

中医执业(含助理)医师资格考试

提分专项之技能新增考纲变动 备考攻略

金英杰医学教育研究院 编

编委会成员	张云清	赵鸿峰	刘 洋
	王冬竹	赵 静	王安琪
	赵广华	郭 宽	杨庭瑜
	王 磊	边文倩	许晓兵

 北京金英杰图书有限公司

目 录

+ 第二篇 病案分析(第一考站)/1

+ 第三篇 技能操作(第二考站)/24

+ 第四篇 临床答辩(第三考站)/56

第二篇

病案分析(第一考站)

第一章 中医内科常见病

P14 修改

第三节 哮病

(一) 发作期

4. 风痰哮证

主要方剂: 华盖散合三子养亲汤加味。修改为: **三子养亲汤加味**。

(二) 缓解期

1. 肺脾气虚证

主要方剂: 玉屏风散合六君子汤加减。修改为: **六君子汤加减**。

P18 新增

第七节 肺胀

一、概念

肺胀是多种慢性肺系疾患反复发作, 迁延不愈, 导致**肺气胀满**, 不能敛降的一种病证。临床表现为**胸部膨满**, 憋闷如塞, 喘息上气, 咳嗽痰多, 烦躁, 心悸, 面色晦暗, 或唇甲紫绀, 脘腹胀满, 肢体浮肿等。其病程缠绵, 时轻时重, 经久难愈, 严重者可出现神昏、痰厥、出血、喘脱等危重证候。肺胀的临床证候特点, 与西医学中慢性阻塞性肺疾病相类似。

二、病因病机

久病肺虚, 感受外邪, 年老体虚。肺胀的基本病机为久病肺虚, 六淫侵袭, 以致痰饮瘀血, 结于肺间, 肺气胀满, 不能敛降。肺胀的病理因素主要为痰浊、水饮与血瘀, 且相互影响, 兼见同病。

三、诊断与病证鉴别

(一) 诊断依据

有慢性肺系疾病病史, 反复发作, 时轻时重, 经久难愈。多见于老年人。

临床表现为**胸部膨满**, **胸中憋闷如塞**, 咳逆上气, 痰多, 喘息, 动则加剧, 甚则鼻扇气促, 张口抬肩, 目胀如脱, 烦躁不安, 日久可见心慌心悸, 面唇紫绀, 脘腹胀满, 肢体浮肿, 严重者可出现喘脱。

常因外感而诱发。其他如劳倦过度、情志刺激等也可诱发。

(二) 病证鉴别

肺胀与哮病、喘证均以咳而上气、喘满为主症, 有其类似之处。

1. 肺胀是多种慢性肺系疾病日久积渐而成, 除咳嗽外, 尚有胸部膨满、心悸、唇甲紫绀、腹胀肢肿等症状;

2. 哮病是呈反复发作性的疾病, 以喉中哮鸣有声为特征;

3. 喘证是多种急慢性疾病的一个症状, 以呼吸气促困难为主要表现。从三者的相互关系来看, 肺胀可以隶属于喘证的范畴, 哮与喘病经久不愈又可发展成为肺胀。

四、辨证论治

(一)辨证要点

肺胀的辨证首辨标本虚实的主次;其后偏实者分清痰浊、水饮、血瘀的偏盛,偏虚者区别气(阳)虚、阴虚以及肺、心、肾、脾病变的主次。

(二)治疗原则

治疗应抓住治标、治本两个方面,祛邪与扶正共施,依其标本缓急,有所侧重。

标实者,根据病邪的性质,分别采取祛邪宣肺,降气化痰,温阳利水,甚或开窍、息风、止血等法。本虚者,当以补养心肺、益肾健脾为主,或气阴兼调,或阴阳两顾。正气欲脱时则应扶正固脱,救阴回阳。

(三)证治分类

1.外寒里饮证

主症:咳逆喘满不得卧,气短气急,咳痰白稀量多,呈泡沫状,胸部膨满,口干不欲饮,面色青暗,周身酸楚,头痛,恶寒,无汗,舌质暗淡,苔白滑,脉浮紧。

证机要点:寒邪束表,痰饮阻遏,气机壅滞,肺气上逆。

治法:温肺散寒,化痰降逆。

主要方剂:小青龙汤加减。

常用药物:麻黄、桂枝、干姜、细辛、五味子、半夏、陈皮、白术、荆芥、防风。

2.痰浊壅肺证

主症:胸部膨满,短气喘息,稍劳即著,咳嗽痰多,色白黏腻或呈泡沫,畏风易汗,脘痞纳少,倦怠乏力,舌暗,苔薄腻或浊腻,脉小滑。

证机要点:肺虚脾弱,痰浊内蕴,肺失宣降。

治法:化痰降气,健脾益肺。

主要方剂:苏子降气汤合三子养亲汤加减。

常用药物:紫苏子、前胡、白芥子、莱菔子、半夏、厚朴、陈皮、白术、茯苓、甘草、当归、肉桂。

3.痰热郁肺证

主症:咳逆,喘息气粗,胸部膨满,烦躁,目胀睛突,痰黄或白,黏稠难咳,或伴身热,微恶寒,有汗不多,口渴欲饮,溲黄赤,便干,舌边尖红,苔黄或黄腻,脉数或滑数。

证机要点:痰热壅肺,清肃失司,肺气上逆。

治法:清肺化痰,降逆平喘。

主要方剂:越婢加半夏汤或桑白皮汤加减。

常用药物:麻黄、黄芩、石膏、桑白皮、杏仁、半夏、紫苏子、甘草、黄连、栀子。

4.痰蒙神窍证

主症:胸部膨满,神志恍惚,表情淡漠,谵妄,烦躁不安,撮空理线,嗜睡,甚则昏迷,或伴肢体润动,抽搐,咳逆喘促,咳痰不爽,舌质暗红或淡紫,苔白腻或黄腻,脉细滑数。

证机要点:痰蒙神窍,引动肝风。

治法:涤痰,开窍,息风。

主要方剂:涤痰汤加减。

常用药物:半夏、茯苓、橘红、胆南星、竹茹、枳实、石菖蒲、远志、郁金。

5.阳虚水泛证

主症:胸部膨满,喘咳不能平卧,咳痰清稀,心悸,面浮,下肢浮肿,甚则一身悉肿,腹部胀满有水,脘痞,纳差,尿少,怕冷,面唇青紫,舌苔白滑,舌体胖质暗,脉沉细或结代。

证机要点:心肾阳虚,气不化水,水饮内停。

治法:温肾健脾,化饮利水。

主要方剂:真武汤合五苓散加减。

常用药物:附子、桂枝、茯苓、白术、猪苓、泽泻、生姜、赤芍。

6.肺肾气虚证

主症:胸部膨满,呼吸浅短难续,声低气怯,甚则张口抬肩,倚息不能平卧,咳嗽,痰白如沫,咳吐不利,胸闷心慌,形寒汗出,或腰膝酸软,小便清长,或尿有余沥,舌淡或暗紫,脉沉细数无力,或有结代。

证机要点:肺肾两虚,气失摄纳。

治法:补肺纳肾,降气平喘。

主要方剂:平喘固本汤合补肺汤加减。

常用药物:党参(或人参)、黄芪、冬虫夏草、熟地黄、胡桃肉、脐带、五味子、灵磁石、沉香、紫苑、款冬花、紫苏子、半夏、橘红、炙甘草。

P20 修改

第六节 心悸

6.瘀阻心脉证

主要方剂:桃仁红花煎合桂枝甘草龙骨牡蛎汤。修改为:桃仁红花煎加减。

P26 修改

第十节 胃痛

1.寒邪客胃证

主要方剂:良附丸加减。修改为:香苏散合良附丸加减。

P28 修改

第十一节 呕吐

3.痰饮内阻证,修改为:痰饮中阻证。

P34 增补

第十五节 便秘

(二)虚秘

2.血虚秘

主症:大便干结,面色无华,皮肤干燥,头晕目眩,心悸气短,健忘少寐,口唇色淡,舌淡苔少,脉细。

证机要点:血液亏虚,肠道失荣。

治法:养血润燥。

主要方剂:润肠丸。

常用药物:当归、生地黄、白芍、党参、火麻仁、桃仁、玄参、何首乌、枸杞子、炙甘草。

P36 增补

第十六节 胁痛

【类证鉴别】

删除 2.胁痛与胸痛及所属内容。

增补 2.胁痛与悬饮

胁痛发病多与情志不遂、过食肥甘、劳欲过度、跌仆外伤等有关,主要表现为一侧或两侧胁肋部疼痛。悬饮多因素体虚弱,时邪外袭,肺失宣通,饮停胸胁而致,其表现为咳唾引痛胸胁,呼吸或转侧时加重,患侧肋间饱满,叩呈浊音,或见发热。

P40 增补

第十八节 鼓胀

一、概述

鼓胀是指腹部胀大如鼓的一类病证,临床以腹大胀满,绷紧如鼓,皮色苍黄,脉络显露为特征。

二、病因病机

病因为酒食不节、情志刺激、虫毒感染、病后续发。

基本病机是肝、脾、肾三脏功能受损，**气滞、血瘀、水停腹中**。其病位主要在肝脾，久则及肾。其病理因素为气滞、血瘀、水湿三者。其病理性质为本虚标实。

三、诊断与病证鉴别

(一) 诊断要点

初起脘腹胀，食后尤甚，继而腹部胀大如鼓，重者腹壁青筋显露，脐孔突起。常伴乏力、纳差、尿少及齿衄、鼻衄、皮肤紫斑等出血现象，可见面色萎黄、黄疸、手掌殷红、面颈胸部红丝赤缕、血痣及蟹爪纹。

本病常有酒食不节、情志内伤、虫毒感染或黄疸、胁痛、癥积等病史。

(二) 病证鉴别

1. 鼓胀与水肿

(1) 鼓胀主要为肝、脾、肾受损，气、血、水互结于腹中，以腹部胀大为主，四肢肿不甚明显。晚期方伴肢体浮肿，每兼见面色青晦，面颈部有血痣赤缕，肋下癥积坚硬，腹皮青筋显露等。

(2) 水肿主要为肺、脾、肾功能失调，水湿泛滥肌肤。其浮肿多从眼睑开始，继则延及头面及肢体，或下肢先肿，后及全身，每见面色㿖白，腰酸倦怠等，水肿较甚者亦可伴见腹水。

2. 鼓胀与痞满

两者均有腹部胀满的症状，但胃痞胀满见于上腹部，外观无胀形可见，按之柔软；鼓胀胀及全腹，皮色苍黄，脉络显露，按之腹皮绷紧。

四、辨证论治

(一) 辨证要点

鼓胀临证首辨虚实，其次辨明气血水三者轻重，再辨寒热偏盛。

(二) 治疗原则

标实为主者，当根据气、血、水的偏盛，分别采用行气、活血、祛湿利水或暂用攻逐之法，同时配以疏肝健脾；本虚为主者，当根据阴阳的不同，分别采取温补脾肾或滋养肝肾法，同时配合行气活血利水。

(三) 证治分类

1. 气滞湿阻证

主症：腹胀按之不坚，肋下胀满或疼痛，饮食减少，食后胀甚，得嗳气、矢气稍减，小便短少，舌苔薄白腻，脉弦。

证机要点：肝郁气滞，脾运不健，湿浊中阻。

治法：疏肝理气，运脾利湿。

主要方剂：**柴胡疏肝散合胃苓汤加减**。

常用药物：柴胡、香附、郁金、青皮、川芎、白芍、苍术、厚朴、陈皮、茯苓、猪苓。

2. 水湿困脾证

主症：腹大胀满，按之如囊裹水，甚则颜面微浮，下肢浮肿，脘腹痞胀，得热则舒，精神困倦，怯寒懒动，小便少，大便溏，舌苔白腻，脉缓。

证机要点：湿邪困遏，脾阳不振，寒水内停。

治法：温中健脾，行气利水。

主要方剂：**实脾饮加减**。

常用药：白术、苍术、附子、干姜、厚朴、木香、草果、陈皮、连皮茯苓、泽泻。

3. 水热蕴结证

主症：腹大坚满，脘腹胀急，烦热口苦，渴不欲饮，或有面、目、皮肤发黄，小便赤涩，大便秘结或溏垢，舌边尖红，苔黄腻或兼灰黑，脉象弦数。

证机要点：湿热壅盛，蕴结中焦，浊水内停。

治法:清热利湿,攻下逐水。

主要方剂:中满分消丸合茵陈蒿汤加减。

常用药物:茵陈、金钱草、山栀子、黄柏、苍术、厚朴、砂仁、大黄、猪苓、泽泻、车前子、滑石。

4.瘀结水留证

主症:脘腹坚满,青筋显露,肋下癥结痛如针刺,面色晦暗薰黑,或见赤丝血缕,面、颈、胸、臂出现血痣或蟹爪纹,口干不欲饮水,或见大便色黑,舌质紫暗或有紫斑,脉细涩。

证机要点:肝脾瘀结,络脉滞涩,水气停留。

治法:活血化瘀,行气利水。

主要方剂:调营饮加减。

常用药物:当归、赤芍、桃仁、三棱、莪术、鳖甲、大腹皮、马鞭草、益母草、泽兰、泽泻、赤茯苓。

5.阳虚水盛证

主症:腹大胀满,形似蛙腹,朝宽暮急,面色苍黄,或呈㿗白,脘闷纳呆,神倦怯寒,肢冷浮肿,小便短少不利,舌体胖,质紫,苔白滑,脉沉细无力。

证机要点:脾肾阳虚,不能温运,水湿内聚。

治法:温补脾肾,化气利水。

主要方剂:附子理苓汤或济生肾气丸加减。

常用药物:附子、干姜、人参、白术、鹿角片、葫芦巴、茯苓、泽泻、陈葫芦、车前子。

6.阴虚水停证

主症:腹大胀满,或见青筋暴露,面色晦滞,唇紫,口干而燥,心烦失眠,时或鼻衄,牙龈出血,小便短少,舌质红绛少津,苔少或光剥,脉弦细数。

证机要点:肝肾阴虚,津液失布,水湿内停。

治法:滋肾柔肝,养阴利水。

主要方剂:六味地黄丸合一贯煎加减。

常用药物:沙参、麦冬、生地黄、山萸肉、枸杞子、楮实子、猪苓、茯苓、泽泻、玉米须。

P42 修改

第十九节 眩晕

4.痰湿中阻证,修改为:痰浊上蒙证

P44 修改与增补:

第二十二节 中风

增补:

中风的治法原则:中经络以平肝息风,化痰祛瘀通络为主。

修改:

中经络第一个证型修改为:“风痰瘀阻证”。治法及主要方剂也做相应修改。

(1)风痰瘀阻证

证候:头晕头痛,手足麻木,突然发生口舌歪斜,口角流涎,舌强语謇,甚则半身不遂,或兼见手足拘挛,舌质紫暗,或有瘀斑,舌苔薄白,脉弦涩或小滑。

治法:息风化痰,活血通络。

主要方剂:半夏白术天麻汤合桃仁红花煎加减。

常用药物:半夏、茯苓、陈皮、白术、天麻、桃仁、红花、香附、延胡索、豨莶草。

中脏腑

(1)闭证

突然昏仆,不省人事,牙关紧闭,口噤不开,两手握固,大小便闭,肢体偏瘫、拘急、抽搐,是闭证的基本

特征。由于有痰火和痰浊内闭之不同,故有阳闭、阴闭之分。

①阳闭证

证候:除闭症主要症状外,兼见面红身热,气粗口臭,躁动不安,痰多而黏,舌质红,苔黄腻,脉弦滑有力。

治法:清肝息风,豁痰开窍。

主要方剂:羚羊角汤合用安宫牛黄丸。

常用药物:羚羊角粉、菊花、夏枯草、蝉衣、柴胡、生石决明、龟甲、生地黄、牡丹皮、白芍、薄荷。

②阴闭证

证候:除闭症主要症状外,兼见面白唇暗,静卧不烦,四肢不温,痰涎壅盛,苔白腻,脉沉滑。

治法:豁痰息风,辛温开窍。

主要方剂:涤痰汤合用苏合香丸。

常用药物:半夏、茯苓、橘红、竹茹、郁金、石菖蒲、陈胆星、天麻、钩藤、僵蚕。

P46 修改:

三、恢复期 修改为:恢复期和后遗症期

P46 增补:

第二十三节 颤证(助理不考)

一、概述

颤证是以头部或肢体摇动颤抖,不能自制为主要临床表现的一种病证。

二、病因病机

病因为年老体虚、情志过极、饮食不节、劳逸失当。颤证的基本病机为肝风内动,筋脉失养。其病位在筋脉,与肝、肾、脾等脏关系密切。病理因素为风、火、痰、瘀。病理性质总属本虚标实。本为气血阴阳亏虚,其中以阴津精血亏虚为主;标为风、火、痰、瘀为患。标本之间密切联系。病久则虚实寒热转化不定,而成寒热错杂、虚实夹杂之证。

三、诊断与鉴别诊断

(一)诊断依据

头部及肢体颤抖、摇动,不能自制,甚者颤动不止,四肢强急。

常伴动作笨拙,活动减少,多汗流涎,语言缓慢不清,烦躁不寐,神识呆滞等症状。

多发生于中老年人,一般呈隐袭起病,逐渐加重,不能自行缓解。部分病人发病与情志有关,或继发于脑部病变。

(二)鉴别诊断

颤证与瘈疝

瘈疝即抽搐,多见于急性热病或某些慢性疾病急性发作,抽搐多呈持续性,有时伴短阵性间歇,手足屈伸牵引,弛纵交替,部分病人可有发热,两目上视,神昏等症状;

颤证是一种慢性疾病过程,以头颈、手足不自主颤动、振摇为主要症状,手足颤抖动作幅度小,频率较快,而无肢体抽搐牵引和发热、神昏等症状,再结合病史分析,可鉴别。

四、辨证论治

(一)辨证要点

颤证首先要辨清标本虚实。肝肾阴虚、气血不足为病之本,属虚;风、火、痰、瘀等病理因素多为病之标,属实。

一般震颤较剧,肢体僵硬,烦躁不宁,胸闷体胖,遇郁怒而发者,多为实证;颤抖无力,缠绵难愈,腰膝酸软,体瘦眩晕,遇烦劳而加重者,多为虚证。但病久常标本虚实夹杂,临证需仔细辨别其主次偏重。

(二)治疗原则

本病的初期,本虚之象并不明显,常见风火相扇、痰热壅阻之标实证,治疗当以清热、化痰、息风为主;病程较长,年老体弱,其肝肾亏虚、气血不足等本虚之象逐渐突出,治疗当滋补肝肾、益气养血、调补阴阳为主,兼以息风通络。由于本病多发于中老年人,多在本虚的基础上导致标实,因此治疗更应重视补益肝肾,治病求本。

(三) 证治分类

1. 风阳内动证

主症:肢体颤动粗大,程度较重,不能自制,眩晕耳鸣,面赤烦躁,易激动,心情紧张时颤动加重,伴有肢体麻木,口苦而干,语言迟缓不清,流涎,尿赤,大便干,舌质红,苔黄,脉弦。

证机要点:肝郁阳亢,化火生风,扰动筋脉。

治法:镇肝息风,舒筋止颤。

主要方剂:天麻钩藤饮合镇肝息风汤加减。

常用药物:天麻、钩藤、石决明、代赭石、生龙骨、生牡蛎、生地黄、白芍、玄参、龟甲、天门冬、怀牛膝、杜仲、桑寄生、黄芩、山栀子、夜交藤、茯神。

2. 痰热风动证

主症:头摇不止,肢麻震颤,重则手不能持物,头晕目眩,胸脘痞闷,口苦口黏,甚则口吐痰涎,舌体胖大,有齿痕,舌质红,舌苔黄腻,脉弦滑数。

证机要点:痰热内蕴,热极生风,筋脉失约。

治法:清热化痰,平肝息风。

主要方剂:导痰汤合羚角钩藤汤加减。

常用药物:半夏、胆南星、竹茹、川贝母、黄芪、羚羊角、桑叶、钩藤、菊花、生地黄、生白芍、甘草、橘红、茯苓、枳实。

3. 气血亏虚证

主症:头摇肢颤,面色淡白,表情淡漠,神疲乏力,动则气短,心悸健忘,眩晕,纳呆,舌体胖大,舌质淡红,舌苔薄白滑,脉沉濡无力或沉细弱。

证机要点:气血两虚,筋脉失养,虚风内动。

治法:益气养血,濡养筋脉。

主要方剂:人参养荣汤加减。

常用药物:熟地黄、当归、白芍、人参、白术、黄芪、茯苓、炙甘草、肉桂、天麻、钩藤、珍珠母、五味子、远志。

4. 髓海不足证

主症:头摇肢颤,持物不稳,腰膝酸软,失眠心烦,头晕,耳鸣,善忘,老年患者常兼有神呆、痴傻,舌质红,舌苔薄白,或红绛无苔,脉象细数。

证机要点:髓海不足,神机失养,肢体筋脉失主。

治法:填精补髓,育阴息风。

主要方剂:龟鹿二仙膏合大定风珠加减。

常用药物:龟甲、鳖甲、生牡蛎、钩藤、鸡子黄、阿胶、枸杞子、鹿角胶、熟地黄、生地黄、白芍、麦冬、麻仁、人参、山药、茯苓、五味子、甘草。

5. 阳气虚衰证

主症:头摇肢颤,筋脉拘挛,面色㿔白,畏寒肢冷,四肢麻木,心悸懒言,动则气短,自汗,小便清长或自遗,大便溏,舌质淡,舌苔薄白,脉沉迟无力。

证机要点:阳气虚衰,失于温煦,筋脉不用。

治法:补肾助阳,温煦筋脉。

主要方剂:地黄饮子加减。

常用药物:附子、肉桂、巴戟天、山萸肉、熟地黄、党参、白术、茯苓、生姜、白芍、甘草。

P51 删除:

删除第二十三节阳痿及所属内容。

P62 增补:

第二十九节 瘰疬(助理不考)

一、概念

瘰疬是以**颈前喉结两旁结块肿大**为主要临床特征的一类疾病。

二、病因病机

情志内伤,饮食及水土失宜,体质因素。瘰疬的基本病机是气滞、痰凝、血瘀壅结颈前。初期多为气机郁滞,津凝痰聚,痰气搏结颈前所致,日久引起血脉瘀阻,气、痰、瘀三者合而为患。本病的病变部位主要在肝脾,与心有关。其病理因素有气滞、痰浊、瘀血。

三、诊断和病证鉴别

(一)诊断依据

多发于女性,常有饮食不节、情志不疏的病史,或发病有一定的地区性。

瘰疬以颈前喉结两旁结块肿大为临床特征,**可随吞咽动作而上下移动**。初作可如樱桃或指头大小,一般生长缓慢。大小程度不一,大者可如囊如袋,触之多柔软、光滑,病程日久则质地较硬,或可扪及结节。

(二)病证鉴别

1.瘰疬与癭病

瘰疬与癭病均可在颈项部出现肿块。但二者的具体部位及肿块的性状不同,瘰疬肿块在颈部正前方,肿块一般较大。癭病的病变部位在颈项的两侧或颌下,肿块一般较小,每个约黄豆大,个数多少不等。

2.瘰疬与消渴

瘰疬中的阴虚火旺证型,应注意与消渴病鉴别。消渴病以多饮、多食、多尿为主要临床表现,三消的症状常同时并见,尿中常有甜味,而颈部无瘰疬。瘰疬中的阴虚火旺证虽有多食,但无多饮、多尿等症,而以颈前有瘰疬为主要特征,并伴有烦热心悸,急躁易怒,眼突,脉数等症。

四、辨证论治

(一)辨证要点

本病的辨证首先需辨明在气在血,其次辨别火旺与阴伤的不同,其三辨清病情的轻重。

颈前肿块光滑,柔软,属气郁痰阻,病在气分;病久肿块质地较硬,甚则质地坚硬,表面高低不平,属痰结血瘀,病在血分。

(二)治疗原则

治疗以理气化痰,消瘰散结为基本治则。瘰疬质地较硬及有结节者,配合活血化瘀;火郁阴伤而表现阴虚火旺者,以滋阴降火为主。

(三)证治分类

1.气郁痰阻证

主症:颈前喉结两旁结块肿大,质软不痛,颈部觉胀,胸闷,喜太息,或兼胸胁窜痛,病情常随情志波动,苔薄白,脉弦。

证机要点:气机郁滞,痰浊壅阻,凝结颈前。

治法:理气舒郁,化痰消瘰。

主要方剂:**四海舒郁丸**加减。

常用药物:昆布、海带、海藻、海螺蛳、海螵蛸、郁金、青木香、青陈皮、桔梗。

2.痰结血瘀证

主症:颈前喉结两旁结块肿大,按之较硬或有结节,肿块经久未消,胸闷,纳差,舌质暗或紫,苔薄白或白腻,脉弦或涩。

证机要点:痰气交阻,血脉瘀滞,搏结成瘰。

治法:理气活血,化痰消瘰。

主要方剂:海藻玉壶汤加减。

常用药物:海藻、昆布、青皮、陈皮、半夏、胆南星、浙贝母、连翘、甘草、当归、川芎。

3.肝火旺盛证

主症:颈前喉结两旁轻度或中度肿大,一般柔软光滑,烦热,容易出汗,性情急躁易怒,眼球突出,手指颤抖,面部烘热,口苦,舌质红,苔薄黄,脉弦数。

证机要点:痰气交阻,气郁化火,壅结颈前。

治法:清肝泻火,消瘰散结。

主要方剂:栀子清肝汤合消瘰丸加减。

常用药物:柴胡、栀子、牡丹皮、当归、白芍、牛蒡子、生牡蛎、浙贝母、玄参。

4.心肝阴虚证

主症:颈前喉结两旁结块或大或小,质软,病起较缓,心悸不宁,心烦少寐,易出汗,手指颤动,眼干,目眩,倦怠乏力,舌质红,苔少或无苔,舌体颤动,脉弦细数。

证机要点:气火内结日久,心肝之阴耗伤。

治法:滋阴降火,宁心柔肝。

主要方剂:天王补心丹或一贯煎加减。天王补心丹滋阴清热,宁心安神,适用于心阴亏虚为主者;一贯煎养阴疏肝,适用于肝阴亏虚兼肝气郁结者。

常用药物:生地黄、沙参、玄参、麦冬、天冬、人参、茯苓、当归、枸杞子、丹参、酸枣仁、柏子仁、五味子、川楝子、桔梗。

P62 修改:

第二十七节 内伤发热

【辨证论治】

1.阴虚发热证

主要方剂:清骨散加减。修改为:清骨散或知柏地黄丸加减。

6.痰湿郁热证

主要方剂:黄连温胆汤合中和汤加减。修改为:黄连温胆汤合中和汤或三仁汤加减。

P63 删除:

删除第二十八节虚劳及所属内容。

P66 删除或修改

删除原第二十九节癌病,修改 第二十九节癌病如下:

第二十九节 癌病(助理不考)

一、概念

癌病是由于脏腑组织发生异常增生,以肿块逐渐增大、表面高低不平、质地坚硬、时有疼痛,常伴发热、乏力、纳差、消瘦并进行性加重为主症的疾病。

二、病因病机

病因主要为:素体内虚,六淫邪毒,饮食失调,内伤七情。基本病机是正气亏虚,脏腑功能失调,气机郁滞,痰瘀毒久羁而成有形之肿块。

三、诊断与病证鉴别

(一) 诊断依据

癌病中晚期可出现相关特异性证候表现。由于肿瘤部位不同而主症各异,如脑瘤患者常以头痛、呕吐、视力障碍为主;肺癌患者以顽固性干咳或痰中带血,以及胸痛、气急、发热多见;肝癌患者可见右肋疼痛、乏力、纳差、黄疸等;大肠癌患者可有习惯改变,如腹泻或便秘等;肾癌患者可有腰部不适、尿血等。

病变局部可有坚硬、表面不平的肿块,肿块进行性增大,伴乏力、纳差、疼痛,或不明原因发热及消瘦,并进行性加重,多为癌病诊断的主要参考依据。

(二) 病证鉴别

癌病与良性肿瘤

1. 良性肿瘤 生长缓慢,皮肤无改变,除皮脂腺囊肿外,与皮肤无粘连,肿块表面光滑,与周围不粘连,边界清,活动度好,一般质地较软,多无症状,肿瘤体积较大或发生于特殊部位,可产生压迫症状。

2. 癌病 生长较快,常与皮肤粘连,凹陷或形成溃疡,肿块表面粗糙,无包膜,常与周围或皮肤粘连,活动度差或固定,质硬或固定,无弹性,早期症状隐匿,有不明原因的消瘦、发热、出血,或发病部位的相应症状。

四、辨证论治

(一) 辨证要点

首先辨病期。其次辨正虚。最后辨邪实。

癌病的基本治疗原则为扶正祛邪,攻补兼施。

(二) 证治分类

1. 气郁痰瘀证

主症:胸膈痞闷,脱腹胀满,或胀痛不适,或隐痛或刺痛,善太息,神疲乏力,纳呆食少,便溏呕血、黑便,或咳嗽咳痰,痰质稠黏,痰白或黄白相兼;舌苔薄腻,质暗隐紫,脉弦或细涩。

证机要点:气机郁滞,痰瘀交阻。

治法:行气解郁,化痰祛瘀

主要方剂:**越鞠丸合化积丸加减。**

常用药物:香附、苍术、川芎、栀子、神曲、三棱、莪术、阿魏、海浮石、香附、槟榔、苏木、瓦楞子、五灵脂、雄黄。

2. 热毒炽盛证

主症:局部肿块灼热疼痛,发热,口咽干燥,心烦寐差,或热势壮盛,久稽不退,咳嗽无痰或少痰,或痰中带血,甚则咯血不止,胸痛或腰酸背痛,小便短赤,大便秘结或便溏泄泻;舌质红,舌苔黄腻或薄黄少津,脉细数或弦细数。

证机要点:热邪炽盛,热盛酿毒。

治法:清热凉血,解毒散结。

主要方剂:**犀角地黄汤合犀黄丸加减。**

常用药物:犀角(可用水牛角代)、牡丹皮、生地黄、赤芍、牛黄、麝香、没药、乳香、黄米饭。

加减:临床可加半枝莲、白花蛇舌草、山慈菇、龙葵等。若口咽干燥、干咳者,加南北沙参、天花粉、玄参、芦根、知母;咯血、呕血或尿血,加小蓟、蒲黄、三七粉、白及、白茅根、仙鹤草、茜草根;腑气不通,加生大黄、桃仁、瓜蒌、芒硝。

3. 湿热郁毒证

主症:时有发热,恶心,胸闷,口干口苦,心烦易怒,胁痛或腹部阵痛,身黄,目黄,尿黄,便中带血或黏液脓血便,里急后重,或大便干稀不调,肛门灼热;舌质红,苔黄腻,脉弦滑或滑数。

证机要点:湿邪化热,湿热蕴毒。

治法:清热利湿,解毒散结。

主要方剂:龙胆泻肝汤合五味消毒饮加减。

常用药物:龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、木通、车前子、当归、地黄、柴胡、生甘草、金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫背天葵。

加减:如腹痛较著者,加香附、郁金、延胡索;大便脓血液、泻下臭秽者,加白头翁、败酱草、苦参、马齿苋;身目发黄、口干口苦、尿黄、便秘者,合用茵陈蒿汤加金钱草、田基黄、白花蛇舌草。

4. 瘀毒内阻证

主症:面色晦暗,或肌肤甲错,胸痛或腰腹疼痛,痛有定处,如锥如刺,痰中带血或尿血,血色暗红,口唇紫暗;舌质暗或有瘀点,瘀斑,苔薄或薄白,脉涩或细弦或细涩。

证机要点:瘀血蓄结,壅阻气机。

治法:活血化瘀,理气散结。

主要方剂:血府逐瘀汤加减。

常用药物:地黄、桃仁、红花、枳壳、赤芍、柴胡、桔梗、川芎。

加减:若伴发热者,加牡丹皮、丹参、白薇;胸痛明显者,加延胡索、郁金;口干舌燥者,加沙参、天花粉、玄参、知母;纳少、乏力、气短者,加黄芪、党参、白术。

5. 气阴两虚证

主症:神疲乏力,口咽干燥,盗汗,头晕耳鸣,视物昏花,五心烦热,腰膝酸软,纳差,大便秘结或溏烂;舌质淡红少,脉细或细数。

证机要点:癌病日久,邪盛正虚,气阴两虚。治法:益气养阴,扶正抗癌。

主要方剂:生脉地黄汤加减。

常用药物:人参、麦冬、五味子、地黄、山萸肉、山药、茯苓、牡丹皮、泽泻。

加减:如阴虚明显者,加北沙参、天冬、石斛、炙鳖甲;气虚明显者,加生黄芪、太子参、白术、仙鹤草;口渴明显者,加芦根、天花粉、知母;咳痰不利,痰少而黏者,加贝母、百部、杏仁;五心烦热、潮热盗汗者,加知母、黄柏、地骨皮、煅龙骨、煅牡蛎;下利清谷、腰酸膝冷者,用四神丸。

6. 气血双亏证

主症:形体消瘦,面色无华,唇甲色淡,气短乏力,动辄尤甚,伴头昏心悸,目眩眼花,动则多汗,口干舌燥,纳呆食少;舌质红或淡,脉细或细弱。

证机要点:癌病久延,气虚血亏。

治法:益气养血,扶正抗癌。

主要方剂:十全大补丸加减。

常用药物:人参、白术、茯苓、当归、熟地黄、白芍、川芎、黄芪、肉桂。

P74 删除:

删除第三十一节瘰疬证及所属内容。

第二章 中医外科常见病

P79 增补:

第一节 痈

一、概念

痈是指发生于体表皮肉之间的急性化脓性疾病。相当于西医学的皮肤浅表脓肿、急性化脓性淋巴结炎等。其特点是局部光软无头,红肿疼痛(少数初起皮色不变),结块范围多在6~9cm,发病迅速,易肿、易脓、易溃、易敛,或伴有恶寒、发热、口渴等全身症状,一般不会损伤筋骨,也不易造成内陷。

二、病因病机

外感六淫邪毒,或皮肤受外来伤害感染毒邪,或过食膏粱厚味,聚湿生浊,邪毒湿浊留阻肌肤,郁结不散,营卫不和,气血凝滞,经络壅遏,化火成毒,而成痈肿。

三、诊断要点

1.临床表现

可发生于体表的任何部位。

初起在患处皮肉之间突然肿胀,光软无头,迅速结块,表皮焮红,少数病例初起皮色不变,到酿脓时才转为红色,灼热疼痛。轻者无全身症状;重者可伴恶寒发热,头痛,泛恶,口渴,舌苔黄腻,脉弦滑或洪数等全身症状。

成脓约在病起后7天,即使体质较差者亦不超过2周。局部肿势逐渐高突,疼痛加剧,痛如鸡啄。若按之中软有波动感者,为脓已成熟,多伴有发热持续不退等全身症状。

溃后脓出多稠厚、色黄白;若为外伤血肿化脓,则可夹杂亦紫色血块。若疮口过小或袋脓,可致脓流不畅,影响愈合;若气血虚者,则脓水稀薄,疮面新肉难生,不易收口。

实验室检查及辅助检查

血常规示白细胞总数及中性白细胞比例可增高。

四、鉴别诊断

1.发

发生于皮肤疏松部位突然红肿蔓延成片,灼热疼痛,红肿以中心明显,四周较淡,边界不清,范围较痈大,3~5日皮肤湿烂,随即腐溃、色黑,或中软而不溃,并伴有明显的全身症状。

2.脂瘤染毒

患处平时已有结块,与表皮粘连,但基底部推之可动,其中心皮肤常可见粗大黑色毛孔,挤之有粉刺样物溢出,且有臭味。染毒后红肿较局限,10天左右化脓,脓出夹有粉渣样物,愈合较为缓慢,全身症状较轻。

3.有头疽

多发于项背部肌肉丰厚处。初起有一粟米样疮头,而后肿势逐渐扩大,形成多个脓头,红肿范围往往超过9~12cm,溃后如蜂窝状,全身症状明显,病程较长。

五、辨证论治

1.内治

(1)火毒凝结证

证候:局部突然肿胀,光软无头,迅速结块,皮肤焮红,灼热疼痛。日后逐渐扩大,变成高肿发硬。重者可有恶寒发热,头痛,泛恶,口渴。舌苔黄腻,脉弦滑或洪数。

治法:清热解毒,行瘀活血。

方药:仙方活命饮加减。发于上部,加牛蒡子、野菊花;发于中部,加龙胆草、黄芩、山栀子;发于下部,加苍术、黄柏、牛膝。

(2)热胜肉腐证

证候:红热明显,肿势高突,疼痛剧烈,痛如鸡啄,溃后脓出则肿痛消退,舌红,苔黄,脉数。

治法:和营清热,透脓托毒。

方药:仙方活命饮合五味消毒饮加减。

(3)气血两虚证

证候:脓水稀薄,疮面新肉不生,色淡红而不鲜或暗红,愈合缓慢。伴面色无华,神疲乏力,纳少。舌质淡胖,苔少,脉沉细无力。

治法:益气养血,托毒生肌。

方药:托里消毒散加减。

2. 外治

初起:用金黄膏或金黄散,以冷开水调成糊状外敷。热盛者,可用玉露膏或玉露散外敷,或太乙膏外敷,掺药均可用红灵丹或阳毒内消散。

成脓:宜切开排脓,以得脓为度。

溃后:先用药线蘸八二丹插入疮口,3~5天后改用九一丹,外盖金黄膏或玉露膏。待肿势消退十之八九时,改用红油膏盖贴。脓腐已尽,见出透明浅色黏液者,改用生肌散、太乙膏或生肌白玉膏或生肌玉红膏盖贴。有袋脓者,可先用垫棉法加压包扎,如无效可扩创引流。

第三章 中医妇科常见病

P91 修改:

第一节 崩漏

【辨证论治】

2. 肾虚证

(1) 肾阳虚证

主要方剂:右归丸去肉桂加党参、黄芪、三七。修改为:右归丸加黄芪、党参、三七。

(2) 肾阴虚证

主要方剂:左归丸去牛膝,合二至丸,或滋阴固气汤。修改为:左归丸去牛膝,合二至丸。

3. 脾虚证

主要方剂:举元煎合安冲汤加炮姜炭。修改为:主要方剂:固本止崩汤。

常用药物:人参、生黄芪、熟地黄、白术、当归、黑姜、海螵蛸、茜草根、煅龙骨、煅牡蛎。

P94 修改:

第二节 闭经(助理不考)

【辨证论治】

5. 痰湿阻滞证

主要方剂:苍附导痰丸或丹溪痰湿方。修改为:苍附导痰丸加减。

P96 增补:

第三节 痛经

6. 阳虚内寒证

证候:经期或经后小腹冷痛,喜按,得热则舒,经量少,经色暗淡,腰腿酸软,小便清长。舌淡胖,苔白润,脉沉。

治法:温经扶阳,暖宫止痛。

主要方剂:温经汤(《金匮要略》)加减。

常用药物:吴茱萸、麦冬、当归、芍药、川芎、人参、桂枝、阿胶、牡丹皮、生姜、甘草、半夏。

P98 修改:

第五节 带下病

一、带下过多

【辨证论治】

5. 热毒炽盛证 修改为 5. 热毒蕴结证

P101 修改:

第六节 胎漏、胎动不安

4. 跌仆伤胎

主要方剂:圣愈汤加菟丝子、桑寄生、续断。修改为:圣愈汤合寿胎丸。

5. 癥瘕伤胎

主要方剂:桂枝茯苓丸加续断、杜仲。修改为:桂枝茯苓丸合寿胎丸。

P103 修改:

第七节 产后发热(助理不考)

1. 感染邪毒证

主要方剂:解毒活血汤加金银花、益母草。修改为:五味消毒饮合失笑散或解毒活血汤加减。

1P104 修改:

第八节 不孕症

修改:第八节不孕症(助理不考),修改为:执业、助理均考。

不孕症的概念修改为:女子结婚后夫妇同居1年以上,配偶生殖功能正常,未避孕而未受孕者,称原发性不孕,古称“全不产”;或曾生育或流产,未避孕而又1年以上不再受孕者,称继发性不孕,古称“断绪”。

P105 增补:

【辨证论治】

(1) 肾气虚证

证候:婚久不孕,月经不调或停闭,经量或多或少,色暗;头晕耳鸣,腰膝酸软,精神疲倦,小便清长;舌淡,苔薄,脉沉细。

治法:补肾益气,温养冲任。

主要方剂:毓麟珠。

常用药物:人参、白术、茯苓、芍药、川芎、炙甘草、当归、熟地黄、菟丝子、杜仲、鹿角霜、川椒。

修改:

3. 瘀滞胞宫证

治法:活血化瘀调经。修改为:治法:逐瘀荡胞,调经助孕。

4. 痰湿内阻证

主要方剂:启宫丸加石菖蒲。修改为:苍附导痰丸加减。

常用药物:苍术、香附、陈皮、制南星、枳壳、半夏、川芎、茯苓、神曲。

修改:

第四章 中医儿科常见病

第一节 肺炎喘嗽

一、常证

1. 风寒闭肺证

主要方剂:三拗汤加味。修改为:主要方剂:华盖散加味。

2. 风热闭肺证

主要方剂:银翘散合麻杏石甘汤加减。修改为:麻杏石甘汤加减。

3. 痰热闭肺证

主要方剂:五虎汤合葶苈大枣泻肺汤加减。修改为:麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤加减。

4. 毒热闭肺证

主要方剂:黄连解毒汤合三拗汤加减。修改为:黄连解毒汤合麻杏石甘汤加减。

P112 删除:

删除第三节厌食症及所属内容。

P112 增补:

第三节 积滞

一、概念

积滞是以**不思乳食,脘腹胀满**,嗳气酸腐,甚至吐泻酸臭乳食或便秘,舌苔厚腻为特征。

本病一年四季均可发生,尤以夏秋季节发病率较高。各年龄阶段均可发病,**常以婴幼儿多见**,特别是禀赋不足,脾胃虚弱,以及人工喂养的婴幼儿更易罹患。本病既可单独出现,又可兼夹于感冒、泄泻、疳证等其他疾病中,与西医学消化功能紊乱、功能性消化不良等类似。一般预后良好,但若经久不愈,迁延失治,而转化成疳证。

二、病因病机

本病的发生与乳食不节,内积不化,损伤脾胃,或脾胃虚弱,运化腐熟不足有关。

积滞是由于乳食内积,或脾虚夹积而成。其病位在脾胃,病机为**乳食停聚中脘,积而不化,气滞不行**。

三、诊断要点

- 1.有伤乳、伤食史。
- 2.以不思乳食,食而不化,脘腹胀满,嗳气酸腐,大便不调为特征。
- 3.可伴有烦躁不安,夜间哭闹或呕吐等症。
- 4.大便常规可见不消化食物残渣、脂肪滴。

四、鉴别诊断

1.厌食

厌食是以长期食欲不振为主要特征,除不思乳食外,精神尚好,无脘腹胀满、嗳气酸腐等症。

2.疳证

疳证是以形体消瘦为主要特征,同时伴有明显的脾胃症状和精神症状。

五、辨证论治

(一)辨证要点

本病为乳食停积之症,病性属实,但若素体虚弱,也可呈虚实夹杂证。

(二)论治方法

本病以**消食导滞**为基本治则。实证以消为主,虚实夹杂者,宜消补兼施。除内治法外,还可配合推拿、针灸等疗法。

(三)分证治疗

1.乳食内积

证候:不思乳食,嗳腐酸馊,或呕吐食物、乳片,脘腹胀满,疼痛拒按,烦躁哭闹,夜寐不安,大便酸臭,舌质红,苔厚,脉弦滑,指纹紫滞。

治法:消食化积,导滞和中。

方药:乳食积滞,**消乳丸**;食积者,**保和丸**加减。

常用药物:山楂、六神曲、莱菔子、半夏、陈皮、茯苓、连翘、甘草。

2.脾虚夹积

证候:不思乳食,稍食即饱,腹满喜按或喜伏卧,大便酸臭或夹有不消化食物残渣,面黄神疲,形体偏瘦,舌质淡,苔白,脉细弱,指

纹滞。

治法:健脾助运,消食化积。

方药:**健脾丸**加减。

常用药物:人参、白术、陈皮、六神曲、麦芽、山楂、枳实。

第四节 鹅口疮

一、概念

鹅口疮是以口腔、舌上散在或**满布白色屑状物为特征**的一种口腔疾病。因其白屑状如鹅口、色白如雪片,故又称“鹅口”“雪口”。西医也称鹅口疮,由感染白色念珠菌所致,属口腔念珠菌病。临床上多见于新生儿、早产儿,以及体质虚弱、营养不良、久病久泻、长期使用广谱抗生素或免疫抑制剂的小儿。

二、病因病机

本病主要由胎热内蕴,或体质虚弱,或调护不当,口腔不洁,感受秽毒之邪所致。病位主要在心脾,临床上虚实之分:实证多由心脾积热循经熏灼口舌而起;虚证则因虚火上炎所致。

三、诊断要点

- 1.多见于新生儿、久病体弱儿,或有长期使用抗生素、激素及免疫抑制剂史。
- 2.舌上、颊内、牙龈或上唇、上腭散布白屑,可融合成片。重者可向咽喉等处蔓延,影响吮乳或呼吸。
- 3.取白屑少许涂片镜检,可见白色念珠菌芽孢及菌丝。

四、鉴别诊断

1.口疮

口舌黏膜上出现黄白色溃疡,周围红赤,不能拭去,拭去后出血,局部灼热疼痛。

2.白喉

白喉是由白喉杆菌引起的急性传染病。咽、扁桃体甚则鼻腔、喉部可见灰白色的假膜,坚韧,不易剥去,若强力剥离则易出血。多伴有发热、咽痛、进行性喉梗阻、呼吸困难、疲乏等全身症状,病情严重。

3.残留奶块

其外观与鹅口疮相似,但以棉棒蘸温开水轻轻擦拭,即可除去,其下黏膜正常,易于鉴别。

五、辨证论治

(一)辨证要点

本病辨证以八纲辨证为主,重在辨明虚实。此外,还应注意辨别病情的轻重。

1.辨虚实

实证多见于体壮儿,起病急,病程短,口腔白屑较多甚或堆积成块,周围黏膜红赤,可伴发热、面赤、心烦口渴、尿赤、便秘等症,舌苔较为厚腻;虚证多见于早产、久病体弱儿,或大病之后,起病缓,病程长,常迁延反复,口腔白屑稀疏,周围黏膜色淡,常伴消瘦、神疲虚烦、面白颧红或低热等症状。

2.辨轻重

轻证白屑较少,全身症状轻微或无,饮食睡眠尚可;重证白屑堆积,甚或蔓延到鼻腔、咽喉、气道、胃肠,可伴高热、烦躁、吐泻、气促及吮乳困难等,极重者可危及生命。

(二)论治方法

本病的治疗,实证宜清泄心脾积热,虚证宜滋肾养阴降火。病灶在口腔局部,除内服药物外,常配合外治法。

(三)分证治疗

1.心脾积热

证候:口腔舌面满布白屑,周围掀红较甚,面赤,唇红,烦躁不宁,吮乳多啼,口干或渴,或伴发热,大便干结,小便黄赤,舌质红,苔黄厚,脉滑数,指纹紫滞。

治法:清心泻脾。

方药:清热泻脾散加减。

常用药物:常用黄连、栀子、黄芩、生石膏、生地黄、茯苓、灯心草、甘草等。

2.虚火上炎

证候:口腔舌上白屑稀疏,周围掀红不甚,形体怯弱,颧红盗汗,手足心热,可伴低热,虚烦不安,舌质嫩红,苔少,脉细数,指纹淡紫。治法:滋阴降火。

方药:知柏地黄丸加减。

常用药物:熟地黄、山茱萸、山药、茯苓、泽泻、牡丹皮、知母、黄柏、肉桂等。

P116 增补:

第七节 手足口病

一、概念

手足口病是由感受手足口病时邪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。本病一年四季均可发生,但以夏秋季节多见。任何年龄均可发病,常见于5岁以下小儿。本病传染性强,易引起流行。一般预后较好,少数重症患儿可合并心肌炎、脑炎、脑膜炎等,甚或危及生命。

二、病因病机

本病的病因为感受手足口病时邪,其病位主要在肺脾二经。其病机变化主要是:

1.邪犯肺脾

时邪疫毒由口鼻而入,初犯肺脾,肺气失宣,卫阳被遏,脾失健运,胃失和降,则见发热、咳嗽、流涕、口痛、纳差、恶心、呕吐、泄泻等症。邪毒蕴郁,气化失司,水湿内停,与毒相搏,外透肌表,则手、足、口咽部散发稀疏疱疹。

2.湿热蒸盛

感邪较重,毒热内盛,则身热持续,疱疹稠密,根盘红晕显著,并波及四肢、臀部。甚或邪毒内陷而出现神昏、抽搐等。

三、诊断要点

1.发病前1~2周有手足口病接触史。

2.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.主要表现为**口腔及手足部发生疱疹**。在口腔疱疹出现后1~2天可见皮肤斑丘疹,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。疱疹长轴与指、趾皮纹走向一致。少数患儿臂、腿、臀等部位也可出现,但躯干及颜面部极少。疱疹一般7~10天消退,疹退后无瘢痕及色素沉着。

4.血常规检查:血白细胞计数正常,淋巴细胞和单核细胞比值相对增高。

四、鉴别诊断

1.水痘

疱疹较手足口病稍大,呈向心性分布,躯干、头面多,四肢少,疱壁薄,易破溃结痂,疱疹多呈椭圆形,其长轴与躯体的纵轴垂直,且在同一时期、同一皮损区斑丘疹、疱疹、结痂并见。

2.疱疹性咽峡炎

多见于5岁以下小儿,起病较急,常突发高热、流涕、口腔疼痛甚或拒食,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,1~2天内疱疹破溃形成溃疡,颌下淋巴结可肿大,但很少累及颊黏膜、舌、龈以及口腔以外部位皮肤,可资鉴别。

五、辨证论治

以清热祛湿解毒为基本原则。

1.邪犯肺脾

证候:发热轻微,或无发热,或流涕咳嗽、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,手掌、足跖部出现米粒至豌豆大斑丘疹,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。

方药:甘露消毒丹加减。

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

2. 湿热蒸盛

证候:身热持续,烦躁口渴,小便黄赤,大便秘结,手、足、口部及四肢、臀部疱疹,痛痒剧烈,甚或拒食,疱疹色泽紫暗,分布稠密,或成簇出现,根盘红晕显著,疱液浑浊,舌质红绛,苔黄厚腻或黄燥,脉滑数。

治法:清热凉营,解毒祛湿。

方药:清瘟败毒饮。

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、板蓝根、紫草、石膏、茵陈、车前草。

第八节 麻疹

一、概念

麻疹是由麻疹时邪引起的一种急性出疹性传染病,临床以发热恶寒,咳嗽咽痛,鼻塞流涕,泪水汪汪,羞明畏光,口腔两颊近臼齿处可见**麻疹黏膜斑**,周身皮肤依序布发红色斑丘疹,皮疹消退时皮肤有糠状脱屑和棕色色素沉着斑为特征。一年四季均可发病,以冬春季多见,6个月至5岁发病率较高,容易并发肺炎。

二、病因病机

麻疹发病的原因,为感受麻疹时邪。其主要病变在肺脾。麻疹时邪由口鼻而入,侵犯肺脾,**早期邪郁肺卫,宣发失司**。疹透之后,邪随疹泄,麻疹逐渐收没,此时热去津亏,肺胃阴伤,进入收没期。此为麻疹发病的一般规律,属顺证。若因正虚、毒重、失治、护理不当等原因,均可致麻毒郁闭,出疹不顺,形成逆证。

三、诊断要点

1. 易感儿在流行季节,近期有麻疹接触史。
2. 初期发热,流涕,咳嗽,两目畏光多泪,口腔两颊黏膜近臼齿处可见麻疹黏膜斑。
3. 典型皮疹自耳后发际及颈部开始,自上而下,蔓延全身,最后达于手足心。皮疹为玫瑰色斑丘疹,可散在分布,或不同程度融合。疹退后有糠麸样脱屑和棕褐色色素沉着。

四、鉴别诊断

1. 感冒

一般无明显目赤胞肿、畏光羞明、眼泪汪汪等眼部症状,无麻疹黏膜斑。

2. 风痧

发热1天左右,皮肤出现淡红色斑丘疹,可伴耳后枕部淋巴结肿大。皮疹初见于头面部,迅速向下蔓延,1天内布满躯干和四肢。出疹2~3天后,发热渐退,皮疹逐渐隐没,皮疹消退后,可有皮肤脱屑,但无色素沉着。无畏光、泪水汪汪和麻疹黏膜斑。

3. 奶麻

多见于2岁以下婴幼儿,突然高热,持续3~5天,身热始退或热退稍后即出现玫瑰红色皮疹,以躯干、腰部、臀部为主,面部及肘、膝关节等处较少。全身症状轻微,皮疹出现1~2天后即消退,疹退后无脱屑及色素沉着斑。

4. 丹痧

多见于3~15岁儿童,起病急骤,发热数小时到1天内皮肤猩红,伴细小红色丘疹,自颈、胸、腋下、腹股沟处开始,2~3天遍布全身。在出疹时可伴见口周苍白圈、皮肤线状疹、草莓舌等典型症状。

五、辨证论治

(一) 辨证要点

治疗麻疹首先要判断证候的顺逆。

1 顺证

(1) 邪犯肺卫证(初热期)

证候:发热咳嗽,微恶风寒,喷嚏流涕,咽喉肿痛,两目红赤,泪水汪汪,畏光羞明,神烦哭闹,纳减口

干,小便短少,大便不调。发热第2~3天,口腔两颊黏膜红赤,贴近白齿处可见麻疹黏膜斑,周围红晕。舌质偏红,苔薄白或薄黄,脉象浮数。

治法:辛凉透表,清宣肺卫。

方药:宣毒发表汤加减。

常用药物:升麻、葛根、荆芥、防风、薄荷、连翘、前胡、牛蒡子、桔梗、甘草。

(2) 邪入肺胃证(出疹期)

证候:壮热持续,起伏如潮,肤有微汗,烦躁不安,目赤眵多,咳嗽阵作,皮疹布发,疹点由细小稀少而逐渐稠密,疹色先红后暗,皮疹凸起,触之碍手,压之退色,大便干结,小便短少,舌质红赤,苔黄腻,脉数有力。

治法:清凉解毒,透疹达邪。

方药:清解透表汤加减。

常用药物:金银花、连翘、桑叶、菊花、葛根、蝉蜕、牛蒡子、板蓝根、紫草。

(3) 阴津耗伤证(收没期)

证候:麻疹出齐,发热渐退,咳嗽减轻,胃纳增加,皮疹依起发顺序渐回,皮肤可见糠麸样脱屑,并有色素沉着,舌红少津,苔薄净,脉细无力或细数。

治法:养阴益气,清解余邪。

方药:沙参麦冬汤加减。

常用药物:沙参、麦冬、玉竹、天花粉、白扁豆、甘草、桑叶、桑白皮。

2. 逆证

(1) 邪毒闭肺证

证候:高热烦躁,咳嗽气促,鼻翼扇动,喉间痰鸣,疹点紫暗或隐没,甚则面色青灰,口唇紫绀,舌质红,苔黄腻,脉数。

治法:宣肺开闭,清热解毒。

方药:麻杏石甘汤加减。

常用药物:麻黄、杏仁、石膏、黄芩、葶苈子、海浮石、虎杖、前胡、百部、甘草。

(2) 邪毒攻喉证

证候:咽喉肿痛,声音嘶哑,咳声重浊,声如犬吠,喉间痰鸣,甚则吸气困难,胸高肋陷,面唇紫绀,烦躁不安,舌质红,苔黄腻,脉滑数。

治法:清热解毒,利咽消肿。

方药:清咽下痰汤加减。

常用药物:玄参、桔梗、牛蒡子、甘草、浙贝母、瓜蒌、射干、荆芥、马兜铃。

(3) 邪陷心肝证

证候:高热不退,烦躁谵妄,皮肤疹点密集成片,色泽紫暗,甚则神昏、抽搐,舌质红绛起刺,苔黄糙,脉数。

治法:平肝息风,清营解毒。

方药:羚角钩藤汤加减。

常用药物:羚羊角粉、钩藤、桑叶、菊花、茯神、竹茹、浙贝母、鲜生地、白芍、甘草。

第九节 丹痧

一、概念

丹痧是因感受痧毒疫疔之邪所引起的急性时行疾病。临床以发热,咽喉肿痛或伴腐烂,全身布发猩红色皮疹,疹后脱屑脱皮为特征。本病一年四季都可发生,但以冬春两季为多。任何年龄都可发病,2~8岁儿童发病率较高。因本病发生时多伴有咽喉肿痛、腐烂、化脓,全身皮疹细小如沙,其色丹赤猩红,故又称“烂喉痧”“烂喉丹痧”

西医学则称为“猩红热”。本病若早期诊断,治疗及时,一般预后良好,但也有少数病例可并发心悸、水肿、痹证等疾病。

二、病因病机

丹痧的发病原因,为痧毒疫疔之邪,乘时令不正之气,寒暖失调之时,机体脆弱之机,从口鼻侵入人体,蕴于肺胃二经。

病之初起,痧毒首先犯肺,邪郁肌表,正邪相争,而见恶寒发热等肺卫表证。继而邪毒入里,蕴于肺胃。肺胃邪热蒸腾,上熏咽喉,而见咽喉糜烂、红肿疼痛,甚则热毒灼伤肌膜,导致咽喉溃烂白腐。邪毒循经外窜肌表,则肌肤透发痧疹,色红如丹。若邪毒重者,可进一步化火入里,传入气营,或内迫营血,此时痧疹密布,融合成片,其色泽紫暗或有瘀点,同时可见壮热烦渴、嗜睡萎靡等症。舌为心之苗,邪毒内灼,心火上炎,加之热耗阴津,可见舌光无苔、舌生红刺,状如草莓,称为“草莓舌”。若邪毒炽盛,内陷厥阴,闭于心包,则神昏谵语;热极动风,则壮热惊风。病至后期,邪毒虽去,阴津耗损,多表现肺胃阴伤证候。

三、诊断要点

- 1.有与猩红热病人接触史。
- 2.起病急,突然高热,咽部红肿疼痛,并可化脓。
- 3.在起病 12~36 小时内,开始出现皮疹,先于颈、胸、背及腋下、肘弯等处,迅速蔓延全身,其色鲜红细小,并见环口苍白和草莓舌。
- 4.皮疹出齐后 1~2 天,身热、皮疹渐退,伴脱屑或脱皮。
- 5.实验室检查:周围血象白细胞总数及中性粒细胞增高,咽拭子细菌培养可分离出 A 族乙型溶血性链球菌。

四、鉴别诊断

1.金黄色葡萄球菌感染

金黄色葡萄球菌可产生红疹毒素,引起猩红热样皮疹。其皮疹比猩红热皮疹消退快,而且退疹后无脱皮现象,皮疹消退后全身症状不减轻。咽拭子、血培养可见金黄色葡萄球菌。

2.皮肤黏膜淋巴结综合征(川崎病)

也可有草莓舌、猩红热样皮疹或多形性红斑皮疹,两者不同点是川崎病婴儿多见持续高热 1~3 周。表现为眼结膜充血,唇红皲裂。手足出现硬性水肿,掌、跖及指趾端潮红,持续 10 天左右始退,于甲床皮肤交界处出现特征性指、趾端薄片状或膜状脱皮。有时可引起冠状动脉病变。青霉素治疗无效。

五、辨证论治

(一)辨证要点

丹痧属于温病,以卫气营血为主要辨证方法。治疗以清热解毒、清利咽喉为基本原则。

1.邪侵肺卫证

证候:发热骤起,头痛畏寒,肌肤无汗,咽喉红肿疼痛,常影响吞咽,皮肤潮红,痧疹隐隐,舌质红,苔薄白或薄黄,脉浮数有力。

治法:辛凉宣透,清热利咽。

方药:解肌透痧汤加减。

常用药物:射干、牛蒡子、桔梗、甘草、荆芥、蝉蜕、葛根、浮萍、大青叶、连翘、金银花、僵蚕。

2.毒炽气营证

证候:壮热不解,烦躁口渴,咽喉肿痛;伴有糜烂白腐,皮疹密布,色红如丹,甚则色紫如瘀点。疹由颈、胸开始,继而弥漫全身,压之退色,见疹后的 1~2 天舌苔黄糙、舌质起红刺,3~4 天后舌苔剥脱、舌面光红起刺,状如草莓,脉数有力。

治法:清气凉营,泻火解毒。

方药:凉营清气汤加减。

常用药物:水牛角、赤芍、生石膏、牡丹皮、黄连、黄芩、栀子、连翘、板蓝根、生地黄、玄参、石斛、芦根。

3.疹后阴伤证

证候:丹痧布齐后1~2天,身热渐退,咽部糜烂疼痛减轻,或见低热,唇干口渴,或伴有干咳,食欲不振,舌红少津,苔剥脱,脉细数。约2周后可见皮肤脱屑、脱皮。

治法:养阴生津,清热润喉。

方药:沙参麦冬汤加减。

常用药物:麦冬、沙参、玉竹、桑叶、石斛、天花粉、瓜蒌、白扁豆、甘草。

第十节 紫癜

一、概念

紫癜是小儿常见的出血性疾病之一,以血液溢于皮肤、黏膜之下,出现瘀点瘀斑、压之不退色为其临床特征,常伴鼻衄、齿衄,甚则呕血、便血、尿血。本病包括西医学的过敏性紫癜和免疫性血小板减少症。过敏性紫癜好发年龄为3~14岁,尤以学龄儿童多见,男性多于女性,春秋两季发病较多。免疫性血小板减少症发病年龄多在2~5岁,男女发病比例无差异,其死亡率约1%,主要致死原因为颅内出血。

二、病因病机

小儿素体正气亏虚是发病之内因,外感风热时邪及其他异气是发病之外因。风热之邪与气血相搏,热伤血络,迫血妄行,溢于脉外,渗于皮下,发为紫癜。

三、诊断要点

1.过敏性紫癜

发病前可有上呼吸道感染或服食某些致敏食物、药物等诱因。紫癜多见于下肢伸侧及臀部、关节周围。为高出皮肤的鲜红色至深红色丘疹、红斑或荨麻疹,大小不一,多呈对称性,分批出现,压之不退色。可伴有腹痛、呕吐、血便等消化道症状,游走性大关节肿痛及血尿、蛋白尿等。血小板计数,出血、凝血时间,血块收缩时间均正常。应注意定期检查尿常规,可有镜下血尿、蛋白尿。

2.免疫性血小板减少症

皮肤、黏膜见瘀点、瘀斑。瘀点多为针尖样大小,一般不高出皮面,多不对称,可遍及全身,但以四肢及头面部多见。可伴有鼻衄、齿衄、尿血、便血等,严重者可并发颅内出血。血小板计数显著减少,急性型一般低于 $20 \times 10^9/L$,慢性型一般在 $(30 \sim 80) \times 10^9/L$ 。出血时间延长,血块收缩不良,束臂试验阳性。

四、鉴别诊断

急腹症:紫癜患者出现严重腹痛者,应警惕合并急腹症的可能。同时儿童期出现急性腹痛者,应注意排除过敏性紫癜的可能,注意仔细寻找皮肤紫癜,了解腹部情况,必要时考虑胃肠镜检查。

五、辨证论治

治疗实证以清热凉血为主,根据临床辨证配以疏风、解毒、除湿等治法;虚证以滋阴清热、益气摄血为主。紫癜为离经之血,皆属于瘀血,故活血化瘀贯穿全程。

(三)分证治疗

1.风热伤络证

证候:起病较急,全身皮肤紫癜散发,尤以下肢及臀部居多,呈对称分布,色泽鲜红,大小不一,或伴痒感,可有发热、腹痛、关节肿痛、

尿血等,舌质红,苔薄黄,脉浮数。

治法:疏风散邪,清热凉血。

方药:连翘败毒散加减。

常用药物:金银花、连翘、薄荷、防风、牛蒡子、栀子、黄芩、桔梗、当归、芦根、赤芍、红花等。

2.血热妄行证

证候:起病较急,皮肤出现瘀点瘀斑,色泽鲜红,或伴鼻衄、齿衄、便血、尿血,血色鲜红或紫红,同时见心烦、口渴、便秘,或伴腹痛,或有发热,舌红,脉数有力。

治法:清热解毒,凉血止血。

方药:犀角地黄汤加减。

常用药物:犀角(用水牛角代)、生地黄、牡丹皮、赤芍、紫草、玄参、黄芩、炙甘草等。

3.气不摄血证

证候:起病缓慢,病程迁延,紫癜反复出现,瘀斑、瘀点颜色淡紫,常有鼻衄、齿衄,面色苍黄,神疲乏力,食欲不振,头晕心慌,舌淡苔薄,脉细无力。

治法:健脾养心,益气摄血。

方药:归脾汤加减。

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

4.阴虚火旺证

证候:紫癜时发时止,鼻衄齿衄,血色鲜红,低热盗汗,心烦少寐,大便干燥,小便黄赤,舌光红,苔少,脉细数。

治法:滋阴降火,凉血止血。

方药:大补阴丸加减。

常用药物:熟地黄、龟甲、黄柏、知母、牡丹皮、墨旱莲、女贞子、牛膝等。

第五章 中医骨科常见病

P119 删除:

删除第二节肩关节脱位及所属内容。

P119 增补:

第二节 肩周炎

一、概念

肩关节周围炎是一种以肩痛、肩关节活动障碍为主要特征的筋伤,简称“肩周炎”。

“肩周炎”病名较多,因睡眠时肩部受凉引起的称“漏肩风”或“露肩风”;因肩部活动明显受限,形同冻结而称“冻结肩”;因该病多发于50岁左右患者又称“五十肩”;还有称“肩凝风”“肩凝症”;因病理表现主要是肩关节囊及其周围韧带、肌腱的慢性非特异性炎症,关节囊与周围组织发生粘连,又称“粘连性关节囊炎”。

女性发病率高于男性,多为慢性发病。

二、病因病机

气血虚弱、血不荣筋是其发病的内因;多见于50岁左右的中老年患者。外伤劳损及外感风寒湿邪是引起本病的外因;肩部因伤(骨折、脱位)长期制动,可继发病。

气血虚亏,筋肉失于濡养;外伤劳损、风寒湿邪侵袭或因伤长期制动,易致肩部筋脉不通,气血凝滞,肌肉痉挛。

根据不同病理过程和病情状况,可分为急性疼痛期、粘连僵硬期和缓解恢复期。

三、诊断要点

(一)主要症状

多数患者呈慢性发病,隐袭进行,少数有外伤史,多见于中老年人。

病证初发时轻微,以后逐渐加重,疼痛一般以肩关节的前、外侧部为重,多为酸痛、钝痛或呈刀割样痛,夜间尤甚,影响睡眠;疼痛可牵涉同侧的颈背部、肘部或手部,可因肩臂活动而疼痛加剧。

(二)主要体征

肩部无明显肿胀,肩周肌肉痉挛,病程长者可见肩臂肌肉萎缩,尤以三角肌为明显;压痛部位多在肩峰下滑囊、结节间沟、喙突、大结节等处,亦可常见广泛性压痛而无局限性压痛点;肩关节各方向活动受限,但以外展、外旋、后伸障碍为著,重者出现典型的“扛肩”现象,肩外展试验阳性。

(三)影像学检查

X线检查:多无阳性发现,但对鉴别诊断有意义,有时可见骨质疏松、冈上肌腱钙化或大结节处有密

度增高的阴影。

四、鉴别诊断

1. 神经根型颈椎病

可引起肩部疼痛,疼痛与颈神经根的分布相一致,肩关节活动功能正常,椎间孔挤压试验和臂丛神经牵拉试验阳性。

2. 冈上肌腱炎

疼痛点以肱骨大结节处为主,在肩关节外展 $60^{\circ}\sim 120^{\circ}$ 时产生疼痛,这种“疼痛弧”现象是冈上肌腱炎的特征。

3. 风湿性关节炎

有游走性疼痛,可波及多个关节,肩关节活动多不受限,活动期血沉、抗“O”升高。

五、辨证论治

(一) 辨证要点

1. 本病多能自愈,但易复发,预后良好。

2. 治疗方法很多,根据其病情程度、病程病期以及患者的健康状况来进行选择。以手法治疗为主,配合药物、针灸、理疗及练功等治疗,练功疗法在本病的治疗和恢复过程中有特别重要的意义。

3. 急性疼痛期应减少肩关节活动,减轻持重;粘连僵硬期和缓解恢复期,以积极进行肩关节功能锻炼为主。

(二) 论治方法

1. 手法治疗

患者端坐位、侧卧位或仰卧位,术者主要是先运用滚法、揉法、拿捏法作用于肩前、肩后和肩外侧,用右手的拇、食、中三指对握三角肌束,做垂直于肌纤维走行方向的拨法,再拨动痛点附近的冈上肌、胸肌以充分放松肌肉;然后术者左手扶住肩部,右手握患手,做牵拉、抖动和旋转活动;最后帮助患肢做外展、内收、前屈、后伸等动作,解除肌腱粘连,帮助功能活动恢复。

手法治疗时,会引起不同程度的疼痛,要注意用力适度,切忌简单粗暴,以患者能忍受为度。隔日治疗1次,10次为1个疗程。

2. 药物治疗

(1) 内服药治宜补气血、益肝肾、温经络、祛风湿为主。

风寒湿阻证,治宜祛风散寒,通经宣痹,方选**三痹汤**、**蠲痹汤**加减;

气血瘀滞证,治宜活血化瘀,行气止痛,舒筋通络,方选**身痛逐瘀汤**加减;

气血亏虚证,治宜益气养血,舒筋通络,方选**黄芪桂枝五物汤**加**鸡血藤**、**当归**。

(2) 外用药急性期疼痛、触痛敏感,肩关节活动障碍者,可选用海桐皮汤热敷熏洗或寒痛乐热熨,外贴伤湿止痛膏等。

3. 针灸治疗

取肩髃、肩髃、臂臑、巨骨、曲池等穴,并可“以痛为腧”取穴,常用泻法,或结合灸法。每日1次。

4. 物理治疗

可采用超短波、微波、低频电疗、磁疗、蜡疗、光疗等,以减轻疼痛、促进恢复。对老年患者,不可长期电疗,以防软组织弹性更加减低,反而有碍恢复。

5. 封闭治疗

对疼痛明显并有固定压痛点者,可作痛点封闭治疗。

6. 练功活动

练功疗法是治疗过程中不可缺少的重要步骤,应鼓励患者做上肢外展、上举、内旋、外旋、前屈、后伸、环转等运动,做“内外旋”“叉手托上”“手拉滑车”“手指爬墙”“体后拉手”等动作。

第三篇

技能操作(第二考站)

第一章 针灸常用腧穴

P127 修改

1.尺泽 合穴

【定位】微屈肘……修改为 在肘区……

2.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。

3.列缺 络穴;八脉交会穴,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、口喎等头面五官疾患;

P128

4.鱼际 荥穴

【定位】在手外侧,第1掌骨桡侧中点赤白肉际处。

【主治】①咳嗽、气喘、咯血、失音、喉痹、咽干等肺系病证;②外感发热,掌中热;③小儿疳积。

5.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。

6.商阳 井穴

【定位】在手指,食指末节桡侧,指甲根角侧上方0.1寸。

【主治】①热病,昏迷;②耳聋、青盲、咽喉肿痛、颌颌肿、齿痛等五官病证;③手指麻木。

P129

7.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、口喎、鼻衄、耳聋、疟腮等头面五官病证;②发热血寒等外感病;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牙拔术、甲状腺手术等面口五官及颈部手术针麻常用穴。

8.手三里

【定位】在前臂,肘横纹下2寸,阳溪与曲池连线上。

【主治】①手臂麻木、肘挛不伸、上肢不遂等上肢病证;②腹胀、泄泻等肠腑病证;③齿痛颊肿。

9.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。

10.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。

11.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口喎、面痒、面肿等面部病证；③胆道蛔虫病。

P130 修改

12.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。

13.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、口喎等面部病证；②耳鸣、耳聋、聾耳等耳部病证。

【操作】直刺 0.5~1 寸。

14.头维 足阳明经与足少阳经和阳维脉的交会穴

【定位】在头部，额角发际直上 0.5 寸，头正中线旁开 4.5 寸。

【主治】头痛、眩晕、目痛、迎风流泪、眼睑瞤动等头面五官病证。

15.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。

P131

16.梁丘 郄穴

【定位】在股前区，髌底上 2 寸，股外侧肌与股直肌肌腱之间。

【主治】①急性胃痛；②膝肿痛、下肢不遂等下肢病证；③乳痈、乳痛等乳房病证。

17.犊鼻

【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。

18.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乳痈；⑥虚劳诸证，为强壮保健要穴。

【操作】直刺 1~2 寸。

P132 增补及修改

19.上巨虚 大肠下合穴 增补

【定位】在小腿外侧，犊鼻下 6 寸，犊鼻与解溪连线上。

【主治】①肠鸣、腹中切痛、泄泻、便秘、肠痈等肠腑病证；②下肢痿痹、中风瘫痪等下肢病证。

【操作】直刺 1~2 寸。

20.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。

21. 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。

22. 内庭 荥穴

【定位】在足背，第 2、3 趾间，趾蹼缘后方赤白肉际处。

【主治】①胃痛、吐酸、泄泻、痢疾、便秘等胃肠病证；②足背肿痛；③齿痛、咽喉肿痛、鼻衄等五官病证；④热病。

【操作】直刺或斜刺 0.5~0.8 寸，可灸。

23. 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。

P133 修改

24. 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。

25. 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、泄泻等脾胃病证；③小便不利，水肿，遗精；④下肢痿痹。

26. 阴陵泉 合穴

【定位】在小腿内侧，胫骨内侧髁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。

27. 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。

P134 增补及修改

28. 大横 足太阴脾经与阴维脉的交会穴 增补

【定位】在腹部，脐中旁开 4 寸。

【主治】①腹痛、泄泻、便秘等脾胃病证；②肥胖症。

【操作】直刺 1~2 寸。

29. 通里 络穴

【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、癫狂病等神志病证;③胸胁痛。

31.少府 荣穴 增补

【定位】在手掌,横平第 5 掌指关节近端,第 4、5 掌骨之间。

【主治】①心痛、心烦、惊悸、怔忡等心疾;②不寐、健忘、痴呆、癫狂病等神志病证;③小便不利、遗尿、阴痒痛等前阴病证。

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

32.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癫狂病等神志病证;④疟疾。

33.养老 郄穴 增补

【定位】在前臂后区,腕背横纹上 1 寸,尺骨头桡侧凹陷中。

【主治】①肩、背、肘、臂酸痛,项强等经脉循行所过部位病证;②急性腰痛;③目视不明。

【操作】直刺或斜刺 0.5~0.8 寸。

34.天宗

【定位】在肩胛区,肩胛冈中点与肩胛骨下角连线的上 1/3 与下 2/3 交点凹陷中。

【主治】①肩胛疼痛;②气喘;③乳痈、乳癖等乳房病证。

P135 修改

35.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癫狂病等神志病。

【操作】张口,直刺 1~1.5 寸。

36.攒竹

【定位】在面部,眉头凹陷中,额切迹处。

【主治】①头痛、面痛、眉棱骨痛、面瘫等头面病证;②眼睑瞤动、眼睑下垂、目视不明、流泪、目赤肿痛等眼疾;③呃逆;④急性腰扭伤。

【操作】可向眉中或向眼眶内缘平刺或斜刺 0.5~0.8 寸,或直刺 0.2~0.3 寸。禁灸。

37.天柱

【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癫狂病。

38.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。

P136 修改

39.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、便血等血证;④瘾疹、皮肤瘙痒

等皮肤病证;⑤潮热、盗汗等阴虚证。

40.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。

41.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。

42.大肠俞 大肠之背俞穴

【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。

P137

43.次髎

【定位】在骶区,正对第2骶后孔中。

【主治】①月经不调、痛经、阴挺、带下等妇科病证;②遗精、阳痿等男科病证;③小便不利、癃闭、遗尿、疝气等前阴病证;④腰骶痛,下肢痿痹。

44.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。

45.膏肓 增补

【定位】在脊柱区,第4胸椎棘突下,后正中线旁开3寸。

【主治】①咳嗽、气喘、肺癆等肺系虚损病证;②肩胛痛;③健忘、遗精、盗汗、羸瘦等虚劳诸证。

【操作】斜刺0.5~0.8寸。此穴多用灸法。

46.秩边

【定位】在骶区,横平第4骶后孔,骶正中嵴旁开3寸。

【主治】①腰骶痛,下肢痿痹;②癃闭、便秘、痔疾、阴痛等前后二阴病证。

【操作】直刺1.5~3寸。

P138

47.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。

48.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。

49.申脉 八脉交会穴,通阳跷脉;足太阳经与阳跷脉的交会穴

【定位】在踝区,外踝尖直下,外踝下缘与跟骨之间凹陷中。

【主治】①头痛、眩晕等头部疾病;②癫狂痫等神志病证;③嗜睡、不寐等眼睛开合不利病证;④腰腿酸痛,下肢运动不利。

50.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。

P139

51.涌泉 井穴

【定位】在足底，屈足卷趾时足心最凹陷中。

【主治】①昏厥、中暑、小儿惊风等急症；②癫狂痫、头痛、头晕、目眩、失眠等神志病；③咽喉肿痛、喉痹、失音等头面五官病证；④大便难、小便不利等前后二阴病证；⑤足心热；⑥奔豚气。

【操作】直刺 0.5~1.0 寸。针刺时要防止刺伤足底动脉弓。临床常用灸法或药物贴敷。

52.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咳喘、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。

53.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、瘵症等神志病证；③咽喉干痛，目赤肿痛；④小便频数，癃闭；⑤便秘。

54.复溜 经穴 增补

【定位】在小腿内侧，内踝尖上 2 寸，跟腱的前缘。

【主治】①腹胀，泄泻，癃闭，水肿；②盗汗、汗出不止或热病无汗等津液输布失调病证；③下肢瘫痪，腰脊强痛。

【操作】直刺 0.5~1 寸。

55.郄门 郄穴 增补

【定位】在前臂前区，腕掌侧远端横纹上 5 寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

【主治】①心痛、心悸、心烦胸痛等心胸病证；②咳血、呕血、衄血等血证；③疔疮；④癫痫。

【操作】直刺 0.5~1 寸。

56.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。

P140

57.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。

58.中冲 井穴

【定位】在手指，中指末端最高点。

【主治】①中风昏迷、舌强不语、中暑、昏厥、小儿惊风等急症；②高热；③舌下肿痛。

【操作】浅刺 0.1 寸，或点刺出血。为急救要穴之一。

59.中渚 输穴 增补

【定位】在手背，第 4、5 掌骨间，第 4 掌指关节近端凹陷中。

【主治】①手指屈伸不利，肘臂肩背痛；②头痛、耳鸣、耳聋、聾耳、耳痛、目赤、咽喉肿痛等头面五官病证；③热病，疟疾。

【操作】直刺 0.3~0.5 寸。

60.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。

P141

61.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,肋肋痛,落枕;⑤瘰疬。

【操作】直刺 0.8~1.2 寸。

62.翳风 手足少阳经脉的交会穴

【定位】在颈部,耳垂后方,乳突下端前方凹陷中。

【主治】①耳鸣、耳聋、聾耳等耳病;②眼睑瞤动、颊肿、口喎、牙关紧闭、齿痛等面口病;③瘰疬。

63.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、口眼喎斜等外风所致病证;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。

64.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、颈项强痛等头顶部病证;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。

P142

65.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分外 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。

66.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。

67.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。

删除 60.行间

68.丘墟 原穴 增补

【定位】在踝区,外踝的前下方,趾长伸肌腱的外侧凹陷中。

【主治】①偏头痛,胸胁胀痛;②下肢痿痹,外踝肿痛,足下垂,脚气;③疟疾。

【操作】直刺 0.5~0.8 寸。

P143

69.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、癫狂病、头痛、眩晕、口眼喎斜、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。

70.蠡沟 络穴 增补

【定位】在小腿内侧，内踝尖上 5 寸，胫骨内侧面的中央。

【主治】①睾丸肿痛、阳痿等男科病证；②月经不调、带下等妇科病证；③外阴瘙痒、小便不利、遗尿等前阴病证；④足胫疼痛。

【操作】平刺 0.5~0.8 寸。

71.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乳癖。

【操作】斜刺 0.5~0.8 寸。

72.腰阳关

【定位】在脊柱区，第 4 腰椎棘突下凹陷中，后正中线上。

【主治】①月经不调、带下等妇科病证；②遗精、阳痿男科病证；③腰骶疼痛，下肢痿痹。

【操作】向上斜刺 0.5~1 寸。

73.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。

P144

74.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癫狂病、小儿惊风等神志病证；⑤风疹、痤疮等皮肤疾病；⑥项强、脊痛等脊柱病证。

【操作】直刺 0.5~1 寸。

75.百会 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。

76.神庭 督脉与足太阳经、足阳明经的交会穴

【定位】在头部，前发际正中直上 0.5 寸。

【主治】①癫狂病、不寐、惊悸等神志病；②头痛、眩晕、目赤、目翳、鼻渊、鼻衄等头面五官病证。

P145

77.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癫狂病、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。

78.印堂

【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。

79.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。

P146

80.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。

81.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 73.神阙

82.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。

83.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。

P147

84.天突 任脉与阴维脉的交会穴 增补

【定位】在颈前区,胸骨上窝中央,前正中线上。

【主治】①咳嗽、气喘、咽喉肿痛、胸痛等肺系病证;②暴暗、梅核气、瘰疬等咽部病证。

【操作】先直刺 0.2 寸,然后将针尖转向下方,紧靠胸骨后方、气管前缘缓慢刺入 1~1.5 寸。必须严格掌握针刺的角度和深度,以防刺伤肺和有关动、静脉。

85.四神聪

【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。

86.太阳

【定位】在头部,眉梢与目外眦之间,向后约一横指的凹陷中。

【主治】①头痛;②目赤肿痛,眼睑瞤动,色盲;③面瘫。

【操作】直刺 0.3~0.5 寸,或点刺出血。

87.定喘

【定位】在脊柱区,横平第 7 颈椎棘突下,后正中线旁开 0.5 寸。

【主治】①哮喘,咳嗽;②肩背痛,落枕。

【操作】直刺 0.5~1 寸。

88.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。

P148

89.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。

90.十宣

【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

P149 修改

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……

P151 修改为

三、2.(1)

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。

P152 修改为

(4)

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) 修改为

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。

P153 修改为

(6)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

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。

P154 修改为

留针与出针

1.留针的目的

为了加强针刺作用和便于继续行针施术,留针对提高针刺效果具有重要意义。

2.留针的时间

应根据患者病情、年龄、体质、腧穴的位置而定。

(1)病情 一般病证只要针下得气,施以适当的补泻手法后即可出针或留针 10~30 分钟;特殊病证可延长留针时间,如急性腹痛、痛经、角弓反张、顽固性疼痛、寒性病证、持续哮喘、痉挛性病证等,有时留针可达数小时,以便在留针过程中间歇性行针,以增强、巩固疗效;危重病证不宜久留针。

(2)年龄、体质老人、小儿、体弱者 不宜久留针,年轻、体壮者可以适当延长留针时间。

(3)腧穴位置 后头部、眼区、喉部、胸背部的穴位不宜久留针。

3.留针的方法

临床可分为静留针法、动留针法两种。静留针法是指针刺入腧穴内,自然安静地留置一段时间,期间不施行任何针刺手法。动留针法是指针刺入腧穴内,得气后仍留置一段时间,期间间歇行针,施以各种手法。也可根据病情等,采取短时间动留针法,留针 20~30 分钟,期间行针 1~3 次;长时间动留针法,可留

针数个小时,期间每 10-30 分钟行针 1 次,尤其是症状发生时及时行针,加强刺激量。

在临床应用中,如慢性病、虚证、寒证,以及对针刺敏感者,可采用静留针法;急性病、实证、热证,以及针感迟钝者,可采用动留针法。体弱不耐针刺者,可采用短时间静留针法;慢性病患者,采用静留针法;顽固性病证,可采用长时间静留针法;急性病或慢性病急性发作,可采用长时间动留针法。

4.出针

押手持消毒干棉球轻压针刺部位,刺手拇、食指持针柄,将针退出皮肤后,立即用棉球按压针孔,以防出血。

出针后按卫生管理规范处理针具、污物,保证环境卫生和安全。

第三章 艾灸法

P156

一、艾柱灸

1.直接灸

(1)瘢痕灸 修改为

操作要点:①选择体位,定取腧穴;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:对腧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。

(2)无瘢痕灸 修改为

操作要点:①选择体位,定取腧穴;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。

第四章 拔罐法

P160

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。

P162

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。

第五章 其他针法

P165 增补

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、炎性病变、冻疮等,不宜采用耳穴压丸法。④孕妇慎用。

第六章 推拿技术

P166

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。

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。

P168 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。

P169 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。

P169 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。

P170 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。

P171 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移位,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。

第七章 望诊

P174 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。

P174 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。

P179 (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。

P180 增补

四、望舌

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。

P181 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。

舌强语言謇涩,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

P184 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。

第九章 切诊

P190

一、诊脉方法

(三)注意事项 增补

9.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、脉诊内容与运用

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。

P192

三、按诊的方法及运用技巧

(一)按诊的体位 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。

P193

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

第一节 全身状态检查

P198

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。

第三节 浅表淋巴结检查

P203

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。

P204 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)手在其肘骨上髁两横指处,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。

第四节 眼部检查

P205 第四节眼部检查前新增标题:头部检查

P211

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 $16\sim 20$ 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 $12\sim 20$ 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。

P215

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 $6\sim 8$ 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。

P216 第九节 肺和胸膜检查

新增:

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。

第十节 心脏血管检查

P218

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。

P220

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。

P220

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。

P223 心脏血管检查

新增:

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。

第十二节 腹部检查

P225

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。

P228

(四)肝脏触诊

改成(四)肝脾触诊

P229

(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。

P233

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。

第十四节 神经系统检查

P239

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

P245: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才可进行手消毒。

(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。

P249 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,内面朝自己,正面向外,轻轻将手术衣抖开。

3.稍向上抓起手术衣,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)在后面拉紧颈部衣带将手伸出袖口。

4.由巡回护士(或助手)在身后系好颈部、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)协助解开颈部及背部的系带,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到任何物品。

3.如无菌手术衣碰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。

P253 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。

P256 增补替换:

“第六节 开放性创口的常用止血法”更改为“第六节 创伤的现场止血法”,内容有变动,故整体该部分替换。

第六节 创伤的现场止血法

【目的】

对创伤实施现场救治,通过有效止血,减少失血性休克的发生。

【适应证】

各种创伤导致的出血,尤其是动脉性出血及大静脉破裂导致的出血。

【禁忌证】

有骨关节损伤者禁用屈曲加垫止血法。

【操作前准备】

1.判断出血的性质

(1)动脉性出血:血液颜色**鲜红**,呈**间歇性喷射状**,短时间内出血量大。

(2)静脉性出血:血液呈**暗红色**,流出速度较慢呈**持续涌出状**,出血速度较缓慢。

(3)毛细血管性出血:血液颜色鲜红,创面渗血,**可自凝**,不易找到出血点。

2.根据出血的性质及部位选用止血物品,常用弹性止血带、卡扣式弹性止血带、无菌敷料、绷带、三角巾、毛巾等,也可徒手实施指压动脉止血。

3.应用弹性止血带或卡扣式弹性止血带之前应检查止血带的弹性及抗拉伸性,确保其使用性。

【操作步骤与方法】

(一)指压止血法

适用于头、面、颈部和四肢的动脉性出血,将出血部位**近心端**的供血血管压向对应的骨骼,以阻断血流。

1.头顶部、额部出血

指压颞浅动脉,一手固定伤者头部,另一手拇指在伤侧耳前将颞浅动脉压向下颌关节。

2.面部出血

指压面动脉,左、右手拇指分别放在两侧下颌角前1cm处的凹陷处,将左、右侧面动脉压向下颌骨,其余四指置于伤者后枕部与拇指形成对应力。

3.前臂出血

指压肱动脉,一手固定伤者患肢,另一手四指并拢置于肱动脉搏动明显处,拇指放于对应部位,将肱

动脉压向肱骨。

4. 手部出血

指压桡、尺动脉,双手拇指与示指分别放在伤侧的桡动脉与尺动脉处,分别将桡动脉、尺动脉压向手腕部骨骼。

5. 下肢出血

指压股动脉,将一手尺侧小鱼际置于伤肢股动脉搏动明显处,用力将股动脉压向股骨。

6. 脚部出血

指压胫前、胫后动脉,双手拇指与示指分别放在伤侧脚踝处的胫前动脉与胫后动脉处,分别将胫前动脉、胫后动脉压向脚踝部骨骼。

(二) 加压包扎止血法

适用于**中、小静脉,小动脉**或**毛细血管**出血。用无菌敷料或洁净的毛巾、手绢、三角巾等覆盖伤口,加包扎达到止血目的。必要时可将手掌放在敷料上均匀加压。

(三) 填塞止血法

适用于伤口较深的出血。用无菌敷料或洁净的毛巾填塞在伤口内,然后加压包扎。

(四) 止血带止血法

适用于**四肢的动脉性出血**。

1. 弹性止血带止血法

扎止血带之前先抬高患肢以增加静脉回心血量。将三角巾、毛巾或软布等织物包裹在扎止血带部位的皮肤上,扎止血带时左手掌心向上,手背贴紧肢体,止血带一端用虎口夹住,留出长约10cm的一段,右手拉较长的一端,适当拉紧拉长,绕肢体2~3圈,然后用左手的食指和中指夹住止血带末端用力拉下,使之压在缠绕在肢体上的止血带的下面。精确记录扎止血带的时间并标记在垫布上。

2. 卡扣式弹性止血带止血法

扎止血带之前先抬高患肢以增加静脉回心血量。将三角巾、毛巾或软布等织物包裹在扎止血带部位的皮肤上,将卡扣式弹性止血带卡扣打开,捆扎在止血部位后将卡扣卡上,然后拉紧止血带,以出血明显减少或刚好终止出血的松紧度为宜。精确记录扎止血带的时间并标记在垫布上。

(五) 屈曲加垫止血法

适用于**肘、膝关节远端肢体**的创伤性大出血。先抬高患肢以增加静脉回心血量。在肘或胭窝处垫以卷紧的棉垫卷或毛巾卷,然后将肘关节或膝关节尽力屈曲,借衬垫物压住动脉以减少或终止出血,并用绷带或三角巾将肢体固定于能有效止血的屈曲位。精确记录止血的时间并标记在垫布上。

【注意事项】

1. 首先判断伤者的生命征,如发生心脏骤停,应立即实施心肺复苏。

2. 正确选定扎止血带的部位:止血带应扎在伤口的近心端,避开可能伤及神经的部位。

(1) 前臂出血:宜扎在上臂上1/3处,不可扎在下1/3处,以防损伤桡神经。

(2) 下肢出血:宜扎在大腿的下1/3处,不可扎在上1/3处,以防损伤股神经。

3. 弹性止血带捆扎的松紧度要适宜,止血带的松紧度以出血明显减少或终止,远端动脉搏动刚好消失为适宜,过松达不到止血效果,过紧有造成局部软组织及神经损伤的风险。

4. 扎止血带部位必须加衬垫,以免损伤皮肤。

5. 精确记录并标记扎止血带的日期、时间和部位,标记在垫布上或记录在标签上并挂在伤者醒目的部位。

6. 严格控制捆扎时间,持续扎止血带的时间**不宜超过3小时**,并应**每1小时**放松止血带1次,每次放松2~3分钟。松解止血带时,如果伤口出血量大,应用指压法暂时止血。

使用屈曲加垫止血法之前必须先评估局部有无骨关节损伤,有骨关节损伤者禁用屈曲加垫止血法。

第八节 脊柱损伤的搬运

P260 增补替换:

“第八节 脊柱损伤的搬运”更改为“第八节 脊柱损伤的现场搬运”

(三)物品准备 物品准备的之前,首先要简单了解伤者受伤过程,并查看现场安全性。

(四)步骤与方法 1.急救处理(5)实施现场处理及搬运过程中,如伤者发生心脏呼吸骤停,应停止搬运立即**实施心肺复苏术**。操作时应严密注意对伤处的保护,防止加重损伤引起不良后果。

第九节 长骨骨折简易固定

P262 增补替换:

“第九节长骨骨折简易固定”更改为“第九节 长骨骨折现场急救固定”

“(四)步骤与方法 1.闭合性骨折”部分有改动,替换内容如下:

1.闭合性骨折

(1)固定前将伤肢放到适当的功能位(固定位),一般上肢骨折采用**肘关节屈曲位**,下肢骨折采用**伸直位**。

(2)固定物与肢体之间要加**衬垫**(棉垫、毛巾、衣物等),骨突部位加垫棉花或软布类加以保护。

(3)其中一个夹板的长度应长及骨折处上下两个关节。

1)上臂骨折:伤肢取肘关节屈曲呈直角位,长夹板放在**上臂的外侧**,长及肩关节及肘关节,短夹板放置在**上臂内侧**,用绷带分三个部位捆绑固定,然后用一条三角巾将前臂悬吊于胸前,用另一条三角巾将伤肢与胸廓固定在一起。若无可用的夹板,可用**三角巾先将伤肢固定于胸廓**,然后用另一条三角巾将伤肢悬吊于胸前。

2)前臂骨折:伤肢取肘关节屈曲呈直角位,将两块夹板分别置于前臂的屈侧及伸侧面,用绷带分别捆绑固定肘、腕关节,然后用三角巾将肘关节屈曲功能位悬吊于胸前,用另一条三角巾将伤肢固定于胸廓。若无夹板,先用三角巾将伤肢悬吊于胸前,然后用另一条三角巾将伤肢固定于胸廓。

3)大腿骨折:①夹板固定法:将伤肢放置伸直固定位,取长夹板置于**伤肢外侧面**,夹板长及**伤侧腋窝至脚踝**,另一夹板放置在**伤肢内侧**,然后用绷带取大腿上部、膝关节上方、脚踝上方三处捆绑固定,搬运时可用绷带或三角巾将双下肢与担架固定在一起,加强固定作用。②健肢固定法:无长夹板时,在膝、踝关节及两腿之间的空隙处加棉垫或折叠的衣服,用绷带或三角巾将双下肢分别在大腿上部、膝关节上方、脚踝上方三处捆绑在一起。

4)小腿骨折:伤肢取伸直固定位,取两块夹板分别放置在伤肢的**内外两侧**,夹板长及**大腿中部至脚踝部**,然后用绷带或三角巾分别在膝关节上方、膝关节下方、脚踝上方捆绑固定;亦可用三角巾以相同方法将伤肢与健侧下肢捆绑固定在一起。

第十一节 简易呼吸器的使用

P267 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。

P268 增补:

第十二节 导尿术(男、女)(助理不考)

【目的】

通过医生的专业操作,借助于导尿管,协助患者排空膀胱,或持续引流尿液,便于护理被动体位的患者,或用于精确记录每日的尿量。

【适应证】

- 1.发生尿潴留或尿失禁的患者。
- 2.盆腔内器官手术前,以排空膀胱,避免手术中误伤膀胱。
- 3.抢救休克或危重患者时,便于精确记录患者的尿量,检测尿比重等。
- 4.接受外科手术者,或因其他操作需要实施全身麻醉者。
- 5.意识障碍的患者。
- 6.泌尿系统疾病手术后,为协助膀胱等部位切口的愈合。

7.进行尿道或膀胱造影前或进行膀胱灌注治疗。

【禁忌证】

有各种原因导致的严重的尿道狭窄的患者。

【操作前准备】

- 1.核查患者信息,并进行膀胱叩诊了解尿潴留程度。向患者说明导尿的目的,取得患者的配合。
- 2.清洗双手,戴好帽子、口罩。
- 3.根据患者性别准备一次性导尿包(内有弯盘2~3个、治疗碗1个、镊子2把、卵圆钳1把、消毒棉球2袋、石蜡油棉球1袋、橡胶手套3只、双腔气囊导尿管1根、洞巾1块、垫布1块、10mL一次性注射器1个、纱布2块、尿袋、无菌标本试管1个等),并根据导尿的目的准备标本瓶等物品。

【操作步骤与方法】

(一)男患者导尿术

- 1.携带导尿物品至患者床旁,告知房间内除患者以外的其他人员暂时离开,关闭门窗,拉上隔帘(或用屏风遮挡)以保护患者隐私。
- 2.协助患者退下对侧(左侧)裤腿盖在近侧(右侧)腿上,将盖被斜盖在对侧(左侧)腿上以保暖。
- 3.嘱患者取**仰卧位**,双腿稍屈膝外展,露出外阴,将尿垫垫于臀下。
- 4.打开一次性无菌导尿包,将弯盘放于患者两腿之间,取消毒棉球1包倒入弯盘内的右侧,左手戴手套,右手用镊子夹取消毒棉球,依次擦洗**阴阜、阴茎、阴囊**,左手用纱布裹住阴茎将包皮向后推**暴露尿道口**,自尿道口向外向后旋转**擦拭尿道口、龟头及冠状沟**。用过的棉球放在弯盘内左侧,每个棉球只能用一次,第一次消毒完毕,脱下手套放入弯盘内,与治疗碗一并移至床尾。
- 5.将打开的一次性无菌导尿包移至两腿之间,双手戴好手套,铺洞巾(洞巾的下缘连接导尿包包布形成临时无菌区),将未使用的弯盘放置于会阴部。
- 6.检查导尿管**是否通畅**,气囊**是否漏气**。撕开石蜡油棉球包,用石蜡油棉球润滑导尿管前端18~20cm后放于治疗盘内。撕开消毒棉球包,将消毒棉球倒入弯盘内右侧。
- 7.左手取纱布扶起阴茎使之与腹壁成60°夹角,将包皮后推露出尿道口,进行**第二次消毒**,由尿道口向外向后旋转擦拭尿道口、龟头及冠状沟,用过的棉球放在弯盘内左侧(禁止与尚未使用的消毒棉球接触),每个棉球只用一次。
- 8.嘱患者放松并张口呼吸。将导尿管尾端置于治疗盘内,右手持卵圆钳夹住导尿管的前段轻轻插入尿道口后,缓慢向尿道内插入20~22cm,插入过程中注意观察患者的表情,询问有无不适,**见尿液流出后再插入1~2cm**,然后固定导尿管,将尿液流入治疗盘内,仔细观察尿液外观,需要时留取尿标本,嘱患者放松。
- 9.导尿结束,缓慢拔除尿管,用纱布擦净外阴。
- 10.如需留置导尿管,用注射器向气囊管内**注入无菌水**约10mL,**牵拉**一下导尿管观察是否已固定,连接一次性尿袋,尿袋引流管用别针挂于床旁,将尿管标识粘贴在引流管上。
- 11.撤去导尿用物品,脱下手套后协助患者穿好裤子,盖好被子,告知患者导尿结束,询问患者有无不适、需要及疑问。拉开床间隔帘(或撤去屏风)。
- 12.妥善处理导尿用物品,记录导尿量、尿液外观特征等,如留有标本及时送检。

(二)女患者导尿术

- 1.携带导尿物品至患者床旁,告知房间内除患者以外的其他人员暂时离开,关闭门窗,拉上隔帘(或用屏风遮挡)以保护患者隐私。
- 2.能自理的患者,嘱其清洗外阴,不能完成的患者,协助其清洗外阴。
- 3.协助患者退下对侧(左侧)裤腿盖在近侧(右侧)腿上,将盖被斜盖在对侧(左侧)腿上以保暖。嘱患者取仰卧位,双腿稍屈膝外展,露出外阴,将尿垫垫于臀下。
- 4.打开一次性无菌导尿包,将弯盘放于患者两腿之间,取消毒棉球1包倒入弯盘内的右侧,左手戴手套,右手用镊子夹取消毒棉球,进行第一次消毒,消毒顺序是由上至下,**由外向内,阴阜→两侧大阴唇→两侧小阴唇→尿道口**,最后一个消毒棉球消毒**尿道口至肛门**。用过的棉球放在弯盘内左侧,每个棉球只能

用一次,第一次消毒完毕,脱下手套放入弯盘内,与治疗碗一并移至床尾。

5.将打开的一次性无菌导尿管移至两腿之间,双手戴好手套,铺洞巾(洞巾的下缘连接导尿管包布形成临时无菌区),将未使用的弯盘放置于会阴部。

6.检查导尿管是否通畅,气囊是否漏气。撕开石蜡油棉球包,用石蜡油棉球润滑导尿管前端 18~20cm 后放于治疗盘内。撕开消毒棉球包,将消毒棉球倒入弯盘内右侧。

7.以左手拇、示指分开并固定小阴唇,右手持镊子夹住消毒棉球进行第二次消毒,顺序是尿道口→右侧小阴唇→尿道口,每个部位用一个消毒棉球,每个棉球只用一次。污染物放于床尾弯盘内。

8.嘱患者放松并张口呼吸,左手固定小阴唇,将导尿管尾端置于治疗盘内,右手持卵圆钳夹住导尿管轻轻插入尿道内4~6cm,插进过程中注意观察患者的表情,询问有无不适,见尿液流出后再插入1~2cm,然后固定导尿管,将尿液引流入治疗盘内,仔细观察尿液外观,需要时留取尿标本,嘱患者放松。

9.导尿结束,缓慢拔除尿管,用纱布擦净外阴。

10.如需留置导尿管,用注射器向气囊管内注入无菌水约 10mL,并稍用力牵拉导尿管观察是否已固定,连接一次性尿袋,尿袋引流管用别针挂于床旁,将尿管标识粘贴在引流管上。

11.撤去导尿用物品,脱下手套后协助患者穿好裤子,盖好被子,告知患者导尿结束,询问患者有无不适,需要及疑问。拉开床间隔帘(或撤去屏风)。

12.妥善处理导尿用物品,记录导尿量、尿液外观特征等,如留有标本及时送检。

【注意事项】

1.严格无菌操作。

2.膀胱过度充盈患者导尿速度不能过快,防止发生休克或膀胱出血,应缓慢分次放出尿液,首次导尿量不应超过 1000mL。

3.注意查看导尿管是否光滑,粗细是否适宜,插管动作要轻柔缓慢,注意尿道的三个狭窄,避免损伤尿道黏膜。

4.留置导尿管向气囊内注水时如患者出现疼痛或尿道出血,以及阻力较大时,忌强行推注以免损伤尿道。

5.留置导尿管持续导尿时,应经常检查尿管固定情况,有否脱出,并按医嘱每日冲洗膀胱;需要长期留置导尿管的患者,每隔 5~70 更换尿管 1 次,再次插入导尿管前应让尿道松弛数小时,再重新插入。

6.停用留置导尿管时,先用注射器将气囊内液体抽出,再轻轻拔出导尿管,拔管过程中注意患者的表情,并询问有无不适或疼痛。

P268 增补:

第十三节 胸腔穿刺术(助理不考)

【目的】

将穿刺针穿入胸膜腔内,目的是抽取积液协助诊断,或排除大量积液/积气以减轻胸膜腔内压力,缓解肺压缩对患者呼吸功能的影响而改善患者缺氧,或经穿刺针向胸膜腔内注入药物进行治疗。

【适应证】

1.胸腔积液性质及诊断不明,需抽出胸腔积液进行实验室检查,协助诊断者。

2.有大量胸腔积液或积气,压迫肺与大血管,影响呼吸及循环功能者。

3.感染性胸腔积液,需抽取脓性胸腔积液以减轻中毒症状,协助治疗者。

4.需要向胸膜腔内注入药物(抗生素、抗肿瘤药物、粘连剂等)以进行局部治疗者。

【禁忌证】

胸膜腔穿刺术原则上无绝对禁忌证,相对禁忌证包括:

1.出血性疾病患者,有严重出、凝血倾向,血小板明显减少或用肝素、双香豆等进行抗凝治疗者。

2.大咯血、重症肺结核及肺气肿患者。

3.体质衰弱或病情危重,难于耐受操作者。

4.不能配合完成操作,操作过程中的突发事件可能造成一定危险的患者。因烦躁而影响操作的患

9.按要求妥善处理穿刺用物品。

【注意事项】

1.操作前应与学生及其家属交流穿刺目的,消除顾虑;有明显精神紧张且无用药禁忌证的患者,可于术前半小时肌内注射地西洋 5mg 镇静。

2.操作过程中密切观察患者的反应,嘱患者有任何不适及时告知。如患者出现头晕、面色苍白、出汗、心悸、胸部压迫感,甚至发生昏厥等胸膜过敏反应,或出现剧烈咳嗽、气短、咳泡沫痰等症状,应立即终止操作,皮下注射 0.1% 肾上腺素 0.3~0.5mL,并给予其他对症处理。

3.一次抽液不应过多、过快。诊断性抽液一般抽取 50~100mL;减压性抽液,首次抽液不超过 600mL,以后每次不超过 1000mL,以防一次大量快速抽液后出现复张性肺水肿;化脓性胸膜炎的脓性胸腔积液,应尽量抽尽。

4.严格无菌操作,操作中要注意各个操作环节的前后顺序,防止空气进入胸膜腔。

5.穿刺点禁止低于第 9 肋间,以免刺破膈肌损伤腹腔脏器。进针部位贴近肋骨上缘,以免损伤肋间血管及神经。

P268 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,肠麻痹及严重肠胀气者。

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.就穿刺术与学生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。