

秋季几种常见疾病的防治

李晏龄 段振离

河南省科协普及工作部编

一九八五年五月

小儿腹泻

腹泻俗称拉肚子，是夏秋季常见的一种疾病。我国每年约有3,000多万小儿患这种病，2岁以下发病率最高，对小儿的健康成长影响很大，现就引起腹泻的原因、表现、预防以及在农村可行的治疗护理方法简要介绍如下：

病因 小儿每天需要很多营养物质才能满足其生长发育的需要，但是消化器官和消化功能又都没有发育完善，如小婴儿没有牙齿，缺乏咀嚼功能，胃肠内的消化酶量少活力也不足，加之饥饱不能自理等，是小儿易患腹泻的内在原因；
外因主要有以下五点：

1、**喂养不当** 对于人工喂养的小儿，属于这方面的原因有：

(1) 怕孩子吃不饱，因此每次吃饭时或劝或逼，总得让孩子多吃点才放心。

(2) 自己认为好吃的食物，不考虑孩子是否能消化得了，就叫孩子吃。如肥肉、油炸食物及含渣食物。

(3) 喂食不规律，孩子一哭就给东西吃。

2、**受凉** 腹部或尾骶部受凉，可使肠蠕动增加而致腹泻。

3、**受热** 盛夏，气候炎热，如不能及时补充水分，可致胃酸及消化酶分泌减少，消化功能减弱。

4、**精神因素** 小儿过度哭叫，情绪低落，精神紧张或受惊吓，均能引起植物神经紊乱，使消化腺分泌功能及消化

道运动功能失调而发生腹泻。

5、感染 是引起腹泻的又一重要因素，多因食具不净，使细菌、病毒随食物一同吃下或吃了腐败染有病菌的食物。或由于消化道外的疾病所引起（在医学上称为肠道外感染）如中耳炎（耳朵流脓）、感冒、肺炎、肾盂炎、皮肤生疖疮或其它传染病等都能引起腹泻。

临床表现、治疗及护理方法 这种病主要表现为呕吐、腹泻，一部分患儿伴有发热，严重时或治疗护理不当还能引起脱水、酸中毒，甚或危及生命，常见的有轻型、重型、迁延型三种腹泻。

一、轻型腹泻

临床表现 轻型腹泻，以前称为单纯性消化不良，多由喂养不当引起，大便每日5~10次，呈黄色或黄绿色稀水样，内含有不消化食物或奶瓣及少量粘液（如“蛋花汤”样），有酸臭气，在排便前常表现哭闹不安（可能因腹痛所致），偶而伴有呕吐、食欲减退，一般情况尚好，不发热，也没有明显的脱水症状。若治疗护理得当，很快就能痊愈。反之，可转化成重型腹泻，或时轻时重，久治不愈而转成迁延型腹泻。

治疗与护理方法 已经明了引起轻型腹泻的主要原因是喂养不当，因此做母亲的应当知道，饮食管制是治疗这种病的首要措施。

1、茶水疗法 又名饥饿疗法，就是不让患儿吃食物（连奶也不让吃），具体作法是：

（1）禁食时间：以8~12小时为宜，身体虚弱的孩子可以缩短至8~10小时，但最少不能少于6小时。

(2) **禁食期间的饮料**，可以喂①茶水，取茶叶适量，用开水冲后加糖少许；②山楂水，取炒山楂6~10克，兑水300毫升，煎煮10分钟，加糖少许；③淡盐水，取食盐少许，加开水适量；④葡萄糖水，取葡萄糖30克，加开水300毫升；⑤口服液，在禁食期间，最好喂饮口服液，即葡萄糖或白糖5~10克，氯化钠或普通食盐0.5克，氯化钾0.25克，加开水或茶水100毫升。

(3) **注意事项**：①饮料要凉一些，因温水容易引起呕吐；②要用小勺喂水，不要用奶头，因吸吮象皮奶头容易引起呕吐；③喂水要耐心，每5~10分钟喂一次，每次喂1~3勺，小量可避免呕吐，而且容易吸收。

过了禁食时间，即可开始喂母乳，每5~7小时一次，每次只让吃5~10分钟；没有母乳的小儿，每5~7小时，可喂米汤或藕粉7~10汤匙（约70~100毫升），无论喂母乳或米汤，喂哺的间隔时间可逐渐缩短至4~5小时一次，三、四天后可以恢复正常食量，对营养不良的小儿采用茶水疗法应特别慎重，需在医生指导下进行。

2、对症治疗 可按时服用医生给开的消炎止泻药和助消化药，也可试用下方：

(1) 鲜马齿苋一把，煎水，加糖频服。

(2) 鲜地锦草一把，煎水，加糖频服。

(3) 山楂炒炭存性10克，煎水，加糖频服。

(4) 云苓10克、乌梅3克、山楂炭3克、地锦草10克、白芍3克、甘草1克，煎水，加糖频服。此量适于2岁左右小儿。

(5) 伴有呕吐者，在以上方药中可加入藿香 3~6

克。

3、**注意臀部清洁** 由于大便次数多，刺激肛门周围皮肤，引起潮红甚至糜烂，故在每次大便后都应用温水软布将肛门洗净，如有糜烂可涂点紫药水（1%龙胆紫）。

4、**消毒用具** 患儿的碗筷、小匙、奶瓶每天都要煮沸消毒，尿布用清水洗净后，再用开水浸烫后晒干。

二、重型腹泻

临床表现 重型腹泻，以前称为中毒型消化不良。多因肠道感染引起，也可由轻型转化而来。除严重腹泻外还伴有中毒症状，此型多发生于夏季，大便次数突然增加，每日达15~20次，为水样、量多，有少量粘液，气腥臭，多伴有呕吐，严重时可呕吐咖啡色液体，腹胀，尿少甚或尿闭，不规则发热或高热，继之皮肤苍白，口唇干燥、眼窝下陷、眼睛失去明亮的光彩，烦躁不安，意识朦胧，甚至昏迷，惊厥。

治疗 若治疗不当极易造成死亡，当发现上述情况，应当即送医院治疗。

三、迁延型腹泻

临床表现 多因治疗不当所致，腹泻迁延达一个月以上不愈，或时轻时重，面色苍白，肌肉松软，消瘦，精神萎靡、食欲减退。

治疗 注意食营养易消化的食物，如牛奶、米汤、鸡蛋、菜水等。还可试服下列方药：

1、参苓白术散和益元散（中成药）。

2、生黄芪10克、太子参6克、诃子肉3克、云苓10克、山楂炭3克、乌梅3克，水煎，加糖频服。本方剂量适用于

2~3岁小儿。

预防 预防腹泻要做到以下几点：

1、饮食定时定量，按时喂哺，不要一哭就给吃，不要吃不易消化的食物，糖果、瓜果也不宜多吃。

2、既不要受凉也不要受热，夏季睡觉要用毛巾裹着孩子肚子。

3、经常让孩子保持愉快情绪，不要大声责骂，更不要恐吓孩子。

4、预防感染，小儿食具要每天煮沸消毒一次，不吃腐败不洁之食物，不要与病人接触。

5、夏季要带孩子到通风凉爽处玩耍，还要注意及时喂水。

细菌性痢疾

细菌性痢疾、是由痢疾杆菌引起的常见肠道传染病。一般症状为畏寒、发热、腹痛、腹泻、脓血便和里急后重；因致病菌不同或人体抵抗力强弱有别，其轻重急缓亦甚为悬殊。据此，临床常分为急性、慢性和中毒型菌痢。

（一）病因

引起本病的病原体为痢疾杆菌。痢疾杆菌可分为甲、乙、丙、丁4群，甲、乙、丙三群还可再分出若干血清型和亚型。各血清型之间无交叉免疫性，也就是说，患了这一型菌痢还可再患另一型。据临床所见，最常见的病原菌为乙群福氏痢疾杆菌，其次为丁群宋内氏痢疾杆菌。在痢疾的预防工作中，特别是追查传染源和传播因子时，鉴定痢疾杆菌血清型是很必要的。

痢疾杆菌在外界环境中生存力较强，不怕寒冷和潮湿，但对热和日光的抵抗力较差，阳光直射半小时能杀灭痢疾杆菌，煮沸（100℃）亦能将其杀灭。

痢疾杆菌含有内毒素，这是引起畏寒、发热和休克的重要因素。志贺氏痢疾杆菌除内毒素外尚可产生外毒素，所以引起的痢疾更为严重。

病人和带菌者是传染源。所谓带菌者包括健康带菌者和恢复期带菌者，他们虽无临床症状，但体内携带有痢疾杆菌，并经常随粪便排出体外，因此成为重要的传染源。

痢疾杆菌从粪便排出后，能直接污染食物、食具、饮水

和手，或者通过苍蝇、蟑螂而间接污染。俗话说，病从口入，痢疾杆菌通过污染的食物、食具、饮水和手，经口而传给健康人，致使人体患病。这就是通常所说的传播途径。在夏季，食物不仅保存痢疾杆菌，而且是它繁殖的良好场所，故可因食物或水污染而引起暴发流行。

无论男女老少，对痢疾有普遍易感性，受凉、疲劳、营养不良，暴饮暴食及疾病后抵抗力下降等，都有利于菌痢的发病。菌痢在我国全年均有发生，但以夏秋两季为多见。发病率一般在5月份开始上升，8~9月达高峰，以后逐渐下降。为什么有这样的季节性呢？第一是因为夏季苍蝇大量孳生，是重要的传播媒介；第二是夏季气温高，适宜于痢疾杆菌繁殖；第三，在夏季人们喜欢吃凉菜、瓜果、冷饮等，胃肠道功能易于失常，所以容易患痢疾，也容易引起流行。

（二）临床表现、诊断与治疗

菌痢的轻重缓急及病情演变很不一致，这与痢疾杆菌的型别、数量、人体健康情况及反应性皆有关系，通常分为急性菌痢、慢性菌痢和中毒型菌痢三种。

1、急性菌痢 症状轻重甚为悬殊。轻者多无全身中毒症状，体温正常或稍高，腹痛不显著，腹泻每日不过三、五次，里急后重较轻，大便一般呈稀糊状或水样，含少量粘液而无脓血。病程较短，非常类似肠炎或结肠炎。

典型的菌痢起病急，体温可高达39℃，有恶心，呕吐、阵发性腹痛及腹泻，最初数次尚有粪便排出，待粪便排空以后，即变为白色胶状粘液带有血丝，以后则转为鲜红胶冻样。这就是所谓的脓血便，每天排便十数次或数十次，伴有明显的下坠及里急后重感。

病情严重者，大便次数繁频以至失禁，即经常从肛门处溢出脓血便，腹痛剧烈，脱水，眼窝下陷，四肢寒冷，处于衰竭状态。

根据上述症状，急性菌痢多不难诊断。尤其是在流行季节，病人若有腹痛、腹泻和脓血便时，即可考虑菌痢。

实验室检查有助于诊断。急性菌痢白细胞总数增多，常在 $1\sim 2$ 万/立方毫米之间，中性粒细胞比例升高。粪便检查可见粘液和脓血，镜检有大量脓细胞和红细胞，如发现巨噬细胞，则更有助于诊断。大便培养不仅有助于诊断，而且能作抗生素敏感试验，指导临床选用抗生素。

急性病人发热时，必须卧床休息，饮食以流质、半流质为主，勿进牛奶，以免增加腹胀。忌食油腻、多渣或刺激性食物，病情基本恢复后才能逐步恢复普通饮食。呕吐不能进食或有脱水现象者，应输5%葡萄糖液或生理盐水；有酸中毒者给予碱性液体；对痉挛性腹痛者可给予阿托品及腹部热敷。

磺胺，抗生素对痢疾有良好疗效。磺胺药可选用磺胺脒(SG)，酞磺胺噻唑(PST)，磺胺甲基嘧啶(SM₁)或羟喹酞磺胺噻唑(OQPST)等，首剂2克，以后每6小时1~2克，至大便正常后2~3天停药，疗程约1周。

或用磺胺嘧啶(SD)，首剂1克，以后每12小时1克，与等量碳酸氢钠同服，疗程约1周。

甲氧苄胺嘧啶(TMP)又叫抗菌增效剂，每天2次，每次2片，与上述磺胺药任何一种联合应用，能提高疗效，而且对耐药菌株仍然有效。上述诸药用量均指成年人，儿童应酌减。

氯霉素、四环素、土霉素均为每次0.25克，每日4次。
儿童为40毫克/公斤体重/日，分4次服。

新霉素每次0.3~0.5克，每日4次。儿童为25~50毫克/公斤体重/日，分4次服。

巴龙霉素每次0.5克，每日4次。儿童为30~50毫克/公斤体重/日，分4次服。

上述抗生素疗程均为1周。

庆大霉素每次4~8万单位，每日2~3次。小儿3~5毫克/公斤体重/日，分2~3次，肌注或静脉滴注。

卡那霉素每次0.5克，每日2~3次。小儿15毫克/公斤体重/日，分2~3次，肌注或静脉滴注。

抗菌药物不必频繁更换，至少连续应用3日，确实不见好转时，再改选其他药物。急性菌痢疗程一般一周左右，婴儿及老年患者常需适当延长。

其他抗菌药物还有黄连素和呋喃唑酮（痢特灵）。黄连素每次0.3~0.5克，每日4次，口服注射皆可，无副作用，适用于一般病例。呋喃唑酮每次100毫克，每日4次，副作用较大，故疗程不宜过长。

对症疗法亦很必要。痉挛性腹痛可用阿托品、普鲁本辛等药以解除肠道痉挛。高热时应物理降温或服退热药。此外亦可应用镇静剂。

2、慢性菌痢 痢疾病程超过2个月即称慢性痢疾。本病常有间歇性排菌现象，大便培养痢疾杆菌有时阳性，有时阴性。大多数患者有不同程度的肠道症状，如腹痛、腹胀、腹泻，或便秘与腹泻交替出现，大便成形或较稀，经常带有粘

液，或附有少许脓血，左下腹可有压痛。因久病后体质下降，常有乏力、贫血、头昏、烦躁、劳动力减退等。

有的患者在慢性过程中，常因受凉，进生冷饮食或劳累等而引起急性发作，表现腹痛、腹泻和脓血便，但发热多不明显。

慢性病例不易诊断时可作大便培养，培养率不高的可作免疫学检查。另外，乙状结肠镜和X线钡剂灌肠检查亦有一定价值。慢性菌痢需要和直肠癌、结肠癌、非特异性溃疡性结肠炎相鉴别，可去医院进行一次必要的检查，以明确诊断。

慢性菌痢多迁延不愈，应鼓励患者积极与疾病作斗争，饮食要规律，食物应少渣，富于营养、易于消化、无刺激性。可口服助消化药以改善消化功能。

磺胺和抗生素应选择过去未曾用过的，或者作大便培养和抗生素敏感试验，以选用有效的药物。一般以联合用药为佳，如TMP与其他抗菌药物并用，疗程可适当延长。

大便经常带血、乙状结肠镜检肠粘膜浅表溃疡久久不能愈合者，应保留灌肠治疗。常用的药物有0.5%卡那霉素，1~2%新霉素或春雷霉素，5%大蒜浸液等，剂量200毫升。具体应在医院进行治疗。近年还有痢疾菌苗疗法，目的是增强机体特异性免疫力，若配合抗生素共同治疗，还可提高疗效。

3、中毒型痢疾 多见于2~7岁儿童，起病急骤，高热40℃以上，反复惊厥、嗜睡昏迷，迅速发生休克和呼吸衰竭；而肠道症状较轻，甚至毫无腹痛或腹泻，往往需要用直肠拭子或生理盐水灌肠，采集大便镜检才能发现大量脓细胞

和红细胞。按临床表现又可分为休克型、脑型和混合型。

(1) 休克型 最常见。患儿面色苍白、四肢厥冷、脉细速，呼吸急促，血压下降；后期由于微循环瘀血缺氧，尚可发现唇甲紫绀，皮肤花斑，血压甚低，少尿或无尿，神志逐渐昏迷。

(2) 脑型 早期表现为嗜睡、面色苍白，反复惊厥，血压正常或轻度升高。后期则神志昏迷，瞳孔大小不等，对光反射消失，呼吸节律不齐，或呈双吸气、叹气样呼吸，最后呼吸停止。此乃因脑水肿、颅内压升高、出现脑疝而引起。

(3) 混合型 最为严重，具有周围循环衰竭和呼吸衰竭的综合表现。

中毒型菌痢病势凶险，病死率高，一旦发生，需要马上送医院抢救。

以上谈了护理和西药治疗，下面谈谈中医中药治疗。

祖国医学认为，急性菌痢多由湿热之邪侵犯“脾”、“胃”和“肠”所致。根据病情表现可以分为湿热痢、疫毒痢和虚寒痢三型。

湿热痢类似急性菌痢，治宜清热利湿解毒，方用白头翁汤。药物有：白头翁、黄柏、黄连、秦皮。若兼食滞、腹痛甚、舌苔厚腻者，加广木香、槟榔，或莱菔子。

疫毒痢类似中毒型痢疾，治宜清热解毒，方用黄连解毒汤加味。药物有黄连、黄芩、黄柏、栀子、白头翁、秦皮、金银花、赤芍、丹皮等。此型严重，需住院治疗，配合西医抢救措施。

虚寒痢类似慢性菌痢，治宜温解下元，收涩固脱，方用

养脏汤加减。药物有白芍、党参、白术、肉豆蔻、肉桂、甘草、木香、诃子皮、石榴皮等。若久痢兼中气下陷脱肛者，用补中益气汤加干姜、赤石脂。

有些病人痢疾愈后遗留肠功能紊乱，略有饮食不当或吃生冷油腻即见便次增多，或便带粘液，此多属脾肾阳虚。治疗一般脾虚常用参苓白术散；有寒的用理中丸；脾肾虚寒用附桂理中丸缓缓调治。

对普通型菌痢还可采用土单验方，方便简便，价格低廉，有些还可就地取材，处方有：

①穿心莲研粉，每次1.5克，每日3次；或抗炎灵每次4～6片，每日3次。

②鲜马齿苋60克，水煎服。

③茶叶 浓煎成20%茶汁，每次25毫升，每日3～4次；或以茶末制成茶丸服用。

④生大蒜 每次1头，每日3～4次。

⑤凤尾草、地锦草、血见愁、鸡眼草、垂柳草、辣蓼等，任选一种，每日60克，水煎服。或任选两种配合应用，剂量酌减。疗程7～10日。

⑥苦参60克、黄柏30克，煎成80毫升，每日2次服用。

⑦10～15%野菊花煎剂100～150毫升，保留灌肠，每日1次，10～15日为一疗程。此方适用于慢性菌痢。

针灸对菌痢亦有辅助疗效。主穴可选天枢、足三里、气海、关元。发热配曲池、合谷；上腹痛配中脘；呕吐配内关；里急后重配阴陵泉。第1～2日每日2次，以后每日1次，5～6日为一疗程。

（三）预防

预防菌痢应以控制传染源，切断传播途径和增进人体抵抗力三方面着手，其中切断传播途径是重点。

1、控制传染源 早期发现病人和带菌者，及时隔离和彻底治疗，是消灭菌痢的重要措施。粪便培养阳性的病人，应待3次阴性后方可撤消隔离。从事饮食业及在儿童机构工作的人员，更须作较长期的追查，必要时可暂时调换工作。

2、切断传播途径 要搞好“三管一灭”，即搞好水、粪和饮食的卫生管理，以及消灭苍蝇。把住“病从口入”这一关，作到“四不吃”，即不吃生冷和不卫生的；不吃不洁瓜果；不吃腐败变质食物；不吃未加热处理的剩饭菜。饮食行业和炊事员工作前必须洗手；人人都要饭前便后洗手。

3、保护易感人群 口服痢疾活菌苗有良好的预防作用，方法简便可靠。服菌苗前先服碳酸氢钠1克，服用菌苗时可加服链霉素0.8~1克。一般服菌苗量约30毫升，间隔3~5天后再服一次，连服3次。免疫期可维持6~12个月。

中草药也能预防痢疾。在流行季节，可根据具体情况，因地制宜，就地取材，采用各种中草药集体服药预防，如大蒜、马齿苋、白头翁、黄连、桉叶、地锦等煎剂均有一定效果。

中 暑

中暑是由于人体受长时间高温和在日光曝晒下所引起的。一般气温在 34°C 以上即有中暑的可能，尤其是在气温骤升、相对湿度增高的情况下更易发生，多见于老年、产妇及平素体弱者。高温引起体温调节障碍，产生中暑虚弱症状。严重时体温急剧升高，甚至引起休克和昏迷。因此，在夏季，这是重点预防的一种疾病。

(一) 病因

在正常情况下，人的体温变动很小，几乎一年四季均保持在 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 左右。体温的恒定主要靠产热和散热的平衡来维持。机体产热的一小部分被利用为能量，大部分则放散出去，其途径为：

1、**辐射和对流**：在正常情况下，50%以上的散热量经此途径放散至体外。人的皮肤温度大约为 $32\sim 34^{\circ}\text{C}$ ，当气温超过 30°C 时，由皮肤辐射及对流所致的散热作用，就受到明显的抑制。当气温为 $32\sim 34^{\circ}\text{C}$ 时，辐射散热失去作用。当气温超过 34°C 时，即环境温度高于皮肤温度时，身体表面还将吸收周围的“辐射能”而提高自己的体温，此时就很容易中暑。

2、**蒸发**：蒸发是高温环境中机体散热的主要方式。蒸发1毫升汗液能带走0.58卡热量。当环境温度升至 30°C 以上时，人体汗分泌便明显的表现出来而且出汗随气温升高而剧增。当环境温度到达 35°C 时，几乎全部体热的发散都是通

过蒸发这一方式了。空气的湿度对蒸发散热影响很大。在同样高的气温中，湿度越大散热越困难，此时人们感到“闷热难当”。因此，在高温高湿下工作，更易发生中暑。

3、呼吸：人体小部分热量是通过肺和呼吸道发散的，包括水分和二氧化碳的蒸发。此种方式每天约放热 $^{\circ}50$ 卡。

4、尿及大便：尿及大便散热量很小，不超过50卡。

体温调节主要是通过中枢神经系统来实现的。另外，肝脏、甲状腺、脑垂体及肾上腺等也参与机体内的体温调节，使之保持平衡。

当环境温度升高，大量余热蓄积体内，致使体温调节无法保持平衡，体温即升高。体温升高首先引起中枢神经系统的兴奋和内分泌系统的机能增强，同时又使体内酶活性增强。因而蛋白质及糖类的分解代谢增强，耗氧量增加，产热也增加，使体温进一步升高，形成恶性循环。严重者体温可达 42°C 以上。过高的体温又可进一步引起中枢神经系统的严重机能障碍，如头晕、头痛、不安、昏迷等，称为热射病型中暑。

高温时大量出汗可引起失水。由于皮肤散热需要，皮肤的血液循环大量增加。如心脏功能及血管舒张调节不能适应需要时，可导致周围循环衰竭，表现为血压降低，面色苍白，皮肤湿冷，呼吸浅促、脉搏细弱，称为循环衰竭型中暑。

如果大量出汗，机体失水失盐时，未予及时补充而致电解质平衡紊乱，特别是氯离子大量丢失而引起肌肉痉挛，称为热痉挛型中暑。

夏天在田间或工地劳动，头顶烈日而未戴草帽或遮阳

帽，头部直接受热能引起热射病型或热衰竭型中暑，又称为日射病。

（二）临床表现 诊断 治疗

1、**临床表现** 根据中暑的轻重程度，可分为三级。

（1）**中暑先兆** 在高温环境下劳动一定时间后，有大量出汗、口渴、头昏、耳鸣、胸闷、心悸、恶心、四肢无力、注意力不能集中等症状，体温正常或略有升高（不超过 37.5°C ）。如及时休息，到凉爽地方静卧，在短时间内症状即可消失。因此，及时发现与治疗中暑先兆，对防止中暑的发生与发展有重要意义。

（2）**轻症中暑** 凡有中暑先兆症状，同时具有下列症群之一而被迫停止工作者称为轻症中暑：体温在 38.5°C 以上伴有面色潮红、胸闷、皮肤灼热等现象；或有呼吸及循环衰竭的早期症状，如面色苍白、恶心、呕吐、大量出汗、皮肤湿冷、血压下降、脉搏细速等。

（3）**重症中暑**：除上述症状外，尚有昏倒、痉挛、皮肤干燥无汗、体温升高达 40°C 以上等表现。

2、**诊断** 中暑的诊断一般不难，要抓住以下两个要点。

（1）有发生中暑的条件，如在高温季节，在田间劳动或者在高温车间工作，或在烈日下劳动、通风不良、缺乏防晒设备等。

（2）掌握中暑的特点，如中暑先兆，轻症中暑和重症中暑各有其临床表现。另外，高热昏迷型的特点是体温在 40°C 以上，无汗、昏迷；热痉挛的特点是大量出汗、肌肉痉挛；