

广州地区医药卫生学术活动

资料汇编

1

广东省医药卫生研究所
广州市医药卫生研究所

一九七三年

目 录

出血性疾病的临床诊断	广东省人民医院 陈雅棠 (1)
中医退热法	广东中医学院 伍华生 (9)
小儿急性中毒性脑病	中山医学院附属第一医院 杨子庄 (14)
职业性锰中毒的防治	广州市卫生防疫站 陈安良 (20)
全身病在眼部的表现	中山医学院附属眼科医院 周文炳 (28)
中西医结合治疗再生障碍性贫血	中国人民解放军第一五七医院 黄锐尚 (43)
国内外半合成新青霉素、头孢菌素简介	广州医学院 赵延德 (49)
醋酸纤维素薄膜电泳技术	广东省人民医院 丘国华 (63)
矽肺的诊断及治疗	广东省职业病防治院 陈开璋 (71)
疮疡的辨证论治	广东省中医院 谢权基 (78)
颅内占位性病变的诊断	市第五人民医院 陈少恂 (85)
治疗风湿病的一些体会	广东中医学院 江世英 (91)
肺内孤立圆形病变的 X 线诊断问题	广东省人民医院 魏大藻 (95)
颌面部外伤的处理	广东省口腔医院 丘家茂 (103)
放射性同位素应用的一些新技术 (常识介绍)	广州医学院 杜应秀 (111)
放射性同位素在临床上的应用 (综述)	广州市第四人民医院 周孝珍 (115)

脊髓灰质炎的诊断、治疗与预防

.....广州市传染病医院 伍锦藻 (121)

慢性胰腺疾病诊断的新进展

.....中山医学院附属第一医院 邝贺龄 (127)

人体不同部位紫外线敏感性的测定及某些有关问题

.....中山医学院附属第一医院 黄宝华 (133)

紫外线照射剂量与灯距的关系

.....广州部队总医院 李维礼 (137)

微循环与休克

.....中国人民解放军军医学院 赵克森 (139)

传染性肝炎的诊断和防治

.....广州市传染病医院 冼超 (149)

女用避孕药

.....中山医学院附属第一医院 庄广伦 (156)

肝炎协同抗原的研究与实际应用

.....中国人民解放军空军广州医院 胡肇椿 (165)

对钩端螺旋体病的一些新认识

.....中国人民解放军第一七七医院 李 钧 (172)

有关重症乙型脑炎急性期治疗的一些问题

.....广州市传染病医院 刘 芹 (183)

国外理疗文摘综述

.....广州部队总医院 李维礼 (188)

胎儿甲种球蛋白试验诊断原发性肝癌的国内研究概况(综述)

.....中山医学院附属第一医院 俞纯山 (194)

提高乳腺癌治愈率的商榷

.....中山医学院附属华南肿瘤医院 周晖楠 (202)

消耗性出血病的诊断与治疗

.....广东省人民医院 陈雅棠 (208)

小儿深部真菌感染

.....广州市儿童医院 曾雅荷 (215)

静脉高价营养

.....广东省人民医院 吴光照 (223)

休克的治疗

.....中山医学院附属第一医院 王吉甫 (231)

碱式氯化铝同电渗析器联合应用制备注射用水

.....广州市药品检验所 何植洵 (240)

出血性疾病的临床诊断

(血管性与血小板性缺陷部分)

广东省人民医院 陈雅棠

出血性疾病的定义

由于凝血机制障碍,而发生异常出血倾向的疾病称为出血性疾病。本病病因广泛。临床特点为皮下、粘膜或内脏的自然出血,或者轻微创伤后发生超过正常范围的出血。出血程度可轻可重。

正常的凝血机制包括血管因素、血小板因素及凝血因子三部分的作用互相平衡。任何一个部分的因素不正常便破坏正常的凝血机制。如果两个部分以上的因素异常便会出现出血性疾病的临床症状。

血管止血功能缺陷所致的出血性疾病

血管的正常对止血功能起着十分重要的作用,如果血管的脆性增加或小动脉毛细血管壁渗透性增加,其止血功能便发生障碍。血管止血功能障碍所致的出血性疾病分类如下。

一、先天性血管壁异常

先天性血管壁异常可以分为以下各种不同的综合征:

(一) 遗传性出血性毛细血管扩张症

本病是一种遗传性出血性疾病。同一家族如果患有本病,则病变常发生于一固定的部位;例如一个家族的数个成员患本病可以固定在肺部发生病变而引起咳血,而另一个家族则可表现为血尿,如此类推。

毛细血管扩张可表现为鲜红色、紫红色或紫色的点状结节、蜘蛛样变,加压后可使部分退色(蜘蛛痣有搏动中心,蜘蛛样变无搏动中心),病变范围较广时可表现为血管瘤样的形态。

毛细血管扩张的部位:好发部位为指端、足趾、耳、躯干,其次唇、舌、眼结合膜,咽喉、喉头、气管、胃、十二指肠、阴道等粘膜亦可发生。

症状:凡有毛细血管扩张之处,都可出血,可以自发或继发于轻微外伤。最常见为鼻衄,其次为咳血、呕血和黑便、血尿。

诊断:本病为一少见疾病,有时诊断比较困难。诊断依据:1.阳性家族史(不发现不能排除本病)。2.同一家族成员在同一部位反复出血。3.有明显的毛细血管扩张,或者指甲床

毛细血管检查，发现典型的畸型毛细血管。

治疗：主要是止血和对症治疗。

1. 局部压迫止血：皮肤或可以触及的粘膜有毛细血管扩张出血时，可用凝血酶或止血定加淀粉海绵压迫止血。

2. 内脏出血：止血比较困难，主要是用止血药对症治疗。

3. 出血较频的病者可试用已烯雌酚（0.25 毫克/日）。男病者可定期使用丙酸睾丸酮对抗已烯雌酚的女性化副作用。

（二）血管性假性血友病

本病的病变主要在血管。用毛细血管镜检查，可发现血管呈迂曲的状态（与先天性毛细血管扩张症的形态不同），受伤后毛细血管丧失收缩能力。本病比较少见，有遗传性。

症状：1. 自发性出血：以鼻衄和血肿较常见，其次是肠胃和泌尿道出血。2. 继发性出血：轻微外伤或小手术可以引起严重的出血。

诊断依据：1. 阳性家族史。2. 症状。3. 实验室检查：出血时间延长；其他项目检查正常。4. 毛细血管镜检查，发现血管畸形。

治疗：1. 对症治疗。2. 局部压迫止血。3. 药物：①安得诺新。轻病例 2~4 小时服一次，每次 5~20 毫克，较重病例可肌注。②芦丁 20 毫克，每日三次。

二、血管渗透性增加

（一）坏血病

维生素 C 缺乏时，毛细血管壁粘合质缺乏，以致毛细血管渗透性增加所致的出血性疾病称为坏血病。

临床症状：除了牙龈炎及毛囊角化外，其特点为出血的表现。可以表现为毛囊周围出血点、牙龈出血，严重时皮下组织、肌肉、关节、腱鞘等处均可出血，形成血肿或瘀斑；亦可表现为鼻衄，血尿，血便，月经过多，心包、胸腔或腹腔等部位出血。

长期应用肾上腺皮质激素可使肾上腺皮质和其他组织中的维生素 C 消耗殆尽，亦可引起坏血病样的出血症状。

实验室检查：除束臂试验呈强阳性反应外，所有止血功能皆正常。

治疗：维生素 C 200~300 毫克/日，可在短期内收到治疗效果。

三、血管脆性增加

这组疾病包括很多类型的出血倾向，其共同特点为：

1. 发病机制尚未完全明确。

2. 大多数病例均有皮肤紫癜或瘀斑，而粘膜出血却很少或没有。

3. 止血功能的检验方面，除部分病例束臂试验反应阳性外（毛细血管脆性增加），没有其他异常发现。

（一）单纯性紫癜

一般见于妇女，无明确的家族史。症状表现为无明显原因而发生的皮肤出血点或瘀斑，可自然消散；偶见粘膜轻度出血，束臂试验反应轻度阳性。

如果有家族史，则称为“遗传性家族性单纯性紫癜”。

（二）单纯易出血症

本病俗称鬼捏症，几乎只见于妇女。好发于易受外伤的部位（腿、臂等），表现为小瘀斑或血肿。瘀斑或血肿出现前，局部可能发生疼痛。止血功能检验正常。

（三）老年或恶病质性紫癜

见于老人或极度营养不良的患者。年龄愈大发生率愈高，60~70岁发生率为2%，90岁以上发生率增加至25%。因为老人或极度营养不良的患者皮下脂肪消失或萎缩，组织张力减少，皮肤血管支持组织减少，皮肤血管易被轻微的撞击所损伤。出血现象主要表现为紫黑色不规则的瘀斑，直径可达1~4厘米。好发部位为手、足、前臂或大腿，沿着较大的静脉可发生小血肿。紫癜或血肿持续数天或数星期才逐渐消退，束臂试验轻微阳性反应。

（四）机械性紫癜

当毛细血管压力增高时，血管可破裂，皮肤上可以出现紫癜。机械性紫癜，见于猛烈的肌肉收缩，如百日咳阵咳时，生小孩或癫痫样抽搐后；局部被压伤，应用止血带时间过长，袜带过紧或静脉被肿瘤压迫亦可发生。

（五）直立性紫癜

有些老年人，因站立过久或下肢有静脉曲张可于下肢远端发生紫癜。

（六）症状性紫癜

是临床上最常见的一种紫癜，可以并发于许多种疾病。

1. 感染：各种传染病有时发生紫癜，形态是多种多样的。

（1）毛细血管壁受损害或发炎所致的出血点或紫癜：如天花、麻疹和猩红热的皮疹可以变为出血性。白喉、斑疹伤寒亦可出现出血性皮疹。

（2）毛细血管栓塞所致的紫癜，在亚急性细菌性心内膜炎、脑膜炎球菌败血症或肺炎球菌败血症时由于细菌栓子的关系，皮肤以及内脏皆可见到许多瘀点或紫癜，此种由细菌栓子所致的出血点或紫癜的特点是紫癜或出血点的中央为白色。患流脑时，毛细血管栓塞的另一表现是并发肾上腺皮质出血，患者身体各处皮肤出现大片融合的紫癜（即华弗二氏综合征）。

一些病例的皮肤出血点可以发生在原发病症状出现之前，病的急性期或恢复期。特别是小孩如发现不可解释的非血小板减少性紫癜时应该积极寻找感染灶，如泌尿道感染；在流脑的季节则要注意流脑。

2. 药物所引起的血管性紫癜：许多药物如青霉素、链霉素、磺胺、异菸肼、非那西丁、匹拉米洞、保太松、水杨酸制剂、巴比妥类、水化氯醛、冬眠灵、大伦丁、抗组织胺药物、奎宁、奎尼丁、硫氧嘧啶、女性素、胰岛素等，均可引起血管性紫癜。服药后皮肤出现瘀斑，停药数天至一星期后紫癜消退；如服该药紫癜又可出现，以肢端最常见。束臂试验呈阳性反应，其发病机理未明。

3. 其他：柯兴氏综合征、尿毒症、糖尿病、高血压、动脉硬化、结节性动脉周围炎、异常蛋白血症、淀粉样变等皆可伴发紫癜。柯兴氏综合征出现紫癜的机理与长期使用肾上腺皮质激素者相同。尿毒症时，出血的主要部位是粘膜如口腔、鼻、胃肠粘膜等处，但亦可以发生严重的皮下出血。糖尿病和高血压病常发生出血的部位是巩膜和视网膜，但皮肤瘀斑与血

肿亦常见。

(七) 过敏性紫癜

本病又称为出血性毛细血管中毒症或出血性脉管炎,是一种全身性过敏反应性疾病,基本病理变化是由于某种过敏因素的直接或间接作用而产生广泛的毛细血管以及毛细血管前小动脉的急性炎症反应。血管壁渗透脆性增加,血管内膜增生,血管腔狭窄或全部闭塞,部分血管发生瘀血或血栓,透明变性和坏死因而导致血循环障碍和梗死;另一方面血管周围发生浸润,血浆和红细胞通过血管壁,引起出血现象。

最常见的病因是对细菌过度敏感,如结核、伤寒或白喉注射疫苗;葡萄球菌、链球菌等均可成为致病因素。其次是对药物和食物过度敏感:药物如氯霉素、海群生、氨基比林及凡拉蒙等;食物如牛奶、鱼、虾、蚧、蛋类、猪肉、茶、咖啡、麦豆、马铃薯、番茄、杏及花生等均可作为过敏原。其他如昆虫叮咬、寒冷空气的刺激等偶亦可以引起本病。

临床表现:本病可见于各年龄组,但以儿童及青少年较多见,男多于女,亦有报告女多于男。在发病前1~3星期常有上呼吸道感染史,血清抗链球菌溶血素“O”滴定度常增高。部分病者喉头分泌物可分离出 β -溶血性链球菌。主要临床症状有四。

1.皮肤症状:如红斑、丘疹、荨麻疹、血管神经性水肿、疱疹。最常见者为大小不等的淡红色出血性紫癜,稍微隆起,压迫不退色。一二日即连成一大片,以后渐变为深红色、紫色、棕色而消退。多发部位为四肢,尤以下肢及臀部,呈对称性。常伴有瘙痒及异样感觉。颊粘膜有时可见散在性瘀点,鼻及牙龈出血亦常见。

2.腹部症状:是由于血性浆液渗出物从血管渗出到小肠壁而引起腹部症状。皮肤紫癜伴有腹痛,胃肠症状者称为Henoch氏或腹性紫癜。最常见的腹部症状为腹部绞痛,疼痛由中央放射到全腹,疼痛程度可以轻微或者很严重,右下腹有时有压痛但无肌紧张。腹痛常伴有恶心、呕吐、腹泻或便鲜血。腹部症状可以发生在任何紫癜或皮疹出现之前,每易误诊为外科急腹症。本病可偶然并发肠穿孔或肠套叠。

3.关节症状:亦为常见,当伴有关节疼痛时称为Schönlein氏紫癜或风湿性紫癜。疼痛多发生于下肢,尤以膝关节为多见。常为多关节性,偶为单关节性。关节肿胀,有风湿样疼痛或压痛。疼痛程度可轻可重。关节囊内不发生出血,但有浆液性渗出。症状反复发作,有时伴有低热、关节疼痛肿胀,以及发热等症状常于数天内消失,很少超过一个星期。水杨酸盐治疗,效果不明显,过敏性紫癜有时亦可伴发真正的风湿性关节炎。

4.肾脏症状:在本病的任何时期中均可伴有肾出血,表现为尿中出现红细胞,有时并伴有白细胞、蛋白及管型。少数病例肾功能障碍明显,且可发生尿毒症甚至死亡。肾脏症状可持续数月至数年。过敏性紫癜的肾脏病理改变类似肾小球性肾炎,但多属局灶性改变,故预后不同,最后常能自然恢复,只有5~10%左右病例并发真正的慢性肾小球性肾炎。

5.其他症状:本病多有不规则低热、头痛、食欲不振,及类似上呼吸道症状。局限性水肿(常局限于头皮或可见于一侧或双侧眼睑)、声门水肿可以引起窒息死亡。偶见肠积液、心包积液、脑出血、眼球或视网膜出血。

1960年Allen等分析了本病131例,结果为:皮肤紫癜100%,关节症状68%,腹痛57%,肢体水肿46%,便血及血尿各38%,头颅水肿24%(婴儿多见),吐血11%,肾脏病变4%以血尿及蛋白尿为多见,高血压及非蛋白氮增高约20%。

束臂试验：25%为阳性，其他检验一般无何特殊发现。

诊断要点：

1. 皮肤紫癜，多伴有荨麻疹、神经血管性水肿、瘙痒等过敏现象。
2. 在皮肤紫癜出现的前后，有关节痛、腹痛及肠出血、血尿等症状。
3. 实验室及其他检查，除束臂试验25%阳性外，一般无特殊改变。

鉴别诊断：需与下列疾病鉴别。

1. 血小板减少性紫癜。
2. 血小板不减少性紫癜：①感染所致的紫癜，②维生素缺乏所致的紫癜，③遗传性单纯性紫癜，④高球蛋白血症性紫癜，⑤血管性假性血友病。
3. 其他疾病：风湿性关节炎、急性肾炎、肠套叠、阑尾炎等。

治疗：本病为自限性疾病，治疗只为对症治疗。

1. 如能发现可疑致病原，无论是食物、药物、寄生虫（常见为蛔虫、钩虫）或传染病，都应避免或予以治疗。
2. 肾上腺皮质激素。对腹痛、关节痛、局限性水肿、皮疹及出血等症状的暂时效果较好，对严重的肾出血、肠出血或脑出血有急救的疗效。一般剂量：ACTH 2~4单位/公斤/日，强的松 1~2毫克/公斤/日，取得疗效后应以最小有效量维持一段较长的时间。
3. 钙离子透入疗法，据报告效果较佳。
4. 0.25%奴佛卡因溶液10毫升，静脉推注亦有效。

血小板减少症

血小板减少症包括多种不同疾病，其共同特点为周围血液中血小板数目减少，如果血小板的数目低到一定的程度便可以出现下列止血功能的异常：①出血时间延长，②血块收缩不良，③毛细血管脆性试验阳性反应，④凝血酶原消耗试验不正常等。血小板减少症的分类方法很多，临床上可以分为原发性及继发性两大类。

一、原发性血小板减少症

本病病因未明，与遗传无明显关系。

发病机制：原发性血小板减少症也不是一个单独的疾病，可能是许多种疾病的一种共同表现，故其发病机制，说法不一，目前比较一致公认的有：

1. 抗血小板的免疫因素。一些学者认为原发性血小板减少症的发病原因是由于异常的免疫变态反应所致，证据是：

- ①原发性血小板减少症的患者中，至少有50%可检查出抗血小板凝集素。
- ②原发性血小板减少症患者的血浆输给正常人，可以引起暂时性的血小板减少及出血症状。
- ③原发性血小板减少症患者所生的婴儿，可出现暂时性的血小板减少。

2. 脾功能亢进。一些学者认为原发性血小板减少是由于脾功能亢进所引起，其理由是至少1/3的病例没有发现血小板抗体，将患者的血浆输入健康人血液内不会引起血小板数目下降，脾切除对原发性血小板减少的患者有效。故认为原发性血小板减少症的发病机制是由于

脾功能亢进破坏血小板，或者脾脏分泌内分泌抑制骨髓的巨核细胞生产或释放血小板。

临床表现：原发性血小板减少症可分为急性和慢性二型。

（一）急性原发性血小板减少症

此型常见于小儿，既往无出血史，皮肤及粘膜突然出血，出血前不久，往往有感染或接受某种药物的病史（抗菌素或磺胺药等），病起时，皮肤粘膜出血可以非常严重。严重的鼻衄常为首先出现的症状；其次为四肢远端的皮肤，迅速成群地出现数量很多的小出血点及瘀斑；偶见皮下出现大血肿。粘膜出血发生率仅次于皮肤出血，除鼻衄外，可表现为牙血、血尿、月经过多、黑便，偶见呕血或咳血。口鼻粘膜可见出血点。内脏出血比较少见，但预后严重，最严重是脑出血，常为死亡之原因。轻度颅内渗血的症状常常只表现为头痛、头晕，应提高警惕，及时发现，及时治疗。其他如胃肠、胸膜或腹膜等处亦可出血，但关节腔出血极少见。

除了皮肤和粘膜发生出血点和瘀斑外，其他体征甚少见。

病程：多数病例的症状可于1~2星期内消失，或于6个月内自然恢复；少数病例可变为慢性。死亡病例很少，多发生在起病后四星期内。

（二）慢性原发性血小板减少症

此型多见于成人。症状类似急性型但病情较轻，不少病例于皮肤、粘膜受损伤后才发生出血，或者仅表现为较严重的月经过多。一般病例的症状表现为下肢远端皮肤出现数量不等的小出血点及瘀斑，大约10%的病例能触及脾脏。其他体征不明显。病程通常为数月至数年，缓解与复发交替出现。症状时轻时重，缓解期可自数天至数年。

实验室检查：

1. 血象。主要表现为血小板减少，急性型及慢性型发作期间血小板数可以很低；慢性静止期，血小板数目仅轻度减少，血小板的形态显著异常，常较大并有畸形；严重出血时白细胞数增高，并且可以出现左移现象。严重出血或慢性长期出血后可以发生程度不等的贫血。

2. 出血时间延长，血块收缩不良，束臂试验呈阳性反应，凝血酶原消耗时间异常（常少于20秒）。

3. 骨髓检查。

①急性型。巨核细胞数目正常或增多，以幼稚型巨核细胞居多，嗜酸细胞常增加。

②慢性型。巨核细胞数目显著增加，以成熟型居多，大小正常，多数巨核细胞胞浆中的颗粒减少，血小板形成现象减少。

③骨髓内的其他系统除因贫血而有红细胞系统变化外，一般正常。

临床诊断：主要根据实验室检查与临床表现，脾脏轻度肿大仅见于10%的原发性血小板减少症，如病例伴有明显的脾肿大或肝脾明显肿大，应排除继发性血小板减少症。

鉴别诊断：临床上血小板减少症大多数为继发性。故原发性血小板减少症的鉴别诊断应与继发性血小板减少症鉴别，特别是应与药物性血小板减少症、再生障碍性贫血、急性白血病、全身性红斑狼疮等鉴别，有时血小板减少为全身性红斑狼疮早期唯一的症状。

治疗：急性型一般采取保守治疗。如果病程超过6个月，出血症状无好转，或者出血严重危及生命或有可能发生脑出血时，在使用激素的同时应考虑脾切除；慢性型如果用激素治疗3个月无效应考虑脾切除。

1. 肾上腺皮质激素的使用

剂量：强的松。成人40~60毫克/日，严重出血可以增至100毫克/日，小孩1~2毫克/公斤/日。疗程两星期。有时需要3~4星期然后逐渐减量至最少的有效维持量，等待临床症状消失，血象恢复正常后，逐步终止治疗。成人如治疗2~3个月仍不见效可考虑手术治疗。激素治疗有效率约为75%。

2. 脾切除

缓解率一般约为75%。但与年龄有关，少于45岁者有效率约为80%，大于50岁者有效率只有50%；另一方面，若患者对激素治疗有效时脾切除大多数有效，否则脾切除有效率只有50%左右。脾切除后不能控制症状，或者以后症状复发，用激素治疗仍可有效。

脾切除指征：①慢性反复发作型，特别是成人，激素治疗效果不能持久，或出血症状持续超过6个月者。②不论小孩或成人出血症状严重，危及生命或有脑出血的危险者。③早期妊娠在5个月以内者。

3. 其他治疗

- ①卧床休息：对出血病例可减少脑出血并发症。
- ②治疗感染：感染可以增加或诱发血小板减少及出血。
- ③输新鲜全血或血小板：作为手术前准备，控制出血，或治疗严重贫血。
- ④辅酶A：每日50单位对升高血小板有一定作用。
- ⑤免疫抑制剂：近年有人主张应用免疫抑制剂如环磷酰胺、马利兰等治疗，取得一定疗效，各种药物按一般治疗量治疗4~8星期，生效后可用小量维持至数月甚至数年。
- ⑥花生皮注射液或每日口服花生米2~4两。
- ⑦其他止血药：云南白药（每6小时0.5克）、止血敏、抗血纤溶芳酸等。
止血粉（旱莲草、煅龙骨、白芨等分别研末，每6小时服1~2钱）。
- ⑧其他的对症治疗。

二、继发性血小板减少症

为临床上最常见的血小板减少症。病因如下：

- ①药物的作用；②白血病；③再生障碍性贫血；④骨髓被肿瘤浸润或骨髓硬化症；⑤全身性红斑狼疮；⑥脾功能亢进；⑦严重感染：如结核、败血症等；⑧恶性贫血；⑨血栓溶血性血小板减少症；⑩误输异型血；⑪大量输血；⑫血管瘤；⑬产后血小板减少症；⑭原发性冷球蛋白血症等；⑮小儿湿疹；⑯食物过敏。

药物性血小板减少症。由于化学药物的毒性作用于血小板或者骨髓而引起血小板减少症者，临床上不少见。药物作用所引起的血小板减少症分为两大类：①再生障碍性贫血。②选择性地单纯引起血小板减少症。本文介绍的药物性血小板减少症属于这一类。

选择性地引起血小板减少症的药物。能选择性地引起血小板减少症的药物有：奎宁、奎尼丁、司眠脉、锑酚、洋地黄毒甙、磺胺类药物、利尿药（如氯噻嗪、乙酰唑胺）、口服抗糖尿病药物（如氯磺丙脲、甲磺丁脲、胰岛素）、抗风湿药（如水杨酸盐、保太松）、抗菌素（如氯霉素等）、镇静药（如眠尔通、苯巴比妥等）、宫缩药如麦角等。

临床表现：一般起病急，在起病前数天至数月有服过敏药物的历史。突然发生严重的粘

膜及皮肤出血（如出血点及瘀斑），可能同时伴有全身性症状如寒战、发热、头痛、全身酸痛、腹痛、恶心、呕吐，停药后数小时或数日后症状消失。

血象与骨髓象与原发性血小板减少症相同。

诊断依据：

1. 过去服药史、及临床症状。

2. 下列试验可帮助诊断：

(1) 药物加病者的血浆可出现血小板凝集或溶解现象。

(2) 药物加全血可出现血块收缩障碍。

(3) 药物皮肤胶贴试验，然后用止血带加压，局部可出现紫癜。

治疗：

1. 立即停药该药，并且以后不能再服。

2. 激素治疗。

3. 严重贫血者要输血。

4. 禁作脾切除。

中医退热法

广东中医学院

伍华生

正

一、解表退热法

外感病。由于外邪初感人体，出现发热、恶寒、脉浮为表证。表证有表寒和表热，表寒主要表现发热轻、恶寒重、脉浮紧；表热主要表现发热重、恶寒轻、脉浮数。

治疗方面应抓住如有表证就一定要解表。表寒者辛温解表，表热者辛凉解表。用解表药时应注意有汗或无汗，有汗者不应发汗，以免漏汗不止，无汗者则应发汗。

临床上以基本方如荆芥、连翘、银花、北杏进行辨证，分季节加味：冬天感寒较多，加苏叶或麻黄或淡豆豉或生姜或葱白；麻黄并用能平喘，兼有喘者用之更佳。春天伤于风较多，加薄荷。夏天伤暑较多，而暑常夹湿。加青蒿或佩兰或香薷，香薷又称夏天的麻黄，说明它发汗力强，故有汗者勿用之。秋天伤燥较多，加桑叶、菊花。发热较高者加上芦根或黄芩或大青叶，大青叶对于感冒引起呼吸道感染效果较好。口渴甚者加上天花粉或芦根。夹湿者加藿香或苡仁或滑石或佩兰。小儿发热而肢冷者加丝瓜络或威灵仙，使热至肢的末端，热才易退。头痛者加白芷或羌活或蔓荆子。鼻塞者加薄荷或葱白，前者适用于表热，后者适用于表寒。流涕者加薄荷或桔梗与甘草。喉痛者加板兰根或山豆根或岗梅。咳嗽者加紫苑或款冬花或木蝴蝶。痰多者加前胡。痰不易咳出者加瓜蒌仁或牛子或天花粉或天竹黄。瓜蒌仁、牛子皆能润肠通便，故大便结者才用之。喘者加麻黄或苏子或莱菔子、喘甚加葶苈子。身痛者加桑枝或威灵仙，前者适用于热证，后者适用于寒证。呕吐者加竹茹或枇杷叶。泄泻者加葛根或藿香或火炭母。大便秘结者加枳壳或枳实、瓜蒌仁或牛子。小便少者加滑石或苡仁或灯心球或通草。胃纳差者加枳壳或麦芽。睡不安宁者加竹叶或竹茹或梔子与淡豆豉。

二、调和营卫退热法

此法适用于营卫不和病者。因体弱或产后体虚、肌表疏松而至感冒，表现主要是发热不高。微恶风，汗自出，脉浮弱。以桂枝汤调和营卫治之。若兼平素常喘者，根据伤寒论所说：“喘家作，桂枝加厚朴、杏仁佳”。以桂枝汤加厚朴、杏仁治之。临床上，妇人产后在肚脐下有一股气往上冲至喉咙者，用桂枝汤加川朴、杏仁，并加肉桂5分治之，曾治愈几例。

三、和解退热法

此法适用于病邪在半表半里，主要表现是寒热往来。胸胁苦满、心烦、喜呕、口苦、咽干、目眩、不思饮食、脉弦。治疗上以小柴胡汤和解表里。

四、表里双解退热法

此法适用于表证未除、里证又出现的情况，表现如身热怕冷，下痢泄泻，胸脘烦热，口渴。治疗上以葛根黄芩黄连汤加上火炭母、藿香，既解表又清里。如果表证与便秘同时出现时，则以防风通圣散治之。

五、清气退热法

此法适用于邪在气分、表现高热、口渴引饮、不恶寒反恶热、舌红、苔黄、脉洪数，以白虎汤治之；若已伤津、则以竹叶石膏汤治之。

六、泻下退热法

此法适用于阳明府实证。如高热谵语、大便不通、失气、腹满按之硬、舌苔黄干、起芒刺、脉数实。以承气汤泻下退热，若胸有热结、大便秘者凉膈散比较适合；若已伤津，虽便秘亦不可单纯泻下。古云“增水行舟”，应选增液承气汤，增加水液以通大便。

七、清利退热法

由于湿热两盛，或湿从热化、主要产生湿温病与热淋，此法比较适用于此病。湿温病初起，邪留气分。主要表现发热、头重痛、胸闷不饥、身重、苔白不渴等，常用方如黄芩滑石汤、三仁汤、甘露消毒丹。临床上凡是苔厚腻者需芳香化浊，喜用藿香、佩兰、青蒿、厚朴、蔻仁等。清热喜用黄芩。利湿多用通草、苡米、滑石等。热淋主要表现发热、怕冷、小便短赤、淋沥等。常用方如八正散、五苓散。临床喜用苏叶、连翘、银花藤、白茅根、车前草、黄柏、栀子、金钱草。怕冷较甚者喜用苏叶，效果不显时再加白芷。红细胞较多者加小蓟，白细胞较多者加连翘。蛋白尿者加苏叶、布渣叶、蝉衣。

八、清暑退热法

此法适用于暑热病。暑热病主要表现身热、烦渴、汗多、苔厚腻。治疗方面要注意因“暑当与汗勿止”，故暑病不要止汗。发热较高无汗者应用香薷以发汗。治暑病常用药如青蒿、佩兰、荷叶、荷梗、芦根、茅根、石斛、石膏、西瓜翠衣、冬瓜皮、丝瓜络、南豆花、通草等。常用方如清络饮、六一散。若汗多已伤津耗气，则应清暑益气；若热退而流汗不止，以生脉散为主方治之。

九、清营凉血退热法

此法适用于邪热进入营分血分。主要表现如高热、昏迷谵语、口渴、舌红绛、脉洪数大等为热邪进入气、营，治疗上选用清瘟败毒饮。热邪若已进入营分。则选用清营汤。若出现发斑，则选用化斑汤。若并见吐血、衄血，则选用犀角地黄汤，此时病邪已入血分。

病情较危急，亦应选用成药并分别运用。如热高者选用紫雪丹；痰多者选用安宫牛黄丸；昏迷者选用至宝丹。

十、泻火解毒退热法

适用于火毒、疮疡热深毒重之证，表现如高热、烦躁狂乱、热甚发斑、面唇舌均赤、脉数实有力。常用方如黄连解毒汤。常用药如黄芩、黄连、黄柏、大青叶、板蓝根、蒲公英、银花、连翘、栀子、紫地丁、野菊、玄参、青天葵、穿心连、崩大碗、三桠苦等。

小儿疮疡，在临床上喜用银花藤、连翘、紫地丁、野菊花、腊梅花、丹参、青皮、土茯苓、黄柏。

十一、清理脏腑退热法

此法适用于各脏腑有热。今分别叙述：

1. 心经热盛：主要表现面红口渴、胸闷烦热、喜冷饮。若心热移于小肠，证见口舌生疮、尿短赤、溺时疼痛热感。治疗上应清心泄热，选用导赤散加麦冬、栀子、黄连、莲子等。

口舌糜烂在临床上虽有心热移热于小肠的，但亦有由于阴虚生内热。虚火上炎而致的，两者必须区别治疗。口舌糜烂因虚火者，其证是舌时淡时稍红，小便时清长时较短，脉细数无力，治疗则要养阴清热，喜用二至丸（旱莲草、女贞子）与增液汤（玄参、生地、麦冬）合方，并加沙参、黑栀子、淮牛膝。

2. 肝经湿热实火：表现如目赤、口苦、胁痛、易怒、不寐、小便淋浊、脉弦、黄疸。治疗上应泻肝清热，选用龙胆泻肝汤、茵陈蒿汤酌加菊花、夏枯草、黄柏、连翘、大黄、鸡骨草、田基黄、溪黄草。

3. 脾胃伏热：表现口渴唇干、烦热、渴饮易饥、头痛、牙痛。治疗上应清胃降热、选用泻黄散（石膏、栀子、甘草、防风、藿香）、玉女煎（石膏、知母、麦冬、熟地、牛膝）酌加芦根、竹茹、石斛。

4. 肺炎喘咳：表现发热、咳嗽、气促，治疗上应宣肺清热，选用麻杏甘石汤、泻白散酌加大青叶、黄芩、芦根、瓜蒌、白茅根、葶苈子。

5. 大肠热利：表现热痢腹痛、里急后重、大便脓血、肛热。治疗上应清热止痢，选用白头翁汤加减；若大便拉出少者加大黄；便血较多者加地榆、赤芍（有腹痛时，赤芍亦能止痛）；大便黄色较多者加黄芩、绵茵陈；大便色白较多且量少者加枳实或尖槟；大便色白而腹痛者加木香。

6. 肾经相火炽盛：表现骨蒸劳热、消瘦、舌红无苔、两尺弱。治疗上应该清相火，选用知柏八味丸。

十二、理气解郁退热法

此法适用于情志抑郁、肝脾失调。表现寒热均见，胸闷胁痛、脉弦。在辨证施治时就应分清两种情况。一种是由于肝郁克脾，脾主生化功能不足而致血虚，表现出肝脾不和血虚症状，如发热或潮热、或午后潮热、月经不调等，常选用丹栀逍遥散，舒肝解郁，健脾养血以清虚火。另一种是阳邪成厥逆，表现发热、肢冷、脘腹胁肋痛，常用四逆散加丝瓜络或威灵仙。药物如柴胡、香附、金铃子、枳实、赤芍、青蒿、丹皮可选用。同时要注意与寒厥肢冷四逆汤证严格区别。

十三、活血祛瘀退热法

此法适应于蓄血、瘀血证。如热病内传下焦，与血搏结，证见身热烦躁、谵妄小腹硬满拒按、小便自利、脉沉实的蓄血证；或因外伤跌打、瘀血内留、瘀肿疼痛，或发热、下腹疼痛、经来瘀块等妇女盆腔急性炎症。治疗上，若是下焦蓄血、跌打损伤、瘀血停滞、发热瘀痛、大便秘结者，常选用桃仁承气汤；急性盆腔炎常选用膈下逐瘀汤。

急性盆腔炎的治疗，在临床上常用桃仁、丹皮、银花藤、败酱草、赤芍、蒲公英、连翘、冬瓜仁等药为基本方辨证加减。发热高者加大青叶、黄柏；有寒颤者加白芷或苏叶；腹痛甚者加五灵脂、延胡索或乳香、没药；胀甚者加香附或枳壳；下腹热感者加山栀子或金铃子或黄柏；呕吐者加法夏；热高而又吐者加竹茹；大便秘者加大黄（后下）或元明粉。

痛经因瘀血而致者，在治疗时常用下列药进行辨证加减：当归、赤芍、丹皮、益母草、郁金、延胡索、香附。量少者加川芎、川牛膝；量多者加失笑散（蒲黄、五灵脂）；量多而合并头痛者加白芷；瘀血多、纳差者加山楂肉或山楂炭（但溃疡病者最好不用，因其味酸）。

十四、消食导滞退热法

此法适用于食积停滞，主要表现发热、胸脘痞满、吞酸噯腐，恶食、腹胀时痛，或大便秘泻、苔黄厚腻、脉滑。常用保和丸治之。常用药物如布渣叶、山楂肉、谷芽、麦芽、六曲、枳壳、莱菔子、芒果核等。

小儿伤食引起泄泻，往往爬在床上或伏在肩上周转是表示腹痛。一哭则大便，拉后哭减，大便酸臭，小便短黄。临床上常用山楂肉、莱菔子、神曲、麦芽（大便次数多者用炒麦芽）、胡连、竹茹、橘红、灯芯球，大便次数多者再加火炭母。

十五、截疟退热法

此法适用于疟疾，主要表现寒热互见，一日一发或隔日一发，或三日一发，寒战后随即高热或发热，唇结焦痂、脉弦。常用方如截疟七宝饮，药如柴胡、常山、草果仁。亦可以把大蒜打烂，或生姜、或胡椒外敷腕关节处，但切勿敷及挠动脉。

十六、养阴退热法

此法适用于温热病后期，肺结核病、阴虚生内热者，主要表现午后低热、颧红、掌心热、舌红绛无苔、脉细数。常用方如清胃散、青蒿鳖甲汤、三甲复脉汤。常用药如银柴胡、白薇、地骨皮、龟板、鳖甲、秦艽、知母、糯稻根、干地、元参、麦冬、旱连草、女贞子等。

不明原因长期低热，表现阴虚证状时，临床上常用银柴胡、地骨皮、青蒿、鳖甲、象牙丝、太子参、女贞子、旱莲草、干地组成方辨证运用。

肺结核病者常用沙参、云苓、淮山、太子参、玉竹、百合、川贝母，若有咳血者加阿胶、海蛤壳。

十七、补血退热法

此法适用于阴血虚损或失血过多之血虚发热者，表现消劳即低热往复、汗自出、心跳、头晕、眼花、耳鸣、不寐、或口舌干燥、舌淡尖边稍红、脉细无力、稍数。治疗以乌芍地黄

汤加减，若血虚甚而热不明显者加鹿角霜、鸡血藤；有热者加旱连草、以桑椹子代山萸肉；血虚者不但应补血，而且还需补气，热不明显者加党参以补气，热明显者加太子参。此外，如首乌、桑椹、熟地、黄精、白芍、阿胶、龟胶、鹿胶可以选用。

十八、甘温降热法

此法适用于气虚发热，表现身热不高、有汗、微恶风寒、神疲不寐、心悸、纳呆、少气、懒言、舌淡、脉虽洪大、按之虚软无力等症状。常用补中益气汤、四君子汤。常用药如北芪、党参、白术、黄精、熟地、炙草、龙眼肉、杞子、冬虫草、当归、桑椹、阿胶、大枣等。

对于产后发热的产妇，若是因产后感染而引起发热者，则应采用清热解毒，活血去瘀的方法；若因产后气血虚，长期低热不退，表现唇舌淡白，脉细弱无力者，则应采用甘温降热法，可选用补中益气汤加减。

十九、引火归原退热法

此法适用于阳浮于或阳浮于外，出现面潮红、鲜嫩、唇舌红、牙龈肿痛、口舌糜烂，或微发热经久不退，脉浮细数无力，常选地黄汤加肉桂、五味子。此外，亦可单纯用肉桂五分至一钱，加少许食盐，焗服。

二十、针刺退热法

一般选用合谷、曲池、大椎、陶道等穴位。感冒者选用风池穴。高热者采用放血方法时选中冲、十宣穴。手法应泻及透天凉的针刺方法。

小 结

为了便于理解和运用，下面把联系较密切的退热方法作一些比较。

解表退热法和调和营卫退热法皆用于解表，但两者有所区别。解表退热法主要用于外邪盛，表现发热、恶风寒、脉浮等证；而调和营卫退热法适用于正虚邪不盛，表现汗自出、微恶风等症状。临床上应区别运用。

清肾经相火退热法、养阴退热法、补血退热法、引火归原退热法，它们四者的适应症皆是阴份不足，但各法又有所区别。清理脏腑退热法中的清肾经相火是适用于肾水不足，相火灼盛，表现如骨蒸劳热、小便短赤、脉细数、两尺无力，故以知母、黄柏清其相火；养阴退热法适用阴虚生内热，表现颧红、舌红干、掌心热、盗汗，故以生地、玄参、麦冬、旱莲草、女贞子增液养阴；补血退热法适用于血虚，表现心悸、唇舌淡，故以熟地、黄精、首乌、桑椹子、当归等补其血；引火归原退热法，适用于阴份不足而致阳虚于上或阳浮于外、虚火上炎的症状，如表现牙龈肿痛等，故以肉桂引火归原。

临床上，病情往往是比较复杂的，有时会表现真热假寒或真寒假热情况。如出现发热、舌红、苔黄、四肢冷、不欲近衣被、脉滑数等症状。以四肢厥冷来说，似乎是寒证，但根据伤寒论所云：“伤寒，脉滑而厥者，里有热也，白虎汤主之”及“热深厥深”，可知四肢冷乃是伤寒的症状，综合全病情，仍然是一个内热证。治疗上应清其内热，可选用白虎汤。又如出现面色潮红、欲近衣被者，脉微细欲绝。综合起整个病情，面色虽表现潮红，但亦是假热，此病是阳虚外脱的虚寒证，应采用温法，回阳救逆，当选参桂四逆汤。

小儿急性中毒性脑病

中山医学院附属第一医院 杨子庄

小儿时期特别在婴幼儿至儿童时期，原来是健康的小儿，在某种严重的或轻度的感染性疾病的基础上，或外来的创伤或手术后的侵袭，突然发生高热、意识障碍、抽搐，从半昏迷而至昏迷，临床上与脑炎相似的脑部症状；但在脑脊液检查，除脑压稍增高外，不发现炎症性改变，而脑组织的检查，亦无任何炎症病变。这种急性脑症状的产生，不能单用病原体的或外来刺激的侵袭直接侵犯中枢神经系统而引起来解释，可能是由于小儿的机体对某些感染因子或外来侵袭的刺激，出现中枢神经系统应激性增高，是小儿的机体对某种刺激的异常应激反应所致的急性脑症状，这种情况称为小儿急性中毒性脑病。以前有人称为中毒性脑炎？，因脑脊液及脑组织并无炎症性现象，因此，脑病这个病名比较合适，故称为小儿急性中毒性脑病。

病 因

本病的病因，应从两方面来考虑。一方面从外因，多在细菌性感染性疾病后发生，如肺炎、痢疾、百日咳、猩红热、伤寒、肾盂炎等；在病毒性感染性疾病，如水痘、流感、腺病毒、柯萨基病毒感染所致的疾病；在原虫方面如疟疾；个别病例可发生在黄曲霉菌感染、预防接种后、牛痘接种后、手术后、创伤后、药物反应等。另一方面从内因，即从病儿机体对这些外因如何反应，外因通过内因而发病，是一个极其重要的问题。脑症状的产生不是由于上述的外因直接侵入而引起，这些外因，必须通过病儿机体反应而发生，可能是病儿机体对外因的过敏反应，可能与病儿的异常应激反应体质有关，所以表现出一系列的急性中毒性脑病症状。除上述的外因和内因外，以下的几个问题，须要我们今后继续研究。

一、发病年龄

据我院 8 年来留医治疗的 37 例小儿急性中毒性脑病的初步统计，年龄分布见表 1。

表 1 小儿急性中毒性脑病年龄分布

年 龄		初生 ~ 6 个月	6 ~ 12 个月	1 岁	2 岁	3 岁	4 岁	5 岁	6 岁	7 岁
病 例 数 (共 37 例)		8	3	8	6	4	1	2	3	2
性 别	男 (共 26 例)	5	2	5	5	2	1	2	2	2
	女 (共 11 例)	3	1	3	1	2			1	