

LAONIANREN JIUYIWENYAO

老年人就医问药

宋富春

生 活 百 科
青 苹 果 电 子 图 书 系 列

老年人就医问药

宋富春 编著



前 言

从某种意义上说,老年人生活质量的提高,生活的是否幸福、健康、长寿,往往是一个社会文明的重要标志之一。

现代科技的进步,使我国的长寿老人越来越多,人活百岁已不再是梦。但与此同时,疾病仍然困扰着老年人,老年人怕有病,更怕的是得不到最佳的医疗照顾而不得不长期忍受病痛的折磨,陷入求医无门、问药无处的困境。

为了解决这一矛盾,我们在收集了大量的医药信息的基础上,编写了本书,希望能够为广大老年患者寻找到良医、妙药提供一个参考。

由于作者的实践经验和理论水平有限,难免有疏漏和偏颇之处,敬请广大读者指正,并提出宝贵意见。

编 者

《老年人就医问药》编委会

主编 宋富春

编委 陈 扬 李 辉 王小丽

于 勇 王 玲 尚志勇

高 朋 王丽平 周 平

张璐瑶 王 东 孙建国

目 录

第一章 就诊指南.....	1
第一节 医院的介绍.....	1
一、医院类型的划分.....	1
二、医院的等级.....	2
三、医疗卫生机构的执业管理.....	3
四、医院内的分科.....	4
第二节 诊前须知.....	5
一、了解自己的健康状况.....	5
二、疾病的分类.....	11
三、病人享有的权利.....	17
四、有病乱投医的危害.....	18
五、老年病人对医院的选择.....	19
六、医生的选择.....	21
第三节 就诊须知.....	22
一、诊室通常的所在位置.....	22
二、看病的程序.....	23
三、门诊的种类.....	25
四、根据症状选科室.....	27

五、医疗卡片的填写	30
六、候诊时的注意事项	31
七、向医师诉说病情	32
八、配合医生就医就诊	36
九、如何满意地看完门诊	38
第四节 急诊须知	42
一、需看急诊的紧急情况	42
二、叫救护车	45
三、看急诊前的注意事项	48
四、急诊求诊的步骤	48
五、急诊病人办理手续的程序	51
六、重症监护室（ICU）	52
第五节 就诊的注意事项	52
一、就诊十忌	52
二、看病还需多问病	55
三、就诊中医的注意事项	57
四、防止乱投医干扰医生用药	57
五、门诊小手术的注意事项	59
六、取药的注意事项	62
七、护送病人须知	63
八、学会看病，谨防误区	63
第六节 住院的相关事宜	66
一、住院手续的办理	66
二、住院中的注意事项	66
三、住院病人的权利和义务	72

四、需要手术的病人的注意事项	72
五、做好病人的陪护工作	75
六、医院探视的规定	76
七、医疗纠纷的解决办法	77
第二章 疾病的自我诊断	81
第一节 常见疾病	81
一、发热	81
二、咳嗽	83
三、头痛	83
四、体重异常	86
第二节 消化系统疾病	87
一、呃逆	87
二、腹泻	88
三、便秘	89
四、腹胀	90
五、慢性胃炎	90
六、胆囊炎和胆囊结石	91
第三节 泌尿系统疾病	93
一、尿量异常	93
二、尿失禁	94
三、血尿	95
四、尿频、尿急、尿痛	96
五、前列腺癌	97
六、泌尿系感染	97
第四节 呼吸系统疾病	99

一、呼吸困难	99
二、老年肺炎	100
三、肺心病	101
四、上呼吸道感染	102
第五节 循环系统疾病	102
一、高血压	102
二、中老年人低血压	103
三、老年退行性心脏瓣膜病	104
四、心脏性猝死	104
五、心悸	105
六、吞咽困难	106
第六节 五官科疾病	107
一、老年性耳聋	107
二、老年性白内障	108
三、中老年人耳鸣	109
四、老年黄斑变性	109
五、老年阻塞性睡眠呼吸困难综合征	110
第七节 神经系统疾病	111
一、老年期抑郁症	111
二、老年痴呆	112
三、错觉	113
四、妄想	114
五、焦虑	115
六、手抖	115
第三章 疾病的检查和治疗	117

第一节	一般的化验检查	117
一、	化验前的准备	117
二、	几种化验方法及注意事项	119
三、	学会看懂化验单	125
四、	检验结果的判断	149
五、	(+)(-) 的含义	150
六、	病历、处方及化验单上常用的缩写符号	151
七、	常用自我化验介绍	152
八、	化验单的处理	154
第二节	特殊的检查方法	156
一、	CT 检查	156
二、	超声检查	157
三、	X 射线检查	159
四、	心电图检查	165
五、	脑电图检查	167
六、	内窥镜检查	168
七、	磁共振成像 (MRI)	170
八、	神经肌电图	171
九、	核医学检查	171
第三节	特殊的治疗方法	172
一、	物理康复治疗	172
二、	激光治疗	173
三、	冷冻治疗	174
四、	高压氧治疗	175
五、	在进行高压氧治疗要注意	175

六、放射治疗	176
第四章 医药概述	179
第一节 基本医药常识	179
一、药物学的介绍	179
二、处方的内容	185
三、阅读处方	188
四、处方药与非处方药的区别	189
五、药品说明书的读法	192
六、药品的保存	195
七、药品的学问	197
八、药物的作用	200
第二节 药品的性质	203
一、抗感冒药的成分及其优缺点	203
二、阿司匹林的安全使用	205
三、滥用抗生素危害大	207
四、合理使用抗生素类药物	209
五、药物的不良反应	211
六、药物性胃炎	213
第三节 药物的选购	215
一、买药时要认准药名	215
二、买药时要仔细阅读说明书	216
三、识别药品有效期	217
四、检查药品的方法	220
五、选购中成药的原则	222
六、注意防止购买假劣药	223

七、假药与劣药	224
八、伪劣药和过期变质药的辨别	225
第四节 安全用药	227
一、服药是讲科学的	227
二、用药的次数、时间及剂量	230
三、用药讲安全	231
四、购买、服用非处方药的注意事项	234
五、处方与药品说明书不一样怎么办	235
六、用药不当的危险	236
七、解救药物过敏的方法	237
八、吃错了药怎么办	238
九、直接用瓶喝药水不好	239
十、不宜合用的药物	240
十一、中西药不可同服	241
十二、常见的无效用药情况	242
十三、老人一次服多种药物不好	243
十四、服药与停药	244
第五节 老年人合理用药	246
一、老年人用药的特点	246
二、老年人用药的原则	250
三、易使老人产生药物反应的药物	252
四、老人用药四忌	253
五、常见药物的妙用方法	254
第六节 用药误区	256
一、常见的用药失误	256

二、老人常服药酒好不好	258
三、新药未必就是好药	258
四、吃药与忌口	259
五、前列腺肥大的老年病人的忌用药物	261
六、老年妇女慎用洗必泰栓剂	262
七、脑血管病康复期巧用药	263
八、饮食与药物疗效	265
九、“洋药”不一定是好药	267
十、老人巧用滋补药	268
十一、老人慎用抗生素	270
十二、老人便秘巧用药	271
十三、打针与吃药	272
第五章 中药治病	274
第一节 中药的介绍	274
一、中药成药	274
二、选购中成药	276
三、巧煎中药	277
四、不能用开水煎中药	278
五、服用汤药的方法	279
六、喝中药呕吐的预防	281
七、中药的副作用	281
第二节 中草药真假的识别	283
一、真假人参的识别	283
二、真假西洋参的识别	284
三、真假胖大海的识别	285

四、真假巴戟天的识别	285
五、真假杜仲的识别	286
六、真假三七的识别	287
七、真假天麻的识别	288
八、真假鹿茸的识别	288
九、真假山药的识别	290
十、真假金银花的识别	290
十一、真假黄芪的识别	291
十二、真假桔梗的识别	292
十三、真假柴胡的识别	292
十四、真假川贝母的识别	293
十五、真假冬虫夏草的识别	294
十六、真假巴戟天有区别	296
十七、真假杜仲巧识别	296
十八、真假三七的识别法	297
十九、真假全蝎的识别	298
二十、真假砂仁的识别	299
第六章 疾病的药物治疗	301
第一节 消化系统疾病	301
一、急性胃肠炎	301
二、胃及十二指肠溃疡	302
三、病毒性肝炎	304
四、消化不良	306
五、胆囊炎	307
六、肠道寄生虫病	308

第二节	皮肤科疾病	310
一、	头癣	310
二、	体癣	311
三、	手足癣与甲癣	312
四、	湿疹	313
五、	接触性皮炎	314
六、	痤疮	314
七、	稻田皮炎	315
八、	带状疱疹	316
九、	疣	317
第三节	五官科疾病	318
一、	慢性鼻炎	318
二、	慢性鼻窦炎	320
三、	扁桃体炎	320
四、	慢性咽喉炎	322
五、	龋齿	322
六、	复发性口疮	323
七、	眼科感染	324
八、	外耳道疔	326
九、	化脓性中耳炎	326
第四节	妇科疾病	327
一、	滴虫性阴道炎	327
二、	细菌性阴道病	328
三、	阴道念珠菌病	329
第五节	其他疾病	331

一、感冒和流感.....	331
二、神经衰弱.....	332
三、过敏症.....	333
四、气管-支气管炎.....	334
五、支气管哮喘.....	335
六、维生素缺乏症.....	337
七、矿物质和微量元素缺乏症.....	340

第一章 就诊指南

老年人是疾病高发人群，但由于老年人的生活的特定习惯和圈子，有些老年朋友由于对医院很陌生而陷入求医无门的地步。这些老年朋友往往错过了最佳的医疗时机，有的还不得不长期忍受病痛折磨。为了老年朋友能得到最佳的医疗照顾，下面就我国医院的一些情况和如何就诊作一些介绍。

第一节 医院的介绍

一、医院类型的划分

1. 按管辖划分

- (1) 直属卫生部领导的医院；
- (2) 直属省（市）、自治区领导的医院；
- (3) 直属地（市）、自治州领导的医院；
- (4) 县（市）、自治县医院；
- (5) 区（镇）、乡（镇）医院。

2. 按功能划分

(1) 综合医院：诊疗科室齐全，设备条件好，功能完善，集医疗、预防、教学、科研于一体，是我国医院的主体。

(2) 中医院：以中医中药为主要诊疗手段的医院。

(3) 中西医结合医院：以中西医结合为主要诊疗手段的医院。

(4) 专科医院：以某一专科或专病的诊疗为主的医院。如：口腔医院，肿瘤医院，儿童医院，疗养院，护理院等。

(5) 以预防保健为主的医院：如：妇幼保健院（所），卫生防疫站，结核病防治院，职业病防治院（所）等。

二、医院的等级

按照医院的功能、任务和规模，医院分为三级十等，即三级特、甲、乙、丙等，二级甲、乙、丙等，一级甲、乙、丙等。

1. 三级医院

按卫生部区域规划设立，直属卫生部、医科大学附属医院、省级医院和条件较好，能为多个社区提供服务的地（市）医院为三级医院。

2. 二级医院

按卫生部区域规划设立，二级医院相当于地（市）、自治州、县级、省辖市的区医院。

3. 一级医院

按卫生部区域规划设立，一级医院相当于农村区（中心）

卫生院、乡（镇）卫生院、城市的区、街道卫生院。

我国医疗机构管理条例规定，医院级别由卫生行政部门根据区域规划制定，而等级是根据其规模、管理、技术等水平来评定。医院可创造条件升等，但不可升级。同级甲等医院是管理、服务、技术最好的医院（三级医院为特等最好）。凡经评审过的医院都在医院门口悬挂了铜牌，未挂牌的一般是不合格医院或正在整顿的医院。

三、医疗卫生机构的执业管理

任何单位或个人必须取得卫生行政部门颁发的“医疗机构执业许可证”，才能开展诊疗活动。医疗机构必须将医疗机构执业许可证、诊疗科目、诊疗时间和收费标准悬挂在明显处。只能按照核准登记的诊疗科目开展诊疗活动。

医疗机构工作人员上岗工作，必须佩带载有本人姓名、职务或职称的标牌。不得使用非卫生人员从事医疗技术工作。

医疗机构对危重病人应当立即抢救，对限于设备或技术条件不能诊治的病人，应当及时转诊。

未经医师亲自诊查病人，医疗机构不得出具疾病诊断书、健康证明书或死亡证明书等证明文件。未经医师、助产人员亲自接产，医疗机构不得出具出生证明书或者死产报告书。

医疗机构施行手术、特殊检查或者特殊治疗时，必须经得患者同意并签字；无法取得患者意见时，应当取得家属或者关系人同意并签字；无法取得患者意见又无家属或关系人在场，或者遇到其他特殊情况时，经治医师应当提出医疗处

置方案，在取得医疗机构负责人员的批准后实施。

医疗机构对传染病、精神病、职业病等患者的特殊诊治和处理，应当按照国家有关法律、法规的规定办理。

医疗机构必须按照人民政府或者物价部门的有关规定收取医疗费用，详列细项，并出具收据。

四、医院内的分科

选定了看病的医院，还应该根据自己的病情选择看哪一科。

1. 西医医院的分科

西医一般分有内科、外科、妇产科、儿科、眼科、耳鼻喉科、皮肤科、口腔科等。在一些较大的综合医院或专科医院中，分科更细。例如，内科可分出专门的神经科、精神科、传染病科、血液病科、内分泌科、胃肠科、心血管科、肺科等；外科可分出普通外科、胸外科、神经外科、泌尿科、肛门科、骨科、创伤科、成型科、手外科等；在口腔科中可分出口腔内科、颌面外科、正畸科、口腔矫形科等。

随着医学的发展，还出现了一些综合性的新科室，如肿瘤科、职业病科。由于诊疗的需要，有时医院还设立一些特殊的门诊，如计划生育门诊、肝炎门诊、肠道病门诊、气管炎门诊、腰痛门诊、关节炎门诊等。

自己或家中有人患病时，危急情况可找急救站或到医院看急诊，力求尽快得到治疗。

一般非危急情况，可上医院看门诊。有的医院分科较细，

挂哪一科的号，常常是很需要注意的一件事。例如，病人精神失常，就要看精神科，而不是神经科。一个最简单的办法是先向医院问询处或挂号处的工作人员简单介绍病情，打听一下应该挂什么科的号，假如这个医院恰好没有看这种病的科，就请他们介绍上哪个医院合适。这样，就不至于因为挂错了号而浪费时间甚至延误治疗。假如工作单位有医务室，就应先在医务室看，这样可以及时解决问题。必要时，请医务室医生介绍到相应的医院科室诊治。

2. 中医医院的分科

中医一般分有内科、外科、妇科、儿科、正骨科、眼科、耳鼻喉科、皮科、痔瘻科、针灸科、按摩科等。

由于全国普遍开展中西医结合工作，许多西医医院也都高有中医门诊，一些基层中医院（门诊部），一般设内科、外科（包括骨科、皮肤科）、妇科、儿科和针灸科等。

在较大的中医医院里，则分科较细，除有如上各科以外，在内科里还按病种分肝病、心血管病、呼吸系统病和泌尿系统病等门诊。

第二节 诊前须知

一、了解自己的健康状况

老年人只有了解自己的身体状况，自己的病情和家族史，

去医院看病才能更有效果。

1. 了解自己的身体

在平时没有生病的时候，了解自己的身体、了解各个器官的功能和正常的器官工作状态，对每个人都是必要的、重要的。这样做有利于预防各种疾病的发生。即使患病，也便于作出快捷、准确的判断，尽快尽早地进行医治。

下面就简要地介绍一下人体的主要器官，并了解各器官的重要功能和正常的工作状态。

(1) 心脏。心脏是人的重要器官，是人体内推动血液循环的器官。心脏为粉红色，大小如同每个人的拳头，重约 300 克，状似梨形，由韧带悬挂在胸腔的中部，稍偏左方。心脏内部有四个空腔，上部两个是心房，下部两个是心室。心房和心室就像两个泵，它们的收缩和舒张推动血液循环。一个将血液送到肺脏，另一个将血液输送到全身。心脏在两跳之间还是要休息的。大约左心室心缩并把血液推到全身约需 $3/10$ 秒，然后休息半秒。当人们睡觉时，心脏的毛细血管大部分是不工作的，就是说心脏不必把血液推进这部分血管。心脏跳动的次数也从正常情况下的 70 次减少到 55 次。

心脏是如何得到营养的呢？当然是从血液中得来的。虽然心脏只占体重的 $1/200$ ，但心脏需要的血液却是全身供血量的 $1/20$ 。这说明心脏消耗的营养约为人体其他器官和组织所需要的 10 倍。心脏并不是从流经心脏那四个腔的血液中吸取营养，而是靠心脏的两个冠状动脉来喂养。它们像是有分支的小树。冠状动脉是心脏的弱点，这里出毛病，是使人致死的一个重要原因。在某些人的心脏里，冠状动脉已经开始

堆起脂肪沉积物了。沉积物会逐渐堵塞某个动脉，或者形成血栓，将血管突然堵塞。当某个血管关闭时，它所喂养的那部分心脏会死亡，而遗留疤痕组织。问题的严重程度取决于栓塞的动脉的大小和部位。

说到心脏，不能不说说血压。血压是指推动血液在血管内向前流动的压力。在循环系统各段血管中血压高低不等，动脉血压较静脉血压高。一般所称中“血压”是指动脉血压，常以上肢肱动脉测得的血压为代表。动脉血压主要是由心室和收缩和周围动脉的阻力所形成，与动脉壁的弹性、循环血液量和血液的粘稠度也有关。心室收缩是推动血液向前流动的主要力量，周围动脉的阻力是阻碍血液向前流动的主要力量，推动力克服阻力后使血液向前流动，二者共同形成动脉血压。动脉血压在心室收缩时最高，称“收缩期血压”；在心室舒张时最低，称“舒张期血压”。收缩期血压和舒张期血压的差称“脉压”。正常成年人的收缩压一般不超过 140 毫米汞柱，舒张压在 90 毫米汞柱以下。血压一般随年龄增高而增高。在日常活动中，血压可有微小的波动。测量血压是临床上常用的检查方法之一。

(2)胃。胃的外部呈亮晶晶的粉红色，内部像闪闪发光的皱丝绒。胃隐藏在腹内，位置相当于肋缘线的地方。胃是消化器官的一部分，形状像口袋，上端与食道相连，下端与十二指肠相连。能分泌胃液，消化食物。胃的内衬层有将近 3500 万个腺体，每天分泌出大量的胃液——盐酸。盐酸的作用是激活胃的另一种分泌液——消化蛋白质的胃蛋白酶。如果没有胃蛋白酶，人们吃肉类食品就要发生消化困难。胃的

腺体也分泌其他多种酶。例如，有一种酶可凝固牛奶，把奶转化为容易消化的凝乳和乳浆。

(3) 肺。肺是人的呼吸器官。人的肺在胸腔中，左右各有一个，和支气管相连。由心脏出来带有二氧化碳的血液经肺动脉到肺泡内进行气体交换，变成带氧的血液，再经肺静脉流回心脏。

肺没有肌肉，因此呼吸时是被动的。当人的胸腔扩张时，肺也扩张。当人呼气时，肺就塌陷。这是一种回缩机制。肺的实际工作是在肺泡（像一串串葡萄状的微小气囊）中进行的，肺共有大约 25000 万个这样的小囊。每个肺泡都被蜘蛛网般的毛细血管覆盖着，心脏把血泵入毛细血管的一端。红细胞排成单行通过，历时约需一秒钟。红细胞将它们所“运载”的二氧化碳通过毛细血管薄纱般的壁膜扩散到肺的肺泡内，同时“背上”氧气走上另一条路。毛细血管好像一个气体交换站——血从一端流入，又从另一端流了。

肺的呼吸自动控制器位于延髓——即脊髓连接脑子的膨大部分。它是个非常敏感的化学探测器。工作着的肌肉能够迅速燃烧氧气，放出废料二氧化碳。当二氧化碳有蓄积时，血液就变成微酸性。这种改变立刻被呼吸控制中枢觉察到，它就会命令肺加快工作。当血液酸度上升到相当程度（如作剧烈活动时），呼吸控制中心就会命令呼吸加深，喘一阵以后再重新恢复正常呼吸。

(4) 肝脏。肝脏是人体的消化器官之一。肝脏在腹腔内的右上部，分为两叶。主要功能是分泌胆汁，储藏动物淀粉，调节蛋白质、脂肪和碳水化合物的新陈代谢等，此外还有解

毒、造血和凝血作用。肝脏是人身体里最大的器官，由肋骨保护着。肝脏所做的工作达 500 项以上，如果在某一项主要工作中出了差错，那么就会有生命危险。实际上，人做的任何事情，肝脏都在参与。如供给人在运动时肌肉所需要的热力、帮助消化食物、制造对人夜晚视力有帮助的维生素等等。为了完成肝脏的各种化学转化过程，肝脏生产 1000 多种不同的酶。因为有了肝脏制造的凝血因子，才能在一定程度上避免血流不止的现象发生。肝脏还制造抗体，使人们免于生病。

(5)肾脏。肾脏是人的主要排泄器官，位于脊柱的两侧，左右各一个，外缘凸出，内缘凹进，呈暗红色，表面有纤维组织构成的薄膜，有血管从内缘通入肾内。血液流过时，血内的水分和溶解在水里的物质被肾吸收，分解后形成尿，经输尿管输出。

肾是人体中的化学大师。人体内的主要处理废料的系统并不是肠道而是肾脏。血液不停地从肾里流过，肾脏把血过滤干净，清除其中有潜在毒性的废料。肾脏协助督促红血球的生产，并“看管”血液里的钾、氯化钠以及其他物质，这些物质多一点或少一点都能使人致命。肾脏还控制着性命攸关的水平衡。水太多了，人体细胞会被淹死；太少了，细胞会完全枯萎。肾脏负责保持血液不过于酸性也不过于碱性。

肾脏并不大，但却有 100 多万个小过滤单位——肾单位。每小时肾脏要把人体内的全部血液过滤两遍。红血细胞或人体必需的大颗粒血浆蛋白不通过肾的精细过滤器。不然，这些物质会从尿道中排出而迅速造成灾难性后果。滤过的水分听 99% 重新吸收到肾的细管里。回到血流中去的有必要的维

生素、氨基酸、葡萄糖、激素等等，但多余的部分就随尿排掉了。

需要肾脏处理的大量废料是尿素，它是蛋白消化后的最终产物。和其他各种物质一样，尿素量也必须保持精确平衡。尿素太少了，说明肝脏受到了损坏；太多，就会引起尿毒症，简单地说就是血里有尿。

(6) 脑。脑是人体中掌管全身知觉、运动、思维、记忆等活动的器官，是神经系统的主要部分，统帅着人的行动、感情、思想和情绪。是由前脑、中脑和后脑构成。

下丘脑是大脑的一部分，它没有思考的能力，而是人体中心交换器，是人体的绝大部分神经系统和他的脑下垂体(由于脑下垂体对新陈代谢、生长、第二性征、内分泌系统等其他功能的影响，从而往往被人称为主宰腺体)的协调者。下丘脑有一个高度发达的感觉系统，并在神经系统内部有着广泛直接的和间接的神经连接。

脑下垂体是内分泌腺之一，在脑的底部，体积很小，它能产生多种不同的激素来调节人体的生长、发育和其他内分泌腺的活动。

(7) 脾脏。脾脏是人的内脏之一，椭圆形，赤褐色，质柔软，在胃的左侧。脾脏的作用是制造血球与破坏血球、产生淋巴球与抗体、贮藏铁质、调节脂肪和蛋白质的新陈代谢等。

了解了上述人体主要器官的功能和正常的工作状态，对于防病治病是会有所帮助的。

2. 了解自己的病情和家族史

当生病准备去医院看病之前，应该先对自己的病情有一个大概的了解。如：身体的哪个部位不舒服、有什么症状；是如何引起的、发病时间有多久了。掌握了这些基本情况，在看病时向医生如实陈述，有助于医生对你的病情作出快捷、准确的诊断，并采用具有针对性的检查手段和方法对你的病症作进一步检查、确诊，然后根据各种检查的结果制定出相应有效的治疗方案。如果你是旧病复发，或者是患有某种慢性疾病，应当真实明确地告知医生以往患病和治疗的经过；个人和家族成员及其他有关的疾病事项；体格检查、化验和其他有关检查的结果；诊断、护理、治疗，病情发展的经过和结果等记录。它是医生诊断和治疗疾病的依据。

有些疾病是由于人体的遗传基因引起的。遗传，即生物体的构造和生理机能等由上代传给了下一代。许多疾病是可以遗传的。如心脏病、血液病、精神病、肝炎、肿瘤等等。这些疾病有的人在刚出生时就有了，病源在人体内长期潜伏着，到某个时间便开始发作。如果你生病了，并有此种疾病的家族史，一定要如实地告诉医生，千万不要隐瞒，以便协助医生更有效、更全面地进行诊断和治疗。

了解自己的病情和家族史，前往医院看病将是有益的。

二、疾病的分类

随着医学和医疗的发展，疾病的分类也越来越详细，所以，老年患者对此应该有所了解。这样当您要去看病时，有

利于选择医院、选择医生，对疾病的诊断与治疗会更有针对性，更准确，效果会更好。

1. 内科分类

(1) 呼吸系统。呼吸系统是人体内由鼻、咽、喉、气管、支气管、肺等组成的系统，作用是进行体内与外界的气体交换。人体通过有节律的呼吸运动不断把外界空气吸到肺泡里，由血液循环把氧气送到全身的组织细胞，供应它们代谢的需要；同时再由血液循环把组织细胞产生的二氧化碳运送到肺泡里，通过呼吸运动呼出体外。如果发生障碍，就是呼吸系统疾病。

(2) 消化系统。消化系统是人体内由口腔、食管、胃、小肠、大肠等组成的系统。消化系统的作用是消化食物和吸收养料，这样人体的生长、发育、生殖以及体温维持等机能活动，才能正常进行。

人体所需要的各种营养物质都存在于食物之中，其中包括糖、脂肪、蛋白质、水、无机盐和维生素等。但是食物中所含的糖，脂肪和蛋白质，往往都是难于被人体吸收的大分子物质，它们只有在消化器官内通过物理作用、化学作用，分解成为可以吸收的小分子物质，才能被人体吸收利用。

(3) 心血管系统。心血管系统是由心脏和血管组成的。血管分为三种：动脉、静脉和毛细血管。心脏和这些血管连成一个密封的管道，遍布全身。心脏收缩时，左心室的血液射出到主动脉，通过大大小小的动脉分布到全身。经过各组织中的毛细血管，然后由全身各处的静脉把血液逐步汇集到右心房。心血管系统的作用，是使血液在血管里不断地流动。

血液只有在不断循环流动中，才能从肺部获得氧气，从消化器官获得营养物质，供给组织细胞新陈代谢，然后把组织细胞在代谢过程中产生的二氧化碳、水及废物，从肺、肾、皮肤等处排出体外。全身的内分泌腺也要通过血液循环，把激素运输到身体各组织发挥作用。

所以，心血管系统与呼吸系统、消化系统、泌尿系统、内分泌系统等都有十分密切的关系。心血管系统一旦出现故障，或者暂时停止工作，机体由于缺氧，很快就会失去意识，危及生命，必须千方百计、分秒必争地进行抢救。

(4) 血液系统。血液是人体内循环系统中的液体组织，暗赤或鲜红色，有腥气，由血浆、血球和血小板构成。血液通过心脏血管循环全身，其主要功能是在人体新陈代谢过程中起着运输和补给作用。

血液将从肺部吸入的新鲜氧气及从消化道吸收来的营养物质（氨基酸、糖、脂肪）、水，以及各种无机盐等运到身体各部组织。

同时，将从组织里携带出的废料，如二氧化碳、尿素等也通过血液带到肺脏和排泄器以排出体外。

此外，血液对保持身体的酸碱平衡、水的平衡、调节体温、抵抗病菌、输送激素和酶等也起着重要作用。

在某患些疾病时往往会引起血液成分的变化，因此我们到医院去看病时，有时需要验血，医生根据血液成分的改变，就可以比较容易作出正确的诊断。

(5) 内分泌系统。内分泌系统是由脑垂体、甲状腺、甲状旁腺、肾上腺、胰岛和性腺等共同组成的。它们相互之间

有着密切的联系和调节作用。这些腺或器官能分泌激素，不通导管，由血液带到全身，从而调节有机体的生长、发育和生理机能。激素是具有高效能的生物活性物质，在人体内数量虽少而作用却很强，通常只需要极微量的激素就能对机体的组织细胞的代谢和机能活动产生很大的作用。

在正常机体内，内分泌腺的活动是受神经系统以及内分泌腺相互之间的控制和调节的，它们的分泌活动与机体的需要相适应而保持着动态平衡。

但是，如果体内某种内分泌腺的激素分泌量超过了机体正常的需要量，那么，将因这种激素的过度作用而引起病态，这种情况称为机能亢进或机能过度；相反，如果某种内分泌腺的激素分泌量不足，也会引因内分泌功能不足而引起病态，这种情况称为机能不足或机能过低。

(6) 泌尿系统。泌尿系统的器管包括肾、输尿管、膀胱和尿道。

人每天都要排出一定量的尿，因为尿液中含有大量新陈代谢产物，这些产物特别是蛋白质代谢产物的积聚，对人体是有害的。

因此，人体需要不断地从尿中把它们排泄掉。如果肾功能减退，蛋白质代谢产物不能及时排出体外而在体内积聚，就会引起贫血、恶心、呕吐、衰弱、抽筋，最后昏睡说胡话甚至昏迷，这就是我们常常听到的“尿毒症”。一个病人若没有尿液，说明病情非常危急，必须迅速大力抢救。

以上是属于内科学范畴的细致分类，了解了这些，对老年朋友看病会有很大的帮助，对医生进行诊断和治疗也会有

所帮助。

2. 外科分类

(1) 普通外科。普通外科是医学科学中以手术治疗为特点的一门临床学科。研究由创伤、炎症、肿瘤、畸形等原因引起的外科疾患的发生和发展规律及诊断、治疗和预防方法。由于手术学是外科学的一个重要部分，不断创造新的、改进旧的手术方法也是外科学研究的课题之一。

此外，还要探讨某些疾病的基础医学理论，整理和发展祖国医学方面的宝贵经验，以求改进对某些疾病的治疗方法，包括从需要手术到不需要手术的巨大变革。

(2) 整形外科。整形外科，也称成形外科。它是外科学中的一门分科。在外科医学的基础上专门研究人体畸形和缺损的发生原理和修复技术。

特别注意重建部分的功能恢复，同时应注意到容貌的改善。此外，整形外科学还研究组织移植（包括皮肤移植和某些器官的移植），假体（如假肢、假眼等）的设计制造和应用等。

(3) 小儿外科。外科医学中的一门分科。专门研究小儿的外科疾病，如先天性畸形、创伤、炎症、肿瘤等。小儿因在不断地生长发育，所以与成人不同，各年龄时期都有其解剖、生理和病理的特征，有其特有的疾病（如肠套迭、肥厚性幽门狭窄等），医疗上必须结合小儿的特点进行处理。因此小儿外科学逐渐由外科医学中分出，成为独立的学科。

(4) 显微外科。在放大镜或显微镜的辅助下进行手术。适用于细微组织需作轻巧剥离和准确对合的手术。如直径 2

毫米以下的小血管、神经的缝接等。

(5) 胸外科。外科学中的一门分科。专门研究胸部(包括胸壁和胸腔内器官)外科疾患的病因、病理解剖、病理生理、诊断和治疗的理论和技术。

胸外科手术的主要特点是常需切开胸腔,因而引起呼吸和循环系统的生理功能障碍。为防止这种障碍的发生,在施行胸腔内手术时,一般都用导管插入气管或用面罩给氧的麻醉法,在术前准备和术后过程中,亦需严密注意呼吸和循环系统的生理功能状态。

近年来,胸外科心脏、血管部分的发展尤为迅速,借低温和体外循环等治疗措施,许多心脏、血管疾病可获得较满意的手术治疗。

(6) 心血管外科。外科学中的一门分科,研究有关心脏及血管外科疾患的病因、病理解剖、病理生理、诊断及治疗的理论和技术。

(7) 矫形外科。亦称“骨科学”。外科学中的一门分科。中医学上称“伤科”或“正骨科”,古称“折疡”。专门研究四肢骨、骨盆、脊柱、关节及其有关的软组织(包括肌肉、肌腱、韧带、神经等)创伤和疾患的病因、病理、诊断、防治等的理论和技术。其主要任务是使骨骼和肌肉等系统维持和恢复其正常功能,故以预防和矫正畸形为重点。常用石膏、夹板、支具、牵引、理疗和医疗体育等方法进行防治。必要时也用手术治疗。

(8) 泌尿外科。亦称“生殖泌尿外科学”。外科学中的一门分科。专门研究两性泌尿系统和男性生殖系统的疾病、

先天性畸形、损伤、功能障碍等的原因、发病原理、病理过程、诊断、预防、治疗等的理论和技术。随着医学科学的发展，一部分的肾上腺疾患的发生、诊断和治疗也包括在现代泌尿外科学的工作范围之内。

泌尿外科学的主要任务是使机体维持和恢复其正常的排尿功能和男性生殖功能。在临床工作中，常用特殊器械和照明装置，如各种导尿管、金属探子、尿道镜、膀胱镜等进行有关的诊断和治疗。

了解了疾病的细分类和医学分科，患者去医院看病、就会有针对性地选择，使诊断更有针对性、治疗效果更好、自己心里更明白。

三、病人享有的权利

如何明明白白地寻医问药，对任何人来说都是非常重要的。老年人生病并准备前往医院就医时，首先应该知道自己应享有的权利。

1. 医疗保健权

公民患疾病或者受到其他损伤时，享有从医疗保健机构获得医疗保健服务的权利。

2. 生命健康权

包括生命权和健康权。公民的生命如果不是经过司法程序和司法机关的判决，任何人不得随意剥夺；公民有权维护自己身体组织的完整和器官的正常机能。

3. 知情同意权

包括了解权、被告知权、选择权、拒绝权和同意权等。患者对自己的病情、将支付或已支付的医疗费用、医生作出的诊断、即将接受的治疗及其效果，有权知道全部真实情况。并有权决定是否同意医生提出的手术及手术方式、特殊检查、使用贵重药品或者其他特殊治疗的建议。

4. 隐私权

患者享有不公开病情、家族史、接触史、身体隐蔽部位、异常生理特征等个人生活秘密的权利，医院及其工作人员不得非法泄露。

5. 受尊重权

患者在接受医疗服务过程中，不得因年龄、病种、社会地位、经济状况等因素受到歧视或者其他不公正的待遇，患者享有受到尊重的权利。

6. 与亲属联系权

住院患者有与亲属取得并保持联系的权利。联系的方式有书信、电话、接受探视等。

7. 获得赔偿权

由于医疗机构及工作人员的不当行为而造成患者身体受到损害，患者有要求获得经济赔偿的权利或者重新得到医疗服务直至完全治愈康复的权利。

四、有病乱投医的危害

有病乱投医的结果往往是小病成大病、急性病成慢性病，

以至于费时费神人财两空。有以下情况时，往往会急于求医。

1. 病情复杂

有些疑难杂症，不被大多数医生所认知，所以看过很多医生后仍然不见疗效。

2. 慕名投医

病重的人心理承受力弱，看到极具诱惑力的广告，就去慕名投医，结果耽误了治疗时机，使疾病加剧。

3. 难以启齿

有的人得了性病，恐怕他人笑话，于是找私人医生或采取不正常的治疗措施，结果转变成慢性病。

4. 贪图方便

有的病人自认为得了小病，不去正式医院或专科医院，只是到小诊所随便看看，结果病情越来越重。

5. 症状特殊

由于错误诱导，可造成医源性错误，不能正确治疗。

在此奉劝大家，患病以后，一定要到正规医院看病，听从专科医生的建议。

五、老年病人对医院的选择

老年人生病准备去医院看病时，是否想过应该怎样选择医院？首先必须了解本地区有哪些医院，各医院有些什么特长和优势。

医院有西医医院和中医医院。

医院按其规模大小、床位多少、医疗技术高低、医疗质

量优劣等因素被卫生部门评为 3 个级别和甲乙丙……若干个等级。

医院又分综合性医院和专科医院。综合性医院是内科、外科、妇产科、儿科等设科齐全的大型医院。由于诊疗的需要，有时医院还设立一些特殊的门诊。如计划生育门诊、肝炎门诊、肠道疾病门诊、性病门诊等。专科医院是指主要治疗某种常见的、多发的大病而建立的医院。这种医院专业性、针对性较强，对某种疾病治疗的方法更多，技术更精尖，措施更深入，手段更全面。如肿瘤医院、心血管医院、口腔医院、眼科医院、妇产医院、传染病医院、儿童医院、精神病医院、整形外科医院等等。不同职能的医院，可供病人根据自己的病情作出相应的选择。

病人需要看中医时，可上中医医院或普通医院中医门诊去看，要先到挂号处（问事处）说病症然后再持号以备就诊。特别是看中医内科时，更需要向护士说清患者的病症，以便按医生的专长分组诊治。

如果去的医院是你的公费医疗医院，去前就要准备好挂号证和记账单；假如去的医院不属于你的公费医疗医院，去之前要带上单位医务室或合同医院的转诊单，以免浪费时间，贻误病情。当然，看急诊时就不受这些限制了。

若已明确知道自己是什么病，可依据病种选择相应的专科医院去诊疗。若不知是什么病或者在没有专科医院的情况下，可选择综合医院就诊。另外，也可以根据自己的习惯，对药物的敏感性、有效性及治疗疾病的需要，选择医院。就诊时可以按以下的原则来选择医院。

- 选择有优秀医生的医院；
- 选择有较好设备的医院；
- 选择服务态度好的医院；
- 选择离家较近、交通方便的医院；

其他。如管理较好的医院、费用较低的医院、伙食较好的医院、有熟悉的医生或护士的医院等，都应在选择时作为参考。

六、医生的选择

一般情况下，诊疗和住院要听从医院的安排，对于要哪个医生给自己看病，没有什么选择的余地。但是，对于给自己治病的医生总会有一定的评价。如果是好医生，可以坚持继续治疗，否则，可提出意见或转到别处去诊疗。

此外，对于一些个体所有制医院或私人开业的医生，就可以完全由病人自己作出选择。那么怎样评价和选择医生呢？一般来说，首先要选择医术高明并能够治疗自己所患疾病的医生。

除了医术之外，更应注意下列几个方面。

(1) 选择尊重病人的医生。

(2) 选择对病人认真负责的医生。认真负责可使病人得到正确的诊疗，疏忽大意会出现差错事故甚至使病人伤残或死亡。

(3) 选择廉洁、正直、不弄虚作假、不谋取私利并具有团结协作精神的医生。

(4) 选择对业务刻苦钻研的医生。刻苦钻研医学，对技术精益求精，这是完成医疗任务所必须的。那种死抱着老一套，不求进取又自命不凡的医生是不可取的。

(5) 选择离家较近的医生，使疾病得以及时治疗。

(6) 对特别忙的医生要敬而远之。就医时不要选择特别忙的医生。有些医生每日诊疗数十人甚至更多的人，或者有其他事情忙得不可开交。尽管他医术高明，但精力总是有限的，这样的医生有时不可能耐心细致地倾听病人的叙述，有时不能很好地对病情进行周密分析，诊断中很可能遗漏一些重要的症状和体征，很容易忽视一些早期的重大疾病。再加上选择这样的医生看病要等很长时间，耗费很大的精力，有时得不偿失。所以，不要选择那种特别忙的医生，要选择技术高又不甚忙的医生。

第三节 就诊须知

一、诊室通常的所在位置

首先找到门诊部，才能进一步找到看病的诊室。

门诊部通常对着医院大门，有的小医院受条件所限，门诊部可能难找，不过大多数医院有平面意图或指示牌，一进大门就可以见到。

挂号处均设在门诊部前厅，先挂号后，再打就诊室。现

在多数医院设有服务台或询问台，有些医院有佩戴绶带、袖套的导医人员，他们会回答您的问题，或领您去诊室。

找到专科诊室之后，先把病历本和挂号牌交给诊室医生或护士，然后到室外安静等候医生或护士叫号。

如果您患有急性重病或外伤，或是护送急重病人到医院，应该直奔急诊室进行急诊救治，不必先去排除挂号，以免耽误救治时机。

在节假日和夜间，医院门诊部通常不对外开诊，只好去急诊室看病。

二、看病的程序

一般的疾病和慢性疾病，须到医院门诊部就医。门诊部是按照正常班时间接待病人的部门。综合性医院按不同的科室分设门诊。门诊科室与病房相呼应，有内科、外科、妇产科、小儿科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、皮肤科、中医科等，并配备有 X 射线科、化验室、理疗室、同位素室、机能检查室（心电图检查室等）及药房（中药房、西药房）等。病人所患疾病属于哪一科，就到相应的科室去就诊。就诊的程序如下。

1. 分诊

分诊即分清疾病是属于哪一科的。乡镇医院一般分科不大细，而县以上的医院门诊分科都较细，必须选科就诊。有的医院设有分诊处和相应的人员，有的医院除小儿科和急诊室外，未设初检和分诊，这就要求病人自己根据情况去选择。

2. 挂号

分诊后就可去挂号，若医院没有分诊处，可根据情况直接去挂号。

3. 候诊

病人挂号后就到所挂号的科室去候诊。等待期间由医务人员将所建病历送到相应的科室。候诊时要保持安静，注意避免交互感染。

4. 就诊

可按护士的呼叫到诊室就诊。就诊时要向医生叙述病情，回答医生的有关询问，接受医生对自己的身体检查。医生检查后可能有三种情况。

第一，对疾病的初步诊断，提出治疗意见，征得病人同意后给以治疗；或者开给药方，让病人到药房去取药。

第二，诊断存有疑问，需要进行化验或其他有关检查，必要时，请本科上级医或其他科的有关医生来会诊。

第三，根据病情不宜在门诊进行诊断和治疗的病人，由医生开出住院通知单，病人家属可根据情况，送病人住院治疗。

5. 医技科室的检查与治疗

需要进行化验或进行其他检查的病人，由接诊医生开出单据，病人持单据到交费处交纳费用后，去化验室或有关的科室去检查。

一般的常规检查可以即时进行，某些复杂的检查往往需要病人有所准备，如检查前的禁食等。这就要采取预约的方式，先到有关科室预约，然后可按预约好的时间，并按要求

做好准备工作再去检查。一切检查的结果都要告诉接诊的医生，以提供诊断和治疗的依据。有些病需要在门诊治疗的，如换药、小手术等，也必须预约。

总之，化验、X射线、放射线、同位素、超声波、心电图、脑电图的检查及理疗、人工肾透析等治疗大都要事先预约。一般是在检查和治疗前先去办理交费和记账手续，再去有关科室预约时间。

6. 离院、留院观察或住院

经过医生诊断或经过应有的检查、治疗后，就可以离开医院了。需要用药的病人，持医生开具的药方，到药房去取药，有很多医院的药房分为中药房和西药房，要根据药方上开的药物种类分别去取。取药时按照先划价（算出药费的多少），后交费，再取药的顺序进行，所以药房都设有交费处、取药处等。取药后要按药品指示的方法（一般都写在了药袋上或瓶签上）服用。需要注射的药物，应按时到医院注射室或请就近的医生予以注射。

少数病人需要留在观察室观察，有的病人需要住院，这都应依照医生的指示来定。

每次门诊都要按照上述的从挂号到离院的过程进行，病人再次复诊，也需如序进行。

三、门诊的种类

1. 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，一般由住院医生应诊。

2. 专病门诊

近些年来专病门诊发展很快，如原来的内科已分出了心血管内科、消化内科、呼吸内科、内分泌内科、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；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的主治医师以上人员应诊，医生相对固定。既有利于诊治疾病，又避免了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。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，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。

3. 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，病人

可根据自己的病情，挂相应专家门诊号即可。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。

4．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。

5．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、高热、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，在护士为您分诊，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；也可以先到咨询台去询问。

四、根据症状选科室

挂号是病人与医院建立服务关系的明确并有一定秩序的凭证。

挂什么科的号，这需要对本身疾病做出判断，看属于什么科别的问题。如果自己不能辨别，可以向门诊大厅的导诊

护士或挂号员简单申述你哪里不舒服，需解决什么问题，导诊人员指导你挂哪个科。

一般而言，可按下区分进行挂号：

(1) 如果已明确知道自己所患的是肝炎、痢疾、结核等传染病，应挂传染科，或到传染病医院、结核病专科医院去看病。

(2) 急性腹泻、呕吐病人应挂肠道科。

(3) 内科疾病。如消化(胃病、肠道疾病、肝胆疾病等)、呼吸、心血管、内分泌、神经、泌尿系统等都属于内科。但大型综合医院则按系统或病种设科，如心血管内科、消化内科等。

(4) 外科疾病。一般医院的外科为大外科概念，包括烧伤科、骨外科、普外科等。也就是说，烧伤及肿瘤、乳房、脊柱、四肢、肛门等处疾病均属外科。脑、胸、腹、血管、神经、内脏等需手术的也属外科。分科细的一般分设烧伤科、肿瘤科、骨外科、神经(脑)外科、普外等科。病人在什么部位发生外科疾病可挂相应的外科号。但往往一些外科疾病的早期症状不明显，难于分清内外科，一般应先看内科，经确诊或需手术者转外科治疗。

(5) 小儿疾病。凡年龄在 14 周岁以下的儿童患病应挂小儿科。在综合医院，内科疾病应挂小儿内科；外科疾病挂小儿外科，无小儿外科的挂外科；小儿眼、耳、鼻、口腔、咽喉、皮肤等处的疾病则挂相应科的号。规模小的医院一般未设小儿科，凡小儿疾病一般挂内科。

(6) 妇产科疾病。女性生殖系统的疾病，如：外阴、子

宫、阴道、卵巢、盆腔、输卵管的疾病应挂妇科；而属女性生育方面的检查，以及产前、产后的疾病，生产等均挂产科号。很多综合医院的妇科与产科在一起称妇产科，因此这两方面的疾病均挂妇产科；女性计划生育、优生优育和遗传疾病检查，大多数医院也由妇产科承担，只有幼妇保健院才单独设科。

(7) 皮肤疾病。如牛皮癣、体癣、神经性皮炎等均挂皮肤科号。同时，现在很多性病诊治也设在皮肤科，因而凡无性病专科的医院患者均挂皮肤科号。

(8) 口腔疾病。口腔与牙齿的疾病应挂口腔科号。它包括口腔内科、口腔外科和矫形科。

(9) 耳鼻喉疾病。耳朵、鼻子、咽、喉部的疾病应挂耳鼻喉科号。

(10) 眼病。凡眼睛方面的疾病均应挂眼科号。有些疾病如松果体瘤常导致视力下降，属脑外科，但在未确诊前也可先挂症状明显的科。

现在医院的专科门诊越来越多，这种精细的分科为提高医疗质量起到了十分重要的作用，诊断正确率和治疗效果大大提高。因此，病人也应了解怎样挂专科门诊号。

专科门诊多是为某一专科或某一专病而设立的由专科或专病医师进行诊治的门诊。较一般门诊专精，因此很多人愿选择看专科门诊。怎样选择专科，这也是挂号常遇到的问题。凡是初到医院看病的人，首先应到普通科别看病，即分别到内、外、妇、儿等大科看病，进行较全面的检查、诊断。通过检查诊断后，基本明确了自己患的是什么病，再去看专科，

就不会盲目弄错，赢得时间，少走弯路。如果在基层医院已把自己的病基本弄清或复诊，就可直接挂专科号，接受专科诊断和治疗。

五、医疗卡片的填写

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，但对一个病人来说关系重大。如果填错，就会出现不可想象的后果。例如，地址填错，医院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，一旦病情变化或发生意外，医院能最快通知单位或家属。

看病时要随身携带病历卡，以便查找病历及其各科化验报告等。

六、候诊时的注意事项

候诊就是等候医师的检查或治疗的时间。

在门诊候诊应注意：

(1) 保持自身的情绪稳定。病人等候看病时间一长，往往会心绪不宁，易躁动，猜测自己的病情，这样不利于自身的健康。病人病情较轻的可在排号后，看看候诊厅内的健康教育宣传资料，多了解一些有关疾病知识，可使情绪安定下来。

(2) 不要在挂号后在医院各候诊区乱跑。医院是各种疾病交汇聚集的场所，条件好的综合医院各类疾病人有专门的候诊区，不具备专门候诊区的医院，各类疾病混杂，病人抵抗力都比较低，极易造成交叉感染。为防止交叉感染，尽量不要乱跑，以减少感染的机会。

(3) 候诊病人及护送人要遵守医院的制度，讲究公德，讲究卫生，爱护医院的财产，保持候诊室清洁。

(4) 病人不要高声大叫、哭闹，要静候在候诊室，等候护士叫号，依先后秩序就诊。不要争先插队，不要围在诊室门口或大声叫喊。这样对其他病人不利，也不利于医师看病。因为医师看病、听诊都必须在安静的环境中进行，给病人检查也需要保护病人的隐私。病人乱跑还易造成护士叫号无人，排队靠后，影响及时诊治。

(5) 凡未实行挂牌门诊的地方均不能挑选医师看病，也不能强行要求医师作各种检查、开药或开病假条。但凡需病

假条的可提醒医师开具证明。

(6) 在候诊时,在医师来看病之前,病人要听从分诊护士的安排,门诊的分诊护士会为病人作好看病前的准备工作,主要有测体温、开常化验单、借 X 光片等。

(7) 凡遇特殊情况或病情变化,可以和门诊分诊护士或叫号人员联系,经允许后提前就诊。

(8) 聋哑、儿童、行动不便或病情较重的病人就诊时,可有 1~2 位家属、亲属或护送人陪同到诊室看病,其他陪人则在诊室外等候。

(9) 凡借用推送病人的车辆、担架需交押金,用毕退还原处。

(10) 病人、陪人不得和医师争吵、故意闹事、破坏和扰乱医院诊疗秩序及诊疗设施。有意见可向门诊办公室或院长办公室反映。

七、向医师诉说病情

就医时如何向医师诉说病情是诊断和治疗的开端。病情陈述是否准确、全面,直接关系到诊断的快捷和正确。病情陈述者陈述病情越符合实际越好。为了引起医师的重视或其他原因而把病情说得过重,往往会导致诊断和处理失当。当然把病情说轻了或掩盖病情也不好。有些病人把其他医院已经作出的诊断依据故意略去不谈,以测试一下面前这位医师的水平,结果重复了一些化验或特殊检查,这对病人是不利的。病人应提供与疾病有关的所有资料,这样才有利于医生

排除可能混淆的其他疾病，而尽快地接近并捉住作祟的病因。

由于看诊时间有限，医生没有办法一次花很多时间与病人闲聊，因此如何把握时间，把重要、相关的讯息简单明了地告诉医生，协助医生正确诊断并提供适当处理，正是患者最基本的工夫。在医生没有开口询问病情以前，不要急于陈述，因为医生要先看看病史，或作些诊断前的准备工作。待医生问话，再有条不紊、实事求是、清楚明白地陈述清楚病情，请记住以下几条规则。

1. 就医原因，简称主诉

用一句话明确地说出就医最主要的原因。要抓住主要问题，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。举例来说，两个月内体重不知为何减轻十公斤；或是最近三天咳嗽有黄痰；或是最近半年来发现血压偏高。这些都是很常见的主诉。

当然，症状不会如此单纯，因此必须更进一步清楚地描述。以急性腹痛为例，就要围绕腹痛详尽地陈述，腹痛是什么时候开始的；是突然发生的还是逐步明显的；腹痛开始时的状况是什么（比如腹部受了外伤、吃过什么不洁的食物、当时正剧烈运动等）；腹痛剧烈程度是腹痛如绞、或刀割样的，还是隐隐作痛；发作是持续性的还是一阵阵的，是一直疼痛还是越来越痛；腹痛的部位是上腹部还是脐周，或是其他部位；最痛的部位在哪里，疼痛发作时有没有牵涉到其他部位，如肩部、背部、大腿根部疼痛；腹痛位置有没有转移，比如开始上腹部，以后转移到右下腹；腹痛在何种情况下减轻，

有没有过止痛剂等等。

如果有其他症状，也请一起陈述。例如恶心、呕吐、腹泻、发烧、发冷等，同时期发生的症状都请一并说出来。

就医时切忌说：“我胃痛”。正确的说法应该是：“我腹部的这个地方痛。”

谨慎的医生，必须根据症状进行全面的检查，才能作出自己诊断。但缺乏经验的医生有的只会听信病人讲的，这样可能会铸成大错。

2. 要陈述伴有的症状

比如腹痛病人有没有发热，是先发热后腹痛的，还是先腹痛后发热的；有没有呕吐，呕吐的频率、内容、量；有没有停止排便排气；有没有腹泻，大便是什么样的，有没有粘液和脓血；有没有尿血；阴囊或大腿根部有无出现肿块；以及有无头晕、休克或神志不清；有无阴道流血或闭经；身上是否有皮疹出现等等。

3. 把详细病史告诉给医生

要详细介绍与发病有关的过去史、个人史、婚姻史、月经史、生育史及家庭史等情况。要告诉医生来看病之前的诊断治疗情况和结果。如到过哪里看病、做过哪些检查及检查结果、经过什么治疗或用药、效果如何。如医问病人以前为什么住过院，他可能回答：“因为需要检查”（没有价值）；“因为心脏的关系”（较好）；“因为瓣膜损伤引起的心脏病。年轻的时候可能患过风湿热”（很好）；“二尖瓣损伤引起的的心脏病。年轻的时候可能患过风湿热”（最佳）。如果您有慢性病、做过手术或长期服用药物，也请告诉医生，因为有些

药物会加重原有病情,或是与其他药物发生不良的交互作用。

4. 要如实反映病情,不能夸大或隐瞒

要相信医生会对病人的隐私保密。因此,患有肛门、生殖系统疾病和性病、吸毒、未婚先孕的病人,尽管大胆向医生陈述,如果羞于启齿,将会导致误诊误治。

5. 确切地告诉医生你感觉如何

因为医生是应该知道这些的。你可能认为头痛和胃痛没有什么关系,但应该如实地告诉医生。家庭的病史和病人可能也有关系。如果你胸部有一肿块,那么医生就该知道你母亲是否曾患过乳腺癌。不要用医学术语描述自己的病情。有些病人认为用医学术语是一种表示病情“严重”的办法,这样医生就可以认真地赅病了。其实这容易使医生误入歧途。

6. 重视与医生的谈话

应该弄清我得了什么病,什么原因,今后应该注意什么,多长时间会好些。不好怎么办,还需要继续用药吗。如果能回答这些问题,那你同医生的谈话就有了结果。

7. 尽量使用普通话,不要使用方言、土语

因为医生无法听懂,有碍疾病的诊断。如果本人不会使用普通话,则由陪人代为诉说。

您可能为了同样的病症看过其他医生,这时也可以说出之前的诊断、治疗方式与疗效,供后续医生参考,避免重蹈覆辙。

在医生开处方之前,如果您曾经有药物过敏反应或是目前怀孕,请务必说明,以免发生不良后果。

上述事项好像很多,记不住怎么办?只要事先在纸上写

下来，条理分明，您一定可以成为医生都佩服的聪明消费者。

八、配合医生就医就诊

就医就诊的人大致可分为三种类型：

一种类型是稍微有一点精神不佳就立即去就医，不进行任何的自我观察，将病情说得很严重，但是很难找出到底有什么部位异常。很细小的事，与疾病无关的事说个没完。例如有些中年妇女说：“晚上疲劳得很啦；一走路就心慌啦；不知为什么经常头晕啦”等等。这种类型的人大多数是心理作用，很难说确实有病。

另一种类型是发现身体有异常后，先观察 1~2 天，怎么也不见好转才去找医生，这样的人对自己的判断比较客观，对医生的述说也很清晰、实在。对医生来说这样的病人是可信的。

第三种类型的人是过分自信，认为自己身体健康，无论发生什么样的异常，从来不去找医生，例如本来有高血压也不在乎，不但不去就诊、治疗，而且仍然东奔西走，过度疲劳。一旦发生急性脑血管意外，才不得被人抬进医院去抢救，此时家属也大吃一惊。这种类型的人容易延误治疗，从而对其身体有害。

对于医生来说，不希望出现第三和第一种类型的患者，因为他们都容易使医生发生不应有的漏诊、误诊，最好是第二种类型的患者。总之，应该根据客观情况，从爱护自己身体健康的角度出发，实事求是地去就医就诊。

对于医生来说,希望从初诊病人那里了解以下主要事项。
自己感觉到的身体异常是从何时开始的。

哪个部位异常和有怎样的变化。例如腹痛,是腹部的哪个部位疼痛、是空腹时痛还是进食后痛、是持续痛还是间断性痛等,应按次序清楚地反映给医生。

过去的疾病情况。例如过去得过什么病,怎样治疗的,以前是否作过手术等。这些过去的疾病情况,对现在疾病的诊断可能会有参考价值,应该向医生反映。例如过去患过风湿性关节炎,现在心慌气短,就可能是风湿性心脏病;过去反复发生过扁桃腺炎,最近发生了浮肿、腰痛、尿少,就可能是肾炎。

从前的用药情况及是否有过过敏。例如什么样的药物对自己的疾病最有效,未经医生指导自行服用过什么药等,都应向医生主动说明。过去服用某种药物后。曾经发生过皮疹或其他过敏的情况,也是医生需要知道的。

本次就诊前曾到过什么样的医院,曾请过什么样的医生诊治、诊断为什么病、怎样治疗的、治疗的效果如何等都必须向医生说明。这并不是看不起前一个医院或医生,而是为了从中发现成功的经验或不足之处,进一步明确现病的诊断,以进行有效的治疗。

初次就诊立刻就能找出病因、明确诊断是不容易的。一般还需作其他的检查。如血、尿的化验或X射线透视等。而这些检查又不能马上得出结果,况且有些疾病本来就需要较长时间才能弄清,所以病人不应要求医生立即说出病名、作出结论,更不要因此而怀疑医生的医术不高。要知道,越是

慎重负责的医生，越是不轻易下结论，除非他对该病症很有研究，又是十分有把握的人。从医生的立场来看，立即能够明确诊断的疾病是少数，一见病人就马上作出结论很可能发生错误。所以，在就诊时，只要医生细心地进行各种各样的检查，周密地病人进行观察，又进行积极的相应的治疗，就该信任医生，耐心地与医生配合，以至确诊和治愈。

九、如何满意地看完门诊

病人到医院看病，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. 看病之前要做好充分的准备

体内疾病，常从面部及五官的颜色上表现出来。如白色，

主虚寒、失血、夺气、脱津等。黄色，主脾虚、湿症、黄疸病等。赤色，主热症。青色主寒痛、气滞血瘀及惊风症。黑色，主肾虚、水饮与寒症。又如贫血的病人，面色、嘴唇及指甲呈紫红色。一些内分泌疾病患者，眼圈灰青。患有胃病及消化不良者，面部往往有褐斑。神经衰弱的病人，面色无华、头发稀疏枯槁等。

所以，看病前不要擦胭脂、抹口红、画眼圈、涂指甲，不然会掩盖本来面目，给医生诊断带来一定的困难，甚至会造成不必要的误诊。观察舌体、舌苔的变化是中医独特的诊断方法，不适当的饮食，也会造成舌苔假象，故就诊前不要刮舌苔、喝浓茶及食用着色染苔的食物。

看病之前还要注意不要剧烈运动，长途步行、喝酒、饱食或情绪过于激动，都会使脉象快而有力，而掩盖其真实的脉象。

如是上午到医院看病，最好不吃早饭。需要做抽空腹血化验、空腹 B 超检查、胃镜等检查时，就能当即进行。作各种检查时，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，这样显像效果才好。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 则可存活 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。如去医院化验

大便，应三天前吃素食，不要吃维生素 C。化验血，如生化实验肝功能、肾功能、心肌酶谱，均不能吃早饭，前一天不要喝酒、熬夜，近几天应停用其他药物。

总之，做好必要的准备，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，从积雨云上积极配合诊疗很重要。

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. 候诊时的要求

候诊时既要遵守门诊秩序，也要灵活机动。挂完号并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，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，尤其不要到闲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，可同时分别将单交检查室排队，哪边先轮到，就先到哪边去检查。

病人不要自己翻阅病历，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，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，要找护士或医生给妥善处理。

如果陪同人看病时，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。

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，将检查结果交给医生，医生方能根据检查结果作出诊断，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。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，检查这；到有一次性床单，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。

第四节 急诊须知

一、需看急诊的紧急情况

突然得了大病，尤其是在夜间，怎样办才好呢？首先要保持镇静，以最快的速度求助于最近的医生或近处的医疗单位，较远处可用电话进行联系，向医生简单说明病情，请求医生赶来救治，并请示紧急处理措施，以便对病人采取应急的处置，等待医生的到来。如果医生不能前来，则紧急处置之后，立即设法按医生嘱咐将病人送往医院。

一般来说，高热也是大病，赶快请医生来治是应当的。但是，仅仅有些高热不适，没有其他严重表现，不立即就医，暂时进行观察也是可以了。高热疾病多是感染所致，短时间不找医生，一般不至于延误治疗，况且目前随着医药卫生事业发展，很多家庭中都备有一些常用药品，遇有发热病人，可先服用一些抗感染的药物及镇痛解热药。热度较高者，加用一定的物理降温（如冰袋、冷水袋敷于前额，用酒精擦身等）方法。作过这些处理后，进行严密的观察，以待天明后再去医院不迟。

对于某些疾病，例如原有高血压突然发生昏迷；原有心脏病突然心前区疼痛。又如突然高热痉挛、急性出血不止、

呼吸困难窒息等，则一刻也不能耽误，必须设法尽快地送往医院就医。

请医生出诊是不得已的办法，原则上来说对医生对病人都是不理想的方法。因为出诊时不能对病人进行各种项目的充分的检查，只能了解一部分病情，大多不能明确诊断。特别是夜间，医生在睡梦中突然被唤醒前去诊治病人有时容易出现误诊。但在有些情况下，例如病情不允许搬动病人有时容易出现误诊。但在有些情况下，例如病情不允许搬动病人、无法运送病人、慢性疾病家庭病床或者医生就在近邻等，也可以请医生出诊。发生急病，请医生迅速赶到，以救燃眉之急当然是必须的。

气候恶劣或途中不便，尤其是夜间，病人家属应该去迎、送医生，陪同医生出诊为好。

有些急性病人，特别是夜间的急病，与其请医生来家出诊，不如利用救护车把病人尽快送往医院。

目前，我国县以上医院及某些急救组织都备有救护汽车，有些乡、镇医院也有了救护车辆。救护车是专门为运送病人，需承担一定的费用。有些救护车还备有一些医疗器械和必需的药品，以备途中使用。救护车一般由医院的医务科调度，夜间是由医院的总值班人员负责管理。不论何时，需用救护车时，可与医院有关部门联系，实事求是地说明病情，并详细告知地址，救护车就会以最快的速度赶到病家来接病人。如果一个医院的救护车已经外出，可立即与就近的另一家医院联系。需要有医务人员随车前来进行简单的处理的，可一并向医院的有关部门提出请求。

我国医院都设有急诊室，昼夜不停地为病人服务。急诊室分为接诊室、抢救室、治疗室及观察室等部分。急诊室一般都位于大门的一侧或楼群的最前部，为了便于病人寻找，还都具有醒目的标志。

急诊，对于医务人员来说是指需要紧急诊断治疗的，也就是人们通常所说的急救；对病人而言是指急发病症或是慢性的突然加重。

发生下列疾病可到急诊室就诊。

- (1) 突发高热，体温在 38℃ 以上。
- (2) 各种原因引起的休克。如：感染性休克、心源性休克、过敏性休克等。
- (3) 各种原因引起的昏迷。
- (4) 各种原因引起的抽搐。
- (5) 各类急性外伤如：脑外伤、脊髓损伤、骨折、内脏损伤、肌肉撕裂伤等。
- (6) 烧伤。
- (7) 急腹症。如：不明原因的腹痛、肾绞痛、胆道痉挛所致绞痛等。
- (8) 各种急性出血。如：呕血、便血、咯血等。
- (9) 急性呼吸困难、窒息及呼吸衰竭。
- (10) 急性心力衰竭、心肌梗死及严重心律失常等。
- (11) 高血压病、脑血管意外（包括脑溢血和脑血管栓塞）。
- (12) 各种急性炎症。
- (13) 急性尿闭、血尿和急性肾功能衰竭。

- (14) 严重水电解质紊乱、失水、酸中毒、碱中毒等。
- (15) 耳道、鼻腔、咽部、气管、食管及眼内异物等。
- (16) 急产、难产、流产及产前、产后大出血和子痫等。
- (17) 各种中毒、吸毒、自杀、溺水及电击者。
- (18) 各种慢性病的急性发作。

总之，突然发病、异物侵入、身体处于危险状态或痛苦状态时，都可以直接到急诊室就医。急诊室将立即组织人力物力，给以适当地处理。

此外，急诊室附有观察室，配备一定的病床，收治暂时不能确诊的急性病人，进行短期观察，并收容一些不能搬动的重病人及不需要住院又暂时不能回家的病人。观察时间一般不超过3天，某些病人观察时间较长，但是也是在5~7天之内决定去留。观察室类似急诊病房，值班医生及主治医生将按时查房并制订一定的治疗计划，值班护士也将按制度进行护理，使病人在观察期间也会得到应有的处置。

二、叫救护车

1. 叫救护车时的注意事项

如果参加救护的人多，在前述的急救处理中，可以专门派人打电话。可是不少人由于紧张在打电话叫救护车时常常语无伦次，因而不能请清楚。因此，虽然打了电话，却不能准确地说明情况，对方仍不可能了解这里发生的病情。所以，把事故和病人的情况正确而又清楚地告诉医生，这也是在急救工作中应当记住的重要事情。

为了使病人及时得到运送和救治，在拨打急救电话时要注意：

(1) 确定对方是否是医疗救护中心。

(2) 在电话中讲清病人所在的详细地址。如 xx 区(县) xx 路(乡) xx 弄(村) x 号(组) x 室(号)，不能因为泣不成声而诉说不全，也不能只交待在某厂家旁边等模糊的地址。

(3) 说清病人的主要病情，诸如呕血、昏迷或从楼上跌下等，使救护人员能做好救治设备的准备。

(4) 报告呼救者的姓名及电话号码，一旦救护人员找不到病人时，可与呼救人联系。

(5) 若是成批伤员或中毒病人，必须报告事故缘由，如楼房倒塌、火车出轨、毒气泄漏、食用蔬菜中毒等，并报告罹患人员的大致数目，以便 120 调集救护车辆，报告政府部门及通知各医院救护人员集中到出事地点。

(6) 挂断电话后，应有人在住宅门口或交叉路口等候，并引导救护车的出入。

(7) 准备好随病人带走的物品，如衣服等。若是服毒或食物中毒的病人，要把可疑的残留药品和食物带上；若是断肢的伤员，要带上离断的肢体等。

(8) 疏通搬运病人的过道。

(9) 若在 20 分钟内救护车仍未出现，可再拨打 120。如病情允许，不要再去找别的车辆，因为只要 120 接到您的呼叫，是一定会来救护车的。

(10) 选择去哪个医院有两个准则：一是就近，二是考虑医院的特色。

(5)如有时间,还可以告之已在进行什么样的紧急处理。若不知道怎样处理,也不知道怎样处理,也不妨用电话请教处理方法。可以叫救护车送往指定医院。

此时可以不必顾虑让救护车把病人送往自己想去的医院或常去看病的医院。

一同乘车送病人的人要注意一个问题:很多人一说入院治疗,就要带毛毯、睡衣之类的日用品,其实,在紧急时,根本没有找这些东西的时间,最主要的是尽快地去医院看病,尽可能向医生详细报告病情,给患者作急救处理。

2. 120 电话呼救

我国大部分城市和县都已开通了医疗专用 120 急救电话,120 急救电话 24 小时有专人接听,接到电话可立即派出救护车和急救人员,是最方便快捷的方法。有些没有开通 120 的地区,医院也向社会公布了专用急救电话号码,病人可以选择要去的医院拨打。

3. 110 电话呼救

我国有不少城市已实行公安 110 与卫生 120 联网,拨打 110 也可以得到救护,特别是属刑事案件、纠纷、意外事故,110 不仅可以提供救护车国内,还可送到其管辖的法检医院,帮助进行伤情鉴定。

4. 救护车出车计价

救护车出车主要是为接送急救患者,任务繁重,随叫随到,因此按照规定实行收费。收费标准包括救护车费和出诊医生、护士出诊费及在途中抢救病人所用的检查、治疗、药品费。救护车费、出诊费各省(市)都有统一收费标准。

三、看急诊前的注意事项

(1) 平时最好找同一个医生看病，与之建立长久关系，若有问题，就可以方便咨询。

(2) 家属应该知道病人长期服用哪些药，高血压、糖尿病、气喘患者要了解是否按时吃药。

(3) 如果病情紧急，先到邻近的医院急救。不要坚持一定要到平常固定看病的医院，以免延误抢救的时间。

(4) 如果是外伤，要先压迫止血。家人如果会急救技术更好。

(5) 到医院后，要保持冷静。向医生交代清楚病情，协助医生料理病人。

(6) 病人送到急诊后，最好有家人陪伴，或是医生需要家属协助时找不到人。

四、急诊求诊的步骤

(1) 病人求诊，应先到预诊处出示身份证或其他有效的身份证明文件，办理登记挂号手续。

(2) 当办理完登记手续后，请拿着急诊病例到大堂的急诊病人分诊处作初步检查及处理。

(3) 当值的护理人员将会根据病者的病情（而不是根据登记先后次序）作专业的评估及分类，以判定诊症的先后次序，确保病情危险者能尽快得到治理。至于病情稳定者，请在候诊区安坐，等候医护人员指示到指定的诊断室接受医生

诊治。如有病情危险的病人需要抢救，其他病人将会需要较长时间等候诊治。

(4) 在诊治期间，每位病人只准一位亲友陪伴。

(5) 医生首先根据病情为每位病人进行临床检查，再根据病情需要，或会另外进行多项检查及治疗。其中包括 X 光检查、心电图、超声波、血液及尿液化验；药物治疗或需观察及等待医生再判断病情；创伤治疗，例如消毒敷药、伤口缝合、小手术及石膏固定等；专科会诊，包括内外科等各专科会诊。每项会诊平均所需时间为 10~60 分钟。

病人经急诊医生诊治后，如医生认为病人情况稳定，将会作初步治疗及安排病人回家服药、休息。

如需要特殊医学检查，本部门员工将为病人作适当的安排。怀孕的病人请预先告知医护人员。病人如有佩戴金属物品在身上，如项链、发夹等应先除下交给家人保管。接受 X 光及 CT 检查后，需要大约一小时才能检查结果。

如病人接受药物治疗后需要进一步观察，病人将被安排到观察病房休息，等待医生判断病情的进展。

如病人需要转到专科病房，急诊医生会写入院证给病人，并安排尽快收入本院住院，以便作进一步检查及治疗。如有疑问，请即查询。

如病情需要，医生会写检查申请转介病人接受其他治疗和特殊检查。如物理治疗、介入治疗等。

若病人需要急症科复诊，本部门急诊医生会指定复诊时间，届时请依照医生指示带上“急诊病历”到急诊科挂号复诊；如未能如期到诊者，请尽早通知，以便安排另一复诊日

期。

住院治疗。若病人经医生诊断后而需要住院治疗者，请持急诊医生开具的入院证、身份证或其他有效的身份证明文件前往入院处，办理入院手续。病重者由急诊科工友使用推车或轮椅将其推送入院。

病人经初步诊治后，如病情需要，将会被安排在观察病房内休息以作进一步的病情观察及治疗。急诊科医生将会定时再度替病人检查及治疗。观察期一般为数小时至两三天。若病情有好转，医生将给病人开处方，取药后回家服用及休息；产于山情未见好转者，医生会安排病人进一步诊治或入院治疗。

病人在离开急诊科前，请注意以下事项。

第一，配药、注射。病人经医生诊治后，如需取药回家服用，请注意药房发药人员的指导。如有疑问，请即查询。进行注射治疗的需休息数分钟后方可离开医院。

第二，病假及医疗评估证明。病人经医生诊治后，医生会按病情的需要给予病假（最多三天）。若病人只要“求诊证明书”而非病假条，请先向医生说明。急诊科病情证明仅为求诊证明或病假证明，不具法律效力。

第三，伤口处理。若要进行缝针手术，请先签署手术同意书，然后听从护士的指示等候，护士将尽快安排手术室以便为病者进行手术。手术后，根据病人病情将另发给病人一张“换药单”；病人需按照单上指定日期复诊并拆线。若伤口有发炎的迹象，如肿痛、含脓等，病人应尽快再次求诊。若伤口需要清洁及清毒，护理人员会安排病人到换药室清洗伤

口及消毒；如有需要，护士会安排病人继续接受伤口治疗。

五、急诊病人办理手续的程序

常言道：心急如焚，急生乱。一般而论，当亲人、朋友或邻居生了急病送到医院，往往不知怎么办。有的不知道办理急诊手续，奔来奔去耽搁了时间，影响及时诊断和急救。其实只要了解了急救的程序很快就能看上病。

通常每所医院都设有急诊科（室），标有急诊字样，夜间设有急诊灯（红色）标志，急诊科内设有急诊室、抢救室、治疗室、手术室、留观室和重症监护室（ICU）。

急诊病人办理手续的程序是：

（1）病情十分严重的，先将病人送往急诊抢救室，由医务人员先行抢救，然后由护送者办理就诊手续。

（2）一般急诊，先到急诊分诊台由分诊护士简单询问病人或陪送者，测体温、量血压，根据病情指导你到急诊专科诊室候诊，这时病人或陪人按护士指导到急诊挂号窗口挂号，领取急诊病历本，到指定专科候诊。

（3）经急诊专科室诊断后，需要做化验和特殊检查的，医院设有急诊化验、急诊 X 射线检查、急诊 B 超、CT、心电图等检查，为急诊患者提供优先和方便。需要手术的可直接送手术室，需进行抢救的可送到 ICU，需住院者需办理住院手续。

（4）医院实行首诊科室、首诊医师负责制。第一个接诊的医师、护士为你负责到住上医院。陪送者不要到处乱找医

师，要听从首诊医师的安排。

(5) 虽属急诊范围，但病情较轻又需治疗者，或诊断不清需做特殊检查时，医师会尽力将病人收进观察室观察治疗。

(6) 病人经过急救治疗，病情稳定后，一般转送普通门诊或专科门诊或住院部进一步检查和治疗。复诊时，病人应带急诊病历本和各项检查报告单。

六、重症监护室 (ICU)

ICU 是急诊科抢救呼吸衰竭、心力衰竭、肝肾功能衰竭、重度休克、昏迷等生命垂危、病情极严重的病人的场所。ICU 一般配备了最好最全的现代化抢救设备，能对各种危重病人实施持续有效的抢救。家属在病人将送入 ICU 前要考虑两个因素：一是由于 ICU 的仪器设备集中，且实行专医专护，故费用较高；二是由于病人病情危重，需要一个相对无菌的环境，故家属不能入内陪伴（但可在规定时间内更衣，带口罩进去探视）。

第五节 就诊的注意事项

一、就诊十忌

正确的治疗源于正确的诊断，而诊断正确与否，在很大程度上取决于病人就诊时能否与医生密切配合。大量的统计

资料表明，很多误诊是病人或者陪护者造成的。

归纳起来，主要有如下 10 种。

1. 用药后立即就诊

有些药物可遮掩症状，因此，除非病情急需服用抢救药之外，一般在就诊前不宜用药，特别是镇痛、解热药、降压药、镇静安眠药等。

2. 酒后或大量吸烟后立即就诊

由于中等量饮酒（尤其是烈性酒）或大量吸烟可引起心率（脉搏）显著加快，血压波动，以及出现其他异常改变，容易产生某些“假象”，给确诊造成一定困难。因此，要求患者在就诊前 4~6 小时内，不准饮酒或大量吸烟。

3. 浓妆后就诊

病人就诊前切勿化妆，尤其是不能浓妆艳抹。因为化妆品会掩盖本来的肤色，对诊断贫血、黄疸、斑丘疹、血管痣等疾病十分不利。

4. 隐瞒病史

有意无意对医生隐瞒病史，实为就诊之大忌。因为病史是诊断疾病最重要的依据之一，如果病史不清楚，再高明的医生也难以对疾病确诊，很容易造成误诊。

5. 谎报病史

这比隐瞒病史更糟，对病人的危害更重。虚假的病史可将医生的思路引向歧途，容易作出错误的诊断，进行导致错误的治疗，后果不堪设想。

6. 挑医生

想找经验丰富、医术高超的医生看病，是人之常情。但

到较大的医院看病，除专家门诊外，一般都是中青年医生轮流出门诊，而病房则是病床责任制，即每位医生负责固定的病床。到医院看病大多是随机性的，轮到哪位医生就是哪位医生看。如果病人挑选医生，并在自己不中意的医生面前表现出失望或不满，会伤害医生的自尊，产生副作用，不利于诊断。

7. 多疑或不信任

有些病人，特别是一些“老病号”，或某些神经、精神系统疾病患者，常常自以为是，不懂装懂，对医生的诊断无根据地怀疑、不信任。这种态度不仅会损害医患关系，而且还会由于不能很好地执行医嘱而影响治疗效果。

8. 过度紧张

病人在陌生的医生面前感到有些紧张是难免的，但若过度紧张，甚至产生恐惧心理，则会妨碍诊断，给确诊带来困难。因为人体在高度紧张状态时，会出现心率增快、血压增高、肌肉紧张等症状，不仅会造成“假象”，而且还会妨碍检查。

9. 检查时不合作

医生在进行物理检查时，病人必须主动配合，才能使检查成功。如果检查时不按医生的要求去做，不能很好地与医生配合，必然影响检查结果，容易造成误诊。用医学仪器检查，也需要病人配合。

10. 指名要药

许多病人就诊时不愿服医生给开的药，而是向医生指名要药。这种做法弊端很多。因为治疗必须对症下药，该用什

么药必须由医生根据诊断开方，滥用药物不仅是一种浪费，而且还容易引起药物的不良反应，甚至会造成严重后果。另外，不少医生都讨厌病人自己索药，把指名要药看做是对医生的不信任，所以，这种做法还会损害医患关系。

二、看病还需多问病

通常情况下，大多数患者在就医时，往往是医生问什么，就答什么，主动向医生提问题的病人较少。病人在看病时多问病，把有关问题向医生了解清楚，做到心中有数，积极配合医生提高医疗质量，显然十分必要。

1. 要克服两种心理

一是嫌麻烦的心理。有些患者看到医生很忙或自己精力、时间有限，就不想问。二是盲目服从心理。认为医生所做的一切应该完全照办，没有问的必要。从目前少数医生开“大处方”、动辄做昂贵的检查等现象来说，就有必要问一问其合理性。况且医生误诊、误治的情况也有发生。

2. 要敢问病

了解自己疾病的有关内容是维护自己健康的权利，只要患者挂号看病或住院，就与医院建立起了医患关系。医生有义务向病人解释，病人有权了解自己的病情及相关的情况。

3. 要会问病

在诊断方面，医生除了根据自己的临床经验下结论，大多数情况是要借助一些辅助检查。患者应要询问医生开出的检查项目的必要性和意义，对身体有什么影响，检查时注意

什么等。在治疗方面，主要是要了解药物治疗和手术治疗的有关知识，要询问药品的作用、服用后会出现什么明显表现、有何副作用等。手术前则要询问手术的必要性、手术中可能出现的危险及手术后的注意事项等。另外，病人还应询问病愈后如何预防和复查等问题。

4. 要多问病

由于医院之间、医生之间的医疗水平存在着一定的差别，因此对一些诊断不明或治疗效果不够理想的疾病要多问，多问几家医院、多问几个医生，有时还要多问几个不同科室。

5. 要广问病

病人可以向正在康复或已经康复的同类病人取经；从医学杂志、医学书籍中查找疾病的有关答案，还可以向有关的医疗保健栏目咨询，或从国际互联网上获取医疗信息，从而用更科学、更先进的医疗方法帮助进行疾病的诊断与治疗。同时也要防范虚假广告及江湖郎中的欺骗，一定要到信誉好、规范的医疗机构进行咨询。

6. 要勤问

当身体出现不适时，要及时到医院去看病，询问防病治疗的知识，不要图省事，随便到药店买药吃。在对待一些医院需要患者等待的问题上，如出现没有床位、手术排不上队或一些特殊药品缺货等情况时，患者一定要时刻与医院保持联系，经常反复地询问，不要懒得去问，消极等待，从而错失良机加重病情。

三、就诊中医的注意事项

中医诊断疾病的重要手段是望（舌）苔，切脉。因此为提高诊断准确率，要求就诊者在诊前勿食染色的食物，如：杨梅、蛋黄、槟榔等。这类食物可将舌苔染色，掩盖疾病所致的舌苔色，干扰医生诊断。不要饮食能导致脉搏加快、振幅加大、搏力加强的酒类和其他食物，以免扰乱疾病所反映的本来脉象。

四、防止乱投医干扰医生用药

如今，医学的一个很大的进步就是打破了其社会公众心目中的神秘性。卫生医疗知识的不断普及，使老百姓自我保健和自我预防意识不断增强。应该说，解放以来我国居民人均期望寿命成倍增加，就与医疗卫生事业的长足发展，与人民群众讲究卫生、重视防病保健有因果关联。

但相应出现的有关问题也必须引起我们的高度重视。一是不懂装懂，仅凭医疗广告是一星半点的药物学知识指挥医生开处方；二是违反医疗用药原则乱提要求，一旦不能满足便多加埋怨，四处告状，弄得医生无所适从，其中最常见的是毫无必要滥用抗生素；三是在病情痊愈过程中不切实际地要求“多快好省”，其结果多半是欲速则不达，反倒给自己和亲属的身体带来不利影响。

以抗生素应用为例，许多人心目中的思维定势是此类药物无所不能，不论是感冒发热还是咽干舌燥都首选此药。实

实际上，抗生素的应用大有讲究，学问很深，它既非退热灵丹，也不是对所有致病微生物都适用。譬如对病毒性感冒、对结核菌感染，普通的抗生素就无可奈何。如果不按适应症用药或是用药剂量、疗程不恰当，都极有可能导致耐药菌感染，带来比原发病大得多的麻烦。

又如高血压病的降压治疗，用何药物、用多大剂量以及用药时间间隔等等，都必须根据个体特点、病情轻重相机决定。医生在最终决定某种治疗方案之前必须进行认真的检查和分析，必须在治疗过程中收集资料，认真观察用药反应，根据病情变化调整摸索出一个合适的用药办法。至于降压效果，决不是越快就越好，不耐烦医生护士反复的检查、询问，甚至拒绝按照医生制定的方案用药而去指定自己“看中”的某药，这其实蕴藏着极大的危险性。因为血压降得过快过低，极有可能诱发心肌缺血、脑中风；而违反疾病规律超量用药或突然停药，则更会加重心血管系统功能失调，导致病情严重反弹等等。

在许多时候，医生们往往因为患者及家属的压力和要求而放弃医疗原则，因为与其向患者作详细而困难的解释，远不如照本宣科地写张处方更轻松，更受病人欢迎。这几年临床上糖皮质激素作为“退热抗炎药”越用越滥，越来越普遍，全然不顾其药物远期负面影响，就是病人乱提要求的结果。一个有趣而发人深省的对比是，在正规医院对某感染者按照医疗原则使用抗生素往往退热慢（这是自然规律）过程复杂，而在街头诊所吊上两瓶“激素盐水”却能很快退烧……前者往往遭到病人的埋怨，认为是医疗水平低，医术差；而后者

是被许多患者赞美为“药到病除”，是用药有方云云。殊不知后者这样的快速退热法，极易导致感染及病菌扩散，使病原体变本加厉地在患者体内兴风作浪，其中孕育着相当严重的危险性，这是绝对违反用药原则的。

所以，在疾病治疗过程中，我们千万不能乱提要求，不能凭着一知半解的知识指挥医生，不能以江湖医生的“牛皮标准”要求大夫。疾病治疗过程也和其他事物一样，有着自己的规律，它决不会随着某人的官职、金钱、地位而改变，更不容得任意违反和干预！

五、门诊小手术的注意事项

很多小手术在门诊完成，它方便、及时，并且省去了住院的麻烦，又可节约开支。

1. 手术范围

一般包括：小创伤的清创缝合、腱鞘囊肿、脱臼的复位、吸宫流产术、上环术、取环术、诊断性刮宫术、外阴活检术、宫颈活检术、输卵管通水、电烫术、宫颈息肉摘除术、激光、微波治疗息肉、痔疮和皮肤性病，眼科的倒睫等。

2. 手术要注意事项

(1) 妇科门诊小手术应注意：

妇科小手术均应由妇科医师看病，根据病情开手术单，交款，并进行预约。

手术当日如有不适、发热、咳嗽等现象，应事先向医师申述，按照医师要求推迟手术。

手术前 3 天禁止进行房事；术前不要大量进食；手术前排空大小便；术前病人应自带消毒的卫生纸及卫生带等备用。

上环、取环、电烫手术、输卵管通水、宫腔注药者在月经干净 3~7 天后，方可进行手术，取环病人需带本单位计划生育部门专用证明、上环原始记录等。无计划生育部门专用证明，医院不做取环术。

月经前诊断性刮宫的病人，需在来月经前 3 天及来月经当天 24 小时内进行手术。

术前需要打针的病人，应先到门诊注射室注射药物，半小时后进行手术。

妇科病人手术后要注意：手术后一个月内禁止盆浴；手术后一个月内禁止房事，电烫手术后病人 3 个月禁止同房；输卵管通水的病人，手术后 30 分钟时留尿做化验；患者应注意会阴部清洁卫生。

(2) 外科、五官科、肛肠科、皮肤科的小手术，一般在门诊手术室或治疗室进行。一般清创缝合和小手术不需预约，需要预约的小手术通常包括：取组织进行活检、扁桃体挤切或摘除术、表浅肿瘤摘除、包皮环切、睑内翻矫正、膀胱镜检查等。此类小手术应注意：

需做门诊小手术的病人应进行预约登记。

在手术前一天要搞好个人清洁卫生，头部手术要理发，脸部手术要刮去汗毛，取组织进行活检的部位要清洗皮肤，手足部的手术则应修剪指甲。

手术日带好预约的手术通知单、门诊病历本、交费的

附发票，按指定的时间提前 30 分钟到达门诊手术室等候。

做门诊小手术的病人，有亲属或亲友陪同最好，便于与医师、护士联系。

病人手术后，要在医院休息 30 分钟。切记医师交代的复诊、拆线、换药时间。

病人手术后回到家如出现伤口出血不止、缝线的伤口崩裂、剧烈疼痛或者发热等，要立即到医院看病，尽早处理。

门诊小手术伤口缝合拆线时间根据部位不同而有区别。一般是脸部、颈部小手术缝合后 4~5 天拆线；胸部、腹部、腰部小手术缝合后 5~7 天拆线；四肢小手术缝合后 7~10 天拆线；手、足关节部位小手术缝合后 10~13 天拆线；老年人、贫血、营养不良者或在冬天拔线时间适当延长 1~3 天。

3. 病人换药时的注意事项

(1) 病人应积极配合医师，对感染的伤口进行换药，不然伤口难以愈合。

(2) 医师对需换药的伤口消毒后，病人切莫用手触摸消毒处、伤口及敷料。在未覆盖纱布前不要对着伤口吹气、呼气。

(3) 换药室的一切器械和敷料均已经过高压消毒灭菌处理，患者不要用手触及，严防交叉感染。

(4) 伤口换药后，病人不要自己在伤口上涂药撒粉，以免对伤口造成刺激，影响伤口愈合。

(5) 医师根据伤口的情况，有的用暴露疗法，不盖东西；有的则需上药或覆盖纱布之类，一切均应听从医师的治疗安

排，不能自作主张。

(6) 感染严重的病人，应按医师的吩咐使用抗生素和其他疗法。

(7) 病人应当加强营养、注意休息，增强体质，促进伤口的愈合。

六、取药的注意事项

一般医院都设有划价处、收费处、取药处三种窗口。因此，取药者首先应到划价处排队划定价格，然后按划价的数目到收费处交款。收费后会开出二联发票，一联发票由自己保存，另一联发票连同处方交给取药处，才能取药。取药时应注意：

1. 听清发药者的详细交待

要从开处方的医师和药房给药的药师那里弄清楚用药的方法、剂量和用药途径，比如每天服几次，每次服几粒，饭前服还是饭后服，是肌内注射还是静脉注射，要不要做皮肤过敏试验等等。如果发现以往用这种药有过敏反应，应当立即找医师更换。

2. 仔细核对

取到药后要看药的种类是否与处方一致，并详细看袋上的姓名是否和本人姓名相符，看服用的说明和服药注意事项是否写清楚了。对不清楚的问题要问明白。

七、护送病人须知

患病的老人去医院必须要有人护送。

(1) 护送者要熟悉病人的基本情况，携带以往的所有病历资料。

(2) 随时注意病情变化，如脉搏、呼吸、神志。如有伤口，要注意伤口出血情况，必要时进行回压或重新包扎。上止血带者要注意肢端血液流动，按时间放松止血带。

(3) 颈、胸及脊柱损伤要减少搬动，尽量减少颠簸、保持适当体位。

(4) 输液、吸氧病人，要随时注意液体及氧气管是否通畅。

(5) 危重病人应选送就近医院急救和治疗。

八、学会看病，谨防误区

俗话说：黄金有价药无价。每个人都可能患病，患病的人都希望以最少的开支在最短的时间内得到康复。但是，从到医院看病、医生检查、确诊、开药、病人回家服药等诸多环节中，往往会产生许多误区，以致延误治疗。

误区一：咬咬牙关，扛过去。对于感冒、发烧、腹痛、腹泻等常见病，许多人认为不需看医生，或者认为自己身体好，不用服药，拖几天就没事。殊不知这么一来，既有可能“扛”过去，也有可能“扛”出大病。

误区二：对病情着急，乱投医。一般情况下，疾病的发

生、发展都有一定的过程，像病毒性感冒引起的发烧有可能持续 3~5 天，甚至更长。任何药物治疗也大都需要一个过程。患病后，无论患者还是家人，总是希望药到病除。病人吃一次药后，如果效果不明显，便马上要求换医生、换医院。殊不知，倘若一天跑几家医院，不仅休息、护理都谈不上，而且在路上、在医院里还存在感染、患上其他疾病的可能。

误区三：对照医书，自断病。医学参考书及科普读物是为了让人们了解医学常识的，其目的是为了患更积极地配合医生的治疗。但对有些患者来说，往往把自己的病情与医生书最严重的病对号入座，徒然增加自己的心理压力，使病情越来越重。

误区四：迷信权威。有的患者看病非大医院不可、非专家不行。他们忽略了一个事实：专家的门诊时间是有限的，为了能给更多的患者诊治，他们不得不缩短每位患者的就诊时间；况且不少专家年事已高，精力、体力都难以保持最佳状态，这就有可能使治疗效果受到影响。实际上，个别高资历的大夫诊疗技巧可能一般；相反，年轻的大夫为出成绩，会认真钻研业务，对病人全力以赴，高度负责。

还有一些患者，迷信所谓的“专家”、“专治”、“专药”等广告宣传，有病乱投医，徒增其经济负担和心理压力。像“祖传专治乙肝”之类就明显有假，因为，乙肝之名是 20 世纪 60 年代初才有的，先辈们是如何“专治”的呢？

误区五：治病开药，贵则灵，患普通病却要求吃高价进口药、用高级抗生素，是一些患者常有的心理。合理用药不仅是医生的责任，也是患者应遵守的规则。患病后，应根据

病情选择用药，辩证论治，而不是以金钱论“英雄”。只有这样才能达到药到病除的目的。

误区六：急诊不急，慢慢来。对于像突然呕吐、头痛、抽搐、腹痛、呼吸困难、意识障碍或原有的慢性病突然加重等突发症，患者及家属应该有急诊意识，以避免悲剧的发生。急诊属于全科医学，医生具有很强的综合判断能力和迅速、敏捷的反应能力，而且还配备了相应的急救药品和设备，可以确保急诊抢救的各个环节准确、快捷、顺利。在救治病人的过程中，很少出现因判断有误、顾此失彼而贻误抢救时机的现象。

误区七：不带病历，重复做检查。医生可以从患者的病历检查资料中发现疾病的线索，帮助患者以最小的代价确认疾病。许多不远千里慕名求医的患者，看病时往往忘记带上当地医院开具的检查资料。这样既浪费金钱也浪费时间，更不利于医生对疾病的连续观察与分析。保存并携带病历资料到大医院看病，也是“少花钱，治好病”的窍门之一。

误区八：隐瞒病史，误诊断。病史的采集对疾病的诊断、治疗起着至关重要的作用，病史不详、不实，会影响医生对疾病及时正确的诊断，甚至给患者带来性命之虞。

第六节 住院的相关事宜

一、住院手续的办理

一切住院病人都必须经过急诊、门诊或专科医师的诊断，开具住院证，到住院处办理登记。

办理住院手续要带上住院证、门诊病历本、医疗保险交费卡或记账转账支票，自费者要预交现金，医保病人也要交部分自费现金。

办完住院手续后，带住院证、病历卡、收款收据到指定的病区、病室。护士会为你准备好床位，并为你介绍其他医护人员（主任、责任主治医师、经管医师和责任护士），告知病房的设施、用品及联络呼叫方法。

二、住院中的注意事项

病人住院可能是通过急诊室或门诊，也可能是由别的医院转入。根据病情及实际情况有急诊入院、当日入院、预约入院、转院入院等形式。

病人是否需要住院，以哪种形式住院，都须由有关医生决定。

病人住院前，首先到医院的“住院处”办理登记手续，

在那里交付一定的费用或办理记账事宜,并填写一定的表格,有些医院办伙食费用的手续也一并在此办理。住院处根据病人情况及医生的意见,安排入院时间及先后顺序。病人依照住院处的安排,持住院通知单,携带好日常用品,按时去指定的病房。

到病房后,由护士接待并安置病室及其床位,并且由护士进行简单地检诊,然后通知主管该病室的住院医师,住院医师会询问病人病史并做体格检查,以作出初步诊断,及时下达治疗方案。如果是危重和疑难病人,住院医师会报告上级医师,一起来处理。

住院病人需做好自己的卫生整理工作,如:理发、沐浴、剪指(趾)甲、更衣。孕妇禁用盆浴,产妇禁擦浴。危重病病人的卫生整理由护理人员帮助完成。有皮肤传染病的病人按医院相应规定办。

凡神志不清、精神异常、语言不清、智力低下、耳聋、自杀自伤、儿童、休克等病人住院需有家属、陪人向医师、护士代诉病情,商讨有关治疗护理事宜。自杀病人应留人看守,防止发生意外。

病人住院时应自带餐具、洗漱用品、卫生纸等日常生活用品。一般病人吃普通饮食,自购餐票自选饭菜(膳食科会到病房售票,饭菜送到病房),也可按自己需要到病人食堂去点菜。需吃特殊治疗饮食的,由营养医生会诊后开出营养治疗饮食单,由病人食堂按时送给病人。

住院病人应按时作息,查房时不能离开病房,不能外宿,必要时要向医师护士请假。

不得进入医师、护士办公室和治疗间；不得翻阅病历和其他记录；病人不得进入其他病房，到处乱摸，以防交叉感染。

保持病房整洁，除必需的生活用品外，其他物品不得带入病房。

病房内有查房制度，也就是每天由主管的医生到病房来对病人进行询问和检查，了解病人的病情及生活、思想状况，以进一步明确诊断，制订更合理的治疗方案，每天查方还能连续观察对病人的治疗效果。查房主要在上进行，也有午后查房和夜间查房。主管医生对所分管的病人至少在每天早晨、午后各查房一次，主治医师每周查方 2~3 次，主任医师每周至少查房一次。夜间查房是值班医生对病人的巡诊。

住院期间，要按医生的指示和治疗方案很好地与医生配合来进行诊断和治疗，并要遵守医院的规则及病房的生活制度。

住院还应注意以下几件事。

(1) 手术。是否进行手术由主管的住院医师和主治医师来决定，由科主任批准后进行。手术前通过病人及家属，说明手术时间及手术方法等情况。此时，病人及家属可与主管医生交谈，询问有关手术的方法、效果和危险性等，医生会明确说明。另外，也可以找其他的你认为可以依赖的医生去商量，然后再下决心是否接受手术。近年来，由于外科学及麻醉学的进步，手术的危险性已大降低，但不能说没有危险性。所以，病人及家属要很好地商量，多找一些人或信赖的医生了解情况这也并非是对主管医生的不尊重。在慎重考虑

之后，应尽早的下决心中，作出决定。以免耽误手术时机，当然，有些小手术就更不必多加考虑了。

实施手术前，病人家属或所在单位代表要在手术通知书上签字，表示同意接受手术。

(2) 久治不愈。疾病的病程有长有短，作为病人来说，病情较长时间不能好转就疑虑重重是可以理解的，但是，也应该从医生的立场来考虑，医生为病人诚心诚意地认真慎重地进行治疗，如果毫无根据地指责医生久治不愈是有伤其自尊心的。如果真是久治不愈，当然可以向医生提出自己的想法，但应注意方式方法。例如善意地对医生说：“我们对您是很信任的，但是，听说某某医院有某种新疗法能治疗我的病，我想到那里去试试，您看行吗？”。诸如此类真诚的说法，会使医生高兴地想到请其他医生来会诊或者考虑转院治疗。那种不听到别人意见、盲目自信的医生毕竟是少数的，任何一个人的能力总是有限度的，诊疗过程先入为主或者有遗漏、有误差的情况也不是没有的，请别人来会诊有时可以有意想不到的发现，这样做是为病人负责的表现。即使没有病人要求，多很医生也会请其他医生会诊，甚至请许多医生一起来讨论。

如果确属疾病本身的性质所决定，必须要经过长时间的治疗，病人就应该听从主管医生的解释和劝告，耐心地与医生配合好，按既定方案坚持治疗下去。

(3) 误诊和差错。疾病是复杂多变又各不相同的，由于医生考虑不周或者受某些条件的限制，发生诊断错误是难以避免的，这就是所说的误诊。但有些情况并不是真正的误诊，

而是误会。例如甲医生与乙医生的诊断不相同，病人依赖乙医生或者乙医生很善于说服别人，宣传自己的观点，此时，即使甲医生的诊断是正确的，也可能被认为是误诊。直到甲医生把病治好，或者手术、病理检查后证明甲是正确的，才能纠正过来。还有的时候，甲乙两位医生的诊断各不相同，但经过治疗或手术实践证明谁也不正确，都发生了误诊。

是否误诊要有科学的根据。发现误诊后，医生和病人都应冷静地对等，不可感情用事，医生要直率地承认失误，不可推诿、隐瞒，需要向病人说明的事应向病人如实讲清，然后根据实际情况进一步进行诊断，及时修订治疗方案，进一步抓紧治疗。作为病人，对这样的医生就不必多加指责，还应该尊敬他，配合治疗。

对于治疗中的差错甚至事故也是一样，如果医生诚实正直、如实相告，不型虚作假、不推诿隐瞒，病人及家属就不必指责不止，更不要对医生作出过火的行动，可以根据实际情况提出正当的要求及对该医生的处理意见，相信医院领导和上级机关会作出合理的安排。

对于那种马马虎虎、不负责任、道德败坏而酿成大错甚至治死病人的医生，是不必原谅的，一定要严肃处理，甚至要追究其法律责任。

(4) 转院。提出转院的病人有各种各样的考虑，有的是因为误诊而对该医院产生了不信任；有的认为医院服务态度不好；有的与医务人员发生了纠纷；有的认为久病不愈，此院治不了自己的病等。总之是想离开该医院，转到其他的医院去治疗。不论什么原因的转院，都应冷静、认真地考虑周

全，并且从尊重主治医师的立场出发，友好地向医生提出转院要求。

由于该医院的技术、设备等条件限制，需要转到其他医院进一步检查或治疗者，医生会主动说明情况，征求病人和家属的意见，把病人转走。

转院的病人，如果在途中可能会加重病情甚至有死亡危险的，应留在原医院先行初步治疗，待病情稳定后再转。确需立即转院者，可请求医院选派医务人员护送，以便在途中加以必要地处置，以免发生危险。

门诊病人需要转院的可自行去其他医院就诊。住院病人的转院必须经主管医生同意，然后到住院处办理出院手续及其他手续，再行转走。

病人转院还要按照卫生行政机构的有关规定，逐级办理审批和介绍手续，并征得转入医院的同意才能转去。

(5) 出院。出院由主管医生提出，主治医师或主任医师同意后，再通知病人，即可办理手续。出院申请一般在出院前 1~2 次提出，由主管医生下达医嘱，填好病历首页及出院通知单，由医护人员一并送交住院处，住院处依照病历清理帐目，病人到住院处交纳住院期间的一切费用和办理其他手续，办完手续后再持住院处交付的通知单通知病房护士，然后收拾病室中自己的物品，即可出院。

病人出院时，要与医生交谈一次，倾听出院后的注意事项，包括出院后继续治疗和休养的方针，出院后应服的药物及其用法等。并了解住院时的诊断、治疗经过，各种检查结果及治疗效果，需要医院方面给自己出具诊断、治疗证明的，

应于此时向医生提出要求。

有些病症，在大型综合医院经过一段时间住院治疗，出院后不见得完全好了，还有继续进行治疗的必要，因为这些疾病只能是须在家中继续治疗、休养才能痊愈，即使是住院期间能够治愈的病，身体也有一个恢复过程（康复），所以出院后，应按医生嘱咐办事。必要时，可转入一定的疗养院或康复机构去继续进行治疗。

三、住院病人的权利和义务

(1) 有受到医务人员医疗和礼遇的权利。

(2) 有获知病情并对医务人员所采取的治疗方针和方案决定取舍的权利，即知情同意的权利。

(3) 有对自己的隐私要求医务人员给予保密的权利。

(4) 有监督医疗，提出有关意见并得到答复的权利。

(5) 有要求医院解释所付医疗费用的权利。

(6) 有履行不影响自身和他人身心健康的生活行为的义务。

(7) 有积极配合治疗的义务。

(8) 有尊重医务人员权利的义务。

(9) 有支持医学科学发展的义务。

四、需要手术的病人的注意事项

住院需要手术的病人，在手术前应作些什么准备，手术

后又怎样护理，这是病人和家属所关心的问题。

手术前的准备是多方面的。首先是思想准备。病人往往有各种思想顾虑，担心手术是否有危险、手术后效果怎样、手术时是否疼痛、麻醉后能否苏醒等等。这些问题，医生一般都会作详细解说。病人应消除思想顾虑，充满信心，与医生密切配合，争取良好手术效果。同时必须做好许多临床的准备。手术前，病人应在床上练习大小便、学会正确的咳嗽和咳痰的方法。吸烟者，手术前一周应停止吸烟。胃肠道手术，开刀前一日改进流质饮食。手术前 12 小时病人开始禁食，4 小时开始禁水，以防手术过程中发生呕吐，引起窒息或吸入性肺炎。一般的腹部手术应在手术前一天用肥皂水清洁灌肠，并在手术前 3 天开始服抗菌药物，这样做可减少肠内细菌，防止术后感染。

手术前一天应洗澡、洗头、修剪指（趾）甲、更换衣服。手术时手术区皮肤剃毛，并用肥皂水洗干净，再用 70% 酒精消毒。

手术前夜，病人如有发热、感冒、手术区皮肤感染、妇女月经来潮等症状，则应推迟手术日期。

有高血压、心脏病、肾脏病等病的病人，手术前应预处理，待病情改善后再手术。

手术后护理很重要。病人回病室后，应保持安静。要注意保暖，注意引流管是否接好、通畅。如麻醉未清醒前，不要放热水袋贴身，以防烫伤。手术当天，要密切观察脉搏、呼吸和血压。刚做完手术后，切口常疼痛，病人不敢活动，需医护人员或家属帮助，做好病床、口腔、皮肤等清洁卫生

工作。鼓励病人咳嗽，排出痰液，帮助病人翻身。

开刀病人如采用全身麻醉，在未清醒前，病人应侧卧不用枕头。一般腹部手术后，卧床时采用低坡位，可减少腹部张力，有利于切口愈合。胸部和颈部手术，都采用高坡卧位，便于咳出痰液。颅脑手术后，可采取 15~30 度斜坡卧位。脊柱和臀部手术后，都采用俯卧或仰卧位。休克病人的头与躯干需抬高 10 度左右，下肢抬高 20 度。肥胖病人可采取侧卧位，可有利于呼吸和静脉血液回流。

手术后的病人，多长时间可以拆除皮肤的缝线，什么时候可以开始活动，这是许多手术病人及家属所关心的问题。

一般地说，拆线的时间是根据手术切口部位、局部血液供应情况、病人年龄和组织生长快慢而决定的。如切口修复快，可缩短拆线的时间；老年人、营养不良的病人，创口修复较慢，可延长拆线的时间。

头、面、颈部，因血液供应丰富，切口愈合快，一般 4~5 天可以拆线。

胸部、上腹部、背部和臀部手术，7~10 天拆线。例如，乳房根治术 8~10 天拆线，乳房切除术 7~8 天拆线；胆囊切除术 7~9 天拆线，胆囊造口术 7~9 天拆线；脾切除 7~10 天拆线；肾切除 7~10 天拆线。

下腹部和会阴部手术，6~7 天拆线。例如阑尾炎手术，5~7 天拆线，腹股沟疝修补 6~7 天拆线，股疝修补 6~7 天拆线。

四肢部手术，一般在 10~12 天拆线。在关节处可延长拆线时间。

手术后病人，一般应争取早期活动。因为早期活动，可使肺部活动增加，痰液容易咳出，可减少肺部并发症；使胃肠及膀胱功能恢复、减少腹胀和尿潴溜、增进食欲，使全身血液循环改善、加速切口愈合。因此，手术后早期活动是很重要的。

一般手术后，病人就可以在床上活动，如作深呼吸运动、足趾伸屈活动、下肢肌肉收缩与放松交替活动、间歇性翻身。若痰液较多，应定时咳出。手术 2~3 天后，可在医护人员或家属的帮助下，起床活动，开始可以坐在床沿上作深呼吸、在床旁站立、走动或短坐。然后可适当增加活动量。一般在手术 3~5 天后可离床活动。

在大手术后，病人会很虚弱，需要安静卧床休息，不能早期起床活动，要等病情好转后再活动。

五、做好病人的陪护工作

一些病人因病情的需要，需陪护人员。做好病人的陪护工作，可促进病人的康复。

陪人员应做好以下几项工作：

在医师护士的指导下做好病人的日常生活护理，如：洗脸、漱口、刷牙、穿衣等，帮助购买需要的日用品。

护助病人进行适量活动，上厕所；为病人擦浴、整理个人卫生及床周卫生；有时需要为病人接大小便。

为病人进行有关联系活动，沟通各方面的信息，满足病人的要求，鼓励病人树立治疗信心，战胜疾病。

六、医院探视的规定

在规定的时间内探视。医院为了保证上午医师查房、诊断和治疗，中午、晚上病人得到充分休息，探视时间一般安排在每天下午 3~8 时。探视危重病人，可持危重病人通知单或经联系取得病室同意，方可随时探视。传染病人不允许探视，传染期已过的病人规定每周探视一次，15 岁以下的未成年人不得进入传染病房探视。

探望病人，要鼓励病人与疾病作斗争，多谈令人愉快的事情，切忌给病人恶性刺激。探视者如须了解病情，可到医师办公室接洽，说明病人与探视者的关系，医师护士会如实告知，不得自己动手翻阅病历和各种医疗记录。

探视带来的药物或食品，需经医护人员同意后方能给病人食用。亲友送营养价值高的食品和补品应考虑病人病情是否符合需要，如糖尿病人就不应食用糖果、蛋糕、麦乳精、糖水罐头，这些食品对病人没有好处，是医疗上控制的食物；冠心病、高血压病人不能吃动物脂肪高的食物，可送些维生素丰富的食物，如新鲜水果、豆类制品等清淡食品。

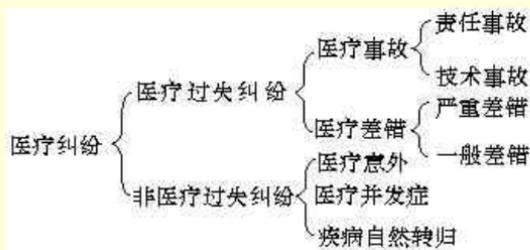
探视时间不宜太长，探望的次数不宜过多过频，以免病人太疲劳，影响病人恢复健康。

七、医疗纠纷的解决办法

所谓医疗纠纷是指病人或其家属与医疗机构之间，因对诊断、治疗、护理过程中发生的不良后果及其产生的原因认识不一致而导致分歧或争议而向卫生行政部门或司法机构提请处理所引起的纠纷。主要表现在双方对某一不良后果是否应定为医疗事故、是否须承担法律责任有不同的看法。

1. 医疗纠纷的种类

引起医疗纠纷的原因十分复杂，为便于鉴定和处理，根据医务人员在诊疗护理过程中有无过失，将医疗纠纷归为两大类，即医疗过失纠纷和非医疗过失纠纷，包括的种类如下：



(1) 医疗过失纠纷。医疗过失纠纷是由于医务人员在诊疗护理过程中的过失而引起的医疗纠纷，包括：医疗事故和医疗差错。

医疗事故是指在诊疗护理工作中，因医务人员诊断护理过失，直接造成病人死亡、残废、组织器官损伤导致功能障碍。其中责任事故是指医务人员因违反规章制度、诊疗护理常规等失职行为所致的事故；技术事故是指医务人员因技术

过失所致的事故。

医疗差错是指在诊疗过程中，医务人员确有过失，但能及时纠正未给病人造成严重后果的医疗纠纷。其中严重差错是指医疗过失已给病人造成了一定的不良后果的差错，如增加痛苦、延长治疗时间、扩大经济支出、出现不适症状、产生轻度并发症或后遗症等；一般差错是指未给病人造成任何不良后果的差错。

(2)非医疗过失纠纷。非医疗过失纠纷是指医务人员在诊疗护理过程中未存在过失，由于医疗上的原因或医疗以外的其他原因，导致病人遭受不良后果，从而引起医患之间的引纷，包括：

医疗意外。是指在诊疗护理过程中，由于无法抗拒的原因，导致病人出现难以预料和防范的不良后果的情况。

医疗并发症。是指在诊疗护理过程中，病人发生了现代医学科学技术能够预见但不能避免和防范的不良后果，而这种不良后果的发生与医务人员是否存在医疗过失没有直接的因果关系。

疾病自然转归。是指病人病情自然发展的结果。

2. 医疗纠纷的鉴定

医疗纠纷发生后，如果双方对纠纷的性质或解决结果不能通过协商达成一致，就需要由法定人员组成的机构通过调查研究、讨论分析，判定性质，做出科学的、客观的结论，作为医疗行政部门和司法部门认定和处理纠纷的依据。

鉴定程序是由鉴定委托人（申请人）向当地医疗事故技术鉴定委员会提出书面申请，同时提供有关资料，按当地标

准交纳鉴定费后则可受理立案。立案后，经收集材料、调查研究、专家会议讨论，做出鉴定结论并通知申请人和当事人。如对鉴定不服，可以在接到鉴定书后 15 天内向同级鉴定委员会提出复议，也可向上一级鉴定委员会申请重新鉴定。但省级鉴定委员会的鉴定是最终鉴定。鉴定费由败诉方承担。

3. 医疗纠纷的解决方式

(1) 当事人自行协商解决。卫生部《关于〈医疗事故处理办法〉若干问题的说明》强调，医疗事故原则上应当由当事人的医疗单位与病人根据办法的规定进行协商处理。这种方法的根本点在于医疗纠纷发生后，患方和医院不要任何组织或个人介入，只通过双方协商使纠纷得以化解。它可以不拘泥于法律法规的规定，充分反映双方意愿，有利于根本解决纠纷。

(2) 卫生行政部门处理。《医疗事故处理办法》明确规定：当发生医疗事故争议时，当事人可提请当地医疗技术鉴定委员会进行鉴定，由卫生行政部门处理。其对医疗纠纷的处理，具有行政调解和法律仲裁的双重性质。卫生行政部门站在行政管理角度，对双方进行说服教育，做思想工作，促成双方互相谅解达成协议，属于调解。当作为双方信任的第三者，根据法律和事实主持调解，并做出决定后，若双方均未在规定的期限内提出异议，此决定具有法律效力，这就相当于仲裁。

(3) 向人民法院提起行政诉讼。按照最高人民法院 1989 年 10 月 10 日答复：“如果当事人对卫生行政机关做出的医疗事故处理决定不服依法向人民法院提起行政诉讼的，人民法

院应当受理。”其起诉的条件一是有明确的原告和被告；二是有事实和理由及相应证据；三是案件属于法院管辖（即医疗机构所在地区法院）。法院根据相关法律做出裁定。

按照公安部、卫生部的通告，患者及家属不能因医疗纠纷寻衅滋事、打砸医院、殴打和侮辱医务人员，干扰医院正常工作秩序。发生医疗纠纷必须通过协商、调解或诉讼程序，求得公平合理解决。

第二章 疾病的自我诊断

老年病的表现个体差异较大，每个人都有自己的独特表现，因此，老年病人必须根据自己的发病特征，总结规律，作出正确的判断，有利于早期诊治及正确地调整自我防治方案。

第一节 常见疾病

一、发热

健康成人的体温是相对稳定的，一般成人口腔温度在 36.3~37.2 之间，且不同个体的正常体温略有差异。体温可因内外因素影响而稍有波动。一日之间，上午稍低，下午稍高，高低之间不超过 1 ；在剧烈运动、劳动或进餐后体温可暂时升高；妇女月经期体温比平时为低，排卵期与妊娠期较平时为高；儿童的代谢率较高，体温比正常成人稍高，老年人的代谢率较低，体温比正常成人稍低。当口腔温度大于 37.3 ，或直肠温度大于 37.6 ，且无上述各种生理因素影

响者，应认为有发热存在。

1. 发热的原因

发热的原因非常复杂，根据发病原因，可分为感染性与非感染性两大类：

第一类，感染性发热。各种病原体，如：病毒、肺炎支原体、细菌、螺旋全、真菌、寄生虫所引起的感染均可出现发热。

第二类，非感染性发热。主要由于下列几类原因：组织坏死与细胞破坏如：癌、肉瘤、白血病、淋巴瘤、溶血反应等；风湿热、结缔组织病；甲状腺功能亢进；体温调节中枢功能失常。如：中暑、重度安眠药中毒、脑震荡等；植物神经功能紊乱。

发热的病因诊断，一般来说，对于病史比较明确，临床表现比较典型的发热，诊断比较容易。如有受凉史，且有鼻塞、流涕者，大多是感冒、伴咳嗽、吐痰的，很可能是肺炎；有黄疸、厌油、乏力的很可能是急性肝炎。但有的发热的病因则较难诊断，如各种癌症。

2. 发热的治疗

发热的治疗主要针对病因，用解热镇痛药或物理方法退热只是一种次要的治疗。对发热原因不明者，不要贸然退热，发热是一种有病的标记，也是人体的一种防御反应，贸然退热，会使医生和病人对疾病的警惕性降低，从而错失治疗良机而贻误病情。因此发热时应该及时就诊，弄清病因，盲目地用药退热是不可取的。

二、咳嗽

咳嗽具有二重性，通过咳嗽将呼吸道内的异物或分泌物排出体外；同时也反映呼吸系统疾病的存在。偶然咳嗽或一过性的咳嗽并无重要的临床意义，但如长期或反复咳嗽，则应引起注意。

与慢性咳嗽有关的疾病有：

(1) 慢性咽喉部疾病：如慢性咽喉炎（有慢性咳嗽，但病人健康情况良好）、喉癌等。

(2) 慢性支气管疾病：如慢性支气管炎（大量白色泡沫痰）、百日咳、支气管癌（痰中带血）等。

(3) 慢性肺部疾病。如肺结核（慢性咳嗽伴发热、痰中带血）、硅沉着病、间质性肺炎、肺癌（慢性咳嗽伴进行性声音嘶哑）等。

在呼吸系统疾病中，咯痰是一个极常见症状，对痰液作检查，有助于肺部感染病菌的诊断；如发现痰中有肿瘤细胞，对定性诊断帮助很大；痰培养加做药物敏感试验，可指导临床合理用药。胸部平片、肺部 CT、支气管镜检加支气管灌洗检查，对肺深部病变的诊断有较大价值。

三、头痛

头痛是中老年人常见的症状之一，65 岁以上中老年人，经常出现头痛者占 10%~20%。是许多疾病的首发症状，甚至是唯一症状。其病因繁多，须仔细追究，回顾病史，认真检

查，尽早查清病因，进行病因治疗以求彻底根治。

主要症状及表现为：

(1)偏头痛，多为慢性反复发作性头痛，女性多于男性，约为4:1。病因不十分清楚，多有家族史，证明具有遗传性。某些病例发现与某些特定的食物如干酪、巧克力、红酒等有关。有的发作与月经周期、情绪紧张、心理因素等有关。偏头痛实际上是由于血管收缩舒张功能障碍所致，因此仍归类为血管性头痛的一种。

其临床特征：见于右侧颞部；头痛前可有先兆，占偏头痛总数的15%~44%，如嗜睡、倦怠、眼前闪光或暗点、偏盲等，5分钟~60分钟后，先兆症状消失，随之剧烈头痛。一般每次发作持续头痛2小时~72小时；头痛呈波动性；头痛时可伴有恶心、呕吐或腹泻；经短时间睡眠，头痛可完全消失，发作间歇期无任何症状。预后良好。

(2)紧张性头痛，亦称神经性头痛、精神性头痛、肌收缩性头痛，是慢性头痛最常见的一种，约75%的患者是女性。疼痛多呈持续性，可持续数天、数周、数月，亦可反复发作。疼痛部位多在前额、双太阳穴、头顶、枕部、颈部。头痛性质为重压感、紧箍感、钳夹样、牵扯样或胀痛、闷痛。后颈部、肩胛部肌肉有压痛，有时可触到1个或多个结节，叫“痛性结节”，系肌肉长期收缩所致。

头痛发作多在睡醒后，可持续整天，约有10%的病人在凌晨1时~4时发病，头痛不能入睡。发病与心理因素密切相关，多在情绪激动、生气、恐惧、工作紧张、精神压力等情况下发病。

(3)丛集性头痛,也称神经痛性偏头痛,组织胺性头痛,较少见。发作特点是集中在一段时间内,一般为3周~16周,密集发作,多在春季或秋季,发作期过后,有较长的缓解期。男性比女性多4倍~5倍。疼痛部位多在一侧眼眶或眼球后、额颞部,为一种尖锐剧痛。每次疼痛持续15分钟~90分钟,疼痛时常伴有患侧眼球结膜充血、流泪、流涕。发病诱因:多为诱因:多为喝酒、冷风或热风吹面、服用血管扩张剂、兴奋等。

(4)药物反跳性头痛,常见于偏头痛和紧张性头痛长期服用麦角制剂、镇痛药,最终抑制了躯体的疼痛控制机制。头痛呈持续性,可有波动,常在睡醒后出现,主要在额部、枕部或全头痛。疼痛性质为钝痛。

(5)颈椎疾病性头痛,常见于颈椎增生及退行性疾病、颈椎外伤、畸形、肿瘤、炎症等,使神经根受压、颈肌痉挛、椎动脉供血不足引起各种形式头痛。疼痛部位多位于颈及枕部,可放射至同侧额、颞及肩部。部分患者可伴有一侧上肢发麻、酸痛、无力,颈部运动时可有明显疼痛加重,使运动受限。

(6)其他常见的头痛原因还有颅内肿瘤、硬膜下血肿、颅脑外伤、脑震荡后遗症、三叉神经痛、舌咽神经痛、眶上神经痛、枕神经痛、慢性中耳炎、青光眼、鼻及鼻窦炎、口腔疾病、急性感染如流感、脑膜炎等,均可引起头痛。

四、体重异常

体重增加或减少超过标准体重达一定比例后，即为体重异常。正常人的标准体重可以通过以下公式进行估算：男性体重（千克）= 身高（厘米）- 105；女性体重（千克）= 身高（厘米）- 110。

1. 肥胖

通常以体重超过正常标准 10% 者为过重，超过 20% 者为肥胖。肥胖可发生于任何年龄，但中年人居多。可分为：

（1）单纯性肥胖。包括两种：一是体质性肥胖。与家族遗传有关，儿童期开始发胖，食欲良好，脂肪分布均匀；二是过食性肥胖。进食过多，使多余热量以脂肪形式贮存起来。

（2）神经内分泌代谢失常性肥胖。由身体器质性疾病造成的。

对肥胖的鉴别应注意两点：一是要将肌肉特别发达或水肿与肥胖区分开来，水肿时用手指按压皮肤会留下压印，而肥胖者没有；肌肉发达者很易发现隆起的肌肉块，而肥胖者肌肉不发达甚至萎缩。二是要注意脂肪分布特点，若脂肪分布比较均匀且不伴其他明显症状者，多为单纯性肥胖；若脂肪分布不均匀，应根据其分布特点及伴随症状加以判断，有明显的向心性肥胖并伴发皮肤紫纹，要考虑库欣氏综合征；育龄妇女有肥胖、多毛且伴有进行性月经稀少，甚至闭经者，要考虑多囊卵巢综合征。

单纯性肥胖的治疗，要节制食欲，适当运动及合理使用

减肥药物。神经内分泌代谢失常性肥胖者，要查明病因，对症治疗，盲目减肥会带来严重后果。

2. 消瘦

体重低于标准体重 10% 以上为消瘦。消瘦有的是体重性的，这类人消瘦持续存在，但体重下降并无进行性加剧趋势，生活状态与正常人无异。消瘦也有遗传性的。

器质性消瘦主要是由身体分解代谢增加，消耗过多，消化吸收不良与精神因素等造成，这类消瘦伴有体重进行性下降。定期（如每周）测一次体重，是观察体重变化最简单而有效的方法。如 1~2 个月内体重无变化，则多为体质性消瘦，如有进行性消瘦的话，应考虑甲状腺功能亢进（代谢增加）、结核病和恶性肿瘤（消耗过多）、腹泻、胆囊炎、慢性胰腺炎（消化吸收障碍）等。消瘦会引起人体各种功能的减退，如低血压状态、免疫防御功能下降导致各种感染、性功能减退。因此，应及早到医院去检查，作出诊断，进行治疗。

第二节 消化系统疾病

一、呃逆

呃逆（打嗝）是病理性呼吸反射，即由于突然吸气，横膈产生阵发性痉挛及声门突然关闭，产生通常所听到的打嗝声，多是由胃肠道刺激所诱发。可分为自愈性和顽固性两大

类：

第一类，自愈性呃逆：多为胃膨胀、温度的突然变化、饮酒、吸烟、情绪变化等引起，它可以在短时间内停止。

第二类，顽固性呃逆：指持续 48 小时以上的呃逆，较常见的疾病有中枢神经系统疾病（脑炎、蛛网膜下腔出血）、尿毒症、肺部疾病（肺炎、肺癌、肺结核）、心脏病、胃病（胃炎、胃癌）、肝脏疾病（肝硬化、肝癌）、胆道疾病（胆囊炎）、全身感染、精神因素（癔病、神经官能症）等。

呃逆的治疗：自愈性呃逆通过打喷嚏可终止，惊吓、兴奋、惊讶和痛苦有时也可产生类似效果。

而顽固性呃逆可造成患者的精神痛苦，严重者可继发呕吐、水电解质紊乱、失眠、虚脱、持久的精神紧张，因此要到医院寻找有效的治疗方案。

二、腹泻

腹泻是指排便次数增加，粪便呈糊状或水样的状态。腹泻时粪便可带有粘液、脓血或未消化食物，腹泻持续或反复发作超过 2 个月，称为慢性腹泻。慢性腹泻的病因可分为三类：

第一类，特异性炎性腹泻。腹泻有明确的感染原因，如细菌性痢疾、肠结核等。通过大便化验、细菌培养可以作出诊断。

第二类，非特异性炎性腹泻。这类炎症几乎特指溃疡性结肠炎和克隆病。可通过肠道内窥镜检查诊断。

第三类，非炎性腹泻。其病因可分为三种：一是与消化不良、吸收不良等因素有关，如慢性胰腺炎、慢性胆囊炎、慢性萎缩性胃炎；二是与肠道动力性因素有关，如肠激惹综合征；三是其他如肠道肿瘤、甲状腺功能亢进、糖尿病、洋地黄中毒等，可通过血液学检测、肿瘤相关抗原的检测和内窥镜检查诊断。

三、便秘

便秘是指排便减少，每 2~3 天或更长时间一次，无规律性，粪便干硬，常有排便困难。光有排便次数减少但不伴粪便干硬，排便困难者，并不能算作便秘。便秘的原因可分为两大类：

第一类，器质性便秘：急性的多为肠梗阻引起。慢性的有肠道本身疾病，如：肿瘤、结肠核等堵塞肠道，肛裂产生的疼痛，使病人对大便产生害怕感觉而致便秘；有肠道动力不足，如：腹膜炎、败血症、铅中毒和年老体弱致使协同肌肉退化；有神经病变致反射弧中断，如截瘫。

第二类，功能性便秘。常见的原因有怀孕使肠道平滑肌少动减少；生活节奏改变或情绪波动，使反射弧紊乱；进食少渣食物使直肠内粪便量不足；经常使用安眠药，也会使肠道肌肉活动能力减弱，而引起便秘。

便秘的治疗：如有器质性者一定要作对因治疗；功能性者则需注意调节好生活节奏，养成定时大便的习惯，多吃粗纤维饮食，以增加粪便量触发大便感觉，适当使用润肠道通

便药物等。

四、腹胀

由腹部膨胀引起的不适称为腹胀。产生腹胀的原因很多，如腹部肿块，腹水和胃肠充气等。产生胃肠充气的原因可分为：

胃部疾病。如胃酸缺乏、胃排空过速，影响正常的消化过程；幽门梗阻等各种良恶性肿瘤梗阻产生胃内潴留；胃肠动力减退与胃扩张以及吞气症等。

肠道疾病。如急性或慢性肠梗阻、肠道感染、慢性小肠炎、溃疡性结肠炎等肠道炎症。

腹膜疾病。如急性腹膜炎引起反射性肠抑制，慢性腹膜炎、结核性腹膜炎、腹腔内产生粘连引起粘连性肠梗阻，均可产生腹胀。

手术后腹胀。可由麻醉、腹膜刺激引起胃肠运动抑制，引起腹胀感，或膀胱膨胀引起腹胀。

肝胆疾病。肝脏胰腺疾病可因消化不良而引起胃肠充气，产生腹胀。胆囊炎和胆结石可因胆道括约肌痉挛，影响胃与胆道蠕动，妨碍消化作用，引起上腹不适、钝闷、充气等症状。

五、慢性胃炎

慢性胃炎是中老年人常见病，根据大宗纤维胃镜检查结

果，中老年人慢性胃炎检出率在 60% 以上。根据胃镜所见到的粘膜组织变化将其分为两种：第一种为浅表性胃炎，表现为胃粘膜浅层有充血、水肿、糜烂和出血。

解放军总医院报告 1333 例 60 岁以上中老年人纤维胃镜检查，浅表性胃炎，检出率为 54.6%，其中大部分（80%）可以自愈，另一部分可发展为慢性萎缩性胃炎。第二种为萎缩性胃炎，中老年人胃镜活检的检出率为 10%~20%，比青壮年高 5 倍~10 倍，其病理特征为粘膜受损、萎缩变薄，胃腺体破坏而减少。慢性萎缩性胃炎有 2%~5% 的病人发生癌变。当胃镜活检观察到胃粘膜组织出现肠上皮化生或中度以上不典型增生时，属癌前病变，应密切观察，定期随访检查。

六、胆囊炎和胆囊结石

中老年人胆囊炎和胆囊结石往往并存，其患病率是很高的。有统计 60 岁以上中老年人患病率为 20%~30%，70 岁以上中老年人患病率可达 50% 以上。

正常人肝细胞分泌胆汁是很多的，可高达 600 毫升/天~1000 毫升/天，这么多的胆汁分泌出来先流入胆囊，在胆囊内浓缩 10 倍以后贮存起来，当食物进入十二指肠时，尤其是脂肪和蛋白质刺激肠粘膜，胆囊开始收缩，排放胆汁，帮助消化。

胆汁的成分主要是胆盐、胆固醇和胆色素，中老年人常有胆固醇代谢异常，当胆汁在胆囊内高度浓缩时，胆固醇便可沉积于胆囊内，形成结石。

此外，中老年人易患慢性胃炎，胃酸较少，容易继发细菌感染引起胆囊炎，增加胆红素和胆固醇沉积，加速结石的形成。结石又可阻滞胆道，使胆汁排出受阻，加重胆囊炎，两者互为因果，形成恶性循环。

胆石病，一般分两大类，一类为胆囊结石，多见于中老年人，其主要成分是胆固醇，质韧硬，大如鸡蛋，小如粟粒，可单个，亦可多个。另一类为胆管结石，多见于青壮年，成分主要是胆红素，质脆软，多呈泥沙状，可阻塞胆管，引起急性胆管炎，甚至败血症。

轻度慢性胆囊炎或伴有胆囊结石时，30%~50%无明显症状，或有轻微腹胀、嗝气、食欲不振等消化不良症状，多数是在查体进行B型超声或在作其他腹部疾病手术时，意外发现。

当慢性胆囊炎急性发作或胆囊结石嵌顿于胆囊管开口处，可引发急性胆绞痛，位于右上腹部，病人疼痛难忍，可弯腰打滚，坐卧不安，哭喊不停，疼痛放射至右肩部，持续30分钟或数小时，可自行缓解，但常留有隐隐酸痛。还可伴恶心、呕吐、黄疸，右上腹有明显压痛。急性胆囊炎还可伴有高热、心悸、白细胞增高等。轻症慢性胃炎患者，多数无明显症状。有的可出现上腹部无规律的疼痛、饱胀、嗝气、恶心、食欲减退、腹泻等消化不良现象。有的病变位于幽门附近，特别存在十二指肠炎时，可出现消化性溃疡的症状，如饭后4小时~5小时有规律性腹痛、上消化道出血、黑便等。

第三节 泌尿系统疾病

一、尿量异常

1. 少尿

成人 24 小时内尿量 < 400 毫升或每小时尿量 < 17 毫升，称为少尿。24 小时内尿量 < 100 毫升或 12 小时完全无尿称为无尿。少尿的原因可分为三类：

肾前性原因。由于休克、严重失水等引起流经肾脏的血流量减少，使肾小球滤过率下降。其临床特点是尿量轻度或中度减少，一般不会无尿。

肾性原因。由于炎症、药物（庆大霉素）、毒物（青鱼胆、毒蘑菇）、自身免疫（系统性红斑狼疮）等多种原因造成肾脏损害，使肾脏各种功能遭到破坏，引起少尿，严重的尿毒症可引起无尿。可抽血化验，也可做肾穿刺活检。肾穿刺活检有重要意义，对明确诊断、选择治疗方案、判断预后有重要价值。

肾后性原因。可因结石、肿瘤造成肾盂、输尿管、膀胱、下尿道多部位梗阻。无尿可突然出现。通过导尿、腹部 X 射线照片、静脉肾盂造影、膀胱镜检可以确定。

2. 多尿

成人 24 小时尿量经常 > 2500 毫升为多尿。引起多尿的原因有：

生理性暂时性多尿。健康人进水量过多时，或某些人使用利尿剂治疗时会出现生理性暂时性多尿。

内分泌-代谢性疾病。一是糖尿病，表现为“三多一少”，即多饮、多食、多尿、消瘦。二是尿崩症，24 小时尿量可高达 5000 ~ 6000 毫升以上，这与下丘脑分泌的抗利尿激素的分泌与传递障碍导致肾脏对尿液的浓缩障碍有关。

肾脏疾病。如慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、高血压肾病、肾小管酸中毒等导致肾小管功能受损，尿液无法被浓缩或稀释。

上述疾病的诊断，有比较明确的检查步骤，治疗方法也比较清楚，应与医生合作。

二、尿失禁

由各种原因引起的排尿自控能力丧失，出现尿液不由自主地经尿道流出，称为尿失禁。尿失禁可分为以下几类：

1. 压力性尿失禁

病人在打喷嚏、咳嗽、抬重物或大笑等使腹内压升高的情况下，发生尿液不由自主地由尿道流出。女性多见，尤其是经产妇。

2. 真性尿失禁

以女性中膀胱阴道瘘或者输尿管开口异位多见。尿液通

过膀胱阴道瘘,直接流到阴道或输尿管在阴道内的异位开口,尿液流出可持续性或周期性出现。

3. 急迫性尿失禁

指突然的无意识的尿液排出。如患急性膀胱炎的女性,也有无感染的精神紧张焦虑的女性。

4. 充盈性尿失禁

是由于尿液滞留在膀胱内,使膀胱过度充盈,造成膀胱内压力增高,一旦膀胱压力超过尿道压力时,尿液可不由自主地持续滴出。其特点是多发生在男性前列腺增生后,引起膀胱颈部梗阻,常可在下腹部扪及一个充盈涨满的膀胱,故又称为假性尿失禁。

三、血尿

凡排尿时发现尿液中含有红细胞,都称为血尿。肉眼可见尿液呈血色者为肉眼血尿;只能在显微镜下才可见于红细胞的称为镜下血尿。根据排尿时血尿出现的情况可初步推断病变的部位:

1. 初段血尿

排尿开始段尿内有血,而后半段尿流无血,病变可能在尿道或膀胱颈部。

2. 终末血尿

排尿终末时才出现血尿。提示病变在膀胱三角区、膀胱颈部和后尿道。

3. 全程血尿

一次排尿的全过程都有血尿，表明膀胱及以上部位，包括输尿管、肾脏某一部位有病变。若血尿中还含有长条状血块，则出血来自肾脏；若发现有较大血块时，表示出血来自膀胱。

血尿产生的原因尤其多见于泌尿系统天津、结石、结核和损伤，也可出现在血液病、肾炎。肿瘤引起血尿常常无痛；血尿伴肾绞痛是输尿管结石的特征；血尿伴膀胱刺激征（尿频、尿急、尿痛）多见于膀胱炎。血尿可以间断性发作，不作任何治疗，血尿大多会自行停止，但并不反映病变已除去，因此，仍需密切观察，并做进一步检查。

四、尿频、尿急、尿痛

尿频、尿急、尿痛是泌尿系统炎症的一组现象，称为尿路刺激症状。正常成人白天排尿 4~5 次，夜间 0~1 次。

1. 尿频。

是指排尿次数增多。它可以是总尿量增多（糖尿病、尿崩症），也可以是每次尿量减少（膀胱炎、前列腺炎）。

2. 尿急

是指病人有突发性、强烈的尿意，无法控制而立即排尿。多见于尿路感染、前列腺炎，少数情况与精神因素有关。

3. 尿痛

排尿疼痛。多与膀胱、尿道、前列腺的急性炎症有密切关系。常在排尿时，尿道有烧灼感，排尿后疼痛消失。

一般尿频、尿急、尿痛同时存在，多数表明膀胱、尿道、前列腺有急性炎症存在。此时的排尿，往往因膀胱发生炎症、膀胱容量减少，每次排出的尿液量也很少。

五、前列腺癌

前列腺癌是中老年人较常见恶性肿瘤之一，欧美国家男性仅次于肺癌占第二位。我国报道，在前列腺增生症的手术病理切片中，癌变检出率为 5%~20%。前列腺癌 95% 为腺癌，其余少数为粘液腺癌或移行性上皮癌或鳞状上皮癌。

按照组织特征分为三级：

高度分化，预后较好，手术后 10 年生存率达 90% 以上；

中度分化，手术后 10 年生存率 80% 左右；

低度分化，即使肿瘤很小，往往已有处转移，10 年生存率小于 50%。

前列腺癌早期无任何症状，因而不易早期发现，待出现症状均属中晚期。其临床表现主要是肿瘤压迫尿道，产生排尿困难、尿频、尿潴留及血尿等，亦可有会阴部不适，腰部、骶部、髋部疼痛。肛门指诊时，摸到前列腺部有硬结节。低分化者，即使早期尚无明确尿路症状时，可发生远处转移癌的症状，如咳嗽、咳血、胸痛、骨痛、贫血、消瘦等。

六、泌尿系感染

中老年人泌尿系感染发生率高达 10%，仅次于呼吸道感

染，在中老年人感染、发热病因中占第二位。泌尿系感染主要包括膀胱炎和肾盂肾炎。

中老年人由于神经肌肉功能减退，排尿反射不敏感，排尿无力，尤其老年男性前列腺增生，排尿不畅，膀胱内残余尿增多，容易使细菌繁殖生长。

中老年人常有肾集合管憩室、肾囊肿、肾结石、输尿管狭窄、肿瘤压迫等，使尿路梗阻，易引起尿路感染。

老年女性，雌激素减少，尿路粘膜退行性改变，阴道 pH 相对升高，难以抑制局部细菌生长，容易由尿道逆行至膀胱引起感染。

中老年人往往患有多种慢性疾病，如糖尿病、前列腺炎、慢性肝、肾疾病、脑血管病、偏瘫、卧床、尿失禁、全身抵抗力低、营养状况不佳、会阴部清洁卫生差，很易受细菌侵袭。

主要症状及表现为尿路刺激，病人多数有尿频、尿急，每小时急需排尿三四次，排尿量极少，但有尿意，尿时有疼痛或烧灼感。

全身症状，中老年人泌尿系感染菌血症发生率高达 25%~30%，因而全身反应明显。可有寒战、发热（体温可升至 39 ~ 40 ）、乏力、食欲差、恶心、呕吐、腰背痛，严重者可产生败血症、中毒性休克。

尿检验可发现大量白细胞、脓细胞、红细胞和细菌，严重者尿可呈脓性或肉眼血尿，尿有特殊腥臭味。

第四节 呼吸系统疾病

一、呼吸困难

呼吸困难是指病人主观上感觉空气不足，客观上表现为呼吸费力。病人可因用力呼吸而出现三凹征（胸骨上凹、锁骨上凹、肋间隙等处凹陷），严重者呈端坐呼吸及口唇、指甲青紫。呼吸困难可分以下几类：

1. 肺源性疾病

如支气管哮喘（呼吸困难发作有季节性且有明确诱因）、老年慢性支气管炎合并重度肺气肿、肺结核、硅沉着病、气胸、大量胸腔积液、肺炎（伴高热、咳嗽）等。

2. 心源性疾病

如充血性心力衰竭、急性左心衰竭（呼吸困难伴咯粉红色泡沫痰并不能平卧）。

3. 中毒

如尿毒症、吗啡中毒等。

4. 血液病

如重度贫血等。

5. 神经精神因素

如呼吸中枢功能障碍、癔病等。

呼吸困难会给病人带来很大的心理负担而使病情加重，因此一旦出现此种情况应立即去医院就诊。在诊断过程中，做血细胞常规检查、血气分析、胸部平片、肺部 CT、心电图、超声心动图，对心、肺、胸膜疾病有重要价值。

二、老年肺炎

肺炎是中老年人常见病、多发病，也是中老年人重要的死亡病因。在肺炎死亡者中，中老年人占 70% 以上。80 岁以上的高龄老人肺炎占死因的第一或第二位。因此，加强对肺炎的防治是促进中老年人健康长寿的重要措施。

中老年人肺炎症状常不典型：体温不高，约有 40% 病例只有低热；消化道症状明显，可表现恶心、呕吐、腹痛，老年肺炎有消化道症状者可占 60% 以上；精神症状者常见，如表现精神淡漠、萎靡不振、谵妄、精神异常、意识模糊等；白细胞总数不高，约有 50% 中老年人肺炎白细胞总数在正常范围之内，但中性粒细胞百分数往往升高，大于 70% 以上。

并发症多，中老年人往往多病缠身，一旦患肺炎很可能引起连锁反应，如使原心脏病加重，易并发心律失常、心绞痛、心肌梗死、心力衰竭；使原糖尿病加重，出现酮体酸中毒、糖尿病昏迷；感染不易控制，可发展为菌血症、败血症、中毒性休克；原有慢性支气管炎、肺气肿患者，很易诱发呼吸衰竭。

病情严重，预后较差。高龄老人（80 岁以上）肺炎病死率可高达 40% 以上。一般对抗菌消炎药物的反应不敏感，病

程迁延，疗效不显著。

吸入性肺炎多见，尤其更多见于原患脑血栓、脑出血、帕金森病、老年期抑郁症、老年痴呆、食管癌、气管切开、气管插管、鼻饲患者，很易患吸入性肺炎，频繁发作，且多数没有明显的食物、呕吐物或呛咳等误吸史，而是不自觉地将口腔内容物、食物等误吸入气管。此类病人以厌氧菌感染为主，占80%以上，临床诊治多数（60%~80%）按般细菌给予青霉素、头孢菌素等误诊、误治，因而疗效不理想。

三、肺心病

肺心病即慢性肺原性心脏病，是由于慢性支气管炎、肺气肿及其他肺胸疾病及肺血管病所致的肺动脉高压、右心室增大或右心室功能不全的全身性疾病。该病是我国中老年人常见病、多发病，其患病率北方高于南方，山区高于平原，也是从事粉尘较大工作者较常见的一种职业病。

咳嗽、咳痰，冬季容易急性感染，可有发热，咳嗽加剧，痰呈黄色；心悸、气短、喘息、呼吸困难，活动受限，甚至不能下床活动；严重缺氧时，可出现乏力、头痛、烦躁不安、谵妄、抽搐、嗜睡、神志恍惚，甚至昏迷。体征：可见颈部静脉变粗变大，下肢浮肿，腹水，面部和指甲出现紫绀。严重可出现心力衰竭，呼吸衰竭，肝、肾等多器官衰竭。

四、上呼吸道感染

上呼吸道感染（简称上感）多数是由普通感冒病毒引起的鼻、咽喉及气管感染性疾病。中老年人平均每年要患上感3次~5次。常见的症状有打喷嚏、鼻塞、流涕、流泪、咽喉痛、声音嘶哑、干咳等，全身症状畏寒、发热、肌肉酸痛等，一般3天~5天症状消失。由于中老年人呼吸道防御功能明显降低，若上感不能得到及时有效的控制，很易向下呼吸道蔓延，甚至发展为肺炎，出现咳嗽、咳痰、胸痛、发热、喘息及呼吸困难等。

第五节 循环系统疾病

一、高血压

正常人的血压收缩压 140 毫米汞柱，舒张压为 60~90 毫米汞柱。如收缩压大于 160 毫米汞柱或舒张压大于 95 毫米汞柱为临床高血压，在两者之间为临界高血压。一天之中，血压有明显的波动。高血压根据发病原因可分为两大类。

第一类，原发性高血压（又称高血压病）。其发病尚未明了，估计与水、钠代谢方面的先天性缺陷有关，因而具有遗传性。

第二类，继发性高血压。与内分泌-代谢病有关，如库欣

氏综合征、肾动脉狭窄等。

高血压病的治疗：原发性高血压不能治愈，治疗主要是控制血压，包括减肥、限制饮酒量（白酒 < 50 克/日），经常进行运动锻炼，少吃盐（食盐 < 6 克/日），戒烟、控制胆固醇和饱和脂肪（如猪油）的摄取。药物治疗，应在医师指导下，选择适当降压药，尽可能恢复血压正常水平，对减少并发症有益。继发性高血压中的某些病因是可以消除的，只要及时诊断，及时治疗，继发性高血压是可以治愈的。

二、中老年人低血压

中老年人当收缩压低于 12 千帕（90 毫米汞柱）和舒张压低于 5.3 千帕（60 毫米汞柱）即诊断为中老年人低血压。

一般多见于体质瘦弱的中老年人，安静情况下多数无症状。若由于心衰、心肌梗死、脱水、贫血、出血、低血钠、低血钾等疾病引起的低血压，往往会出现一些心、脑供血不足的症状，如心绞痛、心悸、头昏、头晕、疲乏无力、嗜睡、视力模糊、甚至晕厥。

当体位变化时，如站立时产生低血压称为体位性低血压，亦称直立性低血压。此时，由于体位变化收缩压可突然下降 4.0 千帕（30 毫米汞柱），舒张压下降 2.0 千帕（15 毫米汞柱）。同时出现黑矇、头晕、甚至昏倒。多见于糖尿病、脑血管疾病、长期卧床或应用药物如利尿剂、扩血管剂、镇静剂等。

三、老年退行性心脏瓣膜病

老年退行性心脏瓣膜病是由于随着年龄的增长，心脏瓣膜出现了纤维增生和钙质沉积，使瓣膜失去了弹性和灵活性，影响了瓣膜正常开放和关闭的功能，从而使心脏功能下降，甚至引起心衰和猝死。

该病是心脏瓣膜衰老的表现，随着年龄的增长患病率逐渐上升，心脏瓣膜是心房、心室和大血管之间的阀门，它对保证心脏发挥正常的泵血功能起着非常重要的作用。其患病率 50 岁以上为 10%，70 岁以上为 30%，90 岁以上长寿老人患病率升至 60% 以上。

该病最易受累的是主动脉瓣和二尖瓣，因此，对左心功能影响较大，严重者可产生心悸、气短、呼吸困难、心绞痛、头昏、晕厥等症状，甚至突然死亡。

四、心脏性猝死

心脏性猝死是指由于心脏疾病而致的出乎意料的突然死亡。世界卫生组织规定发病后 6 小时内死亡者为猝死，但多数学者主张 1 小时之内死亡者为猝死。临床上所见的心脏性猝死多数在几分钟内即死亡。

主要病因：

(1) 冠心病占中老年人心脏猝死的 80% 左右，多数有心绞痛或心肌梗死的历史；

(2) 高血压性心脏病；

(3) 心肌病；

(4) 主动脉瘤或夹层动脉瘤破裂；

(5) 心肌炎；

(6) Q-T 间期延长综合征，可有先天性和后天获得性两种，后天获得性主要见于电解质紊乱及奎尼丁、双异丙吡胺、胺碘酮等抗心律失常药，三环类、吩噻嗪类抗忧郁药物引起；

(7) 其他：二尖瓣脱垂、心肌淀粉样变、预激综合征、左房粘液瘤、肺动脉栓塞、主动脉瓣狭窄及各种原因引起的心脏功能不全等。

五、心悸

心悸是一种自觉心脏跳动的不适感觉(心冲)或心慌感。心悸时心率可快可慢，可有心律不齐，也可见于与心脏无关的其他系统疾病，按病因可分以下几类：

第一类，心脏搏动增强引起的心悸。生理性的可见于剧烈运动、精神紧张、饮酒、喝浓茶或咖啡后，以及服用麻黄素、甲状腺片等后。病理的可见于高血压、主动脉关闭不全等导致的左心室肥大，心收缩力增强；甲状腺功能亢进(心悸常伴消瘦、多汗)、贫血、发热等。

第二类，心律失常引起的心悸。包括心动过速(大于 100 次/分)、心动过缓(小于 60 次/分)、房性和室性早搏。

第三类，神经官能症。多见于青年女性。它主要由植物神经功能紊乱引起，心脏本身并无器质性疾病。病人除心悸外还伴有失眠、头昏、耳鸣、记忆力减退等神经衰弱的表现，

而且越紧张，症状越重。

心悸的病因诊断应通过心电图、动态心电图、心脏 B 超检查等对心血管病作出诊断；贫血可通过血液、骨骼检查作诊断；甲亢可作 T_3 、 T_4 、TSH 来了解。心悸的治疗，主要是病因治疗。

六、吞咽困难

正常吞咽功能发生障碍时称为吞咽困难。病人在咽下食物时有梗阻感觉，并可指出梗阻部位。吞咽困难的主要原因有：

食管有机械性梗阻。如食管癌，病人吞咽困难伴随有胸骨下疼痛、消瘦；先天性食管畸形，管孩子出生后或号脉乳期出现经常性、反复性的食后呕吐或吞咽困难。

支配吞咽行为的神经、肌肉有病变，表现为吞咽困难伴食物经鼻流出；或功能失常，如中风。

口、咽、喉等发生炎症或脓肿。如食管炎、重度扁桃体炎等。

吞咽困难的病因诊断很重要。口、咽、喉的疾病通过望诊就可发现。食管疾病就要作食管 X 线钡餐、食管镜检查。吞咽困难的治疗主要应作对因治疗，对症治疗效果有限。

第六节 五官科疾病

一、老年性耳聋

凡在 60 岁以上除外其他原因如药物中毒、外伤、噪音等所致的一侧或双侧进行性听觉障碍，即谓老年性耳聋。

随着年龄的增长，身体各部位器官组织都进行性地逐渐地衰退老化，其中听觉功能也随之减退，听力减退多先从高频（高调）开始，然后渐渐向低频扩展。当涉及主要语言频率后，才引起听力下降。

老年性耳聋的发病缓慢，症状往往不典型，主要表现为：

（1）60 岁以上出现原因不明的高频听力下降，有一侧的或发展为双侧的。

（2）自觉症状不严重，当有其他重病后促进症状加重。

（3）纯音听力减退，先从高频开始，常常表现出与工作和日常生活无关的声音听不清。

（4）感音性（对声调的敏感性）损伤，对高音听力出现异常或失真，对低频音比高频音听力略好，如听到说话声，但听不准确语言的内容。

（5）听别人说放慢时就适应不了，更怕嘈杂。

（6）有 60% 的病人伴有高音调耳鸣，初期为间断性，

后呈持续性。老年性耳聋病人常常亦伴有视觉、味觉、嗅觉等减退的全身性老化改变。

由于老年性耳聋发展很慢，往往不易早期发现，因此，当年龄进入老年期又无其他原因的自觉两耳听力下降，应及时就医检查，及早明确诊断，早期治疗。

二、老年性白内障

白内障即眼睛里的晶体皮质、晶体核或囊膜变为混浊不，使眼睛看不清物体或什么也看不见了。这是中老年人常见、多发的眼科疾病。

老年性白内障初期视力不受影响，一般无明显自觉症状，该病发展缓慢，但其视力逐渐减退，亦有的多年不进展停留在初期阶段，尤其是70岁以后才出现初期白内障者进展就更为缓慢。

据报道，城市居民中，50岁~59岁的患病率为20%，60岁~69岁为35%，70岁~79岁为46%，80岁以上为100%。不难看出，其发病率随年龄的增长而增高。

近年来研究发现，中年以后晶体的蛋白代谢紊乱从而导致白内障的发生，其代谢紊乱的原因，据认为是随年龄的增加，晶体酶活力下降，谷胱甘肽及维生素C显著减少，都可促使晶混浊。又发现患有糖尿病者白内障的发生率较同年龄组的老人高4倍~6倍。因此提示，内分泌紊乱可促使白内障的发生。

三、中老年人耳鸣

60 岁以上中老年人处于无任何声音来源的环境下,自觉耳内有一种声音持续鸣响的主观感觉,即称中老年人耳鸣。中老年人的耳鸣感觉,多为耳内有高频声的持续鸣响,所谓高频耳鸣,如蝉鸣、蚊叫、铃声。有些耳鸣与头鸣并存。往往在安静环境下,鸣声更大。耳鸣有间歇性或持续性,其程度个体差异较大,耳鸣可使人烦躁不安,睡眠不好,甚至影响工作及日常生活。不同人对耳鸣的耐受能力亦不同,有的日久习以为常,慢慢能够耐受的则多不去求医,较重的不能耐受的必须请医治疗。

据报道耳鸣在各年龄组均有发病,但其发病率中 60 岁时最高,国内报道耳鸣发病率的高峰为 50 岁~65 岁以上,北京市居民 60 岁以上耳鸣的患病率为 33.7%。

耳鸣原因很复杂,因其类别不同则病因亦不同,中老年人耳鸣多为主观性耳鸣(耳鸣仅是病人的一种自身感觉)。根据病变发生部位可分为末梢性和中枢性耳鸣。末梢性耳鸣若是单侧多为局部原因引起如耳外伤、听神经枢性耳鸣则常见于老年脑动脉硬化的病人。也有不少人耳鸣的原因不明。

四、老年黄斑变性

老年黄斑变性是中老年人眼底的一种疾病。发生于身体健康的中老年人,病变位于眼底黄斑部或其附近视网膜,视力减退是不可逆的。发病年龄多在 45 岁以上,可单眼发病也

可双眼先后发病。

临床上将此病分为两型：干性（萎缩性）和湿性（渗出性）。干性老年黄斑变性患者，自觉视力下降，配镜多次亦不能矫正至正常，若伴有白内障者，会误认为是晶体混浊所致，此型为双眼发病，进展缓慢，轻重程度不同；湿性老年性黄斑变性又称老年性黄斑盘状变性，自觉视物变形和视力下降等。有时为突发性视力急骤下降至 0.1 或只能见到眼前手指晃动，正中有黑影挡住，周围尚可视物。其视力下降主要原因是黄斑区有出血及渗出，多数病人有反复出血，以后出血逐渐吸收，形成永久性瘢痕。

其发病原因，多数学者认为是脉络膜血管内有粥样硬化，使脉络膜毛细血管长期缺血、缺氧致使玻璃膜功能紊乱，最后发展成黄斑盘状变性。

五、老年阻塞性睡眠呼吸困难综合征

有的人在熟睡时有鼾声（俗称打呼噜），这是一种症，是由于某些原因如肥胖者颈部短而粗、酒后或服安眠药后，在熟睡时阻碍正常呼吸时鼻腔、呼吸道与肺的气体流通，所产生的声响影响他人休息者为鼾症。

在患鼾症的部分中老年人中，睡眠期间伴有不同程度的憋气现象，称为睡眠呼吸困难综合征。在睡眠时，上呼吸道（鼻、咽、喉）各部位发生阻塞所致的呼吸暂停超过 10 秒以上，并伴有缺氧症状者亦称阻塞性睡眠呼吸暂停综合征。

第七节 神经系统疾病

一、老年期抑郁症

老年期抑郁症是指 60 岁以上中老年人出现以情绪低落为主要临床表现的疾病，发病高峰在 60 岁~70 岁，80 岁以后发病率下降。我国 60 岁以上中老年人患病率约为 2%~5%。

以情绪低沉为主，同时伴随相应的思维活动低下及行为动作迟缓，此称为抑郁症的典型“三低”症状，亦有人称之为“三联症”。

情绪低沉或抑郁是抑郁症的首发症状，患者表现为悲伤、失望、哭泣、消极或厌世，不想活了，有自杀观念或自杀行为者约占 50%，但自杀成功者并不多见。有的亦可表现为焦虑、烦躁、激动，情绪变化无常，早晨症状显著，晚上轻些。

思维活动低下或障碍，寡言少语，对答迟缓，思维不灵，自我评价过低，重者可有自责、自罪，这是导致自杀行为的重要因素之一。可出现多种妄想，怀疑自己得了癌症，怀疑被人偷窃，虚无妄想，感到自己将去世或地球将被毁灭等。

行为动作迟缓，体力活动减少，自感乏力、动作迟钝，不愿与他人接触或打招呼，日常生活如吃饭、喝水、洗漱等，也需要别人催促或协助才能完成。食欲下降，体重降低，全

身疼痛不适等。

二、老年痴呆

老年痴呆是高龄老人的常见病、多发病，有的调查资料表明，80岁以上高龄老人，该病的患病率高达20%~50%，有的医学专家预言，到21世纪该病将与癌症、心脑血管疾病并列为中老年人的四大死因。它不仅是威胁中老年人健康长寿的重大杀手，而且由于病人精神失常，生活不能自理也给家庭和社会带来沉重负担。

据统计美国现有老年性痴呆约400万人，每年照顾病人费用就高达900亿美元。我国上海市1990年调查60岁以上中老年人痴呆患病率为4.21%，据此推算，我国老年痴呆病人也应有450万以上，随着人口平均寿命的延长，高龄（80岁以上）老人不断增加，该病患病人数量将急剧增长。

老年痴呆临床症状多为隐匿进行，说不清楚发病日期，其主要表现有以下几个方面：

记忆力障碍，开始为近记忆力障碍，如忘记自己是否吃过饭了，逐渐发展出现远记忆力障碍，如在哪儿上的中学和过去的重要经历记不清了。还可发生记忆混淆，将两种不相关的事混淆在一起，甚至产生虚构，胡说八道。

思维和判断障碍，开始时对精细复杂的事物不能正确分析判断，逐渐发展对日常生活和常识理解判断也发生障碍，如一年有多少个月，一月有多少天， $2+3=?$ 算不清了，还可有幻觉及妄想，如认为有人监视或迫害自己。

性格和人格改变，爱发脾气，不讲卫生，多疑，自私，视废物、破烂如珍宝，不注意羞耻、道德，甚至违法乱纪等。

情感障碍，可出现欣快、急躁、易怒，情绪不稳定，喜怒无常，亦可表现为抑郁、淡漠，对周围事物不感兴趣。

定向力障碍，对时间、地点、人物定向不清，如今天是星期几？或×月×日？现在是什么季节？现住什么城市、什么街道、门牌号等均说不清楚，家门屋门认不清，老伴和子女分不清楚。

三、错觉

对客观事物的错误感知称之为感觉。

正常情况下产生错觉的原因有：一是感觉条件差。如视力、听力下降，光线不足，声音模糊等。二是情绪因素。在伴有强烈的恐惧或期待情绪时，可出现“草木皆兵”的错觉。有时在暗示下亦可产生。三是疲劳、注意力不集中等可影响感知清晰度而产生错觉。正常人的错觉，只要改善感觉条件或加以解释，很易纠正。

病理情况下错觉的原因。因不同程度的意识障碍而产生错觉较为多见，如谵妄时可出现错觉，病人将输液管当做毒蛇，把窗外的树影视作鬼怪等。

出现错觉，应请专科医生查明原因，对症治疗。

四、妄想

妄想是一种在病理基础上产生的歪曲的信念。其内容无事实根据，但与切身利益、个人需要和安全密切相关，与患者的文化水平和社会背景也不相称，患者却坚定不移，难以用一般的说理方法加以纠正。妄想具有个人特征，不同于集体所共有的信念，有原发性和继发性两种。原发性妄想是突然发生，不可理解，与其他心理活动和症状之间缺乏任何联系。原发性妄想是精神分裂症的特征性症状。继发性妄想是在其他病理心理基础上发展起来的妄想。

临床上常见妄想有：

被害妄想。病人觉得有人捉弄或迫害自己。

关系妄想。病人将周围环境中与他无关的事物认为与他有关，如别人的谈话是在谈论他，别人的咳嗽是针对他的。

夸大妄想。病人坚信自己有非凡的才智、美貌、体力、财富、地位和权势等。

嫉妒妄想。病人坚信自己的配偶对自己不忠实，并另有新欢。

钟情妄想。病人认为自己被某一异性所爱，即使遭到对方拒绝，仍纠缠不清。

被控制妄想。病人觉得自己的一言一行都受到外界某种力量（如电波或某种先进仪器）的控制，而不能自主。

思维被洞悉感或称内心被揭露感。病人认为其内心所想之事，未经言语表达，就被周围的人所知晓。

出现妄想症状，应请精神科医师诊治。

五、焦虑

焦虑是日常生活中常见的心理现象。正常人在预期不利情况下或将执行无把握的任务时，可出现相应焦虑表现。病态的焦虑是指在缺乏相关的客观因素下，过分地担心发生威胁自身安全和其他不良后果的事情的一种心情。焦虑有主观体验和客观表现两方面：

主观体验。是一种没有明确对象和具体内容的恐惧，病人整天惶惶不安，提心吊胆，总感到似乎大难临头，危险迫在眉睫，明知实际上并不存在什么危险和威胁，却不知道为什么如此不安。

客观表现。有两种，一种是运动性不安如手抖、坐立不安、搓手顿足等；另一种为植物神经功能紊乱的表现，如心悸、出汗、口干、胸闷、气急、尿急、尿频等。

焦虑多与神经官能症、癔病、更年期综合症有关。可用中西医结合进行治疗。口服安定，有很好效果，但注意在医生的指导下服用，以免过量。

六、手抖

手抖也称手部震颤，是指手部的不由自主的节律性震荡。出现在手部放松静止状态时叫静止性震颤；出现在手部活动时叫动作性震颤，也可两者同时出现。常见的原因有：

生理性手震颤。这是最常见的一种，表现为手部震颤不对称，一侧手十分明显，劳累及情绪、精神因素的影响十分明显，通常 4~6 次/分钟的抖动频率。

生理亢进性手震颤。具有生理性震颤的特点，但振幅大而明显，常在甲状腺功能亢进、服用多巴胺、肾上腺素类药物、激素、抗忧郁药后出现，也可在低血糖、寒冷、焦虑后出现。

原发性手震颤。一般在 40 岁以后发病，老年人更多见。常有家族史，半数以上伴有头部的震颤，饮酒后可改善。

基底节疾病，尤其是帕金森病的手部震颤。在老年人中最常见。

小脑疾病。也可有手部震颤，但同时伴有共济失调。

精神性手震颤。这种手抖常突然发生，随时间变化，其抖动频率和幅度有很大差异，注意力集中时手抖明显，分散注意力时不明显。

手抖的诊断和治疗，应找神经科专科医生诊治。

第三章 疾病的检查和治疗

老年人在看病时会碰到这样的情况，医生通过普通的检查不能对其进行确诊，而需要利用一些特殊的检查方法对疾病进行确诊，然后再用一些特殊的治疗方法对其进行治疗。有不少老年人对这些特殊的检查方法和治疗方法还不熟悉，那么现在就为老年病人作一下简单的介绍。

第一节 一般的化验检查

一、化验前的准备

化验是医师了解患者病情的一种实验手段。

由于化验的方法很多，采用的试剂和仪器不同，其他医院化验的结果只能作参考，而不能作为依据。同时，有的情况变化也很快，医师为了解现时情况也需要化验。如果患者原来做过化验，可将化验单交医师过目，作为参考。

在化验前病人做好充分准备，是确保化验结果准确的重要环节。

1. 饮食

进餐后血液中脂肪、蛋白质和糖类有所增加，故检查有关项目时要求病人晚餐后禁食，次日清晨空腹时采血。

2. 药物

病人在用药过程中，其服用的某些药物会对检验产生一定的干扰，一般要求检查前暂停用药。如果某些药物不能停用，应了解其可能造成的影响。如：尿液试纸条检测法，在尿液中含有高浓度维生素C时测葡萄糖、胆红素可呈假阴性；先锋霉素、四环素可降低白细胞试验的反应性；磺胺类药物对尿胆原试验有干扰。

3. 时间

由于人体代谢的因素，白细胞数量在餐后可升高，红细胞数量在餐后及下午5时至次晨7时之间下降约10%，故一般要求每次检查尤其是复查时，在大致相同的时间采样为好。

有些检查则根据提高阳性率的要求，需选择最佳时间。如：血液细菌培养，应在使用抗菌素之前抽血送检。血液内寄生虫微丝蚴检查，因微丝蚴有夜间出现的特征，在晚上10时以后为出现高峰，故应在半夜抽血。

4. 活动

运动后可引起白细胞、红细胞数量增多，红细胞沉降率增快；肌肉持续性活动后肌酸激酶、乳酸脱氢酶等提高，所以要求采样前病人处于安静状态。

二、几种化验方法及注意事项

1. 留取、保存和送达尿液标本

尿液能反映人体的生理功能和病理情况。根据临床不同的疾病，可以从尿液化验中寻找诊断依据。尿液标本必须新鲜送检，天气炎热时更应注意，否则可使标本中原有成分发生变化，失去检验意义。实在无法立即送检时，最好将留尿置于冰箱内保存。某些留尿时间较长的，为防止检测物变质，留尿过程中可在容器内放置由医院检验室提供的各种防腐剂。容器要求清洁干燥，留尿时要注意不能混有粪便，尤其婴幼儿和老年人留尿时更应注意。

根据不同的要求，送检的尿液有以下几种：

(1)晨尿。是指早晨起床后的第一次尿。此时尿中排出的检测物一般来说比较恒定，常用于常规检验或观察某些指标的对比情况。每次取量约 100 毫升。

(2)随时尿。根据病情需要，随时排尿送检。有时可在排出的尿液中发现有异常情况时留尿送检，如：发现血尿、乳糜尿、黄疸尿等情况。

(3)定时尿。按不同的规定时间留取全部尿液。如用于做尿内细胞数量计数的，常留 3 小时尿或 12 小时尿液；尿液内某些组分如葡萄糖、蛋白质、内分泌激素的定量测定时，必须留取 24 小时尿液。以上留尿均须量出总量。收集定时尿液的方法一般是在清晨把尿液排尽，记下时间，然后把每次排出的尿液存留于已经洗净、干燥并有防腐剂的容器内（也

可用一次性塑料瓶),直到规定的时间,此时不论有无尿意,也要排尿一次。

(4)清洁尿。为避免女性阴道分泌物污染尿液,妇女可先作外阴部的冲洗、清洁后再留取尿液。

(5)细菌培养尿标本的留取。留取清洁中段尿,可先用肥皂水及清水清洁外阴部,然后用无菌生理盐水冲洗、拭干,再排尿,用无菌消毒容器接留中段排出的尿液2~3毫升,立即送检。如需留取导尿标本,则由医务人员施行导尿术收集于无菌容器内,要注意不能混入消毒剂,否则影响细菌生长。

(6)结核杆菌集菌检查。留取24小时尿液,静置数小时后,倒去上层尿液,将沉淀物盛于洁净的瓶内送检。

(7)酚红试验病人如何配合。酚红试验是医师用来测定肾功能的一种方法。酚红是一种对人没有伤害的红色染料,能通过肾脏排出体外。通过酚红排泄的多少、快慢可了解肾功能。

病人在配合时应注意以下几点:第一,试验开始时,病人需喝500毫升温开水,以便使膀胱排空,即解尽小便;第二,由护士缓慢注射酚红1毫升,如感觉有什么不舒服要及时告诉护士;第三,在注射酚红药物前要准备4个瓶子,并编写好顺序,每15、30、60、120分钟解小便一次,并收集在瓶内送检;第四,尿液每次都必须全部收集,不能滴漏在外。每次收集时还要全部解尽,这样就不会影响试验结果的准确性,医师才能正确判断肾脏的功能。

2. 血液化验

血液化验是医师经常为病人检查的一种方法,以了解血

液中的状况及全身的病况。一般血液化验有血常规化验及非常规化验两种，适用于：

(1) 血液成分的测定。了解血液成分如：红细胞、白细胞、血小板、血红蛋白等的组成及比例，以了解血细胞数量是否正常从而帮助判断疾病。

(2) 血液中元素的测定。如：测定血中的钾、钠、氯、钙、镁、铁、铜等元素的含量，了解人体水电解质的平衡度、比例及是否缺乏微量元素，为治疗提供指示和帮助。

(3) 血气分析。了解血液中氧、二氧化碳等气体的含量，帮助诊断和治疗。

(4) 血液生化检查。检查血液中的各种生化成分，以判断人体各脏器功能，如肝功能、肾功能、心肌酶、血脂、载脂蛋白、蛋白电泳等。

(5) 血液免疫学血清检查。通过检测血液中的各种抗体、补体、免疫球蛋白、肿瘤标志物等，来诊断疾病，指导治疗。

3. 留取粪便标本的方法

粪便检查对诊断疾病，了解病情，指导治疗很有作用。为提高化验的正确性，要正确留取粪便标本。方法是：

(1) 留取粪便标本时，一般先到化验室索取涂蜡的小纸盒，病房则由护士准备，在家则可用火柴盒或用干净的白纸包上。准备一根干净的木棒，为取粪使用。如果为水样便，可先解在干净的便盆内，再倒入干净的瓶中送检。

(2) 在留取标本时应挑取外观不正常的部分，如：脓血样便、粘冻样便、泡沫样便、含未消化食物的大便等。有时要取粪便的外层、内层，前、中、后段，以便能全面反映真

实的情况。

(3) 由于化验大便的目的不同,所需大便的量是不同的。一般常规化验需取 5 克(枣核大小)左右的新鲜大便。当查找寄生虫卵时,因需浓缩大便,需 20 克左右。查找阿米巴和其他原虫只需 2 克就够了,但要注意将粪便保温,并迅速送检,以免阿米巴滋养体失去活动能力而难以辨认。

(4) 检查蛲虫需要使用软玻璃粘拭子(在化验室索取),清晨排便前在肛门四周拭取标本,立即送检。

(5) 隐血试验。所谓隐血就是消化道疾病导致内出血而用肉眼看不见,出血量较少的表现。但是当肛门出血混入粪便或吃了某些食物如动物肝脏、肝制剂、肉类、血类以及含叶绿素丰富的食物如菠菜、青菜等,或吃了某些药物如硫酸亚铁、红色补丸、补血汗等,可能出现假阳性反应。因此,病人在收集粪便前三天要禁食动物性食物及上述蔬菜、药物。收集粪便时挑取蚕豆大小内层粪便。如果有柏油状粪便应及时留取送检。

(6) 结石、寄生虫体及虫卵计数、粪胆原定量等检查,应收集 24 小时全部粪便送检。

(7) 脂肪定量检查时,根据检测采用方法而留取。先食定量脂肪餐 50~150 克/天,共 6 天,从第 3 天起,收集 3 天的粪便。或采用简易法,即在正常膳食上,收集 24 小时的全部粪便,混合后送检。

(8) 细菌检验标本应将粪便收集在由医院提供的无菌消毒容器内,及时送检。在无法取得粪便时,则可由医务人员用直肠棉拭法采取,然后根据不同目的盛入无菌容器或保菌

液中送检。

4. 留痰标本的方法

很多化验是通过痰液检查而发现或诊断疾病的，如：肺结核、肺癌、肺吸虫、流行性脑脊髓膜炎等疾病都可通过对痰液检查来诊断。

留取标本的正确方法是：

(1) 以早晨起床后第一口痰为宜。在自留痰液时，应在晨起后刷牙，用 3% 的双氧水漱口三次，用力咳出气管深处分泌物，注意不能混入唾液及鼻咽分泌物，这在痰液抗酸涂片试验、痰培养时是十分重要的。而在做流行性脑脊髓膜炎的化验时，痰液则不必是清晨第一口，不要漱口，也不要用力咳出，而是唾液性痰液即可。

(2) 做细菌培养时，应先到化验室取灭菌专用容器留取后及时送检，一般送检时间不要超过 10 分钟。

(3) 注明做漂浮或浓集结核菌检查时，需留取 12~24 小时痰液送检，痰液总量不能少于 5 毫升。

(4) 做 24 小时痰量和分层检查时，病人应将痰液吐在医院专用的无色广口瓶内。医师或护士会加入少量防腐剂。

5. 抽脑脊液的注意事项

当医师怀疑病人患有颅内感染（流行性脑脊髓膜炎、化脓性脑膜炎、结核性脑膜炎、病毒性脑膜炎等）、出血、肿瘤、蛛网膜下腔出血时，经常要进行腰椎穿刺，抽取脑脊液进行化验检查，以明确诊断，对症治疗。抽取脑脊液后，病人应平卧静躺 12 小时，不要做大的活动和快速大弯腰。

很多人担心抽取脑脊液化验会影响身体健康，有损脑的

记忆和思维，造成后遗症等。其实这种担心是不必要的。脑脊液是充满于脑室内及脊髓腔中的液体，在脑和脊髓内循环流动。一个人的脑脊液总量大约为 90~150 毫升，它的形成和吸收速度每天在 15~400 毫升之间。在脑室内和脊髓腔中总是保持着脑脊液压力的平衡。虽然它的形成和吸收的速度较缓慢，但抽取脑脊液的量很小，一向仅几毫升，在短期内会得到补充。做腰椎穿刺时，穿刺部位在第三、第四腰椎之间，在这个部位没有脊髓组织，因而也不会因穿刺而造成脊髓损伤。

当脑和脊髓患病时，其本身会产生不同程度的损害，尽管经过治疗也还可能留下种种神经症状，不能毫无根据地认为这是腰椎穿刺抽取脑脊液造成的后遗症。要想减少和避免产生脑与脊髓疾病本身的后遗症，只有早期穿刺抽取脑脊液化验，早期明确诊断，早期进行治疗，这才是重要的。

6. 留取精液检验的注意事项

当结婚后多年不孕时，首先应检查男子的精液，看其是否正常，以决定治疗方案。在我国不孕症中约有 70% 是由于男方的问题而产生的。这项检查应到医院进行。

精液由精子和精浆组成。外观呈灰白色，较粘稠，弱碱性，微腥味，久放后呈现微黄色。正常人平均一次排精约 2.5~5 毫升，每毫升含精子 1 亿~1.5 亿个。当精液量少于 1 毫升或每毫升精子数低于 0.6 亿时，生育机会减少；如果其中成熟的精子减少、精子活动度下降、异常精子增加，均减少生育的机会；而无精子或无活精子无生育可能。因此，精液检查是鉴别男性生育能力的方法之一。

采集精液做化验时需要注意以下事项：

(1) 受检查者在 5 天内禁止性交活动。正常的性交活动一般每星期 1~2 次，并随年龄增加逐步减退。过频的性交可导致精液量和精子量的明显下降而影响化验结果。

(2) 当自我采集精液时，可自行轻揉作阴茎按摩，将精液全部射入干净的玻璃瓶内，勿遗漏。切记在按摩阴茎时勿抚弄尿道口，以免造成尿道的上行感染。当自我按摩阴茎不射精时，可采用性交体外射精的方法采集精液标本。这需要夫妻之间的良好合作。

(3) 不宜用避孕套采集精液，因为其含有抑制精子活动的化学物质，有碍检查结果的准确性。

(4) 取得精液标本后，一般在 30 分钟内应送到化验室。在天气寒冷时还应注意保温，以免降低精子的活动度。标签上要注明采集精液的时间和此次前的排精日期。

(5) 如果要做细菌培养，应在医师、护士指导下先消毒尿道口，并用无菌瓶收集。

(6) 在检查前 7 天内停用丙酸睾丸酮、苯乙酸睾丸酮、苯丙酸诺龙等性激素药物。

三、学会看懂化验单

为便于读者了解常用的一些化验结果，什么属于正常、什么属于异常，以及这些异常结果提示哪些疾病，本文选择了 10 个常用的化验项目，予以简单介绍。

应当说明的是，由于化验的结果可以受多种因素的影响，

各地所规定的化验正常结果的标准也不尽一致。因此，本文所列之化验参考值仅供读者参考，在诊断疾病时，还应遵照就诊医疗部门的意见。

1. 血液学化验

(1) 白细胞计数 (White Blood Cell Count, 缩写 WBC)
参考值: $(4\sim 10) \times 10^9/L$ 。

临床意义:

a. 增高: 见于急性细菌感染 (如急性阑尾炎, 急性胆囊炎); 大出血, 严重溶血, 较大手术, 组织损伤, 大面积烧伤、心肌梗塞; 白血病、传染性单核细胞增多症; 恶性肿瘤。生理性白细胞增高见于情绪激动、运动、月经期、妊娠期、分娩。

b. 降低: 见于某些病毒性疾病如肝炎、流感、麻疹等; 其他传染病如疟疾、伤寒、黑热病; 老年人等机体反映低下者严重感染时; 再生障碍性贫血、脾功能亢进、粒细胞减少症或粒细胞缺乏症。肿瘤病人化疗期。

(2) 白细胞分类计数 (Differential Leukocyte Count, 缩写 DC, 简称白分)

参考值: 中性杆状核粒细胞 $1\% \sim 5\% (0.04 \sim 0.5) \times 10^9/L$; 中性分叶核粒细胞 $50\% \sim 70\% (2 \sim 7) \times 10^9/L$; 嗜酸粒细胞 $0.5\% \sim 5\% (0.05 \sim 0.5) \times 10^9/L$; 嗜碱粒细胞 $0\% \sim 1\% (0 \sim 0.1) \times 10^9/L$; 淋巴细胞 $20\% \sim 40\% (0.2 \sim 0.4) \times 10^9/L$; 单核细胞 $3\% \sim 8\% (0.08 \sim 0.8) \times 10^9/L$ 。

临床意义 (中性分叶核粒细胞):

a. 增高: 生理性增高见于剧烈运动、妊娠期、新生儿等。

病理性增高见于球菌感染、部分杆菌感染、部分病毒感染、烧伤、手术、心肌梗塞、尿毒症、糖尿病酸中毒、妊娠高血压综合征、恶性肿瘤、急性出血、急性溶血、慢性粒细胞性白血病、急性白血病、真性红细胞增多症、骨髓纤维化。

b. 降低：见于病毒感染、部分严重细菌感染、再生障碍性贫血、巨幼细胞性贫血、急性白血病、肝硬化、脾功能亢进、原虫感染、粒细胞减少症、肿瘤放疗或化疗后、用抗甲状腺药物。

(3) 红细胞计数 (Red Blood Cell Count, 缩写 RBC)

参考值：男性： $(4.0\sim 5.5) \times 10^9/L$ ；女性： $(3.5\sim 5.0) \times 10^9/L$ ；

临床意义：

a. 增高：见于呕吐、腹泻、烧伤所致的脱水、血液浓缩；长期缺氧、剧烈活动、先天性心脏病、肺心病、肺气肿、低氧血症、真性红细胞增多症；新生儿、高原居民。

b. 降低：见于贫血、失血、重症寄生虫病、妊娠中晚期。

(4) 血红蛋白 (Hemoglobin, 缩写 Hb)

参考值：新生儿：180~190g/L；成年男性 120~160g/L；成年女性：110~150g/L。

临床意义：

a. 增高：生理性增高见于新生儿、高原居民等。病理性增高见于真性红细胞增多症、代偿性红细胞增多症、脱水。

b. 降低：见于贫血、白血病、失血后、产后等。

(5) 红细胞压积 (Hematocrit, HCT)

参考值：37%~50%

临床意义：

增高：严重脱水等引起的血液浓缩。

(6) 血小板计数 (Platelet Count, 缩写 BPC)

参考值： $(100\sim 300) \times 10^9/L$ 。

临床意义：

a. 增高：生理性增高见于运动和进餐后，午后比晨间高。病理性增高见于急性失血、溶血、真性红细胞增多症、原发性血小板增多症、慢性粒细胞性白血病、脾切除术后、急性风湿热、类风湿性关节炎、溃疡性结肠炎、恶性肿瘤、大手术后。

b. 生理性降低见于月经期。

c. 病理性降低见于下列情况：

第一，造血功能障碍：骨髓增生不良或被异常组织浸润；再生障碍性贫血、白血病、淋巴肉瘤、骨髓纤维化、何杰金氏病、结核病、癌肿骨髓转移。

造血物质缺乏：坏血病、肝炎、部分巨幼红细胞性贫血。

感染或理化因素所致的骨髓抑制：严重感染、苯、砷、金中毒，放射线照射，抗癌药，抗甲状腺药，噻嗪类利尿药。

第二，血小板破坏亢进：免疫性血小板减少性紫癜、脾功能亢进、体外循环等。

第三，血小板消耗过多：血栓性血小板少性紫癜、弥漫性血管内凝血 (DIC)、巨大血管瘤等。

(7) 出血时间 (Bleeding Time, 缩写 BT)

参考值：Duke 法：1~3 分钟 Ivy 法：0.5~7 分钟

临床意义：

a. 血小板减少 ($< 50 \times 10^9/L$; 特发性或继发性血小板减少性紫癜。

b. 血小板功能异常: 血小板无力症、巨大血小板综合征、尿毒症。

c. 血管异常: 坏血病、遗传性毛细血管扩张症、血管性假血友病。

d. 严重肝肾损害, 磷中毒, 氯仿中毒。

e. 严重胆道堵塞、弥漫性血管内凝血 (DIC)、血浆中凝血因子减少或不足。

f. 服用抗凝血药。出血时间缩短见于高凝状态。

(8) 凝血酶原时间 (Prothrombin Time, 缩写 PT)

参考值: 一步法: 11~15 秒; 二步法: 18~22 秒。

临床意义:

a. 延长见于凝血因子 V、VII、X 缺乏、纤维蛋白原减少、维生素 K 缺乏、血中有抗凝物质、DIC。

b. 缩短见于心肌梗塞、静脉炎、肺栓塞早期。

(9) 血沉和血脂测定。

a. 血沉魏氏法。男: 0~15 毫米 女: 0~20 毫米。克氏法: 男性: 0~8 毫米 女: 0~10 毫米。

临床意义:

增快: 见于妊娠中后期和产后一个月、幼儿、月经期等生理情况下。

风湿热、风湿性心脏病、结核活动期、急性炎症、急性传染病、贫血、恶性肿瘤、急性心肌梗塞、红斑狼疮等结缔组织病、疟疾等寄生虫病等病理情况下。

b. 总胆固醇和胆固醇酯测定。

参考值：总胆固醇：130~220 毫米。

胆固醇酯：90~130 毫克。

临床意义：

增高：见于动脉粥样硬化、糖尿病、肾病综合征、总胆管阻塞、甲状腺功能减退、高血压等。

减低：见于肝炎、肝硬化、急性胰腺炎、甲状腺功能亢进、肺结核、贫血等。

c. 甘油三酯测定。

参考值：50~150 毫克。

临床意义：

增高：见于动脉粥样硬化、糖尿病、肾病综合征、急性胰腺炎、甲状腺功能减退、脂肪肝等。

d. 磷脂测定。

参考值：脂：150~275 毫克。

磷：6~11 毫克。

临床意义：

增高：见于肾病综合征、糖尿病、甲状腺功能减退、肝硬化、原发性高血压等。

减低：见于急性感染发热、低色素性贫血、有黄疸的溶血性贫血、甲状腺功能亢进等。

e. 脂蛋白电泳。

参考值：脂蛋白：20%~40% 前脂蛋白：13%~25%
脂蛋白：50%~60%。

临床意义：

脂蛋白增高、脂蛋白减低：见于胆汁性肝硬化。

脂蛋白减低、脂蛋白增高、见于动脉粥样硬化、肾经、病综合征、糖尿病、粘液水肿等。

前 脂蛋白或 脂蛋白增高：见于冠心病。

f. 血小板计数。

参考值：10万~30万

临床意义：

增多：见于红细胞增多症、大出血或手术后、脾切除后、骨髓增生症、慢性粒细胞性白血病、何杰金氏病。

减低：血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、脾功能亢进、急性白血病、弥漫性血管内凝血、黑热病、骨髓瘤、药物中毒等。

g. 出血时间测定。

参考值：1~3分钟。

临床意义：

出血时间延长见于毛细血管脆性(如坏血病)、血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、急性白血病、弥漫性血管内凝血、脾功能亢进、严重的凝血酶原减少症、继发性纤维蛋白溶解症等。

h. 凝血时间测定。

参考值：玻片法：2~8分钟 毛细管法：3~7分钟 试管法：4~12分钟

临床意义：

凝血时间延长见于血友病、弥漫性血管内凝血、继发性纤维蛋白溶解症、严重肝脏疾病等。

i. 凝血酶原时间测定。

参考值：奎克氏法：12~14 秒。

临床意义：

凝血酶原时间延长，见于凝血酶原缺乏症；V、VII、X 因子缺乏症等。

j. 纤维蛋白原测定。

参考值：0.2~0.4 克。

临床意义：

减低：见于先天性纤维蛋白原缺乏症、严重肝脏疾病、弥漫性血管内凝血等。

k. 其他常用的血液化验。

第一，血糖测定。

参考值：福林 - 吴氏法：80~120 毫克。

邻甲苯胺法：70~110 毫克。

临床意义：

增高：见于糖尿病、甲状腺功能亢进、皮质醇增多症，肢端肥大症、嗜铬细胞瘤、妊娠严重呕吐、脑溢血、脑震荡、脑瘤、脑膜炎等。

减低：见于甲状腺功能减退、慢性肾上腺皮质功能减低、脑垂体功能不全、胰岛素等降糖药物过量治疗后、饥饿等。

第二，葡萄糖耐量试验。

参考值：口服法：1/2~1 小时血糖浓度高峰（< 160 毫克），2~2¹/₂ 小时恢复至空腹水平。

静脉法：5 分钟达高峰（< 250 毫克），2 小时后恢复至空空腹水平。

临床意义：

耐量减低：见于糖尿病、肝脏病、甲状腺功能亢进、垂体前叶功能亢进、肾上腺皮质功能亢进等。

耐量增高：见于甲状腺功能减退、肾上腺皮质功能减退、垂体前叶功能减退等。

第三，血清蛋白结合碘测定。

参考值：4~8 微克。

临床意义：

增高：见于甲状腺功能亢进、急性甲状腺炎、传染性肝炎。

减低：见于甲状腺功能减退、甲状腺切除术后、慢性肾上腺皮质功能减退、垂体前叶功能减低、肾病综合征、肝硬化等。

第四，血清淀粉酶测定。

参考值：稀释法：8~64 单位。

苏木奇单位：60~160 单位。

临床意义：

增高：见于急性胰腺炎、胆囊炎、溃疡病、肠梗阻、腹膜炎、总胆管阻塞、胰腺癌、流行性腮腺炎等。

减低：见于肝硬化、肝癌、重症肝炎、糖尿病等。

第五，抗链球菌溶血素“O”试验（抗“O”ASO）。

参考值：陆氏法：0~500 单位。

临床意义：

500 单位以上：见于风湿热、急性肾炎，曾有溶血性链球菌感染（如猩红热等），但肾病综合征、结核病、肝炎、结

缔组织疾病等有时也可增高。

第六，伤寒血清凝集试验（肥达氏试验）。

参考值：伤寒、副伤寒菌体抗原（O）：0~80。

伤寒鞭毛抗原（H）：0~160

副伤寒鞭毛抗原：（A）：0~160（B）：0~160（C）：0~1：

160

临床意义：

（H）（O）均增高：见于伤寒（A、B、C 中之一项）

与（O）增高：见于副伤寒。

第七，酸性磷酸酶测定。

参考值：金氏单位：0~5 单位。

鲍氏单位：0~1 单位。

临床意义：

增高：见于前列腺癌。

第八，乳酸脱氢酶测定（LDH）。

参考值：225~540 单位。

临床意义：

增高：见于心肌梗塞、白血病、淋巴瘤、肝癌、肺癌等。

第九，血清脂肪酶测定。

参考值：0.5~1.5 单位/毫升。

临床意义：

增高：见于急性胰腺炎、胰腺癌、胃穿孔、肠梗阻等。

第十，血清蛋白电泳。

参考值：纸电泳法：白蛋白为 55%~62% 球蛋白（₁）
为 4%~5% 球蛋白（₂）为 6%~9% 球蛋白（₃）为 9%~12%

球蛋白()为15%~20%。

醋酸纤维电泳法：白蛋白为55%~70% 球蛋白(₁)为2%~5% 球蛋白(₂)为4%~9% 球蛋白()为7%~12% 球蛋白()为12%~20%。

临床意义：

白蛋白增高：参见肝功能化验白蛋白增高项。

球蛋白增高：

()：见于肝硬化、肾炎、肾病综合征、营养不良等。

()：见于慢性肝炎、胆汁性肝硬化、阻塞性黄疸、肾病综合征、糖尿病等。

()：见于慢性肝炎、肝硬化、感染性疾病(如结核病、亚急性细菌性心内膜炎等)、多发性骨髓瘤、结缔组织疾病等。

球蛋白()减低：见于慢性肾炎、肾病综合征等。

第十一，甲种胎儿球蛋白试验(-FG -FP)

参考值：琼脂免疫扩散法或对流免疫电泳，阴性。

临床意义：

阳性：见于原发性肝癌(阳性率达90%)

弱阳性：见于肝硬化，肝炎、转移性肝癌等。

参考值：放射免疫法：12.5微克/毫升以下。

临床意义：

12.5~25微克/毫克：可疑肝癌。

400毫微克/毫克以上：见于原发性肝癌。

第十二，乙型肝炎抗原测定(HBAg)

参考值：阴性。

临床意义：

阳性：易发展为慢性肝炎、肝硬化，肝炎患者如阳性，则为乙型肝炎，有传染性。

第十三，粘蛋白测定。

参考值：酪氨酸：2%~5%（毫克）

蛋白：40%~90%（毫克）

临床意义：

增高：见于急性炎症、恶性肿瘤、风湿热、结缔组织疾病等。

减低：见于肝炎、肝硬化、脑垂体功能减退等。

生化检验。A.血清总蛋白（Total Protein，简称TP）

参考值：60%~83g/L。

临床意义：

增高见于：

呕吐、腹泻、糖尿病酸中毒、急性传染病等原因导致的脱水；

引起球蛋白增高的疾病如多发性骨髓瘤、巨球蛋白血症；慢属于传染病如结核、梅毒等。

降低见于：引起血清白蛋白降低的各种疾病。

（10）血清白蛋白（Albumin，Alb）

参考值：35~50g/L。

临床意义：

a. 增高见于脱水及血液浓缩。

b. 降低见于：

第一，白蛋白大量丢失，如肾病综合征、大面积烧伤、大量排胸水、腹水或肠痿；

第二，白蛋白合成障碍的疾病，如慢性肝炎、肝坏死、肝硬化、肝癌；

第三，蛋白质摄入不足的情形，如营养不良、胃肠道疾病所致蛋白质消化与吸收功能障碍；

第四，蛋白质消耗过多，如恶性肿瘤、慢性消耗性疾病。

(11) 血清球蛋白 (Globulin, G)

参考值：20~30g/L。

临床意义：

a. 增高：见于肝硬变、慢性活动性肝炎、血吸虫病、疟疾、黑热病中、系统性红斑性狼疮、亚急性细菌性心内膜炎、多发性骨髓瘤、巨球蛋白血症。

b. 降低：见于先天性无球蛋白血症、长期大量应用免疫抑制剂等。

(12) 白球比例 (A/G)

参考值：1.5~2.5。

临床意义：

凡能引起球蛋白增高和/或白蛋白降低的疾病均能引起A/G比值降低，比值小于1.0时称为“倒置”。

(13) 血氨 (Ammonia)

参考值：10~30 μ mol/L。

临床意义：

增高：见于肝昏迷、门静脉高压分流术后、上消化道血及有机磷中毒。

(14) 血清肌酐 (Creatinine, Cr)

参考值：男性：80~133 μ mol/L；女性：62~115 μ mol/L。

临床意义：

增高见于：

a . 肾实质病变如肾小球肾炎、肾硬化、多囊肾、肾移植后排斥反应；

b . 伴肾血流量减少的各种病症如脱水、失血、休克和心力衰竭等。降低见于：严重肝病等。

(15) 血清尿素(Urea ,Ure),旧称尿素氮(UreaNitrogen , UN)。

参考值：1.8~6.1mmol/L。

临床意义：

生理性增高见于高蛋白饮食，生理性降低见于妊娠。

病理性增高见于：

a . 肾前性因素(蛋白质分解增强、尿素合成增多) 如长期发热、上消化道出血、使用皮质类固醇类药物等；

b . 肾性因素即肾实质病变；

c . 肾后性因素如结石、肿瘤、前列腺肥大引起尿道或输尿管阻塞等。

(16) 血清总胆红素(Total Bilirubin , 缩写 TB , 简称总胆)。

参考值：6~18umol/L。

临床意义：

增高见于有肝细胞损害的疾病，如肝脏的各种炎症、中毒、肿瘤；肝内或肝外的胆道阻塞；溶血性疾病等。

(17) 血清直接胆红素(Direct Bilirubin , 缩写 DB , 简称直胆)。

参考值：0~6 μ mol/L。

临床意义：

增高见于有肝细胞损害的疾病，如肝脏的各种炎症、中毒、肿瘤；肝内或肝外的胆道阻塞。

2. 尿液化验

(1) 尿色 (Colour)

参考值：淡黄色或黄色。

临床意义：

a. 深黄色或棕黄色，常为胆红素尿，见于阻塞性黄疸或肝细胞性黄疸。

b. 棕红色或淡红而混浊如洗肉水样，见于泌尿系统的结石、结核、肿瘤、炎症。

c. 色如酱油或红葡萄酒、镜检无红细胞者，多为血红蛋白尿，见于阵发性睡眠性血红蛋白尿、蚕豆病、恶性疟疾、血型不合所致输血反应。

(2) 尿透明度 (Clarity)

参考值：新鲜尿多为透明，久置可因盐类析出而混浊。

临床意义：

新鲜尿混浊可于尿路感染、脓尿、乳糜尿、尿酸盐、磷酸盐或碳酸盐沉淀。

(3) 尿量 (Urine Volume, 缩写 UV)

参考值：1500~2000ml/24 小时。

临床意义：

a. 增多：每日尿量超过 2500ml 为多尿，可见于：

第一，生理性多尿：饮水多、饮浓茶、饮酒、精神紧张、

受凉后。

第二，病理性多尿：见于糖尿病、尿崩症、慢性肾炎、急性肾功能衰竭的多尿期、高血压肾病、肾性糖尿、粘液性水肿、肢端肥大症、脑炎、原发性甲状旁腺功能亢进、原发性醛固酮增多症。

b. 减少：每日尿量少于 500ml 为少尿，可见于休克、脱水、严重烧伤、急性肾炎、心力衰竭的无尿期。

(4) 尿比重 (Specific Gravity)

参考值：随机尿：1.003~1.030；晨尿大于 1.020；24 小时混合尿为 1.015~1.025。

临床意义：

a. 增高：见于脱水、急性肾小球肾炎、糖尿病。

b. 降低：见于尿崩症、慢性肾衰、尿毒症、恶性高血压。

(5) 尿蛋白 (Urine Protein)

参考值：A 定性：阴性。B 定量：20~80mg/24 小时。

临床意义：

a. 生理性阳性或增高（暂时性、弱阳性）见于剧烈活动后、妊娠。精神过度紧张、严重受寒、长期直立、妊娠。

b. 病理性阳性或增高；见于肾小球肾炎、肾盂肾炎、肾病、肾结核、肾结石、多囊肾、肾淀粉样变性、高血压肾病、休克、糖尿病肾病、甲状腺功能亢进、妊娠高血压综合征、败血症、系统性红斑狼疮、发热、溶血性贫血、白血病、严重肌肉损伤、化学品中毒；前列腺、输尿管炎、膀胱炎、尿道炎。

(6) 尿本 - 周氏蛋白 (Bence-jones Protein, 又称凝溶

蛋白)。

参考值：阴性。

临床意义：

阳性：见于大多数多发性骨髓瘤病人尿中，偶见于白血病、骨肉瘤、骨软化症及癌肿骨转移。

(7) 尿糖 (Urine Glucose)

参考值： 定性：阴性。 定量：0.1~0.9 克/24 小时。

临床意义：

增高或阳性：见于糖尿病、胰腺疾病、肾性糖尿。甲状腺功能亢进症、脑垂体前叶功能亢进、肾上腺皮质功能亢进。嗜铬细胞瘤、颅内压升高、慢性肝病。

(8) 尿酮体 (Urine Ketone Bodies)

临床意义：

阳性：见于糖尿病酮症酸中毒、脱水、呕吐、中毒性休克、碳水化合物摄入不足及脂肪分解代谢增强。

(9) 尿胆红素 (Urobilin)

临床意义：

阳性：肝脏疾病、胆道疾病、肝内或肝外胆管阻塞。

(10) 尿淀粉酶 (Urine Amylase)

参考值 :a. Winshow 法 :8~64U。 b. Somogyi 法 :35~260U。

c. 合成七糖底物法：< 400/L。

临床意义：

增高：见于急性胰腺炎、总胆管阻管、胃或十二指肠溃疡穿孔、小肠梗阻、流行性腮腺炎。用 Somogyi 法测定超过 500U 时可确诊为急性胰腺炎。急性胰腺炎如合并肾功能不

全，尿淀粉酶可正常或仅轻度增高。

(11) 乳糜尿检验。

正常结果：阴性。

临床意义：

阳性：见于血丝虫病、其他引起淋巴管阻塞的疾病。

3. 粪便化验

(1) 外观检查。

正常结果：颜色：黄色或棕黄色

性状：软、成形（条状）

临床意义：

颜色：红色：见于痔疮、结肠癌、息肉、肛裂等，也可能因服用某些药物（如扑蛲灵、本酚酞）或食用某些食物（如红辣椒、番茄）等。

a. 黑色：见于胃溃疡出血、食道静脉曲张破裂、胃癌等，也可能因服用某些药物（如碳片、铁剂、铋制剂）或食用某些食物（如鸡、鸭、猪血，猪肝等）等。

b. 灰白色：见于胆道完全性梗阻、服用钡剂进行造影检查后等。

c. 果酱色：见于阿米巴痢疾、肠套迭或食用某些食物等。

性状：球形：见于便秘等。扁平带状：见于肛门狭窄等。

粘液状：见于菌痢、慢性结肠炎、某些寄生虫疾病。粘血状：见于阿米巴痢疾等。水样：见于急性胃肠炎、食物中毒、霍乱、出血性小肠炎（赤豆汤样）等。

(2) 显微镜下检查。

正常结果：红细胞：阴性 白细胞：阴性 寄生虫卵：阴

性 食物残渣：少量植物细胞和肌肉纤维 结晶：可有各种盐类结晶

临床意义：

a. 红细胞阳性：见于胃肠道下部出血、肠炎、肠结核、菌痢、肠肿瘤等。

b. 白细胞阳性：见于肠炎、菌痢等。

c. 巨噬细胞阳性：见于菌痢等。

d. 寄生虫卵：如蛔虫病、鞭虫病、蛲虫病、钩虫病的虫卵。

e. 食物残渣：植物细胞：一般无意义。肌肉纤维增多：见于消化不良、胰腺功能不全、肠蠕动亢进等。

f. 脂肪增多：见于胆汁分泌或胆道障碍、胰腺功能不良、胰管梗阻、肠炎等。

g. 淀粉颗粒增多：见于小肠消化功能不良、胰腺功能不良等。

h. 结晶：各种盐类结晶：为食蔬菜较多所致，无意义，尖梭形结晶：(夏科雷登氏结晶)见于阿米巴痢疾、肠道溃疡等。菱形血晶：见于胃肠道出血。

(3) 隐血试验。

正常结果：阴性

临床意义：

阳性：见于胃肠道出血疾病，如胃溃疡出血、胃肠道肿瘤等；但如进食过青菜等叶绿素食物、鸡鸭等动物血、以及含铁药物等，亦可出现假阳性。

(4) 粪胆素试验。

正常结果：阳性

临床意义：

阴性：见于阻塞性黄疸。

肝功能测定：黄疸指数。

参考值：2~6 单位

临床意义：

增高：见于溶血性贫血、传染性肝炎、中毒性肝炎、肝硬化、肝坏死、钩端螺旋体病、肝癌、败血症、胆石症、胆囊炎、急性胰腺炎、胰腺癌等引起的黄疸。

但黄疸指数因仅反映血清的黄色程度而已，故可受食物、药物等影响。

(5) 血胆红素测定。

参考值：0.1~1 毫克。

临床意义：

增高：与黄疸指数增高同，但比黄疸指数测定要准确。

(6) 血清胆红质定性试验（凡登白试验）和定量试验。

参考值：直接胆红质：阴性 定量：0.1~0.2 毫克 间接胆红质：弱阳性 定量：0.1~0.8 毫克

临床意义：

直接胆红质阳性和定量增高：见于阻塞性黄疸、肝细胞性黄疸。

间接胆红质强阳性、直接胆红质阴性和间接胆红质定量增高：见于溶血性黄疸。

(7) 碱性磷酸酶测定。

参考值：3~13 金氏单位

1.5~4.5 鲍氏单位

临床意义：

增高：见于肝炎、肝癌、肝硬化、肝脓肿、阻塞性黄疸、骨肿瘤、骨质软化、癌肿骨转移、佝偻病、纤维性或变形性骨炎、成骨不全、甲状腺功能亢进、纤维神经瘤等。

减低：见于慢性肾炎、贫血、乳糜泻等。

麝香草酚絮状试验（TFT）。

参考值：阴性（-）至阳性（+），超过（+）为异常。

临床意义：

增高：见于肝炎、肝硬化、血吸虫病、黑热病、红斑狼疮、疟疾、风湿性关节炎、脂血症等。

（8）麝香草酚浊度试验（TTT）。

参考值：0~6 单位。

临床意义：

增高：见于肝炎、肝硬化、血吸虫病、黑热病、红斑狼疮、疟疾、风湿性关节炎、脂血症等。

脑磷脂胆固醇絮状试验（CCFT）。

参考值：阴性（-）至阳性（+）超过（+）为异常。

临床意义。

增高：见于肝炎、肝硬化、血吸虫病、黑热病、红斑狼疮、疟疾、风湿性关节炎、脂血症等。

（9）硫酸锌浊度试验（ZnTT）。

参考值：2~12 单位。

临床意义：

增高：见于肝炎、肝硬化、血吸虫病、黑热病、红斑狼

疮、疟疾、风湿性关节炎、脂血症等。

谷 - 丙转氨酶测定 (SGPT)。

参考值：2~40 单位 (正常)；40~80 单位 (为可疑) 80 单位以上 (有诊断意义)。

临床意义：

增高：见于急性传染性肝炎、慢性肝炎、中毒性肝炎、肝癌、肝硬化、心肌梗塞、阻塞性黄疸、胆道炎、心肌炎、胰腺炎、疟疾、流行性腮腺炎、流行性脑膜炎、肺结核等。

(10) 血清总蛋白、白蛋白、球蛋白测定。

参考值：总蛋白：6~8 克 白蛋白：3.5~5 克 球蛋白：2~3 克。

临床意义：

a. 总蛋白增高：见于血液浓缩、网状内皮系统增生性疾病、多发性骨髓瘤。

b. 总蛋白减低；见于肝硬化、中毒性肝炎、肝坏死、肾病综合征、大面积烧伤、严重出血等。

c. 白蛋白增高：见于严重脱水、血液浓缩等。

d. 白蛋白减低；肝硬化、肝坏死、中毒性肝炎、营养不良、肾病综合征、慢性糖尿病、严重出血、大面积烧伤等。

e. 球蛋白增高：肝炎、肝硬化、结缔组织病、活动性肺结核、多发性骨髓瘤等。

球蛋白减低；见于丙球蛋白缺乏症、免疫缺陷病等。

f. 肾功能测定：

(11) 酚红排泄试验 (PSP)。

参考值：2 小时排出量：55%~80%。

临床意义：

排泄率减低：见于肾小球肾炎、先天性多囊肾、肾小管肾病、肾小球动脉硬化、高血压病、心力衰竭、休克、脱水、尿路梗阻（如前列腺肥大）等。

（12）非蛋白氮测定（NPN）。

参考值：全血：25~35 毫克。

血清：20~30 毫克。

临床意义：

a. 增高：见于急性和慢性肾炎、肾盂积水，尿中毒、尿闭、肾肿瘤、泌尿系结核、前列腺肥大、两侧输尿管结石、高热脱水、严重烧伤、休克、充血性心力衰竭、多发性骨髓瘤、严重呕吐和腹泻、甲状腺功能亢进等。

b. 减低：见于急性肝萎缩、中毒性肝炎、怀孕后期、胆道手术后等。

（13）尿素氮测定。

参考值：9~17 毫克。

临床意义：

增高：参见非蛋白氮测定增高项。减低：除参见非蛋白氮测定减低项外，还见于痢、脂性肾病、肢端肥大症等。

（14）尿素廓清试验。

参考值：最大清除值：650%~95% 毫升/分 标准清除值：40~65 毫升/分 清除率：60%~125%

临床意义：

清除率为 40%~60%，属轻损害；20%~40% 属中等损害；5%~20%，属重损害；5% 以下，属严重损害。

清除率减低：见于慢性和急性肾炎、肾动脉硬化、肾畸形、肾病有肾功能不全、肾血管痉挛、充血性心血衰竭等。

妊娠试验和前列腺液、白带检验

(15) 早期妊娠试验。

正常结果：阴性

临床意义：

阳性：除于正常怀孕（一般在怀孕 6~12 周最易测出）外，还可见于宫外孕、葡萄胎、绒毛膜上皮癌、过期流产或不完全流产有胎盘存活者等。此外，在某些更年期妇女中和某些妇科病人中，亦可出现假阳性；有的孕妇在流产后，因素不及下降，也可仍为阳性。

(16) 妊娠稀释定量试验。

参考值：1:100 (-)

临床意义：

报告结果有：1:100 (-), 1:100 (+), 1:200 (-), 1:200 (+), 1:300 (-), 1:300 (+) 等。

此方法是帮助诊断葡萄胎或绒毛膜上皮癌的化验。在正常怀孕时，于 1:100 稀释情况下，就阴性；如在 1:100 稀释下阳性，甚至 1:200、1:300 也阳性，则有助于葡萄胎的诊断；如葡萄胎经治疗后 8~12 周内，稀释试验仍为高浓度阳性，则可能为绒毛膜上皮癌或因葡萄胎尚有残留。

(17) 前列腺液检查。

参考值：颜色：乳白色，卵磷脂小体：满布 红细胞：极少 白细胞：每个高倍视野中，少于 6~10 个。

临床意义：

在前列腺炎时，颜色可出现黄脓色或浅红色，白细胞增多、卵磷脂小体减少，红细胞也可增多。

涂片染色检查可能找到细菌 在精囊炎时，红细胞也可增多。

4. 白带化验。

参考值：红细胞：偶见或极少 白细胞：少量 上皮细胞：较多。

临床意义：

白细胞增多或红细胞也增多，见于女生生殖道炎症；如找到滴虫，则为滴虫性阴道炎；如找到霉菌，则为霉菌性感染。

四、检验结果的判断

阳性结果。通常，定性检验用“阳性”或“阴性”结果发出报告。阳性是包含肯定的涵义，是指在检验中肯定某一被检物质的存在或超过某限定值范围的结果。阳性结果不完全具有病理意义，须在特定检验项目的特定条件下，由临床医师解释应用。

阴性结果。阴性是包含否定的涵义，是指某一检验中被检物质不存在或未达到限定范围的结果。阴性结果同样必须在特定检验项目、特定条件下，由临床医师解释应用。

参考范围。用定量检验方法测得的绝大多数健康人结果（生理参数）的数值，叫做参考范围或参考值。

影响检验结果的因素。人的生理参数不仅有个体间差异，

尚有个体内变化和其他许多影响检验结果的因素，如：饮食影响、昼夜节律的影响、生理状态的影响、标本离体后发生变化的影响与标本被污染的影响等，需要医务人员加强和病人的配合。

五、(+)(-)的含义

化验单或报告单的结果常用(+)(-)来表示。这里的(+)(-)并不是数学计算时的加、减符号，而是用来表示化验结果的阳性、阴性。有的人不太了解阳性和阴性的实际意思，弄不清它的含义是什么。

一般来说，阳性(+)是表示疾病或体内生理的变化有一定的结果。例如，为一位停经妇女做尿液妊娠试验检查，结果是阳性(+)，就说明这位妇女已怀孕了。再如，乙型肝炎表面抗原[HB(a)A(g)]检查结果为阳性(+)，说明这是一位乙型肝炎病人或是乙型肝炎病毒携带者，要引起重视才好。

相反，化验单或报告单上的阴性(-)，则基本上排除了某种病变的可能性。有时(+)的多少，还能表示某种疾病病情发展程度上的严重性，也就是代表数量上的变化。例如，得了糖尿病病，要经常作尿糖试验，(+)(++)(+++)的符号，就说明糖尿病的病情有所变化：(+)为病情轻，(-)为病情得到控制，而(++)(+++)说明病情没有得到控制，反而在继续恶化和发展；患有胃、十二指肠溃疡病的人，大便隐血化验结果为(+++)或(++++)，则说明病人出血的严

重程度。然而，阳性或阴性的结果有时也代表着相反的一面。检查结果为阴性，也不能盲目乐观。例如，对耳硬化症的人做耳鼓膜震动试验，阴性的结果则反而证明其确有耳硬化症。乙型肝炎表面抗体 [抗-HB(s)] 阳性(+)表示对乙肝病毒有抵抗力，阴性(-)则表示尚没有。注射乙肝疫苗可使阴性变成阳性。

随着医学科学的发展，名目繁多的化验、检查项目也随之增加，对于其结果的阳性和阴性，都要作具体分析，以便作出正确判断。

六、病历、处方及化验单上常用的缩写符号

a、c：饭前

p、c：饭后

q、d：每日一次

q、o、d：隔日一次

b、i、d：一日二次

t、i、d：每天三次

q、i、d：每日四次

h、d、(h、s)：睡时

H：皮下注射

P、O：口服

IM(i、m)或m：肌肉注射

i、v或v：静脉注射

Sig：用法

Rp：取

Rt：常规化验

P、r、n：必要时服用

WBC：白细胞数

mmHg：毫米汞柱

G·P·T：谷丙转氨酶

RBC：红细胞数

T·T·T：麝香草酚浊度试验

Hb：血红蛋白（血色素）

T：体温

P：脉搏

R：呼吸

Bp：血压

O、D：右眼

O、S：左眼

：摄氏度数

：华氏度数

七、常用自我化验介绍

病人自我化验，是采用药店零售或医院配制的现代试剂盒或粘在塑料薄片上的试纸条来进行的测试方法。它操作方法简单，易于掌握，具有经济、快速和方便的优点。病人自检特别适用于肾病、糖尿病患者自行观察病情与治疗效果。它可以减少病人往返医院的次数，节约时间和费用。但自行

检测时必须严格按照说明书要求进行操作，用新鲜的标本，注意温度的和各种条件，方能获得正确的结果。

目前，高声上最常见的自我化验用品为商品试纸条。一般包括试纸条和参考比色板两部分。试纸条上含有与被测物相对应的试剂，使用时，将试纸条浸入待测标本（一般是尿液）中后立即取出，这时，会看到试纸条变色。而参考比色板上有不同颜色的条块，分别代表阴性至不同程度的阳性。此时只要将试纸条与参考比色板进行比较就能得出结果。

目前自行检测项目大致有以下几种：

1. 尿液葡萄糖定性试验

此试纸条特别适合于糖尿病患者作自测用。正常人尿中葡萄糖含量甚微，用此法测试呈阴性。当尿中含有 1% 的葡萄糖时可获得阳性（+）的结果，但如受到常用药维生素 C 的影响，引起葡萄糖反应减弱，导致结果偏低，影响检测的准确性。

2. 尿酮体试验

酮体是人体代谢的一种产物，正常人尿中含有少量酮体，本法结果呈阴性。糖尿病、饥饿等原因可引起血中酮体浓度增高，相应的尿中酮体可明显增高，尿酮体度验阳性。主要用于糖尿病患者自测。

3. 尿糖、尿酮体二联试纸

将尿糖及尿酮体试纸裁成小方块联合粘贴在塑料薄片条上，测定尿糖和尿酮体。此试纸条专为糖尿病人设计，主要为他们自测用。

4. 血液葡萄糖定量试验

其反应原理与尿液中测定者相同，但操作方法不同。病人首先消毒手指皮肤，用无菌针头穿刺后挤出 1 小滴血，印在含有试剂的试纸条上，在室温中停留规定时间后，将试纸条上的血迹抹去，然后放入配套的反射光度计测定，仪器会自动显示出血糖浓度结果。此法对糖尿病病人自我控制疾病非常方便。

5. 妊娠试验

妊娠试验的检测目标物质是人绒毛膜促性腺激素（HCG）。健康妇女尿中不含或有极少量 HCG，怀孕后，由于胎盘活组织分泌 HCG，使尿中含量不断升高，所以试验结果指出 HCG 增高，就证明怀孕。目前市场上销售的自测妊娠试纸，方法极其简单。只需按说明书要求将试纸在尿液中浸湿后立即取出，1~2 分钟后出现 1 条浅红色带为阴性；如果出现 2 条红色带为阳性结果。此种试纸条的灵敏度高，大约怀孕 7~8 天时间，就可能测知是否有孕。

八、化验单的处理

病人到医院就诊，往往会被要求去做各种各样的检查。面对一大堆化验单，许多人会感到无所适从，特别是初次就医者。

一般来说，化验单除了病人姓名、性别、年龄、临床诊断等常规栏目外，还有一些很重要的内容如检验目的和标本类型。因此，病人拿到化验单后，首先应看清检验目的及所

需何种标本，标本是由医护人员采集还是自行采集等。其次，尽可能详细了解盛标本的容器、采集标本的时间、地方、方法及注意事项，避免因标本留取不合格而耽误诊断时间或影响检验结果的准确性。尽管多数医院检验项目已取消了预约，但并不是所有化验都适宜“随到随做”。这是因为许多检验结果受到饮食、运动、服药等方面的影响。

化验单既是医生、病人、检验师交流的重要载体，又可能成为院内感染的传染源，因此应高度注意防止交叉污染，切勿用化验单包在标本上。检验后的化验单一般都经过了相应的消毒处理，最好能装入一个专用袋子里，以防丢失和再污染。

有些病人一看到检验结果在“正常范围内”，就不再去找医生，甚至自行将化验单丢弃，这种做法是不科学的。不能根据某一项或某几项结果的高低就简单地作出患病或不患病的结论，更何况即使阴性结果也同样具有临床意义。

正确的做法是及时将化验单反馈到临床医生手上，并贴于病历上长期保存，每次就诊时将前面所做的检验报告提供给医生以作参考。首次具有确诊意义的检验指标，要求间隔1~2周再复查2~3次，以排除实验室误差引起的误诊。

第二节 特殊的检查方法

一、CT 检查

CT 是电子计算机横断层扫描的简称。CT 检查与 X 射线摄影不同，不是将影像照在照片上，而是用 X 射线对检查部位进行扫描，透过人体的 X 射线强度用检测器测量，经信号转换装置和电子计算机的处理 构成检查部位的横断面图像。因此，CT 检查的优点是：密度分辨率高，检测器灵敏，相邻组织或器官间的天然对比虽小，也能形成对比，构成清晰的图像；方法简单迅速，又无痛苦和危险，对提高诊断水平有极大的帮助。

1. CT 检查的适应证

(1) 脑部病变。包括脑部肿瘤、颅内出血、脑梗死、脑脓肿、脑动脉瘤、发育异常、脑萎缩、脑炎等。

(2) 胸部病变。包括胸部肿瘤，肺、胸膜、胸骨后、心脏后的转移瘤，肺门及纵隔淋巴结等。

(3) 腹部病变。包括肝脏肿瘤、脓肿、囊肿、血管瘤，肝硬化，胆道疾病，肾脏疾病和胰腺疾病等。

(4) 五官科病变。包括眼眶内及球后病变，副鼻窦、上下颌骨等的病变。

(5) 脊椎病变。包括椎管内、椎间盘病变和椎管狭窄。

(6) 四肢及关节病变。包括骨骼炎症、肿瘤，膝关节半月板损伤等。

2. CT 检查注意事项

(1) 患者做 CT 检查前要做碘过敏试验。

(2) 经 CT 预约登记后，不要服含金属和含碘的药物，不要做胃肠钡餐检查。如果近期内做过钡餐检查应告诉登记人员。

(3) 年老体弱、病情危重的病人做 CT 检查时需有医护人员或家属陪同。

(4) 有严重肝肾功能不全的病人应尽量不做增强扫描。

(5) 作头颅部位 CT 检查者来时请把头发洗净，做胸腔检查者须穿无扣子的棉布内衣。

(6) CT 扫描完毕后 24 小时后可到登记处取结果。急诊可以提前，一般 2 小时可发报告。

二、超声检查

超声波检查是一种新型的显像诊断技术，具有方便、灵活、快速、直观和无损害的特点。应用范围很广，诊断符合率高。但超声检查是一种非特异性检查，不能得出病因的诊断；对骨、肺、胃肠道的病变的探查尚有困难；过小的病变（小于 1 厘米）及病变前的病灶，有时难以查出；同时受超声仪器规格、性能及检查者经验等影响，还可能产生个阳性和假阴性。因此，病人需听从医师的指导，有选择地接受超

声波检查。

1. 超声检查分类

(1) A 型超声 (A 超)。主要用于测量器官的各种经线，以断定其大小。医师根据大小来确定脏器是否有病变。同时鉴别病变的物理特性，例如是气体、液体还是实体，还可对液性病变进行定位诊断及脑中线波的测量等。

(2) B 型超声 (B 超)。它分为线型和扇型扫查法，可得到人体内脏器各种切面图像。线型 B 超可对肝、胆、胰、肾、膀胱、子宫、卵巢、眼球、甲状腺等多种病变进行检查。扇型 B 超则更适用于对活动的脏器如心脏、动脉血管、胎心等的观察。

(3) M 型超声。又称超声心动图，可观察心动周期各时期、心脏各层结构位置。如清晰地观察心壁、室间隔、心腔内的瓣膜，内腔大小等特征，以辅助心血管病的诊断。还可用于胎心、胎动和膈肌运动的观察，同步记录心电图、心音图及颈动脉、静脉搏动图。

(4) D 型超声。利用多普勒效应原理，对运动的器官尤其是血流进行探测，常用彩色显示，故 D 型超声又叫彩色多普勒超声。它通过无损伤的检查方法，评价不同血流状态的生理学特征。临床可用于检测心脏及大血管等的血流动力学状态，特别是先天性心脏病及瓣膜病的分流或返流情况的检查。

(5) 腔内超声。将特殊的探头通过导管和内窥镜送入体内的超声检查方法。可经直肠、膀胱和阴道检查前列腺、精囊、子宫、卵巢等病变；诊断胃肠道肿瘤；做胆道、胰和肝

脏的肿瘤定位和活检；对动脉粥样硬化病变进行评价及介入性治疗等。

(6)介入超声。介入超声可以在超声的监视或引导下满足临床的需要，将异物等从体内取出或将药物等置入体内，达到诊断和治疗的目的。

2. 超声检查注意事项

(1)凡检查胆道、胰腺、胃及上腹部的病人，在检查前一日晚餐后禁食 12 小时再做检查（即不应吃早餐）。

(2)凡做妇科、膀胱及前列腺检查的病人，不要排尿，要到尿液充盈膀胱（尿胀感）时才可检查。如无尿则可在检查前饮开水 500~1000 毫升。

(3)检查心脏患者，需平静 10 分钟休息，然后进行检查。

(4)检查肝炎患者需先做肝功能及表面抗原测定，然后再做超声波检查。

三、X 射线检查

X 射线检查很多人称之为“照光”。X 射线是在 1895 年由德国物理学家伦琴教授发现的。这是一种看不见的射线，速度快，波长短。由于它的穿透力强，能使某物质发生荧光，可使医用胶片感光。X 射线检查的方法分为透视、照片、造影、体层摄影等。透视和照片是一般医院常规 X 射线检查方法。但在早期病变中，透视不易发现问题，而照片就可弥补其不足。但照片又因不能动态地了解疾病的变化和准确的位

置，因而产生造影、体层摄影等方法。医师根据不同疾病的需要，选择性地运用各种方法进行检查，辅助对疾病的诊断。

1. 透视检查

胸部透视(简称胸透)。胸透可以动态地观察心肺的活动，可以从不同的角度实时地观察病变位置的形态，但胸透不能留下客观的记录，同时胸透的射线量也较胸片大，只能作为胸片的补充。在胸透的时候病人应配合医生的操作，按医生的要求呼吸或屏气或缓慢移动体位。病人和医生之间的配合越好，检查的时间就越短，病人所接受的射线量就越小。

腹部透视。腹部各组织器官因缺乏天然对比，透视检查受到限制。一般仅适用于胃肠道穿孔，机械性小肠梗阻，金属异物及避孕环的检查。

透视接受 X 射线量较大，应尽量避免不必要的检查或短期内的重复检查。

2. 照片检查

胸部摄片。胸部摄片简称胸片，是一种观察肺、心脏和纵隔病变常用的检查方法。主要用于诊断肺部的炎症、结核、肿瘤、先天畸形和心脏大血管的病变。

病人在接受胸片检查时要注意以下几点：第一在拍胸片时，病人要去除胸部的金属物品，如：项链、挂件、多发圈和金属的搭扣等，不要穿有扣子的内衣，去除胸部的膏药和其他贴粘物，否则将在胸片，上留下一些不明原因的阴影，影响医生的诊断，延误诊断及治疗；第二，在拍片的时候，病人要听从医生的指令。医生要求病人深吸一口气然后屏住气，绝对不能移动身体，一般拍胸片时要求屏气的时间只有

几秒钟，绝大多数病人都能作到。如果病人没有屏住气，肺里的结构就会模糊不清，影响诊断效果。

其他部位如头颅、五官、四肢、腹部等部位摄片基本情况与拍胸片大同小异，只是不要屏气，但摄片时要保持位置不变，才能拍出清楚的 X 射线片。

3. 泌尿道造影检查

泌尿道包括肾、输尿管、膀胱、尿道几个部分。泌尿道造影检查主要用于诊断肾、肾盂、输尿管、膀胱的畸形、结石、结核病、肿瘤、不明原因的血尿及其他不明原因的梗阻。

常用方法有逆行肾盂造影和静脉注射尿路造影两种。

逆行肾盂造影。是将膀胱镜插入膀胱再做逆行输尿管注入造影剂进行造影检查。有严重膀胱疾病、重症膀胱结核、急性尿道感染、泌尿道损伤不宜做此项检查。其注意事项是：

检查当天禁食早餐，由护士进行清洁灌肠一次。

做膀胱镜检时，病人要全身放松，精神不要紧张，有时医师会给予镇静剂。在检查或损伤过程中，病人应根据医师的提示做深呼吸，使检查顺利进行。

检查后，病人应卧床休息 3~4 小时，尽量多饮水，老年患者应有陪人护送回家，平卧休息。

检查后，病人出现膀胱胀痛、灼烧感时可在疼痛部位进行热敷以减轻症状。如发现血尿现象应及时告诉医师，尽早处理。

静脉注射尿路造影须知

对碘过敏、严重心、肝、肺、肾功能不全者不能做此项检查。

检查前需有近日所摄的腹部平片。

检查前一日做碘过敏试验。

检查前 2 天吃流汁或少渣饮食，检查前晚服 50% 硫酸镁 50 毫升并多饮水（1000 ~ 2000 毫升）。

检查当日清晨起禁食，包括禁水。

在注射造影剂的过程中，如感到自己有呼吸困难、腹部疼痛或其他不适，应立即告诉医师、护士，以便及时处理。

4. 消化道 X 射线检查

消化道 X 射线检查是观察咽、食道、胃、小肠和结肠的情况。普通 X 射线检查是无法将消化道与其他器官分辨清楚的。为了使消化道清晰显影，我们将一种称为硫酸钡的化学物质引入消化道，使消化道内结构显影。硫酸钡是不会吸收的，可全部从粪便中排出。但在有些消化道功能差的病人中，硫酸钡可能会引起便秘，适当用些轻泻药即可缓解。消化道 X 射线检查分为食管吞钡检查、胃十二指肠双重造影、小肠造影和钡剂灌肠检查。这些检查的作用主要是了解消化道内有无炎症、溃疡、肿瘤和畸形等。

病人在接受消化道 X 射线检查时要注意：第一，听从医生的指令，按医的要求改变体位，吞咽钡餐等；第二，同时与拍胸片时一样，去除身上的金属饰品等一些可引起伪影的物品；第三，消化道 X 射线检查前应按医生的吩咐禁食和清洁灌肠，做好充分准备，以免延误检查。

5. 胆道造影检查

胆道造影检查是诊断胆囊和胆管疾病的一种重要手段。常用的方法有口服法胆囊造影、静脉注射胆道造影和内窥镜

逆行胆管造影三种。凡有碘过敏、严重肝功能损害、急性胆囊炎、严重肝细胞性黄疸、重症高血压、重症心脏病、严重幽门梗阻的病人禁止做胆道造影。

口服法胆囊造影病人须知

造影前应先拍胆囊区的 X 射线平片，以备医师参考。

检查前一日午餐吃脂肪含量高的食物（如油炸鸡蛋、肥肉），使胆囊排空。晚餐照常，但以高糖无油饮食为宜。

检查前一日晚上 7 时，开始口服造影剂碘番酸（医师开给），每隔 5 分钟服一片，30 分钟服完，总剂量 3 克。

检查当日不吃早饭，上午 8 时到放射科检查拍片。

胆囊显影后进食脂肪餐（油煎蛋两个），脂肪餐后 1 小时再摄片观察胆囊收缩情况。

若胆囊显影不满意，可重复检查一次。

静脉注射胆道造影病人须知

检查前一天晚餐应吃脂肪含量高的食物。

检查当天不要吃早饭。

检查前要接受碘过敏试验，如果没有过敏现象（呈阴性），15 分钟后注射造影剂。

一般于注射后 20、40、60、120 分钟各摄片一张，如胆囊显影后，病人还应吃油煎蛋两个，吃完后 30 ~ 60 分钟时再摄片一张。

内窥镜逆行胆道造影须知

适应证：胰腺肿瘤，胰腺囊肿，慢性胰腺炎，诊断不明的梗阻性黄疸，胆道手术后综合征，肝胆管肿瘤，胆道结石和胆道囊肿。

造影前做碘过敏试验,化验血清淀粉酶(胰腺受损指标),胆道手术后的病人在做这项检查前,先做钡餐检查。检查前一天晚上9时至检查前禁吃东西。检查后2小时及第二天早晚医师会做血清淀粉酶测定,检查后2天内不吃高脂肪食物,一般进食低脂清淡饮食,服用抗生素3天。如胆囊内造影剂24小时后仍未排空,医师会考虑手术引流。

6. 血管造影检查

血管造影检查主要用于诊断血管性病变,如:血管畸形、血管瘤、血管异常狭窄或扩张等,也用于了解各种肿瘤的血液供应情况,以便制定正确的手术方案等。

血管造影有一定的创伤和危险性,有些比较复杂的血管造影检查甚至有生命危险。病人在检查前一定要向医生了解清楚它的危险性,并向医生交待清楚自己曾经得过的其他有关病变,如:血小权减少、出血不易凝固、造影剂过敏等等,以便医生在进行血管造影时有所准备,或根据病人的情况停止检查。

在进行X射线检查时要注意:

普通照片先到放射科核价,办好交费或记账手续后,再到登记室登记,办妥登记手续后才能进行检查。

各种特殊造影检查,如:钡餐、静脉肾盂造影、体层摄影、心血管造影及经皮肝穿刺等,须到放射科登记室办理预约手续,按预约要求做好检查前的,于约定日期前一检查。如不能按约定时间检查者,应提前一日通知放射科另行安排。

一般照片后两小时发出报告,特殊检查及疑难病例24小时发出报告。报告单不能作疾病证明。

X 照片一律由放射科保管(可带走复印件)。临床医师需参阅照片时,可凭借片卡借用,用后立即归还。院外借阅者,凭借条按照片张数收取押金。病人复查时,必须归还所借照片。

严重外伤、大出血及休克者,均应首先进行急救处理,待病情稳定后由临床医师陪同来照片,以免发生病情骤变。

四、心电图检查

在心房和心室肌细胞膜上,伴随每一次心动周期出现的生物电变化可以传导至人体表面,通过在某些特定部位放置的电极得到记录,这就是心电图。心电图主要用于检查各种心律失常、心肌肥厚、心肌梗阻、心肌供血不全、电解质紊乱等类型的心脏疾患。在进行心电描记的过程中,病人没有任何感觉,对人的身体也不会产生损害。

1. 心电图分类

(1)普通心电图。用心电图机在病人安静时描记的三导联、八导联或十二导联心电图,记录时间短,用于常规检查。

(2)心电监护。由有经验的医护人员对危重心脏病人(如急性心肌梗死、心肌炎和严重心律失常等)进行连续的心电图记录及监护。

(3)动态心电图。由患者在日常活动中连续佩带特殊的装置 24~72 小时,进行长时间心电记录。主要用于心悸、胸痛、头昏、黑蒙、晕厥等原因的判断;心律失常的定性和定量诊断;心肌缺血的定性、定量诊断;评价心肌梗塞患者的

预后；选择安装心脏起搏器的适应证、评定起搏器的功能等。

(4)电话传送心电图。病人只需随身携带一只与设在医院或急救中心的中央处理系统联络的心脏监护器，就可在日常工作、生活中出现症状时按动电键将心电图记录下来，然后拨通医院中央处理系统的电话，将心电信号传给中心，由值班医师做出诊断后，马上通过电话给予相应的治疗指导。适用于查明怀疑与心脏病有关的症状，或对心律失常、心肌缺血或其他急性发作进行院外监护。

(5)心电图运动负荷实验。有些病人在休息状态下可无心肌缺血的症状和心电图表现，但运动时心肌耗氧量增加，冠状动脉血流量受到狭窄管腔的限制而不能相应增加，遂引起心肌缺血缺氧，心电图出现改变。运动负荷实验主要用于临床上怀疑有冠心病（如不典型的胸痛、胸闷）的鉴别诊断；评价冠心病药物治疗的效果；冠心病患者的预后评定。常用的运动负荷实验有活动平板实验和踏车运动实验两种。

2. 心电图检查注意事项

(1)做心电图检查前不应饱餐、饮浓茶、喝咖啡、喝酒、吸烟和做剧烈运动。检查时取平卧位，并休息片刻。

(2)检查时，受检查者呈仰卧姿势，全身肌肉放松，平稳呼吸，不要屏气或深呼吸，保持安静，不抖动肢体，一般不要讲话，按医师的要求动作。

(3)检查时应主动告诉医师在检查前7天内是否服用洋地黄、钾盐、钙类药物，是否用过心得安等心血管药物，因为这些药物可以引起心电图曲线的改变。

(4)做心电图运动实验时患者在进餐前或进餐后1小时

内，一般不做运动实验；如运动中感到心慌气短、心前区疼痛、冷汗淋漓，应自动停止活动，并告诉在场的医师。

(5) 有的病人患阵发性心律不齐或阵发性心动过速症，就需要在发作时做心电图。有时一次心电图不能描记到病理性变化，需反复多次或做 24 小时动态心电图，防止不正常的心电图漏脱。

五、脑电图检查

大脑活动时产生电流的变化，这种生物电借助于电子仪器描记放大在记录纸上，由此形成的曲线图就是脑电图。当大脑出现病变时，会产生异常的脑电波，可被记录下来供医师参考。正常脑电图并不能完全排除脑部病变的可能性，脑电图改变的程度和脑部的实质病变也不完全吻合，它只是一种辅助诊断方法，其结果必须根据临床的表现、其他检查结果进行全面分析。为提高其诊断准确性，现除做普通脑电图外，还做 24 小时动态脑电图和脑地形图。

脑电图检查的适应证包括癫痫、脑肿瘤、脑脓肿、病毒性脑炎、脑血管疾病等。

在进行脑电图检查时要注意：

检查前一天晚上或检查前 2 小时把头发洗干净，不要用任何发油和染色剂。

检查前 24 小时内不可服兴奋药、镇静药和其他作用于神经系统的特殊药物。不宜停药的病人应该在检查时向医师说明。检查前也不要喝浓茶、咖啡和酒类。

病人应在饭后 3 小时内进行检查。如病情严重不能进食者可服葡萄糖开水或 30 克白糖，也可静脉注 50% 葡萄糖 40 毫升，因为低血糖可影响脑电图的检查结果。

在安放电极时，医生会用酒精擦拭头部，除去油腻，减低电阻，稍有凉意，不要顾虑。检查时应闭目不动，全身放松，配合医师，完成规定的动作。

六、内窥镜检查

内窥镜是利用纤维光束技术制造的，可插入人体空腔进行检查的一种设备。为直视人体内部空腔环境创造了条件。它的主要优点是镜身细软，检查时容易插入；外镜光源，图像清晰；镜头有弯曲结构，减少视觉盲目和痛苦；带有照相装置，可将需要部分摄影供医师日后参考；通过内窥镜可以摘取组织标本和进行治疗。下面介绍几种常用的内窥镜

1. 胃镜检查

临床上常见的胃镜有纤维胃镜和电子胃镜两种。电子胃镜的成像质量要优于纤维胃镜，目前大医院大多已采用电子胃镜。

胃镜检查适用于：呕血、黑便的病因诊断，明确出血原因是胃、十二指肠溃疡，食管胃底静脉曲张破裂，急慢性粘膜病变还是胃癌；上腹部疾病如溃疡、胃炎、胃癌、反流性胃炎、食管癌的诊断；进行活检和做幽门螺杆菌检测，取出胃内异物，摘除胃内息肉，止血等。

做胃镜检查应注意：检查前一天吃容易消化的食物，不

吃纤维多及带有色素的食物，晚上 8 时后禁食；检查时病人不要紧张，排空大小便，取下假牙；术前口咽部喷局麻药；检查后 90~120 分钟方可饮水一口，无反呛现象发现即可进食；检查后如咽喉不适，应避免剧烈的咳嗽，以防止损伤咽喉粘膜。

2. 纤维支气管镜检查

纤维支气管镜是用以观察气管、支气管内壁的病理变化的纤维内窥镜。

纤维支气管镜检查适用于：诊断原因不明的咯血；对纵隔、肺部肿块进行定位、定性；向肺部及肺段支气管内注射药物治疗；进行选择支气管造影；取出气管、支气管异物；进行微波、激光治疗。

禁忌证：急性呼吸道炎症，恶病质，严重心功能、肺功能不全的病人。

做纤维支气管镜检查应注意：检查前 6 小时及检查后 2 小时内禁止饮食、喝水；在检查前 1 小时遵照医嘱口服鲁米那 60 毫克，由护士注射阿托品 1 毫克，并将小便排尽；取下假牙；检查后 2 小时才可饮水，无呛咳反应后可进食，一般先吃流食或半流食；作了活检、治疗的，应在检查室休息小时，无出血等反应才能离开检查室；口服消炎药 3 天，预防感染。

3. 纤维结肠镜检查

纤维结肠镜对结肠疾病的检查具有重要作用。

纤维结肠镜检查适用于检查结肠部位的炎症、肿瘤、畸形和结肠部位活检、治疗等。

禁忌证：严重的心、肺疾病，急性肠道炎症，腹膜炎而疑有穿孔发生，腹空内广泛的粘连。

做纤维结肠镜检查应注意：病人从检查前一天中餐开始只吃易消化的流食或半流食。便秘的病人在晚上 8 时服蓖麻油 30 毫升；检查当日禁食，上午 8 时服甘露醇 60 克并加温开水 300 毫升，1 小时后连续服温开水 700 ~ 1000 毫升，直到结肠清洁为止；也可用中药清洁肠道或做清洁灌肠；做肠道息肉摘除或活检的病人，术后应在休息室休息 1 ~ 2 小时，防止出血；凡做肠道息肉摘除或活检者，术后 3 天内应休息，不能剧烈活动。

七、磁共振成像（MRI）

目前临床上通用的 MRI 是利用氢原子核在磁场内共振而产生影像的一种新的诊断方法。它的基本原理是结合磁场和无线电波激发人体内的氢原子核发射无线信号，通过计算机接收并分析这一信号，以图像的形式显示出来。它在检查和分析细胞的过程中不会杀死细胞，对活组织无损伤，对软组织具有良好的分辨能力，适应于全身任何组织和器官的检查。对颅脑、脊髓及关节的疾病检查更具优越性。

MRI 检查的适应证包括：

脑部疾病。如：脑先天发育畸形，各种血管畸形，脑白质病，脑梗死，血肿，肿瘤等。

脊柱及脊髓病变。如：脊髓正常变异和先天畸形、创伤、变性、炎症、肿瘤等。

头颈部病变。如：咽喉部、唾液腺、甲状腺及甲状旁腺、鼻及副鼻窦、颈部软组织及淋巴结各种良性、恶性肿瘤等。

胸腹部、盆腔病变。如：各种肿瘤、心肌病、肝癌与血管瘤的鉴别等。

肌肉骨骼系统病变。如：肌肉骨骼系统肿瘤、关节病变等。

八、神经肌电图

神经肌电图是利用电子仪器记录神经肌肉的生物电活动，用以判断神经肌肉所处的状态，诊断神经肌肉疾病，观察治疗效果、治疗反应和了解预后情况。

神经肌电图检查的适应证：

正常肌纤维是受神经支配的，而各种病理过程均可使神经受到不同程度的损害，表现出部分或全异常的肌电图。肌纤维本身有病变时也可出现异常的肌电图。肌电图包括直接记录肌电图、刺激神经记录肌肉诱发电位、记录各种发射活动。肌电图的记录分析结果，对于诊断脊髓神经、神经根疾病、周围神经疾病和肌肉本身疾病具有很重要的意义。

九、核医学检查

核医学检查旧称同位素检查，系采用放射性核素及其探测技术检查和诊断疾病。按放射性核素是否进入人体，分为体内检测和体外检测两大类。体内检测用于做脏器显像和功

能测定；体外检测用于做血液样品放射免疫测定。

核医学检查的方法：

甲状腺吸碘率测定和甲状腺显像。用于甲亢等甲状腺疾病的诊断；

心肌显像。用于冠心病、心肌梗死、心肌病诊断；

肝显像。用于肝癌、肝囊肿、肝血管瘤的诊断；

肾图和肾动态显像、骨显像等；

放射免疫。主要用于血样品中各种激素、生物物质、肿瘤标志物、维生素、药物等含量的测定。

第三节 特殊的治疗方法

一、物理康复治疗

物理康复治疗就是把声、光、电、热、水、磁等物理因子作用于人体，通过物理手段来治病，达到使病体较快恢复，或重建机功能的目的。物理康复治疗的方法很多，常用的有电疗、光疗、声疗、热疗、牵引、按摩、拔火罐、肌电反馈、磁疗等。临床实践证明康复治疗是一种无损伤疗法。它可以提高机体的免疫能力、促进组织再生、调节神经功能、改善血液循环，因此可作为消炎、消肿、活血、镇痛、脱敏、止痒、解痉、促进肉芽生长、改善和促进心肺功能、重建神经反射通路等的治疗措施。

1. 物理康复治疗的适应证

适用于各种软组织损伤，各系统常见的急、慢性炎症，心血管疾病，过敏性疾病，伤口愈合不良，各种疼痛综合征候群，输尿管结石，膀胱内麻痹，性功能障碍，月经不调，皮肤色素痣及赘生物，神经肌肉功能性疾病，风湿性关节炎等多发病、常见病。

2. 在进行物理康复治疗的注意事项

做理疗前，病人严禁佩带金属物品如手表、钥匙、硬币等。如果体内有金属避孕节育环、骨内钢针、心脏起搏器，做高频电时易发生烧伤，凡有上述情况必须告诉医师。

在理疗时应停用维生素、磺胺、双氢克尿塞等光过敏剂，以免增加毒性反应。

紫外线、微波、激光有可能对人体造成损害，在治疗过程中应严格按照医师的嘱咐办。

物理康复治疗作用缓慢，病人不能急功近利，操之过急。通常物理康复治疗至少需要一个疗程，一个疗程为 5~10 次，每日或隔日一次，病人需要有耐心，不能停一停，做一做，影响疗效。

病人在治疗过程中如感觉不适要及时告诉医师，查明原因。在接受电疗时，要注意保持治疗部位皮肤卫生，当产生皮肤瘙痒感时，切忌用手抓，以免弄破，造成感染。

二、激光治疗

激光是 20 世纪的一项新技术。激光对一些皮肤、粘膜表

面的病损和炎症有较好的治疗效果。因为激光的烧灼面积大小易控制，可做到尽量减少损害周围健康组织，又能止血，并且产生高温而灭菌，创面不易感染。

激光治疗的适应证包括：

常用于慢性溃疡、外阴白斑、色素痣、胼胝、鸡眼、浅表局限性单纯血管瘤、皮赘、皮肤癌、腋臭、痔疮、息肉等的治疗。

三、冷冻治疗

冷冻治疗是把液氮作为制冷源，在短时间内产生-196的低温，作用于病变组织的一种治疗方法。其特点是快速、无痛、不留瘢痕。冷冻治疗方法简单，只要将装有液氮的保温瓶连接冷冻治疗仪就可以开始给病人治疗。

1. 冷冻治疗的适应证

冷冻治疗适用于血管瘤、淋巴管瘤、痣、白斑、体表瘤、皮肤疣、瘢痕疙瘩、局限性神经性皮炎、宫颈糜烂等，广泛用于五官科、皮肤性病科、妇产科、痔瘘科疾病的治疗。

2. 在进行冷冻治疗的注意事项

冷冻治疗主要不适反应有：冷冻复温时，病人一般感觉局部有短暂的疼痛反应，数分钟后即可缓解或消失。少数病人可持续数小时或数天不等。一般病人可以忍受，疼痛明显时可服止痛药。

冷冻局部有时会肿胀或起泡，一般3~4天后肿胀会慢慢消散。如果起泡可到医院看病，也可用0.1%雷弗奴尔溶液湿

敷，一日数次。

冷冻损伤组织要经过坏死、结痂、脱离的过程，一般需要 2~6 周时间愈合，痂皮自然脱落。切忌强行剥落痂皮，以免产生瘢痕。

四、高压氧治疗

高压氧治疗是在特制的加压舱内，超过 1 个大气压的密闭的特殊环境中，让病人呼吸纯氧，治疗疾病的一种方法。高压氧可显著增加血液及体液中的物理溶解氧，可增加机体对氧的储备及增强氧的穿透力，治疗和防止组织器官缺血、缺氧所引起的损害，促进受损组织修复，促进代谢，并具有消炎、抗菌作用，增强化、放疗的效果等多种作用。

高压氧治疗的适应征包括：

目前用高压氧治疗的病种已达 100 种以上，主要治疗一氧化碳中毒、空气栓塞症、失血性贫血、气性坏疽、各种急性中毒、冠心病、各种休克、脑水肿、脑血管疾病、脑外伤、破伤风、病毒性脑炎及后遗症等。随着研究的不断深入，治疗范围还在进一步扩大，现在颅脑手术、器官移植手术等都在高压氧舱内进行。

五、在进行高压氧治疗要注意

在进入高压氧舱进行治疗前患者应先脱掉腈纶、尼龙、氨纶、膨体纱等人造纤维纺织品衣服，因这些产品在摩擦过

程中可产生静电火花，带来危险。应换上高压氧室的专用棉布衣服。

严禁患者将火柴、打火机、耳机、电子手表、汽油、酒精等易燃物品带入舱内。贵重物品应交工作人员代为保管。

病人在进舱前应排空大小便，凡大小便不能自理的应有排尿瘤；不要吃得过饱或饥饿，不要饮酒，避免严重疲劳，以免产生不良后果。

进舱后，因氧舱逐渐加压，超过大气压力，病人会出现耳部不适或疼痛，此时可以通过捏鼻鼓气、做吞咽动作、少量饮水或嚼食糖果等方法减轻症状。如仍不能缓解时，可通过话筒报告舱外操作的医师。

在治疗期间，若发生上呼吸道感染、咳嗽不止、高热血压过高、月经来潮等情况均应告诉医师，暂停治疗。

高压氧治疗一般 10~15 天为一疗程，每天吸氧 1~2 次。每疗程完毕，病人应重新挂号看病，复查病情，医师根据病情的变化情况决定是否需要继续治疗。

高压氧与普通吸氧有质的不同，高压氧可引起全身系统变化。有些疾病血氧饱和度正常但还需做高压氧治疗，而普通吸氧只能增加血氧饱和度，因引血氧饱和度正常的病人吸普通氧的意义不大。

六、放射治疗

放射治疗是利用电离辐射来抑制和破坏肿瘤细胞而达到治疗的目的。

1. 放射治疗的方法

外照射。常用的有三种：一种是深部 X 射线机，是利用其电离辐射源 X 射线，照射人体体表浅部的病变；一种是 Co^{60} 放射治疗机，用于身体各部位放射治疗；一种是医用直线加速器，利用其产生的高能射线在距离体外的一定距离，集中照射某一部位，达到杀死癌细胞的目的。

内照射。就是把放射源直接放入人体的天然体腔内，如：口腔、食管、鼻咽腔、子宫腔内，进行照射，达到治疗的目的。适宜五官科、妇产科恶性肿瘤的治疗。

近年来，不少大医院相继开展了 X 刀和 刀治疗系统。X 刀是利用 CT 对肿瘤进行立体定位，用直线加速器产生的高能射线进行治疗； 刀是利用 CT 或 MRI 进行肿瘤立体定位，用高能 射线源对肿瘤进行精确的定位治疗。X 刀和 刀的使用，使放射治疗更精确，疗效更好，副作用更低。

2. 在进行放射治疗的注意事项

病人应树立战胜疾病的信心，要有乐观的精神状态，不要有恐惧癌症的心理，多吃高蛋白、高维生素的饮食，加强营养，提高抗病能力，积极配合治疗。

严重消瘦，严重感染，心、肺、肾功能衰竭，白细胞低于 3000/立方毫米，血小板低于 7 万/立方毫米的商人不宜用放射治疗。

接受照射的部位应保持清洁干净，禁忌任何化学品和物理刺激。食管癌放射治疗后避免进硬食、凉食和刺激性食物；头颈部照射包括口腔时，要事先清洁牙齿，拔去龋齿，保持口腔卫生，不嚼食硬物等。

在放射治疗的过程中可能出现周身放射治疗反应，如：乏力、恶心、食欲减退、脱发等。此时病人不要恐慌，应及时向医师反映，注意劳逸结合，多进流汁高蛋白饮食。要特别注意严防被照射的器官和局部发生感染。

放射治疗后无论痊愈、好转与否都必须按医嘱定期随诊，不可麻痹大意。

第四章 医药概述

生病就要治病，治病就要吃药。因此，了解和掌握一些基本的医药常识是十分必要的。

第一节 基本医药常识

一、药物学的介绍

在医药卫生领域中，有一门学科叫药理学，它是专门研究药物的一门学科，是现代的药学和药理学的前身。目前药理学一词，多指按每个药物叙述的实用知识。

生药学：是药学中的一门分科。运用植物学、动物学、化学、药理学等知识来研究生药的来源、性状、组织特征、成分、效用以及生产等问题。以鉴别品种、辩明真伪、确定规格和保证生药的质量。

药物化学：是药学和化学中的一门学科。研究药物的性质、制备、分析鉴定化学结构与生物活性间的关系等。任务是保证药物的质量以及指导药物的生产和保管，并不断寻找

疗效高、毒性低的新品种。有合成药物化学、天然药物化学和药物分析化学等分支。

植物化学：是化学和药学中的一门学科。研究植物在生命活动过程中所发生的化学变化、所含成分的性质、提取有用成分及阐明其化学结构。

药剂学：是药学中的一门学科。研究药物剂型和制剂的制备原理、调配技术和生产工艺，使药物充分发挥防治效果，且便于应用。

药理学：是医学和药学中的一门学科。研究药物防治疾病的作用和应用的原理，主要是阐明药物和机体间的相互作用，即药物对机体的作用和药物在机体内的经过和变化。任务是指导医师合理用药，为创造新药和改进现有药物提供科学根据，并可帮助阐明一些医学或生物学中的基本理论问题，例如化学传递概念的建立等。

生药：是植物或动物的全体（如麻黄、斑蝥），部分（如大黄、鹿茸）是其分泌物、渗出（如麝香、鸦片）以及矿石（如赭石、砒硝）等，经过简单加工而供药用的物品。

天然药物：除直接供药用的天然产品或简单加工品（麻黄、石膏、煅石膏）外，也包括从天然产品中提取的化学药物（如肾上腺素、麻黄碱、青霉素）。不少天然药物现在已经可以用人工方法合成。

合成药物：是用化学合成或生物合成等方法制成的药物。如阿司匹林、磺胺、合霉素等。

生物制品：是含抗原的（如疫苗、类毒素）或含抗体的（如抗毒素）制品。一般以微生物或其产物作为原料，经过

一定的处理（如灭毒、免疫）制成。供预防、诊断或治疗之用。

法定药：法定药也可以理解为处方药，它是附载于药典或其他规定药品标准规格的法律性文件中的药物。

成药：采用商标名称或其他专用名称，并标明效能、用法、用量，经卫生行政部门批准产销，不须医师指示即可直接使用的药物制剂。如六神丸、胃舒平等。

特效药：对防治寄生虫病和传染病很有疗效。化学治疗必须针对病因。某些化学治疗药物仅对特殊种类的病原体所致的疾病有效，所用的药物亦称“特效药”，如氯化奎宁治疗疟疾有效，氯化奎宁称为疟疾的“特效药”。此外，用药物治疗恶性肿瘤病亦属化学治疗范围。

疗效：药物或医疗方法治疗疾病的效果，这里主要是指药物疗效，如青霉素对肺炎有显著的疗效。

疗程：服用药物或医疗上对某些疾病所规定的连续治疗的一段时间叫做一个疗程。

效能：指某种药物对某种疾病的治疗所具有的有利作用和特点。

剂型：药剂的不同形式，如散剂、片剂、注射剂、溶液剂等。每个剂型有多种制剂，例如片剂有四环素片、牛黄解毒片等。

制剂：根据处方，并按一定操作规程将药物加工制成一定剂型的药剂。例如将葡萄糖制成注射剂的葡萄糖注射液，将硼酸制成软膏剂的硼酸软膏，将地黄等药制成丸剂的六味地黄丸等。

糖浆剂：含药物或芳香物质的蔗糖水溶液，供内服。分含药糖浆、芳香糖浆和单糖浆。糖浆剂常加入苯甲酸等来防腐。

流浸膏剂：生物用适当溶媒浸出经浓缩制成的含醇液体药剂。除特别规定外，1 毫升的流浸膏约相当于 1 克生药。常作为调配处方的原料，如甘草流浸膏。

浸膏剂：生药用适当溶媒浸出经浓缩制成的固体、半固体药剂。除特别规定外，浸膏 1 克约相当于 2~5 克生药。常作为配方和制造丸剂，如颠茄浸膏。

注射剂：俗称“针剂”。药品装在熔封或密闭玻璃、塑料容器内的灭菌药剂。有溶液、混悬液和供临时配制溶液用的粉末等类型。供皮下肌肉、静脉、穴位或其他途径的注射。

合剂：由两种以上药物配制而成的内服水性药剂，通常含有不溶性物质。如镇咳用的复方甘草合剂。数种可溶性药物配合制成的澄明溶液，有时亦称“合剂”，如三溴合剂。

矫味剂：矫正或掩盖药物不良气味的物质。一般有香气或甜味，常用于药物的调配。如糖浆、橙皮酊等。

滴剂：按滴数服用或以滴的形式外用的液体药剂。内服滴剂如浓缩维生素 A、D 滴剂；外用滴剂如各种滴眼剂、滴鼻剂等。

乳剂：乳状的液体药剂。两种互不相溶的液体（如油和水），借乳化剂和机械力作用而形成的比较均匀的混合物。其中一种液体呈无数微滴状分散在另一种液体中。可区分为“水包油”和“油包水”两类乳剂。前者是油的微滴分散在水中，如滴滴涕乳剂和鱼肝油乳剂；后者是水分散在油中，如含水

软膏（护肤脂）。

乳化剂：乳剂的稳定剂。能促使两种互不相容的液体（如油和水）形成稳定的乳剂。肥皂、阿拉伯树胶、硫酸化蓖麻油、月桂醇硫酸钠、吐温等均为常用的乳化剂。

洗剂：供外用的液体药剂。多为含有不溶性药粉的水混悬液、水性或醇性溶液。用以涂搽皮肤、治疗一些皮肤病。

气雾剂：能喷射成雾状微粒的药物制剂。一般利用打气或压缩气体将药液从雾化器中喷出，或利用加压容器中的液化气体（如二氯二氟甲烷），将其中药液喷出。一般用于呼吸道疾病的吸入疗法。

长效制剂：延缓药物在体内的吸收、变化或排泄，从而延长其作用时间的制剂。如将易溶的青霉素钾盐改制成难溶的普鲁卡因青霉素，注射后由于吸收较慢，青霉素的作用可以从4小时延长到12小时以上。

复方：药剂术语。以一种药物命名的制剂中，尚含其他药物，以加强该药效用或纠正其药性的不足，不加“复方”两字，以与单含该药的制剂区别。

配方：按处方调配成药物制剂，供防治疾病应用。

散剂：亦称“粉剂”。多为两种以上药物按处方分量混和而成的均匀干燥粉末。可供内服或外用，如复方大黄散、痲子粉等。中医学上用的散剂，有粗末与细末之分，粗末供煎服，细末供内服或外用。

胶囊剂：药物用明胶制成的胶壳装盛的内服药剂。可以掩盖药物的不良气味或刺激性，便于服用。有硬胶囊和软胶囊两类。前者如氯霉素胶囊，后者如鱼肝油胶丸。

片剂：用药物粉制成的小粒或药物的结晶经压片机压成的药剂。每片含一定剂量，一般供内服用。供配制注射液的片剂称“注射片”，专供配制外用溶液的片剂称“溶液片”。

丸剂：药物细粉中加入赋形剂（如水、蜜、糊、液状葡萄糖等），使其粘合制成的圆形内服药剂。在中药丸剂中，按所用赋形剂的不同，有水丸、蜜丸、糊丸之分。

冲剂：中药剂型。药材的煎汁经浓缩成稠膏后，加糖粉和糊精制成干颗粒，用时以开水冲饮，以解决临时煎药和饮服大量汤药的不便。

口含片剂：药物细粉用粘性胶液和匀，制成长方形、圆柱形等各种形状的硬块，供吞服、磨汁内服或外用。

栓剂：旧称“塞药”或“坐药”。塞入人体腔道内用的固体药剂。一般用香果脂、可可豆油或甘油明胶为基质，加入药物制成。塞入腔道后，在体温的影响下溶化或软化，逐渐发挥出药性。常用栓剂有肛管栓和阴道栓，前者多为圆锥形，后者多为卵形或球形。

糊剂：大量粉末药物同基质（如凡士林）混合制成的半固体外用药剂，如复方锌糊。一般比软膏硬，有吸湿和干燥作用。常用于湿疹等皮肤病。

软膏剂：药物在适宜的基质中溶解或混匀所成的一种外用半固体药剂。常用的基质有凡士林、脂肪、羊毛脂、植物油、蜂蜡等。常涂布于皮肤、粘膜和伤患处，有保护和治疗作用。

硬膏剂：粘性外贴药剂。药物同适宜的基质混合成的涂料，均匀涂在布料、纸料或其他材料上制成。常用的有橡皮

膏和膏药。

二、处方的内容

处方是医生临诊时为病人所开的药方或据以配制现成制剂的药方。前者内容包括开方日期、病人姓名、年龄、性别、药名、数量、剂型、用法、用量等；后者包括制剂的名称、成分、数量、制法等，如药典制剂的处方。

医生处方上经常出现的一些名词，大家应该正确的理解，如：

剂型，药物制成的形状，包括片状、丸状、膏状、口服药液、外敷药膏等。

剂量，医学上指药品的使用分量。也指化学试剂和用于治疗的放射线等的用量。在一定限度内，作用强度和剂量大小有平行的关系。在防治疾病上常用的比较安全有效的剂量称“常用量”，最大限度的防治用的剂量称“极量”，超过极量而产生中毒的剂量称“中毒量”，引起死亡的剂量称“致死量”。

常用量，亦称治疗量，指医疗上常用的比较安全而能产生明显防治作用的药物剂量。一般指成人一次应用的剂量。

疗程量，在一个治疗过程中所用药物的总剂量。

极量，药物防治用剂量的最大限度，由国家药典规定。超过极量，便容易引起中毒。处方中药物如已超过极量，处方医生必须在该药名下签名并加“!!!”，表示已注意到，否则按规定不予调配。

致死量，对生物有作用的物质（如药物、生物制品）或物理因素（如射线），足够引起生物死亡的剂量。可用以表示药物等对生物的伤害强度。

禁忌，亦称“配伍禁忌”。药物的处方和调剂时应该避免的一些配合，因为这些药物配合能发生医疗上和药剂学上所不希望有的作用，如增加毒性、减低疗效或出现沉淀等。

不良反应，是指应用药物防治疾病时发生的不利于机体的反应。主要有：副作用；毒性反应；过敏反应；治疗矛盾；抗药性。

副作用，是指用药后，药物在体内除了发挥治疗作用外，同时会产生与治疗无关的、不利于人体的一些反应，如引起病人不舒服，或使病情加重恶化或并发新的疾病，甚至危及性命等。药物的副作用是较为常见的药物不良反应。如阿司匹林可以治疗伤痛、头痛、关节痛等，但对胃肠道有刺激作用，可引起上腹部不适、恶心、呕吐等副作用。用非那根治疗过敏性疾病时，可出现嗜睡、乏力等副作用。药物的副作用和治疗作用不是因袭不变的，常随着治疗目的的不同而改变。有时可利用药物的副作用发挥治疗作用，如用阿托品治疗胃肠痉挛性疼痛时，它的治疗作用是解痉镇痛，而副作用是抑制汗腺和唾液腺的分泌，引起口干。但可以利用阿托品的副作用治疗严重盗汗和流涎症。一般地说：药物的副作用对人体是不利的，因此用药应注意选择，尽可能避免副作用。一般药物的副作用比较轻，病人能耐受。如副作用较大，可考虑停用或换其他药物。目前药医药上采用两种以上复方药物来增强治疗作用，克服和抵消副作用。因此，一般复方药

物比单味药物作用要强些，而副作用要少些，可优先考虑选用复方药物。

毒性反应。药物的毒性反应，一般是由于药物用量过大，用药时间过长，或人体对某种药物特别敏感所引起的。药物的毒性反应，是一种比较严重的药物不良反应。如用链霉素过量或时间过久时，可产生不可恢复的耳聋。用氯霉素等过量或时间过久时，可引起白细胞减少、贫血等。用卡那霉素、磺胺药可损害肾脏，引起血尿、蛋白尿、肾功能减退等。用锑剂治疗血吸虫病时，可损害肝脏等。毒性反应一般是比较严重的，因此在用药时必须掌握药物剂量，不能随便乱用，以防发生毒性反应。一旦发生毒性反应，须立即停药或改用其他药物。

过敏反应。药物的过敏反应，是一种严重的药物不良反应。多发生在体质特殊的人身上，用药后可产生异常剧烈的反应，与用药的剂量无关。过敏反应的表现很多，有时用药后出现，有时用药后很多天才出现。它的症状一般有发热、皮疹、哮喘等。严重的可引起过敏性休克，甚至危及性命。如青霉素常可引起过敏性休克。为了预防发生过敏反应，有些药物在使用前必须做过敏试验，如青霉素、普鲁卡因、破伤风类毒素。这类容易引起过敏反应的药物，应在医院或医疗单位注射较为安全。一旦发生过敏反应可进行抢救。

治疗矛盾，药物不良反应的主要类型之一。指药物治疗作用的不良后果，如应用某些抗生素抑制肠道内一般敏感的菌群后，可能造成某些不敏感微生物猖獗活动的机会。

抗药性，亦称“耐药性”。是指某些病菌或病毒在含有药

物人体内逐渐产生抵抗药物的能力,使药物失去原有的效力。

三、阅读处方

“医生的处方”经常被人们戏称为“天书”,这其中包含两层意思。其一,是医生的字难认。其二,是医生写的处方一般病人看不懂。至于医生的字我们没法一一去强求,但学会看懂处方却是我们能做到的。学会了看懂处方,对于了解自己的病情、指导疾病的治疗都会有很大的帮助。

下面就有关处方的知识做一下介绍。

处方的内容一般包括以下几项:病人姓名、性别、年龄、就诊科室或住院科室、病案号;药品名称、剂型、剂量和总数量、药物用法及注意事项。

处方(拉丁文等)的缩写。

1. 处方头语

取或授予:Rp;标明用法:Sig或S。

2. 剂型

片剂:Tab.;注射剂:Inj.;溶液:Sol.;贴膏剂:Emp.。

胶囊:Cap.;软膏:Ung.;糖浆:Syr.;水剂:Aq.。

合剂:Mist.;酏剂:Tr.;擦剂、洗剂:Lot.。

3. 药品数量

克:g,或省略不写,如0.5g可写0.5毫升(1ml=1cc)。

毫克:mg;微克:μg;单位:#,如4#代表4片。

4. 用药次数

每日1次:b.d.或1次/日、1/日(一般指早晨用药)。

每日 2 次 :b.i.d.或 2 次/日、2/日 ;每 12 小时 1 次 :q.12h.。

每日 3 次 :t.i.d.或 3 次/日、3/日 ;每 8 小时 1 次 :q.8h.。

每日 4 次 :q.i.d.或 4 次/日、4/日、4.i.d. ;每晚睡前服 :

q.n.。

隔日 1 次 :q.o.d. ;必要时服 :p.r.n.或 s.o.s.。

每周 1 次 :q.w.1/周 ;任意服 :ad.Lib.。

每周 2 次 :b.i.w. ;明日早晨服 :c.m.。

5. 给药途径

皮下注射 :H 或皮下。静脉注射 :iv 或静注。

肌肉注射 :im 或肌注。静脉点滴 :静滴。

外用 :ad us.ext.。

6. 服药要求

饭前服 :a.c. ;立即 :Stat、St. ;把药片嚼碎服 :嚼服。

饭后服 :p.c. ;加水 :aq, ad.。

一次服 :ht 或顿服 ;振荡 :agit.。

咳嗽剧烈时服 :tuss urg.。

处方签名, 处方下端医生签全名方可生效。

四、处方药与非处方药的区别

2000 年 1 月 1 日, 国家《处方药与非处方药》的规定正式施行, 从而使非处方药 (OTC) 进入百姓的日常生活。由此而产生的一个热门话题是: 大病进医院, 小病进药店。

长期以来, 我国药品没有实行分类管理制度, 除了毒性、麻醉、精神、放射, 戒毒类药物外, 其他药都可以在药店买

到。由于药品说明书有时并非是针对使用者而是针对医务工作者的，所以对于用药剂量、配伍禁忌、药物不良反应等事项，购药者不是一看就能正确掌握的，因而患者用错剂量、药不对症、发生不良反应的事情时有发生。推行处方药和非处方药分类管理，就可以减少上述问题。

药品分类管理是根据药品安全有效、使用方便的原则，依其品种、规格、适应症、剂量及给药途径不同，对药品分别按处方药和非处方药进行管理。包括建立相应法规、管理制度并实施监督管理。国家药品监督管理部门将药理作用大、治疗较重病症、容易产生不良反应的各类药品限定为处方药。

处方药是解除病患的临床用药的主体，必须在医务人员指导下，凭执业医师签发的处方，并在医师的监护下购买使用。

非处方药是方便消费者自我保健，用于快速、有效地缓解轻微病症的药品，不需要凭医生处方，可自行判断、购买和使用。对药品实行分类管理，有利于保障人民群众用药安全有效，有利于医药卫生事业健康发展，有利于逐步与国际上通行的药品管理模式接轨。

1999年，我国卫生部、国家药品监督管理局颁布的《国家非处方药目录》共分上下两篇，上篇收载西药，共23类165个品种；下篇收载中成药160个品种。非处方药主要包括感冒药、镇痛药、止咳药、助消化药、抗胃酸药、维生素类、驱虫药、滋补药、避孕药、通便药、外用药、护肤药等。列入非处方药的药物，一般都经过了较长时间的全面考究，具有疗效确切、使用方便、毒副作用小、方便贮存等优点。

有关部门要求非处方药的标签与说明书要十分详尽，文字简明扼要，通俗易懂，便于病人根据自身症作出自我判断，然后按照说明书进行自我治疗。说明书内容项目有药品名称、主要成分、药理作用、适应症、用法用量、不良反应、禁忌症、注意事项、生产日期、有效期、贮存条件、批准文字等。

有人认为，非处方药比处方药疗效差。其实，这是认识上的误区。处方药与非处方药两者的“效果”是无法比较的。

在临床上，一些有经验的专科医生常利用非处方药来减轻处方药的毒副作用或增进其疗效。如服用处方药 SMZ 和先锋霉素时，为了抵消药物副作用，常加用非处方药维生素 B6 等。

而有些药物却是“双栖药”，既是处方药又是非处方药，只不过使用的范围和治疗的疾病不同罢了。如布洛芬，作为处方药时，主要用于治疗类风湿性关节炎、脊柱炎、腱鞘炎等，最大剂量日服 2400 毫克，可长期服用；而作为非处方药时，却主要用于治疗头痛、肌肉痛、痛经等症，最大剂量日服 1200 毫克，只能短期服用。又如法莫替丁，作为处方药时，其适应症为胃及十二指肠溃疡、应激性溃疡、急性胃膜出血，口服每次 20 毫克，每日 2 次，疗程为 4~6 周；而作为非处方药时，适应症为解除胃酸过多（烧心），每日口服 20 毫克，24 小时内不超过 40 毫克，连用不超过 7 天，16 岁以下的患者不推荐使用。再如解热镇痛药阿司匹林，用于处方药时必须遵照医嘱长期较大剂量应用，治疗风湿、类风湿性关节炎及心血管疾病等；而用于非处方药时，用量及疗程均应给予限制，其适应症只能是退热、镇痛（指头痛、腰痛、牙痛等），

用于解热只准在 3 天内服用，用于止痛只准在 5 天内服用。

可见，处方药与非处方药，只是职责不同，并无疗效“好”与“差”的区别。

五、药品说明书的读法

2002 年 8 月上海的一位退休职工服用了某药厂生产的卡马西平后，高烧 40 度，视力模糊，腹部绞痛，昏迷，全身皮肤、黏膜大面积糜烂，几天几夜吐血不止。其状惨不忍睹，攻院开出了“病危通知单”，后被医院诊断为“由卡马西平引起的多型红斑药疹”，经奋力抢救方脱离危险。然而，在药品说明书上的不良反应仅标有：“最常见的有眩晕嗜睡、不安、恶心、呕吐等”。厂家擅自删除了上海市卫生局指定此药应说明的“皮疹、荨麻疹、白细胞减少、再生障碍性贫血、肝功能异常、肾功能衰竭、精神错乱、心率失常等”29 项不良反应。病人因此向法院提起诉讼，要求厂方赔偿 50 万元人民币。原来一张小小的药品说明书竟如此重要。

而今，到药房买药自己吃的人越来越多，学会看懂药品说明书就更为重要。随着医疗制度的改革，我国将把目前的药品划为处方药品和非处方药品两大类。这将大大拓宽医药面向家庭的空间，使得每一个家庭自己购药的机会增加了许多。但是药品毕竟与日常食品和日用品不同，需要在一定的专业知识指导下使用。为此，每一种药品都会有专门的说明书介绍其功效和用途，所以，读懂药品说明书是合理用药的前提。

一般药品说明书有两种**璣**，一种是直接印刷在药品包装盒或瓶签上；另一种就是单独印制附于包装盒内。不管是哪一种说明书，都应包括药品名称、规格、数量、批准文号、作用、用途、注意事项和有效期以及生产批号和落款先说药品名称，中成药制剂标的都是处方名，如六味地黄丸、术香顺气丸、六神丸等。西药往往在标出该药商品名称的同时，还标出该药的化学名，如息斯敏的化学名为阿司咪唑片，吗丁啉的化学名为多潘立酮片；有的还标明化学结构式。复方和中成药制剂还应标明所含成分。

药品规格是指以每片、每包或每支为单位的制剂内含有有效成分的量。如安乃近每片为 0.5 克。复方制剂有的只标主要成分。如 APC 片只标明含阿司匹林等 0.42 克；有的则标明所有成分含量，如康泰克每粒含盐酸苯丙醇胺 50 毫克、扑尔敏 4 毫克等等。批准文号是药品生产企业向其主管部门申请生产该种药品的批文代号，所有药品均分为准字号和健字号，其区别只在于健字号药品不能纳入医疗保险报销范围；文号打头都有一组年份代号，它表示药厂取得生产该种药品生产资格的年份，不可与后面的生产批号相混淆。

作用、用途和注意事项是药品说明书的主体部分。其主要内容是简述该药品的作用机理、适应症、毒副作用和有关禁忌、注意事项等。药物在体内发挥药效的机制十分复杂，也很专业，在药品说明书中只能提纲挈领作简单介绍。适应症一般罗列出该药能够治疗的病症或是疾病类别，如感染性疾病、植物神经功能紊乱等。这一部分通常含有较多的医学术语，有一定的医学常识的人是不难读懂的。注意事项方面

通常含有不良反应、禁忌症和过量解救等方面的内容。这里禁忌症一款常会遇到慎用、禁用和忌用几个术语，尚需稍作解释。“慎用”指应用药品时应谨慎小心，凡用药对象在“慎用”之列，用药时应观察有无不良反应，一旦出现问题，必须立即停药。“禁用”指药品对某种疾病或过敏体质的人禁止使用，凡属禁用范围的人群一定要严格遵照说明书不用该药。“忌用”即不适宜或避免使用之意，与禁用较难区别。这里指药品的不良反应比较明确，对所列用药对象可能会带来不良后果，如患有耳蜗、前庭和肾功能障碍者忌用庆大霉素。

用法通常指口服、含服、肌肉注射、静脉注射、皮下注射和外用、喷雾、肛用等。用量通常注明每次几片，每天几次；有时标明的是每次多少毫克（克）或每日多少克（毫克），分几次服。这就要根据药品的规格计算出应服药粒（片、包、支）数。

药品的有效期与批号：一般抗感染药、生物制剂类药品都标有严格的有效期规定。根据这一规定，结合药品批号就可判断该药品是否过期失效。尚有部分西药和中成药制剂没有明确的有效期规定，一般而言，这些药品在5年之内仍视为有效，超过5年以后，最好不要服用。药品批号常为六位数，都只表示该药生产的班次等厂内情况。随着世纪之交的到来，多数药品已改为四位数纪年，这样一来，药品批号就成为八位或八位以上了，其代表的意义也依次为年、月、日、班次……

需要强调的是，商标、厂名和生产日期是药品说明书或药品包装盒（瓶签）上必须注明的内容。它表示药品生产企

业对该产品的权利和责任。如遇缺项，即属“三无”药品。药政部门一经查出，即视为伪劣药品予以罚没。为对自己的健康负责，广大读者朋友尤应对此多加注意。厂名、厂址是落款的主要内容，也是药品说明书所必备的。

另外，药品说明书上有许多医学专用名词，许多人由于不太明白它们的准确含义，用药时常感迷惑。如：

习惯性和成瘾性。都是在连续用药的基础上产生的，但二者有本质区别。习惯性是指病人长期用药而对药物产生了精神上的依赖，一旦停药，病人会感觉不舒服。成瘾性是指病人对药物产生了生理上的依赖，停药后会产生“戒断”症状，出现焦虑、乏力、恶心、呕吐、肌肉震颤等现象。

耐受性和耐药性。耐受性是指长期反复使用同一种药物，会使疗效大大降低而影响治疗效果，使机体对药物敏感性降低，必须经过足够的停药间隔，才能恢复机体对药物的敏感性。耐药性是指细菌等病原体对药物产生的耐药现象。例如，连续4个月单独服用链霉素治疗肺结核，细菌就会对链霉素产生耐药性，影响治疗效果。

虽然药品说明书可以帮助病人认识、了解药物，但对于全面了解药物还远远不够。病人切不可仅凭借一份说明书就擅自乱用药物。用药还是应该在医生的指导下进行。

六、药品的保存

每个家庭都注意药品的妥善保存：

(1)大小分开，内外有别：内服药与外用药应分开放置，

外用药多有刺激性、腐蚀性、毒性，用时拿错，将造成不良后果。大人用药与小儿用药有时浓度和含量不同，它们也应分开放置，以免用错。

(2) 注意药品吸潮变质：有些药品在潮湿的空气中，易吸湿潮解，如酵母片、维生素 B₁ 片、复方甘草片、各种浸膏片、胰酶、胃蛋白酶、葡萄糖酸钙、乳酸钙以及各种含糖较多的片剂。这些药品潮解后可有崩碎、溶化、粘在一起等现象，有的很快就会变质，不能服用。所以，药品要保存在阴凉干燥处，包装要严密。

(3) 防止有些药品风化：奎尼丁、硫酸奎宁、枸橼酸、碳酸钠、硫酸镁等容易风化变质，要注意密闭保存，奎尼丁和奎宁还要避光，应装在棕色瓶中。

(4) 要注意空气对药物的影响：如鱼肝油滴剂在空气中可被氧化变成红色；维生素 C 被氧化变成棕色；氨茶碱吸收二氧化碳变成黄色，苯妥英钠也会受二氧化碳的影响而变质。这些药物用后尽快封装好，不要长时间的暴露在空气中。

(5) 有些药物易挥发：如樟脑、碘酒、酒精、十滴水，以及各种酒精制剂，均容易在空气中挥发，要注意包装严密，用后及时封好。

(6) 有的药品需低温保存：如胰岛素、球蛋白、白蛋白等血液制品及生物制品，以及金霉素眼药水等，在常温下只能短暂保存，应放于冰箱内，否则会变质失效。

(7) 中成药要注意防潮，放于阴凉处，以免发霉、生虫。尤其是夏季更不宜多存、久存。

(8) 家中保存的各种药品，均要有明确的标签，尽量保

持原标签的完整。脱落或模糊不清时要及时补贴，保持药品名称、用途、用法、用量及注意事项等字迹清楚。效期药品要标明失效期。要做到药物变质不要用；无标签或标签不清不要用；过期药品不要用，以保证用药安全有效。

七、药品的学问

人吃五谷杂粮，接触自然，岂能无病无灾？生病人，就要吃药。然而，在吃药之前首先要搞清楚药品包装或说明书上常常注有的“慎用”、“忌用”、“禁用”的含义。有的人拿到药就吃，却不知道吃药还有饭前服、饭后服、空腹服等等要求，以致闹出这样或那样的错误。其实，服药、用药是有学问的。

首先，要搞清楚“三用”的确切含义。

慎用，即指谨慎小心应的意思，不是绝对不能用，而是应当区别不同人群和病情使用该药品。通常需慎用药物的，多数指小儿、老年人、孕产妇及心、肝、胃、肾功能不良的患者，在使用某些药物时容易出现不良反应，若病情急需，应在医生的指导下用药，并密切观察用药后的情况。

忌用，即必须尽量避免使用的意思。有些药品毒副作用大，会给病人带来不良后果，但因人体差异又不能一概而论。不适宜此类药品的病人应当尽量避免使用该药品，而可改用药理作用相似、不良反应较小的其他药物代替。

禁用，即指某些病人或某种情况下不能使用的意思。因病人服用某种药物后会出现严重的不良反应或中毒。这类药

品都有相关的禁忌症说明，所以使用时一定要遵医嘱或看清看懂说明，以防不测。

其次，服药要遵医嘱，严格按照规定的方法服用。常见的服药方法有下列几种。

饭前服（饭前 30~60 分钟）。凡要求充分吸收、疗效快而无刺激性的药物应在饭前服。多为健胃药、止泻药、止痛药。此类药物在饭前服用能发挥最佳效果。对中成药的丸剂，为了使其较快地通过胃进入肠道，不被食物所阻，也宜在饭前服用。还有抗肠道感染药痢特灵、吡哌酸等均宜饭前服用，使药物经胃时不致过分稀释，并能保持一定浓度，充分发挥抗感染作用。

饭后服（饭后 15~30 分钟）。凡对胃有刺激性的药物均宜饭后服，且大部分药物都可在饭后服，因饭后胃中有食物，可减轻药物的刺激性。如阿司匹林、保泰松、消炎痛等。助消化药如食母生等也应宜饭后服，使药物与食物充分拌和，发挥最大效力。四环素类和抗生素药，饭后服用还可提高药物利用率。

清晨空腹服。多为滋补类药物，空腹服以利人体迅速吸收和充分利用。

空腹服。多为驱虫类药，如灭虫宁等宜空腹服，可使药物迅速进入肠道，并保持较高的浓度，充分发挥驱虫效力，不至于刺激胃肠引起恶心、呕吐甚至因肠道吸收快而引起中毒。

睡前服（指睡前 15~30 分钟）。多为催眠药，如安定、安眠酮等，服后半小时可见效。泻药一般服后 8~10 小时见

效。

饭时服。多为消化药，在饭前服用能及时发挥作用。

定时服。指每间隔一定时间服药。这类药物多为吸收快、排泄快的抗菌消炎药，为了保持人体有一定的药效浓度，必须每间隔一定时间服药1次。

必要时服。多为解痉止痛药。

吞服。指将药片整个用水冲服下去，在胃中不被溶解和破坏，完整进入十二指肠或空肠再释放出来，以增加疗效。

含化服。此类药物一般具有清凉、止痛、消炎之功效，要求药物直接作用于病区并充分发挥治疗作用。如四季润喉片、草珊瑚含片等。

嚼碎服。如氢氧化铝片等，嚼碎服后能使药物很快在胃壁上形成一层保护膜，从而减轻食物对胃壁溃疡的刺激性。

舌下服药。此法只限于作用强、用量少，且溶于脂质的药物，如硝酸甘油，甲基睾丸素等。

最后，还要提醒大家，吃药是为了治病，要使药物能更快更好地起到作用，除了做到上述要求外，还应服药时做到“三不宜”。

一是两次的药不宜一起吃。有的人图省事，常把分次服的药一次吃下，这是极不妥的，容易发生药物中毒甚至造成死亡。

二是不宜干吞药片。有些人嫌吃药倒水麻烦，喜欢干吞药片。因为有些药物，如阿司匹林等对食道粘膜有刺激，可引起损伤，产生溃疡。

三是不宜躺着服药。躺着服药，不论喝多少水，只有一

部分药片进入胃里，多半在食道中溶解，既对食管有害，又不能完全发挥药效。

八、药物的作用

药物用于治疗、预防和诊断疾病，是人类与疾病作斗争的有效物质。药物的种类很多，它们的作用是多方面的，归纳起来有以下几点。

(1) 调节人体的生理功能。人体是一个统一的整体。正常情况下，各器官相互协调一致，维持正常生理功能。如某一器官的功能过分增强或减弱，就可引起各器官之间的功能失调，出现病态，就需要用药物加以调节，使它恢复正常。这种调节作用可分为两个方面，或使功能活动增强——兴奋作用，如助消化药能增强胃肠道的消化功能，使食欲增加等。或使功能活动降低或减弱——抑制作用，如安眠药能抑制中枢神经系统，使大脑皮层抑制扩散，导致安眠；镇痛药能减弱人体的疼痛感觉；止咳药可直接抑制咳嗽中枢等。

(2) 消灭微生物和寄生虫。许多药物对引起疾病的微生物（细菌、病毒等）和寄生虫（蛔虫、钩虫、血吸虫等）的生长和繁殖，能起抑制或杀灭力，因而有抗感染作用。又如抗虫灵、驱蛔灵等，能麻痹蛔虫和钩虫的虫体，达到驱虫作用。灭滴灵对阿米巴滋养体有很强的杀灭作用，因此可治疗阿米巴痢疾。

(3) 补充人体必需的物质。人体由于营养不足或因其他原因，造成正常代谢所需的物质（如铁、维生素、激素、电

解质等)缺乏时,可用相应药物进行补充。如贫血时,可补充铁剂(硫酸亚铁)等。

药物的相互作用:药物的相互作用是指人们使用两种或两种以上的药物治疗疾病时,这些药物在人体内所发生的药理学变化。药物相互作用对人体的影响是多方面的,其广度与深度依药物相互作用的性质而不同。如药物相互作用可以改变药物在胃肠道内的吸收。长期服用抗酸药氢氧化铝或胃舒平治胃病的人,在服用四环素类抗生素药物时,往往抗菌治疗的效果不理想。这些病人血液中四环素的浓度比较低。经过研究发现,四环素类抗生素可以和抗酸药中的铝、镁、铋、钙等阳离子结合,生成一种难溶解不能吸收的物质,四环素类药物的抗菌作用从而很难充分发挥,因而影响了治疗效果。

药物相互作用也可以增强治疗效果。如用灰黄霉素时伴服油脂可以增强疗效,因为油脂可以促使胆汁排泄,这种利胆作用所生成的胆酸钠是一种表现活性剂,它可以增加灰黄霉素的溶解度。根据这一原理,某一皮肤病防治研究所采用中药茵陈浸膏与灰黄霉素同服,利用茵陈的利胆作用,增加黄霉素的吸收。他们又从茵陈中提取出利胆的主要化学成分对羟基苯乙酮与灰黄霉素配伍,也起到了相同的效果。由于利用了药物间的相互作用,使治疗头癣的灰黄霉素用量减少了一半,不仅节约了药物,还减少了药物的毒副作用,减轻了病人的经济负担。

药物相互作用还可以改变药物在人体内的代谢过程。在人的肝脏内,有各种各样的酶参与药物的代谢,这些药物代

谢酶的活性受着另一些药物的影响,有的可使酶的活性增强,有的可使酶的活性减弱。比如,一些长期服用苯妥英钠或苯巴比妥的癫痫儿童往往有骨质软化和钙代谢的障碍。其根本原因是苯妥英钠等抗癫痫药增强了儿童体内维生素代谢酶的活性,因此使维生素代谢加快,这种药物相互作用使血钙含量下降造成软骨病。有的药物能抑制酶的活性。如双香豆素类抗凝血药可以抑制甲磺丁脲代谢酶的活性。当糖尿病人同服甲磺丁脲和双香豆素时,两药发生相互作用,使甲磺丁脲在体内的浓度增加了3倍,造成糖尿病人低血糖昏迷。

我国传统的中医学和中药学,历来提倡使用多种药物配合治疗,尤其对药物之间的相互作用更是注意。中医的方剂学根据辩证施治的原则,对药物随症加减,在几千年的实践基础上形成了一套比较完整的理论。在中医方剂中多有君、臣、佐、使之分,即在主药(君)之下,配合不同的辅药,根据辅药的重要性依次分臣、佐、使。比如中药甘草在方剂中的地位很高,梁代陶弘景《名医别录》称之为“国老”,因其为“众药之王,经方少有不用者,……国老即帝师之称,虽非君而为君所宗,是以能安和草石而解毒也。”可见了中医在解决药物相互作用,中医提出了相须、相使、相畏、相恶、相杀、相反等六种情况,概括地说明了药物相互作用可以产生协同(相须和相使)、拮抗(相畏和相恶)、解毒(相杀)和产生毒性(相反)等变化。

药物相互作用的内容非常广泛,几乎每一种药物都或多或少有一些与临床治疗有关的相互作用。因此,深入研究了解药物相互作用,对改进药物治疗和保证用药安全是很有必

要的。

第二节 药品的性质

一、抗感冒药的成分及其优缺点

目前,临床应用的抗感冒药已有 20 余种,它们对于感冒患者的头痛、咽痛、发热、鼻塞、流涕、咳嗽及四肢酸痛症状具有缓解或消除作用,但由于抗感冒药大多为复方制剂,一般也都有其副作用,如嗜睡等。本文仅就常用的抗感冒药成分及其优缺点作一简要介绍,供临床医生和感冒患者在使用中参考。

复方阿司匹林 (APC) 为最早用于治疗感冒的药物,原处方由阿司匹林 226.8mg、非那西汀 162mg、咖啡因 35mg 组成。后因发现非那西汀毒性大,故将其改为扑热息痛,更改后的处方为阿司匹林 230mg、扑热息痛 126mg、咖啡因 30mg。处方中的阿司匹林,扑热息痛均为解热镇痛药,对胃粘膜刺激轻微,胃肠道反应率较低,对造血系统无不良影响,故使用至今。且在多种抗感冒药中均有扑热息痛的成分、但由于本品仅能解除感冒时的头痛和发热症状,而对其他症状如流涕、鼻塞等无效,加之近年来抗感冒新药的不断出现,故其用量大幅度减少。

速效伤风胶囊。由扑热息痛 250mg、咖啡因 15mg、扑

尔敏 3mg、人工牛黄 10mg 组成。本品弥补了 APC 的不足，于 20 世纪 80 年代初推出，组方虽较合理，加入咖啡因的目的是为了对抗扑尔敏的嗜睡副作用，但实际上处方中 15mg 的咖啡因达不到兴奋中枢神经的作用，缺点是扑尔敏引起的嗜睡反应较重，影响患者的正常工作和生活，且处方中无止咳成分，不能解除感冒患者的咳嗽症状。

新速效伤风胶囊、快克、可立克。三药均由盐酸金刚烷胺、扑热息痛、扑尔敏、咖啡因、人工牛黄组成（也有以金刚烷胺、氨基比林和扑尔敏为组方）。本品是继速效伤风胶囊之后推向市场的一种抗感冒药物，处方中加入金刚烷胺的目的是为了增加药物抗病毒的作用。但因金刚烷胺只是对亚洲 A 型流感病毒有效，而对其他病毒无效，且因处方中金刚烷胺的含量较大，易引起中枢神经的毒性反应，故需慎用。

感冒通片。为 20 世纪 90 年代初上市的抗感冒药物，由双氯灭痛 50mg、人工牛黄 15mg、扑尔敏 2.5mg 组成。本品因价格便宜，临床曾使用一时，但是处方中解热镇痛药双氯灭痛对胃粘膜的刺激较大，易引致消化道出血，且对肾脏亦有明显毒性作用，常见的血尿，甚至引起急性肾衰的报道，故不宜随便使用。

帕尔可。本品为上海黄河药厂于 1992 年推出的全功能抗感冒新药，由扑尔敏 1mg、扑热息痛 325mg、盐酸苯丙醇胺 12.5mg、氢溴酸右美沙芬 10mg 组成。处方可通过血管收缩作用使鼻塞、流涕、流泪症状减轻或缓解。但其选择性较低，可收缩全身血管，引起血压升高，心率加快，所以心血管病人应慎用。

中西药复方制剂类抗感冒药物。如 VC 银翘片、感冒灵片、感冒清胶囊、重感冒片等，大都以解热镇痛西药扑热息痛和清热解毒中药金银花、连翘、板蓝根等为主要成分的复方制剂。

纯中药制剂的中成药类抗感冒药。如羚羊感冒片、银翘解毒丸、板蓝板冲剂、柴胡冲剂、清热解毒口服液等。本类药物大都作用缓慢，多作为预防药或感冒初期的治疗。

综上所述，尽管抗感冒药药物种类多，每种多有优缺点。结合临床症状，根据药物处方，合理选用才是良策，决不可盲目使用，以免又添新病。

二、阿司匹林的安全使用

阿司匹林既是处方药又是非处方药(OTC)，它自诞生以来为人类健康作出了巨大贡献，它能有选择地使细胞内环氧化酶乙酰化，抑制环氧化酶的活性，从而影响下丘脑中强致热因子前列腺素的合成，使体温中枢恢复，调节体温的正常功能。

此药还具有镇痛、消炎和抑制血小板聚集的作用。临床上可用于头痛、神经痛、肌肉痛、牙痛、痛经等痛症。关节炎，如急性风湿性关节炎、类风湿性关节炎，用阿司匹林也有一定疗效。它还能预防动脉血栓、胆道蛔虫病（有效率达90%以上）。

俗话说：“是药三分毒”。正当阿司匹林渡过自己的100岁生日之时，人类好像开始有点嫌弃它了。许多药品纷纷标

榜“不含阿司匹林”的原因是由于它具有不可忽视的毒带回作用。阿司匹林可以销蚀胃粘膜，引起出血或溃疡，并损伤肾脏等。这就要求您在服药时要弄清楚药物的剂量与用法，详细阅读药品说明书。

阿司匹林被列入了首批非处方西药的目录，消费者在使用此药用于解热时，服用尽量不要超过3天；用于止痛时服用尽量不要超过5天。如果症状未得到缓解或消失，应向执业医师咨询，以免贻误病情。

服用阿司匹林还有很多禁忌：

使用者不要擅自加大药物的剂量。因为服较大剂量时，容易引起上腹部不适和恶心，且可引起不易察觉的胃出血；还可引起中毒反应，如头痛、眩晕、耳鸣、呕吐、听力和视力减退、大量出汗虚脱、昏迷等。

尽量饭后服用，并同时服碳酸钙以减少刺激。用于退热时宜多饮水。

溃疡病患者应慎用或尽量不用。服用后可导致胃出血和穿孔。

哮喘病人禁用，因为此药容易引起皮疹、血管性水肿、哮喘等过敏反应。

饮酒者慎用。饮酒本来对胃粘膜已有伤害，服用阿司匹林更能引起胃粘膜屏障损伤，导致胃出血。

特异体质的人不宜且用。特异体质者容易过敏，服用后出现皮疹，血管神经性水肿及哮喘等。

潮解的阿司匹林不宜服用。本药遇潮即分解成水杨酸和醋酸，有显著的醋酸臭，易发生不良反应。

此药与糖皮质激素合用，可使用出血加剧；与香豆素类抗凝血药、降血糖药、巴比妥类等合用，可增强这些药的作用，引起中毒反应；与碱性药合用可降低其疗效。此外，它不宜与维生素 B₁ 同服。两药合用易析出水杨酸，增加对胃的刺激，产生恶心、呕吐、等不良反应，若必须同时用，应间隔 2 小时。

总之，用药时一定要仔细看看药品说明书，看清了再服药，切勿盲目用药。

滥用此药不仅还会引起失血性贫血，而且还会成瘾，即用药就有莫名的舒适感、欣快感，一旦断药，就会萎靡不振、周身不适，出现“戒断综合征”。

三、滥用抗生素危害大

有些人不经过医生处方，自行购买并使用各种抗菌药物，这是十分危险的。

在一次患者非处方应用抗菌药物状况的问卷调查中，发现被调查的 160 名门诊患者中，有 100 人在近一年内有非处方使用抗菌药物（主要为口服）的。占被调查者的 62.5%。中学文化水平以上的占 97%。一年内非处方服用抗药物一次的有 19 人（占 19%），两次 21 人（占 21%），三次及三次以上的 60 人（占 60%）。应用抗菌药物的原因是：发热 20 例，感冒 61 例，咳嗽、咳痰 26 例，咽喉炎 50 例，支气管炎 7 例，肠炎 20 例，泌尿系感染 3 例，皮肤感染 5 例，其他 10 例。

这里有两点值得注意：

第一，由于不明发热感冒原因而应用抗菌药物的共 81 例。

第二，上述所谓的疾病诊断多系患者自己印象，并未经过医生检查。非处方服用的抗菌药物多达 24 种，包括头孢唑啉、乙酰螺旋霉素等。用药天数 1~8 天不等，平均 3 天。

从对北京市两家药店柜台的调查发现，出售的抗菌药物品种分别为 29 种、11 种，有的甚至比医院药房供应的品种还多。调查中了解到 34% 的人根本不知道何种情况下需要使用抗菌药，54% 的人对此略知一二，即使自述知道何时用抗菌药的人也很难全面准确地说清抗菌药的应用指征。被调查中，39% 的人根本不知道应用抗菌药还会产生不良后果，果知道用药可治病；61% 的知道有不良后果，但不能说清会产生什么具体的不良后果。调查结果表明，21% 的人不知道还存在有效期问题，79% 的人虽然知道有效期但很少注意到这个问题。

药品是一种特殊商品，药品的使用人命关天。抗菌药的应用是一门学问，它涉及到医学微生物、药理学等多种知识，即使是医科大学的医生也需要在实践中不断学习，才能掌握其正确用法，普通人很难掌握有关正确应用抗菌药的各种知识，包括用药指征、如何选择药物、防止不良反应、正确掌握用药疗程等等。

患者自己长期非处方应用抗菌药会产生以下严重后果：

不正确选择抗菌药，会使细菌对抗菌药耐药，使得各种感染性疾病越来越难治。

滥用抗菌药不但不能消灭或抑制致病菌，相反还会杀灭体内正常细菌，造成菌群失调。

许多人不会观察药物不良反应，与一般药物中毒不同，非处方应用抗菌药过程中所产生的不良反应，除过敏反应外，其余的比较隐蔽，大都具有渐进性、累积性，如肝肾损害。病人自己很难察觉，这是十分危险的。

滥用抗菌药，会给临床医生正确选择抗生素造成很大困难，使疗效下降。

非处方滥用抗菌药的危害是广泛和深远的。应在群众中大力进行宣传教育工作，提高其医药卫生知识水平。

四、合理使用抗生素类药物

抗炎药是历史悠久的常用解热镇痛、抗风湿药物，其中以阿司匹林、保泰松、消炎痛、抗炎松、布洛芬、奈普生等使用频率高，据称当前世界上每日有数亿人服用。对这类药物进行合理应用极为重要，否则，发生毒副作用的频率极高。

以下“三避免”是服用者应予以重视的。

第一，避免两种抗炎药并用。各种抗炎药作用机制相似，联合用药不能起协同治疗目的，反而会增加副作用，故不主张联合用药。疗效不理想时，应从剂量或更换药物角度考虑，必要时加用免疫抑制剂或慢作用药物。

第二，避免易导致胃肠道副作用的危险因素。原有消化性溃疡者禁用抗生素药，禁忌烟酒、禁饮浓咖啡和酸性饮料。心血管、肝脏等慢性病者 also 需小心，应选择副作用较小的抗

炎药。

第三，避免易至肾脏毒性反应的危险因素。老年人、动脉硬化或同时服用利尿剂者；肾功能不良，血肝酐增高者；以及低血压、充血性心衰病等患者慎用。上述病人若必须用抗炎药时，应选择对肾脏前列腺素抑制作用较轻的药物，如舒林酸等。并应在用药期间定期查尿液，防止引起肾病。

滥用抗生素的主要危害是：起不到治疗作用，贻误病情；毒副作用和过敏反应增大；耐药细菌增多；诱发感染，加重病情。

那么，怎么才算合理使用抗生素呢？主要应掌握以下原则：

(1) 一定要有严格的用药指征。病毒感染或非细菌性发烧，应视为抗生素使用的禁忌症。

(2) 最好做药敏试验，选用最敏感的抗生素。

(3) 如不能检出细菌，但从临床角度分析确属细菌感染，或虽已检出细菌但因条件所限不能做药敏感试验，宜选用广谱抗生素。

(4) 用药量要足，还要有一定疗程（即用药时间）。老年、体弱消瘦者、肝肾功能不好者，用药剂量和时间要酌减。

(5) 必要时可联合用药。

(6) 如使用某种抗生素疗效不好时，要考虑是否有剂量不足、用药时间短、给药途径不当、全身免疫功能差等因素。如与此有关，只要针对原因加以调整和改善，疗效就会提高。频繁更换药物会造成用药混乱。

(7) 庆大霉素、链霉素等药物对耳、肾等器官有一定毒

性，不能作为一线药物使用。

(8) 不要随意用抗生素作为预防感染的药物使用。

五、药物的不良反应

按世界卫生组织(WHO)国际药物监察合作中心所下的定义，药物不良反应是指“在预防、诊断、治疗疾病或调节生理机能过程中，给予人正常剂量的药物时，出现的任何有害的或不期望的反应”。

该定义排除了有意的或意外的过量用药或用药不当所致的药物不良反应。所要监测的药物的不良反应是在“正常用量，正常用法”下出现的不良反应。据国外资料报道，药物不良反应的发生率：住院病人为10%~20%；住院病人因药物不良反应死亡者为0.24%~2.9%；因药物不良反应而住院的病人为0.3%~5.0%。

药物不良反应有些是很难避免的，但有些是可以避免的。用药时注意下述几点即可预防或减少不良反应的发生。

(1) 应了解病人的过敏史或药物不良反应史，这对过敏倾向和特异质的病人十分重要。

(2) 老年人病多，用药品种也较多，医生应提醒患者可能出现的不良反应。

(4) 肝病和肾病患者，除选用对肝功能无不良影响药物外，还应适当降低剂量。

(5) 用药品种应合理，应避免不必要的联合用药，还应了解病人自用药品情况，以免发生药品不良反应和药物相

互作用。

(6)应用新药时,必须掌握有关资料,慎重用药,严密观察。

(7)应用对器官功能有损害的药物时,要按规定检查器官功能。如应用酮康唑、利福平、异烟肼时要检查肝功能,应用氨基糖苷类抗生素时要检查视力、肾功能,应用氯霉素时要检查血相。

(8)用药过程中,应注意发现药物不良反应的早期症状,以便及时停药处理,防止不良反应进一步发展。

(9)医生应注意药物迟发反应,这种反应发生于用药数月或数年后,如药物的致癌、致畸作用。

判断是否发生药物不良反应,首先,可根据用药后出现反应的时间来确定。

在数秒钟至数分钟内发生。如做皮内试验后,针头尚未拔出,过敏反应即使病人很快出现灼热、喉头发紧、胸闷心慌、脸色苍白、脉搏细弱、血压下降,严重者神志昏迷,需立即抢救。

在数分钟至数小时内发生。如固定性红斑常发生在同一部位,呈紫红色圆形或椭圆形,常有水泡,伴有发热等症状。

在半小时至2小时发生。如恶心、呕吐、腹痛等症状。

用药后1~2周发生。如多形红斑常在2~7日内出现,剥脱性皮炎、大疱性表皮松解型药疹大都在10日后发生,并使体温高达39~41℃,洋地黄反应与利尿剂引起的水肿也多在一二周后出现。

停药后较长时间发生。如链霉素导致的耳聋,常在停药

后6个月出现；抗癌药白消安引起的肺部病变常在病人用药后1年以上才出现；氯霉素、保泰松所致再生障碍性贫血也有类似情况。联且含非那西丁成分的解热止痛药，在数十年后会出现肾癌与膀胱癌等。

其次，以具体症状来判断。药物的不良反应不同于原有疾病的症状。如阿司匹林消炎痛等引起的哮喘；庆大霉素、链霉素等导致的耳聋；青霉素、碘制剂等酿成的过敏性休克等。但也有相同者，如可乐定、甲多巴等降血压药，若长期应用后突然停用，会造成血压骤升、心率加速，甚至出现颅内出血，需立即抢救。

某些中成药及中药也会引起过敏反应。如六神丸、云南白药、牛黄解毒片、穿心莲注射液、复方地龙注射液及贝母、红花、单参、紫草、槐花、大青叶、千里光等，用药时应予以注意。

六、药物性胃炎

绝大多数药物均要通过胃肠系统进行传递、消化和吸收，所以胃道首当其冲地受到某些药物的刺激及损害。据临床资料表明，因用药不慎而导致胃炎、胃肠道溃疡和出血等疾病的，约占胃病总人数的1/3以上，且有逐年增加的趋势，但至今仍未引起人们的高度重视。

临床发现，引起胃炎的常用药物主要有水杨酸制剂（阿司匹林、复方阿司匹林）、保泰松、消炎痛、肾上腺皮质激素、抗菌消炎药物（如吡哌酸、复方新诺明、四环素、红霉素），

其他药物如洋地黄、利血平、抗组织胺药等，也可引起胃炎的发生。这些药物为什么会引起胃炎呢？归纳起来，有以下几个方面。

(1)破坏了胃粘膜上皮细胞的脂蛋白层。长期口服刺激性药物(如水杨酸制剂)可引起氢离子(H^+)回渗至粘膜内，扩大粘膜损伤，促使胃粘膜被胃蛋白酶消化，造成糜烂和出血。同时，水杨酸在胃内酸性条件下，可呈非离子型和相对的脂溶性，量多时能直接破坏胃粘膜上的上皮细胞的脂蛋白层，导致胃粘膜屏障被破坏，引起炎症的发生。

(2)降低了胃粘膜腺体的分泌，改变了腺体分泌的成分，从而削弱胃粘膜屏障的保护作用，增加胃酸和胃蛋白酶的分泌，抑制胃粘膜上皮细胞的再生。如长期大量服用强的松，即可引起胃炎和胃肠道溃疡，甚至胃穿孔。

(3)抑制胃粘膜分泌前列腺素E。前列腺素E有保护胃粘膜的作用，当前列腺素E抑制或分泌减少时，可造成胃粘膜损伤，发生炎症。常见于服用保泰松、消炎痛之后。

药物引起的胃炎一是与医生处方有关，二是与病人服用方式有关。医生开处方前应询问病史，有胃炎史者应尽量选择肠溶性的药物，如肠溶阿司芬林、红霉素等；或改为注射药液，尽量不口服。服用非肠溶性药物的病人，一定要在饭后服药。长期服用有刺激性药物的病人，一定要在饭后服药。长期服用有刺激性药物的患者，一定要同时服用保护胃粘膜的药物(如氢氧化铝之类)，还要控制剂量。

第三节 药物的选购

一、买药时要认准药名

药名，有标准规范名（药典上用的）有化学结构名，有专利名（商品名）和非专利名，真是五花八门。有的两种药名相似，有的两种药名仅一字之差，而作用则大不同。

例如：地巴唑与他巴唑：前者为降血压药，可用于轻度高血压，血管或其他平滑肌痉挛，亦可用于小儿麻痹后遗症等；后者又叫甲巯咪唑，为抗甲状腺药，主要用于治疗甲状腺机能亢进、甲状腺危象、甲状腺机能亢进的手术前准备及术后治疗。

安定、安宁、安坦：安定和安宁用于治疗失眠、焦虑不安等症。安坦用于治疗各种震颤麻痹症，能改善僵直、运动障碍等症状。

利血平与利血生：前者为降压药物；后者为促进白细胞增生药，用于预防和治疗各种原因所引起的白细胞减少症，治疗血小板减少症，再生障碍性贫血等。

可拉明与阿拉明：可拉明又称尼可刹米，为中枢兴奋药，主要直接兴奋延髓呼吸中枢，提高呼吸中枢对 CO_2 的敏感性；也通过刺激颈动脉化学感受器，反射性兴奋呼吸中枢。当呼

吸处于抑制状态时兴奋作用可加明显，用于各种原因引起的呼吸抑制，对肺心病引起的呼吸衰竭及吗啡中毒引起的呼吸抑制疗效较好；阿拉明即间羟胺，为抗休克的血管活性药，适用于各种休克及手术时的低血压。

优降宁和优降糖：前者是降血压药，用于治疗高血压，后者是治疗糖尿病的药。

某些中成药药名相似，也容易使病人误服，如乌梅丸与乌鸡丸。乌梅丸治胃痛吐蛔、脾虚久痢，胆道蛔虫、慢性胆囊炎；乌鸡丸治妇女月经不调，崩漏带下、腰膝酸软。

大活络丸与小活络丸：前者主治中风瘫痪、痿痹等；后者主治风寒湿痹所致的肢体疼痛。

左金丸和白金丸：前者治肝经郁热、腕胁疼痛、呕吐酸水、大便热泻；后者治癫痫、痰阻心窍，烦躁、神志不清。

肥儿丸和肥儿散：前者是健胃消食、驱虫药；后者是健脾、消食、化积药。

所以，买药时一定要认准药名，不可有一字马虎，切忌误买而导致用错药。

二、买药时要仔细阅读说明书

进药店买药，当然是“照方买药”，但是，切不可慕名买药。接过药后，要仔细阅读说明书，看清该药的成份、主治、注意事项等，看看它是否对病人的病症，是否适应病人的体质。千万别买错药，用错药或重复用药招危险。如百服宁和泰诺，两者的主要成份都是对乙酰氨基酚（扑热息痛），都是

解热镇痛药，如果同时买这两种药，同时给病人服或先后服这两种药、是必造成重复用，导致用量过大，而招致危害。

部分药品的名称也确实和其主要作用及用途有一定关系，如：利血平、降压灵、复方降压片、胃舒平、速尿、胃复安、肝泰乐、利胆片、咳必清、安定、止喘片、感冒清、乘晕宁及众多的中成药脑力宝、心宝、肝宝、肾宝等等，也不能轻易选择。因为，除了药物的治疗作用外，还有副作用一面。如止咳片，常由多种成分合成，其中麻黄素不适合老年人或患有高血压、心跳过速的人服。

还有些药名还会使人产生误解，如有人误认为消炎痛能治牙疼，还有人误用利血平治贫血，误用心得安治心慌等等。这都是因为只看药名，不看其说明书，只是慕名买药。才招来祸事。

三、识别药品有效期

识别药品的有效期、失效期对保证消费者用药的安全有效至关重要。

凡药物都有一定的保存期，如果药品存留时间过长，就会失去效用，甚至变质。病人吃了过期药品就得不到治疗作用，甚至因服用过期变质药品而增重病情，失去治疗时机。因此，买药时要仔细核对药品包装上的有效期日期或失效期的日期，仔细算算便可知道你所购药品是否已过期。具体算法如下：

有效期：药品的有效期是经过一系列科学实验，根据各

种因素考核和观察后确定的，以其效价和稳定性为标准，订了每个药品的有效期限。一般是以整年计算。如标签上印着“有效期 2003 年 7 月”，就是说 2003 年 7 月 31 日前有效。也有的标上批号，并印上有效期几年。

失效期：是指药品从生产出来之日起，到规定的有效期的时间，如印有“失效期 2004 年 6 月”是说到 2004 年 6 月 1 日就失效了。有效期与失效期虽同是一个月份，但天数相差 30 天，应加以注意。

每种药品都标有批号。批号是药品每批生产出来的时间。一般采用六位数来表示。

国产药：由于药品理化性质及贮存条件的差异，药品的有效期往往长短不一。一般来说，药品的有效期为 1~5 年。国产药品有效期可按生产批号推算，例如批号为 020703，表明该药是 2002 年 7 月生产的第 3 批药品，有效期标明为 2005 年 6 月，即该药可使用至 2005 年 6 月 30 日止；还有的药品标明失效期为 2003 年 12 月，即表示该药可使用至 2003 年 11 月 30 日。

进口药：进口药多用英文或法文表示。英文表示失效期有：Expiry date (Exp data)、Expiration date、Expiring、Use before；有效期有：Storage life、Stedilty、Validity 等。还有的国家对有些药品的有效期用 Use before 表示，如 Use before : Dec · 03 表示该药品在 2003 年 12 月之前使用。法文的失效期表示为：Date de P 'eremption 或单用 Pere 'mption；有效期表示为：Date de Per 'paration。

大多数国家“年”用阿拉伯数字表示，“月”用英文或法

文缩写排在“年”之前。也有的国家与我国的批号表示法相同，如日本。但日本药品包装的批号常以昭和年表示，但只要在昭和年份加上 25 年即为公元年。如：日本进口药标有效期 1980，2，表示日本昭和 1980 年 2 月，按上述计算方法，此药的有效期即为公元 2005 年 2 月。

常用的有效期药物有青霉素、链霉素、红霉素、庆大霉素、卡那霉素、强力霉素、四环素、土霉素、麦迪霉素、制霉菌素、灰黄霉素、胰酶片、乳酶生片、硝酸甘油片、利福平和胰岛素、垂体后叶素、三磷酸腺苷及一些生物制品，如丙种球蛋白，各种疫苗、血清、抗毒素等。上述药物都应当注意有效期。

常用药品的有效期

品名	有效期 (年)	品名	有效期 (年)
土霉素片	3	含糖蛋白酶	1.5
土霉素胶囊	2	细胞色素 C 注射液	2
无味红霉素	4	九二〇软膏	1
无味红霉素片	3	乳酶生	1 或 1.5
盐酸金霉素眼膏	4	硝酸甘油片	1
盐酸洁霉素片	2	多酶片	1
四环素片	2	麦角流浸膏	1
四环素眼膏	3	洋地黄片	2
灰黄霉素片	3	洋地黄毒甙片	2

氯霉素眼药水	9 个月	洋地黄酊	2
普鲁卡因青霉素	3	麦角酊	1
新生霉素钠	2	淀粉酶	1
制霉菌素片	2	胰酶	1.5 或 2
盐酸土霉素片	2	麦角胺咖啡因片	1 或 1.5
盐酸正定霉素	3	复合磷酸酯酶片	2
肝素注射液	3	疱疹净眠药水	1
杆菌肽	3	避孕药膏	1.5
注射用更生霉素	4	喘息定喷雾吸入液	1
青霉素钠(钾)	4	新霉素眼药水	1
氨苄青霉素钠	2.5	新氢松软膏	3
硫酸巴龙霉素片	2	虫咬皮炎膏	1.5
硫酸庆大霉素	4	复方新霉素滴耳剂	1.5
硫酸卡那霉素	4	强力霉素片	2
硫酸链霉素	4	硫酸抗敌素片	3
硫酸新霉素	3.5	硫酸多粘菌素 B 片	1.5

四、检查药品的方法

买药时，不要接过药后便忙于付款，应当先仔细核查所购药品是否已变质。具体核查药品的方法如下：

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；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（针药）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，凡出现这种情况的，不可使用。

但有些针药是带色的，如维生素 B₁₂ 注射液是红色的，维生素 B₂ 是黄色的，中药针“清热解毒”是深褐色的等。有些药吕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。未注明的应请教医生后再决定是否可用。

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 D₃ 等，均为澄明淡共色油状液体。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，是澄清的水溶液，如出现结晶、

絮状物或霉点，就是变质，不能使用。药膏一般比较稳定，但如保存不当或时间过久，也可变质，如水、油分离、干涸或有酸败臭味。

五、选购中成药的原则

走进药店，中成药可以说是琳琅满目，五光十色。说明书介绍详尽而具有吸引力，一些患者大有不用医生也可治病的感觉。是不是只看说明就可治病呢？这种认识是比较片面的。一般的小伤小病，是可以自己选用一些成药医治的。较为复杂的病，正确的态度是在医生指导下进行用药，包括选用中成药也是这样。

比如伤风感冒，中医将它分为“风寒”与“风热”。风寒引起，症状是怕冷比较明显，发热其次，鼻流清涕；而风热引起，发热比较明显，怕冷在其次，咽喉较痛。同是感冒，用药不同。如一律服“感冒退热冲剂”，效果就会不一样，如果是风热，就会见效，如果是风寒就不会见效；若改用“午时茶”、“防风丸”类药就会痊愈。所以，单凭说明书是有欠缺的。

一般都认为中药里的滋补药，反正是补身体的，认为多吃点没有关系，就到药店里自己选购，凡是带人参、鹿茸、熟地、阿胶、何首乌一类的，都买来服用，其结果往往适得其反。根据中医的理论，补药有温、热、寒、凉之性，分为补气、补血、补阳、补阴药四类。例如人参、主要作用是大补元气，健脾生津，若是补错了，就会造成胃部胀满，不思

饮食，反而使身体得不到补养；鹿茸温补肾阴、强筋健骨的药物，但如用不对症或滥用，就会导致牙龈出血、鼻子流血等阴虚内的疾病。因此需要先由医生作出诊断，然后听从医生指导选购中成药，才会取得较好效果。不能一见“人参”二字，就认为是补药，比如“人参再造丸”，主要是治疗中风后半身不遂、说话不清、手脚麻木等；“人参健脾丸”，主要是调理脾胃的；“肥儿丸”并不是强壮药，而是治疗肠道生虫病的。因此，不能只看药品名称和说明书而定，应当先知道自己是什么病，然后再去选购对症的药品。

六、注意防止购买假劣药

市场上常有假药出售，购买假药使用后不仅影响治疗效果，有时还会造成身体的损害，因此，必须从以下几方面注意防止购买假药。

不要有病乱投医。卖假药者大多以祖传秘方等引诱那些久病不治者。而对于久病者应遵循的治疗原则是三分治、七分养之理和循序渐进的方法，不可贪求灵丹妙药之说，以免上当。

不可贪图便宜。有些人不愿进医院和国营药店，总是贪图便宜买私人的偏方秘药，这是患者的又一禁忌，劝君切不可贪图便宜百害了自己及家人。

勿轻信在大街小巷兜售的药品。特别是化妆冒充少数民族的药贩所出售的虎骨、虎鞭、麝香、熊胆等名贵药材，此种多数为伪品，因此要严防上当受骗。

为了防止误购假药，切不可掉以轻心，应具备一定的识别假药的能力，这样才能保护自己，避免上当。

七、假药与劣药

假药是指某些药品使用后，对患者身体健康造成不同程度损害或虽无损害但使用后却达不到治疗目的而延误病情的某些药品。

劣药是指那些药品本身发霉、生虫、变质、变性，失去正常疗效却仍做为正常药品进行销售或给病人使用的药品。

对于假药、劣药，在《中华人民共和国药品管理法》中有如下规定。

1. 假药

《药品管理法》第三十三条明确规定，禁止生产，销售假药。有下列情形之一的为假药：

- (1) 药品所含成分的名称与国家标准或者与省、自治区、直辖市药品标准规定不符合的；
- (2) 以非药品冒充药品或者以他种药品冒充此种药品的。

有下列情形之一的药品按假药处理：

- (1) 国务院卫生行政部门规定禁止使用的；
- (2) 未取得标准文号生产的；
- (3) 变质不能药用的；
- (4) 被污染不能药用的。

2. 劣药

《药品管理法》第三十四条规定，禁止生产，销售劣药。有下列情形之一的药品为劣药：

- (1) 药品成分的含量与国家药品或者上、自治区、直辖市药品标准规定不符合的；
- (2) 超过有效期的；
- (3) 其他不符合药品标准规定的。

八、伪劣药和过期变质药的辨别

药品的包装是衡量药品质量的内容之一，正规生产厂家根据药品的理化性质、剂型、药品贮存、运输条件等。其药品的包装容器和外包装的大小、质地、颜色、厚薄等诸多方面都较协调。对有特殊贮存要求的药品，在包装上都有相应的措施。如须避光的药品，其容器是棕色的，或是黑色纸包裹的。而假劣药品的包装大多用收购来的旧瓶、旧纸盒，容器的外包装大小不一，颜色有别，每箱内各个药品外包装高矮、厚薄等不完全一致。有的造假者用回收的标签完好的旧瓶包装，其包装常会有程序不同的污迹。若为注射药，可发现在同一大包装内有多厂家、多批号药品的混装，对有特殊贮存要求的药品，缺少相应的贮存措施。

另外，根据《药品管理法》的规定，在药品的标签上应有药品品名、药物组成（主要成分）、规格、生产单位、批准文号、注册商标、生产日期、有效期或失效期、适应症、用法、用量、禁忌、贮藏要求、使用注意事项等。而假劣药品

的标签往往印刷粗糙、用词不当、不按规定印刷、着色轻重不一、字不清晰、排列有误，有的标签是从真品药瓶上经水浸剥下来的，这时可以看到原标签上打号机打的生产批号走色。

中成药一般没有标明有效期，但是由于包装各不相同，保证质量的差异就很大，有些药品包装比较严密，如一些中药蜡丸。但放在蜡纸盒子内的中成药，就容易发霉变质。中成药如果有任何异常或变质现象，都不应再用，以免引起不良反应。

中成药常见变质情况有：

(1) 霉变。空气中的老菌孢子感染了药物以后，特别是感染了含糖的药物以后，遇到适当的温宽、湿度就会长出菌绿，这就是发霉。蜜丸发霉常有灰绿或灰白色斑点。糖浆发霉，还可以见到白色絮状物。中成药应保存在阴凉、干燥的密封处。

(2) 糖衣变色。糖衣片会因蜡皮溶化或糖衣受潮溶化而退色、变色或起斑点，这些都是异常变化。糖衣片、胶丸、胶囊受潮还会互相粘连。

(3) 针剂因贮存时间长，药液发生沉淀、变色现象。

(4) 结块。冲剂、颗粒剂、散剂吸潮受热后均可粘团结块。

(5) 药片受潮。可发生裂片、松散、脱片等异常现象。

(6) 大蜜丸如包装不严、时间过长、温度过高、水分散失，可发生皱皮、干裂或硬结。反砂则是蜜丸或含糖中药析出糖的结晶的反应，系包装不严密，水分散失所致。

(7) 融化：如阿胶等胶剂或膏药。因贮存温度过高，则会因融化而变软变形。

(8) 虫蛀。各种中成药均可发生虫蛀，甚至形成蛀洞或出现虫的排泄物。

(9) 发酵。含糖的中成药由于蒸发，使水分聚集在药物表面，使局部粘液稀释而发酵，可产生大量气体，致使玻璃瓶爆炸。发酵也可导致酸败。

(10) 含挥发油的中成药，因包装不严而致挥发油散失，即可使该中成药气味不良。

(11) 沉淀。有的针剂和药酒，久贮后均可出现沉淀。

有些中成药因贮存过久而发霉或感染细菌，服用后可引腹泻。尤其是蜜丸，极易发霉、染菌，其鉴别方法是：将蜜丸放入凉水中，如发生灰色或微绿色的浑浊，甚至有白色絮状物出现，就是霉变的初步证明。如果再经细菌或霉菌的培养检查，即可进一步确认其是否变质，如已变质便不能再用。

第四节 安全用药

一、服药是讲科学的

在人们眼中，服药可能是世界上最简单的事了，一杯水，几粒药片，往口里一送，甚至不喝水也能把药片送进胃中。其实，吃药也是有科学讲究的。

1. 时间上讲究准时

根据医生要求、按照药品标签或药袋上注明的使用时间进行服药。习惯上，不少人把服药“一天2次或一天3次”的“一天”理解为白天，而未把夜里睡眠的时间算上，这是不对的。因为，这会使白天的血液浓度大大高于夜晚。正确的方法应当是一天按24小时计算，如果要求一天服药2次，应每隔12个小时服药一次；同样，如要求一天服药3次，则是指每隔8小时服用一次。依次类推。

对一些有特殊要求的药物，服药时间则要遵循服用该药的特殊要求。如催眠应临睡前服用；阿司匹林、红霉素等对胃有刺激作用的药应饭后服用；驱虫药则应空腹服用。

2. 方法上讲究稳妥

务必用水服药。服药时足够量的饮水可使溶解度小、剂量大的药品增加溶出量，使吸收量增加，从而提高药效。服药切忌干吞，尤其是胶囊剂和片剂粘附于食管里壁而引起食管损伤。但饮水服药也有禁忌，如乳酶生忌用热水冲服；服润喉片、止咳糖浆忌马上饮水；服盐类泻药、退热药和碘胺药应尽可能多饮水，以补充机体失水和防止药物对肾脏的损害。

姿势要正确。服药姿势不当既会引起食管损伤，又会降低其疗效。服药时采用站立或端坐的姿势，服药后不应立即仰卧，以免药物滞留于食管，有消化道功能障碍的患者万应注意。溃疡病患者服药时，应根据溃疡的部位不同而采取不同的姿势，且服药后要静卧1小时。如溃疡在胃体后壁，宜仰卧；溃疡在胃体侧壁，则宜左侧卧位。这样既可减慢药物

排空、延长药效，又可减少胃酸和十二指肠液的返流，减轻对胃粘膜的腐蚀作用，提高疗效。

不要擅改剂型。每种药物都有其特定的剂型，不应随意改变。因为改变剂型不仅会影响药物疗效，而且容易带来不良反应。具体要求有：注射药不宜改口服。用于注射的针剂中含有的附加剂对胃肠有刺激，随意口服注射液，容易造成不良反应，而且其价格偏高，经济上也不划算。内用药不宜改外用。不同剂型的药物，在人体内的吸收途径不同，擅自改变其吸收途径，势必影响其在体内的吸收，降低或破坏药效。如有人把青霉素等抗生素注射液改为滴眼药，这样容易引起眼睛疼痛，出现结膜水肿、视力障碍等不良反应，是十分危险的。含药不宜吞服。有些药物，如治疗心绞痛的硝酸甘油片，舌下含化不仅吸收完全，而且能很快分解发挥药理作用，止痛疗效好。若改作口服，疗效则不如舌下含化的1/10。更重要的是一旦心绞痛得不到及时控制，其后果不堪设想。包衣片不宜分割。分割后破坏了包衣的特定作用如将包衣片分割服用，其片芯药物在胃中释放就会被胃液分解破坏，从而降低疗效或失效，同时还对食管、胃黏膜有较强的刺激，引起上腹部不适，胃出血等毒副作用。

3. 剂量上讲究准确

按照药品标注和医生的要求服用。药品即毒品。多数药品服用时都会有不同程度的副作用，药量越大，中毒的危险性也就越大。

每种药品的剂量规定都不是随心所欲想出来的，而是通过极其严格的科学计算和广泛的动物实验，再经临床检验才

确定下来的，使用时都有极量限制，若超量服用，就会对人体造成损伤。如降压药的作用强度相对稳定，增加剂量不但不能增加疗效，反而容易发生中毒。况服，像去痛片之类的药物，药效并不随剂量的增加而增加，其剂量再大，也只能止痛，并不能止住创伤、肿瘤等引起的头痛。

二、用药的次数、时间及剂量

1. 用药次数和时间

要使药物在服用后，不发生副作用，能取得好的治疗效果，这就要注意用药次数和时间。怎样确定用药次数和用药时间呢？主要是根据药物在体内吸收、解毒和排泄快慢而决定。应使药物在体内达到和保持一定的有效浓度，保证治疗效果。一般说来，吸收快、排泄快的药物，在体内有效浓度维持时间短，每日需要用药的次数就要多些，如青霉素 G(钾盐或钠盐)肌内注射，需 3~4 小时一次。如果用药时间太长，药物在体内有效浓度低，就达不到治疗效果。有些药物吸收慢、排泄慢，在体内保持有效浓度的时间长，用药次数和间隔时间可长些。如普鲁卡因、青霉素 G，需每日肌内注射一次。如果用药次数过于频繁，会引起积累中毒。

大多数的口服药，一般是每天 3 次，服到疾病症状完全消失后才可停用。

用药时间，对药物的吸收和作用关系很大，必须适当掌握，才能起到良好的治疗效果。一般有空腹服、饭前服、饭后服、睡前服和需用时服等多种，前面已经详细说明，在此

不再赘述。

2. 用药剂量的计算

平常所说的用药剂量，是指成人（18~60岁）一次的平均量，如果少于这个量，不能起到治疗作用。如果用量过多，就可能引起中毒，叫做中毒量；如果用量再增大，就可以致命，叫做致死量。药物的用量，各人差异性很大，特别是老年人和18岁以下的少年儿童，用药剂量都比成人要少，具体计算方法如下。

老年用药剂量：60~80岁，用成人量的 $\frac{3}{4}$ ~ $\frac{4}{5}$ ；80内多次以上，用成人量的 $\frac{1}{2}$ 。

三、用药讲安全

有研究报告指出，许多成年人面对大量处方药和非处方药的引诱，误用了自认为对自己疾病有效的药物。

负责该项研究的心脏病专家及初级保健医生对大约300名病人进行了调查，要求病人把他们所服用的药物带到医生办公室跟病历记录的药物进行比较，结果发现有 $\frac{3}{4}$ 的病人所服用的药物与病历的不同。他们或停用医生开的药物，或用药剂量错误，甚至瞒着医生服用其他药物。

马萨诸塞州布鲁克林心血管中心的苏珊娜·E·比蒂尔医生认为，目前这种乱服药现象十分普遍，因为现在很多病人不止在一个大夫那里看病，他们还可以从因特网上查询健康信息，从别人那里得到有关疾病的治疗方法。他们很想得到医生给他们开的药物的具体信息，尤其关心的是这些药物

的毒副作用。许多看过不止一个医生的病人还抱怨医生对他们建议常常是互相矛盾的。

但无论怎样，不正确服药或不按医嘱服药肯定是有害身体的。即使是保健食品中所含的中草药成分也会跟处方药发生相互作用。病人应该向主治医生讲清楚他们所服的药物，并且在打算停用某种处方药前要咨询医生的意见。

一位身体向来健康的男子，因感冒到一家区级医院就医，只打一针柴胡注射液，便倒在地上休克死亡。

另一位患慢性肾小球肾炎的妇女，因为支气管发炎，静脉注射含有头孢唑林的葡萄糖液，注射后 20 分钟，她突然全身抽搐口吐白沫，神志不清，幸亏抢救及时，才转危为安。

“是药三分毒。”凡药都具有两重性，在发挥其治病功效的同时，也会出现一些不良反应。像人们知道的退烧药非那西汀，可以引起弥漫性肺泡炎，长期服用阿司匹林可导致胃溃疡、胃出血……究其原因，既与药物的滥用、误用有关，也与人体的特性体质相关。

目前，随着各类药物的不断涌现，滥用药物的现象有增无减，发现不良反应的病例亦呈上升趋势。给人们的健康带来极大的危害。有关统计资料表明，我国去年不合理用药的比例占到了 11%~26%，因药物不良反应死亡的人数高达 19 万余人。

专家指出，应该大力宣传有关药物方面的科普知识，使人们树立科学用药的意识，无论是处方药还是非处方药，按医嘱服用十分必要。应根据自己的经济实力，选择安全、可靠的药物。在医生的指导下，对自己长期服用的药物进行适

当的更换。中老年人长期服药尤当小心慎重，服用营养性药品也不例外。比如，过量补充维生素 D，可引起骨损坏，尿钙过高；过量服用维生素 A，可造成胎儿畸形，肾损害；过量服用维生素 E，可使妇女月经过多，闭经，性功能紊乱；长期服用碳酸钙，会导致高血钙症等等。特别是值得注意的是，中药无毒副作用的错误认识已给人们的健康造成了不可忽视的损害。不久前，南京军区总医院全军肾病研究所报告指出，因为滥用中药导致肾炎和急性肾功能衰竭的病人日趋增多。

实际上，药物致死的情况除极少数不可预测外，绝大多数是可以预测和防范的。若出现不良反应，如过敏反应，便应立即停药。对大多数药源性疾病而言，只要在早期停药，症状都可缓解，无须采取特殊的处理。情况严重者，若及时采取对症治疗措施也可转危为安。

安全用药是关系到人类健康的大事，目前世界各国对新药鉴定的标准越来越高。专家们认为，对药品生产的监督管理是防范药物不良反应最基本最安全的措施，要重视对已上市的药品进行再评价，并制定相关条例，防止药物的滥用。

对于家庭来说，安全用药的原则有以下两条：

(1) 不要草率用药。有些人服药时，好凭以往经验，或道听途说草率服用，这是非常有害的。还有的人求愈心切，任意加大药量，这是很危险的。药物可以治病，但也可致病。例如消炎药复方新诺明，它在人体内的半衰期是 12 小时，故每天服 2 次，每次 2 片。若服药间隔小于 12 小时，在体内就会出现蓄积，严重者可损伤肾脏。

(2) 无病不要吃补药。补药也是药，吃补药要对症吃，若身体健康，不缺乏营养，吃补药则有害无益。

四、购买、服用非处方药的注意事项

非处方药尽管给常见病、慢性病或轻症用药提供了方便，但需要强调的是，药物既然是用于治疗疾病的，就有毒副作用，只是程度不同而已。

购买、服用非处方药，要有限制，要注意以下几点。一要对症吃药。对疾病没有作出正确判断不要盲目选购药物，学会辨别病症是用药的基础。二要吃明白药。应仔细阅读药品说明书，在全面了解的基础上正确选药。合理用药才能做到药到病除。三要依法用药。尤其是服法、用量要按规定做，不同药物配合使用时要避免出现不良反应。四要注意用药对象禁忌。五要注意贮存药品的有效期和失效期。家中的药品应定时清理。六要谨防假冒伪劣药品借非处方药管理进入家庭。七要注意避免滥用药物，不要因为用药方便了，就一切都自作主张，把与健康有关的大事当成无所谓的事情。安全、有效地使用非处方药才是药品分类管理的根本目的所在。

非处方药如果服用不当，会引起药物中毒。

(1) 服药剂量过大。许多人患病后，急盼药效，恨不得吃上一两次药病就能好，于是超量服用，结果疾病非但未愈，反而造成药物中毒。

(2) 误服了药。购药之前，必须先做自我诊断。如果自己不能作出自我诊断，还是去看医生为好。自购药物，要牢

记药名，要按照说明书中的用法、用量服用，否则易引起误服。

(3) 联合用药易引起中毒。服药的品种越多，中毒的百分率越大。所以，家庭用药提倡单品种，最多不超过 3 种同服。

(4) 保管不妥。有些药物因味苦难咽，制作时外面包有一层糖衣，如同糖片或糖丸。这种药小孩子吃过一次，仍想偷吃。如果保管不当，可能发生生命危险。药物中毒占小儿急性中毒的 75.5%，其中以误服药品占居首位(高达 69.9%)。

特异质病人要格外当心。许多药物具有过敏作用，这对过敏体质的人，几乎防不胜防。所以医生开处方前要仔细询问病史和药物过敏史，要严格掌握相关的适应症和禁忌症。

五、处方与药品说明书不一样怎么办

在临床上常能遇到医生所开处方与药品说明书不完全一样的情况，使病人产生怀疑。

虽然药品说明书上介绍了适应症、禁忌症、用量用法、不良反应等，但医生根据临床的长期应用和，所开出处方可能与药品说明书上适应症范围或药品的用量用法有所不同，这并非医生开错了药。如给胆绞痛病人开了硝苯吡啶，说明书标明是钙离子拮抗剂，能扩张冠状动脉，增加冠状动脉血流量，提高心肌对缺血的耐受性，用于心绞痛。但硝苯吡啶用于胆绞痛也能解痉止痛，且不会诱发老年人青光眼发作和尿潴留。又如给心脑血管病人开阿司匹林，说明书标明每次

剂量 0.5~1 克，每日 3 次，而医生说每日一次，每次 25~50 毫克，其原因是小剂量阿司匹林可抑制前列腺素生成，防止血小板聚集，具有抗血栓作用。

若医嘱与药品说明书有出入时，应主动向医生询问清楚，以防医生疏忽开错了药。当医生给予肯定答复后，就尊重医嘱，不要自作主张，以免延误治疗。

六、用药不当的危险

用药不当，有时会使病人出现一些危险情况，甚至危及生命。这是一个值得重视的问题。

现将常见的几种用药不当的情况简介如下。

1. 过量及用药方式不当

有些药物，如地高辛、洋地黄毒甙和毒毛旋花子甙 K 等，是治疗心力衰竭的药物，但如使用过量，会诱发心律紊乱、房室传导阻滞和充血性心力衰竭。若其诱发因素未能及时发现，可因室颤而导致死亡。再则，由于这类药物的治疗量与中毒量非常接近，故应用时要特别谨慎，否则极易引起中毒。奎尼丁是治疗心律失常的重要药物，可是当血液中的药物浓度超过每毫升 $6\mu\text{g}$ 时，即会出现阵发性心动过速，甚至心室颤动，从而诱发脑血管、冠状动脉栓塞，出现突然意识丧失、四肢抽动、呼吸停止，此称“奎尼丁晕厥”。

红霉素、二性霉素 B、磺胺类若采用静脉给药，均有引起血栓性静脉炎和肺栓塞的危险。用新霉素、链霉素、卡那霉素和多粘菌素等进行大剂量静脉滴注，容易引起心脏停搏。

氨茶碱应用过量或进行快速静脉注射，可导致窦性心动过速等心律失常，对呼吸窘迫症病人可引起室颤。患有心律失常的慢性阻塞性肺部疾病患者应当慎用。

2. 联用不当

当前数药并用的情况极为普遍，但药物相互之间往往会发生干扰，即使剂量适当也会出现严重反应。例如病人因心肌梗塞、心室肥大、心衰而服用地高辛，若同时有房颤又需服用异搏停，这样用到7~8天时，会突然发生虚脱、停搏，处于危险状态。又如病人有室性早搏和室性心动过速，若将乙胺碘呋酮与异搏停合用，会引起血压下降、心率减慢、房室传导阻滞，甚至心脏停搏。

3. 停药不当

某些药物连用一段时间后，易产生耐受性、依赖性，若突然停用，会出现严重反应。例如抗癫痫药物苯妥英钠、苯巴比妥（鲁米那）和折闲酮、乙琥胺等，一般需要坚持使用3~5年，不能随意中断，否则会促使旧病复发，而且还可能引起癫痫大发作或癫痫持续状态。抗心律失常药心得安，在长期应用后一旦停药，对心绞痛病人会引起较用药前更为严重的症状，如夜间心绞痛突然发作，甚至发生心肌梗塞而突然死亡。此外，某些抗精神病药、镇静催眠药及抗震库麻痹药等，也同样不能突然停用。

七、解救药物过敏的方法

药物过敏反应轻则表现为药物性皮炎、发热、哮喘、白

细胞或血小板减少，再生障碍性贫血，重则休克，甚至造成死亡。

一旦发生过敏反应，要立即停用该药，并立即选用苯海拉明、异丙嗪、扑尔敏等抗过敏药物。如果病人突然感到胸闷、憋气，并出现面色苍白、出冷汗、手足冰冷、血压下降等情况，就是过敏性休克，要立即让病人平躺下，然后头偏向一侧，松解衣扣，以保持呼吸道通畅，同时皮下注射 0.5 毫克肾上腺素及吸氧，并迅速请医生进行抢救。

八、吃错了药怎么办

由于粗心大意，有人误服了不应该服用的药品。如果属于维生素类、健胃药、滋补药等，问题还不大，如果误服了一些外用药或毒药，就会造成损害或带来危险。

如果误服了碘酒，可及时多喝些稠面糊和米粥。大量淀粉物质到胃里后，一方面保护胃粘膜，另一方面能与碘结合，生成一种蓝色的化合物，然后催吐，把胃里的东西吐出来，误服的碘酒也随之吐出来了。

如误服了腐蚀性很强的石炭酸、来苏儿、应马上让患者喝生鸡蛋清、牛奶、豆浆、稠米汤等，这些往往有保护食道和胃粘膜，以及中和毒性的作用，并及时到医院请医生处理。采取这种措施，可以保护消化道粘膜，减轻损害，看医生时应将误服药和瓶子、药袋等带去，以供医生治疗时参考。

除了催吐，还应洗胃，以便把吃进的药物冲洗出来。洗胃可以用清水，但一般根据药物的不同，用不同的溶液洗胃。

常用的有 0.01%~0.02%的高锰酸钾液，它是一种氧化剂，能使有机物氧化失去毒性。但误服了敌敌畏，则是用肥皂水或 2%~5%的小苏打水等碱性溶液冲洗，因为酸性溶液往往增加敌敌畏的毒性。金属和生物碱类毒物，可以用茶水洗胃，茶中的鞣酸有沉淀毒物的作用，能解毒。

为了预防错服药品。家中存有药品，应将外用药与内服药分开。外用药有许多水剂，如眼药水、牙痛水、脚气水、皮肤药水等，也应注意醒目区分；内服药没有瓶签的要写上是什么药，怎么用法，以免拿错、吃错。

九、直接用瓶喝药水不好

有些人在喝药水时图方便省事，打开瓶盖直接往嘴里倒，这样服药既不卫生又不科学。用药瓶直接喝药，一方面药量不准确，服少了不起作用，服多了又会产生不良反应，甚至中毒。如治疗胃肠道痉挛性疼痛的颠茄合剂，服多了会发生口干、排尿困难等副作用。另一方面，直接口对瓶喝药水也不卫生，因为口腔接触瓶口，容易把细菌带入瓶内，使药水变质，如助消化药的胃酶合剂或止咳糖浆等均含有糖分，很适宜细菌繁殖，而使药水发酵变质。正确的方法是，按医生嘱咐或瓶答上的说明剂量，将药倒在小勺或其他容器内，用温开水送服，这样既安全又卫生。

十、不宜合用的药物

许多人为求治病速效，常常将作用相似的几种药同时应用，反而造成了药品的浪费和不良反应的增加，下面列举一些不宜联用的常用药物，以期引起人们注意。

(1) 同类型或作用相似的药不宜合用。如庆大霉素、卡那霉素、丁胺卡那霉素、链霉素与核糖霉素；吡哌酸、氟哌酸、氟嗪酸、环丙沙星与呋喃硝啉；红霉素、罗红霉素、琥乙红霉素、白霉素、乙酰螺旋霉素、麦迪霉素、洁霉素与青霉素；复方新诺明与双磺片；四环素、强力霉素、多西环素与土霉素等。因为这些药物或作用原理、用途相似，或相互拮抗，合用不增加疗效。但上述不同组内的药物则可有根据地联用。

(2) 许多复方制剂都含有多种有效成分，不宜再与相应单方制剂合用，必须联用时也应注意减量，如消渴丸内含优降糖；快克、尼克、白加黑、感冒冲剂等多种抗感冒复方药内均含扑热息痛等解毒镇痛药，治感冒时如再联用布洛芬、扑热息痛、APC、去痛片等时，就会造成重复用药，增加副反应。定喘止咳片中含有氨茶碱等多种平喘成分，服用时也应注意。

(3) 有些药物名称虽不一样，但成分一样，用时应详阅说明书，以免重复用药。如云芝肝泰、肝必复、复方树舌片；甲氰咪胍、西咪替丁、泰胃美等分别为同一种药，故不宜联用。

(4) 许多作用相似的中成药如三七伤药片、跌打丸、七厘散、舒筋活血药、伸筋丹等，主要成分常相似，也不宜同时应用。

十一、中西药不可同服

中西药能一起吃吗？一般来说是可以的。因为，现在应用的很多西药都是从中草中提取有效成份，然后用人工合成的方法制造出来的，有的还是从中草药中直接提取有效成分加工制成的，而且医生同时用中西药治疗疾病的目的是是一致的，使用的中西药往往是有效成分相同，只是剂型不同而已。

但是，也并非所有中西药都能一起吃。在许多中草药中，如五倍子、地榆、仙鹤草、侧柏、荆芥、扁蓄、桂皮、虎杖、狗脊等，除了含有效成分外，还会有大量的鞣质，而鞣质则能与硫酸亚铁等类制剂结合，形成不溶性的沉淀，不能被人体吸收。鞣质还能与维生素 B₁、胃蛋白酶、胰酶、菠萝蛋白酶、淀粉酶等酶类制剂结合，致使这些药物疗效降低。由于鞣质溶于水，所以用水煎煮的中药汤剂中含鞣质最多，对上述药物的疗效影响也最大。

动物类中药中则不含有鞣质，矿物类中药中也几乎不含鞣质，因此不必担心；对于注射用的酶类制剂和维生素 B₁，由于鞣质到胃肠道后不被人体吸收入血，也不必担心。

含朱砂的方剂和中成药，如朱砂安神丸，安神补气丸等，不能与西药溴化物类，如巴氏合剂、三溴合剂、10%溴化钾溶液及碘化物类，如碘化钾合剂、复方碘溶液等合用。因为

朱砂的主要化学成份是硫化汞，而硫化汞在胃肠道遇溴、碘化物后，硫可被溴和碘置换生成溴化汞和碘化汞，而这两种新物质有很强的刺激性，能刺激胃肠道出血，从而导致严重的药源性肠炎。

再有一些动物类和矿物类中药，如海螵蛸、鹿角霜、龟板、别甲、穿山甲、珍珠母、龙骨、牡蛎等都含有很多的钙，果实类中药山楂含钙也很丰富，每公斤山楂含钙达 850 毫克，而钙离子能四环素类抗生素形成络合物，从而降低其抗菌效力，因此也不能一起吃。

十二、常见的无效用药情况

随着医疗保健知识的普及，常用药物逐渐进入每个家庭。对一般常见疾病，多数人都自行买药服用。因此合理用药，减少无效用药已成为每个家庭必须重视和关心的问题。

现列举几种常见的无效用药情况。

流行性感冒使用抗生素。流行性感冒是由流感病毒引起的一种上呼吸道感染，流感病毒有甲、乙、丙三型，常因变异而产生新的亚型引起流行。目前，对流感患者使用抗生素现象很普遍，不仅多见于个人自用，就是一些医生治疗流感也常用抗生素。显然抗生素对流感治疗是无用的。只有当并发细菌感染时，方可考虑使用抗生素。

消化功能紊乱导致腹泻不应使用抗生素治疗。腹泻一般分为感染性腹泻和非感染性腹泻，前者当然应选用抗生素，而后者用抗生素无效。消化功能紊乱可由饮食不当、食物过

敏（对牛奶、鱼虾过敏等）生活规律的改变、外界气候突变等原因引起，此类腹泻使用抗生素均无效，应当采用饮食疗法，或服用一些助消化药物。

丙种球蛋白预防传染病。丙种球蛋白对部分传染病有预防作用，如：麻疹、甲型肝炎、脊髓灰质炎、风疹等。对于上述病人的接触者使用丙种球蛋白亦有效。但对乙型肝炎、流行感冒、水痘、普通感冒、流行性腮腺炎使用该药则无效。

皮炎、瘙痒症用激素。由于肾上腺激素具有抗过敏、抗炎作用，因而对某些皮肤疾病、瘙痒症有一定疗效。此药经常使用，可能诱发感染，影响生长发育，甚至导致溃疡或不育。患有皮肤病、瘙痒的患者不要首先选用激素或激素制成的外涂药，应在医生指导下使用此类药。

十三、老人一次服多种药物不好

有些老年人身体较弱，一般常患有两种以上的疾病，并且常常有多种症状。既有咳嗽痰喘，又有头痛失眠；既有腰酸腿痛，又有腹胀胃满；既有肝炎，又有高血压……。因此，患者自己总担心只服一两种药物，不能解决问题，往往要求服多种药物，想一下把所有的病，所有的症状一齐速治。结果，合起来就七、八、十来种药，中药、西药，药片、药水，可以说品种俱全。其实，一次服用多种药物，是老年人药物治疗中发生副作用多和严重并发症多的一个重要原因。

一般说，用药的种类愈多，时间愈长，毒副作用也愈强。病人面前摆着一大堆药，一方面多种药物在一起容易引起药

物间的有害作用，另一方面老人记忆力差，会被这么多的药弄糊涂，以致把药服错。

药物在体内的相互作用很复杂，许多情况到现在医生也未弄清楚。它们之间有时对人体有利，有时却很有害。种类越多，情况越复杂，如果出现了毒副作用，很难弄清是由哪些药物所导致。

因此，对老人的多种疾病，多种症状，应抓住主要矛盾，分清轻、重、缓、急，尽量少开药。需要同时治两种病和两种以上的症状时，应将不同类的药物间隔时间，分别单独服用，可以减少毒副作用的发生。比如安眠药、利尿药、镇静剂分别单独服用，没有出现不良反应，但如合用，则可产生体位性低血压，老人在站立时会摔倒、摔伤。服药期间一旦出现反应，应及时报告医生，或停止用药。

十四、服药与停药

首先，要听从医生的建议。医生对患者的疾病会有较全面的了解，因此为其开具了处方。处方上的药物仅适合治疗患者目前的疾病，大多数处方上的药物仅够服用一个疗程。对大多数疾病来说，一个疗程用药就足够了，而对一些患慢性疾病如高血压、糖尿病、癫痫等需要长期治疗的病人来说，医生会告诉你服完这一疗程后再来医院检查，并开出下一疗程用药。因此，应该听从医生的建议，服完处方上所开药物，以免耽误治疗（有些特殊情况可以除外）。

其次，根据不同疾病的具体情况，合理停药。需长期服

药的患者不可随意停药。许多疾病，像高血压、糖尿病、心律失常及精神病等，目前尚无特效药，用药只能治其标而不能治其本，即用药时症状减轻，一旦停药，症状又会恢复。这类疾病大多需长期服药，甚至终生服药，即使觉得病情好转，也不应自作主张，随意停药。有时骤然停药，会使症状像皮球一样反弹得比服药前更厉害。

需缓停药和逐渐递减停药的患者，必须按规定停药。有些疾病病情复杂，治愈后易复发，如胃及十二指肠溃疡、结核病、类风湿关节炎和某些慢性疾病。这些疾病用药治愈后，为巩固疗效，防止复发，一般均需一段时间的维持治疗。而一些抗癫痫药、肾上腺皮质激素类药物，在控制病情后，不仅需要做一段时间的维持疗法，而且需用“逐渐递减”的方法停药，否则会加重病情。

需及时停药的患者，必须及时停药。任何药物都有一定的毒副作用，若不是疾病本身的需要，当达到预期疗效后，均应及时停药。所谓“及时”，主要取决于疾病的疗程。一般而言，急性疾病疗程较短，慢性疾病疗程较长。任何疾病的药物治疗均应有足够疗程，才能完全消除或抑制病原微生物或致病因子，帮助和促进脏器机能的恢复，以达到痊愈。因此，在疾病治愈后，再用药 1~2 天，即可停药。

需立即停药的患者必须立即停止服药。有些疾病，如流行性感、病毒性肝炎等，目前虽也有特效药，但用药目的并不是为了直接治疗疾病，而是让症状减轻，使身体本身的抵抗力增强来消灭体内的病毒。这一类疾病的症状一旦消失，即可立即停药。长期滥用药物，不仅是一种浪费，更重要的

是给肝脏增加负担，会产生许多不良反应。另外，一些对症治疗的药物，一般是在症状发作时使用，症状消失后就不要再用了。

众所周知，药物是用来防病治病的特殊商品，服药得当，可以治病救人，挽救生命；服药不当，则会给身体造成伤害，甚至死亡。因此，必须掌握适时适量用药，以达到“药到病除”的功效。

第五节 老年人合理用药

一、老年人用药的特点

1. 药物的分布

随着增龄的变化，老年人体内水分和肌肉组织逐渐减少，而脂肪所占比例相对增加，这就会引起药物分布的变化。如亲脂性药物巴比妥、安定等，可能在脂肪组织内蓄积，产生持久作用。尤其是老年女性，脂肪成分增加比男性明显，因此，老年人的药物分布与性别有很大关系，这在老年人合理用药中是必须认真考虑的一个重要因素。

老年人血浆蛋白随增龄而降低，因而蛋白结合药物减少，具有药理活性的非结合部分（游离）药物浓度相对增加。如哌替啶（度冷丁）、水杨酸、保泰松、口服降糖药等的生物有效度可能增加。因此，老年人用药、剂量和次数均应低于青

壮年为宜。

2. 药物的耐受性

老年人对药物耐受性趋向降低，女性比男性更明显。通常单用或少量药物配合使用时，一般可以耐受，但当许多药物联合使用又不减量时，很易出现药物不良反应及胃肠道症状。如一种利尿剂、一种镇静剂和一种安定剂分别服用时，可能耐受良好，能达到各种药物治疗的预期效果；若同时合并应用就可能出现体位性低血压。

3. 组织的感受性

随着增龄，机体对药物的感受性也有改变。感受性增强时，常规药量也能出现超量反应，如甲状腺素、洋地黄类制剂等就属此类药物。老年人心脏对异丙肾上腺素、普萘洛尔（心得安）等药物的作用多不敏感，这可能与老年人心脏组织纤维化、血流量减少以及受体功能降低有关。

老年人个体差异很大是任何年龄组都不能比拟的，同龄老人药物剂量可相差数倍之多，这在老年人用药是一个很值得重视的特点。

4. 药物的吸收

老年人胃肠道粘膜细胞数量减少，消化道运动能力降低，胃酸分泌减少，肠道动脉硬化使血运减少等，这些因素均可影响口服药物的吸收而降低其疗效。

此外，老年人比较脆弱的消化功能很易受一些药物的干扰而致消化功能障碍，如地高辛、氯化钾、抗生素等很易影响食欲，引起恶心、呕吐或腹胀、便秘、腹泻等，使本来已经衰弱的身体更加虚弱。

5. 药物的代谢

肝脏是药物代谢的主要器官，许多药物经肝脏微粒体细胞色素 P450 酶系统氧化、还原或水解。实验证明，肝脏微粒体细胞色素 P450 酶的生成与活性随增龄而降低，因而，使氨基比林、保泰松、苯妥英钠、巴比妥、甲丙氨酯（眠而通）、四环素等药物在血液及组织中浓度增加，半衰期延长 20%~50%。有的药物如地西泮（安定）等的半衰期老年人比青壮年延长 4 倍~5 倍。老年人药物代谢比较缓慢，可能是老年人对药物敏感性增强和易发生毒性反应的重要原因。

6. 药物的排泄

老年人肾脏的肾单位随增龄而减少，肾小球滤过率及肾血流量较年轻时均减少 50% 左右。80 岁以上老年人肾单位仅为青年人的 1/3，肌酐清除率降至正常人的 1/3 以下，因而使药物的排泄受到限制。

此外，老年人饮水量少也不利于药物排泄。老年人蛋白质摄入量减少，尿易趋于碱性，碱性药物（氨茶碱、抗酸药、氯化钾）在碱性尿中容易再吸收，这些因素都可提高某些药物在血浆中的浓度和使半衰期延长，从而出现药物的蓄积作用、超量反应和毒副作用。

因此，老年人用药最好是在血药浓度的监测下或测定内生肌酐清除率，以指导合理用药。

7. 药物的相互作用

老年人由于一人多病，因此，往往用药种类较多，这就很可能产生药物有益的和不良的相互作用，甚至产生严重的毒副作用。用药种类越多，不良反应的发生率越高。

有人报道，同时应用 1 种~5 种药物的病人，其不良反应发生率为 18.6%，5 种以上药物并用者，不良反应发生率增至 81.4%。据文献报道，20% 以上的药物并发症都与合并应用多种药物而发生的相互作用有关。因此，在老年人用药时必须慎重考虑药物的相互作用所引起的不良反应。应从以下几个方面考虑：

(1) 影响胃肠道的蠕动和吸收。某些药在消化道有固定的吸收部位，如地高辛、维生素 B₂ (核黄素) 只能在十二指肠和小肠某一部分才能吸收，当该药与甲氧氯普安(胃复安)合用时，因为胃复安加速胃肠道蠕动，使药物迅速离开吸收部位而降低疗效。

(2) 抑制药物代谢酶亦称酶抑制作用。有些药物具有抑制另一些药物代谢酶的活性作用，使药物的正常代谢受阻，致使后者血浓度升高，药效增强，甚至引起中毒。如氯霉素与双香豆素合用可加强疗效，也可能引起出血。氯丙嗪与心得安合用，后者代谢受阻，加剧对心血管抑制，可致严重低血压。

(3) 促进药物代谢亦称酶促进作用。酶促进作用与酶抑制作用相反，某些药物可促进另一些药物代谢酶的活性，加速药物代谢使其降低疗效。如苯巴比妥就是一种酶诱导物，可使受体阻滞剂、西咪替丁(甲氰咪胍)、苯妥英钠、口服抗凝剂、皮质激素等多种药物加速代谢，疗效降低。

(4) 竞争血浆蛋白。许多药物在体内可与血浆蛋白相结合，但结合力可有强弱之分，结合能力强的药物占了大部分血浆蛋白，使结合能力弱的药物失去了与血浆蛋白结合的机

会，因而使游离体浓度高于正常，可增强疗效，亦可引起中毒。如阿司匹林与青霉素类、磺胺类、甲氨喋呤等合用时，可使后者血浓度升高。

(5) 竞争肾小球排泄。有些药物是通过肾小球滤过进入尿中排泄的，但它们通过肾小球的难易程度不同，易者排挤难者，使难者血浓度升高，如丙磺舒可提高青霉素类血浓度使疗效增强。

(6) 作用于同一受体。不同性质的药物作用于同一受体可起到协同或阻抑两种相反作用。如利福平和异烟肼联合应用时，可增强抗结核菌的效力，但可加重肝损害。胃复安和阿托品联合应用，药效相互拮抗而抵消。

二、老年人用药的原则

1. 严格掌握用药指征，合理选择药物

老年人由于生理衰老、病理变化，病情往往复杂多变，若药物使用不当可使病情恶化，甚至无法挽救。如有一高血压病人，平时肾功能稍差（ $BUN 7.14\text{mmol/L} \sim 10.71\text{mmol/L}$ ），在肺部感染时选用青霉素加庆大霉素肌注，2天后，肾功能衰竭， BUN 升至 $28.56\text{mmol/L} \sim 35.70\text{mmol/L}$ ，5天后尿闭，7天后死亡。尸检发现多灶性肾近曲小管坏死，符合急性药物中毒性肾功能衰竭。

因此，老年人用药一定要掌握少而精的原则，选择药物时要考虑到既往疾病及各器官的功能情况。对有些病症可以不用药物治疗的就不要滥用药物。如失眠、多梦可通过劝导

病人节制晚间紧张的脑力劳动和烟、茶等收到良好效果。老年人精神情绪抑郁，可通过劝慰、心理指导治疗，其效果常比用药为好。

2. 掌握好用药的最佳时间

掌握好用药的最佳时间可以提高疗效，减少不良反应。这种规律是在人类的进化过程中逐步产生的。如洋地黄、胰岛素，凌晨4时的敏感度比其他时间大几倍甚至几十倍。

皮质激素的应用，目前多主张对长期用药者在病情控制后，采取隔日一次给药法，即把2天的总量于隔日上午6时~8时一次给予。这是根据皮质激素昼夜分泌的节律性，每日早晨分泌达高峰，这时给予较大量皮质激素，下丘脑-垂体-肾上腺系统对外源性激素的负反馈最不敏感，因而对肾上腺皮质功能抑制较小，疗效较好，产生柯兴综合征等不良反应较小。

一般多数口服药物可在饭后服，尤其对消化道有不良反应的药物如铁剂、某些抗生素等。有些药物要求在空腹或半空腹时服用，如驱虫药、盐类泻药等。有些药要求在饭前服，如健胃药、收敛药、抗酸药、胃肠解痉药、利胆药等。

3. 掌握好最佳的用药剂量

老年人对药物耐受能力差、个体差异增大、半衰期延长，因此，对老年人用药剂量必须十分慎重。对于这个问题各家意见不一。有人主张，从50岁开始，每增加1岁应减少成年人用量的1%；还有人主张，60岁以上用成人用量的1/3，70岁用1/4，80岁用1/5。

我国老年人的用药剂量，通常是根据年龄、体重和体质

情况而定。对年龄较大、体重较轻、一般情况较差的中老年病人应从“最小剂量”开始。在有条件的医院应积极开展血药浓度监测，以便更准确地根据个体差异调整用药剂量。

三、易使老人产生药物反应的药物

老年人脏器老化，药物耐受性降低，有许多种药物可引起老年人的药物反应，现举出比较重要且常用的品种介绍如下，以引起老年人的注意。

1. 青霉素

老年人肾功能减退，排泄减慢，血浓度增高，易出现中枢神经的毒性反应，如诱发癫痫及昏迷等。

2. 地高辛

由于老人肾清除机能衰退，用药后易出现恶心、呕吐等中枢性毒性反应或出现心脏毒性。

3. 普萘洛尔

因老年人肝功能变化，血浆蛋白含量降低等原因，可出现头痛、眩晕、嗜睡、心动过缓、低血压、心脏传导阻滞等副作用。

4. 哌替啶

因药物在血浆中蛋白结合率降低而有更多的游离药物分布到受体部位，从而出现恶心、低血压、呼吸抑制等副作用。

5. 巴比妥类药物

由于老年人排泄或代谢功能变化，可延长其中枢抑制作用或出现兴奋激动等异常变化。

6. 吩噻嗪类

这类药老年人使用后常易发生震颤性麻痹，且常为永久性的，故应引起高度注意，使用此类药时应注意从小剂量开始。

7. 肝素

老年人使用后出血发生率增加，特别是女性患者。

8. 阿米替林、丙咪嗪

大多数老年人服用后易出现不安、失眠、健忘、激动、定向障碍等症状。一发现此类症状，应立即停药。

四、老人用药四忌

人到老年，各系统的功能均有减退，用药更须谨慎。否则，不良反应接踵而至，往往难以收拾。所以，老年人用药须注意以下四方面。

1. 忌滥用抗生素

老年人免疫功能下降，感染机会增多，有的人就滥用抗生素，这是十分危险的。比如青霉素，虽然毒性较小，但如用量过大，也会使老年人出现眩晕，甚至昏迷。再如链霉素，容易损害听力，老年人对其很敏感，稍一不慎，即致耳聋。

2. 忌滥用解热镇痛药

不少老年人在使用保泰松、消炎痛等止痛药（因老年人常常关节痛、腰背痛），如使用时间过长，用量过大即可引起水肿、粒细胞减少，甚至导致再生障碍性贫血。

3. 忌滥用安眠药

老年人对安眠药的需求高于其他年龄段的人。但由于老年人对安眠药的分解排泄比年轻人慢，服一般常用的剂量，即可使老人过度困倦，长期用药还可使老人形成习惯，促使其分解酶增加而使药物用量逐渐增加。所以，老年人使用安眠药时用量宜小，且应不断更换品种，防止发生依赖。

4. 忌大量服用泻药

大量用泻药可以引起老年人缺钙和维生素缺乏。比如液状石蜡能溶解维生素 A、D、E、K，长期用液状石蜡来通便，可使这些维生素丧失，对老人健康非常不利。如缺乏维生素 D，可使老人骨质疏松；缺乏维生素 K，则可使老人出现凝血障碍，引起老年性紫癜。所以老年人便秘，需用药时最好还是选用甘油栓或开塞露通便。

五、常见药物的妙用方法

1. 去痛片的妙用

常用的去痛片也是解热、镇痛、抗风湿及调解大脑皮质活动等作用，同时也有引起粒细胞减少以及久用成瘾的副作用。经常服用去痛片的人应当注意检查血象。

去痛片除上述人所共知的作用之外，还有一些特殊的用场：

将 1~2 片去痛片用一小杯白酒烧化，趁热服下，可使急性胃肠炎、菌痢迅速缓解；身体某部小创伤时，消毒之后敷上研碎的去痛片粉末，再行包扎，创伤可迅速愈合，且不感

染；头部遇到小创伤时，消毒之后敷上研碎的去痛片，再行包扎，创伤可速愈，且不感染；酒醉之后，内服一片去痛片，可迅速醒酒。

2. 巧用云南白药

治腮腺炎：用云南白药粉末知量，调食醋或白酒涂患处，二三天见效。

治肋软骨炎：取云南白药 0.5~1 克，用白酒或 75%酒精调成糊状，敷于患处，再用胶布或伤湿膏固定，三天更换一次，一般用药 1~2 次，最多 4 次可愈。

治复发性口疮：用棉签蘸云南白药粉末涂敷患处或吹入溃疡面，绝大多数病人用药 3 天后痊愈。

3. 伤湿止痛膏的妙用

伤湿止痛膏除用于跌打损伤、风湿腰腿疼外，贴在不同部位，可有新奇效果。

治冻疮裂口：将伤湿止痛膏贴在患处，止痛恢复创面效果较好。

晕车、晕船：取伤湿止痛膏一块，贴在肚脐上，可以预防晕车、晕船、晕飞机。

4. 十滴水的妙用

被鱼刺扎伤后可在创口上先常规消毒，再敷上蘸有十滴水的药棉，包扎处理，常可取得满意疗效。不仅可消肿止痛，促使伤口愈合，还可免受后遗症之苦。

5. 药物牙膏的妙用

夏天蚊虫叮咬，可迅速抹点药物牙膏，轻轻按揉，有降温、抗过敏、解毒消炎的功用；夏天生痱子，可把药物牙膏

溶解在水中，用以洗浴可使痱子早退，浑身凉爽舒适；旅途头晕头痛，在太阳穴处涂点药物牙膏可镇痛清脑；粉刺继发感染时，可将药物牙膏与强的松药片研碎调匀擦患处。

6. 风油精的作用

烫伤后用风油精涂抹，不到5分钟剧痛便可顿消，且愈后不留任何痕迹。或水泡破裂则先涂上风油精，再涂上些抗生素软膏如红霉素、四环素等疗效更好。风油精可每隔2~3小时搽一次，轻者随搽随好，重者2~4天痊愈，无疼痛感染、结痂疤痕。

第六节 用药误区

一、常见的用药失误

1. 感冒药

感冒是一种常见病，一个人每年要患4~6次感冒。感冒的自然病程为3~7天。现在的各类感冒药，特别是冲剂类药物，名目繁多。人们若不明白感冒具有自然病程的特殊机理，过多服用感冒药，既浪费钱，又可能损害胃肠或肝肾功能。治疗感冒，关键在控制并发症。只要无并发症产生，服1~2天感冒药，头痛、咳嗽、流涕、喷嚏、身疼等症状缓解后，即可停药自养，待其自然病程完结。

2. 泻下药

引起大便秘结的原因很多，如精神紧张、发烧、久坐、饮水过少和摄入纤维素太少，体弱年老等。便秘者欲自服药物治疗，要首先弄清便秘形成的原因，寻因处置。可分别采用消除紧张情绪、退烧、增大活动量、多饮水和多吃新鲜蔬菜、水果及增强体质等方法，使之自愈，不必都服泻下药。便秘很厉害时，只应服 1~2 次泻下药，便通即止，切不可一见便秘就服泻下药通便。因为，常用泻下药会导致胃肠功能紊乱，出现“便秘——服泻下药——便秘”的恶性循环，严重影响人体对营养素的吸收和利用，有损健康。

3. 抗生素

发烧，可因病毒或细菌感染引起，也可因其他非感染性疾病引起。对发烧，不必使用对病毒无抑制和杀灭作用的霉素类抗菌。即使查明因细菌感染引起的发烧，也应选择某种对此种病菌有效的抗生素，连续服用 5~7 天，才能基本控制病菌感染。有些人在服用 1~2 天抗生素后，认为某种症状消除了便停药，这样容易再次感染，而再次使用同种药物时，效果就不明显了。再次感染时应换用另一种抗生素。

4. 镇静药

工作紧张、情绪不好或失眠，服用镇静安眠剂，并非明智之举。很多人失眠，不必服镇静剂。减轻工作压力、调节情绪、参加锻炼和社交活动等，都对消除症状大有裨益。久服、多服镇静剂会成瘾，还对肝功能有极大损害。所以，镇静药少服为佳，实有必要，也应各种镇静剂交替使用。

二、老人常服药酒好不好

将药物泡于酒中，使药物中的有效成分溶于酒中，就成为药酒。因酒有畅通血脉、散瘀活血、祛风散寒、消冷积、健脾胃、提精神、引药上行、助药力之功效。所以，药与酒在一起，可增强药力，这是其长处。老年人当然可常常服用药酒，用药酒有助于药效之发挥。

但是，患有肝炎、肝硬化、食管炎、胃炎、胃溃疡、胰腺炎的人不宜用药酒。适宜于用药酒的老人，也要遵医嘱用，不得随意超量服用，更不能因为所用药酒是补益性质的，应多多益善，滥饮起来。

另外，还有一点应注意：在应用西药期间，不宜同时应用药酒。因为酒精抑制肝细胞的药物代谢酶，饮酒可能影响药物疗效或产生不良反应。如应用催眠药、镇静药、抗癫痫药或抗组胺药期间，饮用药酒，可加重中枢神经抑制，引起病人呼吸抑制、昏迷甚至突然死亡。这对于常服药酒的老人来说，非常值得注意，稍一疏忽，即成大祸。

三、新药未必就是好药

近年来，国内平均每年都要增加近百种新药，许多患者认为“新药”一定是“好药”，总想赶快用上。其实，“新药”并不等于“好药”，加上眼下各种媒体对新药的副作用宣传极少，至使“药源性疾病”逐年增多。

新研制的药物可能对某些疾病有良好的疗效，或者比同

类药物更胜一筹。但是，新药毕竟应用时间较短，试用的病例也有限，其可能产生的某些副作用还往往未及发现，因此使用新药的风险比使用老药要多。20世纪50年代，美国研制的药物“反应停”，对治疗妊娠反应非常有效，很多孕妇竞相服用，没想到，这些妇女后来多生下了四肢短小、貌似海豹的“海豹婴儿”。这就是震惊世界的“反应停事件”。

另一方面，有些新药的实际疗效也并非真比老药好。比如利福平，它刚刚问世时，许多宣传都吹嘘它抗结核效果如何奇特和理想。但经过多年的使用证实，利福平的抗结核效果与异烟肼相当，单独用它治疗结核杆菌还容易产生耐药性。

那么，究竟什么样的药可以称作“好药”呢？

药理学家为“好药”规定了3个条件：一是必须疗效确切；二是对人体的毒性或副作用最小；三是相比之下价格最便宜而且服用方便。

四、吃药与忌口

所谓忌口，就是在吃药期间禁止吃某些食物，例如：在服四环素类药物（包括四环素、土霉素、多西环素）时，勿同吃豆制品、黄豆、油条、卤肉、咸鱼、蚌、螺、蟹、海蜇、海带等食物。因为这些食物中含有较高的铝、钙、镁等，与四环素类药物结合影响吸收，减低药效。若吃这些食物，起码要与服药时间隔开两小时。

服呋喃唑酮（痢特灵）、优降宁、闷可乐、苯乙肼时，应少吃或禁食蚕豆、扁豆、香蕉、奶酪、咸鱼、巧克力、动物

肝脏等，否则可引起血压升高。

治疗贫血口服铁剂（硫酸亚铁）时，避免与动物肝脏、花生仁、海带、芝麻酱等同吃，以免妨碍铁的吸收。这时应吃含蛋白质多、脂肪少的食物。

利福平、氯霉素不要与茶、米汤、牛奶同服；苦味健胃药勿与糖水同吃；用润喉片、止咳糖浆等不宜饮水。

有很多药都可以和茶水中的鞣质发生作用，所以吃药时不可用茶水送服。

鞣质又名单宁，遇到重金属离子如铁、铅、银、钴、铜、锌，或生物碱如土的宁、奎宁等，都可产生不溶解的沉淀，从而使药物不能吸收，发挥不了作用。

我们平常使用的药中，有很多含有生物碱，如麻黄碱、利血平等。中药里有效成分很多属于生物碱，如元胡、大蓟、小蓟、黄连、曼陀罗、川牛膝等，这些药的煎液如与茶水同服，就很容易发生沉淀。

此外，酒后不宜服药，易引起危险。

引起过度镇静的药物。饮酒的人，如果酒后服用催眠药、安定类药、麻醉类药、抗组胺药、巴比妥酸盐类药、杜冷丁、酰胺咪嗪等引起过度镇静的药物，会抑制呼吸和心跳，造成意外事故的发生。

引起低血压或高血压的药物。饮酒后服用金刚烷胺、二氢麦角胺、潘生丁、扑痫酮，可使血压下降，甚至引起昏厥、昏迷。容易产生体位性低血压的药物有烟酸、硝酸盐类。苯丙胺、单氨氧化酶（MAO）抑制剂与含酰胺的乙醇饲料同时服用时，均可引起血压过高升高。严重者可造成剧烈头痛，

突发脑溢血而危及生命。

引起胃出血的药物。酒后服用保泰松、羟基保泰松、大量阿司匹林、吲哚美辛、布洛芬等药，均可引起胃出血。主要是酒精与以上药物合用后增加了药物对粘膜的刺激所致，严重者可出现呕血或黑便。

引起神经系统症状的药物。酒后服用锂制剂、乙巯异烟肼，可引起或加重意识模糊、谵妄等精神症状。如果同时服用二乙胺苯丙酮、哌醋甲酯、氯苯丙胺，可过度增加神经系统的兴奋性。特别是氟苯丙胺与啤酒、葡萄酒同服，可过度刺激神经系统，增强其兴奋性。

引起血糖过低的药物。酒后服用降糖药、胰岛素，可使血糖浓度过度降低，变成低血糖而引发出一系列症状。

增加药物毒性的药物。酒后服用磺胺类药、萘啶酸，可加重酒精中毒。酒后服用二甲双胍、苯乙双胍，可增加乳酸中毒；服用氨甲蝶呤、扑热息痛，可增加肝脏毒性。而且氨甲蝶呤、三环类抗抑郁药不仅增加毒性，还可引起过度镇静；服用异烟肼，不仅降低异烟肼的效果，还可增加肝炎的发生率；酒后服用溴化物，则可使意识模糊、谵妄，增加毒性反应。

总之，服用上述药物时应尽量避免饮酒，以免引起药物与酒精发生相互作用，增加病情或造成生命危险。

五、前列腺肥大的老年病人的忌用药物

在男性生殖器官中，前列腺为一最大附属性腺，解剖学

知识告诉我们，男性尿道从膀胱底部延续而下，穿过前列腺的基底，从其夹部出来的，换句话说，此处的尿道是整个前列腺包围着的，而生理学知识又告诉我们，前列腺的生长发育与睾丸及其分泌物 - 男性激素，有密切联系。进入更年期以后，睾丸发生生理变化，男性激素分泌水亦随着睾丸的变化，失去平衡，前列腺因之不断受到刺激，出现增生肥大，甚至可增生至正常时的 15~20 倍。

前列腺肥大的主要症状，是因膀胱颈被肥大的前列腺夹持、阻塞，出现排尿困难，尿线变细、尿频、夜尿增多，重者甚至可发生尿潴留或充盈性尿失禁。因此，阿托品、普鲁本辛、山莨菪碱、樟柳碱、多虑平等药应忌用，因为上述各药，影响膀胱逼尿肌和膀胱扩约肌的机能，使这些肌肉松弛，从而引起和加重排尿困难，使病情加重。

其次，吗啡、肾上腺素、麻黄碱、安血定以及抗过敏药，如扑尔敏、苯海拉明、异丙嗪等也有上述药物影响排尿的副作用，故也应禁忌使用或慎用。

六、老年妇女慎用洗必泰栓剂

洗必泰，学名为双氯苯双胍乙烷，为一具有相当强作用，属表面活性剂型，广谱的杀菌消毒药。对 Gr 阳性和 Gr 阴性菌均有作用。临床上对子宫颈糜烂及阴道炎有较好疗效。但老年妇女，在患有阴道炎或其他泌尿道疾病，病因未明的情况下，不可盲目使用。

正常情况下，阴道内生存着大量的对人体有益的杆菌，

将阴道表皮细胞中贮存的糖原分为乳酸,保持阴道内的酸度,构成一道抵御致病菌在阴道内繁殖的天然防线。而老年妇女生殖道发生退行性变,阴道粘膜变薄,细胞数减少,阴道分泌物减少,呈碱性反应,防御机制减弱甚至丧失。此时,如盲目使用杀菌作用较强的洗必泰栓剂,势必使大量的阴道杆菌被杀死,杀菌作用较强的洗必泰栓剂,势必使大量的阴道杆菌被杀死,乳酸生成更行减少,阴道内酸性环境被彻底改变,天然屏障被破坏,致使各种致病菌乘虚而入,在阴道内大量生长繁殖,引起各种妇科疾病。这是其一。其二,洗必泰对芽胞、抗酸杆菌、真菌、病毒所致的感染无效。故老年妇女,在患有阴道炎或其他泌尿道疾患,在未查明病因的情况下,不可盲目使用洗必泰栓剂。

七、脑血管病康复期巧用药

不同的脑血管病,除了急性期用药原则不同外,康复期用药总的原则基本一致。第一,继续治疗存在的疾病,预防复发;第二,使用促进机能恢复的药物。

1. 治疗存在的疾病

如控制血压,在血压过高时,使用降压药以使血压不致过高,防止发生脑出血,但降压不宜过快,过低,以防发生脑血栓。糖尿病人则可使用降糖药,控制血糖,降低血粘度。

2. 改善微循环

使用扩张血管,降低血粘度及抗血小板药物,以改善脑部微循环。常用的药物有:

(1) 脑益嗪, 即肉桂苯哌嗪, 能扩张脑血管, 改善脑血液循环, 还能防止血管脆化, 并有轻度镇静作用。每次口服 25~50 毫克, 每日 3 次。

(2) 抗栓丸, 能扩张血管, 增加血流量, 促进侧支循环形成。每次口服 200~400 毫克, 每日 2~3 次。

(3) 丹参或复方丹参, 可改善脑血流, 促进侧支循环建立, 降低血粘度。口服, 每次 3~4 片, 每日 3 次, 或以注射液 10~16 毫升加入低分子右旋糖酐 250~500 毫升中静脉滴注, 每日 1 次。

(4) 维脑路通, 是由芦丁半合成而制得, 有对抗血栓形成的作用。口服, 每次 2 片, 每日 3 次; 或以含 400 毫克的注射液加入 5%~10% 葡萄糖液内静脉滴注。

(5) 肠溶阿司匹林, 口服每次 0.3 克, 每日 2 次, 饭后服用。潘生丁, 每次服 25~50 毫克, 每日服 3 次。肠溶阿司匹林和潘生丁有抗血小板聚集作用。此外, 还有新近推出的多种药物, 如心脑舒通、脑心舒、脑脉宁、蝮蛇抗栓酶、西比灵等, 可参照说明书或在医生指导下应用。

3. 促进脑细胞恢复

常用的药物有:

(1) 脑复新, 能促进脑内葡萄糖及氨基酸的代谢, 调整脑血流量。每日口服 3 次, 每次 1~2 片。

(2) 脑复康 (乙酰胺吡咯烷酮), 为中枢兴奋剂, 有一定的抗血小板凝集作用。能促进神经功能障碍的恢复, 口服每次 0.8~1.6 克 (每片 0.4 克), 每日 3 次。

(3) 都可喜, 能使血氧分压升高, 改善脑细胞代谢, 促

进脑功能。口服片剂，内含主药 30 毫克、辅佐药 10 毫克，每日服 2 次，每次 1 片，维持量日服 1 片；滴剂，日服两次，每次 40 滴，维持量日服 40 滴；

(4) 三磷酸腺苷 (ATP) 为促进神经营养性能量药物。每片 20 毫克，每次服 2 片，每日服 3 次。

(5) 脑活素，能增强脑细胞抗缺氧能力，促进与改善脑细胞代谢，皮下注射 1~2 毫升，每日一次；肌肉注射 1~5 毫升，每日 1 次；静脉注射 5~10 毫升，每日 1 次；静脉滴注 10~30 毫升，加入到 5%~10% 葡萄糖液 100~500 毫升中慢滴，每日 1 次，10~20 次为一疗程。

以上各类药物，在脑血管病康复期根据病情，在医生指导下，予以合理使用。

八、饮食与药物疗效

饮食与药物配合得当，可增强药物疗效；如二者配合不当则可降低药效，甚至产生毒副作用。

1. 饮食增强药效

服红霉素时，吃些碱性食物（如苏打饼干、碱性饮料），可增强红霉素抗菌效果。服驱虫剂时，多吃含纤维的瓜菜，可增强肠蠕动更好地达到驱虫效果。

2. 饮食减弱药效

胃酸高的胃病，在服抗酸药时（碳酸氢钠、氢氧化铝、硫酸铝、甲氰咪胍、海螵蛸、瓦楞子等），不宜同时进食促进胃酸分泌的食物。如辛辣佐料、酒、咖啡等。

服雷米封抗结核时，不宜同时吃海鱼，因海鱼含大量组胺，组胺在体内积聚，会引起面红、荨麻疹、胸闷、血压下降等；服乳酶生不宜饮用热汤；服苦味健胃药不宜吃甜味食物，以免降低苦味药健胃的作用；服保太松、皮质激素及某些降压药，不宜吃含钠盐多的腌制物；用维生素 K 止血，不宜进食抗血小板集聚的黑木耳、海藻类和鱼油等，以免妨碍止血；服抗凝药治血栓时，不宜吃花生及含维生素 K 多的肝、绿叶蔬菜等，以免降低凝血作用等。

3. 食物利于药物的吸收

服铁剂治贫血时，同时吃酸性饮食，或吃些含蛋白质丰富的奶、蛋、肉汁等，可促进铁的吸收；服维生素 A、D、E 等药物时进食高脂肪食物，也可促进药物吸收。

4. 食物干扰药物的吸收

服用四环素类药物，不宜同时服用奶制品及含钙、铝、铁丰富的食物（豆类、油条、鱼类、甲鱼、蟹蚌等海产品），以免四环素类药物与奶制品等食物中的钙、铝、铁离子结合成不溶解的络合物，降低抗菌药效；服用铁剂时，应忌食含钙、磷的肝脏、海带、芝麻酱、花生米等食物，因钙能使胃肠道内增加碱性，磷能与铁结合成不溶解的络合物。

服铁剂时也不能同进饮茶，因铁会与茶中鞣酸结合，妨碍人体对铁的吸收；补钙时，不宜吃菠菜、番茄，以免钙与菠菜中的大量酸性物质结合成难溶解的草酸钙，妨碍钙的吸收利用。

5. 服药与饮食时间的影响

有的刺激性药物应在饭后服（饭后 30 分钟内），以便减

轻药物对消化道粘膜的损伤,减轻副作用。如 10%氯化钾液、碘化钾合剂、水杨酸钠制品、APC、消炎灵、消炎痛、红霉素、寿比山等;有的药物则为了便于小肠吸收,则应在饭前服。如抗结核药雷米封、利福平等;抗酸药、抗溃疡药,如复方碳酸钙片、维生素 U、氢氧化铝片等,亦应在饭前服;大多数助消化的药,如胃蛋白酶合剂、乳酶生及肠胃排空药吗叮啉、苦味健胃药、营养保健品均必须在空腹时服,以便发挥健胃助消化的作用和营养吸收作用;胰岛素的药亦应在餐前 15~30 分钟应用,以避免餐后血糖升高。

九、“洋药”不一定是好药

药物反应具有种族差异。由于机体代谢药物的能力不同,同样剂量的药物在不同人种中会产生不同的血药浓度;而同样的血药浓度,在不同机体内的敏感性也不同。这些差异与基因多态性有关。基因多态性使中西方人体内的药物代谢酶不同,不能代替药物的缺陷酶的个体比例也不同。

此外,药物主要作用于体内某一个“靶点”上,由于这些“靶点”具有基因多态性,导致对药物敏感性不同。因此,同一剂量的药物,在有些人群中会产生较高的血药浓度,引起毒副作用,在另一些人群中会产生较低的血药浓度,使药物无效。治疗心血管病的药物“心得安”就是一个典型的例子,因国人对其反应敏感,使用剂量大大低于西方国家。

尽管国家对进口药有严格的管理,但“洋药”进口渠道很多,包括病人自己携带进口。因此,不要对照“洋药”的

说明书盲目用药，特别是对那些心脑血管等重要器官起作用、治疗安全范围较窄的药物要格外注意，以免危及生命。

十、老人巧用滋补药

老年人并不是人人都“年老体衰”，有很多生活在广大农村、山区的农民，在辽阔草原上的老牧民，以打鱼为生的老渔民，辛勤劳动的老工人和一些从事脑力劳动的科学家、作家、医生、艺术家，有的七、八十岁，身体仍很健康。但是，历代皇帝、贵族、皇亲国戚，终日追求长生不老，吃的是山珍海味，服的是名贵补品，但健康、长寿者寥寥无几。远的不说，以近代史上的“洪宪皇帝”袁世凯为例，尽管他每日服用补血强身、滋阴壮阳之类的高级补品，喝人参汤，饮鹿茸精，每日饮两个奶妈挤出的人乳，还是在忧惧交加中于五十七岁那年死了。这说明健康、长寿，决非靠服用补品所能获得。

那么，是不是说补品、营养品就不足取呢？不能这么说。

人到老年，一般各个组织和器官的机能减退，表现为体质衰弱、抗病能力低下，可产生听力、视力减退，发白脱发、健忘失眠、食少畏寒等现象；也有的是患了慢性老年病。因此，从老年人本身来说，总希望自己身体强健、延年益寿。适当服用一些滋补品，确实可以帮助增强体质，延缓衰老，防治疾病。所以，老年人用点滋补剂也是可行的，是使其健康长寿的重要条件之一。

老年人服用补药，应当区分两种情况，一种是身体衰弱，

有慢性病者的滋补；一是无病养身的滋补。

因病而补，要根据病情施补，哪个脏腑有病，便应选用相应的补药。要弄清是气虚、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、册莢肉、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，滋补药是各有所长的，随便乱服是不妥的。所以，清代名医余听鸿，深谙攻补之道，他说“见病不可乱补，一日误补，十日不复，服药者何不慎乎。”

无病养身的滋补，应根据自己的体质、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，但选用补药有所不同。春天，气候转暖，宜用平补之剂，目的是协助人体正报之生发，可选服红参、别直参、生晒参、太子参、党参等，以补益元气，但用量不宜大；夏季，气候炎热，宜用清补剂，可选用玉竹、绿豆、百合、莲子、梨等；秋天，风物干燥，宜滋润，滋养为主，可据情选用党参、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，不能当饭吃，就是医食兼用的药用食物，也不是越吃的多越好，“物极必反”，因此，不

分身体状况，有病无病，不知补药性质，不按医生嘱咐，而迷信补药，乱用补药，不仅起不到应有的效果，反而会招致疾病，不利健康。所以，服补药补品，也要有的放矢，对症下药，才能补之有效，养之得法。

十一、老人慎用抗生素

人到老年，免疫能力下降，很容易发生各种感染。在治疗老年感染患者时，最好选用杀菌剂，如氨基糖甙类、青霉素类、头孢菌素类等。但是，要注意防止二重感染，当长期使用广谱抗生素或联合使用几种抗生素时，常会引起对该抗生素不敏感的变形杆菌、绿脓杆菌、真菌等的继发感染，叫二重感染。引起二重感染后，病人出现腹泻、消化不良，严重的还会导致金黄色葡萄球菌性肠炎（因为大量抗生素杀死了肠内原来正常存在的大肠杆菌，而使对这种抗生素不敏感的金黄色葡萄球菌乘机大量繁殖起来）这时应及时改药或停药。老年人的肾功能下降，所以，在应用由肾脏排泄为主的青霉素、头孢菌素类、氨基糖甙类、万古霉素等抗生素时，其血浆半衰期延长，在采用这些抗生素须根据肾功能情况而调整剂量或给药时间。

在应用大剂量青霉素 G、羧苄青霉素时，特别当肾功能减退明显时易发生“青霉素脑病”。氨基糖甙类抗生素易损伤听神经，中毒时产生听力减退及平衡障碍。这种神经一旦受损害，多为不可逆的，较难恢复。因此，在应用抗生素时，应严格掌握剂量与疗程，密切观察各种反应。还要注意，用

药要有针对性，防止产生耐药性。有些人用药十分盲目，毫无针对性，如流感（是因病毒引起的），却用了大量并无抗病毒作用的抗生素，不但治不好病，反而增加了细菌对药物的耐药性，到真的发生了急性炎症，要用这种药物时，却不能收到预期的效果了。

还有些人将抗生素盲目联合应用，认为多多益善。也是不妥的。抗生素一般可分为抑菌的和杀菌的两种类型。属于抑菌的抗生素有：四环素类、氯霉素类、红霉素类、新生霉素等。属于杀菌的抗生素有：青霉素、头孢菌素类、链霉素、卡那霉素、庆大霉素、多粘菌素、利福平等。一般认为两种抑菌性抗生素药物联合，可产生累加作用，两种杀菌性抗生素联合，呈协同作用，而抑菌与杀菌抗生素联合，就有可能产生拮抗作用。故杀菌性抗菌药，不要与抑菌性药合用。有些抗生素对肾脏有损害，如多粘菌素、新霉素、卡那霉素、万古霉素、杆菌肽、先锋霉素 II、二性霉素 B，用这类抗生素时应多喝水，促其排泄，并应经常做尿检查，必要时应做肾功能检查。有的抗生素对肝脏有损害，如四环素、红霉素、氯霉素、链霉素等。这些抗生素可使肝细胞变性、坏死，谷丙转氨酶增高，故在使用这类抗生素时，应及时检查肝功能。

十二、老人便秘巧用药

老年人便秘时切忌大量使用泻药，因大量用泻药可致老年人缺钙和维生素缺乏。

用中成药来治疗老年人便秘，有良好疗效。不过在中成

药选用上却需要根据发生便秘的原因有针对性地用药。老年人便秘大致可分为以下几种：

肾虚便秘：患者怕冷、腰疼，大便数日不排，形体消瘦，精神萎靡，小便清长，可用补气养血膏。

气虚便秘：患者体弱气虚，便后汗出，气短、乏力，肛门坠胀，面色淡白，可用补中益气丸、十全大补丸。

血虚便秘：患者体虚贫血，面色苍白，头晕，心慌，眼花，舌质淡白，可用四物丸、归脾丸、桑椹子膏。

气滞便秘：这种便秘与情绪有关，患者气滞胃肠，故使传导失常，常3~5日或几日才大便一次，兼有腹胀、腹痛、胁痛、暖气、肠鸣、不思饮食、舌苔薄腻，可选用木香槟榔丸、开胸顺气丸。

湿热便秘：患者平日过食辛辣、大肠积热，大便干结，排出困难，伴有腹痛、腹胀、面红、唇干、口渴口臭、上腹胀闷、不思食、小便黄赤、舌苔黄腻，可用枳实导滞丸、青宁丸、麻仁丸、更衣丸。

寒积便秘：患者体虚脾阳不足，寒积肠间，腹中微痛，得温痛减（按腹则舒），喜热怕冷，小便清长，舌质淡白，舌苔白，可用附桂理中丸。

十三、打针与吃药

在门诊时常遇到患者这样要求：“医生，我可以打针吗？打针好得比较快。”不少人总以为得病后打针比吃药好得快，吃西药比中药好得快。于是总是要求医生为其打针。其实，

这是不明白打针、吃药的原理。

打针吃药都是在用药，只不过服药途径不同。一般用药途径分两大类，即口服和胃肠道外给药。胃肠道外给药又分很多种，如静脉注射、肌肉注射、皮下注射、肛门栓剂、外用药等。无论是口服还是注射用药，药物都是通过血管吸收，使药物从胃肠道和注射局部进入血管。当然，静脉注射是直接进入血管的。药物通过血液循环到达全身各部位，在患病的器官和组织处停留，发挥药效，以达到治疗的目的。

口服用药是最常用的途径，安全、方便、经济。药物口服后少部分在胃部吸收，大部分在小肠吸收，吸收后通过血液循环到达全身，使全身疾病都可以得到治疗。

注射给药也是常用的给药途径，其中静脉注射药物到达血液最快，肌肉注射次之。打针虽然给药快，但也会带来一定的风险。注射时技术欠佳、消毒措施不严，都可能造成局部感染、坏死及局部神经损伤。局部感染可以治愈，神经损伤造成的瘫痪恢复起来则很困难。

口服药直接进入胃肠道，直接作用于消化系统发病的部位，如果也用注射给药等于舍近求远。当前，病毒引起的疾病，已明显占上风，注射青霉素等抗生素，还不如吃中药好得快。所以，打针不一定就比吃药好，吃西药也不一定就比中药好，关键是要对症下药。

第五章 中药治病

中医是我国的传统医学，中药治疗经过长期的实践积累形成了独具特色的医学门类。中药种类繁多，方剂用药千变万化，中药的方子可以根据不同体质、不同年龄及同一疾病不同发展时期而变化。中药的作用就在于调理人体失衡的阴阳。

第一节 中药的介绍

一、中药成药

将中草药研粉、煎煮浓缩或用酒浸泡等，加工成各种剂型的成品，这就是中药成药。中成药的剂型很多，根据不同治疗要求，制成不同的制剂和状态。常见的有：

1. 丸剂

是将药物研粉，加粘合剂，制成圆球形的丸剂，分为大小两种，如十味补丸、跌打丸、六味地黄丸等。

2. 散剂

将药物研成细粉混合而成，如七厘散等。

3. 膏剂

将药物用水或植物油煎熬浓缩而成。有内服和外用两种。如内服的十全大补膏，外用的风寒膏、宝珍膏等。

4. 酒剂

将药物用白酒或黄酒浸泡一定时间，去渣取酒的制剂，如风湿药酒、虎骨木瓜酒等。

5. 片剂

将药物研成细粉，或将药物提取物的细粉，再加赋形剂混合压片而成。如抗炎灵片、胃气痛片等。

6. 冲剂

将药物用水煎煮或提取，浓缩制成干燥颗粒，如感冒退热冲剂等。

7. 糖浆

将药物用水煎煮、浓缩，然后在浓缩的药液中加入适量糖分制成，适于儿童服用。

8. 注射剂

将药物用水煎、蒸馏或酒精浸泡提取，再经灭菌处理后，供肌内或穴位注射，如银黄注射液、柴胡注射液等。

中成药与中草药水煎剂（汤药）比较，中成药用量少、疗效好、服用方便、价格便宜、便于保存、适合家庭备用。

二、选购中成药

走进药店，中成药可以说是琳琅满目，五光十色。说明书介绍详尽而具有吸引力，一些患者大有不用医生也可治病的感觉。是不是只看说明就可治病呢？这种认识是比较片面的。一般的小伤小病，是可以自己选用一些成药医治的。较为复杂的病，正确的态度是在医生指导下进行用药，包括选用中成药也是这样。

比如伤风感冒，中医将它分为“风寒”与“风热”。风寒引起，症状是怕冷比较明显，发热其次，鼻流清涕；而风热引起，发热比较明显，怕冷在其次，咽喉较痛。同是感冒，用药不同。如一律服“感冒退热冲剂”，效果就会不一样，如果是风热，就会见效，如果是风寒就不会见效；若改用“午时茶”、“防风丸”类药就会痊愈。所以，单凭说明书是有欠缺的。

一般都认为中药里的滋补药，反正是补身体的，认为多吃点没有关系，就到药店里自己选购，凡是带人参、鹿茸、熟地、阿胶、何首乌一类的，都买来服用，其结果往往适得其反。

根据中医的理论，补药有温、热、寒、凉之性，分为补气、补血、补阳、补阴药四类。例如人参、主要作用是大补元气，健脾生津，若是补错了，就会造成胃部胀满，不思饮食，反而使身体得不到补养；鹿茸温补肾阴、强筋健骨的药物，但如用不对症或滥用，就会导致牙龈出血、鼻子流血等

阴虚内的疾病。因此需要先由医生作出诊断，然后听从医生指导选购中成药，才会取得较好效果。不能一见“人参”二字，就认为是补药，比如“人参再造丸”，主要是治疗中风后半身不遂、说话不清、手脚麻木等；“人参健脾丸”，主要是调理脾胃的；“肥儿丸”并不是强壮药，而是治疗肠道生虫病的。因此，不能只看药品名称和说明书而定，应当先知道自己是什么病，然后再去选购对症的药品。

三、巧煎中药

煎中药的方法是否得当，直接影响到中药的疗效。为使中药发挥应有的效果，就要注意煎药的方法。怎样煎中药呢？其具体方法可概括为“一选择”“三掌握”。

“一选择”就是选择适当的器皿。煎中药最好选用砂锅，陶瓷或搪瓷类器皿，名锅也可。但不要铁锅，因有些中药含鞣酸、生物碱等有效成分，用铁锅煎中药时，鞣酸与铁结合，就会产生不溶于水的鞣酸铁；同时铁还能与中药中的甙类起反应而改变药性，使中药的疗效降低。而砂锅等器皿化学性质稳定，不会影响药效。

“三掌握”，一是要掌握好水量。水太少了，不仅药物的有效成分不易煎出，且容易干锅；水太多了，则药汤太多，浓度过低，不便服用。怎样掌握水量呢？一般来说，治疗伤风感冒的发汗解表药及药量较小的处方，水量没过药物半寸左右即可（可先将药倒入锅内放平，记下高出药物半寸的位置）；而滋补药或药物过多的地方，则水量以没过药物一寸左

右为宜。

二是要掌握好火候。不同的中药，火力大小，煎药时间的长短，都有不同的要求。治疗感冒的发汗解表药，应采用急火快煎的方法，煮沸 5~10 分钟即可。要防止煎煮时间过长，使挥发性物质损失过多而降低药效；煎滋补药则应小火慢煎，通常需煎 30~40 分钟以上，使其有效成分充分煎出，以提高药效；一般药物最好煎两次，头煎药汁倒出后，加水再煎一次，将两煎药汁混合。

三是要掌握好个别中药的煎法。这对提高药效或减低药物的毒性及副作用有密切关系。如茵陈“后下”，其利胆退黄的效果好；大黄“后下”，其通便泻下作用最强；附子“先煎”，可使其毒性降低。凡是有特殊煎药要求的，医生在处方上都会加以注明，取药时也会将其另包一个小包，注明“先煎”“后下”“冲服”等。

选好适当的煎药器皿，是煎好中药的必要条件，而掌握好水量及火候，则为煎好中药的关键。正确的煎药方法，是保证病人取得良好治疗效果的一个重要环节，应当予以重视。

四、不能用开水煎中药

煎中药不能用热开水。为了更好地理解这个问题，让我们先从煮面条谈起。面条须等开锅后再放进去，因为开水能例面条表面的淀粉、蛋白质迅速凝固，面条就保持完整。若用凉水煮面条，则面条上的淀粉及蛋白质就会随水温的变化而逐渐溶化到水里，成为一锅糨糊。中草药，也含有淀粉和

蛋白质，如果用开水去煎，也会使药物表面的淀粉及蛋白质凝固，药物中的有效成分不易煎出，使药物疗效不能充分发挥，影响病人的治疗。

煎中药一定要用凉水，最好的办法是将中药放入锅内，用凉水浸泡半小时左右，使药物浸透、膨胀，然后再煎。这样，随水温的逐渐升高，药物就会进一步膨胀，细胞破裂，其中的淀粉和蛋白质逐渐释放出来，药物的其他有效成分也随之被煎出来，使药效得到更好的发挥。

五、服用汤药的方法

服汤药都习惯于早晚两次，有人煎一次服一次，随煎随服，也有人煎两次，掺合后，分次服用，这两种方法都可以。服药应根据病人的病情来决定，最好是在饭后隔1小时服药，急性病则不拘时间。补养药品宜空腹服，胃中空虚，容易吸收；润肠的泻下药空腹服为好，易使积滞物泻出；助消化的药要稍进食物后再服。

服用中药汤剂，虽然要比服用成药麻烦得多。但在一定程度上，汤药的治疗效果要比成药好。因此，时至今日汤药在临床上仍为常用剂型。然而，服用汤药的方法很有讲究，倘若能科学服用，则对提高疗效大有帮助。

1. 冷服

即待药液冷却后服用。凡是解毒药、止吐药、清热药均应冷服。

2. 温服

药液煎好后放置一会儿，待其不冷不热时服用。凡平和补益的汤药均应温服。

3. 热服

在药液比较热时即服用。凡解表类药物均应热服，以达到发汗的目的；祛寒、通血脉的汤药也应热服。

4. 餐前服

一般在饭前 30~60 分钟服用。凡用于治疗肝虚病和肠胃病，以及腰部以下疾病的药物应在餐前服用，因为在胃排空的状态下，药性容易下达，药液能直接与消化道粘膜接触，能较快地通过胃进入肠内，从而可以较多地被吸收而发挥作用，不致受胃内食物稀释而影响药效。

5. 餐后服

一般在饭后 15~30 分钟服用。治疗心肺胸膈、胃脘以上部位病症的汤药，或对消化道有刺激性的汤药，或毒性较大的汤药，均应在饭后服用，以免吸收太快而发生毒副作用。

6. 餐间服

即在两餐之间服用。治疗脾胃疾病，或用于攻下的汤药，均应在餐间服用。以免食物对药物的影响。

7. 空腹服

凡滋补类汤药，应在早晨空腹时服用，以利于充分吸收。用于驱虫或治疗四肢血脉疾病的汤药，也应在空腹时服用，这样可使药物迅速入肠，并保持较高浓度而快速发挥药效。

8. 睡前服

一般在睡前 15~30 分钟服用。如有补心脾、安心神、镇

静安眠等功效的汤药。患有积滞、胸膈病的患者，服药后宜仰卧；有头、目、耳病的患者，服药后宜去枕而卧；左右两肋病症的患者，服药后应按药性的升降作用选择睡姿。

9. 隔夜服

这种服药方法常用于驱虫药，一般为睡前服用一次，第二天早晨空腹时再服用一次，以便将杀死的虫体排出体外。

10. 冲服

较为贵重的中药或具有芳香性、久煮会影响药效的药物，如沉香、木香等，一般常采用冲服的方法。即先将药物置于杯中，然后把煎好的汤药趁热冲入，温浸片刻后再服用，以免久煎后使药物的有效成分挥发掉而影响治疗效果。

六、喝中药呕吐的预防

有的人喝中药后容易发生呕吐，这跟人的体质，或不耐药味等因素有关。预防的办法是，喝药前先含一片生姜，几分钟后再喝药；或者先取煎好的药汁少许，加入几滴生姜汁，搅匀后趁热慢慢吞下，然后再喝药汁，就不会发生呕吐现象了。如果是苦涩难吃的药，可适当调一些蜂蜜后再喂服，这样就易喝得多，而且不会发生呕吐。

七、中药的副作用

近几年，因滥服中草药导致肾炎和急性肾功能衰竭的病人日趋增多。因此必须提高人们对中草药肾毒性的认识。

多年来“中药副作用少”的说法使人们对某些中草药的肾毒性缺少足够的认识和重视。20世纪90年代中期，比利时医生首先发现相当数量的“肥妞”、“胖嫂”在无所顾忌地服用减肥中药后发生急性肾衰，由此提出了“中药肾病”的概念。

就中药木通来说，它对肾脏的毒性特别值得注意。因为木通单次口服10克即可引起中毒，而这一剂量非常接近常用量。此外，由于它造成的肾脏损害为非少尿性急性肾功能不全，症状不突出，往往不易被察觉。木通作为复方汤剂成分之一，常作为“渗湿利尿”剂用于已有肾脏病患的病人，从而易引起慢性肾脏损害，与原发病交织在一起，造成诊断和治疗上的困难。

中国中西医结合学会肾病专业委员会副主任委员刘云海教授研究发现，有近50种中药对肾脏有毒性，可引起急慢性肾脏功能损害和肾脏衰竭。

这些可致肾脏损害的中药有三类。

第一类为植物类中药：雷分藤、草乌、木通、使君子、益母草、苍耳子、苦楝皮、天花粉、牵牛子、金樱根、土贝母、马儿铃、土荆芥、巴豆、芦荟、铁脚威灵仙、大枫子、山慈菇、曼陀罗花、钻地风、夹竹桃、大青叶、泽泻、防己、甘遂、千里光、丁香、钩藤、补骨脂、白头翁、矮地茶、苦参、土牛膝、望江南子、棉花子、腊梅根等。

第二类为动物类中药：斑蝥、鱼胆、海马、蜈蚣、蛇毒等。

第三类为矿物类中药：含砷类（砒石、砒霜、雄黄、红

矾)、含汞类(朱砂、升汞、轻粉)、含铅类(铅丹)和其他矿物类(明矾)等。

第二节 中草药真假的识别

一、真假人参的识别

人参是五加科植物人参的干燥根。名贵中药。

主要功能：补元调中，生津宁神。

主治：久病气血两亏，肺虚喘促，脉弱欲绝，中气衰弱，胃津不足者。

野生人参，价格昂贵，所以，市场上以人工栽培品为多见，或假品充真常见。

现介绍真品特征：

野生人参中的生晒山参的特征是真品人参形态的代表。它的主根短粗，具有两条支根呈人字形。根茎细长，稍扭曲，称“雁脖芦”。芦上部有较密集茎痕，形似碗状，称“芦碗”。表现灰黄，外表紧，有纵纹。上端有紧密而深陷的环状横纹，称“螺旋纹”。主根顶部较宽，称“宽肩膀”。须根少、细长，多为参体的2~3倍，清晰不乱并有明显的疣状突起，称“珍珠疙瘩”。不定根较粗，似枣核，称“枣核芋”。断面呈放射裂隙，气微香，味甜微苦。

人工栽培的人参称园参。外形与野生参基本相同，但因

生长期较短，有些特征不太明显，如茎痕、螺旋纹、珍珠疙瘩等。须根较乱，园参中还有边条红参，特点是主根和须根都较长，质地也较好。糖参，也类似野生糖参，常见糖样结晶。

购买人参要注意区别野生与园参，更要注意假品。常见假品有华山参、莨菪均有毒。也有以桔梗、栝兰、商陆，野豇豆、山莨菪的根经人为加工制成的。这些假品，他细观察都有伪造痕迹。只要牢记野山参的特征都不难识别。

二、真假西洋参的识别

西洋参是五加科植物西洋参的干燥根。名贵中药。原产于美国及加拿大，又名花旗参、洋参。现在我国已引种栽培成功。

西洋参功能：补气养阴，清火生津。药性微寒。

治疗阴虚火旺，咳喘吐痰，口干舌燥等症，多用于滋补壮药及保健饮品。

西洋参亦有野生与人工栽培两种，国内市场以人工栽培为主。野生的形态较小，形似蚕蛹，色黄褐。人工栽培的称种洋黄。无根茎，无须根，参体上部环纹较少，下部多有纵纹，质坚体重。断面粉性，可见散在红棕色树脂道点。味苦、微甜。

国产园参中的生晒参多为圆柱形，体轻，质较松，断面呈放射裂隙，树脂道点不明显。

三、真假胖大海的识别

胖大海又名蓬大海，是梧桐科植物胖大海的成熟种子。本品有开肺气，清肺热，利咽喉之功效，所以用于治疗咽喉肿痛，声音嘶哑，或咽干咳嗽及大便燥结者。可单一泡水服，可与其他清热泻下药同用。

本品产于东南亚，货源较紧，所以有人用也属于梧桐科的圆粒苹婆的成熟种子冒充真品。两者主要区别是：

胖大海，外形椭圆似橄榄形。长约 2~3 厘米，色暗棕或深黄棕，外层皮极薄，易碎，有不规则皱纹。手摇无声响，胚乳肥厚，有子叶两片，菲薄，紧贴在胚乳内方。水泡后，外皮破裂，内层迅速膨大成海绵状，能达到原体积的四倍以上。

圆粒，外形圆或近似球形，长 1.8~2.5 厘米，色可相似，但外果皮皱纹较密，不易破，手摇有响声，无胚乳，子叶两片，肥厚。入水后膨胀较慢，体积也较小（最多达到两倍）。

四、真假巴戟天的识别

巴戟天，茜草科植物巴戟天的干燥根。功能：补肾阳、强筋骨、祛风寒。主治：阳痿遗精、月经不调、小腹冷痛、宫冷不孕、风湿痹痛等病症。

真巴戟天形态特征：扁圆柱形，略弯曲，长短不等，直径 0.5~2 厘米。表面灰黄或暗灰有纵纹及横纹，质韧，肉厚易剥落。断面皮部厚，紫色或淡紫色，易与木质部剥离，木

部坚硬，直径 1~5 毫米，色黄棕或黄白。味甘微涩。

上于巴戟天药源紧缺，多有假品。常见的有假巴戟天、羊角藤、虎刺，也都是茜草科植物，用其干燥根冒充巴戟天。假品的外形、颜色、表面特征都与真品有相似处，但断面决然不同。其中羊角藤味相似但皮质部薄而木质部较大，假巴戟天，皮部极薄，内面紫蓝色，木质部也较大，味微甜无涩；虎刺外形如连珠状，味微酸。

五、真假杜仲的识别

杜仲是杜仲科植物杜仲的树皮，刮去粗皮经“发汗”晒干而成。

杜仲，中医属补阳药，可补肝益肾，强腰安胎。主治：腰脊疼痛，足膝酸楚、阳痿早泄、遗精、习惯性流产、高血压症等。

未经细加工的真品杜仲呈板片状或两边稍向内卷，大小不一，厚 3~7 毫米。外表淡棕或灰褐色，有明显的皱纹，内表面暗紫色、光滑、质脆、易折断，断而在细密、银白色、富弹性的橡胶丝相连，此细丝可拉到一厘米以上的长度，味稍苦。

常见的假杜仲有四种：杜仲藤、藤杜仲、红杜仲三种，外表、色都与真品相似，但内表面的色都不同、且有细纵纹。为面虽都银白色或白色胶丝，但都较稀疏且弹力也不大。其味除藤杜仲外也稍涩。另有丝棉木，外表面和内表面色均不同于真品，内表皮还有细纵纹，断面的白色胶丝拉到 3 毫米

即折断，味微甜。

六、真假三七的识别

三七是五加科植物，是云南白药的主要成分。主要功能是止血化瘀，消肿定痛。主治各类出血症，跌打损伤及痛疽肿毒。

真三七特点：外形似倒圆锥或纺锤形。表面呈黑棕色或灰黄色、光亮。一般长约 1.5~6 厘米，直径 1~4 厘米。顶端较平，可有根茎，周围有突起呈瘤状，整体有连续的纵皱纹及少数横向皮孔。断面色灰黑或褐绿，皮部有细小的棕色斑点，木质部可见放射状纹理。味微甘苦温。优质品块大、体重、质坚，断面灰黑，无裂隙。

常见的假三七有：

水三七，外形长圆或类圆，色灰棕，顶端常见叶基，味苦。

藤三七，是取其干燥块茎，经加工而成，外形略似，但断面类白色，细颗粒状或黄棕色角质状，味微甜无苦。

莪术，是用其根茎雕刻而成，貌似三七，仔细观察，可见刀刻痕迹，外部特征都是伪造的。断面蜡样，不见放射状纹理。味苦伴有轻微姜辣味。

另外还有更劣者，是用树脂经压膜仿造，外形极似，但断面可见树脂样光泽，伴树脂样气味。

真三七和假三七从外观上是有一定区别的，而且从断面及味觉上能加以鉴别。因此识别三七应从各种角度加以识别，

以防假冒。

七、真假天麻的识别

天麻是蓝科植物天麻的干燥块茎，过去为野生，现已人工栽培成功。

中医用于平肝息风、定惊。主治：肢体麻木，口眼歪斜，中风不语，癫痫抽搐，破伤风症。

真品天麻特征：椭圆或长条形，略扁，皱缩稍弯曲。长3~15厘米，宽1.5~6厘米，厚0.5~2厘米。表面黄白至深黄棕，有纵纹及由潜伏芽排列而成的多数横环纹。顶端有红棕色至深棕色鹦咀状的芽（俗称红辫），另一端有自由母天麻脱落后的圆脐形疤痕。质坚硬，不易折断，断面较平坦，黄白至淡棕，角质样。味甘。

假天麻古来既有，主要有四种，其中芭蕉芋、大理菊、紫茉莉，外形可略似，但都没有鹦咀和圆脐形疤痕，断面大都不平整，有的可见环纹。另外也有人用马铃薯伪造，形略似，但无点状横环纹，表面有细裂纹，细看可发现人为加工的痕迹。

八、真假鹿茸的识别

鹿茸，是鹿科动物梅花鹿和马鹿雄性未骨化密生茸毛的幼角。能补精益髓，壮阳健骨。主治：阳痿滑精，冷宫不孕，妇女崩漏带下等症。

鹿茸有梅花鹿茸，呈柱形、分枝匀称“花鹿茸”；有一个分枝的称“二杠”，主枝长17~20厘米，断端直径4~5厘米，长9~15厘米，直径较主枝略细。外皮红棕或棕色，多光滑，表面密生红黄色或棕黄色细茸毛，上端较密，下端较疏。分岔间有一条灰黑色筋脉，皮茸紧贴。断口中部密布细孔，体轻、气微腥。有两个分枝的称“三岔”，主枝长23~33厘米，直径较二杠细，略呈扁弓形，枝端略尖，外皮红黄色，下部多有纵横筋及突起的疙瘩，茸毛较稀、粗。

二茬茸在头茬茸相似，主枝长但不圆，茸毛较粗糙，断端外围早已骨化。体重，无腥味。

马鹿茸，比梅花鹿茸粗大分枝多。有一个侧枝称“单门”；两个侧枝称“莲花”；三个侧枝称“三岔”；四个称“四岔”，或更多。按产地又分东马鹿茸、西巴鹿茸。

东马鹿茸：“单门、主枝长25~27厘米，直径3厘米。外皮灰黑，茸毛灰褐或灰黄，断端外皮较厚、灰黑，中间密布细孔，质嫩；“莲花”主枝更长可达33厘米，下部有棱筋，断端的蜂窝状小孔稍大；“三岔”皮色较深，质较老；“四岔”茸毛粗、稀，主枝下部有棱筋及疙瘩，分支顶端多灰毛。

西巴鹿茸：主枝更长，可达100厘米。表面有棱，多抽缩干瘪，分枝长且弯曲，茸毛粗长，断端常见骨质。

以上数种以东马鹿的“单门”和“莲花”质量最好。

鹿茸价格昂贵，伪造者有，多用动物皮毛包裹其他动物骨胶而成，其形不自然，体重，外皮可以从茸体撕下来。

九、真假山药的识别

山药，常用中药，薯蓣科植物薯蓣的干燥根茎。功用：补中益肺、固肾止泻。用于治疗脾虚食少，久泻不止，肺虚咳喘，肾虚遗精，白带过多、糖尿病等症。

商品有毛山药和光山药。二者只因加工方式不同至外表不同。

毛山药：略呈圆柱形，弯曲而稍扁，长15~30厘米，直径1.5~1.6厘米，表面黄白，有纵纹及根痕，偶可见浅棕色外皮残留。断面白色粉性。味甘淡微酸，嚼发粘。

光山药：经加工而成圆柱形，洁白、挺实光滑、两端略平齐，断面及味同毛山药。

市场假品山药是用木薯或香薯加工伪造的。木薯加工的，外皮可见残存的黑褐色或棕褐色外皮，断面中心部有木心，味淡，嚼之有纤维感，香薯加工的，外皮有时可见残留的红色外皮，断面可见浅棕色斑点，味甜。

十、真假金银花的识别

金银花是忍冬科植物，有忍冬、红腺忍冬、山银花或毛柱忍冬的干燥花蕾或带初开的花干燥品。为常用中药，具清热解毒功效，用于治疗风热感冒，咽喉肿痛，痈肿疮毒、痢疾等症。

本品性状：以忍冬花蕾为代表，呈棒状，上粗下细略弯曲，长2~3厘米，上部直径3毫米，下部较细，表面黄白或

绿白，时久色渐深，外被密集短绒毛。偶见叶状苞片。花萼绿色，先端五裂，裂片有毛。开放者花冠筒状，先端二唇形，五个雄蕊，一个雌蕊，子房无毛。气清香，味淡微苦。

山银花，大小略似，子房有毛；毛花柱忍冬花略大，表现淡黄，微带紫色，无花，花萼裂片短三角形；红腺忍冬花表面黄白至黄棕，无毛或疏，裂片长三角形。

掺假劣品是将真品喷洒糖水后拌入玉米面等杂质以增加重量，所以外形相似，但可见花蕾粘连甚至发霉变色，轻翻动即可见细小颗粒状物脱落沉淀。

十一、真假黄芪的识别

黄芪，豆科植物，取根茎为药。主治：气虚乏力，食少腹泻，久泻脱肛，自汗盗汗，气血亏损，增身不遂，痈疽疮疔久治不愈者。

真黄芪特点：淡棕色或黄色，圆锥形，上短粗向下渐细，长约 20~120 厘米，表面有皱纹及横向皮孔，质坚韧。断面纤维状，显粉性，皮部黄色，木质部黄色有放射状纹理。味微甜，嚼有豆腥味。

冒充黄芪的假品常见有：锦鸡儿、紫花苜蓿、白香草樨、大野豌豆、兰花棘豆、蜀葵、欧蜀葵、圆叶锦葵等。

它们的共同特点是：外形亦呈圆柱形，但均较小，约 5~50 厘米长；色近似或较深棕色；纵纹及皮孔多不全或缺少皮孔，有的根部有分叉；质或坚或韧或脆；断面多呈纤维性或刺状。味或淡而甜有豆腥味，或微甜无豆腥味或苦伴豆腥味很浓，

或有刺激性或粘滑，或粘液性。总之，仔细观察其大小、外形、断面均有不同，尤其味感有明显区别。

十二、真假桔梗的识别

桔梗，是桔梗科植物桔梗的干燥根。常用中药。用于止咳祛痰，宣肺排脓。主治：咽喉肿痛，鼻塞咳嗽，胸胁疼痛，痰多咯吐不利，吐脓痰及外科脓疡，痈疮肿毒。

真桔梗的形态特征：圆柱或略呈纺锤形，下部渐细，有的有分枝，略扭曲，长 7~20 厘米，直径 1~1.5 厘米。表面黄棕至灰棕，去外皮为白色或淡黄白，有扭皱纵沟，有横长的皮孔样斑痕及枝痕。上部有横纹。顶端有较短的根茎，根茎上有数个半月形茎痕。质脆。断面不平坦，形成有棕色环纹，皮部类白色，有裂隙，木质部淡黄白。味微甜后苦。

假桔梗为石竹科植物丝石竹霞草的干燥根。形状和颜色均与真品相似，但表面特征少，只具有扭曲的纵沟。质坚实。断面可见有黄白相间排列 1 至数圈的圆环。味苦涩。

桔梗的近似品是南沙参，形与色均相似，根茎长短粗细不一，根头部有环状横纹，外表已剥去，但常可见残留的棕褐色栓皮。体轻质脆，断面状如海绵。味甘淡。

十三、真假柴胡的识别

柴胡，是伞科植物柴胡和狭叶柴胡的干燥根，有“北柴胡”和“南柴胡”之分。二者虽产地不同但治疗效果基本相

同。主治感冒发热疟疾、痛经、月经不调、子宫脱垂、脱肛等症。

北柴胡：圆锥形，常有分枝，长6~15厘米，直径0.3~0.8厘米。表面呈黑褐色或浅棕色，有纵皱纹、根痕及皮孔。顶端多带有残留的茎基或短纤维状叶基。质硬韧，不易折断，断面显片状纤维性，皮部浅棕，木质黄白。气微香，味微芳。

南柴胡：根较细，多不分枝或下部稍分枝。表面红棕或黑棕，近根头处多具明显的横疣状突起，顶端密被纤维状叶基残余。质稍软，易折断，断面略平坦，有败油气味。

假柴胡：大叶柴胡，圆柱形，长约8厘米，黄褐色，粗糙，表面有密生环节，质坚、断面中空。味微苦涩，有毒。瞿麦根，圆锥形，根头部膨大，色灰棕，表面有不规则纵沟纹及点状皮孔，断面凹凸不平，中空，味淡。

十四、真假川贝母的识别

川贝母是产于四川、甘肃等地百合科植物中的川贝母的干燥鳞片。主要功能是润肺化痰，散结除热。用于肺热燥咳、干咳、少痰、咳嗽带血等症。

川贝母因贝母品种的不同，又分别习称为松贝、青贝、炉贝，其形态特征以松贝为代表。

松贝：为圆锥或近球形，高0.3~0.9厘米，表面类白色。外层鳞叶两瓣大小悬殊，以大包小，未包部分呈新月形。顶部闭合，内有似圆柱形，顶端稍尖的心芽和小鳞叶1~2枚，中心部有一灰褐色的鳞茎盘。偶有残留的须根。质硬而脆，

断面白色，富粉性，味微苦。

青贝：形似扁球状，高 0.4~1.4 厘米，直径 0.4~1.6 厘米。外层以鳞叶也是两瓣，但大小相近似相对抱合。顶部裂开，内有心芽和小鳞叶 2~3 枚及细圆柱形残茎。

炉贝：长圆锥形，个儿较大，表面灰白或浅棕黄，有的有棕色斑点。外层两瓣鳞叶，大小相似。合抱。顶部裂开，略尖形。

与川贝母相似的百合科植物主要有新疆的贝母呈扁球形，伊犁贝母呈圆锥形；平贝母呈扁圆形。外层均有鳞叶两瓣抱合，但都较肥厚。其余部分基本相同。

假贝母：常见的有土贝母、光慈菇、丽江山慈菇冒充。前者为植物的干燥块茎。表面棕黄至暗棕，形态不规则，基部突出多数鳞芽，断面半透明角质样；光慈菇表面白或黄白、光滑、无新月形特征，内有一圆锥形新芽；丽江慈菇呈不规则圆锥形，表面浅黄或黄棕，一侧有一条纵沟，味极苦，有少毒。

十五、真假冬虫夏草的识别

冬虫夏草是一种昆虫幼虫尸体与麦角菌科真菌的复合体。形成过程是：蝙蝠蛾科的昆虫幼虫冬季窝居土里，上述菌类寄生其中，吸取养份至幼虫体内生满菌丝而死亡。夏初，菌丝自幼虫头部生出幼菌（称菌座）似草而得名。其形态特征：虫体似蚕，长 3~5 厘米，直径 0.3~0.8 厘米，表面深黄至棕黄色，有斑纹 20~30 个，近头部环纹较细。头部红棕色。

腹面有足八对，周边色较深。菌座细长，圆柱形，长4~7厘米，直径0.3厘米，表面深棕至棕褐色，有细纵皱纹，上部稍膨大，质柔韧断面呈白色。气微腥、味微苦。

冬虫夏草性味甘、温，入肺、肾二经。具有益肺肾，补精髓，止血化痰的功能。主治虚劳咳嗽，吐血，阳痿，腰酸腿痛，遗精等症。多用于虚弱证，肺结核咳血，老年人虚弱性是性咳喘，病后盗汗、自汗或贫血等症。用冬虫夏草治疗病后体虚，食欲减退、自汗、盗汗、贫血等症时，常与猪肉、鸭肉或鸡肉炖熟后食用，以促进其吸收利用，增进补益身体的功效；在治疗阳痿、遗精、腰酸腿软时，可配杜仲、淫羊藿、肉苁蓉水煎服，或用冬虫夏草炖鲍鱼食用；用于治疗肺结核之阴虚咳喘、咳血时，可配杏仁、川贝、麦冬、阿胶、侧柏叶、玄参等水煎服。由于冬虫夏草属平补药，产生疗效较慢，须长期食用为宜；本品对肺热咳血患者不宜应用。常用量为9~15克，与其他药煎服，或与其他营养品炖服，也可入丸、散。

假制的冬虫夏草是用石膏、面粉等加工而成的，外形相似，但腹面不真实，断面整齐，色虽相像但气微，久尝粘牙，遇碘变色。

另外有蛹草是麦角科真菌寄生在虫蛹体内而成，所以腹部无足。凉山虫草：此虫体肥大菌座分枝纤细，易断。亚香棒虫草：是麦角菌科真菌寄生于鳞翅目昆虫幼虫体内的复合物，体也似蚕，色暗棕黑，背面有横皱纹，头部短，短圆柱形，有分枝，茶褐色，弯曲。

还有用植物块茎充真的，如用廔形植物地蚕，它们形相

似，但环节少，无足，有点状芽痕及根痕。

十六、真假巴戟天有区别

巴戟天，茜草科植物巴戟天的干燥根。功能：补肾阳、强筋骨、祛风寒。主治：阳痿遗精、月经不调、小腹冷痛、宫冷不孕、风湿痹痛等病症。

真巴戟天形态特征：扁圆柱形，略弯曲，长短不等，直径 0.5~2 厘米。表面灰黄或暗灰有纵纹及横纹，质韧，肉厚易剥落。断面皮部厚，紫色或淡紫色，易与木质部剥离，木部坚硬，直径 1~5 毫米，色黄棕或黄白。味甘微涩。

上于巴戟天药源紧缺，多有假品。常见的有假巴戟天、羊角藤、虎刺，也都是茜草科植物，用其干燥根冒充巴戟天。假品的外形、颜色、表面特征都与真品有相似处，但断面决然不同。其中羊角藤味相似但皮质部薄而木质部较大，假巴戟天，皮部极薄，内面紫蓝色，木质部也较大，味微甜无涩；虎刺外形如连珠状，味微酸。

十七、真假杜仲巧识别

杜仲是杜仲科植物杜仲的树皮，刮去粗皮经“发汗”晒干而成。

杜仲，中医属补阳药，可补肝益肾，强腰安胎。主治：腰脊疼痛，足膝酸楚、阳痿早泄、遗精、习惯性流产、高血压症等。

未经细加工的真品杜仲呈板片状或两边稍向内卷，大小不一，厚 3~7 毫米。外表淡棕或灰褐色，有明显的皱纹，内表面暗紫色、光滑、质脆、易折断，断而在细密、银白色、富弹性的橡胶丝相连，此细丝可拉到一厘米以上的长度，味稍苦。

常见的假杜仲有四种：杜仲藤、藤杜仲、红杜仲三种，外表、色都与真品相似，但内表面的色都不同、且有细纵纹。为面虽都银白色或白色胶丝，但都较稀疏且弹力也不大。其味除藤杜仲外也稍涩。另有丝棉木，外表面和内表面色均不同于真品，内表皮还有细纵纹，断面的白色胶丝拉到 3 毫米即折断，味微甜。

十八、真假三七的识别法

三七是五加科植物，是云南白药的主要成分。主要功能是止血化瘀，消肿定痛。主治各类出血症，跌打损伤及痈疽肿毒。

真三七特点：外形似倒圆锥或纺锤形。表面呈黑棕色或灰黄色、光亮。一般长约 1.5~6 厘米，直径 1~4 厘米。顶端较平，可有根茎，周围有突起呈瘤状，整体有继续的纵皱纹及少数横向皮孔。断面色灰黑或褐绿，皮部有细小的棕色斑点，木质部可见放射状纹理。味微甘苦温。优质品块大、体重、质坚，断面灰黑，无裂隙。

常见的假三七有：

水三七，外形长圆或类圆，色灰棕，顶端常见叶基，味

苦。

藤三七，是取其干燥块茎，经加工而成，外形略似，但断面类白色，细颗粒状或黄棕色角质状，味微甜无苦。

莪术，是用其根茎雕刻而成，貌似三七，仔细观察，可见刀刻痕迹，外部特征都是伪造的。断面蜡样，不见放射状纹理。味苦伴有轻微姜辣味。

另外还有更劣者，是用树脂经压膜仿造，外形极似，但断面可见树脂样光泽，伴树脂样气味。

真三七和假三七从外观上是有一定区别的，而且从断面及味觉上能加以鉴别。因此识别三七应从各种角度加以识别，以防假冒。

十九、真假全蝎的识别

全蝎，俗称蝎子，又名全虫，是钳蝎科动物东亚钳蝎的干燥体。有较好息风镇痉作用。主治：抽搐，中风不语，口眼歪斜，半身不遂，破伤风症。

主要特征：头胸腹前部呈扁平长椭圆形，后腹呈尾状，皱缩弯曲，完整的体长约6厘米。头胸背部呈绿褐色，前面有一对短小的螯肢及一对较大的钳状脚须，背覆有梯形背甲，腹部有足四对，均为七节，末端各具2爪钩；前腹部由7节组成，第七节色深，背甲上有5条隆脊线。后腹部棕黄色，6节，节上均有纵沟，末节有锐钩状毒刺。气微腥，味咸。

全蝎货少价高，所以掺假全蝎常见，主要是增加重量。手法是将全真蝎放在食盐和泥土的混合泥浆中，使其喝足盐

泥浆再致死晒干。所以外形与真品相同，但外表挂多量盐霜，前腹隆起，体重，折断后可见褐色泥土及盐的结晶，重量可超地真全蝎体重三分之一以上。

二十、真假砂仁的识别

砂仁，主治：食欲不振，消化不良，胃痛腹泻，妊娠呕吐，胎动不安。常用的真品是阳春砂和海南砂的成熟干燥果实。均属姜科植物。

真品阳春砂仁性状：呈椭圆或卵圆形，有不明显的三棱，长 1.5~2 厘米，直径 1~1.5 厘米，表面棕褐色，密生刺状突起，基部常有果梗，果皮薄而软。种子结集成团，有三钝棱，由白色隔膜将种子团分成三瓣，每瓣有 6~15 粒种子。种子为不规则多面体，直径 2~3 毫米，表面棕红或暗褐，有皱纹，质硬，种仁白色，气芳香而浓烈，味辛凉微芳。

真品海南砂仁性状：形状和机体长如阳春砂，但三棱明显，直径略小。表面有片状分枝的软刺，基部有果梗痕。果皮厚硬。种子团较小，每瓣有 5~7 粒种子，直径较阳春砂小。气味稍淡。

假砂仁是用姜科植物中的其他品种的成熟果实代替的。常见品种及特点。

海南土砂土：果实瘦长，表面片状突起较大，果皮厚，种子团瘦瘪，每瓣有 5~10 粒种子，味微苦。

山姜：果实呈扁圆形，表面无刺状突起，种子团瘦小，每瓣种子不多于七粒，色灰褐，气微，味微苦辛而涩。

华山姜：果实呈类球形，表面光滑，种子团无明显分瓣，种子较少，种子表面有密集疣状小点，味甜微辛。

艳山姜：果实形象华山姜，表面有 15~20 条隆起的棱线，种子团被分割为不明显的三瓣，每瓣种子 8~12 粒，味微辛。

第六章 疾病的药物治疗

老年人由于生理衰老、病理变化，病情往往复杂多变，若药物使用不当可使病情恶化，因此，根据病情，对老年病人进行合理地药物治疗是十分必要的。

第一节 消化系统疾病

一、急性胃肠炎

1. 症状及表现

由于饮食不当或吃入含有细菌及其毒素和腐败变质的食物所引起的急性胃肠道炎症。起病急，恶心、呕吐频繁、剧烈腹痛、频繁腹泻、多为水样便，可含有未消化食物或少量粘液；常有头痛、发热、全身不适。呕吐、腹泻严重者可有脱水，酸中毒，甚至休克；上腹及脐周有压痛，肠鸣音多亢进。

2. 治疗

可选用哪些非处方药：

水、盐代谢调节药：口服补液盐，每袋 29.5 克，加凉开水 1000 毫升，以每千克体重 50 毫升，4~6 小时内服完。

止痛药（胃肠解痉药）：普鲁苯辛，口服，一次 15 毫克，一日三次，饭前服。山莨菪碱（654-2）口服，一次 5 毫克，疼时服用或一日三次。颠茄流浸膏，口服，一次 0.3~1 毫升或颠茄片 1~2 片（每片含 8 毫克），一日三次。

止泻药：药用炭，口服，用于腹泻等成人一次 1~3 克，一日 3 次，饭前服。用于解毒，一次 10~30 克。每 2~4 小时 1 次，同时服泻药（如硫酸镁 15~30 克）。

消炎药：黄连素，口服，成人一次 0.1~0.4 克，一日 3 次，

中成药可选用藿香正气散、平胃散、附子理中丸等。

验方可选用十大功劳 15 克、凤尾草 15 克、岗稔 30 克水煎服，每日 1 剂；紫参 15~30 克水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

二、胃及十二指肠溃疡

胃及十二指肠溃疡是指胃或十二指肠粘膜被胃酸和胃蛋白酶所腐蚀，形成一个凹下去的圆形或椭圆形疮面，发生在胃的叫胃溃疡，发生在十二指肠的叫十二指肠溃疡。多发生在 20~50 岁之间。发病原因与胃酸过多、遗传、环境、饮食、吸烟、药物、精神紧张和胃幽门杆菌感染有关。

1. 症状及表现

主要症状有：反复发作、规律性疼痛；上腹痛可为隐痛、

钝痛、饥饿样痛、胀痛、烧灼样痛，长期反复发作。疼痛多在精神紧张，饮食不当，秋、冬季节变化等情况下发作；疼痛与饮食关系密切，胃溃疡常在饭后 0.5~1 小时疼痛，持续 1~2 小时消失（饱腹痛），上腹部中线偏左有压痛；十二指肠则在饭后 2~3 小时开始疼痛，持续至下次进餐才消失，或夜晚睡前疼（空腹痛），上腹压痛点在中线偏右；进食或服碱性药物可使疼痛缓解。同时可伴有恶心、呕吐、反酸、嗝气、上腹饱胀感、消化不良、贫血、消瘦等。X 射线钡餐、胃镜可有助诊断。

2. 治疗

可选择的非处方药有：

制酸药：西米替丁（甲氰咪胍），口服，用于胃酸过多，一次 200~400 毫克，一日 3~4 次；胃或十二指肠溃疡，一次 300~400 毫克，一日 2 次，于进餐时或餐后立即服用和睡前服用。雷尼替丁，用于胃酸过多，成人一次 0.15 克，一日 2 次；或一日 0.3 克，临睡前服；用于胃或十二指肠溃疡，成人一次 0.15 克，一日 2 次，早饭后及睡前服。法莫替丁：用于胃酸过多，一次 20 毫克，一日 2 次；用于胃或十二指肠溃疡，一次 40 毫克，睡前服，持续 4~6 周为一疗程。

胃粘膜保护药：硫糖铝，成人一次 1 克，一日 4 次，于饭前和睡前 1 小时口服。氢氧化铝，口服，一次 0.6~0.9 克，一日 3 次，饭前 1 小时服。胃舒平，口服，一次 2 片，一日 3 次，饭后嚼服。

选用的验方有：

两面针 2 分、水田七 9 份、七叶一枝花 3 份，白芨 1 份。

共研细末，每次服 2 克，1 日 3 次。

侧柏叶 10 克，白芨 10 克，水煎，1 日分 2 次服。

海螵蛸，浙贝母等量，共研末，每次 2~3 克，1 日 3 次。

三、病毒性肝炎

1. 病因

病毒性肝炎是由多种肝炎病毒引起的传染病，不同类型肝炎病毒的传播途径是不相同的：

甲型肝炎主要通过日常接触、经口传染，但也可以通过水源污染和食物污染引起爆发流行。

乙型肝炎主要通过注射途径传播，因此应用被污染的血制品（血液、血浆、白蛋白、丙种球蛋白等）及消毒不严的医疗操作（注射、针刺、抽血等）是重要的传播途径。乙型肝炎病人的唾液，乳汁、汗液、血性分泌物、羊水、月经、阴道分泌物、精液均可检出乙肝病毒，所以生活上的密切接触也可传播。

丙型肝炎主要通过输血传播。

丁型肝炎病毒传播与乙型肝炎相似。

戊型肝炎病毒主要污染了的水经口传播。

甲肝、戊肝发病急、黄疸型较多，预后较好。乙肝、丙肝以慢性为多。

2. 症状及表现

急性肝炎：急性无黄疸型肝炎主要症状是全身乏力，食欲不振、腹胀、肝区疼痛，部分病人有恶心呕吐；急性黄疸

型肝炎除上述症状外还有眼巩膜、皮肤黄染，尿色似茶。

慢性肝炎：急性肝炎病人大多在2~4月内恢复健康，但有些病人（特别是无黄疸的乙型肝炎患者），病程超过半年以上，病情不见好转，反复出现肝区痛，食欲减退、乏力、腹胀、肝肿大、有压痛、肝功能反复不正常。有的病人面色黧黑，有肝掌或蜘蛛痣、肝脏质地变硬、脾肿大等，则称为慢性肝炎。

3. 治疗

非处方药有：肌苷，口服，一次200~500毫克，一日3次；肝泰乐，口服，成人一次100~200毫克，一日3次；齐墩果酸片，口服，成人一次30毫克，一日3次，连续服用1~3个月。

验方：急性期可用：溪黄草（干）30克或鸡眼草100克，水煎服；鱼腥草10~15克（或白茅根12~25克），豨莶草6~10克，水煎服；田基黄、土茵陈、积雪草、山栀子根各15~30克，大蓟30~100克，白茅根30~60克，甘草6克，水煎服，每日1剂。

慢性期可有：丹参30克，红糖15克，水煎服，每日1剂；白背叶根60克，水煎服，每日1剂（降转氨酶好）；茵陈30克，制大黄10克，秦皮、土茯苓，蒲公英各15克，水煎服，每日1剂。

四、消化不良

1. 症状及表现

食物在消化道内进行分解，转变为简单的小分子物质，供机体组织吸收利用，称为“消化”。任何原因导致消化过程障碍，都会出现食欲不振、腹胀、腹泻、体重减轻等症状，即为消化不良。糖类在肠内异常分解时，可引起“发酵性消化不良”；蛋白质（肉类食物）在肠内异常分解可引起“腐蚀性消化不良”；细菌或病毒感染所引起“感染腹泻”，也是一种消化不良。消化和吸收是两个紧密联系的过程，消化不良患者将导致营养物质的吸收障碍，引起“吸收不良综合征”。

2. 治疗

可供选择的非处方药有：

助消化药：胰酶，用于消化不良、食欲不振，口服一次 0.3~0.6 克，一日 3 次，于饭前服；干酵母，口服，一次 1~2 克，一日 3 次，饭后嚼碎服；乳酶生，适于发酵性消化不良，口服，一次 0.3~1 克，一日 3 次，饭后服。

止恶心呕吐药：吗丁啉，一次 10 毫克，一日 3 次，餐前口服。

消胀药：二甲硅油，口服，一次 50~75 毫克，一日 3 次，餐前和睡前服。

中成药：可选用大山楂丸、加味保和丸、神曲茶、六味安消散、香砂平胃颗粒等。

可供选择的验方：辣蓼、凤尾声草、火炭母各 10 克，水

煎，一日2次分服；朱砂1.5克、琥珀1.5克、滑石6克、黄芩10克，研细末，每次服1.5克，1日2次；艾叶捣烂，加酒、胡椒末各适量成糊，敷于脐部。每日一次。

五、胆囊炎

1. 症状及表现

胆囊是一个盲袋，有细长弯曲的胆囊管与胆管相通，因而易发生梗阻并导致细菌感染而引起急性胆囊炎。或在急性炎症消退后留下慢性胆囊炎。患者有上腹或右季肋部持续钝痛，阵发性加剧，常向右肩、背部放射，伴有恶心、发热、呕吐，并发胆管炎时可出现黄疸。慢性胆囊炎有厌油、消化不良、胃部饱胀和暖气。

2. 治疗

治疗可供选择的非处方药有：去氢胆酸，成人一次0.25~0.5克，一日3次，餐后或餐中口服；苯丙醇（利胆醇），一次0.1~0.2克，一日3次，餐后服。

可供使用的验方有：金钱草30克，茵陈、郁金各15克，枳壳、木香各10克，大黄6~10克，水煎服，一日一剂，一个月为一疗程；利胆丸：茵陈120克，龙胆草、郁金、木香、枳壳各100克，共研细末，加入浓猪胆汁250克和适量蜂蜜，做成药丸，每丸10克，早晚各服1丸，一个月为一疗程。

六、肠道寄生虫病

肠道寄生虫病是由肠道寄生虫在人体肠道内寄生而引起。常见的有蠕虫类：蛔虫、钩虫、蛲虫、鞭虫、旋毛虫、绦虫、姜片虫；原虫类：梨形鞭毛虫。

1. 症状及表现

蛔虫：雌虫在肠内产卵，每天产 20 万个，随粪便排出体外，在适宜的湿度下发育为感染虫卵，人吃了感染虫卵的蔬菜、水果后，一部分虫卵被胃酸杀死，一部分在小肠孵化成幼虫。幼虫依次穿过肠壁、小血管、门静脉、心脏、肺脏、气管、咽喉、食管、小肠，在小肠内发育成成虫。轻者无症状，稍重者有消化道症状，营养不良，严重者可引起胆道蛔虫或蛔虫性肠梗阻等并发症。

钩虫：虫卵随大便排出后，发育成感染期幼虫，次幼虫钻进皮肤，通过小静脉或淋巴管进入血循环，依次到心脏、肺、支气管、咽喉、小肠上段，3~4 周后发育成成虫。成虫叮咬在小肠壁上吸血，一面吸血一同排血，并分泌抗凝物质，使伤口继续流血，导致钩虫性贫血。

蛲虫（线白虫）：雌虫常在夜间由肛门爬出，在肛门或会阴部产卵而引起奇痒。虫卵经手、食物、空气等途径进入口腔，在小肠发育为成虫。蛲虫病的症状较轻，主要为肛周奇痒、厌食等。

绦虫：有猪肉绦虫和牛肉绦虫两种。猪肉绦虫的虫卵或妊娠节片随粪便排出体外，如果污染的饲料被猪吞食后，虫

则进入猪的小肠内，经孵化后在横纹肌上发育成囊尾蚴。人吃了未经煮熟的含有囊尾蚴的猪肉（米猪肉），囊尾蚴便在人的小肠内脱壳并发育成成虫，而引起猪肉绦虫病。小肠同的幼虫还可穿过肠壁经血流入皮下、肌肉、眼、脑内，发育成囊尾蚴则引起囊虫病。绦虫病有轻微症状。眼囊虫病可影响视力，甚至造成失明；脑囊虫病可导致癫痫、瘫痪，甚至死亡。

姜片虫：为吸虫。生食附有姜片幼虫的荸荠、菱角、莲藕等水生植物后，幼虫则进入小肠内发育为成虫，并在小肠内产卵，随大便排出，在水中变成蚴虫，继续污染水生植物。姜片虫病的症状为胃肠症状，发育不良等。

2. 治疗

可供选择的非处方驱虫药有：

阿苯达唑（肠虫清），用于成人治疗蛔虫、蛲虫、十二指肠钩虫感染，单剂量 400 毫克，空腹时服。治疗鞭虫感染，一日 600 或 800 毫克，1~3 天为一疗程。

甲苯达唑（安乐士），用于蛔虫、鞭虫、钩虫感染，一次 100~200 毫克，一日 2 次，口服 2~3 日为一疗程。治疗蛲虫感染，单剂量 100~200 毫克，2 周后重复一次。

哌嗪（驱蛔灵），用于驱蛔虫，成人一日 3~3.5 克，睡前口服，连服 2 日。

噻嘧啶（驱虫灵），用于蛔虫病、蛲虫病、十二指肠钩虫感染，成人单剂量 1.2~1.5 克，一日一次，睡前顿服。

第二节 皮肤科疾病

一、头癣

头皮、头发的浅部真菌感染。有黄癣、白癣、黑癣三种：

1. 症状及表现

(1) 黄癣(癞子头): 头皮有散在或成片的粘着性蝶状黄痂, 有鼠尿味。去痂后留有浅溃疡, 愈后有萎缩性瘢痕及秃发。患部头发干燥无光泽, 易脱落。在滤过紫外线下见病发呈暗绿色, 直接镜检见发内菌丝。

(2) 白癣(发癣): 头皮有圆形、椭圆形或不规则的灰白色鳞屑性斑, 界限清楚, 逐渐扩大。患部头发干燥无光泽, 发根有白色菌鞘, 多在距头皮 2~4 毫米处折断。自觉瘙痒。成年则可自愈, 愈后无瘢痕及秃发。在滤地紫外线下病发呈亮绿色。直接镜检见发外小孢子。

(3) 黑癣(黑点癣): 病发多于出头皮后即折断, 而呈黑点状, 小片分布, 鳞屑不多。愈后头发可再生, 或留有点状瘢痕。在滤过紫外线下病发无荧光出现。直接镜检见发内成串孢子。

2. 治疗

灰黄霉素 10~15 毫克/公斤体重/日, 分 2~3 次口服,

连服 2~3 周；

局部治疗：每日用热水、肥皂洗头，每周剃发，小范围病变可拔除毛发；交替搽 2.5% 碘酒和 10% 硫磺软膏，每日各 1 次，持续 6~8 周；或用雄黄、硫磺、川楝子各 10 克，加凡士林 70 克，每日厚涂。咪康唑乳剂；一日 1~2 次，连用 10 天为一疗程；

对帽、枕巾、梳篦等要进行煮沸消毒。

二、体癣

1. 症状及表现

为发生于头皮、掌、跖之外的光滑皮肤的浅部真菌感染。发生于股部者，又称为股癣。多见于温暖潮湿的季节，肥胖、多汗者。表现为针头到小米粒大小的丘疹或水疱，色鲜红或暗红，随后向周围扩展，中心愈合，呈环形或多环形。边缘清楚，上覆以鳞屑或痂皮。可成苔癣化或湿疹化而边缘不清楚。自觉瘙痒。鳞屑镜检可见真菌孢子和菌丝。

2. 治疗

局部治疗可选用的非处方药：

克霉唑乳膏。外搽，一日 2 次，一疗程 14 天；

联苯苄唑软膏，外搽，每日 1 次，一疗程 2~4 周；

咪康唑乳膏，外搽，每日 1~2 次，一疗程 10 天；

1% 特比萘芬霜，外搽，一日 2 次，一疗程 1~2 周；

1% 环吡酮胺乳膏，外搽，一日 1~2 次，一疗程 2~3 周。

损害范围广者，可服用灰黄霉素。

三、手足癣与甲癣

手、足癣是发生于掌、跖与指、趾间皮肤的浅部真菌感染。甲癣多继发于手、足癣。

1. 症状及表现

手足癣：可分水疱型、糜烂型，鳞屑角化型。往往三型同时存在，仅以某型较显著。自觉瘙痒，抓破后常继发感染。夏季加重，冬季好转消失。

甲癣：常由指、趾甲游离缘或侧缘向甲根发展。病甲失去光泽，呈灰白色或棕色逐渐变厚、变脆，高低不平或呈畸形，部分甲板与甲床分离。

2. 治疗

手、足癣的治疗：水疱型治法同体癣；糜烂型应尽量保持干燥，可先用 1:5000 高锰酸钾液浸泡后涂龙胆紫液，或用含有 5% 水杨酸或 5%~10% 硫碘的粉剂；鳞屑角化型，可用 10%~20% 尿素霜，一日 2 次，外搽，或用 1% 特比萘芬霜，外搽，一日 2 次，连用 4 周；有化脓感染者，先控制感染后再治癣。

甲癣的治疗：将增厚的病甲削薄，甲板外周先涂凡士林保护甲沟，然后搽醋精或 30% 冰醋酸溶液；或用 10% 水杨酸软膏包扎 1~2 周，周围皮肤用胶布保护好，待甲板软后用 1:5000 高锰酸钾溶液浸泡，使甲板剥离后，再选涂克霉唑软膏、环吡酮胺乳膏、1% 特比萘芬霜，直至新甲长出；病甲较多，用上法无效者，可应用灰黄霉素口服，须连续 3 个月以上。

四、湿疹

湿疹是急性或慢性过敏反应性皮肤病。

1. 症状及表现

急性湿疹：起病快，好发于暴露部位，分布常广泛、对称，初为红斑、丘疹，继之发生水疱、糜烂、渗液。损害之境界常不明显，自觉灼热及剧痒，常反复发作。

慢性湿疹：多由急性湿疹反复发作所致，好与面、耳后、肘弯、小腿、阴囊、肛门等处，出现浸润增厚斑片，表面干燥、粗糙、脱屑及色素沉着，边缘清楚。阵发性剧痒，病程长。

2. 治疗

除去病因，避免搔、摩擦、烫洗，切忌搽癣药及其他刺激性药物。忌食辛辣、鱼虾及酒类。婴儿患湿疹未愈前，切勿种牛痘。

口服维生素 C，一次 0.1 克，一日三次；苯海拉明，一次 25 毫克，一日 3 次有明确那根，一次 12.5 毫克，一日 3 次，扑尔敏，一次 4 毫克，一日 3 次。

局部用药：初发无渗液时，搽炉甘石洗剂，渗液多有糜烂的，可用生理盐水、3% 硼酸水、茶叶水、蒲公英、野菊花、土大黄、马齿苋等，任选一种煎汁湿敷；慢性期可选用 5%~10% 鞣酸软膏、15% 氧化锌软膏、1% 氢化可的松软膏、皮康霜等非处方药局部涂敷。

五、接触性皮炎

1. 症状及表现

皮肤接触致敏物质或刺激性过强的物质，引起的急性皮肤炎症。常见的致病物质有生漆、染料、塑料、橡胶、农药、化妆品、红汞、伤湿止痛膏等。多突然发病，接触部位出现红斑、丘疹、水肿、水疱、糜烂、渗液和结痂等。损害处边缘清楚，自觉瘙痒、灼热、甚至痛感，严重者，可伴有发热等全身症状。除去病因后，损害很快消退。

2. 治疗

弄清致病物质，避免接触；

局部选用消炎、止痒、防治感染的非处方药，如绿药膏、达克罗宁软膏、氢化可的松软膏、曲安奈德软膏等局部涂搽。漆过敏可用鸡毛水浸洗，有良好效果。

六、痤疮

1. 症状及表现

俗称粉刺，是毛囊皮脂腺的慢性炎症，多自青春发育期开始发病。好发于颜面、胸背上部和肩胛部。初为多数散在与毛囊一致的黑色丘疹，用手挤压有黄白色脂性栓塞排出。随后可引起毛囊内及其周围炎症。若位置表浅则形成炎症丘疹或脓疱，位置较深或相互融合则形成结节，囊肿或脓肿。病程缓慢，青春期过后有自愈倾向，愈后留色素沉着斑、小疤或疤痕疙瘩。

2. 治疗

注意皮肤卫生。宜用热水、肥皂洗去油腻，限制高脂、高糖类、酒类及辛辣食物。

服用维生素 A、B₁、B₂、B₆ 及维生素 C。

选用非处方药当归苦参丸，口服，一次 1 丸，一日 2 次；清热暗疮片，口服，一次 2~4 片，一日 3 次。

局部可用硫磺洗剂(含沉降硫磺 4 克，硫酸锌 4 克，水加至 100 毫升)；痤疮膏(鱼石脂 0.5 克、升会硫磺 3 克，雷锁辛 3 克、硼砂 3 克，樟脑 1 克，氧化锌 25 克、滑石粉 2.5 克，凡士林加至 30 克)，5% 硫磺霜涂搽。

炎症显著者可选用四环素等抗生素。

激素疗法可用己烯雌酚 1 毫克，每晚 1 次，连服 20 日。

七、稻田皮炎

稻田皮炎是水田耕作中发生的一种皮肤病，以拔秧、插秧及中耕阶段最易发生。通常分为两类：

1. 症状及表现

浸渍糜烂型皮炎：通常在水田连续劳动 2~5 日后发病，开始指(趾)缝皮肤肿胀变白、起皱，随后可发红、糜烂、渗液。局部有瘙痒或疼痛，可有蜂窝状角质层剥脱，指甲损伤，甲沟炎或继发感染。

禽畜类血吸虫尾蚴皮炎：是接触污染禽畜类血吸虫尾蚴疫水，尾蚴钻进皮肤而引起的局部炎症性反应。下田劳动遇到尾蚴后，多在 5~30 分钟即可发病，好发于小腿、足、前

臂和手等处，接触水面的部位尤为明显。开始发痒，继而出现点状红斑、丘疹、水疱或风团，疏散或成群分布。因搔抓易糜烂、渗液，而后结痂。病程是自限性的，不继续接触疫水，1周左右可消退。

2. 治疗

局部治疗时可选用：1%薄荷炉甘石洗剂(炉甘石 15 克，氧化锌 5 克，薄荷 1 克，甘油 5 毫升，水加至 100 毫升)；止痒酊(樟脑 1 克、香草酚 1 克，40%酒精加至 100 毫升)；1%薄荷，每日搽多次；土花椒 6 克加盐少许，煎汤洗患处；射干 45 克加水 1500 毫升，煎 1 小时后过滤，加食盐 12 克，取药汁搽患处。

有继发感染者，可涂 2%龙胆紫，0.5%呋喃西林软膏，绿药膏等，也可将马齿苋、蒲公英等捣烂敷患处。

剧痒或感染重者：可应用扑尔敏等抗过敏药和抗生素；用蒲公英 30 克，银花、芮仁各 15 克，甘草 6 克，煎服。

八、带状疱疹

1. 症状及表现

带状疱疹是由病毒引起的一种皮肤病，好发于侧胸部、腰腹部，颜面及四肢等处，常为单侧性，不超过体表正中线。沿三叉神经眼支发病则较严重，可引起角膜溃疡，全眼球炎，甚至失明。局部先有感觉过敏，灼热感和神经痛，约 3~4 日后出现簇集成群的粟粒大丘疱疹，迅速形成水疱，疱壁紧张发亮，周围红晕。沿神经分布，排列成带状。发疹 3~4 日后，

疱液由透明变混浊，随后干燥结痂，脱后不留瘢痕。整个病程 2~3 周，很少复发。偶尔并发脑炎、弛缓性瘫痪，或遗留神经痛。

2. 治疗

局部：1% 酞丁安软膏涂敷皮肤患处，一日 3~4 次；3%~10% 阿昔洛韦霜、涂布，一日 1~5 次，连续 5 日；普鲁卡因封闭。

全身：严重病例，特别是老年体弱者，应注意休息；给口服或注射维生素 B₁ 和维生素 B₁₂；服用止痛剂：消炎痛，去痛片等。

九、疣

1. 症状及表现

疣是一种病毒性新生物，可分三类：

(1) 寻常疣(瘰子)：好发于手指、甲缘、手背和头面部。为米粒至内豆大小之乳头状增生性丘疹，呈灰褐色或黄污色，表面粗糙不平。

(2) 扁平疣：好发于面部和手背。为针头至绿豆大扁平丘疹，圆形或不规则形，呈淡褐、淡红或皮肤色，散在或成群分布，也可由搔抓而呈线状排列。

(3) 传染性软疣：好发于躯干、面部、四肢。为针头至黄豆大半球形隆起，表面蜡样光泽，中央有脐窝，挤之可见豆腐渣样物质。常为数个成群。

2. 治疗

(1) 对寻常疣可采用艾炙、电烙或切除。亦可外用腐蚀药, 如去疣膏(雅胆子 0.6 克, 生石灰 15 克, 生糯米 10 克, 石碱 40 克, 来苏儿 40 克), 或雅胆子仁捣烂敷于患处 24~48 小时(用橡皮膏先保护好周围皮肤)。

(2) 扁平疣皮损不多时, 可搽无色碘酊(碘 5 克、碘化钾 3 克、浓氢氧化铵液 10 毫升、水 40 毫升, 酒精加至 100 毫升)、5%~10% 福尔马林液、5% 酒石酸锑钾液等; 皮损多时, 可用 10% 水杨酸铋油剂 2 毫升肌内注射, 每周 1 次, 10 次为一疗程; 维生素 B₁₂ 100 微克肌内注射, 每日一次, 可用 10~20 次。

(3) 对传染性软疣用消毒针将软疣顶端挑破, 挤出豆腐渣样物质后, 以小棉签蘸 33.3% 三氯醋或石炭酸、碘酊点入腔内腐蚀。一般 1~2 次即愈, 第 2 次治疗需隔 3~4 日。

第三节 五官科疾病

一、慢性鼻炎

1. 症状及表现

由于反复发作的急性鼻炎、鼻窦炎, 或因高温、干燥、寒冷、粉尘和化学气体的长期刺激所致。可分为三种。

(1) 单纯性鼻炎: 双侧鼻腔呈交替性鼻塞, 夜间加重,

有少量粘液性鼻涕。下鼻甲粘膜肿胀，表面光滑，对 1% 麻黄素收缩反应良好。

(2) 肥厚性鼻炎：常有较重的持续性鼻，并有头昏、嗅觉迟钝，有多量粘液性分泌物。下鼻甲肿胀不平整，较苍白，对 1% 麻黄素反应差或无反应。

(3) 萎缩性鼻炎：鼻塞、鼻臭，鼻腔干燥、嗅觉迟钝，鼻衄，有脓性粘分泌物或干痂，常有头痛。中鼻甲及鼻中隔前方粘膜干燥或有薄脓痂，鼻甲缩小，鼻腔宽大，脓痂很多且极臭。

2. 治疗

(1) 对单纯性鼻炎可用 1% 麻黄素、1% 麻黄素和 0.02% 呋喃西林液滴鼻，每日 3 次。不宜长期使用，以免引起药物性鼻炎；

溶菌酶片，口含服，一次 1 片，一日 4~6 次。

(2) 对肥厚性鼻炎可用下鼻甲硬化剂 (5% 鱼肝油酸钠、80% 甘油、50% 葡萄糖与 15% 氯化钠混合液，每次每侧注入 1 毫升，每周一次)；

下鼻甲粘膜表面烧灼；

粘膜过厚者，作下鼻甲切除。以上均需由医师来进行。

(3) 萎缩性鼻炎选用复方薄荷油，10% 磺胺噻唑鱼肝油，1%~2% 链霉素滴鼻，每日 3 次；鼻腔内有脓痂或粘稠脓液滞留时，可作鼻腔灌洗或用温开水由前鼻孔吸入，从口吐出的简易清洗法，每日早晚各 1 次；溶菌酶含片，每次 1 片，一日 3 次。

二、慢性鼻窦炎

1. 症状及表现

多由于鼻腔疾患、齿源性疾病、急性鼻窦炎未彻底治愈或急性传染病和其他全身性疾病机体抵抗力低下时所致。上颌窦炎发病率最高，其次为筛窦、额窦炎、蝶窦炎极少见。主要症状有鼻塞、流脓性鼻涕、嗅觉减退、头晕头痛。鼻腔检查可发现中鼻道或嗅沟有脓或息肉。

2. 治疗

用 1%麻黄素或 1%麻黄素和 0.02%呋喃西林液滴鼻；

置换给药法：用于同侧鼻窦均发炎，而不适用于急性鼻窦炎或同侧少数鼻窦炎。方法：先清除鼻腔内脓液，并以 1%麻黄素滴鼻，然后让病人仰卧，头垂于床边缘并偏向患侧 20°，鼻腔滴入 3~5 毫升抗生素液（如 0.5%金霉素或青霉素 10 万单位）。滴药后以手掐紧两鼻孔，让病员闭口吸气，随捏鼻随吸气 5~6 次后，药液可进入窦内。放松手后，药液可流出；

验方：桑叶 12 克，共子、栀子、黄芩、菊花各 9 克，辛夷、白芷、防风各 6 克，煎服。

三、扁桃体炎

1. 症状及表现

常在春秋季节，身体受凉、疲劳、抵抗力降低情况下发病。可分急性扁桃体炎、慢性扁桃体炎：

(1) 急性扁桃体炎：起病急剧，畏寒、发热、头痛、咽部疼痛，甚至吞咽困难，有时出现反射性耳痛；扁桃体红肿，有黄白色点状渗出物，或融合成苔膜；腭弓、咽粘膜、软腭和悬雍垂充血，有时出现水肿。

(2) 慢性扁桃体炎：有急性扁桃体炎反复发作史；咽部不适，轻度梗阻感或异物感；扁桃体肥大或缩小，表面不平，在舌腭弓上用压舌板挤压扁桃体，可有脓性分泌物自陷窝口溢出。

2. 治疗

(1) 扁桃体炎患者应适当休息，多饮水，给半流质饮食；用度美芬喉片含服，一次1~2片；0.02%洗必泰溶液漱口，一日3次；用去痛片、扑热息痛解热镇痛；在医生指导下选用抗生素。

验方：新鲜威灵仙草60克，煎水代茶饮，每日1剂；岗梅根30克、土牛漆30克、羊蹄草30克，水煎，1日2次分服；

中成药：六神丸，每日3次，每次4粒，含服；羚翘解毒丸，每次1丸，一日3次口服。

(2) 对反复急性发作，扁桃体过大妨碍呼吸及吞咽，因扁桃体影响，使鼻腔、鼻窦及中耳炎久治不愈，发生风湿热、风湿性关节炎、肾炎者，可到医院行扁桃体摘除术。

四、慢性咽喉炎

1. 症状及表现

多由于急性咽喉炎反复发作、过度使用声带或过度烟酒等刺激引起。病人感到咽喉部不适，干燥、发痒、异物感。可有刺激性咳嗽、嘶哑，多在疲劳和使用声带后加重；咽部粘膜充血，悬雍垂轻度水肿，咽后壁淋巴滤泡较多、较粗、较红。

2. 治疗

除去刺激因素，针对病因治疗；

0.02%洗必泰液漱口；

2%~3%碘甘油涂咽后壁，过多过大滤泡，可涂10%硝酸银或电烙；

溶菌酶含片，一次1片，一日4~6次；

由医生选择抗生素，作超声雾化吸入。

五、龋齿

1. 症状及表现

由于口腔内细菌使食物残渣发酵，产酸，致使牙脱钙，破坏牙釉质和牙本质而形成龋洞。牙体钙化不良、牙齿排列不齐，口腔卫生不良等常为诱因。龋齿分为5度：

(1) 浅龋(I°): 只侵蚀牙釉质层，病变区粗糙，呈棕褐色，无自觉症状。

(2) 中龋(II°): 牙釉质崩坏，龋蚀牙本质浅层，形

成明显的龋洞。出现牙本质过敏现象，酸、甜、冷、热刺激可致一时性酸痛，刺激除去后酸痛感消失。

(3) 深龋(III°): 龋蚀牙本质深层，龋洞较大而深。牙本质极其过敏，刺激去除后症状逐渐消失。引起牙髓感染时，有自发性剧烈疼痛。

(4) 残冠(IV°): 破坏牙本质全层，牙冠残缺不全，多有牙髓炎过程。

(5) 残根(V°): 牙冠全部崩毁，只剩下残留的牙根，一般无自觉症状。多有根尖部慢性炎症。

2. 治疗

浅龋和中龋在无条件的情况下进行彻底治疗时，可先用小刮匙尽量刮去龋坏部分，揩干后以10%硝酸银涂擦洞窝，1~3分钟后涂丁香油或碘酊，使硝酸银还原；

未引起牙髓病的龋洞可行充填，可到牙医处及早充填；

深龋有牙髓炎者，应先作牙髓治疗，然后再充填；

保持牙齿卫生，可选用两面针、六必治等含氟药物牙膏，早晚两次刷牙，可防止龋病发生。

六、复发性口疮

复发性口疮又称阿弗他口炎，是慢性，反复发作的口腔粘膜小溃疡。胃肠功能紊乱、精神紧张、睡眠不足、肠寄生虫病、局部创伤，常可诱发本病。

1. 症状及表现

患者口腔局部烧灼样疼痛，进食时加重，溃疡呈灰黄色

或灰白色，周围粘膜充血、水肿，多发于唇、颊粘膜及舌缘、齿龈等处。溃疡可自愈，病程 7~10 日。严重者此起彼伏，连续不断。

2. 治疗

除去诱发因素；

口服维生素 B₁₂，一次 5~10 毫克，一日 3 次，维生素 C，一次 0.1~0.2 克，一日 3 次；

局部涂口腔溃疡散或冰硼散；

0.02% 洗必泰溶液含漱；

溶菌酶，口含服，1 次一片，一日 4~6 次；

穿心莲片，口服，一次 5 片，一日 3 次。

七、眼科感染

1. 病因

眼科感染分为眼外感染（结膜炎、睑板腺炎、麦粒肿、角膜炎）和眼内感染（全球炎）。眼科感染的常见细菌为金葡萄、链球菌属、结膜炎嗜血杆菌、淋球菌、产气杆菌、绿脓杆菌等。真菌感染有曲菌属，青霉菌属、毛霉菌属。其他感染有沙眼衣原体、单纯疱疹病毒、结核杆菌、螺旋体属等。

2. 治疗

眼科感染的治疗一般以局部用药为主。应根据炎症的性质和发展阶段选择适当的抗菌药物及剂型、浓度，使用次数等。可供选择的非处方药有：

色甘酸钠。适应于春季卡他性角结膜炎、枯草热结膜炎、

急慢性过敏性结膜炎等。可减轻眼部因各种刺激引起的灼热、刺痛等不适感。滴眼。一次1~2滴，一日4次。重症患者可增加用药次数至一日6次。喷雾：干粉剂用于治疗支气管哮喘：一次10~20毫克，一日4次；症状减轻后，一日40~60毫克，维持量，一日20毫克。外用：治疗过敏性鼻炎，干粉吸入鼻腔，一次10毫克，一日4次，或用2%滴鼻剂，一次1~2滴，一日4次。

磺胺醋酰钠，用于结膜炎、沙眼等眼部感染。外用，滴眼：一次1~2滴，一日3~5次。眼膏涂抹于结膜内，每晚1次。

硫酸锌，用于沙眼、睑缘炎、慢性结膜炎。外用，滴眼；用0.25%~1%硫酸锌滴眼液，一次1~2滴，一日3次。

氯霉素，主要用于敏感菌引起的结膜炎、角膜炎、眼睑缘炎及沙眼；外耳道炎。外用治疗痤疮、酒糟鼻、脂溢性皮炎等疗效显著。外用，滴眼：0.25%滴眼剂，一次1~3滴，一日3~4次。滴耳：滴入耳道内，一次1~3滴，一日3~5次。

红霉素，非处方药仅供外用。用于沙眼、结膜炎；也可用于皮肤或软组织感染，如疮、疖、脓肿、痤疮等。外用。应用软膏涂敷患处，一日1~2次。滴眼：应用0.5%~1%滴眼剂滴入眼内，一次1~2滴，一日3~4次；或0.5%眼膏涂敷于眼内，每晚睡前1次。

四环素可的松眼膏，用于细菌感染或无菌性结膜炎，过敏性眼炎、沙眼等。外用，一日3~4次涂抹于结膜囊内。

八、外耳道疔

1. 症状及表现

发生在外耳道软骨部皮肤的毛囊、皮脂腺、耵聍腺的急性局限性感染。有外耳道疼痛，夜间加重，咀嚼、下颌运动、牵拉耳廓时加剧。外耳肿胀严重时，听力减退。外耳道可见红、肿、隆起成疔。疔肿成熟自行溃破，或用无菌小刀挑破取出脓栓后，可不需要用药而愈合。

2. 治疗

耳部热敷。疼痛剧烈者，服止痛药。

局部用浸有 10% 鱼石脂甘油或 2% 酚甘油的棉栓置入，每日更换一次。

疔肿成熟，即切开排脓，并用 3% 双氧水或生理盐水清除脓汁，保持皮肤清洁。

疔愈后尚须自行用 75% 酒精涂局部，每日一次，防复发。

九、化脓性中耳炎

1. 症状及表现

细菌经咽鼓管或鼓膜破裂孔侵入中耳而引起的化脓性感染。

急性化脓性中耳炎：初期有搏动性或钻刺性剧烈耳痛及听力减退，常伴有发热、头痛、呕吐。鼓膜穿孔后脓液自外耳道流出，上述症状缓解。

慢性化脓性中耳炎急性化脓性中耳炎 6 周后，鼓膜穿孔

未愈合，耳仍继续流脓，听力逐渐减退。鼓室内有肉芽、息肉或胆脂瘤样物。

2. 治疗

急性期卧床休息。选用磺胺及抗生素。

鼓膜穿孔前，可用 2% ~ 5% 酚甘油滴耳，每次 3 ~ 5 滴，每日 3 次；耳痛剧烈，鼓膜外凸或穿孔过小，排脓不畅者，可请医师作鼓膜切开。

鼓膜穿孔后，先用 0.05% 洗必泰水溶液或 3% 双氧水冲洗耳。然后选用一种滴耳剂药，如 2.5% 氯霉素甘油、1% ~ 2% 链霉素、1% 黄连素液等滴耳。同时用 1% 麻黄素等滴耳，促使鼓室引流通畅。

验方：鱼膜草 30 克，水煎，分 2 次口服；龙胆草 10 克，儿茶 5 克，白芷 5 克，水煎，分 3 次服。黄柏煎浓液，冷后滴入耳内，一日 3 次。

第四节 妇科疾病

一、滴虫性阴道炎

1. 病因

滴虫性阴道炎是由阴道毛滴虫感染所引起的，以雌激素水平较高的生育年龄妇女最多见，且易反复感染。阴道毛滴虫可在尿中发现，也可在男性尿道及尿道周围腺体发现，故

其诊断须由新鲜阴道渗出液、精液或按摩所得的前列腺液涂片直接镜检而得。

2. 症状及表现

毛滴虫主要寄生在妇女阴道、尿道及男性尿道、前列腺内，引起滴虫性阴道炎、尿道炎和前列腺炎，妇女可有白带增多，分泌物刺激外阴皮肤引起瘙痒和皮炎，是一种常见的性传播疾病。

3. 治疗

非处方药是限用于已明确诊断后在家庭维持治疗的感染者。

甲硝唑。有强大的杀灭滴虫的作用，治疗阴道滴虫特别有效，口服 250 毫克，一日 2 次，连续 7~10 日，约 90% 患者服 1 个疗程即可治愈，失败病例重复治疗的约 90% 仍有效。因为大多数复发病例均由男方所传染，为了保证治疗效果，必要时需夫妻同治。

局部治疗可用甲硝唑或替硝唑栓剂 7 日，治愈率为 93.5%，口服加局部用药治疗 7~10 日治愈几乎达 100%。

验方：苦参 12 克、蛇床子 10 克、黄柏 10 克，煎水冲洗阴道，再用蛇床子、苦参栓置阴道。鹤草芽栓置阴道。

二、细菌性阴道病

1. 病因

细菌性阴道病是由加特纳细菌引起的阴道炎。是由于阴道内寄生的厌氧菌的繁殖增多与阴道分泌物中有多量加特纳

细菌，而抑制乳酸杆菌繁殖，并分解氨基酸生成胺和酸，使酸度值增高，加特纳菌获得合适酸度环境。胺可以引起阴道上皮的脱落、阴道分泌物增多和特殊的鱼腥臭味。

2. 治疗

可选用甲硝唑泡腾片或栓剂，一次 200 毫克，睡前塞入阴道内，连续 5~7 天。

合并白色念珠菌阴道炎者，可同时应用制霉菌素泡腾片或咪康唑栓剂、乳膏剂治疗。

患者在治疗后复发者，可重复再治疗 1 个疗程，同时检查其丈夫，是否发生龟头炎症状，有则同时给予甲硝唑口服治疗。

三、阴道念珠菌病

1. 病因

念珠菌是一种内源性真菌，健康人的口腔、阴道、消化道可以带菌不引起疾病，在某种条件下，可以转化为致病菌。能引起疾病的念珠菌有 7 种，其中以白色念珠菌致病性最强。念珠菌可侵犯人体组织，皮肤、粘膜、内脏器官等引起疾病。念珠菌可以侵犯生殖器及泌尿道引起生殖器念珠菌病及念珠菌性龟头炎，念珠菌性尿道炎。由念珠菌引起的外阴阴道炎就叫外阴阴道念珠菌病。

念珠菌是一种内源性真菌，健康人的口腔、阴道、消化道可以带菌不引起疾病，在某种条件下，可以转化为致病菌。能引起疾病的念珠菌有 7 种，其中以白色念珠菌致病性最强。

念珠菌可侵犯人体组织，皮肤、粘膜、内脏器官等引起疾病。念珠菌可以侵犯生殖器及泌尿道引起生殖器念珠菌病及念珠菌性龟头炎，念珠菌性尿道炎。由念珠引起的外阴阴道炎就叫外阴阴道念珠菌病。

2. 症状及表现

外阴阴道念珠菌病的症状有：外阴瘙痒、白带多，小阴唇肿胀有烧灼感，排尿痛或困难；检查可见外阴搔抓的痕迹，表皮剥蚀或长小脓疱，大小阴唇有不同程度的肿胀；阴道分泌物增多，白带粘稠如奶酪样或伴有豆腐渣样小块从阴道排出；有时白带呈黄绿色，粘液中混有奶酪样灰白片，则可能合并滴虫感染；病程较长者，外阴部被白带污染，可引起湿疹样变化。常伴有剧烈瘙痒和灼热感；念珠菌感染男性外生殖器易见龟头炎及阴茎炎，包皮及龟头轻度潮红，干燥光滑，包皮内侧和龟头冠状沟处常有白色奶酪样斑片，阴茎有鳞屑性红斑，刺痒症状明显。

3. 治疗

阴道内用药：制霉菌素软膏栓剂或片剂泡腾阴道片；制霉菌素软膏：每克中含有 10 万单位，适用于念珠菌性外阴炎、甲沟炎及指间糜烂；咪唑类抗真菌药物，如克霉唑、益康唑、咪康唑，酮康唑及伊曲康唑等。

以上阴道内用药的具体方法是任何一种栓剂，每晚睡前或一日 2 次放入阴道内一个栓剂或片剂，连续 10~14 天为 1 疗程，约有 85%~90% 可治愈。一是在月经后开始治疗。月经期停用，经期停止后继续用药 1 个疗程。

第五节 其他疾病

一、感冒和流感

1. 症状及表现

感冒俗称伤风，由多种病毒引起，以鼻塞、咳嗽、流涕为主。流行性感冒（简称流感）是由流行性感冒病毒甲、乙、丙及变异型通过呼吸道传播的急性传染病，主要症状是发热，全身酸痛、头痛、鼻和咽部疼痛，比普通感冒严重。一年四季均可发病，尤以冬春季较为常见。

2. 治疗

治疗可选用非处方药、验方和中成药。

非处方药：

阿司匹林，每片 0.3 克，成人一次 0.3~0.6 克，一日三次。

APC，成人一次一片，一日三次。

扑热息痛，每片 0.5 克，成人一日三次，一次 1 片。

新速效感冒片（扑感灵）成人一次 1 片，一日 2 次。

泰诺感冒片，成人一次 2 粒，一日三次。

验方：

紫苏叶、陈皮、葱头等适量，水煎服。

生姜 10 克捣烂，红糖适量，沸水冲泡服。服后盖被取汗或用生姜 9 克、淡豆豉 9 克、葱头 30 克三味煎服。

板蓝根 30 ~ 60 克、蒲公英 30 克、荆芥 10 克、羌活 15 克水煎服。

中成药：

解表中成药可选用：板蓝根颗粒、柴胡口服液、风热感冒冲剂、风寒感冒冲剂、感冒清热颗粒、羚翘解毒丸，桑菊感冒片，午时茶颗粒、银紫颗粒、芎菊上清丸、参苏丸、清眩丸。

清热中成药可选用：双黄连口服液、广东凉茶、金银花露、黄连上清丸、牛黄上清丸、龙胆泻肝丸、葛根芩连片、香连丸。

二、神经衰弱

1. 症状及表现

神经衰弱病人有头昏、头痛、记忆力减退、失眠、多梦、坐卧不安等。

2. 治疗

可供选择的非处方药有：

氯美扎酮（非脑乐），口服，一次 0.2 克，一日 2 ~ 3 次。
谷维素，口服，一次 10 毫克，一日 3 次，一般需服用较长时间。

中成药可选用枣仁安神颗粒、养血安神丸、罗布麻茶、脑乐静口服液。

验方可选用：

酸浆草 5 千克，松针 1 千克，大枣 500 克，加水 10000 毫升，煎 1 小时，过滤，加适量糖及防腐剂分装，每日 3 次，每次服 15~20 毫升。

酸枣树根 30 克、丹参 15 克，水煎 1~2 小时，分 2 次于午休和睡前服。

金樱子 15 克，芡实 20~30 克，水煎服。

三、过敏症

1. 症状及表现

接触某些物品或食用某些食品，可产生过敏反应，如全身瘙痒，皮肤出现风疹块，局部出现血管神经性水肿。

2. 病因

常见的原因有：对鱼、虾、蟹、鸡蛋或牛奶等食品过敏；接触花粉，吸入某些化学物或药物等引起过敏反应；蚊子、昆虫叮咬、注射动物血清的过敏反应；胃肠功能障碍导致内分泌功能紊乱等。

3. 治疗

治疗除祛除病因外，还可选用非处方药中的抗过敏药：

盐酸异丙嗪（非那根），抗过敏，一次 2~4 毫克，一日 2~3 次，口服。

盐酸苯海拉明，抗过敏，一次 12.5~25 毫克，一日 3 次，饭后服。

四、气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是病毒、细菌感染或化学、物理刺激引起的气管-支气管粘膜急性炎症，常见于气候转冷或突然变化时节，因疲劳而致上呼吸道防御功能低下而发病。

1. 症状及表现

起病急，开始有鼻塞、流涕、咽痛，声音嘶哑、低热、乏力。当炎症累及气管、支气管粘膜，可出现咳嗽，早期一般为刺激性干咳、痰不易咳出。后期咳痰松动，痰转为粘液脓性量多。如伴支气管痉挛，可有程度不等的喘鸣和气急，一般4~5天内消退，咳嗽可延长数周，治疗不当或不及时可演变成慢性支气管炎。

慢性支气管炎是一种老年人的常见病、多发病，以慢性咳嗽、咳痰或伴有喘息反复发作为特征。发病多与吸烟、病毒细菌反复感染、寒冷气候、过敏、理化因素有关。

慢性支气管炎可分为两型：单纯型和喘息型。单纯型表现为慢性咳嗽、咳痰，以晨起和睡前最明显，吐无色粘液痰，冬季加重春后转暖时好转或消失。喘息型除咳嗽、咳痰外，尚伴有喘息、发作明显，可听到喉鸣音。

2. 治疗

气管炎的治疗可选用非处方药及验方。

非处方药中的止咳药有：

苯丙哌林（咳快好），成人一次20~40毫升，一日三次。

喷托维林（咳必清），成人一次25毫升，一日3~4次。

右美沙芬(美沙芬),成人一次 10~20 毫克,一日 3~4 次。

非处方药中的祛痰药有:

羧甲司坦(化痰片),成人一次 0.25~0.75 克,一日三次。

溴己新(必嗽平),口服,成人一次 6~16 毫克,一日 2~3 次。

乙酰半胱氨酸(痰易净),口服一次 300 毫克,一日 3 次。喷雾,一次 1~3 毫升,一日 2~3 次。

氯化铵,口服,成人一次 0.3~0.6 克,一日 3 次。

非处方祛痰剂中成药:

可选用二母宁咳丸,通宣理肺丸,川贝清肺糖浆、橘红片,百合固金丸,止咳定喘口服液,川贝止咳露、秋梨润肺膏。

治疗气管炎的验方:

满山红 15~40 克、蒲公英 15 克,水煎服,一日一剂。

松塔 100 克洗净加水 1000 毫升,煎成 100 毫升,分 2 次服用。

矮地茶 30 克,水煎服,一日一剂。

虎杖、十大功劳、枇杷叶各 30 克浓煎成浸膏,为 1 天量,分 3 次服。

五、支气管哮喘

支气管哮喘是以小支气管痉挛为主的变态反应性疾病,

常见的外界变态反应原有花粉灰尘、羽毛、油漆、鱼、虾、蛋类及乳类等；体内变态反应原可能是呼吸道感染中的细菌及其代谢产物和肠道寄生虫。

1. 症状及表现

起病急、多在夜间突然发作。可有先兆症状，如咳嗽、胸闷、鼻痒，喷嚏等。随之可突感胸闷胀，有压迫感，呼吸困难，严重者可有紫绀，大量冷汗，四肢发凉。咳嗽明显，初为干咳，随后有痰，用力咳出大量粘液性痰，自觉呼吸通畅，症状慢慢消失，哮喘停止。发作时间不定，短者数分钟，长则数小时，持续 24 小时以上者，称“哮喘持续状态”。

2. 治疗

治疗哮喘的非处方药：

氯丙那林（喘通），口服，一日三次，一次 5~10 毫克，预防夜间发作可于睡前加服 5~10 毫克。气雾吸入：一次 6~10 毫克。

沙丁胺醇（喘乐宁），成人一次 2~4 毫克，一日 2~3 次。

二羟丙茶碱（喘定），口服，成人一次 0.1~0.2 克，一日三次。

治疗过敏的非处方药：

盐酸异丙嗪（非那根），抗过敏，一次 6.25~12.5 毫克，一日 1~3 次；防晕动病，旅行前一小时服 12.5 毫克，必要时每 4~6 小时一次；用于镇静助眠，一次 12.5 毫克，睡前服。

马来酸氯苯那敏（扑尔敏），抗过敏成人一次 2~4 毫克，

一日 2~3 次，口服。

苯海拉明，口服，抗过敏，成人一次 12.5~25 毫克，一日 3~4 次，饭后服用。

色甘酸钠（咽泰），外用：干粉吸入用于过敏性鼻炎，每侧鼻孔一次 10 毫克，一日 4 次。喷雾吸入，2%~4% 溶液，一次 3.5~7 毫克，一日 3~4 次。

治疗哮喘的验方：

三拗汤：麻黄 10 克、苦杏仁 7 克、炙甘草 3 克水煎服。

地龙粉：取蚯蚓剖开洗净，焙干研粉，每次服 3~7 克，每天 3 次。有痰者加浙贝母 2 克；短气者加五味子 2 克。

六、维生素缺乏症

维生素是人体维持正常代谢和功能所必需的一类低分子化合物。可分为两类：第一，脂溶性维生素。有维生素 A、维生素 D、维生素 E、维生素 K。第二，水溶性维生素。有维生素 B₁、维生素 B₂、烟酸、烟酰胺、维生素 B₆、维生素 C、叶酸、泛酸和维生素 B₁₂ 等。人体每日对维生素的需要量很小，但如果缺乏，则可引起一类特殊的疾病，称为“维生素缺乏症”。如维生素 D 缺乏引起的佝偻病、维生素 C 缺乏引起的坏血病。

1. 病因

维生素缺乏的原因有：第一，食物中维生素缺乏，由于饮食单调或食物进行处理过程中影响食物中维生素含量，如煮饭丢弃米汤造成维生素 B₁ 的丢失等。第二，对食物中维生

素吸收有限。如胃酸缺乏、胃炎或腹泻能阻止维生素 B 的吸收，患黄疸病人不能吸收维生素 K 等。第三，维生素的治疗需要。如酒精中毒病人有多种维生素缺乏，需补充维生素 B₁、叶酸、吡哆醇、维生素 B₂ 和维生素 C。

2. 治疗

可供选择的非处方药有：

维生素 A。用于夜盲症、干眼症、角膜软化、皮肤粗糙、角化等维生素 A 缺乏症。预防用：每日婴儿 1500 单位，1~6 岁 2500 单位，男性成人 5000 单位、女性成人 4000 单位，孕妇 5000 单位。治疗剂量：经医生诊断后，口服，成人一日 5000~10000 单位，一日超过 10000 单位者必须依据处方销售。

-胡萝卜素。用于补充营养、夜盲症、维生素 A 缺乏症。口服，成人一次 30~90 毫克，一日三次。

维生素 AD（鱼肝油）。口服，胶丸剂，一次 1 丸，一日 3 次；滴剂一日 1~3 次、一次 2 滴。

维生素 D（骨化醇）。用于预防和治疗营养性佝偻病，预防每日 10~20 毫克（400~800 单位）；治疗每日 25~50 毫克（1000~2000 单位）。

维生素 E。常用于习惯性流产，先兆流产，不孕症，更年期障碍，心血管病和抗衰老。一般为一次 5~10 毫克，一日 3 次口服；较大剂量为一次 50~100 毫克，一日 3 次，一日超过 400 毫克，要去看医生，根据处方决定用量。

维生素 B₁。用于维生素 B₁ 缺乏引起的“脚气病”（疲乏、软弱，下肢沉重酸痛，心悸，食欲减退，消瘦等）、周围神经

炎、消化不良的预防和治疗；妊娠期、哺乳期、烧伤等病也需补充维生素 B₁。口服。脚气病：成人一次 5~10 毫克，一日 3 次。维生素 B₁ 缺乏：成人一次 5~10 毫克，一日 3 次。

维生素 B₂。用于维生素 B₂ 缺乏症的预防和治疗，如口角炎、唇干裂、舌炎、阴囊炎、结膜炎、脂溢性皮炎。口服，成人一次 5~10 毫克，一日 3 次，数日后减为补充膳食所需一日 1~4 毫克。

维生素 B₆。用于维生素 B₆ 缺乏症的预防和治疗，如眼、鼻、口部皮肤脂溢样皮肤损害、舌炎、口腔炎、周围神经炎等。口服，成人一日 10~20 毫克，连续 3 周后改为一日 2~5 毫克，连用数周。

复合维生素 B。含维生素 B₁、维生素 B₂、维生素 B₆、泛酸钙、烟酰胺。用于 B 族维生素缺乏所致的厌食、脚气病、营养不良、癞皮病的辅助治疗。口服，一次 1~2 片，一日 3 次。

维生素 C。用于防治坏血病、牙龈出血、紫癜、慢性铁中毒的辅助治疗。口服一次 100~300 毫克，一日 3 次，一日最多不超过 1 克。

烟酰胺（维生素 B₃）。用于治疗糙皮病、口炎、舌炎，一次 50~100 毫克，一日 3 次。

烟酸（维生素 PP）。用于防治糙皮病，一次 50~100 毫克，一日 150~200 毫克，如有胃部不适应与牛奶同服或进餐时服。用于高脂血症：开始口服 100 毫克，一日 3 次，4~7 日后可增至一次 100~200 毫克，一日 3 次。

维生素 B₁₂。用于治疗维生素 B₁₂ 缺乏所致的巨幼红细胞

性贫血、热带或非热带性泻、绦虫病所致维生素 B₁₂ 吸收障碍。其制剂有弥可保 500，片剂，口服，一次 1 片，一日 3 次。

叶酸。用于叶酸缺乏引起的巨幼红细胞性贫血，或婴幼儿期、妊娠期、哺乳期妇女所致的叶酸缺乏。口服，成人一次 5~10 毫克，一日 3 次，每一疗程 14 天，或用到红细胞正常为止。

维生素 K。用于防治维生素 K 缺乏所致的出血。口服，成人一次 2~4 毫克，一日 3 次。

七、矿物质和微量元素缺乏症

1. 钙缺乏症

钙为人体神经、肌肉、骨骼系统，细胞膜和毛细血管通透性等正常功能所必需，它在体内的含量比其他任何元素都多。钙离子是许多酶促反应的重要激活剂，在神经传导、平滑肌和骨骼肌的收缩、肾功能、呼吸和血液凝固的生时过程中是必须的。钙缺乏常常是由于维生素 D 缺乏引起，因为维生素 D 是有效吸收钙所必须的，应同时补充维生素 D。当钙缺乏时可引起手足抽搐、佝偻病、荨麻疹、影响发育和中老年骨质疏松症。治疗方法：

用于补充钙剂的有：

乳酸钙。为钙营养药，用于防治钙缺乏症，如手足抽搐症、骨发育不全、佝偻病，以及结核病、妊娠、哺乳期妇女的钙补充。口服，成人一次 0.3~2 克，一日 3 次。

葡萄糖酸钙。用于钙缺乏、急性低血钙抽搐、荨麻疹、急性湿疹、皮炎等。口服。成人一次 0.5~2 克，一日 3 次。

碳酸钙。用于胃酸过多和低血钙引发的骨软化、佝偻病、骨质疏松、肌肉疼痛、抽搐、痉挛，及老年人或绝经期妇女的饮食补充。口服，一次 0.5~2 克，一日 3 次。

枸橼酸钙。用作补钙剂，主要用于骨质疏松症的中老年患者和绝经期后妇女。口服，依病情而定，一日 0.3~2 克。

2. 铁缺乏症

离子铁是人体能量转换、氧气转运的重要成分。进入消化道的无机铁及食物中的铁平均 10% 被吸收，肉类中的铁（血红素铁）吸收率平均比蔬菜中铁高出 5 倍。

引起铁缺乏的原因：消化道疾病（如痔、消化性溃疡、溃疡性结肠炎、肿瘤）时的出血，常引起铁缺乏。红细胞大量遭破坏（疟疾、药物致溶血等）。铁缺乏可致贫血。

治疗药物有：

硫酸亚铁。是最常用的铁剂，用于防止因长期慢性失血、红细胞大量遭破坏、胃肠吸收障碍、人体需要量增加所造成的缺铁性贫血。口服，成人预防用量一日 300 毫克。治疗用量一次 300 毫克，一日 3 次。

葡萄糖酸亚铁。是一种含铁较低（约 12%）的有机铁，用于治疗缺铁性贫血。口服，成人一次 0.4~0.6 克，一日 3 次。疗程 2~3 周。

富马酸亚铁。用于缺铁性贫血。口服，成人一次 0.4~0.6 克，一日 3 次。疗程 2~3 周。

3. 锌缺乏症

锌是百种以上酶的辅助因子。是生长、性成熟、性功能（主要在男性）食欲和味觉以及创口愈合等所必需的。

锌缺乏的原因：膳食中摄入不足（如年迈体衰、嗜酒合并肝硬化、膳食质量差）；吸收减少（如吸收不良综合征、囊状纤维化）；排出量增多（如镰状细胞病、大面积烧伤、引流瘘管）；遗传性代谢缺陷（如肠病性肢端皮炎）等。

锌缺乏的症状有：味觉和嗅觉失常，食欲不振。严重缺乏时，可见骨成熟延迟，肝脾肿大，性功能减退，睾丸功能不全，生长缓慢或矮小畸形（侏儒）。还可见脱发、皮疹、多发性皮肤损害、舌炎、口炎、睑炎、反甲等。治疗锌缺乏症可用葡萄糖酸锌，口服，成人一日 10 毫克。

在很多情况下，人体需要同时补充多种维生素及微量元素，因而，含矿物质和多种维生素的制剂不断被开发上市。针对不同性别、不同年龄、不同生理特点的各种人群，设计了不同的剂型，可用于抗衰老、增强中年人人体质、促进伤口愈合等多项目的。

常用的治疗药物有：

金施尔康。适用于老年人，服后有增强体质、消除疲劳等功效。用于防治因维生素和微量元素缺乏所引起的各种疾病。口服，12 岁以上需用者一日 1 片。

施尔康。主要用于成年人及老年人补充维生素及微量元素。

善存。用于防治因维生素和微量元素缺乏所引起的各种疾病，用于饮食补充。口服，一日 1 片。

健老泰。胶囊剂，用于防治老年性疾病，体力衰退、记忆力减弱、动脉硬化、失眠、病后复原缓慢等。口服，开始时一日2粒，见效后（约1~4周）一日1粒。

老维生。胶囊剂，适用于老年性衰弱、动脉硬化、病后复原缓慢，食欲减退等。