

病案針灸編

病案讨论汇编

中国人民解放军 武汉军区后勤部第五医训队

一九七四年九月·郑州

目 录

一、中毒型菌痢	(1)
二、流行性乙型脑炎	(6)
三、肠伤寒并发弥漫性血管内凝血	(12)
四、伤寒型恶性疟疾	(22)
五、暴发型传染性肝炎急性肝坏死	(26)
六、阿米巴病	(31)
七、阿米巴性结肠炎合并多发性肝脓肿	(40)
八、布氏杆菌病	(47)
九、日本血吸虫病	(52)
十、日本血吸虫性肝硬变并发肝坏死	(56)
十一、流行性出血热	(61)
十二、钩端螺旋体病	(65)
十三、蓝氏贾第鞭毛虫病	(73)
十四、急性一氧化碳中毒并发挤压综合征	(77)
十五、间质性肺炎	(83)
十六、矽肺(硅肺)	(90)
十七、结核性败血症	(95)
十八、结核性脑膜炎	(101)
十九、纵隔淋巴结结核	(109)
二十、风湿热	(113)
二十一、化脓性心包炎	(118)
二十二、急性心肌梗死、心力衰竭	(124)
二十三、中西医结合治疗心肌梗塞	(130)

二十四、维生素 B ₁ 缺乏性心脏病	(137)
二十五、动脉导管未闭合并肺动脉高压	(146)
二十六、急性左肺动脉栓塞	(154)
二十七、血小板减少性紫癜	(162)
二十八、过敏性紫癜	(167)
二十九、肺结核并发过敏性紫癜	(172)
三十、组织细胞性髓性网织细胞增多症	(177)
三十一、门静脉高压症脾切除后并发感染和肝、肾功能衰竭	(184)
三十二、急性非特异性肠炎	(195)
三十三、溃疡型胃腺癌致全身广泛性转移	(200)
三十四、金黄色葡萄球菌性伪膜性肠炎	(204)
三十五、急性肾炎合并心力衰竭	(217)
三十六、慢性肾小球肾炎高血压型	(223)
三十七、慢性肾小球肾炎并发尿毒症	(230)
三十八、灶性间质性肾炎伴肾出血	(235)
三十九、糖尿病昏迷	(244)
四十、糖尿病、脑下垂体前叶功能减退症 (Houssay's 综合征)	(253)
四十一、双侧肾上腺嗜铬细胞瘤	(264)
四十二、何杰金氏病	(267)
四十三、异位松果体瘤	(277)
四十四、韦格内氏 (Wegener's) 肉芽肿	(289)
四十五、金黄色葡萄球菌感染引起的脓毒血症	(297)
四十六、中西医结合治疗急性阑尾炎	(305)
四十七、阑尾穿孔并发弥漫性腹膜炎	(311)
四十八、急性腹膜后阑尾炎	(316)
四十九、右输尿管结石误诊为阑尾炎	(321)
五十、中西医结合治疗胆石症	(324)

五十一、成人肠套叠.....	(332)
五十二、胃大部切除术后发生排空障碍.....	(337)
五十三、脓毒败血症.....	(349)
五十四、后腹膜充气造影引起空气栓塞.....	(349)
五十五、宫外孕.....	(357)
编 后.....	(363)

一、中毒型菌痢

病历摘要

患儿男性，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°C ，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°C ，呼吸30次，脉搏120次，血压90/60。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，白细胞18,200，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，取少许粘液镜检，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°C 。

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°C 。但此后面色更加苍白，四肢末端冷厥，血压降至 40/0，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，再以低分子右旋醣酐 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，氯化可的松 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，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。但前者腹疼症状

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，很少有里急后重的现象。

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。目前多数人认为：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高，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，即进入所谓“不可逆性休克”。故近来愈来愈多的人转向用血管扩张药，即在充分补充有效循环血量后，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，以后应逐渐减量，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°C，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。

二、流行性乙型脑炎

病 历 摘 要

患者男，16岁。因发热、头痛3天，呕吐3次，于1972年8月23日上午11时入院。

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3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，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，呼吸30次，血压140/70。发育、营养一般，神志恍惚，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，克匿格氏征阳性，巴彬斯基征阴性。四肢肌张力不高。舌苔白，舌质红。

末梢血白细胞24,700，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。喷射状呕吐一次。意识障碍逐渐加深，当夜呈浅昏迷状态，血压150/90，四肢阵阵发紧，并惊厥2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，患者渐安静，血压降至120~130/70，肢体发紧明显减轻，但不巩固。

住院第2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，巴彬斯基氏征双侧阳性，血压170/100。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，变浅，偶有双吸气1~2次。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2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，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。

住院第五天（8月27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2次（间隔10小时）。

住院第六天（8月28日），患者神志全清，精神和记忆力尚差，深、浅反射均正常，无病理反射，停用激素。

住院第七天（8月29日），患者体温正常，颈抵抗消失，血白细胞6,900，中性粒细胞75%，改服中药脑炎Ⅲ号（见后）。

9月2日，痊愈出院。

临 床 讨 论

一、诊 断：

本例患者诊断为流行性乙型脑炎（简称乙脑）有以下根据：

1.患者于夏季乙型脑炎流行季节发病，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，3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3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2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7—10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3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.其他病毒脑炎或脑膜炎：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 and 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7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5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续用以上治疗方法外，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，或形成小脑扁桃疝，应及时用呼吸器作辅助人工呼吸。

患者病情逐日恢复，神志转清，发热渐退后，改用清热、养阴、通络的脑炎Ⅲ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。

✓三、腸伤寒并发弥漫性血管内凝血

病 历 摘 要

患者女性，17岁，工人。因间歇发热一月，惊厥、昏迷四小时，于1971年11月26日下午2时30分经急诊入院。患者平素健康。自10月27日起发热 38°C 左右，持续一周，服合霉素3~4天后热退。一周后又发热 39°C 以上，持续3天，用青霉素、链霉素后热退。入院前6天，体温又增至 $38\sim 39^{\circ}\text{C}$ 之间。在某医院就诊，疑为“伤寒”，自11月24日至25日曾肌注氯霉素3次，每次0.5克。24日在输液过程中有剧烈寒战、高热及血压下降，对症治疗后好转。入院当天上午因发热不退，又静脉滴注葡萄糖及维生素C。11时在输液过程中又出现寒战、高热(41°C)，血压60/0，烦躁不安，多次惊厥，逐渐昏迷，经治疗不见好转，遂于下午1时30分送本院急诊。当时体温 40.3°C ，轻度发绀，神志不清，并阵阵惊厥，心率158次，血压测不到。经初步处理后收入病房。

患者发病前10天，其弟先发热，并确诊为伤寒，与患者有密切接触史。

入院检查：体温 38.5°C （腋下），脉率140次，血压70/40。发育良好，体壮，昏迷。皮肤无出血点及瘀斑，巩膜不黄，瞳孔等大。颈软。心肺正常。未触及肝、脾。神经系统检查未见局灶性体征，双侧巴彬斯基征阳性。双侧眼底正常。血液：血红蛋白15克，白细胞5,150，中性分叶核20%，淋巴40%，单核38%，网状细胞1%，中幼粒细胞1%，血小板8,000。尿：蛋白（+），糖（-）；沉渣镜检，红细胞