

目 录

第一章 祖国医药学的形成与发展	1—1
第二章 脏象经络	2—1
第一节 脏腑	2—1
一、五脏(2—2) 二、六腑(2—7) 三、脏与腑之间的关系(2—9)	
第二节 营、卫、气、血、津、液	2—11
一、营、卫、气、血(2—11) 二、津液(2—12)	
第三节 经络	2—13
第三章 病因	3—1
第一节 概说	3—1
第二节 病因	3—2
一、内因(3—2) 二、外因(3—5)	
第四章 怎样认识疾病	4—1
第五章 一般诊断方法	5—1
第一节 问诊	5—1
第二节 望色与望舌	5—8
望色(5—8) 望舌(5—9)	
第三节 诊脉	5—17
诊脉的临床意义(5—17) 寸口脉的部位与分属脏腑的问题(5—18) 诊脉的方法与注意事项(5—19) 正常脉象(5—19) 病脉与主病(5—20) 相兼脉与主病(5—25) 诊小儿脉(5—25)	

第四节 体格检查 5—27

一般项目(5—29) 一般状况(5—33) 皮肤粘膜(5—39)
淋巴结(5—41) 头部(5—42) 颈部(5—44) 胸部检查
(5—45) 腹部检查(5—61) 脊柱及四肢检查(5—65) 外
生殖器和肛门检查(5—66) 神经反射检查(5—67)

第五节 化验检查 5—70

血液检查(5—70) 尿检查(5—83) 粪便检查(5—89) 脑
脊液检查(5—93) 各种临床检验的正常数值(5—95)

第六章 辨证 6—1

第一节 八纲辨证 6—2

第二节 脏腑辨证 6—7

心(6—7) 肝(附:胆)(6—9) 脾(附:胃、小肠、大肠)(6—11)
肺(6—14) 肾(附:膀胱)(6—15)

第三节 “病因”辨证 6—17

风(6—17) 寒(6—17) 暑(6—18) 湿(6—18) 燥(6—19)
痰(包括饮)(6—19) 食(6—20) 虫(6—20) 气(6—20)
血(6—21)

第四节 辨证原则 6—22

人的因素第一(6—22) 树立整体观念(6—23) 抓主
要的矛盾和主要的矛盾方面(6—23)

第七章 常用诊疗技术 7—1

人工呼吸和心肺按摩(7—1) 注射技术(7—3) 常用药
物过敏试验(7—5) 输液和输血(7—8) 静脉切开术
(7—11) 常用穿刺技术(7—13) 洗胃法(7—15) 鼻
饲法(7—16) 灌肠法(7—17) 导尿管(7—18) 排
痰法(7—19)

最高指示

有求同也是这个医生：他以医疗为职业，对技术精益求精，在整个八路军医务系统中，他的医术是很高明的，这对于一班见异思迁的人，对于一班鄙视技术工作，以为无足道，以为无出路的人，也是一个极好的教训。

第七章 常用诊疗技术

人工呼吸和心脏按摩

呼吸和心跳停止是极危急的严重征象。必须迅速为主席救死扶伤，实行革命的人道主义“救”“先”“救”“物”“救”“人”为人民服务的教导，毫不迟疑地进行抢救。在抢救过程中要冷静、果断而镇定的情绪，紧张而有秩序的工作，做到既迅速又有条不紊。

一、口对口吹气法：病人仰卧，头后仰，使鼻孔朝天，口开，鼻上盖手帕或数层纱布，用手捏紧病人鼻孔，对准其口用力吹气（见图7-1）病人胸部扩张起来后，停止吹气或放松鼻孔，使其胸部自然缩回去，反复进行，每分钟12~16次，直到病人呼吸恢复为止。



图1：口对口吹气法

口对口吹气简便有效，同时不影响心脏按摩的进行，适用于各种呼吸停止、肋骨折断或伴有心脏停止的病人。

二、仰卧压胸法：病人仰卧，背下垫一枕头或衣服。急救者面对病人，两腿分开，跪坐在病人大腿两侧，两手平放在病人胸部两侧乳头之下，大腿根部倚靠肋骨下端，四指自然向上向外伸开，借上半身的体重用力压迫病人胸部（见图7-2）挤出肺内废气。然后急救者身体前倾，除去压力，病人胸部依靠弹性自然扩张，空气进入肺内，这样反复进行，每分钟16~20次。

（7-2图见下页）

5.11/3P/3507

1~2。

此法适用于一般窒息病人，而不适宜胸部外伤者或同时需作心脏按摩者。

三、俯卧压背法：使病人俯卧，一臂前屈，头部偏向一侧，枕于臂上，以保持呼吸道通畅，颈部用枕头垫高。

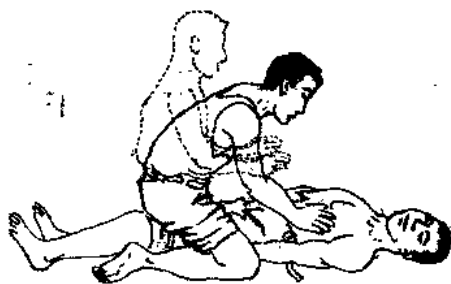


图2. 俯卧压背法

急救者跪伏在病人大腿两侧，面向头部，两臂伸直，两手平放在病人背部，拇指靠近脊柱，四指向外紧贴肋骨，身体前倾，以体生压迫病人背部（见图7~3）将肺内空气挤出。然后，身体后仰，除去压力，使胸部自然扩张，空气进入肺部，如此反复操作，每分钟16~20次。



图3. 俯卧压背法

此法对溺水及触电者较适宜，可使水向外流出，舌也不致阻塞咽喉，但此法影响心脏按摩的进行。

四、心脏按摩：先将病人平放于木板床上，头部稍低；急救者站在病人一侧，将一手掌跟放在胸骨下端，另一手叠于其上，借急救者上身的体重，向胸骨下端用力加压（见图7~4），使其下陷3厘米左右，随即放松，让胸廓自行弹起，如此有节奏地压挤，每分钟60~80次，急救如有效果，病人肤色即可恢复，瞳孔缩小，颈动脉搏动可扪到，自发性呼吸恢复。心脏按摩可与人工呼吸同时进行，一般人工呼吸与心脏按摩次数的比例为1:4。

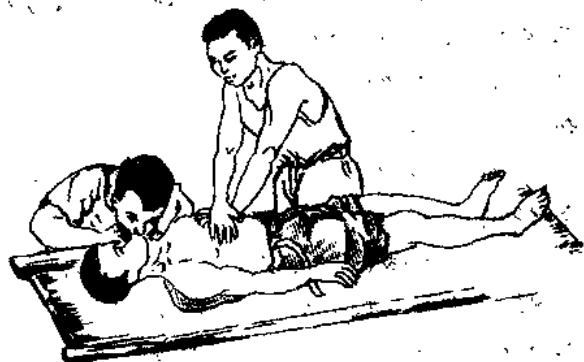


图4. 心脏按摩法

如果经过时间的心脏按摩仍不见心跳恢复，则需配合心腔内

急救药物的注射，如选用肾上腺素、阿托品、异丙肾上腺素及中枢兴奋剂等。

五、注意事项：

1. 进行人工呼吸与心脏按摩时，首先要发扬阶级友爱，要有耐心，要“一不怕苦，二不怕死”，连续作战，坚持到底，直到呼吸与心跳恢复正常时为止。

2. 进行人工呼吸前或解开病人的裤带、领扣及过紧的衣服；口腔内如有假牙、泥土、血块粘液等物，应首先取出，如舌头后缩，应设法拉出，以保证呼吸道的通畅。

3. 用力不宜过大过猛，以免损伤肋骨或内脏。

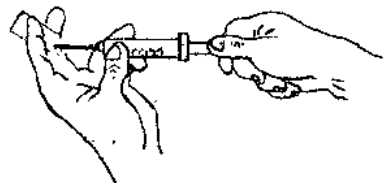
4. 对心跳和呼吸同时停止的病人，要同时进行人工呼吸与心脏按摩。

注射技术

一、注射的一般知识：

1. 注射用品：注射器和针头，75%酒精棉球，2%碘酒棉球，消毒镊子，消毒碗或针盘，橡皮管，以上物品可酌情选用。

2. 吸药方法：以酒精棉球（或棉杆）消毒安瓿颈部，掰开安瓿头，进行吸药（见图7~5），如果是从橡皮密封的小瓶内吸药，应先消毒其瓶盖，在针筒内抽些空气，再将针头从瓶盖中央垂直刺入小瓶内，先打入空气，然后吸药（见图7~6）。



3. 注射操作的注意事项。

(1) 选择合适注射器，严格遵守无菌操作。

(2) 注射前，要仔细检查药液，如有变质、沉淀，则不予注射，注意核对药名、剂量及病人姓名，以免发生差错。

(3) 排尽注射器内空气，尤其是静脉注射，以防空气进入血管形成空气栓塞发生危险。

(4) 进针后在注射药液前，应抽回活塞，注意有无回血。静脉注射必须有回血后才可注入药液。皮下或肌

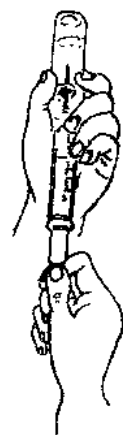


图5. 吸药法

7~4

肉注射如发现回血，应拔出部位或拔出重新进针，不可将药液注入血管内。

(5) 针头要锐利：进针与拔针速度要快，尽量做到无痛。进针应避免将针全部刺入，以免折针，刺激性强的药物或伤之注入，以减轻疼痛。

二、注射的方法：一般注射分皮下、皮内、肌肉、静脉及静脉输液五种。

1. 皮下注射：

(1) 适应症：需迅速出现药效和不宜或不能经口服药时，采用皮下注射。

(2) 注射部位：一般在上臂三角肌后下方进针，避免在红肿或疤痕部位注射。

(3) 方法：将药液吸取放妥，先后以碘酒、酒精，由内向外旋转消毒皮肤，待干，左手抓紧皮肤，右手持注射器，使针与皮肤成 $30^{\circ}\sim 40^{\circ}$ 斜角迅速刺入皮下，(见图7~7)，抽吸无回血时，即可推药。注射完毕，迅速拔出针头，用干棉球轻擦按注射部位，以促进吸收。

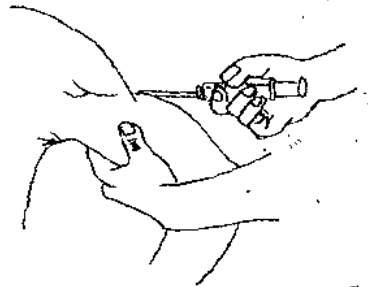


图7

2. 皮内注射：

(1) 适应症：此法多用于各种过敏试验，亦用于预防注射(如卡介苗)和局部麻醉药。

(2) 部位：常在前臂内侧腕上二寸左右。

(3) 方法：抽取药液，以酒精棉球消毒皮肤，待干后，左手拉紧皮肤，右手持注射器，使针头斜面朝上，与皮肤呈 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 角刺入皮内(见图7~8)，待针头斜面进入皮内时，推动针筒活塞，局部可见半圆形白色隆起。注射量一般为0.1毫升。拔出针头时切勿按压，最好选用皮试针头。



图8

3. 肌肉注射：

(1) 部位：取臀部外上方 $1/4$ 处(见图1~2)或上臂三角肌外注射。

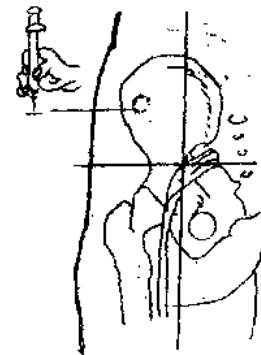


图9

(2) 方法:

- 1) 吸药和滴毒皮肤同皮下注射。
- 2) 左手中、拇二指把皮肤撑开，右手持注射器，以前臂伸肘腕部的力量垂直迅速地将针头刺入肌肉内，然后以左手拇、食二指固定针头，抽吸无血后，以右拇指推药。
- 3) 为了减轻病人的疼痛，推药时要慢且匀，同时以左手中指尖端轻轻地划动注射附近的皮肤。
- 4) 注射完毕，迅速拔出针头，轻揉注射部位。（如长期臀部肌肉注射引起硬结，可用热水袋或热湿敷）。

4. 静脉注射:

(1) 部位: 通常选在肘部、腕部、踝部、手、足、背部等处浅表静脉，小儿常用头皮静脉。

(2) 方法:

- 1) 吸取药物，排尽空气放妥。（绝对禁止空气注入静脉）。
- 2) 以碘酒、酒精严格消毒；注射部位的皮肤，在穿刺上方扎紧止血带，并嘱病人握紧拳头，充分暴露静脉。
- 3) 以左手拇指压住静脉的下端，使其固定，右手持注射器，针头斜面向上，由静脉上方或侧方注入，如有回血，则针头已刺入静脉；然后松开止血带，并嘱病人放松拳头，再试回血若无方可将药液缓缓注入。
- 4) 注射完毕，拔出针头，以无菌棉棒按压针刺处，并立即清洗注射器及针头。

（注药时防止将药液注入血管外，尤其是钙剂、钾剂、磷剂等药物，否则会引起局部剧痛和坏死）。

常用药物过敏试验

青霉素、磺胺卡因、破伤风抗毒素等药物注射后可能发生过敏反应，甚至发生过敏性休克而死亡。因此，注射前必须作过敏试验，一般采用皮内过敏试验法，试验的结果阴性方可注射。

青霉素过敏试验:

青霉素制剂无论用于注射、口服和外用皆能引起过敏反应。因此，凡在七天（小儿三天）之内未用过青霉素制剂的病儿，使用青霉素之前均须作过敏试验，凡已知有青霉素过敏史则严禁作过敏试验，凡对青霉素有过敏者即绝对禁用青霉素。

一、方法：

1. 划痕试验法：

(1) 浓度：每毫升含1万单位青霉素溶液。

(2) 配制方法：青霉素水剂每瓶20万单位，加蒸馏水2毫升（每毫升10万单位）取共0.1毫升加蒸馏水至1毫升即作皮肤划痕试验用。

(3) 操作方法：酒精消毒皮肤，待干后，将已配制溶液滴于前臂掌面中部，用消毒针头划刺皮肤数条，长约5毫米，不须出血，观察20分钟。阴性者再作皮内试验。

对于一般病例可不作划痕试验，直接作皮内试验。

2. 皮内试验法：

(1) 浓度：每毫升含200单位青霉素溶液。

(2) 配制方法：取1毫升——20万单位之青霉素溶液，用1毫升注射器，吸取0.1毫升（2万单位；用生理盐水或注射用水稀释至1毫升，取0.1毫升（2000单位）稀释至1毫升，再取0.1毫升（200单位）稀释至1毫升。

(3) 操作方法：取已配青霉素溶液（200单位/每毫升）0.1毫升，按皮内注射法注射15~20分钟后观察其结果，为阴性者可用青霉素制剂。如试验局部发红、发硬，皮丘直径直径超过1厘米，则为阳性反应。如有可疑，可在另一臂用生理盐水作对照试验。

二、青霉素过敏反应的处理：

1. 临床表现：

青霉素最常见的过敏反应：有过敏性休克，（即用药后立刻发生胸闷、气急、不安、面色苍白、出冷汗、四肢厥冷、血压下降，严重者呼吸困难，甚致心跳停止）。荨麻疹，血清病样反应（发热、腹痛、关节痛、淋巴结肿大）等三种。其中以过敏性休克最为严重，若不及时救治，能导致病人迅速死亡，必须迅速及时抢救。

2. 过敏性休克的处理：

立即停用青霉素，患者平卧或采用头低足高卧位，注意保暖。严重者肌肉注射肾上腺素1毫克（小儿0.3毫克），或新福林10毫克，针刺人中、十宣、灸百会。气急严重者可用安茶碱0.25克加蒸馏水或糖水20~40毫升静注。呼吸抑制时：可进行人工呼吸。

3. 荨麻疹和血清样反应的处理:

口服非那根125毫克, 每日3次, 也可用10%的葡萄糖酸钙10毫升加入5%葡萄糖20毫升静脉注射, 必要时服强的松10毫克, 每日3次。

普鲁卡因皮内试验

一、药液稀释至0.25~0.5的浓度。

二、操作方法: 皮内注入稀释液0.1毫升, 15~20分钟观察, 若注射处红晕直径超过一厘米为阳性反应, 表示不宜应用普鲁卡因。

普鲁卡因皮试终身只须做一次, 因此, 对于以往注射过普鲁卡因者, 不必做过敏试验。

破伤风抗毒素过敏试验

一、用破伤风抗毒素(每支1毫升=1500国际单位)吸0.1毫升, 用生理盐水稀释至1毫升(150单位)。

二、操作方法: 皮内注入稀释液0.1毫升, 15分钟后观察局部反应, (最好以生理盐水作对照注射) 如注射处的皮肤肿大, 红晕直径大于1厘米, 即为过敏试验阳性, 应作脱敏试验后, 再行注射。

三、破伤风抗毒素脱敏试验 按下表剂量每半小时注射一次, 每次注射后观察有无反应, 如发生气急、紫绀等麻疹、休克等反应时, 即应皮下注射1:1000肾上腺素0.5~1毫升等处理。如反应轻微, 消退后半小时内可再注射上次剂量, 如无反应, 方可继续试验, 直至若则应行止试验。

破伤风脱敏试验表

次 数	抗 毒 素	生 理 盐 水	注 射 法
1	0.1毫升	0.9毫升	皮 下
2	0.2毫升	1.8毫升	" "
3	0.4毫升	1.6毫升	" "
4	1 毫升	1毫升	" "

输液和输血

一、输液：

输液是一种基本的治疗方法，为维持体液平衡和补充营养，就必须作静脉输液。

1. 适应症：

- (1) 各种原因的脱水、失血、休克和酸硷中毒。
- (2) 严重感染中毒，通过输液以促进毒素的排泄。
- (3) 作为外科手术过程中及手术后的治疗。
- (4) 需经静脉滴注某种药物进行治疗。
- (5) 因某些原因不能进食或进食不足的病人。

2. 禁忌证：

- (1) 严重心肌疾患，心力衰竭和严重高血压患者。
- (2) 严重肾功能不全的患者，应尽量避免输液，特别要控制外类的输入。

- (3) 急性肺水肿、肺充血患者。

3. 穿刺部位：一般与静脉注射部位相同，如需作较长期的输液者，则宜从静脉远端开始穿刺，逐步向上，以延长该静脉的穿刺率。

4. 操作方法：有吊瓶式静脉输液和密闭式静脉输液。

(1) 吊瓶式静脉输液：

按无菌术的要求打开输液包（输液瓶一只，下接橡皮管，输液滴管和橡皮管、针头）以及输液用物。将药液倒入输液瓶内少许，冲洗瓶和管子，然后在滴管的上端用开关夹夹紧橡皮管，将药液全部倒入瓶内，悬挂在输液架上。

右手将橡皮管和针头在下垂位，扭松开关夹，排尽输液管内空气，并使滴管内液面与滴注管保持一定距离。再扭紧开关夹和关闭滴管之小侧管。

进针方法同静脉注射。见回血后，可扭松开关夹，这时可见滴管内液体向下滴，即可用胶布固定针头和肢体，然后调节滴注速度。（成人30~60滴/分，半岁以上的婴儿15~20滴/分，半岁以下婴儿8~15滴/分）。

待药液将近输完时，扭紧开关夹，拔出针头，棉球轻压此处。

(2) 密闭式静脉输液法：

此法应用范围，操作方法基本上同吊瓶式静脉输液。只是以

原装的注射液瓶代替输液瓶，用网袋套住，倒挂在输液架上，在瓶口橡皮塞上插入二枚粗针头，一枚接橡皮管向上拉高作通气管用，一枚接输液橡皮管滴管（见图7~10）操作方法同前。

5. 注意事项：

(1) 输液前，输液管中的空气一定要排尽。

(2) 输液过程中应随时注意检查有无阻塞、渗透或穿刺部位的肿胀和疼痛，随时注意观察病人有无畏寒、心悸、持续咳嗽，以便随时纠正，予以对症处理。

(3) 输液管内仍有少许药液时，即可停止输液。

(4) 输液反应处理：放慢输液速度，密切观察病人，必要时以1:1000肾上腺素0.5~1.0毫升皮下注射，或用苯海拉明注射液25~50毫克肌肉注射。

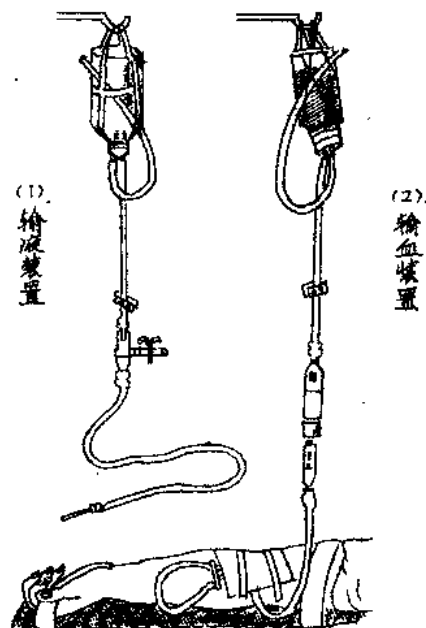


图7-10. 输液装置和输血装置

输 血

输血是抢救大量失血、休克等重症疾病的有效措施。在平时、战时都很重要，因此，医务工作者应该掌握输血的方法，要学习以白求恩同志为榜样，发扬“救死扶伤，实行革命的人道主义”精神，随时准备为抢救阶级兄弟的生命，勇于献出自己的鲜血。

一. 适应症：

1. 急性大量出血，失血以及休克。
2. 各种贫血，低蛋白血症（营养不良性水肿）以及恶病质。
3. 严重感染或败血症，手术前后。

二. 禁忌症：心力衰竭，急性肺水肿，恶性高血压，急性肾炎，红细胞增多症。

三. 输血前的准备：

1. 血源：解放前，劳动人民生活在水深火热之中，多少阶级兄弟的鲜血被迫出卖，流进了统治阶级的身上。解放后，劳动

人民翻身当了国家主人，他们为支援中国和世界革命，为抢救阶级兄弟，发扬救死扶伤的革命人道主义精神，积极献血，但医务工作者也必须从爱护人民健康出发，对献血者应作各种检查，凡年龄18~50之间，身体健康，血压正常无贫血，也无其他传染病的，均可作为献血员。

2. 输血前，必须作好血型鉴定和交叉配合试验。（操作技术见生理有关章节）。

3. 准备好一定的急救药品，如1:1000肾上腺素，以便出现过敏反应时立即应用。

四、输血方法：

1. 直接输血法：利用4~5付50毫升注射器，依次从献血者身上抽取血液，立即输入受血者。用过的注射器，必须用生理外水和枸橼酸钠溶液冲洗，以防血液凝结，故需2~3人协调配合，快速操作，此法在沒有血库又需紧急快速输血时用，小儿输血量少，此法也适用。

2. 间接输血法：血由给血者的静脉中取出血后，盛入含抗凝剂的容器内，可以立即应用，也可以存入冰箱或血库内备用。

(1) 取血：供血者仰卧，上臂缚血压计气袖，另备无菌取血瓶，内盛抗凝剂（每100毫升需3.8%枸橼酸钠溶液10毫升）放在低于上臂静脉水平，肘部皮肤严格消毒，血压计加压维持血压在收缩压与舒张压之间，使肘部静脉怒张，然后取无菌的针头和取血瓶相连的静脉穿刺针进行静脉穿刺，血即可流入取血瓶中，轻轻摇动使血与抗凝剂混合以防凝结（见下页7~11图）取血毕先放松血压计压力，再拔出针头用消毒棉球压迫穿刺处片刻。供血者静卧10分钟，饮热饮料一杯，方可回去，要嘱适当的休息和增加营养。

(2) 输血：

按照静脉输液法：先行少量（约50毫升）生理外水静脉滴注。（输血瓶和一般静脉输液瓶相同，但最好有滤滴管的装置（见图7~12）（图见下页）

输液瓶上杆上无菌干燥漏斗，中垫一块八层厚的消毒纱布，并用生理外水湿润。将血瓶口用酒精灯烧过后，摇匀倒入漏斗过滤入输血瓶中。过滤完毕，将纱布漏斗取下，盖无菌瓶盖。

调节开关夹，使血液通过滤滴管，慢慢滴入静脉。输入血液

的速度视病情需要而定，一般成人40~50滴/分，小儿15~20滴/分。

待瓶中血液将流尽时，倒入50~100毫升生理盐水冲洗皮管内血液，然后拔出针头，在穿刺处用消毒棉球加压，并盖以消毒纱布。

五、注意事项：

1. 取血和输血过程中，应该严格无菌操作。

2. 每次输血量视病情而定，通常成人每次输200~400毫升，小儿按每公斤体重10~20毫升计算，如为严重感染或重度贫血则宜小量多次输血。

3. 尽量设法避免和减少输血后的各种反应，输血中和输血后，如有反应发生，则应按不同的反应进行处理。

(1) 如发热反应，可减慢输血速度，必要时停止输血，可用1:1000肾上腺素0.5~1毫升或非那根25毫克，肌肉注射。

(2) 过敏反应：可口服苯海拉明或非那根，每次25毫克，每日三次，或用1:1000肾上腺素0.1~1毫升，肌肉注射。

(3) 溶血反应：需立即停止输血，皮下注射1:1000肾上腺素0.5~1毫升，输液；口服碳酸氢钠1克，每四小时一次。

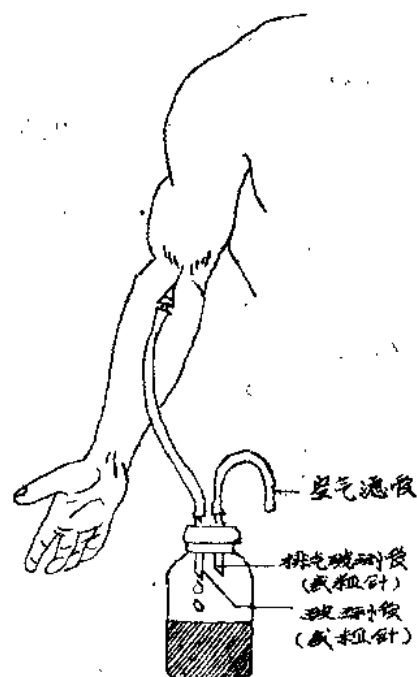


图 7~11

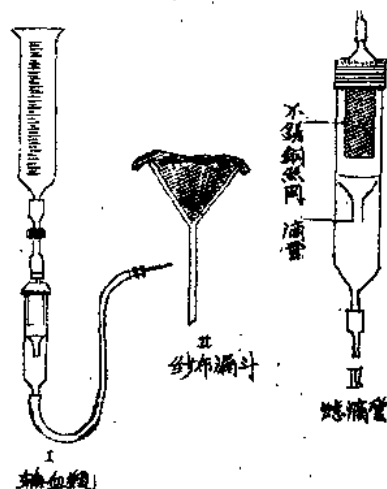


图 7-12

静脉切开术

当穿刺有困难或失败，而又急需输血，补液时，则可采用静脉切开术，以保证输血，补液的继续进行。

一、适应症：

1. 休克和大出血的病人，因体表静脉不充盈，静脉穿刺发生困难时

2. 小儿因急需静脉输液而静脉穿刺失败时。

二. 操作方法:

1. 部位: 常用足内踝的大隐静脉，上肢肘窝静脉和腕部桡骨茎突外头静脉等。

2. 切口: 在静脉显露表面，作横行、斜形或直形切口，长约1.5~2.0厘米。

3. 方法: 局部皮肤严密消毒，铺无菌巾，以1%普鲁卡因溶液作局部皮下浸润麻醉。切开皮肤后，以小弯血管钳分离皮下组织，显露静脉并将其挑出（见图7~13）在静脉下放细线两根，一



根放于静脉远端结扎，一根在近端暂不结扎（见图7~13）牵引远端线头使静脉提起用小尖剪在静脉近端剪一小斜口（见图7~13），将静脉套管或塑料管经小斜口插入静脉腔内，然后结扎近端细线以固定静脉套管不使滑出，剪短线头，接上输液橡皮管。如证明通畅无渗漏，即可将切口皮肤缝合二针，盖上消毒纱布并于固定（见下页附图7~13）。终止输液时只需拔去套管，清洁切口，重新加敷料包扎。

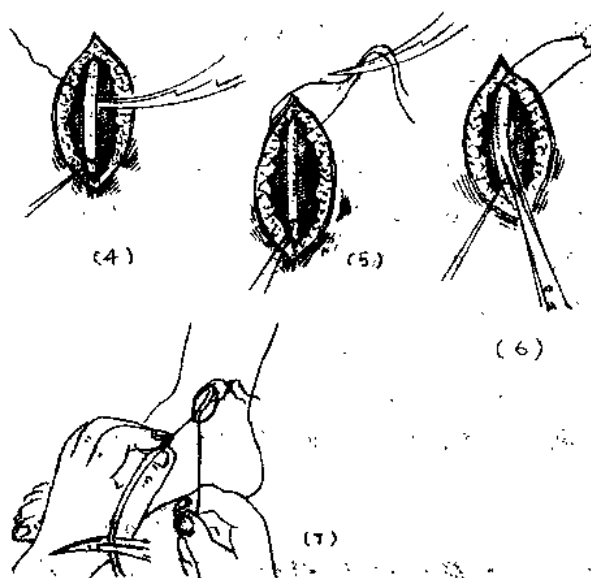


图7-13. 静脉切开图解

三、注意事项：

1. 每次静脉切开要损坏一条静脉，不要随便使用静脉切开术。同时，在分离皮下组织时，不能随便切割，以免损伤附近的皮下神经。

2. 操作时要严格无菌，导管要在静脉内最好不要超过72小时。否则，时间愈久，发生静脉炎等机会就愈多。

3. 为避免静脉切开损坏静脉，可以进行皮肤切开静脉穿刺术。

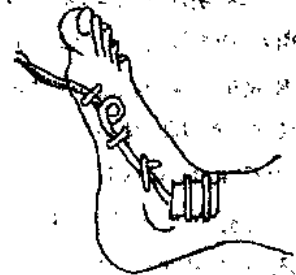


图7~13图

常用穿刺技术

腰椎穿刺、胸腔穿刺、腹腔穿刺等常用穿刺技术，可以用于诊断疾病（如抽取脑脊液、胸水、腹水进行观察和化验）和治疗疾病（如放胸水、腹水）和将药物注入脑脊髓膜腔，胸膜腔、腹腔。腰椎穿刺还常用来做手术麻醉（腰麻）。

一、腰椎穿刺法：

1. 病人姿势：一般左侧卧位，床面要平，病人背部和床沿成垂直平面，肘、髋关节皆屈曲，头与肘靠拢，使背侧与床面。（见图7~14）

2. 穿刺部位：一般取第三或第四腰椎间隙的正中点。

3. 穿刺方法：用碘酒及酒精消毒第2~5腰椎间皮肤。术者洗手、戴手套，盖消毒洞巾。穿刺点用1%普鲁卡因作局部麻醉。左手摸清椎间隙，固定皮肤，右手持针，自麻醉点垂直刺入，穿刺针必须与皮肤垂直，进入皮下肌肉后，将针稍向上斜继续刺入，感觉阻力减小，表示针进入脊髓膜腔，停止进针，将针心拔出，即有脑脊液流出。取脑脊液或治疗完毕，插入针心，右手将针退出，左手立即用纱布压迫针眼，然后以胶布固定。

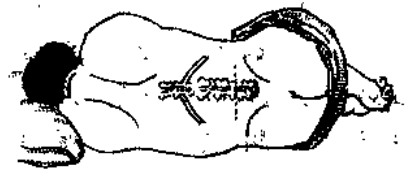


图7-14 腰椎穿刺时的病人姿态

4. 术后处理：术后不用枕头平卧6小时。

二、胸膜腔穿刺法：

1. 病人姿势：

一般取坐位，垂病人可取半卧位（见下页7~15图）

2. 穿刺部位：在呼吸音消失和叩诊实音部位，通常选择肩胛下或腋后线第七至第九肋间隙，或腋前线第五肋间隙，或腋中线第六肋间隙。

3. 穿刺方法：穿刺点局部消毒，术者戴手套，盖消毒孔巾。用1%普鲁卡因局部麻醉，左手食指和中指固定肋间隙，右手持针沿穿刺点沿下肋上缘徐徐刺入，感觉阻力减小时即停止刺入，接上针筒，抽取胸水，抽液或注药完毕后，将针拔出，用纱布将针孔盖住，以胶布固定。

诊断性胸腔穿刺，可用20~50毫升空针，接1号（或9号）针头，不必用胸腔穿刺针，不必戴手套和铺孔巾。

4. 注意事项：

(1) 作局麻时，顺便探测胸壁厚度，以便穿刺时，心中有数避免穿入过深损伤肺脏。

(2) 病人烦躁时，应解除思想顾虑，术前可给小量镇静剂。

(3) 如发生胸膜反应（病人面色苍白、头昏、心慌、咳嗽、出汗、脉速，甚至血压下降），应立即停止穿刺，让病人平卧，皮下注射肾上腺素0.5~1毫升。

(4) 每次抽液不宜超过500毫升。

(5) 进行穿刺或抽液时应随时注意避免空气进入胸膜腔。

腹膜腔穿刺法：

一、病人体位：坐位或侧卧位均可（见下页7~16图）

二、穿刺部位：

1. 脐与髂上棘连线外 $\frac{1}{3}$ 与中 $\frac{1}{3}$ 交点。

2. 脐与耻骨联合外连线中点稍向左（或右）旁1.5厘米处。

三、穿刺方法：穿刺部位局部消毒皮肤，戴手套及盖无菌孔巾，用1%普鲁卡因局麻，针筒腹膜腔垂直刺入，进针时在转动，觉阻力大减表示进入腹腔，针右端接橡皮管，将盛腹水器皿置地上，腹水即不断流出，手术完毕后，将针拔出，盖上消毒纱布，用胶布固定。

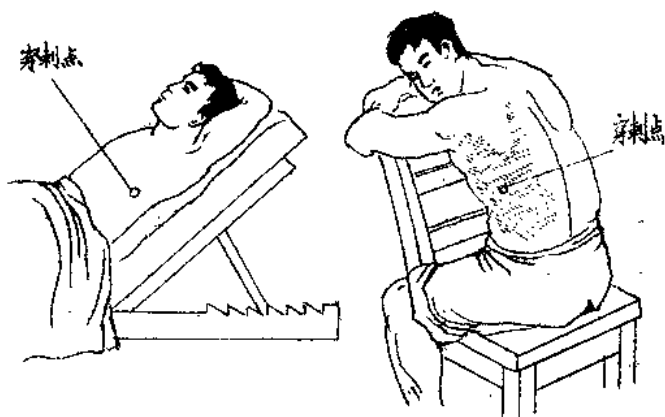


图7—15

胸膜腔穿刺时的病人姿势

如系诊断性穿刺，可用20~50毫升针筒接连1号针头，穿刺点局部消毒和局麻后刺入腹腔抽取腹水。术后盖以消毒纱布。

四、注意事项：术前病人解尽小便，放腹水一次最好不超过2000毫升，事先置一多头带，在放水过程中将多头带逐渐收紧，术后用多头带将腹部包扎好。



图7-16 腹膜腔穿刺时的病人姿势

洗胃法

洗胃的目的在清除胃内毒物或其他有害物质。如果近末有上消化道出血或胃肾昏迷、静脉曲张、严重的心脏病、主动脉瘤、舌咽腐蚀性毒物（如硫酸）等，均禁用。

一、方法：

1. 口服探吐法：此法操作简便，但只适用于未昏迷而且能够合作的病人。

(1) 让病人口服灌洗液约500毫升左右，

(2) 用压舌板压病人舌根，或用棉杆刺激病人咽后壁，使其恶心呕吐，把灌洗液呕吐出来，以后再吃再吐，反复进行，至胃内毒物差不多吐净为止。

2. 胃管洗胃法：

(1) 病人坐位或仰卧位。

(2) 将消毒的洗胃管涂以润滑油，将口腔杆入（昏迷者即由鼻孔杆入）嘱病人吞嚥动作，操作者于病人吞嚥时，轻轻将管推送直至深达45~50厘米（或注意管子是否杆入气管内）即已进入胃内。将灌洗液（通常用1:5000~1:10000的过锰酸钾或生理盐水）约300~500毫升从带有漏斗的一端倒入，将漏斗放低，胃中液体即流出，如此反复至流出的液体的色泽相同或同样清亮时为止（见下页图7-17）

(3) 术后取出胃管，帮病人漱口、擦脸，让病人休息。

二、注意事项：

1. 虚弱若神志不清或不合作的病人洗胃时，可用此口服法