

K5
C. 4
77955

內科临床经验选编

(1980~1982年)

主 编

陈家愚 翁维权

编写人员

陈家愚	翁维权	范洪亮	蔺竹亭	胡光锐
陈吉祥	刘广振	韩明月	周道启	朱正臣
邓必骏	林章树	梁永信	孙占新	丁曼琳
陈美珍	刘玉玲	孙建佩	王筱如	罗杏生
李德宸	牛殿岭	宋长华	孙秀卿	朝克图
李星如	官兆忠	秦筱梅	杜丙辛	魏建庆

人 民 卫 生 出 版 社

内科临床经验选编

(1980~1982年)

陈家愚 翁维权 主编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

长春市第五印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米 16开本 67 $\frac{1}{2}$ 印张 4插页 1588千字

1987年7月第1版 1987年7月第1版第1次印刷

印数: 00,001—4,550

统一书号: 14048·5141 定价: 13.90元

〔科技新书目142—74〕

前 言

《内科临床经验选编》(1970~1978年)发行以来, 颇受读者欢迎。本次又收集了1980~1982年我国(包括台湾省的部份资料)有关期刊、杂志等资料220余种, 从近8,000篇文章中, 精选、加工、编辑而成。本书共分八个部分, 基本上按内科学系统分类。

我们将其献给基层内科工作者, 希望在克服文献不足、资料检索困难等方面, 能为读者提供一些帮助, 以便节省查找资料时间, 交流各地经验, 更好地为患者服务。对于实习医生和离开校门不久的住院医生, 本书可使其理论知识更加充实, 起到扩大眼界、开拓思路、提高临床工作水平的作用。本书有部分资料收编得比较系统、完整, 这对准备撰写某方面文稿的临床医生和其他专业人员可能也有益处。

如果没有铁道部北京二七机车厂各级领导的大力支持, 本书是无法完成的。青岛医学院、福建省立医院、徐州市医学科学研究所、山东泗水卫生局等给予我们的帮助也是令人感激的。中国医学科学院图书馆、中华医学会北京分会图书室, 慷慨地为我们提供了有关资料。陈雄辉承担了部分资料的核对及誊写等工作。在此一并表示谢意。

这是一项极为琐碎而又很有意义的工作, 我们深感自己的学识和经验不足, 书中缺点、错误一定不少, 恳望前辈、同道和读者予以批评、指正。

编 者

1984年3月

目 录

第一部分 发热与传染病	1	隐球菌病.....	130
发热.....	1	放线菌病.....	134
流行性感胃与感冒.....	4	曲菌病.....	135
病毒性肝炎.....	9	奴卡氏菌病.....	137
流行性乙型脑炎 (附森林脑炎)	37	组织胞浆菌病.....	138
流行性出血热.....	41	免疫与免疫缺陷病.....	138
登革热.....	52	结核病会议、调查及检验.....	143
狂犬病.....	55	肺结核.....	150
猫抓病.....	58	结核性胸膜炎.....	165
传染性单核细胞增多症.....	59	纵隔结核.....	167
巨细胞病毒感染.....	60	心包、心肌结核.....	168
亨特 (Hunt) 氏综合征及其他	61	结核性腹膜炎.....	168
斑疹伤寒.....	63	消化道结核.....	171
恙虫病.....	64	肝、胆、胰、脾结核.....	173
Q 热.....	65	肾及膀胱结核.....	177
支原体感染.....	65	结核性脑膜炎.....	178
败血症.....	67	骨关节结核.....	180
急性咽、扁桃体炎.....	73	结核变态反应性关节炎.....	181
化脓性脑膜炎.....	76	淋巴结核.....	182
流行性脑脊髓膜炎.....	79	胸壁、乳腺、腹壁结核.....	183
伤寒、副伤寒.....	84	横纹肌结核.....	184
细菌性食物中毒.....	92	第二部分 呼吸系统疾病	185
肉毒中毒.....	96	慢性支气管炎.....	185
细菌性痢疾.....	98	支气管哮喘.....	195
霍乱、副霍乱.....	103	Kartagener 氏综合征 (附全内脏转位)	201
感染性腹泻.....	103	纤维素性支气管炎.....	202
布鲁氏菌病.....	111	支气管结石症.....	203
破伤风.....	113	支气管胆瘘.....	205
炭疽.....	114	支气管粘液样嵌塞症.....	205
马鼻疽.....	116	支气管肺囊肿.....	205
土拉弗氏菌病.....	116	支气管类癌 (附过敏性喉炎)	207
嗜肺军团菌病.....	117	咯血.....	208
葡萄球菌猩红热样综合征.....	119	肺炎.....	209
淋病.....	119	肺脓肿.....	213
钩端螺旋体病及疏螺旋体病.....	119	肺气肿.....	215
真菌病.....	123	肺大泡.....	217
念珠菌病.....	129	肺梗塞.....	218
毛霉菌病.....	129	肺不张.....	219

肺出血-肾炎综合征	220	特发性直立性低血压	399
肺泡微石症	222	肺原发性心脏病	402
肺泡蛋白沉着症	223	肥胖-通气不足综合征	428
肺含铁血黄素沉着症	225	房间隔缺损	429
蘑菇肺	227	动脉导管未闭	431
肺间质纤维化	228	室间隔缺损	433
肺隔离症	229	法乐氏四联症	434
单侧肺不发育与肺瘤	231	Ebstein 氏畸形	435
肺炎性假瘤	231	心室其他畸形	439
肺癌	234	先天性二尖瓣、主动脉瓣异常	441
肺错构瘤	244	病毒性心肌炎	442
肺其他肿瘤	245	原发性心肌病	446
纵隔炎与脓肿	249	克山病	457
纵隔气肿	249	围产期与更年期心肌病	462
上腔静脉综合征	249	感染性心内膜炎	464
纵隔肿瘤	251	心内膜心肌纤维化	468
气胸与血气胸	254	嗜酸细胞增多性心内膜心肌病	469
胸腔积液	258	心内膜弹力纤维增生症	470
叶间胸膜积液与囊肿	263	二尖瓣脱垂	471
胸膜间皮瘤	263	二尖瓣腱索断裂、瓣环钙化	474
膈疝	264	心包积液与心包炎	475
胸内异位肝、肾	265	化脓性心包炎	477
第三部分 循环系统疾病	267	病毒性心肌心包炎	477
心律失常的分析	267	特发性心包炎	478
左房心律	270	丝虫性心包炎	479
过早搏动	271	缩窄性心包炎	479
心动过速	274	乳糜心包	480
心房颤动与扑动	278	心包缺损与囊肿	481
病态窦房结综合征	283	肿瘤性心包炎与心包间皮瘤	482
房室传导阻滞	288	马凡氏综合征	483
束支传导阻滞	292	Holt-Oram 氏综合征	486
预激综合征	296	直背综合征	487
Q-T间期延长综合征	302	小心脏及右旋心综合征	488
原发性传导束退化症	304	心脏神经官能症	489
镁与心律失常	305	β 受体亢进症	489
心律失常的治疗	306	心脏“荨麻疹”	490
起搏器的临床应用	316	心脏粘液瘤	490
风湿性心脏病	318	心脏其他肿瘤	495
冠状动脉粥样硬化性心脏病的研究、 诊断和治疗	328	主动脉窦瘤	497
心绞痛	348	冠状动脉瘘	499
心肌梗塞	356	主动脉夹层动脉瘤	501
高血压病	385	动脉瘤（附颈动脉体瘤）	503
		大动脉炎及无脉症	506

其他大动脉病.....	510	肠气囊肿症.....	595
肺动脉高压症.....	511	肠梗阻（附小肠肌层结构不良）.....	598
特发性肺动脉扩张症.....	513	小肠肿瘤.....	600
肺动静脉瘘.....	513	上消化道出血.....	605
其他肺血管疾病.....	515	阑尾、盲肠疾病.....	617
双上腔静脉.....	515	溃疡性结肠炎.....	619
血栓性脉管炎.....	516	非特异性结肠溃疡.....	622
第四部分 消化系统疾病	518	缺血性结肠炎.....	622
消化病学进展.....	518	结肠炎性丝状息肉病.....	623
复发性口疮.....	522	结肠息肉症及Gardner氏综合征.....	624
食管炎.....	523	间位结肠综合征.....	625
食管溃疡.....	525	结肠其他疾病.....	626
Mallory-Weiss 氏综合征.....	525	结肠癌.....	628
自发性食管破裂.....	526	便秘.....	632
食管裂孔疝.....	528	肠系膜血管病.....	633
食管异物.....	529	恶性萎缩性丘疹病与皮肤-肠综合征.....	634
食管狭窄.....	530	下消化道出血.....	635
食管癌.....	531	腹痛.....	637
食管其他疾病.....	535	胃肠神经官能症.....	639
膈肌膨升、扑动与痉挛.....	536	肝硬变.....	641
贲门失弛缓症.....	538	肝静脉阻塞症.....	658
胃炎.....	539	肝小静脉闭塞病.....	660
溃疡病.....	550	门静脉及下腔静脉阻塞.....	661
应激性溃疡.....	563	肝紫癜病.....	662
胃粘膜脱垂.....	564	肝脓肿（附肝周围炎）.....	662
胃下垂.....	565	脂肪肝.....	666
胃柿石症.....	566	Reye 氏综合征.....	667
胃息肉.....	568	肝囊肿.....	669
Cronkhite-Canada 氏综合征.....	568	肝性脊髓病.....	670
Peutz-Jegher 氏综合征.....	569	肝性糖尿病.....	671
胃粘膜巨大肥厚症.....	569	肝其他疾病.....	672
胃憩室.....	571	肝癌.....	674
胃重复畸形.....	571	黄疸的诊断与鉴别.....	684
胃扭转、套叠与自发破裂.....	572	体质性黄疸.....	688
胃其他疾病.....	573	妊娠复发性黄疸.....	690
胃癌.....	574	胆石症与胆囊炎.....	693
胃其他肿瘤.....	579	化脓性胆管炎.....	700
十二指肠肠炎.....	582	硬化性胆管炎.....	701
十二指肠憩室、血肿及肿瘤.....	584	胆道感染.....	702
肠系膜上动脉综合征.....	586	胆囊扭转.....	703
遗传性出血性毛细血管扩张症.....	587	胆囊腺肌增生症.....	703
克隆氏病.....	589	胆管囊性扩张症.....	704
急性出血性坏死性肠炎.....	593	胆其他疾病.....	706

胆囊癌	708	输尿管息肉	782
胰腺炎	708	输尿管周围炎与异物	783
胰腺脓肿与囊肿	714	巨输尿管	784
胰腺异位症	715	输尿管囊肿、憩室和疝	784
环状胰腺	717	卵巢静脉综合征	784
胰腺和壶腹癌	717	输尿管肿瘤	784
脾妊娠与血管瘤	719	膀胱疾病	785
腹水	719	尿道疾病	788
胆固醇性腹膜炎	721	前列腺疾病	791
腹腔肉芽肿	721	遗尿症的治疗	794
腹腔囊肿与淋巴管瘤	722	第六部分 血液系统疾病	796
麦格氏综合征	723	再生障碍性贫血	796
腹膜与腹膜后肿瘤	724	单纯红细胞再生障碍性贫血	806
腹膜后与腹壁脓肿	727	骨髓病性贫血	808
第五部分 泌尿系统疾病	728	缺铁性贫血	809
肾脏病专题会议综述	728	铁粒幼细胞性贫血	811
肾小球肾炎	729	巨幼细胞性贫血	811
肾病综合征与慢性肾炎的治疗	739	遗传性椭圆形红细胞增多症	813
紫癜性肾炎	744	遗传性球形和非球形红细胞增多症	813
泌尿系统感染	745	葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症	814
黄色肉芽肿性肾盂肾炎	751	血红蛋白病	816
脓肾及肾周围感染	752	阵发性睡眠性和运动性血红蛋白尿症	822
肾血管性高血压	752	自身免疫性溶血性贫血	823
肾素分泌瘤	755	冷凝集素综合征	825
巴特氏综合征	756	微血管病性溶血性贫血(附Evans综合征)	827
肾小管性酸中毒	757	白血病	829
肾性糖尿	759	白细胞减少症	845
肾源性尿崩症	760	先天性白细胞疾病	848
肾髓质囊性病	760	嗜酸粒细胞疾病	850
肾周囊肿	761	真性红细胞增多症	852
肾静脉血栓形成	761	原发性血小板增多症	853
自发性肾破裂	761	骨髓纤维化症(附骨髓坏死)	854
肾下垂	762	淋巴瘤	856
肾囊肿	763	良性淋巴瘤病	861
海绵肾	764	骨髓瘤	864
孤立肾	765	原发性巨球蛋白血症	869
蹄铁形肾与异位肾	766	良性高丙种球蛋白血症	871
肾盂、肾盏异常	766	恶性组织细胞病	872
肾血管平滑肌脂肪瘤	767	组织细胞增生症 X 及其他	875
肾肿瘤	769	过敏性紫癜	880
尿路结石	771	特发性血小板减少性紫癜	881
血尿	777	血栓性血小板减少性紫癜	885
乳糜尿(附纤维素尿等)	780	血小板功能障碍性疾病	886

其他紫癜·····	887	卵巢发育不全症·····	969
凝血障碍性疾病·····	888	男性功能障碍·····	970
遗传性V、Ⅵ、XⅢ因子缺乏症·····	889	阴茎异常勃起及其他·····	971
纤维蛋白原增多症·····	890	抗利尿激素分泌异常综合征·····	973
一些出血性疾病诊断标准·····	891	生长抑制素瘤综合征·····	976
双蛋白血症·····	893	胸腺异常·····	976
第七部分 内分泌系统疾病 ·····	895	多发性内分泌腺病变·····	977
垂体瘤·····	895	劳-穆-比氏综合征·····	978
肢端肥大症·····	897	第八部分 神经系统疾病 ·····	981
尿崩症·····	900	三叉神经痛·····	981
垂体前叶功能减退·····	902	面神经麻痹与面肌痉挛·····	982
垂体其他疾病·····	904	迈-罗氏综合征·····	985
空蝶鞍综合征(附蝶鞍骨囊肿)·····	905	多发性神经根-神经炎及其他·····	986
松果体疾病·····	908	脊髓疾病·····	990
甲状腺功能亢进·····	908	头痛·····	993
甲状腺功能减退·····	926	高颅压与低颅压综合征·····	996
地方性甲状腺肿·····	930	癫痫·····	997
耳聋-甲状腺肿综合征·····	932	Sturge-Weber氏综合征·····	1005
甲状腺炎及其他·····	933	脑出血·····	1006
甲状腺癌·····	938	蛛网膜下腔出血·····	1013
甲状旁腺功能亢进·····	939	缺血性中风·····	1018
甲状旁腺功能减退·····	941	脑血管病后遗症的治疗·····	1027
假性甲状旁腺功能减退综合征·····	943	脑底异常血管网症·····	1030
柯兴氏综合征·····	944	颅内静脉窦血栓形成与炎症·····	1031
垂体和异位 ACTH 综合征·····	949	散发性病毒性脑炎·····	1032
Nelson 氏综合征·····	950	震颤麻痹·····	1038
原发性醛固酮增多症·····	950	肝豆状核变性·····	1040
17及21-羟化酶缺陷症·····	952	脱髓鞘病·····	1044
嗜铬细胞瘤(附儿茶酚胺增多症)·····	953	结节性硬化症·····	1048
肾上腺神经母细胞瘤·····	958	共济失调症·····	1051
肾上腺囊肿·····	958	舞蹈病·····	1053
胰岛素瘤(附低血糖症)·····	959	其他神经系统疾病·····	1053
非功能性胰岛细胞瘤·····	963	精神分裂症·····	1059
胰高糖素瘤·····	963	其他精神病及治疗·····	1061
促胃泌素瘤·····	965	神经衰弱的治疗·····	1065
胰性霍乱·····	966	癔病与其他·····	1067
先天性睾丸发育不全综合征·····	967		

第一部分 发热与传染病

发 热

人体常温上限和长期低热〔金振宇：河北医药（2）48，1981〕 作者对正常体温上限和长期低热的几个问题进行了综述。① 37℃不是常温上限。国内近年文献所列正常腋下温度上限是37.4℃，口腔温度上限是37.7℃，直肠温度上限是37.9℃；② 大多数正常腋温要低于口腔和直肠，口腔温度要低于直肠；但这只是一般规律，并不适用于所有人。所以，如遇原因不明的长期低热者，第一步应对照测其直肠温度，以排除正常高腋温或正常高口腔温度的可能。因直肠温度较少受外界因素的影响，故只有直肠温度才真正反映人体的温度；③ 关于长期低热，作者认为测腋温方便易行，大多数人正常腋温为36~37.4℃，仅少数人可达37.7℃。低热范围应为37.5~37.9℃，然而要把低热和长期低热区别开来。有的人日常体温在37℃以下，体温达37℃即感不适，就是低热。如长期体温在37.5~37.9℃之间，找不到发热的其它病理表现，那也是正常体温。遇到体温37.5℃以上者，应先了解既往常温，并测直肠温度加以订正，参照有关检查结果，判定是否为长期低热。长期低热者功能性虽占半数以上，但诊断要特别慎重。鉴别长期低热的病因要从收集病史和全面检查入手，可以画表分析热型，注意晨晚温差。必要时作颅通定等药物试验，以区分功能性或器质性低热。

热型分析及药物试验对原因不明的低热鉴别诊断价值的探讨〔王基林等：中华内科杂志19（1）55，1980〕 作者对124例低热病人的热型及对某些药物的反应进行了探讨。本组女106，男18；22~48岁，其中

26~40岁者占79.6%。病程3个月至18年，平均5.2年。体温波动在37.5~38℃之间。本组①感染性低热：59例，其中以肝炎和结核病多见，分别为14和24例。其体温日差显著，多随感染程度上下波动。对延胡索乙素、颅通定不敏感；②非感染性低热：65例，其中功能性低热26例、感染后或手术后19例。此类患者多有植物神经功能紊乱的症状，阳性体征少。服延胡索乙素或颅通定多可退热。腋窝、口腔、直肠温度反常现象常见。

作者体会，长期原因不明的低热病人，记录并画出体温曲线有助于诊断。若每日测温4次，日温差超过1.2℃者则器质性疾病可能性较大。非感染性低热热型早晚温差一般在0.5℃以内，且热型单调规则。延胡索乙素、颅通定对鉴别功能性低热的确切价值尚须更多病例验证。上述药物试验未发现明显副作用。腋窝、口腔、直肠体温出现的反常现象以非感染性低热者最多见。体温反常现象相差悬殊者（腋窝≥直肠温度）对诊断功能性低热意义较大。把热型、对药物反应及不同部位出现的体温反常现象密切结合起来，参照临床加以判断才是诊断低热的正确方法。

558例原因不明长期低热的最后诊断和误诊原因〔金振宇：煤矿医学（1）23，1981〕 作者将长期低热（一月以上者）558例的病因及误诊原因进行了分析。男484例，女74例。年龄14~53岁，其中20~30岁者311例，31~40岁164例。体温均在37.5~37.9℃之间。558例中逐渐确诊者422例，最终原因不明者79例。最后诊断：无黄疸型肝炎67例，结核病55例，功能性低热53例，胆系感染38例，慢性肾盂肾炎35例，矿工热

34例,风湿热31例,甲亢22例,传染性单核细胞增多症19例,前列腺炎10例,扁桃体炎8例,牙周感染5例,慢性阑尾炎5例,副鼻窦炎3例,多发性毛囊感染2例,前列腺脓肿2例,肾周围脓肿、阿米巴肝脓肿、伤寒各1例,经前期体温升高3例,妊娠低热3例,药物热2例,正常高腋温22例,其它57例。经分析认为,长期低热未能及时确诊的根本原因,在于问病史、体检等基本功夫方面的疏忽,以及与病程长、病情缓和,而对病人重视不够及缺乏高度的责任心有关。

铜川宜古铁路地区六年内发热待查的 断分析〔钟志宝:铁道医学(2)72,1981〕

作者对铜川宜古铁路地区6年中,门诊以“发热待查”收住院病人76例进行分析。其中男48例,女28例。确诊后的病种:①呼吸系(包括上感、扁桃体炎、气管炎、肺炎)疾病58例,占76.31%。以上感最多见(44例);②传染病10例,占13.15%。其中疟疾4例,菌痢4例,肝炎1例,麻疹1例;③消化系(消化不良、肠炎、腹泻)共3例;④胶原性疾病4例;⑤淋巴结炎1例。

药物热〔纪树国:中级医刊(5)54,1982〕 药物热占临床发热原因的2.5%~10%。几乎任何药物均可引起发热,较常见的有磺胺、抗生素、苯巴比妥盐等。药物热的发病机理及分类:①药液不纯,用药后发热。如输液反应;②药物治疗造成病变组织或病原体大量破坏致发热;③药物影响体热的散失或使出汗减少而发热。如大量用阿托品类;④先天性代谢缺陷(酶)对某些食物或药物特殊敏感而发热。如伯氨喹啉引起的发热及溶血;⑤最常见、最重要的药物热是即刻或迟发型变态反应,此时多伴有其它过敏现象。药物热多发生在用药后的7~10天,长短不定。临床热型及表现不一。故应详询用药史及提高警惕性才能及时确诊。药物热的预防主要是合理用药,反对多、杂、乱。药物热的治疗为停用一切可疑药物及对

症处理、支持疗法。可用维生素丙,足量液体以促药物排泄。可用激素(氢化考的松或氟美松)。经上述处理多数可痊愈。

超高热4例报告及文献复习〔刘文钦:实用内科杂志2(2)81,1982〕 超高热(极高热或过高热)是指体温在41℃以上。临床虽少见,但属急症之一。国内未见专题报道。有人设想下视丘有一调定点,将体温严格控制在41℃以下的水平。Dubois复习1,761例严重感染,超高热占5%;McCarthy氏报告8年内21万例小儿急诊,超高热100例,占0.048%;Simon氏5年内遇到28例。作者报告4例。男3,女1。除例1女,2岁外,余3例均为青壮年。例1系急性菌痢,体温42℃。例2为泌尿系感染,体温41.1℃。经物理降温、输液、抗生素等治疗后体温下降。例3、4均诊断为急性扁桃体炎,入院后给予5%葡萄糖盐水等静滴,当输入50~100毫升时,均突然寒战,体温分别达41℃和42℃,乃输液反应。立即停止输液,物理降温。例3肌注异丙嗪50毫克及地塞米松5毫克,但血压降为80/60,体温增至42℃,经抗休克等治疗无效死亡。例4口服安乃近0.5克,肌注苯海拉明20毫克,15分钟后体温虽降至38.7℃,但血压为70/50,经抗休克治疗等病愈出院。

本症常见原因是严重感染,Simon氏报告28例中,感染占20例;其次是体温调节功能衰竭。原因可为产热过多(如甲状腺危象,氟烷等麻醉药物所致恶性热等),散热障碍(如中暑,烧伤,脱水,阿托品中毒等),下视丘功能紊乱(如颅内出血,脑炎等)。其对机体的危害:①中枢神经系统:高热时血脑屏障通透性增加,某些有害物质可进入中枢神经系统,直接引起脑损害。同时可引起脑血流加速,导致颅内压增高。Rosomff证明,体温每升高1℃,耗氧量增加5.7%,脑脊液压力增加5.5%。有人认为体温升至41.6℃时,可直接损害中枢神经

系统；②心血管系统：可引起或加重休克和心律失常，如体温持续 42℃ 可致心衰而死亡；③呼吸系统：可致呼吸加快或衰竭；④其它：可致消化功能下降；尿量减少，尿素氮升高和蛋白尿；个别尚可发生 DIC。

预后取决于原发病的性质和处理是否及时得当。如能及时恰当治疗，多能度过极热期而不留后遗症；反之可死于心衰或脑水肿。Simon 28 例中死亡 2 例，作者报告 4 例中死亡 1 例，而麻醉药物所致的恶性热预后多严重，死亡率可达 60~70%。迅速将体温降至 38℃ 左右，这是治疗的关键。其措施包括：物理及药物降温，病因治疗和对症处理。

恶性高热〔郑铿：贵州医药（2）60，1981〕恶性高热(malignant hyperpyrexia, MH) 是使用麻醉药、麻醉辅助药后体温进行性上升，并常伴有全身骨骼肌强直之综合征。死亡率为 55~70%。

病因及发病机制：尚未完全明了，多数人认为与下列因素有关：①遗传因素：MH 病例中 40% 以上有家族史。遗传异常主要表现为普通染色体穿透力减弱，有多变现象，常伴以显性或隐性先天性肌病。这些肌病的特点为血清中肌酸磷酸激酶（CPK）升高；②肌浆网 Ca^{++} 代谢异常：麻醉药引起 Ca^{++} 从肌浆网释放，使肌肉呈现强直性收缩状态，并激活 CPK 及肌浆球蛋白三磷酸腺苷酶，最后导致线粒体氧化磷酸化的解离。此过程可加快肌细胞代谢，释放大热量，体温迅速上升；③环磷酸腺苷的代谢障碍；④原发性神经系统疾病伴肌肉退行性变；⑤丘脑下部体温调节中枢功能障碍等。

临床表现：可发生于刚用司可林后或麻醉过程中，亦可发生于麻醉后。临床可分为：强直型和非强直型。常见症状有：①骨骼肌强直，严重者常出现肌纤维颤动，非强直型者不发生肌肉强直；②早期非特异性症状：心动过速、呼吸快、人工呼吸时阻力增

加、出汗等；③体温迅速升高，每 15 分钟上升 0.5℃ 以上；④严重酸中毒及高钾血症；⑤晚期出现急性左心衰竭、DIC、急性肾功能衰竭等。

生化检查：①血清 CPK、乳酸脱氢酶、谷草转氨酶等升高；②血清磷酸盐和血钾升高；血钙中期开始下降；③血液 pH 值明显下降，动脉血二氧化碳分压上升而氧分压降低；④肌红蛋白尿：肉眼下尿呈红葡萄酒色；⑤晚期有消耗性凝血障碍等。

诊断：在诱导麻醉、麻醉中或麻醉后，如出现骨骼肌强直、原因不明心动过速、呼吸增快、呼吸囊阻力增加、发绀、出汗多、钠石灰明显变色、钠石灰罐过热，加之体温每 15 分钟上升 0.5℃，即可诊断为强直型 MH。

如果麻醉中有不能用其他原因解释的每 15 分钟 0.5℃、每小时 2℃ 以上的体温升高，则应考虑到发生非强直型 MH。

治疗：立即中止麻醉。尽快终止手术。尽早进行降温，将体温控制在 38℃，不可过低。用纯氧进行过度换气，维持人工呼吸。

药物治疗：①镇静用氟哌啶醇 2.5 毫克静注；②纠正代谢性酸中毒；③肌强直时可在心电图监护下静滴普鲁卡因酰胺 0.5~1.0 毫克/公斤/分，直至心动过速等获改善；④纠正电解质紊乱，特别是高钾；⑤大量输液或利尿以防治肌红蛋白尿；⑥对症处理。

达原饮在治疗病毒性感染性发热中的运用

〔杨素珍：中医杂志 22（5）33，1981〕作者用达原饮治疗病毒性感染性发热 16 例。男女各 8 例。年龄 > 14 岁。全部患者均作有关化验检查，排除细菌性感染、胶原病与变态反应、肿瘤、血液病和药物反应等引起的发热。辨证属湿热郁遏。槟榔、白芍各 20 克，知母、黄芩各 15 克，厚朴 10 克，草果 9 克，甘草 3 克。根据邪传部位再加引经药，少阳加柴胡，太阳加羌活，阳明加葛根，若邪入里加大黄。每日 2 剂，每剂煎 300 毫升，每 6

小时服 150 毫升。结果 16 例全部治愈，多数服药 4~6 剂后热退，2 例 6 天热退，脾脏、肝脏随体温下降回缩至正常。淋巴结缩小或消失。舌无苔者或舌苔白燥或黄燥者禁用。

双草汤治疗急性感染性疾病 296 例临床观察〔祝恒顺等：江苏中医杂志（6）19，1981〕作者单用“双草汤”治疗流感、急性扁桃体炎、急性泌尿道感染、流行性腮腺炎等急性感染性高热 296 例。其中男 112 例，女 184 例。年龄 2~90 岁。体温 39~41℃者 291 例。方为：鸭跖草、马鞭草各 30 克，威灵仙 20 克，青蒿、羌活各 10 克，板蓝根 12~15 克，柴胡 9 克。咽痛加桔梗 10 克，急性泌尿道感染高热加白茅根 30 克，血尿重加大、小蓟各 12 克或丹皮、山梔炭各 9 克，日一剂水煎服。儿童剂量减半。一般服两剂，少数服 1~3 剂，个别伤寒患者服 5 剂，均逐渐降温。出汗较少，发热伴有明显寒战者效果差。

中药治疗发热 532 例临床分析〔欧阳忠兴：湖北中医杂志（4）21，1982〕作者从 1966 年 9 月~1981 年 3 月治疗以发热为主的内科住院病人 532 例，其中男 256 例，女 276 例。16~84 岁，20~49 岁占 59%。内伤发热 45 例，外感发热 487 例。内伤发热者西医均诊断为长期低热，属感染性低热者 11 例、属非感染性低热者 19 例，原因不明者 15 例。外感发热西医诊断为上呼吸道感染者 312 例，大叶性肺炎 78 例，慢支并感染 34 例，急性扁桃体炎 57 例，伤寒 6 例。内伤发热中 17 例用青蒿鳖甲汤，6 例用黄芪鳖甲汤，4 例用清骨散，7 例用补中益气汤，6 例用丹栀逍遥散。外感发热中有 230 例用银翘散，45 例用桑菊饮，51 例用九味羌活汤，42 例用五味消毒饮，18 例用桑杏汤，18 例用香薷饮，15 例用普济消毒饮。全组均在不同时间内热退而愈。

110 例黄羊角退热疗效观察〔包头第二医院：包头医药（1）19，1981〕作者对

12 种疾病、110 例以发热为主的病人，采用黄羊角Ⅲ号口服治疗。其中男 64 例，女 46 例，14 岁以下者为 82 例，成人 28 例。一律采用呼市中药厂生产之黄羊角制剂，各剂型均以含生药量计，成人 15 克，小儿酌减，服 3 次。结果：12 小时内体温降至正常者 72 例，占 65.5%，48 小时内体温降至正常者 87 例，占 79.1%。显效（用药后 8 小时内体温降 1.0℃以上者）45 例，占 40.9%；有效（用药后 8 小时内体温降 1.0~0.5℃以上或 48 小时内降至正常者）42 例，占 38.2%；无效 23 例，占 20.9%。通过观察认为黄羊角制剂对退热有较好效果，对“病毒感染”所致发热优于其它病原体所致，与羚羊角功能相仿。

丹栀逍遥汤治疗功能性低热 45 例〔刘英年：中西医结合杂志 2（2）87，1982〕作者用疏肝、养血、清热之丹栀逍遥散化裁，治疗功能性低热 45 例，全部治愈。方为：柴胡、当归、白芍、白术、云苓、栀子各 15 克，薄荷、生姜、丹皮各 10 克，丹参 30 克，炙草 5 克。服 10 多剂至 90 剂。

竹叶石膏汤治疗低热 17 例〔王彦彬：人民军医（3）60，1981〕本组病例均系原发病基本治愈后，体温持续在 37.2℃~37.6℃，继续用抗生素无效的低热患者。17 例中 16 例热程在 30 天以内，1 例 1 年。经用竹叶石膏汤治疗，16 例痊愈，1 例无效。服药 2~15 剂，平均 5 剂退热。方为：竹叶、生石膏、半夏、党参、麦冬、山药、甘草。若挟湿，困乏无力、纳呆、口干不渴、便溏、苔白腻者，加薏仁，薏仁，杏仁，滑石；若挟痰、肺热明显者，加枇杷叶，前胡，白前，黄芩。

流行性感冒与感冒

一起伴有流行性出血热早期临床症状的流行性感冒流行的调查报告〔沈阳卫生防疫站：中华预防医学杂志 14（1）46，1980〕

1975 年末，沈阳市郊某生产队在 1 个月内有

109例病人，临床除发热、头痛、全身痠痛、倦怠、食欲差外，其中14例并有“三红”

（脸、眼、颈胸部发红）、“三痛”（头、腰、眼眶痛）；11例于两腋下、胸背或咽及软腭上可见散在点状或索条状出血；11例尿蛋白（+）～（+++），部分并有红、白细胞及颗粒管型；血常规及血小板均正常。经咽漱液病原学和血清学检查，证实为甲型流感病毒。

流感并发肌病〔郑德联等：江苏医药（6）29，1981〕 流感患者常有肌病，波及腿、背和颈部。病初肌病发生率30～50%。常发于呼吸道症状之前或同时，为暂时性，呈良性经过，随呼吸道症状缓解而消失。目前认为流感于病程后期可发生急性肌炎，或引起横纹肌溶解而呈肌红蛋白尿甚至急性肾功衰竭。流感并发肌病是流感病毒累及呼吸道外组织的一种特殊类型。其病原包括流感A₁，A₂，B，副流感1、2。发生机理未完全明了，可能与：①病毒直接侵袭肌肉，使之变性、坏死；②病毒引起免疫反应；③血循环毒素引起；④机体敏感性有关。临床特点为起病5～7天出现明显下肢肌痛。腓肠肌、足底肌对称性疼痛，常致行走困难，步态蹒跚，跛行等。卧位喜屈膝曲位以减轻疼痛，足背屈时痛加重。少数有寒颤及高热，意识模糊。疼痛肌肉肿胀，有明显压痛，腓静脉区可扪及条索状静脉，肌痛消失后硬索感消失。神经系统检查正常。横纹肌溶解致肌红蛋白尿者，可在流感早期即有进行性全身肌痛，也可发病数日后突然肌痛，肌肉软弱，尿呈深棕色，潜血试验阳性等。病程一般1～5天，个别达7周。

实验室检查：血清总CPK升高，大多数升至10倍以上；CPK₂升高（因足底肌含量高）。CPK/SGOT常大于1。SGOT升高，血清总LDH升高。白细胞正常或偏低，但肌红蛋白尿时可升高，核左移。伴急性肾功衰竭时，尿素氮、肌酐常显著升

高。免疫荧光抗体法诊断流感B感染阳性率97.5%。肌电图正常或有肌病的改变。病理学示有肌纤维坏死、溶解、变性，但不伴炎症反应。电镜下肌纤维结构破坏，线粒体肿胀，肌纤维断裂。病理符合节段性非炎症性肌病。

诊断与鉴别诊断：流感后肌痛显著，尤以双腓肠肌痛伴压痛者应考虑本病，若血清酶升高，尿异常，有病毒学、血清学改变可确诊。而多发性肌炎起病慢，近端肌肉受累，无压痛，常伴皮肤受损；皮炎起病缓但有皮肤损害，无呼吸道症状；格林-巴利综合征常有肌软弱，易累及近端肌群，有感觉分离，脑脊液蛋白高。

治疗：①按流感常规护理治疗。注意尿色及血清酶变化，尿肌红蛋白阳性者应及早输液；②预防和治疗急性肾功衰竭。若有肌红蛋白尿、尿少、肾功损害者，除应及早输液，补充血容量外，尚应给速尿或甘露醇利尿，氮质血症、高钾血症者可行腹膜或血液透析。本病1周内可缓解且无后遗症。

感冒、流感所致心肌损害〔李聚善等：人民军医（12）30，1981〕 本组50例中感冒39例，系散发；流感11例。男45，女5。18～47岁。既往无心脏病史。临床能除外其它心脏病。发病3天内入院38例，4～7天12例。49例发热（37.5～39.5℃），血沉均正常，白细胞超过10,000者12例。13例有心脏异常体征，其中2例45岁以上，既往心电图正常，发病后有心慌、气急、左心衰竭，脉搏频细速弱，心音低钝、双肺底细小水泡音，用西地兰后纠正；11例年龄在18～26岁，既往数次体检心脏正常，病后出现无其它原因可解释的心动过速5例，窦性心动过缓3例，3例频发早搏。全组心电图检查每周一次，连续4次；不正常者10例，占20%。

综上所述，50例感冒或流感后，出现无其它原因可解释的窦性心动过速占10%，窦

性心动过缓占6%，房性或室性心律失常、传导阻滞等占22%，ST-T改变者占12%，心衰占4%。

新甲₁型流行性感 95例心电图观察

〔宋维义等：中华心血管病杂志9（2），108，1981〕 作者对95例新甲₁型流感患者的心电图进行了观察，发现以ST-T改变最常见，共25例；窦速15例；窦缓9例；房早、室早各1例；不完全右束支阻滞2例；左室高电压3例；低电压2例。心电图改变多开始于起病4天以内，多于2周内复常。ST-T改变以胸导和标导多见，无广泛改变者。

本文95例中，有心电图改变者占46.3%，虽然改变大多为非特异性，但其中某些可能系心肌炎引起。本文提示流感并发局灶性心肌炎较常见，且多无明显临床症状。作者认为对流感患者应注意心脏并发症，最好常规进行心电图检查。

病毒唑滴鼻加含片治疗流感临床疗效观察〔康淑卿等：中华医学杂志60（4）236，1980〕 1977年7～8月在北京用病毒唑治疗270例流感。病毒唑采用滴鼻（5毫克/毫升）和含片（2毫克/片）给药，每2～3小时1次。采用吗啉胍（ABOB）、解热药加抗生素、中药治疗三组对照。结果说明病毒唑与对照组相比疗效差别显著（ $P < 0.001$ ）。发病后第一天即用病毒唑治疗者有71～73%病人在开始治疗后24小时内体温正常，48小时内体温正常者达97～100%。在发病后2～6天开始治疗，仍有显著的治疗作用，约有85%的病人于治疗后24小时内体温正常。治疗组未发现任何药物毒性。

鼻腔局部应用色甘酸二钠防治普通感冒的初步报告〔吴文漪等：中华内科杂志22（2）74，1981〕 作者于1978年用1%色甘酸二钠（色甘）水溶液滴鼻治疗普通感冒急性卡他期40例。1979年又分别采用色甘滴鼻、感冒冲剂内服以及吗啉胍加扑热息痛内

服对比治疗感冒卡他期120例（随机分组，每组40例）。结果表明色甘疗效较其他两种通用疗法为佳。

色甘的疗效表现为：①抑制鼻粘膜卡他，显著减少浆液渗出。80例患者全部显效。1978年40例平均治疗2.45天卡他症状消失，1979年40例平均1.75天卡他症状消失。发病早期滴用色甘可完全控制鼻涕。两对照组的疗效均不显著，冲剂组卡他期平均4.52天，吗啉胍组4.95天；②改善全身症状。1978年和1979年用色甘治疗平均1.64天和1.37天症状消失。对照组平均4天以上症状消失；③缩短病程、防止续发感染，避免炎症下延。1978年用色甘治疗平均2.45天痊愈，1979年由于早期用药为1.75天治愈。两对照组病程均在5天以上；④在感冒流行时或接触感冒患者后及时滴用色甘可以有效地预防发病。色甘滴鼻未见副作用。

感冒“酸硷疗法”的初步探讨〔魏鉴明等：药学通报16（4）57，1981〕 作者用5～6%小苏打液（pH8.5）或5～6%食醋（pH3）液滴鼻防治感冒，预防者日滴2次，治疗者日滴6次，观察186例感冒疗效，有效率为92～97%。因为在上述pH情况下足以控制所有感冒病毒的生长。

芦黄冲剂防治感冒6,991例效果良好〔张仕国：人民军医（11）30，1981〕 芦竹根、刺黄柏、鱼腥草、板蓝根、夏枯草各20斤，贯众、紫苏各10斤，制成冲剂600袋。①常规服药组：每10天服药2天，日2次，每次1袋，开水冲服，连续服药观察2～3个月；②抓时机服药组：选择气温下降前或下降初期、流感流行期、强度作业前服药。日2次，连服2天，观察10～15天的感冒发病情况；③治疗组：日服3次，每次1袋，儿童酌减。

疗效：①预防感冒：抓时机组发病率分别为8.2%和1.9%，而同期对照组发病率为21.36%和11.22%；常规服药组发病率分别

为15%、8.33%和5.7%，而对照组则分别为33%、24.65%和16.9%；②预防流感：服药组半月内发病率14.5%，而对照组发病率为31.7%。经统计学处理，与对照组有非常显著差异；③治疗感冒：共治748例，有效（服药后48小时内症状、体征消失9成以上，治疗前和治疗中不用其它药物）628例，有效率为83.96%；体温38℃以上，服药后48小时内降为正常者占83.93%；另用本剂治疗69例，同期用复方阿斯匹林治疗63例比较疗效，结果本剂有效58例，占84.1%，而复方阿斯匹林有效44例，占69.8%，经统计学处理有显著差异。作者将感冒分为风寒型与风热型。用本剂治疗风寒型159例，有效141例，占88.68%；风热型40例，有效38例，占95%。

白花败酱治疗流行性感 401 例效果观察〔宜春地区协作组：中级医刊（3）39，1981〕 1976年作者用败酱科败酱属植物白花败酱，治疗感冒和流感2,633例，有效率82.2%。1977年在流感疫区用该药治疗流感401例，并以78例用吗啉胍治疗为对照。6例病毒分离全部阳性，经鉴定为甲₁型流感病毒。两组主要症状经统计处理无明显差异。白花败酱组有效率为86.5%，吗啉胍组为25.6%， $P<0.01$ ，有非常显著差异；对发热、畏寒、鼻塞、头痛、头昏、全身痠痛等主要症状生效率，白花败酱组均在89%以上，与吗啉胍组差异显著， $P<0.01$ 。治疗中未见明显副作用。治法为白花败酱冲剂，1包日服3次，连服2天；或白花败酱针剂，1支（2毫升，含生药8克）肌注，日2次，连用2天。用白花败酱提取物对赣科75-2、77-14两株流感病毒进行抑毒试验，在鸡胚内能抑制20ELD₅₀的感染，结果有可重复性。文内附有白花败酱冲剂及针剂制法介绍。

芒果叶冲剂治疗“流感” 378 例〔沈时霖等，上海中医药杂志（12）21，1982〕

作者用芒果叶提取芒果甙后的母液制成冲剂，选有典型“流感”临床表现，并在24小时内未用其他药物者为治疗对象。共治疗378例，其中成人组260例、儿童组118例。儿童对照组35例，按西药综合治疗。每次1~2包，日3次，开水冲服。结果成人组总有效率81.54%；儿童组总有效率87.29%；儿童对照组总有效率45.7%。经统计学处理有显著差异（ $P<0.01$ ）。作者体会该冲剂对“流感”有很好的防治作用。退热快，无副作用。唯有涩口、恶心等反应，饭后服用即可避免。

桉叶汤、感冒汤治疗感冒及流感〔肖忠思：人民军医（11）72，1980〕 桉叶汤：桉叶25克，一枝黄花15克，野菊花10克（均以干品计）。日1剂两煎，分2次服。治疗感冒400例，有效率92.5%，其中1剂治愈率28%，2剂治愈者81.2%，3剂89%。治疗流感13例，除2例因恶心、呕吐改用它药治疗外，余11例均服2~3剂痊愈。预防流感：服药组50人，日服1剂，共2剂，1周内发病2人，占4%；对照组50人发病11例，占22%。本方味苦，微涩，少数服后有轻度头晕或恶心。

感冒汤：鱼腥草20克，紫苏15克，车前草10克（以干品计）。紫苏用叶和梗入药，另两味用全草，日1剂两煎，2次分服。共治感冒200例，总有效率97.5%，1剂治愈率34%，2剂治愈率79.5%，3剂达90.5%。对鼻塞、流涕，咽痒痛，乏力，发热的风寒感冒疗效最好，而对高热患者疗效不及桉叶汤。

“风热合剂”治疗风热感冒 100 例〔陈汝兴等：上海中医药杂志（10）7，1982〕 100例中男54，女46；14~67岁，以青壮年多。“风热合剂”系黄芩、柴胡、羌活各20克，板蓝根、蒲公英各60克，生甘草10克；制成200毫升，每次服50毫升，日3~4次。服药后24小时临床表现基本消失者为有效，

计38例；达不到上述标准者为无效，共12例。平均退热天数为1.5天，比银翘散快，疗效比单纯用西药治疗效果。病重者药量每次加至70毫升，效果则更好。

青紫解毒汤治愈病毒性上感86例〔牟敬周：河南中医学院学报（3）40，1980〕作者自拟青紫解毒汤治疗病毒性上感86例，全部治愈。青紫解毒汤水煎内服，成人早晚各1次，小儿少量多次昼夜分服为好。药物：大青叶、紫草两味等量，成人60克，小儿30克。先用温水浸泡30~60分钟，文火煎沸3~5分钟后即可，煎时过长、药效降低。

雾化双花、贯众提取液预防感冒效果观察〔沈阳某师防疫所：人民军医（1）33，1981〕作者用双花、贯众提取液雾化法预防感冒。即贯众、双花用3次浸泡煎熬浓缩，500克干药浓缩成300克药液，应用时按2:1比例混合后加水2~3倍稀释。用药组每周集中喷药3次。平均每立方米房间喷原药液2毫升。用医用气雾枪均匀喷在约1.7米高处空间；人员在屋内停留10分钟方可离开。对照组不用药，每天巡视。经2月余观察，用药组225人中发生感冒26人次，占11.5%，对照组228人感冒58人次，占25.4%，相差非常显著。用药组比对照组感冒发病率减少54.7%，且发病者临床症状少而轻，病程亦短。

胎盘组织液大椎穴注射防治感冒初步报告〔刘桂春：北医学报12（3）219，1980〕作者用胎盘组织液4毫升，大椎穴位注射（45°斜向下刺入约3厘米），感冒者日注1次，共2~3次；预防感冒者每周注1次，10次后改为每月注1次，连用3~6月，或在8~9月份进行防治性注射。据400例统计，急症33例中体温于4~12小时内降至正常者占75.8%，体温降至38℃以下及仍维持38℃以上者各占12.1%。214例近期观察，注后第1、2天症状即减轻者占

84.1%，第3天减轻者占15.9%。不定期注射者156例，随访6个月~5年，未发病者119例，重度发病（发热、休息）者仅2例，55例有轻微发病。证明胎盘组织液大椎穴注射对部分病例有较长时间的预防感冒的效果。除个别病人感口鼻发干外，无明显副作用。

贯众合剂预防流行性感的效果观察〔崔君兆等：中西医结合杂志2（2）126，1982〕1975~1977年，作者在不同时间和地点进行了三次预防流感的实验观察，对服药组2,195人与未服药组2,291人作了比较，在同样暴露于流感病毒甲₁型或乙型的条件下，两组发病率之比为10:30，保护率达66.6%，差异非常显著， $P<0.01$ 。证明贯众合剂确有预防效果。所用药物乃广西昭平所产之贯众、银花藤、路边菊（菊科植物，又名边菊或马兰）和山芝麻（梧桐科植物山芝麻，*Helicteres angustifolia* L）全草制成复方片剂，每片含上述生药各2.32克，日服1~2次，3天为1预防程，成人每次4~6片。

一服散加味治疗感冒后遗咳嗽34例〔姜玉杰：人民军医（2）39，1982〕一服散系古方，主治“天行嗽”。作者用其加味治疗感冒后遗咳嗽34例，痊愈29例，好转5例。3~6剂痊愈21例，7~10剂痊愈6例，余2例服12剂以上。原方为“大半夏三个，杏仁七个，乌梅二个，生姜十片，紫苏十叶，阿胶、甘草各一钱”。作者改为：紫苏6~10克，杏仁、乌梅、阿胶（冲服）各10~12克，罂粟壳9~12克，半夏6~9克，甘草3~6克，生姜3克。干咳费力，咽干痛，舌尖边红，苔薄黄干，脉弦数加炒山梔9~12克，代赭石10~15克，北沙参、川贝母各12~15克，麦冬10~12克，大便干加生大黄3~5克，萎仁10~12克；痰中带血加白薇10~12克，生藕节12~15克，茜草炭9~12克；咳嗽、痰黄、低热盗汗、苔干少津脉细数加淡竹叶6~9克，生石膏10~

15克,桑白皮、地骨皮、北沙参各12~15克;频咳、痰粘喉痒加生地龙、陈皮各9~12克,海蛤壳及炙杷叶各12~15克;久咳伤气,气短,动则汗出,痰多稀薄,舌质淡嫩苔薄白腻,脉虚弱加太子参、黄芪、茯苓各12~15克,炒白术12克。

感冒患者的细胞免疫状态及黄芪对这一状态的影响〔胡裕文等:流行病学杂志1(2)80,1980〕57例普通感冒急性期和恢复期周围血淋巴细胞对PHA的反应性检查表明,急性期淋巴细胞转化反应明显降低。其中24例日服黄芪冲剂16克,至恢复期淋转水平已恢复至正常人水平,而未服冲剂之对照组仍明显低于正常人。临床分析表明,黄芪组症状消失快,病程缩短,与淋转反应的恢复相一致。未见黄芪的毒副作用。

益气药黄芪的研究 I.黄芪对小白鼠I型副流感病毒(仙台)感染的影响及在人群中对感冒的防治作用〔侯云德:中医杂志(1)71,1980〕作者的28次实验证明,黄芪对小白鼠I型副流感病毒感染有轻度保护作用。540名感冒易感者单服黄芪,平均减少感冒发病人次2.7倍,并缩短病程。1,281例主要为易感者用黄芪加干扰素预防感冒,效果比单用干扰素好;黄芪与干扰素伍用对流感也有一定预防作用。

《流感煎剂》在鸡胚内抗流感病毒的试验〔邵惠训:北京医学2(4)255,1980〕北京友谊医院报道流感煎剂治疗流感病人效果良好。本文用流感煎剂及大青叶煎剂在鸡胚内作抗流感病毒试验。结果证明,这两种煎剂均有明显的抗病毒作用,且很可能是因该药含有鞣酸或其他有机酸之故;试验发现这两种煎剂抗流感病毒作用是不完全的,尚有部分病毒颗粒未被抑制。流感煎剂系由大青叶、生石膏各30克,黄芩、杏仁各12克,柴胡、前胡、桂枝各10克组成;大青叶煎剂只含一味大青叶。

病毒性肝炎

全国病毒性肝炎流行病学工作会议〔龚爱宝:医学研究通讯(1)12,1982〕全国第七次病毒性肝炎专题会于1981年10月在烟台召开。肝炎占我国传染病的第三位,现有乙型肝炎抗原携带者1亿多人,年患病率27,771.4/10万,年发病率954.1/10万。一年来防治科研工作有所进展。乙型肝炎疫苗虽已研制成功,但产量远不能满足需要。甲型肝炎病人早期抗-HAV活性主要是IgM抗体,用固相放射免疫测验(IgM-SPRIA)和酶联免疫测验(IgM-ELISA)最理想,不但有助于早期诊断,且可鉴别甲、乙与非甲非乙型肝炎的型别。上一医等已证明其敏感性和特异性。会议认为,阻断母婴的乙型肝炎传播是降低我国发病率的关键之一。总之,病毒性肝炎是一个很大的社会问题,应高度重视。

肝炎的某些新进展〔黄大有:北医学报13(1)72和(2)147,1981〕病毒性肝炎包括:甲型、乙型和非甲非乙型三种。1965年所发现的“澳大利亚抗原”即乙型肝炎(乙肝)抗原,其名称甚多,1975年WHO将其统一命名为“乙型肝炎病毒(HBV)”,并根据抗原结构部分的不同,分别称为“乙型肝炎表面抗原(HBs-Ag)”、“乙型肝炎核心抗原(HBcAg)”,受染者所产生的相应抗体分别称为“HBs-Ab”和“HBcAb”。此外尚发现一个新的相关抗原与抗体,即“HBeAg”与“HBe-Ab”。近年研究证明HBeAg并非HBs-Ag蛋白质的一个组成部分,有认为它可能是核心抗原的一个亚单位。人体血清中出现上述任一抗体,仅说明受过相应抗原的感染,而不说明抗原的感染活动状态。若血清中HBsAg及HBeAg均为阳性,则该血中可能有较多的Dane氏颗粒。就慢性肝炎病人而言,此种情况说明感染仍处于活动