

# 家庭实用百科全书

王茁芝

(中)

生活百科知识  
青苹果电子图书系列

# 家庭实用百科全书

第二卷

主 编:王茁芝

## 第二卷卷目

家庭医疗 .....	(1)
婚姻 .....	(680)
优生优育 .....	(803)
处世交际 .....	(963)
求职就业 .....	(1048)
家庭理财 .....	(1113)
生活小窍门 .....	(1284)

## 第二卷目录

### 家庭医疗

#### 用药一般常识

- 有病不可滥服药 ..... (2)
- 服药有“法” ..... (3)
- 病人不要过早停药 ..... (4)
- 不应随意加大服药剂量 ..... (5)
- 不要直接用药瓶喝药 ..... (6)
- 不宜躺着服药 ..... (6)
- 什么情况下药品不能使用 ..... (7)
- 不要滥用激素类药物 ..... (8)
- 肠溶片不可嚼碎服用 ..... (9)
- 注射用针剂不可口服 ..... (10)
- 不要滥用氟轻松 ..... (11)
- 切莫乱用退热药 ..... (12)
- 怎样使用助消化药 ..... (13)
- 不要滥用速效感冒胶囊 ..... (15)
- 不要滥用泻药 ..... (15)
- 头痛切勿乱用药 ..... (17)
- 维生素 C 能代替水果、蔬菜吗 ..... (18)
- 维生素不是补药 ..... (19)

维生素类药不宜饭前服 .....	(20)
可致维生素缺乏的药物 .....	(20)
吸烟会影响药物的疗效 .....	(22)
服哪些药时忌喝茶 .....	(23)
油、盐、酱、醋对药效有哪些影响 .....	(24)
不宜用果汁送服药物 .....	(26)
药物与中毒性肾病 .....	(27)
药物与性功能障碍 .....	(28)
可致癌的药物 .....	(34)
能引起猝死的药物 .....	(35)
中成药不可滥用 .....	(37)
不可滥用胖大海 .....	(39)
配方缺味不能随意替代 .....	(40)
使用单方要慎重 .....	(40)
服中药应择时 .....	(41)
服壮阳药要慎重 .....	(43)
中药汤剂不宜过夜服用 .....	(44)
冬令进补须四忌 .....	(44)
慎吃牛鞭膏 .....	(46)
为何“少不服参” .....	(47)
服中药讲究“忌口” .....	(47)
中药也有副作用 .....	(49)
健康人不宜进补 .....	(50)
<b>妇女用药禁忌</b>	
哪些药物对胎儿有致畸作用 .....	(52)
孕妇不可过多服用 V <sub>A</sub> .....	(53)
孕妇切莫多服 V <sub>B<sub>6</sub></sub> .....	(54)

哺乳期妇女禁用或慎用的药物 .....	(55)
乳母不可代替小儿服药 .....	(56)
哪些妇女不宜用口服避孕药 .....	(57)
服用避孕药应注意营养 .....	(57)
切勿服用过期避孕药 .....	(59)
妇女如何使用高锰酸钾 .....	(59)
不要滥用酸碱液冲洗阴道 .....	(61)
不要滥用性激素 .....	(62)

## 儿童用药禁忌

儿童用药“四忌” .....	(63)
小儿用药应注意哪些问题 .....	(64)
六个月以内的婴儿不宜服 APC .....	(65)
不要捏鼻子给小儿灌药 .....	(65)
服小儿麻痹糖丸后不能立即喂奶 .....	(66)
小儿用麻醉药对智力发育有何影响 .....	(67)
学龄前儿童不宜服用四环素、土霉素 .....	(68)
儿童常服鱼肝油不好 .....	(69)
不宜大量服用“肥儿灵”、“稚儿灵” .....	(70)
莫给健康小孩滥用滋补药 .....	(70)
儿童不宜常服驱虫药 .....	(71)

## 老年人用药禁忌

老年人用药注意事项 .....	(73)
哪些药物老年人应慎用 .....	(74)
老年人不可依赖药物 .....	(76)
老年人宜慎服药酒 .....	(77)
老年人进补宜适量 .....	(78)
老年人应用解热镇痛药应注意 .....	(79)

老年人应合理使用抗生素 .....	(80)
<b>常见急症</b>	
发热 .....	(81)
呼吸困难 .....	(87)
咯血 .....	(92)
胸痛 .....	(95)
呕血 .....	(101)
便血 .....	(104)
腹泻 .....	(107)
腹痛 .....	(112)
头痛 .....	(119)
眩晕 .....	(126)
晕厥 .....	(130)
惊厥 .....	(133)
昏迷 .....	(139)
虚脱 .....	(142)
瘫痪 .....	(144)
<b>外伤急症</b>	
切割伤 .....	(149)
烧伤和烫伤 .....	(151)
冻伤 .....	(153)
蛰伤 .....	(155)
软组织损伤 .....	(156)
骨折 .....	(158)
<b>妇科急症</b>	
阴道流血 .....	(165)
孕期胎动减少 .....	(171)

临产征象 .....	(173)
子痫 .....	(174)
胎膜早破 .....	(178)
产褥感染 .....	(179)
<b>五官科急症</b>	
鼻出血 .....	(183)
咽部、气管异物 .....	(186)
牙痛 .....	(189)
口腔颌面部损伤 .....	(197)
红眼 .....	(208)
突发性视力下降 .....	(211)
眼外伤 .....	(217)
<b>环境急症</b>	
溺水 .....	(221)
电击 .....	(222)
中暑 .....	(225)
急性中毒 .....	(228)
休克 .....	(233)
<b>内科病</b>	
上呼吸道感染 .....	(236)
急性支气管炎 .....	(238)
慢性支气管炎 .....	(240)
支气管哮喘 .....	(243)
肺炎 .....	(247)
反流性食管炎 .....	(250)
消化性溃疡病 .....	(252)
肠道功能性疾病 .....	(258)

特发性便秘 .....	(261)
贫血 .....	(264)
泌尿系感染和肾盂肾炎 .....	(272)
糖尿病 .....	(276)
尿崩症 .....	(285)
甲状腺功能亢进症 .....	(287)
甲状腺功能低下症 .....	(292)
肥胖症 .....	(295)
痛风 .....	(297)
高血压病 .....	(299)
高脂血症和高脂蛋白血症 .....	(302)
冠心病 .....	(305)
心功能不全 .....	(311)
<b>神经科疾病</b>	
头痛 .....	(315)
神经症 .....	(321)
脑血管病 .....	(325)
<b>外科病</b>	
急性阑尾炎 .....	(334)
胃、十二指肠溃疡 .....	(336)
胆结石 .....	(338)
胆道蛔虫病 .....	(343)
肠梗阻 .....	(344)
急性胰腺炎 .....	(348)
疝 .....	(351)
肛瘘 .....	(353)
痔 .....	(355)

肛裂 .....	(357)
血栓闭塞性脉管炎 .....	(358)
下肢静脉曲张 .....	(362)
急性淋巴管炎和急性淋巴结炎 .....	(363)
甲沟炎 .....	(365)
急性乳腺炎 .....	(366)
疔痈 .....	(367)

## 男性泌尿生殖病

包茎和包皮过长 .....	(370)
隐睾 .....	(371)
鞘膜积液 .....	(373)
前列腺炎 .....	(375)
前列腺增生症 .....	(378)
男性不育 .....	(381)
男性性功能障碍 .....	(386)
精索静脉曲张 .....	(389)

## 五官科病

梅尼埃病 .....	(391)
常见的眼睑病 .....	(393)
结膜炎 .....	(395)
沙眼 .....	(397)
春季卡他性结膜炎 .....	(399)
角膜炎 .....	(400)
青光眼 .....	(402)
白内障 .....	(407)
急性中耳炎 .....	(409)
慢性化脓性中耳炎 .....	(411)

感音神经性耳聋 .....	(414)
美尼尔病 .....	(416)
鼻前庭炎 .....	(419)
鼻疖 .....	(420)
酒渣鼻 .....	(421)
萎缩性鼻炎 .....	(423)
急性化脓性鼻窦炎 .....	(425)
慢性化脓性鼻窦炎 .....	(426)
慢性鼻炎 .....	(428)
过敏性鼻炎 .....	(431)
鼻息肉 .....	(433)
鼻出血 .....	(434)
急性扁桃体炎 .....	(437)
慢性扁桃体炎 .....	(439)
腺样体肥大 .....	(441)
急性咽炎 .....	(442)
慢性咽炎 .....	(443)
咽异感症 .....	(445)
鼾症和睡眠窒息综合症 .....	(446)
急性会厌炎 .....	(448)
急性喉炎 .....	(449)
慢性喉炎 .....	(452)
药物中毒性耳聋 .....	(453)
龋齿 .....	(455)
牙齿敏感症 .....	(457)
急性牙髓炎 .....	(459)
牙龈炎 .....	(459)

牙周炎 .....	(460)
急性牙外伤 .....	(461)
白斑 .....	(463)
智齿冠周炎 .....	(464)
颞下颌关节脱位 .....	(465)
复发性口疮 .....	(466)
口腔粘膜感染性疾病 .....	(467)
口腔粘膜白斑 .....	(471)
颌骨骨髓炎 .....	(472)
颌面部间隙感染 .....	(474)
三叉神经痛 .....	(475)
贝尔麻痹 .....	(477)
口腔病的预防护理和措施 .....	(478)

## 骨科病

颈椎病 .....	(481)
腰椎间盘突出症 .....	(483)
腰椎椎管狭窄症 .....	(484)
肩周炎 .....	(485)
肱骨外上髁炎 .....	(486)
狭窄性腱鞘炎 .....	(487)
肋软骨炎 .....	(488)

## 传染病

肺结核病 .....	(489)
流行性腮腺炎 .....	(492)
病毒性肝炎 .....	(495)
流行性出血热 .....	(501)
流行性乙型脑炎 .....	(505)

病毒性胃肠炎 .....	(510)
传染性单核细胞增多症 .....	(511)
狂犬病 .....	(514)
霍乱 .....	(518)
细菌性痢疾 .....	(521)
伤寒与副伤寒 .....	(525)
钩端螺旋体病 .....	(529)
莱姆病 .....	(533)
流行性斑疹伤寒 .....	(536)
恙虫病 .....	(539)
疟疾 .....	(541)
血吸虫病 .....	(546)
肠绦虫病与囊虫病 .....	(549)
<b>肿瘤</b>	
鼻咽癌 .....	(554)
食管癌 .....	(557)
喉癌 .....	(559)
鼻腔及鼻窦癌 .....	(563)
血管瘤 .....	(566)
神经纤维瘤 .....	(568)
食管贲门癌 .....	(569)
肺癌 .....	(571)
肝癌 .....	(574)
乳癌 .....	(576)
胃癌 .....	(578)
大肠癌 .....	(581)
肾癌 .....	(583)

膀胱肿瘤 .....	(585)
阴茎癌 .....	(588)
睾丸肿瘤 .....	(590)
膀胱癌 .....	(591)
前列腺癌 .....	(592)
皮肤癌 .....	(594)

## 看病住院常识

挂号要注意哪些问题 .....	(599)
如何填写各种医疗卡片 .....	(601)
如何看门诊 .....	(602)
候诊时应注意什么 .....	(604)
怎样向医生反映病情 .....	(605)
怎样测量血压 .....	(606)
什么是腰椎穿刺或骨髓穿刺 .....	(606)
做支气管镜应注意什么 .....	(608)
做胃镜检查病人应该做哪些准备 .....	(610)
怎样做纤维结肠镜 .....	(613)
针灸时要注意什么 .....	(614)
怎样做胆汁引流 .....	(615)
少女能否去看妇科 .....	(616)
何时适宜做人工流产 .....	(616)
做人工流产需做哪些准备 .....	(618)
做诊断性刮宫需做哪些准备 .....	(622)
拍腹部平片需做哪些准备 .....	(624)
进行胆囊造影需做哪些准备 .....	(626)
钡灌肠 X 线检查如何准备 .....	(629)
做放射性 <sup>131</sup> I 检查如何准备 .....	(629)

怎样做 B 超检查 .....	(630)
进行导管检查与治疗的准备 .....	(633)
痰液检查 .....	(636)
怎样留尿培养 .....	(638)
怎样进行精液检查 .....	(639)
何时做妊娠试验 .....	(640)
什么是“OT”试验 .....	(643)
怎样留取病毒标本 .....	(644)
何时需抽空腹血化验 .....	(645)
糖耐量试验 .....	(646)
酚红排泌试验 .....	(647)
如何滴眼药水 .....	(648)
哪些药物使用前应打试验针 .....	(649)
用药后人体有哪些变化 .....	(650)
怎样准备特殊检查 .....	(652)
怎样办理入院手续 .....	(654)
住院医师怎样查房 .....	(656)
医院如何进行会诊 .....	(657)
何种情况需要手术治疗 .....	(659)
为何有些手术前需家属签字 .....	(660)
麻醉种类 .....	(661)
怎样配合麻醉和手术 .....	(663)
手术前的准备工作 .....	(664)
手术后要注意什么 .....	(666)
怎样防止交叉感染 .....	(668)
要按时按量服药 .....	(671)
接受药物过敏试验时应注意事项 .....	(673)

等级护理 .....	(674)
怎样办理转科或转院手续 .....	(675)
接到病危通知书后怎么办 .....	(676)
怎样办理出院手续 .....	(678)

## 婚姻

### 婚姻史话

“婚姻”析义 .....	(681)
婚姻形式 .....	(682)
古代婚约 .....	(684)
同姓不婚 .....	(685)
夫妻称谓 .....	(686)
属相与八字 .....	(687)
现代婚礼 .....	(688)

### 姓氏考据

姓氏典籍 .....	(691)
古人改姓类型 .....	(691)
姓氏读音 .....	(695)
古姓起源于图腾感生 .....	(696)
冷僻姓氏探源 .....	(699)
复姓漫谈 .....	(700)
台湾姓氏 .....	(701)
回族姓氏 .....	(701)
满族姓氏 .....	(702)
藏族姓氏 .....	(704)
蒙古族姓氏 .....	(705)
羌族姓氏 .....	(706)

## 取名命意

- 命名与伦理精神 ..... (708)
- 命名与宗族观念 ..... (708)
- 命名与民间信仰 ..... (709)
- 命名与汉字特点 ..... (710)
- 古人名与字的关系 ..... (711)
- 宗教对人名的影响 ..... (713)
- 人名的义、音、形 ..... (714)
- 男女名字互用趣谈 ..... (715)
- 古人女名用字趣谈 ..... (716)
- 姓名趋同化的原因 ..... (718)
- 如何避免同名 ..... (720)

## 民间婚俗探源

- 戴戒指的由来 ..... (723)
- 拜天地的由来 ..... (723)
- “洞房”的由来 ..... (725)
- 招女婿的由来 ..... (727)
- “吃糖饼”的由来 ..... (728)
- “月下老人”的由来 ..... (728)
- “三媒六证”、“三茶六礼”的由来 ..... (732)
- 媒人的由来 ..... (733)
- 顶盖头的由来 ..... (734)
- 青龙贴的由来 ..... (735)
- 闹洞房的由来 ..... (736)
- 花烛夜吃糖茶的传说 ..... (738)
- 庚柬红联的由来 ..... (739)
- 双回门的由来 ..... (740)

婚礼习俗的传说 .....	(742)
雄黄酒的传说 .....	(744)
“老槐树”做媒人的传说 .....	(747)

## 外国婚俗

谨谨慎慎办婚礼 .....	(751)
六月新人多 .....	(754)
“告别单身”后结婚 .....	(757)
少不了面包和盐的婚礼 .....	(760)
砸盘摔碗的婚礼 .....	(763)
公园婚礼和招待会 .....	(765)
新人共切幸福糕 .....	(768)
门当户对的婚礼 .....	(771)
婚礼形式多种多样 .....	(773)
“新娘澡”与“染指” .....	(775)
新娘娶回新郎 .....	(779)
“哈纳”和奶油涂手足 .....	(782)
婚仪通宵达旦 .....	(784)
姑娘喜嫁摔跤高手 .....	(787)
洞房之夜新人首次相见 .....	(789)

## 名人婚姻趣闻

章太炎 的婚姻趣闻 .....	(793)
蔡元培 的婚姻趣闻 .....	(794)
胡适 的婚姻趣闻 .....	(794)
徐志摩 的婚姻趣闻 .....	(795)

## 附录

中华人民共和国婚姻法 .....	(797)
------------------	-------

## 优生优育

### 优生医学常识

- 遗传·染色体·基因 ..... (804)
- 哪些因素决定婴儿性别 ..... (806)
- 生男生女能否选择 ..... (807)
- 优生应采取哪些措施 ..... (808)
- 能不能预测遗传病 ..... (809)
- 如何预防和治疗遗传病 ..... (811)
- 遗传与智力的关系 ..... (812)
- 近亲结婚危害大 ..... (813)
- 怀孕前丈夫要注意什么 ..... (814)
- 何时是最佳生育年龄 ..... (816)
- 如何判断怀孕 ..... (817)
- 孕妇不宜做哪些工作 ..... (818)
- 早孕保健注意事项 ..... (819)
- 哪些病毒感染对胎儿有危险 ..... (821)
- 孕期用药对胎儿有什么影响 ..... (821)
- 如何防腹中儿失聪 ..... (822)
- 放射线对胎儿有什么影响 ..... (824)
- 农药对孕妇有哪些危害 ..... (825)
- 孕妇如何安度盛夏 ..... (826)
- 孕妇如何安全过冬 ..... (828)
- 孕妇应常洗头洗澡 ..... (828)
- 孕妇睡眠多久为宜 ..... (829)
- 孕妇应采用何种睡眠姿势 ..... (830)

### 优生与胎教、饮食、营养

- 什么是胎教 ..... (832)

怎样进行胎教 .....	(833)
剖腹产儿更聪明吗 .....	(835)
孕早期的营养需求 .....	(836)
孕中期的营养需求 .....	(839)
孕晚期的营养需求 .....	(841)
孕妇应多吃含铁食物 .....	(843)
孕妇应多吃含钙食物 .....	(844)
孕妇偏食害处多 .....	(844)
孕妇不宜喝咖啡 .....	(845)
孕妇不宜饮酒 .....	(846)
孕妇进补禁忌 .....	(847)
为何孕妇不宜吃罐头食品 .....	(849)
为何孕妇不能多食酸性食物 .....	(850)
为何孕妇忌多吃油条 .....	(851)
为何孕妇忌过食鱼肝油和含钙食品 .....	(851)
为何孕妇忌吃热性香料 .....	(852)
为何孕妇忌多吃冷饮 .....	(852)
<b>育儿常识</b>	
新生儿出世后有哪些变化 .....	(854)
新生儿的发育有哪些特点 .....	(856)
如何保护好新生儿脐带 .....	(858)
怎样保护新生儿皮肤 .....	(858)
为什么有些新生儿乳房会肿胀 .....	(859)
新生儿为什么体重会下降 .....	(860)
为什么女婴会出现假月经 .....	(861)
怎样护理早产儿 .....	(862)
如何为新生儿洗澡 .....	(864)

如何为新生儿换尿布 .....	(866)
怎样为新生儿保暖 .....	(867)
如何安排新生儿的睡眠 .....	(868)
如何准备婴儿的睡眠用品 .....	(869)
怎样给新生儿喂食 .....	(871)
奶粉与母乳喂养的婴儿,哪个更健康 .....	(872)
母乳喂养对母亲体型有何影响 .....	(873)
怎样保证母乳喂养 .....	(874)
哪些母亲不能哺乳 .....	(876)
哺乳期妇女应忌哪些药 .....	(877)
如何正确哺乳 .....	(878)
如何保护母亲的乳头 .....	(881)
怎样防止产后奶水不足 .....	(882)

## 满月前婴儿优育

如何测量小儿体温和脉搏 .....	(884)
新生儿的六种意识状态 .....	(885)
新生儿何时有听力 .....	(886)
新生儿何时有视力 .....	(887)
新生儿喜欢看什么 .....	(888)
怎样让新生儿享受视觉的乐趣 .....	(889)
新生儿的味、嗅、触觉灵敏吗 .....	(890)
新生儿有哪些运动技能 .....	(892)
奇妙的新生儿模仿能力 .....	(893)
新生儿的抓握反射 .....	(894)
婴儿应穿什么样式服装 .....	(895)
婴儿为什么会吐奶 .....	(896)
怎样喂养早产儿 .....	(897)

## 满月宝宝优育

- 刚满月的宝宝有何特点 ..... (900)
- 小儿的囟门能不能摸 ..... (901)
- 婴儿为什么会经常鼻塞和打嗝 ..... (902)
- 怎样给婴儿喂水 ..... (903)
- 怎样给婴儿喂粥 ..... (903)
- 怎样给婴儿剪指甲 ..... (904)
- 怎样给婴儿洗手脸 ..... (905)
- 怎样给婴儿洗头 ..... (905)
- 空气浴、日光浴对小儿有什么好处 ..... (906)
- 小儿为什么要吸吮手指 ..... (907)
- 吸吮手指有害吗 ..... (907)
- 让婴儿趴着好不好 ..... (908)
- 怎样训练婴儿学习爬行 ..... (909)

## 半岁宝宝优育

- 如何训练六、七个月的婴儿 ..... (912)
- 六、七个月婴儿应添加哪些辅食 ..... (912)
- 怎样知道添加辅食是否得当 ..... (913)
- 如何鼓励小儿“自食其力” ..... (914)
- 六、七个月婴儿应穿什么样的衣服 ..... (915)
- 为什么婴儿会流口水 ..... (915)
- 如何为婴儿洗澡 ..... (916)
- 八、九个月的婴儿有什么运动技能 ..... (917)
- 八、九个月的婴儿应怎样添加辅食 ..... (917)
- 为什么不应嘴对嘴喂小儿 ..... (918)
- 小儿哭就是饿了吗 ..... (918)
- 怎样训练小儿大小便 ..... (919)

怎样照顾小儿睡眠 .....	(919)
为什么小儿晚上睡觉爱翻滚 .....	(920)
影响小儿生长发育的因素有哪些 .....	(921)
婴儿停奶时应吃什么辅助膳食 .....	(922)
怎样防止婴儿拒食 .....	(923)
如何调节婴儿的体温 .....	(924)
从睡眠看婴儿的健康 .....	(925)
婴儿为何头发稀少 .....	(926)
怎样教婴儿学走路 .....	(927)
怎样教婴儿自己吃东西 .....	(928)
怎样纠正婴儿偏食 .....	(929)
怎样帮助婴儿锻炼 .....	(929)
怎样带婴儿到户外玩耍 .....	(930)

## 周岁宝宝优育

周岁小儿身体发育有哪些特征 .....	(932)
光脚散步对小儿发育好处多 .....	(934)
小儿没爬就会走好吗 .....	(934)
小儿不爱理发怎么办 .....	(935)
怎样为周岁的小儿制作食物 .....	(936)
小儿是不是吃得越多越好 .....	(937)
小儿不爱吃饭怎么办 .....	(937)
小儿挑食怎么办 .....	(938)
怎样结合季节为小儿安排饮食 .....	(940)
怎样培养小儿自己用匙吃饭 .....	(941)
有的小儿睡觉磨牙是怎么回事 .....	(943)
小儿入睡后出汗是怎么回事 .....	(943)
为什么应从小开始锻炼身体 .....	(944)

周岁小儿适合进行哪些体育锻炼 ..... (945)  
为什么周岁后的小儿容易生病 ..... (946)

## 幼儿优教

幼儿需要哪些营养物质 ..... (948)  
为什么吃饭要细嚼慢咽 ..... (949)  
豆制品是幼儿重要的营养物质 ..... (950)  
牛奶能不能多喝 ..... (951)  
幼儿宜多吃些粗纤维 ..... (952)  
幼儿宜多吃蔬菜 ..... (953)  
为何不能让幼儿多吃糖 ..... (954)  
哪些原因可引起小儿厌食 ..... (955)  
怎样培养幼儿独立吃饭 ..... (956)  
宝宝居住的房间应如何设置 ..... (957)  
为何幼儿不宜蒙盖被子睡觉 ..... (958)  
如何培养幼儿良好的睡眠习惯 ..... (959)  
如何培养幼儿饭前便后洗手的习惯 ..... (959)  
怎样为小儿选择牙刷、牙膏 ..... (960)  
怎样教幼儿学刷牙 ..... (961)

## 处世交际

### 喜庆时的礼节

喜庆时的礼节 ..... (964)

### 吊唁时的礼节

吊唁时的礼节  
..... (966)

### 与亲属交往的方法

与亲属交往的方法 .....	(968)
<b>与长者交往的方法</b>	
与长者交往的方法 .....	(971)
<b>公共场所的礼仪</b>	
看电影或上剧院 .....	(972)
在超市 .....	(973)
搭乘大众运输工具 .....	(973)
行人和司机 .....	(974)
与店东或售货员 .....	(975)
打球时 .....	(976)
爱护环境 .....	(978)
<b>办公室礼仪</b>	
八大行为准则 .....	(980)
介绍的礼仪 .....	(981)
拜访与被访礼仪 .....	(982)
交换名片的礼仪 .....	(986)
新员工的办公室礼仪 .....	(988)
成功主管必备礼仪 .....	(992)
办公室进餐礼仪 .....	(998)
办公室男女礼仪 .....	(1000)
<b>馈赠的礼仪</b>	
年节送礼 .....	(1002)
乔迁赠礼 .....	(1005)
赠送有个人特色的礼物 .....	(1006)
送花 .....	(1006)
送给婴儿的礼物 .....	(1007)
送给新人的礼物 .....	(1009)

送给再婚者的礼物 .....	(1010)
送给青少年的礼物 .....	(1011)
送给病人或伤员的礼物 .....	(1012)
送给高龄长辈的礼物 .....	(1013)
送给朋友的礼物 .....	(1014)
送礼细节 .....	(1014)

## 主客应备的礼仪

主人守则 .....	(1017)
客人须知 .....	(1019)
好主人必备特质 .....	(1021)
好客人必备特质 .....	(1021)
准备工作 .....	(1024)
受邀者名单 .....	(1025)
如何接待客人入场 .....	(1026)
座位的安排 .....	(1029)
轻松随意敬酒 .....	(1033)
敬酒注意事项 .....	(1033)
正式敬酒时机 .....	(1035)
餐厅内应该避免的行为 .....	(1035)
住宿环境 .....	(1036)
客人的浴室 .....	(1037)

## 交际中的大忌

不要随意打断别人的谈话 .....	(1039)
不可交谈无章法 .....	(1040)
不要伤害他人自尊 .....	(1041)
不要探闻个人隐私 .....	(1042)
不要冷落“次要者” .....	(1044)

不要背后说人坏话 .....	(1045)
不要咄咄逼人 .....	(1046)

## 求职就业

### 世纪人才

21 世纪优秀员工应具备素质 .....	(1049)
外企需要的人事经理 .....	(1050)
复合型人才的概念 .....	(1050)
人才测评的概念 .....	(1051)

### 行业分析

21 世纪热门行业 .....	(1052)
财经业 .....	(1052)
信息业 .....	(1052)
娱乐业 .....	(1053)
文化传媒业 .....	(1053)
保健业 .....	(1053)
中介服务业 .....	(1054)

### 求职常识

求职前准备 .....	(1055)
求职者讨论工资待遇的适宜时机 .....	(1056)
应聘成功者的素质 .....	(1056)
人才市场应聘注意事项 .....	(1057)
真伪招聘广告的认识 .....	(1058)
个人简历表的写法 .....	(1058)
求职信的写法 .....	(1060)
用人单位的不合法行为 .....	(1061)
打工时哪些合同不能签 .....	(1061)

### 面试技巧

面试前的精神状态 .....	(1063)
面试成功的五大原则 .....	(1065)
面试时仪表 .....	(1066)
面试时求职者应避免的不良情形 .....	(1068)
应聘时八不要 .....	(1068)
面试回答问题的注意事项 .....	(1070)
面试时可能要回答的问题 .....	(1071)
如何回答不同类型问题 .....	(1071)

## 下岗复业

下岗人员应该消除哪些陈旧观念 .....	(1074)
下岗后如何尽快再就业 .....	(1074)

## 附录

中华人民共和国劳动法 .....	(1076)
违反《中华人民共和国劳动法》行政处罚办法 .....	(1094)
各省、直辖市、自治区人才服务机构名录 .....	(1098)

## 家庭理财

### 怎样做好家庭理财

搞好家庭用财预算 .....	(1114)
四种常见的家庭分类开支 .....	(1115)
非固定收入的管理 .....	(1116)
家庭账目的作用 .....	(1117)
怎样学会赚钱 .....	(1118)
家庭购买的合理组织 .....	(1120)
夫妻怎样理财 .....	(1121)
怎样避免消费风险 .....	(1122)
家庭理财中的六大消费决策 .....	(1123)

集市交易的技巧 .....	(1124)
<b>储蓄</b>	
怎样进行家庭储蓄 .....	(1126)
几种常见的家庭积蓄方案 .....	(1127)
几种最佳的储蓄方法 .....	(1128)
邮政储蓄中的几点安全措施 .....	(1129)
残缺人民币的兑换标准 .....	(1130)
怎样储蓄和兑换家庭金银 .....	(1130)
<b>家庭保险</b>	
保险的主要形式 .....	(1132)
怎样办理投保手续 .....	(1133)
家庭财产保险的投保 .....	(1134)
人身保险的投保 .....	(1135)
怎样签订家庭财产保险合同 .....	(1136)
<b>怎样搞好经营</b>	
选择店址 .....	(1138)
起店名 .....	(1139)
市场商品信息的来源 .....	(1140)
怎样抓住顾客购买心理 .....	(1140)
<b>兼职与创收</b>	
兼职是对能力的考验 .....	(1143)
兼职成功的秘诀 .....	(1143)
兼职怎样高效率利用时间 .....	(1144)
<b>投资</b>	
什么是理想的投资 .....	(1146)
怎样投资债券 .....	(1146)

投资基金的利弊 .....	(1147)
买房的利弊 .....	(1148)
租房的利弊 .....	(1149)
怎样投资古董 .....	(1150)
怎样投资名画 .....	(1151)
如何投资古瓷 .....	(1152)
怎样投资古钱币 .....	(1153)
黄金的投资 .....	(1155)
黄金分类 .....	(1155)
投资金饰品注意事项 .....	(1156)
怎样判断金饰成色 .....	(1158)
肉眼如何鉴定金饰 .....	(1160)
字画的投资 .....	(1161)
投资字画并让它增值 .....	(1161)
古画的鉴定 .....	(1163)
珠宝的投资 .....	(1165)
宝石的种类 .....	(1165)
真假宝石的鉴别 .....	(1170)
珍珠的主要种类 .....	(1172)
真假珍珠的识别 .....	(1175)

## 股票

股票的概念 .....	(1178)
股息红利发放有哪些形式 .....	(1178)
股票的术语 .....	(1179)
冷静分析股市行情 .....	(1186)
抛股票的最佳时机 .....	(1187)
“守株待兔”投资法 .....	(1188)

怎样应付急涨 .....	(1188)
买进股票的时机 .....	(1189)
卖出股票的时机 .....	(1190)
掌握每个股票轮涨的步调 .....	(1191)
成交量是决定卖出买进的关键 .....	(1191)
股票投资风险 .....	(1192)
股东代码卡的办理 .....	(1193)
怎样交易深圳股票 .....	(1193)
怎样认购上网发行的新股 .....	(1194)
初涉股市切记的几点 .....	(1196)
怎样选股 .....	(1197)
如何寻找有潜力的股票 .....	(1198)
投资人应该掌握的操盘技巧 .....	(1200)
小额投资者应注意的问题 .....	(1201)
分红派息的领取 .....	(1202)
如何申领、补领沪股现金红利 .....	(1202)

## 房产

房地产投资经验“一句话” .....	(1204)
怎样寻找理想房源 .....	(1205)
向亲戚朋友打听 .....	(1208)
向发展商或代理商了解 .....	(1211)
房屋有否合法产权 .....	(1212)
居住地段是否适宜 .....	(1214)
房屋售价是否适中 .....	(1215)
付款方式能否接受 .....	(1216)
居住环境是否舒适 .....	(1219)
住宅设计是否合理 .....	(1221)

装修标准是否满意 .....	(1222)
工程质量有无保证 .....	(1223)
公共设施是否完备 .....	(1225)
物业管理可否接受 .....	(1226)
商品房投资的诀窍 .....	(1229)
投资商品房须掌握的几个关键 .....	(1231)

## 邮市涉足

怎样测算邮票增值 .....	(1235)
为什么小型张增值最快 .....	(1236)
发行早的邮票价钱就好吗 .....	(1237)
哪些邮票增值快 .....	(1238)
散票与套票的价格分析 .....	(1239)
盖销票、信销票的投资 .....	(1240)
邮票品相的鉴别 .....	(1242)
邮票真伪的判断 .....	(1244)

## 债券

怎样计算债券的利息或利率 .....	(1246)
国库券概述 .....	(1247)
怎样分析和判断债券的价格波动 .....	(1248)
怎样测量债券价格波动 .....	(1250)
决定债券买卖的三法则 .....	(1251)
公募债券的发行程序 .....	(1252)
国库券的发行程序 .....	(1253)
柜台交易的内容 .....	(1256)
国库券的交易方式及其交易程序 .....	(1259)
国库券的投资策略 .....	(1262)
国库券投资的动机 .....	(1262)

国库券投资的基本过程 .....	(1264)
国库券投资要领 .....	(1265)
国库券投资实务 .....	(1266)
怎样在国库券流通市场上取得最佳投资收益 .....	(1268)
国库券的投机 .....	(1269)
怎样计算国库券的利息或利率 .....	(1270)

## 期货

期货的概念 .....	(1272)
怎样掌握期货差价套利的操作技巧 .....	(1272)
四种基本的差价套利方式 .....	(1274)
不要勉强交易 .....	(1274)
永远不要超额交易 .....	(1275)

## 外汇

什么是外汇和汇率 .....	(1277)
国内居民怎样办理外币储蓄 .....	(1277)
个人怎样存外币 .....	(1278)
出国所得外汇的处理 .....	(1280)

## 遗产继承

继承遗产应注意的事项 .....	(1281)
怎样继承海外遗产 .....	(1282)

## 生活小窍门

### 首饰的保养

银饰品光泽的恢复 .....	(1285)
银饰品的日常清洗 .....	(1285)
首饰重污垢的清洗 .....	(1285)

怎样清洗黄金饰品 .....	(1286)
黄金首饰变白的恢复 .....	(1286)
怎样擦试宝石戒指 .....	(1286)

## 服装鞋袜的清洗和保护

服装污迹的去除方法 .....	(1287)
毛线衣的清洗 .....	(1290)
真丝衬衫的洗涤 .....	(1291)
羊毛织品的清洗 .....	(1292)
腈纶织物的清洗 .....	(1292)
皮夹克衬里的清洗 .....	(1293)
怎样熨衣裙 .....	(1293)
领带的洗熨 .....	(1294)
羽绒服的保洁和收藏 .....	(1294)
巧擦皮鞋 .....	(1295)

## 家具的清洗和修补

茶水洗新木器 .....	(1297)
家具变新的方法 .....	(1297)
消除家具烫痕的方法 .....	(1297)
怎样消除家具烧痕 .....	(1298)
怎样处理变黄的白色家具 .....	(1298)
怎样消除家具水渍痕 .....	(1298)
怎样消除装饰贴面鼓泡 .....	(1298)
木制家具除漆 .....	(1299)
木器的修补 .....	(1299)

## 墙饰、地毯小常识

油漆画线的方法 .....	(1300)
蓝墨水在粉墙中可增白 .....	(1300)

贴墙纸浆糊配制二法 .....	(1300)
怎样计算墙纸面积 .....	(1301)
张贴墙纸二法 .....	(1301)
墙上钉钉二法 .....	(1301)
如何消除地毯压痕 .....	(1302)
如何消除地毯焦痕 .....	(1302)
怎样洗涤地毯 .....	(1302)
塑料地板去污法 .....	(1302)
<b>玻璃的清洗和加工</b>	
玻璃清洗六法 .....	(1303)
镜子的洁净 .....	(1303)
自制毛玻璃 .....	(1304)
陶瓷片、卵石片代替玻璃刀 .....	(1304)
用蛋清可粘合玻璃制品 .....	(1304)
<b>自行车的使用和保养</b>	
自行车胎延寿法 .....	(1305)
车内胎的修补与车胎慢撒气的处理 .....	(1305)
<b>钟表的使用和保养</b>	
手表防蚀法 .....	(1306)
表蒙变新法 .....	(1306)
手表受磁处理 .....	(1306)
如何消除表内水汽 .....	(1306)
座钟乱点的处理 .....	(1307)
挂钟零件的清洗 .....	(1307)
手表他用二法 .....	(1307)
<b>家电选购与维护</b>	
高级组合音响的选购 .....	(1309)

微型唱片系统的选购 .....	(1310)
高保真音箱的选择 .....	(1311)
如何选购吸尘器 .....	(1312)
微型电子计算器的选购 .....	(1313)
空调的选购 .....	(1314)
收音机的选购 .....	(1317)
录音机的选购 .....	(1319)
电视机的选购 .....	(1321)
电吹风的选购 .....	(1324)
电饭锅的选购 .....	(1326)
微波炉的选购 .....	(1327)
冰箱节电法 .....	(1329)
冰箱封条的修理 .....	(1329)
怎样降低冰箱噪音 .....	(1330)
电视机 AFT 开关的作用 .....	(1330)
电视机的防潮与除尘 .....	(1331)
怎样消除电视机“雪花”点 .....	(1332)
怎样增强有线电视收看效果 .....	(1332)
有线电视常见故障的排除 .....	(1333)
洗衣机漏水的修理 .....	(1334)
磁带转动不良的处理 .....	(1334)
录音磁带轮的改进 .....	(1334)
磁带重音的处理 .....	(1335)
折皱磁带的复原 .....	(1335)
怎样清洗录音机磁头 .....	(1335)
电熨斗的除锈 .....	(1336)
验电笔用途 .....	(1336)

空调的使用 .....	(1337)
空调的保养 .....	(1339)
空调器的维修 .....	(1341)
电风扇的使用维护 .....	(1343)
科学保养电视机 .....	(1346)
电吹风的使用维护 .....	(1348)
电饭锅的保养 .....	(1350)
正确使用微波炉 .....	(1353)

## 厨房用具

氧化发黑的水龙头如何恢复 .....	(1355)
厨房的安全用电 .....	(1355)
厨房中安装白炽灯的作用 .....	(1355)
电冰箱电源为什么要单独布线 .....	(1356)
电器开关插座应远离煤气灶具 .....	(1356)
怎样防止蜂窝煤炉瓦内壁结焦 .....	(1356)
怎样修补炉膛 .....	(1357)
巧用蜂窝煤 .....	(1357)
炉子生锈的处理 .....	(1357)
煤油炉烟味的消除 .....	(1357)
液化石油气灶具的检漏 .....	(1357)
防止熟铁锅底部开裂的方法 .....	(1358)
搪瓷器皿的修补 .....	(1358)
粘补瓷器的方法 .....	(1358)
叠杯的分离 .....	(1359)
可包装食品的塑料袋 .....	(1359)
铝铁炊具不可混用 .....	(1359)
怎样处理菜刀把松脱 .....	(1359)

热饮用玻璃杯薄比厚好 .....	(1360)
潮湿的火柴变干的窍门 .....	(1360)
厨房换气扇的安装和保养 .....	(1360)

## 厨房卫生与消毒

餐具的高温消毒 .....	(1362)
餐具的药物消毒 .....	(1362)
菜砧板消毒方法 .....	(1362)
厨房异味的消除 .....	(1363)
冰箱异味的消除 .....	(1363)
怎样擦洗玻璃器皿 .....	(1363)
厨房玻璃制品去污 .....	(1363)
油瓶的清洗 .....	(1364)
巧除壶垢 .....	(1364)
刀上腥味的去除 .....	(1364)
锅中腥味的去除 .....	(1364)
怎样防止菜刀生锈 .....	(1365)
除铁锅锈味 .....	(1365)
铝制品热擦去油污 .....	(1365)
去除搪瓷器皿焦迹 .....	(1365)
咖啡壶沉迹的清除 .....	(1365)
面汤洗碗去油污 .....	(1366)
碗橱防蛀虫 .....	(1366)
如何去除水泥地上的墨迹 .....	(1366)
肥皂在厨房的妙用 .....	(1366)
小烫伤的处理 .....	(1367)
自制粘蝇纸 .....	(1367)
如何驱蟑螂 .....	(1367)
如何捕杀蟑螂 .....	(1368)

## 食品贮藏、保鲜

- 粮食的贮存 ..... (1369)
- 收藏红枣 ..... (1369)
- 贮存花生米 ..... (1369)
- 久存花生油 ..... (1370)
- 绿豆的贮存 ..... (1370)
- 米饭防馊 ..... (1370)
- 面包保鲜 ..... (1370)
- 啤酒的保存 ..... (1371)
- 夏季防止酱油、醋发霉的方法 ..... (1371)
- 豆腐的保存 ..... (1371)
- 怎样贮存冬瓜 ..... (1371)
- 怎样保管茄子 ..... (1372)
- 怎样保存青椒 ..... (1372)
- 怎样存放鲜葱 ..... (1372)
- 土豆的贮藏 ..... (1372)
- 海蜇的贮存 ..... (1373)
- 香肠的贮存 ..... (1373)
- 几种食品不能混合存放 ..... (1373)
- 怎样收藏火腿、咸肉、咸鱼 ..... (1374)
- 猪肉解冻与保鲜 ..... (1374)
- 冷冻羊肉的处理 ..... (1375)
- 鱼的保鲜 ..... (1375)
- 海味保鲜 ..... (1376)

## 食品清洗、加工、去异味

- 快拔猪毛兔毛 ..... (1377)
- 巧剔猪血筋 ..... (1377)

河鱼土腥味的去除 .....	(1377)
鲤鱼去腥 .....	(1378)
怎样除去鱼腥的苦味 .....	(1378)
涨发干贝方法 .....	(1378)
米汤泡发木耳好 .....	(1378)
怎样浸泡干蘑菇 .....	(1378)
怎样清洗鲜蘑菇 .....	(1379)
怎样洗掉菜叶上的小虫 .....	(1379)
快速剥蒜 .....	(1379)
巧取鸡蛋清 .....	(1379)
怎样避免切菜时手上染色 .....	(1380)
勿用菜刀削水果 .....	(1380)
快速腌制咸蛋 .....	(1380)
快速腌制酸白菜 .....	(1381)
怎样淘米营养损失少 .....	(1381)
淘米如何去沙 .....	(1381)

## 其它生活小窍门

如何使用席梦思床垫 .....	(1383)
灌开水的学问 .....	(1383)
防止书画霉变的方法 .....	(1384)
书籍上污迹的去除 .....	(1384)
巧取胶卷头 .....	(1385)
怎样消除底片霉斑 .....	(1385)
肥皂润滑抽屉 .....	(1386)
防止油漆进指甲缝的方法 .....	(1386)
如何防止撞锁自撞 .....	(1386)
陶器修补法 .....	(1387)

怎样开锈锁 .....	(1387)
眼镜修补二法 .....	(1387)
水管漏水的处理 .....	(1388)
保持折伞开关灵活法 .....	(1388)
钝刀片变锋利二法 .....	(1388)
巧断玻璃瓶 .....	(1389)
旋开生锈水瓶壳 .....	(1389)
软肥皂复原 .....	(1389)

# 家庭医疗

# 用药一般常识

## 有病不可滥服药

患病服药，理所当然，但是怎样服药，却很有讲究。不同医师对同一种疾病投药的剂量却不尽相同，他们依据医学理论和临床经验来确定药物剂量，并非擅自主张。

病人买药自服，就难免按自己的经验服用，尤其是一些家庭常备药品，更是如此。例如有些人习惯于服止痛药。最初是由于头痛或牙痛等疾患，经医师指定服用一定剂量之止痛药。服用见效之后，便开始自买自服。岂知任何止痛药都含麻醉成分，久服会因产生耐受性而使止痛功效减小，若要维持效力，必须增量。于是便逐步增加剂量。天长日久便会成“瘾”，每日非服不可。

再如有些父母由于关心孩子的健康，无论任何大小疾患，都投以药剂，以求早愈。这种心情，自然可以理解，但是结果却适得其反，小儿不但不能健康成长，反而成为依靠药品维持健康的人。其实幼儿的生命力最强，机体的抵抗力也强，因此用药理应节制。

虽然有“久病成良医”之说，但切勿过分相信自己的用药经验而自购药物滥服。病人知道的药物知识毕竟有限，用药不当可造成严重后果。医师治病是根据疾病和药物作用等

诸多因素综合考虑而用药的。因此有病服药还是应在医师指导下进行。

## 服药有“法”

病人到医院药房取药时，小药袋上都写着服法与用药次数，这是为什么呢？是因为病人用药的时间、次数以及环境因素与药物的疗效关系密切。病人如果不按照药袋上医嘱服药，不但影响药物的疗效，甚至会带来不良后果。

1. 用药时间：药物的品种繁多，用药的时间必须与病人的饮食、睡眠等相应，才能更好地发挥药物的治疗作用和避免发生不良反应。用药时间一般有下列几种。

(1) 空腹（如清晨）用药。空腹时，胃肠内的食物少，这时用药可使药物迅速进入肠内，经粘膜吸收入血，有利于药物发挥最大的效用。此外，局部起作用的泻药和驱虫药，一般在空腹时服。

(2) 饭前用药（一般指食前 30 分钟）。饭前用药主要是使药物不致通过胃时过分稀释，以利于药物的充分吸收。这样药物对消化道刺激小，如肠道抗感染药、收敛止泻药、利胆药、胃壁保持药，还有容易被胃酸破坏而迅速进入肠道内的肠溶片剂，均宜在饭前服用。

(3) 饭时用药。其目的之一是使药物直接与食物起作用。如帮助消化的胃蛋白酶合剂，宜在饭时或饭后服用。另外，对肠道刺激性大的药物，如硫酸铁，左旋多巴等，也宜在饭时服用。

(4) 饭后用药（指饭后 15~30 分钟内）。饭后服用药物种类最多，这些药物对胃肠道一般都有刺激性，如解热止痛的阿司匹林、吲哚美辛（消炎痛）等。

(5) 睡前用药。诸如催眠药、安定药、作用较缓慢的轻泻药、驱虫药、一些妇科用药和抗肿瘤药物。

2. 用药的次数：是根据病人的病情及药物的性能而定。一般吸收快、排泄快的药物，服用次数多；排泄慢的药物则次数较少，有的长效制剂每周只服 1~3 次。还有些特殊用药，如发热时服、痛时服、月经后服等，这就要靠病人酌情掌握了。

## 病人不要过早停药

有的病人问医师，为什么我的病都好了还要吃药呢？其实，有的疾病经治疗一段时间后，虽然病人自己的感觉好了，症状也似乎消失了，但病并没有真正痊愈。某些慢性病和功能性疾病，如肾炎、肝炎、神经衰弱等，尽管症状没有了，但经化验检查，指标还不正常。因为各种慢性病，病程一般比较长，需要有一个较长时间的调整，如果过早停药、中断治疗，疾病往往会复发。例如临床上常见的急性肾盂肾炎，伴有尿频、尿急、尿痛等症状，经 5 天左右用药治疗后，症状基本消失，此时病人停止用药，过不了几天又会犯病，继续用药又很快见效。如此反复发作，反复用药，细菌将逐渐产生抗药性，病也变成了难治的慢性肾盂肾炎。如果能按医师的嘱咐，用药一直用到小便镜检正常后再过 3~7 天停药，就

不会再出麻烦了。又如急性风湿热病，用药控制发热、关节痛等症状比较容易，但不能误认为烧退、关节不痛了就能停药，因为症状虽暂时消失，但引起风湿热的细菌尚未完全控制，疾病对心脏瓣膜的损害还在继续。故一般疗程应为3个月到半年。之后仍需观察5年，直至不再复发才能放心。过早停药可能使心脏瓣膜发生永久性损害，导致风湿性心脏病。

总之，用药时间一定要按医嘱严格执行。慢性病病人服中药也需“守方”有恒，有时十几剂，甚至几十剂才能治愈，不可自作主张，随便停药换药。

## 不应随意加大服药剂量

有些人生病吃药时，常常要超过医师规定的剂量。他们认为：多吃药，病就好得快。

病好得快慢，取决于用药量的多少吗？

不是！如果随意加大用药量，不但不能治好疾病，反而容易出问题。

专家们认为，一般药物的疗效，不会因为剂量增加而提高，因为药物在肠道被吸收有一定限度，加大用药剂量只不过是增加排泄而已。

据统计，病人用药后所引起的不良反应，90%以上都是由于用药过量而引起。比如过量服用四环素和对乙酰氨基酚（扑热息痛），都会损害肝脏；链霉素用量过大，可引起头晕和耳聋；庆大霉素用量过大，可引起尿蛋白和血尿。

常用的营养药物，多吃也没好处。比如大量服用鱼肝油

或甲种维生素，会引起骨痛、皮肤发痒、毛发脱落、食欲减退、颅内压增高等症状。

总之，只有按医嘱，合理用药，才能起到药到病除，增进健康的作用。

## 不要直接用药瓶喝药

中西药有水剂、糖浆、酒剂等瓶装的药品，一些人图省事，或在旅行途中，打开瓶盖直接喝药，这样既不科学，也不卫生，还会产生咬破玻璃被吞咽的危害。用药瓶直接喝药，药量不准，服少了不起作用，服多了又会产生不良反应，甚至中毒。尤其是儿童、老年人，用瓶直接喝药更是危险，一是易打碎药瓶，浪费药物，二是易咬碎瓶口，误服玻璃碎片，造成食管出血，甚至使静脉曲张的食管大出血。用药瓶直接喝药，还会使口腔的细菌带入瓶内，使药水变质。

正确的方法是按医师嘱咐或瓶签上的说明剂量，将药倒在小勺或其他容器里，用开水冲服。这样既安全又卫生，更重要的是药量准，药物浓度低，温度适中，对胃及食管刺激较小，有利于健康。

## 不宜躺着服药

服药时所采用的体位对药物的吸收作用有着较大影响。英国一位科学家为病人口服了能在 X 线下清晰可见的钡元素，进行研究观察：结果发现病人采用站立或坐位服药时，只

需 6 毫升的水冲服,药物在 5 秒钟之内就能全部达到胃里;但如果躺着服用同样的药物,用了多达几倍的水冲服,有一半药物在长约 25 厘米的食管里就逐渐被溶化吸收,并不能全部到达胃里,致使药物没有完全发挥作用,有些药物还会刺激食道粘膜。另外,躺着服药也易使药物和水误入气管,引起呛咳。

所以,在口服用药时,最好采用“站立”或“坐位”。切勿躺着服药。

## 什么情况下药品不能使用

1. 药片。药片分糖衣片、非糖衣片。糖衣片如果出现受潮、变色、发霉、衣层裂开、溶化等现象不能服用;非糖衣片,如原来是白色,变为黄色,或发黑、有斑点、松散、潮解等,就不能再服用。如维生素 C 片,原药是白色,变成黄色或棕色;阿司匹林片,上面有小结晶析出,并有一股醋酸气味;含碘的药物变成红棕色,都说明已变质,不能继续服用。此外,还有一种胶囊内装药粉,如果胶囊受潮发粘,里面药粉结块,也不可再用。

2. 注射药。注射药(针剂)多为水溶液,一般为无色、微黄的澄明液体,不允许有浑浊、沉淀、絮状物和变色等现象,凡出现这样情况的,不可使用。

但有些针药本身是带色的,如维生素 B<sub>12</sub>注射液是红色的,维生素 B<sub>2</sub> 是黄色的,有的清热解毒的中药针剂是深褐色的等。有些药品在天冷时会有结晶析出,加温后可以溶化,这

种情况属正常现象，一般说明书上均有说明，未注明的应请教医师后再决定是否可用。

注射药中，还有一些溶液是油剂，如黄体酮、苯丙酸诺龙、维生素 D<sub>3</sub> 等，均为澄明淡黄色油状液体。如发现混浊、沉淀或变成棕色，也不能再用。

3. 中成药丸、片。如发现中成药丸、片发霉、生虫、潮化等，说明已变质，也不可再用。

4. 药水、糖浆类。如发现药液中浑浊、沉淀、有霉点、变色、发酵、酸败等情况，都应作变质处理，及时倒掉。

5. 外用药。眼药水和注射液一样，是澄明的水溶液，如出现结晶、絮状物或霉点，就是变质，不能再使用。药膏一般比较稳定，但如保存不当或时间过久，也会变质，如水、油分离、干涸或有酸臭味等。

## 不能滥用激素类药物

正确使用激素类药物可以治疗很多临床上难治的疾病，比如控制炎症，治疗风湿性关节炎、类风湿性关节炎、皮炎、红斑狼疮、严重支气管哮喘等都有较好疗效。因此有的人把激素类药物视为灵丹妙药，甚至因感染而发热时也当作退烧药来用，造成不良后果。

临床上激素之所以可以用于发热的病人，作辅助药物，是因为它可以抑制细菌释放的“致热原”，或直接作用于下丘脑体温调节中枢，提高机体对有害物质的反应能力，使体温下降，但它并无杀菌能力。相反，它还能削弱机体对细菌的抵

抗能力。所以，凡是因感染而致的炎症发热，必须用激素药时，一定要同时使用足量的抗生素作基本治疗，否则将使炎症扩散，感染加重，发热也不可能退下来。有的人把激素药作为解热镇痛药来用，尤其是在发热病因未明时用，更是错误的。

激素可以促进脂肪分解，使四肢皮下脂肪重新分布，形成向心性肥胖，如长期服用，病人可呈“满月脸”、“水牛背”等表现。激素可以对抗胰岛素的分泌，使血糖升高，尿糖呈阳性，因此，有肥胖或糖尿病家族史的人应慎用。激素还可诱发或加重胃溃疡、十二指肠溃疡的病情，严重者可引起溃疡穿孔或出血，这是因为激素能增加胃酸及胃蛋白酶分泌之故。

长期应用激素还会使病人易于招致结核、霉菌、病毒的感染，已有感染者，也可使之更严重。激素还可以增加眼压，诱发青光眼和白内障。

服用激素以后，人体自身腺体受到抑制，如果突然停药，中断了外来激素的补充，体内来不及调整，因而会造成一系列肾上腺皮质功能不全的症状，如恶心呕吐、厌食、乏力等。因此，只能渐渐减量，不可骤停。

总之，激素类药物用途虽广，但用得不得当其副反应也多，临床上应按照能不用就尽量不用、能少用决不多用、能短时用绝不长期用的原则。

## 肠溶片不可嚼碎服用

小孩吞药片有困难，有的家长常常将药片碾碎，或叫病

人嚼碎服用，采用这种方法对某些药适用，但对另一些药则不适用，而且有一定副作用。

如临床常用的剂型肠溶片，它是指在胃液中不崩解、而在肠液中能够崩解吸收的一种片剂，将药物制成肠溶片是为了满足药物性质及临床医疗的需要。这是因为：许多药物在胃液酸性条件下不稳定，易分解失效或对胃粘膜有刺激性；还有的药品只有在肠腔中能够吸收。为了妥善解决以上问题，就在这些药物的外面包上一层只能在碱性肠液中溶解的物质（如虫胶等），这就是肠溶衣。为了充分发挥药物的治疗效果，减少毒副反应，肠溶片剂应整片吞服，切不可嚼碎或研成粉末服用。目前临床常用的肠溶片剂有：红霉素肠溶片、麦迪霉素肠溶片、庆大霉素、胰酶肠溶片、淀粉酶、呋喃妥因（呋喃嘧啶）、多酶片、复方菠萝酶、双氯灭酸（双氯灭痛）等等。

## 注射用针剂不可口服

在临床医疗工作及现实生活中，我们发现有的病人或医师为了减少注射疼痛，或在不具备注射条件时，让病人直接口服注射用药液或药粉，这样做是很危险的。

很多药物之所以制成针剂使用，是因为这些药物在消化道的胃酸溶液中不稳定，易被破坏、失效或吸收不好而达不到有效血药浓度。例如口服青霉素粉针、红霉素粉针、庆大霉素注射液等，这是根本没有临床疗效的，搞不好还会引起致命的药物过敏性休克反应。其次，现常用的直（曲）颈玻

璃安瓿打开时，玻璃碎片也会混入药液而被误服吞下，致使食管划伤，造成消化道内出血。有些药物虽然既可注射给药，也可口服给药，但两种不同制剂的价格相差 75%~90%。如 100 毫克的维生素 C 针剂和片剂的价格比是 10:1；同剂量的口服葡萄糖和葡萄糖注射液的价格是 1:4.3。把注射用药口服，这显然是一种浪费。为了科学、安全、合理、经济地使用药物，注射用针剂一定要注射给药，切不可随便改为口服。

## 不要滥用氟轻松

氟轻松（肤轻松）软膏是合成的激素制剂，有消炎和抗过敏的作用，对多种皮肤病，如接触性皮炎、湿疹、神经性皮炎及脂溢性皮炎等是有效的，特别是对这些皮肤病所引起的瘙痒，有一定的止痒作用。然而，有些人把它当成治疗皮肤病的万能药，动辄就要求医师开氟轻松。事实上并非如此，一些感染性皮肤病，外用氟轻松不但无效，甚至还会使局部抵抗力降低，令病情加重。下面一些皮肤病是不适宜使用氟轻松的。

足癣（又称香港脚）、股癣等皮肤病，都是由表皮癣菌引起的，氟轻松没有直接杀灭或抑制这些癣菌的作用。因此，足癣、股癣用氟轻松时，只能起暂时控制炎症和止痒作用，但不可能杀死癣菌，如长期或反复使用，会使癣病加重和扩散。

脓疱疮、疖以及化脓性皮肤病，也不适宜用氟轻松。因为这些皮肤病也是由细菌引起的，擦氟轻松后不但治不了这些病，还会使病情加剧，增加痛苦。

长在口唇旁的单纯疱疹和长在身上的带状疱疹，也不宜用氟轻松。因为这些皮肤病是由比细菌还小的病毒引起的，而氟轻松没有杀灭及抑制病毒的作用，如果疱疹外用氟轻松，也会使患处感染加剧。

青年人的痤疮，是青春发育期皮脂腺活动旺盛而引起的常见的皮肤病。这种皮肤病容易合并感染发生脓疱或炎症性小结节，这时如果涂擦氟轻松，有害无益。

尤其不要在面部长长期使用氟轻松，否则会引起皮肤轻度萎缩、变薄、毛细血管扩张、皮肤发皱。特别是婴幼儿，皮肤娇嫩，更不宜长期大面积使用，因为它是较强的激素制剂，皮肤吸收后，会引起肾上腺皮质功能抑制，带来严重不良后果。

## 切莫乱用退热药

发热是机体的一种防御性反应，也是多种疾病的共同症状。解热退热药能使发热病人的体温暂时降低，但不能消除病因。或者当药物作用消失后，发热又会出现；或者还会因用解热药扰乱了发热的规律，出现假象，造成误诊，影响正确治疗，甚至危及病人的生命。在发热原因未弄清楚之前，乱用解热退热药有如下危害：

一是掩盖病情，贻误治疗，特别是有流行性出血热的地方，似感冒发热的病人千万不要用阿司匹林、去痛片发汗退热。因为出血热要早发现，早治病，应用阿司匹林等解热退烧药后，出现暂时假象，延误了抢救治疗时间，使病情加重，

甚至造成死亡。

二是解热药一般是通过皮肤血管扩张、出汗等散热方式来恢复体温正常的，若用量大或病人体弱，会使出汗过多，体温骤降，血管扩张，出血不止，致使病人发生虚脱危及生命。特别是新生儿发热时，严禁给小儿退热片或阿司匹林等退热药。这类药能引起新生儿青紫、发绀、贫血，以及便血、吐血、肚脐出血，甚至脑内出血，如不及时抢救会造成死亡。一部分解热药还有过敏反应等不良作用，应用这类药物会引起不少的麻烦。

因此，一般发热也无须用解热药，只有当病人体温超过 $39^{\circ}\text{C}$ 以上，或因高热发生昏迷、抽风等症状，或病人发热虽不甚高，但有头痛、失眠、精神兴奋等症状，而妨碍病人休息或影响治疗时，方可使用解热药。

## 怎样使用助消化药

在正常情况下，人体能分泌胃酸和一些酶类来帮助消化。但是，如果胃肠功能紊乱，饮食失调，就会影响酶的分泌，引起消化不良。这时就需要服酶和酸类药物，以帮助消化。常用的消化药及其注意事项归纳如下：

**胃蛋白酶：**是从猪、牛、羊的胃粘膜上提取出来的一种水解酶，又称胃泌素。在酸性环境中活性高而且稳定，但遇碱则失效。胃蛋白酶有消化蛋白质的作用，能将食物中的蛋白质变为蛋白胨，从而促进对蛋白质的消化。吃肉类、蛋类、豆类食物过多，若产生了消化不良、食欲不振和病后体弱、吃

东西不香等，可服用蛋白酶。常与稀盐酸配成胃蛋白酶合剂服用，但不能和小苏打同服。胃溃疡和肥厚性胃炎病人不宜服用。

**淀粉酶：**又名糖化素、淀粉酶素。是从麦芽中取得。有帮助胃肠消化淀粉类食物的功能。如吃米、馒头、面条、红薯、土豆等过多引起的消化不良，可服用淀粉酶以帮助消化。本品应在饭后服用，每次服 0.25~0.5 克，一日 3 次。

**胰酶：**又名胰酵素、胰液素，是从猪、牛、羊的胰脏提取的。主要成分含胰淀粉酶、胰蛋白酶和胰脂肪酶，有消化蛋白质、脂肪和淀粉的作用，常用于一般消化不良、食欲不振，尤其适合慢性胃炎、肝脏病和糖尿病病人的消化障碍。胰酶片禁与稀盐酸同服，因胰酶遇酸则被破坏而失效。

**乳酶生：**又叫表飞鸣，是由活乳酸杆菌加适量淀粉压制而成的片剂，每片 0.3 克，约含乳酸杆菌 300 万个以上，一日 3 次，每次 2~3 片。该药进入肠道后，能分解糖类生成乳酸，使肠内酸性增高，可抑制肠内病原菌的繁殖和肠内的物质发酵，减少肠内产生气体，从而可减轻腹胀，适用于消化不良、肠胀气及腹泻。特别对小儿消化不良性腹泻有较好效果。

**酵母片：**是酵母菌的干燥菌体，为制啤酒时在发酵液中滤得的沉淀粉加入蔗糖制成。干酵母中含有维生素 B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub>、B<sub>6</sub>、B<sub>12</sub> 叶酸、肌醇、蛋白质、以及消化酶、麦糖醇等，具有营养价值与医疗作用。适用于治疗食欲不振、消化不良及 B 族维生素缺乏症所引起的疾病，也可用于肝炎的辅助治疗。干酵母片，每片含 0.3、0.5 克两种，每次服 1.0~2.0 克，饭

后嚼服。

稀盐酸：常用来治疗各种原因引起的胃酸缺乏症，如萎缩性胃炎、发酵性消化不良、恶性贫血、胃癌等；并可消除饭后胃部不适、腹胀、暖气等症状。常与胃蛋白酶合用。服用稀盐酸后应马上漱口，以免酸蚀牙齿。胃溃疡、肥厚性胃炎和胃酸过多的病人不宜服用。

## 不要滥用速效感冒胶囊

近几年来速效感冒胶囊几乎成了家庭必备药品，许多人咳嗽、头痛、流涕、咽痛都服用它，甚至还常用来预防感冒，这是不对的。本品大剂量服用会引起中毒反应，甚至危及生命。曾有人一次服用 7 粒速效感冒胶囊发生马来酸氯苯那敏（扑尔敏）中毒，经抢救才脱险。

速效感冒胶囊内含有 人工牛黄、酸氯苯那敏（扑尔敏）、咖啡因和对乙酰氨基酚（扑热息）痛，其中对乙酰氨基酚（扑热息）痛是一种非类固醇类解热镇痛药，过敏体质的人服用，可导致粒细胞减少，过敏性皮炎；若肾功能减退的病人服用，可致间质性肾炎，甚至引起急性肾功能衰竭。所以千万不要滥用速效感冒胶囊。

## 不要滥用泻药

应用泻药的目的是排除肠内毒物，治疗便秘，或与驱虫药合用，帮助驱出虫体和排除剩余的驱虫药等。有些人发生

便秘，不问病因就用泻药通大便，结果泻药用量越来越大，便秘也更加顽固，因此在用泻药时须注意：

1. 不要把服用泻药看成常规治疗便秘的惟一方法。对便秘应注重病因治疗，并从生活、饮食习惯等方面加以纠正。如便秘系饮食过少、食物过于精细所致，宜多食富有植物纤维的蔬菜等；如为腹肌和结肠肌肉无力所致，可给予适量的轻泻药或缓泻药协助通便，更重要的是，应鼓励病人多作体力运动，养成定时大便的习惯。总之，泻药的作用是刺激肠粘膜，使它产生排便冲动或者润滑肠壁。得了便秘，想通过泻药彻底解决问题，一般是不可能的，它只能起救“急”之用。只有查出便秘原因，再进行治疗，才有药到病除的效果。

2. 要根据病情选择药物。如慢性便秘不用致泻力强的峻泻药（硫酸镁等），因这类药物可使小肠蠕动加强，长期服用易导致消化道功能紊乱；只在排除肠内毒素和辅助驱虫药驱除肠虫时，才宜使用。同时也要注意，病人体质过弱者不宜用；蓖麻油等泻药不能用来排除肠溶性毒物，因它可促进该类毒物的吸收。此外，大黄及以大黄为主的清热泻下药，如三黄片、牛黄解毒片、牛黄上清丸等，对年老、孕产妇属气血虚弱所致的便秘病人不宜使用，以免损伤脾胃。

3. 对诊断不明的腹痛病人切忌使用泻药，以免延误诊治。泻药可使极度衰弱及脱水状态的病人失水情况进一步加重；可使患有机械性肠梗阻，伤寒，腹膜炎等疾病的病人有并发肠穿孔的危险；还可反射性地引起盆腔器官充血，故孕妇及月经期妇女也应慎用，以免发生流产、早产或月经过多。

## 头痛切勿乱用药

每当遇到头痛，不少人就想起去痛片、APC（复方阿司匹林）、对乙酰氨基酚（扑热息痛）、吲哚美辛等。服用后似乎可缓解一下头痛，但去痛片、APC这类止痛药只能缓解症状，却不能消除病因。然而，引起头痛的原因千差万别。例如患高血压病时常伴有头痛。其部位多为额部、枕部、性质为头颅深部钝痛，并有头晕、头胀、头部紧缩感；近视眼、远视眼病人，在下午或晚上，尤其在用眼过久以后也可出现头痛，且常在两侧眼球及眉弓部胀痛，但休息后可减轻或消失；得了鼻窦炎也有头痛，常伴随有鼻塞、流浓鼻涕，而且早晨比下午严重；颅内如有肿瘤或其他占位性病变等，会出现持续性头痛，并逐渐加重，呈炸裂性，同时伴有恶心、喷射状呕吐、视力减退、行走不稳、瘫痪等；得了青光眼，亦可出现较为剧烈的头痛，并伴有呕吐，但呕吐不呈喷射状；得了神经衰弱也有头痛，但头痛的部位和性质常常不固定，而且睡眠有改善时，头痛往往减轻。此外，还有其他性质的头痛，如偏头痛，三叉神经痛，脑外伤引起的头痛，牙病、中耳炎引起的头痛，伤风感冒或其他感染性疾病也可引起头痛。因此，必须搞清楚头痛的原因，针对病因再进行治疗，头痛方能解除。

治疗各种头痛的止痛药，均有一些毒副作用，而且有些是相当严重的，所以，在服用这些药物时，必须在医师的指导下使用，尤其是老年人、幼儿、体弱者，决不能滥服。

## 维生素 C 能代替水果、蔬菜吗

维生素 C 对人体具有重要作用，它的主要来源是水果和蔬菜。有人以为，平时只要多服一些维生素 C 药片，不吃水果和蔬菜，也能达到同样效果。其实，这种做法并不能使人体有效地利用维生素 C，有时还会适得其反。

存在于水果和蔬菜中的天然维生素 C，与人工合成维生素 C 相比，有一个不容忽视的优点，那就是很多水果和蔬菜中存在的维生素 C 是以两种物质，即维生素 C 与维生素 P 组合的状态存在的。在人体组织中，维生素 P 能协助维生素 C 发挥作用。而人工合成的维生素 C 则是纯药物制剂，其效果远不如天然维生素 C。此外，服用维生素 C 药片往往用量较大，如长期服用可在体内生成大量草酸，成为肾结石的物质基础。而水果、蔬菜中的维生素 C 并不会使尿中草酸过高。

一般认为，每日摄入 10 毫克维生素 C，就可防治坏血病。但考虑到维生素 C 极易遭受破坏，所以我国制定的供给量标准要稍高些。一般每日的供给量为：成年男子 75 毫克，女子 70 毫克，孕妇 100 毫克，乳母 150 毫克，儿童按体重比例计算略高于成年人。按这个标准，人们完全可从日常饮食中得到补充，因为水果和蔬菜中的维生素 C 含量，一般都很丰富。如每百克柑橘含维生素 C 117 毫克，鲜枣 540 毫克，山楂 87 毫克，草莓 35 毫克，雪里蕻 83 毫克，芥菜 80 毫克，青蒜 77 毫克。也就是说，健康人如果每天吃半斤以上的蔬菜或水果，就可以达到生理正常需要量。因此，除维生素 C 严重缺乏的病

人外，凡健康者都应尽量从饮食中补充维生素 C。

## 维生素不是补药

维生素是维持人体正常代谢过程中所必需的一种营养素。人体对维生素的需要量并不大，而且需要量是一定的，某种维生素在体内过多还会引起疾病；缺少则更会致病。因此，维生素不能对人产生滋补作用，也不是补品药。

有些人把维生素当作补品药长期服用是没有什么好处的。因为在日常生活的饮食中都含有各种各样的维生素，已能供应人体的需要。当你并不缺乏维生素的时候，盲目服用大量的维生素，只会增加人体代谢的负担，甚至会发生中毒事故。因此，把维生素当成营养补品是完全错误的。例如维生素 A 是防治夜盲症的良药，但长期大量服用，就会出现毛发干枯或脱落，皮肤干燥瘙痒，食欲不振，体重减轻、充血、四肢痛，眼球突出，剧烈头痛，恶心呕吐等中毒现象，又如维生素 D 是防治佝偻病的药物，但婴幼儿长期大量服用就会引起低热、烦躁哭闹、厌食、体重下降、肝脏肿大，肾脏损害，骨骼硬化等病症。

服用过量的维生素 B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub>、烟酸，也是有害的，大量使用维生素 B<sub>1</sub>，会引起头痛、眼花、烦躁、心律失常、浮肿和神经衰弱。临产妇女大量使用维生素 B<sub>1</sub> 可引起出血不止。过量用烟酸以后，可以引起面部潮红、皮肤瘙痒、肝功能不正常、黄疸、低血压、甚至引起胃溃疡。

大量使用维生素 C，还可能引起腹痛、腹泻、糖尿病、肾

结石，并降低某些妇女的生育能力。

维生素不是滋补药品，维生素的适应症是维生素缺乏症，绝不是体质虚弱就需要服用维生素。因此，服维生素要对症，并且按需要量服用，不能大剂量一次服。

## 维生素类药不宜饭前服

为了使人体组织能够更充分地吸收各种维生素，维生素类药一般应在饭后服，而不宜在饭前服。其原因是：如维生素 B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub>、C 等，口服后主要经小肠吸收。若饭前空腹服，维生素较快通过胃肠，很可能在人体组织未充分吸收利用之前，即从尿中排出，从而起不到最佳的作用。而饭后服，因肠道有食物，可使维生素缓缓通过肠道，较完全地被吸收而起到理想的治疗效果。如维生素 A、D、E 等，油类食物有助于它们的吸收。

此外，有些矿物质利于维生素的吸收；相反，有的维生素也能促进一些矿物质的吸收。人们的饭食中含有许多矿物质。因此，需要补充维生素时最好在饭后服用，或配合吃一些含矿物质更丰富的食物，这样效果会更好。

## 可致维生素缺乏的药物

临床证明，人体维生素的缺乏，除了供应不足或吸收障碍外，某些药物也可导致维生素的缺乏。

甲氨蝶呤为抗叶酸类药物，由于其本身的直接毒性反应，

可引起维生素 B<sub>12</sub> 的缺乏；或者由于减低叶酸盐的活性，使肠粘膜萎缩，对维生素 B<sub>12</sub> 的吸收发生障碍，而致维生素 B<sub>12</sub> 缺乏。

考来烯胺是一种含有 4 个氨基的离心交换树脂，在肠道内考来烯胺与胆酸结合，降低血清胆固醇，故用于治疗梗阻性黄疸的瘙痒。由于此药可以引起脂肪性腹泻，且通过与内因子的结合及干扰维生素 B<sub>12</sub> 复合物内因子的形成，亦导致维生素 B<sub>12</sub> 的缺乏。新霉素以同样的机理，使肠粘膜超微结构改变，引起维生素 B<sub>12</sub> 的缺乏。

秋水仙碱按治疗量应用数天后，由于回肠功能的改变，影响维生素 B<sub>12</sub> 的吸收，造成维生素 B<sub>12</sub> 的缺乏；对氨基水杨酸钠选择性妨碍维生素 B<sub>12</sub> 的吸收，可能是由于抑制肠粘膜内某些与叶酸有关的酶。应用二甲双胍或苯乙双胍治疗糖尿病病人时，由于影响维生素 B<sub>12</sub> 的吸收，使其血清浓度减低，但不严重。应用硝普钠（快速作用的降压药）后，可引起血清维生素 B<sub>12</sub> 和血清中甲钴胺的总浓度下降。女性口服避孕药都属于雌二醇的衍生物，由于抑制血清中能结合和运转维生素 B<sub>12</sub> 的蛋白质的合成和释放，致使维生素 B<sub>12</sub> 的水平降低。上述这些药物都可通过不同途径导致维生素 B<sub>12</sub> 的缺乏。

长期应用抑制肠道内细菌生长的药物，如广谱抗生素和肠道内不易吸收的磺胺类药物，能抑制肠道内寄生的非致病菌，减少了肠道内维生素 K 的合成，导致维生素 K 的缺乏。

摄入过量的维生素 A，能抑制维生素 K<sub>2</sub> 的肠内合成，并且因为维生素 K<sub>1</sub>、K 均为脂溶性物质，其他脂溶性的维生素如 A 和 D 都能影响其吸收。胆汁和胆盐可助维生素 K 的吸

收,当胆汁缺乏、胆道梗阻性疾患及对肝脏有毒性的药物,均可减少维生素 K 的吸收,间接引起维生素 K 的缺乏。口服抗凝药如双香豆素的结构与维生素 K 相似,可与维生素 K 竞争,减少凝血酶原在肝脏内的合成;孕妇因癫痫服用抗惊厥药后,经过胎盘输送,并以类似抗凝药的作用而抑制维生素 K 的生成,引起新生儿维生素 K 的缺乏。

异烟肼、环丝氨酸、L-多巴、胍苯哒嗪、D-青霉胺、四环素等广谱抗菌药均可导致维生素 B<sub>6</sub> 缺乏。

四环素、阿司匹林、口服避孕药、酚酞及抗惊厥药可致维生素 C 的缺乏。

液体石蜡、酚酞、考来烯胺、抗惊厥药、泼尼松可致维生素 D 缺乏。液体石蜡、消胆胺还可致维生素 A 的缺乏。

## 吸烟会影响药物的疗效

专家们指出,烟油中含有大量的多环芳烃类化合物,可增强肝药酶的活性,加速一些药物的代谢和灭活,缩短药物半衰期,使血药浓度降低,疗效减弱;吸烟还会明显地延迟胃排空时间,使幽门收缩压下降而影响药物的疗效。

曾有报道,吸烟者在拔牙时,如使用利多卡因进行麻醉,不仅麻醉效果差,疼痛率也会有所增高;吸烟还可增加口服避孕药对心血管的损害。35 岁以上的病人,每天吸烟 15 支以上者,这种危险性更大。另据统计,在服药期间,吸烟者心肌梗塞的发生率和死亡率,比同年龄不吸烟者高出 10 倍。

经研究,吸烟可降低下列药物的疗效:氨茶碱、地西洋、

氯氮革（利眠宁）、氨硝西洋（氯硝安定）、西咪替丁（甲氰咪胍）、咪塞米、咖啡因等。专家们同时发现，吸烟还能使喷他佐辛蓄积于体内，或增强导眠能的催眠作用，易使病人发生药物中毒。

由此可见，吸烟可明显影响多种药物的治疗效果。为了提高药物疗效，减少毒副作用，在药物治疗期间，一定要禁止吸烟。

## 服哪些药时忌喝茶

饮茶对人的健康长寿虽有许多益处，但你可知道，饮茶也会影响一些药物的疗效。究竟哪些药忌与茶水同服呢？

缺铁性贫血的病人和孕妇，在服用硫酸亚铁、富血铁和枸橼酸铁时不能喝茶，因为茶中鞣酸与铁剂会发生沉淀，影响铁的吸收。

服多酶片、胰酶片、胃蛋白酶等酶制剂时不能喝茶，因为这些药物属于蛋白质，茶水中鞣酸可以和它们发生作用，生成不溶性沉淀，从而降低药效。盐酸麻黄素、黄连碱、磷酸可待因、硫酸阿托品、地高辛、去痛片、优散痛、安痛定等在与茶水合用时也会降低药效，也不宜合服。

呋喃唑酮、苯乙胍、异卡皮肤、帕吉林等都属于单胺氧化酶抑制剂，服用这些药品时也不可饮茶，因为痢特灵等能使脑细胞的功能活跃，使人兴奋，而茶叶中的咖啡因和茶碱也可使人进行兴奋状态，二者同用则可导致过度兴奋、失眠、血压升高等不良反应。相反，服用镇静安眠的药物，如苯巴

比妥、地西洋、氯氮草、甲丙氯酯（眠尔通）、三溴片和镇咳药，如喷妥氏林（咳必清）等，亦不能用茶水送服。

大黄苏打片、健胃片、小儿消食片均含有碳酸氢钠，如同茶一起服，茶水中的鞣酸能和碳酸氢钠发生作用而促使药物分解破坏而失效。

双嘧达莫是通过增加心脏肌肉中的环磷酸腺苷而发挥作用的，茶叶中的咖啡因能对抗环磷酸腺甙，从而降低药效。通常用来治疗结核的利福平，如果同时饮茶也会影响药物吸收。

此外，不少中药如知母、贝母、酸枣仁、元胡、大蓟、小蓟、牛膝、人参、党参等，也忌与茶同服。

## 油、盐、酱、醋对药效有哪些影响

### 1. 油对药物治疗的影响

大量食用动、植物油的同时，不宜服用铁剂（如硫酸亚铁、碳酸亚铁、富马酸铁、人造补血药等）。因为油脂能抑制胃酸的分泌，可影响  $\text{Fe}^{3+}$  转变为  $\text{Fe}^{2+}$ ，从而减少了铁在胃肠道的吸收。高脂肪性的食物能降低多西环素、盐酸四环素胶囊的吸收，影响其生物利用度。实验证明，盐酸四环素降低约 50%，多西环素降低 20%。因此，多西环素、盐酸四环素不宜与脂肪性食物同服。动物性脂肪最好不与降血脂药物同服，同服时可影响治疗效果；降血脂药物与植物油同服时，则效果较好，因为植物油多含有不饱和脂肪酸，能与胆固醇结合成酯，易于排出体外，降低血管壁的胆固醇含量。油脂可增加某些驱虫药的溶解度，从而增加了在胃肠道中的吸收，使

肠道中药物浓度下降，疗效降低，并且还会引起毒性反应。故服用上述驱虫药时，不宜食用油脂性食物。

### 2. 盐对药物治疗的影响

风湿病伴有心脏损害的病人，在使用水杨酸钠治疗期间，要限制病人食用大量的氯化钠。因为钠可促发或加重充血性心力衰竭。使用促肾上腺皮质激素、糖皮质激素治疗的病人，要给予低盐饮食，并应补钾，因为此类药物有引起水、钠潴留和排钾的作用，如食用盐过多，则可增加水、钠潴留，而产生水肿。大量食用食盐可降低利尿药（氢氯噻嗪、醋氮酰胺、氨苯喋啶、螺内酯、呋塞米等）的利尿效果。因此，在治疗期间应给予低盐饮食。服用降血压药（如利舍平、萝芙木总碱等）时，不宜大量食用含有食盐的饮食，因为食盐可增加血压升高的程度，明显降低降压药的疗效。食盐可加速碘在人体内的排泄，故服用碘制剂的病人应忌盐或食用低盐饮食。

### 3. 酱对药物治疗的影响

酱是用大豆制做的，大量大豆中含有丰富的钙、镁等金属离子。因此，在服用四环素族抗生素的同时，不宜食用酱，因为四环素族抗生素能与这些金属离子的络合物，不易被胃肠道吸收，可降低其抗菌效果。酱也不宜与异烟肼同服，因异烟肼与钙、镁络合成络合物，不易被胃肠道吸收，使抗结核杆菌的效果降低。酱还含有丰富的酪胺，在大量食用时，不宜服用单胺氧化酶抑制剂（如巴吉林、异卜皮肼、苯二肼等），否则有引起恶心、呕吐、腹痛、腹泻、呼吸困难、头晕、头痛等症状。严重时可引起高血压反应。这是因为在单胺氧

化酶被抑制的情况下，酪胺不易被破坏，促使神经末梢释放大量的去甲肾上腺素所致。

#### 4. 醋对药物治疗的影响

食用醋时，不宜服用碳酸氢钠、碳酸钙、氢氧化铝等碱性药物，酸、碱中和，使之失效。醋不宜与乳酶生、胰酶等同服，因这些药物在碱性条件下活性增加，在酸性环境下疗效下降。醋不宜与红霉素糖衣片同服，红霉素糖衣片在 pH7 时最稳定，在碱性环境下抗菌作用增加，pH4 时几乎完全失效。醋会加速红霉素在胃内的破坏，并促使苷键水解而失去抗菌作用。醋不宜与磺胺类药物同服，因为在酸性条件下，溶解度下降，可在尿路中形成磺胺结晶析出，产生尿闭或血尿，故应加用碳酸氢钠，并充分饮水。食用醋时，服用四环素类药物，能增加胃肠内的吸收，可增加血浆中药物浓度，使四环素的抗菌作用增加。醋与呋喃妥因同服时，因酸化尿液，可增加在肾小管的吸收，提高肾组织内的药物浓度，使杀菌力增加。

## 不宜用果汁送服药物

在小儿患病时，有些家长用果汁代水给孩子服药，这是不科学的。在各种果汁饮料中，大都含有维生素 C 和果酸。而酸性物质容易导致各种药物提前分解或溶化，不利于药物在小肠内吸收，影响药效；有的药物在酸性环境中会增加副作用，对人体产生不利因素。

如小儿发热时常用的吲哚美辛、安乃近、复方阿司匹林

等解热镇痛药，对胃粘膜有刺激作用，若在酸性环境中则更易对人体构成危害。轻者损伤胃粘膜，刺激胃壁，发生胃部不适等症状；重者可造成胃粘膜出血。又如常用的抗感染药物麦迪霉素、红霉素、氯霉素、黄连素等糖衣片，在酸性环境中会加速糖衣的溶解，一则对胃造成刺激，二则使药物在没有进入小肠就前失去了作用，降低了药物的有效浓度，有的甚至与酸性溶液反应生成有害物质。

因此，给小儿服药不宜用果汁及酸性饮料送服，若要食果汁饮料，也必须在服药后相隔一个半小时以上再饮用。

## 药物与中毒性肾病

所谓中毒性肾病，就是指药物、化学物质及物理性毒物所引起的一类肾脏疾病的总称。这类疾病有多种表现，病人可出现疲乏、腰痛、水肿、蛋白尿、血尿、尿量减少或增加、尿比重降低、尿钠增多、血尿素氮和肌酐升高等。轻者可发生轻度肾功能不全；重者则可能发展为重度肾功能衰竭和尿毒症，甚至危及生命。

究竟哪些药物或毒物会引起中毒性肾病呢？在引起中毒性肾病的各种物质中，被公认为毒物者，如放射性物质、某些重金属、某些消毒剂、海洛因等，却为少数，大多数则是用来防病治病、救死扶伤的药物。美国曾有过统计，中毒性肾病者中大约有 50% 左右是氨基糖苷类抗生素，如卡那霉素、庆大霉素、链霉素等所引起。而且注射氨基糖苷类抗生素的病人中，约有 10%~15% 发生了急性肾衰。这一统计数字

曾引起公众的不安。当头抱霉素先锋霉素类药物广泛应用以后，由这类药物如先锋Ⅱ号、先锋Ⅴ号等引起的急性肾功能衰竭也时有发生。

非那西丁被淘汰以后，对乙酰氨基酚、吲哚美辛等消炎解热镇痛药所引起的肾功能衰竭仍屡有发生。其他药物，诸如抗菌性药物中的两性霉素、万古霉素、多粘菌素、利福平、四环素类、青霉素类、环孢素A等；抗肿瘤药中的顺铂、丝裂霉素、甲氨蝶呤、环己亚硝脲、多柔比（阿霉素）、链脲霉素等；以及磺胺、青霉胺、别嘌醇、苯丙胺、三甲双酮、巯甲丙脯氨酸、卤烷、甲氧氟烷、二甲麦角新碱、碘造影剂等药物，均可引起中毒性肾病，只是其发生率、临床症状类型及严重程度各不相同。

既然可引起中毒性肾病的药物如此之多，这些药物又存在毒性，为什么还要继续使用？这是因为上述药物虽有一定的毒副作用，只要合理用药，防止滥用，并根据病人机体情况和药物特点，去“知药善用”，扬长避短，则可减少或避免给人体造成损害，起到预期的治疗作用。

## 药物与性功能障碍

随着医药学的发展，药物品种日益增多，其中许多药品对性功能可产生明显影响，现已受到人们的重视。有这种副作用的药物可归纳为以下几类：

### 1. 安定镇静药

(1) 氯氮草和安定 系临床上最常用的安定药，主要有

镇静、抗焦虑及肌肉松弛作用。它还可阻断多巴胺受体的作用，亦可减少催乳素抑制激素的分泌，从而提高血中催乳素浓度。较大剂量使用时能引起阳痿及女性月经不调和排卵障碍。

(2) 巴比妥类 为常用的镇静安眠药和抗惊厥药。这类药物可抑制中枢神经系统、末梢神经以及骨骼肌和平滑肌的兴奋性，并可抑制雄激素对大脑性分辨能力的作用。大剂量时能抑制垂体促性腺激素的释放，同时刺激肝脏产生睾酮和雌二醇代谢酶，使其在血循环中含量发生变化。长期使用或滥用这类药物，妇女可产生月经失调、男子出现性欲减退、阳痿或性高潮反应丧失。

## 2. 抗高血压药

(1) 2-甲基多巴 据报道，使用 2-甲基多巴，每日剂量若小于 1.0 克，有 10%~15% 的男性可出现性欲减退或阳痿，10%~15% 的女性也可发生性欲减退或性兴奋损害；若每日剂量为 2 克或超过 2 克，则 50% 的病人可出现显著性的性功能紊乱。其原因可能是由于中枢神经系统中儿茶酚胺的耗竭以及生成一种伪神经递质所致，后者对控制勃起和阴道血管充血的末梢神经有直接作用。

(2) 胍乙啶 系一种抗肾上腺素药，可以阻滞交感神经末梢释放去甲肾上腺素，对性功能的影响是引起男性射精抑制。当每日剂量在 25 毫克以上时，约 50%~60% 的男性病人出现射精延迟或不能射精，少数病人可发生勃起困难。

(3) 胍屈哒嗪 能直接松弛小动脉平滑肌而起降压作用，一般不引起性功能损害，但当每日剂量超过 200 毫克时，约

5%~10%的男性有性欲减退，或伴有阳痿。这种性欲减退，可能与用药后引起维生素 B<sub>6</sub> 缺乏有关。

(4) 利舍平 可使组织中的儿茶酚胺耗竭而产生显著的镇静作用，从而间接地降低性欲。利舍平可以对抗脑内多巴胺而抑制性腺功能，导致妇女闭经。

(5) 哌唑嗪 能通过扩张末梢血管而降低血压，服用后约 10%~15%的男性和女性可发生性欲障碍，但很少发生阳痿。

(6) 可乐定 其主要作用是通过中枢作用而降低末梢交感神经功能。服用此药，10%~20%的男性可产生阳痿或性欲减退。

(7) 普拳洛尔 据最近报道，普拳洛尔可诱发阳痿。

### 3. 强心、利尿药

(1) 螺内酯 系醛固酮拮抗药，近年发现有抗雄激素作用。它可抑制细胞色素 P-450 酶，抑制雄激素的生物合成，也可通过占据靶组织的胞液和胞核受体的结合位点，来抑制雄激素的作用，使男性性欲减退。

(2) 呋塞米 临床上长期应用呋塞米后，可使 5%的男性发生阳痿。其原因是该药诱发低血钾症而产生性功能障碍。试验性补钾后，可迅速改善性功能。

(3) 洋地黄 具有安体舒通的类似结构，长期使用可出现性功能低下，连续应用可使血浆雌二醇增加，睾酮下降。也有人认为与洋地黄配糖基具有微弱的雌激素活性有关。

### 4. 抗精神病药

(1) 氯丙嗪 可导致男性阳痿、射精困难、睾丸萎缩及

男性乳房症，女性可出现月经异常、闭经等症状。主要是由于此药可作用于下丘脑，使血循环中的催乳素增加，并抑制促性腺激素的分泌和作用。

(2) 甲硫哒嗪 使用甲硫哒嗪治疗的病人，约有 30% 可出现射精障碍，表现为精液量不足、精子数不足、阳痿和逆向射精等。

(3) 氯丙咪嗪 该药治疗过程中，20% 男性和 14% 女性病人可出现性欲丧失和性感缺乏。小剂量可延迟射精，较大剂量可致不能射精。

(4) 氟哌啶醇 系一种非吩噻嗪类药物，能阻滞中枢神经系统的多巴胺，引起催乳素增加。服用此药的男性，10% ~ 20% 发生阳痿，女性病人发生月经不调。

## 5. 激素类药物

(1) 肾上腺皮质激素 肾上腺皮质激素的滥用可引起性功能改变和雄激素反应。如月经不调甚至闭经、性欲减退等，发生率为 2%。可能是垂体促性腺激素的分泌受到抑制所致。

(2) 雄激素 给予外源性雄激素，可抑制男性的下丘脑—垂体—睾丸轴，长期应用中等量或大剂量的雄激素，可引起睾丸萎缩、精子生成显著减少。

(3) 雌激素 雌激素用于女性时，一般对性欲无直接影响。用于男性，可迅速使性欲减退或消失，并导致阳痿。这可能系睾酮生成受抑制所致。此外，还可引起射精功能障碍，使精液量显著减少。

## 6. 抗肿瘤药

(1) 秋水仙碱 据报道，有的男性病人服秋水仙碱 0.6 毫

克，每天 2 次，连续 3 年后，可发生精液中无精子现象。停药 3 个月后，精子数上升至 2100 万/毫升，8 个月后上升至 6100 万/毫升。

(2) 环磷酰胺 可使男性发生精子缺乏症。较低剂量时可致睾丸生精功能障碍。女性可发生月经周期紊乱和停经。环磷酰胺引起不育的可逆性与剂量有关，剂量越大，生育功能恢复的希望越少。男子进入青春期，对该药特别敏感，而青春期前后的男子睾丸，则表现较强的耐受性。

(3) 苯丁酸氮芥 据报道，总量达 400 毫克时，可引起男性进行性精子减少，400~1300 毫克时可导致完全无精。睾丸活检显示生精细胞发育不全。

(4) 甲氨蝶呤 曾有报道，1 例 26 岁男病人，用甲氨蝶呤的累计剂量达 880 毫克时，出现严重的无精症。停药后 4 个月内生精功能恢复，并且异常精子消失。

(5) 联合化疗 近年来，对某些恶性肿瘤病人采取了联合化疗的治疗方案，如采用 MOPP（氮芥+长春新碱+甲基苄胍+泼尼松）方案治疗男性淋巴瘤，可有 80% 的病人出现精子生成严重减少，多伴有睾丸萎缩和血清卵泡刺激素水平升高。女性有 50% 可发生闭经。化疗所致的主要病理变化是睾丸曲细精管上皮细胞退化，卵巢纤维化和卵泡破坏。

## 7. 抗胆碱能药

阿托品、东莨菪碱、山莨菪碱以及普鲁苯辛主要用于胃肠道疾病。由于这些药物可抑制乙酰胆碱，而乙酰胆碱又可抑制催乳素的分泌，故血循环中催乳素浓度升高，从而阻断黄体生成素的周期性释放，造成妇女闭经、月经过少或无排

卵性不孕症。在男性则常引起阳痿。

#### 8. 抗菌药物

(1) 柳氮磺胺嘧啶 据报道，服用该药治疗肠道感染的男性病人，其精子异常者多达 80%，主要表现为精子密度减少，活动力降低及非典型形态的精子增多。停用后，生育恢复需几个月。

(2) 乙硫异烟胺 主要用于抗结核治疗，在男性可引起阳痿，女性可引起月经不调及闭经等。

#### 9. 抗炎药

抗炎药物的作用机制是通过抑制前列腺素合成酶而减少前列腺素的合成，从而达到临床治疗目的，但也可引起性功能障碍。如吲哚美辛抑制排卵是由于阻碍 PGF 的作用。非那西丁、保泰松大量长期应用出现的睾丸萎缩、精子形成抑制，也与前列腺素抑制有关。

#### 10. 消化道用药

(1) 西咪替丁 系  $H_2$  受体拮抗药，主要用于治疗十二指肠溃疡、急性胃肠道出血。该药有抗雄激素作用，动物实验可致睾丸、前列腺和精囊萎缩。临床可见男性乳房发育及女性溢乳症，血清中催乳素增高、性功能减退、阳痿等。曾有报道，每天口服 1200 毫克，9 周后精子数减少 43%。西咪替丁主要作用于垂体前叶的多巴胺受体，亦可能与引起丘脑下部—垂体—性腺功能紊乱有关。

(2) 止呕灵 止呕灵主要作用于丘脑下部，具有止吐作用，临床上偶见有性欲下降、月经失调副作用。

## 可致癌的药物

药物治疗人人皆知，而药物致癌，不一定人人都清楚。其实，药物致癌早已存在，只是以前人们知之甚少，没有像今天这样逐渐被人们所认识罢了。

药物致癌可分一般药物致癌和抗癌药物致癌两大类。一般药物致癌是指我们常用的一些药物除能治疗某些疾病以外，还可使病人得癌症。通过观察和试验，最近美国技术评价局将 18 种药物列为可疑致癌药物，根据它们的致癌程度分为三类。

1. 对人体有致癌性，但未得出最后结论或是有争论的药物有：氯霉素（可引起白血病），右旋糖酐铁（引起注射部位软组织肉瘤），苯妥英钠（引起淋巴瘤），苯巴比妥（引起脑肿瘤、肝癌），苯丙胺（引起淋巴瘤）、利舍平（引起乳房癌），黄体酮（引起宫颈癌），保泰松（引起白血病），粗焦油软膏（引起皮肤癌），安妥明（引起胃肠道和呼吸道恶性肿瘤）。

2. 对人体还不能证明有致癌性，但可疑有致癌作用的药物有异烟肼、甲硝唑、5-氟尿嘧啶、甲氨蝶呤。

3. 现在还在进行动物试验，未在人体中评价的可疑致癌药物有：氨苯砞、灰黄霉素、吩噻嗪、土霉素、氯奎。

抗癌药物本来是治癌的，但近年来发现，有一些抗癌药物既可治癌也会致癌，这就是所谓的抗癌物质的“双重性”。抗癌药物的致癌作用首先是由临床上发现的。临床上观察到

有些肿瘤病人如急性白血病、慢性白血病、多发性骨髓瘤、何杰金氏病、淋巴肉瘤、肺癌、乳腺癌、胰腺癌在药物治疗后反而发生新的恶性肿瘤。这些新的肿瘤以白血病为最多，其次为淋巴系统恶性肿瘤，此外也有膀胱癌、肉瘤、乳腺癌、宫颈癌、肾癌、前列腺癌、肺癌等，其原因是抗肿瘤药物均能抑制体液和细胞免疫，而免疫监护作用障碍，特别是细胞免疫的抑制有助于肿瘤的生长和播散，对新变异的细胞（即癌细胞）不能清除，从而促进新的肿瘤。动物实验已证实，有致癌作用的抗癌药物有：氮芥、环磷酰胺、马利兰、瘤可宁等等。而长期使用环磷酰胺的肿瘤病人易患膀胱癌也已是事实。

## 能引起猝死的药物

近年来，人们发现有些药物使用不当时，可导致病人突然死亡，医学上把这种情况称作“药物性猝死”。

现已知道，能够引起猝死的药物很多，主要有氯丙嗪类、奎尼丁、异丙肾上腺素、氯喹、青霉素等。

氯丙嗪类药物包括氯丙嗪、奋乃静、氟奋静癸酸酯等，均为强安定药物。据国内报道，由氯丙嗪引起的猝死者已有 18 例。这类药物引起猝死的原因大致有以下几种：（1）用量过大或配伍不当。有的老年人使用本类药物剂量过大时，可因过度镇静及深度昏迷而直接导致猝死；若将本类药物与抗震颤麻痹药物及阿托品类联合使用时，可因药物的协同作用发生麻痹性肠梗阻而间接引起病人猝死（此种情况多见于有便

秘倾向的老年病人)。(2) 窒息性猝死。有慢性精神分裂症及有癫痫病史者在服用本类药物时,可使咽喉肌肉共济失调,吞咽困难,以致食物阻塞呼吸道而引起窒息性猝死。(3) 低血压性猝死。氯丙嗪有时能引起严重的体位性低血压(即直立性虚脱),使病人突然丧失意识,发生不可逆性休克而猝死。(4) 血管阻塞性猝死。有的人使用本类药物时,可产生血栓或栓塞性疾患,其中肺栓塞极易导致猝死。

异丙肾上腺素气雾剂(喘息定)常用于治疗哮喘等症,因其能使动脉血氧张力下降或引起心动过速,故反复长期使用本品时,可招致病人猝然而死。据报道,在1959~1966年间,英国哮喘猝死率急剧增高。分析原因时发现与服用含有异丙肾上腺素的药剂有关。后来用此药喷雾者减少,猝死率也随之降到以前的水平。

奎尼丁是一种抗心律失常药物。心房颤动病人用本品治疗时,可诱发心房内血栓脱落,造成脑血管及冠状动脉栓塞而猝死。

氯喹是治疗疟疾的有效药物之一。过去一般认为本品比较安全,实际上其安全范围比较狭窄。现已发现即使治疗剂量也可引起心脏停搏而发生突然死亡。

青霉素引起的猝死较为常见,而且多与过敏反应有关,如有的人在做皮内试验时即猝然而死等等。

综上所述,由药物引起的猝死尽管为数不多,但对某些病人的性命威胁极大,应当引起人们的高度重视。对于能够引起猝死的药物,今后应严格掌握适应证,做到合理使用,切不可盲目滥用。有脑病史及心脏、肝脏、肾脏功能不全者,营

养不良和年老体弱者，过去有低血压或对某些药物有严重不良反应者，更应提高警惕，谨慎使用上述药物，以免造成不幸。

## 中成药不可滥用

中成药的使用，在我国已有几千年历史，由于其疗效确切，使用方便，深得广大患者欢迎。但是，现在有不少人受“中成药无副作用，比西药安全，有病治病，无病健身”这种错误观点的影响，不适当地应用和滥用中成药，以致达不到应有的疗效，不仅造成中成药大量浪费，而且严重影响了中成药的声誉。因此有必要强调中成药的合理使用。

1. 必须对症用药：中成药是根据各种病症研制的，各有其适应症，必须根据病人的症状适当选用，才能有的放矢。例如用于治疗感冒的中成药种类很多，但有的用于风热感冒，有的则用于风寒感冒。若相反使用，不仅不能治病，而且会加重病情。

还有些人往往只看药名，不了解药的功效就盲目用药。如有些年轻的妈妈见药房有“肥儿丸”出售，就到医院要求开方购买，以为这是儿童的滋补强壮剂。殊不知“肥儿丸”只是治疗肠道寄生虫的成药。也有人将治疗关节酸痛及腰酸膝软的“人参再造丸”、“补肾强身片”等作为滋补强身药服用，就是因为只看到药名上有“人参”、“补肾”的字样。诸如此类，不胜枚举。

2. 掌握正确的服药时间：正确的服药时间是药效正常发

挥的重要保证。中成药用于治疗不同的疾病，有着不同的服药时间，只有适时服药才能发挥最大疗效。反之，则会削弱甚至消除其应有的效果。如胃痛宁、胃乐是专治胃酸过多性胃痛的中成药，该药只有在每次饭前服用，才能中和胃酸起到缓解止痛的效果。若是饭后服药，就会起不到应有的治疗作用。一般来说，多数中成药宜在饭前一小时服用，对肠胃有刺激的药物宜在饭后服，可借助食物减少它对肠胃的刺激。滋补药，尤其是膏滋类，空腹时服用有利于消化吸收。杀寄生虫药，亦宜空腹服，有利于杀灭寄生虫。抗疟药，则应在发作前2小时服。安神药宜在睡前服。用于治疗慢性病的丸、酒剂等，则应每日定时服用，

3. 当心中成药的副反应：一般人以为中成药无副作用，其实中成药服用剂量过大，服用时间过长，也会出现严重的毒副反应。

据报道，有一男孩因患感冒，发热咽痛。其父治病心切，将“喉症丸”1瓶（30粒）令孩子口中含化（正常剂量成人为5—10粒），次日孩子就出现全身发痒、口唇肿胀麻木、口腔糜烂等中毒症状。其他，如治疗哮喘的“黑锡丹”，含有青铅，服用剂量过大，就会引起铅中毒。云南白药的每次用量为0.2—0.3克，若一次量超过0.5克，往往会出现恶心呕吐、面色苍白、四肢厥冷等不良反应，严重者还会导致急性肾功能衰竭。常用的“杏仁止咳糖浆”，杏仁中所含的微量氢氰酸是化痰止咳的有效成分之一，过多服用也会发生氢氰酸中毒事故。

近几年，服用中成药引起的毒副反应有大量报道，证明

“中成药无副作用”的说法是不正确的，因此在治病服药时须谨慎，不可滥用。

4. 注意服药禁忌：所谓服药禁忌，即服用中成药的特别注意事项，是人们在长期临床应用中总结出来的经验教训。它主要包括两方面内容：一是有些药并非人人可用，二是忌口。

中成药有不同的剂型，应根据病人具体情况选用。如不善饮酒和阴虚火旺之人就不可服用酒剂；胃功能差的人，膏滋类成药油腻碍胃，非其所宜。对于妊娠妇女，禁用的药物则更多，一般来说，凡是滑利、泻下、通经去瘀、行气破滞、活血疗伤，以及毒性较大的有碍胎气的中成药均属禁用或慎用范围，如常见的治疗跌打损伤的跌打丸、七厘散、麝香虎骨膏，解暑辟秽的行军散、痧气蟾酥丸等，因其芳香走窜力强，孕妇服后易引起流产。有些毒性大的药物，会造成畸胎和死胎。

忌口是服用中成药一个特点。服药期间一般忌生冷、油腻、腥臭及难消化的食物。

## 不要滥用胖大海

胖大海性味甘寒，功效为开肺气、清肺热、润肠通便、利咽解毒等，尤适于“开音治暗”。临床上常用来治疗发音突然嘶哑伴有咳嗽、口渴、咽痛或高声呼叫而致的声音嘶哑等症。因而有些人把胖大海当作治疗音哑的特效药，甚至把胖大海作为保健饮料长期泡服。这样做往往适得其反，引起诸多不良反应，造成中焦脾胃虚寒、大便溏泄、饮食减少、脘腹痞

闷不适，甚至出现消瘦等副作用。

导致音哑的原因很多，从中医辩证角度来看，音哑有风寒、风热、肺肾阴虚、气滞血瘀之分，而胖大海主要适用于风热邪毒引起的咽喉音哑，所以不能一有音哑使用胖大海。特别是肺有风寒或痰饮的人，以及老年人突然失音者，更应当慎用。

## 配方缺味不能随意替代

在一些中药店中，有的司药员随意将砂仁用草蔻仁替之，川贝母用大贝母替代，这种以此代彼的现象屡见不鲜。

中医处方是视不同的病情需要，按“君、臣、佐、使”组合原则，并根据药物性味、配伍禁忌，在辩证施治的基础上选择合适的药物而组合成方的，方中每一味药都起着特殊的治疗作用。所以方药一经改动替代，效果就有所不同。

因此，司药人员在配方时来不得半点马虎，如遇缺味，应及时与医师联系，由医师酌情增减，切忌随意改动。

## 使用单方要慎重

某风湿性关节炎病人，因多服了含有马钱子的单方，几乎丧命，经抢救后，才幸免一死；一青年被狗咬伤，为预防狂犬病求得一单方，一次口服斑蝥 20 只，造成严重中毒，经洗胃及医院大力抢救，方才脱险。这都是病人迷信单方造成的恶果。

土单验方是祖国医学宝库的重要组成部分,用之得当,确能治愈一些疑难病症,若应用不当,后果严重,故在应用时请注意以下几点:

1. 诊断要明确,做到方药对症。有些单方是用来以毒攻毒,如方不对症,即有“差之毫厘,谬之千里”之险。

2. 单方要有出处,有验证,不能道听途说,盲目使用。有些祖传秘方,在某地长期使用,确有疗效。但也有一些单方既无出处,又未验证,甚至在证治、药味、药量、用法上以讹传讹。如果盲目使用,轻则服后无效,重则危及生命。

3. 注意是否炮制。中药需经炮制方可达到增强疗效和降低毒副作用的目的。不按要求炮制,往往毒性较大或疗效较差。

4. 应严格掌握用量。特别是剧毒药味,需参照《药典》的规定使用,不得擅自加大用量。

5. 注意使用方法。以斑蝥为例,古方书确有治疯狗咬伤的记载,如《医方大成论》曾记载用“斑蝥二十一枚,糯米一勺,分三次炒,去斑蝥,以米为粉,空腹冷水调服。”而不是口服斑蝥。

6. 药材要地道,必须是真品。

7. 要在有经验的医师指导下使用。

## 服中药应择时

药物是否有效,除是否对症之外,还得讲究服药的时间。不同的药物,因其本身特点要求在某一特定时间服食,才能

发挥最佳作用。如果服药时间选择不当，就算药物对症，也会减效。

1. 清晨宜服补阳药（指补肾阳药），行水利湿药，催吐药。

2. 午前宜服发汗解表药及益气升阳药。古代医家认为：“午前为阳之分，当发汗；午后阴之分，不当发汗。”不但汗药如此，亦有医家认为大凡走表透邪之药，均宜午前服用。古医书对医治脾虚气陷诸疾，所配制的补中益气汤、参术调中汤等 8 首益气升阳方，都强调了午前服药。并谓之所以午前服用，乃“使人阳气易达故也。”

3. 午后或入夜宜服泻下药。历代医家对泻下药的服用时间大致有 3 种意见：一是午后进药；二是日晡（下午 3~5 时）时进药；三是入夜服之。3 种意见，虽有差别，但是有一点可以肯定，即不宜在午前服用。

4. 入夜宜服滋阴养血药。古人用六味地黄丸养阴，有一显著特点，强调入夜时进药。以当归六黄汤医治阴虚盗汗，亦主张入夜时服之。

5. 夜卧宜服安神药。这一用法，最早见于宋代。如对辰砂还志丸或珍珠母丸，提倡夜卧时姜汤送下，以起到镇心安神之功效。其后，不少医家把它作为临证用药的惯例。

对上述 5 种服药时间的选择也可归纳为：

1. 凡是升提外透的药物，宜于午前用；

2. 凡是温阳补气的药物，宜于清晨至午前服用；滋养阴血的药物，宜于入夜服用。

3. 凡是祛除阳分气分之邪的药物，宜于清晨服用；清泄阴分伏火的药物，宜于入夜服之。

服中药之所以讲究择时是为了取得最佳疗效，这样可以顺应人体有节律的生理变化，能充分利用体内积极的抗病因素而增强药力。择时服药还可减少药物的不良影响，因为如果服药时间不当，扰乱了人体生理节律，就可以产生或加大药物的不良作用。择时服药也可诱导紊乱的人体节律恢复正常以达到治病目的。故此，择时服药不应忽视。

## 服壮阳药要慎重

入冬后，一些妇女和体弱多病者，总想服用一些壮阳药来御寒。有些人服后取得一定效果，有些人服后非但疾病未除，反使病情加重。这是为什么呢？

壮阳药多具有类性激素作用。它的功效可概括为壮肾阳、益精髓、强筋骨、兴奋性功能。主要适用于阳痿、早泄、性欲减退、小便清长、形寒肢冷、白带清稀如水或宫寒不孕等肾阳虚病人。入冬进补鹿茸、冬虫夏草、红参、狗肉、羊肉、参鹿补膏、金匱肾气丸、右归丸、十全大补膏等，都能起到补阳御寒作用。例如鹿茸能提高机体的工作能力，减轻疲劳、改善睡眠，促进食欲，改善阳虚状态时能量代谢低的病理变化，增进年老体弱者病后康复。动物实验证明，中等剂量的鹿茸，能使离体心脏的活动明显增强，心缩幅度增大，心率加快，使每搏输出量和每分钟输出量均增加，对消除心脏疲劳有明显作用。鉴于补阳药能御寒、增强机体免疫和加快新陈代谢，阳虚者可适当服用。

如果乱服补阳药，一次剂量过大或长时间服用，均可致

中毒，表现为鼻出血、牙龈出血、烦躁不安、头痛、大便干结、小便黄等。如果是阴虚体质，表现为口干唇燥、大便干结、五心烦热、盗汗、性欲亢奋者，服用补阳药岂不助火劫阴。所以，服补药也要讲辩证，最好是在医师指导下选用。

## 中药汤剂不宜过夜服用

有些人煎煮中药，喜欢把药液分成几次吃，当天服不完，就留到次日服，从医疗卫生角度来看，这样做是不好的。

中药里含有淀粉、糖类、蛋白质、维生素、挥发油、氨基酸和各种酶、微量元素等多种成分，煎煮时这些成分大部分溶解在汤药汁里。一般服法是趁温热时先服一半，4~6小时后再服一半。如果过夜服用或存放过久，不但药效降低，而且会因空气、温度、时间和细菌污染等因素的影响，使药液中的酶分解减效，细菌繁殖滋生，淀粉、糖类营养等成分发酵水解，以致药液发馊变质，服用后对人体健康不利。

## 冬令进补须四忌

冬令进补，是我国民间的传统习惯。补益药具有多方面的药理功效、能提高机体的免疫功能，促进抗体的生成和延长抗体存在的时间；能调节内分泌系统和改善骨髓的造血功能；能促使失调的功能状态趋于平衡，增强机体对各种病理刺激的适应能力，减缓脏腑功能的衰退，从而发挥抗病和延年益寿之功效。但补药并不是万能之品，使用也有一定的原

则：虚者补之，对症用药。只有这样，才能收到预期的效果。若服用不当，可造成恶果。因此，当你考虑进补时，先了解一下进补的“四忌”，实属必要。

1. 忌无虚滥补。中医进补的原则是虚者补之。无虚滥用补药，会导致阴阳失调，使脏腑正常的生理功能受到扰乱。所以，进补之前，必须明辨虚实，以免遭受无虚滥补之殃。

2. 忌虚不受补。所谓虚不受补是指虚弱病人服了补药后，病痛不减，反而加重或出现了口干、舌焦、烦躁、夜不能寝，虚火上窜、消化不良、腹胀等一系列不良反应。出现这种情况的原因有两种，一是由于有些脾胃虚弱的病人，平时消化、吸收功能已不健全，而许多补药，特别是补血和补阴药（如驴皮胶、熟地等），质地多较滋腻，不易被吸收，容易阻滞胃肠功能而出现脘腹胀满，食少纳呆等症状。再就是一些阴虚病人（如患了肺结核、肝炎等疾病之后），由于体内阴液素来不足，而许多补药，尤其是补气和补阳的药物（如人参、鹿茸等），多能使人体功能亢盛，更使原有的阴虚症状，如口干、烦躁、失眠、小便黄赤、大便秘结、鼻出血等加重。因此，进补时，应先辨明虚证的不同类型，再分别选用有益气、助阳、滋阴、养血的不同补药。如阴虚病人不能盲目地用温热补品，而应滋阴养阴为主。唯其如此，才能补而有益。同时，必须注意保护脾胃，防止发生虚不受补。

3. 忌闭门留寇。疾病的发生，是外邪侵入和正气不足所致。病邪犹如寇匪，常趁虚侵入人体，故有“邪之所凑，其气必虚”的说法。当病邪侵入人体时若先进行补虚，虚虽补了，却等于是关了门，将病邪留在体内就很难驱逐。中医认

为，应当是先将病邪祛除，再考虑进补。若先行补虚而忽视了祛邪，往往会造成病邪迁延不愈，因许多补药具有抗利尿、止泻、止汗等收敛作用，服后不利于病邪从大小便或汗孔排出。因此邪盛体虚时治疗首当祛邪，不可贸然进补；若必须进补，也应攻补同用，免犯闭门留寇之戒。

4. 忌守药待康。一个人患了病后，要想尽快恢复健康，光靠服用补品补药，纯属消极手段。身体虚弱，有因先天不足，有因后天失养，而且以后天失养为多，如饮食失调、情志不遂、房劳过度等。因此，体虚者除进补之外，加强体育锻炼，注意饮食卫生，保持良好的卫生习惯和精神状态，都十分重要。古人说：“善服药者，不若善保养者”，“药补不如食补”，这些养生之道是极有道理的。

## 慎吃牛鞭膏

牛鞭膏是用雄牛的外生殖器制成，有温补肾阳的功效。男青年如果遗精过频、过多，会有头昏眼花、腰酸乏力、记忆力减退、大便溏薄等症状；如果手淫频繁，或婚后房事过度，也会有神疲乏力、畏寒怕冷、面色苍白、腰膝酸软、健忘或大便溏薄等肾阳虚症状。凡有肾阳虚症状者用牛鞭膏进补，可以温补肾阳，减轻症状。

有些男青年虽有阳痿、早泄、遗精过频症状，但同时也伴有口干、咽燥、大便秘结、阳易举、性冲动频繁等症状。这种情况下就不应服用牛鞭膏。一旦误服，反会出现遗精加重，甚至烦躁、鼻出血等副作用。凡无肾阳虚、畏寒症状的男青

年，切勿服用牛鞭膏。

## 为何“少不服参”

有位年轻家长买回 12 克人参，分两次煎汤喂出生仅 6 个月的小儿。没多久，孩子出现人参中毒症状，表现为烦躁不安、间歇性哭闹，随即呼吸急促、唇面发绀、眼球上视、痉挛抽搐等，终因救治无效而丧生。

人参中含有达玛烷二醇糖甙和三醇糖甙等成分，连续大剂量服用容易使人出现兴奋、激动、失眠、食欲不振、神经衰弱等症状。小儿如果服用过量，可引起大脑皮层和神经中枢麻痹、使心脏收缩减弱、血压下降、血糖降低，从而危及生命。

除此之外，小儿服用人参既会削弱机体免疫力，又极易促使性早熟。因此，“少不服参”的说法，是有其道理的。

但“少不服参”也不是绝对的。中医认为，小儿龟背、鸡胸、五迟（立迟、行迟、发迟、齿迟、语迟）、五软（头软、颈软、手脚软、肌肉软、口软）这些小儿虚弱病症，是可以使用人参进行治疗的，如龟背使用的补中益气汤；五软使用的挟元散；尿床使用的桑螵蛸散；小儿疳积使用的参苓白术散、肥儿丸等方剂中，均有人参入药。

“少不服参”是告诫人们，切莫给健康儿童服用人参。

## 服中药讲究“忌口”

俗话说：“吃药不忌口，坏了大夫手”。忌口即指治病服

药时的饮食禁忌。忌口是中医治病的一个特点，历来医家对此十分重视，其有关内容也广泛存在于《内经》、《伤寒论》、《金匱要略》等医籍中。实践证明，忌口是有一定道理的。因为我们平时食用的鱼、肉、鸡、蛋、蔬菜、瓜果、酱、醋、茶、酒等普通食物，它们本身也都具有各自的性能，对疾病的发生、发展和药物的治疗作用，均产生一定影响。如清代章杏云所著《调疾饮食辨》一书中云：“病人饮食，藉以滋养胃气，宣行药力，故饮食得宜足为药饵之助，失宜则反与药饵为仇。”所以，病人服中药时有些食物应忌服。

如服用清内热的中药时，不宜食用葱、蒜、胡椒、羊肉、狗肉等热性的食物；在服温中类药治疗“寒症”时，应禁食生冷食物。

在古代文献中亦有大量记载：甘草、黄连、桔梗、乌梅忌猪肉；薄荷忌鳖肉；茯苓忌醋；鳖鱼忌苋菜；鸡肉忌黄鳝；蜂蜜反生葱；天门冬忌鲤鱼；荆芥忌鱼、蟹、河豚、驴肉；白术忌大蒜、桃、李等。这说明服用某些药物时，不可吃某些食物。如果吃了禁忌的食物，疗效就不满意或起相反作用。另外，由于疾病的关系，在服药期间，凡属生冷、油腻、腥臭等不易消化或有特殊刺激性的食物，都应忌口。例如，伤风感冒或小儿出疹未透时，不宜食用生冷、酸涩、油腻的食物；治疗因气滞而引起的胸闷、腹胀时，不宜食用豆类和白薯，因为这些食物容易引起胀气。其他，诸如水肿病人少食盐；哮喘、过敏性皮炎病人，少吃“发食”如鸡、羊、猪头肉、鱼、虾、蟹等。

“忌口”也不能绝对化，要因人、因病而异。对一般病人，

特别是慢性病人来说，若长时间“忌口”，禁食的种类又多，则不能保持人体正常所需营养的摄入，反而降低了人体的抵抗力，对恢复健康不利，因此，在医师指导下，可适当食用增加营养的食物，以免营养缺乏。

## 中药也有副作用

中药大部分是天然药物，有效成分比较复杂，如生物碱、皂素、鞣酸质、挥发油等。既然是药，其多数则会有不同程度的副作用。一般地讲，中药的副作用比人工合成的西药要小些，但也有些药物毒性较大，如红砒石、白砒石、水银、斑蝥、青娘虫、红娘虫、生藤黄等。毒性稍轻些的有：白附子、生附子、生川乌、生草乌、生半夏、马钱子、巴豆、生天南星、生甘遂、闹羊花、天仙子、蟾酥、土木鳖、吕宋果、云轴子、枫茄子、枫茄花、生硫磺、巴豆霜、白降丹、罂粟壳等。当使用这些药物时，必须慎重，如枫茄花浸酒，口服可治疗风湿性关节炎，剂量过大，常会引起中毒死亡。因此，有毒性的中草药必须在医师指导下服用。

那么，平时在中药方剂中常用半夏、天南星、附子、川乌、草乌等，为什么不发生中毒呢？一方面是由于对这些药物进行了炮制，如生半夏口服会引起呕吐、唇舌发麻、声音嘶哑等副作用，而生半夏用姜汁、明矾、盐等炮制后，其毒性大为降低。另一方面，还要掌握正确的使用方法，如水银用做主药治疗皮肤癌、宫颈癌时，只能限于外用，严禁内服，不然会发生汞中毒。

有些中草药虽然毒性轻微，若使用剂量过大，则会产生严重毒副作用。如木通有通乳作用，若用其大剂量（50克）与猪蹄同煮，服后会发生肾功能损害。又如白果，因其含有微量氢氰酸，在过量情况下，就会出现发热、呕吐、腹泻、惊厥、抽搐、肢体强直、皮肤青紫、瞳孔散大、脉弱而乱，甚至昏迷不醒等中毒现象。

当需要用一些有毒性的中草药时，首先应慎重，要严密观察，并注意剂量是否恰当，前者时间应稍长些。其次可与一些药物配伍，以减少毒性。如用于肝硬化腹水的十枣丸，就是配伍大枣来缓和甘遂、大戟、芫花这些有强烈泻下作用的中草药，起到减少毒性的作用。对一些有毒性的中草药，常配伍甘草来缓和毒性。现已证明，甘草中所含甘草甜素在药理上确有解毒作用，证实了《本草纲目》上记载甘草“解百药毒”的正确结论。

## 健康人不宜进补

有人认为体弱多病的人吃了补药能补养身体，就是健康人吃点补药补身体会更加健康，其实不然。因为正常人体的阴阳总是处于平衡状态，没有任何偏盛或偏衰的现象。阴阳中若有一方偏衰，就会造成虚弱症。这时应该用补虚药的偏胜之性，补其不足，使阴阳归于平衡，虚弱症即可祛除。健康人没有阴阳偏衰的现象，若服用补药其结果必然导致阴阳某一方面的亢盛，而可能发生疾病。如有的人认为鹿茸是一味名贵的补药，健康人擅自服用后往往导致烦躁、情绪容易

激动、夜寐失眠，甚至口干舌燥、鼻腔出血等症，这是因为鹿茸是温补肾阳之药，如肾阳不虚，服药后必然助阳上亢，而出现上述症状。又如有的人认为熟地可以补血滋阴，于是就长期大量服用，结果常引起腹胀腹泻、食欲减退等症。这是由于熟地性质滋腻，影响脾胃消化功能的结果。还有人认为党参、黄芪能补身体，就长期服用参芪膏，结果引起腹胀、食欲不佳、四肢乏力等症。这是因为服药的人并不气虚，服用参、芪反而壅滞气机。

从以上所述可以看出，补药虽能补益人体，但不是人人都可服用。如果身体不虚，乱服补药必然会导致人体阴阳的失调而产生疾病。因此，健康人不宜乱服补药。

# 妇女用药禁忌

## 哪些药物对胎儿有致畸作用

国外有人统计，近年来妇女在妊娠期内，平均每人用过八种药物（其中经医师处方的只占20%）。由于用药增多，导致畸胎有所增加。为了减少畸胎，孕妇应尽可能少用或不用药物，特别是不要任意服用对胎儿有致畸作用的药物。这些药物从致胎儿畸型的程度来分，有以下两大类：

一是肯定致畸的药物：如沙利度胺（反应停）；抗肿瘤药如甲氨蝶呤、环磷酰胺、白消安（马利兰）；放射性同位素如<sup>131</sup>碘、<sup>32</sup>磷等可致唇裂、腭裂、无眼症、无耳症、无肢症、肢体骨骼发育畸型、食管闭锁、胆道闭锁、肛门闭锁、心脏及大血管畸形、元肾症等。性激素类如女性激素可引起男胎女性化；男性激素可致女胎男性化，阴蒂肥大，阴唇融合粘连等。

二是可能致畸的药物，这类药物有的在动物实验中致畸，有的在某些人群中致畸，其致畸作用不太肯定，但也应尽量少用。如内分泌药物肾上腺皮质激素，可能引起腭裂，抗糖尿病药物如甲苯磺丁脲 D<sub>860</sub>、氯磺丙脲，可能引起畸胎，动物实验可致眼畸型；解热止痛药如水杨酸钠、非那西丁可能引起骨骼或血管畸形；抗菌药如四环素可能因骨骼发育障碍，形成短肢畸型；利福平、链霉素、磺胺类、磺胺增效剂，

动物实验可致畸形；又如抗癫痫药苯妥英钠可能引起唇裂、腭裂；抗凝血药如双香豆素、华法林可能引起骨骼畸形等。另外，碘化物、甲巯咪唑（他巴唑）、硫氧嘧啶可引起甲状腺肿大，甲状腺功能减退；维生素 K 可引起高胆红素血症，可能引起核黄疸。

## 孕妇不可过多服用 $V_A$

维生素 A 和大家熟悉的胡萝卜素一样属于脂溶性维生素，在胡萝卜、甘薯及黄玉米中的含量较多，乳及乳制品、动物肝、肾及蛋中亦含较丰富的维生素 A，在深绿色蔬菜、倭瓜、花茎甘蓝、杏、南瓜及蕃茄中也含有。因此，临床上维生素 A 缺乏症并不多见。但由于维生素 A 具有多种生理功能，对视力、生长、上皮组织及骨的发育、精子的生成和胎儿的发育都是必需的，而且孕妇的维生素 A 需要量较非孕妇增加 25%，妊娠早期母血中维生素 A 浓度下降，晚期上升，临产时降低，产后又重新上升，所以适当补充维生素 A 在孕妇是必要的。但也不能用量过大，因为维生素 A 及胡萝卜素都能够顺利地通过胎盘屏障，大量应用维生素 A 不仅对母体不利，也会影响到胎儿的生长发育。成人中毒剂量是一次服用 150 万国际单位。维生素 A 急性中毒症状包括倦睡、头痛、呕吐、视乳头水肿等，婴幼儿则有前囟膨出。慢性维生素 A 过多表现为皮肤干燥、粗糙、脱发、唇干裂、皮肤瘙痒；其他表现有口舌疼痛、杵状指、骨质肥厚、眼球震颤、指甲易碎、高钙血症、肝脾肿大、颅内压升高或低热等。

孕妇在妊娠早期大量使用维生素 A 对胎儿也有影响。动物实验证明，在怀孕 5~20 天之间过量使用维生素 A，胚胎也就按照无脑、眼缺陷、腭裂、脊柱裂、肢体缺陷的顺序依次出现畸形。孕妇大量服用可致胎儿泌尿道畸形。

## 孕妇切莫多服 $V_{B_6}$

很多刚刚怀孕的少妇食欲减退，并感到轻度恶心，想呕吐，这种情况在医学上称为妊娠反应或妊娠呕吐。一些生过孩子的妇女可能知道，这时并不需要去医院，严重时才去医院开点镇静药、止吐药，常用的止吐药也是维生素  $B_6$ 。于是孕妇们便放心大胆地服用维生素  $B_6$ ，以减轻妊娠反应，有时还要多服几片，甚至长期服用，唯恐妊娠反应严重，影响自身和胎儿的健康。

殊不知，过量服用维生素  $B_6$  或服用时间过长，也会造成严重后果。这种后果主要表现在胎儿身上。由于长期过多服用维生素  $B_6$ ，致使胎儿对它产生了依赖性，医学上称之为维生素  $B_6$  依赖症。

出现这种依赖维生素  $B_6$  的原因，主要是由于维生素  $B_6$  与氨基酸的吸收、蛋白质的合成，以及神经、脂肪的代谢有密切关系，是细胞生长发育所必需的物质。但因其在食物中广泛存在，生理需要量很少，故缺乏症在成人中很少发生。而小儿一日有 1~2 毫克即够，若母体过多使用维生素  $B_6$ ，胎儿就容易产生对维生素的依赖。表现在小儿出生后，维生素  $B_6$  的来源不像在母体里那样充分，结果出现一系列异常表现。常

见的异常表现有容易兴奋、哭闹不安，容易受惊，眼球震颤，反复惊厥，有的小儿在出生后几小时或几天内就出现惊厥。这种现象的发生，是由于小儿离开母体后缺乏维生素 B<sub>6</sub>，而导致体内中枢神经系统的抑制性物质含量降低的缘故。有这种毛病的小儿，在 1~6 个月龄时还会出现体重不增。如果诊治不及时，将会留有智力低下的后遗症。

所以，孕妇不应过多过久地服用维生素 B<sub>6</sub>。需要服用时，一定要有医师的指导，适量服用，这样既对你自身有益，对胎儿也有利。

## 哺乳期妇女禁用或慎用的药物

婴儿每天要吸食约 500~700 毫升的乳汁，因此，乳母用药需了解哪些药物易进入乳汁，尽可能避免某些药物的毒副作用通过乳汁影响婴儿的健康成长。

乳母用药首先要注意慎用抗生素类药物和磺胺类药物。大多数抗生素在乳汁中排泄量不大，但却能不同程度地引起婴儿的不良反应。如乳母口服常规剂量的四环素，乳汁中的浓度约为血清浓度的 70%，可引起乳儿牙齿黄染，影响骨骼发育。常规剂量的氯霉素，乳汁中的浓度约为血液中的 50%，可影响乳儿的造血系统功能。乳母内服红霉素时，特别是通过静脉滴注时，它在乳汁中的浓度比在血液中的浓度高 4~5 倍，可严重损害婴儿的肝功能。乳母肌注常规剂量卡那霉素时，可导致婴儿卡那霉素中毒，发生耳鸣、听力减退及蛋白尿等。乳母内服磺胺类药物也要注意，特别是初产妇，在服

用磺胺异噁唑后两周内哺乳时,可使婴儿发生新生儿黄疸。为此,乳母患感染性疾病使用上述抗生素和磺胺类药物治疗期间,应暂停哺乳,暂以牛乳代哺。

其次,乳母应尽可能避免使用各种中枢抑制药,如苯妥英钠、苯巴比妥、安地西洋、甲氨丙酯(安宁)、氯氮革宁等,这类药物进入乳汁,常可引起婴幼儿嗜睡、体重下降,甚至虚脱。还应特别指出,6个月内新生儿对吗啡类镇痛剂最为敏感,可引起乳儿呼吸抑制等严重反应,哺乳期妇女应该禁用。

另外,碘化物或放射性碘剂、硫脲嘧啶、香豆素类药物、麦角制剂以及甲苯磺丁脲(甲糖宁)、阿托品等,都可不同程度地进入乳汁,乳母应慎用或禁用。

## 乳母不可代替小儿服药

有的母亲听说人体用药后,部分药物可随奶汁分泌排出,于是当婴儿有病时,自己就代替婴儿服药。这样做是无益有害的。因为药物虽然能在奶汁中分泌排出,但大多数药物在奶汁中含量极微,可是婴儿吸吮含药的奶汁后,在血液中却不能达到有效浓度,反而会使病菌演变成抗药菌株产生抗药性或产生不良后果,如:乳母服用溴剂后,可引起婴儿皮疹和倦睡;用碘剂可影响婴儿甲状腺的发育和功能。更严重的是乳母服用维生素 B<sub>1</sub>,体内会因糖代谢不全而产生过多的丙酮酸,母乳中的丙酮酸可使婴儿中毒,甚至突然死亡。此外,许多药物在奶汁中的浓度远比血液有效浓度低,婴儿通过母乳摄取这些药物,产生不了治疗作用。所以,乳母不宜代替

婴儿吃药。

## 哪些妇女不宜服用口服避孕药

口服避孕药品种繁多，常用的是雌激素与孕激素的复合制剂。这些药物的主要作用是抑制排卵，或改变宫颈粘稠度，或影响子宫内膜正常发育及孕卵运行速度，以达到避孕的目的。这些药物避孕效果好，副作用轻，但对某些病人来说长期服用可能出现较严重的副反应，或加重病情。以下 10 类情况的妇女应禁用或慎用口服避孕药。

1. 心、肝、胆及肾脏病病人；
2. 高血压、高胆固醇血症病人；
3. 癫痫、精神病病人；
4. 怀疑乳腺、生殖器官、肝脾有癌症者；
5. 糖尿病病人，或有糖尿病家族史者；
6. 有不规则阴道出血，或手术后不满 1 个月者；
7. 腿及脑部有血管阻塞者、偏头痛或血管病头痛者；
8. 怀疑已受孕，或以前怀孕时患过黄疸病者；
9. 生育后小孩不满 1 周岁的妇女；
10. 下肢短缺或肢体有严重伤残者。

另外，年龄大于 35 周岁以及吸烟、饮酒的女性，也应慎用口服避孕药。

## 服用避孕药应注意营养

口服避孕药是目前极为重要的避孕措施之一。但是，服

用避孕药的妇女在营养方面应该注意些什么呢？

目前已知口服避孕药对维生素 B<sub>6</sub> 的代谢有影响。服用避孕药的妇女，血中维生素 B<sub>6</sub> 的水平下降，易发生 B<sub>6</sub> 缺乏症。由于维生素 B<sub>6</sub> 与色氨酸代谢有关，而后者又与脑的功能有关，所以维生素 B<sub>6</sub> 的缺乏是服用避孕药时精神抑郁的重要原因之一。

服用避孕药的妇女应注意预防维生素 B<sub>6</sub> 的缺乏，多摄入一些富含维生素 B<sub>6</sub> 的食物，如谷类食品、蔬菜及肉、蛋、乳类等。如果已经发生 B<sub>6</sub> 缺乏症时，则需口服维生素 B<sub>6</sub>（每日 25mg 左右），才能得到纠正。

服用避孕药对维生素 B<sub>12</sub> 也有影响，可使其在血中浓度下降，维生素 B<sub>12</sub> 是造血过程中必需的物质，它的缺乏会影响造血功能。因此，服用避孕药的妇女平时应注意摄入富含维生素 B<sub>12</sub> 的食品如动物内脏、贝壳类、奶粉、鱼、蟹和蛋黄等。如果已经发生缺乏，则应肌注维生素 B<sub>12</sub> 予以纠正。

服用避孕药的妇女血中叶酸水平常常减低。由于叶酸在血液红细胞的生成中有重要作用，所以有少数服用避孕药的妇女偶可发生因缺乏叶酸而引起的贫血，富含叶酸的食物很多，如肝、肉和蛋类，各种绿叶蔬菜、豆类和水果等，多吃这些食物则可预防叶酸缺乏。

服用避孕药还可使血中维生素 C 的含量下降。有人发现，服用避孕药者血栓性疾病发生率上升，这是由于维生素 C 下降血小板易于凝集而发生血栓，所以，服用避孕药的妇女应多食水果和蔬菜，必要时口服少量维生素 C 片，以防止维生素 C 的缺乏。

由于避孕药中所含雌激素可使体内脂肪代谢发生改变，导致血清甘油三酯和脂蛋白明显增加。因此，应尽量少食高脂肪食物。

## 切勿服用过期避孕药

医学专家对 2250 名长期服用 70 年代生产的高雌性激素避孕药的妇女进行调查后发现，在乳腺癌和较陈旧的口服避孕药之间存在着明显的联系。研究表明，年龄在 45 周岁以下的妇女，如果在第一次怀孕之前就已服用较陈旧的避孕药长达 4 年或更长时间，那么该妇女患乳腺癌的可能性是患其他癌症的 2~3 倍。口服避孕药中的雌激素会使患乳腺癌的可能性增大，其潜伏期约为 10~20 年，因此，陈旧的避孕药不能服用。

## 妇女如何使用高锰酸钾

高锰酸钾（俗称灰锰氧）外观呈黑紫色固体小颗粒，易溶于水，水溶液为玫瑰红色。它是一种强氧化剂，可以杀灭细菌，为家庭必备的常用消毒药。在妇科方面，0.01%的高锰酸钾水溶液可以用于阴道冲洗；0.02%的水溶液用于坐浴，治疗白带过多；蜜月之中，用 0.05%的水溶液清洗外阴，可预防泌尿系统感染。女性痔疮的发生率较高，用 0.1%的水溶液坐盆浸泡，可止痒止痛、防止感染，促进脱出的痔核复位。

有些妇女以为高锰酸钾消毒杀菌作用强，就经常用来清

洗外阴。其实，这样做对健康反而不利。正常情况下，妇女阴道内生存着大量对人有益的阴道杆菌，能将阴道内表皮细胞中贮存的糖原分解成乳酸，以保持阴道内的酸度，形成一道能够防止致病菌在阴道内繁殖的天然屏障。如果经常使用高锰酸钾冲洗阴道，会使大量的阴道杆菌被杀死。随之乳酸生成减少，阴道内的酸性环境也就被破坏，各种致病菌就会乘虚而入，在阴道内大量繁殖，引起多种妇科疾病。尤其是妇女绝经以后，由于卵巢功能减退，阴道粘膜变薄，阴道杆菌已相对减少，滥用高锰酸钾更容易诱发老年性阴道炎。

使用高锰酸钾水溶液坐浴治疗阴道炎也应按不同情况分别对待。对于由葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌和变形杆菌等细菌感染引起的阴道炎和滴虫性阴道炎，都可以用高锰酸钾水溶液坐浴作为辅助治疗。因为这些病原微生物不适宜在酸性环境中生长，容易被高锰酸钾杀灭。而霉菌性阴道炎主要是由念珠菌引起，这种霉菌平时可在阴道中寄生。在机体抵抗力降低或长期大量应用广谱抗生素等药物时，念珠菌会因菌群紊乱而迅速繁殖，从而导致阴道炎的发生。如此类阴道炎用高锰酸钾治疗，非但不能抑制霉菌繁殖，有时甚至会加重病情。对霉菌性阴道炎，可用碱性溶液加2~4%碳酸氢钠冲洗外阴及阴道作为辅助治疗，以造成不利于念珠菌生存的碱性环境。

由此可见，妇女使用高锰酸钾应当慎重，最好在医师指导下使用，不要一发现外阴或阴道发炎，就马上用高锰酸钾水溶液坐浴，而是应当确诊属于哪种类型的阴道炎。此外，也不要长期使用高锰酸钾，以免阴道里的菌群紊乱。使用高锰

酸钾还应注意，由于高锰酸钾放出氧的速度慢，浸泡时间一定要达到 5 分钟才能杀死细菌。配制水溶液要用凉开水，热水会使其分解失效。配制好的水溶液通常只能保存两小时左右，当溶液变成褐紫色时则失去消毒作用。故最好能随用随配。

## 不要滥用酸碱液冲洗阴道

有些报刊在宣传生育知识时，提到阴道的 pH 值对 XX 精子和 XY 精子的活动有影响，因而可用不同 pH 值的溶液灌洗阴道，作为控制胎儿性别的一项辅助措施。有人误认为这是一种可靠的方法，盲目地乱用各种酸碱溶液冲洗阴道，其实，这样做是有害的。

首先，它没有科学根据。有一种假说，认为运动员的后代女孩可能多于男孩（此说系一些人的观察，并非经过统计得出的结论），由于运动员体液 pH 值低，因而得出体液酸碱度可能对胎儿性别有影响的结论。此系根据一些观察而提出的假说，不仅缺乏统计学的依据，更没有进行过实验验证。有人根据上述假说进一步联想阴道环境会影响胎儿性别，这种联想则没有任何科学上的根据。更重要的是它会危害妇女健康。酸碱度因为溶液的不符合要求，会使阴道受腐蚀而损伤；或因阴道内的 pH 值的平衡受到破坏，使病菌在阴道内繁殖，导致生殖系统受感染而发炎。另外，也有可能因消毒、操作等方面的原因，引起局部损伤或感染。所以千万不要滥用酸碱溶液冲洗阴道。

## 不要滥用性激素

性激素是指与性功能有关的激素，主要有雌激素、孕激素、雄激素。它们的制剂有多种。雌激素制剂有：己烯雌酚（乙蔗酚）、苯甲酸雌二醇、炔雌醇等。孕激素的制剂有：黄体酮、安宫黄体酮等。雄激素的制剂有：丙酸睾酮、甲睾酮等。此外还有三合激素，即雌、孕、雄三种激素的合剂。

有些人喜欢使用性激素来治月经不调，她们认为这挺简单，看看药盒上的说明书就能用药。结果常使病情加重或引起许多副作用。

月经与子宫、卵巢、脑垂体、下丘脑、大脑等各部位的健康情况以及彼此间的相互联系状况有关。此外，其他器官的疾病，如甲状腺、肾上腺或其他慢性病以及病人的精神状况、环境因素等都可以影响月经。因此，哪些病人该用性激素治疗，哪些不该，也不那么简单，用不好还会带来严重的副作用。比如雌激素在排卵前应用可推迟排卵或不排卵，停药后会造子宫的大出血，实验证明，对已经患有癌症的病人还有促进癌症发展的作用。又如雄激素——睾酮，长时期应用可使妇女发生男性化现象，女人长出了胡子，说话声音低哑等。特别是对性激素使用方法、适应症掌握不好时，或者用药不按规程，常可造成月经紊乱、大出血和其他合并症。这样讲，并不是不能使用性激素，而是强调不要轻易滥用，以免造成不必要的痛苦与恶果。只有在医师指导下，应用这些激素才能发挥药物的有效作用。

# 儿童用药禁忌

## 儿童用药“四忌”

儿童处在生长发育时期，神经系统、内分泌系统及许多脏器发育尚不完善，肝、肾的解毒和排毒功能以及血脑屏障的作用也都不健全。所以，用药一定要在医师的指导下进行，特别是要注意下面“四忌”：

一忌滥用维生素。不要以为孩子吃了维生素有益无害。其实吃多了并不好，如维生素A、维生素D，吃多了会出现厌食、发热、烦躁、哭闹、肝肿大及肾脏损害；维生素C用处虽多，但大量服用也会引起腹痛、腹泻等症状，以及出现药物中毒。

二忌滥用抗生素。不要孩子一生病，就不管什么原因便使用氯霉素、链霉素。如果长期使用链霉素、新霉素、庆大霉素、卡那霉素等抗生素，会对听神经造成影响，引起眩晕、耳鸣，甚至耳聋。使用氯霉素可能引起再生障碍性贫血。8岁以内的孩子，特别是新生儿，服用四环素、土霉素容易引起牙齿变黄，并使牙釉质发育不良，所以小儿不用四环素、土霉素。

三忌滥用解热止痛药。儿童发热的原因很复杂，也许是普通感冒、扁桃体发炎，也可能是麻疹、肺炎、脑膜炎等严重疾病。在没有查出病因前，滥用解热止痛药，会掩盖病情，

妨碍正确诊断,耽误治疗。特别是幼儿高热时,如果使用解热止痛药不当,还会引起出汗增多、体温突然下降而发生虚脱。

四忌滥用丙种球蛋白。有人把丙种球蛋白当成补药,其实丙种球蛋白主要用途是预防麻疹、甲型肝炎、腮腺炎和脊髓灰质炎。对其他传染病的防治效果不可靠。由于丙种球蛋白是用人血或胎盘血制成,滥用可能出现荨麻疹等副作用。所以不能把它当成补药滥用。

## 小儿用药应注意哪些问题

儿童生了病,特别是婴幼儿,不会说话,要靠父母的观察和医师的检查诊断。看病、用药都比成人困难。因此,儿童用药应特别加以注意。

儿童发育期间,新陈代谢旺盛,血液循环时间短,吸收、排泄都比较快。由于一些器官和组织发育还不成熟,抵抗力弱,容易生病,对药物反应敏感,用药不当容易产生不良反应。因此,对于新生婴儿,应注意护理,避免生病,尽量少用药。特别是解热镇痛药和抗生素类药,除非万不得已,不可采用,即使应用,剂量切忌不可过大,而且用药时间不宜过长。有些药物,儿童服药后有了反应,而且明显可见,父母应当记住,再病时告诉医师,避免再用。严禁给婴儿服小儿退热片、APC片,因这类药能引起一些不良反应,如新生儿青紫症、贫血、以及肚脐出血、吐血、便血等。四环素不但可引起腹痛、恶心、呕吐,而且,8岁以内的孩子,特别是新生儿即使短期内服四环素类药物,都容易引起黄斑牙;氯

霉素可抑制骨髓的造血功能，可使服用的病儿发生再生障碍性贫血和粒细胞缺乏症；新霉素可引起新生儿高胆红素血症和耳聋等。因此，切不可一遇发热就用抗生素。

不少医师主张，在小儿有发热、炎症时采用中药制剂，因为清热解毒药，有很好的效果，可以选用一些中药冲剂和糖浆服用。

## 6 个月以内的婴儿不宜服 APC

APC 即复方阿司匹林，内含阿司匹林、非那西丁和咖啡因，它是常用的解热镇痛药。有时小儿高热，为了使孩子的体温尽快地降下来，因此 APC 是有效的，但对 6 个月以内的婴儿最好不用 APC。

这是因为，APC 的解热作用主要是影响散热过程。它使末梢血管扩张，发汗而达到散热，降低体温的作用。那样，因大量出汗，有效循环减少，容易引起虚脱。另外，APC 类药物在血中可与胆红素结合，有引起新生儿黄疸的可能性。婴儿对药物比较敏感，剂量也不易掌握，一旦过量就可能发生问题。所以，婴儿发高烧时，最主要的是要及早作出准确的诊断。如要降温，尽量采取物理降温法为主，不能见热就退，更不能轻易使用 APC 类解热镇痛药，尤其是在 6 个月以内的小婴儿。

## 不要捏鼻子给小儿灌药

孩子生了病，就应吃药。给孩子吃药可不是一件容易事

儿。因为孩子不懂事，不肯吃，害怕吃药。于是一些作父母的，就捏着孩子的鼻子，迫使孩子张口，按着胳膊，硬往嘴里灌，弄得孩子大哭大叫。

这种捏着鼻子硬灌的服药方法很不好，一是好不容易灌下去，又会在哭叫声中吐出来，孩子受罪，大人着急；二是灌不好还会出危险甚至造成死亡事故。因为人的咽部下端有两条通道，一条通胃肠的叫食管，一条是通往肺部的叫气管。在气管上面开头处，有一块会厌软骨，当进食吞咽时，会厌软骨便会关闭，防止食物进入气管。如果在孩子哭闹时去灌药会厌软骨运动失调，药物就易进入气管，轻则呛咳或引起支气管、肺部的炎症，重则阻塞呼吸造成窒息死亡。因此，为了孩子的安全，千万不可捏着孩子的鼻子灌药。对婴儿服药，不要直接服药丸或药片，应研成粉末，加水和糖调成稀汁，哄着孩子服下。

## 服小儿麻痹糖丸后不能立即喂奶

小儿麻痹糖丸是一种口服的减毒活疫苗，它能在肠道细胞内繁殖，并刺激肠壁中的淋巴细胞、浆细胞，使其产生抗小儿麻痹症病毒的抗体，这种免疫功能的建立，就可预防小儿麻痹症。

小儿麻痹症是由滤过性病毒引起的，病毒株主要有3种类型，故小儿麻痹糖丸也有3种类型，分别以红、黄、绿色代表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型。它们之间没有交叉保护作用。

小儿麻痹糖丸的有效能力与温度有关。测定表明，-20℃

时的有效期可达 2 年，20~22℃时只有几天。所以给乳儿服小儿麻痹糖丸后，不能立即喂母乳。因为母乳刚从母体分泌出的温度一般是 37℃，容易使服下的活疫苗的病毒致死，而且也不利于胃肠粘膜的充分吸收，同时母乳中含有抗小儿麻痹抗体，能中和糖丸中的小儿麻痹病毒，使之达不到应有的免疫效果。所以乳儿应在空腹时服小儿麻痹糖丸，而且要经过 1.5~2 小时后才可喂奶。儿童服糖丸疫苗时，同样也禁用热开水送服。

## 小儿用麻醉药对智力发育有何影响

有些家长担心，孩子用了麻醉药会变笨、变傻，影响学习和发育，这种担心是没有必要的。

小儿麻醉最基本的概念是：睡眠+止痛=麻醉。睡眠对小儿手术非常重要，因为小儿很难忍受手术时固定体位而造成的不适感，因此需要给予足量的药物安眠。常用的硫喷妥钠、地西洋等药在临床上应用已久，证明均无太大副作用，而且能自然醒来。小儿常用的止痛药有局麻药、中枢镇痛药及吸入性麻药。腰麻、硬脊膜外麻醉以及局麻都用局麻药，是将药液注射在神经干周围、脊髓或神经末梢，使疼痛感觉不能传到大脑而止痛。这些药的作用部位都不在大脑，所以不会影响智力。中枢镇痛药、吸入性麻醉药是经注射或由肺呼吸进入血液而起作用。如氯胺酮、派替啶、乙醚、甲氧氟烷等药，对脑的作用是一过性的，即达到一定的血液浓度时产生止痛作用，但通过代谢及转化，血液内浓度逐渐降低，药

物被排净时患儿就清醒了。吸入性麻醉药只要减少供给，药物很快就从呼出的气中排掉，患儿也就由麻醉变浅而醒。小儿在麻醉清醒过程中有精神恍惚、嗜睡现象，但呼之能应则是正常现象。

有人说：“有的孩子就是因为手术麻醉而变傻的”，这种说法是片面的。人脑细胞活动和氧气的多少密切相关，它对缺氧的耐受性很差，一般中断脑供血5~8分钟，就会造成难以挽回的损害。在麻醉或手术过程中，往往由于病人呕吐、舌后坠堵塞呼吸道、喉痉挛发生窒息等情况，会促使发生脑缺氧。术中心跳骤停、大出血、中毒性休克也会发生脑缺氧，若不及时抢救，就会引起不良后果。因此不能简单地认为是使用麻药引起的。应特别指出的是，手术时小儿很难与医师合作，即便较简单的手术，也需要全身麻醉，或用基础麻醉使患儿熟睡，再辅以其他麻醉药进行。如果是饱食后的患儿，容易因呕吐误吸而发生呼吸道堵塞，继而引起脑缺氧，因此患儿术前4~6小时要绝对停食禁水。

麻醉药作为一种药物也不是没有副作用，这需要医师认真选择适应症，掌握好药物剂量，做到扬长避短，安全使用。

## 学龄前儿童不宜服用四环素、土霉素

四环素和土霉素是抗生素类药，能治疗由许多种细菌引起的疾病，所以应用广泛。但学龄前儿童过多应用会使白牙“镶上”灰黄色“外衣”，这是由于四环素或土霉素进入人体后，可与血液中的磷酸钙结合，沉积到正在生长的骨骼和牙

齿中，使牙齿黄染。虽然也可随年龄的增长，颜色逐渐变浅，但不易完全消退。4~6月龄的小儿在出乳牙前，5~6岁儿童在出恒牙前，服用四环素、土霉素的危害更大。即使短期用药，也很容易引起乳牙出现荧光变色和牙釉质发育不全，易造成龋齿。黄板牙不仅影响美观，而且影响发育。四环素、土霉素沉积在骨骼里，还可使骨骼生长缓慢。妊娠晚期的孕妇口服四环素，也会在胎儿牙组织内沉积，影响胎儿乳牙和恒牙的发育。因此妊娠末2~3个月的孕妇应忌服四环素类抗生素。多西环素（强力霉素）比其他四环素类与钙结合得少些，不常引起牙的改变，如果儿童必须给予四环素时，可用强力霉素代替。

## 儿童常服鱼肝油不好

鱼肝油中的主要成分是维生素A和D，它们是人体生长发育必需的物质。普通鱼肝油丸，每丸内含维生素A3000国际单位，维生素D300国际单位；浓缩鱼肝油丸，每丸内含维生素A10000国际单位，维生素D1000国际单位。因此，鱼肝油兼有维生素A和D的作用。有些人把鱼肝油当成滋补品给小孩长期大量服用，这种做法是错误的。因为鱼肝油是用来防治佝偻病，并以维生素D的含量来计算鱼肝油服用量的，如果忽视其中维生素A的含量，容易造成维生素A中毒。

如果儿童长期大剂量服用鱼肝油丸，每日服用量超过5万国际单位，连用数周即可发生中毒；中毒表现是恶心、呕吐、食欲不振、全身无力、低热、头痛、皮疹、皮肤干燥，毛

发干枯等。中毒多发于6个月至3岁儿童。发现这种情况，应立即停用鱼肝油，中毒症状可逐渐消失。因此，如果需要补充维生素D，可服纯维生素D制剂。

## 不宜大量服用“肥儿灵”、“稚儿灵”

现在医药市场上大量出现许多对婴幼儿有较高营养价值的滋补药，象肥儿灵、稚儿灵等就属于这类药物。这些营养补药里含有大量的维生素、脂肪、蛋白质及糖类，具有较高的营养价值，特别是对身体虚弱的孩子，适当服用可起到给孩子提供必需的营养的作用，从而保证小儿的正常生长发育。但对这类滋补营养药也不能滥用，许多做父母的一心想使孩子长得好一些，不管是什么营养补药都给孩子吃，而且几种营养补药一起服用，殊不知这样做是非常有害的。大量长期应用这些营养补药可使儿童出现食欲下降、消化不良、腹泻、腹胀等症状。尤其是患了感冒及消化道疾病的小儿，应立即停药，否则会加重病情，拖延病程。

## 莫给健康小孩滥用滋补药

中国花粉、人参蜂王浆、参茸口服液等多种多样的滋补药品的大量生产和投放市场，无疑对于病后的康复、抗衰老药的研制、老年保健等有着不可估量的作用。但毋庸讳言的是，近年来由于滥用“老少皆宜”的滋补药品，已经对人们的健康带来了损害，尤其是对儿童的危害甚深。

诚然，这些滋补药品属中药制剂，营养丰富，含有多种氨基酸及人体必须的微量元素。但这类滋补药品大部分均有激素样作用。经实验证明，鹿茸、花粉、蜂王浆等均能兴奋垂体—肾上腺皮质系统。有促性腺样作用，能促进男女性腺功能，对代谢有影响。目前，许多家庭给独生子女服用上述滋补药，结果引起儿童的发育异常和过分肥胖，甚至出现性早熟等难以逆转的病变。

为此，奉劝疼爱孩子的家长们，不要给健康儿童进食滋补药。为了孩子的健康成长，应当注意饮食结构的多样化，让孩子适当进行轻体力劳动和体育健美锻炼，以增强体质，健康成长。

## 儿童不宜常服驱虫药

肠道寄生虫病（如蛔虫、蛲虫等），几乎有 95% 的儿童都有不同程度感染。因此，对儿童来说，定时化验大便，弄清体内有无寄生虫，有哪种寄生虫，很有必要。有的家长，一发现孩子面黄肌瘦、食欲不振，未经检查便认为有虫，盲目服驱虫药后不见虫体排出，又再服，以致影响了孩子的健康。

驱虫药有很多种，有的对多种寄生虫有效，有的仅对一种寄生虫有效。常用的驱虫药有派嗪（驱蛔灵）、噻嘧啶（抗虫灵）、左旋咪唑、甲苯咪唑、苦楝皮、乌梅、使君子等，这些药都有一定毒性和副作用，如驱蛔灵虽然毒性低，但常服或过量都可引起头晕、头痛、呕吐及肝功损害，苦楝皮苦寒败胃，过量还可引起中毒死亡。因此，任何一种驱虫药，都

不宜经常服，肝肾功能不好、脾胃虚致发生吸奶时被呛得“哇哇”大哭的情况，经常使年轻的父母为此而惊慌失措，忙点上几滴治鼻阻塞的药——萘甲唑啉（鼻眼净），殊不知，这样处理会引起婴儿中毒。

萘甲唑啉，分浓（0.1%）淡（0.05%）两种，为肾上腺素药物。它有强烈的血管收缩作用，可使局部血管收缩而通气舒适，常用于急、慢性鼻炎。由于婴儿对药物的耐受力低，加上鼻腔粘膜吸收药物迅速而完全，因此，婴儿滴用萘甲唑啉容易中毒，表现为：面色苍白、嗜睡、呕吐，甚至昏迷等。

婴儿鼻塞，如无其他全身症状，应首先用棉签清除鼻内的异物，如仍不通，再滴少许薄荷油，也可用0.5%的麻黄碱滴鼻液少许，还可以用热毛巾敷鼻部及前额，切莫用萘甲唑啉。

# 老年人用药禁忌

## 老年人用药注意事项

老年人身患疾病较多，服药相应也多。但用药恰到好处，才能祛病益寿，否则，会给身体带来损害。根据老年人的特点，用药时应注意以下几个方面：

1. 合理使用药物：不要认为药物越贵越好，要针对病情，合理选药。有些老人遇到许多与疾病无关的问题，常可引起情绪紧张或愁闷，对此不需用药医治。即使患了必须用药物治疗的疾病，有些能口服的，就不必通过注射给药。用药要注意合理恰当。

老年疾病有其固有的特点，如情绪改变、食欲减退、失眠、头晕、气喘、心慌、乏力、便秘、尿频症状等，治疗要从精神和药物两个方面同时着手。用药也要因人而异，一般说来，体质单薄、瘦弱、贫血、气虚的老人，切忌大寒、大凉、发散、峻泻之药。体质肥胖，壮实或高血压、高血脂、高胆固醇的老人，应慎用大温、大热、升提滋补之药。

2. 用药的剂量：由于老年人肝肾功能减退，对药物代谢能力下降，肾脏的排泄也较慢，所以，老年人用药剂量比青壮年应有所减少，用药种类也不宜过多。由于在同一时间内用药种类多，发生副作用的机会也就多，由此可能产生一些

不良的反应。因此，老年人，特别是患慢性器质性疾病的老人，用药时不能随心所欲。否则，顾此失彼，危害极大。

老年人用药量，一般规定为：60~80岁为成人量的4/5；80岁以上为成人量的1/2。

3. 给药的方法：老年人患慢性病，一般不主张用静脉点滴和肌肉注射方法给药。但如患急性病、急性感染伴有高热等，则需要静脉途径给药。这是因为，老年人的肌肉对药物的吸收能力较差，注射后疼痛较著或易形成硬结，因此，应尽量减少注射给药。

4. 注意用药后产生的副作用：老年人对从未用过的药要特别注意。如果出现副作用，应及时停药。已引起过副作用，特别是引起过敏反应的药物，决不能再使用。此外还应避免长期用药，以免产生蓄积中毒，老年人患慢性病，一般宜采用临时或短期用药。

5. 不要滥用补药：俗话说：“药补不如食补”。衰老，是生命过程中的自然规律，衰老的迟早与遗传及环境因素有关，至于用药物滋补身体，以求长生不老，是不实际的做法。同时乱吃补药，还会带来不少危害，例如，长期大量服用营养补益药，会诱发体内多处骨质增生。

当然，作为治疗的辅助措施，适当用一些补剂也是可以的，但必须按医嘱服用。

## 哪些药物老年人应慎用

1. 肾上腺素、胰岛素、麻黄碱、阿托品、颠茄。老年人

对这些药物比较敏感，使用时应酌情减量。

2. 洋地黄类药物。由于老年人对药物的排泄慢，易造成药物在体内的蓄积中毒，洋地黄类药物，老年人的用量应为青壮年剂量的  $1/4$ 。

3. 保泰松、吲哚美辛、阿司匹林。老年人易患慢性腰背及四肢关节疼痛，长期服用此类药物时，保泰松可引起浮肿和再生障碍性贫血。吲哚美辛可引起眩晕、精神障碍、胃肠出血、胃溃疡等。阿司匹林等解热止痛药可使老人大量出汗而虚脱。以上药物老人应避免使用或少用。

4. 苯巴比妥、甲喹酮、甲丙氨酯。失眠是老年人常见的症状，偶尔服一些安眠药是可以的，如果长期服用就会形成依赖性，用量必须逐渐增加才能有效。久服停药后，会出现头晕、恶心、肌肉跳动或失眠加重。这些药都有毒性，会给心、肝、肾带来损害。

5. 酚酞、大黄。老年人便秘多因身体过胖、腹部肌肉无力、肠蠕动减弱所致，属于功能性便秘。长期服用导泻药不仅能引起结肠痉挛，还可造成体内钙和维生素的缺乏，因此要慎用。实在需要导泻时，使用开塞露比较安全。

6. 青霉素、链霉素、卡那霉素、庆大霉素、氯霉素、合霉素。抗生素对治疗细菌感染性疾病虽有显著疗效，但抗生素也有许多副作用。如青霉素容易引起过敏反应，轻者出现全身皮疹，重者可因过敏性休克导致死亡，因此在使用前必须做皮试。链霉素、卡那霉素、庆大霉素都是“耳毒性抗生素”，可以损害第八对脑神经，使人听力减退、耳鸣和眩晕。氯霉素、合霉素可引起再生障碍性贫血。这些药物对老年人

来说，使用必须慎重。

## 老年人不可依赖药物

人到老年，身体各系统（如脑、心、肝、肾、肺等）的功能都有不同程度衰退，因此，老年人对药物的耐受、解毒、排泄和抵抗药物副作用的能力大大降低，易在体内积蓄中毒。所以，老年人除必需用药物治疗的疾病外，一般的医疗保健、长寿，应当尽量利用其他疗法，如饮食疗法、体育疗法、针灸、按摩、推拿、理疗等，以免除药物对机体的危害。

在需要药物治疗时，对有毒性或副作用强的药物，除非万不得已，应尽量少用，或改用其他较为安全的药物。比如老年人易患慢性腰、腿、肩、背和四肢关节疼痛，就应当避免服用保泰松及吲哚美辛。就是用一般的解热止痛药，也应注意减量，防止大量出汗而虚脱。

老年人易患便秘和失眠。失眠是因老年人本来睡眠时间减少，加上其他种种原因所致。因此，这种毛病决不可依赖于药物，而应当采取别的办法。再如便秘，可以采取饮食疗法，早起空腹喝半碗淡盐开水，或冲点蜂蜜水喝，多吃蔬菜瓜果和植物油，生活规律，注意多活动，养成定时大便习惯，基本上可以解除，偶尔急需时，可选用“开塞露”，尽量不用泻药；失眠也是这样，实在必要时服一次安眠药可以，一般可以通过练气功，注意生活规律，睡前静息排除杂念，就会安然入睡。

服用滋补药延缓衰老是可能的，长生不老是不可能的。长

寿主要是靠适当的锻炼、饮食营养、生活规律、心胸豁达、精神愉快来实现的。俗话说“多服人参、鹿茸，不如多吃蔬菜瓜果”。这是有道理的。唐朝末年名医陈曾直曾说：“老年人皆厌于药物而喜于食，病后脾、胃易伤，治疗又慎于吐泻，故尤宜用食以治之。”所以，不论治病，还是养身，用饮食而不依赖药物，是老年人应采取的正确方法。

## 老年人宜慎服药酒

药酒是我国特有的一个药物品种。药酒，即含有某类药物有效成分的酒。一般分为两类，一类是用于治疗筋骨酸痛的药酒，如大家所熟悉的五加皮酒、禁用豹骨酒、木瓜酒、国公酒、冯了性药酒等；另一类是滋补酒，是用于滋补健身的，如人参酒、蛤蚧酒、三鞭酒、参杞酒、龟龄集酒、首乌酒、五味子酒等。

将药物浸泡于酒中，使药中的有效成分溶于酒中，目的是利用酒的辛温行散之性，以活络通经。因酒本身也是一种药物，有畅通血脉、散淤活血、祛风散寒、消冷积、医胃寒、健脾胃、提精神和引药上行、助药之力等功效。所以，酒和药加在一起，可以增强药力，制成药酒病人服用也方便。

但是，并非任何人都可服用药酒，患肝炎、肝硬化、食管炎、胃炎、胃溃疡、胰腺炎的人，则不宜服用药酒。其他老年人服用药酒时，也应注意选用药酒要对症，用量遵医嘱或按用量说明，不得超过剂量，更不能拿药酒当一般酒饮。有人以为补酒无碍，多喝一点也没关系，这种认识是不对的，因

为过量会引起不良反应。所以应当慎用。

## 老年人进补宜适量

老年人由于各个组织和器官的功能减退，可表现出体力减弱，抗病能力低下，听力、视力减退，发白脱发，健忘失眠，食少畏寒等特有的生理现象；也有许多老年人伴发有不同程度的慢性老年病。因此，对老年人来说，适当服用一些滋补品，确实可以帮助增强体质，延缓衰老和防治疾病。

老年人进补时，应当区分两种情况，一种是身体衰弱、有慢性病时的进补；一种是无病养身的进补。

因病而补，需根据病情施补。要弄清究竟是气虚、血虚还是阴虚、阳虚。是气虚可选用补气药，如人参、党参、黄芪、山药等；是血虚，则选用补血的当归、阿胶、熟地、首乌、枸杞、龙眼、动物肝等；阴虚，可选用补阴药玉竹、麦冬、冬虫草、女贞子、山萸肉、百合、梨、鸭肉、蜂蜜等；阳虚，多选用补阳药，如鹿茸、紫河车、肉苁蓉、淫羊藿、补骨脂、核桃、狗肉、羊肉等。由此可知，滋补药是各有所用，不能随便乱服。清代名医余听鸿深谙攻补之道，他说：“见病不可乱补，一回误补，十回不复，服药者何不慎乎。”

无病养身的滋补，应根据自身体质、年龄、性别、生活环境、气候等情况，选择合适的滋补品。从时间、气候上来说，一年四季皆可补，但怎样选用合适的滋补品还是有学问的。春天，气候转暖，宜用平补之剂，目的是协助人体正气之生发，可选用红参、别直参、生晒参、太子参、党参等，以

补益元气，但用量不宜太大。夏季，气候炎热，宜用清补剂，可选用玉竹、绿豆、百合、莲子等；秋天，风物干燥，宜滋润，以滋养为主，可选用党参、茯苓、生地、天冬、麦冬、沙参、莲藕、香蕉、银耳等；冬天，气候寒冷、人体热量消耗大、宜用温补，可选用人参、西洋参、枸杞子、何首乌、附子、杜仲、肉苁蓉、冬虫草、核桃、龙眼、大枣、银耳、鹿肉、狗肉、羊肉等。

总之，补药毕竟不是食物，不能常吃，就是医食兼用的药用食物，也不是吃多就好，弄不好会“物极必反”。迷信补药，乱用补药，不仅起不到应有的进补效果，反而会招致疾病，不利健康。所以，服补药补品要有的放矢，对症服药，才能补之有效，养之得法。

## 老年人应用解热镇痛药应注意

常用的解热镇痛药，如水杨酸类，吲哚美辛，保泰松等药能导致胃肠出血。如复方阿司匹林，60岁以上的老人每次只能服0.3克，剂量大了会造成大量出汗，甚至虚脱。总剂量过大还会发生酸中毒。本品对消化道有刺激性，容易引起恶心、呕吐、食欲不振等，严重的甚至会造成消化道出血，故不宜空腹服用。患有胃或十二指肠溃疡病的人应不用或少用。

吲哚美辛除能造成胃溃疡外，长期应用能引起胃肠道出血、精神障碍、颜面浮肿、眩晕或腹泻。大量用保泰松会发生浮肿，甚至引起再生障碍性贫血。

由此看来，解热镇痛药毒性和副作用都不小，对老年人

来说，要特别慎用。在病因未查明之前，切忌滥用，否则治标不治本。用药后，有时虽然暂时把体温降下来，但这种假象反而掩盖了真相，会耽误疾病的正确诊断，造成不堪设想的后果。

## 老年人应合理使用抗生素

老年人肾功能衰退，对药物的耐受性降低，尤其是一些比较剧烈的药物，极易产生毒副作用和过敏反应。

抗生素，化学合成药等在人体吸收以后，多由肝脏和肾脏解毒、排泄。因此，肝肾功能不全的老人，在用这些药时需慎重，不宜长期或大剂量应用。四环素类抗生素和磺胺类药物长期服用，可以损害肝细胞，并伴有对骨髓、心脏、肾脏及皮肤的损害。链霉素、卡那霉素、庆大霉素使用时间稍长，能引起眩晕、耳鸣、耳聋、平衡失调，对肾脏也有影响。使用氯霉素可能引起再生障碍性贫血。红霉素、呋喃妥因等能在肝胆内郁积，产生中毒和过敏反应。故长期、大剂量使用这些抗生素药物，对老年人是非常不利的。

# 常见急症

## 发 热

健康人的体温相对稳定。根据测温的部位不同，体温的正常值稍有差异。常用的体温包括：口腔温是将体温计放置在舌下，闭嘴约 3 分钟后取出，正常温度应在  $36.3\sim 37.2\text{ }^{\circ}\text{C}$ ；直肠温的测量方法是将体温计消毒后涂上润滑油，然后插入肛门，测量时应当用手扶住以防滑出。直肠温的正常值为  $36.6\sim 37.7\text{ }^{\circ}\text{C}$ ；腋窝温是目前最常使用的体温，其测量方法是将体温计夹于腋窝 5 分钟后读取数值，正常腋窝温为  $36.1\sim 37\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。正常体温一昼夜之间有轻微的波动，早晨体温稍低，下午稍高，但温差不超过  $1\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。

一般情况下，口腔温在  $37.3\text{ }^{\circ}\text{C}$  以上，直肠温在  $37.6\text{ }^{\circ}\text{C}$  以上，腋窝温在  $37\text{ }^{\circ}\text{C}$  以上或昼夜体温波动在  $1\text{ }^{\circ}\text{C}$  以上，可认为是病理性发热。

在体温升高之前，病人还常常伴有怕冷、寒战继之大汗，热退。

### [常见原因]

#### 1. 感染性发热

感染性发热可分为急性感染性发热和慢性感染性发热。

(1) 流行性感冒(流感)。典型的流感通常以突然的寒战、

高热急骤起病，体温可达  $39\sim 40\text{ }^{\circ}\text{C}$ ，兼有全身肌肉酸痛、剧烈头痛、面部潮红、虚弱无力等表现。鼻塞、流涕的表现不明显，热程  $3\sim 5$  天，全身症状好转，但鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛、干咳等上呼吸道症状较明显。

(2) 急性气管、支气管炎。多见于寒冷季节，因病毒或细菌感染气管和支气管粘膜所致。以鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛、声嘶、干咳等上呼吸道症状为主要表现，畏寒、发热、头痛及全身症状不明显。体温一般在  $37\sim 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ ，可持续  $3\sim 5$  天。

(3) 急性肺炎。是细菌、病毒等感染引起的肺部炎症。多有受寒、淋雨、疲劳的诱因，常有数日的感冒症状，继之突发的寒战高热、胸痛、咳嗽和血痰等。体温在数小时内上升至  $39\sim 40\text{ }^{\circ}\text{C}$ ，而且持续不退。伴有头痛、衰弱、全身肌肉疼痛、呼吸急促、心率增快、口唇发紫等。部分病人伴有恶心、呕吐、腹泻等消化道症状。

(4) 结核病。结核病是长时间发热的常见原因之一。其特点为：午后低热、体温多在  $37.5\sim 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ ，伴有心悸、盗汗（夜间不自觉地出汗）、乏力、食欲不振、体重减轻等。肺结核病人可能伴有咳嗽、咯血痰等；淋巴结核可有颈部淋巴结肿大；腹膜结核的病人可伴有腹痛等相应症状。

(5) 急性病毒性肝炎。急性病毒性肝炎分为甲型、乙型和非甲非乙型。急性发热和黄疸是急性黄疸性肝炎的主要表现。发热可以在发病早期出现，也可在其他症状出现后出现。可为中至重度发热。并伴有胃肠功能紊乱、乏力、食欲不振、恶心、呕吐、右上腹疼痛等。

(6) 急性胆道感染。急性胆囊炎是由于细菌感染，高度浓缩的胆汁或反流入胆囊的胰液的化学刺激所引起的胆囊炎性病变。主要表现为发热、右上腹痛及压痛、呕吐。急性高热伴有右上腹剧烈疼痛时，应当考虑急性胆道感染的可能性。特别是肥胖或经常反复发生右上腹疼痛的病人。起病时多有高热，体温高达  $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，并伴有寒战。

(7) 急性胰腺炎。任何年龄均可能发病，女性多于男性。主要表现是剧烈上腹部疼痛、恶心、呕吐。发热多为中等度，一般在几天内自退，如果体温超过  $39^{\circ}\text{C}$ ，多表示合并有胆道感染或腹膜炎。

(8) 急性肾盂肾炎及下尿路感染。病人表现为发热，体温可达  $40^{\circ}\text{C}$ ，并常伴有尿频、尿急、尿痛和腰痛。有些病人伴有恶心、呕吐等胃肠道反应。尤其以育龄妇女多见。

(9) 细菌性痢疾。病人多有进食不洁或生冷食物史。表现为突然发作的恶心、呕吐、剧烈腹痛、腹泻、高热。体温可达  $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 。大便为稀水样或粘液样，表面常有白色脓苔。

(10) 发热伴皮疹性疾病见下表。

## 发热伴皮疹性疾病

疾病	易发年龄和季节	热型	发热和出疹关系	皮疹特点
水痘	任何年龄 6 个月内小儿居多	轻至重度	发热当天出疹	先见于躯干及头部,始为红色斑疹,数小时便为丘疹,再经数小时便为水痘
猩红热	任何年龄,小儿多见。冬春季为主	轻至重度	发热后第 1~2 天	首先见于胸部,继而遍及全身,为粟粒样,大小均匀,鲜红色,压之褪色,有痒痒感,皮疹以躯干、皮肤皱襞和大腿内侧为多。皮疹消退一周后开始脱皮,呈糠屑状或大片状
麻疹	未患过麻疹的任何人,6 个月~5 岁居多	中至重度	发热后第 3~5 天	于耳后起,迅速扩展至面部,一日内可达胸、背、腹及四肢,2~3 日遍及手心、足底。皮疹初为淡红色,散在,进而转为暗红色,疹间皮肤正常
伤寒	任何年龄	持续高热	发热后第 5~7 天	散在于胸前和上腹部,2~5mm,压之褪色呈暗红色,略高于皮面,2~4 天退热

## 2. 非感染性发热

(1) 系统性红斑狼疮。病人多为年轻女性,发热时间一般较长,可每天发热,也可间隔数日发热一次。发热时体温均较高,可达 39~40℃。除发热之外,病人多伴有脱发、面部以鼻为对称轴的皮疹(蝶形红疹),日光过敏等。

(2) 皮炎。病人多有高热,全身不适,对称性全身肌肉剧痛和压痛,极度无力,不能坐立,伸展困难。

(3) 风湿热。病人发病前数天至 3 周往往先有急性咽炎或扁桃体炎病史。多侵犯青少年,秋冬和早春多发。绝大多数病人发热,多数为不规则热。并常伴有心悸、关节疼痛、躯干和四肢近端出现环形红斑,红斑直径多在 1 厘米以内,中心褪色,边缘稍隆起,形成环形。皮下结节是风湿热的另一

特性，多分布于病变关节区，坚硬无痛，与皮肤不粘连。

(4) 血液病。很多血液病都可以表现为发热，如急性白血病、急性再生障碍性贫血等。这些病人在发热的同时，都有不同程度的面色苍白，牙龈出血等表现。

#### [家中处理]

多数病人在发热前有寒颤、畏寒，此时应当给病人保暖。

发热是机体与由外界侵入人体的病原体作斗争的表现，除非温度过高或病人自觉症状明显，一般不应视为对机体有害，不必过早使用降温药物。轻中度发热的病人，多饮水是降温的重要措施。可在水中加入少许食盐和蔗糖，以补充在降温过程中随汗液丢失的盐分。

高热对病人的影响很大，特别是小儿可引起惊厥，应当采取相应措施。

(1) 物理降温。在一般家庭条件下，可用冰袋置于双侧颈部、肘窝、腹股沟（大腿根）、及月国窝等有浅表大动脉搏动的地方或用毛巾蘸 32~34℃ 的温水或 35%~40% 的酒精在相应的地方擦拭。注意不要擦拭心前区和背部。由于酒精的刺激性较大，不易用于皮肤柔嫩的小儿。

(2) 药物降温。尽管不主张过早使用降温药物，但对严重高热物理降温无效的病人，药物降温毕竟是有效和必要的。

目前许多治疗感冒的药物中均有退热成分，如柴胡、阿斯匹林等，服用后不必加服其他退热药物。

另外常用的退热药物有：

复方阿斯匹林（APC），用法：必要时口服半片~1片。

消炎痛，用法：必要时口服 25 毫克。

消炎痛栓，用法：25~50 毫克（1/4~1/2）塞肛。

如家中有条件可采用肌肉注射：

柴胡注射液，用法：2~4 毫升肌肉注射。

安痛定注射液，用法：2 毫升肌肉注射。

上述各种药物多数是依靠扩张皮肤血管发汗起到退热的作用，所以无论使用哪种药物，都应当让病人多饮水，否则不但起不到退热的作用而且可以引起病人虚脱，导致对病人不应有的损害。

另外，各种口服解热药物都对胃肠道有明显的刺激作用。反复使用会引起消化道出血。所以，如果体温太高需要应用退热药物，用量要小，用药后要大量饮水后观察，如果体温不降或有其他情况应及时去医院就医。

病因的治疗：

(1) 各种病毒感染性疾病，如病毒性感冒、病毒性肝炎、麻疹、水痘等没有特异的治疗药物。依靠机体的免疫力在两周之内可以自愈。病人可以服用板蓝根冲剂、维生素 C 和维生素 B 等，病情严重者应当到医院就诊。

(2) 细菌感染性疾病，如肺炎、胆囊炎、泌尿系统感染等，除对症处理之外，还应在医生指导下，针对感染细菌应用相应的抗生素。

急性咽喉炎、气管炎、肺炎可选用青霉素类或先锋霉素类药物（注意：务必在医生指导下，并在使用前做过敏试验，试验阴性者方能使用）。急性胆道感染、急性泌尿系统炎症及急性菌痢等可选用先锋类或磺胺类药物（磺胺类药物过敏者忌用），病情严重者应就医。

(3) 非感染性发热一般病情复杂，家庭除可对症处理，缓解病人症状外，一般难以进行有针对性的治疗，故应当尽早就医。

(4) 凡在家中使用抗生素必须先得到医生的指导，如药物剂量、使用方法和注意事项、有何副作用并如何处理。若欲在家中注射用药，一般为肌肉注射，而且必须掌握肌肉注射的无菌消毒知识和方法。家中应当备有 2.5% 碘酒、70% 酒精、消毒的棉棍和棉球，注射部位应在臀部的外上部，以免损伤血管和神经。注射部位首先用碘酒消毒，然后用酒精脱碘，针头刺入肌肉后先抽吸见不到回血后将药物缓慢注入。

## 呼吸困难

病人自觉呼吸时费力，辅助肌明显参与呼吸运动，并有呼吸频率、深度、节律的改变。严重呼吸困难者口唇、指甲青紫，烦躁不安，不能平卧，只能采取坐位。

### [常见原因]

1. 喉头水肿 病情较轻者仅有喉内异物感，声音嘶哑，刺激性咳嗽。严重者可引起喘鸣、喉梗阻，表现为青紫、烦躁不安、呼吸增快、甚至挣扎。本病常由咽部发炎、药物过敏引起。

2. 支气管哮喘 病人表现气急、喘鸣、咳嗽、多痰。严重者被迫采取坐位，周身冷汗，口唇、指甲青紫。病人多有哮喘病史，初冬、初春季节易患本病。有人认为本病与各种风媒花粉、霉菌孢子、屋尘、粉尘有关。

3. 急性肺水肿 本病起病急，来势凶猛，易在夜间突然发作。病人气急明显，口唇青紫、咳嗽，咯大量白色或粉红色泡沫样痰，烦躁不安、四肢湿冷。引起急性肺水肿的原因多为左心功能衰竭（多见于高血压性心脏病、急性肾炎、风湿性心脏病或动脉硬化性心脏病病人），刺激性气体吸入中毒如二氧化硫等，亦可见于输血、输液量过快，过敏反应或农药中毒。

4. 气胸 气胸分为三种类型。闭合性气胸：病人仅有胸闷和呼吸困难的感觉。开放性气胸：病人胸部有伤口，明显呼吸困难、青紫。高压性气胸：常因过度用力、剧烈咳嗽后，病人突感胸痛、气急、心慌、窒息样感觉，严重者可导致休克。气胸常见原因为自发性、外伤、结核病、肺气肿时肺大泡破裂。

5. 肺癌 肺癌晚期病人因肺组织被癌细胞破坏，影响了正常通气，有时可出现胸水，引起严重呼吸困难、咯血、咳嗽。因此对年龄在40岁以上的病人，有长期吸烟史、持续呛咳伴咯血，应到医院作进一步检查。

6. 胸腔积液 本病初起有胸痛，如胸腔积液逐渐增多，两层胸膜之间因液体相隔，不再产生摩擦，因此疼痛可自行好转，但病人仍感气急、胸闷、呼吸困难，并且只能向病侧躺卧（保证健侧肺充分通气）。引起胸腔积液的常见原因为结核。

7. 呼吸衰竭 病人表现青紫、呼吸加快（每分钟可超过35次）、烦躁不安、呼吸不规律以至暂停或深浅不一，神志恍惚、谵妄、昏迷、抽搐。各种疾病垂危期的病人均可出现呼

吸衰竭，如不及时抢救，可有生命危险。

[家中处理]

1. 给予小剂量镇静剂 如口服安定 5 毫克，可改善病人紧张、烦躁心情，防止缺氧加重。

2. 采取坐位 有利呼吸运动，可减轻呼吸困难。

3. 给氧 如备有氧气袋，应立即吸氧，改善缺氧状况。

4. 喉头水肿处理

(1) 咽喉发炎引起的轻度水肿，不能大意，应及时治疗。咽喉部比较窄，炎症易造成局部水肿、充血、狭窄，影响气流通过，严重时可使病人窒息。因此在咽喉发炎早期即应选择得力抗生素治疗。如头孢氨苄 1~2 克，一日三次（对青霉素过敏者应慎用）；乙酰螺旋霉素 200 毫克，一日三次；红霉素 0.5 克，一日三次。服药期间应密切观察病情变化，症状改善，可继续治疗，如服药后无效或病情加重，应立即去医院就诊。

(2) 有些病人服药后过敏，引起全身皮疹，亦可表现为喉头水肿。首先立即停药引起过敏的药物，其次改服抗过敏药物非那更 25 毫克或扑尔敏 8 毫克。两药服后均有嗜睡等副作用，请合理安排服药时间，如睡前或休息时服。

(3) 无论是炎症还是过敏引起的喉头水肿，均可加服短疗程、小剂量激素治疗，达到减轻炎症、水肿的目的。如口服强的松 5 毫克，一日三次。但炎症引起的喉头水肿，必须选择有效的抗生素治疗的同时加服激素。否则效果会适得其反。

(4) 重症喉头水肿时，病人随时有窒息的危险，应立即

将病人送至就近医院抢救，否则将危及生命。

#### 5. 支气管哮喘处理

(1) 病人缺氧时可表现烦躁、易怒，烦躁加重缺氧，此时应适量给予镇静剂，如安定 5 毫克口服。

(2) 经常有支气管哮喘发作的病人，家中应备有氧气袋，供发作时使用。

(3) 指压法。用拇指紧压两侧大椎穴（颈后脊背最上方有一突起椎骨，即第 7 颈椎，该椎骨棘突下凹陷处是大椎穴）。

(4) 氨茶碱是最常用的止喘药物，应作为哮喘发作时的首选用药，每次口服 0.1 克，一日三次，此药偶对胃肠道有刺激作用，不宜大剂量服用。

(5) 哮喘发作严重时应选用喘息定喷雾剂止喘，或用索必它喷雾剂气雾吸入。前者副作用较大，用后病人感觉心慌，甚至发生心律失常，后者副作用较小。

(6) 家中有注射条件者，可在病人合谷穴内注射 0.1% 肾上腺素 0.1~0.2 毫升，止喘效果显著，少数病人自觉有些心跳加快。

(7) 哮喘发作期间可用些稀释痰液药物，如碘化钾 0.3 克，一日三次；鲜淡竹沥水 10~20 毫升，一日三次，使气管内分泌物稀释后易于排出。但切记痰多的病人不宜使用咳必清、可待因等镇咳药，用这类药物镇咳作用强，不利痰液排出。

(8) 抗生素治疗。哮喘发作时，气管内痰液不易排出，容易引起支气管、气管、肺部炎症，因此必须服用抗生素，如

头孢氨苄、乙酰螺旋霉素等（具体用法见前）。

(9) 必要时短期使用强的松 10 毫克，一日三次或地塞米松 0.75 毫克，一日三次，可起到消炎抗过敏作用。

(10) 重要的是，尽可能找出引起哮喘发作的诱因，如哮喘呈持续状态，应去医院急诊。

#### 6. 急性肺水肿处理

急性肺水肿病人病势危重，需及时送医院抢救，但在到医院前这段时间，应采取一些力所能及的措施。

(1) 使用小剂量镇静剂，如安定 5 毫克，尽量控制病人烦躁情绪。

(2) 病人应采取坐位或半卧位，两腿下垂，可减少回心脏的血液，从而减轻心脏的负担。

(3) 四肢结扎止血带，每 5~10 分钟轮流放松一肢体上的止血带，亦可减少心脏的回心血量。但切记止血带不宜结扎时间过长，以防四肢由于缺血时间过长，造成组织坏死。

(4) 有条件者给予吸氧，可改善肺水肿引起的缺氧状况。

(5) 口服利尿剂。口服速尿 40 毫克。家中有注射条件者，肌肉注射速尿 40~80 毫克，半小时内可见效。通过利尿，使血液的总容量减少，从而达到减轻心脏负担的目的。

(6) 将病人就近送医院抢救，切不可延误时机。

#### 7. 气胸处理

(1) 开放性气胸：用纱布或干净布在病人呼气末严密封闭伤口，以防外界大气进入胸腔后造成肺萎缩。立即送病人去医院抢救。

(2) 闭合性气胸：病人仅有轻度胸闷、气促，一般可不

予处理。一个多月后自行恢复。本病多因结核引起，因此病人应去医院作全面检查，以明确病因作进一步治疗。

(3) 高压性气胸：高压性气胸时病人胸腔内压力高于外界大气压，心肺功能受到严重影响。病人表现气急、青紫、严重呼吸困难，应及时送医院抢救。

## 咯 血

病人经咳嗽动作将喉以下呼吸器官的出血从口腔排出为咯血。小量咯血可表现为痰中带血或单口暗红或鲜红出血，一次咯血大于 300 毫升为大咯血，可引起出血性休克或因血块窒息而致病人死亡。

### [常见原因]

1. 支气管扩张 病人常有童年时麻疹、百日咳或支气管肺炎的病史，以后常有反复发作的呼吸道感染。表现为慢性咳嗽、咯脓性痰，每日可达 100~400 毫升，多于起床时或就寝后痰量增多，收集全日痰液静置于玻璃瓶中数小时后分离为四层：上层为泡沫、下悬为脓性成分、中为混浊粘液、下层为坏死组织沉淀物。常因呼吸道感染诱发咯血。干性支气管扩张仅表现为反复咯血，平时有咳嗽，但痰很少。

2. 肺结核 可有结核接触史，表现为长期午后低热，体温 38℃ 以下，周身乏力，夜间盗汗，体重减轻，面色苍白，两颊部潮红，咳嗽或有少量粘液痰，1/3 病人有不同程度咯血。

3. 肺癌 多发生于 40 岁以上重度吸烟者，较长期刺激性咳嗽，有金属样高调咳嗽，治疗无效，或反复发热、咳嗽、

咯痰，同一部位反复肺内感染，肺不张，持续痰中带血无其他原因者。

4. 二尖瓣狭窄 常有发热、咽痛、游走性对称性关节疼痛病史，逐渐出现活动后心悸、胸闷、气急、颧部口唇发紫、咳嗽、咯痰，严重时不能平卧，夜间睡眠中憋醒，有时咳粉红色泡沫样粘液。较少咯血。

5. 急性支气管炎、肺炎 急性发病、高热畏寒、咳嗽剧烈、咯痰，可为铁锈色痰或脓性痰，胸痛与呼吸、咳嗽有关，较少出现咯血。

6. 支气管异物 多见于儿童或进餐时谈笑引起异物误入气道，突然剧烈的刺激性咳嗽、气急、较少咯血，可迅速出现呼吸困难、窒息等。

7. 尘肺 有长期粉尘接触史，如工作在石棉、滑石、煤尘、石墨、铁尘、玻璃纤维等环境中。慢性咳嗽、咯痰、胸痛、逐渐加重的胸闷、呼吸困难。常合并肺结核或支气管扩张而出现大咯血，否则多为痰中带血。

8. 肺吸虫病 江南发病较多，常与居民生吃溪蟹、喇蛄有关，缓慢起病，初起为较剧烈干咳，以后少量咯痰，为白色粘痰带腥味，有时为铁锈色或棕褐色，可有胸痛。常同时有腹痛、腹泻，甚至头痛呕吐、瘫痪、癫痫等。

9. 子宫内膜异位症 见于成年女性在月经周期时出现咯血，少有咳嗽、咯痰，量一般不多，5~7天后可自愈。

10. 外伤 有胸部锐器伤或受挤压、碰撞后出现胸痛、咳嗽，起病急骤，病情多较重。

11. 钩端螺旋体病肺出血型 多见于西南和南方居民，

多以鼠类和家猪为传染源，病人表现畏寒、高热，全身酸痛、乏力、眼结膜充血，小腿肌肉疼痛。初为血痰，渐咯血增多，严重时口鼻溢出血性泡沫状液体。

12. 肺脓肿 多见于青壮年男性，受凉、劳累或有口咽部感染后，急性起病，咳嗽、咯痰、胸痛，寒颤、高热，体温 $39^{\circ}\text{C}$ 以上，胸痛与呼吸有关，痰量多为脓性或脓血性，有臭味。必须急送医院治疗。

13. 肺出血—肾炎综合征 多于呼吸道感染后出现反复咯血，肾脏病表现于其后，常见症状水肿、血尿、迅速出现尿少、急性肾功能衰竭。

#### [家中处理]

1. 少量咯血者如痰中带血，应减少活动去医院就诊。
2. 咯血量较大时，首先应卧床休息，如果已知病患所在部位时，取患侧卧位，尽量避免血溢入健康的一侧肺内，如不明出血部位时取平卧位头偏向一侧，以利于将血咯出免于窒息。
3. 避免精神紧张，给予精神安慰，必要时可给少量镇静药，如口服安定 $5\sim 10$ 毫克。
4. 咳嗽剧烈的大咯血病人，可适当给予镇咳药，如可待因 $0.03$ 克，或克咳敏 $5$ 毫克，禁用剧烈的镇静止咳药，以免过度抑制咳嗽，使血液淤积气管，引起窒息。
5. 鼓励轻微咳嗽，将血液咯出，以免滞留于呼吸道内。
6. 密切观察咯血量、呼吸、脉搏等。防止休克的发生。
7. 防止用力大便，加重咯血。
8. 大咯血窒息时，立即体位引流，头低足高位，或侧头

拍背。

9. 发热处理：①体温低于 38.5℃时，可单用物理降温，鼓励病人饮热水，保暖，适当用退热药。②体温高于 38.5℃时，必须立即采取降温措施，或立即送医院急诊。

10. 出现胸闷气短喘憋时：①清除口鼻分泌物；②室内空气流通；③有条件时给予吸氧，并立即送医院。

## 胸 痛

炎症、血管疾病、外伤、肿瘤等因素致使支配胸部的感觉神经受到刺激而产生的疼痛，称为胸痛。

胸痛是临床上常见的症状。由于不同原因所致，其表现有隐痛、压痛、灼痛、刺痛、闷痛、窒息痛等轻重不一。病人咳嗽、深呼吸、上身转动或举臂时疼痛加剧。严重时可有呼吸困难、面色苍白、出冷汗等。

### [常见原因]

1. 急性蜂窝织炎 是由化脓性细菌所引起的皮下组织急性化脓性炎症，与中医所称“无名肿毒”类同。皮肤及皮下组织急性炎症时，局部有红、肿、热、痛及压痛。

2. 肋间神经炎 病毒感染、毒素、机械损伤等原因都可引起肋间神经炎而导致胸痛，其性质多为刺痛或灼痛，并沿肋间神经分布。局部有压痛，以脊椎旁、腋中线及胸骨旁较显著。

3. 外伤 胸部肌肉损伤可引起疼痛，程度由轻微隐痛至剧痛不等。若发生骨折，则在胸廓运动时，由于骨折两端互

相摩擦，可使疼痛加剧。

4. 颈椎病 有时可引起心前区疼痛，与心绞痛相似，称为颈源假性心绞痛。一般不伴有冠状动脉供血不足，无缺血的心电图改变，疼痛持续 10 分钟以至数小时，用硝酸甘油治疗无效。

5. 心绞痛 心绞痛是冠状动脉供血不足，心肌急剧或暂时的缺血与缺氧所引起。男性发病多于女性，多发生于 40~50 岁以上。疼痛部位以胸骨后最常见，也可见于心前区，少数在剑突下。疼痛常放射到左肩和左臂内侧。疼痛的程度不一，可有轻度的压迫感乃至剧烈的绞痛。严重时多伴有窒息感或恐惧感。表现脸色苍白、气喘、出冷汗等。多数病人疼痛持续 1~5 分钟，经休息后，除去诱因或舌下含硝酸甘油片后迅速缓解。最常见的诱因为体力活动、情绪激动、饱餐以及寒冷刺激、吸烟等。

6. 急性心肌梗塞 心肌梗塞是由于冠状动脉分支急性阻塞，引起部分心肌严重缺血、坏死所致。心肌梗塞发病年龄以 40~60 岁为最常见，男性多于女性。疼痛部位多见于心前区与胸骨后，也可见于上腹部甚至背部等。痛的性质多为闷痛、压榨性痛、刺痛、绞痛、刀割样痛等。疼痛为心肌梗塞最突出的早期症状，比心绞痛更为剧烈。少数也可为隐痛或仅为胸部压迫感。疼痛持续时间多为数小时甚至持续数天，常伴有烦躁不安、脸色苍白、四肢发凉、出冷汗等以及血压下降和心律失常等。

7. 胸膜炎 胸膜炎的胸痛，于呼吸时加剧。干性胸膜炎的胸痛呈刺痛或撕裂痛；渗出性胸膜炎的胸痛，可随渗出液

的增多疼痛缓解或消失,但在渗出液吸收及胸膜发生粘连时,又出现胸痛,并较长时期存在。临床上多系结核所引起。

8. 自发性气胸 肺表面破裂,空气溢入胸膜腔,称为自发性气胸。常突然一侧剧烈胸痛而起病,并伴有呼吸困难。严重者呈进行性呼吸困难、口唇青紫、病侧胸廓饱满,呼吸运动减弱。多由结核所引起,此外也见于肺气肿、矽肺、肺脓肿、肺癌等均可因病灶在肺表面破溃或膨大肺泡破裂而引发。

9. 胆管疾病 胆管疾病可引起右下胸部疼痛。有时可由于胆道症状不明显或被胸痛所掩盖,而误诊为冠心病。因此,如这些病人的心绞痛经积极治疗而效果不显著,又无明显的心血管病症时,应考虑到胆管疾患所致的可能性。胆道疾病多在饱餐后和高脂肪饮食后发病,同时多有上腹痛及消化道症状。

10. 食管疾病 如食管炎、食管裂孔疝、食管肿瘤、食管憩室等。其疼痛的共同特点是疼痛常位于胸骨后;疼痛多在吞咽时发作或使之加剧。

11. 肝脓肿、膈下脓肿除有全身性发热等症状外,还可引起下胸前部、侧胸或背部疼痛,以右侧多见,并可放射至肩部。局部也有压痛。由于膈下组织发炎与疼痛,可使膈肌运动减弱。

#### [家中处理]

当发现胸痛时,应先了解发病原因,针对病因处理。

#### 1. 急性蜂窝织炎

(1) 局部可作湿热敷或外敷如意金黄散。取如意金黄散加醋调成糊状,涂敷于病痛处,药层厚 0.2~0.3 厘米,干燥

后用部分新药调和连续敷用。

(2) 口服磺胺类药物如复方新诺明 0.5 克，一日两次。

(3) 紫花地丁 50 克、蒲公英 30 克、金银花 20 克，水煎，大量饮服。

如病情严重或上述处理疗效不显，应到医院诊治。尤其糖尿病病人，凡急性化脓性感染的治疗要特别重视。

## 2. 肋间神经炎

(1) 麝香壮骨膏贴敷患处。一日更换一次。

(2) 口服阿斯匹林 0.5 克，一日二次。或撒利痛 0.5 克，一日二次。中老年人可服心痛定 10 毫克，一日二次。

3. 外伤 胸部外伤原则上均应到医院处理。如轻伤及肌肉，无皮肤破损和出血，局部可用伤湿止痛膏贴敷，既可止痛、活血，又可起固定作用。疼痛不止可服止痛片 1 片。

如有出血，应用碘酒、酒精对伤口周围皮肤进行消毒，在伤口上盖消毒纱布或干净手帕，扎紧。如为毛细血管出血，通过加压包扎便可达到止血目的。

若伤势严重，出血不止或疑有骨折时，应及时迅速平稳地送往医院外科诊治。

## 4. 颈椎病

(1) 口服止痛药，如撒利痛等。

(2) 有条件者进行颈椎牵引治疗，可在家中进行的。

## 5. 心绞痛

应立即停止活动，就地卧床休息。沉着冷静处理。如有条件，可先给病人吸氧。同时采用以下救治措施：

(1) 将硝酸甘油 1 片 (0.6 毫克) 放于病人舌下含化，2

~3 分钟即可见效，其作用可维持时间约 30 分钟，如效果不显，可重复含服。如含服消心痛，则效果更好。

(2) 吸入亚硝酸异戊酯（每安瓿 0.2 毫克）将 1~2 安瓿包在手帕内捏碎，立即敷于病人鼻部，吸入该药挥发的气体，10~15 秒钟见效，几分钟后失效。同时口服安定 5 毫克（2 片），疗效更好。

(3) 口服麝香保心丸（上海产）3~4 粒；速效救心丸（天津产）3~4 粒；心宝（广州汕头产）4~5 粒，均有缓解心绞痛作用。如效力不足，可重复口含后吞下。

(4) 有条件者可口服中成药苏合香丸 1 粒或冠心苏合丸 2~4 粒。

在进行上述处理的同时，应请他人找医生前来或如病情不见好转时护送病人去医院救治。要做到尽量使病人保持安静，避免不必要的活动。同时要随时观察病人的脉搏、血压、呼吸、神志变化，以提供医生诊治时参考。

## 6. 急性心肌梗塞

(1) 家中发生了这样的病人，切忌惊慌失措，严禁立即搬运转送医院，应就地抢救。立即让病人原地平卧休息，不要急于搬上床，因为任何搬动都会增加病人心脏负担，甚至危及病人生命。同时立即与附近急救中心或医院联系，请医生前来抢救。

(2) 立即给病人舌下含化硝酸甘油 0.6 毫克 1 片。也可口服苏合香丸 1 粒，麝香保心丸 6 粒，或速效救心丸 10 粒。同时口服安定片 2 片，家中备有氧气者，应立即给病人吸氧。

(3) 应密切观察病人的脉搏、血压、呼吸、神志的变化。

一旦病人的脉搏微弱、心跳听不清、呼吸将停止时，应立即胸外心脏按摩和口对口人工呼吸。

(4) 在家中救治过程中，应尽力使病人安静休息，稳定病人情绪。在前往医院的搬运中应用担架，在出门、下楼梯时要事先排除障碍，在上、下车时都要动作轻，途中应尽量减少颠簸。这些都直接关系到病人的生命安全。

### 7. 自发性气胸

(1) 立即让病人取半卧位卧床休息。安慰病人使其保持安静。

(2) 排除病人周围易引起咳嗽的各种因素如吸烟和油烟及灰尘等，以防咳嗽使病情加重。

(3) 如干咳无痰，可口服可待因 1 片 (0.03 克)。

自发性气胸如有呼吸困难，应视为严重的病症。在应急处理的同时，应尽快与医院取得联系，请医生前来抢救或将病人尽快送往医院救治。

8. 胆道疾病 无论急慢性胆道疾患，病人在疼痛时，都应：

(1) 禁食。如疼痛轻，又无发热，无条件补液时，可慎重进食清淡易消化的流质或半流质。

(2) 口服庆大霉素，8 万单位，一日三次。

(3) 口服胃复安 5~10 毫克止痛。

(4) 口服消炎利胆片 5~6 片，一日三次。或金钱草冲剂一次 1 包冲服，一日二到三次。

胆道疾患如有发热、黄疸，或上述处理无效时，应及时去医院诊治。

9. 食管疾病、肝脓肿、膈下脓肿 一般应前往医院诊治。

## 呕 血

病人由恶心动作呕吐出血液，由于食管、胃、十二指肠、胃空肠吻合术后的空肠、胰腺、胆道等急性出血所致，同时排除口腔、鼻、咽喉等部位的出血以及咯血。呕血常与黑便同时出现，出血量少，在胃内停留时间较长，呕吐物为咖啡样，或仅有黑便，而出血量大，在胃内停留时间短则呕吐物为暗红或鲜红色，短期内大量出血时，可出现头昏、眼花、乏力、出汗、口渴、心悸、昏厥，甚至休克。

### [常见原因]

#### 1. 消化性溃疡

(1) 胃溃疡：常有长期的中上腹疼痛，表现为餐后痛，饥饿时缓解，多为进餐后一小时发生，经1~2小时后渐缓解。

(2) 十二指肠溃疡：腹痛可为中上腹或剑下偏左，疼痛为饥饿痛，餐后2小时左右发生，进食后缓解，有时为定时发生的夜间疼痛，尤其在睡前进餐者多见。

消化性溃疡多于春秋季节加重，常因精神刺激、过度疲劳、饮食不慎、气候变化而诱发或加重。伴反酸、嗝气。十二指肠球部溃疡出血是上消化道出血最常见的原因。

(3) 吻合口溃疡：见于胃大部切除、胃空肠吻合术后，顽固性间歇上腹痛，呈灼、钝、钻样，夜间痛常见，可向背部放射，疼痛持续较原有溃疡疼痛剧烈，可有恶心呕吐等。常为小量慢性出血，表现为黑便。

2. 食管、胃底静脉曲张破裂 常有慢性肝炎病史，呕血为肝硬化后期的表现，常伴长期食欲不振，面色黧黑、倦怠乏力、腹胀、腹泻、鼻衄、牙龈出血、黄疸等，渐出现腹壁外表浅静脉曲张如海蛇头样。多因粗糙食物、化学性刺激及用力大便等腹腔内压力增高而引起呕血及黑便，出血量常较大，表现为大量呕血及柏油样黑便，并可因出血而诱发肝性脑病和腹水，甚至死亡。

3. 急性出血糜烂性胃炎及应激性溃疡 常因原有浅表性胃炎，口服激素或阿斯匹林等对胃粘膜有刺激作用的药物而诱发，或在严重感染、创伤、大手术、大面积烧伤、休克或肺、肾、肝功能衰竭等严重应激状态下出现呕血、黑便，伴上腹不适、疼痛、恶心呕吐等，应激性溃疡出血可加重其原发病的进程，如不及时处理，可危及生命。

4. 反流性食管炎 多表现为咽下困难，餐后平卧或前倾时，有酸性液体或食物从胃、食管反流至口、咽，进食后1小时左右胸骨下有烧灼感或疼痛，半卧位、前倾位或剧烈运动可诱发，因过热、过酸食物而加重，多为慢性少量出血，严重者可因食管粘膜糜烂而引起大量出血。

5. 食管癌 吞咽梗阻感或吞咽困难，胸骨后或剑突下痛，食物下行缓慢或滞留感，并渐出现消瘦，营养不良。

6. 食管贲门粘膜撕裂症 常因恶心、呕吐动作使腹内压力或胃内压力突然升高，如酗酒、胃炎、溃疡、胆囊炎、胰腺炎、尿毒症、妊娠等原因引起呕吐，或剧烈咳嗽，用力排便、举重、分娩等，一般出血轻微，如果撕裂累及小动脉可引起严重出血。

7. 食管裂孔疝 指部分胃囊经膈食管裂孔进入胸腔，多见于 50 岁以后，有肥胖、腹水紧扎腰带、剧烈咳嗽或呕吐、妊娠后期等为诱因。表现为胸骨后烧灼感、疼痛，多在饱食后 0.5~1 小时发生，伴暖气、呃逆、在平卧、弯腰蹲下、咳嗽、饱食后用力进气时加重，站立、半卧位、散步，呕吐后减轻，多在 1 小时内自行缓解，常需与心绞痛鉴别。

8. 胃癌 多见于 50 岁以上，上腹疼痛与进食无明确关系、或原消化性溃疡的疼痛规律改变，并渐加重为持续性难以缓解，上腹膨胀，恶心呕吐，左锁骨上与右腋下淋巴结肿大。

9. 胃粘膜脱垂症 由于胃粘膜异常松弛，逆行突入食管，或向前通过幽门管脱入十二指肠球部所致，多发生在 30~60 岁的男性，中上腹疼痛，轻为隐痛、烧灼痛，重时可绞痛，向后背放射，伴腹胀、恶心、呕吐等，疼痛在右侧卧位时加重，左侧卧位时减轻。进食可诱发和加重疼痛。

10. 胃动脉硬化 多见于老年人，既往无胃痛史而突然呕吐，常以粗糙食物、药物或酒精刺激为诱因，多合并有全身动脉粥样硬化的表现，如有冠心病，心绞痛。

11. 胰腺癌 表现为中上腹及左侧腹痛，向中背部、前胸及右肩胛部放射，仰卧时或夜间疼痛加重，俯卧、坐立、前倾位或走动时减轻，很快出现黄疸，并迅速加深，皮肤呈黄绿色，并有明显的消瘦，呕血、黑便较少见，而一旦出现表明胰腺癌晚期，常已失去手术机会。

12. 胆道出血 常见于闭式或穿透性创伤，感染、结石、胆道肿瘤等，表现为黄疸和右上腹持续性隐痛，阵发性剧烈

绞痛，腹痛减轻后出现呕血及便血。常伴有发热。

[家中处理]

- (1) 绝对卧床休息，避免情绪紧张。
- (2) 禁食，对少量出血者可少量流质进食。
- (3) 观察病人神色、肢体皮肤温暖还是湿冷，如出现烦躁、口渴、皮肤湿冷时要特别警惕大出血或休克。
- (4) 脉搏、出血量与每小时尿量的监测。
- (5) 避免增加腹压，或过于人为的抑制呕吐。
- (6) 平卧侧头避免血块窒息。
- (7) 立即送就近的医院就诊。

## 便 血

血液从肛门排出称之为便血。胃、食管出血多表现为解柏油样便，小肠、结肠出血多为鲜红色血便。口腔、鼻、气管部位的出血，吞咽也会引起便血。

[常见原因]

1. 急性出血坏死性肠炎 发病前有不洁饮食史者多见，先出现腹痛，为逐渐加剧的脐周或左中上腹阵发性绞痛，渐转为全腹持续性痛，并阵发性加剧，伴腹泻，大便为糊状、水样或血水样，恶臭，同时发热、恶心、呕吐，轻者1~3周可治愈，重者可因大量便血出现休克，或出现高热、抽搐、昏迷等，有时出现肠梗阻，甚至肠穿孔。

2. 小肠憩室 多为回肠远端憩室，又称麦克尔憩室，多见于儿童，可长期无症状，如合并憩室发炎。溃疡、出血，穿

孔表现为急性中腹部疼痛，与进食无关、脓血粘液便，疼痛并出现腹胀，恶心呕吐时可能出现肠梗阻，常需手术治疗。少数病人在疼痛时可出现脐周樱桃红色。

3. 小肠肿瘤 可有长期脐周疼痛，腹部可摸到肿块，合并恶心呕吐无便无肛门排气等肠梗阻症状，可有腹胀，食欲减退，体重下降等。

4. 肠套叠 多见于2岁以下健康婴幼儿，男性多见，突然发生的腹痛，疼痛剧烈，为阵发性绞痛，恶心呕吐，大便为粘液血性，可有腹部包块。

5. 肠结核 起病缓慢，右下腹痛为持续性隐痛或胀痛，进食后明显，常有腹泻，大便为糊状，有时为粘液脓血样，可有腹部包块，同时有午后低热、盗汗、乏力、消瘦等。

6. 溃疡性结肠炎 起病缓慢，反复发作，多以精神刺激、过度疲劳、饮食失调，继发感染为诱因，表现为腹泻，大便为粘液脓性或血性，左下腹或下腹部痉挛性绞痛，痛后有便意，排便后疼痛暂时缓解。

7. 结肠息肉 多发于青年成人，有家族性，多无症状，或长期腹部隐痛，腹胀或大便习惯改变，反复发作腹泻，大便带鲜血和粘液。有高度恶变倾向。

8. 结肠癌 中年以上原因不明的下腹痛、腹胀、贫血、腹部包块，大便习惯改变，便秘与腹泻交替等。

9. 直肠癌 大便次数增多、大便变细或形状改变，带粘液及血液，排便不净感。

10. 痔、肛裂 多见于长期便秘，年老或体质虚弱者，长期大便干燥，排使用力，多表现为便后滴鲜血或便纸带血。

11. 细菌性痢疾 多发于夏季，有不洁饮食史，发热、腹痛、脓血便，可有恶心、呕吐，严重者可表现为中毒性痢疾，出现高热、惊厥、意识不清，皮肤有花纹，但大便次数不一定很多。需特别注意。

12. 伤寒与副伤寒 持续高热、神志淡漠、腹胀、腹泻、相对缓脉，正常人体温每升高 $1^{\circ}\text{C}$ ，脉搏增加10次/分，一般3周后体温下降。后期可因饮食不当出现便血，甚至肠穿孔。

13. 钩虫病 早期病人常有食欲亢进，劳动力减退或有上腹不适、隐痛，后期食欲下降、恶心、呕吐，腹泻或顽固性便秘，腹痛，常有少量隐性出血，表现为面色苍白、四肢无力、心悸、头晕等，大便潜血试验阳性。这类病人中有些喜食生米、生豆，甚至泥土、瓦片等，称为“异嗜症”。

#### [家中处理]

1. 对于黑便，首先排除口腔、鼻咽、喉、气管、支气管、肺等部位的出血，被吞咽后由肛门排出的可能，其次注意有无受某些中草药、铁剂、食用过多肉类、动物肝和血及菠菜等的影响，可在禁食肉类、动物肝血、青菜、菠菜等3天后采集大便做潜血试验以证明。

2. 疑为传染性疾病的大便处理，避免污染其他物品，便后洗手，大便以消毒剂混合后入公共便池。

3. 合并高热时，及时采取各种方法降温，同时注意多喝水，水中可适量加少许食盐及糖以免脱水。

4. 痔、肛裂等少量出血时，可温水坐浴每日半小时，连续数天，或用缓泻剂避免大便干燥，不食辛辣食物，多食富含纤维食物及水果、蔬菜等。

5. 伤寒后期：禁生冷硬食以无渣饮食为标准。
6. 有肝硬化者避免进食粗糙、难消化食物。
7. 注意脉搏、神志、尿量、皮肤温度等，防止出现失血性或感染性休克。
8. 及时送入医院进一步诊治。

## 腹 泻

由于急性肠道疾病、全身性疾病、急性食物中毒和过敏性因素引起的大便次数增多，以及不同程度的稀便，并伴有肠痉挛所致的腹痛称为腹泻。

病人大便次数突然增多，伴有阵阵腹痛、恶心、呕吐，可有发热。大便多呈稀水样、糊状。严重腹泻时可引起脱水。脱水分轻、中、重度。轻度脱水：丢失的体液占体重的5%以下。病人精神稍差，面色略苍白，皮肤稍干燥，但弹性尚好，小便量较平时略减少。中度脱水：丢失的体液占体重的5%~10%，病人精神萎靡，烦躁，皮肤弹性差，提起后不能立即展平，眼窝下陷，小便量明显减少。重度脱水：丢失的体液占体重的10%~15%，病人表情淡漠，面色苍白，皮肤弹性极差，提起后长时不能平复，尿少甚至无尿。

### [常见原因]

1. 食物中毒 病人进餐后3~4小时突然发生急性呕吐、腹痛和腹泻。有时可伴有发热，体温在38~39℃之间。大便一日数次至10余次，多为水样便。严重者可觉头晕、面色苍白、冷汗、口干、舌燥、体力衰弱。有集体就餐后集体

(或部分人员)发病的特点。食物中毒常见致病菌:沙门氏菌、金黄色葡萄球菌、嗜盐菌等,可通过大便培养或呕吐物培养确诊。

2. 急性菌痢 本病有传染性。发病多在夏秋季节,有不洁饮食史,病人突然发生腹痛、腹泻、排便时有解之不尽或下坠的感觉(医学上称“里急后重”),一日10余次不等。大便量不多,伴有脓血,体温可高达39℃或以上,如为中毒性菌痢,则病情危重,多发生于儿童或成人体弱者。病人早期即可表现高热、神志恍惚、腹痛腹胀,并有四肢发凉、脉弱等休克现象,腹泻症状反而不明显。

3. 病毒性肠炎(又称秋季腹泻) 本病有传染性。夏秋季易流行。部分病人开始有鼻塞、咽痛等感冒症状,然后出现恶心、呕吐、腹泻。每日大便可达10~20次以上。多为水样便,极易造成脱水,病人出现口干、舌燥、眼窝下陷、皮肤弹性差。

4. 消化不良 本病多见于婴幼儿。因喂食过多或食物组合不当、过早添加不易消化的辅食而造成胃肠道负担过重引起本病。病儿不思饮食、恶心、呕吐,大便每日可达10余次,呈“蛋花汤样”,有酸臭味。严重时可脱水、体重下降。

5. 霍乱 霍乱为烈性传染病。病人应严格隔离。目前某些国家尚有疫区存在,应引起高度警惕。本病起病急骤、病势凶险。病人剧烈呕吐和腹泻,大便像淘米泔水样,持续从肛门流出,无法控制。如不及时治疗,可迅速进入脱水虚脱期,病人表现烦躁不安,奇渴,极度脱水常可危及生命。

6. 急性血吸虫病 本病为地区性流行病,多发生在长江

中下游两岸有血吸虫疫水接触的人群中。病人初起有咳嗽、咯血，继而出现腹痛腹泻，全身可出现皮疹，体温 38℃ 左右。发生本病后，应到当地血防站及时检查并接受特殊治疗。

7. 急性出血性坏死性肠炎 病人表现以腹痛为主，开始脐周围痛，不久可扩散到全腹部，伴腹泻，大便呈血水样，粪便少、有恶臭，常有发热。严重时病人剧烈呕吐、大量便血、面色灰白、四肢厥冷、血压下降、危及生命。

### [家中处理]

#### 1. 食物中毒

(1) 症状较轻者以清淡饮食为宜，严重者禁食 6~12 小时，使胃肠道适当休息。

(2) 口服抗生素治疗。黄连素 0.3 克，一日三次，或氟哌酸 0.1~0.2 克，一日三次。

(3) 腹痛明显者加服颠茄酊 10 毫升，对胃肠道肌肉因炎症刺激引起的痉挛有较好的疗效。

(4) 病人因反复呕吐、腹泻出现口干、舌燥、尿少等脱水现象时应口服补液盐。

(5) 有条件者将发病前就餐所剩的食物送附近防疫站进行检验，以便确诊是何种病原菌引起的中毒，进一步作针对性治疗。

饮食是人类能量、营养的根本来源，但吃了不洁饮食，反使身体受到伤害。因此，饮食卫生尤为重要。平时应特别注意以下几点：①生熟食物应分开操作，防止生食中细菌对熟食的污染；②动物性食品应煮熟透后才能食用；③蔬菜瓜果需洗净食用，尤其是生食时；④食物不宜在室温下或冰箱内

放置过久，以防变质。

## 2. 急性菌痢

(1) 由于本病为传染性疾病，病人在家中必须隔离。平时用具尤其碗筷等需固定使用，用后煮沸消毒半小时，以防将本病传染给其他人。

(2) 饮食宜清淡，应吃粥、面条、蔬菜等易消化的食物，忌多油、多渣或刺激性食物。可吃些大蒜，有杀菌作用。

(3) 抗生素治疗。黄连素 0.3~0.5 克，一日三次，如加用抗菌增效剂 (TMP) 效果更好。其他药如磺胺类、氯霉素等也可使用。氯霉素使用时应慎重，敏感者骨髓功能可受到抑制，影响造血系统。

(4) 腹痛者加服颠茄酊剂，亦可用热水袋进行腹部热敷。

(5) 中草药鲜马齿苋 100 克煎服，对治疗菌痢有显效。

(6) 如病人里急后重现象严重，大便次数过频，可加服小剂量镇静剂，如非那更 12.5 毫克口服，以减轻肠蠕动。

(7) 治疗急性菌痢必须彻底，服药至少需坚持一周，否则易发展成慢性菌痢或肠功能紊乱。

(8) 如病人出现高热、惊厥、甚至休克等中毒性菌痢症状，应急送医院抢救。

## 3. 病毒性肠炎

(1) 抗病毒治疗。口服板蓝根一包，一日三次，吗啉胍 0.1 克，一日三次。

(2) 腹泻 3~5 天后，可适当用些收敛剂，如矽碳银 0.3 克，一日三次。

(3) 病毒性肠炎病人极易发生脱水，因此，可先在家中

口服补充液体。目前提倡用联合国世界卫生组织提供的配方。口服补液盐配方：一公斤口服补液盐需氯化钠 3.5 克，碳酸氢钠 2.5 克，氯化钾 1.5 克，葡萄糖 20 克。如无上述条件时亦可用以下配方：白糖 20 克，食盐 0.5 克，碳酸氢钠 0.5 克，冲开水（用淡绿茶更好，因茶叶中有鞣酸，可起收敛作用）200 毫升口服。病人排尿后，每 200 毫升口服液中可加氯化钾 0.5 克。

(4) 如病情未见改善，应将病人送医院进一步治疗。

#### 4. 消化不良（小儿消化不良的处理）

(1) 母乳喂养者可减少喂奶次数或限制喂奶时间，人工喂养应喂比原来更单纯而易消化的食物，如米汤、稀释牛奶、藕粉等，减轻病儿胃肠道负担、恢复饮食应根据由少到多、由淡到浓、逐渐增加的原则。

(2) 病儿食欲不佳时，给予乳酶生 0.3 克，一日三次，胃蛋白酶合剂 5 毫升，一日三次口服，以增进食欲帮助消化。

(3) 勤换尿布，每次便后用温水洗臀部，防止臀部出现尿布疹或糜烂，如已糜烂应局部涂抹凡士林油或 20% 鞣酸软膏。

(4) 如病儿有口干、舌燥等脱水表现时，应予以口服补液盐治疗。

(5) 捏脊治疗小儿消化不良有显著疗效，其方法如下：将病儿衣服解开，术者用食指及拇指将皮肤轻轻捏起，沿小儿脊柱两边，自骶骨部位到颈部，边推边捏，自下而上反复几遍，每捏 2~3 下，将两指之间的肌肉向外侧斜上方提一下。

#### 5. 急性出血性坏死性肠炎

- (1) 首先应禁食，直到呕吐、便血停止方可进少许米汤等流质饮食。禁食期间需到附近医院静脉补充液体，应用抗生素、止血药等治疗。
- (2) 病情危重、出现休克者，应立即送附近医院抢救。
- (3) 病情好转后，应在医生指导下进行驱蛔虫治疗。

## 腹 痛

腹痛多由于管状器官（如胃肠等）的肌肉痉挛，或梗阻引起，也可由器官被膜（如肝、脾、肾等）受牵扯引起。人体内脏的疼痛均通过植物神经沿相应的脊神经反射至腹部导致腹痛。

腹痛按其发作时间可分为急性腹痛和慢性腹痛。慢性腹痛的病因相当复杂，多需经医生诊治。急性腹痛可以由腹腔脏器病变所至，也可由腹腔外疾病所至。

有些急性腹痛能指出明确的疼痛部位。大多数急性腹痛的起始部位即病变所在部位。病人和家属应大致了解腹腔脏器的分区及相应部位的脏器（见下表）。

腹部分区及其脏器

中上腹	左上腹	右上腹	中腹	左侧腹	右侧腹	下腹	左下腹	右下腹
肝左叶	胃	肝右叶	小肠	左肾	右肾	膀胱	降结肠	
胃	脾	胆囊		降结肠	升结肠	子宫	乙状结	阑尾
十二指肠	胰腺					附件	肠	盲肠

判断腹痛原因的另一个重要因素是腹痛的性质和程度。

空腔脏器痉挛引起绞痛；疼痛呈阵发性，逐渐加剧并迅速达高峰。病人极痛苦，大汗淋漓，持续若干时间后渐渐缓解，缓解期间病人可无任何症状。实质脏器破裂或炎症引起持续性腹痛，空腔脏器的炎症在持续腹痛的基础上阵发性加剧。

#### [常见原因]

1. 急性胃肠炎 急性胃肠炎的病人多有进食生冷不洁食物或腹部受凉史，继而表现出阵发性腹部疼痛。急性胃炎的疼痛位置在上腹正中或左上腹，多伴有恶心、呕吐。可无腹泻或发热。急性肠炎的病人的疼痛位置多在下腹正中或左下腹，多伴有腹泻，腹泻后疼痛缓解，过一段时间后疼痛再次发作，腹泻后又可缓解；如此反复。大便呈稀水样或粘糊状，表面无白色脓苔。

2. 急性细菌性痢疾 腹痛症状与急性肠炎的症状相似。病人多伴有发热和“里急后重”，大便表面常有白色脓苔或脓点。

3. 急性胆道炎症 急性胆囊炎是细菌感染引起的胆道炎症，多发生于20~40岁的女性，肥胖者更多见。常在饱餐或进食富有脂肪的食物后发作。急性胆囊炎的主要症状是右上腹持续性疼痛，阵发性加剧，并有右上腹明显压痛，常向右背部和右肩部放射。除腹痛外，决大多数病人伴有不同程度的发热，体温可达39~40℃，40%~50%的病人可出现皮肤黄染。

4. 胆道系统结石 胆结石的发病情况与胆囊炎相似，并和胆囊炎相互促进。病人可出现突发的右上腹或上腹正中绞痛，疼痛多剧烈难忍，病人大汗，呻吟，辗转反侧，四肢发

冷。并伴有恶心、呕吐。多不伴有发热。但胆总管结石的病人可有三个相继出现的症状，即腹痛、黄疸和寒战高热。

5. 胆道蛔虫 胆道蛔虫是农村青少年的常见病，其发病特点为突然发作的右上腹钻顶样疼痛，并伴有恶心、呕吐。病人常有便出或吐出蛔虫史，发作时有时可以呕吐出蛔虫。病人腹部多无明显压痛，这种症状与体征分离的情况是诊断胆道蛔虫的一个重要依据。

6. 急性肝炎 病人可以表现为右季肋部胀痛或剧烈绞痛，特别是淤胆性肝炎的病人。同时病人可以出现发热、食欲不振、恶心、呕吐及腹泻等症状。

7. 急性胰腺炎 急性胰腺炎病人多有胆囊炎或胆道结石病史，在饱食或进食富有油脂的食物之后出现急性上腹部、左上腹部或脐周钝痛、刀割样疼痛，并向腰背部放射，病人腰部常有束带感。疼痛于仰卧位较重，坐位或前倾位可稍减轻。多伴有发热、恶心、呕吐，重者出现四肢湿冷、脉搏细速等休克表现。

8. 急性阑尾炎 急性阑尾炎病人的首发症状多为脐周疼痛或上腹疼痛，数小时后转为右下腹固定性疼痛，阵发性加重，称为“转移性右下腹痛”，是急性阑尾炎的标志。多伴有轻至中度发热。在发病全过程中，腹部的压痛点均在右下腹。

9. 急性肠梗阻 急性肠梗阻是临床常见的急腹症，主要有机械性、神经性和血管性三种，其中机械性肠梗阻又是三者之中最多见的一种。

机械性肠梗阻的主要表现有腹部绞痛、呕吐、腹胀和排

便排气停止。腹痛的特点为：急性发作、呈阵发性波浪式绞痛，多位于脐周和下腹部，绞痛时伴有腹壁上起包。

10. 胃、十二指肠溃疡 胃、十二指肠溃疡是引起上腹疼痛的主要原因之一，胃溃疡和十二指肠溃疡均引起节律性上腹部疼痛，但二者的发作时间不同。胃溃疡多于进食后出现，而十二指肠溃疡则多在饥饿状态下发作，进食后可缓解，并经常有夜间疼痛。有胃及十二指肠溃疡病史的病人如果出现上腹部突发的剧烈疼痛，并很快波及全腹，腹部肌肉紧张如板状，应当高度怀疑胃及十二指肠穿孔。

有胃及十二指肠溃疡的病人，如果出现上腹部剧烈绞痛，疼痛发作时上腹部有移动性包块，伴有频繁的呕吐，呕吐物中有前日所进食物，可能是幽门梗阻。

11. 急性肾盂肾炎 急性肾盂肾炎偶尔也可引起腹痛，多位于左右侧腹，并伴有腰痛。

12. 泌尿系统结石 泌尿系统结石——特别是输尿管结石，绞痛是主要的表现，绞痛多出现在病变同侧的侧腹或腰部。可为钝痛，但多数为突发性侧腹绞痛，并向同侧下腹部、腹股沟、大腿内侧放射，发作可持续数分钟至数小时，同时可伴有恶心、呕吐、出冷汗、苍白。发作后多数病人可见到肉眼血尿。

13. 盆腔病变引起的腹痛 盆腔炎症多引起下腹部持续性疼痛，并伴有发热。发病多在月经前期、月经刚结束、流产或分娩后，并有白带增多、有异味。

卵巢囊肿扭转多发生在活动时，表现为突然发生的下腹部剧烈疼痛，不敢活动。

异位妊娠（或称宫外孕）破裂是较常见的严重急腹症之一，常被误诊而危及生命。育龄女性有性生活史的病人，突然出现急性下腹部疼痛、阴道出血及停经，应高度怀疑异位妊娠破裂的可能。

痛经多发生于经前1~2天及月经第一天，表现为轻至重度的下腹部疼痛，经后好转。每次月经有类似的发作。

14. 实质脏器破裂 肝、脾、肾等实质脏器破裂可引起相应部位的剧烈腹痛。腹痛多起于破裂脏器所在部位，很快播及全腹。并出现面色苍白、脉搏细速、出冷汗及表情淡漠等休克的表现。

15. 急性心肌梗塞 有冠心病病史的病人，出现上腹部急性疼痛，伴有恶心、呕吐等，除考虑腹部脏器的病变外，还应高度怀疑急性下壁心肌梗塞的可能。

16. 糖尿病酮症酸中毒 糖尿病病人出现阵发性剧烈腹痛除考虑腹腔脏器病变外，应警惕酮症酸中毒的可能。

#### [家中处理]

1. 腹痛病人的处理中最重要的一点是确定其疼痛的原因。在没有确定疼痛的原因之前，不可滥用止痛药物，特别是度冷丁、吗啡、二氢埃托啡（此类药物一般家庭很少备用，因均属法定控制药物）等较强的镇痛镇静剂，以免掩盖症状，延误病情。

2. 病人应当尽可能安静休息，排除其他因素引起的症状和体征。

3. 密切观察病人的生命体征，包括：体温、脉搏、呼吸及面色。观察病人对外界事物的反应性。

4. 指压足三里（膝下三寸，胫骨外侧）对胃肠道痉挛引起的腹痛可能有效。

#### 5. 对因治疗

（1）急性胃肠炎。腹部应当保暖，饮热水及应用腹部热敷对缓解症状往往有帮助。饮水不但能帮助解除胃肠道的痉挛，还可以补充因呕吐和腹泻引起的液体损失。水中宜放入少量食用盐和蔗糖。病人应当进流食或半流食，避免高脂性食物。有些病人因腹泻而不敢进食，以致发生低血容量性休克。

腹痛剧烈者可选用阿托品、654—2、普鲁苯辛等口服。

（2）对疑有细菌性痢疾的病人除按急性胃肠炎的方法处理外，还应注意病人与健康人的隔离，特别是食物与粪便。抗生素是治疗细菌性痢疾的最佳药物，目前常用的药物有：黄连素 0.3 克，3 次/天；氟哌酸 0.2 克，3 次/天。

此外，细菌性痢疾是细菌感染胃肠道引起的急性传染病，病人在急性期不能盲目的止泻，否则肠道内的细菌毒素会被吸收入血引起毒血症。

（3）胆道系统结石和急性胆囊炎。病人应当禁止食用油脂性食物。胆道系统结石的病人可适量应用解痉剂和镇静剂，如阿托品、654—2、非那更等，如果疼痛剧烈或伴有黄疸或发热，应及时到医院就诊。

胆囊炎病人，必须经过一段时间的抗炎治疗才能止痛，多需到医院就诊。

（4）胃、十二指肠溃疡。胃及十二指肠溃疡的病人，如近期内出现反复发作的节律性腹痛，应注意以下几个方面：

①按时进食。

②进食温热、易消化的食物，不吃过冷、过热、辛辣等刺激性食物。

③禁烟、禁酒。

④保持心情舒畅，避免精神紧张。

⑤眼药过程中的病人，应根据医嘱按时服药。

③注意大便的颜色有无发黑，如油墨样或柏油样。

如出现大便发黑或频繁呕吐及全腹剧烈疼痛、腹部肌肉紧张，应当及时到医院就诊。

(5) 泌尿系统结石。泌尿系统结石的病人应当多饮水、多排尿，帮助结石排出。疼痛较重时可服用解痉药物如阿托品、654—2、普鲁苯辛。有时疼痛极其剧烈，难以忍受，用口服药物不能缓解，此时应当立即到医院就诊。

(6) 泌尿系统感染。病人首先应当保持会阴部清洁，可每天用高锰酸钾水（一盆水中放入几粒高锰酸钾，只要水色略呈粉红色即可）清洗会阴部。多饮水、多排尿。可适当多进碱性食物。

口服抗生素：氟派酸 0.2 克，3 次/天，复方新诺明 1 片（过敏者勿用），2 次/天。

(7) 痛经。轻者可不必处理，较重者应卧床休息，腹部热敷，仍不能缓解可口服去痛片、阿托品或氟灭酸止痛。

(8) 疑有急性肝炎、急性胰腺炎的病人，应停止脂肪食物的摄入，甚至禁食，并立即到医院就诊。

(9) 疑有急性心肌梗塞的病人应立即制动，有条件者应予吸氧。取硝酸甘油 0.6 毫克含舌下，或用速效救心丸舌下含

服。并同时呼叫急救车将病人送往医院。

(10) 急性胰腺炎的病人应禁食禁水, 并立即送医院就诊。

(11) 疑实质脏器破裂、异位妊娠破裂、急性肠梗阻及卵巢囊肿扭转等病人, 应立即送医院检查。

## 头 痛

各种原因诱发头部软组织受压、牵拉、炎症、血管扩张或痉挛、肌肉紧张性收缩, 均可发生头痛。

### [常见原因]

1. 偏头痛 由头部血管舒缩障碍所引起。周期性发作的单侧头痛, 每次发作的性质相似。本病以青、中年女性居多, 有的与情绪因素有关。常见先兆是视觉障碍, 眼前有火星、彩光闪动, 肢体麻木, 继之出现一侧头痛, 逐渐加重。痛有搏动性痛、跳痛、胀痛, 严重者可有恶心呕吐, 流泪流涕等。反复发作, 每次持续 1~2 小时至 1~2 天, 间隙期完全正常。

2. 肌肉收缩性头痛(紧张性头痛) 多见于青壮年, 女病人多。常为慢性持续性头痛, 由于头部或颈部肌肉持续收缩以及继发性血管扩张所引起。在紧张、焦虑、烦躁时头痛加重。其性质是头部重压感、紧箍感, 也可牵扯痛、胀痛, 多为双侧性。局部肌肉有压痛, 下午或晚上加重。

3. 高血压性头痛 多为全头痛, 或为枕部、额部的钝痛、跳痛。局限于一侧或双侧的前头部或后头部, 也可是全头部的头痛, 多由于颅内血管扩张所致, 常在早晨发作。头痛与情绪有关。头痛重时有恶心呕吐。压迫颈外动脉头痛可减轻,

卧位时头痛加重，血压突然升高，常使头痛加剧。

4. 三叉神经痛 单侧面部阵发性、电击样、短促而剧烈的疼痛。多在40岁以上发生，女性较多见。多在日间发作，持续时间数十秒到数分钟，间隙期完全不痛。每天发作数次乃至数十次。在患侧上唇近鼻翼处可有“扳机点”（激发点）触动此点常导致发作。有时进食、洗脸、讲话等动作也可诱发疼痛。某些病人在剧痛时伴有病侧面肌抽搐、流泪等。

5. 脑供血不足的头痛 脑供血不足常引起头痛。其性质大多为跳痛、胀痛或搏动性痛，可能由于缺血时侧支血管扩张所致。多见于椎—基底动脉狭窄或闭塞或颈内动脉与大脑中动脉受累引起。

6. 急性脑血管疾病（脑出血蛛网膜下腔出血、脑血栓、脑梗塞） 急性脑血管疾病中医称中风，都有不同程度的头痛。

脑出血和蛛网膜下腔出血都是脑血管破裂形成的颅内出血。前者多为中老年高血压病及动脉硬化引起；后者多为青壮年先天性动脉瘤及血管畸形所致，多突然发病。可因情绪激动、剧烈活动、饮酒、过度兴奋、甚至大使用力而诱发。血压高，头痛重，面色潮红，呼吸深沉，口眼歪斜，或有呕吐，脉搏缓慢有力，两侧瞳孔大小不等，眼常向一侧斜视，肢体一侧软瘫，常有大小便失禁。

脑动脉血栓形成和脑梗塞是脑缺血性疾病。前者多为老年人动脉硬化和脑血管管腔变窄而形成；后者多为青壮年、中年风湿性心瓣膜病和亚急性细菌性心内膜炎等引起。发病前，可有短暂的血压偏低、血流缓慢的脑缺血症状，如头晕、头痛或突然不会说话，不久又慢慢恢复。同时一侧肢体发麻，

无力，有沉重感。一般都发生在睡眠中或安静状态下，有的一觉醒来才发现身体不能动弹，随即半身不遂。病人发病后多能清醒，严重者可出现昏迷、失语或说话不清。

7. 眼原性头痛 眼病引起头痛比较常见。由眼病引起的头痛大多位于眼区，也有弥散到整个头部的。屈光不正（尤其远视）常在两侧眼球及眉弓处有胀痛，通常晨起较轻，午后加剧，视力疲劳时加重。不用眼力则头痛减轻或消失。急性充血性青光眼在眼球周围或眼眶上部有剧烈疼痛以及眼球胀痛，可伴有呕吐、视力锐减等。单侧青光眼可被误诊为偏头痛。视神经炎的疼痛多位于眼球后，伴有视力减退。虹膜炎、虹膜睫状体炎、角膜疾病等也可引起头痛。这些头痛都与眼的畏光、流泪等眼部刺激症状有关。

8. 耳原性头痛 中耳炎和乳突炎所致的头痛，大多在原发病灶的周围，并放射到同侧颞部，局部有压痛，同时伴有耳内闭塞、发胀感以及耳痛如钻刺状并有随脉搏跳动的感觉。

9. 鼻原性头痛 鼻部疾病也常有头痛。鼻炎及鼻窦炎的疼痛常在前额及鼻根附近，清晨加重，鼻腔内有脓性鼻涕，病侧鼻窦部有压痛。

10. 齿原性头痛 牙齿疾病所致的疼痛开始常局限于病牙部位，以后可放射到同侧头部。牙痛有时还会影响三叉神经，出现顽固性头痛。头痛伴有牙龈肿胀疼痛和咀嚼障碍时应考虑到齿原性头痛。

11. 脑部炎症疾病 各种病因所致的脑膜炎、脑炎及中毒性脑病，均以头痛为突出表现。其程度往往较剧烈，痛在全头部，呈搏动性痛或撕裂样痛。凡以头痛为突出表现的急

性发热病人常提示中枢神经系统感染的可能性,若伴有呕吐,则可能性较大。开始有剧烈的颈后疼痛,继则出现颈项强直等脑膜刺激症状。

12. 脑肿瘤 可发生于任何年龄,以 21~40 岁为多见。一般以头痛、呕吐、视乳头水肿为常见的三大病症,其中头痛最为常见。早期头痛可为阵发性,程度较轻,多于清晨或夜间发生,咳嗽或低头等动作可使头痛加重,坐位或站立则减轻。呕吐一般与头痛的轻重平行,与进食大多无关,呕吐前常有恶心。脑肿瘤病人有时出现癫痫发作,其次还有头晕、眩晕、精神淡漠、迟钝、嗜睡、缓脉等。

#### [家中处理]

##### 1. 偏头痛

(1) 轻度头痛可用阿斯匹林或撒利痛治疗。

(2) 麦角胺咖啡因。偏头痛开始发作时立即口服 2 片,30 分钟后仍不缓解可再服 1~2 片,24 小时内不超过 6 片,一周内不超过 10 片。

(3) 严重时可用镇痛新,每次 30 毫克,3~4 小时一次。

(4) 按压疗法:遇有剧烈持续偏头痛时,病人自己可用下法治疗:首先端正姿势(坐或立均可),头颈伸直(似头要顶天似的),一只手的拇指与中指用劲按两边太阳穴,另一只手的拇指与食指按后颈部的颈窝左右。使劲地按压,直到不痛为止。替别人治头痛,先让病人坐或立直,自己站在病人身后,用左右两手的中指按病人的太阳穴,左右两手的拇指按住病人的颈窝,使劲向上推。一般情况,用此法 1~2 次,就可制止偏头痛。

(5) 验方：①白芷 15 克，菊花 15 克，代茶饮。每日 1 剂；②川芎 5 克，白果（银杏）5 个，茶叶 5 克，葱头 3 个，水煎服。每日 1 剂。

#### 2. 肌肉收缩性头痛（紧张性头痛）

(1) 向病人讲明本病的病因和性质，解除其思想顾虑和紧张因素，取得治疗上的配合。

(2) 镇痛剂治疗可用阿斯匹林、撒利痛等。

(3) 对枕、颈部肌肉进行按摩、热敷、理疗，均可缓解。

#### 3. 高血压性头痛

(1) 密切观察血压，积极治疗高血压。

(2) 大便秘结者，应用决明子 30 克，夏枯草 15 克，冲汤代茶频饮。一日一剂，可连续服用。

(3) 鲜芹菜 250 克，洗净，用开水烫约 2 分钟，切碎绞汁。每次服 1 小杯，日服 2 次。可使血压下降，头痛减轻。

(4) 桑枝、桑叶、茺蔚子各 25 克，水煎温服。一日一剂。

(5) 西瓜翠衣、草决明各 9 克，煎汤代茶常饮。

(6) 穴位按压疗法：头痛难忍，用手指按压左右风池穴（俯伏。在项后枕骨下两侧）通常可以减轻头痛症状。如头痛不减，或头顶痛，可加按百会穴，前额痛，可加按印堂穴，可收到良好的止痛效果。

#### 4. 三叉神经痛

(1) 七叶莲 30~50 克，水煎服。每日一剂。对三叉神经痛有效。现已有七叶莲片剂和针剂用于治疗三叉神经痛。

(2) 鹅不食草 10 克，牙皂、细辛各 5 克，青黛 2.5 克共研末，随时吸入同侧鼻孔。

(3) 钩藤 15 克 (后下), 白芷、夏枯草各 10 克, 天麻 5 克, 每日一剂。水煎分两次服。连服 3~5 剂。有止三叉神经痛作用。

(4) 口服苯妥因钠 0.2 克, 每日 3 次。或者口服氯丙嗪 50 毫克, 每日三次。

(5) 按掐: 取合谷、风池、翳风穴 (翳风: 正坐正头。在耳垂后方凹陷中)。

眼支痛加拈行、阳白穴 (拈竹: 正坐或仰卧。在眉毛内侧端。阳白: 正坐, 两目正视。瞳孔直上, 眉上 1 寸)。

上颌支痛加四白、下关穴 (四白: 正坐, 两目正视。瞳孔直下 1 寸。下关: 颧骨弓与下颌切迹所形成的凹陷中, 合口有孔, 开口即闭。)

下颌支痛加颊车、听宫穴 (颊车: 侧伏或侧卧。开口取穴, 在下颌角前上方 1 横指凹陷中。听宫: 正坐或侧卧。耳屏前, 张口呈凹陷处。)

#### 5. 脑供血不足头痛

(1) 尼莫地平 40 毫克, 一日三次。饭后服。连用 1 个月, 脑水肿及颅内压增高者慎用, 孕妇及围产期妇女慎用。

(2) 阿斯匹林肠溶片 40~100 毫克, 每晚一次。

(3) 可应用中成药天麻丸或丹七片治疗。

(4) 控制血压, 配服降脂药物。

(5) 有椎—基底动脉供血不足症状者, 禁用牵引及按摩手法治疗, 以免引起神经根或脊髓横断压迫性损伤, 出现危险。

#### 6. 急性脑血管疾病的救治原则和方法

(1) 家中有人猝然昏倒，不省人事，伴发口眼歪斜，语言不利，半身不遂，或无昏倒而突然出现半身不遂者，应高度重视并保持镇静。病人在什么地方摔倒，就在什么地方把他平放下，千万不要随意搬上搬下，以防脑出血加重。惊慌失措、摇晃病人都会增加对病人的刺激而加重病情。

(2) 将病人上身稍许垫高，取侧卧位，保持病人气道通畅，头偏向一侧，防止呕吐物或口鼻粘液等吸入气管产生窒息。

(3) 病人抽搐，口中有假牙，应将假牙取出，用手帕或纱布叠起放在上下牙齿之间，把舌头放入口腔里，以防咬破舌头。

(4) 一边看护病人，一边设法向附近医院或急救中心发出求救联系，请医护人员到现场救护。

(5) 禁止给病人饮水、进食，防止误入气管造成窒息。口干难忍时，可用手帕或棉棒蘸水润湿口唇。

(6) 密切观察神志、脉搏、呼吸、血压、瞳孔变化。

(7) 有条件者可给病人吸氧。

(8) 取冰块（从冰箱中取出砸碎）用塑料布（袋）包置头部或颈下，使头部降温，有利于止血，可保护脑细胞，减低脑代谢，还可减轻脑水肿，防止脑疝发生。

(9) 病人血压过高，超过 200/130 毫米汞柱（27/17 千帕）时，应即送病人去医院抢救。

(10) 中风病人保持大便通畅，不容忽视。用石蜡油或开塞露灌肠通便，排便时切不可让病人用力。

(11) 在运送病人去医院抢救时，尽量应用担架抬上抬下，

最好是 3~4 人协同动作，一人托住病人头部和肩部，两人托住腰、臀部，另一人托住双下肢，将病人同时托起平放在担架上或平板床上，头部稍垫高，切忌手忙脚乱的生拉硬拽地搬动。路近用担架抬着走，路远则用救护车送。途中要保持平稳，防止颠簸震动。

## 眩 晕

眩晕是病人感觉到周围景物向一定方向转动，或自身感到天旋地转的一种病症。有时也表现为头昏、头重脚轻。

### [常见原因]

1. 美尼尔病 病人常表现有典型症状：突然发病，病人感到天旋地转，恶心呕吐，耳鸣和听力减退，耳内闷胀感，出冷汗，面色苍白。发作持续时间可以由几分钟到几小时，长者可达几日甚至几周，然后症状逐渐消失。眩晕持续的时间长短因人而异，而每一个人的再次持续时间也可不一样。此病有眩晕反复发作的特点，但也有的病人仅有一次发作史。发作缓解后一般症状均可以消失，但有些病人因反复发作可以听力持续下降。情绪波动、过度疲劳、病毒感染和头颅外伤等原因均可诱发本病。

2. 运动病（俗称晕船、晕车） 每当病人乘车、船、飞机或做旋转运动时就会出现眩晕症状，有的同时伴恶心、呕吐、面色苍白、头痛、思睡。当运动停止后，症状可逐渐消失。如果在运动中伴有剧烈振荡或有汽油等异味刺激时，引起内脏功能紊乱，症状一般比较严重。根据病人的症状表现，

该病可以分为三型。轻型——表现为咽部不适、唾液增多，流涎，疲乏，恶心、头晕、头痛、思睡、面色苍白；中型——表现为恶心、呕吐、头晕头痛加重，面色苍白，出冷汗；重型——表现为上述症状加重，心慌、胸闷，四肢冰凉，表情淡漠，四肢乏力，严重的还可以出现虚脱。

3. 外耳及中耳疾病 外耳道因为有迷走神经末梢分布，所以受到刺激时可诱发眩晕。表现为耳内受冷热刺激，尤其是在游泳时突然发生眩晕，严重的可因为平衡失调而致溺死。一侧外耳道耵聍栓塞、慢性化脓性中耳炎鼓膜有穿孔的病人易发生。另外一些患有航空性中耳炎，中年外伤所致鼓膜骤然破裂、听小骨脱位、上呼吸道感染、腺样体肥大所致咽鼓管炎、咽鼓管堵塞的病人，也可引起不同程度的眩晕。慢性中耳炎行乳突根治术的病人在耳内用药或喷药时因内耳受刺激也可发生眩晕，但发作时间较短暂。

4. 前庭神经元炎 表现为突发眩晕，伴恶心呕吐，但无耳鸣，无听力下降，眩晕在发作后几小时达到高潮，几天后逐渐消失过渡到位置性眩晕。此病多由病毒感染、发热引起，发病前1~2周有感冒病史，另外酗酒、中毒（如一氧化碳）也可引起发作。

5. 位置性眩晕（又称姿势性眩晕） 表现为当头部处于某一定头位时出现的短暂的眩晕，但病人不伴有耳鸣及听力下降。各种内耳疾病、内耳手术，颅脑外伤、颅脑内某些肿瘤及脑血管病、高血压等均可引起。

6. 迷路炎 表现为反复发作眩晕、恶心、呕吐。其主要病因多由慢性脂肪瘤型中耳炎引起。病人有长期耳流脓病史，

久治不愈，流脓多伴有臭味，有的病人还有不同程度的听力下降。

7. 药物中毒性眩晕 表现为眩晕不是突然出现，而是先出现头晕、耳鸣，而后逐渐加重出现眩晕，严重时听力逐渐下降。病人一般均有用药史如庆大霉素、链霉素、卡那霉素。症状于用药期即可出现。如果及时停药、症状可逐渐减轻，但持续时间比较长，甚至持续数年。

8. 听神经瘤 表现为一侧耳鸣，逐渐加重，一般均与听力下降同时出现，也可以是早期症状的唯一表现。少数病人可以出现眩晕，但持续时间较短。听力下降为逐渐加重，并发展至全聋，其特点是只能听到声音而不能分辨语音的意义。大多数病人有摇晃不稳感。晚期由于肿瘤侵犯颅内，可以出现同侧面部、闭眼不全，口角歪斜、头痛、步态不稳、恶心呕吐，有些病人可出现视力障碍。

9. 颈性眩晕 表现为当头部突然转动或处于一定头位时出现的短暂的眩晕，伴耳鸣、听力下降或出现全聋。眩晕持续时间为几秒钟至几分钟不等，有时病人伴颈部酸胀感。患有颈椎骨质增生的病人易发生。

10. 血管性眩晕 多见于年龄较大的病人。表现为眩晕突然发作，多属位置性眩晕。眩晕呈间断性、持续数小时，可伴有短暂的头痛、视力障碍、恶心、呕吐、四肢无力，一侧或双侧耳鸣、耳聋，面部或肢体发麻。多由椎—基底动脉供血不足、动脉栓塞或动脉粥样硬化引起。

11. 偏头痛 多由头部血管舒缩障碍引起，表现为头痛与眩晕同时出现，病程 1~4 天，以年轻女性病人多见。常与

月经周期有关。发作时一般先出现动作不协调、眩晕、耳鸣，并持续极短时间即出现剧烈的头痛，头痛为跳动性，以脑后枕部为主。

12. 耳硬化症 表现为长期有耳鸣的病人偶然出现眩晕，平常均为头晕、眩晕出现在头部快速运动、身体倾斜或长时间凝视时。眩晕呈浮动感，持续时间不等。病人多有听力下降。

13. 全身疾病 心脏病、高血压、低血压、血液病及内分泌系统疾病如甲状腺功能障碍、糖尿病、低血糖、月经不调等均可引起眩晕发作，并伴有全身疾病的其他症状。

14. 精神神经性眩晕 表现为眩晕发作无一定规律性，呈多样性、多变性。病人常有神经衰弱、焦虑性神经官能症、癔病等病史。正常人也因突然的精神刺激或情绪的剧烈波动而引起眩晕。

#### [家中处理]

1. 让病人自选姿势卧床休息，闭目，头位固定不动。房间光线不易过亮，周围环境要安静。

2. 避免刺激性饮食及烟、酒、咖啡、浓茶等刺激。

3. 暂时限制饮水量。饮食应尽量少盐。

4. 如果病人于乘船、车、飞机时发作，应保持周围环境通风，有可能的情况下停止运动。

5. 有高血压、糖尿病的病人，如果有条件应马上测血压、血糖、尿糖，并进行相应的对症治疗如服用降压药等，防止低血糖等。

6. 药物治疗

(1) 镇静剂：乘晕宁 50 毫克，口服，每日 3 次。或眩晕停 25~50 毫克。口服每日 3 次。安定 5 毫克口服每日 3 次。

(2) 血管扩张剂：西比灵 5~10 毫克口服，每晚一次。地巴唑 20 毫克口服，每日 3 次。烟酸 50~100 毫克。口服每日 3 次。还可以使用 654~210 毫克口服每日 3 次，有条件时，可以肌注 654~210 毫克。

(3) 止吐药：维生素 B<sub>6</sub> 10 毫克口服每日 3 次，胃复安（灭吐灵）10 毫克口服，每日 3 次。

(4) 调节植物神经、改善脑代谢：谷维素 10 毫克口服每日 3 次，健脑 II 号 10 毫升口服每日 3 次。

7. 如果以上措施均不见效或进行性症状加重，应将病人送往医院请耳鼻喉科医生或神经内科医生诊治。

## 晕 厥

晕厥，又称昏厥或虚脱，是突然发生的、一过性脑血流不足导致脑缺氧所引起的短暂的意识丧失。血压降低是晕厥时普遍现象。开始时常先有头晕、目眩、面色苍白、出冷汗等先兆症状，继则出现眼花、无力而软瘫倒下，其特点是多在站立或坐位时发生。血压明显下降，收缩压多在 70 毫米汞柱（9.33 千帕）上下，脉搏细弱甚至摸不清。眼无神或凝视，瞳孔常有散大。意识丧失，呼吸深沉微弱。晕厥数秒钟或数分钟内病人可自醒。发作后无后遗症，但发病后均有暂时遗忘、精神恍惚和头晕无力等现象。

[常见原因]

引起晕厥的原因大约有 30 多种。但主要是低血压、低血糖、心源性、脑源性、剧烈疼痛、剧烈咳嗽以及精神受强烈刺激等所致。

1. 一过性晕厥 也称单纯性晕厥、血管神经性晕厥。本病多见于年轻而体质较弱的女性，是由于某种强烈刺激引起的，如恐惧、剧痛、见到自己或他人出血时，空腹过劳或精神受到突然打击时，引起反射性周围血管扩张，心脏血液排出量减少，血压突然降低，即可导致一过性晕厥。

2. 直立性晕厥 又称体位性低血压。多系功能性。见于老年人和久病常卧者突然站立或蹲下复立时发生。其特点是血压骤然下降，眼前发黑冒“金星”。但心率变化不大，晕厥时间短暂，发作时无明显前兆。平时服用降压药如胍乙啶、氯丙嗪后，骤然起立所发生的短暂意识丧失，多属于直立性低血压所致的晕厥。

3. 排尿性晕厥 多见于年轻人或老年人夜间起床排尿。当他们因突然起床和用力排尿，腹压大减，使上身血液回流腹腔，导致脑部缺血而发生晕厥。

4. 剧咳性晕厥 多因剧烈的痉挛性咳嗽，导致突然发生，为一时性晕厥。剧咳时病人多先感心慌、气喘、头晕、眼花，往往因颅内压升高引起，而很快失去意识和知觉。

5. 低血糖性晕厥 多见于严重饥饿者或长时间进食很少者，以及糖尿病与低血糖病人。病人往往伴有脸色苍白、出汗、疲劳和心率加快，但血压正常。

6. 心源性晕厥 心源性晕厥是由于心脏病时心脏血液输出量减少或心脏停搏，导致脑组织缺血而发生。其原因可

由于心动过缓（或过速）、心脏血流机械性受阻、心肌缺血等所致。

7. 脑原性晕厥 脑原性晕厥是由于脑部血管或主要供应脑部血液的血管发生循环障碍，导致一时性广泛性脑供血不足所致。可见于脑动脉粥样硬化、一过性脑缺血发作、偏头痛等。

#### [家中处理]

不论哪种原因引起的晕厥，首先应作如下紧急处理：

1. 立即扶病人平卧，取头低脚高位（将下肢抬高），解开领口、腰带，松开一切紧身的东西，以利呼吸。救治者可用双手由病人下肢进行向心性加压按摩，促使其血液流向脑部。如是冬天或是病人体温低于正常时，应及时给予盖上被子和加强保暖措施。

2. 立即用手指按捏病人人中穴、少冲穴（少冲：俯掌伸指。在小指桡侧，指甲角旁约 5mm），以促其清醒。

3. 如条件许可，可给病人饮热茶或咖啡；对低血糖性晕厥可口服糖水。

4. 如因剧烈咳嗽引起的晕厥，可给服复方甘草片 3 片，研碎用温水送服。或川贝止咳糖浆 10~20 毫升一次服下。必要时可用磷酸可待因 30 毫克，一次口服。

5. 有排尿晕厥的病人，应改取坐位小便。如站立排尿时，要扶持固定物体，保持呼吸均匀，排尿时不要用力，以利静脉回流，防止血压突然下降。

6. 如经常由蹲突然起立时发生晕厥，为预防发病，可饮用中药“补中益气汤”或用 4~5 克红参泡煮饮服，以扶阳祛病。

7. 易发生晕厥的病人(尤其是老人)不要单独外出行动,更不要自行爬高、过桥、过交叉路口等,以免因精神紧张诱发晕厥。

8. 病人晕厥苏醒后不要急于起立,以免再次晕厥。如要下地活动,家人应将病人慢慢扶起,或让病人手扶床架等物体缓行,以防跌倒摔伤。

9. 如晕厥发作伴面色红润,呼吸慢而伴有鼾声;或晕厥发作期间,心率超过180次/分,或低于40次/分,分别考虑有脑源性晕厥或心源性晕厥可能者,应立即送医院治疗。

对于脑部及其他神经疾患所引起的晕厥,主要是治疗原发病。

10. 有人主张无论何种原因的晕厥病人,都要避免较长时间地洗热水澡,以免因全身体表血管扩张,下肢血液回流障碍,引起脑供血不足而导致晕厥。

11. 晕厥中医属于厥证。在治疗和救护中应先区别实证、虚证。

实证常见气雍息粗,四肢僵直,牙关紧闭,脉实或沉伏。一般先用搐鼻散取嚏,继用苏合香丸或玉枢丹开窍醒神。

虚证常见气息微弱,张口自汗,肤冷肢凉,脉沉微细。可急用人参、附子煎汤灌救以回阳固脱;若见面白气微,汗出而热,舌红,脉象细数者,宜用人参、麦冬、五味子煎汤益气补阴。

## 惊 厥

惊厥是中枢神经系统出现的一种器质性或功能性异常的

急症。

病人表现为意识突然丧失，双眼上翻、凝视，全身或局部抽动，发作时间数秒至数分钟不等，重者可反复发作，甚至呈持续状态。

#### [常见原因]

1. 高热惊厥 本症多发生于6个月~3岁的婴幼儿，因此时期的小儿，神经系统发育不完善，易引起惊厥。惊厥常发生在体温高达39℃以上，热起12小时内。感冒、急性支气管炎、急性扁桃体炎容易引发本症。

2. 新生儿颅内出血 孩子出生时不顺利，如脐带绕颈、或需上产钳、胎头吸引器等助产，偶可引起颅内出血。由于新生儿反应能力弱，不会出现上述惊厥的各种表现，仅表现为不吃、不哭、双眼凝视，时有尖叫。

3. 核黄疸 正常新生儿出生2~3日后，出现轻微皮肤发黄，一般7~10日逐渐消退，称为生理性黄疸，如黄疸不但不退，反而加深，并伴嗜睡、吸奶无力或拒奶，继之呻吟、尖叫、凝视、头向后仰应考虑到本症。新生儿与母亲的血型不合、未成熟儿、感染等是促使核黄疸形成的重要因素。

4. 破伤风（俗称七天风） 病人表现为牙关紧闭、苦笑面容、腰背肌强直向后。轻微刺激如噪声、光照等即可使病人抽风。受土壤污染及手足刺伤较深的伤口易引起本病。新生儿脐部处理消毒不严也可导致破伤风。

5. 低血钙 低血钙的典型表现为手足搐搦。手呈鹰爪状，双脚下攀，膝关节及髋关节屈曲。小儿最常见的原因是维生素D缺乏、日光紫外线照射不足、生长过速等。早期病

儿可表现易激惹、烦躁不安、夜惊、多汗、枕秃，重者可出现鸡胸，“O”型或“X”型腿。严重腹泻、呕吐、甲状腺手术不慎损伤甲状旁腺均可导致低血钙。

6. 低血糖 病人表现脸色苍白、出汗、软弱、眼花，重者可昏迷。饥饿、肝病、糖尿病、胃肠吻合手术后易发生低血糖。

7. 脱水 病人表现口干舌燥、眼窝下凹、皮肤弹性差、尿量减少，重者四肢厥冷、皮肤有花纹、血压下降、严重腹泻、呕吐、大量出汗、大面积烧伤易造成脱水。

8. 癫痫（俗称羊羔风） 癫痫发作可有多种形式，常见的有大发作和小发作两种。大发作表现为病人突然大叫一声，意识丧失，口吐白沫，昏倒在地，肌肉强直，全身抽动继而进入昏睡，数分钟才清醒。小发作病人表现为突然地短暂意识丧失，动作暂停、瞪目直视、呆坐或呆立，面色苍白，有时手中拿的东西不知不觉失落在地，持续几秒钟。癫痫常见的病因为脑先天性异常、脑外伤、脑肿瘤及脑功能不稳定。

9. 乙型脑炎 本病多发生在夏秋季蚊虫叮咬后两周左右。病人表现高热、嗜睡、头痛、呕吐、精神萎靡，严重者呼吸困难、昏迷。

10. 流行性脑脊髓膜炎 本病多发生在冬春季，初期咽痛鼻塞，病势发展迅速。继之病人高热、头痛、喷射性呕吐、皮肤有出血点，如不及时治疗，很快进入昏迷、休克期。

11. 结核性脑膜炎 病人多有结核病史，表现为低热、睡着后易出汗、消瘦、乏力、不思饮食。重者表现头痛、呕吐、昏迷。

12. 病毒性脑炎 轻者表现为呛咳、吞咽困难、肢体麻木、乏力；重者表现头痛、呕吐、瘫痪。本病常发生在感冒后1~2周。少数病人可出现精神症状（误认为精神病），有的病人在接种痘苗、狂犬疫苗后发生本病。

13. 高血压脑病 病人有高血压病史，初起头痛、烦躁不安、视物模糊、呕吐，继之嗜睡、昏迷。

14. 急性心原性脑缺血综合症 病人出现短暂意识丧失，若病人心脏停跳2~3秒以内仅感头昏；长达4秒表现面色苍白、神志不清；心脏停跳5~10秒以上则昏厥、血压下降、大小便失禁。心脏停跳可通过脉搏测出。本症常发生于严重心脏病病人，或用某些药物如洋地黄、奎尼丁、锑剂治疗过程中。

#### [家中处理]

1. 立即将病人侧卧于通风处，迅速解开其领扣、束胸、裤带，以减少影响病人呼吸的因素。

2. 病人如有假牙，迅速取出，以防吸入，并将布巾或软质物置于病人口中上下臼齿之间，防止咬破其舌头或口腔内软组织。

3. 病人发生惊厥时，切不可企图用外力制止，这样只会增加刺激，使抽动加剧，甚至造成脱臼、骨折。

4. 家中如备有小型氧气袋，应迅速向病人鼻腔内输氧。因为输氧能改善病人因惊厥引起的脑缺氧。

5. 如备有针灸针，应针刺人中（人中沟上三分之一与下三分之二交界处）、合谷（以另一手的拇指指关节横纹放在虎口上，拇指指关节向前弯曲压在对侧拇、食指指蹼上，当拇

指尖所到达的地方是穴)，可起到止惊作用。如无针灸针，亦可用指压法代替。

6. 家中如有注射条件者，应立即给病人肌肉注射安定 10 毫克或鲁米那钠 0.1 克，惊厥间歇期可给病人服用 10% 水合氯醛 15 毫升（小儿可按照 500 毫克/公斤·次的计算方法给予）。

7. 若遇窒息者，应将其舌尖拉出，即刻作口对口呼吸。

#### 8. 针对病因处理

(1) 高热惊厥：①物理降温。冷敷（或冰敷）额部、腋窝及腹股沟部位或用 33% 酒精擦浴，重点擦大血管部位及四肢。②药物降温：安乃近滴鼻；小儿退热片、小儿阿苯片必要时口服。

有高热惊厥史的病儿，家中应备有退热药及镇静药物，尤其当孩子发热时，必须将其体温控制在 38.5℃ 以下，以防热高惊起。

(2) 破伤风：①去除伤口异物及坏死组织，用清水充分冲洗，或用 1:4000 的高锰酸钾溶液冲洗伤口，使之暴露于空气中。②房间里应保持安静、避免喧闹，尽量减少各种易引起惊厥的因素。③及时清除口腔内分泌物，防止窒息。④新生儿破伤风，应有计划地喂养、治疗、更换尿布、更换体位，尽量减少不必要的扰动。脐部重新用碘酒、酒精消毒后，再用 3% 双氧水洗涤。

(3) 低血糖：①将白糖或葡萄糖放入病人口中，让其自然溶化咽下。②如病情许可，将糖粉调成糊状，慢慢喂入。如病人进入昏迷状态，应紧急送医院，静脉输注葡萄糖，并针

对病因进行治疗。

(4) 脱水：①口服补液，白糖 20 克、食盐 0.5 克，碳酸氢钠（小苏打）0.5 克，冲开水 200 毫升。病人有尿后加服桔汁。根据病情适量补充。②艾条悬灸神厥穴（腹部脐窝中央）10 分钟可止泻。③呕吐可用灭吐灵 10 毫克，一日三次；维生素 B<sub>6</sub>10 毫克，一日三次。④腹泻时大便若呈粘冻样，应口服黄连素 300 毫克，一日三次；痢特灵 100 毫克，一日三次。

(5) 低血钙：①10%氯化钙口服，每日 1~2 克，必须用 30 毫升糖水溶解后服用，否则对胃有刺激。氯化钙较其他口服钙吸收快。②补充足量钙剂后，惊厥控制，可给予维生素 D 口服，开始小剂量，每日 500~1000 单位，一周后用足量每日 5000~10000 单位。如早期足量给予维生素 D 反易诱发惊厥，应引起注意。③惊厥不能控制或喉痉挛者，应立即送医院静脉注射钙剂。

(6) 癫痫：①防止病人跌伤、碰伤、自伤、伤人。②抗癫痫药物不应擅自停药调换，必须在医生指导下服用。③家中应备有镇静剂，并掌握其使用方法，如安定、鲁米那钠、水合氯醛等，必要时使用。④短时间内大发作接连发生，间歇期一次比一次短，病人处于昏迷状态称癫痫持续状态，病情危重，应立即送医院抢救。

(7) 高血压脑病：①严密观察血压（家中应备有血压计）。②如血压过高，有注射条件者，肌肉注射利血平 1 毫克，嘱病人卧床，以防发生直立性低血压。

值得注意的是，以上措施只是病人在家中条件下发病后

的应急办法，病情危重者或处理后不见改善者应立即将病人送至就近医院抢救。

## 昏 迷

昏迷是意识障碍最严重的阶段，也是病情危急的信号。是由于高级神经中枢功能活动受损引起的。

昏迷可分为浅昏迷和深昏迷。浅昏迷的主要表现为：意识大部丧失，无自主运动，对声、光及周围事物的刺激无反应，对强烈疼痛的刺激可出现痛苦的表情或肢体退缩等防御反应。呼吸、脉搏、血压等一般无明显改变。大小便潴留或失禁，有些病人伴以谵妄和躁动。深昏迷的病人意识全部丧失，全身肌肉松弛，对各种刺激全无反应，呼吸不规则，血压可下降，大小便失禁，此时机体只能维持呼吸和血循环功能。

### [常见原因]

1. 流行性乙型脑炎（简称乙脑） 发生于夏秋季节，有蚊虫叮咬史，多发生于儿童和青年人。急性起病，高热 40℃ 以上，很快出现嗜睡、昏睡或昏迷，可有谵妄、惊厥，有时出现瘫痪和呼吸衰竭。

2. 流行性脑膜炎 多发生于冬春季，易发于儿童或青少年。急性起病，持续高热、头痛剧烈、颈项强硬而疼痛；呕吐频繁，甚至呈喷射性；谵妄、抽搐、昏迷。有些病人出现全身皮肤、粘膜出血点、淤斑。

3. 化脓性脑膜炎 多数病人有面部特别是耳内的伤口

或化脓病灶，少数病人有身体其他部位的化脓伤口。慢性起病，原发病好转后发热不退，颈部强直、呕吐、头痛等。

4. 结核性脑膜炎 病人多有肺、骨、胸膜或淋巴节等处的结核病史。多慢性起病，全身不适、畏寒、发热、头晕、头痛、全身酸痛、盗汗、颈项强直等。

5. 蛛网膜下腔出血 多数发病急骤，在体力劳动、情绪激动或饮酒后起病。以剧烈头痛或颈枕部疼痛为首发症状，可有眩晕、烦躁、谵语、恶心、呕吐、颈项强直，起病前无发热史。

6. 脑出血 中年以上病人，有高血压病史或脑血管意外病史，呼吸减慢，呼吸常用鼾声，多在用力或兴奋情况下骤然发生昏迷及偏瘫。

7. 脑占位性病变 颅内肿瘤晚期可出现嗜睡、昏迷、恶心、呕吐等。

8. 脑震荡 头部钝器伤后立即出现的中枢神经系统一过性功能障碍。受伤后出现意识障碍，持续数秒至数分钟。清醒后对所发生的情况不能回忆或对醒后的一段时间内发生的事情不能回忆，并出现头痛、头晕、恶心、注意力分散，记忆力减退、失眠等，持续数天渐消失。

9. 癫痫 主要表现为突然的意识丧失、抽搐、感觉障碍及精神异常，发作具有暂时性、突然性和反复性的特点。

10. 中毒 有明确的毒物接触史，病人平时体健，突然发生头痛、头晕、恶心、呕吐。腹痛、抽搐、昏迷等。呼出气有异味，瞳孔扩大或缩小等。

11. 肝性昏迷 有病毒性肝炎、慢性肝炎、肝硬化病史或

毒物、药物中毒病史，出现精神萎靡、淡漠、迟钝、记忆力减退、嗜睡、定向障碍或烦躁、欣快等昏迷的前期症状。常很快进入昏迷状态。病人的呼出气及尿中可有特殊的异味，称为肝臭。

12. 糖尿病昏迷 既往有糖尿病史，因感染、胃肠功能紊乱、外伤、妊娠等诱因，出现烦渴、尿量增多、恶心、呕吐、食欲减退、头疼、腹痛等。病人常有皮肤粘膜干燥、眼球下陷等脱水的表现。

13. 低血糖昏迷 多见于应用胰岛素或口服降糖药治疗过程中的糖尿病病人，也见于某些胰岛细胞瘤的病人。病人多在两次进食期间或夜晚出现昏迷，伴有心慌、出冷汗、眩晕、乏力等，进食或饮用糖水可使症状缓解。

14. 肺性脑病 多发生于中年以上的有慢性肺原性心脏病的病人。常以感染和服用镇静药物为诱因，有咳嗽、喘憋、呼吸困难、心慌等。昏迷前可有嗜睡或兴奋，常有昼夜颠倒等表现。

#### [家中处理]

1. 保持呼吸道通畅。病人去枕平卧，头偏向一侧，以防舌根后坠或口腔分泌物阻塞气道。如病人发生呕吐或口腔中有分泌物，可用清洁的纱布或手帕绕在食指上及时清除。

2. 松解衣扣。

3. 如有条件，应给病人吸氧。

4. 保持安静，避免搬动病人。

5. 伴有抽搐的病人，应扶持抽动的肢体以免受伤。

6. 病因治疗

(1) 脑震荡。多数病人经安静休息后可逐渐恢复意识，不需特殊处理。但如果病人较长时间不能清醒，应立即到医院进行检查。头部较重的钝器伤，即使病人清醒也应到医院就诊，以防止发生二次昏迷（硬膜外血肿），危及生命。

(2) 癫痫。癫痫病人的昏迷往往与抽搐相伴，其处理见本书“惊厥”部分。

(3) 低血糖昏迷。立即给病人口服少量糖水。喂水时应将病人头偏向一侧，防止发生误吸。有条件的家庭可给病人静脉推注 50% 葡萄糖注射液 20~50 毫升。

(4) 如果怀疑任何一种颅内感染、颅内出血、颅内肿瘤以及肺性脑病、肝性脑病等都应在基本处理的基础上立即呼叫急救车将病人送往医院就诊。

## 虚 脱

出现疲倦、头晕、眼花、心慌、恶心、出汗等症状，可伴有血压偏低，甚至晕倒，但多无意识丧失这一系列综合临床表现，通常称为虚脱。应注意勿与休克相混淆。

### [常见原因]

1. 体质性虚脱 多无明显器质性疾病或营养不良，但体质较为虚弱，有的人血压较正常水平偏低，以女性更为常见，平素可能无任何自觉症状，多于熬夜、劳累、饥饿、惊吓、剧痛、暴晒或室内闷热、空气污浊等因素而诱发。

2. 突然变换体位 可导致短暂血压波动而发生虚脱。

(1) 生理因素：如果较长时间的蹲位或平卧位，突然转

变为直立位，或者长时间站立于固定体位，此时机体的血液积留于下肢或下部身体较多，短暂时间回心血量及心脏输出血量相对减少，故收缩压偏低，若机体血液循环随体位的变化尚未能充分代偿，尤其在炎热的气温下，周围环境的空气污浊而又闷热，特别是女性妊娠期等情况下，如果人体突然由卧位或蹲位猛然站立时容易发生虚脱。

(2) 疾病因素：患有某些慢性疾病、急性疾病治疗后恢复期、慢性营养不良或原因尚不十分明确者，由于突然体位变化发生虚脱。

(3) 药物因素：服用降压药物或血管扩张剂等某些血管活性药物常出现机体血管舒缩功能变化，也可能引起血压波动，当突然体位变换时发生虚脱。

#### [家中处理]

(1) 将病人安置在空气新鲜、温度适宜、通风良好、安静舒适的环境休息，摆脱前述容易诱发虚脱的因素，避免不适宜的体位。

(2) 立即让病人平躺，并使其头低、脚高位。

(3) 解开病人的衣领扣，宽松衣服，使病人感到充分放松和舒适。

(4) 给予饮用开水或茶水或糖水，饮后嘱病人闭目静养短时，并安慰其很快会逐渐恢复，内心不宜紧张和着急。

(5) 暂时停药影响血压或血管活性功能的药物，待情况稳定后逐渐恢复，调正剂量的适宜药物，必要时需征求医务人员的医嘱。

(6) 有急、慢性疾病突然发作或因病情变化而出现虚脱

时，边按上述家中处理进行护理边送至医院继续随诊或进一步诊疗。

## 瘫 痪

颜面部或四肢肌肉的随意运动减弱或丧失称之为瘫痪。可独立出现，也可相伴出现；可出现在一侧肢体，也可出现在两侧肢体。瘫痪肢体的肌张力增高，跟腱、膝腱等反射亢进，肌肉不出现萎缩的瘫痪称为硬瘫（中枢性瘫痪），反之肌肉张力减弱、腱反射消失、肌肉萎缩的瘫痪称为软瘫（周围性瘫痪）。一侧肢体瘫痪而对侧肢体活动正常称偏瘫；一侧肢体瘫痪伴对侧面瘫称交叉性瘫痪；两侧肢体瘫痪而无面瘫称截瘫。

### 〔常见原因〕

1. 急性脊髓炎 多发生于青壮年，急性发病。主要表现为头痛、发热或上呼吸道感染症状，病变部位常有疼痛，继之出现下肢无力，很快发展为瘫痪。根据病变所在部位的不同，瘫痪可发生在双下肢，也可发生四肢瘫痪。受累肢体可能有异样的感觉，如电刺感、蚁走感、麻木感等。可伴有大小便潴留，瘫痪数日内达高峰，以后趋于平稳。

2. 脊椎结核 脊椎结核多发生在胸椎，儿童及青少年多见。首发症状多为背部或颈部疼痛，可向上肢、胸部或下肢放射。可缓慢或突然发生肢体瘫痪。此外，病人可伴有其他结核的表现，如：乏力、盗汗、午后低热、食欲下降及其他脏器结核的特殊表现。

3. 椎管转移癌 多在中年以上发病，无明显诱因。首先表现为肢体剧烈疼痛，逐渐发展为肢体瘫痪。

4. 一过性脑缺血发作 多因脑血管痉挛或局灶性梗塞引起，主要是脑供血不足引起的中枢神经系统症状群。每次发作时间数分钟至数小时不等，最长不超过 24 小时，一般没有后遗症。主要表现为反复发作的肢体无力和麻木、一侧肢体偏瘫、失语等。

5. 脑血栓形成 多发生于 50 岁以上的老人，平时即有高血压、动脉硬化的病人多见。许多病人在发病前有一过性脑缺血的表现。病人往往在睡眠或安静状态下发病，根据形成血栓的血管不同其表现轻重也不同。脑动脉血栓形成的病人多无昏迷，或只有浅昏迷。瘫痪也较轻，数小时至 1~2 天达高峰。病人可同时有眩晕、吞咽及语言障碍等。

6. 脑栓塞 是脑外血栓脱落阻塞脑血管而发生的急性脑血管病。栓子多来源于风湿性心脏病并发心房纤颤的心房附壁血栓的脱落，其次是细菌性心内膜炎的赘生物的脱落。多见于青壮年，活动中突然起病，发病紧急。依脱落的栓子的大小及多少，病人的表现可轻可重。多表现为偏瘫、失语等，重者可昏迷。

7. 脑出血 多数发生在中年以上的病人，但年轻人偶可见到。多因脑动脉硬化、高血压及脑血管畸形所至。大多数病人在剧烈活动、情绪激动、过度兴奋及过量饮酒后突然发生。表现为呼吸深慢，有鼾声，面色红，大汗，偏瘫。不少病人伴有呕吐。两眼向一侧凝视。

8. 多发性神经根性神经炎（格林—巴利综合症） 本病

是一种病毒感染性疾病。多发生于 20~40 岁的成年人。在发病前 1~4 周内可有发热病史,继而出现神经根痛,多见于颈部、肩部和下肢。进一步发展病人出现呈手套或袜套样的感觉缺失及四肢对称性肌无力和肌萎缩,病变平面逐渐升高,重者可累及呼吸肌导致呼吸困难。

9. 重症肌无力 20~40 岁多见,女性多于男性。主要表现为骨骼肌易疲劳。病人可有眼睑下垂、复视、咀嚼无力、喝水呛咳、发音困难及四肢肌肉无力。发病特点为晨轻暮重、休息时轻活动后重,肌无力反复发作,但病人多无肌肉萎缩。

10. 周期性麻痹 病人反复发作肢体松弛性瘫痪,发作迅速,恢复较快。多与过度进食淀粉类食物、过度利尿、过度劳累及受凉有关。病人表现为急性发作的对称性肢体无力,近端先起,渐波及远端。数小时后症状可自行缓解。

11. 癔症性瘫痪 多见于年轻女性。常有明显的精神因素,如过度紧张、过度悲伤、情绪波动等。其表现各式各样,可为单瘫、偏瘫、截瘫、全瘫等。可为软瘫也可为硬瘫。多数病人既往有类似病史,并经暗示疗法好转。

#### [家中处理]

1. 瘫痪的病人往往思想负担较重,特别是新近患病的病人。应当耐心地做病人的思想工作,使其建立起战胜疾病的信心。

2. 保持肢体的功能位,为将来的恢复打基础。

肘关节微屈曲,上肢稍外展,手关节要轻微弯屈,手内放一布卷。膝关节下应放置一个小枕。

3. 除非急性期脑血管病的病人,或急性颅内感染的病

人，其他病人应当定时翻身。并按摩受压部位，促进局部血液循环，防止褥疮发生。

4. 不要用热水袋对患肢热敷，以免发生烫伤。

5. 恢复期的病人应当尽量鼓励其活动，以促进病人的康复。

## 6. 病因治疗

(1) 一过性脑缺血发作：①控制血压。按时遵医嘱服用扩血管药物。②保持情绪稳定。③避免过劳。④戒烟。

(2) 出血性和闭塞性脑血管病：①保持病人安静，尽量避免搬动病人。②有高血压者可口服或舌下含服开搏通 12.5~25 毫克，或心痛定 10 毫克，均为每日三次。使血压控制在 150/90mmHg 水平。③清醒的病人可口服 50% 葡萄糖水或浓蔗糖水 60ml/次，6~8 小时一次。④有条件者应给病人吸氧。⑤呼叫急救车，在医护人员陪护下送往医院。

(3) 重症肌无力：①轻度肌无力可嘱病人休息，避免重体力劳动。②避免感染，情绪激动及饮酒等诱发因素。③遵医嘱用药，外出时应随身带药。常用药物：新斯的明 15~45 毫克，每日 4~6 次。吡啶斯的明 60 毫克，3~6 小时一次。④如果病人的肌无力已影响到呼吸，应立即将病人送往医院。

(4) 周期性麻痹：①确定麻痹的类型。②避免各种诱因，如受凉、饱餐等。③遵医嘱合理使用利尿药物。④发作间歇期可每日口服氯化钾 3~6 克。⑤发作期应保持病人安静。低钾性麻痹可口服氯化钾 2~8 克，高钾型则应当限制钾的摄入，并应用利尿剂。

(5) 瘧症性瘫痪：①把病人移到安静、舒适的房间，周

围的人应当尽量少并保持安静。②此时病人意识很清醒，即使病人伴有失语、嗜睡，不要在病人面前讲任何刺激性的话，更不要表现得对病人的病情焦虑、担忧等。所有这些都不利于病人的恢复。相反，应尽量说些鼓励的话或能分散病人注意力的话。③手边有针灸针者，可选人中、合谷、涌泉等穴位针灸。④病人醒来后可能想哭，在安慰病人的同时让其哭出来，不必阻止。⑤病人恢复后，可以给予少量糖水口服。

# 外伤急症

## 切割伤

切割伤是由锐器切割所造成的人体损伤,如锋利的刀器、金属片和玻璃碎片等造成的创伤。

切割伤的伤口一般较整齐,可呈直线状,周围组织损伤较轻,伤口可深可浅,一般出血较多。手指和四肢的切割伤容易造成神经、肌腱和大血管的损伤,在出血、疼痛的同时可有相应的功能障碍。如手指的切割伤若伴有神经和肌腱的损伤,可出现手指活动功能障碍和皮肤感觉障碍。

### [常见原因]

切割伤常见原因是日常生活和工作中意外伤害和事故。如儿童被铅笔刀割伤手指,成人意外被菜刀割伤手指等等,以手部和四肢的切割伤最为多见。

### [家中处理]

对在家中意外造成的切割伤,首先应保持镇静,不要慌张,要仔细观察伤口的数量、部位、形状和大小,是否有异物和脏东西污染,出血的颜色和出血状态,如出血呈喷射状或泉涌样,往往有动脉和大血管的损伤。

对于表浅的、较小的切割伤可以在家中自行处理,具体步骤是:

1. 清洁消毒创口 可将伤口周围清洗干净，挤出污血，并用消毒液将伤口周围消毒，常用的消毒液可选用 70% 的酒精，或络合碘液，后者对伤口刺激性较小，并可直接擦洗伤口或粘膜创面。

2. 包扎换药 对于少于 1cm 的非关节周围的伤口，一般无需缝合，可用创可贴或无菌纱布包扎，注意防水，保持清洁，每日更换包扎一次，直至伤口愈合。

3. 抗生素和破伤风抗毒血清的应用 若切口较深并有严重的污染，应口服抗生素 2~3 天，并立即去医院就诊，讲明受伤情况，在医生指导下注射破伤风抗毒血清 (TAT)，以预防破伤风的发生。

对于较大较深的切割伤口，或在四肢关节周围和颜面部的创口，以及怀疑有神经、肌腱和大血管损伤的切割伤，均应立即前往医院急诊做相应的清创缝合治疗。在去医院之前或途中，可抓紧时间做初步的紧急处理：

(1) 清除伤口内较大异物，如碎金属片或碎玻璃片，以免这些锐器在肢体移动时造成进一步的组织损伤。

(2) 加压包扎止血，可选用干净的纱布和绷带将伤口加压包扎，用以止血。若在肢体上的切割伤并怀疑有大血管断裂者，可在伤口的近端肢体用止血带止血，如小腿的切割伤，止血带可扎在大腿上；前臂的切割伤，止血带可扎在上臂上。止血带可选用有弹性的橡皮带或布带子代替。切记仔细记录止血带的应用时间。

(3) 制动，在去医院途中，应尽量减少受伤肢体的活动，以防止断裂的血管、神经和肌腱的移位和回缩，给进一步的

修复手术带来困难。

## 烧伤和烫伤

烧伤是由于热力引起的一种损伤，如火焰、灼热的气体、液体或固体所致的人体伤害。烫伤是烧伤的一种损伤形式。

一般而言，烧伤的严重程度与烧伤的面积和深度有密切关系，目前较普遍采用三度四分法来判定烧伤程度以估计其预后。

**I 度（红斑性）：**局部似红斑，轻度红肿，无水泡，干燥，无感染。皮肤有烧灼样疼痛。一般 2~3 日内症状消退，3~5 日痊愈，脱屑，无瘢痕。

**II 度（水泡性）：**分为浅 II 度烧伤和深 II 度烧伤。

**浅 II 度：**有较大水泡，水肿，有剧痛，皮肤感觉过敏，如无并发感染，2 周左右愈合，不留瘢痕，短期内有色素沉着。

**深 II 度：**水泡较小，水肿明显，疼痛，皮肤感觉较迟钝。一般 3~4 周痊愈。痊愈后可产生瘢痕。

**III 度（焦痂性）：**皮肤苍白或焦黄炭化，干燥，皮革样，皮肤疼痛轻，感觉迟钝。一般 3~4 周焦痂脱落，创面愈合较慢，多数需植皮，愈合后遗留瘢痕或畸形。

### [常见原因]

一般来说，约 80% 烧伤是在家中发生的，家庭中的意外烧伤和烫伤较工业中发生的烧伤高 15 倍。常见的造成烧伤的物品有电力、汽油、煤气、天然气，以及热水瓶、火炉、开水、沸汤等等。3 岁以下的儿童烧伤，大多数是由于烫伤，而

成人的烧伤以意外事故为多见，如在床上吸烟，房屋着火等。

特殊原因烧伤有化学烧伤、电烧伤、放射烧伤、毒气烧伤等等。

### [家中处理]

烧伤的急救处理是否及时、得当，不仅对以后的治疗有重要影响，也关系到病人的生命安全。

对于小面积Ⅰ度和Ⅱ度烧伤，可自行在烧伤的皮肤上涂抹獾油，烫伤膏等药物，必要时去医院在医生指导下擦药治疗。

对于大面积烧伤需在家中做好紧急抢救处理：

(1) 迅速消除火源，脱离现场，应尽快脱去着火或沸液浸泡的衣服，来不及脱去着火的衣服时，可迅速卧倒，慢慢就地滚动，压灭火焰，或用毯子、大衣、棉被等，迅速覆盖灭火，立即离开火场。

(2) 迅速查明是否合并有危及生命的复合伤，如大出血、窒息、开放性气胸等，迅速抢救。

(3) 用敷料或干净被单、衣服等手边材料，简单包扎和保护创面，以防止创面的污染和再损伤。

(4) 口服或肌注止痛药物，镇痛，镇静。

(5) 迅速将病人移至就近医疗单位，进一步处理和治理。在送往医院途中，应注意观察病人血压、脉搏、呼吸情况。

对于特殊原因所致烧伤的紧急处理注意事项如下：

(1) 化学性烧伤：迅速将皮肤上残存的化学物质清除干净，无论何种化学物质致伤，最简单可行的方法是以大量清水冲洗，一般冲洗时间不少于半小时，然后立即前往医院就

诊，切记一定要向医生讲明为何种化学物质烧伤，如酸烧伤、碱烧伤、磷烧伤、镁烧伤等，以便医生做相应的处理。

(2) 电烧伤：又称电灼伤和电击伤，应迅速使病人脱离电源，用不导电的木杆等物体将电源拨开，或关闭电闸，注意电烧伤往往有呼吸心跳骤停，须紧急进行人工呼吸和胸外心脏按摩。电烧伤局部的处理与热力烧伤相同。

## 冻 伤

冻伤是由低温寒冷侵袭所引起的损伤，多发生在手、足、指、趾、耳等处。

全身性冻伤：可出现寒战，四肢发凉紫绀，体温逐步下降，感觉麻木，神志模糊，反应迟钝，甚至进入昏迷，严重者可出现心律失常，休克，以至死亡。

局部冻伤的表现可分三度：

一度：损伤在表皮层，皮肤红肿充血，自觉热、痒或灼痛。症状多在数日后消失。一般不留瘢痕。

二度：损伤达真皮层，除红肿充血以外，可有水泡，疼痛较剧烈，但感觉迟钝，1~2日后水泡可吸收，形成痂皮，2~3周后愈合，一般不留瘢痕。

三度：损伤达全皮层，严重者可深达皮下组织、肌肉、骨骼，甚至整个肢体坏死。皮肤开始变白，以后逐渐变褐、变黑，组织坏死，坏死组织脱落后，可留有溃疡长期不愈。

[常见原因]

除了低温寒冷是造成冻伤的主要原因外，其他因素还有：

1. 气候因素 包括空气的湿度、流速和天气骤变等。潮湿和风速都可加速身体的散热。

2. 局部因素 任何使局部血液循环发生障碍，热量减少的因素均可导致冻伤。如鞋、袜过紧，长时间站立不动，长时间浸渍在冷水中等。

3. 全身因素 如疲劳、虚弱、紧张、饥饿、失血、创伤、休克等，均可减弱人体对外界温度变化调节和适应能力，使局部热量减少。

#### [家中处理]

1. 紧急处理 尽快使病人脱离寒冷环境，搬进室内，迅速脱去寒冷潮湿或紧缩的衣服和鞋袜，进行保温。

2. 全身性冻伤病人 若呼吸心跳有异常，应进行人工呼吸，心脏体外按摩。

3. 迅速复温 这是急救的关键。方法是采用 40~42℃ 恒温热水浸泡，在 15~30 分钟内使体温迅速恢复接近正常，即甲床潮红，肢体温热感为止，浸泡时间不宜过久，水温不应过高。复温期间可对肢体进行轻柔的按摩，已复温后则不应再按摩。

4. 补给热量 服用热饮料及含高热量的半流饮食，如热奶等。

5. 局部冻伤较轻 可外用冻伤膏等药物涂于患处，如局部冻伤已有破溃，应去医院换药治疗。

6. 口服抗生素 服活血化瘀中药以助恢复。

## 蛰 伤

蛰伤是指由昆虫的刺蛰入人体皮内，释放毒汁而引起的一种皮肤的损伤。

被蛰伤的共同表现为：蛰伤的局部皮肤有强烈的刺痛和烧灼痛感，并出现红斑、丘疹、风团或水泡，蛰伤的中央部位多可见针头大小的瘀血点，即叮咬的痕迹，其周围有明显的红肿。部分病人出现全身反应，如发热，恶心，呕吐，头晕，头痛，脸色苍白，心慌等等，严重者可出现休克表现。不同种类的昆虫叮咬还有其不同的差异表现。

### [常见原因]

1. 蜜蜂 蛰伤后局部红肿，中心点状出血，也可化脓。严重时会出现剧痛、发热、恶心、呕吐。
2. 蚊子 刺伤后可出现像荨麻疹一样的疹子，瘙痒剧烈。
3. 虱子 在寄生部位出现瘙痒，由于抓挠使皮肤出现湿疹。
4. 蜈蚣 被刺部位出现两个小血点，红肿，发热，严重时可导致坏疽，也可出现明显的全身症状。

### [家中处理]

1. 局部处理。局部可外用氨水、虫咬水、风油精、炉甘石搽剂等止痒。
2. 可口服抗组胺药或阿斯匹林等减少组织肿胀和反应，常用的抗组胺药有：苯海拉明、扑尔敏、息斯敏等。

3. 如并发有感染可服用抗生素。
4. 局部症状严重或全身症状明显者应及时去医院就诊。

## 软组织损伤

软组织损伤是一个包括很大范围疾病的总的称谓，它包括的疾病种类很多。有急性损伤和慢性损伤两大类。慢性损伤又称为慢性劳损，不在急救范围之内。而急性损伤又可以分为两类，即开放伤与闭合伤。

开放伤损伤了皮肤或粘膜，如擦伤、撕裂伤、切伤、刺伤等；闭合伤较深，皮肤及粘膜无裂口，如肌肉挫伤，肌肉、韧带、关节损伤、关节脱位等。这两种损伤的治疗有原则的不同，开放伤由于污染，常常继发感染化脓。其中刺伤与贯通伤又容易被厌氧菌感染，产生破伤风或气性坏疽。而闭合伤则不然，不易发生感染化脓。开放伤在其他章节已有叙述，这里不再赘叙，本节主要讲解一些闭合伤如肌肉挫伤、韧带、肌肉、肌腱、关节囊挫裂伤，以及关节损伤、关节错位和关节脱位。首先讲这类软组织损伤总的共同的症状、原因及急救原则，而后就一些常见疾病个别介绍。

### [软组织损伤的表现]

1. 疼痛 损伤后一般均有损伤部位的疼痛，而疼痛的程度因人而异，与淋巴、血液渗出的多少、局部神经损害的情况及部位有密切关系。

2. 肿胀及出血 软组织挫伤后的肿胀与淋巴管、血管的损伤程度有关，出血程度的不等，部位深浅的不同，表现也

不同，如皮肤本身的出血可见淤点，皮内及皮下出血可见淤斑，皮下组织中的局限性积血可出现血肿。大多数病例在损伤后，由于是闭合性损伤出血可逐渐停止。

3. 活动障碍 由于肌肉、韧带、肌腱、关节的损伤，以及疼痛和肿胀，必然引起关节活动的障碍。

#### [常见原因]

各种外伤，如跌伤、扭伤、挫伤、拉伤等。

#### [家中处理]

由于损伤的原因与部位不同，处理的方法亦不相同，但总的处理原则是相同的。

1. 止痛 一般无需用止痛药物，但当疼痛特别重时或药物本身同时具有止痛及其他治疗作用时，可服用止痛药物。如：去痛片、阿斯匹林、云南白药、三七伤药片等。

2. 冷冻疗法 冷冻可使血管收缩，减轻局部充血，降低组织温度，抑制神经感觉，有止血、退热、镇痛、麻醉和防肿的作用。

方法是将毛巾浸透冷水后放在伤部冷敷，两分钟左右更换一次。或者将冰块直接擦摩伤部，或将伤肢浸泡在冷水中或用自来水冲淋。总之是在损伤的早期使伤部位降温，以减少出血和肿胀，切忌热敷。

3. 加压包扎 可用棉花或海绵覆盖在损伤部位，然后用纱布绷带或其他布带缠绕包扎，包扎的松紧以包扎部位以下的肢体血运（血液循环）正常、无发紫发麻、包扎部位有紧缩压迫感为度。在关节部位的包扎，不但可以起到止血防肿的作用，而且还可限制关节活动，起到固定的作用。可以避

免再次损伤。

4. 固定和抬高患肢 如果损伤的是四肢的软组织，就要注意伤肢的固定，这样能防止损伤关节的异常活动，防止再损伤。固定的方法要向病人加以说明。另外注意把损伤部抬高，既能起到消肿的作用，又可促进伤部的恢复。

5. 送医院治疗 家中的急救只是初步处理，对于很轻的损伤也许无需再送医院治疗。但往往需要作急救处理的病人，都需要送院检查，明确诊断，进行下一步的处理和治疗。

## 骨 折

各种严重外伤，如跌打、冲撞伤、砸伤等造成骨质断裂，不完全断裂或粉碎性改变，称为骨折。

骨折的急救处理很重要，如果处理不当，轻者加重损伤，招致感染，增加病人的痛苦；重则形成残废，甚至危及生命。及时进行合理而有效的急救，是必不可少的紧急措施。

因为骨折多属于较严重的创伤性疾病，在家中或创伤现场的急救只是为送医院做一些简单的，而且是必要的准备。急救的目的是抢救生命，防止病人在运送过程中再受损伤，防止伤口污染，减少病人痛苦，创造较好的运送条件。

骨折所涉及的范畴很广，这里主要就急性创伤性骨折的急救作一些讲解，因为这是骨折中最主要而且是最重要的部分。首先就骨折的共同症状、原因及急救原则作一说明，而后就一些常见骨折个别介绍。

[表现]

1. 疼痛 创伤性骨折一般都有疼痛，而且疼痛较严重。
2. 肿胀 创伤及骨折破坏了局部的软组织、血管、淋巴管等，造成了局部的肿胀，而且往往很严重。
3. 出血 如果是四肢没有伤口的闭合性骨折，出血多不严重，而且可自行停止。而胸、腹、盆腔的内出血及有伤口的开放性骨折，有时出血较严重，甚至发生失血性休克。
4. 畸形 骨折后造成骨折局部的畸形，如下肢变短（股骨颈骨折）、成角（长直骨向内、向外、向前、向后成角）。
5. 功能障碍 由于骨折及骨折周围的软组织损伤，必然引起运动功能的障碍，如肢体不能运动、不能直立等。
6. 异常活动及骨擦音 骨折后，尤其在长骨的骨折后，在原来没有关节的部位发生可屈伸的活动，同时可伴有骨与骨之间的摩擦声音（骨擦音）。
7. 呼吸、循环、神经系统的严重功能障碍 严重的创伤性骨折可合并多脏器、多系统的损伤，可出现呼吸、循环、神经系统的严重功能障碍，如出现呼吸困难、紫绀、异常呼吸等呼吸道阻塞及肺损伤现象；脸色苍白、四肢发凉、出汗、肢端发绀、脉搏细弱等循环衰竭休克现象；神志不清、昏迷、瘫痪等神经系统损伤现象。

#### [常见原因]

各种严重外伤，如跌伤、冲撞伤、砸伤等。

#### [家中处理]

1. 止痛 骨折后常伴有剧烈疼痛，须采取有效的止痛措施。可给予止痛药物口服，如止痛片、云南白药等。如有可能，可用1%~2%普鲁卡因局部血肿内注射，有良好的止痛

作用。疑有腹部内脏损害而未确诊的或有呼吸障碍的病人，禁用吗啡类制剂。

2. 止血 四肢的闭合性骨折，出血多可自动停止，无需特殊处理。胸、腰、骨盆的骨折造成的胸、腹、盆腔内出血和开放性骨折的外出血，应及早去医院救治，避免因出血过多造成失血性休克。

止血的方法：

(1) 局部加压包扎：一般伤口局部加压包扎，即可达到止血的效果。最好用无菌纱布及棉花压在伤口的表面，再用绷带或其他可代用品进行加压包扎，可达到压迫止血的目的。

(2) 使用止血带：对于四肢大出血，使用止血带止血方法简单，效果确实，但绑扎的部位要正确，松紧要合适，否则会加重出血（压迫静脉而未压住动脉）。还要注意绑得时间不能过久。时间过长，轻则局部组织生存力减低，增加伤口的感染机会；重则组织坏死。故除非迫不得已，不应轻易使用止血带。使用止血带必须注意下列几点：①可用胶皮管、胶皮带或缠绕毛巾等作为止血带，最好不用绳索。止血带不应直接与皮肤接触，可利用衣服、三角巾或毛巾等作为衬垫。②缚扎部位要在伤口的近侧并尽可能靠近伤口，在上臂应避免放在中 1/3 部，以免引起桡神经损伤。③避免过松，过紧。④缚上止血带后，一定要在明显部位加标记，注明止血带缚扎时间。陪病人送院的同行者一定要清楚缚扎的时间和情况。⑤止血带缚扎时间最长不能超过二小时，否则应隔一小时左右放松一次。如伤口过大或大血管损伤已丢失大量血液时，不可轻易将止血带放松，因为这时挽救生命比伤肢的缺血更重

要。

应该注意的是：以上方法只能解决四肢骨折的出血问题，而胸、腹、盆腔的内出血无法在家中得到控制，只有及时迅速地送医院进行处理。

3. 固定患肢 有止痛、止血、防止组织进一步损害，减少毒素吸收，减轻休克的作用。四肢骨折时，骨折断端活动，可引起剧痛，损害周围软组织，增加出血，加重休克。因此，凡疑有骨折的肢体，应立即予以固定。在家中或受伤现场的固定，应就地取材，如树枝、竹片、木棍、木板、纸板、搓板、报纸、枕头、雨伞等都可作固定器材。无物可用时，可用布条将上肢悬吊在胸前，下肢可与健肢捆在一起。

如果可找到木板条（夹板），这是较理想的固定器，固定时应注意以下几点：

- ①木条长短宽窄要合适，要使骨折处上下关节都固定。
- ②夹板下面要衬垫棉花，以防压伤皮肤。
- ③固定夹板时，用绷带或布条缚扎在骨折断处的上下段。
- ④下肢骨折用夹板固定后，应再与健侧下肢捆在一起再运送。

⑤夹板固定后，应检查固定是否牢固，注意固定的远端手指或足趾是否发凉或变紫，如捆得过紧，需给予松解。

骨折肢体的临时固定：

上肢骨折

（1）锁骨骨折和肩胛骨损伤。可用三角巾或绷带等包绕前臂后向上系在颈后部，将前臂悬吊于胸前。肩胛区有更严重损害时，应将患肢固定于胸壁。方法为：①在腋下放置一

大棉垫。②三角巾悬吊前臂于胸前。③另用一绷带将上臂缠绕固定于胸部。

(2) 肱骨干(上臂)骨折。让患臂屈肘关节  $90^{\circ}$ ，上臂以有垫的夹板固定，前臂放于中立位，用三角巾悬吊于胸前。

(3) 前臂及腕部骨折。以一块或二块有垫夹板在掌、背侧固定前臂，屈肘  $90^{\circ}$ ，手掌心向胸部，用三角巾悬吊前臂于胸前。

(4) 手部骨折。用患手握纱布棉花团或绷带卷，然后用有垫的夹板固定手及前臂，用三角巾悬吊于胸前。

### 下肢骨折

(1) 髓部及股骨骨折。选用有垫长木板置于下肢及胸外侧。木板的长度应下起足跟部，上达腋下。另用一有垫短木板置于大腿内侧。用布带或绷带绕躯干、下肢包扎固定。无条件时亦可将两下肢并拢捆住。

(2) 胫、腓骨及踝部骨折。用有垫的长夹板一或二块，上自大腿下部，下至足跟部，包扎固定，亦可先用折迭床单及毯子自大腿下端到足部加以包裹，然后外面用木板固定。

(3) 足部骨折。将鞋脱去，在小腿后面放一直角形木板，用棉垫垫好，然后用宽带固定膝下、踝上及足部。

### 骨盆骨折

以宽绷带或多头带(为宽约一尺、长约二尺的厚布带，并在长方向上两个边均有多头的细带，便于缚扎)包扎骨盆，在双膝及内踝部夹以软枕，把两腿捆在一起，然后将病人抬到担架上，并用布带将膝上、下部捆住，固定在硬担架上。

4. 伤口处理 受伤现场处理伤口的目的，在于保护伤

口，防止再度污染，为送医院后消毒清理伤口创造有利条件。可用无菌纱布或清洁布料（干净的衣服，手帕等），覆盖伤口并包扎。切忌填塞污物和用手触摸伤口，局部不必敷药。开放性骨折断端外露时，一般不宜还纳，以免加重深部感染。可原位加以包扎固定，送医院处理。如已还纳，则应在送院后向医生说明原来骨折断端外露的情况，以便清创处理时加以重视。如有四肢外伤性截肢（肢体离断），除按上述止血包扎外，要把断离的肢体包起，尽可能加以冷藏，一并送到医院，以便进行断肢再植。

5. 骨折病人的运送 经上述处理后，应立即准备运送病人入院治疗，未作固定者严禁运送。运送时以病人卧位为好，可用担架或用门板等制成的担架运送病人。昏迷病人应俯卧，以保持呼吸道通畅，避免分泌物和舌根后坠堵住呼吸道。运送时要力求平稳、舒适、迅速、不倾斜、少震动。搬动要轻柔。四肢不要靠在担架边缘，以免途中撞击，引起疼痛，使病情加重。随时观察病情，警惕休克发生。有开放伤口时，应力争在 6~8 小时内送到医院。

疑有脊柱损伤时，应尽量避免骨折处有移动，更不能让病人站立和坐起，以免引起或加重脊髓损伤。不论病人是仰卧或俯卧，尽可能不变动原来的位置。准备好硬板担架后，置于病人身旁，由两人轻轻将病人推滚到木板上，仰卧，并用宽布带将病人捆在担架上，如腰背部悬空时，应在其下垫以小枕或卷迭的衣服，以使身体充分接触板面。如用布担架，病人要俯卧，使脊柱伸直，禁止屈曲。搬动时最好一人扶头，一人抬腿，中间二人用宽布带托住脊柱骨折部，避免屈曲。抬

起或放下时务求动作一致。绝对禁止一人拖肩，一人抬腿搬动病人或一人背送。

颈椎损伤病人，如搬动不当，有引起脊髓压迫的危险，可立即发生四肢与躯干的高位截瘫，甚至影响呼吸以致促成短期内死亡。搬运时，要使头部固定于中立位，不屈不伸，颈部两旁垫以沙袋或卷迭的衣服等，防止颈部左右旋转、弯曲。

骨盆骨折的病人，臀部两旁亦应垫以软垫或衣服，然后用布带将身体捆在担架上，避免震动，减少疼痛。

另外有些创伤，在无医生的情况下无法判定损伤的程度和部位时亦应及时送院处理，以免延误病情。

# 妇科急症

## 阴道流血

阴道流血俗称阴道出血。这里仅介绍产科出血性疾病。

病人主要表现为阴道流血及腹部疼痛。腹痛常为隐痛、酸胀痛、阵发性疼痛、撕裂性疼痛等。阴道流血可多可少，甚至突然发生大量阴道流血及腹腔内出血。当有大量出血时病人可能出现头晕、眼花、晕厥、贫血及休克等症状而危及生命。

### [常见原因]

1. 流产（又称小产） 其发生的原因尚不完全清楚，可能有胚胎因素：为遗传基因缺陷包括精子和卵子的缺陷；外界不良因素的影响：为早期接触过多的有害化学物质及药物、毒物、放射线或严重病毒感染等导致孕卵畸形；母体因素：为内分泌失调、生殖器疾病如子宫畸形、子宫肌瘤、宫颈口松弛等，以及孕妇过劳、外伤、精神刺激等诱因；人工流产时常因术者经验不足、子宫严重屈倾等因素造成吸引不净致不完全流产。

流产有先兆流产、难免流产、不完全流产、完全流产、稽留流产、感染性流产及习惯性流产。先兆流产：表现少量阴道流血，血呈深褐色或鲜红色，可伴有轻度小腹痛及腰酸下

坠感，早孕反应持续存在；难免流产：由先兆流产发展而来，表现为阵发性腹痛加剧，阴道流血超过正常月经量并伴有血块，若月份大，胎膜已破者可伴有羊水流出；不完全流产：是因胎盘全部或部分滞留于宫腔，子宫收缩不好，引起持续性阴道流血。严重出血可致休克，有时可伴下腹隐痛或阵发性疼痛，易诱发感染；完全流产：仅表现有阴道少量流血，腹痛完全消失；稽留流产（又称过期性流产）：胚胎在子宫腔内死亡二个月以上，尚未自然排出者。病人表现反应消失，阴道流血可有可无，量时多时少；感染性流产（流产并发症）：病人除有一般流产症状外，有发热、脉搏快、下腹痛、阴道分泌物有臭味等征象时，可并发腹膜炎、败血症、血栓性静脉炎、休克等而危及生命；习惯性流产：指自然流产连续发生三次或三次以上者。

2. 异位妊娠（又称宫外孕） 包括输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠等。其中以输卵管妊娠为最常见，多数因输卵管的病变为炎症等，阻碍了受精卵的正常运行及植入。

多数病人表现有停经史并伴有早孕反应。停经时间的长短因输卵管妊娠所在部位不同而异。发病早可以无明显停经史，发病晚可有 12~16 周停经史，阴道流血常为不规则点滴流血，深褐色，不超过月经量，极少数病人多于月经量。腹痛是主要症状，未破裂时表现为一侧下腹部隐痛或酸胀痛，流产或破裂时表现为一侧撕裂样疼痛、伴恶心呕吐、出血多者可出现头昏、眼花、晕厥及休克等腹腔内出血症状，有时可表现为肩肿部疼痛，肛门坠胀感。

3. 葡萄胎（又称水泡样胎块） 胚胎一般早已死亡。可

分为完全性葡萄胎和部分性葡萄胎。病人表现多有 2~3 个月停经史，子宫大于停经月份子宫，并有阴道流血，血液中有时可见水泡状物。可以反复多次少量出血，也可以一次大量出血致休克危及生命。葡萄胎已流产，阴道出血仍持续不断的病人，可能患恶性葡萄胎或绒毛膜癌。

4. 前置胎盘 为孕晚期严重并发症之一，常发生在孕 28 周以后。目前对其原因尚不清楚，但可能与下列因素有关：

(1) 子宫内膜不健全：如子宫内膜炎，以及多次人流，使子宫内膜受损，受精卵植入时为了得到足够营养，致使胎盘面积扩大而延伸至子宫下段。

(2) 巨大胎盘：如双胞胎胎盘面积大，扩展至子宫下段。

(3) 异常胎盘：如副叶胎盘等。

病人表现为无痛性不明原因的阴道出血，出血可为多次少量，也可有一次大量致病人休克危及生命。长期反复出血也可致严重贫血。

5. 胎盘早期剥离 为孕晚期严重并发症之一，严重威胁产妇生命，胎儿死亡率高。常发生于妊娠 28 周后。原因：可能与孕妇重度妊高症、高血压、慢性肾炎等疾病有关；机械因素如腹部受撞击、摔倒、产前胎位异常外倒转等；双胎、羊水过多分娩时常因宫内压力急剧下降等，使子宫收缩，引起胎盘早剥。病人表现：若胎盘剥离面积小可无任何症状或有轻度腹痛及少量的阴道出血；重者腹腔内出血为主，病人突然出现剧烈持续性腹痛、腹胀、恶心、呕吐、出冷汗、面色苍白、血压下降等休克表现，阴道流血少或无，贫血。胎动开始较剧，继而消失，胎儿死于宫内。

6. 早期产后出血 是产科严重的并发症,是产妇死亡的主要原因之一。早期产后出血是指胎儿娩出后 24 小时内产妇失血量等于或大于 500 毫升。发生原因可为子宫收缩乏力、胎盘滞留、软产道损伤及凝血功能障碍所致出血。

病人表现与失血多少有关,失血少可以无任何症状,失血多可出现面色苍白、出冷汗、四肢厥冷、少尿、神志淡漠等休克现象。若不进行有针对性的抢救治疗可致死亡。

7. 晚期产后出血 是指产妇分娩 24 小时后在产褥期内发生的大出血。最常见的原因是胎盘或胎膜残留于子宫腔;剖腹产术所造成的晚期产后出血。病人表现为血性恶露较多,且持续时间长,少部分病人有产后低热或下腹痛及从阴道排出组织等。还有极少数病人也可发生突然大出血致休克等症状危及生命。

#### [家中处理]

1. 要注意病人的一般精神状况,如有无贫血,测脉搏、呼吸等,过快或过慢与出血量的多少和贫血的程度有很大关系。

(1) 注意休息,每天要保证睡眠 8~10 小时以上。

(2) 要加强营养,吃些含有高蛋白、高热量的食物,同时注意吃些含铁食物如猪肝、血豆腐、赤小豆、深绿色蔬菜等。炒菜应用铁锅,对补充铁质起到一定作用。

(3) 贫血严重,如家中备有药物,可用硫酸亚铁,每次 0.3 克,一日 3 次(饭后服用)。叶酸 5~10 克,每日 3 次(口服)。生血丸,每次 2 丸,每日 3 次。对纠正贫血起到较好作用。

2. 禁止性生活。阴道流血一方面是细菌最好的培养基,

同房后细菌带入阴道而引起感染。同时，同房易造成流产和病情加重。

3. 如有阴道流血，应及时更换无菌的会阴垫、卫生巾之类用品，切勿用脏衣服等物垫在会阴部，以防止感染或破伤风的发生。

4. 如出现腹痛，要注意腹痛性质和发生的部位以及病人有无恶心、呕吐、出冷汗、面色苍白、头晕、眼花等现象。若有上述现象，应考虑腹腔有内出血之可能，应尽早送医院抢救。

5. 观察阴道流血量、颜色以及血液中有无组织混在其内。若有组织排出，用清水漂洗干净用白酒浸泡于瓶中，及时送医院请医生识别并送病理检查，以便迅速作出诊断进行治疗。出血多时，如家中有注射条件，可立即给病人肌肉注射止血敏 500 毫克或维生素 K<sub>1</sub>10 毫克，起到止血作用。

6. 当出血过多，出现精神差、面色苍白、出冷汗、头晕等症状时，应立即平卧于床上，可以喝些红糖水，以暂时改善症状。如家中备有小型氧气袋，应迅速向病人鼻腔内输氧，以改善因失血而引起的缺氧，同时应迅速送医院检查、治疗、输血等。

7. 家中如备有针灸针，在病人神志不清时应针刺人中、合谷、三阴交，可起到复苏作用。若无针灸针，也可用指压法代替。

#### 8. 针对病因处理

(1) 流产：①先兆流产时不能盲目保胎：因为许多流产是由于胚胎发育不正常而产生，其中因染色体异常造成的较

多见。如盲目保胎，有可能把异常胎儿保留下来。有些先兆流产往往是宫外孕、葡萄胎等病理状况造成的，若保胎治疗，往往会耽误诊治时间。过去所用的保胎药物多数为雌激素，它有造成新生儿外生殖器畸形的可能。目前应用较多的黄体酮也会造成胎儿外生殖器的异常发育。因腹部外伤或不慎摔跤是很少发生的，因此，出现先兆流产时可听其自然。如经过卧床休息一段时间症状消失，可以继续妊娠；如症状不好转，经检查证实胚胎发育不好时不要勉强保胎，应去医院终止妊娠。②若出血过多，大于正常月经量，说明胚胎已保不住了，必须迅速送到就近医院进行刮宫术，迅速将妊娠产物排出体外，避免因失血过多危及生命。③阴道流血时间较长，家中若备有药物，可给病人口服复方新诺明 2 片，每日 2 次，或可口服先锋霉素Ⅳ每次 0.5 克，每日 3 次，预防感染。

(2) 葡萄胎：应速去医院住院，清除子宫内残留物。注意防止并发症，并严密随访，以防恶变。随访极为重要，按时去医院和医生取得联系，进行多项检查。随访期一般为 2 年，在此期间应注意避孕。避孕时宜用避孕套或阴道隔膜，不要用避孕药及宫内节育器。

(3) 宫外孕：孕早期出现突然小腹痛，伴恶心、呕吐、昏厥，这是此病的危险信号，应立即送医院治疗。

(4) 前置胎盘：①要按时去医院做产前检查，发现胎位不正及时由医生纠正。②孕晚期阴道大量流血要想到此病，应迅速转到有输血及剖宫条件的医院进行检查处理，切不可在家由医生随便作肛门检查。③紧急情况转送时处理：如病人阴道大量流血，当地无条件进行处理时，可在静脉输液或输

血的情况下，请当地医生用无菌纱布卷填塞法压迫止血。纱布可填塞于阴道的顶端。同时包扎腹部，迫使先露下压宫颈以暂时止血，然后进行转院。输液时最好采用 18 号针头，以保证输液渠道畅通。

(5) 胎盘早期剥离：①孕妇要积极治疗妊高症、慢性高血压、肾脏疾病等。②定期去医院做产前检查，做好孕期保健。③避免摔跤和外界暴力撞击腹部。④迅速转院，到有输血和剖腹产条件的医院终止妊娠。

(6) 产后晚期出血：①若出血少，家中备有药物如益母草膏口服 15 克，每日 2 次，以促进子宫收缩，减少阴道出血。也可口服复方新诺明，每次 2 片，每日 2 次或服用先锋霉素 0.5 克，每日 3 次，抗感染。②大量出血迅速转院治疗。

## 孕期胎动减少

胎动是孕妇本身的主观感觉。一般初次怀孕的妇女在孕 4 个月左右会感到腹内有胎动，随着月份增加而逐渐活跃，直至胎儿出生。

一般情况下，1 小时胎动在 3~5 次，12 小时胎动应在 30 次以上。当发现胎动明显减少或异常活跃都是不正常现象。此时，若不及时地处理，胎动可由减少到停止，甚至胎儿有死于宫内的危险。

### [常见原因]

1. 母体本身供氧不足 如母亲原有高血压、肾炎、心脏病、糖尿病、严重贫血、高热等。

2. 母亲、胎儿之间氧气交换不良或传输障碍 常见于怀孕合并症如妊娠高血压综合症、过期妊娠、前置胎盘等，还有脐带打结、脐带受压、脐带扭曲、脐带缠绕、脐带脱垂等。

3. 胎儿本身的因素 常见于胎儿疾病如有严重的先天性心脏病，也可因母体本身缺氧引起胎儿颅内出血、心血管功能低下等。

#### [家中处理]

当发现胎动突然减少，说明胎儿在宫内已缺氧，可能有危险。应争取时间送医院作进一步检查和治疗。若因种种原因暂不能送医院，可作以下处置：

1. 孕妇晚期突然发现胎动减少，应卧床休息（取左侧卧位为好），以改善和增加胎盘血液的流量，从而改善胎儿宫内缺氧的情况。

2. 家中若备有小型氧气袋，应迅速向孕妇鼻腔内输氧，每次30分钟至1小时，每日可吸氧2~3次。输氧可以直接改善胎儿因缺氧引起的胎动减少。

3. 每日必须认真记录胎动次数。计数的方法是：每日早晨、中午、晚上选1小时进行胎动计数，计数时孕妇必须侧卧于床上并保持安静，认真记录每小时胎动数，最后将3小时的计数相加乘以4即为12小时胎动次数。正常12小时胎动数应有30~40次以上，如12小时内胎动次数在20~30次应提高警惕，并反复作胎动计数。若确认12小时胎动不到20次则应立即送医院检查。

如无条件每日取3次胎动计数，亦可1日取1小时胎动计数，若每小时3~5次属正常胎动，小于3次则为异常。此

时需立即去医院进行检查和治疗。

## 临产征象

临产的主要标志有三点：规律的子宫收缩，即每隔 5~6 分钟一次，每次持续 30 秒以上；子宫颈管消失，宫口扩张即“产门开大”；胎头逐渐下降。

孕妇接近临产时常有以下征象：

1. 上腹部较前轻松，小便次数增多 临产前 10 多天，由于胎头下降进入骨盆，子宫底也随之下降，减轻了对上腹部的压力；同时，也因胎头下降，压迫膀胱和骨盆底的器管及组织，可出现膀胱贮存尿量减少，小便次数增多。有些孕妇还出现腰酸、腿痛、翻身和行动不便等症状，这都预示距离临产时间不远了。

2. 见红 分娩前 24~48 小时，阴道有少量血性粘液排出，俗称“见红”。这是因为宫颈管扩张时胎膜与子宫壁分离，局部毛细血管破裂出血，随宫颈口内的粘液流出所致。大部分人见红后不久即正式临产，它是真正预示快临产的主要信号。也有少数人于见红 2~3 天才开始临产。

3. 子宫收缩逐渐规律 子宫收缩时，孕产妇会感到腹痛或腰痛，子宫发紧、变硬。宫缩开始时很不规律，数分钟或 10 多分钟一次，持续时间短，小于 30 分。随后逐渐转为规律宫缩，而且收缩越来越强，5~6 分钟一次，每次持续 30~60 秒，这就是正式临产了。孕妇及家属要做好快去医院的准备。

4. 破水 阴道突然流出清亮的液体（羊水），有时含有胎

脂或胎粪，俗称“破水”。“破水”通常发生在规律宫缩开始后，胎儿娩出之前，但也有些发生在临产前，称为“胎膜早破”。通常在破水后 12~24 小时内自然临产。

#### [家中处理]

1. 一旦出现临产先兆或临产，孕妇及其家属均应沉着冷静，保证精神安定，充足睡眠和注意饮食。以维持产程顺利进展。

2. 孕妇及其家属要做好去医院分娩的精神准备。要了解临产是孕妇的正常生理过程，树立信心，利于分娩。

3. 去医院前，若有条件，可以洗一次淋浴，做好乳房及乳头的护理及外阴部的清洁等。

#### 4. 做好物质准备

(1) 要联系好交通工具，以免临时住院措手不及。

(2) 准备好住院的生活必须用品如梳洗用具、茶具、餐具及换洗的内衣、手纸、卫生巾和月经带等（各医院要求自带的东西不尽相同，最好在产前检查时询问清楚）。

(3) 应准备些红糖。红糖要先蒸过，以免喝了泻肚。红糖有增加热量和促进子宫收缩作用。

(4) 要准备好婴儿衣服、被褥等用品，以便出院时需用。

(5) 冬季分娩时，如家中没有暖气应考虑采取其他取暖措施。因为一般正常产妇在医院不超过 4~5 天，剖腹产住院时间也只有 7~8 天即可出院。

## 子 痫

孕妇在妊娠 5 个月后，出现高血压、水肿、蛋白尿的基

础上又出现头昏、眼花、胸闷、恶心、呕吐等症状，继之发生抽搐或昏迷，这是妊娠晚期常见的子痫。这时，孕妇易并发心、肾功能衰竭而导致孕产妇和胎儿死亡。

### [常见原因]

目前尚不十分明确，但可能与下列因素有关：

1. 子宫过度膨胀 如双胎、羊水过多、葡萄胎或初产妇腹壁紧张，造成子宫、胎盘血流量减少，流速减慢，使子宫缺血，胎盘变性，血管紧张素增高，全身动脉痉挛。出现血压增高、钠潴留、蛋白尿、少尿、肾功能衰竭、胎儿宫内营养不良，宫内发育迟缓致使出生后体重不足，严重者胎儿死于宫内。

2. 母亲血液循环不能适应子宫、胎盘的需要 如母亲有原发性高血压、糖尿病、慢性肾炎等病变，造成小血管痉挛，出现脑组织缺氧和水肿，严重者抽搐和昏迷，同时出现视网膜水肿、出血、视力模糊不清，严重失眠。

### 3. 诱因

(1) 精神紧张、恐惧、过度兴奋、气候突然变化以及内外环境改变均可引起中枢神经系统功能紊乱和血管舒缩中枢失调，以致小动脉痉挛而出现血压增高。

(2) 物理刺激如光、声、震动等可诱发子痫发生。

(3) 遗传因素，有家族史者，发病率比无家族史者高 8.3 倍。

### [家中处理]

1. 一切处理要在子痫发生前

(1) 要重视妊娠期的定期检查。主要是测血压、查尿蛋

白和测体重。正常血压 120/90 毫米汞柱以下，尿中无蛋白，妊娠晚期每周体重增加不能大于 0.5 斤。若出现异常应及早到医院进行检查和治疗。

(2) 注意休息是治疗本病最主要和最基本的措施。每日保持 8~10 小时的休息，以卧床休息为好。特别是左侧卧位，可以减轻右旋子宫对腹主动脉及下腔静脉的压迫，有助于静脉回流，改善胎盘灌注及功能，使胎儿宫内缺氧状况得以改善，增加尿量。

除卧床休息外，脑力休息也应得到保证。精神要愉快乐观、环境应安静舒适，有助于脑血流量改善、脑水肿减轻，有利于防止抽搐。

(3) 注意饮食。不要偏食，口味宜淡不宜咸。虽不可能限盐，但也不宜摄入过多的食盐、咸菜、泡菜及咸肉等高钠食物，以防加重水肿。同时还要注意摄入足够蛋白如牛奶、豆制品及蔬菜、水果，补充足够的铁钙物质如多吃些虾皮、紫菜、骨头汤、动物内脏、深绿色蔬菜等。采用铁锅炒菜也有助于补充铁质。孕期蛋白摄入宜每日大于 15 克/公斤体重。

(4) 孕晚期，如原有高血压、水肿等症状，现又突然出现头昏、眼花、视物模糊、胸闷、头痛等症状，预示子痫可能要发生，需立即送到医院诊治。家属注意数病人脉搏、呼吸，有条件者可以测量并记录血压，以供医生参考。应该注意病人的精神状况。

2. 若病人在家中突然抽搐、昏迷，应做以下紧急处理：

(1) 首先不要慌，立即将病人平卧于床上，头转向一侧，解开衣服、胸罩等，以减少病人的呼吸困难。防止口腔内分

泌物进入气管而引起窒息，及时清除口腔内分泌物。

(2) 病人若有假牙，要迅速取出，以防吸入，并用布卷或用筷子缠绕布置于病人口中上下牙齿之间，以防咬破其舌头或口腔软组织。

(3) 病人发生抽搐时，切不可搬动病人或将病人取半卧位或企图用外力制止，这样反而增加刺激，使抽搐加剧。

(4) 家中若备有供氧设备，要立即给予吸氧，因为输氧能改善病人的脑缺氧。

(5) 房间里要保持安静，避免喧闹和噪音的刺激，应将窗帘放下避光尽量减少各种易引起抽搐的因素。

(6) 若备有针灸针，立即针刺人中、合谷、列缺等穴位，可以制止抽搐。若无针灸针，亦可用指压法代替。

(7) 病人在抽搐后立即进入昏迷状态，数分钟后反复出现抽搐—昏迷现象。为防止坠落床下发生摔伤或意外，家庭必须有专人看管。可在床下靠墙侧一边用木板、椅子或其他用物，用绳子栓于床的两头，以起保护作用。

(8) 当出现病人舌头后坠，家属应立即用手裹一块薄布将舌头拉出，以防止窒息引起呼吸困难而死亡。

(9) 病人抽搐后，常常在较短时间内出现小腹阵痛，阴道血性分泌物，这说明就要临产了，故应抓紧时间送医院分娩。

(10) 病人在较短时间内发生频繁抽搐后接着处于昏迷状态，说明病情严重，应即送医院抢救。

(11) 若家中备有血压计和有注射条件者，应注意观察病人血压变化（在抽搐停止后抓紧测量血压）。若血压高于 160/

110 毫米汞柱，应立即送医院进行处理。

(12) 病人在抽搐昏迷时，不能强行喂水、进食，以防吸入气管窒息，或造成吸入性肺炎。

## 胎膜早破

正常胎膜破裂应在子宫口开全、胎儿产出之前。若胎膜在分娩发动 12 小时前破裂，则为胎膜早破。

孕妇胎膜早破时没有疼痛感，自感阴道内突然有液体流出。液体带有腥味，有时混有少量脂肪颗粒和毳毛，与尿液有明显的不同。且时多时少，持续不断，立起时增多，平卧时减少。不像尿液能受人控制。

### [常见原因]

1. 胎位不正，骨盆狭窄 当胎位不正、骨盆狭窄时多发生胎膜早破，而且羊水流出可能引起胎儿脐带脱垂或肢体脱出，对胎儿是很危险的。

2. 孕妇腹部受到重压或撞击 如重体力劳动、用力解大便、摔倒等，都可能发生胎膜早破。

3. 双胎、羊水过多和临产前一个月有性生活。妊娠晚期要特别注意性生活的控制。

4. 胎膜本身因感染或缺乏维生素 C 而致胎膜本身薄弱。

### [家中处理]

1. 发现胎膜早破后，孕妇应躺在床上采取平卧姿势，换上干净内裤、并垫上消毒草纸于臀部，无消毒草纸时，亦可用干净的布片子垫在臀部。

2. 孕妇用床的床脚可用板凳或砖头适当抬高,以保持头低脚高,或把臀部垫高,以防止脐带脱垂危及胎儿生命。

3. 在家中时间不能过久,因为羊膜囊破后,羊水流出,家中无消毒条件,时间长易发生宫内感染,这对孕妇和胎儿都有生命危险。孕妇可能因为感染而引起发热、子宫发炎,胎儿出生后可能引起肺炎、窒息等疾病。

4. 家中采取适当应急处置后,应及早送往医院。用竹床、板床或担架抬送,有救护车或汽车更好。护送时,应保持孕妇平躺且臀部垫高。

5. 切忌用自行车推送孕妇,更不能让孕妇步行到医院。这将导致胎儿的脐带脱垂。脱垂有时是隐性的,有时是显性的。隐性的脱垂是在孕妇阴道内看不到脱垂的脐带,但经医生检查,就可以发现脐带受压。显性的脱垂是在孕妇的阴道口,就可以看到脱垂的脐带。出现这种情况,婴儿就会发生危险。

用自行车或自己步行到医院的早破水孕妇,易使胎儿发生垂危,甚至在宫内死亡。

## 产褥感染

由于产妇抵抗力下降、失血、产道损伤、产程延长、手术产等因素致使产后感染,称产褥感染。

当细菌侵入生殖道时,其炎症可以发生在生殖道的任何一个部位如外阴、阴道、子宫、输卵管及盆壁组织等。

1. 炎症发生在外阴或阴道局部时,除局部有炎症性变化

为红、肿、灼热感、分泌物增多外，多无全身症状。

2. 当子宫内膜发生炎症时，其症状有轻重之分：轻者，在产后3~5日开始有头痛和发热，体温一般不超过38.5℃，自感小腹轻度疼痛不适，阴道血性分泌物带臭味。重者，在产后48小时左右，先有怕冷，随后，体温突然上升至40℃左右，后又急剧下降，脉搏增快，小腹痛疼，阴道血性分泌物呈褐红色且有恶臭。

3. 炎症蔓延至输卵管等子宫附件和盆腔结缔组织时则全身的症状较以上更为严重。

#### [常见原因]

1. 身体虚弱 产后，产妇因劳累、出血等，身体十分虚弱；同时因胎儿、胎盘娩出后子宫内有大片创伤面，产妇盆腔充血，此时产妇发生感染，炎症会迅速蔓延，甚至引起败血症休克和死亡。

2. 产褥感染很可能在分娩前、分娩时或分娩后细菌由外界进入产道而发生。例如，产前性生活、接生所用之物品消毒不严格等。分娩时因看望者太多（谈话中会把寄居在呼吸道的细菌传播给产妇）等。有些产妇产前体内已寄生着细菌，只是未发病，分娩后因体质较弱，细菌乘此直接或间接通过血液循环进入产道，引起感染。

3. 产前有贫血、营养不良者 因为身体虚弱、抵抗力下降，产褥感染的可能性也会增加。

4. 一切影响产妇抵抗力的因素 如失血、产道损伤、产程延长、手术产等，均会增加感染发生的机会。

#### [家中处理]

产褥感染是产妇的死亡原因之一，严重地威胁着产妇的生命，一旦发生应争取时间送医院抢救治疗，但因某些情况暂不能送医院时，家中可作如下处理：

1. 产妇体位，应取半卧位即头高足低位，抬高床头，以利于子宫内的恶露排出。家庭一般无摇床，可以根据需要的高度用砖头垫高床头下的床脚即可。

2. 保持外阴部清洁。可用 1:5000 浓度的高锰酸钾溶液洗外阴（采取蹲式洗），一日两次（切不可作外阴冲洗，更不能坐在水里洗），洗完后用干净布擦干，带上消毒草纸和卫生带。消毒草纸和卫生带应勤换。

3. 禁止过性生活，以防止细菌进入宫腔引起感染。

4. 若高热不消退，可采取如下措施。

(1) 物理降温。冷敷（或冰敷）于额部、腋窝及腹股沟部位或用 33% 酒精溶液擦浴，重点擦四肢。

(2) 针灸降温。针刺曲池、合谷等穴位。

(3) 药物降温。如 ABC 等药物（按使用说明服药）。一般要将体温控制在 38.5℃ 以下，以防惊厥。

5. 注意子宫复位情况。一般产后每天子宫收缩 1 厘米，若收缩不良，可以口服益母草膏，每次 1 汤匙，每日 2 次。或用产复康，每次 1 代，每日 3 次，用开水冲服，可以促进子宫收缩。同时，也可每日喝 1~2 杯红糖水，以利子宫收缩与促进血液循环，帮助恶露排出，减少出血。

6. 若家中备有抗生素，如复方新诺明、氟哌酸、先锋霉素Ⅳ等药物可按使用说明服用，以控制炎症。

7. 产妇因发热常有头昏，下床活动时，家人注意搀扶，防

止摔倒。

8. 产妇易出汗，加之高热，容易引起虚脱和感冒，因此，应勤换内衣、内裤和注意保暖。产后四周内不能洗盆浴，可擦浴。

9. 每天室内应开窗通气，每日 2 次，每次 15 分钟，保持室内空气新鲜，但通风时注意风不应直接吹在产妇身上。

10. 产妇发热时，应多补充水分，有利于散热、排毒、降温。同时还要注意，发热时消化功能受到影响，故应吃容易消化、清淡而富有营养的流食或半流食如挂面、稀粥、藕粉等，不宜吃油腻、荤腥和刺激性的食品。

# 五官科急症

## 鼻出血

由于鼻腔局部原因（外伤、肿瘤、炎症或鼻中隔偏曲）及全身性疾病如血液病等均可引起血液从前鼻孔或后鼻孔流出，称鼻出血。

血液从前鼻孔或后鼻孔流出或前后鼻孔同时流出，亦可从一侧鼻腔经鼻咽流向另一侧鼻腔而致双侧鼻腔同时出血。少量出血时仅为涕中带血，大量出血时由两侧鼻孔同时涌出。若病人头后仰、卧床时则血液流向咽部，大部分被咽下，然后呕出，少部分由口内吐出，形成口鼻同时出血现象。严重者可出现休克，表现为面色苍白、口渴、出冷汗、焦躁不安、胸闷。

### [常见原因]

#### 1. 局部原因

(1) 外伤：鼻中隔易出血区的粘膜薄，血管丰富、表浅，与其下的软骨紧贴，受外伤时对血管的缓冲保护作用差，血管的自行收缩能力较差，所以当出现鼻及鼻窦外伤，颅前窝和颅中窝颅底骨折、挖鼻、用力擤鼻、剧烈咳嗽、鼻腔异物均可引起鼻出血。鼻及鼻窦术后因术中损伤小血管未愈亦可引起鼻出血。

(2) 鼻中隔偏曲：因鼻中隔发育或外伤后偏离中线，向一侧或两侧鼻腔弯曲形成骨嵴、距状突。而该处粘膜薄，易受冷空气、冷风等刺激而致粘膜干燥，因血管易破裂而致出血。

(3) 鼻腔炎症：急、慢性鼻炎、萎缩性鼻炎、干燥性鼻炎均可致鼻出血，但量不多。一些特异性感染如结核、梅毒、肉芽肿形成也可出现鼻出血。

(4) 鼻腔、鼻窦、鼻咽部肿瘤：最容易发生鼻出血的是鼻中隔毛细血管瘤。出血性鼻息肉、鼻咽纤维血管瘤、鼻窦海绵状血管瘤、鼻腔鼻窦或鼻咽部的恶性肿瘤可由于肿瘤侵犯血管及周围组织而发生鼻出血或涕中带血丝。病人常伴鼻阻、反复单侧鼻腔出血、经常痰中带血或回吸涕中带血病史，也可出现耳鸣、听力下降等症状。

## 2. 全身原因

(1) 急性发热性疾病或传染病。如上呼吸道感染、流行性感、麻疹、腮腺炎伴随高热症状，因血管发生中毒性损害，鼻腔粘膜明显充血、肿胀、变得干燥以致毛细血管破裂出血，其特点是：鼻出血发生在发热期，量较少，出血部位在鼻腔前部。

(2) 高血压、动脉硬化、肝硬化、肾炎等，以及用力过猛或情绪剧烈波动有时也可引起鼻出血。其特点是病人年龄较大，多为中年以上；出血前可有一些先兆症状如头昏、头痛、鼻内血管受冲击感、血管跳动感等，出血常发生在深夜或凌晨，一般由动脉破裂引起，所以血液呈鲜红色，出血汹涌，出血常发生在单侧鼻腔，出血部位大多位于鼻腔中后部。

肾炎病人易鼻出血除由于肾炎引起高血压外，血管壁受到损害及粘膜易发生炎症，也是重要因素。

(3) 血液病。常见的有出血性紫癜、白血病、再生障碍性贫血、血友病等。因毛细血管壁受到损害和血液化学发生变化及凝血功能障碍而易发生鼻出血。其特点是持续不断地流血，双侧鼻腔弥漫性出血，不易制止。

(4) 营养障碍及维生素类缺乏。维生素 C、P、K 的缺乏可致血管壁脆性和通透性增加、凝血酶原时间延长而致鼻出血。

(5) 鼻位月经。即反复出现月经期鼻出血，又叫代偿性月经，可能是月经期血管及毛细血管脆性增加引起。

#### [家中处理]

1. 首先要安慰病人，不要过度紧张，并仔细查看是哪一侧鼻腔出血或哪一侧鼻腔首先出血。

2. 病人需安静休息，采取坐位或半坐位，并将流入咽部的血液尽量吐出，以免咽下后刺激胃部引起呕吐，加重鼻出血。另外还可估计出血量多少，必要时可服适量的镇静剂。

#### 3. 局部止血法

(1) 指压法：病人头稍向前倾，张口呼吸，然后用拇指和食指捏住鼻翼根部，使两侧鼻翼压向鼻中隔，注意不要捏在鼻尖上。一般需 5~10 分钟后再松开。同时用冷毛巾或冰袋冷敷后颈部及鼻根、前额部。一般少量的出血即可制止。

(2) 填塞止血海绵：将明胶海绵填入出血一侧鼻腔，并将鼻翼压向鼻中隔 3~5 分钟。明胶海绵上可置少许云南白药粉。

(3) 棉片止血法：将浸有 1% 麻黄素的棉片或沾有止血粉、云南白药粉的棉片塞入鼻腔并压迫数分钟，可使出血停止。需要注意的是棉片在鼻腔内不能置时间过长，尤其是夏季，易发生鼻腔感染而致再出血。

#### 4. 药物治疗和病因治疗

(1) 降压药：若有条件给病人测血压而知血压高，在家中用药物快速控制血压，如血压过高，达 200/110mmHg 以上应立即送医院抢救。应注意有些病人因出血过多，可导致血压下降，此时不可认为血压已正常，而应注意病人有无休克或休克前期症状。

(2) 补充维生素：常有鼻出血又不明病因的病人可予维生素 C 0.3~0.5 克，每日 3 次，维生素 K<sub>4</sub> 毫克每日 3 次，维生素 P<sub>20</sub> 毫克每日 3 次。

(3) 止血剂的应用：如有条件可予安络血 5 毫克每日 3 次，止血敏 500 毫克，肌肉注射，每日 2 次，立止血 1 单位肌肉注射每日 1~2 次。

5. 如果以上措施均未奏效或病人出现失血性休克前兆症状应立即送往附近医院，尤以到设有耳鼻咽喉专科的医院就诊为好，以免贻误时机，导致病情加重。

## 咽部、气管异物

当鱼刺、竹签等刺入咽部，或黄豆、花生米等异物误入气管时，病人出现呛咳或呼吸困难。

根据异物阻塞的部位不同，而有不同的临床表现。

1. 咽部异物 常因细小的鱼刺、竹签刺入咽部后随吞咽运动可上下活动引起咽部剧痛，尤其是空咽、吞口水时明显。病人可准确指出异物所在部位。喉咽部的异物还可引起病人有梗噎感或出现呕吐、唾液增多等症状。

2. 喉部异物 当异物进入喉内时可因反射性的喉痉挛而出现吸气性呼吸困难，并伴剧烈的刺激性咳嗽。在儿童呼吸困难及喘鸣特别明显，有时病人还出现吞咽时疼痛感、吞咽困难。若异物滞留在声门，大的异物可导致病人立即出现窒息，小的异物可出现呼吸困难、发音困难、声嘶等症状。

3. 气管异物 因异物刺激气管壁粘膜而引起剧烈呛咳、呼吸困难、气喘。有时可咯出血丝。若异物较小，可随呼吸上下活动，而致阵发性咳嗽及典型的异常呼吸声。有时在颈前可触及异物上下活动的震动感或听到拍击音。大的异物可引起呼吸困难甚至窒息。

4. 支气管异物 可出现轻度的呼吸困难或胸部不适感，仅有轻度咳嗽。

#### [常见原因]

1. 年龄特点 儿童尤其是1~5岁的幼儿，喜将物体或玩具放入口中玩耍，易哭、易笑闹、好跑跳，进食时边吃边玩，儿童的磨牙发育不全不能细嚼食物，咳嗽反射不健全，以上这些因素均可致气管异物。

2. 进食不当 家长给幼儿喂食不恰当的食物如瓜子、花生、豆类，或在喂食时戏逗、惊吓或打骂，以致食物呛入气道。成人进食仓促或疏忽，而将混杂在食物内的豆类、药片误咽。有时成人进食时说笑而使食物误吸入气管内。

3. 异物本身的形态特点造成 如花生、瓜子、豆类、针、钉、扣子等体积小、表面光滑、易造成气管异物。假牙托过松，进食时易发生误咽。

4. 不良习惯 有些学生写字时喜将笔帽、小橡皮含于口中，成人在工作时喜将大头针、扣子等含在嘴里，当突然说话或吸气时，易发生气管异物。

5. 不适当的治疗 儿童将异物如橡皮、珠子、纸团塞入鼻腔内或含于口中，家长钳取鼻内异物不得法，用手指伸入口内挖取异物致使异物误咽或呛入气管内。

6. 昏迷、醉酒及吞咽功能不全 在这些情况下，病人会在进食时将食物误吸入气管内。另有少部分精神病病人或企图自杀的人也可发生。

#### [家中处理]

原则上异物应尽快取出，以避免或减少并发症及窒息的机会。

1. 咽部异物绝不可用手指挖取，以免造成咽部粘膜损伤。

2. 不可用大块食物如饭团咽压异物，这样只能使异物更深的刺入咽部组织。

3. 有人主张喝醋也是不可取的，因为欲将鱼骨酸化其过程极慢，而且醋在咽部停留时间较短，不能起到软化作用。

4. 小儿食鱼时若发生鱼刺入咽，因其扁桃体肥大，鱼刺多扎在扁桃体上。让小儿张大嘴用电筒照明、筷子或其他扁平物将舌头压住，发“啊”时，较大的刺可被发现，用稍长的镊子或细头筷子可将鱼刺取出。发生在咽喉部的异物应去

医院取出。

5. 异物深入气管时应立即送病人去附近专科医院急诊处理。如延误时机，病人有窒息死亡的可能。

## 牙 痛

牙齿由于外伤或炎症侵犯了软组织或牙髓及支配局部组织的神经引起的疼痛称牙痛，疼痛呈刀割样或闪电样等表现。

牙痛程度有强有弱，急性炎症时疼痛剧烈，急性牙髓炎时疼痛呈闪电样或刀割样；骨膜下脓肿时感局部跳痛、胀痛、咬嚼食物疼痛更甚。

### [常见原因]

1. 急性牙髓炎 早期往往有不自主的一阵一阵的忍受不了的尖锐性疼痛，尤其是遇冷刺激后疼痛更是难忍，但是发作时间较短，每次疼痛发作之间的间隔时间较长。后期表现为疼痛更加剧烈而且疼痛时间长，间隔时间短，如含一口冷开水或食冷食时，反而疼痛减轻。疼痛可放射至邻牙、对牙合牙、面部、耳周、太阳穴周围（对牙合牙指闭口时与之相对的牙齿）。发作时常常说不清楚是哪一颗牙痛，在夜间睡觉时由于体位的变化疼痛也随之而加剧，常常不能入睡或从睡眠中痛醒。深龋，就是严重的“虫牙”，不及时治疗可发展成牙髓炎，从表面上看，牙齿呈黑黄或板油色，甚至有明显的洞，患牙的牙体变色，牙外伤（一般有明显的外伤史），牙裂伤，严重磨损，补牙后填充物过高等也可引起牙髓炎症。

2. 急性根尖周围炎 有不自主的持续性的疼痛，对冷、

热刺激无反应，自觉患牙伸长、浮起感，进食时疼痛不能咬东西，但紧紧咬住患牙时疼痛减轻，能明确指出患牙，疼痛较局限，叩齿（用手指或筷子轻敲患牙）时疼痛，牙龈有红肿，用手指按压牙龈疼痛明显，伴有颌下淋巴结肿大及发热等全身症状。主要是牙髓炎没有及时得到治疗，使牙髓的感染扩散到根尖周围而致，也可因外伤及治疗患牙过程中药物刺激而造成。

3. 急性牙槽脓肿 为持续性剧烈疼痛，患牙活动且有伸长感觉，下颌淋巴结、耳后淋巴结肿大，不能咬东西，饮食困难，牙龈明显肿胀，触之剧痛，2~3天后疼痛减轻，牙龈变软，有带咸臭味的脓血物流出，若脓液穿破骨膜形成粘膜下脓肿时疼痛随之减轻；若脓液穿破粘膜或从牙龈周围得以排出，疼痛和伸长感就基本消失，牙齿活动度减轻。这主要是因为脓液在骨膜下时局部内压力大而造成的压力痛，随脓液排出压力减低，疼痛减轻或消失。病人伴有发冷、发热、周身不适等。主要原因是牙根尖周膜骨组织发炎。

4. 智齿冠周炎 一般在18~30岁第三磨牙萌出，智齿人们常称为尽头牙或第三大牙，也就是从门齿数第八颗牙，由于人类的进化，智齿生长常常位置不正，牙齿部分被骨组织和软组织覆盖，使智齿和第二磨牙之间或部分覆盖智齿的牙龈组织下的盲袋中容易塞入食物残渣而不易清除，当机体抵抗力下降如：口腔卫生差、感冒、女性月经期、疲劳过度、睡眠不足时易发生牙冠周围组织炎症，简称智齿冠周炎。好发于下颌智齿，开始时只是不适感，而后疼痛向耳部放射，局部红肿、咽红、咽痛、患侧嗓子周围疼痛，张口受限，重者

进食吞咽困难，患侧面颊部肿胀，下颌淋巴结肿大，脓血物流出，口臭、发热等全身症状出现。

5. 干槽症 一般在拔牙后 2~3 天疼痛逐渐减轻或消失并可以正常进食。若拔牙后 2~3 天疼痛加剧同时向耳颞部放射，口内有腥臭味，则是发生了干槽症，也就是拔除牙的牙槽窝内的感染。出现干槽是由于手术创伤较大，手术时间过长，炎症期拔牙，凝血功能障碍，术后口腔卫生差，为了怕出血而长时间的咬止血纱球（一般术后咬纱球 20 分钟左右吐掉即可），手术处理欠妥当，拔牙后立即漱口，加之全身抵抗力下降，如：糖尿病病人、感冒、女性月经期等。

6. 牙外伤 多发生在前牙，有的牙某一角折断缺失，有的牙劈裂成两片，此时可见新鲜牙神经暴露，疼痛难忍，任何刺激都可引起剧痛，张口呼吸时空气的出入都可感到剧烈的疼痛，还有一种情况是牙齿整个脱出口腔，伤口处出血不止。

7. 急性牙周炎及牙周脓肿 主要是慢性牙周病病人的牙周袋较深，当引流不畅时；创伤咬牙合时；由牙签等物误伤时；加之身体抵抗力下降，可引起急性牙周炎。病牙的牙龈红肿明显，剧烈的跳痛，咬嚼食物、刷牙时均有少量出血。病人感觉牙齿伸长且有不同程度的活动，牙根有不同程度的暴露，咬嚼食物困难，疼痛，用手敲打病牙时有明显的疼痛。当炎症继续发展则形成牙周脓肿，牙龈更加肿胀，压之像水囊并有压痛，下颌淋巴结肿大，伴有全身不适，发热等。若不处理，脓液可从牙龈表面或牙龈间穿破，脓液得到引流，疼痛就减轻了，但是经常反复发作，并在牙龈上可见一瘻管

(表面看有一小孔)。

8. 急性损伤性牙周膜炎 当吃食物时,咬了硬食物或不小心咬了小砂粒,受伤的牙齿疼痛,咬东西时加重,重者不能咬嚼食物,甚至引起牙髓炎(参见牙髓炎部分)。

9. 三叉神经痛 多发于中年,女性多于男性,多发于单侧,发作时呈突然发作的闪电样阵发性剧烈疼痛,发作时间短暂,数秒或数分钟,常常因刷牙、洗脸、说话或触摸面部某一点而发生。

10. 牙齿敏感症 患牙酸软无力,遇甜、酸、冷、热都可引起疼痛,从表面看,牙齿磨成平板状或牙齿接近牙龈的地方有一条明显的深沟。

#### [家中处理]

##### 1. 急性牙髓炎

(1) 局部处理。准备物品:尖锐针一支,小棉球若干,牙痛水。方法:开髓就是打开牙髓腔,即牙神经所在的地方。用尖锐的粗针(或锥子)将牙洞内的食物残渣清除干净,注意操作要小心,不要用力过猛,以免使疼痛加剧,清除干净龋洞后,要迅速地刺穿洞底,立即就有脓血溢出,此刻由于牙髓腔内的压力减低,使疼痛减轻。用温热水漱口后,将准备好的小棉球把洞底擦干净,将一小棉球浸牙痛水后放在洞底。如无药物,放一个松松的小棉球在洞内即可止痛。应注意不要用患牙咬嚼食物,要吃温热松软的食物以免引起剧痛。

(2) 口服药物。止痛药:止痛片芬必得。消炎药:麦迪霉素、螺旋霉素、先锋霉素等。

(3) 针刺、指压穴位止痛:合谷、下关、颊车。

## 2. 急性根尖周围炎

(1) 局部处理。开髓是最好的止痛方法。方法同急性牙髓炎局部处理。

(2) 口服药物。止痛药，消炎药，解热止痛中成药（同前）。

(3) 外敷。用热水袋或热毛巾外敷。

(4) 休息，避免重体力劳动。

## 3. 急性牙槽脓肿

(1) 早期可用冰袋，冰水毛巾冷敷，可使局部肿胀及疼痛减轻。

(2) 口服药物。止痛药，消炎药，可配合解热镇痛中成药，如：牛黄解毒片 4~6 片/次一日二次。

(3) 休息、随时注意体温变化。

(4) 针刺、指压止痛，可选择合谷、下关、颊车、牙痛穴等。

(5) 此期病人一定要密切观察，如局部变软或全身症状严重应立即去医院进行治疗。

## 4. 智齿冠周炎

(1) 口服药物。止痛药、消炎药。

(2) 局部处理。每日多次用清水或食盐水漱口，如果家中有注射器，可将针尖磨圆钝（以免刺伤牙龈）然后将食盐水吸入，将针头放在牙龈与牙之间的间隙中反复冲洗，一日三次以上。在萌出牙周围用针沾碘酚或碘甘油液涂于牙与牙龈之间，每日 1~2 次，特别是睡前应冲洗，涂药一次。

(3) 早期应到医院进行超短波、紫外线治疗，效果较好。

(4) 若病人张口困难，可用橡皮管，玻璃吸管或一次性使用的塑料吸管，吸吮流质食物。

(5) 要注意休息，平时多漱口，特别注意在餐后漱口，以保持口腔清洁。

(6) 待炎症消退后，到医院拔除阻生齿，若局部已形成脓肿，触之有波动感则应立即送医院切开引流。

(7) 休息，吃高营养易消化的食物，如：牛奶、酸奶、鸡蛋羹、粥、鸡汤、鱼汤等少量多餐。

#### 5. 干槽症

(1) 局部处理。用弯针头的注射器吸食盐水或双氧水冲洗伤口，用浸有盐水或双氧水的棉棒将伤口清洁干净，用棉球拭干后将消炎药粉（避免用过敏的药物）放到伤口内，上面放一松松的小棉球，防止药物流出，注意不能填塞过紧，每2~3日换药一次，表面的小棉球每日更换一次。

(2) 口服药物，止痛药，消炎药。

(3) 休息，注意营养。

(4) 若手术伤口较大应立即去医院诊治。

#### 6. 牙外伤

口服止痛片并用干净纱布或手帕压迫伤口止血，立即送医院处理，处理的及时与否是确保牙髓活力的关键。

若牙脱落（完整的牙），局部应用干净纱布或棉球紧紧咬住达到压迫止血的目的，脱落牙应放入生理盐水中，最好放在水杯或水瓶内，然后带着脱落牙立即去医院看急诊。

#### 7. 急性牙周炎及牙周脓肿

(1) 注意口腔卫生。漱口，最好用盐水漱口，采用药物

牙膏如洁龈牌牙膏等。每天认真刷牙。

(2) 口服药。止痛药，甲硝唑 0.2 克一日三次。四环素 0.2 克一日三次，牙周宁片（遵医嘱）。

(3) 针刺、指压止痛（同前）。

(4) 牙周病病人应定期到医院洗牙，半年或一年一次。

(5) 若牙周脓肿已形成，（触摸有波动感时）可用大粗针（缝棉被用的针最好用碘酒、酒精消毒或用火烧灼）或注射器针头，在脓肿最突出的下方将其刺破，口尽量张大，让脓液排出，切忌加较大的力挤压。

(6) 休息，食流食、半流食。

#### 8. 急性损伤性牙周膜炎

注意休息患牙，用健侧咀嚼，避免冷、热、硬食物刺激，若仍疼痛难忍，则立即到医院诊治。

#### 9. 三叉神经痛

(1) 口服药物。苯妥英钠 0.1 克/片，每次 1 片，每日三次；芬必得 1 片，痛时服；颅痛定 0.03 克/片，每次 1~2 片，每日三次。

(2) 针刺、指压穴止痛（同前）。

(3) 避免接触“扳机点”（即最敏感的可引发疼痛的区域）。

#### 10. 牙齿敏感症

(1) 平时使用脱敏牙膏（含氟）刷牙。

(2) 嚼茶叶、核桃仁，可减轻症状。

(3) 用大蒜瓣涂擦敏感牙表面，可使症状减轻。

(4) 避免吃较硬食物，宜吃温热食物。

### 11. 牙痛的一般疗法及常用药物

(1) 休息患侧，尽量用健侧咀嚼，家中各位成员要体贴，照顾病人，特别是病人疼痛难忍时易急躁，往往不明原因发脾气，大家应忍让，理解病人，帮助他渡过痛苦阶段。

(2) 宜食软食、流食，少吃过冷、过热食物，餐后要用盐水或清水漱口，清除食物残渣，保持口腔清洁。

(3) 口服药物：①止痛药。去痛片 1 片，疼痛时服，注意每次服用间隔四小时左右；芬必得（布洛芬缓释胶囊）1 粒，痛时服，注意每服一次药效持续 12 小时。②消炎药。乙酰螺旋霉素每次 0.2~0.3 克，每日 3~4 次，口服，注意个别病人有药疹、头晕、胃肠道反应。头孢氨苄胶囊（头孢菌素Ⅳ）每次 0.25~0.5 克，每日 4 次，口服，注意对青霉素过敏者慎用。头孢拉定胶囊每 0.25~0.5 克，每日 3 次，口服。复方新诺明每次 2 片，一日 2 次，口服，磺胺过敏者禁用。③常用漱口水，可选择生理盐水、多贝尔漱口水、爽口液、温开水，有条件者可用复方硼砂溶液。

### 12. 针刺、指压常用穴位

牙痛穴：位于掌侧第三、四掌骨间横纹上一寸。合谷：手背面的第一、二掌骨中点，偏食指侧，约平第二掌骨中点处。下关：耳前方，颧弓之下，当颧弓与下颌切迹形成的凹陷处。颊车：下颌角上方一横指，咬牙时肌肉隆起处。迎香：鼻翼旁 5 分，鼻唇沟中。承浆：下颌正中线，下唇缘上方，颏唇沟中央凹陷处。

用手指按压穴位可以使疼痛减轻，针灸效果更佳。

## 口腔颌面部损伤

口腔颌面部损伤是指口腔及面部的软、硬组织受到直接或间接的外力所造成的创伤。口腔颌面部包括口腔、眼眶的下外侧方，耳前下方、颊部（俗称两腮）、唇部、下巴及上颈部分。由于这些部位是人体的暴露部分，又是感觉器官，血管、神经密集的地方极易受到损伤、感染。

口腔及面部的受伤部位肿胀、皮肤、粘膜下淤血、青紫、疼痛、伤口边缘为整齐或不整齐的裂口，有出血、压痛、不能张口或张口困难，受伤牙松动、牙移位、牙折断、牙半脱出或完全脱出。牙齿的咬合关系不正常，也就是上下牙咬合在一起的时候，不是左侧咬不上，就是后牙能咬上而前牙却对不上刃。

口腔出血常由外伤、口腔的各种炎症、拔牙后及患有其他全身性疾病而引起。严重的面部外伤后如果出现烦躁不安，面色及四肢苍白，皮肤湿冷、鼻翼扇动、呼吸困难、恶心、呕吐、意识模糊甚至昏迷，应高度警惕有颅脑损伤的可能。平时咬到混入食物中的砂石、碎骨片、金属片、玻璃渣等硬物时，由于这种意外力量可使牙根部的血管受伤而破裂、出血，所以伤后会感到牙痛，特别是遇冷热或再咬食物时更敏感。有的用手指敲牙齿时感到疼痛，有的牙可有不同程度的活动，牙伸长感，常常伴有牙龈挫伤，撕裂伤，牙周围的软组织有淤血、血肿或渗血、大出血。

[常见原因]

1. 面部挫伤 主要是指皮肤下软组织损伤，而皮肤的完整性基本没有受到破坏，有的仅有表皮擦伤，表现为受伤部位周围的软组织肿胀、淤血、青紫、疼痛（或压痛）、血肿，如果受伤中心在耳前的下颌关节部位，张口受限制并疼痛，但咬合关系正常，伤及眼睛周围、眼周肿胀而不能睁眼。

2. 牙折 最常见的是上前门牙，在运动时相撞或跌倒时，牙齿面向前下，上、下牙由于外力相撞或后牙突然咬到砂石等硬物时均可能发生牙折。当被高处坠下石块、棍棒、铁器击伤或受各种挫伤时，可造成多数牙不同程度的折断甚至粉碎性的牙折。牙折就是牙齿有不同程度的折断缺损。简单地说，牙齿分为两部分，牙冠和牙根，牙冠是指平时口腔内见到的，位于牙龈上面的部分。牙根是埋在牙槽内，位于牙龈下面的部分。牙折分为以下三种情况：

(1) 冠折：显而易见的牙冠有不同程度折断缺损，牙冠若只有较小部分的缺损，往往无明显的感觉或遇冷热刺激时稍微敏感一些，牙冠若缺失  $1/3$  或  $1/2$  以上，或者发现牙齿中央隐约有粉红色或露出鲜红色时，则表明损伤已经邻近牙髓（即牙神经）或者已经伤及牙髓了。此时任何一点极其轻微的刺激都会引起剧痛，甚至不敢张口呼吸。

(2) 根折：主要表现为牙齿活动，用手指按压疼痛明显，牙根折断的位置越靠近牙冠，牙齿的活动度就越大，反之若根折部位靠近根尖，牙齿活动不大明显，但咀嚼时会感到疼痛。

(3) 冠根联合折断：牙齿一分为二，折断的部分活动，而另一部分仍很稳固，有的折断裂缝不大明显，但是伤牙不能

进行咀嚼，伤牙疼痛，当用手指敲伤牙时疼痛更加明显。伤牙的牙龈边缘有不同程度的渗血。

3. 牙脱臼 由于外伤牙齿的位置发生了明显的改变。牙齿的移位、半脱臼、完全脱臼或嵌入深部的组织内，表现为牙冠变短或向外、向内移位；牙齿仅与周围组织极少部分相连；牙齿十分活动，严重者可使牙齿完全脱出口腔外，同时伴有牙龈及口周围软组织挫伤、撕裂、淤血、肿胀、出血及牙齿周围的骨质出现骨折。

4. 面部外伤 无论是砸伤、咬伤、裂伤或爆炸伤，挫伤，伤情不同，症状则有些相同。伤至较深的大血管时，伤部的包块会不断地增大，触及有波动感，大血肿若在舌下，咽部两侧可出现呼吸困难，甚至窒息。伤及动脉时，出血呈喷射状，色鲜红、量多。静脉出血为暗红色。较缓慢的出血为毛细血管渗血。若外伤引起骨折，骨折断端也可不断出血，血液通常被咽下而引起呕吐血块，若出血量太多，则病人出现头晕、口渴、恶心、烦躁、脉搏快而弱，面色及口唇发白，四肢潮冷，呼吸急促，这就是失血性休克的典型表现。

5. 拔牙后出血 一般在拔牙后 20 分钟将为了止血的放置伤口上的纱球吐出，此时出血基本停止，24 小时内若吐出的唾液中混有少量淡红色的血液则是正常的。如果在拔牙后数小时内唾液中混有大量的鲜红色的血液，则为拔牙后出血。主要原因是拔牙后漱口、吸烟、吃东西不注意使血凝块脱落，也有的是因为拔牙时创伤较大、牙龈撕伤、拔牙创口内的一些肉芽组织，碎骨片等未刮除干净，牙槽窝内小血管的破裂。几天后出血，可能是血凝块感染分解等其他原因出现继发性

出血。

6. 牙龈炎 口腔卫生较差，牙垢多，牙龈红肿，刷牙时出血明显，在咬馒头、水果等食物时可在食物上见血迹，口腔内有血腥味，有时感觉牙龈痒痛。

7. 牙周炎 牙龈红肿，牙根有不同程度暴露，有口臭，牙齿松动，某些牙齿经常疼痛，牙周脓肿、溢脓、渗血。

8. 牙龈瘤 常见于妊娠期妇女，两牙间的牙龈头上可见鲜红色或紫红色的肥大增生，多数有小蒂，易出血。

9. 肝脏疾病 口腔或面部受损伤后，可发生持续性出血，伴有肝大，肝功能不正常，慢性肝炎。

10. 血小板减少性紫癜 多见于儿童与青年女性，有的病人突发高热，广泛性严重皮肤出血，大片淤斑，甚至血肿，口腔内牙龈、舌尖、舌的两侧，颊部，上腭可出现血疮，血疮易破，破后形成溃疡，牙龈易出血，不易用一般方法止血，口内常有血腥臭味。

11. 白血病 此病是一种原因不明的恶性疾病。多见于青少年，发病急，有不同程度的发热，牙龈肿大而且苍白，其肿大的程度几乎将牙齿整个包住，常出现表面溃烂，渗血不止或突然发生大出血，伴有程度不同的腐败性口臭。

12. 坏血病 又称维生素 C 缺乏症，表现为全部牙龈肿大、红紫、压之松软，自发性出血明显，并伴有牙痛、口臭，严重者牙活动甚至脱落，鼻出血、血尿、月经过多等。

13. 高血压 有高血压病史，老年人有的有动脉硬化，在拔牙后或创伤后易出血。

14. 糖尿病 糖尿病病人可发生牙龈炎、牙周炎，严重者

可有牙齿松动、牙周脓肿、拔牙后、创伤后易出血并易发生感染。

15. 尿毒症 尿毒症病人机体抵抗力低,口腔有异味,牙龈易出血。

16. 妇女经期 有牙周病史的病人在此期间易出血,经期拔牙、外伤时也易发生出血。

### [家中处理]

#### 1. 面部挫伤

(1) 在伤后 24 小时内用冷水毛巾、冰袋或用两层塑料袋装上几块冰块冷敷于伤口,以达到止血的目的。24 小时后应热敷,方法是用热水袋、热水瓶子或红外线灯。冷热敷时应注意用毛巾保护皮肤,应注意间断做冷或热敷,以避免引起冻伤或烫伤。

(2) 如果下颌关节挫伤,可在两侧后牙各放一块厚度 2~3mm 的橡皮垫(用橡皮塞子和橡皮擦均可代替),再用弹性绷带或用宽约 7cm (2 寸)的松紧腰带将下巴向头顶上吊紧。在包扎或用弹性腰带时应避免太松,但在两周后必须注意进行张口训练,以局部按摩、理疗辅助治疗,逐渐恢复正常的张口功能。如家中备有“好得快”、“理通”等喷雾药剂可喷洒于局部,但应注意保护眼睛,皮肤有擦伤或伤口不洁不要使用这类药物。

(3) 如牙挫伤,应在 1~2 周内不要使用受伤牙齿咀嚼食物,不吃较硬的食物,不喝太冷、太热的水或饮料,吃温热和松软易消化的食物为宜。用温水刷牙、漱口。

(4) 口服云南白药。

(5) 活血化瘀中药需在受伤 24 小时后方可服用。

2. 牙折 牙折的程度不同，治疗的方法也不同，牙齿只有较小部分的折断者，可用大蒜瓣涂擦表面，用脱敏牙膏刷牙，也可嚼茶叶或核桃仁，不要用伤牙咀嚼食物。若牙折缺损较大或出现冠根联合折断者，应去医院治疗。

3. 牙脱臼 牙齿嵌入组织内或半脱位时可用手将伤牙拉出来回到原来的位置，但是如果拉出很费力，千万不要强行拉出，用缝衣服的尼龙线，最好用双股或三股，先将线穿过伤牙左侧（或从右侧开始）相邻的第一或第二颗健康牙的牙缝，把两根线交叉或打一个结，然后将线的一端绕到伤牙的舌侧；从另一侧牙缝中拉出，交叉后，再将前面的线绕到下一个牙的舌侧，最后在右侧的健康牙靠牙缝的地方打结固定，结扎的结和交叉点一定要拉紧，否则达不到固定的目的。固定时间为 3~4 周。若脱位牙掉到地上或不干净，可用自来水冲洗干净，然后将其浸放在牛奶、生理盐水或自来水杯子里。注意完全脱位牙一定不要让其干燥也不要酒精擦洗或浸泡，如若条件不好也可以将脱落牙含在舌下立即到医院诊治。

儿童的乳牙外伤，最多见是上前牙。若牙冠入组织 1/3 或 2/3，牙龈出血可用纱球或棉球压迫止血。牙齿可暂不处理，口服消炎药，不要用伤牙咬食物，等待再萌出。对伤牙要注意观察，如果影响换牙或有感染，应及时去医院处理。

4. 口腔颌面部外伤的急救 口腔颌面部与颅底紧密相连，血运丰富，有许多自然的腔窦，如：口腔、鼻腔、上颌窦等，存有许多病原菌，容易感染。口腔、鼻腔是呼吸、进

食的入口，颌面部具有呼吸、咀嚼、吞咽、语言、表情等重要功能，外伤后处理不当，会造成严重的不良后果。由于有以上特点发生损伤后，常有窒息、出血、休克及颅脑损伤等危急情况，遇到这些情况，要冷静地判断给予适当的处理。

(1) 防止窒息：窒息系指因受伤后吞咽反射、咳嗽反射减弱或消失，而出现呼吸困难，多由口腔内分泌物、血液、呕吐物、碎骨片、牙齿（或假牙）、撕裂的口腔内组织阻塞或吸入气管所引起；也可因为下颌骨骨折、舌后坠堵塞咽腔所引起；舌的下方、咽部两侧、舌根部的血肿、水肿可压迫气道产生呼吸道狭窄而发生窒息。另外口咽内的烧伤、烫伤（如喝下强碱、强酸性药物）或吸入火焰，可使口咽部水肿而引起狭窄等发生窒息。无论哪种情况引起的呼吸困难都应按下述方法急救。

①将伤者的头偏向一侧，用手指清除口腔和咽部的血块、牙齿、碎骨片等异物，用塑料管吸出口中的血液。特别提出的是假牙，若假牙未折断也要将其取下，以免发生意外。

②舌头后坠，将舌头拉出，用大别针穿过距舌尖2厘米的地方，将别针的另一头用几股粗的尼龙线（缝衣线）固定在衣服扣或扣眼上。

③上颌骨（上腭）或软腭因骨折撕裂而下垂，可将一根竹筷横放在上颌后牙处，再用绷带或围巾、布条在额头上缠绕1~2圈，把竹筷两头栓上布条或线绳然后固定在头部的绷带上，使下垂的上腭往上托起，以保持呼吸道通畅。

## (2) 止血

①加压包扎法：适于面部及头皮等处的出血，可用干净

纱布或药棉、手帕等盖在出血处，再用绷带或长布条包扎，尽量紧一些，但不要影响气道的通畅。

②填塞法：适于面部、颈部裂开、穿通性（称开放性损伤）伤口，用干净的布类及棉花填入伤口内，外面再加压包扎，特别是颈部、舌下伤口填塞加压时，注意保持呼吸道通畅。鼻出血时不要盲目去填塞，如果有颅底骨折发生脑脊液鼻漏时，鼻腔流出的血液常较淡且不易凝结。如果搞不清楚是否有脑脊液，可将流出的鼻血滴在吸水纸或纱布上，很快发现血迹的周围有一圈似被水湿润过的粉红色环形红晕，即可确定鼻血中混有脑脊液。但此时千万不要用任何东西填塞鼻孔，以免产生脑内感染等严重并发症，不要用力擤鼻涕、咳嗽，打喷嚏。急救时，尽量止血及覆盖暴露的伤口，减少感染的机会，尽快送医院处理，若路程远，有冰袋可放置加压包扎外侧，促进止血。

(3) 休克：主要是创伤性休克和失血性休克，必须立即送医院抢救，转送途中应注意保暖、输液、止痛，不可盲目给镇静剂。

(4) 伤口和组织的保护：颌面部血管丰富，虽然出血多，但抗感染力也较身体其他部位强。一般在 48 小时内，伤口无明显感染都可以缝合。眼睑（即眼皮）、耳、鼻、唇、舌等处的撕裂伤或有大部分离体组织，应将组织尽量保留，离体组织可用大量清水冲洗干净，切勿用酒精及其他消毒液“消毒”，冲洗干净后将离体组织放在生理盐水或抗生素水里，若无条件也可用干净的湿布包住组织，立即送医院处理，在伤后 6 小时内可将离体组织缝回原处。伤口大者需注射破伤风

抗毒素血清 1500 国际单位。

#### (5) 面部烧伤的处理

热水、热气、火焰、热油等烫伤：轻度的用牙膏、食用菜油、芝麻油涂于表面，若有水疱，应皮肤消毒后用消毒的针穿过水疱，放出疱中液体，水疱的皮是最好的保护敷料。若水疱皮脱落，可在表面涂上薄薄的一层眼膏或凡士林膏，千万不要涂龙胆紫等染料药物。儿童可用 1~2 层纱布覆盖伤处，每天换药 2 次，口服止痛药、消炎药，若严重的烧伤应去医院处理。

强酸、强碱烧伤：立即用大量的清水冲洗以稀释其浓度，若是石灰烧伤，注意先将石灰清除干净再用清水冲洗，防止石灰遇水产生热，加重对组织的烧伤，然后蘸干，即去医院做进一步的处理。

(6) 外伤后的饮食及护理：①根据伤情选用普通食物，软食、半流质（鸡蛋羹、粥、面糊等）。流质（牛奶、豆浆等），少食多餐，一日 5~6 顿，食物应富有营养易消化，以利于伤口愈合。②口腔内伤较严重的需要喂食，可用小勺喂食，也可用小壶，在小壶嘴上套一根橡皮管或塑料管，管子的另一头放入口中（舌头上），缓慢地喂入。要耐心、细心、顺其吞咽节奏慢慢喂入，还应注意掌握好食物的冷热。③头面部外伤后只要无颅脑损伤，最好是半卧位，以减少出血、利于咳嗽和吐出分泌物，避免肺部感染。④保持口腔的清洁是极其重要的。口腔内有伤口，伤者有的不能清洁，除了每顿饭后、睡前要清洁，有的在两顿饭之间再进行一次清洁口腔。方法是用棉棍蘸上盐水或 3% 双氧水先将牙、牙龈上的食物残渣、

伤口周围的脱落物及舌背上厚苔擦洗干净,再用大量的盐水、漱口水或温水冲洗,冲洗是最好的方法。用大的注射器即可,将伤者胸前围一张塑料布,端上一个小盆接水。若嘴里有明显的臭味,可用3%的双氧水冲洗,再用白开水冲洗,平时应多饮水。

### 5. 拔牙后出血

(1) 局部处理:把止血粉、云南白药或明胶海绵放在纱球或棉球上压在出血的地方,然后咬紧之,20分钟后方能止血。

(2) 感染后出血:抗炎治疗。

(3) 拔牙后压迫止血15~20分钟即可,不要过长,过长反而能引起出血,拔牙后24小时内要进偏冷食物。不要漱口、刷牙,24小时后刷牙时应注意避开创面。不要吸烟,因吸烟使口腔温度升高,血液循环加快,易出血。不要用舌舔或吸吮伤口,因血没凝固就被吸吮掉了,易出血不止。拔牙后用冰块装入塑料袋中,有冰袋更好,间断性地冷敷在拔牙部位相应的面部,可以帮助止血。

(4) 拔牙创口过大或伤口没处理好,若不就医是很难止血的,固必须及时去除骨片、血块等或缝合牙龈方可奏效。应立即去医院治疗。

(5) 智齿拔除后呈喷射性出血,局部应用干净纱球或棉球咬紧立即去医院。

### 6. 牙周病(牙龈炎、牙周炎)

(1) 清洁口腔,每日刷牙2~3次,最好每餐后刷牙,不要怕刷牙出血,吃食物后均漱口或喝白水。

(2) 口服药物。牙周宁每次 2 片，每日三次，维生素 C 2 片，每日三次，甲硝唑每次 0.2 克，每日三次，长期服用应在餐时服，以减少对胃的刺激。

(3) 局部用药。有牙垢者最好去医院做洁治（洗牙），坚持每日用双氧水冲洗牙龈与牙齿连接处，再用清水漱口数次，用细针蘸碘甘油涂在牙龈缘处。

(4) 按摩。将双手洗净张口，两食指分别放在唇侧两门齿的根部，向两边做螺旋运动直至无牙根区为止；而后，双手拇指放在上腭两门齿根部向口外做施压推移，由门齿至无牙根区反复几次，下颌牙周按摩唇侧用拇指，舌侧用食指，方法同上颌牙周按摩，做完后立即漱口，每日二次，效果较好。

(5) 上、下竖着刷牙，切忌横刷，正确认真的刷牙对口腔来说是较好的按摩，先左后右先上后下，先唇面再咬合面，后舌面，反复刷 3~5 分钟，不要使太大的力刷牙，每日刷 2~3 次，餐后漱口。晚上刷牙比早晨刷牙更重要，因为口腔中的温湿度适宜细菌生长，加之夜间睡眠口腔处于静止状态，若不刷牙，食物残渣就会在口内发生一系列变化，使龋病（虫牙）、牙周病及感染等疾病加重。

(6) 有些人由于牙齿排列不整齐或随年龄增大牙龈萎缩牙间隙较大，吃东西后食物容易嵌塞，人们一般用牙签剔牙，牙周病病人在使用牙签时，最好能对着镜子，选用木制无毛刺牙签，切忌用金属棒及火柴棒代替。因为硬及有毛刺的牙签都会因触及牙龈而引起牙龈出血，使感染加重，另一方面，使用时应沿牙与牙的间隙向口腔中心方向移动，角度要适当，以既不伤牙龈，又能清除食物残渣为宜。随着牙线的上市，使

人们更方便于携带，作用与牙签相同。牙线的使用方法：两手食指、中指绷紧线，将其压入牙缝中，做上下拉锯运动，使食物被剔出。

(7) 牙膏的选用。目前市场上牙膏种类繁多，一般选用个人喜欢的香型牙膏，牙周病人最好选用药物性牙膏，如：洁龈牙膏，两面针牙膏等，药物牙膏可辅助治疗牙周病，另外，刷牙时用淡盐水为佳，既简便又能治病爽口。

(8) 若牙齿有松动应及早去医院就诊。

(9) 假牙不合适者应及早去医院将假牙修理或更换新的假牙。

## 红 眼

红眼是眼部发红的统称，它包括眼睑红、眼球红等，是眼部炎症的体征，也是最常见眼部疾病表现之一。

### [常见原因]

#### 1. 眼皮红

(1) 麦粒肿：俗称针眼，是由细菌引起的化脓性炎症，内麦粒肿是睑板腺发炎，外麦粒肿为毛囊炎症，开始自觉眼皮不舒服，次日发现眼睑红肿，不敢碰，疼痛，可见有脓头或可见破溃。

(2) 睑缘炎：是由于细菌感染或局部慢性刺激所引起，眼睑皮肤胀、发红、粗糙，有发痒的感觉或眼角奇痒；有鳞屑脱落或破溃，睫毛脱失睑缘有痂皮。

(3) 慢性泪囊：是泪囊区的慢性炎症，自睑内下方局部

红肿，疼痛不明显，挤压时有脓性分泌物从泪小点流出。

(4) 皮疹：多见湿疹、带状疱疹及单纯疱疹，局部发红肿胀，有红色皮疹，伴有酸痛或痒感，可出现水疱、结痂等。

(5) 皮肤过敏：由于对食物、药品或局部化妆品、洗发水等化学药品过敏引起，一般有接触后出现局部红肿发痒，可起小斑丘疹。

(6) 眶蜂窝组织炎：多由鼻窦炎及邻近组织炎症所引起，眼睑明显红肿，眼球突出，不能转动，眶压升高，头痛，视力下降，体温升高等全身中毒症状。

(7) 眶骨膜炎：多见于眶附近组织炎症的蔓延，表现为眼睑肿胀、发红酸痛，夜间可放射至眉部，可出现眼球运动受限。

## 2. 眼球红

(1) 局部刺激：多由于肥皂水、洗发水及油烟等刺激引起眼球发红，主要是球结膜充血。

(2) 结膜下出血：多在有动脉硬化高血压等全身病基础上，由于过度疲劳、情绪激动、饮酒、用目过度、咳嗽及大便干燥等诱因，结膜下毛细血管破裂引起，大多无自觉症状，由别人或自己照镜子时发现结膜下出血眼球发红，无其他异常。一般不影响视力。

(3) 急性结膜炎：多为细菌、病毒、真菌及其他物理化学因素刺激引起结膜急性炎症，眼结膜充血发红；磨痛，畏光有分泌物。

(4) 巩膜炎：是一种与全身免疫功能有关的疾病，病情缓慢、易复发，自觉症状不明显，眼睛局部结膜及结下巩膜

充血发红，眼球可有局部压痛，对视力无大影响。

### [家中处理]

#### 1. 眼皮红

(1) 眼睑皮肤的红肿多为炎症故积极抗炎治疗，可局部使用抗生素。如氯霉素、庆大霉素眼药水及红霉素眼药膏，也可以口服抗生素。

(2) 已有脓肿形成的病灶要及时切开引流消除病灶。

(3) 早期炎症在用药同时可以热敷，加速炎症消退。

(4) 对于皮疹和过敏：首先脱离过敏源，同时服扑尔敏等抗过敏药。局部可点抗生素和强的松龙眼药水。皮疹可看皮肤科以局部用药为主。

(5) 对慢性泪囊炎和麦粒肿后形成的肉芽肿可到医院进行手术治疗。

#### 2. 眼球红

(1) 局部刺激一般不需特殊处理可自行恢复，一般不影响视力。

(2) 结膜下出血：①一般在1~2周内多数出血可自行吸收，为防止感染可局部点抗生素眼药。②如果有进行性出血可服用云南白药等止血，并到医院进一步就诊。

(3) 急性结膜炎：①有一定传染性，患病后，要注意毛巾、脸盆的隔离。②主要以局部点滴抗生素眼药水或眼药膏为主。一般眼药水每天5~6次，眼药膏每晚一次，症状可逐渐消退，不影响视力。③如分泌物过多可先用生理盐水清洗干净再上眼药水。④结膜炎不能热敷，可以冷敷。

(4) 巩膜炎：以局部使用强的松龙为主，一般用1%~

0.5%强的松龙每天4~5次，常规点抗生素眼药水，病情严重可口服消炎痛等药物。

## 突发性视力下降

病人自觉视物模糊不清，可出现一过性黑目蒙，重者视力急骤下降或进行性下降，是眼病最常见的症状之一。

### [常见原因]

#### 1. 一过性黑目蒙

(1) 体位性低血压：是由于身体的体位突然改变如蹲或坐一段时间突然站立等而引起，发生一过性眼前发黑，片刻视力可恢复正常。

(2) 视网膜动脉痉挛：是由于全身心血管病、视网膜病变或中毒等引起，常与脑动脉痉挛同时发病，一般先头痛而后视物不见，眼前发黑，很快恢复正常。

(3) 脑缺血：是由于各种原因引起短时间大脑供血障碍所致，常同时发生一过性意识丧失见于无脉症、尿毒症等。

(4) 颅内压升高：是由于颅内占位性病变或原因不明的颅压升高引起，多有头痛、恶心或一过性视物不见及视力下降。

(5) 其他：无器质性病变的癔病，诈盲，强烈的精神刺激，过度疲劳或饥饿，潜水病及一氧化碳中毒等。

#### 2. 视力急骤下降

(1) 视网膜中央动脉阻塞：多由于视网膜中央动脉的栓塞或闭塞所致。病变发生在中央动脉干可自觉突然视力丧失，

发生在分支可以有视力部分下降,同时有相应的视野看不见。

(2) 视网膜中央静脉阻塞:多由于动脉硬化、高血压、糖尿病等全身疾病和眼部视网膜静脉周围炎及视盘血管炎等引起,此时血液粘稠度增加,血管壁条件差,病人自觉视力极度下降。

(3) 视网膜静脉周围炎:本病多见青壮年,其原因多种,可能与结核杆菌的感染有关,多认为是自身免疫反应引起的血管性病变。病人自觉视力突然急骤下降。

(4) 黄斑出血、破孔:本病由于各种黄斑部的疾病,外伤及高度近视所引起,自觉眼前有黑点遮挡,中心视力下降,同时可伴有视物变形视野有中心暗点,视网膜黄斑区可见出血破孔。

(5) 视网膜脱离:多由于高度近视、外伤及其他增殖性视网膜病变和渗出性视网膜病变所引起,自觉视力突然下降,上半部分或下半部分视物不见,视网膜呈青灰色隆起,可见破孔。

(6) 视神经炎:由于局部的炎症,全身疾病(多发性硬化、脑膜炎等),中毒(烟中毒、奎宁等)引起,视力突然极度下降,可伴有头痛,眼球转动痛,视乳头水肿,瞳孔散大,视野有中心暗点。

(7) 闭角型青光眼急性发作:由于情绪紧张,用眼过度等因素而引起眼压升高,病人自觉视力急骤下降,眼球剧烈胀痛,同时伴有头痛恶心呕吐等,眼压升高、角膜水肿、瞳孔散大结膜发红充血。

### 3. 进行性视力下降

(1) 角膜炎：由于各种细菌、霉菌及病毒所引起的角膜炎症。病人自觉视力下降，眼睛怕光流泪，眼疼痛不敢睁开，结膜充血发红，角膜有黄白混浊水肿，荧光素着色，可有前房积脓，可形成角膜白斑。

(2) 虹膜睫状体炎：由于感染、免疫因素、中毒、内眼手术及外伤后均可引起发病。病人自觉视力进行性下降，眼球疼痛，畏光流泪，结膜充血发红，瞳孔缩小。

(3) 全葡萄膜炎：自觉视力明显下降，眼前有闪光感觉，可出现视物变形。

(4) 眼内炎：多由于眼外伤、内眼手术及角膜炎穿孔使细菌进入眼内感染所致，自觉视物不见，眼球疼痛明显加重，结膜充血明显，眼球运动受限。

(5) 慢性闭角型和开角型青光眼：在急性期过后，没有急性发作以前或眼压升高药物等控制不满意，而出现视力不断下降，经常眼球胀痛、头痛、虹视等症状，眼压升高。

(6) 白内障：由于各种因素所引起晶体混浊。最常见是老年性白内障，也有外伤性、糖尿病及先天性白内障。一般多见于老年人，自觉视力逐渐下降，视物模糊不清。晶体不同程度混浊。

(7) 中心性视网膜病变：主要以感冒、过度疲劳、用眼过度及情绪波动为诱因发病，病人自觉中心视力下降，视物中央有黑影遮挡，视物变形，周边视物清楚。视网膜黄斑中心反射消失，有水肿、出血及渗出等病灶，视野可出现中心暗点。

(8) 视网膜色素变性：为家族遗传性疾病，多在青少年

时发现症状，视力进行性下降、夜盲、视野缩小呈管视。

(9) 黄斑变性：本病为黄斑区的一种退行性变。有先天的，也有老年性的；自觉中心视力下降，可出现视物变形。

(10) 近视眼：本病属屈光不正，本病特点是远视力不断下降，近视力正常，喜欢近距离阅读或看电视等，偶有眼球酸胀感，易疲劳。

(11) 视网膜母细胞瘤：是先天性高度发育的恶性肿瘤，多见于3岁以下婴幼儿，大多数为家长发现患儿瞳孔已呈黄白色或幼儿视力极差。可出现眼压升高，眼球突出等症状，最后可导致全身转移病灶。

(12) 缺血性视乳头病变：是由于视乳头局部血管灌注不足，或眼内压偏高所致。一般多有全身心血管疾病，视力下降，上方或下方有黑影遮挡。

#### [家中处理]

##### 一过性黑目蒙

(1) 一般多数不需处理，发病后很快恢复正常视力。

(2) 对有黑目蒙出现的人要注意除去发病的因素。蹲坐时间长，站立时应该慢不要动作太快。不要过劳及饥饿。冬季室内生火取暖做到通风，避免精神刺激等。

(3) 如果频繁出现黑目蒙，或恢复时间延长，需到医院进行眼部及全身体格检查，防止病情发展。

##### 2. 视力急骤下降

应争分夺秒紧急抢救，挽救病人视力。

(1) 视网膜中央动脉阻塞：①局部及全身使用血管扩张剂。立刻用手帕夹好，捏碎，盖住口吸入亚硝酸异戊酯(0.2

毫升/支)；舌下含硝酸甘油片(0.3~0.6毫克)。②降低眼压改善视网膜血供。可以按摩眼球，局部点滴降眼压眼药水(0.5%噻吗酰胺等)及口服降眼压药(醋氮酰胺250毫克，每日2次)。③一般治疗。口服维生素类药，中成药活血化瘀。

(2) 视网膜中央静脉阻塞及视网膜静脉周围炎：①出血者静卧休息，口服止血药(云南白药等)，口服碘化钾、地巴唑等促进出血吸收。②有新生血管出现可到医院用激光封闭治疗，防止再出血。③有增殖性视网膜病变要行玻璃体切割手术治疗，需到医院及时就诊。

(3) 黄斑出血及破孔：①对出血者可服用止血药，同时服用促进出血吸收的药，要注意眼部休息，以避免再次出血。②破孔可在医生观察下随诊，有变化考虑进一步治疗。

(4) 视网膜脱离、视神经炎、青光眼急性发作均需去医院就诊。

### 3. 进行性视力下降

(1) 角膜炎：①病毒性最为常见，治疗主要以局部点抗病毒眼药水，疱疹净每天4~6次；无环鸟苷每小时1次，夜里加用油膏。一般不使用局部激素治疗。②细菌性的角膜炎要局部点抗生素眼药水，氯霉素每天4~6次；庆大霉素每天4~6次；夜里加用红霉素或金霉素眼膏；严重的可口服或肌注抗生素。③霉菌角膜炎用二性霉素B局部点每小时1次或用制霉菌素点眼每小时1次，并到眼科进行治疗。④对于角膜炎治疗采用支持疗法，服用维生素C等，同时对炎症反应重的已累及前房内可用阿托品散瞳，要求在医师指导下进行。⑤角膜炎治疗局部点激素要慎重，在医生指导下进行使用。

(2) 虹膜睫状体炎与全葡萄膜炎，应去医院治疗。

(3) 眼内炎：使用抗生素，局部可以点 0.3% 庆大霉素等 2 小时 1 次，或去医院进行结膜下注射抗生素，玻璃体球内注射抗生素和激素，全身口服或静脉用抗生素。

(4) 青光眼：应在医生指导下进行下列治疗。①药物治疗：可用缩瞳剂 2% 毛果云香碱每日 4~5 次，1.5% 塞吗酰胺每日 2 次；1% 肾上腺素每日 2~4 次。一般不加口服降压药常规使用。②对于用药后眼压控制不满意，视力和视野有进行性损害，可考虑手术治疗或激光治疗。

(5) 白内障：白内障通常需手术治疗才能根治，在白内障手术以前可以使用白内停、障眼明及卡他林等药物控制进展。

(6) 中心性视网膜病变与黄斑变性：一般应注意休息，去除病因，以免治愈后复发。应用血管扩张剂改善网膜黄斑区的微循环如复方丹参片、维脑路通、路丁及维生素 C 等综合治疗。

(7) 视网膜色素变性及近视眼：①色素变性目前尚无特效疗法。一般应用血管扩张剂、维生素、组织疗法及中医中药。②近视眼一般可经验光配镜矫正视力至正常，也可用激光（在 600 度以内）或手术治疗近视，对儿童的近视要每年复查及时调节度数以更换眼镜。

(8) 视网膜母细胞瘤：一般预后不良、愈早治疗愈好。一般一经确诊应尽早手术做眼球摘除，术后可行化疗或放疗。尽早尽快治疗可挽救生命。

## 眼外伤

眼部由于异物、撞击、化学性物质如酸、碱烧伤、热力烧伤、放射性照射引起的损伤称眼外伤。

### [常见原因]

#### 1. 眼球异物伤

(1) 表面异物伤：多见于结膜及角膜表面，由于砂粒、煤渣、铁屑、谷壳及麦芒等引起，异物进入眼内后自觉摩擦感，刺痛，不敢睁眼睛，角膜或结膜表面有异物存留，可造成结膜充血、角膜擦伤。

(2) 眼球壁异物：异物嵌于角膜及巩膜壁上，受伤眼疼痛，视力下降，不敢睁眼。

(3) 球内异物：异物进入眼内造成眼球贯通伤，一般异物分金属性与非金属性。病人觉眼球疼痛、不敢睁眼，有液体流出，有出血，眼球有贯通伤口，并有异物存留。

(4) 眶内异物：一般异物经过眼睑或周围皮肤进入眶内，多见汽枪子弹或爆炸伤，伤后病人无明显症状，只有经医院X线检查才能发现异物在球外眶内。

#### 2. 眼钝挫伤

眼钝挫伤多为眼部受工具、树枝、石块、拳头及球类等物体打击或高压气体和液体冲击等所致。

(1) 眼眶挫伤：常引起眶内出血或眶骨骨折，眼眶疼痛，可有皮下淤血（双侧提示颅底骨折）；皮下气肿出现捻发音（提示鼻窦受累）；也可伴有视力丧失（提示视神经孔骨折）。

(2) 眼睑挫伤：伤后眼睑可出现青紫红肿，出血，重者可导致深部组织损伤及上睑下垂。

(3) 眼球挫伤：

① 结膜挫伤：常见结膜下出血、充血发红，水肿或结膜表面有缺损及破裂。

② 角膜挫伤：一般表现为视力下降、疼痛怕光流泪，充血发红，角膜水肿及上皮擦伤。

③ 虹膜睫状体挫伤：伤后发现瞳孔散大，瞳孔呈“D”型或半月状间隙，严重时出现复视。

④ 晶体挫伤：可造成晶体的脱位或半脱位，晶体部分或全部混浊。

⑤ 脉络膜挫伤：脉络膜的破裂、玻璃体出血、出现视力下降或视物不见。

⑥ 视网膜挫伤：视力下降、视网膜水肿，出血，严重的视网膜脱离。

⑦ 视神经挫伤：由于视神经在骨管内段受到额部、眉弓部外伤冲击或骨折碎片的损伤而引起，自觉伤后视力下降或丧失，瞳孔散大，瞳孔直接光反射消失，间接光反射存在。

3. 眼球贯通伤 眼球被锐器刺破或异物碎片击穿所致，多发生在眼前部角膜或巩膜，主要表现为伤后视力锐减，角膜或结膜、巩膜有贯通伤口，眼球疼痛。

4. 其他眼外伤

(1) 化学性眼外伤：主要指酸碱烧伤。

酸性烧伤：多属气体液体和固体无机酸（如硫酸、盐酸及硝酸等）。烧伤可引出组织蛋白凝固坏死，这种凝固蛋白不溶于水，故能阻止酸性物质的继续渗透，所以烧伤后可停止

发展。

**碱性烧伤：**多为碱性物质（如氢氧化钠、石灰及氨水等）。烧伤后碱与组织接触起皂化作用；与组织蛋白结合产生可溶性化合物，双重作用可以破坏角膜上皮组织的外膜使其渗透侵入角膜深层及球内组织，故烧伤后为进展性病变，预后差。

化学性烧伤后病人自觉视力不同程度下降，眼球疼痛，畏光流泪，不敢睁眼，眼睑发红，用药后数日可恢复，严重时可引起眼球组织糜烂，睑球粘连。

(2) **热力烧伤：**指烟花、火器、铁水及沸水等引起，病人表现不敢睁眼、疼痛，结膜充血。

(3) **辐射性眼外伤紫外线损伤：**由于紫外线照射引起角膜结膜等损伤。如长期在雪山、沙漠工作引起雪盲；电焊光引起的电光性眼炎。

**日蚀伤：**看强烈日光时，光线集中在黄斑上产生黄斑组织损伤，多见于青少年，看完日光后自觉眼前中央有小暗点，中心视力减退，可出现视物变形。

#### [家中处理]

##### 1. 眼球异物伤

(1) 表面异物伤时，可首先用生理盐水冲洗，或用无菌棉签擦掉。

(2) 爆炸伤后的大量角膜异物、眼球壁异物、球内异物均应及时将病人送医院急救。

(3) 不影响视力的眶内异物可不作特殊处理，进行随诊观察。

##### 2. 眼钝挫伤

(1) 眼眶挫伤应急送病人去医院治疗。

(2) 眼睑挫伤时红肿早期可以冷敷, 1~2 日后改为热敷, 可促进红肿吸收。口服抗炎药物可促进炎症消退。

(3) 结膜挫伤: ①一般少量出血可自行吸收, 同时局部点滴抗生素眼药水。②如有较重缺损应到医院做粘膜移植修补术, 防止睑球粘连。

(4) 角膜上皮擦伤时, 应局部涂油膏将患眼遮盖, 一般 24 小时即可愈合, 角膜水肿明显者可用 50% 葡萄糖高渗液滴眼。

(5) 虹膜睫状体挫伤: ①瞳孔散大、变形时可用黑眼镜避光。②前房出血者双眼遮盖半卧位休息并需到医院进行治疗。③如出现复视, 应即到院治疗。④局部用抗生素及降眼压药物, 防止继发性青光眼。

(6) 晶体损伤、视网膜及脉络膜挫伤、视神经挫伤时均需到医院急诊。

3. 眼球贯通伤 应立即送专科医院治疗。

#### 4. 其他眼外伤

(1) 化学性眼外伤: ①应现场抢救, 彻底冲洗眼部, 就近取水。最好将面部浸入脸盆内, 反复作瞬目及眼球转动动作, 不急于送往医院。②到医院后作进一步冲洗, 洗干净后可点滴抗生素及角膜营养药水。

(2) 热力烧伤, 可局部点滴抗生素眼药水和眼膏。

(3) 辐射性眼外伤: ①对辐射伤要加强劳动防护, 配戴蓝色或黑色的防护眼镜, 以防红外线或紫外线对眼组织的损伤。②对日蚀伤, 除戴镜防护外, 可口服强的松、血管扩张剂治疗。

# 环境急症

## 溺水

溺水指落水者呼吸道及肺部被水堵塞引起严重缺氧、窒息、呼吸停止、昏迷，但脉搏尚存。

溺水和溺死有区别，溺水指受害者从水中拉出，尚可扪到脉搏，而溺死者是指从水中捞出的受害者，已扪不到脉搏，但他落入水中时间很短（旁观者可证明），仅 3~5 分钟。这种溺死者还可以抢救。

### [现场处理]

在专业救护人员到来前，可先进行抢救。

1. 尽快让溺水者肺内吸入的水自然流出。可将溺水者俯伏在抢救人的肩口，抢救人站立，来回颠着走动 2~3 分钟。

2. 放平溺水者在平地上，如仍无呼吸，而脉搏亦已摸不到，立即开始“基础生命支持”（见“电击”部分）。

3. 如呼吸仍未恢复，脉搏可摸到，但很微弱，可进行口对口呼气，直至专业急救人员赶到。

4. 不论是在淡水游泳池中或海边游泳场中，溺水者体内电解质变化并不明显（一般在 30~60 分钟内不会有明显变化）。但如已吸入相当量的水，就可以引起低氧血症。应由救护队立即用机械供氧。

5. 如在家中浴缸中发生溺水(多为小孩)。可如游泳池中溺水者一样紧急处理,一面打急救电话(120),请急救站来抢救。

## 电 击

电击是由于强度较大的电流直接接触人体并通过人的组织细胞,伤及器官使它们的功能发生障碍造成人身伤亡。通常是在不慎接触漏电的家用电器,特别是它们的开关,或误触断裂的通电路路,人们称为触电。而电击常常指在雨天,旷野中被雷电击中所致伤亡。这两种情况的病理过程是一致的。

电击致伤程度和电流强度、电振荡频率、电压高低、电流接触时间长短、电流经过人体途径等有关。我国家用电的电压为220V(国外有的是110V)都足以致人伤亡。雷电的电流可高达5000~200000A,电压可达数百万伏;被击中的人畜大都表现为严重烧灼伤和死亡。

家电触电如时间短,被触电的人反应快,立即自动断开开关,只觉一阵麻感(仅在接触部位)。如接触电流者反应慢,可以引起呼吸和心跳骤停,虽表现为死亡,但并不是不可挽救的死亡,医学上称为“临床死亡”,如抢救及时和得法,完全可以救活。

### [常见原因]

前面已提到电击致人伤害程度与电流强度(用安培“A”表示)、电振荡频率(用赫兹“Hz”表示)和电压(用伏特“V”表示)高低等有密切关系。

1. 家用电的振荡频率 家用电的电振荡频率为 50~60Hz, 即使电压低于 220V, 甚至仅有 60V, 也可致人死亡。因为足以引起心脏的心室纤维颤动, 此时心脏已不能排出血液, 等于停止搏动, 触电者立即摔倒, 深度昏迷, 呼吸也停止。

2. 电压高低对人的伤害也有密切关系 如电压在 24V 以下, 对人是安全的, 高于 40V 就可能有危险。当然如为 110~220V 电压的电流对人危险性就更大。

3. 电压过高 电压高过 1000V 以上的高压电, 除了可停止人的呼吸和心脏搏动, 还可以在电流进口处和出口处, 以及电流经过的人体组织发生烧灼现象。

#### [家中处理]

1. 立即切断接触电源, 切不可用手去拉开触电的人离开漏电的电器或开关, 因为这样会使电流经触电的人体流到救他的人体中, 发生第二个被电击者。要用绝缘的木棍或扫帚把、竹竿、椅背等, 用力将电源与接触的人分离开。如家中人多, 另一人应立即将电源电闸拉开。

2. 触电的人如心跳、呼吸已停, 应立即对其进行“基础生命支持”。方法如下:

(1) 将触电的人放平, 仰卧在地板上, 并将其头部后仰。

(2) 跪在病人右侧身旁, 解开其上衣, 露出前胸。

(3) 用右手的食、中二指并着, 沿病人的右侧胸壁最底边的肋缘向其正中部位迅速摸过去。

(4) 摸到正中部位一块小的“骨突”(称剑突)与肋缘交叉处。

(5) 将右手的食、中二指并着，平放在剑突与肋缘交叉线以上。

(6) 用左手掌根部，垂直地按放在胸骨上，下边缘齐右手的中指。

(7) 右手离开胸壁，用手掌根部压在左手背部，两手的手指翘起，不压在胸壁上，或两手手指互相交错扣紧，目的是只让手掌根部压在胸骨上。

(8) 双臂伸直，抢救人的上身略向前倾，使双臂垂直压在触电人的胸骨上。

(9) 用臂部的力量，经垂直的手臂压在被救人的胸骨上，使胸骨向下压 4~5 厘米。

(10) 放松臂力，但掌根不能稍离胸骨，还应紧贴在胸壁上。

(11) 如果当场只有抢救者一人，应先连续按压 10~15 次，然后进行口对口呼吸 2 次。

(12) 口对口呼气是人工呼吸的方法。用左手压住触电人的前额向后，并用拇、食两指捏紧被救者鼻孔，用右手揪住其下巴向下、向后，使其口张开。

(13) 用自己的口紧包在被救者张开的口外。

(14) 在紧包其口之前，先侧头深吸一口气，紧包口后，缓缓呼进气去，然后再抬头，侧过一边，深吸一口气，重复呼气，共两次。

(15) 现场如有两人抢救，一人先按压胸骨 4~5 次，停下，待另一人进行口对口呼气 1 次。然后重复这种“基础生命支持”法。一人操作时，按压次数：呼气次数为 10~15：

2. 如两人同时操作, 按压次数: 呼气次数为 4~5: 1。

3. 在开始进行“基础生命支持”法前, 如现场有两人, 一人迅速进行“基础生命支持”法, 另一人立即打电话给急救站(120号)呼救。然后立即返回参加抢救。

4. “基础生命支持”法不得中途稍停。一直等到急救人员到达, 由他们接替, 并采取进一步急救手段。

5. 如触电者身上入电处和出电口处有烧灼伤, 其体内电流经过的部位烧灼程度可能较重, 必须由医师处理。

## 中 暑

中暑是由于高温、湿热环境或烈日暴晒所致体温调节功能紊乱的一类急性疾病。一般有大汗、口渴、恶心、头晕、耳鸣、胸闷、心慌、四肢无力, 体温在 38℃ 以内者为先兆中暑, 如伴有面色潮红、皮肤灼热、呼吸急促、呕吐、血压下降、脉细数, 体温在 39℃ 上下者为轻度中暑。出现有昏迷、抽搐、高热(体温 40℃ 以上)者为重度中暑。轻者经过适当处理, 数小时即可恢复, 重者如救治不及时很可能因中暑而死亡。

### [常见原因]

1. 中暑衰竭 又称热衰竭。多见于老年体弱者。在高温环境下, 体温中枢调节功能紊乱, 机体为了加强散热, 皮肤、肌肉的血管扩张, 同时出汗增多, 血液粘稠度增大, 有效循环降低, 造成周围循环衰竭。体温不高或轻度升高, 出冷汗, 脉细弱, 血压下降, 昏倒或意识淡漠、昏迷, 如有呕吐则脱水加重。

2. 中暑高热 又称热射病。常见老、幼和体弱者。在高温环境中，体温调节功能发生障碍，体内产热及外热侵入积聚体内，体温急剧升高而得病。汗闭，皮肤干燥、灼热，脉细数，呼吸浅而快，体温高达  $40\sim 42\text{C}$  以上，继之有呕吐，严重者可昏迷、惊厥或周围循环衰竭。

3. 中暑痉挛 又称热痉挛。常见于青壮年。由于在高温环境下工作，大量出汗，人体内氯化钠（盐分）丢失过多，或只饮水而食盐补充不足，造成血钠过低。主要表现为小腿腓肠肌及腹肌痉挛，引起疼痛，口渴、尿少、衰弱无力，体温大多正常。

4. 日射病 头部受到日照射过久，红外线穿透颅骨引起脑及脑膜充血所致。主要表现为剧烈头痛、头昏、恶心、呕吐；严重者可昏倒、意识丧失、头部温度可高达  $40\sim 41\text{C}$ ，但体温不高或轻度升高。

#### [家中处理]

1. 迅速将病人撤离高温环境，转移至阴凉通风处休息。

2. 对先兆中暑和轻症中暑者

(1) 口服冷糖盐水、菊花茶等凉茶水、果汁饮料，同时可给十滴水、人丹、藿香正气水等解暑。

(2) 症状较重，但尚无危险、神志清醒者，可在头、颈、腋下及腹股沟等大血管处放置冰袋降温；有条件者应用电扇帮助散热，或者将病人放置冷水（ $15\sim 16\text{C}$ ）中浸泡，头部露出水面。待病人体温降到  $37.5\text{C}$  时，可停止冷水浸浴。

(3) 对症状缓解不快者，可按捏人中、合谷、内关、曲池等穴（曲池穴：屈肘横纹头陷中）。

(4) 绿豆汤、西瓜汁都是清热解暑之佳品。鲜竹叶、荷叶、芦根都可煎汤作茶饮，均能解暑。

(5) 验方：①绿豆 60 克，用清水一大碗，先煮豆至熟弃豆后再加鲜丝瓜花 8 朵煮沸，温服。②生扁豆适量，捣汁，开水冲服。

3. 对重症中暑除应用上述救治方法外，应采用如下紧急救治措施：

(1) 凡面部发红的病人可将头部垫高；对面色苍白的病人则应使其头部放低，以保证脑部供血。同时解开病人衣领和腰带，头部、颈部、腋下及腹股沟处用冰袋或冰水冷敷，身上用 33% 的酒精、冰水、冷水进行反复擦浴，以促其尽快散热。中暑高热和日射病者头、颈部的冰水冷敷和擦浴尤为重要。

(2) 病人已失去知觉、昏迷不醒时，可用氨水刺激鼻孔，促其苏醒。

中暑病人经过初步抢救不见效，应速送医院抢救，不可延误时间。在护送途中，应始终注意降温。

#### [预防与保健]

1. 长时间在烈日下劳作时，可戴草帽，设法遮阳，并注意定期休息和保证饮水供应；出汗多时，要喝些糖盐水、果汁，或稍加盐的白开水，以补充身体中丢失的水和盐分。

2. 在室内、舱内或地下作业时，应设法通风降温。夏天炎热季节，对老年人、体弱多病者、孕妇与婴儿尤应注意室内通风降温。

## 急性中毒

各种有毒物质或超量药物误服，误吸入体内或接触皮肤，进入体内，均可损伤人体组织器官，引起各种中毒表现。以下介绍一些常见的急性中毒及其救护措施。

1. 煤气（一氧化碳）中毒 轻度中毒者有头晕、头痛、恶心、呕吐、并觉有些迷糊。重度中毒者，口唇呈樱桃红色，全身皮肤潮红、神志不清，甚至昏迷，呼吸短浅，四肢冰凉，大小便失禁。

2. 杀虫剂中毒 因家庭常用杀虫剂是有机磷化合剂，如敌敌畏、敌百虫等；农村常用杀虫剂相当一部分也是有机磷制成的农药。所以主要介绍有机磷中毒的表现；轻度中毒可以引起头痛、头晕、呕吐、多汗、四肢发麻、视力模糊等症状。较重一些的中毒，表现为精神恍惚、言语不利落、步态不稳、呼吸困难、肌肉颤动、视力更为模糊。严重中毒者口吐白沫，呼吸极困难，口唇发绀，陷入昏迷状态。

3. 安眠药中毒 轻者表现为嗜睡、意识朦胧等。重者昏迷，呼吸浅而慢，或不规则，脉搏扪不清或很弱，但较快，四肢发凉。

4. 灭鼠药中毒 轻度中毒可见到皮肤表层有出血斑，牙龈亦可出血。严重的可以尿血、便血或其他内脏器官出血。

5. 酒精中毒 酗酒酒醉的表现面色发青或潮红，躁动，语无伦次，步态不稳，情绪不稳定，或哭泣或狂笑。中毒较深的可以昏睡，呼吸缓慢，脉搏增速，甚至大、小便失

禁。酒醉者还常常呕吐。

6. 腌制食品中毒 唇和皮肤发绀，恶心，呕吐，腹痛，腹泻，头痛，头晕，嗜睡等。严重的丧失意识，脉搏弱而快，四肢潮冷，呈休克状态。

7. 发芽土豆中毒 轻度中毒表现为唇绀，呼吸困难，咽喉部灼热感，恶心，呕吐，腹痛，腹泻等。严重的中毒病人可以四肢抽搐和呼吸麻痹。

8. 强酸和强碱烧伤 多为烧伤表现，误服中毒者口腔粘膜灼伤，食管剧痛，胃痉挛性疼痛。如误洒在皮肤上，如同烫伤或烧伤的皮肤损伤。

#### [常见原因]

1. 煤气中毒 煤气，也就是一氧化碳，纯的气体是无色无味的。多数发生在用煤球或煤饼炉取暖的家庭。常在寒冬刚来临，初用煤炉，而室内又未装通风窗的时节；用炉时间久，忘了经常通刷炉子的烟筒，出口（煤炉与烟筒接口处）被煤渣堵塞、煤气泄漏到室内，亦易引起煤气中毒。大多是室内居住者已熟睡，次晨已中毒，才被人发现。也有在白天取暖，煤气已有泄漏，在家的人亦可以中毒。因为一氧化碳与正常传送氧气的血红蛋白极易结合，把氧气赶跑。一氧化碳与血红蛋白的结合力大约强于氧气与血红蛋白结合力 200 倍，而且一旦结合，很不易使它们分开。于是血红蛋白就成为碳氧血红蛋白。人体组织器官得不到氧，损害最重的是大脑。

2. 杀虫剂中毒 家庭中常用的杀虫剂是敌敌畏、敌百虫等。这些都是有机磷化合物。农药也大部分为有机磷化合物。

家庭成员中毒常常是误服。有机磷主要伤害神经系统。抑制呼吸中枢，出现呼吸困难，并增加肺泡的分泌，中毒者可以呼出白沫。抑制动眼神经瞳孔缩小，可小到如针尖那样，视物模糊不清。一旦延误抢救，往往可致命。

3. 安眠药中毒 以往安眠药多用巴比妥盐制剂，如鲁米那、速可眠、安密妥等，这些都是中枢神经系统抑制剂。现在已很少用这类制剂，代替它们的是安宁剂类，如眠尔通、安定、舒乐安定、硝基安定等。这类制剂虽然对中枢神经系统的毒性较轻，但如超剂量吞服，也可引起中毒，一般讲，如及时抢救，预后比较好。

4. 灭鼠药中毒 一般用的灭鼠药大致有敌鼠钠盐、磷化锌和安妥等。敌鼠钠盐能破坏人体内的凝血机能，引起出血。磷化锌则腐蚀胃肠道粘膜，吸收进血液循环，可以损伤中枢神经系统、肝、肾等脏器。安妥进入人体后，可分布于体内各脏器，损伤毛细血管及内脏细胞，引起细胞坏死，并且抑制正常的代谢功能。

5. 酒精中毒 少量饮酒开始是使神经兴奋，但如喝得过多，可以由兴奋转变为抑制，发生昏迷。如长期酗酒，可以造成神经系统、肝脏、心脏等重要器官的永久性损伤。

6. 腌制食品中毒 腌泡蔬菜中常含有亚硝酸盐，特别在腌制 1 周左右时，含量最高。陈腐的大白菜中也含有较大量的亚硝酸盐。一般如食用保存或腌泡不当的食品或卤制不合格的肉类，都可以中毒。亚硝酸盐与正常的血红蛋白化合成为高铁血红蛋白，不能携带氧气。人体组织受到严重缺氧而引起中毒。

7. 发芽土豆中毒 土豆发芽后，在芽孔周围含有大量的有毒龙葵素，这是一种神经毒素，抑制呼吸中枢。因此发芽土豆不能食用，或先挖去芽孔周围青绿色的部分，必须挖净，然后再食。

8. 强酸和强碱烧伤 这两种化合物都具有强烈的腐蚀性，对接触到它们的内脏粘膜或皮肤，可发生化学性烧伤，和一般烫伤或烧伤相似，程度可能更为严重。

### [家中处理]

#### 1. 煤气中毒

(1) 立即把中毒者用厚棉被包裹好（因为多数发生在天寒季节，要保护中毒者免于着凉）抬到庭院中，呼吸新鲜空气。

(2) 如果尚无清醒表现，应立即送医院抢救，最好请救护站送到有高压氧仓设备的医院。拖延时间过长，昏迷的煤气中毒者有可能受到不可逆的大脑损伤。

(3) 在家升煤炉取暖时，一定要安装通风窗户。烟筒要勤打扫。

#### 2. 杀虫剂中毒

如知道为误食敌敌畏一类杀虫剂中毒，可取小苏打粉一小匙（约 10 克），放入 1 升（约两个五磅暖瓶的水）凉水中搅匀。若中毒者还清醒，立即灌入他的胃中，并引吐。一方面呼叫急救站来救护车，急送附近医院抢救。如为重度昏迷中毒者，不要在家中灌小苏打水，应立即送医院抢救。

#### 3. 安眠药中毒

如家中备有高锰酸钾液，可取少许，稀释 10~20 倍，灌

入中毒者胃中，此时中毒者应该尚未昏迷。高锰酸钾液本身就有催吐能力，在急救站救护车到来之前，可反复灌入，并催吐。

#### 4. 灭鼠药中毒

可用上法催吐，必须注意切忌将灌入的洗胃液体呛入中毒者肺内。立即送医院抢救。

#### 5. 酒精中毒

轻醉者，可给喝浓茶，并尽量让他安静，入睡，避免自伤或伤人。重度中毒、昏迷者，应立即送医院抢救。

#### 6. 腌制食品中毒

同三、四两节，立即催吐，洗胃，并呼叫急救站转送医院抢救。

#### 7. 发芽土豆中毒

亦需洗胃、催吐，同时给泻药，如家中备有 50% 硫酸镁泻剂，给服 50 毫升导泻，将毒物排出，并送医院抢救。

#### 8. 强酸或强碱中毒

如为误服强酸或强碱，不能灌水或催吐。但可灌入牛奶或植物油，也可灌入鸡蛋清加水的混合液，量不宜超过 200 毫升。这些液体可以保护食管和胃的粘膜，减轻被腐蚀程度。如为皮肤接触，应立即将中毒者外衣剥去，用大量自来水冲洗。如脸部也接触到强酸或强碱，家中如有淋浴设备，应立即从头冲洗，不必等待脱衣服。如误食强碱，还可用米醋少量，加水，灌入中毒者胃内，可以中和碱性，但切不可用小苏打水去中和强酸。

## 休 克

休克是指机体在强烈刺激之下发生的一种不良反应。主要变化是组织有效血容量急剧减少，重要脏器供血不足。

其主要表现为：头晕、乏力、神志淡漠或烦躁不安、皮肤苍白、四肢湿冷、浅表静脉塌陷、脉搏细速、血压下降、尿量减少。

### [常见原因]

#### 1. 失血性或失液性休克

(1) 外出血：肢体、躯干及头皮等任何部位的组织损伤多可以引起严重的外出血。急性失血达 400ml 以上即可导致休克。

(2) 内出血：胸腔内、腹腔内都可容纳大量的血液，另外由于呼吸运动使胸、腹腔的出血不易停止。又由于内出血在体表往往没有迹象，容易误诊。常引起内出血的原因有：① 血气胸：血气胸可因胸部外伤、胸膜肺病变及自发性气胸引起。自发性血气胸因体表无损伤的痕迹容易误诊。主要表现为：突然发生的胸痛，呈刀割样锐痛，常位于气胸同侧，呼吸时加重。继之出现呼吸困难。此外，随着病情的进展，病人出现头晕、面色苍白、脉细速等休克的表现。② 咯血：各种原因的咯血，如果咯血量大会引起休克。病人除了休克的表现外还有咳嗽、咽痒等症状。③ 消化道出血：胃、十二指肠溃疡的病人有时出现大出血，多数病人出血后表现为呕血或黑便，但有些病人出血急，特别是十二指肠溃疡的病人。病

人的胃肠道是一个极大的容器，可容纳大量血液，病人在呕出或便出之前即出现休克。病人可能伴有腹痛，也可无腹痛的症状。④肝脾肾等实质脏器破裂：病人多有破裂脏器局部的外伤史，但不一定在受伤当时破裂，可能在受伤后数小时至数天由于咳嗽、扭转及轻轻撞击等引发。病人表现为破裂脏器局部剧烈疼痛，腹部逐渐膨隆、迅速发生休克。⑤异位妊娠破裂（宫外孕破裂）：病人为育龄女性，有性生活史和停经史。停经若干天后突然出现下腹部剧烈疼痛，并逐渐发展为休克。

(3) 失液性休克：任何原因的呕吐和腹泻都可以引起体液丢失过多和电解质紊乱，如急性胃肠炎、急性细菌性痢疾等，如果在治疗过程中只注意药物治疗，而不注意液体的补充，就可以发展为休克。病人表现为逐渐加重的口干、无力、眼窝塌陷、皮肤松弛、表情淡漠等。

2. 感染中毒性休克 病人多有寒战高热等感染的表现。可发生于任何感染性疾病如肺炎、胆囊炎等。其中急性出血性坏死性胰腺炎、急性化脓性胆管炎等极易发生休克。另外值得提出的是女性在月经期使用“高效阴道栓”，有时可引起局部葡萄球菌感染，细菌毒素侵入血内引起败血症，可发生休克。

3. 过敏性休克 药物过敏是引起休克的另一主要原因，特别是青霉素过敏。病人表现为在用药后立即出现面色苍白、四肢湿冷、口唇发绀等症状。青霉素的任何一种制剂——口服、吸入、滴入和针剂都可引起过敏反应。其他抗生素如四环素、氯霉素等偶尔也可引起过敏性休克。

4. 神经性休克 多有强烈的刺激因素如极度恐惧、悲伤等，病人出现其他一系列休克的表现甚至晕厥和意识障碍。

[家中处理]

休克是临床上一个严重的综合征，处理不当很容易危及病人的生命。

应当防止休克的发生，有可能发生休克的因素存在的病人应当及时到医院就诊。呕吐、腹泻的病人应当遵照医嘱多饮水；月经期应用阴道栓的女性应当注意保持清洁。

对已经发生休克的病人，应当及时呼叫急救车将病人送往医院，在未去医院前应当采取的措施有：

- (1) 呼叫急救车就近转入医院。
- (2) 取头低脚高  $30^{\circ}$  仰卧位，或将此体位与平卧位交替。
- (3) 保暖。
- (4) 禁食。
- (5) 有条件者可给病人采用鼻导管吸氧。

# 内科病

## 上呼吸道感染

上呼吸道感染是一种常见的，急性传染性疾病，占呼吸道急性疾病半数以上。多数是由病毒引起，有流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、鼻病毒、冠状病毒，还有柯萨奇病毒、埃可病毒等。少部分由细菌引起，有溶血性链球菌、肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、葡萄球菌等。本病是位于鼻腔、咽喉的上呼吸道感染性疾病，临床以发冷、发热、全身酸痛、头痛及鼻塞、喷嚏、流涕、咽痛为表现病症，轻重差异较大，可通过呼吸道飞沫传染。

1. 普通感冒：普通感冒为上呼吸道感染中最常见的类型，多为鼻病毒引起。每人每年可患病数次，经呼吸道飞沫传染，多在冬季发病。

潜伏期短，起病急，一般为中、低度发热或无发热。有畏寒、头痛、身痛，及纳差、腹胀、便秘或腹泻等；有鼻塞、喷嚏、流涕、咳嗽，可有音哑；部分病人有口唇疱疹。

2. 流行性感冒：由流感病毒引起，有高度传染性，可引起暴发流行。病毒的抗原易发生变异，人群对其缺乏免疫，从而引起流行。

潜伏期很短，多为数小时至3天，起病急骤，以全身症

状为主，呼吸道症状可不明显。多有发冷、发热、头痛、全身酸痛、乏力、食欲不佳，并有鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛等症状，病程2~3天，少数重者，可持续高热，可谵妄、昏迷，甚至休克、死亡。轻症者似普通感冒，有全身症状、上呼吸道症状，或有消化道症状，少数可导致肺炎，超出上呼吸道感染范畴。

根据临床表现，除其他疾病外，如流行性脑膜炎、麻疹、脑炎、伤寒等疾病的早期，诊断一般不难。流行性感冒者可有流行病学史，化验白细胞降低有助于诊断。为确定病原可作病毒分离，但在临床工作中一般难以开展。

#### [治疗]

1. 对症治疗：卧床休息，注意保暖，多饮开水。轻者不需药物治疗，身热头痛者可用复方阿司匹林，鼻塞者可用1%麻黄素滴鼻，流涕、喷嚏者可用扑尔敏，咽痛者可用杜灭芬喉片或碘喉片。

2. 化学疗法：抗病毒药物尚不成熟，对病毒引起的上呼吸道感染，可用吗啉呱，每次0.1~0.2g，1日3次。对细菌引起者或伴有细菌感染，要选用适当的抗生素，例如青霉素G等。

3. 中医中药治疗：常用的有感冒冲剂，板蓝根冲剂，羚翘解毒丸（片），银翘解毒丸（片）等。

#### [预防与保健]

1. 症状较轻者可进行日常生活、工作。急性重症者绝对要卧床休息。

2. 进食易消化、富有营养、低脂肪的食物。多饮水以利病毒、细菌毒素的排出。

3. (1) 鼻塞流鼻涕时给予 1% 麻黄素溶液滴鼻。

(2) 咽喉部疼痛者可用消炎喉片含化，局部雾化治疗。

(3) 声嘶者尽量少说话，必要时可配合蒸汽吸入。

(4) 寒颤时可用热水袋保暖。

(5) 发烧的病人，可行温水浴或 50% 酒精擦额部、腋窝、腹股沟部，也可用冰袋用布包好后冷敷上述部位，小儿可洗温水浴。降温后半小时测体温或遵医嘱饭后服用阿斯匹林、消炎痛等解热止痛药；同时多饮水，以补充出汗者消耗，出汗多的病人在皮肤与内衣之间，隔以毛巾，及时清洁皮肤，年老体弱者应注意防止出汗多所致虚脱。

(6) 遵医嘱服用甘草合剂、必嗽平等止咳化痰药以及口服一些板蓝根、金银花抗病毒和消炎药物。

(7) 中毒症状重的要送医院治疗。

4. 避免去公共场所，去时最好戴口罩。

痰液的处理：咳痰时将痰吐入纸内包好，然后进行焚烧；或者将痰吐入盛有 7~8% 的消洗灵消毒液的痰盂中，每日更换消毒液一次。

5. 主要在于增加机体的抵抗力。1) 加强体育锻炼，提倡洗冷水脸、冷水澡、冬泳等；2) 避免过度劳累，戒烟酒；3) 尽量避免接触急性鼻炎或伤风感冒的病人；4) 对一些抵抗力特别低的小儿或老年人，遵医嘱可使用一些免疫增强剂，如口服多抗甲素等。

## 急性支气管炎

急性支气管炎是由病毒和细菌感染，或物理、化学性刺

激，或过敏反应造成的支气管粘膜的急性炎症。上述原因当中，以感染因素所致者最常见。当季节变换，机体受凉或过度疲劳，病原体可乘虚而入，引起炎症、支气管粘膜充血、水肿、粘液腺分泌增多、纤毛上皮受损、炎症细胞浸润等症状。

#### [临床症状]

依据病人有上呼吸道感染症状，有畏寒、发热、全身不适的全身症状；有明显的咳嗽，可为刺激性干咳，或者痰量增多，呈白色粘液痰或黄色脓痰；可有咽痒、胸骨后灼痛；体检可有肺部啰音，诊断一般不难。

#### [治疗]

1. 注意保暖，适当休息，防止呼吸道刺激包括冷空气、烟雾、吸烟等刺激。

2. 发热者可服退热剂，如阿司匹林。

3. 紫绀缺氧者给予吸氧。

4. 咳嗽需用镇咳药，同时要注意祛痰，过度镇咳影响痰液咯出可继发感染，痰栓堵塞支气管导致肺不张，故要注意祛痰。可给予3%氯化铵溶液，每次10毫升，每日3次。亦可用必嗽平，每次8~16毫克，每日3次。痰粘稠难咯出者可行蒸气吸入或超声雾化吸入。此咳可用咳必清，每次25毫克，每日3次；或给咳快好，每次20毫克，每日3次；亦可用复方甘草合剂，每次10毫升，每日3次。对频咳、夜间咳嗽影响睡眠而痰量少者，必要时可口服可待因，1次30毫克。

5. 对细菌感染者可针对不同细菌给予抗生素。可给青霉素G，每日2次，每次80万单位肌肉注射。注射前需做皮肤试验，以防过敏。亦可应用其他抗生素，如羟氨苄青霉素等。

## 6. 可行中医中药治疗。

### [预防与保健]

锻炼身体，增强体质，防止上呼吸道感染，对预防发生支气管炎有益。罹患急性支气管炎者要及时治疗，以防成为慢性支气管炎。

保持室内空气流通及一定的湿度，对避免引发气管炎及恢复健康有利。

# 慢性支气管炎

慢性支气管炎是由多种原因，包括感染或非感染因素引起的支气管、气管粘膜及其周围的慢性非特异性炎症，临床上表现为咳嗽、咯痰，或可伴有喘息，反复发作，影响健康及劳动，病情发展，可并发阻塞性肺气肿、肺心病。

慢性支气管炎是常见病，发病随年龄增长而增加。致病原因有多种，感染是引起慢性支气管炎的重要因素。病毒或细菌所致的急性呼吸道感染，常可引起慢性支气管炎急性发作，也是引起慢性支气管炎的基本原因。感染的发生与季节有关，本病发作多在秋冬季节，气候变化之时，气温骤降可影响呼吸道防御功能，有利于病原体入侵。

理化因素也是导致慢性支气管炎的原因之一。烟雾、粉尘、大气污染等对支气管粘膜的慢性刺激，也是本病的致病原因。在某些空气污染的区域，发病率高于非污染区。吸烟对支气管粘膜也有刺激和损害，吸烟量多者发生慢性支气管

炎者较不吸烟者多。

另外，过敏因素也与慢性支气管炎有一定关系，在喘息型慢性支气管炎病人中有过敏征象者较多。此外慢性支气管炎病人有副交感神经功能亢进等亦与本病发生有关。

### [临床症状]

凡有咳嗽、咯痰或伴有喘息者，每年症状发作持续3个月或以上，连续两年或两年以上者，并能排除其他疾患时，可诊断为慢性支气管炎。

在排除其他疾患时，首先要排除肺部疾病引起的慢性咳嗽，例如肺结核、肺癌、尘肺等，胸部X线检查常能发现肺脏病变，职业史可提供尘肺线索。支气管哮喘可以咳嗽为突出表现，应检查支气管反应性等。

慢性支气管炎可分为两型：一为单纯型，主要表现为咳嗽、咯痰；另一型为喘息型，临床表现除有咳嗽、咯痰外尚有喘息症状，检查可听到肺部有哮鸣音。

依据病情，慢性支气管炎又可分为3期，即急性发作期、慢性迁延期和缓解期。

### [治疗]

#### 1. 急性发作期治疗：

(1) 抗生素治疗：急性发作期多为感染所引起，感染中又多为细菌感染，要送检痰培养，查出引起感染的细菌，给予相应的抗生素。

(2) 镇咳与祛痰：二者之间以祛痰更为重要。痰液壅塞，可导致感染加重，故强调祛痰。祛痰可用蒸气雾化吸入以降

低痰液粘度，利于排出，也可服用药物，如氯化氨、碘化钾口服，也可用必嗽平，口服 8~16 毫克/次，每日 3 次，或羧甲司坦，口服，每次 0.5 克，每日三次。祛痰可用药物雾化吸入，可用痰易净（乙酰半胱氨酸）使痰液稀释，也可用 10%~20% 溶液 1~2 毫升，雾化吸入，每日 2~3 次。因咳嗽、咯痰并存，有许多复方药物既有镇咳，又有祛痰作用，可以选用，常用的有复方甘草合剂或其类似的药物。

(3) 平喘：具有喘息者需要平喘，可用舒喘灵，口服片剂，每日 3 次，每次 1 片，亦可用博列康尼，每次 1 片（含 2.5 毫克），每日 3 次，亦可用喘康速或喘乐宁气雾剂，必要时吸入，每日 3~4 次。亦可用氨茶碱，口服，每日 3 次，每次 1 片（含 0.1 克），或舒弗美，每日 2 次，每次 1 片（含 0.1 克）。亦可用喘定，每日 3 次，每次 1 片（含 0.2 克）。

2. 缓解期治疗：可用的药物有气管炎菌苗，皮下注射，每周 1 次，开始注射 0.1ml，以后则每次递增 0.1 毫升，直至 0.5 毫升或 1 毫升，疗程 1 年或更长。也可用卡介苗素注射，每周肌肉注射 3 次，每次 1 毫升。或用核酪，皮下或肌肉注射，每次 2 毫升，每周 2 次，疗程 3 个月。

#### [预防与保健]

1. 进食营养丰富易消化的膳食，烹调要适合病人口味，少食多餐。避免刺激性食物。

2. 保持室内空气新鲜、洁净，室温 18~20℃，湿度 60% 左右，以充分发挥上呼吸道的自然防御功能。

3. 给予充足的水分以保持呼吸道粘膜的湿润及促进粘

膜病变的修复，并有利痰的排出，一般每日饮水 1500 毫升以上。

4. 特别指导慢性支气管炎急发期和迁延期的治疗重点是控制感染、祛痰与平喘。遵医嘱可口服抗炎药，如：羟氨苄青霉素、利菌沙等。止咳祛痰平喘药，如：必嗽平、化痰片、博利康尼、舒氟美等药物。

5. 加强体育锻炼，提高耐寒能力。在气候骤降或寒冷季节，注意保暖。

## 支气管哮喘

支气管哮喘是支气管呈非特异性炎症，引起气道反应性增高，当接触过敏性或非过敏性刺激，引起支气管收缩，粘液分泌增多，临床出现呼吸困难、咳嗽、哮喘及胸闷，可经治疗或不经治疗而缓解。可反复发作。其发病与遗传、过敏及感染（特别是呼吸道病毒感染）等因素有关。

### [临床症状]

1. 症状：发作性哮喘，常反复发作，伴有咳嗽，咯痰。重者端坐呼吸，呼吸困难明显，大汗淋漓，有濒死感。

2. 体征：重者端坐位，紫绀，大汗，两肺满布干鸣音，可有湿性啰音。心率增快。轻者可仅有肺部干性啰音。长期反复发作的病例，可有肺底降低，肺叩诊过清音。

3. 胸部 X 线表现，呈两肺过度充气征象。

4. 肺功能：为阻塞型通气功能障碍。支气管反应性测定

呈高反应性。

5. 过敏原检测：

(1) 皮肤试验：过敏原皮试呈阳性。

(2) 亦可用放射免疫法检出病者对特异性过敏原的特异性免疫球蛋白 E。

[治疗]

1. 发作期治疗：

(1) 脱离过敏原，去除引起哮喘的诱因。

(2)  $\beta_2$  受体激动剂

1) 沙丁胺醇 (salbutamol)，商品名舒喘灵，2.4 毫克，每日 3 次，口服。

2) 叔丁喘宁 (terbutalin)，商品名博利康尼，2.5 毫克，每日 3 次，口服。

3) 普鲁卡地鲁 (procatamol)，商品名美喘清，25 微克，每日 3 次。

注意：口服  $\beta_2$  激动剂可有心悸、震颤等副作用。

4) 沙丁胺醇气雾剂，商品名喘乐宁，每次吸入 100~400 微克，每日 3 次。

5) 叔丁喘宁气雾剂，商品名喘康速，每次吸入 100~400 微克，每日 3 次。

6) 沙美特罗 (salmeterol)，商品名施立稳，每次吸入 25~50 微克，每日 2 次。

(3) 茶碱：常用氨茶碱，口服，每日 3 次，每次 1 片 (含 0.1 克)。也可用缓释茶碱，有舒弗美，每服 1 片 (含 0.1

克), 每日 2 次, 也可用优喘平, 每日 1 次, 每次 400 毫克。

急重病人可静脉缓慢注射氨茶碱, 每次 0.25 克, 必要时重复应用, 注意应在医师指导下用药。过快或大剂量静脉给药, 可导致晕厥、心律失常甚至死亡。

(4) 抗胆碱能药物, 可用异丙托品 (Ipratropine) 气雾剂, 每次吸入 20~80 微克, 每日 3~4 次。

(5) 肾上腺皮质激素: 用于重症哮喘发作或其他平喘药不能控制的发作者, 也用于控制气道炎症, 降低气道反应性, 预防哮喘发作。

1) 口服激素, 常用强的松, 开始剂量 20~40 毫克/日, 病情控制后逐渐减量, 或换用气雾剂。

2) 静脉可给氢化考的松, 开始 400~600 毫克/天, 病情控制后减量, 改为口服, 再改气雾剂。

## 2. 预防哮喘发作的治疗:

(1) 肾上腺皮质激素: 多用气雾剂, 有二丙酸培氯松气雾剂, 商品名必可酮, 每次吸入 100 微克, 每日 3~4 次。

(2) 色甘酸钠、酮替酚、萘苄胺嗪、曲尼司特、特非那丁等。

(3) 脱敏疗法, 对此尚有争论。因有可能出现全身过敏反应或引起哮喘发作。

## [预防与保健]

1. 继续日常的工作和生活、娱乐。

锻炼身体, 如散步, 做体操, 练太极拳等。

预防感冒着凉, 避免久留过冷或过热的环境中。

精神愉快，身心轻松，正确对待工作、生活和疾病，以提高生活质量。

2. 饮食需富含维生素和纤维素的食物，包括新鲜蔬菜和水果。

戒烟，少饮酒，少食少饮含添加剂过多的食物和饮料。避免食入可诱发哮喘的食物。

3. 遵照医嘱正确使用药物，掌握不同途径的给药方法，如口服或吸入型。

当离家外出时，一定要带快速缓解哮喘的药物，如喘乐宁、喘康速气雾剂和必可酮雾剂。在用药过程中，准确告诉医生你出现的任何问题，医生可以改换你的用药及用药剂量。在的药用完以前，一定要购买备用药物。

如何使用气雾吸入器：①摘下瓶盖，摇晃吸入器；②起立、呼气；③把吸入器放进口里，当开始吸气的同时，按下吸入器顶部并继续慢慢吸气（一定要慢慢地吸入）；④屏气10秒钟，呼气。

4. 预防注意：识别和避免诱发因素，使哮喘的症状和发作能被预防，用药亦可减少。

不要在室内吸烟，帮助戒除吸烟。

对带毛的动物过敏者，不要养宠物。

家里不要有强烈的刺激的气味，如香水、洗发液或润肤液及化学试剂，不要点香。

地毯可积尘螨和霉菌，因此尽量不要用。

经常烫洗床单、被套、枕套，或经常放在太阳下曝晒，可

防止螨的生存。

经常开窗户以保持空气新鲜和干净。

不要在室内刷漆，喷洒杀虫剂、清洁剂。如果燃烧木柴或煤油，把窗户打开以排除烟雾。

5. 要知道哮喘发作开始的征象：咳嗽、胸闷、气紧、喘息。

出现下列情况时应立即去医院：说话困难，胸闷加重，走路困难；呼吸时鼻孔张大；口唇、指甲变灰或青紫；呼吸时肋间和颈部周围皮肤内陷；心跳或脉搏非常快。

## 肺 炎

肺炎可由多种病因引起，多为病原微生物引起，称为感染性肺炎。这里介绍感染性肺炎。

感染性肺炎是最常见的急性肺部疾病，轻重不一，轻者可以自疗，重者可致死。有些肺炎还可流行。症状大同小异，根据症状，再结合体格检查，进一步作痰培养等检查，查出病原体，不仅指导治疗，也能对病情和预后作出预测。

引起肺炎的病原体有很多，有病毒、衣原体、支原体，革兰阳性球菌、革兰阴性杆菌、结核菌、真菌、厌氧菌、寄生虫等。肺炎可分为社会获得性肺炎和医院获得性肺炎。前者多为健康人，多为致病菌引起，多为革兰阳性球菌引起；后者多有基础病，多数由条件致病菌的机会性感染，以革兰阴性杆菌引起者居多，细菌多耐药，治疗困难，死亡率高。发

生肺炎应及时到医院检查，及早诊治，应用适当的抗生素。延误治疗会损伤肺组织，甚至致死。

### [临床症状]

1. 症状：肺炎病人有全身症状，发冷、畏寒、发热、乏力、食欲不振等；也有呼吸系统症状，咳嗽、咯痰、胸痛、呼吸困难。不同病原引起的肺炎表现有所不同，如发病急缓，热型，痰的性状，白细胞升高与否，胸部 X 线病变的形态等，常能提示何种病原的可能性，从而及时决定治疗药物，并作进一步的实验室检查。

2. 体征：肺炎病人病变部位可叩诊浊音，语音震颤增强，管状呼吸音及湿性啰音。

3. 实验室检查：白细胞计数常升高，尤以革兰阳性球菌增高明显；病毒性可不增高。

4. 胸部 X 线可见单侧或双侧的片状浸润性病变。亦可伴有胸腔积液。

5. 痰涂片可看到多量的革兰阳性球菌或革兰阴性杆菌。

6. 痰培养：可培养出致病菌。

7. 某些病原体可用血清查病原的抗体，在恢复期较急性期有 4 倍以上增高并达到一定的滴度，据此可以作出诊断。

8. 检查痰、血、尿、体液中的抗原物；或用多聚酶链反应（PCR）方法，亦可查出病原微生物。

### [治疗]

1. 支持与对症治疗。发热者退热，给予阿司匹林，每次 0.5 克，可重复应用，或用物理降温以退热。缺氧者给氧，输

入液体保证热量及水分供给；胸痛者止痛；有痰者祛痰；咳者止咳；休克者治疗休克。

2. 针对病原给予相应的抗生素，这是十分重要的，不要误认为价格贵的抗生素就是“好”药，抗生素应用要有针对性，只要针对病原，价廉的也是好药。同样，不要误认为点滴比口服好，关键是看用什么抗生素，而不是给药途径。当然，急重病者，呕吐腹泻者，还是输液为好。

#### [预防与保健]

1. 患病期间，应卧床休息，注意保暖。

病愈后应加强身体锻炼，增强体质，如散步、打太极拳、做体操。

2. 患病后食用清淡、易消化饮食为宜，以后食用富含维生素、粗纤维饮食，多食蔬菜、水果等。应多饮水，以补充发热、出汗和呼吸急促所丧失的水分，并有利于痰液排出。

戒烟、酒及其他刺激性食物。

3. 各型肺炎球菌对青霉素极为敏感，可在医生指导下以青霉素 80 万单位肌注，每日 2 次，每次 80 万单位，如对青霉素过敏者，可改用红霉素或环丙沙星口服，红霉素每日 1.5 克，三次分服或静脉输入，环丙沙星以每日 2 次，每次 0.2 克口服，7~10 日为一疗程。

咳嗽、咯痰者给予祛痰剂，如心嗽平每次 16 毫克，每日 3 次服用。化痰片每次 0.5 克，每日 3 次，剧烈刺激性咳嗽者可服用咳必清每次 10 毫克，每日 3 次。

高热病人可遵医嘱服用退烧剂，温水擦浴降温，出汗后

及时更换干燥衣服。

禁用茶水服药。

4. 加强耐寒锻炼，提高抗病能力。

积极治疗上呼吸道感染。天气变化时，及时增减衣物，防受凉、感冒。

## 反流性食管炎

反流性食管炎指胃或十二指肠液反流入食管引起的食管炎。它是一种常见病，约占国内检查者的5%~6%。国外约占20%。一般症状较轻或无，重者可引起烧心、吞咽困难，并发食管溃疡、狭窄、出血。

### [临床症状]

1. 本病多见于下列一种或多种情况：

(1) 膈肌的弹性与张力下降，见于老年人。

(2) 下食管括约肌功能不全，并有食管裂孔疝。

(3) 硬皮病病人。

(4) 行弛缓症术后病人。

(5) 胃内插管病人，胃管使下食管括约肌不能完全关闭。

(6) 食管或胃部分切除术者。

(7) 胃、十二指肠功能失常，导致排空受阻；反流物的质与量增加。

(8) 非类固醇抗炎药引起的食管炎，由于破坏了食管粘膜的屏障功能所致。

## 2. 临床症状:

(1) 有反酸、烧心、打呃、反胃,烧灼样胸痛,酷似心绞痛,常因弯腰、抽烟、药物、饮食而诱发。

(2) 重者出现食管下段堵塞感或吞咽困难,这与食管痉挛、狭窄、糜烂、溃疡或并发食管裂孔疝有关。

(3) 上消化道出血,可见溢出的食物带血,呕血、黑便。

(4) 反流物泛溢至咽、喉、气管,出现咽炎、喉炎、气管炎,甚至吸入性肺炎、支气管喘息。

## 3. 诊断要点:

(1) 与体位、药物、饮食有关的烧灼样胸骨后痛。

(2) 上胃肠功能仪检查,证实有下食管括约肌压力降低,24小时pH仪监测有酸或碱的反流。

(3) 内镜及粘膜活检,证实有炎症,并除外其他疾病。

(4) 食管钡餐检查,证实有钡剂反流或并存有食管裂孔疝。

## [治疗]

### 1. 一般治疗:

(1) 抬高床头10厘米左右。

(2) 注意进食方法和食物的选用:不用高脂及辛辣食品,不饮咖啡、可口可乐,禁烟酒等。

(3) 晚餐与入睡的间隔约2小时,餐后以处于直立位或散步为宜。

### 2. 药物治疗:

(1) 服用抗酸分泌药,如H<sub>2</sub>受体阻滞剂(泰胃美、雷尼

西丁、法莫替丁等)及酸泵抑制剂(奥美拉唑、兰索拉唑等)。疗程8周,并加以减量维持或间歇用药。

(2) 促动力药,如胃复安、吗丁啉、西沙比利等,可提高下食管括约肌压力,加强食管蠕动。

(3) 粘膜保护药,如硫糖铝、米索前列醇、胃加强、施维舒、盖世龙等。

3. 扩张疗法:当并发食管狭窄,出现咽下困难时,需采用气囊扩张,缓解症状。

4. 手术治疗:当并存食管裂孔疝时(我国约占反流病人的1/3),需疝修补方可控制反流。

#### [预防与保健]

1. 积极治疗溃疡病,预防复发及并发症的发生。
2. 教给病人防止反流的一般治疗的知识。
3. 老年人要加强膈肌锻炼,适当运动,防止食用过油、过量、过热、过刺激的饮食及降低下食管括约肌的饮料,如咖啡、啤酒、汽水、可口可乐等。
4. 戒烟、禁止酗酒。

## 消化性溃疡病

消化性溃疡病是一种全球性常见的慢性消化系统病。凡胃肠道粘膜与酸性胃液接触均可发生溃疡。它包括食管下段、胃、十二指肠、吻合术后的胃肠粘膜及具有壁细胞的胃粘膜异位的美克耳(Meckel)憩室。一般认为是胃液消化自生的

粘膜，形成溃疡故称为消化性溃疡。可是溃疡的形成，是多种因素所致，但酸和胃液是至关重要的，因此“无酸无溃疡”学说仍为众人所重视。当今认为溃疡病的发病是由于粘膜的攻击因子与保护因子失去平衡，前者过强或后者过弱则发生溃疡。

### [临床症状]

#### 1. 病因：

(1) 地理环境因素：该病遍布全世界，十二指肠溃疡占消化性溃疡约 80%。约有 10% 的人口在一生中的某一时期曾患过该病。胃溃疡比十二指肠溃疡少见。除了在胃癌高发区及幽门螺杆菌感染高发区之外，二者比例是 1:4，而且发病年龄比后者推迟 10 年，常见于 45~55 岁。发病季节，北京地区高发为 1 月和 10 月，低发为 5~7 月。上海高发在 1~2 月，低发在 5~8 月。

(2) 遗传因素：20%~50% 的十二指肠溃疡病人有家族史。第一代亲属发病较普通人高约 3 倍。O 型血者较其他血型发病率高。种族与发病也有关。

(3) 饮食：食米区较食面区发病率高。新鲜粮油菜有预防作用，反之，有致溃疡作用。

(4) 吸烟与酗酒：二者均可破坏保护因子，增加攻击因子，有助于溃疡发生和溃疡愈合减慢。

(5) 非甾体抗炎药 (NSAIDs)：破坏粘膜屏障，增加氢离子反渗，可致溃疡，甚至发生出血、穿孔，如治疗风湿性关节炎和类风湿性关节炎的消炎痛、抗炎酸钠、消痛灵等药

物。

(6) 幽门螺杆菌 (Helicobacter pylori, Hp) 感染。此菌分泌的酶, 如尿素酶及毒素, 可被胃粘膜表面的粘液 (胃粘膜保护因子) 及上皮细胞吸收, 并可增加胃酸的分泌, 对溃疡愈合不利。

(7) 胃酸与胃蛋白酶: 酸对粘膜直接损伤并与胃蛋白酶结合在一起对粘膜发挥“消化作用”, 而酶在高酸时更显示其强有力的消化粘膜的作用, 此二者成为公认的致溃疡攻击的因子。

## 2. 临床症状:

### (1) 疼痛:

1) 十二指肠溃疡 (DU) 的疼痛特点: 90% 病人均具有上腹痛, 少数首发症状是呕血或黑便, 偶有首发穿孔的病人。

疼痛的部位和放射: 多数在脐上到剑突下, 病变在球后甚至累及后壁邻近脏器, 呈现穿透性溃疡, 此时疼痛部位在右上腹。可放射到左右季肋部、背部、胸部, 这与刺激的强度、病人的痛阈及溃疡靠后壁有关。

疼痛性质与强度: 疼痛的性质多为隐痛、钝痛、不适感、压迫感、堵胀感或烧灼感。由于溃疡位置、大小、深度、痛阈不同, 则强度也就不同。

疼痛规律性: 典型的痛与进食有关, 空腹痛、餐前痛、固定时间痛, 也与泌酸高峰有关, 如夜间疼多。餐后酸被食物中和, 疼可消失。一旦出现并发症 (出血、穿孔、梗阻) 或胃窦排空障碍, 幽门括约肌功能不全时, 疼痛就缺乏规律性。

疼痛的周期性：疼痛多持续数日、数周、数月。多发生在春季、晚秋、冬季。诱发因素与疲劳、紧张、疑虑、饮食不当、酗酒、抽烟及应用破坏保护因子药物有关。

## 2) 胃溃疡 (GU) 的疼痛特点：

疼痛部位：是在上腹正中或左上腹，若溃疡部位在胃底、体，疼位则在左前胸，后壁溃疡甚至穿入胰腺可出现背痛。

疼痛的规律性：多出现在饭后，在下次进餐前消失，也可发生在餐前、夜间，然其规律性不如十二指肠溃疡明显。

疼痛诱因：与进食的量，种类有关；与吸烟、酗酒、用药物有关。

(2) 反酸、烧心是 DU 病人另一主要症状。而胃溃疡病人多食欲不振，饭后胀满、恶心、呕吐、体重下降，少有反酸、烧心。

(3) 体征：多数无体征，在疼痛发作时，喜用手紧压心窝部，或出现上腹压之不适。

(4) 并发症：溃疡病有 3 大并发症：出血、穿孔、梗阻。胃溃疡癌变是其第 4 并发症。

1) 溃疡病出血：它占上消化道出血的首位。临床症状及治疗，取决于失血的量及速度。

2) 溃疡病穿孔：当溃疡向深部发展，可穿通胃及十二指肠壁，其在游离面穿孔，呈现急性穿孔，其腔内物质流入腹腔，形成急性腹膜炎。若从后壁穿孔与邻近脏器相接，进入小网膜囊内，形成穿透性溃疡或包裹性穿孔，属于慢性穿孔。

3) 幽门梗阻：因幽门处粘膜水肿或瘢痕狭窄可发生幽门

梗阻。前者随炎症减轻而获缓解，后者，则无法解除梗阻。病人胃痛加重，饭反胃胀、呕吐频繁、吐隔日食。体征有体重下降，空腹时上腹有振水音，晚间可见胃型、移动性包块、蠕动波等。对此除正规溃疡病治疗外，还需胃肠减压、洗胃，纠正水电平衡。若保守治疗不缓解，可手术治疗。

### 3. 辅助检查：

#### (1) X线钡餐检查：

- 1) 发现十二指肠有龛影是诊断活动性溃疡的惟一依据。
- 2) 当缺乏肯定溃疡龛影时，见有幽门管偏位、球腔小、球变形也是重要的诊断依据。

3) 龛影也是胃溃疡的X线征，多为单发，常发生在胃角，次为胃窦小弯。但当溃疡较浅，龛壁内有粘液或血液时，溃疡在X线上不能显示。

(2) 内镜检查：镜下见十二指肠溃疡呈圆形、椭圆形，或线状、不规则形，多数1个，也有2个（呈对吻状），少数多个。部位多在球前壁，次为球后壁。内镜见溃疡多在胃角，溃疡的大小，多在2厘米以内，其性质需通过内镜及活体组织检查方能肯定。

(3) 胃液分析：多数DU病人基础酸排出量 $\geq$ 毫摩尔/小时，可作为辅助诊断方法。

### [治疗]

1. 治疗目的：主要是缓解症状；促进溃疡愈合；预防溃疡复发；预防并发症的发生。

#### 2. 内科治疗措施：

(1) 降低胃内酸度药物，包括抗分泌药和抗酸药。前者有组胺 H<sub>2</sub> 受体阻断药 (H<sub>2</sub>RA)、抗胃泌素药、抗毒蕈碱药、质子泵抑制药 (PPI)。抗酸药，如氢氧化铝、碳酸氢钠等，可以和盐酸作用生成盐和水，从而使胃内酸度降低。当今首选的是 H<sub>2</sub>RA 或 PPI，如泰胃美、雷尼西丁或洛赛克·达克普隆等，自广泛应用以来，加速了溃疡病的治愈率及外科的手术率，成为 80 年代以来治疗溃疡病划时代的药。

最近提出抗胃泌素药的应用问题，因新近发现，有 H<sub>p</sub> 感染的十二指肠溃疡病人，胃泌素释放增加，H<sub>p</sub> 阴性或已愈合的溃疡，胃泌素恢复正常，提示胃泌素在溃疡形成中起重要作用。丙谷胺 (proglumide) 为胃泌素受体拮抗剂，常用剂量为 400 毫克，每日 3 次。

(2) 增加粘膜防御因子药物，其主要影响胃粘液分泌，碳酸氢盐分泌，增加粘膜血流，促进内源性前列腺素的释放，保护胃粘膜上皮细胞的完整性。有硫糖铝、胶体铋、前列腺素等。

(3) 根除幽门螺杆菌的药物，主要有四环素、羟氨苄青霉素、克拉霉素、呋喃唑酮、甲硝唑等。近来建议用三联治疗很有效，细菌根除率可高达 80%~90%。根除细菌后可降低溃疡的复发，提高溃疡愈合的质量。三联的组成有：①PPI + 羟氨苄青霉素 + 甲硝唑，2 周为 1 个疗程；②PPI + 羟氨苄青霉素 + 克拉霉素；③PPI + 克拉霉素 + 甲硝唑。

#### [预防与保健]

1. 避免应用致溃疡药，如非类固醇抗炎药、肾上腺皮质

激素、利血平等。

2. 戒烟：因吸烟可延缓溃疡病的愈合，促使胃溃疡形成。

3. 禁止酗酒：高浓度的酒精破坏粘膜及粘液屏障，促使氢离子反渗，有致溃疡的作用。

4. 膳食合理：可促进溃疡愈合，减轻症状，缩短复发，预防并发症。应采用多次、少量、刺激性小而易消化的饮食。

5. 减少精神应激，如紧张、抑郁、失眠等，要合理地休息。

6. 自我保健：要掌握溃疡病发作的季节、时间，提前应用药物，防止溃疡病复发及其出血。

7. 下列病人需进行间断或维持治疗：①每日吸烟 $\geq 10$ 支；②男性，工作紧张、激烈；③有频繁复发史的病人；④既往曾发生过溃疡病并发症者；⑤溃疡迁延持久不易愈合；⑥老年病人；⑦有严重伴随病，如肝硬化、心肺功能不全、类风湿关节炎等均累及胃粘膜的防御功能。

## 肠道功能性疾病

肠道功能性疾病（ISB）主要是指肠功能紊乱造成的疾病，为常见病。其表现为结肠运动功能过度增强，即结肠收缩较正常人增强，出现结肠痉挛现象，或是结肠收缩蠕动波异常及强度减弱，因而产生便秘、腹泻、腹痛等症状。而结肠本身无任何器质性病变。有以上症状的病人中约半数以上为肠道功能性疾病。其中女性病人居多。据统计在人群中约

占9%。发病机制尚不清，其代表病为肠道易激综合症。

### [临床症状]

#### 1. 病因：

(1) 遗传因素：部分病人从童年发病，有家族史。

(2) 胃肠激素：其与发病密切相关。如胃泌素、胃动素、胆囊收缩素、蛙皮素、前列腺素、血管活性肠肽等均有加重结肠运动的作用。而胰高血糖素、内啡肽、胰泌素对结肠张力有抑制作用。这两方面的作用发生失衡即可发生肠道功能紊乱。

(3) 胃结肠反射，即饭后结肠蠕动增强，则病人有饭后急于排便感。

(4) 食物中纤维素的含量多少与肠道运动快慢有关。

(5) 有些药物影响肠道运动。

(6) 情绪因素：其情绪与结肠过敏密切相关。

以上因素均归于影响了结肠动力变化，表现过快、过慢、不协调，其频度与强度均有一定的变化。

2. 诊断：大肠功能紊乱所产生的症状有腹痛、便秘、腹泻。凡具有腹痛及大便习惯改变（腹泻或便秘）并伴有下述特征症状者即可确诊。

疼痛时伴有稀便、大便频度增加、腹胀；粘液便；排便未尽感。

由于大肠运动紊乱性疾病分为原发性动力紊乱（IBS）及继发性动力紊乱，所以应排除其继发性动力紊乱引起的下列疾病：

(1) 神经系统异常：①系统性硬化症；②先天性巨结肠症；③急性横断性脊髓病。

(2) 糖尿病。

(3) 强直性肌肉营养不良。

(4) 乳糖酶缺乏。

(5) 炎症性肠病及息肉、肿瘤等。

(6) 甲状腺功能亢进。

(7) 滥用泻药。

(8) 肛门直肠疾患。

总之，其诊断要点是对其病因、临床特点充分了解后，除了器质病引起的继发性动力紊乱才考虑是肠道易激综合症(IBS)。

#### [治疗]

1. 解除情绪因素，必要时加用镇静剂。

2. 调整食物中纤维素含量，便秘者多食含纤维素多的食品，腹泻者不要贪食。

3. 采用肠道钙拮抗剂，如得舒特 50 毫克，每日 3 次可调整结肠动力，达到缓解腹痛及恢复正常排便。

4. 应用调整肠道菌群的微生态调节剂，如培菲康、乐托尔、整肠生、乳酸菌素片、促菌生等。

5. 便秘者，用调节胃肠动力药，如西沙比利 5~10 毫克，每日 3 次，饭前服。

6. 服用含天然纤维素的通便药，如通泰、康畅尔，它是无刺激性的天然纤维素，在胃肠道内将液体吸附，使之呈固

体状态，使粪便变软而易于排出。属于一种容积性泻药，是当今最佳的通便药。

7. 腹泻频发者，可采用易蒙停、思密达、苯二哌啶等。

#### [预防与保健]

本病无生命威胁，可长期保持身体健康，不大影响生活质量。但需对其有一定的认识，适当处置，以更好地提高生活质量。

## 特发性便秘

特发性便秘，是一种原因不明的慢性功能性便秘，在不同年龄的人群中均可发病。总发病率已超过5%，迄今病因和病理生理过程尚不明确。常常称习惯性便秘。

#### [临床症状]

1. 病因：年龄、生活习惯、精神心理、代谢、神经病变如神经元性肠道发育不良、胃肠激素，如血管活性肠肽、P物质、神经肽，还有解剖结构如直肠前突、直肠内套叠、直肠粘膜脱垂等有关。最近有人研究发现其病人肠肌层神经丛中一氧化氮合成酶（NOS）浓度较对照组显著增高，提示传导性收缩受抑制与一氧化氮过度释放有关。

#### 2. 诊断标准：

- (1) 症状至少持续3个月以上。
- (2) 排便次数 $\leq$ 3次/周。
- (3) 25%以上时间排便费力。

(4) 25%以上时间粪质较硬或呈硬球状。

(5) 25%以上时间有排便不尽感。

(6) 钡剂灌肠或肠镜检查排除器质性疾病。

有 2 个或多于 2 个以上症状者，其诊断可确立。以上为国际标准，国内一般也适用。

### [治疗]

根据动力学特点可分为 3 型：①出口梗阻型；②结肠无力型；③混合型便秘。各型特点及治疗有所不同。

1. 结肠无力型：因肠壁肌神经丛兴奋性低下，肠内容物通过迟缓而致便秘。也称高弛缓型便秘。这种情况往往由于老年人、身体素质差、衰弱、食量少、血压低或常服泻药，一旦停用者出现便秘。该型治疗除治原发病外，需增强体质、改善食谱、加大食量，配合应用一些促动力药。

2. 混合便秘型：因副交感神经兴奋性增强，肠道常有痉挛性收缩和运动失调而致便秘。又称痉挛性便秘。这种病人神经类型比较敏感，粪便如羊粪颗粒状，查体常可于左下腹触及索条状肠管及硬结的粪块。该型的治疗，需病人加强对此病的认识，调整生活习惯，适当应用通便药及钙通道拮抗剂，协调肠道运动功能。

3. 出口梗阻型：因直肠壁牵张感受器应激性下降，不能对到达直肠的粪便及时产生排便反射所致便秘。也称直肠型便秘。病人常有肛门下坠感。治疗上，一定要养成良好的排便习惯，集中精神排便，排便时不要受各种因素的干扰。平时多饮水，定时排便。

### [预防与保健]

1. 凡有便秘者，首先要寻找便秘有无器质性病变，作钡灌肠或内镜检查，除外器质性病变。

2. 凡有心脑血管病者，一定要保持大便通畅，这对原病的治疗是至关重要的。

3. 医生要给予病人心理上的治疗，说明身体运动对正常排便习惯的意义，鼓励病人努力参与一些力所能及的劳动。

4. 饮食上要注意食量及对纤维素类食物的摄入，如粗制的米、面、芹菜、韭菜、菠菜及各种果品。

5. 药物对治疗便秘，无疑是重要而有效的措施，但要严格掌握用药的原则及挑选种类。用量尽可能小，必要时再用。

泻药分为以下几类：

1) 容积性泻药：食物纤维、车前子、纤维素类衍生物（如甲基纤维素）。

2) 渗透性泻药：盐类（如硫酸镁、硫酸钠）、乳果糖、甘油、液体石蜡、麻仁丸。

3) 接触性泻药：蒽醌类、大黄、番泻叶、二甲苯烷类、酚酞、双醋酚丁、蓖麻油。

4) 直肠内给药：开塞露、甘油栓。

当今，对于习惯性便秘，多用容积性泻药，其优点有：①不影响有益菌（乳酸菌、双歧菌、肠球菌）；②不产生黑变病；③不影响养分及维生素C的吸收；④不过分刺激肠壁；⑤不影响水电平衡。

最后要注意有无全身性疾患，甲状腺功能低下、电解质

紊乱，尤其是某些药物影响，如阿片类制剂、抗胆碱能制剂，某些抑郁药等。各种原因，一旦明确，应立即排除以减轻或消除便秘。

## 贫 血

循环血液的红细胞数或血红蛋白量低于正常时称为贫血。贫血仅是许多疾病的一个症状，临床上根据临床症状和血细胞形态将贫血分成不同的综合病症。较常见的有：缺铁性贫血、再生障碍性贫血、巨幼红细胞性贫血。以下分别予以介绍。

能够引起贫血的原因很多，按发病机理可以分为造血不良、红细胞破坏过多和急慢性失血。造血不良又分为骨髓增生不良、造血原料不足等。由于贫血血红蛋白减少红细胞携带氧的能力下降，引起组织、器官缺氧，机体通过增加心率、心搏出量、呼吸频率和幅度来代偿缺氧，由此产生一系列症状和体征。贫血症状的有无及轻重主要取决于贫血的程度和发生的速度，同时也与病人年龄、有无其他心肺疾病以及心血管系统的代偿能力有关。

### [临床症状]

#### 1. 临床症状：

(1) 一般表现为皮肤、粘膜、指甲苍白，疲乏无力，头晕耳鸣，记忆力减退，注意力不集中等为贫血的早期表现。

(2) 轻微活动或情绪激动以后即有气急、心率增快，严

重者可出现心力衰竭的表现，查体发现心脏扩大，心尖部听到收缩期吹风样杂音。

(3) 食欲不振、恶心、呕吐、腹胀；甚至腹泻，部分病人可出现舌炎。

(4) 早期可出现多尿，严重时可出现浮肿甚至氮质血症，月经失调（闭经）和性欲减退也常见。

2. 实验检查：在非高原地区，血红蛋白含量成人男性 $<120$  克/升，成人女性 $<110$  克/升。

#### [治疗]

由于贫血的原因很多，治疗需根据不同病因，见以下各论。

#### 再生障碍性贫血

再生障碍性贫血（简称再障）是由多种病因引起的骨髓多能造血干细胞衰竭及造血微环境的损伤，导致以全血细胞减少为特征的一种综合病症。主要临床症状有进行性贫血、乏力，体表及内脏出血以及反复感染，根据病程缓急分急性和慢性两型。常见的病因有药物、化学毒物、电离辐射、感染、妊娠、体质因素及骨髓增生异常。本病国内较常见，男性多于女性，男女比例为 1.4 : 1，年龄 13~72 岁，72% 病人年龄小于 40 岁，故本病易发于青年。

#### [临床症状]

##### 1. 诊断标准：

(1) 全血细胞减少，网织红细胞数减少。

(2) 多数病人无脾肿大。

- (3) 骨髓增生减低或重度减低。
- (4) 除外引起全血细胞减少的其他疾病。
- (5) 一般抗贫血治疗无效。

## 2. 分型:

### (1) 急性再生障碍性贫血 (重型再障— I 型):

1) 发病急, 以进行性贫血、内脏出血、严重感染为主要临床症状。

2) 末梢血象血红蛋白下降快, 并伴以下三项之两项: ①网织红细胞 $<1\%$ , 绝对值 $<15 \times 10^9$ /升; ②白细胞数明显减少, 中性粒细胞绝对值 $<0.5 \times 10^9$ /升; ③血小板 $<20 \times 10^9$ /升。

3) 骨髓像显示三系造血细胞明显减少, 非造血细胞增多。

### (2) 慢性再生障碍性贫血:

1) 发病慢, 贫血、感染、出血较轻。

2) 血红蛋白下降较慢, 末梢血象中其他成分均较急性再障为高。

(3) 重型再障— II 型: 慢性再障病程中病情恶化, 临床症状与急性再障相同。

## 3. 鉴别诊断:

(1) 阵发性睡眠性血红蛋白尿, 出血少见, 网织红细胞增加, 骨髓幼红细胞增生活跃, 尿中含铁血黄素, 糖水试验及酸化血清试验阳性为其特点。

(2) 骨髓增生异常综合症的贫血体征需与本病相鉴别, 骨髓穿刺多显示增生活跃。

(3) 骨髓纤维化慢性型可伴肝脾肿大，骨髓 X 线片和骨髓活检呈典型的骨髓纤维化的表现。

(4) 低增生性急性白血病骨髓穿刺显示原始细胞增加，可确诊。

### [治疗]

#### 1. 输血指征：

(1) 血红蛋白  $< 60\text{g/L}$ ，有心功能不全时应输压积红细胞。

(2) 血小板  $< 20 \times 10^9/\text{L}$  或有出血者输血小板。

(3) 有细菌感染而对抗菌素治疗无效时输白细胞悬液 4~5 单位，连续 4~7 天至感染消退。

#### 2. 防治感染：

(1) 发热或有感染征象时应及时按经验使用广谱抗菌素。

(2) 使用抗菌素前应作血、尿、咽或其他感染部位（如痰、大便、皮损等）的培养。

#### 3. 慢性再生障碍性贫血的治疗：

(1) 雄激素：是一种非特异性红细胞生成刺激剂，为首选治疗，疗程不少于 6 个月。

1) 丙酸睾丸酮：100 毫克，肌肉注射，每日 1 次。

2) 康力隆：2 毫克，口服，每日 3 次。

3) 大力补：10 毫克，口服，每日 3 次。

上述治疗如有效，约 1 个月左右网织红细胞开始上升，随后血红蛋白上升；约 2 个月后白细胞始有轻度升高；血小板升高最慢，常要 3 个月以后并且往往不能恢复到正常。丙酸

睾丸酮的雄性化作用明显，可出现女性男性化或男性性欲亢进的副作用，但多不严重，一般不影响治疗；由于长期肌肉注射可发生注射部位肿块，甚至形成脓肿应注意及时处理。本类药物尚可引起谷—丙转氨酶升高，有肝病者应慎用。

(2) 血管解痉剂：阿托品，0.3~0.6 毫克，每日 3 次，口服；或 0.5 毫克，皮下注射，每日 1~2 次。654-2，5~10 毫克，肌注，每日 1~2 次。连用 1 个月为 1 疗程。以上两药可联合或交替使用。可引起心率增快和口干，有青光眼的病人禁用。

(3) 胎肝造血干细胞移植。

4. 急性再生障碍性贫血的治疗：

急性再障起病急、病情重，需立即到血液病专科治疗。目前常用的治疗有骨髓移植（40 岁以下，有同胞供髓者）、静脉输注抗胸腺细胞球蛋白和大剂量甲基强的松龙短程冲击疗法。拟行骨髓移植者应避免输血。

5. 肾上腺皮质激素：可减少毛细血管出血，泼尼松口服，每日 15~30 毫克。

[护理]

1. 清洁皮肤，避免感染。

2. 加强口腔清洁护理，每顿饭后刷牙并用 4% 苏打水及 0.1% 雷夫奴尔漱口。

3. 保持大便通畅，必要时应用缓泄剂；便后清洗。

4. 居室经常通风换气，避免到公共场所，以减少呼吸道感染的机会。

## 营养性巨幼细胞性贫血

营养性巨幼细胞性贫血是由于叶酸和维生素 B<sub>12</sub> 营养缺乏造成脱氧核糖核酸 (DNA) 合成障碍所引起的贫血。本病的特点为大细胞性贫血；骨髓呈巨幼红细胞生成，并可累及粒细胞及巨核细胞系列。常见原因为长期素食、偏食、蔬菜烹调不当、酗酒、不适当的饮食限制或“忌嘴”造成维生素 B<sub>12</sub> 摄入不足；妊娠、婴幼儿生理需要量大或胃肠道疾病引起吸收不良。营养性巨幼细胞性贫血具有地区性，我国以山西和陕西省等西北地区较多见，患病率可达 5.3%。

### [临床症状]

1. 有造成营养缺乏的病因。

2. 临床症状有贫血的一般表现，包括：乏力、头痛头晕、心悸、活动后憋气等；常伴食欲不振、恶心、腹泻、舌痛、舌红、舌面光滑等。维生素 B<sub>12</sub> 缺乏者可有周围神经病变的症状，如肢体末端麻木、感觉低下和异常，也可出现肢体运动障碍和精神忧郁等症状。

3. 末梢血象为大细胞性贫血：红细胞平均容积 (MCV) >100 飞升、红细胞平均血红蛋白浓度 MCHC 320~360 克/升、红细胞平均血红蛋白量 (MCH) >32 皮克；可伴白细胞和血小板减少。

4. 骨髓呈巨幼红细胞生成，巨幼红细胞 >10%，粒细胞系统及巨核细胞系统也有巨型变。

5. 血清叶酸测定 <3 约克/毫升，血清维生素 B<sub>12</sub> 测定 <200 约克/毫升。

6. 叶酸、维生素 B<sub>12</sub> 治疗有效。

[治疗]

1. 叶酸：5~10 毫克，口服，每日 3 次。
2. 维生素 B<sub>12</sub>：200 微克，肌肉注射隔日 1 次。疗程约需 15~30 天。
3. 严重者可能合并缺铁，应适当补充铁剂。
4. 病因治疗：患有消化道疾病人应积极治疗原发病。

[预防]

应从儿童期开始养成不偏食的饮食习惯，注意膳食中营养素的调配，老年和体弱者更要精心调理膳食结构，及时治疗牙齿及消化道疾患。

缺铁性贫血

缺铁性贫血是体内贮存铁被用尽，影响血红素合成所引起的贫血。特点为小细胞低色素性贫血。本症是最常见的营养素缺乏症，至今仍是世界各国尤其是发展中国家普遍而重要的健康问题。其高危人群为妇女、婴幼儿和儿童。常见病因为慢性失血（如月经多、痔出血、溃疡病、钩虫病等），铁的需要量增加（婴幼儿、妊娠、哺乳、月经）及吸收不良（胃大部分切除术后，长期严重腹泻、胃酸缺乏，嗜好浓茶等）。

[临床症状]

1. 有明确的缺铁病因及贫血的临床症状。
2. 小细胞低色素性贫血：红细胞平均容积 (MCV) < 80 飞升，红细胞平均血红蛋白浓度 MCHC < 320 克/升，MCH < 26

皮克。

3. 血清铁 $<500$  微克/升, 总铁结合力 $<3600$  微克/升, 转铁蛋白饱和度 $<15\%$ , 血清铁蛋白 $<12$  微克/升。

4. 骨髓铁染色显示骨髓小粒可染铁消失, 铁粒幼红细胞 $<15\%$ 。

5. 铁剂治疗有效。

另外, 本病需与慢性病性贫血鉴别, 此类贫血由慢性感染或炎症及恶性肿瘤引起铁利用障碍。特点为血清铁蛋白和骨髓细胞外铁增高, 血清铁、总铁结合力及骨髓细胞内铁减少。

#### [治疗]

1. 纠正病因: 积极治疗失血性疾病, 如消化道失血、痔疮和女病人的月经失血过多。

2. 补充铁剂:

(1) 口服: 硫酸亚铁 0.3 克, 或富马酸铁 0.2 克, 饭后, 每日 3 次, 血红蛋白正常后需继续治疗 3~6 个月以补充贮存铁, 避免复发。

(2) 注射: 由于注射铁剂引起局部刺激、过敏反应、过量导致血色病等不良反应, 应尽量避免使用注射铁剂。如病人不能耐受口服铁剂、有消化道疾病、胃肠吸收障碍或需补铁量大时可考虑注射铁剂, 但应严格控制用量。可按以下公式计算:

右旋糖酐铁总量 (mg) =  $300 \times (15 - \text{病人血红蛋白克数}) + 500$

首剂 50 毫克，深部肌肉注射，以后可每日或隔日 100 毫克。

### [预防与保健]

1. 加强妇幼保健，预防早产，做好婴幼儿喂养指导，及时添加含铁量及铁吸收率高的辅食品；对较大儿童应纠正偏食的不良习惯；做到每日膳食营养平衡。
2. 积极防治月经病，重视置节育环月经过多的问题，及时就医治疗。
3. 防治寄生虫病，特别是钩虫病；有消化道慢性出血史的病人应注意补充铁剂。

## 泌尿系感染和肾盂肾炎

泌尿系感染是上下泌尿道感染的统称。下尿道感染有尿道炎、膀胱炎；上尿道感染有输尿管炎、肾盂肾炎。肾盂肾炎可分为急性及慢性二期。急性期若不积极治疗易成慢性，而中年以上尿毒症病人中患慢性肾盂肾炎者占 1/3。以下主要介绍肾盂肾炎的诊治。

肾盂肾炎的主要致病菌为大肠杆菌。致病菌可通过以下四种途径：①沿尿道上升经膀胱、输尿管至肾盂和肾间质而引起感染，女性尿道短易发病，2 岁以下用尿布的婴儿发病率更高。②淋巴系统感染。③血行性感染。④直接感染肾组织诱发本病。

正常膀胱粘膜有一定的抑菌能力，仅细菌侵入尿道不一

定致病。但若有下列诱发因素时则易患病：①各种原因引起的尿路梗阻，如尿路结石肿瘤、前列腺肥大等。②泌尿系畸形。③机体抵抗力下降，如糖尿病和使用肾上腺皮质激素者。④尿道及邻近组织的损伤和炎症，如导尿等。

### [临床症状]

1. 急性肾盂肾炎，育龄妇女最多见，起病急骤，表现如下：

- (1) 高热寒战，体温多在 38~39℃ 之间；
- (2) 腰痛，小腹酸痛，体检时在上输尿管点或肋腰点有压痛，肾区叩痛阳性；
- (3) 尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症；
- (4) 儿童病人的症状常不明显，起病时除高热等症状外常有惊厥、抽搐发作。

2. 慢性肾盂肾炎症状较轻，可由于急性肾盂肾炎治疗不彻底发展而成：

- (1) 疲乏，轻度厌食，低热。
- (2) 腰部酸痛，尿频、尿急、尿痛反复出现。
- (3) 晚期肾功能受损，夜尿多、尿比重低、二氧化碳结合力低、尿素氮高、贫血等。

3. 其他检查：

(1) 急性期白细胞数一般升高到 1~2 万，中性粒细胞的百分比升高。

(2) 尿常规检查简便易行，有诊断意义。尿中有白细胞每个高倍视野大于 5 个或成堆出现，白细胞管型提示肾内的

炎症或化脓，尿蛋白从微量到中等量。

(3) 尿细菌学检查：清洁中段尿培养，清晨第一次尿的阳性率最高；菌落计数 $>10^5/\text{ml}$ 为阳性。

(4) X线检查：急性者无需作，慢性病人应视需要作腹部平片、静脉肾盂造影、逆行肾盂造影等，发现有无结石、梗阻等；此外，慢性肾盂肾炎病人的肾盂可有轻度扩张或呈杵状及畸形，以此可与其他肾脏病鉴别。

#### 4. 鉴别诊断：

(1) 肾结核起病缓，一般抗生素治疗效果差，尿结核菌检查可确诊。

(2) 慢性下尿路感染，可有尿频、尿急、尿痛或膀胱区压痛的症状，尿检可有菌尿和尿中白细胞增多，但无发热、腰痛、上输尿管点压痛及肾区叩痛，两者有时鉴别困难。

(3) 慢性肾小球肾炎，本病有浮肿、大量蛋白尿鉴别不难，尿蛋白量大于3克/日，则多属肾小球病变。

(4) 尿道综合症，有尿频、尿急、尿痛，但尿菌培养阴性或菌落数 $<10^4/\text{毫升}$ 。男性由于前列腺炎引起，女性可由于尿道旁腺炎引起。其诱因为受冷、性生活、洗浴或避孕措施不当等。去除上述诱因后，尿路刺激症状消失。

#### [治疗]

最好在治疗前作清洁中段尿培养、菌落计数和药敏试验。抗生素使用应合理，用量足、疗程够；切忌滥用、随意停药。

##### 1. 急性肾盂肾炎：

(1) 门诊病人可先从口服药开始，选用对革兰阴性杆菌

敏感的药物如吡哌酸 0.5 克，每日 3~4 次；氟哌酸 0.2 克，每日 3 次；肾功能正常者可肌肉注射庆大霉素 8 万单位，每日两次，但必须注意耳毒性和肾毒性。

(2) 住院病人或病情急重者宜静脉输注头孢二代或三代抗菌素。

(3) 如用药得当，24 小时内症状改善，若 48 小时不改善应换药，一般根据药物敏感试验选择。

(4) 用药至症状消失、尿检正常 3~7 天后停药。

## 2. 慢性肾盂肾炎：

(1) 原则是联合用药，分组轮替，长期维持。将敏感药物分组，如呋喃坦叮加氟哌酸。

(2) 如已有肾功能减退，使用有肾毒性的药物时应注意肾功能的变化，最好慎用。

(3) 注意尿液 pH 对抗菌素的作用。尿酸化后呋喃坦叮、氨苄青霉素药效增强；碱化后氨基甙类，如庆大霉素、卡那霉素，头孢类效果增强。

## [预防与保健]

1. 下尿路感染上行导致肾盂肾炎者不少见，预防下尿路感染很重要。

(1) 养成良好卫生习惯，清洗外阴，换洗内衣应从小做起，外阴清洗仅用温开水即可，尽量不要长期用高锰酸钾或其他消毒剂冲洗外阴。

(2) 婴幼儿要勤换尿布，大便后最好冲洗外阴，应从前向后冲洗和擦拭。

(3) 已婚女性注意房事清洁，事后排尿以冲洗尿道，反复尿路感染者可口服呋喃坦叮以防发作。

(4) 妇女月经期和妊娠期更应注意多饮水、勤排尿，一定不要憋尿。

2. 增强体质，提高机体防御能力。

3. 积极治疗和消除各种诱因。男性尿路感染往往是尿路梗阻所致，最常见的原因是前列腺炎、前列腺增生；一些男性病人对此常不重视或不愿提及而造成病情发展累及肾脏。

## 糖尿病

糖尿病是由于血糖升高导致尿中出现糖分，并由此出现多尿、多饮、多食、消瘦三多一少症状的内分泌代谢性疾病。糖尿病与冠心病、肿瘤已成为当前影响人类健康的三大非传染性疾病，目前糖尿病的患病率已高达3%，也就是说目前我国已有4000万糖尿病病人。糖尿病可导致急性代谢合并症和慢性肾脏、心脑血管、眼部合并症而大大缩短病人寿命，降低生活质量。

通常把糖尿病分为原发性糖尿病和继发性糖尿病。原发性糖尿病又分为胰岛素依赖型（IDDM，Ⅰ型）和非胰岛素依赖型糖尿病（NIDDM，Ⅱ型）。胰岛素依赖型糖尿病一般30岁前发病，易出现酮症，必须用胰岛素治疗。非胰岛素依赖型糖尿病多在40岁后发病，一般不易出现酮症，不需靠胰岛素治疗维持生命。继发性糖尿病是继发于其他疾病的糖代谢

紊乱。这些常见的疾病有肢端肥大症、甲亢、皮质醇增多症、肝病和胰腺炎等。

### [临床症状]

#### 1. 糖尿病的诊断:

(1) 具有典型的症状,如口渴、多尿、疲劳、消瘦和皮肤易感染,空腹血糖 $\geq 7.8$ 毫摩尔/升,或随机血糖 $\geq 11.1$ 毫摩尔/升。上述结果重复两次即可以诊断糖尿病。

(2) 当上述结果不明确或出现以下任何一种情况应进一步作口服糖耐量试验(OGTT)以确定诊断:

1) 尿糖阳性而空腹血糖正常。

2) 餐后2小时血糖 $\geq 9.0$ 毫摩尔/升,但低于11.1毫摩尔/升。

3) 有糖尿病家族史包括患糖尿病的孪生兄弟。

4) 女病人有妊娠过期、胎儿过大或死产病史者。

5) 有自发性低血糖反应者。

(3) OGTT 诊断糖尿病的标准:

1) 有糖尿病症状,2小时血糖 $\geq 11.1$ 毫摩尔/升。

2) 无糖尿病症状者要求OGTT2小时及1小时血糖均 $\geq 11.1$ 毫摩尔/升,或重复一次OGTT2小时血糖 $\geq 11.1$ 毫摩尔/升;或空腹血糖 $\geq 7.8$ 毫摩尔/升。

达到上述指标可确诊为糖尿病。

#### 2. 糖尿病分型诊断:

两型糖尿病不仅发病原因、遗传倾向、临床症状不同,而且治疗也不同,这对糖尿病病人是十分重要的,因此必须在

治疗前判明分型以选择治疗方式和估计预后。两型鉴别见表。

糖尿病分型

特点	IDDM	NIDDM
发病年龄	多在 30 岁前	多在 40 岁以后
营养状态	消瘦, 不胖	多超重或肥胖
起病情况	起病急, 症状重	起病缓, 症状轻或无症状
酮症倾向	常见	少见, 仅于应激时出现
免疫学检查	胰岛细胞抗体和谷氨酸脱羧酶抗体阳性	很少阳性
胰岛素/C 肽水平	绝对低	正常、稍低或高于正常
胰岛素治疗	必需	一般不需要

### [治疗]

糖尿病的治疗目的是改善代谢的紊乱状态, 防止和延缓并发症的发生, 提高病人生活质量。

1. 有关糖尿病教育已经成为糖尿病治疗的重要环节。糖尿病是伴随病人终生的疾病, 只有病人自己掌握了有关的知识, 才能主动配合治疗取得满意的代谢控制。糖尿病病人及家属应该至少参加一次就诊医院举办的糖尿病知识教育讲座。

2. 饮食治疗是各型糖尿病和各种治疗的基础。对于 IDDM 病人, 保持合理的相对恒定的热量摄取可以良好的改善营养不良状态并避免发生低血糖反应和体重增加。对于 NIDDM 病人, 适当限制热量可达到减轻体重降低血糖的作用。饮食治疗应在医生或营养师的指导下进行。饮食限制应该是限

制总热量的摄取，合理分配碳水化合物、脂肪和蛋白质比例；纠正单纯限制主食而蛋白质摄入过多的错误概念。

合理饮食简易估算法：主食固定，按体力需要，休息病人每日主食 200~250 克；轻体力劳动者 300~400 克；重体力劳动者 400 克以上。每日新鲜蔬菜 500 克以上，牛奶 250 毫升，鸡蛋一个，瘦肉 100 克，豆制品 50~100 克，烹调用油 15~30 克，盐 6 克。

为避免单调，简易食品交换法可参照以下方案：

50g 富强粉 = 75g 馒头 = 69g 生切面 = 150g 白薯。

100g 大米 = 250g 米饭或 300g 软米饭。

50g 鸡蛋（中等大小） = 40g 瘦肉、鱼或虾。

50g 瘦肉 = 12g 豆腐。

25g 主食 = 150g 苹果 = 200g 鸭梨或葡萄 = 175g 柑橘 = 100g 香蕉。

3. 运动治疗也是糖尿病的基本治疗方法之一。运动治疗适用于多数 NIDDM 病人，如肥胖者和空腹血糖在 16.7 毫摩尔/升以下者，和处于稳定期的 IDDM 病人。运动方式有多种，最简便易行的是散步。糖尿病病人的运动应循序渐进并持之以恒，切忌运动过量和随意中断。

#### 4. 药物治疗：

##### (1) 口服药：

1) 磺脲类，如优降糖、美吡达、达美康、糖适平等，其作用以刺激胰岛细胞释放胰岛素为主。NIDDM 病人餐前服用效果好。最严重的副作用是低血糖；

2) 双胍类, 如二甲双胍、美迪康、迪化糖定、格华止等, 主要作用是抑制肠道葡萄糖的吸收和促进葡萄糖的利用, 多用于肥胖的 NIDDM 病人, 主要副作用是消化道不适, 故应餐后服用;

3)  $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂(拜糖平)抑制淀粉和多糖的分解和吸收, 主要用于轻型的 NIDDM 病人, 餐中咀嚼口服效果最佳, 副作用为腹胀和消化道不适。

## (2) 胰岛素替代或补充治疗:

1) 适应证: IDDM 病人的终生替代治疗; NIDDM 病人发生急性代谢并发症者; NIDDM 病人原发或继发口服降糖药失效者; NIDDM 病人有严重肝、肾、心、脑、眼并发症者; 糖尿病病人有手术、外伤、妊娠、分娩、急慢性感染等应激状态者。

2) 胰岛素种类: 按胰岛素来源分为牛胰岛素、猪胰岛素和基因工程合成的人胰岛素。后者因与人胰岛素结构完全相同而不产生免疫反应, 为长期胰岛素替代补充治疗的最佳选择。

按胰岛素作用时间分为短效、中效、长效和以一定比例预先混合的短效和中效胰岛素。目前国内市场有国产的短效长效猪胰岛素, 进口的短中长效人胰岛素和按 30%短效、70%中效比例预混的混合胰岛素。在使用胰岛素时一定要仔细确认切勿混淆。

3) 胰岛素的使用: 常规皮下注射, 仅在抢救糖尿病急性代谢并发症时才需静脉滴注。注射部位皮肤应保持清洁, 并

经常轮换注射部位，以免造成局部脂肪萎缩。常用的注射部位有腹部、大腿、上臂和臀部。

胰岛素过敏反应和胰岛素抵抗主要发生在使用猪或牛胰岛素的病人。表现为注射局部或全身出现皮疹或水肿，或胰岛素需要量不断增加。更换纯度更高的胰岛素或人工胰岛素可缓解之。

注意胰岛素的有效期，切勿使用过期变质的胰岛素。胰岛素应储存在 2~8℃ 环境中（切不可冷冻）。

（3）药物治疗中低血糖的发生和防治：在药物治疗时最常出现和最危险的副作用就是低血糖。常见的原因有药物选择不当，剂量过大，饮食不规律，活动量增加等。低血糖的表现轻者为头晕、心慌、哆嗦、出汗和反应迟钝，重者可精神异常、说胡话或昏迷。糖尿病病人特别是老年人，如果发现其行为异常特别是昏迷时一定要想到低血糖。如有条件测血糖  $< 2.78\text{mmol/L}$  即可确定。一经发现应立即口服或静脉补充含糖液，严重病人必须马上送医院抢救。

糖尿病病人特别是使用胰岛素的病人应随身携带记有病名、治疗药物及就诊医院的卡片以便获得及时正确的抢救。避免上述低血糖发生的原因是防止低血糖发生的关键。

糖尿病的治疗种类繁多，在选择治疗方案时应坚持个体化的原则，病人应遵医嘱执行，不应随意改变和停止治疗。

#### [糖尿病的并发症]

##### 1. 急性并发症：

（1）糖尿病酮症酸中毒：多发生在 IDDM 病人延误或不

正确的胰岛素治疗、严重感染、创伤和大手术的应激状态以及情绪波动时。通常在数小时或数天内发作。临床症状为多尿、口渴症状加重、腹痛呕吐，严重者可出现脱水及意识障碍，甚至昏迷；血糖常明显升高（ $>20\text{mmol/L}$ ），血酮体升高、尿酮体阳性。出现上述症状必须立即开始胰岛素治疗。

(2)高渗性非酮症性糖尿病昏迷：常见于老年 NIDDM 病人，甚至一些不知自己患病的病人。由于各种原因引起的脱水、脑血管病和肾脏病为诱因。意识障碍昏迷为主要表现；血糖显著升高（ $>25$  毫摩尔/升），尿酮体可阴性或弱阳性。出现上述症状必须立即进行补液治疗，纠正高渗状态。本症一旦发生死亡率很高。

(3)糖尿病乳酸酸中毒：可由酒精或其他肝脏病促发，或与休克有关，双胍类口服降糖药使用不当也是重要原因。本症治疗困难，预后很差，关键在于防止出现。

## 2. 慢性并发症：

由于长期存在的高血糖状态，机体各系统都会受累发生以下并发症：

(1)感染性并发症：糖尿病病人的免疫功能低下，各种感染的发生率均高于常人，代谢控制差的病人尤甚。最常见的感染是慢性泌尿系感染和肺结核，此外反复发生的皮肤疖、痈常是糖尿病的首发症状。

(2)糖尿病视网膜病变和白内障：糖尿病病人出现视物模糊，严重者可失明。眼科检查发现眼底微血管瘤、出血和血管增生或晶状体混浊。良好的血糖控制及定期眼科检查是

预防本症的关键。在血糖控制满意基础上，必要的眼科治疗可延缓或停止本症的发展。

(3) 糖尿病肾病：高血糖是造成糖尿病病人肾脏功能形态改变的病理基础。一旦出现临床蛋白尿已进入本症的中晚期，目前尚无直接针对糖尿病肾病的有效治疗。良好的代谢控制是防止或延缓本症发生发展的重要措施，同时定期检查尿中微量白蛋白排出率，监测血压并及时治疗可改善本症的预后。

(4) 糖尿病性神经病变：糖尿病可合并多种神经病变，最常见的是糖尿病末梢神经炎。病人主要以感觉神经障碍为主，多呈手套袜套样分布的麻木感、疼痛感；肌电图示神经传导速度减慢。代谢控制和营养神经药物如 B 族维生素为主要治疗方法。

(5) 糖尿病足：是糖尿病致残的主要原因。其原因是糖尿病大血管病变引起的肢端缺血，神经病变、感染，同样高血糖也是致残的重要原因。临床症状为足部皮温下降，色暗疼痛或痛觉消失，肢端干湿性坏疽。积极控制血糖、改善局部血液循环和控制感染的综合治疗可尽量保存患肢，避免致残。

#### [预防、护理与保健]

1. 预防：随着社会生产力的发展，物质文明的繁荣，我国人民的生活水平逐年提高。城市和经济发达的农村人口每日摄取的热量增加，饮食结构也由原来的以碳水化合物为主向蛋白质脂肪含量的增加转变。随之而来的是体重增加、肥

胖、高血压、糖尿病、冠心病这类疾病的发病率逐年增加。鉴于这类疾病对人类寿命、生活质量带来的巨大影响，预防其发生有着重要的意义。

(1) 改善不良生活习惯，包括吸烟、酗酒、暴饮暴食。

(2) 增加体力活动，尤其是那些从事久坐少动的工作人员，每周至少要有 1~2 次体育锻炼。

(3) 注意控制体重，避免肥胖发生。限制每日热量摄取，应从青少年开始少饮含糖饮料。

(4) 有糖尿病家族史者、出生体重低者、肥胖者、妇女有异常妊娠史者都应定期检查血糖尿糖，必要时作糖耐量试验以期尽早发现糖尿病。

## 2. 护理与保健：

(1) 糖尿病病人及患儿的家属或家长应和病人一起接受糖尿病教育，和病人一起克服疾病。应该尽量为病人营造一个轻松愉快的生活环境。

(2) 注意合理安排病人的饮食起居，尤其是儿童和老人生活自理能力差需特殊关心；建议糖尿病病人家庭准备一个小食品秤，以便准确计量饮食。

(3) 学会自我监测血糖尿糖。尿糖测定是比较简便易行的方法，一般查空腹及三餐前后及睡前尿糖，但老年人往往尿糖不能正确地反映血糖，应当加以注意。注射胰岛素的病人，如有条件可购置一台快速血糖仪自己监测血糖，使血糖得到最满意的控制而又避免发生低血糖。

(4) 糖尿病病人应每天洗脚，并经常检查足部有无破损，

走路和运动时应穿柔软舒适的运动鞋，防止糖尿病足发生。

虽然糖尿病是伴随终生的疾病，而且有许多并发症，但只要病人重视它，积极配合治疗是完全可以达到满意的代谢控制目标的，进而防止和延缓并发症的出现和发展，最终实现提高糖尿病病人生活质量的目的。

## 尿崩症

由于下丘脑—垂体后叶病变使抗利尿激素减少引起的以多饮、多尿为主要特征的疾病称为尿崩症。抗利尿激素产生于下丘脑的神经细胞，并由神经细胞的轴索输送到垂体后叶储存，根据体内渗透压和血容量状况释放入血，主要作用于肾脏增加水的吸收。上述任何部位的病变和损伤均可造成尿崩症。尿崩症分为原发性尿崩症和继发性尿崩症。原发性尿崩症的病因不清，可能有遗传性；由脑肿瘤及其他中枢神经系统炎症、损伤引起的称继发性尿崩症。由于本病的主要症状多尿、多饮给生活和工作带来很多不便和烦恼，因此认识本病，及时诊治对提高病人生活质量的意义重大。

### [临床症状]

#### 1. 尿崩症的诊断依据：

(1) 突然出现的多饮和多尿症状伴口渴、干燥感，病人多喜饮冷水；每日尿量在 5 升以上，有时可多达 10 升；尿量失去正常昼多夜少的规律，一日内变动不大。

(2) 因大量饮水，进食少，病人多消瘦，营养不良，儿

童期发病则生长发育受影响。

(3) 尿常规检查示尿比重低，常在 1.006 以下；尿渗透压低于血渗透压，常在 280 毫摩尔/（升·千克）体重以下。

(4) 血渗透压和血钠水平可正常或稍高。

(5) 行禁水试验尿量不减，尿渗透压和尿比重不升高，体重可减 3~4 千克，血渗透压明显升高；抗利尿激素试验性治疗可明显减少尿量，增加尿比重和尿渗透压。

## 2. 鉴别诊断：

(1) 糖尿病：本病病人尿比重高；且尿糖血糖高不难鉴别。

(2) 肾性尿崩症：本病是由于肾小管对抗利尿激素反应下降引起的，有先天性和获得性两种，后者因各种原因损害肾小管所致；对抗利尿激素试验性治疗无反应。

(3) 精神性多饮：因本病的治疗与尿崩症截然不同，故临床鉴别非常重要。正规的禁水试验，高渗盐水试验使尿比重增加、尿量减少可鉴别。

## [治疗]

1. 抗利尿激素的替代治疗：去氨加压素 (DDAVP, 商品名：弥凝) 是目前最好的替代品。有口服片剂，每片 0.1 毫克或 0.2 毫克，适用于有生活自理能力的病人；鼻喷剂 0.1 毫克/毫升，适用于不能耐受口服药和神志不清不能吞咽者；静脉注射剂  $4\mu\text{g}/\text{ml}$ 。本药尚可治疗 5 岁或以上儿童夜间遗尿症。

抗利尿激素的治疗必须在医生指导下进行，替代剂量应

因人而异，最初从小剂量开始试验，选择最低有效剂量维持治疗，既经济又可避免过多的抗利尿激素造成体内低钠、水过多。

## 2. 口服药物治疗：

(1) 双氢克尿塞 25 毫克，每日 2~3 次，治疗期间应限钠盐，长期用可致血糖升高。

(2) 氯磺丙脲 0.1 毫克，睡前服，有降低血糖的作用，应注意低血糖反应。

(3) 安妥明 0.25~0.5 毫克，每日 2~3 次，可有肝损害。

## [保健]

1. 儿童如出现多尿特别是夜尿增多或 5 岁以上遗尿者应注意观察其全天尿量，如大于 3 升应及时就医。

2. 老年病人特别是生活不能自理者应注意其每日饮水量和尿量，并采用切实可靠的治疗药物。

# 甲状腺功能亢进症

甲状腺功能亢进症（简称甲亢）是由于血液中甲状腺激素水平异常升高产生的一系列症状。典型的临床症状有怕热多汗、心慌哆嗦、多食消瘦、乏力等。甲亢不是一种病，而是多种病因引起的一组临床症状。可以造成甲亢症状的疾病很多，一类是引起甲状腺功能亢进的疾病：如弥漫性甲状腺肿伴甲亢，又称格雷弗斯病（Graves 病），产生甲状腺刺激素的肿瘤如垂体微腺瘤，具有分泌甲状腺激素功能的毒性甲状

腺腺瘤；另一类是无甲状腺功能亢进而仅有甲亢症状的疾病，包括由于甲状腺组织被破坏，甲状腺激素释放入血的疾病，如各型甲状腺炎和不适当地服用甲状腺激素出现的甲亢症状。

临床上较多见的是弥漫性甲状腺肿伴甲亢（以下简称 Graves 病）。Graves 病的病因尚无定论，目前较公认的理论是自身免疫性因素刺激甲状腺组织发病。发病诱因有焦虑、紧张、精神刺激等。本病是内分泌科的常见病。女性较男性多见，多于 20~40 岁发病，儿童和老年较少，但由于临床症状不典型，容易误诊。

#### [临床症状]

##### 1. 临床症状：

(1) 有怕热多汗、易饥多食、消瘦乏力、腹泻、急躁易怒、心慌手抖的典型症状，女性病人可出现月经过多。

(2) 儿童以心慌为主要表现，其特点为静息（如睡眠）时心率仍不减慢。

(3) 老年病人的症状常很不典型，可没有多食甚至厌食的表现，一些病人有精神异常表现，也有一些病人因心慌、心律失常就诊于心内科。仔细询问和检查可以帮助诊断。

(4) 检查身体发现病人心率增加，每分钟多大于 100 次，脉压增加，眼球突出，双侧甲状腺弥漫对称性增大，常在甲状腺的上下极触摸到震颤并听到血管杂音，有些病人的小腿前部可出现粘液性水肿。

##### 2. 甲状腺功能检查：

(1) 血清甲状腺激素（ $T_3$ 、 $T_4$ ）水平增加，及相关的甲

甲状腺激素（TSH）水平下降是本病的重要诊断依据。此法简便易行，结果可靠。

（2）如临床症状不典型或诊断困难者需进行吸<sup>131</sup>I率测定，本病病人表现为吸碘率增加并伴高峰前移。孕妇和儿童禁用或慎用此法。

3. 鉴别诊断：由于引起甲亢的原因很多，各自的治疗方法不同，所以有必要进行鉴别诊断。

（1）甲状腺激素异常增加引起的甲亢，多见于垂体腺瘤或微腺瘤，和某些有分泌TSH功能的肿瘤。特点为血清TSH增加，并有不同部位肿瘤相应的症状。

（2）毒性甲状腺腺瘤、甲状腺的单个无痛性肿物，甲状腺核素扫描示肿物部位放射性浓聚，周围放射性浅淡。

（3）各种甲状腺炎引起的甲状腺激素释放过多，临床症状有甲状腺局部疼痛或肿大；实验室检查呈甲状腺激素水平增加而甲状腺吸<sup>131</sup>I率降低的分离现象；甲状腺组织自身免疫抗体阳性。

#### 4. 并发症。

（1）甲亢危象是甲亢急症：临床症状为高热，体温 $>39\text{C}$ ，心率 $>160$ 次/分钟，伴大汗、恶心呕吐、腹泻、意识障碍。诱因为甲状腺手术和应激状态。必须马上抢救。

（2）恶性突眼症：双侧眼球不对称突出伴复现，眼肌麻痹，视力下降。

（3）周期性麻痹：男性病人多见，发生在甲亢症状明显时期，常在运动后，多饮酒后发作，手足无力甚至瘫痪，伴

低血钾。可自行缓解，严重者需静脉补钾。随甲亢症状好转而停止发作。

### [治疗]

#### 1. 药物治疗：

(1) 适应证：初发者，手术治疗的前期准备，甲亢合并妊娠者。

(2) 常用药物：他巴唑（甲硫咪唑，MMI）和丙基硫氧嘧啶（简称丙硫，PTU）。

(3) 使用方法：开始足量（他巴唑 30 毫克/天，丙硫 300 毫克/天），4~8 周后如症状好转、甲状腺功能正常，则缓慢减药至维持量（他巴唑 5 毫克/天，丙硫 50 毫克/天），维持治疗 0.5~1 年不复发停药。服药总量不够或疗程不足均是复发的原因。

(4) 注意事项：这两种药具有共同的副作用，即皮疹、白细胞减少和药物性肝损害。服一种药出现皮疹可换用另一种药或换其他治疗方法。白细胞减少特别是中性粒细胞减少十分危险，因此足量用药时必须定期监测白细胞，至少每 2 周查血常规 1 次，如出现发热、明显乏力、咽痛则应马上就诊。肝功能应每月检查一次。甲亢本身可引起白细胞轻度降低和肝功能异常，所以在服药前应检查，以便进行对照。

#### 2. 手术治疗：

(1) 适应证：成年者，甲状腺肿大明显或出现吞咽和呼吸困难，胸骨后甲状腺肿大，毒性甲状腺腺瘤，药物治疗困难和复发的 Graves 病，不愿内科治疗者。

(2) 禁忌证：未成年者，合并出血性疾病人及其他手术禁忌证者。

(3) 术前准备：术前必须用抗甲亢药物将甲亢症状控制满意。手术指征是：甲亢症状消失，体重增加，心率 $<90$ 次/分钟， $T_3$ 、 $T_4$ 正常。

(4) 术后并发症：永久性甲低（需终生甲状腺激素替代治疗），甲亢复发，声带麻痹，声音嘶哑，手足搐搦。

3. 同位素治疗：被甲状腺组织摄取的 $^{131}\text{I}$ 产生的 $\beta$ 射线破坏甲状腺细胞，起到非手术切除甲状腺的目的。

(1) 适应证：中老年病人，中重度甲亢者，因白细胞减少及其他合并症而不能进行药物治疗者。

(2) 禁忌证：青少年病人，今后希望妊娠者，可疑甲状腺癌者。

(3) 并发症：永久性甲低（需终生甲状腺激素替代治疗），甲亢复发。

#### [预防、护理与保健]

1. 合理安排工作、学习，注意劳逸结合；保持乐观的情绪，正确对待生活、工作中发生的事件，可减少本病的发生。

2. 病人应该避免精神紧张、情绪激动；在治疗期间最好适当休息。

3. 症状尚未控制的病人，如需急诊手术和合并严重感染等应激状态，应通知医生或及时到综合医院就诊，进行必要治疗以免诱发甲亢危象。

4. 甲亢病人症状严重时往往急躁易怒，家人和同事应予

以谅解。

5. Graves 病病人症状未获控制时应避免进食富含碘盐的食物。社会上一些无照行医者往往利用碘剂能暂时抑制甲状腺素释放，症状很快缓解的特点“治疗”甲亢，但多数病人很快复发并且治疗困难；因此，希望甲亢病人尽量到内分泌专科就诊，以免延误治疗。

## 甲状腺功能低下症

甲状腺功能低下症（简称甲低）是由于甲状腺组织分泌甲状腺激素减少甚至消失引起的全身低代谢症状。甲低也是一组由多种病因引起的综合征。根据病因的部位把甲低分为原发性甲状腺功能低下症和继发性甲状腺功能低下症。原发性甲状腺功能低下症指的是甲状腺本身疾患，包括特发性甲状腺功能低下症、医源性甲低、先天性甲状腺组织发育不全（呆小病、克汀病）、慢性甲状腺炎、地方性甲状腺肿等。继发于垂体或下丘脑功能低下的甲状腺功能低下症有席汉综合征、TSH 单独缺损症。本症从出生前胚胎期开始到老年人各个年龄均可发病。女性较男性多见。本病起病隐蔽、缓慢，常不易察觉而发展到出现心脏、肾脏并发症，甚至仅轻微受凉即昏迷不醒。

### [临床症状]

#### 1. 临床症状：

(1) 粘液性水肿为特征性表现，多在颜面、四肢出现。皮

肤无汗干燥脱屑，毛发粗糙断裂。眉毛外 1/3 脱落也是甲低的特征性表现。

(2) 低代谢表现：怕冷无汗，体重增加。

(3) 心动过缓，心脏扩大、心包积液，心电图示低电压。

(4) 食欲低下，严重的便秘。

(5) 反应迟钝、淡漠，明显的记忆力减退；新生儿呆小病者少哭少动，智商低下；老年人可表现为痴呆或抑郁症。

(6) 新生儿、幼儿、儿童生长发育缓慢，身高低于相应年龄正常值。成人表现乏力，肌力低下，腱反射减弱。

(7) 面色苍白，贫血，血色素低。

(8) 声音变哑，打鼾；女性病人月经过多。

## 2. 化验检查：

(1) 血清甲状腺激素  $T_3$ 、 $T_4$  低于正常，甲状腺刺激素 TSH 高于正常为原发性甲低；血清  $T_3$ 、 $T_4$  低于正常，TSH 也低于正常者为继发性甲低。

(2) 甲状腺吸  $^{131}\text{I}$  率低者提示特发性甲低，先天性甲状腺发育不全，继发性甲低；吸  $^{131}\text{I}$  率高提示地方性甲状腺肿。

(3) 血中各种酶类，如转氨酶 (ALT、AST)、乳酸脱氢酶 (LDH)、肌酸磷酸激酶 (CPK) 升高，总胆固醇可明显增加。

## [治疗]

无论何种原因引起的甲状腺功能低下症都应进行甲状腺激素的补充治疗。本症通常是不可逆的，因此甲状腺激素的替代治疗应该持续终生。

### 1. 甲状腺激素的种类、剂量及特点：

(1) 甲状腺干制剂：甲状腺片，每片 40 毫克或 60 毫克，为  $T_3$ 、 $T_4$  的混合制剂，两者的含量不够恒定，但价格低廉易于承受。

(2) 合成  $T_4$  制剂：左旋甲状腺素 ( $LT_4$ )，每片 100 微克，剂量准确，半衰期长，血浓度恒定，在体内根据需要转化成有活性的  $T_3$ ，更接近生理状态，实为替代疗法的首选；但目前只有进口产品，价格昂贵难于承受。

### 2. 注意事项：

(1) 替代治疗应终生持续，千万不能随意停止；病人应定期到专科门诊随诊，由医生调节剂量。

(2) 应从小剂量开始，逐渐增加至能够满意纠正低代谢症状，并根据冷暖增减剂量。

(3) 因甲状腺素增加心肌耗氧量，年长者尤其是合并冠心病的病人应慎重加量。如有心脏症状应减回原剂量，这类病人应定期作心电图观察。

### [预防与保健]

1. 早期发现本病可以减少并发症的发生。新生儿呆小病如能获及时替代治疗则可使神经系统发育接近正常。目前许多医院已采用 TSH 试纸片筛查新生儿甲低。

2. 甲低病人应激能力差，寒冷季节应注意保暖，遇创伤、感染、手术麻醉等应激状况应向接诊医生提供以前的治疗情况，以免忽视本病的存在，造成严重后果。

## 肥胖症

肥胖症是人的过剩热量以脂肪的形式储存在体内，大于标准体重 20% 的病理状态。临床上引起肥胖的原因很多，简单的分成继发性肥胖症和单纯性肥胖症。继发性肥胖症指的是由下列内分泌疾患引起的症状性肥胖；能够引起肥胖的疾病有：下丘脑病、垂体瘤、糖尿病早期、胰岛细胞瘤、甲低、皮质醇增多症、性腺功能减退症。本节主要介绍的单纯性肥胖症又分两种：体质性肥胖症为幼年起病，脂肪细胞数目多且肥大；获得性肥胖症 20~25 岁后发生肥胖，脂肪细胞仅肥大而不增加数目。单纯性肥胖症的发病原因很多，主要有：遗传，许多病人有肥胖家族史，神经精神因素，一些病人尤其是获得性肥胖症者，常在精神受刺激后或情绪波动时暴饮暴食；相对低的代谢率使肥胖症者的能量消耗少；高胰岛素血症和胰岛素抵抗或许也是引起肥胖的原因；此外营养丰富活动减少的生活方式也促使了肥胖的发生。肥胖症是一种病态，除了可增加诸如高血压、糖尿病、冠心病、脑血管意外这类“现代文明病”发生的危险性外，其本身也给病人带来许多生理和心理的问题；因此增加对本病的认识，重视预防本病是十分必要的。

### [临床症状]

#### 1. 肥胖的表现：

(1) 活动耐力下降，稍活动即气喘吁吁、出汗，可出现缺氧；严重者由于心肌负荷长期过重，可出现心功能下降甚

至猝死。

(2) 男女两性均可有性腺功能低下表现，女性可闭经不育，男性多阳痿不育。

(3) 食欲亢进，常便秘腹胀。

(4) 当肥胖发生较快时可在臀外侧、大腿内侧、下腹部等处出现较细的淡红色皮纹，儿童尤其易于出现。

## 2. 肥胖的判断：

(1) 标准体重(千克) = [男性成人身高(cm) - 100 (女性为 105)] × 1 千克；大于标准体重的 20% 为肥胖。

(2) 体重指数 = 体重(千克) / 身高的平方(平方米)；大于 24 为肥胖。

## 3. 单纯性肥胖的鉴别诊断：

(1) 皮质醇增多症：此种病人呈向心性肥胖，皮纹宽而深紫，血压高，内分泌专科检查可确定。

(2) 甲状腺功能低下：明显的代谢率低下，精神萎靡不振，粘液性水肿，甲状腺激素水平低下。

## [治疗]

1. 控制饮食是肥胖症治疗的基础。限制每日总热量，使之低于每日消耗的热量，达到逐渐降低体重的效果。宜采用普通食物——平衡低热量饮食，其中碳水化合物、脂肪、蛋白质占总热量之百分数分别为 50：35：15。多数病人每周减体重 1 千克为宜。一般体力活动妇女每日热量限制在 33470 ~ 50200 焦耳/升，男性 41840 ~ 58580 焦耳/升。

2. 增加运动量：病人如能坚持每日散步 1 小时，1 个月中可使体重减轻 1.4 千克，第二个月后减 2.6 千克，3 个月减

4 千克。如此可使中度肥胖者于 1 年后体重降至理想标准范围。体育锻炼应循序渐进，持之以恒方能收到良好效果。

3. 药物治疗：苯丙胺 5~10 毫克，每日 1~3 次，其副作用是有欣快感并有成瘾的危险。

二甲双胍 500 毫克，每日 2~3 次，有肝肾功能异常者禁用。

药物治疗的作用有限，且副作用多，只能在医生指导下短期使用，病人不应把减肥的希望全部寄托于药物治疗。

#### [预防与保健]

1. 从婴儿时期的喂养就应注意科学合理的供给热量，减少体质性肥胖。

2. 养成良好的生活习惯，包括健康的平衡饮食和经常的体育活动是防治本症的关键。

## 痛 风

痛风又称高尿酸血症，是因嘌呤代谢紊乱所引起的疾病。痛风分原发性痛风和继发性痛风。原发性痛风男性多见，40 岁后发病，似与遗传因素有关。继发性痛风的原因为：某些恶性肿瘤及血液病化疗等。尿酸自肾脏排出减少和尿酸产生过剩是痛风发病的主要机制。痛风的表现形式有痛风性关节炎、痛风石、肾结石和痛风肾。

#### [临床症状]

1. 痛风性关节炎：

(1) 起病急，诱因为外伤、饮酒、过劳等。

(2) 部位：拇趾、跖趾关节最易受累。

(3) 表现：局部剧痛、红肿，体温升高，最终关节僵硬，活动受限。

(4) 发作时血沉快，X 线片可见骨骼圆孔样缺损。

2. 痛风石：常见于耳廓，也可见于四肢，大小不等，圆形，有时皮肤破溃尿酸盐漏出，显微镜下可见针状尿酸盐结晶。

3. 肾结石：从尿道排出尿酸结石或肾绞痛，需行静脉肾盂造影才能显示。

4. 痛风肾：蛋白尿，高血压，氮质血症。

5. 必要的化验检查：血尿酸增高，高于 0.36 毫摩尔/升。

#### [治疗]

1. 饮食治疗：尽量少吃富含嘌呤的食物：如动物内脏、沙丁鱼、瘦肉、菠菜、蛤、香菇、菜花、豆类和植物果实。

2. 抑制尿酸合成剂别嘌呤醇：开始每日 100~300 毫克，待尿酸正常后渐减至维持量 50~100 毫克。可有腹痛或腹泻的反应，转氨酶可升高。

3. 促进尿酸排出药物治疗：口服丙磺舒。由于服药后大量尿酸经肾脏排出，易造成肾损害；为避免肾脏负荷过重，每日最大量不应超过 2 克。丙磺舒的副作用是使白细胞降低和秃发。

4. 避免尿酸在肾脏沉积：病人应多饮水，使每日尿量达 2000ml 以上；并应服小苏打片碱化尿液使尿 pH 控制在 6~7 的范围内。

### 5. 关节炎急性发作时的治疗：

(1) 卧床休息，抬高患肢。

(2) 秋水仙碱：1 毫克，每日 4 次，症状缓解后改为 0.5 毫克，每日 2~3 次，一周停药。肾功能减退者慎用，可使肝功能异常和抑制骨髓。

(3) 消炎痛：25 毫克，每日 3 次，胃肠道反应重；同类药布洛芬 0.2 毫克，每日 2~3 次，副作用较少，但也有胃肠道反应及转氨酶升高的不良作用。

#### [预防与保健]

注意合理搭配饮食，避免进食大量富含嘌呤的食物或饮酒是预防和治疗本病的重要环节，有痛风家族史者更需注意。发作期的病人应及时就诊，平时也应定期复查并服用维持量降尿酸药。

## 高血压病

高血压是临床上极为常见的病。其发病率甚高。血压的测量，正常值收缩压应低于 18.7kPa，舒张压应低于 12.0 千帕。收缩压在 18.7~21.3 千帕，舒张压在 12.0~12.7 千帕之间为临界高血压。高于临界值为高血压病。

#### [临床症状]

按照起病的急缓和病程进展，高血压可分缓进型和急进型。临床多见于缓进型。

1. 缓进型高血压：早期可无症状，偶尔查体发现高血压。

有时在精神紧张、情绪激动或劳累之后出现头晕、耳鸣、失眠、乏力、注意力不够集中。

(1) 最常见的症状是头痛、头晕、血压急剧上升，可发生脑血管痉挛，引起一时脑缺血，出现头痛、失语、肢体瘫痪，数分钟或数日可以恢复，严重脑缺血可出现头痛、呕吐、不省人事。

(2) 高血压影响到心脏可出现心悸、胸闷、气憋，甚至夜间不得平卧，呼吸困难，憋醒现象。

(3) 高血压影响到肾脏可出现尿量减少，夜尿增多，尿中有蛋白、血细胞、管型；严重时出现尿毒症。

2. 急进型高血压：也叫恶性高血压，进展急骤，病情极度恶化，血压在短期内显著上升。特别是舒张压多在 17.3kPa 以上。病人有头痛、乏力、视力不清，伴随有脑血管及肾脏受损的症状。

3. 老年人高血压：随年龄增长，高血压的患病率逐渐增加。60 岁以上老年人约有 40%~45% 有高血压，其中多半是单纯收缩期高血压，舒张期血压亦可达 12.0~12.7 千帕。高血压对受累脏器的影响程度不同，将高血压分为 3 期。

(1) 第 1 期：有高血压病史，但临床上无心、脑、肾方面的表现。

(2) 第 2 期：有高血压病史，并有下列一项者：心脏肥大，眼底动脉痉挛或狭窄，尿中出现蛋白，肾功能不全等。

(3) 第 3 期：有高血压病史，出现下列一项者：脑出血，脑颅压上升，心力衰竭，肾功能下降，眼底出血、渗出，乳

头水肿。

按照舒张压水平可分为：①轻度：12.7~13.9千帕。②中度：14~15.2千帕。③重度：大于15.4千帕。

### [治疗]

1. 一般治疗：注意劳逸结合，保证充分睡眠，避免过度紧张与劳累，适当在户外活动。饮食宜清淡，少进食盐及胆固醇多的食物，控制体重。戒烟限酒。

#### 2. 降压药物治疗：

##### (1) $\beta$ 受体阻滞剂：

1) 阿替洛尔 (Atenolo1) 50~200 毫克，口服 1~2 次。

2) 美托洛尔 (Betoloc) 50~100 毫克，口服 2 次。

3) 纳多洛尔 (Nado1o1) 80~160 毫克，口服 1~2 次。

##### (2) 钙拮抗剂：

1) 硝苯吡啶 (Nifedipine) 10~20 毫克，口服 3 次。

2) 维拉帕米 (Verapamil) 40~80 毫克，口服 3 次。

##### (3) 血管紧张素转化酶抑制剂 (ACEI)：

1) 卡托普利 (Captopril) 使用时应从小剂量开始 12.5 毫克，口服 2~3 次；可以增至 25 毫克，口服 2~3 次。

2) 依拿林 (Enalapril) 剂量为 2.5 毫克，口服 2 次；可增量至 10 毫克，口服 2 次。

3) 洛汀新 (Lotensin) 剂量 10~20 毫克，口服 1 次。

(4) 利尿剂：噻嗪类应用最为普遍；多与其他类药物合并使用，效果为佳，例如双氢氯噻嗪 (HCT) 12.5 毫克，口服 1~2 次。

因噻嗪类可引起各种代谢的副作用，故选用时药物剂量要小，避免长期服用。

3. 高血压急症的治疗：病情进展急骤，病情极度恶化，血压短期内显著上升，病人出现明显心、肾、脑异常症状。此时为高血压急症状态。病人应即刻去医院请专科医生诊治。一般选用硝普纳或硝酸甘油静脉点滴用药等。且勿延误病情。

#### [预防与保健]

高血压与精神情绪以及生活的规律有密切的关系。

1. 保持生活规律，情绪稳定，劳逸结合，根据自己的健康状况，适当参加体力锻炼。心情保持愉快，饮食宜清淡，控制食盐用量，戒烟酒。

2. 定期监测血压，避免精神紧张因素。

3. 药物治疗指征：凡是舒张压力大于 12.7 千帕都应给予治疗，长期服用，血压控制之后亦应给予维持量。

## 高脂血症和高脂蛋白血症

血脂增高包括甘油三酯、胆固醇、磷脂、脂肪酸。当血浆脂质浓度超过正常限制时，称为高脂血症；血浆脂蛋白超过正常高限时，称为脂蛋白血症。

#### [临床症状]

本症诊断主要依靠化验数据。

1. 血脂增高：

(1) 甘油三酯：国内正常数值为 1.36~1.47 毫摩尔/升，

不超过 1.70 毫摩尔/升，维持血清甘油三酯在一定水平，靠机体的调节。

(2) 胆固醇：体内胆固醇过多是动脉粥样硬化的重要致病因素。胆固醇只存在于动物食品，如奶品、肉蛋类等中。食量过多则血清胆固醇水平高，易患动脉粥样硬化症，当然亦与体内的代谢有着密切关系。除了食量过多引起血清中含量过多外，还有精神刺激、情绪激动、紧张、气温的高低，亦可引起血中胆固醇的波动。

(3) 磷脂：在健康人血液中几乎等于胆固醇的数值。如果血清中胆固醇与磷脂之比，明显增高，则意味着胆固醇含量增加，应当引起注意。

(4) 脂肪酸：健康人血清中非酯化脂肪酸，虽然含量很低，但在体中起到重要作用。如果食入大量饱和脂肪酸，则血清脂质含量亦高，动脉粥样硬化的患病率及死亡率明显上升。

2. 脂质浓度过高，称之为高脂血症；血浆脂蛋白超过正常含量称为脂蛋白血症。

(1) 脂蛋白：血中各种脂质，大部分都和蛋白相结合，故称为“脂蛋白”。脂蛋白含有多种成分，其临床意义各有所不同。

(2) 载脂蛋白：脂蛋白中的蛋白质称载脂蛋白，其成分中含脂质互不相同。

(3) 高脂蛋白血症与临床特征，共分 4 型。

第 1 型：特征有阵发性酸痛、胰腺炎、黄色瘤等。

第2型：又分一二类，其特征为很早期就发生血管病变、结节性黄色瘤、肥胖等。

第3型：特征为出现黄色瘤、早发血管病变。

第4型：特征是出现黄色瘤、高尿酸血症。

#### [治疗]

1. 饮食治疗：原则是减少膳食中饱和脂肪酸及胆固醇含量。肥胖者要限制总热量摄入，减轻体重。

#### 2. 药物治疗：

(1) 还原酶抑制剂类：舒降之、普拉固均属于此类，其主要作用是抑制胆固醇合成，增加低密度脂蛋白受体。其副作用是可引起胃肠道不适，头痛，肝功能的波动。用量：舒降之5~10毫克，每日1次；普拉固10毫克，每日1次。

(2) 苯氧芳酸类：吉非贝齐（诺衡）、苯札贝特（必降脂）等，主要作用是激活蛋白脂酶；同样可引起胃肠不适、肝、肾功能受损。用量：吉非贝奇0.3~0.6克，每日2次；苯札贝特0.3~0.6克，每日2次。

(3) 烟酸类：乐脂平（阿西莫司）的作用是抑制脂肪酸化，副作用是可出现皮疹、皮肤潮红、胃肠道反应。用量：750毫克/天，1次服。

#### [预防与保健]

1. 适当控制饮食，少食奶制品、肉蛋类饮食，多食些蔬菜、多维生素食品，包括水果等。

2. 参加一定量户外活动，按体力进行锻炼。

3. 避免精神刺激，情绪激动；保持心情稳定，生活规律

等。

4. 定期去医院请专科医生进行血液方面的检查，提供用药情况，以便长期维持现状。

## 冠心病

冠状动脉粥样硬化性心脏病指冠状动脉粥样硬化的血管腔阻塞而导致心肌缺血、缺氧引起的心脏病。它和冠状动脉功能性改变引起的痉挛一起，统称冠状动脉性心脏病，简称为“冠心病”，亦称“缺血性心脏病”。

### [临床症状]

冠心病是危害人民健康的常见病，多见于中年以上的病人，脑力劳动者较多。根据普查材料，国内北方患病率为6.71%。欧美国家该病极为常见，美国每年约有50万人死于冠心病。在我国据有关材料的分析，患病率有逐年增加的趋势。

### 1. 临床分型：

(1) 隐匿型冠心病：亦称无症状型冠心病。在安静状态或检查负荷试验有明显心电图的改变，这种类型的病人，可长时间的从事原有的工作，不发生症状。但是具有相当大的危险性。

(2) 心绞痛型冠心病：体力活动增加时，有心前区疼痛症状，临床可分四种类型：①稳定型心绞痛。②不典型心绞痛。③变异型心绞痛。④不稳定型心绞痛。

(3) 心肌梗塞型冠心病：症状严重，由冠状动脉闭塞心肌急性缺血性坏死所致。

(4) 心力衰竭和心律失常型冠心病：临床出现心脏增大，心功能下降和心律失常。

(5) 猝死型冠心病：心脏突然骤停而猝死，多数为缺血心肌局部发生电生理紊乱，引起严重的心律失常所致。

## 2. 心绞痛的分类及临床特点：

(1) 稳定型心绞痛：多数为劳力型心绞痛，即在体力活动增加时发生，具有特征性发作。

1) 疼痛主要在胸骨体上段或中段之后，可波及心前区，放射到左肩、左臂内侧，有时可达头部、咽部及颌下部。

2) 疼痛的性质常常是压迫感、发紧，发闷，也有烧灼感。并不严重，偶有濒死恐惧感。

3) 急性疼痛发作多由体力劳动或情绪激动所激发，饱餐、寒冷、吸烟均可诱发。

4) 疼痛持续时间，多发生在 3~5 分钟内，停止原来诱发活动后，即可缓解。

(2) 不典型心绞痛：因为疼痛不如上述明显，诊断稍有困难。

1) 疼痛的部位，除了可发生在胸骨前正中部及心前区外，有时可发生在上腹部、右侧胸部、颌部等。

2) 疼痛的性质往往是隐痛，持续时间长。缺乏典型的诱因而发作，在休息时或睡眠中亦可发作。

(3) 变异型心绞痛，有人称之为 Prinzmetal 型心绞痛或

综合征。该类型无明显的诱因，可发作在一般活动、休息，有时在睡眠中发病。疼痛的性质与发作的部位和典型的心绞痛相似，但其剧烈，持续时间较长。

发作时间有周期性，每日可在同一时间发作。发生在夜间者较多，有的病人在睡眠中痛醒。

(4) 不稳定型心绞痛：症状比较严重，似近于心肌梗塞，故有人称之为梗塞前期或中间型心绞痛。心电图无心肌梗塞迹象，亦无血清酶素的变化。经过治疗可恢复原来水平。

3. 心绞痛的诊断：主要依靠临床症状，特别是“疼痛”的特点。诊断过程中要特别排除以下疾病，以免混淆真伪。

(1) 心脏神经官能症：疼痛可短至数秒，长达数小时的隐痛，深呼吸后感到舒服。疼痛的部位不固定，时有变动。疼痛多发生在活动之后，而不在劳累或兴奋之时。口含硝酸甘油无效。常有头晕、心悸、疲乏、失眠等症。

(2) 消化系统疾病，如溃疡病，疼痛的部位多在上腹部、剑突下。制酸药有效。肝胆系疾病，如胆囊炎、胆石症，疼痛可很剧烈，多在上腹部及右上腹部，可放射至右肩部；时有打呃，消化不良等症。

(3) 胸部疾患，如胸膜炎，肋软骨炎，肋间神经疼痛等，均应加以区别。

4. 心肌梗塞：心肌梗塞是心肌缺血性坏死，临床上出现胸骨后剧烈性疼痛，发热，白细胞上升和血清心肌酶谱增高，以及心电图有一系列的变化，可发生心律失常、休克或心衰等症状。

(1) 临床症状：多半是突然发病或是在先兆症状的基础上骤然加剧。

1) 疼痛：是最早期的症状，疼痛部位和性质与心绞痛相同。发作时可有或无诱因，程度较重，持续时间较长，可达数小时或数天。休息及口含硝酸甘油片均无效。病人有烦躁不安，出汗，恐惧感或有濒死感。部分病人疼痛位于上腹部，亦易被误认为急腹症。部分病人疼痛放射至下颌、颈部、背部上方等。

2) 全身症状：有发热，一般为低热或中等发热，心动过速、白细胞增高和血沉加快。这些症状约持续一周左右。

3) 胃肠道症状：疼痛剧烈时，常有恶心、呕吐及上腹部疼痛。肠管胀气不少见，重者可发生呃逆。

4) 心律失常：绝大多数病人均可发作，多发生在起病后1~2周内，病人伴有头晕、乏力、昏厥等症状。出现各种心律失常，以室性心律失常最多见。严重时出现房室传导阻滞。

5) 低血压和休克：病人出现烦躁不安，面色苍白，皮肤湿冷，脉快而细，尿量减少，神态反应迟钝，甚而发生昏厥、休克症状。

6) 心力衰竭：因心脏收缩明显减弱所致。病人出现呼吸困难、咳嗽、发绀、烦躁不安等症状，严重时可发生肺水肿等。

(2) 实验室检查：血清心肌酶谱增高，如肌酸磷酸激酶(CPK)、谷草转氨酶(SGOT)、乳酸脱氢酶(LDH)均可上升。

(3) 诊断问题：根据典型的临床症状，特征性心电图变化及实验室的检查，诊断并不困难。

### [治疗]

#### 1. 心绞痛的治疗：

(1) 硝酸甘油，每片为 0.5 毫克，一般是舌下含服，多在 1~2 分钟内即可见效。

(2) 二硝酸异山梨醇，舌下含服 5~10 毫克；治疗心绞痛，通常多用口服 5~10 毫克，口服 3 次。

(3) 心得安，口服 10~20 毫克/次，口服 2、3 次。原则是从小量开始，逐渐增加剂量；有哮喘、心动过缓、心衰者不得使用。

(4) 硝苯吡啶，亦称心痛定，每次 10 毫克，口服 3 次。

(5) 中医药治疗：治疗原则多是活血化瘀，芳香温通，宣痹通阳，益气养阴，补肾扶正等。常用药物：川芎、红花、薤白、细辛、瓜蒌、薤白等。

#### 2. 心肌梗塞的治疗：

(1) 休息。

(2) 吸氧。

(3) 心电图监测。

(4) 解除疼痛：可选用杜冷丁 50~100 毫克，肌肉注射，必要时可 1~2 小时重复 1 次，以后可 4~6 小时重复 1 次。或再试用硝酸甘油或消心痛，舌下口含；亦可用硝酸甘油静脉点滴等。

(5) 溶栓治疗：起病在 3~6 小时内，使闭塞的冠状动脉

再通，心肌得到再灌注。可选用：

尿激酶：24小时内静脉注射150~200万单位的大剂量或先以5万单位静脉注射，继而20~40万单位，静脉滴注半小时的中等剂量。

链激酶：皮试阴性后，以75万单位加入5%葡萄糖液100ml，静脉滴注，30分钟滴完；然后，每小时给予10万单位，连续静脉滴注24小时。

用药期间特别注意出血倾向，老年人年过70岁不宜选用。

(6) 消除心律失常：多选用肌肉注射利多卡因200~250毫克（用5%溶液），每8小时1次，持续2~3天，必要时可做静脉滴注维持（100毫克加入5%葡萄糖溶液100毫升，每分钟滴注1~3毫克），情况稳定后可改为口服药物。

#### [预防与保健]

1. 原发性预防（一级预防）：主要是防止动脉粥样硬化。

(1) 控制及治疗高血压。

(2) 合理膳食营养，低脂、高蛋白、高维生素的饮食。控制及治疗血脂增高，降低血脂水平。

(3) 戒烟。

(4) 避免精神紧张，激动，生活规律化，适当参加体力活动。

2. 继发性预防（二级预防）：已患有冠心病的病人，应防止过饱餐、过量饮酒、吸烟、精神紧张、情绪激动、寒冷刺激等。对有症状者应积极治疗，控制心绞痛发作，纠正心律

失常及心衰，改善心脏功能。体力活动，因病情及体力而异，适当参加体力活动，对减缓病情有利。服用扩冠药物治疗是可以起到治疗作用。但是，对动脉粥样硬化，斑块的消除尚无良策，有关这方面的工作仅是在进行实验性的研究。

## 心功能不全

心功能不全是由心脏排出血液量不足，而不能维持周围组织的代谢需要造成的。临床上把以心排血量不足，体循环静脉系统淤血为特征的疾患，称为充血性心力衰竭。许多心脏病病人，长期处于心功能代偿状态。当诱发因素存在时，心功能不全就会出现。按照发生衰竭的部位可分为左侧心力衰竭、右侧心力衰竭和双侧心力衰竭或称全心衰竭。

### [临床症状]

#### 1. 左心功能不全的表现：

(1) 易感疲劳，周身乏力，可能是由于心排血量不足；周围四肢、躯干的肌肉供血不足所致。

(2) 呼吸困难，是最早出现和最常见的症状，病初常常是在较重体力劳动时发作，休息后可自行缓解，称为“劳力性呼吸困难”。随病情的加重，劳动明显下降，有的表现为阵发性夜间呼吸困难，病人常在夜间熟睡后，突然胸闷、气憋、极度呼吸困难，被迫坐起，这称为“端坐呼吸”，休息或稍加活动后，症状可缓解。

(3) 咳嗽：咯痰和咯血，肺淤血所致。

(4) 神经系症状：由于心脏低排血量，可使脑组织缺氧、缺血，严重时出现嗜睡、烦躁、精神错乱等。

#### 2. 右心功能不全的表现：

(1) 消化道淤血，引起食欲不振、恶心、呕吐、腹胀等。

(2) 肾淤血，引起肾功能减退，尿量减少，夜尿增多。

(3) 长期肝淤血，肝功能下降，消化不良，有时出现黄疸。严重时出现心源性肝硬化。

(4) 有时出现胸水、腹水以及四肢下垂部、面颊及耳垂处紫绀。

3. 全心功能不全表现：左、右心功能不全的表现，同时出现。

#### 4. 心功能不全的功能分级：

(1) 心功能一级：有心脏病的征候，但体力活动不受任何限制；不出现任何心功能不全的症状。

(2) 心功能二级：有心脏病的征候，但体力活动轻度受限制，不能参加重度体力活动，否则出现心功能不全的症状。

(3) 心功能三级：体力活动明显受限制，稍稍参加轻微的体力活动，即出现心功能不全的症状。

(4) 心功能四级：体力活动重度受限制，病人不能从事任何体力活动，即使在休息状态时亦有心功能不全的症状。

#### [治疗]

对心功能不全的病人，都应仔细分析和寻找病因、针对病因治疗，如高血压、冠状动脉粥样硬化，甲状腺机能亢进或先天性心脏病等。此外应积极防治心衰的诱因，如控制感

染、心律失常，纠正电解质紊乱等。

1. 休息：卧床休息或限制一定的体力活动。

2. 吸氧：缺氧情况时，如呼吸困难、发绀等给予吸氧治疗。

3. 镇静剂应用：病人有焦虑不安或抑郁悲观或感到十分痛苦时，应适当服镇静药物。

4. 控制饮食：食用清淡饮食，以流食或半流食为宜。保证富有营养，多维生素饮食，限制食盐用量。

5. 利尿剂的应用：利尿剂可使过多的体液排出，使周围组织及内脏的水肿减轻，减轻心脏的负荷。值得注意，利尿剂要合理使用，防止滥用，以在医生的指导下使用为宜。

6. 血管扩张剂的应用：一定掌握好指征，选择不同的药物，最好在专业医师的指导下服药治疗，密切观察血压及心率。

7. 加强心肌收缩力：临床上常用洋地黄，加强心脏的收缩力。注意，一定要按照心脏功能的情况，在医生的指导下服用。必须指出，洋地黄的治疗量与毒性量相差较小，用量的个体差异性又大，故用药时要特别慎重。

#### [预防与保健]

心功能不全均发生在心脏病的基础上，因而预防是长期的。防止心功能不全，预防工作极为重要。

1. 防止各种诱因，不能过度劳累，包括体力及脑力劳动。避免呼吸道感染，特别是上呼吸道感染，一旦发生感染要及时治疗；要防止精神紧张，情绪激动，抑郁状态等。

2. 保证病人的睡眠，必要时服用镇静剂。
3. 食用清淡、营养丰富、含多种维生素食品，限制食盐用量，防止暴饮暴食，禁忌烟酒类。
4. 积极找出发作的病因并设法解除，防止病情进一步恶化。

# 神经科疾病

## 头 痛

头痛是常见的症状，几乎 90% 以上的人都患过头痛。它泛指头颅上半部，即眉毛以上向后至头枕下部这一范围内的疼痛。头痛不仅是神经系统疾病最常见的症状，也常是其他系统疾病常见的伴发症状。

头痛是由于头部和头颅骨内部有对疼痛刺激敏感的结构，主要是神经、血管和脑膜，如：颅内的静脉窦、颅底动脉、硬脑膜、三叉神经、舌咽神经、颈髓 1~3 发出的脊神经的分支；颅外的头皮及动脉、颅骨骨膜、头和上颈部肌肉、眼、耳、鼻、牙等。上述结构如受到牵引、移位、炎症刺激、动脉扩张和外伤等，均可引起头痛。

虽然头痛的病因极其复杂，表现多种多样，有的病程缠绵，但大多数预后良好。按 1988 年国际头痛学会标准将头面部疼痛分为 13 类 179 种。它包括：

- (1) 偏头痛。
- (2) 紧张性头痛。
- (3) 丛集性头痛和慢性阵发性偏头痛。
- (4) 与器质性病变相关的各种头痛，如咳嗽性、劳累性

头痛等。

(5) 与头颅外伤有关的头痛。

(6) 与血管疾病有关的头痛，如急性缺血性脑血管疾病、颅内血肿、蛛网膜下腔出血、未破裂的血管畸形、动脉性高血压等。

(7) 与颅内非血管性疾病有关的头痛，如颅内肿瘤等。

(8) 与某些物质或其戒断有关的头痛。

(9) 与非头部感染有关的头痛。

(10) 与代谢性疾病有关的头痛。

(11) 与头颅、颈部、眼、耳、鼻、副鼻窦、牙齿、口腔或其他面部或颈部结构有关的头痛及面部疼痛(包括颈椎病、五官科及口腔科疾病)。

(12) 颅神经痛、神经干痛和传入神经阻滞痛(如带状疱疹、三叉神经痛、枕神经痛)。

(13) 不能分类的头痛。

从上述头痛的分类可以看出，大多数头痛属于良性，其中偏头痛、紧张性头痛、精神性头痛最常见，约占临床中头痛病人的80%以上。脑瘤在头痛中只占极少的一部分，所以头痛病人应消除顾虑，及时到医院就诊，及时针对病因进行治疗。头痛与病因关系可参阅下表。

#### 头痛的鉴别诊断要点与头痛类型或病因的关系

鉴别诊断要点	内容	头痛类型或病因
起病年龄	青少年 老年	偏头痛、紧张性头痛 高血压动脉硬化性头痛、颞动脉炎

头痛出现时间	早晨 午后 晚上、入睡后	脑肿瘤、副鼻窦炎 紧张性头痛 丛集性头痛，入睡后痛醒多为 颅内器质性疾病
头痛发作的频度	发作性 持续性 连日发作	偏头痛、头痛性癫痫 紧张性头痛、脑肿瘤、蛛网膜 下腔出血 丛集性头痛
头痛持续时间	数秒至数分 2~3 小时至 1~2 天 数天 持续进行性 卒中发作、持续剧痛	颅、颈神经痛 偏头痛，紧张性头痛 腰穿后头痛，耳鼻性头痛 脑肿瘤
头痛部位	全头痛 一侧头痛 前头痛 后枕部痛 部位不定	蛛网膜下腔出血、硬膜下血肿 脑肿瘤，腰穿后头痛，紧张性 头痛 偏头痛，颞动脉炎，颅内动脉 瘤，耳鼻性头痛 丛集性头痛、眼性头痛、三叉 神经第一支痛 蛛网膜下腔出血、紧张性头 痛、枕大神经痛、后颅凹肿瘤， 颈性头痛 神经症（精神性头痛）
头痛性质	搏动样 紧箍感、重压感 电击样 刀割、钻痛样 用力、咳嗽、喷嚏与体位 有关	偏头痛、血管扩张性头痛 紧张性头痛 颅、颈神经痛 蛛网膜下腔出血、硬膜下血肿
头痛诱发、加重或减轻因素	{ 卧位加重 卧位减轻或消失 因体位改变加重 或减轻 视觉疲劳 精神紧张	颅内压增高性头痛 血管扩张性头痛 腰穿后头痛 第Ⅲ脑室肿瘤 眼性头痛 紧张性头痛

头痛合并症状	呕吐 焦虑 失眠 神经系统局限体征	偏头痛、颅内压增高头痛 紧张性头痛 脑肿瘤、硬膜下血肿、颅内动脉瘤等颅内器质性疾病
--------	----------------------------	---

## 偏头痛

### [临床症状]

1. 周期性反复发作，以搏动性疼痛、恶心和畏光为特点，起病于青春期，女性多于男性，常有家族史。头痛前 10~30 分钟内有典型的先兆症状，通常是“眼前冒金星”，为一过性脑功能障碍。

2. 头痛为一侧额颞区、眶周、眼球后的钝痛、跳痛或钻痛，呈搏动性剧痛，也可为全头痛，并非必偏一侧。声光刺激可使头痛加重，故病人喜欢静卧在暗室内（头痛期为颈外动脉分支扩张所致，睡眠后可缓解）。强烈的情绪刺激、疲劳、某些食物（含酪氨酸饮食，如啤酒、巧克力、乳酪等与酒）、女性月经来潮等均可诱发。

3. 一些病人有遗传因素和内分泌因素。

4. 85% 的偏头痛病人服用麦角胺可使头痛缓解，但必须在头痛（先兆期）症状刚出现时就及时服用才能奏效，在头痛已达到高峰时服用则无效。

上述典型偏头痛仅为偏头痛的 1/10。此外还有无先兆的普通偏头痛，头痛可为双侧性，为偏头痛中最常见的一种，约占偏头痛的 2/3。尚有眼肌麻痹型偏头痛、偏瘫型偏头痛、基底型偏头痛等。

### [治疗]

头痛较轻者可用阿司匹林、APC、痛可定等治疗。有焦

虑和抑郁者应进行相应治疗。

#### [预防与保健]

生活要有规律，避免劳累、精神刺激和食物等诱发因素。心情愉快，睡眠充足，加强户外活动与锻炼。

#### 紧张性头痛

#### [临床症状]

1. 由于过度疲劳、精神紧张、焦虑、抑郁、姿势不良、颈椎病等原因引起的双额部、后枕、颈项部慢性疼痛。
2. 持续性钝痛，头痛的持续性是紧张性头痛的特点。

#### [治疗]

除对症治疗减轻疼痛外，还应对颈椎病、焦虑、抑郁进行相应治疗。

#### 精神性头痛

#### [临床症状]

1. 神经官能症的病人（因植物神经功能失调、肌肉紧张和疼痛耐受性阈值降低），可有头痛，常感头沉、头胀、发紧、麻木等。
2. 疼痛发生于前额部、两太阳穴处、头顶部或整个头部。
3. 头痛是持续性的，往往不剧烈，时轻时重。
4. 常伴有头昏、失眠、注意力不集中、记忆力减退、烦躁不安等神经官能症的其他症状。焦虑和抑郁症等情感障碍也可有此类头痛。

上述症状是大脑功能的障碍，整个神经系统的结构是完好的，临床检查无器质性病变的体征。

#### [治疗与保健]

生活规律，身心愉快，适当锻炼；配合适当药物，神经症是可以治愈的，头痛也就会随着缓解。

### 脑瘤引起的头痛

#### [临床症状]

1. 临床症状可归纳为局灶性症状和颅内压增高的症状两大类，两者可以先后出现或同时出现，或仅有其一。这种首先出现的局灶性症状有定位意义，即可提示肿瘤所在的位置。

2. 脑肿瘤的头痛常由颅底脑动脉、静脉窦、颅神经与它们的颅内分支的移位所引起。在伴有明显颅内压增高的病例中，头痛的部位对肿瘤定位诊断方面的价值是有限的。如果还没有出现视乳头水肿，则头痛通常有定位价值，单侧头痛几乎总是在肿瘤的同侧，而且可提示脑瘤的位置。如颅后窝肿瘤头痛在枕部，桥小脑角肿瘤疼痛常局限于乳突部。有 1/3 的幕上肿瘤疼痛常位于额部或颞部。

3. 肿瘤引起的头痛开始为间歇性的钝痛，头痛在晨间和疲劳后有加剧倾向，以晨起及晚间头痛较多，部位多数在额部、枕后及两颞。头痛程度逐渐加剧，渐成持续性。

4. 咳嗽、用力、打喷嚏、俯身、低头、屏气等活动时均可使头痛加剧。

5. 脑瘤时的呕吐常呈喷射性，眼底检查可发现视乳头水肿，这是颅内压增高最重要的客观体征。辅助检查，如脑脊液检查、影象学检查（包括 CT 扫描和核磁共振成像 MRI、脑血管造影）对颅内肿瘤的定位诊断具有确切的重大价值。

#### [治疗与护理]

尽早明确病因，针对病因治疗；适当的对症（减轻疼痛）治疗，可使用一些镇痛剂、镇静剂等。

头痛总是伴随着消极的情绪，因此，给予头痛病人心理治疗与护理是十分重要的。医护人员要善于敏锐地观察病人的疼痛反应，从他们的外部反应来体察他们疼痛的程度，掌握病人疼痛的病情。护士要设法减轻病人的心理压力，才能提高病人的疼痛阈。病人情绪的稳定、良好的心境、精神放松可以增强对疼痛的耐受性。分散注意力可以有效地减轻病人的疼痛。可把病人的注意力集中于阅读、看有趣的电视节目、听广播或与来访者谈话等活动上。催眠疗法也可以减轻疼痛。保持环境安静、减少不良情绪刺激，促使家属关心病人，争取家属配合等措施，也可以减轻疼痛，使病人的头痛缓解。

#### [预防与保健]

对于慢性头痛病人应耐心解释，消除顾虑，使其身心放松，生活规律，避免劳累、生气、着急，避免吃某些食物，忌烟酒，室内经常通风，保证空气新鲜，适当进行体育锻炼和文娱活动等，均有助于预防头痛的发作。

## 神经症

神经症是指一组精神障碍，病人常为各种躯体的或精神的不适感，强烈的内心冲突或不愉快的情感体验所苦恼。这种苦恼常持续存在或反复出现，但缺乏可查明的器质性疾病基础；病人力图摆脱，却无能为力。神经症可分为以下 9 种

类型：

(1) 癔症（歇斯底里）。

(2) 抑郁性神经症，如心境恶劣、兴趣减退、悲观伤感、有自杀念头等。

(3) 恐怖症，如广场恐怖、登高恐怖、对人恐怖、注目恐怖、尖锐恐怖等。

(4) 强迫症，如强迫性洗手、强迫性计数等。

(5) 焦虑症，焦急烦躁、不明原因的突然发作的濒死感、窒息感、晕厥等。

(6) 疑病症，对自身的健康状况或身体的某一部分功能过分的关注，怀疑自己患了某种躯体或精神疾病，但实际并没有器质性疾病。

(7) 神经衰弱。

(8) 其他神经症。

(9) 不典型神经症。

[临床症状]

1. 症状学标准（必须具有 9 项神经症性症状中任何一项者）。

2. 严重程度标准和病程标准（至少 3 个月），并排除下列疾病：足以引起上述症状的躯体疾病；脑器质性疾病；精神分裂症；情感性精神障碍；反应性精神障碍；心理因素引起的生理障碍或心身障碍。

下面以神经症中较为常见的神经衰弱（包括疲劳综合征）为例加以说明。

神经衰弱的突出特征是病人强调疲劳感和衰弱，发病前

可存在持续的情绪紧张和精神压力。病人常为脑力和体力活动的效率减低而烦恼，并常痛苦地诉说自己精神容易兴奋和脑力、体力容易疲乏。病人常伴有一些心理生理症状：①肌肉疼痛感。②头昏。③紧张性头痛。④睡眠障碍（如失眠）。⑤不能放松。⑥易激惹。⑦消化不良。

上述 7 项中至少有 2 项，并应排除抑郁症和焦虑症等其他类型的神经症即可确诊。

### [治疗]

因神经症有多种类型，病人的症状各式各样，故没有固定的药物用于治疗。

1. 根据病人的病情给予适当的对症药物。
2. 医护人员要关心病人，耐心消除病人顾虑，树立治病的信心。
3. 在心理科医生的指导下进行心理治疗。心理治疗包括：心理分析疗法、认知领悟心理疗法、询者中心疗法、系统脱敏疗法、满灌疗法、厌恶疗法、标记奖励法、理性情绪疗法、气功疗法，生物反馈疗法、家庭疗法、悟践心理疗法、催眠疗法、行为疗法、暗示疗法等。
4. 配合中药、针灸、耳针治疗。中西医结合治疗优于单纯西药的疗效，且副作用少。

### [预防与保健]

对于每一个人来说，健康不仅是指没有疾病，而且是指躯体健康、心理健康和社会适应良好这三者的协调发展。随着社会的发展，工作和生活节奏的加快，每个人都会遇到这样或那样的困难、压力或紧张，这在医学上称为应激。不良

的应激因素可引起各种各样的心身疾病,神经症是其中之一。

1. 每一个生活在社会中的人都应对应激抱积极适应的态度,应有必要的思想准备,追求所谓“世外桃源”是一种脱离实际的幻想,有害而无益。

2. 每个人都要主动参加社会实践,不断提高自己适应应激的阈值水平,培养自己的性格和处理各种复杂事件的能力,遇事要冷静、沉着,善于思索,较好地处理各种紧急情况。

3. 生活要有规律,劳逸结合,积极休息,自我“减压”,要改变生活中的不良行为。

联合国大会通过了“2000年人人享受保健的全球战略”的决议,意在指导每个人都成为自己健康的主宰。行为与健康有着密切的关系。据统计,在前10位的死亡原因中,生活方式起了大约50%的“杀手”作用。这是因为某些类型的行为有害健康,下列8种行为是患病的危险因素:

- (1) 吸烟。
- (2) 饮酒过量。
- (3) 不恰当的服药。
- (4) 体育活动不够。
- (5) 热量过高和多盐的饮食,饮食无节制。
- (6) 不接受合理的医疗处理,“信巫不信医”。
- (7) 对社会压力适应不良。
- (8) 破坏身体生物节奏和精神节奏的生活。

上述因素对于神经症来说同样是患病的危险因素。

要去掉某种有害健康的行为,往往需要从社会和个人两方面进行努力。改变认知、行为模式和态度,三者缺一不可。

为此需注意以下方面：

(1) 卫生教育，使病人认识到他的某种行为不利于健康。

(2) 设计切实可行且行之有效的方法，帮助病人改变他的行为模式。

(3) 通过心理卫生咨询，甚至深入的心理治疗改变病人对生活的态度。

抓住心理保健这一关键的环节，对预防神经症乃至其他各类心身疾病都是至关重要的。

## 脑血管病

脑血管病是一种致死，致残的常见病，是人类的主要“杀手”之一，它与心脏病、恶性肿瘤构成人类的三大主要致死原因。临床上常将脑血管疾病分为急性和慢性两种类型。急性脑血管病是一种突然起病的脑血液循环障碍，表现为局灶性神经功能缺失，甚至伴发意识障碍，称为脑血管意外或脑卒中。主要病理过程为脑梗死，脑出血、蛛网膜下腔出血和短暂脑缺血发作，可单独或混合存在，也可反复发作。慢性脑血管病是指脑部因慢性的供血不足，而致脑代谢障碍和功能衰退。症状隐袭，逐渐进展，如动脉硬化症、血管性痴呆等。下面仅就急性脑血管病加以介绍。

### 缺血性脑血管病——短暂脑缺血发作

它是指颈内动脉或椎动脉系统的短暂的血液供应不足，临床症状为突然发生的几分钟～几小时的局灶性神经功能缺失，多在 24 小时内完全恢复，但可反复发作。因其病情轻，

恢复快，又称“小中风”，它是中风的报警信号。若为颈内动脉系统供血不足，常有一过性单眼黑矇、视野缺损、单肢或偏身感觉障碍或力弱，或一过性失语、失用、失读、失写等症状；若为椎—基底动脉系统供血不足，常有一过性眩晕、呕吐、视物成双、构音障碍、皮质盲、跌倒等症状。

#### [临床症状]

1. 突发的、短暂的局灶神经功能缺失发作，在 24 小时内恢复。
2. 可有反复发作，临床症状常刻板出现。
3. 发作间期无神经症状。
4. 起病多在 40 岁以上。
5. 无颅内压增高症状。

诊断短暂脑缺血发作需与局限性癫痫、偏头痛、美尼尔综合征、颅内肿瘤等相鉴别。

#### [治疗]

因短暂脑缺血的多次发作容易导致脑梗塞，约有 1/3 病人在发病 1 个月内患脑梗塞，2/3 病人在发病 3 年内发生脑梗塞。所以不要因其发作后症状自动消失而忽视其潜在的危险。故治疗的关键是预防和减少其发作，并阻止其发展至脑梗塞。

频繁发作可用抗凝治疗。一般发作可服用钙离子拮抗剂、血管扩张剂、抗血小板聚集药物、活血化瘀中药等，也可服用小剂量阿司匹林，如 40~80mg，每日 1 次。

#### 脑梗塞

主要是脑部动脉的某支因血管病变（如动脉硬化、动脉

炎)和血栓形成使动脉管腔狭窄、闭塞,导致急性脑供血不足所引起的局部脑组织缺血、缺氧而发生坏死——脑梗塞。临床上为突然发生的局灶性神经功能缺失的症状,常见者为偏瘫、偏侧感觉障碍、偏盲、失语、失读、失写、失用、失认等。大多发生于中年以后。

#### [临床症状]

1. 可能有短暂脑缺血发作史。
2. 安静休息时发病较多,常在晨间睡醒后发现症状。
3. 症状常在几小时或1~2天内逐渐加重,意识常保持清醒,而偏瘫、失语或眩晕、眼震等局灶性神经功能缺失则比较明显。
4. 病人多患有高血压、动脉硬化、糖尿病、高血脂和高粘滞血症。
5. 发病前多有应激(紧张)的因素,如:情绪激动、劳累、用力、生气、着急等。
6. 头颅CT或核磁共振MRI的T<sub>1</sub>相可见脑的相应部位有低密度梗塞灶。

7. 脑脊液压力不高、清晰、常规化验多正常。

诊断脑梗塞需与脑出血、脑栓塞、颅内肿瘤相鉴别。

#### [治疗]

脑梗塞若在6小时之内可溶栓治疗。若为大面积脑梗塞灶应及时应用脱水剂,清除脑水肿。对一般梗塞灶则宜用抗血小板聚集药、钙离子拮抗剂、自由基清除剂、脑代谢赋活剂等。可合并使用活血化瘀中药。对合并症应予以治疗。

#### [护理]

1. 应定时翻身，防止褥疮，保持瘫痪肢体功能位。

2. 应及早对病人进行康复训练，若病人有失语（听不懂别人说话或不能说出表达自己意思的话）、失用或失认、失读、失写等认知障碍时，应及时对病人进行神经心理学评定，确定障碍类型，并对病人进行相应的康复训练，如体疗（肢体的被动活动和功能锻炼）、语言训练，作业疗法和认知训练等。

3. 可配合针灸、按摩治疗。

### 出血性脑血管病——脑出血

脑出血是指急性脑实质内动脉出血和其继发的颅内压增高所致的全脑症状和局限的神经系统功能缺陷。绝大多数因高血压病所致，故又称为“高血压性脑出血”。本病死亡率为42%~71%。

#### [临床症状]

1. 多发生于40岁以上的高血压病人。

2. 常在活动中起病，诱因多为情绪激动和过度劳累。

3. 起病急骤，绝大多数病人出现不同程度的意识障碍，并可伴有头痛、恶心、呕吐等急性颅内压增高的症状和脑膜刺激征。

4. 据出血部位不同常有相应的神经系统症状和体征，如偏瘫、失语等。

内囊出血：常表现为三偏征。

原发性脑桥出血：常表现为深昏迷、针尖样瞳孔、体温可高达40℃以上，常先出现病灶侧周围性面瘫和对侧肢体瘫痪，出血迅速波及双侧，则出现双侧面瘫和四肢上运动神经元瘫，常于24~48小时死亡。

**小脑出血：**多数人起病时神志清楚，常诉一侧枕后剧烈疼痛、眩晕和呕吐，步态蹒跚。早期神经系统检查可发现出血侧肢体肌张力偏低，病灶侧角膜反射减弱或消失。约 20% 病人起病急骤，迅速昏迷，缺乏局限体征，多于 1~2 天内死亡。

**脑室出血：**深昏迷、双侧瞳孔缩小，眼球正中位，去大脑强直、体温可达 39℃ 以上、呼吸不规则，常有上消化道出血，死亡率很高。

5. 头颅 CT 或核磁共振 MRI 的 T<sub>1</sub> 相可见脑的相应部位有高密度出血灶或伴有中线移位征。

6. 腰穿脑脊液压力增高、含血。

诊断脑出血应与引起昏迷的疾病、颅内肿瘤和脑梗塞相鉴别。

#### [治疗]

1. 急性期应降低高血压，防止继续出血，让病人保持安静，绝对卧床。如合并消化道出血时可应用止血剂。

2. 有颅内压增高的症状和体征时，应降低颅内压，控制脑水肿，防止脑疝。

3. 有较大出血灶时，应及时手术清除血肿。

4. 使用改善脑缺氧、保护脑细胞的药物并防治合并症。

#### [护理与保健]

1. 定时翻身、拍背、吸痰，保持呼吸道通畅，注意口腔清洁和被褥清洁，防止肺部感染和褥疮。

2. 瘫痪肢体应注意保持于功能位置，加强对瘫痪肢体的按摩、被动活动和功能锻炼，促进功能恢复，以防挛缩。

### 3. 康复训练与脑梗塞相同。

#### 蛛网膜下腔出血

颅内近脑表面血管的破裂（最常见于颅底部血管），流入蛛网膜下腔，称为蛛网膜下腔出血。常见的原因为先天性动脉瘤，其次为动脉硬化及血管畸形，烟雾病少见。

#### [临床症状]

1. 常为急骤性起病，有剧烈头痛、呕吐、意识障碍、精神症状和脑膜刺激征。

2. 常见的发病诱因有用力排便、情绪激动、重体力劳动、饮酒、奔跑、咳嗽、性生活等。

3. 脑脊液压力增高，外观呈均匀血性。

4. 如有一侧动眼神经麻痹，则常提示有动脉瘤。

5. 眼底检查可发现玻璃体下出血。

6. 脑动脉造影显示动脉瘤或血管畸形。

7. 头颅CT或核磁共振MRI的T<sub>1</sub>相示脑沟和脑池密度增高，并可显示30%的动脉瘤和70%的脑血管畸形。

应与可引起脑膜刺激征（如脑炎、脑膜炎）和头痛（如高血压危象、偏头痛）等疾病相鉴别。

#### [治疗与护理]

1. 病人应绝对卧床4~6周，保持大便通畅，避免用力排便，避免情绪激动，以防再出血。

2. 头痛剧烈病人应给予较强止痛及镇静剂，如颅痛定、强痛定、可待因等药物。

3. 动脉造影确诊为动脉瘤或血管畸形者，应考虑神经外科手术治疗。

需要强调的是，上述各种脑血管病的治疗与护理还必须加强心理护理与治疗，并加强康复训练，否则只靠药物治疗不会取得满意的疗效。因为脑血管病多突然发病（又称“中风”），所以病人很难接受这个突然的、残酷的现实，常感到极度紧张、恐惧，为此医护人员应细心向病人和家属解释病情，以解除病人的顾虑，调动病人的主观能动性，配合治疗。在治疗中要避免对病人的各种精神刺激，另外应该注意的是：卒中后有 23%~76% 的病人有抑郁症，有一部分人还可患焦虑症，很容易有自杀的念头，应有防止自杀的措施，以防意外。除应用相应的药物外，医护人员和家属对病人的关心照顾是非常重要的，要帮助病人建立治病的信心和决心。

另外，必须对脑梗塞或脑出血病人加强康复训练，并及早进行。脑卒中的康复治疗重点在于运动、语言和认知功能的康复。目前认为在病人生命体征稳定、神志清楚、神经病学症状不再发展后 48 小时（2 天）即可开始康复训练。对于半身不遂，用运动疗法；对于失语、构音障碍等言语功能异常，用语言疗法；对于洗漱修饰、沐浴、更衣等日常生活能力的训练；以及失认症、失用症、认知障碍等用作业疗法治疗。

语言是人类特有的功能，有了语言才能进行人际间的思想交流。失语是人类特有的症状，患脑梗塞后不仅能造成半身不遂，也能造成失语。病人或者不会说话，不能表达自己的意思，或者听不懂别人的话，或两者兼而有之，无法交流，同样是致残的重要原因之一。故帮助失语症病人克服因失语造成的“与世隔绝”感是非常重要的。治疗的重点和目标应

首先放在恢复口语的康复训练上，以“说”为中心。病人生活中必不可少的口语表达内容，如吃（饭）、喝（水）、拉（大便）、撒（小便）、睡（觉）、洗脸、刷牙、服药等应作为重点。在病人表达有困难时，可将上述内容写成“说话卡片”，病人用手指一下，家人即可明白他的意思和要求。这样医患或病人与家属即可有最低限度的交流了。

痴呆是一种智能障碍，它有可能是一次或多次脑血管病的后果，由于痴呆给个人和家庭带来的不幸不亚于半身不遂带来的灾难，故应引起医护人员和家属的注意。应密切观察病人病情，及时治疗。病人常出现记忆力下降，定向力障碍，认知能力下降，脾气改变，生活不能自理等。当病人出现明显的“丢三拉四”或不能胜任自己的工作时，就应到医院作一些必要的检查，服用一些促智的药物。而病人自己要勤动脑、勤用脑，因为大脑的功能是“用进废退”，愈不用就愈不好。

因为上述脑血管病有共同的发病基础、危险因素和诱因，故其预防与保健在下面一并论述。

#### [预防与保健]

脑血管病的危险因素是：A型性格（争强好胜），应激（精神紧张、着急、生气、劳累），高血压或低血压，眼底动脉硬化，心脏病，脑血管病家族史（属多基因遗传），糖尿病，高脂血症，血液病和血液流变学异常，无症状性颈动脉杂音，吸烟，饮酒，肥胖，口服避孕药，饮食摄入食盐、肉及动物油过多，高龄（中老年），生活不规律，运动过少等。

1. 要“修身养性”，克服有害健康的不良行为。克制自己

的急脾气，不要总去争强好胜，遇事要冷静，不要着急、生气，要开朗乐观。

2. 生活要有规律，要劳逸结合。

3. 脑血管病病人多有“几高一少”：高血压、高血脂、高血糖（糖尿病）、高粘滞血症、高纤维蛋白原血症、高体重（肥胖）、高盐（咸食）、高烟酒摄入等，一少是运动减少。因此，要戒烟酒，饮食要低热量、低脂肪、低糖、充足的蛋白质和维生素，适当的无机盐类。少吃动物脂肪、内脏等含胆固醇多的食物，多吃蔬菜、水果、豆制品，不要吃太咸。要进行适量的体育运动，如散步、打太极拳、气功等。

4. 在医生指导下控制“几高”，降血压、降血糖、降血脂、降血液粘稠度、降纤维蛋白原、减肥等。

# 外科病

## 急性阑尾炎

急性阑尾炎是外科常见的急腹症之一，它以转移性右下腹痛为特点，可发生于任何年龄，但以青壮年为多，约 85% 的病人在 10~40 岁之间。早期诊断、及时治疗可以很快康复。但往往被误认为“胃病”而延误诊治，可产生严重并发症，甚至造成死亡。尤以老年和婴幼儿，诊断困难，更易延误诊断。

### [临床症状]

1. 急性腹痛：由上腹或脐周痛开始，数小时后（1~12 小时）转移至右下腹痛，疼痛程度与病变程度有关，如阑尾腔内有囊石或蛔虫梗阻，疼痛更重。除病人感觉腹痛外，右下腹有固定而明显的压痛点，即使病人主观上不觉右下腹痛，压痛点已固定在右下腹。

由于阑尾位置不是固定在一处，压痛点可随阑尾的位置变化而改变，但仍固定在一处。随着炎症的加重，可以出现肌肉紧张和抬手时痛（拒按）。应注意老人、小儿、衰弱病人或孕妇，腹肌紧张可不明显。如果右下腹可触及包块，表示阑尾周围有脓肿形成。

2. 胃肠道症状：早期有轻度恶心、呕吐、食欲减退，或便秘等。穿孔后腹膜炎可引起肠麻痹而出现腹胀。

3. 全身反应：早期无全身反应，随着炎症加重，可出现低热，一般不超过 38℃，脉搏 100 次/分钟左右。血白细胞总数可升高  $(10\sim 20) \times 10^9/\text{升}$  (10000~20000/毫升)，中性白细胞及杆状细胞升高。

4. 阑尾穴位压痛试验：于右足三里穴下 3~4 厘米处有压痛者为阳性。70%~80% 的病人有压痛表现（足三里穴位于腓骨小头下三横指胫腓骨之间）。

#### [治疗]

1. 经明确诊断后应早期手术切除阑尾，切不可自行按“胃病”服药，而延误治疗，特别是小儿，大网膜发育不全，不易形成包裹，往往发病约 12 小时内即可穿孔，而成人 24 小时后易发生穿孔。

当发病时腹痛很重尤其是感到绞痛后，突然腹痛减轻或暂时消失，不一定是病情好转，而可能是阑尾穿孔肿胀减轻的一时表现，更应该到医院就诊，进行手术治疗，切不可自行注射麻醉类止痛剂或口服阿片类止痛药，以免掩盖症状，延误治疗。一旦发生穿孔后再行手术，不仅手术复杂，而且并发症和死亡率大大增加。

2. 非手术治疗：右下腹已形成包裹性肿块，或诊断不肯定或伴有其他全身性疾病不宜手术者，亦或单纯性阑尾炎症轻的，可以应用抗生素控制感染，并严密观察。病情有发展的，或 24~48 小时内不见好转反而加重者，也应及时手术。阑尾周围脓肿，非手术治愈后 3 个月，仍应行阑尾切除术，防止以后复发。对于老人、小儿及孕妇，发病不典型，更应严密观察，必要时及时手术。

### [护理]

1. 术后应早期下地活动，一般麻醉消退后（术后 4~6 小时）即可下地，防止肠粘连。
2. 术后自行排尿以后再注射止痛剂，防止尿潴留。
3. 术后卧床要勤翻身，以促进胃肠功能的恢复，早期排气、排便，防止腹胀和影响进食，一般术后第一天可进半流食（粥、面条等）。如已穿孔，有腹膜炎应遵医嘱。

## 胃、十二指肠溃疡

急性穿孔是胃十二指肠溃疡常见的严重并发症。溃疡穿孔后，具有强烈刺激性的消化液及食物流入腹腔，刺激腹膜，引起化学性腹膜炎，6~8 小时后，由于细菌的滋长，转成细菌性腹膜炎，因此病人有剧烈的腹痛。

### [临床症状]

1. 突然腹痛，非常剧烈，呈刀割样痛，从上腹开始，向全腹扩散，或向右下腹转移（易与阑尾炎混淆）。穿孔病人腹痛难以忍受，常伴有面色苍白、出冷汗、肢体发冷、脉快、恶心呕吐等。

腹痛可以出现一段缓解期，再发展下去可转为细菌性腹膜炎，腹痛又复加重。

大部分病人有“胃病”历史，平时常有饥饿性腹痛。约有 10% 病人没有溃疡病历史。

2. 检查发现，表情痛苦，呈一定姿势卧位，不敢动，不敢深吸气，脉搏快而细，全腹有压痛、反跳痛，肌紧张呈

“木板状”强直，一般以上腹部疼重，肠鸣音消失或减弱，约75%病人可有肝浊音界消失或缩小，或有移动性浊音。

3. 站立位腹部X线平片，约75%~80%病人膈下见到游离气体影。

4. 穿孔后时间较长可以出现体温升高，白细胞计数升高。出现休克时，血压降低。

#### [治疗]

1. 非手术治疗：症状轻，一般情况好，估计穿孔小，溃疡病史短；年轻病人，空腹穿孔和穿孔时间短的可进行非手术治疗。

(1) 胃肠减压，通过胃管持续将胃内容物抽出不再继续外漏，促进穿孔愈合。

(2) 输液，支持全身营养及水电解质平衡，防止休克。

(3) 抗生素：多应用广谱抗生素，预防和控制细菌感染。

(4) 应用抗酸药物，雷尼替丁、洛赛克等。

(5) 病人采取半卧位，以利腹腔渗出液流入盆腔，减少毒素吸收，一旦形成脓肿易于处理引流。

2. 手术治疗：凡不适合非手术治疗的急性穿孔病例或非手术治疗不见效的病例均应及早进行手术治疗。特别是饱食后穿孔，顽固性溃疡，伴有幽门梗阻，大出血，不能除外有恶变的，年龄较高的均应积极进行手术治疗，除外不能耐受手术者。

(1) 穿孔单纯缝合，优点是操作简单易行，手术时间短，对病人打击小，危险性小，即使条件差的地方也可进行这种手术，术后再辅以治溃疡病的药物治疗。缺点是，治疗可能

不彻底，有 2/3 病人有可能再发病，需第二次手术。

(2) 胃大部切除，病人一般情况较好，穿孔在 12 小时以内，腹腔内炎症和胃十二指肠壁水肿较轻，可以行彻底性手术，即大部切除，或迷走神经切断加胃窦部切除等。

#### [预防、护理与保健]

1. 溃疡病与精神紧张、生活不规律、气温环境突然变化有一定关系，所以发现溃疡病应及时服药治疗，注意生活起居规律，防止溃疡并发穿孔。

2. 溃疡穿孔手术或非手术治疗者均应采取半卧位，不能平卧，以防止膈下脓肿发生，有利于腹腔内残余渗出积存于盆腔，减少毒素吸收，即使形成残余感染也为盆腔脓肿，容易及时发现和便于引流。

3. 穿孔治疗后要注意饮食恢复，不能太急太多。胃切除后容量大大减少，但残余胃仍可不断扩张恢复术前饮食，必须有个过程。

术后胃肠功能恢复后（肛门排气），先进米汤，每次 60 毫升，一天后流食半量，到全流食，两周后可以恢复软饭，要少量多餐，每日 5 餐。术后 2~2.5 个月基本恢复正常饮食。

进食量多少因人而异，以食后不过分饱胀为宜，不能操之过急，要逐渐加量，到恢复正常饮食为止。

## 胆结石

胆石病是胆道系统内，包括胆囊和肝内外胆管内发生结石的病变，多由于胆道寄生虫病引起胆道感染后形成胆管结

石。胆囊结石多由于胆固醇沉积后形成，胆囊小结石也可有部分排入胆管内形成肝外胆管结石。

近年来随着生活条件的改善和饮食结构的变化，我国胆管结石和胆固醇结石的发生率逐渐增加，且女性多于男性。结石发生的部位、大小，有无梗阻和感染，决定病情变化，治疗效果也不一样。

一般胆囊结石治疗效果好，不会复发。而原发性胆管结石，特别是肝内胆管结石，病情比较复杂，往往反复发作胆管炎，病情危重，变化快，甚至造成感染中毒性休克或发生生命危险，手术复杂，并发症多，容易复发，因此，对胆管结石的病人应及时治疗。

### 胆囊结石

#### [临床症状]

1. 无症状或轻微的消化道症状，往往在食用油腻食物后消化道症状加重，被当“胃病”治疗，常年用药无效，也有终生无症状，特别是较大单发结石，不易发生嵌顿，很少发生症状，B超检查才发现。

2. 当胆囊结石嵌顿颈部时，可出现胆绞痛，特别是夜间易发生，如果嵌顿时间较长，可导致胆囊内压力增高，胆汁酸刺激粘膜，发生水肿、充血、渗出，形成急性胆囊炎，右上腹绞痛加重，向肩背部放射，检查时可发现右上腹压痛，肌紧张或触到肿大胆囊。

3. 小结石可通过胆囊管排入胆总管，嵌入胆总管开口时可出现急性梗阻性胆管炎或胆源性胰腺炎，更具危险性。

4. B超检查，发现胆囊内有结石声影，胆囊肿大，壁厚水

肿有“双边”征。

### [治疗]

1. 手术切除病变的胆囊：小结石易引起胆管炎和胰腺炎，大结石特别是大于 2 厘米的结石，长期压迫和刺激胆囊易发生胆囊癌，同时胆囊切除后，对人体不会产生不良的后果，也不会再发生结石，所以应及时手术，最好在缓解期作选择性手术。近年来开展腹腔镜胆囊切除术，仅在腹壁上作几个小孔即可切除胆囊，创伤小、痛苦少、恢复快，术后 1~2 天即可出院。急性胆囊炎发病 24 小时内也可应用腹腔镜手术。对于老人，有并发糖尿病、冠心病及高血压的病人更宜用腹腔镜手术。

2. 药物治疗：中西药物溶石排石，这种治疗时间长，效果差，且药物对肝脏有损害。药物价格贵，停药后易复发，且小结石嵌在胆管内更具危险性，最后还可能导致急诊手术治疗。所以在有条件的情况下，最好作选择性手术胆囊切除。

3. 震波碎石是近 10 年开展的治疗方法。一般认为这种治疗方法更具危险，结石震碎成片或细粉，难免不嵌入胆囊壁内。这种异物刺激，从远期预后看是否更易促进胆囊癌发生，还有待研究和观察随访。就近期并发症来看，易发生急性胆囊炎，碎石排入胆总管易引起胆绞痛和急性胆管炎，胆囊结石还可以复发，故这种方法，国外已被淘汰，我们也不认为这是治疗胆石的好方法。

### [预防]

1. 注意饮食结构的合理性，特别是老年人更应注意。
2. 胆囊长时不排空易淤胆形成结石，故每日应吃早餐，

促进胆囊排空。

### 肝外胆管结石

#### [临床症状]

1. 腹痛，右上腹及剑突下出现绞痛，呈阵发性刀割样痛，常向背肩部放射，伴有恶心呕吐。

2. 高热寒战，约 2/3 肝外胆管结石的病人发生绞痛后出现高热寒战，由于胆道梗阻，压力增高引起逆行感染，细菌进入血内，致全身感染症状。

3. 黄疸，结石嵌在胆总管出口而不能松解，胆绞痛高热后 1~2 天，即可出现黄疸。当胆管梗阻使近端胆管扩张及积聚胆汁，使结石漂浮上移后，或结石排入十二指肠，症状又可缓解。这种间歇性发作与肿瘤梗阻引起的黄疸进行性加重不同。

4. 检查时可出现剑下右上腹肌紧张、压痛，肝肿大，胆囊肿大，肝区叩击痛。

5. 化验血 WBC 增高，血尿胆红素升高。B 超可以发现胆管扩张，胆管内可见结石声影。但胆管下段结石往往被肠气干扰不易发现，采取膝胸位，轻拍背部后再行 B 超，结石检出率可以增加。

#### [治疗]

手术治疗是最好的办法，易出现感染性休克，应尽早手术。肝外胆管切开取石，应尽量取净，保证术后胆管引流通畅，肝外胆管内的 T 形管引出腹腔时要保持与胆管垂直方向，为术后应用胆道镜作好准备。如果胆管或胆管开口处有炎性狭窄，应术中成形或作胆肠吻合手术，解除狭窄与

梗阻。

术前、术中、术后要注意纠正水电平衡紊乱，若存在黄疸应静脉或肌注维生素 K，并应用广谱抗生素和控制厌氧菌感染，同时进行全身营养支持。

#### [预防、护理与保健]

1. 胆管炎病情复杂变化快，要密切注意血压、脉搏的变化，防止发生休克。

2. 术后要保持 T 管引流通畅，不能扭曲或折死，防止胆漏，术后两周需经 T 管造影之后确定是否拔除，如有残余结石需术后 6 周再行胆道镜取石。

#### 肝内胆管结石

肝内胆管结石是结石存在于左右肝管汇合部以上胆管内。常合并肝外胆管结石，以左肝管多见。

#### [临床症状]

1. 临床症状不典型，常有肝区和胸背部不适或胀痛。急性炎症发作可有腹痛、发热，双侧胆管堵塞才出现黄疸。感染严重可出现肝脓肿引起感染中毒性休克，还可引起反应性胸腔感染。长期淤胆可出现肝硬化门脉高压等表现。

2. 查体发现不匀称性肝肿大，肝区压痛叩击痛。

3. B 超发现肝内胆管呈不规则扩张或有结石声影，PTC、ERCP 检查可发现某支肝内胆管不充盈，或肝内胆管呈不规则扩张与环形狭窄，呈串珠样改变，管腔内形成充盈缺损。

#### [治疗]

1. 手术治疗：术中尽可能取净结石，解除胆管狭窄。需作胆肠吻合者，必须保证胆汁流出通畅，胆管无狭窄，否则

更易造成逆行感染。如肝内有局限性感染病灶或狭窄胆管上游局限性扩张，可作肝叶或肝段切除。

2. 术中、术后通过胆道镜机械取石、碎石、冲洗，进一步消除残余结石。

3. 术后配合中药治疗，对残石排出和促进炎症消退有一定的疗效。

#### [预防、护理与保健]

1. 寄生虫特别是蛔虫病病人应及时治疗，以减少胆结石的发病率。

2. 肝内胆管结石多由于胆道寄生虫引起，故术前、术后要经常驱虫治疗，防止再发肝内结石。

3. 肝内结石多合并胆管炎发生或残余小结石，肝内胆管常有相对狭窄与扩张，应经常服用消炎利胆药物，促进残石排出，并保证胆汁通畅，防止结石复发。

## 胆道蛔虫病

蛔虫是肠道寄生虫，一般在小肠内，当肠道功能紊乱，胃酸降低或驱虫不当时，蛔虫可向上达胃、十二指肠内，蛔虫有钻孔性，故经胆管开口处钻入胆道、肝内，或胆囊中引起一系列症状。

#### [临床症状]

1. 阵发性剑突下钻顶痛，疼痛突发，辗转不安，大汗淋漓，苦不堪言，但在阵发间歇时可平息如常，症状很重而体征较轻，剑突右有深压痛，无腹膜炎体征。常有在发病前驱

虫史，发病后呕虫史。

2. 合并胆道感染时出现胆管炎表现。

3. 化验检查 WBC 升高，有嗜酸颗粒，粪便中可检出蛔虫卵。

4. B 超可以看到胆道内有蛔虫，有的可看到活蛔虫在活动，或死蛔虫残体胆管内出现“=”状影。

#### [治疗]

1. 非手术治疗：

(1) 解痉镇痛：应用解痉灵、654—2、阿托品，必要时注射吗啡、阿托品、度冷丁。

(2) 利胆驱虫：用利胆排虫中药和 50% MgSO<sub>4</sub>，症状缓解后驱虫，应用氧气或驱虫药。

(3) 控制感染：应用广谱抗生素和甲硝唑等药。

2. 手术治疗：非手术治疗效果不好，胆管炎严重者，可考虑手术治疗，切开胆总管探查取蛔虫和引流，术中、术后应驱虫治疗以防复发。

#### [预防与保健]

不吃不清洁的生食，如有肠道蛔虫要反复驱虫，按医嘱进行，并且要在驱虫时食醋以改变上消化道的酸度。

## 肠梗阻

肠梗阻是外科常见的急腹症之一，复杂多变，病情危重，死亡率甚高。随着治疗水平的不断提高及普遍应用中西医结合治疗肠梗阻，不仅减少了手术治疗的机会，也大大降低了

死亡率。肠梗阻分为：①机械性，由于器质性病变使肠腔变小或堵塞，引起肠管不通。如肠粘连、扭转、肿瘤、肠套叠、炎症瘢痕性狭窄、粪石、蛔虫团块等最多见。②动力性，肠管本身运动障碍，肠蠕动丧失或肠管痉挛，使肠内容运行停止。③血运性，由于肠系膜血管栓塞或血栓形成，使肠管血运障碍而失去动力，肠腔无梗阻而肠内容不能运行。后两种均少见。

肠梗阻还按有无血运障碍分单纯性（仅有肠内容通过受阻而无血运障碍）和绞窄性肠梗阻（有血运障碍）。另还根据梗阻部位分高位肠梗阻及低位肠梗阻。不同类型的肠梗阻除有其共同的表现外，还有不同的临床症状。

#### [临床症状]

1. 腹痛，阵发性绞痛，伴有高调肠鸣，痛时腹部起包块，且时起时消，不固定部位。如从阵发性腹痛变成持续性绞痛，可能有肠绞窄发生。

2. 呕吐，早期为反射性，吐出食物或胃液，不能进食、水，此后呕吐随梗阻部位不同而不同。高位梗阻，呕吐频繁，吐出胃及十二指肠内容物、胃液及胆汁。低位梗阻时呕吐出现较晚，可吐出粪便样物，有肠管血运障碍可吐出咖啡样物。

3. 腹胀，低位肠梗阻表现明显，或有不对称的膨胀。

4. 停止排便排气，高位肠梗阻早期仍可有排便排气，不能误认为无梗阻或不全梗阻，有血运障碍者可排血性粘液，更要注意。

5. 腹部可见肠型和蠕动波，或非对称性腹胀，可有压痛无腹膜刺激征。一旦发生固定性压痛或肿块和腹膜刺激征，常

为绞窄性肠襻，蛔虫性梗阻可及索条状蛔虫团块。绞窄时腹腔可有渗出，叩出移动性浊音。肠鸣音亢进，高调肠鸣，气过水音及金属音。麻痹性梗阻时肠鸣音减弱或消失。肛门指征如有血性粘液可能为肠绞窄。

6. 特殊检查，血清中电解质可发生紊乱和酸中毒的表现，血中  $\text{CO}_2$  结合率下降。X 线腹透或照平片，显示肠腔内有气体，立位或侧卧位腹平片可见肠管内有液平面。如没有以上征象不能完全排除肠梗阻。

以上临床症状应综合分析，反复观察，多次检查后根据病情的发展变化，作出正确的判断，以利及时治疗。

#### [治疗]

##### 1. 非手术或手术的选择：

(1) 无血运障碍的粘连性肠梗阻，麻痹性或痉挛性肠梗阻，蛔虫团块或粪块性梗阻，肠结核所致梗阻一般选择非手术治疗。

(2) 晚期或重型的绞窄性肠梗阻，或有血运障碍的各类肠梗阻一经诊断，立即手术。

(3) 介于以上两者之间的可以先行非手术治疗，密切观察病情的变化，6~12 小时后不见效果，病情加重的应手术。随时作好手术准备。

2. 非手术疗法：目的在于调动病人的抗病能力，恢复肠道通畅，解除梗阻。

(1) 胃肠减压，减轻腹胀，并可灌入中西药物以减少呕吐。还可用 M-A 氏管，利用肠蠕动 M-A 氏管的头端气囊向下排送，达到低位肠管减压的目的。

(2) 输液，输血，纠正水电解质紊乱和酸中毒，特别注意水、钾、钠的补充，必要时输血或血浆类液体，以维持胶体渗透压。

(3) 应用广谱抗生素及抗厌氧菌药物，预防肠道细菌感染。

(4) 中医疗法：应用中药以开结通下为总则，并根据肠结的病邪施治；同时可辅以针刺疗法，行中西医结合治疗肠梗阻。

### 3. 手术疗法：

(1) 手术的目的：在于去除病因，处理病变肠管，恢复肠道通畅。

(2) 手术原则：①全面而轻细的探查，先找到肠管扩张与塌陷的交界处即可很快找到梗阻原因。切勿忽略多处梗阻的可能。②梗阻因素的处理，只要病情允许，尽量清除梗阻因素。如病情危重，可先采取减压、肠造口等应急处理。③防治腹腔感染，术中尽量吸尽腹腔渗液，冲洗干净，必要时行腹腔引流。如切开肠管定要避免感染。④判断肠管是否有生机，减压及观察肠管的颜色、血运情况，必要时应用热盐水纱布热敷后观看肠管血运情况；或作肠系膜根部封闭，或血管扩张剂，30分钟后再看肠管的颜色及血运是否明显改变。如还不能肯定有好转，定要切除可疑肠管行肠吻合。

(3) 手术后注意事项：术后置胃管减压防术后肠胀气或吻合口裂开，腹壁切口裂开等并发症，术后促使早期恢复胃肠功能，胃管内灌注中药和西沙比利，肾囊封闭，针刺足三里或新斯的明足三里封闭等措施。

鼓励病人翻身排痰或采取半卧位，以利呼吸运动防止肺部并发症。

#### [预防、护理与保健]

1. 病因防治：治疗肠蛔虫、肠结核及腹外疝，以免发生肠梗阻。

2. 生活有规律，不能暴饮暴食及餐后剧烈活动，防止发生肠扭转。

3. 小儿要注意饮食卫生及生活规律，避免胃肠功能紊乱，以降低肠套叠的发生率。

4. 多用中西医结合治疗急腹症，以减少手术治疗的机率及减少肠粘连。必须手术者，操作需轻柔，减少肠管的暴露，防止粘连发生；术后早期下地活动，缩短肠麻痹的时间，对预防肠粘连有重要意义。

## 急性胰腺炎

急性胰腺炎是常见的急腹症之一。常常因胆胰管开口梗阻，胆汁逆流入胰腺，引起胰腺组织损害，亦可能因酒精中毒，或暴饮暴食刺激胰腺过量分泌，以及外伤、手术打击等因素造成胰腺炎发作。它不仅是胰腺局部的炎症，常可累及多个脏器改变引起全身性疾病。特别是出血坏死性的重症胰腺炎，可继发多种并发症，常出现中毒性休克、急性肾功能衰竭、DIC（弥漫性血管内凝血）、ARDS（成人呼吸窘迫综合征）、中毒性脑病等多器官功能衰竭，如果治疗不及时或不当，死亡率很高。

### [临床症状]

1. 腹痛：剧烈腹痛，部位与病变位置有关，胰头部偏右上腹，体尾部偏左上腹，向肩部放射，全胰受累呈腰带状痛并向腰背放射，疼痛为持续性，有阵发性加重，严重胰腺坏死伴有休克，痛反而不明显。伴有恶心、呕吐、消化道症状，呕吐后腹痛不缓解，吐出胃内容物。

2. 腹膜炎体征：开始为上腹部，往往偏左上腹，压痛、肌紧张及反跳痛，随病情程度而改变，伴有休克时，体征反而不明显。

3. 腹胀：初期为反射性肠麻痹，重时为腹膜炎引起的麻痹性肠梗阻，可出现大量腹水而加重腹胀。

4. 其他：体温升高但无寒噤，胆源性胰腺炎可出现黄疸，伴休克时可出现休克的体征，胃肠出血可发生呕血和便血。少数病人腰及脐周出现青紫斑。

5. 化验血尿，淀粉酶升高，坏死性胰腺炎血尿淀粉酶反而不升高，有腹水穿刺腹腔液淀粉酶升高，或呈血性腹水，有脂肪小滴。继发感染后腹水呈脓性。

6. B超，可见胰腺弥漫性肿大，回声弱。出血坏死时胰腺回声为不均匀、不规则的强回声，边缘轮廓不规则、不清。胰管轻度扩张，腹水，肠管扩张积气积液，管壁水肿肥厚。CT检查表现基本与B超相似，胰腺肿大，密度不均，边界不清，胰周脂肪间隙消失，胰内胰周积液。此项检查对确定胰腺炎及病变程度有重要价值。

### [治疗]

治疗选择取决于胰腺炎的种类及病理类型，水肿型选用

非手术治疗，出血坏死型或合并感染则采取手术，胆源性胰腺炎大多选用手术治疗，以解除病因。

### 1. 非手术疗法：

(1) 禁食和胃肠减压，以减少胰腺外分泌。

(2) 输液，静脉输液以维持体液、营养补充及防治休克。如病情较重，需时较长，最好行中心静脉插管以保持静脉营养，补充大量水、电解质及血浆蛋白。

(3) 抗生素使用，防止肠道细菌转位的感染，广谱抗生素及抗厌氧菌药物使用。

(4) 抗胰酶疗法：5-FU250~500 毫升，每日 1 次静点，或静点抑肽酶 10 万 U，每日 2 次，持续 3~7 天，抑制胰腺外分泌。

(5) 解痉镇痛，应用 6-542、阿托品、解痉灵或杜冷丁。忌用吗啡，避开 oddi 括约肌痉挛。

(6) 轻型，在非手术治疗过程中，加用中药治疗，可收到较好的效果。

2. 手术疗法：手术时机一定要很好的掌握，手术目的是清除坏死组织，灌洗引流。如为胆源性胰腺炎必须解除胆道梗阻，行胆总管取石引流。或空肠造瘘给予要素饮食等手术处理。

### [预防、护理与保健]

1. 胆囊内多发小结石病人应及时治疗，不能暴饮暴食，特别是忌酒或油腻食物，防止小结石排入胆管内而引起梗阻造成胆源性胰腺炎。

2. 胰腺炎早期应积极治疗，防止发展成重型坏死性胰腺

炎。水肿型胰腺炎经治疗后短期内可以好转，死亡率低。而出血坏死性胰腺炎，起病急而重，治疗过程中不见好转，高热持续不退，黄疸加重，神志模糊，甚至谵妄，高度腹胀，血性或脓性腹水，两腰部或脐周出现青紫斑，胃肠出血或休克，化验白细胞升高，血糖 $>11.1$  毫摩尔/升，血钙 $<2.0$  毫摩尔/升， $\text{PaO}_2 < 8.0$  千帕，血清 BUN 或肌酐增高，甚至出现 ARDS、DIC 等征象，少尿或无尿等，均应很好重视，严密观察监测，实行抢救措施，防止发生死亡，特别对重症胰腺炎症状不典型的更应注意，防止漏误诊。

3. 注意防止重症胰腺炎病情的反复。有的病例经过治疗后有所好转，而认为不重，但往往好转后再度恶化，特别是一些胰液腐蚀大血管的病例，可以突然大出血而死亡，应引起注意，防止意外发生。

## 疝

任何组织或脏器，通过人体薄弱点、缺损、间隙，从原来位置到另一部位，即称为疝。人体中可能发生疝的部位很多，但最易发生在腹部，腹部还可分腹外疝和腹内疝。腹内疝病人多不能发现，只有在临床上出现症状到医院就诊，经医生行特殊方法检查才能发现。腹外疝是内脏或组织向体表突出而形成，往往是病人本人或小儿家长发现。腹外疝远比腹内疝多见，常常发生在下腹部，即腹股沟疝或股疝，发生在脐部为脐疝（小儿多见），发生在白线为白线疝（腹正中线上）。或因腹壁有手术切口部位发生为切口疝。腹外疝是外科

常见病之一，着重予以介绍。

### [临床症状]

1. 腹壁患处出现一个小的包块，且逐渐增大，尤其站立时，或腹压增加时肿块明显长大，卧位时肿块可以减小或消失，无明显症状，或偶尔有肿痛。腹股沟疝可有下坠感。

2. 检查时可发现患处腹壁薄弱或有一环状缺损，令病人咳嗽时，指尖可有内脏冲击感。有时疝环较小、疝内容不能完全还纳，经推送后可以完全还纳。如疝环太小有粘连则不能完全还纳。

3. 疝环小而当突然腹压增加时，疝内容疝出后则不能还纳形成嵌顿疝，此时肿块变大变硬，手推也不能还纳，有明显的压痛，疝内容为肠管可发生腹绞痛，伴有恶心、呕吐，不能排气、排便等肠梗阻的表现，如果不能及时发现或解除，可能发生肠绞窄坏死或穿孔。此时腹痛可能减轻，但肿块还在者，不可认为病情好转，应及时就诊。

### [治疗]

腹股沟疝对劳动力影响很大，如不处理，疝块增大而加重腹壁破损，影响治疗效果，同时常因疝环小而引起嵌顿或绞窄威胁病人的生命安全。因此，一般疝都应早期手术修补，没有任何药物可以治疗。

嵌顿疝需要早期急诊手术处理，以防止肠坏死，一经明确诊断立即手术。如果已经发生肠坏死，更需手术处理。

总之，发现腹壁疝后，应考虑早期手术治疗。手术中一定要注意疝囊高位结扎，和腹壁缺损的修补完善，以防止复发。

### [预防、护理与保健]

1. 腹外疝发生的原因有腹壁强度低和腹内压增高两大因素。先天性的腹壁薄弱，或是后天手术伤口愈合不良，外伤、感染造成腹壁缺损，或年老体弱造成腹肌萎缩等，因此应加强腹肌锻炼，以使腹肌发达来加强腹壁的力度。另外腹内压增加常是疝发生的直接原因，如慢性咳嗽、便秘、排尿困难、腹水、妊娠、举重以及婴儿啼哭等等。腹壁力量薄弱加上腹压增加就更易发生腹外疝，故应尽量避免腹压增加的发生，特别是婴儿避免或减少哭闹。老人肌肉萎缩更应注意大便通畅，多吃水果及含纤维素的食物。男性应治疗前列腺肥大等，以防疝的发生。

2. 当疝发生选择手术时，(除嵌顿急诊外)应排除腹压增加的因素以后，才能进行手术以防止复发。

3. 术后一个半月之内应避免腹压增加，包括抬物、举重等重体力劳动均应避免并应防止便秘及慢性咳嗽等等。

4. 婴儿随体格生长，腹壁肌可逐渐强壮，一部分疝可自愈，因此，婴儿在1~2岁以内暂不做手术，除非发生嵌顿。平时可使疝还纳后外加软纱布或棉花后用布带包扎以加强腹壁力量，防止疝突出，给予腹肌发育和增加腹壁强度的机会。

## 肛瘻

肛瘻是肛管或直肠下段周围与皮肤间的慢性瘻管。多为肛管直肠周围脓肿的后遗症。脓肿切开引流或自行破溃后，粪便可能进入脓腔，影响伤口愈合，终而形成瘻管，如外口愈

合，内口存在可造成脓肿复发，再穿破形成支管，故肛瘘常不能自愈，反复感染形成复杂瘘管。

### [临床症状]

1. 凡有肛周脓肿自行破溃或切开排脓病史者，引流后伤口长期不愈；或伤口一段时间停止流脓，似已愈合，但一段时间后再次破溃又有脓液排出，如此反复发作，还可出现新的外口。

2. 一般无疼痛，但由于分泌物的刺激，可出现肛门瘙痒，或肛周湿疹。有时可感到气体从瘘管排出。

3. 检查发现肛门周一个或多个外口，瘘口内肉芽生长可突出皮肤表面，周围皮肤无红肿，距肛门远近不等。肛门指检可及一个或多个索条状物，伴轻压痛，挤压时可从外口流脓，用探针从外口探入，可经内口入肠腔，证实有内口存在。探查时不能用力过猛，轻轻顺其窦道探入，防出假道。

如为复杂窦道，不易探清，可于外口注入造影剂行造影检查，进一步明确诊断。

### [治疗]

1. 感染期，应用抗生素，局部用高锰酸钾坐浴。

2. 挂线疗法：在局麻下，从窦道内带入橡皮筋从内口拉出肛门外，与外口的一头结扎固定，并从肛门缘向外口方向切开皮肤，收紧皮筋，借皮筋的收缩力，逐渐切开瘘管，是一个边切开边愈合的过程，每2~3日收紧一次皮筋。一般在10天左右，瘘管可完全勒开，且可完全愈合，而不会影响括约肌的功能，挂线期间坐浴。

3. 手术疗法：用于复杂肛瘘和不宜挂线的病人，切开瘘

管，切除瘢痕，使引流畅通。关键是找到内口，切开或切除，术中可先注入美兰，染好窦道后找到内口。另术中要注意肛痿与肛管括约肌的关系，如痿管仅在外括约肌的皮下部或部分浅部，一次切除不会引起肛门失禁。如痿管穿过外括约肌的深部或内口在肛管直肠环的上方，手术时仅切开浅方，深方则再行挂线疗法，才不致引起肛门失禁。

### 〔预防〕

肛门发生隐窝或肛窦炎时应及时治疗，防止肛旁脓肿的发生。一旦肛管直肠周围发生脓肿，引流要彻底，引流口与外部应保持通畅，应使伤口从内向外逐渐愈合不使窦道形成。

## 痔

直肠下端粘膜下或肛管皮肤下静脉丛曲张所形成的静脉团块称为痔。在成人中普遍发生。血管本身无静脉瓣，可因回流不畅引起血郁积，干大便压迫或腹内压增加均可引起静脉丛血回流不畅而产生曲张，因此孕妇，或有腹水或便秘排便困难的人更易发生。痔发生在齿状腺以上粘膜下的人称内痔，在齿状线以下肛管皮肤下的为外痔，两者均存在的为混合痔。可单个出现，也可多个或在肛管直肠周围呈环形的为混合痔。

### 〔临床症状〕

1. 单纯内痔：较小，软。临床上无症状，最早出现的症状是出血。早期排便带血，为新鲜血，与大便不混，多挂在大便外，有时便后滴血，有时呈喷射状出血，但便后可自行

止血。逐渐发展，使痔核增大粘膜松弛，痔核可随便后脱出肛外，大便后可自行还纳复位。再进一步发展，内痔脱出而不能复位，粘膜表面因摩擦而损伤，引起炎症出血，溃疡。由于反复炎症使粘膜纤维化，增厚，出血反而减少，有时因粘膜脱出，分泌物增加使肛门瘙痒或疼痛。还可以因为炎症水肿刺激括约肌痉挛，发生痔核嵌顿，形成血栓痔，感染坏疽，引起剧烈疼痛。

2. 外痔：单纯外痔无症状。血栓外痔可出现肛门部剧烈疼痛，肛门口可出现一个圆形肿块，紫色或黑紫色，周围界限清楚，稍动即疼痛加重，坐站走均受限。

3. 检查：有痔核脱出可见肛外有红色或暗红色结节，早期从外观看无任何发现，指诊亦无阳性发现，有活动出血时检查有血，鲜红。肛门镜检，膝胸位，多在1、7、9点位置见到痔核结节，或环状痔核于齿线附近。痔核严重病人蹲下即可于肛门口发现脱出之痔核。

#### [治疗]

1. 一般疗法：坐浴，通便，有痔脱出，应手推回痔核。

2. 枯痔疗法：用在单纯性内痔，单个痔核，用硬化剂枯痔液注射或用枯痔钉均可。

3. 手术治疗：

(1) 痔核单个结扎，在局麻下结扎痔核均适用于内痔。

(2) 单纯痔核切除，适用于孤立内痔或混合痔，分离出痔核，断静脉交通支，再切除痔核。

(3) 痔环切术，局麻下扩肛后作环形一周痔切除，粘膜和肛管皮肤用肠线缝合。

如为血栓外痔，经坐浴休息后仍不见好转或已有坏死者应切开取栓子后再行坐浴。

#### [预防、护理与保健]

1. 经常保持大便通畅，养成每日按时大便的习惯，少吃辛辣有刺激性的食物，多吃蔬菜水果，有利于通便。

2. 患有腹压增加疾病者应及时治疗，如有肛门疾患早期治疗。特别是孕妇，要每晚高锰酸钾坐浴，保持大便畅通。

## 肛 裂

肛管的皮肤全层裂开并形成慢性溃疡为肛裂。多发生在慢性便秘的病人。排便时大便干硬，用力过猛，使肛管受到较深的裂伤，继发感染而形成不易愈合的溃疡。常发生在肛管的后正中线上，多为单发，呈菱形或椭圆形。上端连肛窦，下端皮肤因水肿而呈袋状皮垂，叫“哨兵”痔。

#### [临床症状]

1. 疼痛：排便时或排便后肛门剧痛，便后疼痛可持续数分钟到数小时，待肌肉痉挛消失后，痛缓解。疼痛与排便有关。

2. 便秘：由于排便痛而使病人不敢排便，大便积存时间太久，会变干硬，下次排便时，疼痛加剧，形成恶性循环。

3. 出血：特点为出血不多，以痛为主，只大便外或手纸上有新鲜血迹，个别病人为少量鲜血滴出。

4. 检查肛门时，用手轻轻分开肛门部即可见后正中线上有一典型溃疡创面，指诊可引起剧痛，应避免指诊和肛门镜检

查。

### [治疗]

1. 保持大便稀软,应用缓泻中西药物以软化大便,便前、便后用1:5000的高锰酸钾温水坐浴,以保持清洁,促进溃疡愈合,且减轻排便疼痛。

2. 溃疡局部涂抹九华膏,可促进溃疡愈合,减少肛管肌肉痉挛。

3. 可以局麻下扩肛治疗慢性肛裂,使肛管肌肉松弛,切忌使用暴力,以免撕伤而使肛裂加重。

4. 手术切除,对经久不愈的肛裂,呈慢性溃疡及瘢痕而不易愈合者,可在局麻下行手术切除溃疡瘢痕及周围的皮缘和皮垂,所属肛窦肛乳头一并切除,并且切断一部分痉挛的肌纤维。切开的粘膜部分用细肠线缝合,其余部分敞开,外敷凡士林油纱布。术后高锰酸钾坐浴,并进流食1~2天,以减少大便污染。大便前用缓泻剂,肛内置开塞露以减少大便时痛苦,便后坐浴。

### [预防]

养成每天大便的习惯,减少便秘的发生,多吃蔬菜水果,以保持大便通畅。遇有大便干燥时,可服缓泻剂或用开塞露,防止肛裂发生,便后坐浴或清洗,清洁肛门以防感染。

## 血栓闭塞性脉管炎

血栓闭塞性脉管炎简称脉管炎(Buerger病),它是原因不明的血管炎性和闭塞性疾病。多发于男性青壮年。常发生

于四肢远端中小血管壁非化脓性炎症伴管腔内血栓形成，引起肢体缺血，发生疼痛及周期性发作。吸烟被认为在本病发生发展中起重要作用，另外性激素、自身免疫以及环境外伤等因素对发病也可能起到一定的作用。

### [临床症状]

临床症状与血管闭塞部位程度、范围有一定关系，本病进展缓慢。

1. 疼痛为主要症状，由于肢体缺血后继发感染或神经炎引起。

(1) 间歇性跛行，早期患肢变凉、麻木，足底发紧，走一程路后，小腿及足部肌肉胀痛或抽痛，继续行走疼痛加重，被迫止步休息，片刻后痛缓解，再行走，疼痛复出现，这种表现称之为间歇性跛行。随着病情加重，疼痛出现的行程越来越短，休息时间却愈加长。

(2) 游走性血栓性浅静脉炎，病人在发病前或发病中小腿或足部反复出现游走性血栓性浅静脉炎，呈索条状或结节状，伴轻度疼痛，红肿，2~3周消退。一段时间后另外部位出现上述症状。

(3) 病情发展，肢体缺血更加严重，休息时亦感肢体痛，尤其是夜间疼更甚，抬高患肢疼加剧，下垂时稍好，病人常抱膝而坐，疼痛不能入睡。

2. 肢体营养障碍，趾甲生长缓慢变形增厚，皮肤变薄、干燥，汗毛脱落，色潮红或紫红，小腿肌肉萎缩，病情恶化，肢端缺血加重可出现干性坏疽，趾脱落呈经久不愈的溃疡。

3. 临床检查，皮温降低，足背或胫后动脉、腓动脉搏动

减弱或消失，或有局部静脉炎的表现。晚期可见肢端坏疽、溃疡、肿胀等表现。

4. 肢体血液测定，出现局部血流减少，或超声发现血栓和肢体血压的改变，血管造影可发现血管狭窄或堵塞的部位、程度及范围。

5. 病人多为青壮年男性，无高血压、高血脂、动脉硬化历史，多伴有吸烟史。

### [治疗]

原则是改进肢体血供，减轻或解除疼痛，促进溃疡愈合，保存肢体，恢复功能。

#### 1. 药物治疗：

(1) 扩血管药物的应用：托拉苏林、酚苄明、苄苯酚胺、烟酸、罂粟碱、抗栓丸等。

(2) 低分子右旋糖酐静脉点滴，以减低血液粘稠度、抗血小板粘聚、防止血栓延伸和促进侧肢循环等作用，每日 500~1000 毫升，用药 10~15 天。

(3) 如有溃疡，应用抗菌素以防感染。

(4) 中药的应用，依症施治，根据不同情况、病程不同时期及不同类型，开出不同方剂；或应用中成药，如复方丹参制剂和毛冬青片等。

2. 针灸疗法：不同病情取不同穴位，还可用耳针配合治疗。

3. 高压氧治疗：利用高压氧仓，以增加组织氧储备，从而改善组织缺氧，减轻疼痛，促使溃疡愈合。

#### 4. 手术治疗：

(1) 腰交感神经节切除，能缓解肢体血管收缩张力，促进侧支循环，改善皮肤血供。作腰交感神经节切除以前，应先作腰交感神经节局部麻醉，以观察下肢动脉搏动及皮温改变，如有效再行切除手术，一般切除腰 2、3、4 神经节。

(2) 动脉血栓内膜剥脱术，或动脉移植术：

一般阻塞在股、腘以下动脉，经检查胫前后或腓动脉至少有一支畅通者，肢体出现严重缺血表现，明显间歇性跛行，静息痛或肢端溃疡坏疽者，适应此手术。

#### 5. 止痛：

(1) 有效的止痛药物治疗，应经常更换不同止痛剂，以防成瘾。易成瘾药尽量少用或禁用，如吗啡类止痛剂。

(2) 1% 普鲁卡因 (Procaine)，静点 1000 毫升。

(3) 连续硬膜外阻滞，置硬膜外管保留间断给药止痛，注意无菌操作，防止感染。

#### 6. 肢端溃疡坏疽处理：

(1) 消毒换药，促进伤口愈合。

(2) 经久不愈，坏死界限明确，立即截肢截趾，注意保留存活组织以促进伤口愈合。

#### [预防、护理与保健]

1. 戒烟，特别是已发现此病病人，必须立即戒烟，永不准再吸，否则治好还可再复发。

2. 防寒保暖，防止外伤，不能加温或理疗，勿穿太紧的鞋袜，剪趾甲勿损伤皮肤。

3. 发病后应早期治疗，应用中西药物结合治疗，特别是中药治疗对此病有特殊效果。

4. 进行足部运动以促进侧支循环。病人平卧，抬高患肢 $45^{\circ}$ ，维持1~2分钟，然后足下垂床边2~5分钟，同时两足和足趾向四周活动10次，再将患肢放平休息2分钟，反复5回，这样每天练习数次。

## 下肢静脉曲张

下肢静脉曲张是从事体力劳动和长时间站立工作人员的常见疾病。指下肢浅静脉系统处于伸长、蜿蜒而曲张状态。多由于静脉壁薄弱、瓣膜功能障碍或浅静脉内压升高引起。站立过久、妊娠、慢性咳嗽、习惯性便秘等等均可诱发。

### [临床症状]

1. 下肢浅静脉蜿蜒、扩张、迂曲，下肢轻度水肿，后期可出现小腿部皮肤变薄、脱屑、瘙痒、色素沉着，皮肤和皮下组织变硬，甚至湿疹样变。

2. 外伤后出现溃疡，经久不愈。

3. 早期无症状，重时可出现下肢沉重、无力感。甚至出现胀痛，易疲劳，有时小腿肌肉痉挛。

4. 通过临床试验，进一步了解深静脉是否通畅，最简单的办法是上止血带，阻断浅静脉回流，嘱病人踢腿反复20次，或在室内行走后，曲张静脉减轻或消失，证明深静脉通畅，可以进行手术治疗。如果仍不明确深静脉情况，可行超声、核素扫描、核磁共振等无创伤检查，必要时可作血管造影检查。明确深静脉通畅情况或有无其他血管疾病。

### [治疗]

1. 手术治疗：大隐静脉高位结扎剥脱术，一定要求深静脉通畅才能作此种手术。手术中要注意断扎大隐静脉主干及所有属支，剥脱干支，结扎交通支，切除静脉团块，防静脉炎发生。术后加压包扎，防止出血及血肿形成。

2. 硬化疗法和加压包扎：这种适用于术后残留的静脉和复发者，常用硬化剂 5% 鱼肝油酸钠，注射 1~2 毫升，外加弹力绷带包扎 3~6 周，注意硬化剂一定要注入血管内，不能打入皮下以防皮肤坏死，也不能注入动脉血管，防止肢体坏死。

3. 姑息疗法：早期病人症状轻者可以用弹力绷带包扎，或穿弹力袜，适当卧床休息抬高患肢，避免长时间站立。年老不宜手术或妊娠病人或慢性溃疡经久不愈不宜手术者，均可采用此法，待条件改善后，溃疡愈合再行手术治疗。

4. 并发症的治疗：有溃疡创面应换药、湿敷，改善创面条件后，经久不能愈合者可考虑切除植皮，消灭创面后再行手术治疗。如有破裂静脉出血，应加压包扎，无效者可缝扎血管。

#### [预防、护理与保健]

1. 避免长久站立不动，长久站立工作者，如售货员等需要多动或做工间操，如已发病者，要穿弹力袜，晚间抬高患肢。

2. 注意保护下肢，不要碰破或抓破，防止溃疡形成。

## 急性淋巴管炎和急性淋巴结炎

细菌从皮肤破损处或粘膜侵入淋巴间隙进入淋巴管，或

其他部位有感染灶，细菌进入相应的淋巴管及蔓延到所属区域的淋巴结，引起急性淋巴管炎和淋巴结炎。上肢多由于手部皮肤损伤引起，下肢多为足癣或皮肤擦伤后引起。急性淋巴管炎分浅深两层，浅层网状淋巴管炎即为丹毒，它们均可引起所属部位的淋巴结炎，如腋下及腹股沟部淋巴结炎。

#### [临床症状]

1. 丹毒表现为局部皮肤呈片状隆起，红肿热痛、稍硬、压痛、边界清楚。管状浅层淋巴管炎起“红线”，一条或多条，往往与伤口相连，红线发展很快，向近心端延长。如为深层淋巴管炎，只发现肢体肿胀、压痛。

2. 皮肤上可找到感染病灶或破损处。所属区域淋巴结大、压痛，甚至周围肿胀皮肤红肿，后期还可以形成脓肿，检查软有波动。

3. 全身症状：发烧、畏寒、头痛、乏力、食欲不振等状况。

#### [治疗]

1. 早期外敷金黄散等中药，进行理疗、热敷以促进消散。处理原发病灶，清创。

2. 全身症状重者应用抗生素。多为葡萄球菌链球菌感染，大剂量青霉素可控制感染，也可应用广谱抗生素，防止发生败血症。

3. 淋巴腺结炎形成脓肿后应及时切开引流。在脓肿形成以前不能切开，防止感染扩散。

#### [预防、护理与保健]

1. 抬高患肢，减少活动，必要时静卧休息。

2. 丹毒有可能反复发作而呈慢性，因此治疗用药时间要长，才能彻底。有时需手术切除皮损组织，清除隐藏的细菌方能达到根治。

## 甲沟炎

指甲根部与两侧皮肤相连处形成甲沟。甲沟炎是甲沟或其周围组织发生感染。多为小刺伤，挫伤，倒刺或剪指甲过深等损伤引起细菌侵入而形成。

### [临床症状]

1. 指甲一侧的皮下组织红肿痛，逐渐扩散蔓延至甲根部的皮下及对侧甲沟，形成半环形脓肿。

2. 如果未能及时切开可向甲床下蔓延形成为甲下脓肿，此时疼痛加剧，甲下可见到脓液使指甲与甲床分离（可见指甲有漂浮的感觉）。如不及时处理，可形成指骨骨髓炎。

### [治疗]

1. 早期热敷理疗，或外敷中药金黄散等，以促进炎症消退。

2. 有脓液及时切开引流，引流要彻底，若甲沟感染部皮肤与指甲分开，如蔓延至甲下应该作部分或全部指甲拔除，以利引流。应注意勿损伤甲床，以免影响指甲生长变形。

### [预防]

剪指甲时不要过短，如果有微小损伤，应涂碘酒、酒精，以防感染。

## 急性乳腺炎

急性乳腺炎是细菌浸入乳腺引起化脓性感染。中医称之为“乳痈”。几乎所有病人都是产后哺乳期妇女，尤其是初产妇更为多见，多发生在产后 3~4 周，产妇抵抗力低下，加之乳汁淤积有利于入侵细菌的生长繁殖。造成郁乳的原因多为乳头发育不良，妨碍哺乳；或乳汁过多婴儿吸不尽以致乳汁不能完全排空；乳管通畅不良影响排乳；或夜间受压造成郁乳。初产妇乳头皮肤稚嫩，婴儿吸吮造成破损，如果婴儿有口腔炎，细菌侵入乳内形成感染。

### [临床症状]

1. 乳房肿胀疼痛，局部有压痛的硬块，表面皮肤红热。随着病情加重，疼痛加剧，可出现搏动性痛（即跳痛）。患侧腋下淋巴结可肿大。
2. 全身发热，可有寒战、高烧、脉快、血白细胞增高。
3. 乳房内硬块可以逐渐变软形成脓肿，可出现一处也可多处，浅的可自行破溃流脓，深部脓肿得不到引流，细菌可以进入血内形成败血症。

### [治疗]

1. 未形成脓肿之前的治疗：
  - (1) 患侧停止哺乳，促进乳汁通畅用吸奶器吸尽乳汁勿使郁乳，还可用手蘸油（凡士林）润滑从乳根部向乳头部梳挤促进乳汁通畅。
  - (2) 局部热敷（热毛巾或热水袋均可），每次 20~30 分

钟，每日 3~4 次。或用金黄散或鲜蒲公英捣碎外敷，有利炎症消散。

(3) 全身应用抗生素，为了保护婴儿，最好用大剂量青霉素，静脉点滴。如效果差，改用其他广谱抗生素时应停止哺乳。

(4) 中药治疗，以清热解毒，疏肝清胃为主。

2. 脓肿形成后的治疗：及时外科手术切开排脓，要注意引流彻底、通畅。如为多房性脓肿，要打开房间隔。

3. 引流后伤口长期不愈，或有奶瘻，乳汁为细菌生长繁殖提供条件，这时就回奶，具体方法是：①焦麦芽 60 克，水煎服当茶饮，每日 1 剂，连服 2~3 日。②口服己烯雌酚 1~2 毫克，每日 3 次，共 2~3 日。③肌肉注射苯甲酸雌二醇，每次 2 毫克，每日 1 次，至回奶为止。

#### [预防、护理与保健]

1. 避免郁乳，定期哺乳，每次哺乳保证乳汁排空（吸不完时用吸奶器吸尽）。

2. 保持清洁，哺乳前后清洗乳头，如有乳头破裂及时治疗，注意婴儿口腔卫生，防止口腔炎。

3. 妊娠期间，特别是初产妇，或乳头发育欠佳者，从妊娠第七个月开始，每天用温水毛巾擦洗乳头，反复磨擦促进乳头上皮增生老化，或清洗后，涂抹酒精，以刺激上皮增生，防止哺乳时因乳头皮肤稚嫩发生破裂而造成乳腺感染。

## 疔 痈

疔是一个毛囊及所属皮脂腺的急性细菌性感染，局部呈

锥形小结节，中央软组织坏死变软，呈一小脓栓。痈则为多个毛囊及相邻的汗腺皮脂腺的急性细菌性感染，有多个小脓栓形成，多发生在颈部、背部皮肤坚韧处，感染在皮下蔓延，向四周扩散，再向上传到其他毛囊，形成多个脓头。坏死组织多，全身反应重，糖尿病人易发。痈还发生在口唇部位叫唇痈，此处血循环丰富，一旦发生比较严重。

#### [临床症状]

1. 皮肤局部出现红肿痛的小结节，逐渐长大呈锥形隆起，中间有一小的黄色脓栓。一般无全身症状，如发生血管丰富部位或范围较大可引起发烧。

2. 痈，局部呈上片状隆起，紫红色浸润区，质坚韧，界限不清，中央部有多个脓栓，破溃后呈蜂窝状。坏死后中央溶解、塌陷，像个“火山口”样，中间有大量坏死组织和脓液，周围有明显水肿，局部剧痛。

病人有明显全身症状，畏寒发烧、头痛、食欲不振、白细胞增高。

#### [治疗]

1. 在未形成脓肿以前局部热敷或理疗，或外敷金黄散等中药，以促进消散或加速脓肿形成。

2. 如为面部或血循环丰富部位的疖或痈，应该选用抗生素控制感染，防止败血症的发生，特别是有糖尿病的病人，抵抗力差，更应早期应用有效抗生素（抗球菌的或广谱抗生素）。如有糖尿病应控制糖尿病。

3. 一旦形成脓肿，及时切开引流。对痈切开要彻底。因深部坏死组织多，容易引流不畅，一般采用“十”字或“十

十”字切口，切口长度要稍超出炎症的范围，深达筋膜，尽量剪除所有坏死组织，伤口内填塞油纱布条或碘仿纱条，以防腐及止血。以后每天换药。痈可能发生皮肤缺损，需植皮。

#### [预防、护理与保健]

1. 注意个人卫生，保持皮肤清洁。特别是成年人皮脂腺发达，更应及时清洗，防止毛囊及腺体开口堵塞。有糖尿病患者应积极治疗。

2. 面部疖特别是上唇周及鼻翼部的所谓“危险三角区”或唇疔，不能随意挤压或挑刺。以防止感染沿内眦静脉和眼静脉进入颅内的海绵窦，引起颅内感染，出现高烧头痛，甚至昏迷，死亡率很高。

3. 根据皮肤特点，选择适合自己的护肤用品。

# 男性泌尿生殖病

## 包茎和包皮过长

包茎和包皮过长是常见的疾患，对人来说是微不足道的小疾，但有时也能给人体健康带来很大的麻烦，甚至危及生命，不应等闲视之。

### [临床症状]

1. 包皮若能上翻露出阴茎头部称为包皮过长。
2. 若因包皮口狭窄粘连包皮不能上翻则为包茎。

新生儿出生后，包皮即包绕整个阴茎头部，且其内表面与阴茎头部粘连，以后逐渐吸收，包皮与阴茎分开，但包皮仍长，因而婴幼儿包皮过长是正常现象。到青春期前阴茎生长逐渐加快，包皮生长相对较慢，而逐渐露出阴茎头，部分病人可能由于包皮口小或与阴茎粘连，包皮随同阴茎一起生长，而形成了包茎或包皮过长。

3. 过长的包皮及包茎导致了包皮囊内皮脂腺分泌物、尿道的分泌物及脱落的上皮细胞所形成的包皮垢的大量积聚，而易引起细菌感染，导致阴茎头、包皮及尿道口炎，炎症反复发作可引起尿道外口狭窄，并向后蔓延，形成前尿道狭窄，而致排尿不畅，尿流梗阻，双肾积水，肾功能损害。

4. 包皮口较紧者，勉强上翻包皮，而未及时复位，包皮口可形成一个狭窄环，紧勒于阴茎冠状沟处，而致淋巴及血

液回流障碍，阴茎头及包皮高度水肿而称之为嵌顿包茎，如不及时处理，可引起该处组织缺血坏死。

#### [治疗]

1. 包茎必须行包皮环切术。
2. 包皮过长可手术亦可不予手术，但必须保持局部的清洁，经常上翻包皮清洗阴茎头，若反复发生包皮炎症，环境卫生条件不佳，仍以手术为宜。
3. 嵌顿包茎可行手法复位，以两手拇指轻压阴茎头部，其余四指紧扣于阴茎冠状沟处，使包皮下翻复位，若手法复位困难则需手术治疗，作阴茎背侧切开术，松解狭窄环，将包皮复位，以后再择期行包皮环切术。

#### [预防与保健]

1. 少年儿童包皮过长，应经常上翻包皮，清洗阴茎头部。
2. 包皮口紧可经常用手向两侧撑一撑以扩张之，或用气囊管扩张亦可。
3. 包皮与阴茎有轻度粘连时，可用钝头血管钳轻轻将粘连分开，清洗包皮囊，术后数日应活动活动包皮，避免再度粘连。
4. 包皮垢的长期刺激也是阴茎癌形成的主要原因，几乎所有的阴茎癌病人均有包茎或包皮过长的病史。犹太人和信奉伊斯兰教者，出生后或出生后不久即作包皮手术，而极少有阴茎癌病人。故有人主张男婴出生后即作包皮环切。

## 隐 睾

在胚胎发育时期，睾丸位于腹腔的后方，接近腰部，以

后逐渐下降，自腹膜后经腹股沟管降入阴囊。出生时未降入阴囊者，大多在出生后数月至1岁内降入阴囊，而到1岁以后，睾丸自然下降的机会甚少。当睾丸未下降到阴囊，而停留于下降路径的途中，谓之隐睾，一侧为单侧隐睾，两侧为双侧隐睾。

#### [临床症状]

1. 单侧或双侧阴囊内无睾丸，伴有单侧或双侧阴囊发育不良，阴囊小。
2. 停滞于腹股沟部的隐睾，可以手摸得到，而位于腹膜后的隐睾，可以“B”超检查而确定。
3. 部分病人可伴有腹股沟疝。
4. 阴囊内较低的温度，保证了睾丸的正常发育及机能，而位于腹部的隐睾，在体内较高的温度下，睾丸的发育及生精功能受到影响，睾丸曲细精管萎缩而不能生成精子，因此双侧隐睾病人因无精子症而丧失生育能力，甚至可引起雄激素分泌减少，而致男性第二性征发育不良。

#### [治疗]

隐睾的治疗包括内分泌治疗和手术治疗。

1. 内分泌治疗：可运用促性腺激素释放激素（GnRH）喷鼻，每日3次，每次400微克，共4周；或可用绒毛膜促性腺激素（HCG）1500单位肌注，隔日1次，总剂量15000单位。运用内分泌治疗，可促使睾丸下降，约半数的病人可取得疗效，治疗无效者，亦可使未降睾丸及精索增大增长，而有利于手术治疗的进行。

2. 手术治疗：可行睾丸下降固定术，游离睾丸，松解精

索，将睾丸下降送入阴囊内并固定。对于高位隐睾，手术下降困难者，可将隐睾及其血管一并切下送入阴囊内，采用显微外科技术，将睾丸血管与阴囊邻近的血管吻合，而维系了睾丸的血运，此即为睾丸自体移植术。双侧隐睾运用内分泌治疗一般效果较好，而单侧隐睾大多与局部因素有关，多需手术治疗予以矫正。

对于隐睾的治疗，目前多提倡早期进行，有的学者主张从小儿10月龄开始内分泌治疗，若无效则在2周岁前行手术治疗。

#### [预防与保健]

隐睾睾丸由于处在较阴囊高1.5~2.5厘米的腹部，影响了睾丸生精细胞的功能，导致精子发生障碍，50%~100%的双侧隐睾及30%~60%的单侧隐睾病人会因此而致男性不育。

处于腹股沟部的隐睾，由于部位表浅，也没有阴囊的保护，易受损伤，此外，隐睾尤以位于腹膜后者，容易癌变，约8%~15%的睾丸肿瘤发生于隐睾。因此对隐睾的危害应加强宣教，提醒公众早期治疗，避免不良后果的发生。

## 鞘膜积液

有时候在阴囊部可发现肿物，软软的呈囊性感，医生用手电照一下，肿块可以透光，称之为鞘膜积液。鞘膜积液的形成与胚胎发育有关，在胚胎发育中，睾丸自腹膜后由腹膜包绕而降入阴囊，覆盖于睾丸的腹膜（即鞘膜）有两层，两

层之间即为鞘膜囊，正常时囊内含有少量液体，而连接鞘膜与腹腔的腹膜谓之鞘膜突，在正常时也完全闭合，当鞘膜囊内液量异常增多，或鞘膜突未能闭合造成囊内液体积聚，则形成各种类型鞘膜积液。

### [临床症状]

1. 交通性鞘膜积液：表现为阴囊内囊性肿物，站久肿物肿大明显，卧位休息一段时间，肿物缩小甚至消失。这是由于腹膜鞘突未闭，站立时腹腔液可顺流而下，达鞘膜囊内，而平卧时，积液可经此鞘突返流回腹腔，引起肿物大小的变化，是为交通性。

2. 睾丸精索鞘膜积液：为阴囊内肿物，囊性肿物自阴囊底部达阴囊上部，此种类型乃由于腹膜鞘突仅在起始部即内环处闭合，而精索部未闭合，睾丸及精索鞘膜相通而均有液体积聚。

3. 精索鞘膜积液：阴囊内囊性肿物位于睾丸上方之精索部位，这是由于鞘突的两端闭合，而位于精索部位的中间部分未能闭合且有液体积聚，而形成精索鞘膜积液。

4. 睾丸鞘膜积液：亦表现为阴囊肿块，为囊性，液体积聚于睾丸鞘膜囊内，此类病人无腹膜鞘突闭合异常，睾丸鞘膜积液可能因炎症、外伤、肿瘤而引起，也有原因不明者。

鞘膜积液多无明显症状，积液多时可有重坠感。

### [治疗]

轻度积液可不用治疗，婴儿期鞘膜积液有自行吸收自愈的可能，亦不用治疗，对中度以上较大的鞘膜积液，多需要手术治疗，可行睾丸鞘膜翻转术，而交通性鞘膜积液则须行

鞘膜突高位结扎术。

#### [预防与保健]

鞘液积液对人并无太大危害,但需注意与睾丸肿瘤区别,睾丸肿瘤由于能产生鞘膜积液而常易误诊,由于睾丸肿瘤形成实质性肿块,当托起睾丸时有明显沉重感,用手电照而不透光,必要时可以“B”超检查予以鉴别。

## 前列腺炎

前列腺是男性最大的附属性腺,位于膀胱和尿道的连接部,包绕着尿道,其主要功能是分泌前列腺液,参与精液的组成,具有运送精液、促进精液液化、保护及增加精子活力等生理机能。

前列腺炎为男性泌尿生殖系统最常见的疾患之一,占泌尿科门诊男性病人的首位,多发于青壮年,病人症状繁多,经久不愈,常频频来诊。

#### [临床症状]

前列腺炎一般分为三类:即急性前列腺炎、慢性细菌性前列腺炎和慢性非细菌性前列腺炎。

急性前列腺炎和慢性细菌性前列腺炎因病菌侵入前列腺而引起,细菌可经血液、尿路和淋巴等途径进入。致病菌主要为大肠杆菌、变形杆菌、克雷白杆菌等。

1. 急性前列腺炎较少见,一般起病急骤,发热,全身不适,伴有尿频、尿急、尿痛及尿未滴沥,有时排尿不畅甚至尿潴留,并感上腹、腰骶部及会阴等部位疼痛。直肠指诊可

触到肿大的前列腺，且有明显压痛，如有脓肿形成可有波动感。

2. 慢性细菌性前列腺炎除少数是由急性转变而来外，绝大多数病人均无急性阶段，临床表现不典型且复杂多变，表现为：

(1) 膀胱及尿道刺激症状：如尿频、尿急、尿不尽、尿道灼热，排尿不畅，排尿末或大便时有白色分泌物自尿道口滴出，谓之“尿白”。

(2) 疼痛：下腰、下腹、会阴、腹股沟部、阴囊及睾丸处疼痛。

(3) 性功能障碍：如性欲减退、早泄、阳痿、射精疼痛等。

(4) 神经精神症状：头晕、耳鸣、乏力、失眠等。

(5) 少数病人可继发眼结膜炎、虹膜炎、关节炎及肌炎等。

(6) 慢性细菌性前列腺炎的诊断，主要依靠直肠指诊及前列腺液检查，病人前列腺液内卵磷脂减少或消失，白细胞增多，用显微镜检查时，在高倍镜视野下白细胞达10个以上，并常可见成堆白细胞。此外可作细菌培养及药物敏感试验以指导治疗。少数病人可行前列腺穿刺活检，但不宜作为常规检查。

3. 慢性非细菌性前列腺炎具有与慢性细菌性前列腺炎类似的病理改变及临床症状，但前列腺液中无细菌发现，本病的确切病因尚不清楚，值得注意的是在慢性前列腺炎的病人中，非细菌性前列腺炎者远远超过细菌性前列腺炎。

## [治疗]

### 1. 急性前列腺炎：

(1) 卧床休息，多饮水，热水坐浴并保持大便通畅。

(2) 抗菌药物治疗，除口服药物外，重症者以静脉给药为宜。可给予青霉素、氨苄青霉素，喹诺酮类药物，如氟哌酸、氟嗪酸、环丙氟哌酸等。

(3) 若前列腺有脓肿形成，应予切开引流。

2. 慢性细菌性前列腺炎：病情顽固经久不愈，应强调综合治疗。

(1) 应消除病因，禁食酒类及其他刺激性食物。

(2) 选用适当抗菌药物，如红霉素、复方新诺明、氟哌酸、氟嗪酸及美满霉素等。

(3) 前列腺按摩，每周1次，一疗程6次，促进炎症分泌物引流，并每日行热水坐浴。

(4) 前列腺超短波治疗以及近年来发展起来的射频微波治疗，有一定效果，可酌情运用。

(5) 运用中医学方法治疗，根据辩证论治选用八正散及知柏地黄汤等药物治疗。

## [预防与保健]

1. 前列腺炎的病因除细菌感染外，其他如：饮酒过度、感冒、疲劳、房事不节、便秘、下尿路梗阻尿流不畅等因素，对前列腺炎的发病、复发及病情恶化具有一定作用，应予重视。

2. 加强身体锻炼，增强体质。

3. 部分前列腺炎病人症状重，思想顾虑重重，缺乏治愈的信心，应予耐心的心理治疗，以解除不必要的思想顾虑及

错误观念，树立战胜疾病的信心。

## 前列腺增生症

有些年迈的男人，常感尿频，排尿不畅，这是前列腺在那里作怪。前列腺位于膀胱和尿道之间，包绕着尿道的起始部，正常重 20 克。人老了前列腺增生肥大，严重者可达 200～300 克，压迫尿道使其变细、伸长、弯曲，而引起排尿困难。

前列腺增生症是老年性疾病，随着我国人口老龄化，发病率有增高的趋势，多发于 40 岁以上的人群，病因不太清楚，可能与老年人性激素平衡失调有关。

### [临床症状]

前列腺增生症起病较慢，其症状表现如下。

1. 尿频：往往为初发症状，开始为夜间尿频，继之或同时白天亦尿频，并伴有尿急，随着病情的发展，其程度日益加重。

2. 排尿困难：并呈进行性加重，是本病的重要表现，病人排尿迟缓、尿线细无力、射程近，尿滴沥以及尿流中断。

3. 尿潴留：为排尿困难的进一步发展，梗阻加重导致尿液完全不能排出。也可以表现为尿失禁，由于尿排不出，膀胱过度充盈，致少量尿液不断溢出，此即所谓假性尿失禁或称充溢性尿失禁。

由于尿液引流不畅，导致尿液淤积，而继发尿路感染，出现发热、尿痛、腰痛及尿频尿急。尿液滞留于膀胱，使尿内晶体沉积形成膀胱结石，使梗阻加重。因尿流梗阻，晚期可

导致肾积水、肾功能衰竭，而出现恶心、呕吐、食欲不振等尿毒症症状，并可因此而死亡。此外由于病人长期用力排尿，腹压增加而导致腹股沟疝、脱肛、内痔等病变。

有了以上症状，应到医院就诊。

4. 经肛门指诊，发现增大的前列腺向直肠腔内突出，即大致可以确诊。

5. 部分病人还可进一步检查，如尿流率检查，可以细致地、客观地记录下排尿时间，尿的流量。

6. 必要时还可进行膀胱镜检查，除可以看到增大的前列腺外，还可了解膀胱内有无其他病变，如结石、肿瘤等。

7. “B”超可对前列腺的体积进行测量，并可定期复查，从而了解病变的进展。测定膀胱残余尿，可对梗阻的程度作一基本估计，通过“B”超检查可以了解前列腺有无异常结节，而排除前列腺癌。

此外对病人进行放射性核素肾图检查，可了解病人肾脏功能。

#### [治疗]

1. 轻症病人可采用药物治疗，如保利治、安宫黄体酮、前列康、高特灵、竹林胺等，这些药物或使前列腺体积缩小，或使前列腺平滑肌松弛，减少排尿阻力，有一定疗效。

2. 重症症状明显的病人仍以手术为宜。由于年老体衰，病人及家属往往对手术顾虑重重，拖延日久，病情每况愈下，而失去手术的机会，因此手术时机的选择十分重要，若病人出现下列情况应考虑手术治疗：

(1) 残余尿即排尿后膀胱内还残存的尿，超过 50~60 毫

升（正常残余尿 0~20 毫升）。

（2）症状明显影响健康和生活，如排尿频繁，反复尿潴留、尿路感染、血尿等。

（3）出现并发症，如膀胱结石、肾积水、肾功能受损以及并发腹股沟疝、脱肛、痔疮等。

手术治疗有运用开刀的前列腺切除术，及近年来发展起来的经尿道前列腺电切除术及激光手术，后者可不用开刀，而具有痛苦小、手术后恢复快的优点。对那些年迈体弱、不能耐受较大手术或肾功能不佳者，可行永久性膀胱造瘘或待肾功能恢复后再行前列腺切除术。

3. 近年来曾流行一时的前列腺射频、微波治疗，尽管人们寄予了较大的期望，但疗效并不尽人意，也代替不了手术治疗，有待进一步改进。

#### [预防与保健]

前列腺增生症是一种老年性疾患，病因不清楚，目前尚无有效的预防方法。

由于病人多年老体弱，应注意保养身体，饮食有节，少饮酒，禁辛辣刺激食物，不要憋尿，冬令季节气温骤降时注意保暖，以避免急性尿潴留的发生。

老年病人往往多合并其他疾患，如心血管疾患，几种病互相干扰，使病人苦不堪言，健康状况急剧下降，笔者认为应对病人情况作细致分析，抓主要矛盾。曾有一病人合并有冠心病，心绞痛频繁发作，前列腺增生夜间尿频休息不好，使冠心病日益加重，最后医师果断地给病人作了前列腺切除术，不仅治好前列腺增生症，而且由于休息好了，冠心病亦大大

好转。老年人对手术治疗往往有较大畏惧心理，应正确对待。

近年来由于手术治疗的改进，前列腺切除术的安全性已大大提高，因而对于手术治疗的掌握可有较大的灵活性，对于那些病情发展较快的病人，可以提早进行手术治疗，而不必等到年迈体衰“山穷水尽”的时候，而使治疗进退维谷。

## 男性不育

育龄夫妇婚后1年以上，未采用避孕措施而未孕，则为不育。据统计在育龄期间，约有8%的夫妻将会遭遇到不育的问题，而其中由于男方因素而致不育者不低于50%。

男性不育，即指因男方因素而致不育者。

### [诊断要点]

男性不育的病因十分复杂，可从以下几个方面予以分析：

人体精子是由睾丸生精上皮产生，然后进入附睾，再进一步成熟后进入输精管，输精管再与精囊腺汇合成射精管，开口于后尿道。射精后精子进入阴道，循宫颈子宫进入输卵管与卵子结合而成受精卵，以后形成胚胎，此过程任一环节受到影响，均可引起不育。

1. 睾丸功能障碍：有多种因素影响睾丸功能，引起精子发生障碍而导致不育。先天性疾患，如克氏（Klinefelter）综合征，其染色体为XXY，比正常男性多了一条X染色体，此类病人曲细精管发育不良，无精子；隐睾病人，在体内较高的温度影响下，睾丸生殖上皮的发育及生精功能受到影响，也不能生成精子而不育；内分泌紊乱，如垂体肿瘤引起高催乳

素血症，使促性腺激素释放激素减少，影响精子生成而致不育。此外精索静脉曲张及睾丸炎，特别是流行性腮腺炎合并睾丸炎，也可引起生精障碍。

2. 输精管道梗阻：精子通过附睾、输精管及射精管输送出来，若此环节中任一部位堵塞都会形成梗阻性无精子症而不育。如有的人先天性畸形，双侧输精管缺失，还有的人由于疝修补术，输精管损伤，或者因炎症、结核而引起输精管梗阻。

3. 性功能障碍：如阳痿、早泄、不射精、逆行射精，以及外生殖器畸形如阴茎过小、尿道下裂，引起交媾困难，不能将精液输送到阴道中去而不育。

4. 男性附属性腺感染：男性附属性腺主要为前列腺和精囊腺，它们的分泌物参与精液组成，含有大量的酶和各种营养成分，对精子的运转及生理功能的发挥有重要影响，一旦附属性腺发生感染，其功能必然下降，精液的各种参数随之产生变化，如精子数量下降、活力减低、精子的畸形率增加，这些将导致男性的生育力下降甚至不育。

5. 免疫因素：精子含有多种蛋白，具有一定的化学结构，并有抗原性，当这种物质进入男性自身的血液循环，刺激免疫系统产生抗体即为抗精子抗体。人体在正常情况下，由于存在着一种特殊结构“血睾屏障”，将免疫系统与精子抗原物隔开，因而不会产生抗精子抗体，但当炎症、外伤等导致血睾屏障破坏时，抗精子抗体的产生就有了可能。精子一旦与体液（如精浆）中存在的抗精子抗体接触，就可使精子凝集制动，阻止精子与卵子的结合，而导致不育。近年来免疫学

因素引起的不育，已越来越引起人们的注意，据认为在原因不明性不育的夫妇中约有 10%~30% 可能为免疫性不育。

对男性不育病人可进行下列检查：

(1) 精液分析：这是评价男性生育能力最有价值的检查，为了保证结果准确无误，应正确地采集标本。病人应禁欲 3~7 天，收集一次射精的全部精液，在半小时内送检。由于精液参数变化较大，每位受检者最好进行两次检查。精液的正常值为：精液量 2ml 以上，液化时间  $\leq$  60 分钟，精子密度  $>2000$  万/毫升，存活率  $>60\%$ ；活力，射精后 60 分钟内，50% 或更多具有前向运动，正常形态的精子  $>50\%$ 。

(2) 生殖内分泌激素测定：中枢神经—下丘脑—垂体—睾丸组成男性生殖轴系，调节男性的生殖功能，它们之间依靠内分泌激素来进行调节，所以内分泌激素的水平反映了男性的生殖状态。

若促卵泡激素 (FSH)、黄体生成素 (LH)、泌乳素 (PRL)、睾酮 (T) 的值正常，则可基本上排除生殖系统内分泌疾患。如 FSH 上升，提示有睾丸曲细精管生精上皮损害；LH 升高而血睾酮低，表示睾丸间质细胞损害；血睾酮 (T)、黄体生成素 (LH) 及促卵泡激素 (FSH) 均降低，则意味着继发性睾丸机能障碍，也称为低促性腺激素性腺功能低下，即睾丸本身正常，但由于垂体或下丘脑功能不全，促性腺激素 (FSH, LH) 分泌不足，而致睾丸功能低下。

(3) 睾丸活组织检查：睾丸活检在男性不育的诊断中占有重要地位，通过对睾丸组织病理学检测，可以评估精子发生的功能和精子发生障碍的程度，而为男性不育的诊断、治

疗以及预后提供客观依据。获取睾丸组织，过去一般采用手术切开的方法，近年来已逐渐为穿刺取材所代替。

睾丸活检主要适用于促卵泡激素(FSH)正常的无精子症和少精子症等，例如可根据睾丸组织基本正常而推论无精子症是由于精道梗阻所致，还可根据睾丸组织病理损害程度，推测病变的原因，评估预后，而制定合理的治疗方案。

此外，对男性不育病人，还可进行免疫学检查、染色体检查及精道造影，从而对男性不育作出完整的诊断。

### [治疗]

应根据不育的各种不同病因进行针对性的治疗，如纠正不正确的性交方式、矫正外生殖器畸形等。

1. 手术治疗：可用于精索静脉曲张的治疗，尿道畸形如尿道下裂的矫正，精道梗阻的修复如输精管梗阻的输精管吻合术等。

#### 2. 药物治疗：

(1) 改善精液的质量，如用促性腺激素、克罗米芬、胰激肽释放酶、维生素 E 及葡萄糖酸锌等；

(2) 对附属性腺的感染，可选用适当的抗生素；

(3) 对免疫性不育，可采用肾上腺皮质激素治疗；

(4) 祖国医学对不孕症有深入的研究，几千年来积累了丰富经验，中医学对男性不育的疗效肯定，可根据病情，辩证论治予以治疗。

(5) 人工授精，也可用于男性不育的治疗，即是将丈夫或供精者的精液，通过人工的方法，置入女性的阴道、宫颈或宫腔内，而达到生育的目的，若丈夫患无精子症，可用供

者（别人的）精液，称之为供者精液人工授精。若丈夫精液质量不好如少精子症、弱精子症，可将精液在体外处理，再置入妻子的宫颈或宫腔内，称之为夫精人工授精。

（6）试管婴儿：自1978年人卵体外受精与胚胎移植俗称试管婴儿获得成功以来，人类辅助生殖技术有了突飞猛进的发展。试管婴儿最初是应用于输卵管病变所致的不孕症，而后来逐步应用于男性不育、少弱精子症的治疗，而近年来最新发展是采用显微注射法，将精子直接注入卵细胞内，使其受精，此法不仅可用精液精子、从附睾中吸出的精子，甚至还可用睾丸穿刺从睾丸组织取出的精子，这对于那些无精子症的病人，确实是一个巨大的福音。

#### [预防与保健]

生殖健康是人类迈向21世纪所面临的重大问题之一，据统计，50年以来，人类男性精液质量有了明显的下降，表现在精液体积及精子数量均有明显减少，这些改变不可否认与环境因素有关，环境污染不仅影响到人类的健康，也威胁到人类的繁衍，因此：

1. 治理污染，不仅是解决眼下人类所面临的困境，而且也是关系到人类的未来，子孙万代的大事。

2. 改变个人不良嗜好：吸烟酗酒可危及男性生育能力，吸烟可引起精子的畸形率上升。酗酒可损害生殖内分泌功能，导致睾丸萎缩，影响生育力，而且出生的子女素质下降，有碍优生优育，应大力开展卫生宣教。

3. 心理调节：不育夫妇在精神上承受了巨大痛苦，他们的心理压抑也应引起我们的关注，除了治疗他们的躯体疾病，

解除不育之苦外，也应进行适当的心理治疗加以疏导。

## 男性功能障碍

男性的性功能是一个复杂的问题，一方面它似乎是一种“本能”，包含有一系列的生理过程，如性欲、阴茎勃起、性交射精、情欲高潮、勃起消退等，而另一方面，这种本能又受思维语言、心理情感、疾病等社会因素、心理因素和生物学因素的影响。男性功能障碍是指这些环节发生了某种改变，影响了正常性生活的总称，表现为性欲的改变，性欲低下与亢进；阴茎勃起的改变，阳萎、勃起不坚及异常勃起；射精的改变，早泄、射精过快、不射精、逆行射精及射精痛。

### [临床症状]

1. 阳萎：指阴茎不能勃起或勃起不能维持足够的时间和硬度以完成性交。根据发病的原因可将阳萎分为两类：

(1) 功能性阳萎：常见于青壮年，多由于精神因素所引起：如夫妻感情不和，精神创伤，害怕妊娠，怀疑自己的性能力等，过度疲劳，缺乏性知识，服用某些药物如利血平，也可引起阳萎。

(2) 器质性阳萎：①神经性因素：如脊髓病变。②血管性因素：动脉粥样硬化或其他血管病变，导致阴茎的供血不足。③内分泌因素：如睾丸疾患及下丘脑、垂体疾病，导致内分泌激素的改变而引起阳萎。④全身性疾病：如心、肺、肝、肾等重要器官病变，可影响病人的勃起能力。⑤泌尿系疾患：如后尿道损伤及尿道修补术后，可引起阴茎勃起障碍。

2. 早泄：性交时阴茎在未插入、刚插入或正在插入阴道时即发生射精谓之早泄，而临床大多数来诊者，多为射精过快，即进入阴道后，很短时间或抽动几次即射精，而难以使女方达到性高潮。早泄多为精神性，也有认为与男性生殖道炎症如前列腺炎有关。

3. 不射精与逆行射精：性交时不能射精亦不能达到情欲高潮谓之不射精。逆行射精系指性交时有性高潮，也能射精，但精液自后尿道逆流入膀胱，而不能由尿道外口射出。这两种疾患均能导致不育。不射精病人大多因性知识缺乏及精神因素，如不知道性交时阴茎需要在阴道中反复抽动，少部分与器质性疾病有关，如脊髓病变（例如损伤）、腹膜后淋巴清扫术等。逆行射精大多由于膀胱与尿道联接处—膀胱颈及后尿道的病变，引起膀胱颈功能失调及后尿道梗阻所致，如尿道外伤尿道狭窄；膀胱颈及后尿道部位手术，如前列腺切除术；糖尿病以及长期服用某些药物，如胍乙啶等。

#### [治疗]

##### 1. 阳痿的治疗：

(1) 心理治疗：根据病人的精神因素，进行心理治疗，解除紧张焦虑情绪，调整夫妻关系，争取女方的配合。给予性生活指导，建立正确的性行为模式。

(2) 药物治疗：针对病因，给予相应的药物治疗，如性腺功能低下、血睾酮水平低，可补充雄激素，给予甲基睾丸素或安雄等；高泌乳素血症所致的阳痿，可运用溴隐亭治疗。此外还可运用士的宁、育亨宾、中药等。近年来运用罂粟碱、前列腺素 E<sub>1</sub> 行阴茎海绵体注射，可使阴茎勃起，疗效可靠，对

病人稍加训练，即可自我注射。

(3) 负压吸引器具治疗：利用真空吸引原理，使阴茎充血胀大达到足够硬度后，将一弹性环（如橡皮圈）适度地紧勒于阴茎根部，维持此硬度进行性生活。此法使用得当，疗效满意。

(4) 手术治疗：如血管性阳痿，可行阴茎血管重建手术；垂体肿瘤所致阳痿，可予肿瘤切除。治疗无效者可行阴茎假体植入手术。

2. 早泄的治疗：运用性心理及性行为疗法，最好男女双方同时进行，解除紧张焦虑，精神上彻底放松。运用避孕套或龟头涂布表面麻醉剂，如的卡因；服用镇静剂，以推迟性兴奋。还可运用感觉集中训练及“挤压”手法治疗，以增强耐受性刺激的能力，提高射精中枢的阈值，而延缓射精。此外运用酚苄明和氯丙咪嗪等配伍，也有一定的效果。

3. 不射精及逆行射精的治疗：对不射精的治疗，主要应进行性知识教育及心理治疗，大多数收到很好的效果。其次可运用电按摩治疗，运用按摩器刺激阴茎龟头，阴茎系带及其周围，亦能取得一定的效果。此外采用药物麻黄素、左旋多巴治疗，有的也能奏效。

逆行射精的治疗：可采用氯丙咪嗪、麻黄素等药物，能取得一定的疗效，还可收集性交或手淫后逆流入膀胱中的精子，作人工授精，以解决病人的不育问题。

#### [预防与保健]

1. 加强性教育，普及性知识，可减少因性知识缺乏所致的性功能障碍。

2. 积极防治可导致性功能障碍的疾患，如糖尿病、动脉粥样硬化等。

## 精索静脉曲张

有些男青年常感到左侧阴囊坠胀疼痛，用手一摸可感到阴囊内有许多索条状物，这就是精索静脉曲张。本病为常见病，多发于青壮年，发病率为10%~15%，大部分的精索静脉曲张发生于左侧，这是由于左精索静脉回流入左肾静脉并与肾静脉呈90°直角连接而流动，阻力较大之故，部分病人可双侧均有曲张，而仅有右侧曲张者甚为少见。

### [临床症状]

1. 病人多无明显症状，或表现为患侧阴囊坠痛，并向同侧鼠蹊部放射，长久站立或行走则症状加重，平卧则明显减轻。

2. 部分病人可因不育而就诊，精索静脉曲张合并不育，可能与血液返流和瘀滞导致阴囊温度升高及肾静脉、肾上腺静脉中有毒物质的反流，损害了睾丸，而使精子生成受损之故。

3. 体检可见病侧阴囊拉长下垂，并可触到阴囊内曲张的静脉团，平卧则消失或缩小，若平卧无变化则应除外有无腹部肿瘤压迫所致的症状性精索静脉曲张之可能。

4. 如有必要可行多普勒超声、放射性同位素阴囊血池扫描、精索内静脉造影等检查。

5. 对合并不育的病人，应进行精液常规检查。

### [治疗]

1. 无症状者不必治疗。
2. 轻症者可试行非手术治疗，如阴囊托带及穿弹力裤等。
3. 症状较重，非手术治疗无效及合并不育而精液检查异常者，可行手术治疗，可行精索内静脉高位结扎术及精索静脉栓塞术。

### [预防与保健]

男性不育病人，若合并有精索静脉曲张，且精液质量不佳，应尽快手术，以免拖延日久，睾丸受损严重，形成不可逆病变，而失去治疗机会。

# 五官科病

## 梅尼埃病

梅尼埃病为常见病，主要表现为反复发作性眩晕，同时伴有耳鸣、耳堵塞感、耳聋等耳蜗症状，并且与眩晕程度一致。眩晕可持续数分钟至数小时，眩晕每次发作不超过数日。但无意识障碍。

发病年龄，70%在30~60岁之间。无性别优势，多累及一耳，亦可双耳发病。

1. 病因：病因不明，众说纷纭。引起本病的原因可有精神因素、植物神经功能紊乱、变态反应，水盐代谢障碍等。

2. 病理：基本病理表现为膜迷路积水，蜗管、球囊较椭圆囊、壶腹明显。积水使前庭膜破裂，内、外淋巴交通，高钾的外淋巴抑制了感觉细胞的兴奋性，致发作性眩晕及眼眩，2~3小时后钾浓度降低，眩晕好转，眼震消失。膜迷路积水前庭膜通透性改变，钾离子从内淋巴到外淋巴，使Corti淋巴高钾，致听力下降。

### [症状表现]

典型者表现为眩晕、耳聋、耳鸣三联征。但有些病人表现并不典型。

(1) 眩晕：多呈突发性、旋转性，一般持续数秒、数分、

数小时，很少超过数日，后自然缓解，转入间歇期，间歇期可数周或数月，眩晕发作次数越多，持续时间越长，间歇期越短，同时伴有眼震。发作时病人面色苍白、出冷汗、恶心、呕吐。

(2) 耳聋：膜迷路积水者都有听力减退，波动性者占25%，1~2年内听力可下降至60分贝。梅尼埃病的听力下降表现为典型的以低频为主的感音神经性聋。两次发作间歇，听力可恢复正常，长期发作者逐渐发展为重度耳蜗性聋。

(3) 耳鸣：典型者表现为低调嗡嗡声且有波动，常于发作前或发作时加剧，间歇期耳鸣仍存在，但程度减轻。晚期，呈高调耳鸣。一侧耳鸣对确诊病变则有价值。约有1/3病人伴有耳闷胀感或头胀满感。可能与内耳供血不良有关。

#### [治疗]

(1) 眩晕发作时，应让病人在光线暗而安静的房间取卧位，并取其最舒适的头位。

(2) 用镇静药、止吐药、防晕药物、5%碳酸氢钠水剂静脉点滴药，可使发作缓解。

(3) 眩晕发作间歇期，应积极改善病人的内耳功能，可给予血管扩张剂、镇静剂，维生素B<sub>1</sub>、B<sub>12</sub>、ATP，植物神经调节剂、利尿剂等，也可以用抗变态反应药物。

(4) 对用药不能控制的反复眩晕及进行性耳聋病人，一般行内淋巴囊减压术等手术治疗。

#### [家庭护理]

1. 消除病人的精神疲劳、紧张和不安心理。告诉病人不管怎样眩晕，不会有生命危险，不必惊恐。使病人保持安静

状态。

2. 眩晕发作时，应让病人在光线暗而安静的房间休息，卧位时取其舒适的头位。
3. 饮食为无刺激食物和低盐食物。
4. 就医时应有家属陪伴。并定期随访。
5. 应尽量避免高空作业的工作。

## 常见的眼睑病

眼睑位于眼球的前方，呈垂帘状，以保护眼球。眼睑富于血管及腺体，容易发生腺体的感染，以麦粒肿和霰粒肿最常见。

### （一）麦粒肿

眼睑腺体的化脓性感染，又叫睑板腺炎，是儿童的常见病，卫生环境差、身体虚弱者容易发病。

#### [临床症状]

1. 眼睑疼痛剧烈，反复性麦粒肿，疼痛减轻。
2. 眼睑红肿，病变区有硬结，触之有压痛。几天后睑皮肤面或眼睑结膜面形成黄白色脓头，可自行破溃。发生在外眦角的麦粒肿因炎症不容易向周围扩散，不仅疼痛剧烈，外眦角球结膜还可以出现反应性水肿，有时呈泡状突出眼睑以外，病人常为此而惊慌。
3. 病侧耳前或下颌淋巴结肿大。

#### [治疗]

1. 起病早期冷敷，防止炎症的扩散。脓肿形成后热敷促

进炎性物质吸收。

2. 抗生素：利福平、庆大霉素、环丙沙星等溶液滴入眼结膜囊，每日4~5次。金霉素或四环素软膏睡前涂入结膜囊。当耳前或下颌淋巴结肿大疼痛时，在医生指导下肌肉注射青霉素或庆大霉素。

3. 理疗：炎症早期脓肿尚未形成时，理疗可以促进炎症吸收。

4. 脓肿切开：脓肿形成后，及时作切开引流。切口选在脓肿较低的部位，引流要充分。脓肿自行破溃时，皮肤破口边缘往往参差不齐，有时皮肤缺损面积较大，容易形成瘢痕，甚至影响容貌。

#### [预防]

注意个人清洁卫生。饮食多样化，睡眠要充足，多参加室外活动，锻炼身体，居室要通气，提高身体素质及健康水平。发生炎症要及时就医，出现脓肿禁忌用手挤压脓头。面部静脉无瓣膜，挤压脓头容易造成炎性物质逆流进入脑血管，造成感染的全身性扩散，有危及生命的危险，曾有因挤压麦粒肿而亡命的报道。

#### (二) 霰粒肿

如果眼睑的睑板腺导管阻塞，腺体分泌物潴留，刺激腺体纤维增生形成囊壁，成为霰粒肿。

#### [临床症状]

1. 眼睑结节，皮肤没有红肿和压痛，多为偶然发现。
2. 翻转眼睑，结膜面呈暗紫红色。

#### [治疗]

小的霰粒肿通过理疗、热敷可以自行吸收。较大的霰粒肿应手术摘除，防止继发性感染。

#### [预防]

远视、散光没有及时戴眼镜矫正时，容易出现霰粒肿。配戴矫正眼镜，可以防止囊肿的复发。老年人眼睑出现无痛性结节，应警惕癌肿的发生，需及时到医院进行检查，明确诊断。

## 结膜炎

眼睑的最内层和眼球巩膜的表面覆盖一层薄而透明的膜叫结膜。结膜直接裸露在外，容易受到物理、化学物质的损伤，发生细菌病毒感染，引起炎症反应，长期接受日光照射和风沙刺激，能够引起结膜变性。

#### (一) 急性细菌性结膜炎

俗称暴发火眼，是细菌感染引起的结膜急性炎症。病人一般都有与急性结膜炎病人接触历史。有时可以造成家庭内、班组内小范围内的传播。幼儿园、中小学是急性细菌性结膜炎易发的场所。

#### [临床症状]

1. 自觉眼睛有不适感，如眼睑轻肿、摩擦感、眼泪多，眼眦粘稠使视物不清，揩去眼眦视力恢复。早晨眼眦常把上下睫毛粘在一起，睁不开眼。

2. 眼结膜充血：球结膜充血呈粉红或鲜红色，翻开上下眼睑，脸结膜充血比球结膜更明显，但表面光滑，可有分泌

物覆盖。

3. 角膜清亮，视力不受影响。

#### [治疗]

抗生素局部应用：环丙沙星、庆大霉素、利福平等溶液滴眼，每天依病情轻重 3~4 次至每小时 1 次不等。睡前涂金霉素、四环素、红霉素眼膏。

#### [预防]

本病是接触性传染，所以病人应注意隔离，不去公共场所，病人的洗浴用具与他人分开，每天煮沸 1 次。为病人滴过眼药后要立即洗手，防止分泌物污染别处，使感染扩散。

#### [护理]

及时用清水清理分泌物，患眼不能遮盖。病人应在光线柔和的环境中休息，避免强光刺激。

### (二) 流行性出血性结膜炎

流行性出血性结膜炎俗称红眼病，是一种腺病毒感染引起结膜的急性炎症。由于结膜可有不同程度的出血，看上去白眼球特别红，是区别于其他类型结膜炎的主要特点。接触病人后快至 2~3 小时，迟者 24 小时内发病，因此可以发生大范围内的流行。流行季节常在夏季。世界上及国内已先后发生过数次红眼病的流行。红眼病症状明显，病程也比一般结膜炎长，是每年夏季重点预防的传染病之一。

#### [临床症状]

1. 起病急，异物感，怕光流泪，眼睑不同程度的水肿。当角膜受侵犯时，眼睛疼痛。

2. 分泌物为水样，不粘稠。

3. 结膜充血，散在点或片状出血。

4. 用活体生物显微镜（裂隙灯）检查，角膜有上皮脱落。重症病人前房有炎症反应。

#### [治疗]

抗菌素局部滴入。常用药有吗琳双胍、无环鸟苷、环丙沙星、利福平等溶液。无环鸟苷或金霉素眼药膏睡前涂入结膜囊。

#### [预防与护理]

1. 室内空气流通，灯光柔和，闭目休息，不看电视和书报，及时清洗眼周分泌物。饮食清淡，富有维生素。

2. 红眼病是传染性最强的结膜炎，通过接触传染，病人应及时隔离，患病后不去公共场所，如游泳池、电影院等。滴眼药后立即洗手，并用 75% 酒精棉球擦手，防止分泌物污染别处。在发病的高峰季节，注意不用手揉眼，接触红眼病人后，可预防性地用抗菌素滴眼。

## 沙 眼

沙眼是由沙眼衣原体感染引起的结膜慢性炎症，具有传染性，主要通过共用洗脸盆、毛巾和手帕传染，是世界上发病率最高、流传最广的眼病。解放前沙眼在我国广为流行，目前在农村特别是水源不足的地区，沙眼仍然是常见的眼病。结膜的这种炎症过程很长、并且能向深层组织蔓延，引起许多并发症，重者导致失明。在世界范围内沙眼是致盲的主要眼病之一。解放后通过防盲治盲的群众运动，其流传基本得到

控制。

### [临床症状]

1. 症状轻微，有烧灼、不适、痒及摩擦感。有的人没有任何感觉。

2. 结膜形成乳头滤和泡：翻开上下眼睑，结膜表面粗糙不平，有大小不等形状不一的小泡，也有颗粒样外观。这是沙眼的活动性病变。

3. 结膜瘢痕：结膜表面有白色网状、条状和片状无血管区，为病变区瘢痕。

4. 常见并发症：①内翻倒睫：睫毛囊受侵后瘢痕收缩，使睫毛排列方向不一致，有的睫毛倒向眼球，触及角膜，造成角膜上皮擦伤，容易发生感染。②慢性泪囊炎：泪道系统炎症造成在鼻腔开口的鼻泪管狭窄或堵塞，泪液在泪道系统的滞留，继发细菌性感染。表现为泪溢，用手指压鼻根处的泪囊，有脓流出。慢性泪囊炎急性发作时，内眦部皮肤红肿、隆起，局部疼痛。③角膜混浊：结膜血管长入透明角膜，或角膜发生炎症，都可以导致角膜不透明，严重地影响视力。

### [治疗]

1. 抗生素：主要是局部应用，如氯霉素、利福平、环丙沙星、磺胺醋酰钠等溶液滴眼，每天3~4次。睡前涂入金霉素或红霉素、环丙沙星眼药膏。急性泪囊炎经医生诊断后口服或肌肉注射抗生素。

2. 手术：对大量的结膜乳头及滤泡作滤泡挤压和乳头摩擦术，可促进抗生素的吸收及组织结痂。内翻倒睫、泪囊炎分别作内翻矫正和泪囊摘除，防止引起其他严重并发症。

### [预防]

沙眼是接触性传染眼病，病程缓慢漫长，有些并发症可引起严重的视力障碍。该病在全世界范围内流传，应以预防为主。洗浴用具应分用，不用脏手或不洁手帕擦眼。

## 春季卡他性结膜炎

这是一种变态反应性结膜炎，生活环境中的许多物质都可能是致敏原，花粉是最主要的致敏原，还有粉尘、化学颗粒等等。儿童期容易发病，随着年龄增长病情可渐渐缓解。春末、夏季、秋初症状明显，冬天缓解。

### [临床症状]

1. 奇痒：眼痒是突出的特点，常用手揉眼也难以解痒，病人十分痛苦，羞明、阳光下睁不开眼。眼眵呈细丝状。

2. 睑结膜巨大乳头增生，常见于上睑结膜，有大而扁平的乳头，呈铺路石或鱼鳞状，重症者呈桑椹状。

3. 角膜缘胶样浸润，球结膜色调暗淡呈淡黄色，角膜与巩膜交界处可见灰色隆起，或为环状隆起，或不同部位隆起参差不齐，或限局性隆起。

### [治疗]

1. 对症治疗：色甘酸钠溶液或色琉丙钠溶液滴眼，每日3~4次。氯霉素溶液5毫升加入地塞米松注射液2毫克，对减轻痒的症状效果良好，但不能根除病因。长期应用有发生激素性青光眼的危险。这种青光眼比较隐蔽，临床上容易漏诊，有的发展到青光眼晚期才被发现。因此局部滴含激素药

物时，应定期请医生测量眼压，预防青光眼的发生。硫酸锌溶液 5 毫升加入 1:1000 肾上腺素注射液 0.5 毫升，滴眼可以减轻眼球充血，但效果不持久。

2. 抗过敏治疗：有人主张口服阿司匹林 250 毫克、消炎痛 25 毫克，每日 3 次，3 周为一疗程，可能减轻症状。

3. 手术治疗：睑结膜乳头增生严重者，可将病变结膜切除，或冷冻，但不能防止复发。

该病目前尚没有根除办法。

#### [预防]

春季卡他性结膜炎发病原因还不完全清楚，常见一家人中只有一人发病，他人不感染。目前尚没有预防发病和阻止复发的措施。

## 角膜炎

角膜是光线进入眼内的门户，保持角膜透明是维护良好视力的重要条件之一。而角膜又位于眼球最前方，直接暴露在外，容易受到损伤。角膜上皮是防止微生物侵入的屏障。而轻微的损伤如角膜异物、芒刺扎伤等均可造成角膜上皮的剥脱，打开了微生物入侵之门。角膜结构非常精细，任何病变破坏了角膜组织的排列都能造成角膜的混浊，阻挡光线进入眼内，使视力受损。角膜有丰富的感觉神经末梢，角膜异物及炎症，都有明显的疼痛、羞明及眼睑痉挛（俗称睁不开眼）。角膜没有血管，它的营养由与巩膜交界处的血管网和前房水供给，角膜中央部营养较差，容易发生炎症性穿孔，造

成严重后果。角膜炎症是角膜及眼科最常见的眼病之一，也是主要的致盲性眼病之一。

### [临床症状]

1. 有眼外伤史，如扎伤、角膜异物，戴角膜接触镜未遵照护理要求等。

2. 眼痛、流泪、羞明，视力不同程度减退。

3. 眼球充血，角膜有灰白色浸润点，大小及形状多样化。起病早期隆起，如未及时治疗，炎症进展时会形成溃疡，病变区凹陷，有时出现前房积脓。病情严重者发生角膜穿孔，眼内容物流出，疼痛暂时缓解。

### [治疗]

1. 清除感染灶及刺激源，如有慢性泪囊炎应立即摘除；倒睫应立即拔除；角膜结膜异物应清除；角膜接触镜暂时停止配戴。

2. 抗生素应用：细菌、真菌、病毒都是角膜炎的致病菌，各有不同的临床特点，必要时通过病灶组织的涂片、微生物培养可以作出准确的微生物学诊断及抗生素敏感试验，作为选择高效抗生素的依据。常用的抗生素有利福平、庆大霉素、环丙沙星、卡那霉素、疱疹净、吗琳双胍等溶液，及金霉素、四环素、红霉素、无环鸟苷等眼药膏。依病情选用。

3. 并发症治疗：角膜炎最常见的并发症是虹膜睫状体炎、青光眼、眼内感染，应进行相应治疗。

4. 热敷：热水熏蒸、腊疗，可以止痛，促进炎症吸收。

### [预防与护理]

1. 对病人的护理应注意以下几点：

- (1) 居室通风，光线柔和。
- (2) 静卧休息，不作目力工作。
- (3) 饮食富有维生素及营养。
- (4) 请专人滴眼药。

## 2. 预防：

- (1) 讲究个人卫生、不用不洁手帕擦眼。
- (2) 预防异物进入眼内，发生角膜异物不要自行处理，应去医院取出异物，并作预防感染的处理。配戴角膜接触镜者，应严格遵守护理原则，若出现磨痛，立即取出接触镜，去医院作进一步检查。

角膜炎是眼科重症，怀疑有角膜炎时，要及时去眼科检查治疗，不要自行购药治疗，以防延误治疗的时机。不恰当的治疗还会造成诊断及微生物检查的困难。

## 青光眼

由于眼内压升高，影响角膜正常代谢，角膜水肿，透明度减低，状如有哈气的玻璃，呈青灰色外观，传统叫做青光眼。眼内压力长期升高，压迫眼内组织，特别是视神经，造成萎缩，使视野缩小，视力下降甚至失明，是主要致盲原因之一。青光眼有遗传倾向。主要分为闭角性和开角性两大类，它们的表现特点及治疗原则不完全相同。

### (一) 闭角性青光眼

顾名思义由于前房角突然关闭，阻塞了位于房角内的房水排泄系统，房水外流的阻力增加，引起眼压升高。闭角性

青光眼有特定的易感人群：40岁以上，远视眼。这种人眼球较小，眼内组织拥挤，房水排泄系统容易阻塞。女性比男性发病率高。起病前多有诱发因素，如疲劳、情绪激动、天气突变等。常在傍晚发作，光线暗，瞳孔散大、房角关闭、眼压升高。如果房角突然完全关闭，则引起青光眼急性发作。部分房角关闭引起小发作，又叫青光眼前驱期。房角关闭经过一个漫长过程，则为慢性闭角性青光眼，它们的表现各有特点。

#### [临床症状]

1. 青光眼前驱期：劳累或生气后，傍晚看白炽灯光，有一彩色晕轮环绕，叫虹视现象，是角膜上皮水泡对光线折射形成的。视力轻度下降。可单眼或双眼发病，病眼轻度胀痛，或鼻根酸痛，头痛不严重。经过一夜充分休息，睡眠时瞳孔缩小，房角自动开放，次日症状完全缓解。这种发作往往不能引起病人重视而及时就医。以后发作越来越频繁，每次发作的时间越来越长。

#### 2. 青光眼急性发作：

(1) 曾有过前驱期症，或突然急性发作：剧烈的头痛，恶心呕吐，少数病人发烧、腹泻。这些症状的病人往往认为是内科或神经科病，一些经验不足的非眼科医生也偶有漏诊或误诊。

(2) 视力急剧下降，甚至伸手不见五指。

(3) 眼睑痉挛、羞明、流泪、撑开眼睑可见眼球充血，角膜呈雾状，透明度减退，瞳孔散大，对光反应消失——光线照射时瞳孔不会收缩。

(4) 令病人向下看，并用双手的食指在眼睑外触摸眼球，感到眼球发硬，正常眼触摸有波动感。测量眼压往往高达 5.53~6.67 千帕以上。正常眼压在 2.69 千帕以下。

(5) 房角镜检查可见房角关闭。

## (二) 慢性闭角性青光眼

由反复发作后进入慢性期，或从无发作史。没有明显的全身症状如头痛、恶心及局部症状，如眼胀、眼痛，检查时眼球充血不明显，角膜水肿轻微或基本透明。有过青光眼发作史者瞳孔往往不圆，瞳孔散大，虹膜色素脱失。测量眼压升高，往往在 4 千帕以上。房角镜检查证实房角关闭。眼底检查视神经呈现青光眼性萎缩特点，视野收缩。

### [治疗]

初次发病，怀疑为青光眼者应立即去眼科检查，明确诊断，及时治疗。对于复发的青光眼，如果家中已没有抗青光眼药物，也不能延误时机，特别是青光眼容易在冬季傍晚或深夜发作，应克服一切困难马上去医院积极接受治疗。有的急性充血性青光眼，在发病的 24 小时内完全失明，叫电击性青光眼。眼压持续升高的时间越长，对眼内组织损伤越大，使眼压下降也越困难。

1. 局部用药：①1%~2%毛果云香碱溶液滴眼，使瞳孔缩小，房角重新开放，眼压下降。急性发作时每 10 分钟滴 1 次，连续 6 次。慢性期用药次数由医生根据眼压而定。缩瞳剂的副作用包括药物性近视眼、瞳孔粘连。②0.25%~5%塞吗心安溶液，每 12 小时滴 1 次，一天滴 2 次。该药对瞳孔形态没有影响，通过抑制房水生成降低眼压。常见的副作用为

心率减缓，有哮喘病史者慎用。③倍他心安溶液，作用与塞吗心安相同，副作用少。

2. 全身用药：①乙酰唑胺，250 毫克 1 片，急性发作时 500 毫克即时服用，维持药量依病情由医生确定，该药通过抑制房水生成降低眼压；常见副作用是手脚发麻、食欲减退，长期服用可发生肾结石、体液的电解质紊乱、再生障碍性贫血等，口服等量小苏打能够减少副作用发生率。②50%甘油，每 kg 体重口服 1.0~1.5g；为高渗剂。③20%甘露醇，急性发作时静脉点滴，每千克体重 1.5~2 克，一般 250~500 毫升；为高渗剂，通过脱水降低眼压。

3. 激光治疗：闭角性青光眼小发作可以自行缓解，急性发作若能及时治疗也能使眼压恢复正常。经前房角镜检查，房角功能全部或大部分正常，可行激光虹膜切除治疗，减少房水排泄阻力。未发作眼可作预防性激光治疗。房角功能完全破坏的闭角青光眼，不适合激光治疗。

4. 手术治疗：房角功能全部或大部不正常者，或虽然房角功能正常但当地没有激光设备者，根据病情可选择不同类型的手术治疗，一般手术效果良好，也有术后尚需药物辅助降低眼压者。

#### [预防]

40 岁以上的远视眼人群为闭角性青光眼易感人群，应定期到医院检查，以便早期诊断，早期治疗。

#### (三) 开角性青光眼

这类青光眼眼压升高时，虽然房角为开放状态，但是房水排泄系统功能低下，使房水外流的阻力增加，打破了房水

生成率与房水排泄率的动态平衡，眼压升高。眼压升高一般是慢性过程，没有明确的典型的临床特征，早期不容易觉察，有时是在偶然的身体健康检查中发现的，往往病情较重或已达晚期，开角性青光眼比较隐蔽。

### [临床症状]

1. 青少年至老年均可发病，发病高峰 30 岁以后。眼周不适感，容易出现视力疲劳或轻微眼球胀痛。这些都是青光眼特有的症状。

2. 检查眼压在 3.44 千帕以上。

3. 前房角镜检查房角开放。

4. 视神经有青光眼性的萎缩。

5. 视野呈青光眼性缺损。

### [治疗]

1. 药物治疗：开角性青光眼早期以药物治疗为主，常用的药物为 0.5% 塞吗心安，倍他心安，每日 1~2 次。眼压控制不满意时，加服乙酰唑胺 250 毫克，每日 1~3 次依病情而定。

2. 激光治疗：当局部滴药眼压控制不满意时，可接受激光治疗后减少房水排泄系统的阻力。

3. 手术治疗：局部药物及激光治疗，眼压仍高于正常，或视神经萎缩及视野收缩继续恶化者，应进行手术治疗，建立新的房水排泄系统。

### [预防]

开角性青光眼没有典型的表现，症状轻微，常不能引起人们的重视，很难早期发现早期诊断。凡经常出现视力疲劳、

眼周胀痛者，都应进行眼睛的常规检查，以排除开角性青光眼的可能。有青光眼家史者，应定期进行追踪观察。

## 白内障

透明又具有弹性的晶状体有着复杂的代谢过程，它没有血管，营养主要通过和房水的交换获得。随着年龄的增长，晶体纤维老化混浊，老年性白内障发病率很高，50~60岁人群中老年性白内障发病率约60%~70%，70岁以上约80%左右。一些药物如长期服用激素、氯丙嗪等、大剂量X线电磁波照射、电击等许多因素都能造成晶体混浊。混浊的晶体阻挡光线进入眼内，视力下降，严重者伸手不见五指，仅有光的感觉，白内障是致盲的最主要的原因。

### [临床症状]

1. 视力下降，没有任何不适感觉。除外伤性和糖尿病性白内障发展较快外，其他各种原因白内障病程缓慢、视力渐渐减退。

2. 早期白内障，只有散大瞳孔用特殊仪器裂隙灯检查才能发现。晶体大部分混浊时，瞳孔区呈灰色反光，晶体完全混浊为白内障成熟期，瞳孔区为白色反光。可单眼或双眼发病。从初起期白内障到成熟期白内障所需时间因人而异，常见为数年，也有长达十数年或数十年者，也有的晶体终生透明。

3. 并发症。闭角性青光眼及闭角青光眼易感人群中，晶状体的混浊肿胀使眼前部组织拥挤，房水排泄系统阻力增加

甚至关闭，导致眼压持续性升高，加重青光眼或者引起青光眼发作。青光眼是老年性白内障最常见的并发症。

### [治疗]

1. 药物治疗：初起期白内障可选用白内停、消白灵、法可灵、视明露、谷胱甘肽、珍珠明目液等滴眼，每日3~4次。口服障眼明。食用新鲜蔬菜和水果。对这些药物的疗效目前尚缺乏科学的客观评判方法。

2. 手术治疗：目前手术治疗是恢复视力的惟一方法。随着高科技的飞速发展，手术显微镜显微手术器械、人工晶体技术的应用，使白内障摘除及视力重建的疗效日趋完善，极大地改善了白内障病人的生活工作质量。

(1) 手术时期：直到本世纪70年代前，一直存在着传统的白内障摘除术并发症多，术后视力恢复困难，手术时期需等待白内障发展成熟等问题。若双眼同时发病，则需经过漫长的视力严重障碍时期。

手术显微镜的应用减少了手术并发症，提高了手术成功率，人工晶体的植入使术后视力立即恢复，由此手术时期大大提前。设备精良的医院，可为视力在0.4以下的白内障病人作白内障摘除及人工晶体植入手术。一般视力降至0.1左右即可手术治疗。

(2) 术后视力恢复：如显微手术设备齐全，白内障病人没有眼睛局部或全身性手术禁忌症，都能在摘除白内障的同时，植入人工晶体，术后视力立即恢复正常。若因眼睛局部或全身性因素不能接受人工晶体植入者，双眼白内障摘除术后3~6个月方可配戴无晶体眼镜。一眼视力良好，一眼摘除

白内障则不能接受无晶体眼镜,因为无晶体眼镜是凸透镜,具有放大作用,戴镜后两眼物像大小不一样,不能融合,发生视物干扰现象。术后配戴角膜接触镜可克服物像放大、视物干扰现象。

(3) 术后后发障的治疗:现代白内障摘除术为了支撑植入的人工晶体,保留晶状体的后囊。术后后囊容易发生混浊,使术后视力下降。用 YAG 激光后囊切除术清除视路上混浊的后囊,视力可以改善。

#### [预防]

老年性白内障是晶状体老化的自然过程,尚没有有效的预防方法。但从热带地区和室外工作者发病率高这一现象,及科学家们的实验研究证明,阳光中的射线在白内障的形成过程中有着重要作用。因此长期从事室外工作者,戴能滤过射线的眼镜对晶状体具有保护作用。中老年人食用新鲜蔬菜和水果,有益于维持晶状体的正常代谢,而维持其透明特性,同时应避免各种形式的眼外伤,以防损伤晶状体。

## 急性中耳炎

急性中耳炎为中耳粘膜的急性炎症,它是耳鼻喉科常见多发病,是引起耳聋的主要原因之一。急性中耳炎多发生于儿童,且冬春季节多见。根据临床和病理学特点,将急性中耳炎分为:分泌性(或称非化脓性)及化脓性两类。分泌性中耳炎以中耳积液为特点,临床主要表现为听力减退;化脓性中耳炎则表现为发热、畏寒、耳痛、耳流脓等,全身症状在小儿更为明显。

### [临床症状]

1. 病人多为儿童，春冬季好发病。
2. 感冒后发现听力减退、小儿显示对声音的反应迟钝。
3. 感冒后有发热、畏寒、耳痛、哭闹不安，患耳流脓后全身症状减轻。
4. 耳科检查：分泌性中耳炎可见鼓膜完整、充血、标志清晰，有时可见液平面，声阻抗测听鼓室压曲线为B或C型。化脓性中耳炎可见外耳道有多量粘脓，可混有血色，鼓膜红肿和中心穿孔，有搏动性流脓。
5. 分泌性中耳炎还可作穿刺，抽出液体即可确诊。

### [治疗]

1. 抗生素的应用：急性中耳炎主要致病菌为革兰氏阳性球菌或流感嗜血杆菌，故一般选用青霉素或头孢菌素类药物有效。药物使用至流脓停止后5~7日，以求彻底，故一般用药时间为10~14天。早期取外耳道脓液作培养及敏感试验，若治疗效果不好，可根据此结果改用适宜的抗生素。

2. 局部用药：先用3%双氧水彻底清洁外耳道的脓液，再用抗生素溶液滴耳。抗生素溶液常用氯霉素、金霉素和复方新霉素等，局部用药直至流脓停止。

3. 促进咽鼓管的引流，可用1%麻黄素溶液或复方麻黄素溶液滴鼻或喷鼻。

#### 4. 手术治疗：

(1) 鼓膜穿刺术：分泌性中耳炎经保守的抗生素及滴鼻药治疗未愈者，穿刺部位宜在鼓膜紧张部的前下或后下象限。

(2) 鼓膜置管术：经鼓膜多次穿刺不愈者或已形成慢性

的分泌性中耳炎者。

(3) 鼓膜切开术：急性化脓性中耳炎，全身症状严重，鼓膜未穿孔或虽已穿孔，但穿孔小而引流不畅时。

(4) 乳突凿开术：急性化脓性中耳炎发展为乳突炎，用以上疗法效果不好，且有发生并发症可能时，应行乳突凿开术。

#### [预防与保健]

1. 预防上呼吸道感染：包括合理的饮食，加强营养，增强体质；冬季注意屋内通风，适当的户外活动；随气温变化增减衣服。

2. 儿童的急性中耳炎常与鼻部及咽部的慢性疾病有关，如腺样体肥大，慢性扁桃体炎、慢性鼻炎及鼻窦炎等，应积极治疗，必要时手术切除腺样体及扁桃体。

3. 急性化脓性中耳炎经治疗后常遗留鼓膜穿孔，此时应特别注意防止复发，一是预防上呼吸道感染；二是避免耳内进水，在洗脸、洗澡时要特别小心，一旦进水，就会引起急性化脓性中耳炎复发，为此，可用一较大棉球，外面涂上凡士林，堵塞患耳，洗澡后再取出。一般小的穿孔多数都能长好。

## 慢性化脓性中耳炎

慢性化脓性中耳炎俗称耳底子，是中耳粘膜、骨膜或骨质的慢性化脓性炎症，常合并慢性乳突炎。临床症状为耳流脓、鼓膜穿孔和听力下降。慢性化脓性中耳炎是一种常见病，

根据临床和病理变化，一般将它分为三型：①单纯型：最多见，表现为间歇性流脓，多为粘液或粘液脓，无臭味，鼓膜紧张部中央穿孔，乳突 X 线片显示无骨质破坏。②骨疡型：有骨质坏死及肉芽形成，表现为持续性流粘稠脓液，有臭味，并常有出血或混有血丝，鼓膜显紧张部大穿孔或边缘性穿孔，鼓室内有肉芽或息肉生长，乳突 X 线片显示有骨质破坏。③胆脂瘤型：由于引流不好，鼓室内有大量上皮堆积，感染形成胆固醇结晶，并引起周围骨质破坏。表现为长期持续性流脓，脓粘稠，有奇臭，鼓膜为松弛部穿孔或紧张部后上边缘穿孔，穿孔内有脱落上皮及臭脓，有时穿孔被痂皮遮盖，去除痂皮即可看清穿孔。乳突 X 线片显示有骨质破坏。骨疡型和胆脂瘤型可引起颅内、外并发症，如面神经麻痹、迷路炎、脓肿的扩散、脑膜炎、脑脓肿等，严重病例可危及生命。

#### [临床症状]

1. 有耳流脓史，要追问是间歇性流脓还是持续性流脓。脓的性质，有无臭味及血丝相混。
2. 听力下降，有的可伴有耳鸣。
3. 鼓膜有穿孔，要注意穿孔的部位、大小，有无肉芽及息肉、有无脱落上皮，脓是否有臭味。
4. 乳突 X 线检查：有慢性乳突炎或骨质破坏。
5. 诊断时不仅判断有无慢性化脓性中耳炎，还要诊断属哪一型。

#### [治疗]

1. 单纯型：采用保守疗法：急性发作期，可口服抗生素，局部先用 3% 双氧水清洗，拭净后滴抗生素溶液或吹用消炎

粉剂。流脓停止，完全干耳后，要注意防止急性发作。有的穿孔在干耳后一段时间可自愈。

长时期不愈的穿孔，可择期作鼓膜修补术或鼓室成形术。

## 2. 骨疡型：

(1) 保守疗法：适用于引流较通畅的病例，可先刮除肉芽或摘除息肉，而后再局部用药。用药方法同单纯型，治疗干耳后，也可择期作鼓膜修补或鼓室成形手术。

(2) 手术治疗：适用于引流不畅者，经保守方法失败者以及可疑有并发症的病例，需作乳突切除（根治）术。

3. 胆脂瘤型：一旦确诊应及早行乳突手术。手术中应彻底清除病变组织，尽可能保留健康组织，以便重建听力。

## [预防与保健]

1. 防止患急性化脓性中耳炎，得急性中耳炎时，应及时、彻底治疗，以免形成慢性。

2. 单纯型慢性化脓性中耳炎防止急性发作，应注意两点：一是洗脸、洗澡时要防止耳内进水。二是要尽可能避免得上呼吸道感染，上感时常常引起急性发作。在保持干耳3个月后，再进行鼓膜修补或鼓室成形术。

3. 慢性化脓性中耳炎病人，应到医院去检查，看是否属于骨疡型或胆脂瘤型，并进行正确的及时治疗，以防止严重并发症的发生。

4. 因慢性化脓性中耳炎作过手术治疗的病人，对患耳要倍加保护，为防止进水，每天用70%的酒精或4%的硼酸酒精清耳1~2次，定期到医院复查等，如发现有异常情况，如疼痛、流脓等及时去医院检查。

## 感音神经性耳聋

感音神经性耳聋是由于听觉末梢器官——耳蜗及听神经的病变而引起的耳聋，平时又称为神经性耳聋，是一种常见病，可发生于单耳，也可为双侧耳聋。感音神经性耳聋分为两大类，一为先天性耳聋，其中与染色体遗传有关的称遗传性聋，而因母亲妊娠早期患某些感染或传染病，或因分娩损伤引起的耳聋为非遗传性聋。另一类为后天性耳聋，根据致聋的原因又分为：①老年性聋，为人体听觉器官老年性退化所致；②传染病源性聋，由各种急、慢性传染病而引起，或并发的神经性聋；③全身疾病引起的耳聋：如高血压动脉硬化、肾病、糖尿病、甲状腺功能低下、血液病等引起的耳聋；④药物中毒性聋，常见为滥用抗生素药物的致聋；⑤创伤性聋，由脑外伤、颞骨骨折、爆炸以及其他物理因素引起内耳损伤；⑥突发性耳聋，常不易找出原因的突然耳聋；⑦自身免疫性聋等。

### [临床症状]

1. 发现听力下降，小儿是否有耳聋有时很难发现，成人的轻度耳聋因不影响交流也不易发觉，因而对可疑有耳聋者应作进一步检查。

2. 耳聋病人患者常有耳鸣。

3. 耳科检查双耳皮膜正常。

4. 听力学检查：成人可作纯音听力检查，儿童可作脑干电反应测听而初步确诊。

### [治疗]

1. 病因治疗：要尽快找出造成耳聋的原因，如为药物致聋，要立即停止用药，对传染病、高血压病的控制、全身疾病等要及时治疗。

2. 血管扩张药：常用的有盐酸罂粟碱、川芎嗪、654—2、阿托品等静脉点滴，或口服地巴唑、菸酸等。

3. 神经营养、能量制剂：可用维生素 B<sub>1</sub>、B<sub>6</sub>、B<sub>12</sub>、三磷酸腺苷、辅酶 A、细胞色素 C 等。

4. 激素治疗：利用类固醇药物的消炎、消肿作用，对早期病例作短时期的激素治疗，可能有一定的效果。

5. 高压氧的治疗：改善内耳缺氧状态，对某些突聋有效。

6. 反博治疗：特别是在吸氧的情况下作反博治疗，据报道有一定效果。

7. 助听器的配戴：需经耳鼻喉科医生或听力学家检查后配戴使用。

由于感音神经性耳聋的原因、病变和病情是多种多样的，以上治疗不可能适合于所有的神经性耳聋，必须选择适当方才有有效。

### [预防与保健]

1. 孕妇妊娠早期应注意保健，避免各种病毒的感染和严重细菌感染，避免使用耳毒性药物，以免影响胎儿的听觉器官。

2. 在社会上开展对流行性传染病的宣传和教育，防止严重损害听力的传染病流行。

3. 开展全民健身运动，增强体质，增强抗病能力。

4. 及时发现耳聋，早期治疗。成人的耳聋常可在平时生活中偶然发现，而小儿耳聋的判断比较困难。儿童听力在以下两个阶段容易发现，一是1~2.5岁之间，此时小孩开始学说话，如不会说话，就应引起家长注意。二是6~7岁时进入小学，听力不好影响学习成绩而引起老师和家长的注意。实际上家长可通过以下方法检测孩子的听力：3个月时，孩子听到突然响声可出现眨眼。6个月听到声音，头可转向声源，哭闹时听到音乐会停止哭闹。9个月开始咿咿呀呀学说话，1岁时会清楚说几个字。1~2岁能听懂叫自己的名字，粗略认识某些动物。孩子的听力发育可有早晚的差异，若发现问题，可送到医院去检查。

5. 防止滥用抗生素：滥用抗生素，是引起感音神经性耳聋的主要原因之一，特别是耳毒性药物的使用应引起充分的注意。现已发现耳毒性药物达100余种，常见的有链霉素、卡那霉素、庆大霉素及新霉素等，另外水杨酸类止痛药，奎宁等的抗疟药，某些抗癌药，利尿剂等都有耳毒作用，必须使用这类药时，要密切观察听力变化。

6. 防止噪音的损伤。

7. 3~6个月复查听力一次，看病情是否有发展和变化。

## 美尼尔病

美尼尔病为不明原因引起的内耳膜迷路积水，临床上以发作性眩晕、波动性耳聋、耳鸣或耳内胀满为主要症状的疾病。本病多见于青壮年，近些年来发病率有增高，多数为单

耳发病。由于发病突然、症状明显且伴有恶心、呕吐、面色苍白、出冷汗、血压下降等植物神经系统紊乱的表现，病人表现出病情严重，而家属则非常紧张。

### [临床症状]

1. 青壮年病人多见。
2. 突然发作眩晕，病人觉自身或周围物体有旋转或晃动，常伴有恶心、呕吐、面色苍白及出冷汗，时间短暂，可自行缓解。以后眩晕可反复发作，发作时检查有眼震。
3. 眩晕前后多伴有耳鸣，为单侧性。在眩晕消失后，耳鸣可减轻或消失。
4. 波动性耳聋，即发作时重，间歇期好转，但长时期多次反复发作后，可出现感觉神经性耳聋。
5. 前庭功能检查：发作期可见水平或水平加旋转的眼震，平衡功能多有紊乱、间歇期前庭功能正常，多次发作后患耳前庭功能减退。
6. 甘油试验多为阳性。
7. 有时需排除神经科、眼科及内科的某些疾病，才能得到确诊。

### [治疗]

1. 一般治疗：发作期应卧床休息，摄入高蛋白、高维生素、低脂肪、低盐饮食。症状缓解后应逐渐下床活动，要避免长期卧床。

#### 2. 药物治疗：

(1) 口服镇静剂：如安定、乘晕宁等，可减轻症状。有呕吐时可用对抗呕吐药物。

(2) 血管扩张药：常用盐酸罂粟碱、川芎嗪、阿托品、654—2 等静脉点滴；地巴唑、脑益嗪等口服。

### 3. 手术治疗：

(1) 内淋巴囊引流术，此法的效果有争议。

(2) 迷路破坏术。

(3) 前庭神经切断术。

手术治疗适用于眩晕发作频繁而剧烈，保守疗法无效且听力丧失严重的病例。

### [预防与保健]

1. 预防：由于美尼尔氏病的病因和发病机制不明，对它的预防应注意以下几点：

(1) 避免精神的过度紧张和情绪的波动：由于精神和情绪的改变，可影响植物神经系统功能和产生血管痉挛，而诱发迷路积水。

(2) 生活有规律，避免过劳；生活有节制，避免烟酒过度；饮食力求清淡、低盐。

(3) 某些内科疾病可能与美尼尔氏病有关，应作治疗：如变态反应性疾病、糖尿病、甲状腺功能低下、高血压、动脉硬化等。

### 2. 美尼尔病的保健：

(1) 尽量做到预防发作的上述 3 条。

(2) 对长时间频繁发作的病例，要耐心解释，消除顾虑，必要时可由心理医生治疗。

(3) 发作期应加强护理，避免跌倒和摔伤等。

## 鼻前庭炎

鼻前庭炎是鼻前庭皮肤的弥漫性炎症。分急、慢性两种，多为两侧，可经久不愈或反复发作。

病因：(1) 多由鼻腔分泌物刺激所致，常见于急、慢性鼻炎，鼻窦炎及鼻腔异物等；(2) 长期在粉尘环境中工作，如水泥、石棉、皮毛、面粉、烟草等；不良的挖鼻习惯等易诱发或加重本病。

### [症状表现]

(1) 急性期，鼻前部疼痛较剧。检查可见鼻前庭及其附近上唇皮肤有弥漫性红肿糜烂，有时可见少数病人在糜烂面有血水样渗出。红色丘疹、水疱，搔痒甚剧。搔抓后糜烂、渗液、橘黄色痂皮。(2) 慢性期，鼻内发痒、灼热感、发干、异物感。鼻毛因脱落而稀少，鼻前庭皮肤增厚，有痂皮或皲裂，鼻孔常为痂皮堵塞，影响呼吸，合并感染时，则有脓性分泌物附着。

### [治疗]

(1) 急性期：作湿热敷或局部照射红外线，(2) 慢性期：有痂皮形成者可用 3% 过氧化氢溶液清除痂皮或脓液，再涂以 2% 黄降汞软膏或抗生素软膏如红霉素软膏等。渗出物较多者，可用 5% 氧化锌软膏涂擦。(3) 皮肤糜烂和皲裂处涂以 10% 硝酸银，然后涂以抗生素软膏少许，每日 2~3 次。

### [家庭护理]

1. 避免不良的挖鼻习惯。

2. 改善工作环境的卫生条件，在粉尘较多的环境下最好戴口罩或局部皮肤涂油脂保护。
3. 治愈鼻腔疾病，消除鼻腔分泌物的刺激。
4. 避免接触刺激性气体。
5. 少吃刺激性食物。

## 鼻 疔

鼻疔是指鼻前庭处的毛囊、皮脂腺或汗腺的局限性急性化脓性炎症。多为单侧性。鼻疔有时也可发生于鼻尖和鼻翼处。

病因：(1) 多因挖鼻、拔鼻毛等损伤鼻前庭皮肤，金黄色葡萄球菌乘机侵入毛囊、皮脂腺和汗腺，以致发生化脓性感染。(2) 慢性鼻前庭炎继发感染。(3) 糖尿病病人及一般抵抗力低下者继发感染。

### [症状表现]

局部有肿痛、灼痛、跳痛、红肿外，可伴有低热和全身不适。检查时可见一侧鼻前庭内有血状隆起，周围皮肤浸润发红、发硬；疔肿形成期，疼痛剧烈，以跳痛为主；成熟后，隆起顶部出现黄色脓点，溃破则流出脓液，有时排出黄绿色脓栓，疔肿有时可多发。严重病例可引起上唇及颊部蜂窝织炎，表现为同侧上唇、面部、下脸等处肿胀疼痛，并出现明显的全身症状，如畏寒、发热、头痛、关节酸痛，全身不适等。

### [治疗]

(1) 疔未成熟者，局部热敷，每日数次。可用氦—氛激光局部照射，促进疔肿消肿、消失并可止痛。亦可用超短波、透热疗法。或患处敷以 10% 鱼石脂甘油棉栓或软膏，使其穿破。同时全身应用足量的磺胺类药物、奎诺酮类药物或青霉素类抗菌药物。疼痛剧烈者可服用镇痛剂或镇静剂。亦可服中药如五味消毒饮煎服。(2) 疔已成熟者可待其自行穿破，或用消毒后的刀类将脓头挑破，小钳子钳出脓栓。切开时不可伤及周围浸润部，且忌挤压。(3) 疔破后，局部消毒，以利引流。

#### [家庭护理]

1. 适当注意休息，多饮水，进易消化食物。
2. 切忌挤压疔肿，以免引起颅内并发症。
3. 对有较重全身症状者立即就诊，并应用大剂量广谱抗生素等药物治疗。
4. 对慢性病例和屡次发作者，应就医排除糖尿病的可能。并加强锻炼和加强营养，提高机体抵抗力。
5. 戒除挖鼻等不良习惯。治愈鼻腔疾病。

## 酒渣鼻

酒渣鼻是发生在外鼻的慢性皮肤损害，常伴有鼻炎及鼻翼痤疮，皮肤充血、高低不平，有时可累及面部，类似酒渣附着。病人中男性多于女性。

病因：尚未完全明了，可能为 (1) 嗜酒及喜食辛辣刺激食物；(2) 胃肠功能紊乱（如消化不良，习惯性便秘等）；

(3) 长期使用化学制剂的化妆品；(4) 心血管疾患，内分泌障碍等；(5) 有毛囊蠕形螨寄生等。

### [症状表现]

自觉鼻部发痒，有灼热感，皮肤发红，继发感染时可有疼痛，且油脂样分泌物多。情绪激动、饮酒后、或进辛辣食物后及气候转冷时症状加重。检查可见鼻部皮肤潮红，表面发亮且不平，有散在痤疮；皮肤增厚外观呈桔皮样，严重者表面有分叶状突起，为鼻赘。

### [治疗]

(1) 局部治疗：患处使用硫磺洗剂或硫磺霜等涂抹。常用药物有 5%~10% 硫磺软膏、5% 过氧化二苯甲酰、古氏洗剂等。每次涂药前用温开水洗净患处，涂药后用手指按摩 15 分钟，每日早晚各一次。对于鼻赘形成者，可在局部麻醉下用 CO<sub>2</sub> 激光行鼻赘切割和气化。(2) 口服药物治疗：维生素 B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub>、B<sub>6</sub>，每次各 10 毫克，每日 3 次。氯喹 0.25 克，每日 2 次，连服 4~6 周。合并感染者给予抗生素治疗。毛囊蠕形螨虫致病者给予灭滴灵 0.2 克，每日 2 次。维生素 E 100 毫克，每日 1 次。

### [家庭护理]

1. 戒除烟酒，少吃或尽量不吃辛辣刺激性食物。
2. 局部少用或不用化学制剂的化妆品，减少皮肤刺激甚为重要。
3. 多吃蔬菜水果，保持大便通畅。
4. 积极治疗胃肠、心血管、内分泌等内科疾病。
5. 对有鼻腔疾病者须予治疗。

## 萎缩性鼻炎

萎缩性鼻炎又称臭鼻症，青年女性发病率较高。本病在经济发达国家日益少见，在发展中国家发病率仍较高，特别在贫困山区更为多见。

病因：可能与内分泌紊乱，植物神经失调、细菌（臭鼻杆菌、类白喉杆菌等）感染、营养不良（维生素 A、B、C、D、E 缺乏）、遗传因素等有关。亦可由鼻腔疾病引起，如慢性鼻窦炎脓性分泌物的长期刺激；高浓度工业粉尘，有害气体的长期刺激；鼻腔手术引起粘膜广泛性损伤；鼻腔特殊感染（结核、梅毒、麻风）等。

### [症状表现]

(1) 鼻和咽部干燥感，鼻腔粘膜腺体萎缩，粘液腺分泌减少，病人常感鼻腔、鼻咽和咽干燥。(2) 鼻塞：大量痂块堵塞鼻腔，鼻呼吸受阻，或因鼻腔神经感觉迟钝，虽有空气通过鼻腔但不易觉察而错觉鼻塞。(3) 鼻衄：鼻腔粘膜干燥、糜烂，易致毛细血管破裂出血；或挖鼻或用力擤出干痂时，亦可损伤粘膜而出血。(4) 恶臭：较重病变者，因大量脓痂中的蛋白质腐败分解，产生恶臭，又称为臭鼻症。(5) 部分病人尚有头昏、头痛、记忆力减退、嗅觉障碍等。

检查可见鼻前庭皮肤干燥、糜烂、鼻毛稀少或脱落，粘膜干燥，鼻甲缩小，鼻腔宽大，有大块灰色脓痂充塞。重者可见鼻中隔穿孔，鼻梁宽平下塌，鼻翼后缩上翘，鼻孔朝上等。

## [治疗]

(1) 局部保守治疗：鼻腔滴入润滑性或刺激性滴鼻剂，如复方薄荷樟脑石蜡油，清鱼肝油等，促进鼻腔充血肿胀，改善血液循环，减少鼻内干燥和臭味，并可使鼻腔痂皮软化，易于擤出。2.5%~5%链霉素液滴鼻，能抑制杆菌生长，减少炎性糜烂，利于上皮生长。1%新斯的明滴鼻，可扩张粘膜血管，促进腺体分泌。(2) 全身治疗：每日维生素 A 肌注 5~10 万单位/日，或口服鱼肝油丸，每次 2 粒，每日 3 次，有保护粘膜上皮，增强结缔组织抗感染的能力。维生素 B<sub>2</sub> 口服 10~15 毫克，每日 3 次，可促进组织细胞代谢。菸酸口服 50~100 毫克，每日 3 次，有扩张血管，改善鼻粘膜血液循环之功效。铁剂也有治疗本病的作用，可口服硫酸亚铁丸 0.3 克，每日 3 次，饭后服用。(3) 手术治疗：其主要目的是减少鼻腔通气量，降低水分蒸发，减轻粘膜干燥与干痂形成。手术方法有：鼻腔外侧壁内移加固定术有一定的治疗效果；亦可在鼻腔底部粘膜下置入羟基磷灰石颗粒达到治疗目的。其他方法尚在研究中。

## [家庭护理]

1. 鼻腔有脓痂者每日用无菌温热生理盐水冲洗鼻腔。即病人低头用鼻吸入，经口吐出，反复多次，即可洗净脓痂。
2. 家中自备蜂蜜，加水配成 50% 的液体，滴鼻，每日 3 次，有改善粘膜血循环，软化鼻腔痂皮的作用。
3. 定期到医院检查，动态观察病情变化。
4. 治疗鼻腔疾病，如慢性化脓性鼻窦炎、鼻中隔偏曲等。
5. 改善工作环境，避免高浓度粉尘及有害气体的长期刺

激。

6. 积极治疗和预防鼻部特殊感染（结核、梅毒等）。

## 急性化脓性鼻窦炎

急性化脓性鼻窦炎是鼻窦粘膜的急性化脓性炎症，重者不仅累及鼻窦粘膜及骨壁，而且还可引起周围组织和邻近器官的并发症。鼻窦炎的感染途径有三，主要为鼻源性，另外有邻近组织器官感染扩散以及血源性感染。全身抵抗力降低是重要诱因。

病因：（1）局部病因：A. 急性鼻窦炎或上感是急性鼻窦炎的常见病因。B. 鼻腔异物、鼻中隔偏曲阻塞窦口，影响鼻窦的通气引流；急性扁桃体炎、腺样体肥大、上颌第4~7牙齿感染或拔牙时，损伤上颌窦底；游泳或跳水时姿势不当将污水挤入鼻窦内等，皆可引起鼻窦感染。（2）全身因素：因过度疲劳、受凉受湿、营养不良、甲状腺功能低下、流感、麻疹等，均可引起抵抗力降低，诱发本病。

致病菌以化脓性球菌多见，如肺炎双球菌、溶血性链球菌、葡萄球菌等。其次为流感杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌等。绝大多数为混合感染。牙源性感染多为厌氧菌。

### [症状表现]

局部症状多为鼻塞持续性，系由于鼻粘膜肿胀和分泌物增多所致，还可引起暂时性嗅觉减退。多浓涕，有时涕中有少许血液，如为牙源性感染，病人常觉鼻涕臭。头痛是急性鼻窦炎的常见症状，各级鼻窦炎头痛各有特点，一般来说，前

组鼻窦炎头痛多在额部及面部，后组鼻窦炎引起的头痛多位于头颅深部、颅底或枕部。

### [治疗]

(1) 鼻腔滴药，1%麻黄素生理盐水等血管收缩剂滴鼻，有利于改善鼻腔和鼻窦的通气引流。约3~5分钟后再滴入抗生素药液，如3%洁霉素、0.25%氯霉素等。(2) 上颌窦穿刺冲洗，将窦内脓液冲出，并将庆大霉素、灭滴灵等药液冲入鼻窦。(3) 额窦环钻术，并放置引流管，保持引流通畅，促进炎症消退。(4) 酌情选用磺胺或青霉素类抗生素，控制感染，预防并发症。

### [家庭护理]

1. 适当注意休息。
2. 多饮水，饮食宜清淡、易消化而富营养。
3. 避免刺激性食物，保持大、小便通畅。
4. 保持正确的滴鼻方法，即取仰卧垂头位，头稍偏向患侧，先滴入粘膜血管收缩剂，5分钟后，擤净鼻涕，再滴入抗菌药液作用5~10分钟。
5. 避免滴鼻液流向咽部。
6. 忌用力或不当的擤鼻。
7. 有牙痛者积极治疗牙痛。
8. 积极治疗急性鼻炎。
9. 积极锻炼身体，增强体质，预防感冒。

## 慢性化脓性鼻窦炎

慢性化脓性鼻窦炎是常见鼻病，较急性者多见，多继发

于急性化脓性鼻窦炎之后，牙源性上颌窦炎可慢性起病。慢性化脓性鼻窦炎可单发于一个鼻窦，也可累及多个鼻窦。

病因：多因急性化脓性鼻窦炎治疗不及时、不彻底，或反复发作所致。其病因与急性化脓性鼻窦炎基本相同，变应性体质及粘膜免疫功能降低与本病密切相关。萎缩性鼻炎常伴有鼻窦炎。

### [症状表现]

(1) 全身症状轻重不等，常见精神不振、头昏、注意力不集中、记忆力减退等慢性中毒症状。(2) 局部症状：A. 多脓涕，多为粘脓性或脓性，呈黄色或黄绿色。前组鼻窦炎脓涕常从前鼻孔擤出；后组鼻窦炎脓液流入鼻咽部，用力吸鼻时，方能从口中吐出。牙源性上颌窦炎时，脓涕常有臭味。B. 鼻塞，呈交替性或持续性，如有鼻息肉或中鼻甲息肉样变时，则呈持续性鼻塞。C. 头痛，表现为头部沉重感，闷痛或钝痛，常伴有鼻塞等症状，用1%麻黄素滴鼻后头痛可减轻；白天头痛重，夜间头痛轻。前组鼻窦炎多为前额部疼痛，后组鼻窦炎多为眶深部或枕部疼痛。D. 可伴有嗅觉减退或视力减退等。

### [治疗]

(1) 全身治疗：慢性鼻窦炎急性发作时，可选用适宜的抗生素及抗变态反应药物进行全身治疗。(2) 局部治疗：A. 常用1%麻黄素生理盐水、呋喃西林麻黄素滴鼻剂等滴鼻，以改善鼻窦通气引流。滴入0.5%倍氯米松滴鼻液，或0.15%酮替芬滴鼻液，以减轻窦内粘膜肿胀，促进粘膜功能恢复。B. 上颌窦穿刺术，冲洗出窦腔内脓液，并注入抗菌药液（庆大

霉素，洁霉素，灭滴灵等)。C. 手术治疗：常用中鼻甲切除，鼻息肉摘除，鼻中隔偏曲矫正等手术，以利通气引流。如治疗效果不明显，可考虑上颌窦鼻内开窗术、鼻额管扩大术及蝶窦口扩大术，以恢复鼻窦的通气引流；鼻窦清理术，可以清除鼻窦内不可逆的病变粘膜，并建立鼻窦与鼻腔间的引流通道。近年来，鼻窦内窥镜技术不断发展，提高了鼻窦炎的诊断和治疗水平，可在内窥镜下行根治性的筛窦手术或全蝶筛窦切除术。

#### [家庭护理]

1. 适当注意休息。
2. 避免刺激性食物。
3. 手术后病人，未经医生允许不可饮酒、吸烟。短时间内勿剧烈运动及过度兴奋。
4. 养成正确的擤鼻方法，即擤鼻时要一侧一侧地擤。
5. 注意预防感冒和上呼吸道感染。
6. 定期门诊复查，及时处理和治疗相应病变。

## 慢性鼻炎

慢性鼻炎是一种极常见的鼻病，为鼻腔粘膜的慢性感染性疾病，表现为鼻腔粘膜的充血、肿胀、粘膜下腺体功能活跃、分泌增加，长时间的慢性炎症，可引起粘膜增生、肥厚，所有这些变化以下鼻甲病变最重。

慢性鼻炎的临床症状为鼻塞及流鼻涕，轻者鼻塞常为间歇性或交替性。通常为晚上睡觉时鼻塞明显，或躺下后交替

性鼻堵塞，重症时鼻堵可为双侧持续性堵，由于鼻堵可引起口干、失眠、头痛等症状，慢性鼻炎的病人也流鼻涕，但鼻涕不多，常在早起时自鼻腔擤出粘液或粘液脓性鼻涕，或鼻涕向咽后流。

根据临床及病理变化，一般将慢性鼻炎分为单纯性慢性鼻炎，即比较轻的鼻炎及肥厚性鼻炎两种，肥厚性鼻炎多由单纯性鼻炎发展而来，两者常无明显界线。

#### [临床症状]

1. 有鼻堵或鼻堵引起的其他症状，如口干、头痛、失眠，病程较长持续 2~3 个月以上，或反复发作。

2. 鼻涕不多，为粘液性或粘液脓性；有时表现为有鼻涕不易擤出。

3. 鼻腔检查：单纯性鼻炎可见下鼻甲肥大、充血、表面光滑、鼻甲粘膜弹性好，用 1% 麻黄素液收缩良好。肥厚性鼻炎可见下鼻肥大、粘膜肥厚、表面光滑或呈结节状增厚，鼻甲粘膜弹性差（即用卷棉子压迫鼻甲可出现一凹陷，恢复很慢），用 1% 麻黄素收缩粘膜反应差，收缩不好。鼻腔内可有少量粘液或粘液脓性分泌物。

4. 应除外鼻息肉、鼻腔及鼻咽部肿物的堵塞。

#### [治疗]

1. 病因治疗：

(1) 治疗其他鼻部疾病，如慢性化脓性鼻窦炎、鼻中隔偏曲等，促进鼻腔的引流、通畅。

(2) 治疗邻近病灶，如慢性扁桃体炎及腺样体肥大。

(3) 去除职业和环境中的粉尘、有害气体及其他物理、化

学因素的长期刺激。

(4) 经常锻炼身体，保持身体健康。

2. 鼻腔局部滴血管收缩剂或抗生素，如 0.5%~1.0% 麻黄素溶液、置换液（含麻黄素及氯霉素）、呋麻液（含麻黄素及呋喃西林）等，有改善通气引流和消炎的作用。

3. 每日用温生理盐水冲洗鼻腔 1~2 次，有利鼻炎恢复。

4. 肥厚性鼻炎可作下鼻甲的手术治疗：

(1) 注射硬化剂：如 80% 的甘油或 5% 的鱼肝油酸钠：局麻后下鼻甲粘膜下每侧每次注射 1 毫升，7~10 天重复 1 次，3 次为一疗程。

(2) 冷冻治疗。

(3) 电灼下鼻甲粘膜，也可用微波治疗。

(4) 下鼻甲部分切除术，可用剪刀或激光切除，切除要适度，切除太少，效果差；切除过多，有发生萎缩性鼻炎的可能。

#### [预防与保健]

1. 预防上呼吸道感染，遇有伤风或感冒应及时治疗，勿使其拖延成慢性鼻炎。

2. 治疗原有鼻子疾病，如鼻窦炎及中隔偏曲等，治疗邻近器官病灶。

3. 慢性鼻炎的发生与全身健康情况密切相关，许多内科慢性病如贫血、糖尿病、风湿病、心肝肾疾病，常引起鼻粘膜慢性充血、肿胀，烟酒过度者也易患慢性鼻炎，因而要有一个规律而健康的生活习惯，积极治疗各种慢性病。

4. 避免职业和环境中长时期的粉尘和有害气体、各种理

化因素对鼻腔的刺激，加强这方面的保健措施。

5. 经常锻炼身体，预防呼吸道感染性疾病。

## 过敏性鼻炎

过敏性鼻炎又称变态反应性鼻炎，是常见病、多发病，而且其发病率有逐年增长的趋势。对于过敏体质的人，在接触致敏原时，体内产生抗体，在第二次接触致敏原时，在体内产生抗原抗体反应并产生介质（如组胺等），介质刺激鼻腔粘膜而产生水肿、鼻塞、喷嚏、流清鼻涕等。临床上将一年四季都可犯病的称常年性过敏性鼻炎，可由于吸入空气中的灰尘、真菌、动物皮毛、羽毛、棉絮，食用牛奶、鸡蛋、鱼、虾，接触化妆品、化纤织品、染料、油漆等引起。发生于每年7~9月开花或枯草季节的称季节性过敏性鼻炎，因与吸入植物花粉有关，故又称花粉症。

过敏性鼻炎是一种全身性疾病。临床工作中的大量资料表明，有过敏性鼻炎的人伴有支气管喘息、荨麻疹、湿疹等过敏性疾病的比例很高，在过敏性鼻炎得到控制或治愈后，其他过敏性疾病也有好转；相反，长时期的过敏性鼻炎可以引起肥厚性鼻炎、鼻息肉、慢性鼻窦炎等，而且由于过敏性鼻炎的存在，这些病显得特别顽固，不易治愈。

### [临床症状]

1. 有典型的发作症状：发作性喷嚏，每次少则几个，多则几十个；流大量清水鼻涕；鼻塞；鼻子发痒，有时外鼻、腭部、面部及双眼发痒。发作过后，一切正常。

2. 鼻腔粘膜苍白水肿,尤以下鼻甲显著,发作时间长者,鼻粘膜可呈息肉样变或有鼻息肉形成。

3. 可以是常年性的,也可为季节性发作。

4. 变态反应原激发试验:作皮内注射试验或鼻内激发试验为阳性。

5. 鼻腔分泌物涂片可见较多的嗜酸细胞。

### [治疗]

1. 避免与变态反应原接触:找出致敏原后,应避免接触或食用,如撤掉地毯,不穿羽绒服、盖羽绒被等。

2. 免疫疗法,也称特异性脱敏或减敏疗法:找出致敏原,以低浓度开始皮下注射其浸液,以后逐渐加大浓度和剂量。

3. 药物治疗:

(1) 组胺拮抗药:如扑尔敏等,为组胺  $H_1$  受体拮抗剂,有疗效,但有嗜睡等副作用。

(2) 色甘酸钠:为肥大细胞稳定剂,用其粉末喷鼻。

(3) 酮替芬:有拮抗组胺及阻止介质细胞脱颗粒的双重作用,但也有嗜睡等副反应,可口服,也可鼻腔局部应用。

(4) 激素:常用强的松和地塞米松,长期服用有副作用;用人工合成的激素药物,副作用小,可局部或全身使用。

4. 手术治疗:

(1) 下鼻甲粘膜的冷冻或激光烧灼,可降低鼻粘膜的敏感性,能控制症状。

(2) 翼管神经或岩浅大神经切断,使鼻腔内副交感神经兴奋性降低,而产生治疗作用。

### [预防与保健]

1. 对已经知道过敏原者，应尽量避免与其接触，如对羽毛、油漆或某种特殊食物，如虾等。但对花粉、尘螨等则很难避开。
2. 应积极治疗，以免延误病情，形成鼻息肉或支气管哮喘等严重病症。

## 鼻息肉

鼻息肉是一种常见病，为鼻粘膜的高度水肿，组织间隙扩大，形成有蒂的半透明的肿块，肿物灰白色、柔软、易发于双侧筛窦，也可发生于单侧。发生于上颌窦的息肉，多经自然孔而垂到后鼻孔，称为上颌窦后鼻孔息肉。鼻息肉多数为多发性的，也有单发的，即只有单个息肉发生，上颌窦后鼻孔息肉即为单发性息肉。

鼻息肉病人的临床症状为持续性鼻塞，嗅觉减退，由于息肉堵塞，常常引起鼻窦引流障碍，伴有鼻窦炎。此时可有鼻流脓涕、头痛等，若息肉影响咽鼓管的引流，还可产生耳鸣及听力减退。

### [临床症状]

1. 有鼻塞及嗅觉减退，并且经常有鼻窦炎，即流脓涕及头痛等症状。
2. 有过敏性鼻炎的病例。
3. 检查鼻腔可见中鼻道有灰白、柔软、半透明、一般有蒂的肿物。巨大的息肉可充满整个鼻腔，甚至突出于前、后鼻孔，长时期的巨大息肉甚至可产生外鼻变形。

检查中要作后鼻镜检查，看是否有上颌窦后鼻孔息肉。

4. 有些病例，应使鼻腔充分收缩或麻醉后，用鼻内窥镜检查才能看到较深部位的小息肉。

5. X线检查，特别是CT检查，对息肉的范围、大小、是否侵犯鼻窦等观察十分清楚，对鼻内窥镜手术非常必要。

6. 对单侧，年龄在40岁以上，特别是男性病人，要除外内翻乳头状瘤；婴幼儿单侧鼻内柔软肿物应考虑脑膜膨出。

#### [治疗]

1. 简单的手术套除鼻息肉，常容易复发，常用于儿童及年老体弱者。

2. 息肉摘除及筛窦开放手术。

3. 鼻内窥镜下行息肉切除，鼻功能手术，包括切除鼻腔鼻窦复合体，切除开放有病变的鼻窦，开大上颌窦自然孔等。

4. 术后鼻腔冲洗，喷激素类药物，可减少复发机会。

#### [预防与保健]

1. 鼻息肉的产生可能与过敏性鼻炎、慢性鼻炎或鼻窦炎有关，故对以上疾病应积极治疗，并防止反复发作。

2. 早期发现、及时治疗，以免病变广泛侵犯鼻窦。

3. 术后要定期复查，防止上呼吸道的感染。

## 鼻出血

鼻出血也称鼻衄，是鼻部疾病的常见症状，也可由全身性疾病引起。鼻出血多为单侧，也可为双侧。出血量可多可少，轻的鼻出血仅鼻涕中带有血丝，重的一次大量出血可引

起休克。鼻出血可为间歇的反复出血，也可为持续不断出血。出血部位绝大多数发生于鼻中隔前下方易出血区，此区域有一个血管网，且位置靠前方，易受损伤，特别是儿童和青年人鼻出血多在此处。有的中老年人鼻出血，其出血部位在下鼻道后端，该处有一鼻-鼻咽静脉丛，为易出血处。

鼻出血的原因可以是鼻子本身的疾病，如鼻外伤、鼻部的发炎（包括各种急、慢性炎症）、鼻中隔的病变和鼻部的肿瘤等；也可以因全身疾病引起，如急性传染病、心脏病及高血压、动脉硬化、血液病以及维生素缺乏等。鼻子反复出血或大出血可导致贫血，常可引发严重疾病。

#### [临床症状]

1. 询问出血情况和出血的多少。
2. 出血量多时注意观察病人有无休克。
3. 仔细检查鼻腔，查清出血部位；特别要注意鼻腔和鼻咽部有无肿瘤。
4. 尽量找出可能引起鼻出血的全身病因。

#### [治疗]

1. 在急诊室中，医生要安慰病人和家属，使其镇静，让病人不要紧张和恐惧。

2. 详细检查鼻腔并止血，先将病人或家属塞入鼻腔的纸团或棉花取出，用浸有地卡因和肾上腺素的棉片放入鼻腔，以收缩和麻醉鼻腔，而后根据出血情况进行止血。

#### 3. 止血方法：

(1) 指压法：多数出血来自鼻中隔前下方易出血区，令病人用手指紧捏两侧鼻翼 10~15 分钟，可达止血效果。

(2) 烧灼法：指压法无效时，或已看清出血点时，在鼻腔中放麻醉棉片后可用烧灼法凝固出血点，烧灼可用药物涂抹，如用 30% 三氯乙酸或 50% 硝酸银。更有效的是用微波、冷冻、电灼或激光将出血点封住。

(3) 鼻腔堵塞法：用于鼻内粘膜较广泛的出血，采用凡士林纱条，在鼻腔内作折叠式充填，使损伤的血管重新闭合，一般充填 48 小时取出。

(4) 后鼻孔堵塞法：经鼻腔充填后仍出血者用此法，此法病人较为痛苦，应收入住院，并使用抗生素预防中耳炎等并发症。

(5) 用以上方法，绝大多数鼻出血都能止住，少数特殊病例需采用手术结扎血管的方法止血，常用的方法为上唇动脉结扎、筛前动脉结扎、颌内动脉结扎及颈外动脉结扎。

#### 4. 全身治疗：

(1) 急性出血时有休克者需输血、输液。

(2) 针对病因对全身疾病进行治疗，必要时请有关科室会诊治疗。

(3) 其他治疗：如镇静剂、止血药及维生素等药物的应用。

#### [预防与保健]

1. 防止鼻腔干燥及感染：在北方，鼻出血多发生于冬春气候干燥的季节，此时鼻粘膜极易干燥和感染，为此可保持屋内湿度，作鼻腔冲洗及鼻腔内滴薄荷油等。

2. 外伤是另一重要原因：注意防止鼻部外伤，去除挖鼻孔的不良习惯。

3. 及时治疗全身疾病，如高血压的控制等。
4. 教育孩子不要偏食，多食蔬菜和水果，冬春季节可补充些维生素 C 及维生素 K 等。

## 急性扁桃体炎

扁桃体应称为腭扁桃体，以便和咽扁桃体（即腺样体）及舌扁桃体相区分，它是咽旁的两块淋巴组织，是呼吸道和消化道的门卫，同时也是一个活跃的免疫器官，特别在儿童时期更为明显。扁桃体内含有各种淋巴细胞，产生多种免疫球蛋白，参与身体的体液免疫和细胞免疫。急性扁桃体炎为扁桃体的急性感染性疾病，主要致病菌为乙型溶血性链球菌，常在受凉、潮湿、过劳等机体抵抗力下降时发生，轻的炎症仅限于扁桃体表面粘膜的卡他性炎，重的引起化脓，表现为扁桃体实质也有急性感染。急性扁桃体炎多发生于儿童及青年人，在季节变化或气温突变时好发病。

急性扁桃体炎本身可影响病人的学习、工作和健康，而且可引起许多并发症，如中耳炎、淋巴结炎、咽部脓肿、关节炎、心肌炎及肾炎等，对人的健康影响很大。

### [临床症状]

1. 发病前可有受凉或劳累。
2. 发病急，突然发生咽痛、吞咽时疼痛加重，伴有发冷、发热，咽痛重时病人拒食，可放射至同侧耳部，儿童病人全身症状较重，可产生高热抽搐、呕吐或昏睡等。
3. 咽部检查：轻型者仅表现为扁桃体表面粘膜充血肿

胀，重病者陷窝红肿，有脓性液体渗出，整个扁桃体均红肿，下颌角淋巴结可肿大并有压痛。

4. 病人呈急性病容，血白细胞计数明显增高。

5. 应与咽白喉、奋森氏咽颊炎及白血病性咽颊炎相鉴别。

### [治疗]

1. 急性扁桃体炎有传染性，病人应适当隔离。

2. 要卧床休息，多饮水，通大便，进流食或软食。

3. 抗生素治疗：根据病原菌应首选青霉素或先锋霉素类抗生素，用2~3日后，病情不好转时，可改用其他抗生素。

4. 激素的应用：对重症病人或时间长、发热持续不退者，可静脉点滴氢化考的松50~200毫克，或肌肉注射地塞米松2~5毫克，也可口服强的松，每天15~30毫克。

5. 对症治疗：可用解热止痛剂，当体温超过38℃，或疼痛严重时使用。

6. 局部用药：用生理盐水或复方硼砂液含漱、每日数次，有利于局部的清洁及炎症的消退。口含片，如碘含片、抗生素含片、中药含片以及中药冰硼散、锡类散等均有消炎止痛的功效。

### [预防与保健]

1. 在春、秋气温变化大时，要注意避免过劳、受凉，随气温变化增减衣被。

2. 平时注意锻炼身体，增强体质、增强对疾病的抵抗力。

3. 忌烟酒，避免有害气体的刺激等，可提高上呼吸道对炎症的抵抗力。

4. 如急性扁桃体炎反复发作，便形成慢性扁桃体炎。此时，可将扁桃体切除，切除手术应在急性炎症消退后 2 周进行。

## 慢性扁桃体炎

扁桃体的反复多次急性发炎可形成慢性扁桃体炎，有时虽然没有反复发炎的病史，扁桃体的隐窝引流不畅，窝内细菌或病毒的长期滋生感染，也可形成慢性扁桃体炎。由于扁桃体的慢性炎症，病人可有咽干、咽喉发痒、咽异物感、刺激性咳嗽以及口臭等症状，慢性炎症引起的扁桃体增生、肥大，可使呼吸不畅、吞咽缓慢、语言含糊不清，炎症分泌物下咽后，可刺激胃肠，导致消化不良，毒素的吸收还可产生低热、头痛、乏力等症状。毒素吸收后发生变态反应，可引发关节炎、风湿热、心脏病、肾炎等并发症。这时，扁桃体免疫功能几乎消失，而形成一個病灶，对人的健康极其有害。

### [临床症状]

1. 有反复发作急性扁桃体炎病史。
2. 有咽干、咽喉发痒、咽异物感或刺激性咳嗽、口臭等症状。
3. 检查扁桃体及舌腭弓有慢性充血，隐窝口有黄白色脓栓，挤压时，脓栓可排出，扁桃体与舌腭弓、咽腭弓之间有粘连，扁桃体上可有凹凸不平的瘢痕或形成小囊肿、小脓肿。有的仅表现为扁桃体的肥大增生，且多见于青年或儿童。
4. 下颌角淋巴结常有肿大。

5. 病人可有并发症，如关节炎、风湿热、心脏病、肾炎、低热、牛皮癣等。

### [治疗]

1. 保守疗法：用于不能施行手术者。

(1) 免疫疗法：有人认为慢性扁桃体炎的病因是感染—变态反应，可用链球菌变应原和疫苗作脱敏治疗，也可用加强免疫能力的药物，如胎盘球蛋白、转移因子的注射等。

(2) 冲洗并吸引扁桃体隐窝，冲出窝内积存物，减少细菌繁殖。

(3) 中医用小烙铁反复多次烧烙扁桃体，使其瘢痕化。

2. 手术切除扁桃体：

(1) 扁桃体手术应严格选择适应症。

1) 急性扁桃体炎反复多次发作，或有扁桃体周围脓肿并发症者。

2) 扁桃体明显肥大，影响呼吸及吞咽者。

3) 扁桃体炎形成病灶，引起并发症者。

4) 扁桃体肿瘤，应连扁桃体一并切除，并送病理检查。

(2) 扁桃体手术是一种选择性手术，要选择良好时机手术，有造血系统疾病、凝血机制障碍者不宜手术，有全身重要器官疾病者，应积极治疗，待病情稳定后再行手术，妇女月经期及经前期亦不宜手术。

(3) 手术方法可采用剥离法或挤切法进行。

### [预防与保健]

1. 春秋季节注意防止受凉。

2. 坚持锻炼身体，增强体质，提高抗病能力。

3. 忌烟酒及刺激性大的饮食。
4. 注意经常刷牙及漱口，保持口腔卫生。

## 腺样体肥大

腺样体也叫咽扁桃体或增殖体，位于鼻咽顶部，在正常情况下，小孩从2~10岁间为腺样体肥大期，6岁时增生最明显，10岁以后开始萎缩，到13岁时腺样体就基本消失了。由于反复的上呼吸道感染，腺样体因炎症反复刺激发生病理性增生，而形成腺样体肥大。

本病多见于儿童，常与慢性扁桃体炎同时存在。肥大的腺样体对儿童的健康十分有害，它可压迫咽鼓管口，发生分泌性中耳炎而导致耳聋及耳鸣；它可堵塞后鼻孔使引流不畅，导致鼻炎及鼻窦炎；它的分泌物向下流可引起气管炎、支气管炎。腺样体肥大时间长了还可引起面形的改变、影响身体的发育，继发智力低下等，应及早诊断，及时治疗。

### [临床症状]

1. 有分泌性中耳炎、耳鸣及耳聋。
2. 可有鼻塞、流涕、说话鼻音重，睡眠打鼾。
3. 常有气管炎、支气管炎发作。
4. 可出现“腺样体面容”。
5. 腺样体肥大时，后鼻镜检查或纤维鼻咽镜检查可见腺样体呈桔瓣状增大。亦可用手指触诊，于鼻咽部触及柔软肿物。检查不配合的患儿，作X线鼻咽侧位片，可见肥大的腺样体阴影。

### [治疗]

需作手术切除，即在全身麻醉下，将腺样体刮除。

在有急性炎症时、病人有出血倾向者或全身情况不宜全麻手术者禁忌手术治疗。

### [预防与保健]

同慢性扁桃体炎。

## 急性咽炎

急性咽炎为咽粘膜、粘膜下组织和淋巴组织的急性炎症，常为上呼吸道感染的一部分。常见于秋冬及冬春之交。

病因：(1) 病毒传染，以柯萨奇病毒、腺病毒、副流感病毒引起者最多。(2) 细菌感染，以链球菌、葡萄球菌和肺炎双球菌多见。(3) 物理化学因素，经常在高温下作业，或接触有刺激性的物质如粉尘、烟雾、烟草等。

### [症状表现]

起病较急，始觉咽部干燥、灼热、微痛，继而咽痛加重，吞咽唾液时疼痛加重，可放射到耳部。全身症状一般较轻，可有头痛、发热、食欲不振、四肢酸痛等。检查时可见咽部粘膜充血、肿胀，呈深红色，咽腭弓粘膜水肿、悬雍垂水肿，咽后壁淋巴滤泡和咽侧索肿大，充血，可并发中耳炎、鼻炎、鼻窦炎、支气管炎等。

### [治疗]

(1) 抗生素治疗为主，磺胺类药物、琥乙红霉素或青霉素类药物为首选，用于控制细菌感染。应用抗病毒药物（病

毒唑、聚肌胞、银黄口服液、板蓝根口服液、大青叶合剂等)有一定抗病毒作用。(2)中医中药,中医认为本病为外感风热,宜疏风解表、清热解毒,用银翘散加减,或口服六神丸。(3)局部用药,可用杜芬喉片、碘喉片、华素片等含化,有条件者可雾化吸入(庆大霉素 8 万单位+地塞米松 10 毫克+ $\alpha$ -糜蛋白酶 5 毫克),每日 2 次,5 日为一疗程,也有较好的治疗效果。

#### [家庭护理]

1. 适当注意休息,保持充足的睡眠。
2. 多饮水,避免刺激性食物,尽量不吸烟不饮酒。
3. 保持口腔清洁,可用温热水含漱。
4. 保持室内湿度,在病人发热期,应注意保温。
5. 坚持服药至疾病痊愈后为止。在医生指导下停药。
6. 加强锻炼,加强营养,提高机体抵抗力。

## 慢性咽炎

慢性咽炎是咽部粘膜、粘膜下及咽淋巴组织的弥漫性炎症,慢性咽炎极为常见,而且病程长、症状顽固,不易治愈。慢性咽炎可由于急性咽炎的反复发作而形成,也可由于鼻部感染、慢性扁桃体炎及龋齿、牙周炎等的感染刺激、烟酒过度、粉尘及有害气体刺激而引起。此外患有全身慢性病,如贫血、下呼吸道慢性炎症、心血管疾病、慢性肝、肾疾病者,常伴有慢性咽炎。

#### [临床症状]

1. 多发生于有烟酒嗜好的男性成年人。

2. 咽部不适、疼痛、发干、异物感、发痒、咳嗽，可咳出少量粘痰，早起时咳嗽，恶心作呕，症状时轻时重。

3. 检查咽粘膜弥漫充血、色暗红，可有血管扩张、咽部有少量粘稠分泌物。有时可见粘膜肥厚，侧索增生明显，咽后淋巴滤泡成片状增生，软腭边缘及悬雍垂粘膜增生、暗红色。

4. 要检查鼻、鼻咽、喉及下咽、食管等处，有无早期恶性肿瘤，因其症状与慢性咽炎相似，应予以排除。

#### [治疗]

慢性咽炎症状极为顽固，不易治愈。

1. 消除各种致病原因：忌烟酒，治疗鼻及鼻窦的炎症，治疗龋齿及牙周病，治疗慢性扁桃体炎等。

2. 减轻或制止各种粉尘及有毒、有害气体的刺激。

3. 积极治疗各种全身慢性病。

4. 锻炼身体、增强体质，对慢性咽炎的症状减轻十分有效。

5. 药物治疗：各种含片、各种消炎含漱药物均可使用，含片不宜过用。

6. 肥厚增生淋巴滤泡可用烧灼、冷冻或激光治疗。

#### [预防与保健]

预防及保健对慢性咽炎十分重要。

1. 忌烟酒，对各种粉尘、有毒有害气体加强防护。

2. 锻炼身体，增强体质。

3. 积极治疗咽部周围的感染性疾病，积极治疗全身慢性

疾病，要劳逸结合，适当活动，增强全身血液循环，有利于防止或减轻慢性咽炎。

4. 易犯慢性咽炎或已犯慢性咽炎者，应经常刷牙、漱口，保持口咽部清洁；勿吃刺激性、油腻、过咸及过热的食物；平时多喝水，勿使咽部干燥等。

## 咽异感症

咽异感症为耳鼻喉科常见病症，病人常觉咽喉部不适，有异物堵塞感，咽不下也吐不出，本病多见于30~40岁的女性。产生咽异感症的原因多与精神因素有关，如神经官能症、癔病、疑癌症、焦虑状态或精神分裂症等。当然，有一小部分人也可发现有器质性病变，如上呼吸道炎症、茎突过长、颈椎骨质增生、食道炎或胃病及贫血，特别是咽、喉、食管或贲门部的早期癌瘤，也可有咽异感症，应特别加以注意。

### [临床症状]

1. 本病多见于30~40岁女性。
2. 咽喉不适，异物堵塞感，异物咽之不下，吐之不出，有时为咽部贴叶感、蚁走感、瘙痒感、痰粘着感或呈小球样在咽部上下活动，异物常位于口咽和胸骨上窝之间，也可偏于一侧，进食正常，有的在进食后症状反而减轻。
3. 检查鼻咽、口咽及喉咽粘膜正常。
4. 颈部检查无肿块或其他异常，X线检查茎突及颈椎正常。
5. 食管钡餐检查或食管镜检查正常。

### [治疗]

1. 若能找出器质性病变，并加以治疗，则症状可明显减轻。
2. 医生要细心检查，除外肿瘤后，再耐心向病人解释，消除对癌症的怀疑和恐惧。
3. 服用镇静剂。
4. 局部用口含片。

### [预防与保健]

1. 病人要培养多种爱好，做到心胸开朗。
2. 有症状时到医院作检查，找病人信赖的医生看病。医生仔细检查和耐心解释。
3. 必要时找心理医生咨询。
4. 中医、中药及针灸治疗有时有效。

## 鼾症和睡眠窒息综合症

近些年来，医学界对鼾症的讨论确实不少。平时睡觉打鼾，要是声音不大，而且很均匀，或者仅仅在上呼吸道感染、喝酒多些或特别劳累时睡觉有鼾声，鼾声均匀，这并不是病。鼾症就是睡眠时鼾声很大，响度等于或超过 60 分贝，或者隔壁能听到明显的鼾声，有的病人睡觉时不仅鼾声大发，而且不均匀，有呼吸暂停现象，若是睡眠 7 小时中，出现 10 秒钟以上的呼吸暂停 30 次，就称为睡眠窒息综合症。鼾症和睡眠窒息综合症几乎都是由上呼吸道阻塞引起的，少数由中枢神经系统疾病引起。由于睡眠时呼吸阻塞缺氧，可引起一系列

严重后果，如引发心、脑血管疾病、高血压病、白天嗜睡、乏力、头痛，甚至出现神经、精神异常改变等，巨大的鼾声还可引起家庭、邻里不合，对病人、对家庭都有影响。

#### [临床症状]

1. 多发生于男性，中年以上年龄的肥胖病人。
2. 有较长时间的睡眠打鼾，常伴呼吸暂停及白天嗜睡等症状。
3. 体检多数病人肥胖，可伴有高血压。
4. 必须检查鼻、咽、喉部，找出阻塞部位，还要注意有无下颌骨发育不全、舌后堕等口腔疾病以及中枢神经系统疾病的可能。
5. 纤维鼻咽镜及喉镜检查有助于找出咽部塌陷情况。
6. 睡眠监测（睡眠多导仪检查）：可判断病情的严重程度、睡眠呼吸暂停的性质。

#### [治疗]

##### 1. 保守疗法：

- (1) 药物治疗：有些鼻内喷、滴药物，对轻症病人有一定疗效。
- (2) 鼻孔或鼻内置管，适用于鼻翼或鼻腔狭窄的病例。
- (3) 鼻腔持续正压通气，睡眠时戴上通气口罩，适用于年老、多病不宜手术者。
- (4) 减肥。

2. 手术疗法：根据检查，可以作鼻部手术，扁桃体或/和腺样体切除，腭咽成形术，舌骨下肌群切断、舌骨悬吊术，下颌骨前迁或舌根部分切除术等。

在检查中，我们发现儿童鼾症病人几乎都和扁桃体、腺样体肥大有关；而成年人的鼾症或睡眠窒息综合征绝大多数为咽峡部狭窄、肥厚及松弛。

#### [预防与保健]

1. 注意均衡营养，加强身体锻炼，防止肥胖。
2. 预防感冒，忌烟酒，防止慢性咽炎的发生、发展。
3. 早作检查，早期诊断并治疗，以免病情发展，引起全身疾病。
4. 积极减肥。

## 急性会厌炎

急性会厌炎是以声门上区、会厌为主的急性感染，可累及杓会厌皱襞、杓状软骨及假声带。成人或儿童均可发病，冬春季多见。

病因：(1) 感染，多为病毒和细菌的混合感染，主要有呼吸道合胞病毒、鼻病毒、流感病毒、溶血性链球菌、葡萄球菌、肺炎双球菌等；(2) 邻近器官的炎症，如急性鼻炎、咽炎、扁桃体炎等；(3) 变态反应及外伤等均可引起本病。

#### [症状表现]

(1) 起病急骤，有畏寒、发热，体温一般在 38~39℃ 之间，少数可达 40℃ 以上。可有精神萎靡、面色苍白、血压下降，甚至昏厥、休克；(2) 咽喉剧痛及吞咽困难，疼痛严重者甚至连水及唾液亦不敢下咽。(3) 言语含糊不清，但无声音嘶哑；(4) 呼吸困难，吸气时呼吸困难加重，常伴有吸气

性喉鸣及三凹征，严重者可发生窒息。间接喉镜检查可见会厌红肿，杓会厌皱壁及室带充血肿胀。而声带不充血。

### [治疗]

(1) 足量抗生素及类固醇激素联合应用，以青霉素及氨苄青霉素为首选药物，亦可选用先锋霉素静脉滴注，以控制感染；并地塞米松或氢化可的松加入液体内滴入，以消除水肿及保持呼吸道通畅。(2) 对有明显呼吸困难者及时行气管切开术，以免发生窒息。(3) 会厌脓肿形成者，宜行切开引流。

### [家庭护理]

1. 注意口腔卫生，用硼砂液或 1:5000 呋喃西林含漱。
2. 多饮水及液质饮食，鼓励进食，以增强机体抵抗力。
3. 避免烟酒及辛辣刺激性食物。
4. 保持环境清洁卫生，避免粉尘及刺激性气体。
5. 病人宜卧床休息，保证充足的睡眠，促进炎症消退。
6. 注意保持呼吸道通畅。

## 急性喉炎

急性喉炎是喉粘膜的急性炎症，是常见的上呼吸道感染性疾病，成人男性多见，儿童急性喉炎病情多较严重。急性喉炎多发生于春、冬两季。成人急性喉炎以声哑、喉痛及咳嗽痰多为主要症状，全身可有不适或低热。小儿急性喉炎则不同，由于小儿喉部解剖特点，如喉腔狭小、喉软骨支架柔软、声门下区粘膜下组织疏松、淋巴管丰富等，发炎时表现

为声门下喉炎，容易发生喉梗阻，严重病例如不及时治疗，可发生窒息死亡。小儿急性喉炎也常常是某些急性传染病的并发症，如流行性感冒、麻疹、水痘、百日咳和猩红热等。有的患儿还可表现出明显的全身症状，如高热、抽搐、呕吐及腹泻等。

### [临床症状]

1. 发病多在春、冬二季。
2. 可有一定的诱因，如受凉、有害气体刺激、用声过度或烟酒过多等。儿童犯病可能与传染病有关。
3. 起病急有声哑、咳嗽多痰及咽喉疼痛。儿童声哑常不明显，而有哮吼样咳嗽、发热，严重时可有呼吸困难。
4. 喉镜检查可见喉粘膜弥漫性充血、肿胀、声带色红，有时可见粘膜下出血，表面常有粘稠分泌物，儿童病人若作喉镜检查，则可见声门下粘膜明显充血、肿胀而突出，声门下明显狭窄。
5. 儿童急性喉炎应与呼吸道异物，喉白喉及喉痉挛作鉴别诊断。

### [治疗]

1. 成人急性喉炎的治疗：
  - (1) 声带休息：禁声是重要措施。
  - (2) 抗生素治疗：一般采用对革兰氏阳性球菌有效的药物。
  - (3) 声带红肿严重者可加用类固醇激素。
  - (4) 蒸气吸入治疗：可用单纯的热蒸气，也可用加药物的雾化疗法。

## 2. 儿童急性喉炎的治疗：

### (1) 解除喉阻塞：

1) 及早应用广谱、足量的抗生素，控制感染。

2) 类固醇激素的应用：口服泼尼松，每日 1~2 毫克/千克体重；地塞米松肌肉注射或静脉滴注，每日 0.2 毫克/千克体重；氢化考的松静脉滴注，每日 4~8 毫克/千克体重。

3) 氧气吸入。

4) 喉梗阻严重或经药物治疗未见缓解者，可作气管切开术。

(2) 支持疗法：注意加强营养，如能经口进食，则用些流食或半流食，如牛奶、蛋羹、果汁等易消化食品，还应多饮水；若不能进食，则静脉补充葡萄糖、盐、钾等以保证水和电解质平衡；补充多种维生素。

(3) 对症治疗：退热，有人主张少量镇静剂可使患儿安静休息，减少哭闹，以免加重呼吸困难，但某些镇静剂可有抑制呼吸中枢之虑，使用时要慎重。

### [预防与保健]

1. 加强身体锻炼，提高体质，预防受凉及感冒。

2. 对小儿病人，要注意屋内的通风换气，天好时到屋外活动；注意正确的喂养，保证均衡营养及多种维生素的摄入。

3. 忌烟酒，避免粉尘及有害气体的吸入，避免用声过度。

4. 传染病流行期间，儿童避免到公共场所，以免得病。

5. 患急性喉炎时应及时到医院治疗，以免病情加重或形成慢性喉炎。

## 慢性喉炎

慢性喉炎是由喉粘膜的一般性病菌感染引起的慢性炎症，常因急性喉炎的反复发作或迁延不愈引起；长时间用声过度或发声不当，鼻、咽感染或下呼吸道感染的分泌物长期刺激，或有害有毒气体的长期刺激也是引起慢性喉炎的病因。由于病因不同，病变时间长短，病变的范围、程度变化，慢性喉炎可表现为粘膜的单纯性慢性炎，肥厚性增生变化以及粘膜萎缩，也可表现为声带小结、声带息肉的病变。慢性喉炎是一种多发病，而且与职业有一定的关系。

### [临床症状]

1. 男性成人多见，有反复声哑或长时间声哑，时好时坏的病史。
2. 多见于教师、公共汽车售票员、演员、纱厂女工等用声过强过多者。
3. 声音嘶哑，早期为间歇性，日久变成持续性。
4. 伴有喉部干、痛及粘稠分泌物增多，说话时常须咳嗽以清除粘痰。
5. 检查时发现喉粘膜弥漫性充血红肿，或声带肥厚，室带及杓状软骨粘膜增厚或喉粘膜萎缩。也可表现为声带前中1/3 双侧对称的小结，或声带单侧或双侧的息肉。

### [治疗]

1. 除去刺激因素：

(1) 注意声带适当休息，减少发声，严禁大声喊叫，纠

正不正确的发音方法。

(2) 积极治疗鼻、咽或下呼吸道感染，减少或制止脓性分泌物对喉粘膜的刺激。

(3) 忌烟酒，防止粉尘及其他有害气体的刺激。

2. 雾化吸入：用庆大霉素及地塞米松作雾化吸入，每日1~2次，6日为1疗程，可作2~3个疗程。

3. 注意口腔卫生，经常刷牙漱口，可用口含片、中西药喉喷雾剂治疗。

4. 勿吃刺激性大的食物。

5. 声带小结或声带息肉经保守疗法不好时，可以手术切除。

#### [预防与保健]

1. 锻炼身体，提高身体素质，防止感冒。

2. 防止用声过度或用声不当。

3. 忌烟酒，某些职业应避免吃刺激性大的食物。

4. 对有粉尘、有毒有害气体污染的工作人员要作好防护。

5. 有鼻炎、鼻窦炎、慢性扁桃体炎、牙周炎、气管炎、支气管炎者应积极治疗，防止炎性分泌物对喉的刺激。

6. 声带小结或声带息肉作手术治疗后，还应注意纠正错误的发音方法，有的需作发音训练。

## 药物中毒性耳聋

许多药物或化学物质具有耳毒性，长期使用或一次大剂

量应用可引起感觉神经性耳聋，我们称之为耳毒性药物或耳毒性化学物质。不同人对这种物质有不同的敏感性，有的较长时间使用而不引起耳聋，有的只使用过几次即可发生严重的耳毒作用。

过去，奎宁是引起中毒性耳聋的主要药物；现在，疟疾已基本控制，而抗生素的广泛应用，所引起的中毒性耳聋日渐增多。耳毒性抗生素中最常见的有链霉素、新霉素、卡那霉素及庆大霉素等。值得注意的是，在产生耳中毒前，病人常有某些先兆症状，如耳鸣、头晕，恶心，使用链霉素时，还可出现面颊部麻木，若及时停药，可使耳中毒停止，听力恢复。

#### [临床症状]

1. 病人有耳聋，常为双侧，可伴有耳鸣。
2. 检查双耳鼓膜正常与否。
3. 有长时间使用耳毒性药物历史。
4. 听力检查：成人或较大儿童作纯音听力测听，小儿可用脑干电反应测听，结果为双侧感觉神经性耳聋。
5. 应与其他原因引起的感觉神经性耳聋，如先天性耳聋，感染中毒性耳聋等作鉴别。

#### [治疗]

1. 急性期：指正在用药或停药 4 周以内发现中毒性耳聋。

(1) 停药。

(2) 试用神经营养药物：①维生素 B<sub>1</sub>，100 毫克，肌注，每日 1 次。②维生素 B<sub>12</sub>，100 微克，肌注，每日 1 次。③三

磷酸腺苷 (ATP), 20 毫克口服, 每日 3 次。④对症治疗: 耳鸣严重或有头晕者, 可用镇静药。

2. 慢性期: 一般在发现有耳聋时, 已属晚期, 若停药已 3 个月以上, 则药物治疗一般无效。

(1) 严重耳鸣或伴有头晕者, 需对症治疗。

(2) 配戴助听器, 儿童需作语言训练。

#### [预防与保健]

1. 严格掌握抗生素应用的适应症, 避免滥用, 尽量不使用耳毒性抗生素。

2. 确需应用耳毒性抗生素时, 宜采用最小的有效剂量, 疾病一旦控制, 立即停药。

3. 用药中注意病人的反应, 如有耳鸣、头晕、面部发麻等耳毒先驱症状, 立即停药。

4. 有条件的地方, 用药前、用药中及用药后可作听力监测。

5. 肾功能不全者, 易产生药物蓄积中毒, 应禁用或慎用抗生素。

6. 大力宣传耳毒性药物的危害及正确应用抗生素的方法, 减少抗生素耳毒性聋的发生。

## 龋 齿

龋齿是口腔最常见的一种牙齿硬组织疾病, 即我们通常所说的虫牙或蛀牙, 是人类广泛流行的一种慢性疾病, 虽然不危及人们的生命, 但如果不及时治疗, 对人类口腔健康及

全身健康均可产生一定危害。当今生活水平不断提高，多以精制碳水化合物为主要食物，糖的摄取量也不断增加，龋齿的发生率也越来越高，这已成为世界性问题。我国儿童约占全国人口的 1/3，龋齿发病率高达 80% 以上。俗话说“牙痛不算病，疼起来真要命”。反映了人们对龋齿病的不重视和龋齿病引起牙痛的厉害程度。对儿童会影响颌面部发育，影响全身健康。

### [临床症状]

1. 浅龋：多见于釉质（牙冠部）及牙骨质（牙颈部），无自觉症状，专科医生检查时可发现牙齿表面呈白垩状（白粉笔色）或黄褐色斑点，探之表面粗糙、软。

2. 中龋：病人遇冷、热、酸、甜等刺激有一过性疼痛，专科医生检查可见明显龋洞。

3. 深龋：病人已经对冷、热，特别是冷刺激时疼重。若无刺激激惹时也隐隐作疼，或夜间疼，放射半侧头疼，说明深龋已引起牙髓发炎，需去除牙神经治疗。专科医生检查时可见深的龋洞，或已接近牙髓腔。

### [治疗]

充填治疗（俗称补牙）；对儿童 5 岁前所有乳牙龋均应治疗。5 岁后看恒牙萌出时间，接近退换的乳牙可不作治疗。10 岁后乳磨牙应根据牙根吸收情况决定治疗与否，对成人龋齿病均应及早治疗。

定期涂氟治疗，适应于儿童及青少年。

### [预防与保健]

1. 保持口腔卫生，每天早晚刷牙，饭后漱口，晚睡前刷

牙更重要。

2. 养成晚睡前不吃甜食的习惯，如饮料、饼干、甜奶等。如果老人及幼儿睡前需要饮牛奶和果汁的话，也必须用白水漱口或喝白开水清洁口腔。

3. 教育儿童不偏食，少吃零食，注意合理营养。多吃含磷、钙、氟和多种维生素类食品，如豆腐、豆浆、肉骨头汤、蛋、奶、鱼、新鲜蔬菜及水果。饮食中多选择粗糙有纤维素的食物，通过咀嚼促进牙面清洁，牙周组织健康。

4. 牙刷、牙膏的选择。应选用刷头小，刷毛不超过三排，刷毛软硬适度的牙刷。选择含氟的牙膏对龋齿的预防有一定作用。

5. 成人还可以用茶水含漱，提高牙齿抗龋能力。

6. 刷牙习惯应从幼儿开始培养，要采用竖刷法，即刷上牙时，要从上往下刷，刷下牙时要从下往上刷，保证每个牙面都刷到。刷牙方法正确不仅利于牙齿保洁，而且对牙组织可起到按摩作用。

7. 定期口腔检查，每半年至一年检查一次，以便及早发现龋齿，给予及时治疗。

## 牙齿敏感症

它是一个症状，而不是一种疾病。牙齿发生疾病均可伴随有牙本质感觉过敏，俗称倒牙。当牙齿咬东西时，遇到冷、热、酸、甜刺激时就会感觉牙齿酸疼，不敢咬东西，医学上称为牙本质敏感症。

### [临床症状]

1. 硬物（如指甲划动，针形物划动等）刺激时牙齿有酸软感觉，去除刺激疼痛立即消失。有冷、热、酸、甜激惹时疼，但无激惹时不疼。

2. 牙齿表面或牙颈部有敏感点或面，多为牙釉质（珐琅质）磨损处，牙骨质（牙颈部无珐琅质）暴露处。

3. 牙齿硬组织缺损，如过度咬坚硬食物造成牙齿过度磨损，刷牙方法不正确造成牙颈部楔状缺损，外伤牙冠折裂等。

4. 全身的某些因素，如过度疲劳、长期失眠，妇女妊娠期、产期、月经期，体弱病人等由于他们神经末梢敏感性增高，全身的应激性也相应地增高，甚至全口牙齿酸软无力。

5. 头颈部肿物，接受大剂量放射治疗，造成牙齿脱钙，也可产生牙齿酸疼，影响进食。

### [治疗]

1. 药物脱敏疗法，需由口腔专科医生进行指导处治。

2. 对有微细裂纹、楔状缺损、浅龋牙齿等均需专科医生处治。

### [预防与保健]

1. 改正不良习惯，如单侧咀嚼，常咬坚硬食品、瓶盖、缝针等。日常采用保健牙刷和正确刷牙方法。进餐要细嚼慢咽，使牙齿得到均匀磨损。

2. 牙齿有酸软感时可咀嚼茶叶、核桃帮助脱敏，也可用含氟化物牙膏局部涂擦脱敏。

3. 全身调理，指压耳穴（即明显压痛点处）及体穴（合谷、足三里、内关），感觉酸麻，每次按压 30 次。

4. 保健措施无效时，需请专科医生治疗。

## 急性牙髓炎

急性牙髓炎可由牙髓充血发展而来，也可由慢性牙髓炎急性发作而来，其表现为牙齿剧烈疼痛，俗称“牙痛不是病，疼起来真要命”，就是指这一种。

### [临床症状]

1. 自发性痛，阵发性发作或加剧。
2. 夜间疼痛比白天剧烈。
3. 发散至太阳穴或半侧头部疼，不能定位。
4. 温度刺激可引起疼痛加剧，刺激去除后疼痛持续一段时间后缓解，化脓性牙髓炎或坏死性牙髓炎遇冷水可缓解、遇热疼痛剧烈。
5. 慢性牙髓炎急性发作，一般伴有咬疼或叩击疼。

### [治疗]

1. 麻醉下开放牙髓腔，使其脓、血、臭气释放后疼可立即缓解。给予消炎药或止疼药。
2. 定期复诊，由专科医生继续治疗。

## 牙龈炎

慢性牙龈炎是牙龋病中最常见的疾病，牙菌斑是最主要的原因。儿童、成人均可发病，我国成人的患病率为70%以上。

### [临床症状]

1. 牙龈色泽鲜红或暗红色，龈组织松软脆弱、无弹性、触之易出血。
2. 口腔卫生差，有口臭味，刷牙、吃饭牙龈易出血。
3. 牙垢、牙石堆积。
4. 无牙周组织破坏。

### [治疗与预防]

1. 进行口腔卫生宣传教育。
2. 超声波洁牙，去除牙垢与牙石，龈缘敷以碘剂。

## 牙周炎

多数由牙龈炎发展而来，年龄越大患病率越高，病情愈重。青少年也可患牙周炎，如仅局限于门牙或第一大磨牙称局限型青少年牙周炎，如果波及全口多数牙齿称弥漫型青少年牙周炎。

### [临床症状]

1. 成年人进程缓慢，牙垢、牙石与牙周炎的程度一致，青少年牙周炎破坏程度与局部刺激物不成正比。
2. 牙龈红肿、易出血、溢脓，口臭。
3. 咀嚼无力，牙齿移位、松动。青少年牙周炎前牙呈扇面形移位，有明显的家族遗传倾向。
4. X光可见齿槽骨吸收，成年人呈水平方式，青少年呈弧形吸收。

### [治疗]

1. 进行口腔卫生指导。
2. 洁齿，彻底清除牙龈缘上及牙龈组织下方的牙石，青少年牙周炎更需及早彻底洁齿。
3. 固定松动牙，修复缺失牙。
4. 连续口服抗生素治疗，甲硝唑 0.2 克，每日 3~4 次，连续一周，也可用甲硝唑片剂冲水含漱，每日数次。

#### [预防与保健]

1. 定期复诊，听从专科医生指导。每日早晚正确刷牙，保持牙齿清洁。
2. 牙龈按摩：洗手后用食指按摩，由牙根方向移向牙龈缘方向，再沿牙龈水平方向按摩。
3. 叩齿法：每日早晚各一次，每次上下牙轻叩 30 次，不要咬紧牙。
4. 氧化疗法：以 1% 双氧水含漱，或用棉球蘸药液压挤入龈沟，使龈组织变白有气泡产生，可改善局部组织的营养及氧供应，使炎症尽快消除。

## 急性牙外伤

急性牙外伤多为口腔科急诊，在处理牙外伤之前应先查明有无颅脑和其他部位损伤，并及时作出诊断与处理。

### (一) 牙震荡（创伤性根周膜炎）

#### [临床症状]

1. 有外伤史。
2. 牙齿无折断或缺损。

3. 牙齿有伸长感及一过性冷热刺激痛。

4. 患牙松动或咬痛、叩击痛。

#### [治疗]

1. X 线检查除外牙根折或齿槽突骨折。

2. 症状轻者不作处理或适当调整咬合。

3. 症状重者可作局部 1% 普鲁卡因封闭治疗或行物理疗法。

4. 松动牙可作牙齿固定并调整咬合。

### (二) 牙脱位

#### [临床症状]

1. 有外伤史。

2. 脱出型脱位：患牙伸长或倾斜移位，牙齿不同程度的活动，叩击牙齿痛，扪痛，龈缘出血，X 线片见根尖周膜增宽。

3. 嵌入型脱位：伤齿变短或有方向扭转，有叩击痛和龈缘出血，X 线片见根尖周膜间隙消失。

#### [治疗]

1. X 线片除外牙槽突骨折和根折。

2. 脱出牙复位固定。

3. 嵌入脱位较轻的年轻恒牙暂不作处理，但应观察自行复位情况，嵌入重者应在局麻下复位固定。

4. 定期复查，观察牙髓及根尖变化。

### (三) 牙脱臼

#### [临床症状]

1. 外伤史。

2. 牙齿完全脱出。

### [治疗]

1. 尽早再植复位固定。
2. 年轻恒牙在受伤后 2 小时内行再植术者预后较好，再植 2 周后根据具体情况是否进行牙髓治疗。
3. 定期复查，检查咬合关系。
4. 脱位后的牙齿不要扔掉，应立即冲洗后放入口腔内或以盐水浸泡尽快就医。

## 白 斑

口腔粘膜上白色斑块，擦不掉，不痛也不痒，不易引人注意，往往是病人偶然发现或医生检查时发现。口腔粘膜白斑多发生在中老年人，男性多于女性，白斑癌变率为 3%~5% 左右。所以应对口腔粘膜白斑给予足够的重视。

### [临床症状]

1. 可见于口腔粘膜的任何部位，两颊最多见，唇、舌次之，上腭、牙龈及口底相对少见。
2. 白斑范围可局限或广泛，边界清楚，烟草白斑边缘不清，颜色可白或灰白。
3. 病人一般无症状，只感觉局部粗糙，当红白间杂有小溃疡时，遇辛辣食物有刺激性疼。
4. 颊粘膜白斑起自口角内侧，沿咬合线到达磨牙区，两侧对称。这种多与局部刺激有关。舌白斑多见于舌背、舌肤、舌侧缘，癌变率高。唇白斑易发于唇的一侧，多与吸烟有关。
5. 女性比男性易癌变，年龄越大越应注意。

### [治疗]

1. 戒烟。
2. 去医院确诊白斑性质与类型。
3. 局部可涂维甲酸软膏。
4. 手术治疗。

### [预防与保健]

1. 去除一切刺激因素,如戒烟或少吸烟,避免吃辛辣、热烫食物。口腔内有残留的牙根、牙冠或不良的修复体应尽早去除,过尖锐的牙尖应磨圆滑。

2. 千万不要用碘酒、酚类药物涂擦,因这些药物有腐蚀性,会加重口腔粘膜的过度角化。如果表面有表浅的糜烂、溃疡,可用维甲酸软膏局部涂擦。

3. 经过组织切片证实是癌前病变时,应尽早手术切除,然后每3~6个月到医院复查。

## 智齿冠周炎

牙齿在萌出过程中或牙齿萌出困难而引起的牙冠周围软组织发炎,尤以下颌第三磨牙(俗称智齿)冠周炎最常见。

### [临床症状]

1. 发病年龄多在18~25岁。
2. 急性期有全身症状,如发烧、头痛、便干等。局部症状有红肿、疼痛、开口困难或吞咽困难。
3. 局部检查:患牙的面颊部红肿有浸润块。颌下淋巴结肿大、压疼。牙齿部分萌出,牙冠周围红肿、压疼。冠周可

形成脓肿，探之有脓性渗出物。白细胞可增高。

4. 慢性期无全身症状，有反复发作冠周炎的病史。
5. 可并发颌骨牙槽脓肿及颌面部间隙感染。

#### [治疗]

1. 全身治疗：口服抗炎药物或肌注青霉素 80 万单位，每天肌注两次，若有并发症可静脉点滴青霉素 640~800 万单位/日，先锋霉素 VI 4~6 克/日，甲硝唑 1 克合并应用。

2. 局部治疗：炎症初期龈袋或盲袋内反复冲洗，用 1%~3%  $H_2O_2$  或 1:5000 高锰酸钾液及生理盐水，然后在龈袋或盲袋内放碘剂，如碘甘油及其他消毒液。脓肿已形成即可切开引流，待炎症控制后拔除患牙。

## 颞下颌关节脱位

颞下颌关节脱位是指髁状突滑出关节窝之外，以致不能自行复回原位，称为颞下颌关节脱位，俗称“掉下巴”。按性质分为急性脱位、复发性脱位和陈旧性脱位，一般以急性和复发性脱位较为常见。

#### [临床症状]

1. 下颌运动失常，病人呈开口状而不能闭口；唾液外流、语言不清、咀嚼吞咽发生困难。

2. 颞部前突、两颊变平、鼻唇沟消失，脸型也相应变长，前门牙呈开口咬合或反咬合。

3. 耳屏前空虚、凹陷，颧弓下可触及脱位的髁头。

4. 老人或全口无牙病人其关节脱位后脸型变化不明显，

脱位不易被发现，易延误治疗。

5. 一侧脱位者，上述症状只表现在患侧，颞部及下颌牙中缝偏向健康一侧。

### [治疗]

1. 急性脱位后及时复位，嘱咐病人放松，不要紧张，或给予镇静剂。

复位方法：常用口内法即让病人端坐在椅子上，头部应紧靠墙壁，下颌位置应低于术者两臂下垂的肘关节水平。术者站在病人前方，两拇指缠上纱布，伸入病人口腔，放在下颌磨牙咬合面上，尽可能向后放，其余手指握住下颌体部下缘。复位时拇指向下压下颌骨，力量逐渐增大；其余手指将颞部缓慢上推，当关节头移到关节结水平下时，再轻轻向后推动，此时关节头即可滑入关节凹内。在即将复位时，术者拇指应迅速滑向颊侧口腔前庭，以免咬伤。

2. 复位后应限制下颌活动2~3周，最大开口不宜超过1厘米。采用弹力绷带将下颌固定在头部。饮食以流食或半流食为宜。

3. 复发性脱位，复位后可先采用关节囊内注射50%葡萄糖1~1.5毫升，可重复注射。然后限制下颌运动1~2个月。

4. 对陈旧性脱位或顽固性复发性脱位者应采用手术治疗。

## 复发性口疮

复发性口疮是发生在口腔粘膜的复发性、自限性的口腔

粘膜疼痛性溃疡。其病因尚不太清楚，一般认为与胃肠功能失调、内分泌功能紊乱、精神过度紧张或过敏体质有关。近来有学者提出了自身免疫学说。祖国医学认为心脾有热上攻于口或肾阴不足，虚火上炎则成溃疡。

#### [症状表现]

临床上表现为一种经常反复发作的孤立的圆形或椭圆形浅表小溃疡，直径2~5毫米大小，上盖浅黄或灰白色膜，周围粘膜充血，可发生在口腔粘膜的任何部位，有时发生烧灼的性痛，影响进食与讲话，通常7~10日自愈，但常会复发。

对其治疗主要采用调节机体防御和免疫功能的全身疗法及对症治疗的局部疗法。

#### [家庭护理]

1. 保证充足睡眠，避免劳累、紧张、用脑过度。
2. 精神愉快，身心轻松，正确对待日常工作和疾病。
3. 避免刺激性饮食，适量补充维生素和人体所需的微量元素。
4. 发病期间停止吸烟、饮酒等。
5. 鼓励进食及饮水，尤其是儿童要预防脱水。
6. 每日清洁口腔2~3次。

## 口腔粘膜感染性疾病

### (一) 球菌性口炎

由金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、肺炎双球菌等引起的球菌性感染。

### [临床症状]

1. 多见于婴幼儿，偶见于成人。
2. 起病急，头痛，发烧，白细胞增高。
3. 口腔粘膜和牙龈均有充血水肿，溃疡表浅，散在或融合成片。
4. 溃疡表面有灰白色或黄褐色伪膜，但由于球菌感染种类不同，伪膜厚薄不同。
5. 患儿唾液增多，疼痛，哭闹，影响进食，颌下淋巴结肿大，压疼，轻微口臭。
6. 口腔溃疡可持续1~2周愈合，体温数日恢复正常。

### [治疗]

1. 全身支持疗法。
2. 全身应用抗生素控制细菌感染。
3. 口腔局部以抗炎含漱剂擦洗，保持口腔卫生。
4. 中药以清热解毒，凉血渗湿治之。

### (二) 单纯疱疹性口炎

由单纯疱疹 I 型病毒引起，表现为疱疹性口炎和唇疱疹。

### [临床症状]

1. 婴幼儿多发，成人多发唇疱疹，易复发。
2. 有全身不适或发烧症状，唇疱疹可无全身症状。
3. 口腔粘膜出现簇状的小疱疹，全口牙龈红肿，唇红粘膜和口周皮肤并发疱疹。唇疱疹主要发生于唇红粘膜和口周皮肤。
4. 口腔唾液增加，颌下淋巴结肿大，病损区疼痛，口臭不明显。

5. 成人唇疱疹如针尖或粟粒大小，疱液透明稍黄，破后结痂。疱呈簇状散在分布，灼热性疼、痒、木胀感。

6. 病程 7~10 天。

#### [治疗]

1. 全身支持疗法及全身抗病毒治疗。
2. 对口腔病损应给予抗炎、镇痛、促愈合措施，保持口腔卫生。
3. 唇对疱疹可湿敷后用抗生素软膏。

#### (三) 口腔念珠菌病

念珠菌是口腔、肠胃道、呼吸道常见的寄生霉菌，其中白色念珠菌为条件致病菌，可存在于正常人的口腔粘膜。儿童的检出率较高，成人时检出率降低，老年时又可增高，在某种因素影响下可致病。

#### (四) 雪口病或鹅口疮

##### [临床症状]

1. 多见于婴幼儿，亦可见于体弱多病的成人，好发于唇、舌、颊、软腭等部位。
2. 起病急，自觉口干、烧灼感，儿童表现为哭闹不进食。
3. 粘膜出现乳白色绒膜，很难剥离，若强行剥离露出鲜红糜烂创面，渗血，很快再形成白色绒膜，呈点状或融合成片。

##### [治疗]

1. 局部含漱或涂擦抗霉菌药物。
2. 口腔以弱碱性液擦洗。

3. 患儿奶具和餐具应煮沸消毒，并放置于碱性液中浸泡。

4. 喂母乳的母亲应用弱碱性液清洗乳头。

#### (五) 抗生素性舌炎

##### [临床症状]

1. 多见于大量应用抗生素及激素病人。

2. 起病急，多发生在舌背，也可发生在颊、腭、唇等部位，统称为抗生素口炎。

3. 病损表现为粘膜弥散性红斑，舌背乳头萎缩，舌色鲜红，类似上皮剥脱，界限清楚，周围为舌苔。

4. 自觉症状为口干，烧灼样疼痛。

##### [治疗]

1. 停止滥用抗生素，减少或停用激素。

2. 局部抗霉治疗及用弱碱液含漱。

#### (六) 义齿性口炎

##### [临床症状]

1. 多见于戴假牙的病人，特别是夜间不习惯摘掉假牙的病人。无义齿者也可发生。

2. 病程慢，可持续数月数年，易复发。

3. 假牙托相应的口腔粘膜有点状充血或局限性红斑。

4. 自觉症状为口干，烧灼性疼。

##### [治疗]

1. 注意口腔卫生，养成夜间摘下假牙的习惯。假牙经清水冲洗后，浸泡在弱碱性液体內。

2. 用含抗霉药物及弱碱性液含漱。

## 口腔粘膜白斑

口腔粘膜白斑是发生在口腔粘膜的限局性角化增厚斑片，其发病原因尚不太清楚，但可能与下列因素有关：

1. 口腔卫生不良，由人乳头瘤病毒 11、16 感染。
2. 吸烟、饮酒及吃热的或辛辣性刺激性饮食。
3. 龅齿残根，不合适的义齿的机械性摩擦，金属镶牙及义齿托钩的刺激，牙位不正。

### [临床症状]

1. 本病多见于老年男性。
2. 好发于下唇及颊部内侧，特别是咬合线部位，舌背及上颚也可发生。

### 3. 临床症状：

(1) 粘膜限局性白色斑块，略高出粘膜面，边界不规则，表面粗糙。无明显自觉症状，日久对热及刺激性饮食敏感，偶有胀痛感。

(2) 有时呈条纹状或网状。

(3) 损害逐渐增厚变硬。

(4) 对口腔粘膜白斑应做活组织病理检查，以观察有无癌变。有糜烂溃疡者更应注意。

(5) 本病根据组织病理改变，可分为白色角化病，轻重程度不同的非典型增生，癌前期病变及原位癌。

(6) 本病需与粘膜扁平苔藓鉴别，后者常呈网状斑纹，周边常可见紫红色多角形扁平丘疹，身体其他部位如前臂屈侧

偶见典型的多角形紫红色扁平丘疹，上有 Wickham 纹。龟头部的皮疹常呈环形。

#### [治疗]

1. 定期随访非常重要，对所有损害均应做活组织病理检查，以排除非典型增生及癌变。
2. 对无异常增生的粘膜白斑，如白色角化病，可用 0.05%~0.1% 维甲酸霜膏，或液氮冷冻。
3. 如有非典型增生及原位癌变者则宜行手术切除。

#### [预防、护理与保健]

1. 去除上述有关不利因素，如忌烟酒及热、辛辣等刺激性饮食。
2. 矫正不合适的义齿及牙托。
3. 养成饭后漱口，早、晚刷牙的卫生习惯。

## 颌骨骨髓炎

颌骨骨髓炎是由微生物或理化因素引起，包括骨膜、骨皮质、骨髓及髓腔内神经血管的炎症过程的总称。中医称为“骨槽风”。根据临床病理特点及致病因素的不同，分为化脓性、特异性、物理性及化学性几类。

#### [临床症状]

对于不同致病因素引起颌骨骨髓炎症状不同，但都有颌骨炎症表现。病程进展缓慢，持续时间较长，面部肿胀可以持久不消。在急性炎症期，病人全身反应明显，局部亦有明显红、肿、热、痛的典型急性炎症反应。在慢性炎症期，全

身症状不明显，主要为局部症状。病人张口有时困难，面部或口内漏管长期溢脓，经久不愈合，或时好时坏，脓液自口内吞入消化道后，还可引起胃肠道不适，常伴有牙齿松动或脱落，病变晚期，可发生病理性骨折，使咬合关系错乱、颌骨畸形与缺损。

### [治疗]

(1) 全身抗菌消炎及支持疗法，如静脉滴注青霉素、甲硝唑等抗菌素；同时增加营养、输血、镇痛及维生素类药物的治疗。(2) 局部疗法；主要是保持口腔卫生；已形成脓肿的可行脓肿切开引流术；已有死骨形成的可行死骨摘除术等。

### [家庭护理]

1. 炎症初期，病人畏寒、发热、头痛、乏力、口干、食欲不振、尿量减少。此时应卧床休息，最好留院观察。若体温超过  $40^{\circ}\text{C}$  时尚需进行降温处理，如头部冷敷、酒精擦浴等。

2. 吃流质或软食。增加营养：由于病人的进食量一般较少，抵消不了营养消耗量，从静脉中补充适量的液体与维生素来弥补体液平衡是很必要的。

常因颌骨病理性骨折或为预防发生病理性骨折而需行颌间栓结，此时应特别注意营养的补给。

3. 保持口腔卫生，饭后刷牙并用漱口剂漱口。对行颌间栓结的病人尚需用双氧水（2%）和生理盐水冲洗口腔，以便清除口腔内的食物残渣或其他脓性分泌物。

4. 下颌骨缺失过多时，易引起舌后坠，应用线将舌牵出固定于病人胸前衣服上，以免舌后坠时阻塞呼吸道而引起窒息死亡。

5. 可给予适当的热敷和理疗，如用频谱仪照射患病区，每日 2~3 次。

6. 对于儿童病人，病情变化较快，应有专人守护，仔细观察病情。

7. 对体弱病人应适当的补充多种维生素，如维 C、复合维 B 等。

8. 对于栓结的病人在栓结除去后，病人可以逐渐练习张口闭口动作，直至恢复正常。千万注意病人张口练习时勿暴饮暴食。

## 颌面部间隙感染

由于颌面部各个区域的解剖特点，颌面部大致有以下几个间隙：眶下间隙、颊肌间隙、嚼肌间隙、颌下间隙、额下间隙、舌下间隙等。颌骨周围、肌肉筋膜间隙内疏松结缔组织的炎症，统称间隙感染。

病因：致病菌往往是金黄色葡萄球菌，厌氧菌者少见。多为牙源性感染。如牙槽脓肿、牙周脓肿、急性冠周炎发展蔓延所致，腺源性感染，以小儿多见，由颌面部急性淋巴结炎破溃后发展而成。其他如外伤、唇面部疔肿及手术感染等引起。因各种急性传染病引起的血源性感染较少见。

### [临床症状]

(1) 局部症状：有红、肿、热、痛。如感染部位较深，有脓肿形成时，也不易触及波动。由于炎症位置不同，又有其特殊表现，如嚼肌下间隙感染时，嚼肌区肿胀，张口困难或

牙关紧闭；颌下间隙感染时，颌下区肿胀，下颌骨下缘外形不清；舌下间隙感染时，口底舌下肿胀，舌体被抬高，舌的活动受限，吞咽困难，严重时影响呼吸；眶下间隙感染时，眶下区弥漫性肿胀，眼睛不能睁开。（2）全身症状：轻重不一，有发烧、畏寒、白细胞增多，全身不适，乏力；重者全身代谢紊乱及引起败血症。

#### [治疗]

按炎症治疗原则。具体可分全身支持疗法，抗生素、中草药、对症治疗等。局部治疗：可理疗、热敷，脓肿成熟时可穿刺或切开引流。应及时治疗病牙及颌下淋巴结炎，面部疔肿勿挤压，早期间隙感染予以积极治疗，防止严重扩散。

#### [家庭护理]

1. 卧床休息、减少活动。
2. 加强营养，可吃一些含高糖、高蛋白质的流质，多喝水；多喝富含维生素的果汁。
3. 每日换药1~2次，引流条直换到分泌物少时方撤除。
4. 用含漱剂含漱，每日5~6次，尤其在进食后。
5. 尽量少说话，少咀嚼，少吞咽，保证局部休息。
6. 按医嘱按时服用消炎抗菌药物。
7. 严密观察病情，若有加重现象应及时复诊治疗。
8. 蜂窝织炎愈后应及时处理病灶牙，以防复发。

## 三叉神经痛

三叉神经痛是指在三叉神经分布区域内出现阵发性电击

样剧烈疼痛，历时数秒钟或数分钟，间歇期无症状。疼痛可由口腔或颜面的任何刺激引起，以中、老年人多见，多数为单侧性。

三叉神经痛分为原发性和继发性两种。原发性三叉神经痛的病因不明，而继发性则是由于机体内的其他病变压迫或侵犯三叉神经所致。

#### [临床症状]

在三叉神经某分支区域内，骤然发生闪电式的极为剧烈的疼痛。疼痛可以自发，也可以由轻微的刺激“扳机点”所引起。疼痛如电击、针刺、刀割或撕裂样剧痛，每次发作时间一般持续数秒、数十秒或1~2分钟后又骤然停止。病程可呈周期性发作，每次发作期可持续数周或数月，然后有一段自动的暂时缓解期。常在春季及冬季容易发作。

#### [治疗]

三叉神经痛如属继发者，应针对病因治疗，如为肿瘤应作肿瘤切除。对原发性三叉神经痛可采取以下几种治疗方法：

- (1) 药物治疗：主要有痛痉宁、苯妥英钠、维生素 B<sub>12</sub> 等药物。
- (2) 组织疗法：主要有肠线埋藏、组织浆注射等方法。
- (3) 注射疗法：常用无水酒精或 100% 的纯消毒甘油注射于罹患部位的周围神经干或三叉神经半月节。
- (4) 半月神经节射频控温热凝术。
- (5) 手术治疗：对顽固性的三叉神经痛（原发）经保守治疗无效果，可用手术的方法将罹患部位的三叉神经与支撕脱，亦可经颅内途经将三叉神经根部分切断，以解除疼痛。

#### [家庭护理]

1. 面部易暴露于外部环境中，因而勿让冷风长时间吹面部，在寒冷的冬天更应注意。

2. 经常注意清洁口腔，消除感染源，以防慢性炎症长期刺激三叉神经。

3. 由于三叉神经痛引起的疼痛剧烈，病人常难以忍受，这样长期的刺激常常导致病人精神紧张，因而更应从心理上和精神上体谅病人的痛苦，给予其战胜疾病的信心。

4. 按医嘱定时吃药、复诊。

5. 增强营养的全面摄取，不应偏食。

6. 适当的运动有助于提高机体的自我调节能力，早期治愈疾病。

7. 在疾病的缓解间歇期，应积极的按摩，推拿头面部的一些穴位（如颊车、迎春、四白等），以最大限度的让三叉神经机能有一个自我调节的机会。

## 贝尔麻痹

贝尔麻痹系指临床上不能肯定病因的不伴有其他体征或症状的单纯性周围面神经麻痹。

目前其确切病因尚不明了。中医认为本病是由于人体血气不足、面部、耳部遭受风寒侵袭，使局部经络瘀滞，筋脉失养所致。

### [临床症状]

起病急骤，且少有自觉症状，不少病员常在临睡时毫无异常，但晨起时，忽觉不能喝水与含漱；或者自己无感觉而

为他人首先发现。面瘫的典型症状有：患侧口角下垂，健侧歪斜，上下唇不能紧密闭合，饮水时漏水，不能鼓腮、吃气等。

### [治疗]

贝尔面瘫的治疗可分急性期、恢复期、后遗症期三个阶段。(1) 急性期：起病 1~2 周内可视为急性期。常用药物有地塞米松、阿司匹林、维生素 B<sub>1</sub> 等。亦可适当的做理疗，但不宜给予强的刺激。(2) 恢复期：第 2 周末至 2 年为恢复期。常用药物有维生素 B<sub>1</sub>，维 B<sub>12</sub>，烟酸，地巴唑等。(3) 后遗症期：2 年后面瘫仍不能恢复者。

### [家庭护理]

1. 发现疾病需立即就诊，以防错过最佳治疗期。
2. 按医嘱定期服药，尚可给予热敷以促进局部血液循环。
3. 注意保护眼睛，以防引起暴露性结膜炎，因而要用眼罩掩盖患侧眼睛，不宜吹风和持续用眼，减少户外活动。
4. 由于疗程较长，因而更应注意坚持治疗。
5. 平时应注意不让冷风吹拂面部。
6. 由于面肌瘫痪，更易使口内食物残渣积存，因而注意饭后清洁口腔更为重要。
7. 保持乐观向上的生活态度对战胜疾病是有益的。

## 口腔病的预防护理措施

口腔病，特别是龋齿和牙龈炎是多发病和常见病，这些

病初起时无症状，起病平缓，易被忽视，病变较重后才就医，往往长时间给病人带来痛苦，影响咀嚼和消化。口腔病的预防措施可有效的防止这些疾病的发生，这些预防措施包括以下几个方面：

### 1. 保持口腔卫生：

(1) 早晚刷牙，饭后漱口，刷牙，漱口是保持口腔卫生的重要方法。可以清除牙面上的食物残渣、细菌等致病因素，并防止牙结石的累积同时起到按摩牙龈，促进牙龈血液循环，提高组织抗病能力的作用。学龄前儿童应养成漱口刷牙的好习惯。

(2) 正确的刷牙方法是上下竖刷法，上牙顺着牙缝从上往下刷，下牙顺着牙缝从下向上刷，牙的咬合面上来回刷，舌腭面也应刷到。

(3) 牙刷以小头、毛束稀疏、牙刷柄扁而直者为好，便于口内活动，易于清洁。

牙刷用后应洗净，毛朝上放于漱口杯内晾干。牙膏仅起辅助作用，可随个人喜好选用。

(4) 刷牙方法不良（横刷法）造成的后果：引起龈萎缩，主要是唇侧。牙颈部的楔状缺损。牙本质过敏。所以，横刷法一定要革除。

(5) 牙间隙的清洁：牙齿齿间常嵌塞食物，易引起牙龈炎及邻面龋。一般情况下最好使用牙线，亦可使用牙签轻轻剔除，或用牙刷刷出即可。

### 2. 定期口腔检查：

口腔疾病早期无明显自觉症状，待有症状时，病变常已

比较严重。定期口腔检查可以早发现、早预防、早治疗。如牙结石是附着在牙面上的坚硬污物，应予清除。青少年中应注意防龋及第三磨牙（智齿）萌出时龈瓣的处理，对阻生牙的处理可防止第二磨牙患龋。中年人除龋齿外，应注意有无不良修复体及粘膜病变，尤其白斑及经久不愈的溃疡，可能发生癌变更应注意防治。

### 3. 其他预防措施：

(1) 纠正不良习惯，如口呼吸、吮唇、吐舌、咬手指、咬铅笔等习惯可引起牙齿排列不整齐、呼吸道感染及牙、颌、面的畸形。

(2) 牙龈按摩，可在晨起、睡前及刷牙后，将洗净的手指压于牙龈表面，上下前后按压，全口分区进行，每次 2~3 分钟即可。牙龈按摩能改善局部血液循环和物质代谢，使牙龈上皮坚韧，提高牙周组织对外界损伤的抵抗能力。

# 骨科病

## 颈椎病

颈部脊柱是由 7 个颈椎和相应椎间盘共同借助于周围韧带互相连接组成。随着年龄增加和椎间盘长期遭到磨损，致使间盘变性失去耐压的固有弹性。变性的椎间盘可向椎体后方突出，同时在其上、下可长出新的骨质，这种新生骨就是俗称的“骨刺”。当突出的椎间盘或增生的骨刺压迫到颈神经根或颈脊髓时，引起相应的症状，称之为颈椎病。

颈椎病可分为多种类型，其中神经根型和脊髓型颈椎病多见。

### 神经根型颈椎病

此型最常见，约占全部颈椎病的 60%~70%。

#### [临床症状]

1. 发病后出现颈、肩、背和上肢串痛，并可发展到手指。
2. 每当头部转向一侧以及用力压挤头部时，疼痛多会明显加重。

3. 少数病人可伴有患手无力和麻木，并可有轻度肌肉萎缩或出现痛觉减退。

4. X 线片显示：颈椎生理前凸消失，曲线变直，椎间隙变窄及椎体后缘骨质增生等。

### [治疗]

1. 颈下颌带牵引：取一块 1 米长、0.5 米宽的布，从中间破开，剪成两条。长度以能绕过头部为限，前侧的带兜住下颌，后带托在枕部，将两侧末端拉拢，用绳结在一起，然后穿过滑轮或其他代用物，末端系重物牵引，其重量以 5~7.5 千克为宜。每日牵引 1~2 次，每次 30 分钟。也可在医院进行牵引治疗。

2. 药物：常用的消炎镇痛药为芬必得，饭后服用 2 片，每天 2 次。亦可服用扶他林、消炎痛或布洛芬等片剂，都有较好镇痛效果。同时服用维生素 B<sub>1</sub> 和血管扩张药地巴唑。

目前市面常售的中成药有颈复康和颈痛灵，都可配合服用。

### [预防与保健]

1. 防止颈部长时间处于不良姿势，引起持续颈肌收缩和韧带牵拉，如长时间俯卧仰头看电视等都是不可取的。

2. 因工作需要，必须在强迫体位下工作，应有意识地加强自我保护，如间断性、短时间的改变体位或自我进行短时间颈肌按摩。

### 脊髓型颈椎病

此型较少见，约占全部颈椎病的 10%。

### [临床症状]

1. 一侧或双侧下肢表现出肌肉无力和走路不稳，病情严重时，需扶拐甚至失去站立能力，完全卧床。

2. 累及上肢时，双手屈伸不灵活，手握力减退，重者不能握物、持筷及端碗，需别人喂饭，失去生活自理能力。

3. 胸、腹部可出现束带感（紧如绳捆）。

4. 查体可发现：躯干有痛觉减退，四肢肌张力高，腱反射亢进，病理反射阳性。

5. 采用脊髓造影、CT 或 MRI 检查，可确定诊断。

#### [治疗]

一旦确定诊断，应早期采用手术治疗，以防脊髓长期受压引起脊髓萎缩变性。

#### [预防与保健]

多数病人发病早期多从双下肢无力开始，对上述症状应引起重视，并应及时到专科医院检查确定诊断。未确诊前严防颈部做过度屈、伸活动，避免引起突发性四肢瘫痪。

## 腰椎间盘突出症

腰部脊柱有 5 个腰椎。除相邻二椎间有一个椎间盘外，第 5 腰椎和第一骶椎也有一个椎间盘。由于腰部活动量大，易导致间盘变性破裂而发生突出。多数腰椎间盘突出发生在 4~5 腰椎及腰 5~骶 1 间。由于突出的椎间盘压迫了腰骶神经根，故可引起病人严重的腰腿痛。

#### [临床症状]

1. 多伴有腰部轻重不同的外伤史。

2. 腰痛伴有下肢串痛（放射痛），咳嗽、打喷嚏或大用力时会引起腿痛加重。

3. 病人仰卧，将患侧下肢伸直抬高，在 70°以下时，病人感到下肢串痛，表明直腿抬高试验阳性。如在此位置，继续

将踝关节强力背伸，可使痛明显加重。

4. 查体可发现有些病例小腿肌肉萎缩，伸拇、伸趾肌力低下，跟腱反射减低或消失，以及小腿或足背外侧痛觉减低等。

5. X线片示腰椎侧弯，平直，椎间隙变窄和椎体后缘骨质唇样增生等。上述改变只能供诊断参考，而不是主要依据。

6. 采用脊髓造影、CT及MRI检查，可确定诊断和定位。

#### [治疗]

1. 非手术治疗：多数病人经卧床休息3周后，症状可缓解。有条件者可采用腰椎牵引配合治疗。服用消炎镇痛剂，如消炎痛、芬必得等可缓解症状。

2. 手术治疗：经非手术治疗超过3个月症状仍不缓解者，反复发作者以及发病急、症状重者都应考虑采用手术切除突出的髓核。

#### [预防与保健]

1. 平日加强腰背肌锻炼。具体作法是采用腹卧位，有节奏的将头颈和双下肢背伸，使腰背肌得到加强。

2. 抬重物时，防止腰部突然用力过猛。

## 腰椎椎管狭窄症

椎管是位于椎体和椎弓间的空心通道。腰椎椎管内有脊髓圆锥及马尾神经。腰椎椎管狭窄时，因马尾神经受压可产生相应的临床症状。其病因可分为先天性和后天性两大类。老年腰椎退行性变引起腰椎管狭窄是常见的类型，特介绍如下。

### [临床症状]

1. 多发生在 50 岁左右的中老年人。发病慢，病程长。主要表现为腰腿痛和患肢麻木。

2. 间歇性跛行是本病突出的特点，即站立几分钟或步行数十米，疼痛和麻木均加重，蹲下或休息片刻则症状缓解或消失。

3. 弯腰走路或骑自行车多不出现症状。

4. 本病另一特点是查体所见阳性体征少。

5. 通过 X 线片、脊髓造影、CT 等检查能进一步确定诊断。

### [治疗]

1. 早期轻型病例，多可采用非手术治疗，包括卧床休息、牵引、理疗等，多能暂时缓解症状，但疗效不持久。

2. 手术疗法：手术解除压迫，将椎管扩大是合理并行之有效的措施。

### [预防与保健]

在症状缓解期，防止腰部过累活动，平日加强腰背肌锻炼和睡硬板床，都有助于防止急性发作。

## 肩周炎

肩周炎是 50 岁后的常见病，故亦称之为“五十肩”。其病因是老年人关节囊及关节周围软组织退化变性。发病后，关节周围发生粘连，使关节僵硬，各方面活动受限，似冻结在一起，故又称为“冻结肩”。

### [临床症状]

1. 本病多发生在 50 岁左右的中老年人。
2. 起病慢，常有数月或 1~2 年病史。
3. 病初肩部疼痛，肩关节活动受限并逐渐加重。
4. 肩部活动受限，不能摸背、梳头，严重者肩关节完全僵直。
5. 肩部肌肉萎缩，肩周围有广泛压痛。
6. X 线片可发现肩关节骨质疏松，但无骨质破坏。

### [治疗]

1. 坚持肩关节功能锻炼是治疗主要措施。锻炼应坚持不懈，持之以恒。
2. 可配合理疗和压痛点局部封闭治疗。
3. 为缓解症状可内服消炎镇痛剂，如芬必得、布洛芬等。

### [预防与保健]

1. 轻度外伤后，较长时间肩关节不活动常为诱发本病的原因。故肩关节软组织外伤后，仍应坚持做适当活动。
2. 寒冷、潮湿、过累都是诱发因素，应尽力防止。

## 肱骨外上髁炎

本病又称网球肘，是因网球运动员易发病而得名。实际上，凡在运动或劳动中，导致肘部伸肌过度劳损都可致病。

### [临床症状]

1. 多见于网球、羽毛球运动员和砖瓦工、木工等。
2. 肘关节外侧痛，可向前臂放射，握拳拧毛巾时痛加重。

3. 肘关节活动正常，肱骨外上髁处有限局性压痛。

4. X 线片示肘关节正常。

#### [治疗]

1. 急性期应减轻患肢工作量。采用局部封闭疗法效果良好。局部热敷、理疗、按摩等都有一定疗效。

2. 对少数非手术疗法无效者，可考虑手术，将伸肌腱作部分剥离。

## 狭窄性腱鞘炎

狭窄性腱鞘炎是常见病。多发于从事手工劳动者，如打字员、抄写员等。家庭主妇洗衣、做饭等工作也易引发此病。因肌腱在腱鞘内过度摩擦，使腱鞘纤维化、增生肥厚，引起腱鞘狭窄。

#### [临床症状]

1. 多发生在从事手工劳动者或家庭主妇。

2. 发病慢，病程长。早期感到手指屈伸不灵活、伴疼痛。在手掌面掌指关节处有压痛点。

3. 进一步发展，由于手指屈伸运动受限，用力伸指时可发生弹响和弹跳动作，故又将其称为弹响指，此时易做出明确诊断。

#### [治疗]

1. 早期用强的松龙加普鲁卡因作腱鞘内封阈，效果良好，多可治愈。

2. 对腱鞘已形成严重肥厚狭窄的病人，需行腱鞘切开松

解术。

#### [预防与保健]

本病是由慢性积累性损伤引起，故早期肌腱充血、肿胀期，应及时减轻劳动量，并配合局部热敷等，可防止病情加重。

## 肋软骨炎

此病多见于中年人。其特点是因肋软骨增生引起的局部肿胀和压痛。对其病因多认为与病毒感染或局部急慢性损伤有关。

#### [临床症状]

1. 胸骨两侧或一侧隆起，疑患了肿瘤而来就诊，病人多表现为精神紧张，疑虑重重。
2. 自觉咳嗽或深呼吸时疼痛加重或更明显。局部有轻度压痛，挤压胸廓时疼痛亦加重。
3. 发病部位多以第2~第4胸肋关节的软骨处多见。病程长短不一，一般多在发病3~4周后疼痛自行消失，也可迁延达数月。
4. X线片检查骨质正常。

#### [治疗]

1. 疼痛明显者可采用局部封闭或服用消炎镇痛剂，如芬必得或布洛芬等。
2. 多数病人经解释消除疑虑后，多不需任何特殊治疗。

# 传染病

## 肺结核病

肺结核是由结核菌引起的慢性传染性疾病，它可侵犯各个脏器，但以肺部侵犯最为常见。病理改变为渗出、增殖、形成肉芽肿、干酪坏死、形成空洞。临床症状主要为低热、盗汗、乏力、食欲不振等全身症状，以及咳嗽、咯痰、咯血、胸痛等呼吸系统症状。

肺结核病临床常见，尤其是免疫低下病人更易受累。

肺结核分为 5 个类型，即原发综合症，血行播散型肺结核（包括急性粟粒型肺结核和亚急性或慢性血行播散型肺结核），浸润型肺结核，慢性纤维空洞型和结核性胸膜炎。

### [临床症状]

1. 症状：可有结核病接触史。起病缓慢，常有低热、盗汗、乏力、食欲不振、消瘦等全身症状。呼吸系统症状有咳嗽、咯痰、痰中带血、咯血、胸痛、呼吸困难。低热常于午后出现。咯血可多次少量咯血，也可大量咯血。有些病人可急性发病，加急性粟粒型肺结核、浸润型肺结核中的干酪性肺炎及急性结核渗出性胸膜炎，均起病较急，伴随发冷、发热。急性粟粒型肺结核可合并有结核性脑膜炎及腹膜炎，可有头痛等神经系统症状及腹痛、腹胀等消化道症状。急性结

核性胸膜炎可以胸痛为首发症状、主要症状，胸痛与呼吸有联系。

2. 体征：依病变的性质、范围等不同，体征不一，病变范围不大者可无阳性体征；病变范围较大而又浅表者可有叩诊浊音，语颤增强，可有湿性啰音；肺部有较明显纤维化或侵及胸膜导致胸膜增厚者，可见病侧胸廓下陷，可有气管、纵隔向病侧移位。渗出性胸膜炎有大量胸腔积液者，病变部位胸廓饱满，叩诊浊音，语颤及呼吸音降低，气管、纵隔移向健侧。

### 3. 化验：

(1) 白细胞计数多无升高，血沉增速。

(2) 结核菌素试验：可用旧结核菌素（OT）或纯化蛋白衍生物（PPD）作皮试，强阳性者对诊断有帮助。

(3) 痰结核菌：可采用涂片集菌方法，抗酸染色检出结核菌，对诊断有重要意义；也可做结核菌培养，需时间数周。也可做动物接种。还可用多聚酶链反应（PCR）以检出痰中结核菌。

(4) 特异性抗体：可用酶联吸附试验等查血中抗 PPO—IgG 抗体，如阳性对诊断有参考价值。

(5) 胸水腺苷脱氨酶（ADA）检出：结核性胸膜炎的胸水需与癌性胸水鉴别，可查胸水中的 ADA，如增高，对诊断结核性有价值。其他还有溶菌酶等的测定。

4. 影像学检查：胸部 X 线检查是诊断肺结核的常用方法。可判断病变部位、范围，病变的性质，有无空洞形成等。可根据胸部 X 线片判断肺结核的类型。

(1) 原发综合症：肺部渗出病变，沿淋巴管达相应的肺门或纵隔淋巴结，导致淋巴结炎，淋巴结肿大，称为原发综合症。

(2) 血行播散型肺结核，分为两型。

1) 急性粟粒型肺结核，X线表现为两肺散在粟粒大小的阴影，分布均匀，大小一致，随病程进展，粟粒阴影可相互融合。这是由于结核菌一次、大量进入血液而到达肺脏引起的，临床发病较急，结核中毒症状较重，可合并脑膜炎，腹膜炎等。

2) 慢性或亚急性血行播散型肺结核，胸部X线表现为大小不一，新旧不同的病变，分布不均匀，多在两肺上方。临床症状轻重不一。

(3) 浸润型肺结核，居肺结核中的多数。X线片常呈絮状或片状浸润阴影，边缘模糊，多在肺的上方，可单侧或双侧病变。可出现空洞，出现播散病变。也可表现为大片干酪性病变，其中有空洞，称为干酪性肺炎。也可形成球形致密病变，称为结核瘤或结核球，其内也可出现空洞或钙化。

(4) 慢性纤维空洞型肺结核。多在两肺上方，亦可为单侧。多量的纤维组织增生，其中有空洞形成，肺组织收缩，使肺门上提，肺血管形成垂柳样改变。可伴胸膜肥厚，胸廓下陷。未受侵的肺呈代偿性肺气肿，可伴有右心肥大的改变。

(5) 结核性胸膜炎，受侵胸腔可见位于下方的致密阴影，密度均匀，上缘呈外高内低的弧形，肋间隙增宽，气管及纵隔向健侧移位。

[治疗]

1. 加强营养，注意休息，对症用药治疗。

2. 化疗：分为长程治疗和短程治疗，前者疗程为 18~24 个月，后者为 6~9 个月，现多行 6 个月短程治疗。

3. 短程化疗：化疗方案有多种，例如：① 2HRE/4HR；② 2SHRZ/4HR；③ 2EHRZ/4HR；④ 2HRZ/4H<sub>3</sub>R<sub>3</sub>；⑤ 2HRZ/4H<sub>2</sub>R<sub>3</sub>。

其中：H 代表异烟肼；R 代表利福平；Z 代表吡嗪酰胺；S 代表链霉素；E 代表乙胺丁醇。

以“2HRZ/4H<sub>3</sub>R<sub>3</sub>”为例说明如下：

“2”表示治疗的前两个月，H、R、Z 分别代表 3 种药物，如前述。“4”代表后 4 个月，“3”表示每周用药 3 次，即初治 2 个月，每日口服异烟肼、利福平及吡嗪酰胺，后 4 个月，每周服用异烟肼 3 天，服用利福平 3 天，总疗程为 6 个月。

4. 药物剂量：链霉素 1 克/日，异烟肼 0.3 克/日，利福平 0.45 克/日，吡嗪酰胺 1.5 克/日，乙胺丁醇 0.75 克/日。以上为成人剂量，用药过程中要注意这些药有毒副作用，例如肝功能异常，视力障碍，听神经受损等。

[预防与保健]

1. 卫生宣教，养成良好卫生习惯，不要随地吐痰。
2. 定期健康检查，早期发现病人，做好消毒隔离，早期治疗，消灭传染源。
3. 接种卡介苗。

## 流行性腮腺炎

流行性腮腺炎俗称“痄腮”。是由腮腺炎病毒引起的呼吸

道传染病。为飞沫传染，以腮腺肿胀为主要特征。病毒侵入血液主要侵犯腮腺、颌下腺、舌下腺等唾液腺，其次是性腺、胰腺、甲状腺及泪腺，脑及脑膜亦可受累。四季均可发病，多见于冬春。5~9岁多见，集体儿童可有小流行。潜伏期2~3周。

### [临床症状]

1. 有流行性腮腺炎接触史。

2. 多数以腮腺肿大开始发病。先单侧肿大，1~4天对侧也肿大，仅单侧肿大者少，肿胀以耳垂为中心可摸到肿块，边缘不清楚，有轻度压痛，有弹性感，不硬，外观无红肿。

3. 部分患儿先有发热，食欲不振，乏力，咀嚼、开口进食、吞咽及吃酸性食物时均诉“耳朵”疼，之后数小时至2日内腮腺肿大，可于口腔内颊粘膜近第二臼齿处的腮腺管开口部位见到红肿的小突起，似小乳头状，颌下腺及舌下腺亦可肿大、较硬、压痛不明显、不活动，要与颌下淋巴结肿大相区别，其开口处为一个，位于舌下呈“√”形、红肿，其上有数个小乳头状突起。

4. 全部消肿约需8~10天，全身症状随之消退，个别患儿腮腺及颌下腺留有肿块，经久不消。

5. 并发症，比较常见的有三种：

(1) 胰腺炎：病程中热度又升高，伴有恶心、呕吐、腹胀。持续性上腹部疼，检查有肌紧张及压痛。查血、尿淀粉酶明显增高。

(2) 脑炎：表现为高热、头痛、嗜睡、呕吐、有脑膜刺激症，多发生在腮腺肿胀期间，亦可在腮腺肿大之前6天内。

如在腮腺肿大之前，易与其他病毒性脑炎混淆，常待腮腺肿大后才能确诊。脑脊液检查，合并脑炎者，做腰穿压力稍增高，细胞数稍增高，以淋巴细胞占多数，蛋白正常或稍增高，糖正常。预后良好，不留后遗症，10天左右恢复。

(3) 睾丸炎：多发生于12岁以上男孩及青春期的病人，腮腺肿胀减退时又出现体温升高、单侧或双侧睾丸肿胀、疼痛。一般能恢复，少数累及双侧者可发生睾丸萎缩。

其他还有卵巢炎、心肌炎、甲状腺炎、肾炎、血小板减少性紫癜等均为少见的并发症。

#### [治疗]

##### 1. 药物治疗：

(1) 吗啉胍，对腮腺炎病毒有效。年长儿每日3次，每次1片（100毫克）。

(2) 腺炎片，每次3~5片，每日3次，年长儿服用可清热解毒消肿。

(3) 抗病毒口服液（板蓝根 石膏 芦根 生地 霍香 连翘等），复方双花（金银花连翘 板蓝根等），“双黄连”、“柴连”等口服液。

(4) 给予解热剂，如阿苯、水溶阿司匹林、泰诺、百服宁等。

##### 2. 并发症的治疗：

(1) 脑炎：给予对症治疗，重症颅压高给予脱水剂，如50%葡萄糖、20%甘露醇等。

(2) 胰腺炎：需禁食、输液，注意水分和电解质的平衡，待症状好转后开始进流食、半流食。

(3) 睾丸炎：高热疼痛重时可口服泼尼松，1 毫克/千克体重，可减轻症状。

#### [预防与保健]

1. 患腮腺炎者要注意口腔卫生，进半流食和流食，少吃酸性食物。患儿用具需煮沸消毒或日光曝晒。

2. 患儿要好好休息，尽量卧床，隔离至腮腺完全消肿才无传染性。

3. 腮腺炎接触者需检疫 21 天。一般一生只得一次，极少数儿童得一次以上，可口服板蓝根冲剂或吗啉胍。

4. 合并睾丸炎者可用丁字带将阴囊托起，以减轻肿胀下坠疼痛。不要有顾虑，本症预后好，不会影响生育。

## 病毒性肝炎

病毒性肝炎（以下简称肝炎）是专指由各种肝炎病毒引起的以肝脏损害为主要表现的全身性传染病。

目前已知的肝炎病毒有甲型肝炎病毒（HAV）、乙型肝炎病毒（HBV）、丙型肝炎病毒（HCV）、丁型肝炎病毒（HDV）、戊型肝炎病毒（HEV）、庚型肝炎病毒（HGV）。各型都可引起急性黄疸型与急性无黄疸型肝炎。乙、丙、丁、庚型还可导致慢性肝炎，而甲、戊型肝炎基本不转慢性。

#### [临床症状]

各种病毒性肝炎临床症状基本相同，而同一种病毒性肝炎又能有不同的临床类型。所以肝炎的诊断应包括病原学诊断与临床诊断两部分。

### 1. 病原学诊断:

(1) 甲型肝炎: 血清抗甲肝病毒 IgM 型抗体 (抗 HAIgM) 阳性 (“+”) 表示病人近期或正在患甲型肝炎。如抗 HAIgM 抗阴性 (“-”) 而抗甲肝病毒 IgG 型抗体 (抗 HAIgG) “+”, 则表示既往有 HAV 感染, 但病人目前所患肝炎不是甲型肝炎。

(2) 乙型肝炎: 血中乙肝病毒感染标志物很多, 最常用的为乙肝病毒脱氧核糖核酸 (HBVDNA) 及所谓乙肝两对半, 即乙肝表面抗原 (HBsAg) 及抗体 (抗 HBs)、乙肝 e 抗原 (HBeAg) 及抗体 (抗 HBe)、乙肝核心抗体 (抗 HBc, 它可分为 IgM 与 IgG 型)。如病人未注射过乙肝疫苗, 有上述标志 “+”, 即表示有过 HBV 感染。但是否现正感染特别是急性感染则较复杂。总之, HBsAg、HBeAg 或 HBVDNA “+” 表示现在有感染且有传染性。

(3) 丙型肝炎: 主要根据丙肝病毒核糖核酸 HCVRNA 及抗 HCV 抗体进行诊断, 如仅抗 HCV “+” 而 HCVRNA “-”, 则表示有既往感染。

(4) 丁型肝炎: 丁肝病毒 (HDV) 需有 HBsAg 协助才能感染。如 HBsAg “+” 并有 HDV 标志物 “+”, 可诊断丁肝。它包括丁肝病毒核糖核酸 (HDVRNA)、HDV 抗原 (HBAg)、抗 HDV 抗体 (抗 HD) 及抗 HDIgM, 后者在急性丁肝时 “+”。

(5) 戊型肝炎: 抗戊肝病毒 (HEV) 抗体 “+” 可诊断为戊肝。如能直接查 IgM 型抗戊肝病毒抗体 (抗 HEVIgM), 则更为可靠。

(6) 庚型肝炎：检测技术临床尚未推广。

## 2. 临床诊断：

(1) 急性黄疸型肝炎一般可分 3 期：

1) 黄疸前期：约 1 周，起病较急，常有乏力及明显的消化道症状（恶心、呕吐、食欲不振、厌油腻等），这是急肝的主要症状。有的还有发热、全身痛或急性腹痛，常被误诊为上呼吸道感染、急性胃肠炎等。应结合病人有转氨酶（ALT）明显升高及病毒感染标志物“+”诊断。

2) 黄疸期：消化道症状加重（以后渐好转，发热消退），出现黄疸。尿黄加重，皮肤巩膜黄染。少数有瘙痒、大便变白等表现。ALT 已达高峰，常大于 500 甚至 1000 单位以上。血胆红素升高。

3) 恢复期：症状体征渐消，肝功恢复。

(2) 急性无黄疸型肝炎：临床症状与急性黄疸型肝炎相似，不过常比较轻，没有可见的黄疸，故可能被忽视。诊断除根据消化道症状外，主要靠肝功能及病毒标志物检查。

(3) 慢性肝炎：肝炎病程超过半年临床未治愈者为慢性肝炎。如病期不明确，或体检时发现的肝炎，临床上又不符合急性肝炎症状时也应诊断为慢性肝炎。如肝掌、蜘蛛痣、肝病面容、脾大等慢性肝病体征明显或转氨酶持续或反复明显异常、白蛋白减低、球蛋白明显增高者可诊断为慢性活动性肝炎，不足此标准者为慢性迁延性肝炎。有时很难确诊，常需经肝穿刺检查确定。

(4) 重症肝炎：在肝炎过程中出现黄疸明显加重（血清胆红素常  $>170$  微克分子/升），有不同程度的神经精神症状

(如情感及表情异常、认知力计算力障碍、躁狂或昏迷),可有肝臭味、腹水,甚至有肾功能衰竭、弥漫性血管内凝血(DIC)、脑水肿、脑疝等并发症。急性肝炎发病10日内进展为重症肝炎者为急性重症肝炎。其特点是神经精神症状出现早而明显,肝脏缩小,但腹水出现较晚。如病期10天后才发展为重肝者称亚急性重症肝炎;在原有慢性肝炎基础上恶化为重肝者称慢性重症肝炎,两者临床相似,其特点为腹水与黄疸加重明显,而神经精神症状出现较晚。

### [治疗]

1. 急性肝炎的治疗:一般肝炎的治疗原则为适当休息,合理营养,避免伤肝,药物配合。即急性期绝对卧床,恢复期可动静结合。饮食以适口为佳,蛋白质可稍高些。应戒酒、烟、可能伤肝的药物、感染、生活放纵、情绪不安等。急性肝炎用药以简单为好,如肝太乐辅以丙种及乙族维生素即可。也可用清热解毒中药,如茵陈蒿汤、逍遥散等加减。症状明显者可给予对症(恶心、食欲不振)治疗。黄疸特重或妊娠期的急性肝炎(特别是妊娠晚期或戊型肝炎)应按重肝处理。

2. 慢性肝炎的治疗:可参照急性肝炎的治疗原则,肝功能明显异常时应卧床,如ALT接近正常可动静结合。饮食应高蛋白(但非愈高愈好)及高维生素;但脂肪、糖类及总热量应控制,以防脂肪肝与糖尿病。应严格避免一切伤肝因素,应在医生指导下适当选择以下各类药物。

(1) 有利于减轻肝脏炎症的药物:如甘草甜素制剂强立新,每日静脉滴注(简称静滴)80~120毫升,疗程1~6个月。

(2) 降低转氨酶活性药物：如五味子及垂盆草制剂，联苯双酯为人工合成的此类药物，15 毫克，每日 3 次。此药降 ALT 作用很快，但停药后可反跳，应在 ALT 正常 3 个月后逐渐减量。

(3) 抗肝纤维化药物：可试用冬虫夏草菌丝制剂（心肝宝、金水宝），其他活血化瘀中药（丹参）等。

(4) 促进肝细胞代谢的药物：如齐墩果酸 40 毫克，日 3 次；益肝灵 100 毫克，日 3 次；支链氨基酸等。

(5) 抗病毒及免疫调节治疗：此类药物效果尚不理想，价格昂贵且多有明显的副作用，应在有条件的医院监控下使用。常用药有：① $\alpha$  或  $\beta$  干扰素，3~6 百万单位，每周 3 次肌注，疗程 3~12 个月。②单磷酸阿糖腺苷，28 天一疗程，前 5 日每日肌注 10 毫克/千克，后减为每 5 毫克/千克。③胸腺素（每周 2 次皮下注射），胸腺肽（每日或隔日肌注）10 毫克，疗程 3~6 个月。④猪苓多糖，每日肌注 40 毫克，用 20 天后停 10 天，连用 3 个疗程。与乙肝疫苗（每半月 30 微克）配用可能效果更好。⑤广豆根（肝炎灵）注射液，每日肌注 4 毫升，降酶作用明显，但停药后亦有反跳。

3. 重症肝炎的治疗：应在有条件医院尽早采用综合治疗抢救。一切围绕清除有害因素、减轻肝细胞消耗及坏死，补充活性物质，调整代谢紊乱及促进肝细胞新生来进行。应着重从以下几个方面进行治疗：

(1) 避免消耗，提高抵抗力，延长存活时间，如绝对卧床、防止躁动、输新鲜血液及白蛋白。

(2) 输新鲜血及凝血因子防止出血；以丹参注射液、川

芎嗪、低分子右旋糖酐防治 DIC 弥温性。

(3) 防治肝性脑病：如输支链氨基酸，限制蛋白质饮食，用乳果糖等保持肠道酸化及大便血管内凝血通畅，也可用精氨酸、谷氨酸。必要时脱水治疗。

(4) 保证入量，防治电解质紊乱及肾功能衰竭。特别要防止低钾及碱中毒。

(5) 防治并发症特别是合并感染。

(6) 其他：可输胎儿肝细胞悬液或肝细胞生长因子。免疫调节可用胸腺肽。患重症肝炎时应慎用或禁用干扰素等抗病毒治疗。

#### [预防与保健]

1. 控制传染源：甲肝、戊肝病人自发病 20 天内应行隔离。其他肝炎急性期应隔离至病毒抗原、DNA 或 RNA 消失。密切接触者应进行医学检疫观察 6 周。从事餐饮、托幼、水厂等工作的病毒携带者应调离工作岗位。

2. 切断传播途径：加强饮食、个人及环境卫生，管好粪便及水源对防止甲肝或戊肝传播有决定性意义。

加强血及血制品管理，保证其安全无毒；严格掌握使用指征。保证注射及其他医用器械的严格消毒；实行 1 人 1 针 1 管制。家庭各成员不仅要牙刷、洗面具分开，牙膏也不应共用。实行分餐或公筷、自筷分用。接触病人或污染物后应以肥皂及流动水彻底洗手。

3. 保护易感人群：我国已正式推广在新生儿及学龄前儿童中行乙肝疫苗注射（10~20 微克，于出生、1 个月、6 个月 3 次肌注），保护率达 95%。甲肝疫苗也在试用。如未曾免疫，

接触 HAV 后可于 2 周内肌注丙种球蛋白 0.05~0.1 毫升/千克。该法对其他肝炎无效。接触 HBV 后应尽早肌注高价乙肝免疫球蛋白 (HBIG), 新生儿 100 国际单位; 成人 500 国际单位, 免疫力可维持 3 周, 常与乙肝疫苗合用。

4. 保健: 一般用高蛋白 (75~100 克/日), 高碳水化合物 (300~400 克/日), 适量脂肪 (小于 100 克) 和高维生素 (尤其是维生素 C 和 B 族维生素) 饮食。如鲜牛奶, 奶制品, 豆腐, 豆制品, 新鲜蔬菜, 水果, 桔橙及西红柿 (含维生素 C 高); 绿色蔬菜, 糙米, 全麦粉, 玉米, 黄豆 (含 B 族维生素多), 禁食油炸食物。对于肝硬化者, 必须减少钠摄入量 (盐 1~3 克), 应食营养高、易消化的软饭, 宜细嚼慢咽。食物外表宜光滑, 食物中不可有糠皮、硬屑、鱼刺。有肝性脑病者应限制蛋白质的摄入, 每日不应超过 50 克。此外应保持大便通畅, 以利于肠内氨的排出。

## 流行性出血热

流行性出血热又称肾综合症出血热, 是由汉坦病毒经鼠传播引起的自然疫源性传染病。本病以发热、出血、肾脏损害三大主症为基本表现。典型病例有五期: 发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期和恢复期。人接触带病毒鼠的排泄物及分泌物污染的食品、衣、物、灰尘后, 病毒可经破损皮肤或粘膜 (包括消化道、呼吸道) 侵入而致病。螨 (草螨、恙螨等) 也可作为鼠、人之间的传媒。

[临床症状]

鼠为主要传染源,故发病前1~2月曾处于鼠患环境者有患病可能。野鼠型(黑线姬鼠为主)主要在农村流行,流行高峰在秋末冬初,有时春夏之交有小流行。家鼠型(褐家鼠为主)主要在城市流行,春夏之交高发。

1. 临床症状:本病潜伏期4~60日,多为2周左右。临床症状复杂,但都有发热、出血、肾损害三大主症,典型病人有五期经过。

(1) 发热期:约3~5日,亦可长至10日。以恶寒、高热起病(少数有1~3日的前驱症状)。1~2日内即达39~40℃。伴全身中毒症状,如消化道、神经系症状等,尤以头痛、腰痛、眼眶痛(三痛)为突出。肾区可有叩击痛。发热2~3日后有微血管损害,出现面部、颈部及上胸部皮肤潮红(三红),如醉酒状;球结膜、咽部有水肿;皮肤粘膜有束条状或搔抓排列的出血点。重者有鼻衄、咯血、便血,可有大出血。发热3~4日后即可有蛋白尿、尿量减少现象。

(2) 低血压休克期:多在病程4~6日开始,持续1~3日,重者达6日。此期体温开始下降,出现低血压。轻者仅略有下降,重者很快休克。

(3) 少尿期:出现于病程5~8日,可持续2~5日,甚至10日以上。可表现尿少(小于400毫升/24小时),或无尿(小于50毫升/24小时)。尿色深褐,甚至血色。尿液静置后有膜状物形成。此期出现高血容量综合症(血压升高、头痛、脉充实有力、烦躁、全身浮肿、重者有腹水、肺水肿、脑水肿、心力衰竭等),肾功能衰竭综合症(尿毒症各种表现:恶心、呕吐、呃逆、腹胀、尿素氮及肌酐急骤升高、代谢性酸

中毒、电解质紊乱等)。

(4) 多尿期：出现于病程 10~15 日，持续 7~14 日。开始尿量大于 25000 毫升/24 小时，以后可达 4~8 升/24 小时。此期开始肾小管功能尚未恢复，氮质血症仍存在甚至加重，以后逐渐好转。此时如出现电解质紊乱或继发感染，可再次发生休克和肾衰。

(5) 恢复期：病期 3~4 周后，尿量逐渐恢复正常，症状消失。此期约 1~3 个月或更长。

临床常见不典型病例，轻型（近年增多）常有越期表现；重者常有多期重叠（病情更凶险），使五期经过不明显。

## 2. 实验室检查：

(1) 血象：白细胞病初可轻度减少，很快上升可达  $15\sim 30\times 10^9$ /升或更高。早期粒细胞增多，4~6 日后淋巴细胞增多，异常淋巴常大于 7%，血小板早期就明显减少。

(2) 尿：早期就有蛋白尿，可有红、白细胞及管型及膜状物。

(3) 血清学检查：可用间接免疫荧光或酶联免疫吸附试验测血中特异性抗体。

(4) 其他：应经常查凝血象以监测有无 DIC，病人可有氮质血症、二氧化碳结合力减低及电解质紊乱。肝脏受累时肝功能有障碍。

本病应与败血症、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、出血性疾病（血液病、消化道出血），其他各种引起急性肾功能不全的疾病等相鉴别，这些疾病虽在某一方面与出血热相似，但它们均无全面的三大主症、五期经过、热退病重的特点，此

外还可根据特殊的实验室检查进行区别。

### [治疗]

本病表现复杂，各期又有不同重点表现，应按其不同表现分别处理。

#### 1. 发热期：

(1) 一般治疗原则：①扩容改善微循环：要保证入量，按每日尿量加 1000~1500 毫升供给，可输平衡盐液。早期充分扩容对减轻后期症状很有用。如渗出症状明显，可早期用 20% 甘露醇 100 毫升，静注。可用丹参注射液或低分子右旋糖酐静滴预防 DIC。②免疫抑制治疗：早期给氢化可的松 200~300 毫克或地塞米松 10~20 毫克静滴，连用 3~5 日，对改善病情有益。③对症治疗：如物理降温、止血药、止吐药、输新鲜血等可依情况选用。

(2) 病原治疗：应尽早用三氮唑核苷（病毒唑），15~20 毫克/千克·日，分 2 次静脉滴注，共 3 日。干扰素，每日肌注 100~400 万单位，共 3 日。

2. 低血压休克期：重点为积极扩容（按血红蛋白每增高 1 克每日输平衡盐液 1 升计算，最多可 3~5 升/日）。可应用血管活性物质、肾上腺皮质激素、强心药配合抢救休克。按情况给抗凝药防治 DIC。

3. 少尿期：主要是防治肾衰竭：限制蛋白饮食，减少蛋白消耗（用胰岛素）；积极利尿，速尿静注每次 20~100 毫克或 200~400 毫克，每日可达 800 毫克；入量按前一日尿量加 400~600 毫升为宜，以维持水、电解质、酸碱平稳。利尿无效时可导泻、透析，甚至放血（休克者禁用）治疗。有出血、

抽搐者对症处理。

4. 多尿期：初始仍应按急性肾衰竭处理，按出量 75% 调整入量。以后按出入平稳原则补充。尽量口服补液，静脉补液多可延长多尿期。注意补钾。

5. 恢复期：注意补充营养，仍应休息，逐渐增加活动。

#### [预防与护理]

1. 主要应灭鼠、灭螨，防止鼠排泄物污染食物、衣物。在疫区劳作时应扎紧领、袖、裤口。防止皮肤破损。裸露处可涂防虫剂。清扫粮仓或其他有鼠环境时应戴口罩。

目前灭活疫苗已问世，可使 90% 人产生特异性抗体。

2. 对病人应加强口腔、皮肤、呼吸道护理，防止继发感染。

## 流行性乙型脑炎

流行性乙型脑炎又称日本乙型脑炎，是乙脑病毒经蚊叮咬传播（福建、台湾蚊亦可传播）的急性传染病。以高热、头痛、抽搐、意识障碍、脑膜刺激症、病理反射为特征。重型有呼吸衰竭。本病死亡率高，可有后遗症。我国除东北北部、青海、新疆、西藏外均有发生。

#### [临床症状]

本病的流行与蚊的活动有关。流行高峰在 7, 8, 9 三个月（南方始于 6 月）。近年因儿童普遍预防接种，故老人、成人患病比例上升。

1. 临床症状：本病潜伏期 4~21 日，多为 10~14 日。有

不同临床类型，典型经过有 4 期。

(1) 初期：起病较急，约 1~3 日体温达 39~40℃，有明显头痛，倦怠或嗜睡。少数有颈项强直及部分呼吸与消化道症状。

(2) 极期：始于第 3~10 日，全身中毒症状加重，出现脑损害表现，主要特点为：

1) 高热，达 39~40℃或更高，持续 7~10 日。高热常诱发或加重抽搐。

2) 脑膜刺激症：颅压升高，剧烈头痛，喷射性呕吐。颈强直，克氏征、布氏征“+”。婴儿有囟门隆起。

3) 脑实质损害：脑水肿与实质炎症导致：

意识障碍：有躁动、谵妄、嗜睡、昏睡与昏迷，可持续 1 周或更久。

呼吸衰竭：呼吸节律不齐，双吸气，呼吸困难、微弱，发绀，常致死亡。

局部或全身抽搐：可间断性亦可反复或持续抽搐。发热、抽搐与呼吸衰竭是乙脑的最严重表现。

其他神经核受损：最重要的是影响吞咽、呼吸、排尿、眼运动等功能。

4) 应激性消化道大出血，近年来较多见。

(3) 恢复期：体温逐渐正常，神志恢复，各功能日趋正常。有的需 1~3 个月才能恢复。个别仍有低热、失语、瘫痪甚至去大脑强直，经半年左右治疗仍可恢复。

(4) 后遗症期：部分重型病人半年后仍有失语、强直性瘫痪、扭转痉挛、精神失常。

乙脑主要按体温及脑损害轻重可分 4 型：

轻型：发热低于 39℃，神志清楚，无抽搐，可有轻度脑膜刺激症。多于 1 周内恢复。

普通型（中型）：发热 39~40℃，有浅昏迷及轻抽搐，脑膜刺激症明显。病程约 7~10 日。

重型：发热高于 40℃，昏迷，反复抽搐。病理反射强“+”。病程 2~4 周，常有恢复期症状。

极重型：体温 1~2 日内达 41℃，很快进入深昏迷。有中枢性呼吸衰竭、脑疝。死亡率高，幸存者亦多有后遗症。

## 2. 实验室检查：

(1) 血象：血细胞  $10\sim 20\times 10^9$ /升或更高，核左移（杆状核中性粒细胞增高）。

(2) 脑脊液：外观透明或微混，压力增高，白细胞多大于  $500\times 10^6$ /升，个别可为  $1000\times 10^6$ /升，病初以多形核白细胞为主，后期以单核细胞为主。糖、氯化物正常，蛋白略升高。

(3) 血清学检查：微量免疫荧光法或二巯基乙醇（ME）耐性试验检测特异性 IgM 抗体，“+”率 90%；血凝抑制试验，“+”率 60%~70%；白细胞粘附抑制试验，“+”率 59.2%~69.4%。

其他病毒所致脑膜炎、脑炎如在乙脑流行期发病，临床上不易鉴别，则需靠特异性血清学或病原学检查鉴别。

## [治疗与护理]

1. 对症治疗及一般处理：应围绕发热、抽搐、呼吸衰竭三大关键症状采取措施减轻脑消耗，维持呼吸循环功能，延

长存活时间，争取安全渡过极期。

(1) 控制高热：应使体温降至 38℃ 左右，可用冰敷（戴冰帽，在颈、腋下、鼠溪等大血管表浅处放冰袋）；酒精擦浴；10℃ 以下冷水灌肠；保持室温凉爽。退热药可用消炎痛栓 0.5 支塞肛，安乃近等。亦可行亚冬眠治疗，用氯丙嗪、异丙嗪各 0.5~1 毫克/千克肌注，4~6 小时 1 次，亦可针刺曲池、合谷等穴位配合降温。

(2) 控制抽搐：用镇静剂，以安定为首选，10~20 毫克（小儿 0.1~0.3 毫克/千克）肌注或静脉滴注；水合氯醛 1~2 克（小儿 40~60 毫克/千克）鼻饲或保留灌肠；鲁米那 0.1~0.2（小儿 5~10 毫克/千克）；亦可行亚冬眠治疗。此外降温吸痰解除气道梗阻，吸氧解除脑水肿等，对缓解抽搐也很重要。

(3) 防治呼吸衰竭，对降低死亡率极重要。

1) 保持呼吸道通畅：应定时翻身、拍背、吸痰，以解除痰阻；分泌物粘稠不易吸出时可用 0.5 毫克/毫升糜蛋白酶液超声雾化吸入。支气管痉挛者以异丙基肾上腺素 1 毫克、庆大霉素 8 万单位、氢化可的松 5 毫克作雾化吸入。

2) 降低颅压防治脑水肿、脑疝：用 20% 甘露醇 1~2 克/千克，于 20~30 分钟内静脉缓注，4~6 小时 1 次，连用 2~4 日。有脑疝者首次剂量 2~4 克/千克。使用中应防止心衰，可加用地塞米松 10~20 毫克/日。

3) 呼吸兴奋剂的应用：山梗菜碱 3~9 毫克，儿童 0.15~0.2 毫克/千克肌注或静脉滴注。亦可用尼可刹米、利他林等。亦可加用 ATP、细胞色素 C、辅酶 A 等以利脑细胞代谢。

近来用东莨菪碱（0.3~0.5 毫克，小儿 0.02~0.03 毫克/千克）或 654-2（20 毫克，小儿 0.5~1 毫克/千克），每 20~30 分钟静注 1 次，常与山梗菜碱交替使用。

4) 气管切开与人工呼吸器的应用使死亡率大为下降。如经吸痰、吸氧、药物治疗后仍呼吸微弱、发绀、呼吸节律不齐者，应尽早作气管切开。情况紧急来不及切开，或已接近恢复期呼吸可望于 2~3 日恢复者可行气管插管。气管插管或切开后，如自主呼吸微弱者应使用人工呼吸器。

(4) 其他：在上述救治的同时应注意保证能量供给；维持水、电解质平衡；防止低钠性脑水肿；保护循环功能，必要时可用强心药、利尿药、升压药；应防治合并感染，防止 DIC 的出现；应警惕应激性胃肠道出血，给粘膜保护剂或抑制胃酸分泌剂。

2. 病原治疗：尚无满意的抗病毒治疗药物。早期使用三氮唑核苷（病毒唑）的疗效尚待证实。

3. 恢复期与后遗症期治疗：应加强营养，防止合并感染，加强功能训练。应针对情况采用理疗、针灸、训练等，使丧失的功能尽可能得到恢复或代偿。

#### [预防与保健]

1. 对仔猪进行免疫和保护，可减少传染源。

灭蚊、防蚊（有些地区包括防蠓）并重，以切断传播途径。

2. 地鼠肾灭活疫苗反应轻、安全、效果好。保护率 70%~90%。

3. 10 岁以下儿童与由无病区进入流行区者应于流行期

前1月完成免疫。每年每7~10日皮下注射，共3次，以后每年加强1次。乙脑疫苗不能与伤寒、副伤寒甲、乙混合疫苗同时注射。有中枢神经疾病或慢性酒精中毒者禁用。

## 病毒性胃肠炎

病毒性胃肠炎是指由多种病毒引起的、以急性胃肠炎为主要表现的疾病。以急性呕吐、腹泻水样便为特征。主要经消化道传播。最常见的致病病毒有轮状病毒（A组多侵犯儿童，因多在秋冬发病，故称秋季腹泻；B组多侵犯成人；此外还有C组）。诺沃克病毒及同类病毒、腺病毒、星状病毒等。病毒性胃肠炎一般为散发，但如病毒污染水源或集体单位食品，则可造成流行。

### [临床症状]

本病潜伏期1~3天。

1. 秋冬发病较多，起病急，腹泻、呕吐是主要症状。呕吐可先于或后于腹泻，亦可无呕吐。腹泻为必有病状，轻重不一，可每日数次、十数次甚至数十次。排水样便，或呈蛋花汤样，或为黄绿色稀便。有酸臭味。腹泻严重时可有脱水、电解质紊乱、酸中毒等表现。

2. 病人可有腹痛，但无里急后重现象。

3. 部分病人有发热（多为低热至中等热，亦可达39℃）、头痛、肌肉痛。有的还有流涕、咳嗽等呼吸道症状。

4. 末梢血中白细胞多数正常；大便镜检可有少量的白细胞。

应与本病相鉴别的疾病主要有：细菌性痢疾，霍乱，食物中毒。确诊常依赖于在大便中找到病毒颗粒、病毒抗原或病毒核酸，亦可由血中检测到病毒的特异性 IgM 抗体。

### 〔治疗〕

本病主要为对症治疗。应保证水与电解质供给。可以口服补液盐口服补液。吐泻严重者可静脉输液，并注意纠正电解质紊乱与酸中毒，特别应防止低钾。此外可给助消化药，以及乳酸菌、双歧杆菌或其他有益肠道的菌制剂，以帮助恢复肠道正常菌群。

病毒唑（三氮唑核苷）10~15 毫克/千克·日，分 2 次肌注或静滴；双嘧达莫（潘生丁）50~100 毫克，日 3 次；小儿 30 毫克/千克·日，日 3 次，用于秋季腹泻可明显缩短病程。

### 〔预防与护理〕

1. 本病主要经饮食传播，所以要管好水源、食品、粪便，搞好个人卫生，做到饭前便后洗手，严把病从口入关。

2. 要提倡母乳喂养，使婴幼儿能从母乳中得到对胃肠有保护性的 IgA 抗体，从而减少发病。目前正在研制口服的轮状病毒减毒活疫苗。

3. 饮食以流食、半流食为主；饮食应清淡，暂忌油腻；进食宜少量多次，以便逐渐恢复肠胃功能。

## 传染性单核细胞增多症

本病是 EB 病毒引起的急性传染病。以发热、咽峡炎、淋巴结肿大、末梢血中单核细胞及异常淋巴细胞增多、血清嗜

异凝集试验阳性为特征。

本病经口鼻密切接触传播，输血亦可传播。人群普遍易感，青少年发病较多，一年四季均有散发，但秋冬季为高发季节。病后有相当持久免疫力。

#### [症状表现]

1. 临床症状：本病潜伏期约 4~15 日，年长者可达 50 日。起病可急可缓，半数有前驱症状。主要表现：

(1) 发热：38~40℃ 或更高，可持续数日、数周甚至数月。发热时可伴畏寒、肌肉酸痛，但全身中毒症状相对较轻。

(2) 咽峡炎：半数病人有咽痛，但普通有咽部充血。扁桃体及悬雍垂充血肿大，部分有溃疡及伪膜形成，且不易剥脱，应与白喉鉴别。咽弓及腭部可有出血点，齿龈亦可肿胀，并有溃疡。

(3) 淋巴结肿大：约 70% 病人淋巴结肿大。以颈部最明显，腋下、腹股沟次之。肿大淋巴结较硬，光滑不粘连，压痛不明显。常需数周至数月才能消退。病人胸部及腹腔亦可有淋巴结肿大，可出现腹部压痛。

(4) 脾、肝肿大：50%~75% 病人脾脏可触及，中等硬度。约 10% 病人有肝大，但肝功异常者达 2/3，部分病人可有黄疸。

(5) 皮疹：10% 以上病人在病期 1~2 周时出现皮疹，为多形性。以躯干及前臂伸侧较多。皮疹可持续 1 周左右。

(6) 其他系统表现：部分有脑膜炎、脑炎、周围神经炎表现。也可有心肌炎、心包炎、肾炎、胃肠道出血。婴幼儿常见支气管炎、肺炎。由于临床症状复杂，可分为腺热型、咽

炎型、肺炎型、胃肠型、关节型、肾炎型以及神经型等。

## 2. 实验室检查：

(1) 血象：早期白细胞正常或稍低，但很快即升高，可达  $10 \times 10^9 \sim 20 \times 10^9$ /升或更高，异型淋巴细胞比例常大于 10%。

## (2) 血清学检查：

1) 嗜异凝集试验：病人血清中出现与羊和马红细胞相凝集的嗜异凝集抗体，病期 1~2 周出现，4~5 周达高峰，可持续 2~5 个月。“+”率达 80%。正常人、血清病、何杰金氏病、结核等病人中也有部分嗜异凝集抗体，可被豚鼠肾完全吸收。

2) 抗 EB 病毒抗体的测定：EB 病毒有多种抗原成分，感染后可使病人产生相应抗体，比较实用的有抗病毒衣壳抗体（抗-VCA），其 IgG 抗体出现早，并维持终生，可作流行病学调查，IgM 出现亦早，特异性与敏感性均好，可作早期诊断，唯操作复杂。

## [治疗]

1. 一般治疗与对症治疗：本病预后多良好，主要为一般及对症治疗。急性期应卧床休息。注意口腔卫生，防止合并感染。如咽部有继发感染，可给青霉素 G，80~160 万单位，每日 4 次肌注，近来有人对咽峡炎型以甲硝唑（灭滴灵）0.6~1.2 克/日或氯林可霉素 0.45~0.9 克/日，分次口服有效。淋巴结肿痛时可局部冷敷。对肝功能异常者应按病毒性肝炎进行护肝治疗。

2. 肾上腺皮质激素的应用：用于全身中毒症状严重、高

热不退、喉头水肿、有严重中枢神经系统症状，心肌炎、心包炎等严重合并症者，可用可的松 100~300 毫克/日或泼尼松 30~60 毫克/日。

3. 抗病毒治疗：无环鸟苷或阿糖腺苷，10~15 毫克/日，静脉滴注，疗效不肯定。滴注阿糖腺苷时应以葡萄糖液溶解，浓度在 0.4 毫克/毫升以下，滴注时间不少于 12 小时。疗程大意为 5~7 日。

#### [预防与保健]

1. 急性期呼吸道隔离至症状消失；
2. 病人口腔分泌物与污染物应严格消毒；
3. 痊愈超过半年才能献血。

## 狂犬病

狂犬病又称恐水病，是狂犬病毒引起的人畜共患的急性传染病。主要由患病或带毒动物咬或抓伤感染。以恐水、流涎、多汗，躁狂、咽与呼吸肌痉挛、进行性麻痹为特征。

#### [临床症状]

有被犬、猫、狼、狐狸及其他带毒或患病动物咬、抓、舔伤史者均有患病可能。

1. 临床症状：本病潜伏期多为 1~2 个月，有报告可短至 2 日，长达 38 年者，全部病程多小于 6 日，多于 10 日者罕见。典型狂犬病可分 3 期：

(1) 前驱期：约 1~4 日。常于劳累或饮酒后发病，有低热、乏力、恶心等一般症状。特征性表现是原受伤部位（多

已愈合)出现痒、麻、刺痛、蚁走感等异样感觉,并沿神经通路传导。有时局部肌肉可有轻微抽动。本期末可有恐惧不安、喉头发紧,对声、光、风等刺激敏感。

(2) 兴奋期或躁狂期:本期约1~3日,以高度兴奋与极度恐惧并存为特点。

1) 精神高度兴奋:病人神志清楚、极易激动、语多赘述,如酒醉状。少数可有谵妄。

2) 神经肌肉系统兴奋:任何轻微刺激,如声、光、水流、气流甚至触摸均可引起抽搐。常因咽肌痉挛导致吞咽困难,呼吸肌痉挛而致呼吸困难。

3) 交感神经兴奋:表现为心悸、血压升高、眼球突出、瞳孔扩大、持续高热、粘汗淋漓。最有特征性的表现是大量流涎。

4) 极端恐惧:极度恐水,饮水、见到水、听到水声、甚至谈到“水”一词皆可诱发抽搐,这是本病特有表现。病人精神恐惧,表情痛苦,有特殊的“濒死感”。

(3) 麻痹期:躁狂、痉挛等各种兴奋期表现相继停止。出现眼、面、咽、四肢、呼吸等肌肉进行性麻痹。继而出现昏迷、呼吸加快、循环衰竭以致死亡。此期仅16~18小时。

除典型狂犬病人外,还有不典型病人:

麻痹型(静型或哑型)狂犬病,国外曾报道占总数20%,我国少见。病人无兴奋期,无恐水与呼吸困难。以高热、头痛、伤口痛起病,很快出现全身肌肉软瘫。内脏肌软瘫可致腹胀、尿潴留、大便失禁等。体检有“叩诊性肌水肿”。此型病程可达10日,最后仍以呼吸循环衰竭而死亡。

还有以大量排精为突发表现的狂犬病人。

## 2. 实验室检查：

(1) 血象：白细胞  $10 \times 10^9 \sim 20 \times 10^9$ /升，中性白细胞达 80%。

(2) 脑脊液：与一般病毒性脑炎改变相同。

## (3) 特殊检查：

1) 免疫荧光抗体法：可检查唾液、鼻咽洗涤液的抗原。

2) 酶联免疫吸附法：测抗原结果与免疫荧光抗体相近，但更简便。

3) 斑点免疫结合法：以灭活病毒为抗原，检测中和抗体，简便易行；若用单克隆抗体亦可测病毒核心抗原。

## 3. 鉴别诊断：

(1) 类狂犬病瘧病：常有近期被犬等咬伤史，精神紧张，有恐惧、兴奋，甚至喉头发紧不能饮水。但该病潜伏期短，无发热、流涎、怕风等症状，白细胞亦正常。

(2) 破伤风：亦为外伤后痉挛，但该病潜伏期短，发作时无伤口异样感，痉挛时张口困难，角弓反张，无恐水、惧风、流涎等表现。

## [治疗与护理]

应置病人于单人房间，避免声、光、风的刺激。保证水、电解质供应。要保证气道通畅，必要时气管切开。高热时可给退热剂。心悸、血压升高可用  $\beta$  受体阻滞剂，如心得安 5~10 毫克，每日 3 次。兴奋期应轮番交替使用各种镇静剂，安定 10~20 毫克，肌注或静脉慢注；苯妥英钠 0.25~0.5 克，静脉缓慢注射；鲁米那 0.1 克，肌注。有脑水肿时用 20% 甘

露醇 250 毫克，快速静滴。

### [预防与保健]

本病病死率接近 100%，故预防十分重要。

1. 管理传染源与切断传播途径：应限养犬、猫，并彻底消灭患病或带毒的犬与猫。对饲养的动物应加强管理、避免伤人。还应进行登记、检疫并注射狂犬疫苗。对野生动物可用带疫苗的食饵诱饲。

对病人要严格隔离与治疗，必要时可适当加以约束，以便治疗并避免伤人。病人用具与分泌物要彻底消毒，工作人员应戴口罩、帽子及橡皮手套，以避免感染。

#### 2. 保护易感人群：

(1) 预防接种：地鼠肾疫苗于 1、7、14 日各肌注 2 毫升，以后每年加强 1 次（2 毫升肌注）。第 3 针注射后 3~4 周抗体应高于 1:20。

(2) 被咬伤后处理：包括伤口清理与疫苗注射两方面，缺一不可。

1) 彻底清创扩创：以 20% 肥皂水或 1% 新洁尔灭（注意：两药不能同时用）彻底洗刷伤口半小时以上，再以 75% 酒精或 2.5% 碘酊擦洗，伤口不包扎。如伤口过深，应在清创后于伤口四周及基底注射抗狂犬病血清 40 单位/千克（先作皮试）或人抗狂犬病免疫球蛋白（HRIG）20 单位/千克。

2) 注射狂犬病疫苗：被咬前未用过疫苗者，可于伤后 0、3、7、14、28 或 30 日各肌注地鼠肾狂犬病疫苗 2 毫升。五针疗法对短潜伏期者效果差，所以有人建议用 0、1、2、3、7、14、30 日各肌注 2 毫升的 7 针法。有人认为将每次肌注的 2

毫升分别以 0.1 毫升多部位皮内注射，可提高免疫效果。

如被咬伤前已作过有效的免疫注射，则于咬后 0, 3 两日各注射 2 毫升即可。使用狂犬病疫苗期间应禁止饮酒，避免过度劳累。

## 霍 乱

霍乱是由霍乱弧菌产生的肠毒素引起的烈性传染病。以剧烈泻吐导致严重脱水、循环衰竭为特点。发病急、进展快、传播迅速，是国际检疫的传染病。引起霍乱的弧菌有  $O_1$  群的霍乱弧菌（古典生物型）与副霍乱弧菌（埃尔—托生物型）；以及非  $O_1$  群的  $O_{139}$  弧菌（孟加拉弧菌）。

### [临床症状]

潜伏期数小时至 7 日，多为 1~3 日。

#### 1. 典型霍乱：

(1) 泻吐期：以轻度或突然严重腹泻起病。一日数次、十数次甚至无法计数。起初为有粪质的黄稀水便，以后转为无粪质、半透明的洗米水样，少数呈淡血水样，无粪臭。除少数腹隐痛外多无腹痛及里急后重。腹泻之后或同时可出现喷射性呕吐，一般无恶心。开始吐胃内容物，以后则呈洗米水样。

(2) 脱水虚脱期：发病数小时至 1~2 日后因严重泻吐而丢失水与电解质。病人烦躁不安、口渴、尿少甚至无尿、眼窝凹陷、皮肤皱缩弹性消失、腹部凹陷呈舟状腹。因低钠引起肌肉痉挛或有低钾综合症。病人血压下降甚至出现休克、肾

功能衰竭，代谢性酸中毒。

(3) 反应期或恢复期：经救治后脱水被纠正，循环有改善，但因毒素被吸收而出现发热，可达  $38\sim 39\text{C}$ ， $1\sim 3$  天可自退。

2. 轻型霍乱：仅有轻度腹泻，与一般肠炎相似。

3. 隐匿感染：感染后无临床症状，但可持续排菌，是最危险的传染源。

4. 干性（中毒型）霍乱：极少见，病人尚无明显泻吐就很快进入中毒性休克，以致死亡。

由于本病轻重悬殊、传染性强，为防止漏诊，对症状较典型的无痛性腹泻，来自疫区五日内有霍乱接触史的不典型腹泻者均应作动力试验（大便滴片在暗视野显微镜下可见到穿梭样运动的亮点为“+”）及制动试验（再加入抗  $O_1$  或/及  $O_{139}$  血清后亮点运动又消失为“-”）。

凡流行区内有典型泻吐、肌肉痉挛、脱水者；或有泻吐症状，大便培养有  $O_1$  或  $O_{139}$  弧菌者可以确诊本病。对其他腹泻病人，动力试验及制动试验“+”者可作疑似诊断，按本病处理，待大便培养有结果后再肯定或否定诊断。

本病临床诊断中应与病毒性肠炎、非  $O_1$  和非  $O_{139}$  弧菌肠炎、产毒大肠杆菌肠炎、菌痢、食物中毒等鉴别。它们的霍乱菌制动试验均为“-”。

#### [治疗]

##### 1. 补液治疗：

(1) 口服补液：迅速尽早补足丧失的水与电解质是救治的关键。补液时应尽量采取口服补液。此法老幼皆宜，副作

用小，成本低廉。呕吐间歇也可口服补液，即使重病人一旦经输液休克得到初步控制后亦应立即改为口服补液。标准口服补液每升含氯化钠 3.5 克、碳酸氢钠 2.5 克、氯化钾 1.5 克、葡萄糖 20 克。补液量可按泻吐量的 1.5 倍断续给予。最初几小时应快点补。

如无标准口服补液盐，亦可用米汤加适量盐糖代替。

(2) 静脉补液：仅用于严重泻吐、血压很低的重病人。可输 541 液（每升含氯化钠 5 克、碳酸氢钠 4 克、氯化钾 1 克），用时每升加 50% 葡萄糖 20 毫升。亦可输（盐碱）2：1 液或（糖盐碱）3：2：1 液。按病情 24 小时输液量：轻型，3～4 升，中型，4～8 升，重型，8～12 升。开始应快速输液（重型可每分钟 40～80 毫升），以后酌减。情况允许后应尽早口服补液。

2. 病原治疗：抗菌药物可缩短病程，减少排菌，但只能作辅助治疗。可用诺氟沙星（氟哌酸）0.2 克，日 3 次，儿童 30～40 毫克/千克·日；复方新诺明 2 片（首次加倍），日 2 次，儿童酌减（O<sub>139</sub> 株对此药耐药）；强力霉素，每日 0.2 克，儿童 6 毫克/千克·日。此外也可选用氯霉素、红霉素、氨苄西林、四环素（对 O<sub>139</sub> 感染效果好）等。

3. 其他治疗：输液时要注意防治心力衰竭、肺水肿，注意纠正酸中毒、低钾（特别是输 2：1 与 3：2：1 液时）、肾功能改变。此外可应用肾上腺皮质激素及血管活性物质，氯丙嗪（1～2 毫克/千克）、黄连素（0.4 克）等可抑制肠毒素所致的肠液分泌，缓解症状。

[预防]

1. 疾病流行时应封锁疫区，防止蔓延。病人应强制隔离至症状消失后 6 天或大便连续 3 次培养“—”。对密切接触者应医学检疫隔离 5 天，大便培养 3 次“—”。带菌者可用抗菌药物治疗。

2. 要做好饮食、个人及环境卫生，做好三管（水、食品、粪便）一灭（蝇），以切断传播途径。病人排泄物与污染物要进行消毒。

3. 在霍乱流行期对有选择的人群进行接种死菌疫苗（相隔 7~10 天皮下接种 2 次），对控制流行有一定作用。由于疫苗仅有抗菌免疫，没有抗毒免疫，接种后如发病也不能减轻病情。

目前正在研制减毒活菌疫苗、佐剂疫苗、纯化毒素 B 亚单位疫苗以及菌体加毒素 B 亚单位疫苗。

## 细菌性痢疾

细菌性痢疾（简称菌痢）是由一组痢疾杆菌引起的肠道传染病，以发热、腹痛、腹泻、先急后重及粘液脓血便为特征，夏秋季多见。是发展中国家发病率很高的传染病。

### [临床症状]

潜伏期数小时~7 日，多为 1~2 日。

#### 1. 急性菌痢：

(1) 普通型（典型）：起病急，发热可达 39℃ 以上。先全身不适、恶心、呕吐，继而腹痛，常为脐周或左下腹阵发性痛；腹泻一日数次至数十次，开始为稀便或水样便，后转为

粘液血便或脓血便，粪质很少；镜检有大量白细胞及部分红细胞。有明显先急后重的症状。腹泻严重时可导致脱水及电解质紊乱（常见于体弱者及老人）。

根据以上表现可作临床诊断，但确诊时须大便培养痢疾杆菌“+”。因为其他细菌，如肠弯曲菌、那尔森菌、侵袭性及出血性大肠杆菌、部分沙门氏菌等，均可引起痢疾样肠炎，临床上很难区分。此外还应与阿米巴痢疾（由溶组织阿米巴引起，全身中毒症状较菌痢轻，腹泻次数较少，大便多为暗红色果酱样，有恶臭，镜检可有阿米巴滋养体，右侧下腹压痛常较左下腹重）、急性出血性坏死性肠炎相鉴别。

(2) 轻型：全身症状轻微，发热不明显，腹痛较轻，腹泻每日数次，为稀便或粘液便，可无脓血，一般无先急后重。临床上与其他原因所致的急性肠炎不易区分，主要靠大便培养出痢疾杆菌确诊。如无培养结果，对腹泻伴有轻度发热，大便镜检每高倍视野白细胞多于15个，又发现红细胞，并能在临床上除外其他细菌及病毒性肠炎者，亦可做临床诊断。

(3) 中毒型：来势凶猛，多见于幼儿。常突然高热、惊厥，很快出现中毒性休克（休克型：精神萎靡、面色灰白、四肢湿冷、血压下降、少尿或无尿）及呼吸衰竭（脑型：脑缺氧、水肿，颅压升高，甚至脑疝，瞳孔大小不等或忽大忽小、呼吸衰竭、昏迷等），而腹泻则不明显，但如用直肠拭子采便镜检，可见到大量白细胞与红细胞。这是与其他中毒性休克或乙型脑炎（昏迷多在病后2~3日才出现）鉴别的重要依据。

2. 迁延性菌痢：菌痢病期14天~60天未治愈者属迁延性。

3. 慢性菌痢：菌痢病程多于2月未愈为慢性菌痢。常因治疗不当、不及时、不彻底所致，亦可能与病人营养不良、抵抗力低下或有肠道合并症有关，或感染耐药菌株之故。有3种类型：

(1) 慢性迁延型：急性菌痢迁延不愈，常出现腹痛、腹泻（或与便秘交替出现）、大便有粘液，偶有脓血。病期较久可致营养不良甚至贫血。应注意与肠结核或结肠癌相鉴别。

(2) 急性发作型：1年内曾有菌痢史，常因进食生冷、受凉或劳累后诱发腹痛、腹泻、脓血便。发热常不明显。

(3) 慢性隐匿型：有菌痢史，无临床症状，但乙状结肠镜检查结肠有菌痢病变或大便培养有痢疾杆菌。

#### [治疗]

1. 一般治疗及对症治疗：急性菌痢者应卧床休息，进流食或少渣半流食，保证水、电解质供给；慢性痢疾者应生活有规律，避免过度劳累，饮食以少渣、易消化，能保证营养为主。腹痛可用颠茄8毫克或654—210毫克，每日3次；必要时可用阿托品0.5毫克皮下注射。高热可用退热剂。还要注意治疗肠道并发症，如肠蛔虫症或其他慢性胃肠疾病。还可采取捏积、气功、针灸等各种调整胃肠功能的措施，亦可采用乳酶生或其他有益细菌制剂，以纠正肠道菌群失调。

2. 病原治疗：抗菌药物可缩短病程，有利于消除病菌。

(1) 喹诺酮类药物：如吡哌酸0.5克，日3次；诺氟沙星（氟哌酸）0.2~0.3克，日3次。此类药可影响骨骼发育，孕妇禁用，儿童（日30~40毫克/千克），婴幼儿慎用。此外老年腹泻者用氟哌酸等强力杀菌药很容易出现肠道霉菌感

染，故用药不要超过 3~5 日。

(2) 复方新诺明 (SMZ-TMP): 2 片 (儿童 30~40 毫克/千克), 日 2 次, 首次可加倍。磺胺过敏或白细胞过低者禁用, 肝肾功能不良者慎用。

(3) 其他对痢疾杆菌有效的药物: 如呋喃唑酮 (痢特灵)、庆大霉素 (孕妇、婴幼儿及肾功能不全者不能注射)、口服氨苄西林等, 可根据情况选用。

抗菌药物: 急性菌痢应使用 1 周左右, 慢性菌痢应用 2 周左右。慢性菌痢者还可在日药量上加强地松 20 毫克、2% 普鲁卡因 2~4 毫升, 共溶于 100~200 毫升水中, 每晚保留灌肠。

3. 中毒性痢疾的抢救原则: 中毒型菌痢除抗菌药物应选用静脉点滴的抗生素外, 最重要的是针对中毒性休克、高热及中毒性脑病进行抢救。

(1) 中毒性休克的救治: 应包括扩充血容量、纠正酸中毒、静脉使用肾上腺皮质激素及其他血管活性药物, 防治弥漫性血管内凝血。

(2) 纠正高热、惊厥: 可用物理降温, 一般退热药, 必要时可给氯丙嗪与异丙嗪各 1~2 毫克/千克肌注, 行亚冬眠疗法。对颅压升高、脑水肿引起的呼吸衰竭除吸氧、使用呼吸兴奋剂外应立即静注 20% 甘露醇 1 克/千克, 必要时 6~8 小时后可重复应用。

#### [预防、护理与保健]

1. 早期发现、早期治疗, 急性病人应隔离至症状消失 1 周或大便培养两次 (隔日) 均为“—”。餐饮、托幼、供水人

员应定期做粪培养，带菌者应调离原工作岗位。

2. 搞好饮食、个人及环境卫生，抓好三管（饮水、食品、粪便）一灭（苍蝇），把好“病从口入”关是预防肠道传染病的最重要环节。

3. 对急性菌痢者应予隔离和休息。饮食以流食、清淡半流食为主，对有脱水或呕吐不能进食者应予补液。

4. 急性病人应在腹泻停止后，继续服用药物 1~2 周，以便彻底治疗，不再使病情反复，或转为慢性菌痢。病人吃生大蒜有利于治愈。

## 伤寒与副伤寒

伤寒与副伤寒是伤寒或副伤寒杆菌引起的肠道传染病。除病原菌不同外，其临床症状近似，防治措施相同。伤寒的主要病变是肠道淋巴组织的增生坏死。临床上以持续发热、特殊的全身中毒症状、蔷薇疹、脾大、白细胞减少为特征。肠出血与肠穿孔为最严重的并发症。近年来轻型病例增多，但耐药菌致病者病情仍较重。

伤寒与副伤寒杆菌有共同的菌体抗原（“O”抗原），但鞭毛抗原（“H”抗原）则不同，由此可鉴别各种伤寒类疾病。

### [诊断]

本病夏秋季多发，个人与环境卫生不良及与伤寒类病人密切接触者发病较多。

#### 1. 临床症状：

(1) 典型伤寒临床症状：伤寒的潜伏期 1~2 周。

1) 初期：伤寒起病较缓，开始为低热，1周内逐渐上升，达 $38\sim 39\text{C}$ 。起病1周后胸腹部有散在（少于10个）充血性蔷薇疹，2~4日后消退。

2) 极期：第2~3周时持续高热，全身出现明显的中毒症状：表情淡漠呈无欲状、听力减退、食欲差、腹胀明显、脉搏相对缓慢。严重者有谵妄、昏迷，也可有脑膜刺激症。多有脾肿大，部分病人肝亦肿大。

3) 缓解期：病期3~4周，体温渐降、症状好转。但肠出血、肠穿孔等严重并发症常在此期出现。

4) 恢复期：多在第5周后症状消失，体温恢复正常。有的病人体温未正常前再次回升（再燃），或体温正常后再次发热（复发）。

(2) 轻型：中毒症状不明显，热度仅在 $38\text{C}$ 左右。多在1~2周内痊愈。

(3) 迁延型：发热持续不退，病程长达5周以上。多见于免疫力低下或有并发症（如血吸虫病）者。

(4) 逍遥型：病情极轻，症状不明显，常不知有病，在出现肠出血、肠穿孔时才就诊。

(5) 暴发型：起病急骤，中毒症状重，高热，常有中毒性脑病（谵妄、昏迷）、中毒性心肌炎、循环衰竭、感染中毒性休克、DIC等。

副伤寒有甲、乙、丙三种。副伤寒甲、乙表现类似轻型伤寒：潜伏期8~10日。热程短，约2~3周，多为弛张热。全身中毒症状轻，但腹痛、腹泻等肠道症状较重。皮疹出现较早、数目较多，皮疹亦较大，颜色较深。副伤寒丙表现复

杂、热型不规则，可有败血症型、胃肠炎型等不同表现。常有其他部位如关节、肺、肝、皮下、脑膜等的化脓病灶。副伤寒病人很少发生肠出血、肠穿孔。

2. 实验室检查：末梢血白细胞减少，嗜酸性粒细胞消失或明显减少。

细菌培养是重要的确诊标准。病期 1~2 周血培养“+”率常可达 80%；骨髓培养“+”率可达 90%，且出现早、消失晚。早期粪培养“+”率低，第 3~4 周可达 80%。

血清学检查（肥达氏反应）简便易行，发病第 2 周即可“+”，至第 4 周可达 90%。一般“O”凝集价 1:  $\geq 80$ ，H 凝集价 1:  $\geq 160$  有诊断意义。如病程中效价逐渐升高更具意义。肥达氏反应可有假阳性或假阴性，故应结合临床判断。副伤寒与伤寒菌体抗原相同，但可从“H”凝集来鉴别。

### [治疗与护理]

1. 一般治疗与护理：病人应卧床休息。注意观察体温、脉搏、血压、腹部情况与大便性状，以便及早发现并发症。发热期应进流食或半流食、保证水及电解质平衡。高热可用冰敷、酒精擦身，禁用强力退热药。便秘时禁用泻药，可用盐水低压灌肠或开塞露塞肛。中毒症状重者在抗菌治疗同时可短期用可的松每日 50~100 毫克/日静脉点滴。缓解期后病人多有食欲亢进，但此时应只给稀饭或软饭，并要限量，以防诱发肠出血、肠穿孔。肠出血时应禁食、用止血药、输新鲜血；肠穿孔时除禁食、胃肠减压、用抗生素外，必要时应手术治疗。

2. 病原治疗：

(1) 喹诺酮类药物：如诺氟沙星 0.4 克，每日 3~4 次；环丙沙星，每 12 小时静点 0.2~0.4 克；氧氟沙星 0.2 克，每日 2~3 次。新一代喹诺酮类药副作用小，耐药菌感染亦有效，但孕妇、幼儿应禁用。

(2) 氯霉素：对非耐药伤寒可做首选。0.5 克，每日 3~4 次；儿童每天 30~40 毫克/千克，分 3~4 次用。体温正常后可减半量使用。本药可致白细胞、血小板减少，甚至诱发再生障碍性贫血，故用药期应经常查血象。本药偶可致精神反应。

(3) 复方新诺明：2 片，日 2 次。疗效与氯霉素相近。本药也可致粒细胞减少，肝肾功能不良及孕妇禁用。

(4) 氨苄西林：每日 4~5 克，儿童每日 40~80 毫克/千克，分 3~4 次肌注或静滴。

(5) 阿莫西林：0.5~1 克，每日 3 次，儿童每日 40~80 毫克/千克，分 3 次服。抗菌药物用至体温正常 2 周后再停药，慢性带菌者应连用 4~6 周。

#### [预防]

1. 尽早发现、隔离及治疗病人与带菌者。体温正常 15 日或 2 次大便培养“—”可解除隔离。应将带菌者调离饮食、水管、托幼等工作岗位。

2. 做好三管（水、食品、粪便）一灭（苍蝇）工作，养成良好卫生习惯，严防病从口入。

3. 伤寒、副伤寒甲、乙三联疫苗皮下注射 2 次（隔 7~10 日），保护率达 70%~85%，保护期 3~4 年。目前已试用 Ty21a 伤寒菌变异株制成的口服活菌苗，效果更好。

## 钩端螺旋体病

钩端螺旋体病是致病钩端螺旋体（简称钩体）引起的传染病，属自然疫源性疾。早期以发热、结膜充血、腓肠肌压痛、全身淋巴结肿大为特征，继而有出血，肝、肾、中枢神经损害；晚期可有眼与神经系统后遗症。我国除西北尚未报道外，其余各地均有发生，长江流域及以南多见。

钩体有很多群、型，我国以波摩那群分布最广。黄疸出血群毒力最强。黑线姬鼠、猪、犬都是钩体病的传染源。钩体自带菌动物尿液排出，污染水、土壤及植物，人接触后钩体即可经皮肤或粘膜进入人体。接触疫水为主要传播方式，也可经消化道或其他接触方式感染。

### [临床症状]

6~10月为流行高峰，南方多为稻田型，北方多为洪水型（暴雨、洪水冲走猪尿造成流行，南方也可有）。疫水接触史者有助于诊断。

#### 1. 临床症状：

潜伏期10日左右（2~28日），本病轻重悬殊，表现极为复杂，按主要表现分为3期5型：

（1）早期或败血症期：（单纯型或感染中毒型、流感型、伤寒型）突起发热，为39℃左右，头痛、全身痛，尤以排肠肌与腰痛明显，肢体酸软甚至不能站立。检查示结膜及咽腭充（出）血，浅表淋已肿大及压痛，腓肠肌明显压痛，肝大有叩触痛，脾亦可肿大。多数于1~3日后转入第2期，也

有经 5~10 日后逐渐自限而不进入第 2 期者。

(2) 中期或器官损害期：病程 2~5 日出现。除发热外，脏器损害病人突出表现可分以下几型：

**黄疸出血型：**肝损害最突出。有明显黄疸、恶心、食欲不振等消化道症状，肝功能明显异常。此外有出血（瘀点、瘀斑、鼻衄、咯血、呕血、便血），尿中有蛋白，红、白细胞及管型。

**肺出血型：**轻者仅痰中带血，肺有少量湿啰音，X 线示散在点片状阴影；重者有大出血，病人面色苍白、心悸、烦躁、气急、血痰增多、大量咯血或口鼻涌血，两肺有大量湿啰音，有广泛片状阴影。有的虽肺内大量出血但未咯出，仅在搬动或人工呼吸时口鼻大量涌血。

**肾功能衰竭型：**尿中有蛋白，红、白细胞及管型，肾功能可异常。多与黄疸出血型共存，单独出现者少见。

**脑膜脑炎型：**有头痛、呕吐、神志改变、抽搐、瘫痪、昏迷等。重者有脑水肿、脑疝致呼吸衰竭。病人颈强直，有病理反射，脑脊液压力升高、蛋白升高、糖正常或稍低、氯化物正常，白细胞少于  $500 \times 10^6$ /升，单核为主，脑脊液培养常钩体“+”。

(3) 后发症期：部分病人热退之后因迟发性变态反应又出现症状，主要有：

1) 后发热：多在退热 3~4 日后又发热 38℃ 左右，1~3 日可自愈。此时血嗜酸细胞增高，可出现胫前结节性红斑，2 周后可消退。

2) 后发性或反应性脑膜炎：在后发热同时或稍后出现，

有脑膜炎的各种表现，但脑脊液培养钩体“—”，末梢血嗜酸细胞可增高。

3) 眼后发症：退热 1 周~1 月后出现虹膜睫状体炎、葡萄膜炎、巩膜炎、球后视神经炎、玻璃体混浊、全眼炎等。

4) 闭塞性脑动脉炎：多见于急性期不典型或隐性感染者。病后 2~6 月出现脑缺血、失语、进行性瘫痪等，脑血管造影示基底动脉炎。多在 1~2 月后可恢复。

## 2. 实验室检查：

(1) 常规检查：白细胞轻度升高或正常。中性粒细胞稍增。血沉加快。尿有蛋白，红、白细胞，甚至管型“+”。

### (2) 特异性检查：

1) 病原分离：发病 1 周内采血、脑脊液、尿液作钩体培养或接种于幼龄豚鼠或仓鼠。

2) 免疫学检查：发病 1 周后采血作显微镜凝集试验、间接血凝、间接炭凝、乳胶凝集、红细胞溶解、补体结合、酶联免疫吸附等试验测特异性抗体。亦可用乳胶凝集、反相血凝、荧光抗体染色等测抗原。

## 3. 鉴别诊断：

(1) 早期 应与流感、伤寒、流行性出血热、其他革兰阴性败血症相鉴别。它们可无疫水接触史、腓肠肌压痛、浅淋巴肿大等。流感数日即可自限。伤寒起病缓、白细胞低、嗜酸细胞减少，肥达反应“+”，血培养伤寒杆菌“+”；流行性出血热无疫水接触史，眼眶痛明显，热退后病情更重。其他败血症可有原发病灶，血培养有各种细菌。

(2) 中期 黄疸出血型应与病毒性肝炎、急性溶血性黄

疸、流行性出血热、急性胆系疾病相鉴别；肺出血型应与肺结核咯血，大叶性肺炎相鉴别；肾功能衰竭型应与急性肾炎、流行性出血热相鉴别；脑膜脑炎型应与病毒性脑炎、脑膜炎、结核性脑膜炎相鉴别。这些病虽分别有黄疸、出血、肾与中枢神经症状，但都没有钩体病症状广泛，也无疫水接触史、腓肠肌压痛。各有其特殊的临床特征与实验室检查。除结核外，浅淋巴结肿大不明显。

(3) 后发症期 应分别与上感、虹膜睫状体炎等眼病、病毒性脑膜炎、脑血管病相鉴别，它们都没有钩体病的早、中期病史。

#### [治疗与护理]

首选青霉素，40万单位，每6~8小时1次肌注（小儿每日5万单位/千克，分4~6次），5~7日或热退3日后可停药。部分病人首次用药1/2~6小时可出现赫氏反应，故有人主张首次仅用3~5万单位，4小时后再用5万单位，以后再增至常量。重症病人可每日600~800万单位，分次静脉滴注。

青霉素过敏者可换用庆大霉素、四环素、氯霉素、头孢菌素等，按常量给药即可。

对症与特殊处理：应尽早卧床休息，密切观察病情变化，以便及时采取对策。要加强护理，防止继发感染。对病人尿液要进行消毒处理。依病情进易消化食物，保证水、电解质平衡。高热时以物理降温为主。烦躁时给镇静剂，如安定10毫克肌注，或异丙嗪25~50毫克肌注。有肝、肾、中枢神经与循环障碍及后发症者，应按有关疾病进行处理。对肺大量出血者首先要用镇静剂使其保持安静，要用大剂量维生素C、

维生素 K<sub>1</sub> 及其他止血药（止血敏、凝血酶原复合物等），必要时输新鲜血。

肾上腺皮质激素应用：①防治赫氏反应（在抗菌药同时或稍前给予）。②肺出血或全身中毒症状明显者。③严重后遗症。每日用量为氢化可的松 100~500 毫克，或地塞米松 10~20 毫克，或强地松龙 30~60 毫克。重症均应静脉滴注。

#### [预防]

1. 控制传染源：要大力灭鼠，加强对猪、犬的管理。
2. 切断传播途径：防止鼠、猪、犬尿液污染水、食物与其他器物。避免接触疫水，有水作业（水田、矿坑、下水道等）时应穿橡皮靴、戴橡皮手套。
3. 保护易感人群：可在流行季节前 1 月注射按当地主要流行菌群制备的多价疫苗，首次注射 1 毫升，7~10 日后注射 2 毫升，以后每年再注射 2 次。未免疫的高危易感者意外暴露后，或可能已感染钩体病者可每日肌注青霉素 80~120 万单位，连用 2~3 日。

## 莱姆病

莱姆病是伯氏包柔螺旋体引起的传染病，属自然疫源性疾病。硬蜱是主要传播媒介，野生动物、家畜、鸟类均可作为传染源。临床症状复杂，早期有流感样表现、慢性游走性环形红斑、移行性关节痛等感染中毒表现；中晚期有心脏、神经精神、关节等多系统损害，部分病人可能致残。

本病早已存在。1975 年，在美国莱姆镇本病流行，后被

命名为莱姆病。1985年，我国自黑龙江省发现本病后，已有东北、西北、华南、华北、中原等19省、自治区报道过本病。不仅林区、草场发病，而且管理良好的人工草坪也发病。

### [症状表现]

凡有被蜱叮咬可能者，均可发病。

1. 临床症状：该病潜伏期2~30日或数月，但多数不超过1周。临床可分3期，可单独或混合出现，也可缺乏某期的表现。

(1) 早期：多在起病7~10日内。

1) 早期流感样中毒症状：发热多为38~39℃，可自微热至40℃以上，头痛、肌肉痛，半数以上有游走性大关节痛。

2) 慢性游走性环形红斑：发生率达83%。以蜱叮咬处为中心，开始出现红斑或丘疹，渐向四周扩散出红色边界环，直径3~60厘米，中心皮肤变浅、发硬，可有水疱或坏死，有触痛、热感。环形红斑亦见于非叮咬部位。单个或多达数十个，四肢、躯干、头、臀部多见。红斑经3~4周或治疗3~18日后消退，消退时有糠麸样脱屑及色素沉着。

(2) 中期：多在病期2~4个月，以神经与循环系统损害为特征。

1) 神经系统损害：主要为浆液性脑膜炎表现，如头痛、呕吐、颈强直，脑脊液呈浆液性改变。半数有颅神经炎，有面瘫、感觉异常、听力、视力及眼球运动障碍。部分有脑实质损害，出现共济失调、舞蹈病等。精神障碍表现有健忘、注意力不集中、精神错乱或痴呆。部分有脊髓炎、脊神经根炎，可致感觉、运动障碍，严重者可瘫痪。

2) 心脏损害：可有心肌炎、心包炎、心功能不全。有不同程度的房室传导阻滞、心动过速。与风湿性心脏病不同的是本病瓣膜很少受累。心脏损害可持续数日至6周，亦可复发。

(3) 晚期：多在患病数月后，以发作性大关节炎为特征。膝关节多见，呈游走性或间歇发作。关节肿、痛，可有滑膜、软骨及骨质破坏与韧带损伤。神经系统损害亦较重。还可有其他多种器官损伤，如角膜炎、结膜炎、虹膜炎甚至全眼炎、肝炎、肾炎、膀胱炎或泌尿系症状（遗尿、夜尿等），睾丸炎，局部皮肤变硬如硬皮病症状。少数有慢性萎缩性皮炎，手（足）、腕（踝）皮肤萎缩、发绀、溃疡以至坏死。

## 2. 实验室检查：

(1) 常规检查：白细胞多为正常，急性期少数核左移。60%有淋巴细胞增多。部分血沉增快。尿有蛋白及红、白细胞。脑脊液呈浆液性改变。

(2) 特殊检查：可用酶联免疫吸附、免疫荧光、间接微量血凝法测血与脑脊液特异性抗体，但与其他螺旋体有交叉反应（假阳性）。近来有人以免疫印迹法于发病1周后查IgG抗体，敏感性达83%，特异性为95%。以PCR检测病原体DNA的方法也在开展。

本病应与各相应系统疾病，如风湿病，其他原因的脑炎、脑膜炎、精神病、类风湿性关节炎等相鉴别。

## [治疗]

病因治疗：多种抗生素，如青霉素、四环素族、红霉素、氯霉素、头孢曲松等均对莱姆病原有效（利福平完全无效），

可依病期及严重程度选用。

早期：仅有皮疹者可选多西环素（强力霉素）0.1克，每日2次；四环素0.5克，每日4次（儿童、乳孕妇用阿莫西林每日20毫克/千克体重，或0.25克，每日3次；或红霉素每日30毫克/千克体重或0.25克，每日3次）；青霉素每日200~300万单位，分2~3次肌注。疗程均为10~21日，有关节、肌肉症状者应适当延长。

中晚期：应静脉给药，青霉素500万单位静脉滴注，每日4次，亦可与四环素配用；头孢曲松每日2克静脉滴注。疗程均为20~30日。

部分病人开始抗菌治疗时会出现赫氏反应，应给输液及肾上腺皮质激素。

此外，应针对各器官损害予以对症用药与支持治疗（可参照有关神经、心脏、皮肤、关节疾病的治疗进行）。心肌炎、关节炎可适当用肾上腺皮质激素。

#### [预防]

本病为自然疫源疾病，传染源不易消灭，且尚无疫苗及药物预防的报道。故预防要靠采取防护措施，在蜱活动旺季进入林区、草地时要穿防护衣、袜，涂防虫剂，不在林区、草地上坐、卧，以避免蜱的叮咬。

## 流行性斑疹伤寒

本病是由人虱传播的普氏立克次体引起的急性传染病。冬季较多。以高热、皮疹、头痛及其他神经症状为特征。病

期约 2~3 周。

### [临床症状]

因环境及个人卫生条件差，发病前 1 月接触染有人虱可能者有发病条件。

1. 临床症状：潜伏期 1~2 周。

(1) 多数发病急（少数有乏力、全身不适等 2~3 日的前驱症状），突然寒战高热，2~3 日内达 39~40℃，10~14 日后开始退热，常于 2~4 日内退至正常。发热时全身酸痛、极度乏力，眼结膜及面部充血，有的还有鼻衄、咳嗽、呕吐、腹泻等症状。

发病第 4~5 日出疹，由肩、背、胸扩展至全身，但面部较少。开始为充血性斑丘疹，以后颜色加深，有出血性疹。皮疹经 1 周左右消退。

(2) 剧烈头痛是本病特征。此外有反应迟钝、听力下降，可出现幻觉、谵妄、躁狂、昏迷、脑膜刺激症等，还可有肌肉痉挛、震颤甚至吞咽与呼吸困难。

(3) 脉搏常随体温升高而加速。重者可有心肌炎，表现为心音低钝、心律不齐或奔马律。血压下降或休克。

(4) 除消化系、呼吸系症状外，还可有肾功能障碍，末梢血管损伤导致末端坏死。多有脾肿大，有的肝肿大、肝功能异常。

近年来典型病例已少见，多为轻型斑疹伤寒。热度在 39℃ 左右，呈弛张热，1 周余即退热，仍有明显头痛，但中毒症状及神经、血管系统症状均不明显。皮疹稀少，为充血性，1~2 日即退，甚至有不出疹者。

另有少数人第一次发病后数年或数十年又出现不规则发热，明显头痛，普氏克立克次体补体结合试验“+”，称复发型斑疹伤寒。

## 2. 实验室检查：

(1) 血象检查：白细胞总数多正常，嗜酸细胞减少或消失，血小板亦可减少。

(2) 血清检查：常用的诊断措施。

1) 外斐反应：变形杆菌与立克次体有交叉凝集反应。患本病时，变形杆菌 OX19 凝集“+”， $1: \geq 160$  时有诊断意义；如滴度随病程上升更有意义。

2) 补体结合试验：以普氏立克次体为抗原，特异性强， $1: \geq 40$  即为“+”。

3) 免疫荧光法检测特异性 IgM 抗体，可作早期诊断。本病应与伤寒、地方性斑疹伤寒、恙虫病相鉴别。

## [治疗与护理]

1. 病人应彻底灭虱，卧床休息，进营养丰富的半流质饮食，保证水分供应。可根据病情给予对症治疗，高热以物理降温为主，也可用小量退热药，头痛剧烈可用镇痛药，中毒症状重者可短期用可的松类药物。

2. 病原治疗：四环素族为首选。四环素 0.5 克，每日 4 次，体温正常后再用 3 日；多西环素（强力霉素）0.2~0.3 克（小儿 40 毫克）顿服，2~4 日后再用一次。氯霉素可抑制造血系统，必要时再用，1.5 克/日（小儿 25 毫克/日），分 3~4 次服用。体温正常后再用 1~2 日。抗菌药如与甲氧苄氨嘧啶（TMP）合用，则效果更好。

### [预防]

1. 一般人应注意个人卫生,勤洗澡更衣,防止人虱滋生。
2. 对病人要彻底灭虱,沐浴更衣,换下的衣物应及时消毒,头发应剃除并焚毁,或以 10%百部煎剂揉搓灭虱。病人灭虱后即无传染性。
3. 进入疫区的人员或普氏立克次体研究人员可注射灭活疫苗,但仅能减轻症状而不能防止其发病。

## 恙虫病

恙虫病又称丛林斑疹伤寒,是由东方立克次体经恙螨幼虫叮咬传播引起的传染病。以发热、皮疹、焦痂、淋巴结肿大为特征。主要在夏秋季发病。我国大部分地区有本病发生,南方更多见。

### [临床症状]

1. 本病为自然疫源性疾病。鼠类是携带病原体的主要传染源,恙螨幼虫叮咬带立克次体的鼠后,吸入病原体,然后经成虫、卵,传至第二代幼虫时即成为可传播本病的传媒。当人被带病原的第二代幼螨叮咬后,经 1~3 周即可发病。所以,在发病前 3 周内有人在野外草丛坐卧史者应想到患本病的可能。

2. 本病临床症状与斑疹伤寒很相似,亦有发热、头痛、皮疹、全身中毒症状、颜面潮红、脾大等表现。发病急,发热 1~2 日内即达 39~40℃,持续 1~3 周。此外本病尚有以下特点:

(1) 皮肤焦痂与溃疡：恙螨幼虫叮咬后，局部出现红色丘疹，随之形成水泡，而后出血、坏死，表面形成黑色痂皮，称为焦痂。呈圆形或卵圆形，周围稍隆起，直径约 1~15 毫米，不痒。焦痂脱落后可形成溃疡，底面为淡红色创面。焦痂对诊断本病极有意义，可见于 36.9%~98% 的病人。由于幼螨多叮咬腹股沟、会阴、外生殖器、肛门周围、腋下等潮湿、气味浓的隐蔽处，而且多数仅有 1 个（少数有 2、3 个），故需仔细寻找，以免漏诊。

(2) 浅淋巴结肿大：病人全身浅淋巴结均可轻度肿大，但焦痂附近更明显，可达鸽卵或核桃大，并有压痛。医生常据此寻找焦痂。

(3) 皮疹：皮疹性状及分布与斑疹伤寒相同，多为充血性，少数为出血性，面部较少。出疹时间的早晚悬殊，多为第 4~6 日，但也有早在发病开始出疹，或迟至病期第 14 日才出疹的。

病初白细胞正常或减少，第 2 周后可有轻度增加，可有核左移。

外斐反应：变形杆菌 OX19 为“—”，变形杆菌 OXk 为“+”，效价 1:  $\geq 160$  有诊断意义。

免疫荧光法测血清中抗体，阳性率较高。

本病应与斑疹伤寒、伤寒、恶性疟、钩端螺旋体病等疾病相鉴别。

#### [治疗]

本病治疗，与斑疹伤寒相同，四环素与氯霉素有特效。每日用量均为 2g（儿童每日 25~40 毫克/千克，）分 4 次服，热

退后减半量再服用 7~10 日。少数病人治疗后可有复发，复发时再治同样有效。

### [预防]

大力开展灭鼠活动，以消灭传染源。此外可用杀虫剂消灭草丛中的恙螨。春夏流行季节应避免在草地坐、卧及晾晒衣被。野外作业时应紧束裤脚口，袖口、领口可撒 2%~5% 敌百虫粉，皮肤可涂 5% 邻苯二甲酸二甲酯（避蚊剂），工作归来时应沐浴更衣。

灭活疫苗效果差，活疫苗正在研制中。

## 疟疾

疟疾是各种疟原虫经蚊传播引起的传染病。以周期性寒战、高热、大汗后退热、脾肿大为特征。广泛流行于热带、亚热带与温带。

疟原虫在蚊体行有性繁殖，在人体行无性繁殖。雌蚊吸血时疟原虫雌、雄配子体进入蚊体、结合成合子，经动合子、囊合子发育成孢子囊，囊中有成千上万个孢子。蚊叮人时孢子侵入人体并很快进入肝细胞发育成裂殖体（红细胞外期）。裂殖体内有很多裂殖子由肝细胞破出后部分进入红细胞繁殖（红细胞内期），经小滋养体（环状体）、大滋养体又形成裂殖体、裂殖子。裂殖子胀破红细胞后又进入新的红细胞，红细胞破裂后裂殖子与疟原虫代谢物进入血流，引起异性蛋白反应使人产生疟疾症状。进入肝内的孢子有的发育很慢，经数月或更久才形成裂殖体，导致疟疾以后复发。疟原虫经

数代红细胞内期后，部分裂殖子发育为雌、雄配子体，如果被吸入蚊体又进行有性繁殖。

不同疟原虫红细胞内期发育所用时间不同，间日疟与卵形疟约 48 小时，三日疟约 72 小时，恶性疟 24~28 小时不等。

### [临床症状]

凡有蚊孳生的地区均有本病。夏秋季为发病高峰期。由于疟疾潜伏期差异很大，也有夏秋感染春季发病者。

1. 临床症状：本病多有周期性寒战、高热、大汗，脾肿大，肝亦可肿大。发作次数多者可有贫血。少数在发作前有前驱症状。

(1) 寒战期：约 10 分钟~2 小时，表现极怕冷，寒战，面色苍白、口唇发绀。虽四肢发凉但体温已在上升。

(2) 高热期：体温 40℃ 或更高，伴头痛、全身痛，肿快，面潮红。过高热时可有抽搐、昏迷。此期均持续 2~6 小时。

(3) 大汗期：大汗淋漓后很快退热，病人极端疲乏入睡。此期约 2~3 小时。

(4) 间歇期：两次发作之间，除乏力外可无其他症状。各种疟疾的发作间歇长短不一。

疟疾初发时发热不规则，以后间日疟、卵形疟（较轻）、3 日疟渐趋规则，但恶性疟的热型与间歇仍多不规则，常有高热及中枢神经受侵犯表现（脑型疟疾），如剧烈头痛、呕吐、谵妄、抽搐、昏迷、失语、瘫痪等。

(5) 疟疾的并发症，多见于恶性疟。

1) 黑尿热：主要因急性溶血，大量血红蛋白阻塞肾小管所致。伴有高热、腰痛，尿呈酱油色样。

2) 肾脏损害：可表现为急性肾小球肾炎（少尿、血压高、尿中有蛋白、红细胞、管型等）或肾病综合症（以进行性蛋白尿为主）。

## 2. 实验室检查：

(1) 血象：白细胞多正常，大单核细胞比例增加。多次发作后有贫血表现。

(2) 血片检查疟原虫：发冷前 1~2 小时采血最易检出，因此时带虫红细胞多，体积大易于发现。厚片法可提高检出率，薄片法宜作虫属鉴定。骨髓穿刺“+”率更高，但操作繁琐。

(3) 免疫学检查：间接免疫荧光、间接血凝与酶联免疫吸附试验均可检测特异性抗体。

3. 鉴别诊断：间日疟初起或恶性疟周期发热不规律，应与其他高热、脾大的疾病，如败血症、伤寒、钩端螺旋体病、粟粒结核等相鉴别。

## [治疗与护理]

### 1. 抗疟药物：

#### (1) 控制临床症状的药物：

1) 氯喹：每片 0.25g（基质 0.15g），首次 4 片，6、24、28 小时后各 2 片。非耐药疟疾首选此药。可致心动过缓、心律不齐，老人、心脏病病人慎用。

2) 青蒿素：首次 1 克，6、24、28 小时各 0.5g。如用蒿甲醚肌注 0.3 克，每日 1 次，共 3 日；或即刻及 6、24、48 小时各 0.2 克。

3) 硫酸奎宁：0.3 克（1 片），每日 3 次，连用 5 日。孕

妇禁用，心脏病病人最好不用。

4) 甲氟喹：1~1.5 克顿服或 2.5~5.0 毫克/千克，连服 7 日。

5) 咯萘啶：0.4 克（基质），每日 1 次，共 3 日。

6) 哌喹：每片 0.25 克（基质 0.15 克）。每日 1 次、2 片，共 3 日。此药肝存留久，可作预防用。

(2) 防止复发的药物：

1) 伯氨喹啉：每片 13.2 毫克（基质）。每日 4 片，连用 4 日；或每日 3 片，连用 8 日。用药后可发生急性溶血反应。

2) 乙氨嘧啶：每片 6.25 毫克。预防时，每周 1 次，4 片。抗复发时 4 片，日 2 次，连用 2 日。

2. 一般疟疾的抗疟治疗：首选氯喹、伯氨喹啉联合治疗，前三日两药同服，以后单用伯氨喹啉。对耐氯喹的恶性疟可选用其他控制发作药代替氯喹，与伯氨喹啉配用。为防止孕妇服药后发生溶血，也可于产后再服伯氨喹啉抗复发。

3. 凶险疟疾的抗疟治疗：凶险疟疾指有高热者或伴严重并发症者。因病情凶险需尽快控制症状，故开始多用注射给药，清醒后可改口服。

(1) 二盐酸奎宁：0.5 克加入 500 毫升葡萄糖内静脉滴注，8、16、24、48 小时重复 1 次。应注意心跳、血压情况。醒后可改甲氟喹口服。

(2) 磷酸氯喹：基质 0.3 克溶于 500 毫升葡萄糖液内静脉慢滴，8、16、24、48 小时重复。注意对心脏有抑制作用。耐药疟疾不选此药。

(3) 蒿甲醚（用法见前）。

(4) 磷酸咯萘啶：第一日 0.3 克，第二三日各 1.5 克溶于 500 毫升葡萄糖液中静脉滴注。或 2 毫克/千克肌注，首日 4~6 小时 1 次，第二三日各 1 次。

病人于治疗清醒后需加伯氨喹啉口服。

4. 对症治疗：高热时应给物理降温，保证水、电解质和热量供给。过高热时给肾上腺皮质激素，并以低分子右旋糖酐等预防 DIC。抽搐病人可用安定 10~20 毫克肌注或静滴。脑水肿者应给 20% 甘露醇 250 毫升静注，每日 2~3 次。有黑尿热时应停用奎宁和伯氨喹啉，改用其他抗疟药；并加大激素用量（每日氢化可的松 300 毫克或地塞米松 40 毫克）；输 5% 碳酸氢钠 250~500 毫升，以碱化尿液。少尿或无尿时按肾功能衰竭处理。

#### [预防]

1. 消灭传染源。对所有病人及带虫者应进行治疗，控制症状，抗复发，并隔离，防止传播。

2. 切断传播途径。灭蚊，清理积水，喷洒药物，防止蚊子滋生。野外作业时应采取防蚊措施，避免蚊虫叮咬。

3. 在疟疾感染频繁地区可轮换选用以下药物预防。但长期用药要注意对心、肝、肾及贫血等方面的副作用。

(1) 乙胺嘧啶：2 周 1 次，50 毫克。防疟 1 号每片含乙胺嘧啶 20 毫克，氯苯砒 100 毫克，前 2 日每日 1 片，以后每周 1 片。防疟 2 号每片含乙胺嘧啶 17.5 毫克，周效磺胺 250 毫克，前 2 日每日 2 片，以后每 10 日服 2 片。

(2) 磷酸哌喹：每 3~4 周 1 次，服 4 片。防疟 3 号每片含磷酸哌喹 0.25 克，周效磺胺 50 毫克，每月 4 片 1 次或 2 次

分服。

(3) 在流行区输血者可服氯喹或哌喹，每日 1 片，连用 3~5 日，或甲氟喹 0.25 克。

另外，目前南美正在试用疫苗，但尚未推广。

## 血吸虫病

我国流行的血吸虫病是日本血吸虫寄生于门脉系统所致，主要由虫卵致病。急性期有发热、肠炎、幼虫移行症状、肝脾大、嗜酸细胞升高等；晚期出现门静脉性肝硬化。

### [临床症状]

有疫水（有钉螺寄生的水）接触史者均可能患病，否则无本病。

#### 1. 临床症状：

(1) 急性血吸虫病临床症状：潜伏期约 30 日（15~75 日），多见于夏秋季，主要表现为：

1) 发热：起病急，多为间歇或弛张热，亦可持续高热，历经一个月左右。可有神志淡漠、听力下降、腹胀等类似伤寒表现。迁延较久者可有贫血、消瘦甚至恶液质。

2) 过敏反应：尾蚴侵入处可有尾蚴性皮炎（红色丘疹，瘙痒，2~3 日可退）。还可见有荨麻疹、血管神经性水肿、嗜酸细胞增加、浅淋巴结肿大等。

3) 消化道症状与腹部体征：恶心、呕吐、腹胀、腹痛、腹泻（或与便秘交替出现），甚至粘液血便或脓血便。腹部可有压痛、柔韧感。90% 病人伴有肝大，左叶更显著；半数以

上轻度脾大；严重者可有腹水。

4) 肺部表现：潜伏期可有幼虫移行症状，此后为虫卵由体循环入肺致病。有咳嗽，重者有血痰、哮喘、胸痛。肺有干啰音，肺纹理增加，有粟粒状、点片状或絮状阴影，经3~6个月后多可吸收。

(2) 慢性血吸虫病：可无症状，仅于粪检时发现虫卵。症状多为间断发作的腹痛、腹泻，重者有脓血便、肝脾肿大，下腹可有包块，乙状结肠多可触及。

(3) 晚期病人出现血吸虫病肝硬化。蛋白比例改变明显，但黄疸及转氨酶升高较轻。按突出表现可分为巨脾型、腹水型、侏儒型（身材矮小、生育力丧失）。三型可共存。

(4) 异位血吸虫病：包括肺血吸虫病、脑血吸虫病，其他还有皮肤、淋巴结、骨髓、生殖腺、胃、心包等血吸虫病。症状随寄生部位而异。主要是由虫卵溢出门脉系统所致，偶可由成虫异位寄生引起。

## 2. 实验室检查：

(1) 血象：急性血吸虫病白细胞升高，可达 $10 \times 10^9$ /升以上，嗜酸细胞明显增高（重症者可减少）；慢性及晚期嗜酸细胞增加不明显，因脾功能亢进可有白细胞、血小板减少，甚至贫血。

(2) 粪便检查：常规粪检可找到虫卵，红、白细胞。集卵厚片法虫卵检出率高。大便沉渣孵化出毛蚴者可确诊。

(3) 直肠粘膜活体组织检查：在乙状结肠镜下可见肠壁有粟粒样黄色结节（有时有溃疡、瘢痕或息肉），夹取标本置两玻片间压扁，于镜下可见到虫卵，并可区分是否为活卵。

(4) 免疫学检查：

1) 皮内试验“+”率达95%，与肺吸虫、肝吸虫有交叉反应。

2) 环卵沉淀或尾蚴膜试验出现率 $\geq 5\%$ 为“+”，“+”率 $> 95\%$ 。

3) 其他免疫学检查，用间接血凝、酶联免疫吸附试验可测血清抗体；或用单克隆抗体以酶联免疫吸附试验测抗原。

本病应与伤寒、结核病、肠炎、痢疾、败血症、其他原因的肝硬化、其他并发症与夹杂症相鉴别。

[治疗]

(1) 吡喹酮：急性血吸虫病，每次10毫克/千克，每日3次，连用4日。慢性血吸虫病，每次10毫克/千克，每日3次，连用2日。40毫克/千克顿服与60毫克/千克2日分服的疗效相当。晚期血吸虫病或有严重夹杂症者，每日15毫克/千克连用6日。此药毒性小，个别有头晕、晕厥、腹泻或肝损害。左旋吡喹酮疗效倍增，可半量服用、副作用更少。

(2) 硝硫氰胺 (7505)：固体分散片剂总量125~175毫克；微粒胶囊总量6~7毫克/千克（最大不超过350毫克），分3次，每日1次。该药可致头晕、共济失调、植物神经功能紊乱、肝损害等。精神病人、哺乳及孕妇禁用。此药价廉，可治耕牛感染（1.5~2毫克/千克制成悬液，1次静脉注射）。

另外，针对发热，肠道与肺部症状，肝硬化等给予对症处理。

[预防与保健]

1. 要切断传播途径。对病人及病牛要普查、普治。管好

粪便，防止有虫卵的粪便排入水中。天然水源须经漂白粉消毒后再用。大力组织消灭钉螺，无钉螺即无血吸虫病。

2. 平时应注意休息，保证营养，严禁在疫水中游泳。生产或生活中必须接触疫水时应用防护靴及手套。皮肤可擦氯硝柳胺，或二甲酸二丁酯等防护剂。

## 肠绦虫病与囊虫病

寄生人肠道的绦虫有带绦虫、膜壳绦虫与裂头绦虫。现仅叙述带绦虫病。带绦虫病是牛带绦虫（又称牛肉绦虫、肥胖绦虫、无钩绦虫）与猪带绦虫（又称猪肉绦虫、链带绦虫、有钩绦虫）成虫致病。以大便排出节片为特点。猪肉绦虫卵在人胃肠消化后，释出六钩蚴移行于人体各处，发育成囊（尾）蚴（又称囊虫），导致囊虫病。牛肉绦虫卵不被人体消化，故不会使人患囊虫病。

人进食带囊蚴的牛肉或猪肉（“米猪肉”或“豆肉”）后，囊蚴在肠道发育为成虫，即患绦虫病。由体外食入或由自体小肠返流入胃的猪肉绦虫卵，可引起囊虫病。所以有的人既有猪肉绦虫病，又有囊虫病。

### [临床症状]

1. 绦虫病诊断：有进食“米猪肉”或未熟肉史者有患病可能。潜伏期（自囊蚴发育至成虫）约2~3月。诊断依据是有白色节片由肛门溢出或随粪排出。可无症状，亦可有恶心、腹痛、腹泻或便秘、食欲减退或亢进、体重减轻、头痛、失眠、神经过敏等表现。个别可发育不良、贫血甚至出现肠梗

阻。诊断时应以节片做压片检查，以区分牛肉或猪肉绦虫。如无节片排出，仅由大便中检出绦虫卵，则提示可能为其他绦虫病。

2. 囊虫病的诊断：潜伏期（吞食虫卵至囊蚴形成）约3个月。早期可有发热、肌肉酸痛、嗜酸细胞增多、血沉加快等，2~3周后自然消退。后期依囊蚴所在部位不同而有不同表现。

(1) 皮肤肌肉囊虫病：可无症状，偶然发现皮下或肌肉有坚实、弹性的结节，呈圆或卵圆形，约米粒或黄豆大，与皮肤无粘连、无压痛。可仅1、2个，也可上千个。可分批出现，部分可自行消散。有的病人有局部酸胀感。肌肉内有大量囊蚴可呈假性肌肥大。病理检查可确诊。

(2) 眼囊虫病：囊虫可在眼内任何部位。因囊蚴刺激（死囊蚴危害更大）可致视网膜剥离、玻璃体混浊甚至失明。眼底镜检查可确诊。

(3) 脑囊虫病：有头晕、头痛、呕吐、视力障碍、癫痫，甚至呼吸、循环障碍等。由于囊虫侵占位置不同有不同表现。一般可分为：皮质型（大脑型）；脑室型；软脑膜型和混合型。

囊虫病人可有嗜酸细胞增多。脑囊虫病病人有颅压升高，脑脊呈浆性改变。可用被动血凝、酶联免疫吸附、补体结合等方法测血或脑脊液中的特异性抗体协助诊断。CT检查对诊断脑囊虫病极有帮助，可见散在圆或卵圆形低密度区，可有脑室扩大或脑实质改变。磁共振成像同样有用。

皮肤肌肉囊虫病应与皮脂腺囊肿、神经纤维瘤、脂肪瘤、风湿性结节以及移行的其他寄生虫幼虫鉴别。它们各有其特

殊病史、流行病学史及特异性免疫检查。病理活检可确诊。

眼囊虫病应与眼内异物、肿物、葡萄膜炎相鉴别。裂隙灯与眼底镜检查可确诊。

脑囊虫病应与其他原因所致癫痫、脑型血吸虫或肺吸虫病、结核性脑膜炎（尤应与颅底型脑囊虫病鉴别）、霉菌性或不典型化脓性脑膜炎相鉴别。它们各有不同的病史、流行病学史及免疫学检查特点。CT 检查对鉴别诊断有帮助。

### [治疗]

#### 1. 绦虫病的治疗：

(1) 吡喹酮：10~20 毫克/千克，顿服，治愈率 95% 以上。短膜壳绦虫病可用 25 毫克/千克顿服，治愈率 87.6%。少数人有恶心、呕吐、头晕、心悸、胸闷等不良反应。

(2) 阿苯达唑（丙硫咪唑）200 毫克，1 日 2 次，连用 2 日。此药不良反应轻微。

(3) 氯硝柳胺（灭绦灵）2 克，1 次嚼碎服，或分 2 次相隔 1 小时碎服。短膜壳绦虫病每日用 2 克/日，连用 5~7 日。此药吸收少，但仍偶有恶心、呕吐、腹痛等反应。

(4) 南瓜子与槟榔煎剂：南瓜子仁 50~90 克（带皮 80~120 克）碎服，2 小时后服槟榔煎剂（槟榔 60~80 克加水 500 毫升，煮 1 小时后浓缩至 200 毫升）。再过 30 分钟服硫酸镁 30 克。2 小时后可排虫。当虫体部分排出时应坐于温水盆中待虫体自然排出，切不可拽断虫体以免驱虫失败。

由于猪肉绦虫卵逆入胃被消化后可释出六钩蚴，使人患囊虫病，故驱猪肉绦虫用药同时或之前应给止吐剂防止恶心、呕吐。为避免已被麻痹但还未死亡的虫体复活，并使驱虫时

由节片溢至肠腔的虫卵及时排出,驱虫时应保持大便通畅,必要时可用泻药。

## 2. 囊虫病的治疗:

(1) 阿苯达唑:每日 15~20 毫克/千克体重,分 2 次服,10 日为 1 疗程,2~3 周后重复治疗,共 2~3 疗程。此药对幼龄囊蚴无效。其治疗反应比吡喹酮小,故为脑囊虫病的首选药物。严重脑囊虫病每日 8 毫克/千克体重,14 日为 1 疗程。

(2) 吡喹酮:总量 120~180 毫克/千克,2~4 日每日 3 次分服。脑囊虫病严重时将总量分 10 日服。2~4 月后重复治疗,共 2~3 疗程。此药作用强,皮肤肌肉囊虫病首选此药。因杀囊虫后组织反应大,故脑囊虫病应慎用。

囊虫被杀灭后可释出异性物质引起强烈的组织炎症、水肿及过敏反应,所以治疗前:①要查眼底、作腰穿,尽可能作 CT 检查,以了解有无眼囊虫病、脑囊虫病、颅压高低,有无脑室梗阻等。②眼囊虫病与脑室有梗阻者应先手术摘除囊蚴后再用杀虫药。③脑囊虫病人必须住院治疗,如颅压升高应先用甘露醇及肾上腺皮质激素降颅压后再给杀虫药。

治疗中仍需降颅压,脑囊虫病愈重杀囊虫药剂量愈小、疗程愈长。治疗中应加强监护,及时发现治疗中出现的发热、颅压明显升高、过敏性休克等,以便及时救治。有癫痫者在灭虫治疗中应继续抗癫痫治疗。治疗后亦应观察,以防“后反应”性颅压升高。

### [预防]

1. 加强饮食卫生、环境卫生及个人卫生;严禁带囊蚴的

“米猪肉”上市；不吃未煮熟的肉类；生吃蔬菜瓜果要洗净、消毒，以免吃进虫卵；生熟炊具要分开。

2. 对绦虫病人要进行治疗，对其粪便要做无害化处理，防止牛及猪囊虫病的发生，也就减少了人的绦虫病。

# 肿 瘤

## 鼻咽癌

鼻咽部位于鼻腔之后，口咽部的上方，位置深且隐蔽；鼻咽上方即为颅底，两侧为咽鼓管开口，鼻咽部长癌称为鼻咽癌，在我国发病率高，居世界第一位，特别是我国南方，如广东、广西、福建、江西等地，对人类的威胁很大。鼻咽癌易发生于青壮年，男多于女，恶性度极高，延误诊断及治疗，可产生肿瘤的广泛转移而危及生命。

### [临床症状]

1. 出生于我国南方的男性青壮年病例，有以下症状之一或多种症状。

2. 鼻出血，即鼻涕或后抽吸痰中有血，特别早起时第一口痰中有血及鼻子堵的症状。

3. 一侧颈上深部有无痛性肿块，且逐渐增大者，以后可发展为双侧。

4. 有一侧耳鸣，听力下降或曾诊断为渗出性中耳炎者。

5. 有眼球突出，复视的症状。

6. 有偏头痛的症状。

7. EB 病毒壳抗原—免疫球蛋白 A (VCA—IgA) 抗体滴度增高。

8. 鼻咽部检查,其中包括间接鼻咽镜(即后鼻镜)、电鼻咽镜或纤维鼻咽镜检查,发现鼻咽部有肿块或粘膜病变。

9. X线检查:如X线颅底平片有骨质破坏,CT扫描可看清鼻咽肿瘤的范围、骨质破坏情况及颈淋巴转移情况。

10. 最终确诊依靠病理学检查。

### [治疗]

得了鼻咽癌应尽快到医院,由耳鼻喉科医生检查肿瘤的侵犯部位及范围,由放射科医生安排作放射治疗,只要病变未发展到晚期,疗效还是比较好的。10~20年前患鼻咽癌的病人,有许多人至今仍生活得很好。

放射治疗是治疗鼻咽癌的主要手段。为防止肿瘤的全身转移,有的病人可加用化学药物治疗。个别病例还可以作手术切除肿瘤,这些都要由耳鼻咽喉科、头颈外科医生检查决定。

无论是放射治疗或是化疗都有一些不良反应,如恶心、呕吐、咽干、咽痛以及白血球下降等,这些不良反应,有的可以用药物治疗,有的则很难避免,需要病人加以克服,积极配合,以便圆满完成治疗计划。

鼻咽癌病人,应对自己的病持正确的态度,要从听到自己有病时的悲观、失望和恐惧心态中尽早摆脱出来,在治疗过程中逐渐树立起信心。乐观的情绪,战胜癌症的信心,有时显得比治疗本身更为重要,因为不论是放疗或化疗,对病人来说都是一种消耗,乐观、向上的情绪可以动员全身一切力量,与癌症作斗争,对病人的康复非常重要。

### [预防、护理与保健]

鼻咽癌的病因至今还不十分清楚，目前认为与种族、遗传、病毒，特别是EB病毒的感染和生活环境中的致癌因素有比较密切的关系。由于病因不明，预防工作的重点只能放在早期诊断和早期治疗上。

1. 早期诊断、早期治疗：由于鼻咽部深且隐蔽，所以鼻咽癌瘤的早期发现比较困难。但只要提高警惕，有些症状还是可以作为早期诊断线索的。

早期鼻咽癌有三大症状：①鼻部症状：早期病人有鼻出血，不是擤出的鼻涕中带有血丝就是痰中混有血迹，特别是每天早起时第一口抽吸的鼻涕中带血，这是一个危险的信号。除鼻出血外，鼻塞也是鼻咽癌的症状之一。②颈部肿块：鼻咽癌很小时，就可产生颈淋巴结转移，所以有颈部肿块，特别是耳后下方颈上部深在的肿块，应该检查鼻咽部，以除外鼻咽癌。③耳部症状：由于鼻咽部两侧为咽鼓管的开口，鼻咽癌病人常首先表现为耳鸣，听力下降，有的表现为渗出性中耳炎，中耳腔内有积液。

当肿瘤向颅底方向发展时，还可以产生眼的症状，如眼球活动受限、眼球突出，脑神经的症状如头痛、恶心、呕吐、口眼歪斜，说明颅底肿瘤侵犯，标志肿瘤已到晚期。

由此看来，鼻咽癌早期症状是多种多样的，而且常常容易与其他疾病相混淆，如鼻子出血和鼻塞常误认为是鼻炎或鼻窦炎；耳鸣、听力下降误认为是渗出性中耳炎；颈淋巴结肿块常就诊于外科而误诊为颈淋巴结炎或淋巴结核；头痛者常就诊于内科、神经科而误诊为神经官能症；眼的症状则常就诊于眼科等，由此而引起的误诊、误治的病例不在少数。

各科医生应对鼻咽癌的临床症状有更深入的了解，耳鼻喉科医生更要对有相关症状的病人作鼻咽部检查，必要时需作病理检查，以便早期作出确诊，提高鼻咽癌的治愈率。全体医务工作者有责任作好鼻咽癌的科普宣教，使全民的卫生常识有所普及，对鼻咽癌的早期症状和危害有所了解。

## 2. 鼻咽癌放疗后的保健和护理：

(1) 定期复查：包括鼻咽部的检查、血常规化验、颈部的触诊等，必要时还需作一些特殊检查，如胸片、腹部 B 超、CT 复查、鼻咽部的病理检查等。复查间隔时间为：放疗后第一年，1~2 个月复查 1 次；第 2~3 年，2~4 个月复查 1 次；3~5 年，每半年复查 1 次，其间出现特殊情况随时检查。

(2) 充分休息和营养，要劳逸结合。

(3) 鼻腔及鼻咽部冲洗，保持清洁，避免结痂和感染。

(4) 忌烟酒，要防止感冒。

(5) 放疗后，有些病例可产生化脓性中耳炎，而且不易愈合，要及时治疗。

(6) 放疗后鼻腔及咽部干燥、疼痛，要多喝水，屋内保持一定湿度，可口含一些中药含片等。

(7) 季节变化时要尽量避免上呼吸道感染。

## 食管癌

食管癌是我国常见的恶性肿瘤之一，发病年龄一般在 40 岁以上。男性多于女性，两者比例约为 2:1。

食管癌的确切病因一直未明确。根据流行病学调查及有

关的实验研究，认为与食物中含有较多的亚硝胺或长期食用被霉菌污染的食物有关。食管粘膜长期慢性炎症，食物粗硬咀嚼不细，嗜食过烫食物及喜饮烈性酒等，亦为诱发食管癌的因素。

食管癌可发生于食管的任何部位，但以食管中段最多，下段次之，上段较少。食管癌大多数是发源于食管粘膜的鳞状上皮癌，少数是腺癌。根据病理形态可分为髓质型、蕈伞型、溃疡型和缩窄型四种类型。其中以髓质型为最常见，恶性程度亦较高。

#### [症状表现]

食管癌初期症状多不明显，时隐时现，易被忽视。主要表现为：下咽食物时有轻微和偶发的梗噎感或呃逆；进食时胸骨后或剑突下有刺痛、烧灼样痛或摩擦样痛；感咽部不适或干燥，偶发咽痛。进展期主要表现为进行性吞咽困难，晚期病人出现明显消瘦、乏力等，癌肿侵犯附近的神经，则引起相应的症状。

手术治疗为食管癌的主要治疗方法，对早期病人可切除病变段食管及其周围淋巴结，行胃、食管吻合或结肠代食管术，重新建立消化道通路。

#### [预防与保健]

1. 宜进高热量、高蛋白、高维生素、易消化软食。术后早期严禁暴食或进硬质食物，不应服硬质药丸、药片和带骨刺的肉类、花生豆等，以免导致晚期吻合口瘘。一般在术后半年残胃逐渐扩大后，才能增加食量。食管胃吻合术后，可能有胸闷或进食后呼吸困难，这是由于胃已拉入胸腔，压迫

肺脏之故，因此应少食多餐，经 1~2 个月后，此症状多可缓解。

2. 注意适当锻炼，如打太极拳、散步等，但应避免过度劳累，以免适得其反。保持乐观情绪，树立战胜疾病的信心。

3. 结肠代食管术后者，由于代食管之结肠逆蠕动向吻合处，口腔可有粪臭味，多在半年后好转，不必顾虑。

4. 伤口护理同前。

5. 服药遵医嘱，药片宜研成粉末后冲服。

6. 定时到门诊复查。若出现下列情况应及时就医：①进食后出现胸闷、呼吸困难、体温升高、脉搏加快等；②发热，体温超过 38℃；③术前症状再度出现并加重。

## 喉 癌

喉部为人体重要器官，它的主要功能是发声、呼吸和吞咽。当喉部发生癌瘤时，就会产生以上三种功能的障碍，如声音嘶哑、呼吸困难及吞咽疼痛等。喉癌为耳鼻咽喉科常见的肿瘤，约占全部耳鼻咽喉肿瘤的 20%，多发生于老年、男性。据统计，喉癌的发病率逐年增高，特别是在城市及重工业城市增长更为明显。喉癌因其生长部位不同分为三类：即声门上型喉癌、声门型喉癌及声门下型喉癌，临床上以声门型及声门上型多见，声门下型较少。

声门型喉癌肿瘤分化较好，发展比较缓慢，向颈淋巴结转移或全身转移的机会也较少。声门上型喉癌为发生于声带以上的喉癌，它分化较差，发展也较快，容易产生颈淋巴结

的转移。声门下型喉癌因部位隐匿，常规喉镜检查不易发现。

### [临床症状]

1. 男性 40 岁以上，有烟酒嗜好。
2. 声哑 2 周不愈（无原因声哑或“喉炎”经治疗 2 周不愈）。
3. 咽部不适，咽异物堵塞感，咽痛持续不愈。
4. 咳嗽痰中带血，呼出气体有臭味。
5. 单侧颈上深肿大淋巴结，无压痛。
6. 后期可出现喉喘鸣及呼吸困难。
7. 喉镜检查，包括间接喉镜、直接喉镜或纤维喉镜检查喉部发现肿物。
8. CT 检查可看到喉部肿物的范围及软骨支架的侵犯，看清转移淋巴结的情况。
9. 喉部病理检查作出确诊，有时需多次病理检查才能确定。

### [治疗]

喉癌的治疗依据病变的部位及病变的范围而定。首次治疗方案的确立，对治疗的效果和病人的预后非常重要。

#### 1. 放射治疗：

(1) 单纯放射治疗：适合于早期喉癌病变，其效果与手术治疗相同。

(2) 姑息治疗：对全身情况很差、不宜手术者，或病变范围广泛而不能手术者。

(3) 术前放疗：病变较广泛或癌细胞分化较差者，可先放疗，一般在 4 周内照射 4000 拉德，放疗后 2 周手术，术后

再行放疗，总量 6000~7000 拉德。

2. 手术治疗：是治疗喉癌的主要方法，近些年来，手术治疗方法有很大的发展，其目的在于既要彻底切除肿瘤，又要尽可能保留喉的功能。

(1) 声带粘膜撕脱术：适于声带局限的原位癌。

(2) 垂直半喉切除术：适于 I、II 期的声带癌。

(3) 水平半喉切除术：适于某些声门上型喉癌。

(4) 喉次全切除术：切除声门以上及一侧声带之肿瘤，仅保留一侧声带及部分甲状软骨支架，利用甲状软骨外软骨膜，杓状软骨粘膜及梨状窝粘膜作喉的修复。

(5) 喉近全切除术，又称 Pearson 氏法：仅保留小部分喉组织，作成一管，以保留喉的发声功能。

(6) 全喉切除术：晚期喉癌，只能作全喉切除术。术后可作食管发音训练或配戴人工喉。也可在全喉切除的同时作发音小管成形术。

(7) 颈淋巴结廓清术：对有颈淋巴结肿大或怀疑有颈淋巴结转移者，可作一侧或双侧的颈淋巴结廓清术。

3. 化学疗法及其他治疗：喉癌的化学疗法因效果差而很少应用。免疫疗法目前仍为实验阶段，从理论上讲是理想的疗法，但效果不肯定，价格贵而且有副反应。

#### [预防、护理与保健]

1. 喉癌的预防：其确切病因目前尚难肯定，但有些因素确实能促使喉癌的发生，故喉癌的预防应从两个方面入手：

(1) 避免诱发喉癌的因素：

1) 忌烟：吸烟与喉癌确有密切关系，在严重吸烟人群中，

其喉癌发病率是不吸烟人口的 20 倍。戒烟肯定能降低喉癌的发病率。

2) 忌酒：声门上型喉癌可能与饮酒有关。

3) 空气污染：工业废气的污染是造成城市人口喉癌发病率上升的主要原因，防止空气污染对预防呼吸道癌十分重要。

4) 预防喉部慢性炎症的发生，还要避免长时期的上呼吸道感染及用声过度等的刺激。

(2) 早期发现、早期治疗：声门型喉癌由于肿瘤生长在声带上，早期即产生声音嘶哑的症状，而且病变发展缓慢，容易引起病人、病人家属及医生的重视，一般容易得到早期诊断和治疗，治疗的效果也较好。但由于早期声门癌除声哑外，无其他症状，无疼痛，也不影响工作和生活，一般不易引起病人或病人家属的警惕；到医院去检查，若遇到不懂或不负责任的医生，没有作详细检查即误诊为喉炎，这样的例子也不在少数，直到病变发展、病情严重，引起呼吸困难才得到重视。

早期声门上型癌可以没有任何症状，或仅有咽喉部异物堵塞感。轻微疼痛，颈部肿块，痰中带血，声音嘶哑则表示肿瘤已有发展。

对于 40 岁以上男性病人，有烟酒嗜好，有咽喉不适、疼痛，特别有声音嘶哑持续 2 周不愈的，应到医院检查喉部，以排除喉癌的可能。

有的病人在喉癌得到确诊后，害怕手术，特别听说切除喉头后不能说话，不愿手术，有的回家等待，有的在外面找江湖医生或偏方治疗，过了一段时间，又回到医院要求治疗，

因为这时随着病情的发展，已经感到憋气、呼吸困难，非常痛苦。这时，医生或许只能给他做个气管切开手术，解决呼吸困难的问题，有的只能做喉部全切除及颈部廓清术，术后的效果就不如早期治疗好。因为早期手术治疗，多数病人都能保留喉头的全部或部分功能，治愈率也高。即便作了全喉切除，有些病人可以作食道发音训练，有些病人可以作发音功能的重建手术，最后，还可以使用人工喉，使病人能够说话。

## 2. 喉癌手术或手术加放疗后的保健和护理。

(1) 定期复查：每次要复查切除肿瘤的部位、气管瘘孔周围及颈部淋巴结三个部位有无可疑肿瘤复发或异常，必要时作活组织检查，还可使用特殊检查，如胸片、腹部B超、CT扫描等。复查间隔时间：治疗后第一年，1~2个月复查1次；第2~3年，2~4个月复查1次；3~5年，可每半年复查1次；以后每年复查1次，其间出现特殊情况可随时检查。

(2) 有气管切开或戴喉插管者，要作气管切开术后护理，即每天换内管，清洁瘘孔周围及换开口纱布。外管可2~3个月换1次。

(3) 保持屋内的温度和湿度，避免瘘孔周围或气管内结痂、堵塞，也可经常滴生理盐水于气管内。

(4) 充分的休息和营养，可做些轻体力劳动。

(5) 要避免上呼吸道感染。

## 鼻腔及鼻窦癌

鼻腔及鼻窦癌是较为常见的恶性肿瘤，多见男性，且多

发生于40~60岁之间。绝大多数为鳞状细胞癌,少数为腺癌。发生部位:多数发生于上颌窦;其次为鼻腔外侧壁、筛窦;原发于额窦及蝶窦者罕见。

早期肿瘤可无症状,时有鼻涕带血,且时间较长,随着肿瘤的发展,可出现鼻堵。鼻腔癌发展侵入鼻窦,特别是上颌窦,可出现上颌窦各壁的侵犯,如侵犯前壁产生面颊部疼痛、麻木;侵犯下壁产生牙痛、牙齿松动;侵犯上壁可产生眼部症状,如流泪、复视;侵犯后壁可产生疼痛及张口困难等;最后肿物可破出以上各壁,产生局部变形,症状和体征表现更为明显,更加严重。

鼻腔鼻窦癌的预后较差,这是由于:①早期症状及体征均不明显,不易早期诊断,发现时多数均属晚期;②鼻窦解剖复杂,周围又有许多重要结构,手术切除不易切尽。因而,早期诊断和早期治疗是提高治愈率的关键。

#### [临床症状]

1. 40岁以上男性,可有长期慢性鼻炎或鼻窦炎病史。
2. 一侧鼻腔有鼻堵或脓性鼻涕带血。
3. 检查中鼻道可见不光滑肿物,上有脓或伪膜,触后易出血,还应作后鼻孔检查。
4. 晚期肿物可产生眼眶、面颊、齿槽或硬腭变形,甚至肿物破出。
5. 放射学检查: X线鼻窦片可见肿物阴影,常有鼻窦扩大及骨质破坏; CT检查可看清肿瘤范围、骨质破坏情况。
6. 还应考虑鼻腔及鼻窦的其他恶性肿瘤,如排除何杰金氏淋巴瘤、黑色素瘤及肉瘤等的可能。

## 7. 最后依靠病理检查确诊。

### [治疗]

可用手术、放疗及化疗方法，但目前都主张综合疗法。

1. 手术治疗：根据肿病的范围，采用鼻侧切开，部分上颌骨切除，全上颌骨截除或上颌骨截除加眶内容物摘除术。肿瘤侵犯颅内，可作颅一面联合进路，切除肿瘤。肿瘤侧侵犯额窦，可采用鼻外额窦根治术。

2. 放射治疗：作为综合治疗的手段，采用术前或术后放疗；也可作为晚期病人的姑息疗法。

3. 化学疗法：作为综合治疗的手段之一，可作颈浅动脉插管，术前作化疗药物动脉灌注。

### [预防、护理与保健]

1. 由于上颌窦癌的病因及发病机制不清，预防工作只能从早期发现、早期治疗入手。

(1) 男性 40 岁以上，有一侧浓鼻涕带血者，应提高警惕，及时到医院检查。

(2) 有的病例，首发症状表现为牙痛及牙齿松动，应及时检查有无上颌窦病变。

(3) 怀疑上颌窦有癌症，鼻腔看不到病变时，可作 CT 扫描，或作上颌窦旁刺，用冲洗液检查肿瘤细胞；或作上颌窦探查手术。鼻窦内窥镜检查亦可发现鼻窦的早期肿瘤。

### 2. 鼻腔及鼻窦癌的保健及护理：

(1) 要定期复查：复查中应注意局部、颌下或颈淋巴结以及全身情况。复查间隔时间与其他耳科恶性肿瘤相仿。重新出现鼻塞、脓涕带血或鼻出血、头痛等应倍加注意。

(2) 术腔的清洁和护理：术后术腔宽大，常易结痂或感染，应每日冲洗鼻腔，早晚各 1 次，冲洗后可滴石蜡油，以保持术腔清洁及湿润。

(3) 劳逸结合，适当锻炼、增强体质，防止上呼吸道感染。

## 血管瘤

血管瘤是由胚胎期间血管系统的发育失常所致，故为一种先天性疾患，多数在出生时或出生后发现，常见于皮肤和皮下组织内，常随年龄增长而扩大，但具有可能自然消退的特点。

### [临床症状]

血管瘤因结构形态的不同，可分为毛细血管瘤、海绵状血管瘤、蔓状血管瘤及两种血管瘤并存的混合型血管瘤。

1. 毛细血管瘤：皮肤表面呈鲜红或暗红色大小不等的斑块，指压后颜色减退，随即复原。一般表面平滑，有时可见小的赘疣状突起或血管性小结。

2. 海绵状血管瘤：血管瘤位于皮肤的真皮深层和皮下组织内。有的比较局限并有包膜，有的呈弥漫分布境界不清的肿物。由无数扩张的血管和不同厚度的纤维组织构成，瘤体结构状似海绵，故名海绵状血管瘤。局部表现皮肤微隆起，隐约可见曲张的血管，肿物体积可随体位发生变化，即患部低垂时，瘤体随之增大，抬高位，则明显缩小。用手触摸血管瘤部位柔软，有囊性感和压缩性，有时可摸到硬颗粒——静

脉石。

3. 蔓状血管瘤，又称蔓状动脉瘤，不常见。表现为局部皮肤膨隆，肤色潮红，皮下可见搏动的动脉血管和曲张的静脉。触诊皮温增高，有震颤、搏动和压缩性。听诊有血管杂音。

#### [治疗]

应根据不同类型、出现的时间、增长速度、部位、大小、症状和就诊年龄等因素综合考虑，以确定暂时观察、采用非手术疗法或手术治疗。

1. 暂时观察：毛细血管瘤初生时即已存在，但随年龄增长，就诊时尚不满5岁，则宜于暂时观察。

2. 非手术治疗：

(1) 药物治疗：类固醇类药物用于幼小婴儿的血管瘤有效率较高，特别是混合型血管瘤，治疗开始的年龄越小越好。

(2) 放射性同位素敷贴：对婴幼儿的血管瘤有些效果，但应掌握好所用剂量。

(3) 激光治疗：是近年来一种新的疗法，疗效较好，但受设备条件的限制，不是所有医院都能使用。

(4) 硬化剂注射：适用于海绵状血管瘤，但受注射药量的限制，对较大面积的血管瘤需分多次注射，或作为手术治疗的辅助方法。常用的硬化剂为鱼肝油酸钠。

(5) 铜针疗法：是近年来开展的新疗法，适用于海绵状血管瘤，根据血管瘤面积的大小，可从不同方向，向病变组织扎入铜针，保留1周，使血管瘤腔室内形成血栓，达到治疗效果。对小儿或不宜留针的血管瘤，将铜针扎入血管瘤后

通直流电片刻即拔针，也能达到治疗效果。

(6) 血管栓堵法：对血管瘤病变行血管造影，如发现有数目不多的血管，是血管瘤的主要血液来源，即可在 X 光透视下插入导管到血管瘤附近，再置入栓子以堵塞血管瘤的血液来源，达到闭合血管瘤的目的。此种栓堵应以不影响正常组织血供为前提。

3. 手术治疗：一般以完整或大部分切除血管瘤组织为目的，深部的肌肉内血管瘤不宜切除的，可在术中同时进行缝扎。手术不彻底的可在术后配合非手术治疗的方法。面积较大的血管瘤切除后需行游离植皮或用皮瓣修复。

#### [预防与保健]

血管瘤为先天性疾病，发生原因尚不清楚，故目前尚无有效预防措施。如一旦发现，应尽早到医院诊治，根据病情进行治疗，避免增长过大增加治疗的难度。

## 神经纤维瘤

本病是包括皮肤、神经系统、骨骼和内分泌系统等的全身性疾患。有遗传性，无性别差异，发病年龄早晚不定，但在出生时可无表现或表现不明显。

#### [临床症状]

1. 皮肤的改变：全身或局部有面积大小不等的牛奶咖啡色色素斑，直径为 1.5~15 厘米，表面平滑。在皮肤上还可见浅在的多发或单发的肿物，此肿物或大或小，体积不等。呈软疣状，局部皮肤松弛柔软。

2. 皮下的改变：表现为沿神经走行方向分布的多发性结节，大小不等，增长缓慢。发生于四肢者形成巨肢畸形。瘤组织可侵犯骨组织，引起侵蚀性改变。

#### [治疗]

由于病变广泛多发，很难完全彻底切除肿瘤组织，对有碍外观和影响功能者，可行选择性切除。因病变部位的皮肤多呈松垂，故行肿瘤部分切除时大部分病人可直接缝合而不需植皮。

#### [预防与保健]

此病是先天性遗传性疾病，预防应从优生学方面着手，宣传优生优育，提高人民的文化知识水平。一旦发现症状，尽早到医院诊治，不要拖延时间，使病变增长过大难以手术。

## 食管贲门癌

食管癌是发生于食管、胃粘膜交界线以上食管部位的肿瘤，病理类型为鳞状细胞癌。发生在食管胃粘膜交界线以下2厘米范围内者属贲门癌，病理类型多为腺癌。贲门癌至进展期常扩展至食管下段及胃底部。食管癌与贲门癌临床上有相似表现，手术治疗大致相同，故列入一起叙述。贲门癌就其部位与病理分型应属胃癌的一部分。

我国是食管癌高发国家，死亡率仅次于胃癌，男性居多。易发部位依次为中段、下段及上段。贲门癌在我国相当常见，可占全部胃癌的25%左右；男性占80%，60~69岁是高发年龄。

### [临床症状]

1. 临床症状：早期仅有进食后不适、摩擦感或异物停留感。中晚期时出现进行性吞咽困难，其次是上腹痛、呕吐、呕血、黑便。晚期消瘦、体重下降、声哑、脱水、恶液质，有肝、腹腔转移时可有黄疸、腹水等症状。

2. 细胞学检查：食管拉网细胞学检查简便易行，可用于普查与初筛。食管癌阳性率高于贲门癌，达90%。本法可定性但不能定位，临床可疑而细胞学检查阴性应进一步精查，即做钡餐与内镜检查。

3. X线钡餐造影检查：早期可见粘膜皱壁增粗、中断、消失；进展期见到充盈缺损及龛影，蠕动消失，僵硬，不规则狭窄。贲门癌可侵至胃底，胃小弯可见软组织阴影，X线检查可确定病变部位、长度、外侵情况与大体分型。

4. 内镜检查：是最后精查确诊方法。早期癌内镜仅发现粘膜粗糙不平、充血、糜烂、小结节隆起。镜下活检确诊率可达90%。如活检阴性应重复检查。中晚期诊断不难，肿物呈息肉状或菜花状凸入内腔，表面多形成溃疡、坏死易出血。

5. B型超声波及CT检查：B型超声波可探测病变部位、范围、大小、侵犯深度以及其他脏器转移情况。CT检查的横断图像可显示肿瘤侵犯深度及与周围脏器的关系，以及远处器官转移情况。这两项检查对决定治疗方案有帮助。

### [治疗]

1. 手术治疗：食管癌中下段病变5厘米以下及上段3厘米以下，仅有附近区域淋巴结转移者可根治切除。5厘米以上先放射治疗再争取手术。贲门癌病灶局限可根治切除，侵犯食管下段与胃底，区域淋巴结转移者只行姑息性切除。当病

变范围大，明显外侵，远方转移，严重心肺功能不全及恶液质者不能手术治疗。

2. 放射治疗：仅限于食管癌，病变不超过 8 厘米，无穿孔先兆，一般状况尚好者。放疗可控制癌灶，减轻症状及延长寿命；也可用于术前、后辅助放疗。

3. 化学治疗：用于手术或放疗后辅助治疗或晚期病人控制病情。恶液质，心、肝、肾功能严重障碍与造血机能低下者不能化疗。食管癌常用化疗方案：

DMP（顺铂、丝裂霉素、平阳霉素）：DDP（顺铂）20 毫克/平方米静滴，第 1~5 天，3 周重复；MMC（丝裂霉素）4~6 毫克/平方米静冲，每周 1 次；PYM（平阳霉素）6 毫克/平方米肌注，每周 3 次，7 周为 1 疗程。

CFB（环磷酰胺、氟尿嘧啶、博来霉素）：CTX（环磷酰胺）600 毫克/平方米静注，每周 1 次；5-FU（氟尿嘧啶）250~500 毫克静点，每周 2~3 次；BLM（博来霉素）300 毫克肌注，每周 2~3 次；7~10 日为 1 周期，4~6 周期 1 疗程。

如为食管腺癌或贲门癌，参阅胃癌化疗方案。

#### [预防]

改良饮用水，纠正不良饮食习惯，如避免粗糙、质硬、过热食物，不吃霉变食品，戒烟酒，多吃新鲜蔬菜与富含维生素 C 食物。积极开展防病普查，治疗食管良性病变，中、重度食管上皮细胞增生应定期随访。

## 肺 癌

肺癌是一种最常见的肺恶性肿瘤，一般多发生在 40 岁以

后，以男性较多见，但近年来，由于环境污染加重，青少年和女性吸烟人数的上升，导致肺癌的发生率直线上升，男女发病比例差距缩小，并出现年轻化趋势。在我国许多城市，肺癌的死亡率已居癌症病的首位。

肺癌按发病部位可分为中心型和周围型两类，又根据癌细胞的分化程度和形态特征又区分为鳞癌、腺癌，未分化小细胞癌，未分化大细胞癌，细支气管癌，细支气管—肺泡癌五类，其中以鳞癌最常见，以小细胞未分化癌恶性程度最高。

肺癌的发生，80%以上与环境因素有关，常见病因有以下几点：①吸烟，这是最主要的原因，约3/4的病人有吸烟史，并随着吸烟的量越大，时间越长，开始吸烟年龄越小，发病率越高。②在大气污染的环境中工作、生活，也是常见的致病原因，例如：工厂的烟囱、汽车排出的废气，烟草的加热产物，石棉、沥青烟尘，以及家庭中烤、煎、熏制油脂类食物产生的烟焦油，烹调过程中的油烟等。③维生素A缺乏，免疫机能低下，内分泌失调，家族遗传，病毒、病菌感染等因素。

#### [症状表现]

肺癌病人的主要表现有咳嗽，为阵发性呛咳或干咳；胸痛，剧烈时一般止痛剂不易缓解；癌肿侵蚀大血管时可引起咯血；此外还有气紧、乏力、消瘦等表现，若肿瘤有压迫或转移可引起神经、肝、脑、肾、骨、淋巴等多个系统和器官的严重损害。

肺癌通过X线、CT、纤支镜、胸腔镜、活检、痰细胞学检查等方法可确诊，一旦确诊，应争取早期手术切除，以尽

可能多地保留健康的肺组织。放疗、中药治疗和免疫治疗等方法可作为手术的补充治疗或用于不能手术的晚期病人的治疗。

### [预防与保健]

1. 心理调整：鼓励病人树立未来的生活目标，克服精神上 and 情绪上的紧张，不断强化自我人格力量，坚定战胜疾病的信心。

学会自我放松，减轻精神压力与紧张，切断由此而给身体带来的恶性循环，提高机体免疫力，使生理过程处于最佳状态，有利于康复，气功锻炼是一种较好的自我放松疗法。

与病人相互沟通，聆听倾诉，鼓励其树立责任感，积极参与康复。

2. 尽量自理日常生活，进行适量的工作。

适当锻炼，如散步、慢跑、打太极拳、钓鱼等，要循序渐进，不觉得累为好。

保证充足睡眠。防止感冒受凉，保持居室整洁、舒适，空气新鲜，阳光充足。

调节健康的生活方式，如参加适当的娱乐活动，保持心情愉快。

3. 进食高热量、丰富的蛋白质、维生素、易消化饮食，如牛奶、肉、蛋、新鲜蔬菜和水果等。

严戒烟、酒及咖啡等刺激性的食物。

4. 遵医嘱服药。可定期口服止痛药，以缓解疼痛。当化疗、放疗等治疗出现副作用时要遵医嘱对症用药。

5. 定期到医院复查。

出现下列情况时应及时到医院就诊：高热不退、呼吸困难、剧烈胸痛不能缓解、刺激性咳嗽、咯血。

## 肝 癌

原发性肝癌大体分型有：块状（又分单块、融合块、多块三亚型）、结节与弥漫三型。按组织学分：肝细胞癌，占90%；胆管细胞癌，占不到10%；混合型，少见。小肝癌指单个癌灶最大直径不大于3厘米，或两小癌灶最大直径总和不大于3厘米。

我国是肝癌高发国，男性居第三位、女性居第四位，乙型肝炎感染与肝癌有密切关系。

### [临床症状]

1. 临床症状与体检：肝癌的症状可有肝区痛、腹胀、乏力、食欲减退、消瘦等。病情发展可出现发热、黄疸、触及包块等。早期没有阳性体征；中晚期在肝区触到肿块，质硬、结节状，可无触痛，此时可初步诊断，应做进一步检查。

2. 实验室检查：甲胎蛋白（AFP）试验大于400毫微克/毫升，又有影像学明确肝实质占位时可做出临床定性诊断。其他标志检查还有：碱性磷酸酶（ALP）增高（正常值 $<13$ 单位）， $\gamma$ -谷氨酰转肽酶（ $\gamma$ -GT）增高（正常值 $<40$ 单位）。肝功能异常及乙型肝炎抗原抗体异常提示肝癌发病的背景，不可仅依此做诊断。

3. B型超声波检查：可用于普查与早期肝癌定位诊断。超声波可发现小于2厘米的小肝癌。当癌灶大于2厘米时，可

显出特异的征象，低回声与牛眼征等，还可发现门静脉中的癌栓，以及腹腔内转移灶。

4. CT 检查：可不列为必查项目。临床疑为肝癌 B 型超声波检查不能确诊或最后决定手术或非手术治疗方案时应 CT 检查。对小于 2 厘米癌灶，密度近似正常肝实质时难以判定。有时弥漫型肝癌难以发现。

5. 肝动脉造影：经皮穿刺股动脉插管作选择性肝动脉造影，可分辨出 1 厘米的小癌灶。本项属侵入性检查，常用于导管介入治疗前了解肿瘤部位与范围。

6. 肝穿刺或腹腔镜活组织检查：是获得病理分型的直接诊断方法，是侵入性检查，在临床难确诊时采用。

### [治疗]

1. 手术治疗：是肝癌最有效的治疗方法。肝癌小于 2 厘米时，手术后 5 年生存率 84.6%；当大至 4~5 厘米者，术后 5 年生存率仅 59.5%。根治切除者切缘距可见肿瘤 2 厘米，切缘无残留，无脉管癌栓，其余肝内无残留癌。术后应防止出血，肝功能衰竭与感染，必要时应辅以免疫、化疗、保肝、中药扶正等措施。

2. 肝动脉栓塞化疗：由于肝癌供血主要来自肝动脉，选择性插管减少或阻断肝动脉供血以及注入化疗药物均可使肝癌坏死缩小，凡不能切除者均可采用。部分病人癌灶缩小后还可再行手术切除。肿瘤占肝体积 2/3 以上，肝功能严重不良，有出血倾向，严重心肾功能障碍时不宜采用本法。常用化疗药有 MMC（丝裂霉素）、ADM（阿霉素）、CDDP（顺铂）、5-FU（氟尿嘧啶）等。一般一个月左右可重复治疗，至

少需 3~5 次；手术切除后病人也可采用本法巩固效果。

3. 全身化疗：静脉或口服，其方案与消化道癌相似。

#### [预防]

1. 预防应从积极治疗肝炎（主要是乙型与丙型）、防止黄曲霉毒素污染与保护水源三方面实施。

2. 对高危人群监测，包括 HBsAg 携带者、HBV 两对半阳性者、肝硬化病人低浓度 AFP 升高者及肝癌家族史者，以期早发现早治疗。

## 乳 癌

乳癌为妇女常见的恶性肿瘤，其发病率仅次于子宫颈癌。部分地区居首位。

乳癌的发生与内分泌、遗传、生育、哺乳和癌前期病变等有关。其中以内分泌因素较为重要。绝经期前后卵巢功能衰退，垂体前叶激素分泌过多，刺激肾上腺皮质产生过多的雌激素。60 岁以上的妇女，肾上腺皮质又产生过多的雌激素，这些变化引起了乳腺上皮细胞的过度增生，从而导致乳癌的发生。乳房囊性增生病、乳房纤维腺瘤与乳癌的发生也有一定关系。

目前，国内将乳癌分为四期：

第一期：癌瘤完全位于乳房组织内，其直径不超过 3 厘米，与皮肤和胸筋膜没有粘连，无腋窝淋巴结转移。

第二期：癌瘤直径不超过 5 厘米，沿能推动，与覆盖的皮肤有粘连，同侧腋窝有数个散在而能推动的淋巴结。

第三期：癌瘤直径超过 5 厘米，与覆盖的皮肤有广泛的粘连，且常形成溃疡，或癌肿底部与筋膜、胸肌有粘连，同侧腋窝或锁骨下有一连串融合成块的淋巴结，但尚能推动，胸骨旁淋巴结有转移者亦属此期。

第四期：癌瘤广泛扩散到皮肤，或与胸肌、胸壁固定，同侧腋窝淋巴结成固定，或呈广泛的淋巴转移，有远处转移者亦属此期。

乳癌治疗以手术切除为主，放射、化学药物和激素等治疗仅作为辅助性治疗方法。乳癌现最常用的手术方法是乳癌改良根治术，是将整个患侧乳房及距癌肿边缘皮肤 4 厘米及腋窝淋巴脂肪组织整块切除，疗效较好。

#### [家庭护理]

1. 注意肩部活动，如做手指抓墙运动，用患肢梳头等。调节生活方式，多参加娱乐活动，如听音乐、读报、下棋等，保持心情愉快，但应避免过度而影响正常必要的休息。

2. 喜高脂肪饮食者应适当节制，以减少复发机会。其余无特殊。

3. 出院后，根据医生嘱咐准时到医院化疗，化疗期间常有抵抗力下降、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、皮肤搔痒、干燥、色素沉着、脱发等反应。呕吐严重者可适当应用止吐药，如灭吐灵等；脱发时，可对头皮施以冷敷，这样可减少药物对毛囊的刺激，减少脱发。色素沉着、脱发均为暂时的，停药后，便会重新生出。

4. 乳癌根治术，伤口创面较大，应特别注意保持伤口的清洁、干燥；伤口未完全愈合前禁淋浴；从事可导致体腔压

力增高的活动，如咳嗽、深呼吸等时，应注意按压保护伤口，以免初愈伤口裂开。

5. 自我检查，一般选择月经后 1~2 周进行，因此时乳腺最少充血，处在最松弛状态，容易检查。自我检查时可按以下步骤进行：仰卧于平板床上，肩间垫一薄枕，先以一臂高举于头，用对侧手的食指、中指及无名指轻按在乳腺上，顺时针方向仔细们查乳腺各部位有无肿块；扪查至乳腺外侧时，手臂应放下，位于身旁，同时再摸同侧腋窝有无肿块。检查一侧后，用同样方法查另一侧。一般宜每日自我检一次，可在洗澡、换内衣时进行。若发现肿块，应及时到医院复查。

## 胃 癌

胃癌易发于胃窦，依次是贲门部、胃角、胃体与弥漫浸润。早期癌仅浸润粘膜层与粘膜下层，进展期则达肌层、浆膜层以至浆膜外与周围组织粘连。淋巴结转移常见，远方可至左锁骨上淋巴结，血行转移常见于肝，也可有肺、脑、骨转移。

我国胃癌发病与死亡均位各恶性肿瘤之首，每年死于胃癌者达 16 万人。患病年龄 40~60 岁之间居多。男女之比 3~4: 1。

### [临床症状]

1. 临床症状：早期阶段可有 15% 病人无症状。出现以下症状均应精查；近期不明原因消化道症状，如上腹痛、食欲不振、恶心呕吐、黑便；原有胃病近期加重或性状变化；不

明病因的消瘦、乏力、体重减轻。对确诊胃溃疡、腺瘤性息肉、萎缩性胃炎伴异型上皮增生以及胃大部切除后残胃均应定期检查。

2. 体检：早期无阳性发现，晚期可有上腹压痛包块、腹水、左锁骨上淋巴结肿大、直肠指诊 Douglas 窝内肿块，卵巢转移时下腹部肿块，肝转移时肝大、黄疸。

3. X 线双重对比造影：癌灶 1 厘米以上即可发现。进展期癌发现不困难，影像学可判定病变部位、范围，为胃镜检查提供参考，还有助于决定手术方式。

4. 胃镜检查：是精查的关键手段，也是早期发现及最后确诊的最佳方法。早期癌分为隆起型、表面型（又分表面隆起型、表面平坦型、表面凹陷型）、凹陷型与混合型。进展期胃癌按 Borrmann 分型分为蕈伞型、局部溃疡型、浸润溃疡型、弥漫浸润型。直视下准确采取活组织获得最后确诊。

5. 超声波检查：B 型超声波检查或超声内镜检查探测胃癌浸润深度、淋巴结转移，以及肝、胰等脏器转移情况，有助于决定手术与判断预后。

6. CT 检查：可以发现转移灶、判定部位、范围与大小，与 B 型超声波相同，可以互补与验证。

### [治疗]

1. 手术治疗：手术切除癌灶是治疗胃癌主要手段。如局部情况允许应行根治性切除；如病情较晚已扩散转移或有心肺肾等脏器严重并发症时，不能根治切除也应力争对原发灶做姑息切除。若原发灶已不能切除可考虑行改道手术，有时病情太晚只能做探查术。进展期胃癌估计切除困难时，可做

术前放疗或化疗以提高手术切除率。

2. 放射治疗：胃癌对放疗不甚敏感，为提高手术切除率可术前放疗。针对腹腔内亚临床转移灶，有条件的医院可做术中一次大剂量放疗。术后对残留癌灶或转移灶，如比较局限，也可行局部放疗，可有一定效果。

3. 化学治疗：早期癌原则上术后不辅助化疗。如有淋巴结转移、分化程度差、浅表广泛或多发癌以及年青病人应酌情辅助化疗，可单药治疗1年。进展期胃癌根治术后均应辅以联合化疗，为期2年。不能手术、根治术后复发、术后残留癌、姑息切除、改道、探查的晚期病人采取化疗为主的综合治疗。

(1) 单一用药：

优福定 (UFT)，每片含 FT-20750 毫克、尿嘧啶 112 毫克，每日口服 3 次，每次 3~4 片。按 FT-207 含量计，总量 20~30 克。

氟铁龙 (5'-DFUR, Furtulon)，每日 3 次，每次 0.4 克，2~3 个月为 1 疗程。

(2) 联合用药：

UFTM (优福定、丝裂霉素) 方案：UFT (优福定)，2~3 片/次，口服，每日 3 次。总量 30 克。MMC (丝裂霉素) 6 毫克/平方米，静冲，每周 1 次，共 6 次。

FAM (氟尿嘧啶、阿霉素、丝裂霉素) 方案：5-FU (氟尿嘧啶)，600 毫克/平方米，静点，第 1、2、5、6 周。ADM (阿霉素)，30 毫克/平方米，静冲，第 1、5 周。MMC (丝裂霉素)，10 毫克/平方米，静冲，第 1 周。每 8 周重复。

EAP (阿霉素、顺铂、鬼臼乙叉甙) 方案: ADM (阿霉素), 20 毫克/平方米, 静冲, 第 1、7 日。DDP (顺铂), 30 毫克/平方米, 静点, 水化, 第 2、8 日。VP16—213 (鬼臼乙叉甙), 100 毫克/平方米, 静点, 第 4、5、6 日。每 4 周重复, 共 4~6 次。

### [预防]

1. 保护环境与水源, 防止亚硝基化合物及其前体的污染。
2. 多吃新鲜蔬菜、水果与肉类、乳品, 少食高盐与腌腊及含亚硝酸盐高的食物; 不食霉变食品。
3. 对伴有肠上皮化生及异型增生的萎缩性胃炎病人积极治疗, 定期随访; 有条件地区可行筛选人群普查, 以期早期发现、早期诊断、早期治疗。

## 大肠癌

大肠癌易发部位依次是乙状结肠 40%, 直肠 35%, 盲肠及升结肠 14%, 降结肠 6%, 横结肠 4%, 肛管 1%。大体分型为肿块型、溃疡型与浸润型。组织类型腺癌占 4/5, 粘液癌占 1/5。经淋巴转移至区域淋巴结, 血行转移至肝。

大肠癌在我国占恶性肿瘤第五位, 近年有上升趋势。男女之比 1.5~2:1, 45 岁以上发病居多。

### [临床症状]

1. 临床症状: 早期无症状, 以下症状应精查: 大便习惯与形状改变, 带血、粘液血便; 便秘、腹泻或两者交替; 排

便不尽、变形、变细；腹部不适、隐痛胀气、包块。晚期者可出现肠梗阻、穿孔或腹膜炎症状。

2. 体检：腹部有压痛或触及包块，有肠梗阻时出现肠型、蠕动波。直肠指诊极为重要，是发现直肠癌的最直接简便方法，注意肿块的部位、性质、范围。指诊阴性应做精查。

3. X线气钡双重对比造影：可发现充盈缺损、肠壁僵硬、管腔狭窄以及不规则龛影。X线检查阳性或可疑时应做大肠镜检查。

4. 大肠镜检查：应先做X线检查了解肠道走行情况，可疑病灶部位，有助于顺利进镜及时发现病变，缩短检查时间。直视下活检与刷片可以确诊。

5. B型超声波检查：经腹壁可探出大肠癌呈环形增厚、局限隆起、蕈伞和乳头状改变。还可判定癌灶侵及肠管范围、肠壁浸润深度以及腹腔内转移情况。

6. 放射免疫显像：对大肠癌原发灶、转移淋巴结，判定肝、肺、骨转移以及亚临床病灶有帮助。

#### [治疗]

1. 手术治疗：全身状况允许无腹膜广泛转移、肝转移者均应采取根治切除。结肠癌切除肉眼可见肿瘤边缘近侧10厘米，远侧7厘米以上肠段，直肠癌远近侧切除肠段距肿瘤边缘均不少于5~6厘米。下段直肠癌不能保留肛门，需改道做人工肛门。

2. 放射治疗：放疗用于根治术后杀灭残留癌细胞，多用于直肠癌术后。术前放疗可使肿瘤缩小，控制淋巴结转移，提高手术切除率。术中放疗一次大剂量照射可清扫残留癌灶。对

晚期无法切除者行姑息放疗可控制肿瘤、止痛、止血。

3. 化学治疗：大肠癌对化疗不太敏感，用于术后辅助化疗及晚期姑息治疗。

CF（氟尿嘧啶、醛氢叶酸）方案：CF（醛氢叶酸），200毫克/平方米，静冲，连用5日。5-FU（氟尿嘧啶），每日500毫克/平方米，静点，连用5日。每3周重复，共用6周期。

UFTM（优福啶，丝裂霉素），FAM（氟尿嘧啶、阿霉素、丝裂霉素）方案参阅胃癌化疗。

#### [预防]

1. 饮食方面不宜高脂肉类，多食水果、蔬菜与含粗纤维食物，戒烟，养成有规律排便习惯。

2. 治疗炎性结肠病，如溃疡性结肠炎，血吸虫性结肠炎、肉芽肿性结肠炎以及结肠腺瘤。

## 肾 癌

肾癌是肾脏的恶性肿瘤，尽管肾肿瘤发病率不高，但大多为恶性，而其中以肾癌为常见，多发于40~60岁之间，男多于女。肾癌早期症状不明显，一旦发现往往为时已晚，因而应争取早期诊断，及时治疗。

#### [临床症状]

1. 血尿：为肾癌最常见的症状，表现为间歇性无痛性肉眼全血尿，病人除了间断出现血尿外，可无任何不适，并因此常被忽略而延误病情。其实出现血尿已多为晚期表现，提示病变已发展到一定程度。

2. 肿块：病人可表现为腰腹部的肿块，由于肾居人体较深部位，若发现肿块，说明肿瘤已增至相当大的体积，因此肿块亦是较晚期的症状。

3. 疼痛：病人可有患侧腰部钝痛，也可因血块堵塞输尿管，而引起剧烈绞痛，若肿瘤转移至骨骼，也可引起该处疼痛。

此外晚期病人还可有发热、贫血，以及肿瘤转移所致的症状，例如脑转移可出现昏迷，骨转移可出现病理性骨折。

4. 除了症状之外，尚需运用下列检查以明确肾癌诊断：

(1) “B”超：可用于肾癌的早期诊断，运用“B”型超声可以精确的检查出肾脏 1 厘米左右直径的肿瘤，并对鉴别肿瘤是实性还是囊性，是恶性还是良性，提供较准确的信息。“B”超检查无创无痛，且价廉，可反复进行动态观察。

(2) 电子计算机体层扫描 (CT)：也可用于肾癌的早期诊断，由于价格昂贵，可在“B”超检查后有必要时再进行，CT 扫描对肾癌的诊断，有较准确的价值。

(3) 腹部 X 线检查：可显示肾外形增大，而行尿路造影，肾盂肾盏可因肿瘤的压迫，而呈不规则变形，但这种改变往往是肿瘤增大到一定程度才会出现。

#### [治疗]

1. 手术治疗：根治性肾切除，即是将有病的肾脏及其周围组织，如肾周筋膜脂肪、肾上腺、淋巴及输尿管上段等一并切除。对于那些较晚期的病人，肿瘤大、血管丰富、手术难度大、术中出血多，有较大的危险性。

2. 肾动脉栓塞术：近年来，发展的肾动脉栓塞术对治疗

此类病人具有很大的作用。肾动脉栓塞术，即经股动脉插一细管经腹主动脉达肾动脉，再将栓塞剂，如明胶海绵通过此细管注入肾动脉，将肾动脉堵塞住，使病肾的血流大大减少。由于术中出血减少，手术得以安全的进行，对于那些本来难于切除肾肿瘤的病人，经此处理，往往争取到手术根治的机会，此为术前肾动脉栓塞术。此外肾动脉栓塞还可用于那些不能手术的晚期病例，可行永久性肾动脉栓塞，以抑制肿瘤生长，延长病人寿命。

3. 其他：除了手术治疗外，肾癌的治疗还包括放射治疗、化疗及免疫治疗。化疗如运用长春花碱，免疫治疗如白细胞介素Ⅱ、活性淋巴杀伤细胞等可作为手术的辅助治疗。

#### [预防与保健]

目前肾癌尚无有效预防方法，主要在于早期诊断与早期治疗。由于本病早期常无明显症状，因此应对40~50岁以上的高发人群，进行定期的常规体检，特别是运用“B”超普查，对于早期发现肾肿瘤具有十分重要的作用。

## 膀胱肿瘤

膀胱肿瘤是泌尿系统中最常见的肿瘤，近年来有增多的趋势。病人以男性居多，50~70岁为高发年龄。和其他肿瘤一样，膀胱肿瘤的病因并不十分清楚，但现已证明有些因素与膀胱肿瘤的发生密切相关。

组成膀胱的各种组织细胞均可发生膀胱肿瘤，但以来自上皮细胞的肿瘤居多，占全部肿瘤的95%以上，而其中绝大

部分为乳头状移行细胞癌，我们临床上常见的也多是膀胱移行上皮细胞癌。

### [临床症状]

1. 血尿：多为肉眼可见的血尿，不伴有任何症状而称为无痛性血尿，血尿为间断发生且多为终末血尿，即在排尿终了时出现血尿。由于没有什么痛苦，病人多不在意而耽误就诊。

2. 膀胱刺激症状：即尿频、尿急、尿痛，在发病之初只有少数病人出现此症状，而到后期由于肿瘤继发感染，几乎所有的病人均可产生尿频、尿急、尿痛。

3. 排尿困难：可因肿瘤堵塞尿道内口，而致排尿困难，如严重则可形成尿潴留，尿不能完全排出。晚期病人还可出现贫血消瘦、下腹胀块，并常伴有腰骶部下腹部疼痛及下肢浮肿。

4. 为了确定膀胱肿瘤的诊断，最重要的检查是膀胱镜检查。膀胱镜是一种特殊设备，其结构像一个中空的金属管，一端经尿道而置于膀胱内，另一端在尿道口外，借助于一系列的光学镜片，可以细致地观察到膀胱内的各种病变，可以了解肿瘤的部位、大小、数目，并可估计恶性程度，还可行活体检查，即取一块组织作病理组织切片。

### 5. 其他：

(1) 尿路造影以了解有无同时存在的肾盂及输尿管肿瘤，以及双肾功能情况。

(2) “B”超也可用于膀胱肿瘤的诊断，可以发现1厘米以上的膀胱肿瘤，检查方便而无痛苦。

(3) 电子计算机 X 线体层扫描 (CT) 和核磁共振成像 (MRI), 必要时也可用于膀胱肿瘤的检查, 除借以了解肿瘤本身的情况外, 还可对肿瘤的侵犯深度及淋巴结转移情况作出判断。

### [治疗]

1. 膀胱肿瘤的治疗以手术为主。根据病情选择合适的手术方案, 肿瘤小侵犯膀胱壁浅的病人, 可酌情运用经尿道膀胱肿瘤电切除术, 即经尿道插入膀胱镜, 再经膀胱镜的特殊附件电切除镜, 将肿瘤电灼或电切之。近年来还可运用激光通过切除镜将肿瘤烧灼切除。

若肿瘤较大可采用膀胱部分切除术, 即将肿瘤连同肿瘤所在的膀胱壁一并切除。对于肿瘤大、多发, 且反复复发者应行膀胱全切除术, 即将膀胱整个切除, 并行尿流改道, 将输尿管移植到一段肠管上, 肠管一端封闭, 另端开口于腹壁而形成一小囊, 此即为人工膀胱, 尿液经输尿管流入人工膀胱, 循腹壁而出, 由于采用的肠管为回肠, 故临床上称之为回肠膀胱术。

2. 免疫疗法: 免疫疗法系以卡介苗 (BCG) 膀胱内灌注, 对治疗表浅肿瘤及预防术后复发有一定效果, 然卡介苗灌注有一定副作用应予注意。

3. 化学疗法: 有多种药物用于膀胱肿瘤的化疗, 如: 顺氯氨铂 (DDP)。氮甲喋呤、5-氟尿嘧啶、长春花碱、阿霉素等。这类药物虽然有一定疗效, 但药物毒性反应亦多。近年来多运用联合化疗即 M-VAC 方案, 较之单纯化疗副作用小, 疗效亦较高。

### [预防与保健]

由于对膀胱肿瘤的病因并不十分清楚，因此目前仍缺乏根本的预防方法。

1. 某些化学物质，如 $\beta$ -萘胺、 $\alpha$ -萘胺、4-氨基联苯、联苯胺可引起膀胱肿瘤，这些物质广泛应用于染料、皮革、颜料、塑料等的加工工业，可经皮肤、呼吸道及消化道吸收而产生致癌作用。其次膀胱肿瘤与吸烟的关系也越来越引起人们的重视。因职业经常接触致癌物质者，应加强防护，尽量减少致癌物质的吸收。

2. 应对此类人群定期体检，以期及时发现肿瘤，早期治疗。

3. 吸烟对人类有很大危害。男性膀胱癌病人中有50%人吸烟，且吸烟者较不吸烟者膀胱癌的发病率高4倍，香烟中含有亚硝基胺及 $\beta$ -萘胺，吸收后排泄至尿中而具有致癌性，因此应加强宣传教育。

膀胱肿瘤的复发率较高，手术后两年内复发者超过半数，复发后及时治疗仍有可能治愈，因此术后应密切随诊，每3个月膀胱镜检1次，同时术后应定期给予化疗或免疫治疗，以预防复发。

## 阴茎癌

阴茎癌曾经是一种极为常见的男性外生殖器疾患，20世纪50年代时占泌尿男性生殖系肿瘤的第一位，以后随着国民经济的发展，卫生条件的提高，发病率日趋减少。

阴茎癌的发生与包茎和包皮过长密切相关，这是由于瘀积包皮囊内的包皮垢具有致癌作用，长期刺激包皮及龟头而导致癌变，所以犹太民族出生后即行包皮环切术，极少发生阴茎癌。

### [临床症状]

1. 本病多发于 40~60 岁中老年男性，具有包茎和包皮过长者。

2. 阴茎头部的改变：早期若包皮可上翻者，可见阴茎头部的红色斑块、丘疹，继之形成突起的小肿物及溃疡，病变继续发展肿物增大，可穿破包皮而向外生长，病人有刺痒感及轻度疼痛，有血性分泌物及恶臭。

3. 部分病人肿瘤转移至腹股沟淋巴结，甚至穿破皮肤形成癌性溃疡，少数病人肿瘤可血行转移至肺、肝、骨等处。

根据以上表现诊断不难。

4. 若有疑问可作活体组织检查，即在阴茎头部肿物处，切取一小块组织，作病理切片即可确诊。

5. 其他检查如“B”型超声、CT、胸部 X 线片，对确定远隔部位如肺、肝、盆腔有无肿瘤转移有重要价值。

### [治疗]

1. 阴茎癌的治疗以手术为主，可酌情行包皮环切术，肿瘤局部切除术，阴茎部分切除术，即将肿瘤及所在部位的阴茎一并切除及阴茎全切除术。如有淋巴结转移则行双侧髂腹股沟淋巴结清扫术，才有可能得到根治。

2. 除了手术以外，尚有液氮冷冻，放射治疗及化疗，如用博莱霉素，但效果不太理想。

### [预防与保健]

对阴茎及包皮过长者早期行包皮环切术及保持阴茎卫生是预防阴茎癌的有效措施。阴茎癌位于体表，应是一种极易发现，极易诊断的疾患，有些病人之所以迁延日久失去了早期治疗的机会，多因卫生条件差，缺乏卫生知识的缘故，因此应进一步加强卫生宣传教育，提高全民的预防意识。

## 睾丸肿瘤

睾丸肿瘤较少见，约占男性恶性肿瘤1%~2%，多发于20~40岁的青壮年。异位的或未降的睾丸有3.6%~11.6%发生癌变，应予注意。

组成睾丸的各种组织均可发生肿瘤，可大致分为两类：一为源自睾丸曲细精管的生殖上皮的生殖细胞肿瘤，占90%~95%，如精原细胞瘤、胚胎癌、畸胎瘤、绒毛膜上皮癌等，以精原细胞瘤最为多见；二为发生于间质细胞或睾丸间质的非生殖细胞肿瘤，占5%~10%，如支持细胞瘤、血管瘤等。

### [临床症状]

睾丸肿瘤的症状一般不太明显。

1. 表现为无痛性的睾丸肿大，病人无不适感或仅有轻微的坠胀感，肿大的睾丸表面光滑，质硬而有沉重感，有时还伴有少量鞘膜积液，但透光阴性，即不透光，此特点应与一般的鞘膜积液相鉴别。

2. 少数病人可以有一侧或双侧乳房增大及不育等。

3. 检测病人血中肿瘤标记物质，如甲种胎儿蛋白

(AFP)、人绒毛膜促性腺激素 ( $\beta$ -HCG)、乳酸脱氢酶 (LDH) 和胎盘碱性磷酸酶 (PALP) 尤为重要, 可有助于临床分类及术后的追踪观察。

4. 其他检查, 如“B”型超声、CT 等, 除可确定睾丸内肿瘤外, 尚可了解肿瘤的转移情况, 有助于完整治疗方案的制定。

#### [治疗]

以早期手术为主, 精原细胞瘤作睾丸切除, 辅以放射治疗及化疗, 精原细胞瘤对放射治疗及化疗均极敏感, 疗效佳。而胚胎癌、畸胎瘤除睾丸切除外, 还须行腹膜后淋巴结清扫术以求根治。

#### [预防与保健]

对异位或未降的睾丸, 应及时治疗, 避免癌变。

## 膀胱癌

泌尿系肿瘤绝大多数为恶性, 膀胱肿瘤属首位, 肾肿瘤次之。膀胱癌的原因与染料、橡胶、塑料等化学工业的环境污染、人体内色氨酸和烟酸代谢障碍时产生的中间代谢产物及膀胱结石等有关。

#### [症状表现]

膀胱癌的最早期表现为无痛性间歇性血尿, 绝大多数为肉眼全血尿, 有时伴血块。其晚期病人可有膀胱刺激症状, 如尿频、尿急、尿痛; 若肿瘤靠近膀胱出口处, 可造成排尿困难或尿潴留, 晚期肿瘤广泛浸润膀胱周围组织, 形成坚硬的

结节状团块，可在腹部触及。

### [治疗]

膀胱癌的治疗分：①手术疗法，对细胞分化良好的原位癌，可经膀胱镜作电灼或电切除；对体积大、浸润深、恶性度高的肿瘤，均应作全膀胱切除术；②化疗及放疗，化疗用于配合手术，术后用噻替派作膀胱内灌注，或用5—氟脲嘧啶作静脉注射；对禁忌手术的病人，可采用体外放疗或膀胱腔内放疗。

### [预防与保健]

1. 应摄取足够的营养，宜进高蛋白，如牛奶；高维生素，如蔬菜、水果；高碳水化合物，如面食、清淡可口、易消化的饮食，以达到补充病人营养消耗，增强病人抵抗力的目的。

2. 坚持放疗、化疗是辅助治疗的重要手段，在放疗、化疗期间更应注意饮食的高营养、高能量。不能进食者，通过静脉补充营养，以提高抗病能力。

3. 出院在家应坚持锻炼，如散步、打太极拳等，这对身体的康复都有很大的作用。

4. 出院后要加强随访，2~3年内每3个月复查一次，以了解治愈情况或有无复发迹象。

## 前列腺癌

前列腺癌是泌尿男性生殖系中重要的恶性肿瘤疾患，在欧美极为常见，占男性癌症死亡的第2位，仅次于肺癌。在我国发病率较低，但近年来由于人的寿命延长及诊断技术的

提高，发病率仍有上升的趋势。

前列腺癌的病因尚未明了，有人认为与癌基因、种族、遗传、环境因素、性激素、性活动、感染因素、镉元素等有关，但至今尚无定论。前列腺癌为老年性疾病，自40岁以后，其发病率随年龄的增加而上升。

#### [临床症状]

前列腺癌可分为三型：潜伏型：肿瘤小而无症状，无转移，为尸体解剖发现。隐匿型：无临床症状，可因体检或有远处转移病灶而发现。临床型：具有临床症状和体征。表现为：

1. 排尿困难：早期多无症状，病变发展到一定程度压迫尿道及膀胱颈部，而逐渐出现排尿困难，可出现尿频、尿线细而无力，严重则尿潴留。

2. 肿瘤向外扩散及转移，可出现腰骶部、髋部疼痛，若肿瘤转移则可出现相应的症状，例如，肺转移则出现咳嗽、咯血。

3. 晚期病人表现为衰弱乏力、消瘦贫血等。

4. 对前列腺癌最重要的检查是肛门指诊，即医生将手指伸入病人的肛门，即可摸到肿大的前列腺，表面呈高低不平整，且坚硬如石。

5. 前列腺癌最后确诊有待于前列腺活体组织检查，除可确诊外，还可了解肿瘤类型及严重程度。

6. 其他如“B”超，CT，X线检查等，除对肿瘤本身作出精确的判断外，尚可对肿瘤扩散转移，进行全面的估测。

7. 血清前列腺特异抗原测定(PSA)，是一种十分有价值

的检查，除用于诊断外，尚可用手术后的追踪观察。

### [治疗]

对前列腺癌应采用综合治疗的方法，包括：

1. 手术治疗：若癌肿局限于前列腺内，可行根治性前列腺切除术。

2. 内分泌治疗：前列腺癌细胞大多依赖于雄激素，去除雄激素或对抗雄激素治疗，可抑制前列腺癌细胞的生长，一般采用：

(1) 双侧睾丸切除：可减少睾酮（即雄激素）的生成，而抑制前列腺癌细胞的生长。

(2) 抗雄激素治疗：采用孕激素治疗，例如：可对抗雄激素，如甲基氯地孕酮等。还可运用促黄体释放激素类似物阻断睾酮的产生。

(3) 放射治疗：可用直线加速器<sup>60</sup>钴、<sup>198</sup>Au 作内照射或外照射，有时能取得很好的效果。

(4) 化学治疗：如磷酸雌二醇氮芥、顺铂、阿霉素，丝裂霉素等，化疗效果不太肯定。

### [预防与保健]

前列腺癌无有效预防方法，对老人应定期普查，作肛门指诊及“B”超等，争取早发现、早治疗。

## 皮肤癌

皮肤的恶性肿瘤称皮肤癌，常见的有鳞状细胞癌、基底细胞癌和恶性黑色素瘤。

## 鳞状细胞癌

又名鳞状上皮癌，是常见的皮肤恶性肿瘤之一，发生率占皮肤癌的60%左右，病人中男性多于女性，发于50岁以上。真正发病原因尚不清楚。可能与下列因素有关：①长期日光照射。动物试验证明，波长 $280 \times 10^{-9} \sim 320 \times 10^{-9}$ 米之间的紫外线有致癌作用。②放射线，各种放射线均有致癌性。③机械性刺激，长期反复机械性刺激可引起细胞角化、增殖面发生癌变。长期吸烟者唇癌发病率较高就是例证。④化学物质刺激，长期接触煤焦油、沥青及其衍生物者，皮肤癌发病率很高。⑤其他如长期不愈合的皮肤慢性溃疡，瘢痕上的溃疡或皮肤慢性炎症，也易癌变。

### [临床症状]

1. 有上述致癌因素的病史。
2. 发病部位多在皮肤与粘膜交界处，及皮肤的暴露部位。少数也可发生在正常皮肤上。
3. 病变开始在皮肤上，初起为圆形隆起的干燥疣状小结节，基底坚硬，暗红色与皮肤粘连很紧，不易剥落，剥落后易引起出血，露出潮红面，增长较快。
4. 发展到一定程度后，鳞状细胞癌在病变皮肤上表现为两种类型：①溃疡型：较常见。肿块质硬，深埋于皮肤中，界限不清，中央破溃，表面不平，边缘向外翻，触之边缘和基底较硬，有粘稠的分泌物，有恶臭味。②乳头瘤型：整个溃疡面充满菜花状角质增生物，有痂皮覆盖，除去痂皮易出血。增生物不断增长，边缘向外翻，伴有继发感染时有恶臭味。
5. 鳞状细胞癌可逐渐向深部和周围扩展，侵犯皮下组

织、肌肉和骨骼，并向局部淋巴结转移。

### 〔治疗〕

以手术切除为主，在初发阶段手术切除便于确诊。在临床症状已明显时，手术切除可达到治疗目的。手术时应将切除的病变组织，进行冰冻切片检查，以确定切除是否彻底。放射治疗可作为手术治疗的辅助手段，病变组织较小时放射治疗也可作为主要手段。

### 〔预防与保健〕

避免引发皮肤癌的有关因素，如不要长时间在阳光下曝晒，避免放射线的照射；少吸或不吸烟；避免长期接触化学物质，如工作需要必须接触时，应注意防护皮肤。皮肤溃疡超过3个月不愈合，或皮肤肿物增长快，应及时去医院检查。

### 基底细胞癌

也称基底细胞上皮癌，本病发展慢，不转移，但局部破坏性大，可严重损坏局部组织及骨骼。真正病因不明，诱因基本同鳞状细胞癌。老年疣和日光角化病易变为基底细胞癌。

### 〔临床症状〕

以面部发病率最高，特别是眼部周围。多为单发型损害，也有多发者。临床分型有以下几种：①侵蚀溃疡型：此型最常见，初起损害往往是一个针头至黄豆大的淡红色或淡黄色小结节，触之较硬。数月至一年内变化不大，以后逐渐长大，中心下陷，边缘隆起升卷，稍受碰触容易出血，中央部可自行糜烂结痂，并逐渐向周围扩大，向深部组织侵蚀，但发展速度很慢。②硬斑型：开始是一个丘疹，可逐渐发展成扁平蜡样淡黄色硬化性斑，上面有毛细血管扩张，无明显的外翻

边缘，发展很慢，一般不形成溃疡与结痂。③色素型：由微隆起而表浅的蜡状小结节聚积而成，表面往往有结痂，去除痂后易出血，显出深褐色或黑色颗粒状表面。

#### [治疗]

以手术切除为主，切除范围应大些、深些，切除的肿瘤及周围组织应进行病理检查，以切缘及基底处查不到肿瘤组织为准，以防复发。在基底细胞癌初期阶段，用液氮冷冻或二氧化碳激光治疗也有效。

#### [预防与保健]

基本上与鳞状细胞癌的预防一样。要特别强调的是50岁以上的老年人，在面部发现新生的皮肤病变，应早到医院检查，并定期进行追踪观察。

#### 恶性黑色素瘤

一般认为是恶性度较高的肿瘤。发病原因主要为各种皮肤色素痣受刺激后转变为恶性黑色素瘤。交界痣最易恶变，少数是混合痣，皮内痣极少有恶变的。刺激的种类主要是长期压迫、摩擦、搔抓、刮脸刺激、外伤或局部使用腐蚀药等，均可成为恶变的诱因。

#### [临床症状]

原有色素痣的基础上，短期内发现色素增多，硬度增加，有痒感或轻度疼痛，经数日或1~2年内色素痣体积突然增大，痒加重、黑色加深、表面糜烂，甚至发生表面溃疡，易出血，表面有一层黑痂。病变周围有时出现一些小的卫星痣，局部淋巴结肿大，以上诸项变化，均表明恶变的征象。

掌蹠及甲床恶性黑色素瘤的特点为结节隆起不明显，主

要为色泽的变化。甲床的恶性黑色素瘤，损害较为特殊。多发生于拇指及拇趾的甲床，颜色不均匀为棕色、蓝色或黄褐色条纹。

### 〔治疗〕

目前主张采用多学科综合治疗。

1. 外科治疗：黑色素瘤局限无转移者，目前仍主张切除，切除范围尽可能大一些。如已有转移至附近淋巴结，应行局部淋巴结清扫。

2. 放射治疗：仅作为一种姑息性或手术后辅助性治疗，可减少局部的复发率。

3. 化学治疗，也是作为手术治疗的一种辅助手段，对播散型病灶，化疗仍是重要手段。

4. 免疫治疗：近年来免疫治疗已成为恶性黑色素瘤综合治疗的主要治疗措施之一。主要用细胞因子、干扰素和转移因子等进行注射。

### 〔预防与保健〕

目前对引发恶性黑色素瘤的原因尚不清楚，只观察到是在色素痣基础上产生恶变。故对身体上的黑色素痣要特别注意，经常观察其变化。发生在易受刺激部位的色素痣，如口唇、阴茎龟头及经常受到刺激的部位，应尽早切除以防恶变。有恶变前驱表现者应立即切除，送病理检查以判定有无恶变。

# 看病住院常识

## 挂号需注意哪些问题

有病来医院看病，遇到的第一个问题是挂号。如果挂错了号，不仅浪费时间，还看不到病。那么如何选择挂号呢？我们知道，现在医学科学发展很快，分科也越来越细，原来只分内科、外科、妇产科、儿科、眼科、耳鼻喉科等，现在学科多了，就目前来讲，挂号大体可分为 5 类。

第一类为普通门诊。普通门诊分普通内科、普通外科、骨科、神经内科、神经外科、心胸外科、泌尿科、妇产科、眼科、耳鼻喉科、理疗科、小儿科、中医科等等。初次来看病或常见病可看普通门诊，一般由住院医师应诊。

第二类为专病门诊。近些年来专病门诊发展很快，如原来内科已分出了心血管内科、消化内科、呼吸内科、内分泌内科、血液内科、肾脏病内科、风湿病内科、急救医学内科等。每一个专科就主要疾病又相应分出专病门诊，如心血管内科有高血压门诊、冠心病门诊、高血脂门诊、起搏器门诊、心律失常门诊等；内分泌内科有甲亢门诊、糖尿病门诊等；消化内科有胃病门诊、肝胆胰门诊等等。这些专病门诊由专门研究诊治某种疾病主治医师以上人员应诊，医生相对固定，既有利于诊治疾病、科研，又避免了原来有的病人抱怨看一次

病换一个医生的现象。由于专病门诊多，请您选择好。如果您出现胃痛、反酸、呃逆时，可看胃病门诊；肝区痛或腹痛可看肝胆胰门诊；有心悸、脉有间歇的病人，可看心律失常门诊；咳嗽、咯痰、喘可看肺部疾病门诊；贫血、皮下出血、瘀斑、白细胞减少者可看血液病门诊；长期低热、感染可看炎症门诊；腰腿疼可看腰腿疼门诊。若过去诊断清楚可看相应的专病门诊，如高血压、冠心病可看高血压门诊、冠心病门诊，系统性红斑狼疮、类风湿性关节炎等可看风湿病门诊，胆石症病人可看内科胆病门诊或外科肝胆门诊，肾结石可看泌尿科碎石门诊等；若实在不知道挂哪个专病门诊时，您可先看普通门诊，经初步检查后再定。值得注意的是，看专病门诊的时间一般都是固定的，所以挂号时须注意。

第三类为专家门诊。专家门诊均为副主任医师以上专家应诊。他们在医学某一领域中有独特专长，对疾病的诊断和治疗有丰富的经验。专家门诊的建立基本上解决了“看病难，尤其是找好大夫难”的问题。专家们出门诊都有固定的时间，在挂号大厅中有各位专家的简介，包括姓名、照片、职称、职务、专长等，可根据自己的病情，挂相应专家门诊的号即可。由于专家出门诊时间固定，您的病可以得到连续观察、不间断地治疗。如果您患了疑难病症或长时间未确诊的病或久治效果不佳的病，均可看专家门诊；如果您愿意找老大夫、好大夫看病，也可以挂专家门诊号。

第四类是传染病门诊。一般综合性医院都没有肝炎门诊和肠道门诊。肝炎门诊主要看肝炎病人，肠道门诊在每年5月1日~10月31日开诊。如果您在此期间进食不当，出现了腹

泻、呕吐等症状，可直接去肠道门诊看病，那里有专门医生为您检查、化验和治疗，并指导您掌握预防和隔离等方法。

第五类是急诊。急诊室，顾名思义是看急性病的地方。例如，突然剧烈腹痛或高热，或各种急性外伤，心脏病突然发作，脑血管病、哮喘急性发作等，均可去急诊室看病，千万不能耽误。急诊室一般都是昼夜应诊。看急诊时应先到分诊台，由护士为您分诊，告诉您看哪个科，使您得到及时的检查和治疗。

在日常工作中，我们常常遇到有的病人不知道该挂哪一科的号或挂错了号等现象。如果未能确定哪个系统的病，您可以先看普通门诊，经检查后再看专病门诊或专家门诊；也可先到咨询台去询问，他们会给您以热情的服务，满意的回答。

## 如何填写各种医疗卡片

在医院，门诊病历、住院病历、X光照片检查、CT检查、急诊看病等都要登记，存入病历档案。因为病历是医学科学研究的重要资料，也是每个病人健康状况的历史记录，并能为以后医生看病时提供重要的参考依据。

一般门诊病历要填写姓名、性别、年龄、住址、单位、电话、籍贯及过敏史等。这些看起来很简单，但对一个病人关系重大。如果填错，就会出现不可想象的后果。例如，地址填错，无法通知病人或病人家属；年龄填错，影响医生开药的剂量；由于病人中同名同姓者很多，故在询找病历时还要

参考性别、年龄、住址等，才能使所找的人确实无误。又如过敏史，有的人对某药物过敏，病历上应具体填写，使医生开药时注意，避免发生意外。

在看病时更不要用别人病历或他人名字看病。病历要长期保存，看病手册不要随便更换。电话也很重要，一旦病情变化，发生意外好通知单位或家属。

看病时要随身携带病历卡，以便查找病历和其检查、化验报告单等。

## 如何看门诊

病人到医院门诊看病，从进门到离开，经过一个完整的过程，其中包括挂号、候诊、医生检诊、各种化验、X线及特殊检查、划价、交费、取药、治疗等环节。每个病人都希望尽快看上病，更希望诊断明确、治疗得当。门诊质量高低主要看能否早期确诊和及时合理的治疗。但是，门诊工作中普遍存在看病不细的问题。由于在单位时间内病人集中、流动量大、就诊时间短，给医生问诊和检查带来了一定的困难，组织协调不好，容易发生“三长一短”（挂号、候诊、取药等待时间长，就诊的时间短），使病人感到不方便，甚至给病人增加痛苦，有的还发生交叉感染。对于这些问题，各医院都在设法加以解决，尽量缩短候诊时间，简化手续，方便病人。除了医院改革管理之外，病人也应从下述几个方面给以配合。

(1) 作好必要的准备，情绪要力求镇定，不要过分紧张，不要胡思乱想，不要自己吓唬自己，要从行动上积极配合诊

疗。如是上午到医院看病，最好不吃早饭，这样，需要抽空腹血化验，做空腹 B 超检查、钡餐检查和胃镜等检查时，能当即进行，不必再来一次。做各种检查时，应严格按照要求作准备，以免影响检查效果，如去 B 超室检查子宫、前列腺，一定要憋足尿去接受检查，这样显象效果才好。如果是腹泻或泌尿系统有病，自觉大小便不正常时，可以先用干净的小盒子、小瓶子留些大、小便带到医院检查。男性不孕症者，可在家留取精液带上，但精液放置时间不宜太久，因为在一般情况下精子存活时间仅为 2 小时左右（在 4℃ 可存活 24 小时），死亡精子无法诊断不孕症。如系肛门、生殖系统疾病，最好在去医院前清洗局部。到口腔科看牙病时，不要忘了先在家里刷牙。以上是一些小常识。准备工作做得好，可以节约看病的时间，避免往返奔波，也给医生护士一个文明病人的好印象。

(2) 既要遵守门诊秩序，也要灵活机动。正常的门诊程序有很多环节，都要耐心等待。当您挂了号，把病历交给诊断室的护士或医生之后，就应该安静地在诊室外候诊，不要走动，注意听护士或医生叫号，以免错过就诊时机。候诊或等候检查时，不要高声喧哗、吵闹，也不要拥挤在医生的身边，以免影响医生的诊察，尤其不要影响医生对心脏的听诊。同时也要灵活机动，尽量避开到病人拥挤的地方去长时间的等候，可以先到病人少的地方去检查。如果需要做两种检查，而两种检查的地方都等候了很多病人时，可同时分别将单子交检查室排队，哪边先轮到，就先到哪边去检查。

(3) 简明扼要准确地陈述病史。在去医院看病的路上，不

妨仔细回忆自己发病的过程，简明扼要地向医生陈述。由于医生对每个病人的检诊时间有限，平均每诊察 1 名病人只有 10 分钟左右，在这么短时间内，要完成询问病史、检查记录、开检查单、开处方等内容，如果陈述病史没有重点，杂乱无章，会影响看病的质量。另外，当医生给您开了检查单去检查室进行检查时，一定要问清取检查报告的时间和地点。在复诊时，将结果交给医生，医生方能根据结果作出诊断，提出具体治疗意见。

(4) 注意防止交叉感染。到医院看病的人很多，其中有传染病病人，所以到医院看病要注意自我保护。呼吸道传染病病人到医院看病应戴口罩，这是一种文明道德的表现。看完病一定要洗净手方能进食，以防医院物品和化验、检查报告单上的病菌污染双手，感染疾病。让病人高兴的是，目前许多医院越来越注意采取防止交叉感染的系列措施。如门诊大厅有一次性喝水杯，检查室有一次性床单，病房有一次性便器、面盆、饭碗，打针有一次性注射器，口腔科使用一次性口杯、弯盘等。使用一次性物品要收取费用时，您应欣然同意，每次多出几元钱，就可避免交叉感染，这是值得的。

## 候诊时应注意什么

挂完号等医生看病这一段时间是候诊。有的医院有候诊大厅，有的没有大厅，只在走廊等候。无论地点在哪儿，在候诊时都要保持安静，不能大声喧哗，这不仅为病人需要，也是医生看好病应具备的条件。

病人不要进入诊室围观大夫，妨碍医护人员工作；不要自己翻阅病历，若有不明白的问题在看病时可请医生解释。候诊时要保持候诊室清洁卫生，不要随地吐痰，不要乱丢果皮，如因病呕吐要及时去清扫或请卫生人员帮忙，要尊重卫生人员劳动。

病人应按先后顺序就诊。在候诊时如出现特殊不适或病情发生明显变化时，要找护士或医生给以妥善处理。

如果陪同老人、重病人或小孩看病时，作为陪同人也应该遵守候诊室的规定。在医生诊查时只进去一人陪同，其他人员应在诊室外等候。

## 怎样向医生反映病情

病人到门诊看病或住院治疗，都要向医生陈述自己的病情或在治疗中的病情变化。怎样正确地向医生陈述病情，以供医生正确地作出诊断和治疗呢？

(1) 抓住主要问题，集中、简要、有条理地向医生讲述自己的不适、疾病的表现。陈述要全面，不要遗漏与疾病有关的情况，但要针对医生的提问回答，切不可罗嗦、东拉西扯、答非所问，否则会分散医生的注意力，漏记重要情况，影响对诊断的分析判断。

(2) 不能自己陈述病情者可由亲朋代劳。代言者要熟悉和了解病人情况，最好事先复习一遍病情，归纳条理后再向医生陈述。

(3) 要如实反映病情，不能夸大或隐瞒。有病治病这是

天经地义的事，要相信医生会对病人的隐私保密。

## 怎样测量血压

正常人血压在一天里，不同情况、不同精神状况及不同姿势血压也不一样，这些人为的因素影响，不是病态。所以，在测血压时要注意以下几个问题。

(1) 病人在测血压前，先平静坐片刻，使其精神安静下来。

(2) 情绪紧张和激动之后不马上测血压。

(3) 剧烈运动之后和劳动之后不马上测血压。

(4) 测量时坐正，把上衣一侧袖子脱下，不要卷起紧的衣袖，手臂平放，手心向上，上臂和心脏在同一水平位上，肌肉要放松。如果是卧位，也要使上臂和心脏处于同一水平，不能过高或过低。

(5) 测血压时精神不要紧张，不要屏住呼吸，因为屏住呼吸可使血压升高。

(6) 寒冷环境可使血压偏高；高热的环境可使血压偏低，这也是应注意的。

## 什么是腰椎穿刺或骨髓穿刺

腰椎穿刺（简称腰穿）对人体有害吗？平时人们常说有病打打针，这指的是肌肉注射，其注射部位是在肌肉最发达的地方，如臀部的臀大肌。而腰穿也是扎一针，其部位在腰

椎的间隙，只是这个针比肌肉针要长一些。

腰穿主要是为某些疾病的诊断而吸出少量脑脊液进行实验检查而采用的一种方法。例如，头颅有病，感染、出血、肿瘤，或某些原因不明的昏迷或抽风、脑外伤、脑寄生虫等病症。腰穿也可做气脑或椎管造影；也可做麻醉（即腰麻），常用在下半身手术。另外，腰穿也可用在治疗上，如鞘内注射药物。

脑脊液是一种细胞外液，脑和脊髓浸泡在脑脊液中。因此，脑、脊髓、脑脊髓膜和血管等组织发生病理改变时，均可使脑脊液压力和成分等发生改变，故腰穿采集少量脑脊液化验是有助于诊断的。脑脊液是由血循环经脑脉络丛毛细血管内皮细胞和脑内毛细血管内皮细胞滤过而生成，分布于脑室系统和蛛网膜下腔。脑脊液总量成人平均为 150 毫升，其产生速度平均每分钟为 0.35 毫升，按脑脊液总量 150 毫升计算，约每 8 小时可更换 1 次。由此可见脑脊液更换迅速，说明腰穿时抽取 1 毫升的脑脊液对身体是不会产生损害的。那么，病人如何配合腰穿呢？最主要的是体位必须正确，为使腰椎与腰椎的空隙尽量加宽，应采取侧卧位并尽力将腰部向后凸，使头和双膝尽量靠近——呈“虾米”状，在医生操作时不能动，以防针尖碰到神经或针头断裂造成严重后果。

腰穿后应去枕平卧休息 4~6 小时，防止腰穿后低压性头痛，病人可适当饮水。

骨穿对人体有害吗？骨穿即骨髓穿刺，是抽取少量骨髓进行检查。骨髓充填于骨髓腔和骨骼松质网眼内，分红骨髓和黄骨髓两种。红骨髓有造血功能，黄骨髓有大量脂肪组织。

随年龄增长，髓腔内的红骨髓逐渐被黄骨髓代替。红骨髓保留于椎管、胸骨、肋骨、锁骨、肩胛骨、髌骨、颅骨及股骨和肱骨上端的松质内，是人体的主要造血器官，血细胞的质和量的异常是血液病的重要病理变化。

临床上常用的穿刺部位是髌骨和胸骨。此处无脏器和血管神经，是安全部位。骨穿时病人精神不要过于紧张，因骨质本身无神经，所以穿刺时不痛；但精神过度紧张，可发生虚脱。医生操作时病人绝对不能动，以免断针。穿刺后病人应休息 20~30 分钟，对穿刺的针眼应注意保护，局部外敷的消毒纱布避免过早脱落，穿刺当日不洗澡，不要用手去触摸针眼处。总之，骨穿也是一项简单的操作，对病人无大痛苦，对体内脏器或组织无损伤，在骨骼的疏松部位取一点骨髓液，对人是没有伤害的，况且还是某些疾病诊断的重要检查方法。所以，一旦需要做此项检查，病人应积极配合。

## 做支气管镜应注意什么

纤维支气管内窥镜检查是 20 世纪 70 年代应用于临床的一项新的检查技术。该检查技术应用后，使肺部疾病在诊断和治疗方面取得了巨大的进展。那么，哪些病人需要做纤维支气管镜检查呢？主要有以下 10 种情况。

- (1) 原因不明的咯血或痰中带血。
- (2) 原因不明的咳嗽，难以用吸烟或气管炎解释，或原有的咳嗽在质上发生了变化，特别是中老年人。
- (3) 支气管阻塞，表现为局限性肺气肿，局限性干性啰音

或哮鸣音，以及阻塞性肺炎或肺不张等。

(4) 临床表现或 X 线检查疑为肺癌者。

(5) 痰细胞学检查阳性，肺内未找到病变者。

(6) 原因不明的喉返神经麻痹或膈神经麻痹者。

(7) 诊断不明的支气管。肺部疾病或弥漫性肺部疾病诊断困难，需经纤维支气管内窥镜检查，做支气管肺活检，刷检或冲洗等，进行细胞学及细菌学检查者。

(8) 难以解释的结核抗酸杆菌或肺结核并发肺癌者。

(9) 协助选择性支气管造影。

(10) 纤维支气管内窥镜检查在治疗上的应用，如移除分泌物，治疗肺不张、止血，吸引冲洗，引流肺脓疡，了解病变范围、确定外科手术方式，评价治疗效果等。

有些病人因下列 7 种情况不能做纤维支气管镜检查：

(1) 一般情况极差，体质十分虚弱者。

(2) 肺功能严重损害，呼吸明显困难者。

(3) 严重心脏病，心功能不全或频发心绞痛，明显心律失常者。

(4) 严重高血压者。

(5) 主动脉瘤，有破裂危险。

(6) 近期有大咯血，哮喘急性发作，则需暂缓进行。

(7) 出、凝血机制异常。

因此在做此项检查之前，须了解病史及做必要的体格检查，了解和核对纤维支气管内窥镜检查申请单所要求的各项常规检查，如血小板、出凝血时间、心电图（45 岁以上者列为常规）等；有呼吸功能不全者，应做血气分析或肺功能检

查，拍必要的胸片，有关痰的细菌学和细胞学检查等。借以估计病情，分析临床诊断，有目的进行检查，防止检查时发生意外和并发症。年龄较大且有心脏病病人，做纤维支气管镜检查时，应在心电监护下进行，并做好必要的急救准备，作为病人不要紧张，消除顾虑，主动配合检查。

病人术前 4~6 小时禁食。术前半小时，肌注阿托品 0.5 毫克，安定 10 毫克，必要时肌注杜冷丁 50 毫克。术术前用 1~2% 地卡因或 2~4% 利多卡因或 10% 奴佛卡因做粘膜表面麻醉用药，病人取仰卧位，肩部略垫高，头部摆正，略向后仰，鼻孔朝上。这种体位，病人肌肉放松，比较舒适，并可预防晕厥，更宜于老年、体弱、精神紧张者检查。术中避免咳嗽，内窥镜在进入声门时，病人要深吸气，不要紧张。术后病人休息观察半小时，方可离开检查室，术后可能出现鼻咽喉不适，疼痛、声嘶、发热、痰中带血等，可于短时或数日内自愈。术后 2 小时后方可进食，开始以半流质为宜，注意口腔卫生，可用硼酸液或呋喃西林液含漱。如做了活检，应注意有无气胸或活动性出血，有变化随时就诊，及时处理。如果检查时间较长，咳嗽较频或咯血者，可用镇静剂、止血剂并结合抗生素，以预防呼吸道和肺部感染。

## 做胃镜检查病人应该做哪些准备

纤维内窥镜从 20 世纪 50 年代就应用于诊断疾病。到目前为止，检查消化道的纤维内窥镜较多，如纤维食管镜、纤维胃镜、纤维十二指肠镜、纤维小肠镜、纤维结肠镜和纤维

胆道镜等。

这种纤维内窥镜细而且软，易弯曲，病人痛苦少，医生可以直接看到所检查器官的某些情况，较 X 线、钡餐检查效果好。它能发现病变，病变是什么性质，还可以在病变部位取小块标本，作病理检查，在显微镜下看病变细胞是什么样子，对诊断更有帮助。

近几年，有电子胃镜出现，它可以把检查情况反映到荧光屏上，术者及更多的人可以通过荧光屏发现病变，而且又可录像，作为资料备查。

一般纤维胃镜、十二指肠镜工作长度 70~140 厘米，有多种型号，各型长度也有差别。它可以从食管的开口部，一直看到十二指肠。这些部位有病如炎症、糜烂、溃疡、出血、食管静脉曲张、血管瘤、肿瘤（良性或恶性）粘膜萎缩、胃肠憩室、壁弹性、胃上口贲门、胃的下口幽门口闭开是否正常，有无十二指肠液从胃下口幽门口返流到胃。出血者不仅可以急诊做胃镜检查出血部位和性质，而且也可以通过胃镜给药止血。

为预防肝炎传染，使肝炎者和无肝炎者胃镜分开，在作胃镜检查前作肝功和乙肝表面抗原检查。

为了清楚地看到消化道的粘膜，必须使被检查部位很干净，即没有食物也无血块残存。如在上午作胃镜检查，在检查前一天晚上 8 时以后，不进食物及饮料，禁止吸烟。前一天晚饭吃少渣易消化的食物。因为病人即使饮少量的水，也可使胃粘膜颜色发生改变，如在显著萎缩性胃炎的本色病变，饮水后胃粘膜可变为红色，使诊断出现错误。如果下午作胃

镜, 可让病人当天早 8 点前喝些糖水, 但不能吃其他东西。如为幽门梗阻病人, 在检查前一天晚上必须进行洗胃, 彻底洗清胃内容, 直到冲洗的回流液清晰为止。在洗胃后胃管抽出以前, 病人采取头低足高仰卧姿势, 以使胃内残留液完全排出。不能在当天洗胃, 因为洗胃后能使胃粘膜颜色改变。如果已做钡餐检查, 此钡餐钡剂可能附于胃肠粘膜上, 特别是溃疡病变的部位, 使纤维胃镜诊断发生困难, 故必须在钡餐检查 3 天后再做胃镜检查。

为减少唾液分泌、减低反射、减少紧张, 在检查前 15~30 分钟打阿托品 0.5 毫克及安定 10 毫克或鲁米那 0.1 克, 注射后喝去泡剂 2~3 毫升。

麻醉采取局部麻醉, 只限于咽喉及食管上端。在用上述药前, 向医生讲明你的药物过敏史, 即过去对什么药物过敏。

局部麻醉是将 2% 地卡因或 2% 赛罗卡因喷雾, 病人张口发“阿”声, 这时软腭和舌腭弓上移, 舌根下移, 使舌后、咽喉、软腭喷了药, 先后 3 次。每次喷后, 病人将剩在口腔的药咽下, 以麻醉咽下部。也有采用糊剂, 含在口内仰头使药物在咽喉部停留自然流入食管, 起局部麻醉作用。

病人与医生要合作, 检查前病人先去小便排空膀胱, 进入检查室后, 松开领口及裤带, 取下假牙及眼镜, 取左侧卧位, 或根据需要改用其他体位。入镜后, 不能用牙齿咬镜, 以防咬破镜身的塑管。身体及头部不能转动, 以防损坏镜子并伤害内脏。如有不适情况, 病人忍耐一段时间, 如实在不能忍受, 可用手势向施术者(医生或护士)示意, 以便采取必要措施。

检查完毕病人坐起，并吐出唾液，由于检查时注入一些空气，虽然在退镜时已吸出，但有的人仍有腹胀感，嗝气很多。因为麻醉作用未消失，过早吃东西容易使食物进入气管。故检查后2小时，待咽部麻醉药作用消失后再试吃流质食物。在1~4天内，病人可能感到咽部不适或疼痛，但无碍于饮食，大多数人可照常工作，病情较重者可予休息，驾驶员当日不能单独驾驶。做胃镜检查最好有家属陪同，检查结束后护送回家。

有些疾病不能做胃镜检查，如脊柱畸形、神志不清楚、精神病、肺心病、哮喘、血压过高，以及医生认为不适合做胃镜的病人。

## 怎样做纤维结肠镜

结肠是指从肛门、直肠、乙状结肠、降结肠、横结肠、升结肠的肠管。结肠镜是检查结肠大肠病变、X光检查有息肉、溃疡、肿瘤，以及有不能确诊的可疑病变，原因不明的便血，慢性腹泻，以及疑有下消化道恶性病变者；慢性非特异性溃疡，慢性结肠炎溃疡；结肠病变需确诊部位、范围及性质者，或需要观察治疗效果者，结肠术后随访；用结肠镜治疗结肠息肉及消化道出血等情况，需要做纤维结肠镜检查。

做纤维结肠镜检查前一要查肝功能、乙型肝炎表面抗原，乙型肝炎表面抗原阳性者和阴性者用不同的镜子。二是结肠要清洁。三是检查时结肠要适当充气。

病人检查肝功能、乙肝表面抗原之后，预约检查结肠镜

的时间。在检查前 2 日吃少渣半流食，每日 3 餐吃米粥，不吃蔬菜水果；检查日早晨禁食；检查日上午 10 点 30 分开始口服温热后的 20% 呢甘露醇 250 毫升。并立即饮白开水 100 毫升；检查日中午可吃少量干食，下午 1 点 30 分到内窥镜室等候检查。

检查时病人不要紧张，放松，取侧卧位，脱下裤子至膝上，双下肢屈曲，等待医生检查。检查之后，不要马上进食，待结肠内气体排出，腹胀消失后进易消化流食。

纤维结肠镜检查不是每个人都能做，有以下情况者不能做纤维结肠镜：严重心脏病病人或身体衰弱不能耐受者；严重高血压病，肺功能不全、脑循环障碍者；肠道狭窄，近期手术有穿孔可能者；曾做过肠道放射治疗并发生肠道放射性坏死者；下消化道急性炎症，腹腔炎，肛周脓肿，肛门裂者；传染病及精神病病人；妇女经期等均暂不宜做此检查。

## 针灸时要注意什么

针灸源于我国，是治疗疾病的方法之一，由于疗效好，很少有副作用，所以很受广大病员欢迎。

针灸前应休息片刻，刚活动之后不要马上针灸，针灸前摆好体位，取舒适体位，针灸中不要活动。针灸前脱衣，暴露皮肤，医生便于消毒、进针。

自己有病或妊娠应及时向医生说明。

在针灸中一旦发生头晕、心慌、恶心、冷汗等情况的“晕针”，病人不要紧张，因为这不是扎错了针，也不会出现

什么问题，只要找医生处理就行了。

针灸后 2 小时内不宜洗澡或下水，更不要接触污水，以免感染。如果针眼部位有出血时，可用消毒干棉球压迫针眼片刻。若皮下有瘀血，也不要怕，采取冷敷，过几天就消退了。

## 怎样做胆汁引流

胆汁引流术又叫十二指肠引流术。是将导管插入十二指肠取其分泌液或引流进行检查或治疗的一种方法。常用于慢性胆道系统、胰腺及十二指肠疾病等。术前准备如下：

1. 病人准备 ①首先向病人说明此手术的目的、意义和操作过程中的要求，以解除病人顾虑，并取得病人的合作。②术前 3 天嘱病人进低脂肪饮食，以免引出胆汁量不足或浓度差而影响检查结果。③术前禁食 12 小时。

2. 物品准备 无菌治疗盘内放金属头的十二指肠引流管 1 条、弯盘 1 个、血管钳 1 把、纱布 2 块、50 毫升及 5 毫升的注射器各 1 个；治疗巾及小橡皮巾各 1 块，已消毒的 33% 硫酸镁 50 毫升，酒精灯 1 个，火柴 1 盒，试管夹 1 个，培养管及小三角烧瓶各 4 个，分别注明甲、乙、丙、丁标记。

3. 术前体外测量病人消化道的长度 自口角经下颌角沿气管旁直下到剑突；自头顶至剑突；自鼻尖经耳垂到剑突。一般这段距离长度为 40~50 厘米。贲门至幽门长约 15 厘米，幽门至十二指肠乳头部长约 12~15 厘米，全长为 70~75 厘米。

## 少女能否去看妇科

由于少女也可患妇科疾病，所以必须到妇科去看病。但是，大多数少女及其家属不愿意或根本不去看妇科，这是不对的，因为这对及时发现疾病、及时治疗是不利的。

如果发现女孩有以下情况应陪同孩子去妇科看病。

月经发生变化，该来月经（16岁）而未来，月经紊乱，月经少、多、闭经，或痛经；8岁以前有阴道流血，白带过多并带有黄色泡沫或者血丝；外阴部瘙痒；下腹部有包块；乳房不发育；阴部外伤；外阴畸形。

在妇科看病，先经妇科医生详细问病史，进行全身体格检查，最后才做妇科检查，而且对未婚的姑娘一般是不做阴道检查的，只做肛门指诊检查。若病情复杂确实需要做阴道检查，也要事先征求家长和病人同意才能进行。所以千万不要怕到妇科检查而影响病情。

## 何时适宜做人工流产

计划生育是我国的一项基本国策，它是关系我国前途和命运的大事。

计划生育的节育措施，需长期坚持使用，如节育失败，则需采取补救措施。对已确诊妊娠时，目前最有效的补救措施是人工流产。

凡妇女因避孕失效或不宜怀孕，而已妊娠者，用人工方

法使妊娠中止叫人工流产。

人工流产在时间指征方面的定义是指妊娠 7 个月以前（28 周前）用人工方法中止妊娠。其中在妊娠 3 个月以前（12 周前）施行者，称为早期人工流产。早期人工流产又以 8~10 周以前进行更为合适，而且越早越好；在妊娠 3~6 个月（12~24 周）施行者，称晚期人工流产。6 个月以后，仅限于特殊情况方可施行人工流产。

人工流产要顺利完成，必须通过扩张子宫颈、促进宫缩、清除胚胎等三个环节。妊娠后胚胎的发育及子宫的增大，随妊娠月份而异。因此，人工流产的方法历来有各种设计，就目前实际常用的人工流产方法，可分为药物性人工流产和器械性人工流产两种。

**药物性人工流产：**使用药物达到抗受精卵着床和抗早孕的目的。抗早孕药物应用最多的是前列腺素  $E_2$  ( $PGE_2$ ) 及前列腺素  $F_{2a}$  ( $PGF_{2a}$ )。给药的途径和方法有宫腔内给药，阴道给药；口服给药及肌肉注射等。无论用什么药物都必须在医生的指导下和严密观察下使用。当前医院里使用的药物抗早孕方法是，首先口服一种叫 R486 的药，口服此药时一定要在饭前或饭后 2 个小时以上，以免影响药效。服药后 1~3 天阴道可能出血，如有血块或肉样物流出，一定收集保留在小瓶中，置冷处，及时送交医生检查（约有 5% 的病人在首次服药后 2~3 天自行流产）。服药后 72 小时（即第四天）到医院，从阴道上药（卡孕栓即前列腺素）并留院观察 4~6 小时。上药前应空腹先抽血查肝功能，在使用药物抗早孕的过程中（约 40 天左右）不得擅自服避孕药和带避孕环。

**器械性人工流产：**又称人工流产术。以往用于早期人工

流产的刮宫术，已为人工负压吸引术所代替，且又有种种改进。而晚期人工流产则以水囊法为主，某些羊膜腔内药物注入法及宫内粘膜药物注入法都有一定效果，目前仍有应用者。

至于钳刮术，仅行于妊娠 10~14 周不能用其他方法作人工流产者；而剖宫取胎术则行于中期妊娠不宜引产、引产失效或兼有绝育要求者。

人们一般所指的人工流产术，系指怀孕 3 个月以内的吸宫流产。虽然此手术比较简单，对人体影响不大，但若连续多次吸宫，易伤子宫壁，甚至发生子宫穿孔，故只能是避孕失败时的辅助方法。不能依靠此法达到节育的目的。大月份的流产，最好在有条件的医院进行。

凡是妊娠在 12 周之内，要求流产者和有慢性疾病，不宜继续妊娠者都适合做吸宫流产术。但有下列情况者不宜施行此术。

(1) 患急性生殖器炎症，如盆腔炎、滴虫性阴道炎或霉菌性阴道炎。

(2) 周身情况不能胜任手术者，各种疾病的急性期、严重期，如严重贫血、肝炎、心力衰竭急性活动期、肾炎肾功能衰竭等。经适当治疗后有所控制或平稳后，在有条件的医院可进行手术。对妊娠呕吐酸中毒，也应在纠正后再做手术。

(3) 术前两次测体温超过  $37.5^{\circ}\text{C}$  不能手术。

(4) 3 天内有性交史者，暂不能手术。

## 做人工流产需做哪些准备

做好人工流产术前准备、术中及术后的处置，是决定手

术治疗效果的重要部分，因此必须予以重视。那种认为只有手术才是治疗病人，而不注意手术前准备是非常错误的。

手术无论大小都要有所准备。手术前准备是多方面的，考虑问题必须全面周到，工作必须认真细致。术前准备包括两个方面，即思想准备和物质准备。

**思想准备：**要作好病人的思想工作，向病人及家属作病情介绍，说明要作人流手术的原因和目的，手术中可能出现的问题及其防治措施，以解除他们的顾虑，这样才能使病人积极主动地配合手术治疗。术前一、二天要保证病人的休息和睡眠，如病人由于紧张影响睡眠，可适当给予镇静药，如安定 2.5 毫克，睡前服用。

**物质准备：**医务人员要做好技术上的准备，必须详细询问病史，做全身检查、妇科检查及必要的辅助检查。了解病人的一般健康状况及一些重要器官如心、肺、肝、肾的功能状态，以明确手术适应证和禁忌证。手术前还要选定手术时所需的药品、器械、麻醉方法等。

接受手术的病人要作好体质方面的准备，以提高对手术的耐受力及手术后的恢复。体质方面的准备有：

(1) 如经检查发现有贫血、营养不良、水盐代谢紊乱等情况，应积极予以纠正。如发现心、肺、肝、肾功能欠佳，应事先加以注意和处理。如发现生殖系统局部、泌尿系统或呼吸系统有炎症，应尽快加以控制。除非急症，一般手术不要在急性炎症期进行。

(2) 术前饮食应富于营养、易消化，这对体弱多病的更为重要。手术前晚上不宜吃的太多，当日晨需空腹。

(3) 肠道准备：是否要洗肠，应根据手术范围的大小、难易和手术途径（经阴道或腹部）而决定，一般在手术前夜给肥皂水灌肠以清洁肠道，减少术后恶心腹胀等。早期妊娠人工吸宫术前不需清洁洗肠，但术前应排便。

(4) 作好个人卫生准备，包括理发、洗头、洗澡、换衣服、准备好消毒的丁字带和卫生巾以备用。

(5) 人工流产术是从阴道进行的，所以要根据阴道的清洁情况，给予不同时间的坐浴和阴道灌洗或加消炎药物放入阴道内。如有滴虫性阴道炎或霉菌性阴道炎，则治疗后方可手术。

(6) 无论做腹部手术还是阴道手术，都必须在上手术室以前排尿，即排空膀胱，以免术中膀胱受到损伤。

(7) 术前做好病人的血型鉴定，以供出血多时输血用。

为了更好地做好人工流产的准备，使接受手术的病人做到心中有数，在这里再介绍一下，负压吸引做早期人工流产术的术中反应及术后注意事项。

负压吸引人工流产术，虽简便易行，手术比较安全且不需麻醉，可在门诊进行，不需住院。但它仍不失为一次手术，因此，造成不可避免的创伤和痛苦。手术中需扩开宫颈，在宫腔内插入吸引管，在此过程中病人有下腹疼、腰酸痛的感觉；当用负压吸引胚胎时，容易引起子宫过度收缩而产生腹痛，甚至有的病人出现恶心、呕吐、脸色苍白、出冷汗或血压一时性降低等情况。此时病人不要紧张，要忍耐，积极配合医生手术，大约5~10分钟手术即可结束，千万不要乱动，尤其臀部不能扭动，以免器械损伤子宫造成子宫穿孔。一般

手术中出血量不多，在 30~50 毫升左右。

负压吸引人工流产术后注意事项：

(1) 术后休息半个月，为了促进术后子宫复原，可用宫缩剂如麦角浸膏或益母草浸膏，一般连服 3 天。

(2) 防止感染：人流术后应禁止性交，直至阴道流血停止 2 周后。对有发烧、腹痛、阴道分泌物有异味等现象者，应尽早给予抗生素治疗。

(3) 做好避孕措施：受术者应了解人工流产仅仅为计划生育的辅助方法，要认真采取避孕措施，防止短时间再怀孕，连续进行第二次人流手术，适合放置宫内避孕器者，可在手术完毕后即申请放置。对有绝育要求者，亦可手术后随即进行。

(4) 复查：一般在术后 1 个月复查，以便了解子宫复原情况，有无并发症。如发现异常情况，应及时就诊处理。

(5) 防治阴道出血：早期人流术后一般出血极少，多在 3~5 天内停止。如出血量多或持续时间长，或伴有腹痛，甚至发生突然大量的阴道出血情况，应及时去医院检查，应考虑到流产不全所致。如怀疑胚胎组织残留，需要再吸或复核性搔刮。

(6) 人流术后可能有一时性月经紊乱。这是因为术后内分泌的突然改变，出现了无排卵周期或非典型分泌期子宫内膜。但绝大多数在术后第二次月经恢复正常分泌期子宫内膜。故人流术后如月经失调，可暂不治疗。如果经过 3 个月仍不正常，应去找医生检查、处理。

(7) 出现腰背痛的情况，有的经历时间较长，可对症处

理，对有些病人口服或肌注维生素 E 对缓解腰背痛有一定帮助。

## 做诊断性刮宫需要做哪些准备

诊断性刮宫术是妇科检查中常用的手术之一，在诊断和治疗方面应用颇多。手术操作比较简单，但如有疏忽或操作不当，会给病人带来不应有的痛苦，所以在术前、术中及术后要做好充分的准备工作。

诊断性刮宫，是通过刮取子宫内膜送病理检查达到诊断的一种方法。手术前的准备和人工流产术相同，都是通过阴道和扩张子宫颈进子宫腔内的手术。所以，病人阴道保持清洁很重要，对患有滴虫性阴道炎、霉菌性阴道炎者，需治疗好转后方能手术。同时对病人的全身情况，对心、肝、肾功能进行一次全面检查，以便了解对手术的承受力。对有急性子宫内膜炎及慢性盆腔炎急性发作者禁忌施行手术。

诊断性刮宫的目的和时间的选择十分重要，为了更好地配合医生取得阳性率高的标本，对常用于诊断性刮宫的几种疾病作一简单介绍。

1. 了解卵巢有无排卵功能 多用于不孕症病人，在月经前 1~2 天或月经来潮的 12 小时以内进行诊刮术。刮出的子宫内膜做病理检查，如为分泌期改变，则说明卵巢有排卵功能（刮宫时间以月经来潮 12 小时以内最为适宜，因月经前 1~2 日诊断性刮宫，有可能破坏早孕。月经来潮 24 小时以后子宫内膜已有广泛脱落出血，病理不易辨认内膜为何期）。另

外刮宫时，因需行宫颈扩张术，术后可增多受孕机会，对不孕症病人有一定的治疗作用。

2. 诊断子宫内膜疾病 常用于不规则阴道出血病人，刮出的宫内膜做病理检查，是诊断或排除子宫内膜腺癌或子宫内膜结核等可靠的依据。对于绝经期或绝经后子宫出血的病人，为了全面了解子宫情况，于宫颈、宫腔进行分段性刮取组织做病理检查，以诊断宫颈癌或子宫内膜腺癌。为了诊断子宫炎症或新生物，可在月经期之外的任何一天进行诊断性刮宫术。

3. 确定功能失调性子宫出血为有排卵型或无排卵型 正常时宫内膜在月经第2~4日应完全脱落。排卵型功能失调性子宫出血时，由于卵巢黄体萎缩不全（萎缩期长达7日以上），临床可见月经淋漓不断和持续时间过长；月经来潮第5日行诊断性刮宫术，病理检查仍为分泌晚期宫内膜。无排卵型功能失调性子宫出血时，在月经来潮后12小时内刮宫，宫内膜病理检查为增殖期改变，因卵巢无排卵，无黄体激素作用，宫内膜不发生分泌期变化。

4. 刮取时应注意手感和剖取物的观察 如有子宫肌瘤向宫腔内突出，刮宫时子宫腔内有形状异常感觉，又如宫外孕时，刮出的内膜病理结果只有蜕膜，而无绒毛，可辅助诊断。

诊断性刮宫术的出血量一般和一次月经量相近，术后阴道出血3~5天即可停止，为了防止感染，术后禁止性交，直至阴道流血停止2周后。术后适当休息，如有发烧、腹痛、阴道大量出血应及时到医院复查。

病理检查一般 7~10 天可出结果，根据病理报告明确诊断，进一步制定治疗方案。

## 拍腹部平片需做哪些准备

在回答此问题前，首先应该明白腹部平片显影的原理。腹腔内的脏器的密度都属于软组织密度，缺乏自然对比。但是，当某种脏器因疾病而发生钙化或有不透 X 线的异物、结石或腹腔内有游离气体出现，肠腔内气体、液体增多或肠管有扩张时，就会出现密度高低的差别而在照片上显示出来。另外，在正常情况下，腹壁脂肪层，肾脏周围的脂肪层和腰大肌阴影等亦能在照片上显示出来。这种不用引入任何造影而拍摄的腹部照片称为腹部平片。腹部平片包括直立前后位、直立侧位、仰卧前后位、侧卧水平位和仰卧水平侧位等。其中直立前后位可显示膈下游离气体，肠腔或腹腔的液平面，肝内或腹腔脓肿的气液平面。直立侧位适用于腹腔内肿块、脓肿、钙化、结石的定位。婴儿肠梗阻时，小肠和结肠不易区别，可应用此位置加以鉴别。仰卧前后位可清晰地显示出扩张肠曲的分布，扩张的程度和肠壁间的距离。仰卧水平位适用于检查病情危重，不能站立而又需了解有无腹腔游离气体或肠腔内液平面以及腹腔内有无积液的病人。仰卧水平侧位适用于危重不宜多翻动的病人，它可以显示少量气腹及肠管气液平面，同时可以确定脓肿的位置等。因此，腹部平片可以诊断以下疾病：

- (1) 消化道肿瘤、炎症、外伤引起的消化道穿孔。

(2) 肠梗阻，并可鉴别是机械性肠梗阻还是麻痹性或是绞窄性肠梗阻。

(3) 腹膜炎。

(4) 腹腔脓肿。

(5) 腹腔肿块。

(6) 消化道不透 X 线的结石。

(7) 腹部异常钙化，如腹腔淋巴钙化、肝包虫病的钙化。脾脏、肾和肾上腺、胰腺等脏器有肿瘤、结核、寄生虫和炎症时均可发生钙化，可根据钙化的形态、部位作出诊断。

(8) 可观察腹腔内脏器（肝肾脾等）的轮廓、位置和大小改变。例如肝脏肿瘤、包虫病。囊肿等病变可使肝脏轮廓发生改变，并且其体积可以增大。肾盂积水、多囊肾和肾肿瘤可使肾影增大。一侧肾发育不全和肾动脉狭窄可使肾影缩小。

(9) 可根据腰大肌影像是否肿大、模糊，腰椎有无侧弯，椎体骨质有无破坏来诊断腰椎结核、肾周围脓肿等。

(10) 腹部平片对诊断新生儿消化道畸形亦有很大的意义。如食管闭锁时，胃肠道内可无气体。幽门狭窄时，则胃扩大充气，而肠管内气体少或无气体。先天性小肠狭窄时，闭锁以上的肠管内充气扩张并有液平面形成，而闭锁以远的肠管内无气体。肛门闭锁和胎便性腹膜炎都能在腹部平片上有所表现。

(11) 腹部平片可观察胎儿的位置、形态、大小和数目。

(12) 可观察金属避孕环是否存在，及其位置和形态等。

(13) 于胆道造影和泌尿系造影前，往往常规拍摄腹部平

片。

一般拍腹部平片不需要什么准备,但如有输尿管结石、由于大便的影响可能显影不明显,故在拍平片前给予清洁灌肠。在摄片前3天,不宜用X线显影的药物,如含铁、碘、钡钙等制剂,以及不易溶化的药物。检查前2天服用活性炭片,用来吸附肠道里的气体。检查前一天晚上服用番泻叶,帮助排便。检查当天早晨禁食,尽量排空大便。

## 进行胆囊造影需做哪些准备

胆囊造影检查,是诊断胆道疾病(如胆囊有无结石、结石大小)并了解其功能状态(收缩功能)的可靠方法。胆道系统造影检查的方法较多,因方法不同,其准备也不同,常见的有:

(1) 口服胆囊造影 是口服碘番酸和碘阿芬酸等碘制剂进行造影的一种方法。此法可观察胆囊的形态和功能,适用于诊断胆道疾患,如慢性炎症、结石、肿瘤和畸形等。有碘过敏、严重肝、肾功能损害、重度黄疸、幽门梗阻和腹泻等均为口服胆囊造影的禁忌证。

检查前准备:于检查前1日服无油、少渣,易消化的食物。前1天午餐时服高脂肪食物,使胆囊排空,有利于含碘胆汁流入以助胆囊显影。在服造影剂前拍胆囊区平片,造影前1日晚8时开始服造影剂,每隔5~10分钟服1片,共服6片(3克)。服造影剂后12~24小时摄片。为了解胆囊功能要吃2个炸鸡蛋,吃完后胆囊收缩,收缩程度反应其功能状

态。口服造影剂后至摄片前这段时间内禁止服任何饮食（可服少量水或茶）。另外不须服泻药并禁服能在肠道内显影的药物。

(2) 胆道结石显影 此法是连续 4 天饭前口服造影剂 2 片（1 克），1 日 3 次于第 5 天早晨空腹摄片，这样延长口服胆道造影剂的时间可使透 X 线的胆石周围涂上造影剂而显影。这种方法适用于平片、口服和静脉胆道造影均未发现结石而又怀疑有胆石症者。

检查前准备：服造影剂期间吃低脂肪食物，可避免发生胆绞痛。为了增强肾脏对造影剂的清除须多饮水。

(3) 静脉胆道造影 是将造影剂由静脉注入，经肝脏分泌至胆道而使其显影的造影方法，其可了解胆道的形态、位置，以及胆道的异常情况。用这种方法进行胆囊和胆道造影往往比口服胆囊造影要清楚。适用于口服造影时胆囊不显影者、有胃肠道疾病造影剂不易进入肠道或在肠道内不能很好吸收者，胆囊已切除须了解胆道情况者。但此法容易发生过敏反应，因而在造影前必须做过敏试验。于检查前 1 天需服高脂肪晚餐，胆囊切除者免服。此外应服缓泻药（如蓖麻油或番泻叶）以排除肠道粪便和气体。晚 10 时后至次日造影时应禁食及禁水。

(4) 静脉滴注胆囊造影 此法采用 50%胆影葡胺 40 毫升加入 5%葡萄糖溶液 250 毫升，30 分钟内滴入静脉，亦可延至 2 小时滴完，滴后立即摄片，然后再每隔 20~30 分钟摄片 1 次，至 2 小时为止。这种方法反应轻，效果好，适用于静脉胆道造影而胆道显影不满意或不显影者。检查前准备与

静脉胆道造影相同。

(5) 口服加静脉胆道造影为了使胆道及胆囊同时显影可采用此法。术前准备与口服法胆囊造影和静脉胆囊造影相同。

(6) 手术中胆道造影 在手术当中为了进一步了解不易暴露或不易摸到的部位，如肝管和总胆管下段有无胆石或其他阻塞性病变，以及在切除胆囊和取出胆道结石后了解是否还有残留结石，可以在手术探查中或手术将要完毕时在手术台上进行这种造影。术前无须做上述造影时的准备工作，亦无须做碘过敏试验。直接从胆囊、胆囊管或总胆管注入 12.5% 碘化钠或 30% 泛影钠即可摄片。

(7) 术后“T”形管胆道造影 这是由“T”形引流管内逆行注入造影剂进行造影的方法，用以观察胆道内是否有残留结石和总胆管是否通畅等。

检查前准备：做清洁灌肠，避免肠道内气体与透 X 线的结石相混淆。注射造影剂前要冲洗胆道，注射造影剂时用血管钳夹住引流管开口端，然后将引流管内的气体抽净，再将造影剂注入，以免将气泡带入而误认为是透 X 线的结石。

(8) 经皮肤穿刺胆道造影：这种方法有一定危险性，可能合并胆汁性腹膜炎或穿破血管而发生内出血，所以目前较少应用。

(9) 胰胆管造影 又称内窥镜胰胆管造影或逆行胰胆管造影。用纤维十二指肠镜把特制的塑料导管插入胰胆管在十二指肠第二段的开口，从导管逆行注入造影剂使胰胆管、总胆管、肝管和胆囊等显影，因而这种方法适用于诊断胆道和胰腺的疾病如：炎症、结石、肿瘤，胆道蛔虫症以及先天畸

形等。

检查前准备：造影前 4~6 小时禁食禁水，造影前数分钟注射镇静剂和解痉剂，以减少胃肠道的分泌和蠕动，含服粘膜麻醉剂使咽部和食管粘膜麻醉，便于插管。

## 钡灌肠 X 线检查如何准备

钡灌肠检查主要是用来诊断结肠病变的一种方法，即从肛门插进一个肛管，灌入钡剂再通过 X 线检查，诊断结肠肿瘤、息肉、炎症、结核、肠梗阻等病变。那么，钡灌肠检查前病人需做哪些准备呢？

造影前 2 天不要服含铁、碘、钠、铋、银等药物。

造影前 1 天不宜多吃纤维类和不易消化的食物。

造影前 1 天晚上，吃少渣饮食如豆浆、面条、稀饭等。

造影当天早晨禁食，包括开水、药品。

检查前排空大便，并做清洁洗肠，再去做钡灌肠。

有结肠活动性大出血暂不做钡灌肠检查。

## 做放射性<sup>131</sup>I 检查如何准备

放射性<sup>131</sup>I 检查甲状腺功能，其诊断符合率可达 90% 以上，也是目前应用最广泛的方法，对病人无任何痛苦，受到病人的欢迎。

为什么做此项检查，因为多种药物及含碘食物都会影响甲状腺对<sup>131</sup>碘的摄取，因此试验前必须详细询问病人是否服

用过影响本试验的药物及食物。那么，检查前做哪些准备呢？

(1) 检查前 1 个月，应停用碘剂、溴剂、抗甲状腺药物、抗结核药物，治疗甲状腺病的中药；1 个月内，不能吃海产食物，如海带、紫菜、带鱼、海米、身上不涂含碘药物，如碘酊、脚气药水等。以上含碘食物及药物如果长时间服用，且用量也较多时应待 2~3 个月后再进行检查为宜。因为服了以上药物后，封闭了甲状腺组织，就会影响检查结果。

(2) 检查前半个月应停用一切药物，如镇静剂、安眠药、维生素类药物。

(3) 妊娠期不做此项检查。哺乳期做此项检查需停止哺乳 1~2 天。

(4) 病人在服检查药之前必须空腹。因为空腹服药后，药液吸收完善。服药后 2 个小时再进食，此时药物已全部进入血液循环，则进食不受影响。

(5) 有急慢性肾病者不宜做此试验。

(6) 如果需要重作此检查时，必须间隔 1 个月以上，因为  $^{131}\text{I}$  完全代谢完至少需要 3~4 周时间。

## 怎样做 B 超检查

B 型超声是一门新兴的学科，近年来发展很快，它已成为现代临床医学中不可缺少的诊断方法。

超声诊断起源于 20 世纪 40 年代。50 年代初期，A 型超声诊断法应用于临床，不久 B 型、M 型和 D 型超声相继问世，70 年代，B 型快速成像技术兴起，80 年代初，脉冲及彩色 D

型超声研制成功。而今彩色显像的成功，使心脏、动静脉、淋巴管、胆道等声像图更加逼真，一目了然。

近年来，介入性超声逐渐普及，体腔探头和术中探头的应用，扩大了诊断范围，也提高了诊断和治疗水平。例如，食管探头、胃及十二指肠探头、腹腔探头、阴道探头、宫腔探头以及直肠、尿道探头等等。

B超对受检者无痛苦、无损伤、无放射性，且可重复使用，深受医生和病人的欢迎。

在临床应用方面，B超可以清晰地显示各脏器及周围器官的各种断面像，由于图像富于实体感，接近于解剖的真实结构，所以应用超声可以早期明确诊断。例如：眼科诊断非金属异物时，在玻璃体混浊的情况下，可显示视网膜及球后病变。对心脏的先天性心脏病、风湿性心脏病、粘液病的非浸入探测有特异性，可代替大部分心导管检查。它亦可用于小血管的通断、血流方向、速度的测定可广泛应用。早期发现肝占位性病变的检出已达到1厘米水平。还可清楚地显示胆囊、总胆管、肝管、肝外胆管、胰腺、肾上腺、前列腺等等。B超检查能检出有否占位性病变，尤其对积液与囊肿的物理定性和数量、体积等相当准确。对各种管腔内结石的检出率高出传统的检查法。对产科更解决了过去许多难以检出的疑难问题。如既能对胎盘定位、羊水测量，又能对单胎多胎、胎儿发育情况及有否畸形和葡萄胎等作出早期诊断。

但是，B超也有其目前难以克服的局限性。首先是它的穿透力弱，对骨骼、空气等很难达到深部，所以对含气性器官，如肺、胃肠等难以探测，对成人颅脑的诊断也较X线、CT逊

色。目前的仪器，对 1 厘米左右的肿瘤组织不易检出，故超声检查阴性，并不排除 1 厘米左右的肿瘤病灶的存在。其次，由于反射法中发生多次重复反射以及旁瓣干扰出现假反射现象，因此有时易造成误诊。

B 型超声成像法的探测方法有 2 种。一是直接探测法，即超声探头与受检者皮肤或粘膜直接接触，此法是当前常规采用的方法。二是间接探测法，即探头与人体之间插入一水囊或其他材料，使超声从发射到进入人体有一个时间的延迟，以增加分辨力，和不平整的部位表面得到耦合以及对娇嫩的组织不受擦伤。

B 超探测前的准备：一般不必作探测前准备，在探测易受消化道气体干扰的深部器官时，需空腹检查或作更严格的肠道准备。如腹腔的肝、胆、胰的探测前 3 日最好禁食牛奶、豆制品、糖类等易于发酵产气食物，检查前 1 天晚吃清淡饮食，当天需空腹禁食、禁水。

做盆腔妇产科及泌尿系 B 超检查，要求充盈膀胱，即检查前 30~60 分钟嘱病人饮水 500~800 毫升（约 2 瓶汽水量），利用充盈的膀胱推开肠管，形成“透声窗”，从而使子宫、输卵管、卵巢以及前列腺等器官显示完整清楚。经直肠 B 超检查前，需排便或灌肠。某些特殊的 B 超检查，另有特别的检查前准备要求。

X 线胃肠造影的钡剂是超声的强反射和吸收剂。胆囊、胆管附近胃肠道内若残存有钡剂，则会影响超声检查。胆道 X 线造影剂虽不构成超声检查的直接障碍，但对胆道的正常生理状态有影响。因此，一般应先安排超声检查或在 X 线胃肠造影 3 日后，胆系造影 2 日后再做超声检查。另外，做胆系

B 超检查前 2 天应停服利胆药。

B 超检查时的病人体位,因探查部位需要不同,可采取各种体位。如仰卧位、左右侧卧位、俯卧位、坐位、立位、截石位、膝胸位等等。应尽量充分地暴露检查部位,便于医生从各个断面去探查。

现在再介绍两种 B 超检查中常用的两种辅助检查法,即饮水法和脂餐法。

饮水法:即嘱病人饮温开水 500 毫升后取右侧卧位,使水充盈胃窦和十二指肠,这样可以使胰腺的头、尾部以及肝外胆管等部位显示清楚,病变得以诊断。

脂餐法:主要是为了进一步诊断胆道系统的疾病。具体方法定在医生常规进行测量胆囊、肝内、外胆管的内径值之后,嘱受检者进食两个油煎鸡蛋,待 45 分钟后至 1 小时内复测,尽可能由同一位医师,在同样的体位和测量点作测量。其原理是油煎鸡蛋,特别是其中蛋黄成分刺激十二指肠粘膜释放收缩胆囊素,进而发生 3 种作用:①胆囊收缩,将胆汁排入胆总管;②刺激肝实质分泌胆汁,甚至胆囊已切除的病人,肝外胆管胆汁流量也会增加;③使奥狄括约肌松弛,以便胆汁排入十二指肠。当脂餐后胆囊有明显的收缩,可以说明胆囊功能良好。若存在梗阻病变,则胆汁排出不畅或受阻,管腔内压力升高,胆管比脂餐前增宽。通过脂餐前后的各径值的测量对比,来诊断胆系的某些疾病。

## 进行导管检查与治疗的准备

导管术是近年来在影像诊断基础上兴起的一门新的临床

科学，又称介入性放射学。它是借助于影像监视经导管进行某种治疗或检查的新技术，使某些疾病不经外科手术而得到治疗或者作为手术前准备。如在 X 线导向下使用导管技术可检查闭塞脑部动静脉血管畸形，经皮穿刺的共轴扩张导管系统使动脉粥样硬化等疾病所致外周血管狭窄得到扩张，达到该阻塞血管再通之目的。现在经皮腔内血管成形术得到很大发展，从四肢动脉推广到肾动脉、颈动脉以至冠状动脉，从治疗动脉粥样硬化所致狭窄发展到治疗大动脉炎等多种疾病。

导管术用于心脏病的治疗，目前主要是用于先天性心脏病的治疗，包括房间隔缺损经导管关闭术，经皮肺动脉瓣狭窄带束导管扩张成形术，肺动静脉畸形栓塞术以及栓塞体肺循环侧枝，治疗严重的法鲁四联症等。

经导管插入有关血管后，行灌注疗法或栓塞疗法，目前已广泛用于止血、治疗肿瘤和消除脾、肾等机体的不利功能（如脾能亢进等），经动脉导管灌注血管加压素治疗食道管静脉曲张性出血。

经肝穿刺行引流导管作活检和抽吸胆汁，行细胞学检查，放入支撑导管治疗胆管狭窄；经 T 型管用取石钳取出胆道手术残余结石，以至通过肝穿刺引流导管作碎石和取石术。

导管术前的准备工作、造影中的各项操作以及导管术后的处置，是不可忽视的三个重要环节。

### 1. 导管术前的准备

(1) 病人要作好心理准备，主管医师要向病人解释行导管术的目的、简要操作过程和可能出现的反应及并发症，并

请家属签署手术志愿书。

(2) 术前详细地采集病史，进行胸片、体层、支气管造影、B超、CT等各项检查。

(3) 进行必要的实验室检查，如血常规、出凝血时间、凝血酶原时间、血小板计数、肝和肾功能检查。

(4) 了解心脏功能状况。

(5) 术前1天应做麻醉剂、造影剂和抗生素的过敏试验。

(6) 在导管进路部位，如肘内侧、腋部或腹股沟部，需常规备皮，若经股动脉穿刺插管，则应做会阴部皮肤消毒准备；若经腋动脉插管则需做腋部皮肤准备。

(7) 术前晚口服镇静剂，如安定5毫克。术前30分钟需肌肉注射镇静剂。

(8) 术前禁食一顿。

(9) 做好器械的准备，包括X线诊断仪、高压注射器、快速换片器、导管及导丝、手术刀、止血钳、剪刀、单路开关接头等。术前应进行严密的高压消毒。

为了使病人对导管术有所了解，对导管术中的操作过程作一简单介绍：首先消毒皮肤后，注射局麻药，当摸到动脉搏动，确定穿刺点后，用尖头刀刺开皮肤2~3毫米，便于以后导管通过皮肤。在穿刺针触及搏动之后应快速进针，当拔去针蕊之后，见搏动性血液从针尾喷出时，表示针头已位于动脉腔内。此刻应立即从针尾插入导管钢丝，然后拔出套针，插入导管，拔出导引钢丝，导管尾端接上单路开关接头后，注射数毫升肝素溶液，关闭单路开关，即可操纵导管进行检查和治疗。

## 2. 导管术后注意事项

(1) 拔管后局部加压止血十分重要，可用手压迫穿刺处10~15分钟，观察无活动出血后，再在局部用纱布加压包扎。病人术后需静卧1天。

(2) 导管栓塞后可能出现恶心、呕吐、发热和腹痛等栓塞后综合征，属一过性，可对症处理。为了防止感染，术后要静脉滴注广谱抗生素2~3天。

(3) 严密观察心、肝、肾功能情况，尤其是尿量的变化。

## 痰液的检查

痰液是气管、支气管和肺泡所产生的分泌物。正常情况下，此种分泌物很少，可咯出少量无色或灰白色粘液痰或泡沫样痰。但是当呼吸道有病变时，呼吸道粘膜受到刺激时，分泌物增多，痰也增多了。有时唾液和鼻咽分泌物虽可以混入痰内，但并不是痰的组成部分。

在什么情况下，我们要做痰的检查呢？一是看痰量，痰量增加时要检验。大量痰液常提示肺内慢性炎症或空腔化脓性病变，如肺脓肿、支气管扩张等。二是看痰的颜色，痰为血性时可有几种情况，咯血为红色或棕红色见于肺癌、肺结核、支气管扩张、急性肺水肿等；鲜红血丝痰见于初期肺结核，粉红浆液泡沫样痰为急性肺水肿；铁锈色痰常见于大叶性肺炎、肺栓塞等；痰为黄色时多示炎症存在，如支气管炎、肺结核等；黑色常由于吸入大量尘埃或长期吸烟所致，见于煤矿工人、锅炉工人或大量吸烟者的痰液；烂桃样痰常由于

肺的坏死组织分解所致，如肺吸虫病等。三是闻痰气味，正常痰液无特殊气味，但患有肺结核、肺癌时血性痰液有血腥味；当患有肺脓肿、支气管扩张、晚期恶性肺肿瘤时的痰液有恶臭味。所以当痰出现异常时，医生在做其他检查的同时常常做痰的检查。其主要目的：①辅助诊断某些呼吸系统疾病，如支气管炎、支气管扩张、肺炎等。②确诊某些呼吸系统疾病，如肺结核、肺癌、肺吸虫病等。③指导治疗，观察疗效和预后，如在治疗过程中痰量逐渐减少，表示病情好转。

采取痰液后做哪些检查呢？一是显微镜检查，分为不染色痰涂片检查和染色痰片检查。不染色痰涂片检查主要观察有无红细胞、白细胞、上皮细胞及有否色素细胞、弹力纤维、结晶、寄生虫和虫卵等，如找到肺吸虫卵可确诊为肺吸虫病。染色涂片检查包括①瑞氏染色，对肺癌的确诊有重要价值，主要检查有无癌细胞，如鳞状上皮癌、腺癌、未分化癌。②革兰染色，检查有否致病菌如葡萄球菌、肺炎球菌、卡他球菌、白喉杆菌、绿脓杆菌、肺炎杆菌等。③抗酸染色，主要检验结核杆菌，如多次阳性者，表示肺结核病变有活动性和开放性（排菌者），应予以彻底治疗和隔离。二是做痰培养，如对肺部感染找致病菌，并做药物敏感试验，合理应用抗生素等。肺结核病人有时需做痰培养。

既然痰液检查很重要，那么应该怎样留痰呢？①一般检查应该取清晨第一口痰为宜，留痰时应该先漱口，然后用力咯出气管深处痰液，放入清洗的容器内，送检。注意不要将唾液误为痰。②做细菌培养时，要用无菌容器留取后及时送检。③做漂浮或浓集结核杆菌检查时，需留 12~24 小时痰液

送检。④做 24 小时痰量和分层检查时，要把痰吐在无色广口瓶内，需要时可加少许石炭酸以防腐。

## 怎样留尿培养

为了检查尿液中是否有细菌，是什么细菌，对哪些药物最敏感，需要进行尿细菌培养。但尿道口周围平常有细菌存在，必须把尿道口洗干净，否则培养出来的细菌就不是尿中感染之病原菌，而是污染的细菌。

(1) 留取中段尿液的方法 如果是男病人，可以告诉他，先用清水及肥皂把阴茎洗干净，然后用 1:1000 的新洁尔灭溶液泡洗阴茎 10~15 分钟，然后留中段尿液。女性病人留尿培养，首先用清水及肥皂把外阴洗干净，用 1:1000 的新洁尔灭把手消毒后再用 1:1000 新洁尔灭棉球消毒尿道口，然后留中段尿。

留尿培养的试管必须是无菌试管，留中段尿液前后，应点燃酒精灯，烧灼无菌试管口，盖紧盖子，立即送到化验室检查。

(2) 危重病病人的尿培养 如果是病危病人或昏迷病人，应立即诊断和抢救病人，可用导尿方法采集尿液，但必须由医务人员操作。在操作过程中，要严格执行无菌操作，避免因导尿而引起的泌尿系统感染。

(3) 收集什么时间的尿做培养最好 采集尿液，最好留清晨第一次尿液。

## 怎样进行精液检查

为查出男性不育的原因,观察输精管结扎术后的效果,或检查男性生殖系统有无炎症、结核、肿瘤等疾病,须检查精液。

精液为一种乳白色液体,是由睾丸、附睾、前列腺及精囊的分泌物所组成,并混有部分尿道腺体分泌物。精子是精液中最重要有形成分。液体成分称为精浆,是输送精子所必需的介质。

精子是由睾丸中的精原细胞逐渐发育而成,在人类约需66~74天。内分泌的增减,外界刺激如放射线、温度等,只能改变精子的质量,并不能改变其成熟期限。

精液量、颜色、粘度、气味、酸碱度等对病诊断很有帮助。

正常人精液量为2~6毫升。每毫升含有6000~12000万个精子,在2毫升以下者,其精子数目减少,可影响致孕。但如精子质量好,只有1毫升也可致孕。如精液太浓,影响精子活动,也是男性不育的原因之一。每次射精量超过6毫升,精子浓度低,营养条件太差,活动力不好,也不容易致孕。

精子量的多少与排精间隔时间关系不大,一次射精后,大约24小时后即可恢复原来的射精量,但所含精子数则大为减少。精液量过少,见于前列腺和精囊病变(如结核)。本来没有精液或性交时不能射精者称为无精液病,一般由隐睾、尿道或射精管高度狭窄及精神性引起等。

正常精液为无色透明或带灰白色，长期禁欲者的精液略带暗黄色，在有病变时颜色即有改变。

留精液前，病人应停止性交 4~7 天。检查前 1 周不能用丙酸睾丸酮、苯乙酸睾丸酮、苯丙酸诺龙。采取精液时，可用软皂或石蜡油做阴茎按摩，将标本收集在无菌的试管中；也可用避孕套（冲洗干净，不含杀精子药物）或采用性交中断法收集精液，但这样收集的量往往不多。如用上述方法采不到精液，可经直肠内按摩精囊及输精管末端压迫采尿，检查沉渣中是否有精子。不要将精液暴露在过热或过冷的环境中。及时交给医生备查，不得超过 30 分钟。冷天要注意保暖，送检时可放在内衣口袋里保温。

如果要进行细菌培养，应先冲洗、消毒尿道口，再将精液收集在无菌试管中。

如果不生育，夫妻双方都应去检查。

夫妻同居 3 年以上，没有采取任何避孕措施而未能受孕的称不孕症。如果患不孕症，在双方未进行检查前，不能盲目怀疑某一方，更不能认为不孕的原因是女方，妊娠是夫妻双方的事。

实现受孕，男方的精液含量应正常，形态和动力也应正常。女方能正常排卵，精子和卵子能结合成受精卵，这种受精卵能在子宫内膜种植。上述的几个环节中的某一个环节发生障碍，都可引起不孕。

## 何时做妊娠试验

妊娠试验是妊娠早期通过孕妇尿液测定有无绒毛膜促性

腺激素（即 HCG）来诊断是否怀孕的一种方法。其原理是当成熟的卵子与精子结合，即受精后，经过不断的细胞分裂、发育而成为胚胎和胎盘。胎盘的细胞滋养层（又叫郎罕细胞）具有分泌绒毛膜促性腺激素的功能，这种激素存在于孕妇的血液和尿液内，而且人体中只有郎罕细胞能分泌这种激素，因此通过测定绒毛膜促性腺激素的存在与否，就可了解体内有无胎盘的存在，也就可以诊断早孕。

妊娠试验测定体内绒毛膜促性腺激素的方法有生物学方法和免疫学方法。最早应用家兔和小白鼠等动物作生物鉴定，以后被雄蟾蜍试验所代替。近年来，应用免疫学原理作快速乳胶试验、血凝抑制试验以及放射免疫法测定血中绒毛膜促性腺激素的含量。

我们对目前医院中常用的快速免疫乳胶测定法和放射免疫试验作一简单介绍。

妊娠试验快速免疫乳胶测定法，是利用免疫学方法测定孕妇尿中 HCG 来诊断早孕的一种方法。其优点是快速、简便、报告立等可取，而且比较准确。其假阳性或假阴性率占 2%~4%，所以目前都采用此方法来诊断早孕。

妊娠试验放射免疫法是一种微量测定方法，是综合同位素分析的灵敏性和抗原、抗体的特异性为特点的测定技术，5~36 小时出结果，该法灵敏度高，卵子受精 1 周左右即可测出 HCG 含量，故能及早诊断早孕。

妊娠试验的临床意义：

(1) 孕后 35~40 天，妊娠试验即可呈阳性反应；60~70 天时阳性程度最强，阳性率高达 98%；120 天后阳性率逐渐

降低，直至分娩后转为阴性。所以为了诊断早孕在未次月经后 35 天至 60 天以内均适合作妊娠试验。

(2) 完全流产或死胎时，可由阳性转为阴性；不完全性流产，由于宫内尚有胎盘组织存活，妊娠试验仍可呈阳性，故可作为保胎或刮宫治疗的参考依据。

(3) 宫外孕者妊娠试验的阳性率较低，约达 60%，此可作为与其他急腹症鉴别的重要指标。

(4) 葡萄胎、绒毛膜上皮癌和睾丸畸胎瘤等，因尿中 HCG 含量显著增高，常呈极强阳性反应，可用稀释试验鉴别。正常妊娠尿液，经稀释 50 倍后，则可呈阴性反应，而葡萄胎的尿液稀释常在 200 倍以上仍为阳性，一般认为在妊娠 12 周之前，如 HCG 稀释试验在 1:500 倍以上仍为阳性；或妊娠 12 周以后，其稀释在 1:250 倍以上仍呈阳性则有诊断价值。本病术后 8~12 周应逐渐转阴，如稀释度仍高，则提示可能存有残余的葡萄胎或有恶化为绒毛膜上皮癌的可能性。

(5) 用浓缩试验观察葡萄胎流产是否彻底，观察绒毛膜上皮癌和恶性葡萄胎的化疗结果，或手术后的疗效。若将尿液进行 30 倍、60 倍浓缩作乳胶凝集试验为阴性，则说明疗效彻底或病情无复发或转移；反之，若出现阳性，则说明治疗不彻底或病情有发展。

妊娠试验的尿液采取，应取被检者清晨第一次尿液，因其含绒毛膜促性腺激素较多，如随时取尿液检查，可因激素含量较少，而导致假阴性反应。收集尿液的盛器必须清洁，不能用化学药品消毒，以免破坏激素而影响检查结果。尿液留取后，应立即送检。

## 什么是“OT”试验

“OT”即结核菌素，OT 试验是要检查机体是否已受过结核菌的感染而产生免疫力。机体受结核杆菌感染 4~8 周后，即可产生免疫变态反应，结核菌素试验（OT 试验）就是利用机体的这种变态反应来测知其是否受过结核菌感染，以帮助结核病的诊断。OT 试验现又称为 PPD 试验，PPD 是人型结核菌素纯蛋白衍生物，其原理同 OT 试验。

(1) 试验方法 用含结核菌素浓度不同的皮试液在病人前臂内侧做皮内注射。

第一次的皮试液浓度为 0.1 毫升含 1 个单位的结核菌素，注射后 48 小时由主管医生看结果；如果为阴性则再做第 2 次，皮试液浓度为 0.1 毫升含 5 个单位结核菌素，再过 48 小时看结果。如果两次试验均为阴性，才能确定为阴性。

(2) 试验后的注意事项 注射后局部不宜触摸、搔抓，如局部发现红、肿或有小水泡时，应用消毒纱布敷盖以防感染。应按时到医院看结果。发热或其他疾病者，不可做此试验。如有活动的结核病灶时，不宜做此试验，以免发生严重的过敏反应或导致病情加重。

(3) 反应结果判断 皮试的局部无红肿现象为阴性反应（-）；稍有红肿，硬结直径小于 0.5 厘米者，为可疑阳性（±）；红肿，硬结直径在 0.5~2 厘米者为阳性（+）；红肿，硬结直径在 2 厘米以上，甚至发生水泡或坏死者为强阳性（++）。

## 怎样留取病毒标本

病毒是最小微生物,只有借助电子显微镜才能进行观察。它与细菌不同,病毒自身无新陈代谢能力,是一种严格的细胞内寄生性生物,进入细胞后,病毒改变细胞的代谢功能,产生新的病毒成分。病毒大多不耐热,在 55~60℃ 数分钟便能杀死绝大部分病毒。4℃ 只能短期保存。

病毒作为一个感染因子与细菌并没有什么区别,最终使机体患病。它主要通过皮肤、呼吸道、消化道进入机体。那么,如何采取病毒标本呢?常用的病毒标本有脑脊液、咽喉洗液、血液、粪便等。应根据疾病性质来决定采取哪种标本。

(1) 上呼吸道感染应采取咽喉洗液。洗漱液是用生理盐水(0.9%)或自配淡盐水 15 毫升。方法是,先让病人咳嗽,然后以洗漱液反复洗漱咽部 1 分钟,洗漱毕将液体直接吐入试管内(试管应由医院备好)。采取标本的时间一般在发病的第一天采集,最迟不得超过 3 日,最好选择体温在 38℃ 以上时采集。患病、小儿不能含漱时,可用消毒的大棉拭子,采取咽部粘液,此方法常在医院进行。

(2) 肺部感染 应采取痰标本,以清晨第一口痰为最佳。

(3) 大便标本一定取新鲜大便,容器干净干燥。病人如果无大便,可用大棉拭子插入肛门采取。

(4) 收集标本的注意事项 ① 避免污染。因为各种标本均含有大量杂菌,所以应避免污染自己和他人的手。② 采集好的标本,应尽早送到医院检查,不可放置过久。如距医院

较远，可放在保温瓶内放置冰块，立即将标本送检。

## 何时需抽空腹血化验

一般来说，需要抽空腹血的化验，大部分是作生化检验的项目。例如肝功、糖、蛋白质、脂类与各种无机离子（钾、钠、钙、磷等）。

以上所讲的生化检验，是用定量分析方法对血液生化成分进行测定，以了解其微量变化，并据此进行诊断的一种方法。

生化检验的各项正常值，均是以正常人的空腹血所测得的数值，用统计学方法处理后求得的。因而每项检验结果都有一正常范围。

空腹血是指清晨未进餐前，距前一餐约 12 至 14 小时所抽取的静脉血。由于餐后 12 至 14 小时胃肠的消化与吸收活动已基本完毕，因而血液中的各种生化成分比较恒定与稳定。此时测得的各种数值可以比较真实地反映出机体的生化变化，进而有助于疾病的诊断。否则，如果在进食后采血，则会因为食物的影响而无法对检验结果进行判断，这是由于以下两种原因所致。

(1) 进食后，由于消化系统的消化与吸收，血液中的生化成分如糖、蛋白质、脂类与各种无机离子等呈现暂时性的变化，因此用这种血液标本测得的各项结果，一方面不能反映机体的真实情况，另一方面无法与空腹血所测得的正常值进行比较，因而也就无法获得准确的临床判断。

(2) 空腹血的血清呈淡黄色，并且清亮透明。饭后抽取的血液其血清常微混，或在血块上面有一灰白色的块状物，因而影响生化检验结果。有人曾做过这样的试验：给人饮用 1 斤牛奶，1 小时后抽血进行肝功能检验，结果麝香草酚浊度试验与蛋白质定量试验值均增高。也曾遇见这样情况：有的献血者或病人在献血或采血化验的前 1 天晚上，进食较多的肉类食物或肉汤，在第 2 天采血时则所采得的血液呈乳糜状血，因而使采得的血无法用于输血或生化检验。综上所述，做生化检验时必须采空腹血，而空腹血的采集时间，一般为早晨 7 点钟左右，但在特殊需要时也可以在清淡饮食后 6 小时采血化验，不过，做血脂检验时，必须在餐后 12 小时方可采血。

## 糖耐量试验

葡萄糖耐量试验，多用于可疑糖尿病病人。正常人服用一定量葡萄糖后，血糖先升高，但经过一定时间后，人体即将葡萄糖合成糖原加以贮存，血糖即恢复到空腹水平。

如果服用一定量葡萄糖后，间隔一定时间测定血糖及尿糖，观察给糖前后血糖浓度的变化，借以推知胰岛素分泌情况，这个测定即称为糖耐量试验。具体方法、结果判断和注意事项如下。

(1) 口服法 ① 试验前天晚餐后至试验当日晨禁食；② 试验当日空腹取静脉血 2 毫升，立即送检；③ 口服葡萄糖 100 克（溶于 200~300 毫升水中）；④ 服糖后半小时、1 小时、2 小时、3 小时各抽静脉血 2 毫升，立即送检。最好在每次抽血

同时留尿送检（测尿糖）。

(2) 静脉法 静脉注 50% 葡萄糖 50 毫升，按口服法留取标本送检。

(3) 结果判断 正常给糖后 1/2~1 小时血糖浓度迅速上升，2 小时后恢复至空腹水平，如果服糖后 2 小时未降至正常水平，且尿糖阳性，即为糖耐量减低。

(4) 注意事项 ① 试验前数日病人可进正常饮食，如病人进食量很少，在试验前 3 天，进食碳水化合物（即米、面食）不可少于 250~300 克；② 试验前停用胰岛素和肾上腺皮质激素；③ 试验当日应卧床休息，空腹采血，同时留尿标本。

## 酚红排泌试验

酚红又名酚磺肽，是一种对人体无害的红色染料，经静脉注射后，大部分与血浆蛋白结合，除 20% 为肝脏清除，经胆道排出外，其余则由肾脏排出。在肾脏的排泌过程中，94% 由近曲肾小管上皮细胞主动排泌，小部分不与白蛋白结合者可从肾小球滤过，尿中排出 4% 左右，2% 通过胆汁到大肠由粪便排出，因为酚红大部分通过近曲肾小管分泌、排出，所以其尿中排出量，可作为判断近曲小管排泌功能的指标。

做酚红试验时，病人要在静脉注射酚红前 30 分钟饮水 300~400 毫升，以利于排尿。饮水后 20 分钟排空膀胱中残余尿后静脉注射 0.5% 酚红 1 毫升（勿使药液漏出，并记录时间），于静脉注射后 15 分钟、30 分钟、60 分钟、120 分钟分别留尿于有标志的标本瓶内，并记录尿量，要求留尿时间要

准确，每次把尿务必排尽，立即送去化验，及时比色，以免影响测定结果。

值得注意的是，在试验前、试验中不能饮茶、咖啡等利尿性饮料。禁用酚酞、山道年等遇碱可发生颜色反应而影响结果的药物。另外，阿司匹林、保泰松、青霉素等又可竞争性阻碍酚红进入肾小管，使酚红排泌量降低，亦应禁用。

当肾功能正常时，酚红排泌量 15 分钟为 28%~51% (平均 35%)，30 分钟为 13%~24% (平均 17%)，60 分钟为 9%~17% (平均 12%)，120 分钟为 3%~10% (平均 6%)，总量 63%~84% (平均 70%)。临床上常以 15 分钟排泌量 > 25%，2 小时排泌总量 > 55% 作为健康成人正常界限。

当出现慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、肾小管硬化等有肾小管损害疾病时，酚红排出减少，一般说来，酚红排泌试验 2 小时排泌总量为 40~50% 提示肾小管功能轻度损害，25%~30% 示肾小管功能中度损害，11%~20% 示肾小管功能重度损害，0~10% 示肾小管功能严重损害。

值得一提的是，酚红排泌量在很大程度上受肾血流量的影响，如休克、心功能不全、水肿等都可使酚红排泌量降低。

## 如何滴眼药水

滴眼药水是眼科最常用的局部给药方法。一般用小溶液，也可用混悬液，主要用处有：

(1) 防治眼病 药物滴入球结膜囊内，作用快，但不持久，故治疗时常需多次滴药。

(2) 眼部检查 如散瞳验光或眼底检查，滴荧光素检查角膜上皮有无缺损。

(3) 过敏试验如抗生素应用等。

操作方法：点眼药时应严格查对药名及滴哪只眼。病人可以仰卧或取坐位，头略后仰，将有眼病的眼分泌物或眼泪用棉签擦净，操作者用左手的拇指及食指轻轻分开上下眼睑，病人眼向上看，操作者右手持眼药，将药液滴入下眼睑 1~2 滴，再将上睑轻轻提起，使药液充分分布于结膜囊内，闭眼 1、2 分钟即可。

注意事项：①滴眼药前应洗手，以防交叉感染；②沉淀性药物如可的松混悬液，待振荡均匀后再点滴；③滴眼药时应注意不要直接点在黑眼球上（角膜上），因角膜感觉灵敏，药物刺激角膜后，容易引起眨眼，反而使药液外流而起不到治疗作用；④当进行眼部检查或散瞳时需滴一些特殊性药物，如剧毒药阿托品、依色林等，滴眼后要同时压迫内眼角泪囊部 2~3 分钟，防止药液流入鼻咽部被吸收而引起中毒。小儿滴眼时，更应注意，一旦点眼后引起面红、口干等感觉，也不用惊慌，可让病人喝些开水，此种现象是药液引起的中毒反应；⑤眼药水要放置在 4℃ 冰箱内保存，滴眼前应检查药液有否沉淀、变色等变质反应。

## 哪些药物使用前应打试验针

当人生病后，总愿早点吃药、打针，以求疾病早愈。但您是否知道，有些药物可以引起过敏反应，如果未能早期发

现，及时抢救，还可导致死亡。因此用药前，医生护士常常要问病人：过去用药有无过敏情况，对哪些药过敏，有什么表现，家族中有无过敏史者，如父、母、兄、妹等。

(1) 常用注射药需要打试验针的有：青霉素、氨基苄青霉素，先锋霉素、链霉素、破伤风抗毒素、麻醉药（普鲁卡因）以及照像用的造影剂（如泛影葡胺）等。

(2) 如何打试验针呢？应在有抢救条件的医院做试验，用特别的皮试液，抽取注射药液 0.1 毫升，在病人前臂内侧打一个小皮丘，观察 15~20 分钟，由护士判断试验结果。阴性者可以用药，阳性者则不能用药，需由医生改换药物。

(3) 过敏反应有什么症状呢？①局部表现：在皮试部位，皮丘大于 1 厘米，且有红晕甚至有伪足（即皮丘边缘不齐）或刺痒感；②全身表现：头晕、恶心、面色苍白、手脚冰凉；或有荨麻疹、憋气或气短，进而呼吸困难、血压下降、神志不清、大小便失禁。如未及时抢救，可因过敏性休克而死亡。

(4) 打试验针后应注意什么？①打完试验针后，需在护士指定的地方静坐，千万不能走远，以防发生过敏反应来不及抢救；②如有不适如头晕、恶心、出冷汗或神志恍惚等应尽快报告护士，以便采取抢救措施；③打试验针的部位不能抓、挫或擦洗；④停药 3 天后再使用此药时，必须重新打试验针。

## 用药后人体有哪些变化

事物是有两重性的，药物也不例外，在预防或治疗过程

中使用常规剂量药物时，由于其本身或药物间的相互作用所引起的与治疗目的无关的非预期的作用，可导致机体某一（几）个器官或某一（几）个局部组织产生功能性或器质性损伤而出现各种临床症状，其中包括药物副作用，即在正常剂量下，伴随药物的治疗作用而发生的非预期的反应。属于药物固有的效应，在治疗中是较常出现的，如用非那根治疗过敏性疾病时，它的中枢抑制作用就可以使病人出现嗜睡、乏力等症状；服用阿品托，除有解除肠绞痛的治疗作用外，常常出现瞳孔中度散大、面颈潮红、口干、心率加快、轻度不安等。现将引起人体某些变化的药物列举如下。

有些药物引起尿变色，了解这些变化以后，对尿液变色就不致引起不必要的惊慌和顾虑，以便继续配合医生安心治疗。常见的有：氨基比林使尿变红色，硫酸亚铁使尿变黑色，痢特灵使尿变赭黄至棕色，消炎痛使尿变绿色，左旋多巴使尿放置后变暗黑色，灭滴灵使尿变暗黑色，呋喃啞啉使尿变赭黄至棕色，酚酞在碱性尿中变粉红至红色，核黄素使尿变黄色，利福平使尿变亮红至橙色。有些药物可引起胃肠反应：如用红霉素抗感染时可出现腹部不适、腹痛、腹泻、恶心、呕吐及不同程度的直肠激惹症状；服阿司匹林解热镇痛时可产生胃肠道刺激和出血，出血可以是潜隐性的，也可能是急性的，最常见的失血形式是潜隐性出血，可使大便变黑；用消炎痛治风湿痛时易产生胃刺激（可能导致出血或使溃疡穿孔）和头痛；用布洛芬治腰腿痛时引起恶心、呕吐、厌食、烧心、腹痛和中枢神经系统症状，如头痛、眩晕、耳鸣和失眠；服消炎痛喜康治关节痛时会诱发胃及十二指肠溃疡，可使 GOT

和 GPT 短暂性升高以及血尿素氮 (BUN) 值上升; 而服苯妥英钠可产生小脑综合征伴有共济失调、眼球震颤; 丙戊酸钠可诱发共济失调、嗜睡及精神错乱, 有些病人出现中枢兴奋征象并常见有脱发; 用痛惊宁可发生复视、思睡、暂时性眼花; 用左旋多巴可出现体位性高血压; 用地高辛可产生怕光、视力模糊、眼前有光闪动感, 还可产生食欲不振、恶心、头痛、心律慢, 最常见的是中枢神经受损害如乱语、眼球震颤、意识模糊及语言欠流利; 服心痛定可出现下肢肿伴有红斑, 偶尔见心动过速伴有心悸、细震颤、焦虑不安及出汗, 服利血平可致精神抑郁、思睡、嗜睡、怪梦、精神错乱, 还可引起鼻充血、鼻塞, 唾液分泌过多, 胃肠道运动亢进及胃酸分泌增多, 并可形成溃疡; 消胆胺经起轻度或中度便秘甚至还出现粪便嵌塞, 尤其是老年人; 甲氟咪胍可出现头痛、倦怠、腹泻、肌痛、皮肤潮红、眩晕; 服灭吐灵可产生眩晕, 昏厥、排便障碍、思睡及疲倦, 可出现锥体外系症状如运动障碍, 大多见于儿童, 其症状为牙关紧闭、斜颈、面肌痉挛及眼球旋动异常; 苯海拉明可引起口干、头晕、头痛、恶心、乏倦; 服异烟肼 (雷米封) 有不安、头痛、失眠、感觉异常 (如皮肤有蚁走感) 的变化。

## 怎样准备特殊检查

有一些检查不需要任何准备, 也没有什么特殊要求就可以进行, 而许多检查有严格的要求, 病人必须按要求进行准备, 否则将影响检查的进行并影响检查的结果。下面介绍几

种常见检查的注意事项。

(1) 心电图检查 检查前应安静休息 5 分钟左右，不能在跑步、饱餐、冷饮或吸烟后进行检查，这些因素都可以导致心电图异常，从而影响对疾病的判断。作饱餐试验及双倍二级梯运动试验检查前，还应于检查当日禁食。

(2) 脑电图检查 在检查前 1 天要洗头，且不能使用发油。检查前 24 小时要停止服用镇静剂、兴奋剂及其他作用于神经系统的药物，以避免检查时形成假象，影响检查结果的判断。脑电图检查必须在饭后 3 小时内进行，如检查前不能进食者，则要听从医生的安排，口服 50 克糖粉液或静脉注射 50% 葡萄糖 40 毫升，以防因低血糖而影响检查的结果。

(3) 甲状腺碘试验 检查时必须是空腹，检查前不能服用含碘制剂或吃含碘量丰富的食物，如海带、海蜇、紫菜等。

(4) 肾图检查 检查前一定要排空小便，不得饮茶和咖啡，不能服用利尿剂。

(5) 纤维内窥镜检查 支气管纤维镜检查前 4 小时要禁食、禁水，以免因检查刺激引起呕吐。戴有活动假牙者，检查前一定要取下，防止检查过程中假牙脱落而误入气管或食管内。胃镜检查前的 6~8 小时要禁食，防止插管时呕吐和影响检查所见，检查前还要排空大小便。肠镜检查前 3 天应吃少渣饮食，检查前 1 天服泻药，检查前 3 小时要灌肠，以排空肠腔内的粪便。

(6) CT 检查 做腹部 CT 检查前必须禁食、禁水，以免形成伪影，影响 CT 图像质量。其他部位的 CT 检查则不必禁食禁水。

(7) 选择性心血管造影 检查前 3~4 小时禁食。认真练习医生教给的检查中所需要做的动作，如吸气、闭气，以配合检查。

(8) 胆道造影 做口服造影剂检查时，检查前 1 天中午要吃脂肪餐，使胆囊内的胆汁排空，晚餐以无油高糖为好。晚餐后 7 时左右要按医生交待服用造影剂，然后禁食。做静脉造影检查时，同样于检查前 1 天的中午吃脂肪餐，检查当日早晨禁食。如果有急性炎症、发热、腹痛、急性黄疸等，待好转后再做此项检查。

(9) 泌尿系及男性生殖系造影 检查前 1 天的晚餐应吃软食，此后就要禁食。检查前 1 天的晚上还要服泻药以清除肠腔的积气、积粪，检查之前要排空小便。

(10) 女性生殖系统造影 在检查之前，要排空大小便，未解大便者要灌肠，还要剃除阴毛，清洗阴道。

(11) 化验室检查 抽血作生化指标检查时，应在早餐前抽空腹血，这样查出的结果较为准确。尤其是检查肝功、血糖、血脂等项目，对于空腹的要求更为严格。

## 怎样办理入院手续

看完门诊，如需要住院，就要办入院手续。医院工作的制度、规定多，看病的手续也多，对于不熟悉规定的病人来说，从走进门诊直至住进病房，东奔西跑，折腾很长时间，待住进病房已精疲力尽了。所以，需要事先了解如何办理入院手续，以便节约时间，减少往返之苦。

到医院看门诊时，应对自己的病作自我估量，分析判断是否有住院的可能。如觉得自己病情较重，可能住院治疗，就应作好住院的准备，能让亲人陪着到医院更好。要带上单位证明，如果是军人需持送院证或送检证，以便办理入院手续。还要带上公费医疗证、记账单等。危重病人可以先住院后补办手续。还应准备足够的现金或支票。办理住院手续必须预交费，根据病情，少则几百元，多则几千元，没有预交费，一般情况下不能住院。在住院处更换病员服，领取热水瓶和面盆等，都要交押金，买饭菜票也要钱。另外，还应带上洗漱用具，简单的换洗衣服和日常用品。想得周密一些，准备充分一些，就可以避免多次往返，减少不必要的麻烦和痛苦。

住院也要先经门诊医生检诊，不经过检诊就不知道诊断，也不知道该不该住院，或该住哪个专科。经门诊医生开具入院证，填写一份门诊入院记录，持此单才能到住院处办理入院手续。

办理入院手续是在住院处，小医院可能不设住院处，可到门诊接诊室办理。先由护士填写病历首页和住院卡，同时登记家庭、工作地址及联系人姓名、电话号码等。自费病人还要到收费处预交费。公费病人持记账单或持支票，军人要持供给关系，同样要在住院处办理手续。办完入院手续，在住院处换上医院统一制作的病员服。在条件好的医院，按规范要求，还必须在住院处进行清洁整顿，洗澡、理发、剪指甲和更衣。而后，由住院处通知病房备床，病人持入院手续到病房住院。如果不熟悉病房位置，或行动不便，或病情危重时，由住院处派人陪送，必要时用平车推送到病房，与病

房护士办理交接手续。至此，您才真正开始了住院治疗的日程，真正进入了住院病人的角色。

## 住院医师怎样查房

病人由门诊送入病房后，首先由护士热情接待。每个科有护士站（护士办公室），有值班护士，她会为病人迅速安置好床位，并简单询问病情，同时测量体温、脉搏、呼吸和血压，填写病历牌和床头卡，向病人介绍住院规则、病区生活制度和病区环境等有关情况，然后通知分管医生检诊。如为重危病人，接到门诊通知后，值班护士会立即通知医生做好紧急处置的准备工作，病人一到就立即投入检诊抢救，并根据需要报请主治医师或科主任共同检诊。

检诊是指医护人员对新入院病人进行的初步诊查工作。通过检查，了解病情，明确诊断，提出最佳治疗方案。对所有住院病人都实行“三级检诊”，即由经管医师、主治医师和正、副主任医师检诊。他们之间既有分工，又有协作，做到按级负责，各司其职。按规定，对入院的病人，医生一般应在2小时内对病人进行检诊，详细询问病史，认真进行体格检查和辅助检查，作出初步诊断，下达医嘱。主治医师和主任医师对上述处置作必要的审查、补充和修改。如果是中午或晚间入院，检诊工作就由值班医生进行，待经管医生上班后，再去病房查看病人，为病人写入院病历。

病人入院后，经管医生除手术当日外，每天上午都要查房，了解病人的病情变化和生活情况，进一步明确诊断，修

改治疗方案，做好病人的思想工作，同时检查医疗护理工作完成的情况和质量，发现问题及时纠正。经管医生每天还要对当日手术和重点（重危、疑难、待诊、新入院）病人进行巡视。病人入睡前由值班医生、值班护士普遍巡视，夜间由护士对重点病人进行巡视，主治医师每周至少查房 2~3 次，对所分管病区的病人分组进行系统查房和重点查房。尤其对重危、诊断未明、治疗效果不好的病人，要重点进行检查与讨论，听取病人的陈述，了解病人的病情变化，检查医嘱执行情况治疗效果，最后决定出院或转院问题。科主任每周查房 1 次，解决疑难病人的问题，审查医生对新入院、重危病员的诊断和治疗计划，决定重大手术及特殊检查治疗，检查医疗护理质量。

如果您对医生或查房检诊工作有意见的话，可以找科主任或者向医务部门反映情况。但是有两点您必须注意：一是要弄清楚谁是您的经管医生，谁是您的主治医师，科主任是谁，只有这样，有问题才能直接对口反映，利于解决问题；二是要注意医生未按规定查房是偶然的，还是经常的。医生有特殊安排或特殊原因，如做手术、处理急诊病人、科间会诊、听学术报告等，影响查房是有可能的，要把特殊情况与失职区别开来，使您和医生之间做到互相理解。

## 医院如何进行会诊

在住院治疗中，对短期内不能确定诊断的疑难病人或危重病人、大手术前后及特殊检查后的病人，遇有疑难问题都

需要进行会诊。通过会诊，医务人员充分论证，各抒己见，集思广益，从而得出正确的诊断和治疗意见。会诊的形式有科内会诊、科间会诊、全院会诊、院外会诊及紧急会诊五种。

(1) 科内会诊 经管医生和主治医师对所管病人认为有必要会诊时，由主治医师提出，科主任召集本科医生会诊。

(2) 科间会诊 由于病情疑难复杂，非一个科能够解决，需要其他科协助诊断治疗时，由经管医生提出，主治医师和主任医师同意，并填写会诊申请单送有关科室。应邀医生一般在1~2天内来科会诊。有些轻病人，需要专科会诊（眼、耳鼻喉、口腔、妇产科等），可持会诊单自己到专科去。

(3) 院内会诊 须由科主任提出，经医务部门同意，确定会诊时间，通知有关科室人员参加。院内会诊一般由申请会诊的科主任主持，医院领导或医务部门派人参加。

(4) 院外会诊 也须由科主任申请，经院领导或医务部门同意，并与有关医院联系，商定会诊时间。会诊由提出申请科主任主持。必要时，也可由医生陪同病人，携带病历到院外去会诊。也可以将病历资料寄送到外地医院进行书面会诊。

(5) 急诊会诊 凡病人病情发生急剧变化，需要立即会诊时，经管医生向有关科室提出申请，被邀请人员随请随到，及时会诊、抢救。

过去，会诊是在医务人员之间进行的，一般由医务人员提出，但因与病人切身利益密切相关，也听取病人及其家属的意见。改革后，院外会诊要由病人承担会诊费用。在考虑会诊时，医务人员要考虑病人的经济负担。近年来，开展特

殊服务，有“点名会诊”一项，有经济能力的病人，可以主动提出请本地或外地的专家会诊，经管医生一般会尊重病人的申请，积极予以办理。

## 何种情况需要手术治疗

做手术是外科疾病的主要治疗方法，绝大多数外科病是可以刀到病除的。外科手术的适应症很广，概括起来有四大类，即炎症、外伤、肿瘤和畸形。

(1) 身体各部位组织器官炎症的手术治疗。炎症可以分为特异性和非特异性两类，特异性炎症如颈淋巴结结核、脊椎结核等；非特异性炎症如阑尾炎、胆囊炎、扁桃腺炎以及身体各部位的脓肿等。两者都可以手术治疗。

(2) 身体各部位外伤的手术治疗。外伤分为火器伤和非火器伤。火器伤如枪伤、炸伤等；非火器伤如摔伤、挤压伤等，外伤也都可以手术治疗。

(3) 身体各部位肿瘤的手术治疗。肿瘤又分为良性肿瘤和恶性肿瘤两类。良性肿瘤，如脂肪瘤、纤维瘤和身体各部位的囊肿等；恶性肿瘤又叫癌症，目前，除了心脏，身体各个部位的任何组织器官都有生癌的可能。常见有鼻咽癌、肺癌、肝癌、胃癌、结肠癌、血癌、肾癌、膀胱癌、子宫颈癌以及四肢的恶性肿瘤等。很多肿瘤也可以手术治疗。

(4) 身体各部位畸形的手术治疗。畸形又分为先天性和后天性两类。先天性畸形是在母体内发育期间形成的，如先天性心脏病、先天性四肢畸形、兔唇等。后天性畸形是由疾

病或外伤所致，如小儿麻痹后遗症、外伤性畸形和疤痕等，很多畸形可以用手术矫治。

手术毕竟是一种人为的创伤，要严格掌握。尤其是组织器官的毁损性手术，如子宫切除、截肢、肾脏摘除等，都会给病人造成痛苦或残废。病人和家属也要慎重考虑，与医生共同作出选择。在决定手术时，应该掌握以下几条原则：①许多外科疾病可先进行保守治疗（内科治疗），无效时，则考虑手术治疗；②许多急腹症、急性损伤，一定要争取时间，及早进行手术治疗，决不能大意，否则将会造成严重后果。如胃穿孔，不及时手术治疗，就可能引起腹膜炎，危及生命；③对于早、中期的恶性肿瘤，要争取尽早彻底手术切除，手术越早、越彻底，就会赢得较长的生存时间；④除了急诊手术外，对于选择性手术，尤其是大手术和破坏性手术，都应以身体条件能够承受为原则，身体条件太差时，应先改善周身情况，尔后再做手术。

## 为何有些手术前需家属签字

外科手术种类很多，医院统一将手术从三个方面进行分类。一是按手术难度分类，可分为大、中、小手术。大手术是指手术范围大、难度大、损伤大的手术，如肿瘤根治手术、心胸外科手术、肝叶切除手术、器官移植手术等；中等手术如疝修补术、胃切除术、卵巢肿瘤切除术、四肢骨折内固定术等；小手术指一般的外伤清创术、脓肿切开术、体表肿块切除术等。二是按切口性质分类，可以分为无菌切口手术、可

能污染切口手术和污染切口手术三类。三是按手术急缓程度分类，可分为急诊手术和择期手术。急诊手术指需要立即进行的手术；择期手术的病人病情稳定，允许进行充分的准备，并根据实际情况选择最佳的手术时间。

为了确保病人手术安全，按规定，凡重大手术、疑难手术、重要脏器切除、截肢和首次开展的新手术等，都要填写重大手术审批报告，由科主任签字。同时，征得病人及家属同意，并在手术报告单上签字，报医院医务部门审查批准。这类手术要进行术前讨论，分析手术中可能发生的问题，提出处理措施。

请亲属或单位领导签字，目的是表明手术的必要性和治疗意义，介绍手术方案和所需时间，让家属了解情况；向家属讲明手术存在的危险性和手术中可能发生的意外情况，引起家属的足够重视；表明双方对手术的态度，取得家属的配合和支持，故不要因此而被吓住，手术意外毕竟只是可能性。家属在签字前，既要慎重考虑，权衡利弊，更应尊重医生的意见，当机立断，正确决策，毕竟医生是内行。

## 麻醉种类

麻醉是顺利完成手术的重要保证。不同的手术需要采用不同的麻醉方法。麻醉方法可以分为两类，即药物麻醉及针刺麻醉。药物麻醉主要有以下几种：

(1) 表面麻醉：常用麻醉药喷雾或敷贴的方法，主要用于粘膜表面麻醉，如上颌窦穿刺等小手术时采用。

(2) 局部麻醉：也称局部浸润麻醉或阻滞麻醉，将麻醉药注射于手术部位或神经干周围，达到局部麻醉的目的，适合于中、小手术。

(3) 腰麻：将麻醉药注入脊髓腔，麻醉脊神经，以达到下半身麻醉的目的。这种麻醉适用于时间较短的下腹部手术、下肢及会阴部的手术。

(4) 硬膜外麻醉：它和腰麻的部位与方法差不多，但采用插管，连续给药，时间不受限制，适用于胸腹及下肢各部位的大中小手术。

(5) 全身麻醉：一种是吸入麻醉，将麻药通过呼吸道吸入体内，抑制中枢神经系统，意识和痛觉暂时消失；另一种是静脉麻醉，将麻醉剂滴入静脉内，产生全身麻醉的效果。现今，各医院大多采用静脉复合麻醉，效果好，病人醒后副作用小。

针刺麻醉，简称针麻，是我国传统医学的宝贵遗产之一，包括耳针麻醉和体针麻醉。一般情况下，针刺麻醉的效果比药物麻醉差一些，但简便、经济、安全、无副作用，是一种较好的麻醉手段。

手术前，医生会根据手术的种类，决定麻醉的方法。一般病人对手术和手术主刀比较重视，但对于麻醉和麻醉师就很少过问了。殊不知，麻醉的好坏直接影响着手术的成败，在整个手术中起着重要作用。因此，与医生配合慎重而正确地选择麻醉很有必要。

总的来说，麻醉的选择应在保证效果和安全的前提下，选用有效、简便、经济、副作用小的麻醉方法和麻醉剂。具体

选择时，可参考以下几点：

(1) 病情危重病人，首选局部麻醉，如确需全身麻醉时，采用相应的安全保障措施。

(2) 有呼吸系统疾病的病人，张口困难和有上消化道出血的病人，不宜使用吸入麻醉。

(3) 有心血管系统疾病的病人，做心血管系统以外的手术时，应尽量采用局部麻醉，不用腰麻。

(4) 孕妇手术时，宜用腰麻、硬脊膜外麻醉或局部麻醉。

(5) 糖尿病病人手术时，用局部麻醉最安全，也可以用腰麻或硬脊膜外麻醉。

(6) 小儿手术时间较短者，用静脉基础麻醉加局部麻醉；时间较长者，可用吸入性全身麻醉或静脉复合麻醉。

(7) 老年人宜用局部麻醉或硬脊膜外麻醉。

当然，选择哪种麻醉，主要是听医生的，病人不要过多干预，但可根据所掌握的知识，与医生商量。

## 怎样配合麻醉和手术

麻醉与手术能否顺利进行，除了医务人员的技术水平和认真负责的工作精神外，病人配合也十分重要，可从以下几个方面进行配合。

(1) 要树立信心，相信医生，全身放松，消除紧张情绪。过份紧张，睡眠不好，可使手术当天血压波动，进而影响手术进程。

(2) 要严格按照医生的嘱咐进行准备，对医生要讲老实

话。尤其是全身麻醉手术前，是否吃了东西，是否发热，女性是否月经来潮，都应先告诉医生，让医生考虑是否暂停手术，以免术后增加痛苦。

(3) 进手术室前，要排空大小便，戴有活动假牙的病人，要取下假牙，以防麻醉插管时脱落，误入食管或呼吸道。有贵重物品，在进入手术室前，交给病房护士长或亲属保管，不要带到手术室去；进入手术室时，要按规定更换鞋子，戴上手术帽。

(4) 不同的手术，不同的麻醉，所采取的体位不同。腰麻和硬脊膜外麻醉，是采取坐位或侧卧位进行操作的，手术时的体位应充分暴露手术区域，方便手术者操作。当医生和护士为您摆好体位后，不能随便移动或改变，如有不适或疼痛，可告诉医生。乱动会影响手术操作。

(5) 有的手术要插导尿管或胃管，这些导管都会给您带来一些不适或痛苦，但要忍受，千万不能随意将导管拔出。

(6) 非全身麻醉手术，病人在手术台上处于清醒状态，应安静闭目接受手术，不要随意和医护人员谈话，更不要胡乱猜疑医护人员的某些话。

## 手术前的准备工作

手术治疗对很多疾病是惟一的治疗手段，但接受手术或多或少要冒些风险，因为医学上的未知数很多，病人的个体差异也明显存在。为了治病，不能不接受手术。要紧的是认真作好术前准备，尽量减少或避免危险性。术前准备除了医

生的工作之外，病人也应该注意做好下述准备。

(1) 术前，如果心里不踏实，可与医生、护士多交谈，听取他们的意见和解释。最好不要去乱翻自己似懂非懂的医学书籍，将自己的情况“对号入座”，以免引起不必要的紧张情绪。

(2) 手术前要作好身体条件的准备，尽量吃好，加强营养，使身体处于良好状态；要注意保暖，加强锻炼，防止感冒；要休息好，必要时可适量服用镇静安眠药，保证睡眠，稳定情绪。患有糖尿病、高血压、心脏病、肝肾疾病、脑血管病变等疾病的病人，术前应进行内科治疗，以免发生术中意外或术后上述病症加重。

(3) 手术前要注意清洁卫生，保持皮肤特别是手术部位皮肤的清洁。在术前1~2天，应洗澡或擦澡、更衣、剪指甲。头部手术要注意洗头、剪短或剪去头发。要保护好手术部位的皮肤，不能有破损或发生皮炎、皮疹。手术前1天护士为您剃除手术部位的毛发，某些部位还要包扎起来，您应当很好配合，不要让敷料脱落。

(4) 术前1天或当天的几项准备。全身麻醉、腰麻和胃肠道手术等，术前6~12小时不能吃东西，术前4小时不能喝水。因为在麻醉和手术过程中，由于刺激和药物的作用，容易引起呕吐，以致食物流入气管引起窒息，或导致吸入性肺炎，甚至危及生命。重大手术，肛门和直肠手术，手术前1天晚上要用肥皂水灌肠。进手术室前应排空大小便。胃肠手术及腹部大手术，还要插胃管，大手术要留置导尿管，保持胃和膀胱排空，以保证手术顺利进行。

上述准备工作，如果是住院手术的病人，只要严格按照医护人员的交待，密切配合即可；如是门诊手术病人，许多准备要在家中由自己来做，手术当天应按预约时间提前半小时，带好手术通知书和门诊病历到门诊手术室等候，最好有亲友陪同，以稳定情绪，给予必要的照顾。

## 手术后要注意什么

手术治疗能否达到预期效果，除了实施正确的手术方案和精细的手术操作外，术后积极的治疗和护理，妥善认真的伤口管理，也是至关重要的。手术之后，病人要努力配合医护人员，预防术后并发症和不良后果的发生。

(1) 保持术后的良好体位。手术后，一般中、小手术的病人即送回原来的病室，而大手术或危重手术病人，则送到术后病室（监护室或观察室），全身麻醉的病人，此时尚未清醒。应平卧，不垫枕头，头偏向一侧，以防唾液或呕吐物吸入呼吸道，引起呼吸道感染。硬膜外麻醉或腰麻的病人，术后要平卧 6~12 小时，以防术后头痛的发生。颈、胸、腹部手术之后，多采取半坐或半卧位。脊柱手术后的病人，要睡硬板床。四肢手术后的病人，需抬高手术的肢体或进行牵引。

(2) 协助医护人员观察体温、脉搏、呼吸和血压。如自我感觉不适、发热和心跳快等，应向医生、护士报告。这里要告诉您一点常识，术后 3~5 天内，体温常在 38℃ 左右，这是必然的，叫术后反应热，或吸收热，对此不必紧张。

(3) 加强饮食配合。手术后要加强营养，以利于身体康

复。一般的手术，术后即可进食，腹部手术的病人，要待肠蠕动恢复、产生虚恭（即放屁）后，方可进液状流食；胃肠手术的病人，先进行胃肠减压，同时应禁食，停止胃肠减压后才能进流食，以后慢慢恢复到正常饮食；大手术或全身麻醉手术后，多有短期消化功能减退，不想吃饭，甚至恶心、呕吐，可以要求输液。严重时，医生会插胃管，通过胃管注入流食。

(4) 协助医护人员严格术后的伤口管理。不要乱动，不要随意揭开覆盖伤口的纱布，更不能用手去触摸或用水清洗伤口，要保持伤口的清洁和干燥。如自己不小心弄湿或污染了纱布，应请求医生、护士给予更换，以防切口感染化脓。如发现伤口周围红肿或有血水流出，应及时告诉医生、护士，争取给予及时妥善的处理。

(5) 术后要早期活动。根据手术的大小和术后的病情，在医生准许的条件下，争取早期下床活动。这对于增加呼吸深度，促进血液循环，恢复胃肠功能，增进食欲，都十分有利；对于防止并发症，促进伤口愈合，也有着积极的作用。如腹部手术，一般术后 2~3 天就应该适当下床活动或作床上活动，以防止腹胀和肠粘连。痰多的病人，应多翻身，并用手压住伤口，协助咳嗽排痰，以防肺部感染。肥胖病人应多活动四肢，防止静脉血栓形成。

(6) 掌握拆线的最佳时间。术后切口的拆线时间，要根据手术部位的不同而决定。一般手术，术后 5~7 天拆线；下腹部、会阴部手术的拆线时间适当延长；上腹、胸、背及臀部术后 7~9 天拆线；四肢术后 10~12 天拆线；关节及其附

近的手术，于术后 14 天拆线较为适宜；全层皮肤移植术，应于术后 12~14 天拆线；年老、体弱、贫血或有并发症者，应适当延长拆线时间。

(7) 其他注意事项。有的病人手术后不习惯卧床小便，或因腰麻后排尿反射障碍，解不出小便。因此，对术后需要较长时间卧床者，术前就应练习卧床小便。如果病情允许，可协助病人坐起，跪着或站着排尿，还可以采取腹部热敷，扎银针等办法协助排尿。如果上述措施无效，术后 8~12 小时仍不能排出小便，应请求导尿。对术后身上所带的各种导管，要注意保持其通畅，防止导管折叠、堵塞或脱落。术后身体抵抗力相对较低，应注意保暖，防止感冒。门诊手术的病人，术后要在门诊休息片刻，并向医生问明复诊、换药和拆线时间，按时去医院复诊并接受处置。出院后，如发现拆线后的术口崩裂、出血或剧烈疼痛时，应立即到医院进行检查和处理。

## 怎样防止交叉感染

交叉感染亦称医院内感染，它已成为一个重要的公共卫生问题，不仅增加了病人的痛苦和不必要的经济负担，而且还威胁着社会人群的健康。了解一点这方面的知识，将会对您和您的家人以及亲朋好友的健康十分有益。

院内感染，顾名思义即在医院内发生的感染，确切地说，是病人在医院内进行诊疗过程中所发生的感染现象。从管理的角度说，这种感染同病人在院外感染疾病不同。院内感染

是由于医院对医疗技术、器材设备、操作方法、环境条件等管理不善造成的，这是应该避免而且是可以避免的。

产生院内感染的方式有两种，一种是从人到人的感染，叫外因性感染或交叉感染，另一种是自己本身就带有病菌，当抵抗力下降时，感染暴发，这种感染称为内因性感染。院内感染具体分为4型：一是交互感染，指病人在住院期间受别人传染或把自身疾病传染给别人，主要原因是病人不严格遵守院内隔离消毒制度及医护人员未遵循无菌操作规程所致；二是条件性感染，即在病人患某种疾病时，因抵抗力降低，一些通常不致病的细菌，引起感染，加重了原来的病情；三是人为造成的感染，因在医院内接受检查治疗时，通过打针、输液、导尿、器械检查等所造成的感染，主要是由于操作者无菌观念不强，违反操作规程，器械、敷料消毒不合格以及环境不洁而造成的；四是无菌手术中所造成的感染，主要是由于手术器械、敷料、空气消毒不合格，手术者的手污染了手术部位所致，轻则造成切口感染，重者可使手术失败，甚至造成死亡。

医院是病人集中的地方，细菌、病毒易于传播，不仅在病人之间，而且在医务人员和伤病员之间，都可以发生交叉感染。感染的主要途径是：①在讲话、咳嗽、打喷嚏时，经空气、飞沫、尘埃传播；②通过水和食物传播，如吃了腐败不洁的食物，喝生水，食具不卫生，炊事人员带有病原体，配餐人员和医护人员的手污染了食物，都可能使病人发生感染；③接触感染，病人之间相互接触被污染的衣服、被褥、食具和便器等生活用品，很容易引起肠道传染病；④由诊疗器械

造成的感染，如穿刺、导尿、注射、采血时由器械将病原体带入病人体内，导致化脓性感染和乙型肝炎、性病等发生。

了解上述情况之后，您就可以提高警惕，避免在住院期间发生交叉感染。首先要树立一个观念：住医院可以治病，也可能得病，千万不能大意。下面分别对病人及探视者提出几点建议。

#### 病人的自我预防：

(1) 积极配合治疗，加强营养，增强抵抗力，早日治愈出院，减少感染机会。

(2) 要讲究卫生，勤洗澡、更衣、理发、剪指甲。

(3) 病室内要保持清洁卫生，勤扫地、勤拖地，可以要求给病室地面喷洒消毒水。经常开窗，通气，保持空气新鲜，不随地吐痰，减少呼吸道疾病感染的机会。

(4) 餐具、便器、面盆、水瓶等物品要专人专用，勤倒勤洗，监督工作人员经常用消毒液进行处理。大小便不要污染池外，便后、饭前要洗手，避免消化道传染病发生。

(5) 遵守院规，少串病房，个人以外的一切物品都可视为污染的不洁之物，尽量不要去摸、拿、使用，如无法避免时，接触后要用肥皂认真洗手。不吃医院外小摊点的食物，吃饭到饭厅，尽量不在病室内进餐，不要吸烟。

(6) 不要乱用药物，慎用抗生素，越贵重的抗生素越少用，留到最需要的关键时刻去用。

#### 探视及陪护人员的自我预防：

(1) 家属最好不要陪护，传染病人更不应陪护。如病情确需陪护者，应严格遵守陪护制度。帮助病人做任何事情后，

都要洗手。病人在医院穿的衣服、用的物品在未彻底清洗之前，不要带回家。

(2) 探视传染病人时，要穿消毒隔离衣和隔离鞋，戴上口罩，探视完毕，用消毒水洗手。

(3) 不要带小孩到医院探视病人，小孩抵抗力低，最容易受感染。必要时，给孩子戴上口罩，不要让小孩在病房内到处活动。

(4) 探视时最好不坐病人的床，不摸医院的物品，回去要洗手，必要时更衣。

(5) 探视和陪护人员都不要不要在病室吃东西和吸烟。帮助病人处理大小便等污物，事后要认真洗手，必要时用消毒水洗手。

## 要按时按量服药

病人是否遵照医嘱按时按量眼药，是关系到治疗效果和治疗安全的重要环节。医生为病人开药，是根据其年龄、性别、体重、药物配伍禁忌及病情等指征决定剂量和疗程的。如果病人治病心切或图省事，擅自加大剂量，甚至一天的量一次服下，就会导致药物中毒等不良反应发生。另外，各种药物的吸收，排泄速度及在体内的有效浓度均不同，如果眼药不按时，不够量，或三天打鱼两天晒网，体内不能维持一定的药物浓度，就达不到预期的效果。

药物的不良反应不可忽视，它可以引起“药源性疾病”，甚至可危及生命。药物不良反应有：

(1) 副作用 用药后出现恶心、呕吐、食欲减退、头痛、失眠、心慌等，都属于药物的副作用。比如有些药对消化道刺激性大，医生会告诉你要饭后服药，如果不按这个时间服用，就会出现消化道的不适反应等副作用。相反，有些药如利福平、胃舒平等，则需要在空腹或饭前服用，才能收到最佳效果。

(2) 毒性反应 多因用药过量或用药时间过长引起。表现为扰乱机体的生理功能，或出现器官组织的显著病理改变。毒性反应对机体损害较大，有时可危及生命。严重的毒性反应主要表现对神经系统、造血系统、肝、肾和心血管系统的损害。

(3) 二重感染 由于长期或大剂量使用广谱抗生素，使肠道正常的菌群发生变化，敏感的细菌被杀灭，不敏感的大量繁殖，导致二重感染（继发感染），发生药源性疾病。

(4) 药物成瘾性 由于滥用、特别是长期重复使用某些改变情绪或行为的药物，可以产生对药物的精神依赖性。如吗啡、可待因、杜冷丁等都很容易成瘾。

(5) 药物致畸性 有些药物可以通过胎盘影响胎儿生长发育，在怀孕3个月，尤其8周内，药物致畸的危险性最大。

(6) 药物致癌性 有些药物如治疗皮肤病的砷酸钠可致皮肤癌。

药物除上述不良反应外，还可引起变态反应（青霉素过敏试验中介绍），因此，我们在服用药物的过程中，一定要遵照医嘱，按时按量，还要注意观察、体会有什么反应和不适，特别是长期使用某些毒性作用大的药物时，更应小心。

## 接受药物过敏试验时应注意事项

某些药物如青霉素、链霉素、磺胺类药、普鲁卡因、破伤风抗毒素、细胞色素丙 C 等，常可引起不同程度的过敏反应。轻者可致皮肤过敏反应，如出现荨麻疹、药物疹、消化道过敏反应（如恶心、呕吐、腹痛、腹泻）以及呼吸道的一些症状等；重者可引起过敏性休克，这是一种最危险的全身性变态反应，如抢救不及时，可危及生命。链霉素毒性反应往往表现为耳鸣、耳聋，面及口唇、指端麻木等。过敏反应通常不发生在首次用药，这种过敏反应仅发生在过敏体质的人，有些高度敏感者，稍一接触致敏药，甚至嗅到青霉素散发的气味都会出现过敏反应。因此，医生护士在给病人使用可能引起过敏反应的药物前，都要询问病人有无用药史和过敏史，都要进行过敏试验。这是一个非常严肃而慎重的问题，不能有丝毫的疏忽大意。进行过敏试验时，应注意以下几点：

(1) 如果您曾经对某药有过敏史，一定要告诉医生，不可再次使用。使用可能致敏的药物前，一定要接受过敏试验，而且每次使用青霉素停药 3 天后再用时，或使用中更换药物批号时，都必须重新作过敏试验。已知青霉素过敏者，应禁作过敏试验。

(2) 护士为您作皮肤敏感试验，一般在手腕内侧皮肤最薄嫩处的皮内注入试验药液，使局部隆起绿豆大的小皮丘，然后 15~20 分钟观察皮丘有无变化，如皮丘发红、发硬、增大，超过直径 1 厘米时为阳性，即为过敏，就不能用药。因此，试

验后要注意防止摸擦皮丘，不要让它受到任何刺激，以免造成人为的红肿，影响试验结果的判断。

(3) 试验场地备有肾上腺素等急救药品，在皮肤试验观察中，不要离开试验场地，以便发生过敏时立即抢救。

(4) 试验中如有心慌、胸闷、气促、恶心、呕吐、腹痛等不适时，应立即告诉护士或医生，以采取必要的处理措施。

(5) 药物过敏反应有立即反应、加速反应和迟缓反应。因此，皮肤试验阴性注射第一次药物后，不要立即离开注射场地，待休息观察半小时无反应时，方可离开。

## 等级护理

住院病人的病情千差万别，生活自理的能力也有不同。为了对不同病人给予不同的护理和照顾，在长期护理实践中，逐渐形成了把病人分为等级，按等级进行护理的做法，国家卫生部已将其定为制度，即“分级护理制度”。这就是说，等级护理就是按照国家卫生部统一制定的分级护理标准和要求，对不同病情的病人，实施相应的护理和照顾的制度。

等级护理共分为4级，即特别护理（特别专护）、一级护理、二级护理和三级护理（普通护理）。病人入院后，由医生根据病情决定护理等级，下达医嘱，并分别在住院病人一览表和病人床头卡上设不同标记，提示护士根据医嘱和标记具体落实，护士长进行督促检查。下面分别讲讲不同护理级别的不同要求。

(1) 特别护理（特护） 用大红色标记，凡病情危重或

重大手术后的病人，随时可能发生意外，需要严密观察和加强照顾。特护的都是重危病人，但重危病人不一定都要特护。特护派专门护士昼夜守护，有时需把病人搬入抢救室或监护室。按照特护计划，定时测量体温、脉搏、呼吸、血压，密切观察病情，记录饮食和排出物的量，进行基础护理和生活护理，翻身按摩等。特护的收费比较高，上级有收费标准，自费病人应考虑自己的负担能力。

(2) 一级护理 用粉红色标记，表示重点护理，但不派专人守护。对绝大多数重危病人来说，这就算是高等级的护理。按规定，对一级护理的病人，护士每隔 15~30 分钟巡视 1 次，既了解病情和治疗情况，又帮助饮食起居。根据病情需要帮助病人更换体位、擦澡、洗头、剪指（趾）甲等。

(3) 二级护理 用蓝色标记，表示病情无危险性，适于病情稳定的重症恢复期病人，或年老体弱、生活不能完全自理、不宜多活动的病人。对二级护理病人，规定每 1~2 小时巡视 1 次。在这之间，如病情有变化或有特殊需要，病人可用呼唤电铃呼叫医生护士。

(4) 三级护理 是普通护理，不作标记。对这个护理级别的病人，护士每 3~4 小时巡视 1 次。

## 怎样办理转科或转院手续

当您生病住在一些中、小医院，由于该医院的技术水平和设备条件所限，在明确诊断或治疗方面有困难，就需要转院诊治。有时由于您的病情涉及到您所住医院的其他专科，有

的是入院时分错了科，有的是另外发生了别的病，都可在院内转科治疗。转院、转科要办理手续，应按照有关规定进行。

(1) 转院须由所在科讨论或科主任提出，病人和家属也可向科主任或经治医生提出要求，经医务部门与医院领导批准，提前与转入医院联系，征得对方同意后，方可转院。

(2) 需转外地医院住院时，还须征得病人所在单位的同意，有时须报请卫生厅批准，开具证明，办理手续。急性传染病、麻风病、精神病和截瘫病人，不得转外省治疗。

(3) 对病情较重的病人，医院要派人护送并带上急救药材，估计途中可能有生命危险的，不能转院，应留院处置，待病情稳定后再转院，病人和家属也应积极配合。

(4) 转院时应带上病历摘要，X光片等医疗资料最好也带上，可避免重复检查，减少费用。可办理借阅手续，治疗终结出院时，将借阅资料再退还给医院。

(5) 在院内转科诊治时，须经转入科会诊同意，必要时由医务部门决定。转出科会派人将病人送到转入科，并交接病情，交待有关事项。转入科又按新入院病人的一套程序进行检诊，写转入记录，并通知门诊和营养室。

当您熟悉这些规定后，在住院过程中遇到类似问题就可以把握时机，知道怎么去办理，并主动配合，把这一工作做好。

## 接到了病危通知书后怎么办

住院病人在病情恶化、生命垂危时，医生就要下达病危

通知书。对此，家属和亲友都会感到焦急、慌张和恐惧，这时应该怎么办呢？

首先，作好思想和物质准备。接到病危通知书后，家属要冷静、沉着，控制自己的情绪，一方面要相信科学，相信医生，树立转危为安的信心；另一方面要面对现实，作好最坏的准备。一般情况下，医生不会把病危的消息直接告诉病人，因此，家属要注意对病人保密，稳定病人的情绪。精神因素对病情的影响至关重要，如发现病人已经知道病危时，应作好病人的思想工作，鼓励其树立战胜疾病的信心，让他知道，医院有一套严密的抢救制度和措施，一定会全力以赴地抢救。家属还应做好物质准备，安排好家中事情及守护病人的准备工作，根据情况作些必要的后事准备和安排，以防措手不及。

其次，积极配合抢救。医生下达病危通知后，就要制定抢救治疗计划，包括必要的检查和会诊，选择必要的监护项目等。只要是抢救需要，家属和病人都应该拒绝医院所采取的一切措施，也不要过多地从经济上考虑而影响对病人的救治。现在许多医院有重症监护病房，集中了精良的设备和医护骨干，还有心肺监护等项目，有利于对重危病人的抢救，但收费标准也较高，不能因为收费高而拒绝进监护病房，也别过早地搬出监护病房。家属不要直接或通过各种关系干预医生的救治工作。抢救工作具有连续性，经常通宵达旦，不能休息，时间紧，要求高，难度大，因此，家属要体谅医护人员的辛苦，不要计较一些非原则性的小问题，弄不好，往往还是病人吃苦头。

此外，如果病人病情恶化，家属亲友最好回避，不要在室内哭啼和喧哗。因为抢救工作十分紧张，无关人员在抢救室内，会造成拥挤和干扰，往往导致差错的发生。而亲属亲眼看到医生的抢救操作，对技术不理解，心情会更难受，甚至引起误解，情绪不易控制，对病人对自己都不利。

## 怎样办理出院手续

住院病人经过一段时间治疗后，症状消失，临床和辅助检查正常，达到治愈标准，经经管医生或主治医师决定同意出院时，即可出院。或者病情虽有好转，但达不到出院标准，而家属或病人执意要求出院时，也可以办理出院手续，离开医院。

病人办理出院手续，一般于出院前1天，先由医生下达出院医嘱，停止一切治疗、饮食及护理医嘱，将病历送收费处计价、核算、开具账单，病人或亲属持出院通知单到收费处付款结账后，将发票拿回科室。科室见到结账发票后，才给出院证，同时向病人交待出院注意事项，指导康复，交待一些保健和饮食的知识，约定复查或随访的有关事宜。然后，清理物品，向护士交清医院的用物，配给病人使用的一切物品都清点交回，领回押金，再到住院处更换病员服，并将出院证加盖医院公章以作凭据。至此，全部出院手续办理完毕。此时，您不应忘记在离院前向医生护士告别，留下您对医院的意见和建议，以帮助医院改进工作。

凡病人或家属执意要求出院者，仍须经科主任同意，有

时要求病人在病历上签字留据，说明是自己要求出院，责任自负。

住院期间的病历、各种检查报告单和 X 光片等有关资料，是医疗档案，也是法律依据，尤其是您再次住院时诊断、治疗的参考资料。因此，出院时一律不能带走，全部由科室交医院病案室保存。

婚

姻

# 婚姻史话

## “婚姻”析义

婚姻，古字为“昏姻”或“昏因”；昏字也有写成“昏”的。有的说昏为昏旦之昏，昏为昏因之昏，昏嫁应作昏，婚姻应作婚。

《说文》：“礼，娶妇以昏时，故曰婚。”为什么在昏夜里娶妇呢？原来最初的婚姻是掠夺婚，掠夺妇女只有在昏暗的黑夜才能得手。后世结婚沿用这种习惯，都在夜间迎娶，由此逐渐形成了婚姻的概念，把结婚之礼叫作婚礼。

古代对婚姻一词有三种解释：

一种解释说，婚姻是指姻亲关系说的。《尔雅·释亲》：“婿之父为姻，妇之父为婿，……妇之父母、婿之父母相谓为婚姻，……妇之党为婚兄弟，婿之党为姻兄弟。”郑玄《礼记·婚义注》：“女氏称婚，婿氏称姻。”《郑风孔疏》：“妇党称婚，婿党称姻。”

另一种解释说，婚姻是指嫁娶的仪式说的。如汉代郑玄说：“婚姻之道，谓嫁娶之礼。”唐代孔颖达解释：“男以昏时迎女，女因男而来，……论其男女之身谓之嫁娶，指其好合之际，谓之婚姻，其事是一，故云婚姻之道，谓嫁娶之礼也。”又说：“娶妻之礼以昏为期，因名焉。”

第三种解释说，婚姻是指夫妻的称谓说的。如郑玄说：“婿曰婚，妻曰姻。”孔颖达说：“……此据男女之身，婿则昏时而迎，妇则因而随之，古云婿曰婚，妻曰姻。”

以上三种解释，概括起来是，婿于昏时娶妇，妇因婿而来，随之而定夫妻的称谓，建立两家姻亲亲属关系，这些都要通过婚姻仪式来实现。显然，这些解释都与中国施行几千年的聘娶婚相适应。这也足以证明，婚姻的概念产生于嫁娶婚之后，学者陈顾远认为先有嫁娶一词，后有婚姻一词，嫁娶用于表示掠夺婚、买卖婚等嫁娶方式，婚姻专用于表示聘娶婚，这种说法是有道理的。

## 婚姻形式

婚姻的形式，简言之就是嫁娶的方法。我国历史上存在过多种婚姻形式。

**收继** 多数是兄弟亡故收其寡妻为己妻，个别也有收庶母为妻妾的。

**续嫁** 指姊亡，妹续嫁于姊夫。

**赠婚** 依父母或有权人的意志将其所支配的女子赠送给别人为妻，叫做赠婚。

**赐婚** 帝王将搜刮来的民女、犯罪者的妻女以及俘虏来的女子赐与子弟或臣下，叫做赐婚。

**养媳婚** 童养媳然后成其婚配。

**招赘婚** 男到女家落户。赘婿一般分两种，一种是“养老女婿”，一辈子在女家；一种是“出舍女婿”，在女家服役

一定年限，仍回男家。

**指腹婚** 又称胎婚，是两家主妇同孕，指腹相约定下婚姻。

**荒婚** 公婆或未婚夫病重垂危之际女子嫁往男家冲喜。

**小女婿婚** 男家儿子尚为孩童，因缺少劳动力，娶一个十八九岁的大姑娘为媳。

**招夫婚** 丈夫死后或生前无力养家，再招一夫共同生活。俗称“拉帮套”、“搭伙”。

**虚合婚** 为已死亡了的男女举行婚礼。包括两种，一是冥婚，又称嫁殇婚、娶殇婚，指男女死者联姻；一是过门守贞，指定婚后，未婚夫死亡，未婚妻仍入夫家为妇终身守节。也有望门终生守寡的，称“望门婚”。

**姘度婚** 非法同居，古称“野合”、“私奔婚”。

**阿注婚** 此婚俗流行于永宁纳西族，“阿注”意为朋友，男女双方皆可称之，是一种以女系为主，临时结交同居为婚的婚姻形式。

**自愿婚** 以男女双方性爱为基础的婚姻。

**试验婚** 是正式结婚前先行试验同居的婚俗。过去西南少数民族中这种婚姻形式较多，是一种自愿婚的萌芽。

**共妻婚** 是旧社会流行于西藏地区的婚俗，多为兄弟共妻，结婚时兄为主夫，其余弟为副夫。

**转房婚** 学术上又称逆缘婚，是古代“夫兄弟”、“妻姊妹”，共夫共妻的残余形式。兄亡嫂转嫁其弟，弟亡弟媳转嫁其兄，姊亡妹续嫁姐夫。

**雇妻婚** 将妻出租，按期收取租金。

**表亲婚** 通常称姑表婚与舅表婚，指兄弟的子女与姊妹的子女之间的婚姻关系。

**典妻婚** 将妻作为物权客体议价典给他人，典约期满，以价赎回。

**选婚** 挑选良家女子或挑选犯罪者家中的女子纳入后宫，由帝王自己享用或赐给宗室子弟为选婚。

**罚婚** 对于帝室选不中的犯罪者的妻女，或是断配给臣下，或是限定在一定范围内婚配，为罚婚。

**掠夺婚** 男子用掠夺的方法强娶女子为妻，俗名叫抢婚。

**聘娶婚** “聘”的含义，第一是父母之命，第二是媒妁之言，第三要有聘约。其实，聘娶婚是强迫包办婚姻的买卖婚姻。它是封建制婚姻的代表形式。

**服役婚** 男子于婚前或婚后，须在妻母家服劳役若干时间，作为娶妻的代价。

**交换婚** 两个族的男方互换其姊妹为妻，或互换其女儿为媳，是对等交换的议婚。

**买卖婚** 完全视女子为权利客体，以财物作为价金购买妻妾。

## 古代婚约

古人认为，婚姻由纳吉而定，由纳征而成，所以法律上认为通过纳征收受了聘财，交换了婚书，就算婚姻已经成立。《礼记·曲礼》说：“女子许嫁，纁。”《仪礼·士婚礼》说：“主人入，亲脱妇之纁。”纁作为婚约成立的标签，既是向他

人显示婚姻成立的标志，又是约束女子自身遵从贞节妇道等封建礼制的物体。

婚约的成立有两个要件，一是聘财，二是婚书。这两个要件中聘财是主要的。《唐律疏议》说：“婚礼先以聘财为信，故礼云聘则为妻，虽无许婚之书，但受聘财亦是。”明、清律都规定：“凡男女定婚之初，若有残废、老幼、庶出、过继、乞养者，务要两家明白通知，各从所愿，写立婚书，依礼聘嫁。”个别情况，不由媒人通报，仅由双方主婚人自己议约的，必须将双方应当知道的情况记载在婚书里，这叫“私约”；明、清律规定，只要收受了聘财，对这种私约也承认有效。

中国古代婚约具有强制约束力，历代法律都规定，定婚之后不许翻悔，如果婚约成立之后再与别人定婚，要受法律制裁。

## 同姓不婚

我国古代婚姻生活中有“同姓不婚”的习俗，它大概始于周代，一直延续到民国年间。

周代同姓不婚是周先族实行族外婚时遗留下来的规定。由于周先族属于氏族部落，所以实行外婚制一定要靠姓氏来区别。春秋时代，有人从生理上作解释，同姓婚配会造成不育或后代畸型。《左传》有语：“男女同姓，其生不繁。”

战国以后，以氏为姓，自汉代始，姓氏不分，因此同姓不婚多有不禁。但到了唐代对同姓结婚不强调循古制，并有法律限制。宋、金、元代均与唐代相同。《明律例》、《清律

例》以后比较开通。明清律禁止同姓同宗通婚，虽表面上合乎旧制，但实际上同姓同宗也可以结婚。到了清末，只禁同宗婚而不禁同姓婚。

同姓不婚的婚姻习惯保持了几千年，一直延续到 20 世纪初叶。主张抛弃“同姓不婚”的观念，只要没有血统关系，完全可以“同姓结婚”。这种主张实际是五四时期“自由结婚”观念的进一步扩展，是对婚姻自由的真实表现。

## 夫妻称谓

我国古代对结婚和夫妻关系有许多雅致的别称。例如：

**结发** 源于苏武诗“结发为夫妇，恩爱两不疑”。“结发”本指年轻束发之时，后据此诗“为夫妻”语，作结婚解；也指妻子。俗称元配为结发。也有人说：“结发夫妻”一词源于古婚礼中的“合髻”。

**秦晋之好** 春秋战国时期，征战频繁，人民多死于非命。有些诸侯国为了缓和矛盾，也曾通过联姻来建立和发展邦交。当时秦国和晋国就世代互相婚嫁结为姻亲。因此，后人称两姓联姻为“秦晋之好”。

**配偶** 夫妻双方互为配偶，亦指男女相配为夫妇。《后汉书·邓训传》李贤注引《东观记》：“其无妻者，为适配偶。”亦作“配耦”。《汉书·孝昭上官皇后传》：“长主内（纳）周阳氏女，令配帝耦。”

**结朱陈** “朱陈”原是一个古代村名。白居易《朱陈村》诗：“徐州古丰县，有村曰朱陈……一村唯两姓，世世为

婚姻。”苏轼《陈季常所蓄朱陈村婚娶图》诗：“何年顾陆回丹手，画作朱陈嫁娶图。”后遂用为联姻的代称。《红楼梦》第九十九回：“仰蒙雅爱，许结朱陈。”

结縗 亦作“结褵”。原指古代女子出嫁时，母亲把佩巾结在女儿身上，后来用为结婚的代称。《诗·豳风·东山》：“亲结其縗。”《后汉书·马援传》：“施衿结褵，申父母之戒。”

结丝萝 《古诗十九首》：“与君为新婚，菟丝附女萝。”菟丝和女萝都是蔓生植物，纠结一起，不易分开。后因用“丝萝”比喻婚姻。《西厢记》：“便待要结丝萝。”

## 属相与八字

据考证，我国远在战国时期，就以属相之说来推算和代表年龄了。古时候，有些人在结婚后遭遇到什么不幸，或者成亲后病魔缠身，鉴于当时科学水平，这些偶合的现象得不到合理的解释。于是，一些迷信的人便认为十二生肖之间有相生相克，相生者结婚可以白头到老，相克的就不宜结成连理。如果硬要配成一对，就要被克死一个，或者婚姻不美满，家庭不和睦，一辈子得不到安宁。在北方尤其重视属相，认为有些属相不能相配，如“白马怕青牛，羊鼠一旦休，蛇虎如刀错，兔龙泪交流，金鸡怕玉犬，猪猴不到头”等，相反，有的属相相配被认为是上等婚姻，如鼠配牛、虎配猪、龙配鸡、蛇配猴、马配羊、兔配狗等，还有所谓“蛇盘兔必定富”等俗语。至于结婚具体日期又多依双方属相是否相适而定，如鸡兔两属相宜正月、七月嫁娶，蛇猪两属相宜六月、腊

月嫁娶等。

古时男女两家议婚时要交换生辰八字。一个人的出生年月日时配以天干地支，两字一组，四组共八个字，故称“八字”，又叫“年庚”。查出生年月日时是否相克相生，谓之“合八字”。八字不合、生时相克，则不可通婚。据五行之说，相生相克即是木生火，火生土，土生金，金生水，水生木；水克火，火克金，金克木，木克土，土克水。在我国南方，尤其重视生辰八字。如江苏，是先将女方年庚写在粗纸上，由媒人交另女压在灶前香炉下，三日内家中平安，则说明相合，如三日内家中发生碎碗破碟之事，谓之不详，即托言不合，将草八字退还女方。还有的地区将男女八字交给算命者，看有无冲克。无论看属相，或是看八字，均是从周代婚礼中的“问名”演变而来，尽管其方式已非占卜，其实质却是一样，同是出于“婚姻天定”的迷信思想。

生肖相生相克的说法是毫无科学根据的。老虎确实会吃人，狗和鸡在一起时也可能会打架，但是，怎么能拿人与禽兽相比呢？人是具有思维的高等动物，人与人之间的关系也是错综复杂的，这是毋庸置疑的。如果属什么是什么，那笑话就多了：属鸡的会生蛋，属猪的要被宰杀；属牛的要耕地；属虎的可随意吃人……由此可见，生肖与人的凶吉祸福压根儿没有联系，与人的婚姻更是风马牛不相及了。婚姻不是命中注定的，幸福美满的家庭要由自己创造。

## 现代婚礼

旅游婚礼 在人生的旅途上，一对新人携手而行了。美

好的生活以这种方式开始，是青年人最多的选择。

**植树婚礼** 一对夫妻共同植下一棵同心树，他们的爱情也像这棵树一样永远常青。

**集体婚礼** 集体婚礼当今在我国颇为流行。这种婚礼一般场面热闹，气氛热烈，届时又有当地或单位的主要领导人在场，做证婚人，并向新郎新娘祝贺或签字留念，使青年人在愉悦的气氛中度过隆重而有意义的时光。

**电影婚礼** “电影婚礼”目前在我国各地农村都有，即由办喜事的人家出资请人放电影招待亲友和乡亲，一家办婚事，喜庆一个村。对于一些闭塞的山村来说，平时看电影实属不易，电影婚礼在办喜事的同时又丰富了乡亲们的文化生活。

**贺辞婚礼** 先发请柬，写明：婚礼不收礼品，但必备新婚贺辞。举行婚礼时，来宾们将贺辞写在准备好的本子上，或口述出来。主持人用录音机将贺辞一一录下。在以后的日子里，每当您翻开或播放这些贺辞时，那金玉良言，美好的祝愿都会使您想起那难忘的婚礼。

**水晶宫婚礼** 冰雪世界，神奇意境，五颜六色的彩灯在“水晶宫”中闪烁。由各种晶莹的冰块堆砌成的“城楼”、“城墙”，组成了一座玲珑剔透的“水晶宫”。由各地专程来的恋人在这“水晶宫”中开始了他们的婚礼。北国冰城哈尔滨，每年冬季都要举行这种婚礼。

**自行车婚礼** 人来人往的公路上，突然响起了一阵鞭炮声。人们驻足看去，只见前面一辆自行车以鞭炮开道，随后是佩戴红花的新人，他们并肩骑着自行车，在路人的注视下

穿行而过。原来这是新兴的自行车婚礼。这种婚礼，没有迎亲的车队，没有洞房的喧闹，骑上自行车，放几串鞭炮，既喜庆又节俭。

**舞会婚礼** 以舞会的形式举办婚礼，这种婚礼热烈而富有情趣，符合青年们的心理。

**广告婚礼** 又称“登报婚礼”，当事人将结婚的消息刊登在报纸上，通告亲朋好友为他们遥祝幸福。有些地方还将结婚照片、新娘新郎的工作、生活、恋爱经历以及亲朋好友的贺词刊登在报纸上，开了“新闻婚礼”的先河。

# 姓氏考据

## 姓氏典籍

《百家姓》相传是宋初钱塘一位老儒所编，以国姓“赵”为首，共取姓氏 468 个，远没有包括中国人的全部姓氏。清康熙时，曾出现有《御制百家姓》，以“孔”姓居首。但一直流传至今的，仍为宋朝的《百家姓》。它采取四言体，押韵，读来琅琅上口，是旧私塾的识字课本及儿童的启蒙读物。据宋人郑樵统计，宋代姓氏 1743 个，比《百家姓》多 3 倍。到了明初，有个叫吴沈的人，编了一部《千家姓》，共收姓氏 1968 个。这部《千家姓》仍然没有把中国人的姓氏都包括进去。于是万历年间又有人编了一本“万家姓”——《古今万姓统谱》。所谓“万姓”，极言其多。中国人的姓氏毕竟不到一万，据统计只有 6363 个。

## 古人改姓类型

姓是表明一个人所生家族的符号，一般很少更改，正如清代学者袁枚所语“姓者系统百世而不变更也”。然而，古人改姓并不鲜见。常见类型有：

变氏 上古时代，姓与氏是有明显区别的。南宋史学家

郑樵说：“三代之前，姓氏分而为二，男子称氏，妇人称姓。氏所以别贵贱，贵者有氏，贱者有名无氏。”到了西汉武帝时，姓与氏开始混而为一。所谓“变氏”，主要见于先秦时代。这是因为当时姓是固定的，氏则可以变化，有时还变得相当频繁。如木匠的祖师爷公输班因是鲁国人又叫鲁班，公输、鲁皆为氏。又如春秋时晋国有位大夫仅见于《左传》的称谓就有士会、士季、随会、随武子、范会、范武子等等。这位大夫多次变氏，前后有过士、随、范三个氏。其余，会为名；季为排行；武为谥号。

**避忌** 为避忌而改姓，在历史上可谓俯拾即是。具体而言，分为避讳、避祸、避耻等。东汉明帝叫刘庄，为避圣讳，姓庄的就改姓严。如西汉辞赋家庄忌，到东汉明帝时即改称为严忌。到魏晋时期，有一部分姓严的人又恢复姓庄。避祸即躲避灾祸，躲避仇人，躲避迫害。在封建专制主义的淫威下，动辄满门抄斩、株连九族。这样，同姓人迁地改姓，以求免受牵连。如战国时有一个游侠叫田光，他出谋划策，让荆轲去刺杀秦王。后来，秦灭燕国，田光的子孙为了逃避秦王的迫害，就姓光了。因避讳、避祸而改姓，往往与原姓有某种联系。一般而言，因避讳而改姓，大多取字意相近的，如庄与严、恒与常、庆与贺、敬与恭等；因讳祸而改姓，大多取音同、音近或字形相近的，如仇与求、伍与五、牛与牢等。显然，避讳、避祸而改姓是不得已而为之，所以总是设法与祖传姓氏保持联系。“庆父不死，鲁难未已”是大家所熟知的一句成语。庆父乃历史上有名的一再制造内乱的人，先后杀掉两个国君。因他犯有弑君之罪，后代耻于与之同姓，便改

姓孟。

**赐姓** 天子、皇帝赐给臣民姓氏，是一种统治手段，有褒有贬，恩威并施，大致有三种类型。其一：大多赐给“国姓”，即皇帝的姓，以表示皇恩浩荡。历史上数唐朝赐臣属以国姓为最多。其他朝代赐国姓的例子也很多，如郑成功原名郑森，由于抗清有功，南明隆武帝赐姓朱，改名成功，因号“国姓爷”。其二：历代皇帝赐姓，并不仅限于国姓。如明代著名航海家郑和，本姓马。因随燕王朱棣（明成祖）参加“靖难之役”有功，赐姓郑。其三：强迫他人改姓，进行迫害。如西汉开国功臣英布，年轻时做过强盗，曾受黥刑。后来因反叛刘邦而遭镇压，其后代被西汉王朝强制改姓黥。所以，英布又称黥布。又如武则天十分热衷于赐姓，她称帝后竟先后给唐中宗和唐睿宗赐姓武，又强令中宗皇后王氏改姓“蟒”，还将起兵反对过她的李姓诸王改姓为虺。

**融化** 在历史发展进程中，许多少数民族和定居中国的外国人逐渐和汉族人相融合，民族融合带来了姓氏融化，姓氏融化又促进了民族融合。如北魏孝文帝时共有 118 个鲜卑姓改为汉姓。又如唐宋以来，有众多的阿拉伯人来到泉州以至定居。著名的蒲寿庚家族先世是阿拉伯人，几代人在中国居住，便完全汉化了，放弃祖姓改用汉姓“蒲”。

**因事** 历史上因事而改姓，趣闻颇多。如东汉末年有个人姓氏名仪，当地太守孔融嘲笑他：“氏”是“民”字上部缺一笔，民无头还了得，可改氏为是。氏仪听凭长官意志，由姓“氏”改为姓“是”。又如汉武帝有位丞相叫田千秋，因年事已高，汉武帝特别恩准他乘车出入宫禁，人称“车丞相”。

田千秋为感谢皇恩，就改姓车了。

**合成** 夏商诸侯葛伯的后人，旧居琅邪郡之诸县，后徙阳都。阳都先有葛姓，为区别起见，把从诸县迁来的葛氏称诸葛。又如战国时齐宣王有个弟弟被封到母乡，他的后代就远取祖先胡满公的“胡”字，近取封地名“母”字，改用胡母为姓。

**音讹** 因语音变化或读音错误，以讹传讹而改姓。如春秋时，秦灭韩国后，韩国国君的子孙分散到江淮一带的甚多。当地人把“韩”读作“何”，随着读音的变化，这些姓韩的人都改姓何了。又如恭姓音讹为共姓，共姓又音讹为洪姓，虢姓音讹为郭姓，戴姓音讹为载姓等。

**据地** 根据封地或迁徙地而改姓。如战国时著名的改革家商鞅，卫国人，公孙氏，名鞅。他曾因战功被封于商（今陕西商县），号商君，故称为商鞅。商鞅的后代就因封地名“商”作为姓氏，取代原来的公孙氏。又如后稷的曾孙公刘迁邠（今陕西彬县），公刘的子孙就以“邠”作为自己的姓氏，而不再使用早先的姬姓。

**省文** 简省旧姓，从而取代旧姓或与旧姓并存，主要有两种情况。一是单姓省去原姓的右耳偏旁，这个部首在古代字典中为“邑”部，可见右耳偏旁字体的姓氏大多据地为姓。如孔子弟子曾皙、曾参父子祖上姓鄫，省去右耳偏旁改姓曾，类似的还有郟与朱，郕与成，鄆与章，郇与甸等等。二是复姓省为单姓，如马服省作马，钟离省作钟，司寇省作寇等等。

**结婚** 在封建社会里，夫为妻纲，妇女地位卑下，出嫁后普遍依附于丈夫的姓，如出嫁前叫王某某，嫁给张姓丈夫，

就称为张王氏或张王某某，夫姓冠前，祖姓放后，实际上就改姓了。“赘婚”即男子嫁到女家常被世人讥为“人之疣赘，是剩余之物也”，往往要改从妻姓。甚至寡妇住在夫家，招后夫承当前夫门户，入赘者也要改姓前夫之姓。

## 姓氏读音

在汉字中有许多多音字，对某些姓氏，读音比较特别，例如：

“黑”姓，不读黑白的黑，应读 hē (贺)。

“区”姓，不读区别的区，应读 ōu (欧)。

“单”姓，不读单独的单，应读 shàn (善)。

“种”姓，不读种地的种，应读 chóng (虫)。

“盖”姓，不读覆盖的盖，应读 gě (葛)。

“华”姓，不读中华的华，应读 huà (化)。

“仇”姓，不读仇恨的仇，应读 qiú (求)。

“任”姓，不读任务的任，应读 rén (人)。

“纪”姓，不读纪念的纪，应读 jǐ (己)。

“燕”姓，不读燕子的燕，应读 yān (烟)。

“解”姓，不读解放的解，应读 xiè (谢)。

“朴”姓，不读朴素的朴。应读 piào (瓢)。

“查”姓，不读检查的查，应读 zhā (扎)。

“过”姓，不读经过的过，应读 guō (锅)。

“万俟”复姓，应读 mòqí (莫其)。

## 古姓起源于图腾感生

“图腾感生”是指原始初民不了解男欢女爱媾合生子的生育奥秘，而把氏族蕃衍的“功劳”，归之于图腾的意志和行为。图腾崇拜的对象可以是动物、植物、无生物，其中较多的是动物。原始初民认为，氏族中的女性只要有与图腾发生神秘接触的机会，就可以感生而受孕。考察古史记载，有关远古圣处女“图腾感生”的方式大致有下列几种：

一是“履迹”感生，即圣处女与图腾身体或其附属物品、派生物发生直接、间接关系，如幻想、摹拟的“神秘接触”而导致受孕，这类图腾皆系动物。姜嫄“履大人之迹”，而生后稷系典型例证。又如伏羲也系其母履迹感生。据《易·系辞》正义引《帝王世纪》：“有大人迹出于雷泽，（其母）华胥履之，而生包牺（即伏羲）。”周人因为其始祖姜嫄踩了巨人的脚迹（熊迹）而受孕生了后稷，所以周人以熊为图腾，并姓“姬”。对于这个“姬”字，应作一点说明：据周作云先生《周祖先以熊为图腾考》（1979）研究，姬字的“臣”旁原像“熊迹”之形，姬字从女从臣，即由姜嫄（女）履大人之迹（熊迹）的图腾信仰而来。

二是“吞物”感生，即圣处女无意中吞食某种图腾物而导致受孕，此类图腾多为植物或动物的卵。例如《白虎通义·姓名篇》载：“禹姓姁氏，祖以蕙生，殷姓子氏，祖以玄鸟子也。”《论衡·奇怪篇》也有同样的记载：“禹母吞蕙苡而生禹，故夏姓曰‘姁’；宥（即契）母吞燕卵而生宥，故殷姓曰

‘子’。”这两段文字表述的方法不同，但说的都是有关吞食感生的史实：禹的母亲因为吞吃了薏苡（车前子，一种植物），于是受孕生下了禹，所以夏人就以薏苡为图腾，并姓“姁”；商族的先人是因为其始祖母简狄吞食了玄鸟的“子”而生下了契，所以商人就以玄鸟为图腾，并姓“子”。《诗经·商颂·玄鸟》所谓“天命玄鸟，降而生商”即指此事。

三是“遇异”感生，即圣处女与怪异之图腾事象发生接触或受其“干扰”而导致受孕，此类图腾多为无生物或自然气象（如雷电）。据《史记·五帝本纪》正义记载：“（黄帝）母曰附宝，之祁野，见大电绕北斗枢星，感而怀孕，二十四月而生黄帝于寿丘。”《帝王世纪》云：“帝尧陶唐氏，伊祈姓。母曰庆都，生而神异。常有黄云覆其上。为帝尝妃，出以观河，遇赤龙。晻然阴风。而感庆都。孕十四月而生尧于丹陵。”

图腾感生是图腾崇拜的重要内涵，跟原始母系氏族社会的发展是同步的。郭沫若在《中国古代社会研究·导论》中就明确指出：“黄帝以来的五帝和三王的祖先的诞生传说都是‘感天而生，知有母而不知有父’，那正表明是一个野合的杂交时代或者血族群婚的母系社会。”由于母系氏族社会生产力与科学水平极端低下，“人民少而禽兽众，人民不胜禽兽虫蛇”。“其民聚生群处，知母不知父”，更不知“男女构精，万物化生”的原理，于是就把蕃衍种族的“生育”这一头等大事，看得十分神秘，将其因归为是冥冥之中的某种异物的意志与力量作用于圣处女身上的结果。对于原始社会的初民说来，受孕与生育，都是永难破译的神秘之谜。他们往往把女

性的受孕与她们曾经在某一天吃过什么稀有的东西，或遇到过什么祥瑞的动物，见到过什么罕见的天象，乃至做过什么神奇的梦幻联系起来进行“考察”，并认为女性之所以受孕生育，就是这种异物、瑞兽、吉象、幻梦她们身上作用的结果。

我们的老祖宗当年造字时，对“姓”是颇有一番讲究的。“姓”由“女”、“生”二字组成。《说文》云：“姓，人所生也。古之神圣、母感天而生子，故称天子；从女而生，生亦声。”故，姓者，女生也。“姓”所要确认诠释的乃是女性始祖因何而生子的问题。究竟是因何生子呢？答曰“母感天而生子”，即图腾感生。班固《白虎通德论·姓名篇》：“姓，生也，人所禀天气所以生者也。《诗》：‘天生烝民。’”此“天”乃是冥冥之中作用于始祖母圣处女身上并导致其受孕的异物（其中包括雷、电、虹等自然天象）也即图腾。所谓“母感天而生子”，实为母感“物”而生子。于是，这一直接导致始祖母受孕的异物或曰始祖母的原配男根——图腾，就成了氏族的共同崇拜物，氏族部落不但对其顶礼膜拜，奉若神明，而且禁止食、杀、冒犯。这样，原始初民就将生殖崇拜——女阴崇拜——祖妣崇拜与对祖妣的原配“男根”——图腾物的崇拜熔之于炉，他们不但将图腾作为氏族部落共同崇奉的对象，而且将图腾物的名谓作为氏族部落全体成员共同拥有的符号标志，这就是族号（族徽）。于是，不同氏族部落的全体成员头上，都顶有一个代表他们本部落的图腾名称（族号），当部落与部落之间发生交往时，这一名称就成了他们的区别性符号（如鸟部落、熊部落）；当部落与部落之间发生战争、或流落他方时，这一名称就无疑产生了精神纽带作用与强大

的凝聚力量。久而久之，图腾名称就逐渐演变成了同一氏族的共同标记——姓。

## 冷僻姓氏探源

冷僻姓多为避祸而造。

**昃**（音仄） 在山东淄博市的博山城区西部，有一个昃家庄，从这里繁衍出来的若干家昃氏子孙，大都生活在博山一带。昃姓为此地独有。相传昃氏乃明朝朱皇室的后裔。明亡时，皇族子弟四处逃命，隐姓埋名。有一支逃到莱芜一个叫坡庄的地方，正值太阳偏西之时，遂触景生情，痛感大明王朝灭亡之苦，即以《千字文》中“日月盈昃”一句，改朱姓为“昃”。据《说文解字》，“昃，日在西方，时侧也”，就是太阳西下之意。改为昃姓，即寄托了对明王朝的哀思，又可逃过清兵的追杀。

**香** 广东东莞县有这个姓。香姓的根在北方，原为“查”姓。春秋时，楚国有公族大夫封邑在查，后代称查氏。后来查姓中一支由于得罪朝廷而避祸逃奔南方，将查字底上一横移到头上，好似有人往自己头上戴上一顶帽子，别人不易认识，于是产生了“香”姓。

**岑** 浙江杭州、绍兴、宁波一带有岑姓。相传清代乾隆年间，杭州秦大士状元及第，衣锦还乡，路过金陵，江宁府官绅置酒秦淮河，为状元公接风。席间，秦大士赋诗一首：“金粉飘零野草新，女墙日夜枕寒津，兴亡莫漫悲前来，淮水而今尚姓秦。”他借秦淮河以夸“秦”。后被杭州府官知道，当

他回到杭州时，故意设宴于岳飞坟，为状元公洗尘。其中含义，不言而喻。酒过三巡，众官绅纷纷起身，请状元公为岳坟题联，分明羞辱秦大士。秦大士心中明白，乃濡墨挥毫，写成一联：“人从宋后罕名桧，我到坟前愧姓秦。”写罢掷笔而去。当时这一带人民恨秦桧，秦大士不敢违拗民意，只好违心地写了这一联。不料引起反响，此后，有人干脆将“秦”姓改为“岑”姓，以示同秦桧划清界线。

## 复姓漫谈

复姓即不止一个字的姓，中国人的姓氏据统计共有 6363 个。其中，单姓有 3730 个，复姓两个字的有 2498 个，三个字的有 127 个，四个字的有 6 个，五个字的有 2 个，在 6000 多个姓里面，绝大多数是难得一见的稀姓，常见的，不过是宋代《百家姓》上那 468 个姓而已。比较常见的复姓有：欧阳、诸葛、夏侯、司马、司徒、尉迟、公孙、呼延、拓跋、钟离、西门、南宫、端木、慕容、上官等。复姓主要来源：得于祖先的字、号、爵位、官职等；据次第而定；源于两姓相合；更多源于少数民族的部落名称或姓氏。

当复姓人的名字为双字时，其姓极易判断。但复姓人名字是单字时，有时就难以判断其姓。现略述复姓特点：

1. 罕见的复姓。如羊舌、第五、漆雕、司空、司寇、宇文、仲孙、东郭、南门等。

2. 首字可为单姓的复姓。如夹谷、左丘、宗政、巫马、颛孙、闻人等。

3. 特殊读法的复姓。如尉 (yù) 迟、单 (chán) 于、子车 (jù)、长 (zhǎng) 孙、兀 (jī) 官、令 (jīng) 狐、段干 (gān)、乐 (yuè) 正、万 (mò) 俟 (qí) 等。

4. 不能简化或别写的复姓。穀梁不能简化或别写为谷梁。

## 台湾姓氏

1953年至1954年，台湾省文献会曾经做了一次不完整的有关姓氏的调查，全岛中国姓氏总数达737个。最近据台《自立晚报》调查，台湾居民共有1694个姓氏。

依照省文献会的统计，台湾的100个大姓前十名依序是：陈、林、黄、张、李、王、吴、蔡、刘、杨。在全省人口中，陈姓占11%，林姓占8%，几乎每5个人当中，便有一个姓陈或姓林。在台湾所有居民中，这10个姓氏的子孙，总共占一半以上。考查源流，发现这10号大姓大多数源于大陆中原地区。如陈姓，堂号颖川、汝南等，源于现今的河南省；黄姓，堂号江夏、紫云，源于现今的湖北省等等。

## 回族姓氏

回族常见的姓是：白、马、金、陈，与汉族姓氏相同。但有些姓氏如撒、速、忽、闪等，在《百家姓》里找不到。这些姓氏，据传是有来历的：宋神宗时，有个叫赛典赤·瞻思丁·乌马儿的阿拉伯人，原籍是沙特阿拉伯麦加，其始祖是

中亚的布哈拉国王，后因邻国侵扰，于是和弟弟艾尔沙率领家族和部下 5300 余人，东迁来到中国，归附宋朝。这支由 5000 余骆驼、马匹组成的庞大的队伍，披星戴月，穿越千里大沙漠，沿着早期“丝绸之路”到达汴京，受到宋神宗的热烈欢迎，对他们分别封官赐爵，家族便定居中国。元朝封赠赛典赤·瞻思丁·乌马儿为“咸阳王”，至元十六年（1279）初秋病逝。《元史·纳速拉丁传》记载，元世祖忽必烈亲自宣布：“赛典赤虽逝，德政尚存，敢有更易者，诛之！”可见当时享有的声誉之高。赛典赤·瞻思丁·乌马儿的后代共有 9 子 13 孙，分为纳、马、撒、哈、沙、赛、速、忽、闪、保、木、苏、郝 13 姓。

## 满族姓氏

满族是由女真族融合部分北方民族演变而来的。满族民族共同体在明末大体形成。

满语称姓氏为“哈拉”。至清代，据清《皇朝通志·氏族略》记载，满族已有 679 姓。

满族共同体形成后，其姓氏主要来源于以下几个方面：

**沿用旧姓** 满族的很多氏族沿袭了女真乃至靺鞨时代的旧有姓氏。如清代的大佳氏即由靺鞨时的大氏、女真时的大家氏相沿而来。满族姓氏见于女真姓氏者，据文献记载约有 3/10。

**以地名为姓氏** 满族氏族中以地名、山河名称作为姓氏的有很多。如《清史列传》载满文改制者达海“世居觉尔察，

以地为氏”。

以部称为姓氏 满族氏族以其原属部落名称为姓氏的比较普遍。瓜尔佳氏、完颜氏、尼玛察氏、辉和氏等等基本上是源于部称。

赐与姓氏 清代曾有一些臣下因殊勋而被皇帝赐与新的姓氏。如清初内大臣吴拜本姓瓜尔佳，因军功显赫而被太祖赐姓觉罗。

更改姓氏 满族人更改姓氏多因分居、迁徙、承嗣、避罪引起。

需指出的是，清代满族虽皆有姓氏，但日常只称名不道姓。如阿尔泰，姓伊尔根觉罗，是位巡抚，人们便称他阿大人。清代受满族习俗影响，很多汉官也是只称名不道姓，如杨凤翔，人们只叫凤翔或凤大人，而不称姓。

满族及其先世的民族姓氏虽由来已久，但或因与汉人通婚，或受汉文化影响，或因清政权被推翻后为免受歧视，或因其他缘故而改冠汉姓的也早见于史。靺鞨，尤其是粟末靺鞨建立的渤海国，金中后期及清末民初几个时期盛行冠用汉姓。清代满族冠汉姓的情况大略有如下几种：

沿用金代女真旧有汉姓 女真时代很多氏族有汉姓，如完颜氏汉姓王，乞石烈汉姓高，蒲察汉姓李，女奚烈汉姓郎，移刺汉姓刘……到了清代，仍有很多满族沿用了女真旧有汉姓。

以满姓谐音取汉姓 满族姓氏为多音节，改汉姓时或取其一个音节，或取其几个音节的切音汉字为姓。如佟佳氏为佟、董，瓜尔佳氏为关，等等。

以父祖之名音译汉字的首字或尾字为姓 如觉罗氏的后代有人以罗为姓，完颜氏后代以颜为姓，等等。

以满姓汉译后表义汉字或表义同音汉字为姓 如巴黎，汉译为富有之意，即姓富；倭赫，汉译为石头，即姓石，等等。

在人口普查中发现，满族的姓多为金、郎、关、舒、王、傅、费（马）、章八大姓氏。清王朝时的皇族，满姓爱新觉罗，爱新觉罗氏，译汉姓是金。除皇姓外，还有钮祜禄氏，译汉姓郎；瓜尔佳氏，译汉姓关；舒穆鲁氏，译汉姓舒；完颜氏，译汉姓王或金；富察氏，译汉姓傅；费莫氏，译汉姓费；马佳氏，译汉姓马；章佳氏，译汉姓章。实为九姓，然费莫、马佳二姓乃一族。这就是所谓的满族八大姓氏。

## 藏族姓氏

藏族自古就有六大姓氏之说，然而，到底有多少，尚无考证。

由于藏族居住特点、环境及生产方式不同，造成了姓氏的差异。青海农业区的藏族姓，既有与汉族姓氏相仿之处，也有自己民族的特点。如：杨尖措、李公保、杨尼玛、王才让等。姓是仿照汉族的，而名字“尖措”（大海）、“公保”（神名）、“才让”（长寿）、“尼玛”（太阳）等则是藏语。前汉后藏，合二为一，构成了这一地区藏族姓氏的特点。但这并不能说明就是他们祖先的姓氏。

牧区藏族的姓氏，则没有与汉族姓氏相仿之处，就叫扎

西（吉祥）、才让。但他们常在名字前面加上本氏族或地区名称作为自己的姓，形成了这一地区藏族的姓氏特点。如，有人叫“尕加·完恩”。间隔号前的“尕加”，既是部落名称，又是一种区域范围的概念，同时也是完恩的姓氏了。

至于有人将藏族人名的姓，写成近乎汉族人名的汉字姓氏，那是一种书写习惯和方便。如“仁青”，写成“任庆”，若将它理解为藏族姓氏，则有误。

有人说藏人没有姓氏，只因为同名的现象极多，为了互相区别，人们往往把籍贯、职业以及男女老幼与名字连在一起称呼，如“亚东旺堆”、“仁布旺堆”，前面两个字都是地名。

藏人取名有用自然界物体的，如“达瓦”（月亮）、“梅朵”（花），有用出生日子的，如“朗刚”（三十日）、“次松”（初三），还有用星期的，如“拉巴”（星期三）、“普布”（星期四），等等。多数名字男女可通用，但也有一部分名字有严格区别，像“卓玛”、“央金”、“旺姆”、“娜珍”等只能用于女性；而“贡布”、“顿珠”、“占堆”等只能用于男性。

## 蒙古族姓氏

蒙古族虽然有姓，但一般习惯上只称呼名字。为了避免与他人重名，很多人将蒙姓或父亲名字的第一音节放在自己的名字前面。如父名叫“莫德”，儿子就称“莫·照日格图”。此外，还以年龄或身材做为区分的依据，在名字前加上大、中、小三字。

但也有特殊的情况，一部分人在自己的蒙名前面加上汉

姓。如张舍楞、王巴特尔、包扎那、赖巴图等等，还有一部分人采用汉族姓名，有一部分人是蒙、汉两种姓名兼备。

在蒙古族的姓名中，有一部分属于代号型，只是一个单词，常见的有：乌兰（红）、查干（白）、哈拉（黑）等。

有一部分蒙古族人是以出生那年其祖父、父亲或外祖父的岁数为名的，如台本台（五十）、吉林台（六十）、达林台（七十）、那音台（八十）等，这类名字，有的用汉语译过来，如五十八、五十九、七十三、七十八、八十四等。

蒙古族喜欢吉祥，因此男性以“喜”为名居多，常见的有：达胡尔巴雅尔（双喜）、额尔敦巴雅尔（宝喜）、乌尔根巴雅尔（宽喜）、明根巴雅尔（千喜）、特门巴雅尔（万喜）等等。

蒙古族崇尚勇武，把“虎”作为勇敢的象征。因此男性以“虎”为名的很多，如呼和巴拉（青虎）、哈日巴拉（黑虎）、西日巴拉（黄虎）、乌兰巴拉（红虎）、额日巴拉（雄虎）、呼仁巴拉（灰虎）等等。

## 羌族姓氏

现今羌族人大都有汉姓、汉名，这是羌汉人民长期交往的结果。在历史上，羌人却有自己独特的姓和名。

在古代，羌人活动的基本单位是“节”，“节”是由血统关系组成的集团，含有亲戚、家庭的意思，“节”其实就是氏族。“节”有自己的名称，这名称来源于某一个首领的名字，羌人的姓就是由“节”的名称发展而来。“节”的名称到明、

清时期，由于汉文化的影响而渐渐转变成汉姓。一般情况下，羌人都以“节”的名称的第一个音作为汉姓，如“溜泼节”，就用和“溜”音相近的“罗”作为姓；“草家节”，则以“耿”作为姓；“余若节”，以“余”作为姓。

古羌人的每一个“节”都有自己的名称，而每一个“节”，对其成员来说又有一套名字，这一套名字是“节”特别的“财产”，其他的“节”不能使用，而这名字本身也能说明名字所有者属于哪一个“节”。据《后汉书·西羌传》记载，汉代居于今青海贵德县的烧当羌以“吾”为其男性成员通用的名字，那一部落羌人的儿子出生，其长辈就在这个通用的名字前再冠以一个具体的名，便构成了一个完整的名字，如“迷吾”、“滇吾”、“东吾”、“号吾”等等。秦汉以后，随着羌人南下，这种习俗也被带到了今四川省岷江上游。

据羌人居住地区的碑文、钟铭记载，到明、清时期，当时羌人的名字后面多带有“保”、“太”、“勺”、“舍”、“止”、“姐”等音字，如“柳木太哭只太”、“什保止”等，这些音字同样具有说明名字所有者属于哪一个“节”的作用，是羌人姓名的一大特色。

# 取名命意

## 命名与伦理精神

名字作为中国人在社会中的一种个人标志，往往浸透着浓厚的伦理精神。其中最突出的两个方面是以美德命名取字和取用钦慕先贤圣哲的名字。在中国，仁义、忠孝、谦恭、诚信、勤俭、贤良、方正等都是传统的美德，而“德”本身又是概括这些德行的“集大成者”，古今人物命名取字常用这些字眼。如曹孟德、刘玄德、朱德、李宗仁、李义山、张自忠、方孝孺、单雄信、于谦、丁恭、张俭、魏忠贤、张良等等。对妇女则进一步规定了专门的道德律条，这就是所谓“女德”，包括贞、淑、端、庄、娴、婉、静等等，因此女名便有冯婉贞、朱淑真、李静娴及端祥、丽庄、娴倩、玉端、贞秀、静之、淑仪等。此外人们也常常取用钦慕先贤圣哲的名字来表明自己的伦理态度和理想。这类名字的命名法多是双名组成一个动宾结构，后一字为所仰慕、追随的对象。

## 命名与宗族观念

姓氏本来是宗族的标志，是群体的号召，俗语有：“天下姓×的是一家”，“一笔写不出两个×字来”。中国人名中有所谓“族名”。族名既是宗族集团内部的认同标志，也是外部交

往时的识别表征，还是宗族结构秩序的形象体现。族名往往将辈份与名的形式联系起来，做出相应的规定，以此来体现人伦关系。最常见的族名构成方法是规定辈序用字，取名（双名）时或前或后，用相应的辈序字。中国第一宗族孔氏家族就规定族名的前一字的辈序字，诸如昭、宪、庆、繁、祥、令、德、维，以此取名为昭焕、宪培、庆镛、繁灏、祥珂、令贻，七十七世的有德成、德懋、德邻，七十八世的有维益、维鄂。此外规定单名的偏旁，如《红楼梦》贾府就规定文、玉、草为辈序偏旁，文字辈的人有贾赦、贾政以及黛玉母亲贾敏，玉字辈的有宝玉、贾琏、贾环、贾珠等，草字辈的有贾兰、贾蓉、贾蔷等。另一种是规定单名用字的结构，以此区别辈序，如合二而一结构式的朋、炎、羽、林成一辈，合三而一结构式的鑫、森、淼、晶、焱为一辈。

此外，中国人的一些名字也从内容上体现着宗族观念，流露出承先、启后、敬宗、延族的理想和愿望。史书上常可见到这样的名字，诸如光祖、述祖、则祖、继祖、兴祖、绍祖、胤宗、继宗、敬宗、耀宗、孝宗、显宗、继先、绍先、耀先、孝先、嗣先、延先……不胜枚举。

## 命名与民间信仰

命名折射的首先是民间对语言的信仰。

命名也反映了中国传统的阴阳五行观念。民间命名时，往往根据孩子的生辰八字，确定命中缺少金、木、水、火、土的哪一样，然后由名来补足。方法有三，一是直接在名字中点出所缺，并设法直观补出使某一行发达、昌盛的意思，如

缺木叫森或木森，缺土叫垚或闰土，缺木火的叫木火，缺金水的叫金水。另一种是选用有金木水火土偏旁文字，如铎、榛、瀚、焯、垣等。再一种是五行与十天干、十二地支相配，天干的甲、乙属木，丙、丁属火，戊、己属土，庚、辛属金，壬、癸属水，地支的寅、卯、辰属木，巳、午、未属火，申、酉、戌属金，亥、子、丑属水，土则与辰、戌、丑、未相配，以干支代五行命名，诸如缺木火叫丙寅，缺木叫甲乙，等等。此外，有人还根据五行相生的原理，几代人依照相生的顺序分别取标志某一行的名。此外，命名还反映了一些其他民俗信仰。广东曲江旧有借名、偷名的习俗。借名时取名用所借的那一家的姓，比如向张家借，便叫张。偷名则是打探到某家人丁兴旺，然后去偷一只饭碗、一双筷子，母亲抱小孩在门口迎接，偷名者呼名，小孩母亲代为应答，人们认为偷名后，小孩可以无灾无病。特殊时辰所生的孩子，要取相应的名字。《红楼梦》贾府的大姑娘生于正月初一，取名元春。女孩生在七夕，是不吉利的，命名便有些特别。王熙凤的女儿怡生在这一天，因此让进大观园的刘姥姥取名：刘姥姥忙笑道：“这个正好，就叫做巧姐儿好。这个叫‘以毒攻毒、以火攻火’的法子。姑奶奶定依我这个名字，必然长命百岁。日后大了，各人成家立业，或然一时有不遂心的事，必然遇难成祥，逢凶化吉，都从这‘巧’字儿来。”

## 命名之与汉字特点

中国人名的结构方法丰富繁杂、精妙迭出，不能不说与汉字的特点密切相关；名与字、乃至与姓的巧妙关连也有赖

于汉字的表现力。如族名大多规定辈序字，其中包括偏旁，而以偏旁排辈序就表现了汉字的结构特点，它使单名也能够复合二重意义——单名用字本身的意义、辈份。李汝珍《镜花缘》第八十六回里的一则笑话，对汉字取名命意的神通表现得可谓曲尽其妙：有一家姓王，弟兄八个，求人替起名字，并求替起绰号。所起名字，还要形象不离本姓。一日，有人替他起道：第一个王字头上加一点，名唤王主，绰号叫做“硬出头的王大”；第二个，王字身旁加一点，名唤王玉，绰号叫做“偷酒壶的王二”；第三个，就叫王三，绰号叫做“没良心的王三”；第四个名唤王丰，绰号叫做“扛铁枪的王四”；第五个，就叫王五，绰号叫做“硬拐弯的王五”；第六个名唤王壬，绰号叫做“歪脑袋的王六”；第七个名唤王毛，绰号叫做“拖尾巴的王七”；第八个名唤王全……这个全字本归入部，并非人字，所以王全的绰号叫做“不成人的王八”。这里，不仅弟兄八人的名互有联系，并且每个人名又都与姓联系，这便是命名表现汉字特点的另一种方式。这种方式的特点是命名时尽量使姓与名在字形结构上关连起来。途径有三：增文：如林森、金鑫；省文：陈东、阮元、聂耳；分解：老舍原名舒舍予，再如雷雨田、张长弓、董千里。名与字也往往因依汉字的结构特点而联系起来，如字为名的分文：谢翱字皋羽，章溢字三益，徐舫字方舟等；字为名的省文：顾媚字眉生，秦桧字会之等；字为名的加辞：谢安字安石，杜牧字牧之等。

## 古人名与字的关系

古人有姓有名，此外还有字。姓、名、字三者结合，构

成我国古代姓名的结构体系。《白虎通》曰：“闻名即知其字，闻字即知其名。”《中国人生礼俗大全》一书认为，名与字的连带关系之构成方式，有以下 11 种：

**同义互训** 诸葛亮字孔明，屈原名平字原。亮与明，平与原，都是同义词，可以互相注释。

**反义相对** 韩愈字退之，黄损字益之。俞与退，损与益，都是反义词。

**连义推想** 关羽字云长，是由羽毛而推想到云的。赵家驹字千里，驹与千里也是连义推想。

**连义指实** 赵云字子龙，陆云字士龙，由云的连想而指出云中的实物龙。

**辨物统类** 如范泰衡字宗山，蔡琬字季玉，周鼎字伯器。泰衡为山类，琬为玉类，鼎为器类。

**原名加辞** 如杜牧字牧之。

**干支五行** 郑石癸字甲父，秦白丙字乙，纯属天干相合。楚公子午字子庚，郑印癸字子酉，天干地支相配。

**形体离合** 如宋玫字文玉，尤侗字同人，姚椿字春木。

**形体增省** 如秦桧字会之，顾媚字眉生。

**成语贯串** 有的照抄成语，如魏哲字知人，本“知人则哲”；钱谦益字受之，本“谦受益”；有的照抄诗文；有的则着意发挥，或增多，或延伸。

**表白思慕** 如顾祖禹字景龙，雷渊字希颜，名直取仰慕者之名（祖禹、渊），字作注释，并提示姓氏（范、颜）。

## 宗教对人名的影响

佛教于汉代开始传入我国，魏、晋、唐、宋时盛行。这期间，人名中佛教用语很常见，如六朝时文学家王僧虔、王僧佑，均用“僧”命名。唐代诗人王维，字摩诘，摩诘是释迦牟尼在世时的大居士，传有《维摩诘所说经》，王维以“维”为名，以“摩诘”为字。随着佛教的传入，印度梵语中的大量词语为汉语所吸收，也渗透到人名中来。如佛、菩萨、罗汉、塔、金刚、如来、慈悲、刹那、袈裟、僧、伽蓝等等。辽时道宗皇后姓萧，小名观音；北周时宇文护的哥哥宇文导，小名菩萨；杨津字罗汉。

受佛教的影响，文人的别号也常用“居士”。“居士”为梵文“家主”的音译，在佛教用语中，“家主”是指在家佛教徒中受过规戒教育的人。李白号“青莲居士”；白居易号“香山居士”；司空图号“耐辱居士”；李清照号“易安居士”；欧阳修号“六一居士”；苏轼号“东坡居士”。

东汉张道陵创“五斗米道”，道教徒尊称张为天师，因而“五斗米道”又叫“天师道”。道教以老子为教祖，魏晋六朝时，道教组织曾在二言之名中用上“之”字作为暗号。道教盛行于南北朝，唐宋时佛教的传入，使道教成为余响。到元代时道教又受到尊崇，文人中又风行以“道人”为号，如冯子振以“怪怪道人”为号；乔吉以“惺惺道人”为号；任仁发以“月山道人”为号；黄公望以“大痴道人”为号；吴镇以“梅花道人”为号。

明代西方天主教传入我国后。相应地有一些具有西方色彩的人名问世，如乔治、玛丽、威廉等。但由于中国传统思想文化的根深蒂固，西风东渐极为不易，这一时期宗教思想在人名上的印迹不深。

## 人名的义、音、形

人们取名都选用好义之字，因此容易同名。同名常引起麻烦，所以要尽量用一些新颖的字。

有人为了避开同名，就选些生僻的字，但大多数人不知它的读音，无法称呼。还有人卖弄才学，取些意义晦涩的名字，如“一指”，结果看病、入托、上学等等，每逢登记，别人总免不了要问：这孩子怎么啦？是只有一个指头，还是多了一指？其父母只得不厌其烦地回答：庄子云“天地一指也，万物一马也”，这名字的意思深奥着呢！然而深奥归深奥，恐怕他们的儿子将来还要为这名字多费无数口舌。

除了名字的意义外，还要注意名字的发音。读音如果能引起歧义，就常常闹笑话，导致许多不利的事发生。

意思和读音都好还不算完，中国字不像西洋文字，而是由象形文字直接转化过来的方块字，所以还要写起来好看好认。俗话说：“误认冯京为马凉”，这不仅是嘲笑粗心者，也说明中国字一点也不能马虎，改变一点点形状，共意义就完全不同。教育家夏丏尊，很多人称他夏丐尊，丐是无人之意，在无人之处称尊，是谦词，变为丐尊，就成为乞丐领袖了。真是“失之毫厘，差之千里”。

总的说来既要兼顾名字的音、形、义，又要富有个性，避免重复。

## 男女名字互用趣谈

男名多用阳刚之字，女名则多用阴柔之字，但男性用女名、女性用男名者也不乏其例。

男性用女名者，如鲁隐公名息姑，《春秋传》里的石曼姑，《孟子》中的冯妇，《汉书》中的丁夫人，《宋书》中的鲁爽小名女生，《梁书》中的马仙琕本名仙婢，《唐书》中的李君羨小名五娘，《宋太宗纪》中的西族首领罗妹等都是男性。现代作家的笔名常有这种男名女性化的用法，如瞿秋白用过“双太后”，方志敏用过“云母文”，巴人用过“碧珊”、“碧珊女士”，郭沫若用过“安娜”，茅盾的笔名中有“四珍”、“冬芬”、“冯虚女士”，刘半农笔名“范奴冬女士”，周作人用过“萍云女士”、“碧罗女士”，赵景琛用过“霜朋女士”、“爱丝女士”，柳亚子用过“松陵女子”，端木蕻良用过“红良女史”。

女性男名者，如宋武帝之女会稽公主名兴弟，山阴公主名荣男；孝武帝母路太后名惠男；陈武帝章皇后名要儿。《北史·列女传》中的孙男玉，《金史》中的崔哥，南齐时的女博士韩公均为女性。女作家冰心曾用“男士”作笔名。

女性男名化常见的有三种情况：

选用男性字作女名 男性字，在于表示新颖超脱，或表示与男性比较，或渴望生男。以示和男性比较的女名有：亚

男、次男、若男、亦男、犹男、比男、胜男、冠男、赫男。期望以后生男的女名如：来弟、招弟、惜弟、顺弟、宜男等。有的用“悌”和“弟”同音代替，如“望悌”。

常选用称男之字作女名 男性的称谓常常是子、甫、君、卿、翁、老等。“子”原为男子美德称呼，因美女西施又称西子，“子”有泛指的法，女子有时也称“子”，故后来也以“子”用于女名。“君”字在古代女名中多选用，如鲍宣妻桓少君。“卿”字在古代男女名字中通用，后来“卿”含狎昵意味，女名用“卿”的渐多，如艳卿、美卿、爱卿、莲卿等。

直接用男性字 如梁鸿妻孟光，字德曜；孙权长女叫鲁班，次女名虎儿；明代名妓傅寿，字灵修。

## 古人女名用字趣谈

多用女性字 女性字一种是指含“女”偏旁的字。“娘”字用的较多，与男子“郎”相对，如杜秋娘、李十娘。此外有用女、姑、姨、姐、妹的，如王玉女、梅姑、宠姐、杨八妹、杜十姨。用“奴”表示自谦，如玉奴。高抬身份的用姬、妃、媛、嫱，如管仲姬、娥妃、黄媛介。姬本周姓，古代的人以姓为名，故姬姓的出嫁女人一律称姬，她们出身高贵，演化为妇人美称。妃为帝妾王妻，嫱为宫嫔，媛是美女。

有些女性字是形容神色和姿色的，它们也常常用于女名，如顾媚、凤娇、静婉、碧娴、绛妩、丽娜、黛妮、小婵、嫣然、静婵、慧娟、玉姣、月好、芳娉、淑婷、芳姿、琼娥、妙常、玉嫩。

有些女性字很像外国人名的音译，因此现代女名常用，如娜、妮、娃、妲等。

**多用花鸟字** 花鸟字多能显示女性的阴柔之美。以花命名的如：浣花、春草、湘兰、沅蕙、荃君、芷君、舜华、琼芝、瘦菊、碧荷、漱菡、香梅、杨柳、杏君、馨莉、利薇、碧茜、丽莎等。以鸟命名的如：鸣凤、玉鸾、春莺、飞燕、秋雁、鸳鸯等。

古人常常根据出生当月的物候特征来取女名。正月生的，取名春兰、春芳、春梅、春霞；二三月桃李花开，取名杏芳、桃红、杏花；四月燕归来，取名小燕、燕子；五月榴花开，取名榴花、榴英、榴红；六月荷花放，取名荷香、莲英、荷莲；七月看巧云，乞巧日也在七月，取名巧云、巧姐、巧儿；八月桂花香，取名桂香、桂兰；九月菊花黄，取名菊英、秋菊、菊仙、菊香；十月、十一月入冬，取名冬梅、冬美、冬花；十二月是腊月，取名腊梅、腊珍、腊月。

**多用闺物字** 首饰、服饰、化妆品、闺阁等零物，均可用于女名。首饰：宝钗、翠钿、秀簪、玉环、金钏。服饰：云裳、翠裙、锦茵、玉绣、小纨、茂绮、秀縵。化妆品：美妆、玉粉、香兰、黛眉。闺阁：闺秀、香闺。零物：玉针、红线、纫蕙、英台、银瓶。

**多用珍宝字** 金、银、珠、玉、宝、玩，也常用于女名，如婉珍、秀宝、佩金、银凤、玉贞、盘珠、静珊、飞琼、瑶芳、如莹、美瓔、璧君、新瑛等。

**多用彩艳字** 如彩纨、曼艳、新秀、黛英、多丽、碧倩、小红、绛珠、红荷、绿英、紫绡、素纷、赤纓、玉青、黄绮、

翠茵等。

**多用柔景字** 以天地之间柔和景物作女名，如云帆、抱月、秋湄、凌波、彩云、晓霞、丽雯、绛雪、冰心、菊霜、春梅、夏莲、秋菊、冬英等。

**多用柔情字** 如念奴、莫愁、痴玉、媚娘、如梦、佩柔、柔嘉等。

**多用女德字** 如贞秀、淑仪、玉端、丽庄、娴倩、静玉等，其中的贞、淑、端、庄、娴、静表示德性。又如慧心、学巧、巧儿等，其中的慧、巧等表示才慧。

**多用叠字** 如莺莺、燕燕、圆圆、珍珍、盈盈、端端、红红、琼琼等。

## 姓名趋同化的原因

第一，从中国人“姓—名”用字的现状分析，用字频率存在着极大的不平衡现象。每个人的姓是由祖先传承下来的，一般不能随意更改。我国目前使用的汉字姓氏约为 3050 个，而以汉民族中有 87% 的人仅用了 100 个常用姓氏，也即近 11 亿人口只用了 100 个姓氏。人名用字的情况同样单一、集中。根据有关方面的科学统计，现代汉语最常用字为 2500 个，它们的覆盖率达 97.97%，如果再加上 1000 个次常用字，这些总数为 3500 个的常用字，覆盖率就达 99.48%。汉语常用字已经如此集中，而许多人又都喜欢选用一些易读好听的“超级常用字”，如华、英、杰、秀、珍、红等给孩子取名，加之时下单名风行，这就势必产生大量的同姓名。国家文字改革

委员会曾用计算机对全国七个地区的 174900 个人名用字进行过分析统计，发现全国 7 个地区人名用字使用最多的前 10 个“超级常用字”按顺序排列分别是：全国：英、华、玉、秀、明、珍、文、芳、兰、国。北京：淑、秀、英、玉、华、兰、文、荣、珍、春。上海：英、春、淑。陕西：英、芳、秀、玉、兰、文、华、建、明、军。四川：华、秀、英、明、玉、清、琼、珍、德、成。广东：亚、英、华、明、玉、丽、珍、芳、文、秀。福建：丽、秀、治、美、玉、华、水、英、金、明。

第二，从人名用字的总体取向分析，当今单名盛行是导致同姓名激增的重要原因。国家文字改革委员会对京、沪、辽、陕、川、粤、闽等七省市 174900 人的人名用字的情况统计结果表明，当代人名用字的单名增长率与重名频率越来越高。

第三，从取名用字的发展历史考察，一些传统取名方法的废弃促使取名用字的趋同化倾向加强。我国姓名史上一些长期使用的取名方法比如字辈名、三格名、五行名等，现在已基本上废弃不用了。这与宗族观念淡化、家族制度破裂密切相关，也与商品经济的冲击、价值观念的变化有关，但由此也加剧了取名用字的趋同化倾向，使单名比例越来越高。例如，按照字辈所取的名字一定都是双名：人名中的第一字代表了祖宗的意志，须按族谱规定，一辈一字，依世传承，不得胡来；第二字则体现了父母对孩子的希望、祈祷与梦想。著名画家张大千，原名张正权，他的名字就是按照族谱规定的“正心先诚意”的字辈取的，他属“正”字辈。再如过去讲究生肖干支、三才五行配置的三格名，将人的姓名分为天格、人格、地格，姓为天格，名字中的第一字为人格，第二字为地

格，以三格笔画的多少来选取象征吉运幸福的名字。这些三格名当然也全是双名了。以上这些传统取名方法由于具有封建宗法观念或有悖现代精神，现已废弃不用。自20世纪70~80年代我国开始盛行单名，取名的趋同化倾向越来越让人担忧。

第四，从各民族之间文化交融的角度考察，少数民族采用汉字姓名已成一种普遍现象，这也促使了姓名用字的趋同化倾向。我们中华民族是以汉族为主体，由各少数民族长期交融汇合形成的。在民族文化交融过程中，许多少数民族逐渐接受了汉文化的影响，将本民族原有的姓名制度（如父子连名、有名无姓、多音姓氏等）改作汉族习惯的姓名形式。而今随着边疆建设的开发与民族文化的交往，少数民族新生代取作汉字姓名的现象越来越普遍；演进至20世纪80年代，不少少数民族青少年的“姓—名”形式几与汉族无异。少数民族姓名符号的汉文化倾向，是中华各民族团结和睦、互相交融的自然结果，也是历史发展的必然现象，但客观上，则促成了当代中国姓名用字的趋同化倾向，这也是导致同姓名增多的一个因素。

## 如何避免同名

一是尽量不取单名。

二是取名克服从众心理，勿赶“时髦”。我国人民在长期的社会生活实践中积累了十分丰富、精彩的取名方法，有的重形式，有的重意义，有的音义兼美，也有的注重姓与名之

间文字意义的搭配，林林总总，各有特色。诸如：以姓连名法，如马识途、付一笑；音形关联法，如韦苇、田甜；父母合姓法，如徐魏宝、娄龙根；谐音寓意法，如尤卓为，寓“有作为”；析姓为名法，舒舍予；偏旁互补法，如洪汛涛、杨村彬；古典诗词名句摘取法，如冰心，出自唐诗“一片冰心在玉壶”；出生时间纪念法，如春兰、雪梅；出生地点纪念法，如关牧村、王渝根；出生经历纪念法，如路生，生于铁路列车上；其他如明志趣、表仰慕、寄深情、寓希望等，更是常见取名方法。总之，给孩子取名，应以美学观点作指导，力求不俗气，不雷同，不粗浅，不简单化。

三是传统的“子女承父姓再加名”的方式似可改变，建议改为“父母合姓加双名”或“父姓加三字名”，即采用“四字姓名制”形式。这不但是减少同姓名的一条重要途径，同时也体现出“时代不同了，男女都一样”的现代精神。据推算，如以3000个现代汉语常用字计算，若取单名，那么总共只有3000个人名，若取双名，将这3000个字任意排列，即可构成900万个名字。而如果采用父母合姓再加双名或父姓加三字名的方式，那3000个常用字就可组合成270亿个名字！我国只要有一半人能取“四字姓名”，那么同姓名的问题就可基本得到解决。现在有的年轻父母已经采用“四字姓名”给孩子取名了，这颇有一种革新精神。如“殷乐笑子”“周谢妮娅”、“伍钟元吉”等四字姓名。考虑到我国姓名用字的个体“国情”，四字姓名可以采用“双规制”的形式：凡是重要、严肃的场合及文字证件，一律采用“四字姓名制”，如身份证、户口卡、工作证、学生证、结婚证书、档案材料、法

院布告、著作署名、银行存折、名片、请柬等；而在一般场合，如家庭、学校、工作单位内部、亲朋友邻之间的交往，则可直呼“二字名”。这样既避免了同姓名之弊，又适合快节奏的现代社会生活，鱼与熊掌兼得，岂不为美。

四是有关部门应做一些减少同姓名的宣传导向工作。建议大中城市的户籍管理部门应设立取名咨询机构，用微电脑储存本市、本地区以及著名历史人物中同姓名的资料，当公民在给新生儿申报户口时，就向他们提供这方面的服务，以便了解新生儿的姓名是否与人相同，有则及时加以更改。

## 民间婚俗探源

### 戴戒指的由来

古时候，四川民间女子出嫁时都兴在左手手指上戴一个戒指。这里有一个传说呢！

传说从前有个皇帝，把一个民家女子选入宫后，传旨当天晚上就要这个女子陪伴他。这女子本身不愿做皇帝娘娘，再加上身子正在来潮；既不便明说，又觉圣旨难违，只好一个人悄悄地哭。哭声被一个好心的宫女听见了，忙问她在哭什么？这女子就向她说了苦衷。宫女给她想了个办法，让她在左手手指上戴了一只白玉环。

天黑了，皇帝来到女子房间，看见她左手手指上戴着一只白玉环，忙问她：“戴这何用？”这女子边揩眼泪边说：“这个戒指是因奴家今日见红，用它来做个记号，请皇上戒旨。”

皇帝一听说戒旨，大为扫兴，蔫耷耷地走了。

后来，民间为了逃避皇帝挑美女进宫为妃，家家户户在女子成人，特别是女子即将出嫁时，都要在女子左手手指上戴一个戒指。

### 拜天地的由来

从前，男女结婚举行仪式时新郎新娘要“拜天地”，拜完

天地还要拜“月老”。

相传女娲造人的时候，开始只造了一个俊俏的后生。这后生虽说有吃穿，逍遥自在，但每日进进出出，孤单一人，常常唉声叹气，闷闷不乐。

一天晚上，月亮明光光地挂在天上，小伙子触景生情，更感寂寞，就对月亮说：“月老月老你细听，给我找个知心人，我世世代代领你的情！”

刚说完，月亮一忽闪，一个白眉长须的老人拄着一根龙头拐棍来到小伙子的面前说：“后生后生不要愁，我给你找个小帮手。”说完后，一阵清风，长须老人就不见了。小伙子感到很纳闷。过了一个时辰，就见长须老人领着一个姑娘飘悠悠地落到小伙子面前，对小伙说：“我到女娲那里，让她又造了一个女人，给你领来了。你们先认识一下，一会我给你们办喜事。”一忽闪，老人不见了。

小伙子见姑娘，脸腮绯红，像月季花一般，于是喜上眉梢，乐上心头。姑娘见小伙子眼睛明亮，诚实坦白，也觉得情投意合。两人四目一对，一见钟情。小伙子结巴着说：“你愿意和我一块生活吗？”姑娘听了，脸上飞起两朵红云，说：“愿意。”……“哈！哈！哈！”正在这时，传来一阵笑声，长须老人领着两个白发白须的老人站在小伙子和姑娘面前，指着两个老人说：“这是天公和土地，你们以后的生活全都离不开他俩。现在我们给你们办喜事，首先，给养育你们的天公、土地拜三拜。一拜、二拜、三拜。”随着月下老人的喊话声，小伙子和姑娘对天、地拜了三拜。随后，月下老人笑着说：“我给你们牵红线，你们还得给我拜哩。一拜、两拜，三拜。”

小伙子 and 姑娘又对月下老人拜了三拜。刚拜完，三个老人全不见了。

从这以后，小伙子每天起早摸黑，在田里干活，姑娘在家为小伙子烧火做饭，缝新洗旧，恩恩爱爱，甜甜蜜蜜，过着幸福的日子。

为了感谢天、地对他们的养育之恩，为了感激月下老人对他们牵线搭桥的情意，小伙子和姑娘教育后代，在结婚时必须：一拜天地，二拜月下老人，三拜父母。从此，便形成了结婚“拜天地”的习俗。

## “洞房”的由来

人们结婚，常把新房叫作“洞房”。这是有一段来历的。

秦始皇统一六国之后，就在西安附近建造了一座规模宏大富丽堂皇的阿房宫，号令天下选取美女，送到阿房宫供他寻欢作乐。在这些美女当中，有一位出身官宦家庭的姑娘，因排行第三，人称三姑娘。三姑娘不但美貌出众，而且胆识过人，聪明勇敢。她不愿在重重深宫之中度过自己的一生，就在一个月黑风高的晚上，用酒灌醉身边的守卫，用计调开了守门的卫士，悄悄逃出阿房宫，往西安东边的华山逃去。

华山名列五岳之一，称“西岳”，险峻异常，树密林深，较易藏身。当时，秦始皇为了钳制人们的思想，很怕读书人评长论短，更怕百姓起来造反，他把全国所有的刀枪箭矛之类铁器铜器收集起来，铸成十二尊巨大的铜人；又焚烧诸子百家的书籍，活埋许多对他有非议的儒生，以儆天下读书人。

在他的高压政策下，不少读书人深感祸福难测，一个个都往高山密林中潜逃。有个叫沈博的读书人，也就是这样逃上华山的。

再说三姑娘逃上华山之后，躲在密林中不敢出来，恐怕被追捕队发现。她饿了吃野果，渴了喝泉水，虽饥寒交迫，却自由自在。这天，她正在喝泉水，突然水面上映出一个男子的身影来。她大吃一惊，慢慢扭过头去，但看见的不是追兵，却是与她一样衣衫褴褛、面容憔悴的沈博。他俩同病相怜，相帮相助，逐渐产生了爱情，就插枝为香，对天盟誓，结为夫妻。但他们身在密林，又无工具，不能为自己找到一所遮风挡雨的屋子。后来，他们终于发现一块巨大的青石，上半部向外伸出，下半部向内凹进，底部有一个仅容一人侧身而入的洞口，里边是一个能容纳两三人的山洞。此洞朝东，通风，朝阳，上边伸出的石块又正好给它挡风雨。住在里边，既能躲野兽又能避风雨，再铺一些干草，简直就是一个安乐窝了。他们高兴极了，马上采摘野果，下水摸鱼，又以水代酒，在里边摆起了他们的结婚酒宴，过了他们的新婚之夜。然后又里边度过蜜月，过了一年，两年……他们生了一个儿子，取名沈香。夫妻俩轮流教习儿子读书识字，沈博还把一套降龙剑法传给了儿子。沈香天资聪颖，加上勤学苦练，小小年纪，就已文武双全。

后来，秦王朝被推翻了，沈博一家人重新回到人间。沈香跟随汉高祖刘邦东讨西伐，功绩累累。刘邦闻知沈香一家的情况，十分感佩，就封三姑娘为“华山圣母”，诏令全国学习她的坚贞的品德。三姑娘石头洞里做新房的事也就传开了，

从此新房有了“洞房”的美称。

## 招女婿的由来

陕西省关中人都是父母给儿子娶媳妇，但无儿有女的人家也兴招女婿。这个风俗的由来是这样的。。

相传，在明朝的时候，关中有个姓何的人，娶了个媳妇姓陈，两人婚后生了三男一女，取名富、贵、荣、华。老两口辛辛苦苦把孩子们拉扯成人，为三个儿子都娶了媳妇。谁知孩子大了，翅膀硬啦，都不听大人的话了。对父母不孝不敬，各顾各的，过起小日子来。老两口没法，和那三个不孝之子断了关系，只好和小女儿度光阴。

有一天，老头和女儿上山打柴回来，在山路上救了个白面书生。原来这书生丧了父母，家境贫穷，日子没法过了，也上山去砍柴。谁知他身单力薄，还没上山就被青苔滑倒在山腰了，多亏了这老头和女儿把他救下山来。从此，这书生就在老头家中住下来。

打这以后，老头的女儿常跟书生学写字，做诗文，书生常听她唱山歌。不久，两人相爱了。老两口看到了，也觉得高兴，就把这个白面书生招为女婿。一家四口和睦相处，耕读持家，女儿女婿也都孝顺，老两口见人就夸：“这下晚年有靠头啦。”

后来，这位书生当上门女婿的事不久便家喻户晓了。那些无儿无女的人家都开始招上门女婿了。

## “吃糖饼”的由来

在山东某些地区民间，没过门的新媳妇到婆家，头顿饭都要吃糖饼。饼烙的又圆又小，里面的糖馅要和上面，为什么呢？

传说，从前有兄弟俩在一起过，连伙不连财。老大早娶了媳妇，老二刚订婚，新媳妇要来串门，老大就让妻子给烧火做饭。

老大媳妇有个吃心眼，烙了一锅糖饼。她寻思：这面不是我磨的，糖是老二买的，多做点，新媳妇不好意思吃，我好吃。饼烙得挺大，糖馅搁得挺饱。

新媳妇来了，上桌一看，这大饼可咋吃呀，像个小盖帘似的，看了半天，她把饼掰开了。这一掰，糖就往外流，新媳妇就把糖挤碗里了，吃了一小块饼。

老二媳妇过门，妯娌就不合，过不多天，老大把老二他们撵出去了。

后来，人们说，妯娌不合：一是老二媳妇不会说话，吃饼时没吃糖，嘴不甜；二是她把圆饼掰开了，家就裂开了。

从那以后，新媳妇来婆家，婆婆总要烙糖饼给新媳妇吃，希望媳妇嘴甜，过门后家庭和睦。

## “月下老人”的由来

关于月下老人配姻缘一说，这里还有一段故事。

很早很早以前，安徽省浍河岸边有位老人，白发白眉，仪貌堂堂，每到月亮圆了的时候，就见他在干河滩上走来走去，一会儿捡块石头放在这里，一会儿又捡块石头放在那里。到底他在做什么，谁也说不清楚。

一天夜里，东庄有位后生从邻村练武回来，路过河滩时，发现老人又在摆弄石头。他看了半天，不明白是怎么回事，只好上前问道：“老大爷，你怎么老爱在河滩耍弄石头？”老人见他问得奇怪，就对他说：“我这么大岁数了，哪有闲心耍弄石头？可是不弄也不行啊，这都是天下人的姻缘！”后生听他这么一说，更加丈二和尚——摸不着头脑，忙问：“这石头和姻缘有啥关系？”老人笑了笑说：“这河滩的石头就是人间的百姓，有大有小，有男有女，要是不配上姻缘，那还能行？”后生听罢，嘿嘿一笑：“这倒好玩，我就不信你还有这么两下子。老头，要是真的，你就给咱先配上一个试试。”老人见他这般无理，就指着地上的一块半大石头说：“这就是你！”然后又从旁边捡了块小小的石子：“这就是你的媳妇！”说着“啪”的一声，把两块石头放在一起。后生见他如此自信，就赶忙问道：“老头，我的媳妇现在在哪里？”老头不耐烦地说：“你既不信，还问什么！来年上元节，城里闹花灯，夫子庙前有个穿青衣的女娘，她怀中抱的那个小女孩就是你的媳妇！”说完，头也不回就走了。

老人走后，后生觉得既好笑又好气。他想，我这么大的一个后生，却给配了那么小的一个媳妇，多亏是瞎胡扯，要是真的，可叫我省到哪年哪月！想到这里，便用脚朝那小石子踢去，只听“啪”的一声，小石子飞出老远。他正要转身

离去，却见小石子又骨碌碌地滚了回来，“啪”的一声，和那块半大的石头合在一起。这下后生吃惊不小：“奇怪！莫非还是真的呢！不行，叫我再试它一遍！”说着弯腰捡起那块石头拼命朝前扔去；谁知没过多久，又滚了回来。后生觉得不妙，便把代表自己的那块石头捡了起来，紧紧握在手里，赶回家去。

到家后他把石头严严实实地锁在箱子里，每天练武回来，开箱看一遍，生怕石头悄悄跑掉。他想，只要这块石头在，等到上元节，我把那个小女杀掉，看他还怎么配姻缘！

光阴似箭，转眼便是上元节。这天，后生把石头用布包好缠在腰间，提了一把宝剑来到城里。进得城来，无心观景，直奔夫子庙前，等呀等呀，就是不见那个抱孩子的青衣女娘，后生不由心中暗暗高兴：看来老头是在瞎胡扯！谁知就在这时，只见一群人蜂拥而来，踩跷的，跑船、耍狮子跑龙灯的，都集中在夫子庙前的广场上，准备开耍。这样，庙台也就成了大伙争抢的看台。也恰在这时，一队公人凶狠地赶来，不分青红皂白就把大伙赶下台来，然后支上桌椅，严严把守在台边。功夫不大，就见几顶小轿抬到庙前，一群红男绿女拥上台去。后生朝上一看，果见台上站着一位抱小孩的青衣女娘，心中顿时火起，就慢慢朝那看台靠近。谁知不等到眼前，就被公人推了回来，一连几次都未成功。正在懊丧，忽然摸到腰间的那块石头，不由眼睛一亮，心想，凭着自己平生练就的武艺，只要看准小女用力一抛，肯定能击中她的脑袋，送她命归阴曹。于是他找了一个合适的位置，掏出石头拼命朝女孩抛去，然后扭身就跑。功夫不大，只听身后传来一阵呼

叫：“抓刺客呀！”“抓刺客呀！”人们乱作一团。后生吓坏了，在乱人中横冲直撞，拼命逃出城来，一直逃到紫金山中，才松了一口气。从此再不敢露面，整日打柴糊口，苦度时光。

一晃十几年过去了。这年，边关有事告急，皇帝一连下了几道圣旨，征召人才。圣旨上说，不管狱中死囚，还是戴罪逃犯，只要能战有勇，就可免罪从军。后生听到这个消息，急忙从山里出来投了军。投军后，由于他从小练过武，作战又勇敢，很得上司赏识，不久便被提为军中将校。

一日，外族元帅将兵进逼关下，排下迷阵。声言如破得此阵，情愿休兵弃戈，不再侵犯。中原元帅一听，心中大喜，便带了几员猛将杀入阵中。不料一道绊马索将元帅坐骑绊倒，敌将挥刀就砍，眼看就要触及脑门，只听“啪”的一声，一把宝剑喷出寒光，顿时削去敌将的兵器；敌将喊声不好，赶忙退后。元帅乘机翻身上马，重整兵甲，一路杀去，敌阵大乱，溃不成军。从此以后，敌帅领兵回国，不敢再犯。

回朝之后，元帅感激后生的救命之恩，请他到帅府饮宴。席间得知后生三十七八尚未娶亲，而且又属同乡，心中大喜，便将女儿许他为妻。

完婚那天，帅府之内张灯结彩，热闹非凡。鼓乐之中，夫妻二人拜过花堂。此时，后生心中十分得意，他想，那位老儿尽是一派胡言，说什么把一个小女许配与我，哪知我却娶了帅府的千金！得意之中，步入洞房。施礼过后，取下新人头上的红纱，见新娘脸上有一块伤疤，不由暗暗吃了一惊。急忙询问情由，只听新娘说道：“那年上元佳节，我正和爹爹在夫子庙台上观看热闹，谁知哪个狂徒竟抛过一块石头，正好

打在我的脸上。后来，虽经多方医治，但最终留下了这块伤疤。”后生听罢，心中十分惭愧，但也无话可说。这时，他才相信那位老头是个神仙，石头配姻缘是神人的安排。于是开口问道：“那块石头现在何处？”只见新人打开嫁妆，从衣箱中取出一块半大的石头。后生接过石头一看，果然就是自己抛出的那块，便吞吞吐吐地把事情的前前后后都告诉了新娘。新娘听了，又惊又喜又气，后生几经陪罪，新娘才破涕为笑。后来，两人白头偕老。

以后，这个故事在民间流传开了，人们便把媒人叫作“月下老人”或简称“月老”。

## “三媒六证”、“三茶六礼”的由来

相传，唐玄宗年间，济南府章丘县有个姓张的员外，他家门口挂着一块牌子：“要物有物，要人有人，有有有，万事不求人。”天上玉皇大帝知道后，传下圣旨，派太白金星李长庚和南北二斗两星君下凡，试一试这员外到底有多大的能耐。

三个星神下得凡来，摇身一变，变成三个叫化子走到张员外门口，求员外施舍。张员外的家人问道：“你们来求些什么？”太白金星说：“我要山东济南府章丘县的南山那么大的馒头一个，七天来取。”南斗星君说：“我要东海水那么多的油一瓶，七天来取。”北斗星说：“我要包得住青天的包袱，也是七天来取。”家人慌忙告诉员外，员外听了大吃一惊，忧得茶饭不进。这时，张员外有一个十几岁的小孙儿得知这件事后，对员外道：“爷爷莫急，到时候我来应付。”

到了第七天，三位星君又扮作叫化子来到张员外门口。只见门口站着一个小相公，三个说明来意，要他赶快叫大人出来，要取东西。小相公不慌不忙地说：“你们若能拿出六证来，所要东西全部给齐。”三个神仙问：“六证在哪里？”小相公说：“在长安城玄宗皇帝的三公主那里。”三个神仙立即腾云驾雾来到长安，变成三个和尚，求见三公主，要借“六证”。三公主问了全部过程，取出双斗、双称、双尺给了他们。三位神仙得到“六证”，又来到张员外家。小相公见他们真的拿来了“六证”，又说：“请你们把南山过秤称，青天过尺印，东海过斗量，有了斤两尺寸，我们才能按数给你们要的东西。”三位仙人感到这小相公了不得，立即上天奏告玉帝。玉帝一听，要送子娘娘查点天上星神。送子娘娘一查，发现两个文曲星已下凡。他们一个成为皇帝的三公主，一个成为张员外的小孙子。玉帝想了想，传旨太白、南北二斗星君三个神仙作媒人，撮合三公主与张家小相公订婚。唐玄宗得知，开头不愿意，后经三位媒人点破，晓得天意不可抗拒，只好提出订亲时要“三茶”作聘礼：一是蟠桃宴上的蟠桃，二是东海水涌出来的盐，三是唐三藏取经的茶叶。后来，经三位神仙协助，全部都办到了。三位神仙为了事情办得顺利些，每一种礼物办了双份，用六个盘子托起，就成了“六礼品”。这就是“三媒六证”、“三茶六礼”的来历。

## 媒人的由来

说起“媒人”的由来，还有着一段有趣的故事呢！

传说，远古时候，有两个村庄，一个叫南山庄，一个叫北山庄。两个村庄相隔很远，而且道路崎岖，所以这两个村上的人平时很少来往。南山庄上有一个聪明英俊的小伙子，叫阿牛；而北山庄上则有一位美貌贤慧的姑娘，叫阿凤。

有一年，这两人经一位好心的老汉搭桥，成了亲，婚后，小两口情投意合，相亲又相爱，真是天生的一对。一天晚上，两人躺在床上，聊起天来。阿凤说：“我想想真有点稀奇，我们两人本来素不相识，可经那位好心的老人家撮合，竟做起夫妻来了，你说要不要报答报答他？”

“嗯，我也这样想过，是要报答报答他！”

“可人家走啦，到哪里去找他呢？”

于是小夫妻俩开始想起怎么报答那位老人家的办法来了。最后终于想出一个好办法：为他塑一尊像，放在家里来纪念。于是第二天阿凤就用米粉塑了一尊塑像，把它放在桌子上，可又怕被人家看到后笑话，所以就把那米粉人藏到了柜里。

过了好长一段时间。一天，小夫妻俩又思念起那位好心老人，于是就去把那藏着的米粉人拿出来，谁知这米粉人竟浑身发了霉，于是夫妻俩叹惜地呼出“霉人”两字。

之后，这件事一传十，十传百，大家都知道了，从此，人们便把为青年男女牵红线的人称为“霉人”。后来，人们觉得“霉”字不怎么好，于是就把“霉人”改称为“媒人”。

## 顶盖头的由来

娶嫁时新娘子头上为什么要顶盖头？陕西省岐山县民间

有段传说。

据说，唐代有个大将罗刚，在北征途中遇见了一员女将叫杜王路公主。这位女将身怀绝技，武功高强，曾经杀死了罗刚的弟弟罗仁。罗刚正要寻机为弟报仇，没想到在此遇到了杜王路公主，他顿时满脸杀气，大战杜王路公主。可是战了几个回合，却被杜王路公主擒住了。

杜王路公主把罗刚擒去，既不杀，也不放，却提出要和罗刚结为百年之好。罗刚处在战俘的情况下，只得答应，并发誓不计前仇，决不反悔。他们成婚后，杜王路公主跟着罗刚降了大唐。

可回到大唐后，罗刚却背信弃义，杀死了杜王路公主。这事被唐太宗李世民知道了，下令不许罗刚一生再婚。

罗刚的表叔父程咬金眼看罗家就要断绝香火，心里非常着急，就把他朋友的女儿李小姐说给罗刚。这位小姐生得满头秃疮，十分丑陋，在结婚的那天，程咬金怕罗刚见了不同意，就叫人在李小姐头上盖了一块红布，以遮其丑。

新娘新郎拜过堂后，回到洞房。当新郎揭开新娘头上的红布时，新娘却变成了一位十分美丽、端庄的姑娘，头上没有半点秃疮。人们就认为红盖头有变丑为美的作用。

因此，后人们往往在娶嫁时给新娘头上盖块红布。

## 青龙贴的由来

山东一带办喜事，讲究人人别个青龙帖。花轿去抬新娘，路过小石桥，石头堆，都要贴上青龙帖。这有什么原因呢？

传说从前，有一只虎精变成了人形，每逢谁家办喜事，他就去闹房，闹得不让新女婿进洞房，他去和新娘子一块睡，闹得办喜事的人家，都得偷偷摸摸地办。

有一个叫吉利小伙子和一个叫福气的闺女订了亲，到成亲那天，虎精又来了，闹得全家中哭的哭，喊的喊，新媳妇福气害怕极了。吉利跟老虎精打了起来，老虎精火了，把吉利福气都吃了。土地爷爷把虎精在人间作恶的事，报告了玉皇大帝，玉皇差青龙去捉虎精。青龙到了人间，老远就听见孩子哭、老婆叫，人们东奔西跑。青龙知道，又是老虎精在作怪，就变成一个打柴的小伙子，来到办喜事的这家，大声喊道：“大胆虎精，快出来受死！”这虎精又和小伙子打了起来，小伙子抽出尚方宝剑，大喊一声：“大胆虎精！”虎精一看尚方宝剑，就现了原形。小伙子收了玉皇大帝的尚方宝剑，走了。

原来这虎精在天宫给王母看桃，因喝醉了酒，调戏了仙女，自知有罪，就偷偷地逃到了人间。青龙回到天庭后，回禀了玉帝，玉帝说：“这种东西不能为仙，更不能留在天上，给它留条命，让它在人间管治禽兽吧。”从此之后，老虎成了兽中之王。

青龙伏虎的故事传遍了人间，以至于演变到了结婚时贴青龙贴子的习俗。

## 闹洞房的由来

相传，在很早很早以前，天上的紫微星下凡做了皇帝。他

有一双明辨是非、洞察秋毫的慧眼，又有一颗秉公无私、体察民情的心。他就职以后，总觉得天下贪赃枉法的人猖獗，奸臣小人太多。

一天，这位皇帝装扮成一个平头百姓，到民间访察民情，没料到，正碰上一个迎亲的队伍。只见马前轿后熙熙攘攘，陪亲送轿的男女青年们，人人涂脂抹粉，个个穿红着绿。唯有一个披麻戴孝的怪面女人，紧紧跟在花轿的后面。因为她是魔鬼，又变着法儿躲躲藏藏，时隐时现，使一般凡人无法看见，但却没有瞒过皇帝的慧眼。

自从皇帝见了这个魔鬼就紧跟不放，一直来到了新郎家的门前，只见那怪女人飘飘然先闯进家里，一个闪身就躲进了洞房里边。在一片哄乱中，皇帝也走进新郎的家里，一个闪身也就躲进洞房里边，搬一把椅子坐在洞房门口，死死守住这个鬼怪。

新娘被迎进家，拜完天地，准备入洞房。这时，皇帝把着门，不让入洞房。

主事人生气地责备皇帝如此无礼。

皇帝说：“这洞房不能进了！”

主事人问：“为什么？”

皇帝说：“里面躲着一个披麻戴孝的魔鬼，所以不能进。”

“我们怎么没有看见？”

“你们看不见，我可看见了。”

可是没有一个人相信皇帝所说的话。认为他是无理取闹。双方僵持不下，以至于险些动武。后来，皇帝向办喜事的人家保证，只要大家按照他所说的去做，就一定能捉到妖怪，如

果他捉不到妖怪，甘愿输一千两银子。

客人们都聚到新房门里大声谈笑，妖怪最怕嬉笑之声，终于忍耐不住，想夺路而逃，被皇帝飞起一脚，踢倒在地。皇帝解下佩剑，在妖怪面前晃来晃去，一会儿，妖怪就现了原形，原来是一只成了精的野山鸡。办喜事的人家这才信了，对皇帝千恩万谢，拿出很多银两酬谢，可皇帝分文未收。

从那之后，闹洞房的习俗就慢慢流传下来。

## 花烛夜吃糖茶的传说

从前，有一个村叫花家村。村里有一对青年男女，男的叫王玉，是个美男子，长的赛过罗成；女的叫乔娇，长的赛如天仙，人称古西施。他俩青梅竹马。对他俩的婚事，两家老人都很欢喜、满意，选好良辰吉日准备结婚。不料在婚期的前七天，王家的门上出了一张用黄纸写的“天书”：

王玉乔娇结成双，  
郎才女貌正相当。  
可惜红颜多薄命，  
花烛之夜两丧亡。

王玉父亲看了吓得脸色苍白，乔家妈妈听到也非常伤心。这时，有个善婢，为人善良，很聪明。知道后立即来到王家说：“不要怕，你们听我的，这事准能办好。”善婢子叫乔家宣称与王家婚约作废，乔女另行选婚，面试口才，只要合适，彩礼俱免。消息一传，不少青年想碰碰运气，结果没有一个被相中的。

邻村，有一个浪荡公子叫赖七，早就看中了乔女的美貌。一天，他穿上一身好衣服，手摇折扇，装得斯文高雅来到乔家。善婶让赖七当面朗读天书，他读的一句不错，善婶故意欢天喜地地说：“婚姻大事，不能没有媒人，非有三媒六证不可，相公须请媒人才行。”这一下子可把赖七难住了，因为他人坏到极点，谁敢为他作媒。这下可把他急坏了。

而善婶呢，在赖七颂读天书的过程中，已经推断出天书之事乃赖七所为。就把赖七告到了县衙，赖七经不住三盘四问，就把自己癞虾蟆想吃天鹅肉，请私塾先生代写假“天书”的事都全招了。知县一声令下，赖七和私塾先生各挨了四十大板。

随后知县传来王玉和乔女，对他们说：“本县今日给你们俩完婚。”两家说宴席未备，知县说糖茶可代宴席，洞房花烛，两家和合。这样新娘由善婶扶进新房与新郎见面，善婶递过两碗糖茶，先男后女，各呷一口，称为喜糖茶，同时，另备好满壶糖茶，让亲人和邻居分吃。

## 庚柬红联的由来

在苏北一带，过去男女结婚，除下财礼，陪妆奁外，还有一种发庚柬帖子的习俗。庚是指年庚八字，这八字是“何年何月何日何时”出生。柬就是帖子的泛称。把新郎、新娘的姓名出生写在这帖子上，外加一副吉利的对联，叫做红联。这帖子是先由男方填好，然后发到女方家去的。上面只写新郎姓名、年庚八字和对子的上联，用红纸封好，外面写上一

个较大的双喜字。女方接到帖子后，便知道男方的姓名和“八字”以及对子上联。于是，也填上女方自己的名字八字和下联，再把帖子还给男方，让男方了解女方。这样帖子往返一次，就算手续完毕。

过去写这种帖子非常认真，男女双方都用酒席请私塾老先生执笔。本来，写姓名八字并不难，因为爷娘都知道儿女的生庚八字。最担心的是对联，弄得不巧，十分尴尬。一般用“苏才郭福，姬子彭年”。苏才郭福，姬子彭年：苏指苏东坡及弟妹文才好；郭是指郭子仪的七子八婿福气好；姬是指姬昌即周文王，传说他有一百个儿子；彭指彭祖，活到八百岁，高寿。这种普通的对子比较多。但也有文才较高的先生，为了卖弄才华，给对方出难题，以提高自己身价。曾经有过这样一个故事：新郎家姓潘，请来私塾祖先生，他略一思索，挥动羊毫，写出上联：“有水有田兼有采”，合起来是个“潘”字。在旁看的人连声夸赞先生高才，是十分吉利的对子。女方新娘姓何，接到帖子，请来一个姓付的私塾先生，同样酒席招待。不料这位先生填写好新娘的姓名年庚八字之后，忽然皱起眉来，无疑这个对子的下联把他难住了。经过几番冥思苦想，终没能对出。最后不得不放下先生的架子，跑到老远的男方村里，求助于祖先生，才解了围。这下联是“多人多口又多丁”，并起来是个“何”字。

## 双回门的由来

在陕西关中，结婚的第二天，新郎和新娘都得去拜见新

娘的父母，俗称“双回门”。

为啥新郎新娘要双双去回门呢？

传说，从前，有个赵秀才，为人和善。他有个女儿长得水灵，知书达礼，取名玉彩。赵秀才还有个学生，名叫王一丁，勤奋好学，赵秀才非常喜欢他。王一丁的有个舅舅和赵秀才很相好，他们见两个娃心投意合，便让玉彩和一丁订了终身。

过了几年，赵王两家很快为儿女择定了成亲吉日。王家忙前忙后办喜事，玉彩喜滋滋地盼着做新娘。谁知成亲的前两天，王一丁像霜打了的茄子，蔫不拉搭的，没一点精神。家里人以为他得了病，请来先生一看，说是没啥病。亲戚邻居问他有啥心事？他闭口不言。

成亲之日，吹鼓手吹吹打打，鞭炮噼里叭啦，可是王一丁依然闷闷不乐。新娘入门，要拜天地，可找不见新郎。好不容易在村外把他拉回来，拜了天地，入了洞房，一直等到天黑了，媳妇的盖头还没揭下来。玉彩急了，只好自己揭下盖头，一看新郎不由吃了一惊。只见一丁揣了个空酒瓶，人已喝得八成醉了。玉彩劝他上床睡觉，他把空酒瓶一丢说：“少管闲事。”玉彩问他：“新婚之夜，你为啥这样对待我？”一丁气冲冲地说：“你做的好事，还有脸问我。”说着抓起毛笔，写了一气，向玉彩一丢说：“拿着它，明日一早回你娘家去吧。”玉彩拾起一看，原是一张休书。玉彩认为自己没做对不起文武的事，就说：“你我虽是父母订的终身，可你和我都知根底，订亲一年了，再说咱俩也是情投意合。今夜你要休我，得说个究竟，得讲个明白。”二人在新房中嚷来吵去，眼看天快明了，还是说不清。

第二天一早，玉彩和一丁来到赵秀才家，一个叩见老师，一个拜见父亲。赵秀才问：“你等何事？一早前来，双双跪地。”一丁从口袋掏出休书呈给老师，赵秀才一看，说：“亏你满腹文才，却辨不清是非。听者是虚，眼见是实，你言我女儿失身，有何凭证。你真是书呆子！”

事情原来是这样的，邻村有个财主，不止一次的托人前来说媒，要把玉彩嫁给他做小老婆，这事被赵秀才回绝了。那家伙便无事生非，在玉彩和一丁成婚之前，以同学之情给一丁写了一封信，信中说玉彩不贞，且已失身。一丁只知是学友来信，便信以为真。想退婚，自己作不了主。因为那时是父母之命，媒妁之言，不敢违抗。不退吧，自己怎能和一个失贞女人成亲？他思前想后，便等媳妇过门后一休了事。

谁知吵吵嚷嚷闹了一夜，双双回门才弄清了是非。王一丁知道自己委屈了玉彩，忙作揖赔礼。老秀才见新人合好，忙叫家里设宴款待。

再说一丁他娘去洞房叫新人吃饭，进门却不见小两口，不知出了啥事，忙请人四处去寻。直到日色偏西，才见玉彩和一丁喜冲冲回家来。进了村，一丁他妈问：“你们一早出门去做啥事？”一丁话没出口，只听玉彩说：“他成亲不忘老师教诲，前去拜谢我父。”

后来，这件事被人们都知道了，把新郎和新娘第二天到岳父母家去叫“回门”，逐渐成了一种习俗。

## 婚礼习俗的传说

旧社会，男女结婚时，要履行一大堆很烦琐的婚礼仪式。

首先，新娘子上轿前必须哭，上轿时要头戴凤冠，身穿扎玉带的古戏装，脚穿黄袜子和绿绣鞋，怀里还得揣一本黄历（叫经书）。当新娘子一下轿，一把把喂牲口的草料往新娘子头上扔，同时噼噼啪啪放一阵鞭炮。然后，新娘子才被人搀着踩着黄踩布到天地桌前。天地桌的“满斗”上，插着杆钩秤、还摆着一张弓和三支箭，另外还有一面铜镜。双方拜罢天地新郎在前，手拿弓箭做射箭的架式进入洞房。最后由专人拿秤杆挑下新娘子的红盖头，新郎新娘这才正式见面。这种婚礼习俗，一代一代沿袭下来。一般人单纯认为这是图红火热闹、讲讲排场。其实，这些习俗是由一段传说遗留下来的。

相传，周公卦灵，百算百中，方圆百里享有盛名，每日前来问凶卜吉的人络绎不绝。

附近有个桃花庄。庄上有个姑娘叫桃花，因院里有棵桃树而得名。桃花生得模样出众，天资聪明。有一次，桃花姑娘破了周公的卦。周公怀恨在心，想了一条毒计来报复桃花。他指使身边的仆人李二到桃花家为自己提亲。事也凑巧，这李二是桃花的亲舅舅，领了周公的命令，便到后院打了些枣，来到姐姐家为周公和自己的外甥女说媒。把枣往炕上一撒，便添枝加叶地对姐姐夸起周公来，很快把姐姐的心说活了，姐姐说：“兄弟，这门亲好是好，只是你外甥女性子倔犟，就怕她不依呀。”李二说：“姐姐别急，到时候我自有办法。”

桃花姑娘回来了。一进门，见舅舅带来枣，拿起就吃。李二乘机说：“桃花呀，你知这枣是谁送的？”桃花说：“看舅舅说的，不是你的是谁的？”李二说：“这枣可是周公的，这是

人家送的订亲枣，吃了就得嫁给他。”桃花一听已是后悔不迭，她牙一咬，脚一跺：灰坑火坑跳定啦！从那以后，便留下了“周公枣——好吃难消化”这句俗话。

周公听说桃花答应了这门亲事，心中暗喜。他故意把结婚的日子择在黑道日子黑道时，要让桃花一上轿就死。

桃花一听周公择了个凶日子，知道周公没安好心。为破这凶日子，桃花准备下黄踩布、黄袜头、凤冠和玉带等（象征皇家王后），怀揣“经书”护身（凶神恶煞不敢近身）。天地桌上，准备下弓、箭、钩秤（据说是太上老君留下来的）和铜镜（照妖镜），还有草料（打发凶神恶煞的天马吃的）以及鞭炮（驱逐凶神）等物件。

桃花姑娘临上轿时，想到自己要 and 这么个冤家成亲，不免泪流满面。由于桃花姑娘准备得周全，使得凶神恶煞不敢靠近，逢凶化吉，所以顺利地到了周公家。周公本来是想害桃花才娶亲的，可是后来发现桃花既美丽又聪明，既勤劳又通情达理，天长日久，夫妻产生了感情，对待桃花又非常好了，他们恩恩爱爱地生活在一起。

从此，这一套婚礼习俗便沿袭下来。后来，人们觉得让新娘子手拿弓箭入洞房不雅，慢慢改成由新郎拿，所有物品也全由新郎这边准备了。现在，婚礼上这一系列陈旧的迷信习俗已经破了，新娘子哭嫁及放鞭炮的习俗虽然还保留着，但也有了新的含义，被用来表示惜别和喜庆。

## 雄黄酒的传说

莹华山一带姑娘找对象，女家都要用雄黄石粉泡成的雄

黄酒，请新上门的小伙子饮用。这习俗的由来，有个神奇的传说。

传说，很久以前，莹华山下有一个风景如画的山村。村里居住着两姊妹，长得如花似玉，非常逗人喜爱。

姐姐已暗暗爱上了一个小伙子。可这小伙子却很神秘，每当在更深夜静的时候，小伙子就突然出现在姐姐的闺房里。他高高的个子，红红的脸膛，谈吐自如，彬彬有礼。姐姐看到他，心里说不出的甜蜜。就这样，两人暗暗地幽会起来，但一到天明鸡叫，小伙子就来无踪去无影地走了。

姐姐和妹妹的房间紧隔一道篱笆墙。深夜，妹妹有时听到姐姐房里有男子的笑声，又见姐姐一天一天地消瘦下去，却不知道为什么。有天晚上，妹妹轻手轻脚地从床上爬了起来，来到有缝的墙壁，往里一瞧。见一条红蛇紧紧缠住姐姐。妹妹吓坏了，想喊，又担心姐姐被红蛇咬伤。于是，悄悄地回到自己的房间，苦苦思索：用什么办法使姐姐脱险……

一天中午，妹妹对姐姐讲了自己看到的一切，姐姐既羞愧又觉得妹妹是在欺骗自己，死活也不肯相信。

妹妹来到山坡上哭呀，哭呀，姐姐从来没有像今天这样对待过她，一条蛇纠缠着她，她还执迷不悟。天呀，这怎么办呀？突然，妹妹想起老辈人说，莹华山上的红龙背，有一种深黄色的雄黄石，如果将这石头砸成粉末，泡在酒里，让妖魔鬼怪喝了，就会使它原形毕露。

妹妹想到这里，急忙擦干了眼泪，手拿砍柴刀向莹华山走去。她过了三十三道弯，翻了九十九座岭，汗水打湿了全身，荆棘划破了她的手脚。虽吃尽了苦头，终于找到了雄黄

石。她又费尽了九牛二虎之力，把这块石头砸成粉末带回家里。又将粉末倒入酒壶，装上酒摇匀，笑容满面地提到姐姐房里，搂着姐姐的脖子赔礼说：“哎，姐姐！都怪妹妹不好，把未来的姐夫说成了红蛇。就用这壶酒向你和姐夫陪罪吧。今晚，你就陪我姐夫喝上几杯。”姐姐的脸色阴转晴了，高兴地对妹妹点了点头。

这天晚上，小伙子照常来了。姐姐和他情话绵绵，百般恩爱。突然想起妹妹送来的酒，正好助兴，于是，两人你一杯我一杯地喝起来，都喝醉了。一会儿，那小伙子大叫头痛不止，姐姐把他扶在床上躺着，以为他受了风凉，又用自己的绣花手巾包住他的头。折腾了一阵，姐姐也又醉又累，和衣倒在床上睡着了。等她一觉醒来，东方早已发白，小伙子也早就不见了。

就从这晚上起，小伙子再也没来了。姐姐等了三天三夜，仍不见小伙子踪影，心头无名火起，又不好发作，只有垂头叹气，暗暗流泪。妹妹心里自然明白，她问姐姐：“到院子外面那棵大树下去散散心如何？”姐姐只有跟着妹妹走到大树下，她抬头一望，使她大吃一惊！自己的绣花手巾却套在盘在树上的一条死了的红蛇头上。顿时，吓得她昏了过去，半晌才苏醒过来说：“好妹妹，我错怪你了。纠缠我的果然不是人，是一条红蛇……”

就从那个时候起，莹华山一带的姑娘找对象，女家都要用雄黄石粉泡成雄黄酒，请新上门的小伙子饮用，这个习俗一直流传至今。

## “老槐树”做媒人的传说

从前，我国男女青年人结婚，要有“媒人”牵红搭桥，所谓“天上无云不下雨，地上无媒不成亲”。媒人，又叫“月老”、“冰人”、“红娘”，但是，安徽寿县、淮南一带却把“媒人”叫做“老槐树”，这真是有点怪，说其来历，还有一个有趣的故事哩。

传说，天上玉皇大帝有七个女儿，一个比一个聪明，一个比一个俏丽出众。大仙女下凡嫁给了杨天佑，养了个出名的儿子，就是担山赶太阳的二郎神杨戩。四仙女下凡嫁给崔文瑞，大闹过东京。七仙女就是玉皇大帝的老丫头，七巧七巧，最灵最巧，小名就叫巧气，是玉帝最宠爱的宝贝疙瘩。玉帝最担心她长大了，又走她姐姐的老路子，从小就防范很严，不准她走出天宫半步，还特地为她请了德高望重的太白金星李长庚做她的启蒙老师。七仙女整天呆在宫里，闷不过。有一次，偷偷溜出南天门，在云楼上观看人间景色，只见青山翠秀，绿水缭绕，男耕女织，其乐陶陶。越看越爱看，越看心里越欢畅。忽然从下界传来一阵凄惨的哭声，直灌耳中，摧心刮肝的。再一细瞧，那哭的人竟是一个英俊的小伙子，伏在死去父亲的尸体上，哀哀痛哭。七仙女自幼长在天宫，没有见过这么俊美的后生，也没有听过人哭，不知道是怎么回事。只觉得心一疼，眼一酸，泪珠儿也就挂起串来。她回宫后，就觉不舒服，卧病不起。太白金星听说最心爱的女学生病了，赶忙前去探视。

太白金星终于搞明白了，要治女徒儿的病，除非有“千里草，永青青”这一方药。而这“千里草，永青青”就是人间那位年轻英俊的后生，他叫“董永”。“董”字拆开来不就是“千里草”吗？于是太白金星陪着七仙女，驾着一朵祥云来到丹阳地界。

当时，董永已葬了父亲，到傅员外家去当长工抵债，只顾埋头赶路，不防一下撞到七仙女身上，脸一红，心一慌，掉头就走。七仙女赶忙走到董永前面拦住，说：“你这位大哥，好不晓事，碰了人，也不赔个不是，就一走了之吗？”

董永听了七仙女恼而不怒的话声，用眼打量了一下眼前人，想不到竟是一位娉娉婷婷、艳若桃花的大姑娘，忙作了一揖，说：“大姐，小人心里有事，只顾埋头赶路，没有注意碰了你，实是对不起啊！”

说罢，又要作揖。七仙女说：“好啦，好啦！”

董永听了，又起步往前走，七仙女还是拦住他，不让走。董永说：“大姐，我已赔了不是，你还不让走，这就是你的不是了。你何必耽误我们穷人的工夫呢！”

说罢，掉头迈步又走。七仙女一急，一把抓住董永的袖子，“嘶啦”一声响，把袖子撕开一大截子。董永只有这么一件衣裳，急得他直跺脚说：“大姐，我穷得只有这么一件遮体的衣服，如今破了不遮体，叫我如何去上工呢？唉——唉！”

七仙女说：“大哥，莫慌，莫燥，我随身带得有针线，替你补呗！”

七仙女走到董永身边，董永只得让七仙女替他补衣服。七仙女边补边说：“大哥，你是黄连树，我是苦瓜秧，瓜藤缠在

树杆上，能够替你缝缝补补，洗衣浆裳，遇到事嘛，也有个共商量！”

董永推脱说：“家贫去当佣工。大姐，我谢谢你的情，但我不能领你的情，我不能拖累你！”

七仙女说：“大哥休说穷，酒盅盅量米我不嫌，佣工就是我的心上人。”

董永又推脱说：“俗话说，天上无云不下雨，地上无媒不成亲。没有媒人，这桩亲事还是不成。”

七仙女说：“天作凭，地作证，路旁这棵老槐树，就是现成的媒人。”

董永听了，一笑，说：“哑木头怎么开口说话做媒呢？”

七仙女说：“槐树不开口，各自两分手，槐树若开口，姻缘天配就。”

董永没有话说了。这时，隐身在董永身后的太白金星，用仙扇扇了一下老槐树，又扇了一下董永。董永身不由己，对着老槐树就下拜。槐荫树看到董永下拜，晓得大事定矣。董永一拜，槐荫树不动声色；二拜，槐荫树枝动叶摇；三拜，槐荫树开口说话：“董永啦，这桩姻缘天配就，百日好合，白首偕老。董永喂，老槐树我作媒，你俩快快拜天地！”

董永听了，就和七仙女拜了天地，结成一对恩爱夫妻。因为老槐树一高兴，说慌了嘴，把“百年好合”说成了“百日好合”，就是这一字之讹，害得董永和七仙女只有百日缘份。民间有句俗话说：“一夜夫妻百日恩，百日夫妻似海深”，就是从这里来的。

由于老槐树作媒，使董永和七仙女天上人间，仙、人结

合成一对美满夫妻的事传开，人们觉得这个媒作得好，作得对，便把“媒人”叫作“老槐树”，流传开了。从汉代叫到如今，已有二千多年了。

# 外国婚俗

## 【英国】

### 谨谨慎慎办婚礼

英国人的婚礼有着许多独特之处，特别是战后英国社会风气发生的变革对婚姻习俗产生很大影响。但是相比其他以信奉基督教为主的国家而言，英国人在选择婚庆时辰和举行婚礼仪式时，有较多的禁忌。

英国青年男女中不少人认为从复活节之前 40 天到 5 月间结婚是不吉利的，因而选择婚礼日期时总是避开这段时间。如果举行婚礼那天遇上阴雨天，人们也会认为是不吉利的预兆。如果选择星期五或星期六举行婚礼，也会被认为不吉利。英国传统的婚礼仪式多选择在 6 月至 10 月间举行，而且大斋节前夕是青年男女喜结良缘的旺季，尤其是星期三被许多人视为结婚的黄金佳日。

英国人举行婚礼仪式时也有许多禁忌。青年男女总是一对一对地在教堂里举行仪式，人们的传统观念认为，两对新人一道举行婚礼容易出现其中一对婚后生活不美满。新娘直到离家去教堂之前才第一次穿上婚礼服装，因为担心在这之前试穿会招来婚后不幸。一对新人在仪式上互相为对方戴结

婚戒指时总是小心翼翼，生怕因为紧张将戒指失落到地上而给美满的婚姻带来不吉祥。新婚夫妇离开教堂，新郎总要提醒新娘用右脚迈出教堂的门槛，因为这样可以保证婚后夫妻恩爱、生活幸福。新婚夫妇回到新居，总是新郎抱起新娘走进家门，进入新房。在英国，新婚夫妇举行仪式时，总是精力集中，担心出现疏漏。

举行婚礼仪式时，新郎身着礼服，在男宾相陪同下，提前来到教堂，站在圣坛前等候新娘的到来。新娘身穿白色婚礼纱服，头披白纱，挎着父亲的胳膊，在伴娘、侍童的簇拥下进入教堂，教堂里响起《结婚进行曲》的乐声。新娘来到圣坛前，摘去白手套，连同花束一起交给伴娘，也不再挽着父亲的手臂。新娘的左边是她的父亲（若父亲故世，可由哥哥或叔伯等代替），右边是新郎。男女宾相及侍童则站在一对新人稍后的地方。

仪式开始，牧师郑重地问道：“是谁将这位女子许嫁给人？”新娘的父亲回答道：“是我。”牧师点点头，新娘的父亲离开圣坛，在附近的位置上坐下。接着，牧师分别问男女双方是否愿意以对方为妻（夫），两人分别回答“愿意”。牧师告诫他们要忠诚于婚姻，一直到生命结束时也不要分离。随后，新郎新娘相互给对方戴上结婚戒指。新郎送给新娘的结婚戒指是金质无缝的，象征婚后夫妻生活无限恩爱幸福。牧师为新婚夫妇祷告。当牧师说过“阿门”之后，新婚夫妇在主要亲属和重要宾客陪同下，来到圣坛后方的祈祷室，登记新婚登记簿。登记结束，新娘挽着新郎的右臂，乐师再次奏起《结婚进行曲》，他们慢慢走出教堂，婚礼仪式结束。这时，

亲朋好友们纷纷向新婚夫妇抛散些米粒或彩色纸屑，向他们表示祝贺。

教堂仪式结束，新婚夫妇要举行新婚招待会招待客人。招待会大体分早餐和午后餐两种，根据举行仪式的时间而定。一般情况下，新婚招待会是丰盛的，菜一道道送上来，先冷菜、酒类、小吃，然后是热菜，最后是水蒸的布丁。欧洲人爱喝咖啡，但英国人爱喝茶，招待会虽然备有各种饮料，但加味茶是必不可少的。招待会一项重要内容是新娘切蛋糕。一块象征新婚幸福的大蛋糕，事先已由经验丰富的厨师切好，如果不仔细观察，看不出用刀切过的痕迹，新娘在切蛋糕仪式上仅是摆摆样子，英国人这样做是为了避免新娘在紧张之中切不开或切得不整齐而影响喜庆的气氛。

招待会结束时，新郎新娘提前离席，回到新房换上旅行服装，随后同客人们告别，乘上汽车，在一片欢笑声和祝福声中，离家开始蜜月旅行。

英国人的婚礼还因地区不同、民族不同而有着许多别具一格的做法。在英格兰一些地方，人们在通向教堂的道路上摆着鲜花、青藤和绳索，新郎新娘要越过这道障碍，要向众人撒些钱，当地称为“过路税”。苏格兰人举行婚礼时，新娘第一次进入男方家门时，要用力将一块大蛋糕抛向空中，抛得越高，越是象征婚后美满幸福；如果新娘力气不足，或是因为紧张的缘故，蛋糕抛得不高，新郎和在场的人们便会情绪低落，因为他们担心这样会给婚后生活造成不幸。在一些乡村地区，某户人家举行婚礼，只要赠送礼物或钱财，任何人都可以参加，即使是过路的陌生人也可以。新婚宴席结束

后，众人围着一张桌子，新娘坐在桌子上，新郎站立在一边，客人们依次走到新婚夫妇面前，向他们表示祝贺，并送上自己的礼物或钱财。最后，新娘将一副做工精细的花手套赠给送礼价值最高的人，并亲吻一下得到手套者。英国的吉卜赛人举行婚礼时，牧师送给新婚夫妇一只碗，并向碗里撒些尘土、倒些酒，最后将两者搅拌均匀。牧师让新婚夫妇在规定时间内将混合物分离开来。新郎新娘都表示自己无法将二者分开，于是牧师宣布他们正式结为夫妇。由于他们没有将混合物分开，他们自己结婚之后将至死永不分离，白头偕老。

## 【美国】

### 六月新人多

美国人来源复杂，婚礼形式迥然各异。

美国人喜欢在6月份喜结良缘，因而在美国有“六月新郎”的说法，此话的含义是每年6月份在美国各地都可以遇见新郎。事实上，每年6月份结婚的人数几乎占全年的一半。出现这种现象，是英语里的“六月”同“罗马女神”的发音相似，而古罗马人视“罗马女神”为“婚姻女神”，美国人便认为，在6月举行婚礼，“婚姻女神”就会给新婚夫妇带来欢乐和幸福。

美国人的传统婚礼庄重热烈，并不奢华。婚礼仪式在女方家举行，只邀请双方父母、亲戚和最亲密的朋友参加，费用由女方家长支付。参加婚礼的人适当送点礼物，多如炊具

或餐具之类的实用物品，花费很少。美国人不讲究礼品的价值，而重视友谊。

举行婚礼前，未婚夫妇邀请平时要好的朋友在一起聚会，朋友们祝贺他们开始新的生活。这种聚会，大多数是主人准备一些饮料和几个菜，朋友们也纷纷自带一些酒和菜来。美国食品丰富多彩，包装精美，携带方便，只要花点钱，便可轻而易举地筹备一桌丰盛的宴席。聚会上，主人与朋友之间无拘无束地吃喝谈笑，吃饱喝足后便一道唱歌跳舞。这种告别单身汉生活的聚会，花钱不多，气氛热烈，显得宾主之间亲密无间。

举行婚礼那一天，新郎新娘在双方亲戚的代表和证婚人陪同下，来到所在地区法院办理结婚登记手续。一名法官向新婚夫妇宣读事先拟好的祝贺辞，新郎新娘各自宣誓。接着，双方证婚人在结婚证书上签字，表明这桩婚姻已取得法律效力并得到双方亲属和社会的承认。最后，新娘和新郎交换结婚戒指，相互将戒指戴在对方的无名指上。

结婚登记仪式结束，新婚夫妇驱车来到女方家，参加新婚宴会。双方家长、亲戚、朋友们在那里迎候。当新婚夫妇出现在婚宴上的时候，新郎一身礼服打扮，新娘的装束可用“有新、有旧、有借、有蓝”几个字来描绘。“新”是指新娘的白色婚礼服装是新做的，意味着新的生活开始；“旧”是指新娘头上披的婚纱是自己母亲用过的，表示永远不会忘记父母特别是母亲的养育之恩；“借”是指新娘手里拿着的手帕是从知心的女朋友那里借来的，预示着自己虽然做了人家的媳妇，但不会忘记当姑娘时的朋友；“蓝”是指新娘身上披的缎

带是蓝颜色的，象征着自己是忠诚于爱情的。婚宴的规格及食品的种类是根据新郎新娘的文化传统以及新娘家的喜爱和经济条件决定的。大多数美国人的婚宴，简单实惠，不讲究排场。供客人食用的有牛排、火腿、香肠、海鲜、煮得稀烂的蔬菜和切成大段的凉拌蔬菜、面包片、奶酪等。这些食品放在大厅中央的一长桌上。桌子的一端放着一次性使用的杯、盘、刀、叉。客人依次随手拿起一套餐具，在长桌上挑选自己爱吃的食物，三三两两聚在一起边吃边谈，或轮流走到新婚夫妇面前向他们说一些祝福的话，气氛轻松而亲切。大厅的一角，有一张酒桌，上面放着啤酒、葡萄酒、白兰地等各种酒及其他饮料。美国人饮酒注意礼节，喝什么样的酒用什么样的杯子，不可乱了规矩而闹出笑话。客人自己选择一种喜欢的酒类或其他饮料，服务人员添酒时，看你用什么杯子就添什么样的酒。美国人的婚宴上，有两种菜肴一般是不会缺少的，因这两种菜肴普遍受到美国人喜爱。一种是水果或蔬菜色拉，一种是烤乳猪。

宴会中间要进行新婚夫妇切蛋糕的仪式。结婚大蛋糕色彩缤纷，按照传统做法，新娘新郎一起握刀将蛋糕切开，首先相互给对方吃一块蛋糕，随后将蛋糕切成无数小块分给客人们享用。客人们吃完蛋糕，新娘站在大厅中央的一把椅子上，将一束鲜花向那些未婚的姑娘们抛去。据说，谁得到这束花，谁就会成为下一次的新娘。切蛋糕仪式结束，婚宴继续进行。

当宴会持续四个多钟头后，新娘发现客人们的话题不多，谈话的热情减低时，便有意将众人的注意力转移到朋友们送

给她和新郎的礼物上来。她取出礼物，逐一打开让客人们观赏，并不时赞美几句，也借此向送礼者表示谢意。顿时，宾客们争相观看礼品，并作一番评论，宴会的气氛又热烈起来。

婚宴结束时，新婚夫妇同客人们告别，客人们纷纷往他们身上撒生米粒，祝愿他们今后儿孙满堂。新婚夫妇在热烈的气氛中驱车离去，婚礼全过程到此结束。

## 【法国】

### “告别单身”后结婚

法国拥有悠久的历史、杰出的文化和独特的习俗。追求忠贞不渝的爱情、渴望美满幸福的家庭，成为法国青年在新时期的婚姻观念。通过婚礼仪式喜结良缘重新成为法国人的家庭生活中最隆重高兴的事情。

法国人对订婚比较重视，许多地方的订婚场面并不亚于结婚场面。订婚仪式在女方家举行，女方家设宴款待宾客。订婚宴会上最隆重的场面是公公向未来的媳妇赠送戒指、珠宝等贵重物品，一则是在公众面前显得办事很讲脸面；二则是博得姑娘的欢心而求得将来和谐幸福的家庭生活。

举行婚礼之前，男女双方要到登记处签订婚约，婚约中规定夫妻双方对爱情要承担责任外，还要写明各自的财产，详细列举未婚夫的家产和未婚妻的嫁妆，甚至连每件家具、每件服装都写得很清楚。法国人的婚约常常是学者、专家们研究法国社会情况的重要资料。男女签订婚约时聘有公证人，有

公证人签字的婚约才具有法律效力。在法国人的观念中，婚前必须认真解决好夫妻双方的财产所有权问题，婚后一旦出现麻烦可提供解决问题的依据。

婚礼前夕，新郎要举行一次“告别单身生活”的晚会，广邀自己平时那些知心好友参加。主人一般要在饭店或宾馆摆设宴席，以丰盛的美酒好菜招待，朋友们开怀畅饮，热闹一番，世界其他地方青年人在新婚大喜之时都忌讳不吉利的言行，而法国青年喜欢在这个时候别出心裁地举行“埋葬单身生活”的“葬礼”。为了达到“葬礼”的效果，告别宴会结束时，要播放哀乐，新郎和众人一道进行安抚亡魂的祈祷仪式。随后，新郎开道，众人抬着一口事先精心扎制的象征性的“棺材”进行“送葬”，所经之处，围观者无数。最后，“送葬”的队伍将“棺材”扔进河里，任其远流而去，或在一块空地上挖一个坑将其埋在地下。这种“埋葬单身生活”的“葬礼”表演得惟妙惟肖，十分逼真，不知底细的人可能真认为某个人离开了人世，颇具戏剧色彩。

新娘也要举行一个“辞别”女友们的晚会。新娘亲手烹制美味佳肴款待客人。参加新娘举办的告别晚会的都是未婚的姑娘们，姑娘们纷纷向新娘献上用彩带装饰的花篮或芳香扑鼻的鲜花，祝贺新娘婚后生活像鲜花一样美好。晚会上，姑娘们唱起依依惜别的歌曲，跳起情深意长的舞蹈，晚会自始至终充满了依依留恋的姐妹情感。

婚礼当天的清晨，新郎在同龄朋友和各位来宾簇拥下，由一支服饰华丽的鼓乐队开道，热热闹闹地来到女方家迎亲。随后，父亲伴着新娘，母亲伴着新郎，一支由双方亲友、宾客

组成的浩浩荡荡的队伍前往教堂举行婚礼仪式。

法国人绝大多数信奉天主教，婚礼仪式多按天主教的仪式进行。婚礼仪式由神父主持。新郎、新娘、新娘的父亲和男傣相依次面向神坛站立。男女双方的家庭成员和亲朋好友分别坐在教堂大厅的长凳上，男方坐在右面，女方坐在左面，家庭成员坐在前面，亲朋好友坐在后面。仪式开始前，教堂里响起清脆的钟声，为新婚夫妇祝福；大厅里回荡着悠扬的手风琴声，烘托出高雅的喜庆气氛。

仪式开始，神父诵读《圣经》，先读《旧约》或《使徒书》中的有关经文，其次读《福音书》中的经文。接着，神父询问新郎新娘是否存在不应举行婚礼的任何理由和原因，得到满意的答复后询问新郎是否愿意娶对方为妻，当弄清新郎的意图后便问新娘的父亲是否愿意将女儿嫁给这位男子。新娘的父亲抓起女儿的右手，手心朝上，放到神父的手上，随后离开神坛回到自己妻子身旁的长凳上坐下。神父将新娘的右手放在新郎的手里，新郎吟诵誓言。然后，他们放开手，新娘再次握住新郎的手，吟诵她的誓言。新娘吟诵完毕，他们重新放开手。这时，新郎将一枚结婚戒指戴在新娘左手的第四个手指上，并重复他的誓言。接着，进行祈祷、祝福，并唱一段赞美诗句。接着，神父要对新婚夫妇发表讲话，对他们提出希望和要求。仪式结束时，教堂里演奏着一支喜气洋洋的乐曲，新娘挽着新郎的左臂，迈着缓缓的步伐向教堂外走去，双双向参加婚礼的人群微笑致意。接着，其他人依次退场。天主教在教堂里一般举行两种结婚仪式。一种是男女都是天主教徒的要在望弥撒时举行结婚仪式，仪式上新郎新

娘及在场的教徒要列队走向神坛领取圣餐。一种是男女有一方属非天主教徒的要在望弥撒以外的时间举行结婚仪式，仪式形式同前一种比较要简短一些。

婚礼仪式结束，要举行宴会招待参加婚礼的人们。在一般情况下，宴会费用是由新娘的父亲支付的，但有时可能由男方支付或男女双方共同支付。在宴会过程中，新娘的父亲或者由他的一位老友发表讲话，举杯祝酒，祝愿新婚夫妇相亲相爱、生活美满、身体健康。之后，要由新郎、新娘执刀象征性地为宾客们切蛋糕。大约在品尝结婚蛋糕一刻钟后，新婚夫妇向客人们告别，换上外出的衣服，由男女宾相陪伴，乘坐汽车回新房去。随后，宾客们收拾自己的衣物，向新郎新娘的父母告别，婚礼仪式到此结束。

许多法国新婚夫妇举行婚礼之后，要乘坐用鲜花装饰的汽车去进行蜜月旅行。意大利的威尼斯城常常是法国新婚夫妇所选择的最佳欢度蜜月的地方。

在法国许多农村地区，新婚夫妇多同公公婆婆住在一起，很少另立门户而独立生活。举行婚礼仪式的前几天，女方亲友要组成阵容庞大的队伍，将新娘的嫁妆和有关物品送到公公婆婆为新婚夫妇准备的新房里，一路上吹吹打打，热热闹闹。这也是当地婚礼仪式的一个重要组成部分。

## 【俄罗斯】

### 少不了面包和盐的婚礼

在俄罗斯不论是在繁华街道，还是在乡间公路，只要遇

上用鲜花、彩绸和五颜六色的气球装扮的小汽车，车顶上有一座两环相扣的婚礼戒指模型，不用打听，便知道有人在举行婚礼。

在俄罗斯人的观念中，婚礼是重要的仪式，因而十分隆重。婚礼的具体形式因地区、民族不同而有差异，而婚礼规模的大小主要取决于男方的经济条件。俄罗斯各地都开设有“新婚商店”，出售品种多样、门类齐全的结婚用品，但价格昂贵，因而结婚须花费一笔数额较大的钱，令许多俄罗斯人感到头痛。

首都莫斯科举行婚礼的流行做法是，婚礼可以在民事登记处、婚礼宫、俱乐部、饭店或工矿企业的大厅里举行。在《新婚进行曲》的乐曲声中，新郎新娘手挽着手，在双方证婚人陪同下缓步进入大厅，一一向主婚人、双方家长及各位来宾鞠躬致谢，大厅里爆发出雷鸣般的掌声。新郎身着崭新笔挺的结婚礼服，新娘头披白纱、身穿白色婚礼服，两名证婚人也穿着一新。证婚人由新婚夫妇最亲密的朋友或最知心的同事担任，主婚人由最受尊敬的人担任。仪式开始，主婚人首先讲话，重点阐述结婚的重要意义、夫妇双方的权利和义务，希望新婚夫妇树立正确的人生观、婚姻观，并祝愿新婚夫妇相敬如宾、家庭幸福。接着双方家长及来宾代表发表讲话，对新婚夫妇表示祝贺。最后，新郎或新娘讲话，向众人表示感谢。讲话结束，主婚人向新婚夫妇颁发结婚证书。随后，新婚夫妇来到铺着白布、摆着鲜花的一张桌子前，双双在结婚簿上签名，交换结婚戒指。摄影师拍下这一珍贵的镜头，人们报以热烈掌声和一阵阵欢呼声，扩音器里播送着欢

快的乐曲，气氛热烈隆重。

新婚夫妇回到家中时，双方家长要按古老的俄罗斯传统，拿着面包和盐站在新房门口欢迎他们。

举办婚宴是俄罗斯人的婚礼中不可缺少的。新婚宴会可在家中，也可在饭店、宾馆里举行，邀请双方亲属及亲朋好友参加。婚宴上的饭菜很丰盛，俄罗斯菜以做工精细而闻名于世。俄罗斯人爱喝酒，而且喜喝烈性酒，宴会上除啤酒、葡萄酒外，伏特加酒是少不了的。宾客们无拘无束、兴高采烈地吃着、喝着、谈着……

乡村的婚礼，比起城市来，要简单一些，所花费用要少，并有一些传统的做法。谁家办喜事，全村人都赶来参加，婚礼充满着热闹而欢快的气氛。按照传统风尚，婚礼从“考”新郎新娘开始，人们不仅要看新郎是否健壮、新娘是否漂亮，而且要检验他们是否心灵手巧。新郎在众目睽睽下，手持利斧，将一段树木劈成一块块小木柴，新郎会劈柴，说明他今后会持家。接着新娘将木柴在炉膛里点燃，开始揉面，只须几分钟功夫就烙出一张张薄饼，分给众人品尝。众人吃饼时，新娘将一顶亲手绣制的小花帽戴在新郎头上，人们高声赞扬小伙子娶了一位聪明贤慧的妻子。接着，人们翩翩起舞，几位身穿民族服装的姑娘将面包、盐、蜂蜜和布娃娃送给新郎新娘，这些礼物是祝愿新婚夫妇家庭富裕、生活幸福、儿女满堂。

俄罗斯乡村婚礼离不开面包。举行婚礼那天，新郎身穿黑色礼服，在亲朋好友簇拥下前往女方家迎亲，迎亲的小伙子们身上披着在胸前交叉的长布巾。当迎亲的队伍到达女方

家时，新娘从新郎手中接过绣花长巾，俩人向人们鞠躬。这时，人们向新郎新娘身上撒谷粒，并高呼“祝你们幸运”，欢声雷动，笑声四起。随后，人们簇拥新郎新娘来到村前，一群穿着艳丽服装的姑娘们向一对新人祝贺，并向他们赠送一对圆面包。当一对新人再次回到女方家时，女方父母在门口送给新人一块面包和一杯酒。新人当众吃下面包，喝下酒，感谢父母的养育恩情。男方代表用长布巾捧着圆面包，走进客厅，用刀切成一片一片，第一片送给双亲，接着客人一个个走过来品尝面包。最后，人们簇拥新人向新郎家走去。参加婚礼的人们，夏天驾着马车，冬天乘着雪橇，马车、雪橇经过精心装饰，彩带迎风飘场，铃铛发出清脆悦耳的响声。婚礼上，人们在吉他与手风琴伴奏下，尽情唱着古朴典雅的颂歌。真是：一家有喜，四邻同庆。

## 【德国】

### 砸盘摔碗的婚礼

德国青年男女大多在教堂里举行婚礼仪式，在家里举办结婚宴会。男方支付教堂里的费用，参加婚礼的宾客名单多由新娘的父母拟定。但是，在许多情况下，新娘的父母总是同新郎的父母共同商量，各自提出一半的宾客姓名，这样可以避免在喜庆的时刻出现不愉快的事情。一般规模的婚礼，宾客名单通常包括两家的家庭成员，双方父母的朋友，新郎和新娘的朋友，大体上按相等的比例拟定。

新娘父母的住宅是举办新婚宴会的传统场所，许多新娘也乐意在家里出嫁，宾客们也感到高兴，因为这样的场合可以让人感到轻松自由一些。宴会多在下午举行，经济富有者拥有豪华的住宅并带有漂亮的花园，宴会安排在花园里举行那是非常理想的。经济不宽裕者多在住宅前搭起大帐篷，也有一些人借朋友或亲戚的住宅举行宴会。以上这些条件都不具备者，只好选择旅馆或俱乐部。

如果宴会是在私人住宅里举行，家里又有手艺高超的厨师，客人们自然有口福品尝到丰盛的美味佳肴。德国人对膳食不大讲究，既喜欢含热量高的肉类食品，又喜欢多维生素的各种蔬菜。花园中央摆着一排长桌，上面放着美食佳肴，各种饮料、水果以及盘子、刀、叉等。目前世界上流行的自助餐，是德国人发明的。德国人的喜宴也是采用自助餐的形式，宾客自己取盘、取刀、取叉，爱吃什么食物、爱饮什么饮料，都是自己动手。宾客们边食边谈，向新婚夫妇表示祝贺，充满友谊、热烈的气氛。

在德国的一些地方，至今依然沿袭着某种古老婚礼的习俗，例如波恩地区流行的婚前摔盆砸碗的“普特阿班”仪式便是一例。

庄重喜庆的气氛中，身着笔挺礼服的新郎和身披白色婚纱的新娘手挽手，在男女傧相护送下，进入婚礼现场，宾客们向新婚夫妇表示祝贺，新郎新娘一一向客人表示谢意。突然间，“叮叮咣咣”的砸盘、摔碗的声音响起，而且接连不断，持续很长时间，犹如中国春节除夕之夜的鞭炮声一样。原来，按照当地传统习惯，新婚之前要举行辞旧迎新的仪式。应邀

前来参加婚礼的客人们，每人都带着几样破碗、破碟、破盘、破瓶之类的物品。仪式上，人们竞相摔盘砸瓶，此起彼伏，响声不息。客人们带来的破烂物品摔得满地，新娘的父母笑嘻嘻地将这些碎片破纸扫成一堆，装进一只破旧的铁皮箱里，在院子中央点燃，众人围着唱歌跳舞，欢呼雀跃。中国人的传统观念中，喜庆的日子里忌讳打破东西，德国人的传统观念恰好与此相反。他们认为玩命地猛砸猛烧一通，可以帮助新婚夫妇除去昔日的烦恼、迎来甜蜜的开端，在漫长的生活道路上，夫妻俩能够始终保持火热的爱情、终身形影相伴、白头偕老。更为有趣的是，新婚夫妇不能享受静谧的初婚之夜，而是精神高度集中，密切注视四周的动静。左邻右舍总有人隔一会摔碎一件瓷器，新婚夫妇听到后，必须立刻砸碎一件物品响应。仿佛对方砸一件物品是对他们恭喜祝贺，他们砸一件物品则是表示感谢。

## 【澳大利亚】

### 公园婚礼和招待会

在新时代的澳大利亚，许多青年人思想较为开放，他们不愿因循守旧，按照父辈们的模式去做，则是以新颖的方式办婚事，将婚礼仪式移到风景优美的自然公园等公共场合举行，而且程序也比较简单。澳大利亚信基督教的青年男女多数爱在教堂里举行婚礼，其形式和内容同那些信奉基督教的西方国家的婚礼大体相似，那些信奉犹太教的青年男女爱以

犹太教的方式举行婚礼，信奉伊斯兰教的人则在清真寺里举行仪式。

新郎新娘选定举行婚礼的日期后，邀请一些至爱亲朋，在双方父母及亲人陪同下，乘车来到事先商定的地点。人们稍事休息，仪式开始举行。婚礼由亲属中一位上了年纪的女士或是男女某一方工作单位的女官员主持。随着录放机里播放的《婚礼进行曲》，在公园里游玩的人们纷纷围过来观看。主持人首先向大家介绍新郎新娘的姓名、职业、家庭、身份以及事业方面的成就等简要情况，并讲一些祝福的话语。新郎新娘接着向各位来宾和围观的人们表示谢意，介绍恋爱经过，表示婚后相互忠诚、夫妻恩爱，决不背叛对方。随后，在一阵热烈的掌声中，一对新人相互交换结婚戒指，拥抱接吻，并同家长、亲人拥抱。接着，新婚夫妇在结婚证书上签字，婚礼仪式结束。整个仪式大约半个小时，既喜庆隆重，又简朴风趣。婚礼场面自始至终充满着欢乐的气氛，人们掌声不绝、笑声朗朗，纷纷向新婚夫妇表示热烈祝贺，新婚夫妇真诚地向人们表示谢意。摄影师、摄像师纷纷将这美好温馨的场面拍摄下来，供新婚夫妇留作美好的回忆。新郎新娘依次同父母、家人、朋友合影。看热闹的人中，尽管他们同新婚夫妇素不相识，只要有谁提出同新郎新娘合照的要求，新郎新娘都会愉快地答应，并记下合照者的姓名、地址，届时将照片寄去。十分有趣的是，那些围观的人们认为自己能遇上这样喜庆场合，是很难得到的机会，不论男女老幼，竟相同新婚夫妇合影；新婚夫妇面对众多要求同他们合影的朋友，显得格外高兴，因为在他们看来是非常吉利、非常幸福的事情，说

明自己的婚礼举办得很有意义，受到人们的关注和赞誉。不少素昧平生的游人，同新婚夫妇合影后，通过信件交往，相互间成为要好的朋友。

婚礼仪式结束，新婚夫妇要举行野餐会招待众人。澳大利亚人在饮食方面喜爱原始的方式，许多人在周末或节假日出外野游时，常常采用原始的方式将肉烤着吃。澳大利亚的自然公园里一般都设有公共烤炉，并备有干柴，游人只须花点钱便可租用。新婚夫妇用野餐会的方式招待客人，既体现婚礼宴会的意义，又可欣赏大自然的美景，还能体验到原始自然的韵味。

野餐会结束，新婚夫妇同客人一道在空旷的草地上唱歌跳舞，尽情欢庆，直到日落西山之时才离开自然公园回家。澳大利亚新婚夫妇在婚礼之后通常开始蜜月旅行。许多新婚夫妇要借此机会到国外转一圈，饱览世界名胜古迹、旅游胜地的壮丽景观，开心地玩一玩，放松一下平时紧张工作的情绪，尽情享受新婚的美妙滋味。经济条件稍差的人，也要在国内旅行一次。大自然赋予了澳大利亚许多壮丽的景色，有碧波万顷的海洋，有蜿蜒起伏的青山，有广阔平坦的草原，都是澳大利亚新婚夫妇蜜月旅行的理想之处。澳大利亚是世界上人口城市化程度最高的国家之一，全国居民 4/5 以上居住在城镇，尤其是悉尼、墨尔本等几座大城市。久居城市的人，总是希望到没有烦人的喧嚣、刺耳的噪音、空气清新、四周宁静的地方呆上一段时间，这是澳大利亚新婚夫妇蜜月旅行的原因之一。

那些在教堂举行婚礼的新郎新娘，对婚礼宴会十分讲究，

宴会上饮料、点心、食品、菜肴、水果很丰富，婚礼仪式结束后，要按照惯例举行招待会。新婚夫妇的婚礼招待会，不单是为了庆贺，还是一种社会交往活动，有人借招待会联络和发展同行之间的友情，有的借招待会加强同上司之间的了解，有的借招待会进行某笔生意的谈判，有的借招待会答谢朋友的帮助……由于澳大利亚居民中大部分是英国移民和他们的后裔，因而澳大利亚人的口味特点同英国人大体相似，喜欢清淡的菜，不吃辣的。不论中餐、西餐，调味品种要多样化。

澳大利亚新婚夫妇的婚礼招待会有两个明显特点：一是尽力让客人吃得满意，二是讲究座位安排。新娘的父母在筹备招待会期间，总是想方设法地了解客人的饮食爱好，谁喜欢吃什么，谁不喜欢吃什么，基本上心中有数。招待会上食品、菜肴品种丰富，花样繁多，可以迎合每一位客人的口味。招待会上是按知名度和年龄安排座位的，社会地位高的女宾坐在男主人右边，其次的女宾坐在左边；身份重要的男宾坐在女主人右边，其次的男宾坐在左边。其他客人以此类推。

## 【西班牙】

### 新人共切幸福糕

在西班牙绝大多数人信奉天主教。按照惯例，婚礼由女方父母操办，宗教仪式在教堂里举行，新婚喜宴在家中举行，同其他欧洲国家既有相似之处，也有不同之处。

宗教仪式一般定于下午3点到5点在教堂举行。应邀参加的男女宾客按约定的时间提前到达教堂，并在教堂大厅通道两侧的椅子上按男女位置落座。当教堂大厅墙壁上的时钟指向拟定的时间，教堂乐师奏起优美轻快的古典音乐，身披白色婚纱的新娘挽着身穿黑色燕尾服的父亲的胳膊，身穿礼服的新郎由男傧相陪同，缓缓地步入教堂。当着神父和众人的面，父亲郑重地将自己的女儿交给新郎。新郎向岳父行礼致谢，随后挽着新娘的手走到神父面前。神父为新婚夫妇祈祷时，新婚夫妇两次曲膝跪在地上。神父先问新娘：“你愿意他做你的丈夫吗？”新娘因害羞而不急于回答。神父一共问三次，当问到第三次时，新娘必须作出回答，而且回答的声音须让在场的人都能听到。神父在得到肯定答复后，接着问新郎：“你愿意她做你的妻子吗？”新郎一般都很爽快，当场用响亮的声音回答说“愿意”。接着，新婚夫妇交换结婚戒指，神父宣布一个新的家庭组成了。教堂大厅再次响起古典乐曲声，典礼仪式到此结束。新婚夫妇手挽着手，在双方父母及家庭成员簇拥下，沿着撒满玫瑰花瓣的通道，慢慢向教堂外走去。

教堂外面一片欢乐，新婚夫妇同他们的父母、证婚人排成一行，接受大家的祝贺。一群小伙子和姑娘纷纷向空中抛撒米粒和花瓣，这些米粒和花瓣犹如倾盆大雨般落在新郎新娘的头上身上，新郎新娘相互关照，连连躲闪，最后终因躲不胜躲、防不胜防而匆匆钻进女方家早已准备好的汽车，在众人的欢呼声中，一溜烟地离开了教堂。

在西班牙，经济条件富裕的人家举行婚礼，婚宴多选在

空气清新、环境优美的郊区庄园里举行。婚宴上，不仅饭菜丰盛，而且气氛异常热烈。宾客到齐后，司仪宣布宴会开始。新娘的父亲走到麦克风前，发表简短而充满感情的讲话，祝愿女儿婚后生活幸福。他结束讲话时，高举酒杯，提议为女儿和女婿的新婚喜庆之日干杯。接着，新郎的父亲发表讲话，他首先感谢各位客人的光临，接着介绍自己儿子的成长经过，并感谢上帝又为他送来一位聪明贤惠的“女儿”。最后，在众人的欢声笑语之中，新郎的父亲和各位来宾举杯为新郎新娘祝福，新郎在宴会上致答谢辞时，感谢新娘的父母将女儿嫁给他和举办这次宴会，感谢各位客人光临并赠送礼物，他还要提议为女宾相们干杯。最后，男宾相代表女宾相们致答词。

西班牙人婚礼上最隆重最热闹的时候，是新郎新娘切结婚蛋糕。当宴会进行到一定时间，服务人员端来一盘巨大的蛋糕。蛋糕做工精细，表面有用彩色奶油制作的图案和西班牙文的“幸福”字样。服务人员将蛋糕放在宴会大厅中央的一张铺着白布的小桌上，新郎新娘双双走到桌子跟前。在众人的欢呼声、鼓掌声中，新娘新郎共同持着一把不锈钢长刀。同其他欧洲国家婚礼上新郎新娘合力切蛋糕的情况所不同的是，西班牙人的婚礼上，新郎新娘要智斗一番，看谁能够巧妙地脱下对方的一只新鞋，谁就是胜利者。据说，谁在婚礼上取得胜利，谁在今后的生活中就会掌握家庭主宰权。切蛋糕仪式开始，新郎急于切蛋糕，新娘极力反对，由于新郎手腕的力气要大一些，眼看蛋糕就要被切开，新娘慌忙中抬起一只脚，踩在新郎的脚面上，以便分散新郎切蛋糕的注意力。谁料到，新郎借机用力切下去，蛋糕被切成两大块，同时顺

势弯腰伸手脱下新娘的一只鞋，高高举起，让众人观看。客人们热烈鼓掌，欢呼新郎得胜，并分享结婚喜庆蛋糕。其实，新娘为了不使新郎在众人面前丢失面子，有意做出牺牲，她故意将脚抬高，而且鞋子没有系上带，以便让新郎一下就能脱下来。

客人们分享蛋糕时，总要想出许多点子逗新郎新娘。新郎新娘为了增加婚礼的喜庆气氛，对客人的种种要求，表面上扭扭捏捏，最后基本上满足客人的要求。有的客人要求新郎新娘当众拥抱接吻，有的客人要求新婚夫妇通过打手势、表演哑剧的形式介绍恋爱经过，有的客人要求他们用绘画的方式讲述今后生活的打算……谁戏逗新婚夫妇方式巧妙，形式新颖，含义深刻，便会博得一阵热烈掌声。新郎新娘的滑稽表演，引得全场哄堂大笑。

最后，新郎新娘翩翩起舞，客人们也成双成对地伴着新郎新娘跳起来，就连新郎新娘的父母也高兴得进入舞池跳起来。热闹欢乐的家庭新婚舞会一直进行到次日天明结束。

## 【日本】

### 门当户对的婚礼

自古以来，日本人在考虑婚姻问题时，门第观念特重，婚礼十分讲究，不惜花费重金。尽管日本社会不断进步，国家不断现代化，但如今的日本人依然保留着婚礼的传统观念。

在日本人看来，结婚不仅是男女双方的终身大事，更是

男女双方家族的大事情，因此，人们在考虑婚姻问题时，总是十分注意男女双方是否“门当户对”。富贵人家的子女只有在婚配对象家庭的地位和财富与其大体相当的情况下，才会比较顺利地获得父母和家族的赞同和帮助。

日本人的结婚仪式有神前结婚式、佛前结婚式、基督教结婚式及人前结婚式等。现在较为流行的是人前结婚式和家庭结婚式。

城里人多爱采用人前结婚式。人前结婚式是一种新的形式，既不在神佛前，也不在家中，而是在公共场合举行，如宾馆、饭店、酒家等。新郎新娘在双方保证人陪同下，来到结婚登记处，填写登记表，签字盖章，获取合法夫妻法律上的承认。随后，新郎新娘或双方家长提前两三个星期发出请贴。应邀出席婚礼的人，过去主要是父母、兄弟姐妹和其他亲属。近些年来，逐渐扩大到了朋友、工作单位的领导、同事。婚礼是新郎新娘向这些人表示谢意的一个难得机会，感谢他们过去的爱护、栽培和支持。

在日本乡村，男女青年大都采用家庭结婚式。家庭结婚式多在男方家中举行。

举行婚礼之日，新娘家要举行“告别宴会”，招待近亲知己。当新娘离开娘家大门时，人们用扫帚将新娘的足迹“扫光”，或在门口摔碎一只茶碗，甚至在门前挂起白色灯笼，以表示新娘婚后生活和谐、永不返回娘家之意。当新娘在众亲友护送之下来到新郎家门口时，新郎已同亲朋好友等候在那里。此时，新郎新娘要进行拜水神、火神和灶神的仪式：共饮一杯男女家庭混合在一起的水、双双跳过院内焚烧着的一

堆火、到厨房手拉手地绕灶台走三圈。这种习俗，意在婚后能得到水神、火神和灶神的保护。

## 【印度】

### 婚礼形式多种多样

印度是一个多民族的国家，婚俗传统丰富多彩。

印度城市里举办婚礼比较讲究，场面也比较豪华，婚礼地点多选在饭店、宾馆举行。届时，要广邀宾客，大摆宴席，举行各种仪式，欢乐的鼓乐声、噼噼啪啪的鞭炮声、笑语喧哗的恭贺声交汇在一起，热闹非凡。十分讲究的婚礼，甚至带有古代婚俗的遗风，例如请来一些彪形大汉扮成古代勇士，手执长矛大刀在前面开道，新婚夫妇、亲友及来宾或骑马、乘象或乘车、坐轿紧紧相随，前呼后拥、浩浩荡荡地沿街周游，还不时地向人群中撒些钱币，以显示阔气和威风。

印度乡村的婚姻一般持续时间较长，须数天乃至一个星期，场面也较宏大，参加者人数众多。女方要在闺女出嫁之间，在门前搭造一个婚台，张灯结彩，制造出一片喜庆气氛，新娘的女友们个个都要打扮得花枝招展，通宵达旦地跳舞欢唱。新郎家接亲的队伍十分浩大，沿途要鞭炮声不绝，每走几步，新郎要向“银盘”里放钱币，到新娘家之后要把堆满银盘的钱币散发给新娘的女友们和围观的儿童们。

第三天，要举行绕街游行，乐队跟在骑着骏马的新人后面，吹吹打打，热闹非凡。之后，新郎带新娘回到自己家中，

此时要举行更加热烈隆重的结婚典礼仪式。

在印度一些地方，还要举行富于某种含义的婚礼仪式。信奉印度教的地方，婚礼上有人拿着一个装有石灰和姜黄水中燃烧着的樟脑的托盘，在新郎新娘头顶上来回转三次，然后把水泼到房屋外面的道路上，以表明邪恶的东西已随着火光的熄灭而消失。有的地方，新娘头顶着一罐圣水，在众目睽睽下，走进男方家的厨房，表示她已占有这间房子和炉灶。有的地方，新娘用脚碰一下石头，意味着婚后自己会坚如磐石般地忠于丈夫。有的地方，婚礼上用一块大头巾先盖上新娘及父母的头，然后再把这块头巾转盖到新郎的父母及兄弟的头上，这表示新娘的父母已把女儿幸福的责任移交给新郎的全家。尽管印度乡间婚礼繁琐复杂，仪式很多，但都是有其目的和含义的。

当然，在印度也有举办简朴婚礼的，例如居住在印度北部的南达里族人就保留着本民族独特的婚礼习惯。据说南达里人的婚礼花费仅 1.25 卢比，被认为是世界上花费最少的婚礼，而南达里人多靠经商谋生，是非常富足的民族。

南达里人盛行集体婚礼，不定期地在不同地方举行，每次参加者不少于 50 对新人。婚礼选择在清晨进行。一对对新郎新娘身着素装，迎着朝阳，汇集到举行婚礼的地方，依次坐在铺有新垫子的地上。婚礼在欢快的乐曲声中开始，祭司向每一对新婚夫妇赐赠“圣水”，他们捧起双手，接过“圣水”，仰面饮下。接着，祭司向每一位新郎赠送一把斧子，向每一位新娘赠送崭新的木梳。新郎接受斧子，预示着婚后像利斧一样担当起家庭的主要劳动和保护妻子的责任；新娘接

受木梳表示今后一定会像梳子把头发梳理整齐那样地将家庭生活安排得井井有条。最后一项是意味新婚夫妇美满幸福的联结头巾的仪式。在一片欢乐的乐器声、热情的祝福声中，每位新郎新娘取下自己洁白的头巾，相互联结在一起，结成一个圆形活结，活结里包着每位新郎所交纳的婚礼费用—1.25 卢比。也有愿意多交的，但最多不得超过 13 卢比。联结好头巾，表明两颗洁白无瑕的心从此紧紧连在一起，夫妇的命运连结在一起，决心在今后的生活道路上风雨同舟、同甘共苦。

婚礼仪式结束，婚宴开始。新郎新娘及亲友每人一份用香蕉叶包着的一些用各种调料烹制的扁豆和面团。婚宴的费用已包括在新郎交纳的卢比之内。简朴、热烈、和谐、含义深刻的婚礼至下午结束，新郎新娘双双回到家中开始新生活。南达里人筹办婚事过程中，男方不送彩礼，女方不准备嫁妆，但他们重视纯洁高尚的爱情。

在印度，无论是哪一种婚礼，一项必不可少的仪式是，用朱砂在新娘前额两眉之间涂上一个红色圆点，印度人称之为“贡姆贡姆”，外人则叫它“吉祥点”。过去，这个红点表明是已婚妇女，丈夫健在，家庭平安、吉祥，而且由丈夫在婚礼上当着众人的面点上。

## 【土耳其】

### “新娘澡”与“染指”

土耳其人十分重视婚礼仪式，其场面热烈、形式多样，尤

其是农村的婚礼持续时间长，仪式传统意味较浓。

婚礼的前一天，新娘和她的母亲要邀请一些女性的亲朋好友去公共澡堂举行传统的“新娘澡”仪式。新娘在母亲、婆婆、媒婆和亲友簇拥下来到澡堂，由仪式主持人带领，先绕澡堂转一圈，随后依次亲吻长辈及亲友们的手，这时婆婆便向新娘的头上撒些钱或赠送表示吉祥如意的礼物。身着盛装的姑娘们在悠扬的乐曲声中翩翩起舞。这时，新娘随同母亲和婆婆进入备有浴盆和温水的房间，从头到脚洗得干干净净。浴后浑身撒上香水，用染料涂染脚趾，穿上漂亮的服装，戴上首饰、手镯、脚镯等。这些服装、首饰、染料、香水、甚至毛巾肥皂都是婆婆在前一天送来的。穿戴完毕，婆婆还要拿出烤羊肉串等佳肴以及饮料让新婚媳妇和亲家品尝。当新娘重新出现在唱歌跳舞的朋友们面前时，已是焕然一新，楚楚动人，被染成红褐色的脚趾格外引人注目，这是姑娘已经出嫁的标志。按习俗规定，右脚趾是由婆婆染的，左脚趾是由媒婆染的。“新娘澡”的仪式从下午开始，一直到夜晚方才结束。

在举行“新娘澡”仪式的同时，男方家在宴请宾客。在很多地方，还要举行“新郎澡”仪式，由新郎邀请平时知心的小伙子们参加，其仪式的内容同“新娘澡”的形式大体相同。

举行“新娘澡”仪式的当天晚上，要接着举行“染指”仪式。在鼓乐齐鸣的热闹气氛中，新娘在众人围观之下，由新郎的嫂嫂或媒婆将其右手或双手的手心、手指用事先准备好的染料染成殷红的颜色，以表示吉祥幸福。颜色染得好坏，预

示婚后生活是否美满如意,因而调配颜色是非常重要的事情,总是聘请富于经验的人进行。在举行“染指”仪式的夜晚,新娘要不时地更换几套新衣服,同时点火烧掉几件旧衣服,表示告别少女时代,开始新的生活。

接亲的这一天,新娘穿上华丽的婚服,戴上盖头。新娘戴盖头,是一种有着悠久历史背景的习俗,最早是古代希腊和罗马人发明的,他们用一块红布遮住新娘的头部,目的是不让其他争风角逐的情敌看见自己妻子的真面目,久而久之便演变成今天戴盖头的习俗。新郎接亲时,供新娘乘坐的交通工具是马(而且最好是白马),有时也用骆驼,不论是马还是骆驼,都要进行一番装扮,马或骆驼背上铺着彩色的毯子、脖子上挂着铜质甚至金质铃铛,现在已发展到用出租车、卡车甚至拖拉机接亲。出租汽车、卡车或者拖拉机用鲜花、彩带和五彩缤纷的气球装饰起来,按照当地风俗,新娘乘坐的那一辆车的前面挂着一个崭新的大布娃娃,显得喜气洋洋。

当新娘刚要出门上马或上车时,女方亲属们一哄而上,挡住新娘的路,不让把姑娘嫁给对方。于是双方“激烈地争吵”起来,最后两方各派出一名代表,经过协商,男方付出一定数量的赎金将新娘“赎”回来,事情才能平息下来。当迎亲的队伍簇拥着新娘正要向新郎家进发时,女方家的亲属以及贺喜的人群再一次出面“阻拦”,这一次人们将长凳、木椅、垃圾箱等临时能顺手拿到的杂物扔在队伍的前面,并组成一道厚厚的人墙以阻挡新娘的去路。这时,新郎及其长辈便出面请众人高抬贵手,并当场散发一些钱币和礼物。众人借抢拾地上的钱币、礼物,有意让开一条通道,迎亲的队伍

趁机启程，热热闹闹地向新郎家进发。这种“赎”新娘的习俗，同时也是提醒新婚夫妇：人生的道路并不是平坦的，夫妻间要恩恩爱爱，共度难关，白头偕老。

新娘来到新郎家，还要按照古老的习俗举行独特的“入门”仪式，而且各地的“入门”仪式的内容还不一样。有的地方，男方家要在新娘到来之时，在大门前宰杀一只羊或一头小牛，用鲜红的热血点洒新娘的前额，以表示吉祥幸福，同时向客人撒混杂着麦粒、糖果和钱币的礼物。新娘进门时，要踩着地上铺着的羊皮走过，表示新娘的性格像羊羔那样温顺。

这天晚上，要举行丰盛的婚宴。屋里屋外，张灯结彩，灯火辉煌。宾客们品尝着美味佳肴，谈笑风生，频频向新郎新娘表示祝贺，整个村子都沉浸在欢乐的气氛之中。

在土耳其城市里，人们举行现代新式婚礼，但也不失传统的特色。在政府结婚登记处，专门设有“结婚礼堂”，大厅里用各种鲜花和五颜六色的丝绸彩带布置得喜气洋洋。新郎身着崭新的黑色西服，新娘身披拖地婚纱，头饰白色绢花，在男女傧相和亲朋好友陪同下，来到结婚登记处。登记处官员首先宣读民法典中的有关内容，随后签署和颁发结婚证书。接着，在官员带领下，新郎、新娘和众人来到“结婚礼堂”举行仪式。人们身着盛装，喜笑颜开，呈现出一片欢快而隆重的节日气氛。宾主举杯祝贺，因这里事先已准备各类甜食、点心和饮料招待客人。在举行这种典礼时，还要邀请阿訇出席，因为举行官方仪式后，接着还要举行宗教仪式。阿訇宣读《古兰经》中的有关章节，并发给新郎新娘一份伊斯兰教的结婚证书。整个仪式结束后，新郎新娘和各位来宾分别乘彩车

来到新郎家参加结婚喜宴。喜宴上，新郎新娘和长辈不停地向客人捧送饮料、佳肴，宾主共庆这人生中最美好的时刻。

## 【柬埔寨】

### 新娘娶回新郎

柬埔寨青年男女多爱沿用民族传统举行婚礼，其形式既隆重又热闹，至少要持续三天时间。

柬埔寨盛行“男到女家落户”的做法，女方家负责操办全部婚礼，婚礼费用由女方家承担，婚后丈夫随妻子定居，有些类似中国的招婿入赘。

举行婚礼前，女方家要请人搭盖起三座小竹楼：新郎楼、迎宾楼和炊事楼。柬埔寨地处热带，即使在冬季，气温也在20℃以上，竹楼凉爽透风，为柬埔寨人所喜爱。竹楼的居住面积约20多平方米。新郎楼上铺着色彩鲜艳的凉席，正中间的小桌上供着一尊佛像，佛像前摆着牛、猪、鸡等家禽家畜以及果品之类的祭品。

婚礼的第一天是“入楼日”，新郎在众亲友护送下来到女方家，在一片欢呼声中进入竹楼，当晚便住在新房里。

婚礼的第二天为“正日”，要请僧侣诵经，邀乐队演奏，宴请亲朋好友。还要举行祭祖仪式（新郎新娘不参加）、理发仪式，诵经仪式、缠线仪式，这些仪式有一个共同的主题，象征新婚夫妇爱情纯真、相敬如宾，保佑他们消灾避邪、平安健康，祝愿他们生活美满幸福、白头偕老。

婚礼的第三天为“拜堂日”，举行别具情趣的“拜堂”仪式，这个仪式要请一位德高望重、知识渊博、会选择“吉日良辰”的长者来主持。拂晓时分，太阳的金光刚刚露出东方地平线，新郎楼前响起热闹的鼓声，乐队奏起古老的“拜堂曲”，主持仪式的长者将新郎新娘请出来拜堂。在长者主持下，新郎新娘一拜祖先，祈求祖先英灵保佑自己婚后事事如愿；二拜父母，感谢父母养育大恩；三拜朋友，拜托朋友今后多多帮忙；最后是互相对拜，表示心心相印。主持仪式的长者将槟榔花分发给双方的长辈，长辈们一面将花撒在新人身上，一面为新婚夫妇祝福。

拜堂仪式结束，新郎新娘便从草席上站起来，走到另一张草席上坐下。这时，歌唱高手唱起“卷草席歌”，边唱边卷起草席，唱完歌，歌手便手持草席在众人中来回“叫卖”。这时，新郎新娘便拿出一些钱，送给歌手，歌手将草席交给新郎新娘。随后，新婚夫妇拿着这张草席，进入洞房。主婚人也随着一道进入洞房，将新郎交给新娘，新娘表示一番谢意。然后，主婚人从洞房里走出来，同双方父母告别。众人见状，便相继离去，整个婚礼到此结束。

今天，柬埔寨人的婚礼已经进行一些改革，婚礼仪式也做了一些简化，称之为“文明婚礼”，这种现代形式的婚礼举行一天时间。清晨，女方家的竹楼开始热闹起来。楼上楼下打扫得干干净净，四周挂满彩带和花环。竹楼前临时搭起一个大凉棚，里面长方形桌上摆着饮料、水果和点心。客人们陆续到来，主人将客人一一请进凉棚，送上饮料、水果等，表示欢迎。女方家的亲朋好友早已在拂晓时分赶来，帮助杀鸡

宰鸭，切菜做饭。新娘则不露面，独自呆在新房里梳妆打扮。

大约上午10点钟左右，新郎在一些朋友的陪伴下来到新娘家，接新娘到有关部门办理结婚登记手续。

从结婚登记处回来，客人们在竹楼前的凉棚里欢宴，每人一只盘子，里面盛着米饭和各式菜肴，席地而坐，边吃边谈。新郎新娘穿梭于客人之中，不时送些饮料，招待大家用餐。喜宴结束，新郎返回自己家，准备参加下午的“过门”仪式。

下午两时左右，新郎在一名长者带领下，向新娘家走去。一支民族乐队跟随新郎后面，演奏着悠扬的《送新郎曲》。乐队后面是一群男女亲友，每人捧着一只盘子，盘里放着槟榔花、茉莉花、衣物、剪刀、果品等，一路说说笑笑，引得众多的人围观。来到新娘家，大门紧闭。男方陪客的代表便跳起舞、唱起歌，请求开门放人进入。女方亲友故意刁难，一再提出要求。男方陪客们一次又一次唱歌跳舞，而且越唱越热烈、越跳越激烈，最后女方亲友们终于被感动，打开大门，新郎进门上楼，同新娘并肩坐在一张新席上，接受僧侣和众人的祝福。

随后举行典礼，新郎新娘站起来，相互鞠躬，表达相互间忠贞的爱情。礼毕，新郎新娘给父母和各位长者敬献槟榔叶，以表示尊敬和孝顺。长者们用一根白线在新郎左手和新娘右手上各缠三圈，表示已经结为百年之好。这时，新娘母亲和众亲友纷纷将槟榔花、茉莉花和圣水洒在一对新人的头上、身上，并说一些祝福的话。这时，乐队高奏婚礼曲，楼外鼓声震天，宾客热烈鼓掌，新郎新娘进入新房，婚礼到此

结束，客人渐渐离去，小竹楼慢慢恢复了昔日的宁静，新婚夫妇从此开始了新的生活。

## 【伊拉克】

### “哈纳”和奶油涂手足

大多数伊拉克青年在举行婚礼之前，要按照传统习俗举行订婚仪式。

小伙子相中某位姑娘，便由小伙子的母亲或姐妹和亲戚中的某个女成员带领一行人到女方家提亲，双方商定一个日期，男方家设丰盛的宴席庆贺，男女双方家庭成员参加。宴席上，双方家长就赠送彩礼、婚礼费用等问题进行谈判。双方进行一番激烈地磋商之后，达成一项双方都能够接受的协议，然后举行订婚仪式。

仪式开始前，新娘要避开众人，诵读一段《古兰经》，祈求自己选择的是如意的郎君，婚后幸福美满。仪式上，当长老询问新娘是否愿意做新郎的妻子时，新娘闭口不语，长老连续问两三次，她似乎装着没有听见一样，直到长老多次询问，她才羞羞答答地回答“愿意”。在伊拉克，新娘这样做，表示她的选择是经过慎重考虑的。仪式上，新郎要当众向新娘赠送礼物，大多是金银首饰、衣服和化妆品等。男方家还要向女方家另外送彩礼，彩礼一般都是以现金支付。订婚仪式结束时，男女双方家长还要商订举行婚礼的日期，因婚礼及喜宴是在女方家举行，男方家需要支付一定数额的婚礼费

及举办喜宴所需要的物品。

伊拉克姑娘出嫁前的化妆打扮形式独特，别开生面，奶油是必不可少的化妆品，在当地传统观念中，洁白的奶油象征着美好的生活和真诚的爱情。新娘从清晨便开始化妆打扮，亲朋好友和左邻右舍的年青姑娘和妇女应邀前来参加，姑娘们唱起优美的歌曲，跳起欢乐的舞蹈，在热闹的气氛中，一位姑娘端来一个银质大盘，盘中放着当地称之为“哈纳”的染料，染料周围摆着用香木制成的、散发着浓郁香气的小木棒，盘子四周盛放着白色的奶油。女伴们帮助新娘用“哈纳”涂手指、手掌、脚指、脚掌，并淡淡地擦上一层奶油，然后帮助新娘换上华丽的民族婚礼服，戴上金首饰。新娘化妆打扮结束，银盘里还余留一些“哈纳”染料和奶油，在场的姑娘们竞相用来涂自己的手和足，据说这样做可以为自己带来好运。为新娘化妆打扮整整进行一天。傍晚时分，女伴们端来一个银质或铜质的大盆，盆里盛着温水，新娘将双脚伸进盆里浸泡，并一块接一块地吃着植物糖块，在当地传统观念中，植物糖意味着婚后夫妻恩爱。

婚礼当天，女方家张灯结彩，喜气洋洋，有的人家还特意请来民间乐队演奏，烘托喜庆气氛。新郎在亲朋好友簇拥下，一路吹吹打打地来到新娘家。新郎在两名打扮得花枝招展的姑娘带领下走进新娘的房间，将新娘请出来同众人见面，这时人们纷纷向新郎新娘表示祝贺。每当一位客人向新郎新娘祝贺完毕，便退出大厅，到院子里搭起的凉棚里参加喜宴。最后，客厅里只剩下新郎新娘两个人，新郎轻轻揭去新娘头上的盖纱，平铺在自己面前的地上，双膝跪在盖纱的一个角

上，用前额去亲它的对角，以此来表示对自己共同生活的伴侣的真诚祝福。随后，新郎转过身，面对新娘双膝跪下，表示对自己妻子的忠贞爱情，并祈求真主赐福于他们。

新婚之夜，新郎要踩新娘的双足，以显示自己的力量和勇敢；新娘自然不会示弱，竭尽全力进行对抗。双方抗衡的时间越长、动作越激烈，女方父母及亲友越觉得光彩，感到欣慰，如果最终新郎敌不过新娘，则会被人耻笑。

第二天清晨，丈夫要向妻子赠送结婚礼物，一般是首饰等小巧玲珑但价值贵重的物品，也可以是现金，视小伙子的经济能力和收入情况而定。新郎用完特定的早餐——一种用奶油和植物糖制作的糕点，便带着新娘回到家中，新娘拜见公婆。约一个时辰后，新娘的家人来到新郎家，新娘的父母、兄弟、姐妹向新郎赠送新婚礼品以表示祝贺，礼品数量多少、价值高低不论，完全是量力行事。在铃、鼓声中，宾客们唱着传统的民间婚礼歌曲，载歌载舞，并向新婚夫妇赠送礼物，祝愿他们恩爱幸福。最后婆婆亲吻、祝福新儿媳，男方家设宴款待宾客。散席后，客人相继离去，婚礼到此结束。

## 【也门】

### 婚仪通宵达旦

也门人的婚礼热闹、隆重，要持续两个星期。第一天是“新娘入浴日”。这一天，女方家的妇女同应邀前来的男方家妇女一道入浴，随后聚集在女方家，参加女方家长举行的送

女宴。送女宴在晚上举行，持续到午夜时分结束。

第二天是“新娘装扮日”。这天清晨，参加送女宴的妇女们群集在新娘周围，忙碌地为她打扮，她们用一种独特的植物染料在新娘脸上、手足和指甲上点上美丽的花纹，戴上首饰，穿上漂亮的民族服装。这种服装看上去较肥大，但衣袖窄小，裤子的下口一直拖到地上，是用色彩艳丽的丝绸缝制的，衣领和衣边上用金丝绣着各种图案，腰间扎着丝带，头上罩着一块花布，然后蒙上一块一米见方的白色大面纱。帮助装扮新娘的妇女们也借机将自己打扮得漂漂亮亮，随后结队来到新郎家串门，并推选一名代表朗诵一些颂扬真主和祝愿新婚夫妇幸福的诗文，新郎家用甜食招待她们，她们吃饱喝足后跳起节奏缓慢的集体舞，一直欢乐到深夜。新郎同一些亲朋好友护送这些妇女返回新娘家，并在那里吃喜饭。

第三天是“迎亲日”，也是最隆重的一天。清晨，新郎要拜见岳父母，随后男女两家分别邀请亲属、朋友和邻居在自己家庆祝。被邀请的人数较多，非常热闹。凡是应邀参加的人都带着一份礼物来，有的是一只活羊，有的送一袋米，也有送丝绸、现金和其他礼物的。迎亲队伍在新娘家吃过晚饭后返回新郎家。

夜幕垂临，明月高挂，婚礼仪式开始，往往要持续到次日凌晨，被称为“欢乐的夜晚”。人们涌进张灯结彩的庭院里，新郎头扎方巾，肩披丝绸长巾，上衣袖子长、袖口大，下身围着一条类似裙子的“沙笼”，腰间插着一把短刀，看上去颇为英武。也门男子，从成年到老年，几乎人身佩腰刀，以显示大丈夫气概。新郎的两侧有他的兄弟或好友相陪，用手扶

着他。四周有人手擎汽油灯，有人手托点燃 10 支蜡烛的盘子，蜡烛周围放着五六个鸡蛋，还有人手里举着一把叫“谢扎布”的香草。据也门人解释，蜡烛可以照亮前进的道路，鸡蛋是宰杀牲口的代用品，香草预示五谷丰登。按照习俗，新郎在这个时候不能做出任何看上去是多余的动作，也不能转身，或者两眼斜视。周围不时地有人用手拧新郎一下，用各种方法戏弄他，新郎始终泰然处之。民间乐队奏起欢快的鼓点，小伙子身着民族服装，手执银光闪闪的腰刀，如花似玉的年轻姑娘们翩翩起舞，客人们一面引吭高歌，一面击掌助兴。大约晚上 8 点钟，一位银须白发的教长高声诵念《古兰经》、《圣训》，全场琴声四起，为新郎祝福。每念完一段，众人便簇拥着新郎向前走三步，如此重复，直到走出庭院的大门，婚礼仪式宣告结束。

随后，亲朋好友们簇拥着新郎向新娘家走去，途中要多次停下来唱歌跳舞。他们要在女家呆上一个小时，新娘家要用“咔特”和甜食招待。晚上 10 点多钟，新郎一行返回自己家。

第四天清晨，新娘走出洞房，在丈夫陪同下，拜见公公婆婆，逐一吻他们的膝盖和手，以表示她的顺从。婆婆也要亲吻新娘的面额，欢迎媳妇成为这个家庭里的成员。从这天起，新郎家开始接待前来送礼、祝福、贺喜的人们，并设宴款待他们。结婚的第八天，新郎的父母要邀请新娘的亲属来新房里赴宴，这是新娘婚后第一次见到自己的亲人。第十天，男女两家亲属再次聚集在新娘家里欢宴。从这天开始，新娘被允许外出。

## 【蒙古】

### 姑娘喜嫁摔跤高手

蒙古青年男子酷爱摔跤，一名摔跤高手会格外受到人们的尊敬和美丽姑娘的爱慕，年轻的姑娘因能同摔跤手结为百年之好而感到无比荣光。

每年全国性摔跤比赛结束后，许多载誉归来的摔跤高手便要举办早已开始筹备的婚礼。

蒙古的婚礼大多采用传统的方式进行。举行婚礼的当天，新郎身着漂亮的礼服，在数位亲朋好友陪同下，骑着骏马，迎着朝阳，来到岳父母家接新娘。在新娘家的蒙古包里，要举行传统的婚前仪式。新娘的父母要当着亲属和朋友的面，满怀深情地告诫女儿女婿，婚后要遵守传统的伦理道德，相亲相爱，白头偕老。新郎向岳父母表示自己一定忠实于妻子，夫妻双双孝敬老人，抚养子女，让家庭生活过得幸福美满。接着，新郎新娘共同捧着双亲盛满的一碗新鲜奶茶，你一口，我一口，交替喝完。新郎新娘接着用这一只碗盛满奶茶，回赠给双亲，以感谢他们的养育之恩。最后，新郎还要在新娘家蒙古包外的草原上表演骑马、射箭和摔跤，向岳父母及众人展示自己在今后生活中将是一名强者。传统仪式结束后，新郎身背弓和箭，与新娘同乘一匹马，告别岳父母及众亲友，飞快地跑回自己家的蒙古包，在那里举行正式的盛大的结婚典礼和喜庆宴会。

蒙古传统的婚典仪式比较复杂，随着社会的进步，提倡移风易俗，婚礼手续不断简化。今天的蒙古青年男女喜爱举行气氛热烈、手续简单的婚礼，各级政府为了适应这一新潮流，在各地建有专门供举行结婚典礼仪式的婚礼宫，其中比较有特色的是首都乌兰巴托的婚礼宫。

新郎新娘在亲友们陪同下来到婚礼宫，先到休息室稍事休息，服务人员送来饮料。随后，新郎新娘到结婚登记处填写有关表格和《家庭证书》，并将事先选购的一对戒指交给管理人员。新郎新娘办理完结婚登记手续，回到休息室同亲友们交谈，等待进行婚礼的通知。当婚礼大厅准备就绪，婚礼宫内响起民族乐曲的优美旋律。这时，身着华贵结婚礼服的一对新人手挽着手，在两名证婚人和双方亲友的簇拥下，沿着铺有红色地毯的通道，缓缓走向婚礼大厅。当新人来到大厅前，两扇关闭的大门徐徐敞开。进入大厅，新郎新娘并肩站在中央位置，他们身后是两位证婚人，两侧是众亲友和来宾。主持婚礼的人是一位有声望的人。当宾主入位就绪，乐曲停止，主持人首先致辞，希望新郎新娘相亲相爱，白头偕老。

主持人讲话结束，新郎新娘在结婚登记册上签名，证婚人在《家庭证书》上签字。接着，主持人宣布新郎新娘交换结婚信物。主持人的话音刚落，服务员用盘子端出新郎新娘事先交给办公室的一对戒指，新郎首先将一枚戒指戴在新娘的无名指上，然后新娘将另一枚戒指戴在新郎的无名指上。在优美的乐曲和热烈的掌声中，新郎新娘要当着众人的面亲吻。接着新郎新娘要同饮双亲倒在银碗里的鲜奶。这时，亲友和

来宾开始向新郎新娘表示祝贺，向他们献花，分吃喜糖，并簇拥他们拍新婚纪念照。随后，众人陪着新郎新娘乘车观赏乌兰巴托市容。

## 【埃及】

### 洞房之夜新人首次相见

埃及的婚礼习俗很特别，至今流行着这样一种传统的做法：婚前男女双方不得见面，直到举行婚礼之时才能相见。

青年男女到了婚配的年龄，经媒人介绍，男方的母亲或姐妹去相看姑娘，回来后向小伙子详细介绍姑娘的情况，重点是描述姑娘的模样。如果小伙子感到满意，姑娘家也同意这门婚事，那么双方家长便选择一个日子举行订婚仪式。

订婚仪式在姑娘家或俱乐部里举行。订婚时，男方须送给女方父母一笔可观的彩礼，这笔钱不是供女方父母花费的，而是让女方父母用来为新娘子筹备金戒指、金手镯、金项链等装饰物品和一部分陪嫁的嫁妆。当然，女方父母也要出一部分钱。订婚仪式上，小伙子的姐妹代表他将一枚金指环戴在姑娘的右手无名指上，有的还戴金手镯和项链。因此，在埃及，一个姑娘是否订婚，无须打听，一看便明白。

订婚之后，男女双方家庭要经过一年、两年甚至三年的筹备，才能举行婚礼仪式。从订婚到举行婚礼这一段时间，男方在逢年过节时需给女方家送去一些礼物，因未婚夫不能见未婚妻，礼物须由男方家的女眷们送去。

婚礼当天,新郎家的女眷们成群结队地来到新娘家接亲。女眷们先陪新娘沐浴,随后帮助新娘穿上新郎家送来的新婚礼服。新婚礼服为白纱连衣裙,下摆很长,行走时一般由六个或八个孩子托着。穿好新婚礼服,女眷们再帮助新娘梳头,将头发梳成数十根细长的发辫,戴上各式各样的发饰,还要帮助新娘戴上项链、耳环、手镯等。穿戴完毕,新娘在家人陪同下向村长或村中的长辈一一告别。就在这时,数辆装饰得五颜六色的马车来到新娘家门口,这是由新郎的母亲带领、前来迎接新娘去参加婚礼活动的。供新娘乘坐的马车更是装扮得光彩夺目,车上用昂贵的克什米尔毛绸、各种鲜花装扮,由两匹或四匹骏马拉着,两个穿着克什米尔毛绸的小伙子守护,显得隆重而华丽。新娘同长辈们告别完毕,坐上马车,队伍启程向新郎家走去。一路上,新郎的母亲在前,新娘的母亲在后,送行的人们高声唱着赞美新娘美貌贤慧的歌曲,穿过繁华地区到达新郎的家。新娘的嫁妆也随着这支队伍带去,嫁妆一般是100件崭新的袍裙,为了准备这100件袍裙,有些当母亲的从女儿降生后不久就开始筹备缝制了。

到达新郎家,新娘要等新郎“千呼万唤”,许下一堆堆的诺言之后才肯下车。为了分散来看新娘的众人,主人家不得不把钱币和小礼品撒向人群。

夜幕降临,主人邀请各位宾客共进晚餐。晚餐后,在众人陪同下,新郎新娘手持鲜花,随着乐队来到清真寺举行仪式。阿訇让新婚夫妇站在一起,两人手握着手,将一块白纱盖在他们的手上,念一段《古兰经》,向他们表示祝福。接着,阿訇要对新婚夫妇进行婚前训导。他首先告诫新娘要体贴、关

心和照顾丈夫，做一个贤妻良母；接着他要求新郎爱护、保卫和忠于妻子，做一个称心如意的丈夫。新郎新娘各自将阿訇的话重复一遍，并向真主起誓，新娘对新郎说：“我按照真主及其使者的意愿，把一切都献给你。”新郎对新娘说道：“我按照真主及其使者的意愿，一辈子都忠实于你。”

清真寺里的宗教仪式结束后，新郎新娘回到洞房，在众目睽睽下，新郎轻轻揭去新娘头上的面纱，此时此刻新娘第一次看见新郎长的是什么样，新郎也是第一次看清新娘的“庐山真面目”。这时客人中递上一杯清澈甘甜的水，新郎接过饮下一半，再递给新娘，新娘接过一饮而尽，表示婚后相亲相爱，永不分离。

婚礼的最后一项仪式是圆房，即女方父母将他们购置的家具搬进新房，使新房内家具齐备。新娘再度披起白色的婚纱，双方父母将房门和家具上的钥匙交给一对新人。圆房后的一周内，天天有亲朋好友上门祝贺，馈赠礼物。然后，如果经济富裕，新婚夫妇便外出旅行，欢度蜜月。

在埃及，因各人经济情况不相同，婚礼的规格则相差悬殊。上层富贵人家的婚礼要持续一个月之久，每天来宾济济，喜宴豪华丰盛，并请来乐队、歌唱家、舞蹈家表演助兴，场面隆重热烈。在上层人士、富贵家庭的婚礼场上，少不了要请职业舞蹈家跳东方舞来显示自己的身份和地位。宾主吃着美味佳肴，欣赏动情的东方舞姿，被视为是一种高雅的礼遇。一般经济情况的家庭，婚礼热闹三天左右，男方家摆宴席款待亲朋好友，每天晚上都举行歌舞晚会，气氛异常活跃。相比之下，经济状况不佳的人家举办婚礼则要简单得多，他们

以花轿代替彩车，本地啤酒代替名酒和高级饮料，贺喜的人们在笛声、鼓声中跳着家乡舞蹈，高高兴兴地为一对新人庆贺祝福，时间大多一天左右。

# 名人婚姻趣闻

## 章太炎的婚姻趣闻

章太炎自 1903 年妻王氏去世以后，未娶妻室，日常生活无人料理，衣服脏得发亮，被褥几年不洗。辛亥革命后，经同志们再三催促，他登了一则古怪的征婚广告。广告上提出三项条件：一、须文理通顺，能作短篇；二、须大家闺秀；三、须有服从性质，不染习气。

广告登出来了，前来联姻拉线的人络绎不绝，太炎最终看中了汤国梨。汤国梨，浙江吴兴乌镇人，上海务本女塾师范学校毕业，曾任浙江吴兴女学校长，辛亥革命后，在上海与张君默、谈社英等创办神州女学与《神州女报》，担任女学教师与女报编辑。

1913 年 5 月，章太炎通过张君默父亲张通典的介绍，写信向汤国梨求婚，汤表示同意。汤乃富家女子，能诗善文，第一、二两个条件具备了，至于第三条，则不是像章太炎所要求的那样事事“服从”，而是一个相当有头脑、有主见的女士。后来章太炎被袁世凯软禁在北京，多次来信、来电、来人催她到北京去，她就是没有“服从”。

章、汤婚礼于 1913 年 6 月 15 日在上海哈同花园举行。这一天男女来宾二千余人，盛况空前，孙中山、黄兴、陈其美

都到场作贺。章太炎身着西式礼服，脚穿皮鞋，据说他没有穿皮鞋的习惯，竟将左右鞋穿错，后经指正，惹得大家捧腹不止。章太炎自撰证婚书，由蔡元培证婚。

## 蔡元培的婚姻趣闻

1900年6月5日，蔡元培原配夫人王昭病逝，这年蔡元培33岁。消息传出，媒人纷至沓来。蔡元培厌恶封建礼教，他愤然把前来做媒的男男女女赶出了门，然后磨浓墨、铺素笺，挥毫写下了一张征婚启事，贴在书室的墙壁上。他的择偶条件和婚姻承诺是：一、不缠足的女子；二、识字之女子；三、我不娶妾；四、我死后，女子可以再嫁；五、夫妇如不相合，可离婚。堂堂翰林学士，写出“再婚”、“离婚”的文字，在当时的人们，尤其是那些千古腐儒看来，是多么不可思议的事。而蔡元培就是如此明达，如此勇敢。

经过一年的选择，蔡元培终于与江西黄尔轩先生的女儿相识。她一双天足，知书识字，擅长书画，且孝敬父母。提亲双方都非常满意。1902年元旦，蔡元培和黄仲玉的婚礼在杭州举行，婚礼别具一格。午后，蔡元培举行了演说会，以代替庸俗的闹新房。来宾们引经据典，又说又笑，畅谈男女等。

## 胡适的婚姻趣闻

胡适在美国康奈尔大学时，一位教授的女儿伊迪丝·威

廉斯确对他有过强烈的吸引力，也许他曾深深地爱过她。胡适在伊萨卡生活的最后一年，威廉斯小姐正在纽约学习艺术，她曾竭力培养过他对现代艺术的兴趣，而且取得了某种成功。颇具意味的是，胡适在写信给母亲表示“儿对儿之婚事并无一毫怨望之意”。最终与“媒妁之言”的江冬秀结为伉俪。

在教育 and 经历上江冬秀与胡适相去甚远，但他们的婚姻证明，他们是长久的感情深笃的一对。他的未发表的日记时常提到她在家庭中的作用，以及她在非正式的社交场合的作用。胡适在病中得江冬秀信后，便赋诗：“病中得她书，不满八行纸，全无要紧话，颇使我欢喜。”

1918年夏，胡适在北京女子师范学校讲演中蔑视地谈到，“近来留学生，吸了一点文明空气，回国后第一件事便是离婚，却不想想自己的文明空气是机会送来的，是多少钱买来的；他的妻子要是有了这种机会，也会吸点文明空气，不至于受他的奚落了。”

## 徐志摩的婚姻趣闻

1926年农历七月初七，现代著名文学家、诗人徐志摩先生，终于冲破世俗的罗网，与崇拜他爱慕他的陆小曼小姐在北京北海公园订婚。同年八月，他俩举行隆重而热烈的婚礼。在婚礼上，徐志摩的严师、戊戌变法的领导人之一梁启超先生作为证婚人而致证婚词。谁都没有料到，梁先生的证婚词竟那样尖刻和难听。他当着众人的面厉声训斥说：“青年为感情冲动，不能克制，任意决破礼防的罗网，其实乃是自投苦

恼的罪网，可痛，可怜！”陆小曼因新婚前服安眠药过量，婚礼时由人扶进礼堂，昏昏沉沉，恐怕半句也未听清。而徐志摩是梁启超的得意门生，师生情谊颇深，所以尽管梁先生的话非常刺耳，他也无可奈何地接受了。

# 附 录

## 中华人民共和国婚姻法

(1980年9月10日第五届全国人民代表大会第三次会议通过 1980年9月10日全国人民代表大会常务委员会委员长令第九号公布自1981年1月1日起施行)

### 第一章 总则

第一条 本法是婚姻家庭关系的基本准则。

第二条 实行婚姻自由、一夫一妻、男女平等的婚姻制度。

保护妇女、儿童和老人的合法权益。

实行计划生育。

第三条 禁止包办、买卖婚姻和其他干涉婚姻自由的行为。禁止借婚姻索取财物。

禁止重婚。禁止家庭成员间的虐待和遗弃。

### 第二章 结婚

第四条 结婚必须男女双方完全自愿，不许任何一方对

他方加以强迫或任何第三者加以干涉。

第五条 结婚年龄，男不得早于二十二周岁，女不得早于二十周岁。晚婚晚育应予鼓励。

第六条 有下列情形之一的，禁止结婚：

一、直系血亲和三代以内的旁系血亲；

二、患麻风病未经治愈或患其他在医学上认为不应当结婚的疾病。

第七条 要求结婚的男女双方必须亲自到婚姻登记机关进行结婚登记。符合本法规定的，予以登记，发给结婚证，取得结婚证，即确立夫妻关系。

第八条 登记结婚后，根据男女双方约定，女方可以成为男方家庭的成员，男方也可以成为女方家庭的成员。

### 第三章 家庭关系

第九条 夫妻在家庭中地位平等。

第十条 夫妻双方都有各用自己姓名的权利。

第十一条 夫妻双方都有参加生产、工作、学习和社会活动的自由，一方不得对他方加以限制或干涉。

第十二条 夫妻双方都有实行计划生育的义务。

第十三条 夫妻在婚姻关系存续期间所得的财产，归夫妻共同所有，双方另有约定的除外。

夫妻对共同所有的财产，有平等的处理权。

第十四条 夫妻有互相扶养的义务。

一方不履行扶养义务时，需要扶养的一方，有要求对方

付给抚养费的权利。

第十五条 父母对子女有抚养教育的义务；子女对父母有赡养扶助的义务。

父母不履行抚养义务时，未成年的或不能独立生活的子女，有要求父母付给抚养费的权利。

子女不履行赡养义务时，无劳动能力的或生活困难的父母，有要求子女付给赡养费的权利。

禁止溺婴和其他残害婴儿的行为。

第十六条 子女可以随父姓，也可以随母姓。

第十七条 父母有管教和保护未成年子女的权利和义务。在未成年子女对国家、集体或他人造成损害时，父母有赔偿经济损失的义务。

第十八条 夫妻有相互继承遗产的权利。

父母和子女有相互继承遗产的权利。

第十九条 非婚生子女享有与婚生子女同等的权利，任何人不得加以危害和歧视。

非婚生子女的生父，应负担子女必要的生活费和教育费的一部或全部，直至子女能独立生活为止。

第二十条 国家保护合法的收养关系。养父母和养子女间的权利和义务，适用本法对父母子女关系的有关规定。

养子女和生父母间的权利和义务，因收养关系的成立而消除。

第二十一条 继父母与继子女间，不得虐待或歧视。

继父或继母和受其抚养教育的继子女间的权利和义务，适用本法对父母子女关系的有关规定。

**第二十二条** 有负担能力的祖父母、外祖父母，对于父母已经死亡的未成年的孙子女、外孙子女，有抚养的义务。有负担能力的孙子女、外孙子女，对于子女已经死亡的祖父母、外祖父母，有赡养的义务。

**第二十三条** 有负担能力的兄、姊，对于父母已经死亡或父母无力抚养的未成年的弟、妹，有抚养的义务。

## 第四章 离婚

**第二十四条** 男女双方自愿离婚的，准予离婚。双方须到婚姻登记机关申请离婚。婚姻登记机关查明双方确实是自愿并对子女和财产问题已有适当处理时，应即发给离婚证。

**第二十五条** 男女一方要求离婚的，可由有关部门进行调解或直接向人民法院提出离婚诉讼。

人民法院审理离婚案件，应当进行调解；如感情确已破裂，调解无效，应准予离婚。

**第二十六条** 现役军人的配偶要求离婚，须得军人同意。

**第二十七条** 女方在怀孕期间和分娩后一年内，男方不得提出离婚。女方提出离婚的，或人民法院认为确有必要受理男方离婚请求的，不在此限。

**第二十八条** 离婚后，男女双方自愿恢复夫妻关系的，应到婚姻登记机关进行复婚登记。婚姻登记机关应予以登记。

**第二十九条** 父母与子女间的关系，不因父母离婚而消除。离婚后，子女无论由父方或母方抚养，仍是父母双方的子女。

离婚后，父母对于子女仍有抚养和教育的权利和义务。

离婚后，哺乳期内的子女，以随哺乳的母亲抚养为原则。哺乳期后的子女，如双方因抚养问题发生争执不能达成协议时，由人民法院根据子女的权益和双方的具体情况判决。

**第三十条** 离婚后，一方抚养的子女，另一方应负担必要的生活费和教育费的一部分或全部，负担费用的多少和期限的长短，由双方协议；协议不成时，由人民法院判决。

关于子女生活费和教育费的协议或判决，不妨碍子女在必要时向父母任何一方提出超过协议或判决原定数额的合理要求。

**第三十一条** 离婚时，夫妻的共同财产由双方协议处理；协议不成时，由人民法院根据财产的具体情况，照顾女方和子女权益的原则判决。

**第三十二条** 离婚时，原为夫妻共同生活所负的债务，以共同财产偿还。如该项财产不足清偿时，由双方协议清偿；协议不成时，由人民法院判决。男女一方单独所负债务，由本人偿还。

**第三十三条** 离婚时，如一方生活困难，另一方应给予适当的经济帮助。具体办法由双方协议；协议不成时，由人民法院判决。

## 第五章 附则

**第三十四条** 违反本法者，得分别情况，依法予以行政处分或法律制裁。

**第三十五条** 对拒不执行有关抚养费、抚养费、赡养费、财产分割和遗产继承等判决或裁定的，人民法院得依法强制执行。有关单位应负协助执行的责任。

**第三十六条** 民族自治地方人民代表大会和它的常务委员会可以依据本法的原则，结合当地民族婚姻家庭的具体情况，制定某些变通的或补充的规定。自治州、自治县制定的规定，须报请省、自治区人民代表大会常务委员会批准。自治区制定的规定，须报全国人民代表大会常务委员会备案。

**第三十七条** 本法自 1981 年 1 月 1 日起施行。

1950 年 5 月 1 日颁行的《中华人民共和国婚姻法》，自本法施行之日起废止。

# 优生优育

# 优生医学常识

## 遗传·染色体·基因

遗传是生物界的普遍现象，俗话说得好“种瓜得瓜，种豆得豆”，“大牛生犊牛，山羊生羔羊”。我国汉代学者王充对这种生物现象有过恰当的概括，即“物生自类本种”，意思是说：一个物种的个体产生同一物种的后代，每一物种的个体都继承前代的个体中基本特征。各种生物都能产生子代，子代和亲代之间，不论在形态构造或生理机能的特点上都很相似，这种现象叫遗传。

在人类，由于遗传性，“子性类父”，儿女很像父母。但我们可曾见到过谁的孩子长得同他们的爸爸妈妈完全一样呢？兄弟、姊妹之间也没有两个人长得完全相同的，即使是一卵双生的双胞胎兄弟，外人看不出他们的不同，但亲近的人却能分辨出他们的细微差别。所以遗传保证了物种的延续，而这种延续又不是简单复制。这种生物个体之间的不同或人类子代与亲代，子代与子代之间的个体差异，则称为变异。

染色体是细胞核中由脱氧核糖核酸、组蛋白、核糖核酸及非组蛋白的蛋白质组成的成形物质，因为易被碱性染料所染色，故称染色体。在光学显微镜下可看见，人的染色体共有 46 条，即 23 对。其中 22 对为常染色体，一对为性染色体。

这 23 对染色体的形状大小各有不同,按其特长由大至小编为 1~22 的 22 个序号;又按形态分为 A~G 组的 7 个组号,一对性染色体分为 X 与 Y。这一对性染色体均为 X 者为女性;一个 X 一个 Y 者为男性。这一对形态相同的染色体一个来自父方的配子,一个来自母方的配子,正常情况下它们的结构和功能是基本一样的,称同源染色体。每条染色体由两条同样的染色单体在着丝粒处相粘连结而成,这两条染色体分为长短不同的上下两部分共四段,长者称长臂,短者称短臂。每条染色体的末端都是封闭的,不能与其它臂段连接,称为端粒。只有当端粒断裂移去后,染色体臂才与其它断裂的臂或片段的断面连接起来。

正常染色体的外形结构都是稳定的、不变且完整的,所载基因也很稳定。这对维持机体正常非常重要。

基因是生物细胞核中染色体上一种含有遗传信息的脱氧核糖核酸片段,是遗传的基本物质。生物的一切素质和性状都由基因传递给后代。染色体则是基因的载体,基因呈线性依次排列在染色体的蛋白质支架上。在没有干扰的情况下,基因的排列顺序位置是稳定的,并经生殖细胞的结合,按照遗传方式传给下一代。故每对基因的位置固定在两条同源染色体(一条来自父方,一条来自母方)的相同的位置上,即叫基因位点。这一对基因称作等位基因。

目前已知人类染色体上的结构基因共约 5 万~10 万个,称为基因库,决定着机体的全部个体特征、结构与功能。基因依据功能不同分为结构基因、调节基因、操纵基因、转运基因、修饰基因。基因具有等位性、连锁性、交换与重组、性

能变化、突变性。如果突变引起了机体功能或结构异常，称基因病。一旦遗传给子代发病即为遗传性基因病。弄清基因的位置与排列连锁关系对研究疾病、功能意义很大。这一方面的科学进展在近十几年来发展很快，目前已确定了1200个以上，尤其是癌基因方面的研究将为征服癌症铺平道路。

## 哪些因素决定婴儿性别

科学已经揭示，决定婴儿性别的因素是性染色体。经过减数分裂后形成的精子和卵子中各包含有23个染色体，故当精子与卵子结合时，来源于双方的23个染色体，结合成一对一对的形式，其中22对决定了新生儿身上的一切特征，另一对性染色体则决定性别。

卵子中性染色体是X染色体，而精子中的性染色体可以是X染色体，也可以是Y染色体。若X染色体的精子与卵子相结合，则受孕胎儿的性染色体就成了XX型，即女性婴儿；若含有Y染色体的精子与卵子相结合，则受孕胎儿的性染色体就是XY型，即男性婴儿，可见决定男孩性别的性染色体，是来自父方精子中所含的染色体Y。

近年来人们发现不少能影响胎儿性别其他因素。金属元素可影响性别；阴道酸碱性可影响Y精子和X精子的活动，从而影响胎儿性别；营养也有影响，营养丰富者胎儿发育成雌性者多，营养差者胎儿多为雄性；病毒、温度、战争、胎次等对婴儿性别看来均有一定影响，但均属一定范围内存在的现象，尚无定论。

## 生男生女能否选择

有关生男生女的选择，从古到今人们不知花费了多少心血，其中不乏各种各样的庄严仪式、迷信风俗、崇敬鬼神的巫术等，费尽心机但至今无万灵妙方。我国民间有一些说法：孕妇腹部圆而尖向前突者生男孩，腹部胀满而腰部粗壮，腹部是簸箕形者生女孩；孕妇走路先动左腿者生女孩，先动右腿者生男孩；性交时男女都达到性高潮时则生男孩，反之生女孩；左侧卵巢排卵形成怀孕者生男孩，右侧者生女孩等，均无科学依据。

美国哥伦比亚大学妇产科教授谢德尔博士曾发现精子可分两类，即 Y 精子和 X 精子。X 精子的活动力弱，但生存时间长，嗜酸性环境；Y 精子活动力强，寿命短一点，嗜碱性环境。他提出了“人工控制性别”的理论。据此提出人体的酸碱度可以影响胎儿的性别，女子阴道偏碱性者生男孩，偏酸性者生女孩，同房前用酸性液体冲洗阴道则生女孩，用碱性液冲洗则生男孩。有人认为孕前 1~3 个月多吃碱性食物，如蔬菜、粗粮、虾、贝类、蟹等则易生男孩；多吃酸性食物，如糖、蛋白质、脂肪类则易生女孩。季节也可影响胎儿性别，有人发现男孩多在 1、5、7 月出生，女婴多在 2、10 月份出生。乙肝抗原阳性的男人和女人，子女中以男孩居多；体内带抗体的女人，则生女婴儿。第一胎多为男孩，胎次增加，男孩比例下降。微波环境下工作的妇女多生女孩，飞行员后代女孩多，男性外科医生多生女孩。

这些都是环境因素对性别的影响，人类可以调控这些因素来实现控制性别的目的，但不能肯定其确切性。生男生女终究是一种机会性问题，还是由大自然去主宰好了。

## 优生应采取哪些措施

(1) 避免近亲结婚，近亲结婚容易出生低智的愚婴儿，并易患遗传性疾病。

(2) 男女双方身体健康，不应患有可能遗传给下一代的血友病、白化病、原发性癫痫病、家族性高血压、先天性心脏病、高度近视和色盲等疾病。

(3) 结婚生育年龄最好在 24~28 岁，避免因年龄太轻、生殖细胞发育不健全或年龄过大生殖细胞衰退而影响胎儿的身体素质。

(4) 男女双方最好不嗜烟酒，起码要在准备受孕前 3 个月禁烟酒，烟和酒中的有害物质会影响生殖细胞的正常发育，不健壮的受精卵就会形成体弱多病的婴儿。尤其在孕期的母亲更要绝对戒烟和酒，烟和酒中的毒物会随血液透过胎盘而侵袭胎儿，易使胎儿发生畸形。

(5) 要选择最适当的受孕时间，在 4~5 月份受孕可以躲过易使胎儿发生畸形的流性感冒和风疹病毒的侵袭，而且这个季节不冷不热，新鲜蔬菜瓜果、鲜鱼水蟹上市的大好季节，能充分满足孕妇的营养需求。

(6) 在孕期 3 个月避免性生活，注意劳逸结合，勿过度劳累或用力过猛，防止流产。

(7) 孕期要保持良好的情绪，保证睡眠休息，愉快的情绪会给胎儿带来良好的发育成长环境和物质需要，而生气、忧虑、恐惧等不良情绪会使孕妇内分泌发生紊乱，生理功能平衡失调，直接影响胎儿的生长环境和物质需求。

(8) 孕期要有全面合理的膳食营养。要荤素兼食，精细粮食、薯类、豆制品、蔬菜水果、肉类、鱼虾等动植物食品搭配合理，以保证胎儿的全面营养需求，且勿偏食，偏食就会缺少胎儿生长发育的营养，也导致出生的婴儿体弱多病。

(9) 孕期要注意饮食、饮水卫生，勿喝生水，不要吃腐烂变质的食物，忌暴饮暴食，避免发生食物中毒或肠道传染病。孕妇腹泻及治疗用药都会严重影响胎儿的正常发育。

(10) 孕妇勿乱服镇静、催眠、阿斯匹林、扑尔敏等药物及各种抗菌素，避免导致胎儿畸形的危险，必须服药时也需遵医嘱，适当慎用。

(11) 孕妇要尽量避免接触各种杀虫剂、农药、油漆、焊接、电镀、印染等有毒作业，防止 X 光和放射性物质的照射。

(12) 孕妇需避免蚊虫叮咬，蚊虫会带有乙脑、肝炎、出血热等病毒。

## 能不能预测遗传病

第一胎是遗传性疾病，如果要生第二胎，其结果如何预测？这是在遗传咨询门诊中常遇到的问题。

首先要了解是属于哪一种遗传性疾病；其次要了解父母亲的情况。

(1) 常染色体显性遗传病 如果父母双方之一是杂合子（一对基因中只有一个病理性基因），其子女中发病的可能性为 50%。父母双方均为杂合子，子女中再发病的可能性为 75%。父母一方为纯合子（一对基因中两个均为病理性基因），子女中再发病为 100%。

(2) 常染色体隐性遗传病 父母双方均为杂合子，子女中发病的可能性为 25%。父母双方之一是杂合子，子女中发病的可能性为零，但为 100% 的携带者，双亲之一为杂合子，另一方为纯合子，其子女中 50% 发病，50% 为携带者。如果双方均为纯合子，则子女中 100% 发病。

(3) 伴性 X 连锁隐性遗传病 若母亲是携带者，父亲正常，则儿子发病的可能性为 50%，女儿中 50% 为携带者。若父亲是患者，母亲正常，则子代中女儿均为携带者，儿子均正常。若父亲是患者，母亲是携带者，则女儿 50% 为患者，50% 为携带者；儿子中 50% 为患者，50% 正常。

(4) 染色体疾病一般来说，在子代中的再发生率与一般人群相同。但少数的染色体疾病，由于父母亲本身有染色体疾病方面的异常，则要根据父母染色体的情况来推算。

(5) 多基因遗传病要根据某一种疾病在群体中的发病率和遗传度来计算。

上面所谈到在子代中发病的可能性 25%、50%、75% 是指“整体”而言，例如一种遗传性疾病在子代中的发生率为 25%，第一胎已为患儿，但并不意味生第二胎可以保证正常，而只是说第二胎中还是 25% 的可能性发病。

不论哪一种遗传性疾病，在近亲结婚中其子女患遗传性

疾病的机会比正常普通的人群高出数百倍！所以婚姻法中规定“直系亲属、三代以内旁系亲属禁止通婚”是正确的，是贯彻优生优育中的重要法规，必需严格遵守。

## 如何预防和治疗遗传病

由于医学遗传学的迅速发展，不断揭示出许多遗传疾病的致病机理，再加上遗传工程的迅猛发展，遗传病已逐步变为“可治之症”。在治疗遗传病方面，目前主要是采用环境工程和遗传工程疗法。至于遗传病的预防，根据遗传病多具有先天性、终生性和遗传性的特点，除了要避免近亲结婚外，进行产前诊断、禁止某些遗传病人结婚生育外，还应从如下几个方面入手：

(1) 大力宣传，普及遗传病的知识，让大家都懂得一点遗传病的基本知识。尤其是青年男女在确定自己的婚姻大事时，都能从遗传学的角度考虑，降低遗传病的发生率。

(2) 尽量减少致变剂的接触。遗传学上把凡是能诱发遗传物质改变的物质称为诱变剂，按其作用的不同，可分为诱变剂和染色体断裂剂。诱变剂是能导致基因改变的一类物质，日常生活中经常接触到的有亚硝酸盐、乙烯亚胺类、杀虫剂砷类等。染色体断裂剂是能诱发染色体畸变的一类物质。如咖啡因、抗生素（丝裂霉素 C、放线菌素 D、柔毛霉素）、镇静剂（氯丙嗪、眠尔通），此外，像酒精、尼古丁等也是重要的致变剂。

(3) 检出携带者。在人群中，虽然有些人表现正常，却

具有致病基因或易位染色体，能传递疾病给自己的子女，这种人遗传学上称之为携带者。检出这类携带者对遗传病的预防有积极的意义。

(4) 发病前的预防。有一些遗传性疾病，要在特定条件下才会发病，比如，蚕豆黄（即 G6PD 缺乏症）患者在服用了抗疟药、解热止痛剂或进食蚕豆等之后才发生溶血。对于这样的遗传病，如能在症状出现前尽早检出，让患者禁服上述药和不吃蚕豆等就会终生正常，无病症出现。而某些有遗传病家庭史（包括丈夫）的孕妇一定要及早请教医生，采取积极的预防措施。

## 遗传与智力的关系

我们常常会发现在以往一个家庭中的几个孩子，有的像爸爸，有的像妈妈，而有的两姐妹所生的孩子（表姐妹）她们的眼睛很相像，两兄弟的鼻子或嘴巴很相像，俗话说：“三代不出舅家门”，凡此种面容的相像，就是遗传。遗传基因携带着父母各自的许多遗传特征传给子代后，使后代兼有了父母两者的遗传特征。以上仅仅是容貌的遗传，那么，人的智能是天生遗传的呢？还是由后天环境促成的？这是大家关心的问题。

在一个家庭中，父母亲双方有一方智力低下的，他们所生的子女中智力低下的发生率明显地高于父母亲智力均正常所生的子女；同样，父母亲都是智力低下，他们所生的子女智能低的发生率更高。这也说明了智力与遗传的关系。

我国著名的京剧表演艺术家梅兰芳的家庭是一个京剧世家，他在京剧表演上形成了自己独特的“梅”派唱腔，他的子女也继承了京剧事业并且发扬光大。虽然他们的音乐表演才能和某些遗传基因有关，但是，遗传也不是起着决定性的作用，还受着外界环境的作用。人们不能忽视，他们的子女从小耳濡目染，受到表演、演唱的环境熏陶，而且父母有意识在这方面给予他们的培养，加上本身主观努力，刻苦求学，才作出了成就。

我们还可以发现在以往多子女的家庭中，同一个家庭的子女，有的孩子长大后作出了惊人的成就，而有的则一生平平。这也充分说明了遗传固然能传给下一代某些天赋，但后天因素如家长的教育，父母的行为对孩子的影响，以及个人学习和实践、刻苦的程度是造成智力差异的重要因素。

## 近亲结婚危害大

在我国一些偏僻的地区仍存在着近亲通婚的旧习俗，认为这是“亲上加亲，不断亲缘”。其实近亲结婚所带来的危害是相当大的，主要是增加了下一代遗传性疾病发生的机会。

有许多人可能携带某些遗传病的基因，而不表现出来，成为“隐性遗传病携带者”；如果他和有相同血缘的、带有遗传病基因的近亲结合，那么他们的子代就会将父母隐性遗传病外显出来成为显性，临床上表现为疾病。所以遗传病的机会就增加了；如果他和非相同血缘的人结合（携带同一遗传基因的机会很小），那么他们的子代得遗传病的机会就减少了。

有人统计，近亲结婚后他们的下一代儿童死亡率比非近亲结婚的高出 3 倍，近亲结婚的后代遗传性疾病的发病率比非近亲结婚的后代高出 150 倍。

那么，怎样才能算是近亲呢？近亲是指直系血亲（父母与子女，祖父母与孙子女，外祖父母与外孙子女等）和三代以内旁系血亲（兄弟姐妹、堂兄弟姐妹、舅、姨、姑、伯、叔等）。

即使已经成婚的，在考虑怀孕之前应该进行遗传咨询。出生后的孩子应加强随访，定期检查。如果第一个孩子已患遗传性疾病，是不是生二胎要去医院进行遗传咨询。如果抱着侥幸的心理，冒险再生一个，至少可以说再生一个其遗传性疾病的发生率远远比一般人群要高，曾遇到一对表兄妹结婚的夫妇，连生三胎均为头小畸形，终日卧床不起，成为家庭的负担。

避免近亲结婚，可以有效地控制遗传性疾病的发生率，同时也是提高整个中华民族的人口质量的重要措施。现在已经制定了新的婚姻法，《婚姻法》明确规定：“直系血亲和三代以内的旁系血亲”禁止结婚。

## 怀孕前丈夫要注意什么

大量的事实已经证实，父亲与胎儿的健康情况有关，因为胎儿有  $1/2$  的基因来自父亲。这  $1/2$  的基因是否正常对胎儿来说非常重要。那么怀孕前丈夫要注意哪些问题呢？

(1) 从事喷洒农药、用除草剂除草等工作的已婚男子，至

少在 70 天时间内，应避免妻子怀孕。重金属铅、镉、氨甲嘌呤、棉酚二溴、氯丙烷等工业化学品，可以影响精子的生成过程，因此，在妻子怀孕前，丈夫应尽可能少接触这类化学品。

(2) 肥胖丈夫在减肥过程中，不能让妻子怀孕。因为在肥胖人的体内，贮存有更多的有害化学物质，某些脂溶性的化学物，如六六六、滴滴涕等有机氯农药和致癌化学物多氯联苯都贮在脂肪中。一般说来，在脂肪组织中沉积的环境污染物，对人的毒害作用较小，但在快速减肥过程中，体内储备的脂肪便会很快重新分解代谢，而蓄积在脂肪中的毒物，也随之游离出来进入人的血液之中，进而对精子造成直接或间接的危害。

(3) 丈夫不要滥用药物，更不要使用含雌激素的护肤脂。不少化学药品，如雌激素、利血平、氯丙嗪等均会影响精子的生存能力和使畸形精子的数目大量增加。

(4) 丈夫要做到不偏食。精子的生成需要优质蛋白质、钙、锌等矿物质和微量元素、精氨酸、多种维生素等。如果偏食，饮食中缺少这些营养素，精子的生成会受到影响，或会产生一些低质精子。

(5) 丈夫要戒除烟酒。酒对精子的损害，早为人们所熟悉，烟中的多种有害物质也会杀伤精子。至少应在受孕前 3 个月就停止喝酒、吸烟。

(6) 丈夫还要保持良好稳定的情绪。若经常忧郁、烦恼或脾气暴躁，会使大脑皮质功能紊乱，造成神经系统、内分泌功能、睾丸生精功能以及性功能不稳定，影响精子的产生

和质量。

为了优生，在注意上述问题的基础上，还应注意选择最佳“天时（气候恶劣的环境下不宜受孕），地利（同房的环境），人和（夫妻双方应在最佳的精神状态下受孕）”条件。

## 何时是最佳生育年龄

我国为了推行计划生育，控制人口数量，提高人口素质，调节人口发展，使人口的增长同经济和社会发展计划相适应，根据《宪法》和《婚姻法》及国家有关规定，制定了计划生育条例，推行和鼓励晚婚、晚育、少生、优生，每对夫妇只生一个孩子。那么，什么年龄生育是最佳的呢？一般来说，24～29岁的妇女生育是比较合适的，年轻夫妇结婚二三年再生育，对个人和家庭来说，婚后有个缓冲时间。再说，婚前准备工作的操劳，已经相当疲劳，适当晚育，有利于夫妻健康、学习和工作。

当然，晚育并不是说越晚生育越好，我们提出适当的晚育。因为母亲生育年龄太迟，卵细胞发生畸变可能性增大，发生新生儿畸形的比率明显增加。据统计，21—三体综合症的发病率在30岁以下妇女分娩中占1/1000，而在35～40岁妇女中发生率提高4倍；40～44岁发生率增加10倍，而45岁以上妇女生育21—三体综合症的比例是30岁以下妇女的20倍，即50个孩子中有一个傻孩子。另外，超过30岁以后，骨盆韧带的松弛性和弹性下降，盆底肌肉张力下降，妊娠的并发症增加。

有的人担心晚育会出现难产，这决定于究竟晚到什么时候，当生育年龄超过 35 岁，难产的比例才会增加。至于胎位不正、骨盆狭窄、前置胎盘、胎盘早期剥离、子宫收缩无力、胎儿窘迫等引起的难产与生育年龄关系不大。

由于一些特殊原因到了高龄才生育，那么也不必过分担忧和紧张，可在怀孕期做好定期产前检查，如有异常，可及时作出诊断，进行处理。分娩时要严密监护，确保母婴安全。

## 如何判断怀孕

一般情况下，怀孕的诊断通常是由孕妇自己做出的，但一心盼望着做母亲的妇女，怎样尽早知道自己是否已经怀孕了呢？这可以从下面几个方面来进行推测：

(1) 月经过期一段时间仍不来。如果自己的月经以前一直都较有规律，比较准时，而这次已经过期十多天还不来，那就可能是怀孕了。

(2) 基础体温持续保持在高温段。基础体温的测量可以通过一段时间的坚持，然后划上一个图表，并从图表上来进行判断；体温到了应该来月经的时候仍然保持在高温段，并且这种现象持续有 15~20 天，一般情况就可以认为自己已经怀孕了；如果基础体温没有规律的妇女，也可以根据自己是否觉得身体发热，或者无力等感觉，同时结合基础体温曲线，来做出是否妊娠的判断。

(3) 进行早期妊娠化验检查。早期妊娠的孕妇，有一种绒毛膜促性腺激素，它是由于胚胎的绒毛细胞产生的一种内

分泌素，它能够进入到孕妇的血液中去，并随小便排出，所以进行尿液中是否有绒毛膜促性激素的测定，只要用一滴尿液，3分钟就能够作出诊断，且准确性达到95%以上，这一般在月经过期15天左右就可以做上述的检查。近年来还采用了放射免疫的方法来检查有无妊娠，这种方法是利用放射性同位素，来测定血液中有无微量的绒毛膜促性激素，只要在停经后4~5天，就基本可诊断是否妊娠。

(4) 妊娠反应。有不少于一半的妇女，若怀孕的话，在月经10天左右开始就会出现恶心、呕吐、吃东西不觉得香甜、想吃酸的、行动有气无力等的现象，这些现象很多是在早晨起床后几小时之内较为明显，这也就是早孕反应。

## 孕妇不宜做哪些工作

(1) 某些工厂的女工。从事化工生产的女工，由于要经常接触某些化学毒物，而这些化学毒物对母婴健康均可造成严重危害，并且极易造成婴儿先天畸形。这些化学物包括铜、镉、甲基汞、二硫化碳、二甲苯、汽油等。

(2) 接触电离辐射的妇女。电离辐射虽然看不见摸不着，但可以造成孩子小头畸形、先天愚型以及无脑儿的悲剧。接触电离辐射的工作有医疗或工业生产放射室、电离辐射研究及电视机生产等。

(3) 医务人员。传染病流行期，医务人员容易因密切接触患者而被感染，从而可能导致畸形。所以医务人员在妊娠3个月以内，如正值疾病流行，即使不能暂停工作，也要格外

加强预防保健。

(4) 农村妇女。怀孕以后同样要注意在生产劳动中加强自我保健，怀孕期间绝对不可接触农药。大多数农药可以引起孕妇流产、早产以及胎儿先天性畸形。还要注意不要从事搬、拉、推、抬等重体力劳动。在乡镇企业工作的妊娠妇女要避免接触有毒有害物质。

(5) 高温作用、振动作业、在噪声环境中工作、长期站立工作等，均可对母婴健康造成损害，影响优生优育。

孕妇还要注意避免频繁上下楼梯的工作；接触刺激性物质或某些有毒化学物品的工作；有放射线辐射危险的工作；震动或冲击能波及照射腹部的工作；不能得到适当休息的流水作业；长时间的站立；工作环境温度过低；高度紧张的工作；独自一人，没人协助的工作；在没有通风设备的机房中长时间工作。

以上所列情况均对孕妇的身体不利，必须暂时避开。所以，孕妇在孕期为了保证母婴的健康，应调换其它能够胜任而无害的工作。

## 早孕保健注意事项

在整个孕期都应注重卫生保健，而妊娠早期，即头3个月，正是胎儿心、肺、肝、肾等重要器官分化和形成的关键时刻，更应注意保健。

(1) 防感染。孕妇被风疹、肝炎、流感等病毒感染后，可引起流产、早产、死胎、胎儿发育迟缓和畸形等，故应注意

预防，在传染病流行时不宜到人群密集的场所游玩，尤其不到患传染病的人家中去，家中如有传染病人也也要注意隔离。一旦确诊患有风疹或乙型肝炎等传染病时，应中止妊娠。

(2) 慎用药。有些抗生素、抗惊厥药、抗凝剂、抗疟药、解热镇痛药、激素类药物、有机磷农药及某些中药，对胎儿的发育均有很大影响，故应慎用，做到能少用者少用、能不用者不用，必要时应在医生的指导下应用。

(3) 忌烟酒。孕妇嗜烟酒可严重危害胎儿，烟草中的尼古丁，能刺激交感神经节和肾上腺髓质，使肾上腺素释入增多，胎儿的心率加快，血管收缩及胎盘血流量减少，从而影响胎儿的发育，可导致先天性营养不良或畸形。而各种酒中所含的酒精更是胎儿的大敌，可致儿发育迟缓、畸形或智力低下，故孕妇应忌烟酒。

(4) 避房事。早孕阶段子宫的敏感度较弱，胚胎附着不甚牢固，而性交可使子宫收缩，极易引起流产，所以应避免房事。

(5) 防过劳。孕期可从事一般家务劳动和田间农活，但应防止过劳和用力过猛，不宜推车、挑担、提水等，也不宜参加长跑、跳远、球类比赛等剧烈的体育活动。否则，若过劳或用力过猛容易刺激子宫引起收缩，发生流产。

(6) 注意营养。营养缺乏也是重要的致畸因素，特别是叶酸、维生素 B<sub>12</sub> 缺乏对胎儿的发育影响更大，因此，孕期应注意营养。瘦肉、豆制品、鱼、鸡蛋可供大量的优质蛋白质，蔬菜、水果含有丰富的维生素及矿物质，这些都是孕妇十分必须的，应保证供给。

## 哪些病毒感染对胎儿有危险

孕妇感染病毒后，可通过胎盘血液循环传染给胎儿，造成严重的后果。生活中常见的有：

(1) 风疹病毒。早期孕妇患急性风疹病，可引起胎儿畸形，如先天性白内障、视网膜炎、耳聋、先天性心脏病、小头畸形及智力障碍等。

(2) 流感病毒。可引起胎儿唇裂、无脑、脊椎裂等神经系统异常。

(3) 巨细胞病毒症。可致小头畸形、视网膜炎、智力发育迟缓、脑积水、色盲、耳聋等。

(4) 单纯性疱疹。可导致胎儿发生小头畸形，小眼睛、视网膜炎、晶状体混浊、心脏异常、脑内钙化、神经系统异常、短指、短趾等。

一般来说，胎龄越小，畸形发生率越高，因此孕妇在妊娠早期要尽可能不到人多的公共场所，不接触传染病人，减少患病机会，保证胎儿的健康发育。

## 孕期用药对胎儿有什么影响

在妊娠期间，孕妇用药对胎儿可以产生多方面的影响，它主要取决于药物的性质和剂量、用药的持续时间和此时胚胎发育的情况，以及母体的健康状况。

一般来说，若在怀孕第 12 周前用药，极易对胎儿产生不

良的影响，因为妊娠早期胎儿正在发育中，各器官尚未发育健全，功能亦尚未建立或完善，不能很好地对药进行分解，因而容易在体内大量蓄积，以致药物中毒，甚至影响器官发育，有导致畸形的危险。在妊娠中期，各器官已基本形成，对药物的作用相对来说已不敏感，但此时中枢神经系统，牙齿等组织尚未成熟，还会受到药物的不利影响，加上胎儿对某些药物的解毒功能依然不足。而妊娠后期则由于胎盘变薄利于药物的转运，如孕妇用磺胺类药物，可在胎儿体内蓄积，加重新生儿黄疸。因此，为了预防和减少药物对胎儿的影响，在妊娠期孕妇应慎重用药，决不能滥用，应根据病情合理用药。

可以引起胎儿畸形的药物有抗癌药，如氮甲喋呤、环磷酰胺等可产生腭裂；雄激素和孕酮等保胎药可使女胎男性化，表现为阴蒂肥大、阴唇融合等。雌激素可使男胎女性化或女胎长大易得阴道癌。抗癫痫药，如苯妥英钠可引起胎儿多部位的畸形。风疹疫苗也可引起胎儿畸形。某些抗生素，如链霉素、卡那霉素可使胎儿发生永久性耳聋及肾脏危害，怀孕期使用四环素可使孩子将来长出满口黄牙。肾上腺皮质激素类药物可引起死胎或畸形胎。某些常用的止痛药、安眠药、镇静药等虽不引起畸形，但可以损伤胎儿的中枢神经系统，可能会引起新生儿智能或行为上的改变。

## 如何防腹中儿失聪

耳朵的发育是从受孕后不久就开始的，所以，预防腹中儿失聪，关键在于母亲。

(1) 合理用药。各种中毒性药物都可通过母体进入胎儿，影响内耳发育。即使在妊娠后期，内耳已经发育正常，也可能受到某些药物的直接损害而造成耳聋。最常见的药物有抗生素，包括链霉素、卡那霉素、庆大霉素、新霉素、妥布霉素等，其他如抗疟药奎宁、氯喹及乙胺嘧啶、解热镇痛药、水杨酸盐类等，也应慎重使用。

(2) 避免感染。有许多病原微生物能通过胎盘影响内耳发育。因此在妊娠期间，不直接接触传染病，如流行性感、流行性腮腺炎、脊髓灰质炎、病毒性肝炎、乙型脑炎和梅毒等。并注意加强营养和室外活动，以提高母体的抵抗力。

(3) 妊娠的头3个月内，不要做X线透视与摄片，不使用同位素诊断和治疗疾病，更不能在妊娠期间做大剂量的放射治疗。

(4) 忌烟、酒刺激。烟、酒对胎儿的不良影响已越来越受到人们的重视，父、母吸烟的新生儿，脐带血及血清中硫氰酸盐的成分明显增多。香烟的烟雾中含有大量的一氧化碳，吸入人体后，和血红蛋白结合，使红细胞带氧能力下降，而使胎儿处于慢性缺氧状态，阻碍了胎儿的生长发育，包括听觉器官的发育。

长期嗜烟和过量饮酒的孕妇，对胎儿的危害极大，因酒精可通过胎盘作用于胎儿，而使胎儿发育异常或神功能紊乱，婴儿出生后可有智力低下、听力不灵、走路不稳、头小和身材矮小等。

(5) 积极预防地方病。如呆小病是由于缺碘使甲状腺素合成不足，以致造成胎儿发育生长障碍的一种疾病。患病后，

可使中耳与内耳发育畸形，以及中枢神经系统发育受影响而造成耳聋。预防本病的发生，孕妇要注意补充适量的碘。

(6) 怀孕期间要确保健康。孕妇健康，给胎儿发育创造一个良好的内在环境，可减少耳聋的发生。如妊娠期间患糖尿病、毒血症等，可使胎儿发生内耳出血，严重的妊娠呕吐、先兆流产、全身麻醉的大手术等，对胎儿听力均可发生影响。

## 放射线对胎儿有什么影响

第二次世界大战期间，美国在广岛和长崎投下的两颗原子弹，使幸存的孕妇先后生出了 60 名小头畸形的孩子，其中大部分人伴有明显的智力低下。这是孕妇受到离辐射而对胎儿带来不良影响的最明显的例子。一般说来凡是处于分裂期的细胞对射线都比较敏感，没有完全成熟的细胞比成熟细胞更易发生损害，生殖细胞是经常处在分裂阶段的细胞，因此更容易受损。体细胞若受到射线的损伤，其后果只限于患者本人，生殖细胞受损则可能影响到下一代，即引起遗传效应。较大剂量的射线可直接杀死卵巢中的卵子而造成绝育；较小的辐射量虽不足以杀灭卵子，但可使其中的遗传物质发生突变，引起遗传性状的差错，从而导致流产或胎儿畸形。

除了辐射剂量以外，另一个重要的因素是胎儿当时所处的孕期。对 2000 余例孕期遭受 X 线照射的孕妇进行的调查发现，妊娠最初 3 个月，尤其是最初 3~10 周，是一个十分危险的易感阶段。因为这时正是中枢神经系统、眼睛和造血系统在进行分裂、分化的关键时期，受照射后容易引起小头

畸形、先天性白内障、色素性视网膜炎、小眼球等畸形，孩子出生后发生儿童白血病的危险性也明显增加。若在怀孕 3 个月后，受到同样剂量的射线照射，畸形的发生率将明显减少，这时主要是影响骨骼生长和泌尿系统的发育。

因此，从预防保健的角度出发，如无特殊需要，孕期应尽量避免腹部受 X 线照射。如果身体其他部位要做 X 线检查，孕妇应将腹部妥善地加以保护好。非孕妇女若要进行 X 线检查，最好安排在月经后 10 天以内（即下一次排卵以前），若在排卵期以后作 X 线检查，则应采取有效的避孕措施，以免日后无休止的烦恼。

## 农药对孕妇有哪些危害

化学因素对胎儿的致死和致畸作用，已有许多惨痛的事实使人永志不忘。其中影响最大、后果最严重的化学品莫过于农药了。它包括杀虫剂、杀鼠剂、杀菌剂、除草剂、植物生长刺激素等。其中以有机杀虫剂的危害最大。70 年代中期，澳大利亚有人发现，每年 12 月到次年 2 月间怀孕妇女生产的无脑、脊柱裂等神经系统畸形的婴儿特别多，后来经过仔细调查发现，原来是和当时喷洒有机汞农药有关。另有资料表明，孕期反复接触 DDT（有机氯农药）可导致胎儿马蹄内翻足，先天性髋关节脱位，以及多指（趾）畸形；有机磷农药则可引起胎儿多指（趾）、唇裂、腭裂、脊柱裂、无脑儿，以及心血管和泌尿系统畸形。即使是非农业劳动的孕妇，也难免会食用经过农药喷洒的蔬菜和瓜果。而且这种畸形往往还

可以延续到第二代甚至第三代才表现出来，因此如何更换或限制这类有机农药的使用，是关系到千家万户和子孙万代的大事。

除农药以外，工业废水的污染也值得重视。1953年前后，日本九州水俣市一带出现一种引起人和猫四肢痉挛、手足畸形、终日疼痛不止的怪病，死亡率高达20%以上。经过多年的追踪调查，终于发现其罪魁祸首是一家化学公司在生产氯乙烯、聚氯乙烯和醋酸乙烯酯等的过程中，不断地把含汞的废水排入水俣湾，这些汞盐在海水中转变成甲基汞，鱼和贝类吃了含有甲基汞的浮游生物后，体内聚集了大量甲基汞，当人和猫食用这些鱼和贝类后可因汞中毒而致水俣病。到1977年为止，在所检查的4212人中，有1014人确诊为水俣病，死亡203例。在我国虽然尚未见大批汞中毒的事件报道，但近年来，随着国民经济的不断发展，三废污染的问题已日趋严重，为了保证我国的人口素质，为了下一代的健康，一定要加强三废的管理，制止环境受到进一步的污染。

## 孕妇如何安度盛夏

(1) 衣着凉爽宽大。孕妇最好选择真丝或棉织的衣料做贴身的内衣和内裤，轻软舒适，容易透湿吸汗，散发体温。衣着宜宽松，胸罩和腰带不宜束缚过紧，以免影响乳腺增生和胎儿的发育。

(2) 饮食新鲜多样。为了保证母体和胎儿的营养，孕妇在夏天要注意保持食欲，多吃新鲜蔬菜，如黄瓜、番茄、扁

豆、冬瓜等，多吃新鲜豆制品，多吃西瓜，常吃鸡肉丝、猪肉丝、蛋花、紫菜、香菇、麻菇等做成的汤，同时经常变换菜肴花样，既能增进食欲，又能满足孕妇需要的营养。

(3) 温水擦洗淋浴。孕妇皮肤的汗腺分泌增多，毛孔扩张，出汗较多，应该经常用温水擦洗或淋浴，以保持皮肤清洁，预防痱子或皮肤疖子。如用冷水洗浴，皮肤污垢不易消除，且孕妇受凉容易感冒，如用热水泡浴，高温会伤害胎儿正在发育的中枢神经系统，造成胎儿畸形。洗澡时要特别注意乳房及外阴的卫生，不要坐盆浴，以免污水流入阴道引起感染。

(4) 莫要过于贪凉。孕妇从高温中走入冷气较足的房间，不宜呆得过久，防止腹部受凉，乘凉时最好不要坐于风口，睡觉不能露天，躺卧也不能睡在水泥地的草席上，使用风扇时，不要直吹，风速宜和缓或将电扇摇头。此外，孕妇不宜冷饮，以免寒伤肠胃，影响胎儿。

(5) 保证睡眠休息。天热体力消耗较多，晚间又常因蚊子叮咬等因素睡眠不宁，孕妇就更易感到疲劳，所以要有一定时间的午睡，并注意工间休息。夏季孕妇过度劳累，容易中暑晕厥、胎动不安或流产早产。

(6) 心情愉快舒畅。俗话说：“心宁自然凉”。天热心情烦躁焦虑，会更觉热不可耐，这种情绪也会干扰子宫内胎儿生长的环境。相反，孕妇在炎热的季节中注意情绪的安静愉快，则心胸宽畅，能缓和酷热的不良刺激，有利于胎儿生长环境的安定平稳，也有利于胎儿神经的正常发育。

## 孕妇如何安全过冬

(1) 注意衣着和起居。冬季气温很低，且温度变化较大，呼吸道的抵抗力降低时，极易患风疹、流感、水痘、流行性腮腺炎等病毒性感染，这些疾病对胎儿危害极大。因此孕妇应采取积极的态度，做好保健工作，防患于未然。主要做法是注意衣着暖和，外出时更要防止着凉受寒，同时室内温度要尽可能保持稳定，避免温度变化太大，使身体抵抗力下降。冬季最好不要到剧院、商店等人多的公共场所去，以防止感染。当家中或单位中有人患病毒性疾病时，孕妇应注意避免和患者接触。

(2) 注意晒太阳。要经常开窗通风，以保持室内空气新鲜，但应避免大风吹孕妇，孕妇还应经常晒太阳，以便身体对钙、磷等重要元素的吸收和利用。天气好时，可到室外去走动，接触阳光；天气不好时，也可在室内有阳光的地方接受日光照射。冬季每天至少应晒太阳半小时以上。

(3) 谨防摔伤。我国北方冬季气温很低，地上常常结冰，孕妇身体笨重，行动不便，极易摔跤和扭伤。因此，结冰季节，孕妇尽量不要外出。外出时应特别小心谨慎，避开冰地，以防发生意外。

## 孕妇应常洗头洗澡

孕妇在怀孕期由于汗腺和皮腺分泌旺盛，头部的油性分

泌物增多，阴道的分泌物也增多，因此在孕期中应经常洗头洗澡，勤洗外阴、勤换内衣，以保持体表的清洁，促进周身血液循环和皮肤排泄功能，头部的油性物经清洗之后能保持头发清洁、光亮、柔软，全身清洁可促进血液循环，会阴部要坚持每天清洗，才能避免发生感染。

洗澡方式最好采用淋浴。这是因为淋浴可防止盆浴中传染病细菌带入阴道，产后才不易引起产褥感染及多种传染疾病。在淋浴中要注意别弯腰，尤其是妊娠期更应注意；要扶着墙边站稳，不要滑倒；最好是请别人擦澡；洗澡用水不要过冷过热，应保持在 34~35℃，洗澡时间不宜过长，以防出现晕厥的危险现象。洗澡时，浴室内会由于通风不良，空气混浊、温度高，特别是冬天有些人可能会生火取暖，这些都会降低空气中的氧气含量，再加上热水的刺激，使孕妇体内的血管扩张，这样血液流入躯干、四肢较多，进入大脑和胎盘的血液相对暂时减少，氧气的含量也会减少，而脑细胞对缺氧的耐受力很低，因此，不少的孕妇就会因此而发生昏倒。若孕妇洗澡时间过长，就会造成胎儿缺氧，胎儿脑缺氧时间如果过长，则会影响神经系统的生长发育，因此，孕妇一般要控制自己洗澡时间别超过 15 分钟，或以孕妇本身不出现头昏、胸闷为度。

## 孕妇睡眠多久为宜

妊娠期孕妇睡眠时间要比平时多 1~2 小时左右，最低也不要少于 8 小时。睡眠是恢复体力的主要方式，这是生理需

要，工作、休息是有规律的，白天从事各种工作，晚上应停止工作去睡眠，让体力、脑力得到恢复。如果睡眠不足，会引起疲劳过度，使身体抵抗力下降，不能对抗外来的细菌或病毒感染，从而发生各种疾病；睡眠时间的长短有个体的差异，有些人仅睡 5~6 小时即感到体力恢复，有的则需要更多的时间；正常成人一般需要 8 小时，而孕妇因身体各方面的变化，容易感到疲劳，故睡眠时间应比平时多 1 小时，最低不能少于 8 小时；怀孕 7~8 个月后，每天中午最好保证有 1 小时的午睡时间，但午睡要有个限度，如果午睡很长时间，反而会使晚上睡不着，影响了晚上的睡眠，午睡从几点睡到几点，最好有个安排，午睡的时间，最多不能超过 2 小时；有工作的孕妇睡不了午觉，在晚上就更需要多一些时间睡觉或在工作岗位上注意休息。

## 孕妇应采用何种睡眠姿势

有的孕妇仰卧睡眠时，会突然感到胸闷，喘不过气来，并且伴有头晕、恶心、呕吐等症状。而当体位改为侧卧时，这些症状就会很快消失。

妇女怀孕以后，由于胎儿在母体不断生长发育，为了满足和适应胎儿生长发育的需要，孕妇全身生理功能和解剖结构都会发生一些变化，尤以生殖系统中子宫的改变较为明显，子宫逐渐长大，子宫体由扁平衡变为圆柱状，在妊娠末期子宫体积可大到  $32 \times 24 \times 22$  厘米大小，其容量可增大至 3000~4000 毫升，子宫本身重量也可增加到 1000 克左右。经子宫

的血流量，在足月的时候，每分钟可达 500~700 毫升。偌大一个子宫，必然对周围脏器，包括心脏、肺脏、泌尿器官等有所推移或者压迫。

如孕妇采取仰卧位时，增大的子宫可以压迫其后面的腹主动脉，影响子宫动脉的血量，造成胎盘供血不足，直接影响胎儿的生长发育。若孕妇已患妊娠中毒症，本身已有胎盘血管痉挛，供血不足，对胎儿的生长发育就会有明显影响。如果孕妇再仰卧时，会进一步加重影响，甚至死胎。

仰卧时可压迫下腔静脉，使回流到心脏的血液量急剧减少，造成心搏出量减少，对全身各器官的供血量亦明显减少，产生胸闷、头晕、恶心、呕吐、血压下降等症状。心电图检查仅提示窦性心动过缓。如做坐位心电图检查时，则无异常情况发现。在临床上称为仰卧位低血压综合征。

仰卧位还能造成下肢及阴部静脉曲张、水肿，甚至溃破出血。所以孕妇以左侧卧位为好，左侧卧位可减轻向右侧旋转的子宫对右侧输尿管的压迫，降低右侧肾盂肾炎的发病，对孕妇及胎儿均极为有利。如果孕妇比较长时间的左侧髋部用枕头、毛毯等物垫塞，使骨盆向左倾，同样起到左侧卧位相同的效果。

# 优生与胎教、饮食、营养

## 什么是胎教

所谓胎教，就是从怀孕早期开始，尽可能改善孕妇体内外的各种环境，有意识地给予胎儿良好的刺激，防止不良因素对胎儿的影响，以期使孩子具有更好的先天素质，为出生后的健康成长打下一个良好的基础。由于胎儿在母亲肚子里逐渐长大，子宫的功能状态就构成了胎儿的环境，因此母亲的喜、怒、哀、乐以及营养、内分泌等变化都会对胎儿的生长发育带来很大的影响。

有人发现，如果事先把孕妇心跳的声音记录下来，当孩子出生后啼哭不止时，只要播放这种录音，便可使 87.6% 的小儿迅速安静下来，说明孩子在胎内已经习惯并记住了这种声调和频率，所以便能起到安抚的作用。通过仪器还可看到当手电筒的光线照射胎儿时，也会引起胎儿眨眼、手舞足蹈等反应，说明胎儿确实能接受来自周围环境中的并作出相应的反应。

一般说来，怀孕第 8 周时胎儿的皮肤便有了痛、痒的感觉，对皮肤进行刺激，能反过来促进脑的发育。

从怀孕第 4 个月起，胎儿已能听到子宫外的声音，当听到巨大的声响时，便会引起胎心增快、胎动剧烈。

怀孕第5个月起胎儿已出现了原始的记忆力，此时播放轻松的乐曲或按一定的顺序抚摸胎体，便能使胎儿安静下来。反之，如果听到刺耳的噪音，便会出现胎心增快等不愉快的反应。

从怀孕第7个月（或更早些）开始，胎儿常常喜欢把手指放在口中反复吸吮，当胎体受到刺激（如母亲的体位发生剧烈改变，子宫受到冲击）时，吸吮手指的动作会大大增强，因此有的婴儿刚生下来，手指上已出现了老茧。

从怀孕8个月起，胎儿能感受到母亲的喜、怒、哀、乐，并对此作出不同的反应。一旦子宫出现收缩或受到撞击时，胎儿会用脚猛踢子宫壁以示“反抗”。

在我国，早在古代就已经提出胎教的概念。近年来世界各国都在大力从事胎儿早期教育的研究。随着优生工作的不断深入，国内已有不少医疗和科研单位开展了这方面的研究工作，在不久的将来可望能得出一套简单、实用而且行之有效的胎教方法。

## 怎样进行胎教

胎教是产前保健的重要内容之一，它包括保持孕妇良好的身心健康，提高夫妇双方对音乐、语言、思想情操各方面的修养，避免外界环境中不良因素的刺激以及保证合理的营养等几个方面，其具体措施如下：

(1) 尽量创造一个舒适的环境。室内颜色调和，四周保持清洁，最好摆设有花卉、盆景，墙上挂着五官端正、活泼

可爱的小儿照片，尽量使孕妇保持心情愉快。避免收看（或收听）情节紧张的电视（或广播）节目。因孕期情绪波动或惊吓均可使肾上腺素分泌增加，减少子宫的血液流量，从而使胎儿受损。长期的情绪抑郁或愤怒可使肾上腺皮质激素增多，不仅会使胎儿体内蛋白质合成减少，而且还会造成兔唇、腭裂，甚至引起胎盘早期剥离而导致大出血。

(2) 利用怀孕 4 个月的胎儿已具备听、视和触觉的能力，进行早期教育。优美的音乐不仅能使孕妇分泌更多的乙酰胆碱等物质，改善子宫的血流量，从而促进胎儿的生长发育，而且还能使胎儿平稳。音乐的节律性振动对胎儿的脑发育也是一种良好的刺激，所以从妊娠 4 个月起便可于每天早晚将播放头（俗称喇叭）紧贴在孕妇腹部皮肤，响度以 70~80 分贝为宜，每次大约 15 分钟。

现已证明把手电筒紧贴在孕妇腹部皮肤，用闪烁的光线照射胎儿，来不断增强胎儿眼和脑之间的联系，对孩子今后视觉的发育很有裨益。

除此之外，经常抚摸胎体也有利于胎儿的智力发育。每天临睡以前，让孕妇平卧，全身放松，用双手从上而下，由中间向两侧反复抚摸胎体，然后对胎儿轻轻一按，这时胎儿往往会主动迎上来。也可轻轻拍摸胎体，然后轻按，每天坚持 5~10 分钟。通过抚摸能把触觉刺激传递给胎儿的大脑，反复的刺激能加强感受器与大脑的系统，从而产生更牢固的记忆。实践表明，这样的孩子出生后往往比一般的孩子更聪明。

孩子是父母共同的结晶，因此在进行胎教时，父亲也要积极参加，父亲的抚摸和协助，对母亲心理上也是一种安慰

和鼓舞，妻子对丈夫的关怀、体贴，会感到非常高兴，从而对孕妇的情绪会产生良好的影响。因此，丈夫的积极参与往往是使胎教能坚持不懈、持之以恒的重要因素。

## 剖腹产儿更聪明吗

近年来，常有一些年轻的孕妇要求施行剖腹产，她们认为自然分娩太痛苦，想干脆开一刀省事，更有些人认为剖腹产生出的孩子会聪明些。其实，这种想法是没有根据的。

俗话说：十月怀胎，一朝分娩。胎儿在母亲体内发育成长一般约需经历 280 天。在这 280 天的妊娠期中，母体子宫随着胎儿的发育在逐渐扩张。当胎儿发育成熟，适宜于体外生存时，在孕妇体内的多种生理变化及胎儿本身活动的相互促进、相互协调下，子宫便自发地开始收缩，直到胎儿娩出，这一段过程一般要 14~18 小时。这就是所谓的瓜熟蒂落，在医学上称为阴道式自然分娩。

在自然分娩过程中，胎儿在子宫有节律的收缩下通过产道，经受着被挤压和适应的过程，胎儿身体各个系统都要经历考验，特别是胎儿的肺脏得到锻炼，肺泡更富有弹性，容易扩张，为出生后的自主呼吸创造了有利条件。胎儿离开母体，一声啼哭，便开始自主呼吸，很自然地会适应外界环境。在严格的产前检查和正确的助产条件下，胎儿绝大多数能自然分娩，平安顺利地生下来。

如果发生特殊情况，如产前骨盆过分狭窄、子宫先兆破裂、软产道异常、宫缩乏力、胎位异常、严重的产出血以及

胎儿窘迫、脐带脱垂和体重估计超过 4000 克的巨大儿等，直接威胁到孕妇和胎儿的生命安全时，才不得不施行剖腹产手术。剖腹产手术本身并不是尽善尽美的。手术会造成创伤，如果加上麻醉药物的过敏、手术时的出血过多等，可能会发生意外的并发症，给产妇的健康带来较大的影响。剖腹产产妇的复原比自然分娩者要慢得多。从胎儿方面看，由于经手术而突然离开母体，没有经历产道这一适应过程，可能会发生肺透明膜综合症，出现呼吸困难。

有人翻查大量资料发现，古今中外有名的科学家、英才、杰出的领导人物，他们都不是通过剖腹产生出来的。此外，根据妇产科医生的大量观察、比较，也未发现剖腹产儿比较聪明的可靠依据。剖腹产儿和阴道自然分娩儿到学龄儿童时，在智力上并无差异。

总之，应该自然分娩还是剖腹产，得遵照医生的意见。

## 孕早期的营养需求

妊娠早期是胎儿从受精卵经分裂、着床、直至形成人体的阶段。胎儿的细胞分化、器官形成主要发生在孕早期。其中尤以人体最重要的器官——脑和神经系统的发育最为迅速。同时，孕早期也是孕妇体内发生适应性生理变化的时期。因此，这一时期的营养和膳食安排，对孕妇健康和胎儿发育都十分重要。

孕早期胎儿的发育迅速，至 12 周末，身长可达 7~9 厘米。孕早期孕母的生理变化主要表现在：随着胎盘的逐渐形

成和子宫的增大，约有半数妇女在此时期由于子宫内膜的变化和胎盘产生的激素的作用。胃肠平滑肌张力降低，活动减弱，导致食物在胃内停留过久，常在清晨起床后或饭后发生恶心、呕吐、食欲不振的现象，称为早孕反应。轻度呕吐一般于妊娠 12 周以后逐渐消失。呕吐严重者，可造成母体脱水或严重的后果。根据这一特点，孕早期的膳食应是营养全面、经过合理调配的平衡膳食。这时期既要防止由于强烈妊娠反应而引起的营养素缺乏，也要防止某些营养素摄入过多。具体要求如下：

**保证优质蛋白质的供给** 除母体生理变化需要蛋白质外，胚胎发育过程中也以一定速度贮存蛋白质。如妊娠 1 个月时，蛋白质的贮存速度为每日 0.6 克。由于早期胚胎缺乏合成氨基酸酶类，所需的氨基酸不能自身合成，全部需由母体供给。这时如蛋氨酸、缬氨酸、异亮氨酸摄入不足，可引起胎儿生长缓慢，身体过小；而色氨酸过多则可造成蛋白质、氨基酸供给不足而形成的胚胎畸变，是出生后不可恢复的。因此孕早期蛋白质的供应量应不低于非孕时的摄入量。同时选用容易消化、吸收、利用的优质蛋白质，如畜禽肉类、乳类、蛋类、鱼类及豆制品等。蛋白质应至少摄入 40 克/日（相当于粮食 200 克加鸡蛋 2 只和瘦肉 50 克），才能维持母体的蛋白质平衡。

**适当的能量供给** 孕早期基础代谢增加不明显，胚胎生长缓慢，母体体重、乳房和子宫等组织变化不太大，所以需要适当的能量。但胎盘仍需一部分能量以糖原形式贮存，随后以葡萄糖形式释放至胎儿血液循环，供胎儿使用。胎儿所

需的能量主要由胎盘以葡萄糖转形式提供，而对脂肪的氧化功能很差。故孕早期每天须摄取入 150 克以上的碳水化合物（约合粮食 200 克），以免因饥饿而使母体血中酮体蓄积，并积聚于羊水中，为胎儿所利用。有研究指出，胎儿利用酮体后将对大脑发育产生不良影响，使胎儿出生至 4 岁时的智商低于正常儿童。含碳水化合物的食物包括面粉、大米、玉米、小米、薯类、食糖等。

充足的无机盐、微量元素和维生素供给 胚胎早期锌缺乏可导致胎儿生长迟缓，骨骼和内脏畸形，还可使中枢神经细胞的丝分裂和分化受干扰，导致中枢神经系统畸形。孕早期铜摄入不足，也可导致胎儿骨骼、内脏畸形。富含锌、铜、铁、钙等矿物质的食物有畜禽肉类及内脏、核桃、芝麻等。乳类、豆类、海产品等含钙量丰富，也应注意摄取。孕早期妇女因代谢改变和妊娠反应，应有充足的维生素补充。孕妇如味觉异常，经常呕吐，要补充维生素 B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub> 和 B<sub>6</sub> 以及维生素 C。严重呕吐者应多食蔬菜、水果等碱性食物，以防止酸中毒。

孕早期每日的膳食构成 主食（大米、面）200~300 克，杂粮（小米、玉米、豆类等）25~50 克，蛋类（鸡蛋、鸭蛋等）50 克，牛乳 220 毫升，动物类食品（畜、禽、肉类及内脏、水产等）100~150 克，蔬菜（其中绿叶蔬菜占 2/3）200~400 克，水果 50~100 克，植物油 15~20 克。

此外，孕早期因妊娠反应，应少食多餐，熟调时注意清淡，避免过分油腻和刺激性强的食品。早孕反应较轻的一般不必治疗，如果影响进食时，可少量服用 B 族维生素。呕吐后即吃一些食物，尽量不要减少食物的摄入量。

## 孕中期的营养需求

孕中期是胎儿迅速发育的时期，这时孕妇体内发生一系列变化，妊娠反应减轻，食欲趋于好转，胃口开始大振。孕中期的膳食应根据这一特点进行安排。

孕中期的胎儿继续发育，已形成的器官虽未成熟，但有的已具有一定的功能。孕 20 周时，胎儿大脑细胞不再增加，但脑内磷脂含量和胆固醇含量迅速增加，脑重量继续增长；同时，神经细胞开始骨化；心脏肌肉开始收缩；肾、肝也逐步完成形态发育。到中期末，胎儿体重已达约 1000 克，每天平均增加 10 克左右。

孕妇本身的生理变化主要表现在体重急速增加，所增体重可占整个孕期体重增长的 60%。皮下脂肪达到的贮存量为总贮量的 70%。子宫、乳房增大明显。基础代谢有时可增加 10~20%。由于血浆体积的增长速度超过红细胞体积的增加，会出现妊娠生理性贫血。体内水分增多，肾功能、心脏和呼吸系统功能加强，孕妇体内的负担加重，同时还要开始进行蛋白质、脂肪、钙和铁等营养素的贮备，因此，营养素的供应特别重要。保证食品的营养质量，提高各种营养素的摄入量，应是孕中期膳食的主要特点。

**增加能量** 增加热量摄入有利于胎儿的生长发育和母体的生理代谢。但多数妇女怀孕后劳动强度减轻，因此，能量增加应因人而异，同时还应根据孕妇体重的增长情况，调整热能供给。体重的增加一般应控制在每周 0.3~0.5 千克。

**增加蛋白质** 孕中期要增加蛋白质的摄入量。世界卫生组织建议每日增加优质蛋白质 9 克，相当于牛乳 300 毫升或鸡蛋 2 个或瘦肉 50 克。如以植物性食品为主，则每日应增加蛋白质 15 克（相当于干黄豆 40 克或豆腐 200 克或豆腐干 75 克或主食 200 克）。中国建议的标准为每日增加蛋白质 15 克。动物蛋白以总蛋白质量的 1/2 为宜。

**注意矿物质和维生素的摄取** 我国孕妇的铁营养状况不佳，孕中期缺铁性贫血患病率达 30% 左右，因此，必须重视孕期增加铁的摄入量。由于植物性食物中铁的吸收和利用率很低，要鼓励孕妇经常食用动物肝脏、瘦肉和动物血等。药物铁剂的服用则应在医师指导下进行，因过量的铁元素摄取将影响锌的吸收利用。孕中期胎儿组织中钙、磷、锌、钾和镁等都在不断地贮存，但除钙元素外，一般都可从孕妇的膳食中获得。孕中期的妇女常在 20 周左右开始出现的小腿抽搐、容易出汗、惊醒等现象，常与膳食中缺钙有关。孕妇从妊娠 5 个月开始每日约贮存钙 200 毫克，故应增加钙的摄入量达每天 1000 毫克左右，可通过含丰富的食品如虾皮、牛乳、豆制品和绿叶菜等取得，也可服用钙片。维生素 B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub> 等也应随热量的增加而相应每日增加量各 0.7 毫克，维生素 C 为 20 毫克。此外，由于脂质是脑结构的重要原料，膳食中还必须供给适量的脂肪，包括饱和脂肪酸和不饱和脂肪酸，以满足此阶段胎儿大脑发育的需要。脂肪供给以占总能量的 20~25% 为宜。

**孕中期每日的膳食构成** 孕中期的食物品种应更加多样。为保证能量供给，要摄入足够的粮谷类食物，每日的膳

食组成应为：粮谷类 400~450 克，其中除大米、面粉外，还可选用杂粮，如小米、玉米、麦片等，因 B 族维生素和某些氨基酸等营养素在杂粮中含量丰富；肉、蛋、禽、鱼类等动物性食物或豆类及其制品 100 克，动物内脏（肝）50 克（每周 2~3 次），牛乳 220 毫升，蔬菜（绿叶菜 2/3，有时食用蘑菇、海带等）500 克，水果 100~200 克，植物油 25~40 克。

**增加餐次，食量适度** 孕中期每餐摄食量可因孕妇食欲增加而有所增加。但随妊娠进展和子宫增大，胃部常因受到挤压而在餐后出现饱胀感。这时可增加每日的餐次，分 4~5 次进食，每次食量适度。如盲目地吃得过多，会造成营养过剩，孕妇体重增加过多，出生的婴儿为肥胖体质，易患心血管方面疾病。此外，巨大儿（出生体重 4000 克）的新生儿死亡率几乎与小胎儿（出生体重小于 2500 克）相似。

**避免服用过量的补药和维生素制剂** 大剂量服用维生素 C 可干扰胎儿体内生理过程，造成对维生素 C 的信赖；过量服用维生素 B<sub>6</sub> 可使胎儿肝内产生诱导酶，导致出生后维生素 B<sub>6</sub> 摄入量降低时，婴儿产生抽搐症状。孕妇大量摄入维生素 K 可引起胎儿脑损伤和智力缺陷。过量维生素 A 和 D 都可引起中毒。因此，这类维生素制剂应在医师指导下服用。

## 孕晚期的营养需求

妊娠后期胎儿生长迅速，体重继续增长，在正常情况下如孕前、早、中期营养好，活动休息适宜，一般不发生不适反应。孕晚期膳食应根据这一特点安排。

孕晚期胎儿细胞体积增加迅速；大脑皮层发育和髓鞘化加快；肺部继续发育以适应产后血氧交换功能；皮下脂肪大量贮存，正常胎儿在 30 周时的体内贮脂量约为 80 克，到 40 周时可达 440 克，因而胎儿体重剧增。

母体由于子宫增大，可引起胃部食物容量减少并易便秘。孕期 32~36 周时，血容量增长达到高峰，血液脂质水平进一步提高，孕酮与雌激素的作用和基础代谢进一步增强。部分孕妇常因体重增加过快、身体各器官如心脏、肾脏和肝脏的功能不能适应，而出现轻度高血压，约 5% 的孕妇可出现重度高血压、水肿和蛋白尿。孕晚期的膳食营养供给最好从副食中得到满足。尤应注意增加蛋白质和钙、铁等营养素的供给。

**更应注意优质蛋白质的摄入** 孕晚期母体子宫、乳房和胎盘增大，蛋白质约需贮留 375 克，是贮留最多的时期。胎儿体重由 28 周的 1000 克增至 40 周的 3000 克左右，其蛋白质贮留也是最多的时期。为此建议孕晚期蛋白质供给量在原有基础上每日增加 25 克。

**能量供给** 一般应不低于孕中期的供给量。但至孕晚期的最后两星期应适当限制脂肪和碳水化合物等热能摄取，以免胎儿长期得过大，影响分娩。

**矿物质和维生素供给** 孕晚期胎儿肝脏以每日 5 毫克的速度贮存铁，至出生时贮存量可达 300~400 毫克。如孕妇铁摄入量不足，可影响胎儿体内铁的贮存，产后易患缺铁性贫血。妊娠晚期钙的需要量显著增加，除母体的钙贮备量增加外，胎儿体内的钙一半以上是在最后 2 个月贮存的。中国营养学会推荐的钙供给量标准为每日 1500 毫克。

**少食多餐，注意饮食选择** 孕晚期由于胎儿增长、子宫压迫胃部，孕妇的食量反而减少，往往吃较少的食物就有饱胀感，但实际并未能满足机体营养素的需要。因此这时期的膳食组织应选择体积小，营养价值高的食物，如动物性食品等，减少营养价值低而体积大的食物，如马铃薯、甘薯等。对一些纯热能食物如白糖、蜂蜜等甜食宜少吃或不吃，以防降低食欲，影响蛋白质等营养素的摄入。

孕妇餐次每日可增至 5 餐以上，以少食多餐为原则。

**孕晚期的每日膳食构成** 一日的膳食组成可在孕中期膳食组成的基础上再增加 50 克禽肉、鱼、蛋，或 220 毫升牛乳或豆浆等。食盐用量应适当控制，有水肿的孕妇食盐量限制在每日 5 克以下。此外，还应避免辛辣、酒等刺激性食物。

## 孕妇应多吃含铁食物

平常大多数妇女在每个月的月经中不断地丢失铁，故她们在饮食中需要补铁；虽然怀孕后月经停止了，但体内铁的储存量已较低了。孕妇在妊娠期的激素作用下能增加对铁的吸收，重新使体内铁含量恢复正常。如果一切发展都是随心所欲，那么孕妇体内铁的含量是足够的；在正常的营养状态下，可以相信人体具有主动增加吸收以补充所需铁的功能，但并不一定能补足孕前的失血（主要是指经血）和孕期中孕妇和胎儿的需要。因此，需要通过饮食来适当地补充体内所需的铁，有一半以上的孕妇腹中的胎儿需要的铁是通过这个途径得到的。

摄入足量的维生素 C 能增强人体从饮食中吸收铁的能力

力，平常只要多吃桔汁、葡萄汁、蕃茄汁即可满足人体对维生素 C 摄入量的需求；但多种维生素片剂所含的铁一般不能满足体内的需要，因此，孕妇最好是服单一的含铁片剂，但这需在医生指导下服用。含铁丰富的食物有猪肝、蛋黄、瘦肉和绿叶蔬菜、胡萝卜、红枣、花生、哈蜊、虾米等。

## 孕妇应多吃含钙食物

胎儿骨组织的生长和发育及母体的生理代谢，均需大量的钙，钙是构成牙齿和骨骼的主要材料，婴儿的大部分乳牙实际上在胎儿 5~6 个月时就已经开始钙化，所以，妊娠后钙的需要量增加，胎儿所需的钙是从母体取得，即使母体缺钙时，胎儿仍然要从母体吸收定量的钙，母体缺钙若没能得到补充，严重时母体骨骼和牙齿就会脱落，引起腰痛、腿痛、骨头痛、手足抽搐及牙齿脱落等，甚至导致骨质软化症，骨盆变形，造成难产。胎儿缺钙导致胎儿骨骼发育不良，引起先天性佝偻病。因此，孕妇必须在怀孕时就开始注意供给充分的钙，以防止婴儿软骨病，要多吃含钙丰富的食物。

含钙较多的食物有小鱼、海带、牛奶、奶制品、豆制品、芝麻酱、虾米皮等，这些都易于被人体吸收；有时也可吃些钙片，如乳酸钙、葡萄糖酸钙可以服用，但一般还是以从食物中来获取为宜。

## 孕妇偏食害处多

孕妇偏食一般指偏吃素食，素食大多是指那些来自植物

界的食品，这些食品虽含有较多的维生素等营养物质，但却普遍缺少一种被称为牛黄酸的营养成份；对妇来说，更是不可缺少。临床发现，缺乏牛黄酸营养出生的新生儿均患有严重的视网膜退化症，个别的甚至导致失明。可见牛黄酸对儿童的视力有着不可忽视的影响。

由于动物性食物大多含有一定量的牛黄酸，再加上人体自身亦能合成少量的牛黄酸，因此，正常饮食的人不会出现牛黄酸的缺乏。但对于孕妇来说则不然，她的需要量比平时要增大较多，此时自身合成牛黄酸的能力又有限，因此，从外界增加摄取一定数量的牛黄酸就十分必要了。含牛黄酸的食物较多，如鲜肉、禽蛋、牛奶、小虾等食品。

## 孕妇不宜喝咖啡

对正常人来说，偶尔喝杯咖啡换换口味未尝不可，况且咖啡可以提神醒脑、减轻疲劳感。但是长期过量饮用，大多数会患失眠症，并可增加胰腺癌的发病率。长期饮用咖啡，还可使心跳节律加快，血压升高，并易患心脏病。咖啡中的咖啡碱，还有破坏维生素 B<sub>1</sub> 的作用，以致缺乏维生素 B<sub>1</sub>，出现烦躁、容易疲劳、记忆力减退、食欲下降及便秘等；严重的可发生神经组织损伤（如多发性神经炎）、心脏损伤（心脏扩大，心跳减慢）、肌肉组织损伤（萎缩）及浮肿。对于怀孕妇女来说，如果嗜好咖啡，危害更甚。欧洲有关孕妇服用过量咖啡导致婴儿损伤甚至流产的病例不胜枚举。经过研究，专家们认为，每天喝 8 杯以上咖啡的孕妇，他们生产的婴儿没

有正常婴儿活泼，肌肉发育也不够健壮。因此，孕妇不要喝咖啡。

## 孕妇不宜饮酒

妇女酗酒在西方国家较为多见，在我国相对较少，但随着我国对外开放，妇女喝酒大有人在。但是妇女在怀孕期喝酒是禁忌的，因为酒中乙醇成分可以损害生殖细胞，对于胚胎和胎儿的危害是很大的。

酒的成分主要是乙醇，即酒精。孕妇饮酒后，酒精就会通过胎盘进入胎儿体内，造成胎儿生理功能上的种种缺隐，其危害主要表现在：（1）大量饮酒可导致流产或死胎，存活下来的胎儿，也容易发生某些疾病。（2）饮酒孕妇所生的婴儿智力发育不良，智力低下者占存活儿童的44%。（3）细微动作障碍；若孕期大量饮酒，其孩子出生后，可能会出现颤抖、烦躁不安，这种情况可持续几个月，甚至是几年，也可能是永久性的。（4）饮酒孕妇所生的孩子，其头面部分往往有自己的特征，如小眼睛、短眼缝、眼角向下、眼睑下垂、内眦皱裂，严重者可伴有白内障和视网膜色素异常。（5）容易造成胎儿肢体的改变，常见的有小关节畸形、先天性髓关节脱位或伸展不良、肘关节伸直受限等等。（6）造成胎儿的心脏畸形，如房间隔缺损、室间隔缺损及其它心血管畸形。（7）会使胎儿出现大阴唇发育不良、皮肤血管瘤、黑色素病、横膈异常等。总之，孕妇在孕期喝酒，孩子出生后就会常出现所谓“胎儿酒精综合症”因此，妇女在怀孕前一个月，就不要

喝酒了；若已经怀孕了，则应绝对禁酒。

由此可见，孕妇饮酒对后代的健康和智力发育危害颇大。于是人们会问：究竟该从哪些方面杜绝这种危害呢

(1) 从妊娠前数月就开始忌酒。平时养成不饮酒的习惯更好。

(2) 妊娠早期不饮酒，这时即使中度地饮酒，也会导致胎儿生长和形态改变。

(3) 哺乳期的母亲也不应喝酒。因酒精会直接进入乳汁而被婴儿吸收。使婴儿出现昏睡等酒精中毒症状。

(4) 新婚期的男子同样不应纵酒。我国古医书就有训戒：“酒后不入室”，否则“有误子嗣”。由于以周末、节日定为结婚日的为多，而有些人又喜欢痛饮一番，导致精子中毒，一旦受精卵发育成胚胎后，会造成不良后果，人们称之为“星期日婴儿”（指星期日受精发育成的婴儿）。

孕妇饮酒多少会影响胎儿？目前说法尚不一致，这就要求以预防为好，不饮为妙。如果有的妇女长期饮且酒量较大，在戒酒时尚需注意方法，即逐渐减量。这样可以避免发生对身体不适的“戒断症状”。

## 孕妇进补禁忌

中医认为，妊娠后月经停闭，脏腑经络之血皆注于冲任以养胎，母体全身处于阴血偏虚、阴气相对偏盛的状态。古代医学曾把孕妇的主要生理变化概括为“阳常有余，阴常不足”，“气常有余，血常不足”，因此容易出现“胎儿”。

(1) 慎用人参。人参属大补元气之品，妇女怀孕后久服或用量过大，就会使气盛阴耗，阴虚则火旺，即“气有余，便是火”。名医李时珍在明代就指出：“人参甘温助气，气属阳，阳旺则阴愈消”。说明服人参不当，易致阴虚阳亢。美国有位医生，曾对 100 多名服人参 1 个月以上的人进行了观察，发现大多数人出现兴奋激动，烦躁失眠，咽喉干痛刺激感和血压升高等不良反应。他把这种现象称为“人参滥用综合征”，认为其发生机理可能与神经、内分泌功能受到扰乱有关。从中医角度看，这些不良反应其实就是阴虚火旺的表现。此外，服用人参过多可产生抗利尿作用，易引起水肿。可见，孕妇滥用人参，容易加重妊娠呕吐、水肿和高血压等现象，也可促使阴道出血而导致流产。

从胎儿来看，胎儿对人参的耐受性很低，孕妇服用过量人参有造成死胎的危险。有位妇女怀孕 1 个多月后常服人参，两周后出现心悸、胸闷、头痛、失眠、鼻腔流血和下肢浮肿等症状，继而阴道出血，待到 4 个月后经妇产科检查，胎儿已死亡。所以孕妇不可滥用人参。

(2) 禁用温热壮阳之品。鹿茸、鹿角胶、胡桃肉、胎盘等属温补助阳之品，会滋生内热、耗伤阴津，孕妇也不要服用。如果确属病情需要，也应在医生指导下服用。孕妇可本着“产前宜凉”的原则，酌情选用清补、平补品。

(3) 孕妇忌多吃山楂。大部分妇女怀孕后在妊娠反应，而且爱吃酸甜之类的东西。但要注意的是山楂果及其制品，孕妇以不吃为宜。现代医学临床证实：山楂对妇女子宫有收缩作用，如果孕妇大量食用山楂食品，就会刺激子宫收缩，甚

至导致流产。因此，孕妇多吃山楂是不适宜的。

(4) 孕妇忌吃黄芪炖鸡。孕妇，尤其是要临产的孕妇，吃黄芪炖鸡后，不少人引起过期妊娠，胎儿过大而造成难产。不得不用会阴侧切、产钳助产，甚至剖宫来帮助生产，给孕妇带来痛苦，同时也有可能损伤胎儿。孕妇食用黄芪炖母鸡造成难产，是由于黄芪有益气、升提、固涩作用，干扰了妊娠晚期胎儿正常下降的生理规律。黄芪有“助气壮筋骨、长肉补血”功用，加上母鸡本身是高蛋白食品，两者起滋补协同作用，使胎儿骨肉发育生长过猛，造成难产。黄芪有利尿作用，通过利尿，羊水相对减少，以致延长产程。

(5) 孕妇忌吃糯米甜酒。在我国许多地方，都有给孕妇吃糯米甜酒的习惯，并错误地认为，糯米甜酒是“补母体，壮胎儿”之物。这种说法是没有科学根据的，相反，会造成胎儿畸形。糯米甜酒和一般酒一样，都含有一定比例的酒精。与普遍白酒不同之处是，糯米甜酒含酒精的浓度不如烈性酒高。但即使是微量酒精，也可以毫无阻拦地通过胎盘进入胎儿体内，使胎儿大脑细胞的分裂受到阻碍，导致其发育不全，并可造成中枢神经系统发育障碍，而形成智力低下和造成胎儿某些器官畸形，如小头、小眼、下巴短，甚至可发生心脏和四肢畸形。

## 为何孕妇不宜吃罐头食品

常见孕妇抱着水果及其他各种罐头吃，这是不妥当的。因为，为延长水果或罐头内食物的保存期，罐头都加入了防腐

剂。另外，为了色佳味美，加进了一定量的添加剂，如人工合成色素、香精、甜味剂等，这些物质在允许标准范围内对人体健康影响不大，但过多连续服用也会产生积蓄，带来副作用，这对孕妇，尤其是对胎儿发育不利，因为胎儿处在形成时期，各器官对一些有毒化学物质的解毒功能还未健全，所以受到损害更大。同时，母体在摄入较多防腐剂后，体内各种代谢过程和酶的活性会受到影响，从而波及胎儿。

从营养学角度看，罐头食品在生产过程经过高热蒸煮杀菌的工序，使这类食品，尤其是水果、蔬菜类的营养成分有很大损失。因此，在孕妇超出日常营养素需要量时期，还是以多吃新鲜食品来增加营养素摄入量为好。为了母体和胎儿的健康，妊娠期间不宜多吃罐头食品。

## 为何孕妇不能多食酸性食物

一般来说，妇女在怀孕初期，常会出现恶心、呕吐等反应，而我国民间历来有用酸性食物来缓解孕期呕吐的做法，甚至有用酸性药物止呕的做法。这些方法是不可取的。

近年来，国外研究指出，酸性食物和药物是导致胎儿畸形的元凶之一。研究人员分别测定了不同时期胎儿组织和母体血液的酸碱度，认为在妊娠的最初半个月左右，不食或少食酸性食物或含酸性的药物（如维生素C、阿司匹林等）为佳。因为大量的酸性食品，可使体内碱度下降，容易引起疲乏、无力。长时间的酸性条件下的体质，不仅容易使母体罹患某些疾病，更重要的是会因此而影响胎儿正常、健康地生长发育，

甚至可导致胎儿畸形。因此，孕妇不宜过多食用酸性食物。

## 为何孕妇忌多吃油条

在美国长岛地区，长期流行着一种震颤麻痹性神经系统疾病，后经过科学家试验，发现当地土壤中含铝的成分高得惊人。又有人用含铝高的饲料喂养动物或直接把铝注入猫的脑内，结果这些动物都变成了痴呆。也有科学家解剖了一些因痴呆而死亡的病人，同样发现其大脑中含有高浓度的铝元素，最高者可达正常人的 30 倍以上。由此判断铝的超量对人的大脑是极为不利的。

在油条的制作时，须加入一定量明矾，而明矾正是一种含铝的无机物。炸油条时，每 500 克面粉就要用 15 克明矾，也就是说，如果孕妇每天吃两根油条，就等于吃了 3 克明矾，这样天天积蓄起来，其摄入的铝相当惊人了。这些明矾所含铝通过胎盘，侵入胎儿的大脑，会使其形成大脑障碍，增加痴呆儿的几率。

## 为何孕妇忌过食鱼肝油和含钙食品

有些孕妇为了使胎儿健康活泼，盲目地大量服用鱼肝油和钙质食品。这样对体内胎儿的生长是很不利的。因为长期大量食用鱼肝油和钙质食品，会引起食欲减退、皮肤发痒、毛发脱落、感觉过敏、眼球突出，血中凝血酶原不足及维生素 C 代谢障碍等。同时，血中钙浓度过高，会出现肌肉软弱无力、

呕吐和心律失常等，这些对胎儿生长都是没有好处的。有的胎儿生下时已萌出牙齿，一个可能是由于婴儿早熟的缘故；另一个可能是由于孕妇在妊娠期间，大量服用维生素 A 和钙制剂或含钙质的食品，使胎儿的牙滤泡在宫内过早钙化而萌出。因此，孕妇不要随意服用过量鱼肝油和钙制剂。如果因治病需要，应按医嘱服用。

## 为何孕妇忌吃热性香料

八角茴香、小茴香、花椒、胡椒、桂皮、五香粉、辣椒粉等热性香料都是调味品，但孕妇食用的这些热性香料其性大热且具有刺激性，很容易消耗肠道水分，使胃肠腺体分泌减少，造成肠道干燥、便秘或粪石梗阻。肠道发生秘结后，孕妇必然用力屏气解便，这样就引起腹压增大，压迫子宫内的胎儿，易造成胎动不安、胎儿发育畸形、羊水早破、自然流产、早产等不良后果。所以，孕妇不宜吃热性香料。

## 为何孕妇忌多吃冷饮

孕妇在怀孕期，胃肠对冷的刺激非常敏感。多吃冷饮能使胃肠血管突然收缩，胃液分泌减少，消化功能降低，从而引起食欲不振、消化不良、腹泻，甚至引起胃部痉挛，出现剧烈腹痛现象。

孕妇的鼻、咽、气管等呼吸道粘膜往往充血并伴有水肿，如果大量含食冷饮，充血的血管突然收缩，血液减少，可致

局部抵抗力降低，使潜伏在咽喉、气管、鼻腔里的细菌与病毒乘机而入，引起嗓子痛哑、咳嗽、头痛等，严重时能引起上呼吸道感染或诱发扁桃体炎。

研究发现，胎儿对冷的刺激也很敏感，当孕妇喝冷饮时，胎儿会在子宫内躁动不安，胎动变得频繁。因此，孕妇吃冷饮一定要有所节制。

# 育儿常识

## 新生儿出世后有哪些变化

我们知道，胎儿在母体内的生活是一种寄居生活，胎儿的营养、呼吸、排泄等新陈代谢机能都是通过母体来实现的。母亲执行着促进胎儿成长的全部职能。胎儿出生后，开始与外界环境发生关系，他必须独立地进行生理活动，这种新的矛盾引起了婴儿主体适应客观现实，独立调节自身行为的需要。

出生前，胎儿和母亲虽然各自都有各自的循环系统，都有自己的心搏，但是，胎儿的血液并不是通过自体循环来净化的，而是通过脐带把用过的血液送往胎盘，再把干净的血液输回给自己。出生后，婴儿必须通过自己的循环系统来完成这项功能。因此，他的循环系统要发生很大的变化，心跳会加快，而且不规则，血压大约要到10天以后才能稳定下来。

胎儿的脐带还可为自身输送所需要的氧气，排出二氧化碳。出生后，婴儿对氧气的需要量大为增加，而且必须要靠自己来获得。从他呼吸的第一口气起，脐带的活动就很快停止。如果一个新生儿生后1~2分钟内还没有开始呼吸，那他肯定有问题，如果出生后5分钟还没开始呼吸，那这个孩子将会由于脑缺氧而引起终身大脑损伤后遗症。婴儿最初的呼

吸又快又浅，有时还伴有喷嚏、咳嗽，竭尽全力清除肺部的羊水和粘液。

在胎内，胎儿通过脐带从母亲那儿带来养料，又把自己体内的废物带走。出生后，必须依靠外来的养料和自己的消化系统来吸取营养，排泄废物。婴儿生来就具有强烈的吸吮反射，能够吸吮乳汁，并具有消化乳汁的功能。

胎儿在母体内如同生活在温水中，对气温的变化反应比较迟钝。出生后，就必须通过自身的体温调节来适应外界的气温变化。这种能力对他的生存具有重要作用。幸好，胎儿在最后两个月中形成的脂肪层能使足月健康的婴儿调节体温。缺少这种脂肪是早产儿的最大危险之一。但是新生儿的体温调节功能仍然不够成熟，因此，他们的体温调节要比年长儿困难。

出生时的婴儿，大脑皮层的发育尚未完全成熟，它们最初的行为主要是依靠皮层下中枢实现的无条件反射来保证它的内部器官和外部环境的最初适应。婴儿出生后，某些感觉能力如视、听、触、温度和味觉已敏锐，但是某些感觉能力如嗅觉、痛觉都要过一些时候才能成熟。随着大脑皮层的日渐成熟，在外界环境的不断刺激下，许多无条件反射逐渐消失，而条件反射作用逐渐形成，这就标志着儿童心理的发生。

在人的一生中，出生第1天对他的生存最重要。随着时间的推移，他获得健康生活的可能性就越来越大。足月的健康新生儿一般在最初2个星期就能适应出生后的生活，但是，早产儿则需要更长的时间才能完成这些关键性的适应。

## 新生儿的发育有哪些特点

**身长：**正常足月新生儿出生时身长在 47~52 厘米之间。

**体重：**正常新生儿出生体重应在 2500 克以上，通常为 3000 克左右，若体重为 2500 克或不足 2500 克，则为“未成熟儿”或“低出生体重儿”，需采取特殊护理措施。

**头围：**新生儿出生时头围约为 34 厘米。

**胸围：**一般新生儿的胸围比头围小 1~2 厘米，约为 31~33 厘米，胸廓前后径相等呈桶形。

**头部：**新生儿头颅较大，头长约占身长的 1/4，头围 34 厘米左右，头发细软清晰，头部一般呈椭圆形，在胎儿头部先露出的部位，往往出现皮下组织水肿，形成一个包，叫产瘤。这是由于胎头在分娩过程中，在产道受压迫引起的。第一胎婴儿或年龄大的母亲所生的婴儿，其椭圆形更为明显。由于可以自然地长好，所以不必特意去注意枕头的枕法，一般在这时候以不睡枕头为好。新生儿的颅骨之间还没有接合，由于分娩过程中受产道的挤压，所以刚出生时，颅缝可能分裂或颅骨边缘重叠。在抚摸婴儿头顶部时，可发现头顶上有一块没有骨头软乎乎有跳动感的地方，这就是前囟门，呈菱形，约为 2.5 厘米见方，一般要到小儿 18 个月时才能完全闭合。囟门部位缺乏硬的骨头保护，所以要防止尖硬的东西碰撞，但可以摸，可以洗。

**面部：**新生儿脸好像有些肿，特别是眼睑部较明显，这是由于出生之前胎头下垂，以及出生后药物点眼时拨动眼睑

而引起的，一般数日后就会逐渐变得可爱了。眼部常有眼屎，可用抗生素眼药点眼，有时眼睛会睁开，球结膜可能充血或有小点状出血，一般在数日后会自行消失。鼻孔常被粘液阻塞，须及时吸出，但要注意，不能用较硬的东西为孩子挖鼻孔。由于产道挤压，刚出生的小儿看上去好像是塌鼻梁，父母不必担心，随着年龄的增长会自然高起来的。

**生殖器：**男婴的阴茎大小不等，龟头和包皮可有松弛粘连，往往有轻度鞘膜积水，睾丸已降至阴囊，阴囊已出现较多皱褶。女婴的小阴唇相对较大，大阴唇的发育基本完善，已能遮盖小阴唇。处女膜微突出，有少量粘液性分泌物，肛门发育正常，骶尾部略凹。

**排便：**正常新生儿在生后第1天就排尿，偶在第2天排尿。若生后两天仍无尿，多为疾病所致，应作进一步检查。最初，由于吃得很少，尿量不多，一般第1天尿两、三次，第2天以后每天四、五次，1周后，随着哺乳量增多，排尿多达十几次。最初的尿液透明，微带黄色，如果看到排出砖红色的尿也不必担心，这是因为尿酸盐引起的，这时可多给孩子喝些水，过几天就会好的。

新生儿出生后12小时内即开始排出粪便，呈深绿色或棕黑色粘稠糊状，这叫胎便。它是胎儿在宫内吞入羊水中胎毛、胎脂、剥脱的上皮细胞、肠道分泌液及胆汁等混合而成的，无臭味，在生后第1天排出的完全是胎便，以后随着哺乳，转为过渡性粪便，逐渐黄色。一般胎便于3~4天内排尽。若出生后24小时尚不见胎便排出，应检查婴儿肛门、腹部，看看有无肛门闭锁（先天性无肛）或其他异常如巨结肠等。

## 如何保护好新生儿脐带

脐带是母亲供给胎儿营养和氧气以及胎儿排泄废物的通道。小儿出生后，就将脐带在离肚脐1~2厘米处予以结扎、切断。正常的脐带，由于刚从胎内羊水中出来，所以生后头几个小时有潮湿的感觉，但不流水，呈蓝色并且发亮。以后由于脐血管坏死和空气的风干，脐带逐渐变得干瘪，最后成为实性的黑色条索。在3~7天以内，就在脐带与脐部皮肤的交界处脱落。在脐带脱落后1~2天内，脐窝可以稍湿，如果脐窝周围皮肤发红，脐窝或脐带根部有脓性分泌物且伴有臭味，说明已经出现了炎症反应，因此，新生儿出生后24小时，就应该打开纱布看看脐带是否正常，然后用棉签蘸酒精在脐根部及周围进行消毒，如果较湿，再涂以2%龙胆紫，使其干燥。在保持脐带干净，不受大、小便浸泡的情况下，24小时以后就可以去掉纱布，将脐带暴露。以后每日用酒精处理，直到脐带脱落。

## 怎样保护新生儿皮肤

健康新生儿的皮肤娇嫩呈粉红色（刚出生时为暗红色或微紫，一旦建立呼吸、保暖后就转为红色），皮下脂肪丰富。初生时，皮肤表面有一层灰白色胎脂覆盖着，这是由皮脂腺的分泌物和脱落的表皮形成的，具有保护皮肤、防止感染及保暖的作用，生后数小时开始逐渐被皮肤吸收，不必洗去。但

耳后、头皮、腋下及其他皱褶处的胎脂可在生后 6 小时左右用消毒的植物油轻轻擦掉。足月儿胎毛不多，仅在肩部或额面、背底部可见。头发可多可少，未成熟儿胎毛较多。

另外，大部分新生儿在生后第 2~5 天渐渐出现皮肤黄染，先见于面、颈部，重者遍及躯干四肢，同时眼巩膜也黄染，一般生后 1 周达高峰，7~10 日渐消退。这属于新生儿生理性黄疸，可不必处理。随着黄疸的消退，皮肤可有轻度脱屑，由于新生儿皮肤对外界环境的适应能力较弱，所以应注意护理。

(1) 新生儿大便后，可用棉球蘸消毒油脂拭净臀部，皮肤皱褶处，可用棉球吸去水分，不要擦拭。

(2) 出生后 3~5 天，胎脂去净后，即可用温水洗澡。注意选用皂质柔和无刺激的婴儿皂，切不要用肥皂。洗后，必须用水冲洗泡沫，并擦干皮肤。

(3) 不要给新生儿皮肤涂油脂，以免堵塞皮脂腺的毛孔和汗孔，影响新生儿皮肤的排泄功能，也影响皮肤的散热。炎热季节可给新生儿扑小儿痱子粉。

(4) 新生儿内衣、被单、尿布等，均以用细软的旧棉布制作为宜，不要用人造纤维及羊毛制品，以免引起过敏。

## 为什么有些新生儿乳房会肿胀

新生儿出生一周后，有的（无论男女）会出现两侧乳房肿大现象，到十多天后最为明显，不论男女均可能有此现象，有的还有少许乳汁分泌，经 2~3 周后逐渐消退而恢复原

状。这是怎么回事呢？

其实这是一种正常的生理现象。原来，在孩子刚出生时，体内都有一定数量的来自母体的雌激素、孕激素和催乳激素，而雌激素与孕激素在一定程度上起着抑制催乳激素的作用。母亲在妊娠末期，雌激素和孕激素可通过胎盘传给胎儿，使乳腺肿大。新生儿离开了母体，体内的雌激素和孕激素很快消失，但催乳激素却能维持较长时间，而又失去了被抑制的因素，于是就促使新生儿分泌出一些奶汁来，量很少，大约1~2毫升。这种情况大约要经过6周，当催乳激素降低至很低水平时才会终止。

新生儿乳腺肿大一般不需要治疗，更不要用手去挤或搓揉，以免引起继发感染，但要注意观察。如果乳腺从出生几天后逐渐肿大，发展成蚕豆大小，10天左右逐渐缩小，2~3周后恢复正常，即为生理现象。如果发现新生儿的乳腺肿大不对称，一大一小，抚摸时有波动的感觉，甚至伴有发红或局部发热等情况，很可能是化脓性乳腺炎，应及时请医生诊治。

## 新生儿为什么体重会下降

新生儿出生后最初几天，体重不是上升而是下降，出生后第3~4天，下降到最低点。比出生时体重约轻9%左右，7~10天恢复到出生时之体重。以后则迅速增长。这种体重下降在医学上叫“生理性体重下降”。早产儿生理性体重下降持续时间还要长，约要2~3周才能恢复到出生时之体重。出现

这种现象的原因大致如下：

(1) 孩子出生后要排出胎粪和小便，还会吐出一些出生过程中吸入的羊水。

(2) 通过肺呼吸和皮肤排汗也会散发一些水分。

(3) 刚出生的新生儿食量较小，母亲授乳量往往不足，因此就造成了体重下降。

产程过长或初产的小儿，其体重的下降较多，环境温度过低或过热，也会增加体重下降的程度。失水过多时还会有发热。只要哺乳适当，生理性体重下降一般在生后 7~10 天内即可逐渐恢复到出生时的体重。如果恢复得较晚，或体重下降得过多（一般生理性体重下降不超过 10%），则应考虑可能有病理原因，如饮食不足、吐奶、稀便或其它新生儿疾病，应及时找医生咨询。

现在认为，出生后合理的护理和喂养，早开奶，几乎可以避免体重下降。

## 为什么女婴会出现假月经

有的父母在给初生 5~7 天后的女婴换尿布时，可能发现阴道有血性分泌物。这是新生儿的一种生理现象，又称“假月经”。它是怎样引起的呢？

这是由于：新生儿受性激素影响（雌激素通过胎盘进入胎儿体内），女性新生儿子宫内膜、阴道上皮细胞增生，出生后，由于母体停止供应雌激素，女婴体内雌激素浓度也随之急剧下降，5~7 天后含量已降至很低的程度，雌激素对生殖

细胞增殖、充血的影响也随之中断。于是，女婴子宫内膜及阴道上皮脱落，致使女婴从阴道内排出少量血液和一些分泌物。由于出血量很少，因此可以听其自然，不需找医生治疗，一般过2~3天后即可自行消失。可用消毒纱布或棉签轻轻拭去。但不可局部贴敷料或敷药，这样反而会引起刺激、感染。如果阴道出血量较多，持续的时间又较长，应考虑是否为新生儿出血性疾病，须及时请医生诊治。

## 怎样护理早产儿

早产儿因为身体各器官发育不成熟，生活能力低，护理困难，故死亡率很高。因此，必须精心护理早产儿，以便安全渡过这一关。在护理时注意以下几点：

(1) 注意保暖。早产儿产热不足，体温调节能力低，较容易受外界环境温度的影响，故早产儿的体温十分重要，力求温度恒定、适宜，温度也需适当。体重一千~一千五百克的早产儿，室内温度要保持在34~35℃，湿度为70%；一千八百~二千克的早产儿，室内温度要保持在30~32℃，湿度为60%；二千五百~三千克的早产儿，室内温度要25~27℃，湿度为60%。早产儿最好穿柔软干燥、保暖较好的衣服，戴上帽子，再用棉被包好，在棉衣和棉被之间放上热水袋，其温度可根据早产儿的外观表现和体温进行调节。体温最好每4~6小时测一次，记录下来，以观察小儿体温的动态变化。

(2) 注意喂养。早产儿的体质差，若不注意易造成营养不良，影响到正常的生长发育。现在，一般多主张应尽早喂

养早产儿,如果生活能力强,可出生后4~6小时开始喂养;体重在二千克以下者,应在出生后12小时开始喂养;若一般情况较差者,可推迟到24小时后喂养,先以5%或10%的葡萄糖液喂,每二小时一次,每次1.3~3汤匙,24小时后可喂乳类。若第1~2天没有母乳,可向健康产妇求奶或用脱脂、半脱脂奶粉代替。

对有吸吮能力的早产儿,应该尽量直接哺喂母乳;吸吮能力差的,可先挤出母乳,然后再用滴药管缓缓滴入口内。一般每2~3小时喂养一次。如无母乳用牛乳喂之,开始可给半脱脂或稀释乳(2:1或3:1)加5%糖液,一个月后改为全脂粉;最初2~3日内,早产儿的哺乳量按每千克体重每天60毫升左右计算,以后逐渐增加。另外,由于早产儿体内的各种物质贮量少,而生长较快,故应添加必要的营养物质。例如,给予复合维生素B每次一片,每天二次;维生素C每次50毫克,每天2次;维生素E,每天10~15毫克,分2次服。出生后二周开始服浓缩的鱼肝油滴剂,每日1滴开始,逐渐增加到每日5~10滴。出生后1个月可补充硫酸亚铁,每天0.3克,分3次口服。

(3) 注意预防感染。早产儿的抵抗能力差,因此一定要注意防止其感染。生活能力较强的早产儿,可以定时用温水擦身,并可用植物油轻擦皱褶处,要注意检查皮肤是否生脓疮,如有少而小的脓疱,可用消毒过的小针挑破排脓,然后用消毒棉签或纱布揩掉,涂上紫药水;若发现皮肤有其它感染灶,或患乳腺炎,或脐部流脓水,应及时就医;如脐部有少量出血,可用棉签蘸75%酒精擦掉血迹,再用消毒纱布包

好。要注意口腔护理，随时吸出口腔内的分泌物，检查口腔内有无异常现象，若有异常则要及时就医。另外，早产儿要尽量减少与外人接触，特别是不能接触有病的人，更不能亲吻小儿，要谢绝探望。母亲喂奶时，应洗净手和乳头，带好口罩，避免一切感染发生的可能。

(4) 注意病情变化。要勤于观察早产儿的一般情况注意早产儿的脸色和呼吸，尤其早产儿生病时更应小心。若发现脸色发紫、呼吸慢或停顿、肢体发硬、皮肤发凉等现象，则应赶紧抢救治疗。

只要护理得当，大多数早产儿是能够顺利渡过其危险期，健康长大的。

## 如何为新生儿洗澡

新生儿的皮肤相当柔嫩，防御机能尚不完善，如果受损很容易发生感染，因此，新生儿要勤洗澡，保持皮肤清洁，注意保护皮肤，促进血液循环，增加身体抵抗力。

一般情况在新生儿出生后第二天就要擦洗，待脐带脱落后方可洗澡。夏天，小儿出汗较多，每天至少要洗一次，冬天，要求室温达到 24~26℃ 才能洗澡，如条件不够，就只能擦擦身，但需勤换衣服。每次洗澡的时间最好安排在宝宝吃奶以前，因吃完奶容易睡觉，即使不睡，吃了奶的宝宝洗澡也会由于运动而使胃部不舒服，有时还会吐奶。建议在每天宝宝晚上睡觉前洗个澡，洗完澡后再吃奶，这样宝宝会睡得十分香甜。水温要控制在 40℃ 左右，以大人胳膊肘试感到不

热不冷为宜，或以一倍沸水混合三倍冷水使用。

开始洗澡之前，要把所用的东西放在身边，如婴儿浴皂（不用也可以，因为宝宝的皮肤很嫩）、毛巾、浴巾、替换的上衣、尿布等。用你的手背试试水温，如果觉得烫，就得再加些冷水，浴盆不能太大，以防宝宝滑进去。这一切准备好了，你就可以给宝宝脱衣服洗澡了。

洗澡时用浴巾包好小儿身，左手托住新生儿的头颈部，以左手的拇、中指从耳后向前压耳廓，将耳孔堵住，不让水灌入耳中；新生儿的袖夹在操作者的腋下，使新生儿平躺在其左臂上。洗澡开始后先用右手拿小毛巾揩净面部，然后选择刺激性小、碱性小的肥皂洗头，将肥皂沫用水过清后，将新生儿的大部分身体浸入水中，但不可全部浸入，动作要轻柔快捷，用肥皂洗其颈部、上肢、前身、阴部及下肢，再让婴儿俯卧在大人的左前臂，清洗其背部，最后将全部肥皂沫冲干净。新生儿的手是握着的，要注意分开其手指及手掌，洗净皱褶处。新生儿洗净之后用质地柔软的毛巾轻轻擦干，并马上将小儿事先准备好的大毛巾包好，放到床上，穿换好衣服。若室温过低则只进行擦澡，注意颈部、腋窝及腹股沟等皮肤皱褶处的清洁干燥。

体重在 1500 克以下的早产儿，可用消毒植物油轻轻擦拭其皱褶处，以保护皮肤；2000 克以下者可用温水擦浴；2000 克以上婴儿，生活能力及室温条件较好时可进行温水浴。

很多年青的父母都喜欢在给孩子洗澡后或洗臀部后，擦上些爽身粉，以为这样可以保护皮肤，特别是在颈部、腋下、大腿根部和会阴部等皱褶多的地方多擦些粉可以防止汗水淹

渍，其实不然。特别是婴儿，代谢快，出汗多，尿也频。过多的粉剂遇到汗水尿液很快结成小块或粗颗粒。当孩子活动时，夹在皮肤皱褶处的粉块或小颗粒摩擦着小婴儿娇嫩的皮肤，不但起不了保护皮肤的作用，反而常引起皮肤红肿糜烂。因此，不主张用爽身粉。

## 如何为新生儿换尿布

初为父母，在为新生儿更换尿布时总是显得手忙脚乱，不知怎么做好。往往是弄得新生儿不太舒服或粪便污物到处都是，很不卫生。如何为新生儿更换尿布呢？

当尿布湿了的时候，要及时给予更换。先将洁净的尿布准备好，如果新生儿大便了，还要事先准备好洗臀部的温水和小毛巾。更换时，先掀开尿布的前片，如尿布上仅有尿液，可用左手握住新生儿的踝部，右手将尿布前片干燥处轻轻由前向后擦试外生殖器部位，将尿液沾干，然后抬起臀部，把尿布撤出。如有粪便，要将粪便折到尿布里面，取掉后包好放在一边，尔后用柔软的卫生纸将臀部上的污物擦干净，现用准备好的小毛巾沾上温水后抹洗臀部。注意应从前向后冲洗，并要将皮肤皱褶处的污物清洗干净。最后将干净的尿布放在臀下，把尿布的前片拉在两腿之间，兜于臀部，然后用带子或松紧带固定尿布。一是要当心带子或松紧带不要系得太紧，否则影响新生儿腹部运动，同时也不舒服。二是在新生儿脐带没有脱落以前，不要将尿布捂在脐部，以防尿液的感染。

在新生儿每次喂奶前应先换上干净的尿布，这样吃奶后新生儿就能舒舒服服地睡觉了。否则，吃奶后再换尿布，很容易引起新生儿呕吐。

## 怎样为新生儿保暖

由于新生儿体温调节功能尚不稳定，自身体表面积相对较大，并且皮下脂肪较薄，很容易散发热量。在此阶段如不注意保暖，新生儿为了将体温保持在正常范围，需动用大量的营养物质来调节体温，使生长发育受到一定的影响，外界环境温度过低，持续时间太长，有的新生儿会出现体温不升，影响代谢及血液循环，容易发生新生儿硬肿及出血等一系列病症，并危及生命。可见，在新生儿时期保暖是非常重要的。

在家庭中为新生儿保暖，家长可根据各自的条件，因地制宜地采取各式各样的办法，不一定千篇一律。

为新生儿保暖，首先要注意环境温度。特别是在寒冷的冬季，新生儿居室温度一般应维持在 $18\sim 22\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。新生儿的衣服、包被最好选用新棉花和柔软舒适的棉布制作，以保证良好的保暖性。在穿着及包裹前要事先在暖气或炉火上预暖。包裹新生儿时不要太紧，以免影响新生儿的四肢活动，不利于产热，反而使散热加快。此外，要经常摸一摸新生儿的四肢，如果发现手脚冰凉，表明保暖不够，可增加盖被或用热水袋保暖，但应特别注意水袋内水温应为 $40\sim 60\text{ }^{\circ}\text{C}$ 左右，热水袋口盖一定要拧紧，这些在用前都要检查。要将热水袋放置在包被之外，不能直接贴于皮肤，以防止烫伤。在农村或边远

山区，实在没有条件时，可将新生儿抱在怀里，以自己的体温为新生儿保暖，也是简便易行的有效方法。

在为新生儿保暖的同时，还应警惕保暖过度。因温度过高可使新生儿出现发热、脱水等现象，对其健康也是有害的。

## 如何安排新生儿的睡眠

小婴儿大脑发育尚未成熟，需要充足睡眠来保证大脑休息，因此在婴儿出生后1个月内，除了喂奶、换尿布以外，几乎都在睡眠，睡眠时间平均一天大约睡20小时。如果小婴儿哭闹不安，就要仔细找原因，是饥饿还是身体有什么地方不舒服等，要及时排除影响睡眠的因素。因为在婴儿生长发育过程中，睡眠比营养更重要。睡眠不足会使婴儿生理机能紊乱，神经系统的调节失灵，食欲不佳，抵抗力下降。这时再丰富的营养也不起作用，所以在婴儿期不能只重视营养而忽略睡眠。

新生儿刚出生时仍保持着胎内的姿势，四肢屈曲，为使在产道咽进的水和沾液流出，出生后24小时以内要采取头低右侧卧位，在颈下垫小毛巾，并定时改换另一侧卧位，否则由于新生儿的头颅骨骨缝没完全闭合，长期睡向一侧，头颅有可能变形。但是如果刚喂完奶后则需取右侧卧位，以减少呕吐。同时，在正常情况下新生儿睡觉不需要枕头，因为他们的脊柱是直的，平躺时，背和后脑勺在同一平面上，不会造成肌肉紧绷状态而导致“落枕”，且新生儿的头大，几乎和肩宽，侧卧时也很自然，如果头部被垫高了，反而易造成头

颈弯曲，影响新生儿的呼吸和吞咽。如果为了防止新生儿吐奶，有时可以把新生儿的上半身适当垫高一点，则利于防止他们的溢奶和吐奶。

## 如何准备婴儿的睡眠用品

(1) 准备一张小床。应该想到给孩子单独安排一张小床，小婴儿和父母挤在一起睡问题很多。婴儿和母亲同睡一床，因母亲产后过于疲劳而易睡熟，移动不慎，很可能压伤孩子。母亲过于提心吊胆，又影响母亲睡眠，不利产后恢复和乳汁的分泌。另外，婴儿的新陈代谢旺盛，特别需要新鲜空气，如和大人同睡一床，吸收的空气比较污浊。如果母亲患有某种疾病或是某种细菌或病毒的携带者，与孩子同睡，无疑会增加孩子感染疾病的机会。

婴儿床造得低一些，既稳当又安全，孩子即使掉下来也没太大危险。栏杆最好是可上下调的，孩子长大了也可以继续使用。栏杆有一定的高度，在孩子会爬之后能起保护作用。两根栏杆的间距以刚能伸进成人一拳为宜，避免太宽或太窄卡着婴儿的头或脚造成伤害。栏杆不宜用金属制作，而应用木制的，防止碰伤儿童。婴儿床不宜涂含有铅的涂料。曾有过因小婴儿经常啃含有铅涂料的木制床玩，而发生铅中毒的事例。

如果新生儿居室潮湿背阳，应在阳光充足的日子里，把床拿到户外日晒，可起到消毒防潮的作用，有益于婴儿的健康。此外，应时常把婴儿床换换位置，以防长期摆在一个位

置，孩子眼睛固定地盯着一样东西看，久而久之，造成斜视。

(2) 选用被褥。现在的母亲喜欢给新生的孩子准备里外全新的被褥。实际上，垫褥与其软些，倒不如硬些的好。因为新生儿睡在崭新松软的垫褥上，身体往下沉，形成脊背弯曲，既不舒服，又不利于孩子体格的正常发育。可以将旧的，有一定硬度的垫褥折叠起来给孩子用。

选用盖被，原则上以新的、软的为宜。被面选用全棉制品，通气性能好，日晒后松软吸汗，对新生儿柔软的皮肤无刺激。盖被切忌太厚，应根据室温高低，相应增减件数。宁可少盖而不宜多盖。

(3) 选择合适的枕头。枕头对婴儿发育的影响不容忽视。枕头的高低要适当，枕头过低，使胃的位置相对高而引起孩子吐奶。枕头过高，孩子不舒服，也不利于颈弯的正常形成。因此，新生儿枕头高度以3厘米左右为宜。随孩子长大，枕头可适当提高。

枕头中的充填物也是有讲究的。中国传统上有让孩子睡米枕头的习惯。北方人喜欢放入高粱米或绿豆，南方人则放入普通的大米。实际上，太硬的枕头不适宜新生儿。最好选择较软的芦花、荞麦皮、谷皮、木棉等材料做枕芯，其中木棉最佳。据生理学研究，婴儿头部温度，比体温低3℃左右。选用透气性能好，在外界气温较高时能降低头部温度的枕头，尤为可取。荞麦皮枕头不透气，不易散发头部热量，天热时易使婴儿烦躁不安而影响睡眠。用绿豆壳和喝过的茶叶晒干做枕芯，有清热解暑之功效。

枕套选用旧的柔软的全棉布料做为好，切忌使用新布。因

为新布上的一层浆质，会对婴儿头皮产生刺激作用。也不要使用的确凉一类化纤布，因其透气性能差，夏天易引起痱子、疖肿等皮肤病。

## 怎样给新生儿喂食

新生儿指出生至 28 天的婴儿。正常的初生儿体重为 3~3.5 公斤，低于 2.5 公斤的称为未成熟儿或低体重儿（低体重儿在营养上有特殊要求）。胎儿出生以后，为了适应独立生活的需要，身体各系统开始发育，但是由于机能还未成熟，对周围环境的适应力还差，特别是消化能力弱，如果喂养不当，很容易引起营养缺乏。新生儿唾液分泌少，酶活力差，只适宜吃流质食物，最理想的食物是母乳。

足月新生儿每日每千克体重的能量第 1 周需 250~335 千焦耳（60~80 千卡），第 2 周需 335~420 千焦耳（80~100 千卡），第 3 周后增至 420~500 千焦耳（100~120 千卡）。蛋白质需要量哺母乳者每日每千克体重 1~1.5 克即可，而人工喂哺牛乳者即需增至 2~5 克。脂肪为能量的主要来源，每日每千克体重需 6~7 克，碳水化合物每日每千克体重约需 10 克。新生儿虽已具有消化吸收葡萄糖、乳糖、蔗糖、麦芽糖的功能，但一般以乳糖为最佳。葡萄糖可增加肠道渗透压，不宜多喂。新生儿缺乏淀粉酶，故不宜吃米糊等淀粉类食物。新生儿对维生素和矿物质的需要同幼小婴儿。

若乳母在孕期及哺乳期营养充足，以上营养素对哺母乳者大多能得到满足。如无法哺母乳者可以牛乳或配方乳人工

喂养。鲜牛乳需加水稀释，牛乳与水之比从 2 : 1 开始，第 2 周增至 3 : 1，第 3 周 4 : 1，满月可哺全乳。出生后第一天先试喂温开水，如无异常即可每次喂 15 毫升，加蔗糖 5% 的稀释乳，以后每日每次增 10 毫升，渐加至每次 60 毫升，以后隔日增 15 毫升，可达每次 90 毫升。开始时约每 2 小时喂一次，乳量增加后可延长至每 3 小时一次。出生一周内可每日给予维生素 C 50 毫克，第 2~3 周开始每日加喂维生素 A 1000 国际单位及维生素 D 4000 国际单位。

## 奶粉与母乳喂养的婴儿，哪个更健康

科学发展到现在，造就了许多先进的技术，产生了众多方便的人工代用品，几乎给人一种错觉，原始的、自然的都是落后的、陈旧的，做母亲也会随着潮流欣赏起用牛奶喂孩子的方法。而对自古以来，最自然的母乳喂养表示怀疑，甚至丢弃，这不能不说是现代化带来的一个弊端。广告商会用胖胖的小儿作为奶粉的宣传画，常会使一些母亲对此羡慕不已，因为，她们心中孩子的形象就是这样胖胖的，于是她们就以为只有牛奶喂养的小儿才能长得胖胖的。殊不知，奶粉再好，毕竟是牛的天然产物，对人类使用有种种不适，没有什么食物比人奶更适合小儿的。随着医学知识的普及、保健服务的实施，已有相当一部分人开始醒悟，“回归自然”的呼声越来越大，相信用母乳喂养这人类最本能的责任会重新被母亲承担。

只要树立母乳喂养的信心，坚持母乳喂养，婴儿会长得

比人工喂养儿健康。最怕的是街坊邻里几个母亲在一起，如果一个用牛奶喂养的母亲夸起自己的孩子如何长得好，一顿能吃多少时，母乳喂养的妈妈就会怀疑起自己的奶不够，自己的孩子长得不好，其实没那个必要，因为奶的量是看不到的，孩子没吃饱是会表现出来的。人工喂养的母亲是无法体验到母乳喂养的好处，只有放弃母乳喂养的母亲才会体会到人工喂养的不便，希望所有母亲都能亲自哺喂孩子，享受做母亲的乐趣。

## 母乳喂养对母亲体型有何影响

有些年轻的妈妈担心哺乳后会使得体型变坏，对喂奶敬而远之，甚至刚怀孕就断然决定以后不给孩子喂奶，其实，问题没那么严重，母亲并不一定要大吃大喝，养得肥肥胖胖才能产出奶来，只要母亲健康就会有奶汁分泌。

乳房的变化早在孕期就开始了，喂不喂奶情况都一样。有喂奶时间很久而乳房仍富有弹性的母亲，也有从未喂过奶而乳房显得平瘪松垂的母亲。相反，哺乳会使体型变得丰满、匀称，更显女性的魅力。这一点对瘦型的母亲尤为明显。但要保持母亲体型的完美，要注意两点：第一，母亲在妊娠后期和哺乳期乳房充盈扩张时，均应戴上一个合适的胸罩，将乳房托起，以防乳房过于沉重下垂而使皮肤伸张；第二，母亲在妊娠期与哺乳时在保证营养外要防止体重过快增长，因为，肥胖是导致乳房松垂的重要因素。

可以肯定地讲乳房的大小对哺乳是毫无影响的，乳汁的

产生是靠体内的催乳激素和婴儿吸吮乳头的刺激共同作用完成的。即使孕前乳房小得出奇的妇女，也能分泌出丰富的乳汁，因此，一些乳房小的母亲根本用不着担心是否有奶的问题，保持愉快的情绪，树立哺乳的信心，奶水就会像泉水一样涓涓流淌。

## 怎样保证母乳喂养

母乳是婴儿的最佳“食粮”，然而近十几年来，母乳喂养儿日渐减少，究其原因，除了做母亲的害怕哺乳带来肥胖而影响体形美这一个原因外，主要的原因是由于母亲产后缺乳，因此往往只哺乳一两个月，就借助其他代乳品，最后完全取而代之。由于目前代乳品有诸多不利的因素，因此会给孩子的成长发育和健康带来一定的影响。

怎样才能保证母乳喂养成功呢？还要从多方面去准备。

**重视产前的准备工作** 妊娠 3~4 周起，由于激素内分泌变化，乳房增大，乳腺增生，乳滴聚集，这都为产后泌乳做好了准备。但要使乳腺泌乳，还要靠垂体前叶分泌催乳素以及垂体后叶分泌催产素。当分泌的催乳素、催产素达到一定分量时，乳腺中才有乳汁从乳头分泌。催乳素的分泌在睡眠时最多，故产前产后的妇女要有充足的睡眠。另外从怀孕第 8 个月起，孕妇即可进行乳房、乳头按摩，以增强乳房的血液循环，这不仅有助于乳腺和乳头发育成熟，可以防止产后哺乳时引起乳头皲裂，同时还可以反射性引起垂体分泌更多的催乳素和催产素，增加产后催乳。

产前准备工作的重点是乳头的按摩，怀孕7~8个月，应每天用小毛巾蘸温开水轻轻擦洗乳头，每天10~20次。如有凹陷或平扁乳头，要设法慢慢拉出。到8个月时，可以从乳晕处向乳头挤奶，如有黄色液体挤出，它的成分与婴儿出生后头5天的初乳相同，这样乳管就通畅了，婴儿出生后，也就容易吸吮。如果产前没有这些准备，婴儿吸吮时乳头皲裂，产妇会感到非常痛苦。

**产后尽早开奶** 产后婴儿吸吮乳头，可以刺激泌乳素、催产素的分泌增加，有利于增加泌乳。“开奶”越早，会使催乳素、催产素分泌量增多，泌乳也随之增多。医院的传统做法是产后让产妇与新生儿分开，“开奶”时间推迟，就不利于产后泌乳，这可能会成为现代妇女产后缺乳的原因之一。近年来有些医院实行产后生活家庭化，让新生儿与产妇同居一室，产后尽早“开奶”，实践证明产妇的泌乳量有明显增加。

**无需定时喂哺** 新生儿吸吮乳汁能力弱，数分钟后已经疲劳，乳汁不能吸尽。因此，婴儿营养学专家认为，新生儿不需规定时间喂哺。鼓励新生儿与产妇同室，婴儿何时需要何时喂哺。过一个月后，若母乳充足，婴儿饱吮一次后即可安静入睡，他自己能调节吮乳的时间。

**每次吸空乳汁** 产妇喂哺，婴儿要先把一侧乳房吸空，然后再吸另一侧。如果婴儿吸不尽时，要用吸奶器把奶汁吸净，否则不利于乳腺分泌，还容易阻塞乳腺管引起乳腺炎。况且乳汁与其他东西不同，不是愈积愈多，而必须每次完全将乳汁吸空，才能分泌更多的乳汁。

**增加产妇的营养** 乳汁的分泌需要足够的营养和水分，否则会影响乳汁的质与量，所以产妇应特别注意饮食营养。特

别要保证食物有优质的蛋白质、足够的热能、丰富的维生素以及钙、铁等矿物质。产妇不能挑食、偏食，既要多吃鱼、肉、禽、蛋、奶制品及豆制品，也要多吃新鲜蔬菜和水果。要多饮汤水，特别是夏令时节从事体力劳动的喂奶妇女，更应该注意补充水分，否则乳汁过浓不利婴儿的消化吸收。不要大量食用麦乳精，因其中含麦芽，有回奶作用。肥肉、脂肪多的食物也不宜多吃，多吃了脂肪多的食物，做母亲的容易发胖，而乳汁反见减少。有条件的地方，母亲可每天购买新鲜牛奶喝。

**树立成功信心** 调查资料表明，有信心自己喂哺者，一定会成功。上海市儿童医院曾做过一次小试验。将产妇分成三组：甲组反复宣传母乳喂养好，树立信心；乙组除做宣传外再加供给营养品；丙组只供给营养品而不宣传。三个月后，甲、乙组结果相同，丙组虽是增加营养品，喂哺仍不能成功。刚宣传时，有的产妇曾忧虑乳汁不足，经过反复宣传，树立了信心，乳汁愈来愈多，喂哺最后成功。

必须指出的是，母乳喂养成功的诀窍还在于家庭、单位、全社会都重视母乳喂养。例如婆婆要告诉儿媳自己母乳喂养的经验，丈夫要多体贴妻子尤其是产后的妻子；单位要设立哺乳室，妥善安排哺乳时间；妇联、居委会干部，应该宣传母乳喂养好，表扬那些自己哺乳的母亲，使授乳母亲有光荣感、自豪感，觉得自己为下一代尽了职责。

## 哪些母亲不能哺乳

- (1) 患结核病的母亲，尤其是结核活动期，不宜自己照

看孩子和喂奶，否则既有害婴儿健康，又不利于自身的康复。

(2) 患心脏病的母亲，喂奶会加重心脏负担。

(3) 患慢性肾炎的母亲，喂奶和照顾孩子会因过度劳累而使病情加重。

(4) 患癫痫的母亲，喂奶时发病会伤婴儿。而且含有鲁米那、安定、苯妥英钠等药物的乳汁，可引起婴儿虚脱、嗜睡、全身淤斑等不良反应。

(5) 患肝炎母亲，肝炎病毒可通过乳汁传播给婴儿，这不利于母亲自身的康复。患者切忌亲吻孩子，不可用嘴嚼食物喂婴儿。

(6) 患糖尿病的母亲，应使病情稳定后，方可给婴儿喂奶。

(7) 甲状腺机能亢进的母亲，在服药期间不宜喂奶，以免引起婴儿甲状腺病变。

(8) 患乳腺炎的母亲，应就医，待乳腺变软、肿胀消退方可喂奶。

(9) 患急性感染的母亲，在服用抗菌素药物，如红霉素、磺胺药等时，应暂停母乳喂养。

(10) 生下患半乳糖血症或苯丙酮尿症婴儿的母亲，应立即停止用母乳及其他奶类喂养婴儿，以免婴儿智力受损害。

## 哺乳期妇女应忌哪些药

大多数药物能从奶汁中排出，但浓度不太高，对吃奶的婴儿影响不太大。但也发现乳母服用少数药物后，在乳汁中仍有该种药成分，对婴儿的健康有较大的危害。药物进入乳

汁的方式主要是经乳腺扩散进入乳汁的。药物在乳汁中的含量多少，主要受血浆和乳汁酸碱度的影响，一般呈弱碱性药物、脂溶性药物以及蛋白质结合率低的药物、分子量较小的药物比较容易进入乳汁，影响婴儿。如四环素在人乳中的浓度可高于血液的5倍多，对乳儿的牙齿和骨骼发育危害较大。乳母服用含酒精药物过量，可引起婴儿嗜睡、酒精中毒。此外，红霉素、氨茶碱、氯霉素、异烟肼以及抗组织胺药、巴比妥类、水杨酸类药物、磺胺药类、呋喃坦丁、痢特灵、维生素K<sub>3</sub>、K<sub>4</sub>等，在哺乳期均应忌服。有些药物还与乳母的身体状况有关，如肾功能差的乳母用链霉素后，其乳汁的链霉素含量要比健康人高25倍，此时很可能致婴儿中毒而变聋。

阿托品、口服避孕药能使乳汁减少，硫脲嘧啶、放射性碘剂能引起婴儿粒细胞减少。妇女在产后出血、宫缩不全时使用麦角制剂，或因为疾病必须用吗啡、扑痫酮、安宁、双氢克尿塞、青霉素时，也应暂停哺乳。在服用中药大黄或大黄制剂时，乳儿可能发生腹痛、腹泻，应尽量不用。

有些人在乳儿生病时，不直接给小儿吃药而是乳母吃药，让乳儿吃奶，这种“过奶”给药法是不可取的，因为这种方法很难估计药量和疗效。为了保证乳婴的健康，有条件的地方，乳母用药以后，最好进行乳汁药物浓度监测，这样就比较安全了。

## 如何正确哺乳

- (1) 确定喂奶时间与次数。现在一般主张按需哺乳，这

与以前的定时喂奶观点不同，婴儿是最不能忍受饥饿的，一饿就会哭，如果一个要按时喂奶的母亲就因为时间不到不给喂乳，这是不妥的。按需哺乳并不意味着没有规律可循，一个出生体重正常（大于 2500 克）的婴儿通常是 3~4 个小时吃一次奶，要是父母稍加引导，养成孩子定时饥饿习性的倾向，那么，婴儿自己会逐渐形成定时吃奶的习惯。父母可将 4 小时喂奶一次作一个计划，例如：早晨 6 点，上午 10 点，下午 2 点，下午 6 点，晚上 10 点，次日凌晨 2 点，一昼夜 6 次。若是婴儿表示饥饿时可灵活将喂奶时间提前，婴儿还有自己弥合时差的能力。这次提前吃奶后甜甜地睡上一觉，这一觉会有可能睡得时间长些超过 4 小时，那么与下次醒来吃奶的时间就又吻合了，当然，这 4 个小时一次的时间不会像按钟表那样准时，一天下来前后相差几十分钟是完全可以的。

(2) 喂奶的姿势。一般采用卧位和坐位。不管哪一种姿势喂，只要母亲觉得轻松、舒适就行了。取卧位喂奶时，应将婴儿放置于身体一侧，然后面向婴儿侧卧，以奶头触及婴儿唇为宜，为了便于喂奶，母亲可用枕头或手肘将上身支起取得一个最适宜的角度。夜间喂奶时，对于 3 个月内的小婴儿来说，躺着喂奶是不安全的。因为，产后母亲身体疲乏，加上婴儿的吸吮会使母亲感到舒心，就容易睡着，乳房就有可能堵住婴儿的鼻嘴，使婴儿窒息，4 个月以上的婴儿，则有能力把母亲惊醒，相对就安全些。为保险起见，喂奶时母亲可用手指将有可能堵住婴儿鼻孔的乳房部分按住，保证婴儿呼吸通畅。坐着喂奶，可把孩子放在腿上，喂奶侧的一条腿用小凳子垫高些，把孩子斜抱在怀里，目光自然地看着孩子，

这时的母亲看到孩子那股认真又拼命吃奶的劲头，心中会充满爱，同时也会有一种初为人母的责任感。

(3) 喂奶的技巧。喂奶关键的一点是要把乳头和乳晕（乳头周围深色皮肤区）的大部分放在婴儿的口中。贮存乳汁的乳窦紧贴乳晕内侧围成一圈，每个乳窦上都有一细管与乳头的若干小出口相连，婴儿就靠牙床对乳窦的挤压吸吮到乳汁，光靠叼住奶头吸吮是不可能吸到乳汁的。而且，婴儿为了能吸到乳汁，会拼命去咀嚼奶头，妈妈会感到阵阵钻心的疼痛，乳头也容易破裂。因此，正确的喂奶方法可以保护乳头不受伤害，为帮助婴儿含住乳头和大部分的乳晕，母亲可用食指和中指将乳房托起一些，并将乳头向里压平些。有时，乳房充盈过度会使乳晕变得偏平又坚硬，婴儿无法吸入口腔用牙床挤压，这时，母亲必须先将乳窦中乳汁挤掉些，使乳晕区变得柔软有伸缩性，便于婴儿吮吸。否则，婴儿会叼住奶头咬来嚼去，使母亲受苦。遇到奶水下得太猛时，可用食指和中指将乳晕夹住些，免得呛到孩子。

喂奶时，两侧乳房要轮流喂，如果母亲乳汁丰富，孩子每次吸一侧乳房就能满足了，那么，每侧乳房轮流一次大约间隔 6~8 小时有一次彻底排空的机会，这对排乳是一个最好的刺激。但一侧乳房的乳汁大都不能完全满足婴儿的需要，因此，每次喂奶都必须动用两侧乳房，如果这次喂奶先喂左侧乳房，那么，记住下次就应该先喂右侧乳房。而且，每次喂奶都要尽量唯有一侧乳房被完全吸空，这样才能使乳汁源源不断地产生，顺利地进行母乳喂养。

为防止孩子溢奶，母亲喂完奶后要将孩子竖直抱起，让

孩子身体紧靠在母亲身上，头靠在母亲肩上，用手轻轻地拍拍孩子背部，让孩子把吃奶时吸进的空气通过打嗝排出，这样，一般孩子就不会溢奶了。

另外，哺乳的母亲要注意乳头的清洁卫生，每次哺乳前应把手洗干净，再用清洁毛巾轻轻擦洗奶头，勤洗澡，保持皮肤清洁。

(4) 夜间喂奶要注意安全。产后的疲乏，加上白天不断地给孩子喂奶、换尿布，到了夜里妈妈就非常想睡了。遇到孩子哭闹，会觉得很烦，干脆把奶头往孩子嘴里一塞，孩子吃到奶也就不哭不闹了。这样虽然很省事，但十分危险。因为，孩子要吃到奶一定紧靠着妈妈，熟睡的妈妈即便是乳房压住了孩子的鼻孔也是无知无觉的，可以想象生后几天的小宝宝能有多大的气力来推开沉重的乳房呢？孩子是无力反抗的，悲剧就有可能发生。为避免这种惨事的发生，做母亲的还得辛苦些，夜间喂奶时最好能坐起，即使要躺着喂，一定要喂完奶，将奶头从孩子嘴里拉出后，再进入梦乡，这样，母子都睡得踏实。

## 如何保护母亲的乳头

母亲在哺乳期间，要防止乳头发痛、破裂、或感染病菌，因此，一定要在每次哺乳的前后，用一些在冷开水中浸过的干净棉花轻轻地小心地揩拭乳头，然后用消毒棉花揩干。在洗乳头之前，母亲要先用水和肥皂洗净手，在两次哺乳之间，乳头还要用一块消毒的纱布或熨过的消毒手帕盖着，再用一

个乳罩盖在上面，乳罩要稍宽大点，它必须是能支持乳部而无任何压迫作用。

在授乳期间，若是母亲的乳头发痛或破裂了，可以在每次哺乳后，抹上一些流质或是固体的植物油。在每次哺乳以前，母亲应该记住用一块消毒布或棉花把那些油揩掉，再用在冷开水中浸过的消毒棉花擦过乳头后授乳。如果乳头特别发痛或破裂时，最好是避免让婴儿吸吮那个乳头，母亲可以自己用手把奶挤在一个消毒过的容器中，然后再把乳汁煮沸后喂给婴儿吃。在乳头尚未病愈复原之前，都可以一直这样做。如此按时把母奶挤出来，可以使汁在治疗期间不致于干涸，乳头发痛或破裂，一般经过数天时间基本上就可以复原，在其康复后就可继续由母亲亲自用母乳哺喂婴儿。

## 怎样防止产后奶水不足

产妇产后乳少常见有两种情况：一是乳腺不通，祖国医学认为属实证；二是乳汁少，属虚证。虚证表现为体质虚弱、面色无华、心悸气短、盗汗乏力；乳汁少者，舌质嫩、脉细。治宜补益气血，生乳通络。

(1) 花生香菇猪蹄汤。花生米 50 克，香菇 20 克，猪前蹄 1 只。花生米、香菇洗净，猪蹄去甲、烧毛，共放锅中，加盐少许，共煮，以猪蹄熟为度。吃花生、香菇、蹄肉，饮汤，可分次用。对产后供血不足，乳少有效。

(2) 鲫鱼猪蹄汤。鲫鱼 100 克，去鳃及内脏，猪前蹄 1 只去毛甲，共煮，加少许盐，至蹄烂汤浓即可食鱼、蹄肉，饮

汤。对产后气血虚少乳者效佳。为增强通乳效果，可加通草 6~9 克，或加漏芦 6 克。

(3) 章鱼花生猪蹄汤。章鱼 100 克，洗净泡软切成块，猪前蹄 1 只，去毛甲。花生米 100~150 克，共煮，待肉烂汤浓时，饮汤食肉及花生章鱼。用于产后气血不足、乳少或无乳治疗。

(4) 带鱼木瓜汤。鲜带鱼 150~250 克，去净内脏，切段。生木瓜 200~300 克，去皮、核，切成条状，共煮，加盐少许。饮汤食鱼及木瓜，上药合用补气血，增乳汁，用于产后乳汁不足症。

(5) 鸡蛋蘸芝麻末。鸡蛋适量煮熟、去壳，芝麻炒香、研末，加盐少量，用鸡蛋沾芝麻末食用。本方简便易行，为产后乳少补益增乳良方。

(6) 豆腐炖猪脚香菇。豆腐 5 块，猪前蹄 1 只，去毛甲、切块，先煮；香菇 25 克，丝瓜 250 克。待猪脚半熟，加香菇、丝瓜、豆腐。猪脚烂后，饮汤食肉、豆腐，1~2 日内吃完。豆腐、猪脚补虚增乳，香菇益气和血，丝瓜通络下乳。同时补阴血，增乳汁，用于产后乳汁不足的治疗。

(7) 猪蹄黄芪当归汤。猪蹄 1 只，去毛甲。黄芪 20 克，当归 10 克，炮山甲 6 克，通草 6 克。猪蹄水煮熟烂后，将猪蹄汤加适量黄酒煎药，水沸 1 小时后取汤服用，1 日 1 剂。本方补气血以增乳，用于产后乳少的治疗。

(8) 猪蹄汤送紫河车散。紫河车 1 具，洗净烘干，研为细末，每服 6~10 克，1 日 2~3 次，用猪蹄汤送下。补气血，益肾气，为产后虚症乳少者治疗方。

# 满月前婴儿优育

## 如何测量小儿体温和脉搏

(1) 体温。小儿的体温常较成人略高，一般口腔温度平均为  $36\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ，直肠温度较口腔温度高  $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，而腋下温度则低  $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。目前一般常用腋下检温法。在测温时，解开胸前衣扣，如腋窝有汗，应擦干，然后将水银柱甩至  $35^{\circ}\text{C}$ ，水银柱头放于腋窝深部紧贴皮肤，使患儿屈肘，上臂紧贴胸壁，约 5 分钟后取出温度计，捻转可见体温刻度。但最佳还是肛探即把温度计向肛门轻插放进 1.5 公分这样测出的体温最准最安全。

(2) 脉搏。小儿每分钟正常脉搏是随着年龄而改变的，新生儿为 140 次，6~12 个月为 120 次，1~2 岁 110 次，3~4 岁 105 次，5~6 岁为 95 次。但小儿脉搏因性别不同，运动和情绪等变化也有一定波动。临床上测量脉搏最常用的部位是腕部的桡动脉，但有时也用颈动脉、足背动脉和股动脉。一般在测量前，小儿要比较安静，再取腕部桡动脉，将食指、中指和无名指按在动脉处，数够 30 秒钟，有心脏病的数 1 分钟；在测脉搏时不要用拇指，以防止拇指动脉搏同患儿脉搏相混，脉较弱摸不清时，可以用听诊器数心率，这样才能准确测量。

## 新生儿的六种意识状态

新生儿同成人一样有睡眠和觉醒，但睡眠时间比成人长得多，要占一天时间的 90%。美国两位科学家经过系统的观察研究，按新生儿觉醒和睡眠的不同程度分为 6 种意识状态：深睡、浅睡、瞌睡、安静觉醒、活动觉醒和哭。新生儿在这 6 种状态中均有特殊的行为表现：

(1) 深睡。新生儿眼闭合，面部放松呼吸均匀，全身除偶然的惊跳和极轻微的嘴外，没有任何活动。

(2) 浅睡。新生儿通常闭着眼，偶尔眼球动，呼吸不规则，面部时有微笑或怪相，有时或出现吸吮或咀嚼动作，一般这是婴儿觉醒前的睡眠状态。

(3) 瞌睡。特征是眼半睁半闭，眼睑出现闪动，通常发生在刚醒后或入睡之前，持续时间较短。

(4) 安静觉醒。新生儿眼睛睁得很大，机敏、安静，能专心听妈妈讲话，喜欢看东西，喜欢注视人脸，并且目光能随东西或人脸慢慢移动。在这个阶段，新生儿少活动。

(5) 活动觉醒。新生儿眼睛、面部及全身的活动都增加，环视周围，发出声音，手臂腿和全身出现有节律的活动。但很快会趋于烦躁。

(6) 哭。除了尿湿或身体不适，新生儿一般在睡前要哭一阵，哭时眼紧闭或张开，四肢有力地活动，哭一会儿后进入睡眠状态。

新生儿这 6 种意识状态的顺序交替进行，每天可有十几

个周期。父母可按上面的描述。密切地观察您的小宝宝，很快就懂得了这6种意识状态，掌握您新生宝宝睡眠与觉醒的规律，更加科学地进行养育。

## 新生儿何时听力

新生儿的听觉如同其它感觉一样是与生俱来的。新生儿在出生前听的能力便已经具备，出生后自然是能听到声音的，但是，在新生儿刚出生的头1~2天里，由于中耳的鼓室还没有充盈空气，并有少许羊水的残留，听觉是靠骨传导来完成的，故听力比较差。在生后3~7天，开始出现明显的听觉。

新生儿从一出生即有声音的定向力。在新生儿觉醒状态，头向前方，用一个小塑料盒，内装少量玉米粒或黄豆，在距新生儿右耳旁约10~15厘米处轻轻摇动，发出很柔和的格格声，小儿会变得警觉起来。先转动眼，接着转动头向声音发出的方向但动作很微弱。有时他还要用眼寻找小方盒。如果你将小儿的头恢复到正前方，在小儿左耳旁轻摇方盒，他的头和眼又会转向左方。这样可以连续多次准确地转头向声源。好像小婴儿的头是自动天线，能自动地移动到最好的接受声音的方向。他们不但听，而且看声源物，说明眼和耳两种感受器内部由神经系统连接起来了，这种连接使新生儿尽可能完满地感受外来的刺激，更好地适应外部环境。

如果格格声过强时，新生儿会表示厌烦，头不但不转向声源，而且转向相反方向，甚至用哭来表示拒绝这种噪声的干扰。

新生儿非常喜欢听人谈话，并有偏爱听的声音。在新生儿睡觉醒来时，当妈妈以特有的语气，温柔而缓慢地和新生儿说话时，新生儿会将头转过来，眼睛望着妈妈，好像能听懂妈妈的话似的，显得很安详，有一种满足、安全的感觉。

可见，新生儿听的本领并不差。爸爸妈妈要利用新生儿醒来的时间，争取多和新生儿讲话。这种交流不仅对新生儿听力的发展、听觉与视觉之间的协调有很大的促进作用，同时，也给新生儿带来极大的爱抚，增进母子间亲密的感情。

## 新生儿何时视力

以往人们总觉得新生儿刚出生时只会吃奶、睡觉，什么也看不见。其实，新生儿并不是个睁眼瞎。刚出生时，虽然眼睑还有点浮肿，但是眼睛明亮发光，醒来时总是睁得大大的，眼球却很少活动，像是在注视着什么。究竟新生儿能不能看见呢？

新生儿是能够看见的。从前认为新生儿不能看见的原因是不大了解新生儿“近视”的特点，没有掌握新生儿的视觉焦距。新生儿看东西最合适的距离一般为20厘米左右，相当于妈妈在哺喂新生儿时，妈妈与新生儿脸间的距离。

新生儿对光反应敏感。当新生儿一觉醒来时，如果妈妈的面孔出现在他的眼前时，他会注视着妈妈的脸，当妈妈的脸向一侧慢慢移动时，他会目不转睛跟随着。虽然新生儿的目光追随得不那么灵活，但说明是能够看见的。不仅如此，新生儿还具有辨别颜色的能力，喜欢色彩鲜明的颜色，并对红

与蓝色表现出不同的反应。

总之，小宝宝从妈妈的子宫来到这个五彩缤纷的世界时就有了视觉，即有了光觉反应。当然，由于新生儿眼角膜的曲度较平坦，眼轴较短，调节功能差，新生儿初期眼球呈现无目的的运动，视觉不能集中，两边眼球运动也不协调，有生理性远视，或有一时性斜视。但在两三周后，宝宝两眼的运动不协调现象就消失了，而且有了眨眼反应，就是当一个物体很快接近眼前时会引起宝宝的一个保护性眨眼动作。这个阶段的宝宝对一定视距内的艳丽鲜明的物体，尤其是灯光，逐渐有了集中视觉的注视能力，即固视反应，并追随物体使眼球运动。

## 新生儿喜欢看什么

科学家近年来的研究发现：

(1) 新生儿喜欢看色彩鲜明、颜色深浅对照强烈的图形。比如，给新生儿同时呈现一块白布和一个棋盘。黑白格相间的棋盘比白布更能引起他的注意，可能这种图形对眼底视网膜的刺激更大。

(2) 新生儿喜欢看色彩鲜艳、内容丰富的图形。比如，对彩色条纹复杂图案的兴趣胜过不着色的简单图案；以曲线图形的举胜过直线图形。

(3) 新生儿喜欢看人脸。当他在安静觉醒状态下注视人脸时，眼睛睁得很大，眼光似乎放出亮光，甚至短时间内停止呼吸和运动，全神贯注地凝视。

(4) 新生儿喜欢看运动的物体。当你用一个红球在宝宝的 面前慢慢移动时，他的目光会追随红球；当你面对着宝宝 说话时，他的注意力会集中在你活动着的嘴上。

(5) 新生儿还有视觉记忆。比如，床头挂一个玩具，开 始他很喜欢看，时间长了就不爱看了。如果换一个新玩具，又 会重新出现兴趣。这说明他对以前的玩具有早期的记忆能力。

有些性急的父母抱怨道，他们的宝宝似乎不会看，不去 追随移动的物体。要知道新生儿调节视焦距的能力比较差，看 东西的最佳距离是 20 厘米，太近或太远均看不清，只能看到 模模糊糊的影子。因此，要引出新生儿看东西的反应，必须 把物体放在他面前适当的距离。同时注意选择新生儿的意识 状态，他们只有在安静觉醒状态下才能很好地看。这段时间 并不长，常在喂奶后 1 小时左右容易取得，父母只要善于辨 别和抓紧时机，都能与自己健康的宝宝在早期对视中交流感 情，相互认识。

## 怎样让新生儿享受视觉的乐趣

根据新生儿期视觉的这些特点，做母亲的应该从以下几个 方面对宝宝进行早期视觉训练。

(1) 训练目光固定和两眼协调能力。当婴儿醒着的时候， 妈妈就尽可能多地俯视孩子，或抱起孩子，托住他的头使之 面对自己。这个时候，妈妈就会发现，孩子面对着妈妈时，逐 渐地能够把目光固定在妈妈的脸上，同时，会把眼睛睁得大 大的，全神贯注地凝视着妈妈。有个有趣的试验表明，初生

婴儿即对类似人脸的图形产生浓厚的兴趣，其凝视时间远超过看其他物体或其他复杂的图形。而且，出生二周的孩子，看妈妈的脸要比看陌生人的脸时间长。因此妈妈们必须意识到你的宝宝正在这凝视中享受着视觉的乐趣呢。如果在这个时候妈妈再逗着孩子微笑，有四分之三的孩子会对此做出反应——他也会对妈妈微笑，这种对视，还是一种情感的交流。

(2) 训练集中注视和追随注视能力。妈妈可在宝宝的视野中（距孩子眼睛 20~40 厘米远）挂置一个色彩鲜艳的，最好会发出声响的玩具，以吸引孩子的兴趣，逗引他凝视。当婴儿两眼能逐渐协调起来集中注视以后，妈妈有意左右摆动玩具，并让玩具发出声音，让婴儿视、听觉同时得到刺激。这时，宝宝会有趣地瞪大两眼追视玩具，两只眼球圆溜溜地随视物而来回转动，当玩具被妈妈移出宝宝视野范围时，宝宝的小脑袋也会左右、上下转动并以睛眼不断追寻视物。此外，在一天六次的喂奶中，妈妈可有意识地晃动手和脸，尽可能多地刺激孩子的眼球活动，训练孩子的固视反应和追视能力。

眼睛是“五官之道”、“心灵之窗”，每只眼睛牵扯着 120 根神经纤维，将丰富多彩的客观世界映入眼帘，为大脑传递百分之九十以上的信息。所以，让新生儿在享受视觉乐趣的过程中发展视觉，对促进新生儿的大脑功能发育有特别重要的意义。

## 新生儿的味、嗅、触觉灵敏吗

味觉是新生儿出生时最发达的感觉，他们能区别 4 种基

本味道：甜、咸、酸、苦。他们喜欢甜味，不喜欢过咸、酸味和苦味。比如给新生儿的舌头上滴糖水或橘子汁，他们乐于接受糖水，而对椰子汁的酸味表现出皱眉、闭眼、张嘴。如果给予浓度不同的糖水时，新生儿吸吮浓度高的糖水比浓度低的糖水的速度要快，间歇的时间也缩短。

新生儿的嗅觉同样发育良好，新生儿能认识和区别不同的气味，当他们开始闻到一种气味时，有心率加快、活动量改变的反应，并能转过头朝向气味发出的方向，这是对这种新的气味有兴趣的表现。一旦适应这种气味后，反应很快消失。他们对剧烈的气味反应强烈，例如对茴香、醋酸、胶液等怪味分辨能力较好。生后 6 天的新生儿即能辨别母亲乳汁的气味。如果在婴儿鼻的一侧放一块浸有自己母亲乳汁的纱布奶垫，在另一侧放的是其他母亲的奶垫，结果婴儿能闻出自己母亲的气味而将头转向这块奶垫。与此同时，母亲也能辨别自己婴儿的气味。如果将母亲的眼蒙上，她凭气味也能找出谁是她的孩子。这些是多么令人惊叹的辨别力！可见，嗅觉是母亲与婴儿相互了解的一种神秘的方式。

触觉器官最大，全身皮肤都有灵敏的触觉。实际上胎儿生命一开始，当他们被子宫内温暖的软组织和羊水包围时就开始有了触觉。习惯于被紧紧包裹在子宫内的胎儿，出生后喜欢紧贴着身体的温暖环境。我国民间有包裹新生儿的习惯。一般有经验的父母都说，将新生儿包裹好，可以使他们睡得很安静，减少惊跳。这是新生儿被解除了子宫束缚由人工束缚所替代的缘故。新生儿利用包裹的触觉感受使自己安静。

新生儿的触觉有高度的灵敏性，出生不久就能对接触身

体的襁褓或被褥的任何不舒服的刺激表示强烈的反应，特别的是嘴唇、手掌、脚滨、前额、眼睑等处。例如，在物体接触新生儿嘴唇的时候，他就会发生口部动作；在物体接触手掌的时候，就立刻把物体抓握住等等。而大腿、前臂、躯干等处的触觉比较迟钝。

新生儿大部分最早的反射都是由身体不同部位的触觉引起的，因此触觉对新生儿是一种非常重要的刺激方式。有经验的母亲会经常用温暖的手轻轻抚摸婴儿的后背及全身，用手指轻捏婴儿小手、小脚，或亲吻宝宝的手脚。当婴儿哭时，母亲会本能地抱起孩子，轻轻拍着使他安静下来，这时的婴儿也喜欢紧贴着母亲的身体，依偎在母亲的怀抱中。有一项研究发现，新生儿哭闹时，母亲边和他说话，边将手放在他的腹部；或将婴儿的两只小手同时按到他自己的腹部，通过触觉刺激使他们停止哭闹。研究结果证明，大约 2/3 的新生儿不需抱起，仅通过此方法即可得到安慰。

综上所述，触觉是新生儿开始认识世界、认识自己、与人交往并安慰自己的主要方式。母亲千万不要忽略宝宝这方面的能力，自婴儿出生后就应给予他们足够的触觉刺激，促进孩子早期感知觉的全面发展。

## 新生儿有哪些运动技能

新生儿的运动实际上从胎内就开始了。胎儿的每一次运动都会使母亲无限喜悦。但宝宝出生后，很多年轻的妈妈面对这个可爱的、四肢乱动的小生命反而束手无策，不敢让孩

子翻个身，更不敢将孩子竖起来抱。

其实，新生儿的运动本领很强。如果用双手抚着婴儿的后背和双臂慢慢坐起，开始时他的头会向后垂，但当躯干与床面呈垂直时，因颈部屈肌的主动收缩，他的头就会竖立几秒钟，有的甚至几十秒钟。将新生儿放置俯卧位，他会慢慢地将头抬起，转向一侧。如果用手顶住他的脚掌帮他一把，他还会出现爬行动作。扶着婴儿的腋下将他放于直立位，当他的脚接触床面时，还会出现自动踏步动作，有的婴儿可两脚交替走 10 余步，就好像与爸爸一同散步似的。

新生儿的运动能力，一部分是属于原始反射，如踏步反射，在新生儿后期逐渐消失。而另一部分运动则随月龄的增长而增强，如竖头、爬等。近些年还发现，新生儿觉醒状态时的躯体运动，是他和父母交往的一种方式。当你和小宝宝说话时，他会出现与你说话声的节奏协调一致的运动，开始是转头、手上举、腿直，进而可表演出一些舞蹈样的动作，几乎是一个音节引出一个动作。

总之，新生儿有许多令人惊叹的运动本领，这种运动本领生后还将在与父母的交往中继续发展。运动本领的发展受中枢神经系统的支配，反过来运动又能促进中枢神经系统的发育成熟，有利于早期智力开发。因此，年轻的父母们应细致地观察你们的宝宝，相信你们宝宝的运动能力，大胆地与其玩耍，促进他们的健康发育。

## 奇妙的新生儿模仿能力

难道新生儿也有模仿能力吗？这是很多人不相信的事情。

然而科学家的研究证实了这一事实。

当新生儿处于安静觉醒状态时，研究者在距婴儿的脸约20厘米处，让他直接注视成人的脸。首先是成人伸出舌头，每20秒钟慢慢地伸出1次，6~8次后停止。奇妙的模仿行为随即出现，有些新生儿在嘴里移动着舌头，20~30秒钟后张开了嘴，舌头出现在嘴边，最后能将舌头伸向嘴外。

然而，这种伸舌游戏并不是每个新生儿都喜欢的，如同成人有各自的兴趣一样，新生儿的爱好也各不相同，有的新生儿模仿成人的惊讶表情，睁圆自己的眼睛，张大嘴；有的新生儿模仿生气的表情，紧皱，并噘起小嘴；有的则模仿母亲打哈欠，一个接一个，直到母子入睡。

这些奇妙的模仿能力，是人类婴儿的天赋，说明婴儿一诞生就具有交流信息、接受养育的先天本领。知道了新生儿有这个秘密，您不妨试一试，以便更多地了解您的宝宝，开发他的潜在能力，与他进行前所未有的奇异交流。

## 新生儿的抓握反射

父母可以试着做一下，将你双手的食指分别伸进宝宝的小手心，轻压其手掌，安静觉醒状态的新生婴儿会反射性地紧紧抓住你的手指，这就是抓握反射，也称握持反射。

正常新生儿出生后即出现一些先天的、暂时性反射，我们称之为原始反射。比如觅食反射、吸吮反射、拥抱反射、颈肢反射、踏步反射等等，握持反射就是其中之一。这类的反射是新生儿特有的本能，标志着新生儿的机体是健全的，神

经系统的功能是正常的。随着婴儿月龄的增长，中枢神经系统逐步发育，这些原始反射将逐渐减弱，一般生后3~6个月基本消失。如果生后未出现应有的原始反射，或该消失的时间仍不消失，均提示该新生儿的中枢神经系统可能有病变。

正常情况下，抓握反射在生后应即出现，3~4个月消失。代之以有意识的抓握物体。有的科学家认为，新生儿的抓握反射代表着一种进化的适应，靠这种能力，新生儿可以设法“保护”自己。比如，当新生儿抓握住成人的手指后，成人可将他向上牵拉起来，离开床面，他有能力靠抓握支持住自身的体重来保护自己。如果这反射生后不出现或3~4个月后仍持续存在，则考虑有中枢神经系统的病变，如脑损伤的可能。

## 婴儿应穿什么样式服装

服装样式应按小儿不同月龄、性别和季节特点，选择不同样式。由于婴儿生长发育迅速和好动，所穿服装不应束缚其活动，不得有碍自由呼吸、血液循环和消化，不对皮肤有刺激和损害，不能用腰带，以防约束胸腹部。因此新生儿服装样式要简单、宽松、易穿、脱。上衣最好是无领小和服，掩襟略宽过中线，大襟在脐前线处系布带，以使腹部保暖好。后襟较前襟要短 $\frac{1}{3}$ ，以免尿便污染和浸湿。这种上衣适于新生儿和2~3个月婴儿。新生儿下身可穿连脚裤套，用松紧搭扣与上衣相联。一方面可防止松紧腰带对胸腹部的束缚，也便于更换尿布，还对下肢有较好的保暖作用，可避免换尿布时下肢受凉。

4~6个月婴儿开始会翻身、爬行，活动量增大，这时可穿宽松带背心的连脚开裆裤。这种衣裤具有保暖好，便于运动，又不束缚胸腹呼吸活动等。这时婴儿正处于乳牙萌出期，唾液腺发育较好，常常流口水浸湿颈、胸部。为保持这些部位的清洁、干燥，可给婴儿戴上围嘴，最好用吸水性好的纯棉布、毛巾或多层棉纱布制作。

随着月龄的增长，10~12个月婴儿活动能力大大增强，活动范围、活动量也随之增大，开始扶站，扶走。这时衣服的大小、长短特别要注意合体，以便于活动，上衣袖不宜过长，裤子长短也需合适，仍以背带裤或连衣裤最好。

这时父母经常抱婴儿去户外玩耍，在婴儿裤脚上最好缝一松紧套，套在孩子袜底下，以防家长抱婴儿时将裤腿拉起，使孩子小腿外露受凉。

## 婴儿为什么会吐奶

小婴儿吃奶后容易吐几口奶，这在医学上叫溢乳。一般属生理现象，并不是病态。

小婴儿溢乳与其消化道和生理特点有关。儿童和成人的胃一般呈垂直位，像一个略倾斜的倒葫芦形。它的底部可以存留气体，不致因为气体溢出胃部而带出食物，造成呕吐。小婴儿的胃呈水平状，胃底平直，缺乏突出部分。当胃内有气体存在时，由于气体轻，上升到胃底部，再从贲门溢出，同时带出一些奶，这就是溢乳。

婴儿胃部贲门肌肉发育不如幽门处完善，导致胃的出口

紧而入口松，这是容易造成溢乳的重要原因。同时，婴儿胃容纳量小、胃的肌肉和神经发育不成熟、肌肉张力较低等，均造成小婴儿容易溢乳。

喂养不当、奶前哭闹、吸空奶瓶、吮手指、喂奶时奶头内未充满奶汁，都可以造成大量空气吞入婴儿胃内，引起奶后溢乳。奶后体位变动可使婴儿溢乳。

遇到溢乳的婴儿，应该区别是生理性溢乳还是病理性呕吐。许多疾病，如饮变质牛奶、胃肠炎、溃疡病、脑膜炎、幽门先天性狭窄等，均可造成病理性呕吐。这种呕吐量较多，较频繁，伴有奶块，甚至有绿色胆汁或血性物，有时呈喷射性。这就应到医院及早诊治。

对生理性溢乳婴儿，喂奶后要轻轻抱起，使之伏在母亲肩上。轻拍背部，让胃内气体排出，再轻轻放下，取右侧卧位，头部稍抬高，这样可以减少溢乳的发生。

## 怎样喂养早产儿

### 早产儿需要多少热能

最初 2~3 日内，每日每公斤体重给 210~252 千焦耳（50~60 千卡），3~7 日给 294 千焦耳（70 千卡）。以后需要逐日增多，每日供给 504 焦耳（120 千卡）/公斤体重，体重即能增加。如婴儿胃口良好，体温、大便正常，无皮色青紫、无腹胀等现象者，可每日公斤体重增加至 588 千焦耳（140 千卡）。

### 早产儿应选择哪种乳类

喂养早产儿，以母乳为首选。母乳最适合早产儿的胃口和消化能力。若1~2日内没有母乳，可向母子健康的产妇请求帮助。因用量甚少，多乳的产妇，乐于支援。

万一产妇无乳，也无法求助，可用蒸发乳代替。蒸发乳（不是甜炼乳）的脂肪与蛋白质，经过制备时的物理作用，较鲜牛乳易于消化。一份蒸发乳加一份水，成分比鲜牛奶浓，再加蔗糖5~10%，对胃量小而需要热量较多时，尤为合适。若没人乳，也没蒸发乳，可用人乳化婴儿奶粉。SMA是代表性的一种人乳化婴儿奶粉，适用于早产儿。上海乳品二厂生产的“母乳化婴儿奶粉”，早产儿三个月开始应用，效果满意。

#### 喂哺量和喂哺次数以多少为宜

母乳喂养，较为容易。若用牛乳喂养，初起2~3日内，每公斤体重每日给乳液约60毫升（小奶瓶二大格），以后逐渐增加，至吻合婴儿需要的乳量和水量为止。

每次喂水量约奶瓶一小格左右（10~17毫升）。渐加之量，每次不超过半茶匙（2毫升）。婴儿胃口过小者，需要的水量可于二次哺乳之间加喂。

早产儿口舌肌肉弱、消化能力差、胃容量小，而每日所需热能又不能太少，因此只能分作多次喂哺。1500~2000克体重的婴儿，每日可分8次喂哺，即每3小时一次。如不能耐受，也可分成12次喂哺，即每2小时一次。

#### 不能吮乳的早产儿，如何喂养

早产儿初起几天，有不能吮乳者，可用滴药管或滴乳管缓缓滴入。几天后，即可直接喂母乳或用奶瓶喂哺。

#### 怎样知道喂养合适呢

初生婴儿 3~4 日内，往往体重略减。这是由于喂哺不足和大小便排泄所致。不足月儿的体重，要设法防止减轻，早产儿出生后 8 小时，即可喂哺。饮料为 5% 或 10% 的葡萄糖液，每 2 小时一次，每次约奶瓶 1/2~1 小格。24 小时后，即可喂哺乳类。喂哺合宜的婴儿，每日应增长 15 克，一岁时体重可与正常儿相同（4 倍于初生儿体重）。

体重能顺利增长而不发生营养缺乏疾病者，为喂养合适。

# 满月宝宝优育

## 刚满月的宝宝有何特点

满月后的婴儿对周围环境的适应能力渐渐地增强起来，条件反射的建立增多了。眼球的运动灵活了，不仅能注视着进入视野的物体，还可追随物体而转移视线，注视的时间也逐渐延长。有时会对人脸微笑，并伴以手舞足蹈。头部开始会转动，手有时可以握住放在其中的物体片刻。这个年龄的婴儿，大部分时间仍在睡眠。到了2个月后，睡眠时间相对地减少，每天约有4~5个小时是清醒状态。清醒着的婴儿的表情都很快快乐，逗他时会伴有微笑，有时还会发出和谐的喉音。头的转动灵活了，喜欢转向有光亮、有声响、有人或色彩鲜艳的地方。将婴儿直立抱起时，头开始会抬起来，手可抓住一些能够接触到的物体，但是没有目的、手眼不协调，而只会一把抓。到3个月时的婴儿，体态较丰满，对周围环境发生了兴趣，清醒的时间更多了，特别喜欢自己所亲近的人，在高兴时手舞足蹈并发出笑声，且能发出连续的声音，逐渐拉长音调而引起大人的注意。在安静时，自己咿呀发音，能把头转向叫他名字的人。在被逗引时，发出“哦、啊”的喉音，能大声笑。

## 小儿的囟门能不能摸

人的头部由 23 块骨骼组成颅骨，其中脑颅骨有 8 块，各块骨骼之间是结合的。刚出生时的婴儿脑颅骨的结合尚未完成，其中在头顶中央的脑颅骨处的缝隙呈菱形状的间隙，肉眼看上去，可发现在婴儿头顶上有一块忽闪忽闪地跳动的地方，用手轻轻摸有柔软感、跳动感，该处就是前囟门，一般斜径为 2.5 厘米左右。在头顶后部的颅骨缝隙叫后囟门，比前囟门要小些。

囟门随着头颅的长大，能在一定时间内完全闭合，后囟门一般在婴儿 1~2 个月时闭合，前囟门则要到 1~1.5 岁时完全闭合。在囟门闭合前，必须注意保护，不应碰撞硬物或压迫囟门，避免寒冷气流直吹，避免阳光直射。

颅囟能不能摸呢？许多家长对这个问题并不清楚。一些老人认为这个地方是“天灵盖”不能摸，摸了不吉利，小儿会变成哑巴，不长个或会出毛病。年轻的父母们看到小儿的前囟一跳一跳的，好似软乎乎的，更是犹豫，不敢摸一摸。因此，造成不敢在颅囟处动一动，甚至不敢给小儿洗头，这样一来，轻者可出现头皮乳痂，不卫生并影响美观；重者可引起头皮感染而患脓疱疹。

其实，颅囟是可以触摸的。颅囟不能触摸这种说法是没有科学依据的。颅囟就好像是一扇窗子，透过这个窗口，我们能观察到小儿的一些病理变化。颅囟饱满，是颅压增高的表现，为婴儿脑炎、脑膜炎的重要体征；颅囟凹陷，常提示

小儿脱水。

当保健医生为小儿检查身体时，摸一摸颅囟就能了解其大小和闭合情况；患病时也能通过颅囟的检查发现问题。因此，家长切莫紧张，不要害怕触碰到颅囟。有时用手摸前囟有跳动的感觉。这是因为头皮下有血管通过的缘故，是正常的现象。家长应该经常为婴儿洗头和摸一摸颅囟有多大，只要动作轻柔，是绝对不会带给婴儿任何伤害的。

## 婴儿为什么会经常鼻塞和打嗝

婴儿在1~2个月时，鼻子常常会“抽抽搭搭”的，虽然这不是感冒，而是小儿发生鼻塞造成呼吸困难，也是相当难受。产生这种鼻塞的原因之一就是由于鼻孔相对小，容易堵塞；也有因为鼻粘膜较敏感，轻微的气温变化也会刺激它分泌鼻塞；鼻塞很多时候是发生在冬天干燥的季节，鼻涕干燥后，凝成鼻垢会塞住鼻孔，所以各季的室内空气应该保持有适当湿度。由于婴儿不能自己去除鼻垢，因此需要父母不时地用棉棒沾些婴儿润滑油为他清除掉，或者请医生开些滴鼻药。婴儿的鼻塞多发生在出生后的1~3个月，过了三个月，小儿的鼻孔大了，就可以不再为此操心了。

婴儿常常会出现打嗝，特别是在婴儿出生后1~2个月期间，这种倾向更强；打嗝常常是在喝奶后发生的，这是因为哺乳后，胃胀了，刺激传到了横膈膜，结果就引起发育未成熟的横膈膜发生反射性的痉挛，而引起打嗝。婴儿打嗝时，可以让他多喝些开水，若其胃里积有空气，可以帮助他把空气

排出来；有时也可以刺激他的鼻腔，使他打喷嚏，打嗝就会停止。一般情况打嗝会随着婴儿的成长而逐渐消失的，父母也没必要为此担心。

## 怎样给婴儿喂水

给婴儿喂水前要先准备水，可分两种情况：若婴儿是吃母乳的，可以把约 1 杯半的水烧沸，待凉后将它倒入消毒过的奶瓶中，然后用消毒过的塞子或盖子盖紧，备用。若婴儿是用奶瓶喂养的，可在调制牛乳混合液时，预备婴儿所饮用的水。总之，婴儿饮用水必须新鲜，要每天预备当天的饮用水。一般来说，婴儿所需的水量，若按每公斤体重计算，每日约需 110~150 毫升，包括每次进食乳类和其他食物的水分。

给婴儿喂水的工具一般是奶瓶。先将奶瓶里的水加热到微温，然后才喂婴儿喝。在喂水前，要先试试水温是否适宜，一般在 35~40℃ 之间为最适宜。不可给婴儿喝冷水或冰水，以免引起婴儿腹痛或消化不良。

## 怎样给婴儿喂粥

婴儿在断奶期间，每当躺着或以半坐姿势被抱在母亲腿上时，可以用一个消毒过的小茶匙喂他吃粥。第一次喂的时候，一般只喂几茶匙，每次只在匙尖上放一点粥，粥的混合物必须稀薄，这样才容易由匙尖向嘴内倒出。给婴儿喂食时，

要给他一点时间吞咽下去，不可叫他匆忙地吃下，也不可希望一开始就将粥都吃完。可以每天多加几匙喂他吃，慢慢地就会习惯了；过 2 个星期后，他就可以每次吃半杯；等到婴儿习惯了就喝粥之后，可以少加点水，使它浓稠些，这样婴儿就会逐渐学会吃固体食物。喝粥最好在上午 6 时，喂母乳或瓶乳之前，等到婴儿喝粥很好的时候，有些医生建议可在上午 10 点那一次喂食之前，再喂他一次粥。

## 怎样给婴儿剪指甲

1~3 个月的婴儿，手非常爱动，经常会无意识地用指甲在自己的小脸上乱抓，抓得到处都是小伤痕，所以要经常给宝宝剪指甲。3 个月的婴儿开始吃手，指甲长了藏有污垢，婴儿吃手会把细菌带入体内，婴儿的脚趾甲过长，经常与裤、袜磨擦，易发生劈裂。所以，应经常给婴儿剪手指甲或脚趾甲。给婴儿剪指甲时请注意以下几点：

(1) 剪指甲要在婴儿睡着时进行，以免婴儿乱动。

(2) 要用细小的、清洁的剪刀，最好去医药商店买把手术剪刀来使用。

(3) 因为婴儿的指甲很软或比较深，剪时千万注意不要剪伤其他部分；同时，指甲要剪成圆形，以防婴儿无意识地用手抓脸。剪完后要将小手擦净，否则婴儿吮指吃入细菌。

有人说，那么小的宝宝就剪指甲，指甲会越长越硬，反而会抓破脸，因而用手撕指甲；这方法是不可取的，因为手撕指甲很难掌握深度，常常撕到指甲床而造成出血感染。

## 怎样给婴儿洗手脸

婴儿皮肤细嫩，皮下血管丰富，容易受损伤并发炎。在给3个月前的婴儿洗手、脸时要注意，不要使孩子皮肤受损伤，婴儿洗用的水温不要太热，大致和体温相近。婴儿要有他专用的脸盆和洗脸布（纱布或细软薄的方毛巾）。给婴儿洗手、脸时动作要轻快，不要把水弄到婴儿眼、耳、鼻、口中，洗完要用洗脸布沾去婴儿脸上的水，不要用力擦。3个月前的婴儿洗脸不要用肥皂，以免刺激皮肤。3个月的婴儿已会经常把手放到嘴里，也会用手去抓东西。因此，洗手时可适当用些婴儿皂。给婴儿洗手、脸的顺序是先洗脸，后洗手。给1~2个月的婴儿洗手时，成人用左臂把婴儿抱在怀里，或让婴儿平卧在床上。也可让他坐在成人的膝头，注意让他的头靠在成人的左臂，由成人蘸水擦洗。

## 怎样给婴儿洗头

婴儿新陈代谢旺盛，因此，婴儿应常洗头，以保持头部清洁，避免生疮疖，同时也有利于头发的生长。每天给婴儿洗澡时可先洗头。不能每天洗澡的可根据季节每隔2~3天洗一次头。夏天婴儿出汗多，每天洗一两次澡时，可同时洗头。有的婴儿生后2~3个月，头上、眉毛结灰黄色痂，表面有油腻感，是由皮脂溢出所致，称为婴儿脂溢性皮炎。可给孩子口服复方维生素B片，局部适当涂些熬过的植物油或麻油，

使之软化后逐渐洗去。洗头时，成人可坐在小椅子上，用右手轻轻洗头。一般不用肥皂，注意不要让水流到他的眼睛及耳朵里。洗完后可用软的毛布轻轻擦干头上的水。用脱脂药棉沾耳朵，及时除去不慎溅入的水。

## 空气浴、日光浴对小儿有什么好处

带小儿到室外进行空气浴锻炼有相当多的好处；小儿出生几周后要慢慢带其与外界接触，夏天要尽量把窗子和拉门打开，让室内外的空气自由流通，在春秋季节，风不大且室外气温在 18℃ 以上可以放心打开窗门；冬天寒冷季节，在阳光较温暖时候，都可以隔一两个小时开一下窗门以换换空气，吸收新鲜空气。除了寒冷的天气以外，只要没有刮风下雨，都可以把小儿抱到院子里去，让小儿的脸、手、脚的皮肤同外面的空气相接触，从而得到锻炼；可以让小儿到比房间里的温度低的室外去玩，去呼吸空气，以锻炼气管粘膜功能。可能的话每天抱小儿出去两三次，每次几分钟左右；如果室外温度在 10℃ 以下时，就要注意别再抱小儿到外面了；在强烈日光的直接照射下，要带好防晒的工具，最好是不要进行日光浴。

进行日光浴锻炼，最好能选择空气新鲜、清洁及避开风口的地方。日光中含有红外线和紫外线，红外线照射到人体时，可使血管扩张、全身温暖、血液循环加快、新陈代谢增强。紫外线可促使皮肤内的 7-脱氢胆固醇转变成维生素 D，维生素 D 能促进自身对钙和磷吸收使骨骼长得结实有力，起

到预防和治疗佝偻病的作用；紫外线并有杀菌作用，能提高神经系统和运动器官的功能。

## 小儿为什么要吸吮手指

孩子长到 4~5 月时，常常听到做妈妈的这样埋怨孩子：“怎么又吃手了，脏死了”，“什么东西都往嘴里放，真不讲卫生。”然而有趣的是，不管妈妈怎么阻挠都无济于事，孩子照样津津有味地把手指头或其它东西放到嘴里，常常手指头在嘴里被泡得皱巴巴的，像个瘪了的气球。

这种行为到底好不好呢？其实，婴儿喜欢吃手指、咬东西并不一定是他想吃东西，有人说孩子的手是甜的，那就更荒唐了。吃手指或咬东西，是孩子想了解自己和对外界积极探索的表现，说明婴儿支配自己行动的能力有了很大的提高。婴儿能用自己的力量把物体送到嘴里是不容易的，这标志着婴儿能使手、口动作互相协调的智力发展水平，而且对稳定婴儿自身的情绪也起到一定的作用。当婴儿肚子饿了、疲劳、生气的时候，吮吮亲密的手指头就会安稳下来。所以，做父母的要认识到孩子吃手指咬东西的意义，不要强行制止孩子的行为，只要婴儿不把手弄破，在安全的情况下，尽可能地让他去吸，否则会影响婴儿眼手协调能力及抓握能力的发展，损害婴儿特有的自信心。

## 吸吮手指有害吗

吸吮手指在早期对婴儿可能有一定益处，但是，一般到

8~9个月以后，就不再吃手指咬东西了。如果孩子长到这么大还是这样，就必须引起注意，要帮助他纠正，以免形成今后吃手指的不良习惯。

我们知道，健康小儿多在6~7个月开始出牙，也有早在4个月或晚到10个月出牙的，一般在二岁半左右出齐。倘若吮指这种习惯仍未停止，则吸指处的牙就会萌出不足，而造成上下牙之间有一个指头大小的空隙，此外，在孩子经常吮指的过程中，由于不断地进行吮吸动作，两侧颊部收缩使牙齿排列形成的弓状（简称牙弓）变窄，上前牙前突，同时，由于手指的牵引，还可以引起起颌前突畸形。一旦发现孩子出现吮指的坏习惯可以在孩子的手指上涂些苦味药物如黄连素，有的还可以用指套、手套加以阻止。稍大的孩子，则主要采取说服教育的方法。

此外，有些儿童还有舔牙、咬唇、咬物、偏侧咀嚼等不良习惯，也可造成小儿牙齿排列错乱，上下颌骨的位置和大小不协调，所以也应加以避免。

## 让婴儿趴着好不好

在婴儿尚不能坐、站时，只能躺着，取什么样的卧姿好呢？许多家长常常让婴儿总是保持着一个姿势，平躺在床上，认为这样既安全又保险，小婴儿的脑袋也能睡平，将来脑袋长得好。但家长却很少让小婴儿侧卧，觉得侧卧脑袋要睡扁，更不敢让小婴儿趴着，怕这样容易捂死小婴儿。由于种种顾虑，极大地限制了小婴儿各种卧姿的训练，丧失了在这一时期良好的锻炼机会。

我们提倡小婴儿采取各种卧姿，每天不能总固定一个姿势，因为这样不利于小婴儿很好生长发育。平躺、侧卧，家长往往能够接受，但是让小婴儿趴着，却非常担心。其实，刚出生的新生儿就具备自身防御的能力。如果仔细地观察就会发现，当小婴儿趴着的时候，他会本能地想方设法使自己舒服一点，将口鼻露出来，舒畅地呼吸。但由于小婴儿自身保护能力有限，在趴着的时候，家长应给予关照。初次趴时，要因人而异，掌握一定的时间。

小婴儿趴着有许多好处。当小婴儿趴着的时候，为了自身保护，他就需要支撑手臂，努力抬头。这样的运动锻炼了颈、臂及脸部的肌肉，是在平卧时很难得到的运动练习。更重要的是，趴着压迫脸部，小婴儿需要有力地呼吸，这样不仅提高了肺活量，促进了呼吸系统的发育成熟，同时也增强了对抗呼吸道感染的抗病能力；再有，当小婴儿趴着的时候，如果出现漾奶、吐奶时，会顺着嘴角流出，不易发生平躺时误吸入气管，造成意外窒息的危险。

小婴儿经过一段时间趴着的练习，头会越来越抬越高，越抬越稳，在他眼前展现的不只是平躺时看到的那一小块天地，他的视野开阔了许多，他可以想看什么就看什么，甚至可以触摸。这对小婴儿的视觉等感觉器官是一个促进发育的好机会。让小婴儿多趴一趴吧，丰富他的体验，对他生长发育大有好处的。

## 怎样训练婴儿学习爬行

有些父母常常不愿意让孩子学爬或忽略了让孩子学爬的

过程，这是因为他不了解爬行对孩子身心发育的好处。

让孩子学爬行有哪些好处呢？首先，爬行时婴儿必须头颈抬起，胸腹离地，用四肢支撑身体的重量，这就使手、脚及胸腹背及四肢的肌肉得到锻炼，逐渐发达起来，为以后站立和行走打下基础；另外，婴儿学会爬行之后，扩大了视野和接触范围，通过视觉、听觉和触觉等感官刺激大脑，促进各方面的协调，对大脑的发育、智力开发有非常重要的意义；通过爬行运动还能提高婴儿的新陈代谢水平，有助于身体的生长发育。爬行对婴儿来说可谓是一项剧烈的运动，能量消耗较大，这种活动比坐着消耗能量多一倍，比躺着多2倍。由于身体能量消耗增多，婴儿就吃得多，睡得踏实，身体也长得快。

婴儿爬行动作的发展大体可分为三个步骤：开始时大约在7个月是匍匐爬行，以腹部蠕动，四肢不规则地划动，往往不是向前，而是后退。第二阶段约在8~9个月时发展为四肢爬行，即用手和膝盖爬行。

最后发展为两臂和两腿均伸直，用手和脚爬行。

爬行这个训练项目是父母最容易忽略的，但它对提高婴儿全身的协调性非常关键，因此无论哪个婴儿均应在相应的月龄进行这个训练。

一般的训练方法是这样：婴儿6个月以后，应经常让他俯卧（趴着），在他面前放个玩具逗引他，使他有一个向前爬的意识。开始时他不会爬，家长可用手顶住他的脚，促使他的脚向后用力蹬，这样他就能向前挪动一点。在学习爬行的最初，首先要求婴儿的双臂及肩部要有一定的支撑力，没有

支撑力就不能爬行。随后他的双臂和肩能够调换重心，在他向前爬时，身体的重心能从一侧上肢移至另一侧。其次，要求婴儿的腿应缩到腹部下面，这时我们看到的婴儿是手和膝盖着床，这时的爬才能叫真正的爬。当婴儿手与膝盖着床爬有困难时，家长可用两手轻轻托起孩子的胸脯和肚子，帮助他的手和膝盖着床，然后再向前稍微送一下，让他有一个爬的感觉。不断地练习俯卧，反复锻炼、双腿的力量及重心的移动，婴儿很快就能学会爬。当然，不是会爬几步就行了，还应继续锻炼婴儿爬的速度。训练爬速需要大一点的场地，光使用床就不够了。可买几块地毯铺在地上，或者让婴儿穿厚一点的裤子在地板上随便爬，这对婴儿非常有好处。

训练婴儿爬行，就等于训练他全身运动的协调性和灵活性。随着爬的进展，婴儿就能转到跪、转移重心和站立，然后很快就能学会行走了。

## 半岁宝宝优育

### 如何训练六、七个月的婴儿

6~7月婴儿的运动训练最常见的是爬行练习、直立练习和拾物练习。婴儿6个月时，已能自如地翻身俯卧，当婴儿俯卧时，成人可将他最喜欢的玩具摆放在前面，并拿拿、动动玩具，以吸引他向前爬过去抓取。当他撑起身体跃跃欲试时，成人可用手掌顶住婴儿的脚掌，帮助他用脚蹬着成人的手向前爬，进行爬行练习。所谓直立练习是成人双手抱在婴儿腋下，用力让婴儿在膝头或床上练习站立，每次练习1分钟左右，每天可练习1~2次，这是学习站立的准备，使婴儿通过这种练习获得站立的体验。拾物练习则是：成人双手扶婴儿在床上站立，婴儿面朝前。这时成人拿一婴儿喜欢的玩具，给他看，逗他玩。如成人摇摇玩具，以吸引婴儿注意，想去拿，而后成人把玩具放在婴儿前面，同时双手分别抱着婴儿胸、腹部及膝部，并说“××（婴儿的名字）来拿。”以此引诱婴儿身体前屈，去取拾玩具。注意在拾物时，尽量让婴儿用力弯屈身体和伸直身体。

### 六、七个月婴儿应添加哪些辅食

6~7月时，婴儿已开始长牙，这时可以添加煮烂的米粥

或面片，最初可每日喂 1~2 次，每次喂 1~2 汤匙，以后逐渐增加。另外，为了锻炼小儿咀嚼，帮助牙齿生长，可以喂烤馒头片、饼干、熟芋头、土豆等。为了适应婴儿营养的需要，还应逐步添加蛋黄、鱼泥、菜泥、肉末、肝泥、碎菜等。给婴儿加喂辅食的数量要由少到多，加喂的品种要待婴儿适应一种后再加喂另一种。由于婴儿在饥饿时容易接受新食物，在刚开始加喂辅食时，可以先喂辅食后喂奶。待婴儿习惯了辅食之后，为了不影响他吃奶的兴趣，可先喂奶后喂辅食，以保证婴儿营养的需要。加喂辅食要及时观察婴儿大便，了解消化情况。婴儿生病时要酌情少加或暂停。

## 怎样知道添加辅食是否得当

婴儿消化吸收情况如何，加喂的食物和量是否适合，可观察婴儿的大便得到回答。大便的性状能表明婴儿的饮食消化情况。如喂母乳的婴儿大便呈金黄色软状，喂牛奶的婴儿大便呈浅色且发干，皆属正常。如大便臭味很重，这是对蛋白质消化不好；便中有奶瓣是由于未消化完全的脂肪与钙或镁化合而成的。加喂辅食后大便发散，不成形，首先要考虑是否辅食量多或太软烂、消化吸收不好。如果大便很干，可以适当加些菜泥，加喂一点菜水或水果汁。此外，还要注意大便的颜色，如给婴儿吃绿叶蔬菜，大便可能有些发绿，但大便中有粘液、脓血液次数增多、便稀，说明肠道有疾病，如肠炎或痢疾等，应该留一点大便送医院化验检查。

要知道婴儿添加辅食是否得当，是否促进了婴儿正常生

长发育，还应注意观察婴儿皮肤肤色、光泽等反应。一个健康的婴儿小脸红润，皮肤细腻，眼皮内面和指甲盖呈粉红色。婴儿身体面颊部、背部、腹部、胳膊上部、大腿内侧都含有一定厚度皮下脂肪，当婴儿发生营养不良时，皮下脂肪层会立即消减，其顺序首先是腹部，其次是躯干、四肢，最后是面颊部。观察皮肤反应，婴儿是否消瘦、过胖或脸色贫血，以便及早发现喂的辅食是否得当。另外，有的婴儿消化不好，皮肤会起疙瘩，或因对某种食物过敏而出现湿疹。因此，注意观察婴儿皮肤反应有助于及时发现异常情况，改进对婴儿的喂养，以利婴儿的健康生长发育。

## 如何鼓励小儿“自食其力”

婴儿过6个月后，手的动作会变得更加灵活，已经可以用手抓起东西往嘴里放，也许他要显耀自己的能力，不管是什么东西，只要能抓到手就喜欢送到嘴里。有些父母会担心婴儿吃进不干净的东西，阻止婴儿这样做，这是不科学的。婴儿发育到一定阶段就会出现一定的动作，这说明着他的进步，他能将东西往嘴里送，这就意味着他已在为日后自食其力打下良好的基础，若禁止婴儿用手抓东西吃，可能会打击他们日后学习自己吃饭的积极性。因此，父母应该从积极的方面采取措施，可以把婴儿的手洗干净，让他抓些像饼干水果片等“指捏食品”，不仅可以训练手的技能，还能磨擦牙床，以缓解长牙时牙床的刺痛。饼干、水果片通常是这个月龄婴儿最先用手捏起来吃的食物，他会把这些东西放在嘴里吸，也

会用牙床咬，经过一番辛苦，能吃进去一部分，另一部分会沾到手上、脸上、头发上和周围的物品上，父母最好由他去，不必计较这些小节，重要的是让婴儿体会到自食的乐趣。

## 六、七个月婴儿应穿什么样的衣服

6~7月婴儿活动量加大了，躺在床上可以自如地翻身，跃跃欲试向前爬，成人扶他站立时蹦蹦跳跳，这阶段生长发育也较迅速，所以衣服要做得宽大些，如果过紧，会妨碍他的活动和呼吸。衣服要轻便、透气，以利于皮肤的排泄，可使皮肤适应气温变化。衣服宜用棉布或棉针织品。夏季，婴儿只穿背心或短衣、短裤。秋季可做棉布单裤，有松紧带或背带的，背带可长一些，在其中段带子里加缝一段松紧带。缝时拉长，缝好后放松，背带有一定弹性，以利婴儿活动和发育增长的需要，冬季棉裤亦可照此制背带，并可给婴儿围屁股帘。春季或冬季的上衣都可做带小领子或娃娃领。秋冬或冬春过渡季节，抱婴儿到户外晒太阳或观看环境，可给婴儿穿一后面开口的薄棉背心，要稍肥大些。冬季婴儿穿棉衣，里面要有衬衣，外面要有罩衣，以便勤换洗。婴儿开始出牙，爱流口水，可以给戴围嘴。冬季婴儿主要穿连脚裤，不必穿鞋袜。其他季节可穿鞋袜，鞋要稍肥，帮、底要软，春秋天气稍冷时，也可给婴儿穿毛线袜代替鞋，以免脚心受凉。

## 为什么婴儿会流口水

婴儿出牙时刺激唾液腺，使唾液分泌增多，6~7月婴儿

由于口腔吞咽功能发育尚未能完善，口腔较浅，闭唇和吞咽的动作还不协调，不能把分泌的唾液及时咽下去。随着月龄的增长，逐渐学会随时下咽唾液，牙齿长齐以后，一般流口水的现象会自然消失。婴儿流口水不是病，不需要治疗，可以给戴上围嘴（布制的，不用塑料的），并要勤换洗。随时擦拭婴儿流出的口水。如果婴儿口水增多，不肯吃东西，口腔内壁或舌尖等出现白泡，有时出现溃疡面，这是口腔炎，需及时诊治。

## 如何为婴儿洗澡

保持婴儿身体的清洁，有利于婴儿皮肤的呼吸及健康的生长。早晨，用温水给婴儿先洗脸，再洗手，用软毛巾擦干。婴儿皮肤娇嫩，不必涂抹香脂等，以免刺激皮肤。如果眼睛有分泌物，用手药棉在温开水中浸湿，在眼睛上敷一下，然后轻轻地从眼内侧向外侧擦洗。不要来回擦，一块棉花只擦洗一只眼睛。鼻腔如有鼻痂，可用药棉沾一点熟过的植物油滴入鼻腔内，待鼻痂软化，随着呼吸会自行排出，婴儿口腔粘膜十分娇嫩，不需要清洗，以免引起口腔炎。擦洗婴儿的耳朵，可用湿毛巾擦外耳。如发现耳内进水，要及时擦干，如耳内流脓或自行掉出有血的碎痂，要及时就医诊治。最好每天给婴儿洗澡，除清洁全身皮肤外，还可查看皮肤情况。如不能每天洗澡，要尽可能每隔2~3天洗一次。不洗澡时，就需要每天给婴儿清洗臀部（包括女婴外阴，每日可清洗1~2次），及腹股沟部位，一般不需要肥皂。每天要给婴儿洗脚，

要经常给婴儿洗头，修剪指甲。

## 八、九个月婴儿有什么运动技能

8个月的婴儿会爬，能够独立稳坐几分钟，屁股还可以一抬一抬地活动，从床的一端移到另一端，而且保护平衡不歪倒。也可以自己坐起来，躺下去。大约有75~90%的婴儿到8个月时能扶着东西站立，但只有50%的小孩拉着东西能自己站起来。一旦他学会站起来，他的“本领”就越来越大了。他可以把一只脚放在另一脚前面，用一条腿支持体重，还可以用一只手扶着栏杆站立。不要小看这些动作，这都是为他迈出第一步作准备。8个月的婴儿会拍手，取东西时判断距离也比以前准确，在20厘米范围内，能够准确无误地一下子就拿到手中，远处的东西可以爬过去再拿。在拿东西时，拇指可以和其他指相对，像个钳子似的去夹东西，对一些小的东西也能够拿起来，掉在桌面上的点心渣也会捡起来。9个月的婴儿爬的本领加强了，可以从床的一端爬到另一端。还会从抽屉中取出玩具，经过训练后会摇手表示“再见”，当大人说“再见”时，会挥舞着小手。

## 八、九个月婴儿应怎样添加辅食

8~9月婴儿应添加的辅食包括：粥、烂面、碎菜、蛋、鱼、肝泥、肉末、豆腐、饼干、馒头片、窝窝头、熟土豆和芋头等，添加辅食时应遵循由少到多，由稀到稠，由细到粗，由

一种到多种的原则，应在婴儿健康、消化功能正常时添加。根据婴儿的胃口来进行喂养是保证婴儿正常发育的一个条件，因此严格遵守喂养时间，每次喂养的食物量要适合婴儿的胃口，对于人工喂养儿，不要强迫婴儿吃完规定的全部食物，也不应拒绝给婴儿增加食物。如果婴儿进食一直少于所规定的数量，就应对其食物数量做出相应的变动。切不可让婴儿吃剩下的食品。

## 为什么不应嘴对嘴喂小儿

成人口腔里有许多细菌，通过嘴对嘴喂食，就会把细菌带给孩子。尤其是患肺结核、肝炎、伤寒、痢疾、口疮、龋齿、咽喉炎的人，更容易把病菌带给孩子造成传染。小儿的身体抵抗力弱，很容易因此而患病。另外，嚼过的食物，势必妨碍孩子的唾液和胃液的分泌，降低孩子食欲和消化能力，自幼就形成胃肠消化能力不强，阻碍生长和发育。另外，经常嘴对嘴喂小儿，使小儿形成依赖性，不利于锻炼其咀嚼能力和使用餐具的能力，也不利于培养其独立生活能力。

## 小儿哭就是饿了么

有的母亲一听婴儿哭就喂奶，总以为孩子是饿了才哭，实际上婴儿用哭来表达不满情绪的原因有很多：饿是其中的一种，有时渴了、尿湿了、解大便了、腹部不适，甚至发烧难受，或想大人抱一下换换体位，或对周围环境不满意等等，这

些都有可能是婴儿哭的原因。因此母亲在婴儿哭时，应该考虑是真的该喂奶了？还是该喂水了？还是有病发烧了？想换环境出去看风景？这样既解决了婴儿的实际问题，也防止喂养过量过勤引起消化不良或肥胖病。

## 怎样训练小儿大小便

周岁前的婴儿还不会控制自己的大小便，成人可以定时给婴儿把尿。一般在喝完水后 10 分钟左右就要把一次尿。睡觉前后把一次尿。要让他固定的地方大小便，培养婴儿爱清洁的习惯。给女婴擦屁股时，要注意从前向后擦，因为女婴肛门前方就是尿道口所在地，粪便中含有大量大肠杆菌，如果往前擦是十分不卫生的，会引起尿路感染：尿频、尿急、尿痛，发热。女婴每次小便后也要用手纸擦干。8~9 个月的婴儿已经可以让他坐便盆了（约 10~15 分钟，睡醒后立即进行）。便盆要放在固定的地方。每次用完要清洗、消毒，每次坐盆时间不得超过 5 分钟。如果坐的时间过长会形成脱肛，一日内次数也不宜过多，坐盆时不能吃食物或玩耍。

## 怎样照顾小儿睡眠

8~9 个月的婴儿白天一般睡 2~3 次，持续时间 2~2.6 小时，夜间睡 10 小时，共计 14~15 小时。睡眠时间过少，影响婴儿身体发育；睡眠时间过长，影响活动时间，使婴儿智力发展延缓。婴儿睡觉是生理的需要。当他身体的能量消耗

到一定程度时，自然就要求睡觉，不必抱着来回走，也不必拍他，只要保持安静，躺下后一会儿就睡着了。不要为了让婴儿睡觉而让他啃手指或吮奶头。如果暂时没有睡意，可以让他睁着眼躺着，不要逗他，也不要抱出去走，否则会养成坏毛病。

## 为什么小儿晚上睡觉爱翻滚

在日常生活中，有的家长总会这样问：为什么我家小儿晚上睡觉总爱翻滚？这是怎么一回事呢？是不是小儿有病？实际上小儿睡觉不老实，在床上翻来滚去，这种现象并不少见，并不一定就是小儿有病。但小儿晚上睡觉总爱翻滚还是有原因的，家长可以针对自己小儿的情况来找找原因。

(1) 看看小儿睡的床被是否舒适。有时褥子垫得不平，或者被子盖得过厚，都会使小儿感到不舒服。还有的家长怕受凉而给小儿穿着几件衣服睡觉，致使小儿睡觉不适而翻来滚去。

(2) 因为小儿的神经系统在这个年龄阶段尚未发育成熟，神经系统脆弱。如果白天玩得很兴奋或受到惊吓，晚上睡觉后大脑是不会完全平静的，容易处在比较兴奋的状态，从而表现出睡得不安稳。

(3) 还有的家长总是担心小儿吃不饱，晚餐吃得过多或晚餐后仍给小儿吃些东西，使得小儿睡觉后肚子胀不好受，也会翻来覆去。

(4) 肠道寄生虫病，例如蛔虫病、蛲虫病，经常在晚上

捣乱使得小儿睡卧不安。

(5) 有的小儿平时睡得很安稳, 突然出现夜里翻滚时, 家长要特别注意, 查看小儿是否发热, 是不是哪里不舒服, 以免延误病情, 发生意外。

总之, 只要小儿一夜熟睡不惊醒, 多翻几次身并不一定都是有病, 家长除了注意为小儿盖被子防止感冒外, 还要多找找原因, 尽量避免影响小儿睡觉的因素, 使宝宝香甜甜地睡觉。

## 影响小儿生长发育的因素有哪些

年轻的父母们经常会提出这样的问题: “我们的孩子和邻居的一样大, 但就是没有人家长得高, 也没有人家吃得胖, 是不是缺少什么营养?”

小儿生长发育虽然是有一定规律, 但是在一定范围内受到多种因素的影响, 存在相当大的个体差异。所谓的正常值也不是绝对的, 要考虑个体不同的影响因素, 才能较正确地判断是正常还是异常。同时还要进行系统地、连续地观察, 才能了解小儿生长发育的真实情况。

哪些因素可以影响小儿生长发育呢?

首先是遗传因素。小儿生长发育的特征、潜力、趋向、限度等都受父母双方遗传因素的影响。有一个家庭, 父亲身高 2.08 米, 母亲身高 1.88 米, 他们的儿子在 4 岁时身高就高达 1.25 米。这就是遗传因素影响的结果。

营养也是影响小儿生长发育的重要因素之一。调配合理

的营养是小儿生长发育的物质基础，长期营养不足首先导致体重不增，甚至下降，最终也会影响身长的增长和使身体其它系统功能低下，如免疫力、内分泌、神经调节等。而且年龄越小，受营养的影响越大。

疾病对小儿生长发育的阻扰作用也十分明显，急性感染常使体重减轻，慢性病则同时影响体重和身高的增长。内分泌疾病对生长发育影响更为突出，常引起骨骼生长和神经系统发育迟缓。先天性疾病如先天性心脏病、先天性痴呆等对小儿体格发育和智力发育都会产生明显的影响。

另外，良好的居住环境、卫生条件如阳光充足、空气新鲜、水源清洁等都有助于小儿生长发育。生活制度、护理、教养、锻炼的合理安排对小儿体格、智力的成长也起着重要的促进作用。家庭的温暖、父母的爱抚和良好的榜样作用及良好的学校教育和社会教育，对小儿性格、品德的形成，情绪的稳定和精神智力发展都有深远影响。

## 婴儿停奶时应吃什么辅助膳食

(1) 要将辅助食品尽量稀释，使它们变成稀薄的奶状汤汁给婴儿喂饲。

(2) 将辅助食品加热到与母乳或牛奶一样的温度，再给婴儿食用。

(3) 喂饲时应与喂饲婴儿母乳一样，将婴儿抱起成直立状态再喂饲。要使婴儿觉得吃这些新的食物与吃奶一样，并便于吞咽。

(4) 在喂饲新的辅助食品时，最好等婴儿处于比较饥饿的状态时再喂。

(5) 在喂饲新的辅助食品时，最好在婴儿比较容易接受的时间进行，例如早晨，那时婴儿已经经过充分的休息，比较容易接受。

(6) 如果喂饲的新的辅助食品婴儿不吃，那么，应间隔几天以后再行尝试。如果连续几次都不吃，那只好让步，不要再进行尝试。

(7) 一次只给一种新的辅助食物，并连续几次给这种新的食物以观察婴儿对这种新的食物是否接受。如果婴儿吃后呕吐、腹泻，甚至将他们的膝盖弯至脸部啼哭不止，则应停止喂饲此食物。

(8) 喂断奶辅助食品时，应逐渐增加（开始时给半汤匙，一周以后才增加到一汤匙）。

(9) 喂饲辅助食品时，需用圆头汤匙，喂时尽量放在舌头的上面。

(10) 假如新的辅助食品不能很好接受，请尝试将这种食品与他们所喜欢接受的食物混合在一起。如一般肉类，不如水果与蔬菜那样容易被接受，那么就先将肉类与一种他们很喜欢吃的蔬菜混合在一起喂饲，以后再逐渐减少蔬菜的量，增加肉类的量。

## 怎样防止婴儿拒食

将近 1 岁的婴儿除了吃奶之外，很多种辅食都能吃了，但

每个孩子的食欲和对不同饮食品种的喜好有较大的差异，如有的婴儿还是喜欢多喝奶，有的则更喜欢吃些带香味的食品，正常情况下，一般都能满足热量及营养素的需要。如果孩子对本来爱吃的食品不像平日那样有兴趣，食量也减少，这就是食欲不振；如果给食物时不张嘴，或勉强吃些又吐出来，或在喂食时摇头躲避，用手推开，这就是明显的拒食。婴儿食欲不振或拒食大多是由于疾病的原因，很多全身性感染性疾病（如各种急慢性化脓性感染、病毒性感染、高烧等），营养缺乏病（如佝偻病，营养缺乏性贫血等），消化道疾病（如消化不良、胃肠炎、肝炎等），都可使消化液分泌减少和消化功能下降而造成食欲减退、甚至拒食。一些局部性炎症如疱疹性口腔炎、咽炎、舌炎等，由于进食时疼痛也常表现为明显的拒食。这类疾病的拒食，并不是没有食欲，而是想吃也不敢吃，因此孩子常表现为烦躁不安，一吃就哭。对于拒食的孩子要到医院检查，针对病因进行治疗。对拒食辅食、还能喝奶的孩子，可先多喝些奶，连奶都不愿喝的就尽量多喂些糖水、果子水或白开水，短期内热量不够问题不大，但水摄入量要充足，必要时适当静脉输些葡萄糖液。由于口腔炎、咽炎的拒食，可喂些冷饮、凉奶等，因冷食可减轻局部疼痛。如口腔或舌面有明显溃疡面，可在喂食应用1%奴佛卡因涂抹，以局部止痛。

## 如何调节婴儿的体温

要经常注意婴儿皮肤的温度，以了解冷暖情况，如果皮

肤很凉，表明保暖不够，可用成人温暖的手和婴儿，也可加盖柔软棉被加温。如果婴儿皮肤温度较高发红，则需适当减少衣服，使婴儿缓缓散热。由于婴儿中枢神经系统发育不完善，对外界温度适应性不强，体温时有波动，一般婴儿体温若在 $36\sim 37\text{ }^{\circ}\text{C}$ 之间，均属正常范围波动。婴儿皮肤表面积相对较大，皮下脂肪层薄，容易散失热量和水分，因而在温度低的环境中体温可降至 $36\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以下，在温度高的环境中，体内缺水，又可发生“脱水热”，遇到新生儿发烧，不可随意服退热药，因服药后会使得新生儿全身发凉，甚至休克。婴儿体温若在 $38\text{ }^{\circ}\text{C}$ ，可解开衣服缓缓散热，如达 $39\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上可用冷敷方法（在额头、腋下、后背等处用湿毛巾擦拭）帮助退烧。如果仍不恢复正常，应送医院诊治。

## 从睡眠看婴儿的健康

婴儿的健康情况或疾病的潜伏与发作，都可从婴儿的睡眠状态中观察到。婴儿正常的睡眠是入睡后安静，呼吸轻而匀，头部略潮，时有微汗，面目舒展，时而有微笑的表情。如果出现下列睡眠异常现象，则往往是病患潜伏或发病的征象：  
①睡眠不实，时而哭闹乱动，不能沉睡。  
②全身干涩发烫，呼吸急促，脉搏加快超过正常次数（新生儿脉搏每分钟140次，1岁以内婴儿为120次。）  
③入睡后不安宁，头部多汗（湿了枕头），时常哭叫不安，爱挠头抓耳。时而四肢抖动，有惊搐现象，睡后时有出现痛苦难受的表情或哭的表情。但有些婴儿睡眠的异常现象是白天兴奋过度或饮食过量所致，有的异

常如突然滚动或哭闹，则是尿的表示，对这些现象可有针对性地处理。婴儿入睡后时而会发出微弱的阵阵鼻鼾声，这种偶发现象不是病态。有的婴儿每在睡着后鼻鼾声较大，对此应引起注意，及时去医院检查是否有增殖体肥大。增殖体是位于鼻咽部的淋巴组织，如果是病理性的增殖体增大，入睡后就会引起鼻鼾，张嘴呼吸，严重的可形成增殖体反应（硬腭高拱，牙外突，牙不齐，唇厚，上唇翘，表情痴呆，精神不振，体虚、消瘦，并可诱发中耳炎，造成听力障碍）。增殖体可做手术切除。每个婴儿有其独自的睡眠规律和睡眠表现，应该具体对待。要为婴儿创造良好的睡眠环境和养成良好的睡眠习惯。

## 婴儿为何头发稀少

一般情况下，婴儿头发稀少，是一种正常的生理现象，不是病态，父母不必对此担忧。婴儿头发的生长和身体长高等生理现象一样，有早有迟，有快有慢，多数孩子会随着他的身体发育增长的，原来长得不好的头发，会渐渐由稀到密，由黄到黑。头发生长也受遗传因素影响，头发的多少、色泽、曲直与父母遗传有一定关系，如父母头发好，则孩子的头发也较好，父母头发差，孩子头发也差。也有因疾病造成头发稀疏的，如营养不良，体质较差，全面发育不良或病后体质虚弱等。但这些身体原因不仅表现于头发上，还表现在婴儿的生长发育与精神上。由于该病原因造成的头发稀少，应注意调剂饮食，增加营养，锻炼身体，特别注意保证蛋白质、脂

肪、维生素等营养素的供应，多吃些鸡蛋、牛奶、瘦肉、鱼、虾、豆制品以及植物油、胡萝卜等食物，还可适量服用鱼肝油和维生素 A、B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub> 等，都有利于头发长好。但必须指出，婴儿饮食一定要科学合理，有利于婴儿消化吸收。

## 怎样教婴儿学走路

婴儿开始蹒跚学步了。这时，家长不要怕孩子摔倒，要鼓励他大胆地进行尝试。

行走是靠两条腿交替向前迈进，每走一步都需要变换重心，才能步伐稳健。婴儿初学走路，往往就是在摸索如何掌握好重心来协调行走的步伐。

婴儿一般在 10 个月 after，经过扶栏的站立已能扶着床栏横步走了。这时怎样来教婴儿学走路呢？

首先，在婴儿初学走路时，为防止摔倒，应选择活动范围大，地面平，没有障碍物的地方学步。如冬季在室内学步，要特别注意避开煤炉、暖气片 and 室内锐利有棱角的东西，防止发生意外。同时要给婴儿穿合适的鞋和轻便的服装，以利活动行走。

其次，初学时，可让婴儿在学步车里学习行走，当步子迈得比较稳时，家长可拉住婴儿的双手或单手让他迈步，也可在婴儿的后方扶住腋下或用毛巾拉着，让他向前走。锻炼一个时期后，婴儿慢慢能开始独立的尝试，家长可站在面前，鼓励他向前走。初次，他可能会步态蹒跚，向前倾着，跌跌撞撞扑向你的怀中，收不住脚，这是很正常的表现，因为重

心还没有掌握好。这时家长要继续帮助他练习，让他大胆地走第二次、第三次……渐渐地熟能生巧，会越走越稳，越走越远，用不了多长时间，就能独立行走了。1岁多时已能走得比较稳了。

此外，在婴儿学步时，家长应注意不能急于求成，也不能因怕摔就不练习了。要根据自己的孩子的具体情况灵活施教。初学时应每天安排时间陪着学步，并注意保护，这样有利于婴儿更快学会走路。

## 怎样教婴儿自己吃东西

训练孩子自己吃东西要有个过程，就像大人要学会做一件事也得花点时间练习一样。婴儿最初的练习就是学会用手抓起食物往嘴里塞，慢慢地就有意识去用匙子。为了能让孩子在一岁半左右学会独立吃饭，现在就得让他学用匙子，当然，这个年龄的婴儿还不可能用好匙子。只是让他开始练习，往往在父母喂饭时，有些孩子就会去夺父母手里的匙子，这是孩子在表示自己想吃饭的愿望。父母不要以为孩子调皮，更不要和孩子玩“拔河”夺来夺去的；你就把手里的匙给他，自己再去找一把继续喂，让孩子拿着匙子边吃边“玩”好了。学习用匙就是从这里开始的，使用一会儿，孩子会体会到想把食物舀起来送进嘴里不是那么容易的，也许试试就不耐烦了，匙子不往嘴里送而在饭里瞎搅，这时，你就把饭端开，不要去夺孩子手里的匙子，不然孩子会失去信心的。每次喂饭都这么练习，你会发现几周后孩子会有惊人的进步，独立吃饭

的基础也就初步奠定。如果，父母这时候仍没有训练孩子吃饭的意识，那你将会在孩子入托儿所、幼儿园后仍会担心他吃饭的问题。

## 怎样纠正婴儿偏食

婴儿偏食，会使营养缺乏，影响身体健康，而且会渐渐养成习惯，长大了更难纠正。怎样防止和纠正其偏食呢？

①发现孩子开始厌恶什么食物时，绝不能承认其“合法化”，如果任其所以，久而久之，就会形成条件反射，孩子更加偏食。

②要启发孩子对各种食物的兴趣。

③给孩子吃的食物味道不宜过于讲究，如果孩子对某种食物的味道要求越来越高，偏食机会更加严重。

④不要随便给孩子随便挑食的权利。

⑤不要让孩子养成吃汤泡饭的习惯。

⑥纠正孩子偏食的习惯时要注意促进他的食欲。在孩子胃口好、食欲旺盛的情况下，纠正他的偏食习惯。

## 怎样帮助婴儿锻炼

到了这个月龄，婴儿喜欢用手扶着东西练习迈步。摔跤是不可避免的，但不必担心，这也是一种锻炼。成人在旁边照看着，防止出危险，个头高的婴儿用学步车不合适，主要是扶手太低；当然如果扶手可调高还是可以用的。成人应当

为婴儿学步在室内安排一个较大的空间,四周精心布置一下,保证即使摔倒也不至于出危险,特别要把带棱角的东西拿开。给婴儿穿鞋子,带到户外平坦的地上学迈步,婴儿常常表现出很高兴。练习行走前最好吃饱,排完大小便后撤去尿布,减轻身体的负担,使婴儿感到舒适方便,对练习迈步也有好的。衣服不要穿得太多,出汗后再脱更容易受寒。有的婴儿喜欢爬沙发、爬楼梯,这也是很好的锻炼方式,不必太多的干涉,但要绝对注意安全。

此外,这个月龄的许多婴儿喜欢故意把东西扔掉又捡起来,觉得很有趣。如果成人和婴儿一起玩扔球,婴儿兴趣更大。别忘了带婴儿去户外锻炼。夏天不宜让婴儿总是呆在有冷气设备的房间里,冬天也不必让婴儿总守着取暖器。应该说,最能适应自然环境的人最有生命力。

## 怎样带婴儿到户外玩耍

婴儿多晒太阳可以使体内形成维生素D,有利于人体对钙、磷的吸收。到户外玩耍还可使婴儿扩大眼界,心情愉快,促进婴儿生长发育。成人可以把学步车、小车拿到户外让婴儿玩,或者在走廊上铺席子、让婴儿爬,大人扶他站起来、趴下,再站起来、趴下,让他去取玩具。户外活动时间要根据气温高低而定。如气温在 $10\sim 28\text{C}$ 之间,每日可以在户外玩4~5小时(上午1~2次,下午1~2次),如果气温低于 $18\text{C}$ ,则应让婴儿在太阳光下玩,头部不要晒得过分,可戴上帽子,也可让婴儿晒屁股。如果脸和屁股都晒红了,就暂时到荫凉

处。如果气温高于  $28^{\circ}\text{C}$ ，则在树荫下或凉棚下玩。每次时间不可超过 30 分钟，因为时间过长，婴儿出汗过多要生痱子。户外玩耍每日不得少于 2 小时。

# 周岁宝宝优育

## 周岁小儿身体发育有哪些特征

随着科学育儿知识的普及，现在许多家长已经懂得了观察小儿体重增长的重要性，明白了体重不单单是一个度量的指标，重要的是通过观察体重的变化可以反映小儿近斯营养状况，从而进行有针对性地科学哺喂，使小儿健康生长。

当宝宝长到1岁时，他的体重该是多少呢？这是年轻父母关心的问题。家长们根据体重表，可以看看自己的宝宝是否在正常标准的范围内，如果低于低限值就要引起注意，及时寻找原因。此外，根据小儿生长的规律，1岁以后小儿体重的增长就不像1岁以前那么明显。体重增长的速度是随着年龄的增长而逐渐减慢并趋于稳定。1岁后的小儿开始行走，活动越多，身体也会变得越结实，看上去虽然不像1岁以前那样胖乎乎，但只要体重是在正常范围内，那么他的体格发育就是正常的。

小儿长到1岁，已经能独自站立并开始学着行走了。当同龄的小儿在一起玩耍时，家长们总爱将自己的宝宝与周围的小儿相比较，看看宝宝的个子是高一点还是矮一点。如果矮一点，家长们心里就开始琢磨了：是不是我的宝宝营养不好？是不是我的宝宝有什么病？是否要去医院看看？

在哺育小儿的过程中，家长们有必要知道1岁小儿的身长应该是多少。掌握了这个知识就像手中有了一把尺子，用这把尺子来衡量一下自己的宝宝，知道宝宝现在的身长是在什么水平上，这样心里就有了数。

在正常人群中，同龄同性别的小儿个子总是参差不齐的，总会有些高点有些矮点，只要宝宝的身长是在平均值的左右。

未低于低限值的范围，身长就是正常的，即使个子比同龄小儿矮一点，家长也不用担心。如果小儿的个子低于限制，就要找找原因，看是不是早产儿，是否低出生体重儿，喂养状况怎样，有否严重的疾病等等，进行综合分析。必要时找保健医生查看。

许多家长很重视自己孩子乳牙的萌出，有时孩子出牙晚了就很着急，确实，检查孩子的牙齿状况，便可以知道小儿骨骼发育大概情况，发育好的小儿能及时出牙，牙质也优良；发育差的，出牙延迟，牙质也欠佳。后者常见于呆小病和严重佝偻病的病儿。乳牙的萌出时间迟早不同，早者在4个月已见到，迟者到9~10个月才萌出，这都属于正常范围之内。到1岁时出6~8颗乳牙。一般来说，乳牙的总数大约等于婴儿的月龄减4~6，家长可以看看，你的小儿乳牙数对不对。

小儿由于肺脏的容量相对比成人小，因此年龄越小，呼吸频率越快，所以1岁的小儿呼吸次数一般在24~30次/分左右。如果小儿安静时呼吸次数在50次/分，那么小儿可能是肺炎了，应及时去医院诊疗。

由于小儿心脏的兴奋性比较高，因此年龄越小，心率越快，而且当活动量增多、哭闹或精神紧张和发热时心率也增

加。所以测小儿心率时最好选择小儿安静或者睡眠时。1岁的小儿正常的心率应在120次/分左右。

## 光脚散步对小儿发育好处多

我们提倡让孩子光脚走路。因为光脚对孩子，特别是弱智孩子，以及足部骨骼、肌肉发育不良而不能正常走路的孩子，都有较大好处。

足弓是人类特有的，是在人的直立、正常行走过程中产生的。而弱智儿总是足弓不明显或没有足弓。没有足弓的孩子走、跑都较慢，不能双脚同时跳起，或跳得很笨，大运动反应不灵敏。而3岁前的运动发育是智力发育的一部分。弱智儿大运动发育都落后，他们虽然会走，但不能以立正姿势提高身体的重心，所以他站不稳，走、跑也摇摇晃晃易摔跤。光脚使脚掌受到外界刺激，促进了足部骨骼、肌肉的发育及足弓的形成，同时向大脑传递刺激，促进了大脑的发育。

在散步时注意让小儿脚跟着地走一段路以后，再用脚尖走一段路。最好再走一段上、下坡路或上、下楼梯。因为上坡或上、下楼，要用脚尖蹬，下坡或下楼要靠平衡机能和移动身体重心，把重心放在脚跟上。这样反复锻炼，小儿的体格健壮了，智力发达了。

## 小儿没爬就会走好吗

爬对小儿的发育、身体的活动和姿势，以及全身各关节

的运动都起着重要作用，因此可以说，爬活动了全身，也锻炼了全身的骨骼、关节、肌肉和内脏各器官。

人是直立的，从仰卧到直立的过程中，爬是很关键的。在爬的过程中，躯干和大腿相继离开地面，最后只有脚掌接触地面，支撑全身重量，这时才完成了直立姿势。

如果没有让孩子充分练习翻身、爬，就让孩子过早坐着、过早坐便盆，会使孩子造成蹭行，即坐在地上用屁股和双手移动前行，这样造成小儿站、走发育推迟。以后孩子虽然会走了，但平衡感觉和走的发育质量都较差。

正确地爬行训练要从6个月开始，先是练翻身；8个月练双手支撑身体向后退或转圈移动身体；9个月开始练向前爬，鼓励他双脚使劲向外蹬，用上肢支撑着爬，家长可拿着玩具在小儿前面逗引他向前爬。总之，爬的训练不可忽视。

## 小儿不爱理发怎么办

小儿不爱理发是一种不良习惯，常常发生在1~3岁的年龄，遇到理发、洗头，孩子就哭闹不停，家长也没办法。

一般来说，常因最初给孩子理发或洗头时做法不当，弄痛了小儿；头发茬子没收拾好，使孩子身上又扎又痒不舒服；洗头时洗头水眯了眼睛等等造成孩子的恐惧心理，以后一遇到给他理发或洗头，他便条件反射地哭闹起来。

纠正孩子这一不良习惯并不难。家长先让孩子从感情上慢慢接受“理发”这一必须做的事情。可以带他看看其他小朋友理发，并对孩子说：“你看小哥哥多勇敢，也不哭。”家

长多说些鼓励孩子的话,或是使自己成为孩子模仿的对象。也可边理发边说:“开小汽车了。”使孩子提高兴趣,消除恐惧心理。千万不可用强制手段,诸如:用胳膊夹住孩子、按住脑袋等给孩子理发,这样做的结果只能增加恐惧及厌烦心理,不良习惯反而得不到纠正。

## 怎样为周岁的小儿制作食物

为1岁后的小儿制作食物首先要考虑制作的食物能适应孩子的咀嚼要求。1岁后的小儿一般都已长出一定数量的小乳牙,并仍在陆续萌出。但这一时期小儿的咀嚼肌还远不如成人,基本上还没有生活自理能力,所以在制作食物时,无论是主食品还是副食品都要经过细致的加工。

(1) 主食品要软、烂。此时面片汤、馄饨对小儿比较适合。如果要食用豆类,可先将豆子压成泥状、去皮,如豆沙,小儿就可以直接食用。

(2) 由于这一时期是小儿一生中生长发育较迅速的时期,需要进食营养丰富的食物,如鸡蛋、鲜鱼、瘦肉等。在烹制鱼类食品时,必须先将鱼刺剔除干净,尔后制作,或切成碎末或切成小丁。在对肉类食品进行加工时,最好给孩子做成肉丸子,由于肉中的纤维已被斩断,孩子就可以避免因咀嚼不烂下咽而造成呕吐。肉丸子味道鲜美,很受小儿的喜爱。

(3) 蔬菜制作时也要切碎,或单炒或加肉末与饭同时煨煮。

总之,此期为小儿制作食物的特点就是细、烂、软、碎,

以充分适应小儿消化器官尚未发育成熟的现状。

## 小儿是不是吃得越多越好

许多家长都有这样的看法，认为只要小儿能吃，吃得越多越好。因此有的小儿吃得体态肥胖，成了“小胖墩”；有的小儿因吃得过多引起消化不良，从而产生厌食。从科学喂养小儿的观点上看，并不是吃得越多越好。这是因为小儿的食量是有一定限量的。小儿正常的生长发育对各种营养素的需求并不是越多越好。例如小儿长期吃进较多的含糖及脂肪的食品（各类油腻食品及甜食），这些食物所产生的热能很多，而小儿的活动往往消耗不了这么多的热能，这样多余的热能就转化为脂肪积聚在体内，导致热能过剩而肥胖。还有的小儿本身胃肠消化功能就不完善，家长偶见小儿喜欢吃某种食物，心里特别高兴，于是就想方设法让小儿多吃，其后果并不是使小儿受益，而是害了小儿。这是由于过多的食物并不能被小儿完全消化吸收，却能引起胃肠功能的紊乱，出现呕吐、腹泻等适得其反的结果。

所以我们要告诉家长们，不论小儿吃什么食物，都不是越多越好，而是要适量。只有适当的量才能既满足小儿生长发育的需要，又不过剩，使小儿吃进的食物完全消化吸收，真正得到充分的利用。

## 小儿不爱吃饭怎么办

有的家长非常发愁，为什么宝宝总爱吃奶不吃饭，怎么

办呢？出现这种情况的原因，是由于家长没有根据小儿的生长需要及时添加辅食，使小儿出现只爱吃长期吃惯了的奶，而不愿吃其它食物的毛病。

出现这种情况时，家长应该立即予以纠正，不能等闲视之。因为随着小儿的生长，光靠奶早已不能满足其生长需要，必须靠补充其它食物才能供给小儿丰富的营养，否则就会出现营养缺乏症。所以要早发现早纠正，对小儿的生长才有好处。

有纠正小儿只吃奶不吃饭的毛病时，应该首先减少小儿吃奶的次数。在小儿有饥饿表现时，给他吃些辅食，例如粥、面条等。要注意把饭做得软，味道香，这样才能吸引小儿。由于小儿长期已习惯了吃奶这样的流食，所以刚开始时应让小儿适应稀软的食物，并且每天都要坚持给几次；食物也要不断更新换样。时间一长，小儿慢慢地就不会只想吃奶，而会逐渐喜欢吃其它各种食物了。要纠正只吃奶不吃饭的毛病，家长一定要每日坚持，不能怕小儿饿或因小儿的哭闹而动摇自己的决心。有的家长经不起小儿的哭闹，一看小儿不爱吃饭就马上换上奶。小儿虽然立即得到了满足，但只吃奶不吃饭的毛病更难纠正。只有通过每日坚持纠正，小儿吃奶的次数才能逐渐减少，吃饭的次数才能逐渐增加，不用多长时间小儿就会改掉这个毛病的。

## 小儿挑食怎么办

要保证小儿健康成长，在小儿的生长发育过程中就需要

供给各种营养物质。但是任何一种食物都不能包含全部营养物质，例如：肉里含有丰富的蛋白质和脂肪，但却缺乏在小儿生长发育过程中所需要的各种维生素。而在青菜和水果里含有丰富的维生素。如果小儿只挑肉而不吃青菜和水果，就会影响小儿营养的供给，长此以往就会影响小儿的生长发育。

现在许多家长在抱怨：“我们宝宝挑食，只吃少数几种食物，怎么办呢？”在这里我们首先要告诉家长们，小儿在出生时对食物并没有什么选择，对某种食物的喜和厌往往和后天的环境、周围大人的饮食习惯以及不良的暗示和助长有关。许多小儿在吃饭时挑三拣四，多数情况下并不是小儿害什么病，而是他们沾染了不良的饮食习惯。造成这种情况的原因往往是家长对小儿过于溺爱，当小儿表现出想吃什么时家长马上就给什么；当小儿表现出不喜欢某种食物时，家长并不是劝说或讲道理，而是一味地迁就，使小儿逐渐养成挑食的坏毛病。

当小儿挑食时，家长首先要找找是什么原因造成小儿不喜欢吃某种食物。

(1) 有的小儿是因为长期总是吃一种食物而对这种食物产生厌烦，从此就不再吃了，这就是在家常说的吃腻了。遇到这种情况，家长就要注意变换烹调方式。例如鸡蛋，总是吃煮鸡蛋，小儿不爱吃了。如果家长变换一下烹调方式，改换成鸡蛋羹、摊鸡蛋薄饼、炒鸡蛋，小儿就会喜欢吃了。

(2) 当小儿见了某种新食物时或某种与平时饮食不同味道的食品时，往往不吃。如胡萝卜，有的小儿就是不喜欢吃。此时家长应耐心地向小儿解释为什么要吃这样的菜。往往通

过一个简单的故事，小儿从中就懂得了道理，并且从此爱吃了。

(3) 周围大人的饮食习惯直接影响小儿。有的家长自己不吃某种食物因而影响小儿，家长们应明白小儿需要养成不挑食的习惯，自己不要影响小儿，而应为小儿习惯吃各种食物创造条件。

(4) 在安排小儿饮食时一定要注意花色品种多样化，荤素合理地搭配，引起小儿对各种食物的兴趣，养成给他吃什么就会高高兴兴地吃什么的习惯，防止挑食的发生。

家长在帮助小儿纠正挑食坏习惯的过程中，除了注意变换食物花样、味道外，一定要注意耐心地诱导。当小儿提出挑吃什么食物的要求时，家长不能轻易地许诺，更不应该马上满足小儿的要求，因为这样做不但不利于改变小儿挑食毛病，反而助长了小儿的任性。当小儿有了微小的进步时，家长就应给予充分的鼓励和表扬，这样小儿就会逐渐改掉挑食的坏习惯。

## 怎样结合季节为小儿安排饮食

在一年 12 个月的季节变化中，气候本身对农作物的成熟及小儿的影响不同，所以，应结合季节的变换调整小儿的饮食，使小儿得到足够的热能、蛋白质及必需的营养素。

在春季，新鲜蔬菜陆续上市，虽价格都比较贵，但应适当地为小儿调剂一些新鲜的蔬菜。豆类及豆制品便于存放又富有营养，可以给小儿多吃一些。鸡蛋自 3 月份开始大批上

市，此时可充分利用鸡蛋为小儿提供优质蛋白。

在夏季，由于气温较高，小儿食欲欠佳。在一日三餐中，清晨是小儿胃口最佳的时候，要加强早餐的质量，安排牛奶或鸡蛋等蛋白质含量高的食物，以补充从汗和尿中排出的氮量；同时要增加膳食中维生素的含量，以弥补因出汗造成的体内水溶性维生素的损失；适量地在小儿喝粥时进食少量咸菜，以补充因排汗损失的盐分。

在秋季，水果与新鲜蔬菜是一年中最丰富且价格最便宜的时候。此时气候也比较适宜，小儿的胃口也随着暑气的消退而好转。所以可为小儿安排一些绿叶蔬菜，还可制作一些既有肉又有菜的带馅的主食品，如饺子、包子等。

在冬季，为了增强小儿机体的御寒能力，应为小儿选择一些高热量、高蛋白的食物。在日常生活中，能被一般家庭所接受的这类食物有：瘦猪肉、猪肉松、牛羊肉、鱼、鱼松、虾米、芝麻酱、豆制品等。由于冬季蔬菜品种较少且价格较贵，可考虑给孩子安排一点豆芽菜，尤其是在发芽第6~7天的豆芽菜，维生素C的含量较高。此外，由于冬季的日照时间短，1岁小儿又易患因缺乏维生素D而造成的佝偻病，所以还应为小儿安排一些富含维生素D的食物，如鱼、蛋、乳类及动物肝脏等。

## 怎样培养小儿自己用匙吃饭

小儿的运动发育有其规律性，从抬头、坐、爬、行走，发展到精细动作（握及捏弄动作）和眼手动作的协调。小儿一

般 5 个月时就能用手抓物品并往嘴里放；10 个多月时吃饭就想拿匙，并会拨弄食物；15 个月时就会用匙取食物。这些动作的发展是逐渐变为精细并协调的。从小儿生活能力的培养及运动发育的角度来看，一般从 1 岁半后就要开始培养小儿用匙吃饭。家长们怎样来培养呢？

首先要为小儿选择合适的餐具，并准备就餐时用的围嘴。匙的大小、匙把的长短都应适合小儿使用，以匙能放入口中，匙把以小儿能握住并不过长为宜。开始时小儿可以和家人们一起共餐，小儿具有很强的模仿能力，当他置身在就餐的环境中时，就会很自然地学着周围人们的样子来吃饭。最初他可能在匙中装不满食物，或在匙子未到达口部时掉落下来，弄到桌、地上、身上，这时家长们不应因此而中止小儿自己用匙吃饭，而应让小儿坚持下去。这样天天练习，用不了多长时间，小儿就会对匙子使用自如，掉落食物的现象逐渐减少，并能很准确地将食物放到口中。

在培养小儿用匙吃饭的过程中，家长们首先应注意的就是天天要让小儿练习，不能因为怕吃不饱、饭菜放凉了以及怕弄脏了衣物等等原因而停止。刚开始时小儿肯定会因自己用匙吃而吃得慢，吃不饱。这时，家长可以先盛很少的饭让小儿学着练习，练几分钟后家长再盛出热菜热饭喂小儿。经过一段时间，小儿就会自己吃得越来越多，而家长喂得越来越少。到了 2 岁左右时就可以让小儿独立吃饭。同时还要注意培养小儿饭前洗手、固定坐位、不边吃边玩等良好的饮食习惯。家长万万不可一切代劳，使小儿在这一时期失去学习基本生活本领的机会。

## 有的小儿睡觉磨牙是怎么回事

磨牙动作是在三叉神经的支配下，使咀嚼肌持续收缩来完成的。那么为什么有些孩子在睡觉地磨牙呢？经研究，目前认为有以下几种原因：首先是肠寄生虫病，尤其是肠蛔虫症在儿童中相当多见。肠寄生虫在体内能分泌多种毒素，例如神经毒素、过敏毒素、内分泌毒素，这些毒素和体内寄生虫排出的代谢产物，在宝宝睡觉后都可以刺激脑的相应部位，通过三叉神经而引起磨牙的动作。另外，胃肠道的疾病、口腔疾病，或者是临睡前给小儿吃不好消化的食物，这样在宝宝睡觉后都可以刺激脑的相应部位，通过神经引起咀嚼肌持续收缩神经系统疾病，例如精神运动性癫痫等，也可以引起睡后磨牙。再者白天小儿情绪激动、过度疲劳或情绪紧张等精神因素，都可以使大脑皮层功能失调而在睡觉后出现磨牙动作。

夜间磨牙对孩子的发育很不利，要找出原因，进行相应治疗或干预，症状会好转的。但有孩子因磨牙时间较长，大脑皮层已形成牢固的条件反射，虽然疾病已治愈，但夜间磨牙的动作不会立即消失，特别是胃肠病虽有好转，但胃肠功能紊乱依然存在，所以磨牙动作不能在短时间内纠正过来，必须支持较长时间的治疗干预才能好转。

## 小儿入睡后出汗是怎么回事

有的孩子在刚刚入睡时或要睡醒时头部出汗，家长很担

心，认为孩子体弱有病，便到处求医求治。其实小儿睡后出汗，大多数是属于正常的生理现象。首先出汗可排出体内某些代谢废物，如尿素、脂肪酸等，其次通过汗水的蒸发可以带走体内多余的热量，维持正常体温。此外，少量的出汗可以滋润皮肤，否则皮肤就会干燥不适。

小孩身体正处在生长发育阶段，新陈代谢旺盛，产热量较多，另外孩子的皮肤含水量大，微血管分布又多，所以出汗可以散热，保持体温的恒定。出汗是受中枢神经系统控制的，小儿中枢神经系统发育尚不完善，从兴奋到抑制间的平衡较差，当孩子刚刚入睡或者将要睡醒时，正处于中枢神经系统抑制——兴奋交替相争的状况下，交感神经会出现一时的兴奋状态。有些孩子在熟睡前总是翻动不停，容易出汗，就是这个道理，但是入睡后不久汗就逐渐消退。如果孩子精神食欲都很好，就不算病态，不必乱吃补药。

如果孩子夜间出汗过多又伴有其它不适表现，如睡眠不安、烦躁，应多考虑佝偻病；低热消瘦，有结核病的接触史者，多考虑结核病；如处于某些疾病的恢复期而出汗多，应考虑病后体弱，致孩子的神经调节功能紊乱。遇有以上情况应去医院请医生诊治。

## 为什么应从小开始锻炼身体

人的体质强弱虽然受先天因素的影响，但与后天的营养、体育锻炼也有着密切的关系。特别是小儿正处于生长发育旺盛时期，正确的体育锻炼，能促进小儿的生长发育，提高机

对各种疾病的抵抗能力。

锻炼能增强小儿全身的生理功能。例如小儿在跑跳的运动中，肌肉从最初无秩序的动作，逐步发展成为有目的的优美协调的动作。这些是在神经系统控制下进行的。因此，锻炼促进了神经系统的发展，为思维能力打下了良好的基础。体育能迫使心脏加强收缩，促进肺脏加强呼吸，增加了消化腺分泌及胃肠蠕动，从而有利于小儿的生长发育。体育锻炼还能改善体温调节能力，使大脑皮层对冷和热的刺激形成条件反射，不容易感冒也不易中暑。

锻炼可增强体质，提高机体抵抗能力。如果一个出生时很健康的婴儿，在成长过程中缺乏体育锻炼，身体就会由强变弱；反之，即使出生时体质弱一些，而平素很注意锻炼，则身体可由弱变强。所以，宝宝从小就要注意进行体育锻炼。

## 周岁小儿适合进行哪些体育锻炼

小儿的运动发育是有规律的，按照运动发育的规律锻炼能强身健体，违背客观规律蛮干，则适得其反。因此，根据小儿不同年龄的解剖生理特点科学地安排体育锻炼，才能收到良好的效果。

1岁的孩子四肢活动比较灵活，动作逐渐增多，15个月的孩子能蹲着玩，走得稳；18个月时开始学跑，并能倒着走，爬台阶。总之，1岁多的宝宝有独立行走的能力，活动范围比较大。因此，应保证孩子每天有2小时以上的户外活动。让宝宝进行蹲、走、跑的锻炼，例如：滚球爬行、爬行取物、捡

皮球、扶杆蹲起、扶杆走路、拉小鸭车走、推车前进。锻炼小儿按指定的方向走。另外，训练模仿动作，如鸟飞、兔跳、飞机飞行、打气、绕线、洗衣等，模仿动作，可以促进小儿的身心健康成长。

1岁的小儿自控能力较差，可在成人的带动下做竹竿操。方法很简单，两名操作者，分别坐在竹竿两端的小椅子上，两手分握两根竹竿端，孩子站在竹竿中间，两手分握竹竿，在两名操作者协调动作的带动下做竹竿操，使小儿全身得到锻炼。有利于宝宝茁壮成长。

## 为什么周岁后的小儿容易生病

1~3岁的孩子，身体的抵抗力很弱，因为来自母亲体内先天免疫的抗体已基本消失，而幼儿体内的免疫系统还很不完善。因此自动免疫虽然逐渐产生，但对疾病的抵抗力仍很差。再加上这期间小儿与成人或年龄稍大的儿童接触增多，所以容易患各种传染病。

1岁以后的孩子，正处于断奶期，其消化系统发育不够成熟，消化酶的活性差，胃液胃酸少，喂养不当可引起消化不良，如病原菌随污染食物进入肠道，很容易出现肠道感染。此外，小儿呼吸系统的防御机制不完善，例如鼻孔中几乎没有鼻毛，粘液腺体的分泌不足，再加上体内免疫球蛋白的水平比较低，所以容易患感冒、气管炎、肺炎。

1~3岁的孩子处于生长旺盛时期，体内需要各种营养物质较多，如不注意科学喂养，就容易出现一些慢性营养不

良性疾病，如维生素 D 缺乏性佝偻病、缺铁性贫血、微量元素锌、铜缺乏，甚至导致生长发育迟缓。

值得注意的是，由于 1~3 岁的宝宝活动范围扩大，又不知注意安全，极易出现意外事故，故要注意安全。

# 幼儿优教

## 幼儿需要哪些营养物质

在自然界中，蛋白质、脂肪、碳水化合物、无机盐、维生素和 水 是维持人类生存、繁衍的六大类营养物质。2 岁是儿童生长发育打基础的时期，该期儿童生长发育的特点决定了要把摄入足够的热能和蛋白质作为营养的重点。

需要明确的是，热能并不是营养素，而是营养物质在代谢过程中氧化所释放出来的。它主要来自碳水化合物、脂肪、蛋白质。机体的各种生理活动都需要消耗热能，尤其对于小儿来说，他的热能消耗中的  $1/3$  都用于生长发育，如果热能不足就将出现生长停滞。我国的经济发展现状和膳食习惯决定了五谷杂粮仍是我国人民的主食品。从营养学的角度看，碳水化合物供热占总热能的 60%；脂肪供热占 25~30%；蛋白质供热占 12~14%，还是比较合理的，所以，如果 2 岁小儿每日进食粮食 100 克，热能就可以得到保证。蛋白质作为人体生长发育的基本原材料，是其它任何物质所不能替代的。有人说，蛋白质是生命存在的形式，也是生命的基础。这道出了蛋白质在体内的重要地位。在动物类食品和豆类食品中都含有丰富的优良蛋白质，这就是为什么要强调多给小儿进食一些瘦肉、鱼、豆制品的原因所在。2 岁小儿如果热能不足或

蛋白质缺乏，就会出现营养不良，导致其体格与智力发育落后。如果营养不良得不到纠正，则体格和智力的发育均不可能赶上正常儿童。

在人们的膳食中，提供热能的主要还是谷类。2岁小儿对谷类的消化吸收已没有什么问题，因此，诸如米饭、馒头等主食品对儿童还是适宜的，而带馅的包子、饺子等食品是较受小儿欢迎的。在主食品中，油炸类食品还应避免。在副食品中，鲜鱼及各种肉蛋类、海味品等能够提供较优质的蛋白质、脂溶性维生素及微量元素，尤其是鸡蛋，营养价值高，又易于消化，且较价廉，是儿童首选的副食品。豆制食品是我国的传统食品，它营养丰富，是廉价的优质蛋白质的来源。

在六大类营养物质中，富含维生素和无机盐的还有蔬菜类，尤其是深绿色蔬菜，诸如小青菜、小白菜、韭菜、芹菜叶等价值更高。

由于2岁小儿20颗乳牙已长齐，具有一定的咀嚼能力，只要将蔬菜切成细丝、小片或小丁，就能既满足小儿对营养素的需求，又适应小儿此时期的咀嚼能力。

有些小儿极喜爱吃糖和巧克力，这是不可取的，巧克力的主要成分就是糖与脂肪，再无其它的营养成分。由于脂肪在胃中停留的时间较长，可使儿童产生饱腹感，进而影响食欲，这样就会妨碍在正常进食时的营养素摄入，会使儿童在该时期的生长发育受到一定的影响。

## 为什么吃饭要细嚼慢咽

有时在吃饭时经常可以听到父母对自己的孩子说：“咱们

比赛，看谁吃得快。”如果是因孩子吃饭时边吃边玩而影响了进餐速度，家长可以对他提出这种要求；反之，对孩子的这种要求则是不恰当的。这还需从孩子的消化系统的生理解剖与发育特点谈起。

人们的口腔中有几对肌肉，在其收缩时，带动了牙齿对食物进行机械研磨作用。人的唾液中有许多消化酶，在舌头的帮助下还使口腔中的唾液与食物进行混合。如果肌肉收缩得越频繁，咀嚼的时间越长，食物就越小、越细，食物与唾液混合的时间也就越长。由此可知，反复的咀嚼，可使口腔中的食物由大变小，部分得到初步消化。

由于儿童的胃肠道发育还不完善，胃蠕动能力较差，胃腺的数量较少，分泌的胃液的质和量均不及成人。如果在进食的第一关即口腔中，就能将食物充分地研磨成初步地消化，就可减轻下一步胃肠道对食物消化的负担，提高儿童对食物的消化吸收能力，保护胃肠道。

所以，在小儿吃饭时，不宜对孩子紧锣密鼓地催促，要让他充分地咀嚼。一般每餐饭的时间大约在 20 分钟左右为合适。当然，细嚼慢咽绝非吃吃玩玩，玩玩再吃吃。

## 豆制品是幼儿重要的营养食物

豆制品一般是指用黄豆作原料，经过加工制成的各种制品，有很多的种类，比如我们经常吃的豆腐、豆浆等。所有的豆制品都是幼儿重要的营养食物，这是因为：黄豆的营养相当丰富，含有幼儿生长发育必需的优质蛋白、钙、磷、铁

和维生素等，其营养价值能同鱼、蛋、肉等相媲美。豆制品是黄豆经过加工的，其外层的纤维和胰胃蛋白酶抑制素被解除，蛋白质结构在钙离子的作用下变得疏松，被胃肠道吸收的比率因而大大得到提高，达到 90% 以上。因此，豆制品的营养价值比黄豆更高，是幼儿相当重要的营养食物。

此外，豆制品除了上面所列营养丰富，容易消化吸收之外，价格也比鱼肉类低廉，食用相当方便，实是幼儿重要的理想辅食。在婴儿授乳期若母乳不足，牛奶又缺乏时，豆制品完全可以充当代乳品类，用来补充奶类的不足；但需注意的是，未经煮熟的豆浆不能喝，因为生豆浆中含有一种对胃肠粘膜强烈刺激作用的皂素，小儿若喝了生豆浆，就会在短时间内出现恶心、呕吐、腹泻，腹痛等症状，所以，为避免小儿出现上述的症状，豆浆在食用之前一定要煮沸不少于 5 分钟，经过充分煮沸才能给小儿喝，这样也才能更好地发挥豆制品的作用，更有利于小儿的身体健康生长发育。

## 牛奶能不能多喝

牛奶是相当好的一种代乳品，它的蛋白质含量相当高，是人乳的一倍以上，但其中的  $\frac{4}{5}$  是酪蛋白，它在胃中遇胃酸常会结成较大的凝块，不容易消化，并且，牛奶所含脂肪较人奶略多，质量又不如人奶，脂肪球较大，不利于消化吸收，等等。因此，牛奶虽然所含营养丰富，但若过多的让小儿喝牛奶却不行，除以上所列一些之外，还有其它方面的原因：

(1) 牛奶若喝得多，必然会减少小儿其它的食物必需量，

从而影响到其他营养成分的摄入。举个例子：牛奶中铁的含量相当低，吸收率又低，当其它食物摄入量少不能够补充小儿身体发育所需足量的铁时，就极易发生小儿缺铁性贫血。

(2) 喝牛奶时一般都加白糖，而长期服用过量的糖分和蛋白质，将使小儿因维生素 B 的减少，导致缺钙和铬，而当钙和铬比正常需要量低时，就会导致产生近视的后果。

(3) 牛奶喝得太多，幼儿体内兑换钙磷的比例将失调，使牙齿的抗菌能力减弱，小儿的龋齿很多都是由这个原因形成的。

(4) 有部分小儿喝了牛奶之后，会感觉出现腹胀、腹痛、腹泻等症状，这主要是由于牛奶中的乳糖不能被小儿消化所致。乳糖要被消化、吸收，首先必须先经过肠道的乳糖酶把它分解成葡萄糖和半乳糖；一岁多的小儿，肠道里面的乳糖酶还比较多，可以很好地消化牛奶，随着年龄的增长，大多数的小儿其乳糖酶含量就逐渐降低，甚至没有了，这个时候如果牛奶喝多一些就极易出现腹泻、腹痛、腹胀等消化不良的症状。因此，牛奶还是别喝太多。

## 幼儿宜多吃些粗纤维

粗纤维主要分布于各种粗粮、蔬菜及豆类食物之中，它跟其它人体所需的营养素一样重要，是幼儿身体健康生长、发育所必需、不可缺少的。

一般来说，含粗纤维的粮食有玉米、豆类等，含粗纤维数量较多的蔬菜有油菜、芹菜、芥菜、韭菜等，在其它食物

中含量较多的还有花生、核桃、橄榄、枣、桃、柿等。粗纤维的作用很多，下面简列主要的几点：

(1) 能锻炼咀嚼肌，增进胃肠道的消化功能。

(2) 能促进肠蠕动，从而防止小儿的便秘。

(3) 可以增加粪便量，改变肠道菌丛，稀释粪便中的致癌物质，并减少致癌物质与肠粘膜的接触，从而起到预防大肠癌的作用。

(4) 因多吃粗纤维食物而减少蛋糕、饼干、奶糖等细腻食品的食量，减少这些食品对牙齿及牙周的粘着，从而可以防止龋齿的发生。

因此，应让小儿经常性地多吃一些粗纤维含量丰富的食物，并且吃这些食物时一定要尽量做到细、软、烂等，才更有助于其消化吸收。

## 幼儿宜多吃蔬菜

多吃蔬菜对人体的健康发育是必不可少的。蔬菜能增强消化液和食物的接触，促进胃肠蠕动和食物残渣的排泄；能刺激食欲，加强胃肠蠕动，促进其消化吸收等。同时，多吃蔬菜，对幼儿牙齿的发育也有好处，钙是牙齿珐琅质和牙齿本身钙化所必需的物质，而许多蔬菜都含有丰富的钙，故幼儿多吃蔬菜有利于牙齿的生长。另外，在幼儿的口腔里，还寄生有一种乳酸杆菌，在它达到一定数量就会使牙齿珐琅质脱钙，等珐琅质被穿透以后，牙齿很快就会受到细菌的分解而遭破坏，于是幼儿就产生龋洞；而蔬菜内含有90%的水分，

咀嚼蔬菜的时间，蔬菜里的水分就可以稀释口里的糖，使得寄生在牙齿里的细菌不易生长繁殖；并且，在咀嚼蔬菜时，蔬菜的纤维就能对牙齿起清洁作用，从而保护了牙齿。幼儿常吃蔬菜，还能使牙齿里的钼元素含量增加，使牙齿的牢固性及硬度增加，等等。因此，可以说，幼儿多吃蔬菜对身体的好处多，没害处。

## 为何不能让幼儿多吃糖

一般情况，幼儿肝脏里面储存的糖分若不多的话，则相对的其体内的碳水化合物也减少，而幼儿一般都比较活泼好动，消耗也比较多，适当吃些糖果等，对及时补偿身体的消耗是有好处的，特别是那些能增加营养素的糖果，如奶糖、果饴糖等，从营养学的角度来看是有益的。但是，不能因此而让幼儿随便吃果糖之类的食物，吃糖不宜过量，如果过量则会对幼儿的健康造成多种危害，将会产生一定后果。

(1) 吃糖过多会消耗体内的钙和硫胺素，降低幼儿的抗病能力。从而增加了患病机会。

(2) 吃糖过多则会影响到小儿的食欲，一旦到了吃饭时间小儿反而不想吃饭了，但没过多久又有了饥饿感，于是又需用糖来充饥。这样长时间下去，就极易造成幼儿的恶性循环；进食量减少，幼儿身体所需要的各种营养素就没办法得到，极易造成营养不良。

(3) 多吃糖将会给口腔内的乳酸杆菌提供有利的活动条件，便于它们把糖发酵而产生乳酸，而酸又会促进龋齿的形

成。

因此，从我国目前一般儿童的饮食状况来看，每个月大约需要半斤糖基本上就能满足幼儿的身体发育需要了，也即大约 2 天吃 10 克的糖就够了，这样才比较合适。由此可见，父母正确地掌握好幼儿的吃糖量相当重要的。

## 哪些原因可引起小儿厌食

厌食是指孩子较长时间对食物（包括正餐或小吃）都缺乏兴趣或食欲。首先父母亲要请医生仔细检查，排除慢性疾病的存在，例如肝炎、结核、肠寄生虫。否定了以上疾病，就可从以下几个原因去分析：

(1) 最常见的是不良饮食习惯，也就是不能按时定量进餐，而是吃零食太多。俗话说“饿吃甜如蜜，饱吃蜜不甜”。大家知道小孩的胃不大，吃进食物后，胃要消化，并且不断地把食物向小肠推送，经过 3~4 小时左右才能将一次吃进的食物排空，这样胃才有再接受新食物的要求。如果不时吃饭，而是甜点心、虾条、锅巴、各种饮料……接连不断，使胃永远保持一个半充盈状态，孩子怎么会产生吃饭的愿望呢？如果家长非要尽一点爱心不可的话，可以把少量的新品种食物，放入每次正餐之中，让孩子品尝一下也可以。保持两餐之间最多喝点白开水或吃少量水果，其他任何食物不吃。

(2) 要考虑微量元素摄入的不足，如铁缺乏引起的缺铁性贫血，则可使食欲不振。锌元素参与体内很多酶的代谢活动，也参与味觉素的形成；缺锌时，则吃食物不知其味道，以

致影响食欲。缺铁、锌经过化验检查就可以明确诊断了，而且治疗药品很多。

(3) 要带孩子到大自然中去锻炼，让他们跑跑跳跳，身体活动量加大，食物消化就多。相反，整天不出门，或是出门就抱着或坐车，也是吃食物不香的原因之一。

(4) 照看孩子的大人的心理状态与教育方法很重要。进餐时为孩子创造一个安静的环境，情绪愉快，没有哄骗或恐吓。发现孩子某顿吃得少，不要在孩子身上施加压力，暂把食物放下。在下顿进餐之前不加任何食品的情况下，看有否好转，逐步摸清楚孩子的进食规律。

总之，注意以上事项，加上合理调配小儿膳食，多变花样，提高烹调技艺，小儿厌食是不难克服的。

## 怎样培养幼儿独立吃饭

小儿在2岁后一般都能正确使用勺、碗这样简单的餐具，尽管动作还不那么熟练，但是此时已经能够培养他独立吃饭了。家长不必因为怕小儿吃不好吃不饱，而放弃让小儿学习独立吃饭的机会。只有不断地培养、训练小儿，才能使他掌握自己吃饭这一生活本领。如果家长一切总是代劳，那么小儿永远也学不会的。

在培养小儿独立吃饭时，家长应注意培养他良好的饮食习惯。吃饭时定时定位定量，即到吃饭时间按时吃饭；每次让小儿坐在固定的桌椅上吃，不要一会儿屋里一会儿屋外地跑着吃；每次的饭菜要有固定的量，不能养成见好吃的一次

吃许多、不爱吃的就吃很少的坏习惯；不挑食不偏食，饭前不吃零食。这样就能使小儿有良好的食欲，吃到全面营养丰富的食物。在吃饭时还要督促小儿细嚼慢咽，专心吃饭，不能边吃边玩。有的小儿吃饭狼吞虎咽，影响食物的消化吸收；反之，有的小儿边吃边玩，一顿饭吃很长时间，这时家长就要提醒他，催促他。一般地说，小儿每顿饭需要20~30分钟。良好的就餐礼貌也是从小培养的。应告诉小儿，咀嚼、喝汤时不应发出大声响，吃饭时不能大声喧哗，和大人一起吃饭时不能先自己挑食物等等。

在培养小儿独立吃饭上，似乎没有什么深奥的道理，都属于大家熟知的事情。但是真正做到，特别是培养小儿具有良好的饮食习惯，就不那么容易了。但只要家长们能够重视并严格要求，那么小儿就会在点点滴滴中受益，自幼养成这方面的好习惯。

## 宝宝居住的房间应如何设置

由于季节和气温的变化，房间里的温度、湿度和气流等会直接受到影响。房间是小儿一天生活的主要地方，孩子对外界的适应能力差，如果房间的生活环境不合适，会影响孩子的成长发育，甚至造成疾病。因此，小儿居住的房间应注意以下几件事情：

(1) 孩子居住的房间要向阳，室内要保证有充足的阳光。室内的阳光，不但有杀灭细菌的作用，同时也可以提高室内的温度。

(2) 冬天室内气温保持在  $14\sim 20\text{C}$  最合适。白天与夜间的温差最好不超过  $2\sim 3\text{C}$ 。医学试验证明，这个温度最适于孩子各项生理功能的运转。

(3) 室内要保持一定的湿度，湿度  $50\%$  最合适。经常用湿拖把拖地，用湿抹布擦桌椅。冬天可在火炉上放一装满水开着盖的水壶或在暖气上放湿布，以保持室内的湿度。

(4) 房间要经常打扫卫生，开窗通风换气。

(5) 为孩子安排一张他自己睡觉的小床，枕头要松软舒适。床单、衣物和被褥要经常拿到室外拍打或日晒。

(6) 宝宝不会照顾自己，因此要防止发生意外事故。可在居室划分出一个安全角落，离火炉、开水壶、有棱角的家具远点。为宝宝选购玩具也要注意安全，以防止发生意外。

(7) 居室还可摆几盆花，或孩子喜欢的画片及动物玩具，以促进孩子身心健康成长。

## 为何幼儿不宜蒙盖被子睡觉

在寒冷的季节，有些父母怕孩子睡觉时受凉，喜欢让孩子蒙着被子睡觉，这样做对幼儿的健康是不利的。因为孩子睡着以后，体内的各器官仍在不断活动，呼吸器官照常进行工作，与睡眠前所不同的是工作量相对减少，需要的氧气也少了一些，呼出的二氧化碳亦相应减少。由于蒙住被子所能容纳的空气很少，外界的新鲜空气又不容易进入，二氧化碳却愈积愈多，时间久了就会造成缺氧，致使有些孩子起床后出现胸闷、头痛、眩晕等症状；有的孩子还会因此引起恶梦，

或患呼吸道疾病等。因此，父母应该注意，为了幼儿身体的健康，勿让孩子蒙着被子睡觉。

## 如何培养幼儿良好的睡眠习惯

幼儿的神经系统发育不健全，易于兴奋，也易于疲劳，故必须保证小儿按时睡眠及睡眠时间的充足，使幼儿精力充沛，健康活泼。

要使孩子养成定时睡觉的良好习惯，应从幼儿出生后进行训练。一般来说，1岁以内的婴儿，每天上、中、下午都要睡一觉，2~3个月，一天要睡4次约共17~18时，4~6个月，一天要睡3次约共15~16小时。1岁以上的孩子，每天中午及下午都要睡觉，晚上睡眠应从19时左右开始，每天要睡2次共13~14小时。2岁以上的孩子，必须做到每天睡午觉，晚上睡眠应从20点左右开始，每天应睡12~13小时。这样安排是符合幼儿生长规律的，每天临睡前不要讲兴奋或恐怖的故事，或者让小儿玩得过于兴奋和疲劳；让小儿排净小便，脱去外衣，然后盖上轻软的被子，记住不要蒙头。到了睡觉时间，就诱导他自觉入睡，尽量养成单独睡眠的习惯。

## 如何培养幼儿饭前便后洗手的习惯

从小培养小儿爱清洁、讲卫生是十分重要的，培养小儿饭前便后洗手，不仅能预防各种肠道传染病、寄生虫病，更重要的是培养小儿良好的卫生习惯。

怎样培养小儿饭前便后洗手的好习惯呢？一般小儿到了2岁，手的动作比较灵活了，这时候可以培养小儿自己来洗手。家长们应耐心地告诉小儿为什么饭前便后要洗手：“因为手上摸了许多脏东西，在吃饭前不洗干净，吃进肚子里就会生病，肚子就会长出虫子来。”小儿一般很容易明白这样的道理，会愉快地去洗手，最关键的问题是家长的督促。小儿往往几天新鲜，坚持不了多久，在这个时间家长一定要提醒小儿，同时家长的表率作用对小儿也有着很大的影响，只要持之以恒，小儿就会养成良好的洗手习惯。

同时家长要为小儿准备好肥皂、擦手毛巾，放在小儿自己容易取拿的地方，有条件的地方应用流动水洗手，这样符合卫生要求。家长还要提醒小儿，初学洗手时要把袖子挽起来，以免弄湿衣服。教给他手心手背都要洗。往往通过家长的一次示范动作，小儿就心领神会，很快学会自己洗小手了。

## 怎样为小儿选择牙刷、牙膏

当小儿开始学刷牙时，家长要为小儿选择合适的牙刷和牙膏。目前从儿童口腔卫生保健的角度出发，提倡小儿使用儿童保健牙刷及含氟防龋齿的牙膏。

适合3岁小儿使用的保健牙刷是2排毛束，每排6~7束，毛质较软的，牙刷头及牙刷把的长度均适合小儿使用。在使用牙刷时家长要注意定期为小儿更换牙刷，因为已经用旧的牙刷，刷毛弯曲，不仅失去清洁作用，反而会损伤牙齦。一般来讲，牙刷最好3个月更换1次。

牙膏是刷牙的辅助用品。现在牙膏的品种很多，有洗必泰牙膏、氟化物牙膏、含酶牙膏及中药配方牙膏等。但总的来说目前的含氟牙膏是预防龋齿比较好的药物牙膏。它主要的作用是利用牙膏中的活性氟促进牙齿的再钙化，增强牙齿的抗病能力，有利于牙齿保健。同时注意不要长时期固定使用 1 种牙膏，应交替使用，这样可以避免因为常用 1 种牙膏而产生耐药物。

## 怎样教幼儿学刷牙

为了让我们的宝宝将来都有一副洁白、整齐、健康的牙齿，保持口腔卫生是十分重要的。小儿约在生后 5~10 个月开始乳牙萌出，大约在 2 岁前出齐 20 颗乳牙。从理论上讲，这时应该开始刷牙，但由于小儿动作发育的限制，很难做到。当小儿长到 3 岁左右时，就必须培养小儿早晚刷牙、饭后漱口的好习惯，尤其是睡前的刷牙对于保护小儿牙齿、预防龋齿尤为重要。

怎样教 3 岁左右小儿学刷牙呢？俗话说，万事开头难，小儿学刷牙也是如此。刚开始时家长可以有意识地让小儿观察大人刷牙的动作，并给小儿做示范，这样小儿就能模仿大人的样子来刷牙。小儿年龄幼小，初学时他们自己刷往往达不到刷牙的目的，这时家长可以帮助他们，通过逐渐训练就能达到有效刷牙的目的。在教小儿学刷牙时，要采用正确的刷牙方法，即竖刷法，刷上牙时要从上往下刷，刷下牙时要从下往上刷，里里外外都要刷，保证每个牙面都刷到。有的家

长却教给小儿横刷牙，这是不正确的。横刷牙的缺点主要是容易损伤牙龈，同时也达不到清除牙缝食物残渣的目的。

在教小儿学刷牙时，家长要坚持督促检查。小儿的自觉性、坚持性比较差，一两次的早晚刷牙并不能形成习惯，所以特别需要家长的言传身教及督促提醒，才能使小儿刷牙的良好习惯不断强化，并逐渐变成自觉的行动。最后，通过刷牙达到保持口腔卫生、促进牙龈组织的血液循环、使牙齿更为牢固及健康生长的目的。

# 处世交际

# 喜庆时的礼节

## 喜庆时的礼节

- 被邀请参加婚礼。接到结婚典礼的请柬后要尽快发出回信，以便对方考虑准备多少饭菜和预算的费用，如果已经决定参加，就应该马上回信。这时，别忘了遵守回信使用明信片的礼节。

- 婚礼上的服饰。如果请柬上写着请注意穿“便服”的时候，那就穿黑礼服，女性可穿连衣裙等便礼服列席，如果不是这种情况，就要穿正式礼服列席，这也是礼貌。

女性的服装：如果是西装，白天穿便宴服，夜间穿半夜礼服。只有在相当郑重其事的宴会场合，一般为了显示良好的印象，可在成套西服和连衣裙上别上胸前花束，这样也能充分体现出华贵。但要注意，穿戴不能比做主角的新娘更为显眼。

男性的服装：新郎、新娘的近亲，上午要穿晨礼服，晚上要穿晚宴服。除此以外，一般可穿黑色礼服或社交服；领带只限白色或者银色。

- 祝贺礼袋的种类。这是指包上祝贺金的袋子。如果袋子的外观样式都一样的话，常常会违反礼仪。

首先，应注意的是系在礼品上的硬纸绳。系在礼品上的

硬纸绳的前端，一般有“系结扣”和蝴蝶结两种形式。比如结婚，如果是再婚和比较一般的祝贺，使用系结扣的袋子并不为失礼。蝴蝶结，是除此以外的一般喜庆事使用的。

还有，祝贺结婚用的贺金袋，虽然有的装饰豪华，但这是要装很多钱的袋子，所以先要看准备送多少钱，再去选择袋子。另外，装入袋内的钱，要尽可能地使用新钱币，如果想换钱，到了银行的出纳窗口，只要说明来意，马上就能兑换。

其他喜庆场合：比如庆祝入学、竣工典礼、喜得贵子等等，有许多分享喜悦的方式。说到与亲属的交往，要是让你开出贺礼的金额数目，确实是件使人伤脑筋的事，但并非只此一种形式，充满心意的礼品，例如打个电话，写封信传达祝贺意愿，都是重要的交心方式。

# 吊唁时的礼节

## 吊唁时的礼节

· 收到讣告后。收到亲属的讣告后，别的事先放在一边，要赶快去吊唁。适度的服装，随便取一件就行了，因为要抓紧时间去，没必要穿什么礼服。女士穿藏青和灰色、素颜色的成套西服或连衣裙，男士也要穿素色的成套西服加白衬衣、黑领带和黑裤子。但是，女士不要装饰打扮，化妆也要适当控制。

到了对方那里，首先向死者家属说“请节哀”以及说些吊唁的话。询问死因会增加死者家属的痛苦，所以不要问。

· 夜间守灵时。守灵和葬礼期间，习惯上是死者家属守护在遗体身边。因此，亲属们要轮流守护，还必须担负照顾及安慰家属、接待及安排等工作。要好好考虑自己能帮什么忙，积极动手干。迎送吊唁客人及厨房的工作，都应该干，即使是年轻人，要帮忙的事也多着呢。

夜间守灵过后，在慰问每个家属的同时，也要对其他参加者设酒食款待，以示感谢之情。死者家属和已故之人慢慢告别，最好不要逗留时间过长。

· 葬礼与告别仪式。葬礼，一般是死者家属和极其亲密的人参加。吊唁者往往只参加此后的告别仪式。如果实在不

能参加时，要打唁电。

举行葬礼时的服装，当然是穿丧服。男士要把领带夹去掉，女士不要带珍珠以外的装饰品。

# 与亲属交往的方法

## 与亲属交往的方法

· 时常保持联系。亲戚之间，也许往来频繁，也许不经常走动。结婚之后，各自从家里独立出来，要问问父母都有哪些亲戚，如何来往等等。然后，再根据父母的教导与他们保持来往。

还有，在入学、参加工作、结婚等人生的几件大事，切不要忘了告知亲属。向亲属说说心里话，一定能够得到大力帮助和鼓舞；至少，也不能忘了互相送送贺卡。

· 对方有困难的时候更应加强联系。和别人交往还有一个面子问题，好的方面向人家汇报，遇上麻烦，就不愿意告诉人家了。去掉这样的顾虑，与他们交往吧，这才是亲戚。

当自己的父母发生什么事情的时候，那自不必说，而当听到叔叔、姑姑等亲戚家有人生病或遇上灾害的时候，应当马上去看一看。平日即使不怎么来往，困难的时候，打个招呼，也感到比任何时候都高兴。不仅是形式，也是真心交往、沟通的机会。

· 一旦有事时成为可依靠的人。你也许认为伯父、舅舅、姑姑等人像父母一样，一边这个那个地教导，一边多嘴多舌，不是很叫人讨厌吗？可是听一听长辈说的事，与他们保持良

好的关系，会得到益处的。例如，让他们担任就职或出租合同的保证人，或介绍对象，这是常有的事。此外，当父母摔倒的时候，首先赶到身边的也是叔叔、姑姑等。一旦有事的时候，才能看出平时来往密切的好处。

· 随身携带礼品去拜访。住在附近的亲戚，如果时常去玩的话，每次去时，没必要带礼品，但是，一年只去几次或有事才去拜访时，就要准备些礼品带去。

买礼品，没必要花很多钱，实际上带些全家人都能吃的糕点和季节性物品就可以了。若到有小孩的人家拜访，买玩具既经济又有面子，又能让对方心里高兴。带礼品去的时候，也给全家每人一份简单的礼物，他们会非常高兴的。

· 不要以客人自居。亲戚的家，就是自己的家。以客人自居，傲慢地摆出架子，是不允许的。比如端茶倒水、整理家务等，凡是能做到的就要尽量帮忙去做。尤其是在伯父、伯母的家里，他们也是比自己父母年长的人。年轻人手脚灵便多干一些。不要总觉得自己还小，要让别人照顾自己。

· 也送给来宾礼品。接受访问时，客人要离去了，也应该准备些经济实惠的礼品让他们带回去。如在中元节或岁末别人送的但还没有使用的东西，水果或糕点等可以分赠的物品，或者用家里现有的东西就可以了。

· 不要错过每次祝贺的机会。比如入学祝贺、生小孩祝贺等，不仅仅赠送东西或金钱，而应该走动一下，直接去转达“恭喜了”的祝愿心情。面对面祝贺比打电话更能让对方高兴。

· 打扫卫生时不要偷懒。在亲戚来访的时候，很容易这

么想。但要是同辈人姑表兄弟来的话，暂且不论，如果是迎接长辈，那就失礼了。越是上年纪的人，越对灰尘或污染敏感，特别引人注意的是卫生间。把卫生间和门厅打扫得干干净净，洗脸间、厕所认真擦一遍，然后准备好清洁的香皂和毛巾。你可能是一个人生活，越是打扫得干净越会受到客人高度评价。

# 与长者交往的方法

## 与长者交往的方法

- 真诚地学习不懂的知识。不便与辈份不同的人说话的原因是难以寻找共同的话题。与其如此，便不如当对方说了自己不知道的事情后，就老老实实在地请教说：“那么，请指导我吧。”这样，不但自己增加了知识，对方也传授了他的知识和经验，这应该是件好事，也是一种一举两得的交往方法。

- 听取对方的建议。当年龄不一样时，考虑问题的方法也不太一样，即使认为“事情应该是这样的……”，也不要一味地强调自己的想法。至少，要完整地听完对方的话后，再心平气和的反问：“我是这样想的，怎么样？”如果说：“你的想法，太落后了”，就不礼貌，也太不应该了。

- 尊敬对方。与年长的人交往，最大的窍门是尊敬对方。试想，如果你在学校的某次俱乐部活动时被低年级同学轻视了，是不是会很生气？尽管年轻人没有必要对老前辈一味地说奉承话，但说话时措辞尽量礼貌些是有必要的。

- 要知道不好意思。有时年长者和青年人一起吃饭或去喝酒，经常是年长者付钱，这无疑是好意而为，而年轻人得到实惠后一走出饭店就应客客气气地道谢。下次再遇见要找机会说：“前几天让您破费了。”不要和没有这回事一样，才会换来好感。

# 公共场所的礼仪

## 看电影或上剧院

在表演进行和电影上演时，记住沉默是金。吃食品时包装物不可乱扔，不要把糖果包装纸揉得嘶嘶作响，也不要频繁地交头接耳，以免影响后面观众的视线。如果是一对情侣，可以坐到后排去。

准时入场，以免入座时妨碍他人观看演出，破坏舞台上演出的气氛。

表演结束后再离场。对于表演者而言，看到或听到观众提前离场，不论其原因为何，总是一件令人丧气的事。假如你真的必须提早离场，可以在戏剧演到最后一幕或节目上演到最后一部分时，先行到剧院后排的位置，以免离开时引起他人注意。

将入座时，如果座位所在的那一排已经坐满了人，要穿过别人前面入座时，应该面向这些人，而不是面对舞台，如此你表示歉意时，才能正面面对这些被你打扰的人，而不是以屁股对人。

离场时将糖果包装纸、空的爆米花盒子和汽水罐收集起来，丢到走廊的垃圾桶里。这种行为会得到所有人的肯定。相反，那些将垃圾留在原处，任其散布地板上的人，则会遭到

众人的唾弃。

## 在超市

当你推着手推车穿梭在货架之间的窄小通道时，约束你的小孩，阻止他们随意乱抓货架上的货品。不要让孩子随便将货品丢到地上，或还没有到柜台付账前就打开食品包装，径自吃了起来。

有东西掉到通道地板上时，不管纯属偶然或有人恶作剧，把它捡起来并放回原位。

推动手推车时，要抓稳并且顾虑到别人。停下来看货架上的东西时，要停在适当的位置，让别的顾客可以轻易地推着他们的手推车自你的旁边通过。

排队等候结账时，如果你的手推车里装得满满的，而排在后面的人只有很少的两三样，礼让他先结账。

把买的东西都放进车子后，将手推车推回放置处，不要留在停车场，以免后来的车子难以停车，而对店员造成干扰，迫使他们必须放下例行的工作，花时间来处理这种混乱的状况。这是对他们劳动的不尊重。虽说那是他们的工作，但能替他们考虑，正是礼仪的本质所在。

## 搭乘大众运输工具

上车时，愉快地向司机说“你好”，下车时则对他说“谢谢”。我们应该对公车司机表示肯定以及感谢之意，因为我们

的生命毕竟有一段短暂的时间是操在他们的手上。

上车后，如果发现有人快步奔跑，希望赶搭这班车时，告诉司机，要求他稍等一下。同样的道理，搭乘电梯时，如果看见有人快跑，要赶搭电梯，你也应该按住电梯门稍等一下。

不论男女，看见老弱、残疾、盲人、拄手杖者或已经大腹便便的妇人上车，都应该让位给他们。

“沉默是金”，这句话在公车、火车或地铁上一样适用。如果你带小孩搭乘这些大众交通工具，应该善加约束，不可让他们在车上玩闹，要让他们安静地坐好，不可大声吵闹。

## 行人和司机

闯红灯，视交通规则如无物，强行横穿街道，既违法又危险，也可能造成人身伤亡。一个不守交通规则的行人，不但可能迫使汽车驾驶人紧急煞车，使他们大发雷霆，有时更会逼起司机的报复冲动，让驾驶人产生再次与这个闯红灯者相碰的念头，这一次就可能把他撞得四脚朝天了！

换一个角度说，驾驶人在转弯时，如果毫不客气地往行人堆里开过去，就可能挑起行人对这位莽撞冒失鬼施以私刑的暴民情绪。驾驶人在转弯时应该保持冷静，耐心等待，看到绿灯亮起，开始通行的行人都过了街，才加油门通过。当后面的车见前车静候不走，便猛按喇叭以表达不耐烦时，前车的这位驾驶人也必须沉得住气，确保安全第一，不受后面的干扰，后车是看不到前车为保安全的困境的。因此，前车久没动静，必有他的理由，后车也应耐心。

停车时要为他人着想。一个随便停车的驾驶人，将会造成所有人的不方便。停车时，自然要预留足够的空间让自己可以离开，但是也不可以只图自己方便，随意乱停，使得原来可以再停上两部车的空间，只能停你这一部车。

除非是紧急状况，否则不要乱按喇叭。只因为心里对一件小事生气，就乱按喇叭，不仅干扰了触怒你的人，更破坏你周遭数百人的心情。遇上大塞车，陷在车阵中进退不得时，如果猛按喇叭，将会令所有人都觉得烦躁不安。

夜晚行车，当相反方向有来车时，把车灯灯光调弱。当对面有来车时继续开着强光，使得来车驾驶人无法清楚看到前方，不仅是十分无礼而且是非常危险的行为。

假如你开车速度比较慢，请开右边外侧车道，否则想开快一点的驾驶人将被迫变换车道来超车，可能会造成交通混乱。

## 与店东或售货员

任何开店营业的人，都希望得到别人的尊重并和气相待。当你以礼相待时，他们必定会以更好的服务来回报你，而且也会因此更加喜欢自己的工作。

· 不要对售货员大呼小叫颐指气使。先和对方打个招呼，脸上带着微笑，然后清楚明白地说出你要买什么东西。有些人一心只想买到自己要的东西，连店员对他说“早安”都听不到。即使店员没有对你打招呼，你也不妨跟他道声亲切的“嗨”，对方将会为之心情大悦，并且乐于为你服务。

- 清楚而完整地说出你需要什么服务。美容院的染发师傅不是神灵，你不说清楚，他不可能知道你的头发是要染成金，或是灰金色；理发师也不可能知道你到底要剪什么样的发型。我们常常只告诉别人一些片段细节，却预期对方能够了解全貌。详细而和缓地向对方说明，使他可以提供你最好的服务。

- 说话时不可给人一种高高在上的感觉。站在柜台另一边的人，或者在你家厨房水槽底下修理的水电工，可不会觉得地位不如你，而且事实也是如此。

- 在等待的时候，和提供你服务的人说说话。如果你一声不吭，将会在彼此之间立起一道冰冷的墙。彼此随意聊一聊，不管是聊天气，还是谈一谈科索沃战事，或是开战的甲A联赛，都会使对方觉得气氛轻松。

- 得到任何服务，即使是轻而易举即可完成的，都要向对方道谢，并且记住面带笑容。不管是表示嘉许，抑或只是和善的笑一笑，都显得你很有修养。

- 如果对方提供的服务确实非常周到，写信告诉他的上司。此事将会列入他的人事档案中，甚至可能使他得到升迁机会。

## 打球时

不要随便吹嘘自己的球技。如果别人听信你的吹嘘，找来实力相当的球伴进行比赛，结果由于你的球技甚至还不及你吹嘘的一半好，而破坏了整场球赛，你不但会颜面扫地，而

且可能结下几个一辈子的死对头。倒不如谦虚为怀，与自己球技相当的球伴对打，或者以实际的表现来展示自己的球技，让球伴及对手来发现你到底有多棒。

重视每一次球约。不要爽约或在最后一刻才取消约定。举例来说，如果你不得不取消一次四人对打的球约，最好的办法是找一个人来代替你，以免破坏其他三人的兴致。如果是两人对练，提早取消还可以接受。

打球前先弄清楚所有规则。找本书来看，或者去请教别人。在尚未全盘了解规则、计分方式以及如何操作和使用球具配备之前，不要径自下场与人切磋。

携带合适的配备和服装。配备不齐全，服装不合适，因而耽误球局的人，实在令人扫兴。打网球或高尔夫球，却从来不提供新球，一味用别人带来的球，在别人眼中，和经常与人外出吃饭却从来不付账的人没什么两样。

打高尔夫球时，要有始有终。在网球场上，要通过别人的球场前往自己的球场，应该先行等待，以免干扰别人球赛的进行；或者当球跑进别人的场地，而别人的球赛正在进行，应该等到比赛告一段落，再进场捡球等等。

打球时留意自己的语言。“他妈的”三个字根本不应该在运动场上出现，如果你满口脏话，旁人听到会立即对你产生很坏的印象。当然，在职业运动场上不应该说脏话。

因为两人合作表现不佳，便指责或归咎搭档的人，别人将会对他避之唯恐不及。当搭档打得不好时，性格好的人总是会为他加油打气。毕竟，如果你打得很好，而搭档打得很糟，在场的人都会知道。在这种状况下，比较妥当且符合运

动精神的表现是，既然身为团队的一员，承认你也必须负起一部分责任。换言之，即使输了，也要面带微笑。

小心维护打球的场地，尽力使球场保持最佳状况。挥杆时如果削起一块草皮，赶紧用新的草皮补上，然后整平并加以固定。这一点在今天还做得远远不够。如果有人在场表面弄出个大洞，用脚抚平它。球场中央的球网如果松了，把它调紧。要多为后来使用球场的人着想。

离开球场时，记得和同场切磋的球伴握手，向他们道谢，并且面带笑容地离开。有些毫无运动风度的人，当他们生自己的气，或对球伴不满时，就板着一张脸，甚至连一声再见也不说就掉头离开。这种表现和行为实在不可取。

## 爱护环境

不论是海滩、森林、露营区、山中小径或湖畔风光都是珍贵的自然资源，我们每一个人都应该善加保护。我们也应该尊重周遭的人，他们来此是为了度假，享受几小时的平静时光，或体验垂钓之乐，或冥想、做梦和赏鸟。对自然野地崇敬有礼，就等于是对人友善有礼。

不论到过什么地方，离开时不应留下任何痕迹。所有垃圾应该以塑胶袋收集起来带走，丢到垃圾桶，有时可能必须带回家丢。现场连一张卫生纸也不可留下。

在听得见的距离内如有其他人，将音量压低，即使播放你最喜欢听的录音带或电台节目时也是如此。

如果生了火，务必遵照安全规定加以熄灭。不可只在煤

炭和余烬上覆盖一层土就算了事。必须用水浇灌，并且彻底浇湿。

当你乘着浮垫或冲浪板在海中游泳，或乘坐任何种类的船艇时，注意你的前方和你的动作。当你兴高采烈地乘风破浪前行时，却撞上在附近安静游泳的人，不仅是粗鲁无礼的行为，而且可能造成危险，酿成一悲剧。

# 办公室礼仪

## 八大行为准则

不论你是一名主管，还是刚刚进入公司担任最底层的职位，你都要能设身处地地为人着想。这样的待人方式不仅可以让你赢得别人的尊敬，更可凸显出你是一个合群的人，是公司可以倚重的人。

- 即使对待职位最低的同仁，也要像对老板那般和善有礼。这样的待人方式可以赢得同仁以同样和善的态度以及尊重，这些同仁也会成为你的好朋友和宝贵的支持者，这些都可能成为你在事业之路上最重要的资产。

- 不论在公司内外，忠于老板并挺身为老板辩护。

- 不要“出卖”任何人，除非这个人犯下严重错误，如贩毒、偷窃或类似的行为。

- 除非你是这个人的上司，否则不要直接批评人，而且千万不要在背后批评。说不定有朝一日，这个人可能成为你的老板。

- 善待新人。带领他认识新环境，使他们觉得受到欢迎，是团队的一分子。让他们对办公室内的权力互动关系有所了解。

- 绝对信守承诺。建立自己良好的信誉，并且好好加以

维护。这会成为你重要的资本。

- 和人一同用餐，切实负起自己应尽的钱财义务。
- 同事在办公室公开谈话时，即使你有不同的意见，也不要公开、直接地反驳或打断他。私下向他表达反对之意。公开羞辱一个人，无助于你向事业之路迈进。

## 介绍的礼仪

介绍的礼节并不复杂：先把级别低的介绍给高的。

- 低阶对高阶
- 自家人对别家人
- 年轻对长者
- 民方对官方
- 本国对外籍
- 介绍时多提供一点个人资料，可以加深对方印象，比如哪个大学毕业，现在做什么生意。
- 如果有头衔，不要忘了加上，如果是地位的象征，一定要加，比如市长、博士等。

如果有人把你介绍错了，不要立刻打断他，只需缓一缓，和悦更正即可。让一个人记住那么多初次见面的人，的确不是一件容易的事。如果你见过他，却想不起姓名，要大方地与他握手，并热情地说：“你好，我是某某某，去年春天在某某地方见过面。”这么一说，虽没提及对方的姓名，对方仍然会很高兴的。

握手的礼仪

愉快的握手应该是坚定有力的，这代表你的信心、热情、勇气和责任心。相反，如果是漫不经心、犹豫、柔弱无力，则给人不尊重的感觉。

也不要用力，如同要捏碎对方的手骨一样。也不要握住长时间不放手。

什么时候需要握手？

- 遇到熟人。
- 与人道别。
- 某人来拜访以告辞时。
- 被人介绍时。
- 向某人祝贺。
- 安慰别人时，握手可以多持续几分钟。
- 有的时候，你伸出了手，对方却没有看到，或反应较迟，不要在意，微笑着优雅地收回手。
- 有事要提前告辞，如果主人正与一群人在一起热烈谈话，就不要硬行插入握手告别。事后讲明即可。
- 如果你的手冰凉，或者是湿的，不要急于握手，应不慌不忙地处理一下再握。
- 男性对女性，应该是女性先伸出手，男性一般不宜主动。

## 拜访与被访礼仪

第一次拜访重要客人，不论在对方家中或办公室里，都可能因紧张而扑扑心跳。此时告诫自己要镇定，不可因为紧

张而把事先想好的程序和礼节给忘掉了。成熟的员工在拜访客人或被拜访时，当然不会紧张，但却可能因为熟悉而忘了礼节。

公司有必要规定员工在代表单位与客户打交道时的礼仪，可以作为企业文化的一个组成部分。随着中国经济的发展世界经济一体化的推进，中国人参与世界性事务的活动和机会越来越多，一个在向前飞速发展的单位必然面对这个问题。

初次见面，要努力营造一个和善友好的气氛，彼此留下一个良好印象。初次见面会给后面的交往带来很大的影响。初次印象在人际交往中有重要的作用。

最好三天前约好，这样有充分的时间进行准备。

注意衣冠整洁，这是从行动上尊重对方的表现，也是维护个人形象的需要。男性最好着西装，女性也应以庄重大方为主，不可在初次见面着比较暴露的时装，以合宜的淡妆为妙。发型也很重要，总体上给人精明强干而又沉稳厚重印象，但应活泼而不呆板。

如果能事先打听一下，穿对方喜欢的或他能接受的衣着，这对你们约会成功那是太有帮助了。

因为是公事往来，一般不要带什么礼物。即使是男性拜访女性，也可以不带鲜花，以免引起别人的猜想。

敲门后，应谦虚地主动自报身份和来意。如果拜访对象是高级主管，称呼时不要忘了加头衔。也许有人笑话你的迂，但会喜欢你的礼节，礼多人不怪嘛。听到对方回答“请进”时，方可进入办公室，并说“打扰了”。

事先不联系，突然找上门，这是不礼貌的行为。电话在今天已非常普遍，即使有急事，最好打电话约一下，也免去你空跑一趟。

如果是比较重要的拜访，应该用正规方式：先书面提出面谈希望，改日打电话商定面谈时间，临去之前再电话核准一下，防止意外改变。

如果晚点，应电话即时告诉对方，并告诉他你现在所处的位置和最后到达的时间，不妨多估一点，此时的提前到达总比迟到要好。

在客厅里等待时，如果有人进来，不能因为自己是客人，就呆坐不动，应马上站起来。如果你是主人，要安排专人去大门口接待。

初次见面，访谈时间以一个小时为宜。一般来讲，一个小时都讲不清，一定是哪个环节出了问题。

拜访结束，立即起身告辞，不要再多停留。因为是初次见面，把深交放在以后去完成。而且不妨客气地说：“占用了您的宝贵时间，打搅了。”“谢谢您抽时间来谈此事，今天我的收获很大。希望再有这样的机会。”

即使是比较熟悉的关系，在他的办公室里也不可太随便。如果你是主顾，他当然要把你高高捧起，但你也不可以上帝的姿态对待他。在中国，谦虚的人总是处处受欢迎的。

如果你必须让来访的客人等待10分钟以上，则应先抽出一两分钟问候一下，握个手，表达你的歉意。这样他就会耐心等待而不会心怀不满。如果是事先约好的拜访，让客人长时间等待，是不礼貌的。果真出现这种情况，每隔一段时间，

应该出去问候他一下，即便一个微笑，对他也是一个安慰。要知道，客人被遗忘是很失礼的事情。

如果遇到没有时间概念、与你唠叨个没完的人，委婉的拒绝理由可以是不断抬腕看你的表，再告诉他：“很不好意思，我还有一个约会，已经快到时间了。”道别时不要太匆忙，不妨再客气地讲：“这次会谈对我很有启发，谢谢你的来访。”如果他仍我行我素，就要有直接拒绝的勇气。

还有一个办法解决让客人久等的尴尬：安排一点参观活动，比如公司的景观、产品的展示、新大楼（主楼）的建筑与设计。事先充分考虑这一点，做细致的安排，对来访的客人和必须面对的久等都是非常有益的行为。应该注意以下方面：

参观的地方应该是整洁的。

参观时不能干扰工作人员的工作，因为不是专访。

导引者应该是具有丰富常识、擅长说话艺术的人，可以在导引介绍时为公司和产品做很好的推销，而且是不着痕迹的。这种状态下的效果非常理想。

准备一些精美的印刷品让客人带回去，可以加深他的印象。不一定要专门印制，为某些活动准备宣传资料时多印一点即可。如果公司情况特殊，是否引导参观、参观哪些部门及是否准备印刷品，要视情况而定，比如关键的生产技术部门则不宜参观。

规模较大的公司和企业，做这项参观活动安排，是比较顺理成章的事。如果你的单位不足以安排参观活动，或者因为你的级别不足以使用这项活动，那就准备一些有趣的报刊

书籍（一年或几年前的报刊、与他的工作无丝毫关系的娱乐性书是比较易于他打发时间的）。

在让客人等待时，他可能会滥用主人提供的方便，如大打私人电话，随便影印资料，乱翻单位资料，甚至偷走商业机密。这一点必须考虑到并加以提防。

如果客人是第一次来访，最好安排人到接待区迎接。如果你的级别不足以安排他人，只能是自己去了。现实中，多数情形是告诉客人具体的楼号房号，让客人自己找上门来，除非他走迷方向。带领客人到办公室时，引导者应该走前面。

接待客人要有热情。客人到时，应立刻停止手中事情，并与客人握手寒暄问好。一般来说，约好的客人按时来访，应立即中止电话。仍然讲个没完是不尊重客人的表现。不论客人和电话哪一方更重要，都应该在讲明真相的前提下表示一点歉意。

为客人准备一些基本的用品，比如雨伞架等。小节能给人对公司形象以意想不到的效果。如果来访的客人很多，要提前准备座位和茶具什么的。临时张罗，不仅慌乱，也显得诚意不足。

不要忽略了送客的基本礼节。这一点在不重要的客人身上做得很不够。

## 交换名片的礼仪

改革开放以后，名片的使用出现在普通人的工作和生活

中，名片成为人们相互交往的一种非常重要的平面表达。

名片的作用主要有三点：

- 使他人知道你的身份、联系方法和住址；
- 当作礼物的附件，使受礼者知道礼物的主人；
- 在某些情形下，名片还可以作为传达信息的工具。

一个朋友告诉我，他的第一笔业务是偶然做成的。他在大街上捡到一张名片，上面的信息表明，他的产品正适合那家公司，就上门去，很幸运，谈成了那笔业务。

在适当的气氛中大方递出你的名片，往往会获得良好而深刻的印象。也要懂得在收受名片时优雅地与他交换。

一般是职务低的来访者先递出名片，因此要提前做好。有一个精致的名片夹是能获得好感的。对方级别明显很高时，也不可强行递过你的名片。如果他（她）主动向你索取，则很好。

如何递换名片呢？

· 双手食指和拇指执名片的两角，以文字正向对方，一边自我介绍，一边递过名片。对方递过来的名片，应该用双手接过，以示尊重。如果差不多同时递过名片，自己的应从对方的稍下方递过去，同时以左手接过对方的名片。

· 看到名片上的姓名等要素，如有疑问处，要即时问明白，此时人们是很乐意解答与自己有关的提问的。

· 对方人较多时，应从领导开始交换名片。收到名片不要立刻放进包里，应放在面前桌上，谈话时用得着。

· 一大堆陌生人，如无特别目的，就不要随意散发你的名片，应有所选择。商业性社交场合才是“批发式”交换名

片的最佳地方，很多人彼此都不认识，却有相互建立业务往来的可能。

- 参加会议时，应在恰当的时机，与不相识的人交换名片。通常是在会议开始前，有时也在结束时。如果你要发言或做什么介绍时，可以顺势依次递出名片给身边的人，大家都会知道要发言的人是谁。

- 如果是赴晚宴，不妨在名片背面写上：“感谢你带给我一个美丽的夜晚，我非常快乐！”不要忘了签上你的大名。

- 如果是作为礼品的附件，可以这么写：“这份礼物会把我的祝愿带给你。”也要签名。

- 如果是初次见面的女性，可以在名片上写赞美她的话，女人永远是爱听说她漂亮的话，即使她知道那不是真的。但是，要大方得体，不要引起歧义。

## 新员工的办公室礼仪

新进入一个工作单位——不论以什么职务，也不论工作资历——刚开始时，除了埋头苦干之外，什么都不要说，只需要观察和倾听，还要思考——良好的思考习惯是非常重要的。在没有完全了解你的同事和事情的前因后果时，不要发表意见。在任何时候，牢记这条原则都是有益的：没有调查，就没有发言权。只有在了解事实真象基础上，才可能作惊人之语。赢得上司注意的最好办法是成熟的结论，这会增添上司和同事对你的无限的信赖感。

- 尽量不要发表片面的意见或愿望——很多的所谓意见

只是一种愿望。没有事实依据的偏见更糟，倒不如保持沉默，不讲话，就不会马上暴露你的弱点，别人也不好判断你的深浅，要知道，曲线飞行的鸟儿不容易被捕杀。

· 你需要收集资讯，首先是表面上看得见的工作方式和动作方式、同事们的主要职责，再深一步考察办公室内的权力互动关系。这关系到你在公司的前程，即使你的能力超人一等，只要你不是老板，只要你还想在那里干，就不可忽视这一点。有时候，这种权力互动关系是很微妙的。在这上面多花一点心力，是值得的，可从中能学到非常宝贵的人际交往的经验，也可以使你不被狡猾者伤害与利用。看透他人的动机，你就能够保护自己。即使是大智若愚地让他利用，由于你知道他的那点本事和伎俩，足可以从容应对。

如果你从来就讨厌在这方面浪费精力和时间，技术研究类工作是你的理想选择。但是，只要你想当老板，就迟早要面对这项恼人的工作。

要找到上述的种种资讯，可以通过以下方式：

1. 想一些聪明的问题，在适当的时机向聪明的人请教。在任何环境中，最重要的事莫过于掌握适当的时机，你必须学会掌握时机。他们的解答中往往会透出比你预想多得多的资讯。要注意的是，当某人明显的已经来不及在限定时间内完成工作，或者工作负担过重时，千万不要去占用他的时间。

2. 翻阅档案和工作记录，它们会告诉你公司里的人如何撰写书信，如何和客户或买主对话，以及如何彼此沟通，甚至是公司的发展历史。如果可能，这项工作会使你得到连老板都遗忘了的资讯，也许他正在为此发愁。目前，我们国家

很少有公司做这项工作，也少有人能坚持做这项工作。这是很遗憾的一件事情。

3. 最重要的是要仔细倾听和细心观察。在办公室内外听到和看到的种种，是非常有益的一种受教育的过程，不仅可从中看到人心善恶，也相当于上一堂有关公司历史的课。有些人新到一个地方，只是一味专注于自己的谈话，因此听不到别人的声音，因为对周遭的认识经常是一知半解。有时这是很令人讨厌的习惯。

· 和善地对待每一个人，不论他是送文件的、做清洁的，或是公司的最高主管。如果客观分析一下，办公室里每一个人都可能对你的事业产生影响。人言过多必无誉，众口一辞的坏话多了，即使那是假的，于你的前途也不利。老板不会因一个人的利益而背离公司多数员工的愿望。

更重要的是，如果你真心对每一个人好，会大大调和你的工作气氛。客客气气地对每一个人，在多数情形下都是不坏的，但是这并不要求你无原则地讨好人。宗教教导人们要一心向善，并能以舍身喂鹰的精神以善待恶。附带一提，如果你的阅历够丰富，你会发现，在任何地方工作，最好的朋友及支持者都将是你的秘书和接待员。

· 一段时间以后，逐一邀请同阶层的同仁共进午餐（在公司吃午餐），以便在轻松的气氛下，以个人对个人的方式认识每一位同事，顺便也可获悉关于公司的宝贵资讯，邀请同仁共进晚餐或共度周末，应该在熟识以后。如果上司邀请你共进午餐或晚餐，不妨爽快地答应，在谈话时不要乱讲自己不知道与不擅长的事，初次谈话，稳重些总比轻浮和不懂装

懂的好。

办公室的友谊都是在工作中慢慢滋长的，一般情况下，这种友谊很难达到学生时代的深度。一段时间以后再参加同事上班时间外的活动，是比较合适的。事实上，即使不参加他们的活动，也没有什么不好。因此，与他们保持一点心的距离，是利大于弊的。

- 提起自己过去的工作和资历时，要谦虚。谦虚的人总是受欢迎。要赢得广泛的尊重，谦虚与能力缺一不可。

- 多做比少做好。如果你在军队呆过，你会知道，作为新兵，勤快而聪明的特质多么重要。要真心诚意。如果只是为了暂时的表现，同仁们是会看在眼里的，与其这样，倒不如不做，而通过其他特质来体现你的才华和前程。

一个怀着旺盛企图心，想自己当老板的员工，不会计较付出多而回报少。他知道自己要的是什么，现在多付出一点点，将来一定会回报在他自己的事业中。给别人打工，既学经验，又拿工资，多做一点，能建立有意义的社会关系，这对成功来说，又是多么的重要。

- 作为新员工，不要把办公室作为结识男女朋友的场所。也不要加入老员工的黄色谈话。这不是明智的做法，可以笑笑，然后自行走开。此时，要寻求某人的友谊，应该是不巴结不逢迎的，但谦卑一点是不错的。

- 尽管是小事，不要太麻烦他人，还是自己动手比较好。我曾见过一位，在上班时间请朋友帮他交手机费。原因是他错过了交费时间，邮局停了他的服务，银行不再办理，必须到电话大楼去交，而他住很远，来去不方便。他的请求被拒

绝了，他没有理由请朋友在上班时间为他办私事。

## 成功主管必备礼仪

· 说到，就一定要做到。身为主管，信守承诺是原则所在。今天的主管，不仅要本事好，会做而且要口才好，会说。说得出来，做得漂亮，是现代社会对主管者的要求。

· 别人来电务必在 24 小时内回话，或者至少要找人代为处理。这么做，既是良好的礼仪要求，也是处理业务的一处好习惯。你不仅能得到公司上下的尊重，也能得到客户的赞誉。

· 重要书信一周之内就应该回函答覆；比较不重要的，二至三周处理完毕。

· 要准时赴约，并养成好习惯，这有助于保持良好的工作效率。

· 不要蜚短流长。中国有一句古训：“来说是是非者，必是是非人。”潜心于个人事业的人，是没有时间做“长舌妇”的，更何况一位男士。看看那些忙于创建自己事业和考托福要出国，或者是准备考研究生的人，他们从来不会在这方面浪费时间。在公司高层主管的眼中，一个喜欢东家长西家短的员工，是一个品行不可取的人，净说一些与工作无关的事，不珍惜工作时间，不可能重用他。

· 不要在公开场合驳斥任何人。除非是重大的原则问题，事后与他争论都比当面驳斥强。驳斥别人的人可能自以为很聪明、很机智，但是别人却不这么看。何必要自贬身份呢？

· 在公事或社交场合上穿着适当的服饰，让公司上下都以拥有你这么一位代表为荣，而不是因为你而觉得难堪。绝大多数人都是以貌取人的，你必须要有几套像样的好衣服。名牌服装不只是穿着舒服，还能提高你的身价，增强你的信心。

· 养成良好的电话交谈礼仪，例如：

1. 使用自己的电话机。
2. 讲话时间不宜长，更不要讲个没完没了。
3. 你约好的客人已经坐在办公室里了，一般不要再接听电话。

4. 通话的对象如果是个大忙人，注意为他节约时间。

5. 不要在电话中大发雷霆。

6. 拨错电话号码时，说声对不起。

· 有来宾走进办公室，不论是同辈或长辈，起立相迎以示礼节和尊重。

· 学习如何恰当地为人介绍引见。一般应先将辈份低的介绍给辈份高的，将没有正式职衔者介绍给有地位、有职衔的，以此类推。

· 与人握手时，要热烈而有力，切忌漫不经心、软弱无力，也不可乱使蛮力，仿佛要捏碎别人的手骨一般。

· 学习如何与更资深的人或陌生人闲话家常。要成为洽谈业务的高手，必须学习如何与人愉快地交谈。在尚未进入正式的业务洽谈之前，聊些无关紧要的话题也是一门值得学习的艺术。

· 绝对不可要求部属遵守一项你自己都不遵守的规定。己所不欲，勿施于人。

· 不居功，不自傲，不自夺褒奖。中国是一个自约性很强的民族，凡事多采用以退为进的策略，“不争者，争之也；不伐者，伐之也”，是儒家倡导的处世原则。吃亏是福，这样的人能得到大家的尊敬。不把个性张扬得太饱满，这是与西方人不同的地方。但是，这并不是要我们凡事无争，国家利益和民族尊严就一定要争。

· 将成就归功于团体。这会使你得到下属的爱戴和同仁的尊敬。事情出了差错，要出面为团体承受指责，也要维护下属的尊严。这是主管的职责之一。士为知己者死，中国人这种报恩情结至今没有根本性的改变。在高层主管面前推委过失的人，即使过错的责任不在他，也显得欠缺领导者应有的气魄。

· 在工作中随时保持平易近人的态度。“对不起，今晚你必须留下来加班，那份资料我明天一早要用。”这样的主管如果没有特别的魅力，是很难得到下属的热情配合的。富于领导艺术的主管则会这么说：“小刘，实在不想让你加班，但你是唯一能够胜任的人，只有请你帮忙了。非常感谢。”握有权力的人这样客气地与下属商量工作，下属怎么会不乐意配合呢？只要不是在军队中，客气的请求总比命令好，这易于唤起他们主动工作的热情，工作的效果甚至超乎你的预料。这么做，并不会损害你的主管形象。也不会被当作妇人之仁。一位主管得不到下属的配合，上面不会认为是员工的责任。

· 宁可慷慨过甚，也不要吝啬过度。比如在吃饭付账单这类事情上，就应该如此。如果是刚刚升做主管，就应该尽快完成从普通员工到主管的角色转变，大家都在看着你呢。这

些年的改革开放使主管有了比普通员工多一倍或数倍的薪水，下属就可能把“上司付账”视作理所当然的事，因此你身上应随时带着数字不算少的钞票。如果有懂事的员工抢着买单，一定要阻止他。在一个作风正派的工作环境里，尽量避免产生亏欠哪一位部属的感觉。即使说好了 AA 制，均摊付账，身为主管，破例买一次单，大家也是喜欢的。在应该慷慨时记住你的主管身份，是提升你的形象和威信的一个好办法。

- 恭敬对待资深人员，不可一概以“你我平起平坐”的态度相待。一些 60 多岁的资深主管遇见其他公司的年轻主管时，都要退避三分，因为这些年轻人总是会马上直呼其名。

- 不要夸耀自己的过去与现在。在家族企业里，如果你是家族的一员，更要当心这一点。子女虽然是事业的接班人，如果他们尚不成熟，最好让他们到别的公司成熟以后再回来接班。许多大亨也是这么做的。

- 不要“只手独揽”大家共同的利益。真有这样的事情发生，其他人迟早会知道的。那时，你这个主管的颜面就无光了，日子也不好过，更难得到他人的配合。现在，一个单位一手遮天的事情几乎不可能存在了。

- 如果你是一位高层主管，务必确保每一位部属拥有一个良好的工作环境，例如办公桌要便于使用，椅子要舒适，照明要好。在这一点上，你是为人民服务的。同时，你将得到更多的回报。

- 不要把热门的新资讯当成自己的专属，要乐于与人分享。获得有用的资讯，却加以保密，等到时机许可才向上级

主管报告，这种行为实在有违团队合作的精神。获得这样的资讯，应该和同事们分享，而且这么做你还可以享有进一步发掘重要资讯的机会和功劳。

- 身为主管，比较忌讳的是在工作时间里偷懒闲聊或打私人电话。同事想专心完成一件工作时，也不要随便打扰人家。

- 谈到配偶和孩子时，要语带感情，但要尽量避免在工作时间谈这类话题。

- 向同事借用任何东西要尽快归还，东西要完好如初，而且要以口头或文字表达谢意。因为你是主管，职员不好说什么，但他心中会记得。你要珍惜你的形象，对于主管，在工作能力之外有近乎完美的人格形象，是一件令人愉快的事情。

- 一位主管向下属借用个人电脑，整整借用了一个下午。下属为此恼怒不已，却又无话可说。但是第二天上班时，看见电脑整整齐齐地罩着塑胶套，键盘还用了一种特别的溶液擦得十分干净，还放着一张字条，表示他的电脑给了他无限的帮助，且字条旁还摆着一瓶系上丝带的好酒。突然间，下属的恼恨不仅完全消除了，反而广泛宣传主管的良好风格。

- 不要忘了向那些为重要活动——如举办大型会议或其他种种活动——默默无闻地做幕后准备而职位较低的同仁们表示感谢。你应该通过公开、正式的方式来表扬他们，向他们致谢，以个人名义致函道谢，在整组人面前以口头方式嘉奖，或在公司的刊物上公开表扬，这些都是很好的方法。

- 公司组织的活动要积极参与。不要躲在角落，只和办公室的工作伙伴交谈，或一味地享用饮料和食物。要谨记你

的身份，与员工相比，你应该有更浓厚的主人翁精神。如果有客人在场，更是如此。如果客人不只一位，应该积极为客人们相互引见，使每一位客人都有交谈的对象，使客人受冷落是很不礼貌的。

- 不要轻易讲黄色笑话，尤其是异性同仁在旁边时，不要自己破坏在别人的记忆中留下的好印象。

- 帮助训练年轻的同事。不仅教他们做事，还要教他们做人。这一点在今天尤其重要。现在的学校只教给孩子们知识，少教他们为人处世。大部分学生是走向社会之后才学会这一课的。我的一个同事说，给他人格方面影响最深的，是他的第一个老板，他永远记得老板对他讲的两句话：“一个男人，最讨厌的是两件事，一是不修边幅，二是身上不带钱。”

帮助年轻人也很容易，如提供建议，耐心回答他们提出的问题，并且在他们学习工作诀窍的过程中充当一位友善的辅导员。年轻人的接受能力很强，也不固执己见。要担任这种辅导者的角色，先决条件就是要有更丰富的经验和耐心。

- 接到任何邀请，均应在一周内答覆。如果接受了邀请，务必依约到场，万不得已要爽约或迟到，应即时打电话告之，事后再亲自登门道歉，更显对主人的尊敬。一位有良好礼仪的主管，会重视邀请函上“敬请赐复”的字句，而且绝对不会无缘无故爽约。一位主管，代表的不仅仅是自己，如果在公司或私人的交际活动中无故缺席，不仅会破坏个人形象，更会损及公司声誉。

- 得到别人的款待和帮助，务必要表示感谢，并在适当的时候回报。比如专门打电话提起晚宴上的某一道菜的味道

和特色，感谢主人的热情，等等。

- 部属有突出的表现时，应该即时向他道贺并且公开加以表扬。用文字的形式更好，正式写成文字的褒奖方式，可以让收到信笺的人一读再读，甚至向亲朋好友展示，从而引以为荣，并且更加热爱他的工作。

- 同仁遭到误解，应在适当的时候替他向大家或更高层主管解释。有些是比较严重的，有的也可能只是一些芝麻小事，但它表明了您这位主管的态度。中层主管是不好当的，也是一个分水岭，要么一生只能做中层干部，要么迅速向上攀升。

- 同仁遭逢坏消息，加以慰问，叫到一旁拍拍他的肩膀，表达慰问之意，并且询问自己是否可以帮上什么忙。

- 同事精神沮丧时，给他鼓舞。这很好做，只要你有心的话。不论在办公室的工作如何忙碌，费心关照一下同事的状况，这无疑是一位好主管应尽的职责。有朝一日，您可能也需要别人来帮忙。

- 同事住院、受伤或生病，邀集其他同仁对他表达真切的慰问和支持。这是说，不是光送一束花或一张所有同事都签了名的卡片就算了事，还要有表达关心的具体行动，例如提供有关办公室的消息，一个星期去探望他一次。

- 介绍同事时，设法让每个人听起来都很重要。

## 办公室进餐礼仪

改革开放以来，在办公室里吃午饭已经相当普遍，而且

大都以盒饭为主，也有的公司集体在附近的餐馆包桌。

在办公室里进餐当然是轻松愉快的事情，但是也应该注意一些礼仪，谨记以下原则，对你的形象树立一定是有益的。

即时将餐具洗干净，一次性餐具最好立刻扔掉，不要长时间摆在桌子或茶几上。如果有突然事情耽搁，也记得礼貌地请同事代劳。客气的请求易于被他人接受。

容易被忽略的是饮料罐，只要是开了口的，长时间摆在桌上总是有损办公室雅观。如果不想马上扔掉，或者想等会儿再喝，把它藏在不被人注意的地方。

吃起来乱溅以及声音很响的食物，会影响他人，最好不吃，吃时也尽量注意点。

食物掉在地上，要马上捡起扔掉。餐后将桌面和地板打扫一下，是必须做的事情。

有强烈味道的食品，尽量不要带到办公室。即使你喜欢，也会有人不习惯的。而且其气味会弥散在办公室里这是很损害办公环境和公司形象的。

在办公室吃饭，拖延的时间不要太长。他人可能要即时进入工作，也可能有性急的客人来访双方都有点不好意思。在一个注重效率的公司，员工会自然形成吃饭快速的习惯。日本的一些公司则把吃饭快慢作为衡量身体健康程度的一个标准。

准备好餐巾纸，不要用手擦拭油腻的的嘴，应该及时擦拭。我见过有人用报纸替代餐巾纸，实在为他难受。

嘴里含有食物时，不要贸然讲话。他人嘴含食物时最好等他咽完再对他讲话。由于大家团坐在一起，难免有人讲笑

话，因此要防止大笑喷饭的情形，可以每口含食物不太多。

## 办公室男女礼仪

• 不开性骚扰的黄色玩笑，换以严肃的态度，你就争取到几近一般的拥护者。妇女半边天，不要沉浸在大男子的优越主义中而忽视了女人的力量。在女人看来，性骚扰是恶心、无聊、残忍而令人恐惧的。

也不要把这个问题夸张扩大化。男女关系毕竟是一个永恒的主题，没有谁不经历对性的好奇心阶段的，因此总免不了开一些跟异性有关的玩笑。就没必要把同仁随口说出的小玩笑冠以性骚扰的罪名。

• 遭到性骚扰，不要忍气吞声，而应该奋起反抗。也不要太慌张。在不同的情况下采取不同的策略。有的女性因为害怕失去工作而不敢声张，结果搞得自己长时间处在担惊受怕的环境里，得不偿失。

可以考虑结成团队的方式去向高级主管控拆性骚扰事件。集体行为总易于受到关注的。如果你在一家小公司，性骚扰施加者正好是老板，那就干脆辞职，一点不要含糊。

• 为你的声誉和事业成功起见，最好不要打身边的女人或男人的主意。这么近的男女关系，不吹风也会传遍公司的。

办公室恋情仍然是一个两性话题。当然，两性关系已经没必要一定得走向结婚生子。如果你正在被办公室某个人吸引，不妨大方地约会他（她），他（她）也希望有谈得来的朋友一起共度周末，或者一块儿去旅游。但是，这种约会有

原则的。

- 你要确认他（她）尚未结婚；
- 要充分表明你现在别无企图；
- 如果对方是你单位的客户，要考虑他（她）的想法：是否会认为你另有意图，是否会影响公司之间的合作（当你们是公司主管级人员）。

一般而言，谁先提出约会，谁就该为这次约会承担全部费用。因此第一次简约一点比较好。殷情过甚，反而生出负面效果。

那些刚刚走向社会的年青女孩子应该谨记这一条：办公室恋情弊多于利。即使你们感情真挚，闲言碎语和善良但不高明的关心都会变成一种压力。最终的结果是，你们中有一人不得不另谋高就。如果你爱恋着的对象是已婚者，又动真情，不幸得很，百分之百你会辞别那家单位。

如果你与一客户粘乎在了一起，也是危险的。你们的关系破裂，多少会影响两家的合作。要是损失很大，你是很难脱掉干系的。即使老板深明大意，他却封不了其他人的嘴。

但是，要禁绝办公室恋情也是不可能的，总有人会相互吸引的。遵循一些原则，对你的关系是有益的。

一、不要在办公室里谈情。不要因为办公室暂时无人就违背这条原则，讲多了，总会被人听到的。而且办公室绝不是用来谈情说爱的。

二、不要在办公室表现得过于亲热。要学习自我克制。一些年轻人自以为是崇尚西方的开放，其实，这在西方也是比较在意的。

# 馈赠的礼仪

## 年节送礼

有些公司的老板对送礼不太在意，让人一眼就看出他们不用心；当然也有许多公司、金融机构和企业的领导人很费心地挑选节日礼品，以感谢同事和手下员工一年的辛劳。

如何送礼和礼物本身一样重要。如果一位公司主管只是叫秘书选购一样礼物，然后附张名片寄出去，这样的礼物是死的，毫无人情味；反之，如果那位主管选礼物特别适合对方的口味与需要，然后包装得漂漂亮亮，再附张有品味的短笺，这就是很棒的节日礼物！

高级主管的送礼对象：

- 业界的好友与同事。礼物价位从 2000—20000 元不等。
- 董事会成员。这些人经常协助公司执行总经理处理重大事务，解决营运危机，一同埋头苦干好几小时，所以总经理可以送每位董事一具精制时钟，附上自己的名片，更可进一步亲笔写封短笺致谢，例如：“这具时钟永远数不尽您过去一年我和公司付出的时间，小弟对您的感谢无法尽以言表。”
- 资深员工。如果公司有分红，那么送点 300—500 元的小礼聊表心意就够了，例如知名交响乐团的最新录音带或印制精良的艺术书籍；如果公司不分红，可送他们每人一样不

错的家用品，例如电视、一套水晶玻璃杯、运动器材。如果有人喜欢品酒，送他藏酒的附件也不错，价格则在 1000—3000 元之间。

- 顾客或客户。送给顾客的礼物若有企业标志，最好不要太明显，只有公司员工才会想使用打着自家标志的领带或钥匙环，聪明的主管会设法让礼物上的企业标志若有似无，这样收礼人才真的会用。

- 高级主管的私人秘书。如果她只跟了主管一年，就别送会让人以为他们交情很好的礼物，可以选条 500 元左右的丝巾；如果已工作 5 年，可以送她最爱去的商店礼券，面额 1000 元；超过 10 年，可由她老板亲自挑进一只价格约 2000 元的皮包；如果秘书已为主管工作超过 20 年，就应把她列入分红名单，再不然可分她股票，或者出资让她和先生、母亲、婆婆或小孩一起到很舒服的地方玩两星期。

### 送给领导的礼物

- 一般员工不用送大礼给领导。这样领导会不好意思，更何况如果领导要回送每位下属礼物，那他岂不是太破费了，而且，送长官大礼，不无拍马屁之嫌。

- 秘书和上司（甚至上司的家人）关系通常很亲密，因此送小礼给上司一家倒蛮合适的。贵重的礼物并不适合，否则上司会不好意思。

### 其他服务人员的礼物

每个机关都存在着这样的一群员工，他们的服务遍及公司各个角落，连老板和高级主管都记得他们的长相或名字，所以如果能送收发室一大盒饼干加上几条领带，他们一定会非

常感动，一大篮水果或一盒分装好的肉干也可达到同样效果。  
这类员工包括：

- 托儿所的人员。
- 公司停车场的员工。
- 影印室的员工。
- 清洁人员，包括晚班清洁工。
- 大楼门房和警卫。

要不是他们，我们的工作环境不会这么舒适。如果公司管理部门没表示什么，办公室职员至少也应该各送他们一些饼干或糖果。

女同事之间适合的赠礼：

- 相框，里面摆张对方小孩的照片。
- 手套。
- 皮包。
- 睡衣（尺寸要合）。
- 长袜、短袜、内衣（尺寸要对）。
- 香水。
- 口红（对方常用的颜色）。
- 放在抽屉的驱虫花草袋或香袋。
- 旅行时放内衣或丝袜的盒子。
- 办公桌抽屉的整理用品（如小搁架）。

男同事之间合适的礼物：

- 网球或高尔夫球运动衫。
- 彩色的袜子。
- 丝质领带（如果对方喜欢蝴蝶结，也可以送）。
- 男性香水。

- 大块的洗澡用香皂。

不论同事性别或婚姻状况如何，你都可以送：

- 文具品，例如墨水瓶架、家庭相框、拆信刀、钟、皮质封面的字典、一对书夹。
- 和对方公事或嗜好有关的书籍。
- 车内的音乐带或激光唱片。
- 高尔夫球或网球（看对方喜爱的运动是什么）。
- 可用于办公室或家中的盆景。
- 一篮美食。
- 巧克力。
- 葡萄酒或对方喜欢的酒。
- 获得食品评鉴奖的水果或糕饼。
- 新型计算机、口袋型收音机或小器具。
- 对笔、铅笔组，或一支名牌钢笔。
- 皮制的备忘本。
- 订阅新杂志。
- 大厨师用的围裙或厨具。
- 最新款的太阳眼镜。
- 两张戏剧、芭蕾、音乐会或歌剧的票。
- 吧台玻璃杯组。
- 酒杯组。

## 乔迁赠礼

参加朋友的乔迁庆宴或为重新装潢而设计的餐会，通常得带一样主人绝对用得到的小礼品以表祝贺。例如：

- 电话本封套。
- 垃圾桶。
- 壁灯。
- 面纸盒以及装牙刷的杯子。
- 挂钥匙的壁架。
- 家人电话留言簿。
- 上面印有这家姓氏的留言字条。
- 新房子外观照片，装进漂亮的相框。
- 为主人订阅一年室内装潢杂志。
- 印有主人家姓氏的门牌或门前踏垫。

## 赠送有个人特色的礼物

如果你有艺术才华。要设计富于个人特色的礼物是再好不过了。一些非常有创意的人，他们懂得在空白卡片上写诗或素描，当作礼物寄给熟人；有位朋友著作一直未能出书，也没什么钱，他在节日大家都忙得不可开交的两个星期，帮朋友遛狗作为礼物，这主意真妙。

不要因为没钱买礼物而觉得丢脸，买张卡片或写封信给朋友，告诉他们你今年没办法买礼物就得了。事实上，即使是一张小卡片，你送出的是爱与赞美，诚挚祝福他们健康快乐，他们也会满意的。

## 送 花

送花是典型的西方人礼仪，今天，在中国的大中城市都

可见到鲜花店。送花，不仅浪漫，还象征着纯洁性。对接受人来说，不论任何季节任何时刻，收到花都是件很快乐的事。在实物礼品外点缀一束鲜花，是充满诗情画意的艺术性的表达。

送花也有些必须注意的事项：

- 计划送花慰问病人时，发现病房内已有太多花，可以等病人出院回家后再把花送到他家。

- 送花是对宴会主办人致谢的好方法。最好当天早上就把花送到，好让主人用来布置会场，不然就等到第二天再送，以致谢意。

- 向人道喜时，送花也蛮不错的。例如朋友毕业、订婚、生小孩、升职、得奖、参加电视比赛表现优异、减肥或戒烟成功、获选负责非营利组织的一项困难工作。

- 某些节日传统上应该送花，如母亲节、情人节、生日或结婚纪念日等。

- 花能安慰失意的朋友，让他心情好起来。

- 冒犯别人后，不论有心或无意，也可送花致歉，别忘了附一张道歉卡。

- 欢迎新来的室友或邻居，送花非常理想。

- 欢迎久别的亲友重回故里更需送花。

## 送给婴儿的礼物

婴儿的父母、祖父母，或其他知道婴儿家里经济状况欠佳的公司同事，可以买育婴用品和婴儿车。其他选项还包括：

- 梳妆台。
- 用于婴儿换尿布或尿片的小桌。
- 精致的婴儿衣柜。
- 婴儿专用灯。
- 婴儿床及其他寝具（如毯子、床单、婴儿枕头和枕头套）。

• 学步车（附专用的毯子）。

• 婴儿用围栏。

亲友送给婴儿的礼物：

• 厚绒的婴儿围兜（喂食时用）。

• 睡衣。

• 棉质毯子。

• 活动婴儿床。

• 放尿布别针的盒子。

• 分成两部分的电动喂食盘。

• 电子奶瓶保温器。

• 育婴专用壁钟。

• 音乐盒。

• 衣服（某名店的礼券更好）。

• 育婴夜间灯。

• 相框。

• 育婴框。

• 婴儿长大后看的书。

受欢迎的银制礼物：

• 拨浪鼓。

- 刻有婴儿名字和出生日期的水晶杯。
- 婴儿长牙时咬的银环。
- 喂食用的长匙。
- 刻有婴儿名字的短柄叉子和汤匙。
- 刻上出生日期的相框。
- 刻上婴儿名字和出生日期的银制小粥碗。

送给女婴的饰品：

- 大人尺寸的金手镯，好让她长大戴。
- 可让她现在戴的小巧金手环，或金质心型别针。
- 可让她现在戴的珍珠手环，或珍珠心型别针。
- 让她4岁时戴的小珍珠项链，或是小金链加珍珠坠。
- 如果婴儿一家人信天主教，可以送串着圣母或圣子金

章的小金链。

• 镶在金子或白金里的单颗钻石耳环。请父母保留到她16岁时再拿出来送她。

## 送给新人的礼物

- 家具。
- 寝具，例如床垫、床单、枕头、毯子、地毯或鹅毛毯、棉被、床罩、枕头盖布。
- 卫浴用品，例如毛巾、面巾、浴室垫子、垃圾桶、毛巾架、壁柜。
- 瓷器、玻璃器皿、汤匙刀勺。
- 餐桌饰巾，例如席位垫布、桌布、餐巾。

- 酒具，例如饮料杯、老式玻璃杯、万用酒杯。
- 灯。
- 室内装饰品。
- 花瓶、花盆托盘、以及其他插花和栽花的容器。
- 贮物箱柜。
- 清洁工具，例如吸尘器、地毯除尘器、拖把、扫帚、水桶……。

• 厨房用品，从最重要的微波炉、烤箱或食物处理器，到烹调不可或缺的各项附件。如果你买了烹调附件组合，请用丝带绑好，插在一小水壶或小锅里，然后用包装纸或铝箔整个包起来再围一圈缎带，顶端要露出所送的礼物。

• 如果想送瓷器、银器或玻璃器皿，请想好一般用餐大概需要多少此类餐具，然后量力而为。最好先问新郎新娘本人或他们的父母，了解小两口到底需要或希望收到什么。

• 新人也可能希望收到一年份的早报或晚报预订收据，他们喜爱的杂志订阅收据，百货公司或超级市场礼券，书店礼券以及灯具店礼券。

## 送给再婚者的礼物

受礼人到底离婚又结婚了几次，你曾送过多少次礼金或礼物，上次婚礼有否邀请你，这些都不重要，重要的是你必须表现得够朋友，诚心诚意祝福支持他（她）。

离婚女士通常基本的家庭用品都有了，所以犯不着送床单或刀叉，这些东西她多的是。倒是可以送小古董或花费不

多的礼物，例如：

- 一对漂亮的书夹。
- 好看的电话本封套。
- 一对造型独特的小玩具。
- 用来放新婚照片的相框。
- 一组吧台玻璃杯。
- 一组点心盘。
- 绣有俏皮话的枕头。
- 一对早餐用的超大号咖啡杯。
- 一具新的煮咖啡器。
- 会唱赞诵歌曲的音乐盒。

## 送给青少年的礼物

- 宠物，不过必须得到对方家长同意。
- 新装个人电话。
- 音响组合。
- 书（可以请教店员意见，并考虑年龄和心智成熟度）。
- 最新出版的字典。
- 地球仪。
- 如果脚踏车是他的主要交通工具，可考虑脚踏车的周边配备和器具。
  - 让男孩练肌肉，女孩变苗条的运动健身器材。
  - 录像带出租店、唱片行、电器行、服饰店或珠宝店的礼券。

- 照相机及相关器材。
- 各种球类或运动器材，如排球，网球拍、滑雪板、棒球棒、高尔夫球杆、网球或高尔夫球、冰刀。
- 运动服。
- 厚实的运动衫。
- 最新型滑板。
- 浮潜蛙镜和换气管。
- 附锁的日记。
- 手提箱或背包。
- 最新型计算机。
- 短波收音机。
- 缝纫机。
- 热门运动比赛、摇滚乐演唱会、电影试映会或古典音乐会入场券两张。
- 出钱让他报名电脑课，钢琴、吉他等乐器，外语，空手道，任何运动或交际舞的课程。
- 出钱让他和朋友一块儿旅行。
- 红包。
- 债券。
- 共同基金。
- 股票。

## 送给病人或伤员的礼物

- 带相机到办公室，照张病人与同事笑容满面的团体照，

并举着一张大牌子：“赶快好起来！”然后送洗加框，放在病人床边。

· 做个树枝状的木头小搁架放在病房桌上，好让他挂上所有问卡。

· 送病人轻松有趣的书。

· 等病情好转，而医生也同意，可以买许多好吃的请病人享受一顿；也可以邀集一大堆朋友来看他，但是时间要短，而且以不吵到其他病人为原则。

· 带芬芳扑鼻的东西，如香皂、护肤乳液或室内清香剂，让病房或病人家里处处飘香。

· 带一盒新的便条纸，因为他可能要回一大堆“感谢”或“我很好”的短笺。最好帮他连邮票一起贴上，他会更感激你。

· 记住，如果病人是小孩，填充玩具永远不嫌多。

## 送给高龄长辈的礼物

买礼物前先研究一下，不要浪费钱买你自以为合适的礼物，向同长辈住在一起或固定看护他的人，如亲戚、护士、或家庭看护征询意见。

· 气候寒冷的地方，他或许需要法兰绒睡衣、保暖的睡袍、睡袜、羊毛围巾、手套、或披巾。

· 如果那位长辈使用拐杖，也许可以送他一支新的（找人帮你量他的拐杖长短，免得尺寸不合）。

· 如果他住的地方阴沉沉的，可以送些能带来欢愉气氛的东西。例如新的电灯（选白色透明灯罩，好让光线最亮）、不需要太照顾就可以活很久的瓷装盆栽、花哨的椅背垫、室

内清香剂。

- 孙子最近拍的相片，配上好看的相框。
- 字体放大的书，方便视力不好的人；或是有声书，让看不见的长辈听。
- 好吃的食物，例如获奖的水果品种或糕饼。
- 帮助他发展有趣的新嗜好。例如送一个铺好砂石的水族箱，买些装饰石块、塑胶水草、空气过滤器、加热器、一大群热带鱼、鱼饲料，还有一本教他如何养鱼的小书。

## 送给朋友的礼物

- 好的火腿，并附可口的芥末酱和一瓶不坏的酒。
- 新鲜草莓或其他水果。
- 一大块乳酪，配上各种薄脆饼。
- 最新、最热门、大家都在谈的畅销书。
- 印有主人姓名和屋名的纸制餐巾。
- 全新的浴室幕布，颜色要和朋友家里的一样。
- 一组全新的毛巾或海滩浴巾。
- 新的冰桶。
- 一整组新的吧台玻璃杯。
- 主人最爱吃的特殊奶油。
- 新的茶杯组。

## 送礼细节

最珍贵的礼物是真心，因为它是仅次于生命最宝贵的东

西。也就是说，礼物的价值的金钱毫不相干，关键在于抓准送礼时机、认真包装礼物、用心写好卡片上的祝福语。

圆满地送出礼物是爱的具体行动，物品的价格和功用都不重要，不论是吸尘器、金戒指、钓鱼竿或翡翠项链，许多时候它还不如亲手画的一张素描，因为素描来自送礼者的心。如果你以行动告诉朋友他值得你关心，在他心底深处就会满是温馨。

- 容易腐坏的礼物，如鲜花和某些食物，应该等收礼人在家的时候再送，所以请先打电话询问对方家里什么时候有人。

- 把你的全名和地址写在卡片或信封上，让对方马上知道是谁送的礼，并方便对方回函致谢。

- 不要把礼物放在精品店的漂亮盒子里，一般人这样做是希望对方以为礼物是在那儿买的，但是收礼人也许会在退换时发现真相。

- 注意礼物包装。用漂亮的包装纸包好，放在一个好看的背袋或购物袋时，保证能使收礼人眼睛一亮，既兴奋又期待。

一般人很喜欢收到绑着缎带的礼物。年轻朋友追求一位年轻女孩时，曾用许多漂亮的缎带把礼物包起来，蝴蝶结上就挂着他房间的钥匙。

多费心思在礼品包装上，代表你非常在乎对方，不只是随便送送而已。精心的包装肯定好过二等的实物。

- 把对方名字刻印在礼物上。
- 送人的邮票夹里装满了邮票。

- 送人的相机里已装好空白胶卷。
- 相框中已放进收礼人配偶、孩子、房子或游艇的照片。
- 新的旅行用领带盒中已有三条新领带。
- 新的旅行用袜盒中已有三双新丝袜。
- 行李箱的名牌上已印有收礼人的姓名。
- 健身房专用袋中有一条新毛巾和两双运动袜。
- 精致的瓷制花盆托盘上已放着美丽的盆景。
- 漂亮的盒中装满饼干和巧克力。
- 在钓鱼书籍的封面上放一张邀请他周末出钓的非正式请柬。
- 出国旅游后带回一样朋友有兴趣、正在收集的东西。
- 偷偷录下大家敬酒时祝福某对新婚夫妇的话，把收礼人吓了一跳，因为他不知道那位朋友已经结婚了。
- 把朋友一直想要却未得的东西买下来当礼物送给他。
- 送自己栽种的蔬菜或鲜花，并附卡写上：“希望你会喜欢。”
- 如果一位朋友打算开大型聚会却担心自己是否应付得来，你可以在他向你诉苦的隔天早上，把你能借给他的用品清单，像是卡片夹、盘子、玻璃杯和桌巾，悄悄放在他家门缝下。

# 主客应具备的礼仪

## 主人守则

以下是在餐厅举办商务或社交宴会的一些注意事项。

- 如果必须取消约会，请亲自打电话向客人道歉，不要叫秘书代劳，而且尽可能在通话时和对方改订日期，以免得罪朋友或失去一位有潜力的客户。

- 如果必须再度取消，请立刻重订日期，并寄卡片向对方致歉；倘若必须三度取消约会（这在现代疯狂忙碌的社会中已屡见不鲜），除了重订日期，并寄给对方一份礼物（例如一篮水果）附上道歉卡，这样你的客人才会真正相信你的诚意和失约理由。

- 邀请时，务必详细告诉对方日期、时间和地点。

- 挑接近客人办公的地方，并先问对方喜欢哪种餐，再选餐厅订位。

- 既然主动邀请的人是你，又是你订的位，付钱的也该是你。无论如何，由谁付账事先一定要搞清楚。

- 聚餐当天早上一定要和客人再次确认，也请和餐厅再次确认，强调你希望店家为你们安排好位置。我所谓的好位置，并非一定不要正对厨房出入口、洗手间或公共电话，而是在冬天时，避免正对大门口；酷暑时，避免坐在冷气机底

下。

- 提早 5 分钟到场，托人保管大衣后，直接走到你预定的座位。主人如果迟到，客人会觉得很没面子甚至动怒，所以主人应该安静坐着等候客人，千万不要动桌上东西（例如餐巾），也不可以吃小吃或点饮料。

- 客人向预订桌席走来时，做主人的应该起身欢迎，就算餐厅内挤满了人或空间狭小，你也该摆出动作，至少让对方看得出你想站起来。

- 务必让客人坐较好的席位，譬如沿墙靠椅，或面对餐厅主要区域的位置。面对墙壁、洗手间或邻走道的座位请留给自己。

- 如果有好几位客人，请事先想好如何安排席位。到餐厅前，先用铅笔画份草图，这样你的客人就能迅速就座，不致搞得一团混乱堵住走道。

- 如果客人不到 8 位，请让他们自己点菜；超过这个人数，最好先帮他们点好，省时又方便。

- 如果客人对菜单举棋不定时，请协助客人点菜，告诉他们哪道菜是餐厅的招牌菜。客人有需要时，主人应翻译外文菜名。如果预算没有问题，你可以说：“这里的龙虾很棒。”（事实上如果预算有限，就不宜选菜价昂贵的餐厅。）如果你建议的菜色属中低价位。客人应该也会跟着选这个价位的菜。

- 客人点的菜一端上桌，主人应请客人趁热享用；如果主人点的菜先到，请等大伙点的都端上桌以后再用餐。

- 如果发现客人一直未动盘中食物，可以轻松地问他：“菜有问题吗？”若真的有问题，就找服务生把菜端走，并请

厨师照客人的意思把肉煮熟一点，或换另一盘调味汁淋在上头。

不过，如果客人对于你的疑问只是耸耸肩回答说“不，我想我只是不饿，没有其他问题”，请勿再追问。客人可能有些不愿告诉外人的理由，所以别逼他。有些人老爱在餐厅中引人注意，有的则宁可什么都不吃也不愿劳烦旁人，所以主人一定要视情况应变。

- 作主人的得负责控制闲扯的时间，让讨论回到商务正题，一般闲扯的时间 10 分钟就足够了。

- 绝对不要当着客人的面给服务生难堪。应该等客人都离开后，再把服务生或领班找来谈，甚至可以等回到家或办公室后，再写报怨信给餐厅管理部门。在客人面前对餐厅人员发脾气，只会让大伙感到不舒服并且为你担心。

## 客人须知

- 如果必须取消约会，请亲自打电话给主人，别找秘书代劳，并询问主人能否改在某时某地，但是得换你请客。

- 务必准时。即使你在出发前估计可能只迟到 10 分钟，也得托人打电话到餐厅告知主人。

- 如果比主人早到，请直接走到预定的餐桌等候，但是不要点饮料或吃面包，也不要动餐巾。

- 如果迟到，勿让大伙开宴的时间跟你一块儿延后，请跳过第一道菜，直接点第二道。

- 如果主人自己不喝酒却要你点，而你正想来一杯，绝对不要客气。为表示礼貌，你可以说：“是这样的，如果您今

天不方便，我并不想耽搁时间。我们开始点菜吧！然后请服务生给我一杯酒，您觉得如何？”或说：“我想在用餐时配一杯酒，所以开始点菜吧！”

- 一顿饭点一杯白酒或两杯葡萄酒就够了。你若点多了，主人可能会怀疑你有酗酒的毛病。

- 如果主人压根没提到点酒，就请闭上尊口。况且吃饭不一定要配酒，而且你也没有权利自己点酒。

- 不要点菜单上最贵的菜。只要向主人所点价位的菜肴齐就可以了，如果他没什么特别建议，不要点最便宜的，也不要点最贵的。

- 如果主人已为大伙点好菜，但你想选不一样的，请直接向主人说，不过，也不必小题大作要求看菜单。例如，如果你不吃肉，可以在烤肉端上时对主人说：“我只点一样蔬菜好吗？”主人当然不会反对，接着服务生会告诉你有哪几种蔬菜，你从中选一样就行了。不过，如果宴会是在主人家举行，你可不能这么做，因为实在太麻烦人了。

- 作客人的绝不能自作主张与服务生交涉，因为这是主人的事。有什么需要，应该请主人代为转达。

- 如果参加的是商业午餐，切勿在主人未准备好的情况下提起公事，客人应彼此闲聊，只有主人才有权利决定何时开始谈正事。

- 作客人的不要抢着付帐，来日方长，以后自然有回请的机会。

- 宴会结束后，请尽快寄谢卡给主人，不要拖过3天。谢词不要超过3句，然后加上写地址贴邮票的时间，前后花不到5分钟。

## 好主人必备特质

· 热爱朋友。做主人的还真得有满腔热情，才能忍受一大群人到你家作客过夜，这和请人吃顿午饭或晚宴完全不同。因为所有客人的住宿和食膳全仰赖你，有时还得忍受他们闹情绪。如果你真的热爱关怀人群，这就是你发挥人格之光的大好时机，客人也会永远记得你的亲切体贴。

· 排难解纷的直觉式本领。一群人凑在一起很容易发生问题，好主人要立即出面排解。

· 耐心。譬如有的客人会在你急需用车时把车借走，然后好几小时毫无音讯；或者有人占用浴室半天不出来；把你最钟爱的超贵玻璃杯打碎；或在大家准备去跳舞时，突然告诉你他严重晒伤，必须赶去急诊。

· 创造力。如果能发挥创造力，就不怕遇到突发状况无法处理。例如，临时河水深浅不适合游泳，你可以请研究生物的朋友带你们四处走走，认识附近自然生态。

· 体力充沛。请客人到别墅度假，要做的事情非常多，包括清洗床单和毛巾、买做沙拉用的蔬菜（还要洗和切）、把订来的葡萄酒和汽水一箱箱运进厨房。如果每位客人晨起时间都不相同，还得分好几次送早餐。

## 好客人必备特质

· 自始至终保持积极态度。无论天气有多糟，同行客人

有多恶劣，绝对不要让心情受到影响。就算主人的小孩调皮捣蛋、床铺睡起来不舒服、或者活动进行不甚理想，也要积极参与。

- 如果身体不适，就请事先取消赴约。例如，明明重感冒，却还硬撑着参加，整屋子一半的人都会为你担心得玩不起来，有的则会害怕被你传染；如果度假期间你突然感觉不适，请不要说出来，忍耐着和大伙一块儿过下去。不过，如果你自觉得了什么严重的传染病，如水痘或麻疹，就一定要说出来。

- 请勿要求主人允许你带小孩或宠物参加，更不要自动把他们带来，只有在主人明白邀请时，才能带小孩子。

- 在约定的时候抵达，不早不晚，并在该走的时候离开，就算交通工具临时出问题，你也得想办法自行解决。

- 如果没有拿得上台面的行李箱，就向朋友借，不要拎着大包小包的购物袋，那会让主人很难处理。

- 带合适的衣物。如果你毫无头绪，不知会到哪些地方玩、或者不熟悉当地气候，请在整理行李前向主人问清楚。别指望主办人会提供额外的毛衣、雨衣或浴袍。

- 拟定自己的计划，以便在主人忙得焦头烂额而又不希望你插手时，还能找一些事情消遣。例如，你可以带一本书来看。

- 主动伸出援助之手。例如替主人到车站接朋友、买冰块、布置花饰、料理开胃菜或到干枯的草坪浇水。但是，如果主人坚决地告诉你不用，就请罢手，以免愈帮愈忙。不过话说回来，如果你老是坐享其成，下次主人很可能就会把你

从邀请名单上划掉。

- 面带微笑接受主人安排的行程。积极参与的同时，如果主办人比较希望客人自己玩自己的，请尽情发挥。不要老是问，现在我们该做什么？其实，你可以玩拼图、读书或散步。

- 保持房间整洁。不要乱扔垃圾，主人一定不喜欢和你玩你丢我捡的游戏；整理床铺最重要；毛巾要挂在架上，而不是丢在地上；牙膏不要挤得洗手台上到处都是；化妆品和刮胡用品要堆在一处，留点空间给其他客人放东西。

- 要守时，免得误了整群人的行程。主人欣赏有时间观念的客人。

- 切勿教训主人的孩子，即使你有充分理由，凡事当成笑话就没事，反正你很快就要回去了。

- 即使理由正当，也绝对不要抱怨。不论是船没油了、网球场关闭，都只能笑笑说没什么，免得破坏气氛。

- 别忘了带礼物。最好先摸清楚主人的癖好和居家生活，这样你才能送出他真正喜欢或需要的东西。如果主人没有相机，你可以送他一台，不用太贵，外加几卷底片；如果他嗜酒如命，可以送几瓶上好的葡萄酒，同时表示只有主人能喝，其他客人碰不得；或者你可以带新的室内运动器材或一箱录影带来，作为下雨时的消遣；送主人一堆精彩的过期杂志或用来款客的水果西点。总之，做客人的如果能充分配合主人，整个假期一定会更加圆满。

- 别忘了寄谢函。就算你已致赠昂贵的礼物或打过电话道谢，也必须写份谢函，和主人为满足你们这一群朋友所花

费的心力相比，你会发现，只是说声谢谢根本微不足道。一封得体的谢函会让主人非常高兴，被他的家人传阅一读再读，甚至被保存下来成为传家典藏。别以为不可能，这很难讲，例如：出版商如果汇集到数目够的好谢函，甚至可能编纂付印！

好的度假谢函结构如下：

起笔先点出他以个人身分或是代表配偶发言，并写明致谢对象是谁。

第一段应该写那次度假机会多么难得，让大家远离城市喧嚣。

第三段可以谈谈，别墅和附近的湖光山色有多赏心悦目。

第三段应该提及你们做了哪些有趣的活动。

第四段可以谈谈其他客人，或赞美主人的孩子。

最后再写一次感谢的话，然后签名。记得主办人如果是夫妇，给两人的谢词一定要平均。

## 准备工作

不论你打算请客住一个礼拜、两天两夜或两天一夜，都必须细心规划，运用企业管理的技巧加以执行，成为一个成功的主人。

每回活动之前，都应拟两份计划书，一份提醒自己在客人抵达前该做什么，另一份则影印寄给每个客人，告诉他们所有注意事项。

主人手中的计划书内容应包括：

- 每位客人到达和离去的时间，包括飞机、火车和其他

交通工具的班次表。

- 每位客人的床位和浴室。
- 客人对过敏食物的清单，例如在海滨度假村，就得注意他们不能吃哪种海产。
- 周五、周六和周日的完整菜单。
- 何时在屋内用餐。
- 户外活动所需的各项安排，例如如何接送客人。
- 高尔夫球和网球场的预约时间。
- 万一下雨时，有哪些替代活动。
- 需要租借的车辆数。

寄给客人的计划书内容应包括：

- 你预计他们抵达和离去的时间。
- 度假地点四周的地图。
- 其他获邀客人的名单，加上简短幽默的人物介绍。
- 所有体育和社交活动、进食、购物和欣赏风景的时间和地点。
- 必备体育器材，例如白色网球装、运动夹克、雨衣或风衣。

## 受邀者名单

- 请的人数要适当，有经验的主人都知道这项守则。如果对方是很不好相处的人，就不要只请他一个，更不要客人多得塞满你家，因为请人到别墅度周末就是要轻松舒适！
- 请你真正想邀的人。如果基于工作或其他理由，必须

请你不感兴趣的人，安排一两小时的午宴就可以了，事实也正是如此，把你不熟的商业客户和你的知己硬凑在一起过两天，他们也不可能立刻变成好朋友。

- 尽早邀约，获邀的人会感到非常荣幸，也较可能排出时间。例如打算7月请人到山中别墅避暑，请提前于3月通知对方；如果计划三月请人赏花，请在前一年11月就展开行动。

- 怀抱一颗体贴的心。可能有朋友最近遭受严重打击，必须振作起来；也可能他刚搬到你家附近，还没机会认识邻居；或许，你还可以趁此机会撮合一对佳偶，得到终身的朋友。

- 用心设计邀请名单。请的人不用全都志趣相投，可以来点不一样的。但重要的是，大多数人都蛮好相处，也想结识新朋友。另一方面，如果你想请一位网球好手，就应该同时邀到能和他对打的人；如果想邀热爱舞蹈的人，就应该请到可以和他共舞的人；如果你的客人只喜欢打桥牌，最好先帮忙凑足牌搭子。

## 如何接待客人入场

如果你和配偶一同主持晚宴，其中一人一定要全神贯注站在前门附近，看到来客就立刻迎向前去，告诉对方该把外套放在哪里；另一个人则呆在客厅，引介客人彼此认识；如果是一个人办宴会，你应该站在前门和客厅之间，同时做上述两件事。

是否该列队欢迎

如果客人超过 30 位，你和你的配偶以及贵宾应该尽可能站在靠近客厅入口的地方，排成非正式的欢迎行列。我所谓“非正式的欢迎行列”，是指主人和贵宾可以到处走动陪客人聊天，但是一看到有人登门，就得一齐迅速走上前握手迎接。

如果客人超过一百位，你必须和配偶（两人可以随时离开又加入）、合请的朋友以及贵宾一起列队欢迎。第一贵宾不管在何种场合都应站在第一主人旁边。纯社交的宴会上，主人配偶必须加入欢迎行列；商业宴会上，配偶不一定要加入。以下例举一些不同的列队欢迎方式：

· 一家公司执行长为位一位非常重要的客户而举办的宴会，列队欢迎顺序如下：

1. 主办公司董事长。
2. 那位客户。
3. 主办公司总裁。

· 如果客户的太太也一道出席，列队欢迎顺序如下：

1. 董事长和执行长。
2. 客户。
3. 董事长的太太。
4. 客户的太太。

#### 列队欢迎注意事项

· 行列切勿超过 4 人，否则像婚礼列队欢迎一样，实在太隆重了。而且列队人数愈多，客人通过的时间就愈久，相当麻烦。

· 夫妇可以彼此换手迎宾。在大型宴会上，公司高级主管也可以轮流站在入口处迎宾。

如果欢迎队伍非常长，甚至延伸到街上，可以采取以下步骤：

1. 代表主办者的人，应该敦促来宾入场，帮忙拿饮料，然后归队。

2. 让客人自己决定是否先拿饮料，等较不拥挤时，再通过欢迎队伍。

- 至于主人和客人喝饮料的适当时机为：

1. 主办人迎宾时不应该拿着饮料。如果想喝点什么，可在欢迎队伍后方摆一张小桌子，把饮料放在上头，这样就可以偶尔回头偷偷啜一小口，不会有人注意到。

2. 客人不应该拿着饮料通过欢迎队伍。他们可以先喝一点，然后放下杯子，等通过队伍后，再取回饮料。

- 客人大致抵达后，欢迎队伍就可解散，不须为那些迟到一两小时的人再等下去。

- 大型宴会上，宾客和主人往往并不相识。通过欢迎队伍时，客人可以主动向主办者自我介绍，或是主办者向客人报上姓名，然后主人向队伍中站在他右方的人介绍这位客人，右者再把客人向队伍中下一个人介绍，依此类推。非常盛大的宴会应该设一名“介绍人”，负责把每一位来宾介绍给欢迎队伍中的第一个人。

- 夫妇合办大型宴会，如果客人主要为先生的商业伙伴，先生应该站在欢迎队伍的第一位，好把客人介绍给站在他身旁的太太；反之，如果客人大多是太太的商业伙伴，则由太太站在首位。

## 座位的安排

一般人不重视座位安排，但是稍花点心思，能让宴会进行得更有效率而且气氛热络。

如果是自家人聚餐，谁坐哪儿当然不很重要。即便如此，让年轻人知道父母应该坐在桌子两端，祖父母应该坐在“上位”，正好可有机会教育他们从中学到尊敬长辈，包括递食物时选递给年纪比他们长的人，以及等长辈开始用餐后再动筷子。

如果是非家庭聚餐，就一定有主人。合办者通常坐在主人对面，可能是先生、妻子或与主人职衔和重要性相当的商业伙伴；如果主人为鳏寡之身，其兄弟姊妹、姻亲或者家里的其他成年人，都可以当宴会合办者，坐在主人的对面。

有句话想提醒丧偶不久的人：若伴侣尸骨未寒，请勿邀你目前交往的对象当合办人。

如果席开好几桌，譬如大型私人宴会，可以请亲朋好友作别桌主人，他们的席位卡应打上“主人”字样。他们必须负责把每位来宾介绍给大家，制造谈话气氛不让任何人落单。所以，主办者应该选最能胜任的人，而非只看他们是否重要或有钱。

公司在饭店举办宴会，主人可能是董事长、总经理和高级副总；结婚周年纪念舞会上，你可能会找妹妹、姊夫、姨妈和上大学的儿子一块儿主持。无论如何，最重要的原则是，找的人要有人缘和教养。

### 如何安排客人座位

• 请重要客人坐贵宾席。最重要和次重要的男客分别坐在女主人右左两侧，最重要和次重要的女客则坐在男主人右左两侧。

• 请有官衔军阶的人入贵宾席，也就是男士坐在女主人右侧，女士坐在男主人右侧。这些人包括：

1. 现任或前任省长、市长。
2. 现任或前任派任官员，如大使、委员会主席。
3. 高阶军官。

即使你的客人已不在其职，也要让他入贵宾席，除非你还邀请了他的继任者。

• 宗教界的高阶人士应该坐贵宾席。

• 有些人虽非高官显要，基于礼貌，也得请他们就“上位”，例如：

1. 年高德劭者。
2. 外国客人。
3. 留宿的年长客人。
4. 宴会主角。例如是他生日、结婚周年、退休、升职、出国、订婚、生子、获奖、赢得比赛等。

5. 资深教授。
6. 社区领导人。
7. 地位尊崇的商业领导人。

• 高官显要的配偶应该受到同等礼遇。换句话说，如果第一贵宾坐在女（男）主人右侧，其配偶就该坐在男（女）主人右侧；次要贵宾若坐在女（男）主人左侧，其配偶就应该

坐在男（女）主人右侧。

### 座位的安排守则

男女相间。如果男女客人数目不等，可以让多出的男或女客坐在你左手边的贵宾席，这样他们就不会太尴尬。

- 切勿让两个都烦人、害羞或聒噪的人坐在一起。
- 让每个人都坐在最理想的位置，例如：

1. 安排脾气温和的田小姐坐在脾气暴躁却喜欢与年轻女士在一起的钟先生旁边。

2. 让会说法文的丽丽坐在刚从法国来、还不太会说中文的留学生旁边。

3. 让赵先生坐钟太太旁边，因为你知道赵先生正在找工作，正好下星期他就要和钟先生面谈。

4. 让素昧平生，却都热爱大自然的人坐在一块儿，他们一定会整晚谈个没完。

5. 让燕妮坐在汉君旁边，因为只有风趣的燕妮能带汉君走出失恋的伤痛。

6. 安排马先生坐在主人旁边，防止他又酒醉乱性。

每个客人都有他的特质，座位安排不同，各种特质间的交互作用也不一样，做主人的在此应多费心思。

### 如何安排四倍数席位

如果方桌席位是4的倍数，如8、12或更多，合办者应该坐到右下方第一位置，而非主人正对面。12人（六男六女）宴会上，如果合办者还是坐在主人对面，就会造成两男或两女坐在一起的情形。

### 大型宴会的座位安排

不管你办的是大型宴会，或是商业聚餐、结婚周年纪念，安排座位的程序都是一样的。

1. 先决定用哪种圆桌，8人、10人或12人座。（8到10人桌比较方便聊天。）假定你办的是50人晚宴，则需要5张10人桌。

2. 在5张白纸上各画一个直径四英寸的圆圈，从1到5编号，沿圆周作10个记号，代表10个席位。

3. 打出男女客人名单，剪下来做成名条。

4. 决定每桌的主人，用胶带把他们的名条粘到圆桌上代表主位的地方。

5. 把贵客的名条贴到正确位置，也就是每桌主人的右侧席位。

6. 把其余客人的名条贴上。切记勿让夫妇同桌，而且除非男女数目不等，不要让两男或两女邻席而坐。

7. 由于常有人临时取消赴约，所以席位决定后请暂时按兵不动，直到开筵前两小时再打出客人名单，注明每个人的桌号，而且要多印几份，交给侍者。

8. 将每张写着客人名字和桌号的桌位卡摊放在入口处的桌子上，按姓名笔划顺序排列。这样一来，客人脱下大衣后就可以按图索骥直接到自己的桌位，毋需劳烦他人引导。

9. 另一种作法是，请一位招待负责客人名单，在固定地方接受客人的询问。

10. 每张桌上应放一具铁架，用来放桌号卡。等客人都找到自己的位置后，再请服务生领班撤走铁架，免得挡住视线。

## 轻松随意敬酒

在餐厅和酒吧点的酒送到时，就立刻向身旁的人敬酒，对方会很高兴而且重视你。你可以简单地说：“这杯敬你”、“干杯”、“万事如意”、“随意”、“祝君健康”等祝福语。

接着你立刻喝一口，对方会重复你说的话，然后也喝一口。

## 敬酒注意事项

- 就座后，请不要立刻抓起杯子喝酒，因为主人可能想先向所有来宾敬酒，表示欢迎之意。不过，如果没有任何动静，而你看到主人已开始喝酒，就请自便。

- 许多欧洲国家的习惯是，主人于宴会一开始向大家敬酒，略表欢迎之意，此时主人通常必须站起来。主人先讲一些感谢和欢迎的话，接着，主人向全体客人敬酒，喝一口，然后坐下，客人向主人称谢，然后举起杯子喝一口。之后客人可以随意喝酒。用甜点的时候会有更多敬酒机会，例如主人向贵宾致敬，贵宾回敬，其他客人如果愿意的话，也可以加入敬酒行列。

- 如果你是主动敬酒的一方，说话的时候请正视被敬对象，然后举杯饮酒，切记，整个过程都不要移开目光，饮酒后点点头把杯子放下，如果你是站着的，请坐下。

- 敬酒辞令简洁为上。有的人敬酒非说一大串应酬话不

可，本来不错的气氛很可能因此低落下来。敬酒时间最好不要超过两分钟，如果你很风趣并已准备好该讲的话，拖个5分钟也还过得去。要知道，大家酒杯斟满的时候，谁都不会有耐性听完敬酒者的长篇大论。

- 如果已经喝太多，请打消敬酒念头。喝醉时敬酒往往会失控，絮絮叨叨自说自话，把大家弄得很烦。

- 宴席坐的若是大桌子，敬酒时务必站起来，即使你打算只说一两分钟的话。如果不站起来，恐怕有人会看不到你，而且不够礼貌。

- 如果坐的是6到8人桌，而你也不打算说什么正经八百的话，就不需要站起来。不过，敬酒时请稍微提高音量。

- 请勿敲玻璃杯吸引大家注意，否则不仅可能把杯子敲破，也是十分轻浮的举动。记住，只站起来就能吸引众人目光了。

- 注意礼貌，切勿抢在主人之先向贵宾敬酒！如果桌上除了葡萄酒杯还摆着香槟杯，这就表示用甜点时会上的香槟，主人通常是在每只杯子都斟好酒后，才站起来向贵宾敬酒或讲些有关此次宴会主题的话。如果想向主人敬酒，而主人或其他客人甜点快用完时仍然没有动静，请站起来向主人致谢，然后很快地敬他一杯。我保证，大家都会很夸赞你。

- 不要讲黄色笑话。

- 不管你多有幽默感，敬酒词的结尾一定要留给大家好印象，而不是拿别人当笑柄。

- 主人或宴会负责人（例如司仪或婚礼宾相）必须知道什么时候该结束一切敬酒，他得有足够的直觉，晓得何时收

筵。例如两次敬酒相隔时间突然拖得很长，就表示宴会将散了。主人此时应该站起来，婉转地告诉大家时间差不多了。

## 正式敬酒时机

- 某人展开新事业时：“祝新公司业绩蒸蒸日上。”
- 朋友结婚、生小孩、升职、彩券中奖、减肥成功时：“我们真为你感到骄傲，李 Sir。这消息真是太棒了！恭喜！”
- 致谢的时候：“我们非得好好谢你不可，你在我们最困难的时候伸出援助之手。敬我们家的大恩人。”
- 邀请外国同事作客时。
- 朋友有好消息时，应该特别提一提：“嘿，老王，我刚才听说你儿子大学毕业了，成绩全班第一，你这下可神气了。这杯酒敬你！”
- 作客人的想赞美主人时：“不知道其他人怎样想，我已有好几年没吃到像今天这么好的菜了。我提议大伙敬主人一杯。”
- 订婚喜酒上，想请大家一道敬准新郎新娘时，可以先开个小玩笑助兴。

## 餐厅内应该避免的行为

- 用手指敲桌子。
- 叫人把电话搬到餐桌上，或对着手机大声嚷嚷。
- 桌上乱放纸张和文件，害得服务生不知该把餐盘放哪

儿才好。

- 把女用手提袋或公事包放在桌上。
- 大声喧闹，
- 吃得太慢耽搁其他人，把气氛弄得烦闷不安。
- 打喷嚏或咳个没完，不但不立刻跑到洗手间，还继续呆在原地。
- 不到洗手间拿纸巾，直接拿餐巾当手帕用。
- 不到洗手间漱口，却用牙签或叉子剔牙。
- 当众化妆。不过，用餐后迅速而不引人注意地搽点粉底，还可勉强接受。

## 住宿环境

一个好的主人，不只要检查床铺和寝具，还得：

- 彻底打扫房间，摆芳香剂。
- 备妥电风扇或冷气；寒冬则要准备电暖器。
- 在床头上桌上摆有趣的枕边读物。
- 在房内准备可口小点心，如饼干、糖果、新鲜水果，免得客人找不到食物充饥。
- 确定读书灯已装上品质优良的高瓦数灯泡。
- 检查闹钟有无问题
- 准备收音机或电视。
- 准备铅笔、钢笔、便签和几张邮票，以应不时之需。
- 在客房内准备热水瓶和一只玻璃杯。
- 所有必须的东西都备妥后，若在客房内放一小束鲜花，

感觉会更好。你还可以要你的女儿或儿子每天晚上就寝前为客人铺床，这些细节都很重要。

- 通常要把最好的房间或床铺，分配给客人中年纪最长，或体质虚弱的人。

- 必要的话，中学生或小孩睡睡袋就可以了；如果有人带小孩来，请尽可能将他们与其他客人隔开，免得噪音吵到别人，同时记得准备婴儿摇篮或婴儿床，不要让他们和父母睡在一张床上。

- 切勿把两个身形高大的人凑在同一张单人床。事实上，就算让这两人合睡一般的双人床，他们可能还是会不太舒服。如果单人床或超大床数目不足，就不要请太多人。

- 就算你知道客人中有一对正在交往，也不要自作主张把他们安排在同一房间。

## 客人的浴室

- 给每位客人一只装牙刷的漱口玻璃杯。
- 一盒抽取式纸巾。
- 一顶浴帽。
- 海棉和清洁剂。如此一来，细心的客人浴后就能清洗浴缸。

- 驱虫剂。
- 空气清新剂。

下列的物品并非必须，但是如果准备了，客人会很感激：

- 没用过的刮胡刀和刀片。

- 新的牙刷和牙膏。
- 洗发精。
- 干净的梳子和刷子。
- 电动卷发器。
- 吹风机。
- 喷雾式发胶。
- 体香剂。
- 阿斯匹林或止痛剂。
- 漱口水。
- 护手乳液。
- 防晒油。

# 交际中的大忌

## 不要随意打断别人的谈话

我们在日常应酬中，常常有这样的情况：你急于想表白自己的观点，可是对方却还没有把观点叙述完，便迫不及待地打断对方的谈话，而强硬地插入自己的观点。这样，被打断了话头的人便会在心里感到极不痛快。这是很自然的，因为任何人都不希望自己的谈话被他人打断。

卡耐基说：“耐心地听完他人的观点，然后再清楚地说出自己的观点，你会发觉别人很注意你。”这话便说明了一个问题，当你耐心地听完别人的观点的时候，你便是尊重了别人；所以当你叙述自己的观点的时候，别人也同样会回报你以尊重。在日常应酬中，互相尊重是应酬成功的基础。

我的一位思维敏捷、观点新奇、出类拔萃的朋友，就有这种爱打断别人话头的缺点。每当与同事一起讨论业务时，他总是在别人将观点阐述到一半的时候，便打断别人抢过话头，将自己的观点一古脑儿地冲口而出，而且在他所叙述的过程，别人根本不可能插得上嘴。这一个习性，令公司内的所有同事对他态度冷淡，最后就连公司老总也对他有些反感。这样一来，他在公司里便呆不下去了，只好辞职。

如果他能够注意到自己的这个缺点，在耐心地听完他人

的意见后再将自己的观点说出来，我想凭他的思维和能力，肯定会得到同事乃至老总的好评，那么他的事业也可能会因此而如日中天。可惜，受此看似微不足道的特点之累，他处处受挫，事事不顺。

这应该算是一个极好的教训，我们在日常应酬中应当引以为戒。

## 不可交谈无章法

在现代应酬中，几乎没有人愿意听某一个人滔滔不绝地论东论西，口若悬河。但是交谈又是应酬中必不可少的一个重要部分，如果没有了交谈，也就不存在应酬了。人们正是通过交谈，才达到互相了解，互相亲近的。不过问题是，你将如何去把握交谈的方式和时间。

把握交谈的方式，往往是应酬成功与否的关键。选择一个好的交谈方式，往往会让交谈双方都感到轻松愉快，于心情舒畅之中解决所要解决的问题。在把握好交谈方式的同时，对交谈的时间的把握则尤为重要。每一次应酬之前，都必须对本次交谈做到心中有数，该谈哪些话，不该谈哪些话，心里要有一本帐，不要坐下之后，一谈起来就滔滔不绝，没完没了，这样会使人对你生厌。柏拉图曾经告诫他的弟子们说：“拖泥带水的谈论，会让人对你产生厌倦。”这说明在应酬时，谈话应当以得体而简捷为好，如果一旦让人产生厌倦感，那么最终不仅不能达到应酬的目的，还很可能适得其反。

所以在应酬中，交谈的话宁简勿繁、宁精勿滥，特别是

在电话应酬中，更应该注意掌握时间。掌握好交谈的时间，给对方留有余地，同时给对方以发言的机会，你便会在应酬中赢得主动。

## 不要伤害他人自尊

在日常生活中，每个人都极为重视自己，都喜欢谈论自己的得意之处，即使是你的好朋友也同样如此。所以维护和尊重他人的自尊心，实际上就是为了充分地驾驭对方打下基础。

人的自尊心可以体现在许多方面。有这样一件事，说是一对夫妻，丈夫由于在外面应酬，回家晚了些，于是夫妻间便发生了一场口舌之战。

妻：“你怎么这么晚才回来？”

夫：“朋友请客喝酒，没办法。”

妻：“今天这个请，明天那个叫，还有完没完？你也是有家的人。”

夫：“我刚回来，你就说个没完……”

妻：“你要是看我不顺眼，我明天就回娘家去！”

夫：“你拿回娘家去要挟我呀！好呀，你现在就给我滚，永远别回来！”

事情的结果很明显，然而就事情的过程来看，夫妻双方都在有意无意地伤害着对方的自尊。如果换一种情况，妻子从关心的角度规劝丈夫，那样情况就会大不一样了。

妻：“怎么这么晚才回来？”

夫：“朋友请喝酒，没办法。”

妻：“朋友多是件好事，可是老是这么在一起吃吃喝喝的，就不是什么好事了，而且酒喝多了对身体也不好。”

夫：“是呀，我也是这么想，可是又推辞不了。”

妻：“照我看，你们那帮朋友也就是因为没事干，如果在一起好好合计合计，寻个正事干干，那不比在一起吃吃喝喝更有意思吗？”

夫：“这倒是个主意，明天我就跟他们合计去。”

如果是这样，夫妻双方是不是就会更融洽些呢？

我们在应酬中，只需要注意维护别人的自尊，那么不管对方是什么人，都同样会还报你以自尊。但是，在维护别人的自尊时，有时要注意使用不同的方式，因为有时候会涉及到国籍的不同，文化的不同，习惯的不同，这也同样是应该注意的。

在应酬中要做到不刺激对方的自尊，应该首先做到以下几点：

1. 不要过于显示自己的优越感；
2. 不把对方的缺点当笑料；
3. 不将对方的憾事当秘闻；
4. 不要表现出对对方的不屑一顾的神态；
5. 不要使对方有被压制的感觉。

## 不要探闻个人隐私

一个热衷于探闻他人个人隐私的人，在社交场合一定不

得人心，遭致失败。因为既然是隐私，就是那些不愿轻示于人的个人秘密，你却千方百计要打探，这不是明明在寻找不快吗？所以，在日常应酬中一定要注意个人隐私方面的问题。

在西方人的应酬中，“探问女士的年龄”被看成是最不礼貌的习惯之一，所以西方人在日常应酬中可以对女士毫无顾忌地大加赞赏，却不去过问对方的年龄。探问女士的年龄，往往会被女士们误认为你心怀不轨，所以对你产生厌烦情绪。但是中国人就不同了，有的人常常一见面便问人家“芳龄几何”，弄得女士们答也不好，不答也不好，只好在以后的应酬中尽量避免与之接触。

中国人社交处世往往会犯一个毛病，那就是特别注意他人的隐私，而且尤以注意名人的隐私为重。那些街头小报一旦出现了一篇有关某某名人的隐私，如“某某离婚揭秘”、“某某情变内幕”之类，肯定会哄抢一空。在日常应酬中我也常常听到这样的问话：“你和你老婆的感情怎么样？”这种问题便让人难于回答，因为这纯属个人隐私问题，而且夫妻感情往往都是非常微妙的，是根本无法用语言能够说得准确透彻的，所以对这类问题，对方即使顾于情面当时回答了你，心里也会对你产生厌烦的。

所以在应酬中能够避免探问对方隐私的嫌疑，这本身便是应酬成功的第一步。因此在你打算向对方提出某个问题的时候，一定要搞清楚这个问题是否会涉及到对方的个人隐私，如果涉及到了，要尽可能地避免，这样对方不仅会乐于接受你，还会为你在应酬中得体的问话与轻松的交谈而对你留下好印象，为继续交往打下了良好的基础。

在日常应酬中，涉及隐私的主要有以下几个方面：

1. 女士的年龄；
2. 夫妻感情；
3. 工作情况及经济收入；
4. 家庭内务及存款；
5. 私生活；
6. 不愿公开的工作计划；
7. 不愿意为人所知的隐秘；
8. 身体（疾病）情况。

## 不要冷落“次要者”

在应酬场合中，如果有三个人，那么其中一个人可能会是本次应酬的“次要者”。如果这位“次要者”遭到了冷落，在心里产生不被重视的感觉，以后他便会找出各种各样的理由，拒绝出现在这样的场合。这样，你就有可能因此失去一个可以在某个方面合作的伙伴。

“让每一个人都感到你在重视他的存在，你的事业便成功了一半。”这便是一种应酬的周到，这种周到对应酬者来说轻而易举，但是给人留下的印象，却是涂抹不去的。我想会有许多人，就因为应酬者这一举动，而会给你带来巨大帮助。这也是一种做人的魅力所在。

适当地让“次要者”参与到你们的谈话中，不仅可以打消“次要者”的尴尬，同时还可以为你赢得朋友的心。

让“次要者”感到他的存在，可以有以下四种方式：

1. 让“次要者”参与到你们的谈话之中；
2. 不时地向“次要者”询问一些平常的问题；
3. 常常向“次要者”微笑；
4. 常常示意“次要者”喝茶或吃点心。

## 不要背后说人的坏话

中国有句俗：“宁在人前骂人，不在人后说人。”这个意思就是说，别人有缺点有不足之处，你可以当面指出，令他改正，但是千万别当面不说，背后说个没完，这样的人，不仅会令被说者讨厌，同样也会令听说者讨厌。

在我们的日常应酬中，背后说人坏话的人却并非少数，有一句话叫做：“谁人背后无人说，谁人背后不说人。”这话虽然说得有些绝对，却也说明了一个道理，那就是，大多数人，都多多少少地在背后说过别人，只是所说的是好话还是坏话，就无从考证了。不过有一点，经常在背后说别人坏话的人，肯定不会是受欢迎的人。因为凡是有点头脑的人，都会自然而然地这么想：“这次你在我面前说别人的坏话，下次你就有可能在别人面前说我的坏话。”这样一来，你在别人的印象中就不可能好到哪里去。

在日常应酬中，常常会遇到别人在你面前说另一个人的坏话，对此，你就得端正态度，用辩证的思维去考虑这种事。因为说对方坏话的人，总是有着各种各样的原因，充分地分析讲话者的心理及原因，对做到端正自身大有益处。

当别人对你说第三者的坏话时，无论你是否明白其中的

原因，你都必须保证做到一点，那就是“入耳封存”，同时还得充分了解对方，如果发现对方是无缘无故，只是天生有背后说第三者的坏话的习惯，那么你就得注意，在以后的应酬中有意识地疏远他。

当对方把第三者说得一无是处的时候，你自己的形象在对方的心目中也同样已经一无是处了。所以我们在日常应酬中，尤其应该注意，尽可能地不在交谈对象面前说第三者的坏话。如果别人有什么缺点，你可以寻找适当的机会当面向他提出，背后议论别人的方法绝不可取。

## 不要咄咄逼人

我们在日常应酬中，无论你的谈话对象是谁，都应该给对方一个谦和的感觉，而不要露出一副逼人之态。一位哲学家曾经说过，“尊重别人是抬高自己的最佳途径。”这话算是一语道破了天机。

很多例子都能够证明，平易近人要比盛气凌人更能获得别人的尊重和合作。谦和具有极强的凝聚力，而居高临下会对别人的尊严造成巨大的损害，其直接的或潜在的损失大得不可估量。谦和会给人亲切感，从而赢得人心。如果一味地咄咄逼人，一味地耍派头，唯恐别人不知道他“身居要职”，那么最终只能是所有人都讨厌他。所以在日常应酬中，无论你是面对什么样的人，要想赢得对方的赞赏，最好做到以下几点：

1. 面带微笑；

2. 认真倾听对方所说的话；
3. 不要使用令对方难堪的词句；
4. 不要在言辞上让对方有压迫感；
5. 不要摆出居高临下姿态；
6. 不要对对方露出不屑一顾的神态；
7. 把对方当朋友；
8. 多用协商的口吻；
9. 言辞恳切；
10. 维护对方的尊严。

如果能在应酬中做到以上十条，你不仅会在日常应酬中得到更多的朋友，受益无穷。

# 求职就业

# 世纪人才

## 21 世纪优秀员工应具备素质

①有广泛的专业技能，了解并会维护各种系统，包括计算机系统及销售甚至水管维修系统。

②有丰富的想像力。能广泛地搜集信息并将之用于引导公司走向未来。

③有创新能力。能使公司平稳地运作，以获得长期的高额利润。

④有组织能力。组织能力是十分重要的，许多部门需要在物资供应、工作程序、贸易往来，以及财政机遇等诸多方面予以组织或重新组织。

⑤具有说服他人的能力。到下世纪推销技巧要比我们今天所理解的还要重要，一个有成效的工作人员应当善于向他人介绍自己所掌握的信息，表述清楚自己的思想观念，使人能理解并支持某一特殊见解。

⑥具有良好的沟通能力。能够细心地听取他人的意见，能够用平和的语言对事物做出准确描述，这些将具有不可估量的价值。到了下一世纪，商业环境的节奏会更快，一个不善于交流的法人是不称职的。

⑦善于学习。这一点比上述的每一项都重要。学习能使

人增长才干，更好地协助公司达到其所企望的目的。学校学到的知识很有限，必须在实践中不断地学习多方面的知识，才能适应需要。

## 外企需要的人事经理

①专业化。即要有较强的专业背景，因为人力资源管理是一门科学，也是一门艺术。

②公正性。外企人事经理位居外方人员与当地职员，公司利益和员工利益之间，公正客观是必备的素质。

③宽容。做人事工作，与各层次、各种性格的人打交道，难免会受到一些误解甚至攻击，需心胸开阔对待。

④强烈的事业心。仅仅抱着“打工挣钱”的心理是做不好工作的，既然投身外企，只要在外企一天，就该将其视为自己的事业。

## 复合型人才的概念

复合型人才可以分为以下几类：

①知识复合型。即具有两个或两个以上的学位，掌握不同学科、不同门类的知识。

②技能复合型。即拥有两种或两种以上专业技能，既是专才又是通才。

③经历复合型。即虽然没有受过专门的教育，但在实际工作中获得了多种经验，从而也掌握了一定的知识技能。

④**综合型**。即除业务能力以外的其他能力，如管理能力，它包括用人识人的能力，上下左右内外协调能力。

## 人才测评的概念

以现代心理科学、管理科学为基础，通过心理测量、情景模拟等客观方法对人员进行测量和评价，发掘人员心理状况、发展潜力等其他方法难以获得的信息，为个人有的放矢地根据个人素质和性格特征去选择职业提供帮助，为企业用人、选人、育人等人力资源管理和开发工作提供有价值的参考信息。通过人才测评，可以根据员工的长处与不足安排岗位，这样，不仅能实现高效率的人员岗位匹配，而且有助于建立协调的员工团队，最大限度地提高了相互合作的能力。

# 行业分析

## 21 世纪热门行业

21 世纪，中国热门行业主要集中于第三产业，包括财经业、中介服务业、文化传媒业、信息业、娱乐业、保健业等，而每一类行业中又包含着许多具体的分支、行业。

这些新兴热门行业蕴含着巨大而无限的商机，任何一个有胆有识的人投身于此，都会受益无穷。

### 财经业

财经业的具体含义，是指金融业。金融是调节货币流通和信用活动的总称，是一切经济活动的命脉。

财经业中具体的热门行业主要指：银行（商业银行、网络银行、商业银行咨询）、资本证券市场、冲破禁区的典当业、企业巨舰的舵手——财务公司、全新的领域——信托业、双优的选择——租赁业、聚拢财富的契机——保险业，以及大众的掌柜——私人理财业。

### 信息业

人类已进入了全面信息化的时代。信息业是生产非物质

形态和各种信息符号的产业，它不仅与农业和工业迥然相异，而且与第三产业也有所不同。因此，许多经济学家把信息业称为“第四产业”。信息业中包含着数量巨大的财富。具体地讲，信息业主要指高速成长、潜力巨大的电信业，竞争激烈的计算机产业，超越时空隧道的互联网络，知识经济的直系——信息咨询业，互相寻找的世界——人才测评业。

## 娱乐业

随着工作节奏的加快，工作压力的加大，人们愈来愈注重休闲娱乐活动，来松弛自己紧张的神经。未来在娱乐业中旅游和体育将是大众娱乐的主要方式，尤其对旅游来说再也不是过去白天看庙、晚上睡觉的活动方式，此行业的经济效益将高居各行业各系统之首。

## 文化传媒业

文化传媒业中最热门的是：广告业、“故事新编”——报业、市场新宠——书画拍卖业、竞争空档——古旧图书业、传情送意——花卉业、正在复兴的“国饮”——茶文化、以能力为基础的职业培训业。

## 保健业

随着社会的进步和生活水平的普遍提高，人们越来越关

心生活的质量了，不仅注重身体健康，而且注重心理健康；所以投身于健康业大有作为。健康业主要包括：“夕阳工程”——老年服务产业；以人为本的医护服务公司；让人们过得更好的疗养院；心理保健（咨询）中心以及爱婴医院等。

## 中介服务业

从事中介服务业的人员是“市场经济的第三者”，是发展市场经济所不可缺少的，中介服务业必将越来越繁荣。

中介服务业中最活跃的是经纪人。随着市场经济的发展，生产和消费之间需要有一个桥梁和纽带，不管是商品流通、还是信息流通，都需要有人牵线搭桥，传递信息，尤其是专利、人才、计谋、思路的商品化，更需要中介环节来沟通，因此经纪人队伍的发展和壮大是客观必然的，从事经纪人职业将前途光明。

从事中介服务的经纪人有：保险经纪人、房地产经纪人、广告经纪人、货币经纪人、技术经纪人、劳务经纪人、出版经纪人、医疗经纪人、证券经纪人、租赁经纪人、展销经纪人、写作经纪人、娱乐经纪人、体育经纪人、模特经纪人、外商经纪人、旅游经纪人、猎头业等以人为对象的经纪业等。

# 求职常识

## 求职前准备

### (1) 做好思想上的准备

首先是正视自己，树立信心，抓住机遇，敢于竞争；其次要认清社会现实，树立职业理想，去寻找适合自己的位置以服务于社会。

### (2) 做好心理上的准备

良好健康的心理能够使你在求职过程中情绪稳定，乐观向上，坦然地面对各种择业机会，充分展示出自己的智慧和能力。因此首先要有自信，自信是一种精神优势，一种不惧怕困难，相信自己能战胜困难的精神优势，只有这样才能正确地、全面地、客观地评价自己，对比他人。其次要有意志，意志是成功的核心因素，平时应自觉地锻炼自己的意志和毅力，要有不怕失败、克服困难、战胜困难的勇气，坚韧不拔的精神，只要坚持不懈、锲而不舍地努力，终能获得求职和择业的成功。

### (3) 做好材料上的准备

身份证、学历证、学位证、职称证等各种有效证件要完备。另外，个人简历要格外认真准备，一份好的个人简历，会成为求职者与用人单位沟通的一种良好方法，准备一份好的

个人简历和求职信是很必要的。

## 求职者讨论工资待遇的适宜时机

当对方已确定你进入决定性的面试时，再讨论工资待遇问题。若在面试开始不久，老板就提及工资待遇的事，而且态度友善平和，你不妨婉转地告诉对方：“最主要的是你们认为我是不是最合适的人选，能否胜任所需职位工作，对公司能做多少贡献，现在谈待遇为时过早，我们可不可以放到最后再谈工资待遇问题？”这样，如果你在以后的面试中表现出色，得到老板的赏识，决定录用你的话，为了能使你加盟该公司，也许他们会拿出比原来标准更高的工资给你。

## 应聘成功者的素质

### (1) 有主见的人

凡事都向老板请示，负不起责任，缺乏创造性的人，他们对于企业的发展没有什么好处，不可能为老板分担工作，更谈不上做一些富有建设性或创造性的事情。而那些在工作中有主见、勇于开拓创新的人，才有可能为老板们创造更多的财富。老板们喜欢这样的人。

### (2) 敬业的人

敬业是做好工作、创造价值的最重要前提。一个对自己所从事的职业不热爱又无兴趣，甚至漠不关心的人很难想像出他们能为企业做出积极的贡献。

### (3) 有一技之长的人

有一技之长的人的个人素质，尤其是在职业素质上超过一般人，如果能够为其创造一个恰当的环境，他们就可以成为企业的骨干，甚至成为老板们的得力助手。

## 人才市场应聘注意事项

随着市场经济的不断发展，人才市场这一中介服务机构为用人单位和求职人员提供了良好的“供需见面，双向选择”的场所，但由于供大于求，使岗位竞争激烈，要想在竞争中脱颖而出，除了自身素质过硬，具有竞争力外，还需讲究应聘的技巧：

一是选择市场。目前各类中介机构繁多，既有政府人事部门所属的人才交流机构，也有民办中介机构；应聘者应根据自身条件，选择适合人才市场。一般说来，人事部门所属的人才市场及大型综合人才交流会，招聘单位多，岗位相对也多，应聘成功率较高。

二是要目标明确。特别是大型综合人才市场，若走马观花，既劳累身心，效果又差。较有效的方法是：进入人才市场后，仔细阅读人才市场报，寻找合适的单位，再根据用人单位的要求自我衡量，然后再到该单位应聘。在进入正式交谈前，先浏览一遍招聘启事，或观察一下招聘过程，做到心中有数，谈起来自然得心应手。

三是掌握分寸，注意小节。应聘者在自我介绍时，要客观平和，切忌夸夸其谈，不要把话说得太满，不要给对方留

下浮躁不实的印象。尤其在谈到某项具体工作时，切勿海阔天空，不着边际。此外，要注意小节。衣着整洁，化妆适宜；保持对话距离，掌握交谈节奏；交谈时不抽烟、不嚼口香糖。

## 真伪招聘广告的识别

①在传播媒体刊登的，经人才中心批准的招聘广告或在人才市场由人才市场统一打印的广告可以相信；

②招聘单位名称是否规范。如果招聘广告中没有单位名称或名称不全，应特别警惕。

③招聘单位地址、电话是否清楚。招聘单位在广告中应将其地址、电话详细告诉求职者，地址、电话不清的广告不可信；

④招收条件名额是否明确。任何招聘单位招收人员名额及条件都是明确的，如果招收数量模糊，条件故意不说或阐述不清，此类广告也不可信；

⑤人才市场外张贴的广告都是未经批准的，求职者不要轻易地去应聘，谨防上当受骗。

## 个人简历表的写法

一份合格的履历表首先应内容完整、条理清晰，不拖泥带水，但也不能过于简单，前者令人感觉拖沓，后者则令人怀疑你的能力。因此，精心设计你的履历材料，尽可能突出个人优势项，在有限空栏里，传达给企业最希望了解的自己

能力的信息。

(1) 个人基本资料。

个人基本资料是指姓名、年龄、性别、籍贯、通讯地址及联系电话，其中很多人会忽略联系电话这一点，务必填写清楚，便于企业与你联系，以免错过良机。

(2) 教育程度。

按照履历表的次序，写清所读学校名称、科系、学习年限及相关证明等，让企业迅速了解个人学历背景，以判断与应聘工作的关联性。

(3) 工作或社团经验。

大学生一般都没有正式的工作经验，但常利用假期等空闲时间打工、兼职或积极参与各类性质的社团活动，或多或少地突出了个人的一些特性，如志趣、合群性、领导能力、成熟度等，所以这些情况倍受企业的重视。

(4) 专业。

无论是与你的所学专业有关或是单纯从个人兴趣发展出来的专长，只要是与工作性质有联系的，都应在履历表上列出，这将有助于企业评估应聘者特长与应聘工作的要求是否相符，个人专长是否能给工作的顺利开展带来推动作用。同样来应聘总经理助理这一工作的两个人，其中会电脑的人就比另一位不谙电脑者优先。

(5) 语言能力。

在某些大规模跨国公司，会外语的人员很受欢迎。如果你曾参加过校外的特殊训练，特别是与应聘工作相关的，应如实填写。然而，如果单纯以为凭借个人过硬的外语才能就

可以平步青云，那就大错特错了，企业高层更看重工作人员的敬业精神与严谨踏实的工作态度。毕竟，工作的热忱与诚心是最吸引企业的。

#### (6) 应聘职位。

应明确注明应聘工作项目，以使企业了解你的志向与追求所在，便于企业挑选。

#### (7) 希望待遇。

如果事先对应聘职务的薪资行情作过调查，对自己的能力又充满信心，不妨写下自己希望的待遇数目。一般持保守态度为宜。

## 求职信的写法

一封好的求职信在一定程度、一定环境下可弥补你在相貌、气质等方面的不足，从而使你得到用人单位的赏识，写求职信应从以下几方面予以注意。

#### (1) 重点突出。

开头要深思熟虑，气势要足，充满吸引力。表现出你的独特与创新。突出写信主题，该表白的表白，不该写的不要写。

#### (2) 条理清晰。

要学会用自己的语气写求职信。要注意尊重别人的职位、权力和影响力。保持适当的距离，并谨守原则。不要用夸大不实的词句，要干净利落，不要拖泥带水。在写的过程中要思维连贯，前后一致。

#### (3) 注意修改。

无论时间多么紧迫，都要认真严谨，切记不要把第一份草稿寄去。一定要仔细地推敲、修改之后，才能寄去。

#### (4) 求职信注意的原则。

根据职业的需要来剪裁自己的经历，对于那些不相关的经历可一笔带过，而对你相关的经历要重点描述，并尽量列举出你的成绩、你的专长，但不要有意夸大。促使用人单位对你产生浓厚的兴趣，要尽量举出数据来证明你的成绩。应聘信不亦过长，点到为止，应该把详细的情况留在面试时再说。

## 用人单位的不合法行为

用人单位对新招聘员工收取风险抵押金、抵押物或扣押身份证等，都是不合法的。

1994年3月4日原劳动部、公安部、全国总工会《关于加强外商投资企业和私营企业劳动管理切实保障职工合法权益的通知》中规定“企业不得向职工收取货币、实物等作为入厂押金，也不得扣留、抵押职工居民身份证等证件。对擅自扣留、抵押职工居民身份证等证件和收取抵押金（品）的，公安部门、劳动监察机构应当责令企业主立即退还职工本人”，“国有企业和集体所有制企业应当参照执行上述规定。”因此，应聘人员应拒绝缴纳抵押金、抵押物。

## 打工时哪些合同不能签

一是口头合同。这类合同，一般是由熟人牵线介绍，签

订的只是口头答应的一些事项和条件，没有书面合同，一旦发生利益纠纷因空口无凭，无字据为证，打工者利益必然受损。

二是简单合同。这类合同虽有字据，但内容过简，含义不清，双方权利和义务不明确，缺少必要的细约约束，出现纠纷难以处理。

三是一边倒合同。即合同内容偏向用工者，只强调用工方的权利，而未签应履行的义务，只强调对打工者的约束环节，而不签署对用工者的要求，这样一旦打工者的利益受损时，打工者有苦难言，有理难伸。

四是抵押合同。即打工者把一些证件、财物抵押给用工者，并在合同中写明。结果，打工者利益不保时，难以及时脱身，即使走人也要损失财物，拿不回必要证件。

五是生死合同。一些用工者为逃避应承担的工伤责任，便在签订合同时，要求打工者“工伤自理”，这明显不符合劳动法有关条文。

六是双面合同。用工者与打工者签订的规范合同用于应付有关部门检查，由用工者单方面保存，不合法律规定。

# 面试技巧

## 面试前的精神状态

面试前和面试中的精神状态至关重要，因为许多不以为然的细微事，都可能影响您面试的成败。面试前调整好您的精神状态，能保证您面试时精神好、头脑灵活。

### (1) 面试前的一晚。

避免进食有潜在危险的食物，如生鱼和贝壳类食物可能令您腹痛、虾蟹可能使有些人皮肤过敏。

不要喝酒，酒精会干扰睡眠，可能使您天未亮便醒来。

在就寝前 3 小时内不要运动，否则全身神经兴奋，难以入睡。

不要为了争取睡眠而急急就寝，临睡前要慢慢地松弛身心，如洗个热水澡、看看漫画、听听音乐。

鲜奶含有大量氨基酸，这是无副作用的天然安眠剂，在冬天，热奶可令您很快入睡。有些人对鲜奶敏感，喝了会腹泻的人不妨喝一匙醋具有同样的作用。

### (2) 面试前的一餐。

要尽量少食鸡蛋及肉类食物，因为它们都是高蛋白食物，较难消化，胃部需要动用大量血液；相对而言，脑部血液供应就会减少，头脑反映会变慢，甚至昏昏欲睡。

如果想用咖啡提神，请务必谨慎。根据实验证明，100名服用两杯咖啡的人，在之后的思考问题时有一半人思路会变得更快速，而另一半人则变得迟缓了。因此，咖啡提神只适合于部分人。葡萄糖含量高的饮品可短暂提高血糖成分，对提神或增加体力有少许帮助。

### (3) 动身面试前。

带上手帕和卫生纸，手帕最好准备两块，一块擦汗，一块备用，一般人容易忽视这一细节。

女性应试者须准备梳子和镜子，在面试前可以稍事整理。准备记事簿、钢笔或圆珠笔，以备面试时填表、记事之用。

带上您全部申请材料的副本，面试时备用。这一点很重要，因为您的全部申请材料就在身旁，当面试官问起有关问题时，就会克服烦躁，从容作答。

### (4) 前往面试途中。

选择一种较舒适的交通工具，不要挤在拥挤不堪的车子里，如果站立许久的话，会把您弄得精疲力尽。

在车上，不要看报纸或文字较多的书，这样会使您精神疲惫。要让脑子得到休息，或简单看一下自己为面试而准备的笔记。

### (5) 进入面试现场之前。

在进入面试现场之前，您要默默地对自己说：“我会精神奕奕，我会取得成功”。记住，是“我会”而不是“我想”或“我要”，而且您要令自己衷心相信这句话。这实际上是世界级运动员用来自我突破的训练程序之一，掌握这“必杀技”不

是一朝一夕可以做到的，但只要您肯尝试，便会发现它的奇妙之处，而且，这“必杀技”可应用在任何事情上，正如举重运动员会对自己说：“我能举起××公斤一样”。

## 面试成功的五大原则

如何在面试时展示自己最佳的一面，全依赖个人的专业知识、人格、气质及临场应变能力。一般来说，中国内地公司及日商公司通常较易有性别歧视，偏向于忠厚人格；欧美公司则较重视求职者的事业心。规模较大的公司，用人常以忠诚不变为标准，不喜欢稳定性低的人；而规模较小的公司，没有完善的培育人才的计划。通常以有经验、立即可用的人才为录取原则。因此，在考虑应聘工作时，应估计招聘公司的不同特性与要求：

(1) 你是公司未来的宝贵的资产。

你需要传递给企业这样的信息：你拥有帮助企业实现预期目标的潜在能力。你是公司的宝贵资产而非包袱。

(2) 明确的人生目标。

对自己的事业和前途有长期的、明确目标的人，更易为企业赏识和任用。具有积极自我成长概念的人，对工作较积极，努力进取，并充满旺盛的事业心与斗志，能迅速进入工作状态的人，容易成功。

(3) 强烈的工作意愿。面试时要随时保持对工作的高度热诚与兴趣；也可适时提出问题，比如“可否请教这项工作应注意的事宜？”等。

(4) 团体合作的能力。

面试时，你应尽量谈到假如能进入公司，愿意与主管、同事们配合工作，一个容易与人沟通协调的求职者可以说已有一半获胜的希望，如果你曾有社团活动的丰富经验，可尽量举例说明，以争取主考官的青睐。

(5) 掌握诚恳原则。

在录用标准上，“才能”是首位的、永恒不变的第一原则，“诚恳”则是重要的、辅助的机动因素。面试前准备充分，心情镇定，仪容大方整洁，临场时充分表现自我，便是诚恳的最好表现。

## 面试时仪表

服装是塑造形象的“第一艺术”，是你与社会交流的一种直接而潜在的语言。如果在应聘中你忽视了一些穿着细节，那么你的形象难免会打折扣。

(1) 穿套装时不宜穿凉鞋。

轻便的凉鞋带给你清爽的感觉，但是与套装相配就显得分量不足，看上去不太相称，给人以随随便便的感觉。穿着套装时最好是穿皮鞋，尤其是较正规的套装。

(2) 避免穿休闲味太浓的服装。

用人单位需要的是精明强干的人才，而飘曳轻松的休闲装却是代表一种悠闲散漫的服饰语言。

(3) 不宜穿过于华丽的礼服。

穿华丽的礼服去应聘，让人有招摇过市、哗众取宠的感

觉。千万不要认为高贵的礼服什么时候都是高贵的，这样做，会降低自己的层次，让人觉得你品位不高。

(4) 穿着应风格统一。

在应试时，着装整体风格要统一才显得美观得体。

(5) 不可忽视细微。

当你在把握了整体的美观与整洁之后，还留意一下细微处有没有什么纰漏，比如说纽扣有没有脱落，鞋子是否穿着舒服，宁可穿一双干净的旧鞋子，也不要穿不合脚的新鞋子。另外，女士的丝袜抽丝或形成小洞也是很雅观的。这些细微处都不应忽视。

对男性来说，需要注意的是：

①是否已理发和刮胡子；

②是否已洗澡（除去特殊气味）、刷牙或漱口（除去口臭），是否清理指甲；

③是否穿着刚洗过或干净的衣服；是西装革履还是只穿运动休闲服背心、短裤等；坐姿是否挺直；

④皮鞋是否擦亮，衣服是否熨得笔挺。

女性需要特别留意：

①头发是否梳洗整理；

②呼吸是否带着洋葱、大蒜、韭菜、烟草、酒臭等异味；

③是否穿着袜子，着装是否太艳；

④是不是洒了过量的香水，以致数十米外都能闻得到。

不要以为这些是过分的要求，这只是提醒你不要因小失大。

## 面试时求职者应避免的不良情形

通过面试，主试人除了关心求职者的工作能力、经验、文凭，职称水平高低以外，如发现求职人员有下列不良情形时，大有可能不予通过。最典型的情况是：

- ①求职者不诚实或者撒谎；
- ②求职者给人以不负责任，混日子的印象；
- ③求职者傲慢自大目中无人，或过度积极；
- ④求职者反应迟钝，不能准时完成任务，包括面试时没能准时到达；
- ⑤求职者没有遵守指示或规则；
- ⑥求职者不断抱怨，或把过失的责任推到别人身上；
- ⑦求职者懒散，做事不主动不勤快；
- ⑧求职者对公司的目标没有兴趣，不够积极；
- ⑨求职者的个性不够成熟、稳定；
- ⑩求职者的反应不当或过当；
- ⑪求职者不拘小节，不修边幅。

## 应聘时“八不要”

一是不要盲目。求职的真正目的是获得一份你需要而喜欢的工作。因此，应对招聘单位的工作性质、经济状况、用人特点、管理方式等各方面的情况有一个全面的了解，以权衡利弊，制定一个最佳方案。

二是不自悲。应聘时求职人员对自己一定要充满信心,这样会给对方留下靠得住、有较强能力的印象。但不要持一种卑微的牵强附会的态度,应做到谦恭自如、不卑不亢。

三是不要抢答。应聘者在回答主试者提问时,一定要保持沉着,等发问者问话完毕后2~4秒再作答,不要为了赢得对方的好感,试图在谈话时去控制对方,这样会适得其反,聪明的表现应该是顺其自然。

四是不要沉默。面试是一种交流,应聘者不要因怕对方嫌你轻浮而自始至终保持沉默,适当的时候也向对方提问,但问题一定要有水准,尽量表现出自己的见识。

五是不要赶时髦。应聘时在着装上,应注意仪表风度,服饰要整洁。衣冠不整,不修边幅容易给人产生不善于生活、办事无条理的印象。

六是不要没有主见。应聘者要保持自己独立的个性,交谈中要善于表达自己不同的意见,否则会给人留下唯唯诺诺的印象,但说话要讲究方式和艺术,对问题的看法不要太固执,在发表不同看法时最好面带笑容。

七是不要呆板。应聘时不仅要注意专业知识的掌握,还要注重应变能力和创新意识的体现。提问者有时拐弯抹角地提问,有的问题甚至看起来与专业和考试无关,但你千万不能大意,不要急于回答,因为这往往是主考人旁敲侧击,考察你的应变能力。

八是不要“君子动口不动手”。许多应聘者往往注意口试和笔试,而对动手能力不加注意,有的报告合资企业“公关”人员,认为只要外语口语好,长相漂亮就行了,没有想

到还要有动手能力，如书写水平、整理资料、打字、电传等基本功，应聘者切勿忽视。

## 面试回答问题的注意事项

语言要规范恰当。参加面试尽量避免使用方言，以免给对方造成理解上的障碍，也不要为了显示自己而不断地援引一些专业术语，或为提高身价而蹦出几句英语，或者脱口说出一些非正式场合使用的语言如：“这个你明白吗？”“说实话”“你记得住吗？”“那个那个”“这个这个”等，这些都会为面试带来不利。

语速快慢要适当。回答提问时语速不要太快，太快别人听起来费神，而且有时会听不清楚。但也不能太慢，半天说不出一句话，给人以漫不经心的感觉，听者也着急，这样都不利于对你自己的描绘和表达，会令对方反感。

不要急于回答。回答提问时要等对方把问题的实质和核心讲完，再做回答，在对方提问完结时，再等2~4秒钟，看对方是否还有补充，然后回答比较合适。

反问要得当。当对方提问后，有时你可能会不清楚其问题的实质是什么，或者问题比较尖刻，这实际上可能是对方要考查你的理解能力或承受能力。此刻你如果反问问题得当，有的放矢，会收到好的效果，否则会带来负面影响，不要这样去问：“如果您认为……该如何？”或“碰到……情况您又该怎做？”如果对问题不很清楚，应该这样说：“您的问题是不是这样……”或“我是不是可以这样理解您的问题？”这样

效果会好一些。不要用手势及其他身体语言。参加面试所对的人一般都是些陌生人，当你说到兴奋处时，不要摇头晃脑、手舞足蹈，加一些不必要的手势或是身体语言，这样不但不会加强你自己所谈内容的效果，很可能适得其反。

## 面试时可能要回答的问题

- ①你离开大学后主要从事过什么工作？
- ②你认为你在工作中的主要成就是什么？
- ③哪些事你认为做的不太好，而这些事可能影响你的进一步发展？
- ④你在你自己的工作中学到什么？
- ⑤你认为工作上的哪些方面最有刺激性、最令人满意？
- ⑥你在工作中期待的是哪些东西？
- ⑦你对将来是怎么想的？从现在起5~10年里你想干什么工作？

## 如何回答不同类型问题

### (1) 你为什么来人才市场求职？

回答要迅速、直截、目的明确，迟疑超过一分钟就意味着失败。最简单的回答是：“喜欢为各类新雇主效劳”或干脆说：“原单位的工作不是我最理想的。”

### (2) 你为什么来本公司应聘？

应说出这家公司吸引你的地方，比如规模大、对业务内

容感兴趣、待遇福利较好等长处。例如，“贵公司是我市房地产行业中规模最大、最有发展的合资企业，作为结构专业的应届毕业生，我愿意加盟贵公司求得共同发展。”

(3) 作为应届毕业生，对我们提出的“具有两年工作经验”的条件如何考虑？

回答此类问题，作为应届毕业生，要结合自身见习、打工经历给予回答。例如，“我认为经验是人们运用知识在实践中得出的具有规律性的认识。经历能够获得经验，而经历不等于经验。一个人有工作经历，如果不善于科学地总结，那么他所有的只能是体会而不是经验，所以贵公司招聘条件所言要有两年工作经验有不科学的一面。本人在学习期间结合专业去打工实践，出色地完成了毕业设计，获得了市城建委颁发的优秀设计奖，这也可以说是一种经验的积累。”

(4) 你的性格特征是什么类型的？

提问这个问题的用意在于量体裁衣，因人而异安排岗位。一般讲内向的人不宜做外向型人做的事，如性格内向的人不宜做销售公关业务。你如何回答？例如，“我虽然性格内向，但一定能胜任此项工作。人的性格具有双重性，即优势和劣势，关键是如何发挥优势。一个企业成功的诀窍在于信誉，但提高企业信誉绝不是外向型性格销售公关人员的专利，诚实守信的形象照样可以给企业赢得效益。”

(5) 你认为自己有哪些优缺点？

对于这种问题要客观地回答，将自己较好的气质尽量地发挥，若与相关工作紧密联系则更佳。如应聘营销员，你可具体地直接回答：“在学校节假日打工时，推销学校音乐会入

场券，我总是推销得最多。”谈缺点时，一般避免直接说出自己的缺点，可采取婉转的方法。

(6) 你希望的待遇是什么？

一般第一次面试不要主动谈报酬问题，如考官要你谈，必须先估计、了解一下市场的薪资行情，提出一个合理适中的数字，不要报很低的价，以免降低身价，但也不能不切实际地漫天要价，也可直言：“假如我的工作卓有成效的，应该享受同类职员待遇。”

# 下岗复业

## 下岗（失业）人员 应该消除哪些陈旧观念

观念可以决定人的行为，指导人的行动，下岗（失业）人员若想开始新的生活，必须消除以下方面的观念：

一是消除只有国有企业才是就业“单位”的糊涂观念。

二是在“下岗者”中间放不下国企职工的架子，拉不下下岗（失业）者的面子。因此工作累的地方不想去，月薪低的单位不想去，离家远的公司不愿去，造成下岗后不愿上岗的现象，这样更摆脱不了“下岗人”的身份。

三是消除“等、靠、要”的思想。在一些“下岗者”，不想自己去主动就业或主动创业。不仅摆脱不了痛苦的煎熬，而且会更加悲惨，作为下岗（失业）者，要想绝处逢生，必须转变就业观念，去迎接新生活。

## 下岗后如何尽快再就业

下岗后不应悲观、气馁，要多方面、多渠道地去努力，创造条件、抓住机遇去再就业。

(1) 主动就业。

主动就业也就是不等、不靠、不要，勇敢地迈出自强自立的步伐。作为下岗者，只要敢正视现实，认清就业状况，主动出击，就能谋求到适合自己的职业和职位，实现再就业。

### (2) 储备就业。

再就业需要竞争，个人的综合素质和实力就显得非常重要。只有你潜心学习，熟练地掌握当前所需要的专业技术，才具有再就业的竞争优势。再就是要“储备能源”，时刻为自己“充电”，去挖掘自身潜力和储备技能，抓住机遇，重新走上工作岗位。

### (3) 创新就业。

下岗人员和失业者去竞争一般岗位外，还应该大胆实践，勇于创新，开辟新的行业应瞄准市场需求，迅速提供新的服务，这也是再就业的重要途径。

# 附 录

## 中华人民共和国劳动法

### 第一章 总则

第一条 为了保护劳动者的合法权益,调整劳动关系,建立和维护适应社会主义市场经济的劳动制度,促进经济发展和社会进步,根据宪法,制定本法。

第二条 在中华人民共和国境内的企业、个体经济组织(以下统称用人单位)和与之形成劳动关系的劳动者,适用本法。

国家机关、事业组织、社会团体和与之建立劳动合同关系的劳动者,依照本法执行。

第三条 劳动者享有平等就业和选择职业的权利、取得劳动报酬的权利、休息休假的权利、获得劳动安全卫生保护的权利、接受职业技能培训的权利、享受社会保险和福利的权利、提请劳动争议处理的权利以及法律规定的其他劳动权利。劳动者应当完成劳动任务,提高职业技能,执行劳动安全卫生规程,遵守劳动纪律和职业道德。

第四条 用人单位应当依法建立和完善规章制度,保障劳动者享有劳动权利和履行劳动义务。

**第五条** 国家采取各种措施，促进劳动就业，发展职业教育，制定劳动标准，调节社会收入，完善社会保险，协调劳动关系，逐步提高劳动者的生活水平。

**第六条** 国家提倡劳动者参加社会主义劳动，开展劳动竞赛和合理化建议活动，鼓励和保护劳动者进行科学研究、技术革新和发明创造，表彰和奖励劳动模范和先进工作者。

**第七条** 劳动者有权依法参加和组织工会。

工会代表和维护劳动者的合法权益，依法独立自主地开展活动。

**第八条** 劳动者依照法律规定，通过职工大会、职工代表大会或者其他形式，参与民主管理或者就保护劳动者合法权益与用人单位进行平等协商。

**第九条** 国务院劳动行政部门主管全国劳动工作。

县级以上地方人民政府劳动行政部门主管本行政区域内的劳动工作。

## 第二章 促进就业

**第十条** 国家通过促进经济和社会发展，创造就业条件，扩大就业机会。

国家鼓励企业、事业组织和社会团体在法律、行政法规规定的范围内兴办产业或者拓展经营，增加就业。

国家支持劳动者自愿组织起来就业和从事个体经营实现就业。

**第十一条** 地方各级人民政府应当采取措施，发展多种类型的职业介绍机构，提供就业服务。

**第十二条** 劳动者就业，不因民族、种族、性别、宗教信仰不同而受歧视。

**第十三条** 妇女享有与男子平等的就业权利。在录用职工时，除国家规定的不适合妇女的工种或者岗位外，不得以性别为由拒绝录用妇女或者提高对妇女的录用标准。

**第十四条** 残疾人、少数民族人员、退出现役的军人的就业，法律、法规有特别规定的，从其规定。

**第十五条** 禁止用人单位招用未满 16 周岁的未成年人。文艺、体育和特种工艺单位招用未满 16 周岁的未成年人，必须依照国家有关规定，履行审批手续，并保障其接受义务教育的权利。

### 第三章 劳动合同和集体合同

**第十六条** 劳动合同是劳动者与用人单位确立劳动关系，明确双方权利和义务的协议。

建立劳动关系应当订立劳动合同。

**第十七条** 订立和变更劳动合同，应当遵循平等自愿、协商一致的原则，不得违反法律、行政法规的规定。劳动合同依法订立即具有法律约束力，当事人必须履行劳动合同规定的义务。

**第十八条** 下列劳动合同无效：

- (1) 违反法律、行政法规的劳动合同。
- (2) 采取欺诈、威胁等手段订立的劳动合同。

无效的劳动合同，从订立的时候起，就没有法律约束力。确认劳动合同部分无效的，如果不影响其余部分的效力，其

余部分仍然有效。

劳动合同的无效，由劳动争议仲裁委员会或者人民法院确认。

**第十九条** 劳动合同应当以书面形式订立，并具备以下条款：

- (1) 劳动合同期限。
- (2) 工作内容。
- (3) 劳动保护和劳动条件。
- (4) 劳动报酬。
- (5) 劳动纪律。
- (6) 劳动合同终止的条件。
- (7) 违反劳动合同的责任。

劳动合同除前款规定的必备条款外，当事人可以协商约定其他内容。

**第二十条** 劳动合同的期限分为有固定期限、无固定期限和以完成一定的工作为期限。

劳动者在同一用人单位连续工作满10年以上，当事人双方同意续延劳动合同的，如果劳动者提出订立无固定期限的劳动合同，应当订立无固定期限的劳动合同。

**第二十一条** 劳动合同可以约定试用期。试用期最长不得超过6个月。

**第二十二条** 劳动合同当事人可以在劳动合同中约定保守用人单位商业秘密的有关事项。

**第二十三条** 劳动合同期满或者当事人约定的劳动合同终止条件出现，劳动合同即行终止。

**第二十四条** 经劳动合同当事人协商一致，劳动合同可以解除。

**第二十五条** 劳动者有下列情形之一的，用人单位可以解除劳动合同：

- (1) 在试用期间被证明不符合录用条件的。
- (2) 严重违反劳动纪律或者用人单位规章制度的。
- (3) 严重失职，营私舞弊，对用人单位利益造成重大损害的。
- (4) 被依法追究刑事责任的。

**第二十六条** 有下列情形之一的，用人单位可以解除劳动合同，但是应当提前 30 日以书面形式通知劳动者本人。

(1) 劳动者患病或者非因工负伤，医疗期满后，不能从事原工作也不能从事由用人单位另行安排的工作的。

(2) 劳动者不能胜任工作，经过培训或者调整工作岗位，仍不能胜任工作的。

(3) 劳动合同订立时所依据的客观情况发生重大变化，致使原劳动合同无法履行，经当事人协商不能就变更劳动合同达成协议的。

**第二十七条** 用人单位濒临破产、进行法定整顿期间或者生产经营状况发生严重困难，确需裁减人员的，应当提前 30 日向工会或者全体职工说明情况，听工会或者职工的意见，经向劳动行政部门报告后，可以裁减人员。

用人单位依据本条规定裁减人员，在 6 个月内录用人员的，应当优先录用被裁减的人员。

**第二十八条** 用人单位依据本法第二十四、第二十六条、

第二十七条的规定解除劳动合同的，应当依照国家有关规定给予经济补偿。

第二十九条 劳动者有下列情形之一的，用人单位不得依据本法第二十六条第二十七条的规定解除劳动合同：

(1) 患职业病或者因工负伤并被确认丧失或者部分丧失劳动能力的。

(2) 患病或者负伤，在规定的医疗期内的。

(3) 女职工在孕期、产期、哺乳期内的。

(4) 法律、行政法规规定的其他情形。

第三十条 用人单位解除劳动合同，工会认为不适当的，有权提出意见。如果用人单位违反法律、法规或者劳动合同，工会有权要求重新处理；劳动者申请仲裁或者提起诉讼的，工会应当依法给予支持和帮助。

第三十一条 劳动者解除劳动合同，应当提前 30 日以书面形式通知用人单位。

第三十二条 有下列情形之一的，劳动者可以随时通知用人单位解除劳动合同：

(1) 在试用期内的。

(2) 用人单位以暴力、威胁或者非法限制人身自由的手段强迫劳动的。

(3) 用人单位未按照劳动合同约定支付劳动报酬或者提供劳动条件的。

第三十三条 企业职工一方与企业可以就劳动报酬、工作时间、休息休假、劳动安全卫生、保险福利等事项，签订集体合同。集体合同草案应当提交职工代表大会或者全体职

工议论通过。

集体合同由工会代表职工与企业签订，没有建立工会的企业，由职工推举的代表与企业签订。

第三十四条 集体合同签订后应当报送劳动行政部门；劳动行政部门自收到集体合同文本之日起 15 日内未提出异议的，集体合同即行生效。

第三十五条 依法签订的集体合同对企业和企业全体职工具有约束力。职工个人与企业订立的劳动合同中劳动条件和劳动报酬等标准不得低于集体合同的规定。

## 第四章 工作时间和休息休假

第三十六条 国家实行劳动者每日工作时间不超过 8 小时，平均每周工作时间不超过 44 小时的工时制度。

第三十七条 对实行计件工作的劳动者，用人单位应当根据本法第三十六条规定的工时制度合理确定其劳动定额和计件报酬标准。

第三十八条 用人单位应当保证劳动者每周至少休息 1 日。

第三十九条 企业因生产特点不能实行本法第三十六条、第三十八条规定的，经劳动行政部门批准，可以实行其他工作和休息办法。

第四十条 用人单位在下列节日期间应当依法安排劳动者休假：

- (1) 元旦。
- (2) 春节。

- (3) 国际劳动节。
- (4) 国庆节。
- (5) 法律、法规规定的其他休假节日。

**第四十一条** 用人单位由于生产经营需要，经与工会和劳动者协商后可以延长工作时间，一般每日不得超过 1 小时；因特殊原因需要延长工作时间的，在保障劳动者身体健康的条件下延长工作时间每日不得超过 3 小时，但是每月不得超过 36 小时。

**第四十二条** 有下列情形之一的，延长工作时间不受本法第四十一条规定的限制：

- (1) 发生自然灾害、事故或者因其他原因，威胁劳动者生命健康和财产安全，需要紧急处理的。
- (2) 生产设备、交通运输线路、公共设施发生故障，影响生产和公众利益，必须及时抢修的。
- (3) 法律、行政法规规定的其他情形。

**第四十三条** 用人单位不得违反本法规定延长劳动者的工作时间。

**第四十四条** 有下列情形之一的，用人单位应当按照下列标准支付高于劳动者正常工作时间工资的工资报酬：

- (1) 安排劳动者延长工作时间的，支付不低于工资的 150% 的工资报酬。
- (2) 休息日安排劳动者工作又不能安排补休的，支付不低于工资的 200% 的工资报酬。
- (3) 法定休假日安排劳动者工作的，支付不低于工资的 300% 的工资报酬。

**第四十五条** 国家实行带薪年休假制度。

劳动者连续工作1年以上的，享受带薪年休假。具体办法由国务院规定。

## 第五章 工资

**第四十六条** 工资分配应当遵循按劳分配原则，实行同工同酬。

工资水平在经济发展的基础上逐步提高。国家对工资总量实行宏观调控。

**第四十七条** 用人单位根据本单位的生产经营特点和经济效益，依法自主确定本单位的工资分配方式和工资水平。

**第四十八条** 国家实行最低工资保障制度。最低工资的具体标准由省、自治区、直辖市人民政府规定，报国务院备案。

用人单位支付劳动者的工资不得低于当地最低工资标准。

**第四十九条** 确定和调整最低工资标准应当综合参考下列因素：

- (1) 劳动者本人及平均赡养人口的最低生活费用。
- (2) 社会平均工资水平。
- (3) 劳动生产率。
- (4) 就业状况。
- (5) 地区之间经济发展水平的差异。

**第五十条** 工资应当以货币形式按月支付给劳动者本人，不得克扣或者无故拖欠劳动者的工资。

第五十一条 劳动者在法定休假日和婚丧假期间以及依法参加社会活动期间，用人单位应当依法支付工资。

## 第六章 劳动安全卫生

第五十二条 用人单位必须建立、健全劳动安全卫生制度，严格执行国家劳动安全卫生规程和标准，对劳动者进行劳动安全卫生教育，防止劳动过程中的事故，减少职业危害。

第五十三条 劳动安全卫生设施必然符合国家规定的标准。

新建、改建、扩建工程的劳动安全卫生设施必须与主体工程同时设计、同时施工、同时投入生产和使用。

第五十四条 用人单位必须为劳动者提供符合国家规定的劳动安全卫生条件和必要的劳动防护用品，对从事有职业危害作业的劳动者应当定期进行健康检查。

第五十五条 从事特种作业的劳动者必须经过专门培训并取得特种作业资格。

第五十六条 劳动者在劳动过程中必须严格遵守安全操作规程。

劳动者对用人单位管理人员违章指挥、强令冒险作业，有权拒绝执行；对危害生命安全和身体健康的行为，有权提出批评、检举和控告。

第五十七条 国家建立伤亡事故和职业病统计报告和处理制度。县级以上各级人民政府劳动行政部门、有关部门和用人单位应当依法对劳动者在劳动过程中发生的伤亡事故和劳动者的职业病状况，进行统计、报告和处理。

## 第七章 女职工和未成年工特殊保护

**第五十八条** 国家对女职工和未成年工实行特殊劳动保护。

未成年工是指年满 16 周岁未满 18 周岁的劳动者。

**第五十九条** 禁止安排女职工从事矿山井下、国家规定的第四级体力劳动强度的劳动和其他禁忌从事的劳动。

**第六十条** 不得安排女职工在经期从事高处、低温、冷水作业和国家规定的第三级体力劳动强度的劳动。

**第六十一条** 不得安排女工在怀孕期间从事国家规定的第三级体力劳动强度的劳动和孕期禁忌从事的劳动。对怀孕 7 个月以上的女职工，不得安排其延长工作时间和夜班劳动。

**第六十二条** 女职工生育享受不少于 90 天的产假。

**第六十三条** 不得安排女职工在哺乳未满 1 周岁的婴儿期间从事国家规定的第三级体力劳动强度的劳动和哺乳期禁忌从事的其他劳动，不得安排其延长工作时间和夜班劳动。

**第六十四条** 不得安排未成年工从事矿山井下、有毒有害、国家规定的第四级体力劳动强度和其他禁忌从事的劳动。

**第六十五条** 用人单位应当对未成年工定期进行健康检查。

## 第八章 职业培训

**第六十六条** 国家通过各种途径，采取各种措施，发展职业培训事业，开发劳动者的职业技能，提高劳动者素质，增强劳动者的就业能力和工作能力。

第六十七条 各级人民政府应当把发展职业培训纳入社会经济发展的规划，鼓励和支持有条件的企业、事业组织、社会团体和个人进行各种形式的职业培训。

第六十八条 用人单位应当建立职业培训制度，按照国家规定提取和使用职业培训经费，根据本单位实际，有计划地对劳动者进行职业培训。

第六十九条 国家确定职业分类，对规定的职业制定职业技能标准，实行职业资格证书制度，由经过政府批准的考核鉴定机构负责对劳动者实施职业技能考核鉴定。

## 第九章 社会保险和福利

第七十条 国家发展社会保险事业，建立社会保险制度，设立社会保险基金，使劳动者在年老、患病、工伤、失业、生育等情况下获得帮助和补偿。

第七十一条 社会保险水平应当与社会经济发展水平和社会承受能力相适应。

第七十二条 社会保险基金按照保险类型确定资金来源，逐步实行社会统筹。用人单位和劳动者必须依法参加社会保险，缴纳社会保险费。

第七十三条 劳动者在下列情形下，依法享受社会保险待遇：

- (1) 退休。
- (2) 患病、负伤。
- (3) 因工伤或者患职业病。
- (4) 失业。

(5) 生育。

劳动者死亡后，其遗属依法享受遗属津贴。

劳动者享受社会保险待遇的条件和标准由法律、法规规定。

劳动者享受社会保险金必须按时足额支付。

**第七十四条** 社会保险基金经办机构依照法律规定收支、管理和运营社会保险基金，并负有使社会保险基金保值增值的责任。

社会保险基金监督机构依照法律规定，对社会保险基金的收支、管理和运营实施监督。

社会保险基金经办机构和社会保险基金监督机构的设立和职能由法律规定。

任何组织和个人不得挪用社会保险基金。

**第七十五条** 国家鼓励用人单位根据本单位实际情况为劳动者建立补充保险。

国家提倡劳动者个人进行储蓄性保险。

**第七十六条** 国家发展社会福利事业，兴建公共福利设施，为劳动者休息、休养和疗养提供条件。

用人单位应当创造条件，改善集体福利，提高劳动者的福利待遇。

## 第十章 劳动争议

**第七十七条** 用人单位与劳动者发生劳动争议，当事人可以依法申请调解、仲裁、提起诉讼，也可以协商解决。

调解原则适用于仲裁和诉讼程序。

**第七十八条** 解决劳动争议，应当根据合法、公正、及时处理的原则，依法维护劳动争议当事人的合法权益。

**第七十九条** 劳动争议发生后，当事人可以向本单位劳动争议调解委员会申请调解；调解不成，当事人一方要求仲裁的，可以向劳动争议仲裁委员会申请仲裁。当事人一方也可以直接向劳动争议仲裁委员会申请仲裁。对仲裁裁决不服的，可以向人民法院提起诉讼。

**第八十条** 在用人单位内，可以建立劳动争议调解委员会。劳动争议调解委员会由职工代表、用人单位代表和工会代表组成。劳动争议调解委员会主任由工会代表担任。

劳动争议经调解达成协议的，当事人应当履行。

**第八十一条** 劳动争议仲裁委员会由劳动行政部门代表、同级工会代表、用人单位方面的代表组成。劳动争议仲裁委员会主任由劳动行政部门代表担任。

**第八十二条** 提出仲裁要求的一方应当自劳动争议发生之日起 60 日内向劳动争议仲裁委员会提出书面申请。仲裁裁决一般应在收到仲裁申请的 60 日内做出。对仲裁裁决无异议的，当事人必须履行。

**第八十三条** 劳动争议当事人对仲裁裁决不服的，可以自收到仲裁裁决书之日起 15 日内向人民法院提起诉讼。一方当事人在法院期限内不起诉又不履行仲裁裁决的，另一方当事人可以申请人民法院强制执行。

**第八十四条** 因签订集体合同发生争议，当事人协商解决不成的，当地人民政府劳动行政部门可以组织有关各方协调处理。

因履行集体合同发生争议，当事人协商解决不成的，可以向劳动争议仲裁委员会申请仲裁；对仲裁裁决不服的，可以自收到仲裁裁决书之日起 15 日内向人民法院提起诉讼。

## 第十一章 监督检查

第八十五条 县级以上各级人民政府劳动行政部门依法对用人单位遵守劳动法律、法规的情况进行监督检查，对违反劳动法律、法规的行为有权制止，并责令改正。

第八十六条 县级以上各级人民政府劳动行政部门监督检查人员执行公务，有权进入用人单位了解执行劳动法律、法规的情况，查阅必要的资料，并对劳动场所进行检查。

县级以上各级人民政府劳动行政部门监督检查人员执行公务，必须出示证件，秉公执法并遵守有关规定。

第八十七条 县级以上各级人民政府有关部门在各自职责范围内，对用人单位遵守劳动法律、法规的情况进行监督。

第八十八条 各级工会依法维护劳动者的合法权益，对用人单位遵守劳动法律、法规的情况进行监督。

任何组织和个人对于违反劳动法律、法规的行为有权检举和控告。

## 第十二章 法律责任

第八十九条 用人单位制定的劳动规章制度违反法律、法规规定的，由劳动行政部门给予警告，责令改正；对劳动者造成损害的，应当承担赔偿责任。

第九十条 用人单位违反本法规定，延长劳动者工作时

间的，由劳动行政部门给予警告，责令改正，并可以处以罚款。

**第九十一条** 用人单位有下列侵害劳动者合法权益情形之一的，由劳动行政部门责令支付劳动者的工资报酬、经济补偿，并可以责令支付赔偿金：

- (1) 克扣或者无故拖欠劳动者工资的。
- (2) 拒不支付劳动者延长工作时间工资报酬的。
- (3) 低于当地最低工资标准支付劳动者工资的。
- (4) 解除劳动合同后，未依照本法规定给予劳动者经济补偿的。

**第九十二条** 用人单位的劳动安全设施和劳动卫生条件不符合国家规定或者未向劳动者提供必要的劳动防护用品和劳动保护设施的，由劳动行政部门或者有关部门责令改正，可以处以罚款；情节严重的，提请县级以上人民政府决定责令停产整顿，对事故隐患不采取措施，致使发生重大事故，造成劳动者生命和财产损失的，对责任人员比照刑法第一百八十七条的规定追究刑事责任。

**第九十三条** 用人单位强令劳动者违章冒险作业，发生重大伤亡事故，造成严重后果的，对责任人员依法追究刑事责任。

**第九十四条** 用人单位非法招用未满 16 周岁的未成年人的，由劳动行政部门责令改正，处以罚款，情节严重的，由工商行政管理部门吊销营业执照。

**第九十五条** 用人单位违反本法对女职工和未成年工的保护规定，侵害其合法权益的，由劳动行政部门责令改正，处

以罚款；对女职工或者未成年工造成损害的，应当承担赔偿责任。

第九十六条 用人单位有下列行为之一的，由公安机关对责任人员处以 15 日以下拘留、罚款或者警告；构成犯罪的，对责任人员依法追究刑事责任。

(1) 以暴力、威胁或者非法限制人身自由的手段强迫劳动的。

(2) 侮辱、体罚、殴打、非法搜查和拘禁劳动者的。

第九十七条 由于用人单位的原因订立的无效合同，对劳动者造成损害的，应当承担赔偿责任。

第九十八条 用人单位违反本法规定的条件解除劳动合同或者故意拖延不订立劳动合同的，由劳动行政部门责令改正；对劳动者造成损害的，应当承担赔偿责任。

第九十九条 用人单位招用尚未解除劳动合同的劳动者，对原用人单位造成经济损失的，该用人单位应当依法承担连带赔偿责任。

第一百条 用人单位无故不缴纳社会保险费的，由劳动行政部门责令其限期缴纳；逾期不缴的，可以加收滞纳金。

第一百零一条 用人单位无理阻挠劳动行政部门、有关部门及其工作人员行使监督检查权，打击报复举报人员的，由劳动行政部门或者有关部门处以罚款；构成犯罪的对责任人员依法追究刑事责任。

第一百零二条 劳动者违反本法规定的条件解除劳动合同或者违反劳动合同中约定的保密事项，对用人单位造成经济损失的，应当依法承担赔偿责任。

第一百零三条 劳动行政部门或者有关部门的工作人员滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊，构成犯罪的，依法追究刑事责任；不构成犯罪的，给予行政处分。

第一百零四条 国家工作人员和社会保险基金经办机构的工作人员挪用社会保险基金，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第一百零五条 违反本法规定侵害劳动者合法权益，其他法律、行政法规已规定处罚的，依照该法律、行政法规的规定处罚。

### 第十三章 附则

第一百零六条 省、自治区、直辖市人民政府根据本法和本地区的实际情况，规定劳动合同制度的实施步骤，报国务院备案。

第一百零七条 本法自 1995 年 1 月 1 日起施行。

## 违反《中华人民共和国劳动法》 行政处罚办法

### 劳动部

1994年12月26日

**第一条** 为保证《劳动法》的贯彻实施，依法对违反《劳动法》行为进行处罚，根据《中华人民共和国劳动法》有关法律责任的规定，制定本办法。

**第二条** 县级以上各级人民政府劳动行政部门（以下简称劳动行政部门）依法对本行政区域内的企业、个体经济组织（以下简称用人单位）遵守劳动法律、法规的情况进行监督检查，对违反《劳动法》行为的行政处罚适用本办法。

**第三条** 用人单位制定的劳动规章制度违反法律、法规规定的，应给予警告，并责令限期改正；逾期不改的，应给予通报批评。

**第四条** 用人单位未与工会和劳动者协商强迫劳动者延长工作时间的，应给予警告，责令改正，并可按每名劳动者每延长工作时间1小时罚款100元以下的标准处罚。

**第五条** 用人单位每日延长劳动者工作时间超过3小时或每月延长工作时间超过36小时的，应给予警告，责令改正，并可按每名劳动者每超过工作时间1小时罚款100元以下的

标准处罚。

**第六条** 用人单位有下列侵害劳动者合法权益行为之一的，应责令支付劳动者的工资报酬、经济补偿，并可责令按相当于支付劳动者工资报酬、经济补偿总和的1~5倍支付劳动者赔偿金：

- (1) 克扣或者无故拖欠劳动者工资的。
- (2) 拒不支付劳动者延长工作时间工资报酬的。
- (3) 低于当地最低工资标准支付劳动者工资的。
- (4) 解除劳动合同后，未依照法律、法规规定给予劳动者经济补偿的。

责令用人单位支付劳动者经济补偿按有关规定执行。

**第七条** 用人单位劳动安全设施和劳动卫生条件不符合国家规定的，应责令限期改正；逾期不改的，可处以5万元以下罚款。

用人单位违反规定造成职工急性中毒事故，或伤亡事故的，应责令制定整改措施，并可按每中毒或重伤或死亡一名劳动者罚款1万元以下的标准处罚；情节严重的，提请同级人民政府决定停产整顿。

用人单位对发生的急性中毒或伤亡事故隐瞒、拖延不报或谎报的，以及故意破坏或伪造事故现场的，应责令改正，并可处以2万元以下罚款。

**第八条** 用人单位新建、改建、扩建和技术改造项目的劳动安全卫生设施未能与主体工程同时设计、同时施工、同时投入生产和使用，安全卫生设施不符合国家规定标准的，应责令改正，并可处以5万元以下罚款。

**第九条** 用人单位未向劳动者提供必要的劳动防护用品和劳动保护设施，或未对从事有职业危害作业的劳动者定期检查身体的，应责令改正，并可处以 5000 元以下罚款。

**第十条** 用人单位锅炉压力容器无使用证而运行的，或不进行定期检查的，应责令停止运行或查封设备，并可处以 1 万元以下罚款。

用人单位锅炉压力容器有事故隐患的，应责令限期改正；对逾期不改的应责令停止运行，收回使用证件，并可处以 1 万元以下罚款。

用人单位压力管道、起重机械、电梯、客运架空索道、厂内机动车辆等特种设备未进行定期检验或安全认证的，应责令改正，并可处以 1 万元以下罚款。

**第十一条** 用人单位非法招用未满 16 周岁的未成年人的，应责令改正，并按国家有关规定处以罚款。

**第十二条** 用人单位有下列侵害女职工和未成年工合法权益行为之一的，应责令改正，并按每次侵害一名女职工或未成年工罚款 3000 元以下的标准处罚：

(1) 安排女职工从事矿山井下、国家规定的第四级体力劳动强度的劳动和其他禁忌从事的劳动。

(2) 安排女职工在经期从事高处、低温、冷水作业和国家规定的第三级以上劳动强度的劳动。

(3) 安排女职工在哺乳未满 1 周岁的婴儿期间从事国家规定的第三级以上体力劳动强度的劳动和哺乳禁忌从事的其他劳动及安排其延长工作时间和夜班劳动的。

**第十三条** 用人单位安排女职工在怀孕期间从事国家规

定的第三级以上体力劳动强度的劳动和孕期禁忌从事的劳动的，应责令改正，并按每次侵害一名女职工罚款 3000 元以下的标准处罚。

用人单位安排怀孕 7 个月以上的女职工延长工作时间和从事夜班劳动的，应责令改正，并按每侵害一名女职工罚款 3000 元以下的标准处罚。

**第十四条** 用人单位违反女职工保护规定，女职工产假低于 90 天的，应责令限期改正；逾期不改的，按每侵害一名女职工罚款 3000 元以下的标准处罚。

**第十五条** 用人单位未按规定对未成年工定期进行健康检查的，应责令限期改正；逾期不改的，按每侵害一名未成年工罚款 3000 元以下的标准处罚。

**第十六条** 用人单位未按《劳动法》规定的条件解除劳动合同或者故意拖延不订立劳动合同的，应责令限期改正；逾期不改的，应给予通报批评。

**第十七条** 用人单位无故不缴纳社会保险费的，应责令其限期缴纳；逾期不缴的，除责令其补交所欠款项外，可以按每日加收所欠款项千分之二的滞纳金。滞纳金收入并入社会保险基金。

**第十八条** 用人单位无理阻挠劳动行政部门及其劳动监察人员行使监督检查权，或者打击报复举报人的，处以 1 万元以下罚款。

**第十九条** 对具有数种违反《劳动法》行为的，应分别决定处罚，合并执行；不能合并执行的可以从重处罚。

对数次（二次及以上）违反《劳动法》的，可以加重处

罚。加重处罚可按原罚款标准的 2~5 倍计算罚款金额。

第二十条 对用人单位处以罚款，应使用财政部门统一制定的罚款票。所处罚款，应依照财政管理的规定，及时、足额上缴财政。

第二十一条 用人单位对行政处罚决定不服的，可以依照《行政复议条例》和《行政诉讼法》的规定申请复议或起诉。

复议或诉讼期间，不影响行政处罚决定的执行。

第二十二条 省、自治区、直辖市人民政府劳动行政部门可以依据本办法制定实施细则。

第二十三条 本办法自 1995 年 1 月 1 日起施行。

## 各省、直辖市、自治区 人才交流服务机构名录

单位：全国人才流动服务中心

邮编：100045

地址：北京市西城区三里河南一巷 1 号

单位：北京市人才服务中心

邮编：100006

地址：北京市劳动人民文化宫内

单位：上海市人才服务中心

邮编：200120

地址：上海市浦东商城路 660 号乐凯大厦 5 楼

单位：上海市浦东区人才交流中心

邮编：200120

地址：上海市浦东新区东方路 902 号

单位：天津市人才交流服务中心

邮编：300170

地址：天津市河东区六纬路 112 增 1 号

单位：河北省人才交流服务中心

邮编：050011

地址：石家庄市合作路 16 号

单位：山西省人才交流中心

邮编：030013

地址：太原市东华门 7 号

单位：太原市人才交流服务中心

邮编：030006

地址：太原市学府西街 378 号

单位：大同市人才交流服务中心

邮编：037000

地址：大同市迎宾路 3 号（市政府东侧）

单位：长治市人事局人才市场

邮编：046000

地址：长治市政府大院

单位：辽宁省人才交流服务中心

邮编：110002

地址：沈阳市和平区哈尔滨路 50 号

单位：沈阳市人才交流服务中心

邮编：110001

地址：沈阳市河区正阳街 244 号

单位：大连市人才交流服务中心

邮编：116001

地址：中山公园华宫内

单位：巴州人才交流服务中心

邮编：841000

地址：新疆库尔勒音东路巴州人事局

单位：芜湖市人才交流服务中心

邮编：241000

地址：芜湖市九华山路 78 号

单位：吉林省人才交流服务中心

邮编：130061

地址：长春市岳阳街 50—6 号

单位：黑龙江省人才开发流动服务中心

邮编：150036

地址：哈尔滨市中山路 136 号

单位：黑龙江黑河人才中心

邮编：164300

地址：黑河市迎恩路 4 号

单位：哈尔滨市人才交流中心

邮编：150016

地址：哈尔滨市道里区抚顺街 90 号

单位：江苏省人才市场

邮编：210003

地址：南京市新模范马路 92 号

单位：南京市人才交流服务中心

邮编：210008

地址：南京市成贤街 114 号

单位：浙江省人才交流服务中心

邮编：310025

地址：杭州市文一路 9 号

单位：杭州市人才开发中心

邮编：310005

地址：杭州市环城北路 318 号

单位：宁波市人才开发服务中心

邮编：315012

地址：浙江宁波市柳汀街 557 号人才大厦 7 层

单位：安徽省人才交流中心

邮编：230001

地址：安徽合肥市桐城路 150 号

单位：合肥市人才交流处

邮编：230001

地址：安徽合肥市寿春路市委大楼

单位：福建省人才交流中心

邮编：350005

地址：福州市杨桥东路建兴广厦一号楼 9 层

单位：福州市人才市场

邮编：350001

地址：福州市武夷中路武夷新村前人事局

单位：厦门市人才交流服务中心

邮编：361004

地址：厦门市湖滨东路 319 号

单位：山东省人才交流服务中心

邮编：250001

地址：济南市历下区燕子山路 2 号

单位：济南市人才交流服务中心

邮编：250001

地址：济南市经二路 193 号（市政府院内）

单位：青岛市人才交流服务中心

邮编：266003

地址：青岛市江苏路 17 号

单位：江西省人才交流服务中心

邮编：330046

地址：南昌市二经路 15 号

单位：南昌市人才开发交流中心

邮编：330008

地址：南昌市阳明路 242 号

单位：河南省人才交流服务中心

邮编：450004

地址：郑州市顺河路 32 号

单位：河南省安阳市人才交流服务中心

邮编：455000

地址：安阳市民主路 1 号

单位：郑州市人才交流服务中心

邮编：450007

地址：郑州市中原西路 19 号

单位：湖北省人才交流中心

邮编：430071

地址：武汉市武昌水果湖北环路 27 号

单位：湖北省孝感市人才交流中心

邮编：432100

地址：孝感市域站路 26 号

单位：武汉市人才服务中心

邮编：430014

地址：武汉市汉口江岸车站路 1 号

单位：湖南省人事厅人才流动服务中心

邮编：410001

地址：长沙市远大一路 132 号

单位：长沙市人才交流服务中心

邮编：410005

地址：长沙市藩正街 4 号

单位：广东省人才交流服务中心

邮编：510620

地址：广州市德政南路 48 号

单位：广州市人才交流中心

邮编：510050

地址：广州市天河路 104 号华普大厦

单位：深圳市人才交流服务中心

邮编：518006

地址：深圳市市政府大院内

单位：海南省人才交流服务中心

邮编：570004

地址：海口市海府路 22 号

单位：海口市人才交流中心

邮编：570001

地址：海口市国贸大道 CMEC 大厦 5 楼

单位：广西壮族自治区人才交流服务中心

邮编：530022

地址：南宁市星湖路北二里 2—1 号

单位：南宁市人才交流服务中心

邮编：530014

地址：南宁市民生路 42 号

单位：四川省人才交流服务中心

邮编：610041

地址：成都市东二巷 21 号

单位：四川省南充南旅人才中介事务所

邮编：637000

地址：南充市文化路 47 号附 1 号

单位：成都市人才交流服务中心

邮编：610063

地址：成都市宁夏街 136 号

单位：重庆市人才交流服务中心

邮编：630015

地址：重庆市渝中区学田湾正街 55 号

单位：贵州省人才交流服务中心

邮编：550001

地址：贵州省贵阳市延安东路 33 号 4 层

单位：贵阳市人才交流中心

邮编：550003

地址：贵阳市贯珠巷 6 号

单位：甘肃省人才交流开发服务中心

邮编：730000

地址：兰州市皋兰路 78 号兴业大厦 4 层、6 层

单位：兰州市人才交流中心

邮编：730030

地址：兰州市滨河东路 433 号

单位：云南省人才交流服务中心

邮编：650021

地址：昆明市五华山北后楼

单位：陕西省人才交流服务中心

邮编：710004

地址：西安市新城省政府院内

单位：西安市人才交流服务中心

邮编：710004

地址：西安市二府街友谊楼 1 层

单位：青海省人才交流服务中心

邮编：810010

地址：西宁市昆仑路西 1 号

单位：西宁市人才交流中心

邮编：810000

地址：西宁市南街 83 号

单位：内蒙古自治区人才交流服务中心

邮编：010055

地址：呼和浩特市呼伦北路 1 号

单位：呼和浩特市人才开发交流服务中心

邮编：010020

地址：内蒙古呼和浩特市人民体育场 8 号门

单位：宁夏回族自治区人才交流中心

邮编：750001

地址：银川市解放西街 217 号区政府大院

单位：银川市人才交流服务中心

邮编：750004

地址：银川市解放东街 57 号

单位：西藏自治区人才服务中心

邮编：850000

地址：拉萨市娘热路1号

单位：拉萨市人才服务中心

邮编：850000

地址：拉萨市金珠东路16号

单位：新疆维吾尔自治区人才服务中心

邮编：830002

地址：乌鲁木齐市中山路6号

单位：乌鲁木齐市人才交流中心

邮编：830002

地址：乌鲁木齐市前进路3号

单位：镇江市人才服务中心

邮编：212001

地址：镇江市正东路141号

单位：铜陵市人才交流服务中心

邮编：244000

地址：铜陵市北京路

单位：珠海市人才交流中心

邮编：519000

地址：珠海市政府大院

单位：中国南方人才市场

邮编：510620

地址：广州市天河路 104 号华普大厦

单位：淮南市人才交流中心

邮编：232001

地址：安徽淮南市人事局培训中心大楼

单位：满洲里市人才交流服务中心

邮编：021400

地址：满洲里市三道街 39 号

单位：蚌埠市人才交流中心

邮编：233000

地址：安徽省蚌埠市国货路 80 号

单位：黄山市人才交流服务中心

邮编：211805

地址：黄山市屯溪区新安北路 41 号

单位：中国北方人才市场

邮编：300170

地址：天津市河东区六纬路 112 号增 1 号

单位：深圳市人才大市场

邮编：518023

地址：深圳市福田区宝安北路 4 号

单位：长春市人才开发服务中心

邮编：130041

地址：长春市朝阳区安达街 11 号

单位：赤峰市人才交流服务中心

邮编：024000

地址：内蒙古赤峰市白马塑像西

单位：张家界人才流动服务中心

邮编：416600

地址：湖南省大庸（张家界）市人民政府办公大楼 1 楼

单位：山东省东营市人才交流中心

邮编：257091

地址：东营市东城府前街

单位：潮州人才交流服务中心

邮编：515600

地址：潮州市潮枫路旅游大厦 3 楼

单位：鸡西市人才开发交流中心

邮编：158102

地址：鸡冠区红旗路 18 区

单位：马鞍山市人事人才服务中心

邮编：243001

地址：马鞍山市湖北路 35 号

单位：罗湖人才交流中心

邮编：518001

地址：深圳湖贝路巧锦湖大厦 2 楼

单位：秦皇岛市人才交流服务中心

邮编：066000

地址：河北省秦皇岛市文化北路 30 号

单位：包头市人才开发交流服务中心

邮编：014010

地址：包头市昆区市府西路 26 号

单位：阜新市人才交流服务中心

邮编：123000

地址：阜新市海州区中华路西段科技馆 4 楼

# 家庭理财

# 怎样做好家庭理财

## 搞好家庭用财预算

用财的出发点就是实现家庭的收支平衡，而良好的预算，有助于家庭的收支平衡，保障家庭的幸福与美满。所以，预算必须健全、有效和合理。编制预算内容如下：

### (1) 预算期间：

预算的期间以一月为度。通常以每月实际的主要收入期为主，如每月 15 日领薪水，其预算期间应以该月 16 日至次月 15 日为止。如果每月 5 日领工资的，其预算则以本月 6 日至下月 5 日为一个时期。以此类推。

### (2) 收入预估：

将每月的收入，细分其种类，先列于表，然后预估每月平均可支用的收入。尤其是预估月主要平均收入。至于次要收入，则可适当予以储蓄。

### (3) 支出预估：

支出项目：列出家庭的支出项目，并依据实际需要和周期，适当列出主要支出、次要支出与非必要支出三大项。主要支出为不可或缺的支出；次要支出指可有可无的项目；非必要支出，则为奢侈品的支出。同类的支出可以合并，次数较多的支出可以独立设项。

金额预估：家庭预算应以量入为出为原则，预估合理支出的金额，并要检查过去有无缺失，并依照各家庭的需要和物价水平，作适当的分配，通常先预估主要支出的金额，然后以主要支出能充分满足的余额，估计次要支出与非必要支出的金额。

#### （4）执行预算

合理的预算拟妥之后，必须付诸实施，否则，既失去预算的真谛，又不能达到谋求家庭经济发展的目的。实施家庭预算时，应特别注意下述要点：

①全家参与：应该让全家人参与，预算的编制，家人只有了解家庭的经济现状，才能接受预算，进而实施预算。

②努力实施：家庭主妇（夫）为了安定生活或为了改善家计，要遵照预算的内容，努力实施，并要有知足常乐的态度，对日常生活不可过分要求。

③注意“节流”：编制预算就是依照家庭的收入、需求和物价水平所制订的家庭经济计划，因而家庭主妇（夫）对于预算的项目应努力实施，而对于未列入预算的项目，应当加以节制，尽可能节省开支。

## 四种常见的家庭分类开支

### （1）非固定开支

是指在一定时期内必须消费，且“弹性系数”较大的费用，如每个月的副食费用、衣服费用、医药费用、文化娱乐费用等。这些费用可松可紧，可以精打细算。

### (2) 固定开支

是指在一定时期内数目基本不变不能省略的费用，如每个月的主食、房租、水、电和煤气费。这些费用必须首先留出，坚决予以保证。

### (3) 积累性开支

如存储一些钱，达到一定的数额后，购置一些高档消费品，如冰箱、彩电、空调、卡拉OK机、摄录像机等。

### (4) 季节性开支

如到换季时，要考虑添置一些大件衣服；开学前孩子要交学费等。

## 非固定收入的管理

专项奖金、稿费、讲课费、接受朋友馈赠、参加保险得到的赔偿金、劳务费、小费等均属于非固定收入。对于数量大的非固定收入，要及时存入银行，或者用它办些大事，对于那些数量不算多的非固定收入，人们往往不十分重视，随便地把它混杂在正常的收支中去使用，结果就会出现既说不清用这笔钱干了什么，而钱又确实花光了的情形。

要避免出现这种情形，有两条办法：一是及时地存入银行，至于储蓄的种类、期限，可以根据临时收入的多少，初步设想的用途来选择；二是用这笔钱办点事，买些价格较高、平时难以挤出钱来购买的书籍，等等。

不少人对于非固定收入的管理不大重视，他们觉得，反正是那么多钱，这种想法是不对的。许多家庭的事实说明，人

们花钱的弹性幅度是相当大的，手紧一紧，可能节约出一笔钱；手松一松，会在不知不觉中多开支一些本来可以不开支的钱。把非固定收入强制存起来，或者用它办一点看得见、记得住的事，就可以自己逼自己手紧一紧，避免从手指缝里“漏掉”不少钱。当然，“漏掉”的钱不是白丢了，但是，这就像国家分散财力，不能推动国民经济的全局改观一样。在家庭这个小天地里，不相对集中财力，搞点“重点工程”也是不行的。非固定收入，是最容易集中的财力，怎么能让它因为管理不善而分散掉呢。

## 家庭账目的作用

家庭帐目通常被忽视，其实它是家庭生活的重要内容，对现实生活有许多好处：

(1) 通过记家庭账能充分掌握家庭的收支项目，为家庭开支提供依据。每个家庭时时都在自觉或不自觉地做一些家庭开支计划，如下月将添什么东西，这就是家庭开支计划中的一部分。要使这个开支计划切实可行，就必须了解家庭每个月的固定收入及日常支出情况。这些只要通过记一段时间的家庭账就能掌握其规律，使日常生活条理化，保持勤俭节约。

(2) 记家庭账能促进家庭成员和睦相处。据社会学家调查，经济纠纷是家庭破裂的重要原因，特别是成员较多的家庭，日常开支需要家庭成员共同负担，时间长了，难免会互相猜疑，如果家庭中有一本流水账，成员中谁负担了多少可

一目了然。

(3) 主人是专业户、个体户的还可以从家庭账簿中获取有用的经济信息，如掌握人们对什么商品最需要，养殖什么最赚钱，从而及时改变经营方针，提高经营技巧。

(5) 家庭账簿还起备忘作用。亲友借债或馈赠这类事，因一般不写收据，时间长了难免遗忘，记家庭流水账就可做到有账可查。

记家庭帐目的方法：第一，真实地记录下每一笔收入和支出，不要认为家庭账是记给自己看的，小数目可以忽略，时间长了就是大数目。第二，要天天记，最好养成习惯，每天临睡前把当天的账务整理清楚，防止时间长了而误记，造成账实不符。第三，要注意保管，可以按年份装订保管，以备查用。

## 怎样学会赚钱

### (1) 开发创造力

财富属于那些能把新观念（点）付诸实践的人。如果你能开发你的创造力，这些新观点就会服务于你。

### (2) 同别人合作的学问

靠单枪匹马业余致富的机率很少，巨大的财富通常是有妙招的人同多才多艺的智者通力合作的成就。你今天结交的朋友，可能在明天帮你走向富裕。懂得如何同别人合作，是你赚钱技能中非常重要的一项。

### (3) 永远不要丧失希望

每天想像一下钱将给你和家人带来什么：想像一下有钱以后的你，你和家人将从中得到何等幸福。用你的意念，“梦想成真”的感觉去想像，你似乎看到了存折、股票证券、固定资产和钱所带给你的其他财产，手似乎已“感受”到了钱的存在。

#### (4) 审时度势要迅速

如果你迟迟难以下决断，就不可能成为富翁。“当断不断，必有后患”这句话在许多人竞争同一目标的情况下往往很正确。怎样才能迅速地审时度势呢？调动你所有的器官，去观察，去感觉，去倾听，如果有必要，去嗅、去尝。当遇到蕴含赢利可能性的情况时，要全神贯注，忘掉一切，即使鲁莽点儿也无妨。尽快收集各有关情况，做到心中有数，然后运用你的分析能力并作谨慎地判断。

#### (5) 持之以恒

如果你过去是位半途而废者，那就从今天起改掉这个坏毛病。通常，成功和破产之间只有几个小时、几天或几周时间之差。为何在还有成功希望的时候放弃努力呢？半途而废只能使你不断失败。你变得如此沮丧直至彻底退却，很有可能使到手的财富一去不返。

#### (6) 对时事保持敏感

运用这条赚钱之道，使你的每一项工作都迈出走向业余致富的第一步。看报时，留心业余致富的机会；研读经济栏目时，注意能引导你走向富裕的线索；读一读富人的讣告，你可以从这些人的发迹史中吸取不少有益的提示。上班时要充满兴趣，并一心一意把工作做好。

### (7) 敢于冒险

没有万无一失的赚钱之道。认识到这一点，会使你业余致富更加容易。想赚钱就得担风险。如果冒险使你恐惧，使你极度紧张不安或不快，你就必须改变这一状态。改变的方法是：拿出点余钱，即使只有 1000 元也行，用在一项很冒险但很有前途的事业。在投资前，把这笔钱从脑中勾销，就可减少你的担忧。如果这次投资成功，下次你就会投资更多的钱，忧虑也会更小。

### (8) 充分利用借贷

一些巨大的财富都是建立在借贷上的。天才的赚钱者了解并能充分利用借贷，他用资金中极少的一部分购买不动产，作为股票市场的观察家，他尽量利用差额。当然，借钱得付利息，但是你可以用别人的资本赚钱，你能增大你的赢利潜力，它将远远超出你的资产所允许的程度。

### (9) 无论在何时都要有时间观念

“时间就是金钱”是本杰明·富兰克林的名言。时间观念和致富密切相关。在赚钱计划中，如果没有时间观念，那么，你这个人永远不可能富起来。

## 家庭购买的合理组织

(1) 首先搞好家庭预算，适当规定一定时期内家庭购买力的大小和具体用于各项购买的数额。在家庭的全部货币收入中，首先要根据勤俭节约、量入为出、统筹安排的原则，提取用于家庭生产、用于家庭投资、用于家庭储备和储蓄的部

分，此外还要扣除其他费用的支出，如党、团、工会的组织费、税金、捐献赠款、缴款等。其次要根据家庭的各项实际需要，大致估算出用于各种购买的金额。一般说来，应该首先考虑用于购买生存资料的部分。首先满足对家庭生活影响较大的购买，然后才满足对家庭生活影响较小的购买，等等。

(2) 在实际的家庭购买过程中，要尽量按照家庭预算进行购买，尽量少受其他外在因素的干扰。例如不因赶时髦、图新鲜、争强赌胜、猎奇、炫耀等而购买。对于商品广告，商品外观等也要作比较客观的分析，讲求实用、方便、购后服务可靠。

(3) 尽量缩短购买时间，减少购买费用。如果其他条件已定，那么缩短购买时间的主要途径就是减少购买次数和扩大购买规模。不过，缩短购买时间要有一定限度，超过这个限度就会引起其他方面的支出增加，例如，蔬菜果品等一次购买过多，贮藏不好就会变坏，为此可能又需要购买电冰箱。

## 夫妻怎样理财

钱的合理支出和储蓄相当有讲究。每个家庭的夫妇应该学会合理地、科学地、有计划地花钱。下面提供几点花钱策略，供学习参考：

### (1) 立体的家庭消费结构

拿到当月的全部收入后，夫妻首先应考虑充裕的生存开销，也就是说要把当月的“开门七件事”先安排好。生存开销在家庭生活中最重要，这一点把握不好，不仅要影响双方

的工作、情绪，而且天长日久还会影响夫妻感情。在安排充裕的生存开销后，夫妻俩可以安排发展开销，即智力投资和健康投资，如订阅书报杂志，购买体育用品等。其次可以考虑舒适地调剂生活，上戏院、电影院、去旅游等，还可以积存资金购置家用电器。

## (2) 家庭经济的掌管方式

①主管式。由一个掌管家庭经济大权，另一个人处于被支配地位。这种形式较适于靠工资收入且工资较低的小夫妇家庭。掌权者，最好是女性，因为她们办事细心、周到，同时也可让丈夫全心投入到工作中去。妻子不要在经济上把丈夫卡得太死。不能独断，夫妻俩遇事应多商量。

②自由式。所谓自由式，即双方的工资收入归自己用，但必须拿出工资收入的一部分作为家庭公共资金，以备平时急用。这种形式对于家庭底子好而收入也不低的小夫妇较合适。

③合作式。对与长辈一起生活的夫妻较合适。由长辈掌管大权，晚辈拿出收入的一部分，实行家庭经济合作。这种形式较以上两种要复杂一些，晚辈不能以拿出一定的钱就甩手不管了，把家当成是饭馆和旅馆，应该体谅和帮助长辈搞好家庭生活。如果家庭遇到特殊情况需要花费大钱，做晚辈的应另外拿出钱来。

## 怎样避免消费风险

首先，要注意学习一些商品知识。具备一定辨别真伪的能力。

其次，购物前要对不同商品进行多方面的比较。一个人的知识总是有限的，而对一个家庭来说，购买大件的次数也不会很多，加之随着现代化水平的不断提高，新产品总是层出不穷地展现在人们的面前。因此，购物前应该多渠道获取商品信息。既向广告了解，也向有经验的人了解，还可以走走不同的商店进行一下考察比较再下决心购买。

## 家庭理财中的六大消费决策

消费决策的内容可以用“六个 W”来概括：

一是想买什么(What)。首先是人们要买什么东西。其次，如果这种东西有不同的品种，如何选择。

二是为什么要买(Why)。买东西总出自个人或家庭的某种需要，这种需要是否迫切，是否正常和合理等。

三是什么时候买(When)。买东西有个时机问题，有的东西要及时买，越快越好；有的东西要看准时机再买；而有的东西晚一点买较为合算。

四是谁去买(Who)。家里谁有空，谁懂行，或谁方便。

五是准备在何处买(Where)。同一种商品，在不同的地区有不同的质量和价格，其中还有个便利的因素，这些都是需要考虑的。

六是准备用什么方式买(How)。譬如说，借钱买、用积蓄买、赊买、分期付款、和别人合买、卖掉了家中用处不大的东西以后再买，等等。

这“六个 W”由当家人决定的，但是实际上家庭消费的

决策往往不是一种力量作用的结果，而是几种力量即每个家庭成员通力合作的结果。

家庭成员在消费过程中，大致可以划分为以下四种角色：

第一是建议者，对家庭某一方面的消费提出希望、建议。

第二是决策者，或是对其他家庭成员的建议表示同意或不同意，或是自己决定去买什么东西。这个决策者多数是家里的当家人或很有权威的人，或是由于家庭分工而在某些方面负有独立责任的人，

第三是影响决策者。有些家庭成员虽然不是消费的决策者，但是能影响决策人的消费决心。这种影响可能出自感情，也可能出自威信。例如夫妻很溺爱孩子，对孩子的要求百依百顺，孩子对家庭消费的影响是很大的。那么，孩子就是影响决策者。

第四是执行者。这在家庭消费过程中是不固定的，他可能是决策者，既决策，又执行；也可能是另一个或另几个家庭成员，或是保姆、佣人。

## 集市交易的技巧

经商者大都有自己的生意经，而消费者也应有自己的采买经，下面归纳出了“议、比、挑、等、拣”五字经，供您参考：

议：集市价格都是议价。因此，当你进入集市购物时，首先脑子里应有“议”的思想准备。卖方总是在摊位上喊最高价，买主就不要怕磨嘴皮，要讨价还价，根据喊价适当下浮，

反复商议，最终成交。

**比：**上集采买时，切忌急于求成，盯一个摊位。要货比三家，掌握行情，有选择地购买。有的卖主急于将货出手，要价自然比其他卖主放低，你就可以少花钱，多买货。

**挑：**挑日子上集采买也是个窍门。卖主根据人们在休息日总爱走亲串友或休息日改善生活的特点，往往趁机抬价。避免休息日采买可避开抬价。

**等：**就是等到集市价格较低的时候再上集采买。集市每天的价格有个波动规律：清晨开市价格最高，9 时后价格开始回落，中午人们下班后价格回升，下午 3 时价格又低，到傍晚时价格最低，一般开市与落市的价格相差近  $1/3$ 。

**拣：**看准要买的东西一定要认真挑拣，不然就会吃亏上当。例如有的商贩把鲜蘑菇用水浸泡，增加重量，看外形与真货差不多。如不认真挑拣，势必上当受骗。

# 储 蓄

## 怎样进行家庭储蓄

储蓄是家庭经济积累的一个重要手段。搞好家庭储蓄，是理家发家的一个重要内容。

那么，家庭怎样进行合理的储蓄呢？

首先，要合理地确定储蓄金额。储蓄，并不是越多越好。只存不花，就失去了货币的作用，这会影响商品生产的发展。储蓄的量，应根据家庭收入，人口情况以及家庭的消费结构来合理地确定。

其次，要合理选择储蓄的种类。不同的存款方式，可以得到不同的利息。活期储蓄：开户时从1元存起，多存不限，储户可随时存取，每年清算利息一次（利息的具体计算，前面讲过）。

每个家庭应当根据自己的实际情况，采取不同的储蓄种类。如果家庭每月的收支不固定，或家庭成员流动性大，最好选择存取方便的活期储蓄。而如果收入稳定，每月又有一定结余，则最好选择零存整取的方式，这有利于聚零为整，为购买高级消费品打下基础。有的家庭想为孩子积攒一笔教育经费或为老人存钱防老，这样可以采取存本取息的方式，定期取出利息，而不去动本金。定期存款的年限分为1、3、5、

8年，存的年数越长，利息越高。但家庭存款也要留有余地，不能只顾年长利高而影响正常家庭的消费与建设。

## 几种常见的家庭积蓄方案

### (1) 储蓄方式

这是把个人收入存入银行或信用社，有计划地逐步积累个人的经济结余。这种储存的最大优点是不受起点限制。安全可靠，同时储存3年以上的定期储蓄可保值或增值，缺点是利息比同类集资利率略低。

### (2) 债券方式

认购各类债券，如国库券、公债、企业债券、金融债券等。利率一般比储蓄档次高，经济效益较好，但安全性，灵活性不足。

### (3) 股金方式

加入企业、集体或个体合股，以股金方式储存，这种方式要与企业、集体或个体承担风险，与他们的经济效益共存亡。特点是风险大，但回报也大。

### (4) 现金方式

以现金形态贮藏起来，其优点是支用方便灵活。但有几个缺点：一是因为太方便，没有约束力、不易实现积累计划的实现。二是不安全，容易遗失、霉烂或被窃。

### (5) 实物方式

转化为实物形态储存起来，如购买商品、买房、建房等。这种储存方式，从主观愿望来说最保险，结余的钱不会因物

价上涨而贬值，甚至还会因物价上涨而增值，但是实物过多，不仅占地，还会因长期不用，老化变质，造成浪费等。

#### (6) 黄金方式

购买金银类商品，其优点是不易贬值，但易遗失、被盗。

#### (7) 信用方式

用于民间借贷方式，以个人信用的形态把资金让与他人运用。目前，国家允许利率由借贷双方议定，不受国家政府限制，一般成交率较高，但风险很大，一不小心本钱难收。

以上几种储存积蓄方案，各有利弊，缺点最大的是现金方式，次之是信用、实物方式，最优的则是储蓄方式，次之是债券、股金方式。

## 几种最佳的储蓄方法

### (1) 最佳续存增息法

到期的存单如何处置才好呢？有人认为不取出来最有利，特别是期限长的存单，到期不取，按规定可以继续享受原来较高的利率，利息就多。实际上，对于很快就要用这笔钱的情况来说，这样可能是比取出后转存活期有利；但若是用不着这笔钱，需要继续储蓄，上述到期不取，不办续存的做法就不利了。这是因为：采取到期就取，立即续存的办法，原先的利息就成了本金，也会生利息了。相反，到期不取，本金就不会变，先前的利息就不会再生利息，自然也就少得利了。若是5年不取，恐怕就要少拿二三百元钱。所以，当定期存单到期时，如果你估计短期之内不会使用，就应立即取

出再续存。这种储蓄方法可以增加较多的利息。

## (2) 滚动储蓄法

钱已经存了定期，可突然要买个大件，若提前支取，就影响得息。怎么办？有些人为此往往留有相当一部分活期存款，或者是到期的定期存款先不取。有没有比这更好的办法呢？有的。要取得高效益，不妨费点事，把一笔钱分成若干分，间隔一定时间存进一笔定期。这样，每隔一定时间都有存款到期，都有提款的机会。到期的钱若没碰上用场，就取出后连本带息再存入定期，依次滚动，水涨船高。若是派上了用场，也不会牵一发而动全身。

## 邮政储蓄中的几点安全措施

(1) 邮政储蓄最好要写真实姓名。一些储户怕露富或者因其他原因，不愿填写真实姓名，这样做对自己很不利。因为当储户的存单或存折遗失，邮局无法根据假名（别名）找到储户。又因在办理存单（折）挂失申请时，如身份证件上的姓名与存单（折）上的姓名不符，邮局将不能及时为储户办理手续。

(2) 备有一本存款备忘录。每次存款后都将存单存折上的号码、账号、存款日期、金额和期限一一记载在上面。如要办理挂失手续时，可向邮局提供详情，但“备忘录”不能与存折存单、身份证件等放在一起，以免一起失盗后存款被人冒领。

(3) 储户自己要注意保密，平时不要与别人闲谈自己的

存款情况。虽然邮储有“为储户保密”的义务，邮局会严格遵守，但是储户自己泄露存款情况，有时也会给邮局带来困难，造成不安全因素。

(4) 邮储存单存折要妥善保管，防止潮湿、霉变、虫蛀等。更不要随便夹在衣物内，以防丢失。

## 残缺人民币的兑换标准

(1) 不论是哪种票面的人民币，凡残缺部分不超过原票面的  $1/5$ ，剩余部分的图案、文字清楚或能照原样连接者，可按原面额兑换。

(2) 凡票面污损、熏焦、水湿、油浸、变色，但可辨别真假，票面完整或残缺部分不超过  $1/5$ ，票面其余部分的图案、文字能照原样连接的，也可兑换全额。

(3) 凡票面残缺  $1/5 \sim 1/2$ ，剩余部分的图案、文字可照原样连接的，可按票面金额一半兑换完整人民币。

(4) 凡残缺部分超过  $1/2$  者，且票面污损、熏黑、水浸、油浸、变色且不能辨别真假者，或故意挖补、涂改、剪贴、拼凑、揭去一面者，一律不予兑换。

凡能兑换半额或不能兑换的残缺人民币，均由各银行回笼后打洞作废，不准流通使用。

## 怎样储蓄和兑换家庭金银

我国是长期使用金、银作货币的国家。如今，中国人民

银行除了发行纪念性的金币以外,不再把金银作为通用货币。但人们仍可以将收藏着的金器、银元、黄金和白银等按市场牌价随时兑换现金。

国务院批准中国人民银行于1982年开始在国内市场恢复黄金饰品的出售。因而,金银饰物、珠宝翠钻又走进了家庭。

从国外来看,黄金仍是世界性的货币商品,在西方国家,由于通货膨胀,市场物价波动极大,因此收藏金银饰物既显示家庭的富贵华丽,也有保值的动机。但是,在我国,购买金银饰物无法构成保值的作用。因为,金银饰物的零售市场单价与兑换收购单价相差较悬殊;所以,现在购买金银饰物多用于装饰自己的外表。

对于家庭持有的金银,国家不允许计价使用和私自买卖。个人出售金银时,必须按照国家牌价交售给中国人民银行。银行过秤验收,并根据件数、毛重、纯重、检验的成色,填制“收兑金银鉴定凭证”,然后,以当时的牌价支付金额。从这一意义上说,贮藏金银也成为一种聚财形式。

# 家庭保险

## 保险的主要形式

参加中国人民保险公司的各项保险，能使生活安定、经营稳定，这个道理正日益为大家所接受。那么保险主要有哪些形式呢？

(1) 家庭财产保险，可为你日益富裕的生活“以防万一”，一旦家庭里的财产遭受自然灾害或意外事故造成损失时，将会使你得到应有的经济补偿，如果再加盗窃保险，即使遭到窃贼暗算，也能有钱重置。

(2) 人身保险，为你提供稳定生活的保证。其中，简易人身保险是一种带有储蓄性质的保险，除了保险作用外，到期还能得到本金加利息；为了顺利分娩，可投保母婴安康保险；为了孩子的安全，可投学生平安保险；为了孩子健康成长，可参加子女教育婚嫁保险。

(3) 养殖业保险，是为专业户、承包户养鸡、鸭、鱼、牛、猪等解除后顾之忧而开设的一项保险业务。

(4) 企业财产保险，将可以预计的支出，来防止不可预见的损失。还有，为职工投保养老保险，可使职工老有所养。为职工投保其他人身保险，将有能力对付突发不幸事件。

## 怎样办理投保手续

当投保人（要求保险的人）申请保险时，首先要写一个书面申请，一般叫投保单。这是保险公司接受投保，出立保险单的依据。有些保险的投保单还作为保险单的一个组成部分。投保单一般需包括下述内容：

（1）投保人的名称：明确是谁来办理保险的。

（2）投保日期：说明办理保险的日期。从投保之日起，保险公司就开始承担责任。

（3）被保险人的名称：可以是个人，也可以是企业单位、团体等。这明确是保谁的险，虽然投保人往往是被保险人，但两者不是一人的情况也不少。

（4）保险财物的名称和数量：明确保险公司保的是什么？也叫做保品，如固定财产房屋一栋等。

人身保险就不存在保险财物了，因为保的就是被保险人本人。

（5）保险金额：明确投保财物的金额，保险公司日后就是按照这为承担经济责任，最多不能超过这一金额。保险的原则是赔偿被保险人的实际损失，不能因保险而获得额外的利益。因此，原则上是按照实际价值来投保。因为在实际生活中包罗万象的财产、物资要一一准确无误地确定它的实际价值是比较困难的。因此，有的按账面价值，有的按发票价值，有的按市场价值。保险金额又分为总保险金额和分项保险金额两种，这是为了进一步明确保险公司对每项财物的负责限额，也便于投保人分项考虑投保的价值，因为财产保险

中的大部分是按损失的实际价值赔付的。例如房屋的保险金额为 1 万元，发生火灾被烧时，实际只值得 8000 元，假定它全部烧完，那么保险公司只赔 8000 元。因此，多保了白花保险费，少保了得不到全部保障。所以，分项保险金额，有利于确定每项分类财产的价值。例如家庭财产险，如果保的项目多些，就可以分为家具若干元，衣被若干元，家庭电器若干元等。

(6) 地址的名称：明确保险公司的保品坐落在什么地方。例如固定财产的房屋则写上房屋的地址和门牌号。

(7) 保险期限：明确保险公司责任开始和终止期限。

(8) 赔款的给付点或受益人：固定财产一般就在投保当地赔付，流动的货物大部分不在投保当地赔付，往往在目的地，或者是收货人要求的另一个地点。因此，要写明地点，以便在那里支付赔款。

人身保险的被保险人发生伤亡，特别是死亡，本人不可能领取保险金，所以还要指定受益人代领或者享受给付保险金权益。

投保单填好交给保险公司后，作为投保人应办的手续，基本上差不多了。保险公司即根据有关规定，审核是否同意承保，如果同意，保险公司根据保险费填写保险单，计算保险费，然后由投保人或被保险人缴付保险费领取保险单，在这个过程中保险公司还要进行必要的承保查勘。

## 家庭财产保险的投保

家庭财产保险，是当居民的家庭财产在遭受火灾、爆炸、

地震、雷电、冰雹、雪灾、洪水、龙卷风、空中运行物体坠落或因暴风暴雨使房屋、建筑物主要结构发生倒塌造成财产损失时，能得到经济补偿的一种保险。如房屋及其附属设备；衣服、家具、用具、用品、交通工具等；农村家庭的农具、工具、已收获的农产品、副业产品；以及代他人保管或他人共有的上述财产，都可以投保家庭财产保险。

投保时，按照家庭实际的财产估算成金额来确定保额，保险公司并不上门核对。保额决定了损失时的最高赔偿额，但损失时的赔偿是根据实际损失来确定的，多保多付保险费，并不一定能赔得最高保险金额；当然，少保了，超过保额的损失也是得不到赔偿的，所以保额一定要估得确切。如果住的是公房，房屋是不用保险的。

家庭财产保险的保险费，每年缴一次。每千元保额每年收 1 元钱，如果 10 户以上一起投保，还可享受优惠待遇。

## 人身保险的投保

简易人身保险，是一种生死都可得到保障的两全保险，具有保险和储蓄双重作用。

凡是年满 16 周岁到 65 岁，身体健康，能正常工作的人，都可以参加这种保险。这种保险手续简便，保期长。保险期限分 5 年、10 年、15 年、20 年四种。保险期满时的年龄最高以 70 岁为限，也就是 65 周岁的人最多只能参加 5 年期；60 周岁的人最多只能参加 10 年期。

保险金额和保险费是按份数计算的，每份每月缴费 1 元，

保险金额是根据投保时的年龄和保险期限规定的，每人可以投保多份，但保险总金额以 5000 元为限，如果超过 5000 元，要到保险公司指定的医院去体检后，才能被接受。

（保险金额可到各保险公司详查）

保了险以后，如果到期时健在，可领取规定的金额。如未到期遇到意外伤害事件而致残，可按规定领到部分保险金，以后的保险费可少缴或不缴，到期时再可领取一笔全数保险金。如果保险后因意外伤害事件致死亡，可得到全部保险金。如果在参加保险 180 天后因疾病死亡，亦可得到全数保险金。

## 怎样签订家庭财产保险合同

财产保险合同，是投保方和保险方之间关于财产保险的协议。它是投保方将一定的财产向保险方投保，并按规定缴付保险费，保险方在保险事故发生后，按合同规定对投保方的财产损失给予补偿。

我国财产保险合同条例和经济合同法中规定：投保方提出投保要求，填具投保单，经与保险商定交付保险费方法，并经保险方签章承保后，保险合同即告成立，保险方应根据保险合同及时向投保方出具保险单或者保险凭证。

在签订保险合同中，应明确规定：

- （1）保险标的，即投保对象、财产、货物、人身；
- （2）坐落地点，即投保财产的地点；
- （3）保险金额，即保险财产的价值；
- （4）保险责任，保险方对保险财产由于保险事故所造成

的损失应付的赔偿责任；

- (5) 保险费，即投保时按约定向保险方缴付保险费；
- (6) 保险的期限，一般规定为一年，期满续定；
- (7) 赔偿办法和违约责任等条款。

# 怎样搞好经营

## 选择店址

“选一个好的店址，等于有一个金矿”。店址的选择是很重要的。

有时候，地点就差那么几十步路，生意却完全两样。下面介绍一些选择店址的窍门：

### (1) 选择人群“聚脚”地

“聚脚”地指人们喜欢停留的地方，如：车站码头，旅店招待所，各种娱乐场所附近，还有酒店、市场、学校、居民区、医院附近。避免选择那些表面看车流人流来来往往，但实际上是“匆匆过客”的地方开店。

### (2) 选择聚居的地方

即居民集中的地方，如住宅区、居民点、宿舍区。

### (3) 不同地方，开设不同商店

风景区——是旅游者向往之地，针对旅游者的衣食住行，提供适宜服务。适合开设：酒家、饭店、旅店、当地土特产店、摄影店等。

山区——远离城市，交通不便，屋舍分散，商业薄弱，购买力低。因此，只宜开设中小型的干鲜杂货店和百货店。

矿山——多数地处远离城市和村庄的偏僻地方，矿工对

生活用品的要求是多种多样的，宜开设粮店、干鲜杂货店、百货店、文具店、理发店、糖烟酒店、家用电器之类的商店。

市郊——有工厂、院校和农民。工厂职工有住在工厂里，有住在城里的，中午只有半个钟头休息，没时间出来逛商店。工厂附近只能开些小卖部之类的店子。大（中）专院校本身有较完善的后勤部门，加上学生的经济能力有限，所以，只能开设小百货店。郊区农民喜欢价廉实用，因此，在农村的商店，装饰无须太豪华，经营的商品应是适合农民需要的，并且要价廉实用。

## 起店名

好店名能让顾客一见难忘，从而更有效的吸引顾客走进店来。

怎样起个好的店名呢？

（1）店名要有特色。所谓特色，是指地方特色或本店的特色。

（2）店名不可太长。太长了不易记住。

（3）店名要通俗易懂。

（4）带吉祥意思使人有好感，看了以后乐意进来。

（5）招牌上书写的店名的颜色要鲜艳、醒目。

（6）招牌上书写的店名的字体要大众化，免得使人费解、记不住。

（7）店名要名符其实。

## 市场商品信息的来源

(1) 询问调查法——询问一些亲戚朋友、邻居、或者有关部门某种商品的市场动态、销售情况以及对该商品的态度。

(2) 实验调查法——对想要经营的某一种商品，先购进一些，拿到店里或市场上出售，根据销售情况决定是否进货。实验的范围由小到大，可进可退。

(3) 阅读报刊法——阅读报纸上最新的商业信息或有关商品行情。收集市场信息，开阔视野。

(4) 上街直观法——亲自上街，进商店，逛市场，充作顾客，观察某种货物的销售情况，观察顾客选购商品时的反映和购货的成交率。

(5) 同类商品比较法——同类商品，哪一个牌子，哪一种包装受顾客欢迎？然后得出结论，研究对策。

## 怎样抓住顾客购买心理

### (1) 供其所需

经营者要了解 and 掌握顾客什么时候需要什么东西，必须提前做好准备，及时供应。例如：雨天人们需要雨伞、雨鞋；暑天需要冷饮、电扇；寒冷季节，人们需要御寒品；办喜事需要糖果烟酒；孩子上学，需要文具用品。

### (2) 补其所缺

人们对消费品的需求是多种多样的。诸如衣食住行，生

老病死。但是，市场供货并不能齐全，这就给经营者提供了需求信息。经营者要抓住消费者的需求心理，抓住市场缺货的机会，补其所缺，就有生意做了。

### (3) 投其所好

经营者若要生意兴隆，必须学点心理学，掌握不同顾客的不同心理状态，想方设法投其所好。例如：广东人和广西人爱吃甜；四川人和湖南人爱吃辣；老人喜欢庄重、朴素；年青人喜欢新颖、漂亮等等。

### (4) 适其所向

各个消费层次的消费者在不同时期，都有其具体的消费趋势和需求动向。经营者必须密切注视市场的动向，认真作好市场调查，抓好市场预测，以适应消费者的心理动向和心理需求。

### (5) 避其所忌

指风俗习惯之忌，或者是顾客心理之忌。有一些常识经营者是必须掌握的。例如：给印度人送东西时，千万别用左手（因为印度人是用左手抹屁股的）。又如，我国过年过节或办喜事时喜欢红色，最忌白色、黑色、灰色和蓝色。就连数字也有所忌的。如，广东和港澳忌“四”，喜“三”、“八”；西方人忌“十三”。此外，西方人忌黑猫、熊猫、菊花、杜鹃花、纸花。

### (6) 激其所欲

经营者不但要按照顾客的普通需要而组织货源，还必须想方设法激发顾客的潜在需求。例如：在花式和功能方面，要不断创新；在销售方面，要经常变换方法；在质量方面，要

不断取得顾客信任。这样，才能诱发顾客，吸引顾客，变滞销为畅销。

# 兼职与创收

## 兼职是对能力的考验

明智的人能从正职中学习更多技能，如果正职所提供的知识不够，就必须当机立断，趁空闲时间学习其他技能。以电话接线生为例，似乎没多大机会学习更进一步的技术。若懂得利用余暇，学习有关的技能，如酒店业、公关、电脑操作等，即能加强自己的才能，应付更多及不同类型的工作。

有些人对某项工作有心得，但不表示他对任何工作均能应付自如。有时候，一位资深的文学工作者，可能是个数字“白痴”；同样地，一位数学天分极高的人，执笔为文却欠通顺，不可能要他从事执笔写文章的工作。

正职不一定是符合自己兴趣的工作，但是选择兼职，则非要慎选不可。除了是本身才能所及的工作外，也须尽量符合自己的兴趣。无可否认，兼职可以扩阔生活的领域，但是连正职也未有足够的才能应付，就不宜迫不及待学习和发展另一项才能了。

## 兼职成功的秘诀

如果在正职中努力工作仍得不到上司的赏识。要积极考

虑兼职的计划。

如何利用空闲时间去兼职赚钱呢？①主动。只想而不做只会一事无成。行动起来才能发挥更大潜能。②重视每一项收入。不要忽视你努力赚取来的每一份钱，这可以使你更积极工作，赚取更多收获。③任何时间都可以赚钱。不要硬性规定哪段时间是用来兼职的，这会扼杀你的赚钱机会。

此外，要做到正职兼职互不影响，这是每一个兼职者的必须留意的，如果在作正职时想着兼职的烦琐事。干兼职又直接或间接影响正职工作，这样的兼职是得不偿失。

## 兼职怎样高效率利用时间

懂得如何高效率地利用时间，是能否通过第二职业赚取职业外收入的重要条件。一些成功的第二职业者大都坚持了以下几条主要原则：

不要干花很长时间才能见效的工作，例如有些工作本来单位时间的报酬就很低，却需要花很长的时间作准备，这种工作就不适宜于知识分子。你应该寻找一个每小时都能赚钱的行当作为第二职业。这样，不致于为很少的报酬而花费你大量的时间和精力。

不要怕提出你较高的劳动报酬。当被邀请为顾问，兼职教师、法律顾问时，一些人往往不好意思索取较高报酬。他们担心，如果收费过高，就再不会有人聘用他们。的确，如果你索费过高，有些雇主就会解聘你。但是另有一些高明的雇主不仅不会解聘你，反而会因为你坚持要高报酬而愈尊重

你。对你提供的服务，报价一定要高一些。你也许会因此失去一些工作机会，但是你一旦找到第二职业，就有较高的收入。这样，实际上是在较少的时间内赚取了更多的劳动报酬。

不要干可以让别人代劳的事情。如果你写一本书，最好不要自己打印稿件，否则你会浪费许多时间，因为这完全是打字员的事。当然，由于现在有了电脑，你可以直接在电脑上写作。但是，你应该记住：不要丢下别的赚钱的事，去干那些自己不熟悉而又耗费时间的事。当你在干每小时能赚 50 元或 70 元的工作时，你可以把你不太熟悉的每小时 5 元或 7 元的活让给别人来干。

不要忽视现代化节时手段。为了赚取更多的金钱，你就不要吝惜一些小钱。假如在你的第二职业中每天都有要口授的许多东西，你最好花钱去买一个录音机。一个好的录音机可以节省许多宝贵的时间，用不了几个月就可以把这笔钱再赚回来。

# 投 资

## 什么是理想的投资

投资活动在今天已是长普遍了，但方法各不相同。广义来说，将金钱放在银行生息，也是投资，只不过所得的利息，不能抵消通胀率，变成一种没有收益的投资。而外汇、股票、黄金、地产和期货是一般人较熟悉的投资项目。但哪种投资相对来说较理想呢？理想的投资应包括以下的优点：①能赚取定期的利润，带来基本的收入。②盈利能抵消通货膨胀，避免资金贬值，并能提供资产增长的机会。③具备灵活性，可随时套现，以应付急需。

投资除了在金钱上的收益外，更可藉此加强本身与社会的联系、了解、关注和参与，并增加对经济、政治和有关方面的知识。

## 怎样投资债券

投资债券收益一般，但却胜在稳定。如果长线投资，不计算通胀率及损失的机会成本债券肯定令投资者在票面上赚一把。

债券的性质与储蓄存款相类似。投资者向出售债券的公

司购买债券，其吸引力在于该公司愿意付出颇高的利息，目的是兑现，直到限期为止，债券持有者可取回连本带息的金钱，而债券的年期一般颇长，否则也不会这么高息。投资在储蓄存款则是将金钱“借”给银行一段时间，然后让投资者连本带息也取回，至于年期方面，长短不一。

如果债券公司运行稳定，那么投资者的金钱，就可以连本带利的收回来。

在各种投资项目里，债券和储蓄存款是风险减到最低的投资。因此较适合保守及年纪较大，不愿意承担风险的投资者，但要知道的是，这样的投资回报亦不会太高，自然亦不及投资股票、外汇等可获丰富的盈利。因为债券及储蓄存款有竞争性，当银行利率上升时，债券则回跌，此时欲投资债券者，即可以低价入货。

债券是一种非常稳定的投资项目，虽然投资债券不会侵蚀资金，却也不会获得可观的实质回报。

## 投资基金的利弊

基金是以集体投资的方式，集合资金由财务投资专家管理，投资在各类型的金融债券如政府债券、可兑换证券、股票及认股权证等投资工具，假如操作获利，投资者便可获分配的利益。投资基金有以下好处：

(1) 分散风险。在金钱运用的法则上，虽有所谓“三分法”“五分法”，即将资金平均分成几份，投资在不同项目上，但假如资金不足，就根本无法三分或五分。投资基金却不同，

通过集资后，该公司可分散投资在许多不同的项目上，换言之，也令投资的风险分散。

(2) 专业性投资管理。投资者只需付出合理的价钱，便可由专业人士代为投资。

(3) 减少耗费个人时间。由于将投资交由一间公司负责，可免除管理多种投资工具的麻烦。

基金最适合一般缺乏足够专业知识、时间和资金的投资者，并且可作为投资的热身。但投资基金的缺点是投资者属于间接投资。

## 买房的利弊

首先，买房可以增值，因为在通货膨胀时，很多房子价格都会上升。

其次，可以获得心理上的满足。很多人喜欢自己拥有房屋，这样他们可以得到隐私权，这些心理上的利益可能更盛于经济上的利益。

买房也有缺点。①立即付款。立即付款意味着所得上用一大笔支出。如果拿买房的钱去投资，假设投资 50 万元，每年赚 10% 利润，则十年后这笔投资可能高达 100 万元以上，其利得 50 万元，将是你买房子所要付出的机会成本。②维护。即使房屋是全新的，仍然需要一些维护或改善，有时是因建筑上的缺点——房顶开始漏水，墙壁以及木制家具需要重新油漆等等。如果你打算使房屋保持在良好的状态，还得支付一定的维护费。

此外是半途售房。很少人买房屋而终其一生都住在那里。另外买房之后就不能随便决定搬家，因为你将有售房的烦恼；而租房就提供了很多弹性，一旦租期终止就可搬家。

## 租房的利弊

租房与买房比较起来有一些明显的优势，财务上有弹性，不需维护，以及不需任何资本等。但屋里的设备如果严重地被损害，房客可能会失去所有的预付房租，而且还须付额外的修理费用。在租期未满足前，没有正当理由离去的话，便会损失你的预付租金。然而，并非所有的房东都是不通情理的人，如果某些超出你控制之外的情况发生，使得你必须搬家、且房屋又保持良好的话，房东与你之间通常可达成合理的协议。在这种情况下，互相尊重及体谅是十分必要的。

租房的维护有时是由房东来完成的。这些修理成本会算进租金当中：有些租约中还会要求你自己负责修理，所以在签约时，要仔细阅读。这样，你就知道房租较低是有原因的了。

租房的缺点可以分为两大类：净成本以及完全自主和隐私权的丧失。

(1) 净成本：租房者每月租金是必须花费的，而房屋会不断增值。如果是买房，刚开始也许你为房屋贷款、房屋维修、装璜等，需付出比租金要高得多的成本发愁，但一个时期以后，贷款部分逐渐还清，要是房屋增值得很快的话，将是一笔相当可观的利益。因此，从长期来讲，买房比租房要

省钱。

(2) 自主及隐私：租得的房屋小心地使用房中设备，如果损害，你就必须赔偿，失掉自主权。

综合买房及租房优缺点，如果你打算买房子且欲住上五年以上，那么会比租房有利。然而，如果你目前的收入太低或负债太多，你的工作需要每两年更换一次住所，或者你根本不想负担拥有房子所带来的种种困扰，那么租房才是你最佳的选择。

当要租房时，列个检查表比较一下会有助于选择，这样的话，只要你发现房子缺少必要项目，就不会签下任何租约。

## 怎样投资古董

判断古董的真伪及其价目，是一门易学难精的学问，非要有过人的天赋，加上后天的学识不可，所以说投资者的眼光极为重要，否则很难得到回报。

如何可以保障投资者的利益？下列数点必须注意：①留意市场潮流，看多数人喜爱哪种类型古董。②买真正的古董，而非膺品或仿制品。③记录上次拍卖会各项古董的卖出价钱。

古董的价值基本上是因人而异，只看购买者愿出的价钱，亦可以说没有市价，大致上，一件古董的价值可由下面几项因素决定：①市场需要；②艺术价值；③技术精华；④稀有程度；⑤保存情况；⑥潮流所趋。

在经济稳定的大前提下，古董是一种稳健的投资对象，因为它的价值有升无降，时间越久就越有价值；除非突然发现大批珍品时，同类型古董的价值才会跌幅。所谓“物以稀为

贵”，一般年代越久远的古董越见珍贵。

投资古董最理想当然是以低廉的价钱购入珍品，再以高价卖出，现在的拍卖行，每年均会定期举行展览会，投资者切勿错过。古董不同于其他投资项目，在于它不受通货膨胀影响。

## 怎样投资名画

名画最有收藏价值的艺术品，一幅名画如果是孤本，只要需求增加，但供应不能增加，其升值幅度理论上可以大于任何可以增加供应的东西（例如黄金、物业）。投资名画的好处有：

(1) 艺术品的价值与金钱的价值完全独立。比如 1968 年至 1969 年经济不景气时，艺术品价格飞升，而资本价值、公司盈利及股息则下降。艺术品于是成了不受“价值侵蚀”的另一种金钱，通胀更足以促成任何收藏品的升值。

(2) 过去名画拍卖的案例，虽然都显示艺术品的价格一直增升，但专家认为，投资名画应视为长线投资，最低限度以 5~10 年为期。原因很简单，同样一张孤本连续在拍卖场上出现，不能预期迅速大幅升值。“曝光”太多，反而有害。何况名画拍卖，耗费甚巨（保险、搬运存放及佣金等均不菲）。

(3) 收藏名画作投资，有不少“心理享受”。名画的拥有人也可以一举成名。

纯以投资立场看，购置名画投资，也有下列不利之处：

第一，尽管报纸上常有名画高价拍卖成交的消息出现，而

且确有不少名画能达致一年升值三四成，可是统计数字指出，以整体的名画市场而言，过去 20 年升值，只是循序渐进。举几个实例：根据苏富比和佳士得两大拍卖行 1980 年 5 月在纽约拍卖的成绩，Renoir 的一张《花园》，以 120 万美元售出，该画原画主于 1957 年以 20 万元购入，表面价值大幅上升，实际每年增长率以复利计仅为 8.1%。增值幅度最大的，也不过是 Gauguin 的一幅《大溪地妇人在椰树下》，1960 年以 3.8 万美元购入，20 年后以 180 万售出，年增率 15%。换言之，名画长线增值虽可期，但通常亦只是合理的增长。有些名画，如《向日葵》的高价成交，不能视为常例。

第二，名画的买卖灵活性较差。要把你的收藏品拍卖，从接洽拍卖行，编入目录，至售出收钱，可以一等六个月至九个月之久。私人交易又不容易安排。所以说名画是不容易套现的投资项目。

第三，投资名画最值得担心的，是购进赝品。倘若经由大拍卖行买进，或许可以有若干程度的真迹保证。1995 年有些人士数度受国画“大减价”的诱惑而未敢购买，就是自问不够“识货”。此外，在外国购买，也要研究清楚这幅画是不是属受保护文物之列而不许出口。

第四，留心风尚的转变，梵高和高更作品生前无人问津，死后却值钱，但别的画家也可能反其道而行。尤其是新派现代画家，今天是名家，明天会是无名小卒。

## 如何投资古瓷

收藏名瓷，有以下五点要掌握：

第一，尽管中国古瓷多年来升值的幅度，与地产、股票相比有过之而无不及，但名瓷始终是一种冷门收藏品，而且由于收藏家过度集中于日本和香港，它的价格会更易波动。倘若有什么风吹草动，这种古董会较难脱手。其价格业常受地区政治因素的影响。

第二，无论收藏哪种收藏品，收藏者一定要有足够的知识才行。每种收藏品的资深藏家，都应是这种藏品的专家才可以。有志者在第一年里要多读书多看货，但什么都不要买！到买时要贵精不贵多，更要专。

第三，什么收藏品都有贗品，而中国瓷器的贗品，问题特别严重，而且假的印记也愈做愈精。据说台湾造的许多贗品，是几可乱真的。要鉴定，除了要靠专家的“法眼”外，还要用科学方法。

第四，藏家对一件收藏品的评估，往往很主观。而中国名瓷的藏家，大都对一件东西的“状态”达到吹毛求疵的苛求程度。一条极小的痕迹，对于西方藏家来说也许不那么重要，但对中国瓷器藏家来说，他们大概宁付十倍价钱，也要全无暇疵的货色。这也就是说，要投资中国古瓷，一定要注意“状态”这个特别重要的估值因素。

## 怎样投资古钱币

在所有的投资中，古币的升值是惊人的。例如，1950年，一枚美国1796年的25分银币值175美元，而1980年它升值

至 2.3 万美元。

投资古币需要的学问，比买卖股票所需要的学问要大得多。收藏钱币的第一个好处，是它的收藏意义。钱币代表了历史的陈迹，又有审美价值。如果收藏家深入研究，互相交换心得，也是一大乐事。

站在纯投资立场看，钱币这种资产，既轻便而易收藏，又有世界性的价值。钱币的交易市场，是古董市场中最活跃的一个。钱币收藏家很多，流通量大，容易买卖，而且钱币的品质鉴定也像钻石一样，已有一套公认的品级标准。

在古币价值的判断上“古”与价值的关系不是那么大，“稀”才是关键，而“古”虽有助于“稀”，两者却不是同一回事。花几十元钱，你就可以买到一枚古罗马铜钱，而罕见的林肯像钱币虽然不过是三十年代前后的东西，却可以值接近一万元。

“稀”的问题涉及很多方面。首先，罕有古钱而质素状况特别好的，更是罕上加罕。古钱币的差别，影响价差甚大。一枚完全没有磨损的古钱，比起轻微磨损的，差价巨大。

另外，“稀”还有几个连带的因素，例如原来铸造的数目（当年铸造得多，留存下来的亦多），一般需求大不大（美国官铸稀有古钱在收藏家的心目中当然渴求程度远超出中美洲某国大约同样稀罕的古钱），所用金属（金当然比镍或者铜值钱得多，但如属极稀样品，金属价值相对可以忽略）……凡此种种都是影响钱币价值的因素。总之，收藏古币窍门仅一点：物以“罕”为贵。

# 黄金的投资

## 黄金分类

### A. 纯金首饰

用纯金制成，不含任何其他杂质元素。从工艺角度讲，这种首饰并不理想。因纯金较软，硬度仅为 2.5~3，很容易磨损，同时因其延展性强而易于被拉伸和变形，故不能用于镶嵌宝石。

### B. K 金首饰

在纯金中按一定比例混入铜、银、镍、锌等金属，熔炼而成，实际上也就是金与其他金属的合金。纯金含金量为 100%，若将其分为 24 份，1 份金就算 1K。也就是说 1K 金指首饰中含有  $\frac{1}{24}$  的金，即 4.1667%，2K 为 8.3333%，4K 为 16.6667%，8K 为 33.333%，9K 为 37.5000%，12K 为 50.0000%，18K 为 75.0000%，22K 为 91.6667%，24K 接近 100%。K 金折合含金量的计算公式是： $K \text{ 值} \div 24 \times 100\%$ 。如 13K，即  $13 \div 24 \times 100\% = 54.1667\%$ 。K 金因是合金，从而改变了纯金柔软、易磨损之缺点，使金饰坚硬而不易变形，抗磨损，并扩展了金饰的颜色。

### C. 镀金首饰

是在铜、银等其他金属制成的首饰上，镀上一层纯金或 K 金。镀金首饰的外表，可与其相当的纯金、K 金首饰一样，但镀上去的金较易磨掉。

#### D. 仿金首饰

又称亚金首饰。指用铜、镍、锌等金属元素混合熔炼而成的颇似 K 金的首饰，但根本上却不含金。亚金首饰光洁明亮，硬度大，款式往往新颖时髦，且价格低廉，故仍有一定市场，特别是更利于用其镶嵌宝石或其他镶嵌品。

### 投资金饰品注意事项

#### (1) 注意金饰上的成色标志

购买时一定要首先看欲购金饰上有没有成色标志，若无成色标志就不要轻易购买。信誉高的“老”字号金饰店，往往还对售出的金饰出具一份证明卡，上面印有金饰店店号、地址、购买日期、金饰重量及成色、价格等，若出现纠纷则凭卡交涉。当然，在现今条件下在金饰上打印上成色标志，易于反掌，因此存在着在成色低的金饰上，打上成色高的标志的可能。考虑到这一情况，关键是要到法定批准专营的信誉高的金饰店购买，这类金饰店往往只售国家指定的金饰生产厂家的产品，进货渠道可靠、正派。对来路不明的金饰，一般不要购买，言而无信者并不乏见。

#### (2) 警惕“海货”金饰

从 20 世纪 80 年代后期，金饰出现了“逆向走私”现象，也就是从国外向国内走私金饰。外国走私品一般习称“海货”。长期以来我国一直在堵截黄金由国内向国外走私，为什么突然出现了“逆向走私”？细究起来，不外乎由以下两个因素所决定：

- ① 国外金饰价格较国内价格便宜，由国外向国内走私可

获巨利。在国际市场上黄金可自由买卖。1989年国际市场上1盎司黄金（31.1克）约为350美元，按当时美元与人民币官方汇率折算，1克黄金价值人民币不足50元，而当时国内金饰溢价（包括了加工费、利润等）高达1克100元人民币。差价明显可见，走私显然有利可图。甚至到了1992年，人民币与美元的官方汇率已接近6:1，细算起来“逆向走私”仍然有利可图。

②以低成色金饰假冒高成色金饰。“逆向走私”除能赚取国内、国外金饰溢价差价外，又再能赚取由于含金量减少所带来的双重暴利。我国人民喜爱24K、18K金饰，但世界上许多国家却盛行中低K金饰。如英国90%首饰只有9K。各国流行金饰成色如下所列：

美国：10、14、18K

英国：9、14、18、22K

法国：18、22K

德国：8、14、18K

意大利：18K

日本：8、14、18、22K

南非：9、10、14、18、22K

瑞士：9、14、18K

荷兰：8、14、18K

澳大利亚：14、18K

中国：18、24K

知道了各国金饰的流行成色，在投资购买这些国家金饰时就要心中有数。表面上都是一条金项链，9K与18K的含金

量竟相差一倍，其价值也相差一倍。例如：花 600 元 6 克重的金戒指，若成色为 24K 者，则 1 克金的价格为 100 元；若成色为 9K，则 1 克金的价格更猛增到 266.7 元。因此，购买金饰时必须既要看法价，又要看成色，两者缺一不可。

## 怎样判断金饰成色

应对欲购金饰，力争进行成色鉴定或评估，否则就有可能给你的投资带来损失。必须送到专业化验室进行化学分析，同时还须损失少部分金饰以用于分析。“试金石”是常用方法之一，但往往专营大金店和金融部门才可能有成套的试金石，委托其监测也非易事。有许多单位已能开展金饰的“无损鉴定”，但尚未普及，并要花监测费。在这种情况下，如果自己掌握几种简便方法，对金饰的成色进行自我鉴别，即使不太准确，也八九不离十。现介绍两种方法：

(1) 比重法 24K 纯金的比重为 19.3，也就是说，若金饰不是纯金，而掺入了其他金属，金饰的比重就会降低。这样，只要能测出金饰的比重，就可大体推断其成色。比重公式是：

$$\text{比重} = \frac{\text{物体在空气中的重量}}{\text{物体排开同体积水 (4℃) 的重量}} \times \text{水的比重}$$

根据上述公式，首先用比重天平称出金饰在空气中的重量，然后再将其悬入水容器中称重，用这两个重量相减之值，去除金饰在空气中的重量值，再乘上水的比重（可视为 1），就是欲测金饰的比重。这一比重越接近 19.3，金饰的成色越高；越远离 19.3，一般来说成色就越低。比重与成色之间的函数

关系可以划成一条曲线，测出了比重值，即可在曲线上找出K值。但前提是必须知道金饰所添加的其他金属的名称和含量，以比重法鉴别金饰成色，就面临这样一个复杂问题。

目前，非纯金金饰的配方有多种多样，但主要有两种，一是“金、镍、锌、铜配方”，一是“金、铜、银配方”。这两种配方的成分及其相应金饰的成色、比重（见下表）应了解。测出比重值后，可参考该表评估金饰的成色。若测出的比重在15左右，则所测金饰的成色大体会是18K的；若比重值在12左右，金饰成色会是12K的；若比重低于12，金饰成色就不可能高出12K。对一般人来说，能检测到这种程度，已心中有数了。

(2) 条痕法 准备三种溶液：18号溶液，即王水，由1份盐酸和3份硝酸混合而成；14号溶液，由1份盐酸、49份硝酸、12.5份蒸馏水混合而成；10号溶液，即是纯硝酸。检测方法是：用金饰不显眼的地方，在黑色条痕板（用无釉的粗瓷亦可）上划出一条细的条痕，先滴上18号溶液，若条痕能滞留5秒，则该首饰成色在18K以上，若条痕5秒内消失，则在18K以下；证明系18K以下后，用金饰再划一条痕，滴上一滴14号溶液，若条痕能滞留10秒，则此首饰成色为14~17K，若条痕在10秒内消失，首饰成色就在14K以下；证明系14K以下后，用金饰再划一条痕，滴下一滴10号溶液，若条痕能滞留10秒，则此首饰成色在10K以下，若条痕迅速消失，表明根本就不含金，若出现乳白色则为银制品，若条痕处出现绿色则为其它金属制品。

## 肉眼如何鉴定金饰

购买金饰时,商店决不会同意你对欲购金饰施以比重法、条痕法鉴别。在这种情况下,只好观察金饰的颜色、硬度和柔性等,粗略估价成色。中国古时对金子的成色有“七青八黄九紫十赤”之说,实际上这是指条痕的颜色,并非指其表色。黄金本色呈金黄色,因此凡赤金金饰必呈金黄色或亮黄色,不呈金黄色的必不是 24K 金。这是一条基本准则。但是,又必须辨证地来看,即凡是呈金黄的金饰又未必是赤金,因为在现代技术条件下,金与其他金属熔炼的合金,也可呈金黄色。例如,在金饰中加铜、银显金黄色,加银、铜、锌也可显金黄色。同时,添加不同比例的金属,金饰可呈多种颜色。在民间占主导地位的黄金市场需求格局中,人们已由投资性需求向美化生活需求转变。在对黄金的需求中,金饰品的需求占 80% 以上。居民从追求金饰的成色变为注重金饰的款式与艺术造型。黄金饰品多元化的消费需求,使仿金品应运而生,结果导致黄金需求进一步降低甚至出现负增长。如西方发达国家的黄金市场上,很少见足值的 24K 金饰品,而 K 金、宝石、钻石饰品占主流地位。

受国际金价持续下跌的影响,我国 97 年已经两度下调黄金收购价格,业内人士预计未来一段时间,我国金价将会相对保持在一个较低价位上。1997 年 1 月 1 日我国每市两(31.25 克)黄金价格下调了 163.75 元。7 月 1 日再次下调了 77.81 元,两次下调总幅度为 8% 左右。我国黄金业将因此减少 10 亿元人民币的收入,这一损失相当于全行业 1996 年盈

利的 67%。1997 年每两黄金 880 元的定价，折合每盎司黄金价格为 330 美元，仍然高于平均 325 美元的国际金价，再加上中国人民银行还要支付相当于黄金价格 6% 的地勘资金和行业经费，实际上我国是以高于国际金价 10% 左右的价格收购黄金。

由于我国政府扶植黄金工业发展的政策取向并未发生改变，所以国内黄金价格不会一下跌得过低，已投资购金者不必产生恐慌。黄金今不如昔，不再是物有超值了，居民如再以购买黄金作为投资，一定要适可而止，不必投入过多的资金。因此，这项投资较适合小资金的投资家庭。当然，如将黄金作为装饰消费，则另当别论了。

## 字画的投资

### 投资字画并让它增值

近年来，随着人们生活 and 鉴赏水平的逐步提高，玩赏珍藏、投资名人字画的人越来越多。在艺术品市场上，中国名人字画更以其鲜明的民族特色而受到了国内外投资者和收藏者的青睐，其市场价格扶摇直上。名人字画作为一种特殊的商品，它的投资价值得到了充分的体现和肯定。

过去，由于名人字画没有作为商品进入市场，人们收藏字画基本上是由书画家无偿馈赠，书画家的劳动成果也未能得到社会的尊重和认可。改革开放以来，国内艺术品市场得到了迅速发展，书画家无偿馈赠作品已成为历史。现在人们

要收藏字画，一般只能到市场上去买，而市场上名人字画的价格却使一般工薪阶层望而却步，如张大千、傅抱石、齐白石、徐悲鸿、李可染、黄宾虹、潘天寿、石鲁、林风眠、吴湖帆、赵少昂等名家大师的作品，动辄数万、数十万元，沪上在世的名画家的作品，如曹筒楼、乔木、邱受成等的作品，每一幅也得数千上万元。

如果你没有一定的财力后盾，最好不要涉足字画领域，可改为投资邮票、电话磁卡、流通纪念币等。

当然，光有财力就想涉足字画投资是远远不够的。因为一掷千金后往往要承担一定的风险。要使投资的名人字画保值、增值，必须要有眼力作保证。

鉴别真伪。目前，只要是名家大作，伪作就充斥于市场。因此，鉴别名家作品真伪至关重要。

鉴别优劣。因为每一个画家一生中创作的作品不可能每幅都是精品，一般有代表作品、精品，一般作品、应酬作品之分，而代表作品、精品与一般作品、应酬作品的市场价格有天壤之别。

鉴别画家和作品是否有市场潜力。现在人们收藏字画，多着眼于经济价值，也是为了经济价值。当今画坛，成名的画家可谓多如牛毛，即使一个流派的画家，也有成百上千，如何在市场上沙里淘金，挖掘市场的“潜力股”，这是确保字画投资成功的关键。如二十世纪三四十年代的“三吴一冯”（吴湖帆、吴待秋、吴子深、冯超然），曾风靡上海乃至全国，时至今日，三吴中只剩吴湖帆一人风光了，其他已销声匿迹，如果那时谁投资吴湖帆的作品，现在势必身价倍增，而其他恐

怕连保值都困难。

投资名人字画是高投入、高风险的市场行为，要回避风险，使投资的字画达到保值增值，则需要投资者下一番苦功，刻苦钻研有关知识，不断提高自身的鉴赏水平，在具体的操作中，要把握好大势，精选好画家和作品，这样才能在艺术品市场的投资中，有一个良好的回报。

## 古画的鉴定

传统的方法主要是目鉴和考证。随着科技的发展，考古学中已利用<sup>14</sup>C来测定文物材质的年代，如陶瓷、青铜等，但不适用于书画；利用电脑储存信息来协助鉴定，也尚未付诸实践。因此，鉴和考仍然是行之有效的主要方法。

“鉴”就是比较，“有比较才能有鉴别”。比较是指实物间的比较，真迹与真迹比，同时代或同一人作品之间相互比，从中找到共同点；真迹与伪品比，不同时代或不同人作品之间相互比，从中找出相异点。通过反复比较，就能逐步掌握时代、个人的风格特点。因此，多看实物，多作比较，是提高“目鉴”水平的关键。同时，观看、比较实物，不能仅仅停留在直观的感性认识阶段，必须上升到理性认识，即通过比较找出其间的内在关系，以及某时代、画家、作品本质方面的特征，这样才能在心目中牢固地形成准确鲜明的时代风格和个人风格之“样板”，以此作为以后鉴定的可靠依据，并在今后的实践中加以检验、修正、充实，从而达到更客观科学的认识，目鉴水平也随之不断提高。

“考”就是考证，即借助于画家传记、书画著录、有关诗

文、历史知识等等文献，对与作品相关联的某些问题作一番考证，以此来判断真伪。在以下几种情况下，考证能起一定作用：一是真迹存在甚少的画家或时代，目鉴缺乏必要的比较条件，而相关的文献资料却比较多，通过考证往往能对鉴定起主要作用，如唐、五代的诸多作品。二是有条件依靠目鉴的初步鉴定，但仍有某些问题存疑，这就需要通过考证来进一步解决。如上海博物馆所藏的题为赵孟頫所绘《百尺梧桐轩图卷》，经专家目鉴，“吴兴赵孟頫”款识笔法滞涩，为裁去原款所补添的伪款，但绘画精雅，当属元人之作，画后七位元末名家题诗亦为原跋真迹。然此图尚有一些问题没有弄清：本幅无上款，不知图的主人公是谁？画、跋俱真，为何要截去原款，补添伪款？傅熹年先生在“元人绘《百尺梧桐轩图卷》研究”中对此图作了进一步考证，使上述问题逐一得到了解决。三是目鉴已解决了真伪问题，倘进一步辅以考证，能使结论更准确可靠。

鉴定古画，经常需要鉴、考并用，鉴中有考，考中有鉴，一般情况下以鉴为主。倘目鉴水平不高，判断有误，考证再精微，也于事无补。像元黄公望《富春山居图》真假两卷鉴定，曾几度真伪颠倒，问题就出在“鉴”上。

鉴既要熟悉真迹，也应了解伪品，掌握了历代伪造书画的各种花样和各种类型的伪作，就能根据不同情况去伪存真，还其本来面目。考要运用文献资料，文献也有真伪、正误之别，故也要首先多方比较，去伪纠误，以准确的史料来辅助鉴定。

# 珠宝的投资

## 宝石的种类

据不完全统计，已发现地壳中可作为天然宝石的矿物约有一百多种，约占已知 3000 种矿物的 3%。按应用程度，可大体分为：常见宝石、罕见宝石两类。

常见宝石主要有：钻石、红宝石、蓝宝石、绿柱石、金绿宝石、碧玺、尖晶石、橄榄石、锆石、托帕石、紫牙乌、水晶、月光石、日光石、欧泊。

罕见宝石的价格一般低于高档宝石，但某些稀世珍奇者则贵于高档宝石。对罕见宝石的定价主要取决于：精美、奇特、罕见这三个因素。常见宝石有以下几个品种：

### (1) 钻石

矿物名称谓金刚石，化学成分为碳 (C)，常含 0.05%~0.2% 的杂质元素，如硅、铝、钙、镁、锰、镍、钠、钡、铀、铁、硼、铬、钛等。杂质影响其透明度和颜色；如含氮时往往使其呈黄色，含硼时可使其呈蓝色。天然产出的金刚石，大致可分为：宝石级金刚石（钻石）、工业用金刚石等。

钻石誉称“宝石之王”。这是因为它硬度大，光泽强，而且由于其折射率大，色散强，加工后钻石的小面上（称“刻面”或“翻光面”，指将宝石加工成具有一组或多组平面的款式，似有若干闪闪发光的天然晶体），能显现出五颜六色的光芒，习称“出火”。20 世纪 70 年代比利时安特韦普钻石试验

所采用“麦士伦法”的新琢型，琢成 78 个不对称刻面的琢型后，比 57 或 58 个刻面的所谓“理想琢型”能更完美地闪烁出钻石的光泽和色散。钻石等级繁多，南非戴比尔斯联合矿山有限公司，按钻石质量、大小、形状等，竟分出了 3000 多个等级，并由专门机构的高级技术员给各级钻石标价。通常钻石分类有：

### ①按颜色分

净水钻：晶莹无瑕，透明如水，亦称“水钻”、“高级钻”、“优质钻”。

红钻：红色，个别优质者似红宝石。

绿钻：淡绿、绿、艳绿色。

蓝钻：蓝、天蓝、深蓝色，亦称“蓝光钻”。

金钻：金黄色。

紫钻：淡紫、紫色。

黑钻：黑色，不透明。

### ②按色级分

各国分级规定不一。中国共分“100 色”，称“百分级”。其中：

色足为 100 色，相当净水钻。

99~96 色者，有极难观察到的淡黄色调。

95~90 色者，肉眼观察可感觉到显黄色色调。

89~90 色者，有明显黄色。

75 色以下的钻石通常已不能做首饰。

国际上钻石色级划分体系，主要有国际钻石委员会、国际珠宝联合会体系。美国宝石研究所体系、英国体系、德国

体系、斯堪的那维亚半岛体系，日本体系等。

### ③按瑕疵分

各国分类亦不同。中国对加工后的钻石，一般分为五个品级：

微微丝：钻石顶面有一条丝状或棉絮状的丝，用10倍以上放大镜观察还会看到一个黑色脏点。

一号花：钻石顶面有一条小白花，同时可见到2~3个小黑点。

二号花：除顶面有2~3个黑点外，侧翻光面和其内部也有脏点和棉柳丝。

三号花：钻石顶面有块状脏点和棉柳，侧面和内部也有。

大花：赤色斑块状脏点明显，瑕疵较多。

国际上分类不一。如日本分为7个品级：

完美无瑕钻：10倍放大镜下无瑕点。

优质无瑕钻：10倍放大镜下可看到外部有少量瑕点，但肉眼看不见。

无瑕钻：有针尖状瑕点，放大镜下能观察到。

优质有瑕钻：放大镜下能明显观察到，有经验者肉眼也可见到瑕点。

有瑕钻：有经验者肉眼可见到瑕点。

瑕钻：瑕点大，一般人都可看到。

多瑕钻：瑕点多而明显，且内部也有。

美国分为11级，英国分为10级，国际钻石委员会分为9级，大体与上述基本一致。

### ④按切工分

将钻石加工成钻饰所包括的款式设计，切割、琢磨，成型等工艺水平，习称“切工”，是决定钻饰价值的四个基本因素之一。为最大限度的将入射光全部反射回钻石台面，展现钻石特有的色散效应，也就是保证钻石充分的“出火”，放射出五颜六色的钻石光。在原材料允许的情况下，现已有了固定款式，即标准圆多面形，为定型款式。同时，评定切工优劣还要看对称性、光洁度、人为损伤程度和因材加工的水平等。对称性指各刻面排列、组合的分布和比例关系是否准确；光洁度指抛光程度，一般用10倍放大镜观察不能有琢磨的条纹状痕迹；人为损伤指加工过程中由操作者造成的缺陷；因材施艺的水平是指消除或掩蔽原材料瑕疵，或者充分展现原材料特殊优点的水平。

与钻石相似的天然矿物主要有钻石、白钨矿、闪锌矿、石榴石、刚玉、黄玉、水晶等，与钻石相仿的合成晶体有：合成金刚石、立方氧化锆（ $CZ$ ）、钆镓石榴石（GGG）、钇铝石榴石（YAG）、合成金红石、合成尖晶石、玻璃代用品等。买时一定要注意真、伪。广东钻石厂是目前国内最大的钻石首饰加工厂，加工后的钻饰重在1克拉以上者为大钻，0.25克拉以上者为中钻，0.02克拉以上者为小钻。

## （2）红宝石

矿物名称为刚玉，化学成分为 $Al_2O_3$ ，具红色色调的透明刚玉晶体，即谓红宝石，在宝石中仅次于钻石而居第二位。单位2克拉左右的红宝石，国际市场价格每克拉一般在600~10000美元间。红宝石多呈血红色、玫瑰红色，颜色鲜艳但不均匀。最优质者当属鸽血红色，红如鸽血，故称“鸽血

红”，其次为“牛血红”、“樱桃红”。红宝石多产于缅甸，品质一般分为三级，一级红宝石称阿尼姆，二级称阿尼基，三级称阿沙赫。斯里兰卡的红宝石颜色较缅甸红宝石为浅，但更为光亮，而泰国的红宝石则常呈暗红色。具星彩光学效应的红宝石，被称为星光红宝石。

世界上红宝石产地很少，货源奇缺。重达 2 克以上者已很珍贵。人工合成红宝石已大量应市，与天然红宝石的化学成分及物理、光学性质，几乎完全一致，已达乱真的地步。

### (3) 蓝宝石

同红宝石一样，其矿物名称亦为刚玉，化学成分亦为  $Al_2O_3$ ，但呈靛蓝（微带紫色的蓝）蓝、浅蓝以至绿、黄、灰蓝、无色等。广义的蓝宝石是指除红宝石以外的所有刚玉宝石，狭义的蓝宝石则专指呈蓝色的透明刚玉宝石。部分蓝宝石还具星光效应，垂直刚玉光轴加工成弧面形，可出现六道放射状星线，故称星光蓝宝石。一般来说，蓝宝石颜色的优劣，依次是紫罗蓝色、蓝色、淡蓝、灰蓝。对于其他颜色的蓝宝石，其商品名称有：白色蓝宝石（指无色透明刚玉）、绿色蓝宝石、黄色蓝宝石、黄绿色蓝宝石、紫色蓝宝石。

蓝宝石重量应在 0.6 克拉（0.12 克）以上，优质者可放宽到 0.3 克拉。蓝宝石主要产出国是澳大利亚、泰国、柬埔寨、缅甸、斯里兰卡及中国。中国主要产地为山东省昌乐县、海南省文昌县、黑龙江省干沟子地区。山东省昌乐县蓝宝石单粒在 0.3~5 克间，最大一粒竟重 71 克，属国内外罕见，其原料共分 3 级 11 等（见下表）。海南省文昌县蓝宝石共分 3 级，一级品每粒原重大于或等于 0.444 克，二级大于或等于

0.310 克，三级大于或等于 0.03 克。长春地质学院宝石加工厂蓝宝石（蓝色）售价：4×6 毫米者每克拉 80~100 元，6×8 毫米者每克拉 150~250 元。

与天然蓝宝石相似的矿物主要有蓝锥矿、蓝晶石、尖晶石、黝帘石、电气石、堇青石等。人工合成蓝宝石已大批量生产，其化学成分中物理、光学性质几乎与天然蓝宝石无区别。因此，投资者一定要掌握这方面的鉴别知识。

## 真假宝石的鉴别

宝石鉴定属专门技术，要由有经验的岩矿鉴定专业技术人员进行，鉴定程序一般包括以下五道工序。第一步是肉眼观察，观察宝石的颜色、光泽透明度、特殊光学效应、包裹体等内眼所能看到的表征。对有经验的宝石鉴定专家来说，通过肉眼观察即能大体断定其真伪、优劣。第二步是用简便的宝石专用仪器，进行检测。在出售宝石的专业商店，一般都配有这方面的仪器。如专门用于宝石鉴定的放大镜、显微镜、折光仪、比重仪、二色镜、分光器、查尔西滤镜、荧光灯等。第三步是在专业实验中测定或验证其稳定的物理、光学等常数，如物理性质（密度、硬度、解理和断口、裂开等）、光学性质（晶系、轴性、多色性、折光、色散、颜色指数，或可见吸收光谱、透明度、特殊光学效应等）、电学性质（导电性、热电效应、静电性等）、热学性质（相对导热、热惰性）。第四步运用一些现代化大型仪器检测与 X 射线分析及电子探针分析等。第五步是编写鉴定报告。

显而易见，顾客到珠宝店购买宝石时，店主既不会允许

你取样进行上述鉴定，顾客更无条件进行上述鉴定。在这种情况下，顾客欲购买珍贵宝石时，应到业经注册的历史悠久，注重信誉的宝石店购买。这类宝石店，其进货渠道把关较严，视声誉胜过赢利，在人们心目中店铺名称往往就是货真价实的代表；同时对贵重宝石一般均附有由专家（鉴定者、复核者）签署、所在单位公证的宝石鉴定证书或宝石鉴定保证书等。当前，市场上充斥的非天然宝石、以低档冒充高档宝石、假宝石等，主要有：人工合成宝石、合成钻石、合成红蓝宝石系列、合成祖母绿、合成全绿宝石、合成石榴石、合成水晶等。

目前，常以焰熔法、熔融法、水热法、助熔剂法等生产合成宝石。坦诚地讲，人工合成宝石生产工艺属高新技术之列，其产品完美、逼真，化学成分和主要稳定常数与天然宝石完全一样或允许精度范围之内，对鉴定专家来说也难辨真伪。在购买时若商店不标明，顾客是很难识别的。合成宝石种类虽多，生产工艺亦不同，但都属人造而使它们显示一定的共性。

投资珠宝的家庭，应着重从以下几点去辨别天然宝石与人工合成宝石的区别。

(1) 天然宝石是在自然界中生成的，环境往往不稳定，影响因素多变致其生长亦不那样完美。而人工合成宝石，其生产环境则为仪器所控制，环境稳定，所以晶体内部缺陷很少，颜色均一。因此，见到过分晶莹剔透、色泽浓艳均一的宝石“佳品”，反而应提高警惕。

(2) 天然宝石的晶体一般较小，磨成宝石成品后更小，超

过 5 毫米的较为少见。而人工合成宝石，其大小往往为生产者所控制，宝石成品一般多在 10 毫米左右（当然，在切磨时也可有意将其变小）。

（3）焰熔法、熔融法生产的合成宝石，均具有气态包体，包体形态多呈圆形或拉长的水滴形。而天然宝石和水热法生产的水晶、紫晶、祖母绿等，则不见或罕见气态包体。

（4）大多数合成宝石中可见到不透明的白色面包渣状未完全熔化的熔质包体。

（5）用简便仪器观察，凡由铬元素致色的合成宝石，在长短波紫外线照射下，往往会出现鲜明的红色荧光；绿色的合成宝石，在查尔西滤镜下观察，常见显红色。

## 珍珠的主要种类

珍珠产于软体动物内。当外界的细小异物进入软体动物内，接触到外套膜时，外套膜受到刺激便分泌出“珍珠质”，将异物一层一层地包裹起来，形成了珍珠。其主要颜色呈白色，也见有粉红、淡黄、淡绿、淡蓝、褐、淡紫、灰、黑色等。

珍珠作为首饰品，不仅华丽富贵，且也是一般小家庭一种小小的投资选择。因为它不会随物价波动或受其他因素影响而贬值，它的特性决定了它的永恒价值。

珍珠的品种比较繁多：

（1）按产出分类

①天然珍珠

海珠：海中珠母自然产出的珍珠，又称“盐水珠”。

淡水珠：指江、河中珍珠蚌自然产出的珍珠。

湖珠：指湖中珍珠蚌自然产出的珍珠。

## ②养殖珍珠

海水养珠：指在热带、亚热带的浅海水域中，以人工有核培植珍珠法生产的珍珠。

淡水养珠：指在湖泊、池塘、小溪等水域中养殖的珍珠，它可分为有核养珠和无核养珠。

### (2) 按颜色分类

白珠：质地基本呈白色，同时可呈现出种种颜色的光彩。

黑珠：质地基本呈黑色，同时可呈现出种种颜色的光彩。

杂色珠：质地基本呈既非白、又非黑的杂色，亦称“有色珠”。若以蓝色为主，则称“蓝珠”，尚有“紫珠”、“绿珠”、“正红珠”、“淡黄珠”、“丁香紫珠”等等。

### (3) 按光泽分类

老光珠：指饰用日久，光泽变暗，颜色发黄的珍珠。“人老珠黄”即寓此。

新光珠：指颜色纯白，光泽明亮的珍珠。

### (4) 按形状分类

这主要是我国的划分法

精圆珠（走盘珠）：“精”，指洁白、粉白而言；“圆”指圆度极高。若将其放在水平盘上，会自行不停地滚动，故又称“走盘珠”。这种珍珠皮紧、细腻，光泽强，是珠中上品。

木庄珠：指一般圆形珍珠，圆度和质地稍次于精圆珠。

扁圆珠：指扁圆形珍珠。

馒头珠：形似馒头，上圆下平。

**坠形珠：**体长，上尖下圆，似乳滴状，又称“奶坠”、“茄坠”等。

**随形珠：**指上述形状之外的珍珠，通常这类珍珠的体积都较小。

#### (5) 按产地分类

由于国内、国外珍珠产地很多，故品种也杂。重要品种有：

**东珠：**指产于亚洲或东方国家的白色、奶油色的优质珍珠。尤以缅甸、菲律宾等地所产著名，具有强烈珍珠光泽，又称“银光珠”。

**澳洲珠：**产于澳大利亚的一种白色、淡黄色珍珠，系淡水珠。

**委内瑞拉珠：**产于委内瑞拉海里牡蛎中的珍珠，白至褐色，也有黑色。白色珍珠具有非常美丽的彩虹色，并且像玻璃一样透明。

**日本珠：**日本是现今世界上养殖珍珠的第一大生产国。海水养殖主要分布在三重、高和、爱媛、长崎、广岛及熊本等县；淡水养殖主要分布在日本列岛中部的琵琶湖。所产珍珠多呈白色或白中带淡绿色调。

**波斯珠：**波斯湾是世界著名珍珠产地，特别是伊朗、阿曼、沙特阿拉伯等地海岸产珠历史更为悠久。波斯珠粒径通常较小，多在8毫米以下，重量小于0.7克，以乳白色为主。巴黎珍珠市场90%以上的中、上等天然珍珠，系波斯珠。

**马纳尔珠：**指产于印度与斯里兰卡之间的马纳尔海湾的珍珠，呈乳白色、苍白色，部分带蓝色或绿、丁香紫色。

南洋珠：指产于西太平洋群岛的密克罗尼西亚、中太平洋群岛波利尼西亚等地的珍珠，以个大而圆著名，是世界大珍珠的中心产地。呈白色，部分光彩夺目，也见有黄、灰、黑色者。

中国珍珠：天然珍珠以“广新珠”为佳，产于广东及南海诸岛，颜色纯白，光泽明亮。但天然珍珠产量零星，已让位于养殖珍珠。中国是仅次于日本的世界第二大养珠生产国，年产量约百吨。分海水、淡水养珠两个品种。

## 真假珍珠的识别

当前，市场销售的珍珠多为养殖珍珠，其贵重程度远逊于天然珍珠，同时假珍珠也日益泛滥，购买时一定要注意。

### (1) 天然珍珠与养殖珍珠的区别

两者外表特征基本相似，单凭肉眼观察很难区分。用仪器鉴别，目前已有比重法、锥孔法，内镜法、X光衍射法、荧光法等，单使用一种方法也较难断定，须各种方法综合运用。个人零星购买时，不可能利用上述方法来鉴别，为求真实，应到信誉高的商店购买。当然，下述的一些标志，虽不太准确，但也可供参考，一是两者结构不同，天然珠内核多是石英砂或其他物质，而人工养珠则为人工制作的贝壳圆珠。二是皮色有差异，天然珠质地细腻，光泽柔和，透明度高，养珠因成珠时间短，质地松散，表面常有小包，俗称“痂子包”或“揪”。三是形状略有差异，天然珠因内核常不呈圆状，故成珠圆度也差，而养珠多为精圆珠。再有条件时，可将已打孔的项链上的珍珠，置于一个由小孔射出的强光源下观察，天

然珠结构均一，而养珠往往见有灰、白相间的条带，在珠母与珍珠层结合处有一褐色线迹，明显可分出珠母与珍珠层。若将光线照入，养珠可产生入射光的反射而使亮度增加，显半透明状，而天然珠内层结构均一，不会产生入射光的反射，故显得透明度差一些。

### (2) 海珠与湖珠的区别

总体看来，海珠要比湖珠贵重。海珠养殖区海水清洁，所以珠质较好，半透明者多见；而湖水常混浊，致湖珠质地白中显灰润，光泽不柔和。海珠圆度较差，个体也大，而湖珠圆形多，大颗粒者偏少。

### (3) 染色珠识别

市场上常见染色黑珍珠，方法是将珍珠放入硝酸银溶液中浸泡，然后置于阳光下曝晒，即成黑色。天然黑珠并非纯黑，往往是略带彩虹闪光般的深蓝黑色，或者带有青铜色的黑。而染色黑珠则呈灰黑、黑色，颜色均一，光泽暗淡，用白布蘸上5%浓度的稀硝酸擦洗珍珠，则白布上会有黑迹。

### (4) 包素珠的识别

这是一种表面涂有“带鱼鳞粉”或“银粉”的假造珍珠，色泽暗淡无光，用小刀刮后可露出内料球。

### (5) 合光珠的识别

养珠因内核放置位置不当，致内核外露，只好用另外珍珠修补，称合光珠。这种珍珠总有用胶粘结的痕迹，俗称“蛤蜊皮”，容易识别。

### (6) 充蜡玻璃珍珠的识别

在空心的圆形乳白色玻璃小球中，充满石蜡，以冒充珍

珠。这类贗品质地轻，比重低于1.5，用手一掂即可感知较轻；若再用细针刻划，虽然刻不动，但有光滑感，触压之内部似有弹性。

#### (7) 实心玻璃珍珠的识别

先制成乳白色实心玻璃球，然后将其浸泡在“真珠精液”中，染上一层“珍珠粉”。用放大镜观察这类贗品的打孔处，仅见表面有一层薄薄的“珍珠粉”，用针拨动会成片脱落（涂银粉或带鱼鳞粉的呈鳞片状脱落），而露出内料球。再则，实心玻璃球用手掂起也比珍珠重。

#### (8) 塑料涂层珍珠的识别

先制成乳白色的塑料珠，然后再将其置于“真珠精液”中浸泡，涂上一层“珍珠粉”。识别方法同上。

# 股 票

## 股票的概念

股票是股份公司发给认股人（即股东）证明其所购买的股份数，并借以取得股息红利的一种有价证券。认股人一般具有以下一些权利（中国现按你持股额数，决定参与权力）：

（1）表决权：对公司的重要事宜和选举董事等有表决权。

（2）利益表决权：领取股息红利的权利。

（3）新股认购权：公司发行新股票时，股票持有者有优先购买权利和低价购进待遇。

（4）剩余财产分配权：领取公司因倒闭解散剩余财产的权利。

股票可以转让买卖，也可作申请贷款的抵押品。

由于股票只要有资金，人人可以参与，因此，当今它已成为千家万户投资理财的主要目标。

## 股息红利发放有哪些形式

股息红利发放主要有三种形式：

第一种是采用上封顶、下不保底的方式，根据企业一年中利润实现的多少来决定。

第二种是采用上封顶、下保底的方式，股息保底部分年息为 7.2%，红利加股息不得超过 15%，如企业生产经营好，创造利润多，其结余的利润，适当时候可对老股东进行增股。

第三种是采用上不封顶、下保底的方式，股息保底部分年息为 6%，红利部分视企业生产经营状况来决定。

## 股票的术语

**疲软：**股价相当低廉。

**天价：**表示行情上涨到颠峰状态。

**反弹：**股价下跌走势中，暂时的回升，不敢确认是否是上涨的走势，只称作反弹。

**稳定操作：**在公开招标的期间，因股价变动剧烈，而无法维持公开价格时，根据交易所的有关规定，可由证券商或发行公司大量购股，以稳定市场的价格。

**投机买卖：**事先得到一些内幕消息，灵活利用资金的一种投机方式。

**低迷：**行情跌落至谷底，市场环境恶化，交易清淡。

**交易清淡：**市场闲散，买卖量少。

**买力薄弱：**购买力低下，成交量少。

**大关：**如每股的面值是 100 元，超过 100 元即称大关。

**收盘：**当天最后一笔成交的交易。

**买压：**购买的人很多，但卖的却很少。

**暴跌：**股份全面性的滑落。

**买空：**投资者没有足够的资金，但因判断股价会涨而先

买进期货，等上涨后当天轧本，赚得差价的作法。

卖空：没有股票，但因判断股价会下跌而先卖出期货，等下跌后当天补进，以获取差价的作法。不论买空还是卖空都需在到期的当天轧本差价，故行情判断如果有误，亏损将很大。

碰头：上涨的股价和下跌的股价都和以前一样，维持在同一水准上。

转移：债务或负担的转移或更换。

行情：股份的走势。

平稳行情：企业与金融业都拥有对方的股票，使得双方交易关系更为平稳的作法。

逆弹：股价行情下跌则买进，上涨时则卖出的作法，称之为逆弹。

顺弹：随着股价的行情行事的作法称之为顺弹。

业绩行情：因企业效益提高，使得其股份上涨的行情，亦即业绩行情，这在一般的金融市场中，经常可以看到。

灰色星期一：行情不冷不热，交易闲散。

权利跌落：股东在分配股息或增资时，在分配期的前四天失去了权利，因此，在理论上称为权利跌落。

破关：股价上升到某一价位，人们转而开始大量抛出此股，股价即难以上升，如能再次掀起购买潮，即称之为破关。

逆转：上涨行情突然转为下跌行情，反之下跌行情突然骤升，即股市行情的剧变。

一枝独秀：整个股市在低谷里徘徊，但有一两种股，其价格居高不下。

**季节股：**像冰箱、电扇、冷气机等股票，在某些季节里相当抢手。

**交割：**委托人如做买进，则要交付钱款并收取证券，如做卖出，则要交付证券并收取钱款，这种手段被称之为交割。

**失权股：**增资时，放弃认购新股的权利。

**大户：**投资额大，但不以投机为业，买进后长期持有，以等待获利机会者。

**冷门股：**指资本金额少，业绩不振的公司股票。

**循环购买：**经常更换其介入的股类的投资方式。

**成长股：**预测其未来可能有所发展，价格有可能上升的股。

**整理行情：**股价经过一段急速上升或下跌后，因环境的改变或人为的作用，其股价呈小幅度地作上下变动，这种现象称为“整理行情”。

**跌至谷底：**股价跌至投资者认可的最低价，人们也不再想卖出此种股票，股市将重新抬头。

**徘徊谷底：**在低价圈中徘徊，持续地低幅度地升降，处于一种不明朗的状态。

**红盘：**年初开盘第一天股价如上涨，称为红盘。

**黑盘：**年初开盘第一天股价如下跌，称为黑盘。

**亏损：**一买进就下跌，一卖出就上涨。

**抬轿：**后知后觉者，在别人早已买进后方才行动，抢购结果把股价抬高，有如抬轿子给别人坐。

**天价三日，谷底百日：**形容行情处于高价的停留时间较短，而停留在低价的时间较长。

**动态：**停滞不前的行情，开始有了上升的迹象。

**趋势线：**K 线图的倾向线，行情上涨时，此线朝上，行情下跌时方向朝下。

**抛售：**行情大幅下跌时，如置之不理，亏损额会更大，因此只好忍疼抛出。

**盘软：**股价盘旋下跌。

**牛皮走势：**股价小幅度盘旋、涨跌都极其有限。

**摊平：**投资股票时，股价下跌了，增加了购买价，降低了平均单价。也像信用抛售时，上涨的行情增加了出售量，使得平均值增加，称为摊平出售。

**主力：**专门以投机股票为业的大、中户，俗称做手。

**震荡：**股价一天之内忽高忽低大幅度变化。

**人气购买：**股价上涨、交易额增加，市场购买活跃。

**多头市场：**指买卖气氛活跃，股价大幅上涨，成交量也随股价的上升而逐渐增加的市场。

**空头市场：**指买卖清淡，股价每况愈下的市场，其特征是股票数量供过于求，股价逐渐下跌，且经常创出新低价，此次高价不抵上周期高价，股份趋势线呈大跌小涨。

**哄抬：**判断股价看好、先行买进，再利用小道消息将股价招高、以便出货，这是主力惯用的伎俩。

**撮压：**判断股价将下跌，先行卖出，再利用舆论将股价压低，以便低价补货。

**套牢：**一般就“多头”而言，即多头预期股份会上涨，买进之后却下跌，称为“套牢”。

**限价委托：**投资者指定在某一价格范围内委托证券商买

卖。

**市价委托：**投资人照市价委托证券商买进或卖出，直到成交为止。

**开盘价格：**各股票在交易日内第一笔成交的价格。

**收盘价格：**各股票在交易日最后一笔成交的价格。

**最高价格：**各股票在交易日内最高的成交价格。

**最低价格：**各股票在交易日内最低的成交价格。

**利多：**有利于多头市场买方各种因素，使股价上涨。

**利空：**有利于空头市场卖方各种因素，使股价下跌。

**短线：**作短期股票投资的买卖投资人。

**场内：**即指证券交易所营业厅，为证券交易场所，各证券商均派有业务代表在此。

**开盘：**交易日当天第一笔成交的交易。

**冲关：**股份上升到某一价位便遇到阻力，此阻力若不能化解，股价便难以再上升，如冲破此阻力线叫冲关。关又有大关小关之分，关的形式位置通常在上次股价下跌之前成交量密集带。

**阻力线：**又叫压力线，意义跟冲关一样。

**破底：**股价下跌到某一价位便遇到支撑力量，股价下跌力量若大于此一支撑力量而继续下跌叫破底。

**抵抗线：**跟破底的概念一样，抵抗线的位置通常在股价上次上涨之前成交量密集地带。

**满堂红：**股价全面上涨直到涨停板。

**涨跌幅度：**对股价上涨和下跌幅度的限制。

**本益比：**本益比也称作“价益比”，是投资人衡量股价高

低的标准。其计算方式为：

$$\text{本益的（比数）} = \frac{\text{每股股价（40）}}{\text{每股税后纯益（4）}} = 10 \text{（倍）}$$

**除权：**股票除权日前一收盘价，按照除权公式，减去含权差价，即为除权。除权分为无偿配股、有偿配股，以及有偿与无偿同一除权等。

**填权：**除权后股价上升，将除权差价补回，即为填权。

**含息、含权：**凡是有现金股息的股票、尚未除息，即为含息，凡是有股票股利的股票，尚未除权，即为含权。

**除息交易：**过了规定股票过户日期之后再行交易称之为除息交易，除息之后买进的股票，不能享受公司配发股息的权利。

**除权交易：**过了公司配发股权的过户日期后再行交易，称之为除权交易。除权后买进的股票不再享有配发股票或认购股票的权利。

**成交：**买卖双方以相同的价位达成交易的行为即为成交。

**成交量：**个别股成交的股数。

**成交总值：**成交的总金额。

**总成交量：**成交的总股数。

**散户：**系指无大能力炒股票，买卖数量不大，无组织的投资人。

**浮空：**空头散户。

**浮头：**一般散户。

**客多：**多头客户。

**浮多：**多头散户。

多头：认为股价会涨，买进持有待其上涨者。

空头：认为股价会跌，卖出股票不愿持股者。

被轧：即空头卖出股票后，股价却一路上涨，不甘赔跌高价补回，就是被轧。

补空：即空头将放空股票补回。

轧空：即空头放空后，多头用力将股价上推，迫使空头高价补回的意思。

洗盘：即作手在高价大量卖出，低价即大量买进，利用上下震荡机会，使信心不足者下轿，等浮额减少了，再往上拉升行情的行为。

反转：股市行情逐变，上涨行情突然急转直下，反之，下跌行情突然翻开。

回档：股价在上扬走势中，暂时下跌，不一定会继续滑落。

暴涨：股价全面性上扬。

坚挺：市场活络，行情稳健上升。

盘局：股价呈现横向发展，在某限度范围内变动。

盘整：相当于盘局，股价变动幅度小，做换手整理。

盘坚：股价虽呈盘旋但逐渐往上涨。

箱形行情：在一定时期内，高低价持续往返的行情，有如在一个箱子内上下波动。

跳空：股价开盘时比前日收盘高或低数档。

普通缺口：整理形态的盘局所产生的跳空缺口，又称区域缺口。

抢帽子：当天了结或一天两天就了结的极短线买卖。

**放空：**把股票卖出、期待低价。

**牛市：**股票市场前景光明、行情见涨、交易活跃。

**熊市：**股票市场前景暗淡，行情见跌，交易沉闷。

**鹿市：**有大量投机人在从事投机活动的股票市场。“鹿”多了，股票市场的正常秩序就要被破坏。

**场内交易：**通过证券交易所买卖股票的交易方式。参加场内交易的会员主要有经纪人、自营商和专业股票商三种。

**场外交易：**在交易所之外进行股票买卖的交易方式。

**过户：**客户买卖股票后，办理变更股东名称手续，即为过户。

**股票经纪人：**在股票交易中充当买卖双方的中介，收取佣金的商人。经纪人有个人经纪人和法人经纪人之分。前者是具有一定学历、信誉、较丰富业务经验和资产保证的个人；后者通常是具有一定资力的银行、信托公司、证券公司、投资公司或财务公司等金融机构。

## 冷静分析股市行情

有的投资人每天忙碌地进行买进卖出不漏掉每一条证券信息，好像一停下来，自己的利益就会受损失。其实不然，当股市在投资人一片抢购热潮下，定会出现令人难以想象的震荡局面。因为股价一上涨，就会有人抢购，抢购自然会刺激股价更加上扬，这是股票的特性。在这种情况下，不要受争购气氛的影响，当股价达到相对高值时，立即抛出。然后使自己冷静一下。同样，跌价时不要立刻抢购，应静观其变，只

要手中有现款，投资的机会还是很多的。

## 抛股票的最佳时机

当股价由高值下跌 10% 时，应立即把股票抛出，这是追求利润的正确选择。

现代社会瞬息万变，经济环境与价值观都与过去大不相同，按照过去的股价动态或检验股价的标准做出的预测往往不令人满意。据此方法，当你拥有的股票已达到目标卖价后，随即卖出，但没想到股价还继续上涨二三倍，此时，你一定为丧失了这次赚大钱的机会而感到懊悔。

上涨股票虽然进入高价范围或已达到了你的卖价目标，但它还在持续地上涨着、没有半点转为弱势的苗头。在这种情况下，你应该在股价升至最高值后下跌一成（10%）时，做卖出处理，这时不应再犹豫了。

因为股票不只是单纯地往上涨，有时还会作锯齿状的变动，往往在跌了 7%、8% 后还会恢复到原来的水准，可是一旦降了 10%，一般即表明股价已逐渐由上涨而转为下跌。再不卖，会来不及的。

股类不同，下跌的幅度也不尽相同。比方说，你的卖出目标是 100 元，而这种股票恰好在上涨期，也已超过了你预期的卖出目标，这种情况下，你不该卖。后来下跌了 5 元或 7 元你也不要卖，因为价格很可能有一天涨到 120 元或 115 元。可是如果股价涨到 120 元再不升了，反而又降了 10 元，这时一定要抛出。

当然,以高价跌落一成的时价作为卖出价格的最低限,并不适用于所有股类,但只要采用这种方法,无论行情如何变化,都可以找出相对较为适当的卖价。至于是不是一定坚持10%的下降幅度,这完全看特定股票的习性,根据过去股价变动的情形以及目前的周围环境来决定。

## “守株待兔”投资法

我国股市轮涨气氛很浓,经常是买了不涨,卖了就涨,令人十分恼火。如果在一波行情中,投资者不善于换股操作,那么可采用守株待兔法。所谓守株待兔法并非只守住一株树,而是在各类股票间各选择一两种股票分散投资,这样一来,任何股票涨价,都可能获利。

采用守株待兔法,不必为选择股票担心,任何股票上涨都能获利。但是应用此法,必须决心坚定,抱着不赚不卖的决心,不受各种小道消息左右,既然已确是广泛撒网,多头行情,就把网子张罗好,决策就是“等待”。但守株待兔法,不要用于过分冷门的股票上,因为过分冷门的股票不易卖出,那样会冻结部分资金,影响资金的周转。

## 怎样应付急涨

急涨的股票,通常在短时期内涨两三成甚至会更多,涨得太快,气势过猛,反而使一些用于判断分析的方法失效。持股者一方面想掌握最大涨幅,另一方面又怕股价随时回头,思

想高度紧张时更容易判断失误。

股价急速冲升时，成交亦会因持股者惜售而逐日下降。这表明卖方供给减少，而买方，由每日的挂进数量来看，还继续大量涌进，因而造成供需关系严重失调。当股价急涨到某一无法预测的价位时，突然，有大量的卖盘涌出，买盘“统统中奖”时，原有意买进者也就畏缩不前了，而那些坐在火箭中的持股者，这时才美梦乍醒，纷纷卖出，由于普通持股成本较低，也就不计价猛往下杀。此时，却又缺乏买主，供需关系又一次失调。这时，股价开始暴跌，一旦这种走势已定，再无人敢接，以致动作慢的持股者无法脱身。

老手常说：搭上火箭，是福是灾，很难说，唯一的对付方法是逢涨出脱。可是，在上涨到什么幅度卖出最恰当呢？大约，除了那些有意哄抬的机构主力以外，一般人只有凭自己的运气了，但有一句话要奉告大家，就是“知足者常乐”。

电脑交易的市价委托抢先成交的交易方式流行以来，经常会使行情巨幅震荡。尤其在行情转跌时，由于普通投资人都想立即脱身，一大片市价委托卖出的结果，不但股价急速滑落，也会出现卖不出的情况，即使卖成了，往往是只能卖到极低的价格。大概，许多投资人都有类似的痛苦经验。想想看，解决的方法，是不是只有趁涨出脱这一招了。

## 买进股票的时机

在下列这些情况下，应该考虑买进股票。

(1) 空头市场已进入尾声整理期间，这是长期投资者进

场的时机。此时经济状况虽然极不景气，但黑暗的尽头是黎明的来临，况且股价已跌落到合理的长期投资价值，所以此时适合长期投资者买进股票。

(2) 股价开始看涨，确定股市已脱离空头市场时，这是中短期投资者进场的最佳时机，待股价确定回升时再予买进，虽然不能赚足一段行情，但却能赚得稳当。

(3) 突破关卡之后买进的是技术分析的精华所在，因此股价突破关卡之后，是技术分析者进场的时机。

(4) 游资涌入股市后，成交量不断创新记录，大量的资金将股价推向高峰。

## 卖出股票的时机

在下列情况下，应该毫不犹豫地卖出股票。

(1) 涨升势已达到末段，股价上升到末期时，成交量难以持续增加，此时长期投资者即可将股票卖出。

(2) 下跌趋势形成的初期，是中短期投资者卖出的最佳时机。当股价反转之后，才能判断一波波的涨升行情结束，因此在下跌趋势形成的初期将股票卖出，是最稳当的作法。

(3) 当股价已形成头部或跌破支撑点时，是技术分析者卖出的时机。尤其是当股价跌破颈线后拉回时，是最后的逃跑机会，此时应赶快将股票抛出。

(4) 当人员、资金涣散时，成交量日益萎缩，行情一天不如一天时，此时也是卖出时机。

## 掌握每个股票轮涨的步调

多头市场初期的特色是主力大户对各种股票采取换股操作的策略，以致于每个单独种类的股票轮流涨升，行情稳步发展，吸引资金不断流入市场。最终形成全面涨升的多头气势。

股票轮涨现象的产生，大约有下列几项原因：

(1) 点火股票或带头上涨的股票，其价位已高，必须稍事休息，而轮到其他未动的股票调整。

(2) “比价心理”，使得上涨不大的股票显得便宜，因而吸引投资者购买，轮流上涨。

(3) 主力大户所操作的股票，目的价位已经达到，所以换进其他股票操作。

(4) “轮做”可以使市场状况活跃，吸引投资者购买股票，使行情稳定上升。

一般来讲，多头行情开始于一、二档股票的“点火”，接着少数股票进行比价，轮流上涨，然后形成全面向上的气势。因此，点火阶段应该是试探买进股票的时机，轮涨比价阶段则是进场的安全时机。至于股票全面暴涨的价段，可能是多头行情结束的征兆，此时明智的抉择应是酌量减少持股，陆续获利以减少风险。

## 成交量是决定卖出买进的关键

判断股市行情走向，价位的变化当然是关键的，然而成

交量的变化，往往领先趋势反映，有其绝对性的辅助功能。常言的“资金是股市的血液，数量先行于价格”，就是强调分析成交量的必要性。

在股价谷底区，成交量极少，没有利多、利空的消息，股价起伏不大，呈现“价稳量缩”的局面，当成交量逐渐增大时，表示买盘逐渐介入，则以后股市价格能上涨，这就是成交量领先上升的买进信号。相反，当股价处于涨升阶段，但成交量却无法持续扩增，显示追价意愿不足，则股价的涨升可能后继无力，往后可能下跌，这就是成交量领先下跌的卖出信号。

## 股票投资风险

股票投资风险是指投资者不能够在投资期内获得预期报酬的可能性。投资风险主要包括以下四个方面。

(1) 市场风险。它是证券市场由于普通股票的价格变化可能造成的资本损失，也就是股票价格猛涨或暴跌所带来的资本损失。影响股票价格变化的主要因素是企业的经营活动状况，通货膨胀情况和投资者的心理状况。

企业的经营状况好，盈利就会上升，股票价格就有可能上涨，相反，如果企业的经营状况差，盈利就会下降，股票价格也可能下跌。通货膨胀给股票带来的风险，主要是因它使投资者的股息情况发生变化，通货膨胀率越高，投资者取得的实际股息就越低。投资者的心理作用对股票价格的影响，就像消费者的心理作用对消费品价格的影响一样，当社会上出现彩电热时，人们就争购彩电，彩电的身价就提高；当大

家觉得股票有可能看涨时，就争着去购买，股票的价格就会上涨。

(2) 经营性风险。它是企业在竞争中失败，投资者不能从企业取得盈利的可能性，这对投资者来说是一种威胁。

导致经营性风险的因素一是企业决策者在经营管理过程中发生重大失误，导致企业资产减少，企业股票价格下跌。二是公司财务状况不好，使股票价格下跌。三是营业周期引起的公司收益变动。

(3) 购买力风险。这也叫通货膨胀风险，是指通货膨胀率上升超过了预期通货膨胀率，使股息收入的实际购买力下降，给投资者带来损失。

(4) 利率风险。利率风险是指由于利率变化而带来损失的可能性。

## 股东代码卡的办理

新股民：持身份证到当地的证券登记机构办股东代码卡，也就是办理开户手续。办了股东代码卡后凭此卡可以在全国任何一家开通深股买卖的证券部参加深股交易。

老股民：原持有老的股东代码卡经过旧卡换新卡后，均可在全国通用。也就是说，到异地想买卖股票，不需再重新办卡。

## 怎样交易深圳股票

深交所对投资者股份帐户采用“集中托管清算，分级服

务管理”的体系，是一种规范、安全、高效的管理体系。

新股民办好股东代码卡后，可选择当地任何一家证券部开户，并进行深圳股票的买卖活动。与沪股交易一样，深股零股可以直接卖出，但不能委托买入零股，并且，零股需一次性卖出。

目前新股民可选择的委托办法有：①柜台委托：在证券营业部填写委托单，递给柜台营业员代为委托下单。②自助委托：个人亲自操作下单，有小键盘、电话委托等自助委托系统。自助委托需另办手续，与券商协议，股民可到证券部询问具体办理办法。

委托成交后，券商按成交金额的 3.5‰ 收取手续费，另外还要扣除 3‰ 的印花税，手续费不足 5 元按 5 元收取。

股民的委托成交情况可直接到券商柜台处查询，并随时可以让证券商打印自己帐户上的资金，股票对帐单。办理了小键盘、电话委托的股民可根据字面提示或语言提示查询成交、资金、股票金额等情况。

老股民与过去一样，交易方式大体没有改变，零股已可以在每一营业日交易时间内委托卖出。

## 怎样认购上网发行的新股

深圳上网发行的新股，投资者可以到当地的开通深股买卖的证券营业部去填写申购委托单，也可以通过电话委托的方式。

在填写委托单的时候，根据新股发行公告的要求，投资者对以下几条规定须加以注意：

(1) 每个股票帐户的申购量不得低于 1000 股，超过 1000 股的必须是 1000 股的整数倍。个人股东申购帐户上限及法人股东申购帐户上限查阅新股“股票发行公告”。

(2) 每个帐户只能申购一次。这一点是投资者提出问题最多的。实际上，理解这句话很简单，即“每张证券帐户卡只能申购一次”。尽管深市一张证券帐户可以在多家证券营业部开户，并可以买卖股票。但是，在申购新股的时候，如果有投资者凭一张证券帐户卡在多家开户的营业部里都申购新股，那么，深交所电脑交易系统仅将第一次申购视为有效，其他都视为无效而不予配号。

一些投资者以为用同一张证券帐户卡分别在几个证券营业部开户，并存入适量的保证金来认购新股，就可以多得几个配号，中签的机会大些，实际上这种看法是错误的。交易所电脑系统只接受第一次申购并给予配号，其余视为无效。鉴于此，建议投资者在申购时不要采用上述错误的办法，以免资金被白白地冻结几天时间，失去其他的投资机会。

据了解，一些投资者在申购时只委托过一次却未能得到配号，不知什么原因？由于交易所电脑主机只对一个证券帐户卡第一次申购给予配号，出现上述情况时，投资者可以查看自己是否在多家营业部开户了，会不会在其他营业部被“他人”抢先申购，从而因被动重号使自己失去申购新股的机会。如出现这种情况，您可向深交所市场服务部投诉，寻求解决。

(3) 电话委托合同号并非中签号。一些投资者不知道采用电话委托方式申购新股时怎样查自己是否中签？一些人甚至以为委托合同号就是中签号。

投资者用电话委托办法申购新股，在电话委托中给予的合同号并不是交易所给的配号，不是中签号。电话委托后想查询自己是否中签需到证券营业部查看，如果实在无法得到证券营业部查看，建议您在申购结束后，中签号码公布后的约三四天的时间，再通过电话查询查看自己的股票帐户里是否多了新股，而资金帐户里是否少了钱，即可大体知道自己是否中签。

## 初涉股市切记的几点

初涉股市的投资者，怎样才能一举获利而避免风险呢？请记住以下几点：

(1) 不要与别人合伙去买卖股票，再好的搭档也有意见分歧的时候，更不能把别人的钱挪用自己投资股票之用。

(2) 不要盲从别人的分析，只能靠自己的脑子思索，以便定夺。

(3) 投资好的股票，小钱也许会生大钱，投资坏的股票钱会一去不复返。

(4) 股票交易，切忌性急，来日方长，不愁买不到好股票。

(5) 股市行情如逆风行舟，涨的时候总是很慢，但跌的时候却是一泻千里，故而抛出时应果断行事，吃进时则应小心谨慎。

(6) 不要以为自己能够做到“行情能够达到最高点时自己手中的股票正好抛出”，这不过是股市中每个投资者都在做的美梦而已。

(7) 在没有正式交割前，不要把行情价上的表面利润提前消费掉，因为利润还未真正到手，也许行情突然下跌。

(8) 不要想从投机中起家，不少做活板模子的人都有着他们痛苦的教训，事后往往会是两袖清风，一无所获。

(9) 金钱来得容易去得也快，投资股票获利后，首先应想到的是再投资或储蓄，而不是大手大脚地去消费掉。

(10) 股票行情不可能永远上升，也不可能永远下跌，购买时最好在大家都不想购进的一刹那，卖出时最好在大家都要买进的一刹那。

## 怎样选股

(1) 选股要选潜力股。事半功倍是投资者精心选择潜力股后一路持有的必然结果。选择潜力股一般来说要注意以下几点：第一所选个股的价格要处于相对低位，这样其股价具有较大的上升空间和想象空间；第二所选的个股应是成长性好，具有发展潜力的。通过对中期报告的研判，挖掘、寻找具备这些素质的上市公司，并对其股价作出合理的判断和假想，是投资者在选择这类股票时要着重加以注意的；第三所选个股在地域、行业板块中应具有领先的优势；四是所选个股有较多的题材和朦胧利好消息的支持；五是经过送配股除权后个股股价留下较大缺口的缺口概念股；六是要选好买入的时机，分批逢低买入。

(2) 选股要选强势股。所谓强势股，就是在下跌调整的市道中有较强的抗跌性，常常有万绿丛中一点红表现的个股。这种股票在跌势中跌幅小于大盘平均的涨幅，可作避风港；涨

势中涨幅大于大盘平均的涨幅，可谓急先锋，一旦大势走稳出现像样的反弹行情，持有这类股票赢面更大。但值得注意的是，选择强势股一是要首选突破个股股价盘局，创出近期新高的个股；二是对逆势而行的强势股要视其成交量的变化而动，有成交量支持的强势股可优先考虑选择。

(3) 选股要选绩优股。弹指半年间，上市公司的中期报表已经与投资者见面了，个股孰优孰劣一目了然。业绩是股市的灵魂，而炒业绩浪自然是优胜劣汰。投资者对上市公司的经营业绩、享受政策倾斜的程度、受调整税率、降低利率、复关的影响等都应给予重视，认真分析，从中选出投资投机两相宜的绩优股。

(4) 选股要选题材股。个股行情靠热点，而热点的形成要靠题材的发掘。因此选好有题材和可能形成热点的个股，是投资者的一项基本功。近期挖掘个股的题材可从观察分析以下几方面入手：首先是个股的板块性，如区域、行业、概念等不同的板块；其次是个股的关联性，如政策关联、市场关联、股性关联等；再次是个股的发展性，如减息的影响、政策倾斜影响、上市公司自身成长性等；再次是个股的比价性，相同板块、相同行业、相同业绩和盘子的个股由于市场表现的不同，市场主力的介入程度不同，都会使个股产生比价的空间，为今后行情中的价值回归埋下伏笔。

## 如何寻找有潜力的股票

在证券市场不断发展、投资理念渐趋成熟的今天，选股对于证券投资的成功显得极为关键，那么，该怎样去寻找、挖

掘具有巨大潜力的股票呢？

首先，需要确定当今的宏观经济状态，或者在经济周期中所处的阶段。研判的指标有：利率水平和趋势、经济发展速度的快慢、货币供应量的大小以及财政政策和货币政策等。只有确定了经济发展指标处于谷底或者上升初期，才能保证投资者选择的大多数上市公司将进入高速成长期。同时，在选定时机入市后，坚持长期持有，做长线投资。当前国内的各项宏观经济指标数据和变化趋势，支持经济发展处于上升初期的结论。因此，当前的投资策略应是：挑选出未来能给投资者带来丰厚收益的股票，并长期持有。

其次，选择有行业优势的上市公司。研判的指标有：行业发展周期、行业的景气变动、国家给予的行业性优惠政策和扶持政策。只有选择那些处于朝阳行业，国家在政策上给予支持的上市公司，才是具有高速发展潜力的合理投资对象。当前，金融行业、石化行业、汽车行业等具有上述优势。

在投资者确定了宏观经济状态适合，选定了具有发展前景的行业后，还需要根据数据对上市公司做一些分类比较的计算，才能挑选出具体的投资对象——上市公司。

第三，选择最佳上市公司。研判指标有：财务结构是否合理，经营能力、偿债能力和获利能力是否处于行业的前列。再对公司的综合指标（资产规模、净资产收益率、净资产增长率、市场占有率等）进行行业横向和历年纵向的分析比较。最后加上股价指标优势比较和推测预计数据比较，选定出各项指标处于行业前列，当前股价指标最优，预测值最优的上市公司。

## 投资人应该掌握的操盘技巧

由于股市的变化太大，所以一般的投资人士更应该熟悉简单实用的操盘方法，操盘方法有成千上万种，这里简介 18 种简单的操盘方法供投资人参考。

①长线投资应先认清宏观经济发展的趋势，如经济形势看好等，则应选一绩优股积极介入，反之则应观望为主，一旦介入即长期持有。②短线投资是以搏短差来获利的，所以应该熟悉短线技术指标，在消息真空时按技术指标操作，低吸高抛。③上涨 5 波段完成之后理应看空。④如 5 日 10 日均价，死叉刚形成配合空头排列时看空。⑤反弹回档时，如果价涨量不增的背离走势，宜看空。⑥坏消息出台，该跌不跌时看多，好消息出台该涨不涨时看空。⑦下降的股价走势逐渐形成大圆底时，应看多。⑧突发性利多消息发生，涨势强劲应买进。⑨下降的股价走势受到 w 形成支撑而上升时，可看多。⑩跌破重要支撑位时看空，反之冲破重要压力位时应看多，在价稳量增时介入。⑪涨幅已大，成交量突然放大的股票，可看短空。⑫RSI 进入严重超卖区，AOBV 指标也开始上行，AOBV 穿 5 日 AOBV 线可看多。⑬在多头市场中，价格跌回原形时，价稳量增，第二天价升量涨，即可买入。⑭在多头市场中，当前一天的 K 线图是一小阴线且影线长，当天是价升量增且是前一天 2 倍的量，则可买入此股，日后定有长红。⑮当某股在某一价位盘整了一段时间，突然拉出二个以上的小阳，且量增价涨，可买入。⑯当股价跌破或接近

5日平均通道时，可作买入，当股价上穿5日平均上通道时，可作卖出（对短线而言）。⑰当股价已涨多日，今日最高价，等于昨日最高价，而今日最低价小于昨日最低价，且量比昨日少时，可看作短期头部卖出。⑱一般的股票如连跌8天，量也放大，则可买入，如不涨则推迟到第16天左右，反之亦然。

## 小额投资者应注意的问题

股票市场上，大户总归是少数。大多数股票投资者都是小额投资者。小额投资者在买卖股票时应注意以下几点：

第一，在股市行情看涨时，不要羡慕股市大户们赚大钱盲目追涨。要耐心等待行情回跌后，再选择大跌的吉日正式进入股市。如果你是初入股市，不妨根据政府或研究机构所调查的经济指标，选择几项赚钱或高成长的行业作为买卖股票的对象。

第二，要充分认识股票投资风险与获利机会的关系。股票市场永远存在着获利机会与投资风险。获利机会高者风险同样很高。对于投资者来说，准确地评估风险与获利机会同等重要，如果只看到利润而看不到风险，这就未免过于盲目乐观。与风险共存亡包括两个方面，即股民必须具备财务风险和心理风险的承受能力。如果买进的股票市价下跌了30%或50%以后，应该怎么办？若经济实力雄厚，能坚持到股市复苏，那就说明你具备了承受财务风险的能力；如果因为亏损而睡不着觉，或者失去了主见，听从他人调遣，这证明你不具备风险的心理承受能力，那么请你最好不要从事股票投

资活动。

第三，对股市的某些特殊情况也要加以注意。明明是赚钱的行业，但也有赔钱的企业。这也许是企业领导人员的经营管理能力发生问题，致使公司一败涂地；另一方面可能是在同类行业中，企业所生产的产品不同，运营的境遇也许有天壤之别，这些都需要投资者加以注意。

## 分红派息的领取

深市股民所得的红股、红利直接通过证券商柜台自动划入投资者的资金帐户，只要按时查询即可。

新股民只要从深交所在报纸上公布的上市公司分派息时间表中获知自己可得到红股和股息，股息分红即会直接派到您的帐上，无需办任何“领取”手续。可以到证券部查询股息到帐情况。

沪股转配股中的红股与深股一样，直接划到投资者的帐上，不用特意去办理领取手续；但是，转配股中的利息部分由上市公司派发，不直接进入上交所交易网络进行“现金红利权”的挂牌。据有关人士称，投资者须到上市公司去领取。

## 如何申领、补领沪股现金红利

目前申领、补领沪股现金红利主要有以下几种途径：①在现金红利挂牌期间，股民可以到任何一家证券商处通过卖出红利权的形式领取现金红利，红利权挂牌时间大约为一个

月左右。②办理过指定交易的股民，从每年的5月1日后，上交所直接将现金红利划其指定证券商处的个人资金专户上。③持有磁卡帐户的股民，过期红利托管在其办理磁卡帐户的当地开户银行处，股民可凭磁卡帐户到开户银行领取。④对于未办指定交易的非磁卡帐户股民，申领过期红利需到上海证券中央结算公司深圳代办处办理补领红利登记手续。代办处定期在一个月左右的时间内将补领红利资料汇总通过电子邮件方式传给上海工行，上海工行对资料检查确认后，传达相应的补领红利发放资料，并将红利款划转至深圳代办处，一般股民从登记到领取红利大约需要三个月左右的时间。

# 房 产

## 房地产投资经验“一句话”

△房地产投资就是将资金投入到房地产综合开发、经营、管理和服务等房地产业基本经济活动中，以在将来获得有效的收益。

△按房地产投资的经济内部分，可分为土地开发投资、房屋开发投资、房地产经营投资、房地产中介服务投资、房地产管理和服务投资等。

△房地产投资并非在每一个投资项目上都追求最大的利润，但总的目标是追求高额利润。

△在追求高额投资利润时，不可能不考虑到房地产本身的特性，如房地产流动性差，价值大，具有升值潜力等。

△在投资利润这个总目标上还有许多分目标，（1）投资本金的安全性；（2）流动性；（3）最大现期收入；（4）远期收入（5）对通货膨胀的防范等。

△本金是投资的本钱也是投资活动盈亏的界限。

△本金的损失就意味着下一次投资规模的缩小。

△远期收入具有不确定性，因而一些投资者特别关心现期收入，投资于一些高收益、高风险的投资，如旅游房地产等。

△房地产投资既会带来巨大的收益，也会具有极大的风险。

△投资策略的形成是一个复杂的过程，它会依投资项目、投资者等的不同而有较大的差异。

△房地产投资三要素：时机、地段、质量。

△时机的掌握存在于房地产开发和经营的各个阶段，例如，什么时候买入土地，什么时候购入物业、投资于开发的哪一阶段等等。

△第一个时机的到来，无不蕴含在政治形势的变化、经济发展趋势、人口的增减、收入水平的升降、消费心理的变化等政治经济信息之中。

△房地产地段的选择，对房地产投资的成败有着至关重要的作用。

△自从有了投资，也就同时有了投机。投资即成功的投机，投机即失败的投资。

△任何投资都有风险，房地产投资自然也不例外。房地产投资由于数额大、周转慢、变现能力差，因此风险更大。

△由于房地产投资和股票债券投资的风险的形式和程度不同，房地产企业可根据国家的一定时期的政策方针和市场情况，将房地产投资和股票债券投资组合起来，既减少风险，又提高收益。

## 怎样寻找理想房源

不管是为了居住购房还是为了投资房地产，以便增值保

值，首先，你必须做到，对你所购房屋的各类基本情况，有一个全面的了解。从报刊杂志上以及新闻媒体上了解所购房屋的有关信息，则不失为一条捷径。

房地产广告是传递房地产销售信息最直接、最有效的方式。我们每天都可以从不同的媒体上发现或找到大量的这类房地产广告信息，从中挑选，选择你理想的目标，继而进行最佳的投资。

#### A. 房地产广告的形式与特点

房地产广告的形式多种多样，主要有：电视广告、广播广告、报刊广告、邮寄广告、街头派发的单张广告、通过赞助社会活动而做的广告等等。

房地产广告有三个非常明显的特点：

一是区域性。由于房地产是不动产，它的地域性非常强，因而房地产广告一般是在某一特定区域发放。

二是时间性。它总是在楼盘发售的前后一段时间内向外发布，而不像某些日用品广告那样天天在电视上做广告。

三是投入大。房地产本身是高价值商品，为促进销售，发展商往往不惜花费巨资投入到广告上。上海的“解放”、“文汇”两大报，每天都有大量的房地产广告篇幅，就是一个很好的例子。

在收集房地产广告时，应根据上述特点收集。一方面在地区性强、发行量大的报纸或收视率高的电视台上收集广告；另一方面，如果想要得到较全面的房地产信息，比如说现在正在销售的所有楼盘，则仅仅收集一段时间的房地产广告是远远不够的，你还需要同其他的信息渠道结合起来，比如说

搜集市房管局定期公布的预售商品房许可证的楼盘等等，这样才能得到较完整的信息。

### B. 如何辨别房地产广告中的真假成分

不管是购买或者是投资房地产，误信虚假广告而作出的决策，其损失是巨大的。所以，每当拿到一份房地产广告时，不管它说得多么诱人，都应该保持清醒的头脑，去分析一下它每一句话的真假。

对投资者来说，可以从以下几个方面去辨别房地产广告：

#### ①从商品房的名称去辨别

住宅小区在办理预售手续前必须向地名委员会申报地名，经批准向社会公布后方能使用。而对房地产项目的命名也有一系列的规定：

△严禁使用人名、外国地名命名。

△对“大厦”、“广场”、“花园”、“苑”、“村”、“别墅”、“山庄”等名称也有其严格的要求，必须符合一定的条件。

△禁止使用重叠通名，如“某某花园广场”或“某某花园大厦”等。

#### ②从广告的基本内容去辨别

建设部 1997 年初发布的《房地产广告发布暂行规定》明文规定：房地产销售或预售广告必须具有以下内容：一是开发企业名称；二是中介服务机构代理销售的，载明该机构名称；三是预售或者销售许可证号。必须说明的是，项目的发展商必须具有建委部门确认的房地产开发资质。而中介机构也必须有市房管局颁发的房地产中介代理资质证明。

#### ③从公布的房地产价格上去辨别

目前经常看到的房地产广告刊登的商品房价格都是“××元起”，实际上，它标明的这个价格往往是全部发售楼盘中最差的一套进行最优惠折扣后的价格，或者当你达到现场时这套已经早就售完。因此，它的可参考性大打折扣。一般而言，有实力的发展商标价都比较公平合理，广告中一般都标明是“平均价”、“最高价”。而且一次性付款的最大优惠也不会超过九折，对于那些打出“八五折”、“七三折”的楼盘你应该特别小心谨慎。

#### ④从其他方面去鉴别

《房地产广告发布暂行规定》规定，房地产广告不得含有风水、占卜等封建迷信内容，对项目情况进行的说明、渲染，不得有悖于社会良好的道德风尚；房地产中表现的项目位置，应以该项目到达某一具体参照物的现有交通实际距离表示，不得以所需时间来表示距离；房地产广告中的项目位置图，应当准确、清楚，比例恰当；房地产广告中不得出现融资或者变相融资的内容，不得含有升值或者取得投资回报的承诺。

只有当投资者真正了解了以上这几点了，才能够去伪存真，对手中的广告加以辨别，以免上当受骗。

## 向亲戚朋友打听

因为人总是喜欢同与自己身份、阅历、收入水平相近的人居住在同一区域。同时，也是因为你的亲戚朋友是你值得信赖的对象，他们往往能给你带来许多真诚实用的建议。

### (1) 向居住在某一住宅小区的朋友打听

你可以向你的朋友询问一些住进住宅小区后的感觉，以及评价楼盘好坏的基本准则。这样做，你可以少走很多弯路。具体可以打听以下一些情况：

### ①交通条件

人们对于交通的理解往往在于距离市中心区有多远距离，有多少趟公共汽车线路经过此地。但是一住入某一住宅小区，这个问题就被具体化了。可能问题的关键就在于：这里距我上班的地方有多远，有几路公共汽车驶往上班地点，等车的时间有多长，路上大概要花多长时间，孩子怎样去上学等。如果你经常要上夜班，还要考虑晚上回来的交通与安全问题。

### ②配套设施

这涉及到日常生活的方便，如附近有没有菜市场，购买日常生活用品是否方便，孩子入学的问题怎么解决，附近的文化娱乐设施是否齐备等等。

### ③工程质量

比如说有无漏水现象，结构是否牢固，有无粗制滥造、货不对板的现象，出现质量问题该如何处理等等。

### ④发展商的情况

包括购买时的经过，需要办理一些什么样的手续，是否准时交楼，配套设施是否同时交付，是否严格履行合约，在房屋保修期间出现问题是否能够及时解决等。

### ⑤设计及朝向

比如户型设计是否适用，厅、房面积的比例是否合适，家具如何布置，需要多少个房间，主人房要多大，要不要带洗

手间的主人房，是否设置书房等等。

在方位朝向上，哪个朝向比较好，阳台、厅的自然景观如何，通风及日照情况怎样。

### ⑥ 物业管理

物业管理是非常重要的一个环节，直接关系到居民的切身利益，同时，也是商品房保值增值的重要手段。如水电费如何交纳，环境是否整洁，垃圾清运是否及时，绿化有无人去打理，一些公共设施如水池有没有人去清洗、能不能保持日常水质的清洁，自行车、摩托车及小汽车停放在何处，有没有人去看守，小区内的安全怎样，管理费高不高，管理处的收支项目及金额是否公开，还能提供一些其他的什么样的服务等。

物业管理的问题往往在购房时被人忽略。但是，随着物业管理在住宅小区的全面铺开，人们越来越认识到它的重要性。可以说，有了物业管理，才会把分散无序的住户组织得有条不紊，形成一个安全、文明、清洁的住宅区。

对于以上几点，房产投资者应该引起特别的重视。因为想要使房产增值保值，这几点是非常重要的。

#### (2) 向已经购买投资预售房的朋友打听

如果你的朋友已经购买了预售的商品房，但还没有搬入新居，则你可以向他们询问以下几个问题：

##### ① 地点与价格

购买投资的商品房坐落在什么位置，其成交价格是多少，发展商给予的优惠是什么，车位价格是多少，交楼附送一些什么设施，付款方式是哪种，为什么要选择这种付款方式？

## ②办理购房的手续

购买商品需办理哪些手续，需要占用多长的时间，负责接待的工作人员是否热忱，手续麻不麻烦？

## ③选择楼盘的过程

你是如何看上这一楼盘的，觉得最吸引的优点在哪里？与其他楼盘相比，这个楼盘的突出优点在哪里？

## ④对房地产前景的看法

认为近期、中期、远期房地产的走势如何，对于所购商品房的升值潜力如何看待？

## (3) 向从事房地产行业的朋友打听

如果你有从事房地产业的朋友，可向他咨询一些比较专业的购房知识：

### ①对房地产形势的看法

对某市房地产的现状有何看法，房地产的发展方向，发展后劲如何，物业的升值潜力在哪里，房地产价格的走势如何。

### ②楼盘推介

有什么好楼盘推介，其优点何在，缺点何在。

## 向发展商或代理商了解

### (1) 发展商、建造商、代理商的区别

发展商是指策划开发建设房地产项目并筹资建设的房地产公司。房地产主营企业必须向房地产业务的行政主管部门即市建委申请资质等级。

建造商是指负责建设房地产项目的市政工程、基础工程及土建装修工程的建筑商。

代理商是指负责销售策划和销售具体工作并以此赚取佣金的房地产中介机构。

与购房者关系密切的是发展商及代理商，而建造商只是对发展商负责。有些房地产公司内部成立了专门从事房地产中介代理工作的子公司，在商品房具备预售条件后交给销售部门来销售。但是，随着社会分工越来越细，由专业的房地产中介公司进行策划销售是一种必然的趋势。

### (2) 向发展商或代理商了解房地产信息

向发展商与向代理商了解的差别在于：向发展商了解可以直接地了解商品住宅的有关工程建筑的各种具体信息，而向代理商能从更广泛的层面上了解其他楼盘的售楼信息、购房手续、商品房屋的利弊等等。

了解的内容包括商品房的名称、具体位置、住宅小区的整体规划、建设进度、销售价格、配套设施、交通状况、物业管理、付款方式等等商品房的一些具体情况。

若你对某一住宅投资感兴趣，应同时向开发商和代理商了解情况，若有不同的售楼点，可上不同的售楼点去咨询，对该项目的具体情况向不同的人员咨询，由此也可验证商品房真实的情况。

## 房屋有否合法产权

### (1) 房地产产权及登记发证

以房地产为标的产权，称为房地产产权。在房地产产权中，有房屋所有权、土地使用权、房地产抵押权等。一般意义上的产权是指房屋所有权，也就是说，房屋有否合法产权，即是在向发展商交完购房款项后，并在入住后的一定时期内，能否保证顺利地拿到产权证明。

根据国家的有关法律法规，房地产管理部门才是法定的房屋所有权登记发证机关，其他部门办理的房屋所有权登记和发放的房屋所有权证书，不具有法律效力，不受法律保护。

房产和地产是一个不可分割的整体，因此，房屋所有权人和该房占用的土地使用权人，必须属同一人。由于办理产权的手续较为复杂，需提供各种各样的文件，一般都是由购房者委托中介代理公司办理。办理产权证的时间，则是在房屋竣工并交付使用以后进行的。

(2) 在处于预售阶段的商品房，如何判断其有否合法产权

预售是指房地产开发经营企业将正在建设中的房屋预先出售给承购人，由承购人支付订金或部分房价款的行为。

由于办理《房地产证》是在商品房工程竣工交付使用后的一段时期内办理的，因此在预售楼花阶段看不到发展商提供的《房地产证》。但是，也有其他办法去辨别房屋以后有否合法产权。1994年，我国建设部发布了《城市商品房预售管理办法》，明确规定“商品房预售实行许可证制度，开发经营企业进行商品房预售，应当向市、县房地产管理部门办理预售登记，取得《商品房预售许可证》。

许多地区办理《预售商品房许可证》，必须满足以下条件：

①已交付全部土地使用出让金，取得土地使用权证书。

②持有建设工程规划许可证。

③在建房投入开发建设资金达到工程建设总投资的25%以上，或完成项目用地的征地拆迁，建筑报建，开始房屋基础全面施工，并已确定施工进度和竣工日期。

从以上的条件可以看到，领取预售证的商品房竣工后，一般都能领取到《房地产证》，可以放心购买。

## 居住地段是否适宜

简单的理解，区位即表明商品房在一个城市中占据的某一位置。但是深挖其内涵，它包含着许多的内容，包括这一地区的城市规划，配套设施，交通状况，人文氛围，环境质量等等；因而，它是房地产的最重要的因素，它对房地产价格的影响是最大的。

随着经济的发展，观念的变化，某一地段的条件也会随之改变。原来上海人有一句话“宁要浦西一张床，不要浦东一间房”，但是随着浦东成为全国最大的经济开发区，其美妙的前景展现在世人的眼前，其房地产的价格也发生了十分巨大的变化，可以说，浦东原有的区位条件发生了改变，其价格也随着上升。因而也可以说区位、地段是一个动态的概念，会随着外部条件的变化而变化。

我们可以看到一个规模大、配套完善、规划合理的小区住宅的价格比地段差不多的零星住宅价格明显高出一截。由此，城市规划是一个很重要的因素，对区位的影响可见一斑。

居住地段是否适宜，能否增值保值，主要可以从以下几点来衡量：

- ①该地段的价格是否能够承受。
- ②入住以后，是不是真正能够提高居住水平和生活素质。
- ③日常生活、饮食起居、外出交通是否方便。
- ④根据所在市的城市规划，这一带的发展前景如何。
- ⑤如有良好的发展前景，必须还要有一定的发展速度。

## 房屋售价是否适中

### (1) 影响售价的因素

售价是商品房素质的最终体现，影响住宅售价的因素有：

- ①区位。房屋所在的地理位置及发展前景。
- ②居住环境。包括绿化面积，公共活动空间，楼间距，采光，通风。
- ③配套设施。包括小学、中学，生活设施，商业配套，娱乐文化设施，高档的住宅区应配有住户会所。
- ④楼层、朝向。东南向比其他朝向贵，高层中越高层越贵，多层则中间层售价高。
- ⑤发展商实力。一般而言，发展商实力强则其楼宇素质高，配套好，售价相对较高，除此之外，还有信誉保证、工程质量保证。

### (2) 如何投资购买价格实惠合理的房产

还有一些影响价格的因素，在实际生活中必须注意到，并且很有可能成为你用于投资的机会。

某些开发商开发某一大型商住区时，一般采用滚动式发展的策略。在首期推出的物业往往比后期的售价低出很多，这是出于市场营销的角度来考虑，目的在首期吸引消费者的注意力，吸引大量的买家来带旺人气，以便在随后的开发过程中能顺利地销售。

所有的购房者或投资者，都希望能够买到价格实惠合理的房产，具体可以从以下几个方面入手：

①在房地产低潮时期购入。从上海市以往经济周期的房价走势看，房地产价格在高潮时期和低潮时期的价差在 25% 左右。

②购买有实力开发商开发的大型住宅小区的首期或二期商品房。

③购买城市与郊区的结合部位的商品房，这一地区商品房，由于是较后期开发，往往规划建设得比较好，其环境质量也比市区的所谓豪宅好。随着城市规模的迅速发展，城乡结合部位很快便在两三年内成为市区，其配套设施、市政、交通等也会相应跟上，房价就自然升上去了。

## 付款方式能否接受

对发展商而言，制定付款方式直接影响到回收资金的力度。对购房者而言，则涉及到付清房款的难度及商品房本身的投资价值。同是付 100 万元，一次性付款跟两年之内分期支付二者之间相距甚远。因而对于付款方式，你应挑选一种适合自己的方式，而不能跟着别人选。

### (1) 付款方式有哪几种

付款方式大致可分为三种，第一种是一次性付款，即在双方签订售房合同一定期限内（通常是一个月左右）付清楼价的95%，余下的5%在交楼后付清。第二种是分期付款，一般是在付清首期后跟随项目的工程进度付款。至交楼后付清全部楼价。第三种是银行按揭，其付款方式是按协议逐月向银行付款。

### (2) 各种付款方式的利弊

#### ① 一次性付款

一次性付款的优点在于它往往能得到最高的折扣，另外则是手续比较简单，只须缴一次款就够了，节省了许多时间。

其缺点在于：

占用大量资金，少了许多其他的投资机会；资金的安全性较差，当开发商携款潜逃时，损失惨重。

#### ② 分期付款

其优点在于：

资金压力小，每期付少量资金，当房地产升值时，容易转手；

分散了资金风险，当工程进度慢时，能对发展商施加较大的压力。

其缺点在于：

费时费力。定期要向发展商交付一定的款项，对一些公务繁忙，经常出差的购房者来说不方便；

付款总额高于一次性付款，所能拿到的折扣也较低，甚至没有折扣。

大部分的购房者都愿意采用分期付款的方式。

### ③ 银行按揭

其优点在于：

这种付款相当于银行贷款，有利于使购房者在购房能力不具备的情况下在银行的帮助下购买商品房的，提前享受更好的住房条件；

买卖双方之间多了一个银行，银行会督促买卖双方的行为，使发展商保证工程进度和交楼质量，保障购房者的利益；

消除楼价上涨对购房者的压力。楼价上涨是一个长期趋势，而一旦购房后，楼价对购房者而言就已经固定下来了，不需担心日后房价上涨。银行按揭一般要求购房者每月向银行交纳一笔固定的资金。这样，供楼供到最后，由于收入的提高，资金压力也就越小。一个月付 5000 元现在来看压力很大，但是 5 年以后或许就很轻松。

银行按揭的缺点在于：

办理银行按揭的手续比较复杂，且对申请人的资格审查比较严格，需要提交一些私人资料，可能会令某些人难于接受；

供楼期越长，利息负担越重；

供楼期间，房屋产权在银行手中，如想转手卖出房屋，手续比较复杂。

### (3) 怎样选择适合自己的付款方式

选择付款方式时，应综合考虑以下因素：

自身的资金情况。根据自己的付款及资金运用能力，如果你的投资机会多，盈利能力高，则应考虑轻松的付款方式，

如期限较长的分期付款或按揭。如你的闲散资金充裕，则可考虑折扣较高的一次性付款或短期限的分期付款；

开发商的经济实力。如果开发商是实力雄厚、信誉优良的开发企业，则可选择较快的付款方式，如果对发展商的实力不清楚，或者开发商是一家项目公司，则应考虑较谨慎的付款方式。

购房目的。如果不是投资，购买商品房的纯粹是为了短期炒卖，则不要选择银行按揭的付款式，这样可以避免许多日后的麻烦。

## 居住环境是否舒适

居住环境的舒适程度往往是衡量住宅的档次的最重要的因素。也是决定商品住宅的升值潜力。

居住环境的舒适性主要表现在密度、间距、绿化和污染这几方面。

### (1) 密度

密度是指建筑物的投影面积与整个小区用地的比例，密度越小，则住宅小区的舒适性越高。

许多省市建设主管部门根据住宅区的整体布局和环境配套把住宅区分为三类：

一类小区：市政公用设施齐备，布局完整，环境良好。

二类小区：市政公用设施齐备，布局完整、环境较好。

三类小区：市政公用设施比较齐备，布局不完整，环境一般；或住宅与工业或其他用地混合交叉使用。

## (2) 间距

间距是指建筑物之间南北向和东西向的距离。

建设主管部门对住宅小区的最小间距亦有具体规定。

## (3) 绿化

小区内绿化，包括公共绿地、宅旁绿地、庭院绿地、公建设配套附属绿地和道路绿地等。

一类小区绿化率不得小于 45%，二类小区绿化率不得小于 30%，三类小区绿化率不宜小于 25%。

小区内的公共绿地，应根据小区不同的规划组织结构类型，相应设置小游园、组团级绿地，以及其他带状的公共绿地等。

绿地最好采用开敞式设计，以满足居民休息、散步和交往的需要，而不应用铁丝网把它拦起来。

## (4) 污染

如果是一个安静舒适的住宅小区，应该尽可能地隔绝一切污染。对住宅小区舒适造成污染威胁有：环境污染、噪音污染和空气污染。为此，住宅小区必须尽量做到以下几点：

①人车分流。设计好机动车停车场的位置及行车路线，最好不要人与车共行一条道路。

②住宅与商场、娱乐饮食用房适当分开。传统的商住楼把商场和住宅揉合在一起，住宅里的居民就严重受到噪音及油烟的污染；另外，由于人员混杂，给安全保卫工作带来很大麻烦。

③搞好日常的清洁，垃圾及时处理，清理小区内违章建筑，护理好绿化等等，这些是物业管理方面的工作。

## 住宅设计是否合理

住宅设计主要是指房间的内部设计，包括结构设计和装修设计，主要是指家具的摆设、预留的插座、水电管道、厨房洗手间的摆设等。

合理的住宅设计包括平面功能分区的合理性、房间面积分配的合理性，通风透气性能，采光性能，厨洁具布置安排合理性，管线配合合理性，储藏空间合理性和超前性等。

(1) 从整栋来看：

①分摊面积少，实用率高。实用率达 80% 以上，高层 80%，多层 90% 以上。

②水电表及煤气表集中在室外，方便日后管理维修。

③电梯足够用。每部电梯服务 60~90 户，如一层八户则应配三部梯。

④电梯间通风采光。这里是交通中心，人流多，使用频繁，因此应有一个较合适的候梯空间，应有直接对外采光和通风的窗户，这也有利于消防排烟。

⑤车位足。一般住宅 5 户配一车位，豪宅 2~3 户配一车位。

(2) 从房间内部看：

①功能分开，动静相宜，活动空间和休息空间分开。

②主人房带洗手间。这样的住宅渐渐成为主流。

③饭厅与客厅分开。客厅是家庭的团聚、起居、待客的空间，是温馨家庭的象征，它应该宽敞、明亮、通风，有较

好的朝向和视野。

④洗手间与厨房不同门。

⑤厅房的窗外景观兼顾。

⑥阳台安全可靠，透视性强，最好做落地玻璃门。

⑦对于装修的设计，家具电器的摆设考虑周全，一步到位。

⑧布线合理，插座够用。

⑨住宅的实用性。框架结构，应尽量大开间，灵活分隔，防止承重墙过密，开间过小。用电容量要留有一定的余地，为家庭电气化、自动化、信息化创造条件，应留有空调器、热水器的安装位置；共用电视天线、电话插座等都应该考虑齐备。

## 装修标准是否满意

一般而言，发展商在预售商品房时，附送的装修标准有以下几种：

(1) 空壳交屋或精装修。在别墅和中低档商品住宅中常采用这种方式。这种装修的优点在于：降低开发成本，使得售价降低成为可能，同时，也可避免二次装修带来不必要的浪费；用户可以根据自己的情况对居室进行装修，使之适合自己的口味。其缺点在于：要入住必须自己重新装修，消耗许多的人力物力，带来一系列的麻烦，而且近年来关于装修方面的纠纷也越来越多，很多人难于处理这样的问题；如果是投资房产准备用于出租的，那么交楼后不能直接租出，要先装修好再出租，时间上有所损失。

(2) 精装修。主要是用在某些豪宅。装修标准一般是名厂电梯，名厂洁具，送厨房套装厨柜与煤气炉、柚木地板、高级铝合金窗，有些还送家用电器，如空调机、热水器等。其标准主要是要使用户搬进家具后即可入住。其优点在于方便，住户少花心思。其缺点在于居所无自己特色，如某部分需要改动则要花较大的代价。

(3) 部分精装修。主要是一些中档楼盘采用。室内装修中某一部分比较高档，以此来吸引买家。如交楼时铺设柚木地板，其他则较为普通，墙面乳胶漆，明线。其缺点在于尽管送了装修，但是仍然未能达到住户的要求，绝大部分还需要进行二次装修。

以上三种方式各有利弊，究竟哪种装修适合于你则由你的具体情况而定。如果是买房用于投资出租，则买精装修的省事。如买房用于自住，且对住宅的装修标准要求较高的则可考虑选择粗装修。如购买是为了投资保值增值，那么三者皆可，还可根据投资的多少进行选择。

装修标准的验收是交房的重要一环，你可以向发展商或中间代理商询问具体标准。比如，同是柚木地板，进口的和国产的，甚至同一牌子的不同档次，其质量差别也是非常大的。一般而言，在售楼书中有所说明。但是，有些地方不是很明确或有些遗漏，你可以向发展商查明，你完全有权知道你购买的究竟是一间怎样的商品房，这种投资是否值得。

## 工程质量有无保证

工程质量直接影响到生命财产安全，工程质量问题还为

你的日常生活带来很大的影响。

在购房之后交到投资者手中的是经过质检部门验收合格的房屋，但是在商品房预售阶段，工程尚未竣工，难以确定其以后的工程质量。另外，即使验收合格的房屋，与入住的要求也可能会有一些差距。因此，购房者在建筑进度不同的时期应有不同的方法去检验它的工程质量。

一般而言，商品住宅常见的质量问题有：

- (1) 天花、墙壁渗水。
- (2) 墙壁出现裂缝。
- (3) 制作粗糙，地板砖不平或线条不直，墙壁粉刷不平等等。
- (4) 材料以次充好或用料不足。
- (5) 水管或下水道不通畅。
- (6) 附送物品质量低劣等等。

在商品房未竣工阶段，主要从以下几个方面去了解：

(1) 发展商的实力。这一点至关重要，一般而言，一个在社会上信誉卓著的发展商对工程的质量要求都会非常高，其在工程方面费用的投入也比一般公司高。他可以选择一些好的建筑商来建造物业。并且也能对建筑商施加更大的压力；迫使建筑商抓紧建筑工期和质量。很显然，低劣的工程质量会严重影响发展商的信誉与利益，从而促使他考虑撤换建筑商，建筑商也会因此而蒙受巨大的损失。

(2) 工程进度。购房者在签订购房合同后，每隔几个月应去工地现场查看，看其工程进度是否能够跟上，能否按期交屋。一般而言，工程进度慢说明施工组织不力或资金投入

不足。工程进度快，也不是一件好事，会给工程质量问题埋下伏笔。一般在打桩基础阶段，建筑时间约需一年左右。而地面以上上盖部分，则一个月为3~6层。

(3) 施工组织。主要看工地现场是否干净整洁，物品堆放是否有序，工程监管人员是否认真负责，这些问题当你去现场看过之后就会有一个清晰的印象。

对于已竣工的商品住宅，则在交楼前通过现场查看就可以看清。

## 公共设施是否完备

住宅配套的公共设施主要包括：

(1) 学校：托幼、小学、中学。

(2) 商业配套：肉菜市场、粮油店、日杂店、理发店、超市、银行、邮局、医院、公用电话、垃圾站等。

(3) 管理机构：街道办事处、居委会、派出所等等。

(4) 其他：文化娱乐设施、会所等。

公共设施是否齐备直接关系到居民入住后的生活是否方便。按照城市住宅小区综合开发的精神，学校、公用电房、垃圾站、管理用房等公建配套设施必须由开发商投资，无偿提供给有关部门使用。开发商在开发商品房时每年投入公建配套开发量必须占当年商品房开发量的20%以上，如果单独开发则必须另交投资额的60%的住宅小区配套设施建设费用给市建委对公建配套的统一建设。

投资者在投资商品房时，可以从以下几个方面检验所购

商品房的公共设施配套情况：

(1) 了解住宅小区的规划配套设施。可以向发展商索取住宅小区的规划图纸,对于每栋建筑的建筑面积及规划功能、各种设施所占的面积是多少等问题向发展商或售楼人员详细询问。并且要问清楚各种公共设施的交付使用日期,并尽可能到现场去了解配套设施项目的实施进度。

(2) 了解在小区未配备的设施及解决的办法。例如住宅小区只配备托幼,而没有小学,则要了解孩子要到哪里去上学,那里的教学质量如何,路途是否遥远,要不要交赞助费等。

(3) 了解配套设施的使用情况。比如小孩入学该小区的托幼要不要交赞助费,要交多少。住宅小区内的会所有些什么设施,是采用会员制还是其他方式经营,使用费用是多少等等。这些细微的环节都不要放过,否则有可能豪华的会所收费昂贵,对住户而言形同虚设。

## 物业管理可否接受

我国建设部 1994 年发布的《城市新建住宅小区管理办法》规定,房地产开发企业在出售住宅小区房屋前,应当选聘物业管理公司承担住宅小区的管理,并与其签订物业管理合同。也就是说,新建的住宅小区都必须由物业管理公司进行管理。

住宅小区的物业管理,是指对小区范围内的建筑物和构筑物及其设备、市政、公用园林绿化、环卫、交通、治安等

公用设施以及环境容貌等管理项目进行维护、修缮和整洁。

### (1) 物业公司的经营范围

物业公司的经营范围主要包括：

①治安维护工作。一般应有 24 小时保安巡逻，并配有一定的保卫设施，高级住宅小区还配有监视器、可视对讲机、紧急按钮等，还必须要有一支素质优良的保安队伍。

②绿化清洁工作。包括小区内公共道路、楼梯的清扫，垃圾的集中处理，绿化维护，绿化设施的维修，水池清洗。

③日常维修工作。包括水电方面的临时维修，电梯及机电设备的维护、保养，公共设施的维护工作。

④小区管理工作。包括清理违章搭建，管理小区容貌，监督住户遵守公约。

⑤其他有偿便民服务。如代收水电、煤气、电话、有线电视费用，代接送小孩等其他便民服务。

### (2) 物业管理收费

物业管理的收费包括两方面：收费的内容和金额。收费的内容一般是对小区公共性服务项目进行综合服务收费，费用构成如下：

①管理、服务人员的工资和按规定提取的福利费。

②服务项目的物资损耗补偿费（含公用设施、设备维护费）。

③直接用于住宅小区物业管理的固定资产折旧费。

④法定税费。

⑤合理利润，可到 10% 的水平。

各类住宅小区的中等收费标准（每月每平方米建筑面

积) 约为:

①解困房、微利房、福利房为主的住宅小区 0.2 元。

②普通多层住宅小区 0.5 元。

③普通高层住宅小区 (有电梯) 0.8 元。

④高级高层住宅小区 (有电梯) 1.20 元。

⑤高尚住宅区、别墅区主要依据住户的要求及所提供的服务质量和深度, 根据优质优价的原则制定。

(3) 如何衡量物业管理的好坏

要衡量一个住宅小区的物业管理的好坏, 主要可以从以下三个方面去考察:

①治安状况。提供一个安全的居住环境是最基本的, 也是最重要的条件, 特别是在高档住宅区和远离市区的居住的小区里面, 应主要通过察看保安人数是否足够, 保安的纪律和制度是否严明, 运用了哪些现代化手段去维护治安, 保安是否认真负责, 有无很多闲杂人员。

②清洁状况。主要是观察小区内的道路是否清洁、整齐, 绿化是否井然有序, 建筑外墙是否清洁, 有没有出现外墙剥落无人管的情况, 有没有出现乱搭乱建的情况等。

③收费水平。物业管理收费高不高, 与其他小区相对比如何?

以上三点是物业管理中最基本的三点, 也正是物业管理水平中最难做好的。看过住宅小区之后, 你应该会对你要选择购买的商品房日后的物业管理水平有一个明确了解。

综上所述, 任何一个房地产投资者, 只有真正理解和掌握了以上的投资理念, 才能够花最少的投资, 选择到最好最

便宜最实惠以及回报最高的房产。

## 商品房投资的诀窍

掌握了诀窍，干起事来就会事半功倍，因此，掌握某一行业的操作诀窍是一个人从事该行业成功的关键。对于商品房投资这一行业而言更是如此。因为商品房投资大，有一定风险，虽然不像股市那样稍有不慎就会血本无归甚至债台高筑，但商品房投资被“套牢”的现象并不少见。虽然商品房投资具有一定的局限性，但一个人如掌握了商品房投资诀窍，则往往可以避免实击虚，以小搏大，甚至可以“空手套白狼”。

对于手头有资金但数目不大的个体投资者，投资商品住宅项目应选择一些短、平、快（即投资少、见效快）项目，具体说来这类项目主要有以下几种：

### （1）以旧翻新

即把旧楼买来或租来，然后投入一笔钱进行装修，以提高该楼的附加值，最后将装修一新的楼宇出售或转租，从中赚取利润。

这种以旧翻新的手法，曾被不少房地产巨子操演了无数遍。实践证明，采用这种方式投资商品房是切实可行的，也是小本经营的最佳方法之一。

采用这种方式投资商品房时应注意：要尽可能选地段好、易租售的旧楼，另外在装修布局之前一定要结合地段经营状况以及房屋建筑结构，确定装修之后的楼宇的使用性质以及目标顾客，切忌盲目。

## (2) 以租养租

以租养租就是先长期租赁低价楼宇，然后以不断提升租金标准的方式分期转租，从中赚取租金差价。

以租养租这种操作手法又叫当“二房东”。国内有些住公房的人，采用这种操作手法，将公房转租，获利相当丰厚。如果投资者刚开始做房地产生意，资金严重不足，这种投资方式比较有利。

## (3) 炒卖楼花

楼花，即未完工的商品房，也叫期楼。炒卖楼花就是选准富有升值潜力的期楼，在楼花抛售之初予以购进，伺机转卖，从买卖交易中赚取差价。

运用炒卖楼花这种操作手法时应注意：洞悉本地房地产的走势与行情是成功炒卖楼花的前提，选准具有升值潜力的楼宇是成功炒卖楼花的关键。

## (4) 合建分成

简而言之，合建分成就是寻找旧房，拆旧建新，共售分成。

合建分成这种操作手法要求投资者对房地产整套业务须相当精通。这种手法使用比较普遍，香港不少房地产巨子就是据此发家的。合建分成这种手法如果操作得好，可以玩“空手道”。有一操作高手拿购房者的预购款来建房，没花一分钱却在短短的几个月内净赚了几十万元。目前不少房地产开发公司也都采用这种方式开发房地产，只是规模较大，另外在合建方式上存在多样性，有的是发展商（拥有土地开发权）找投资商，有的是投资商找发展商。

### (5) 以房换房

以房换房就是以洞察先机为前提，看准一处极具升值潜力的房产，在别人尚未意识到之前，以优惠条件采取以房换房的方式获取该房产。待机会成熟再予以转售或出租，从中获取利润。

运用以房换房这种操作手法时须注意：抢先获取的规划信息一定要准确和保密。

一般来讲，对于小本投资者而言，投资商品房主要有以上五种方式。当然还有其他方式，如买地卖地、买地自建自售、买地合资经营、买旧楼拆迁后转售地皮等等，这些方式虽然也可以赚钱，且有可能比上述五种方式获利更多，但其所需资金较多，且有些还与政策相违，因此对于初涉商品房投资的投资者而言，这些方式可操作性不强。

## 投资商品房须掌握的几个关键

有道是：“工欲善其事，必先利其器。”要想吃房地产这门饭，必须平时做足“功课”。

首先，要钻研房地产投资的专业知识，了解房地产投资的基本常识和操作流程。主要包括房地产估价的理论和实际操作方法，房地产交易的法律常识，进行房地产交易的程序，办理抵押贷款的手续，房地产价格与政治经济环境的关系，以及前人进行房地产投资的成功经验和失败教训……另外，尽可能到一些房地产公司呆一段时间，积累一些实际操作经验。

其次，要大量收集、整理和加工有关房地产投资资料。掌

握有关资料，这是进行房地产市场分析的前提条件。有了资料，才能分析、判断房地产市场变动趋势，确定买卖时机。具体说来，投资资料可分为两类：一类是社会性资料（原始资料），另一类是技术性资料（加工资料）。前者包括历年房地产市场变动情况及特征、各级政府颁布的有关房地产的政策和法规、自己所在城市的每块地的市场潜力及有关房屋的价格、新闻媒体中一些优秀的房地产营销策划广告、一些房地产公司及中介公司经营状况与信誉等等，后者则主要包括绘制房地产价格交易总指数与总交易量变动情况表，绘制各分类房地产价格及交易量变动线图，绘制市场价格趋势图表等。有了大量、系统、科学以及时效性较强的资料，就可以做到知己知彼，出手必赚。

再次，要找到伙伴，请好“三师一纪”，即律师、测量师、会计师和经纪人。俗话说得好：一个篱笆三个桩，一个好汉三个帮。成大事者，靠单枪匹马是打不了天下的。做房地产生意，找到合作伙伴是成功的关键所在。目前从中央到地方关于房地产的政策、法规有好几大本，一个人不可能方方面面都了解得清清楚楚，而聘请一个好律师可以使你不必为此伤脑筋，并保证你经营顺利；测量师可以把你所买来的土地和旧楼，按照当地的法律发挥最大用途；会计师可以使税款减到最低限度，使交税时间延至最后；经纪人则可以为你沟通买卖桥梁，既为你提供好的地皮及楼宇，同时又为你疏通销售渠道。因此你可以根据不同发展阶段的需要，聘请相应的参谋。

第四，在实际操作时要注意审时度势，灵活经营。经营

无常法，惟变是根本。对于小本经营者而言，尤应如此，否则只有被市场风浪吞没。香港有一刚入道的房地产经纪人，以100万元的单价购入两个单元，原打算作短线投资，加价转让，却不料市道转淡，一时难觅买主，而折价出售又于心不甘。因此，将房屋出租，每个单元每月收租金1500元，除去支付贷款利息外，还略有盈余。如此以房养房历时两年，终于守得云开见日出，最后在房地产市道牛气冲天之时以150万元的单价卖出，两个单元赚了100万元。试想如果该经纪人恪守小本经营者不能作长线投资的“定律”，结果会怎样？

投资房地产有很多经验和诀窍，这些金玉良言的关键问题和原则是不可不知的：

① 房地产经营一靠更新观念，二靠搞活经营，三靠用足政策。

② 投资三大原则：A. 购入价要比市价低；B. 增值潜力要大；C. 现金支出要少（尽可能少付甚至免付头款）。

③ 容易脱手的四类住宅：A. 地段位置好的住宅；B. 以低价购得的住宅；C. 发展前景看好的住宅；D. 资信良好的房地产开发企业营造的住宅。

④ 房地产信息的获取途径：A. 利用广告；B. 找经纪人帮忙；C. 订一些报刊；D. 多去房地产交易所；E. 查阅纳税记录（这方面的资料最有用）。

⑤ 房地产市场信息必须：A. 全面；B. 及时；C. 准确；D. 适用；E. 经济。

⑥ 房地产经营 = 关系 + 资金 + 胆识 + 眼光 + 机遇。

⑦ 买进房产靠耐心，卖出靠决心，观望楼市靠信心。

⑧房地产买进机会多，卖出机会少。卖出房地产动作要快，买进房地产须多斟酌。

⑨看楼市大方向赚大钱，看楼市小方向赚小钱。

⑩不在大涨之后买进房地产，不在大跌之后卖出房地产。

⑪判断楼市行情靠资料。靠经验、凭运气、靠侥幸心，注定要失败。

⑫楼市行情经过长期的上升，当出现创纪录的成交量时，不论其背景如何，房地产价格都会进入危险时刻；新手最容易在房价迅速上升和出现高成交量时买进房地产，然而，此时相反的变动正在开始。

# 邮市涉足

## 怎样测算邮票增值

如果你想方便的掌握一种邮品的增值幅度，就按下列公式进行测算：

集邮队伍总人数 ÷ 邮品发行量 = 邮品真实价格。

试以 1979 年发行的 T·41《我们爱科学》小型张为例。目前我国集邮人数为 1000 万，这枚小型张的发行量是 10 万枚，那么，它真实价格理论则是：

1000 万人 ÷ 10 万枚 = 100 元

然而，目前这枚小型张在邮市上的价格，却在数千元左右，这又是为什么呢？造成这种理论计算与实际价格出入的原因主要有以下几项：①未扣除国家及各省市集邮公司库存量；②使用过程中的损坏、制做首日封等邮品之数量未扣除；③邮商囤积与集邮家们备存量未扣除；④国家对外邮票贸易，以及集邮爱好者们对外交换，使相当数量流向境外。

设计、绘画、印刷、选题，以及集邮爱好者主观熟悉、了解与喜爱的程度，都将对邮票价格产生影响。在此介绍的仅是简单的测算方法，一种大致判断的客观根据。如果想在实际投资中应用，千万不要忘了数字计算以外，影响价格的还有很多因素。

## 为什么小型张增值最快

在所有发行的邮票中，设计图案最好，印刷最为精美，又最受集邮爱好者欢迎的，是小型张（小全张）。

说到设计、印刷等，小型张无疑是同期邮票中的佼佼者，甚至连邮票设计者自己都格外精心地设计小型张，都将最精彩动人的片断和镜头，留给小型张。甚至连邮票发行局的计划安排，都将最精彩的选题，最显赫的位置留给了小型张。正是人们的这种偏爱，使小型张倍受青睐，尽管它价格居高，是各种纪念和特种邮票中最昂贵的，但丝毫不影响人们争购的热情。

绝大多数小型张的面值安排并不考虑使用最广泛的国内平信与挂号，既不供应日常使用，也不考虑贴用时的实用，有的小型张已接近或超过了普通的信封。然而，它仍然是邮票，仍然是一种有效的邮资凭证。小型张已成为一种带着纪念性质、供人们欣赏收藏的艺术品。

从严格意义上来说，小型张倒是一种较为纯粹的收藏品。正因为它是非实用性的，所以它的印数相对不能太多，一般情况下没有超过同套邮票的。即使是在那些不配以其它票，以小型张为套的票，它的发行量，仍低于其它邮票。俗话说，物以稀为贵。既然小型张印数一般都较低，它就具备了增值的前景，同时，作为一种设计一流、印刷精美的收藏品，它被人们认购的可能性就比其他邮票大得多，因此它的增值幅度也越大。

## 发行早的邮票价钱就好吗

发行时间早的邮票，价钱就比发行时间晚的邮票好吗？表面上看，问题好像是明摆着的，发行早的邮票总比晚发行的邮票价格更高一些。实际上，这只是一种假象。因为有一个阶段之内，发行时间早的邮票，价格要高于那些发行时间晚的邮票。可是再过一段时间，情况就不同了。10年前和20年前发行的邮票，它们之间的价格就没有太大的差距，向前推移的时间弥合了它们原有的差距。

的确邮票价格与发行时间有着相当密切的关系。10年前发行的邮票就总体情况而言，它要比新近发行的邮票价格高。但在相当多的时候邮票价格又与印数有关系。如我国最早发行的大龙邮票，现一套信销上品需千元上下才能购得。而在其发行时间十多年之后的“红印花小字当一元”，目前国际市场上的价格竟高达120万元。原因即在“红印花小字当一元”是中国早期票中存世最稀少的一种。

1840年英国最早发行的“黑便士”邮票，是世界上第一枚邮票，目前只需花几百元就能买到1枚信销上品票，而1979年我国发行的T41《从小爱科学》，现市价竟达一枚数千元。近几年发行的邮票印数并不少，价格却一涨再涨，如1988年发行的T(3)《三国演义》3元一枚的小型张，现在就涨至70~80元左右。

问题好像不完全在印数上。在短时期内邮票发行时间早晚，可以影响价差，在相当长一段时间后，邮票发行次序上

早晚所造成的价差，便消失了。甚至经常出现倒挂现象。如果仅仅以发行时间早晚划价，那么 50 年前发行的民国邮票，其价格为什么会远远低于近几年发行的 JT 票呢？看来收藏者喜好是个主要原因，另外邮票的选题、设计、印刷，都可以影响到这套邮票受欢迎的程度。这与邮票的发行量，存世量一起对邮票价格产生影响。

我们这里所说的都是一种相对的比较，假如要作绝对比较的话，当然应当说发行时间早的邮票要比发行时间晚的邮票贵，如果将清朝的大龙邮票和民国的首套邮票比较，当然大龙邮票的价格是高的。一个清醒的投资者应当学会综合的比较。即将邮票的发行时间、发行量、题材选择与表现等方面做一综合考量，这样得出的结论才不会片面。

## 哪些邮票增值快

一般说来图案设计优美、印刷精致、艺术感染力强，宜受到广大集邮爱好者的欢迎的邮票，增值幅度大。

除了设计与印刷的原因，邮票画面所反映的题材与内容为收藏者喜欢与熟悉的程度都是不容忽视的原因。

中国古典名著无论其有多大的艺术生命力，都因文字的局限和文化差别的影响，其影响范围主要集中在亚洲汉字文化圈（受汉文化影响的国家和地区）。比如读过《三国演义》的欧美读者并不多，熟悉并喜欢如诸葛亮、刘备、关羽、赵云的人，也并不太多。而像中国的名山大川、动物植物之类的邮票，情况就不同了。这类邮票主要得益于绘画的本身，如

同风光明信片,摄影的水平以及被摄影所反映的景物的本身,才是决定它是否受到收藏者的喜好的主要依据,这不同于那些具有叙事性质的《三国演义》、《水浒》之类的题材与画面。因为这需要收藏者了解并熟悉,这类邮票以及邮票中所反映故事的时代背景、人物、情节等等。

而动植物题材的邮票,就不存在这些问题。如我国发行的《熊猫》、《金鱼》、《牡丹》、《菊花》、《杜鹃花》等,几乎受到全世界集邮爱好者的欢迎,这些集邮爱好者并不了解这类珍稀动物的分类、种属,而是着迷于邮票画面上那些栩栩如生的形象。

总之,为收藏者普遍接受的邮票,增值幅度就大,增值时间就短。

## 散票与套票的价格分析

成套邮票的价格,往往高于那些同等面值的不成套的散票。一套两枚面值8分的邮票,如不成套,呈散状态出售,其价是要大大低于成套者的。可见,散票和套票有明显的价差。

但是,这种以是否成套拟定的价格,并不能说明散票不值钱,不值得投资。恰恰相反,正因为散票价格偏低,才是有眼光投资者应予关注的地方。因为最小的投资获得最大的利润,是衡量投资效益的最好办法。同时,既然散票是不为人们关注的偏冷角落,那么它相对热门票来说要好收集得多。如果你经过一段时间的努力,可以将散票收集起来配成套,再予出售,那么它的利润也是很可观的。

如果经过一段时间的努力，散票仍然配不成套，那么，你也不必着急。因为，散票仍有其价值，还是会有人光顾它的，因为有一枚算一枚，像 J·18《纪念在延安文艺座谈会上的讲话发表 35 周年》发行至今已有 15 年了，已经开始日趋稀少了。一位有眼光的投资者，是不应当放弃任何价格偏低的散票的，如果要具体说明，那么 JT 票前 100 号中的任何散票都值得收集。

还有一种情况，如果你投资购来都是低面值票，缺少高面值票配套，那么最好留心收集一些民间邮刊，因为在民间邮刊上时常有高面值散票的出售信息。同时，你必须时常逛逛集邮公司，各地集邮公司在新票发售之际，常制做各种纪念封、邮册、邮卡之类的邮品，这类邮品大多贴用低面值票，隔一段时间集邮公司都将积压的高面值散票，配成袋票发售。因此，脚要勤、眼也要勤。总之，不要轻视散票。在早期珍邮中，成套难寻，连单枚都很稀罕，在这种情况下，散票的价格就毋庸赘述了。

## 盖销票、信销票的投资

所谓盖销票，即指在邮票上盖以邮戳，注销其邮资，不再具备邮资凭证的效力。在我国，盖销票有特定的含义，即先是集邮公司出售的，集邮公司预先予以盖销，以通常仅值面值三分之一的价格，向集邮爱好者出售，但是出售盖销票有倾销之嫌，会造成该国邮票声誉受损。

信销票指从信封上剪下洗得的邮票，它是完成了实际使

用之后，走进集邮爱好者的邮册。

盖销与信销票因之有了明显的区别。在要求严格的邮展上，除非万不得已，或为说明问题而不可取代的情况下，使用盖销票是要扣分的。这使盖销票的声誉受损。正因为有了实际使用的销记，这种销记（邮戮）又保留了邮政史料。信销票倒没有这方面的问题。正宗的集邮观念认为，收集信销票才是真正的集邮，对盖销票则嗤之以鼻。

现在，有不少集邮家发出呼吁，提倡收集信销票，实际上收集信销票的困难很大，它最能体现收集的难度与乐趣，从而区别于用钱买新票的便利。因而，信销票随着集邮水平的提高，势必越来越受集邮者的重视。

人们一旦关注信销票，信销票的价格自然就要上扬。事实上，从某种意义上来说，信销票比新票更难寻找。譬如含有高面值的某些大套票：T·28《奔马》，T·29《工艺美术》，T·44《齐白石作品选》等，这些新票，倘若你肯出好价钱，很容易就能在市场上买到。而你想买这类成套的信销票，那就困难得多了，而你若对品相还有要求，那简直就是难上加难了，

从价格上来说，发行时间较早的信销票与同期新票价格差不多。

有些信销票的价格甚至比新票还要高。以 J1 和 T1 为例，它们目前新票的市价均在 40 元上下，而信销票则在 20~25 元之间，距离已经缩小。因为 J1 和 T1 发行量并不多，发行之时集邮风气不盛，又多被邮局售出做寄信用，故存世量也不大。随着时光流逝，它们新旧票的价差将愈缩愈小。

如收集信销票，请记住千万不要错过 JI 字头前几十号的邮票。它们之中的绝大多数，随着时间推移都将越来越稀少，越来越珍贵。

## 邮票品相的鉴别

一枚邮票图案清晰，色泽鲜艳，有胶票背胶完好，无胶票正反两面均无黄斑、霉变，而且没有残缺、皱纹和折痕，便是一枚好品相的邮票；反之便是次品或残品。

每枚邮票的图案，在邮票票面上的位置很重要。如果图案居于票面中间，图案四周距孔的距离相等，则为上品。如果图案偏向任意一边的齿孔，则为次品。无齿孔邮票则要求图案居中，四周白边的宽度相等，反之便是次品。次品邮品有以下一些主要特征。

(1) 残缺。多数邮票纸都很薄，揭撕邮票时用劲稍大即使会使邮票破损。

(2) 揭薄。邮票的背面或正面揭下时部分变薄，这种伤残叫“揭薄”。从邮件上揭下邮票很容易发生这种情况。正面揭薄严重影响邮票的品相，这种邮票不应收入邮集。背面揭薄可以“从轻处理”，只要正面看不出来，可以暂时收存，待有了品相好的再换下来。检查邮票是否有揭薄现象，只要用镊子夹住邮票的一角朝亮处就能发现。

(3) 折皱。邮票用纸一般较薄较脆，容易皱、折。如果折得厉害，过后还容易从折处断裂。带折痕和褶皱的邮票属品相不好之列。

(4) 齿孔不正。这种现象是用齿孔没打正造成的。齿孔打得是否正，决定画面是否居中。齿孔打得好的邮票，印面无上、下、左、右之偏。反之，邮票四周的白边就会宽窄不一。

(5) 缺齿、断齿。齿孔由齿和孔两部分构成。凹进去的小圆洞叫孔，凸出的小尖牙叫齿，邮票即靠这些小牙齿连结起来。分离邮票不当很容易出现断齿、缺齿现象，这也属于品相不好之列。

(6) 褪色。集邮者都希望自己的邮票印色始终保持鲜艳，可事实上天长日久，印色总会起变化的。促使邮票印色变化的原因很多，其中阳光中所含的紫外线最能使印色发生变化。因此，切勿把邮票放在阳光直射的地方。邮票沾水受潮，也会褪色，所以，在用水湿的方法揭邮票时，尽管避免直接将印面浸入水中。

品相中还包括邮戮的品相、无齿邮票的品相和实寄封的品相。之所以单独提出邮戮的品相，是因为收集信销票的集邮者有两种人，一种人以欣赏邮票为主，另一种人以欣赏邮戮为主。前者要求邮戮尽量少盖住画面，后者要求邮戮最好全盖在邮票上，而且墨迹均匀，能辨认出年、月、日和邮局名称。达到这几点要求的，方能称得上是品相好的邮戮。无齿邮票的品相是由于分离整张邮票一般都依靠剪子。要是剪得不高明，就会使邮票四周的白边宽的宽、窄的窄，造成图偏现象，严重的还可能伤着画面，因此对集邮者来说，无齿票的品相也是十分重要的。实寄封的品相是指信封上加盖的每个邮戮的清晰度，以及邮寄时是否把信封弄脏了，开封时

是否把信封撕破了，乃至收件人的姓名地址字迹写得是否美观都会影响实寄封的品相。收集到一枚品相好的实寄封并不是容易的事情。

## 邮品真伪的判断

假票的出现主要根据以下条件而定：即邮票的发行量，集邮市场的供求情况，邮票的珍稀程度及其价格，尤其以第三种条件为主要因素。现在最常见的假票是用价值一般的原票，经过加字、烫金、改面值后，伪造成珍贵的邮票。

检验邮票的真伪主要是鉴定版别、图案、颜色、图幅、齿孔、纸张、背胶和来源。其中有些可以目验，有些必须技术测定。一般集邮者不具备技术测定的条件，只能用目验。主要是检验邮票的版别、颜色、图幅、齿孔和背胶，依据的则是眼睛、手和放大镜。当然，首先必须了解原票的版别、图案和颜色，以便核对。版别是指邮票印刷的方法，我国现在发行的邮票有雕刻版、胶版、凸版、影写版和铜版。对颜色、图幅和背胶的检验，着重在于大体上的均匀、准确。齿孔则是鉴别是不是冲压出来的，是否整齐、无残。比如壬申年猴票，在初看似乎颜色有深有浅，这属正常现象，因为邮票印刷是允许有细微颜色差异的，只要图幅与原票相同就可以了。用手触摸会感觉到猴毛和文字突出版面，而其他部分又是平滑的，这是雕刻版与影写版套版印刷。齿孔的边缘，留有明显的冲压痕迹，但排列又非常整齐。翻过背面，则有薄薄一层均匀的胶膜。这样，这枚邮票的检验就基本上完成了，如

果其来源可靠，可断定是真品。

有一个非常方便的发现假邮的方法，即把两条黑线固定在一块厚白纸上，把真邮票放在一条黑线下面，把要鉴定的邮票放在另一条黑线下面，然后用放大镜比较画面，仔细观察接触到黑线的细部。将两枚邮票的位置变动几次，每次都要确实使同一部分在各自的黑线下面。这样，往往就能发现破绽，因为真邮票和假邮票画面完全一致是十分少见的。

此外，还可根据真邮品上的暗记和某些细微的特点，借助放大镜或显微镜来鉴别邮品。暗记是设计师、雕刻师或印刷者做的防伪记号，对外是绝对保密的，但通过对邮品深入研究，往往也能够发现一些端倪。如：T·79M《益鸟》小型张，邮票图右斜下方，在张嘴鸣叫的杜鹃的胸脯下边，隐藏着一个斜倒着的“小”字。就是T·79M（小型张）上的暗记。邮资封JF1在邮资图案上面值8分里，“8”字下半部分“O”的左上角内侧，有一个突出的黑点；JF2在邮资图案面值8分里，8字上半部分“O”的右下角内侧，刻有一个豁口。邮资明信片JP27中国引种桉树100周年，在邮资图案面值15分里，“1”字的底部横笔左方有个断口；在靠近面值右边的邮资图边框里侧，有一道划口，均是暗记之一。

有些邮品上的细微特征，也可用来做鉴别用，如J·42加字小型张，真品加盖的志号为J·42·(1—1)，假品则为J·42(1—1)，虽仅一点之差，但却真假分明，细心人不难发现。

# 债 券

## 怎样计算债券的利息或利率

债券的利息计算，可以用公式表示：

利息 = 本金（元） $\times$ 年利率% $\times$ 年（360）

或：= 本金（元） $\times$ 月利率‰ $\times$ 月（30 天）

如你购入了为期 3 年的累进债券，本金是 100 元，第一、二、三年的年利率分别为 9%、10%、11%，计算到期利息和本金是多少？代入公式：

第一年到到期利息 = 100 元  $\times$  9%  $\times$  1（年） = 9 元，到期本金 = 100 元 + 9 元 = 109 元；

第二年到到期利息 = 100 元  $\times$  10%  $\times$  1（年） = 10 元，到期本金 = 100 元 + 9 元 + 10 元 = 119 元；

第三年到到期利息 = 100 元  $\times$  11%  $\times$  1（年） = 11 元，到期本金 = 100 元 + 9 元 + 10 元 + 11 元 = 130 元。这样可知你累进债券到期共可得本金利息 130 元。

如果你购买了 1988 年 5 月发行的金融贴水债券，期限 3 年零 3 个月，本金 75 元，到期利息 25 元（100 元 - 75 元），要求计算年利率是多少？

代入公式：25 元 = 75 元  $\times$  年利率%  $\times$  3（年）零 3 个月

$$\text{利率}\% = \frac{25 \text{元}}{75 \text{元} \times 3 \frac{1}{4}} = 10.256\% \text{这样就可知：贴水债券的年}$$

利率是 1.256%。

在社会公开发行的债券，凡个人购买，一般经过若干月后即可上市转让买卖，买卖价格随行就市。例如，工商银行信托投资公司静安证券业务部（上海）89年12月11日挂牌，1988年5月8日发行的工商银行金融累进债券卖出价112元，1990年5月8日到期还剩147天，你如果购买了100元面值的债券，那它的利率（也叫年得益率）为：

$$119 \text{元} - 112 \text{元} = 112 \text{元} \times \text{年利率}\% \times \frac{147}{360} \text{（年）}$$

$$\text{年利率}\% = \frac{119 \text{元} - 112 \text{元}}{112 \text{元} \times \frac{147}{360} \text{（年）}} = 15.31\%$$

这样年利率就是 15.31%。它具有期限短（不到一年），利率较高（高于银行同期存款利率）的优点，但证券市场债券买卖的价格，要由银行存款利率的高低、保值补贴的多少、通货膨胀的程度、债券期限的长短、发行债券部门信誉的好坏和供求状况等诸因素来决定的。

## 国库券概述

国库券是国家财政当局为弥补国库短期收支差额而发行的一种政府债券。

我国国库券的债务人是国家，其还款保证是国家财政收

入。国库券的发行者是国家财政部，但具体发行和还本付息事宜是中国人民银行委托中国工商银行、中国农业银行、中国银行、中国人民建设银行及其所属机构办理。其投资者主要是银行、投资公司、信托公司、企业、各种基金会、个人以及外国政府、团体和私人等。

国库券是国家财政部为调节国库收支而发行的，其发行量取决于国家财政政策的需要。

国库券以人民币为计算单位，票面额从1元、5元、10元、20元、50元、100元、500元、1000元、10000元、100000元、1000000元不等。近两年发行的国库券面额一般为5元、10元、20元、50元、100元。从1982年起，单位购买国库券发给国库券收据，可以记名，可以挂失；个人购买的，发给国库券。1985年后，个人购买国库券1000元以上的，也发给国库券收据，可以记名，可以挂失。1981年首次发行国库券没有向单位开给国库券收据的做法，不论个人或单位，一律发给国库券，所以，出现了1000元以上的大面额国库券。

1981年至今，国库券的期限一般为5年或3年。国库券到期后，其本息偿还或按期限分数次偿还，或到期后一次偿还。利息不计复利。如1983年的国库券期限为5年，自发行后的第六年起还本付息。个人购买的，一次抽签，按发行额分5年作5次偿还，每次偿还总额的20%；单位购买的，不举行抽签，按单位购买总额平均分5年作5次偿还。

## 怎样分析和判断债券的价格波动

债券价格与债券收益成反比是债券的基本原则之一。请

注意债券收益与债券利率的区别。债券在售出时其价格、收益和利率是明确的。进入债券市场后除了利率不变外，价格和收益便随着时间推移和市场利率的变化而浮动。一张10年到期的债券5年后价格自然会下跌，这5年中已付出的利息减少了债券的价值。利率对债券的影响则可正可负。如果市场利率下跌，从前高利率发行的债券便会升值；反之则贬值。从概念上讲，一张债券值多少钱取决于从现在到将来债券到期这段时间内总共还有多少利息可拿，当然还得加上本金。但未来的利息收入和本身必须扣除通货膨胀的因素，也就是说必须将1994年、1995、1996、1997和1998年的利息收入和1998年时收回的本金分别折算成1993年的钱，才是这张债券现时的价值。这在经济学上叫做未来资金的现时价值。换算现时价值取决于对通货膨胀的预期，这一点不同的人有不同的看法，因此有人出高价，有人出低价，造成债券市场的价格波动。投资者的收益则取决于债券购入时的价格。你付的价越低，也就收益越高。反之亦成立，债券的收益越高，其现价就越低。不过债券价格和收益的反向关系并不是线性的（一条直线），因为随着到期年限的靠近，债券的收益就是保持衡数，其价格也会发生变化。

从价格变化百分比看价格波动，在某一特定债券到期期限和市场收益条件下，债券利率越低，则价格百分比波动越大。如果利率和最初收益特定，那么到期期限越长，则价格百分比波动越大，我们可以比较一下利率分别为9%和5%的两种20年债券。在某一特定时间两种债券的市场收益应该是相等的，否则收益低的就没人买了。也就是利率为5%的债券

价格必须下跌到让购买者实际市场收益等于 9% 时才会有人问津。假设市场利率进一步上升，而这两种债券的市场收益也随之升到 11%，那么两种债券的价格都必须下降才能达到这一实际收益目标。就价格百分比而言，9% 利息的债券跌得少，5% 利息的债券跌得多。再比较一下利息同为 9% 但到期期限分别为 5 年和 20 年的两种债券。如果市场收益升到 11%，那么两种债券的价格都要下跌才会有人买。就价格百分比而言，20 年到期的跌得多，5 年到期的跌得少。

## 怎样测量债券价格波动

专业投资人员，特别是套期、套息者必须有一套测量债券价格波动的方法，以便具体实施各种套期保值和其他债券交易战略。最常用的测量方法有三种：

- (1) 基数点的价值，
- (2) 价格变化的收益值，
- (3) 持久度。

基数点（百分点）的价格也称 0.1 点变化的钱数，即收益每波动一个百分点（如从 6.75% 增长到 6.76%）债券价格波动的钱数。对于小额收益波动，其美元值计算起来非常容易，10 个百点之内的小波动，债券价格的变化基本上是与其对称的。但如果收益波动比较大，债券价格会掺入很多预期因素，其波动也就不完全与收益变化一比一相对等。因此大部分投资者在计算大的收益变化（如 100 点以上）时，总是取不同波动位的债券价格平均值。

价格变化的收益值是以单位价格的变化推算债券收益的变化。具体计算方法是算出两套到期前各阶段收益表。第一套以债券现价计算，得出一张现时收益表。第二套加上 X 钱数的价格变化，得出一张变化价格收益表。新表和旧表之间的差额便是 X 钱数价格变化的收益值。

持久度是 1938 年一位名叫麦考莱的数学家发明的，计算的是债券从现时到期满所有现金收入的加权平均值。加权数取的是每次现金收入与债券价格的百分比。持久度越长，则百分比价格波动越大。

如果将以上三种测量手段结合起来，可以推算出债券价格波动的凸度 (convexity)。凸度测算的是债券持久度随收益变化而变化的程度。凸度在选择债券组合时非常有用。例如有一种套息投资策略叫“哑铃与子弹”。一对“哑铃”是两种债券的组合，这一策略要求“哑铃”的持久度等于第三种债券，称为“子弹”。要达到最佳组合光靠其他价格波动测量手段远远不够，必须比较这三种债券的凸度才能作出最佳选择。

## 决定债券买卖的三法则

在决定买、卖某种证券前，投资者必须比较该证券的市场价格与证券本身的价值，以估算出此证券的市场价格是过高或过低。债券除了因供需关系而人为产生的市场价格以外，债券本身在不同的阶段中（距到期日远近），有其一定的价值存在。债券的价格，简单来说，是该债券未来所有现金收入的现值。只要债券的实际价值可以得知，投资者就可依此决

定买卖债券。

金融市场有股票与债券的买卖法则。如果你掌握了这些基本法则，或许你就不会赔钱。

(1) 买入法则：

如果某一债券的市场价格低于其实际价值，投资人应该买入此债券并持至有利润时再考虑卖出。

(2) 卖出法则：

如果某一债券的市场价格高于其实际价值，投资人应该在此债券价格下跌前，卖出此债券。

(3) 观望法则：

如果某一债券的市场价格等于其实际价值，这表明市场价格为合理价格，投资人应在市场外观望，待价格开始波动后，再找机会进场。

## 公募债券的发程序

1. 债券的发行者选订主要委托人商定发行计划，签订发行协议。

2. 主要委托人代债券发行者申请债券的资信评级和主管部门批准上市发行债券。

3. 主要委托人安排登记代理、支付代理和认购代表。

4. 债券发行者与登记代理，支付代理和认购代表签订协议。

5. 认购代理负责向投资者介绍情况，进行宣传。

6. 认购代理收缴款项开给收据，即由主要委托人以债券

换取认购代表已经收集的款项,或者由登记代理登记债券,并凭登记债券收据,息票换回收款收据,认购人可凭债券收据和息票到期领取本息。

7. 债券还本付息前,发行者应将款项拨付给代理人,以便还本付息赎回债券。

8. 还本付息结束,由支付代理通知登记代理,以取消登记。然后,由主要委托人将已注销的债券归还发行者,从而全部结束债权债务的委托代理关系。

## 国库券的发行程序

国库券虽也为公募债券,但其发行程序与一般公募债券的发行程序却不尽相同。由于国库券的发行者是国家政府,具有最高的知名度和债务信誉,其债务风险相对最小,因而其发行程序与其他发行主体(如企业、公司、金融机构)相比较为简单。当然,各个国家因经济条件和社会条件的差别,国库券的发行程序也非完全一致。

美国国库券的发行是由财政部采用拍卖的方式进行的,而对于中长期公债的发行过去采取认购方式,近年来大部分也改为拍卖的方式。美国3个月期和6个月期的国库券则每周发行一次,一般是在星期一举行拍卖,若遇例假日须改期时,一般提前至上星期五或推至星期二举行拍卖。1年期国库券一般是每四个星期发行一次,并在星期四举行拍卖,如遇例假日须改期时,则提前或延后举行拍卖。至于定期发行的国库券的拍卖日,财政部通常在拍卖数日之前宣布,并在各

主要报纸的金融版刊载这一日期。

美国国库券的发行、拍卖是通过投标的方式来进行，其具体的发程序是：

### 1. 投标书的提出与接受

美国财政部通常于星期四宣布将发行的 3 个月期、6 个月期及 1 年期的国库券公开招标。在此宣布之后，参加投标者可向各联邦储备银行及其分行（即财政部的代理人）索取投标书，并须于次周星期一下午 1 时将其投标书送至各联邦储备银行或其分行。投标书的主要内容有：欲购的国库券数额、期限种类和价格；注明是参加竞争性投标或非竞争性投标。竞争性投标者还须说明国库券到期时是否可以继续投资；非竞争性投标者则须表明同意依照竞争性得标者的平均价格支付认购价款。

### 2. 投标价格及投标结果的公告

在星期一下午 1 时，各联邦储备银行及其分行停止受理投标书之后，即开启投标书，并依价格高低顺序排列，提请财政部予以分配。财政部的第一分配对象是外国政府机构和各联邦储备银行，以及用该批国库券替换即将到期而欲继续投资的旧国库券投标者；第二分配对象是所有非竞争性投标者；最后再按投标价格的高低顺序将剩余部分国库券分配给竞争性投标者，并根据各竞争性投标的中标情况计算平均发行价格，将之作为非竞争性投标者的中标价格。

财政部在投标拍卖当晚宣布国库券的拍卖结果，并将其刊登在次日（即星期二）报纸的金融版上。很快，各联邦储备银行即开始执行拍卖结果。

### 3. 交易手续的完成

财政部在公布标售结果后,于星期四开始发行国库券,从而通过标售的方式将国库券售与投资者。国库券投资得标者须于该日(或该日以前)向联邦储备银行办理交款取券手续。交款的方式分为:(1)以现金或联邦储备银行付款的支票缴纳;(2)以到期的旧国库券调换新发行的国库券,两者价款的差额则以现金调整,多退少补。

国库券的发行对象,也扩大到面向全社会,居民个人、个体工商户、企事业单位、机关团体以及其他组织均可自愿购买。其发行程序,可以具体概括为:

#### 1. 发行委托实施

国库券的发行和还本付息由中国人民银行总代理,在各级人民政府统一领导下,由财政部门 and 中国人民银行组织有关部门多渠道办理。中国人民银行负责国库券的印制、调拨和发行后剩余库券的销毁等项工作。

#### 2. 承购包销和认购

按照国家下达的国库券发行计划,由财政部对地方统一下达发行任务,然后由各承销机构与当地财政部门签订承销合同。各承销机构必须提交承销申请及有关资信证明材料,经审核批准后方可签订承销合同,进行承销工作。认购单位和个人均可持款到各承销机构柜台认购,同时由承销机构发给相应面额的国库券。

#### 3. 国库券款项上划

各承销机构在办理、结清国库的款、券等项工作后,将国库券款于每月1日、11日、21日上划各开户银行,各开户

银行在收到国库券款项后，经审核无误，填写“国库券交款凭证汇总单”于每月3日、13日、23日全数划转人民银行市、县支行。市、县人民银行经核后编制“国库券交款凭证汇总单”一式三份，于每月4日、14日、24日上报人民银行地区分行或市分行一份，同时送当地国库券办公室一份。人民银行地区分行和市分行对代收的国库券款，于每月5日、15日、25日上划人民银行省分行。最后，由人民银行省分行审核汇总后，再上划人民银行总行缴入国库。

#### 4. 国库券推销手续费处理

财政部根据每年发行国库券的数额，按5‰的比例拨付给中国人民银行总行国库券推销手续费。推销费由中国人民银行总行根据各省、直辖市、自治区每年发行的国库券数额，按比例层层向下拨付，用于办理推销国库券有关事项的开支。国库券的交易方式及其交易程序

国库券经过公募方式发行之，即进入流通交易领域。在流通市场交易中，国库券的交易主要是通过柜台交易的形式来进行的。

## 柜台交易的内容

柜台交易形式，乃是以证券公司作为交易中介实现有价证券的转让和流通。其中，各证券公司在从事证券经营销售业务和柜台交易业务中，都持有—定数量的证券商品库存。投资者出售时，证券公司购入；投资者购买时，证券公司出售自己的库存，并以此调节投资者的供求差额，提供证券交易

服务。

### 1. 柜台交易的程序

有价证券的柜台交易，是以众多家证券公司作为交易中  
介来进行的。每家证券公司都或多或少地同时经营若干种有  
价证券的柜台交易。而且，证券公司的柜台交易是以证券公  
司先行垫入一笔资金买入一些证券作为库存为伊始。证券公  
司在柜台交易业务中，同时对其经营的有价证券挂出两个牌  
价：一个是证券公司购买某种证券的价格，称为买入价格，另  
一个是证券公司出售该种证券的价格，称为卖出价格。由于  
证券公司并不知道投资者要求交易时是买进还是卖出，故证  
券公司的买入价格与卖出价格需要同时挂出。证券公司挂出  
证券买卖价格后，无论投资人要求按买入价格出售或按卖出  
价格购买，证券公司都不得拒绝。

证券公司在证券交易时同时挂出的买卖价格是有差别  
的，卖出价格略高于买入价格，两者之差为证券公司的经营  
收入，称为差价。证券公司在调整报价时双价齐调，以保持  
一定的差价。而证券公司证券买卖差价的幅度需要根据交易  
证券的种类、交易额、市场状况及有关规定不时地进行地调  
整。

可见，柜台交易组织形式实质上是证券公司垫付资金从  
投资人手中买入未到期证券，再以略高的价格将其卖给投资  
购买人，从中赚取价差。

### 2. 柜台交易的特点

#### (1) 柜台交易的组织形式是“市场创造制”

在证券的柜台交易过程中，证券公司作为证券交易的中

介，既是证券柜台交易市场的组织者，又是柜台交易的直接参加者。证券公司通过参预市场交易来组织市场活动，从而为有价证券创造转让、交易市场。因此，证券公司被称为柜台市场创造者，证券柜台交易的组织形式也即“市场创造制”。

#### (2) 柜台交易形式是“自营制”

在证券转让的柜台市场上，绝大多数交易都是在投资者和证券公司之间进行。证券的实际出售人将证券卖给证券公司，证券的实际购买人从证券公司买入证券。证券公司通过独立经营，买卖证券，沟通投资者之间的相互联系，实现有价证券在投资者之间的转让、流通活动。其中，证券公司正是通过自营制的经营方式而成为投资者之间相互联接的纽带和桥梁。

#### (3) 柜台交易的形式是“买进卖出制”

柜台交易形式下的证券转让过程，是在证券公司和投资者之间买卖、成交的活动。每笔交易的参加双方都只是证券公司和某一个投资者，即“一对一”的交易。这种交易方式不可能产生买方内部和卖方内部的出价与要价竞争，故这种交易形式从证券公司的角度看，也即“买进卖出制”。

#### (4) 柜台交易价格的形成过程是“议价制”

柜台交易市场上证券的买卖价格是由证券公司确定后予以公开报出，并根据投资者的接受能力加以调整而形成的。也就是说，证券转让的交易价格实质上是在证券公司和投资者之间协商议定，因而证券柜台交易价格的形成过程也称为“议价制”。

## 国库券的交易方式及其交易程序

国库券的交易是通过证券公司的柜台交易市场实现的。目前，我国办理国库券转让业务的交易机构，主要采取自营买卖和代理买卖两种交易方式。其中，绝大多数证券公司要从事自营买卖业务。

### 1. 自营买卖

自营买卖，是由交易机构运用其资金，购入国库券出售者卖出的国库券，同时再向国库券购买者出售，买卖价格由交易机构挂牌公布。在国库券自营买卖业务中，证券公司或其他国库券交易机构，通过预先垫付一定量的资金，以一个国库券交易者的角色直接参与并从事国库券的买进、卖出活动，并从中获取经营国库券的收益。而且，证券公司或其他国库券交易机构作为国库券流通市场上的交易主体，以其庞大的资金实力和经营国库券的专业优势，一方面可以为国库券投资者提供集中的国库券买卖、转让场所及专门服务，另一方面通过调节国库券买进、卖出的柜台交易价格，进而影响和引导投资者调整与转换其持有的金融资产的结构，维持国库券流通市场的国库券交易价格，并获得经营国库券的利益。

目前，我国国库券交易机构经营国库券的自营买卖业务，主要是由挂牌（价格制定及调整）、会计核算和库存调节等环节组成。国库券自营机构的国库券挂牌可分为两部分，即定价和调价。

### (1) 国库券定价

国库券自营机构对国库券价格的制定，通常包括以下三个步骤：

第一，确定国库券的市场收益率。国库券的市场收益率，是根据国库券的利率、期限与其他债券的利率、期限以及同期银行储蓄存款利率的比较，并根据国库券流通市场上国库券买卖双方愿意接受的国库券收益水平，通过认真测算而确定的。

第二，根据确定的市场收益率和国库券的期值及待偿期限，计算出国库券的内在价值。其中，国库券的期值是指按票面利率计算而得的国库券自发行日至到期的本金加利息之和，也即国库券的本利和。

第三，根据计算出来的国库券内在价值，确定出国库券自营机构本身的买进卖出价。

国库券的买卖价格公式为：

$$\text{国库券买卖价格} = \frac{\text{期值}}{1 + \text{待偿期限} \times \text{市场收益率}}$$

### (2) 国库券调价

国库券自营机构对国库券价格的调整，通常是按照买得进（卖出人愿以挂牌价买进出手）、卖得出（购买人愿以挂牌卖出价购进）的原则，根据市场供求状况，双价（买进价与卖出价）齐调。而且，在调价时往往是勤调、微调，以避免国库券交易价格在短期内波动太大，引起市场震荡。

#### 2. 代理买卖

代理买卖，是由交易机构代理客户买卖国库券的交易活

动。具体地说，代理买卖就是由交易机构根据国库券出售人或购买人的委托，按其指定的价格、数额和交易期限，代委托人买卖国库券，成交后，由交易机构向买卖者收取一定的手续费。在代理买卖交易的过程中，交易机构完全以受托人的身份出现，不垫资金，只出劳务，不赚价差，只收取手续费。

目前，我国国库券交易机构经营代理买卖业务，主要包括以下程序：

### (1) 接受委托

交易机构接受投资人的请求，并请投资人（或代投资人）填写委托指令：指令上需注明是买还是卖，买卖国库券的数量、价格、实施时限、交割方式以及投资人的特殊要求。交易机构在正式接受委托时需要明确委托人的通讯地址及联系方式，以便将实施委托的结果及时通知委托人。

### (2) 实施委托

交易机构按照委托人确定的委托指令内容。可以代委托客户向证券自营机构买卖国库券，也可以在自己的柜台上直接将委托交易的条件挂出，寻找合适的投资人。在实施委托的过程中，交易机构应遵循时间优先和价格优先的原则实施国库券的委托买卖。其中所谓时间优先，是指价格相同的指令，按接收的时间先后予以实施。所谓价格优先，是指同时接到的指令，按价格条件的优厚程度实施，即从最高买价和最低卖价开始实施。

### (3) 券、款交割

交易机构在完成委托指令的实施后，即按照委托时明确

的券、款交割时间和方式结束整个成交过程。我国交易机构的具体做法是：委托买入则先行交割，实施后将买入的国库券交给委托人，在规定时间内无法实施者再行退款。委托卖出则提交国库券现货，实施后将所得现金付给委托人，在规定时间内无法实施者再行退券。今后，随着证券保管业务的开展和普及，这种做法逐渐会让位于划账制。

综合以上两种交易方式来看，自营买卖业务的手续比较简单，只要国库券买卖者带好现款或国库券现货就可到交易机构进行买卖。代理买卖业务的手续则较为复杂，国库券买卖者需到交易机构填写委托凭证（委托指令），待成交后办理券、款交割手续，并且委托人需付一定的手续费。如果在委托人指定期限内不能成交，委托即自行失效。一般情况下，交易机构不为委托人垫付现金或国库券。

## 国库券投资策略

国库券投资是一个并不简单的过程。国库券自发行到流通以至到期偿还，其间要经过一系列的中介环节。其中既牵涉到国库券发行者的资金需求、筹资战略和财务决策，又牵涉到国库券购买者的资金来源、资金运用的期限、投资偏好以及有关的国库券投资知识，等等。因此，投资者从事国库券投资活动，对国库券投资的实务及策略也要掌握。

## 国库券投资的动机

国库券作为一种信誉度高、安全性强、风险小且流动变

现能力强的国家政府发行的公债，具有可靠的本金偿还和利息支付能力。国库券投资是风险最小、最安全的证券投资活动。投资者投资于国库券的动机，主要表现为以下几个方面：

### 1. 追求投资收益

国库券的发行是以支付利息为条件的筹资活动。投资者购买国库券并长期持有，其目的在于获得投资于国库券的本金增值收益。由于国库券是信用程度最高的证券，其利率一般均比同期银行储蓄存款的利率稍高，投资于国库券可以保证投资者定期获得安全、可靠且较高的投资收益。

### 2. 保证投资安全

国库券是以国家政府信誉作保证的一种无担保公债，在各类有价证券中的信誉度最高，风险最小。投资者投资购买国库券，一方面可以确保投资本金的安全，另一方面还可得到可靠的利息收入，基本上无需承担投资风险。在各类有价证券中，最易于被绝大多数投资者接受。

### 3. 保持流通变现能力

由于国库券的信誉最高、风险最小，易于为投资者接受，故投资者投资购买国库券后，在需要现金时，可随时、方便地在流通市场上将持有的国库券出售、转手而获得现金，满足其流通变现需要。

### 4. 寻求买卖差价收益

投资者不仅可以在发行市场上购买新发行的国库券，而且还可以在流通市场上购买已发行的国库券。在现实的国库券市场上，一些投资者专门活动于国库券流通市场，时刻观察、注视着国库券交易行情的变化，并根据市场上国库券买

卖价格变动的行情，从事国库券的买进、卖出活动，以从中谋取国库券买进、卖出的差价收益。

## 国库券投资的基本过程

国库券投资的过程是一系列活动的综合，其具体程序可以分为以下四个步骤：

### 1. 进行储蓄

在投资者确立了投资证券的投向之后，首先需要解决的就是投资资金的来源问题。在现实生活中，资金的来源很多，但大多数人用于投资的货币，只能是来自收入超出支出的盈余部分——储蓄。因此，积累储蓄是证券投资的先导。

### 2. 研究证券知识

在投资者手中具有一定数量的货币且欲从事证券投资活动之前，还需要熟悉和掌握有关的证券投资知识。投资者若想成为一个成功的投资者，必需掌握有关的证券投资知识，投资者在证券投资活动中才能有的放矢，获取可观的投资收益。

### 3. 熟悉市场行情

投资者在具备必需的证券及证券市场投资知识之后，还要经常关注和熟悉证券市场的交易行情及其变化，比较和选择投资于何种证券才可以达到其投资目的以便为确定最佳投资时机提供决策依据。

### 4. 把握投资时机

投资者即使确定了投资于某种证券，还应该准确把握投资的时机。具体地说，投资者若看中了国库券，首先需要根据投资收益率的大小来比较、确定是购买新发行的国库券还

是已发行的国库券。如果按照流通市场上的国库券交易价格，购买已发行的国库券投资收益率较高，那么投资者就应选择 在流通市场上购进已发行的国库券。其次，即使投资者选择 投资购买已发行的国库券，还需要观察和分析流通市场上国 库券交易的行情及其变动趋势，并根据分析和判断的结果，选 择最佳的投资时机，争取获得较好的投资收益。

## 国库券投资要领

### 1. 研究证券知识

投资者欲涉足证券投资领域，需要对证券及证券市场知 识具有较深的认识。事实上，证券市场本身是一门非常广泛 而深奥的学问，一般投资者较难研究透彻。由于国库券本身 所具有的信誉度高、安全性大、流通变现能力强的特性，投 资购买国库券是属于一种比较简单的证券投资活动。但是，这 并不意味着投资者购买国库券不需要研究、分析即可获得较 佳的投资收益。因此，投资者无论是投资于国库券或其他债 券或股票，都需要研究和分析有关证券知识。

### 2. 整理有关资料

投资购买国库券主要需要熟悉以下两方面资料：

(1) 经济性资料。包括：国家经济发展状况及其未来势 态；国内通货膨胀情况及物价变动趋势；国内市场利率水平 高低及其动态变化；中央银行货币政策的动向及其对证券市 场价格的影响。

(2) 技术性资料。包括：国库券市场上的国库券发行量 与交易量；国库券的发行价格，交易价格及投资收益率；各

类有价证券和银行储蓄存款等金融资产的收益率及其期限；国库券流通市场上投机者的数量及其交易量的变化。

### 3. 决定投资方式

投资者选择、确定投资方式主要是指投资于何种期限的国库券以及投资于新旧国库券。投资者选择投资方式时，应根据资金来源的数量和资金运用的时间长短，并根据投资收益率的大小来决定投资于新旧国库券以及投资的期限。

### 4. 制定投资计划

投资者在投资前应该具体考虑投入多少资金，采用何种方式，买卖何种国库券，在何种价格下买进，预期获利多少，再以什么价格卖出等问题，在证券交易之前仔细研究，订出计划，根据计划谨慎而灵活地执行。

## 国库券投资实务

证券投资者投资购买国库券，既可以在国库券发行市场购买新发行的国库券，又可以在国库券流通市场上购买已发行的国库券。新发国库券与既发国库券的投资购买方法稍有不同。

### 1. 新发国库券的投资

国库券的发行方法是以一般社会公众为筹资对象，而在国库券发行市场上公开、广泛地招募认购者。一般地说，新发行的国库券都规定有公开招募的期限。投资者认购新发国库券，需在募集期间向证券公司表示认购的意愿，并及时办理认购手续，不过，购买新国库券时，不需支付任何手续费。

### 2. 既发国库券的投资

### (1) 购买的方法

既发国库券随时都可以在国库券流通市场上购买。由于每次已发行国库券的利率以及至偿还为止的期限各不相同，故投资者能够按照投资资金的金额。运用期限，从中进行选择。

### (2) 购买价格

既发国库券的购买价格，就是当时的行市价格。由于既发国库券可以灵活买卖，因而其价格是根据买卖双方的供求关系，经常发生变化。而且，在国库券交易机构购买既发国库券时，需要支付一定的手续费。既发国库券的购买价格与手续费之和共同构成了在流通市场上已发行国库券的购买费用，即：

$$\text{既发国库券的购买费用} = \frac{\text{国库券的}}{\text{购买价格}} + \text{手续费}$$

### (3) 买卖国库券的手续费

在国库券流通市场上买卖国库券，往往需要支付手续费。手续费的比例还未有明文规定。

例如，假设购买面额 10 万元的国库券，每 100 元面额按 102 元的价格成交。由于每 100 元面额国库券的手续费为 0.10 元，则投资者需要向证券公司支付 100 元的手续费。即：

$$100000 \text{ 元} \times \frac{0.10}{100} = 100 \text{ 元}$$

当然，出售国库券与购买国库券一样。假定出售了 10 万元的国库券，出售价格面额 100 元的按 102 元成交，需要支付总额为 100 元的手续费。

## 怎样在国库券 流通市场上取得最佳投资收益

投资者在国库券流通市场上买卖国库券，其投资收益的大小可以用收益率表示。不过，投资收益率并非指国库券的票面利率，而是相对于投资本金每年可以取得收益的比例，常用百分数来表示。投资收益率的计算可依据以下公式：

$$\text{出售人收益率} = \frac{\text{出售价格} - \text{本金}}{\text{本金} \times \text{持有期间 (年)}} \times 100\%$$

$$\text{购买人收益率} = \frac{\text{国库券期满本息之和} - \text{购买价格}}{\text{购买价格} \times \text{待偿期限 (年)}} \times 100\%$$

现假定 1991 年 7 月 1 日，交易机构挂出 1987 年发行的面值 100 元国库券的自营买卖价格为：买入价 130 元，卖出价 132 元。那么，出售人的持有期间是 4 年，其收益率为：

$$\text{出售人收益率} = \frac{130 - 100}{100 \times 4} \times 100\% = 7.5\%$$

即出售国库券的投资者获得年单利利率为 7.5%。

而与之相对，购买该国库券的投资者持有至期满日（1992 年 7 月 1 日）的待偿期限为 1 年，1987 年国库券期满利息为 50 元。则收益率为：

$$\text{购买人收益率} = \frac{150 - 132}{132 \times 1} \times 100\% = 13.64\%$$

即投资者以 132 元的价格购入 1987 年国库券，其持有到期可获得年单利 13.64% 的收益率。

可见，1987 年国库券的出售者收益率很低，不仅大大低于购买人的收益率，也比 1987 年国库券 10% 的利率低得多。

于购买人的收益率，也比 1987 年国库券 10% 的利率低得多。因此，出于投资收益率的比较，投资者为获得最佳投资收益，一方面不能轻易卖掉国库券；另一方面还应积极购入市场上的 1987 年国库券。当然，随着既发国库券的购买者增多，其市价必然上涨，导致再投资于 1987 年国库券的成本加大，收益率势必下降。那时，购买既发国库券就无什么收益。相反，新发国库券的利率高于购买既发国库券的购买者收益率和同期银行存款利率，那么，购买新发国库券则成为投资者的明智选择。

## 国库券的投机

由于国库券的风险小，利率又基本稳定，所以国库券投机的比例较股票投机的比例要小。尽管如此，市场的风险依然存在，投资者对市场前景的判断也因人而异，这样势必会产生国库券交易中的投机性行为。

### 1. “多头”与“空头”

投资者认为国库券要涨价，于是大量购进国库券，等市场价格涨到某种程度时再卖出而获得收益，即进行先买后卖的交易，称为“多头”。当国库券价格高涨，但可能看跌，于是先行卖出，等跌到某种程度时再买进而赚取差价，即进行先卖后买交易，称为“空头”。

但是，证券市场影响国库券价格的因素较多。无论“多头”或“空头”交易，都未必能如愿以偿。当人们多头买进某种国库券后，就期望价格上涨而卖出获利，如果多头买进后价格不变或下跌，结果只好继续持有；相反，空头卖出国

库券后，希望价格下跌，未能如愿，也只好耐心等待。

证券市场具有瞬息万变的形势，多头与空头之间有时也会换位，导致多头可能变为空头，或空头变为多头。

## 2. “买空”与“卖空”

买空与卖空是国库券市场上不可避免的正当交易行为，是投机者利用国库券价格涨落变动的差价，在很短的时间内（如一天）买卖同一种国库券，从中赚取差价的一种行为。例如，某投机者判断某种国库券的行情可能会涨，于是在证券公司开盘后就买进该国库券。其后该国库券价格果然上升，等价格上升到一定程度，即迅速卖出同数量的国库券，在一进一出之间，赚得进出之间不同价格的差价。这种行为即买空和卖空行为。由于买空和卖空活动是在证券市场上证券行情差价幅度小，变化速度快的条件下进行的，故进行买空和卖空交易的活动者多为行情、信息灵通的行家，其行动迅速、准确，未等其它投资者反应过来，即已完成交易。

显然，买空和卖空交易，在进出或出进之间，无形中推动了证券市场技术性的运用，具有稳定市场和活跃市场的功能。买空和卖空的持续进行是促进证券市场繁荣的重要力量。

## 怎样计算国库券的利息或利率

国库券的年利率（也叫年得益率）和利息计算，公式如下：

利息 = 本金（元）× 年利率% × 1 年（360 元）

如你在 1985 年认购了 100 元国库券，年利率 9%，期限

5年，计算1990年7月1日到期利息，代入公式：

$$5 \text{ 年利息} = 100 \text{ 元} \times 9\% \times 5 \text{ (年)} = 45 \text{ 元}$$

这样，偿还你的全部本金利息应该是145元。

如你在1982年认购100元国库券，年利率为8%，存期已经7年（中签号码9和0），1989年7月1日到期可兑付现金是多少呢？代入公式可计算出利息：

$$7 \text{ 年利息} = 100 \text{ 元} \times 8\% \times 7 \text{ (年)} = 56 \text{ 元}$$

偿还你的全部本金利息共是156元。

你如因故未能前去办理，到1990年7月1日才去兑现，计算8年后可兑付现金是多少呢？

$$8 \text{ 年利息} = 100 \text{ 元} \times 8\% \times 8 \text{ (年)} = 64 \text{ 元}$$

8年后可取得本金利息共164元。也就是说，你如果推迟一年去兑付现金，利息就可以多得一年。

1988年4月21日起，全国率先有七个城市开办了国库券转让买卖业务，允许1985年、1986年发行的国库券可在证券市场上流通，但国库券买卖价格较低，对卖出者来讲，利息有所损失；对购入者来讲，却带来了较大的收益。如果你有一笔资金，在一二年内不需购置贵重物品，投资国库券是较为合适的。

国库券的年利率比同期银行存款和债券略高一些，一般讲，上市国库券买卖价格随到期时间越近，买卖价格就越高，当然也会受物价的大幅度升降、银行存款利率较大幅度的调整、国库券在人们心目中的地位高低等影响。因此，你要善于观察社会上各种经济因素的变化，选择最佳的时机，选购最便宜的国库券，才能获得最高的利率。

# 期 货

## 期货的概念

期货是与现货相对而言的。期货是指在交易成立时，交易双方约定日期实行交割（转手）的商品、外汇或证券等。在未到交割期以前，买卖双方可以转让或买回契约，以获取一卖一买或一买一卖间的价格差异。

当然期货市场在不断地发展，其概念的内涵也会发生变化，人们仍在不断地讨论、完善期货的定义。有人把期货定义为一种合约，这种合约性能是：

- (1) 可以至少为交易的一方转移商品价格的风险；
- (2) 确定交易各方交割或占有商品、或者支付或收入现金的时间；
- (3) 在交易开始时就确定价格或计算价格的公式；
- (4) 允许各交易之间抵销划账结清。

## 怎样掌握期货差价套利的操作技巧

差价套利常深深地吸引着市场交易商，但追究其原因多半是对差价套利的误识，特别是人们总认为使用差价套利比只做单一方向买、卖期货合约更能规避风险，这是普遍的错

误观念。

就某方面而言，差价套利确实能减低交易风险。交易商如果只单一方向的买、卖期货合约，其所受潜在的价格波动风险是比使用差价套利的交易商来得大，因为同时做买与卖合约时，由于价格的涨跌所造成的损失，总是能被有利润的一方部分或全部抵销。只做单一方向买卖期货合约的交易商，有时会遇到市场与当初自己的估计完全相反的走势，而且持续数天，这时的损失是庞大而难以挽回的。这种情形对使用差价套利的交易商是不太可能发生的。但使用差价套利所承受的风险并非绝对小于只做单一方向买卖的风险。

在同一商品市场中，有关所需保证金的多寡，并非只决定于所成交合约的多少。例如每做一个差价套利合约（即包括买、卖合约各一个）所需的保证金就比做两个单一方向的合约所需的保证金少。因此，这也是促使市场交易商偏爱使用差价套利的原因之一。但也因为所需保证金少，交易商常增加做差价套利的合约，如此又无形中加大了市场风险，甚至风险超过了只做单一方向买、卖合约的风险，这就是为何做差价套利并非绝对只承受小量风险的原因之一。

使用差价套利能减少市场风险，原因是在同一商品市场中，同时各做一买与卖合约时，其中一个方向所获利润与另一方向所受损失不会有太大差距。但影响市场价格变动的因素太多，市场走势也并非一定，很可能发生受损失合约的金额远超过从另一方向所获得的利润，这种损失就并非当初所能预料，因此这又是做差价套利会遇到大风险的原因之一。

因此，要运用和操作好差价套利的方法，并非易事，关

键还在要不断摸清和掌握好它们二者之间的区别。必须具有一定的技巧，才能稳操胜券。

## 四种基本的差价套利方式

### (1) 相同商品市场的差价套利：

在同一商品交易所，做同样商品的交易，此交易包括几个相同月份到期的多头（买）合约，与同等数量但不同月份到期的空头（卖）合约。

### (2) 相关商品市场的差价套利：

在某一商品交易所中买入某商品的期货合约，同时又在另一个商品交易所中卖出相同或类似商品的期货合约。

### (3) 相关商品的差价套利：

交易商买入某种商品的期货合约，同时又卖出相同数量，但经济效益相关的不同商品期货合约（例如：买入燕麦期货合约、卖出玉米期货合约）。

### (4) 商品、成品间的差价套利：

交易商买入某种商品的期货合约，同时又卖出相同数量，为由此商品所制造成的成品之期货合约，反之亦然（例如：买入黄豆期货合约、卖出黄豆油期货合约）。

交易商在决定使用合适且有利润潜力的差价套利技巧时，多半会择其中一种或数种合并使用的方法。

## 不要勉强交易

不要总觉得自己应该每天都身处市场中，这是许多投机

交易商所犯的常见错误。他们每天看到市场的波动，都想将自己投身其中，但这只会增加迈向成功的阻碍。最佳的策略是等，经过了审慎研究，发现了一套进可攻、退可守的获利策略后，再投入“战场”。在期货市场中，有耐性是成功交易商必须具备的条件之一。当犹豫之时，要远离市场，千万不要勉强交易。

## 永远不要超额交易

首先要问自己一个问题：在我的现金资本中有多少可作为“风险资本”，我可以承受的损失是多少？最愚蠢的行为是借钱来从事投机性交易，或以家用的储蓄账户，或以其他维护基本生活的资金来做投机性交易。在估计了自己的可承受风险的资本后，绝不可以在一次交易中，使用超过自己资金60%以上来作为保证金；也绝不容许在一次交易中，使自己的损失超过总资本的25%以上，还不采取任何措施。

从事期货投机交易，一定要准备一笔预备资金，不论是已存在交易账户中或在其他地方。这不是保守，而是在做出错误市场判断后，让自己仍留有退路的重要方法。假如没有这笔预备资金，少许的市场情势逆转，都可能造成亲人的恐慌，或者导致不必要的强迫性平仓，平白损失金钱。在这种情况下，就更不必谈正确的市场判断了。尤其是进入市场的交易新手，并没有强迫自己准备一笔风险准备资金，又刚好在前几次交易中轻易获得利润，人变得十分自信。此时如果碰上一次快速波动的逆转行情，可能就会使此新手一败涂地。

期货市场的投机性浓厚，因此常发生一些令人出乎意料的大行情，而且根本无法以常理解释。面对如此性质的市场，成功的交易商应保持谦虚的态度，这点非常重要。

# 外 汇

## 什么是外汇和汇率

外汇是以外国货币表示的、用于国际结算的信用凭证和支付凭证。外汇包括银行支票和汇票（电汇和邮汇）、期票、息票、中签或到期的外国债券，以及其他可以在国外兑现的凭证。在对外贸易中，出口物资可以换得外汇，进口物资则须支付外汇。

我们对国内贸易都很熟悉。当你去商店买米的时候，你会很自然地支付人民币，当然米店也很乐意接受人民币。在一国之内的商品交换相对来讲是简单的。

但是，如果你想去买一台美国造的电子计算机，事情就复杂了。或许你在商店支付的是人民币，但通过银行等的作用，最终支付的还是美元，而不是人民币。同样，美国人如想买中国商品，他们最终支付的则是人民币。这样，我们就由国际贸易引进了外汇汇率的概念，那就是一国货币单位兑换他国货币单位的比率。（具体比率请参照人民银行公布的最新汇率。）

## 国内居民怎样办理外币储蓄

首先要填写两种存款开户申请书，预留印鉴或书面约定

支取方式，由银行开始给一个记名式存折。根据现行规定，美元、英镑、德国马克、日元、法国法郎、港元六种货币可直接办理存款，其他可自由兑换的外币，如澳元、加元等。由存款人自由选择上述币种之一按存入日的外汇牌价折算入账。由境外汇入、携入或国内居民自己持有的可自由兑换的外汇可存入外汇账户；国内居民所持有的外币现钞可存入外钞账户。两者的主要区别是外汇账户可以自由汇出，外钞账户可自由支取外钞。

居民在办理外币存款开户手续时，银行不问资金来源，储户不必提交任何有关来源的说明，银行负责为储户保密。

## 个人怎样存外币

随着改革开放形势的发展，国家对个人外币存款的政策规定如下：

### (1) 存款对象

乙种存款对象：是居住在国外或港澳的外国人、外籍华人、华侨、港澳台同胞、短期来华旅游者；居住在中国境内的驻华领事馆外籍人员、驻华代表机构外籍人员、外籍科技人员、记者、学者、专家、海员、留学生、实习生等；我国派往国外及港澳地区从事学习、工作、进修、科研、讲学等人员，以及按规定允许留存外汇的个人。

丙种存款对象：凡持有外汇、外钞的国内居民以及收到国外、港澳地区汇入外币的个人。

### (2) 存款货币种类

根据目前的规定，美元、英镑、德国马克、日元、港币、法国法郎等六种外币，可以直接办理存款；其他可自由兑换的外币，由存款人自由选择上述六种货币之一种，按存入日的外汇牌价折算入账。

### (3) 存款档次及起存金额

活期存款：起存金额为不低于 20 元人民币的等值外汇；定期存款分为三个月、六个月、一年、二年四档，起存金额为不低于 50 元人民币的等值外汇。

### (4) 存款支取

①本息均可支取外币，也可支取人民币，享受侨汇优待；

②外汇户本息可以汇往境外，银行视库存情况允许支取外钞；

③外钞户本息可以支取外钞。丙种外钞户存款汇出境外金额较大时，须经过外汇管理局批准；

④存款人或其直系亲属携带支取的外币出境，可凭出境证件，由存款银行开给携带外币出境许可证；

⑤存款支取的货币应与原存款的货币相同；如兑换其他货币，按支取日外汇牌价折算。

⑥定期存款如需提前支取，存款人应向银行提供本人证件并签章，经银行同意办理。

### (5) 计息规定

存款按中国银行总行公布的个人外币存款利率计付外币利息；活期外币存款每年 12 月 20 日计息一次，如清户，一次支付本息；定期存款未到期遇利率调整，仍按存入时原订利率计息。

## 出国所得外汇的处理

根据我国《对个人的外汇管理施行细则》的规定，国家派往外国或者港澳等地区的工作人员返回，必须将属于个人的工资、津贴等剩余的外汇及时汇回或携回境内，不得存放境外，凭我驻外机构证明，允许个人留存。国家派赴外国或者港澳等地区学习的留学生、实习生、研究生、学者、教师、教练等其他人员，在境外期间收入外汇的剩余部分，在返回时必须及时汇回或者携回境内，不得存入境外；赴澳大利亚的其中属于个人应得的外汇，凭我驻外机构证明，允许留存。

个人的发明创造、著作等在境外发表、出版和以个人名义出境讲演、讲学，或者向境外报纸、杂志、专业刊物投稿等所得的出版费、版权费、资金、补助金和稿费外汇，必须及时调入境内，不得存放境外。按照国务院和有关部委批准的有关规定，或者经国家外汇管理总局同意，属于个人应得的部分，允许留存。

上述允许个人留存的外汇，必须存入中国银行。该项外币存款，可以汇出境外，也可以凭中国银行证明携出境外；如兑换人民币，可以享受优待侨汇的有关待遇。但是，不得将存款凭证私自携带、托带或者邮寄出境。个人留存外汇的处理，不得违反有关的法律规定。

# 遗产继承

## 继承遗产应注意的事项

在继承遗产时，应当注意：①属于国家和集体所有的宅基地，自留地，自留山以及责任田，不能作为遗产继承。②属于被继承人的人身权利义务，如著作权中的人身权利部分则不能作为遗产继承；所能继承的，只是其中的财产权（刊登、转载或再版的稿酬）。③重要的历史文物和档案物件不能作为遗产继承。其中经有关部门鉴定，认为应由国家保存的，付给适当报酬收归国有。而这部分报酬则可作为遗产继承。④要把遗产和其它家庭成员的个人财产区别开来。如果遗产和其他家庭成员的财产混在一起时，首先要进行析产，只有在确定被继承人的个人财产后，才能进行遗产的分配，绝不能侵害他人的权利。⑤当继承遗产牵涉到外国和外国人时，应遵循被继承人居住在什么国家，他的遗产就按该国的法律进行继承的原则。同样，外国人继承在我国境内的遗产或者在我国境外的中国公民的遗产，与上述原则相同。办理涉外继承手续，接受继承，一般都要通过外交部及驻外使馆、领事馆办理；如属未建交国家，原则上要通过所在国家的华侨团体办理继承手续。如果继承人自己办理有困难，可以委托律师代理。

此外，对于没有法律继承人，死者生前又未立遗嘱的遗产，对于继承人都放弃继承权、丧失继承权的遗产，或是在没有法定继承人的条件下，虽有遗嘱，但遗嘱只处分了部分遗产，从而形成的无人继承的遗产，应遵循这样的处理原则：死者是国家职工的，其遗产归国家所有，死者是集体所有制组织成员的，其遗产归所在集体组织所有。但在处理他们的遗产时，应首先用来支付必要的丧葬费，清偿其所欠债务，同时还应给予对死者生前有过一定扶助者一定补助。

## 怎样继承海外遗产

继承海外亲属的遗产，继承人应首先通过国外亲友或中国驻外使馆，或中国银行等机构，查清被继承人的外文姓名、地址、服务机构或法人名称、财产状况，并要收集有关证据，如遗嘱，死亡证明书，存款凭证，有关照片，结婚证明书，出生或收养证书，往来有关信件，汇款凭证和中外亲友的中外文姓名及详细地址等有关旁证材料。然后，继承人应向居住地的公证机关申请，办理以下公证文书：继承人与被继承人亲属关系证明书，如系夫妻则办理结婚公证文书。上述公证文书，经中国外交部或各省、市对外办事机构和遗产所在地的国家驻华使、领馆认证后，方为有效。

办理继承海外遗产手续可采取以下方式：①持有有效的公证书，向公安部门申请出境，亲自到遗产所在国办理；②委托中国驻遗产所在国的使、领馆办理；③委托国外的亲友代为办理；④直接通过中国外交部或省、市对外机构向遗产所

在国的驻华使、领馆提出交涉。办理海外遗产继承，法律手续比较复杂，采用何种方式，要视遗产所在国家，遗产的种类、数目、诉争情况和对继承人有利与否而定。

# 生活小窍门

# 首饰的保养

## 银饰品光泽的恢复

对失去光泽的银饰品先用洗涤剂洗净饰品表面，再用硫代硫酸钠溶液（溶液制备比例：100 克水加入 20 克硫代硫酸钠）清洗，最后用清水洗净。

## 银饰品的日常清洗

首先用肥皂水（冷热均可）洗净，用绒布擦亮。以氨水（阿莫尼亚水）和白粉（白垩）掺和的糊状混合物涂抹，干燥后，用小块绒布擦拭，至发出光泽。

## 首饰重污垢的清洗

用 1 公斤清水溶化 1 包显影粉，然后将首饰浸入溶液中 3~5 分钟后取出（银首饰浸的时间可缩短一些），冲净溶液，用干净软布轻轻擦掉污垢即可。首饰花纹里的污垢可用旧牙刷蘸肥皂水刷洗。光泽仍不足时，再用细布蘸绿油抛光剂和缝纫机油擦拭。

## 怎样清洗黄金饰品

制备 100 克水、15 克漂白粉、15 克碳酸氢钠和 5 克食盐的热溶液。然后，在热溶液中浸泡 2 小时黄金饰品，用热水加碳酸氢钠溶液（1 公斤水加 1 茶匙碳酸氢钠）清洗即可。

## 黄金首饰变白的恢复

将变白的首饰放在酒精灯上烧几分钟，首饰就会恢复其闪闪金光。

## 怎样擦试宝石戒指

宝石戒指的灰尘，大多积在下面。此时，可用牙签或火柴棒卷上一块棉花，在花露水、甘油或在氧化镁和氨水的混合物中蘸湿，擦洗宝石及其框架，然后用绒布擦亮戒指。避免用锐利物清理宝石及其框架。

# 服装鞋袜的清洗和保护

## 服装污迹的去除方法

(1) 油渍。①动植物油渍：将牙膏挤于渍处，轻擦几次，再用清水搓洗。②咖喱油渍：用5%浓度的次氯酸钠洗后，再用清水洗净。③酱油渍：在温洗衣粉溶液中加入少量氨水和硼砂，再将织品搓洗，即可去除。

翻毛裘衣，若沾上油渍，可在油渍处适当撒些生面粉，再用棕刷顺着毛擦刷，直到油渍去掉。然后，用藤条之类拍打毛面，去掉余粉，使毛绒蓬松清洁，滑雪衫若沾上油渍，用冷水把少许面粉冲调成浆糊状，涂于油渍处，几小时后，用刷子蘸水刷去粉末，油渍就会消失。

(2) 血、奶渍。胡萝卜研碎拌上盐，涂在沾有血、奶渍的衣服上揉搓，再用清水漂净。衣服上油有血、奶渍，先用生姜擦洗，然后蘸冷水搓洗，可不留痕迹。

(3) 尿渍。刚污染的尿渍可用水洗除。若是陈迹，可用温热的洗衣粉（肥皂）溶液或淡氨水，或硼砂溶液搓洗，再用清水漂净。

(4) 咖啡、茶渍。衣服上洒上咖啡或茶水，如果立即脱下用热水搓洗，便可洗干净。如果污渍已干，那就要用较复杂的办法洗涤了。①用甘油或蛋黄的混合溶液涂拭污渍处，待

稍干后，再用清水洗涤即可。②先用甘油涂在污渍处，再撒上一些硼酸粉，然后浸入开水中洗涤即可除污渍。③用稀氨水、硼砂和温开水涂擦，也可除去污渍。若是羊毛混纺织品，不需滴氨水，只用10%的甘油溶液洗涤即可。

(5) 酒渍。若是陈迹则必须放在加有氨水的硼砂溶液内，才可去除。

(6) 番茄酱汁。将干的污渍刮去后，用温洗衣粉溶液洗净。

(7) 鸡蛋渍。如果鸡蛋液污染了衣服，应等污迹干后，再用蛋黄和甘油的混合液擦拭，然后再把衣服放到水中清洗即可。

(8) 桐、柏油渍。柏油渍可用汽油和煤油擦洗。也可将花生油、机油涂在被沾污处，待柏油溶解后，就容易擦掉了。桐油渍可用汽油、煤油或洗涤剂擦洗，也可用豆腐渣擦洗，然后用清水漂净。

(9) 漆渍。①乘油漆未干，先用煤油反复涂擦，再涂擦一些稀醋酸（不用醋酸也可以，只是效果差些），最后经水洗，即可除去。干了的油漆迹较难除去，有一种简单方法：锅内加2.5公斤水、100克碱面和少许石灰，把衣服放到里面煮20分钟，取出后用肥皂洗净，油漆就会脱落。要注意的是：有色的衣服最好不用此法，以免脱色。②衣物上不慎沾上漆渍，用汽油、香蕉水（乙酸乙酯）消除，会影响衣料质地。最好的方法是用清凉油涂拭：在漆渍处反面涂清凉油少许，隔几分钟，用棉花球顺衣料的纹擦拭，会收到理想的效果。

(10) 蜡烛油。衣服上沾了蜡烛油，用一般的洗涤方法是

洗不掉的。可先用刀片轻轻刮去衣服表面的蜡质，然后将衣服平放在桌子上，让带有蜡油的一面朝上，在上面放一两张吸附纸，用熨斗反复熨几下即可。

(11) 青草渍。用食盐水（1升水加100克盐）浸泡，即可除掉。

(12) 圆珠笔油渍。将污渍用冷水浸湿后，用苯丙酮或四氧化碳轻轻擦去，再用洗涤剂、清水洗净。不能用汽油洗。也可涂些牙膏加少量肥皂轻轻揉搓，如有残痕，再用酒精擦拭。

(13) 红墨水渍。先用洗涤剂洗，然后用10%的酒精擦洗，再用清水洗净。也可用0.25%的高锰酸钾溶液清除。用芥子末涂在红墨水迹上面，经过几小时，红墨水迹也会消退。

(14) 蓝墨水渍。新污染的衣物可先在冷水中浸泡，然后用肥皂搓洗。陈迹则要放在2%的草酸溶液中浸泡几分钟，然后用洗涤剂洗除。

(15) 墨渍。先用清水洗，再用洗涤剂和饭粒一起搓揉，然后用纱布或脱脂棉一点一点粘吸。残迹可用氨水洗涤。也可用牙膏、牛奶等擦洗，再用清水漂净。

(16) 药水、药膏渍。①除红药水渍：先用温洗衣粉溶液洗，再分别用草酸、高锰酸钾处理，最后用草酸脱色，用清水漂净。②除碘酒渍：先用亚硫酸钠溶液（温的）处理，再用清水反复漂洗。③除药膏渍：先用汽油、煤油刷洗，也可用酒精或烧酒搓擦，待起污后用洗涤剂浸洗，再用清水漂净。④除高锰酸钾渍：先用柠檬酸或2%的草酸溶液洗涤，用清水漂净。

(17) 汗渍。①先用喷雾器在有汗渍的地方喷上一些食醋，

过一会儿再洗，效果特别好。②将冬瓜一块捣烂，倒进布袋中，将其液汁挤出，用来搓洗有汗渍的衣服，然后再用清水漂净。③在清水里加几滴氨水，把有汗渍的衣服放进去漂洗一下，再用清水漂净。④把汗渍衣服放在 5% 的食盐水中，浸泡 1 小时，再轻轻揉搓，用清水洗净。⑤把生姜切成碎末，放在衣服汗渍上搓洗，然后用清水漂净。

(18) 霉渍。①梅雨季节，洗好的衣服不易晒干，常有一股难闻的霉味，若将衣服放在加有少量醋和牛奶的水中再洗一遍，便能除去霉味。若收藏的衣服或床单有发黄的地方，可涂抹些牛奶，放到太阳底下晒几个小时，再用通常的方法洗一遍即可。②如果尼绒织物上有了霉迹，先将其挂在阴凉通风的地方晾干，再用棉花蘸少量的汽油在霉迹处反复擦拭。③新长的霉斑，先用刷子刷，再用酒精清除。陈旧霉斑需涂上氨水，放置一会儿，再涂高锰酸钾溶液，最后用亚硫酸氢钠溶液浸湿并用水冲洗，以上处理过程，要防止霉斑矿前。④皮件上长了霉，不宜湿布揩，最好晒干（或烘干）后把霉刷掉。为了防霉，可配制一些药水，成分是：对硝基粉 3 份、肥皂 10 份、水 100 份，溶解后涂在皮件上，晾干即可。

(19) 锈渍。用 1% 的草酸溶液擦拭衣服上的锈渍处，再用清水漂洗。

## 毛线衣的清洗

首先将毛衣拍去灰尘放在冷水中浸泡 10~20 分钟，拿出后挤干水分，放入洗衣粉溶液或肥皂片溶液中轻轻搓洗，再

用清水漂洗。为了保证毛线的色泽，可在水中滴入 2% 的醋酸（食用醋亦可）来中和残留的肥皂。洗净后，挤去水分，抖散，装入网兜，挂在通风处晾干，切忌绞拧或曝晒。

用茶水洗涤毛衣（线），不仅能把灰尘洗净，还能使毛线不褪色，延长使用寿命。洗涤方法是：用一盆开水，放适量茶叶，待茶叶泡透，水凉之后，滤出茶叶，把毛衣（线）放在茶水中浸泡 15 分钟，然后轻轻搓几次后，再用清水漂洗干净，挤出水分，抖散，毛线可直接挂在阴凉处晾干；毛衣为防止变形，应装入网兜再挂阴凉处晾干。

洗涤毛衣时，若要防止缩水，水温不要超过 30℃，并用中性肥皂片或洗涤剂洗涤。涮最后一遍水时，加少许食醋，能有效保持毛衣的弹性和光泽，也可中和残留的皂碱。

毛线衣穿久了会变得宽松肥大，很不合体，且影响美观。为使其恢复原状，可用热水把毛线衣烫一下，水温最好在 70°~80℃ 之间。水过热，毛线衣会缩得过小。如毛衣的袖口或下摆失去了伸缩性，可将该部位浸泡在 40°~50℃ 的热水中，1~2 小时捞出晾干，其伸缩性便可复原。

毛衣穿久了，有些部位会磨得发亮，对此可用醋、水各半混合液喷洒一下，尔后再洗涤，即可恢复原样。

白色毛衣穿久了会逐渐发黑。如果将毛衣清洗后置入冰箱冷冻一小时，再取出晾干，即可洁白如新。若是深色毛衣沾了灰尘，可用海绵蘸水后挤干，轻轻地擦拭。

## 真丝衬衫的洗涤

对真丝衬衫的洗涤应注意以下几条：

(1) 对水的要求，由于炎夏季节的自来水含有较多的氯气，而不应当采用，要用隔日的自来水。

(2) 对洗涤剂的要求。真丝衬衫对碱有一定的敏感性，会造成损伤。因而要采用弱碱性、中性的洗涤剂。

(3) 洗净了的衬衫，最好浸泡在有单宁酸的清水中 30 分钟左右，这样可以增加衬衫的光泽，使之发出的丝鸣更加动听。千万不要把衣服放在烈日下晒，这样会缩短衣服的使用寿命。

## 羊毛织品的清洗

羊毛或羊毛织物经冷水或温水浸湿后，它的强力会稍微变软，干燥后仍可恢复。但遇到高温度的水，羊毛硫链结构里的一个硫分子就会脱出，生成硫化氢气体，放出臭味。这时硫分子链断裂，羊毛的强力随之减弱，即使干燥后也不能恢复，所以不宜用过热的水洗涤毛线和羊毛织物。一般用过的温度不超过 50℃，不要用碱性大的肥皂，洗衣粉的浓度也不宜过大，浸洗时间也不要超过 15 分钟为宜。

## 腈纶织物的清洗

将洗衣粉放于不烫手的热水中化开，把腈纶织物浸入盆内轻轻搓揉、洗清、平摊，放阴凉透风处晾干。如果感到腈纶织物的平整度与手感不好，也可采用开水浸泡。方法是：先在大一些的盆内放进开水，再将腈纶织物平摊放在开水中浸泡。需要注意的是：①不能用开水直接浇在腈纶织物上，因

为直接将开水浇在织物上，会使腈纶织物部分受热不均，屈曲伸直情况也不均匀。②织物要等水自然冷却后再取出晾干，如将腈纶织物从开水中突然取出受冷，它的手感就会变得很僵硬，弹性和卷曲度均会受到影响。

## 皮夹克衬里的清洗

皮夹克的里子大多用美丽绸或羽纱缝制。洗前先把下摆和袖口处的锁线拆开，将一光滑洁净、两头呈圆形的木板垫在中间，用小毛刷蘸温而淡的洗衣粉液顺序按纹路刷洗。每刷净一处用温清水刷几下，再用干巾（或棉丝）尽量吸尽水分。换刷另一部位时用干布把洗过的地方垫好，防止弄湿革面。晾晒时反面朝外，用衣架挂在阴凉通风处。衬里过湿时可用筷子支开下摆或把干布衬垫在袖、肩等处。

## 怎样熨衣裙

对于衣服上留下的死褶可用醋沿着褶纹擦拭，再用熨斗熨，就很容易把褶纹烫平。

熨烫带有皱褶的裙子时，应先熨一遍褶边，然后再熨整个褶。熨衣裤时，先在垫布或吸墨纸上喷洒上一些花露水，然后再熨，会使衣服香味持久。要想使衣服熨后富有光泽，可在浆衣服时掺入少量牛奶。

熨丝绸织品时，要从反面用热熨斗轻轻地熨，最好不喷水，若喷水不均匀，熨后会有局部皱纹。熨尼龙和人造丝织

品时，要特别小心，切不可温度过高，否则会使织物的染色（尤其是灰、蓝色）遭到破坏，出现点点白斑。

毛料衣服有收缩性，最好从反面铺垫上湿布再熨。如果一定要从正面熨，则要求毛料较湿，熨斗要热。

洗过的真丝衣服，一般很难熨平，但若把它装进尼龙袋，放入电冰箱内冻上片刻，取出来再熨，效果就很理想了。

皮革服装须用低温熨烫。先用包装油纸作为熨垫，同时不停地移动熨斗，使革面平整光滑。

## 领带的洗熨

无论是何种面料的领带，都不宜下水洗涤，以免褪色、缩水，失去原来的风采。而宜用干洗法。先用软毛刷蘸少量汽油，刷污处，待汽油挥发后，再用洁净的湿毛巾擦几遍。熨烫时，熨斗温度以 70℃ 为佳。毛料领带应喷水，垫白布熨烫；丝绸领带可以明熨，熨烫速度要快，以防止出现“极光”和“黄斑”。

熨领带时，可先按其式样，用厚一点的纸剪一块衬板，插进领带正反面之间，然后用温熨斗熨。这样不致使领带反面的开缝痕迹显现到正面，影响正面的平整美观。

若领带有轻微的折皱，可将其紧紧地卷在干净的酒瓶上，隔一天皱纹即可消失。

## 羽绒服的保洁和收藏

许多人喜欢在冬季穿白、浅黄、浅蓝等浅色羽绒服。不

过浅色易脏，羽绒服又不能三天两头下水洗，这就应懂得一些保洁知识。现在流行的浅色羽绒服大都采用防绒布或 TC 布做面料，由于其易吸附灰尘，所以每天穿后最好用小型吸尘器或毛刷拂去灰尘。有了油污，应及时小面积清洗。洗时，把脏的部位轻轻提住使里面分离，用棉球蘸优质汽油或干洗精擦洗。遇雨雪淋湿后，要晾干拍打后再穿。

羽绒服一定要洗净、干透后方可收藏。收藏前，先在金属扣上涂一层腊脂，以防生锈而污染面料。然后叠好放入塑料袋中，再放入干燥的柜橱中保藏。夏季可拿出来晾一晾，过过风，但一定要拿回室内晾凉后方可收藏。

## 巧擦皮鞋

香蕉皮含有单宁，用来擦拭皮鞋（或皮包）上的油污，可使皮面洁净如新。喝剩下的牛奶或已陈腐了的牛奶，不要扔掉，用它擦皮鞋和其他皮革制品，可以防止皮质干裂。

擦皮鞋时，在挤出的鞋油中加几滴食用醋，会使皮鞋光亮而不易沾灰尘。要把皮鞋擦亮，可在刷鞋的油里滴几滴水，旧皮鞋在擦好鞋油后再涂一层地板蜡，用软布抛光。

用旧丝袜或旧尼龙袜套在鞋刷子上，蘸鞋油擦皮鞋，能把皮鞋擦得特别光亮。浅色的皮鞋很容易弄脏。擦鞋时，先用柠檬汁涂在鞋面上，再擦鞋油，或者用牙膏刷，都会光亮如新。

白皮鞋或白皮凉鞋脏了，可先用食醋擦一擦，然后用干布擦干净，再擦白鞋油，其效果特别好。白皮鞋擦干净，涂

上亮光油后，再用蜡纸擦拭，最后用湿纸巾抹去鞋上的小污点，能经常保持洁白。

# 家具的清洗和修补

## 茶水洗新木器

用茶叶水或淘米水轻轻擦拭刚漆过油漆的家具，家具会变得更光亮，且不易脱漆。

## 家具变新的方法

- ①用牛奶擦拭家具。
- ②用半杯清水加入水量  $1/4$  的醋擦拭木质家具，可使家具重现光泽。
- ③用久了漆面失去原有光泽的木制家具，用凉浓茶擦洗家具，擦拭两三次即可使家具恢复原有光泽。

## 消除家具烫痕的方法

- ①对于较浅的烫痕，一般只要用煤油、酒精、花露水或浓茶水蘸湿的抹布擦拭即可。
- ②若烫痕过深，可将毛巾浸过温水拧干，滴上少许氨水，再用手掌摩擦毛巾，使氨水布满手掌，然后用手掌轻轻而迅速地拍打烫痕，最后再涂上一层蜡。便可消除烫痕。

③在烫痕上轻轻擦抹一些碘酒,或涂上一层凡士林油,隔两天再用抹布擦掉,烫痕可消除。

## 怎样消除家具烧痕

对于漆面烧灼的家具,用牙签包一层细纹硬布,轻轻擦抹痕迹,然后涂上一层薄蜡,焦痕即可除去。若是烧焦漆下木质,则无能为力。

## 怎样处理变黄的白色家具

用牙粉或牙膏轻轻擦拭表面,不要用力过大损伤漆膜,变黄现象即可改观。

## 怎样消除家具水渍痕

用湿布覆盖在痕印上,然后用电熨斗小心地按压湿布数次,痕印遇热水分蒸发而消失。

## 怎样消除装饰贴面鼓泡

先用锋利刀片在“泡”的中部顺木纹方向割一刀。然后用注射器将胶水注入缝中,用手挤压使之粘贴,揩净溢出的胶水。用一个底面平滑并大于鼓泡面积的重物压在上面。为防止加压后有少量胶水溢出布粘坏鼓泡周边表面,可在

“泡”上覆盖塑料薄膜隔开。

## 木制家具除漆

用过的显影液，刷涂在家具的漆面上，可除去旧漆，洗净晾干后，用细砂纸打光，就可重刷新漆了。

## 木器的修补

将旧棉布或破麻袋烧成灰，与生桐油搅拌成糊状，嵌补在木器的裂缝中，阴干后即可。或将报纸撕成碎片，加些明矾和清水，煮成稠糊状，冷却后涂于木器的裂缝中，干后也十分牢固，但不能再遇湿。

## 墙饰、地毯小常识

### 油漆画线的方法

取一支普通的医用注射器和一只 6 号以上的注射针（将针的细长部分齐根截去）。注射器吸入油漆（油漆稠些且无杂质），套上针头就可使用。画线时，用右手的拇、食和中指捏住针筒下端，手心抵住注射器上部，并缓缓推压，油漆就会从针端流出，形成光滑均匀的线条。线条的粗细与手心的推压力和画线的速度成正比。应用这一方法，可以在花纹板或曲线板的辅助下画出花纹或曲线；还可徒手写字作画。在垂直于地面的，甚至在操作面向下的器物上也照画不误。

### 蓝墨水使粉墙增白

往粉墙的石灰水里掺点蓝墨水，干后墙壁异常洁白。

### 贴墙纸浆糊配制二法

①在糊墙纸的浆糊中放进一块肥皂，不但裱糊容易，而且不易脱落。

②调浆糊时，加点盐，可防腐和虫蛀。

## 怎样计算墙纸面积

买墙纸要做到合适，可用  $(L/M+1) \times (H+h) + C/M$  的公式计算，L 是扣去窗、门后四壁的长度；M 是墙纸的门幅；加 1 作拼接的余量；H 是所贴墙纸的高度；h 是墙纸上两个相邻图案的距离，作纵向拼接余量；C 是窗、门上下所需墙纸面积。计算时应以米为单位，面积平方米。计算时整除不尽，小数点后的数只入不舍。

## 张贴墙纸二法

①裱贴墙纸时，若用 5 公斤 107 胶水，则需掺入 1 公斤面粉，拌成流汁状，用刷子均匀地涂在墙面上，将墙纸背面用清水刷湿，即可进行裱贴。裱贴好的墙纸，由于有面粉的作用，填补了许多小缝隙，显得平整光滑，且十分牢固。

②墙纸干后有气泡，用力在泡中心划“十”字，再粘好，可消除气泡。

## 墙上钉钉二法

①利用胶带纸，先粘在要钉钉的墙壁上，再钉钉子，钉好后撕下胶带纸。这样，墙壁上就不会留下裂痕。这种方法也适用于已经使用很久的油漆墙壁上，可预防因震动而致使油漆脱落。

②墙上的钉子松动后，可以用稠浆糊或胶水浸透棉花绕

在钉子上，再将钉子插入原洞，压紧，钉子就牢固了。

## 如何消除地毯压痕

将浸过热水的毛巾拧干，敷在凹痕部位 5~10 分钟，然后移去毛巾，用电吹风机和细毛刷，边吹边刷，即可恢复原状。

## 如何消除地毯焦痕

地毯上若有程度较轻的焦痕，可用硬毛刷子将烧痕部分的毛刷掉。若有较严重的焦痕，用剪刀剪下压在家具下的地毯毛，用粘合剂把它粘在烧焦处，用类似书本轻重的带有平面的东西压在上面，粘合剂干燥后，粘上去的毛就牢固了，再用毛刷轻轻梳理即可。

## 怎样洗涤地毯

用 300 克面粉，精盐和石膏粉各 50 克，用水调和成糊，再加少许白酒，在炉上加温调和，冷却成干状后，撒在地毯脏处，再用毛刷或绒布擦拭，直到干糊成粉状，地毯见净，然后用吸尘器除去粉渣。

## 塑料地板去污法

塑料地板上若沾了墨水、汤汁、油腻等污迹，可用稀肥皂水擦拭，对于顽固污渍也可用少量汽油轻轻擦拭。

# 玻璃的清洗和加工

## 玻璃清洗六法

①要清除粉刷墙壁时玻璃窗上粘上的石灰水，用一般的水清洗不易洗掉。要清除要用湿布蘸细沙子擦洗玻璃窗，便可轻而易举地使石灰斑点脱落。

②把石膏粉或粉笔灰蘸水涂在玻璃上，干后用布擦净，可使玻璃光洁明亮。

③玻璃日久发黑，可用细布蘸牙膏擦拭，会光亮如新。

④鲜蛋壳用水洗刷后，可得一种蛋白与水的混合溶液，用它擦拭玻璃或家具，会增加光泽。

⑤窗上玻璃有陈迹或沾有油迹时，把湿布滴上少许煤油或白酒，轻轻擦拭，玻璃很快就会光洁明亮。

⑥玻璃上沾了油漆，可用绒布蘸少许食醋将它拭净。

## 镜子的洁净

①小镜子或大橱窗镜、梳妆台镜等镜面有了污垢，可用软布（或纱布），蘸上些煤油或蜡擦拭，切不可用湿布擦拭，否则镜面会模糊不清，玻璃易腐蚀。

②用蘸牛奶的抹布擦拭镜子、镜框和琴键，可使其清晰、

光亮。

③要防止浴室中的镜子被蒸气熏得模糊不清，可将肥皂涂抹镜面，再用干布擦拭，镜面上即形成一层皂液膜，可防止镜面模糊。亦可使用收敛性的化妆水或洗洁精。

## 自制毛玻璃

取半盆清水，将数张铁纱布（砂布号数可按毛玻璃粗细要求而定）放水浸几分钟，然后揉搓下砂布上的砂粒，轻轻倒去清水。将砂糊置于待磨的玻璃上，取另一块玻璃压在上面，再用手压住作环形研磨。数分钟后，毛玻璃即磨好。

## 陶瓷片、卵石片代替玻璃刀

划割玻璃时无金刚钻玻璃刀，可敲碎陶瓷片，或鹅卵石，利用它的尖角，用尺子比着在玻璃上用力划出痕迹后，用力就能将玻璃掰开。这是因为陶瓷和卵石硬度都比玻璃大。

## 用蛋清可粘合玻璃制品

玻璃制品跌断了，可用蛋清涂满两个断面，半小时后就可完全粘合，再放置一两天就可以使用，即使受到较大外力的作用，粘合处也不会断裂。对断裂的小瓷器同样适用。

# 自行车的使用和保养

## 自行车胎延寿法

由于马路路面，中间高两边低，自行车又必须靠右行使。因此，轮胎的左侧常比右侧磨损得厉害。同时，由于重心在后，后轮一般比前轮易磨损。所以，新轮胎使用一定时期后，应将前后轮胎调换使用，并调换左右方向。这样，可以延长其使用寿命。

## 车内胎的修补与车胎慢撒气的处理

自行车内胎出现小洞时，可在小洞上贴几层一层比一层面积大的医用胶布，能保内胎长久不漏气。

对于慢撒气的车胎先放尽内胎的空气，用硬纸锥形漏斗将半勺滑石粉慢慢灌入内胎，慢漏气问题便可解决。

# 钟表的使用和保养

## 手表防蚀法

将肥皂涂抹在表的金属壳上，再用绒布擦拭干净，可防止汗液侵蚀。

## 表蒙变新法

表蒙上如有擦痕，可涂少许牙膏，然后再用棉球来回擦拭，表蒙会光亮如新。

## 手表受磁处理

找一个未受磁的铁环，将表放在环中，慢慢穿来穿去，几分钟后，手表就会退磁复原。

## 如何消除表内水汽

①用几层卫生纸或易吸潮的绒布将表紧包，放在 40 瓦的电灯泡附近约 15 厘米处，烘烤约 30 分钟，表内水汽即可消除。

②将表蒙朝内、底壳朝外，反戴在手腕上，两小时后便可消除水汽。若表内进水过多，则须打开表壳擦洗。如自己处理把握性不大，应及时送修。

## 座钟乱点的处理

针对座钟和挂钟打乱点现象，调整方法是：倘若拨针在“10”点上，却响动8下，可用左手拇指按住时针不动，用右手顺时针方向将分针转两圈就行了。要注意的是，到半点、整点时，一定等响完以后再拨动分针。若指针指在“10”点上，却响动12下，可依照同样的办法，逆时针方向转动两圈即可。

## 挂钟零件的清洗

挂钟内灰尘较多时，将浸上煤油的棉花放在挂钟里面，将钟门关紧。过几天后取出棉花团，污物大部可除。如污物过多，可按此法多来几次。

## 手表他用二法

①判定方位 将当时的标准时间除以2，再在表盘中找到商数的相应位置，然后将其对准太阳，表盘上“12”所指的方向就是北方。比如是上午10时，除以2，商为5，将表盘上的5对准太阳，12时的方向就是北方。北方确定后，其它方向也就清楚了。但要记住，如果是下午，要按24小时记

时法计算。如下午 4 时，应按 16 时计算。用这种方法求方向，其准确程度不亚于指南针。其记忆口诀为：时间折半对太阳，12 所指的北方；上午计算按 12，下午加倍定向同。

②测量体温 人的体温正常时（ $36.8\sim 37.0\text{ }^{\circ}\text{C}$ ）脉搏每分钟跳动是 76 次，当你用表测得脉搏跳动每分钟为  $100\sim 120$  次时，体温则为  $37.5\sim 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ ，若脉搏跳动每分钟为  $120\sim 140$  次，体温则在  $38\text{ }^{\circ}\text{C}$  以上了（心脏窦速病患者除外）。

# 家电选购与维护

## 高级组合音响的选购

随着人们生活水平的不断提高，高级组合音响设备已进入了千家万户。高级的组合式音响设备，最突出的特点是功能全、功率大、音质好、高保真效果极佳，所以，有人又称它为“音乐中心”或“多功能音响系统”。

市场上常见的高级组合音响设备，一般是由收音系统，录放系统，电唱系统，音箱（音柱）及扬声器系统组成。根据对影响高保真重放音质的各种因素的统计和分析表明：其中，音箱（音柱）及扬声器系统，占有举足轻重的地位。也就是说，收、录、放等系统虽具有较高级的性能，但如没有一套高保真全频带的组合式音箱（音柱）扬声器系统，是无法充分发挥出来的。这也是一般收录音机与高级组合式音响设备在音质、音量的差别所在。正是因为这个原因，在选购时，除了要对收音、录放、电唱系统逐一的按本书前面所列的条目的要求进行检查外，还要重点检查一下音箱（音柱）及扬声器系统的质量。具体来说：

(1) 检查音箱的各部位气密性是否良好，各插孔、接头是否紧密，布网是否有松动现象。

(2) 试听。选用一些有代表性的和不同风格的音乐唱片

和磁带（最好选用专门的立体声效果带）听一下，声音是否柔和适中，高、中、低音的层次是否清晰、分明，声音是否纯正、逼真，不应有杂音和碰撞震动声。当然，在此同时，也可检查其他系统的质量情况。

## 微型（CD）唱片系统的选购

微型唱片系统与传统的唱片系统一样，包括唱片和唱机两部分。但其电声性能和使用寿命等多方面都要远远优于传统的唱片系统（包括普通立体声唱片系统）。由于这种唱片系统的刻录和拾取都借助于激光光束，故又称激光唱片系统。英文 Compact Disc 的中文意思是微型唱片，在市场上销售时为了简化和便于与其他机型区别。

消费者在选购 CD 唱片系统时，应该知道：由于 CD 产品都是按飞利浦（荷）/索尼（日）所制定的标准生产的，所以 CD 唱机看起来都大同小异。CD 产品的标准要求很高，各种 CD 唱机的性能指标虽然从规格表上看有些微小的差别，但要试听出它们的音质差异是十分困难的事，因此不必在这方面花费时间。只要觉得其款式设计和操作性能符合自己的口味和爱好即可。当然有些规格与特色，在购买时也应清楚。例如，凡是新出品的第二、第三代 CD 唱机，都有一个滑出式的唱片抽屉，抽屉的开合只要触一下按钮即可。早期的均采用垂直式抽屉。

另外，CD 唱机的编程选播系统也有两种不同的形式。一种叫按序编程，另一种叫做随机记忆选曲。前者允许使用者

依照唱片上原有曲目的灌录次序选择播放；后者则可根据使用者的需要，随心所欲地将唱片上灌录的曲目任意编排播放，使用十分方便。

由于目前 CD 唱机的一个重要趋势是朝小型化、携带式的方向发展，所以一些价格便宜，性能优良的便携式小型 CD 唱机倍受消费者欢迎。如日本索尼公司生产的 D—5 型和松下公司生产的 SL—XP7 型便携式 CD 唱机，其体积仅烟盒大小，重量仅 500 多克，便于携带和家庭使用，成为国内外市场的热门货。

## 高保真音箱的选择

选购音箱要衡量其性价比。那么如何评价音箱的性能呢？高保真（HI—Fi）音箱的作用不只是简单地播放音乐，它的作用在于“表现”音乐，这体现了设计者对音乐的理解和匠心，也体现出使用者对其性能的高标准要求，通常的几项指标如灵敏度、尺寸、功率、频响，只是评价音箱性能的理论参数，而“音质、音色、清晰度、定位性”等特性同样重要，只是难以用数据来表达。

目前，占据进口音箱绝大部分市场的是欧美产品，如著名的英国“天朗”、意大利的“卓丽”、丹麦的“丹特声”等。各种音箱表现音乐的能力和特点与生产地的文化传统密切相关，欧洲音箱表现古典乐、轻音乐逼真传神；美国音箱表现爵士乐、摇滚乐淋漓尽致，由于个性不一，任何一种音箱要把所有音乐表现得完美无缺是不可能的，您在挑选时，试听

比较，合您的口味就可以了。

落地音箱和书架式音箱哪种好？一般来说应按居室面积，环境及经济能力来选择。书架式音箱配上脚架，在客厅、书房中显得高贵、别致。世界著名的卓丽 Hipper—1，虽然小巧，但却表现非凡，许多发烧友去挑它。至于卓丽 Academy—1，不但气质高贵，其效果是许多落地箱无法与之比的。

值得注意的是，高档音箱并不是在任何环境中都适合，如居室面积有限，可在房间里配上一对丹麦书架式 Octava—1，效果非常好，花费也才 2000 多元。

哪种音箱与您的视觉、听觉对路，主要靠您自己去试听、去感觉。

## 如何选购吸尘器

家用吸尘器一般指输入功率在 2000W 以下的吸尘器。从目前一些家庭的需求及承受力的情况来看，功率在 500W 左右就能满足其需要了。常见的式样有手提式、罐式、立式、卧式、集中式数种。手提式和罐式是最为常见的。一般功能也都很齐全，使用也较方便。

选购吸尘器时应仔细检查：真空吸力的强弱，噪音大小，尘管是否漏气，机械装置是否完好，配件是否齐全，整机的使用是否灵活，电线绝缘是否良好（有否漏电）。这其中最主要的性能指标是真空吸力的强弱程度。选购吸尘器时，可将锯末放在距离刷座 500~700mm 处，如吸力足够大，应能将锯末很顺利地吸进吸尘器。同时，噪声要尽可能的小。一般

最大噪音水平不得大于 75 分贝，即一米内说话无影响。

## 微型电子计算器的选购

电子计算器简便的选购方法，应从机械性能和电气性能方面来考虑。

(1) 机械性能。要看电池装卸是否容易，电源开关及各按钮是否灵活，看计算器上显示数字是否正常。若出现数字显示混乱或抖动时，则可能是机壳或装配质量不佳等原因所致。若数字因轻轻捏动而有不正常情况出现，可进一步作电气性能的了解。

(2) 电器性能。由于电子计算器是由集成电路来完成各项计算数值，因此可按一定的计算程序来检验其是否有电路故障。可按下列步骤操作实验：

按动： $1. 23456789 \times 9 \times 1 = 11.11111101$

$1. 23456789 \times 9 \times 2 = 22.22222202$

$1. 23456789 \times 9 \times 3 = 33.33333303$

以此类推做到如按动：

$1. 23456789 \times 9 \times 9 = 99.99999909$

在上面的运算中，若有一式出现错误，则说明计算器有故障，不宜选用，若是八位数的计算器，数字误差只在最后一位数如：

按动： $1. 23456789 \times 9 \times 7 = 77.777771$

$1. 23456789 \times 9 \times 8 = 88.888882$

上述验算方法十分简便，可检验出计算器的基本质量水

平。当然对其他功能，也要参照说明书作相应的检查，才能证明其质量是否好。

## 空调的选购

选购空调应考虑两个方面：一是制冷量的选择，二是空调器形式的选购。目前用于家庭的空调器一般有窗式和分式两种。

夏天。室内热量大致来自室内外温差而传入的热量、房间内部（如家用电器）产生的热量、人体本身散热以及通风渗透入室内热量等几个方面。

这里以二楼一房间面积 18 平方米，层高三米，窗总面积为 3 平方米（外窗），一面外墙，朝南，有阳台，外窗装有白色窗帘，室内照明为 60 瓦，录音机输入功率为 50 瓦，电视机功率为 70 瓦，室内居住三人，砖墙结构，要求室内空调温度为 28℃ 为例，来估算制冷量。

根据房间面积、结构、层次以及阳台、家用电器、人口等情况可选用制冷量为 2000 大卡/小时的空调器。

这里推荐日本松下公司的空调器样本介绍，家用空调房间的单位面积冷负荷  $q=125\sim 200$  大卡/小时之间，以供选择制冷量的参考。

如 18 平方米房间：

$Q_{\text{总}\downarrow 1}=125 \text{ 大卡}(\text{小时}\cdot\text{米}\uparrow 2)\times 18 \text{ 米}\uparrow 2=2250 \text{ 大卡/小时}$

$Q_{\text{总}\downarrow 2}=200 \text{ 大卡}(\text{小时}\cdot\text{米}\uparrow 2)\times 18 \text{ 米}\uparrow 2=3600 \text{ 大}$

卡/小时

当空调房间结构好、外墙少、朝南或北者，可选用单位负荷下限，则  $q=125$  大卡/（小时·米<sup>2</sup>），若空调房间结构差、外墙多、且朝向在东、西向、窗面积大，则应选用单位热负荷的上限， $q=200$  大卡/（小时·米<sup>2</sup>）；介于二者之间  $q$  可取中间数。

现在的住宅，一面外墙居多，二面外墙较少，三面外墙是少见的，而且外墙多数朝南，所以上述例子还是比较典型的估算值。

另外，是空调器型式的确定。目前，市场上有两种家用空调器型式，一是窗式，二是分体（离）式，这两种空调器各有其特点。

### 1. 窗式空调器。

有单窗式和窗台式两种，单窗式安装时有一扇窗的面积，而且不需拆去窗门，因此，安装比较方便。窗台式要拆去窗门直档（两窗之间的直档），因为，它的宽度超出一扇窗的宽度。安装比较麻烦些，窗外要做撑框。

### 2. 分体式空调器。

有座地式、悬吊式、挂壁式三种，它的室外机组要安装在室外处，楼上的空调间，其室外机组可放在阳台上，无阳台的要在室外墙上安装三角架子，分离式的冷气系统安装接管与调试，都应请冷气工来完成。分体式空调器的最大优点是室内机组的噪声特别低，一般只有 40 分贝左右，检修方便（指室外机组安装在阳台上），而且不影响窗的开、闭，也不影响房间的美观，但窗式空调器价格较便宜些，使用也方便，

适合于单间房内使用。

### 空调器的安装方法

1. 根据购买的空调器尺寸，在要安装空调器的窗口或墙上开洞。开洞的大小要略大于空调器，以便在缝隙中塞入橡皮条或泡沫塑料条，将室外的空气密封隔绝，并可减弱空调器振动引起的噪音。

2. 空调器一般安装在西、北向的窗口阳台为宜，避免阳光直射。否则会增加冷凝器的温度，造成额外冷耗。

3. 空调器的室外部分应有遮阳、遮雨设施。

4. 空调器的室内部分应尽量安装在室内布风均匀的位置，使空调器吹出的冷风能够遍及室内。

5. 根据空调器说明书上标明的额定电流，布设相应的电源线路，一般用 10~15 安培的容量较为可靠。同时，线路上要设置可靠的过电流保护装置。家庭安装空调器，可以安装与空调器容量相当的保险丝，作为过电流保护装置。

6. 空调器在安装前，应取下专为运输设置在压缩机上的卡具，或者松开压缩机的底脚螺钉，使压缩机的减振弹簧起作用，然后将空调器安装在已开好的窗口或墙洞上，并在周围填好密封条。

7. 空调器装在窗口时，一般采用平齐安装的方法，也可采用中间装架枵房外排齐装架的方法，安装要平稳牢固。穿墙安装时，以装在窗下为好，空调器安装高度以 1.5 米为宜。

8. 空调器的外籍起保护作用，可用于防雨雪、风尘等，它不怕雨淋，因此，安装时不要再加设联雨设施，防阳光直线的遮棚，也不要直接盖在空调器外籍的百叶窗上，这样，会

妨碍空气交换。

9. 分体式空调器分两部分，室外机组可安放在阳台或在外墙上搭一架子，将室外机组安放在上面，并应有紧固措施。放阳台上的不需要紧固，室内部分按型式不同而安放在布风均匀的位置。

10. 采用水冷空调器要安装好水源，排水口要通过松管引至室外适当的地方，不要影响外观或妨碍人们的活动。

11. 接好电源，为使空调器平稳运行，空调器应设专线供电。检查电度表负荷是否够，若不够应调大负荷电度表。进线电源上应安装熔断器，以确保用电安全，供电电压不可低于或高于额定电压的 10%，即 220 伏 $\pm$ 10%。

12. 空调器应装接地线，以防漏电。

## 收音机的选购

(1) 消费者首先应根据自己具体的使用方式（摆放还是携带）、想要收听几个波段、是否要求能听调频立体声、对音质要求的程度等等类似的条件，决定选择一个什么品种的收音机。

(2) 确定了品种之后，还应该对收音机的用电形式（交流还是直流）、耗电多少、外观要求加以选择，一般来说，低电压的收音机、集成电路的收音机和使用大号电池的收音机比较省电。

(3) 确定了要买的收音机品种样式以后，主要的就是通过试听来对所购收音机的性能与质量进行挑选了，试听主要

包括以下几方面内容：

①试听响度：将波段开关拨在中波位置，接通电源，调大音量电位器，调准电台并使磁性天线对准电台方向（声音最响最清晰），试听收音机发出的声音响度是否正常。通过试听响度，还可以同时对音量控制器工作是否正常；音量在升至最大或最小时是否失真做一下检验。

②试听音调：带有音调控制器的收音机，还要通过调节音调控制器，试听一下音调的高低是否有明显的变化，来确定该控制器是否在起作用。

③试听灵敏度：在收音机的接收频率范围内，收到的电台越多且噪声越小，则其灵敏度越高。在挑选时，也可以用几台同样的收音机调到同一电台进行比较，其中方向性不明显、杂音小、声音清晰的收音机即是灵敏度高的。

④试听噪声：当音量电位器开到最小位置时，收音机音频放大部分的“沙沙”噪声在距收音机一米的位置就听不出来。当调谐电台时，如有“咋咋”的噪声，这是存在着局部短路的现象。

⑤试听选择性：主要是检查在收听中波节目时，各电台分割的是否清楚，有无“混台”现象，如没有，则说明该收音机选择性能良好。

在选购收音机时，还有一些常用的办法可以采取，如用半新半旧的电池试听过，优质的收音机所受的电源电压降低的影响应该不显著；还如一个较优质的收音机对人体感应影响也应该小或者没有；再如较优质的收音机在大音量工作时，除扬声器发声外，其它部件及机壳不应有“吱吱”声，使用

交流电的半导体收音机的交流声在人离开收音机一定距离外，应不易听出来。

## 录音机的选购

### 1、品种的选择

磁带录音机的种类繁多，按结构方式它可分为开盘式、卡式和盒式录音机，开盘式磁带录音机其性能参数水平较高，所以一般用于专业场合。而卡式录音机又称为卡式循环磁带录音机，则主要用于汽车中。第三种盒式录音机，就是广大消费者最熟悉和最常用的盒式磁带录音机，这种盒式磁带录音机种类很多的，但大致有便携式、袖珍式和落地式（包括台式）三种。

### 2、性能的选择

通过对下列几个指标的衡量，可以确定选购的录音机质量如何。

(1) 频率响应。一般机型频率响应在 125~8000 赫兹之间，较好的在 30~14000 赫兹之间；非常好的在 20~20000 赫兹之间，也就是说，频率响应范围越宽，高低音的音色越丰富。

(2) 抖晃率。是指走带速度的瞬时波动情况，以百分之几表示，此值越小越好。

(3) 信噪比。是指用信号和噪声之比，比值越大，放唱时噪声越小。

(4) 失真度。是指经录音和放音的，对于原来声音的逼

真程度，失真度越小越好。

### 3、观外及其它性能的选择

确定了购买哪种类型的录音机后，接下来就是对进行录音机的外观及性能进行检查了，检查主要包括下列几项：

(1) 外观质量。录音机整机的外型应美观大方，色调和谐，外壳表面没有凹痕、裂纹等缺陷。塑料件表面应光洁，金属镀层应光亮而无锈蚀剥离现象。

(2) 传动机构。磁带盒座门盖应开启灵活，磁带装卸顺利自如。各功能键操作应轻巧舒适，锁定牢靠，复位敏捷。然后装入磁带放音数分钟，看按下放音键后，磁带是否立即走带并放出声音。按下暂停键，应能立即停止放音，再按一下，应立即恢复放音。运转几分钟后，观察磁带卷绕是否整齐，有无松弛。快进、快倒时也应卷绕整齐，不应出现上下参差不齐的现象。此时可顺便观察计数器的功能，例如应进退自如，按复零按钮，复零应灵活。在磁带录放音完毕后，自动停止机构应自动将放音键弹起。

(3) 噪声检查。先不装磁带，按下放音键，音量电位器开到最轻位置，耳朵贴近录音机，才能听到轻微而连续平稳的“沙沙”声，说明传动机构良好。再将录音机置于快进或快倒状态，此时因转速快，“沙沙”噪声会稍大；如无其他杂声，也属正常。然后将音量电位器旋至  $1/2$  位置，人离机  $0.5 \sim 1$  米处，不应听到明显的噪声。如有明显噪声，说明电路噪声大，不宜选用，可拿几台同型号机作比较，选择噪声最小的。

(4) 录音和抹音。放入一盘空白磁带，按下录音键，在距离录音机半米左右，用平时的响度讲话，用机内话筒录音。

然后再将功能开关置于收音位置，调好电台，再录一下电台的信号，两种录音进行完毕后，倒回带子重放，听一下内录和外录两种方式是否都能保证声音响亮清晰，否则说明该机的录音功能不很完善。抹音的功能也要进行检查，就将刚才录的声音磁带重新从头开始录音，但这时应将线路输入用空的话筒插头短路，录一会后再倒回来开大音量重新放音，此时听一下磁带上原有的录音是否已经抹净，如还有与噪声相似强度的声音，说明此录音机抹音功能还不理想。

(5) 功率、失真度和带速的检查。选一盘自己熟悉而质量较好的音乐磁带，放到机内放音试听。在音量电位器开到中间位置时，如已有足够响度、说明该机的增益已足够，然后将音量逐渐开大，仔细听音乐的旋律、节奏是否与原来的一样，有无失真、变调、抖晃等现象。如果音调变高，节奏加快，则为带速高于正常速度。反之音调降低，节奏拖滞，则为带速低于正常速度。无论是在带头或是带尾，音乐的旋律都不应有什么变化。轻微摇晃和震动录音机，或拿起录音机，缓慢地改变它的位置和方向时，录音机的录音和放音都不应出现明显的音调变化和抖晃现象。

(6) 除功能操作键以外的其它控制开关和各种插孔应工作正常。如音量、音调电位器在调节时不应有音量空变及调节噪声。其他各种外接话筒、线路输入、唱机输入、线路输出、外接耳机等插口，都应接触可靠。

## 电视机的选购

### 1. 包装。

包装应该完好无损、干净整洁。如果包装破损或有油污水渍，表明在运输装卸的过程中，电视机受到撞击、摔碰或雨淋、受潮，可能使内装的电视机性能下降，质量无法保证。

## 2. 外观。

荧光屏表面应干净平滑没有气泡、划痕。屏内荧光粉均匀一致，没有局部变色的地方。

机壳接缝严密、平滑光洁、无裂纹、变形、颜色不匀等现象。

电镀件光亮无锈蚀、无毛刺。装饰件完整、牢固。拉杆天线松紧合适，转动灵活。

开关、旋钮、按键灵活可靠，无打滑、松脱、卡住等现象。

## 3. 光栅。

接通电源，把频道转换开关转到空频道即 0 频道位置上，然后把对比度和音量旋钮旋至最小，亮度旋钮放在适当位置上，观察光栅，看扫描线是否清晰。扫描线是几百条明亮而均匀的细线，应该布满整个屏幕，光栅不应出现暗角、暗边或明暗相间的垂直暗带，在四角和左右两边都不应有明显的散焦现象。光栅亮度应该均匀，不应有很亮的雪花状干扰。

接通电源后，普通管应在 14~20 秒之内，快速启动管应在 4~5 秒内出现光栅，并达到正常亮度。否则就是显像管的质量有问题。

## 4. 灵敏度。

灵敏度表示电视机接收微弱信号的能力，灵敏度越高，表示电视机接收微弱信号的能力越强。

将频道转换开关转到某一正常播放节目或方格信号的频道上，调切天线及微调、亮度、对比度、音量各旋钮使电视机收到最佳的图像和伴音。然后在不改变天线方向的情况下，缩短拉杆天线长度直至取消天线，此时观察电视机是否还能接收到原图像和伴音，图像和伴音的变化越小，表明该机灵敏度越高。在缩短或取消天线后，往往出现雪花杂波干扰，图像黑色部分变淡、伴音声音变小，彩色时有时无或消失等现象，这些均属正常。如果出现伴音失真或消失，图像同步不良，即图像沿上下或左右移动、扭曲，图像消失或干扰严重以至于无法收看等现象时，表明该机灵敏度低，应换一台重新进行挑选。

#### 5. 选择性。

选择性是指电视机相邻频道的抑制能力。选择性好的电视机不会发生串台现象。

检查方法是：先使电视机收到某一频道的图像和伴音，调节各旋钮，使图像和伴音清晰。然后把频道开关转到与这个频道相邻的前、后频道上，看看还能不能收到原图像和伴音，如果收不到，说明该机选择性较好。

#### 6. 稳定度与可靠性。

稳定度与可靠性取决于元件的质量和设计、制造、装配水平。检查方法是：

开机 15~20 分钟后，稳定性与可靠性好的电视机，亮度、灰度、伴音、图像均不应有明显变化，也不应出现同步不良、镶边、色彩失真等现象。

在用手轻拍机壳时，不应出现同步不良，图像抖动，干

扰或忽明忽暗等现象。

#### 7. 抗干扰。

电台、雷电、日光灯、电车、汽车、电机、开关等产生的电波都会对电视机造成干扰。因此要求电视机要具有一定的抗干扰能力。检查方法是：先使用电视机收到稳定的图像和伴音，然后再看干扰对图像和伴音的影响。如果图像发生扭曲、歪斜、跳动等现象。说明该机抗干扰性差，仅出现黑白亮点线，是正常现象。

#### 8. 伴音。

音量旋钮在正常位置，声音宏亮悦耳，无明显失真和噪声。当音量旋钮由一端缓慢变到另一端时，声音也应由小（大）到大（小）逐渐变化，不应出现“喀拉”声。声量调到最大时，场声器发音应正常，不应出现图像抖动，同步不良现象。

#### 9. 彩色。

彩色图像应该柔合、逼真，不应有红、绿、蓝等大面积底色，也不应出现彩色镶边、图像模糊等现象。

当调小色饱和度或接收黑白图像时，荧光屏上只应出现黑、灰、白构成的黑白图像，任何其他的色彩均不应出现。

## 电吹风的选购

电吹风机又称吹发器，主要用于洗头、理发后头发干燥和定型。同时，电吹风机还可用于实验室、理疗室、工业生产等方面作局部干燥加热和清洁之用。

电吹风机具有体积小、重量轻、外型美观、操作简便、携带方便、结构坚实耐用、耗电少等特点，已越来越受到消费者的喜爱。电吹风机的种类繁多，其功率有 250、300、350、400、450、500、550、750、850、1000 瓦等不同的规格。其外形、结构、功能等也各有特点。选购时应注意下列事项：

1. 电吹风机的价格相差甚大。价格昂贵的不一定是优质品，只要设计合理，工艺精良即可。

2. 电吹风机在网路电压较低（187~220 伏）时，应能正常工作。购买时最好选 220~240 伏时。

3. 电吹风机内部的电热丝在晃动时，不应松脱而发生声音，以防触电而造成人身伤害事故。

4. 电以风机的导线和金属外壳应经受 4 千伏/分钟的庙坟试验，这是因为电吹风机是靠近人的头部工作，极容易触及人身，所以对其绝缘性能要求很高，使用时应能绝对保证安全。

5. 电吹风机的外壳，有采用不碎的及防火的热塑性塑料制成，也有局部使用金属的，可根据个人爱好选购。

6. 电吹风的开关，通常为按钮和分段滑动式两种，有的还有强弱风装置，购买时可自行选择。

7. 电吹风的电源线长度，一般不应少于 2 米为宜，购买有，最好先量好所需要的长度，以免短了不够用。

8. 热风温升要在 60 摄氏度以上，而手柄温升却不得高出 10 摄氏度，风嘴温升在用金属件时不高于 66 摄氏度，用塑料件时不高于 35 摄氏度。

## 电饭锅的选购

### 1. 电气性能的选择：

电饭锅是经常使用和用手接触的家用电器，因此要求电气性能必须可靠。在选购电饭锅时，先要看好说明书或铭片上所标注的电源电压与当地使用的电源电压是否一致。然后在查看好各控制机构是否安装牢固定，操作灵活，完好无损；电源线与插头连接有无松动现象；电源线是否扭卷、破损，接通电源后各部位有无漏电现象。消费者在购买时最好挑选有直接接地安全装置的电饭锅为宜。

### 2. 其它方面的选择：

选购电饭锅还要注意外观及有些部位的选择。

(1) 外锅锅体的烤漆应该均匀、光亮、附着牢固，花纹色彩协调美观，而不应有尘粒、流挂等现象。

(2) 胶木制的锅盖及两侧的手柄应安装结实、光滑、无裂痕。

(3) 内锅锅体应平滑、无磕碰，且与加热盘配合紧密、服贴，不应有任何变形。

(4) 内外锅的间隙要匀称，不可有一面偏近，一面偏远的现象。

(5) 装有透明耐热玻璃的锅盖，所装的玻璃与锅盖之间应无缝隙，密封性能良好。

### 3. 对各功能键或钮的挑选：

(1) 各功能按键应该灵活，接通电源后，指示灯应该立

即明亮，并且没有闪烁现象。

(2) 定时保温电饭锅的定时器应转动灵活，没有涩滞现象。

(3) 接通电源后，电热板应能迅速发热。用手按下电热板应灵活，回弹性好。它的弧形凸面应光滑，与内锅锅底的凹面紧密吻合。

## 微波炉的选购

微波炉按其功能来分，有单功能和多功能两类。按其输出功率来分，有 500、600、800、1000 瓦等多种规格。选购微波炉，主要根据自己的用途、家庭人口和经济条件等来决定。

具体选购时，应注意下列几点：

1. 选购微波炉的输出功率大小，可视家庭人员多少而定。一般情况下，3~5 人的家庭，可以选购输出功率为 500、600 瓦的微波炉；5 人以上的，则可选购 800、1000 瓦的微波炉。

2. 选购时，先观看其外表质量，有无划痕、变形等缺陷。然后检查定时器和功率分配器，旋转它们时不应有卡轧感觉。按动开门按钮和启动按钮，手感应轻巧良好，关门时钩弹入壳声应清晰。

3. 检查输出功率是否正常。可将一杯 2000 毫升的清水放入微波炉内，如果输出功率是 500 瓦，则 4 分钟内应能煮沸。

如何选用微波炉炊具，国际微波动力协会在制订的技术手册中提出如下建议：

(1) 微波炉炊具形状应尽可能与所要解决或烹烧的食物形状相吻合。这一点非常重要，尤其对解冻食物。

(2) 最佳的炊具形状是圆形。食物可在圆角内充分烹烧烘制。

(3) 环形的炊具可以使微波最大限度地穿透食物。管道形炊具对烘制蛋糕、面包最为适宜。

(4) 直边炊具比斜边炊具更利于微波穿透。

(5) 带胶皮的炊具手柄，是选购微波炉炊具不可忽视的一个重要特性。

(6) 在微波炉中，食物沸腾要比使用其他烹烧炉具剧烈，因而微波炉用炊具应有宽大的食品放置空间。

(7) 检查微波炉烘室（炉膛）的内部尺寸和炊具外观尺寸，确保炊具易于放进和取出。

(8) 多功能炊具（冷冻、常规烘烤烹烧、微波烹烧）比单用途炊具使用价值大，且成本相差不多。

(9) 耐锈蚀、耐污染、耐变形是炊具经久耐用，安全可靠的重要因素之一。

(10) 从物理因素考虑，炊具的重量也极为重要。重量轻的炊具对老人或儿童在使用时较为安全。

(11) 微波爆玉米花炊具应加工成网眼式，以利于微波能的穿透。使用其他形状的炊具爆玉米则不安全。

(12) 使用转盘式、固定式或活动式的炊具，可以改善食物烹烧的均匀性。

(13) 最好配有使用时可移去的专用微波温度计，这对观察食物是否已烤透极为有用。

## 冰箱节电法

电冰箱每开门 1 分钟，箱内温度就会回升  $1^{\circ}\text{C}$ ，这不利于节电。可用在冰箱内设置塑料薄膜门帘的办法，来解决这一问题。以一种单门电冰箱为例，打开冰箱门，可以看到在冷冻室的前上方有一根铝嵌条，拧下嵌条的几个螺丝，用此嵌条压装一块无毒的软塑料薄膜（其宽度和长度要比冰箱各多出 15 毫米左右）。当开冰箱门放取食物时，只要推开塑料薄膜的一角即可。这样只失散极小部分冷气，冰箱内仍可长期保持低温，从而达到节电的目的。

此外，当冷藏室内物品放置不多时，可在一至二格冷藏室内填满泡沫，塑料块。它几乎不吸收冷气。这样冰箱原来的容积相对“缩小”，会使制冷机工作时间缩短，达到节电的目的。

## 冰箱封条的修理

一般冰箱使用两年以上，箱门上的磁性密封条与箱体之间会出现缝隙，致使冷气外漏，降低制冷效果，增加耗电量。如出现这种现象，可采用棉花填充法解决。首先，把一个开着的手电筒放入冰箱，关上箱门仔细观察箱门四周的密封圈有没有漏光处。如果有，可用洗衣粉水把磁性密封圈擦洗干

净，把漏光处的磁性密封圈扒开，取一些干净棉花填入密封圈的漏光部位，棉花数量视漏光情况而定，以关严为宜。最后，再用手电筒检验一遍，若还有漏光处，可反复“对症下药”，直到没有漏光为止。经此处理后，冰箱耗电量会明显降低。

## 怎样降低冰箱噪音

把 4~5 毫米厚的橡皮板（可用旧的自行车外胎等）剪成直径 30 毫米的圆形块，然后在其中间开一个直径为 4~5 毫米的圆孔，不要求光滑整齐，用剪刀大致剪出来就可以。接着从外边到中心圆孔剪一刀，以便把橡皮板贴到管子上。待冰箱压缩机运转时，用手摸管子，凡有抖震感觉的管子，都套上几只这种橡皮块，一冰箱约套 10~20 个，噪音就会降下来。这是因为抑制了管子震动所产生的“共鸣”。

## 电视机 AFT 开关的作用

打开彩电调节盒盖都能看到有一个拨动开关 AFT（有些老式的彩电没有）。其实正确的使用 AFT 开关，能让你的电视机达到最佳的接收效果。

我们知道要接收到满意的图像与伴音，必须把欲接收频道的频率调准，这种情况和黑白电视机是一样的。但是环境温度的变化，机内温度的升高，电网电压的波动，电路中元件的老化等因素，都会使调好的频率产生偏离，影响图像质量的稳定。当把 AFT 开关开启时，彩电线路中的自动频率跟

踪系统，能把频率的偏离量变成直流控制电压，去控制一种叫变容二极管的元件，使该元件与回路中其他元件所形成的谐振频率，始终保持在正确的频率位置上。所以在收看电视的过程中 AFT 应始终是处在开启状态，以保持接收质量的稳定性。

那么既然 AFT 开关应该是一直开启的，为何还设计成一开关呢？那是因为在调谐电视台频道时要先把 AFT 开关关掉。有的老式电视机的 AFT 看不到，但受调节盒盖的控制，开启盒盖时 AFT 即处于关断状态。然后调节频道预选拨盘或旋钮至图声最佳，再把 AFT 置 ON（或把盒盖关上），看图声是否变化，如有变化关去 AFT 重新调谐，直至开启与关闭 AFT 对图声不起作用时为调谐最佳点。所有电视台都调准（有自动搜索功能的接收机只需按动搜索钮即可），然后开启 AFT 正常收看，此时电视机的稳定性已得到大大提高。在调谐的过程中，如发现 AFT 置 OFF 位置时比 ON 时画面伴音更好，则是 AFT 电路已有故障，须对机内 AFT 谐振器重新调试。

## 电视机的防潮与除尘

电视机（包括半导体收音机、录音机等家用电器），在阴雨季季节因受潮而影响正常工作时，可用电吹风驱潮。

电视机的除尘方法是：首先，拔下电源插头，把电视机搬到室外，小心拆下后盖板，利用打气筒（拔下金属出气

嘴)，一边打气，一边向机内有灰尘的部位吹去，直到吹净为止。在操作时应特别注意，不可让胶管碰坏电器元件及机内连线。

## 怎样消除电视机“雪花”点

电视机屏幕上出现“雪花”斑点，影响收看效果。要消除它，可取一根金属导线，使金属外露，长短约 1 米左右（最好是金属网状导线），在收看电视时插入电视机天线插座的孔中，这样“雪花”就消失了。如果图像不够稳定，可移动这根导线，就能获得最佳图像。

## 怎样增强有线电视收看效果

有线电视系统可收到清晰的画面和悦耳的伴音。但是，有些用户不能正确使用而影响了收看效果。下面介绍一些正确使用的常识。

(1) 阻抗要匹配。通常用户的终端盒（装在每个房间的  
天线插座盒）的输出阻抗为 75 欧姆，所以终端盒与电视机要用 SYV 型 75 欧姆同轴电缆连接。

(2) 馈线与天线插头连接处一定要固紧，馈线的两个端点裸露的屏蔽线和实芯线不能相碰。电视机离终端盒应尽量近些，并注意不要打折或拐直角弯，以免电视信号的衰减。

(3) 有线电视系统都有避雷装置，但在雷雨天由于雷电脉冲较强，使图像产生亮点和亮线以及较强的干扰，以致严

重影响收看效果，甚至会引起机内放大器元器件的损坏，所以在雷雨天最好停止收看。同时将电视机的电源插头和天线插头拔掉，以确保电视机的安全。

(4) 如果电视机光栅正常，但图像重影甚至收不到图像，首先检查连接终端盒和电视机的馈线是否有松脱以及馈线端点是否有短路或接触不良等现象，如果完好，就要检查电视机本身了。

(5) 有线电视系统中的设备和连接馈线不能随意拆卸或挪位。终端盒不要随意拆开，电缆在室内走线有一定技术要求，不要随便移动，也不要再在电缆线上悬挂东西。

## 有线电视常见故障的排除

收看有线电视节目时，如果画面有雪花点、网纹，或者画面扭曲、跳动等，可从几方面找原因：

- 1、连接线两端是否插牢；
- 2、连接线两端接头是否松动；
- 3、调台是否调到最佳点；
- 4、电视机是否有故障（此四项可自行排除）；
- 5、恶劣气候（暴风雨、雷电交加等）影响有线电视台卫星地面站接收卫星电视信号效果；
- 6、新居民区刚开通送信号，工程队还在安装调试，影响信号传输；
- 7、如无线电视台发射的信号质量不好，有线电视台收转的信号自然也差；
- 8、附近是否有无线电干扰，如无绳电话、大哥大、游戏机、工业用微波炉、热合机等；
- 9、从播出控机房到用户沿途某处电缆、器件或接头故障。

## 洗衣机漏水的修理

洗衣机漏水主要有两种情况：①波轴漏水，密封圈失效。修理时先拔下转叶，取出密封圈（记清正反面），将波轮轴用砂纸打亮，再用 95% 的酒精擦净晾干，换上新密封圈（注满黄油），拧紧螺母（低于密封圈）即可。②排水管道漏水，多为胶皮管在出桶处磨损破裂。可用自行车内胎，剪成比裂口周边大 5 毫米的圆片，锉去脏物，用 502 胶水粘住即可。

## 磁带转动不良的处理

有些磁带在转动中出现规律的“吱”声。这时可用少许油质香脂涂在带盒内两个导带轮小轴上。注意适可而止，不得溢出。然后重新装好，一般可排除故障。

用废胶片做成直径约 5 毫米左右的空心圆垫圈；松开 5 只固定带盒的螺钉，分别在每只紧固螺钉处加上 1~2 片后重新装好。可使一般转动不良的磁带恢复运转。

## 录音磁带轮的改进

质量较差的磁带，用一段时间后，磁带盒内的走带部分因受摩擦发毛而增加走带阻力，或因磁带受潮有些粘连，致使转速变慢，影响放音质量。其改进的方法很简单，打开磁带盒，在磁带转向处可见到两个定滑轮和其外侧的两根塑料柱。找一段用过的粗号圆珠笔芯，截两节与塑料柱同高的小

管，套在磁带盒的塑料柱上，这样就又增加了两个定滑轮，能使走带阻力大大减小。改装后，放音效果明显好转。

## 磁带重音的处理

一些磁带放置一定时间后，会出现声音混杂的重音现象。造成磁带重音的原因有两个：一是长期存放后，磁带间的磁位前后相互感应；二是磁头和橡胶滚轮长时间没有洗涤液清洗，磨损的磁粉粘附在磁带上。因此，除了要经常擦洗磁头外，在磁带存放上还应注意“四不要”和“两应该”：不要竖放，以免磁带底层挤压过紧；不要靠近炉子、大灯泡、暖气片等热源；不要靠近酒精、汽油等挥发液体；不要靠近运行的电动机、收音机、音箱等带磁物体。平时，应该把磁带水平放在阴凉干燥处；每隔一段时间，应该把磁带快速进带或倒带一次。

## 折皱磁带的复原

录音机出现夹带，磁带就会折叠、皱褶，甚至乱成一团。这时，可把一杯开水放在折坏了的磁带上，来回移动水杯，数次之后，磁带就会变软，折叠和皱褶的痕迹就会变得光滑平整。

## 怎样清洗录音机磁头

录音机使用一段时间后，磁头会粘附许多氧化物及尘垢，

致使放出来的声音严重失真并且噪声增大。通常可用棉签沾无水酒精或高级清洗剂擦拭磁头，一般都能清洗干净。但若氧化物粘附太牢时，用这种方法往往无济于事。这时千万不能硬性器具如刀片等去刮，以免刮伤磁头损害磁带。用铅笔头上的橡皮擦拭，则很容易地将紧粘在磁头上的污染物擦拭干净，然后再用棉签沾酒精或清洗剂对磁头清洗一遍，录音机便能正常使用了。

## 电熨斗的除锈

电熨斗熨铁外层大多镀有镍铬，一般不易生锈。使用不当造成镍铬层自然剥离，就会露出锈斑。电熨斗生锈，既影响美观，又对熨烫不利，容易拉毛丝绸之类织物。

可用墨鱼骨的断层在电熨斗的锈迹处反复轻轻擦拭；或是先用一块潮湿的布蘸上牙膏或牙粉慢慢擦拭，擦后在锈迹处涂上一些蜡，然后插上电源将蜡熔化再擦。若锈蚀部位在熨斗底部，也用同样的方法除去，最后在一块废布上来回多烫几次就可以了。切忌用砂纸擦拭，这样会扩大铁质暴露面积。

## 验电笔用途

(1) 区别火线和地线，在交流电里，验电笔触到导线时，发亮的是火线，不发亮的是地线。

(2) 区别交流与直流。交流电通过验电笔时，氖管里两

个极同时发光直流电通过时，氖管里只有一个极发亮。

(3) 判断直流电正负极。把验电笔连接在直流电的正负极之间（注意：如果直流电两极中无一极接电时，则以右手握电笔触该电路一极，而以左手接触另一极，否则不会发亮），发亮的一端为负极，不发亮的为正极。

(4) 检查设备是否漏电。用验电笔触到电器设备的壳体，如管发亮，即有漏电现象。

(5) 检查火线是否接地。用验电笔触三相三线制交流电路，如两根亮度大于另一根，则较弱的一根有接地现象，但尚不严重，如一根完全不亮，则为金属性接地。

(6) 判定负载是否平衡。三相交流电中性点位移，验电笔触到时发亮，说明负载不平衡，或是电动机等内部有匝间短路或线间短路现象。

(7) 判断电灯地线是否断电。合上开头，电灯不亮，用验电笔触灯座两个接线极均发亮，而灯泡未坏，说明地线已断。

(8) 判断接触是否良好。氖管光线发生闪烁，可能是某线头松动，接触不良，或电压不稳定。

## 空调的使用

1. 在接通电源前，将空调器的面板安装好，注意将各开关和旋钮放在“停”或“0”的位置上，然后接通电源。

2. 将舒适控制旋钮从“停”转到正常运转位置（即数字1、2、3……），接通风扇开关，使风扇启动并向室内吹风。再

将舒适控制旋钮从正常位置转到“最冷”位置（或最高数字处），压缩机平稳启动，过两分钟风扇开始向室内吹出次序风。

3. 当空调器压缩机启动时，如果发出很大噪声或有金属撞击声，应立即停机检查。首次启动空调器，即使压缩机平稳，也应测量一下电路电源是否正常，如果高于额定电流，应立即停机检查。

4. 空调器上一般标有“停机后过 3 分钟才可重新启动”的字样，这是因为停机后的短时间内，压缩机进气、排气两侧的压力差较大（约为 15 公斤/厘米<sup>2</sup>左右）。在这种情况下立即启动，可能会因压缩机负荷太大启动不起来，以至烧毁电机。待 3 分钟后，高低压两侧经毛细管达到平衡，（压力差为零），再启动就非常安全了，这一点应严格注意。

5. 停电或拔掉电源插头后，一定要将舒适控制旋钮转至“停”的位置，待接通电源后，重新按启动步骤启动。

由于热泵型空调器是很有前途的产品，因而，重点介绍一下热泵型空调器的使用操作方法。

热泵型空调器，在其系统内装有热泵换向器。夏天，空调器把室内热量往外排，获得制冷效果。冬天，通过换向器的工作，空调器把室外的热量往室内放，使室内获得热效应。在此空调器的开关面板上有一只标有冷、热的选择开关，一般称为热泵开关（只有热泵空调器上才有），其它开关与单冷式空调器相同。

热泵空调器与单冷空调器的不同之处，就在于它的制冷系统上，热泵空调器的制冷系统中增加了一只四通换向阀，可以通过电器来操纵它的动作，而这电器操作开关就装在开关

面板上，当冬天制热时，只要将此开关按向“热”端，空调器就作制热运行，放出暖气，其原理就是通过换向阀对两个管子进行切换，室内的蒸发器成为冷凝器（排出热量），室外的冷凝器成为蒸发器（吸收热量），制冷剂从室外吸热向室内排放，夏天制冷时，换向器进行切换，恢复原状，室内排出冷风。

热泵型空调器的其它控制电器与冷空调器相同，但要注意一点的是，恒温控制器需要重新调整。因为，冬天的舒适温度一般为 16~20 摄氏度，恒温控制器若不进行调整，空调器不会运行。

## 空调的保养

使用空调器要注意经常保养和维护，这样才能保持良好的制冷效果，并可以使空调器不发生故障或少发生故障。

1. 空气过滤网一般 2~2 周清洗一次。具体清洗过程如下：①拆下面板。②抽出空气过滤网。③清洗空气过滤网，将空气过滤网放在自来水龙头下冲洗，由于过滤网是塑料框与涤纶丝压制而成，因而，不可用热水（40 摄氏度以上）清洗，以防收缩变形，清洗后更不可用火烘烤，可将过滤的水甩干，插入成板，装上空调器。

2. 保护冷凝器与蒸发器的散热片，冷凝器与蒸发器的散热片是用 0.15 毫米的铝片套入铜管后胀管而成，经不住碰撞，若损坏了散热片（倒片），就会影响空调器的散热效果，使用冷效率减低。因此，要特别注意保护。

3. 保护好制冷系统,空调器的整个制冷系统内部充满了制冷剂,若损坏了制冷剂系统的部件或连接管路。就会使制冷剂泄漏,空调器就不能制冷。

4. 要正确选用熔断丝(保护丝),要按产品说明书标明的额定电流来选择熔断丝的规格(直径),过大不起保险作用,过小则经常会熔断。

5. 空调器手控停、开操作时间应在两分钟以上,空调器停车后,若立即开车,其制冷系统的压力未平衡,电动机启不动,启动电流很大,会将熔断丝熔断,或使热保护器动作。

6. 要避免室内长时间处于高温情况下使空调运行,夏天使用空调器,在运行前,室内温度一般总要高于30摄氏度,当空调器运行后,室内气温就会迅速下降(30摄氏度以下),若空调器运行后,室内气温长时间降不下来(30摄氏度以上),那空调就会处于长期高负荷,甚至超负荷运行,这样很容易产生故障,至少要降低工作寿命。因此,这种情况是不允许的,应查明原因,修好后再用。

7. 要防止电路系统受潮,电器系统受潮后容易漏电,会发生危险,也容易损坏,电器系统部位切忌进水,特别是伏天,黄霉季节更要注意防潮、防霉。

8. 要经常检查电源插头与插座的接触是否良好,避免松动或脱落。

9. 要经常注意察听空调器的运行声音,当听到空调器在运行中有异常杂声,如金属碰撞声、电机嗡嗡声、外壳振动声等,应立即停车查看原因,切不可盲目继续使用,以免出现更大的损坏。

10. 要经常揩擦空调器的外表面,特别是面板部分,以保持空调器的整洁、美观,若有油污,可取下面板,用毛刷蘸温洗涤剂清洗。

11. 每隔半年要对室外侧冷却器用长毛刷进行清洗灰尘,每年拆下机芯,对风扇电动机轴承注入适当的润滑,制冷系统不必处理,只要清除外表面污垢即可。

12. 使用水冷式空调器,当制冷系统工作时不得关闭水源,对于室外所装的风冷冷凝器,每隔1~2个月要清除灰尘,冬季停机时,应将水冷式冷凝器内存水排尽,防止冻裂。

## 空调器的维修

窗式空气调节器由制冷系统、通风系统和电气系统三部分组成。它的制冷原理、制冷循环工作过程等与电冰箱的基本相同,所以很多故障(如压缩机不运转,制冷剂泄漏,毛细管堵塞,压缩机频繁起动和停止,压缩机长时间运转而不能自停等)的维修方法与电冰箱的基本相同,对于这些故障,我们不再赘述。下面只简要介绍几种故障。

### 1. 风扇的风量小

(1) 风扇的旋转方向错误,应检查风扇电动机的接引线,改正错误之处。

(2) 风扇叶打滑,应检查并固紧风扇叶。

(3) 空气滤尘网太脏,阻力大,应拆下清洗干净。

(4) 风扇转速低,检查电动机的绕组是否有局部短路,如有应该重绕大修;检查电压是否过低。

## 2. 风扇的噪声大

(1) 风扇的轴承损坏，应更换，或轴承润滑油不足，应拆下轴承清洗后，加填适量的润滑油（润滑油占轴承腔的70%左右）。

(2) 风扇叶打滑，应检查并固紧风扇叶。

(3) 空气滤尘网太脏，阻力大，应拆下清洗干净。

(4) 风扇转速低，检查电动机的绕组是否有局部短路，如有应该重绕大修；检查电压是否过低。

(5) 风扇叶与壳体相碰或摩擦，产生噪声，应调整风扇叶，使之不相碰、摩擦。

(6) 风扇叶不平衡，振动过大产生噪声，应更换新品。

(7) 风扇转速过高，应检查电源电压是否过高。

## 3. 冷热两用的空调器，冷热调节失灵

(1) 对于电加热型空调器，用万用表检查电热元件是否断路或烧毁，如为断路，不严重的可以重新接好；严重的断路和烧毁，应更换。

(2) 对于热泵型空调器，应重点检查四通电磁换向阀，用万用表检查四通电磁换向阀的电磁线圈是否断路或烧毁，如断路或烧毁则应更换同规格的四通电磁换向阀，如电磁线圈良好，则应检查阀的机械部分。

## 4. 运转正常，但制冷（热）量不足

(1) 压缩机内阀片损坏，更换同规格的压缩机。

(2) 制冷系统中的制冷剂泄漏，使制冷剂不足，应检查泄漏点，用所述方法补漏，重新抽真空，按额定量灌注制冷剂。

(3) 温度控制器的调节旋钮所置位置不当，应置于正确

位置，温度控制器的感温管位置不对，或感温管内的感温剂泄漏，位置不对可以调整；感温剂泄漏，应更换新品。

## 电风扇的使用维护

### 1、使用前的检查

对一台新的电扇，应先看铭牌上标志的电压和频率是否与当地的电源相符，电扇引出线绝缘是否损坏，电源插头是否良好，三脚插头之间是否碰线。然后检查各部分螺钉是否拧紧，扇叶是否装好，网罩有无松动擦叶，扇头是否灵活，电扇轴承有无松动等。经检查确认一切正常，才能通电使用。

特别要注意夏季开始用扇前的检查。夏季来临，有的人取出放置大半年的电扇，就去接通电源，结果电扇刚刚转动或没有转多久就冒烟烧坏了。这是因为电扇在不用的季节里保存不当，电气部分严重受潮，绝缘等级下降，通电后产生很大的短路电流所致。为了避免这种事故的发生，在电扇使用之前，应做一些必要的检查测试。

因为电扇的工作电压一般为 220 伏，应该用 500 伏的兆欧表（欲称摇表）测量线圈的对地（外壳）绝缘阻。测量方法是，把兆欧表的两根线，一根接到电扇的插头上，另一根接到电扇的外壳上，摇动兆欧表的把手，要求摇速在每分钟 120 转以上，看兆欧表指针的指示值，此即为绝缘电阻值。要求绝缘电阻值在 0.5 兆欧以上。还可用万用表检查电扇的线圈回路中是否有断线和虚焊点。方法是把万用表置于欧姆档，两支表笔与电扇摇头的两个插片接好，按下电扇的按键开关，观

察回路通不通。上述检查完毕后，接通电源，试转半小时，试转时间内要密切注意电扇有无异常响声、异常气味、电动机的温度是否过高。

## 2、调速开关的使用

电扇的调速开关，常见的有循环式、琴键式两种。调速开关的字符“1”、“2”、“3”表示各档转速（如快、中、慢），“0”表示停止档。对装有定时器控制的电扇，可按需要在六十分钟和两小时内的任意时间控制电扇自动停转，当不使用定时器控制时，定时器的时针必须指在“ON”的位置上。

电扇的摇头装置，常采用掀拔式或摇控式，掀拔式的拉杆位于扇头上（如台扇），掀下拉杆开始摇头，拔出拉杆摇头停止；摇控式的开关钮装在座子控制盒面板上（如落地扇），需要摇头时，把开关钮旋向“摇动”（MOVE）的位置上，反之，放在“停止”（STOP）位置上。

## 3、预防过热

电动机的寿命与其温度有密切关系，如一台A级绝缘的电动机，在允许最高温度 $100^{\circ}\text{C}$ 下使用，可使用二十年左右。如果在 $225^{\circ}\text{C}$ 下使用，则只能维持几个小时。因此，电扇在使用中的关键问题是监视其温度，一定要预防过热。

为了防止电扇过热，在炎热的夏季，连续开机不宜超过八小时。要避免在暴晒下使用。在室内，注意不要使阳光直射在电扇上。因为暴晒不仅使电扇发热，而且还会加速油漆件和塑料的老化。电扇在使用中要尽量减少起动次数，因为起动电流大，产生的热量也大。一般可用手背触碰机壳看是否过热，以手背感到不很烫为宜。

#### 4、定期加注润滑油

电风扇的电动机大多数采用含油轴承，这种轴承本身有许多微孔，里面吸满了润滑油。运行时油从微孔中渗出，对转轴起润滑作用。电扇经长时间的运转，微孔中的润滑油会逐渐消耗掉，如果不及时向轴承另注润滑油，则转轴和轴承会发生干摩擦而很快磨损。因此，每年在使用前或者收藏时要向前轴承和后轴承加注数滴缝纫机油或 20 号优质机油。前轴承的加油孔在前外壳的顶部，加油孔上有加油塞，打开加油塞就可加油。后轴承的加油孔要卸下后外壳才能看到。

另外，摇头部分的齿轮每隔三年要进行一次清洗，并更换齿轮箱内的润滑脂。因为润滑脂使用时间长了会变质硬化，影响摇头机构运转。清洗的时候，要把原来的润滑脂取出，用毛刷蘸煤油刷洗齿轮，然后加进新的优质润滑脂。

#### 5、防尘与防潮

为了保持电扇外表的整洁美观，要经常用软布揩去灰尘及油污，用上光蜡打光，以保持光泽美观。切忌用汽油或酒精揩擦，以免损坏漆层，失去光泽。多雨的潮湿地区，要定期通电运转 20~30 分钟，以驱散电器部分的潮气。若因外出，长期关门闭户，电扇有受潮发霉现象，则可放在阳光下适当地晒一晒（但切忌长时间的暴晒），以驱走潮气。不用的季节，应仔细清除电扇上的灰尘油污，然后包装好，放在通风干燥的地方。

吊扇长期不用，折去扇叶后，应将接线松开，脱离电源，并用绝缘布包好。否则，若误将电源接通，长期空载运转，不仅浪费电力，甚至会烧坏电动机。

拆装扇叶要仔细，防止因摔打、碰撞引起扇叶变形。

#### 6、箱式风扇的使用和维修

与台扇、吊扇的基本相同，除按照以上所述正确使用与维护外，还应注意：

(1) 箱式风扇的底脚设有仰角支架(仰角一般为  $15^{\circ}$ )，当需要仰角使用时，可把仰角支架从底脚内拉出。平放使用时，可把仰角支架推回底脚内。

(2) 每年夏季使用前，要拆开尾罩、风叶与导风轮，在风扇电动机前后端盖的油孔滴入少许 20 号优质润滑油或缝纫机油。

## 科学保养电视机

电视机的保养是关系到延长或缩短电视机使用寿命的大问题，如何正确保养电视机呢？

### 1. 电视机使用中的禁忌

(1) 忌温差过大。酷冷天勿将电视机搬出户外，以免温差过大导致显像管爆裂。同时也不可在此气候条件下将买回的彩电即刻开机或将刚刚看完的彩电拿出户外。

(2) 忌光线直射。应避免自然光和其他光源直射电视机，尤其是直射显像管，否则会加速电视机外壳的老化、退色；造成损伤显像管荧光粉发挥效率的恶果。

(3) 忌潮。电视机应放在室内干燥通风的地方，以避免机内零件受潮锈蚀、霉烂、短路。

(4) 忌影响散热。电视机放置的位置和加盖防尘罩应以

不影响电视机的散热为前提。电视机在放置时，后部距墙一定要保持5厘米以上。

(5) 忌靠近热源。电视机要远离发热物体，如火炉、暖气等，以防止促使元件老化、变质，产生故障。

(6) 忌积尘过多。电视机要注意防尘，以避免因积尘太多而影响电路绝缘。

(7) 忌磁化。电视机要注意远离磁性物体，如收音机、录音机、万用表等，以避免电视机因磁化而彩色失常。同样道理，电视机也不宜与洗衣机、电冰箱放在一起。

(8) 忌频繁调整和开关。有时电视机仅仅是因为放置的原因而产生重影，这种情况下就不应因与邻居相比感到图像不佳而频繁的调整电视机。电视机也不宜频繁的开关，否则将会极大的影响收看寿命。

(9) 忌带电搬运或震动，也不要关机后立即搬动。否则将会损伤电视机内部元件甚至造成短路、显像管灯丝损坏等严重故障。

(10) 忌亮度过大。电视机不且开得太亮，以防止荧光粉过早老化，降低电视机的使用寿命。

(11) 忌电源插头松动。电视机的电源插头松动极易造成接触不良，使电视图像时有时无，而显像管的灯丝在这种反复受到加电电流冲击的情况下，会受到极大损害。同样的道理，电视机也不可以经常用电源插头来开关电视机，否则就会使电视机中特意安装的，与电源开关连动的消亮点电路不能正常工作。导致显像管受到损伤。

(12) 忌擅自擦试机内灰尘和触及内部元件。

(13) 忌使用调压器。因为具有升压功能的调压器在电网电压正常时(220伏)输出功率往往高达285伏,极易损坏电视机,故只能使用交流稳压器。

(14) 忌在机上放置液体、小金属物体。否则这些东西一旦进入电视机内,极易造成内部元件短路甚至造成失火,同时,清理也很费事。

(15) 忌与荧光灯同时使用或接触过近。这样会使电视机受到日光灯杂波的严重干扰,影响电视机的收看质量。

(16) 忌长期搁置不用。电视机长期搁置不用也容易发生故障,故应该经常打开电视机进行内部防潮和防止电解电容的漏电和变质。

(17) 忌用汽油、酒精等有机溶剂清洗外壳,这种做法容易产生化学变化,导致电视机外壳的损坏。

(18) 忌与电风扇并列摆放。这样放法,会使显像管灯丝随电风扇震动而一起震动,影响其使用寿命。

(19) 忌接地。彩色电视机不宜接地,否则会导致人体触电和元件损毁。

(20) 忌信号太强。否则容易烧坏高频头中的高放管,对于有的国产电视机,这一点就更加应该注意。因此说,只要使用普通室内天线就可以收看电视节目的用户,不宜使用带放大器的天线。

## 电吹风的使用维护

正确使用和维护电吹风机,不仅能够得到满意的使用效

果，而且还可以保障使用安全和延长使用寿命，使用时应注意下列各点：

1. 使用电吹风机前必须详细阅读使用说明书，弄清铭牌上规定的电源电压。带有三线的电吹风机，必须使用三线插头和插座，并要有可靠接地，以确保安全。

2. 电吹风机手柄上的选择开关一般分为三档，即关闭、冷风、热风档，常以红、蓝、白三色表示。有的电吹风机在手柄上还装有电动机调速开关，供选择风量的大小和温度高低时使用。开始使用时，应以较低温度和较低风速为宜，若感到不理想再转向较高温度档。

3. 洗头后，为了减少吹风的时间，应先用干毛巾把湿头基本擦干，然后再用电吹风机吹干，一般吹 2~3 分钟即可，若头发较长较密者，则可吹 5 分钟左右。基本吹干后，把发乳或发蜡之类均匀涂在头发上便可整发造型。

4. 平时美发梳妆打扮，不一定每次都用水洗头，可用湿毛巾或发乳之类湿润头发，然后用电吹风机整发。切忌在头发干燥时，用电吹风机吹发，这样会使头发失去水分和脂肪，日久会使头发变色。

5. 电吹风机的外壳后端或侧面，一般都有可旋转的圆形调风罩，使进风口大小可调，从而改变风温和风速。使用前一定要打开进风口。

6. 为了安全，不要在浴室、洗手间、厨房等潮湿的地方使用电吹风机，以免电压击穿空气而触电。同时，洗头后一定要把手擦干后方可插拔电源插头和握持电吹风机手柄，以确保安全。

7. 电吹风机应避免被强烈的撞击或摔落，以防外壳变形及震断电热丝和焊接点。不用时要及时断电，并悬挂在墙壁上或放在水泥、砖头地面上，等完全冷却后再收藏。

8. 电吹风机不宜一次连续使用过久，最好间歇使用，以免发热元件和电动机过热而烧坏。

9. 电吹风机在使用完毕前，应先将开关从热档转换到冷档，以便先切断电热元件电源，停止发热，再让冷风吹走余热，使电吹风机内部温度降低，然后再全部切断电源，这样，可使电吹风机内部元件绝缘老化减慢，延长使用寿命。

10. 电吹风机电机的轴承与轴承间应经常保持润滑，一般使用2~3个月后再加机油数滴，以防加大磨损甚至造成温升过大而抱轴卡死。带碳刷的电机应注意少加勤加油，以免碳刷沾油而影响使用，如发现电机通电不转时，要立即切断电源检查线路，以防绝缘漏电或烧坏电机。

11. 对于使用碳刷及换向器的电机，应在使用一定时间后检查碳刷的磨损程度，必须时更换碳刷，同时用酒精清洗换向器，以防碳粉路。

12. 使用电吹风过程中，要时刻注意电源线不要靠近热风，以防烫伤绝缘皮而漏电。

## 电饭锅的保养

1. 要注意内锅锅底、电热盘表面的清洁，两者间切忌米粒等杂物介入，也不得用带油的抹布，以免影响热传递，降低热效率。

2. 饭后清洗内锅时，切忌用硬物碰撞，以免铝质内锅变形，不能和电热盘良好接触，出现煮夹生饭现象。如内锅底已变形，可将内锅放入锅内，使之与电热盘接触，并加以转动，然后拿起观察，会发现少许小亮点，此时用刀具将其轻轻的刮掉或用砂纸细细的磨去，则可在一定程度上复原。

3. 电饭锅内倘若结有锅巴，切忌用利器排除，而应采取其它方法排除，免得使电饭锅的内壁处处都是划痕。电饭锅在煮饭时，如在水中加几滴食油，煮成的饭就会是颗粒状，不粘锅。

4. 电饭锅的电气部件和接线，多装在外锅和电热盘部位，因此切忌将锅体在水中刷洗或使溢出的汤水淌入，以降低其绝缘性能和引起金属部件的锈蚀。如确实需要清洁，则只能用软布沾水擦干净。

5. 电饭锅勿煮酸碱盐性食物，否则高温会促使内锅表面发生化学变化，加速内锅的老化。如果使用电饭锅蒸煮了酸碱盐性食物后，切忌不要忘记刷洗，刷洗后应放干燥通风地方，而不要曝晒。

6. 做完饭后应及时将电饭锅的电源插头拔下，否则自动功能在低于70摄氏度时又会操作，既费电又费电饭锅。电饭锅也不可用来炒菜。

7. 为了保证安全使用，蒸煮食品时，切忌先插上电源，后将食物放入内锅。

8. 往内锅取放食品时，切忌未切断电源就操作。

9. 如果煮饭时电饭锅中途跳闸，切忌强行再次推上开关，而应断电后仔细检查，找出原因后调整、修理。

10. 电饭锅要定期进行检查。电饭锅功率较大且接线螺丝很多，使用时间久了往往会出现插头、插座碳化，造成短路或连线烧断、螺丝死等故障。为了防止故障，就要对电饭锅定期进行检查，以便及时的清除故障。

### 电饭锅的故障检修

#### 1. 不能自动保温：

如遇电饭锅不能自动保温时，可从以下各方面进行检查和修理。

(1) 双金属片保温器触点弹性减弱不能闭合。可调整触点距离或另行更换热双金属片保温器。

(2) 保温器的调温螺钉松动或连接点松脱。应重新调整调温螺钉，或紧固已松脱的连接点并修复接线。

#### 2. 不能自动断电

如遇电饭锅使用中不能按要求自动断电，这主要是磁钢限温器失灵引起。因为磁钢限温器是靠一个压紧弹簧顶起贴紧内锅底面的感温元件探测内锅温度的。压紧弹簧经长期使用后会退火变软失去弹性或收缩变形，使磁性温控元件不能紧贴内锅底测温，于是不能正确而自动地切断电源。

#### 3. 限温器软磁碎裂：

电饭锅限温器的感温软磁薄而脆，由于经常随手压和磁力相吸的冲击，有时会将其震裂。若软磁碎裂一时又无合适的成品可更换，可采用废旧收音机天线的扁磁棒来代替。修理时，先用细砂轮或油石将磁棒磨成软磁钢形状，装入便可调试。试验时，如果饭熟温度偏高，可适当加大内弹簧的弹力，反之则减弱内弹簧的弹力。这是因为软磁的居里点温度

与电饭锅的要求不符，所以只能靠弹簧来调节。弹簧的弹力和扁磁棒的居里点配合适当，就能使锅底温度达  $120 \pm 2 \text{ C}$  时，立即切断电源，不会使锅内米饭夹生或烧焦。调试满意后再将外壳全部铆紧。

## 正确使用微波炉

1. 微波炉内未放烹调食品时，不要使微波炉通电工作，以免微波炉处于空载状态通电，使磁控管损坏。

2. 因金属对微波有反射作用，所以不宜用金属器皿作微波加热器皿使用。微波能穿透的材料有陶瓷、玻璃、塑料等，适合微波炉使用的加热器皿应该由陶瓷、耐热玻璃等制成，加热时间短时使用无毒塑料器皿也可。如玻璃器皿有花纹，应选用浅花纹的，因为深花纹的玻璃器皿受热不均匀可能破裂。

3. 使用微波炉时，把需要烹调的食物盛放在陶瓷或玻璃器皿中，放入炉内，将炉门关好。插上电源插头，根据烹调要求选择相应的加热功率、时间或程序，按下启动按钮即开始工作。此时指示灯亮，有转盘的微波炉的转盘机构开始转动，到了预定时间可自动切断电源并响铃报告。

在加热过程中，可改变各控制按钮以改变时间和程序，打开炉门翻动一下食物也可以，不会伤人，再关上炉门即可继续工作。

4. 微波炉产生的  $2450\text{MHz}$  微波穿透食物的能力是  $2 \sim 4\text{cm}$ 。放入炉内烹调的食物块体不要太大，同时放入炉内烹调食物的品种与大小厚薄应基本一致，以求同时热透做熟。

5. 不要把整个带壳鸡蛋、鸭蛋或其它蛋类直接放入炉内加热，以免蛋类裂。可将蛋类放在陶瓷或玻璃器皿内，浸入水中，加盖，放入炉内加热煮熟。

6. 使用中注意不要碰撞炉门，以免炉门变形造成微波泄漏。

7. 使用微波炉解冻食物时，应该用低功率档，使之均匀解冻，不要用强功率档。

8. 因为烹调的条件千差万别，使用微波炉需要经常留心、逐步积累经验，不可拘泥于标准的菜谱与烹调时间等。例如，同样的食物在夏天加热与冬天加热所需要时间显然不同；各人刀工不同、食物大小厚薄不同，所需烹调时间也不同意。

# 厨房用具

## 氧化发黑的水龙头如何恢复

取食用面粉适量，用干布蘸面粉擦洗，然后再用湿布擦，最后再用干布擦，反复擦洗几次，水龙头即可恢复原貌。

## 厨房的安全用电

- (1) 不用湿手接触电器或电气装置，否则容易触电。电灯开关最好采用拉线开关。
- (2) 按实际用电量来选用适当的保险丝。不可用铜丝作保险丝，铜丝的熔点高，不易烧断。
- (3) 不可把活动用的软线直接勾挂在电源线上。
- (4) 灯头采用螺旋口式，并加装安全罩。
- (5) 电饭锅、电磁灶、电热锅等移动的电器，用毕除应关掉开关外，还应把插头拔下，以防开关失灵而长时间通电，损坏电器，引起火灾。
- (6) 家用照明电路不可接用电炉，应有专线供电炉使用。

## 厨房中安装白炽灯的作用

厨房兼餐室用可调节高度的白炽灯。调整灯具高度，使

其不遮挡人的视线。白炽灯光线明快又不失柔和，不比日光灯的光线呈冷灰色，会减退人的食欲。

## 电冰箱电源为什么要单独布线

如果冰箱与其他电器用同一个插座，电器频繁启动，造成电压下降，尤其是在用电高峰时，电压过低，会引起冰箱压缩机无法启动或自动停机，严重时还会损坏冰箱电机。所以，电冰箱电源要单独布线，并应尽量靠近电源总开关，不要与其他电器合用一个插座。

## 电器开关插座应远离煤气灶具

厨房中的电器开关、插座，应用封闭式的安全开关、插座，并远离煤气灶具，以免开启时产生的火花遇到外泄煤气燃烧而发生火灾。

## 怎样防止蜂窝煤炉瓦内壁结焦

将两块炉瓦的下部边缘等距离掰下3小块（注意不要掰得太大，约1~2平方厘米即可）。将两块炉瓦的缺口上下对齐，放进铁炉后，另找3根节能炉瓦的通风管，扣在炉瓦外侧缺口上下直线上。如果使用的是一般土瓦，可将通风管的上口堵住，并保证通风管的下口与炉底相通。然后在炉瓦与炉壁之间填满炉灰，用青灰封好炉口就行了。这样不仅防止炉瓦生焦，并具有封火时间长、上火快、火力大的优点。

## 怎样修补炉膛

煤炉用久，炉口破裂，可用浓盐水拌和粘泥加一些细碎的砖头进行修补，待其自然干燥后即可继续使用。

## 巧用蜂窝煤

蜂窝煤一面较光一面较粗，煤粉颗粒结合从光面向粗面逐渐由紧密变得疏松。所以在生火或要迅速催旺时，可把粗面朝下放进炉内；封火时可把光面朝下放进炉内，待3~5分钟后再封，这样既可延缓燃烧速度，又不致熄灭炉火。

## 炉子生锈的处理

先用硬刷子把铁锈刷掉，再用少量石墨粉，加水调匀成糊状，然后用软刷子在炉身上均匀地刷至发亮为止。

## 煤油炉烟味的消除

烧炉前在煤油或柴油中加几滴醋，可使煤油炉使用时烟小、味少、又省油。或在屋内放一小盘醋或氨水。

## 液化石油气灶具的检漏

先关灶具的开关，后关气罐上的角阀。1小时后，不开角

阀，只开灶具开关，同时点燃炉灶，熊燃起一股火苗，说明灶具不漏气。

## 防止熟铁锅底部开裂的方法

熟铁锅在使用时，可先反扣在火上烘烤一会儿，然后再正放炉上即可下油。这样锅底里外的热膨胀基本接近，锅底便不会出现剥离、开裂的现象，并可延长熟铁锅的使用寿命。

## 搪瓷器皿的修补

搪瓷器皿在使用过程中容易崩瓷，可用废旧塑料牙刷在火上烤，待软化后立即涂在崩瓷处，就可以使用了。

如搪瓷器皿破了小洞，可先在地上放一些沙土，再找几支旧牙膏皮放在小铁勺里熔成锡水，视洞大小，向沙土上倒一点锡水，立即把器皿破洞处放在锡水上面，锡水就像铆钉把破口焊住了，然后用砂纸打磨光滑即可。

## 粘补瓷器的方法

用70%的环氧树脂、20%的丙酮和10%的乙二氨，再加上一点二氧化钛，兑成胶水。把破处洗净烧热，然后涂上适量胶水，对好破口，用线绳扎紧，再用胶水把破缝处抹一遍，放在火上烤干（约半小时）。烤时应放在火上搁块铁片，使热力均匀。

也可用阳干漆和酒精配成胶水，粘补方法同上。

## 叠杯的分离

洗玻璃杯时不小心将多个杯子叠在一起拔不开时，将外面的杯子泡在温水中，里面的杯子装上冷水，杯子就容易分离了。

## 可包装食品的塑料袋

塑料袋是用两类塑料薄膜制成的，一类是聚乙烯、聚丙烯和密胺等原料制成，另一类是用聚氯乙烯制成的。前者无毒，后者有毒，不能包装食品。塑料袋有无毒性可用下列简便方法鉴别：无毒塑料袋没入水中后可浮出水面，而有毒塑料袋是不向上浮的；用手触摸，有润滑感者无毒；抓住塑料袋一端，用力抖一下，发出清脆声音者无毒，反之则有毒。

## 铝铁炊具不可混用

烧菜用铁锅或不锈钢锅，而锅铲用铝的，较软的铝铲，就会被铁锅锉损成粉状微粒，然后附在饭菜上进入人体。铝元素进入人体内贮存到一定数量后，脑功能就会受到影响。故铝铁炊具不能混用。

## 怎样处理菜刀把松脱

用一些松香或明矾填入刀把孔内，然后把刀柄脚烧红，插

进刀把孔，待凉后即可使用。

## 热饮用玻璃杯薄比厚好

普通的热饮玻璃杯，从耐温度变化来讲，薄比厚好，因为薄的玻璃杯冲入沸水，热能迅速传开，使杯身均匀膨胀，不易爆裂。

## 潮湿的火柴变干的窍门

将受潮的火柴放在底部铺一层食盐（或干燥食用碱）的器皿内，1~2分钟后，受潮的火柴就变得干燥可以使用了。如仅有一二根火柴受潮，则可将其插在头发里，约3~4分钟后，也可以使用。

## 厨房换气扇的安装和保养

单向换气扇的可有效排出室内各种有害气体；双向的除排气外，还能抽进新鲜空气。

换气扇如安装在窗上，可将面框取下，把箱壳用螺丝钉紧固在窗框或另制的安装孔板上即可。如装在墙孔中，需做一个与换气扇尺寸相当的木框，嵌入墙内，然后将面框取下，将箱壳用螺钉紧固在木框上，再装上面框，接通电源即可。安装时，高度应离地面2.3米左右，不能安装在火焰直接烧烤的地方。

单向换气扇，只要按动开关，电机按逆时针方向运转，同时百叶窗自动打开，进行排气。如系双向换气扇，在排气运转后，再拉开关，电机则顺时针方向运转，进行吸气；第三次拉动开关后，百叶窗与电机同时关闭，能防尘、阻雨、遮阳、挡风。

换气扇应每隔 2 个月左右，在电机前后盖的加油孔中注入机油，经常用软布蘸清洁剂或肥皂水，擦洗扇框和扇叶。忌用汽油、酒精等对塑料、金属有腐蚀作用的液体擦洗。

# 厨房卫生与消毒

## 餐具的高温消毒

餐具消毒方法很多,煮沸消毒是家庭最理想的消毒方法。先把洗净的餐具放入锅内,完全浸没在水中进行加热,待水温达到 80℃时,保持 5~10 分钟,可杀灭一般的细菌;水温达到 100℃时,保持 2 分钟,即可达到消毒目的。消毒过的餐具切忌再用抹布擦,要放入防虫、防蝇的柜内或用纱罩罩起来,以防再次污染。

## 餐具的药物消毒

餐具清洗消毒,可用市场上出售的清洗剂,亦可使用高锰酸钾消毒,取 10 粒左右,加入大半盆冷水,要将餐具等放在高锰酸钾溶液中浸泡 10 分钟以上,否则达不到杀菌的目的。泡后再用清水洗净。

## 菜砧板消毒方法

每次切完菜或是剁肉馅后,要刮去表面的食物残渣用清水刷洗,清洗完毕,用布揩干。使用一周后,最好用开水烫

一遍，然后放入浓盐水中浸泡几小时，取出阴干。这样不但可以杀死细菌，而且可防止菜板干裂，延长使用寿命。

## 厨房异味的消除

锅内放少量食醋，加热使之蒸发，或在火炉旁烤一些橘皮，厨房内的异味便可消除。

## 冰箱异味的消除

可将几只橘皮揩干，分散放入冰箱内，也可取一些食醋，倒入敞口玻璃瓶中，放入冰箱，除味效果很好。把木炭碾碎，用小布袋包好，放入冰箱内，或将 500 克小苏打，装入两个敞口瓶内，放于冰箱上下两层，也能收到除臭效果。

## 怎样擦洗玻璃器皿

擦洗果盘、凉瓶、冷食餐具等玻璃器皿，如果没有很多积垢污渍，可不用肥皂、洗衣粉、去污粉，只用些乱头发丝或茶叶渣擦洗，不仅省时省力，而且去污效果较肥皂更理想。

## 厨房玻璃制品去污

厨房里的玻璃制品，常常被油烟熏黑，不易洗净。可用抹布蘸些温热的食醋擦拭，或者在要擦的玻璃制品上先涂一

层石灰水，干后用布擦净。擦洗灯泡时应取下来擦，擦好要干透后再使用。

## 油瓶的清洗

取一些鸡蛋壳，捣碎后放入瓶中，加少量温水，盖紧瓶塞，上下摇晃振荡油瓶 1 分钟左右，倒出蛋壳残渣，用清水冲洗几次，油瓶就洗净了。也可以在油瓶里装一两把细黄沙和小半瓶碱水，堵住瓶口摇晃一阵，油瓶就干净了。

## 巧除壶垢

先把空壶放在火上烘烤，当水壶被烤得一丝水蒸气也不冒时，立刻浸入冷水盆中，注意防止水进入水壶，被烧热的壶底接触冷水急剧收缩，厚厚的水垢就会碎裂、脱落。

## 刀上腥味的去除

割过鱼的剪子，切过肉的菜刀，会留有腥味。用生姜片擦一遍，腥味即可除去。

## 锅中腥味的去除

做过鱼的锅里，往往残留着鱼腥味。这时，可以把锅烧热，然后放进几片泡过的湿茶叶，锅上的腥味即可除去。

## 怎样防止菜刀生锈

菜刀沾水容易生锈，尤其是夏天，切番茄等酸性食品，菜刀更易生锈。如果菜刀用后浸在淘米水中，就不会生锈了。

## 除铁锅锈味

铁锅有锈味，可在锅里放些牛奶或土豆、番茄皮煮一会儿，然后倒去汤渣洗净，锈味即可除去。

## 铝制品热擦去油污

铝制品用久后，表面会粘上油污。可在铝制品煮烧食物时，趁热用较粗糙的纸在其外沿用力擦试，就可去除油污。

## 去除搪瓷器皿焦迹

搪瓷器皿烧焦后，附有食物变黑的焦迹。可在器皿中加水淹没焦迹，并加入适量食用碱，烧热稍浸，然后刷洗，焦迹即可被清除。

## 咖啡壶沉迹的清除

咖啡壶用久后，壶壁和壶底会沉积一层棕色痕迹。洗涤

时，可放入少许食盐，反复摇晃，便可洗净。

## 面汤洗碗去油污

面条里含有碱。煮面条时，这些碱会溶于煮面条的水中，使面汤含有碱性。所以，用面汤洗碗刷锅，油污很容易洗净。

## 碗橱防蛀虫

碗橱里生蛀虫，既脏又损坏木器。用纱布缝一只小口袋，里面装满雪松木屑，悬挂在碗橱里，就可防止里面生蛀虫了。

## 如何去除水泥地上的墨迹

将 50 毫升食醋倒在墨迹上，过 20 分钟后，用湿布擦洗，地板就会光洁如新。

## 肥皂在厨房的妙用

旋螺丝钉之前，将螺丝钉头在肥皂上点一下，便很容易地旋进木头中。液化气减压阀口，有时皮管很难塞进去，如在阀口涂点肥皂，皮管就很容易塞进去了。油漆厨房门窗时，可先在把手和开关插销上，涂点肥皂，这样粘上油漆后就容易洗掉了。

## 小烫伤的处理

小烫伤是指范围小、伤度不深，即指占全身面积不到1%的烫伤。如只烫坏表皮，看上去发红，不起泡，但相当痛，应立即在干净的凉水里浸泡，不仅止痛，还能减少肿胀；然后抹点干净的动、植物油，不一定包扎。如烫坏了真皮层，起了水泡，尽量不弄破，可用酒精涂擦水泡四周皮肤，然后用干净布包扎。

## 自制粘蝇纸

取食用油（以植物油为好）50克，入锅加热至冒青烟，即放入磨碎的松香150~200克，待松香完全熔化后，离火冷却，再加入1克白糖或蜜糖调匀，用排笔平涂在16开纸15~18张上（或废塑料薄膜上）即成。把它贴挂在适当地方（夜间在灯光附近），能捕蝇、蚊和其他飞虫，效果很好。

## 如何驱蟑螂

夹竹桃的叶、花、树皮里含有强心苷，蟑螂对含有这种有毒物质的东西极为敏感。所以，在厨房的食品橱、抽屉角落等处放一些新鲜的夹竹桃叶，蟑螂就不敢近前。另外，如果把黄瓜切成小片，放在蟑螂出没处，蟑螂也会避而远之。

## 如何捕杀蟑螂

蟑螂的尾须是个空气振动感受器，能辨别敌人的方向。所以，在捕杀蟑螂时，应在口中发出“嘘”声，以此作掩护，然后出其不意地向它扑打，这种声东击西的方法，能将蟑螂打死或捕获。

## 食品贮藏、保鲜

### 粮食的贮存

大米宜用陶瓷、白铁制作的器皿盛装，盖紧。面粉、面条应装在布袋内，然后再装在聚乙烯塑料袋里，而且袋口要扎紧，防止吸湿变潮。花生、大豆要多晒几次，干透后放在塑料袋内，密封保存，可防霉防虫。

### 收藏红枣

(1) 放在阳光下晒几天，为防止枣皮变黑，可在枣上遮一层蔑席，晒干晾凉后装入缸中；或在阴凉通风处摊晾几天，待晾干后放入缸中。然后，盖上木盖。也可在枣中拌上草木灰，放在桶中盖好。

(2) 用 30~40 克盐，炒后研成粉末。将 500 克红枣分层撒盐放入缸中封好，红枣就不会坏，也不会变咸。枣多就按上述比例增加盐。

### 贮存花生米

花生米放在容器里晒 2~3 天。然后晾凉，用塑料食品袋

装好，封口扎紧，放置冰箱内，可保存1~2年，随吃随取随加工，味道如同新花生米一样。

## 久存花生油

将花生油、豆油入锅加热，放入少许花椒、茴香，待油冷后，倒进搪瓷或陶瓷容器中存放，不但久不变味，做菜用此油，味道也特别香。

## 绿豆的贮存

用开水浸十几分钟，捞出晒干，收藏在缸中，可保持很长时间不变质，不生虫。经此法处理过的绿豆并不影响食用及发芽率。此法也适用于红小豆的贮存。

## 米饭防馊

夏天，煮饭时按1500克米合2~3毫升的比例加入食醋，这样煮的饭并无酸味，却更易保存防馊。

## 面包保鲜

在装有面包的塑料袋中，放一根鲜芹菜，可以使面包保持新鲜滋味。

## 啤酒的保存

啤酒切忌放在阳光直射或温度高的地方。也不要长期放在冰箱内，在饮用前冷藏一下即可，否则容易引起蛋白质雾状沉淀。再者切忌一会儿放在冰箱里，一会儿又拿出来，反复时冷时热，也会引起蛋白质雾状沉淀。

## 夏季防止酱油、醋发霉的方法

夏季，酱油、醋容易发霉。购买前，先把容器中残留的酱油、醋倒掉，然后用水洗刷干净，再用开水烫一下。酱油、醋买回后，最好先烧开一下，待凉后再装瓶，并且要将瓶盖盖严。如果在酱油、醋里加一段葱白或几瓣大蒜，或者加一点烧酒或豆油，也可防止发霉。

## 豆腐的保存

将食盐化水煮沸，冷却后，便可将豆腐浸入，以全部浸没为准，即使在夏天也能保存较长时间。但在烹食时，就不要加或少加盐了。

## 怎样贮存冬瓜

选择瓜体肥壮、坚实，无伤痕霉烂，没受过激烈震动，外

表带有一层白霜的冬瓜，放在阴凉、通风、干燥的地方，瓜下垫草垫或木板。这样，冬瓜可以放 4~5 个月不坏。

## 怎样保管茄子

茄子表面有一层蜡质，对自身起保护作用。如果这层蜡质被碰破或被洗刷掉，茄子很快就会发霉腐烂。所以保管茄子最重要的是不要碰破它的表皮，要轻拿轻放，不要用水洗和让它被雨淋，要放在阴凉通风处，做菜时要现洗现做。

## 怎样保存青椒

取 1 只竹筐，筐底及四围用牛皮纸垫好，将青椒放满后包严实，放在气温较低的屋子或阴凉通风处，隔 10 天翻动一次，可保鲜 2 个月不坏。

## 怎样存放鲜葱

把鲜葱梳理整齐，捆成把，根朝下放在背阴凉爽的地方，也可把葱栽在低温干燥的土壤中，让它缓慢生长，都可使葱较长时间保持新鲜、润挺。

## 土豆的贮藏

土豆性喜低温，适宜贮藏温度为 1~3℃。如果低于 0℃ 时，易冻坏；而高于 5℃ 时，又易发芽，使淀粉含量大大降低，

而且会产生有毒的龙葵素。因此，在贮藏时，应控制低温和增加二氧化碳的积累，使其保持较长的时间休眠，以延长贮藏期。

## 海蜇的贮存

新鲜海蜇含水分较多，保存不当容易干缩、变质。可采取以下简易方法贮存：

(1) 腌制。海蜇从市面上买回来后，不要沾淡水，用盐把它一层一层地腌存在口部较小的坛（或罐）子里，坛口部也要放一层盐，然后密封。

(2) 浸泡。将海蜇浸泡在矾和盐的溶液里。按 500 克海蜇、50 克盐、5 克矾的比例，用温开水将矾和盐溶化，冷却后倒进坛子（以没过海蜇为宜），密封即可。

以上方法能使海蜇保存几年不变质。但需要注意的是，腌泡海蜇的坛子，一定要清洗干净，并且不能与其他海产品混合腌泡，否则容易腐烂。

## 香肠的贮存

除了冰箱贮存外还可在香肠上涂一层白酒，放在容器内，将盖子盖严，能贮存 1 个月，其香味不变。

## 几种食品不能混合存放

粮食与水果。粮食易发热，水果受热后会变干瘪，而粮

食吸收水分后容易霉烂。

蛋和生姜、洋葱。蛋壳上有许多小气孔，生姜、洋葱有强烈的气味，易透进小气孔，使蛋变质。

面包和饼干。面包含水分较多，而饼干一般干而脆，两者一起存放，容易使面包变硬，饼干受潮发软，失去酥脆。

茶叶与香烟。茶叶对气味的吸附作用特别强，如与香烟混放在一起，会把香烟的辛辣味吸收，使沏出的茶味道不正。

## 怎样收藏火腿、咸肉、咸鱼

火腿收藏不当，坏了很可惜。取刚刚烧过的柴灰，冷却后，将火腿收藏在其中，久放火腿不会变味，也不会生虫。

夏日为了防止火腿走油变哈，可用食油在火腿表面擦抹一遍，置于罐内，上盖咸干菜，可保存较长时间。

咸鱼咸肉可埋在米糠中保存。如果没有米糠，在咸鱼咸肉上撒些丁香、花椒、生姜、大豆粉或玉米粉，也可保持其味道不变。

## 猪肉解冻与保鲜

冻肉用热水溶化会失去鲜味和营养，应放在冷水或盐水里缓解，或放在  $15^{\circ}\sim 20^{\circ}\text{C}$  的地方，让其自然解冻。冷冻的肉类，在加热前，先用姜汁浸渍，可起返鲜的作用。

将鲜肉切成条块，在肉面上涂些蜂蜜，并用线串起挂在通风处，可存放一段时间。且肉味更加鲜美。如果把肉包在

蘸过醋的干净餐巾里，过一昼夜时还能保持新鲜。将鲜肉煮熟，趁热放进刚熬过的猪油里，可保存较长一段时间。

用食品袋装猪肉，装前再拌上一些白酒，便能够防腐、保鲜。夏天保管香肠时，可在坛内放 1 小杯白酒，然后将香肠码在周围和上面，再把坛子密封起来，可保香肠整个夏天不变质。

## 冷冻羊肉的处理

冷冻羊肉又干又硬，原有的水分相应减少。这样的羊肉，如果处理不当，会影响菜肴的质量。

用净水冲洗一次，去掉表面浮土，再用净布擦干。放在室内慢慢化冻。可反复翻动羊肉位置，缩短化冻时间。但千万不能用热水泡，更不要用火烤。待肉化至似冻不冻时，挑选适于制作不同菜肴的部位，根据自己的需要，将羊肉进行切片、切丝、剁块等粗加工。

将粗加工好的羊肉放入净水中浸泡，待其完全化透后捞起。控去多余水分，但不要挤干。这样既保持了羊肉原有的水分，也去掉了残留在羊肉中的血污。冷冻羊肉经上述方法处理后，做出的菜肴便会细嫩适口。

## 鱼的保鲜

冷冻过的鱼，烧制时，在汤中加些牛奶，会使鱼的味道接近鲜鱼。在炎热的夏天，若将冲淡的醋洒在鱼肉上，这样

处理后，鱼隔日不会变坏。

将鲜鱼放入食盐量 2% 左右的盐水中，浸泡 15 分钟，能使鲜鱼的血液变为酸性而凝结。经过“盐化”的鲜鱼，在 30℃ 的气温下，放几天也不会腐败。

将鱼除去内脏，不要去鳞也不要用水洗，用干布擦干污血，然后烧一锅盐开水（含盐量约 5%），待冷却后，将鱼投入浸泡约 4 小时，取出晾干，再涂些植物油挂在风凉处，可保存几天而不失鲜鱼风味。

鱼放在冰箱中冷冻时，常会变得干硬，若置于盐水中冷冻，鱼不会发干。

## 海味保鲜

干鱼、干虾、海带等海味，容易发霉变质。收藏前，先将海味晾干或烘干，凉透；把剥开的大蒜瓣，铺在罐子下面，再把海味放进去，将盖盖严，可贮藏较长时间不坏。

虾籽是一种较好的调味品，其味道鲜美，亦可做成虾籽酱油。一次食用不完的干虾籽，可放入布袋中，一同放入两个大蒜头。这样虾籽不但能久存，而且可以防止蛀虫。

冰箱中贮存鲜虾，方法不当，易使虾体变色、乏味。在鲜虾放入冰箱前，应先用沸水或滚油氽至断生，晾凉后再放进冰箱，可使虾的红色固定，鲜味长久。如需要剥仁备用，可在虾仁中加适量清水，再入冰箱冻存。这样即使存放时间稍长一些，也不会影响鲜虾的质、味、量，更不会出现难看的颜色。

## 食品清洗、加工、去异味

### 快拔猪毛兔毛

将一块松香熔化后，趁热倒在猪毛处；等松香冷却后，揭开松香，猪毛就会随着全部被粘拔出来。

用 1500 毫升开水化 200 克石灰，把杀好的兔子放在石灰水中翻动几下取出，用手撸兔毛，即可拔净。

### 巧剔猪脑血筋

猪脑表面，血筋密布如网，摘除起来很费事。可将买回的鲜猪脑浸入冷水中，大约 20~30 分钟（季节不同，冷水温度不同，浸泡时间也不同），待血筋网络脱离猪脑表面后，只须用手指抓几把，即可将血筋全部清除。

### 河鱼土腥味的去除

把河鱼剖肚洗净以后，放入加有少量醋和胡椒粉的冷水中浸泡一会儿，土腥味可明显减少。也可用 250 克盐溶于 2500 毫升水中，把活鱼放在盐水里，1 小时后泥味即可消失。如是死鱼，则将其放在盐水中泡 2 小时，也可去味。

## 鲤鱼去腥

鲤鱼背上有两条白筋，这两条白筋是产生特殊腥味的东西。洗鱼时，如果将白筋抽掉。烧好后味道鲜美，没有腥味。

## 怎样除去鱼腥的苦味

在胆汁污染过的鱼肉上，涂一些酒或小苏打（也可用发酵粉），使胆汁溶解，然后再用水冲洗干净，就可把苦味冲去。

## 涨发干贝方法

涨发前先把干贝边上的一块老肉去掉，用冷水清洗后放在容器内，加入料酒、葱、姜以及适量的水（以淹没干贝为度），上笼蒸 1 小时左右，用手捏得开即可，与原汤一起存放备用。

## 米汤泡发木耳好

木耳营养丰富，但如泡发不当，则会又硬又小，又不可口。如果用烧开的米汤浸泡，泡发的木耳肥大，松软，味道鲜美。

## 怎样浸泡干蘑菇

干蘑菇在烹调前，最好先用 60~80℃ 的热水浸泡一会

儿,使其含有的核糖核酸水解成为具有鲜味的鸟苷酸,吃时味美可口。如果用冷水浸泡,鲜味出不来,吃起来就乏味了。也可将干蘑菇泡入40℃左右的糖水中,这样泡开的蘑菇不仅保留了原有的香味,而且因为浸进了糖液,烧好后味道会更加鲜美。

## 怎样清洗鲜蘑菇

鲜蘑菇海绵般的菌体能吸收大量水分,因此在清洗时,千万别用水浸泡。可先用流动的水冲洗一下,然后用湿布抹,最后用干布或洁净的纸拍干。这样清洗出来的蘑菇,在烹制时可避免过多的水分溢出,以保持其鲜味。

## 怎样洗掉菜叶上的小虫

在一盆水中放半小匙盐,小虫受到盐的刺激,会很快和菜叶分离。由于盐水的比重较大,小虫便漂浮在水面上,容易从盆中倒出。菜经盐水洗后,再用清水冲洗干净即可。

## 快速剥蒜

带皮的蒜瓣放在案板上拍一下,蒜皮破裂,蒜瓣轻而易举地就拿出来了,烹调时急用非常方便。

## 巧取鸡蛋清

烹制菜肴,有时需要用鸡蛋清。可用针在蛋壳的两端各

扎一个孔，蛋清会从孔中流出，而蛋黄较大流不出，仍留在蛋壳中。也可用干净纸卷成一个小漏斗，漏斗小口下放一只杯子，把蛋打开后，倒入纸漏斗里，蛋清就会通过漏斗的小口流入杯内，而蛋黄则整个留在了纸漏斗里。

## 怎样避免切菜时手上染色

在削土豆皮或切某些菜蔬时，手指会染上颜色。如果在加工前，先在手指上蘸点食醋，待干后再切菜，就不会染上颜色了。

## 勿用菜刀削水果

菜刀常接触肉、鱼、蔬菜，刀上会附着寄生虫及其虫卵或其他病菌，用它削水果，水果会被污染。尤其是削苹果时，除病菌污染外，菜刀上的锈和苹果中所含的鞣酸会起化学反应，产生鞣酸铁盐，使苹果的色泽和香味大受影响。所以，切削水果，不要用菜刀，最好用不锈钢果刀。

## 快速腌制咸蛋

采用以下方法腌制鸭蛋又快又好：

(1) 把新鲜、无破损的鸭蛋洗净，放入1~2%的碱水中浸泡1~2天。

(2) 腌蛋的容器，先用碱水洗刷干净，再用清水冲净，倒

入饱和食盐水（即将清水烧沸，加入食盐，边加边搅，至食盐不再溶解为止）。

（3）把用碱水浸泡过的蛋，放入晾凉的食盐水中，将容器加盖，在室温 15℃ 以上的情况下，腌 20 天左右即可食用。

## 快速腌制酸白菜

选择 1500 克左右棵小整齐的白菜，用干布擦去表面的浮土，去掉外层的枯叶和根须。取一个大小合适的盆或缸，把白菜整齐地码好，用力压实后，浇上滚开的热水（水要淹过白菜 3~5 厘米），上面压一块石头，放置在气温 20~25℃ 的地方，3 天后即可食用。

## 怎样淘米营养损失少

淘米很有讲究，如不得法，会使米中的营养严重损失。人们长期习惯用生水把米冲湿后，用力搓洗，这样淘米，其营养损失量可达 30% 左右。因为很大一部分维生素和矿物质都包含在米的外层，如用凉水淘，用力搓，就很容易流失。可用开水淘米、煮饭，一则可使米的表层凝固，二则搓洗次数少，其营养素的损失要比用生水少 20% 左右。

## 淘米如何去沙

如含沙子较多，可取一个搪瓷钵，将米放在里面。在钵

中注入清水没过米，用手轻轻将水旋转一下，使比米重的沙子沉底。然后连水倒入准备做饭的铝锅中。必须注意，每次倒出的只是装在钵中最上面的一层大米。然后再放入清水，如此重复地淘洗，剩在最后的便是沙子。采用此法能将沙子全部淘净，并省时省力。

## 其它生活小窍门

### 如何使用席梦思床垫

席梦思床垫最好放在席梦思床架上使用（称为套床）。其原因是席梦思床架上还有一套与席梦思床垫相同的弹性平衡网及填充材料，当重力作用在床垫上时，可得到两次缓冲和平衡，故使睡眠更加舒适，床垫的使用寿命得以延长。

席梦思床垫除了放在席梦思床架上使用外，只能放在平板上使用，不能放在棕床上使用，这是床垫内部的结构决定的。

席梦思床不能在潮湿的环境里使用。席梦思床垫由弹簧、椰毡、塑料泡沫、化纤布、无纺布等多种材料的多层结构组成，相互间连接紧密。当床垫在使用时，人体的翻身动作使床垫在弹簧作用下产生压缩和扩张动作，由此补充新鲜空气，达到不霉不烂的目的。

### 灌开水的学问

灌开水时以不灌满为好，在瓶塞和开水面之间留有 1.8 厘米左右距离，隔着少量的空气。因为空气的导热性能比水差，热水散发的热量就不太容易从瓶塞传导出，而少量的

空气受热就从瓶塞的隙缝间逃逸出去。随着瓶内水的温度下降，瓶内空气体积也缩小，而瓶塞外仍是大气压强，造成瓶塞内外有压强差，瓶内压强小，瓶外压强大，把瓶塞紧紧地“压”住了。这样瓶塞就压得很紧，能较好地防止瓶内外的空气对流。

## 防止书画霉变的方法

(1) 可用脱脂棉蘸白矾溶液涂擦在书页上，可起到使霉菌脱水而死亡的作用，也可在制作浆糊时，将白矾掺入其中，用以粘补书籍资料，具有很好的防霉效能。

(2) 在梅雨季节，对书籍等物品可用电风吹拂，以去潮防霉。

(3) 用少量樟脑、冰片（中药店有售）等量溶解于75%的酒精中，配成溶液，再将吸水性强的纸浸泡其中2—3分钟，取出阴干后夹在书画中，可以防止书画霉变虫蛀。

## 书籍上污迹的去除

书籍保管不善，沾上污迹，就会缩短寿命，影响阅读效果。下面是对各种污渍的处理方法：

(1) 油迹。在油迹上放一张吸水纸，用熨斗轻轻熨几遍，直到把油吸尽为止。也可以用几滴汽油和氧化镁的混合剂擦除。

(2) 墨水迹。在染有墨水的书页下，先垫上一张吸水纸，

用 20% 的双氧水溶液浸湿污斑，然后书页上边再放一张吸水纸，压以重物，等干后墨水迹会自然消失，也可以用高锰酸钾溶液除去，如果留有高锰酸钾褐斑，再用草酸或柠檬酸溶液除去。

(3) 霉斑。用棉花蘸上氨水轻轻擦拭，至除净为止。也可用浸过明矾水的棉球擦洗，然后用吸水纸把水分吸干。

(4) 手指印。先用肥皂洗去手印，再用湿布除去肥皂迹，最后在书页间衬上吸水纸把水吸干。

(5) 苍蝇便迹。用棉花蘸上醋液或酒精擦拭，至除净为止。

对于一般污迹，只要用肥皂细心地擦洗，再用湿布擦拭，衬上吸水纸吸干，即可达到比较满意的效果。

## 巧取胶卷头

在拍照过程中，有时不慎将胶卷片头倒进暗盒。在光天化日之下，打开暗盒取出片头是比较麻烦的。尤其是有些进口胶卷的暗盒，是一次性打开的，要取出就更加不便。遇到上述情况时，可将废旧照片剪成小于新胶片宽度的、约 10 厘米的长条（有废胶片更好），在照片或胶片的感光面涂上水，待感光面粘手时，将条状照片或胶片从暗盒口向里卷塞。之后，均匀地用力向外拉，新片头就能跟着被拉出来。

## 怎样消除底片霉斑

将发霉底片放入清水中清洗 10 分钟，待底片上的药膜彻

底浸透后，用脱脂棉轻轻将霉斑点擦洗即可。

如果霉斑较严重，可将底片放入新鲜的 D—72 显影液中浸泡，并不断翻动，使其均匀接触药液。5 分钟后取出，再用 5% 的冰醋酸溶液洗去底片上残留的碱性物，最后用清水漂洗 15 分钟，晾干即可。

如果底片表面不光洁，只要用脱脂棉蘸修相油，轻轻擦拭即可。

## 肥皂润滑抽屉

家具的门、写字台的抽屉在夏季受潮，往往紧得拉不动。可在家具的门边上、抽屉边上涂一些肥皂，推拉起来非常容易。

## 防止油漆进指甲缝的方法

做油漆活时，先往指甲上刮些肥皂，油漆就不会嵌进指甲缝里，指甲若粘上油漆也容易洗掉。

## 如何防止撞锁自撞

日常生活中，常因疏忽发生门锁自撞现象，而钥匙却在里面。如果将门锁作些小小改动，这可解除后顾之忧。做法是：将锁舌倒角的斜面上用锉刀锉成一个“平台”。这样改制后，外出必须用钥匙才能将门关上，这就迫使用户一定要带

着钥匙出门。如果从里边关房门，只要移动一下把手就可以了。

## 陶器修补法

用 100 克牛奶，加少量醋，使之变成乳腐状，然后用 1 只鸡蛋的  $\frac{1}{2}$  蛋清，加水调匀掺入，再加适量生石灰粉，一起搅拌成膏，用它粘合陶器碎片，用绳子扎紧，待稍干，再放在炉子上烘烤一会，冷却后就牢固了。

## 怎样开锈锁

在锈锁孔内注入几滴机油，再放一些铅笔芯粉末或石墨粉末，因润滑效果好，开锁就不困难了。

## 眼镜修补二法

折断了的眼镜架，可用细砂纸把断面打磨一下，再用少量丙酮（化工商店或西药店有售）分别滴几滴在镜架的两个断面上。当断面发粘时，稍用力吻合，待牢固后便可继续使用了。

眼镜腿松了，配戴时极易滑落。这时，可在镜腿与镜架交接处的两截面用尖刀轻轻刮几下。取扁形牙签 2 根，单面抹上胶水。将扁牙签有胶水一面贴靠在镜架端一面，打开镜腿将牙签压紧并用刀片切去多余的长度。两端都这样做，眼

镜即可正常使用了。

## 水管漏水的修理

用一点铅块或铅丝放在水管漏水的砂眼处，再用小锤把铅块或铅丝砸实在管缝或砂眼里，使其和水管表面持平。这样，自来水管就不会漏水了。

将废旧自行车内胎剪成长条（33~66毫米），放在水管漏水处用绳子和铁丝包扎捆紧即可。

用水泥和石膏掺和（比例为100：5），再加入适量的水搅拌均匀，涂于水管漏水处，约3小时左右即可凝固。在未干之前先要关闭水阀，停止使用。

把合适的小木塞，堵在水管的洞眼上，用木锤将木塞快速打实，直到洞眼不再漏水为止。

## 保持折伞开关灵活法

要使折叠的开关灵活，可以不时地把伞打开淋上一点热水，在热水的作用下，伞布便顺着伞骨均匀地伸张。这样，就可以保持伞的开关灵活，干燥后也不会变形。

## 钝刀片变锋利二法

玻璃杯磨刀片。在玻璃杯内盛上适量水，再加入少许盐，将刀片放入，食指紧压刀片来回磨擦，1~2分钟又锋利如新。

用钝后再磨。一张刀片可磨 10 次。这样，刀片使用效率会大大提高。

热水烫刀片。在刮脸前，把钝刀片放进 50℃ 以上的热水里烫一下，然后再用，就会和新的一样锋利。

## 巧断玻璃瓶

拿一根棉纱带，放在汽油、煤油或酒精里浸透，把它缠在瓶上要截断的地方，然后用火柴点燃棉纱带。等纱带燃完时，把瓶子投入凉水中，玻璃瓶就会整齐地断成了两段。

## 旋开生锈水瓶壳

铁质暖水瓶壳，容易生锈，底盖拧不下来，换瓶胆比较困难。对此，可取长半米、宽 3 厘米、厚 2 厘米的木板一块，把热水瓶壳放在桌边或凳边，把木板放在靠近瓶壳的螺纹处，压紧来回滚动 10 多次，使螺纹内的铁锈松动，然后在螺纹处再滴几滴润滑油，就可轻松旋开了。

## 软肥皂复原

因受潮而软化的肥皂，存放在冰箱中，即可变得紧硬。