

中医全科医师中级《专业知识与实践能力》知识点辅导

知识点：感冒

病因：感受六淫，时行病毒侵袭人体，邪犯卫表。风寒束表证：风寒外束，卫阳被郁，腠理闭塞，肺气不宣。治法：辛温解表，荆防达表汤或荆防败毒散。荆芥、防风、苏叶、豆豉、葱白、生姜、杏仁、前胡、桔梗、甘草、橘红。风热犯表证：风热犯表，热郁肌腠，卫表失和，肺失清肃。治法：辛凉解表，银翘散或葱豉桔梗汤。银花、连翘、黑山枝、豆豉、薄荷、荆芥、竹叶、芦根、牛蒡子、桔梗、甘草。暑湿伤表证：湿热伤中，表卫不和，肺气不清。治法：清暑祛湿解表。新加香薷饮：银花，连翘，鲜荷叶，鲜芦根，香薷，厚朴，扁豆。气虚感冒：表虚卫弱，风寒乘袭，气虚无力达邪。治法：益气解表。参苏饮：党参，甘草，茯苓，苏叶，葛根，前胡，半夏，陈皮，枳壳，桔梗，。阴虚感冒：阴亏津少，外受风热，表卫失和，津液不能作汗。治法：滋阴解表：加减玉竹汤。玉竹，甘草，大枣，豆豉，薄荷，葱白，桔梗，白薇。

知识点：咳嗽

肺失宣泄，肺气上逆作声。咯吐痰液。1，外感咳嗽风寒袭肺：治法：疏风散寒，宣肺止咳。三拗汤合止嗽散：麻黄，杏仁，桔梗，前胡，甘草，橘皮，金沸草：风热犯肺治法：疏风清热，宣肺止咳。桑菊饮：桑叶，菊花，薄荷，连翘，前胡，牛蒡子，杏仁，桔梗，大贝母，枇杷叶，。风燥伤肺：治法：疏风清肺，润燥止咳。桑杏汤：桑叶，薄荷，豆豉，杏仁，前胡，牛蒡子，南沙参，大贝母，天花粉，梨皮，芦根。2，内伤咳嗽：痰湿蕴肺证：脾湿生痰，上渍于肺，壅遏肺气。治法：燥湿化痰，理气止咳。二陈平胃散合三子养亲汤：法半夏，陈皮，茯苓，苍术，川朴，杏仁，佛耳草，紫菀，款冬花。痰热郁肺；治法：清热肃肺，豁痰止咳。清金化痰汤：黄芩，山枝，知母，桑柏皮，杏仁，贝母，瓜蒌，海蛤壳，竹沥，半夏，射干。肝火犯肺证：肝郁化火，上逆侮肺。治法：清肺泄肝，顺气降火。黛蛤散合加减泄白散：桑白皮，地骨皮，黄芩，山枝，丹皮，青黛，海蛤壳，粳米，甘草，苏子，竹茹，枇杷叶，。肺阴亏虚证：治法：滋阴润肺，化痰止咳。沙参麦冬汤；沙参，麦冬，花粉，玉竹，百合，甘草，贝母，甜杏仁，桑柏皮，地骨皮。

知识点：哮喘

以伏痰为主的发作性的痰鸣气喘病。1，发作期。冷哮证：寒痰伏肺，遇感触发，痰升气阻，肺失宣畅。治法：宣肺散寒，化痰平喘。射干麻黄汤：小青龙汤：麻黄，射干，干姜，细辛，半夏，紫菀，款冬花，五味子，大枣，甘草。热哮证：痰热蕴肺，壅阻气道，肺失清肃。治法：清热宣肺，化痰定喘。定喘汤或越婢加半夏汤。：麻黄，黄芩，桑柏皮，杏仁，半夏，款冬花，苏子，白果，甘草。寒包热哮证：痰热壅肺，复感风寒，客寒包火，肺失宣降。治法：解表散寒，清化痰热。小青龙加石膏汤或厚朴麻黄汤：麻黄，石膏，厚朴，，杏仁，生姜，半夏，甘草，大枣。风痰哮证：痰浊伏肺，风邪引触，肺气郁闭，升降失司。治法：祛风涤痰，降气平喘。三子养亲汤：白芥子，苏子，莱菔子，麻黄。杏仁，僵蚕，厚朴，半夏，陈皮，茯苓，。虚哮证：哮病久发，痰气瘀阻，肺肾两虚，摄纳失常。治法：补肺纳肾，降气化痰。平喘固本汤：党参，黄芪，胡桃肉，沉香，脐带，冬虫夏草，五味子，苏子，半夏，款冬花，橘皮。2，缓解期：肺脾气虚证：哮病日久，肺虚不能主气，脾虚健运无权。治法：健脾益气，补土生金。六君子汤：党参，白术，山药，苡仁，茯苓，法半夏。橘皮，五味子，甘草。肺肾两虚证：哮病久发，精气亏乏，肺肾摄纳无权。治法：补肺益肾，生脉地黄汤合金水六君煎。熟地，山萸肉，胡桃肉，人参，麦冬，五味子，茯苓，甘草，半夏，陈皮。

知识点：喘证

呼吸困难，张口抬肩，不能平卧。1，实喘：风寒壅肺证：治法：宣肺散寒。麻黄汤合华盖散。麻黄，紫苏，半夏，橘红，杏仁，苏子，紫菀，白前，。表寒肺热证：治法：解表清里，化痰平喘。麻杏石甘汤：麻黄，黄芩，桑柏皮，石膏，苏子，杏仁，半夏，款冬花，。痰热

郁肺证;治法:清热化痰,宣肺平喘。桑白皮汤加减:桑白皮,黄芩,知母,贝母,射干,瓜蒌皮,前胡,地龙。痰浊阻肺证:中阳不运,聚湿生痰。治法:祛痰降逆,宣肺平喘。二陈汤合三子养亲汤:法半夏,陈皮,茯苓,苏子,白芥子,莱菔子,杏仁。紫菀,旋覆花。肺气郁痹证:肝郁降逆,上冲犯肺,肺气不降。治法:开郁降气平喘。五磨饮子:沉香,木香,川朴花,枳壳,苏子,金沸草,代赭石,杏仁。2,虚喘:肺气虚耗证:治法:补肺益气养阴:生脉散合补肺汤:党参,黄芪,冬虫夏草,五味子,炙甘草。肾虚不纳证:治法:补肾纳气。金匱肾气丸合参蛤散:附子,肉桂,山萸肉,冬虫夏草,胡桃肉,紫河车,熟地,当归。正虚喘脱证:肺气欲绝,心肾阳衰。治法:扶阳固脱,镇摄肾气。参附汤送服黑锡丹,配合蛤蚧粉:人参,黄芪,炙甘草,山萸肉,冬虫夏草,五味子,蛤蚧,龙骨,蛎。

知识点:心悸

病人自觉心中悸动,惊惕不安,甚则不能自主。心虚胆怯证:气血亏损,心虚胆怯,心神失养,神摇不安。治法:镇静定志,养心安神。安神定志丸:龙齿,琥珀,酸枣仁,远志,茯苓,人参,茯神,山药,天冬,生地,熟地,肉桂,五味子。心血不足证:心血亏耗,心失所养,心神不宁。治法:补血养心,益气安神。归脾汤:黄芪,人参,白术,炙甘草,熟地,当归,龙眼肉,茯神,远志,酸枣仁,木香。阴虚火旺证:肝肾阴虚,水不济火,心火内动,扰动心神。治法:滋阴清火,养心安神。天王补心丹合朱砂安神丸:生地,玄参,麦冬,天冬,当归,丹参,人参,炙甘草,黄连,朱砂,茯苓,远志,枣仁,柏子仁,五味子,桔梗。心阳不振证:心阳虚衰,无以温养心脉。治法:温补心阳,安神定悸。桂枝甘草龙骨汤合参附汤:桂枝,附片,人参,黄芪,麦冬,枸杞,炙甘草,龙骨,牡蛎。水饮凌心证:脾肾阳虚,水饮内停,上凌于心,扰乱心神。治法:振奋心阳,化气行水,宁心安神。苓桂术甘汤:泽泻,朱苓,车前子,茯苓,桂枝,炙甘草,人参,白术,黄芪,远志,茯神,酸枣仁。瘀阻心脉证:血瘀气滞,心脉瘀阻,心阳被遏,心失所养。治法:活血化瘀,理气通络。桃红四物汤合桂枝甘草龙骨汤:桃仁,红花,丹参,赤芍,川芎,延胡索,香附,青皮,生地,当归,桂枝,甘草,龙骨。牡蛎。痰火扰心证:痰浊停聚,郁久化火,痰火扰心,心神不安。治法:清热化痰,宁心安神。黄连清胆汤:黄连,山枝,竹茹,半夏,胆南星,全瓜蒌,陈皮,生姜,枳壳,远志,菖蒲,酸枣仁,生龙骨,生牡蛎。

知识点:不寐

不寐肝龙痰热温,心肾不交六交泰,心胆安枣心脾归 1) 肝火扰心证:疏肝泻火,镇心安神——龙胆泻肝汤 2) 痰热扰心证:清热化痰,和中安神——黄连温胆汤 3) 心脾两虚证:补益心脾,养心安神——归脾汤 4) 心肾不交证:滋阴降火,交通心肾——六味地黄丸合交泰丸 5) 心胆气虚证:益气镇惊,安神定志——安神定志丸合酸枣仁汤

知识点:胃痛

胃寒香良食保肝柴,湿热清中瘀失笑,阴亏贯芍虚寒建 1) 寒邪客胃证:温胃散寒,行气止痛——香苏散合良附丸一舌淡苔薄白,脉弦紧 2) 饮食伤胃证:消食导滞,和胃止痛——保和丸一舌苔厚腻,脉滑 3) 肝气犯胃证:疏肝解郁,理气止痛——柴胡疏肝散一舌苔多薄白,脉弦 4) 湿热中阻证:清化湿热,理气和胃——清中汤一舌红,苔黄腻,脉滑数 5) 瘀血停胃证:化瘀通络,理气和胃——失笑散合丹参饮一舌质紫暗或有瘀斑,脉涩 6) 胃阴亏耗证:养阴益胃,和中止痛——一贯煎合芍药甘草汤一舌红少津,脉细数 7) 脾胃虚寒证:温中健脾,和胃止痛——黄芪建中汤一舌苔薄白,脉虚弱或迟缓

知识点:呕吐

呕藿香食保和,痰饮夏苓肝四七,气香阳理胃阴麦 1. 实证 1) 外邪犯胃证:疏邪解表,化浊和中——藿香正气散一舌苔白腻,脉濡缓 2) 食滞内停证:消食化滞,和胃降逆——保和丸一舌苔厚腻,脉滑实 3) 痰饮内阻证:温中化饮,和胃降逆——小半夏汤合苓桂术甘汤一舌苔白腻,脉滑 4) 肝气犯胃证:疏肝理气,和胃降逆——四七汤一舌质红,苔薄腻,脉弦

2. 虚证 1) 脾胃气虚证：健脾益气，和胃降逆——香砂六君子汤—舌苔白滑，脉虚弦 2) 脾胃阳虚证：温中健脾，和胃降逆——理中汤—舌质淡，脉濡弱 3) 胃阴不足证：滋养胃阴，降逆止呕——麦门冬汤—舌红少津，脉细数

知识点：慢性胃炎

(1) 慢性胃炎是一种常见的多发病，其发病率居各种胃病之首，主要是胃粘膜上皮遇到各种致病因子，发生慢性持续性炎症性病变。慢性胃炎的病因尚未完全阐明，可能与下列因素有关：1. 从急性胃炎演变而来。2. 鼻、口、咽喉部局部病灶的细菌及其毒素吞入胃内，长期对胃的刺激。3. 经常习惯地服用对胃粘膜有刺激性的烈酒，浓茶，咖啡，过烫（冷）等饮食。4. 过度吸烟。5. 长期服用对胃有刺激的药物，如阿司匹林等。6. 幽门括约肌功能失调，十二指肠液包括胆汁经常返流入胃。7. 胃酸缺乏，使细菌易于在胃内繁殖。8. 营养不良，如长期缺乏蛋白质及维生素B族。9. 心力衰竭或门脉高压，使胃长期处于淤血和缺氧状态；10. 免疫因素，在某些萎缩性胃炎病例的血清中，可测得壁细胞抗体（PCA）和（或）内因子抗体（IFA）。11. 幽门螺旋菌（*compylobacterpylori*）作为慢性胃炎的病因受到关注，且认为其与萎缩性胃炎的发作和发展可能有关。（2）症状：慢性胃炎缺乏特异性症状，且症状的轻重与粘膜的病变往往不一致。部分病人常无症状。部分病人出现症状多为消化不良表现，如胃脘部痞满或疼痛不适，饭后饱胀，暖气打呃。少数可有食欲减退，恶心呕吐。一般浅表性胃炎以上腹部隐痛多见，占85%左右。若表现为胆汁反流性胃炎，则有明显而持久的上腹部不适或疼痛，尤以进食后为甚，可伴有恶心和胆汁性呕吐。若表现为萎缩性胃炎，则以上腹部胀满多见，伴有或不伴有腹痛，若年老体弱或病程较长，还可见有贫血、消瘦、腹泻或舌淡等症候，表示病情较重，但在早期，临床症状的轻重程度与病理变化的轻重情况之间，无明显关系，而与病变的活动性和胃运动功能、泌酸功能有关。

知识点：肺炎

肺炎是由多种病原体（如细菌、真菌、病毒、寄生虫等）引起的肺实质的炎症，其它如放射线、化学、过敏因素等亦能引起肺炎。

西医病因：（1）细菌性肺炎：①需氧革兰染色阳性球菌，如肺炎球菌、金黄色葡萄球菌、甲型溶血性链球菌等。②需氧革兰染色阴性球菌，如肺炎克雷白杆菌、流感嗜血杆菌、埃希大肠杆菌、绿脓杆菌、军团菌等。③厌氧菌，如棒状杆菌、梭形杆菌等。（2）病毒性肺炎如腺病毒、呼吸道合胞病毒、流感病毒、麻疹病毒；巨细胞病毒、单纯疱疹病毒等。（3）支原体肺炎由肺炎支原体引起。（4）真菌性肺炎如白色念珠菌、曲菌、放线菌、隐球菌等。（5）其它病原体所致肺炎如立克次体、衣原体、弓形体、寄生虫等。在各种病因中，细菌最为常见，约占肺炎的1/2，既往90%为肺炎球菌，近由于抗生素的广泛应用，一些罕见的新病原体相继出现，一些非致病菌也在适宜条件下（如年老体衰和免疫抑制患者中）成为机会致病菌。在院内感染的肺炎中，肺炎球菌约占30%，葡萄球菌占10%，而革兰染色阴性杆菌增至约50%，且病死率高。而院外感染仍以肺炎球菌为主（约40%）。机体免疫力低下者（如艾滋病）容易伴发肺部卡氏肺孢子虫、军团菌、鸟型分支杆菌结核菌、弓形体、巨细胞病毒等感染。

实验室诊断：病原体检查：1. 痰涂片：通过革兰染色可鉴别阳性球菌和阴性杆菌。病毒性感染时，以单核细胞为主，并在分泌细胞中可见有包涵体。霉菌感染时可见有霉菌孢子和菌丝。放线菌肺炎者的痰中可见到“硫磺颗粒”。2. 培养：可做痰、呼吸道分泌物及血培养，以鉴别和分离出致病菌株。有时需用特殊培养基培养才能获得菌株，如厌氧菌、真菌、支原体、立克次体以及军团杆菌等。病毒性肺炎可做病毒分离。

预防：积极锻炼身体，提高机体免疫力，避免淋雨受寒、疲劳、醉酒等诱发因素。对于年老体弱和免疫机能减退者，可注射肺炎免疫疫苗。

知识点：高血压病

西医病名定义：高血压指体循环动脉血压增高，是一种常见的临床综合征。高血压可分为原

发性和继发性两大类：①原发性高血压亦称高血压病，是指病因尚未明确，以血压升高为主要表现的一种独立疾病。约占有高血压病人的 90%，主要是周围小动脉阻力增高所致，血容量与心输出量的增高则为次要因素。②继发性高血压又称症状性高血压，是某些疾病的一。部分表现，如见于肾炎、肾动脉狭窄、嗜铬细胞瘤、皮质醇增多症、原发性醛固酮增多症、主动脉缩窄性病变（上肢血压增高而下肢血压降低）等。此外，还有一种收缩期高血压，是指收缩压高于正常，但舒张压正常或低于正常，因而脉压增大。见于动脉硬化，甲状腺功能亢进、主动脉瓣关闭不全（以上主要由于心搏量增加，后者尚有主动脉血液返流），体循环动静脉瘘、动脉导管未闭、主动脉肺动脉间隔缺损（以上主要由于心搏量增加，且有自左向右分流），原因不明的高动力循环状态等，也属于继发性高血压。

中医治疗：（一）辨证论治：1. 肝阳上亢证：眩晕，头痛头胀，头重脚轻，面红目赤，急躁易怒，口苦，舌红，苔黄，脉弦数。平肝潜阳。天麻钩藤饮加减。2. 痰湿中阻证：头痛，眩晕，胸闷心悸，纳少，呕恶痰涎，形体肥胖，苔白腻，脉弦滑。法湿化痰。半夏白术天麻汤加减。3. 肝肾阴虚证：头晕目眩，耳鸣，健忘，口燥咽干，肢体麻木，腰膝酸软，头重脚轻，五心烦热，舌红少苔，脉弦细数。滋补肝肾。一贯煎加减。4. 阴阳两虚证：眩晕，耳鸣，体瘦，神疲，畏寒肢冷，五心烦热，心悸腰酸，舌淡少津，脉弱而数。滋阴补阳。二仙汤加减。

知识点：急性脑血管病

（一）急性脑血管病是指一组起病急骤的脑部血管循环障碍的疾病，它可以是脑血管突然血栓形成，脑栓塞致缺血性脑梗塞，也可以是脑血管破裂产生脑溢血，常伴有神经系统症状，肢体偏瘫，失语，精神症状，眩晕，共济失调，呛咳，严重者昏迷及死亡，临床上又称脑血管意外，卒中或中风。（二）病因和发病机制 1. 出血性脑血管疾病的病因和发病机制（1）. 脑出血为脑实质内出血，可发生于大脑半球、脑干、小脑，以内囊处出血最常见。高血压、动脉硬化、血液病、外伤、脑血管畸形等均为出血原因，以高血压动脉硬化所致的脑出血最为常见。其发病机制为动脉硬化造成脑动脉血管弹性降低，或产生小动脉瘤，当兴奋或活动时，在高血压的基础上血压骤然升高，引起血管破裂。大脑中动脉深部分支豆纹动脉破裂最为常见。血液进入脑实质，破坏了脑组织，而产生一系列临床症状。（2）. 蛛网膜下腔出血指脑表面血管破裂，血液进入蛛网膜下腔。本病最常见的病因为先天性脑动脉瘤、脑部血管畸形、白血病、恶性贫血、再生障碍性贫血等。用力或情绪激动时可致血管破裂。2. 缺血性脑血管疾病的病因和发病机制（1）. 短暂性脑缺血发作又称小中风，主要病因是动脉硬化，颈内动脉颅外段粥样硬化部位纤维素与血小板黏附，脱落后成为微栓子，进入颅内动脉，引起颅内小血管被堵塞缺血而发病。但栓子很小，容易自溶或因血流冲击被击碎，使更小的碎片进入远端末梢血管，使得循环恢复，神经症状消失。微栓子可反复产生，因此本病可反复发作。颈动脉受压或血流动力学改变也可以造成短暂性脑缺血发作。（2）. 脑血栓形成动脉硬化、风湿症、红斑性狼疮性动脉炎、结节性动脉周围炎是较常见的病因。在动脉壁病变（内膜肥厚粗糙）的基础上，管腔变窄，同时血小板破裂使红细胞、纤维素等黏附于粗糙处，血小板破裂释放花生四烯酸，转化为血栓烷能促使血小板再聚集，血栓不断增大而最终阻塞血管。（3）. 脑栓塞颅外其他部位病变如风心病、心肌梗死、骨折、人工气胸等均可形成栓子，随血流进入颅内动脉，当栓子直径与某血管直径相同时，则栓子堵塞此血管，使此动脉闭塞，产生脑缺血、脑软化，而引起偏瘫和意识障碍。

知识点：糖尿病

（1）糖尿病是高血糖状态所致的综合征。由于胰岛素分泌绝对或相对不足而引起体内糖、蛋白质、脂肪代谢等异常。以葡萄糖耐量减低、血糖增高和糖尿为该病的特征。临床表现早期无症状，发展到症状期，临床上可出现多饮、多食、多尿、疲乏、消瘦等症候群，严重时发生酮症酸中毒。（2）中医病因：1. 饮食不节过食肥甘、醇酒厚味，损伤脾胃，脾失健运，

酿成内热，消谷耗精，发为消渴。2. 情志不调五志过极，郁而化火，消灼津液，引发消渴。3. 劳逸失度素体阴虚、五脏柔弱之人，劳逸失度，房室失节，致津液亏耗，肾阴受损，肾失固摄，精微下注，故为下消。（3）西医诊断依据：早期轻症常无症状，病情较重或失去控制时有口渴、多饮、多尿、多食以及体重减轻等典型临床表现。实验室检查可发现高血糖及糖尿。有些病人出现并发症时才发现患有糖尿病。病情较轻或无明显的症状和体征者需作口服葡萄糖耐量试验（OGTT）。（4）预防：糖尿病预防比治疗更为重要。应广泛发动医务、保健工作人员、糖尿病病人及其亲属等共同努力，学习防治本病的知识，从而长期贯彻防治措施，可以达到较好效果。本病主要的治疗方法有饮食控制、药物治疗及体力活动。避免五志过极、长期精神紧张思虑。注意劳逸适度，坚持体育锻炼，保持标准体重，防止肥胖，勿嗜肥甘，忌辛辣烟酒，节制房事。注意早期发现和治疗各种并发症，用降糖药治疗时注意血糖的变化，若血糖下降明显，应及时调整降糖药，以防低血糖发生。

知识点：泌尿系统感染

一、概念：泌尿系统感染又称尿路感染，是指致病微生物在尿中繁殖并侵犯泌尿系的任何部位，包括肾脏、输尿管、膀胱、尿道及前列腺，可分为上尿路感染和下尿路感染。二、病因及流行病学：本病为细菌直接引起的感染性肾脏病变，致病菌以大肠杆菌多见，约占70%以上，其次依次是变形杆菌、克雷伯杆菌、产气杆菌、沙雷杆菌、产碱杆菌等偶有厌氧菌、真菌、病毒和原虫感染。本病为临床常见的感染性疾病，发病率为1%~2%，其中主要是女性，男女之比约为1:10在学龄期儿童中，女性发病率为1%，而男性发病率为0.03%三、发病机制：1、感染途径（1）上行感染是最常见的途径：正常情况下，尿道口及其周围是有细菌寄生的，但一般不引起感染，但当机体抵抗力下降或尿道粘膜有轻微损伤时，或者细菌毒力大，粘附尿道粘膜和上行的能力强，容易侵袭膀胱和肾脏，造成感染（2）血行感染途径较少：细菌从身体内的感染灶侵入血流，到达肾脏。（3）淋巴感染：下腹部和盆腔器官的淋巴管与肾周围的淋巴管有多数交通支，升结肠与右肾之间也有淋巴管沟通（4）直接感染外伤或邻近肾脏的脏器有感染时，细菌可直接侵入肾脏引起感染，但是这种十分罕见。四、诊断要点：1、临床表现（1）膀胱炎患者的症状通常局限在泌尿道1）排尿时有烧灼感、疼痛、尿频、尿急和会阴部及耻骨上疼痛感2）血尿：尤其是排尿终末段3）其他症状：尿液混浊、全是不适、寒颤、发热、恶心、呕吐以及腰痛（2）急性肾盂肾炎患者的主要临床表现1）全身感染症状：多起病急，常伴有寒颤、高热，体温可达39~40摄氏度，全身不适，疲乏无力，食欲减退、恶心、呕吐，甚至腹胀、腹痛或腹泻。2）肾脏和尿路的局部表现：常用尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状。多数伴腰痛或肾区不适，肾区有压痛或叩击痛3）尿液变化：尿液混浊，可见脓尿或血尿。（3）慢性肾盂肾炎：慢性肾盂肾炎是细菌感染肾脏引起的慢性炎症，病变主要侵犯肾间质和肾盏、肾盏组织。平常患者可能仅有腰酸和低热，可没有明显的尿路感染的尿痛、尿频和尿急症状，其主要表现是夜尿增多及尿中有少量白细胞和蛋白等。（4）无症状细菌尿：即患者有真性细菌尿但无尿路感染症状。即患者有真性细菌尿但无

知识点：原发性肝癌

【病理与临床】原发性肝癌是我国常见恶性肿瘤之一，死亡率高，在消化系统恶性肿瘤死亡顺位中仅次于胃、食管而居第三位，在部分地区的农村中则占第二位，仅次于胃癌。我国每年约11万人死于肝癌，占全世界肝癌死亡人数的45%。由于依靠血清甲胎蛋白（AFP）检测结合超声成像对高危人群的监测，使肝癌在亚临床阶段即可作出诊断，早期切除的远期效果尤为显著。加之积极综合治疗，使肝癌的五年生存率有了显著提高。原发性肝癌发病年龄多在中年以上，男多于女。原发性肝癌发病隐匿，早期无临床症状，有症状时多已属中晚期，表现为中上腹不适、腹胀、疼痛、食欲缺乏、乏力、消瘦等，其他可有发热、腹泻、黄疸、腹水、出血倾向以及转移至其他脏器而引起的相应症状。原发性肝癌按组织学类型

分为肝细胞、胆管细胞和肝细胞与胆管细胞混合型肝癌三类，其中肝细胞肝癌最多见，占90%以上。按病理形态来分肝癌分为三型：1、块状型 癌结节直径>5cm，其中>10cm者为巨块型，块状型肝癌有膨胀性生长的特点，邻近肝组织和较大的血管、胆管被推移或受压变窄形成假包膜，巨块型肝癌内部多伴出血、坏死。2、结节型 癌结节直径<5cm，可单发或多个，多伴有肝硬化。3、弥漫型 癌结节小，呈弥漫性分布，该型肝癌多伴有明显肝硬化，癌结节与周围肝组织境界不清，易与肝硬化混淆。另外，将肝内出现单个癌结节且直径<3cm者，或肝内癌结节不超过2个且2个癌结节直径之和<3cm者称作小肝癌。近年来提出将单个肿瘤直径≤2cm肝癌定为微小肝癌。原发性肝癌极易侵犯门静脉分支，癌栓可经门静脉系统形成肝内播散，甚至阻塞门静脉主干引起门静脉高压的表现；经淋巴转移可出现肝门淋巴结肿大，其次为胰周、腹膜后、主动脉旁及锁骨上淋巴结。此外，还可出现膈肌及附近脏器直接蔓延和腹腔种植性转移。【鉴别诊断】1、肝血管瘤如肝血管瘤为网状高回声，边界呈花瓣改变时诊断较容易，但有些肝血管瘤可出现不均匀低回声及晕环样改变，在二维超声上较难与原发性肝癌鉴别。但肝血管瘤的彩色多普勒显示病灶内无血流信号，或超声造影显示周围向中央的增强方式，有利于二者的鉴别。2、肝脓肿由细菌或阿米巴原虫感染引起的肝内局灶性炎性改变，呈单发或多发。较典型时，壁厚，内膜粗糙呈虫蚀状，为无回声或不均匀回声团块，诊断较容易。然而，随着近年来抗生素的广泛应用，肝脓肿的超声和临床表现常不典型，声像图示肝内有单个比正常组织回声稍低的区域，分布不均匀，边界模糊，包膜较薄，用常规二维超声诊断较困难，彩色多普勒显示内部有条状彩色血流，脉冲多普勒可测及动脉血流，阻力指数较低，以及超声造影显示蜂窝状增强改变对诊断有积极意义。

知识点：胃癌

是源自胃粘膜上皮细胞的恶性肿瘤。占胃恶性肿瘤的95%。胃癌在我国发病率很高，死亡率占恶性肿瘤的第一位，全国胃癌平均死亡率高达20/10万，男性高于女性，男：女约3：1。发病年龄高峰为50岁~60岁。世界胃癌的年发病率为17.6/10万，日本、丹麦等国发病率高，而美国及澳洲则较低，在我国以山东、浙江、上海、福建等沿海地区为高发区。

【病因学】目前认为下列因素与胃癌的发生有关：（一）环境因素不同国家与地区发病率的明显差别说明与环境因素有关，其中最主要的是饮食因素。食盐可能是外源性胃癌诱发因素之一，居民摄入食盐多的国家胃癌发病率也高。亚硝胺类化合物已成功地动物体内诱发胃癌。熏制的鱼肉含有较多的3,4-苯并芘(benzopyrene)；发霉的食物含有较多的真菌毒素；大米加工后外面覆有滑石粉，其化学性质与结构都与石棉纤维相似，上述物质均被认为有致癌作用。（二）遗传因素某些家庭中胃癌发病率较高。一些资料表明胃癌发生于A血型的人较O血型者为多。（三）免疫因素免疫功能低下的人胃癌发病率较高，可能机体免疫功能障碍，对癌症的免疫监督作用下降，在胃癌发生中有一定意义。（四）癌前期变化所谓癌前期变化是指某些具有较强的恶变倾向的病变，这种病变如不予以处理，有可能发展为胃癌。癌前期变化包括癌前期状态(precancerous conditions)与癌前期病变(precancerous lesions)。

1. 胃的癌前期状态（1）慢性萎缩性胃炎：慢性萎缩性胃炎与胃癌的发生率呈显著的正相关。（2）恶性贫血：恶性贫血患者中10%发生胃癌，胃癌的发生率为正常人群的5~10倍。（3）胃息肉：腺瘤型或绒毛型息肉虽然占胃息肉中的比例不高，癌变率却为15%~40%。直径大于2cm者癌变率更高。增生性息肉多见，而癌变率仅1%。（4）残胃：胃良性病变手术后残胃发生的癌瘤称残胃癌。胃手术后尤其在术后10年开始，发生率显著上升。（5）良性胃溃疡：胃溃疡本身并不是一个癌前期状态。而溃疡边缘的粘膜则容易发生肠上皮化生与恶变。（6）巨大胃粘膜皱襞症(Menetrir病)：血清蛋白经巨大胃粘膜皱襞漏失，临床上有低蛋白血症与浮肿，约10%可癌变。

2. 胃的癌前期病变（1）异形增生与间变：前者亦称不典型增生，是由慢性炎症引起的可逆的

病理细胞增生，少数情况不可发生癌变。胃间变（anaplasia）则癌变机会多。（2）肠化生：有小肠型与大肠型两种，小肠型（完全型）具有小肠粘膜的特征，分化较好。大肠型（不完全型）与大肠粘膜相似，又可分为2个亚型：Ⅱa型，能分泌非硫酸化粘蛋白；Ⅱb型能分泌硫酸化粘蛋白，此型与胃癌发生关系密切。

知识点：大肠癌

包括结肠癌及直肠癌，是世界常见恶性肿瘤之一。大肠癌是指结肠和直肠粘膜上皮来源的恶性肿瘤。【西医病因】①高脂肪和低纤维饮食与大肠癌的发生密切相关。服用过多的脂肪类食品，可致大肠癌发病率明显增加。这与脂肪类物质可能引起肠壁内胆盐和胆固醇代谢的质和量有关。高脂肪在人体消化代谢过程中，因氧化会产生致癌物质亚硝胺等，此类物质在消化道积蕴过多或时间过长，都是导致大肠癌发病的危险因素。②大肠癌与血吸虫病也显著相关。一般认为大肠粘膜上血吸虫卵长期沉积，可造成粘膜反复溃疡，及慢性炎症等病变，出现腺瘤样增生，在此基础上发生癌变。③大肠腺瘤与慢性溃疡性结肠炎（crohn病）与大肠癌关系密切。前者为癌前病变，如不治疗，40岁前后极易发生癌变，腺瘤发展成癌约需3～5年，后者往往在发病10年后开始，每10年约有10%～20%发生癌变，出血性溃疡性直肠、结肠炎的恶变危险更大，患病超过10年者，约50%发展为癌。④盆腔接受放疗后，结、直肠癌发病率增力04倍，大多发生在放疗后10～20年。癌灶位于原放射野内。【实验室诊断】1. 常规辅助检查如血常规、大便潜血、生化及免疫学检查均无特异性。2. 纤维内窥镜检查可在直视下判明病变部位、大小、范围、数量，并可擦拭病变部位作细胞学或活体组织检查。以获确诊。3. 直肠指诊是诊断直肠癌最常用方法，可以摸到肿物大小，浸润肠壁情况 and 有无脓血。4. 肿瘤标志物检测①血清CEA：对大肠癌治疗、预后、复发的疗效观察有一定价值。②单抗CA—50放射免疫测定：对大肠癌诊断有较高临床敏感性。

知识点：食管癌

基本概述：食管癌是我国常见的恶性肿瘤之一，我国是食管癌的高发国家，又是食管癌死亡率最高的国家。【中医诊断】 辩证分型及四诊要点（1）肝郁气滞：咽部不适，或进食时胸骨有灼痛或异物感，胃脘胀满，胸胁串痛，情志不遂时症状加重，舌质暗，苔薄白，脉弦细。治宜疏肝理气，解毒抗癌。（2）瘀毒内阻：吞咽困难，胸痛，痛有定处，固定不移，以胸背部及剑突部吞咽时疼痛加重，舌质暗，或有瘀点瘀斑，脉弦细或弦紧，治宜活血化瘀，理气止痛。（3）脾虚痰湿：吞咽困难，痰涎壅盛，进食梗噎时呕吐大量粘液，胸口发堵，肋肋胀满，颜面虚肿，萎黄无华，舌质暗红，舌体胖有齿痕，苔白腻，脉滑细或沉无力。治宜健脾利湿，降逆化痰。（4）阴虚内热：口干舌燥，咽下困难，近于梗阻，呕恶逆气，形体消瘦，烦热唇燥，大便干结，五心烦热，夜寐不安，舌红绛瘦小，少苔，脉细数。治宜滋阴清热，解毒除烦。（5）气血双亏：吞咽梗噎，日渐消瘦，面色苍白，神疲乏力，气短懒言，心悸失眠，下肢肿胀，腹胀腹泻。舌质淡红，或干瘦少苔，脉沉而弱，重按无力。治宜健脾益气，养血补血。食管癌的辨证要点在于分清气、血、痰、毒和虚实。病在气者，以气滞、气郁为主，痛以胀痛为特征，时作时止，情志不遂时加重，疼痛走串不定，伴气逆呕恶。病在血者，其疼痛为刺痛拒按，痛有定处，舌有瘀斑。以痰聚结者，表现脾胃虚弱，运化失司，痰浊内生，症见胸胁满闷，口吐粘痰，痰核累累，面黄虚肿。邪毒为患，客于食道，生湿生痰，痰气互结，阻塞食道，日久化火，灼伤津液，则口干舌燥，大便秘结，小便短赤。病久体虚，则神疲乏力，脉细弱无力。邪气实者，多见病在发展，胸胁胀满，梗噎不通，脉弦有力。【体征】（一）临床表现1. 症状早期食管癌的主要症状为胸骨后不适、烧灼感或疼痛，食物通过时局部有异物感或摩擦感，或吞咽时有梗阻感。下段食管癌还可引起剑突下或上腹不适，呃逆、嗝气。中晚期食管癌常表现为进行性吞咽困难或梗阻，胸骨后或背部肩胛间区持续性钝痛，或伴消化道出血、声音嘶哑、体重减轻、厌食，甚至出现恶液质、衰竭等。2. 体征食管癌早期无明显阳性体征，晚期可出现锁骨上淋巴结肿大、贫血、恶液质等。【西医治疗】

手术治疗：早期食管癌应尽早手术切除。中下段食管癌未外侵且无淋巴结转移者外科治疗的效果良好。上胸段和颈段食管癌的传统疗法是放射治疗。近 20 年来发展了一期切除并应用胃重建食管的手术技术，该段食管癌的治疗已渐趋首选外科治疗。食管癌切除手术的死亡率 25 年来逐步下降，70 年代已降至 3%—5%。术后主要死亡原因是心肺衰竭和吻合口瘘等。近年来采用食管吻合器，吻合口瘘和吻合口狭窄等并发症有所减少。食管癌外科治疗的远期效果主要取决于癌的病程和范围。一般术后五年生存率多年来一直停留在 25% 左右。近年来在高发区开展食管癌普查，早期食管癌病例的生存率明显提高。放射治疗食管癌极大多数是鳞状上皮细胞癌，对放射疗法：中度敏感，且由于食管癌放射治疗安全性相对较手术高，上胸段和颈段食管癌最适于放疗，中段和中段偏下食管癌则以手术或手术与放疗综合治疗最佳。放疗技术以应用高能射线三野交叉照射疗效较佳。放射剂量为 6000—6500cGy。如采用综合治疗，术前放射剂量为 4000—4500cGy，放疗结束后 4—6 周内手术，可提高手术切除率，减少术中肿瘤播散，提高生存率。由于治疗周期较长，有时也可采用术前快速治疗，即在短期内给予 2000cGy，放疗结束后 1 周手术。化学药物治疗化疗药物对食管癌仅有姑息疗效，可用环磷酰胺、博来霉素、放线菌素 D、顺铂、中氨蝶呤、氟尿嘧啶等药物。此外，加强支持疗法，提高机体的免疫力，对改善患者预后也很重要。【中医治疗】近年来，中医药在防治食管癌方面的重要作用越来越受到重视，其作用范围较广，无论是配合手术，放疗化疗的同时，还是晚期食管癌不宜放化疗者，均可采用中医药治疗。1. 辨证施治为辨证与辨病相结合，特拟两个抗癌基本方，可与辨证分型之方药同时服用。I 号方：白术、莪术、威灵仙、??虫、丹参，每日或隔日服一剂。II 号方：人工牛黄、蜂房、山慈菇、水红花子，每日或隔日服一剂。

(1) 肝郁气滞型：两胁作痛，头痛目眩，噎气呃逆或咽喉发紧，胸闷口苦，食欲不振，舌苔薄黄，舌质淡红，脉弦细。治宜舒肝理气，祛邪解毒。常用逍遥散加减。(2) 脾虚痰湿型：痰涎壅盛，脘腹胀满，食少便溏，时有恶心呕吐，噎气不除，消瘦无力，苔白腻或灰腻，脉弦细而滑。治以健脾利湿，祛痰解毒，予二陈汤及旋复代赭汤加减。(3) 瘀毒型：胸背刺痛，发噎，烦热，口渴，面色发黑，口唇发紫，舌质暗紫有瘀斑，苔黄或粗糙无泽，脉弦细而滑。予活血化瘀、祛邪解毒。可用桃仁、红花、归尾、赤芍、苏木、郁金、丹参、紫草、金银花、夏枯草等。(4) 热毒伤阴型：潮热盗汗，口干咽痛，舌红或绛，苔少或无，脉弦细数。应予滋阴清热、祛邪解毒之品：生地、玄参、麦冬、石斛、天花粉、夏枯草、白花蛇舌草等。(5) 气血双亏型：此型多属晚期。有噎塞梗阻，消瘦无力，面色萎黄，便溏，舌质淡，苔薄白，脉沉细无力，拟补气养血之法，常用潞党参、焦白术、茯苓、广木香、炒陈皮、当归、川芎、熟地、白芍、鸡血藤、黄精等。

2. 食管癌常见症候的中医治疗及偏方验方 (1) 噎：可用生半夏 6g、生南星 6g、莪术 6g、沉香 3g，水煎服，每日一剂；或用白术 15g、莪术 15g、威灵仙 15g、??虫 9g、丹参 9g，水煎服，每日一剂；或黄药子 300g、丹参 30g、人参 90g、当归 60g、五味子 30g、土大黄 150g，以上诸药共捣碎后，浸于 60% 白酒 2000ml 内约 2 周，每日服 15ml，频服。(2) 吐：用代赭石 30g、生半夏 9g、苍术 15g，水煎服，每日一剂。(3) 痛：五灵脂 90g、没药 60g、蒲公英 60g、沉香 30g、白芷 15g、细辛 9g、当归 15g、川楝子 30g、白芍 30g、元胡 30g 共研极细末，每日 3 次，每次 0.3~0.5g；或罂粟壳 3g、白屈菜 30g，水煎服，每日一剂分两次服。(4) 梗：硃砂 6g、硼砂 60g、丁香 9g、冰片 1.5g，共为细末，每次 0.9g 含化，一日 4 次；或壁虎 10 条，天葵子 30g，浸于白酒 250ml 一周，每日服 4 次，每次 2ml (5) 衰：可用扶正汤：黄芪 30g、当归 9g、女贞子 30g、补骨脂 9g、鸡血藤 30g、竹茹 9g，水煎，每日 1 剂，分两次服；或人参 250g、麦冬 750g、五味子 250g，制成注射液，每安瓶 2ml，每次 1 安瓶，每日肌注 2 次。

3. 食管癌常用的抗癌中草药冬凌草、威灵仙、黄药子、急性子、马钱子、白术、莪术、生

南星、生半夏、丝瓜络、瓜蒌、藤梨根、韭菜子、瞿麦、干蟾皮、半枝莲、白花蛇舌草。

知识点：昏迷

【概述】即意识完全丧失，是最严重的意识障碍，是高级神经活动的高度抑制状态。颅内病变和代谢性脑病是常见两大类病因。【诊断】一、病史提问 1、重点了解昏迷起病的缓急及发病过程。急性起病者常见于外伤、感染、中毒、脑血管病及休克等。2、了解昏迷是否为首发症状，若是病程中出现，则应了解昏迷前有何病症。如糖尿病人可出现高渗昏迷和低血糖昏迷，肝硬化病人可出现肝昏迷，甲亢病人可出现甲亢危象等。3、有无外伤史。4、有无农药、煤气、安眠镇静药、有毒植物等中毒。5、有无可引起昏迷的内科病，如糖尿病、肾病、肝病、严重心肺疾病等。6、对短暂昏迷病人，应注意癫痫或晕厥等疾病。【治疗措施】1、昏迷病人应尽快住院查明原因，对因治疗。2、暂时不能入院者，可在门诊先行对症治疗。①保持呼吸道通畅，吸氧，呼吸兴奋剂应用，必要时气管切开或插管行人工辅助通气（呼吸）。②维持有效血循环，给予强心、升压药物，纠正休克。③颅压高者给予降颅压药物如 20%甘露醇、速尿、甘油等，必要时进行侧脑室穿刺引流等。④预防或抗感染治疗。⑤控制高血压及过高体温。⑥止抽搐用安定、鲁米那等。⑦纠正水、电解质紊乱，补充营养。⑧给予脑代谢促进剂，如 ATP、辅酶 A、胞二磷胆碱、脑活素等。⑨给予促醒药物，如醒脑静、安宫牛黄丸等。⑩注意口腔、呼吸道、泌尿道及皮肤护理。

知识点：猝死

猝死是指突然意外发生的死亡。从症状出现到死亡历时多少作为猝死，各家尚无统一意见，有定为 1h，有定为 6h（世界卫生组织），也有定为 24h（美国心肺血液疾病研究所）。由于心血管疾病而猝死的称为心脏性猝死。【西医病因】（1）心血管疾病：冠心病（包括急性心肌梗死和梗死）、肺栓塞（大块）、原发性肺动脉高压、心肌病（尤其是原发性）、心肌炎、风湿性心脏病、主动脉瓣狭窄、左房室瓣脱垂综合征、感染性心内膜炎、主动脉动脉瘤破裂和夹层分离、高度或完全性房室传导阻滞、病态窦房结综合征、Q-T 间期延长综合征、预激综合征、心脏肿瘤、人工瓣功能不全、先天性冠状动脉异常、颈动脉窦过敏或其他反射性迷走神经亢进。（2）呼吸系统疾病：肺炎、支气管哮喘。（3）中枢神经系统疾病：脑出血、蛛网膜下腔出血、脑炎和脑脊髓膜炎。（4）胃肠道疾病：胃肠道出血、胃溃疡穿孔性腹膜炎、急性胰腺炎。（5）其他：外伤、药物中毒或药物反应、暴发性感染（包括流行性脑膜炎菌血症）、羊水栓塞、脂肪栓塞、甲状腺功能减退、淀粉样变性、白血病、内分泌腺功能障碍。

知识点：慢性前列腺炎

慢性前列腺炎是男性生殖系统疾病中最常见的一种起病缓慢，临床症状复杂且无特异性，分全身和局部两大类的症候。【西医病因】慢性前列腺炎由于致病原因不一，临床上一般分为慢性细菌性前列腺炎和无菌性前列腺炎，二者症状表现虽基本相同，但病理改变不一。慢性细菌性前列腺炎前列腺组织中有细菌感染所致的大量炎性细胞浸润，而无菌性前列腺炎前列腺组织虽有炎症伴改变，但不存在病原体感染所致的大量炎性细胞浸润现象。【西医诊断标准】慢性前列腺炎诊断标准：1. 可有尿次稍多，排尿时尿道内有烧灼感及尿意不尽感。2. 可有骶部、会阴、下腹、腹股沟区、尿道、睾丸不适、胀痛。可并发虹膜炎、关节炎、神经炎。3. 可有性功能紊乱如性欲下降、早泄、遗精。4. 前列腺指诊可正常，也可表面不平，质地不均匀，可有局部压痛。5. 前列腺液镜检，每高倍视野白细胞超过 10 个以上，卵磷脂减少或消失。6. 尿液和前列腺液分段定位培养和菌落计数（Meares-stamey 检查法）对确诊有决定意义。若 VB1 及 VB2 阴性，或 <3000 个菌数/ml，而 EPS 或 VB，超过 5000 个菌数/ml，即 VB3 超过 VB12 倍时，就可诊断为细菌性前列腺炎；VB1 等 4 个标本均无菌，而病史、症状、前列腺指诊及前列腺按摩液符合前列腺炎诊断时，可诊断为无菌性前列腺炎。【西医治疗】治疗宜采用中西医结合的综合措施。一般疗法应做到生活起居有常，适当锻炼身体，包括气功、太极拳，以增强体质。消除思想顾虑，防止过劳或久坐湿地，避免饮酒与咖啡，节制房事。

物理疗法有药物离子透入疗法和磁疗等。局部治疗可每周一次前列腺按摩，6—7 次为一个疗程。经尿道药物滴注或尿道放置特制的硅胶双囊导尿管（相当于后尿道前列腺导管开口处有小孔）灌注抗菌药物，有一定疗效。由于慢性炎症前列腺包膜增厚，甚至感染灶内有小结石，多数抗生素难以弥散到腺体内，另外，前列腺炎也并非都是细菌性感染，故抗生素治疗的效果不理想，常用抗生素为红霉素、林可霉素、氟哌酸、氟嗪酸、环丙沙星和氧氟沙星等。

知识点：前列腺增生症

前列腺增生症（BPH）是增生的前列腺压迫前列腺尿道或影响膀胱尿道口梗阻，出现尿频、排尿困难，甚则尿液无法排出的病症，是老年男性的常见疾病。【西医病因】前列腺增生的病因虽未阐明，但已由过去的体型、种族、社会因素，代谢营养因素，新生物学说，动脉硬化学说，炎症学说，内分泌学说等，转移到内分泌学说上来。目前主要有雄激素致病学说、雌激素致病学说、BPH 生长因子学说。前列腺增生的发病率随年龄的增加而增加，功能性睾丸存在为必要条件，青春期行睾丸切除者不发生前列腺增生。吴阶平等报告曾检查 26 例清宫太监，青少年时切除睾丸，60 岁以后无一例发生前列腺增生，前列腺均已高度萎缩。BPH 患者去势后，有的有效，有的无效。1895 年 Whire 报告 200 例 BPH 者双睾切除后，87% 前列腺迅速缩小。1 年以后 Calot 报告长时间随访 61 例患者，83.6% 有很大改善，而 9.8% 无效。实验研究亦证实，去势家犬给予双氢睾酮或雌激素，均可诱发前列腺增生。Moore 等发现犬去势并经雌二醇诱发 BPH 后，其雄激素（主要是双氢睾酮）受体（AR）较正常增加 2 倍。可见，前列腺增生的发生与性激素有密切的关系。【西医鉴别诊断】BPH 的主要临床症状是下尿路梗阻，因此须与尿道狭窄、神经病性膀胱尿道功能障碍、膀胱颈纤维挛缩、前列腺炎、前列腺结核、前列腺癌、前列腺肉瘤、膀胱肿瘤及膀胱结石相鉴别。（一）尿道狭窄：症状虽表现为排尿不畅、尿流变细、排尿无力，甚至出现急性或慢性尿潴留，但常有骨盆、会阴部、尿道外伤及尿道器械操作等损伤史，或淋病等尿道感染史，以及包茎继发包皮龟头炎所致，经尿道探查或尿路造影等检查不难鉴别。（二）神经病性膀胱尿道功能障碍：是因神经疾病所致的膀胱尿道功能失调，下尿路梗阻是其最常见最严重的并发症。常有脊髓或周围神经外伤史，肿瘤、糖尿病、血管疾病、脊椎疾病、神经管闭合不全、脊髓病变及多发性硬化症等病史，以及药物损伤史如长期应用降压、抗胆碱、抗组织胺药。神经系统检查及脑电图、肌电图等电生理检查对鉴别诊断很有帮助，尿动力学检查则使诊断更加明确。（三）膀胱颈纤维性挛缩：是除前列腺增生外导致老年男性膀胱颈梗阻的较常见疾病，继发于炎症病变。此病发病较早，多在 55 岁以前，肛指检查前列腺多不大或有轻度增大。膀胱镜检查是最可靠的鉴别诊断方法。（四）急性前列腺炎：引起尿潴留起病急，多发于青壮年，有高热恶寒、会阴部坠胀疼痛等全身、局部症状，血象检查白细胞明显升高。肛指检查前列腺肿大、灼热、触痛剧烈，或有波动感。（五）前列腺结核：前列腺因结核感染而肿大，可压迫前列腺尿道引起排尿困难及尿潴留。但有血精、精液减少、射精疼痛等症状表现，甚则阴囊或会阴部结核窦道形成。肛指检查前列腺呈结节状，表现不规则，质地偏硬，轻度压痛。精液及前列腺液的结核杆菌检查能明确鉴别。（六）前列腺癌：前列腺癌起始无症状，出现梗阻症状已非早期，梗阻症状表现逐渐加重，不似 BPH 于病程中常有暂时缓解。肛指检查前列腺质地坚硬，可扪及不规则结节。酸性磷酸酶明显增高及有全身恶病性症状有助于鉴别。前列腺活检能明确诊断。（七）前列腺肉瘤：主要症状表现是排尿困难、急性尿潴留等膀胱颈部梗阻症状，呈进行性加重。好发于小儿，特别是 10 岁以下儿童，亦见于青年。肉瘤生长迅速，可很快充满前列腺内并突入膀胱。肛指检查前列腺高度增大，软如囊性，有时可软硬。（八）膀胱肿瘤：虽能引起排尿困难或尿潴留，但 3 / 4 以上病人以血尿为第一症状，且多为无痛性血尿，少数为镜下血尿。膀胱镜检查、CT 检查能明确鉴别本病与 BPH 所致下尿路梗阻。（九）膀胱结石：膀胱结石致排尿困难，通过腹部 X 线平片多能明确诊断。但排尿困难并非都由膀胱结石引起，所以即使确诊膀胱结石，仍要仔细检查，排除其它梗阻原因。【中

【中西医结合治疗】中西医结合治疗 BPH，临床上主要是中医辨证或辨病论治，配合性激素如乙炔雌酚，或抗生素，或留置导尿管进行治疗；西医手术后，中医对症辨证处理。

知识点：接触性皮炎

接触性皮炎(contact dermatitis)系指皮肤粘膜接触外在物质后发生的炎性反应。表现为接触部位发生的边缘鲜明的水肿性红斑、丘疹、水疱、大疱，甚至坏死。【西医鉴别诊断】1. 急性湿疹：湿疹损害为多形性、对称性、无明显边界，常反覆发作。易慢性化。2. 丹毒：无接触史，皮疹颜色鲜红，境界边缘明显，局部的接触痛明显，伴有畏寒发热，头痛，恶心等全身症状。白细胞常增高。【西医治疗】去除原因或适当处理后，1~2 周即可痊愈。但由于搔抓、处理不当或刺激物未能及时除去，则可使病程迁延为慢性。治疗首先去除病因。局部对症处理。由于患者在过敏状态下易于对多种物质发生过敏，因此选用药物的组分应尽量简单，避免引起再度过敏。全身治疗可用抗组胺药物，泛发严重时才考虑用皮质激素治疗。一、全身治疗 1. 追查病因，清除刺激因子，并告知患者避免再接触，以免今后再患本病。2. 将接触物除去，可用清水或肥皂水冲洗，如由碱性物质所引起的皮炎，可用弱酸；如由酸性物引起的，用 1%~2%碳酸氢钠溶液冲洗中和。3. 视症状轻重酌给抗组胺药物扑尔敏 8mg，2 次/日；赛庚啶 4mg，2 次/日及维生素 C 0.2g，3 次/日，口服；或选用 10%葡萄糖酸钙 10~20ml，10%硫代硫酸钠 10ml 等静脉注射，加等量葡萄糖溶液中稀释后缓慢静注，2 日 1 次。严重者可选用皮质类固醇激素内服或注射。二、局部治疗 1. 急性期只有红肿、水疱而无渗液时，用炉甘石洗剂或单纯粉剂，渗出多时可用 3%硼酸溶液，1: 8000 高锰酸钾溶液或 1: 20 醋酸铝溶液，作冷湿敷。若有大疱时，将疱液抽出，再按上法处理。2. 亚急性期一般使用 40%氧化锌油，氧化锌糊膏。严重时无渗出者，可用皮质类固醇激素乳剂、尿素软膏、地塞米松膏等外涂患处 1 日 2 次。3. 慢性期可选用焦油类软膏。4. 有感染时可选和抗生素药物加入上述药物中。【中医治疗】本病的治疗，应以清热解毒为法。轻者可口服龙胆泻肝丸，每次 6g，每日 2~3 次。或清解片，每次 5 片，每日 2 次。重者应口服煎剂。治则：清热凉血解毒。方药：龙胆泻肝汤加减。龙胆草 12g，黄芩 15g，山栀子 10g，银花 30g，白茅根 30g，蒲公英 30g，车前子 15g，生苡米 30g，生甘草 10g。发热者加生石膏；发于上者加菊花、桑叶、蝉衣；便秘者加生大黄；水疱渗出甚者加萆薢、茵陈、泽泻。

知识点：带状疱疹

带状疱疹 (herpeszoster) 是一种由水痘-带状疱疹病毒引起的神经和皮肤同时受累的皮肤病。它是一种在皮肤上出现成簇水疱、痛如火燎的急性疱疹性皮肤病。临床表现沿身体一侧周围神经作带状分布的成群水疱，伴神经痛和局部淋巴结肿大，愈后极少复发。【病理】水疱处棘层细胞有气球状变性，水疱的基底部可见有气球状细胞。在气球状细胞的圆形、膨大的核中央，常可见有嗜酸性核内包涵小体 (Lipschutz 小体)；另外有网状变性主要发生于水疱的上部和周围。真皮上部可有不同程度的炎症细胞浸润，毛细血管扩张和水肿。【西医鉴别诊断】1. 单纯疱疹：损害好发于口角、唇缘、鼻孔附近等皮肤粘膜交界处，损害不沿神经分布，多为一群，疼痛轻微，愈后易复发。根据疱液接种家兔角膜不产生角膜炎以及病毒培养分离、免疫荧光检查、补体结合试验等，可与严重的单纯疱疹区别。2. 接触性皮炎：有接触致敏物质的病史。皮疹发生在接触致敏物质的部位，与神经分布无关，无神经痛。皮疹自觉发痒，灼热。3. 妊娠疱疹：病因不明，可能为内分泌障碍所致，最常见于妊娠的第 4~5 个月。1 次发病后，再次妊娠时易于再发。发病前常先有畏寒、发热、皮肤瘙痒，继则出现多形性皮损，而以环状排列之水疱为主。疱壁厚而紧张，基底红晕。水疱可以融合成大疱，偶有脓疱及血疱。好发部位为躯干及四肢近侧端，尤其是脐周，而粘膜通常不受累。病程缓慢，分娩后大都得到缓解。【中西医结合治疗】带状疱疹轻症可单用中药或西药或外用药物治疗。重症患者应采用中西医结合，综合治疗，以减少病人的痛苦，争取早日痊愈。一、治疗中应注意的问题 1. 本病疼痛为主要矛盾，治疗应以止痛为主。2. 患者应注意配合，心情

舒畅，勿食辛辣刺激之物，保证有足够有效的睡眠时间。3. 老年体弱者，应根据湿热的轻重调方选药，不可过用寒凉并及时加用行气化瘀、养血通络止痛之品，以防后遗症神经痛。二、中西医结合治疗重患者因内科重症引起的免疫功能障碍形成重症带状疱疹，应积极治疗内科疾病，综合支持疗法，配合中药内服，提高机体免疫机能。

知识点：淋病

【概述】淋病 (gonorrhoea) 是由淋病奈瑟菌 (简称淋球菌) 引起的泌尿生殖系统的化脓性感染，也可侵犯眼睛、咽部、直肠和盆腔等处以及血行播散性感染。是常见的性传播疾病之一。

【诊断】必须根据接触史，临床表现及实验室检查综合分析可确定诊断。(一) 接触史：患者有婚外性行为或嫖娼史，配偶有感染史，与淋病患者 (尤其家中淋病患者) 共物史，新生儿母亲有淋病史。(二) 临床表现：淋病的主要症状有尿频、尿急、尿痛、尿道口流脓或宫颈口、阴道口有脓性分泌物等。或有淋菌性结膜炎、肠炎、咽炎等表现，或有播散性淋病症状。(三) 实验室检查：男性急性淋病性尿道炎涂片检查有初步诊断意义，对女性仅做参考，应进行培养，以证实淋球菌感染。有条件的地方采用基因诊断方法确诊。【鉴别诊断】(一)

非淋菌性尿道炎：潜伏期较长，为 7-21 天，尿道分泌物较少或没有，为浆液性或粘液性分泌物，稀薄，症状轻微，无全身症状，其病原体主要为沙眼衣原体，解脲支原体。(二) 念珠菌性阴道炎：主要临床症状为外阴、阴道瘙痒。白带增多，白带呈白色水样或凝胶样。阴道粘膜充血、水肿、白膜粘附，白膜脱落处有轻度糜烂。白膜镜检可见到孢子和菌丝。(三) 滴虫性阴道炎：主要临床症状为阴道瘙痒，分泌物多呈泡沫状。阴道粘膜及宫颈充血明显，有出血点呈特征性草莓状外观。阴道粘膜常出血，分泌物带血性。分泌物中可查出滴虫。(四) 细菌性阴道炎：白带增多，呈灰色，均匀一致，pH 值增高，有鱼腥味。涂片可见乳酸杆菌减少，革兰氏阴性菌增多。【治疗措施】淋病是一种极容易传染和重复感染的性病。常常合并衣原体等感染。淋球菌容易出现耐药性。易出现合并症及后遗症。在治疗上应引起足够重视。自从 1935 年应用磺胺药治疗淋病，1944 年使用青霉素治疗淋病，均取得了较好的疗效。随着耐青霉素和耐四环素及其他耐药菌株的出现，给淋病治疗带来了困难。一、治疗原则：

(一) 早期诊断、早期治疗；(二) 及时、足量、规则的用药；(三) 针对不同的病情采用不同的治疗方法；(四) 对性伙伴追踪，同时治疗；(五) 治疗后随诊复查；(六) 注意同时有无衣原体，支原体感染及其他 STDs 感染。【预防】1. 宣传性传播疾病知识，提倡高尚的道德情操，严禁嫖娼卖淫。2. 使用安全套，可降低淋球菌感染发病率。3. 预防性使用抗生素可减少感染的危险。可在性交前后各服用氟哌酸或阿莫西林，可有效的预防性病的感染。4. 性伴同时治疗。5. 患者注意个人卫生与隔离，不与家人、小孩尤其女孩同床、同浴。6. 执行新生儿硝酸银溶液或其他抗生素液滴眼的制度，防止发生淋菌性眼炎。

知识点：梅毒

【概述】梅毒 (syphilis) 是由苍白螺旋体即梅毒螺旋体引起的一种慢性性传播疾病。可以侵犯皮肤、粘膜及其他多种组织器官，可有多种多样的临床表现，病程中有时呈无症状的潜伏状态。病原体可以通过胎盘传染给胎儿而发生胎传梅毒。【诊断】梅毒的诊断应十分认真仔细、因为它和许多其它疾病的表现有相似之处，表现多样，复杂且病程很长，有很长的时间处于潜伏状态，诊断时必须结合病史，体格检查及化验结果，进行综合分析判断，必要时还需进行追踪随访，家庭调查和试验治疗等辅助方法。一、病史：(一) 不洁性交史：

应尽量询问患者的嫖娼史或其他不洁性交史以确定传染源。如肛门有硬下疳，应询问是否有肛交史。问清楚不洁性交的时间，对于确定梅毒的潜伏期是十分必要的。(二) 现病史：有无阴部溃烂、皮肤红斑、丘疹、湿疣史，有否发生过硬下疳、二、三期梅毒史。梅毒血清学试验检测情况。(三) 婚姻史：有无涉外婚姻，结婚次数，配偶有无性病或可疑性病的临床表现等。(四) 分娩史：有无先兆流产、早产、流产和死产的病史，过去有无分娩胎传梅毒儿史。(五) 如有可疑先天性梅毒，应询问父母是否患过梅毒，及兄弟姐妹受染情况及本人

有无早期和晚期梅毒的症状和体征。(六)如怀疑潜伏梅毒,询问传染史以及有无存在致使血清试验生物学假阳性的疾病。(七)治疗史:是否做过驱梅治疗,用药剂量及疗程,是否正规,有无药物过敏史等。【治疗措施】梅毒的诊断应十分认真仔细、因为它和许多其它疾病的表现有相似之处,表现多样,复杂且病程很长,有很长的时间处于潜伏状态,诊断时必须结合病史,体格检查及化验结果,进行综合分析判断,必要时还需进行追踪随访,家庭调查和试验治疗等辅助方法。一、病史:(一)不洁性交史:应尽量询问患者的嫖娼史或其他不洁性交史以确定传染源。如肛门有硬下疳,应询问是否有肛交史。问清楚不洁性交的时间,对于确定梅毒的潜伏期是十分必要的。(二)现病史:有无阴部溃烂、皮肤红斑、丘疹、湿疣史,有否发生过硬下疳、二、三期梅毒史。梅毒血清学试验检测情况。(三)婚姻史:有无涉外婚姻,结婚次数,配偶有无性病或可疑性病的临床表现等。(四)分娩史:有无先兆流产、早产、流产和死产的病史,过去有无分娩胎传梅毒儿史。(五)如有可疑先天性梅毒,应询问父母是否患过梅毒,及兄弟姐妹受染情况及本人有无早期和晚期梅毒的症状和体征。(六)如怀疑潜伏梅毒,询问传染史以及有无存在致使血清试验生物学假阳性的疾病。(七)治疗史:是否做过驱梅治疗,用药剂量及疗程,是否正规,有无药物过敏史等。

知识点:肠梗阻

肠梗阻是肠内容物不能正常运行或通过障碍的统称,是外科的常见病症。【西医诊断标准】肠梗阻诊断标准:1.多数发病急,呈阵发性腹绞痛、腹胀、恶心呕吐、停止排便和肛门排气。2.体征:①单纯机械性肠梗阻时,腹部膨隆,可见肠型及肠蠕动波;常有局限性压痛,一般无反跳痛及肌紧张;肠鸣音阵发性亢进或有气过水声;②麻痹性肠梗阻多见于腹部手术、炎症或外伤后,常有满腹膨胀、肠鸣音减弱或消失;③一旦发生狭窄性肠梗阻时,腹绞痛厉害,并出现腹部压痛及腹膜刺激征,可能有移动性浊音,肠鸣音减弱或消失,严重时出现脉速弱,血压下降,体温升高,白细胞计数增多,有中毒性休克症状。3.白细胞计数增多,严重时伴发热、脱水,电解质及酸碱失衡。4.X线检查见腹胀气及多个气液平面。【西医诊断依据】凡具有腹痛、腹胀和呕吐者,要考虑肠梗阻的可能。还要查明肠梗阻的原因。要结合病人年龄、病史、体征及X线检查进行全面分析。新生儿肠梗阻多为先天性畸形所致;2岁以下幼儿以肠套叠为多见;蛔虫病常发地区的儿童要考虑到蛔虫引起的肠堵塞(见“肠堵塞”条);有腹腔炎症或手术史者应考虑到粘连性肠梗阻的可能;腹外疝患者出现肠梗阻时应想到嵌顿或绞窄疝的可能

知识点:崩漏

崩漏是指妇女非正常行经而阴道下血如崩或淋漓不尽的症状。势急而出血量多者为崩;势缓而出血量少、淋漓不断者为漏。以月经周期紊乱,子宫出血如崩似漏为主要表现的月经类疾病。漏以月经周期紊乱,子宫出血量少而势缓,淋漓不尽力主要表现的月经类疾病。【中医诊断】临床对以崩漏为主症的病种尚未确定时,可以崩漏待查作为初步诊断,并进行辨证论治。辨病思路:1.崩漏病特指月经周期紊乱,阴道出血如崩似漏的疾病,包括崩中和漏下。多见于青春期、更年期妇女,检查未发现肿瘤等病变。2.崩漏以外的其他疾病出现阴道非正常性出血者,常有:(1)阴道出血量多,小腹部扪及肿块者,多为石瘕。(2)确诊妊娠,阴道出血,可见于胎漏或异位妊娠。(3)产后阴道出血,量多者分为新产出血、血崩、晚期产后出血;量少淋漓不尽者,为产后恶露不绝。(4)崩漏,伴全身皮下出血、身热者,应考虑疫斑病、紫癜病、蓄血病等。(5)周期性于两次月经中间(即氤氲期)出现少量阴道出血,且白带增多者,为经间期出血。(6)因损伤所致阴道出血,有损伤原因可查,称女阴损伤。(7)伴全身多处出血而出血难止,不发热者,可能为血溢病。(8)中老年妇女阴道时有出血,带下臭秽或夹血丝者,应疑及胞宫癌等之可能。3.常规妇科。产科检查,应作为必备诊断。4.血常规、血液生化检查,必要时可作骨髓液、细胞培养等检查。5.腹部X线摄片、B超、CT扫描等,能帮助确定病位和明确诊断。【中医治疗】辨证论治:1.胞

宫血热证：经来无期，阴道突然大量流血，或淋漓日久，血色深红或紫红粘稠，口干喜饮，头晕面赤，烦躁不寐，便秘尿黄，舌质红绛，苔黄，脉滑数或弦数。清热凉血止血。清热固经汤加减。

2. 瘀阻胞宫证：出血淋漓不断，或突然下血量多，色紫暗或挟有瘀块，少腹疼痛、拒按，瘀块排出后则疼痛减轻，舌质黯红或有斑点，脉涩。化瘀止血。逐瘀止崩汤加减。

3. 肝郁气滞证：经期紊乱，阴道下血如崩，或淋漓不尽，精神抑郁，性急易怒，经前胸胁、乳房、少腹胀痛，苔薄黄，脉弦。疏肝理气，逍遥散加生地、枸杞子、山茱萸、益母草。

4. 脾不统血证：暴崩下血，或淋漓不净，色淡质稀，面色?白或虚浮，神疲乏力，气短懒言，小腹空坠，食少便溏，舌淡胖嫩或有齿印，脉细弱或扎。补脾摄血。固本止崩汤去当归，加升麻、山药、三七。

5. 肝肾阴虚证：出血量少或淋漓不断，色鲜红，腰膝酸软，头晕耳鸣，五心烦热，失眠，或有盗汗，舌质红，苔少而黄干或无苔，脉细数。滋补肝肾。左归丸去牛膝，加丹皮、女贞子、续断、益母草。

6. 脾肾阳虚证：出血量少或淋漓不断，色淡质稀，精神萎靡，头晕目眩，畏寒肢冷，面色白或晦黯，腰膝酸软，或有浮肿，尿频而长，大便溏薄，舌淡胖。苔薄白，脉沉细无力。温补脾肾。右归丸去肉桂，当归，加巴戟天、仙茅、仙灵脾、益母草。

7. 心脾气血两虚证：下血如崩似漏，精神倦怠，气短懒言，四肢无力，心悸失眠，不思饮食，面色淡白，舌淡嫩，脉细缓。补益心脾气血。归脾汤加枸杞、山药、山茱萸。

(一)辨证论治：1. 胞宫血热证：阴道突然大量下血，或淋漓日久，血色深红或红，质粘稠，口干喜饮，头晕面赤，烦躁易怒，便秘尿黄，舌质红，舌苔黄，脉弦数。清热凉血止血。清热固经汤加炒蒲黄、血余炭、益母草等。

2. 瘀阻胞宫证：经血淋漓不尽，或突然下血量多，色暗或黑，夹有血块，小腹疼痛拒按，血块下后痛减，舌质紫暗或有斑点，脉沉涩或弦紧。活血化瘀。逐瘀止崩汤加炒蒲黄、茜草炭等。

3. 胞宫湿热证：经血淋漓，或骤然量多如崩，血色深红或紫暗，质粘稠，带下量多气腥臭，小腹胀痛，或有发热，渴不欲饮，身体困重，舌红苔黄腻，脉滑数。清热化湿止血。三妙红藤汤加减。

4. 气不摄血证：暴崩下血，或淋漓不尽，色淡质稀，面白虚浮，神疲乏力，气短懒言，食少便溏，小腹空坠，舌质淡，脉虚大或细弱。补气摄血。固本止崩汤加淮山、升麻、茜草炭等。

5. 肾阴虚证：出血量多，或淋漓不尽，血色鲜红，头晕耳鸣，五心烦热，腰膝酸软，失眠盗汗，少苔或无苔，脉细数。滋补肾阴。左归丸去牛膝，加女贞子、旱莲草等。

6. 肾阳虚证：出血量多，或淋漓不尽，血色淡红，形寒肢冷，腰膝冷痛，面色晄白，小便清长，大便溏薄，舌淡胖或有齿痕，舌苔薄白，脉沉细或微弱，尺部尤甚。温补肾阳。右归丸去附子、肉桂，加黄芪、巴戟天、仙灵脾等。

知识点：产后身痛

以产褥期间出现肢体或关节疼痛、麻木为主要表现的产后疾病。【体征】1、多突然发病，并常见于冬春严寒季节。2、产褥期间，出现肢体关节酸楚、疼痛、麻木、重着，严重者患处肿胀，关节屈伸困难。【中医治疗】(一)辨证论治：1. 气血两虚证：产后遍身疼痛，肢体酸楚、麻木，面色萎黄，肌肤不泽，头晕心悸，气短懒言，舌淡苔少，脉弱。益气养血止痛。黄芪桂枝五物汤加当归、鸡血藤。

2. 风寒束表证：产后遍身疼痛，屈伸不利，或痛处游走不定，或肢体关节肿胀、麻木，初起可有恶寒发热，舌淡红苔薄白，脉浮紧。疏风散寒解表。独活寄生汤加减。

3. 瘀滞筋骨证：产后遍身疼痛，按之痛甚，或痛处经脉青紫，恶露量少色暗，少腹疼痛拒按，舌紫暗，脉弦涩。活血舒筋。身痛逐瘀汤加减。

(二)热敷疗法：透骨草30g，虎杖、威灵仙、千年健、豨莶草各15g，桑寄生12g，煎沸，用毛巾浸透药汁敷疼痛处，20~30分钟/次，2次/日。

(三)单方验方：(1)豨莶草60g，老鹳草30g，水煎服。(2)骨碎补60g，狗肉适量，炖服。

知识点：鹅口疮

以口腔、舌上出现片状白屑，状如鹅口为主要表现的口腔疾病。【中医诊断标准】鹅口疮(雪口)诊断标准:1. 多见于新生儿、营养不良、腹泻、长期使用广谱抗生素或激素的患儿。2.

口腔粘膜表面覆盖白色乳凝块样小点或小片，不易拭去，强行剥脱后局部粘膜潮红粗糙。颊粘膜上多见，齿龈、舌面、上腭都可受累，重者可延及悬雍垂、扁桃体。3. 口腔白膜镜检可见真菌菌丝和孢子。【实验室诊断】取白屑少许置玻片上，加10%氢氧化钠一滴，镜检可见真菌的菌丝和孢子。【中医治疗】辨证论治：1. 心脾积热证：口舌满布白屑，周围红赤，口干喜饮，烦躁不宁，大便干，小便黄，舌质红，苔黄厚腻，脉数，指纹紫红。清心泻脾。清热泻脾散。2. 阴虚火炎证：口舌散布白屑，周围淡红，形体消瘦，面白颧红，口干不渴，舌质嫩红，脉细数。滋阴降火。六味地黄丸加减。

知识点：猩红热

【概述】猩红热（scarlet fever）为急性呼吸道传染病，以发热、咽炎及皮疹为特征。【诊断】典型病例诊断较简单，患儿外周血白细胞及中性粒细胞增高。确诊需咽拭培养A组β溶血性链球菌阳性。无足够抗体。由于毒素不止一种，其诊断意义有限。【治疗措施】青霉素是治疗猩红热和一切链球菌感染的首选抗生素，一般注射青霉素G，疗程7~10天，停药后做咽培养。对青霉素过敏者可用红霉素口服，或头孢菌素类药物，疗程不得少于7天。重者可静脉给药或两种抗生素联合应用。急性期患儿应卧床休息，较大儿童用温淡盐水含漱；饮食以流质、半流质为宜；皮肤保持清洁，可予炉甘石洗剂以减少瘙痒。【鉴别诊断】许多病原感染可引起咽炎，也有很多病出现皮疹或猩红热样皮疹，临床都应注意鉴别。如病毒性咽炎、传染性单核细胞增多症、白喉；出疹性疾病麻疹、风疹、药疹、夏季痱子；以及金黄色葡萄球菌感染、川崎病等。【预防】目前此病没有自动免疫制剂，预防着重于控制感染的散播。隔离患儿，至咽培养连续两次阴性后解除隔离。对体弱及免疫功能低下的密切接触者，应服复方新诺明或注射青霉素预防。带菌者应接受10天青霉素治疗。

知识点：头痛

【头痛的辨证要点】根据疼痛部位进行经络辨证：枕部痛或下连于项者为太阳头痛；额痛或兼眉棱、鼻根部痛者为阳明头痛；两侧头部疼痛者为少阳头痛；巅顶痛或连于目系者为厥阴头痛。【头痛的治法】调和气血，通络止痛。根据头痛部位循经取穴和取阿是穴为主。头痛的处方 主穴 百会 太阳 风池 阿是穴 合谷（百太阳穴池谷）配穴 太阳头痛配天柱、后溪、昆仑；阳明头痛配印堂、内庭；少阳头痛配率谷、外关、足临泣；厥阴头痛配四神聪、太冲、内关。风寒头痛配风门、列缺；风热头痛配曲池、大椎；风湿头痛配头维、阴陵泉；肝阳上亢头痛配太溪、太冲；痰浊头痛配中脘、丰隆；瘀血头痛配血海、膈俞；血虚头痛配脾俞、足三里。

知识点：落枕

本病是以睡后一侧颈项疼痛、酸胀、活动不利为主要表现的肢体痹病类疾病。【中医诊断】一、诊断：1. 常于睡后起床发现病痛，多见于青壮年，男多于女，春冬两季发病较多。2. 患者头部倾向于患侧，旋头时常与上身同时转动，以腰部活动代偿颈部活动，颈部一侧或双侧疼痛、酸胀，转动时疼痛加剧，其痛可向背部和肩部放射。二、辨证：因感受风寒而发病者，可有颈项强痛，恶风，微发热，头痛等表证，此乃风寒外束营卫痹阻之象。若疼痛剧烈，按之如条索，颈项痛如针刺者，乃夹瘀之征。【中医治疗】一、辨证选方：1. 风寒袭络证：治法：祛风通络、散寒止痛。方药：荆防败毒散加减或羌活胜湿汤、羌活灵仙汤、葛根汤加减。2. 瘀血阻络证：治法：活血止痛。方药：和营止痛汤加减。二、外治：局部可贴伤湿止痛膏，风湿跌打膏等。

知识点：晕厥

【概述】返回系由脑缺血、缺氧引起的一种突然发作历时短暂的意识丧失。常分为心源性、脑源性和反射血管性三类。【诊断】一、病史提问晕厥常突然意识丧失、摔倒、面色苍白、四肢发凉、无抽搐及舌咬破和尿失禁，应询问晕厥前的情况、有无先兆、晕厥时意识障碍的程度和持续时间的长短以及当时是否有面色苍白、脉搏缓慢、尿失禁及肢体抽动等；晕厥常

有悲哀、恐惧、焦虑、晕针、见血、创伤、剧痛、闷热、疲劳等刺激因素。排尿、排便、咳嗽、失血、脱水也可作为诱因；应了解发作时的体位和头位，由卧位转为立位时常发生直立性低血压晕厥，颈动脉窦过敏性晕厥多发生于头位突然转动时。二、体检发现心源性晕厥常有心脏瓣膜病、心律失常、心肌缺血等原因，心脏听诊可有心脏杂音和心律失常等；由颈、椎动脉供血不足所致的晕厥，常发现一侧颈动脉搏动减弱或消失，可闻及异常血管杂音以及转颈、仰头试验时出现晕厥发作；脑干病变引起的晕厥常有交叉瘫、交叉或分离性感觉障碍等脑干体征；无脉症和锁骨下动脉盗血症，常有一侧上肢血压过低、颈部及锁骨上窝可闻及杂音；原发性直立性低血压测三个体位（卧、坐、站）血压相差 $\geq 50\text{mmHg}$ 。三、辅助检查心电图、心脏 B 超检查适用于心源性晕厥。头颅 CT、脑血管造影、脑脊液检查、颈椎 X 线摄片及颈动脉和椎动脉血管 B 超检查等适用于脑源性晕厥。脑电图多正常。【治疗措施】一、病因治疗有明确诱因者应尽量避免；病因明确者应尽早病因治疗。二、对症处理和预防发作对反复发作的直立性低血压性晕厥，可服用利他林 10mg 或麻黄素 12.5~25mg, 2~3 次/d；注意避免过快转换体位；对排尿性晕厥，嘱睡前少饮水和勿憋尿过多，避免站立排尿；对颈动脉窦反射性晕厥，嘱其衣领勿过紧过高；对屏气性晕厥者勿屏气过长。

知识点：周围血管损伤

周围血管损伤绝大多数是由于刀、玻璃碎片、枪弹等锐性物所致的穿通伤，造成血管壁的部分或全部断裂；非穿通性伤往往是由于锐性或钝性物直接挫伤或压迫血管所引起的，如骨折端撕裂或压迫血管。此外，挤压伤、高压力的爆震浪冲击伤、肢体的过度牵拉、扭曲等，均可造成血管损伤。血管损伤后常伴有不同程度的血管痉挛，并有继发性血栓形成。【实验室诊断】用超声血管检测仪测定远侧动脉血流和皮肤测温计测定肢体远侧的皮温，并与健侧肢体对比，均有助于诊断。【西医治疗】血管损伤治疗的目的在于迅速止血、防治休克和感染及改善患肢血流。止血法有下列几种：①压迫止血法：手指按压损伤血管近端或以多层纱布或用棉垫直接压迫受伤血管的伤口，外加压力包扎以控制出血。②填塞止血法：在受伤血管的伤口内填塞纱布或明胶海绵等止血剂，外加压力包扎。③止血钳止血法：用止血钳夹住破裂的血管加以结扎或留钳包扎急送至医院或手术室。④止血带止血法：应用止血带必须记录时间，每隔 0.5—1h 放松一次，以免肢体远侧缺血时间过长，引起组织坏死。受伤血管暂时止血后，应迅速防治休克，血管修复手术须待伤者全身情况改善后进行。应积极补充血容量，包括输血、血浆、右旋糖酐及其他电解质溶液。预防感染也很重要，可给予抗生素，抗破伤风血清或类毒素。绝大多数血管损伤均应考虑采用血管修复术，以改善患肢血运；仅极少数仍需采用血管结扎术。对血管损伤的创面，应常规作初步清创，取除异物、冲洗、止血等，待出血控制后，再完成彻底清创，然后进行血管修复术，并用附近健康软组织覆盖，创口污染严重者可敞开，不予缝合，待 4—7d 后延期缝合。动脉修复术适用于绝大多数受伤血管，对极少数病例应努力创造条件进行修复术，如血管侧壁修补或切除受伤血管两端不健全的管壁，然后进行对端、间断或连续外翻吻合。血管壁切除后缺损大于 2cm 者，则需用自体静脉或人造血管移植。动脉结扎术仅适用于患肢损伤严重而已无法保留者，或非主干动脉（如桡、尺动脉等），在结扎后不会明显影响肢体的血运者。经手术探查证实为血管痉挛，可应用 2%—5% 罂粟碱液，或 2% 普鲁卡因溶液，或 2% 利多卡因溶液，或温生理盐水局部湿敷，亦可在动脉腔内注入生理盐水，强力扩张痉挛的血管。有时因动脉损伤时间过长，伴有肌肉水肿或筋膜下血肿，虽经动脉修复，术后肢体远侧血运仍不能改善，需在前臂或小腿的前、后间隔作筋膜切开术以减低间隔内肌肉水肿张力，从而改善血液循环。由于动脉受伤时间过长，肌肉广泛坏死，出现毒血症病象，如高热、肾功能不全等，虽经筋膜切开术等处理而仍不能改善病情时，为抢救病人生命，需考虑截肢术。