

急症外科学

赵常林 刘福龄 主編

上海衛生出版社

急 症 外 科 学

趙 常 林 刘 福 齡

主 編

曹 猷 廷 張 振 湘

張 学 义 米 嘉 祥 刘 修 炳

段 慧 灵 应 詩 达

合 編

上 海 衛 生 出 版 社

一 九 五 八 年

內 容 提 要

本書是參考多種國內外文獻，結合國內具體情況及編著者的教學和臨床經驗編寫而成。內容偏重於實際臨床應用，外科損傷和急性疾患並重，對於常見外科急症的診斷要點、處理原則和技術操作等有着比較詳細的闡述。

本書的主要讀者對象是醫學生、一般門診醫師和初做外科工作的青年醫師。

急 症 外 科 學

趙常林 劉福齡 主編

*

上海衛生出版社出版

(上海南京西路2004號)

上海市書刊出版業營業許可證出080號

上海七山灣印刷廠印刷 新華書店上海發行所總經售

*

開本 787×1092 1/27 印張 17 7/27 字數 398,000

1958年5月第1版 1958年5月第1次印刷

印數 1—6,500

統一書號 14120·395

定價 (9) 2.00 元

序 言

急症外科疾患极为常見，且多数患者就診时情况已相当严重。如能及时予以适当治疗，則預后可以大大改善，反之，偶一处理不当，往往造成殘廢甚至死亡。青年外科临床医师在处理此类疾患时，既无暇多方商討研究，关于此类知識国内又无专著介紹，常感茫无所从。編者等有鑒于此，不揣謏陋，爰参考 Hamilton Bailey 氏急症外科学、Spivack 氏急症外科学、Ficarra 氏急症外科学、吳英愷等譯外科学总論、Watson-Jones 氏骨与关节損伤、Compere 氏骨折疗法与 Smillie 氏膝关节損伤等書，以及其他有关文献，結合国内具体情况及編者等教学医疗經驗編写此書。

本書內容偏重于实际临床应用，对于常見急性外科疾患之診斷要点，处理原則及技术操作之重要步驟等方面作了比較詳尽的闡述。書中并附有插图 284 幅，俾使讀者易于理解。

由于編者等学識不足，經驗有限以及時間窘迫，錯誤之处在所难免。敬希讀者賜予批評指正。

書內插图承蔡迺哲医师代为繪制，并此致謝。

赵常林 刘福齡

于山东医学院 1957 年 4 月

目 录

第一章 輸液	1
第一节 静脉輸入法	1
第二节 皮下輸入法	5
第三节 肌肉輸入法	5
第四节 骨髓輸入法	6
第五节 直腸輸入法	8
第二章 輸血	8
第一节 外科輸血之适应証	8
第二节 輸血之禁忌証	9
第三节 輸血之技术	10
第四节 輸血之反应	13
第三章 急症手术麻醉	15
第一节 紧急手术之麻醉	16
第二节 休克时麻醉处理	17
第三节 急性严重腹腔疾患 之麻醉	19
第四节 心脏搏动异常或停 止	20
第四章 头顱损伤	24
第一节 顱頂盖损伤	24
第二节 顱骨折	27
第五章 顱内损伤	31
第一节 伤后 48 小时内之 症狀及其处理	32
第二节 腦震蕩	33
第三节 急性腦受压	33
第四节 硬腦膜外出血	34
第五节 硬腦膜内出血	36
第六节 入院后 48 小时内并 发症之处理	38

第七节 凹陷骨折	38
第八节 新生儿顱内损伤	39
第六章 面部	40
第一节 面部损伤	40
第二节 面部感染	42
第三节 急性化膿性腮腺炎	43
第七章 頸部	44
第一节 刎頸	44
第二节 气管切开术	45
第三节 頸部血管出血	48
第四节 胸导管损伤	53
第五节 膿性頸下炎	53
第六节 頸深部蜂窝織炎与 膿肿	54
第七节 甲状腺手术后并发 病之处理	55
第八章 胸部损伤	56
第一节 非穿透伤	56
胸壁损伤	57
肺损伤	61
创伤性气胸	62
縱隔气肿	64
心脏损伤	66
第二节 穿透伤	67
肺穿透伤	67
心穿透伤	69
心脏异物	72
乳糜胸	73
膈穿透伤	73
第三节 胸壁开放性伤口	75

第四节	血胸·····	77
第九章	胸部感染 ·····	78
第一节	急性乳腺脓肿·····	78
第二节	胸大肌下及肩胛下 脓肿·····	81
第三节	急性脓胸·····	81
第四节	肺脓肿·····	88
第十章	剖腹术 ·····	89
第一节	常用之腹部切口·····	89
第二节	过度肥胖患者之剖 腹术·····	92
第三节	不易关腹时之缝合 术·····	92
第四节	腹膜渗出现液与病变 之关系·····	95
第十一章	腹部损伤 ·····	96
第一节	脾脏破裂·····	97
第二节	肝脏破裂·····	98
第三节	肠系膜裂伤·····	101
第四节	胰腺损伤·····	101
第五节	胆道损伤·····	102
第六节	肠破裂·····	103
第七节	腹部刺伤及弹伤·····	106
第十二章	急性腹膜炎 ·····	107
第十三章	急性阑尾炎及 其类似疾患 ·····	113
第一节	急性阑尾炎·····	113
第二节	与阑尾炎类似之疾 患·····	126
第十四章	胃及十二指肠 ·····	130
第一节	胃及十二指肠溃疡 急性穿孔·····	130
第二节	胃癌穿孔·····	136

第三节	胃及十二指肠溃疡 急性大量出血·····	137
第四节	急性胃扩张·····	139
第五节	胃部手术后发生之 紧急情况·····	140
第六节	胃扭转·····	144
第七节	肥厚性幽门狭窄·····	145
第十五章	急性肠梗阻 (总论)·····	148
第一节	急性肠梗阻之诊断 要点·····	148
第二节	急性肠梗阻之治疗·····	150
第十六章	急性肠梗阻 (分论)·····	176
第一节	急性肠套叠·····	176
第二节	绞窄性外疝·····	183
第三节	肠扭转·····	198
第四节	粘连及带状组织所 致之肠梗阻·····	200
第五节	美克耳氏憩室所致 之肠梗阻·····	201
第六节	阻塞性肠梗阻·····	201
第七节	血管性肠梗阻·····	203
第八节	麻痹性肠梗阻·····	204
第九节	新生儿之肠梗阻·····	204
第十七章	直肠与肛门 ·····	210
第一节	直肠损伤·····	210
第二节	直肠肛门脓肿·····	211
第三节	痔·····	213
第四节	直肠脱出·····	214
第五节	直肠异物·····	215
第十八章	胆道与胰腺 ·····	216
第一节	胆石绞痛·····	216

第二节	胆囊造瘘术·····	216
第三节	胆囊切除术·····	217
第四节	急性胆囊炎·····	218
第五节	胆囊积水·····	218
第六节	胆囊积脓·····	219
第七节	胆液外渗·····	219
第八节	胆囊穿孔·····	220
第九节	胆囊动脉出血·····	220
第十节	阻塞性黄疸·····	221
第十一节	胆道蛔虫·····	224
第十二节	先天性胆管闭锁·····	225
第十三节	门静脉炎·····	227
第十四节	急性胰腺炎·····	228
第十九章	手术后并发症·····	230
第一节	肺内并发症·····	230
第二节	手术后肠胀气·····	231
第三节	持续呃逆·····	232
第四节	手术后尿潴留·····	232
第五节	褥疮·····	233
第六节	腹部切口破裂·····	233
第七节	膈下脓肿·····	237
第二十章	胃肠道内异物·····	238
第二十一章	尿少症与尿闭·····	240
第一节	肾型尿闭·····	241
第二节	肾后型尿闭·····	245
第三节	肾前型尿闭·····	246
第四节	其他原因所致之尿闭·····	246
第二十二章	肾及输尿管·····	247
第一节	肾绞痛与急性肾感染·····	247
第二节	肾及输尿管创伤·····	250

第三节	肾脏急诊手术·····	258
第二十三章	膀胱与尿道·····	266
第一节	膀胱与尿道创伤·····	266
第二节	急性尿潴留·····	278
第三节	尿外渗·····	285
第四节	膀胱及尿道异物·····	289
第五节	耻骨上膀胱造瘘术·····	290
第二十四章	前列腺与精囊·····	292
第一节	前列腺摘除术后大出血·····	292
第二节	前列腺脓肿·····	294
第三节	急性精囊炎·····	294
第四节	急性尿道球腺炎·····	296
第二十五章	阴茎与阴囊·····	296
第一节	阴茎·····	296
第二节	睾丸与阴囊·····	302
第二十六章	骨折与脱臼·····	307
概论	·····	307
第一节	骨折之急救·····	307
第二节	穿破骨折之治疗·····	311
第三节	关节开放伤之治疗·····	312
第四节	紧急截肢·····	314
第二十七章	上肢骨折与脱臼·····	316
第一节	锁骨·····	316
第二节	肩部·····	318
第三节	肱骨·····	320
第四节	肘部·····	321
第五节	前臂·····	325
第六节	腕部·····	328
第七节	手部·····	330
第二十八章	下肢骨折与脱臼·····	330

脱臼	334
第一节 髌部	334
第二节 股骨	340
第三节 膝部	342
第四节 小腿	345
第五节 踝部	347
第六节 足部	349
第二十九章 脊椎骨折与	
脱臼, 骨盆骨折	351
第一节 胸腰椎骨折与脱臼	351
第二节 颈椎骨折与脱臼	353
第三节 脊椎骨折与脱臼合	
并瘫痪	354
第四节 骨盆骨折	357
第三十章 膝关节与踝关	
节损伤	358
第一节 膝关节损伤	358
第二节 踝关节扭伤	371
第三十一章 腰背部损伤	372
第三十二章 肌肉与肌腱	
损伤	376
第一节 肌肉破裂	376
第二节 常见的肌腱破裂	377
第三十三章 骨与关节的	
急性感染	381
第一节 急性血源性骨髓炎	381
第二节 急性化脓性关节炎	383
第三十四章 手部创伤	389
第一节 手部创伤处理的原	
则	389
第二节 新鲜手部创伤的处	

理	390
第三十五章 手部感染	400
第一节 急性化脓性腱鞘炎	400
第二节 掌间隙感染	403
第三节 手指感染	405
第三十六章 血管	407
第一节 静脉血栓形成	407
第二节 动脉栓塞	410
第三节 四肢血管出血	416
第三十七章 周围神经损	
伤	430
第三十八章 休克	433
第三十九章 烧伤	435
第四十章 软组织创伤及	
异物	441
第一节 软组织创伤	441
第二节 软组织异物	444
第四十一章 特原性急性	
外科感染	446
第一节 破伤风	446
第二节 气性坏疽	450
第三节 炭疽	452
第四节 狂犬病	455
第四十二章 非特原性急	
性外科感染	453
第一节 疔与癰	453
第二节 蜂窝织炎	454
第三节 急性脓肿	455
第四节 急性淋巴管炎	455
第五节 丹毒	456
第六节 全身性感染	457

第一章 輸 液

輸液是现代外科学的一项重要治疗措施。在許多情況下，合理的輸入液体，可以維持或挽救患者生命。相反的，不合理的輸入液体，常能引起意外危險。患急症外科病者，常有异常的失液或失血，根据病情需要，适当的补充液体，为治疗过程中必要措施。

常用之輸入液为生理盐水及5%葡萄糖溶液，或为二者之混合液。輸入液必須为无菌者，而且需要不含致热原。輸液除可以糾正失水，补充营养，調节水分和盐类的平衡外，并可預防和治疗休克。在失血等紧急情況下，輸入液体虽然不能替代輸血，但是可以促使血压上升。視病情之需要，液体可以用不同的方法輸入体内，如經靜脉、皮下、直腸、肌肉及骨髓内等途徑。

第一节 靜脉輸入法

在一般情况下，可以通过靜脉穿刺輸液。遇有靜脉已萎縮或靜脉不能显露，在靜脉穿刺技术上有困难时，可作靜脉切开法輸液。

穿刺时，常用之靜脉为肘窩部皮下靜脉，如需較长时持續輸液或手术时的輸液，一般以内踝处大隱靜脉为最适宜。

靜脉穿刺能否成功，与靜脉的显露良好与否有密切关系。首先应选适用的靜脉，在其近心端輕輕用止血帶勒住，然后令患者握拳并活动該肢体的肌肉，这样可促使靜脉充血而使其充分显露。脫水或休克的患者，虽經上述处理，有时靜脉仍不易显露；可在施行靜脉切开术前，試用下垂肢体并轉动关节，或用湿热敷（图1）等方法以促使靜脉内的血量增多，加强靜脉的显露而便于穿刺。但在穿刺不能成功时，即当行靜脉切开术輸液，不可延誤治疗時間。

在靜脉穿刺之前，应先排出輸液瓶和橡皮輸液管中的气泡；即將針头及橡皮管提高，將輸液瓶置于最低位，然后逐漸降低橡皮管及針头的位置，如此反复高低数次，可使气泡完全由管中排出。穿

刺部位的皮肤应用 2.5% 碘酒涂抹，然后用 70% 酒精消毒。针刺

入静脉腔内后，须以胶布将针头及橡皮管妥为固定，并注意避免针头斜面贴在静脉壁上，而阻碍输液的通畅。

在长时间的连续输液及手术过程中输液，或在患者烦躁不安及不合作的情况下，固定输液的肢体很重要。在上肢可用普通夹板及绷带加以固定。绷带不能缚扎太紧，否则可引起输液流动不畅及局部肢体水肿，利用塑胶制成的夹板，常可达到稳固舒贴的目的(图 2)。下肢的固定可用直角夹板(图 3)。

输入液的温度以近体温为适宜。温度较低时无何妨碍，但不可过高。于输液瓶的周围加温，实际上无此必要。

输入速度应严格掌握，并随时注意调节。在成人，平均速度为每分钟 50 滴，在紧急情况下，可加快到每分钟 100 滴，

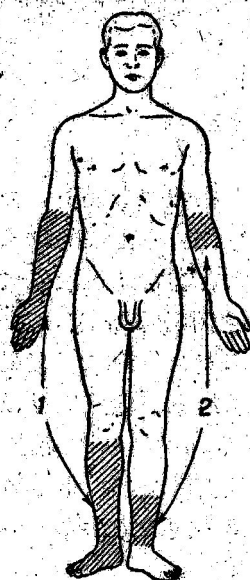


图 1 湿热敷的部位

1. 表示正确的部位；2. 表示不正确的部位。

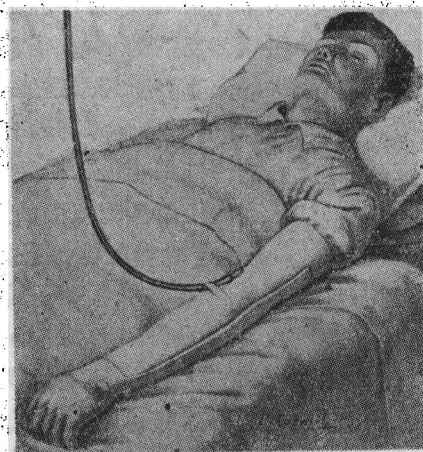


图 2 用塑胶制成的夹板固定肢体，可以达到稳固舒贴的目的。

但必須密切注意觀察患者的反應。假使不能肯定應該輸入多少液體時，則應減慢速度到每分鐘 30 滴，以此種速度輸液，很少會引起對患者的損害。

為了便於掌握輸入速度，在注射器橡皮管的中間應加用計算滴數的玻璃器，假如玻璃滴器全為液體充滿而不能看出滴數時，可先夾緊滴器上端的橡皮管，然後用無菌針頭經滴器下端的橡皮管刺入滴器，接以無菌注射器，通過針頭向滴器中壓入空氣，如此可使滴器內的液體平面降低，滴數即可看出（圖 4）。

一般言之，靜脈內點滴輸液，並無絕對禁忌証，但在下列幾種情況下，事先應對個別患者作全面的慎重考慮：心臟機能不健全，高血壓，肺充血及水腫，血漿蛋白過低，腎臟疾患等。如果此類患者必需靜脈輸液時，其量不可過多，且速度應慢，否則可引起肺水腫等併發症。

對於脈搏微弱的患者，如不能確定為心力衰竭或其他原因所引起時，可試行靜脈輸液，加注可拉明，同時密切注意患者的血壓。如一小時內血壓仍未見上升，輸入速度應減至每分鐘 30 滴，繼續觀察一小時，如血壓仍不上升，則表示有心臟機能減退的可能，就應停止輸入。

在輸液過程中，如發現液體不滴時，不要任意擠捻橡皮管，應該檢查橡皮管是否折屈或被壓；針頭斜面是否被靜脈內壁貼住；針頭是否已經滑出血管，若在調整橡皮管、針頭及肢體的位置後仍不通暢，則應拔出針頭重作穿刺。

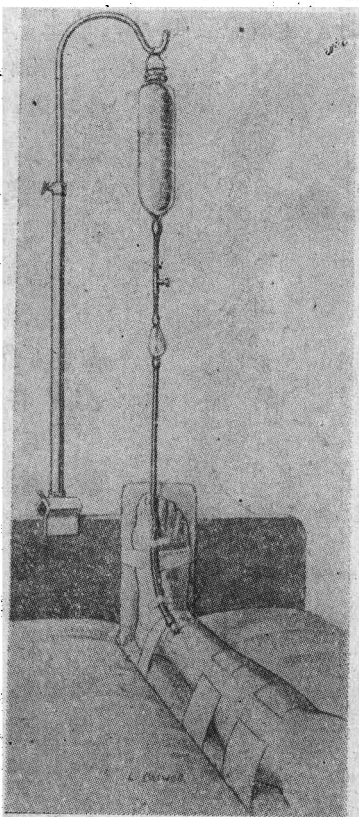


圖 3 固定下肢用的直角夾板

在輸液過程中應密切注意患者有無皮膚沿靜脈出現潮紅，腫部及肢體浮腫，發燒，惡心，嘔吐，出汗等反應。若已發生反應，應即考慮停止輸入。如非必要，連續靜脈內輸液時間不應超過 48 小時。連續輸液 48 小時以上，應密切注意肺水腫征象的發生。

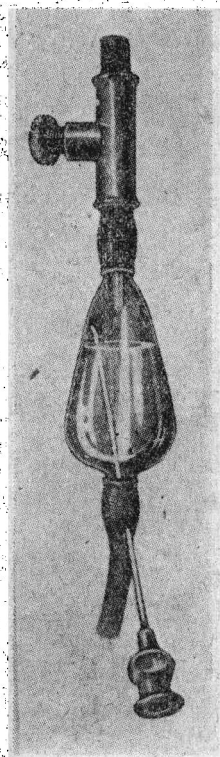


圖 4 計算注輸速度的玻璃滴器

若滴器全為液體充滿而不能看出滴數時，可以通過針頭壓入空氣，使液面降低，則滴數即可再看出。

在病情急需補充液體而靜脈穿刺又不能成功時，應即行靜脈切開術，不可延誤。例如在休克，重度脫水，靜脈不能顯露的肥胖患者及小兒等，常須作靜脈切開輸液。任何靜脈都可切開，但以內踝前的大隱靜脈為最適宜。

靜脈切開術的操作步驟：

1. 在選定靜脈後，先用碘酒、酒精消毒皮膚，然後在局部注射少量 0.5% 普魯卡因溶液。將皮膚橫行切開 1~1.5 厘米。

2. 用小血管鉗將靜脈與周圍組織分離，繞靜脈置綫絲縫兩條。遠側綫即行結扎，近側綫僅松松結一環。

3. 利用此二綫作牽引，在兩綫間斜行剪開靜脈壁。

4. 用左手環指和小指牽起遠端綫，以固定靜脈。其餘三指提起夾于靜脈剪口近心端之血管鉗，右手持套管針，放入靜脈腔內（圖 5）。

5. 扎緊近心端綫，以固定套針于靜脈內，然後剪除綫殘端。

6. 用綫縫合皮膚切口，并用无

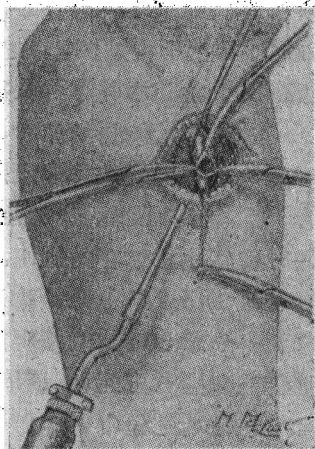


圖 5 肘前靜脈已被剖開，正在插入套管針。

菌紗布复盖。針头下应垫小紗布，以三四条胶布固定套針及輸液管。

7. 最后以夹板及綑帶固定肢体。

第二节 皮下輸入法

皮下輸液，常使患者遭受較大的痛苦，且吸收很慢，故不适用于急症患者，但此法不易引起发热反应，故于靜脉輸入液体制备不够完善时，仍可采用此法。患有膿毒血症或敗血症者，不应采用皮下輸入法，以免注射部位繼发膿腫。

液体輸入应在严格无菌技术下进行，常采用的輸入部位是大腿前側面或其外側面，亦有时采用胸廓的外側面，但不如前者安全。針头应在皮下組織中，在肌肉筋膜之外。注射时以左手拇食二指提起皮肤，以右手持針头在与皮肤表面几乎平行的角度刺入，并試左右摆动針头，以确定針在皮下的位置是否正确。

輸入液宜用生理盐水。葡萄糖溶液吸收迟緩，且常致严重的疼痛，以不用为宜。必要时可用 2.5% 葡萄糖及 0.45% 生理盐水混合等渗溶液。高渗液体注入皮下組織可引起組織坏死，不可使用。

由于輸入液的累积，可形成皮下腫脹。若腫脹过甚，則可引起剧烈的疼痛和組織坏死，故在同一部位注入量不宜超过 250~500 毫升。应在肢体的不同部位进行注射，且在一天內将 1~2 升溶液分次注入較为合适。为了加速吸收，可以輕輕按摩腫脹的部位。

第三节 肌肉輸入法

肌肉內輸入液体的应用及方法与皮下輸入法无大区别。輸入液可用生理盐水或 5% 葡萄糖生理盐水。液体吸收較皮下輸入者为快，疼痛亦較輕。在不适于点滴靜脉內輸入液体的情况下，可采用此法。最适宜的注射部位为大腿中 1/3 之外側的肌肉。可用普通长針头或特制带有擋板的針头作垂直刺入，用胶布加以固定后即可进行輸液。为便于固定針头及避免皮肤上針眼染污起見，針头

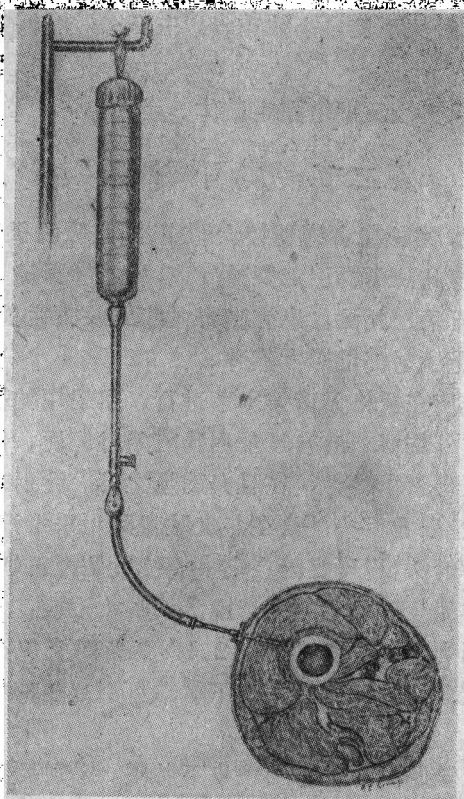


图6 在大腿中 $1/3$ 之外侧进行肌肉内注射液注

应先穿过一块消毒纱布,然后再作刺入。成人的输入速度为每分钟40滴(图6)。

第四节 骨髓输入法

此法的实际应用并不普遍,因为需要特制的针头和熟练的技术操作,且一旦受到感染则能引起骨髓炎。在某些情况下,如用于幼儿、严重的休克患者及遍体已无静脉可资利用的患者,仍有采用价值,但在患败血症或脓毒血症者则为禁忌。输入液可用生理盐水或5%葡萄糖溶液。

成人一般都在胸骨注射。以骨髓穿刺針刺入胸骨柄近胸骨体处,或在胸骨角与劍突中点的胸骨体上穿刺。在局部麻醉下,先以垂直方向刺过皮肤、皮下組織直至骨膜。然后利用旋轉并徐徐推进的手法穿透胸骨外板。若有突然消失阻力的感觉,則表示針尖已刺入骨髓腔。随即将針头向尾側傾斜到与皮肤成30度角的方向,并繼續推进少許(图7)。然后用注射器注入3.8%枸橼酸鈉1~2

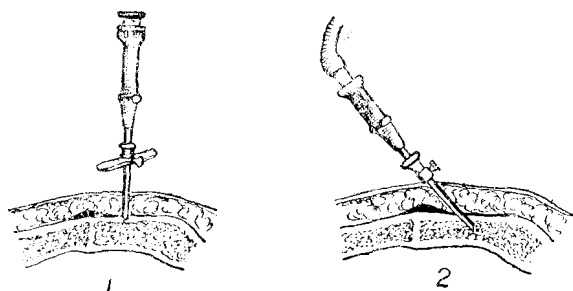


图7 胸骨穿刺

1. 穿刺針已經穿过胸骨柄的胸骨外板; 2. 穿刺針已进入骨髓腔中, 注意穿刺針的角度。

毫升,繼向外抽吸,能容易抽出骨髓液时,表示針头位置合适,接上接管后即可开始輸液。骨髓穿刺針必須用胶布妥加固定。应特別注意在穿刺时用力不可过猛,要掌握旋轉緩緩推进的手法。此外在整个操作过程中必須严格遵守无菌規則。

在小儿,可在脛骨或股骨注射。脛骨的刺入部位在脛骨前內側面、脛骨結节下2.5厘米处;股骨則在外髁的外上方2.5~3厘米处垂直刺入(图8)。肢体必須妥加固定,并以稍予抬高为宜。輸入

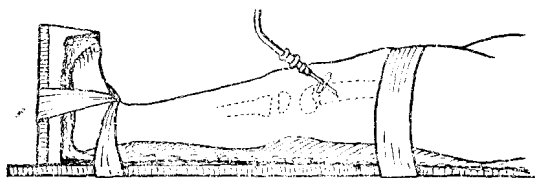


图8 在股骨下端进行骨髓內輸血的部位

速度最初都很慢，但在 10~15 分鐘后輸入速度自会增快。

第五节 直腸輸入法

此法应用不广，效果不确实，液体往往易从直腸排出。应用不当，可引起腹脹或使直腸遭受刺激，致液体不能吸收。但于其他方法不便施用时，仍可利用。在腹部手术后禁用此法。施用之前，应先灌腸。导管可用中号橡皮导尿管或多孔之輩头导管。輸入液以溫水为宜。生理盐水可引起刺激，葡萄糖溶液不被吸收，故以不用为宜。輸液瓶不得高于直腸平面 30 厘米。一般以每分鐘 30~40 滴的速度滴入。于輸入 500~1000 毫升液体或病人感觉不适时，应暂停輸液，休息 1~2 小时后再行滴注。

(应詩达)

第二章 輸 血

在急症外科疾患的处理上，輸血是一个重要的治疗措施。在許多情況下，能够做到及时輸血，往往可以达到起死回生的功效。在現代医学上，輸血的应用已日見广泛。

第一节 外科輸血之适应証

1. 急性失血：急性失血的后果非常多样，这須視出血的速度、失血的数量及病人的一般情况而定。一个正常的人，急速失血达总血量 $\frac{1}{3}$ 时，在临床上可出現严重的休克，如不能在短時間內补充所失血量，将对患者的生命有着严重的威胁。輸血應該在临床休克現象未出現前即行开始。脉搏和血压的变化是輸血进行上一个重要的依据。通常血压下降愈快愈低，則危險性愈大，愈需要紧急措施。收縮压下降到 80 毫米水銀柱是一个界限。

当有确定的出血根源时，应先結扎出血点止血，并在手术的同时进行輸血。在必要的情況下，輸血量可达到 2000~3000 毫升或

更多。

若出血原因不能确定，或結扎损伤的血管会危害患者的生命时，则应采用少量多次的輸血方法(每次 100~150 毫升)以达到止血作用。

以輸血作为补偿失血的措施时，只有在有止血确实保証下始能見效。所以在急性失血时，止血与輸血必須同时进行，不能过分依賴輸血。

2. 創伤性休克：在創伤性休克，特别是病人同时有失血时，应该輸血 500 毫升；严重休克时，在必要情况下須再补充血液 500~1000 毫升。

3. 慢性貧血：慢性貧血是由消耗性疾病(例如胃溃疡)、长期化膿性感染、慢性出血(痔、血友病)等引起。有时輸血仅为手术前的准备措施。一般可用中等量，200~300 毫升，每日或隔日輸給。

4. 局部或全身化膿疾病和燒伤：一般不应一次輸入大量血液，而应采用多次少量輸血。在这种情况下，輸血具有刺激的意义，能提高机体的免疫性，加强机体的再生能力和提高血紅蛋白的含量。

第二节 輸血之禁忌証

輸血的禁忌証主要是心脏血管系統、肺和腎的疾患。

1. 心脏血管系統器质性病变兼有明显的代偿机能减退現象，心内膜炎，广泛性血栓性靜脉炎等时，如果因为有流血或貧血等現象而不得不輸血时，必須用极慢的速度，并且随时注意有无心脏衰竭症状的发生，以便立即停止輸血。

2. 急性腎炎、慢性腎炎或其他腎部疾患，有病变的腎实质容易为血紅蛋白的沉淀所阻塞，而产生可致死亡的尿閉症。所以在病情严重而病变广泛的腎病患者，禁用輸血治疗。

3. 原发性高血压症时，輸血可能使血压更高，所以不宜輸血。但在流血过多的情况下，可用緩慢的速度輸血給患者。

4. 其他：如支气管性哮喘、紅血球过多症、脑溢血、严重的脑震蕩或脑挫伤、急性肝炎或溶血性黄疸等皆属绝对或相对的禁忌。