

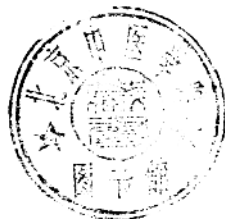
第二集

西医学学习中医心得

江苏人民出版社

出版者的話

在西医学习中医心得第一集里，我們汇编了七篇有关学习中医理論方面的心得。本集汇编的七篇文章，都是西医通过一定时期的中医理論学习，在短期临床实习后，对运用中医方法治疗的某些病例作了一些分析、研究，并从实际体会中写出的論文，其中还发表了一些新的見解。我們把它汇编出版，供讀者参考。



1000

目 录

对中医治疗流行性乙型脑炎的体会	赵霄鹏等 (1)
对29例流行性乙型脑炎舌苔的临床观察	徐长桂 (15)
对中西医结合治疗乙型脑炎中几个问题的商讨	鲍学富 (25)
中医对麻疹并发肺炎的认识和治疗	楊宗孟 (34)
对麻疹实习后的体会	盖世昌 (54)
6例湿温症临床辨证论治的体会	鲍学富 (70)
20例門靜脉性肝硬化腹水的中医临床观察和治疗	黄教晟 (80)

对 中 医 治 疗 流行性乙型脑炎的体会

上海市中医研究班 赵霄鹏 姚永吉 鲍学富
徐长桂 林乾良 郑风胡

1958年8月初,我們来到江苏省中医院(即現南京中医学院附属医院)实习,根据实习计划,由負責老师率領,参加了南京市乙型脑炎防治委员会的中医治疗小組工作。虽然只不过半个月時間的工作,但是由于老师們的諄諄指导,使我們对温病方面有了进一步的理解。

流行性乙型脑炎是现代医学的病名,在祖国医学文献中是找不到的。但是在祖国医学中很早就有了类似这一疾病的認識和記載,不过由于理論体系不同,而名称也不同罢了。根据流行性乙型脑炎流行的季节、临床症状,以及发病年齡等方面来論断,它是属于温病学說中的暑温、暑风、暑痢、暑厥和小儿惊风等病的范畴。我們在临床上对乙型脑炎治疗时,以温病学說中的这些理論,来指导临床辨証論治,获得了卓越的疗效,就更証明了这一点。現將我們在临床上得到的一些認識与体会归納成几个方面,逐一討論。

一 本病常見的几种类型

流行性乙型脑炎是由于滤过性病毒所致的一种急性传染

病。它是通过黑斑蚊为媒介传染于人体的。因此，这一疾病发生于蚊虫最多的七、八、九三个月，其感染不分性别与年龄，但以儿童为最多。在临床上有其独特的症状与演变规律。但由于病毒的轻重、外界环境的因素及个人体质的差异，所表现的症状，便有轻重程度的不同。它在病程经过的各个阶段中，也会产生各种不同的变化。在临床上如将本病的不同症状归纳成若干类型，不但便于临床掌握，而且更便于统计疗效、总结经验以及分析研究。在祖国医学温病学说中也有类似的分类，即将温病的过程，由轻到重，由浅入深归纳成卫、气、营、血四个阶段，以便于辨证论治的应用。但这只是指温病的一般辨证规律而言。在临床上，有些温病的病变仅在卫分、气分，或互相转变，错综复杂。由此可见，不是每一种温病都必须经过卫、气、营、血这四个阶段的病变。所以卫气营血是一种比较概括的理论，只能作为对温病的一般辨证论治的依据，而不能作为每一种温病的分类。同时，乙型脑炎虽属于温病中暑温、暑风、暑厥、暑痫等病的范畴，但并不等于就是这些疾病，只能说在这些疾病中包含着类似乙型脑炎的症状。这说明乙型脑炎不能完全按照卫气营血来分类。如果用西医的分类法，又不适合中医的理论体系。因此，我们根据肤浅的临床体会结合中医理论，试将乙型脑炎分成轻重两大类，并将重症再分为四型。现分述如下：

(一)轻症：病邪始终在卫分、气分，未入营分、血分，因此临床症状较轻。其一般症状为恶寒或不恶寒、发热（低热或高热）、无汗或有汗、头痛鼻塞、咳嗽、口渴或不渴、微呕、嗜睡或有轻度抽搐。舌苔白或黄，脉浮或滑数或洪大。

(二)重症：病邪由卫气已传入营分、血分，或迅速转变，以神志昏迷为主症。其一般临床表现为高热、有汗或无汗、头

痛剧烈、周身疼痛、唇燥口渴、呕逆、小便短赤不利、夜寐不安、烦躁、并迅速进入昏迷状态。或有抽搐、目呆、口眼歪斜、牙关紧闭；或有口吐涎沫、痰鸣，甚或四肢厥冷、脉弦数或弦缓或细数、舌质红绛、苔白或黄腻干燥。根据不同的主症，再分为下列四型：

1. 单纯型：由于邪传心包，临床上以高热、昏迷为主，无抽搐、痰鸣等现象，或仅有轻度抽搐。

2. 惊厥型：邪入厥阴，内动肝风，除高热昏迷外，抽搐为主要症状。

3. 痰闭型：痰热蕴肺，肺气不宣所致，除高热昏迷外，痰鸣为主要症状。

4. 混合型：为重型中最重者，惊厥、痰鸣均合并严重存在。

我们这次诊治乙型脑炎共计33例，根据以上的分类原则，列表如下：

輕 症	重 症				合 計
	单纯型	痰闭型	惊厥型	混合型	
10例(31%)	5例(15%)	2例(6%)	5例(15%)	11例(33%)	23例(69%)

由于1958年的天气炎热，气候干燥，暑热为重，故本病多有犯营入血、传入心包、火毒交迫、热极生风之变，因此重症病员较多。就我们所诊治的病员来说，重症占69%，其中尤其以混合型为最多，而痰闭型较少。

二 脉诊、舌诊在本病诊断上的价值

中医对乙型脑炎的辨证，和其他疾病的辨证一样，必须

运用四診去探察病情；通过对四診所得材料的归納分析，才能判別病机上的偏暑、偏湿，病程上的卫、气、营、血，从而进行正确的治疗。由于乙型脑炎患者多半是小孩，而且神志大都昏迷，因此在四診中的察舌与切脉就显得特別重要。茲就临床所見，把脉診、舌診提出作为重点討論。

（一）切脉：由于乙型脑炎的患者絕大多數是幼孩，而且几乎每一病例都有高热，因而数脉是必見的。按一般的規律，有表症时，也即是邪在卫分时，应兼浮脉；气分热甚，阳明經腑病时，应兼洪大或滑脉；病久正虛者，則脉或細或小。我們在临床所見，凡是有稽留高热和神昏的病人，脉象多为滑数，其中高热昏迷較久者，則小而滑数。假如同样是細数脉，就应注意其有力与否，規則与否，因为这对预后非常重要，即內經所謂“得神者昌，失神者亡”。脉象有神，就是有胃气。假若病症虽危，而脉象有神，則有好轉之望；反之，病人的脉細乱无力，似浮非浮，則較难挽救。

（二）察舌：舌診在温病中比脉診更为重要。对乙型脑炎的診斷來說，当然也不能例外。因为辨証論治，立法用藥，必須結合舌診的变化为依据，叶天士所說“若未見此等舌，不宜用此等法”即为此意。根据温病舌診的一般規律，概括地說，初期病輕邪淺，舌質多不变，只見薄白苔；病深热重，舌苔由白轉黃，舌質也漸变紅絳，即叶天士所說“其热传营，舌色必絳”。但是我們在临床上，只看到一例舌苔厚而老黃的阳明腑实症病人；其余23例重症病人，多为病深热重，可是見到絳舌的只有二例，有些病人只現微黃或微膩的舌苔，甚至有少数病人始終是薄白舌苔。我們对这些現象，最初感到难以理解，后来体会到叶天士所謂“温邪則热变最速”的說法，才解开了这个疑团。因为当年天气亢热，在本病的病机上有暑温偏热的特点，

所以多数患者在起病二、三日后即轉入昏迷抽搐状态。由于热邪猖獗，传变迅速，而卫分、气分之邪未罢，病邪即侵入营分，所以在舌診上不能出現常规的变化。这一点可以說是温病舌診常中之变的宝贵經驗。

温病以保津液为急务。若患者舌质由潤而燥，或尖边鮮紅，甚至厚結焦痂，就表明津液受灼，在治疗上应予生津之剂。

此外，对本病患者的气色方面亦当注意。內經說：“形气相得，謂之可治。”临床上見到面色胱白不华或印堂暗淡者，均非吉兆。我們曾見到两例患者，一为（門診号22950）入院时即現面色胱白不华，一为（門診号23011）入院二日后印堂現出暗淡之色，这两例患者均因救治无效而死亡。

三 对本病辨証論治的重要性

一般西医，总想从祖国医学的宝库中找到治疗乙型脑炎的特效药方，但几年来的临床实践証明，任何离开中医理論体系及辨証論治的原則去找特效药方，都是徒劳的。

乙型脑炎的症状有輕重以及各种类型的不同，在临床上必須辨証論治，对于時間、地点、气候、环境、个人体质及病情久暫等，均須周密考虑，联系整体，个别处理。从下面几个临床病例的处理，可以进一步說明辨証的重要意义。

（一）患儿张××，住院号22820。入院后高热，脉滑数，苔薄白，邪在卫分，单用銀翘散、桑菊飲之属透表而愈。

（二）患儿张××，住院号23080，发病后八天入院，又患儿朱××，住院号22874，这二例患者均見脉細数，舌紅少苔，高热不退，延至半月以上，乃久病伤阴之象，即予退热剂中同时加入甘寒咸寒滋阴潜阳之品，热度逐漸退清。

（三）患儿徐××，住院号22935，于病程中出現阳明湿热

不清，大便溏薄臭粘，遂用清熱導滯之法（如調胃承氣湯等），清除了腑中濕熱以後，熱度才退。

從上面四例，我們可以看出同是乙型腦炎，由於病邪在衛氣營血的不同，以及病機的不同，治療方法亦隨之而異。邪在衛分就要用辛涼解表，如銀翹散之類，病久傷陰就要多方兼顧加入養陰之品，如鮮石斛、鮮生地、芦根等品，有陽明積滯者即當清除腑實，如調胃承氣湯等。這些足以說明，對本病必須辨証論治，有斯症用斯藥，才能獲得顯著的療效。

四 本病的治療法則

葉天士在他的濕熱篇中，首先指出了濕病的治療法則：“在衛汗之可也，到氣才能清氣，入營猶可透熱轉氣，入血就恐耗血動血，直須涼血清熱，否則前後不循緩急之法，慮其動手便錯，反致慌張矣。”乙型腦炎的症候群，在中醫的辨証上，既屬於濕病的範疇，當然在治療上就必須遵循濕病的治療法則。所以邪在衛分多用辛涼輕劑或辛涼平劑，如桑菊飲、銀翹散等，目的是使濕邪透表而解；邪在氣分多用辛涼重劑，如白虎湯，目的是清熱解暑；邪入營分多用咸寒兼辛涼之劑，如神犀丹，合白虎湯之類，目的是使清營透熱轉氣；邪在血分宜涼血清熱，如犀角地黄湯等。這是治療的總法則。由於病情萬變，濕邪熱變最速，因此在治療上決不是一方一法能解決問題的，還得隨症加減，靈活應用。例如濕邪化熱宜用辛涼合甘寒法，如白虎湯加三鮮（鮮石斛、鮮沙參、鮮生地）；濕邪化火則用咸寒合辛涼法，如犀角地黄湯、白虎湯，或咸寒合苦寒法，如犀角、生地合黃連、黃芩之類；濕邪挾風就宜加入祛風之品，如屬肝風內動則宜平肝熄風，潛陽鎮逆之法，採用羚羊、蝎尾、蜈蚣、天蟲、地龍、石決明、貝齒、龍齒、玳瑁等味；濕邪挾痰，又當

輔以滌痰之品，如猴棗散、竺黃、竹瀝、菴糖、胆星、礞石、葶藶等味；如系氣血兩燔則用玉女煎加減；兩明腑實者，則須採用下法，如增液承氣之類。若見白痞，其色如水晶者為佳兆，色如枯骨者多凶，則用甘平清養之藥益氣生津，如薏苡竹叶散之類。又如久病傷脾可用大小定風珠。驟然虛脫者急宜回陽救逆，主用附子、人參，決不能坐失良機。對熱深厥深四肢厥冷的患者，雖然不能內服溫藥，但可用附子、肉桂貼于腳底心。有一例（門診號22941）患者，曾用這種方法獲得良好的效果。此外當險期已過病漸轉愈時，除清理余熱外，尚應靜陰生津，隨症加入生地、麥冬、鮮石斛、鱉甲之類，以善其後。這樣非但可以縮短病程，而且可以减少後遺症。

在臨床上為了便于實際應用，按前述之分類法辨証論治、

型 別	治 療 法 則	主 方	隨 症 加 味
輕 型	辛 涼 透 表 清 熱	白虎湯加減、銀翹散、桑菊飲加減	
重 型	單純型 開竅、清熱、清營、解毒	至寶丹、白虎湯加減、清營湯加減	邪入血分時當加涼血清熱之品，可加犀角、地黃湯
	厥厥型 開竅、清熱、清營、解毒、熄風、平肝	安宮牛黃丸、紫雪丹、白虎湯加減、清營湯加減、另加全蝎、地龍、天麻、蜈蚣、天虫、石決明、貝齒、危齒、玳瑁等	同 上
	痰閉型 開竅、清熱、清營、解毒、滌痰	安宮牛黃丸、紫雪丹、白虎湯加減、清營湯加減、另加鮮竹瀝、石菴蒲、天竺黃、陳胆星、猴棗散、礞石滾痰丸	同 上
	混合型 開竅、清熱、清營、解毒、滌痰、熄風	按厥型痰閉型之藥結合使用	同 上

立法处方最为恰当。由于今年的乙型脑炎多表现为热症，因此对多数病例的治疗均加入石膏一味。茲将各型治疗法则、选用主方、随症增味等项简括列如上表。

五 典型病例介绍

〔病例1〕 轻型病例。

患儿严××，男性，9岁，住院号22876，于7月30日急诊入院。主诉入院前一日晨开始发热头痛，呕吐三、四次。经西医确诊后转请中医治疗。患儿发热头痛，有汗不解，神志清楚，问之能答，无抽搐现象，便畅溲少，舌黄厚脉滑数。乃属暑温化热，内蕴阳明，因邪在气分，故以白虎汤为主，佐以菖蒲、郁金、佩兰等芳香化浊。次日体温下降，呕吐即止，舌苔转薄。再以原法清其余热。二日后体温降至37.5°C，头痛消失，脉平，舌微红苔少。有阴亏现象，故以青蒿、黄芩、石斛、沙参、连翘、银花、甘草等清热养阴为法，连服二剂，停药观察，于8月6日痊愈出院。

〔病例2〕 重症单纯型。

患儿贾××，男性，6岁，住院号23024，于8月10日急诊入院。主诉发热，头痛，昏迷，有轻微抽搐已四天。经西医确诊后转请中医治疗。患儿发热昏迷，牙关紧闭，脉象细数，苔色黄腻，舌质绛红。乃暑温挟风之象，以至宝丹合白虎汤加减开窍清热为法。次日面赤眼斜，有正虚邪盛之象，法宜扶正达邪，原制中加入天麻、钩藤、生地等熄风养阴之品，翌日热象小退，恙转吉，惟腹胀拒按。因有阳明腑实之症，故于原制中又佐入风化硝、生军等通腑之剂，越日热象全退，神志亦清，转从清理余热。

〔病例3〕 重症惊厥型。

患儿封××，男性，3岁，住院号23042，于8月11日急诊

入院。主訴发病一日，昏迷抽搐。經西医确诊后轉中医治疗。患儿高热昏迷，牙关紧閉，抽搐頻作，大便溏泻，脉数苔白質紅。暑温挟风，腑結湿熱，乃以神犀、菖蒲开窍，白虎合葛根芩連加清熱熄風之品，兼清腑實。次日神志稍清，諸恙悉減，仍以原方再進。翌日神清熱減，腹瀉亦少，苔轉黃膩，又從原制佐入消導之品。越數日腹瀉已除，再從清化余熱以善其後。

〔病例4〕 重症挟痰型。

患儿赵××，女性，4岁，住院号22916，于8月2日急診入院。主訴高热昏迷三天，呕吐惊厥偶作，口多痰涎。經西医确诊后轉中医治疗。患儿高热昏迷，气急微喘，喉鳴痰声，脉細，苔白質紅，暑温挟痰，上蒙清窍。治以开窍清熱豁痰之法，如牛黃丸、石菖蒲、鮮竹瀝、清瘟敗毒加減，越四日熱退神清，諸恙盡減，遂于8月12日全愈出院。

〔病例5〕 重症混合型。

患儿周××，女性，2岁，住院号22901，于8月2日急診入院。主訴高热二天，并有抽搐昏迷等症。經西医确诊后轉中医治疗。患儿高热昏迷，脉細微大，苔白質紅。治以开窍清熱之牛黃丸、白虎湯加減之剂未效。次日恙情更危，痰鳴气急，并伴抽搐，乃于前法佐入猴枣散、竹瀝、鈎藤、地龙等滌痰熄風之品。翌日神志轉清，痰声亦減，惟仍熱高微搐。原剂繼續再進。越一日熱退神清，除有微咳外，諸恙悉減。乃從清熱方中佐以杏仁、枇杷叶、紫苑等宣肺之品。病程中并发失語癱瘓等后遺症，續以針灸治疗而愈。

六 后遺症的处理

在祖国医学文献中，沒有“后遺症”这个名称的記載，更沒有乙型腦炎后遺症这个名称的記載，但是溫熱病后的有些症

状,如不語、惊搐、癱瘓、不仁等,却与乙型肝炎后遗症相类似。这些后遗症多发生于小儿。其发生机制乃因小儿体质脆弱,邪盛正虚,筋脉为热邪所袭,失其濡养,故而遗留肢体癱瘓或拘攣。根据文献記載,以及我們的实践經驗,本病后遗症,以針灸疗法效果显著。在33个病例中,发生后遗症的共有2例,都

后 遗 症	主 穴	配 穴	說 明
吞 咽 困 难	内 关、合 谷	中腕、足三里	予列入 本表所列后遗症系我们这次在临床上所遇到的。至于未見到的后遗症則未
口 角 喎 斜	地 仓、颊 車	合谷、承浆	
側 肢 癱 瘓	曲 池、阳 陵 泉	足三里、昆崙	
陣 发 性 癱 瘓	合谷、曲池、阳陵泉	环跳、足三里	
側 肢 癱 瘓	曲 池、阳 陵 泉	环跳、足三里	
手 不 能 握 物	合 谷、外 关	阳池、尺泽	
四 肢 癱 瘓	曲 池、合 谷	环跳、阳陵泉	
左手向外拘攣	合 谷、尺 泽	曲池、外关	
左 手 顫 动	肩髃、曲池、合谷	尺泽、外关	
下 肢 癱 瘓	风 市、阴 市	环跳、阳陵泉	
左足大趾向下拘攣	大 敦、太 冲	中封、申脉	
左足大趾向上拘攣	大 敦、行 間	大都、三阴交	
左側下肢癱瘓	风 市、阴 市	环跳、阳陵泉	
失 語	人 中、风 府	合谷、通里	
右手向内扭轉	曲 池、合 谷	外关、尺泽	
左手大指向内扭轉	曲 池、合 谷	手三里、尺泽	

是采取針灸治疗的。其治疗原則，是根据內經中有关痿論厥論的理論精神，并掌握“各补其榮，而通其輸，調其虛实，和其逆順”的原則，从而采取“榮养筋脉，疏通經絡，宣通气血”及多針少灸的治法。同时，按照辨証施治的理論选取穴位，分別主次輪換針刺。在手法上，以平补平瀉为主，直刺不留針，必要时留針也不超过3—5分鐘。故將我們在临床上，根据各种后遺症选用的穴位列如上表：

我們治疗的9例后遺症患者，經過針灸，療效很好。在我們离开傳染病院时为止，痊愈者5例，进步者3例，无效者1例。除痊愈者外，其他均在繼續治疗中。

七 几点体会

(一) 証証准确是提高療效的关键。我們在治疗时不能生搬硬套，必須根据不同的情况，以及客观因素，进行辨証，否則就要减低治疗的效果。例如，根据文献报导，石家庄对乙型腦炎的治疗，是以清熱解毒养阴为主，而河北省則以辛涼为主，两地使用的方法虽然不同，但都获得了显著的療效。这說明了辨証的重要性，也是祖国医学的优越性。由于今年炎夏亢热，气候干燥，所以本病偏于热象。因此，我們在治疗上，多用辛涼重剂的白虎湯，再根据不同的病情，配合清熱养阴、开窍熄风、豁痰通腑等法，得到了显著的療效。

(二) 舌苔在溫病的辨証中占有重要地位，然而我們應該注意的是“溫邪传变最速”，往往舌苔跟不上邪的传变而变化。因此我們在临床上也見到一些病例，其舌苔始終为薄白或白膩，而沒有随热盛而轉黃。在23个病例中，舌质呈絳色者仅見2例。我們在辨証时，应綜合各方面的病情加以分析，再做結論；不能籠統地認為“舌苔薄白，其邪在卫，在卫汗之可也。”

(三)我們对本病治疗上忌汗、忌下、忌利小便与忌温針的看法如下:

1. 叶天士說:“在卫汗之可也。”但参考近代文献报道,却說要忌汗,恐大汗伤阴,津液受損。我們的看法,不是忌汗的問題,而是要用辛凉透邪发汗,不可用辛温发汗。如果病人已是大汗出或汗出过多,尚須保养津液,那更談不到发汗了。

2. 忌下与否不能一概而論。病在卫,有表証,泻下則有病邪內陷之禍;阳明經病,泻下則有热邪下陷之弊。在这种情况下当然忌下,然而阳明腑証胃家实,則不可不下,但温病最忌伤津,因此既要泻下,又要保津,采用增液承气之类,生津通腑并进。实践証明,下后往往可使患者热度即行下降,病情好轉,但是不可过下,因为过下則伤阴,可使病程延长,不易全愈。

3. 乙型脑炎病人,大多出汗很多,小便当然較少,如果再利小便,就容易劫其津液。但是如果病人偏湿,小便太少,仍应化湿利尿。不过用药宜加选择,如猪苓、泽泻、車前子等利水較峻之剂,少用为妙;最好采用芦根、滑石、苡仁、淡竹叶等淡渗利水的藥物。

4. 乙型脑炎是热性病,温藥不可用,温針当然也不可用。因为外火可助內热,火邪甚則惊厥更甚。

(四)病人的飲食宜忌向为中医所重視,高热患者,胃腸消化机能減弱,多食可能引起胃家实的情况。因此在高热时,即使流质也应少量,俟热退后再增加营养。

(五)如发现有后遗症时,应立即考虑針灸治疗。如患儿周××,住院号22901,突发失語,吞咽困难,立即針灸两次而愈。发生后遗症后,对个别症状,如吞咽困难,除用鼻飼維持其营养外,同时尽可能誘导病儿练习吞咽。对失語病儿,应誘导

他練習發音。對肢體癱瘓病兒，應視病變部位作被動活動及按摩，以防肌肉攣縮。對有肢體強直徵兆的病兒，應給他做被動活動，以減輕肢體強直狀態。其他如扭轉痙攣震顫，則需理療輔助。

(六)有人認為冰袋對患者不利，但是我們認為在高熱時用冰袋對患者還是有好處的。不過在用冰袋時應在頭部墊一塊干毛巾，使頭部免受過度刺激。如果體溫已降至 39°C 以下，可除去冰袋，以防止邪為遏伏生變。假如病情突然變化，體溫降至常溫以下時，除急去掉冰袋外，並應從速保暖急救。

(七)中西醫密切合作，配合治療，可以提高治愈率。西醫治療乙型腦炎的死亡率很高，同時也沒有特效療法。而中醫的治愈率在90%以上，同時後遺症也少見。但是在緊急處理方面，還需要西醫的協助。如必要時，水液補充、氧氣供給，以及各種檢查均可配合應用。在并发支氣管肺炎時也可應用抗菌素治療。當然总的治療還是以中醫為主。

(八)护理工作最宜重視，乙型腦炎患兒多系高熱抽搐昏迷之病危患者。因此护理工作就显得特殊重要，往往病情瞬息變化，處理分秒必爭；絲毫疏忽，足遺後恨。茲就我們在臨床上所見到的情況提供數端備作參考。

1. 要注意降溫設備：無論設備條件如何，总的目的要能使全室溫度降低。但萬不可用電扇直對患兒吹風，因為直接吹風，每使患兒另受風邪，或腠理閉塞，邪難透達，加重病情。

2. 腦炎患兒痰涎壅塞現象特多，若患者痰涎壅塞喉頭，即宜迅速抽出痰液，以防窒息。

3. 對抽搐痙攣患兒，要經常進行按摩，使局部肌肉得以舒暢。這不僅能減輕患兒痛苦，且可預防後遺症，最好護士能將按摩方法教會病員的陪伴家屬，以便協助進行。

4. 在插鼻飼管时，要特別注意避免擦破鼻粘膜而致衄血。中医对鼻衄一症在辨証上甚为重視，认为是“血热妄行”。医护双方如未联系，往往造成誤会。

5. 在灌注流质时，务要少量多次分注，因为服中药的患儿，一般药量较多，如果再一次增入大量流质，往往会引起呕吐，或从管中流出，这种情况应宜注意。