

內 科 学

(医訓队試用教材)

中国人民解放军济南军区后勤部

一九七一年三月

救死扶傷，實
革命的人道主義戰

白克東

最 高 指 示

领导我们事业的核心力量是中国共产党。

指导我们思想的理论基础是马克思列宁主义。

政治是统帅，是灵魂，政治工作是一切工作的生命线。

教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

改革旧的教育制度，改革旧的教学方针和方法，是这场无产阶级文化大革命的一个极其重要的任务。

备战、备荒、为人民。

提高警惕，保卫祖国。

要准备打仗。

为什么人的问题，是一个根本的问题，原则的问题。
……这个根本问题不解决，其他许多问题也就不易解决。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

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。

我们要求把辩证法逐步推广，要求大家逐步地学会使用辩证法这个科学方法。

白求恩同志毫不利己专门利人的精神，表现在他对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端的热忱。每个共产党员都要学习他。

目 录

第一篇 传染病

第一章 呼吸道传染病	(2)
流行性感胃	(2)
流行性脑脊髓膜炎	(3)
麻疹	(7)
流行性腮腺炎	(8)
百日咳	(9)
第二章 消化道传染病	(11)
细菌性痢疾	(11)
急性中毒型菌痢	(13)
阿米巴痢疾	(14)
传染性肝炎	(16)
伤寒	(19)
脊髓灰质炎	(23)
霍乱、副霍乱	(25)
第三章 节肢动物传染病	(27)
疟疾	(27)
丝虫病	(29)
流行性乙型脑炎	(31)
流行性斑疹伤寒	(34)
流行性出血热	(35)
鼠疫	(37)
第四章 透皮传染病	(40)
钩端螺旋体病	(40)
血吸虫病	(42)

第二篇 内科常见病

第一章 呼吸系统疾病	(45)
上呼吸道感染	(45)
支气管炎	(46)
支气管哮喘	(48)

大叶性肺炎	(49)
肺结核	(51)
矽肺	(57)
第二章 消化系统疾病	(58)
胃炎	(58)
急性肠炎	(59)
胃、十二指肠溃疡	(60)
胃神经官能症	(63)
门静脉性肝硬化	(64)
蛔虫病	(67)
钩虫病	(69)
第三章 循环系统疾病	(71)
风湿病	(71)
风湿性心脏瓣膜病	(72)
高血压病	(75)
冠状动脉粥样硬化性心脏病	(77)
心力衰竭	(79)
第四章 泌尿系统疾病	(83)
急性肾小球肾炎	(83)
慢性肾小球肾炎	(84)
肾盂肾炎	(86)
第五章 血液系统疾病	(88)
贫血	(88)
缺铁性贫血	(88)
再生障碍性贫血	(89)
白血病	(91)
急性白血病	(91)
慢性白血病	(93)
紫癜	(94)
原发性血小板减少性紫癜	(94)
过敏性紫癜	(95)
第六章 内分泌及新陈代谢疾病	(96)
甲状腺机能亢进	(96)
单纯性甲状腺肿	(98)
第七章 神经系统疾病	(99)
神经系统检查方法	(99)

面神经炎	(102)
坐骨神经痛	(103)
脑血管疾患	(104)
癫痫	(105)
神经衰弱	(106)
癔症	(108)
头痛	(109)
第八章 中毒性疾病	(111)
细菌性食物中毒	(111)
一氧化碳(煤气)中毒	(112)
有机磷中毒	(113)
第九章 小儿常见疾病	(115)
消化不良	(115)
支气管肺炎	(118)
佝偻病	(119)
小儿惊厥	(122)

第三篇 皮 肤 病

第一章 临床表现与诊断	(125)
第二章 皮肤病的治疗	(127)
第三章 皮肤常见病	(130)
荨麻疹	(130)
湿疹	(131)
药疹	(133)
接触性皮炎	(134)
稻田皮炎	(135)
皮肤霉菌病	(136)
脓疱病	(138)
核黄素缺乏病	(139)
银屑病	(140)
神经性皮炎	(141)
鸡眼、胼胝、跖疣	(142)
附录一 传染病的隔离	(153)
附录二 急性传染病的潜伏期、隔离期、检疫期	(155)
附录三 小儿常用药物剂量表	(158)

最高指示

疾病是苏区中一大仇敌，因为它减弱我们的革命力量。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

第一篇 传染病

传染病是严重危害人民健康和社会生产力的一大灾害。国民党反动派统治下的旧中国，疾病丛生，瘟疫流行，无数劳动人民被传染病夺去生命，造成了“千村薜荔人遗矢，万户萧疏鬼唱歌”的悲惨景象。解放后，在党和毛主席的英明领导下，广大群众热烈响应毛主席关于“动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平”的伟大号召，积极开展群众性的爱国卫生运动，迅速消灭了天花、鼠疫、霍乱等烈性传染病，其它各种传染病的发病率亦有明显下降，防治工作取得了很大成就，这是毛主席无产阶级卫生路线的伟大胜利。史无前例的无产阶级文化大革命，彻底摧毁了叛徒、内奸、工贼刘少奇的反革命修正主义卫生路线，使“面向工农兵，预防为主，团结中西医，卫生工作与群众运动相结合”的卫生工作方针，得到了进一步贯彻，传染病防治工作出现了新的跃进局面，正在为全面落实“备战、备荒、为人民”的伟大战略方针发挥积极作用。

部队特点是集体生活，流动性大，接触自然疫源地机会多，也是敌人施行生物战剂的主要对象。日、美帝国主义曾经对我国施行灭绝人性的细菌战，当前美帝、苏修又在积极准备对我国发动大规模侵略战争，我们“务必不要松懈自己的警惕性”。必须胸怀全局，立足本职，通过学习，切实掌握各种传染病的发生、发展和流行规律及其临床特点、诊断方法与防治措施，大力加强传染病的防治工作，更好地贯彻执行为部队服务、为战备服务、同时为农村服务的卫生工作方向和预防为主的方针，保障指战员身体健康，巩固和提高部队的战斗力，为中国和世界革命做出较大的贡献。

第一章 呼吸道传染病

部队常见呼吸道传染病有流行性感、流行性脑脊髓膜炎、流行性腮腺炎；麻疹、白喉、百日咳多见于小儿。

一、呼吸道传染病的一般流行病学特点：

传染源为病员或带菌（病毒）者。主要通过飞沫或污染的空气经呼吸道传播。病原菌对外界环境抵抗力较弱，但多有高度传染性，蔓延迅速，分布地区广泛，一年四季均可发生，流行多见于冬春。病后多能产生持久免疫力。

二、呼吸道传染病的一般预防措施：

（一）提高易感人群的抵抗力：加强平时的体育锻炼和耐寒锻炼，防止受凉；进行疫苗注射与流行时必要的药物预防。

（二）切断传播途径：经常晒被，保持室内空气新鲜。流行时应戴口罩，尽量减少大型集会。

（三）管理传染源：早期发现病员，及时隔离治疗。有密切接触者，应按潜伏期进行医学观察。带菌者应予药物治疗，如白喉、流行性脑脊髓膜炎的带菌者。

流行性感、（流感）

病原体为流感病毒，有高度传染性。流感病毒分为甲、乙、丙、丁四型，由于病毒经常发生变异，因此易发生流行，甚至造成世界性大流行。我国流行的多为甲型。传染源为病人。病毒存在于急性期病人的鼻涕、唾液与痰液中，经飞沫传播；但在人体外抵抗力很小，空气中只能生存1—2小时。人群普遍易感，各型病毒间无交叉免疫性，多流行于冬春两季。

【临床表现】

潜伏期1—2天。典型患者起病急，症状变化快，轻重差异大。病毒侵入机体后吸附在呼吸道上皮细胞内繁殖，由于毒素作用及坏死组织的吸收，引起全身中毒症状。先有发冷、发热、体温高达39—40℃。全身肌肉酸疼、头疼、眼球后疼，有时发生恶心、呕吐、疲倦、衰弱甚至虚脱。小儿可有惊厥。本病一般说来中毒症状较重，而上呼吸道症状轻，如仅有轻度干、咳、嚏、流涕、嗓子疼等。检查颜面潮红，结合膜和咽部充血，软腭可有点状红斑。如无继发性感染，则血中白细胞正常或偏低。无并发症者，多在3—4日内随体温的下降临床症状逐渐消退。全病程一般不超过7天，轻型者病程仅1—2天，症状亦不显著。

部分小儿病例可发生流感病毒性肺炎，起病后迅速出现呼吸困难、发绀，肺有实变和罗音，病情极为严重，需积极抢救。

小儿、年老体弱者易继发细菌性肺炎，此时原有症状加重，显著咳嗽，呼吸困难和

紫绀，肺部有干、湿性罗音。还可并发副鼻窦炎、扁桃体炎等。

【诊 断】

依据流行病学资料，典型症状（如起病急、高热、明显的全身中毒症状，以及与全身症状不相称的上呼吸道轻度感染现象），白细胞偏低或正常，淋巴细胞相对增高，鼻下甲印片可见大量柱状上皮细胞与原浆内嗜苯胺兰包涵体等，不难作出诊断。但流感的症状轻重不一，极易与其他疾病混淆，所以应遵循伟大领袖毛主席关于“必须注意它和其他各种运动形式的共同点。但是，尤其重要的，成为我们认识事物的基础的东西，则是必须注意它的特殊点”的教导，注意掌握流感的典型症状和一般规律，与伤风、麻疹、肺炎早期、疟疾等加以鉴别。

【预 防】

加强部队耐寒锻炼，增强机体对寒冷的适应性及对疾病的抵抗力。流行期间，应严格控制传染源，切断传播途径。尚可试用荆芥、薄荷、苏叶各二钱，水煎，早晚各服一次，或大蒜少许，以棉花包裹塞鼻，两鼻孔交替使用。

【治 疗】

一、立即隔离病人，多饮水，口腔保持清洁，发热头疼者给予复方醋柳酸，生姜汤，酸辣汤等。高热、中毒症状重者可静脉滴入5%葡萄糖盐水。

二、发热、头疼、无汗者，用午时茶一包煎服，每日二次；发热、有汗、口干、目赤者，用银翘解毒丸或羚翘解毒丸。亦可针刺风府，风池，发热加大椎，曲池，头疼加印堂，太阳。双侧耳背第一条血管放血，每侧3毫升左右，对退热、头疼效果较好。

三、如有继发性细菌感染，或小儿、年老体弱病情加重者可加用抗菌素。小儿流感病毒性肺炎的治疗参考小儿肺炎节。

流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎（流脑）为脑膜炎双球菌所引起，常于冬末春初散发或流行。传染源是病人及带菌者。病菌存在于患者及带菌者的鼻咽分泌物中，主要借飞沫传播。学龄前儿童及新战士发病率较高，集体单位需特别注意防止暴发流行。

【病程与临床表现】

潜伏期2—5天，流行时为1—3天，全病程一般分三期：

一、上呼吸道感染期：病菌侵入后于鼻咽粘膜繁殖。“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。”所以，多数人受感染后，侵入病菌即被机体消灭，不出现症状。部分人受感染后鼻咽粘膜充血水肿，炎性渗出，表现咽部干疼、喷嚏、头疼、发热。但多因机体产生防御反应而停止发展，仅少数由于局部或全身抵抗力减低，病菌侵入血流而发展为败血症。

二、败血症期：患者突然恶寒、高热、头疼、恶心、呕吐；并因微血管壁内皮细胞坏死，血栓或菌栓形成，血管周围出血及细胞浸润，故皮肤及粘膜可见针尖大小的出血点，并迅速发展为瘀点、瘀斑，严重者则转为暴发型败血症。病菌还可播散至邻近器官及脑组织，并发化脓性副鼻窦炎、中耳炎、脑脓肿等。颅内化脓性损害可使脑膜、蛛网

膜下腔粘连，造成脑积水和瘫痪。

三、脑膜炎期：此期病菌通过血脑屏障进入脑膜，引起脑膜发炎，颅内压增高，表现为头疼加重、呕吐、缓脉、血压增高、意识障碍，可有脑膜刺激征及病理反射。严重者脑实质亦发生炎症，血管损害及出血。如救治不当，1—2天内即可进入昏迷，直至呼吸、循环衰竭。

幼儿患者症状多不典型，常仅有高热、呕吐、腹泻、惊厥。脑膜刺激征不明显，典型者有皮肤瘀点及前囟突出。

毛主席教导：“离开具体的分析，就不能认识任何矛盾的特性。”为了进一步掌握“流脑”一般规律与矛盾各方的特点，以便给予及时正确的治疗，临床分为三个主要病型：

普通型：约占90%。起病突然，有发热、头疼、呕吐、颈项强直、口角疱疹、皮肤瘀点等，呼吸循环正常。如治疗不及时，2—3天内亦可转入昏迷。

暴发型败血症：目前一般认为是细菌性内毒素性休克所致。患者一般神志清醒，脑膜刺激征不明显，其突出特点是发病急骤，皮肤、粘膜广泛出血，瘀斑，四肢发凉，面色苍白，皮肤花斑，口唇紫绀，脉搏细速，血压明显下降等周围循环衰竭症状。病势凶险，如不及时救治，多在24小时内死亡。

暴发型脑膜脑炎：起病急，迅速出现高热，意识障碍，躁动、谵妄或昏迷。由于严重脑水肿，出血，引起颅内压急剧增高，甚至形成脑疝。表现为频繁呕吐，深度昏迷，强烈抽搐，脑膜刺激征及病理反射明显，瞳孔散大或两侧不等。视神经乳头水肿和静脉迂曲变粗，呼吸不整（点头或叹息样），甚至呼吸、心跳突然停止。

【化验检查】

一、血象：白细胞多在2万左右，有时高达4万以上，中性粒细胞明显增高。

二、脑脊液：浑浊，细胞数多在一千以上，多为脓细胞，蛋白增高，氯化物及糖（明显）减少，涂片或培养病原菌阳性。如据典型症状已可确诊者，即不必行此项检查。颅内压增高者检查时应慎重操作，取少量脑脊液检查即可，以防止脑疝发生。

三、皮肤瘀点涂片检查：消毒后用针挑破瘀点，涂片紫—红染色可找到病原菌。阳性率较高，操作方便安全。

【诊断与鉴别诊断】

根据流行季节，典型症状与阳性体征，白细胞增高，脑脊液化脓性改变及病原菌阳性，不难诊断。非典型病例，首先应与其它化脓性脑膜炎鉴别，如肺炎球菌、葡萄球菌、链球菌、流感杆菌等所引起者。单从一般症状、体征及脑脊液检查结果判断，二者不易区别。但后者起病较缓，多呈散发，常有原发感染病灶，瘀点较少，无疱疹，血及脑脊液可找到病原菌。其次，须与常见的中枢神经系统其他疾病鉴别。如表：

常见中枢神经系统传染病鉴别表

病名	病原	多发年龄	多发季节	主要特点	脑脊液检查			血液白细胞总数及中性细胞
					外观	细胞计数	生化检查	
流脑	脑膜炎双球菌	儿童及成人	冬春	①起病急； ②主要为脑膜刺激征及颅内压增高症状； ③瘀点瘀斑，口唇疱疹。	浑浊或脓性。	总数数千个以上，中性90%以上。	糖减少，蛋白明显增高。	明显增高
乙型脑炎	乙型脑炎病毒	10岁以下多见，成人较少。	夏秋多蚊季节	①突然高热、惊厥； ②意识障碍症状为主； ③肢体强直性痉挛。	澄清或稍浑。	50—500之间，早期中性高，以后淋巴高。	糖正常，蛋白轻度增高。	明显增高
脊髓灰质炎	脊髓灰质炎病毒	儿童	四季均可，夏秋为高。	①起病较缓； ②有发热、头痛、乏力、嗜睡、肢体疼痛、感觉异常等； ③病后1—6天出现肢体软瘫。	澄清	50—500之间，淋巴细胞增高。	糖正常，晚期蛋白增高。	正常或低
结核性脑膜炎	结核杆菌	多见于儿童	全年均有	①起病缓慢，多有结核病史或结核接触史； ②脑膜刺激征明显； ③有其它部位结核病灶。	清或微浑	常在200左右，少数可达500以上，分类淋巴细胞高。	晚期糖与氯化物减少，蛋白增高，可有薄膜形成。	轻度增高或正常

【预防】

一、按呼吸道传染病一般预防措施处理。

二、流行期间，密切接触者每日服磺胺噻唑及小苏打各2克，连服三日。或大青叶，板兰根各五钱，甘草三钱，水煎服，每日一剂。流行单位可用0.1%呋喃西林，或1%黄连素，或2%盐水，或4%磺胺嘧啶嗽口，咽部喷雾、滴鼻。

【治疗】

“流脑”病情变化快，对生命威胁较大，故一经初步诊断，必须争分夺秒立即治疗。当出现血压不稳，呼吸衰竭时，不宜远途后送或粗暴搬动，应立即就地组织抢救。

一、普通型“流脑”的治疗：

(一)一般治疗：加强护理，补充足量液体，防止和纠正酸中毒。昏迷者予以鼻饲。头疼剧烈，惊厥可用索密痛，水化氯醛，苯巴比妥钠等。

(二)轻型病例初期，可用银翘解毒丸。高热、头疼、颈项强直者，可用党参三钱，花粉五钱，梗米三钱，知母三钱，生石膏六钱，甘草一钱，每日一剂，连服数日；极重者如高热，深度昏迷，角弓反张，双眼凝视，上方石膏可加大3—4倍，知母加大一倍；频繁抽搐时加用全蝎、蜈蚣各一钱，钩藤、僵蚕各三钱。

针刺：百会、太阳、风池、曲池、合谷、足三里，高热者加委中，涌泉，十宣刺血；血压下降者加内关透外关。

(三)抗菌治疗：

1.磺胺药：常首选磺胺嘧啶（磺胺噻唑亦可），脑脊液中浓度可达血中的50—80%。剂量2克，每六小时一次，首剂加倍。同服等量小苏打。儿童150—200毫克/公斤体重/日，首剂用每日总量的 $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ ，口服或肌注；重症病例应静滴。用药期间注意补充足量液体，保持每日尿量1,200毫升以上。如有血尿、粒细胞减少及其他毒性反应，应减药或停药，血尿者给予小苏打或输入复方乳酸钠液。

2.青霉素：不易透过血脑屏障，需大剂量注射才能达到有效浓度。成人20—40万单位，每六小时一次，肌注。儿童酌减。可与磺胺药合用，一般不应作鞘内注射。

3.其他抗菌素：合（氯）霉素，适于小儿或重症病例，或青霉素、磺胺药无效者。成人1—1.5克（氯霉素剂量减半），每六小时一次；儿童80—150毫克/公斤体重/日。氯霉素可肌注或静滴。用时应注意出现粒细胞减少症。亦可口服或静滴四环素。

一般体温、脉搏正常，临床症状好转，脑膜刺激征减轻，即可停药观察。

二、暴发型“流脑”的抢救措施：

（一）迅速有效控制感染：常以磺胺嘧啶钠与青霉素合用，或并用合（氯）霉素与四环素，尤在继发感染或有合并症时。

（二）抗休克：

1.补充有效血容量，纠正酸中毒：重症患者入院后应即给予复方乳酸钠液10—20毫升/公斤体重，或4—5%碳酸氢钠4—6毫升/公斤体重。以后酌情用5—10%葡萄糖或5%含糖盐水，15—20毫升/公斤体重。但应注意防止输液过量过快引起合并症。

2.去甲肾上腺素：用2—4毫克加入5%葡萄糖液300毫升内，以每分钟20—30滴速度静脉滴入，调节维持收缩压在90毫米汞柱左右。效果不明显者可配合应用新福林等其他升压药，或改用阿托品。

3.阿托品疗法：用以缓解血管痉挛，改善周围循环与呼吸机能。尤其暴发型败血症，更应早期及时大剂量应用，效果较好。适应症为：（1）面色苍白，四肢厥冷，皮肤花斑者；（2）眼底血管痉挛者；（3）应用去甲肾上腺素无效者；（4）无过高热、频繁抽搐、血容量不足及心机能不全者。用法：一般30—50微克/公斤体重，亦有大至100—200微克/公斤体重。每5—15分钟一次，多用静注。待面色红润、周围循环好转、血压回升后即可延长用药间隔时间或减量。亦可用654—1或654—2，10—20毫克/次，小儿为0.2—2毫克/次。用法及注意事项同阿托品。

4.氢化考的松：成人100—200毫克/日，加入5%葡萄糖液内滴入。以后可口服或肌注醋酸考的松，25—50毫克，每六小时一次。儿童剂量酌减。

（三）脱水疗法（详见流行性乙型脑炎的治疗）。

（四）加强护理和一般支持疗法。可多次少量输血或血浆，尤其小儿患者。高热、惊厥和脑炎表现者予人工冬眠。心衰者可酌用洋地黄制剂。胃肠道出血可用止血剂。

“研究任何过程，如果是存在着两个以上矛盾的复杂过程的话，就要用全力找出它的主要矛盾。捉住了这个主要矛盾，一切问题就迎刃而解了。”在治疗“流脑”的每一个具体病例时，既要注意到各个临床类型的区别，又要注意到它们的相互联系，从多种复杂的现象中，紧紧抓住主要矛盾，只争朝夕，全力以赴，积极抢救，才能收到良好效果。

：急救手册（三）

麻 疹

由麻疹病毒所致。患者是唯一的传染源，主要借飞沫传播，常在冬春季流行，有高度传染性。患者多为6个月至5岁婴幼儿及未患过麻疹的成人。病后可获终身免疫，重复感染发病者极少。病毒在人体外生活力很低，在流通空气或日光下30分钟，55°C下15分钟即灭活，但在低温下可生存较久。

【临床表现】

潜伏期8—16天，平均10天。经用血清被动免疫后可延至3—4周。

一、前驱期：一般3—4天，病毒侵入鼻咽粘膜引起上呼吸道卡他炎症，出现发热、咳嗽、喷嚏、流涕、怕光、流泪、眼睑浮肿及结膜充血。发病第2—3天，两侧颊粘膜、牙龈、口唇粘膜可见麻疹粘膜斑（0.5—1毫米大小，黄白色，周围多有红晕），且迅速增加，并于1—2日内消失。

二、发疹期：此期病毒入血引起病毒血症，皮肤微血管充血水肿及细胞浸润。多于发病第4日开始先由发际及耳后出疹，1—2日内自上而下，由头面部渐向躯干、四肢蔓延，至肘、膝以下或手足心见疹即出齐。皮疹初为玫瑰色，后渐融合成暗红色斑丘疹，疹间皮肤正常，发疹极期一切症状加重。

三、恢复期：皮疹出齐后，依出疹先后顺序逐渐消退，无并发症者一切症状随之减轻，皮疹呈糠皮样脱屑，遗留暗褐色色素沉着斑。

成人麻疹中毒症状较重，经预防注射者病程及症状可不典型。

【并发症】

麻疹患者多为婴幼儿，因机体抵抗力很弱，易发生并发症，死亡率较高。因此，应该以白求恩同志为榜样，对工作“极端的负责任”，细致观察病情变化。如发疹中途，皮疹突然隐退，手足发凉，面色苍白，脉搏细速（160次/分以上）肝脏进行性增大，示有循环不良；如呼吸困难，鼻翼煽动，紫绀，肺部罗音，示已并发肺炎；如声音嘶哑，进食呛咳，吸气时胸骨上窝、锁骨上窝及剑突下窝凹陷（“三凹”征），示有喉炎存在；其他如脑炎，中毒性心肌炎等亦非罕见，均应力争早期发现早期处理，这对减少死亡率有重要意义。

【诊断和鉴别诊断】

凡未患过麻疹者，近有麻疹接触史、上呼吸道卡他症状、典型皮疹及麻疹粘膜斑者即可确诊。但是，“研究问题，忌带主观性、片面性和表面性。”比如：麻疹的前驱期与“上感”很难区别；麻疹粘膜斑与鹅口疮亦易混淆；多种疾病均有皮疹，须注意鉴别。常见皮疹性疾病有：

一、风疹：多发烧一天即出疹，大小不一，1—2天出齐，3—4天消退，无色素沉着及脱屑，全身症状较轻；如耳后、颈后及枕部淋巴结肿大，则有助鉴别。

二、幼儿急疹：突然高烧，持续39—40°C，3—5天后热退疹出为其特点。无上呼吸道卡他症状，皮疹1—2天退尽，不留色素斑。

三、猩红热：溶血性链球菌引起，突然高热、咽痛。1—2天后全身出现弥漫性充血

疹，压之退色，疹间无正常皮肤。有口周苍白圈及杨梅样舌，咽峡炎，扁桃体红肿等。青霉素治疗有效。

四、水痘：按丘疹→疱疹→结痂顺序出疹，呈向心性分布，同一时期可见各期皮疹。疱疹囊透明，周围有红晕，偶见脐凹。

【预防】

一、隔离和检疫：严密隔离至出疹后5天，如有并发症应适当延长。儿童集体单位接触者，自接触后第八日起隔离至第21日；未行免疫措施者应隔离至28日。

二、自动免疫：六个月以上易感儿，每次皮下注射麻疹减毒疫苗0.2毫升，一周后部分小儿可引起轻型麻疹而免疫。如接种后2—3天注射胎盘球蛋白2—3毫升，可致不显性感染而获免疫。麻疹减毒疫苗，是在毛主席关于“自力更生”的伟大教导下，我国自行研究生产的，经应用效果良好，近几年已基本控制了麻疹的大流行，这是毛泽东思想的伟大胜利。

三、被动免疫：成人血清20—40毫升，或胎盘球蛋白0.5毫升/公斤体重，或丙种球蛋白0.1—0.3毫升/公斤体重，肌注。接触后四天注射可防止发病，免疫效果可维持3—4周，超过8天注射，免疫效果很差。

【治疗】

一、一般对症治疗：

（一）良好护理，减少并发症的发生，是麻疹治疗成败的关键。因此，我们应遵照毛主席关于“好好的保育儿童”的教导，以极端负责的精神，细心照顾患儿；并要求做到房室清洁，空气湿润新鲜，避免直接吹风和强光刺激，适当保暖，保持眼、鼻、口腔清洁。

（二）发热40℃以上者，酌情给予少量退热剂，忌用冷水、酒精擦浴。

（三）疹发不透可针刺外关、合谷、曲池。或用芫荽（香菜）一大把，适量水煮沸，稍冷后擦遍全身。或用银花四钱，连翘三钱，牛蒡子一钱半，鲜芦根一两，水煎服，每日一剂。亦可用可拉明0.375克加入10%葡萄糖液100—150毫升内静滴。

（四）出疹不利或骤然隐退者，荆芥一钱，牛蒡子两钱，桔梗一钱，玉金八分，紫浮萍一钱，桑叶三钱，蝉衣、甘草各八分，生山楂二钱，水煎服。

二、并发症治疗：

（一）肺炎：可因麻疹病毒所致，亦可由于继发或混合感染，为麻疹的主要死亡原因，须及时妥善处理，如氧气吸入，抗菌治疗等。（详见小儿肺炎节）

（二）心血管机能不全：宜早期应用洋地黄药物，使快速洋地黄化。可给予毒毛旋花子苷K0.007—0.01毫克/公斤体重/每次，加入25%葡萄糖20毫升中缓慢静注，4—24小时后效果不明显者可重复一次。明显循环衰竭、血压低下者可用去甲肾上腺素。

（三）喉炎：蒸气吸入或增加室内湿度，加用抗菌素，酌情采用维生素C及氢化考的松。针刺天突，合谷亦可。有呼吸道阻塞者应酌情行气管切开。

流行性腮腺炎

流行性腮腺炎（俗称痄腮），为病毒所引起的以腮腺非化脓性发炎、肿痛为特征的急性传染病。传染源为病人，经飞沫传播，多见于小儿和青少年，冬春季发病率较高，

病后可获永久性免疫力。

【临床表现】

潜伏期2—3周。多无前驱症状，少数患者先有发热、头疼、周身肌肉酸疼、食欲不振等，持续1—2天后，先见一侧腮腺呈弥漫性肿大，继之很快波及对侧；亦有两侧同时肿大者。肿处疼痛，但局部红、热轻微。张口受限，咀嚼干燥及酸性食物时疼痛加剧。肿大腮腺有触痛，似触海绵、橡皮样弹性感，腮腺管口红肿。在腮腺高度肿胀时，患者高烧，周身症状加重。肿胀一般在4—5天后逐渐消退，全身状况亦随着好转。全病程为7—12天，病程中白细胞正常或偏低。

个别病例可合并或单独出现颌下腺，舌下腺受累。并发睾丸炎者约占男性成人病例20%，少数并发脑膜炎、卵巢炎、乳腺炎、胰腺炎等。

【诊断】

根据流行病学情况，临床症状，肿痛，腮腺管口红肿，白细胞计数偏低等可以诊断。但应与颈淋巴结炎，化脓性腮腺炎相鉴别。

【预防】

严密隔离病人至症状消失，密切接触者应观察三周，其他措施同呼吸道传染病。

【治疗】

一、“中国医药学是我国人民几千年来同疾病作斗争的经验总结。”我国勇敢勤劳的劳动人民积累有丰富的防治疾病的经验，仅腮腺炎的治疗，就有许多简单有效的方法，现介绍一些验方、偏方供参考。

（一）内服药：

- 1.大青叶（或根）二两，加水1,000毫升，煎至400毫升，每次服100毫升，一日四次，连服三天。并发睾丸炎时上方加川楝子三钱，小茴香二钱，桔梗三钱。
- 2.并发脑炎者，可用紫草1—2两煎服，每日一剂。
- 3.大青叶、板蓝根各五钱水煎，一日分两次服。

（二）外敷药：

- 1.取蚯蚓若干条，漂去泥土，放碗内加白糖，待蚯蚓自行溶化后取其液涂患处。
- 2.大葱白四寸、白糖、白矾各一两捣成糊状敷患处，一日一次。
- 3.蛤蟆皮外敷，仙人掌捣烂外敷均可。

（三）新针疗法：取穴：（1）大迎斜刺透颊车、合谷。（2）医风、外关。二组交替使用。发热者加曲池，并发睾丸炎时加太冲。

（四）耳针：主穴：腮腺、内分泌。配穴：颊、皮质下。

二、注意口腔卫生，多饮水，腮腺肿疼可酌情给予局部冷敷或热敷，高烧、头疼时给予复方醋柳酸，并发睾丸炎时用丁字带将阴囊托起，局部冷敷，卧床休息。惊厥者给予镇静剂，苯巴比妥钠0.1克，肌注；或10%水化氯醛10毫升，口服。

百 日 咳

为百日咳嗜血杆菌引起的儿童急性传染病。传染源为病人，借飞沫传播，传染性很

强，一般病后六周内均有传染性。冬春季易流行，2—4岁小儿发病较多，10岁以上少见。

【临床表现】

潜伏期7—10天，全病程约6—10周，分三个阶段：

一、侵入期（上呼吸道感染期）：约7—10天，自起病至出现痉挛性咳嗽时止。症状类似伤风，唯咳嗽逐日加重，且夜间厉害。

二、痉咳期：约5—6周，呈阵发性痉挛性咳嗽，夜间加剧。一咳就连续不断十几声至数十声，直至需吸气时方停片刻，后可多次连续发作，待咳出大量粘痰或呕吐为止。每次痉咳吸气时，因气流通过痉挛狭窄的声门，产生高音调鸡鸣样回音，为本病特点。痉咳发作时，病人表情痛苦，涕泪交流，面色青紫，颈静脉怒张，舌外伸而卷曲。常有眼睑浮肿，舌系带溃疡。体弱婴儿可因缺氧而发生窒息与惊厥。此期最易诱发肺炎。

三、恢复期：约1—2周。痉咳逐渐停止，病儿慢慢恢复。

营养不良和一般健康情况较差的婴幼儿，可并发支气管肺炎、中毒性脑病，常为本病的死亡原因。因此，应当以“完全”、“彻底”和两个“极端”的精神，高度的革命责任心，积极防治并发症。

【诊断】

根据阵发性痉咳，鸡鸣样回音，舌系带溃疡等典型临床表现，结合流行病学，接触史，白细胞计数（常达2万以上，淋巴细胞占60—80%），即可诊断。有条件时可做细菌培养。并注意与支气管炎、肺门淋巴结核、伤风等鉴别。

【预防】

三个月以上至九岁的小儿应接种百日咳疫苗，第一次0.5毫升，第二、三次各1毫升，间隔为7—10天，以后隔1—2年或有感染可能时注射加强量1毫升。隔离病人自痉咳出现后30天，接触者观察20天。

【治疗】

一、一般治疗：室内空气新鲜，避免引起痉咳的各种刺激因素。咳嗽重者可给予棕色合剂、氯化铵等，氯丙嗪、异丙嗪能解痉镇静，减轻症状。惊厥者给予苯巴比妥钠或水化氯醛。缺氧者给予氧气吸入。

二、抗菌治疗：氯霉素、金霉素早期应用好，25—50毫克/公斤体重/日。如出现白细胞减少，可改用链霉素0.25—0.5克/日。疗程均为7—10天。

三、新鲜鸡苦胆（或猪苦胆）挤出胆汁，加入白糖制成糊状，乳儿每日三次，三日服完一个；1—2岁二日服完一个；3—5岁每日服完一个。

四、百日咳饮：百部二钱，沙参三钱，川贝一钱，白前二钱，用一茶杯水煎至半茶杯，一日分数次服完，连续3—5天。

五、火罐：颈背部拔瘀血罐，1—2日一次，10次为一疗程。

六、针刺天突、定喘，亦可点刺四缝挤出黄水，间日一次。