

目 录

急性血吸虫病病案讨论·····	1
流行性乙型脑炎病案讨论(一)·····	7
流行性乙型脑炎病案讨论(二)·····	15
猩红热病案讨论·····	22
思考病案	
主诉：持续发热、精神不好 20 多天·····	28
综合评述：急性粟粒型结核、结核性脑膜炎的诊断	
和处理·····	30
菌痢病案讨论·····	37
中毒型菌痢病案讨论·····	43
病毒性肝炎治验分析·····	49
“黄疸待查”病案讨论·····	53
慢性肺原性心脏病病案讨论·····	57
慢性肺原性心脏病急性加重期的中西医结合治疗	
病案讨论·····	65
急性肾炎合并心力衰竭病案讨论·····	73
慢性肾盂肾炎验案·····	81
脑出血病案讨论·····	87
中西医结合治疗胆石症病案讨论·····	93
中西医结合治疗胆道蛔虫症病案讨论·····	102
急性一氧化碳中毒并发挤压综合征病案讨论·····	107
思考病案	
主诉：关节痛伴低热二年多，腰痛、浮腫二年多，	

近十日来尿少、频繁呕吐	114
综合评述：浅谈全身性红斑狼疮的诊断和处理	116
过敏性紫癜病案讨论	125
丹毒治验分析	131
阑尾脓肿病案讨论	135
王渭川老中医治疗慢性盆腔炎医案分析	139
宫外孕病案讨论	144
子宫破裂病案讨论	151
思考病案	
主诉：腹部胀痛近二年，间歇性呕吐三个月	157
综合讨论：胃癌的诊断	159

急性血吸虫病

病案讨论

上海寄生虫病研究所

病历摘要

患者张××，女，35岁，工人。因发热、腹泻、咳嗽20余日，于1972年7月25日住院。患者于20多天前突有畏寒、发热，体温每日临晚升至高峰，半夜自退，退时伴有大汗，每天发作，持续至今。同时伴有轻度咳嗽、腹痛及腹泻，无里急后重。入院前一周每天解稀大便2~3次，曾连续服合霉素5天未见效。以后又服黄连素等多种药物都无效。患病以来胃纳减退。

患者过去身体健康。同年5月下旬曾到沿江浅水芦滩上采苇叶三次，每次约2~3小时。回家后下肢有痒感，并见有少数红色小疹子，二天后自愈。

体格检查：体温39°C，脉搏84次/分，呼吸22次/分。急性病容，消瘦，神志清楚。无黄疸或皮疹。口干，舌苔厚。颈软。心、肺听诊无异常。腹略胀，左下腹有轻度压痛，肝大右肋下2横指，剑突下4横指，质软，有压痛，脾刚触及。

实验室检查：红细胞计数300万/立方毫米，血红蛋白8克%；白细胞计数10,000/立方毫米，中性粒细胞65%，淋巴细胞20%，嗜酸粒细胞15%。血涂片未找到疟原虫。伤

寒凝集反应 (O)1:80、(H)1:80。肝功能试验除脑磷脂胆固醇絮状试验(+)外,其他均在正常范围内。小便常规阴性。大便呈棕色稀便,镜检有蛔虫卵,孵化三次,最后一次发现毛蚴。

住院后给予一般支持疗法及对症处理。一周后开始口服呋喃丙胺,服后第五天起体温开始下降,于第九天降至正常。一般情况大有好转,顺利完成呋喃丙胺疗程。共住院1个半月。出院时嘱患者必须定期送大便到附近血吸虫病防治组进行检查。如大便检查血吸虫卵仍为阳性,即到治疗组进行治疗。

临床讨论

本例患者有血吸虫感染已经大便孵化证实,但仅是一例血吸虫病还是一例无症状的血吸虫感染同时又患其他疾病,应加以鉴别诊断。从本病例病史、症状、体征和实验室检查结果等分析,本病例是一典型的急性血吸虫病:(1)患者在发病前一个多月的5月下旬,曾到流行区浅水滩采苇叶,这种地区性及季节性(在感染季节接触疫水)很有诊断价值。采苇叶时下肢停留在静水中时间较长,又增加了感染机会。回家后下肢有痒感,并见到红色小疹子(系尾蚴侵入皮肤时引起),对诊断也有一定帮助;(2)从易感性来说,接触疫水的人均有感染可能,但是否出现急性感染症状,则决定于感染度和免疫力(血吸虫病人只有部分的或者不完全的免疫力)。此患者平时不接触疫水,是无免疫力的初次感染者。对初次感染者,甚至短时间的接触疫水或者仅有一次在流行区河水中洗手、洗脚,甚至赤脚在有露水的草地上行走不到一小时,亦可患急性血吸虫病;(3)本病例以发热为突出症状,发病急

骤，出现于接触疫水后一个多月，是符合一般急性血吸虫病的潜伏期（36~45天）；(4)发热为间歇型，上午开始逐渐上升，临晚达高峰，半夜自退，退时伴有大汗，也是急性血吸虫病最常见的一种热型（占45.9%）。急性血吸虫病如未予有效治疗，发热一般都在一个月以上，个别有达一年的；(5)腹泻、咳嗽、食欲减退等也是急性血吸虫病的常见症状。因为血吸虫的感染，虫卵的损害，使肠道、肺部均有病变出现。但虫卵主要沉积在肝脏，所以肝肿大较普遍，本病例肝脏明显肿大并有压痛。而且一般情况下50%急性血吸虫病例有明显脾肿大（系虫卵毒素刺激引起）；(6)白细胞计数为10,000/立方毫米，略偏高，而嗜酸粒细胞为15%，增高显著，是急性血吸虫病的特点，对诊断有一定价值，对预后有重大意义。个别病人嗜酸粒细胞有高达90%，白细胞计数达50,000/立方毫米者。如果嗜酸粒细胞增高不显著，表示机体抵抗力降低，预后严重；(7)本病例肝功能试验除脑磷脂胆固醇絮状试验弱阳性外，余在正常范围。一般急性血吸虫病除锌浊度试验阳性外，其他多属正常，可与病毒性肝炎区别；(8)大便孵化是决定性的诊断。本病例第三次孵化时出现阳性，因为大便孵化受到很多因素的影响，所以任何可疑病例都要经过多次孵化。同时，为避免未成熟卵及死卵不能孵出而漏诊，最好用沉淀法及孵化法同时进行。总之，本病例从地区性、季节性、易感性、潜伏期、临床表现、实验室检查等分析，均符合急性血吸虫病的诊断，且经大便孵化阳性证实。但是，急性血吸虫病是全身性疾病，可影响机体的多个系统、多个器官，且感染轻重不一，病程早晚不同，机体反应有差异，所以临床表现较为复杂，虽然它有较典型的临床表现，但仍极易与其他发热性疾病混淆，甚至误诊而失去

早期治疗的机会。因此，对易相混淆的发热性疾病应细加鉴别。

伤寒：本病例长期发热，伤寒凝集反应菌体抗原(O)、鞭毛抗原(H)凝集价都是1:80，发病于夏季，似可疑为伤寒。但根据本例患者的特殊临床表现可与伤寒鉴别：(1)发病早期曾服用合霉素毫无效果；(2)伤寒热型一般是第一周逐渐上升，第二、三周呈稽留型高热，第四周热度上下波动并逐渐下降。而本病例发病急骤，开始即呈间歇热型，与伤寒不同。患者热退后有大汗，亦非伤寒病人所常见；(3)伤寒凝集反应凝集价在1:80以上时为伤寒的特异诊断，但急性血吸虫病例，在早期也可出现阳性反应，个别有高达1:1,280，出现阳性反应者有时占5%病例。但在急性血吸虫病伤寒凝集反应的凝集价无逐步增高的趋势，而在伤寒病人则随病程发展而逐步增高，此点极为重要；(4)本病例白细胞计数略偏增，而伤寒病例白细胞计数多下降。至于嗜酸粒细胞的增高可以排除伤寒，因为伤寒病人嗜酸粒细胞减少或消失，如果嗜酸粒细胞在5%以上时就可不必考虑伤寒。但是个别感染极重的危重急性血吸虫病人亦可出现白细胞计数降低和嗜酸粒细胞不增高甚至消失者，必须加以注意。本例病情不重，属中型急性血吸虫病，亦无明显的毒血症症状，如伤寒病的意识淡漠、嗜睡、谵妄等症状，均有别于伤寒。临床上偶而可碰到同一病例同时患有上述二种疾病，给诊断和治疗都带来困难，一般病程甚长，久治不愈。

结核病：尤以粟粒型肺结核高热，可能酷似急性血吸虫病。但多伴有盗汗、虚弱、咳嗽、口唇紫绀等，白细胞不增高，X线胸片可见典型的弥漫性细小均匀的粟粒阴影，痰中可找到结核杆菌。本病例只有微咳，肝明显肿大及压痛，嗜

酸粒细胞增高，大便孵化阳性，均为急性血吸虫病的有力依据。另外，急性血吸虫病人的X线胸片也可有粟粒状、片状阴影等改变，此点在临床上应加注意。

疟疾：本例发热为间歇型，并有畏寒，热退时有大汗，与疟疾症状甚为相似。但本病例发热时间较长，血涂片未见疟原虫。同时，疟疾发作时白细胞计数降低，嗜酸粒细胞不高，肠道症状和中毒症状均少，也与本病例不符。

败血症：本病病情比较危急，有高热、关节酸痛等全身中毒症状，皮肤和粘膜可出现瘀点，中性粒细胞显著增高，一般病例可找到原发病灶如皮肤破伤等，血培养可分离出病原菌，这些特点是本病例没有的。另外，用合适的抗菌素及时进行治疗可控制症状，而抗菌素对血吸虫病则无效。

除上述几种疾病外，肝脓肿、风湿热、乙型脑炎以及钩端螺旋体病等，在某种情况下也可与急性血吸虫病相混淆，也要加以注意。

最后，关于治疗方面简单谈几句。急性血吸虫病预后严重，转归决定于治疗的早晚和治疗的效果，应该争取早诊断、早治疗和有效治疗。原则上应先控制主要症状，并采取各种支持疗法，如补充热量、液体和电解质、维生素等。对重型患者亦可用皮质激素类药物以改善症状。在一般症状改善后继之进行杀虫治疗。呋喃丙胺对急性血吸虫病有良好的退热作用，也有一定的杀虫作用，并且使用方便，亦较安全。大多数急性血吸虫病在诊断确定后即可服用此药。成人每天2.5~3.0克（60毫克/公斤体重/天，不超过3克），分3~4次口服，疗程14~20天。一般病例服药后一周左右体温即可降至正常。为了减轻反应，头1~2天的剂量减半。对某些病情较轻、一般情况较好的患者，虽未用呋喃丙胺而体温

已正常的，也可试用小剂量锑剂长疗程疗法。在使用时必须严密观察，治疗完毕后仍须定期随访。用呋喃丙胺治疗的病例，在治疗后大便沉淀、孵化发现阳性时，即可采用锑剂20天疗法。已用过锑剂治疗的病例要在治疗后6个月以上再予锑剂治疗。

在伟大领袖毛主席《送瘟神》光辉思想照耀下，当前我国血吸虫病防治工作形势一派大好。遵照毛主席关于“一定要消灭血吸虫病”的指示，在党的领导下，依靠群众，血吸虫病防治工作取得了极其伟大的成绩，许多地区已经达到基本消灭，急性血吸虫病已经成为罕见病之一。除害务尽，因此没有彻底送走“瘟神”的地区务须再接再厉，严防死灰复燃的可能性。在血吸虫病流行区，对于偶而出现个别急性血吸虫病的情况，要提高警惕，加以重视。

（陆颂慈 整理）

流行性乙型脑炎

病案讨论(一)

北京第二传染病医院

病历摘要

患者男, 16岁。因发热、头痛三天, 呕吐三次, 于1972年8月23日上午十一时住院。

现病史: 患者于8月21日开始发热, 体温 38°C 以上, 伴有头痛、精神不振、食欲减退。曾用解热镇痛药、青霉素及链霉素等治疗均未奏效, 且发热渐高达 39°C 以上, 嗜睡, 头痛加剧。病后进食甚少, 未大便。无抽风。无明显流涕、咳嗽、咽痛等症状。8月23日晨诉头痛欲裂, 并呕吐胃内容物三次, 最后一次呈喷射状, 时有谵语。至上午遂往某医院急诊, 灌肠大便检查正常。脑脊液检查: 外观无色透明, 压力182毫米水柱, 细胞计数360/立方毫米, 白细胞356/立方毫米, 中性粒细胞80%, 淋巴细胞20%, 蛋白质60毫克%, 糖77毫克%, 氯化物680毫克%。诊断为流行性乙型脑炎, 即转来我院。

患者既往身体健康, 从未接受过乙脑预防注射, 居住附近有散发乙脑病人。

体格检查: 体温 39.5°C , 脉搏100次/分, 呼吸30次/分, 血压140/70毫米汞柱。发育、营养一般, 神智恍惚, 烦躁。面色苍白, 肢端稍凉, 皮肤未见出血点。瞳孔双侧等

大、等圆，对光反应灵敏。无唾液腺肿大，咽部轻度充血。颈明显抵抗。心率较快，无杂音，肺未见异常。腹软，肝脾未触及。腹壁、提睾及膝反射均阳性，提腿试验阳性，划跖试验阴性。四肢肌张力不高。舌苔白，舌质红。

末梢血白细胞 24,700/立方毫米，中性粒细胞 84%，淋巴细胞 16%。

胸部透视：肺部正常。

诊断：流行性乙型脑炎（中型）

住院及治疗经过：

入院后患者体温持续上升至 40°C 以上，烦躁与嗜睡交替，时有喊叫甚至躁狂。喷射性呕吐一次。意识障碍逐渐加深，当夜呈浅昏迷状态。血压 150/90 毫米汞柱，四肢阵阵发紧，并惊厥二次。瞳孔对光反应减弱。住院后给予鼻饲中药脑炎 I 号（见后），先后加大黄、麻仁通便。并用物理降温（温水擦身、温酒精擦身），鼻饲复方阿斯匹林，肌肉注射复方氯丙嗪 25 毫克。室内勤洒冷水，使室温降至 25°C 以下，患者体温维持在 38.5°C 以下。同时，先后鼻饲 10% 水合氯醛 15 毫升，肌肉注射乙酰普马嗪 20 毫克，以止惊。静脉滴注氢化可的松 200~300 毫克/日。入院后于 30 分钟内静脉注射 50% 山梨醇 100 毫升，4 小时后又静脉注射 20% 甘露醇 250 毫升，夜间病情加重后又静脉注射一次，以治疗脑水肿。经上述治疗后，患者较安静，血压降至 120~130/70 毫米汞柱，肢体发紧明显减轻，但不能巩固。

住院第二日（8 月 24 日），患者昏迷加深，发热 39°C 左右，四肢肌张力持续增高，上肢内旋，划跖试验双侧阳性，血压 170/100 毫米汞柱。瞳孔对光反应消失，右侧瞳孔比左侧大，双侧眼球向下沉（“落日眼”），有时向外斜。呼吸 36

次/分，变浅，偶有双吸气 1~2 次/分。唇周、指端发绀。咽部少量积痰，能咳出。即鼻管给氧，先后经静脉输液瓶小壶内滴入山梗菜碱二次，每次 3 毫克。并针刺人中、素髻。中药改为脑炎Ⅱ号（见后），加入参三钱、冰片二厘，鼻饲。因出现脑疝，迅速以尿素 30 克用 25% 山梨醇稀释至 100 毫升，静脉注射。经以上治疗后，血压渐降至 130~140/80 毫米汞柱，呼吸正常，瞳孔等大，但仍呈“落日眼”。4 小时后再静脉注射 20% 甘露醇 250 毫升，7 小时后又静脉注射 50% 山梨醇 120 毫升，血压渐正常，肌张力基本正常，“落日眼”及紫绀消失。当天经用甘油 20 毫升灌肠后，患者排出大量粪便。

8 月 27 日（第七病日），患者体温 38°C 左右，经常出微汗，昏睡，对刺激有反应，能咽少量水，呼吸平稳，停止氧气吸入。但有时仍有阵阵烦躁，血压、肌张力时有增高，以 25% 山梨醇 250 毫升于半小时内静脉注射，共二次（间隔 10 小时）。

8 月 28 日，患者神智全清，精神和记忆力尚差，深、浅反射均正常，无病理反射，停用激素。

8 月 29 日，患者体温正常，颈抵抗消失，血白细胞 6,900/立方毫米，中性粒细胞 75%，改服中药脑炎Ⅲ号（见后）。

9 月 2 日，痊愈出院。

讨 论

一、诊断

本例患者诊断为流行性乙型脑炎（简称乙脑）有以下几项根据：

1. 患者于夏季乙脑流行季节发病，其居住地区附近有乙脑散发病人，过去未接受过乙脑预防注射。

2. 感染中毒症状较明显，如有高热，精神、食欲甚差，三日来病情逐渐加重；神经系统的表现为意识障碍逐渐加深，脑膜刺激征阳性；有颅内压增高的表现，如剧烈头痛，喷射性呕吐，烦躁，血压升高，肌张力增高等。以上均符合乙脑临床特点。

3. 第三病日末梢血白细胞及中性粒细胞计数增高，脑脊液检查符合乙脑改变。

住院后当日夜间至第二日，患者颅内压增高症状加重，出现颞叶海马钩回疝的症状：(1)昏迷加深；(2)双侧瞳孔不等大；(3)早期呼吸衰竭：呼吸浅而快，节律不整，紫绀。说明病情又有加重，诊断为乙脑（重型）。

二、鉴别诊断

患者 16 岁，夏季发病，高热，头痛，呕吐，意识不清，应与下列疾病鉴别：

1. 中毒型痢疾：中毒型痢疾患者多于发病 1~2 日内发展为循环衰竭或呼吸衰竭，但脑膜刺激征不明显，脑脊液基本正常。本例患者中毒症状虽严重，但病情发展不如中毒型痢疾迅速，且有明显的脑膜刺激征及脑脊液异常。灌肠作大便检查正常，故可排除中毒型痢疾。

2. 化脓性脑膜炎：多见于冬、春季。脑脊液混浊，白细胞计数多在 1 千至数万，中性粒细胞 90% 以上，糖定量减少，蛋白量增长常与细胞数增高平行。多数患者有皮肤、耳、鼻窦或肺的细菌感染病灶。本例患者夏季发病，其主要症状虽与化脓性脑膜炎相似，但无呼吸道感染的表现，其发热与昏迷的轻重是平行的，而与脑脊液变化程度无关。不论

是否用抗菌药物，乙脑患者的脑脊液白细胞分类均有其发展规律，约于第五病日后以淋巴细胞占优势，末梢血中性粒细胞无明显核左移及中毒性颗粒。故可排除化脓性脑膜炎。

3. 结核性脑膜炎：少数病例发病急骤，病初其主要表现与乙脑不易区分，但其意识障碍大多发生于七至十天以后，脑脊液呈毛玻璃样，白细胞分类以淋巴细胞为主，糖及氯化物定量低，蛋白质高，可找到结核菌。患者多有结核病史或接触史，结核菌素试验阳性，肺部多有结核病灶。本例患者于第三病日即昏迷，病初脑脊液白细胞以中性粒细胞为主，糖及氯化物定量正常，均不符合结核性脑膜炎的特点。

4. 其它病毒脑炎或脑膜炎：一般病情较乙脑为轻，极少发生呼吸衰竭或瘫痪。脑脊液白细胞分类以淋巴细胞为主。末梢血白细胞及中性粒细胞计数多正常或稍低。根据以上分析，本例不符合上述疾病。

三、治疗及护理

本例患者入院时为疾病初热期，除有高热外，尚有颅内压增高的早期表现，因此应抓紧处理，防止病情进一步恶化：

1. 高热的处理：病初发热可反映乙脑病变的轻重。因高热加重脑缺氧，促进脑水肿，增加神经系统的损害及后遗症，因此应积极而适当地降温。其治疗方法为：(1)鼻饲清热解毒、芳香化浊的脑炎Ⅰ号（用于轻、中型即卫分型、气分型）：贯众一两，大青叶一两，生石膏一两，知母三钱，钩藤五钱，鲜藿香五钱（后下），鲜佩兰五钱（后下），六一散六钱。由于中药清热解毒的作用较为缓和，为了增强退热作用，可配合物理降温和给予适量解热镇痛药，并同时降低室温。必须勤试表、勤降温，将患者体温维持在 38.5°C 以下

(因体温降低太多时出汗增多, 易引起虚脱); (2)通便。大便解出后对退热有好处, 患者虽入院前灌肠一次, 但排便不多。入院后用过大黄、麻仁, 次日于下腹摸到粪块, 当时患者昏迷加深, 不能自行排便, 用甘油保留灌肠后解出大量粪便; (3)关于肾上腺皮质激素在乙脑的应用, 临床上尚有意见分歧。一般认为激素可用于中型偏重者, 于第三、四病日应用, 疗程不超过七日, 及时停用, 以减少其副作用, 如无细菌感染, 一般不用抗菌素。因本例患者病情迅速发展, 为减轻中毒症状及脑水肿, 协助退热, 以期减轻病情, 缩短疗程, 曾应用氢化可的松五天, 效果尚称满意; (4)耐心、细致的护理是很重要的。勤翻身, 保持皮肤、粘膜清洁, 以免褥疮的发生, 勤吸痰, 保持呼吸道通畅, 预防肺炎等的发生, 都是减少或避免并发症、缩短疗程的有效措施。

2. 颅内压增高的处理: 颅内压增高的程度, 反映了乙脑病变的轻重, 其发展速度说明病情变化的快慢。本例患者入院时颅内压增高的表现已比入院前明显加重, 在院外作过腰椎穿刺, 可能促进脑疝形成, 更应提高警惕。目前治疗颅内压增高仍以脱水药物疗效较迅速、满意, 在应用过程中要注意: (1)必须严密观察病情变化, 脱水药物的用量及间隔时间, 应根据患者的具体情况来决定, 不可硬性规定; (2)脱水药物的种类及注射速度, 应根据颅内压增高的程度来选择。一般常用 25~50% 山梨醇 1~1.5 克/公斤体重/次, 或 20% 甘露醇 1 克/公斤体重/次, 于 30 分钟左右静脉注射。如发现脑疝的早期表现时, 应迅速用作用较强的脱水药物, 如 30% 尿素 (可用 25% 山梨醇稀释, 以减少其反跳及副作用) 0.5~1 克/公斤体重/次, 或 20% 甘露醇 1.5~2 克/公斤体重/次, 于 30 分钟内静脉注射。在严密观察下, 及时应用脱

水药物，完全可以避免脑疝的继续发展及呼吸停止；(3)脱水药物应用的疗程及总次数亦应因人而异。乙脑病人明显脑水肿主要发生于第3~7病日，但极少数病人在此后仍可再次出现明显的颅内压增高的表现，故脱水药物应用至颅内压增高的症状稳固消失；(4)用脱水药物后，患者尿量明显增加，液体入量（经肠胃道及输液）与出量应基本相近，适当地增加钠盐及钾盐的供给，避免脱水及周围循环衰竭。

本例患者于住院当日夜间至次日，病情迅速加重，由中型转入重型。此时的治疗措施除继用以上治疗方法外，尚应围绕脑疝的问题作处理：

1. 将中药改为清热、养阴、开窍的脑炎Ⅱ号（用于重型、极重型即气营分型、营血分型）：贯众一两，大青叶一两，生石膏二两，知母三钱，水牛角二两，元参三钱，麦冬三钱，银花四钱，黄连三钱，钩藤五钱，菖蒲五钱，郁金五钱，并加入参三钱，冰片二厘。

2. 经鼻管给氧，吸痰，拍背，保持呼吸道通畅。

3. 止惊：以水合氯醛、乙酰普马嗪、副醛、苯巴比妥钠、复方氯丙嗪等互相交替配合应用，既要达到止惊的目的，又不能使呼吸受抑制。并应仔细观察有无其他引起惊厥的原因，如咽喉部积痰、蛔虫上窜堵塞喉头或气管所致的脑缺氧，低血钙症，低血钠症，水中毒等，并及时给予治疗。

4. 迅速用尿素、甘露醇等，直到患者脑疝现象消失，颅内压症状明显减轻，并逐渐消失，以免钩回疝继续发展，形成小脑扁桃体疝，甚至呼吸骤停。

5. 针刺人中、素髻、太冲、涌泉等，也可酌用呼吸兴奋剂以刺激呼吸中枢。但此时不能以呼吸兴奋剂代替脱水药物。

6. 如病情继续发展，炎症累及延脑9、10、12颅神经核或呼吸中枢，或形成小脑扁桃体疝，应及时用呼吸器作辅助人工呼吸。

患者病情逐日恢复，神智转清，发热渐退后，改用清热、养阴、通络的脑炎Ⅱ号（用于恢复期）：淡竹叶三钱，生石膏五钱，沙参三钱，麦冬三钱，生地五钱，石斛五钱，丝瓜络三钱，木瓜四钱。

本例患者经中西医结合积极治疗，于9月2日痊愈出院。

附：脑脊液检查正常值

压力（侧卧位）：100~200毫米水柱（每分钟20~60滴）；小儿50~100毫米水柱。

外观：无色透明。

细胞计数：0~10个/立方毫米；婴儿期：20~30个/立方毫米（主要为淋巴细胞）。

球蛋白定性试验：阴性。

蛋白质定量：15~45毫克%。

葡萄糖：50~80毫克%（10岁以下儿童70~90毫克%）。

流行性乙型脑炎

病案讨论(二)

湖北中医学院附属医院儿科

病历摘要

患儿××，女，8岁，1972年8月17日入院。

患儿于8月16日开始发热，伴呕吐多次，当晚有惊跳，次晨叫她不应，至10时突然四肢抽动，当时到附近诊所诊治，疑为流行性乙型脑炎而转来我院。患儿平素健康，未接种过乙脑疫苗。

体格检查：体温 38°C ，脉搏110次/分，呼吸32次/分，血压90/50毫米汞柱。神志不清，躁动。口唇周围轻度紫绀，瞳孔等大，对光反射存在，右侧鼻唇沟较浅，口角向左侧歪斜。心肺正常。腹软，肝、脾未触及。颈项强，抬颈试验（布鲁辛斯基氏征）阳性，腹壁反射消失。右侧肢体轻度瘫痪，四肢无畸形。舌质红绛，苔黄厚，脉数有力。

实验室检查：脑脊液压力稍高，外观清亮，细胞数600个/立方毫米，蛋白定性试验阳性，糖检查五管阳性。周围血象检查：白细胞计数14,800/立方毫米，中性粒细胞90%，淋巴细胞10%。

诊断：流行性乙型脑炎（重型）

住院经过：入院后患儿体温急剧上升至 40°C ，躁动不安，面色苍白，并出现瞳孔边缘不整齐，右侧瞳孔稍大于左

侧。立即给予 20% 甘露醇 100 毫升静脉注射，每 8 小时一次。鼻饲清热解毒、芳香化浊之剂（银花六钱，连翘三钱，板蓝根一两，生石膏一两〔先下〕，山梔子三钱，黄连二钱，藿香三钱，鲜芦根八钱，六一散三钱，加水煎至 400 毫升，每次 100 毫升，每六小时一次），紫雪丹五分，每日二次。为防止惊厥，肌肉注射氯丙嗪 25 毫克、苯妥英钠 100 毫克，每 12 小时一次。此后患儿即安静入睡。次日体温 39℃，神志转为恍惚，口唇紫绀消失，面色红，瞳孔等大，边缘仍不整齐。再按原方继续服用中药，20% 甘露醇静脉注射改为每 12 小时一次。第三日体温正常，偶有低热，神志清，叫她能应，但时有烦躁。乃停用紫雪丹及苯妥英钠。第四天神志完全清楚，能坐起进食，病理反射消失，肢体活动正常，脉缓和。中药改用清热和胃之剂（银花三钱，炒扁豆三钱，薏苡仁四钱，竹叶心三钱，鲜石斛三钱，鲜荷叶三钱，鲜生地三钱）。共住院 7 天，痊愈出院。

讨 论

【诊断问题】

本病例为一 8 岁女孩，以急性发热起病，具有明显的神经系统症状及体征，结合发病季节，应首先考虑到流行性乙型脑炎（简称乙脑）。乙脑的诊断，主要根据流行季节、临床表现及实验室检查三方面。

一、流行季节：本病流行的季节性很强，发病的时间是否在流行季节对诊断有很大帮助。此病多发生于气候炎热、蚊虫孳生旺盛的 7、8、9 月份，而以 8 月份为流行高峰。本病例发生于 8 月中旬，正为乙脑流行高峰。

二、临床表现：乙脑的临床经过，一般分为初热期、极

期及恢复期三个阶段。初热期主要症状为发热，多数病人有较明显的头痛、嗜睡或烦躁不安，此种神经系统的早期症状可供乙脑与上感等一般急性发热性疾病鉴别时参考。此后病情逐渐加重，经3~5天而进入极期，此时体温上升可至40°C以上，出现典型的神经系统症状及体征，如头痛，呕吐，嗜睡，昏迷，惊厥，颈抵抗，腹壁反射消失，抬颈试验（布鲁辛斯基氏征）、提腿试验（克匿格氏征）、划跖试验（巴彬斯基氏征）阳性等。重型病例初热期短，多在1~3天内进入极期。本例患儿初热期很短，起病第二天即有昏迷、惊厥等神经系统症状。入院以后病情很快发展，不但有面瘫、肢体瘫痪等颅脑神经损害症状，而且有严重的昏迷、惊厥、面色苍白、紫绀及双侧瞳孔不等大等脑实质广泛炎症造成的脑水肿、并致小脑幕裂孔疝的表现，说明神经系统已有广泛损害。此种典型的临床过程，结合发病季节，是诊断乙脑的重要临床依据。此期应注意与化脓性脑膜炎、结核性脑膜炎、其他病毒性脑炎、脑型疟疾、中毒型痢疾等鉴别。

乙脑极期为时约5~7天，以后病人体温渐降，症状随之消失而进入恢复期。重症病例在恢复期可有不同程度的神经、精神症状，如低热，多汗，精神异常，肢体瘫痪或强直，吞咽困难，失语，痴呆等。本例患儿恢复较快，没有表现恢复期症状。

三、实验室检查：脑脊液压力可正常或增高，外观无色透明或微混，细胞数50~500/立方毫米、早期以中性粒细胞为主、第五日后淋巴细胞逐渐占优势，蛋白稍高，糖正常或稍增高，氯化物正常。本病例脑脊液的变化基本符合以上特点。

虽然脑脊液检查可作诊断乙脑时参考，但病情危重的患

者不应作腰椎穿刺。

此外，乙脑患者周围血象检查，在起病五日内白细胞数可增至1万~2万/立方毫米，中性粒细胞也多增高。

总结以上，本病例发生于乙脑流行季节的高峰期，具有发热、呕吐、昏迷、惊厥、颈项强、抬颈试验阳性等典型的神经系统感染症状及体征，脑脊液变化及血象也均符合乙脑，故诊断乙脑是肯定的。

【治疗问题】

一、中医中药：乙脑属祖国医学暑温范围。而暑温是温病的一种类型，因此乙脑的治疗是遵照温病卫气营血来辨证论治的。主要治疗法则是清热解毒，同时结合病情配合其他治法。如病在卫气宜佐以辛凉透解或芳香化浊；有营分血分证候时佐以清营凉血、开窍熄风；有阴、阳衰竭证候时佐以回阳救逆或滋阴潜阳。本例患儿高热，苔黄厚，脉数有力，为气分夹湿的表现；神昏，惊厥，舌质红绛，为热入营血、引动肝风的症状。所用方药以清热解毒为主，方中银花、连翘、石膏、板蓝根、黄连、山梔子、鲜芦根等清气血中之热毒；配合藿香取其芳香以化浊，六一散清暑利水、协助以上诸药致湿、热下行；更加紫雪丹清泻营热、镇痉熄风。本例患儿对中药的反应较好，服药后没有采取特殊的降温措施，体温稳步下降，惊厥也比较容易控制。

二、对症治疗：为使患儿不出现呼吸和循环衰竭，重型乙脑对症治疗的重点是治疗高热、惊厥、脑水肿与脑疝。而这三者可互为因果。本例患儿早期出现昏迷、惊厥，继而即有瞳孔的改变，说明脑实质损害逐步发展并形成小脑幕裂孔疝，故治疗脑疝是当务之急。本病例在中医中药和适当的止惊药物配合下，用了脱水剂，取得了较好的效果。

(一) 脑水肿与脑疝的治疗：主要是采用脱水疗法。本病例用 20% 甘露醇 100 毫升静脉注射后，病情即逐步好转，第三日即停用。一般乙脑用脱水疗法的指征为：持续而顽固的惊厥；意识障碍突然加剧，伴或不伴血压升高；瞳孔变化（瞳孔不圆，忽大忽小，或双侧不等大）；中枢性呼吸衰竭（主要表现为呼吸节律不整如呼吸暂停、呼吸浅而快或浅而慢等，及异常呼吸如抽泣样、叹息样、双吸气等）。常用 20% 甘露醇或 25% 山梨醇，1~2 克/公斤体重/次；紧急情况可用 30% 尿素（用 25% 山梨醇稀释）0.5~1 克/公斤体重/次，静脉注射，每 4~8 小时一次。1~2 日病情好转后逐渐延长用药间隔时间，逐步停药。

(二) 惊厥的治疗：患儿入院前曾发生惊厥，入院时因烦躁而用氯丙嗪一次镇静后，因出现瞳孔改变。在用脱水疗法的同时给予苯妥英钠 100 毫克肌肉注射，每 12 小时一次，共二天。由于患儿脑疝症状明显，随时可能发展成中枢性呼吸衰竭，在选用止惊药物时应特别注意对呼吸中枢抑制的副作用。苯妥英钠具有抗癫痫作用，止惊作用虽不很强，但不引起催眠及中枢抑制，配合中药及脱水疗法，就本病例而言，止惊效果较好。小儿剂量 3~8 毫克/公斤体重/日，分 2 次，肌肉注射。

一般控制乙脑的惊厥，多采用综合措施。轻者可针刺人中、合谷、内关等穴，或耳针埋针；重者可中强刺激鸠尾、长强穴。止痉药物可用：(1) 10% 水合氯醛：作用快，安全，小儿 0.2~0.4 毫升/公斤体重/次，鼻饲或稀释灌肠；(2) 苯巴比妥钠：小儿 3~7 毫克/公斤体重/次，肌肉注射，每 6~8 小时一次，作用慢，但有蓄积作用，定时给予不宜超过 1~2 天；(3) 冬眠类药物：可单用氯丙嗪或与等量异丙嗪合用，小

儿 1 毫克/公斤体重/次，肌肉或静脉注射；(4)阿米妥：作用迅速，排泄快，易引起呼吸抑制，仅用于反复、严重惊厥其他止惊措施无效者，小儿 5 毫克/公斤体重/次，静脉注射。

(三) 高热的处理：本病例未采取特殊的降温措施。一般可以降低室温及物理降温为主。尽量保持室温在 30°C 以下。物理降温可用冷水、井水或冰块在头、颈、腋下及腹股沟等大血管处作冷敷。高热超过 39°C 时可用 30~50% 酒精擦浴，同时针刺大椎、曲池或点刺十宣放血。

(四) 呼吸衰竭的抢救：本病例呼吸衰竭的表现不明显。通常乙脑呼吸衰竭多指中枢性呼吸衰竭，其原因可能有：(1) 脑实质炎症形成脑水肿或脑疝，压迫呼吸中枢；(2) 大脑、脑干广泛炎性病变而抑制呼吸中枢；(3) 延脑呼吸中枢本身变性、坏死；(4) 高热，惊厥，肺部感染，昏迷时呼吸道痰阻，呼吸肌麻痹等，使病人缺氧，加重了脑水肿和脑细胞损害而累及延脑呼吸中枢。多数病人的呼吸衰竭是由后者引起的，所以及时处理高热、惊厥、肺部感染及痰阻等，是预防呼吸衰竭的重要一环。呼吸衰竭抢救的主要方法有：(1) 如伴有明显脑水肿或脑疝症状时，应给予较大剂量脱水疗法，如无明显的脑疝症状则予小剂量定时脱水疗法 1~3 天；(2) 给予适当呼吸兴奋剂，如山梗菜碱小儿 1~3 毫克/次，肌肉或静脉注射，尼可刹米小儿 5~12.5 毫克/公斤体重/次，肌肉或静脉注射；(3) 以上处理病情无好转时，尤其是延脑呼吸中枢损害的病例，应作气管插管或气管切开，以便彻底吸痰及持续人工呼吸给氧，直至呼吸功能恢复为止。

(五) 其他药物如肾上腺皮质类激素，有减轻细胞水肿、组织渗出、炎性细胞浸润，减轻中毒症状如降低体温等作用。中、重型病例可酌情选用：(1) 氢化可的松：小儿 4~8

毫克/公斤体重/日，分1~2次静脉滴注，用3~5天；(2)地塞米松：小儿0.15~0.3毫克/公斤体重/日，静脉滴注，用3~5天。如有条件，重症病人，必要时可用促进脑组织代谢的药物，如细胞色素丙15~30毫克，三磷酸腺苷20毫克，辅酶A50单位，加入10%葡萄糖100~300毫升内，静脉滴注，每天1~2次，小儿酌减。

三、护理及营养亦很重要。病室应经常通风，昏迷患儿给予定时翻身、拍背、吸痰，以保持呼吸道通畅。勤换尿片，防止褥疮及继发感染。应给予病人充分的液体，12岁以上2,000~2,500毫升/日，12岁以下60~80毫升/公斤体重/日。急性高热期饮食宜清淡，可予米汤、豆浆、西瓜水、绿豆汤或牛奶等。昏迷者应鼻饲，并严格记录尿量。恢复期患者应逐步恢复普通饮食。

猩 红 热

病 案 讨 论

四川省广元铁路医院 岳子珠

病 历 摘 要

患儿李×,男,5岁。因发热、头痛、咽痛、呕吐三天,出皮疹一天,于1973年11月7日上午8时住院。

现病史:患儿于11月5日下午突然发热,体温 39°C ,伴有头痛、咽痛、呕吐。6日上午身上出现皮疹,自颈、胸及腋下起始,数小时内即蔓延至腹及四肢,当时到附近铁路保健站诊治(用药不详),疑诊为“猩红热”,即转来我院住院治疗。

既往身体健康,无药物疹等病史。

体格检查:体温 39.3°C ,脉搏135次/分,呼吸25次/分,血压100/70毫米汞柱。发育、营养中等,神志清楚,呈急性病容。面部发红,口唇周围苍白,舌苔灰白,舌面有白色舌刺突起,咽峡充血,扁桃体肿大,有白色渗出物,易剥离。颌下淋巴结肿大,有压痛。皮疹呈弥漫性鲜红色粟粒样,压之退色,遍布全身。心肺未见异常。腹软,肝脾未触及。四肢、脊柱及神经系统检查均无异常发现。

实验室检查:白细胞计数16,000/立方毫米,中性粒细胞87%,淋巴细胞11%,嗜酸粒细胞2%。咽拭取渗出液细菌培养有乙型溶血性链球菌生长。

诊断：猩红热(普通型)

住院经过：入院后即按猩红热常规护理。肌肉注射青霉素水剂 40 万单位，1 日 2 次。住院第三天，体温降至 37.8℃，皮疹颜色转暗渐退，白细胞计数 12,000/立方毫米，中性粒细胞 75%，淋巴细胞 16%，嗜酸粒细胞 9%。住院第 6 天，体温正常，皮疹消退，有皮肤脱屑。共住院 7 天，痊愈出院。

讨 论

一、诊断

本例患儿诊断为猩红热(普通型)，有以下几项根据：

(一) 猩红热是一种由乙型溶血性链球菌感染引起的呼吸道传染病。多见于冬春季，2~10 岁儿童发病较多。本例患儿为 5 岁儿童，发病于 11 月分，符合猩红热的发病季节及好发年龄。

(二) 临床表现：猩红热的临床经过，一般分为潜伏期、前驱期、出疹期及脱屑期四个阶段。潜伏期为 1~7 天。前驱期主要表现为发热，头痛，咽痛，咽峡充血，扁桃体肿大，有白色渗出物，容易剥离，颌下淋巴结肿大，并有压痛。发病 1~2 天即进入出疹期，皮疹先从颈、胸、背及腋下起始，数小时内即蔓延至腹及四肢，皮疹鲜红，细小密集，有时似点状出血，疹间皮肤红晕，压之退色，十几秒钟后恢复原来形态。面部无皮疹，只有红晕，以两颊最明显，与口唇对照，唇的四周皮肤明显苍白，称为“环口苍白圈”。肘前、腋窝、腹股沟等皮皱处，皮疹明显，呈线状疹(帕氏征)。发病第 2~3 天舌苔灰白，舌乳头突起呈白色舌刺，似白杨梅，称为“白杨梅舌”，3~4 日后，灰白舌苔脱落，并见红色舌刺突

起，叫“杨梅舌”。皮疹经3~7天渐消退，体温恢复正常，其他体征消失，进入脱屑期。脱屑呈小片或大片状，多于2~4周脱完。

本例患儿具有发热、咽痛、“杨梅舌”及猩红热典型皮疹，诊断为猩红热是较肯定的。

(三) 实验室检查：白细胞多增至10,000~20,000/立方毫米，中性粒细胞常达75~90%，在第一周内及三周以后嗜酸粒细胞可有增加趋势。咽拭取渗出液作细菌培养，有乙型溶血性链球菌生长。本例患儿白细胞计数增高，咽拭培养有乙型溶血性链球菌生长，有助于猩红热的诊断。

据以上，本例患儿发生于冬季，有典型的猩红热皮疹，结合实验室检查，可以确诊为猩红热(普通型)。

除上述典型病例(普通型)外，临床类型尚有极轻型、中毒型及脓毒型等。

(一) 极轻型：患儿有轻度发热、咽峡炎和短期局部的皮疹，有时见到皮肤脱屑或出现并发症时才诊断为本病。因不易诊断，在流行季节应加注意。

(二) 中毒型：起病急骤，可有高热、惊厥、昏迷、休克等症状，皮疹出现早，颜色紫红，咽峡明显充血，但无渗出物。病情危重，必须及时抢救。

(三) 脓毒型：感染经血行播散，呈脓毒败血症。全身症状严重，咽部症状明显，并有化脓性病灶。

自抗菌素问世以来，中毒型及脓毒型已很少见。

在猩红热患儿中，有时可见下述并发症：(1)化脓性疾病：咽部感染病灶向周围蔓延，如下颌淋巴结炎、中耳炎，或由血液循环侵犯其他器官，致化脓感染，如化脓性关节炎、化脓性心包炎、脓胸等；(2)中毒性疾病：多见于早期，如中

毒性心肌炎；(3)变态反应性疾病：多见于病后2~4周，如急性肾小球性肾炎、风湿热等。

二、鉴别诊断

猩红热与同病原的链球菌咽峡炎、扁桃体炎主要依靠皮疹进行临床鉴别。此外，皮疹和咽部表现还应与下列疾病鉴别：

(一) 药物疹：奎宁、颠茄、安替比林等药物，有时可致猩红热样皮疹。但药物疹均有服药史或既往有药物过敏史，除原有疾病症状外，发热不明显，无咽峡炎或舌部体征，皮疹多为斑丘疹，分布不甚均匀。这些均与本例患儿不符，可以除外。

(二) 麻疹：本病前驱期有显著的上呼吸道卡他症状，颊粘膜可有麻疹斑，面部有皮疹，皮疹为玫瑰色斑丘疹，自耳后及颈部开始，疹间有正常皮肤，血液白细胞计数多不增高。这些特征都是本病例所没有的。但应注意在麻疹的前驱期，偶有暂时的似猩红热样皮疹。

(三) 风疹：有时很象猩红热。但本病耳后、枕部淋巴结多肿大，白细胞计数不增高，细菌培养没有乙型溶血性链球菌。这些均可与本例患儿鉴别。

(四) 幼儿急疹：本病咽峡炎症状很轻，发热三、四日后热退时出皮疹，白细胞计数多不增加，这些与本例患儿不符。

(五) 白喉：本例患儿有发热、咽痛及扁桃体出现白色渗出物等，应考虑白喉的可能。但白喉起病缓慢，发热不高，咽部有典型假膜，不易剥掉，无皮疹，咽拭细菌培养能找到白喉杆菌。可与猩红热鉴别。

(六) 脓毒败血症：由金黄色葡萄球菌或其他细菌所致

的脓毒败血症可出现类似猩红热皮疹。但本病皮疹出现较晚，常在病后3~5天才出现，全身中毒症状重，常有原发病灶如脓肿、骨髓炎等，无“杨梅舌”及“环口苍白圈”，如有条件可作细菌培养查出致病菌。本例患儿中毒症状不重，病后第二日即出现皮疹，有“杨梅舌”等，可排除本病。

三、预防

如患儿为可疑猩红热患者，或诊断已经确定，都应当隔离（一般7天），最短不少于5天。如果当地流行较严重，或体弱儿密切接触猩红热患者时，须给予药物预防。目前，一般采用口服磺胺嘧啶，每日二次，每次0.25~0.5克，连续使用3~4天。本病流行期间，小儿尽可能不串门。

四、治疗

（一）一般治疗：一般患儿可在家隔离治疗。病情重或在家不能得到良好护理和治疗者应住院。急性发热期间须注意卧床休息，给予流质或半流质饮食，充分供给水分，注意皮肤及口腔卫生。

（二）病因治疗：青霉素是治疗猩红热可靠的有效药物，用药1~3日后，90%以上患儿可退热，细菌培养转为阴性，对脓毒性并发症的治疗和预防也有显著作用，且能使患儿口、鼻的病原菌早日消灭，减少带菌状态。治疗方法有下列几种：（1）肌肉注射水剂青霉素，2万~4万单位/公斤体重/日，分2次注射；（2）如用青霉素油剂则仅需每日肌肉注射一次，每次30万~60万单位，上述二药均应连续注射7~10日；（3）对轻型病人，可用长效青霉素如苄星青霉素，只需肌肉注射一次，剂量为60万~90万单位。对青霉素有过敏反应的患儿，改用土霉素、四环素、金霉素或红霉素，用法基本相同，40~50毫克/公斤体重/日，分4次口服。疗程一般均

为7~10日。本病例经用抗菌素治疗后，病情迅速好转，未发生并发症。

磺胺药：磺胺药也有一定疗效，可用磺胺嘧啶，剂量0.1~0.2克/公斤体重/日，分4次口服，或用磺胺二甲基嘧啶，该药剂量及服法同磺胺嘧啶，连服7~10日。

（三）中医中药治疗：本病中医称“喉痧”或“烂喉丹痧”，属于“温热疫病”范围。中医药对本病亦有满意疗效。治疗原则以泄热解毒为主，若皮疹尚未透足，加辛凉透表药，引邪外泄，若皮疹已透足时，不宜再透表，免伤阴液，如有其他兼证则随证施治。基本方药：连翘三钱、银花三钱、丹皮二钱、鲜生地五钱、大青叶五钱、白茅根三钱，初起兼有表证，皮疹未透足者，加薄荷二钱、葛根二钱，高烧烦躁，加生石膏五钱。恢复期则以清热养阴为主，方用：银花、元参、生地、丹皮、赤芍各三钱。

思考病案

主诉：持续发热、精神不好 20 多天

北京市结核病防治所

病历摘要

患儿女，4岁，因20多天来持续发热，精神不好，在1972年9月11日入院。

20多天前，患儿开始发热，体温在 $38\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，精神不好，倦怠，嗜睡，不思饮食。曾按一般感冒治疗无效。

起病后一星期时，患儿曾自诉腹痛，并拉出4~5条蛔虫，2~3天后腹痛自行消失。入院前13天，因门诊检查发现肝大，肝功能异常（麝浊12单位，麝絮 $++$ ，谷-丙转氨酶500多个单位），疑为病毒性肝炎，用了中药、肝泰乐、维生素 B_{12} 等治疗。由于病情未能得到控制，决定收治入院。

患儿平素健康情况一般，同村有两、三个肝炎患者，但接触不密切。

没有接种过卡介苗，是否有结核病及其他传染病接触史，不详。

体格检查：体温 39.8°C ，发育营养中等，精神稍差，面色黄暗。巩膜和全身皮肤微黄，皮肤无皮疹。两侧腹股沟可触到黄豆大小的淋巴结。心肺未见异常。腹软，肝肋下4厘米，剑突下8厘米，压痛不明显，脾未触到。

实验室检查：白细胞计数 13,000/立方毫米，中性粒细胞 61%，淋巴细胞 38%，单核细胞 1%。大便常规可见蛔虫卵。肥达氏反应阴性。

胸部透视：未见异常。

超声波检查：肝脏有阳性波形，示腔形波（表示肝脏附近有脓肿或胆囊有扩大，需在临床上鉴别）。

住院经过

入院时初步考虑为肝脓肿，给予口服中药、四环素，静脉滴注青霉素、氯霉素、红霉素等治疗。因高热仍持续不退，呈弛张热，并时有阵阵烦躁、呕吐，故于入院后第十三日又加静脉滴注氢化可的松，每日 75 毫克。入院第六日曾复查肥达氏反应，结果为阴性，血培养也为阴性。再次进行胸部透视（但未拍片），未见异常。患儿于入院第十三日拉出蛔虫约半盆，此后检查患儿肝脏逐渐缩小至肋下 1.5 厘米，巩膜和皮肤黄染也渐退。入院第二十七日复查肝功能均正常。

入院第二十九日，肝功能虽已恢复，但高热等症状未见好转，故做结核菌素试验（1:10,000），结果阴性。

入院第四十天，因仍发热不退，又作胸部透视复查（但仍未拍片），结果仍未见异常。于是考虑到败血症，除给予支持疗法输血、血浆外，继续用激素（氢化可的松静脉滴注），所用抗菌素则改为肌肉注射卡那霉素、庆大霉素及万古霉素等，结果仍未见效。

入院第四十三日，患儿病情逐日恶化，阵阵两眼发直，下膝呈曲位，右下肢肌张力明显增高，颈稍抵抗，提腿试验（克匿格氏征）及划跖试验（巴彬斯基氏征）阴性。腰穿脑脊液常规正常，生化检验未作。

入院第四十五天，患儿病情更见恶化，神志昏迷，呼吸急促，明显鼻扇及发绀，四肢躁动不安，经抢救无效，当日呼吸、心跳停止而死亡。

思考讨论题

一、本病例的临床表现中哪些是主要的？根据这些临床表现应诊断为什么病，应与哪些疾病鉴别？

二、本病例在整个诊断过程中，每一阶段的诊断存在什么问题？为了明确诊断，还应作哪些检查？

三、本病例在治疗上存在什么问题？

四、通过这一病例的不幸死亡，应吸取哪些经验教训？

综合评述：

急性粟粒型结核、结核性脑膜炎 的诊断和处理

北京市结核病防治所 吴兆勤 江载芳

临床诊断方面

一、应考虑哪些疾病？

本例患儿以持续发热、精神不好和肝肿大等为主要临床表现，后因高热不退，出现神经系统症状，经治疗无效而死亡。结合其他方面的检查，主要应考虑以下各病：

（一）传染性肝炎：患儿有肝炎接触史，高热 20 多天，

食欲差，精神不好，巩膜和全身皮肤微黄，腹痛，肝肿大，肝功能不正常，应考虑到传染性肝炎。但是，患儿全身中毒症状重，高热时间长，而肝功能则恢复较快，且肝功能正常后体温仍不减退，以致后期出现神经系统症状；因此，从整个病程看，不能用传染性肝炎来解释。

（二）肠蛔虫病、蛔虫性胆道不全阻塞继发感染、蛔虫性肝脓肿：患儿病初有腹痛及排蛔虫史，后出现肝肿大，巩膜及全身皮肤微黄，超声波检查肝有阳性波形、示腔形波，可考虑因蛔虫成虫经输胆管入肝，或因幼虫经门静脉而入肝，致使胆道不全阻塞，继发细菌感染形成肝脓肿。中后期出现的神经系统症状也可用蛔虫毒素引起的神经系统中毒来解释。但是，患儿肝区痛及压痛不明显，透视未见膈下脓肿，而且后来肝脏虽已逐渐恢复正常，但神经系统症状反而日趋明显，这些都不能以蛔虫引起的肝脓肿来解释。当然，从整个病程看，患儿拉出大量蛔虫后，肝脏逐渐恢复正常，故也不能完全除外蛔虫性胆道不全阻塞继发感染的存在。

（三）阿米巴肝脓肿：患儿有腹痛，持续高热，肝肿大，超声波检查出现腔形波，阿米巴肝脓肿是应考虑的。但是，患儿虽有肝肿大，而局部疼痛和压痛不明显，胸透未见异常，无脓血便史，大便检查都未见阿米巴活动体或包囊，因而诊为阿米巴肝脓肿的证据不足。

（四）败血症并发肝脓肿、脑脓肿、化脓性脑膜炎：患儿持续弛张高热，提示有全身感染，可考虑在败血症的基础上合并肝脓肿、脑脓肿、化脓性脑膜炎。但是，患儿经大量使用多种抗菌素后，未能控制病情，血培养也为阴性，故败血症的诊断难以成立。且患儿肝脏恢复较快，脑脊液正常，都不能说明肝脓肿、脑脓肿、化脓性脑膜炎的存在。

(五) 伤寒：患儿持续高热，精神差，伤寒应考虑。但是，患儿病史过长(发热前后长达2个多月)，呈弛张热型，也未发现玫瑰疹等，且多次肥达氏反应和血培养都是阴性，伤寒可除外。

(六) 急性粟粒型结核、结核性脑膜炎：这是本病例的最后诊断。

二、本病例应该怎样正确诊断？

结核性脑膜炎几乎都是全身性粟粒结核病的一部分，由血行播散，它的临床症状包括两大类：1. 一般症状，主要是结核中毒症状，可有发热、食欲减退、渐瘦、睡眠不安、性情及精神状态改变等。2. 神经系统症状：(1)脑膜刺激征：表现为头痛，呕吐，颈抵抗，抬颈试验(布鲁辛斯基氏征)、提腿试验(克匿格氏征)阳性；(2)脑水肿症状、颅内压增高：表现为头痛，频频呕吐，前囟饱满，颅骨缝裂开，头颅呈破壶音，眼底视神经乳头水肿等，严重时可出现惊厥及呼吸不整现象；(3)脑实质病变症状：可表现为惊厥，昏迷，失明，失语，肢体运动障碍等；(4)颅神经损害：最常见于Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ等颅神经损害，表现为眼睑下垂、眼外斜及一侧面神经麻痹等。

由于小儿结核性脑膜炎发病缓慢，早期易与小儿常患的上呼吸道感染、胃肠道疾患混淆而发生误诊、漏诊。早期诊断主要依靠详问病史，周密的临床观察及对本病的高度警惕性。应从一切可疑线索着手，深入了解和全面分析。凡有结核病接触史，结核菌素反应阳性，或已有结核病的小儿须特别予以注意。当出现性情改变、轻微发热、头痛、食欲减退、无原因的呕吐、顽固性便秘、嗜睡及烦躁相交替时，应及早考虑本病的可能性，及时检查脑脊液。在诊断未能确定时不

可多用退热、镇静剂以及肾上腺皮质激素等药，以免掩盖症状，耽误早期诊断和及时治疗。对可疑病例，应注意：(1)应早作结核菌素试验，阳性反应时对诊断有帮助，但结核性脑膜炎患儿对结核菌素反应有时并不太强，少数患儿晚期病情严重或合并营养不良，结核菌素试验可呈阴性反应；(2)进行X线检查胸部拍片，如能发现活动性肺结核，尤其是粟粒型肺结核时，往往可起到肯定诊断的作用；(3)眼底检查，若眼脉络膜上发现结核结节，与肺部X线片中见到粟粒型肺结核有同等的价值；(4)脑脊液检查，特别是脑脊液中找到结核菌是最可靠的诊断。

本例患儿有以下特点：(1)4岁女孩，未接种过卡介苗；(2)持续发热两月余，精神不好，倦怠，不思饮食，烦躁不安，经多种抗菌素(未用链霉素)及激素治疗无效；(3)患病后期出现神经系统症状，阵阵两眼发直，颈稍抵抗，下肢呈曲位，右下肢肌张力增高，不久即昏迷，呼吸急促，最后因呼吸、心跳停止而死亡。对这种患儿应首先诊断为急性粟粒型结核、结核性脑膜炎。本病例可能一起病即为粟粒型结核，因初染结核，病后又并发胆道不全阻塞继发感染，机体抵抗力降低，促使结核病发生播散。本病一般可有呼吸困难、发绀、咳嗽等呼吸系统症状，但亦可不明显，肺部检查常无异常体征，X线胸透亦往往无异常发现，但起病2~3周后胸片可能发现大小一致，分布均匀的小点状阴影。本病例始终未曾拍片，结核菌素试验为阴性，但未继续作大结核菌素(1:100)试验，眼底检查也未进行，以致延误诊断。在乳幼儿半数以上的急性粟粒型结核并发结核性脑膜炎。本病例后期出现两眼阵阵发直，颈稍抵抗，下肢呈曲位，右下肢肌张力明显增高，并迅速昏迷，说明脑及脑膜亦已有结核病变，则脑脊液

应有异常变化。但本病例脑脊液常规检查正常，可能为不典型的脑膜炎，脑内形成小结核瘤，脑膜有粟粒结核，但脑膜渗出性改变尚不明显，故脑脊液未发生改变。如死亡前重复做腰穿很可能脑脊液已发生变化。

本病例病理解剖诊断：(1)全身粟粒型结核(肺、肝、脾、肾、脑)；(2)脑结核瘤，脑膜结核，脑疝；(3)肠结核(溃疡型)；(4)肠蛔虫病。与临床表现相符。

从以上病理检查所见，说明患儿是全身血行播散型结核，在长期严重感染的基础上，没有给以抗结核药物治疗致使全身处于极度衰竭状态。直接致死原因考虑为脑结核、脑疝，引起中枢性呼吸循环衰竭。此外，对患儿没有使用抗结核药物，但滥用大量激素，以致促使结核病全身播散。

治 疗 方 面

一、急性粟粒型结核、结核性脑膜炎如何治疗？

主要从以下几方面：

(一) 抗结核药物的应用：

链霉素按 20~30 毫克/公斤体重/日计算（每日不超过 0.75 克），肌肉注射，疗程为 3~4 个月，最后 1~2 个月可隔日注射。

异烟肼按 15~20 毫克/公斤体重/日计算（每日不超过 400 毫克），分 2~3 次口服，疗程为 1.5~2 年。

(二) 激素的应用：强的松按 1~2 毫克/公斤体重/日计算（每日不超过 30 毫克），分 2~3 次口服，第 4~6 周开始减量，用 8~12 周减完。

如果病情严重，脑水肿明显、脑内压增高现象严重，可加用脱水剂，如 20%甘露醇、25%山梨醇等，剂量为 1~1.5

克/公斤体重/次，于30分钟内快速静脉滴入，必要时一天2~3次。

二、本病例的治疗中存在哪些问题？

本病例因始终忽略了结核病的诊断，故一直未用抗结核药如链霉素、异烟肼等治疗。所用抗菌素种类虽多，但多属对结核病无效，虽卡那霉素对结核病有效，但在临床死亡前5天才用，疗效尚难发挥。因而本病例在未应用抗结核药的情况下应用了大量激素，促使结核病全身播散，病情迅速恶化，最后导致死亡。

经验教训

一、医务人员必须遵循毛主席关于“全心全意地为人民服务”的教导，树立高度的革命责任感，救死扶伤，实行革命的人道主义。在进行诊疗工作时，必须以毛主席的光辉哲学思想为指导，全面地辩证地了解、掌握、分析病情。既要全面掌握可靠的第一性资料，又要对观察到的大量材料加以分析研究，去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里，透过现象看本质，抓住主要矛盾和矛盾的主要方面，进行思考分析。本病例的病情较为复杂，且在急性粟粒型结核的病程中，由于蛔虫性胆道不全阻塞继发感染又较明显，导致医务人员把注意力集中在治疗胆道感染上，而对实际的主要矛盾则反而忽视，其后胆道感染症状减退，又未及时引起注意，结果就因诊断一再延误而失去抢救的机会，终致患儿不幸死亡，这是必须引为严重教训的。

二、对急性粟粒型结核病的特点认识不足，本病例诊疗过程中因片面强调胸部透视无异常发现和结核菌素试验阴性而放弃了结核病的诊断。因此，对持续高热的小儿可疑病例，

须作胸部拍片，如有条件还须作眼底检查，可能发现粟粒型结核病变。本病例在这方面始终没有作必要的检查，以致延误了诊断和治疗。

三、在临床上对于诊断未明的疾病，应集中力量尽早明确诊断，在明确诊断之前，不应盲目地进行治疗，特别是不应大量滥用多种抗菌素、激素等。本例就是在诊断未明的情况下无的放矢，滥用了这些药物，不但造成极大的浪费，而且还促使患儿病情恶化，加速死亡。

菌 痢

病 案 讨 论

上海市嘉定县朱桥公社卫生院 章华础

病 历 摘 要

患者男, 27岁, 人民公社社员, 因发热6小时, 头痛16小时, 于1973年9月6日入院。

患者于前日晚临睡时即感头痛、全身不适, 今晨头痛加重, 开始发热, 并感发冷, 但无寒战。经用A. P. C. 及银翘片等治疗无效, 发热更高, 乃于当日下午一时住院。

患者起病后食欲减退, 今晨大便一次, 外观正常, 小便无特殊。以往身体健壮。

体格检查: 体温 39.2°C , 呼吸 22 次/分, 脉搏 102 次/分, 血压 110/60 毫米汞柱。神志清楚, 呈急性病容。无鼻塞, 眼结膜及咽部稍充血。皮肤无皮疹, 淋巴结未触及。颈软。心肺未见异常。腹稍胀, 柔软, 无压痛, 肠鸣音稍亢进, 肝、脾未触及。四肢、脊柱及神经系统检查均无异常发现。舌质红, 苔黄腻, 脉洪数。

实验室检查: 白细胞计数 12,300/立方毫米, 中性粒细胞 84%, 淋巴细胞 14%, 嗜酸粒细胞 2%; 血涂片未检得疟原虫。

住院经过: 入院后即予青霉素 20 万单位肌肉注射。当日下午三时开始腹痛, 大便二次, 水样。至下午六时又大便

一次，自觉急得不能等待，大便外观呈粘液脓性沾有血丝，量少。大便检查结果：红细胞5~10/高倍视野，脓细胞成堆，未检得阿米巴活动体（滋养体）。此时体温39.5℃，腹部较入院时更胀，且有脐周及左下腹压痛，肠鸣音仍亢进。即给予磺胺脒1克，一日四次，首剂加倍。10%颠茄合剂10毫升，一日三次。新针疗法针刺天枢、足三里、阴陵泉，一日二次。同时给服中药芍药汤加减。翌日下午体温降至37.8℃。入院第三天，大便中脓性粘液减少。至入院第五天，体温正常，腹泻停止，大便外观及镜检均已正常，血象白细胞计数为7,800/立方毫米，乃于当日出院，回家后继续服药三天，未再复发。

讨 论

甲（卫生院医生）：今天想通过这个病例的讨论，使大家对发热、腹痛、腹泻的病例有一正确的认识。请先谈一谈诊断问题。

乙（赤脚医生）：这病人发病急，有发冷发热、腹痛腹泻、里急后重、脓血便等症状，体检腹部较胀，脐周及左下腹部有压痛，结合发病季节及大便检查，应诊断为急性菌痢。

甲：这病人出现脓血便后，诊断不难。但入院时只有发热、头痛等一般症状，就不易诊断。我们应如何进行分析，并考虑可能为哪些疾病？

丙（赤脚医生）：病人在秋季急性发病，发冷发热，头痛，需要考虑疟疾。但本例患者无明显寒战，亦无大量出汗，血涂片未检得疟原虫，因此不象疟疾。

丁（赤脚医生）：本病例发病急，高热，发冷，头痛，眼

结膜及咽部充血，应考虑流感。但此病例无全身酸痛，亦无鼻塞、流涕、咽喉痛、咳嗽等明显的上呼吸道感染症状，则又不象流感。且流感时白细胞计数正常或减少，而本病例增高，结合发病季节，可除外流感。

戊(赤脚医生)：在秋季急性发病，高热，头痛，白细胞计数及中性粒细胞增高，应考虑流行性乙型脑炎。但此患者为成人(乙脑多为小儿)，并无嗜睡或烦躁不安，也无颈项强、提腿试验(克匿格氏征)阳性、屈颈试验(布鲁辛斯基氏征)阳性等脑膜刺激征，因此不能诊断为本病。轻型乙脑病人可无脑膜刺激征，如需要可抽脑脊液检查以确诊，故遇有疑似病人应严密观察。

甲：这病人入院后出现了痢疾症状，是菌痢还是阿米巴痢疾呢？因这两种病的侵犯部位都在大肠，都可有腹痛、腹泻、里急后重、脓血便等症状，但两者因病因不同，治疗亦完全不同，应予鉴别。

丙：阿米巴痢疾起病一般较慢，症状较轻，热度很少超过 39°C ，大便次数较少，粪质多，内含酱红色血和粘液，有腐败腥臭味。显微镜检查时红细胞多，白细胞少，可发现阿米巴活动体。而本病例起病急，热度高，粪便量少，呈粘液脓性，镜检红细胞少，脓细胞成堆，且未找到阿米巴活动体，可除外阿米巴痢疾。

甲：为了诊断更准确一些，还应排除哪些疾病？

丁：应排除一般的急性胃肠炎。本病因饮食不当，暴饮暴食，或兼有受凉所致。多无发热，主要症状为呕吐、腹痛和腹泻。腹泻以水泻为主，泻前常脐周疼痛，泻后有舒适感，无里急后重。若吐泻剧烈，也可引起脱水。从这病例的症状和体征分析，不象急性胃肠炎。

戊：还应想到细菌性食物中毒。本病多在夏秋季发病，是因吃了被病原菌(如沙门氏菌属等)污染的食物所引起。发病急骤，以呕吐为主，伴有腹痛及腹泻，大便呈水样，可伴粘液，很少带脓血，有饮食不洁史，常一家同时发病。而本病例无集体发病情况，没有呕吐，大便为脓血便，因此不象是细菌性食物中毒。

甲：通过以上讨论，确定本病例的诊断为急性菌痢。现在我想对菌痢的诊断问题，再提几点意见：

1. 菌痢病人往往开始只有高热，然后才有下痢，因此，夏秋季节如遇见突发高热(尤其是小儿)，一时不能用其他疾病解释时，应想到急性菌痢的可能。如患者最近有菌痢接触史或不洁饮食史，更应警惕。

2. 病初只有高热等症状而尚未下痢时，为了早期诊断，可作肛门指检或盐水灌肠，观察大便中有无粘液和脓血。

3. 基层无条件作大便化验，则肉眼观察大便性状最为重要。见到脓血样大便，结合菌痢的其他临床特点，一般都能作出正确诊断。

4. 急性菌痢中有一种病情特别严重的，叫中毒型菌痢，多见于儿童。病起急骤，高热，呕吐，腹泻，但也可开始没有腹泻，立即出现嗜睡或昏迷、惊厥(抽风)，并迅速发生面色苍白或发绀、心音微弱、血压下降等休克症状，往往可致循环和呼吸衰竭，应特别注意。

下面我们讨论菌痢的治疗。

乙：治疗重点在于积极控制感染。西药一般用磺胺药。可用磺胺咪(SG)每次1~2克，一日四次，首剂加倍。另外，磺胺嘧啶(SD)和琥珀磺胺噻唑(SST)等亦有效。

甲：青霉素对菌痢无效。本病例入院时在诊断未明确前

用青霉素治疗是不对的。应用抗菌素要有明确的指征，抗菌素不是万灵药，也不是退热剂，因此在应用前应该先明确疾病的诊断。象本病例中无的放矢地注射青霉素，不但浪费了药物，而且还可能导致产生耐药性甚至发生过敏反应等不良的后果。

丙：急性菌痢病情较重者可用氯霉素治疗，每次 0.25 克，一日四次。如用合霉素，则剂量加倍。土霉素、四环素也都有效，每次 0.5 克，一日 3~4 次。此外，痢特灵（呋喃唑酮）每次 0.1 克，一日 3~4 次；黄连素每次 0.2 克，一日 3~4 次，效果都好。以上用药一般都以 7~10 天为一疗程。

丁：氯（合）霉素虽然一般效果较好，但也有不少痢疾杆菌对它产生耐药性，有时疗效不够理想。另外，由于该药有引起粒细胞减少、再生障碍性贫血等副作用，故应慎用。

甲：近来各地介绍用中草药治疗，获得了显著疗效，副作用少，很少发现有耐药性，优点很多。

戊：我们用马齿苋治疗不少菌痢病人，效果很好，每天用 2 两煎服，连服 5~7 天。

乙：铁苋菜、鸡眼草、凤尾草、地锦草等也可任选一种，每天 2 两，水煎服。也可任选二种，配合应用，剂量酌减。疗程 5~7 天。

丁：我们用新针疗法治过一些病人，疗效也较好。取穴天枢、足三里、上巨虚，强刺激，每日二次。有里急后重者加阴陵泉，恶寒发热加曲池。

丙：清热燥湿的中药如黄连、黄柏、秦皮、苦参等都可治疗痢疾，对吗？

甲：是的。治痢疾的中草药种类很多，可根据各地产药情况选药或根据具体病情，辨证施治。

戊：这病人曾用芍药汤治疗，起什么作用？

甲：急性菌痢在祖国医学中称之为湿热痢。治以清热燥湿、调气行血之法，常用芍药汤加减，效果很好。方中当归、芍药调血行血，木香、槟榔调气理气，黄芩、黄连清热燥湿，大黄泻火解毒，甘草调胃和中，肉桂是热药，在寒凉剂中佐以少许热药，能起反佐作用。

乙：支持疗法和对症治疗也是重要的。急性期应卧床休息，多喝水，并吃易消化食物，如稀粥、面条、豆浆等。腹痛者可给予解痉止痛剂如阿托品、颠茄酊等。如有明显脱水情况或因呕吐不能进食，可适当静脉补液。至于中毒型菌痢则应按感染性休克的抢救方法处理。

甲：及时的治疗、足量的药物与充分的一般疗法相结合，是治疗急性菌痢和防止转成慢性的重要措施。为了彻底治疗，不论饮食疗法或药物疗法，都必须治疗到症状完全消失后2~3天为止，如症状消失较快，也要坚持至少用药7天，如药量吃得不够，或不注意饮食，病象虽然好转，但有可能变成慢性痢疾，反复发作。

此外，我们在治疗病人的同时，应把预防知识交给病人及其家属，发动他们一起做好预防工作，做到防治结合。

中毒型菌痢

病案讨论

青岛医学院小儿科 肖鸿兰 陈善康

病历摘要

张××，男孩，5岁，于1971年9月25日，因发烧、倦怠、呕吐3小时初次就诊。当时体检除精神萎靡外，无异常发现。按上呼吸道感染处理后回家。又过两小时，体温上升至40.5℃，嗜睡，烦躁，惊跳，随后连续抽风两次，再次急诊入院。接诊时又惊厥两次。得病后，大、小便未发现异常。两天前曾吃过不洁的生黄瓜和梨。

既往身体健壮，无高热惊厥史。

体检：体温40℃，呼吸30次/分，脉搏120次/分，血压90/60毫米汞柱。意识恍惚，烦躁不安，面色较苍白，四肢末端发凉，血管充盈度较差，全身皮肤未发现皮疹及瘀斑。咽部稍充血。心、肺、腹部未见异常。无脑膜刺激征，病理反射阴性。疼痛刺激时肢体能活动。

化验：血红蛋白12克%，红细胞420万/立方毫米，白细胞18,200/立方毫米，中性粒细胞92%，淋巴细胞6%。尿常规(-)。粪常规(肛诊取样)：蛔虫卵0~2，余无异常。曾以冷盐水灌肠，所排粪便带有不消化食物渣，味恶臭，取稍许粘液镜检，白细胞(+)。8小时后自行排便，肉眼可见脓、血便，镜检脓细胞成堆，红细胞少许，未找到阿米巴。大便

培养出弗氏痢疾杆菌，血培养未有细菌生长。脑脊液检查正常。

胸部透视：心、肺正常。

住院经过：入院后立即给予止惊处理。曾静脉注射鲁米那钠 0.1 克，10% 水合氯醛 10 毫升灌肠，肌肉注射复方冬眠灵（按氯丙嗪计）15 毫克，并配合冷水擦浴，约 1 小时惊厥停止，体温降至 38.5℃。继续每隔 4 小时给予复方冬眠灵 15 毫克，并不断进行冷水擦浴，体温逐渐下降至 36℃。但此后面色更加苍白，四肢末端冷厥，血压降至 40/0 毫米汞柱，血管充盈度更差，皮肤出现花纹。经静脉补液：先以 2:1 液 20 毫升/公斤体重静脉注射，继以 5% 碳酸氢钠 50 毫升静脉注射，再以低分子右旋糖酐 20 毫升/公斤体重静脉滴注，余给 10% 葡萄糖液约计 50 毫升/公斤体重。补液同时静脉注射阿托品 0.05 毫克/公斤体重/次，总量用至 8 毫克。静脉滴注氯霉素 500 毫克/日，卡那霉素 500 毫克/日，氢化可的松 500 毫克/日。经上述处理后约 5 小时，面色转红，四肢末梢温暖，血压上升至 90/60 毫米汞柱，血管充盈度好转。8 小时后停用阿托品。12 小时后停用冬眠药物。约 24 小时意识恢复。住院一周痊愈出院。

讨 论

一、诊断方面：

该患儿急性起病，短时间内出现高热、反复惊厥，往后发展到意识恍惚及休克。根据这些症状、体征及化验结果，特别是粪便常规和培养，再结合流行季节考虑，确诊为中毒型菌痢是毫无疑问的。但是患儿入院初期并没有典型菌痢的消化道征象，而是出现全身感染性中毒症状，一时明确诊断

是有困难的。遇此情况应该与以下几种疾病鉴别：

(一) 流行性乙型脑炎：本病可在短期内出现高热、惊厥、昏迷等，但尚有颈项强直等脑膜刺激征，脑脊液中呈现蛋白质和细胞的增加。

(二) 败血症：最常见的是由金黄色葡萄球菌所致。可根据原发感染病灶，弛张热，虚弱，大汗，皮疹，肝、脾大，以及多器官的迁徙病灶等做出鉴别诊断。血培养是最后确诊的重要条件。

(三) 急性坏死性肠炎：本病常与中毒型菌痢难以区别。两者均可有全身感染及感染性休克症状，并有脓、血样便。但前者腹痛症状较后者重，常有明显的腹胀、压痛，甚至有腹膜刺激症状，粪便常呈高粱米水样，很少有里急后重现象。

二、治疗方面：

中毒型菌痢患者发病急，死亡快。故治疗中首先应抓住致死的几个主要关键，争分夺秒地积极抢救。同时也应根据病情轻重采取人工冬眠、控制感染及对症处理等综合措施。几年来各地临床实践经验认为：导致中毒型菌痢死亡的三大关键是，循环衰竭、呼吸衰竭和惊厥。

(一) 抢救“三关”：

1. 循环衰竭：处理循环衰竭的措施为：

(1) 补充有效循环血容量。一般先给 2:1 液 (2 份生理盐水：1 份 1/6 克分子乳酸钠溶液) 按 20 毫升/公斤体重计算，于半小时内静脉注射，再给予低分子右旋糖酐按 20 毫升/公斤体重静脉滴注，有条件者可考虑输血或血浆。有明显代谢性酸中毒者可根据二氧化碳结合力的测定，补给 5% 碳酸氢钠。其余可用葡萄糖液补充，以提供身体所需要的热量和水分。

目前多数认为：第一日总液量保持 80~120 毫升/公斤体重。

(2) 升压药物的应用。以往抢救中毒型菌痢多采用血管收缩药，如去甲基肾上腺素。最近愈来愈多的人认为，血管收缩药在休克中的应用弊多利少。去甲基肾上腺素可使原来已处于血管痉挛状态的小动脉更加收缩，虽然应用时可使血压和中心静脉压暂时提升，但它可掩盖补液量的不足，不能改善对微循环的组织灌流量，最后往往造成大量的组织细胞缺氧、坏死，进而造成器官的功能衰竭，如肝、肾、心、脑等功能衰竭，即进入了所谓“不可逆性休克”。故近年来愈来愈多的人转向使用血管扩张药，即在充分补充有效循环血容量后，血压仍不上升时，使用血管扩张药，以达到改善组织血液灌流情况的目的。常用的血管扩张药有：①阿托品：剂量 0.03~0.05 毫克/公斤体重/次静脉注射，每 5~15 分钟一次，如注射 2~3 次后，血压不见上升，可将剂量适当增加，直至病人面色潮红，四肢温暖，瞳孔散大为止。此后应逐渐减量，酌情延长间隔时间，待血压稳定 8 小时后停用；②异丙基肾上腺素：一般以 1 毫克溶于 500 毫升葡萄糖液中静脉滴注，根据病人血压和心率的改变调整点滴速度，必要时可适当提高浓度，但 1000 毫升溶液中不应超过 5 毫克。滴速过快、剂量过大可引起心动过速，甚至引起严重心律失常。

(3) 激素的应用。肾上腺皮质类固醇在休克的应用，时间已久，多年来一直没有定论。近年来许多学者通过动物试验和临床研究，采用了所谓药理学剂量，即应用大剂量皮质类固醇，得到了肯定的效果。其作用原理虽论说不一，但却一致同意采用激素。用法多推荐在 24 小时内给予相当于氢化可的松的 1~3 克的剂量，小儿按 25~50 毫克/公斤体重/日。

用药 2~3 天后立即停药，这样就不致发生肾上腺皮质机能不全或其他不良反应。

2. 惊厥：绝大多数循环衰竭发生于反复惊厥之后或同时出现。呼吸衰竭亦往往伴随发生，故制止惊厥是当务之急。首先采用鲁米那钠 5~8 毫克/公斤体重/次肌肉或静脉注射。无效时再用 10% 水合氯醛 0.5~0.8 毫升/公斤体重/次稀释灌肠。对反复发作难以控制者，可采用阿米妥钠 5 毫克/公斤体重/次或硫喷妥钠 10~15 毫克/公斤体重/次肌肉或静脉注射。持续难控制的惊厥多并发脑水肿，可静脉注射甘露醇或山梨醇。

3. 呼吸衰竭：多在反复惊厥或循环衰竭后发生。早期表现为憋气，呼吸节律不齐，呼吸暂停，双吸气或叹息样呼吸，还可出现瞳孔大小不等。应早期诊断，早期处理。除应用呼吸兴奋剂外，应用大剂量阿托品、脱水剂、早期气管插管或气管切开供氧，有助于呼吸衰竭的抢救。冬眠疗法对防止呼吸衰竭有一定的作用。

（二）人工冬眠疗法：

人工冬眠可改变机体过强的应激反应，使中枢神经系统处于保护性抑制状态，降低机体代谢率，提高机体对细菌毒素和缺氧的耐受力。各地经验证明，实行人工冬眠后，惊厥、循环衰竭和呼吸衰竭的发生率都降低了。冬眠的方法经过不断改进，现多主张尽量缩短诱导期、深眠、短眠。首次用复方冬眠灵 2~3 毫克/公斤体重肌肉注射（按氯丙嗪计算），此后每隔 2~3 小时给予维持量 1~2 毫克/公斤体重/次。观察 6~8 小时后，若已深眠再酌情延长维持量给药时间。给冬眠药 5~10 分钟后，即用冰袋进行体表降温，使体温在 2~3 小时内降至 35℃，维持 12~24 小时，待一般情况稳定后即

可停止冬眠。

(三) 控制感染：

中毒型菌痢的病原与一般菌痢相同，亦多为弗氏或宋内氏痢疾杆菌。在处理上述危急症状的同时不应忽略使用抗菌药物。一般采用氯霉素、四环素或卡那霉素等静脉滴注。意识清醒后可改为口服法。

注：1/6 克分子乳酸钠溶液即 11.2% 乳酸钠溶液 1 份加 5~10% 葡萄糖或蒸馏水 5 份。

病毒性肝炎治验分析

北京中医医院内科 关幼波 钱英

病 历 摘 要

宋××，男，32岁，外院会诊病例，入院日期1972年3月12日，会诊日期1972年3月29日。

主诉：厌油、纳减、乏力三个多月。

现病史：患者于1971年底自觉厌油、乏力，并时有呕吐、胁痛、便秘。某医院检查发现肝大，肝功能明显异常，诊断为急性黄疸型肝炎而住院治疗。在该院经静脉点滴葡萄糖等治疗10天后，症状稍有好转，但肝功能仍未恢复正常。1972年2月3日开始口服强的松，共计37天，服用后食量、体重有所增加，但出现胃疼、呕吐、反酸，白细胞偏低，血清白蛋白与球蛋白的比例出现倒置，遂于3月12日转其他医院治疗。

既往史：过去曾与黄疸型肝炎患者有密切接触史。

检查：发育良好，营养中等，神智清楚，面色黄白，巩膜、皮肤未见黄染，心肺未见异常，肝在肋下可触及，有明显触痛，脾未触及，未见蜘蛛痣及肝掌。食道钡餐造影未见食道静脉曲张。谷-丙转氨酶800单位，麝浊12单位，麝絮(+)，血清总蛋白6.5克，白蛋白：球蛋白=3.9:2.6。

诊断：迁延型病毒性肝炎。

治 疗 经 过

患者入院后即使用葡萄糖静脉点滴等治疗，十多天后于

3月25日复查肝功能，谷-丙转氨酶800单位，麝浊13单位，麝絮(++)。3月29日开始请中医会诊。

会诊时主证：面色黄白，形体消瘦，乏力，气短，说话无力，纳差，口苦咽干，不欲饮水，胃脘不适，腹胀，腹鸣，两侧胁痛，便溏，尿黄，舌苔薄白，脉弦滑。

辨证：脾虚胃弱，湿热未清，气阴两伤。

立法：健脾和胃，清热利湿，益气养阴。

方药：

生黄芪五钱 白芍一两 丹参五钱 石斛五钱 焦白术三钱 茯苓五钱 薏仁一钱 藿香三钱 杏仁三钱 橘红三钱 郁金三钱 茵陈五钱 酒芩三钱 秦皮四钱

4月5日，上方服7剂后，食欲好转，大便已成形，但仍觉疲倦，尿黄。脉、苔同前。上方去石斛，加续断五钱、木瓜四钱，再服7剂。另外每日中午服河车大造丸一丸。

4月12日，复查肝功能，谷-丙转氨酶115单位，麝浊15单位，麝絮(++)，症状已基本消失，仅觉腹部稍胀，尿稍黄。前方去杏仁、橘红、酒黄芩，加龙胆草三钱、五味子四钱、焦三仙各三钱。继服河车大造丸每日中午一丸。

4月24日，上方又进12剂后，除晨起稍有恶心、反酸外，其他无不适。复查肝功能谷-丙转氨酶正常，麝浊9单位，麝絮(±)。上方去龙胆草、焦三仙，加旋复花三钱、生赭石三钱、党参四钱、生瓦楞子一两，再进9剂。

5月3日，自觉症状已完全消失，复查肝功能，谷-丙转氨酶正常，麝浊8单位，麝絮(±)。治以前法改服丸药，以巩固疗效，出院时肝功能完全正常，体力恢复，自觉症状消失，临床痊愈。

分析与体会

1. 迁延型病毒性肝炎多因急性病毒性肝炎迁延未愈而致。从中医观点来看，多由于湿热困于脾胃，以致脾胃升降失常。若湿热偏于上、中二焦时，多见恶心、呕吐、纳差、厌油、噯气、胃脘堵闷，治以芳香化浊和胃之剂（藿香三钱、旋复花三钱、生赭石三钱、酒芩三钱、杏仁三钱、橘红三钱、草蔻二钱、黄连一钱。胃脘及两胁胀痛者加木瓜、延胡索；嘈杂反酸者加瓦楞子、刀豆子；纳食不香者加香稻芽、厚朴花）。若湿热偏于下焦时，多见少腹胀痛、大便粘滞不畅，治以清热导滞之剂（熟川军三钱、白头翁四钱、秦皮四钱、茵陈四钱、六一散五钱、焦三仙各三钱）。脾虚者加党参、焦白术、茯苓；纳差者加藿香、佩兰；湿热蕴于血分，证见肝掌、舌质红、脉细数者加小蓟、鲜茅根、生地、草河车、丹皮。本例患者系因急性黄疸型肝炎迁延未愈，使用激素治疗后，病情尚未得到控制，久之伤及气阴，故证见乏力、气短、说话无力、形体消瘦等极度衰弱的征象。因此，用生黄芪、白芍、丹参、石斛益气养阴以扶其正；纳差、胁痛、腹胀、腹鸣、便溏是由于脾虚胃弱、气机不畅，方中用焦白术、茯苓、蔻仁、藿香、杏仁、橘红、郁金以理气健脾和胃；口苦、不思饮、尿黄等属于湿热未清，方中用茵陈、秦皮、酒芩以清热祛湿。从治疗方法上是以益气养阴、健脾和胃以治其本，清利湿热解毒以治其标。从此病例的治疗说明，必须强调全面辨证，治病必求其本，而不是单纯地根据肝功能异常，就一味地使用大剂量的清热解毒药。如果不治其本，不扶其正，过用苦寒解毒之剂，势必更伤其脾胃。因为脾胃为后天之本，气血生化之源，脾胃损伤则气血化生无源，正不抗邪，机体

状况日趋下降，肝功能就更不容易恢复正常。所以抓住气阴两伤、脾虚胃弱这个主要矛盾，治疗上以扶正为主，祛邪为辅，是本例治验的关键。

2. 本例在治疗中曾随症加减使用过一些药物。续断、木瓜补养肝肾；龙胆草清利肝胆；党参健脾补气；生瓦楞子理气止痛；焦三仙消食开胃；旋复花、生赭石平肝镇逆；五味子酸敛解毒；河车大造丸滋阴养血。都是根据患者的具体情况随症加减。在临床实践中对于上述所使用过的某些药物，除了一般公认的功能外，尚有一些新的体会。例如杏仁、橘红用于痰湿阻于血络而出现的肝大、胁痛者效果较为理想；旋复花、生赭石用于肝郁气逆而致呕恶、胁痛者较好；木瓜、白芍用于肝血虚而肝痛者最为相宜。关于五味子一药，研末生用作用较好，临床多用于降转氨酶。根据我们体会，在临证选用时也应当随症加减，从本例的情况来看，开始并未使用五味子，转氨酶也下降至正常，后来配合其他补肝肾的药物以巩固疗效。

3. 在急性病毒性肝炎的治疗过程中，对于顽固难愈的病例往往使用激素治疗。根据我们的体会，有些患者可以出现气阴两伤、肝肾阴虚的证候，有时在大量使用激素后还会出现虚热的假象，这些都是值得注意的问题，也是中西医结合治疗疑难肝炎病例值得进一步探讨的问题。从临床上看，使用激素后，部分患者收效较快，但也有的患者反而使肝功能恶化。根据我们的体会在使用激素后，如已出现气阴两伤的证候，可重用生黄芪、丹参以补气养血，目的在于扶正；同时，在患者症状消失、肝功能恢复正常以后，还要继续服用一个较长时间的调补肝脾和滋补肝肾的丸药，以巩固疗效，防止复发。

“黄疸待查”

病案讨论

北京儿童医院传染科

病历摘要

高××，女，10岁，于1972年8月3日住院。九天来持续高热，最高达40℃，伴食欲不振，恶心呕吐，阵发腹痛，大便每日4~5次，初为黄稀泡沫便，后呈黑水样便。近4~5天来，精神差，说胡话。院外曾诊断为消化不良，给四环素、链霉素无效。

来院后，因发现患儿皮肤、巩膜黄染，尿黄挂盆，并得知患儿曾与患肝炎的亲友有过接触，故按急性黄疸型传染性肝炎收治入院。

体格检查：体温40.1℃，呼吸40次/分，脉搏120次/分，血压90/50毫米汞柱。神志清楚，时有高热谵语。皮肤苍黄色，巩膜轻度黄染，无肝臭。心肺未见异常。腹稍胀，腹壁稍紧张，但无反跳痛。肝上界在第五肋间，肋下为1.5厘米，剑突下2.5厘米，有压痛及叩击痛，脾大肋下1厘米。无病理反射。

化验检查：红细胞296万/立方毫米，血红蛋白10克%。白细胞6,000/立方毫米，分类中性多核粒细胞55%，淋巴细胞42%，单核细胞2%，嗜碱粒细胞1%。血小板35,520/立方毫米。肝功能：范登伯试验直接反应立即阳性，间接反

应阳性，血胆红素 2 毫克%，黄疸指数 20 单位，麝香草酚浊度试验 3 单位，谷-丙转氨酶 300 单位。大便呈柏油样，潜血强阳性，未见脓球。尿常规正常，尿胆红素阳性。

住院经过：入院后因高热，谵语，腹胀，肝脾肿大，柏油样便，因不符合一般传染性肝炎的临床经过，即作血培养及肥达氏反应，除外伤寒及伤寒所致中毒性肝炎。并输新鲜血 200 毫升，给予止血剂维生素 K，暂按伤寒治疗，口服氯霉素 45 毫克/公斤体重/日，并用保肝治疗等。住院第二日肥达氏反应结果“O”、“H”凝集价均为 1:320；第四日血培养为伤寒杆菌，诊断明确。治疗 7 天后体温正常，黄疸消退，精神、食欲好转，肝脾回缩正常。将氯霉素减为半量，又治疗一周后停药。住院第 3、4 周作尿及大便培养均未见伤寒杆菌生长。肝功能于第 2 周即正常。住院一个月痊愈出院。出院诊断为伤寒并发中毒性肝炎、肠出血。

讨 论

本例表现为黄疸、肝肿大、肝功能异常，但病儿持续高热 9 天，体温 40.1℃，有谵语，脉搏仅 120 次/分，为相对缓脉，大便潜血强阳性，疑为肠伤寒所致中毒性肝炎，血培养及肥达氏反应证实诊断。按原发病及保肝疗法治疗后，其肝脏损害症状随即好转。因此，在临床工作中，遇有黄疸待查病例，除应考虑常见的传染性肝炎外，还须仔细分析病情特点，排除感染所致的中毒性肝炎和其他少见病所致的黄疸。

中毒性肝炎一般分为两类，一类为感染所致，一类为毒物所致（如苯、砷、汞、四氯化碳及某些药物如镉、磺胺、异菸肼、巴比妥类及毒蕈等），后一类的诊断较易，往往从病

史中可询问明确，且无发热等炎症特点。前一类诊断比较困难，往往易与传染性肝炎混淆。但如从感染中仔细寻找原发病，则诊断并不困难。感染所致中毒性肝炎，主要为细菌所致肝脏损害，临床常见为沙门氏菌属、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌感染等。一般多发生在感染的毒血症、败血症期。中毒性肝炎之肝脏病理改变与传染性肝炎之病理改变有所不同。感染所致中毒性肝炎，其肝细胞除少数因细菌直接作用所致坏死、小脓肿形成外，主要为退行性改变。因此，肝功能改变特点为血胆红素可轻度升高，絮状试验及浊度试验往往正常，转氨酶轻度升高，一般很少超过400单位，此点也可与传染性肝炎区别。本例是符合以上变化的。其他疾病引起中毒性肝炎的还有钩端螺旋体病、回归热、传染性单核细胞增多症、疟疾等。此类感染往往有原发病特点，也比较容易鉴别。

中毒性肝炎所致黄疸为肝细胞性黄疸。在临床上尚应考虑与肝前性黄疸和肝后性黄疸相鉴别。肝前性黄疸如先天性、后天性溶血性黄疸，败血症所致的溶血性黄疸，核黄疸，蚕豆病，配血错误所致的溶血性黄疸等，这类黄疸主要为间接胆红素定量增高，絮状试验、浊度试验及转氨酶往往正常，不伴有明显之肝肿大，尿胆红素阴性，主要为尿胆元增高，因此不难鉴别。

肝后性黄疸如先天性胆道闭锁，胆汁粘稠所致一过性梗阻性黄疸，胆道外肿瘤压迫，胆道胆囊肿瘤，先天性总胆管囊肿等，其特点主要为范登伯试验直接反应阳性，早期絮状试验、浊度试验及转氨酶均正常，晚期异常，尿胆红素长期阳性，如系肿瘤则局部可扪及肿块，也可配合X线及超声波检查等鉴别。

在临床工作中还应防止将肝炎误诊为其他疾患，如传染性肝炎中一种特殊类型即毛细胆管型肝炎，其特点是直接胆红素定量明显增高，而絮状及浊度试验改变较轻，转氨酶升高及肝肿大也不明显，此时较易误诊为肝外梗阻。但可从流行病接触史、血胆固醇及碱性磷酸酶增高，应用皮质激素及中药茵陈、栀子、大黄、黄芩、黄连、黄柏治疗后较为显效等，即可区别于其它原因所致梗阻性黄疸。

小 结

传染性肝炎的诊断，一般来说并不困难。只要结合当地的流行情况，肝炎患者所特有的胃肠道症状（食欲不振、恶心、呕吐、右上腹痛等），尿黄挂盆，皮肤、巩膜黄染，肝脏肿大有压痛及叩击痛，肝功能异常等即可确诊。然而在临床实践中，有时往往将其它疾患所致的黄疸、肝脏损害误诊为传染性肝炎，或将传染性肝炎误诊为其它疾患。

通过本病例的分析，对一个黄疸待查的病人，除考虑传染性肝炎外，还需要全面分析，从而得到正确诊断和治疗。

（曾均国整理）

慢性肺原性心脏病

病案讨论

上海第一医学院附属中山医院肺科

病历摘要

患者许××，男性，62岁。慢性咳嗽30余年，痰约200~300毫升/日，白色泡沫样。有时发热伴咳黄脓痰。咳嗽以冬季为著。近5年来气急逐渐加重，2年来稍活动即气急，时有心悸、面部与下肢浮肿。入院前2周因感冒，头痛、咳嗽、咳痰加剧。3日前发热39℃，咳嗽，咳粘稠黄痰，不易咳出，气急加重，唇、指出现青紫，下肢浮肿，白天嗜睡不醒，夜间烦躁谵妄。于1972年11月30日急诊入院。

即往无其他特殊病史。有约40年吸烟史，30支/日左右。

体格检查：体温38℃，脉搏100次/分，呼吸24次/分，血压134/90毫米汞柱。神志清楚但迟钝。唇、指轻度青紫，下肢轻度浮肿。眼球结膜水肿，颈静脉稍充盈。胸廓呈桶状，叩诊两肺呈过清音（较正常肺清音强，是一种强而低、带有鼓音的叩诊音），听诊两肺可闻广泛湿罗音；心界因鼓音而叩不出，心率100次/分，心律齐，肺动脉瓣区第二音亢进，未闻其他病理杂音。腹部略膨满，肝剑突下二横指，中等硬度，轻度压痛。

实验室检查：红细胞计数704万/立方毫米，血红蛋白

22克%，红细胞压积 59 毫升%（正常值：男 45.63 ± 3.53 毫升%，女 40.02 ± 3.03 毫升%）；白细胞计数 7,200/立方毫米，中性粒细胞 75%。尿常规：蛋白(±)，白细胞 0~2/高倍视野，红细胞 0~2/高倍视野，颗粒管型 0~2/高倍视野。痰培养有白色葡萄球菌生长，对青、链、四、土、金、氯霉素等药物均不敏感。二氧化碳结合力 57.3 容积%，非蛋白氮 32 毫克%。

胸部X线摄片：两肺透明度增高（说明肺气肿），肺纹理增强，右侧肺门阴影增大，两肺下部有小片状模糊炎性阴影，横膈低平，位于第十一后肋水平，心影扩大，肺动脉段稍突出（正常人肺动脉段呈弧线，当有肺动脉高压、右心室压力增高时，肺动脉段向肺野突出）。

心电图：示电轴右偏，顺钟向转位（反映由于横膈下降、心脏移位和可能有轻度右心室肥大）。

入院诊断：(1)慢性支气管炎伴肺部感染；(2)阻塞性肺气肿；(3)慢性肺原性心脏病急性发作；(4)呼吸衰竭及右心衰竭。

住院及治疗经过：入院后即予低浓度持续鼻导管给氧（流量 3 升/分钟）。红霉素 1.2 克加于 5% 葡萄糖溶液 1,200 毫升，静脉滴注。患者嗜睡，神志朦胧，痰多粘稠，不易咳出。入院次日给可拉明 12 支加于 5% 葡萄糖溶液 500 毫升（浓度为 0.9%）静脉滴注后，神志稍好转，但仍迟钝嗜睡，推之则醒。并予青霉素 20 万单位、链霉素 0.5 克加于生理盐水 40 毫升，分 4 次雾化吸入。入院第三日开始进行加压蒸气吸入（见后），每日 4 次，每次 30 分钟。在加压吸入的间歇中，鼓励患者大力咳嗽。每次咳出脓痰数口，气急即明显改善。加压呼吸 3 日后，神志完全清醒，紫绀减轻。经用

利尿酸钠 25 毫克（用 5% 葡萄糖液 40 毫升溶解）静脉注射一次，5 日后下肢浮肿消退。病情好转后予服养阴化痰之剂（处方：南沙参、麦冬、石斛、白术、茯苓、黄芩、杏仁、半夏、桑白皮各三钱，陈皮、炙甘草各二钱）。12 日后能起床活动，胸部透视复查两肺下部片状模糊炎性阴影已吸收。遂进行呼吸体操锻炼。住院 114 日好转出院。

讨 论

一、诊断

慢性肺原性心脏病简称肺心病，大多继发于肺脏的疾患，病程极长。在形成肺心病前，有多年的呼吸道症状及体征。本病例诊断为慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、慢性肺原性心脏病急性发作、呼吸衰竭及右心衰竭的主要依据是：

1. 患者有长期吸烟史，30 余年慢性咳嗽、咳痰。近 2 年稍活动即感气急，时有心悸。
2. 两周前因感冒后并发肺部感染，发高热，咳嗽、咳痰增剧，气急加重，紫绀，嗜睡。桶状胸，两肺听到广泛的湿性罗音，肝肿大，下肢浮肿。
3. 胸部 X 线示两肺透明度增高，横膈低平，肺动脉段稍突出，两肺下部有炎性阴影。
4. 心电图检查，电轴右偏，顺钟向转位（本例的心电图改变不典型，仅作参考）。

二、发病机理

慢性支气管炎、肺气肿和肺原性心脏病是病理演变的三个阶段。长期的慢性支气管炎，支气管粘膜充血和水肿，致管腔狭窄；同时支气管粘膜纤毛损坏，清除分泌物功能受损，排痰困难，稠痰阻塞，进一步加重支气管的阻塞。由于气道

阻塞，影响气流的通畅，空气阻滞于肺泡内，引起肺泡过度膨胀而形成阻塞性肺气肿。支气管炎的长期、反复发作，可侵犯附近肺动脉及支气管动脉分支，引起动脉壁的炎症，血管壁增厚，管腔变窄，致肺血管阻力增加，肺动脉压力增高。肺泡内压力增高，亦可压迫周围的小血管，促使肺动脉压力增高。此外，通气不足，长期缺氧，可致心肌变性，也常继发红细胞增多，血容量增大，加重心脏负担。长期肺动脉压力增高、心脏负担增加，最后可发生心力衰竭。平时心肺功能已严重损害时，一旦发生急性呼吸道感染，往往诱发呼吸衰竭及心力衰竭。

此患者2周前因感冒后并发呼吸道感染，支气管分泌增多，阻塞细支气管，引起肺泡通气不足，气体交换受到影响，吸入的氧不足，体内的二氧化碳未能充分排出，造成缺氧与二氧化碳潴留，致气急和紫绀加重，并引起嗜睡、烦躁及谵妄等精神症状，终至发生呼吸衰竭。通气阻塞，肺泡内压力增加，压迫周围肺小血管，使肺循环阻力增高，加重心脏的负担；发热引起机体代谢率增加（体内氧消耗及二氧化碳产生增多），也可加重心脏负担，最终发生呼吸衰竭及心力衰竭。

三、治疗

肺心病患者急性发作应采取综合治疗，包括以下措施：

1. 抗感染。应用抗菌素或磺胺类药物，促进肺部及支气管粘膜炎症消退，分泌物减少，气道恢复通畅。

抗菌素一般首用青霉素及链霉素。青霉素钠盐用量每日120万~240万单位加于5%葡萄糖溶液500毫升中静脉滴注；链霉素每日1克，肌肉注射。待病情好转后，可改为普鲁卡因青霉素，每日40万~80万单位及链霉素1克，肌肉

注射，或口服磺胺甲基异噁唑，每日2克，磺胺增效剂每日0.4克，以上二药分二次服。如果青霉素及链霉素效果不显，可改用红霉素、氯霉素静脉滴注。此患者过去经常用各种抗菌素，青霉素及链霉素均失效，故改用红霉素静脉滴注，效果尚佳。因此平日应慎用抗菌素，更不宜滥用抗菌素。

2. 痰的清除。痰液滞留于细支气管内可引起通气减低，加重缺氧与二氧化碳潴留，痰液又可增加气道阻力，呼吸费力，能量消耗增加，并使抗菌素的效力减低。故应鼓励患者努力咳痰。但肺心病患者大多并发肺气肿，膈肌下降无力，兼进水量少，痰粘稠难于咳出，可适当应用祛痰剂如氯化铵、半夏露及其他中药，使痰稀释易于咳出。我们应用加压蒸气吸入，改善通气，湿化痰液，效果较好。应用装置及操作方法见后述。

年老体弱的患者，医护人员应帮助其翻身、拍背，从仰卧位转到左、右侧位，每数小时一次。这些措施有助于痰的引流和咳出。

3. 缓解支气管痉挛。以哮喘或喘息型支气管炎为病因的肺心病，大多有明显的支气管痉挛。以阻塞性肺气肿为病因者，当并发肺部感染，往往有轻微的支气管痉挛。应用支气管扩张剂如氨茶碱0.25克加于50%葡萄糖溶液40毫升静脉注射，或0.5克加于5%葡萄糖溶液500毫升中静脉滴注。支气管痉挛缓解，通气可得改善，痰亦易咳出。

4. 呼吸兴奋剂的应用。呼吸兴奋剂能刺激呼吸中枢，使呼吸幅度及频率明显增加，提高通气量，达到氧吸入和二氧化碳排出增多，缓解缺氧和二氧化碳潴留的目的。常用和较安全的呼吸兴奋剂为可拉明，加于5%葡萄糖溶液500毫升中，配成浓度约1%，作静脉滴注。滴注速度每分钟30滴

左右（每分钟约 20 毫克）。可拉明的副作用为出汗，皮肤红润，皮肤搔痒等。如发现这些现象，可放慢滴注速度，副作用可减轻或消失，大多数不需停止。如有支气管痉挛，应先用支气管扩张剂，待痉挛缓解后再用可拉明滴注。配合氧疗法，效果更好。

5. 氧疗法。有氧气供应的地区，可给予氧气。最简便的方法是鼻导管给氧，现在都一致认为低流量持续给氧最好。每分钟氧流量约 3 升，浓度约 33%。过去所用间断给氧方法，即吸氧 45 分钟，停用 15 分钟，已被证实效果不佳。在停用期间，缺氧与二氧化碳潴留不但没有改善，反而加重，故这种方法现在已被废弃。

6. 心力衰竭的治疗。肺心病并发心力衰竭，经抗感染、改善通气和利尿剂等治疗，大多可以控制，不必用强心药。本病例即属此情况。利尿剂可口服双氢克尿塞，每次 25 毫克，每日 1~2 次，或氯苯噻嗪，每次 50 毫克，每日 3 次。口服双氢克尿塞者，应补充氯化钾，每次 1 克，每日 3 次，以免发生电解质紊乱。肺原性心脏病患者对毛地黄类强心药耐受性低，容易发生毛地黄中毒；因此，若感染控制而心力衰竭仍未改善者，可应用小剂量（常用量的 50%~70%）快速短效毛地黄类强心药进行治疗。

7. 关于镇静剂或安眠剂的应用。肺心病患者由于二氧化碳潴留，引起精神症状如兴奋、烦躁。国内报导过去有些单位给予可待因、巴比妥、氯丙嗪等药，呼吸中枢受抑制，通气量进一步减低，二氧化碳在体内潴留更多，结果可发生昏迷乃至死亡。对于这类患者镇静剂或麻醉剂应慎用。通过改善通气，排出二氧化碳，精神症状即可消失。

肺心病既是多数继发于慢性支气管炎，因此预防慢性支

气管炎的各种措施如预防感冒、戒烟、开展体育活动（各种体操和太极拳锻炼等），对于肺心病的预防，同样有积极意义。不应过份依赖药物，长期应用抗菌素，不但增加经济负担，而且可削弱患者的抵抗力，使细菌发生抗药性，增加治疗的困难。

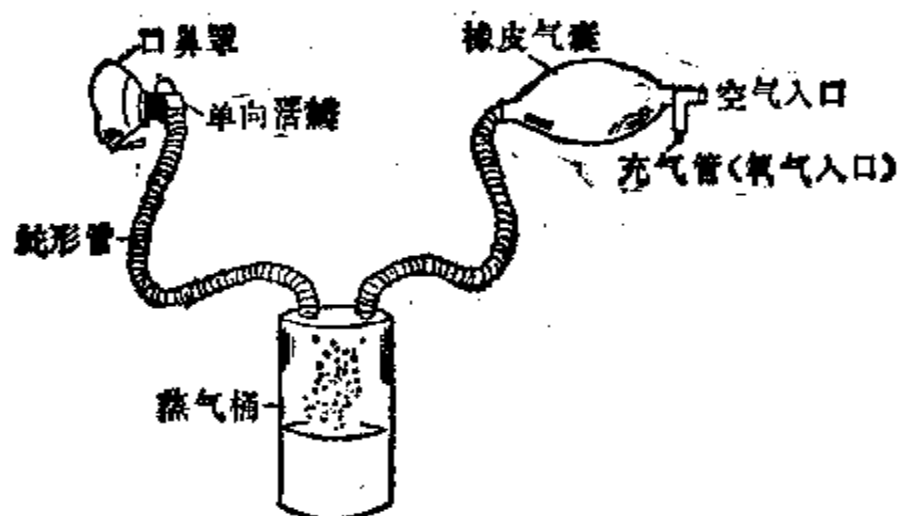
附：加压蒸气吸入

加压蒸气吸入是在一般蒸气吸入的基础上加以改进的。肺心病患者通气量很低，靠自己呼吸，吸入蒸气很少，不足以达到湿化呼吸道的目的。加压蒸气吸入，在装置上加一个橡皮气囊，用手捏压气囊，将蒸气压进患者的肺内。本法适用于通气不足、痰咳不出、神志清楚能合作的患者，既能增加通气量，又能湿化痰液，有助痰的咳出。

装置分三部分：(1)口鼻罩，为透明塑料制成（周缘有充气橡皮囊，使用时可紧贴面部，防止漏气），它与单向呼吸活瓣相连接（如无单向活瓣，亦可免去），活瓣的一端，接蛇形管，与蒸气桶的出口相连。(2)加压橡皮气囊，容量为 0.8 升，一端为空气及氧气入口，另一端通过蛇形管与蒸气桶相连。(3)蒸气桶，为一般铁皮容器（亦可用旧铁桶改制）其容量以 5~8 升为理想。我们所用的直径为 18 厘米，高度为 35 厘米，顶端有出、入二管口（见附图）。

水桶盛 60~70℃ 温水，约 $\frac{1}{2}$ ~ $\frac{2}{3}$ 的容量。患者取半卧位。用橡皮带将口鼻罩固定于口鼻部，由医务人员进行加压呼吸。吸氧浓度一般为 1~2 升/分。呼吸的频率、吸气及呼气时间的比例和潮气量（每次吸入或呼出的气量），根据患者的具体情况适当掌握。每次加压 30 分钟，加压呼吸 10 分钟后，休息数分钟，鼓励患者用力咳嗽，排出痰液。咳出痰液后，再继续加压。开始时每日加压呼吸 4~5 次，每次 30 分

钟。待病情好转，可适当减少加压呼吸次数，改为每日 3 次。



慢性肺原性心脏病急性加重期的

中西医结合治疗

病案讨论

中医研究院西苑医院心血管病研究组

病历摘要

毕××，女，69岁，农民。咳喘10余年，近一周来加重。因人事不省2小时以上，于1972年10月23日上午6时急诊入院。10余年来病人常有咳喘，天冷即重，7~8年来因急性发作已住院4次。去冬犯病以来一直未愈，近一周来更形加重，痰白或黄，粘稠难出，饮食减少，便秘，3~4天来不能平卧。入院当日清晨4时许，家人发现患者神志不清，呼之不应，唇紫而青，手足冰凉，晨6时许送来急诊。近5~6年来入冬即较畏寒，去夏发现血压较高，此外无其他特殊病史。

体格检查：血压100/70毫米汞柱，鸡胸，两肺下部有干、湿罗音，心浊音界不大，肝、脾未触及，下肢不肿。心电图示：窦性心动过速，顺钟向转位，肺型P波，心肌损害（缺氧所致？），右室肥厚。胸部X线透视及摄片：两侧肺门阴影增大，右下肺动脉主干扩张（18毫米），肺纹理普遍增粗模糊，尤以两肺下部为明显，右下肺野有小片状模糊阴影，横膈低平（位于第11后肋间）；正位示心尖上举，左前斜位，

左心室较饱满。

住院经过：7时15分送入病房，体温36℃，脉搏120次/分，血压降至90/60毫米汞柱，急于吸氧，皮下注射山梗菜碱6毫克，肌注生脉散2毫升，10分钟后，病人清醒过来。但至8时左右，切脉未能扪及，血压测不到，唇色紫绀，舌质暗红，有白腻厚苔。诊断为慢性支气管炎，支气管肺炎，阻塞性肺气肿，慢性肺心病急性加重，感染性休克，胸廓畸形。中医辨证为气虚厥逆，肺热咳喘。当予口服解毒消炎片，每次5片，每日4次；肌注阿拉明10毫克；尼可刹米0.25克与山梗菜碱3毫克交替皮下注射，每4小时一次。半小时后血压骤升至223/147毫米汞柱，但三个多小时后又听不清，乃静脉注射生脉散4毫升，11分钟后血压回升为116/94毫米汞柱，一时后又稍下降，为100/86毫米汞柱，又肌注生脉散2毫升，20分钟后血压升为128/100毫米汞柱，再过一小时后升至132/100毫米汞柱。随后予服清肺益气回阳之剂，处方：败酱草八钱、鱼腥草八钱、板蓝根一两、草河车八钱、黄芪八钱、党参一两、白术四钱、官桂三钱、炮附子五钱、干姜五钱、陈皮四钱、炙草四钱、或加海浮石三钱，每日1~2剂。患者血压一直平稳，有时且较高，110~180/70~110毫米汞柱；咳喘渐轻，精神好转，舌苔大减，食纳日增。5天后已不需吸氧，但痰尚不易咳出，感心慌，脉滑数，乃去干姜、官桂、附子，加远志三钱。3天后，食纳续增，但还心慌、头晕，改方如下：败酱草一两、鱼腥草一两、草河车一两、黄芩五钱、菊花四钱、茯苓四钱、远志三钱、或加党参三钱。一周后咳喘减轻，痰已易出，色也变浅，平卧时已无其他不适，仅起床活动后还感心慌、气短，食纳尚欠佳。继服败酱草一两、鱼腥草一两、板蓝根一两、草河车

一两、茯苓四錢、萊菔子三錢。服兩劑後未再咳嗽，但肺底及左腋下還有中、小水泡音，在院稍事調養出院。患者體溫在入院翌日曾升達 38.3°C （腋下），5天後降至 37°C 以下；初入院時白細胞為14,500/立方毫米，中性粒細胞79%，後白細胞降為6,600/立方毫米，中性粒細胞64%；痰培養原有之卡他球菌消失，但尚有甲類鏈球菌生長；二氧化碳結合力由71.68容積%降為62.7容積%；出院時X線胸部復查，右下肺野之片狀陰影已消失。

讨 论

甲医生：患者早年即有胸廓畸形（鸡胸），咳喘多年，近来加重，入院时神志不清。X线检查显示肺门阴影增大，右下肺动脉主干扩张，肺纹理增粗模糊，右下肺野有片状模糊阴影，正位片心尖上举，肺动脉段膨隆，左前斜位左心室较饱满，主动脉球钙化，横膈低平。心电图示肺型P波，右心室肥厚且有心肌损害改变。二氧化碳结合力偏高，结合病人年龄较大，过去曾有高血压病史，住院过程中有时血压较高，诊断应为慢性支气管炎、支气管肺炎、阻塞性及老年性肺气肿、慢性肺心病急性加重、呼吸性酸中毒、休克、并有高血压性心脏病。

在中医辨证方面，病人年迈体衰，阳气虚损，津液转输敷布失常，聚而为痰。咳喘日久，肺气虚损，感受风寒，郁而化热，故浊唾难出，清气难入，浊气内蓄，而唇紫舌黯，神识昏蒙。热毒炽盛，则更伤正。脉证互参，显系肺热咳喘，气脱阳衰。本虚标实，邪盛正衰。

热盛无不伤阴，生脉散中人参补元气合麦冬而养阴，五味子温肾纳气，敛阴固脱。古代医生对身冷、脉微、气短、

汗出者，常用生脉散方施治。本例注射后疗效也尚称满意，脉复肢暖，血压回升。由于病情寒热夹杂，故在内服药物方面温清并用，首方内用党参、黄芪、白术、炙草益气，官桂、附子、干姜回阳以扶正，败酱草、板蓝根、草河车、鱼腥草等合穿心莲（解毒消炎片）清热解毒以驱邪，更以陈皮、海浮石祛痰和胃，服药后不仅血压一直良好，咳喘减轻，食欲、精神好转，而且舌苔也大为减退。

通过对本例的治疗，我们有以下几点肤浅体会。

1. 生脉散确有对抗休克的作用，其中人参、五味子二药，根据现代药理学研究，认为具有“适应原”样作用，亦即具有增强机体适应体内环境的不利变化的作用，如可使高血压者血压降低或低血压者血压升高。

我们通过最近在另一血压较低患者身上使用的结果，也初步表明含有人参、五味子的生脉散确实并非象一般血管收缩剂那样单纯升压，而是起一种调节作用。

2. 生脉散在本例中虽表现出有一定的抗休克作用，但首次肌注后未见明显作用，静脉注射后约一小时，血压又有下降趋势，待第二次肌注后血压方始稳定，此时及其稍后患者已服解毒消炎片2次，及中药汤剂半剂，估计其中补气回阳之品在稳定血压方面也有作用。

中医学中的“亡阳”一证，极似现代医学所称之休克，本例虽无大汗淋漓的情况，但唇紫、面青、肢冷、脉绝的情况是完全具备的，所以从中医角度来看仍可考虑有“亡阳”存在，因此服用大剂量回阳救逆之剂后，病情迅见起色。通过本例之实践，可以看出中毒性休克中的部分病例从中医角度来看可以考虑是一种热极生寒（但非全化为寒）的结果，出现寒热夹杂情况，所以在治疗上应温清并重。

3. 本例未用任何西药抗菌制剂而感染迅即控制,看来从中草药方面进一步寻找抗菌药物的前途是相当广阔的,穿心莲、鱼腥草、草河车、板蓝根等虽非传统常用的清肺药,但都具有相当良好的抗菌作用而可用以治疗支气管与肺部感染。从这一意义来说,应该认为它们同样具有清肺的作用。

根据最近有关单位对 100 种中草药抑菌作用的研究表明,败酱草对卡他球菌、甲类链球菌、肺炎双球菌、流感杆菌都有抑菌作用,板蓝根对甲类链球菌、白色葡萄球菌及金黄色葡萄球菌、流感杆菌有作用,草河车则对肺炎双球菌、流感杆菌、白色葡萄球菌及金黄色葡萄球菌都有作用。据浙江医科大学的报导,鱼腥草确有明显抗炎作用,对中毒性肺炎或严重慢性支气管炎急性发作单用本药注射或穴位注射能使炎症消散。所以上述这些中草药,很有进一步试用于治疗急慢性支气管炎、肺炎以及肺心病并有感染的病人的价值。

乙医生:此病人年迈体弱,咳喘 10 余年,此次为第五次入院。慢性气管炎、肺气肿是引起肺心病的主要原因,而呼吸道感染则是引起肺心病急性发作的主要诱因,也是治疗中的一个重要环节。此例诊断比较明确,这次入院主要是感染性休克,入院后血压一度降到 0,用阿拉明 10 毫克肌注后血压骤升到 223/147 毫米汞柱,机体对升压药的反应较敏感,但此例有高血压病史,血压骤升有一定的危险性,且不持久,3 小时后血压又听不清,故静注生脉散 4 毫升,11 分钟后血压升到 116/94 毫米汞柱,一小时后稍降,再肌注生脉散,血压又升到 128/100 毫米汞柱,以后配合内服中药,血压一直较平稳。生脉散的主要药物为人参、麦冬、五味子,其中人参含量为 0.1 克/毫升,含量较小,据有关文献报告,小剂量人参具有中枢兴奋作用,对呼吸中枢也有兴奋作用;对血压

反应不一，小剂量可使血管收缩，血压升高，大剂量使血管扩张，血压下降，具有调节血压的作用，这就是前面提到的“适应原”样作用。我组和本院中药研究所观察到在家兔失血性休克时静注生脉散2毫升/公斤，有升压作用，但维持时间较短。人参制剂临床上常用以治疗各种休克（心原性、失血性、中毒性等），过去已有报告。北五味子也能增加中枢兴奋性，并有强心作用。对血压的反应也不一致，其醚提取物有镇静、降压的作用。五味子体外抑菌试验对绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌、肺炎杆菌、白色葡萄球菌等都有抑菌作用，但如此小剂量时体内是否有抗感染作用，尚待观察。从这个病例用生脉散有效来看，看来对休克，尤其是机体反应较好的，确有一定效果。人参的价格较贵，可以考虑用太子参来代替，浓度适当增加。我们用的生脉散含量是红参100克，麦冬510克，五味子310克，制成注射液1000毫升，每支2毫升，用于静脉或肌肉注射，用前应先检查澄明度是否良好，浓度过高易产生沉淀，故对较重症的病例可以采取加大剂量或增加注射次数的方法。

患者年已69岁，肾气已衰，且素有肾不纳气、喘咳的表现，此次来院时四肢厥冷，人事不省，显有肾阳衰之征，故治疗上用附子、干姜、官桂温肾，加补气之人参、黄芪、党参之类为主。但由于病人此次急性加重的诱因因为外邪袭肺，肺内蕴热致有厚腻舌苔，吐黄粘痰，两肺干、湿罗音等炎症征象，故加用败酱草、鱼腥草、草河车、黄芩一类清热解毒药，及陈皮、海浮石祛痰药，收到一定的效果，为今后治疗这种肾虚兼有感染肺热病人的治疗提供了一些经验。

丙医生：红人参较贵，刚才乙医生提到的用太子参代替，并适当提高生脉散的剂量，很值得研究。

丁医生：治疗方面有两点值得注意的经验：

1. 生脉散的抗休克作用，其特点为升压作用较温和，由于患者对阿拉明高度敏感，肌注 10 毫克就使血压上升达 223/147 毫米汞柱，如此急剧升压有可能造成重要器官的供血不良，所以当此病人血压再度下降时，用生脉散治疗并取得效果，这是很有意义的。病人面色苍白，皮肤发绀，四肢厥冷等微循环状态不好的情况也获得改善。从中医理论上说，生脉散有益气养阴生津的作用，对此例是适用的。古代医生张仲景在治疗“汗后身热亡血脉迟”及“下利身凉脉微”时，一般均加用人参。自《千金方》组生脉散方以后，用于厥证、脱证的更多。明末清初盛用独参汤于厥逆虚脱也是一个佐证。

2. 温法和清法的结合应用。由于病人具有正虚邪实、虚实夹杂的特点，所以宜用标本兼顾的治法，一方面用回阳救脱的附子、官桂、干姜、党参、黄芪，一方面用治疗痰饮阻肺的败酱草、鱼腥草、草河车、黄芩、海浮石等，一温一清，扶正以祛邪，去邪以扶正，取得较好的效果。关于清温并用法，古代医生张仲景有很丰富的经验，对“厥逆无脉”一般用四逆汤治疗，但针对不同情况也常清温并用，如“下利厥逆无脉”用白通加猪胆汁汤，葱白、干姜、附子和猪胆汁并用，“蛔厥”用乌梅丸，肉桂、附子和黄连、黄柏并用。其他如附子泻心汤的附子与三黄并用等皆其例。《千金方》更有以附子与羚羊角并用的附子散，说明清温并用法是祖国医药学中的一种有效验的治法，此例经治疗后黄痰消失，肺部炎症好转，血压稳定，进一步验证了这一点。

戊医生：有三个问题需要明确：(1)从中医辨证来看，此病人是寒厥还是热厥，是真热假寒还是真寒假热要弄清楚；

(2)病人神志不清，与休克有关，与呼吸性酸中毒也有关；(3)病人原有高血压病，对这类病人使用升压药怎样才稳当，是一个问题，不要一经应用，血压骤增。

己医生：此病人肺部感染是标，休克是本，《内经》云：“标急于本者，当治其标”、“本急于标者，当治其本”，又云“治病必求于本”，所以对此病选用回阳救逆、益气清肺法，佐以清热解毒之剂是恰当的。

庚医生：既用回阳药，又用清解药，当时是怎么考虑的？

甲医生及丁医生：回阳药针对厥逆休克而用，清解药针对肺热喘喘肺炎而用，既从中医理论上考虑，也结合西医诊断考虑，在这一点上，似乎中西医学术之间有可结合之处。

辛医生：病人肺部感染严重，舌苔白厚垢腻，神志不清，便干，脉不能摸及，四肢冰冷，此属肺胃蕴热，痰阻清窍，正气衰败。所用中药方中以败酱草、鱼腥草、板蓝根、草河车乃为清肺胃之热，以四逆汤、保元汤之辛温通阳之品以固正气，结合起来，就是扶正祛邪的方意。但看其方药中仅有时加用海浮石一味化痰之品，似对粘稠不易咯出的痰油内壅之证尚嫌不够。应考虑加用导痰开窍一法，配用清膈煎之意，酌情选用天竺黄、南星、菖蒲、郁金、川贝等药为好。

壬医生：这个病人证候表现寒热交错，正虚邪实、邪盛正衰，治疗上标本兼治、扶正去邪并举。刚才丁医生提到古方关于寒热交错的著名方剂，如小柴胡汤、麻黄附子细辛汤、乌梅汤都属于这一类，但要根据病情辨证论治。中西医学术各有特点，如能结合起来考虑，对于促进中西医结合有好处，今后还要更多地进行实践。

急性肾炎合并心力衰竭

病案讨论

中国人民解放军第 165 医院小儿科

病历摘要

患儿师××，男孩，7岁，由于全身浮肿四天，呼吸困难一天，于1969年10月16日急症入院。患儿于本月13日早起两眼睑开始出现轻度浮肿，后逐渐加重并遍及颜面、四肢以至全身，尿量也减少，但一般状况尚好。至15日夜开始出现气促、呼吸困难，伴有轻度发热、睡眠不佳，自诉两侧上胸痛。入院当天下午呼吸困难明显加重，不能平卧，烦躁不安，精神差，并有发热及咳嗽，全身浮肿明显，尿很少，呈茶红色。发病以来，食欲减退，大便秘结，无呕吐、惊厥等。患儿于两个月前两下肢发生多数脓疱疮，至今仍有少数未愈。既往无特殊病史。

体格检查：体温38℃，呼吸42次/分，脉搏124次/分，血压150/120毫米汞柱，体重24公斤，营养发育中等，表情烦躁，呼吸困难，不能平卧，呈急性重病容。口周发绀，鼻翼稍有扇动，全身有可凹性浮肿，尤以颜面、手足明显，两下肢有少数脓疱疮。头部、五官无异常发现。颈软，两侧颈静脉轻度怒张，心界稍扩大，心音弱，无杂音，心率快，124次/分，节律整齐，两肺可闻少许干罗音，无明显湿性罗音。腹部膨大，有轻度移动性浊音，肝于右肋下5厘米，

边缘钝，质中等硬度，有压痛，脾于左肋下2厘米，质软。肛门、外生殖器及四肢脊柱无特殊发现。神经系检查：生理反射存在，病理反射阴性。舌质淡红，舌体胖大，无苔，脉浮数。

化验检查：血象：血红蛋白9.5克%，红细胞368万/立方毫米，白细胞13,900/立方毫米，中性粒细胞74%，淋巴细胞23%，大单核细胞1%，嗜酸粒细胞2%。尿常规：蛋白(++)，红细胞(++)，白细胞1~3，颗粒管型0~1。酚红试验：2小时酚红排出总量45%。血非蛋白氮37.2毫克%，血沉1小时后26毫米。

X线胸部透视检查：心脏扩大，心搏减弱，肺呈淤血现象。

诊断：急性肾炎合并心力衰竭。

治疗经过：入院后按肾脏病护理，取半卧位休息，无盐普食。当即给氧吸入。首先静脉注射西地兰0.3毫克，后隔6小时再静脉注射0.15毫克，共2次，均溶于10%葡萄糖液中。肌肉注射利血平1.2毫克。口服双氢克尿塞12.5毫克，每日2次，冬眠灵15毫克，每日2次，肌肉注射青霉素40万单位，每8小时一次。中药治以清热利湿，佐以宣肺发表，方用八正散合麻黄汤加减。6小时后患儿病情渐见好转，汗出，脉搏102次/分，呼吸34次/分，血压130/102毫米汞柱。12小时后脉搏96次/分，呼吸27次/分，血压124/92毫米汞柱。一天后尿量增加，心率接近正常，呼吸困难已不甚明显。三天后心功能不全表现消失，浮肿渐见减轻，尿量明显增加，血压仍较高，经继服中药及利血平等治疗一周后，浮肿明显消退，血压基本正常，尿检好转，舌苔白润，脉缓。中药改用实脾饮加减，半月后浮肿消退，舌质红，脉

细，尿检蛋白微量，红细胞(+)。中药用六味地黄汤加白茅根、小蓟、旱莲草等，尿检明显好转。后继用滋肾益阴、止血之中药至28天，尿常规恢复正常，心功能及X线胸部检查等均正常。观察两年未复发。

讨 论

一、诊断及鉴别诊断

本病例有全身浮肿、呼吸困难及尿的改变等主要临床表现，为对其主要症状进行较有系统的分析、鉴别，兹就上述三个方面分别进行讨论：

(一) 全身浮肿的鉴别诊断：

1. 心脏性：患儿年龄7岁，病程短，几天内即发生明显的全身性浮肿，可从以下几方面原因去考虑：(1)先天性或风湿性心脏病，在发生心力衰竭时均可出现全身性浮肿以及尿少、气促、发绀等表现。但本病例无风湿病及气促、发绀等病史，检查发育正常，无杵状指，心脏亦无明显杂音，气促、发绀等症状是在全身浮肿之后出现，浮肿也并非从下肢开始；另外，患儿有明显的尿异常及血压升高等变化，故不能以上述原因的心力衰竭解释；(2)各种原因所致的心肌炎出现心力衰竭时亦可有浮肿等表现，但患儿无其他引起心肌炎的病因可查；(3)心包炎也可致浮肿，但本病例无结核病、风湿病、肺炎等引起心包炎的原发病，又无心包摩擦音等，故心包炎亦可排除。

2. 肝脏性：肝脏病引起血浆白蛋白显著降低后可发生浮肿，往往先见腹水。本例入院时检查虽有肝、脾肿大，但以往无肝脏病史，亦无黄疸等肝病症状；急性肝炎有水滞留的倾向时，可出现轻度浮肿，这与本例迅速发展的全身明显

浮肿和明显血尿等改变不符，故可排除肝脏疾病引起的浮肿。

3. 营养不良性：由于长期腹泻或其他慢性消耗性疾病均可引起营养不良而致浮肿。但本例无慢性腹泻及慢性消耗性疾病等病史，结合患儿有血压升高、尿的改变等其他主要表现，可除外此病的可能。

4. 肾脏性：肾脏疾患为小儿时期引起全身性浮肿之常见原因。急性肾炎时由于肾小球滤过率减少，醛固酮增高，使钠、水滞留而引起浮肿，同时由于全身毛细血管的渗透性增加，使血浆外渗，促成浮肿。肾盂肾炎发生浮肿之原因基本与上述相同，不过由于侵犯肾实质较少，故浮肿表现亦较轻。肾病综合征则主要由于大量蛋白尿造成低蛋白血症，引起胶体渗透压减低和肾性水、钠滞留异常而形成浮肿。但是，肾盂肾炎一般有膀胱刺激症状，尿改变以白细胞为主，蛋白不多，而本病例患病时间不久即有明显之浮肿及血压升高，尿中红细胞明显地多于白细胞，且尿蛋白超过(H)，这些均不符合肾盂肾炎的改变。肾病综合征虽可有全身浮肿，但血压一般不高，尿检无红细胞，而此患儿有明显之血尿及血压升高，故也可排除肾病综合征。

急性肾炎为儿童时期常见疾病。本病例从眼睑开始浮肿，逐渐加重，遍及全身。两天后浮肿明显，血压升高，尿少，呈茶红色，尿检有蛋白、红细胞及颗粒管型等典型改变，并有酚红排出减少等肾功能减退表现。根据上述变化，再结合其发病前患皮肤脓疱疮，符合于典型急性肾炎的表现。

(二) 呼吸困难的鉴别诊断：患儿先有浮肿，两天后出现气促、呼吸困难、发绀等重要症状，应考虑与以下疾病进行鉴别：

1. 肺炎：儿童易于罹患肺炎，是呼吸困难之常见原因。但患儿发病后体温不很高，开始不咳嗽，而呼吸困难却较严重，肺部体征也不明显，X线胸部透视示肺野淤血而无肺炎病灶，故可排除肺炎的可能。

2. 酸中毒及大量腹水：酸中毒亦可表现呼吸困难，但患儿发病时间不久，未表现为精神倦怠，检查亦未嗅到酮体之苹果味，亦无腹泻、呕吐等引起酸中毒可能之其他病史。患儿虽有少量腹水，但腹部无明显膨隆和水波感等大量腹水之体征，故可排除上述两种病的可能。

3. 心力衰竭：各种原因造成之心力衰竭均可发生呼吸困难、发绀等。本病例入院时有明显呼吸困难、发绀，并有烦躁不安、不能平卧、颈静脉怒张、心率快、心音弱、心脏扩大、肝肿大及肺部淤血等，这些均符合心力衰竭的表现。结合本例有浮肿、血压升高及尿异常改变等急性肾炎的表现，符合急性肾炎合并心力衰竭的诊断。

(三) 尿异常改变的鉴别诊断：患儿有尿少及呈茶红色尿，尿检有蛋白(++)，红细胞(++)，白细胞1~3，颗粒管型0~1，这种尿的重要改变，结合本病例全身浮肿、血压升高，诊断为急性肾炎是不困难。但在鉴别诊断时也应想到其他疾病的可能。例如全身出血性疾病，亦可发生血尿、浮肿，但多有其他部位出血及出血病史可查。此外，血红蛋白尿或内服山道年、安替匹林等药物，尿色亦可有类似改变，但典型血红蛋白尿呈酱油色，镜检无或很少红细胞。药物造成尿的改变一般为红色，但本例无服用药物史，均可除外。

二、治疗

对本病的治疗，采用中西医结合治疗方法。现结合本病例讨论于下：

(一) 一般治疗及护理：卧床休息甚为重要，以防止病情加重，恢复期亦应适当休息，以免复发。本例合并了心力衰竭与没有休息有很大关系。在急性期应以高糖、低蛋白饮食为宜，限制食盐及水分的摄入。在护理中及时观察脉搏、呼吸、血压之变化。并仔细观察出入量，以了解病情变化。

(二) 中医药治疗：患儿初期浮肿明显，肿在上部，有发热，尿短赤，中医认为属阳水，脉浮，无汗，为表证未解。故用八正散清热利湿，合麻黄汤宣肺发表，加入凉血止血之药物组成方剂，如用木通、车前子、扁蓄、大青叶、麻黄、杏仁、白茅根、小蓟、茯苓皮。服上药后，尿量增多，汗出等。一周后浮肿明显消退，尿检好转，面黄，倦怠，腹胀食少，舌苔白润，脉缓，中医辨证属脾虚，治以健脾利湿为主，用实脾饮加减方，如白术、茯苓、大腹皮、厚朴、猪苓、小蓟等。半月后患儿浮肿消退，尿仍有蛋白及红细胞，舌质红，脉细，辨证属肾阴虚为主，治以滋肾益阴，用六味地黄汤加凉血止血之中草药，如旱莲草、白茅根等。本例经 28 天的治疗，尿及其他心、肾功能均恢复正常。我们观察到，大部分病人是按照上述病程演变，但亦有初无表证，以后出现肾阳虚为主者，须依不同证候进行辨证施治。根据临床观察，中草药不仅对发汗、退热、利尿、消肿及减轻血尿有较好作用，而且对降压、消除蛋白尿及缩短病程均有相当作用，明显的提高了疗效。

(三) 降低血压：急性肾炎约有 75% 的病例血压不同程度升高，血压升高又是促成心力衰竭的一个因素，应予注意，及时处理。轻度血压升高者，注意休息，观察病情。特别是在运用中草药治疗下一般不需特殊降压药物。但由于部分儿童容易在短时间内血压迅速升高，以至发展成高血压脑病。

故当血压上升达 130/90 毫米汞柱，特别是仍有上升趋势时，可给降压药物处理。过去常用 25% 硫酸镁肌肉注射，每公斤体重 0.2~0.4 毫升。近年我们给内服利血平及冬眠灵或配用双氢克尿塞，收到了较好效果。血压明显升高，特别是已有头痛、呕吐等高血压脑病先兆时，应积极处理。本例用利血平每次每公斤体重 0.06~0.07 毫克肌肉注射，配合双氢克尿塞、冬眠灵口服，同时服用中药，一天后血压明显下降，效果较满意。

（四）心力衰竭的治疗：在肾炎早期必须强调卧床休息，限制钠、水的摄入，降低血压，减轻水肿等，以预防心力衰竭的发生。心力衰竭一旦发生，就应早期发现，积极处理。关于洋地黄类强心剂的使用，须视病情缓急而选择，一般用地高辛口服，2 岁以下洋地黄化量每公斤体重 0.06~0.08 毫克，2 岁以上洋地黄化量每公斤体重 0.04~0.06 毫克，首次口服半量，余分 2~4 次于 12~24 小时服完。病情重者则采用西地兰静脉注射，2 岁以下洋地黄化量每公斤体重 0.03~0.04 毫克，2 岁以上洋地黄化量每公斤体重 0.02~0.03 毫克，先取 $\frac{1}{2}$ 量以 10% 葡萄糖液 10 毫升稀释，于 10 分钟内静脉注射，余量分 2~3 份，每 6 小时注射一次。亦可采用毒毛旋花子甙 K 0.007~0.01 毫克/公斤体重/次，溶于 10~20 毫升 10% 葡萄糖溶液中，于 5~10 分钟内静脉注射。同时给予吸氧等措施。

（五）控制感染：急性肾炎发病前 2~4 周，往往先有溶血性链球菌感染，如皮肤感染、咽炎、扁桃体炎等。本例入院时皮肤脓疱疮仍未痊愈，此种感染将对肾脏继续产生不良作用，如不加控制，可影响治疗效果，甚至病程迁延转入慢性，故须同时给予青霉素治疗。小儿用量为 20 万~40 万单

位，6~8 小时一次，肌肉注射，一般需要 1~2 周。不能用青霉素者可口服四环素或土霉素，每公斤体重 25~50 毫克，分四次，每 6 小时一次。

（六）其他治疗：尿少者，在加强中药利水后效果仍不佳者，可作腰部热敷或肾囊封闭，利血平也可有帮助。其他如有头痛、呕吐等可作对症处理。

慢性肾盂肾炎验案

北京中医医院 姚正平 王孟庸

病历摘要

李×，女，36岁，已婚，因发作性尿频、尿急、尿热痛及腰痛十余年，半年来加重，于1972年7月20日来我院诊治。

患者于1961年结婚后，曾有尿频、尿热痛及血尿，到某院检查诊断为急性泌尿系感染，经用抗菌素治疗数日后，症状消失。1962年产后又发作一次，此后每年都发作数次，但都能很快控制。1966年后发作转频，尿培养有大肠杆菌生长，确诊为慢性肾盂肾炎。1971年12月以后症状加重，血压逐渐升高，尿培养连续有大肠杆菌生长，用庆大霉素、卡那霉素时能抑制尿中大肠杆菌，但2~5周后又复现。

现症：恶寒，低热，头晕，心悸，倦怠，汗多，恶心，腹胀，食少，少腹抽痛，腰痛，足跟痛，尿频，尿急，尿热痛，日间尿10~20次，夜尿6~7次，尿腥臭，月经紫黑，量少。

体格检查：体温37.8℃，血压150/100毫米汞柱。精神萎（wēi）顿，形体肥胖，面色苍黄、虚浮不华，眼睑及踝部有轻度浮肿。舌体胖，舌质边红，舌苔白，脉滑略数。

实验室检查：尿检：蛋白+，红细胞2~5个/高倍镜，白细胞3~10个/高倍镜，有时有成堆的白细胞及脓细胞，偶

见颗粒管型；尿中段培养有大肠杆菌生长，酚红试验 2 小时排泄总量 65.5%（正常为 60~75%）。

诊断：慢性肾盂肾炎。

中医辨证：脾肾两虚，下焦毒热。

总法则：解毒通淋，健脾固肾。

治疗经过

7 月 20 日至 8 月 15 日，以疏风祛表、解毒通淋，兼以固肾气为治，基本方如下：

荆芥穗五钱 薄荷一钱 柴胡三钱 防风二钱 草薢一两 乌药三钱 扁蓄一两 银花五钱 败酱草五钱 蒲公英一两 当归五钱 赤小豆一两 枸杞子四钱 菟丝子四钱
每周五付。

服药后低热渐退，恶寒稍好，汗出明显减少，尿量多而次数略减，但仍有浮肿，食少，恶心，腹胀，腰痛，尿腥臭。尿检：蛋白+，红细胞 0~1 个/高倍镜，白细胞 3~5 个/高倍镜；尿培养仍有大肠杆菌生长。

8 月 16 日至 9 月 30 日，治以健脾固肾、解毒通淋之法，基本方如下：

防己四钱 生黄芪五钱 白术四钱 茯苓三钱 草薢四钱 复盆子四钱 枸杞子四钱 菟丝子五钱 金樱子四钱 扁蓄五钱 蒲公英一两 败酱草五钱 银花一两
每周五付。

服药后汗出，浮肿均见好转，精神稍好，但仍食少，腹胀，天冷时尿转频，夜尿 3~5 次，尿热痛，腰痛甚。血压 130/90 毫米汞柱。尿检：蛋白+，白细胞 0~2 个/高倍镜。

10 月 1 日至 11 月 11 日，治以滋肾、解毒、通淋之法，

基本方如下：

萆薢五錢 复盆子四錢 烏药三錢 扁蓄五錢 枸杞子四錢 菟絲子五錢 金櫻子四錢 肉桂一錢 炒知母、黃柏各二錢 当归五錢 赤小豆五錢 银花五錢 蒲公英一两 敗醬草五錢 扁蓄一两

每周五付。

服药后尿腥臭减轻，尿频等膀胱刺激症状基本消失，但还时有腰痛，腹胀，大便溏。11月11日尿培养首次无细菌生长。尿检：蛋白+，红细胞消失。

11月12日以后，治以健脾固肾，佐以清利之品，善后调理，方药如下：

党参三錢 白术三錢 陈皮二錢 广木香一錢半 枸杞子四錢 菟絲子五錢 金櫻子四錢 当归五錢 赤小豆四錢

1972年12月20日，尿培养再次无细菌生长，尿检蛋白阴性。1973年1月及1973年7月第三、四次尿培养亦无细菌生长。此患者继发性不孕已十年，于1973年1月受孕。目前仅劳累后稍有腰酸、尿频，余症基本消失。

体 会

慢性肾盂肾炎是一种较常见的发作性疾病，女性尤为多见。据其症状，多属于中医“淋证”和“癃(lóng, 音‘隆’)证”的范围。文献记载：“淋病，小便澀(sè, 同涩)痛，欲去不去，不去又来，滴滴不断。”癃者即癃闭不通。中医认为，“诸淋所发，皆肾虚而膀胱热”。肾虚则小便数，膀胱热则水下澀，数而且澀；淋漓不宣，少腹弦急，痛引于脐。因此，当以固肾、清热、通淋为治本病之法。

由于慢性肾盂肾炎是以反复发作作为特征的，根据急则治

标，缓则治本的原则，把慢性肾盂肾炎的治疗分成二个阶段。在发作期，宜清热解毒、利湿通淋之法以务其急；症状缓解、尿常规接近正常后，当以培补脾肾，兼以清利解毒之品以固本。

急性发作期可以分成三个类型，但各型不但可互相交叉，而且可在同一患者不同时期中分别出现。

风热型：此型以全身感染中毒症状特别突出为主要特点。起病急骤，恶寒，高热，寒热往来，关节酸痛，腰痛，口干不渴，尿频，尿热痛或不痛。脉弦大或浮数，舌质红，苔薄白。宜以疏风祛表、解毒通淋之法，方用：

柴胡五钱 防风三钱 荆芥穗六钱至一两 薄荷二钱
复盆子四钱 乌药三钱 萆薢五钱 扁蓄一两 当归三钱
赤小豆一两 银花一两 车前草一两

本方药物分为三组，前四味是荆防败毒散中的主要药物，用以疏风解表；中四味是萆薢分清饮加减，用以利尿通淋；后四味是清热解毒药，由《金匱要略》赤小豆当归散化裁而来。这里我们要特别指出的是荆芥穗的剂量，我们发现，常规剂量只能退肾盂肾炎的小寒小热，超过 38.5℃，效果不理想，把荆芥穗剂量加到六钱至一两，则退热效果快，亦无不良反应，汗出也不多。

毒热型：此型以膀胱刺激症状为主要特点。有尿频，尿急，尿道涩痛，尿短赤，甚至血尿，少腹坠痛，口干苦。舌尖红，苔薄黄而干，脉弦数。治以解毒通淋、清利毒热，方用：

益智仁四钱 萆薢五钱 乌药三钱 当归四钱 银花一两
赤小豆一两 连翘四钱 蒲公英一两 炒山栀三钱 炒知母、黄柏各二钱 扁蓄一两 车前草一两 生大黄二钱

本方重用清热解毒药，佐以分清通淋之品，毒热一减，膀胱刺激症状好转，炒山栀、生大黄即可不用。

湿热型：此型以发作时间长或反复发作为特点。有尿频，尿急，尿不尽，食少，恶心，呕吐，倦怠，身重，时有低热。苔白腻，中心黄，脉滑数。治以芳化解毒、利湿通淋，方用：

益智仁四錢 萆薢四錢 烏藥三錢 當歸四錢 連翹四錢
赤小豆一兩 銀花一兩 炒知母、黃柏各二錢 藿香三錢
佩蘭四錢 益元散五錢

方中后四味药是芳香化浊、清热利湿之品。

慢性肾盂肾炎往往病程较长，反复发作者病情往往交错复杂，并兼有脾虚、肾虚或脾肾两虚。

脾虚者，证见：面黄，面部虚浮，气短，体胖而无力，食少，便溏，汗出。舌体胖，脉沉缓。当于解毒通淋方中加入五味异功散加减，以健脾益气。

党参三錢 茯苓三錢 白朮三錢 陳皮二錢 炒麦芽、
稻芽各五錢

肾虚者，证见：腰酸，头晕，耳鸣，睡眠不实，心烦，劳累后尿频，足跟痛，尿道灼热，血压偏高。舌质红，脉沉细弦。当在解毒通淋方中加入滋肾平肝、壮腰固肾之品。

枸杞子四錢 金櫻子五錢 菟絲子四錢 金狗脊四錢
首烏藤五錢 夏枯草五錢 貫眾炭五錢

血压不高者不用首乌藤及夏枯草。

症状缓解期，尿中仅有少量红、白细胞，或尿检基本正常，应转入治本阶段，根据患者的临床表现，组成健脾补肾，佐以清利之方，根据以上诸方药灵活掌握即可。

本例患者系典型的慢性肾盂肾炎，其特点是病程长，体

质弱，尿培养长期有细菌生长，使用过大量抗菌素。因此，造成一些比较复杂的情况：

1. 患者的病情是以膀胱刺激症状为主，基本属于毒热型，但初诊时还有低热，恶寒，说明表邪未清，风热不尽，故先以疏风解表，兼以解毒通淋之品治之。

2. 本患者病日久，兼有脾肾两虚，以脾虚为主，因此患者虽处于发作期，但与一般急性发作不同。当第一方把低热、恶寒基本控制后，即改为健脾固肾，佐以解毒通淋之法，使全身情况改善，浮肿消退。然后以滋肾解毒之剂，使患者基本治愈。

3. 本例善后调理是用五味异功散、五子衍宗汤、赤小豆当归散合方，以健脾固肾为主，佐以少量清利解毒之品。这一环亦是极其重要，除消除症状外，还可防止复发，巩固疗效。

本例患者病程十余年，经四个多月的诊治，基本治愈。说明中医治疗慢性肾盂肾炎有一定的效果。

脑 出 血

病 案 讨 论

河南省偃师县邙岭公社卫生防治院 丁安龙整理

病 历 摘 要

患者姚××，女，60岁，社员。因昏迷、偏瘫三小时，于1974年10月4日入院。

患者于10月4日晨起床上厕所时，突然昏倒，不省人事，右侧上下肢不能活动，言语不清，并有大小便失禁。当时未发现有颅脑外伤情况，即于上午十时送入我院。

既往史：患有高血压病已三年，近半月来常觉头晕、四肢发麻。

体格检查：体温38°C，脉搏80次/分，呼吸20次/分，血压220/110毫米汞柱。神志昏迷，面红气粗。皮肤无瘀斑或血肿。双侧瞳孔等大，对光反应存在。气管居中，颈稍强直。胸廓对称，心律齐，心界不扩大，二尖瓣区可闻Ⅱ级收缩期吹风样杂音，两肺呼吸音粗糙。腹部柔软，肝脾未扪及，肠鸣音正常。抬颈试验、划跖试验阳性，提腿试验阴性。右侧上下肢肌肉呈弛缓性瘫痪。舌红，苔黄腻，脉弦滑。

实验室检查：白细胞计数8,400/立方毫米，中性粒细胞80%，淋巴细胞20%。腰椎穿刺出脑脊液呈血性。尿常规正常。

住院经过：按脑出血常规护理。入院后即用20%甘露醇

250 毫升，每八小时一次，静脉快速滴注。为了预防感染，用青霉素 40 万单位，肌肉注射，每日二次。并用利血平 1 毫克静脉注射，每日一次。静脉输液 5% 葡萄糖氯化钠溶液及 5~10% 葡萄糖溶液每日 1000~1,500 毫升。

次日（10 月 5 日），上述药物继续应用。

入院第三天（10 月 6 日），病情稳定，神志稍清，能少量进食，始用中药治疗，方药如下：

天麻四钱 钩藤三钱 夏枯草一两 生石决明一两 生地五钱 菖蒲二钱 羚羊角三分（冲服） 当归四钱 地龙三钱 生牡蛎五钱 菊花三钱 川芎三钱 生甘草一钱

水煎服，每日一剂。

入院第五天（10 月 8 日），体温 37℃，血压 180/100 毫米汞柱，神志清楚，精神好转，呕吐停止，但语音不清楚。乃停止输液，停用 20% 甘露醇及青霉素，利血平改为肌肉注射。对瘫痪肢体采用新针治疗，取穴百会、肩髃、曲池、环跳，配养老、外关、合谷、风市、悬钟等穴，每日 1~2 次。

入院第十六天（10 月 19 日），患者体温 37℃，脉搏 75 次/分，呼吸 18 次/分，血压 170/80 毫米汞柱，精神好转，说话清楚，瘫痪肢体肌力逐渐恢复，手指可拿筷子进食，有人搀扶可以行走。于是出院，回家继续用针灸、降压药物等治疗。

随访：同年 11 月 6 日随访了该病人，已能自己行走，生活基本可以自理。1975 年 2 月又随访了病人，瘫痪肢体基本已恢复正常，可帮助作些家务劳动。

讨 论

丁安龙（防治院医生）：今晚业务学习，请大家来讨论这

个病例，主要是解决诊断和治疗问题，请大家踊跃发言。

肖成章（防治院医生）：根据本病例的临床症状和体征，应首先考虑脑出血（内囊出血）。本病多发生于老年人，已往多有高血压及动脉硬化病史，常在情绪激动或用力的情况下发生。其临床表现主要为昏迷，偏瘫，以及呕吐等。脑脊液压力增高并呈血性。本病例具有以上特点，可初步诊断为脑出血。但还应与其他脑血管疾病鉴别：

一、脑血栓形成：多见于动脉硬化患者，以老年人发病为主。常出现失语及肢体瘫痪。但发病较慢，往往在安静或睡眠时发生。一般无意识障碍，脑脊液压力多为正常，且清晰。这些特征与本病例不相符。

二、脑栓塞：本病以青年人发病为多，往往发生于心脏病患者。如风湿性心脏病，细菌性心内膜炎，赘生物脱落后形成的栓子，均可经血液至脑，形成栓塞。临床上即可出现偏瘫、失语、癫痫等症状，但多无意识障碍，脑脊液检查压力多正常，且清晰。本病例为老年患者，无风湿性心脏病史，发病后即昏迷，脑脊液为血性，故可排除此病。

三、蛛网膜下腔出血：本病多发生于壮年人，常有先天性动脉瘤、动脉硬化等病史。发病较急，可突然出现剧烈头痛、眩晕、呕吐，常无瘫痪。但脑膜刺激征明显，脑脊液压力高，呈血性。严重者可立即发生昏迷。这病例虽有昏迷，脑脊液呈血性，但本病例是老年人患者，发病后即发生昏迷及偏瘫，并伴有呕吐，既往有高血压病史，故可排除原发性蛛网膜下腔出血（脑出血破入脑室或穿破皮层至蛛网膜下腔者为继发性蛛网膜下腔出血）。

四、高血压脑病：由于脑血管持续痉挛，使脑部血液循环急骤障碍，导致脑部发生水肿及颅内压增高。可出现血压

突然显著升高，剧烈头痛，呕吐，惊厥，以及昏迷等。但经用降压解痉药治疗后恢复较快，脑脊液也无大的改变。而本例虽有发病突然，昏迷等，但昏迷时间较长，脑脊液呈血性，经用降低颅内压及降血压药后，仍不能较快恢复，故可排除此病。

杨汉昭(防治院中医)：本病人是老年人，突然昏迷，不省人事，面红气粗，右侧半身不遂，大小便失禁，舌质红、苔黄腻，脉弦滑，属中医的中风闭证。系肝肾阴虚，素有痰火，肝风内动，痰火上逆，蒙蔽心窍所致。

蓝应通(赤脚医生)：本病例发病急，昏迷为主要临床表现。除考虑脑血管病以外，还应与昏迷性疾病鉴别。如糖尿病昏迷、尿毒症、低血糖性昏迷、肝昏迷、各种中毒及脑部感染性疾病等。患者的病史在鉴别诊断中占重要地位。如糖尿病昏迷有糖尿病史，肝昏迷有肝病史。另外，可根据其他症状和体征，结合必要的实验室检查，是可以作出诊断的。

丁安龙：同意大家对这个病例所作的分析，脑出血的诊断是可以成立的。脑出血可因出血部位的不同，可有不同的症状：

脑桥出血：起病急骤，往往因病势进展迅速而病情十分严重。病人深度昏迷，高热，瞳孔极度缩小，四肢瘫痪。至末期，瞳孔散大，对光反应消失，出现严重的呼吸及循环障碍。

小脑半球出血：常有颅内压增高，眩晕，呕吐频繁，眼球震颤，共济失调，强迫头位，病情常迅速加重而昏迷。

只要临床诊断已较明确，脑脊液检查不一定要作，以免诱发脑疝，危及生命。即使作也要慎重，放液不能过快过多。

下面讨论治疗方面的问题。

肖成章：对脑出血的病人，最好是就地治疗，以免在运送过程中加重出血。具体治疗首先是降低颅内压及血压，并注意预防继发感染，防止并发症等。

杨汉昭：中医治宜通窍开闭、平肝潜阳，可用天麻钩藤饮加减。

丁安龙：关于脑出血的治疗方法，我同意上述同志的意见。治疗总的原则是：改善脑缺氧，降低颅内压，适当控制血压，保护脑细胞并作好护理，预防并发症，维持营养。

（一）改善脑缺氧：保持呼吸道通畅，注意吸痰，防止吐出物堵塞气管，必要时可吸入氧气。

（二）降低颅内压：降低颅内压极为重要。可用50%葡萄糖40毫升，静脉注射，每日三次；也可用20%甘露醇250毫升，静脉快速滴注，每日1~4次。以后根据颅内压情况减量或停用。本病例经用20%甘露醇治疗后，颅内压增高明显改善。

（三）适当控制血压：血压过高时可用利血平0.5~1毫克，静脉注射，当血压降低后可改用肌肉注射，1~2毫克，6~12小时一次。一般使血压保持在160/90毫米汞柱左右。因为血压下降过快，反会造成脑部血液供应减少，加剧脑部的缺氧现象，故应该慎用。

（四）保护脑细胞：可于头部和两侧颈动脉部放置湿毛巾或冰袋，以减少脑细胞的代谢，降低氧的需要量。

（五）预防并发症：有昏迷或吞咽障碍的患者，易发生肺部感染，应注意预防。本病例体温38°C，白细胞计数为8,400/立方毫米，可能为中枢性发热。为了防止肺部继发感染，可采用些抗菌素，如青霉素40万单位，肌肉注射，每日

二次。并应该注意维护心肾功能。

(六) 维持营养：病人昏迷，不能进食，每日还需要消耗一定能量。为了维持病人的基本生理需要，可适量静脉补液，速度应慢。每天可给 1,500 毫升左右的液体，并注意体内的水、电解质及酸碱平衡。如有异常应及时纠正。

(七) 作好护理：作好护理极为重要。应定时观察患者的意识、瞳孔、血压、脉搏、呼吸，以便及时掌握患者的病情变化。还需定时翻身（二小时一次），预防褥疮。

周月芳（赤脚医生）：止血药物的应用，目前还不肯定，如何掌握其指征？

丁安龙：关于止血药物的应用，一般认为仅适用于因凝血功能障碍而引起的出血，如凝血酶元缺乏症等。高血压、动脉硬化引起的脑出血均能凝结，这类病人无应用止血药的指征。如果必须使用，可试用祛瘀止血的中药，如三七粉五分至一钱，每日二次。

田志然（赤脚医生）：恢复期患者的治疗也很重要，应调动患者的主观能动作用，并尽早进行肢体的被动运动。可采用推拿配合针灸治疗，以促进脑功能障碍的恢复和防止瘫痪肢体的畸形和挛缩。

丁安龙：今晚的学习就讨论到这里，通过今晚对脑出血的讨论，使我们对脑出血在认识上有更进一步的提高。

本病死亡率较高，严重威胁劳动人民的身体健康，所以应加强对本病的预防，积极防治高血压、动脉硬化病等。如已发病，则应早期发现，正确诊断，及时抢救，这是提高疗效的一个关键。我们一定要遵照毛主席关于“救死扶伤，实行革命的人道主义”的教导，全心全意地为贫下中农服务。

中西医结合治疗胆石症

病案讨论

遵义医学院急腹症研究组

病历摘要

患者陈××，女性，25岁，已婚。因右上腹绞痛阵发加剧，伴寒热及黄疸18天，近两天加重，于1971年11月15日下午5时入院。

于入院前18天(产后10天)，无明显诱因，开始右上腹部剧烈绞痛，阵发加剧，疼痛向右肩及腰背放射，伴有恶心呕吐(吐的是胃内容物，无蛔虫)、发冷发烧及身目发黄。口苦咽干，不思饮食，大便燥结，尿色如茶。

病后一周曾在某院诊为胆囊炎，经住院治疗6天，病情缓解出院。5天后病情又加重，即急诊收入我院。

既往有多年心窝部疼痛史。

体格检查：体温39°C，脉搏96次/分，血压99/60毫米汞柱。舌质红，苔黄燥，脉数无力。急性痛苦病容，神志淡漠，发育营养一般，明显脱水，巩膜、皮肤明显黄染。心率较快，未闻杂音，肺部检查未见异常。腹部略膨满，右上腹部及剑突下有压痛、肌紧张及反跳痛，肝、胆、脾未触及，右上腹叩诊为浊音，肠鸣音正常。

化验检查：白细胞计数19,200/立方毫米，中性粒细胞91%，淋巴细胞9%。11月16日肝功能化验结果：谷-丙转

氨酶 184 单位，黄疸指数未测。

入院诊断：

1. 肝胆管结石症(湿热型)
2. 急性梗阻性化脓性胆管炎
3. 重度脱水

住院经过：入院后考虑到此患者为湿热型肝胆管结石症，有向脓毒症转化趋势，决定在做好手术准备的情况下，用静脉输液以纠正脱水及电解质紊乱；静脉滴注四环素，肌肉注射青、链霉素，以控制感染。同时进行中西医结合排石疗法：服用胆道排石汤六号(见附方)，后又给 0.5% 稀盐酸 30 毫升，33% 硫酸镁 40 毫升口服。服药后约两小时，病人腹痛加剧。11 月 16 日下午开始大便次数增多，体温升至 40°C，血压曾一度降至 80/50 毫米汞柱，脉搏快至 118 次/分。考虑系脱水所致，经加快输液速度 3 小时后，血压又复升至 106/70 毫米汞柱，脉搏减慢至 72 次/分。

11 月 17 日继用上述各种舒肝利胆、解痉止痛的中西药物对症处理，配合静脉输液。下午体温有下降趋势。晚上自觉腹痛突然减轻，思饮食，体温降至 37°C 以下，剑突下及右上腹压痛明显减轻，腹泻多次，于大便中找到胆石一枚，大小为 1.1×1.1×1.0 厘米。

11 月 18 日病情稳定，为彻底排石，再进行“总攻排石疗法”(方案见附表)，当日下午又排出胆石 7 枚，最大为 2.0×1.7×1.7 厘米。自后黄疸明显减退。当日测黄疸指数 18 单位，谷-丙转氨酶 172 单位。

11 月 19 日再行“总攻排石疗法”一次，查便无排石。结合临床症状缓解，体温下降，黄疸渐退，胆区无压痛等情况，估计胆总管内结石已排出。

排石后继服排石汤五号(见附方),同时驱蛔(驱蛔灵3克,每日一次,连服两天)。

12月11日行静脉胆道造影检查,除胆总管增粗外,未见结石影。

12月13日痊愈出院。

病 历 讨 论

一、诊断与辨证分型:

(一) 诊断: 本病例诊断为肝胆管结石、急性梗阻性化脓性胆管炎有以下几方面的根据:

1. 右上腹突发剧烈绞痛,向肩及腰背放射,伴有恶心呕吐。既往有多年心窝部疼痛史。符合胆道系统疾病发病特点。

2. 继腹痛后有寒战,高热,神志淡漠,食欲差,剑突下及右上腹有压痛、肌紧张、反跳痛,末梢血白细胞计数及中性分类增高。符合胆道系统有较重感染及由此而引起的中毒症状。

3. 巩膜、皮肤明显发黄,黄疸指数增高。说明胆道有梗阻,结合以上特点,应考虑为胆结石所致。

(二) 辨证分型: 中西医结合的辨证分型,系判明疾病的发展阶段、程度与范围,是选择治疗方法、划清手术与非手术疗法的依据,同时也有助于指导临床立法和处方。

据胆石症胆囊炎的发病演变,我们将其分为气郁型、湿热型及脓毒型三型:

气郁型的临床特点: 右上腹轻度或短暂隐钝痛,间歇期如同常人,虽常有口苦咽干、不思饮食等,但无明显寒热和黄疸,一般舌苔薄白或微黄,脉平或弦紧。此型相当于不伴

明显梗阻与感染的胆总管、肝胆管及胆囊结石（包括术后残余结石）和某些慢性胆囊炎早期阶段。

湿热型的临床特点：右上腹疼痛剧烈，呈持续性绞痛，阵发性加剧，除有口苦咽干、恶心呕吐、不思饮食外，还出现寒热往来、目身发黄为主的特点，一般舌质红，苔黄厚腻，脉多弦滑或滑数。此型病人右上腹硬满拒按明显。相当于急性化脓性胆囊炎、梗阻性胆管炎、胆总管结石所引起之梗阻及感染。

脓毒型则是由湿热型发展所致，出现神昏谵语，腹痛更为加剧，寒热往来更甚，黄疸加深，腹膜炎程度与范围进一步发展，可有出血倾向和中毒性休克的表现，此型相当于坏疽性胆囊炎、胆囊积脓、胆囊穿孔性腹膜炎、急性梗阻性化脓性胆管炎或并发中毒性休克阶段。

据本病例的临床表现：右上腹剧痛，胸下膨满拒按，寒热往来，口苦咽干，不思饮食，大便燥结，小便如茶，加之身目发黄，舌红苔黄，按中医辨证属肝胆湿热，因此可以划为胆石症湿热型的范围。但病人有寒战高热，神志淡漠，脉虚无力，血压偏低，重度脱水，腹部压痛范围较广等，说明邪热炽盛，正气渐衰，已有由湿热型向脓毒型转化之趋势，需予严密观察。

二、鉴别诊断：

患者以右上腹绞痛、发冷发烧及黄疸为主要特点，应与下列疾病相鉴别：

（一）胆道蛔虫症：此病较常见，在合并感染或蛔虫所致胆道急性梗阻时，也可能在腹痛的同时出现发烧和轻度黄疸。但胆道蛔虫症有以下特点：（1）一般是突发的，病史较短；（2）常为钻顶样疼痛，部位以剑突下为主，很少痛及右上腹，疼痛

剧烈而体征轻微；(3)感染症状一般较轻；(4)一般无黄疸出现，如有，出现较晚，程度也轻。根据以上，可以排除胆道蛔虫症。

(二) 急性胰腺炎：本病的特点是：(1)腹痛常位于左上腹或上腹部，性质为持续性，阵发性加剧，向腰背部放射，伴有上腹部明显胀感，痛时不敢活动；(2)黄疸少见，或程度较轻；(3)急性出血性胰腺炎腹膜炎体征出现早，弥漫快，常有肠麻痹，易致休克。以上特点，与本病例不符，故可排除急性胰腺炎。可测定血、尿淀粉酶以进一步鉴别。

(三) 胃、十二指肠溃疡穿孔：本病大多有溃疡病史，常为上腹部突发持续剧烈疼痛，呈刀割样，很快扩散到全腹，肝浊音界消失，一般无黄疸。本例患者为右上腹绞痛，阵发加剧伴有明显黄疸，不符合溃疡病穿孔的特点。

(四) 肝胆管、胰头部肿瘤：此病可出现黄疸，但多在晚期出现，且进行性加重，早期可能是无痛性，晚期可能伴有持续性疼痛，尤以夜间为重，可出现恶病质，触及有坚硬包块。本病例为上腹绞痛，黄疸出现早，且呈间歇性，伴感染症状，又无明显恶液质，未触及包块，故肝胆管或胰头部肿瘤可排除。

三、治疗：

(一) “总攻排石疗法”：对胆石症的治疗，以往认为，胆道内一旦形成结石，就必须施行手术取石。通过十余年来中西医结合治疗实践，证明多数胆囊炎、胆石症患者可以采用中西医结合非手术疗法而治愈。“总攻排石疗法”就是有计划地在一段时间内集中中西医若干有效措施，有机配合，进行通里攻下，排除结石。具体应用如下：

1. 适应症：

(1) 肝胆管结石直径在 1 厘米左右或泥沙样结石,无严重梗阻(结石嵌顿或胆管狭窄)或感染。

(2) 肝内结石,特别是肝内广泛性小结石,手术难以奏效者。

(3) 急症或择期术(选定时期经充分准备后进行的手术)后残余及复发结石者。

(4) 手术前后应用于辅助治疗及预防复发。

本病例入院时,肝胆管结石大小不详,对胆道系统的功能及解剖病理改变也无确切了解,但无明显禁忌症,可试行“总攻排石疗法”。结果排出了结石。临床上遇到此类急症患者为数不少,当时不允许行胆道造影,如病情允许或有排石可能,无明显禁忌症者,也可试用本疗法。

2. 时机:

急性发作期因势利导进行“总攻排石疗法”,一般取效较著。对感染重的病例,则需采用清热解毒、活血化瘀的中药或抗菌素以消除炎症水肿,利于排石。疾病处于缓解期时,亦不应等待,应主动“进攻”,促使结石由静止到活动,以利排石。在发作期,机体正发挥自卫排石机能,更应积极进行排石治疗。

3. “总攻排石疗法”方案及作用原理:见下表:

临床进行“总攻排石疗法”时应据病情有所加减。本病例入院后头次仅用胆道排石汤六号、稀盐酸及硫酸镁取得了排石效果。再进行本疗法时就加强攻势,加用了吗啡、亚硝酸异戊脂、电针等措施,取得了较彻底的排石结果。

“总攻排石疗法”中的中西药物及措施主要可分为三个步骤:首先以中药舒肝利胆方剂,使胆汁排出增加,其次是在此基础上应用吗啡将下端括约肌收缩,使胆汁暂时滞留,

时 间	治 疗 措 施	作 用 原 理
8时30分	胆道排石汤六号一付煎至200毫升，口服	增加胆汁流量，降低奥狄氏括约肌的紧张性
9时30分	吗啡5毫克，皮下注射	使奥狄氏括约肌紧张性增高，胆汁暂储于胆囊内，增高胆道内压力
10时10分	亚硝酸异戊脂1支，吸入	使奥狄氏括约肌松弛、开放，以利排石
10时15分	33%硫酸镁40毫升，口服	使胆囊收缩，奥狄氏括约肌舒张，大量排胆汁
10时20分	0.5%稀盐酸30毫升，口服	收缩胆囊
10时25分	服脂肪餐（油煎蛋2~3个）	收缩胆囊，长期松弛奥狄氏括约肌而排胆汁
10时30分	电针（或针刺）：右胆俞（阴极），右日月、梁门或太冲（阳极），留针30分钟	增强胆囊收缩及胆管蠕动，以利排石

胆囊胀大，压力增加，在病人能忍受的情况下（一般40分钟）最后利用亚硝酸异戊脂、硫酸镁、稀盐酸、电针等开放括约肌，收缩胆囊以大量排胆汁，在胆汁大量排出的过程中，使胆管内结石一举攻下或加速排石。

4. 病情观察及注意事项：

采用“总攻排石疗法”时必须严密观察病情，并做好手术准备。用药后如腹痛加重，可能是服药后的反应；但如持续不解，全身病情恶化，则应及时手术取石引流，以免梗阻和感染加重，发生肝肾功能衰竭、败血症等严重并发症。本病例为严重的胆道感染，在治疗过程中一度病情恶化，但仍在休克状态下排出结石，因而在运用本疗法时，掌握好手术与非手术的指征是非常重要的。如绞痛发作而突然缓解（本病例就有此种情况）或感到肝区有由上向下的“通畅”感时，可能为排石现象，应注意在大便中查找结石。但泥沙样结石排出时，可无特殊表现。

病人体质较弱或病情较重者要注意勿使攻下过度，间歇期应注意培补。腹泻重者要注意有脱水及缺钾的可能并及时纠正。本病例脱水、感染、黄疸较重，故以输液、抗感染及纠正凝血过程障碍为重点（预防由于肝胆系疾病可能造成的出血问题）。经每日输液 3,000 毫升（其中生理盐水第一天为 1,500 毫升，第二天为 1,000 毫升，余为 10% 葡萄糖水），静脉滴注四环素，肌肉注射青、链霉素、维生素 K 等治疗，两天后脱水情况基本纠正，从而提高了机体抗病能力，有助于排石疗法取效。

5. 疗程：

“总攻排石疗法”一般 4~6 次为一疗程（体强者可以酌情增加次数和强度，连续或隔 1~2 天攻一次；体弱者要酌情减少次数，减轻强度），必要时休整 2 周后再行下一疗程。本病例是急性发作期进行本疗法的，头两次出现排石，第三次未见排石，结合临床腹痛已缓解，热度下降，黄疸消退，临床已趋痊愈。有条件时可行胆道造影检查。本病例于排石后经静脉胆道造影结果证明，胆道系统除胆总管稍扩张外，无结石阴影可见。

（二）手术的适应症：只有在结石过大，胆道系统有明显的解剖病理改变，局部病变严重、上升为矛盾的主要方面时，手术才具有一定的积极意义，下列情况可考虑为手术的适应症：

1. 胆管结石表现为严重梗阻、感染、中毒性休克或有肝脏并发症者。

2. 胆管结石胆道梗阻、感染长期反复发作，经非手术疗法无效者。此类病人常有胆管狭窄、疤痕化、结石与胆管壁粘连等机械因素。

3. 胆囊结石较大，症状发作频繁；胆囊颈结石嵌顿，胆囊积脓、积液；急性坏死性胆囊炎或胆囊穿孔。

本例患者入院时为湿热型肝胆管结石症，有向脓毒症转化趋势，在做好手术准备的情况下，严密观察，积极纠正脱水及电解质紊乱，经用中西医结合的“总攻排石疗法”，于12月13日痊愈出院。

〔附方〕：

（一）胆道排石汤五号：适用于气郁型胆石症。

方药组成：金钱草一两、木香三钱（后下）、枳壳三钱、黄芩三钱、川楝子三钱、大黄二钱（后下）。

方义：舒肝理气，利胆排石。

（二）胆道排石汤六号：适用于湿热型胆石症。

方药组成：虎杖一两（或三棱针一两）、木香五钱（后下）、枳壳五钱、大黄五钱（后下）、金钱草一两（或茵陈一两）、山栀子四钱、延胡索五钱。

方义：清热利湿，行气止痛，利胆排石。

胆道排石汤随症加减见下表：

症 状 与 体 征	加 用 药 味
胸闷，胁痛	柴胡，白芍
舌绛，口渴，脉洪	生石膏，知母，天花粉
热重	银花，紫花地丁
痛重	芒硝
食欲不振	鸡内金，砂仁，炒麦芽，神曲，焦山楂
呕吐	半夏，竹茹，生姜
黄疸重	重用茵陈

中西医结合治疗胆道蛔虫症

病案讨论

兰州医学院第二附属医院普外科

病历摘要

患者男，16岁，因上腹部阵发性绞痛两天，于1963年9月13日入院。

患者于入院两天前，在吃晚饭时突然开始上腹部疼痛，为阵发性绞痛，自觉腹内有“钻顶感”，疼痛剧烈难以忍受，但并不向右肩部放散，疼痛发作过后也无不适感。伴有恶心，呕吐两次，吐出物为食物残渣和黄色苦味液体，并有蛔虫5条。曾在某医院给予阿托品治疗，并未使腹痛缓解。

患者以往身体健康，平时有腹痛和便蛔虫史。

体格检查：体温 37.2°C ，脉搏82次/分，呼吸18次/分，血压110/60毫米汞柱。发育正常，营养中等，神志清楚，发作时呈痛苦病容。皮肤、巩膜无黄染。甲状腺不大。心肺均未发现异常。腹部平坦，无胃肠型及胃肠蠕动波，全腹柔软，无腹肌紧张，上腹部剑突下偏右侧有明显压痛点，无反跳痛，肠鸣音正常。四肢脊柱正常。舌苔薄白，脉弦紧。

化验检查：白细胞计数 $9,100/\text{立方毫米}$ ，中性粒细胞69%。大便可查出蛔虫卵。

住院经过：入院后，据患者症状、体征和化验检查分析，

属单纯型胆道蛔虫症。治疗原则是：解痉止痛、利胆排虫和防止感染。以中药胆道排蛔汤治疗为主，配合解痉镇痛及驱蛔虫药物做辅助治疗。本例患者给予胆道排蛔汤，每日一剂，早晚两次煎服，共服五剂。痛疼剧烈时曾给阿托品 0.5 毫克，皮下注射，共两次；杜冷丁 50 毫克，肌肉注射；25%硫酸镁 20 毫升，口服，共两次。驱蛔灵每日 4 克，清晨空腹顿服，连服二日。为了预防感染，用青霉素 20 万单位、链霉素 0.25 克，肌肉注射，每日两次，连用三日。经治疗五天后，患者腹痛和上腹部压痛由减轻到消失，再未发作。先后排出蛔虫 120 条，共住院 7 天，治愈出院。

讨 论

一、诊断

胆道蛔虫症一般诊断不难，根据上述腹痛性质和体征即可作出诊断。为了在用药前很快地对此病作出正确诊断，提出以下几点诊断依据进行讨论：

（一）典型的上腹部或右上腹部胆囊区的剧烈腹痛，呈阵发性绞痛或有“钻顶感”，患者弯腰屈膝，满床打滚，辗转不安，而间歇期则无任何不适。给予一般解痉镇痛药物后多数不能得到缓解。多数患者腹痛后即出现恶心、呕吐。

（二）腹部检查：多在上腹部剑突下偏右侧有明显压痛点，腹肌紧张不明显；但如合并胆道感染，有时可触到腹肌紧张。

（三）多数患者以往有便蛔虫史或吐蛔虫史，尤其是最近以来往往有过驱蛔虫史。

（四）有严重的剧烈腹部绞痛症状与较轻微的腹部体征不相符合的特点。

(五) 化验检查：多数患者白细胞计数不高。如果合并胆道感染，腹痛和体征更重，还伴有高烧、寒战、黄疸、腹肌紧张等，白细胞计数及中性粒细胞可增高。

根据上述几点诊断依据，本例患者的病历符合单纯型胆道蛔虫症。

二、鉴别诊断

在诊断胆道蛔虫症时，还应与以下常见病作鉴别：

(一) 胆囊炎和胆石症：胆囊炎和胆石症在临床上的特点，剧烈的腹部绞痛症状比胆道蛔虫症一般要轻些，同时腹痛症状和体征一般比较一致。多发于较大年龄患者，常伴有黄疸和体温升高，白细胞计数及中性粒细胞也增高。

(二) 急性胰腺炎：患者腹痛多在上腹部或左侧腹部，呈持续性剧烈绞痛，可有阵发性加剧，痛疹多放散至左腰背部或左肩胛部。白细胞计数及胰淀粉酶均增高。有时可伴有休克(面色苍白，四肢发凉，脉搏增快，血压下降等)。

(三) 胃及十二指肠溃疡急性穿孔并发腹膜炎：多数患者有溃疡病史，起病急，腹痛多在上腹部，很快扩散至全腹部，呈持续性剧烈刀割样疼痛，难以忍受。腹部体征除全腹有明显压痛及反跳痛外，腹肌极度紧张，呈“板状腹”，腹部可叩出移动性浊音，肝浊音界缩小或消失，肠鸣音减弱或消失。白细胞计数及中性粒细胞明显增高。

三、治疗

胆道蛔虫症的治疗，在过去多采用手术方法，近几年来，我国广大医务人员遵照伟大领袖毛主席关于“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高”的教导，对胆道蛔虫症多采用了中西医结合治疗的方法，经过多年来的临床实践观察，取得了较好的疗效。

祖国医学认为,胆道蛔虫症是属于“蛔厥”的范围,《金匱要略》指出:“蛔厥者,当吐蛔,今病者静而复时烦,以为脏寒,蛔上入膈,故烦,须臾复止,得食而呕,又烦者,蛔闻食臭出,其人当自吐蛔。”这些描述是符合现代医学胆道蛔虫症的主要症状和体征的。同时,《金匱要略》又指出:“蛔厥者,乌梅丸主之。”开始我们只是单纯地吸取前人的经验,采用乌梅汤治疗。经过临床实践观察,乌梅汤具有安蛔的作用,但驱蛔功效甚微,加之方剂组成药味较多,不适宜广大农村普遍使用。于是,我们针对蛔虫的特性进行了细致的研究和分析,根据蛔虫具有厌酸喜碱的特性,并根据《医宗金鉴》记载:“以蛔得酸则止,得苦则安,……,得辛则伏于下。”我们在乌梅汤的基础上重新拟定了胆道排蛔汤(见附方),并把乌梅、川椒、黄柏的剂量加大,以乌梅之酸、黄柏之苦、川椒之辛的作用,又加槟榔、苦楝皮两种杀虫药,有效地起到了止蛔、安蛔、下蛔的作用。这样就可使上窜于胆道的蛔虫,随胆汁排至小肠,然后排出体外。

另外,可用西药配合治疗,在腹痛发作时可采用解痉镇痛药物,一般可用阿托品 0.5 毫克,皮下注射,或杜冷丁 50 毫克,肌肉注射,必要时可重复给药,小儿酌减。为了预防胆道感染,一般用青霉素 20 万~40 万单位、链霉素 0.25~0.5 克,肌肉注射,每日两次。并可配合肠道驱蛔药物,一般采用驱蛔灵 3~4 克/日,清晨空腹顿服,连服二日,或 1 克/次,每日三次,连服三日,给药时间一般在腹痛症状稍减轻或消失后较好。

本例患者采用了上述治疗方法后,腹痛症状很快减轻,最后消失,并排出蛔虫 120 条。

关于胆道蛔虫症的治疗,根据临床分型,属于单纯型胆道

蛔虫症者，目前大多数患者由手术治疗转为非手术治疗——中西医结合治疗；由住院治疗转为门诊治疗。属于炎症型胆道蛔虫症者，在上述治疗方法的基础上，应在随症加减中加用清热解毒的中草药或加大西药抗菌素的用量，以同时达到控制感染、消除炎症的目的，大多数患者经过治疗可以痊愈。对于经上述治疗仍不能治愈者，或合并有严重的急性胆囊炎、胆道出血、急性梗阻性化脓性胆管炎、感染性休克、胆囊或胆道穿孔致胆汁性腹膜炎、肝脓肿、急性胰腺炎等并发症者，一方面仍采用中西医结合治疗，一方面做好手术前准备，如果经治疗后病情加重或恶化者，应立即采用手术治疗。

手术方法一般为：胆总管切开取虫术和引流术，必要时可根据病情采用胆囊切除术、肝脓肿切开引流术等。

我院自1960年至1971年收治的184例胆道蛔虫症患者，属单纯型胆道蛔虫症者102例，均以中西医结合治疗而愈；属于炎症型胆道蛔虫症者82例，用中西医结合治疗而愈者55例，余27例因合并较严重的并发症采用了手术治疗，也均痊愈。

【附基本方】

乌梅二十枚 川椒三錢 黄柏五錢 槟榔一两 苦楝皮八錢

随症加减：四肢发凉，口干不渴，舌淡苔白，脉迟缓者，加干姜三至五錢 制附片一至三錢。发烧，口干喜饮，大便干，小便赤，舌红苔黄，脉数者，加银花五錢至一两 连翘三至五錢。腹痛剧者，加木香二至三錢 枳壳三至五錢。呕吐剧者，加姜半夏二至三錢 竹茹三至五錢。食欲不振者加山楂五錢至一两 神曲一至三錢。便秘者，加大黄三至五錢 芒硝二至三錢。

急性一氧化碳中毒 并发挤压综合征

病案讨论

北京朝阳医院内科

病历摘要

患者任××，男性，35岁，社员，于1966年12月11日下午一时急诊入院。患者于当日清晨4时到公社蔬菜温室为火炉添煤时，昏倒于温室台阶上，左侧肢体压于门槛上。4小时后方被人发现，急送来院。患者既往身体健康，无浮肿、高血压、多尿多饮、肝炎及黄疸史。

体格检查：体温37.5℃，呼吸24次/分，血压100/70毫米汞柱。发育营养良好，神志不清，口唇呈樱红色，呼吸无酒味、肝臭味或苹果味。颈软，甲状腺不大。胸廓对称，肺部叩诊无浊音，听诊未闻罗音，心脏不大，无明显杂音，心律齐，心率110次/分。腹部柔软，无压痛，肝脾未触及，无移动性浊音。肛门及外生殖器无异常。四肢检查发现左侧上下肢肌肉红肿、发紧。神经系检查：全身反射减低，无病理反射。

化验检查：血红蛋白13.2克%，网织红细胞0.8%，白细胞29,600/立方毫米，中性多核粒细胞88%，淋巴细胞

12%。尿化验：肉眼观察呈酱油色，酸性，蛋白(++)，红细胞偶见，潜血试验(++)，尿糖(-)。肝功能检查：谷-丙转氨酶 646 单位，麝香草酚浊度试验 2 单位。磺溴酞钠试验，45 分钟滞留 < 5%。血液非蛋白氮 42 毫克%，二氧化碳结合力 32.3 容积%。

X线检查：因入院时发现左上下肢肌肉红肿、发紧，故作左下肢股骨 X 线摄片，未见骨折现象。

住院经过：因疑为一氧化碳中毒，即给予氧气吸入，不久病人渐清醒，一直称左侧肢体疼痛。因尿少并呈酱油色，并有酸中毒，乃给予静注碳酸氢钠，静脉滴注 10% 葡萄糖及生理盐水。同时为防止急性肾功能衰竭，给予 25% 山梨醇溶液 250 毫升。入院日液体入量为 2,416 毫升，尿量 5,100 毫升。12 月 12 日又给 25% 山梨醇溶液 250 毫升，静脉滴注，8 小时一次，以及大量补液。12 月 13 日上午在腰麻下行左小腿切开减压。12~13 日体温升高达 38°C，给予青霉素 40 万单位，肌注，每 6 小时一次。体温自 12 月 16 日起正常。经上述治疗，病情迅速好转，左下肢创口愈合良好，肝功能正常，尿常规正常，于 1967 年 1 月 10 日治愈出院。

- 入院诊断：1. 急性一氧化碳中毒
2. 血红蛋白尿(原因待查)
3. 左下肢股骨骨折？

- 最后诊断：1. 急性一氧化碳中毒
2. 挤压综合征——肌红蛋白尿

讨 论

一、诊断方面

(一) 昏迷的鉴别诊断：本患者被发现昏迷于农村温室

内，发病急，入院时应考虑下列可能引起昏迷的疾病：

1. 急性药物或酒精中毒：如镇静剂、安眠药等中毒可引起昏迷。但本例患者于清晨4时去温室添煤时昏迷，显然不可能是上述原因引起的中毒。急性酒精中毒(饮酒过量)亦可引起昏迷，但本例既未呕吐，呼吸亦无酒精味，清晨4时亦非一般人饮酒的时间，故可排除急性药物或酒精中毒的可能。

2. 糖尿病酮中毒：也可引起昏迷，但本例既往无多尿、多饮、多食等糖尿病史，体检时未嗅到糖尿病酮中毒时酮体的苹果味，化验检查尿糖阴性，故可以排除本病的可能。

3. 慢性肾小球肾炎尿毒症：慢性肾小球肾炎可以引起尿毒症而导致谵妄、昏迷，但症状多逐渐出现，且本例既往无高血压、浮肿史，体检亦无高血压及浮肿；虽有尿蛋白(+)，偶见红细胞，符合慢性肾小球肾炎时尿检所见，但尿呈酱油色，而尿镜检仅偶见红细胞(如为血尿则镜检应有大量红细胞)，潜血(++)，故不符合慢性肾小球肾炎时尿的改变，而为血红蛋白尿或肌红蛋白尿所见。

4. 肝硬变肝昏迷：肝硬变肝功能衰竭能引起昏迷，但本例患者无肝炎或黄疸史，体检时呼吸无肝臭味，肝脾均无肿大，下肢不肿，肝功能除谷-丙转氨酶升高外，其他项目均正常，故不支持肝昏迷的诊断。

5. 暴发型流行性脑脊髓膜炎：本病可以引起昏迷，且在冬季发病率高。但本例患者无上呼吸道感染史，皮肤无出血点。在流行性脑脊髓膜炎脑膜脑炎型患者多有神经系统异常体征，如瞳孔大小不等、颈项强、克氏征阳性、呼吸节律异常等，因颅内压升高可致血压增高等现象。而本例缺乏上述阳性体征支持流行性脑脊髓膜炎的诊断。白细胞及中性多核

粒细胞增多,虽支持有感染存在的可能,但亦非特异性改变,中毒缺氧亦可引起骨髓反应而使白细胞及中性多核粒细胞增多。

6. 急性一氧化碳中毒:急性一氧化碳中毒可造成昏迷。本例昏迷患者发生于冬季温室内,门窗关闭,又用无烟筒的炉火保持温度,故空气中一氧化碳的浓度颇高,患者凌晨进入时很可能发生中毒而导致昏迷。本例体检时面色及口唇呈樱红色,更支持一氧化碳中毒的诊断,若在现场能取微量血液做碳氧血红蛋白定性试验,则可以进一步证实诊断。急性一氧化碳中毒时因血红蛋白与一氧化碳结合形成碳氧血红蛋白,即失去携氧能力,全身组织包括大脑缺氧即陷入昏迷状态。因碳氧血红蛋白呈樱红色,故患者的肤色、口唇多呈樱红色。这种体征及与一氧化碳接触的病史,使医务人员比较容易地做出一氧化碳中毒的诊断来。在一氧化碳中毒情况下,骨髓因缺氧短期出现活跃反应,使白细胞及中性多核粒细胞都会增加。本例入院后给予吸氧神志迅速清醒,证实了入院时的诊断。

(二) 尿呈酱油色,潜血阳性的鉴别诊断:本例入院后的尿检查发现呈酱油色,蛋白(++),红细胞很少而潜血呈(++)。是不能用急性一氧化碳中毒来解释的。尿呈酱油色,尿蛋白(++),我们应该首先要考虑:(1)是血尿还是血红蛋白尿或肌红蛋白尿;(2)是血红蛋白尿还是肌红蛋白尿。

1. 鉴别血尿还是血红蛋白尿或肌红蛋白尿是比较容易的。血尿时,如尿呈酱油色则镜检一定有无数红细胞,但本例仅偶见红细胞而潜血(++),所以可以肯定不是血尿而是血红蛋白尿或肌红蛋白尿。

2. 关于血红蛋白尿和肌红蛋白尿的鉴别,从实验室角

度来看是比较容易的，因血红蛋白与肌红蛋白的光谱不同，只要用光谱计检查尿液就可以确定。无光谱计设备时，靠临床检查也不难得到正确结论。血红蛋白尿时，说明血液内有溶血现象，在临床上可以有三个现象：(1)急骤发生贫血，血液中红细胞、血红蛋白值迅速下降，这在本例是不存在的；(2)末梢血液内网织红细胞增多，因红细胞的破坏，骨髓中会代偿性活跃，不成熟的红细胞（网织红细胞）到末梢循环里来，引起网织红细胞的百分率增加（正常是 0.5~1.0%），有时可以高至 10% 以上。而本例的末梢血液的网织红细胞百分率为 0.8%，说明本例无溶血现象，不会有血红蛋白尿的发生；(3)本例也没有黄疸的体征，不支持有溶血现象的存在。既然否定了血红蛋白尿的存在，则尿呈酱油色、潜血(卅)就可肯定诊断是肌红蛋白尿。肌红蛋白尿多由于肌组织的破坏引起，本例左上下肢在昏迷时被压于门槛上，引起红肿，这进一步支持本例是肌红蛋白尿。当肢体被压引起肌组织损伤缺氧时，肌组织内的肌红蛋白等释放到血液里，使肌红蛋白的浓度很高，造成肾小管阻塞而导致急性肾功能衰竭。这类情况称为挤压综合症。在战争时期比较常见，和平时期当房子倒塌或其他塌方情况下，肢体较长时间受压损伤也会发生。本例患者在昏迷情况下失去主动调整体位的能力，因而使肢体受压过久，引起缺血红肿，最后导致挤压综合症的发生。

(三) 血清谷-丙转氨酶升高的原因：本例患者血清谷-丙转氨酶高达 646 单位（正常值应 < 130 单位），是何原因？谷-丙转氨酶除存在于肝脏外还存在于心肌及肌肉等组织内，这些器官受损、炎症、缺血坏死等，都会使组织内的谷-丙转氨酶大量地释放到血液里，使血清谷-丙转氨酶增高。本例肝脏不大，其他肝功能检查项目均正常，又无肝脏受损的证据，

所以不能用肝脏病变来解释。本患者无心脏病史，心脏不大，无杂音，血压正常，所以也不能用心脏病的原因来解释。本例有左上下肢红肿及肌红蛋白尿的发生，说明肌肉受压缺血坏死，以致肌肉内大量谷-丙转氨酶释放到血液里，这就是血清谷-丙转氨酶增高的原因。

二、治疗方面

(一) 急性一氧化碳中毒的治疗：本例入院后即诊断为煤气中毒，因送来医院时已经脱离了中毒的环境，血液中的碳氧血红蛋白逐渐被氧合血红蛋白所代替，恢复了输送氧的功能。为了加速这个过程，给病人吸入纯氧是必要的，所以患者迅速恢复了神志。在十分危重的病人，除了吸氧外，还可以换输鲜血。在有高压氧舱设备的医院可用高压氧治疗，这样不但恢复快而且神经系统并发症少。在农村发生煤气中毒应该迅速打开门窗或将病人移到无煤气的地方。有呼吸困难的病人，应用人工呼吸帮助呼吸。还需注意应避免病人受寒发生肺炎。用食醋解救煤气中毒是没有科学根据的。在煤气中毒时，因神经系统对缺氧是较敏感的，所以在急性煤气中毒病人清醒后2~3周，可能会发生精神失常或帕金森氏综合征等后遗症，需要注意。在治疗急性煤气中毒时可以给一些能量制剂，如细胞色素丙15毫克，辅酶A50单位及三磷酸腺苷20毫克，静脉注射，每日1~2次，是有好处的。

(二) 挤压综合症的治疗：挤压综合症的死亡原因是尿毒症、酸中毒和急性肾功能衰竭。治疗的关键是早期诊断，及时预防急性肾功能衰竭的发生。用高渗性利尿脱水剂，如20%甘露醇或25%山梨醇250毫升，在20~30分钟内静脉内注完，每6~8小时一次，是较有效的防治急性肾功能衰竭的方法。在已经发生肾小管阻塞的情况下，则上述治疗往往

已失去较好时机而无效。本例入院后即发现了肌红蛋白尿及酸中毒（二氧化碳结合力 32.3 容积%），除了静脉输入 5% 碳酸氢钠溶液以纠正酸中毒外，并及时给予 25% 山梨醇，避免了急性肾功能衰竭的发生。另外，做了左小腿切开减压，以避免肌红蛋白的释入血液。经上述治疗，使患者完全恢复了健康。

思考病案

主诉：关节痛伴低热二年多，
腰痛、浮肿一年多，
近十日来尿少、频繁呕吐

北京朝阳医院

病历摘要

患者女，43岁，工人，青岛人，于1973年11月10日入院。患者从1971下半年起膝、腕、手指关节呈游走性疼痛，并伴有低热（37.1~38°C），以午后为重。关节无红肿、畸形，不伴心悸、多汗；未发现皮下结节或环状红斑。血沉40~60毫米/第一小时，白细胞计数4,000/立方毫米，未作尿检查。当时在门诊服用足量的保太松、匹拉米洞、阿司匹林等抗风湿药，并肌肉注射青霉素，连续治疗20多天，症状无明显好转。

1972年5月起，在上述症状未见缓解的情况下出现腰痛，但无尿急、尿频、尿痛等症状，夜尿较多（2~3次/夜）。血压未见增高（130/80毫米汞柱），仅晨起脸稍浮肿（以后也未波及其他部位），肾区无扣、压痛。尿检蛋白(+)~(++)，红细胞10~20/高倍视野，白细胞3~15/高倍视野，尿普通细菌培养无致病菌生长，尿沉淀查结核杆菌为阴性，未作肝

功能及其他肾功能检查。在门诊服用四环素、呋喃坦啶及双氢克尿塞等药物，病情无明显进步。

1973年3月起，除上述症状外，觉全身极度乏力，食欲不振，恶心，偶有呕吐而再次来门诊检查。体检未见皮肤、巩膜黄染，未见蜘蛛痣，眼睑略有浮肿。腹部平软，肝、脾未触及，肝区无扣、压痛。肝功能检查，谷-丙转氨酶242单位，麝香草酚浊度试验18单位。患者无肝炎接触史。曾服用酵母、肝精及中药等，无明显好转，同年11月病情更加恶化，尿量每天仅200毫升左右，呕吐频繁，头痛，关节酸痛，低热不退而住院治疗。

既往身体健康，无肝炎、肾炎及结核病等病史，也无密切接触牲畜史。

入院体检：体温37.7℃，血压170/110毫米汞柱，脉搏108次/分，呼吸18次/分。慢性重病容，面色苍白，下肢及颜面均有可凹性浮肿，未见皮疹，浅表淋巴结不大，心率108次/分，律齐，未闻心包摩擦音及病理杂音，呼吸音较深慢。腹平软，肝肋下1.5厘米，质软，无明显压痛，脾不大。关节无红肿。

实验室检查：白细胞计数3,900/立方毫米，红细胞计数200万/立方毫米，血红蛋白4.5克%。尿蛋白(++)，红细胞15~25/高倍镜视野，白细胞3~15/高倍镜视野，颗粒管型1~2/高倍镜视野。血沉46毫米/第一小时。血非蛋白氮104毫克%，二氧化碳结合力29.1容积%，酚红试验2小时排出总量18%。

入院后经输液等治疗，四周后病情明显好转，体温正常，恶心呕吐停止，食欲改善，关节痛缓解，尿量增多，血压逐步下降至120/80毫米汞柱。经继续巩固治疗共十五周出

院。

思考讨论题

一、本病例从整个病程来看，是一种疾病还是多种疾病？

二、本病例在整个发病过程中，每个阶段都有突出的症状，应和哪些疾病鉴别？特别是和哪些常见病多发病鉴别以免误诊？

三、本病例入院后病情较重，应当如何处理？出院后应如何继续治疗？应注意些什么？

四、通过本病例的讨论，你有什么体会？

综合评述：浅谈全身性 红斑狼疮的诊断和处理

北京朝阳医院 纪树国

诊断及鉴别诊断

全身性红斑狼疮是一种结缔组织疾病，它的病因目前还未完全弄清楚，一般认为是一种自身免疫疾病。患者以年轻女性为多，据报导男性与女性患者的比例约为 1:9。因为这种病侵犯结缔组织，而全身各部都有结缔组织，所以全身各个器官都有受侵的可能。但多侵犯皮肤、关节、肝脏和肾脏等器官，约 84% 的病例有皮肤受侵，其他如神经系统、呼吸系统、心血管系统、各浆膜腔、血液等方面也可受侵。上述

器官可先后被侵犯，也可同时受到侵犯。在多个器官同时受侵而且面部又出现蝶形红斑时，诊断还比较容易；但当不同器官先后受侵而无皮肤损害时，尤其是如果医务人员对红斑狼疮没有了解，思考诊断时不会想到这种疾病，就往往会因此而想到仅仅是一个器官的疾病或几种疾病同时存在，以致造成误诊，延误治疗。例如当关节首先或单独受侵时，可出现关节疼痛，容易误诊为关节炎；如肝脏受侵，可有肝脏肿大、肝功能异常，易误诊为肝炎；肾脏受侵，尿中可出现蛋白、红白细胞及管型，后期可出现尿毒症及高血压，则易误诊为肾盂肾炎或肾炎。皮肤损害起初多在面部，分布在两颊、鼻梁、前额等处，或四肢同时发生，也可只发生在四肢和躯干。一般表现为面部对称性多形性红斑（鼻颊间的皮肤损害可融合成蝶形红斑）；也可呈出血性红斑、丘疹等，易被误诊为药疹。

由于过去对全身性红斑狼疮的认识不够，或未引起足够的重视，也因其临床表现易与关节炎、肝炎、肾盂肾炎、肾炎等常见病多发病相混淆，而常被误诊。因此，加强对本病的认识，以求早期诊断及治疗，有一定的临床意义。

本病例从整个发病过程分析，具有发热和关节、肾脏、肝脏等多个器官受累的、亚急性过程的临床表现，结合实验室检查结果（白细胞计数偏低，贫血，血沉增快等），符合全身性红斑狼疮的诊断。入院后查到狼疮细胞，则可进一步确诊。但本病例是先后出现多种器官受累，且始终没有显示皮肤损害，故曾误诊为以下疾病。

一、风湿病：此例患者有发热、关节痛、血沉快，考虑风湿性关节炎是有一定的根据的。但具体分析此病例，如果是风湿病活动期，除关节疼痛外，多伴有关节红肿等局部炎

症表现，部分病例还可有环形红斑、皮下结节等皮肤表现，以及心脏受损表现为心动过速、心律失常等，甚至出现心脏器质性杂音，白细胞多轻度或中度增高；正规服用抗风湿药物后一般效果明显，体温可消退，关节疼痛消失或减轻。而本病例无关节红肿及皮肤表现，白细胞计数偏低，经系统的抗风湿治疗后效果不佳，尤其是后期出现肝脏、肾脏病变，这些都不支持风湿病的诊断。

二、肾盂肾炎和慢性肾炎：本例患者有腰痛，尿中有蛋白及红、白细胞，一度诊断为肾盂肾炎。但肾盂肾炎多有发冷发烧及尿痛、尿急、尿频的症状，尿中以脓细胞为主，血中白细胞增高，尿培养可找到致病菌（多数为大肠杆菌），经四环素、呋喃咀啉等药物治疗一般可收到明显效果。而在本病例并不是这样。至于慢性肾炎，部分病例有急性肾炎的历史，多数病人有明显水肿，或高血压，但此例患者开始时血压不高，尿蛋白量也不多，水肿也不明显。慢性肾炎如无并发症，不会引起发烧及关节痛。更重要的是有肝功能异常，就难以用单纯的肾脏疾患来解释了。

三、肾结核：本例患者有低热（午后为重），血尿，腰痛，白细胞计数偏低，经一般抗菌药物治疗无效，应考虑肾结核的可能。但本例患者是从关节痛起病，没有尿频、尿急、脓尿、血尿、尿痛等肾结核的常见症状，尿检结核杆菌为阴性，都不符合肾结核的诊断。

四、病毒性肝炎：患者于入院前8个月即同年3月起出现胃肠道症状及肝功能异常，曾一度诊断为病毒性肝炎。但患者无肝炎接触史，肝区无明显痛疼，而且血沉增快在病毒性肝炎是很少见的，特别是患者尚有长期低热、关节痛、肾脏损害，单纯以病毒性肝炎是难以解释的。

五、布氏杆菌病（波浪热）：本例患者有周期性发热、关节疼痛、肝大、白细胞计数偏低，这些都是布氏杆菌病所常见的。但本例患者是青岛人，未去过牧区，无密切接触牛羊史，用四环素治疗无效（布氏杆菌病用四环素治疗有效），尤其是后期出现严重的肾脏病变，难用布氏杆菌病来解释。

我们曾经分析了住院的40例全身性红斑狼疮患者，由于皮肤损害（如面部的蝶形红斑）出现较早，得以早期诊断的仅占1/4。由于本病除可侵犯皮肤、关节、肾脏、肝脏以外，尚可侵犯心脏，而很象结核性心包炎、心肌炎，前者表现为心前区不适，痛疼，可听到心包摩擦音，后者可出现心动过速、奔马律、心脏扩大等；侵犯呼吸系统，而很象结核性胸膜炎、肺炎等，主要可有咳嗽、痰多、呼吸困难、胸痛等症状；侵犯神经系统则可表现为脑膜炎、脑炎、癫痫、神经根炎、末梢神经炎等，因此可出现头痛、呕吐、惊厥、抽搐、昏迷，或四肢无力、反射消失、皮肤感觉异常等症状；血液方面也可引起血小板减少、溶血性贫血等。因此，如果只看到局部，不能将临床资料全面地连贯起来分析，就很容易误诊。在我们统计的病例中，象这样的误诊教训是不少的。

从我院病例分析来看，初步认为，一般来说，在下列各项表现中，如具备三项以上的，就要考虑到有没有全身性红斑狼疮的可能性，最好能去医院检查狼疮细胞，并宜多次检查，以提高其阳性率，如有必要也可作皮肤活体组织检查，以求早期诊断：

- 一、年轻女性患有未明原因的发热；
- 二、关节疼痛或关节炎；
- 三、肝、脾肿大；
- 四、胸腔积液、心包积液、反复发生的肺炎；

五、皮肤损害，如面部蝶形红斑，丘疹等；

六、贫血，白细胞和(或)血小板减少；

七、血沉增快；

八、尿中有蛋白、红、白细胞等；

九、肝功能中絮状试验阳性。

在基层医疗单位，如果对本病有一个初步的印象，就可能有助于早期发现，初步作出诊断；而若对此病没有概念，则不免误诊。为进一步明确诊断，如没有化验条件，可转到有条件的单位进一步检查。

处 理

日晒、药物过敏、外伤、手术、各种感染，都可成为全身性红斑狼疮发作的诱因，因此应当尽可能避免这些因素。在病情活动期，应适当卧床休息；在缓解期则可从事一般劳动，但避免过度劳累。这种患者在注射疫苗，进行手术时要特别注意。如要应用磺胺、肼苯噻嗪、青霉素、巴比妥类药物，一定要反复询问有无过敏史。如果患者已并发肾脏受损而妊娠时，应劝患者行人工流产。对一般患者妊娠期间病情往往并不加重，但产后病情可明显恶化，需要加大肾上腺皮质激素（以下简称激素）的用量。

治疗可采取中西医结合和综合治疗的原则。

目前西药治疗主要是采用肾上腺皮质激素（简称激素）及消炎痛。因本病为自身免疫疾病，这些药物可以抑制病人体内的免疫反应。重症（心、肺、肾、脑等重要器官受累）活动期患者常用强的松 20~60 毫克/日，或地塞米松 3~9 毫克/日，待病情稳定后逐步减量，递减速度宜慢。也可配合使用氯化喹啉，125~250 毫克/日。激素的副作用很多，可

引起皮肤出现痤疮、精神兴奋、高血压、浮肿、肥胖、毛发增多等，这些症状可配合育阴的中药，石斛、生地、沙参、元参、麦冬、鳖甲、龟板等，或用六味地黄汤加减以减轻之。在撤激素时可适当加肉桂、附子。消炎痛对本病也有良好疗效，用量为每日2~3次，每次口服25~50毫克。另有硫唑嘌呤（50毫克，每日三次）、环磷酰胺（每日或隔日静注100~200毫克，病情稳定后改用口服每日25~50毫克）等亦用于治疗本病，但这类药物的副作用很大，应慎用，尤不能在门诊条件下使用。

中医中药除配合激素应用外，急性活动期可用清热、凉血、解毒药，如生玳瑁、白茅根、丹皮、银花、连翘、知母、黄柏等；急性期过后可使用秦艽、乌梢蛇、威灵仙等配合育阴、补肾的药物。如有明显气虚症状，亦可加用黄芪、黄精等。这些药，可在临床实践中根据具体情况进行辨证施治，并不断总结经验。

本例患者入院时有呕吐、食欲不振等症状，尿量每日仅200毫升（正常500毫升以上），血非蛋白氮104毫克%（正常20~40毫克%），酚红试验2小时排出总量仅18%（正常60~75%），这些都说明已有肾功能不全及尿毒症的表现。入院后，除每日给予强的松40毫克外，限制饮食中蛋白、水及钠盐的摄入量，以防止血液非蛋白氮继续上升及加重浮肿。并予以50%高渗葡萄糖溶液静脉注射，以及应用双氢克尿塞每日2次，每次50毫克，以增加尿量、减轻浮肿。同时辨证施治，配合养阴、补肾的中药。经以上治疗，患者病情逐步好转，体温正常，尿量增加，呕吐停止，食欲改善，血压下降。后又经继续巩固治疗，病情明显好转出院，共住院15周。出院时嘱患者避免感染、日晒，每日服用维持量强的松

5~10 毫克。

几点体会

一、全身性红斑狼疮病情复杂，临床表现变化多端，而且，由于它的一些临床表现与几种常见病多发病的症状极易混淆，很容易漏诊、误诊，而延误治疗。因此，在临床上遇到有多个器官受累的患者时，尤其是年轻女性患者，如能想到有否本病的可能性，对于诊断的思考是有帮助的。本病例的关节、肾脏、肝脏的病变，是先后出现的，这会给诊断更带来一定的困难。但是，只要对本病有一定认识，提高对本病的警惕性，掌握其诊断和鉴别诊断，还是可以作出正确的诊断的。

二、本病例尽管诊断有延误，住院时已有尿毒症等严重并发症，但是在患者的密切配合下，经过积极的中西医结合治疗，最后病情还是有了显著进步而出院，肾功能也有了一些好转。虽然在当前治疗本病时主要使用了激素，但中医中药治疗也起了很好的配合治疗作用，减少了激素的副作用。对于中西医结合的疗法和疗效，还有待通过继续实践进一步总结和提高。

三、在医疗实践中，对于疾病的认识也如同对待一切事物一样，不但要看到部分，而且要看到全体。因为一切客观事物本来是互相联系和具有内部规律的，如果不能这样如实地认识和研究问题，就不免要有主观性、片面性和表面性。在诊治疾病时，要以毛主席的哲学思想为指导，学会把各种表现连贯起来加以综合分析的方法，不能孤立地、静止地只看到一种或一部分表现而忽视其他的表现，不能攻其一点，不及其余；也不能只注意某一病程阶段的表现而忽视了它的

发展变化和全过程，“不但必须在其联结上、在其总体上去看，而且必须从各个阶段中矛盾的各个方面去看。”只有这样，才能认识它，从而正确地诊断它，防治它。

附：什么是自身免疫疾病？什么是结缔组织疾病？

过去认为，免疫反应是抗原侵入机体后，后者免于遭受损伤而产生的特异性保护反应。由于免疫学的进展，了解到，自身免疫反应（自家免疫或自体免疫反应）是指在一定条件下，如由于感染、药物、外伤、手术、辐射等诱因，使机体自身组织细胞或血液成分发生了改变，或自体成分和某些外来物质相结合，从而形成自身抗原。由于自身抗原的作用，在机体内产生相应抗体，即自身抗体，由于两者的作用，影响免疫系统的功能，使机体免疫稳定性失调，从而产生自身免疫反应，损伤自身的正常组织。这种由于自身免疫反应引起的疾病叫做自身免疫疾病。如慢性甲状腺炎、急性肾小球肾炎、自身免疫性溶血性贫血、溃疡性结肠炎、红斑性狼疮等。

病变主要发生于全身结缔组织的疾病称为结缔组织病，以往称为胶原性疾病。产生这种疾病的主要病理基础是疏松结缔组织的基质和纤维，特别是皮肤、血管壁、心内膜、浆膜、滑膜等部位，由于感染后（或其他原因）发生变性和坏死，产生抗原，由此抗原的作用，使以上部位产生相应抗体，而引起自身免疫反应。如全身性红斑狼疮、皮肤炎、硬皮病、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎等，所以这类疾病亦属于自身免疫疾病。

（孟繁荣）

什么是红斑狼疮细胞？

红斑狼疮患者血液内有红斑狼疮因子，存在于丙种球蛋白，在红斑狼疮因子的作用下，能使白细胞核溶解或破坏，形成一种圆形或椭圆形烟雾状的均匀性的核物质。吞噬着一个或几个这种核物质的中性粒细胞，就是红斑狼疮细胞。而此中性粒细胞本身的核被挤在一边，只见到少许细胞浆。

检查狼疮细胞是诊断红斑狼疮较特异的方法，阳性率在80%左右。但是，结核病、白血病、骨髓瘤等可出现假阳性。因此，对红斑狼疮细胞的诊断意义也要一分为二，必须密切结合临床来确定其意义。

(翁维权)

过敏性紫癜

病案讨论

北京儿童医院内科

病历摘要

患儿田×，男，11岁，于1972年9月4日因关节肿痛、出皮疹7天，便血、腹部剧痛半天而急诊入院。

患儿于一周前开始有两膝及两踝关节肿痛，同时发现小腿有紫红色皮疹，因一般情况尚好，未引起家长重视。三天来于两侧季肋部及枕部出现肿胀，无明显压痛。两天前开始诉脐周疼痛，呕吐一次，呕出为胃内容物，皮疹逐渐增多，前臂亦出现皮疹，遂至门诊检查，诊断为过敏性紫癜，服用维生素丙及路丁。半天来腹痛加剧，呈阵发性绞痛，出冷汗，并排出血性大便两次而入院。

既往身体健康，一个月前曾患感冒。

体格检查：体温38℃，脉搏110次/分，呼吸30次/分，血压100/65毫米汞柱。发育营养好，面色苍白，呈急性病容。四肢有大小不等紫红色斑丘疹，按之不褪色，以小腿伸侧为多。颈部可扪到4~5个直径0.5厘米的淋巴结，无压痛，左眼球结膜下出血，扁桃体肥大、充血。心尖部可闻Ⅱ级吹风样收缩期杂音。两肺叩、听诊正常。腹稍膨隆，右下腹有轻度压痛，无肌紧张，肝、脾未触及。两膝关节肿胀以右侧较甚，轻度运动障碍。

实验室检查：红细胞计数 332 万/立方毫米，血红蛋白 10.5 克%，白细胞计数 11,500/立方毫米，中性粒细胞 76%，血小板计数 190,800/立方毫米。尿常规检查未见异常。大便血性，呈黑紫色。

入院诊断为过敏性紫癜，肠出血。立即于 24 小时内静脉滴注 10% 葡萄糖维持液（10% 葡萄糖 1,200 毫升、生理盐水 300 毫升、15% 氯化钾 15 毫升）、氢化可的松 150 毫克、维生素丙 1 克，并禁食。当日排出血性大便四次，每次约 30 毫升。第二日重复上述治疗。两天后腹痛缓解，大便呈黑褐色，遂停止静脉输液，改用口服强的松，每次 10 毫克，一天四次，并开始给流食，口服维生素丙 0.1 克及路丁 20 毫克，每天三次。一周后大便正常，未再出现腹痛，关节肿痛亦逐渐消失，但皮疹仍反复出现。因精神、食欲皆好，故改成普通饭。入院两周后出现肉眼血尿，尿检为尿蛋白卅，偶见管型，肾功能检查非蛋白氮 40 毫克%（儿童正常值是 25~40 毫克%），血压为 124/80 毫米汞柱。后经用中药青紫合剂（见附方）治疗，逐渐停用强的松。三天后肉眼血尿消失。入院六周后皮疹消退，阳性体征消失，仅尿镜检仍有红细胞，遂出院至门诊追踪观察。

讨 论

患儿因急性腹痛、便血入院，结合四肢出血性皮疹，关节肿痛，病史中曾有枕部等软组织一过性肿胀（血管神经性水肿），诊断过敏性紫癜并不困难。

过敏性紫癜是以毛细血管炎为主要病理的一种结缔组织病（以往称胶原性疾病）。其病因尚不完全清楚，可能是某种致敏因素所引起的过敏反应。部分病人在起病前患过链球菌

所致的上呼吸道感染，有些药物和食物也可成为过敏原。临床上多见于学龄前及学龄儿童，以皮疹为主要症状。约有 $\frac{2}{3}$ 的患儿出现消化道症状，尤其是学龄儿童为多。腹部钝痛或阵发性绞痛，可伴有腹泻和呕吐，约有半数出现便血或大便潜血阳性。因腹部症状可发生于皮疹出现前，应避免误诊为外科急腹症。我们曾见一患儿因急腹痛曾诊断为阑尾炎，两天后始出现典型的皮疹。

出现便血时应与消化道溃疡出血、回肠远端憩室出血和急性坏死性肠炎鉴别。前两者腹痛多不严重，或无任何前驱症状而突然大出血。后者主要发生在婴幼儿，有明显腹泻史，多有明显腹胀，可于发病1~2天内出现中毒性休克；个别发生于学龄儿童的可早期出现便血，亦多有中毒症状和明显腹胀。本例患儿为学龄儿童，有明显腹痛，大量便血，但无明显中毒性休克症状，在便血前出现典型的皮疹，故易与其他肠道出血鉴别。

本病关节肿痛多发生在膝和踝关节，持续时间不长，肿胀消退后不遗留关节变形，应与风湿性关节炎同时出现结节性红斑鉴别。后者皮疹多在小腿上部胫骨前皮下，数量较少，一般仅三、四个，且常有心脏方面的症状。此患儿皮疹较浅表，分布在四肢，数量多，尤以小腿伸侧为多，此处皮疹融合成片状，且未合并心脏症状，故可排除风湿性关节炎。

皮疹应与血小板减少性紫癜或败血症的皮疹鉴别。血小板减少性紫癜的皮疹不凸出皮肤，较小，如帽针头大，不合并血管神经性水肿，出血时间延长。败血症患者全身症状较重，发高热。此患儿血小板正常，体温不太高，无全身中毒症状，故不难鉴别。

此患儿于起病三周后出现血尿。血尿也是过敏性紫癜的

常见症状之一，约1/3的患儿在病程中出现肉眼或镜下血尿，多在起病两、三周后出现，也有在皮疹消退及其他症状静止后才出现，故对过敏性紫癜患者应多次做尿常规检查。肾脏症状常迁延不愈，但多数预后较好。个别病例出现急性肾功能衰竭或高血压脑病，有的病情迁延数月或数年后出现肾病综合征，甚至发展成慢性肾炎。此患儿出院时尿镜检虽仍有较多的红细胞，但追踪一年后恢复正常。

对于有典型皮疹、血管神经性水肿、关节肿痛和消化道症状的病人诊断多无困难，若某一症状突出而其他症状不明显者常易误诊，故对于学龄儿童出现急性腹痛、便血时，首先应想到此病，要做全面检查，尤其要仔细检查四肢有无皮疹，有时虽只有几个典型皮疹，对诊断帮助极大。对有便血的病人更应仔细做腹部触诊，因肠套迭是过敏性紫癜的合并症之一，应及早发现，以免延误治疗，或造成肠穿孔等不良后果。

过敏性紫癜的治疗，对只有皮疹而无其他症状的病人，不需要特殊治疗，经过适当休息，控制上呼吸道感染，一般在三、四周内可痊愈；一部分病人皮疹虽反复出现亦多自然痊愈。皮疹严重的可服用清热解毒、凉血化瘀为主的中药，以及维生素丙等。

症状比较多的病人，应适当限制活动，同时控制呼吸道感染，并积极寻找过敏原，对可疑引起过敏的食物和药物应予以避免。有蛔虫的病人在消化道症状消失后可驱虫。对合并有扁桃体炎、龋齿、鼻窦炎等病灶者须彻底治疗。

有关节肿痛的，口服阿斯匹林后多可缓解，用量为每日每公斤体重 80~100 毫克，分 3~4 次饭后服。

出现腹痛和呕吐者，应吃易消化的食物，口服冬眠灵或

颠茄等，并服用清热解毒、凉血化瘀为主的中药。对于腹痛严重、大量便血的首先应除外外科情况，然后给服强的松，每天每公斤体重1~2毫克，分三、四次口服，腹痛停止、便血好转后逐渐减量，于1~2周内停药。若遇腹部绞痛，便血不止时应禁食，采用氢化可的松100~200毫克，与10%葡萄糖、生理盐水静脉滴注；腹痛减轻后可改成强的松口服，并可服用青紫合剂、犀角地黄汤等清热解毒、凉血化瘀为主的中药（见附方）。除大量失血出现休克或重度贫血者外，一般不需要输血。

应用强的松一类药物对缓解消化道症状效果较好，并可减少肠套迭的发生，但对血尿效果不明显，亦不能防止转成慢性肾炎，且会产生高血压、水钠潴留等副作用，对于没有严重腹痛和便血者，不应使用。

若仅有血尿，而无浮肿、高血压或尿少等症状，一般不需特殊治疗。血尿严重的可服用清热解毒、凉血化瘀为主的中药。

此患儿有较严重的腹痛、便血等，经早期采用氢化可的松静脉滴注两天后，即明显减轻。入院时会做尿常规检查未发现异常，消化道症状消失后虽继续服用强的松，但仍出现肾脏症状，说明此类药物并不能预防肾脏症状的出现。此患儿出现肉眼血尿在服用青紫合剂后好转，出院时虽仍有镜下血尿，未经任何治疗，一年后痊愈。

对症状反复出现的，应积极寻找过敏原。

若合并肠套迭，应采用空气灌肠疗法，使套迭的肠管复位。若套迭时间太长，肠壁血运障碍，或灌肠不能复位时，则需手术治疗。

〔附方〕：

青紫合剂：青黛三錢 紫草三錢 焦山查三錢 伏龙肝三錢 乳香、沒药各一錢 贯众三錢

犀角地黄湯加減：广角一錢 银花五錢 连翘三錢 紫草三錢 丹皮三錢 丹参三錢 生地五錢 白茅根五錢 赤小豆一两

腹痛重者加延胡索、沒药；便血者加地榆炭、乌梅炭，或另加三七粉。

丹毒治验分析

北京中医医院外科 张志礼 秦汉琨 高益民

病历摘要

王××，男，64岁，因颜面红肿并发烧10余天，于1964年3月11日来院初诊。10余天前开始发冷发烧，前额、两侧眼睑及鼻梁部红肿，胸闷，心烦，恶心，咽痛不欲进食，大便两天未解，小便短赤。曾在某医院诊断为颜面丹毒，经服药打针，体温稍降，但面部红肿未消。

检查：体温38°C，颜面前额部、两侧眼睑及鼻梁部皮肤红肿，边界清楚，颜色鲜红，有灼热感。鼻梁中央部有多数小水疱，有些水疱破裂、糜烂、结痂。白细胞14,000/立方毫米，中性粒细胞87%，淋巴细胞13%。脉洪数有力，舌质红绛，舌苔黄腻。

西医诊断：颜面部丹毒

中医辨证：抱头火丹（毒热炽盛，阴虚血热）

立法：清热解毒，佐以凉血护阴

方药：银花八钱 蒲公英五钱 紫花地丁五钱 大青叶四钱 板蓝根六钱 赤芍三钱 鲜茅根一两 焦山栀三钱 桔梗一钱半 大黄三钱 黄芩三钱 竹茹三钱 滑石块三钱
外用去毒药粉二两，加冰片一钱，研匀，温水调敷。

3月12日，服上方一剂后，大便已通，胸闷已解，体温38.8°C，白细胞16,000/立方毫米。前方去大黄、滑石块，加

元参六錢、黃连二錢。

3月13日，体温37.7℃，心烦、恶心已止，思饮食，面部红肿见消退，水疱干燥、结痂。

3月16日，颜面部红肿全部消退，唯有两耳前后部位作痛，口渴思饮水，舌苔白黄，舌质红，脉弦滑。再以清热解毒，佐以养阴为法。

方药：连翘三錢 菊花三錢 蒲公英三錢 焦山梔三錢
银花三錢 龙胆草一錢半 紫草三錢 生地一两 丹皮三錢
紫花地丁三錢 黃芩二錢 赤芍三錢

3月20日，服上方后症状皆除，白细胞恢复正常，临床治愈。

分析与体会

丹毒的名称首先见于祖国医学，因其发病时皮肤突然发红，如染丹脂，伴有发冷发烧，而且又为火毒所诱发，故名为丹毒。根据其发病的部位，又有不同的名称：发于头面者称为抱头火丹；发于躯干者称为丹毒；发于两腿者称为腿游风；发于胫踝者称为流火。

丹毒是皮肤或粘膜中网状淋巴管的急性炎症，致病菌多为溶血性链球菌，葡萄球菌较少见。往往由于皮肤、粘膜极小的损伤（如针刺、抓伤、皸裂、虫咬伤、湿疹、脚癣等），在全身防御机能降低，或春秋两季溶血性链球菌容易繁殖的情况下，容易发病。所以丹毒是春秋两季常见的外科病之一。

急性丹毒一般病程较短，抗菌素、磺胺药的治疗效果较好，但是有的病例由于耐药菌株感染，或机体防御机能的差异性，所以效果不满意。

本例患者年龄较大，机体抵抗力较差，湿热毒邪较重，

故病后 10 余天体温未降，面部红肿并起水疱，舌苔黄腻。因患者年迈，肾水亏虚，毒热化火，更加灼伤阴液，故见咽干、舌质红绛，内热较重，故大便干燥，两日未解。因此，阴虚内热为本病之本，湿毒热邪炽盛为病之标。就诊时患者仍发热不退，故应先治其标，重用清热解毒的银花、蒲公英、紫花地丁、大青叶、板蓝根，另用黄芩、山梔、大黄清里热以釜底抽薪；佐以赤芍、鲜茅根凉血活血、养阴生津；竹茹、滑石以清热利湿；桔梗清宣利咽而又引药上行。第一方服后，大便已解，里热见退，但体温未降，白细胞仍高，说明毒热未解，故前方去大黄、滑石，加黄连（取黄连解毒汤中的黄连、黄芩、山梔）以解中焦、上焦之毒热；元参养阴扶正。服药后体温渐退，说明邪气已被控制，但患者口渴、舌质红，阴虚血热的内在体质状况又上升为主要矛盾，所以 3 月 16 日以后重用生地、丹皮凉血养阴；赤芍、紫草凉血活血；蒲公英、连翘、紫花地丁清热解毒；菊花、龙胆草清肝胆热。

中医对丹毒的看法，一般认为血分有伏火（血热）是其内因根据，而火毒湿热为其外因条件，多于皮肤、粘膜破损时邪毒乘隙侵入而诱发。内有血热，外受毒热，两热相搏，故发病较急，突然发冷发烧，皮肤红肿。湿热较重者，熏蒸肌肤而见有水疱、渗液；毒热较重者，则见高热不退，或毒热入里而见神昏、谵语等症。发于头面者多兼有风热或毒热较盛；发于胁下腰胯者多兼夹肝火；发于下肢者多夹有湿热。临床上又可分为急性与慢性两种，急性发病者以毒热盛为特点，慢性者往往是因为湿热兼夹而致，因为湿性粘腻，而且又为重浊有质之邪，故缠绵不愈，反复发作。

基于上述的看法，在治疗上，急性期应以清热解毒为主，凉血为辅，常用的药物有银花、连翘、大青叶、野菊花、紫

花地丁、黄芩、黄连、黄柏、山梔、丹皮、赤芍；伴有高烧者可加生石膏、生玳瑁。发于颜面者加菊花；发于腋下者加柴胡、龙胆草；发于下肢者加牛膝、黄柏、防己。水疱明显者加车前草；若见高烧烦躁、神昏谵语等热入营血的症状，就应按照温病的辨证法则清热解毒、凉血清营，常用的药物有犀角、黄连、生地、银花、连翘、麦冬、丹皮、梔子等。

慢性经常复发的丹毒（尤以下肢为多见），乃因湿热之毒蕴于肌肤，反复发作可以引起淋巴管阻塞，下肢肿硬，中医称为无名肿毒。在其急性发作期间，还应重用清热解毒的药物；急性期过后，则应加用一些活血软坚的药物，如穿山甲炭、皂角刺炭、没药、乳香、紫草根、贝母、白芷、天花粉、当归等。湿重的加生薏苡仁、猪苓。

关于外用药物：急性期可用金黄散（市售），用水调敷；或用新鲜的白菜帮、马齿苋、绿豆芽菜，洗净后捣烂调药外敷，效果更好；或用去毒药粉调敷。慢性期者可用铁箍散（市售）软膏，加20%的金黄散外用。（去毒药粉的经验方：马齿苋六两，雄黄、草红花各一两，白芷二两，薄荷面、大黄、紫花地丁、败酱草各十两，赤芍五两，生石膏八两，共研细末，加绿豆粉一斤。）

关于如何防止复发的问題：亦须从丹毒的发病因素去考虑，首先要注意少食辛辣等燥热的食物，以减少湿热之内生。另外，要注意皮肤的清洁卫生，纠正不良习惯如挖鼻挖耳等，避免皮肤破损。积极治疗一些慢性皮肤病（如脚癣等）。对于已患过丹毒的患者为防止复发，可用生薏苡仁一两，水煎服，每日一剂，连续服用一个阶段，取其健脾利湿的作用，可有一定帮助。

（本文系根据本院老中医赵炳南的经验而写成）

阑尾脓肿

病案讨论

山西医学院第一附属医院外科

病历摘要

患者男性，30岁，已婚，于1972年5月16日因急性右下腹痛伴肿块十多天住院。

患者一年来曾两次右下腹痛，经休息1~2天腹痛消失。十多天前突然右下腹阵发性疼痛（不放射），恶心，呕吐胃内容物一次，不久即发烧，食欲不振，尿少，便秘，并发现右下腹肿块。曾连续三日肌注青、链霉素无效。过去身体健康。

体格检查：体温38℃，脉搏100次/分，呼吸18次/分，血压110/75毫米汞柱。神志清楚，发育营养中等。头面部和心肺未见异常。腹不胀，无肠型和肠蠕动波，右下腹稍隆起，上腹部和左腹部有轻度压痛，无腹肌紧张，右下腹肿块有明显压痛和肌紧张，肿块约4×6×8厘米大小，边界不清，不能移动，右下腹肌有轻度反跳痛，无腹部移动浊音，肠蠕动音正常。肛门外观正常，直肠内右上方触痛，可以触及柔软肿物的下极。右下肢过伸时方引起右下腹痛。外生殖器、四肢及脊柱均正常。白细胞计数13800/立方毫米，中性多核粒细胞82%，大小便常规正常。

住院经过：入院时印象为阑尾脓肿，以中医治疗为主。

因患者发热，口干舌燥，大便秘结，小便短赤，右下腹拒按，脉洪大，舌苔黄腻；一派大肠实热证候，治以清热解毒为主。又因右下腹热腐生脓，故佐以祛瘀排脓之品。方以天津南开医院阑尾清解汤为主，另加生黄芪一两，丹参一两，桃仁三钱，连续服用，每日1~2剂。因体温仍上升，中毒症状加重，即加用庆大霉素4万单位，肌注，每日2次，连续应用一周。局部穿刺抽脓，尽量抽尽，脓液如粪臭，培养为大肠杆菌，对青、链霉素和四环素耐药，对氯霉素低度敏感。经继续服中药及两次局部抽脓后病情好转，烧退，右下腹肿块逐渐缩小变硬。此时以保和丸为主方，佐以活血祛瘀之品。至1972年6月24日，右下腹肿块完全消失，治愈出院。

鉴别诊断

1. 回盲部结核：尤其要与增殖型肠结核鉴别，该病患者常有肺结核史，可能有腹泻与便秘交替史。如右下腹出现肿块、肠腔狭窄，应有阵发性腹痛、肠型和肠蠕动波等不完全性肠梗阻症状出现。由于结核病的全身中毒和不完全性肠梗阻影响饮食，故患者常有消瘦、贫血等慢性病容。回盲部结核性肿块边界比较清楚，仅有轻度或中等度压痛，同时亦不会有如本例患者高烧、白细胞总数增高、核左移等急性炎症现象，故可以排除回盲部结核。

2. 盲肠肿瘤：以癌为多见。癌患者年龄多数在40岁以上，肠道出血或粪便潜血阳性，肠腔狭窄时应有不完全性肠梗阻症状。右下腹肿块较硬，早期肿块边界清楚，可以活动。不应有急性炎症病象，亦不易为抗炎症疗法所治愈，故本例患者可以排除。但在治疗中如肿块不缩小，要警惕肿瘤

的可能。

3. 右侧肾周围脓肿：脓肿较大，延及右髂窝时，可以出现类似阑尾脓肿症状，但尿中有脓球，脊肋角饱满有叩击痛，多数为金黄色葡萄球菌感染，故可以与本例病人鉴别。

4. 右侧髂窝脓肿：具有急性炎症症状，易与阑尾脓肿混淆。髂窝脓肿多见于儿童，很少有恶心、呕吐等消化系统症状，由于脓肿刺激髂腰肌，髋关节屈曲不能伸直，病变部位较阑尾脓肿低，位于腹股沟稍上方，多数为金黄色葡萄球菌感染，所以本例患者可以除外。

治 疗 讨 论

阑尾脓肿在祖国医学称为是“肠痛”郁久化热，热腐生脓阶段。治法以清热解毒，破瘀排脓为主，并应根据病人症状，随症加减。方剂除南开医院阑尾清解汤外，尚有遵义医学院阑尾炎Ⅲ号，大黄牡丹皮汤等。中草药局部外敷，可以促进脓液吸收和缩小肿块，最方便而疗效确实者，应用大蒜泥外敷阑尾脓肿处。

阑尾脓肿多数病例无需采用抗菌素，仅用中医中药就可奏效。如全身中毒症状较重时方可考虑选用，如本例采用庆大霉素治疗。

局部穿刺抽脓，具有减轻全身中毒症状、促进脓肿缩小的功效，并可根据细菌和药物的敏感试验，选用有效的抗菌药物注入脓腔内，帮助炎症消退。

关于阑尾脓肿切开引流，目前比较少用，如经上述非手术疗法，脓肿反而增大而有破溃趋势，全身中毒症状较重时，方可应用。

关于复发的预防，强调应用中药直至阑尾脓肿完全消失

后，再继续服用一周，巩固疗效，预防复发。如复发可按中西医结合治疗阑尾炎的方法，再次进行非手术疗法。如多次复发，应考虑进行阑尾切除术。

本病例住院时正值热腐生脓，脓液积聚较多，为机体与病原抗争相持阶段，故临床表现为高热等中毒症状。该时继续服中药和局部抽脓，是杀灭病原和增强机体抗病能力的有力措施，故不久体温下降，脓肿缩小，最后治愈出院，获得良好效果。

【附方】

阑尾清解汤（天津市南开医院方）：金银花二两 蒲公英一两 冬瓜仁一两 大黄八钱（后下）丹皮五钱 木香三钱 川楝子三钱 生甘草三钱

日服1~2剂，急性炎症消退后，继续服一周，巩固疗效。

阑尾Ⅱ号（遵义医学院方）：大血藤二两 金银花五钱 丹皮三钱 桃仁三钱 川楝子五钱 皂角刺三钱 炙山甲二钱

日服1~2剂，急性炎症消退后，继续服一周，巩固疗效。

大黄牡丹皮汤（参阅《金匱要略》）

大蒜泥外敷疗法：紫皮蒜五头捣成泥，加芒硝五钱调匀。先在脓肿部涂上凡士林，保护皮肤，再外敷大蒜泥，敷至皮肤稍红为度，下次外敷可待皮肤红退后再用，直至阑尾脓肿完全消失，敷用大蒜泥过程中，要特别注意避免蒜液灼伤皮肤。

王渭川老中医治疗慢性盆腔炎

医案分析

成都中医学院附属医院妇科 王成荣整理

医 案

黄××，女，24岁，因婚后3年不孕，月经后期，带下黄臭量多，伴小腹及腰痛半年，于1963年5月2日来院初诊。经量少，色黯质薄，腹痛拒按，常头昏痛，倦乏，多梦，心烦，口渴，溲（sōu，音“搜”，小便）黄，便结。面色萎黄，舌尖红、有朱点，脉弦数。

妇科检查：宫颈光滑，子宫二度后倾，较正常稍小，有深压痛，两侧附件均有明显压痛。

西医诊断：慢性盆腔炎

中医辨证：湿热蕴结，气虚血滞

治法：清热化湿，益气活血

处方：银甲丸（见后）合四君子汤加减

前后共就诊26次，随症选用的药物有：银花、连翘、蒲公英、红藤、升麻、琥珀、川楝子、生蒲黄、炒五灵脂、茺蔚子、茜草、益母草、甲珠、细辛、广木香、炒白芍、鸡血藤、鹿角片、杜仲、续断、桑寄生、山萸肉、党参、泡参、生黄芪等。

服药期间，月经渐趋正常，腰腹痛亦渐消失，带色转白，量亦减少。至同年11月，经期也未再腹痛，白带正常。

妇科检查：除子宫有深压痛外，余均正常。

再继续服药并加服银甲丸，于1964年2月23日作输卵管通气检查，结果通畅。继而受孕，并于次年1月顺产一女孩。

分 析

一、中医对慢性盆腔炎的认识

慢性盆腔炎是妇科常见而又不大容易治愈的一种疾病。本病通常都是由于接生或处理流产时消毒不严，或不注意产褥期卫生、孕期卫生及经期卫生，引起盆腔急性感染，而治疗又不及时或不彻底发展而成。患者每有慢性腰骶部痛，小腹痛，白带增多，痛经，月经不调和不孕等症状。有的病人还可因此而出现情志抑郁，失眠，疲倦，消化功能紊乱等病症。

中医学没有“慢性盆腔炎”的病名。不过，根据患者常有的腰骶痛、小腹痛和白带增多等症状，可属中医妇科的“带下病”范畴。《傅青主女科》说：“夫带下俱是湿证。”但由于病人体质阴阳的偏盛，又可表现为“湿热蕴结”和“寒湿凝滞”两种基本证型，而以前者更多见。总之，就病因来说，都是湿邪流注下焦的缘故。

再者，下焦于妇女为胞宫所在的地方，冲、任二脉皆起于胞宫。冲为血海，任主胞胎，无论寒湿或湿热流注下焦，均可致血脉瘀滞。所以王清任《医林改错》说：“血受寒则凝结成块，血受热则煎熬成块”。湿邪遇郁胞宫，瘀血阻滞冲、任，故经脉不通，不通则痛，则月经不调，以致不孕。这是用中医学分析慢性盆腔炎常见症状的理论根据，也可说是根据中医学理论对慢性盆腔炎的认识。

二、本医案的中医辨证论治

本医案中医辨证“湿热蕴结，气虚血滞”的根据是：带下而多为湿盛，带色黄而臭系湿热；心烦、口渴、尿黄、便结、舌尖红和脉数都是热邪内伏的兼证。联系到病已半年，更可说明湿热胶结，遇郁难去的“湿热蕴结”的辨证是恰当的。久病多虚，病人常有倦乏和头昏痛，正是气虚的见证。腹痛拒按，舌有朱点，则是血脉瘀滞的表现。

或谓：病人带下黄臭而多，虽是湿热下注的外证，但月经后期、量少、色黯、质薄，似宜从血海空虚，胞宫寒冷而致不孕来辨证。何况尚有头昏痛、倦乏、面色萎黄等虚象，疑应峻补气血、温暖肝肾才是正治。

因此有必要再深入分析本案的脉症，辨清疑似之处，得出正确的结论。

1. 月经后期量少，似是血虚见证，但血虚之小腹疼痛应为经脉失养的空痛，即绵绵作痛、喜揉按的虚痛。本案的小腹疼痛则是痛而拒按的血滞胞络的实痛。

2. 经血色黯质薄虽是宫寒者所常有的症状，但应兼见口淡不渴、小便清长，甚或有畏寒、腹冷、大便溏薄等肾阳不足的证候。而本案反见心烦口渴，溲黄便结的里热兼证。所以《景岳全书·妇人规》有“后期而至者，本属血虚，然亦有热而燥瘀者，不得不为清补；有血逆而滞留者，不得不为疏利”的说法；《医学心悟·月经不调》也有“方书以趱(zǎn, 音“攢”；赶)前为热，退后为寒，其理近似，然亦不可尽拘也。假如脏腑空虚，经水淋漓不断，频频数见，岂可便断为热；又如内热血枯，经脉迟滞不来，岂可便断为寒；必须察其兼证”的论述。

3. 再从舌苔和脉象来看，虚寒病人的舌色多淡而不荣，

脉象每见迟细。而本案却是舌尖发红，且有朱点，乃属有热、有瘀的证候，诊脉也是主肝经郁热的弦数脉象。

4. 上述三点已可说明，关于本案的辨证，疑为血虚宫寒的证据太少，而判断有热、有瘀的证候颇多。若再结合带下黄臭而多，则更证明湿热蕴结致血脉瘀滞的论断准确。更进而从病因和病机分析，本案的月经后期，按“辨证求因”的逻辑推理，湿热应是致病之“因”。湿与热合，每胶结难解，迁延留连，故病痛缠绵，长期不愈。湿热蕴结胞宫，血海受热邪煎熬，血脉粘滞而有月经后期量少、腹痛拒按诸症；也就是《景岳全书·妇人规》所说的“血热而燥瘀”的病机。病患既久，正气耗伤，致见头昏痛，倦乏，面色不荣。故本案辨证“湿热蕴结，气虚血滞”正是根据“辨证求因”和“谨守病机”的学理而得的结论。

5. 本案尚有腰痛、心烦、多梦等症状，乃是因为正常月经系冲、任二脉气血通盛的表现，而冲、任二脉又受肝、肾两脏的制约，冲、任受邪，少有不显肝、肾病状的。腰为肾之府，腰痛便反映了肾经的病态。所以本案在诊治过程中，随症选用了杜仲、续断、桑寄生之类调养肾气的药味。从脉诊来看，六脉弦数是热盛于肝经的证候。肝热传心，故有心烦的兼证。舌为心苗，舌尖尤其反映心经的病态。舌尖发红，正说明心经确已有热。心与小肠相表里，故小便色黄。肝、心两经均受热扰，自然睡梦不宁。

6. 本案辨证既是“湿热蕴结，气虚血滞”，自应以“清热化湿，益气活血”立法。本案初诊处方银甲丸合四君子汤加减，四君子汤（党参、茯苓、白术、甘草）便是用在补益正气，这对瘀滞兼有气虚不足以运血者，尤为恰当。“六淫”之邪均可化火，湿热蕴结更有化火的可能。而“热盛成

火，火盛成毒”，故本着“辨证求因，审因论治”的道理，清热化湿，解毒活血便应该是慢性盆腔炎的主要治法。本案始终都服用的银甲丸，则是体现这一主要治法的。

银甲丸是我院妇科王渭川老中医自订的处方，是根据《温病条辨》的银翘散和《金匱要略》的升麻鳖甲汤二方加减，增入化湿、解毒、活血的药味而成。经我院妇科门诊用于治疗慢性盆腔炎病人，服后多反映有不同程度的症状减轻或好转。至于更确切的疗效，尚有待今后的观察总结。

银甲丸配制如下：

银花、连翘、升麻各五钱 红藤、生鳖甲、蒲公英、紫花地丁各一两 生蒲黄、椿根皮、大青叶、琥珀、茵陈、桔梗各四钱

共研细末，炼蜜为丸，每丸约重一钱二分，视病情轻重和胃纳强弱，每服1~2丸，日2~3次。

若症状较重或不便制丸时，可采用煎剂，煎剂药量一两者可酌减为五钱，五钱者可酌减为三、四钱。唯琥珀（性味甘平，入心、肝、膀胱经，效能镇惊安神、利尿通淋、活血化瘀）不宜入煎剂，可研末随煎剂分次冲服，分量每剂一钱。煎剂每日服一剂，分三次服。“丸缓汤荡”，本案前阶段就是服的煎剂，待病情显著好转时，才采用丸剂的。

宫 外 孕

病 案 讨 论

山西医学院第一附属医院妇产科中西医结合治疗组

病 历 摘 要

患者黄××,女,40岁,1964年3月23日来门诊初诊。主诉腹痛6天多,自右下腹部开始,伴有恶心、呕吐,吐出物为胃内容,不伴有发冷、发烧。据称“末次月经在1964年3月19日”,就诊时又有少量阴道出血。检查:下腹部与阑尾点处有肌紧张与压痛,腰大肌试验阳性。白细胞3,700/立方毫米,分类计数正常。给予抗菌素等处理。

1964年3月26日复诊:仍有腹痛,阴道出血已停1天多。妇科检查:外阴经产式,阴道上穹处有狭窄环,宫颈有乳头状糜烂,宫体后倾后屈,5×3厘米大小,活动,无压痛,附件处未发现异常。继续观察并对症处理。

1964年4月1日23时,因腹痛反复发作并加剧而急诊来院。经追问病史,平时月经规律,3天/30~33天,而末次月经乃在1964年2月13日,近10多天来有不规则阴道出血,未见有肉膜样物排出。3月17日曾有突发性撕裂样腹痛,自右下腹部开始延及全腹,并向肩胛部放散,伴有恶心、呕吐,吐出物为胃内容,持续1天左右,症状逐渐缓解,但仍有断续性轻度腹痛。发病以来一直有食欲不振,常有恶心、呕吐。4月1日20时再次发生剧烈腹痛,伴出冷

汗，并吐咖啡色物，因而就诊。平素喜冷食，2~3年来食冷物后胃脘部疼痛、反酸。14岁初婚，18岁产一胎后22年未孕。

入院检查：体温37.7℃，血压80/50毫米汞柱，脉搏172次/分，较细弱，病人呈痛苦面容，面色苍白，心肺未见异常，全腹膨隆，呼吸活动受限，腹肌紧张，有压痛、反跳痛，以左下腹部最明显，移动性浊音阳性。肛查：直肠内温度不高，指套上有柏油样便。妇科检查：外阴有血迹，阴道上1/3处有不完全狭窄环，扩张度差，穹窿部不饱满，宫颈有举痛与摇摆痛，宫体触诊不清，似正常大小，有压痛，周围有液体存在感，附件双侧均有压痛，左侧可触及不具体包块，右侧对合差。化验检查：血红蛋白7.0克，白细胞12,000/立方毫米，中性粒细胞81%，呕吐物与大便（指套上）潜血试验均为阳性，尿妊娠试验因蟾蜍死亡未得结果。腹腔穿刺结果（略）。

住院及治疗经过

本病例入院后系采用中西医结合治疗方法，具体治疗情况如下：

1964年4月2日：病人来院后，根据前述症状、体征辨证，属少腹血瘀的实证，兼见血虚气脱的虚证、胃肠不通的腑实证与上热下寒的寒热夹杂证。故立即给病人输液、吸氧、输血（共550毫升），积极抢救休克，同时急服中药一付，以补气回阳、降逆止吐、活血止痛、疏通胃肠。处方：东参三钱（另煎频服）半夏二钱 延胡索一钱半 大黄一钱（后下）芒硝一钱（冲服） 官桂二钱。

晨4时以后，病人血压平稳，脉已稍有力，入院后腹痛

不剧，腹部浊音水平未见升高。服上方中药后，即呕吐数次，将中药吐出。午前腹部仍胀满拒按，近来便干，已2天多无大便，说明病人兼证中虚证好转，腑实证依然存在，结合平素思冷食，但食后胃脘部疼痛，目前又有口苦，考虑系上热下寒，胃内寒热不调，给予补气、敛阴、止呕、活血、温中，并疏通胃肠。处方：党参五钱 生白芍三钱 陈皮二钱半 半夏三钱 延胡索一钱半 桃仁一钱半 干姜一钱半 官桂一钱 大黄一钱（后下） 芒硝一钱（冲服）。

4月3日：病人自觉腹部稍胀，血压一直平稳，有少量阴道出血，未排大便。脉有力，全腹稍膨隆，胃脘部与下腹部有压痛，移动性浊音阳性，肠鸣音尚好。血红蛋白6.5克。由于病人第一次所服之药已吐出，第二次处方中大黄、芒硝之份量不足，故再次疏通胃肠。处方：陈皮二钱半 半夏二钱半 厚朴二钱 枳实二钱 大黄一钱半（后下）芒硝二钱（冲服）肉桂三钱 延胡索三钱。

4月4日：病人自觉腹部胀满明显减轻，精神尚好，食欲稍差，仍有少量断续性阴道出血，脉尚有力，腹部移动性浊音阳性。以祛瘀活血之宫外孕主方Ⅰ号治疗。处方：丹参五钱 赤芍二钱半 乳香二钱 没药二钱 桃仁二钱（目前用处方为：丹参五钱 赤芍五钱 桃仁三钱）。

4月6日：自5日凌晨排便后，自觉腹痛已基本消失，仅大小便时稍痛，食欲较前稍好，阴道出血未停，脉尚有力，腹部有轻度压痛与反跳痛，移动性浊音已消失，左下腹部可触及8×10厘米大小之包块。以祛瘀活血、消积块之宫外孕主方Ⅱ号为主治疗。处方：丹参五钱 赤芍二钱 乳香二钱 没药二钱 桃仁二钱 三棱一钱 莪术一钱（目前用处方为：丹参五钱 赤芍五钱 桃仁三钱 三棱一钱至二钱

莪术一錢至二錢)。

4月11日：仍时有轻度腹痛与阴道出血。妇科检查：外阴经产式，阴道粘膜着色淡，狭窄环同前，宫颈触之正常，宫体偏左，前倾前屈，似正常大小，活动差，附件左侧可触及约13×12厘米大小之包块，不活动，有触痛，右侧对合差，有压痛。根据以上情况继续服祛瘀活血、消积块之宫外孕主方Ⅱ号加减，每日一付。

4月13日：大便常干，2日来无大便，食欲欠佳，左下腹部有轻度压痛与自发痛。又给病人疏通胃肠一次，并调理脾胃。处方：丹参五錢 赤芍二錢半 归尾二錢半 延胡索一錢 桃仁二錢 陈皮二錢半 大黃一錢半（后下）砂仁一錢半 三棱一錢 莪术一錢。

4月22日：一般情况与大小便均好，食欲欠佳，脉无力，无腹痛及其它不适。20日查血红蛋白为8.3克。妇科检查：宫体前位，7.5×5.5厘米大小，活动，无压痛，附件左侧可触及6×7厘米大小包块，软，无压痛，不活动。继续服宫外孕主方Ⅱ号加党参，每日一付。

4月24日：一般情况好，出院后继续服上方每周3~5付，直至包块消失。

讨 论

诊断方面：根据病人初诊时主诉，有突发性阵发性腹痛，自右下腹部开始，伴有恶心、呕吐，腹部检查阑尾点有压痛与肌紧张，腰大肌试验阳性，应考虑到急性阑尾炎之诊断。后来病人腹痛加剧，体温升高，白细胞增多，又应除外阑尾穿孔之可能。但根据追问病史，病人有停经史及不规则阴道出血，发病以来有食欲不振，恶心、呕吐等早孕反应，

每次较剧烈之腹痛发作均向肩胛部放散；同时，入院时有明显的出血性休克征象，腹部检查有显著的移动性浊音，妇科检查，宫颈有举痛与摇摆痛，宫体触诊不清，周围有液体存在感，附件可触及不具体包块，这些都不符合急性阑尾炎与阑尾穿孔应有的病史、症状和体征，故可排除此诊断。

其次，根据病人2~3年来饮食不当时常有胃脘部疼痛与反酸情况，结合病人来院时剧烈腹痛，面色苍白，出冷汗，血压下降，脉搏加速，腹部膨隆，呼吸活动受限，全腹有压痛、反跳痛与肌紧张，应考虑到有溃疡病穿孔之可能。但病人腹痛系自下腹部开始，延及全腹，且以下腹部为主，腹部检查有明显移动性浊音而无腹壁板样强直，加上前述之病史及妇科检查结果等，都不符合溃疡病穿孔之诊断，而是妇产科急腹症的典型症状和体征。至于病人有咖啡色呕吐物与柏油样便，呕吐物与大便潜血试验均为阳性，则可能是由于病人既往有类似溃疡病的历史，此次发病以来有频繁的恶心、呕吐，致使上消化道有出血情况，但此症对该病人来讲只是并发症而已。

在妇产科急腹症中，根据病人第一胎产后22年不孕，应考虑到病人可能有输卵管炎症粘连，目前有停经与早孕反应，此次发病突然，腹痛剧烈，宫外孕之可能性最大。通常，宫外孕发展到一定时期，常致孕卵所在部位破损，引起较急性的腹腔内出血，孕卵也随之终绝。此例病人发病以来有不规则少量阴道出血，正说明孕卵已受损。反复发作的剧烈腹痛、贫血、出血性休克以及腹部检查之一系列腹膜刺激征与移动性浊音，再结合妇科检查之阳性所见，均为典型的腹腔内出血的临床表现。为了进一步确诊，曾做腹腔穿刺，抽出暗红色不凝的陈旧性血液，显微镜下红细胞皱缩呈花边

状，血红蛋白与红、白细胞计数等与末梢血对照亦有较大差异，就更进一步证明了病人有腹腔内出血的情况，这些均支持宫外孕破损后的诊断。病人在门诊时却未能及时确诊，是由于我们未详细询问病史，加之当时病人的症状、体征又不够典型，从而忽略了妇产科急腹症的问题。因此凡遇有急腹症之生育年龄妇女，决不可忽略宫外孕的问题。

治疗方面，对宫外孕的治疗，目前有两种方法，一是手术切除患病的输卵管等，以达到止血的目的，同时清除腹腔内积存的血液和血块。另一种方法则是用中西医结合非手术方法，促使腹腔内出血的停止和包块的吸收。根据我们十多年的临床工作体会，认为绝大多数病人均可用中西医结合非手术方法治疗。但是，目前遇有下述情况时，尚需手术处理：

1. 病人休克严重，虽经各种方法积极抢救，未能纠正者。
2. 病人停经时间较长，疑有输卵管间质部妊娠、副角子宫妊娠或腹腔妊娠，而胚胎继续存活者。
3. 治疗过程中尿妊娠试验持续阳性，经药物处理，未能杀死胚胎，妊娠所在处之包块继续增大者。

从本病例的治疗情况来看，中西医结合治疗宫外孕，有以下几点值得注意：

1. 祛瘀活血的治疗原则，要贯串在整个治疗的始终。如本病例在腹腔内血液未形成血肿包块时，用宫外孕主方Ⅰ号（即丹参、赤芍、乳香、没药、桃仁）加减治疗；血肿包块形成之后，用宫外孕主方Ⅱ号（即主方Ⅰ号加三棱、莪术）加减治疗。但加减药物不宜过多，以免用药太乱，影响疗效。

2. 要经常注意病人有无腑实证（主要表现为便秘或无排气、排便，腹胀鼓肠，腹痛拒按，肠鸣音减弱或消失等）的发生，未发生时尽量预防，发生之后要及时处理。可根据病人的寒热辨证予以热下、寒下或寒热兼顾的方法疏通胃肠。本例病人住院时与住院期间的腑实证，就是根据病人有上热下寒、寒热夹杂的症候，给予大黄、芒硝等寒下药佐以官桂、肉桂等温热药，以寒热兼顾的方法疏通胃肠的。

3. 宫外孕病人因内出血所致的休克，应用中西两法积极抢救，首先给输液、吸氧，同时根据病情决定是否输血及输血量，一般在保证有效血液循环量的情况下输血不宜过多，更不要给升压药物，在配合内服中药的情况下，不宜使血压突然升高太快，以免加重内出血。本例病人曾输血 550 毫升，并内服东参等补气药物，血压波动于 90/60 毫米汞柱左右达 5 小时，后来即恢复正常。

4. 治疗中还需注意病人之全身情况，如病人食欲不振、脉虚或体质较差时宜及时调理，用攻坚药物尚需和缓，否则易伤正气，影响疗效。

子宫破裂

病案讨论

铁道部南昌铁路局萍乡医院 李士弘 程荫时

一、病历摘要

余××，女，38岁，孕次6，产次5，于1973年7月10日晚10时25分急诊入院。主诉为足月妊娠，规则宫缩约半小时。此患者曾足月顺产4次，年前行人工流产1次，末次月经1972年10月12日。

体格检查：体温36.6℃，血压110/70毫米汞柱，脉搏80次/分，呼吸18次/分。发育良好，营养中等，神志清楚。腹膨隆如足月妊娠，宫底于剑突下3横指，胎位为左枕前位，胎心136次/分，头先露，已固定，肛查宫口开1指尖，先露部于坐骨棘上约0.5厘米，胎膜未破，阴道少量流血。

住院经过：入院后宫缩不紧，10余分钟一次。1小时后自然破膜，胎心音136次/分，肛查宫口开2厘米，先露部仍于坐骨棘上约0.5厘米，宫缩逐渐频繁，但持续时间及强度不一。当晚11时40分，产妇不自觉地屏气用力，肛查宫口开4厘米，先露部与坐骨棘平，乃入产房临产。晚12时，宫口开全，先露部仍高（与坐骨棘平），虽有强烈的宫缩，但胎儿下降极为缓慢。次晨1时30分，胎头拨露，此时产妇烦躁不安，呼吸稍急促，自诉无力分娩。就给以静脉注射

50% 葡萄糖液 40 毫升。约 5 分钟后，下腹特别隆起，脐下 2 横指处出现收缩环，该环似波浪状随宫缩逐渐上升；又约 10 分钟后，收缩环于剑突下消失，这时产妇极度烦躁不安，辗转反侧、呻吟不止。1 时 50 分，胎心音 88 次/分，弱，即给予静脉注射 50% 葡萄糖液 40 毫升、维生素 C 1 克及可拉明 1.5 毫升（375 毫克），并予吸氧等。2 时（入产房后 2 时 20 分钟），宫缩突停，胎心音消失，产妇面色苍白，口唇紫绀，不再屏气用力，有“小孩往上钻和内脏破裂的感觉”。脉搏 138 次/分，呼吸 34 次/分，血压 130/84 毫米汞柱（系破裂后的第一次血压）。腹部检查：宫底触不清，上腹肌较紧张，压疼明显，腹部可触及明显之胎儿肢体。阴道检查：少量流血，先露部（左枕横位）回升。实验室检查：红细胞 383 万/立方毫米，血红蛋白 11.9 克%，白细胞计数 15,800/立方毫米，中性粒细胞 89%，淋巴细胞 10%，嗜酸粒细胞 1%；二氧化碳结合力 34 容积%；尿常规可见肉眼血尿，红细胞卅，脓细胞 0~2，蛋白卅。诊断为足月妊娠临产，左枕横位，子宫破裂。立即进行静脉输入血浆代用品“409”及葡萄糖盐水，在冬眠合剂强化加普鲁卡因局部浸润麻醉下行剖腹产术。下腹正中切口，长约 14 厘米，打开腹腔后，即见胎儿背部露于切口下，随牵胎儿足，取出一死胎，重 4,460 克，胎盘亦随之而出。腹腔积血约 1,000 毫升。子宫破裂口在子宫左下段前壁，自左侧圆韧带处斜向右下侧，经过宫颈外口直至阴道前穹窿，全长约 12 厘米，未伤及子宫动脉，破裂口尚整齐，即用 1 号肠线连续缝合阴道穹窿及子宫下段裂口处，并结扎双侧输卵管，检查膀胱无损伤，充分冲洗腹腔后常规逐层关腹。术中血压略有波动，共输血 1,000 毫升。术毕，一般情况较好。术后肌肉注射青、链霉素控制感染，

并作其他对症治疗。留置导尿（48小时），禁食（共2日）。头数日每日静脉补液量2,000~2,500毫升，体温第一天达38℃，以后逐日下降至正常。术后头2日腹胀厉害，肠鸣音稍弱，58小时后肠蠕动恢复正常。阴道流血似月经量，伤口一期愈合，于术后第十四日痊愈出院。

二、讨 论

本病的发生率虽不高，但如不及时诊断和抢救，常危及母子生命。产妇多死于失血性休克或严重感染。因此它是产科中一种非常险恶的并发症。

子宫破裂的原因以忽略性横位为主；其次是胎儿畸形（胎儿脑积水）、巨大胎儿、骨盆狭窄或畸形所致头盆不称；剖腹产和子宫肌瘤摘除术后的疤痕裂开；滥用催产素，产科手术不当（如宫口未开全时作产钳术、胎头吸引术或臀牵引术，往往发生子宫颈裂伤，严重时常延及子宫下段）等亦有发生。此外，过度刮宫、多胎妊娠、产后感染、前置胎盘、胎盘早期剥离、子宫畸形或先天发育不良、盆腔肿瘤所致的产道阻塞等，亦都可成为子宫破裂的原因。

子宫破裂的诊断，主要根据病史、症状和体征。当产妇表现烦躁不安，呻吟叫唤，呼吸急促，脉搏增快，胎心率先快后慢，胎心音微弱，子宫失去节律性收缩，腹部出现逐步上升的病理收缩环，下腹隆起、压痛明显时，说明已出现子宫破裂的先兆。如继之突感腹痛加剧，有短暂缓解后又出现持续疼痛，于腹壁明显触及胎儿肢体，宫缩及胎心突然消失，原来足月妊娠之子宫形态消失（变为不规则），有时还可于胎儿一侧扪及已收缩的子宫体，原已披露的先露部回升，阴道少量流血，膀胱导出血性尿液，产妇进入休克状态，这一

系列典型症状和体征出现，说明子宫已经破裂，诊断也即可确定，一般无需再行阴道检查。因为子宫如已破裂，即使只作轻柔的阴道检查，亦有扩大裂口和增加感染的可能。本病例诊断依据已较充分，但仍作了阴道检查，似无必要。

本病例子宫破裂的原因系头盆不称（巨大胎儿）、子宫存在潜在弱点（不久前做过刮宫术，宫壁有过损伤）及多胎妊娠（子宫纤维组织增生，弹力差）所致。在临产过程中，子宫上段肌肉强烈收缩，将胎儿向下挤压，但当胎儿下降受到阻力时，被动扩张的子宫下段肌壁在阵缩中过度伸展而愈来愈薄，最后就自行破裂。

本病例为经产妇，又是多胎，在宫口开全后先露部迟迟不降，就应详细追问过去分娩史（如是否顺产，胎儿大小等），并认真做腹部检查，估计胎儿大小；做阴道检查，明确先露部有无异常与其进展程度，宫口扩张程度，以及骨盆内诊情况，据以分析为什么不能分娩。本病例从晚 12 时宫口开全至次晨 1 时 30 分是关键时刻，此时应密切观察产妇一般情况，包括脉搏、血压、腹部有无压痛、子宫收缩情况及胎心音变化，以便及早决定助产，或思想上警惕子宫破裂的发生。而当患者极度烦躁不安，胎心音改变，出现病理收缩环等子宫破裂先兆症状时，如胎心尚好，迅速作剖腹产术，胎儿或可获救。但由于我们在该产妇临产过程中对头盆不称未能给以足够的重视，等到出现病理收缩环时，又措手不及，未能迅速采取有效措施，两次失去了时机，以致造成子宫破裂、胎儿死亡的严重后果，这是我们在以后的工作中所应吸取的沉痛教训。另外，如果子宫破裂的主因是头盆不称，应禁忌使用催产素，这是因为，如胎头较大，本不易自阴道通过，若使用催产素后，子宫强有力的收缩，将更容易使变薄

的子宫下段破裂。因此，本病例未使用催产素是正确的。

子宫破裂重在预防。医务人员应加强卫生宣传和计划生育工作，按期进行产前检查，早期发现胎儿和骨盆异常等。详细询问病史，仔细检查胎位，对一些经产妇过去有难产、滞产、死胎、产后出血、产后感染、剖腹产史、佝偻病史者应引起警惕，从而可预防大部分子宫破裂的发生。严密观察产程进展，正确处理各产程，特别是遇到第二产程延长时须分析原因，明确是胎儿畸形、骨盆异常，还是其他原因所致，根据原因，尽速处理。其次，提高忽略性横位的处理技术，行阴道操作动作要轻柔、稳、准、快。遇有忽略性横位的产妇，迅速采取措施，或断头，或除脏，或断臂后作内倒转。当有子宫破裂先兆时应立即做剖腹产术。若先露部低，胎儿畸形或胎儿已死，可作穿颅术、除脏术或碎胎术，经阴道娩出胎儿，若胎儿存活，骨盆高度狭窄或畸形，或胎先露仍较高者，宜立即作剖腹取胎术。子宫出现病理收缩环时，往往羊水已流尽，宫壁紧裹胎体，此时切勿作内倒转术，以免促进子宫破裂。另外，禁忌滥用催产素，严格掌握用药指征，严格掌握剖腹产（术式尽量采用子宫下段切口为佳）及产科手术的适应症、禁忌症、条件和手术操作规程。手术务须轻柔，疑有子宫破裂时，已分娩者应立即作宫腔探查明确诊断，尚未娩出者最好勿自阴道分娩。因从阴道分娩过程中可以促进子宫破裂或使已破裂之裂口扩大，或因胎儿娩出后减去了内在压力，裂口处已破裂之血管，可以发生不可控制之大出血，直接危及生命安全。

子宫已破裂，原则上应就地治疗，防止休克及感染，并立即剖腹取出胎儿。手术方式以愈快、愈简单、愈安全为原则。目前多趋于采用子宫裂口缝合修补术。其主要适应症是：

(1)破裂时间距手术时间不超过 24 小时；(2)无明显感染征象；(3)裂口不大且整齐，子宫动脉未受损；(4)机体情况危重，经抗休克治疗后未见明显好转；(5)患者迫切要求保留生育机能。本病例符合上述前三种情况，故亦采用了子宫裂口缝合修补术。当然，子宫裂口缝合术不能完全取代子宫次全或子宫全切除术。应按具体病情，分别对待。子宫破裂若发生在初产妇或仅生育一胎之产妇，极盼有生育机会者，可保留子宫，施行破裂口修补，严密控制感染，不给予绝育，但应告知患者至少避孕 2~3 年，以便使伤口愈合更牢固。如果产妇已有二个子女或年岁较大，配合计划生育，以尽量动员患者同时作输卵管结扎术为妥。曾有子宫破裂患者再次妊娠时，在妊娠期就应严密观察，尤其在怀孕 6 个月后，应经常作产前检查，除了检查胎儿胎位外，还应注意宫体瘢痕处有无压痛，并应动员患者在预产期前 1/2~1 月入院待产。临产后更应严密观察产程进展和子宫情况，适当放宽剖腹产指征。本次生产无论是经阴道分娩或是剖腹取胎，均应告诉产妇再孕之危险性，尽量动员作绝育术。

(注：胎儿横卧于骨盆入口上方，临产后胎肩随着子宫收缩加强而逐渐被挤入盆腔，胎膜破裂，胎臀脱垂，但胎头与胎臀始终被阻滞于骨盆入口上方，称为忽略性横位，亦称嵌顿性横位。)

思考病案

主诉：腹部胀痛近二年， 间歇性呕吐三个月

湖南省郴州地区人民医院

病历摘要

黄××，女性，42岁，社员，1974年2月27日入院。

患者曾于1971年11月2日在当地进行输卵管结扎术，术中误将酒精当麻药注射（腹壁、腹膜及输卵管浆膜均用75%酒精作浸润麻醉）。术后第三天伤口皮肤坏死，即作清创植皮，6个月后伤口愈合出院。出院后不久，经常出现腹部胀痛（部位不太清楚），嗝气，反酸，食欲减退，大便时稀时干，曾诊断为“胃病”，投以胃舒平等药物，无明显效果。1973年底，上述症状加剧，腹部逐渐膨隆，腹胀加重，自觉脐周和下腹部疼痛，出现呕吐，吐出食物残渣，有隔日之食，未见胆汁，也无粪臭，以午后为甚，并出现厌食、乏力，不能参加劳动。再次入当地医院，以“结核性腹膜炎”作抗结核治疗一周，加服中药（方药不清），症状不见减轻，反有加剧之势，即于1974年2月27日转来我院。病后从无畏寒发热，小便正常，体重变化不详。

以往身体健康，无结核等病史。

家族史无特殊。

体格检查：体温 37℃，呼吸 26 次/分，脉搏 94 次/分，血压 100/78 毫米汞柱。慢性病容，神志清楚，表情淡漠，面色苍白。巩膜无黄染，皮肤无出血点，浅表淋巴结不肿大。颈软。心肺未见异常。腹部中等度隆起，未见肠型、静脉曲张及胃蠕动波，耻骨上有一横形手术疤痕，面积约 7×2.5 厘米，全腹部有轻度压痛及反跳痛，以下腹部为明显，未触及包块，肝脾未触及，肝浊音界存在，有移动性浊音，肠鸣音弱。双肾区无叩击痛。下肢无浮肿，生理反射存在，未引出病理反射。肛门指检不狭窄，未触及肿块，直肠前壁有压痛。

妇科检查：外阴、阴道正常，宫颈光滑，宫体后倾，大小正常，双侧附件无异常。

实验室检查：血红蛋白 8.7 克%，白细胞计数 11,000/立方毫米，中性粒细胞 74%，嗜酸粒细胞 3%，淋巴细胞 23%。尿常规检查正常。大便潜血三次均为(+)。肝功能、血清蛋白均正常。血沉 28 毫米/1 小时。腹水常规：草黄色，微混，浆膜粘蛋白定性试验(+)，红细胞(+)，白细胞 0~3/高倍视野，脓细胞 0~2/高倍视野。

X线检查：胸部X线拍片无异常发现，腹部X线透视亦无明显异常。

入院诊断：(1)结核性腹膜炎？(2)肠粘连？(3)慢性不完全性肠梗阻？

住院经过：入院后继续抗结核治疗半个月，病情仍无改善，腹胀加剧，腹水明显增加，呕吐频繁，不能进食，嗜睡，时有谵语，并出现低热 (37.5~38℃)。后加强支持疗法，精神曾一度好转，但不久又趋恶化，全身情况愈来愈衰竭。死

前三天解黑便，死前一天方作了X线钡餐检查。入院后一月，即3月28日下午突然血压下降，吐出咖啡色液体约300毫升，经抢救无效，当晚11时心跳呼吸停止死亡。

思考讨论题

1. 本病例有哪些主要病史、症状和体征，应诊断为什么病，应注意与哪些病相鉴别？
2. 本病例的死亡与输卵管结扎手术有没有关系？
3. 在本病例的诊断过程中存在什么问题？从中应吸取什么经验教训？

综合讨论：胃癌的诊断

湖南省郴州地区人民医院 余老佐整理

本例患者入我院后的主要特点：(1)进行性加剧的腹水（中等量到大量）；(2)顽固性呕吐；(3)有腹膜刺激征（压痛及反跳痛）；(4)全身情况日趋衰竭、贫血；(5)大便潜血阳性。

1. 本例患者就腹水而言，首先应考虑结核性腹膜炎（腹水型）。本病例起病较缓慢，有腹痛，腹胀，大便时稀时干，食欲不振，乏力，贫血，腹部有较广泛的压痛，腹水是渗出液，应考虑为慢性腹膜炎。慢性腹膜炎最常见的原因多为结核，故诊断为结核性腹膜炎是有一定的根据。但下列几点不支持：(1)病程中无明显发热（仅死前出现过低热）；(2)结核性腹膜炎绝大多数继发于其他结核灶，本例患者胸、腹部X线检查未见结核病变，其他部位结核证据也不多；(3)结核性腹

膜炎在腹部症状未明显出现以前，常先有虚弱乏力、食欲减退、午后潮热等全身中毒症状，以后逐渐腹部不适、膨胀或疼痛，而本病例发病情况则相反；(4)结核性腹膜炎在病程中可有减轻阶段，而本病例的病情日趋恶化；(5)抗结核治疗无效。

2. 患者腹腔有误注酒精史，然后发病，是否因局部组织坏死、感染，产生粘连。患者有长期不规律的腹胀痛，估计肠粘连是存在的。以后出现呕吐，很易想到低位粘连性肠梗阻（慢性不完全性）的可能。但仔细分析一下，肠梗阻不应有这么大量的腹水。本病例虽也有腹胀、呕吐等低位肠梗阻的特点，但腹胀、呕吐不是由低位梗阻引起（腹部透视无明显肠胀气，更未见液平面，腹部检查无肠型），是腹水所致。吐出物仅为食物残渣，无粪臭，似乎可以否定低位粘连性肠梗阻的存在。

3. 本病例有明显腹水，还应考虑下列疾患：(1)心性腹水：患者无心脏病的体征和表现，可以除外；(2)肝性腹水：以往无肝病史，无黄疸，未见腹壁静脉曲张，肝脾不肿大，肝功能正常，腹水是渗出液（肝性腹水为漏出液），不象肝硬化所致的腹水患者。肝脏始终未出现病变，也可排除肝癌引起的腹水；(3)肾性水肿：本病常有腰痛，颜面浮肿，少尿，高血压等症状，多有全身水肿，腹水为漏出液，这些均与本病例不符。本病例尿检查正常，更可排除；(4)营养不良性水肿：本病水肿为全身性，腹水属漏出液，血清蛋白降低，也与本病例不符；(5)酒精刺激致腹壁坏死炎症渗出：发病与误注酒精间隔时间太长，不好解释。

4. 到此，该患者是个什么病？是一个病还是两个病？与输卵管结扎术到底有没有关系？手术与疾病是个“巧合”，还

是起病的病因或诱因？值得进一步思考。

患者以往有“胃病”史，后期出现呕吐，且愈来愈重，经一般治疗毫无缓解，吐出物多是食物残渣，未见胆汁，说明上消化道有梗阻，而且部位较高，多在幽门。若为粘连性肠梗阻，应是低位的，故与手术不一定有很大关系。黑便也说明出血是在上消化道（而便血即血自肛门排出体外，粪便带血，色鲜红或暗红，无论量之多少，混有脓、粘液与否，一般是下消化道出血的特点），要考虑胃的问题。患者贫血，病程呈进行性，一般治疗效果不佳，过去身体健康，年龄40岁以上，肿瘤值得高度怀疑。只是炎性腹水（渗出液）暂不好解释，是否并发了穿孔或是癌性腹水合并感染，尚难定论，应作钡餐检查。

5. 钡餐结果：钡剂咽下顺利，但持久停留在胃大弯体部，不向前移动。胃窦部始终不充盈，胃张力低，未见蠕动波。胃体部的部分粘膜尚清晰。置患者于俯臥位观察，钡剂仍停留在原处不动，后稍转动病人的体位，突见钡剂很快通过狭窄之幽门流入十二指肠。

意见：幽门部分梗阻，胃窦部赘生物。

据此胃癌的诊断基本可以成立。

6. 病理诊断：胃窦部溃疡型胃腺癌，转移至胃周围淋巴结，继发慢性穿孔、弥漫性腹膜炎（腹膜未见癌转移灶），幽门部分梗阻；轻度肠粘连；恶病质。

7. 尸检发现有两条扁平较宽的粘连带（上宽下窄），始于手术伤口，向上与横结肠相连，未见大网膜。它的牵扯部位正好与病人主诉腹痛部位（脐周和下腹部）相符。此粘连带可能为胃穿孔后大网膜炎症、卷曲、粘连形成，因此估计穿孔时间较久，很可能在1973年底腹痛、腹胀加剧时即已发

生。开始腹痛的部位估计仍在上腹，不然当地医生不会诊断为“胃病”。

8. 死亡原因：在恶病质基础上合并胃癌出血性休克。

胃癌为最常见的癌肿之一。如果在早期或较早期（若已出现腹部肿块、腹水、浅表淋巴结肿大、甚或全身情况变坏——贫血、恶病质等，则属晚期）施行手术切除等正确治疗，疗效很高。即便到了中期，经过积极的综合治疗，也能取得较好疗效。故关键在于早期发现、早期诊断以及正确的早期治疗。但胃癌的早期症状常不明显，易被疏忽。晚期虽易诊断，多已失去治疗时机；有的则以转移或并发症出现，掩盖了原来的胃癌症状，也是造成误诊的原因之一（本例就是这种情况）。如何才能做到早期正确诊断胃癌？提出以下几点供参考：

1. 熟悉胃癌的早期症状：(1)上腹部不适：胃部膨胀压迫感或隐痛，有时也可类似溃疡病疼痛，在饱食或饮食不调后症状较明显，而在节制饮食后可暂时减轻，但症状并不完全消失，或暂时好转后又复发，且逐渐加重；(2)消化不良的一些表现：食欲不振，噯气，反酸，厌食，尤其是过去食欲正常，无其他全身性疾病而出现食欲不振、厌食肉食时，更应注意。有的胃症状不明显，而表现为肠道症状，腹泻或与便秘交替；(3)恶心呕吐：恶心大多是反射性的。呕吐因癌肿的部位不同而异。胃窦部或幽门部胃癌，可在早期出现幽门梗阻的症状（腹胀，上腹部有蠕动波，呕吐频繁，吐物内含有陈旧食物）；发生在胃大弯侧或胃体部时，不影响食物通过，对胃的运动功能妨碍较少，因此呕吐可不明显。癌发生在贲门时，其症状与食管癌甚相似，有吞咽困难所致的反流性呕吐；(4)全身情况差，如乏力、消瘦和贫血等。

2. 进行必要的实验室检查：(1)可呈进行性贫血；(2)大便潜血试验持续阳性；(3)胃液分析胃酸过少；(4)如有条件作胃液脱落细胞检查，可找到癌细胞，对胃癌的早期诊断有一定意义。

3. X线钡餐检查：胃癌在早期多无阳性体征发现，钡餐透视检查是目前诊断胃癌最普遍采用且比较可靠的方法，应争取早作。但常规检查方法对早期浅表癌的发现尚有一定困难，必须结合其他检查方法。

4. 有条件者还可做胃内窥镜检查，直接取活体组织作病理检查。

5. 胃癌主要应与胃溃疡鉴别，特别是溃疡型胃癌尤须与良性胃溃疡详加区别，鉴别要点见下表：

病名 项目	胃 溃 瘍	胃 癌
年 龄	多见于青、中年	多在40岁以上
病 程	慢性，复发	进行性，演变快
周 期 性	常有	无一定规律性
厌 食	无	有
呕 吐	少见	可有
抗酸治疗	可缓解	不能完全缓解
一般情况	尚好	较差
大便潜血	可(+)，但治疗后可转(-)	持续(+)
胃 酸	过多或正常	缺乏
X线检查	胃壁可见良性龛	可见龛影残缺，癌性龛

6. 早期正确诊断的关键在于临床医生必须提高对癌肿的警惕性。凡年龄在40岁以上初现有消化系统症状的患者，以及虽有较长时期消化系统症状或过去虽有慢性萎缩性胃炎等，而近期有明显变化者，都应进行详细认真的综合检

查，确定有无胃癌的存在，而不应认为症状轻微，无关紧要，不作进一步检查或追踪观察，而长时期按一般消化系统疾病治疗。

经验教训

本病例在死前数天才考虑到胃癌，实属误诊，应很好地从中吸取教训：

一、路线觉悟不高，缺乏高度的全心全意为人民服务的精神。因我们未能急贫下中农所急，全面、深入地了解、分析病人的病史、症状和体征，忽略以往“胃病”的诊断，对开始腹痛的部位、性质及饮食的改变均未予重视。

二、思想方法主观片面。在诊断过程中过份重视误用酒精注射史。本来是胃癌的一些早期表现，却归咎于结扎手术引起，两者实为“巧合”。无论从时间上还是从病情表现和发展上来看，都不好用结扎手术来解释。

三、对癌肿警惕性不高。患者为42岁女性病人，入我院后全身情况日趋衰竭，各种治疗无效，以往又有“胃病”史，早应考虑癌肿的可能性。本病例直到死前数天才想到胃癌，实属过晚。

四、胃癌并发了慢性穿孔，增加了诊断上的困难。虽然这种并发症给胃癌的诊断带来一定的困难，但只要我们很好地学习和掌握毛主席的光辉哲学思想，用辩证唯物主义指导临床实践，是可以对胃癌作出正确诊断的。