

肠癌时,尚需做纤维结肠镜或电子结肠镜检查,避免发生漏诊。内镜检查除可肉眼做出诊断外,还可取组织做病理学检查。

3.影像学检查

(1) 钡剂或气钡灌肠 X 线检查 主要用于排除结肠、直肠多发癌或息肉病,对直肠癌诊断意义不大。

(2) 腹部或腔内 B 超检查 直肠、结肠癌可同时有肝转移,术前腹部 B 超应列为常规检查。腔内 B 超检查可检测出癌肿浸润肠壁的深度及有无邻近器官受累,便于术前对其严重程度进行评估。

(3) CT 检查 是术前常规的检查方法,目的主要在于了解肝脏、腹腔、盆腔脏器状况,为手术方案提供依据。

(4) 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。结肠、直肠癌病人血清 CEA 水平与 Dukes 分期呈正相关,Dukes A 期病人血清 CEA 阳性率可达 25%,D 期可达 85%左右。

4.其他检查

根据需要做膀胱镜检查、阴道检查或腹股沟淋巴结检查。

五、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。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。

六、治疗

(一)治疗思路

直肠癌的主要治疗方法仍是手术切除、化疗辅以中药的综合疗法。手术时应充分考虑病人的生活质量,手术方式应权衡利弊,尽可能保留排便、排尿及性功能。从解剖学角度,直肠分为上段直肠和下段直肠。临床上将距齿状线 5cm 以内的直肠癌称为低位直肠癌,距齿状线 5~10cm 者称为中位直肠癌,距齿状线 10cm 以上者称为高位直肠癌,这种分类方式对直肠癌手术方式的选择有重要价值。

(二)西医治疗

1.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,亦应做缓解症状的减症手术(姑息性切除)。有肝转移者,如能切除应同时切除肝转移癌。

2.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。

3.化疗

可在术前、术中和术后应用。给药方式有动脉灌注、门静脉注入、术中肠腔灌注给药及温热灌注化疗等。化疗时机、剂量因人而异。常用方案为 5-FU 加左旋咪唑或亚叶酸钙或联合铂类。

(三)中医治疗

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:四妙散合白头翁汤加减。

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,通腑化痰,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,面色㿔白,肠鸣腹泻,泻后痛减,腹痛喜热,形寒肢冷;舌淡,苔白,脉细。

治法:祛寒胜湿,健脾温肾。

方药:参苓白术散合吴茱萸汤加减。

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。

P172 第七节湿疹

第一段修改为

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。本病相当于中医的“湿疮”,属中医文献的“浸淫疮”“血风疮”范畴。根据其发病部位不同,名称亦不相同,发于耳部的称“旋耳疮”,发于手部的称“皸疮”,发于乳头的称“乳头风”,发于脐部的称“脐疮”,发于阴囊部的称“肾囊风”。

P173 西医疗疗

删除(4)普鲁卡因静脉注射

增补 荨麻疹

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”。

一、西医病因病理

1.免疫性荨麻疹

(1) I型变态反应 是抗原与 IgE 作用于肥大细胞与嗜碱性粒细胞,使它们脱颗粒而使组胺及其他血管活性物质释放,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,从而形成风团,出现消化道、呼吸道等症状。

(2) II型变态反应 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容血时,补体 C3 和 C5 的活动碎片 C3a 和 C5a 可使肥大细胞释放组胺,从而形成风团。

(3) III型变态反应 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,同时中性粒细胞释放溶酶体酶也起着重要作用。

2.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粒细胞,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。

3.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。

二、中医病因病机

先天禀赋不足,卫外不固,风邪乘虚侵袭所致;或表虚不固,风寒、风热外袭,客于肌表,致使营卫失调而发;或肠胃湿热,复感风邪,内不得疏泄,外不得透达,郁于皮毛腠理之间而发;或平素体弱,气血不足,血虚生风生燥,或病久气血耗伤,易感风邪,风邪与气血搏结于皮肤而发。

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。可因搔抓刺激使风团互相融合成片,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,但以面部、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,一般经1周左右可以痊愈;慢性者病程在1~2个月或以上,反复发作,迁延数月,甚至数年。

四、实验室及其他检查

- 1.血液检查嗜酸性粒细胞比例升高。
- 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。

五、诊断与鉴别诊断

1.诊断

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。

2.鉴别诊断

(1)接触性皮炎 有明确接触史;皮损多局限于接触部位;有红斑、肿胀、丘疹、水疱、糜烂、渗出等,但以单一片皮损为主;如不接触致敏物,一般不再复发。

(2)多形性红斑 损害多在手足背、颜面、耳等处;为红斑、水疱,呈环形;时轻时重,不易消退。

六、治疗

(一)治疗思路

本病的根本治疗是去除病因,如病因不明,可对症治疗,以内治为主,外治以止痒、消肿为主。

(二)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可的松、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常与抗组胺类药物同用,口服维生素K或维生素O2对慢性荨麻疹有效。

(5)其他 组胺球蛋白及肽酶可治疗慢性荨麻疹。

2.局部治疗

外搽止痒洗剂如薄荷液、1%麝香草酚、2%碳酸等。

(三)中医治疗

1.内治法

(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; 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. 外治法

(1) 香樟木、蚕沙各 30~60g, 或凌霄花、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。

七、预防与调护

1. 禁用或禁食某些致机体过敏的药物或食物, 避免接触致敏物品, 积极防治某些肠道寄生虫病。

2. 忌食鱼腥虾蟹、海味、辛辣、葱、韭、酒等。

注意气温变化, 自我调摄寒温, 加强体育锻炼。

增补 甲状腺腺瘤

甲状腺腺瘤是最常见的甲状腺良性肿瘤。本病多发生于 40 岁以下的妇女。约占甲状腺疾病的 60%, 有恶变倾向, 恶变率在 10% 左右。临床特点是颈前无痛性肿块, 质地柔韧, 随吞咽动作上下移动, 生长缓慢。本病属中医“肉瘿”范畴。

一、西医病因病理

病因不明, 可能与慢性促甲状腺素的刺激及缺碘、摄入致甲状腺肿物质等因素有关。按形态学可分为滤泡状腺瘤和乳头状腺瘤两种。一般呈单发结节状肿物, 偶可多发。

1. 滤泡状腺瘤

多见, 约占甲状腺腺瘤的 90%, 发生于滤泡上皮细胞, 呈圆形或卵圆形结节状肿物, 直径 2~5cm, 有完整包膜, 表面光滑, 生长缓慢。合并出血时瘤体可迅速增大。

2. 乳头状腺瘤

少见, 瘤体较小, 直径为 1~2cm, 有完整包膜。由滤泡上皮细胞发生, 常形成囊腔, 囊腔内形成乳头状结构, 故又称甲状腺乳头状囊腺瘤, 有恶变可能, 应注意与乳头状腺癌区分。

二、中医病因病机

1. 肝郁气滞

情志抑郁或恼怒伤肝, 致肝郁气滞, 疏泄失司, 肝旺侮土, 脾失健运, 痰浊内生, 气痰互结, 积于喉下, 发为肉瘿。

2. 痰凝血瘀

体虚外邪侵入或痰气互结于喉下,脉络受阻,日久致气血运行不畅,瘀滞喉下,发为本病。

3.肝肾亏虚

颈部为任脉所主,督脉之络所辖。任督之脉系于肝肾,痰气互结于此,久则耗损气血,伤及肝肾之阴。反之,肝肾不足,肝失所养,肝旺气滞,侮土生痰,痰气互结于喉下,发为本病。

三、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。

四、诊断与鉴别诊断

根据典型的临床表现诊断不难,应与以下疾病进行鉴别:

1.结节性甲状腺肿

与结节性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。

五、治疗

(一)西医治疗

手术治疗的应用是因为甲状腺腺瘤有引起甲亢(发生率约为20%)和恶变(发生率约为10%)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:活血化痰,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)沿甲状腺腺瘤周围针刺,强刺激,不留针,1日或隔日1次,连针15~30日。

第三章 中西医结妇产科常见病证

P176

第一节 功能失调性子宫出血

修改:排卵障碍性异常子宫出血

P176

功能失调性子宫出血简称功血,是妇科常见病,属于异常子宫出血范畴。是指由调节生殖的神经内分泌机制失常引起的异常子宫出血。通常分为排卵型和无排卵型两类,其中无排卵型功血约占85%,多发生于青春期及绝经过渡期妇女。

【西医病因病理】

1.病因当机体受到内部和外部各种因素如精神紧张、情绪变化、营养不良、代谢紊乱及环境、气候骤变等影响时,可通过大脑皮质和中枢神经系统引起下丘脑-垂体-卵巢轴功能调节或靶细胞效应异常导致月经失调。

2.发病机制

(1)无排卵型功血不同时期的功血其发病机制亦有异。无排卵型功血一般好发生在青春期和绝经过渡期,但也有发生在育龄期的。无排卵型功血的异常子宫出血还与子宫内膜出血的自限机制缺陷有关。

(2)排卵型功血排卵型月经失调较无排卵型功血少见,多发生于生育期妇女。患者有排卵,但黄体功能异常。常见有以下两种类型:黄体功能不足;子宫内膜不规则脱落。

【中医病因病机】

排卵型功血与中医学“月经先期”“月经过多”“经期延长”“经间期出血”等病证相类似;无排卵型功血与中医学“崩漏”相类似。

修改:

排卵障碍性异常子宫出血(AUB-O)属于异常子宫出血(AUB)9个类型疾病之一,是指稀发排卵、无排卵及黄体功能不足,由于下丘脑-垂体-卵巢轴功能异常引起的异常子宫出血。包括中医学的崩漏及月经不调。

一、西医病因与发病机制

1.病因

当机体受到内部和外部各种因素如精神紧张、情绪变化、营养不良、代谢紊乱及环境、气候骤变等影响时,可通过大脑皮质和中枢神经系统引起下丘脑-垂体-卵巢轴功能调节或靶细胞效应异常,导致异常子宫出血。

2.发病机制

(1)无排卵性异常子宫出血

1)不同时期功血病理生理变化:无排卵性异常子宫出血一般发生在青春期和绝经过渡期,也有发生在育龄期的。

2)子宫内膜出血的自限机制缺陷:无排卵性异常子宫出血还与子宫内膜出血的自限机制缺陷有关。

(2)排卵性异常子宫出血较无排卵性异常子宫出血少见,多发生于生育期妇女。患者有排卵,但黄体功能异常。常见有以下两种类型:

1)黄体功能不足。

2)子宫内膜不规则脱落。

(3)子宫内膜病理改变

1)无排卵性异常子宫出血:根据血内雌激素含量和作用时间的长短以及子宫内膜对雌激素反应的敏

感程度的不同,子宫内膜可出现不同程度的增生性变化,少数可呈萎缩性改变。

2) 排卵性异常子宫出血

①排卵性月经过多:子宫内膜于经前呈分泌反应,少数有高度分泌反应。

②黄体功能不足:分泌期内膜腺体分泌不良,内膜活检显示分泌反应落后2日。

③子宫内膜不规则脱落:黄体发育良好但萎缩过程延长。月经期第5~6天,仍能见呈分泌反应的子宫内膜,常表现为混合型子宫内膜。

④排卵期出血:子宫内膜呈早期分泌反应,部分可能有晚期增生期变化。

二、中医病因病机

无排卵性异常子宫出血可参照“崩漏”辨证论治,排卵性异常子宫出血归于“月经不调”范畴。

(一) 崩漏

崩漏发病机制主要是冲任损伤,不能制约经血,胞宫蓄溢失常,经血非时而下。常见的病因有血热、肾虚、脾虚、血瘀等。

1. 肾虚

先天不足,天癸初至,肾气不足;或因绝经前后肾气渐衰;或多产房劳,损伤肾气,以致封藏失职,冲任失摄,经血妄行。

2. 脾虚

素体脾虚,或忧思不解,或饮食劳倦,损伤脾气,气虚下陷,统摄无权,冲任不固,致成崩漏。

3. 血热

热伤冲任,迫血妄行。《傅青主女科》中有“冲脉太热而血即沸,血崩之为病,正冲脉之太热也”。其中又有虚热、实热之分。

(1)虚热 素体阴虚,或久病、失血以致阴伤,阴虚水亏,虚火内炽,扰动血海,故经血非时妄行。血崩则阴愈亏,冲任更伤,以致崩漏反复难愈。

(2)实热 素体阳盛,忿怒抑郁,郁久化火,或感受热邪,或过服辛辣助阳之品,酿成实热。热扰冲任,扰动血海,迫血妄行,致成崩漏。

4. 血瘀

经期产后,余血未尽,又感寒、热、湿邪,邪与血结,瘀阻冲任,血不循经而妄行,发为崩漏。

(二) 月经不调

月经不调的主要病机是脏腑、气血失调,引起冲任二脉损伤,胞宫藏泻失常。常见病因不外虚实两端,虚者包括肾虚、脾虚、血虚、虚热,实者包括肝郁、血瘀、血热、血寒、湿热、痰湿等。

P177

【西医治疗】

1.治疗原则 功血的治疗原则是止血、调整周期,无排卵型功血促进排卵,排卵型功血促进黄体功能的恢复。青春期及生育期无排卵型功血以止血、调整周期、促排卵为主;绝经过渡期患者以止血、调整周期、减少经量、防止子宫内膜病变为原则。

修改:

六、西医治疗

(一) 治疗原则

出血期止血并纠正贫血,血止后调整周期预防子宫内膜增生和 AUB 突发,有生育要求者促排卵治疗。青春期以止血、调整周期为主;生育期以止血、调整周期和促排卵为主;绝经过渡期患者以止血、调整周期、减少经量、防止子宫内膜病变为原则。

P177

(1) 无排卵性功血

修改:无排卵性异常子宫出血

P178

修改:(2)有排卵性功血前

4.手术疗法

(1)刮宫术适宜于急性大出血或存在子宫内膜癌高危因素的功血患者。

(2)子宫内膜切除术利用宫腔镜下电凝或热疗等方法,使子宫内膜组织凝固或坏死。适宜于经量多的绝经过渡期功血和激素治疗无效且无生育要求的生育期功血。缺点是子宫内膜组织受到热效应破坏影响病理诊断。

(3)子宫切除术对年龄较大、无生育要求者及久治不愈、反复发作、出血多、伴有严重贫血者,在了解所有治疗功血的可行方法后,可以由患者和家属知情选择接受子宫切除术。

P178

(2)有排卵性功血前——1)黄体功能不全

修改:(2)排卵性异常子宫出血——1)黄体功能不足

P178【中医辨证论治】后面

新增:

(一)崩漏

P179

1.血热证——(1)虚热证——代表方剂:上下相资汤。

常用药物:人参、沙参、玄参、麦冬、玉竹、五味子、熟地黄、山萸肉、车前子、牛膝等。

修改:方药:保阴煎合生脉散加阿胶。

P179

2.肾虚证(1)肾阳虚证——代表方剂:右归丸。

修改:方药:右归丸去肉桂,加艾叶炭、补骨脂、黄芪。

P179

(2)肾阴虚证——治法:滋肾养阴,调经止血。代表方剂:左归丸合二至丸。

修改:治法:滋补肾阴,固冲止血。方药:左归丸去牛膝合二至丸。

P179

删掉:

(3)肾气虚证

证候:多见青春期少女或经断前后妇女出血经乱无期,出血量多势急如崩,或淋漓日久不净,或由崩而漏,由漏而崩反复发作,色淡红或淡暗,质清稀,面色晦暗,眼眶暗,小腹空坠,腰脊酸软,舌淡暗,苔白润,脉沉弱。

治法:补肾益气,固冲止血。

代表方剂:加减苁蓉菟丝子丸。

常用药物:熟地黄、肉苁蓉、覆盆子、当归、枸杞子、桑寄生、艾叶、党参、黄芪、阿胶等。

P180

4.血瘀证——方药:桃红四物汤合失笑散。

修改:方药:逐瘀止血汤。

P180

新增:5.止血后治疗前

(二)月经不调

月经不调的治疗以补肾健脾,疏肝理气,调理气血为主;同时应根据月经周期各阶段阴阳气血的变化规律而灵活用药。

1.排卵性月经过多(月经过多)

(1) 气虚证

证候: 经行量多, 色淡红, 质稀, 肢倦神疲, 气短懒言, 面色㿔白, 小腹空坠; 舌淡, 苔薄, 脉缓弱。

治法: 补气升提, 固冲止血。

方药: 安冲汤加升麻。

(2) 血热证

证候: 经行量多, 色深红或鲜红, 质黏稠, 口渴心烦, 尿黄便结; 舌红, 苔黄, 脉滑数。

治法: 清热凉血, 固冲止血。

方药: 保阴煎加炒地榆、槐花。

(3) 血瘀证

证候: 经行量多, 色紫暗, 质稠, 有血块, 经行腹痛, 块下痛减, 或平时小腹胀痛; 舌紫暗或有瘀点, 脉涩有力。

治法: 活血化瘀, 固冲止血。

方药: 桃红四物汤加三七、茜草、蒲黄。

2. 黄体功能不足(月经先期)

(1) 脾气虚弱证

证候: 月经提前, 或兼量多, 色淡质稀, 神疲肢倦, 面色萎黄, 气短懒言, 小腹空坠, 食少纳差; 舌淡, 脉缓弱。

治法: 健脾益气, 固冲调经。

方药: 补中益气汤。

(2) 肾气不固证

证候: 月经周期提前, 量少, 色淡暗, 质稀薄, 腰膝酸软, 头晕耳鸣, 夜尿频多; 舌淡暗, 苔薄白, 脉沉细。

治法: 补肾益气, 固冲调经。

方药: 固阴煎。

(3) 阳盛血热证

证候: 月经提前, 量多, 经色深红或紫红, 质稠, 面红赤, 心烦口渴, 尿黄便结; 舌红苔黄, 脉滑数。

治法: 清热降火, 凉血调经。

方药: 清经散。

(4) 肝郁血热证

证候: 月经提前, 量或多或少, 色深红或紫红, 质稠有块, 经行不畅, 乳房或少腹胀痛, 胸胁胀满, 口苦咽干; 舌红, 苔薄黄, 脉弦数。

治法: 疏肝解郁, 清热调经。

方药: 丹栀逍遥散。

(5) 阴虚血热证

证候: 月经先期, 量少, 色鲜红, 手足心热, 咽干口燥, 潮热盗汗, 心烦失眠; 舌红, 少苔, 脉细数。

治法: 养阴清热, 固冲调经。

方药: 两地汤。

3. 子宫内膜不规则脱落(经期延长)

(1) 气虚证

证候: 行经时间延长, 量多, 色淡质稀, 神倦嗜卧, 气短懒言, 肢软无力, 小腹空坠, 面色㿔白; 舌质淡, 苔薄白, 脉缓弱。

治法: 补气摄血, 固冲调经。

方药: 举元煎。

(2) 虚热证

证候:行经时间延长,量少,色鲜红,质稍稠,口燥咽干,手足心热,两额潮红,大便燥结;舌红,少苔,脉细数。

治法:养阴清热,凉血调经。

方药:两地汤合二至丸。

(3) 湿热蕴结证

证候:行经时间延长,量少,色深红,混杂黏液,质稠,平时带下量多、色黄臭秽,腰腹胀痛,小便短赤,大便黏滞;舌红,苔黄腻,脉滑数。

治法:清热利湿,止血调经。

方药:固经丸。

(4) 血瘀证

证候:经来淋漓延期不净,经量时多时少,经行不畅,色暗有块,小腹疼痛拒按,面色晦暗或有暗斑;舌质紫暗,或有瘀斑,脉弦涩。

治法:活血化瘀,固冲调经。

方药:桃红四物汤合失笑散。

4. 排卵期出血(经间期出血)

(1) 肾阴虚证

证候:经间期少量流血,色鲜红,质稠,腰膝酸软,头晕耳鸣,手足心热;舌红,少苔,脉细数。

治法:滋肾养阴,固冲止血。

方药:加减一阴煎。

(2) 湿热证

证候:经间期少量阴道流血,色深红,质稠,平时带下量多,色黄,或赤白带下,质黏腻,或有臭气,小腹时痛,小便短赤;舌红,苔黄腻,脉滑数。

治法:清热除湿,凉血止血。

方药:清肝止淋汤去阿胶、红枣,加茯苓、炒地榆。

(3) 脾气虚证

证候:经间期少量出血,色淡,质稀,神疲肢倦,气短懒言,食少腹胀;舌淡,苔薄,脉缓弱。

治法:健脾益气,固冲摄血。

方药:归脾汤。

(4) 血瘀证

证候:经间期少量出血,血色紫暗,有块,小腹疼痛拒按;舌紫暗或有瘀点,脉涩有力。

治法:活血化瘀,理血归经。

方药:逐瘀止血汤。

5. 稀发排卵(月经后期,月经过少)

参照“闭经”治疗。

删掉:

P180

5. 止血后治疗部分

第二节 闭经

P181

闭经 1. 肾气亏损证

治法:补益肾气,调理冲任。

修改:治法:补益肾气,养血调经。

P181

2. 气血虚弱证

治法: 益气养血调经。

修改: 治法: 益气健脾, 养血调经。

P181

3. 阴虚血燥证

治法: 养阴清热调经。

修改: 治法: 养阴清热, 养血调经。

P181

4. 痰湿阻滞证

治法: 健脾燥湿化痰, 活血调经。代表方剂: 四君子汤合苍附导痰丸。

修改: 治法: 健脾燥湿化痰, 活血通经。方药: 丹溪治湿痰方。

P182

5. 气滞血瘀证治法: 理气活血, 祛瘀调经。

修改: 治法: 理气活血, 祛瘀通经。

P182

新增: 第三节盆腔炎前边

阴道炎症

是指阴道黏膜及黏膜下结缔组织的炎症, 可伴随带下量、色、质的异常。为女性生殖器炎症中最常见的疾病。属中医“阴痒”“带下病”范畴。

一、西医病因与发病机制

正常阴道内有多种微生物存在, 这些微生物之间形成生态平衡并不致病。当各种原因导致阴道的酸碱平衡紊乱或免疫力下降时, 相应的致病菌大量繁殖, 引起阴道炎症。

1. 滴虫阴道炎 病原体为阴道毛滴虫。有直接传播、间接传播、医源性传播。
2. 外阴阴道假丝酵母菌病 假丝酵母菌为致病菌。感染途径为内源性传染、性交、衣物传染。
3. 细菌性阴道病 病原体为厌氧菌及人型支原体, 与频繁性交或阴道灌洗有关。
4. 萎缩性阴道炎 卵巢功能减退, 阴道上皮糖原减少, 抵抗力下降, 致病菌过度繁殖。

二、中医病因病机

摄生不慎, 感受湿热虫邪, 或郁怒伤肝, 肝热脾湿, 流注下焦, 损伤任带二脉, 导致带下量多, 浸渍阴部而致痒。

1. 肝经湿热

郁怒伤肝, 肝郁化热, 肝气犯脾, 脾虚湿盛, 以致湿热互结, 损伤任、带二脉, 出现带下量多, 浸渍阴部, 而发痒痛。

2. 湿虫滋生

素体脾虚湿盛, 积久化热, 流注下焦, 损伤任带, 湿热蕴积生虫, 或外阴不洁, 或久居阴湿之地, 滋生湿虫, 虫蚀阴中, 而致阴痒。

三、临床表现

(一) 滴虫阴道炎

1. 症状 带下量多, 呈灰黄色稀薄泡沫状。阴道口及外阴瘙痒。
2. 体征 阴道黏膜点状充血, 后穹窿有多量灰黄色稀薄脓性分泌物, 多呈泡沫状。

(二) 外阴阴道假丝酵母菌病

1. 症状 带下量多, 呈白色凝乳状或豆渣样, 略带腥臭味。外阴及阴道奇痒。
2. 体征 阴道黏膜附有白色膜状物, 擦去后见黏膜充血红肿。

(三) 细菌性阴道病

1. 症状 分泌物增多,灰白色稀薄,有鱼腥臭味。腹部坠胀,有灼痛感、瘙痒,性交痛。
2. 体征 检查可见阴道黏膜无红肿、充血等炎症反应,分泌物易从阴道壁拭去。

(四) 萎缩性阴道炎

1. 症状 阴道分泌物增多,多呈水状,外阴瘙痒,灼热,干涩感。
2. 体征 外阴、阴道潮红、充血、萎缩,呈老年性改变,黏膜皱襞消失,上皮平滑。

四、诊断与鉴别诊断

(一) 各种阴道炎的诊断

1. 滴虫阴道炎

有不洁性交史或滴虫污染源接触史。带下量多,呈灰黄色稀薄泡沫状。阴道分泌物中找到滴虫即可确诊。

2. 外阴阴道假丝酵母菌病

有长期服用避孕药及抗生素史,妊娠期妇女,有糖尿病史及不洁性接触史等。白带多,呈凝乳状或豆渣样。阴道分泌物镜检找到芽胞或假菌丝即可诊断。

3. 细菌性阴道病

灰白色、均质、稀薄、腥臭味白带。阴道 pH>4.5 (pH 多为 5.0~5.5)。胺臭味试验阳性,或分泌物加生理盐水见到>20%的线索细胞。

4. 萎缩性阴道炎

多见于自然绝经、人工绝经的妇女,或其他原因引起的雌激素水平不足者。主要症状为阴道分泌物增多及外阴瘙痒、灼热感。检查阴道分泌物 pH 值增高,雌激素水平明显低下。

(二) 鉴别诊断

1. 对于血性白带和阴道壁肉芽组织及溃疡患者,应与生殖道恶性肿瘤相鉴别,需做宫颈刮片和分段诊刮术或行局部活组织检查。

2. 各种阴道炎症可从症状、分泌物特点,阴道黏膜改变、阴道 pH、胺试验及镜检病原体进行鉴别。

五、西医治疗

(一) 滴虫阴道炎

1. 全身用药

甲硝唑片 400 mg, 2 次/日, 连服 7 日。初次治疗可单次口服甲硝唑或替硝唑 2 g。

2. 局部治疗

0.5%~1% 乳酸或醋酸, 或 1:5 000 高锰酸钾溶液冲洗阴道; 甲硝唑 200 mg, 于阴道冲洗后或每晚塞入阴道一次, 10 日为一个疗程。

(二) 外阴阴道假丝酵母菌病

1. 局部用药

2%~3% 苏打液冲洗外阴及阴道, 或坐浴; 克霉唑、咪康唑、制霉菌素栓等局部外用。

2. 全身用药

伊曲康唑、氟康唑口服。

(三) 细菌性阴道病

1. 全身用药

首选甲硝唑, 每次 400 mg, 2 次/日, 口服, 7 日为 1 个疗程, 连续应用 3 个疗程。或替硝唑 2g, 口服, 1 次/日, 连服 3 日。

2. 局部用药

甲硝唑栓或 2% 克林霉素软膏。

(四) 萎缩性阴道炎

1. 局部用药

1%乳酸或0.5%醋酸,或1:5 000高锰酸钾溶液,冲洗阴道;己烯雌酚片0.25~0.5 mg或甲硝唑放入阴道,1次/日,共7~10天。

2.全身用药

己烯雌酚片0.25~0.5 mg口服,1次/日,共7~10天;或尼尔雌醇口服。

六、中医辨证论治

1.肝经湿热证

证候:带下量多,色白或黄,呈泡沫状或黄绿如脓,甚或杂有赤带,有臭味,外阴瘙痒。头晕目胀,心烦口苦,胸胁、少腹胀痛,尿黄便结;舌质红,苔黄腻,脉弦数。

治法:清热利湿,杀虫止痒。

方药:龙胆泻肝汤加苦参、百部、蛇床子。

2.湿虫滋生证

证候:阴部瘙痒,如虫行状,甚则奇痒难忍,灼热疼痛,带下量多,色黄呈泡沫状,或色白如豆渣状,臭秽,心烦少寐,胸闷呃逆,口苦咽干,小便黄赤;舌红,苔黄腻,脉滑数。

治法:清热利湿,解毒杀虫。

方药:萆薢渗湿汤加苦参、防风。

七、预防与调护

注意个人卫生,保持外阴清洁,做好经期、孕期、分娩期及产褥期卫生。避免穿着化纤内裤,并经常换洗内裤;内裤与袜子分开洗涤,避免重复感染;增强体质,加强营养。避免用刺激性强的药物冲洗阴道,杜绝接触感染源。定期进行妇科普查,发现病变及时治疗。

八、预后

本病经过及时治疗多可痊愈,预后良好,但易复发。若治疗不及时或不彻底,或病程迁延日久,可导致月经异常、癥瘕或不孕症等病证。若日久不愈,且五色带下、秽臭伴癥瘕或形瘦者,要注意排除宫颈及子宫内膜恶性变。对复发的患者可选择与初次治疗不同的药物。若未及时治疗,炎症可沿宫颈管上行感染,造成盆腔炎性疾病,亦可引起不良围产期结局。

P182

第三节 盆腔炎

修改:

盆腔炎性疾病

P183

新增:1.诊断要点(3)特异标准后面

最低诊断标准提示性活跃的女性或者具有性传播疾病的高危人群,若出现下腹痛,并可排除其他引起下腹痛的原因,妇科检查符合最低诊断标准,即可给予经验性抗生素治疗。

附加标准可增加诊断的特异性,多数盆腔炎性疾病患者有子宫颈黏液脓性分泌物,或阴道分泌物在0.9%氯化钠溶液湿片中见到大量白细胞,若子宫颈分泌物正常且镜下看不到白细胞,盆腔炎性疾病的诊断需谨慎。

特异标准基本可诊断盆腔炎性疾病,但因检查有创或费用较高,该标准仅适用于一些有选择的病例。在做出盆腔炎性疾病的诊断后,还需进一步明确病原体。

P183

新增:1.热毒炽盛证前面

(一)盆腔炎性疾病

P183

1.热毒炽盛证——治法:清热解毒,利湿排脓。

修改:

治法:清热解毒,凉血化瘀。

若热毒已入营血,高热神昏,烦躁谵语,下腹痛不减,斑疹隐隐,舌红绛,苔黄燥,脉弦细数,方宜清营汤加减。

若热入心包,症见壮热不退,神昏谵语,甚至昏迷,面色苍白,四肢厥冷,舌红绛,脉微而数,方宜安宫牛黄丸,或紫雪丹。

P184

3.盆腔炎后遗症(1)寒湿凝滞证——治法:温经散寒,活血化瘀。

修改:(二)盆腔炎性疾病后遗症 1.寒湿瘀阻证——治法:温经散寒,化瘀散结。

P184

新增:

七、预防与调护

1.注意性生活卫生。

2.及时治疗生殖道感染。

3.加强公共卫生宣教,注意经期、孕期及产褥期卫生。提高妇科生殖道手术操作技术,严格遵守无菌操作规程,术后做好护理,预防感染。增强体质,提高机体抗病能力。积极彻底治愈炎症,防止转为慢性。

4.严格掌握妇科手术指征,做好术前准备。

5.及时治疗盆腔炎性疾病,防止形成盆腔炎性疾病后遗症。

第四节 先兆流产

P185

流产类型	症状		妇科检查			辅助检查
	出血	下腹痛	妊娠物排出	宫颈口	孕周子宫	B超检查
先兆流产	少量	轻	无	未开	相符	胚胎存活
难免流产	多	重	无	扩张	相符或略小	胚胎堵在宫口
不全流产	持续不止	减轻	部分排出	扩张或堵塞	小于	排空或有
完全流产	逐渐停止	无	全部排出	闭合	接近	宫内无妊娠物

修改:

流产不同类型的鉴别要点

流产类型	症状		妇科检查			辅助检查	
	出血	下腹痛	妊娠物排出	宫颈口	子宫大小	妊娠试验	B超检查
先兆流产	少	轻	无	闭合	与孕周相符	+	胚胎存活
难免流产	中→多	加剧	无	扩张	相符或略小	+或-	胚胎堵在宫口
不全流产	少→多	减轻	部分排出	扩张或堵塞	小于孕周	+或-	排空或有
完全流产	少→无	无	全部排出	闭合	正常或稍大	+或-	宫内无妊娠物

P186

1.肾虚证——治法:补肾健脾,益气安胎。

修改:治法:补肾益气,固冲安胎。

P186

3.血热证——治法:滋阴清热,养血安胎。

修改:治法:清热养血,固冲安胎。

P186

4.血瘀证——治法:祛瘀消癥,固冲安胎。

修改:治法:活血消癥,补肾安胎。

P186

5.外伤——代表方剂:圣愈汤。

修改:方剂:加味圣愈汤。

第五节 异位妊娠

P188

中医治疗以活血化瘀、杀胚消癥为主,根据疾病发展阶段和临床类型不同辨证论治,已破损期配合西医方法。用药应注意峻猛药不可过用,中病即止,或配以补气摄血药物,以免造成再次大出血。

修改:

应用中医药治疗也要满足上述药物治疗的条件,根据病情的发展,病情急重的尚需要中西医结合治疗。异位妊娠辨证主要是少腹血瘀之实证,治疗始终以活血化瘀为主,遵循急则治标,缓则治本的原则,根据疾病不同时期遣方用药。

P188

1.未破损期(胎瘀阻络证)

修改:1.未破损期—胎阻胞络证

P188

2.已破损期——不稳定型(多见于输卵管妊娠流产)治法:活血祛瘀,佐以益气。

修改:已破损期——不稳定型——胎元阻络,气虚血瘀证(多见于输卵管妊娠流产)

治法:益气化瘀,消癥杀胚。

P188

3.已破损期——休克期(多见于输卵管妊娠破裂)

治法:益气固脱,活血祛瘀。代表方剂:生脉散合宫外孕Ⅰ号方。

常用药物:赤芍、丹参、桃仁、人参、麦冬、五味子等。

休克型患者应以中西医结合抢救为主,立即吸氧、输液、输血,补足血容量,维持血压和酸碱平衡在纠正休克的同时应立即手术治疗

修改:治法:回阳救逆,益气固脱。方药:参附汤合生脉散加黄芪、柴胡、白术。

P189

4.已破损期——包块型(指陈旧性宫外孕)

治法:活血祛瘀消癥。代表方剂:宫外孕Ⅱ号方。

修改:

已破损期——包块型——瘀结成癥证(指陈旧性宫外孕)

治法:活血化瘀,消癥散结。方药:理冲汤加土鳖虫、水蛭、炙鳖甲。

P189

新增:

预后转归

早期诊断,得到恰当治疗,预后较好;病情重,就诊不及时,可危及生命。输卵管妊娠后10%患者可再患输卵管妊娠,50%~60%患者继发不孕。

九、预防与调护

1.减少宫腔手术及人工流产,避免产后及流产后感染。

2.积极治疗盆腔炎性疾病及盆腔肿瘤等疾病。

3.对有盆腔炎性疾病病史,或放置宫内节育器者,出现停经要警惕异位妊娠的发生。

4.对疑诊异位妊娠患者,建议入院观察,尽量卧床休息,少活动,清淡饮食,保证大小便通畅。

第六节 产褥感染

P189

【中医病因病机】

1.感染邪毒。

2.血瘀。

修改:

二、中医病因病机

1.感染邪毒

产时产创、出血,元气耗损,血室正开,如接生不慎、护理不洁、不禁房事,邪毒乘虚侵入,稽留于冲任、胞脉,正邪交争而发热。

2.热入营血

感染邪毒不解,火热炽盛,加之产后元气大伤,邪毒内陷,热入营血,与血搏结,损伤营阴,或迫血妄行。

3.热陷心包

营分失治,热毒深陷,内闭心包。

P190

1.感染邪毒证

代表方剂:五味消毒饮合失笑散加味或解毒活血汤加减。

常用药物:金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、蒲黄、五灵脂、鱼腥草、益母草等。

修改:方药:五味消毒饮合失笑散加味。

若热瘀成脓,发热,腹痛拒按,大便不通者,用大黄牡丹汤清热逐瘀,排脓通腑。

P190

2.热入营血证——治法:清营解毒,凉血养阴。

修改:治法:清营解毒,散瘀泄热。

P190

删掉:

4.血瘀证

证候:产后乍寒乍热,恶露不下,或下亦甚少,色紫暗有块,小腹疼痛拒按,舌紫暗,或有瘀点、瘀斑,脉弦涩有力。

治法:活血祛瘀,和营退热。

代表方剂:生化汤加减。

常用药物:当归、川芎、桃仁、黑姜、炙甘草、丹参、丹皮、益母草等。

P191

新增:第七节子宫肌瘤(助理不考)前

八、预防与调护

1.注意孕期卫生,保持外阴清洁,妊娠晚期避免盆浴及性交,加强营养,增强体质。

2.治疗急性外阴炎、阴道炎及宫颈炎等并发症。

3.避免胎膜早破、滞产、产道损伤与产后出血。

4.产时严格无菌操作,减少不必要的阴道检查和手术操作。

5.产后严密观察,对可能发生产褥感染者,可预防性应用抗生素。

P191

第七节 子宫肌瘤

删掉:(助理不考)

P191

2.肌瘤的分类:按生长部位和按与子宫肌壁的关系分成两类。

修改:

按与子宫肌壁的关系分为肌壁间肌瘤、浆膜下肌瘤和黏膜下肌瘤。

P192

1.气滞血瘀证——治法:行气活血,软坚散结。

修改:治法:行气活血,化瘀消癥。

P192 删掉:

2.寒湿凝滞证

证候:小腹包块坚硬,月经后期,量少色暗有血块,或量多色暗,经期延长,下腹冷痛喜温。四肢不温,带下多色白清稀,大便不坚,舌淡紫,苔薄白而润,脉沉紧。

治法:温经散寒,活血消癥。

代表方剂:少腹逐瘀汤加减。

常用药物:小茴香、炒干姜、延胡索、没药、川芎、官桂、赤芍、五灵脂、蒲黄、当归、艾叶、苍术、吴茱萸等。

P192

3.痰湿瘀阻证

代表方剂:开郁二陈汤加减。

常用药物:陈皮、茯苓、苍术、香附、川芎、半夏、青皮、莪术、槟榔、甘草、丹参、水蛭等。

修改:方药:苍附导痰丸加丹参、水蛭。

P192

4.湿热夹瘀证——代表方剂:清宫消癥汤。

常用药物:半枝莲、白花蛇舌草、皂角刺、夏枯草、败酱草、石见穿、紫草、莪术、三棱、桃仁、赤芍、丹参等。

修改:

3.湿热瘀阻证方药:大黄牡丹汤加红藤、败酱草、赤芍。

P193

删掉:

5.阴虚内热证

证候:经行量不多,偶尔崩下,经色暗红,头晕心悸,腰酸,口干咽燥,大便干结;舌红苔薄,脉细数。

治法:养阴清热,凉血止血。

代表方剂:清海丸。

常用药物:熟地黄、山萸肉、山药、丹皮、五味子、麦冬、白术、白芍、龙骨、桑叶、地骨皮、玄参、沙参、石斛等。

P192

新增:

4.气虚血瘀证

证候:小腹包块,小腹空坠,月经量多,经期延长,色淡质稀,有块,面色无华,神疲乏力,气短懒言,纳少便溏。舌淡暗,边尖有瘀点或瘀斑,脉细涩。

治法:益气养血,消癥散结。

方药:理冲汤加桂枝、山慈姑。

5. 肾虚血瘀证

证候:小腹包块,月经量多或少,色紫暗,有血块,腰酸膝软,头晕耳鸣,夜尿频多。舌淡暗,舌边有瘀点或瘀斑,脉沉涩。

治法:补肾活血,消癥散结。

方药:金匱肾气丸合桂枝茯苓丸。

P194 修改:

第四章 中西医结儿科常见病证

第一节 小儿肺炎

删除:【西医病因及发病机制】【中医病因病机】

新增:(1)循环系统 心力衰竭的表现

心力衰竭的表现为:①心率突然加快,超过 180 次/分;②呼吸突然加快,超过 60 次/分;③突然发生极度烦躁不安,明显发绀,皮肤苍白发灰,指(趾)甲微血管再充盈时间延长;④心音低钝,有奔马律,颈静脉怒张;⑤肝脏迅速增大;⑥颜面、眼睑或下肢水肿,尿少或无尿。具有前五项者即可诊断为心力衰竭(以上表现不包括新生儿)。重症革兰阴性杆菌感染还可发生微循环衰竭。

新增:5.实验室及其他检查(7)(8)

(7)肺不张可见均匀致密的阴影,占据一侧胸部、一叶或肺段,阴影无结构,肺纹理消失;肺气肿可见病侧肋间距较大,透明度增强;并发脓胸可见肋膈角变钝,积液多可见一片致密阴影,肋间隙增大,纵隔、心脏向健侧移位;肺大泡时则见完整的薄壁、多无液平面的大泡影。

(8)其他试验 萤珠溶解物试验有助于革兰阴性杆菌肺炎的诊断。

修改:1.病因治疗(1)用药时间应持续至体温正常后 5~7 天,临床症状基本消失后 3 天。

改为:肺炎支原体、衣原体感染,选用大环内酯类抗生素,如红霉素、罗红霉素、阿奇霉素等。用药时间应持续至体温正常后 5~7 天,临床症状基本消失后 3 天。肺炎支原体肺炎至少用药 2~3 周,以免复发。葡萄球菌肺炎疗程宜长,一般于体温正常后继续用药 2 周,总疗程 ≥ 6 周。

P197 修改:

第二节 小儿腹泻

新增:概述

6 个月~2 岁婴幼儿发病率高,是造成小儿营养不良、生长发育障碍和死亡的主要原因之一。

修改:几种常见类型肠炎的临床特点

①轮状病毒肠炎:轮状病毒是秋、冬季小儿腹泻最常见的病原,故轮状病毒肠炎又称秋季腹泻。呈散发或小流行,经粪-口传播,也可以气溶胶形式经呼吸道感染而致病。潜伏期 1~3 天,多发生在 6~24 个月的婴幼儿。起病急,常伴发热和上呼吸道感染症状,病初即有呕吐,常先于腹泻;大便次数多,量多,水分多,黄色水样便或蛋花样便带少量黏液,无腥臭味,常并发脱水、酸中毒及电解质紊乱。大便镜检有少量白细胞。感染后 1~3 天即有大量病毒自大便中排出,最长可达 6 天。血清抗体一般在感染后 3 周上升。本病为自限性疾病,病程 3~8 天,少数病程较长。②产毒性细菌引起的肠炎:潜伏期 1~2 天,起病较急。轻症仅大便次数稍增,性状轻微改变;重症腹泻频繁,量多,呈水样或蛋花样,混有黏液,伴呕吐,常发生脱水、电解质和酸碱平衡紊乱。镜检无白细胞,本病为自限性疾病,病程 3~7 天,亦可较长。③侵袭性细菌引起的肠炎:常见的侵袭性细菌有侵袭性大肠杆菌、空肠弯曲菌、耶尔森菌、鼠伤寒杆菌等。潜伏期长短不一。起病急,腹泻频繁,大便呈黏冻状,带脓血。常伴恶心、呕吐、高热、腹痛和里急后重,可出现严重的中毒症状,如高热、意识改变,甚至出现休克。大便镜检有大量白细胞和数量不等的红细胞,大便细菌培养可找到相应的致病菌。④出血性大肠杆菌肠炎:大便次数增多,开始为黄色水样便,后转为血水

便,有特殊臭味;大便镜检有大量红细胞,常无白细胞。临床常伴腹痛。个别病例可伴发溶血性尿毒综合征和免疫性血小板减少症。⑤**抗生素诱发的肠炎**:长期应用广谱抗生素可使肠道菌群失调,肠道内耐药的金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、变形杆菌、某些梭状芽孢杆菌和白色念珠菌大量繁殖而引起肠炎。多见于营养不良、免疫功能低下,或长期应用肾上腺皮质激素患儿,婴幼儿病情多较重。金黄色葡萄球菌肠炎的典型大便为暗绿色,量多带黏液,少数为血便。大便镜检有大量脓细胞和成簇的革兰阳性球菌,培养有葡萄球菌生长,凝固酶阳性。真菌性肠炎多为白色念珠菌所致,大便次数增多,黄色稀便,泡沫较多,带黏液,有时可见豆腐渣样细块(菌落)。大便镜检有真菌孢子和菌丝。

修改:第1天补液:

(1)定量:包括补充累积损失、生理需要及继续损失的液体总量。根据脱水的程度确定,轻度脱水时 90~120mL/kg,中度脱水时 120~150mL/kg,重度脱水时 150~180mL/kg。对少数营养不良,肺、心、肾功能不全的患儿应根据具体病情再做详细计算。

(2)定性:溶液中电解质溶液与非电解质溶液的比例应根据脱水的性质而定。等渗性脱水用 1/2 张含钠液,低渗性脱水用 2/3 张含钠液,高渗性脱水用 1/3 张含钠液。如临床判断脱水性质有困难,可先按等渗脱水处理。

(3)定速:输液的速度主要取决于脱水的程度和继续损失的量和速度。原则上是先快后慢,有重度脱水或有休克表现需尽快补充血容量,可用等渗含钠液 20mL/kg,在 30~60 分钟内快速输入。累积损失量(扣除扩容液量)应在 8~12 小时补完,每小时 8~10mL/kg;在脱水基本纠正后,补充继续损失量和生理需要量时速度宜减慢,于 12~16 小时内补完,约每小时 5mL/kg;若吐泻缓解,可酌情减少补液量或改为口服补液。

(4)纠正酸中毒:治疗重点应是纠正引起代谢性酸中毒的原发病及尽早恢复肾循环和肾功能。轻度酸中毒能随脱水的改善而得到纠正,不需另给碱性药物。对重度酸中毒可根据临床症状结合血气测定结果用 1.4% 碳酸氢钠进行纠正。

(5)钾的补充:低钾的纠正一般可按 10% 氯化钾每日 1~3mL/kg 计算,浓度一般不超过 0.3% (新生儿常用 0.15%~0.2%)。每日静脉滴入的总量不应少于 8 小时,切忌将钾盐静脉直接推注。因细胞内钾浓度恢复正常要有一个过程,一般静脉补钾要持续 4~6 天。患儿能口服或缺钾不严重时,可用口服方法,剂量同静脉注射。患儿若能恢复原来饮食的半量时,即可考虑停止钾的补充。一般情况下,补钾的原则是见尿补钾,因为无尿时补钾则钾潴留在体内,有引起高钾可能。

(6)其他电解质的补充:在补液过程中,如出现手足搐搦(尤多见于营养不良、佝偻病患儿),可由静脉缓慢推入 10% 葡萄糖酸钙 5~10mL (用等量葡萄糖溶液稀释)。如用钙剂后搐搦不见缓解反而加重,考虑低镁的可能,或经血镁测定证实时,可给 25% 硫酸镁,每次 0.1mg/kg,每日 2~3 次,深部肌肉注射,症状消失后停用。

第2天及以后的补液量:

根据继续损失和生理需要量补充。病情明显缓解者,可改为口服补液。若腹泻仍频繁或呕吐者,应继续采用静脉补液。生理需要量则按每日 60~80mL/kg 计算,用 1/3 张含钠液补充,能口服则减量;继续损失的补充原则为丢失多少补多少,一般给 1/3~1/2 张含钠液;同时仍需注意继续补钾和纠正酸中毒。

新增:4. 迁延性和慢性腹泻病的治疗(1)(2)(3)

(1)液体疗法 预防和治理脱水,纠正电解质紊乱,调节酸碱平衡。

(2)营养治疗 应继续母乳喂养;人工喂养者应调整饮食,6 个月以下小儿,用牛奶加等量米汤或水稀释,或用酸奶,也可用奶-谷类混合物,每日喂 6 次,以保证足够的热量;6 个月以上的可用已习惯的日常饮食,应由少到多,由稀到稠;双糖不耐受患儿宜采用去双糖饮食,如豆浆或去乳糖配方奶粉。少数严重病例不能耐受口服营养物质,可采用静脉营养。

(3)药物疗法 抗生素应慎用,仅用于分离出特异病原的患儿,并要依据药物敏感试验结果选用。注意补充微量元素与维生素,同时给予微生态疗法和肠黏膜保护剂。

修改:3.伤食泻

治法:消食化滞,运脾和胃。

P200 修改:

第三节 急性肾小球肾炎(助理不考)

新增:概述

本节内容主要介绍急性链球菌感染后肾小球肾炎 APSGN,该病任何年龄皆可发病,5~14岁为多见,2岁以下少见。男女发病比例约为2:1。预后一般良好,多数在半年内恢复正常,少数尿轻微改变持续1年左右。

修改:1.典型症状(2)血尿

几乎所有的患者都有血尿。中性或碱性尿呈鲜红色或洗肉水样,酸性尿呈浓茶样。肉眼血尿通常在1~2周转为镜下血尿。镜下血尿一般持续1~3个月,少数病例可延续半年或更久。

修改:2.严重表现

(1)严重的循环充血 由于水钠潴留,血容量增加而出现循环充血。表现为呼吸急促、肺部闻及湿啰音,严重者可出现呼吸困难、颈静脉怒张、胸闷及频咳,吐粉红色泡沫痰,两肺满布湿啰音,甚至出现心界扩大、肝大及压痛,水肿加剧。症状和体征与急性心力衰竭相似,而发病机理并非真正心肌泵功能衰竭。但血压增高加重心脏负担和引起心肌受损时,也可能发展为真正的心力衰竭。

(2)高血压脑病 由于血压骤升,脑血管痉挛,导致脑组织缺血、缺氧、血管渗透性增高而发生脑水肿。常见于病程早期,血压在150~160/100~110mmHg以上,并有剧烈头痛、恶心呕吐、视力障碍、惊厥、昏迷等临床表现。

(3)急性肾功能衰竭 常发生于疾病初期,由于尿量减少可表现为暂时血尿素氮增高,不同程度的高钾血症及代谢性酸中毒,一般持续3~5日或1周以上,随尿量增加而好转。少数严重病例可持续数周不恢复,预后较差。

修改:4.实验室及其他检查(1)尿常规检查

血尿,尿镜检除见多少不等的红细胞外,可见白细胞、颗粒管型、细胞管型等。尿蛋白多在(+)-(++)之间,且与血尿的程度相平行。

修改:1.诊断

(2)1~3周前有链球菌感染史(上呼吸道或皮肤感染),典型表现为浮肿、高血压和血尿,不同程度蛋白尿

修改:【西医治疗】1.一般治疗

(1)休息 急性期必须卧床休息2~3周,待肉眼血尿消失,水肿减退,血压正常后方可下床轻微活动。血沉正常后可上学,3个月内应避免剧烈的体力活动。当尿沉渣细胞绝对计数正常后恢复正常活动。

修改:3.对症治疗(1)利尿

氢氯噻嗪,每日1~2 mg/kg,分2次口服。

修改:1.风水相搏

常用方剂:麻黄连翘赤小豆汤合五苓散加减。

P203 修改:

第四节 过敏性紫癜(助理不考)

新增:1.症状

多以皮肤紫癜为首发症状,一般在1~4周内渐呈现一组典型的临床综合征。

(1)皮肤紫癜

一般4~6周消退,不留痕迹,也可迁延数周或数月。有时发病早期手臂、足背、眼周、前额、头皮及会

阴部出现血管神经性水肿,肿胀处可有压痛。

(2) 消化道症状

少数患儿可并发肠套叠、肠梗阻、肠穿孔及出血性小肠炎,需外科手术治疗。如果腹痛在皮肤症状之前出现,易被误诊为外科急腹症,甚至错行开腹手术。

(4) 肾脏症状

多在皮疹出现后1个月出现,也可出现于皮疹消退后或疾病静止期。

修改:【西医治疗】2. 肾上腺皮质激素与免疫抑制剂

在急性发作症状明显时服用泼尼松,每日1~2mg/kg,分次口服1~2周,或甲基泼尼松龙每日5~10mg/kg,分2次静滴,症状缓解后逐渐减量停药。

修改:3. 湿热痹阻

常用方剂:四妙散加减。

P205 修改:

第五节 水痘

修改:概述

水痘系由水痘-带状疱疹病毒引起的小儿常见急性传染病,临床特征为发热,皮肤黏膜分批出现瘙痒性斑、丘、疱疹及结痂,且上述各期皮疹可同时存在。全年均可发生,以冬春季节多见,多为散发性。发病年龄6~9岁多见。水痘患者为其主要传染源,通过空气飞沫或接触病人疱疹内的疱浆可传播,人群对水痘普遍易感。感染水痘后可获得持久的免疫力,但以后可以发生带状疱疹。水痘的潜伏期为10~21天,结痂后病毒消失,传染期为自发疹前24小时至病损结痂,约10天。

修改:【西医治疗】

1. 对症治疗 皮肤瘙痒可局部应用炉甘石洗剂。

2. 抗病毒治疗 对重症或有并发症或免疫功能受损的患者应及早使用抗病毒药。首选阿昔洛韦(无环鸟苷,ACV)每次10mg/kg 静脉滴注,每8小时一次,疗程7~10天。一般应在皮疹出现后24小时内开始应用。此外,早期应用 α -干扰素可促进疾病恢复。继发皮肤细菌感染时加用抗菌药物。糖皮质激素对水痘病程有不利影响,可导致病毒播散,应禁用。

P207 修改:

第六节 流行性腮腺炎(助理新增)

新增:概述

本病冬春两季较易流行。早期患者及隐性感染者均为传染源。其传播途径主要通过直接接触或飞沫传播。任何年龄均可发病,尤以5~15岁儿童为多,能在儿童集体中流行。感染后具有持久免疫力。

P209 新增一节:

第七节 手足口病(助理新增)

手足口病是由感受手足口病时邪(柯萨奇病毒A组)引起的发疹性传染病,临床以手足肌肤、口咽部发生疱疹为特征。少数患儿可出现中枢神经系统、呼吸系统损害,个别重症患儿病情进展快,易发生死亡。

【临床表现】

1. 接触史 病前1~2周有手足口病接触史。

2. 症状 潜伏期2~7天,多数患儿突然起病,于发病前1~2天或发病的同时出现发热,多在38℃左右,可伴头痛、咳嗽、流涕、口痛、纳差、恶心、呕吐、泄泻等症状。一般体温越高,病程越长,则病情越重。

3. 主要表现口腔及手足部发生疱疹。口腔疱疹多发生在硬腭、颊部、齿龈、唇内及舌部,破溃后形成小的溃疡,疼痛较剧,婴幼儿常表现出烦躁、哭闹、流涎、拒食等。在口腔疱疹出现1~2天后可见皮肤斑丘疹,呈离心性分布,以手足部多见,并很快变为疱疹,疱疹呈圆形或椭圆形扁平凸起,如米粒至豌豆大,

质地较硬,多不破溃,内有浑浊液体,周围绕以红晕。疱疹一般7~10天消退,疹退后无瘢痕及色素沉着。

【实验室及其他检查】

1.血常规检查 白细胞计数正常,淋巴细胞和单核细胞比值相对增高。

2.病原学检查取咽部分泌物、疱疹液及粪便,进行肠道病毒(CoxA16、EV71等)特异性核酸检测阳性,或分离出相关肠道病毒。

3.血清学检查急性期与恢复期血清CoxA16、EV71等肠道病毒抗体有4倍以上升高。

【诊断与鉴别诊断】

1.诊断

(1)病前1~2周有手足口病接触史。潜伏期多为2~10天,平均3~5天。

(2)急性起病,发热,口腔黏膜出现散在疱疹,手、足和臀部出现斑丘疹、疱疹,疱疹周围可有炎性红晕,疱内液体较少。可伴有咳嗽、流涕、食欲不振等症状。部分病例仅表现为皮疹或疱疹性咽峡炎。

(3)当患儿出现持续高热不退,精神差,呕吐,肢体抖动,倦怠乏力,呼吸、心率增快,出冷汗,末梢循环不良时即为重症病例。

(4)病原学检查阳性,或分离出相关肠道病毒。

(5)急性期与恢复期血清学检查肠道病毒抗体有4倍以上升高。

2.鉴别诊断

(1)水痘 由感受水痘时毒所致。多在冬春季发病,以6~9岁小儿多见。皮肤黏膜分批出现斑丘疹、疱疹、结痂。疱疹多呈椭圆形,较手足口病稍大,呈向心性分布,以躯干、头面多,四肢少,疱壁薄,易破溃结痂,在同一时期、同一部位斑丘疹、疱疹、结痂三形并见为其特点。

(2)疱疹性咽峡炎 夏秋季节发病率高,多见于5岁以下小儿。起病较急,常突发高热、咽痛、流涕、头痛,体检可见软腭、悬雍垂、舌腭弓、扁桃体、咽后壁等口腔后部出现灰白色小疱疹,周围红赤,1~2天内疱疹破溃形成溃疡,疼痛明显,伴流涎、拒食、呕吐等,皮疹很少累及颊黏膜、舌、龈以及口腔以外部位皮肤。

【西医治疗】

1.普通病例

(1)一般治疗 注意隔离,避免交叉感染。适当休息,清淡饮食,做好口腔和皮肤护理。

(2)对症治疗 高热者给予物理降温,必要时给予解热镇痛剂。

2.重症病例

(1)神经系统受累治疗

①控制颅高压:限制入量,积极给予甘露醇降颅压。每次0.5~1g/kg,每4~8小时一次,20~30分钟快速静脉注射。根据病情调整给药间隔时间及剂量。必要时加用呋塞米。

②糖皮质激素治疗:甲基泼尼松龙每日1~2mg/kg,或氢化可的松每日3~5mg/kg,或地塞米松每日0.2~0.5mg/kg,病情稳定后尽早减量或停用。

③静脉注射丙种球蛋白:酌情应用,总量2g/kg,分2~5天给予。

④其他对症治疗:降温、镇静、止惊。

(2)呼吸、循环衰竭治疗

①保持呼吸道通畅,吸氧。

②监测呼吸、心率、血压和血氧饱和度。在维持血压稳定的情况下,限制液体入量。

③呼吸功能障碍时,及时气管插管使用正压机械通气。根据血气、X线胸片结果随时调整呼吸机参数。

④根据血压、循环的变化可选用米力农、多巴胺、多巴酚丁胺等药物;酌情应用利尿药物治疗。

【中医辨证论治(常证)】

1.邪犯肺脾

证候:发热轻微,或无发热,流涕咳嗽,咽红疼痛,或纳差恶心,呕吐泄泻,1~2天后或同时出现口腔内疱疹,破溃后形成小的溃疡,疼痛流涎,不欲进食。随病情进展,手足掌心部出现米粒至绿豆大小斑丘疹,并迅速转为疱疹,分布稀疏,疹色红润,根盘红晕不著,疱液清亮,舌质红,苔薄黄腻,脉浮数。

治法:宣肺解表,清热化湿。

常用方剂:甘露消毒丹加减。

常用药物:金银花、连翘、黄芩、薄荷、豆蔻、藿香、石菖蒲、滑石、茵陈、板蓝根、射干、浙贝母。

2. 湿热蒸盛

证候:持续高热,烦躁口渴,口腔、手足、四肢、臀部疱疹,分布稠密,或成簇出现,疹色紫暗,根盘红晕显著,疱液混浊,口臭流涎,灼热疼痛,甚或拒食,小便黄赤,大便秘结,舌质红绛,苔黄厚腻或黄燥,脉滑数。

治法:清热凉营,解毒祛湿。

常用方剂:清瘟败毒饮加减。

常用药物:黄连、黄芩、栀子、连翘、生石膏、知母、生地黄、赤芍、牡丹皮、大青叶、紫草、车前草。

第五章 中西医结骨科常见病证

P209 修改:

第一节 桡骨下端骨折(助理不考)

新增:概述

桡骨下端关节面呈背侧向掌侧、桡侧向尺侧的凹面倾斜,其背侧边缘长于掌侧,故形成向掌侧倾斜为 $10^{\circ}\sim 15^{\circ}$ 的掌倾角;桡骨下端外侧的茎突,较其内侧长 $1\sim 1.5$ 厘米,故形成向尺侧倾斜为 $20^{\circ}\sim 25^{\circ}$ 的尺倾角。

桡、尺骨下端共同与腕骨近侧列形成腕关节。桡骨下端内侧面切迹与尺骨头形成下尺桡关节,切迹的下缘为三角纤维软骨的基底部附着,三角纤维软骨的尖端起于尺骨茎突基底部。前臂旋转时,桡骨以尺骨头为中心沿尺骨头回旋。

修改:2. 体征

(1) 桡骨下端肿胀、压痛、畸形,可触及骨擦感。无移位或不完全骨折时,肿胀多不明显,仅觉得局部疼痛和压痛,可有纵轴压痛。

(2) 伸直型骨折,骨折远端向背侧移位时,可见“餐叉样”畸形;向桡侧移位时,呈“枪上刺刀状”畸形;缩短移位时,可触及上移的桡骨茎突。

(3) 屈曲型骨折,移位明显者可有“锅铲样”畸形。

修改:2. 治疗方法

(2) 手术治疗

对于一些不稳定及粉碎性的骨折闭合整复失败者,可考虑行切开复位内固定术,骨缺损及粉碎区域应以自身松质骨植骨填充。陈旧性骨折畸形愈合者,如畸形较轻,腕部功能障碍不甚者,可不予处理;如畸形较重,前臂旋转障碍和腕部的活动痛,应考虑手术治疗。

(3) 固定方法(有新增)

无移位或不全骨折,仅用夹板固定 $2\sim 3$ 周即可。

新增:(4) 药物治疗

① 儿童骨折 初期治宜活血祛瘀、消肿止痛,中后期内服药可减免。

② 中年人骨折 按骨折三期辨证用药。初期(伤后 $1\sim 2$ 周内),以活血祛瘀为主;中期(伤后 $3\sim 6$ 周),以活血祛瘀、和营生新、接骨续筋为主;后期(伤后 7 周后),以坚骨壮筋、补养气血肝肾为主。

③ 老年人骨折 中后期着重养气血、壮筋骨、补肝肾。

④解除固定后 均应用中药熏洗以舒筋活络,通利关节。

(五) 练功活动

固定期间,积极做指间关节、指掌关节屈伸锻炼及肩肘部活动。解除固定后,做腕关节屈伸和前臂旋转活动锻炼

P211 删除:

第二节 肩关节脱位(整节删除)

P216 修改:

第四节 腰椎间盘突出症

新增:【西医病因与发病机制】

多数髓核向后侧方突出为侧突型,单侧突出者出现同侧的下肢症状;髓核自后纵韧带两侧突出为两侧突型,则出现双下肢症状,多为一先一后,一轻一重,似有交替现象;髓核向后中部突出为中央型,巨大的突出可压迫马尾神经,出现马鞍区麻痹及双下肢症状。

新增:1.症状

(1)少数患者始终只有腰痛或腿痛;一般在腿痛出现后腰痛明显减轻。

删除:【实验室及其他检查】

2.造影检查

第六章 中医病证

P219 删除:

第一节 肺胀(整节删除)

P222 修改:

第二节 不寐

4.心肾不交证

代表方剂:六味地黄丸合黄连阿胶汤。

新增证型:6.心火炽盛证

证候:心烦不寐,躁扰不宁,口干舌燥,小便短赤,口舌生疮,舌尖红,苔薄黄,脉数。

治法:清心泻火,宁心安神。

代表方剂:朱砂安神丸加减。

常用药物:朱砂、黄连、炙甘草、生地黄、当归

P223 修改:

第三节 头痛

新增:【诊断与鉴别诊断】

1.诊断

(1)以头部疼痛为主要症状,可发生在前额、两额、颠顶、枕项或全头等部位,头痛较甚者,可伴见恶心呕吐、畏光、烦躁等症。

(2)一般起病较急、病势较剧,呈掣痛、跳痛、灼痛、重痛或痛无休止,且有外感史并伴外感表证,为外感头痛;一般起病缓慢、反复发作,病程较长,呈胀痛、刺痛、空痛、昏痛或隐隐而痛,多无外感史,为内伤头痛。外伤性头痛多有头部外伤史。

(3)必要时进行精神和心理检查,同时结合头颅 CT 或 MRI 检查、脑电图检查以及腰椎穿刺脑脊液检查等,有助于对头痛原因的鉴别。

2.病证鉴别

本病应与真头痛、中风等病相区别。真头痛为头痛的一种特殊类型,病情危重,常呈突发性剧烈头痛,持续不解且阵发加重,多伴有喷射状呕吐,甚者可见肢厥、抽搐等症。病情凶险,应与一般头痛相区别。中风是以突发半身不遂、肌肤不仁、口舌喎斜、言语不利,甚则突然昏仆、不省人事为主要表现,可伴有头痛等症,但头痛无半身不遂等见症。

修改:(一)辨证论治

头痛辨证应首先辨外感与内伤。外感头痛起病较急,病程短,头痛较剧烈,常伴邪犯肺卫之证,有风、寒、湿、热的不同;内伤头痛起病缓慢,病程较长,常反复发作,时轻时重,要进一步辨别气虚、血虚、肝阳、痰浊、瘀血。其次对头痛所属部位进行区分。一般来说,太阳头痛多在头后部,下连于项;阳明头痛,多在前额及眉棱骨等处;少阳头痛,多在头两侧,并连及耳部;厥阴头痛,则在颠顶部位,或连于目系。再者,应辨头痛的性质。因于风寒者,头痛剧烈而连项背;因于风热者,头胀痛如裂;因于风湿者,头痛如裹;因于痰湿者,头痛重坠;因于肝火者,头痛而胀;因于瘀血者,头痛剧烈而部位固定;因于虚者,头隐痛绵绵,或空痛。

修改:【西医辨病】

1.偏头痛

偏头痛是一种发作性、多为偏侧、中重度、搏动样头痛,多呈单侧分布,常伴恶心和呕吐。少数典型者发作前有视觉、感觉和运动等先兆,可有家族病史。

2.三叉神经痛

以面部三叉神经一支或几支分布区反复发作的短暂性剧痛为特点,可长期固定在某一分支尤以二、三支为多见,亦可两支同时受累,多为单侧性,疼痛呈电击、刀割、烧灼、撕裂、针刺样疼痛,面部某个区域可能特别敏感,易触发疼痛,如上下唇、鼻翼外侧、舌侧缘等,发作期间面部的机械刺激可诱发疼痛。

3.丛集性头痛

丛集性头痛是较少见的一侧眼眶周围发作性剧烈疼痛,头痛持续 15 分钟至 3 小时不等,发作频度不一,从一日 8 次至隔日 1 次。本病具有反复密集发作的特点,但始终为单侧头痛,常伴有同侧结膜充血、流泪、流涕、前额和面部出汗和 Horner 征等。

4.紧张性头痛

疼痛部位通常为双侧性,枕项部、颞部或额部多见,也常为整个头顶部。疼痛感觉多为压迫感、紧束感、胀痛等,非搏动性,无呕吐。不会同时伴有畏光和畏声,日常体力活动不导致疼痛加重,应激和精神紧张常加重病情,中、青年女性较常见。

5.高血压病头痛

可出现头痛、头晕、颈项板紧、注意力不集中、疲劳、心悸等,诊断主要根据动脉血压测值达高血压标准。

6.鼻旁窦炎

头痛是由于鼻旁窦的炎症引起,脓性鼻涕与头痛并见是本病的临床特点。

7.颅内肿瘤

固定部位的持续性、进行性加重头痛是其临床特征,头颅 CT、MRI 等检查有占位性影像学改变。

P225 修改:

第四节 眩晕

2.病机

病位在清窍,与肝、脾、肾三脏密切相关。眩晕的病性为本虚标实,气血不足,肝肾阴虚为病之本,风、火、痰、瘀为病之标。

1.肝阳上亢证

治法:平肝潜阳,清热息风。

P227 修改:

第五节 呕吐

删除:2.鉴别诊断

修改:(一)辨证要点(有新增)

呕吐物酸腐难闻,多为食积化热;吐黄水苦水,多为胆热犯胃;吐酸水绿水,多为肝气犯胃;吐痰浊涎沫,多为痰饮停胃;泛吐清水,多为胃中虚寒,或有虫积;只呕吐少量黏沫,多属胃阴不足。

P228 新增一节:

黄疸

黄疸是指以身黄、目黄、小便发黄为特征的病证,其中目睛黄染尤为本病的重要特征。

【病因病机】

1.病因黄疸的发生,因外感湿热、疫毒、内伤酒食,或脾虚湿困,血瘀气滞等所致。

(1)外感湿热疫毒

时邪疫毒,蕴结于中焦,脾胃运化失常,湿热熏蒸于肝胆,致使肝失疏泄,胆液不循常道,随血泛溢,外溢肌肤,上注眼目,下流膀胱,使身目小便俱黄,而成黄疸。若疫毒较重者,则可伤及营血,内陷心包,发为急黄。

(2)饮食不节

饥饱失常或嗜酒过度,损伤脾胃,以致运化功能失职,湿浊内生,郁而化热,熏蒸肝胆,胆汁外溢,乃发黄疸。

(3)脾胃虚弱

素体脾胃虚弱,运化失司,气血亏损,久之肝失所养,疏泄失职,胆汁外溢而发黄疸;或病后脾阳虚损,湿从寒化,寒湿阻滞中焦,肝胆气机不利而发黄。

2.病机

黄疸的病位在肝、胆、脾、胃,基本病机是脾胃运化失健,肝胆疏泄不利。病理因素主要为湿邪。阳黄多因湿热熏蒸,或疫毒伤血,发黄迅速而色鲜明;阴黄多因寒湿阻遏,脾阳不振,发黄持久而色晦暗。

【辨证论治】

(一)治疗原则

其重要治则。阳黄应配以清热解毒,必要时还应通利腑气;阴黄应配以健脾温化;急黄则当以清热解毒、凉营开窍为主。

(二)分证论治

1.阳黄

(1)湿热兼表证

证候:黄疸初起,轻度目黄或不明显,恶寒发热,皮肤瘙痒,肢体困重,乏力,咽喉红肿疼痛,魔痞恶心,舌苔薄腻,脉濡数。

治法:清热化湿解表。

代表方剂:甘露消毒丹合麻黄连翘赤小豆汤。

常用药物:滑石、黄芩、茵陈、石菖蒲、川贝母、木通、藿香、连翘、白薏仁、薄荷、射干等。

(2)热重于湿证

证候:身目俱黄,色泽鲜明,发热口渴,或见心中懊侬,腹部胀满,口干,口苦,恶心呕吐,胁胀痛而拒按,小便黄赤、短少,大便秘结,舌红,苔黄腻,脉弦滑或滑数。

治法:清热利湿。

代表方剂:茵陈蒿汤加减。

常用药物:茵陈、栀子、大黄等。

(3)湿重于热证

证候:身目俱黄,其色不甚鲜明,无发热或身热不扬,头重身困,胸脘痞满,食欲减退,恶心呕吐,厌食

油腻,腹胀,便澹,小便短黄,舌苔厚腻微黄,脉濡缓或弦滑。

治法:利湿化浊。

代表方剂:茵陈四苓散加减。

常用药物:茵陈、茯苓、白术、泽泻、猪苓、藿香、薏仁、石菖蒲等。

(4)胆腑郁热证

证候:身目黄染,右肋疼痛,牵引肩背,发热或寒热往来,口苦口渴,恶心呕吐,大便秘结,小便黄赤短少,舌红苔黄腻,脉弦数。

治法:清泄胆热。

方药:大柴胡汤加减。

常用药物:柴胡、黄芩、芍药、半夏、生姜、枳实、大枣、大黄等。

(5)热毒炽盛证(急黄)

证候:起病急骤,黄疸迅速加深,其色金黄鲜明,高热烦渴,呕吐频作,胁痛腹满,神昏谵语,或见衄血、便血,或肌肤出现瘀斑,尿少便结,舌质红绛,苔黄而燥,脉弦数或细数。

治法:清热解毒。

方药:犀角散加减。神昏,配服紫雪丹或安宫牛黄丸

常用药物:犀角、黄连、升麻、栀子仁、茵陈等。

2.阴黄

(1)寒湿困脾证

证候:身目俱黄,黄色晦暗,或如烟熏,头重身困,恶心纳少,脘痞腹胀,大便不实,神疲畏寒,舌质淡,苔白腻,脉濡缓。

治法:温中散寒,健脾渗湿。

方药:茵陈术附汤加减。

常用药物:茵陈、白术、附子、干姜、炙甘草、肉桂等。

(2)脾虚血亏证

证候:面色萎黄,身体虚弱,肌肤不荣,面容憔悴,神疲乏力,气短懒言,纳食日少,大便溏薄,舌淡瘦小或灰暗,脉虚。

治法:健脾益气。

方药:黄芪建中汤加减。畏寒肢冷,加巴戟天、淫羊藿。

常用药物:黄芪、桂枝、白芍、生姜、炙甘草、大枣、饴糖。

【西医辨病】

1.黄疸性肝炎

黄疸性肝炎是由多种肝炎病毒引起的常见传染病,具有传染性强、传播途径复杂、流行面广、发病率较高等特点。临床以乏力、食欲减退、恶心、厌油、茶色尿、肝功能损害为主要表现,病原学检查一般为阳性。

2.溶血性黄疸

有药物或感染的诱因,常有红细胞本身缺陷,表现为贫血、血红蛋白尿,网织红细胞增多,血间接胆红素升高,粪、尿中尿胆原增多

3.梗阻性黄疸

肝肿大较常见,胆囊肿大常见,肝功能改变较轻,有原发病的症状、体征,如胆绞痛、Murphy 征阳性、腹内肿块,化验检查如血清碱性磷酸酶和胆固醇显著上升,X 线及超声检查发现胆石症、肝内外胆管扩张等。

4.钩端螺旋体病

有疫水接触史,急起发热,有结膜充血、腓肠肌压痛、淋巴结肿大等症状。白细胞总数增多。血清学及病原体检查可资鉴别。

5.肝癌

常有肝区疼痛,肝脏呈进行性增大,质硬,甲胎蛋白增高。B超及CT有诊断价值。

P229

第六节 腹痛

删除:【诊断与鉴别诊断】

P231

第七节 泄泻

新增:【中医病因病机】有新增内容

泄泻基本病机变化为脾病与湿盛。病位在肠,主病之脏属脾,同时与肝、肾密切相关。病理因素主要是湿,可夹寒、夹热、夹滞。一般来说,暴泻以湿盛为主,病属实证。久泻多偏于虚证。

删除:【诊断与鉴别诊断】

P233

第八节 便秘

修改:(一)病机 3.阴亏血少

病后、产后及年老体弱之人,气血亏虚;或用过汗、利、燥热之剂,损伤阴津;或劳役过度,出汗过多;或房室劳倦损伤气血阴津;或素患消渴,阴精亏耗。气虚则大肠传导无力,阴虚血亏则肠道干涩,导致大便秘结,排出困难。

P237

第十节 水肿

修改:(二)治疗原则

水肿的治疗,《素问·汤液醪醴论》提出“开鬼门”“洁净府”“去菟陈”三条基本原则,对后世影响深远,一直沿用至今,具体应用视阴阳虚实不同而异。阳水以祛邪为主,应予发汗、利水或攻逐,同时配合清热解毒、理气化湿等法;阴水当以扶正为主,健脾、温肾,同时配以利水、养阴、活血、祛瘀等法。对于虚实夹杂者,则当兼顾,或先攻后补,或攻补兼施。

P240

第十一节 郁证(助理不考)

修改:【辨证论治】

4.“忧郁伤神证”修改为“心神失养证”

新增:【西医辨证】

5.焦虑证

常发生于中青年群体中,表现为无事实根据和明确客观对象以及具体观念内容的提心吊胆和恐惧不安,伴有自主神经症状和肌肉紧张,以及运动性不安。心理测试、焦虑量表检查有助于识别。

P245

第十三节 痰饮(助理不考)

新增:【分类】有增加

饮停胃肠之证,为痰饮;饮水后水流在胁下,咳唾引痛,谓之悬饮;水饮流行,归于四肢,当汗出而不汗出,身体疼痛,谓之溢饮;咳逆倚息,短气不得卧,其形如肿,谓之支饮。

删除:1.病因(4)七情所伤

修改:悬饮(2)饮停胸胁证

代表方剂:椒目瓜蒌汤合十枣汤加减。

支饮(3)脾肾阳虚证

治法:温脾补肾。

P248

第十四节 自汗盗汗

修改:【中医病因病机】

(一)病因

(4)阴虚火旺修改为:虚火扰津

新增:(6)阳气虚衰

久病重病,脏气不足,阳气过耗,不能敛阴,卫外不固而汗液外泄,甚则发生大汗亡阳之变。

(二)病机

汗证的病位在卫表肌腠,其发生与肺、心、肾密切相关。

【辨证论治】

(一)辨证要点

病理性质有虚、实两端。由热邪郁蒸,迫津液外泄属实;由营卫不和、肺气亏虚、阳气虚衰、阴虚火旺、心血不足所致者属虚。因气属阳,血属阴,自汗多阳气虚,盗汗多阴血虚。

(二)治疗原则

新增:由于自汗、盗汗均以腠理不固、津液外泄为共同病变,故可酌加麻黄根、浮小麦、糯稻根、五味子、瘪桃干、牡蛎等固涩敛汗之品,以增强止汗的功能。

(三)分证论治(分为自汗和盗汗)

1.自汗

(1)营卫不和

证候:汗出恶风,周身酸楚。或兼微发热,头痛,或失眠,多梦,心悸。苔薄白,脉浮或缓。

治法:调和营卫。

方药:桂枝汤加减。

常用药物:桂枝、芍药、炙甘草、生姜、大枣等。

(2)肺气虚弱

证候:汗出恶风,动则益甚。或因久病体虚,平时不耐风寒,易于感冒,体倦乏力。苔薄白,脉细弱。

治法:益气固表。

方药:玉屏风散加减。

常用药物:防风、炙黄芪、白术、大枣等。

(3)心肾亏虚

证候:动则心悸汗出,或身寒汗冷。或兼胸闷气短,腰酸腿软,面白唇淡,小便频数而色清,夜尿多。舌质淡,舌体胖润,有齿痕,苔白,脉沉细。

治法:益气温阳。

方药:芪附汤加减。

常用药物:黄芪、附子、白术、薏苡仁、土茯苓、甘草等。

(4)热郁于内

证候:蒸蒸汗出,或但头汗出,或手足汗出。或兼面赤,发热,气粗口渴,口苦,喜冷饮,胸腹胀,烦躁不安,大便干结,或见胁肋胀痛,身目发黄,小便短赤。舌质红,苔黄厚,脉洪大或滑数。

治法:清泻里热。

方药:竹叶石膏汤加减。

常用药物:竹叶、石膏、半夏、麦门冬、人参、炙甘草、粳米等。

2.盗汗

(1) 心血不足

证候:睡则汗出,醒则自止,心悸怔忡,失眠多梦。或兼眩晕健忘,气短神疲,面色少华或萎黄,口唇色淡。舌质淡,苔薄,脉虚或细。

治法:补血养心。

方药:归脾汤加减。

常用药物:白术、当归、茯苓、黄芪、远志、龙眼肉、酸枣仁、人参、木香、炙甘草、生姜、大枣等。

(2) 阴虚火旺

证候:寐则汗出,虚烦少寐,五心烦热。或久咳虚喘,形体消瘦,两颧发红,午后潮热,女子月经不调,男子梦遗。舌质红少津,少苔,脉细数。

治法:滋阴降火。

方药:当归六黄汤加减。

常用药物:当归、生地黄、黄芩、黄柏、黄连、熟地黄、黄芪等。

P253

第十六节 厥证(助理不考)

修改:(二)治疗原则

厥证以气机突然逆乱,阴阳失调,升降失常为主要病机,治以调和阴阳,调畅气机为主。发作时急宜回厥醒神,实证宜芳香开窍,虚证宜补虚固脱;缓解后调治气血以增强体质。

P255

第十七节 痿证(助理不考)

修改:(一)辨证要点

痿证辨证,重在辨脏腑病位,审标本虚实。痿证初起症见发热,咳嗽,咽痛,或在热病之后出现肢体软弱不用者,病位多在肺;凡见四肢痿软,食少便溏,面浮,下肢微肿,纳呆腹胀,病位多在脾胃;凡以下肢痿软无力明显,甚则不能站立,腰脊酸软,头晕耳鸣,遗精阳痿,月经不调,咽干目眩,病位多在肝肾。

痿证以虚为本,或本虚标实。因感受温热毒邪或湿热浸淫者,多急性发病,病程发展较快,属实证。热邪最易耗津伤正,故疾病早期就常见虚实错杂。内伤积损,久病不愈,主要为肝肾阴虚或脾胃虚弱,多属虚证,但又常兼夹郁热、湿热、痰浊、瘀血,而虚中有实。

(二)“治痿独取阳明”“泻南方,补北方”的治疗原则

《素问·痿论》有“治痿者独取阳明”之说,是指补脾胃、清胃火、去湿热。另一方面朱丹溪用“泻南方、补北方”,是从清内热、滋肾阴方面,达到金水相生、滋润五脏的另一种方法。总的治法正如《医学心悟·痿》所云:“不外补中祛湿、养阴清热而已。”



第三篇

技能操作

第一章 针灸常用穴位

P256

孔最 郄穴

【定位】在前臂前区,腕掌侧远端横纹上7寸,尺泽与太渊连线上。

列缺 络穴;八脉交会学,通任脉

【定位】桡骨茎突上方,…… 修改为 在前臂,……

【主治】②…… 修改为 ②外感头痛、项强、齿痛、口渴等头面五官疾患;

少商 井穴

【定位】在手指,拇指末节桡侧,指甲根角侧上方0.1寸。

【主治】①咳嗽、气喘、咽喉肿痛、鼻衄等肺系实热病证;②中暑,发热;③昏迷,癫狂;④指肿、麻木。

P260

合谷 原穴

【定位】在手背,第2掌骨桡侧的中点处。

【主治】①头痛、齿痛、目赤肿痛、咽喉肿痛、牙关紧闭、口渴、鼻衄、耳聋、疔腮等头面五官病证;②发热恶寒等外感病;③热病;④无汗或多汗;⑤经闭、滞产、月经不调、痛经、胎衣不下、恶露不止、乳少等妇科病证;⑥上肢疼痛、不遂;⑦皮肤瘙痒、荨麻疹等皮肤科病证;⑧小儿惊风、痉证;⑨腹痛、痢疾、便秘等肠腑病证;⑩牙拔除术、甲状腺手术等面口五官及颈部手术针麻常用穴。

曲池 合穴

【定位】在肘区,尺泽与肱骨外上髁连线的中点处。

【主治】①目赤肿痛、齿痛、咽喉肿痛等五官热性病证;②热病;③手臂肿痛、上肢不遂等上肢病证;④风疹、瘾疹、湿疹等皮肤科病证;⑤腹痛、吐泻、痢疾等肠腑病证;⑥头痛,眩晕;⑦癫狂等神志病。

肩髃 手阳明经与阳跷脉的交会穴

【定位】在三角肌区,肩峰外侧缘前端与肱骨大结节两骨间凹陷中。

【主治】①肩痛不举,上肢不遂;②瘰疬;③瘾疹。

【操作】直刺或向下斜刺0.8~1.5寸。

迎香

【定位】在面部,鼻翼外缘中点旁,鼻唇沟中。

【主治】①鼻塞、鼻衄、鼻渊等鼻病;②口渴、面痒、面肿等面口部病证;③胆道蛔虫病。

地仓 手足阳明经与任脉的交会穴

【定位】在面部,口角旁开0.4寸(指寸)。

【主治】口咽、眼睑瞤动、流涎、齿痛、颊肿等头面五官病证。

【操作】斜刺或平刺0.3~0.8寸,可向颊车穴透刺。

P261

下关

【定位】在面部,颧弓下缘中央与下颌切迹之间凹陷中。

【主治】①牙关不利、面痛、齿痛、口咽等面部病证;②耳鸣、耳聋、聾耳等耳部病证。

【操作】直刺 0.5~1 寸。

天枢 大肠募穴

【定位】在腹部,横平脐中,前正中线旁开 2 寸。

【主治】①绕脐腹痛、腹胀、便秘、泄泻、痢疾等脾胃肠病证;②癥瘕、月经不调、痛经等妇科病证。

犊鼻 增补

【定位】在膝前区,髌韧带外侧凹陷中。

【主治】膝肿、疼痛、屈伸不利、下肢痿痹等下肢病证。

【操作】向后内斜刺 0.5~1 寸。

足三里 合穴;胃下合穴

【定位】在小腿外侧,犊鼻下 3 寸,犊鼻与解溪连线上。

【主治】①胃痛、呕吐、腹胀、泄泻、痢疾、便秘、肠痈等脾胃肠病证;②膝痛、下肢痿痹、中风瘫痪等下肢病证;③癫狂、不寐等神志病证;④气喘、痰多;⑤乳痛;⑥虚劳诸证,为强壮保健要穴。

【操作】直刺 1~2 寸。

P262 增补及修改

条口

【定位】在小腿外侧,犊鼻下 8 寸,犊鼻与解溪连线上。

【主治】①下肢痿痹、跗肿、转筋等下肢病证;②肩臂痛;③脘腹疼痛。

丰隆 络穴

【定位】在小腿外侧,外踝尖上 8 寸,胫骨前肌的外缘。

【主治】①头痛、眩晕等头部病证;②癫狂;③咳嗽、哮喘、痰多等肺系病证;④下肢痿痹。

公孙 络穴;八脉交会穴,通冲脉

【定位】在跖区,第 1 跖骨底的前下缘赤白肉际处。

【主治】①胃痛、呕吐、肠鸣、腹胀、腹痛、痢疾等脾胃病证;②心烦不寐、狂证等神志病证;③逆气里急、气上冲心(奔豚气)等冲脉病证。

三阴交 交会穴

【定位】在小腿内侧,内踝尖上 3 寸,胫骨内侧缘后际。

【主治】①肠鸣、腹胀、泄泻、便秘等脾胃肠病证;②月经不调、经闭、痛经、带下、阴挺、不孕、滞产等妇产科病证;③心悸、不寐、癫狂等心神病证;④小便不利、遗尿、遗精、阳痿等生殖泌尿系统病证;⑤下肢痿痹;⑥湿疹、荨麻疹等皮肤病证。⑦阴虚诸证。

【操作】直刺 1~1.5 寸。孕妇禁针。

P263

地机 郄穴

【定位】在小腿内侧,阴陵泉下 3 寸,胫骨内侧缘后际。

【主治】①痛经、崩漏、月经不调、癥瘕等妇科病证;②腹胀、腹痛、泄泻等脾胃肠病证;③小便不利,水肿,遗精;④下肢痿痹。

阴陵泉 合穴

【定位】在小腿内侧,胫骨内侧缘下缘与胫骨内侧缘之间的凹陷中。

【主治】①腹痛、泄泻、水肿、黄疸等脾湿病证;②小便不利、遗尿、癃闭等泌尿系统病证;③遗精、阴茎痛等男科病证;④带下、妇人阴痛等妇科病证;⑤膝痛,下肢痿痹。

血海

【定位】在股前区，髌底内侧端上2寸，股内侧肌隆起处。简便取穴法：患者屈膝，医者以左手掌心按于患者右膝髌骨上缘（或者右手掌心按于患者左膝髌骨上缘），第2~5指向上伸直，拇指约成45°斜置，拇指尖下是穴。

【主治】①月经不调、痛经、经闭、崩漏等妇科病证；②湿疹、瘾疹、丹毒、皮肤瘙痒等皮外科病证；③膝股内侧痛。

【操作】直刺1~1.5寸。

29.通里 络穴 增补

【定位】在前臂前区，腕掌侧远端横纹上1寸，尺侧腕屈肌腱的桡侧缘。

【主治】①心悸、怔忡等心疾；②暴暗、舌强不语等舌窍病证；③肘臂挛痛、麻木、手颤等上肢病证。

【操作】直刺0.5~1寸。

30.神门 输穴；原穴

【定位】在腕前区，腕掌侧远端横纹尺侧端，尺侧腕屈肌腱的桡侧缘。

【主治】①心痛、心烦、惊悸、怔忡等心疾；②不寐、健忘、痴呆、癫狂痫等神志病证；③胸胁痛。

P264

后溪 输穴；八脉交会穴，通督脉

【定位】在手内侧，第5掌指关节尺侧近端赤白肉际凹陷中。

【主治】①头项强痛、腰背痛、手指及肘臂挛痛等；②耳聋、目赤、咽喉肿痛等五官病证；③癫狂痫等神志病证；④疟疾。

听宫

【定位】在面部，耳屏正中与下颌骨髁状突之间的凹陷中。

【主治】①耳鸣、耳聋、聾耳等耳部病证；②面痛、齿痛等面口病证；③癫狂痫等神志病。

【操作】张口，直刺1~1.5寸。

天柱 增补

【定位】在颈后区，横平第2颈椎棘突上际，斜方肌外缘凹陷中。

【主治】①后头痛，项强，肩背痛；②眩晕、咽喉肿痛、鼻塞、目赤肿痛、近视等头面五官病证；③热病；④癫狂痫。

【操作】直刺或斜刺0.5~0.8寸，不可向内上方深刺，以免伤及延髓。

肺俞 肺之背俞穴

【定位】在脊柱区，第3胸椎棘突下，后正中线旁开1.5寸。

【主治】①鼻塞、咳嗽、气喘、咯血等肺系病证；②骨蒸潮热、盗汗等阴虚病证；③背痛；④皮肤瘙痒，瘾疹。

【操作】斜刺0.5~0.8寸。热证宜点刺放血。

膈俞 八会穴之血会

【定位】在脊柱区，第7胸椎棘突下，后正中线旁开1.5寸。

【主治】①胃痛；②呕吐、呃逆、咳嗽、气喘等气逆之证；③贫血、吐血、便血等血症；④瘾疹、皮肤瘙痒等皮肤病证；⑤潮热、盗汗等阴虚证。

胃俞 胃之背俞穴

【定位】在脊柱区，第12胸椎棘突下，后正中线旁开1.5寸。

【主治】胃痛、呕吐、腹胀、肠鸣、多食善饥、身体消瘦等脾胃病证。

P265

肾俞 肾之背俞穴

【定位】在脊柱区，第2腰椎棘突下，后正中线旁开1.5寸。

【主治】①头晕、耳鸣、耳聋、慢性腹泻、气喘、腰酸痛、遗精、阳痿、不育等肾虚病证；②遗尿、癃闭等前阴病证；③月经不调、带下、不孕等妇科病证；④消渴。

大肠俞 大肠之背俞穴 增补

【定位】在脊柱区，第4腰椎棘突下，后正中线旁开1.5寸。

【主治】①腰痛；②腹胀、泄泻、便秘等肠腑病证。

【操作】直刺0.8~1.2寸。

委中 合穴；膀胱下合穴

【定位】在膝后区，腘横纹中点。

【主治】①腰背痛、下肢痿痹等病证；②急性腹痛、急性吐泻等病证；③癃闭、遗尿等泌尿系病证；④丹毒、瘾疹、皮肤瘙痒、疔疮等血热病证。

【操作】直刺1~1.5寸，或用三棱针点刺腘静脉出血。针刺不宜过快、过强、过深，以免损伤血管和神经。

承山

【定位】在小腿后区，腓肠肌两肌腹与肌腱交角处。

【主治】①腰腿拘急、疼痛；②痔疾、便秘；③腹痛、疝气。

昆仑 经穴

【定位】在踝区，外踝尖与跟腱之间的凹陷中。

【主治】①后头痛、目眩、项强等头项病证；②腰骶疼痛，足踝肿痛；③癫痫；④滞产。

P266

至阴 井穴

【定位】在足趾，小趾末节外侧，趾甲根角侧后方0.1寸（指寸）。

【主治】①胎位不正、滞产、胞衣不下等胎产病证；②头痛、目痛、鼻塞、鼻衄等头面五官病证。

太溪 输穴；原穴

【定位】在踝区，内踝尖与跟腱之间的凹陷中。

【主治】①头晕目眩、不寐、健忘、遗精、阳痿、月经不调等肾虚证；②咽喉肿痛、耳聋、耳鸣等阴虚性五官病证；③咳嗽、胸痛、咯血等肺系病证；④消渴，小便频数，便秘；⑤腰脊痛，足跟痛，下肢厥冷。

【操作】直刺0.5~0.8寸。

照海 八脉交会穴，通阴跷脉

【定位】在踝区，内踝尖下1寸，内踝下缘边际凹陷中。

【主治】①月经不调、痛经、阴痒、赤白带下等妇科病证；②癫痫、不寐、嗜卧、瘧症等神志病证；③咽喉干痛，目赤肿痛；④小便频数，癃闭；⑤便秘。

内关 络穴；八脉交会穴，通阴维脉

【定位】在前臂前区，腕掌侧远端横纹上2寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

【主治】①心痛、心悸、胸闷等心胸病证；②胃痛、呕吐、呃逆等胃腑病证；③不寐、郁病、癫狂痫等神志病证；④中风，眩晕，偏头痛；⑤胁痛，肋下痞块，肘臂挛痛。

【操作】直刺0.5~1寸。注意穴位深层有正中神经。

P267

大陵 输穴；原穴

【定位】在腕前区，腕掌侧远端横纹中，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

【主治】①心痛、心悸、胸胁胀痛等心胸病证；②胃痛、呕吐、口臭等胃腑病证；③喜笑悲恐、癫狂痫等神志病证；④手、臂挛痛。

外关 络穴；八脉交会穴，通阳维脉

【定位】在前臂后区，腕背侧远端横纹上2寸，尺骨与桡骨间隙中点。

【主治】①耳鸣、耳聋、聾耳、耳痛、目赤肿痛、目生翳膜、目眩、咽喉肿痛、口噤、口喎、齿痛、面痛等头面五官病证；②头痛，颈项及肩部疼痛，胁痛，上肢痹痛；③热病，疟疾，伤风感冒；④瘰疬。

支沟 经穴

【定位】在前臂后区，腕背侧远端横纹上3寸，尺骨与桡骨间隙中点。

【主治】①便秘；②热病；③耳鸣、耳聋、咽喉肿痛、暴暗、头痛等头面五官病证；④肘臂痛，胁肋痛，落枕；⑤瘰疬。

【操作】直刺0.8~1.2寸。

风池 足少阳经与阳维脉的交会穴

【定位】在颈后区，枕骨之下，胸锁乳突肌上端与斜方肌上端之间的凹陷中。

【主治】①中风、头痛、眩晕、不寐、癫痫等内风所致病证；②恶寒发热、口眼歪斜等外风所致病证；③目赤肿痛、视物不明、鼻塞、鼻衄、鼻渊、耳鸣、咽喉肿痛等五官病证；④颈项强痛。

【操作】向鼻尖方向斜刺0.8~1.2寸。

P268

肩井 手足少阳经与阳维脉的交会穴

【定位】在肩胛区，第7颈椎棘突与肩峰最外侧点连线的中点。

【主治】①头痛、眩晕、颈项强痛等头项部病证；②肩背疼痛，上肢不遂；③瘰疬；④乳痈、乳少、难产、胞衣不下等妇科病证。

【操作】直刺0.3~0.5寸，切忌深刺、捣刺。孕妇禁用。

环跳 足少阳经与足太阴经的交会穴

【定位】在臀区，股骨大转子最凸点与骶管裂孔连线的外1/3与内2/3交点处。

【主治】①下肢痿痹，半身不遂，腰腿痛；②风疹。

阳陵泉 合穴；胆下合穴；八会穴之筋会

【定位】在小腿外侧，腓骨头前下方凹陷中。

【主治】①黄疸、口苦、呕吐、胁痛等胆腑病证；②下肢痿痹、膝髌肿痛、肩痛等筋病；③小儿惊风。

悬钟 八会穴之髓会

【定位】在小腿外侧，外踝尖上3寸，腓骨前缘。

【主治】①中风、颈椎病、腰椎病等骨、髓病；②颈项强痛，偏头痛，咽喉肿痛；③胸胁胀痛；④下肢痿痹，脚气。

P269

删除 行间

太冲 输穴；原穴

【定位】在足背，第1、2跖骨间，跖骨底结合部前方凹陷中，或触及动脉搏动。

【主治】①中风、癲狂病、头痛、眩晕、口眼歪斜、小儿惊风等内风所致病证；②目赤肿痛、口喎、青盲、咽喉干痛、耳鸣、耳聋等头面五官热性病证；③月经不调、崩漏、痛经、难产等妇科病证；④黄疸、胁痛、腹胀、呕逆等肝胃病证；⑤下肢痿痹，足跗肿痛。

【操作】直刺0.5~1寸。

期门 肝募穴；足厥阴经与足太阴经的交会穴

【定位】在胸部，第6肋间隙，前正中线旁开4寸。

【主治】①胸胁胀痛；②腹胀、呃逆、吐酸等肝胃病证；③郁病，奔豚气；④乳痈。

【操作】斜刺0.5~0.8寸。

命门

【定位】在脊柱区，第2腰椎棘突下凹陷中，后正中线上。

【主治】①月经不调、痛经、经闭、带下、不孕等妇科病证；②遗精、阳痿、不育等男科病证；③五更泄

泻、小便频数、癃闭等肾虚病证；④腰脊强痛，下肢痿痹。

【操作】向上斜刺 0.5~1 寸。

P270

大椎 督脉与足三阳经的交会穴

【定位】在脊柱区，第 7 颈椎棘突下凹陷中，后正中线上。

【主治】①恶寒发热、疟疾等外感病证；②热病，骨蒸潮热；③咳嗽、气喘等肺气失于宣降证；④癫狂痫、小儿惊风等神志病证；⑤风疹、疮疮等皮肤疾病；⑥项强、脊痛等脊柱病证。

【操作】直刺 0.5~1 寸。

百会 督脉与足太阳经的交会穴

【定位】在头部，前发际正中直上 5 寸。

【主治】①晕厥、中风、失语、痴呆、癫狂、不寐、健忘等神志病；②头风、颠顶痛、眩晕耳鸣等头面病证；③脱肛、阴挺、胃下垂等气虚下陷证。

【操作】平刺 0.5~0.8 寸，升阳固脱多用灸法。

水沟 督脉与手足阳明经的交会穴

【定位】在面部，人中沟的上 1/3 与中 1/3 交点处。

【主治】①昏迷、晕厥、中风、中暑、脱证等急症，为急救要穴之一；②癫狂痫、瘧症、急慢惊风等神志病；③闪挫腰痛，脊背强痛；④口喎、面肿、鼻塞、牙关紧闭等头面五官病证。

【操作】向上斜刺 0.3~0.5 寸，强刺激；或指甲按掐。

印堂 增补

【定位】在头部，两眉毛内侧端中间的凹陷中。

【主治】①不寐、健忘、痴呆、痫病、小儿惊风等神志病证；②头痛、眩晕、鼻渊、鼻衄、鼻衄等头面五官病证；③小儿惊风，产后血晕，子痫。

【操作】平刺 0.3~0.5 寸，或三棱针点刺出血。

中极 膀胱之募穴；任脉与足三阴经的交会穴

【定位】在下腹部，脐中下 4 寸，前正中线上。

【主治】①遗尿、癃闭、尿频、尿急等泌尿系病证；②遗精、阳痿、不育等男科病证；③崩漏、月经不调、痛经、经闭、不孕、带下病等妇科病证。

【操作】直刺 1~1.5 寸，应在排尿后针刺，以免伤及深部膀胱。孕妇慎用。

P271

关元 小肠之募穴；任脉与足三阴经的交会穴

【定位】在下腹部，脐中下 3 寸，前正中线上。

【主治】①中风脱证、虚劳羸瘦、脱肛、阴挺等元气虚损所致病证；②遗精、阳痿、早泄、不育等男科病证；③崩漏、月经不调、痛经、闭经、不孕、带下病等妇科病证；④遗尿、癃闭、尿频、尿急等泌尿系病证；⑤腹痛、泄泻、脱肛、便血等肠腑病证；⑥保健要穴。

【操作】直刺 1~1.5 寸，应在排尿后针刺，以免伤及深部膀胱。孕妇慎用。

气海

【定位】在下腹部，脐中下 1.5 寸，前正中线上。

【主治】①中风脱证、虚劳羸瘦、脱肛、阴挺等气虚证；②遗精、阳痿、疝气、不育等男科病证；③崩漏、月经不调、痛经、经闭、不孕、带下等妇科病证；④遗尿、癃闭等泌尿系病证；④水谷不化、绕脐疼痛、便秘、泄泻等肠腑病证。⑤保健要穴。

【操作】直刺 1~1.5 寸。孕妇慎用。

删除 神阙

中脘 胃之募穴；八会穴之腑会；任脉与手少阳经、手太阳经、足阳明经的交会穴

【定位】在上腹部,脐中上4寸,前正中线上。

【主治】①胃痛、呕吐、完谷不化、食欲不振、腹胀、泄泻、小儿疳积等脾胃病证;②癫痫、不寐等神志病;③黄疸。

P272

膻中 心包之募穴;八会穴之气会

【定位】在胸部,横平第4肋间隙,前正中线上。

【主治】①咳嗽、气喘、胸闷等胸中气机不畅病证;②心痛、心悸等心疾;③产后乳少、乳痈、乳癖等乳病;④呕吐、呃逆等胃气上逆证。

【操作】直刺0.3~0.5寸,或平刺。

四神聪 增补

【定位】在头部,百会前后左右各旁开1寸,共4穴。

【主治】①头痛、眩晕、健忘等头脑病证;②不寐、癫痫等神志病证。

【操作】平刺0.5~0.8寸。

夹脊

【定位】在脊柱区,第1胸椎至第5腰椎棘突下两侧,后正中线旁开0.5寸,一侧17穴。

【主治】上背部的夹脊穴治疗心肺及上肢病证,下背部的夹脊穴治疗胃肠病证,腰部的夹脊穴治疗腰腹及下肢病证。

【操作】直刺0.5~1寸,或梅花针叩刺。

腰痛点 增补

【定位】在手背,第2、3掌骨间及第4、5掌骨间,腕背侧远端横纹与掌指关节的中点处,一手2穴。

【主治】急性腰扭伤。

【操作】直刺0.3~0.5寸。

十宣

【定位】在手指,十指尖端,距指甲游离缘0.1寸(指寸),左右共10穴。

【主治】①中风、昏迷、晕厥等神志病;②中暑、高热等急症;③咽喉肿痛;④手指麻木。

【操作】直刺0.1~0.2寸,或点刺出血。

第二章 针刺操作技术

P273

一、进针法 2.

2. 修改为

(1)指切进针法 又称爪切进针法。操作要点……

(2)夹持进针法 又称骈指进针法。操作要点……

P276

2.辅助手法

2.(1)循法

注意事项:①医者宜用指腹而非指尖进行循按或拍叩。②循按时用力要轻柔、适度。③循法具有催气、行气、解除滞针、减轻患者紧张四个方面的作用。催气:进针前循按可宣散气血,使经络之气通畅;进针后循按可使气不至者速至。行气:促使已至之气沿经脉循行路线扩散传导。解除滞针:在滞针的腧穴周围循按,使经气调畅,肌肉松弛,滞针得以解除。减轻患者紧张:进针前进行循按,可消除病人恐惧、紧张情绪,使肌肉松弛,从而进针时能减轻疼痛。

P277

(4)摇法

1)③手持针柄,如摇辘轳状呈划圈样摇动,或如摇橹状进行前后或左右的摇动。④反复摇动数次。

2)③手持针柄,如摇橹状进行左右摇动。④反复摇动数次。

注意事项:①进针角度要与直立针身或卧倒针身而摇相结合。②操作时用力要均匀、柔和,切忌摇动用力过猛、摇动幅度过大,以免引起疼痛或造成弯针。

(5)飞法

注意事项:①……②捻放时要手指灵活,力度要均匀一致,忌用力过猛,否则易致滞针。

P278

(6)震颤法

注意事项:①操作时贵在用力轻柔。②不宜大幅度地颤动和震摇,以免引起疼痛和滞针。

四、得气 修改为

1.得气的表现

《标幽赋》曰:“轻滑慢而未来,沉涩紧而已至……气之至也,如鱼吞钩饵之浮沉;气未至也,如闲处幽堂之深邃。”这是对得气所做的最形象的描述。

当出现经气感应时,医患双方会同时有不同的感觉。医者:针下有徐和或沉紧感。患者:①针刺处出现相应的酸、麻、胀、重感,这是最常见的感觉。②向着一定的方向和部位传导和扩散的感觉。③出现循经性肌肤震颤、不自主地肢体活动。④出现循经性皮炎带或红、白线等现象。⑤出现热感、凉感、痒感、触电感、气流感、水波感、跳跃感、蚁行感、抽搐及痛感。若无经气感应而不得气时,医者则感到针下空虚无物,患者亦无酸、麻、胀、重等感觉。

2.得气的临床意义

得气与否以及气至的迟速,关系到针刺的治疗效果。《灵枢·九针十二原》曰:“为刺之要,气至而有效。效之信,若风之吹云,明乎若见苍天。”得气与否还与疾病的预后有一定关系,如《金针赋》曰:“气速效速,气迟效迟。”说明针刺后得气与否,是获得疗效的关键。具体表现在:①一般得气迅速,则疗效较好。②得气较慢则疗效较差。③若不得气者,难以取效。④若经反复施用各种候气、催气手法后,经气仍不至者,多属正气衰竭,预后极差。⑤若初针不得气或得气缓慢,经使用正确的针刺方法治疗之后,开始得气或得气较快,表示病人正气恢复,预后良好。

3.得气强弱的选择

一般而言,急性疼痛、痹证、痿证、偏瘫等疾病得气强则效果好;失眠、心悸、面肌痉挛等疾病得气弱则效果显著。气血虚弱、久病年迈之人,得气宜弱;气血旺盛、体壮年轻之人,得气宜强。总之,以患者舒适、疗效显著为原则。

4.促使得气的方法

若刺后不得气或得气缓慢,要分析原因。检查取穴定位是否准确,针刺角度、深浅是否适宜,手法运用是否恰当,据此重新调整腧穴的针刺部位、角度、深度和相应手法。若经过上述调整仍不得气,则可采用留针候气法等待气至。留针期间亦可间歇运针,施以提插、捻转等手法,以促气至,也可使用催气法。

五、针刺补泻

针刺补泻是针对病证虚实而实施的针刺手法,是决定针刺疗效的重要因素。目前临床常用的单式补泻手法包括:

1.捻转补泻

根据捻转力度的强弱、角度的大小、频率的快慢、操作时间的长短,并结合捻转用力的方向,区分捻转补泻手法。

(1)补法 操作要点:①进针,行针得气。②捻转角度小,频率慢,用力轻。结合拇指向前、食指向后(左转)用力为主。③反复捻转。④操作时间短。

(2)泻法 操作要点:①进针,行针得气。②捻转角度大,频率快,用力重。结合拇指向后、食指向前(右转)用力为主。③反复捻转。④操作时间长。

注意事项:①捻转补泻要在得气的基础上进行。②在多数腧穴均可应用。③捻转补泻应与针刺基本

手法中的捻转法相区别。

2. 提插补泻

根据提插力度的强弱、幅度的大小、频率的快慢、操作时间的长短,区分提插补泻手法。

(1) 补法 操作要点:①进针,行针得气。②先浅后深,重插轻提,提插幅度小,频率慢。③反复提插。④操作时间短。

(2) 泻法 操作要点:①进针,行针得气。②先深后浅,轻插重提,提插幅度大,频率快。③反复操作。④操作时间长。

注意事项:①提插补泻要在得气的基础上进行。②宜在四肢肌肉丰厚部位的腧穴处应用。③提插补泻应与针刺基本手法中的提插法相区别。

3. 疾徐补泻

疾徐补泻是根据进针、出针、行针的快慢区分补泻的针刺手法。

(1) 补法 操作要点:①进针时徐徐刺入。②留针期间少捻转。③疾速出针。

(2) 泻法 操作要点:①进针时疾速刺入。②留针期间多捻转。③徐徐出针。

注意事项:①应明确区分进针、退针的徐疾速度。②注意与提插补泻操作的区别。

4. 迎随补泻

迎随补泻是根据针刺方向与经脉循行方向是否一致区分补泻的手法。

(1) 补法 操作要点:进针时针尖随着经脉循行去的方向刺入。

(2) 泻法 操作要点:进针时针尖迎着经脉循行来的方向刺入。

注意事项:①必须掌握欲刺腧穴所在经脉的循行方向。②进针时应采用平刺或斜刺,以符合随经、迎经而刺的需要。

5. 呼吸补泻

呼吸补泻是将针刺手法与患者呼吸相结合区分补泻的手法。

(1) 补法 操作要点:病人呼气时进针,吸气时出针。

(2) 泻法 操作要点:病人吸气时进针,呼气时出针。

注意事项:应令患者做深而徐缓的呼吸调息。术者宜同时进行呼吸调息,与患者呼吸调息保持一致。若观察患者呼吸不明显,术者可用语言指令患者进行呼气和吸气,然后再随患者呼吸进行操作。

6. 开阖补泻

开阖补泻指以出针时是否按压针孔以区分补泻的手法。

(1) 补法 操作要点:出针后迅速按闭针孔。

(2) 泻法 操作要点:出针时摇大针孔不加按闭。

注意事项:①开阖补泻临床较少单独应用,多与其他补泻配合使用。②补法与泻法的方法相对,要严格区别,正确使用。

7. 平补平泻

平补平泻是指进针得气后施以均匀的提插、捻转的手法。

操作要点:①进针,行针得气。②施予均匀的提插、捻转手法,即每次提插的幅度、捻转的角度要基本一致,频率适中,节律和缓,针感强弱适当。

注意事项:①操作手法要均匀和缓。②针感不宜过于强烈。刺激量介于强弱之间,感觉较为舒适。

P279

删除 六、留针与出针 此部分全部

P280

第三章 艾灸法

(1) 瘢痕灸 修改为

操作要点:①选择体位,定取膻穴;以仰卧位或俯卧位为宜,体位要舒适,充分暴露待灸部位。②穴区皮肤消毒、涂擦黏附剂;对膻穴皮肤进行常规消毒,再将所灸穴位处涂以少量的大蒜汁或医用凡士林或少量清水。

增补

注意事项:①般选用小艾炷。②治疗前要将治疗方法、灸疮等向患者进行说明,征得患者同意后方可施治。③灸疮的透发与护理:灸后嘱患者多吃羊肉、豆腐等营养丰富的食物以促使灸疮透发。在出现灸疮期间,应注意局部清洁,每天更换1次膏药,至结痂脱落,以免继发感染。④禁忌证:身体过于虚弱、糖尿病、皮肤病患者不宜采用此法;面部、关节处、大血管处、妊娠期妇女腰骶部和少腹部也不宜采用此法。⑤灸疮愈后,原处可以重复施以化脓灸。

P281

(2)无瘢痕灸 修改为

操作要点:①选择体位,定取膻穴;宜采取仰卧位或俯卧位,充分暴露待灸部位。

增补

注意事项:①一般选用中、小艾炷。②患者对灼痛的感觉不一,有的患者可因感觉较迟钝而引起皮肤灼伤,故要密切观察局部情况。

P285

第四章 拔罐法

一拔罐法 1.留罐法④ 修改为

留罐时间,以局部皮肤红润、充血或瘀血为度,一般为5~15分钟。

第四章 一 4.刺血拔罐法④ 修改为

用闪火法留罐,留置5~15分钟后起罐。

P289 增补

第五章 其他针法

三、耳穴压丸法

耳穴压丸法是指使用一定丸状物贴压耳穴以防治疾病的一种方法。

在进行耳穴压丸治疗之前,要做必要的器材准备:①压丸材料:凡是表面光滑,质硬,无副作用,适合贴压穴位面积大小的小丸粒均可选用,一般选用清洁后的王不留行籽,或用莱菔子、白芥子等代替。用75%的酒精浸泡2分钟,或用沸水烫后晾干,置于瓶中备用。也可选用磁珠等。②其他:医用胶布、止血钳、弯盘、消毒棉签、75%酒精、消毒干棉球等。

操作要点:①选穴:根据耳穴的选穴原则,选择耳穴确定处方。②选择体位:一般以坐位或卧位为宜。③准备丸粒:将小丸粒贴于0.5cmx0.5cm的小方块医用胶布中央,备用。或选用成品耳穴贴。④耳穴皮肤消毒:用75%酒精棉球擦拭消毒,去除污垢和油脂。⑤贴压:一手托住耳郭,另一手持镊子将贴丸胶布对准耳穴进行敷贴,并给予适当按压,使耳郭有发热、胀痛感。压穴时,托指不动压指动,只压不揉,以免胶布移动;用力不能过猛过重。

注意事项:①夏季汗出较多,贴敷时间不宜过长。②密切关注耳郭皮肤情况,若贴压处疼痛明显者,可以减少按压次数,或将贴丸胶布自行揭除;若对胶布过敏者,应选用脱敏胶布。③若耳郭有破损、炎症病变、冻疮等,不宜采用耳穴压丸法。④孕妇慎用。

P290

第六章 推拿技术

一、法

在操作方法前 增补

【操作体位】视操作部位需要取坐位、仰卧位、俯卧位。

【物品准备】推拿床、推拿凳、推拿巾、推拿枕。

在注意事项前 增补

【术后处理】术后嘱患者适当休息,受术部位避风寒,观察病情有无变化。

P291

二、揉法

在操作手法前 增补

【操作体位】视操作部位需要取坐位、仰卧位、俯卧位。

【物品准备】推拿床、推拿凳、推拿巾、推拿枕。

在注意事项前 增补

【术后处理】术后嘱患者适当休息,受术部位避风寒,观察病情有无变化。

P292

三、按法

在操作手法前 增补

【操作体位】视操作部位需要取坐位、仰卧位、俯卧位。

【物品准备】推拿床、推拿凳、推拿巾、推拿枕。

在注意事项前 增补

【术后处理】术后嘱患者平卧休息片刻,观察患者是否出现不适感。

P293

四、拿法

在操作手法前 增补

【操作体位】视操作部位需要取坐位、仰卧位、俯卧位。

【物品准备】推拿床、推拿凳、推拿巾、推拿枕。

在注意事项前 增补

【术后处理】术后嘱患者平卧休息片刻,观察患者是否出现不适感。

五、推法

在操作手法前 增补

【操作体位】视操作部位需要取坐位、仰卧位、俯卧位。

【物品准备】推拿床、推拿凳、推拿巾、推拿枕、推拿介质。

在注意事项前 增补

【术后处理】术后嘱患者平卧休息片刻,观察施术部位有无变化,是否出现皮肤损伤。

P294

六、抖法

在操作手法前 增补

【操作体位】视操作部位需要取坐位、仰卧位、俯卧位。

【物品准备】推拿床、推拿枕。

在注意事项前 增补

【术后处理】术后嘱患者平卧休息,观察受术关节部位是否有不适感。

P295

捏脊法

在操作手法前 增补

【操作体位】视操作部位需要取坐位、仰卧位、俯卧位。

【物品准备】推拿床、推拿凳、推拿枕。

在注意事项前 增补

【术后处理】术后嘱患者平卧休息,观察受术关节部位是否有不适感。

增补 八、搓法

用双手掌面夹住肢体或以单手、双手掌面着力于施术部位,做交替搓动或往返搓动,称为搓法。

【操作体位】

视操作部位需要取坐位、仰卧位、俯卧位。

【物品准备】

推拿床、推拿凳、推拿枕。

【操作方法】

1.夹搓法

以双手掌面夹住施术部位,令受术者肢体放松。以肘关节和肩关节为支点,前臂与上臂部主动施力,做相反方向的较快速搓动,并同时做上下往返移动。

2.推搓法

以单手或双手掌面着力于施术部位。以肘关节为支点,前臂部主动施力,做较快速的推去拉回的搓动。

【动作要领】

1.操作时动作要协调、连贯。搓法含有擦、揉、摩、推等多种成分,搓动时掌面在施术部位体表有小幅位移动,受术者有较强的疏松感。

2.搓动的速度应快,而上下移动的速度宜慢。

3.夹搓法双手用力要对称。

【术后处理】

术后嘱患者平卧休息,观察病情有无变化,是否出现不适感。

【注意事项】

施力不可过重。夹搓时如夹得太紧或推搓时下压力过大,会造成手法呆滞。

P298

第七章 望诊

望神的内容与临床意义 修改为

得神 得神即有神,是精充气足神旺的表现。

(1)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 提示精气充盛,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。

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)临床表现 如久病、重病患者,本已神昏或精神极度萎靡,突然神识清楚,想见亲人,言语休,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,突然两额泛红如妆等;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。

(三)望色的内容与临床意义

望色要重点观察患者面部肌肤所属色调(青、赤、黄、白、黑)及光泽(荣润含蓄或晦暗枯槁)的情况,以区分常色与病色。必要时结合其他内容进一步区分常色中的主色与客色及病色中的善色与恶色等。

在观望整体面色的基础上,可根据具体情况对病人面部不同部位(如额部、鼻部、左右颊部、左右颌部、下颌部等)的色泽进行重点观望,为判断疾病的部位提供依据。

P302 三、望小儿指纹(二)观察内容 第二段 修改

风关(又名寅关)即食指的第三指节(近端指节,即掌指横纹至第二节横纹之间),气关(又名卯关)即食指的第二指节(中间指节,即第二节横纹至第三节横纹之间),命关(又名辰关)即食指的第一指节(远端指节,即第三节横纹至指端)。

增补

注意事项

1.注意小儿卧位时,如果侧卧则下面手臂受压,或上臂扭转,或手臂过高或过低,与心脏不在一个水平面时,都可以影响气血运行,使食指络脉色泽形态失真。

2.医生诊察所用手指或小儿食指络脉局部有皮肤病变时,则不宜用该侧进行望小儿食指络脉操作。

3.医生应严格按照望小儿食指络脉的方法进行操作。推指时切不可从风关推向命关,用力不可过大或过轻。

4.重视个体差异,体质有强弱胖瘦之别,反映在食指络脉上也各有不同,应综合考虑。

5.诊病时可因小儿哭闹而使食指络脉失真,应注意使小儿保持安静。

6.结合四时分析。四时对人体生理病理活动有重要影响,望小儿食指络脉也不例外,要排除情志干扰。

7.注重食指络脉与证合参,注意食指络脉色泽形态变化与病儿临床表现之间的内在联系。

8.医生在望小儿食指络脉时面部表情宜和蔼可亲,或使用玩具,以免由于小儿对医生有恐惧感及陌生感而产生的紧张或哭闹现象对食指络脉。

P303

四、望舌 增补

准备

1.检查诊室光线是否充足,以柔和充足的自然光线为最佳,若在夜间或诊室光线较暗时可借助日光灯,要尽量避开其他有色光源。

2.检查是否准备好望舌所需器具(械),已消毒的压舌板、消毒纱布条、清洁水等。

3.检查病人的体位是否符合舌诊要求(轻病患者可采用正坐位;重病患者不能坐位者,可采取仰卧位),对不符合要求者,可以指导病人调整体位,以符合要求为度。

望舌前,医生应指导病人按照正确的伸舌姿势伸舌:即精神放松,头略上扬,尽量张口,舌体尽量自然伸出,舌尖向下,舌面展平充分暴露舌面,以保证望舌的顺利进行。

注意事项

(一)注意舌象的生理差异

1. 年龄因素

儿童阴阳稚嫩,脾胃尚弱,生长发育很快,往往处于代谢旺盛而营养相对不足的状态,舌质纹理多细腻而淡嫩,舌苔偏少易剥落;老年人精气渐衰,脏腑功能渐弱,气血运行迟缓,舌色较暗红。

2. 个体因素

由于体质禀赋的差异,舌象可有不同。例如,先天性裂纹舌、齿痕舌、地图舌等;肥胖之人舌多偏胖,形体偏瘦者舌多略瘦等。这些情况舌象虽见异常,但一般无临床意义。

3. 性别因素

性别不同一般舌象无明显差异。但是,女性经前期可以出现蕈状乳头充血而舌质偏红,或舌尖部的点刺增大,月经过后可恢复正常,属生理现象。

(二) 注意饮食或药物等因素影响

如进食后舌苔可由厚变薄,饮水可使舌苔由燥变润,饮酒或食入辛热之品可使舌色变红或绛,食绿色蔬菜可染绿苔等。应用肾上腺皮质激素、甲状腺激素,可使舌质较红;黄连、核黄素可使舌苔染黄;服用大量镇静剂后舌苔可厚腻;长期服用抗生素,舌苔可见黑腻或霉腐等。

(三) 注意季节因素影响

夏季暑湿盛而苔易厚,易淡黄;秋季燥胜,舌苔多略干燥;冬季严寒,舌常湿润。

此外,牙齿残缺、镶牙、睡觉时张口呼吸、长期吸烟等因素也可致舌象异常,应当注意结合问诊或刮舌、揩舌方法予以鉴别。

P304 舌色增补

淡白舌

淡白湿润,舌体胖嫩:多为阳虚水湿内停。

淡白光莹,舌体瘦薄:属气血两亏。

红舌

舌色稍红,或舌边尖略红:多属外感风热表证初期。

舌色鲜红,舌体不小,或兼黄苔:多属实热证。

舌尖红:多为心火上炎。

舌两边红:多为肝经有热。

舌体小,舌鲜红而少苔,或有裂纹,或光红无苔:属虚热证。

绛舌

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。

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。

青紫舌

全舌青紫:多是全身性血行瘀滞。

舌有紫色斑点:多属瘀血阻滞于某局部。

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。舌淡紫而湿润:阴寒内盛,或阳气虚衰所致寒凝血瘀。

舌紫红或绛紫而干枯少津:为热盛伤津,气血壅滞。

舌形 增补

胖大舌

舌淡胖大:多为脾肾阳虚,水湿内停。

舌红胖大:多属脾胃湿热或痰热内蕴。

肿胀舌:舌红绛肿胀者,多见于心脾热盛,热毒上壅。

先天性舌血管瘤患者,可呈现青紫肿胀。

瘦舌

舌体瘦薄而色淡:多是气血两虚。

舌体瘦薄而色红绛干燥:多见于阴虚火旺,津液耗伤。

点、刺舌

舌红而起芒刺:多为气分热盛。

舌红而点刺色鲜红:多为血热内盛,或阴虚火旺。

舌红而点刺色绛紫:多为热入营血而气血壅滞。

裂纹舌

舌红绛而有裂纹:多是热盛伤津,或阴液虚损。

舌淡白而有裂纹:多为血虚不润。

舌淡白胖嫩,边有齿痕而又有裂纹:属脾虚湿浸。

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,应与病理性裂纹舌做鉴别。

齿痕舌

齿痕舌指舌体边缘见牙齿压迫的痕迹。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。

舌淡胖大润而有齿痕:多属寒湿壅盛,或阳虚水湿内停。

舌淡红而有齿痕:多是脾虚或气虚。

舌红肿胀而有齿痕:为内有湿热痰浊壅滞。

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。

强硬舌

舌红绛少津而强硬:多因邪热炽盛。

舌胖大兼厚腻苔而强硬:多见于风痰阻络。

舌强语言蹇涩,伴肢体麻木、眩晕:多为中风先兆。

痿软舌

舌淡白而痿软:多是气血俱虚。

新病舌干红而痿软:多是热灼津伤。

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。

颤动舌

久病舌淡白而颤动:多属血虚动风。

新病舌绛而颤动:多属热极生风。

舌红少津而颤动:多属阴虚动风。

酒毒内蕴,亦可见舌体颤动。

吐弄舌

吐舌:可见于疫毒攻心或正气已绝。

弄舌:多见于热甚动风先兆。

吐弄舌:可见于小儿智能发育不全。

短缩舌

舌短缩,色淡白或青紫而湿润:多属寒凝筋脉。

舌短缩,色淡白而胖嫩:多属气血俱虚。

舌短缩,体胖而苔滑腻:多属痰浊内蕴。

舌短缩,色红绛而干:多属热盛伤津。

删除舌纵、舌麻痹

P307 苔色

白苔

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(称“糙裂苔”):提示内热暴起,津液暴伤。

黄苔

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。

灰黑苔

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。

P313

第九章 切诊

(三)注意事项 增补

诊室应保持安静,尽量减少各种因素的干扰,在诊脉前必须要让患者稍作休息。

二、2.正常脉象的八要素特征 增补

任何一种脉象都具有“位、数、形、势”四种属性,即具有部位、至数、节律、粗细、长短、强弱、硬度和流利度八个方面的特征。

P315 三、按诊的方法及运用技巧 (一)增补

医生操作

(1)体位根据不同病人按诊的需要,医生可采取坐位或站位。

1)对于皮肤、手足、腧穴的按诊,医生多以坐或站立的形式,面对患者被诊部位,用左手稍扶病体,右手进行触摸按压诊察部位。

2)对于胸腹、腰部或下肢的诊察,医生多以站位站立于患者的右侧或左侧进行操作。

(2)手法根据病人按诊部位和内容的需要,医生可选择一种或多种手法进行按诊。

P316 四、按诊的内容 (二)按胸胁

增补

虚里	搏动迟弱,或久病体虚而动数	心阳不足
	按之其动微弱	宗气内虚
	动而应衣	宗气外泄
	虚里搏动数急而时有一止	宗气不守
	按之弹手,洪大而搏,或绝而不应	心气衰竭
	胸高而喘,虚里搏动散漫而数	心肺气绝
	虚里动高,聚而不散	热甚(外感热邪、小儿食滞或痘疹将发)

第十章 体格检查

P322

三、血压(一)测量方法 2.间接测量法

注意事项:测压时双眼平视汞柱表面。

修改:

(6)测压时双眼平视汞柱表面,根据听诊结果读出血压值。间隔1~2分钟重复测量,取两次读数的平均值。

(7)血压测量完毕后将袖带解下、排气,平整地放入血压计盒内,将血压计汞柱向右侧倾斜45°,使管中水银完全进入水银槽后,关闭汞柱开关和血压计。

P325

六、蜘蛛痣

蜘蛛痣多出现在上腔静脉分布区。检查时可压迫蜘蛛痣的中心,如周围辐射状的小血管随之消退,解除压迫后又复出现,则证明为蜘蛛痣。与雌激素增多有关,肝功能障碍使雌激素灭活能力减退,见于慢性肝炎、肝硬化。

慢性肝病者手掌大、小鱼际处常发红,加压可退色,为肝掌。

修改:

蜘蛛痣出现部位多在上腔静脉分布区,如面、颈、手背、上臂、前胸和肩部等处,大小可由针头到直径数厘米不等。检查时除观察其形态外,可用铅笔尖或火柴杆等压迫其中心,如周围辐射状的小血管随之消退,解除压迫后又复出现,则证明为蜘蛛痣。常见于慢性肝炎、肝硬化,也可见于健康妊娠妇女。慢性肝病患者手掌大、小鱼际处常发红,加压后褪色,称为肝掌。

P327 一、检查方法——颌下淋巴结检查

4.腋窝淋巴结用手扶被检查者前臂稍外展45°,以右手检查左侧腋窝,左手检查右侧腋窝,由浅入深,手指并拢,掌面贴近胸壁向上滑动触诊,直达腋窝顶部。然后依次触诊腋窝后壁、外侧壁、前壁。

5.右侧滑车上淋巴结医者以右手握被检查者右手腕,以右(左)手在其肱骨上髁两横指处、肱二头肌内侧进行滑动触诊。

修改:

4.检查右腋窝淋巴结时,检查者右手握被检查者右手,向上屈肘外展抬高约45°,左手并拢,掌面贴近胸壁向上逐渐达腋窝顶部滑动触诊,然后依次触诊腋窝后壁、外侧壁、前壁和内侧壁。触诊腋窝后壁时应在腋窝后壁肌群仔细触诊,触诊腋窝外侧壁时应将患者上臂下垂,检查腋窝前壁时应在胸大肌深面仔细触诊,检查腋窝内侧壁时应在腋窝近肋骨和前锯肌处进行触诊。同样方法检查左侧腋窝淋巴结。

5.检查右侧滑车上淋巴结时,检查者以右手握被检查者右手腕,屈肘90°,左手掌向上,小指抵在肱骨内上髁上,左手的食、中、无名指并拢,在肱二、三头肌间沟内滑动触诊。同样以右手检查左侧的滑车上淋巴结。

检查腹股沟淋巴结时,被检查者仰卧,下肢伸直,检查者用手指指腹在腹股沟处平行进行触诊。

P327 第四节眼部检查前

新增标题:头部检查

P334

第九节 肺和胸膜检查

一、视诊

(二)呼吸频率、深度及节律

正常情况,成人呼吸频率为16~20次/分,呼吸与脉搏之比为1:4。

1.呼吸频率变化

(1)呼吸过速:成人呼吸频率超过24次/分,见于剧烈体力活动、发热、疼痛、贫血、甲亢、呼吸功能障碍、心力衰竭、肺炎、胸膜炎、精神紧张等。

(2)呼吸过缓:成人呼吸频率低于12次/分,见于深睡、颅内高压、吗啡中毒等。

修改:

2.呼吸频率、深度及节律

正常情况下成人呼吸频率为12~20次/分,呼吸与脉搏之比为1:4,深度适中。

成人呼吸频率超过20次/分,称为呼吸过速,见于剧烈体力活动、发热、贫血、甲亢、心力衰竭、肺炎、胸膜炎、精神紧张等。成人呼吸频率低于12次/分,称为呼吸过缓,见于深睡、颅内高压、麻醉或镇静剂过量、吗啡中毒等。

常见的呼吸节律变化有两种:①潮式呼吸,多见于脑炎、脑膜炎、脑出血、脑肿瘤等引起的颅内压增高及某些中毒等;②间停呼吸(比奥呼吸),较潮式呼吸更为严重,预后多不良,常为临终前的征象。

严重代谢性酸中毒时,病人可以出现节律匀齐,深而大的呼吸,称为库斯莫尔(Kussmaul)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、肥胖等。

P315

删掉:

2.肺下界移动度(助理不考)

(1)被检者平静呼吸时,先叩出肺下界的位置,再嘱被检者深吸气并屏住呼吸,沿该线继续向下叩诊,当由清音变为浊音时,即为该线上肺下界的最低点,进行标记。然后检查者手指放回肺下界位置,由下向上一肋间叩诊,当叩诊音变为清音时,即为该线上肺下界的最高点。

(2)肺下界移动度=最高点和最低点之间的距离,正常为6~8 cm。

(3)双侧肺下界移动度减小可见于阻塞性肺气肿及各种原因所致的腹压增高。一侧肺下界移动度减小或消失可见于胸腔积液、气胸、肺不张、胸膜粘连等。

P339

新增:第十节心脏、血管检查前

4.听觉语音

嘱被检者按一般的说话音调发“一、二、三”音,检查者在胸壁上用听诊器可听到柔和而模糊的声音,即听觉语音,也称语音共振。听觉语音减弱见于过度衰弱、支气管阻塞、胸腔积液、气胸、胸膜增厚、胸壁水肿、慢性阻塞性肺气肿等。听觉语音增强见于肺实变、肺空洞、压迫性肺不张。听觉语音增强、响亮,且音节清晰,称为支气管语音,见于肺组织实变,常伴有触觉语颤增强、病理性支气管呼吸音等肺实变体征,但以支气管语音出现最早。

被检者用耳语音调发“一、二、三”音,在胸壁上听诊,正常在肺泡呼吸音的听诊区域只能听到极微弱的声音,此音为耳语音。耳语音增强见于肺实变、肺空洞及压迫性肺不张。耳语音增强且字音清晰者为胸耳语音,是广泛肺实变的体征。

P341

新增:心脏触诊之前

(三)心前区异常搏动

1.胸骨左缘第2肋间收缩期搏动

多由肺动脉扩张或肺动脉高压引起,见于二尖瓣狭窄、慢性肺心病等,也可见于少数正常青年人在体力活动或情绪激动时。

2.胸骨右缘第2肋间收缩期搏动

见于升主动脉瘤、高血压等。

3.胸骨左缘第3、4肋间搏动

为右心室肥厚的征象,见于房间隔缺损、二尖瓣狭窄、慢性肺心病等。

4.剑突下搏动

见于右心室明显肥大,也见于正常的腹主动脉搏动或腹主动脉瘤。两者的鉴别要点:深吸气后剑突下搏动增强者为右心室搏动,减弱则为腹主动脉搏动;手指指腹平放于剑突下,从剑突下向上压入前胸壁

后上方,搏动冲击手指末端者为右心室搏动,搏动冲击手指掌面者为腹主动脉搏动。

P342 四、心脏听诊(一)心脏瓣膜听诊区

三尖瓣:胸骨体下端近剑突偏右或偏左处。

修改:

三尖瓣区:位于胸骨下端左缘,即胸骨左缘第4、5肋间处。

P342

删掉:(二)听诊顺序

或二尖瓣区→主动脉瓣→主动脉瓣第二听诊区→肺动脉瓣区→三尖瓣区。

P346

新增:二、周围血管征前

血管杂音

甲状腺功能亢进症在肿大的甲状腺上,可听到连续性、收缩期较强的血管杂音;主动脉瘤时,在相应部位可听到收缩期杂音;动-静脉瘘时,在病变部位可听到连续性杂音;肾动脉狭窄,可在腰背部及上腹部听到收缩期杂音;主动脉缩窄,可在背部脊柱左侧听到收缩期杂音。

P347

删掉:第十二节腹部检查一、视诊(一)腹部外形

3.腹部皮肤

(1)皮疹 伤寒玫瑰疹最早并且仅出现在腹部。

(2)腹纹 紫色腹纹:见于皮质醇增多症。下腹部银白色条纹:生育后妇女、既往有大量腹水、过度肥胖者。

(3)脐 肚脐深陷:见于肥胖者。脐部皮肤变蓝色,腹壁或腹腔内出血。脐部分泌浆液性或脓性物:多为炎症。

(4)瘢痕 手术、外伤或皮肤感染的痕迹。

P350

(四)肝脏触诊

修改:(四)肝脾触诊

P351

(五)脾脏触诊及测量方法

2.脾肿大分度临床上常将脾肿大分为三度。

(1)轻度肿大:深吸气时脾脏在肋下不超过3 cm。

(2)中度肿大:超过3 cm但在脐水平线以上。

脾脏测量(3)高度肿大(巨脾):超过脐水平线或前正中线。

中度以上脾肿大时其右缘常可触及脾切迹,此特征可作为与左肋下其他包块的区别点。

修改:

深吸气时脾脏在肋下不超过2cm者为轻度肿大;

超过2cm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肿块相鉴别。

P355

删掉:四、听诊

(三)血管杂音(助理不考)

正常腹部无血管杂音。血管杂音分为动脉性杂音和静脉性杂音。

1.动脉性杂音常位于中腹部或腹部一侧。

- (1) 上腹部的两侧出现收缩期血管杂音:提示肾动脉狭窄。
- (2) 包块部位闻及吹风样血管杂音:左叶肝癌压迫肝动脉或腹主动脉。
- (3) 中腹部收缩期血管杂音:多因腹主动脉瘤、腹主动脉狭窄。

2. 静脉性杂音为连续性的嗡鸣音,多于脐周或上腹部出现,特别是在腹壁静脉显著曲张时,多提示肝硬化所致门静脉高压侧支循环的形成,压迫脾脏时嗡鸣音可以增强。

P361 新增:二、共济运动(助理不考)

5. 对指试验

嘱被检查者两上肢向外展开,伸直两手食指,由远而近使指尖相碰,先睁眼、后闭眼,反复进行,观察动作是否稳准。

第十一章 西医基本操作

P367:增补替换

2. 手消毒

(1) 取适量外科手消毒液(约 3mL)于一手的掌心,将另一手指尖在消毒液内浸泡约 5 秒,搓揉双手,然后将消毒液环形涂抹于前臂直至肘上约 10cm 处,确保覆盖到所有皮肤。

(2) 以相同方法消毒另一侧手、前臂至肘关节以上 10cm 处。

(3) 取外科手消毒液(约 3mL),涂抹双手所有皮肤,按七步洗手法揉搓双手,直至消毒剂干燥。

(4) 整个涂抹揉搓过程约 3 分钟。

(5) 保持手指朝上,将双手悬空举在胸前,待外科手消毒液自行挥发至彻底干燥。

【注意事项】

(1) 操作前检查物品,按要求戴好口罩、帽子。需要时事前修剪指甲。

(2) 若指甲下污垢较多,可使用灭菌的柔软毛刷事先清洁甲下污垢。

(3) 外科手消毒应遵循先洗手、后消毒的顺序。

(4) 冲洗的整个过程始终保持双手位于胸前并高于肘部,保持指尖朝上,使水由手部流向肘部,避免倒流。冲洗双手时应避免水溅湿衣裤,若溅湿衣裤应立即更换。

(5) 洗手后需待双手干燥后方可进行手消毒。

(6) 手消毒时揉搓时间为 2~6 分钟。手消毒剂的取液量、揉搓时间及使用方法应遵循产品的使用说明。

(7) 消毒后的双手应置于胸前,抬高肘部,远离身体,迅速进入手术间,避免污染。

(8) 戴无菌手套前,防止手和手臂触碰任何物品,一旦触碰,必须重新进行手消毒。

P369 增补替换:

本节新增脱手术衣;部分内容有改动,故该部分整体替换。

第三节 穿、脱手术衣(助理不考)

【目的】

实施外科手术的人员,避免经外科手消毒、戴无菌手套之后身体其他部位造成手术区域的污染;同时保护操作者不被患者病灶部位的病原微生物、恶性组织细胞等污染。手术结束正确地脱下手术衣,并进行妥当放置。

【临床应用】

所有参加外科手术的人员,手臂消毒后都需穿戴无菌手术衣、无菌手套。

【操作前准备】

1. 基础着装符合手术室及相关操作工作间的管理要求。
2. 戴好帽子、口罩。

- 3.按照操作要求已完成外科手消毒。
- 4.查看无菌手术衣的类型、号码是否合适、无菌有效期。

【操作步骤与方法】

- 1.从已打开的无菌手术衣包内取出无菌手术衣一件,环视四周,选择较大的空间穿手术衣。
- 2.提起手术衣两肩及衣领折叠处,将衣领展开,内面朝向自己,正面向外,轻轻将手术衣抖开。
- 3.稍向上**掷起**手术衣,顺势将两手同时插入对应的衣袖内并尽量向前伸,将两手自袖口伸出。如双手未能完全伸出,可由巡回护士(或助手)在后面拉紧领部衣带将手伸出袖口。
- 4.由巡回护士(或助手)在身后系好领部、背部系带。
- 5.戴好无菌手套,然后一手提起腰带,传递给巡回护士(或助手),协助将腰带绕过后背至前侧部,并将手术衣的后面衣幅完全包盖住后背部,由本人自行系好腰带。
- 6.手术结束,先自行解开腰带,然后由巡回护士(或助手)协助解开领部及背部的系带,用左手抓住手术衣的右肩部自上向下拉下手术衣,使衣袖由里向外翻,以同样的方法拉下左侧衣袖,脱下手术衣,确保手术衣里面外翻。
- 7.脱手术衣时要保护手臂及洗手衣裤不被手术衣正面污染,将手术衣内面向外掷于指定的污物袋内。

【注意事项】

- 1.手术衣打开时,保持手术衣内面面向自身,正面向外,切勿碰触到手术衣的正面。
- 2.手术衣穿好后,双手应举在胸前。穿上无菌手术衣、戴上无菌手套后,肩部以下、腰部以上、腋前线前、上下肢为无菌区,此区域手术开始前严禁碰触到任何物品。
- 3.如无菌手术衣碰触到未消毒的物品发生污染事件,应换一件无菌手术衣,重新穿戴无菌手术衣和无菌手套。
- 4.手术结束脱下手术衣的全过程严禁手臂及洗手衣裤接触到手术衣的正面。

P387 增补替换:

“第十一节 简易呼吸器的使用”更改为“第十一节 气囊-面罩简易呼吸器的使用”

“(三)禁忌症”有改动,如下:

(三)禁忌症 各型气胸的患者应慎用或禁用。

P373 修改:

第五节 穿、脱隔离衣

需区分感染区和防污染区。其中穿隔离衣第(4)步,若是在感染区,则此步完成后手已污染。其余操作无区别。

P399 增补:

第十四节 腹腔穿刺术(助理不考)

【目的】

将穿刺针穿入腹腔内,目的是抽取积液(或积血)协助诊断,或抽取腹腔积液以减轻腹腔内压力。

【适应证】

- 1.腹水原因不明,需要依据腹水性质协助诊断者。
- 2.外伤或腹腔脏器疾病患者,怀疑发生内脏出血者。
- 3.大量腹水引起腹腔内高压,出现严重呼吸困难及腹胀者。
- 4.需腹腔内注射药物治疗者。

【禁忌证】

- 1.广泛腹膜粘连者,肠麻痹及严重腹胀气者。
- 2.有肝性脑病先兆、包虫病及巨大卵巢囊肿者。

- 3.大量腹水伴有严重电解质紊乱者。
- 4.精神异常或不能配合操作者。
- 5.有明显出血倾向者。
- 6.妊娠期妇女。

【操作前准备】

1.核查患者诊断及病情信息,复习相关辅助检查结果如腹部B超等,查看患者最新的血液一般检查、肝功能、出凝血时间等实验室检查报告,明确有无出血倾向及可经血液传播的疾病。

2.就穿刺术与患者及家属进行交流沟通,取得患者的理解和配合,督促其做好面对操作中可能发生的病情变化的心理准备。

3.询问患者有无麻醉药过敏史,并签署手术同意书。

4.物品准备:一次性腹腔穿刺包(内有无菌手套、洞巾、消毒棉球、无菌纱布、镊子2把、带胶皮管腹腔穿刺针、弯盘、带7号针头的5mL注射器、50mL注射器、引流袋、无菌标本试管等),无菌医用棉签,无菌手套,皮肤消毒液,局部麻醉剂注射液,医用胶带,盛装腹水的容器(1000mL以上容量),弯盘,血压计,皮尺等。

5.将穿刺用物品置于医用推车上带至操作地点。

6.事先安排好操作协助者,并进行操作过程及需要其配合完成的动作的沟通,一起到达操作地点。

7.清洁双手,戴好帽子、口罩。

【操作步骤与方法】

1.再次核对患者基本信息及诊断,视诊、叩诊腹部,用皮尺测量腹围,核实腹水情况。

2.根据患者病情及穿刺目的,给患者取恰当的体位并确定、标记穿刺点。

(1)疑为腹腔内出血或腹水量少,进行诊断性腹腔穿刺时,患者取侧卧位,穿刺点选择在贴近床面侧脐水平线与腋前线或腋中线交点处。

(2)抽取腹水缓解腹腔内压力时,患者取仰卧半卧位或平卧位,穿刺点有两个:①脐与左髂前上棘连线的中外1/3交界处,此处穿刺可避免损伤腹壁下动脉及肠管(放腹水时首选用左侧);②下腹部正中线上脐与耻骨联合上缘连线中点的上1cm,偏左或偏右1~1.5cm处,此处穿刺较安全。

3.用无菌医用棉签蘸取皮肤消毒液(碘伏等),在穿刺部位自内向外进行画圈式皮肤消毒,消毒范围直径约15cm,待消毒液晾干后,再重复消毒1次,第2次消毒范围应略小于第一次。查看局部麻醉药名称及剂量。

4.打开一次性腹腔穿刺包,戴无菌手套,检查一次性腹腔穿刺包内物品是否齐全。

5.铺无菌洞巾,助手打开局部麻醉剂安瓿,操作者用5mL注射器抽取,一手拇指与示指绷紧穿刺点皮肤,另一手持针斜行刺进穿刺点皮下,注射麻醉剂形成小皮丘后,自皮肤至腹膜壁层逐层注射麻醉。每次注药前应回抽观察有无血液、腹水抽出。

6.检查穿刺针,夹闭穿刺针连接的胶皮管,操作者用左手拇指与示指固定穿刺部位皮肤,右手持腹腔穿刺针在麻醉处先稍倾斜刺进皮下然后垂直刺入腹壁,待有明显抵抗感时,提示针尖已穿过腹膜壁层。助手戴手套,用消毒血管钳在皮肤接近进针处协助固定穿刺针,操作者用50mL注射器连接胶皮管抽取腹水,并留样送检。

7.诊断性穿刺时,可直接用20mL或50mL注射器及适当长度针头直接进行穿刺。大量放液时,每次应夹闭胶皮管后再拔出注射器排放腹水,注意抽取腹水的速度不宜过快,将腹水注入备好的容器中计量并根据需要送实验室检查。

8.抽液完毕,用无菌纱布压住穿刺部位拔出穿刺针,穿刺点用消毒棉球擦拭后,覆盖无菌纱布,稍用力压迫穿刺部位数分钟,用医用胶带固定。

9.操作结束后协助患者平卧位休息,测量腹围、脉搏、血压,检查腹部体征。简单与患者沟通操作情况,嘱患者卧床休息,如有不适及时呼叫医护人员。

10.详细记录穿刺操作过程及腹水性状、抽取腹水量等。

【注意事项】

1.放腹水前后测量腹围、脉搏、血压,检查腹部体征,以观察操作前后的病情变化。

2.术前嘱患者排空膀胱,以免穿刺时伤及膀胱。

3.根据穿刺目的及腹水量、患者一般情况,选择恰当的体位及穿刺点。

4.严格无菌操作。

5.术中密切观察患者病情变化,尤其是抽取一定量的腹水后。如患者出现头晕、心悸、恶心、气短、脉搏增快及面色苍白等,应立即停止操作,并进行对症处理。

6.进针速度不宜过快,以免损伤肠道。放腹水时若流出不畅,可将穿刺针稍作移动或让患者稍变换体位。

7.放腹水速度不宜过快,量不宜过大。初次放腹水者,一般不要超过 3000mL(但有腹水浓缩回输设备者不限此量),以免诱发肝性脑病和电解质紊乱。大量放腹水时应注意放缓抽液速度,时间应在 2 小时以上,防止内脏血管扩张引起血压下降甚至休克。

8.抽液过程中要注意观察腹水的颜色。若腹水呈血性,取得检验标本后,不再继续大量抽取腹水。

9.术后嘱患者平卧,减轻穿刺部位压力防止渗液;如遇穿刺点有腹水渗漏时,可用蝶形胶布或火棉胶粘贴。

P388 删除:

助理考生删除“第十二节 导尿术(男、女)”。

P393 删除:

删除“第十三节 胃管置入术(助理不考)”。



第四篇

临床答辩(第三考站)

第1至4章

P413 修改为 同时#针灸异常情况处理#顺接到 P288#其他针法#后
针灸异常情况处理 增补七八九

七、刺伤内脏

(一)创伤性气胸

气胸是指毫针刺伤肺组织,使空气进入胸腔,引起肺萎陷。轻者出现胸痛、胸闷、心慌、呼吸不畅;重者出现呼吸困难、唇甲发绀、血压下降等症状。

处理要点:

- 1.立即出针,并让患者采取半卧位休息,切勿翻转体位。
- 2.安慰患者以消除其紧张恐惧心理。
- 3.必要时请相关科室会诊。
- 4.根据不同的病情程度采用不同的处理方法:①漏气量少者,可自行吸收。要密切观察病情,随时对症处理,酌情给予吸氧、镇咳、抗感染等治疗。②病情严重者,应及时组织抢救,可采用胸腔闭式引流排气等救治。

(二)刺伤其他内脏

除肺脏外,针刺的角度和深度不当还会造成其他内脏的损伤,主要症状是疼痛和出血。刺伤肝、脾,可引起内出血,肝区或脾区疼痛,有的可向背部放射;若出血量过大,会出现腹痛、腹肌紧张,并有压痛及反跳痛等急腹症症状。刺伤心脏时,轻者可出现强烈刺痛,重者有剧烈撕裂痛,引起心外射血,导致休克等危重情况。刺伤肾脏,可出现腰痛、血尿,严重时血压下降、休克。刺伤胆囊、膀胱、胃、肠等空腔脏器时,可引起疼痛,甚至急腹症等症状。

处理要点:

- 1.发现内脏损伤后,要立即出针。
- 2.安慰患者以消除其紧张恐惧心理。
- 3.必要时请相关科室会诊。
- 4.根据病情程度不同采用不同的处理方法:①若损伤轻者,应卧床休息,一段时间一般即可自愈。②若损伤较重,或有持续出血倾向者,应用止血药等对症处理,并密切观察病情及血压变化。③若损伤严重,出血较多,出现失血性休克时,则必须迅速进行输血等急救或外科手术治疗。

八、刺伤脑脊髓

刺伤脑脊髓是指由于针刺过深造成脑及脊髓的损伤。刺伤延髓时,可出现头痛、恶心、呕吐、呼吸困难、休克和神志昏迷等。刺伤脊髓,可出现触电样感觉向肢端放射,甚至引起暂时性肢体瘫痪,有时可危及生命。

处理要点:

- 1.发现有脑脊髓损伤时,应立即出针。
- 2.安慰患者以消除其紧张恐惧心理。
- 3.根据症状轻重不同采用不同的处理方法:①轻者,需安静休息,经过一段时间后,可自行恢复。②重者,请相关科室会诊及时救治。

九、外周神经损伤

刺伤神经干是指针刺操作不当造成相应的神经干的损伤。当神经受损后,多出现麻木、灼痛等症状,甚至出现神经分布区域及所支配脏器的功能障碍或未梢神经炎等症状。

处理要点:

- 1.立刻停止针刺,勿继续提插捻转,应缓慢轻柔出针。
- 2.损伤严重者,可在相应经络腧穴上进行B族维生素类药物穴位注射;根据病情需要或可应用激素冲击疗法以对症治疗。

可进行理疗、局部热敷或中药治疗等。

增补

眩晕(助理不考)

眩晕

(一)辨证要点

眩晕急性发作常与忧郁恼怒、恣食厚味、跌仆损伤等因素有关。病位在脑,与肝、脾相关。情志不舒,气郁化火,风阳升动,清窍被扰;或脾失健运,痰湿中阻,浊阴上蒙清窍,均可导致眩晕,基本病机是风、火、痰扰乱清窍。

主症:头晕目眩,视物旋转。重者两眼昏花缭乱,视物不明,旋摇不止,难以站立,昏昏欲倒,甚则跌仆。

兼面红目赤,目胀耳鸣,烦躁易怒,舌红,苔黄,脉弦数者,为肝阳上亢;兼头重如裹,胸脱痞闷,舌淡,苔白腻,脉弦滑者,为痰湿中阻。

(二)治疗

1.基本治疗

治法:平肝潜阳,化痰定眩。取足少阳、足厥阴经穴及督脉穴为主。

主穴:百会、风池、太冲、内关。

配穴:肝阳上亢配行间、侠溪、太溪;痰湿中阻配头维、中脘、丰隆。高血压配曲池、足三里;颈性眩晕配风府、天柱、颈夹脊。

操作:毫针泻法。针刺风池穴应正确把握针刺的方向、角度和深度,刺激量不宜强。高血压者,太冲朝涌泉方向透刺。

2.其他治疗

(1)头针法 取顶中线、枕下旁线,毫针沿头皮刺入,快速捻转,留针30分钟。

(2)耳针法 取肾上腺、皮质下、枕、神门、额、内耳,每次取3~5穴,毫针刺或用压丸法。血压过高者可在降压沟和耳尖点刺出血。

(3)三棱针法 取耳尖、印堂、太阳、头维、百会等穴,用三棱针点刺出血3~5滴。适用于眩晕实证者。

P416 中风

中经络治疗配穴 修改及增补

上肢不遂配肩髃、曲池、手三里、合谷;下肢不遂配环跳、风市、阳陵泉、足三里、悬钟、太冲。

增补复视配风池、睛明;便秘配天枢、丰隆;尿失禁、尿潴留配中极、关元。

增补 心悸

(一)辨证要点

心悸急性发作多与体虚劳倦、七情所伤、感受外邪、药食不当等因素有关。本病的病位在心,与肝、脾、肺、肾功能失调密切相关。基本病机是气血阴阳亏虚,心失濡养,或邪扰心神,心神不宁。初期以虚证多见,久则呈现虚实夹杂之证。

主症:自觉心跳异常,心慌不安,甚至不能自主。

兼少寐多梦,五心烦热,舌红少苔,脉细数者,为阴虚火旺;胸闷烦躁,口苦咽干,大便秘结,小便短赤,舌红苔黄腻,脉弦滑者,为痰火扰心;胸闷气短,咳吐痰涎,面浮足肿,舌淡,苔白滑,脉沉细而滑者,为水气凌心;心痛阵发,唇甲青紫,舌质紫暗或有瘀斑,脉细涩或结代者,为心脉瘀阻。

(二)治疗

1.基本治疗

治法:宁心安神,定悸止惊。取手少阴、手厥阴经穴及相应脏腑俞募穴为主。

主穴:内关、神门、郄门、心俞、巨阙。

配穴:阴虚火旺配太溪、肾俞;痰火扰心配尺泽、丰隆;水气凌心配气海、阴陵泉;心脉瘀阻配膻中、膈俞。易惊配大陵;浮肿配水分。

操作:毫针平补平泻。水气凌心者心俞可加灸法,心脉瘀阻者膈俞可用刺络拔罐法。

2.其他治疗

耳针法:取心、交感、神门、皮质下。毫针刺或用埋针法、压丸法。

P417 哮喘

删除 治疗中的(1)穴位贴敷法和(3)穴位埋线法

耳针法 增补 发作期每日1~2次。

P417 呕吐治疗配穴 修改为

配穴:寒邪客胃配上脘、公孙;热邪内蕴配商阳、内庭、金津、玉液;饮食停滞配梁门、天枢;肝气犯胃配肝俞、太冲。

操作:毫针刺,平补平泻法。寒邪客胃者可加灸法,热邪内蕴者金津、玉液点刺出血。

2.其他治疗 修改为

耳针法:选胃、贲门、食道、口、神门、交感、皮质下。每次3~4穴,毫针刺,或用压丸法。

增补 胃痛(助理不考)

(一)辨证要点

胃痛急性发作常与寒邪客胃、饮食伤胃、情志不畅等因素有关。病位在胃,与肝、脾有关。基本病机是胃气失和,胃络不通。

主症:上腹胃脘部疼痛。胃痛急性发作时,常痛势较剧,痛处拒按,食后痛甚。

若胃痛暴作,恶寒喜暖,苔薄白,脉弦紧者,为寒邪客胃;胀满而痛,兼暖腐吞酸,苔厚腻,脉滑者,为饮食停滞;胃脘胀痛,兼攻痛连胁,苔薄白,脉弦者,为肝气犯胃。

(二)治疗

1.基本治疗

治法:和胃止痛。取足阳明经穴及胃的募穴为主。

主穴:中脘、足三里、内关。

配穴:寒邪客胃配胃俞、神阙;饮食停滞配天枢、梁门;肝气犯胃配太冲、阳陵泉。急性胃炎配梁丘;消化性溃疡配公孙。

操作:主穴毫针刺行平补平泻法。疼痛发作时,足三里持续行针1~2分钟,一般疼痛可逐渐缓解。寒气客胃者宜加灸法。

2.其他治疗

耳针法:取胃、交感、神门,毫针刺或用埋针法、压丸法。

增补 腹痛(助理不考)

(一)辨证要点

腹痛急性发作常与感受外邪、饮食不节、情志不畅等因素有关。病位在腹,与肝、胆、脾、肾、膀胱、大小肠有关。基本病机是感受外邪或脏腑内伤,腹部脏腑经脉气机不利而腹痛急性发作。

主症:胃脘以下、耻骨毛际以上部位疼痛。腹痛突然发作时,常痛势剧烈,痛时拒按。

若腹痛拘急、暴作,得温痛减,舌淡,苔薄白,脉沉紧者,为寒邪内积;腹痛灼热,得凉痛减,舌红,苔黄腻,脉滑数者,为湿热壅滞;腹部胀满疼痛,痛而欲泻,泻后痛减,舌苔厚腻,脉滑者,为饮食停滞;暴怒后出现腹部胀痛,攻窜两胁,痛引少腹,舌淡红,苔薄白,脉弦者,为气滞血瘀。

(二)治疗

1.基本治疗

治法:和胃调肠,缓急止痛。取足阳明、足太阴经穴及相应脏腑募穴为主。

主穴:中脘、天枢、足三里、三阴交。

配穴:寒邪内积配神阙、关元;湿热壅滞配阴陵泉、内庭;饮食停滞配下脘、梁门;气滞血瘀配太冲、血海。

操作:疼痛发作时,足三里持续行针1~2分钟,一般疼痛可逐渐缓解。寒邪内积可配用灸法。

2.其他治疗

耳针法:取大肠、小肠、腹、肝、脾、交感、神门。毫针刺或用埋针法、压丸法。

P417 六、泄泻 修改为 泄泻(助理不考)

删除泄泻中慢性泄泻的内容及治疗

其他治疗只保留 耳针法

增补 癃闭(助理不考)

(一)辨证要点

癃闭是以小便量少,排尿困难,甚则小便闭塞不通为主症的一种病证。“癃”指小便不利,点滴而下,病势较缓;“闭”指小便闭塞,点滴不通,病势较急。本病常与外邪侵袭、饮食不节、情志内伤、瘀浊内停等因素有关。病位在膀胱与肾,与三焦、肺、脾、肝等关系密切。基本病机是湿热、气滞、瘀血、结石致使膀胱气化不利。

主症:排尿困难。表现为发病急,病程短,小便闭塞不通,赤热或短而不利,努责无效,小腹胀急而痛。

若尿量极少而短赤灼热,兼口渴不欲饮,舌质红,苔黄腻,脉滑数者,为膀胱湿热;兼咽干烦渴,或有咳嗽,舌红,苔薄黄,脉数者,为肺热壅盛;若情志抑郁,胁腹胀满,舌红,苔薄黄,脉弦者,为肝郁气滞;若尿细如线或点滴不通,兼小腹胀满疼痛,舌紫暗,或有瘀点,脉涩者,为浊瘀阻塞。

(二)治疗

1.基本治疗

治法:清热利湿,行气活血。以足太阳、足太阴经穴及相应俞募穴为主。

主穴:中极、膀胱俞、秩边、阴陵泉、三阴交。

配穴:膀胱湿热配委阳;肺热壅盛配尺泽;肝郁气滞配太冲、大敦;浊瘀阻塞配次髎、膈俞。

操作:毫针泻法。秩边穴深刺2.5~3寸,以针感向会阴部放射为度。针刺中极前,应首先检查膀胱的膨胀程度,以决定针刺的方向、角度和深度,膀胱充盈者不能直刺,应向下斜刺、浅刺,使针感到达会阴并引起小腹收缩、抽动为佳。

2.其他治疗

(1)耳针法 取肾、膀胱、肺、肝、脾、三焦、交感、神门、皮质下、腰骶椎,每次选3~5穴,毫针中强度刺激,或用埋针法、压丸法。

(2)穴位敷贴法 取神阙穴。用葱白、冰片、田螺或鲜青蒿、甘草、甘遂各适量,混合捣烂后敷于脐部,外用纱布固定,加热敷。

P418 痛经 删除虚证所有内容

删除 其他治疗中的穴位注射法

P420

牙痛 删除配穴中的阴虚牙痛

晕厥 主穴修改为 水沟、百会、内关、涌泉。

删除 虚脱 此病

P421 高热、抽搐 修改为助理不考

P423 内脏绞痛的其他治疗 修改为

耳针法:①治疗心绞痛,取心、小肠、交感、神门、内分泌。每次选3~5穴,毫针刺,中等刺激。②治疗胆绞痛,取肝、胰胆、交感、神门、耳迷根。急性发作时采用毫针刺,强刺激,持续捻针。剧痛缓解后行压丸法,两耳交替进行。③治疗肾绞痛,取肾、输尿管、交感、皮质下、三焦。毫针刺,强刺激。

第五章 辅助检查

第一节 心电图

P385(助理增补心室肥大,去掉原助理不考)

增补:②PR段缩短,P波时间与PR段时间之比 >1.6 ;③、导联P波可呈先正后深宽的负向波,P波终末电势(P_{tf})绝对值 $\geq 0.04\text{mm}\cdot\text{S}$ 。左心房肥大常见于二尖瓣狭窄、高血压病等。

修改:

修改:

2.右心房肥大

心电图改变:①P波尖而高耸,振幅 $\geq 0.25\text{mV}$,以Ⅱ、Ⅲ、aVF导联表现最为突出,又称“肺型P波”;②、导联P波直立时,振幅 $\geq 0.15\text{mV}$,如P波呈双向时,其振幅的算术和 $\geq 0.20\text{mV}$;③P波电轴右移超过 75° 。右心房肥大常见于慢性肺源性心脏病、原发性肺动脉高压症等。

增补:双心房肥大

双心房肥大时心电图的改变:①P波增宽 $\geq 0.12\text{s}$,振幅 $\geq 0.25\text{mV}$;②V₁导联P波高大双相,上下振幅均超过正常范围。双心房肥大可见于联合瓣膜病、扩张型心肌病等。

修改

②额面QRS心电轴左偏。修改:③QRS波群时间延长,一般在 $0.10\sim 0.11\text{s}$,不超过 0.12s 。④以R波为主的导联ST段可呈下斜型压低 $\geq 0.05\text{mV}$,伴有T波低平、双向或倒置。在以S波为主的导联则可见直立的T波。⑤QRS波群电压增高同时伴有ST-T改变者,称为左心室肥大伴劳损,多为继发性改变,但亦可能同时伴有心肌缺血。仅有QRS波群电压增高表现而无其他任何阳性指标者,称为左室高电压,可见于左心室肥大,也可见于青年人或经常体力锻炼者。左心室肥大常见于高血压心脏病、二尖瓣关闭不全、主动脉瓣病变、冠心病、心肌病等。

P386

修改:2.右心室肥大

右心室肥大的心电图改变:①V₁导联R/S ≥ 1 ,呈R型或R_s型,重度右心室肥大时V₁导联呈qR型(应注意除外心肌梗死);V₅导联R/S ≤ 1 或S波比正常加深;aVR导联以R波为主,R/q或R/S ≥ 1 。②R_{V1}+S_{V5} $>1.05\text{mV}$ 甚至 $>1.2\text{mV}$ (重度);R_{aVR} $>0.5\text{mV}$ 。③心电轴右偏 $\geq +90^\circ$ 。或 $>+110^\circ$ (重度)。④常同时伴有右胸V₁、V₂导联ST段压低及T波倒置,称为右心室肥大伴劳损,属继发性ST-T改变。慢性肺源性心脏病的右心室肥大V₁~V₆导联呈rS型(R/S <1),呈极度顺钟向转位,I导联QRS低电压,心电轴右偏,常伴有肺型P波。右心室肥大常见于慢性肺源性心脏病、二尖瓣狭窄、房间隔缺损及肺动脉瓣狭窄等,亦可见于正常婴幼儿。

增补:3.双心室肥大

- (1)大致正常心电图由于双侧心室电压同时增高,增加的除极向量方向相反,互相抵消。
 - (2)单侧心室肥大心电图只表现出一侧心室肥大,而另一侧心室肥大的图形被掩盖。
 - (3)双侧心室肥大心电图既表现右心室肥大的心电图特征,又有左心室肥大的征象。
- 双心室肥大可见于二尖瓣狭窄伴有关闭不全、联合瓣膜病、扩张型心肌病、严重的先天性心脏病室间隔缺损、动脉导管未闭等。

修改

三、心肌缺血

1.缺血型心电图改变

发生心肌缺血时,心室复极过程发生改变,心电图上出现T波变化。

(1)心内膜下心肌缺血出现高大的T波,如急性左心室前壁心内膜下缺血时,胸导联可出现高耸直立的T波。

(2)心外膜下心肌缺血出现与正常方向相反的T波向量,面向缺血区的导联出现倒置T波,如急性左心室前壁心外膜下缺血时,胸导联可出现T波倒置。

2.损伤型心电图改变

心肌缺血随时间延长进而发生心肌损伤,心电图心肌损伤型改变表现为ST段压低及ST段抬高两种类型:①心内膜下心肌损伤时,ST向量背离心外膜面指向心内膜,使位于心外膜面的导联出现ST段压低;②心外膜下心肌损伤时,ST向量指向心外膜面导联,引起ST段抬高。发生损伤型ST改变时,心脏对侧部位的导联常可出现方向相反的ST改变。

心肌缺血的心电图可仅表现为ST段改变或者T波改变,也可同时出现ST-T改变。

临床上冠心病心绞痛发作时,出现ST-T动态性改变。典型的心肌缺血发作时,面向缺血区心肌的导联常出现水平型或下斜型ST段压低 $>0.1\text{mV}$ 和(或)T波倒置。变异型心绞痛发作时多出现暂时性ST段抬高并伴有高耸T波和对应导联的ST段下移。

增补:(此部分助理也增补)

四、急性心肌梗死

典型心肌梗死基本图形改变

1.缺血型T波改变:表现为两支对称的、尖而深的倒置T波,即“冠状T波”。

2.损伤型ST段改变:主要表现为面向损伤区心肌的导联ST段呈弓背向上抬高,甚至形成单向曲线(心肌梗死急性期的特征性心电图改变)。

3.坏死型Q波改变:主要表现为面向梗死区心肌的导联上Q波异常加深增宽,即宽度 $\geq 0.04\text{s}$,深度,同导联R波的 $1/4$,R波振幅降低,甚至R波消失而呈QS型。

增补:

过早搏动

1.室性过早搏动

①提早出现的QRS-T波群,其前无提早出现的异位P波;②QRS波群形态宽大畸形,时间 $\geq 0.12\text{s}$;③T波方向与QRS波群主波方向相反;④有完全性代偿间歇(即室性早搏前、后的两个窦性P波的时距等于窦性P-P间距的两倍)。

2.房性过早搏动 形态的QRS波群;④房性过早搏动后的代偿间歇

①提早出现的房性P波,形态与窦性P波不同;P'-P间期 $\geq 0.12\text{s}$;③房性P'波后有正常形态的QRS波群;④房性过早搏动后的代偿间歇不完全(房性早搏前后的两个窦性P波的时间短于窦性P-P间距的两倍)。

3.交界性过早搏动

①提早出现的QRS波群,形态基本正常;②逆行的P波可出现在提早出现的QRS波群之前、之后、之中(见不到逆行的P波)。若逆行P波在QRS波群之前,P'-R间期 $<0.12\text{s}$;若逆行P波在QRS波群之后,

R-P 间期 $<0.20s$;③常有完全性代偿间歇。

阵发性室上性心动过速

阵发性室上性心动过速:①突然发生,突然终止,频率多为 150~250 次/分,节律快而规则;②QRS 波群形态基本正常,时间 $<0.10s$;③ST-T 可无变化,但发作时 ST 段可有下移和 T 波倒置表现;④如能确定房性 P 波存在,且 P-R 间期 $\geq 0.12s$,为房性心动过速;如为逆行 P 波,P'-R 间期 $<0.12s$ 或 R-P 间期 $<0.20s$,则为交界性心动过速;如不能明确区分,则统称为室上性心动过速。

室性心动过速(此部分助理也增补)

室性心动过速的心电图改变:连续出现 3 个或 3 个以上室性早搏:①频率多在 140~200 次/分,R-R 间期稍不规则;②QRS 波群形态宽大畸形,时限 $>0.12s$;③如能发现 P 波,则 P 波频率慢于 QRS 波频率,呈完全性房室分离,有助于明确诊断;④可见心房激动夺获心室(心室夺获)或出现室性融合波,支持室性心动过速的诊断。

心房颤动

①P 波消失,被一系列大小不等、间距不均、形态各异的心房颤动波(f 波)所取代,f 波频率为 350~600 次/分, V_1 导联最清楚;②R-R 间距绝对不匀齐,即心室率完全不规则;③QRS 波群形态一般与正常窦性者相同;④可出现宽大畸形的 QRS 波群,为房颤伴室内差异性传导。

增补:房室传导阻滞(助力新增房室传导阻滞全部内容)

P390

修改:一度房室传导阻滞,成人 P-R 间期 $>0.20s$,老年人 P-R 间期 $>0.22s$ 。

删除:二度房室传导阻滞③QRS 波群时间形态大多正常。

1.二度 I 型房室传导阻滞(莫氏 I 型)

2.二度 II 型房室传导阻滞(莫氏 II 型)

二度 n 型房室传导阻滞表现为 P-r 间期恒定,正常或延长,部分 P 波后无 QRS 波群,形成 5:4、4:3、3:2、2:1、3:1 传导。凡连续出现 2 次或 2 次以上的 QRS 波群脱落者,称为高度房室传导阻滞,如 3:1、4:1 传导的房室传导阻滞。

P391

修改:3.三度房室传导阻滞

三度房室传导阻滞又称为完全性房室传导阻滞,来自房室交界区以上的激动完全不能通过阻滞部位时下传,阻滞部位以下的潜在起搏点自行发放激动维持心室激动,出现交界性逸搏心律或室性逸搏心律,以交界性逸搏心律为多见。心电图改变:P 波与 QRS 波毫无关系,呈完全性房室分离,心房率 $>$ 心室率。

第二节 影像学

P392

删除:(六)正常胸部 X 线片表现

P392

修改:二、肺气肿改为阻塞性肺气肿P393

修改:气胸

胸部 X 线片表现:肺组织被气体压缩,于壁层胸膜与脏层胸膜之间形成无肺纹理的气胸区,少量气胸时,气胸区呈线状或带状无肺纹理区;大量气胸时,气胸区可占据肺野中外带;张力性气胸,可将肺完全压缩在肺门区,呈均匀的软组织影,可使纵隔向健侧移位,膈肌向下移位。

增补:大叶性肺炎(此部分助理也增补)

多为肺炎链球菌感染。多见于青壮年,临床常以急性起病,寒战高热、咳嗽、胸痛、咳铁锈色痰为特征。

X 线征象:早期充血期无明显异常表现。实变期表现为大片状密度均匀的致密影,形态与肺叶或肺段轮廓一致,以叶间裂为界边界清楚,如仅累及肺叶的一部分则边缘模糊。消散期表现为实变阴影密度

减低、范围缩小,呈散在小斑片状致密影,进一步吸收可遗留少量索条状影或完全消散。

增补:原发性肺癌(此部分助理也增补)

1.中央性肺癌

肿瘤发生在肺段及肺段以上支气管。

①X线征象:早期胸片常无异常表现。中晚期主要表现为肺门肿块,可伴有阻塞性肺炎或肺不张。

②CT征象:早期即有异常,表现为肺段以上支气管腔内结节、支气管壁不规则增厚、管腔狭窄。进展期表现为肺门分叶状软组织肿块,支气管腔不规则狭窄、截断;肿块远端阻塞性肺炎、肺不张;肺门或纵隔淋巴结肿大、胸腔积液、肺内以及远处转移等。

2.周围型肺癌

肿瘤发生在肺段以下支气管。

①X线征象:表现为肺内结节影,形态可不规则,边缘毛糙,常见分叶征和(或)短细毛刺征。

②CT征象:早期表现为肺内混杂磨玻璃结节或实性结节,常出现空泡征;中晚期表现为肺内球形肿块影,边缘不规则,常出现分叶、短细毛刺及胸膜凹陷征,可有坏死、空洞形成,增强后强化不均匀,肺门或纵隔淋巴结肿大,肺内以及远处转移等。

胃溃疡(此部分助理也增补)

好发于20~50岁,临床表现为反复性、周期性和节律性的上腹部疼痛。

X线征象:胃直接征象为腔外龛影,多位于小弯侧,形状规则呈乳头状、锥状,边缘光滑整齐,密度均匀,底部平整,急性期口部黏膜水肿带(黏膜线、项圈征、狭颈征),慢性期溃疡瘢痕收缩表现为黏膜纠集。

图8-35胃小弯溃疡,切线位显示腔外龛影,

正位像显示为辛贝斑

P394

删除:肠梗阻

增补:单纯性肠梗阻

单纯性小肠梗阻是小肠内容物运行障碍所致的急腹症。典型临床表现为腹痛、腹胀、呕吐。

X线征象:腹部卧位片显示小肠积气扩张,肠管 $\geq 3\text{cm}$,空肠位于左上腹,黏膜皱襞呈弹簧状;回肠位于右下腹,黏膜皱襞较少;腹部立位片显示腹腔内多发阶梯状气液平面。

增补:急性胰腺炎

急性胰腺炎主要由胆道疾病、酗酒、暴饮暴食等引起,主要症状为剧烈的上腹部疼痛并向腰背部放射,伴恶心、呕吐、发热等症状。

CT征象:胰腺弥漫性、局限性肿大,密度正常或略低;胰周脂肪间隙模糊不清、胰周积液;肾前筋膜增厚;出血坏死型合并出血呈高密度,坏死区呈低密度且无强化——增强确定坏死范围;常伴有上腹部肠曲扩张积气,肺底炎症或胸腔积液。

增补:急性硬膜外血肿

好发于颞顶区,常伴发颅骨骨折。血液聚集在硬膜外间隙,硬膜与颅骨内板粘连紧密,故血肿局限呈梭形。

CT征象:颅板下见凸透镜样或半圆形血肿,新鲜血肿呈高密度,常位于骨折线下方,边界清晰锐利,不跨颅缝,可伴脑室受压变形、中线移位等占位效应。

十三、急性硬膜下血肿

常发生于额颞顶区,血液聚集在硬膜下腔,沿脑表面广泛分布。

CT征象:急性硬膜下血肿CT表现为颅骨内板下方新月形高密度区,范围广泛,可超过颅缝,多数伴有明显占位效应,即脑室受压变形、中线移位等。

增补:脑梗死

脑梗死分布范围、大小及形态与责任血管供血范围一致,以大脑中动脉为好发部位。

CT征象:24小时内常无阳性发现,24小时后表现为低密度灶,部位和范围与闭塞血管供血区一致,皮髓质同时受累,多呈扇形;可有占位效应,但相对较轻。

增补:脑出血

脑出血常继发于高血压、动脉瘤、血管畸形等,以高血压脑出血常见。临床表现为突发剧烈头痛,可伴偏瘫、失语、一侧肢体瘫痪等。

CT征象:急性期血肿呈边界清晰的肾形、类圆形或不规则形均匀高密度影;周围水肿带宽窄不一,局部脑室受压移位,中线结构可移位;破入脑室内见高密度积血。吸收期始于出血后3~7天,可见血肿缩小并密度减低,血肿周边变模糊,水肿带增宽。囊变期为出血2个月后,较大血肿吸收后常遗留大小不等的裂隙状囊腔;伴有不同程度的脑萎缩。

增补:蛛网膜下腔出血

出血多位于大脑纵裂和基底池。CT表现为脑沟、脑池内线样或窄带状高密度影,易漏诊。

第三节 实验室检展正

一、血液的一般检查

P395

修改:红细胞和血红蛋白增多相对性红细胞增多:见于大量出汗、连续呕吐、反复腹泻、大面积烧伤等。

P396

修改:血小板计数(PC或Pit)临床意义

血小板减少,见于再生障碍性贫血、急性白血病、原发性血小板减少性紫癜、脾功能亢进等。

修改:网织红细胞(Ret)计数临床意义

(1)溶血性贫血、急性失血性贫血时网织红细胞显著增多;网织红细胞减少见于再生障碍性贫血、骨髓病性贫血(如白血病)。

(2)贫血疗效观察:贫血病人,给予有关抗贫血药物后,网织红细胞增高说明治疗有效;反之,说明治疗无效。

二、尿液检查

(一)一般性状检查

P397 修改:气味

尿中出现烂苹果样气味,多为糖尿病酮症酸中毒。有机磷农药中毒时尿带蒜臭味。此外,有些药物和食物(葱、蒜)也可使尿液散发特殊气味。

修改:尿液比密

参考值:1.015~1.025,晨尿比重最高。

临床意义:尿比密病理性增高见于急性肾小球肾炎、糖尿病、蛋白尿、失水等;尿比密减低见于尿崩症、慢性肾小球肾炎、急性肾衰竭和肾小管间质疾病等;肾实质严重损害出现等张尿,尿比密常固定,在1.010左右。

(二)化学检查

删除:1.尿蛋白临床意义——生理性蛋白尿的临床意义

P398

修改:酮体临床意义

尿酮体包括乙酰乙酸、6-羟丁酸和丙酮。糖尿病酮症酸中毒时尿酮体呈强阳性反应,妊娠呕吐、重症不能进食等也可呈阳性。

(三)显微镜检查

P398

修改:上皮细胞:肾小管上皮细胞;尿中出现提示肾小管有病变,对判断肾移植术后有无排斥反应有

一定意义。

P399

修改:颗粒管型见于慢性肾小球肾炎、肾盂肾炎或某些原因(药物中毒等)引起的肾小管损伤。

蜡样管型提示肾小管病变严重,预后较差。见于慢性肾小球肾炎晚期、慢性肾衰竭及肾淀粉样变性。

(6)肾衰竭管型见于慢性肾衰竭。

三、粪便检查

P399 删除:粪便标本采集

1.一般性状检查

删除:量、冻状便见于肠易激综合征、慢性菌痢。

修改:鲜血便多见于肠道下段出血。痔疮出血滴落于粪便之后,肛裂出血则附于秘结粪便的表面。

修改:原灰白色便删除改为白陶土样便,见于各种原因引起的胆管阻塞。

删除:绿色粪羊粪样便

2.显微镜检查

修改:红细胞肠道下段炎症或出血时可见,如痢疾、溃疡性结肠炎、结肠癌、痔疮出血、直肠息肉等。

四、肝功能检查(血清蛋白、丙氨酸氨基转移酶、天门冬氨酸氨基转移酶、 γ -谷氨酰转肽酶、胆红素)

五、甲、乙、丙型肝炎病毒标志物

增补:甲型病毒性肝炎

参考值:正常人抗 HAV-IgM 阴性。

临床意义:抗 HAV-IgM 阳性提示近期感染 HAV,结合临床可作为甲型病毒性肝炎诊断标准。

增补:丙型病毒性肝炎

参考值:正常人抗 HCV 抗体阴性、HCV 抗原阴性。

临床意义:丙型肝炎病毒(HCV)是输血后肝炎和散发性非甲非乙型肝炎的主要病原。HCV 感染后,可导致慢性肝炎、肝硬化和肝细胞癌等多种肝脏疾病。抗 HCV 检测阳性提示感染过 HCV;对大部分病例而言,抗 HCV 阳性常伴有 HCVRNA 存在,因此抗 HCV 是判断 HCV 感染的一个重要标志。抗 HCV 阳性而血清中没有 HCVRNA 提示既往感染。有极少数病例抗 HCV 阴性仍可检测到 HCVRNA。另外,某些慢性 HCV 感染者的抗 HCV 可持续存在。HCV 感染急性期患者血清 HCV 核心抗原阳性。

(三)血清尿素氮(BUN)测定

P402

删除:血清尿素 M(bun)测定儿童:1.8~6.5 mmol/L

修改:血清尿酸(UA)测定临床意义

(1)血清尿酸增高见于:①UA 排泄障碍,如急慢性肾炎、肾结石、尿道梗阻等。②UA 生成增加,见于痛风、慢性白血病、多发性骨髓瘤等。③进食高嘌呤饮食过多。④药物影响如吡嗪酰胺等。

(2)血清尿酸降低见于重症肝病、肝豆状核变性等。

七、血糖、葡萄糖耐量试验、糖化血红蛋白、血浆胰岛素、c 肽测定

(一)血糖测定

P403

删除:

口服葡萄糖耐量测试(OGTT)适应证

修改:口服葡萄糖耐量测试(OGTT)

参考值:

空腹血糖(FBG) ≤ 6.1 mmol/L (110mg/dL),口服葡萄糖 30~60min 达高峰,峰值 ≤ 11.1 mmol/L (200mg/dL);2 小时血糖 < 7.8 mmol/L (140mg/dL),3 小时恢复到正常水平。全部尿糖定性试验均为阴性。

临床意义:(1)正常糖耐量 空腹血糖(FBG) $\leq 6.1\text{mmol/L}$ (110mg/dL), OGTT2 小时血糖 $< 7.8\text{mmol/L}$ (140mg/dL)。

(2)空腹血糖受损(1FG)FBG 介于 $6.1\sim 7.0\text{mmol/L}$,且 OGTT2 小时血糖 $< 7.8\text{mmol/L}$

(3)糖尿病 空腹血糖浓度 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 或 OGTT2 小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$,或任何时间血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。

(4)糖耐量受损(IGT)FBG $< 7.0\text{mmol/L}$,OGTT2 小时血糖介于 $7.8\sim 11.1\text{mmol/L}$ 。见于甲状腺功能亢进症、皮质醇增多症、肢端肥大症、肥胖症等。

(5)糖耐量增高 空腹血糖正常或减低,服糖后血糖上升不明显,耐量曲线平坦。见于甲状腺功能减退症、肾上腺皮质功能减退、皮质功能低下等。

增补:血浆胰岛素

参考值:CLIA 法:空腹 $4.0\sim 15.6\text{U/L}$ ECLIA 法:空腹 $17.8\sim 173.0\text{pmol/L}$ 。

临床意义:

胰岛素的增高常见于非胰岛素依赖型糖尿病(2型糖尿病),此类患者常较肥胖,其早期与中期均有高胰岛素血症;胰岛 β 细胞瘤、胰岛素自身免疫综合征、脑垂体功能减退症、甲状腺功能减退症也有异常增高。此外,怀孕妇女及应激状态下如外伤、电击与烧伤等病人胰岛素水平也较高。

胰岛素减低常见于胰岛素依赖型糖尿病(1型糖尿病)及晚期非胰岛素依赖型糖尿病(2型糖尿病)患者;胰腺炎、胰腺外伤、 β 细胞功能遗传性缺陷的患者及使用 β 受体阻滞剂者常见血胰岛素的降低。

增补:C肽

参考值: $250.0\sim 600.0\text{pmol/L}$ 。

临床意义:

由于C肽的测定不受注射胰岛素的影响,因此对于胰岛素治疗的患者,C肽的变化更能反映胰岛 β 细胞的功能,以决定是否需要继续治疗。此外C肽的测定也可用于鉴别低血糖的原因,是因胰岛素瘤的过度分泌还是因病人自己注射了胰岛素。还可用于判定胰岛素瘤的切除是否完整或是否已经转移,及用于胰岛移植手术后的监测。

P404

修改:血清总胆固醇(TC)测定降低见于重症肝脏疾病,如急性重型肝炎、肝硬化等。

修改:血清脂蛋白测定临床意义

(1)高密度脂蛋白胆固醇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。HDL-C明显降低,多见于心脑血管病、糖尿病、肝炎、肝硬化等。

P405

修改:血清氯化物测定临床意义

(1)血清氯化物降低 低钠血症常伴低氯血症。但当大量损失胃液时,以失氯为主而失钠很少;若大量丢失肠液时,则失钠甚多而失氯较少。低氯血症还见于大量出汗、长期应用利尿剂等引起氯离子丢失过多。

(2)血清氯化物增高 见于过量补充氯化钠、氯化钙、氯化铵溶液,高钠血症性脱水,肾功能不全、尿路梗阻或心力衰竭等所致的肾脏排氯减少。

增补:血清钙测定

参考值:

总钙:甲基麝香草酚蓝比色法,成年人 $2.08\sim 2.60\text{mmol/L}$,儿童 $2.23\sim 2.80\text{mmol/L}$ 。

邻-甲酚酞络合酮比色法,成年人 $2.03\sim 2.54\text{mmol/L}$,儿童 $2.25\sim 2.67\text{mmol/L}$ 。

乙二胺四乙酸二钠滴定法,成年人 $2.25\sim 2.75\text{mmol/L}$,儿童 $2.50\sim 3.00\text{mmol/L}$ 。

临床意义:

血清钙增高 常见于下列疾病:甲状腺功能亢进、维生素D过多症、多发性骨髓瘤、结节病引起肠道

过房吸收钙而使血钙增加。

血清钙减低可引起神经肌肉应激性增强而使手足抽搐,可见于下列疾患:①甲状旁腺功能减退;甲状腺手术摘除时伤及甲状旁腺而引起机能减退,血清钙可下降到 $1.25\sim 1.50\text{mmol/L}$,血清磷可增高到 $1.62\sim 2.42\text{mmol/L}$ 。②慢性肾炎尿毒症时,肾小管中维生素 D_{31} 羟化酶不足,活性维生素 D_3 不足,使得血清总钙下降,由于血浆白蛋白减低使结合钙减低,但代谢性酸中毒而使离子钙增高,所以不易发生手足抽搐。③佝偻病与软骨病;体内缺乏维生素 D ,使钙吸收障碍,血清钙、磷均偏低。④吸收不良性低血钙;在严重乳糜泻时,饮食中的钙与不吸收的脂肪酸生成钙皂而排出。⑤大量输入柠檬酸盐抗凝后,可引起低血钙的手足抽搐。

P407

删除: B 型心钠素(心力衰竭标志物)测定(助理不考)

增补: 血浆 B 型脑钠肽

参考值: $<100\text{Pg/mL}$ 。

临床意义: 血浆 B 型脑钠肽(BNP)是一个含 32 个氨基酸的多肽,主要来源于心室。其含量与心室压力、呼吸困难程度、神经激素调节系统状况相关。心室的体积和压力增高可导致血浆内 BNP 升高,升高程度与心室扩张和压力超负荷成正比。BNP 是心功能紊乱时最敏感和特异的指标之一,相对于血液白细胞数检测对诊断和治疗感染性疾病的重要性,BNP 可以说是充血性心衰的第一个潜在的“白细胞数”。

BNP 是近来研究较多的化学因子,它是一种心脏神经激素,只在血容量增加和压力负荷增加时反应性地从心室分泌,BNP 水平的升高可反映左室舒张末压的升高,不论是收缩功能不全还是舒张功能减低引起的心力衰竭均有此改变,对于心力衰竭的诊断有很大的意义。同时 BNP 升高的水平与心力衰竭的 NYHA 分级存在正相关性,LVEF(左心室射血分数)降低的患者,LVEF 越低,BNP 水平升高越显著,对于心力衰竭的进展和近期及长期性预后有很好的预测价值,BNP 水平持续升高,心性事件发生率和心性死亡率升高,预后较差,经治疗后 BNP 降低的患者,预后可能会改善。

增补: 抗核抗体(ANA)检查

参考值: 间接免疫荧光法(IIF)或 ELISA 法: 阴性。

临床意义:

抗核抗体(ANA)对很多自身免疫性疾病有诊断价值。在不同疾病中,特别是风湿性疾病,其抗体谱有一定的特征性。对于系统性红斑狼疮(SLE)、药物性狼疮、混合性结缔组织病(MCTD),ANA 的检出率可达 $95\%\sim 100\%$;干燥综合征为 $70\%\sim 80\%$;进行性系统性硬化症(PSS)检出率可达 $85\%\sim 95\%$;其他如类风湿关节炎、多发性肌炎和皮肌炎、慢性活动性肝炎、溃疡性结肠炎等也有 $20\%\sim 50\%$ 的检出率。此外,桥本甲状腺炎、重症肌无力、多发性动脉炎也可检出 ANA。ANA 阳性已被美国风湿病学会列为 SLE 的诊断标准之一。

修改: 浆膜腔穿刺液检查改为浆膜腔积液

根据浆膜腔积液的形成原因及性质的不同,可分为漏出液和渗出液两类,二者鉴别要点见表

修改: 血气分析改为动脉血气分析

1. 血红蛋白(Hb)参考值: 男性: $120\sim 160\text{g/L}$ 女性: $110\sim 150\text{g/L}$

2. 酸碱度(PH)参考值: $7.35\sim 7.45$ 。

3. 二氧化碳分压(PCO_2)参考值: $35\sim 45\text{mmHg}$ 。

4. 氧分压(PO_2)参考值: $80\sim 100\text{mmHg}$ 。

5. 氧饱和度(SatO_2)和血红蛋白 50%氧饱和度时氧分压(P_{50})

参考值: $\text{SatO}_2: 91.9\%\sim 99\%$ 。 $\text{P}_{50}: 26.6\text{mmHg}$ 。

6. 二氧化碳总量(TCO_2)参考值: $24\sim 32\text{mmol/L}$ 。

7. 实际碳酸氢盐(AB)和标准碳酸氢盐(SB)参考值: AB: $21.4\sim 27.3\text{mmol/L}$ 。 SB: $21.3\sim 24.8\text{mmol/L}$ 。

8. 缓冲碱(BB)参考值: 血浆缓冲碱(BBP): $41\sim 42\text{mmol/L}$ 。 全血缓冲碱(BBb): $46\sim 50\text{mmol/L}$ 。

9. 剩余碱 (BE) 参考值: $-3 \sim 3 \text{ mmol/L}$ 。

10. 阴离子隙 (AG) 参考值: $8 \sim 16 \text{ mmol/L}$ 。

十七、常用肿瘤标志物 (AFP、CEA、CA125) (此部分助理也增补)

增补: 1. 癌胚抗原 (CEA) 测定参考值:

ELISA 或 CLIA 法: $< 5 \text{ ng/mL}$ 。

临床意义: 血清 CEA $> 20 \text{ ng/mL}$ 常提示有恶性肿瘤, 如结直肠癌、肺癌、胃癌、乳腺癌、胰腺癌、卵巢癌和子宫癌等, CEA 水平升高率为 $25\% \sim 70\%$ 。首次治疗成功后, CEA 水平下降至正常水平持续稳定, CEA 水平再次缓升提示癌的复发。非癌症良性疾病患者的 CEA 浓度也可升高, 如肝硬化、肺气肿、直肠息肉、胃肠道炎症等, 一般 $< 105 \text{ ng/mL}$ 。CEA 不适用于一般人群中的肿瘤筛查。

增补: 2. CA125 测定

参考值: ELISA 或 ECLIA 法: $< 35 \text{ U/mL}$ 。

临床意义: 卵巢癌时 CA125 的检出率可达 $70\% \sim 90\%$ 。适用于浆液性囊腺癌和未分化的卵巢癌。黏液性卵巢癌阳性率较低。检测结果不能用作卵巢癌是否存在的绝对评价, 应结合临床其他检查综合分析。

增补: 3. 血、尿 hCG

参考值: 男性与未绝经女性 $< 5 \text{ U/L}$, 绝经女性 $< 10 \text{ U/L}$ 。

临床意义: hCG 在月经延期 3 天左右即可测出, 孕期 9~12 周血中浓度达高峰, 可高达 150000 U/L 以上, 18 周时降至最低水平 $12000 \sim 28000 \text{ U/L}$, 直至分娩后 4 天达正常水平, 可用以诊断早孕及宫外孕, 对先兆流产动态监测及判断预后。hCG 作为肿瘤标志物, 可对绒癌、恶性葡萄胎等作为辅助诊断、治疗效果与随访的观察指标。因为血中 hCG 变化较快, 能及时反映绒毛的分泌活动。男性非精原细胞的睾丸母细胞瘤患者血中 hCG 值也很高, hCG 升高率达 $48\% \sim 86\%$, 故测定 hCG 也可作为睾丸肿瘤高危人群的筛查试验。

十九、甲状腺功能 (FT_3 、 FT_4 、TSH、甲状腺自身抗体) (此部分助理也增补)

(一) 游离三碘甲状腺原氨酸 (FT_3) 测定

参考值:

TrFIA 法: $4.7 \sim 7.8 \text{ pmol/L}$ 。

CLIA 法: $3.67 \sim 10.43 \text{ pmol/L}$ 。

ECLIA 法: $2.8 \sim 7.1 \text{ pmol/L}$ 。

临床意义: 甲状腺功能亢进包括甲亢危象时, FT_3 明显升高, 缺碘亦会引起 FT_3 浓度的代偿性升高。此外 FT_3 甲亢、毒性弥漫性甲状腺肿、初期慢性淋巴细胞性甲状腺炎等 FT_3 也明显升高。而甲状腺功能减退、低 T_3 综合征、黏液性水肿、晚期桥本甲状腺炎等 FT_3 则明显降低。应用糖皮质激素、苯妥英钠、多巴胺等药物治疗时可出现 FT_3 降低。

(二) 游离甲状腺素 (FT_4) 测定

参考值:

TrFIA 法: $8.7 \sim 17.3 \text{ pmol/L}$ 。

CLIA 法: $11.2 \sim 20.1 \text{ pmol/L}$ 。

ECLIA 法: $12.0 \sim 22.0 \text{ pmol/L}$ 。

临床意义: 甲状腺功能亢进包括甲亢危象、结节性甲状腺肿、毒性弥漫性甲状腺肿、初期桥本甲状腺炎等 FT_4 均有明显升高; 部分无痛性甲状腺炎、重症感染发热、重危患者, 或应用某些药物如肝素, 亦会引起 FT_4 的升高。

甲状腺功能减退、黏液性水肿、晚期桥本甲状腺炎、应用抗甲状腺药物等 FT_4 的降低较 FT_3 更为明显; 服用糖皮质激素、苯妥英钠以及部分肾病综合征患者, 其 FT_4 亦有下降。

(三) 促甲状腺激素 (TSH) 测定

参考值:

TrFIA 法:0.63~4.69 μ U/mL。

CLIA 法:0.2~7.0mIU/L。

ECLIA 法:0.27~4.20mIU/Lo。

临床意义:对原发性甲状腺功能减退患者 TSH 的测定是其最灵敏的指标,因甲状腺激素分泌减少,对垂体的反馈抑制减弱,TSH 分泌增多;轻度慢性淋巴细胞性甲状腺炎、甲状腺功能亢进接受¹³¹I 治疗后和某些严重缺碘或地方性甲状腺肿流行地区的居民中,亦可伴有 TSH 的升高。异位或异源促甲状腺激素综合征与极个别垂体肿瘤患者也会分泌 TSH 过多,引起甲亢。

继发性甲状腺功能减退患者、甲状腺功能亢进患者 TSH 值正常或减低。在原发性甲减患者用甲状腺制剂替代治疗期间,可测定 TSH 作为调节药量的参考。

(四) 甲状腺过氧化物酶抗体(anti-TPO)测定

参考值:<5.6IU/mL。

临床意义:甲状腺过氧化物酶存在于甲状腺细胞的微粒体中,并表达在细胞的表面。该酶与甲状腺球蛋白协同作用将 L-酪氨酸碘化,并将一碘酪氨酸和二碘酪氨酸联接成为 T₄、T₃r 和 rT₃。TPO 是一种潜在的自身抗原。自身免疫性疾病引起的数种甲状腺炎常伴有血中 TPO 抗体滴度升高。该抗体滴度升高可见于 90% 的慢性桥本甲状腺炎以及 70% 的突眼性甲状腺肿患者。高滴度抗体与疾病的程度无关系。随着病程的延长或是缓解,抗体滴度可转阴。如在疾病的缓解期再度出现抗体,即有恶化的可能。

(五) 甲状腺球蛋白抗体(anti-Tg)测定

参考值:<4.1IU/mL。

临床意义:Anti-Tg 与 Anti-TPO 联合检测用于诊断桥本甲状腺炎、Graves 病,最多 1% 的甲减病人只与 Anti-Tg 有关。Anti-Tg 与中度甲亢、甲减有关,并经常在其他免疫性疾病如类风湿关节炎、恶性贫血、1 型糖尿病等中出现。有 30%~60% 的甲状腺瘤病人中能检测到 Anti-Tg。在这些病人的 Tg 检测时应充分考虑 Anti-Tg 存在的水平。因为 Tg 的检测会受 Anti-Tg 的影响。最多有 20% 的无症状个体中,也能检测到低水平的 Anti-Tg,尤其是在早期,且女性多于男性。



