

不借出

館存

J00491

63.8054
X121
C.1

内儿科防治学

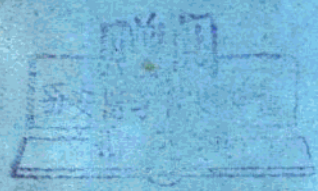
(试用教材)



54
1

西安医学院革命委员会

一九七一年九月



救死扶傷實川
革命的人道主義
白刃東

毛主席语录

备战、备荒、为人民。

教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。

学生也是这样，以学为主，兼学别样，即不但学文，也要学工、学农、学军，也要批判资产阶级。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

学制要缩短。课程设置要精简。教材要彻底改革，有的首先删繁就简。

前 言

在伟大領袖毛主席无产階級教育思想的光輝指引下，在駐院工、軍宣队和革委会的領導下，在学习清华大学和兄弟院校宝貴經驗的基础上，結合我院教育革命实践，我們試編了这套教材，包括《医用理化基础》、《外文》、《人体形态学》、《人体机能学》、《病原病理学》、《临床药理学》、《中医学》、《卫生学》、《疾病防治学基础》、《內儿科防治学》、《外科防治学》、《妇产科防治学》、《五官科防治学》、《放射线学》，計十四种，供我院医疗专业普通班教学使用。这套新教材的誕生，是工人階級領導我院斗、批、改所取得的成果，是毛主席无产階級教育革命路綫的胜利！

教材改革是一場深刻的思想革命。教材編写人員只有认真解决“为谁写书”和“怎样写书”的問題，才能写出革命化的教材。为此，我們組織全体編写人員深入农村、厂矿，接受工人階級和貧下中农的再教育，提高階級斗争和路綫斗争覺悟水平，为編写新教材奠定思想基础。在編写中，我們遵照毛主席关于“教材要彻底改革”的伟大教导，力求做到用馬克思主义、列宁主义、毛澤东思想統帥教材；在內容选择上，我們以毛主席关于“备战、备荒、为人民”的教导和光輝的《五·七指示》、《六·二六指示》为指針，根据理論联系实际的原則，以讲述常見病、多发病的診斷和防治方法为主要內容，着重培养學員分析問題和解決問題的能力；我們还力求較好地貫徹中西医結合的方針，为創造我国統一的新医学新药学而努力奋斗。

由于我們学习馬列主义、毛澤东思想不够，教育革命实践很少，加上時間仓促，錯誤缺点一定很多。希望广大工农兵學員、革命医务人員在学习和使用中，提出宝貴意見，以便进一步修改。

西安医学院教育革命組

1971.9

内 儿 科 防 治 学

目 录

第一篇 传 染 病

第 一 章	肠道传染病及寄生虫病.....	(1)
第一节	细菌性痢疾.....	(1)
第二节	阿米巴痢疾.....	(5)
第三节	传染性肝炎.....	(9)
第四节	伤寒.....	(15)
第五节	脊髓灰质炎.....	(18)
第六节	蛔虫病.....	(23)
第七节	钩虫病.....	(27)
第八节	蛲虫病.....	(30)
第九节	绦虫病及囊虫病.....	(31)
第十节	肠道传染病的预防.....	(34)
第 二 章	呼吸道传染病.....	(37)
第一节	流行性感冒.....	(37)
第二节	流行性脑脊髓膜炎.....	(38)
第三节	麻疹.....	(43)
第四节	百日咳.....	(46)
第五节	流行性腮腺炎.....	(49)
第六节	水痘.....	(50)
第七节	猩红热.....	(51)
第八节	白喉.....	(52)
第九节	呼吸道传染病的预防.....	(56)
第 三 章	虫媒传染病.....	(58)
第一节	流行性乙型脑炎.....	(58)
第二节	疟疾.....	(61)
第三节	虫媒传染病的预防.....	(67)
第 四 章	动物性传染病.....	(68)
第一节	波状热.....	(68)

第二节	钩端螺旋体病	(70)
第三节	流行性出血热	(73)
第四节	动物性传染病的预防	(76)
第五章	传染病的流行规律及预防措施	(79)
第一节	传染病传播和流行的基本规律	(79)
第二节	传染病的预防措施	(82)
第三节	流行情况调查和分析	(94)

第二篇 婴幼儿疾病

第一章	小儿的一些生理、结构基本知识	(104)
第一节	小儿组织器官发育特点与年龄分期	(104)
第二节	对小儿生长发育的估计	(107)
第三节	小儿喂养	(108)
第二章	新生儿疾病	(111)
第一节	新生儿的几种特殊生理状态	(111)
第二节	新生儿破伤风	(112)
第三节	新生儿败血症	(113)
第四节	新生儿硬肿症	(116)
第五节	新生儿颅内出血	(116)
第三章	佝偻病与低钙性惊厥	(118)
第一节	佝偻病	(118)
第二节	低钙性惊厥(婴儿手足搐搦症)	(120)
第四章	营养不良	(123)
第五章	婴幼儿肺炎	(126)
第六章	婴幼儿腹泻	(133)
第七章	小儿惊厥	(141)

第三篇 内科疾病

第一章	呼吸系统疾病	(145)
第一节	急性呼吸道炎症	(145)
第二节	慢性支气管炎	(148)
第三节	支气管哮喘	(151)
第四节	大叶性肺炎	(155)
第五节	肺脓肿	(158)
第六节	肺癌	(161)
第二章	消化系统疾病	(165)
第一节	急性胃肠炎	(165)

第二节	潰瘍病·····	(166)
第三节	門脉性肝硬變·····	(170)
第四节	肝癌·····	(175)
第 三 章	循环系统疾病·····	(178)
第一节	风湿病和风湿性心脏瓣膜病·····	(178)
第二节	高血压病·····	(184)
第三节	冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	(187)
第四节	慢性肺原性心脏病·····	(189)
第五节	心律失常·····	(191)
第六节	充血性心功不全·····	(197)
第七节	心包炎·····	(204)
第八节	先天性心血管病·····	(207)
第九节	亚急性細菌性心內膜炎·····	(209)
第 四 章	泌尿系统疾病·····	(211)
第一节	腎小球性腎炎·····	(211)
第二节	腎盂腎炎·····	(214)
第三节	尿毒症·····	(217)
第 五 章	血液系统疾病·····	(222)
第一节	貧血·····	(222)
第二节	白血病·····	(227)
第三节	紫癜症·····	(230)
第 六 章	代谢、内分泌疾病·····	(235)
第一节	甲状腺机能亢进症·····	(235)
第二节	糖尿病·····	(238)
第 七 章	结核病·····	(245)
第一节	肺結核病·····	(245)
第二节	結核性胸膜炎·····	(251)
第三节	結核性腹膜炎·····	(252)
第四节	結核性脑膜炎·····	(253)
第 八 章	物理化学因素疾病·····	(255)
第一节	急性中毒的診斷和防治·····	(255)
第二节	有机磷农药中毒·····	(258)
第三节	一氧化碳中毒·····	(261)
第四节	中暑·····	(263)
第五节	燒熱病·····	(265)
第 九 章	地方病·····	(267)

第一节	大骨节病.....	(267)
第二节	克山病.....	(271)
第三节	地方性甲状腺肿.....	(274)
第四节	呆小症.....	(275)
第十章	神经系统疾病.....	(278)
第一节	神经系统检查方法.....	(278)
第二节	脑血管病.....	(281)
第三节	癫痫.....	(286)
第四节	急性脊髓炎.....	(289)
第五节	周围神经病.....	(291)
第十一章	神经病.....	(295)
第一节	总论.....	(295)
第二节	精神分裂症.....	(297)
第三节	神经官能症.....	(301)
第四节	症状性精神病.....	(304)
第五节	精神病的护理.....	(305)
附一	心电图检查.....	(307)
附二	骨髓检查.....	(316)
附三	超声波检查.....	(322)
附四	放射性同位素检查.....	(326)

第一篇 传染病

第一章 肠道传染病及寄生虫病

第一节 细菌性痢疾

细菌性痢疾简称菌痢，是夏秋季常见传染病之一。解放后，在毛主席的无产阶级卫生路线指引下，中西医结合，大力开展防治工作，菌痢的发病率已大大降低，特别是中毒性菌痢的治疗，取得了显著成绩，降低了病死率。但本病仍未完全控制，影响劳动人民健康，影响劳动生产，因此，仍为重点防治的传染病。

一、病原及流行特点

本病的病原是痢疾杆菌，为紫红染色法红色菌，菌型很多，且常有变异，各型均可产生内毒素而致病。日晒、煮沸及常用消毒剂均可杀灭本菌。

传染源为病人。病原体存在于病人的肠道中，可随粪便排出体外，通过手、苍蝇及染污的食物和水经口传染。偶因食物或水源被污染而造成暴发流行。老幼均可得病，但以儿童多见。病后免疫力持续时间短，各菌型之间无交叉免疫性，故容易反复感染。

二、发病过程及临床表现

痢疾杆菌侵入机体后，当机体抵抗力降低，细菌的致病力过强时，入侵的痢疾杆菌即可通过胃到达结肠，在肠道内繁殖，引起结肠粘膜病变而出现肠道症状；同时放出内毒素被吸收入血，引起毒血症。细菌侵入机体至临床发病，约经1—7天的潜伏期。由于机体和细菌两方面的斗争力量强弱不同，临床表现有下列几种类型：

（一）急性菌痢（中医称湿热痢）

发病急，有不同程度的毒血症状，如畏寒、发烧、全身不适、食欲不振等。由于毒素引起结肠粘膜，尤其是结肠下段、乙状结肠及直肠粘膜发炎（初期为浆液性炎，很快发展为坏死性纤维蛋白性炎），粘膜坏死组织与炎性渗出物互相融合形成假膜，假膜脱落后可形成大小不等的溃疡，因溃疡只损及粘膜下层，故很少造成穿孔。在疾病早期，可有腹泻，大便稀、带粘液等临床症状，以后变为粘液便或脓血便。由于肠痉挛，故有肠鸣音增强及腹痛。腹痛多为隐痛及坠痛，少数呈绞痛，以脐周及左下腹为明显，且常有下坠感。由于直肠括约肌受炎症的刺激，便意频繁，故便次多，但量少，有拉不完的感觉（里急后重）。少数病人由于腹泻较为严重，可有口渴、尿少等脱水症状。

轻型病例，常无发烧和明显腹痛，腹泻次数亦少，每天3—5次，多为稀便，有粘

液，外觀无脓血，易誤診为“腸炎”。

(二) 中毒性菌痢 (中医称疫毒痢)

本病多見于儿童。由于机体对此毒素高度敏感，当大量毒素侵入机体后，引起植物神經功能紊乱，全身小血管痙攣，尤其是脑血管和內脏血管痙攣，可导致脑組織缺血、缺氧，代謝障碍，继而使毛細血管扩张、开放，大量血液郁积于毛細血管內；又因长期缺氧，血管壁受到損害，通透性增强，血浆外渗，造成血容量不足，故发病早期即可出現周围循环衰竭，如四肢发凉，末稍发紺，重者皮腹呈花斑状，脉快而弱，血压下降等症。由于血浆外渗，組織水肿，特别是脑水肿，再加上細菌毒素中毒作用，可出現一系列中毒症状：如顏面蒼白、嗜睡、神志不清、甚至昏迷、呕吐、反复惊厥、瞳孔大小不等，幼兒可見眼脸浮肿，凶門隆起等。严重的脑水肿，常可导致呼吸中枢衰竭，如呼吸节律不齐，叹息样呼吸，抽泣样呼吸，或有間歇及暫停，甚而出現呼吸突然停止。此类病人，腸道粘膜的炎症常很輕微，与严重的临床表現很不相称，可以沒有腹瀉或脓血便，易造成誤診，值得警惕。上述症状发展迅速，常可在1—2天内危及患儿生命，是临床上必須及时搶救的重危急症。

部分乳幼兒在急性菌痢的发病经过中，由于高烧、腹瀉、呕吐等原因亦可演变为中毒型，而发生显著脫水及酸中毒，同时出現嗜睡、昏迷、腹胀、煩躁不安等中毒症状，大便多为粘液脓性，常有脫肛現象。

(三) 慢性菌痢 (中医称久痢或休息痢)

病程迁延超过两个月者，称慢性菌痢。机体免疫机能低下；急性期治疗不及时或不彻底；腸道病变尚未全癒，而飲食不当，如食生、冷及难以消化的食物；或伴有营养不良、寄生虫病等因素，常是轉为慢性的原因。在慢性菌痢时，机体与病原体之間的斗争，暂时处于相峙状态，矛盾两方面力量的对比时强时弱，故临床症状时隐时現。

慢性菌痢时，腸粘膜不仅看到新鮮潰瘍，也可看到肉芽組織增生和癍痕形成，腸壁增厚。临床表現为經常下腹疼痛，便次增多，糊状稀便、带粘液，腹胀，有时便秘和腹瀉交替出現，常可因飲食不当、受涼、过劳等誘因，使症状加重或急性发作。长期反复发作，可致体力减弱、輕度貧血及維生素缺乏；儿童常有营养不良、消瘦、发育障碍、佝僂病等症。

三、诊断与鉴别诊断

(一) 急性菌痢：根据发烧、腹痛、腹瀉、下墜、粘液脓血便，粪便鏡檢有大量脓細胞，紅、白細胞及少量吞噬細胞者，不难诊断。但应与阿米巴痢疾鉴别，后者发病較緩，全身中毒症状輕，多不发烧，右下腹痛明显，大便次数較少，多在10次以下，为暗紅色或果酱色，鏡檢有大量紅細胞，可查到阿米巴原虫。

輕型病例，根据腹痛、腹瀉、粪便检查有脓細胞及紅、白細胞和吞噬細胞者，即可诊断。但应与急性胃腸炎鉴别，后者表現呕吐、腹瀉，大便为粪水样，无脓血，鏡檢无脓細胞及吞噬細胞。

(二) **中毒性菌痢**: 在发病季节, 如遇儿童突然高烧、神志不清、反复惊厥、面色苍白、血压下降者, 应考虑本病, 如用盐水灌肠或手指肛门检查, 见有粘液, 镜检有白细胞及脓细胞者, 即可诊断。但应与下列疾病鉴别:

1. 流行性乙型脑炎: 多在发病 2—3 天才出现惊厥、昏迷等症状, 可有脑膜刺激征及病理反射, 不出现脓血便, 脑脊液有改变。

2. 中毒性消化不良: 无季节性, 发病较慢, 营养不良及脱水症状比较明显。

(三) **慢性菌痢**: 应与直肠癌鉴别, 后者多见于老年人, 经常便血, 抗菌痢治疗无效, 肛门指诊可触及肿块。另外, 应与慢性阿米巴痢疾鉴别。

四、预防及治疗

我国医务工作者, 在文化大革命中, 彻底批判了修正主义卫生路线, 在痢疾的防治工作中, 创造出很多简便、实用、疗效高的中草药防治方法。

(一) 预 防

1. 积极开展以除四害为中心的爱国卫生运动, 搞好环境卫生、粪便管理及饮水饮食卫生。加强卫生宣教, 不喝生水, 不吃不洁食物, 作到饭前、便后洗手。并作好病人的隔离。

2. 流行单位可采用中草药预防:

①鲜马齿苋做菜吃, 或用马齿苋二两水煎服。

②凤尾草五钱, 白头翁五钱, 水煎服。

③地锦草一两, 水煎服。

(二) 急性菌痢的治疗

1. 一般疗法: 给易消化饮食, 呕吐不能进食及脱水病人, 应给静脉补充 5—10% 葡萄糖液及生理盐水, 同时加入适量 11.2% 乳酸钠以纠正酸中毒。

2. 新针疗法: 取天枢、气海、足三里等穴, 发烧者配大椎、合谷、曲池; 下坠者配长强、阳陵泉。

氯霉素穴位注射: 氯霉素 125 毫克加 0.5% 奴夫卡因 1 毫升, 注射于天枢穴。

3. 中草药:

①马齿苋二两, 水煎服。

②大青叶二——四两, 水煎服。

③大蒜二两加水一小杯, 捣烂绞汁, 加糖少许, 每天一剂分二次服。

④鲜地锦草 (又名血见愁) 一——二两, 洗净, 加水一碗, 捣烂绞汁, 加糖适量, 煎热分二次服。

⑤香连丸: 成人每次二钱, 小孩五分至一钱, 每天四次。

⑥珠砂连五钱, 水煎服。

其他如辣蓼、马鞭草、白头翁、石榴皮、茶叶等单味或数味同煎服。

4. 辨证治疗: 以清解胃肠热毒为主。

①白头翁一兩，黃連三錢，黃柏三錢，秦皮四錢，水煎服，每天一劑。

②葛根三錢，黃芩三錢，黃柏三錢，服法同上。

加減：瘀血便重者加當歸三錢，地榆三錢；嘔吐者加竹茹三錢，半夏三錢；腹疼重者加白芍四錢，甘草二錢；下墜明顯者加木香二錢，檳榔三錢；腹脹者加厚朴三錢，萊菔子四錢；食慾不振加山楂、麥芽、神曲各三錢。

5. 抗菌素：

①黃連素：0.3克一天四次，小兒10毫克/公斤/天，分四次服。

②痢特靈（呋喃唑酮）或呋喃西林0.2克，一天二次，小兒5—10毫克/公斤/天，分四次服。

③磺胺類：如磺胺嘧啶（或磺胺嘧啶），首劑2克，以後1克，一天四次，加等量蘇打。克瀉利寧用量同上。

④合霉素（氯霉素），土霉素（或四环素）：0.25—0.5克，一天四次。

上述抗菌藥物，一般7天為一療程，如用藥後三天療效不佳，可改用或加用其他抗菌藥物，使用時注意藥物毒性反應。

（三）中毒性菌痢治療：此類病人病情危急，發展迅速，可於1—2天內危及生命，故在搶救中必須以無產階級政治掛帥，分秒必爭，密切觀察，及時用藥。以“完全”、“徹底”為尺子，把好呼吸衰竭、循環衰竭和驚厥三關，是搶救中毒性痢疾的關鍵。

毛主席教導我們：“研究任何過程，如果是存在着兩個以上矛盾的複雜過程的話，就要用全力找出它的主要矛盾。捉住了這個主要矛盾，一切問題就迎刃而解了”。中毒型菌痢的發病過程中，常因抵抗力的差異，表現不一，在成人患者多數表現為循環衰竭，兒童多以呼吸衰竭為主，要根據當時具體情況，抓住主要矛盾，及時解決。

1. 糾正呼吸衰竭：立即吸氧，早期輕度呼吸衰竭可用山梗菜鹼3—6毫克或可拉明0.5毫升肌注或靜注；明顯呼吸衰竭多因腦水腫所引起，故及時應用20%甘露醇或25%山梨醇1—2克/公斤體重/次，靜脈注射（推入），根據情況2—4小時後重複使用，或與50%葡萄糖液交替使用，直至呼吸好轉時停用。應該指出，早期使用脫水劑是非常必要的。

2. 糾正循環衰竭：因脫水而休克者，輸液即可糾正。休克早期可針刺人中、三里、合谷、涌泉穴；耳針取皮质下、腎上腺、內分泌、交感等穴，用強刺激。

早期有小動脈痙攣者可用阿托品，每公斤體重0.03—0.05毫克，（654—2可代替阿托品，成人10—20毫克/次，小兒0.2—1.0毫克/公斤/次，每隔15—30分鐘肌注或靜注一次）加入10%葡萄糖液，每15—20分鐘靜脈注射一次，直至面色潮紅，循環改善為止，注射4—6次後如效果不好，可用去甲基腎上腺素2毫克加入10%葡萄糖100—200毫升靜脈滴入。根據血壓變化調節滴速，必要時加大濃度，或同時使用氫化考的松50—100毫克加入輸液中，以加強升壓作用。休克時常有酸中毒存在，可影響升壓藥的作用，促使休克惡化，故應同時糾正酸中毒。休克病人常有心功能不全，應使用強心劑治療（毛花強心丙或毒毛旋花子素K）。

3. 抗惊厥：高烧惊厥者可针刺大椎、曲池，或50%安乃近每公斤体重5—10毫克肌肉注射一次，或曲池穴封或滴鼻。或用氯丙嗪、异丙嗪每公斤体重1—2毫克肌注，3—4小时一次。并用10%水合氯醛肛注。反复惊厥者，多因脑水肿所致，应使用脱水剂治疗。

4. 抗菌素：可用氯霉素，小儿30—50毫克/公斤体重/天，成人0.5克，加入10%葡萄糖液500毫升静脉滴入。

(四) 慢性菌痢治疗：此类病人病史长，恢复慢，注意作好政治思想工作，使病人树立为革命战胜疾病的坚强意志，加强体育锻炼，注意营养，勿吃生、冷及难以消化的饮食，以增强机体抵抗力，积极调动病人主观能动性，促进矛盾转化。宜采取综合疗法：

1. 中草药：

①鸡眼草（鲜）二两，凤尾草五钱，水煎服。

②参苓白术散三钱，每日二次，脾胃虚弱，久泻者用之。

③四神丸，每次一丸，每日二次，久泻腹疼、喜热畏冷者用之。

④附子理中丸，每次一丸，每日二次，五更泄泻者用之。

2. 中医辨证施治：以温中健脾为主。

党参三钱，山药五钱，炒白术三钱，扁豆三钱，陈皮三钱，炮姜二钱，赤石脂三钱，茯苓三钱，每天一剂。

加减：腹疼喜热畏冷者，加制附片一钱五，肉桂一钱五；久泻气虚者加炙黄芪三钱，升麻一钱五，柴胡二钱；晨起泻者加补骨脂三钱，肉豆蔻三钱，五味子一钱五。

3. 新针疗法：针中脘、天枢、足三里、关元，灸神阙。

4. 抗菌素：有急性症状者可选用。

5. 药物灌肠：20%绿茶煎剂，0.2%呋喃西林、3%黄连素或2%磺胺嘧啶，任选一种，每次100—200毫升，作保留灌肠，每天一次，10—15天为一疗程。

第二节 阿米巴痢疾

本病是由痢疾阿米巴原虫引起的肠道传染病。与菌痢相似，有腹痛、腹泻、大便带脓血等症状，因起病缓慢，中毒症状较轻而常被忽视，容易成为慢性。给病人造成长期痛苦，影响“抓革命，促生产”。

一、病原及流行特点

痢疾阿米巴原虫是一种单细胞原虫，生活发育过程中，有滋养体和包裹两个阶段。

(一) 滋养体：为阿米巴痢疾的致病因素，寄生于人的结肠壁，偶可进入肝、肺等组织中。滋养体形状不规则，分内质及外质，外质呈毛玻璃样，内质呈颗粒状。由外质伸出指状伪足，作定向匍匐活动，在新鲜粪便标本中观察较为明显；内质中含有细胞核和被吞噬的红细胞。滋养体在组织内以二分裂进行繁殖。进入肠腔的滋养体，可随粘液

血便排出体外，在外界环境中生活力很弱，极易被破坏，如遇胃酸即被杀死，故在本病的传播上意义不大。

(二) 包囊：寄生于结肠内的滋养体，随肠内容物移动，因化学和物理的变化，滋养体常在横结肠停止运动，从内质排出食物和一些水分，分泌囊壁，形成包囊。包囊呈圆形，内有1—4个核及棒状的拟染色体。四核包囊为成熟的感染性包囊，是本病的传播因素。包囊对外界环境抵抗力较强，在土壤中可生存八天以上；在潮湿又荫凉处，可生存几个星期；水中可活一个月；但温度达到50℃时，5分钟内即死亡。因此，粪便封存发酵处理是消灭阿米巴原虫的主要措施。

本病的传染源为慢性病人及“带囊者”。包囊可通过污染的食物、蔬菜、瓜果及饮水而感染人；苍蝇可机械地携带包囊，对本病的传播也起一定的作用。

二、发病过程及临床表现

“唯物辩证法认为外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用”。痢疾阿米巴的成熟包囊被人吞食后，在小肠下段受肠液作用，脱囊而出，发育成具有侵袭力的滋养体。在机体抵抗力强的情况下，滋养体不能侵入肠壁，只能在肠腔内寄生，以后变为包囊，因此，不产生病变和症状，即称“带囊者”。当机体抵抗力低下，如胃肠功能紊乱、营养不良或维生素缺乏时，则滋养体有可能侵入肠粘膜而引起发病。症状的轻重取决于病变范围大小，病人抵抗力的强弱、原虫数的多少及其毒力大小。有的症状轻微，有的可出现中毒症状。

阿米巴痢疾的潜伏期为1—2周，亦有长达数月者。临床类型表现如下：

(一) 急性阿米巴痢疾：当滋养体侵入肠粘膜下层后，形成局限性粘膜下小脓肿。脓肿破裂后，形成肠粘膜溃疡，因而出现脓血样粪便，伴有腹痛、腹泻，大便每天10次左右，排便量较多，粪便中血多脓少，为暗红色或果酱样，有腐败臭味。因病变多见于盲肠、升结肠，故右侧腹痛明显，里急后重不显著，全身中毒症状轻微，一般多不发热。

(二) 慢性阿米巴痢疾：由于机体抵抗力较差或急性期治疗不当，肠道粘膜有慢性溃疡病变，故临床症状长期不愈或反复发作。经常有轻度腹痛、腹胀，腹泻与便秘交替出现，若饮食不慎、受凉、劳累时，常可出现急性痢疾症状。久病者可有贫血、乏力、消瘦等症状。

慢性阿米巴痢疾常并发肝脓肿。此因肠壁内的滋养体侵入静脉，经门静脉血流入肝脏，滋养体在肝组织内繁殖，引起肝脏病变。初期肝脏充血，小静脉及其周围组织发炎，以后局部组织坏死而形成肝脓肿。脓呈棕红色，内含坏死肝组织、红细胞等。脓肿多见于肝右叶。

大多数肝脓肿起病缓慢，常有不规则发热，有时呈弛张型高热，体温可达39℃左右，伴有夜汗、右上腹或右下胸痛，可放射至右肩、右背，有时随呼吸及咳嗽而加重。胃纳减退、消瘦、贫血、乏力，肝脏逐渐肿大，有压痛及叩击痛，腹肌紧张，肋间有明显压痛点。当肝脓肿增大时，症状亦逐渐加剧。

三、诊断及鉴别诊断

(一) 阿米巴痢疾:

1. 临床症状: 根据发病缓慢, 全身中毒症状轻, 腹痛、腹泻, 有粘液血便, 大便血多脓少或为果酱样, 即可诊断。

2. 镜检粪便: 取新鲜大便镜检发现红细胞多, 白细胞和脓球少, 如能找到痢疾阿米巴滋养体或包裹, 即可确诊。镜检时要注意与结肠阿米巴相区别, 后者为非致病性阿米巴, 滋养体较大, 体内无红细胞。包裹的体积也较痢疾阿米巴大, 囊壁厚, 内有八个核。

“研究问题, 忌带主观性、片面性和表面性。”对于有痢疾样大便的人, 要注意与细菌性痢疾鉴别。

阿米巴痢疾和细菌性痢疾鉴别

	细 菌 性 痢 疾	阿 米 巴 痢 疾
病 变 部 位	主要在乙状结肠	主要在盲肠和升结肠
起 病	较急	较缓慢
症 状	①全身症状较重, 多有高烧。 ②左下腹疼痛, 里急后重明显。	①全身症状轻, 不发烧或低烧。 ②右下腹疼痛, 里急后重不明显。
大 便	①粪便少, 次数多, 每日可达数十次。 ②粪便脓多血少, 粪呈鲜红色或粉红色。 ③显微镜检查以脓球为主, 有巨噬细胞。	①粪便多, 次数较少, 每日很少超过十次。 ②粪便血多脓少, 呈暗红色或果酱样, 有腐败臭味。 ③显微镜检查以红细胞为主, 可找到活动的滋养体或包裹。

(二) 阿米巴肝脓肿: 有阿米巴痢疾史, 起病慢, 发热、贫血, 消瘦, 肝区持续疼痛, 肝脏逐渐肿大, 肝区有显著压痛点, 可初步诊断。X线及超声波检查肝脏均有助于诊断。必要时可作肝脏穿刺, 如抽得棕红色脓液, 即可确诊。

四、防 治

(一) 治疗病人及“带囊者”, 以控制传染源:

急性阿米巴痢疾患者, 从粪便中排出的滋养体较包裹多, 作为传染源的意义不大。但是慢性患者与“带囊者”, 可长期从粪便中排出包裹, 起着重要的传染源作用。因此, 不但对急性期的患者要进行治疗, 而且对慢性病人和“带囊者”也要注意发现和及时治疗。必须批判过去只重视病人, 不重视“带囊者”, “只治不防”“重治轻防”的错误观点。

1. 新针疗法: 取穴足三里、天枢、气海、大肠俞、阴陵泉。头痛、发热者针大椎、曲池、合谷; 病久者加灸关元、膻中〈隔盐灸〉。

2. 辨证施治: 中医认为本病主要由于肠胃内虚、饮食失当、毒滞肠中, 湿热内结以

致痢下赤白。

(1) 急性期：属湿热内结、治宜清热解毒，利湿化滞。用白头翁汤加减：白头翁、秦皮、黄柏各三钱，黄连一钱，水煎服。腹痛重者加白芍、木香各三钱；便血显著者加地榆炭、丹皮各四钱，仙鹤草五钱至一两。

鸦胆子仁，成人每次20粒，每日三次，儿童酌减，连用七日。

(2) 慢性期：属气虚不摄，清阳下陷，治宜温中和血，佐以收涩，用养脏汤加减：党参四钱、白术、白芍各三钱，诃子、炒当归、肉豆蔻、木香、葛根各三钱，甘草、干姜各二钱。

3. 抗阿米巴药物治疗：治疗阿米巴痢疾要掌握治疗原则，首先要用杀阿米巴滋养体的药物，以控制临床症状及并发症的发生，同时也要用杀包囊的药物，消灭包囊以防止复发，并杜绝疾病传播。

(1) 盐酸依米丁（吐根素）：能杀灭阿米巴滋养体，但对包囊无作用。仅适用于急性期以控制临床症状，故在治疗的同时或治疗后期应加用抗包囊药物（如卡巴肿或喹碘方）。小儿为1毫克/公斤/日，成人0.06克/日，分两次深部皮下或肌肉注射，连续八天为一疗程。重复治疗需间隔一个月。本药毒性大，在治疗期间要密切观察心音、心率和血压的改变，发现病人收缩压降至90毫米汞柱，第一心音减低或心率突然增快时应停用。肝、肾病患者和体质衰弱者慎用，心脏病、孕妇及婴儿禁用。

(2) 喹碘方：对肠内的滋养体和包囊有杀灭作用，而对肠外组织内的滋养体无效，常与其他杀滋养体的药物合用。适用于急慢性阿米巴痢疾。本药毒性轻，偶有头痛、腹泻或腹痛。成人每次0.5克，小儿每次14毫克/公斤，均每日三次，7—10天为一疗程。重复治疗应间隔一周以上。对碘过敏、甲状腺肿大、肝功能不良者慎用。

(3) 卡巴肿：能杀灭包囊，对慢性阿米巴痢疾及带囊者有效。成人每次0.25克，每日二次，7—10天为一疗程，儿童按每日每公斤体重8毫克计，分三次服。肝功能不正常者慎用。

(4) 抗菌素以四环素、土霉素为主，也可用合霉素、氯霉素。成人每次口服0.5克，每日四次，7—10天为一疗程，对混合感染、体弱、年老及对吐根素有禁忌症者适用。

4. 阿米巴肝脓肿的处理：

(1) 氯化喹啉：内服后几乎完全吸收入血，而集中于肝脏，直接杀灭滋养体，对阿米巴肝脓肿疗效显著。成人剂量开始两日，每次0.5克，每日二次，以后减半，共服十五天。

(2) 肝脏穿刺抽脓：若脓腔较大，可每3—5日抽脓一次，每次尽量抽干净，脓稠时可用生理盐水冲洗，抽后可注入1%阿的平溶液10—20毫升。

(3) 抗菌药物：合并感染者可用青霉素和链霉素肌肉注射，重症可用四环素静脉滴注，并加用氢化考地松100—200毫克。

(二) 切断传染途径

带有包囊的粪便污染水源、食物、手指等，或苍蝇携带包囊污染食物及食具，均可

感染，因此，注意饮食卫生和个人卫生，可以杜絕“病从口入”达到預防的目的。特別是飲食行业服务人員的病人和帶囊者，要及時发现、及時治疗，非常重要。同時要作好防蝇和灭蝇工作。

第三节 传染性肝炎

传染性肝炎是常見急性传染病之一。世界各地流行較广，在我国一般多散在发生。文化大革命前，由于修正主义卫生路綫的干扰，輕視預防工作，因而，在某些集体单位亦有小流行；在检查及治疗上，跟着洋人爬行，販賣民族虚无主义，散布“无特殊治疗”的悲觀論調，給肝炎防治工作造成莫大損失，以致影响“抓革命，促生产，促工作，促战备”。文化大革命后，我国医务工作者，遵照毛主席“应当积极地預防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业”的指示，积极开展爱国卫生运动，加强預防工作，运用新医疗法及中草药防治肝炎，已取得显著成績。

一、病原及流行特点

本病的病原体是肝炎病毒。对消毒剂有較强的抵抗力，但煮沸可以杀灭，所以加热煮沸是最簡便而有效的消毒方法。肝炎病毒存在于病人的血液及粪便中，主要随粪便排出体外，通过日常生活接触或污染食物、水源，經口传染，极少数可通过輸血及未消毒的注射器传播。全年均有散在发生，以秋冬季发病較多。成人及儿童均易感染，病后有一定免疫力。目前对肝炎病毒的認識还是不够的，現有的科学方法尚未能分离出病毒。但是世界上只有未被認識的事物，沒有不可知的事物，一旦肝炎病毒的本质被揭露后，人类就会进一步取得对肝炎防治的主动权。

二、发病过程及临床表现

“事物发展的根本原因，不是在事物的外部而是在事物的内部，在于事物内部的矛盾性。”当肝炎病毒經口进入机体后，机体的防禦能力与病毒的致病力相互作用，构成一对矛盾。多数情况下，由于机体抵抗力强，即使有一些病毒侵入机体也不发病；在另一种情况下，机体对入侵之敌不足以歼灭，病毒即可生存、繁殖而致病。

“每一事物的发展过程中存在着自始至終的矛盾运动”，机体与病毒在其复杂的斗争过程中，也存在着矛盾运动，而这种矛盾形式表現不一，所以临床上也表现出各种不同类型：

（一）急性黄疸型：病毒侵入机体后，开始了矛盾过程（即潛伏期），經2—6周（一般为一个月）后，矛盾发展到一定阶段而激化，就出現临床症状。

1. 黄疸前期：主要表現为病毒进入血液而出現的毒血症症状，如畏寒、发烧、全身不适、乏力、头昏、头痛及肌肉关节酸疼等。一般起病較慢，发烧多在摄氏38度左右，持续3—5天而自行消退。由于肝脏受損，胆汁分泌及胃腸分泌障碍，故消化道症状特別突出，如食欲銳減，厌油明显，部分病人可有恶心、呕吐、腹胀等。随病情发展，消