓；伴口干口苦，胸胁闷胀，小便黄赤，大便秘结；舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿止痒。

方药：龙胆泻肝汤加减。

（3）血虚肝旺证

证候：老年人为多见，病程较长，皮肤干燥，抓破后血痕累累；伴头晕眼花，失眠多梦；舌红，苔薄，脉细数或弦数。

治法：养血润燥，祛风止痒。

方药：当归饮子加减。

2. 外治疗法

（1）周身皮肤瘙痒者，可选用百部酊、苦参酒外搽。

（2）皮损有湿疹化者，用三黄洗剂外擦。

（3）各型瘙痒症，可用药浴或熏洗、熏蒸疗法，如苦参、白鲜皮、百部、蛇床子、地肤子、地骨皮、花椒等煎水作全身熏浴，矿泉浴等。

（4）皮肤干燥发痒者，可外用各种润肤膏薄搽。

3. 针灸疗法

（1）全身性瘙痒病，可取合谷、曲池、血海、足三里、三阴交、委中、承山等穴位。

（2）肛门瘙痒症，可取长强穴；阴囊及女阴瘙痒症，可取三阴交、关元、肾俞等穴位。

（3）耳针治疗可选择肺、肾上腺、皮质下、神门等穴位。

细目十四　银屑病

要点一　概述

银屑病是一种常见复发性的慢性炎症性皮肤病。以红色丘疹或斑块上覆有多层银白色鳞屑，病程慢为临床特征。属于中医的“白疕”、“白壳疮”、“干癣”、“松皮癣”、“风癣”等范畴。俗称牛皮癣。

要点二　病因病理

银屑病的确切病因尚未清楚。目前认为遗传、感染、代谢障碍、内分泌影响、神经精神因素及免疫紊乱等与本病的发生有关。

（一）遗传因素

临床实践已证明，本病常有家族发病史，并有遗传倾向。另外，本病患者有种族差异，黑人中很少见，南美印第安人和斐济岛的土著人不患本病。关于其遗传方式尚未最后肯定，一般认为是常染色体显性遗传，伴有不完全外显率，但亦有认为是常染色体隐性遗传或性联遗传。

近年来发现，由遗传决定的组织相容性抗原（HLA）与银屑病明显相关。寻常型银屑病患者 HLA－Bw17、HLA－B13 增高，关节病型银屑病中 HLA－27 可增高。目前认为银屑病受多基因控制，包括环境因素的影响。

（二）感染因素

临床观察点滴型、关节病型及红皮病型银屑病患者常伴有急性扁桃体炎或上呼吸道感染的症状，其抗链球菌溶血素“O”值亦增高，摘除扁桃体或抗生素治疗后病情好转。近年来的研究证明在银屑病损害中的金黄色葡萄球菌和住留菌明显增加。

（三）其他

生活环境、精神创伤、紧张、外伤或手术以及月经、妊娠、分娩、饮食、药物等亦可与银屑病的发生有关。

本病是一种多基因控制的疾病，各种原因引起的机体代谢障碍、免疫功能紊乱，导致血液、组织生化的异常改变，造成角质形成细胞膜的异常、cAMP 和前列腺素失去平衡，使表皮增生而发病。

组织病理为角质增厚，主要为角化不全。在角质层内或其下方，可见 Munro 脓肿，系中性白细胞由真皮乳头层上端毛细血管向表皮游走所致，多见于早期损害。颗粒层变薄或

消失，棘细胞层增厚，表皮突向下延展，深入真皮。脓疱型银屑病渗出较重，于棘层上部出现海绵状脓疱（Kogoj 海绵状脓疱）；红皮型银屑病炎症较剧烈。

要点三　临床表现

根据银屑病的临床特征，一般可分为寻常型、脓疱型、关节病型及红皮病型四种类型。

（一）寻常型银屑病

临床最多见，大多急性发病。初起一般为粟粒至绿豆大炎性红色丘疹，以后可逐渐扩大或融合成为棕红色斑块，边界清楚，周围有炎性红晕，基底浸润明显，表面覆盖多层干燥的银白色鳞屑，轻轻刮除表面鳞屑，则渐露出一层淡红发亮的半透明薄膜，这是表皮内棘细胞层，称薄膜现象。再刮除薄膜，即到达真皮乳头层的顶部，此处的毛细血管被刮破，则出现小出血点，称点状出血现象。白色鳞屑、发亮薄膜和点状出血是本病的临床特征。

在其发展过程中，皮损形态可表现为多种形式，如损害呈点滴状、硬币状、地图状、环状或回状、带状或蛇行状、疣状、扁平苔藓样等。皮损数目较多，分布范围较广，甚至波及全身者，称泛发性银屑病；如损害发生于头皮、眉和耳部，并具有脂溢性皮炎和本病的特征者，称脂溢性皮炎样银屑病；有少数病人皮损有糜烂及渗出，如湿润性湿疹状，干燥后形成污褐色鳞屑痂，并重叠堆积，状如蛎壳者，称蛎壳状银屑病；因反复发作或经多种治疗，皮损肥厚，暗红，鳞屑少而薄，并互相融合为片状损害，似皮革状或苔藓样改变，如发生在胫前者，像慢性湿疹，称慢性肥厚性银屑病。

损害可发生于全身，但以头皮和四肢伸侧为多见。指（趾）甲和黏膜亦可被侵。由于损害所在部位不同，其临床表现各有特点：

1. 头皮银屑病

大多同时见于躯干和四肢等处。皮损为边界清楚、覆有厚的鳞屑性红斑，有时融合成片，或满布头皮。因皮脂及灰尘混杂而呈污黄或灰黄色。皮损处毛发呈束状，无折断脱落。

2. 颜面银屑病

急性期可出现面部银屑病皮损，大多呈点滴状或指甲大小浸润性红色丘疹或红斑，鳞屑较薄，散在分布，或呈脂溢性皮炎样，偶可分布如蝶形，类似红斑狼疮。

3. 皱襞部银屑病

少数病人皮损可发生于腋窝、乳房下、腹股沟及会阴等部，呈界限明显的炎性红斑，无鳞屑，因患部潮湿多汗及摩擦，皮损表面湿润而呈湿疹样变。

4. 毛囊性银屑病

罕见。常发生典型银屑病损害后，成人主要见于妇女，毛囊性损害作为泛发性银屑病的一部分，对称分布于两股部；儿童则见于非进行期银屑病患儿，毛囊性损害聚合形成非对称性斑块，好发于躯干及腋部。

5. 掌跖银屑病

少见。可与身体其他部位同时发生，亦可单独见于掌跖。皮损为境界明显的角化斑片，其中央较厚，边缘较薄，斑上可有点状白色鳞屑或点状凹陷。有时因皮损较厚而引起皲裂。

6. 黏膜银屑病

临床少见。可单发，但大多在身体他处可见有银屑病损害。常发生于龟头、包皮内面、眼结膜及口腔等处。发生于龟头和包皮内面者为边界清楚的光滑干燥性红斑，刮之有白色鳞屑。发生于口腔者，损害为乳白色、灰白色或灰黄色的丘疹或肥厚性斑片，周围红晕，基底浸润，表面呈浸渍状，剥离后见有点状出血，露出鲜红色糜烂面。

7. 指（趾）甲银屑病

约50%患者具有指（趾）甲损害，特别是脓疱性银屑病患者几乎均伴有指（趾）甲损害。常见皮损为甲板上点状凹陷，甲板不平，失去光泽，可出现纵嵴、横沟、混浊、肥厚、游离端与甲床剥离或整个甲板畸形或缺如，有时呈甲癣样改变。

病程缓慢，有的自幼发病，持续十余年或数十年，甚至有迁延终身。亦有少数治愈后而不复发者。大部分病人到冬季症状加重或复发，至春夏季节减轻或消失，称为冬季型银屑病；另有少数病人的症状在夏季加重，冬季减轻或消失，称为夏季型银屑病；更有少数病人因病程较久，经过多种药物治疗，其发病的季节不明显。

病程一般可分为三期：进行期、静止期、退行期。进行期为急性发作阶段，新皮疹不断出现，旧皮疹不断扩大，炎症明显，有同形反应。静止期炎症停止发展，无新疹出现，旧疹也不消退，病情处于静止状态。当损害变薄，红色变淡，直至皮损消退，留有色素减退或色素沉着斑，达临床痊愈，称为退行期。消退部位一般先自躯干及上肢开始，头部及下肢皮损往往顽固，常迟迟不能消退。患者自觉不同程度的瘙痒，一般全身情况不受影响。

（二）脓疱型银屑病

本型在临床上较少见。一般可分为：

1. 泛发性脓疱型银屑病

可突然发生于寻常型、关节病型，或红皮病型患者，大多急性发病，常伴高热、关节肿痛、全身不适及白细胞增高等全身症状，并在银屑病的基本损害上出现密集的针头至粟粒大小的浅在性无菌性小脓疱，在表面覆盖着不典型的银屑病鳞屑，脓疱和红斑常融合成大片疱壁灰白色、周围潮红的脓湖，迅速扩大。全身各处均可发疹。脓疱持续数日后干涸脱屑，但其下又可再发新的脓疱。常因摩擦等外因，使脓疱破裂，而出现糜烂、渗液、结痂或脓痂。口腔颊黏膜亦可出现簇集或多数散在小脓疱，指（趾）甲可出现萎缩、碎裂或溶解，有的甲板肥厚混浊，甲板下有堆积成层的鳞屑，甲床亦可出现小脓疱。患者常有沟状舌，病情减轻后，可出现寻常型银屑病皮损。

本病发作前皮肤局部可有灼痒或刺痛，或有寒战发热，发作前无明显原因，或于月经前突然发作，经2～3周逐渐好转或转化为红皮病。可因感冒、疲劳、月经、感染、药物刺激或使用不当等而反复发作，病程可达数月或更久。常可并发肝、肾等系统损害，亦可

因继发感染、电解质紊乱或衰竭而危及生命。

2. 跖脓疱型银屑病

皮损只限于手足部，多发生于掌跖，也可扩展到指（趾）背侧，常对称发生。皮损为成批出现许多淡黄色针头至粟粒大小的脓疱，基底潮红，疱壁不易破裂，约经1～2周后即可自行干涸结痂，形成脱屑。剥除鳞屑后可出现小出血点，以后又可在鳞屑下出现成群的新脓疱，以致在同一斑块上可见脓疱和结痂。皮损有疼痛和瘙痒。本病亦可伴有低热、头痛、食欲不振及全身不适等症状。指（趾）甲亦常被侵犯，产生变形、混浊、肥厚，并有不规则的嵴状隆起，严重者甲下可有脓液积聚。在身体其他部位常可见到银屑病皮损。常伴有沟状舌。病人一般情况良好，其病情顽固，反复发作，对一般治疗反应不佳。本型经反复发作后可转变为泛发型银屑病。

3. 关节病型银屑病

又名银屑病性关节炎。常继发于寻常型银屑病或银屑病多次反复恶化后，亦可先出现关节症状或与脓疱型银屑病及红皮病性银屑病并发。

关节病型银屑病除有银屑病损害外，病人还发生类风湿性关节炎症状，其关节症状往往与皮肤症状同时加重或减轻。这种关节炎可同时发生于大小关节，亦可见于脊柱，但以手、腕及足等小关节为多见，尤以指（趾）关节特别是指（趾）末端关节受累更为普遍受累，关节可红肿、疼痛，大关节可以积液，附近的皮肤也常红肿，关节的活动渐受限制，长久以后，关节可以强直。X线检查，受累关节边缘有轻度肥大性改变。无普遍脱钙。骨破坏位于一个或数个远侧指关节，近侧指关节受累很少或无改变。部分病例X线检查可呈现类风湿性关节炎改变，但类风湿因子检查阴性。有的患者血沉可增快，并可伴有发热等全身症状。皮疹往往为急性进行状态，多半为广泛分布的蛎壳状银屑病。病程慢性，往往经年累月而不易治愈。

（三）红皮病型银屑病

又名银屑病性剥脱性皮炎。这是较少见的一种严重的银屑病，约占银屑病病人的1%。多见于成人，极少累及儿童。常因银屑病在急性进行期中的某些刺激因素，如外用刺激性较强的或不适当的药物等引起。亦有因长期大量应用皮质类固醇激素后，突然停药或减量太快，而使症状复发增剧而引起红皮病。少数可由寻常型银屑病自行演变而成。

本病的临床表现为剥脱性皮炎。初起时在原有皮损部位出现潮红，浸润明显，脱落其间常伴有小片正常皮岛。发生手足者，常呈整片的角质剥脱。愈后常可见小片寻常型银屑病样损害。指（趾）甲混浊、肥厚、变形，甚至引起甲剥离而脱落。口腔、咽部、鼻腔黏膜均充血发红，患者常伴有发热、头痛及不适等全身症状。各处浅表淋巴结可肿大，白细胞计数常增高。病情顽固。常数月或数年不愈。即使治愈，亦易复发。

要点四　诊断

诊断要点：

1. 临床表现

（1）寻常型银屑病根据好发部位、层层银白色鳞屑，薄膜现象、点状出血等易诊断。

（2）脓疱型银屑病主要是在寻常型银屑病基础上出现多数小脓疱，且反复发生。

（3）关节病型银屑病与寻常型银屑病或脓疱银屑病同时发生，大小关节可以同时发病，特别是指关节易发病。关节症状的轻重随皮损的轻重而变化。具有上述临床症状和血清类风湿因子检查阴性，而在皮肤上伴有银屑病皮损为诊断本病的主要依据。

（4）红皮病型银屑病皮肤弥漫性发红、干燥，覆以薄鳞屑，有正常皮岛，有银屑病史，易诊断。

2. 实验室及特殊检查

血常规检查可见白细胞常升高，血沉可加快。

要点五　鉴别诊断

1. 慢性湿疹

多发生于肢体的屈侧；剧烈瘙痒，鳞屑少，且不呈银白色，皮肤肥厚，苔藓样变及色素沉着等同时存在。

2. 脂溢性皮炎

与头皮银屑病鉴别。损害边缘不十分鲜明，基底部浸润较轻，鳞屑少而薄，呈油腻带黄色，刮除后无点状出血，无束状发；常合并有脱发；好发于头皮、胸、背、颈及面等部位。

3. 玫瑰糠疹

好发于躯干及四肢近端；皮损为多数椭圆形小斑片，其长轴沿皮纹方向排列，鳞屑细小而薄；病程仅数周，消退后不易复发。

4. 扁平苔藓

皮疹为紫红色的多角形扁平丘疹，密集成片状或带状，表面有蜡样光泽；可见网状纹理（Wickham 纹），鳞屑薄不易刮除；常有剧烈瘙痒。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

（1）维生素类药：①维生素 A，可维持上皮细胞的正常发育，但剂量宜大；有人报告儿童银屑病应用维生素 A 合并维生素 B_{12} 注射，疗效较好。②维甲酸及其衍生物，单独服用或与其他疗法联合应用，有较满意的疗效。但有较强的毒副反应，可致唇炎、脱发、掌跖皮肤脱屑及甘油三酯血症。③维生素 C，对细胞间质形成有重要作用。有时参与细胞氧化作用和氨基酸及糖类的新陈代谢。可能通过抑制磷酸二酯酶而增高组织细胞中 cAMP 含量，从而提高皮损内的 cAMP 水平，抑制表皮细胞的增殖与分裂。

（2）抗肿瘤药：抑制表皮细胞分裂，但会产生毒性反应，故在用药前及用药期间，要检查肝肾功能和白细胞计数等；且停药后都易复发。所以这类药物并不是治疗银屑病的方向，在应用时要严格选择适应证。常用的有氨甲喋呤、乙亚胺、羟基脲等。

（3）免疫疗法：采用环孢菌素 A、甲砜霉素等免疫抑制剂，或转移因子、左旋咪唑等免疫调节剂，或疫苗等。环孢菌素 A 是一种高效免疫抑制剂，可用于常规治疗无效的严重银屑病，如泛发性斑块型、银屑病性关节炎、掌跖脓疱性银屑病，但有一定肾毒性，孕妇禁用。甲砜霉素对脓疱性银屑病有效。疫苗对机体有脱敏和增强免疫作用。

（4）皮质激素：目前一般不主张内用皮质类固醇激素，因有效剂量往往较大，足以引起严重的副反应，而在减量或停药后，尚可发生“反跳”现象，一般仅用于红皮病型、关节病型或泛发性脓疱型银屑病，且使用他药无效者。

（5）封闭疗法：普鲁卡因静脉封闭，用于急性进行期有一定疗效。

（6）抗生素：常用青霉素类药，对急性点滴状银屑病伴上呼吸道感染、扁桃体炎、咽炎等有一定疗效。

2. 局部治疗

在外搽药前宜先用热水、肥皂洗去鳞屑。急性期不宜用刺激性强的药物，以免激发红皮病；静止期可涂作用较强的药物，但应从低浓度开始。外用药以还原剂、角质剥脱剂及细胞抑制剂为主，应用得当，对银屑病有较好的近期疗效。常用者有：煤焦油制剂、5%～10%硫黄、5%水杨酸、0.1%～0.4%蒽林、芥子气、皮质类固醇霜剂、维甲酸软膏等。

3. 物理疗法

包括紫外线照射、光化学疗法（PUVA）、沐浴疗法等。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）风热血燥证

证候：皮损鲜红，皮疹不断出现，红斑增多，刮去鳞屑可见发亮薄膜，点状出血，有同形反应，伴瘙痒；心烦，口渴，大便干，尿黄；舌红，苔黄或腻，脉弦滑或数。

治法：清热凉血，祛风润燥。

方药：凉血地黄汤加减。

（2）血虚风燥证

证候：皮损色淡，部分消退，鳞屑较多，皮肤干燥；伴头晕眼花，面色㿠白，口干，便干；舌淡红，苔薄白，脉细缓。

治法：养血和血，祛风润燥。

方药：当归饮子加减。

（3）瘀滞肌肤证

证候：一般病程较长，反复发作，多年不愈，皮损肥厚浸润，颜色暗红，鳞屑较厚，有的呈蛎壳状；或伴关节活动不利；舌紫黯或有瘀斑、瘀点，脉涩或细缓。

治法：活血化瘀，祛风润燥。

方药：桃红四物汤加减。

（4）湿热蕴阻证

证候：多发在腋窝、腹股沟等屈侧部位，红斑糜烂，瘙痒，或掌跖部有脓疱，或阴雨季节加重；伴有胸闷纳呆，神疲乏力；苔薄黄腻，脉濡滑。

治法：清热利湿，和营通络。

方药：萆薢渗湿汤加减。

（5）火毒炽盛证

证候：多属红皮病型或脓疱病型。全身皮肤发红，或呈暗红色，甚则稍有肿胀，鳞屑不多，皮肤灼热，或弥布散在小脓疱；常伴壮热口渴，便干溲赤；舌质红绛，苔薄，脉弦滑数。

治法：凉血清热解毒。

方药：清营汤加减。

2. 成药

可选用中成药抗银片、青黛丸、雷公藤甙片、昆明山海棠片等内服。

3. 外治疗法

（1）用药前最好用枯矾药浴（枯矾 120g，野菊花 250g，侧柏叶 250g，花椒 120g，芒硝 500g，煎水淋浴或泡洗），以除去鳞屑，增强外用药物疗效，但不宜用于红皮病型。

（2）进行期和红皮病型可用青黛散麻油调搽或用黄连膏外搽。

（3）慢性肥厚性皮损用 5% ~10% 硫黄软膏、雄黄膏、疯油膏或 2 号癣药水外搽。

（4）小面积皮损用牛皮癣膏或肤疾宁外贴。

细目十五　白癜风

要点一　概述

白癜风是一种原发性的局限性或泛发性皮肤色素脱失症。以皮肤颜色减退、变白、境界清楚、无自觉症状为特征。可发于任何年龄，男女发病大致相等。相当于中医“白驳风”的范畴。

要点二　病因病理

发病原因尚不十分清楚。近年来的研究表明白癜风可能的致病因素有以下几方面：

1. 精神神经化学说

很多临床观察表明精神神经因素和白癜风的发生有密切关系。据估计约有 2/3 的病例在起病或皮损发展阶段有精神创伤、过度劳累、思虑过度，病后忧心忡忡，甚至寝食不安等精神过度紧张情况。黑素细胞起源于神经嵴，损害常沿神经节段分布，白癜风患者常伴发植物神经功能紊乱，如白斑部出汗异常；伴发皮肤划痕症的比率也较高。

2. 自身免疫学说

自身免疫与白癜风的发病关系日益受到重视。在活动性白癜风患者血清中可检出抗黑素细胞自身抗体，而且抗体滴度与病变活动性、皮损面积呈正相关。实验证明，该抗体在体外能通过补体介导的细胞毒作用选择性地溶解黑素细胞。近年来注意到患者及其亲属可合并其他自身免疫性疾病，常见的有甲状腺炎、甲状腺功能亢进或减退、糖尿病、恶性贫血、恶性黑素瘤。

3. 黑素细胞自毁学说

白癜风的基本病变是表皮黑素细胞功能的部分或完全丧失。黑素细胞从酪氨酸生成黑素的过程中可产生一些高活性的中间产物，它们被限于黑素小体内，如果黑素小体膜不能维持完整，黑素小体的内含物将大量漏入胞浆，可造成黑素细胞的损伤或破坏。

4. 遗传因素

家系调查表明白癜风的发病与遗传因素有一定关系。

较早的炎症期可观察到白斑边缘处的表皮水肿及海绵形成，真皮内见淋巴细胞和组织细胞浸润。已形成的白癜风损害的主要变化是黑素细胞的减少，在皮损中，表皮基底层甚至无黑素细胞，皮损边缘色素沉着处的黑素细胞常较大，有长的树枝状突起。

要点三　临床表现

本病可见于任何年龄，发病大多在青壮年，常为偶然发生。

皮损为局部色素脱失斑，呈乳白色斑点或斑片，境界清楚，边缘褐色，皮损区内毛发可变白，但无皮肤萎缩、硬化及脱屑等变化，无自觉症状。患处暴晒日光后，特别是浅色肤种病人易产生潮红、疼痛，甚至起水疱。在进行期，皮损可逐渐扩大，境界欠清，有时机械性的刺激如压力、摩擦或过紧的腰带亦可促使白斑出现（同形反应）。在稳定期，皮损停止发展，边缘色素增加，或中央出现岛状褐色斑点。皮损可发于任何部位，但多见于面、颈、手背、躯干、外生殖器等部。

临床上按白斑的形态、部位、范围可将白癜风分为局限型和泛发型。局限型包括局灶型和节段型。局灶型指白斑单发或群集于某一部位，但非节段性排列；节段型指一片或多片白斑沿皮神经的走向分布，呈节段状。泛发型包括肢端型、寻常型及全身型。肢端型指白斑发生于面部及肢端，对称；寻常型指白斑散发全身各处，对称或不对称分布；全身型指全身或几乎全身皮肤变白，甚至毛发亦成白色。

要点四　诊断

诊断要点：

根据脱色斑为后天性，呈乳白色，周边有色素沉着带，无自觉症状，可诊断本病。

要点五　鉴别诊断

1. 贫血痣

本病为先天性白斑，多在出生时即已存在；摩擦局部，周围皮肤充血发红而白斑处不发红，因而白斑更为明显。

2. 花斑癣

损害发生于颈、躯干、上肢；为淡白色圆形或椭圆形，表面往往有细鳞屑；损害中容易找到真菌。

3. 单纯糠疹

皮损淡白色或灰白，其上覆着少量灰白色糠状鳞屑；多发于面部，其他部位很少

累及。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 补骨脂素及其衍生物

此类药物属光敏性化合物，须结合日光或紫外线照射应用。常用甲氧沙林（8－甲氧补骨脂素）或三甲沙林（三甲补骨脂素）。对皮损全身泛发者可采用内服药后长波紫外线照射（PUVA），对皮损限局者则可外搽0.1%～0.5%甲氧沙林后，照射长波紫外线或日光。无论内服或外用，均需持续数月。治疗过程中应注意可能产生的副反应，尤其要注意眼的防护。

2. 皮质类固醇激素

常用0.1%倍他米松、二甲基亚砜乙醇溶液、0.1%曲安西龙霜、卤美他松霜等外用对早期、局限型的皮损效果较好，但应注意长期外用可引起局部皮肤萎缩、毛细血管扩张等副反应。小片损害亦可用曲安西龙或泼尼龙混悬液皮内注射。

3. 自体表皮移植

适于小片皮损的治疗。移植有两种方法：自体表皮移植术和自体表皮黑素细胞移植术。前者是将患者的正常表皮移植到白斑皮损上，目前有三种方法：全厚层钻孔法、薄层削片法和抽吸水泡法。后者是借用细胞培养技术来增强黑素细胞数量，然后将其移植到白斑处的一种手术，技术要求较高。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）气血不和证

证候：发病时期长短不一，多在半年至3年左右，皮损白斑光亮，好发于头面、颈及四肢或泛发全身，起病快，发展亦快，常扩散为一片，皮损无自觉症状或微痒；舌质淡红，苔薄白，脉细滑。

治法：调和气血，消风通络。

方药：柴胡疏肝散加减。

（2）肝肾不足证

证候：发病时间长，或有家族史，皮损呈乳白色，局限或泛发；舌质淡或有齿痕，苔白，脉细无力。

治法：滋补肝肾，养血祛风。

方药：六味地黄汤加减。

2. 外治疗法

紫铜消白酊外搽，30%补骨脂酊外搽。

3. 针灸疗法

（1）体针：取穴肝俞、肾俞、血海、三阴交，配穴合谷、足三里、中脘。用平补平

泻法。

（2）耳针：取与皮损相应的区域。

（3）梅花针：用梅花针刺激皮损区，边缘用强刺激，中心用弱刺激手法。

细目十六　斑秃

要点一　概述

斑秃为突然发生的非炎症性、非瘢痕性的片状脱发。一般无自觉症状，可发生于全身任何长毛部位。若头发全部脱落称全秃，全身毛发均脱落则称普秃。相当于中医的“油风脱发”，俗称鬼舐头、鬼剃头。

要点二　病因病理

斑秃病因尚不完全明了。大量的研究提示与遗传、情绪应激、内分泌失调、自身免疫等因素有关。

要点三　临床表现

按病期可分为进展期、静止期及恢复期。

首先在头部出现圆形或椭圆形的脱发斑，常在无意中或为他人发现。脱发斑渐增大，边缘处头发松动，易于拔下，表明病变处于进展期。将拔下的头发在放大镜下观察，可见毛发下段逐渐变细，如惊叹号（!）样。脱发区的头皮是正常的，无炎性发红、无鳞屑、无瘢痕。脱发斑境界清楚，多数发展至钱币大或稍大些就不再扩大。通常无不适，偶有轻微瘙痒、刺痛或触压痛。静止期时脱发斑边缘的头发不再松动，大多数患者在脱发静止3～4月后进入恢复期。恢复期有新毛发长出，最初出现细软色浅的绒毛，继之长出黑色的终毛，并逐渐恢复正常，疾病自然痊愈。

多数斑秃患者仅有一片或数片脱发区，病程数月。但少数患者可反复发作或毛发边生长边脱落，重者脱发持续进行，脱发区彼此相互融合，渐形成大片状的秃区，病程可持续数年。

斑秃患者绝大多数可以自愈。有少数患者病程可持续，尤其是全秃及普秃患者。发生全秃及普秃患者的年龄越小，恢复的可能性也随之减少。

要点四　诊断

诊断要点：

头发呈斑状脱发，头皮正常，无自觉症状。

要点五　鉴别诊断

1. 假性斑秃

是一种炎症性瘢痕性脱发，常继发于头皮红斑狼疮、扁平苔藓等炎症性皮肤病。秃发部位皮肤萎缩变薄，毛囊口消失，秃发区境界清楚，但边缘不甚规则。

2. 脂溢性脱发

头发呈稀疏、散在性脱落，脱发多从额角开始，延及前头及颅顶部；头皮覆有糠秕状或油腻性鳞屑；常有不同程度的瘙痒。

要点六　治疗

（一）西医治疗

（1）对精神紧张、焦虑、失眠的患者可给予地西泮、谷维素等镇静剂。全秃、普秃患者可给泼尼松。

（2）皮损范围较小者，可用曲安西龙混悬液或泼尼松龙混悬液等长效糖皮质激素局部注射。亦可外涂中、强效糖皮质激素制剂。

（3）外用促进皮肤充血、改善局部血液循环、促进毛发生长的药物，如2%敏乐啶溶液或霜剂、盐酸氮芥溶液等。

（4）物理疗法：8－甲氧补骨脂素外搽，配合长波紫外线照射的光化学疗法。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）血热风燥证

证候：突然脱发成片，偶有头皮瘙痒，或伴头部烘热；心烦易怒，急躁不安；苔薄，脉弦。

治法：凉血熄风，养阴护发。

方药：四物汤合六味地黄汤加减。

（2）气滞血瘀证

证候：病程较长，头发脱落前先有头痛或胸胁疼痛等症；伴夜多恶梦，烦热难眠；舌有瘀点、瘀斑，脉沉细。

治法：通窍活血。

方药：通窍活血汤加减。

（3）气血两虚证

证候：多在病后或产后头发呈斑块状脱落，并呈渐进性加重，范围由小而大，毛发稀疏枯槁，触摸易脱；伴唇白，心悸，气短懒言，倦怠乏力；舌淡，脉细弱。

治法：益气补血。

方药：八珍汤加减。

（4）肝肾不足

证候：病程日久，平素头发焦黄或花白，发病时呈大片均匀脱落，甚至全身毛发脱落；伴头昏、耳鸣，目眩，腰膝酸软；舌淡，苔薄，脉细。

治法：滋补肝肾。

方药：七宝美髯丹加减。

2. 外治

（1）鲜毛姜（或生姜）切片，烤热后涂擦脱发区。

（2）5%～10%斑蝥酊、10%补骨脂酊、10%辣椒酊外搽。

3. 针刺疗法

主穴取百会、头维、生发穴（风池与风府连线中点），配翳明、上星、太阳、风池、鱼腰透丝竹空。实证用泻法，虚证补法。如病期延长，可在脱发区和沿头皮足太阳膀胱经循行部位用梅花针移动叩击。

细目十七　脂溢性皮炎

要点一　概述

脂溢性皮炎是发生在皮脂溢出基础上的一种慢性皮肤炎症。以皮肤鲜红或黄色斑片，表面覆以油腻性鳞屑或痂皮，常有不同程度的瘙痒为临床特征。多发于青壮年或新生儿。相当于中医的“面游风”、“白屑风”。

要点二　病因病理

本病的发病原因尚未清楚，可能与免疫、遗传、激素、神经和环境因素等有关。有人认为卵圆形糠秕孢子菌是导致本病发生或加重的重要因素。它与先天的脂溢性体质有关，但具体的遗传方式不明，亦有人认为本病与细菌感染有关，皮脂溢出增加了机体对细菌感染的易感性。另外，本病也是免疫功能障碍如获得性免疫缺陷综合征最常见的皮肤表现之一，内分泌紊乱如乳腺癌术后辅助使用雌激素拮抗剂也可诱发或加重本病。

其病理改变为真皮浅层血管周围淋巴细胞浸润，浅层毛细血管扩张，可见轻度海绵水肿，毛囊口鳞屑结痂，毛囊角栓内可见角化不全。

要点三　临床表现

本病好发于皮脂腺分泌较旺盛的青壮年，常见于皮脂腺分布较丰富的部位，如头皮、颜面、胸背部。由于皮脂腺常开口于毛囊口，本病初发皮损常为毛囊周围红色小丘疹。随病情发展，丘疹相互融合，形成大小不等的黄红色斑片，境界清楚，其上覆有油腻性鳞屑或痂皮。发生在面部常与痤疮伴发；发生在头部可见较多头屑；发生在躯干、腋窝、腹股沟皱襞处常可糜烂而似湿疹。皮疹可扩展至全身，由头部向下蔓延，甚至发展成红皮病。自觉不同程度的瘙痒。

要点四　诊断

诊断要点：

根据好发于皮脂丰富部位、典型皮损、慢性病程等，不难诊断。

要点五　鉴别诊断

1. 头部银屑病

皮损为红色斑块，表面附有多层银白色鳞屑，境界清楚，皮损内头发呈束状，无脱

发；常有冬重夏轻现象；其他部位亦有同样损害。

2. 玫瑰糠疹

主要发生在颈部、躯干及四肢近端，一般不侵犯头部；常有一个较大的前驱斑疹，皮损呈椭圆形，长轴与皮纹走行一致，鳞屑细薄，不带油腻；有自限性。

3. 湿疹

皮损多形，常有丘疹、水疱、渗出，边界常不清楚，无油腻性鳞屑及油性痂皮；瘙痒剧烈。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 全身治疗

维生素 B_6、B_2 和复合维生素 B 口服，瘙痒剧烈时可用安定、扑尔敏等止痒镇静剂，炎症明显或炎症范围较大时，可短期给予皮质类固醇激素如强的松，抗生素如四环素或红霉素等口服。

2. 局部治疗

主要目的在于减少皮脂、消炎、止痒。可选用皮质类固醇激素制剂肤轻松等，抗生素制剂 1% 红霉素软膏等，抗真菌制剂 2% 酮康唑霜等。也可用各种硫黄制剂，如 5% 硫黄霜、硫新霜等。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）风热血燥证

证候：黄红色斑疹，干性鳞屑，头部有大量灰白色糠秕样鳞屑，甚则堆积成片，毛发干枯易脱，伴轻度瘙痒；舌红，苔薄，脉弦或细数。

治法：疏风清热凉血。

方药：凉血消风散加减。

（2）湿热郁结证

证候：红斑，皮损表面糜烂，渗液，有黄色油腻性痂皮，伴有腥臭味；伴口苦，纳差，脘腹痞闷，尿赤便结；舌红，苔黄腻，脉弦数或滑数。

治法：清热利湿。

方药：清热除湿饮加减。

2. 外治疗法

（1）干性者，外用颠倒散、润肌膏；以鳞屑为主者，用润肌皮肤膏；以痂皮为主者，外用黄柏、寒水石、青黛等量研细末植物油调涂。

（2）油性者，用三黄洗剂、颠倒散洗剂。

3. 针刺疗法

（1）体针取风池、风府、承山、合谷、脾俞，用泻法或平补平泻法。

（2）耳穴注射用5%当归注射液，注入肾上腺、内分泌或神门、皮质下。

细目十八　红斑狼疮

要点一　概述

红斑狼疮（LE）是一种可累及全身多脏器的自身免疫性结缔组织疾病。多见于15～40岁女性。临床主要分为盘状红斑狼疮（DLE）和系统性红斑狼疮（SLE），中间有很多亚型，如播散性盘状红斑狼疮、亚急性皮肤型红斑狼疮、深在性红斑狼疮等。中医古代文献无红斑狼疮之名，根据临床表现，目前将盘状红斑狼疮称为“红蝴蝶疮”，系统性红斑狼疮称为“蝶疮流注”。

要点二　病因病理

本病的病因尚不明了，发病机理复杂，目前认为与下列因素有关：

1. 遗传因素

患者家族中SLE发病率明显升高，同卵双生儿中均可发生SLE，且临床表现颇为相似。患者家族成员中高r球蛋白血症、类风湿因子、抗核抗体阳性发生率较高，都提示SLE发病与遗传因素有关。

2. 感染因素

有人认为SLE的发病与某些病毒（特别是慢病毒）持续而缓慢的感染有关。在患者肾小球内皮细胞浆、血管内皮细胞、皮肤损害中都可发现类似包涵体的物质。同时患者血清中往往有几种抗病毒抗体，包括抗麻疹病毒、副流感病毒Ⅰ、Ⅱ型、EB病毒、风疹病毒和黏病毒等抗体。患者血清中尚有抗dsDNA、ssDNA和RNA－DNA抗体，前者通常只有在具有病毒感染的组织中才能找到。

3. 药物因素

由药物引起或导致LE病情活动者占3%～12%。引起SLE的药物有：肼苯哒嗪、普鲁卡因酰胺、左旋多巴、甲基多巴、心得宁、利血平、抗癫痫药（大仑丁、扑痫酮、乙琥胺、苯琥胺）、抗生素类（青霉素、灰黄霉素）、磺胺药，其他如异烟肼、氯丙嗪、口服避孕药、青霉胺、保泰松、奎尼丁等。

4. 物理因素

日晒可以激发或加重LE。实验发现，紫外线可使表皮细胞的DNA抗原发生改变，激发机体产生抗DNA抗体，使病情恶化。

5. 内分泌因素

本病在生育年龄妇女较男性发病率高。实验发现，雌激素可使NZB/NZW小鼠红斑狼疮加剧而雄激素有保护作用。红斑狼疮患者普遍有。α二羟雌酮升高，活动性SLE患者血清雌二醇升高，睾酮降低，血清雌二醇/睾酮比值明显增高。

6. 其他

人种、地区、寒冷、外伤、精神创伤及妊娠等因素和本病均有关系。

红斑狼疮是一种自身免疫性疾病。SLE 发病机理可能是在由于某些外因（如感染、药物、人种、地区、环境及妊娠等）的作用，使自身组织细胞结构改变，或免疫活性细胞发生突变，从而失去自身耐受，发生：①抑制性 T 淋巴细胞量与质的缺陷，使其不能调节有潜能产生自身抗体的 B 淋巴细胞，从而使大量自身抗体形成、释放和致病；②产生自身抗体的 B 淋巴细胞株逃脱 T 抑制性细胞的控制调节；③SLE 患者存在抗 T 淋巴细胞抗体特别是特异性抗抑制性 T 淋巴细胞的自身抗体，从而使免疫调节功能紊乱，机体对自身组织产生免疫反应（包括体液免疫和细胞免疫），正常组织和功能被自身免疫细胞或自身抗体破坏而发病。

SLE 自身免疫的免疫病理复杂，多数情况下，引起组织损伤的变态反应是混合型。LE 患者体内有多种自身抗体，其中以抗双链 DNA 抗体与发病关系最为密切。DNA 与抗 DNA 抗体形成的可溶性免疫复合物沉积于肾小球基底膜及小血管内膜下，激活补体造成炎症反应，引起肾小球肾炎、血管炎及皮炎等临床表现，属第Ⅲ型变态反应。SLE 患者血清中有多种抗血细胞成分抗体，造成Ⅱ型变态反应，引起贫血、血小板及血细胞减少等。有抗凝血因子第Ⅷ、第Ⅸ、第Ⅺ因子抗体，成为出血倾向原因之一。除上述体液免疫反应外，还存在第Ⅳ型变态反应（细胞免疫），造成组织损伤，对本病的慢性病程可能起很大作用。

要点三　临床表现

（一）盘状红斑狼疮（DLE）

初起为一片或数片鲜红斑，境界清楚，表面有粘着性鳞屑，以后逐渐扩大，呈圆形或不规则形，边缘色素沉着，略高于中心，中央色淡，有毛细血管扩张，剥离鳞屑，可见其下扩张的毛囊口和刺状角质突起栓在毛囊口中。患者可无感觉或伴不同程度瘙痒和烧灼感。新的损害可逐渐增多或经多年而不增加。皮损好发于面部，其次发生于口唇、耳廓、头皮、手背、手指等处。也可泛发于四肢、躯干，称播散性盘状红斑狼疮。损害疏散分布或可融合成片，两颊和鼻梁间的损害可连续成蝶翼形分布。唇及口腔黏膜损害呈灰白色斑块，可形成糜烂及浅溃疡，最后出现萎缩。此外，DLE 尚可有第二种类型损害，为紫红色荨麻疹样斑块，不发生萎缩和鳞屑，一般在面部，可不对称，或呈蝶形分布。偶有盘状损害显著高起和表面呈疣状，称肥厚性 LE。

病程慢性，少数病例皮损可自行消退。一般愈后留下色素减退的萎缩性疤痕，严重的疤痕可引起毁形，头皮则形成萎缩性脱发区。容易复发。有时在日晒或过度劳累后加剧。少数（约 5%）病例可转变成系统性，偶可发展成为鳞状细胞癌。

（二）亚急性皮肤型红斑狼疮（SCLE）

主要有两种皮疹形态：一种呈环状，初起为水肿性红斑，逐渐向外扩大成环形、弧形、邻近融合成多环形或脑回形，边缘红色、隆起，内侧缘覆细小鳞屑，中央消退后留浅灰色色素沉着和毛细血管扩张。另一种为丘疹鳞屑型（银屑病型），初起为红色丘疹，逐渐扩大成大小不等形状不规则斑，上覆菲薄鳞屑，呈银屑病样或糠疹样，角质栓和毛囊角化过度不显著。通常出现一种类型皮损，偶有二型同时存在。约 20% 病例伴 DLE 损害。皮损持续数周或数月消退，可在原处或它处复发，消退后不留疤痕。皮损主要分布于面、颈、躯干上部、上肢伸侧及手足、指趾背，唇和颊黏膜偶可累及。此外，尚可有光敏、脱

发、Raynaud 现象、网状青斑和甲周毛细血管扩张等。除皮损外可合并有关节痛或关节炎，其次为发热、肌痛、浆膜炎。肾损害及中枢神经系统病损发生率低、病情轻。

（三）系统性红斑狼疮（SLE）

SLE 早期表现多种多样。初发可仅单个器官受累，或多系统同时受累。全身症状如发热、乏力、疲倦、体重下降等，有时可长达数年而查不出原因。关节及皮肤表现为本病最常见的早期症状，其次是发热、光敏感、Raynaud 现象、肾炎及浆膜炎等。

1. 发热

90% 以上患者有不规则发热，以低热为多，疾病恶化时常有高热、伴畏寒、头痛等。

2. 骨、关节表现

约 95% 患者有关节疼痛，有时周围软组织肿胀。或呈游走性、多发性，且可呈现红肿热痛，类似风湿性关节炎，或表现为慢性进行性多发性关节炎，常累及四肢小关节，似类风湿性关节炎。关节症状往往是本病的最早表现，甚至在长时间内为唯一表现，股骨头最常累及，其次为肱骨头、胫骨头等，多数为双侧性。

3. 皮肤黏膜表现

约 80% ~90% 患者有皮损，且表现为多形性。好发于鼻颊部，呈对称性蝶形分布。广泛者可发展至前额、下颌、耳缘、颈前三角区、四肢。颜面蝶形红斑、甲周红斑和指（趾）甲远端弧形斑具有特征性，常出现较早；部分病人可出现淤点、瘀斑、丘疹、斑丘疹或毛囊性丘疹，甚至水疱、血疱、糜烂、结痂以及疤痕。有痒或烧灼感。其他可有杵状指、Raynaud 现象和脱发，脱发呈弥漫性或以前额为著，易折断脱落，于缓解期毛发可再生。有 1/5 左右的患者前额脱发，边界明显，叫“狼疮发”。约 1/3 患者有光敏现象，亦可有皮下钙质沉积。

约 20% 病例黏膜可累及，常见于病情加重时，如口腔黏膜和唇部红斑、淤点、糜烂、浅溃疡，齿龈红肿糜烂，鼻咽部溃疡等。

红斑一般在缓解期逐渐消退。皮损消退后由于基底膜的变化，发生表皮营养障碍，可出现表皮萎缩、色素沉着和角化。少数患者始终无皮疹。皮疹的严重性与本病的预后不完全一致。

4. 肾脏损害

约 3/4 的病人有肾脏损害，临床表现为肾炎或肾病综合征。肾炎时尿内出现红细胞、蛋白及管型。肾病综合征时，全身水肿，大量蛋白尿，低蛋白血症，血胆固醇正常或增高。早期肾功能正常。后期可出现尿毒症和高血压，常死于肾功能衰竭。

5. 心血管病变

约 70% 患者有心脏病变。以心包炎多见，可有心包积液，心内膜炎常与心包炎并存。心肌炎亦常见。患者可出现心律失常，呈房性、室性早搏和快速心率，以及各级房室传导阻滞。部分患者仅有心电图改变而无临床表现。约 50% 病例可有动脉炎和静脉炎，部分病例可有周围血管病变，如血栓闭塞性脉管炎和游走性静脉炎等。

6. 呼吸系统病变

主要表现为间质性肺炎和干性或渗出性胸膜炎，可引起肺不张，甚至呼吸衰竭。

7. 消化系统病变

约见于40%患者。系胃肠道发生血管炎和栓塞引起，表现为食欲不振、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、便秘、便血等。可有肝脾肿大，黄疸，SGPT 升高。少数可发生腹膜炎。

8. 神经系统病变

可有精神或精神神经障碍，精神症状主要为情绪变化和精神分裂症表现；神经症状主要表现为癫痫样发作，占中枢神经系统 SLE 的 1% ~50%。其次为颅神经损害，可突然发生，可致失明，动眼神经障碍及眼睑下垂等。

9. 其他

尚有全身淋巴结肿大。约 20% ~25% 病例有眼底变化，包括乳头水肿。90% 患者有外分泌腺损害（泪腺、唾液腺损害），表现为口、眼干燥症状，部分患者腮腺肿胀，且与 SLE 病情的活动和环节相一致。此外，尚可有肌肉疼痛和显著乏力等。

SLE 可以与某些结缔组织病重叠，如皮肌炎、硬皮病、类风湿性关节炎、干燥综合征、Behcet 病等，可合并其他自身免疫性疾病如重症肌无力、桥本甲状腺炎、天疱疮和类天疱疮等。LE 也可伴发叶啉综合征。

SLE 是一种慢性疾病，缓解和活动期往往交替发生，可自然缓解，有时持续 10 ~30 年。一般肾和中枢神经系统病变严重时预后差，其次为心脏病变。

要点四　诊断

诊断要点：

（一）临床表现

1. DLE

根据皮损为暗红斑，有粘着性鳞屑、角质栓及萎缩等特征，必要时做组织学和免疫病理检查不难确诊。

2. SCLE

主要根据皮疹形态和轻至中度的全身症状可以初步诊断。实验室检查有助于诊断。

3. SLE

（1）主症：①典型皮疹颜面部蝶形红斑、甲周红斑或指远端甲下弧形斑、指尖红斑、出血或盘状损害，黏膜红斑、糜烂、溃疡。②LE 细胞（+）、ANA 滴度≥1∶80。③血清补体下降。

（2）辅症：发热、狼疮发、光敏、关节痛/关节炎、多器官的受累。

3 个主症具备 2 个即能确诊；1 个主症，附加 3 个辅症才能确诊。

（二）实验室检查

1. 血常规与血沉

贫血常见；白细胞、淋巴细胞减少，严重者嗜酸性白细胞减少或消失；血小板减少。血沉增快较常见，活动期可明显加快，缓解期恢复正常，但也有临床症状控制后血沉仍不下降者。

2. 血清蛋白

白蛋白降低，球蛋白和总蛋白增加。

3. 类风湿因子

约30%患者阳性。

4. 红斑狼疮细胞试验

本试验对SLE的诊断价值很大，75%～90%活动性SLE患者为阳性，随病情好转，阳性率下降。部分病人临床症状已明显好转而LE细胞试验仍阳性，故一般不作为治疗观察的主要指标。

5. 抗核抗体（ANA）试验

ANA是对各种细胞核成分抗体的总称，属自身抗体。常用间接免疫荧光法测定。在未经治疗的活动性SLE中80%～95%病例ANA阳性，高滴度（至少>1:80）ANA可以作为诊断SLE标准之一。ANA阳性可见于其他结缔组织病，如硬皮病、类风湿性关节炎等，但阳性率及滴定度较低。

6. 血清补体和循环免疫复合物（CIC）测定

约75%～95%SLE患者血清总补体值下降。分补体中，C_1、C_2、C_3、C_4、及C_9均下降，下降程度和SLE的活动性一致，特别是狼疮性肾炎患者。急性期总补体值可明显降低，C_3、C_4亦降低，尤以C_3显著，故测定补体值可作为SLE治疗观察的指标之一。测定脑脊液中补体有助于判断SLE有无中枢神经系统侵犯。

7. 免疫学检查

DLE患者直接免疫荧光检查50%～90%患者在真皮和表皮交界处可见IgG、IgM和补体C_3呈颗粒样带状沉积。SCLE患者真皮表皮连接处IgG和补体C_3沉积的阳性率仅占50%左右。SLE患者直接免疫荧光检查在皮损、曝光处和非曝光处的外观正常皮肤，均可有真皮和表皮交界处IgG、IgM、IgA等和补体C_3的沉积。

要点五　鉴别诊断

1. 风湿性关节炎

关节肿胀明显，可出现风湿结节及环形红斑；抗风湿因子大多阳性；无系统性红斑狼疮特有的皮损；红斑狼疮细胞及抗核抗体检查阴性；对光线不敏感。

2. 类风湿性关节炎

关节疼痛，多累及小关节，可有关节畸形；类风湿因子大多阳性；无红斑狼疮特有皮损改变；查不到红斑狼疮细胞。

3. 皮肌炎

多于面部开始；皮损为紫蓝色水肿性红斑伴有血管扩张，多发性肌炎症状明显；尿肌酸含量异常。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. DLE 的治疗

皮损可外用皮质类固醇霜，局限的可考虑去炎松混悬液局部封闭。小片皮损亦可用冷冻疗法。皮损广泛或有全身症状的可内服磷酸氯喹。必要时可口服非激素类抗炎药或皮质类固醇激素等。

2. SCLE 的治疗

基本同慢性皮肤型和系统性红斑狼疮。

3. SLE 的治疗

（1）轻型病例：以皮损表现为主时，可选用抗疟药或结合非甾体抗炎药，必要时加用小至中等剂量的皮质激素如强的松。

（2）重型病例：首选皮质激素，可显著抑制炎症反应，对淋巴细胞有直接细胞毒作用，抑制抗原抗体反应。用量要足量，待病情缓解后逐步减量。严重肾病者可试用大剂量的皮质类固醇冲击疗法。

免疫抑制剂，具有抗炎和免疫抑制作用，常用的有环磷酰胺、硫唑嘌呤。

严重肾病者，可考虑血液透析或肾移植，或全身淋巴结 X 线照射，或免疫增强剂等。

（3）妊娠中的 SLE 一般不用抗疟药或细胞毒性药物。若无心肾损害，小量强的松可使病情缓解，并可调节至维持量，继续妊娠并密切观察，防止病情活动。一般在妊娠后期和分娩后一个半月内，可使病情加重，应静脉使用皮质类固醇激素。若未经治疗的活动性患者发生妊娠，应该在进行治疗性流产前用大剂量皮质类固醇激素控制病情。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）热毒炽盛证

证候：相当于 SLE 急性活动期。面部蝶形红斑鲜艳，皮肤紫斑；伴有高热，烦躁口渴，神昏谵语，抽搐，关节肌肉疼痛，大便干结，小便短赤；舌红绛，苔黄腻，脉洪数或细数。

治法：清热凉血，化斑解毒。

方药：犀角地黄汤加减。

（2）阴虚火旺证

证候：斑疹暗红；伴有不规则发热或持续低热，手足心热，心烦无力，自汗盗汗，面浮肿，关节痛，足跟痛，月经量少或闭经；舌红，苔薄，脉细数。

治法：滋阴降火。

方药：六味地黄丸加减。

（3）脾肾阳虚证

证候：面色无华，眼睑、下肢浮肿，胸胁胀满，腰膝疲软，面热肢冷，口干不渴，尿少或尿闭；舌淡胖，苔少，脉沉细。

治法：温肾壮阳，健脾利水。

方药：苓桂术甘汤合参苓白术散加减。

（4）气滞血瘀证

证候：多见于盘状局限型及亚急性皮肤型红蝴蝶疮，红斑暗滞，角栓形成及皮肤萎缩；伴倦怠乏力；舌黯红，苔白或光面舌，脉沉细。

治法：疏肝理气，活血化瘀。

方药：逍遥散加减。

2. 成药

昆明山海棠片，或雷公藤总甙制剂。

3. 外治

以保护、避光、润肤为原则，可用白玉膏局部外擦。

细目十九　淋病

要点一　概述

淋病是由淋病双球菌引起的泌尿生殖系统感染的性传播疾病。主要通过性交传染，极少数也可通过污染的衣物等间接传染。在经典的性传播疾病中，淋病的发病率最高，流行范围最广。它以尿道刺痛，尿道口排出脓性分泌物为临床特征。属中医“淋浊”范畴，称之为“花柳毒淋”。

要点二　病因病理

淋病的病原菌为淋病双球菌，革兰氏染色阴性，易被干燥、肥皂、或其他消毒剂杀灭。常存在于尿道、阴道，子宫颈及前庭等处。经性交相互传染，女性较男性易感，而男性的症状较重，淋球菌感染后很快引起尿道黏膜的严重炎症反应，或形成溃疡及脓肿，产生大量脓性分泌物由尿道流出。感染可向黏膜下发展，不久可蔓延至后尿道，甚至蔓及前列腺，精囊或附睾。女性则表现为宫颈炎，附件炎。当全身抵抗力低下时，淋球菌可经血行播散，产生败血症、心内膜炎，关节炎等，反复感染或治疗不彻底，则可形成慢性病灶，若纤维组织逐渐形成，亦可发生尿道狭窄。

要点三　临床表现

有不洁性交或间接接触传染史。潜伏期一般为 2～10 天，平均 3～5 天

（一）男性淋病

一般症状和体征较明显。

1. 急性淋病

尿道口红肿发痒及轻度刺痛，继而有稀薄黏液流出，引起排尿不适，24 小时后症状加剧。排尿开始时尿道外口刺痛或灼热痛，排尿后疼痛减轻。尿道口溢脓，开始为浆液性

分泌物，以后逐渐出现黄色黏稠的脓性分泌物，特别是清晨起床后分泌物的量较多，脓痂可堵住尿道外口，尿液呈乳白混浊样。若有包皮过长，可引起包皮炎、包皮龟头炎，严重时可并发包茎、尿道黏膜外翻、腹股沟淋巴结肿大。部分病人可有尿频、尿急、夜尿增多。当病变上行蔓延至后尿道时，可出现终末血尿、血精、会阴部轻度坠胀等表现。

全身症状一般较轻，少数患者可伴有发热（38℃左右）、全身不适、食欲不振等。

2. 慢性淋病

多由于急性淋病治疗不当，或在急性期嗜酒及性交等因素而转为慢性；也有因患者体质虚弱或伴贫血、结核，病情一开始即呈慢性表现。

慢性淋病患者表现为轻微尿痛，排尿时仅感尿道灼热或轻度刺痛，常可见终末血尿。尿道外口不见排脓，挤压阴茎根部或用手指压迫会阴部，尿道外口仅见少量稀薄浆液性分泌物。患者多有慢性腰痛，会阴部胀感，夜间遗精，精液带血。淋病反复发作者，可出现尿道狭窄，少数可引起输精管狭窄或梗塞，发生精液囊肿。

男性淋病可合并淋病性前列腺炎、附睾炎、精囊炎、膀胱炎等。

（二）女性淋病

大多数患者可无症状，有症状也不太明显，多在出现严重病变，或娩出感染淋病的新生儿时才被发现。

1. 急性淋病

主要类型有：

（1）淋菌性宫颈炎：表现为大量脓性白带，宫颈充血、触痛，若阴道脓性分泌物较多时，常有外阴刺痒和烧灼感。因常与尿道炎并发，故也可有尿频、尿急等症状。

（2）淋菌性尿道炎：表现为尿道口充血、压痛，并有脓性分泌物，轻度尿频、尿急、尿痛，排尿时有烧灼感，挤压尿道旁腺时有脓性分泌物。

（3）淋菌性前庭大腺炎：表现有前庭大腺红、肿、热、痛，严重时形成脓肿，触痛明显。全身症状有高热、畏寒等。

2. 慢性淋病

常由急性转变而来。一般症状较轻，部分患者有下腹坠胀、疼痛，腰酸背痛，白带较多，月经过多，少数可引起不孕、宫外孕等。常见下列情况：

（1）幼女淋菌性外阴阴道炎，表现为外阴红肿、灼痛，阴道及尿道有黄绿色脓性分泌物等。

（2）女性淋病若炎症波及盆腔等处，则易并发盆腔炎、输卵管炎、子宫内膜炎等，偶可继发卵巢脓肿，盆腔脓肿、腹膜炎等。

（3）播散性淋病，常出现淋菌性关节炎、淋菌性败血症、脑膜炎、心内膜炎及心包炎等。

（4）其他部位的淋病，主要有新生儿淋菌性结膜炎、咽炎、直肠炎等。

要点四　诊断

诊断要点：

（ ·）临床表现

本病须根据病史、临床表现和实验室检查结果综合分析、慎重诊断。

1. 感染史

有与淋病患者性交或不洁性交，以及共同生活史；慢性期患者曾有淋病病史。

2. 典型症状体征

主要表现为尿道炎、阴道炎等，出现急性、慢性尿道炎症及局部红、肿、热、痛，有分泌物或呈脓性。部分病例可无临床症状。

（二）实验室及特殊检查

以尿道、阴道等处分泌物及局部刮片、挤压液和抽取液涂片或培养，淋球菌呈阳性，血清学检查可作诊断参考。

要点五　鉴别诊断

1. 非淋菌性尿道炎

主要由衣原体和支原体感染所引起。其潜伏期较长；尿道炎症较轻，尿道分泌物少；分泌物查不到淋球菌，有条件的可作衣原体、支原体检测。

2. 念珠菌性尿道炎

病史较长，多有反复感染史。尿道口、龟头、包皮潮红，可有白色垢物，瘙痒明显；实验室检查可见念珠菌丝。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 青霉素类

普鲁卡因青霉素 G，氨苄西林，并加服丙磺舒。

2. 壮观霉素（淋必治）或头孢三嗪（菌必治）

急性期且为初次感染者，给药 1～2 次即可，慢性者应给药 7 天以上。

3. 喹诺酮类

诺氟沙星，氧氟沙星。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）湿热毒蕴证

证候：尿道口红肿，尿液混浊如脂，尿道口溢脓，尿急，尿频，尿痛，淋漓不止，严

重者尿道黏膜水肿，附近淋巴结肿痛，女性宫颈充血、触痛，并有脓性分泌物，可有前庭大腺红肿热痛等；可伴有发热等全身症状；舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿，解毒化浊。

方药：龙胆泻肝汤加减。热毒入络者，合清营汤加减。

（2）阴虚毒恋证

证候：小便不畅、短涩，淋漓不尽，女性带下多，或尿道口见少许黏液，酒后或疲劳易复发；腰酸腿软，五心烦热，食少纳差；舌红，苔少，脉细数。

治法：滋阴降火，利湿祛浊。

方药：知柏地黄丸加减。

2. 外治

可选用土茯苓、地肤子、苦参、芒硝各30g，煎水外洗局部，每天3次。

细目二十　梅毒

要点一　概述

梅毒是由梅毒螺旋体所引起的一种慢性全身性性传播疾病。早期主要表现为皮肤黏膜损害，晚期可造成骨骼及眼部、心血管、中枢神经系统等多器官组织的病变。主要由不洁性交传染，偶尔通过接吻、哺乳，或接触患者污染的衣物、输血等途径传染，亦可通过母婴传播。属于中医的“霉疮”、“疳疮”、“花柳病”等范畴。

要点二　病因病理

本病的病原体为梅毒螺旋体，亦称苍白螺旋体。由直接或间接途径，梅毒螺旋体经黏膜或破损皮肤进入机体后即在侵入处组织中繁殖，于外生殖器处形成硬下疳，成为一期梅毒。由于局部免疫反应，部分螺旋体被消灭，局部损害逐渐消退，成为一期潜伏梅毒。硬下疳消退后约6周，潜伏的螺旋体大量繁殖，进入血液循环，侵入多种组织内，全身皮肤黏膜广泛出现梅毒疹，成为二期梅毒。由于机体的免疫力，皮肤黏膜的梅毒疹也可消退。但当机体的抵抗力低下时，未被自身免疫力消灭的螺旋体仍然可以引起皮损的再发，成为二期复发性梅毒。一、二期梅毒统称为早期梅毒。2～4年后进入晚期，此期可为无症状的晚期隐性梅毒。如有复发，则可侵犯任何组织，如皮肤黏膜、神经系统及心血管系统等重要脏器，受累组织内梅毒螺旋体虽少，但具有极大的破坏性而致组织缺损及功能障碍，成为三期梅毒。孕妇患者，其病原体可经胎盘进入胎儿血循环，致胎传梅毒。

要点三　临床表现

一般有不洁性交史，或性伴侣有梅毒病史。

（一）一期梅毒

主要表现为疳疮（硬下疳），发生于不洁性交后约2～4周，常发生在外生殖器部位，少数发生在唇、咽、宫颈等处，男性多发生在阴茎的包皮、冠状沟、系带或龟头上。同性

恋男性常见于肛门部或直肠；女性多在大小阴唇或子宫颈上。硬下疳常为单个，偶为多个，初为丘疹或浸润性红斑，继之轻度糜烂或成浅表性溃疡，其上有少量黏液性分泌物或覆盖灰色薄痂，边缘隆起，边缘及基底部呈软骨样硬度，不痛不痒，直径1～2cm，圆形，呈牛肉色，局部淋巴结肿大。疳疮不经治疗，可在3～8周内自然消失，而淋巴结肿大持续较久。

（二）二期梅毒

主要表现为杨梅疮，一般发生在感染后7～10周或硬下疳出现后6～8周。早期症状有流感样综合征，表现为头痛，恶寒，低热，食欲差，乏力，肌肉及骨关节疼痛，全身淋巴结肿大，继而出现皮肤黏膜损害、骨损害、眼梅毒、神经梅毒等。

1. 二期梅毒皮肤黏膜损害

其特点是分布广泛、对称，自觉症状轻微，破坏性小，传染性强。主要表现有下列几种：

（1）皮损：可有斑疹（玫瑰疹）、斑丘疹、丘疹鳞屑性梅毒疹、毛囊疹、蛎壳状疹、脓疱、溃疡等，这些损害可以单独或合并出现。

（2）扁平湿疣：好发于肛门周围、外生殖器等皮肤互相摩擦和潮湿的部位。稍高出皮面，界限清楚，表面湿烂，其颗粒密聚如菜花，覆有灰白色薄膜，内含大量的梅毒螺旋体。

（3）梅毒性白斑：好发于妇女的颈部、躯干、四肢、外阴及肛周。为局限性色素脱失斑，可持续数月。

（4）梅毒性脱发：脱发呈虫蚀状。

（5）黏膜损害：为黏膜红肿及糜烂，黏膜斑内含大量的梅毒螺旋体。

2. 二期梅毒骨损害

可发生骨膜炎及关节炎，晚上和休息时疼痛较重，白天及活动时较轻。多发生在四肢的长骨和大关节。

3. 二期眼梅毒

可发生虹膜炎、虹膜睫状体炎、视神经炎和视网膜炎等。

也可出现二期神经梅毒等。

（三）三期梅毒

亦称晚期梅毒。此期特点为病程长，易复发，除皮肤黏膜损害外，常侵犯多个脏器。

1. 三期皮肤梅毒

损害多为局限性、孤立性、浸润性斑块或结节，发展缓慢，破坏性大，愈后留有疤痕。常见者有：

（1）结节性梅毒疹：多见于面部和四肢，为豌豆大小铜红色的结节，成群而不融合，呈环形、蛇形或星形，质硬，可溃破，愈后留有萎缩性疤痕。

（2）树胶样肿：先为无痛性皮下结节，继之中心软化溃破，溃疡基底不平，为紫红色肉芽，分泌如树胶样黏稠脓汁，持续数月至2年，愈后留下疤痕。

（3）近关节结节：为发生于肘、膝、髋等大关节附近的皮下结节，对称发生，结节坚

硬，压迫时稍有痛感。

2. 三期黏膜梅毒

主要见于口、鼻腔。上腭及鼻中隔黏膜树胶肿可侵犯骨质，产生骨坏死，死骨排出，形成上腭、鼻中隔穿孔及马鞍鼻，引起吞咽困难及发音障碍，少数可发生喉树胶肿而引起呼吸困难、声音嘶哑。

3. 三期骨梅毒

以骨膜炎为多见，常侵犯长骨，损害较少，疼痛较轻，病程缓慢。其次为骨树胶肿，常见于扁骨，如颅骨，可形成死骨及皮肤溃疡。

4. 三期眼梅毒

可发生虹膜睫状体炎、视网膜炎及角膜炎等。

5. 三期心血管梅毒

主要有梅毒性主动脉炎、梅毒性主动脉瓣闭锁不全、梅毒性主动脉瘤和梅毒性冠状动脉口狭窄等。

6. 三期神经梅毒、脑膜梅毒、脑血管梅毒及脊髓脑膜血管梅毒和脑实质梅毒，可见麻痹性痴呆、脊髓痨、视神经萎缩等。

（四）潜伏梅毒（隐性梅毒）

梅毒未经治疗或用药剂量不足，无临床症状，血清反应阳性，排除其他可引起血清反应阳性的疾病存在，脑脊液正常，称为潜伏梅毒。若感染期限在 2 年以内者称为早期潜伏梅毒，早期潜伏梅毒随时可发生二期复发损害，有传染性；病期在 2 年以上者称为晚期潜伏梅毒，少有复发，少有传染性，但女病人仍可经胎盘而传给胎儿，发生胎传梅毒。

（五）胎传梅毒（先天梅毒）

是母体内的梅毒螺旋体由血液通过胎盘传到胎儿血液中，导致胎儿感染的梅毒。多发生在妊振 4 个月后。发病小于 2 岁者称早期胎传梅毒，大于 2 岁者称晚期胎传梅毒。胎传梅毒不发生硬下疳，常有严重的内脏损害，对患儿的健康影响很大，病死率高。

1. 早期胎传梅毒

多在出生后 2 周 ~3 个月内出现症状。表现为消瘦，皮肤松弛多皱褶，哭声嘶哑，发育迟缓，常因鼻炎而导致呼吸、哺乳困难。皮肤损害可表现为斑疹、斑丘疹、水疱、脓疱等，多分布在头面、肢端、口周皮肤，口周可见皲裂，愈后留有辐射状疤痕。此外，也可发生甲周炎、甲床炎、无发、骨髓炎、骨软骨炎、贫血、血小板减少等。大部分患儿可有肝、脾肿大，少数出现活动性神经梅毒。

2. 晚期胎传梅毒

患儿发育不良，智力低下，可有前额圆凸，镰刀胫，桑椹齿，马鞍鼻，锁骨胸骨关节骨质肥厚，视网膜炎，角膜炎，神经性耳聋，脑脊液异常，肝脾肿大，鼻或腭树胶肿导致口腔及鼻中隔穿孔和鼻畸形。皮肤黏膜损害与成人相似。

3. 胎传潜伏梅毒

胎传梅毒未经治疗，无临床症状而血清反应呈阳性。

要点四　诊断

诊断要点：

（一）临床表现

1. 病史

（1）多有冶游史或不洁性交史，或有与梅毒病人密切接触史，或有与梅毒病人共用物品史；

（2）或曾有性病史，或有硬下疳，二期或三期梅毒表现的病史。

2. 症状体征

皮肤、黏膜、阴部、肛门、口腔等处有梅毒性表现，感染期较长者有内脏受损症状体征。

（二）实验室及特殊检查

梅毒螺旋体检查和梅毒血清试验阳性。

要点五　鉴别诊断

1. 硬下疳与软下疳

病原菌为 Ducreyi 链杆菌（杜克雷嗜血杆菌），潜伏期短，发病急，炎症明显，基底柔软，溃疡较深，表面有脓性分泌物，疼痛剧烈，常多发。

2. 梅毒玫瑰疹与风热疮（玫瑰糠疹）

皮损为椭圆形，红色或紫红色斑，其长轴与皮纹平行，附有糠状鳞屑，常可见较大母斑，自觉瘙痒，淋巴结无肿大。梅毒血清反应阴性。

3. 梅毒扁平湿疣与尖锐湿疣

疣状赘生物呈菜花状或乳头状隆起，基底较细，呈淡红色。梅毒血清反应阴性。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 早期梅毒（一期、二期及病期在 2 年内的潜伏梅毒）

普鲁卡因青霉素 G，苄星青霉素 G（长效西林）。青霉素过敏者选用四环素，红霉素。

2. 病期长于二年的梅毒（三期皮肤、黏膜、骨骼梅毒，病期超过 2 年的潜伏梅素及二期复发梅毒）

普鲁卡因青霉素 G，苄星青霉素 G。青霉素过敏者选用四环素，红霉素。

3. 心血管梅毒

普鲁卡因青霉素 G，禁用苄星青霉素。青霉素过敏者选用四环素。

4. 神经梅素

水剂青霉素 G，或普鲁卡因青霉素 G 同时服丙磺舒，接着再用苄星青霉素 G。

5. 妊娠梅毒

普鲁卡因青霉素 G，青霉素过敏者只选用红霉素，服法同一般病人，但其所生婴儿应用青霉素治疗。

6. 先天梅毒

普鲁卡因青霉素 G，苄星青霉素 G，有神经损害者不用（效差）。较大儿童青霉素用量不应超过成人同期治疗量，青霉素过敏者改用红霉素，8 岁以下儿童禁用四环素。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）肝经湿热证

证候：多见于一期梅毒。外生殖器疳疮质硬而润，或伴有横痃，杨梅疮多在下肢、腹部、阴部；兼见口苦口干，小便黄赤，大便秘结；舌质红，苔黄腻，脉弦滑。

治法：清热利湿，解毒驱梅。

方药：龙胆泻肝汤加减。

（2）血热蕴毒证

证候：多见于二期梅毒。周身起杨梅疮，色如玫瑰，不痛不痒，或见丘疹、脓疱、鳞屑；兼见口干咽燥，口舌生疮，大便秘结；舌质红绛，苔薄黄或少苔，脉细滑或细数。

治法：凉血解毒，泻热散瘀。

方药：清营汤合桃红四物汤加减。

（3）毒结筋骨证

证候：见于杨梅结毒。患病日久，在四肢、头面、鼻咽部出现树胶肿，伴关节、骨骼作痛，行走不便，明显消瘦，疼痛夜甚；舌质暗，苔薄白或灰或黄，脉沉细涩。

治法：活血解毒，通络止痛。

方药：五虎汤加减。

（4）肝肾亏损证

证候：见于三期梅毒脊髓痨者。患病可达数十年之久，逐渐两足瘫痪或痿弱不行，肌肤麻木或虫行作痒，筋骨窜痛；腰膝酸软，小便困难；舌质淡，苔薄白，脉沉细弱。

治法：滋补肝肾，填髓熄风。

方药：地黄饮子加减。

（5）心肾亏虚证

证候：见于心血管梅毒患者。症见心慌气短，神疲乏力，下肢浮肿，唇甲青紫，腰膝酸软，动则气喘；舌质淡有齿痕，苔薄白而润，脉沉弱或结代。

治法：养心补肾，祛瘀通阳。

方药：苓桂术甘汤加减。

2. 外治

（1）疳疮：可选用鹅黄散或珍珠散敷于患处。

（2）横痃、杨梅结毒未溃时，选用冲和膏，醋、酒各半调成糊状外敷；溃破时，先用五五丹掺在疮面上，外盖玉红膏；待其腐脓除尽，再用生肌散掺在疮面上，盖玉红膏。

（3）杨梅疮：可用土茯苓、蛇床子、川椒、蒲公英、莱菔子、白鲜皮煎汤外洗。

细目二十一　尖锐湿疣

要点一　概述

尖锐湿疣（CA）又称生殖器疣、性病疣，是由人类乳头瘤病毒引起的一种良性赘生物。其特点是：以皮肤黏膜交界处，尤其是外阴、肛周出现淡红或暗红褐色表皮赘生物为主要表现。主要通过性接触传染，也可通过自身接种、接触污染的内裤、浴巾、浴盆等方式传染，本病男女均可罹患，主要发生在性活跃的青壮年人群。有一定的自限性，部分病例治愈后复发，少数尖锐湿疣有癌变的可能。属于中医“臊疣”、“瘙痒”的范畴。

要点二　病因病理

本病的病原体系人类乳头瘤病毒（HPV）。该病毒属 DNA 病毒，具有高度的宿主性和组织特异性，只侵犯人体皮肤黏膜，不侵犯动物。病毒通过局部细微损伤的皮肤黏膜而接种在该部，经过一定的潜伏期而出现赘生物

要点三　临床表现

有与尖锐湿疣患者不洁性交或生活接触史。潜伏期 1～12 个月，平均 3 个月。

男性皮损多在阴茎龟头、冠状沟、系带；女性多在阴唇、阴蒂、宫颈、阴道和肛门；同性恋者常见于肛门和直肠，亦有在乳头、口唇、腋下、脐窝等处者。基本损害为淡红色或暗红褐色、柔软的表皮赘生物。赘生物大小不一，单个或群集分布，表面分叶或呈棘刺状，湿润，基底较窄或有蒂，但在阴茎体部可现基底较宽的“无蒂疣”。由于皮损排列分布不同，外观上常表现为点状、线状、重叠状、乳头瘤状、鸡冠状、菜花状、蕈状等不同形态。本病常无自觉症状，部分病人可出现局部疼痛或瘙痒。疣体易擦破出血，若继发感染，分泌物增多，可伴恶臭。巨大的尖锐湿疣多见于男性，且好发于阴茎和肛门附近，女性则见于外阴部。偶尔可转化为鳞状细胞癌。

要点四　诊断

诊断要点：

（一）临床表现

1. 性接触史

患者多有不洁性接触史或夫妇同病。

2. 好发部位

男性多发于阴茎龟头、冠状沟、系带；同性恋者多发于肛门、直肠；女性多发于外阴、阴蒂、宫颈、阴道和肛门。

3. 皮损特点

初起为淡红色丘疹，逐渐增大，融合成乳头状、菜花状或鸡冠状增生突起，表面湿

润，根部有蒂，易出血。

（二）实验室及特殊检查

非梅毒螺旋体抗原血清试验阳性，但特异性差，假阴性多。梅毒螺旋体抗原血清试验阳性，或蛋白印迹试验阳性，均有利于诊断。聚合酶链反应检查梅毒螺旋体核糖核酸阳性，或取硬下疳、病损皮肤、黏膜处的表面分泌物、肿大的淋巴结穿刺液在暗视野显微镜下查到梅毒螺旋体，均可确诊。

要点五　鉴别诊断

1. 假性湿疣

多发生于20～30岁的女性外阴，特别是小阴唇内侧和阴道前庭；皮损为直径1～2mm大小的白色或淡红色小丘疹，表面光滑如鱼子状，群集分布，无自觉症状。

2. 扁平湿疣

为梅毒常见的皮肤损害，皮损为扁平而湿润的丘诊，表面光滑，成片或成簇分布，皮损内可找到梅毒螺旋体。梅毒血清反应强阳性。

3. 阴茎珍珠状丘疹

多见于青壮年。皮损为冠状沟部珍珠样半透明小丘疹，呈半球状、圆锥状或不规则状，色白或淡黄、淡红，沿冠状沟排列成一行或数行，或包绕一周；无自觉症状。

要点六　治疗

（一）西医治疗

（1）口服或注射可选用无环鸟苷、病毒唑、聚肌胞、干扰素等抗病毒药物和免疫增强剂。

（2）外涂可根据病情选用足叶草脂素（疣脱欣）、1%～5%5－氟脲嘧啶、30%～50%三氯醋酸或3%～5%酞丁胺等涂敷于疣体表面。注意保护正常皮肤黏膜。

（3）使用激光、冷冻、电灼疗法时注意不要过度治疗，避免损害正常皮肤黏膜和疤痕形成，预防感染。

（4）疣体较大者可手术切除。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）湿毒下注证

证候：外生殖器或肛门等处出现疣状赘生物，色灰或褐或淡红，质软，表面秽浊潮湿，触之易出血，恶臭；伴小便黄或不畅；苔黄腻，脉滑或弦数。

治法：利湿化浊，清热解毒。

方药：萆薢化毒汤加减。

（2）湿热毒蕴证

证候：外生殖器或肛门等处出现疣状赘生物，色淡红，易出血，表面有大量秽浊分泌

物，色淡黄，恶臭，瘙痒，疼痛；伴小便色黄量少，口渴欲饮，大便干燥；舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热解毒，化浊利湿。

方药：黄连解毒汤加减。

2. 外治

（1）熏洗法：板蓝根、山豆根、木贼草、香附各30g；或白矾、皂矾各120g，侧柏叶250g，生苡仁50g，孩儿茶15g。煎水先熏后洗。

（2）点涂法：五妙水仙膏点涂疣体；或鸦胆子仁捣烂涂敷或鸦胆子油点涂患处，包扎。应注意保护周围正常皮肤。适用于疣体小而少者。

细目二十二　艾滋病（HIV）

要点一　概述

艾滋病即获得性免疫缺陷综合征，是由人类免疫缺陷病毒（HIV）所致的传染病。主要通过性接触及血液、血液制品和母婴传播传染。HIV能特异性侵犯Th淋巴细胞（CD_4）引起机体细胞免疫系统严重缺陷，导致各种机会性顽固感染、恶性肿瘤的发生，并对机体各系统尤其是神经系统造成损害，传染性强，死亡率高。属于中医“疫疠”、“虚劳”、“癥瘕”等范畴。

要点二　病因病理

艾滋病的病原体为HIV，为逆转录C型RNA病毒，患者的精液、血液、唾液、眼泪、乳汁、尿液、阴道分泌物中均可分离出HIV，但主要是通过精液、血液及含有血液的分泌物经血流和破损的皮肤与黏膜传入全身，主要传染途径是性交传染、血液传染和围产期母婴感染。

HIV嗜CD_4细胞，在细胞内进行繁殖，使细胞不断地破裂、溶解、消失，遭到破坏。由于CD_4细胞减少，依赖CD_4细胞参加的细胞免疫反应处于无能状态，致使患者极易发生一系列的原虫、蠕虫、真菌、细菌和病毒等条件性病原体的感染，发生少见的恶性肿瘤。HIV能侵犯神经系统，感染脑和脊髓，出现神经系统症状。HIV侵犯人体后，核酸可以与宿主染色体DNA整合，强占遗传机构而复制，故无论是免疫接种预防还是治疗都非常困难。

要点三　临床表现

潜伏期一般由6个月到5年或更长。感染HIV后，临床症状可分为3个阶段。

1. 急性感染期

多数人感染后初期无任何症状和体征，少数患者在感染后3～4周出现急性HIV感染的临床表现，但症状轻微，如发热、淋巴结肿大、咽炎、皮疹或关节痛、腹泻、头痛等，症状持续2～3周自行缓解，此后进入一个长短不等的无症状潜伏期。

2. 艾滋病相关综合征

患者发热、乏力、盗汗、腹泻，明显消瘦，全身表浅淋巴结肿大等。同时常有非致命的真菌、病毒或细菌性感染，如口腔白色念珠菌病、皮肤单纯疱疹、带状疱疹和脓皮病等。

3. 艾滋病

约1%的HIV感染者可发展为艾滋病，其临床表现为严重的细胞免疫缺陷而致的条件性病原体感染和少见的恶性肿瘤，较常见的有卡氏肺囊虫肺炎和卡波济肉瘤。

要点四　诊断

诊断要点：

（一）临床表现

1. 艾滋病病人

HIV抗体阳性，又具有下述任何一项者，可确诊为艾滋病病人。

（1）近期内（3～6个月）体重减轻10%以上，且持续发热达38℃1个月以上；

（2）近期内（3～6个月）体重减轻10%以上，且持续腹泻（每日达3～5次）1个月以上；

（3）卡氏肺囊虫肺炎；

（4）卡波济肉瘤；

（5）明显的霉菌或其他条件致病菌感染。

2. 实验室确诊艾滋病病人

若HIV抗体阳性者体重减轻、发热、腹泻、症状接近上述第一项标准且有以下任何一项时，可为实验室确诊艾滋病病人。

（1）CD_4/CD_8（辅助/抑制）淋巴细胞计数比值＜1，CD_4细胞计数下降；

（2）全身淋巴结肿大；

（3）明显的中枢神经系统占位性病变的症状和体征，出现痴呆，辨别能力丧失或运动神经功能障碍。

（二）实验室及特殊检查

1. 免疫学检查

CD_4淋巴细胞减少，外周血淋巴细胞显著减少，低于$1\times10^9/L$；CD_4/CD_8＜1（正常1.75～2.1）；自然杀伤细胞（NK）活性下降，B淋巴细胞功能失调。

2. HIV检测

常用的有：

（1）细胞培养分离病毒；

（2）检测HIV抗原；

（3）检测逆转录酶；

（4）检测病毒核酶等。由于操作复杂，价格昂贵，不作常规筛选之用。

3. HIV 抗体检测

这类方法是确定有无 HIV 病毒感染的最简便方法，但高危人群若为阴性应在 2 个月后复查。常用的方法有：

（1）酶联免疫吸附法（ELISA）；

（2）间接免疫荧光法（IIF）；

（3）明胶颗粒凝集试验（PA）；

（4）蛋白印迹检测法（WB 法）；

（5）放射免疫沉淀试验（RIP）。

其中前三种用于筛选检查，后两种用于明确诊断。

要点五　鉴别诊断

应与原发性免疫缺陷病、继发性免疫缺陷病、特发性 CD_4 + T 淋巴细胞减少症、自身免疫性疾病、淋巴结肿大疾病、中枢神经系统疾病及假性艾滋病综合征等相鉴别。

要点六　治疗

（一）西医治疗

1. 支持疗法

对症处理，尽可能改善患者的进行性消耗和不适症状。

2. 免疫调节剂

可选用白细胞介素 -2、干扰素、丙种球蛋白、转移因子、香菇多糖、异丙肌苷等。

3. 抑制 HIV 逆转录酶的药物

主要有叠氮胸苷，其次，可用 2′~3′双脱氧肌苷、2′~3′双脱氧胞嘧啶苷等。一般主张以上各药联合使用，即所谓“鸡尾酒”疗法，即可发挥其协同作用，也有利于减轻某一药物的毒副作用。此外，还有苏拉明、异丙肌苷等。

（二）中医治疗

1. 辨证论治

（1）肺卫受邪证

证候：见于急性感染期。症见发热，微畏寒，微咳，身痛，乏力，咽痛；舌质淡红，苔薄白或薄黄，脉浮。

治法：宣肺祛风，清热解毒。

方药：银翘散或荆防败毒汤加减。

（2）肺肾阴虚证

证候：多见于以呼吸系统症状为主的艾滋病早、中期患者，尤以卡氏肺囊虫肺炎、肺孢子肺炎、肺结核较多见。症见发热，咳嗽，无痰或少量黏痰，或痰中带血，气短胸痛，动则气喘，全身乏力，消瘦，口干咽痛，盗汗，周身可见淡红色皮疹，伴轻度瘙痒；舌红，少苔，脉沉细数。

治法：滋补肺肾，解毒化痰。

方药：百合固金汤合瓜蒌贝母汤加减。

（3）脾胃虚弱证

证候：以消化系统症状为主者最为多见。症见腹泻久治不愈，腹泻呈稀水状便，少数夹有脓血和黏液，里急后重不明显，可有腹痛；兼见发热，消瘦，全身乏力，食欲不振，恶心呕吐，吞咽困难，或腹胀肠鸣，口腔内生鹅口疮；舌质淡有齿痕，苔白腻，脉濡细。

治法：扶正祛邪，培补脾胃。

方药：补中益气汤合参苓白术散加减。

（4）脾肾亏虚证

证候：多见于晚期患者。症见发热或低热，形体极度消瘦，神情倦怠，心悸气短，头晕目眩，腰膝酸痛，四肢厥逆，食欲不振，恶心，呃逆频作，腹泻剧烈，五更泄泻，毛发枯槁，面色苍白；舌质淡或胖，苔白，脉细无力。

治法：温补脾肾，益气回阳。

方药：肾气丸合四神丸加减。

（5）气虚血瘀证

证候：以卡波济肉瘤多见。症见周身乏力，气短懒言，面色苍白，饮食不香，四肢、躯干部出现多发性肿瘤，瘤色紫暗，易于出血，淋巴结肿大；舌质暗，脉沉细无力。

治法：补气化痰，活血清热。

方药：补阳还五汤、犀角地黄汤合消瘰丸加减。

（6）窍闭痰蒙证

证候：多见于出现中枢神经病症的晚期患者。症见发热，头痛，恶心呕吐，神志不清，或神昏谵语，项强惊厥，四肢抽搐，或伴癫痫或痴呆；舌质暗或胖，或干枯，苔黄腻，脉细数或滑。

治法：清热化痰，开窍通闭。

方药：安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹。若为寒甚者，用苏合香丸豁痰开窍。痰闭清除后，可用生脉散益气养阴。

2. 针刺疗法

选关元、命门、腰俞、脾俞、足三里、内关、合谷、阴陵泉、阳陵泉、风池、委中、列缺等穴位。

（张庚扬）

[General Information]
书名=全国中医药专业技术资格考试大纲与细则　　中西医结合外科专业　　中级
作者=国家中医药管理局专业技术资格考试专家委员会编写
页数=1196
出版社=北京市：中国中医药出版社
出版日期=2011.12
SS号=12996080
DX号=000008235007
URL=http://book.szdnet.org.cn/bookDetail.jsp?dxNumber=000008235007&d=14C75BCF952D43B3B524E7D86C533F6E