

流行性出血热中医防治研究

主编：乔富渠

编写：李佩珍 阎晓芹

薛 涛 胡元奎

陕西科学技术出版社

流行性出血热中医防治研究

主编：乔富果

编写：李佩珍 阎晓萍

薛涛 胡元奎

陕西科学技术出版社出版发行

（西安北大街131号）

新华书店经销 彬县印刷厂印刷

787×1092毫米 32开本 3.5印张 7.2万字

1991年12月第1版 1991年12月第1次印刷

印数：1—1,500

ISBN 7-5369-0944-6/R·273

定 价：1.00元

80

前 言

流行性出血热又名肾综合征出血热（简称出血热），中医现定名为“肾性疫斑热”是严重危害我国广大疫区人民健康的急性传染病，陕西是出血热的老疫区（始于1955年）与高发省份，主要为病死率很高的野鼠型，多年来在中医中药防治方面积累了宝贵经验，并获得省级科研成果，一些题目还被选为卫生部研究课题。《流行性出血热中医防治研究》一书，则是由我省5位从事出血热防治达15年以上的有丰富经验的同志共同撰写的。本书在汇集全国各地经验的同时，突出地反映了陕西的经验与学术观点，是目前国内理论联系实际颇有特色与实用性较强的专著。

本书主要内容依次有：出血热的早期诊断与鉴别诊断、出血热中医病名、病因、病理、基本治法探讨及各期具体治疗方法与用药、特殊并发症治疗、护理、预防及中药针剂介绍，并将中药治疗出血热临床研究规范与西医基本治疗方案列为附录。

编 著 者

1990年10月陕西省中医药研究院

目 录

一、怎样早期发现出血热·····	(1)
二、病名、病因与病机·····	(5)
三、中医治法探讨·····	(21)
四、发热期治疗·····	(30)
五、低血压休克期治疗·····	(44)
六、少尿期治疗·····	(50)
七、多尿期治疗·····	(59)
八、恢复期的治疗·····	(66)
九、特殊并发症的治疗·····	(73)
十、各期中医护理·····	(78)
十一、预 防·····	(82)
十二、中药针剂的应用简介·····	(85)
附录一：中药治疗流行性出血热的临床研究	
治疗原则·····	(91)
附录二：西医治疗方案·····	(101)

一、怎样早期发现出血热

流行性出血热又名肾综合征出血热，简称出血热，临床突出表现以病初有较重的全身感染中毒症状即毒血症（突出症状为发热），随后发生出血倾向及肾功能障碍，此相继之“三大主症”为诊断本病的有力依据。出血热起病急骤，病情凶险，复杂多变，病死率高，对其早期正确的诊断，则是防治本病成败的关键。现将出血热的早期诊断与鉴别诊断的要点分述于下：

（一）出血热早期诊断要点

1. 前驱症状：该期为2~4天，有类似感冒或轻度胃肠功能紊乱现象。病人表现萎靡不振，疲困无力，食欲减退，逐诉头痛（前额、眶、颞部），亦可畏寒微热。

2. 体温反应：其特点是：①寒热必见，骤起速升；②相对缓脉，热瘀（肿）并存；③短期（<8日）自退；热退病进。热程越长，热度越高，病情越重，以稽留与弛张热型为多。

3. 乏困疼痛：往往体温并不太高而异常疲困乏力，被迫卧床或坐车就诊，常见“五痛”（头、眶、腰、腹及全身酸痛）。往往头痛如劈，腰痛如折，腹痛如绞，眼眶胀痛，全身酸痛。

4. 外渗出血：①血浆外渗、充血表现为与体温不呈比例的“五红”：面、眼、咽、颈、上胸部一片鲜红，面红呈

“酒醉貌”，眼红如“兔眼”、“红樱桃”，颈红似戴“项圈”。水肿呈“四肿”（结膜、颜面、舌与四肢水肿）。②出血：依次软腭、结膜出血点、斑、皮肤（腋窝前后壁、胸背）呈针尖样出血点，可排列成“条索状”、“束丛状”，或“搔抓样”，注射部位瘀斑及其他出血表现。

5. 肾脏损害：发热早期即出现蛋白尿，其特点是：来得骤，增长速，易波动，热退重（热即将退时突然出现大量蛋白尿为本病突出特点），单纯性（尿蛋白很高，而尿细胞与管型相对较少），严重者可见“尿膜”。尿巨大细胞亦具早期诊断意义。尿素氮、肌酐、非蛋白氮等亦增高。等（低）比重尿亦示肾损。

6. 末梢血象：可出现白细胞、红细胞、血红素三高同血小板减低，并见异型淋巴细胞与粒细胞。发热至少尿期，白细胞逐增而血小板递减，且同病情成正相关。血沉增速不著。

7. 血清学检查：特异抗体IgM可于第1病日呈现阳性，3~12病日阳性率最高；其滴度3~6病日达高峰；IgG抗体1周内明显升高，7~14日达高峰。

8. 流行病学资料：流行地区与季节，2个月内同鼠类接触史与野外作业史，对早期发现病人有参考价值。野鼠型高发季节为冬初，家鼠型则为春末。

（二）小儿、老人与重症出血热特点

1. 小儿：①热型多不规则热度高；②消化道症状显著，以呕吐为主，肝功异常（主要为GPT升高）者多；③全身中毒症状轻；④“五红”征不全；⑤眼睑及面部浮肿者不多；⑥皮肤出血热发生率颇高；⑦少尿期短，肾损较轻；⑧多尿期很明显且为时较长；⑨消化道出血少，程度轻；⑩

危重症与并发症少，病程短，预后好。这可能与儿童肾组织等脏器细胞再生能力强有关。据西安统计，10岁以下发病者为总病例数的0.69%（23例/3340例），故小儿出血热的临床诊断宜慎，但近年似有增加趋势。

2. 老人：①临床表现不典型，高热者少，出血点少，腹泻多；②病情重，重与危重型多，低休期出现早，肾损严重；③并发症多，常见有肺部感染、肺水肿、急性呼吸窘迫综合征（ARDS）、中枢神经系统并发症（脑水肿、脑出血、脑疝）及消化道出血多。

3. 重症：①白细胞增高显著（3万以上）甚呈类似白血病反应；②大量蛋白尿（10%或更多）；③虚脱、显著出血与肾衰；④中腹部剧痛与肌卫；⑤眼前发黑、“雾”状与“飞蚊”“红视”症；⑥躯干侧与头部出血点、斑；⑦顽固性呃逆、恶呕；⑧“尿膜”的出现；⑨不同程度的意识障碍；⑩血小板过少（ <4 万）；⑪危重“三联征”：气急、心率快、腹臌胀；⑫日尿量少于100毫升。

（三）出血热早期鉴别诊断要目

出血热早期常须同感冒（含上感与流感）、斑疹伤寒（流行性与地方性）、钩体病、败血症、白血病、新疆出血热与登革热、毛细血管中毒症（过敏性紫斑）、急性肾炎与肾盂肾炎以及急腹症等相鉴别，以下仅述其要。

1. 感冒：出血热呈高度散发性，一户之内甚至一村很少同时有两个以上病人；感冒则呈多发，周围（家庭、学校、机关、部队）往往同时多人发病。感冒无出血热上述体温反应之特点，并且是热退病减，上呼吸道症状（鼻卡他儿）则较出血热显著；感冒无出血热之“五红”、“五

痛”、“四肿”与出血点等；血、尿检查多无明显异常。

2. 斑疹伤寒：近年北方一些省份本病甚多见，斑疹伤寒常见午后寒热如疟，头痛如劈，发病第4日开始胸、背、肩部可见多数鲜红压之褪色的斑疹，白细胞随病程的进展而逐渐减少，如应用四环素类药（含强力霉素、交沙霉素）、氯霉素、红霉素、利福平等，多于48~72小时内热退病愈。外斐氏反应阳性（OX19 $\geq$ 1:160）。

3. 钩端螺旋体病：高发季为夏秋，其有“寒热酸痛一身乏，眼红腿痛淋巴大”的突出特点，腓肠肌痛如刀割，白细胞起病时即呈低、中等度增多，而血小板正常，青霉素对其有特效，收效迅速，血清学（乳胶、补体结合、溶血等）检查可资鉴别。

4. 败血症：常见呼吸道、消化道、泌尿系、皮肤等有原发感染病灶，常表现“冷→热→汗”之“三部曲”，全身中毒症状严重，意识障碍，白细胞（ >2 万）尤其中性粒细胞显著增高并有中毒颗粒，呈进行性贫血，皮肤可见多种类型的皮疹，血培养阳性。

5. 新疆出血热与登革热：前者多见于3~6月，多有进入牧场与蚊叮咬史，头痛以前额与颞部明显，以粘膜出血为主，肾损轻或缺如，无多尿期，血清补体结合试验可资诊断。登革热主要见于西广、海南与福建省，呈“马鞍型”发热，眼肌、四肢骨与关节疼痛明显，2/3以上病人，淋巴结肿大，1/2病人有脱发现象，皮疹四肢多于躯干，近半数呈麻疹、猩红热或荨麻疹样，白细胞减少，浆细胞增多且呈空泡变性为其特点，病初即出现IgG抗体。

乔富渠

二、病名、病因与病机

多数学者将出血热划归温病范畴，又有新感温病与伏气温病学说。近年来，又推出伤寒学说。我们认为出血热属新感温病，属温疫中的发斑病，系新感疫毒所致，其致病因子多属湿热疫毒。（江西亦报告80%以上出血热病人表现以湿热证）本病的全过程为湿热疫毒在六淫尤其是外湿的协同，乘内因肾精不足的情况下，侵入机体，由表及里，造成卫气营血四个阶段正邪相争胜负转化的过程。又可概括分为两个阶段：疫毒侵袭与邪退正虚，前者相当于发热、低血压、少尿三期，后者相当于多尿、恢复期二期。现代医学亦认为，出血热及至多尿期，标志着机体尤其肾脏（肾小管等）功能的开始恢复。但出血热发热期可见卫气营血各个阶段及卫气营血交互并见的复杂多变的表现，又多见为气营同病。出血热之伏气温病学说则认为，本病乃由温热病邪侵入人体，伏行血脉，分布三焦，导致经络、脏腑、卫、气、营、血的严重受损所成。认为本病发热期的卫分或气分证是少阴伏气外发于太阳或三阳的表现，其低血压期则表现出少阴阳气虚馁不能托邪外出而内陷的逆证，其多尿期由于少阴精气的损伤呈现肾虚的表现，而其病变重心的出血与少尿，则是少阴伏热劫血劫阴的本象毕露。总之，多认为出血热属于典型的少阴伏气温病。近年推出的伤寒学说则认为，出血热的五期典型经过，与伤寒之六经证候相对应，遍历了从太阳到厥阴的全过程。本病发热期表现为恶寒发热、寒热往来或但热不寒三大热型，即

太阳、少阳、阳明三经的热型，故出血热发热期为三阳经症候群。低血压期可表现少阴病症候群，少阴病有热化、寒化之分，前者见于低血压期和休克早期。少尿期主要表现为大结胸证，亦见于蓄水、蓄血证，或与少阴、厥阴并见，但多见于少阴之后。多尿期表现为肾虚不固，膀胱失藏，恢复期多表现为邪出少阳，此后二期多按杂病辨证（江西报告出血热病人表现寒证占15%）。

依据我们多年来的临床所见并结合文献报告，由于出血热（含野鼠型与家鼠型），临床证候的多种多样，祖国医学对疾病的认识过程又主要是“审证求因”，故不必强求统一，以充分发挥辨证论治的优势。鉴于国内多年来研究出血热的资料温病、伤寒多寡悬殊，本篇仍以温病学说为主线，“衷温参寒”予以叙述。

（一）病名

对出血热的中医病名选取，综合国内各地报告，计有“冬温时疫”、“冬温伏暑”、“伏暑”、“伏暑秋发”、“少阴伏气温病”（匡萃璋）、“春温”、“风温”、“湿温”、“疫疹”、“疫斑”、“阳毒”、“温毒”、“温毒发斑”（董建华）等。陕西一些专家、教授曾聚会（1984年）对其进行专题探讨，选名有“温毒夹斑肾虚病”（米伯让）、“温毒疫斑”（李佩珍）、“暑燥疫”与“伏气温疫”（崔煜锦）、“疫毒热斑”（王新声）、“疫斑”（黄保中）、“毒瘀疫”（薛涛）、“热毒郁肾斑毒”（郭谦亨）、“方土疫毒郁肾病”（薛映洪）“发热出血肾损疫”与“出血热疫”（张学文）……。

乔富渠将其定名为“方土伤肾疫斑”，其含义“方土”示本病属自然疫源性传染病，有一定的地域性，“伤肾”指

本病一方面多有肾精不足的内因，另一方临床表现多属肾经损害症状；“疫”指温疫，有传染性与流行性；“斑”指皮肤粘膜的出血表现。本病名颇受学者们赞赏及其论文所引用。但以上命名皆从温病学说指导而定，难为伤寒学说所接受，并且大部分还有一定的局限性。1990年10月在南昌召开的全国中医专家研讨会上，取名为“肾性疫斑热”。

（二）病 因

由前文所述，出血热属于急性外感热病，则其病因不外温邪、寒邪。至明代吴又可以前，祖国医学皆以“外感不外六淫”“百病皆生于六气”为病因学说，明·吴又可则一反前说，创立杂气（戾气、疫疠之气）学说，称“所谓杂气者，虽曰天地之气，实由方土之气也……”，认为杂气是有别于六淫的特殊致病物质，“……有是气则有是病，……然牛病而羊不病，鸡病而鸭不病，人病而禽兽不病，究其所伤不同，因其气各异也。”显然吴氏所谓的“杂气”，实为传染病特异的病原体，而六淫只能是诱因。所以出血热的病因应是疫毒，而六淫作为自然环境气候因素，可对疫毒本身产生影响，对疫毒致病力强弱以及对感受疫毒的人的机体的影响，如本病发病有较严的地域性，尤其是严格的季节性，此符合祖国医学的“天人合一”人与自然的统一学说。“六淫”中又以“寒”（野鼠型之“冬”与“家鼠型”之“早春”高发）、“湿”（好发“湿”地）最为重要。依据我们多年的临床研究认为，出血热病因之疫毒应为湿热疫毒，而内在因素主要为肾精不足，近年又提到瘀毒、寒湿、脾虚的内外病因。

1. 湿热疫毒：我们提出出血热湿热疫毒的病因学说主

要依据有：（1）清·张石顽曾讲：“时疫之邪，皆以湿土郁蒸而发，……”；（2）出血热疫区一派“湿”貌（低洼潮湿）；雨涝年较干旱年发病率明显为高，1975年兴平县降雨量大，暴发历史上一次最大的流行；黑龙江省嫩江县报告降雨量高峰季节的提前与推迟，发病高峰亦相应的提前与错后；（3）临床多“湿”象：病邪初即显著身困肢重纳呆，多见胖舌、腻苔与缓脉（湿阻气机）、病程绵长，当疾病开始恢复时则以“多尿”鼓水邪外出为重要表现。近年越来越多的学者发现湿症在很大一部分出血热病人中存在，祛湿法有卓越疗效。“治湿不远温”，我们用温法亦效。

2. 肾精不足：“邪之所凑，其气必虚。”我们认为，酿成出血热发病的基本内因为肾精肾阴、肾气不足，其理由有以下几点：（1）《内经》讲：“冬不藏精”，多病温，“温病发者肾先虚”清·代麟郊，《温病刍言》（王季儒编著）亦明确指出：“精虚、肾虚、古人皆谓之阴虚，而各种温病皆是先有阴虚内热的内因，又遇流行性病毒的外因感染，这样才能发病”。“阴虚者，阳必凑之”。（2）出血热各期的基本表现，皆一派肾经证候，如病初即明显的腰困痛、腿酸软、低血压休克期的厥逆（“下虚则厥”）、少尿、多尿……；（3）米伯让研究员强调指出出血热病人早期即出现肾脏损害，是病人素有肾阴亏损，不少学者也主张发热期宜早期用护阴补肾气的药物，如在治疗方药中加入女贞子、旱莲草等，我们在发热期用温肾逐湿法亦见成效。郭谦亨教授等用护肾阴方药预防，亦初示效果。

（三）病机

正如前文所述，出血热的基本病机为邪正相争胜负转化过的程，其病理机制表现为卫气营血（温病型）或六经（伤

寒型)的传变过程。典型的出血热病人,可表现卫气营血或六经的各个阶段,遍及于五脏六腑,且有顺传逆传交互并见、变证异证险证坏病丛生复杂多变的特点。在出血热的整个五期病程中,概括有正邪相争、湿邪热伏、气滞血瘀、阴阳失衡、肾精亏耗等基本病理过程,而“湿”、“热”、“瘀”、“毒”几乎贯穿于疾病的全过程,江西万兰清氏强调湿热闭阻三焦的病机。近年各地发现,气滞血瘀是出血热的主要病机,营热血瘀可见于各期之中。出血热之湿热疫毒内侵,阻塞气机,而致血瘀,尤其是重症病人,多有恶心、呕吐、呃逆、腹痛、腹胀、便秘及斑疹、衄血、咯血、呕血、尿血、黑便等症状的出现,西医谓之DIC、腹腔和肾脏的微循环障碍更为突出,有对320例甲皱微循环检测发现,发热、低休、少尿各期微障发生率依次为50.2%、100%及93.8%,尸检脑垂体、脑、肾、肠等脏器的微血管内均有小血栓形成。伤寒学派亦发现六经辨证与病人甲皱象有规律地联系:太阳证时甲皱镜示管球输入端呈轻度收缩相;少阳太阳并少阴厥阴,输入输出端均呈收缩状态,管袢细短,数目少,流速慢,细动脉、毛细血管前括约肌痉挛、全闭;阳明病时细动脉、静脉持续收缩。

1. 发热期:出血热湿热疫毒伤人,其传变极快,发热期可迅速传变卫气营血各个过程。出血热湿热疫毒初袭卫表,卫气与之抗争,卫气被郁,开合失司,则可表现发热恶寒头身疼痛等邪在卫表证。但临床表现卫分阶段甚为短暂,旋即传入气分,同时涉及营血,往往以气营两燔为多见,表现热毒炽盛,阳明腑实。出血热之疫毒属于阳邪,加之湿郁血瘀化热,往往热盛而迅速传里,邪入气分,正邪剧争,热郁气机,病在阳明,胃热亢盛,则又见壮热而不恶寒,口渴

引饮，汗出气粗，泛恶呕吐，脉洪大而数，苔薄而黄。出血热之湿热血毒极易深入而结于肠胃，胃失通降而致潮热、便秘、腹痛拒按，舌苔黄厚腻等阳明实证（多属发热中期、极期）。出血热乃湿热血毒侵袭为患，湿郁血瘀为基本病机，湿性粘着，故疫毒逗留气分为时较长。气分邪热不解，又可窜入营血，心神受扰，血络所伤，则见心烦不寐，神昏谵语，舌质红绛，斑疹显露或紫黑。但据我们多年临床所见，发热期红绛舌并不多见，此可能由于湿邪较重，故辨证时不可一味强求入营舌必绛，宜全面考虑。值得强调的是，复杂多变的出血热，并非所有病人均按卫气营血顺序传变，逆传、环传（指由浅入深，再由深浅出）亦甚多见。现代研究发现，邪在卫气，多仅为上呼吸道感染及体表神经血管反应；邪入气分，多示毒血症状态，体液电解质紊乱，且见有主要实质脏器混浊肿胀与特异性病变及功能障碍；邪入营分，则脑膜、脑实质多有程度不同的中毒性损害；邪入血分，则心、脑、肝、肾等重要脏器之实质损害明显，机能与代谢紊乱严重，往往造成程度不等的不可逆性损害，可有DIC。

2. 低休期：本期多表现为热毒炽盛，耗伤阴津，邪入营血，热深厥深，形成厥证或闭证。如进一步发展，正虚邪陷可致内闭外脱，厥脱证又分阴脱（热厥）、阳脱（寒厥）。出血热病人该期以热厥为多见，寒厥仅见于临终期。其基本病机应为阴液耗伤，阳失依附，阴亏阳竭；热毒凝滞血脉，毒瘀交结，气血逆乱，为病机的重要组成部分。出血热低休期是五期之枢纽，不仅有 $1/4 \sim 1/3$ 病人死于此期，且该期治疗的成败是影响后几期的关键。依据近年各地和我省的观察和研究，出血热低休期主要病机有以下几个方面，

（1）热邪耗津：“胃藏津液，水谷之海，内养脏腑，外灌形骸，津多脉盛，津少脉衰，津结病至，津竭祸来。”（清·喻嘉言）。出血热之湿热疫毒属于阳邪，最易耗伤津液。低休期早期，邪入气分，热盛伤津，壮火食气，气机郁遏，脉道伏匿，故见壮热汗多烦渴，体倦，肢厥，气短而促，苔黄，脉伏，血压偏低或降低。一组272例中，2/5（109例）属阴脱型。但应注意的一点是，由于上述出血热乃湿热疫毒为患，湿是出血热的基本病理之一，故本期实际是津液不足而邪水有余，不可一味滋补阴液（含静脉输液）而恋邪。

（2）水热互结：《伤寒论》谓“脉浮发热，渴欲饮水，小便不利”，渴则必欲饮，多饮必停水，出血热病人尤其如此。“饮水多而小便少”的状态，相当于现代医学所谓的“渴驱力”（Thirst drive）。出血热低休期外渗往往很明显，且“厥”重“渗”著，此时处于气血两燔，烦渴多饮而尿少水肿状态，属水热互结致厥，称“水热之厥”，其相当于低血压期低钠综合征之病理改变。伤寒学派尚认为低血休期属少阴病，枢机不利，血水不调，水热互结，心肾受损，引起“水热之厥”。其基本见证如发热面赤，烦躁恶心，口渴欲饮，少尿，眼结膜充血水肿，舌红，苔薄白或黄，脉细数，后期则见心烦不寐，时而谵语，大便干结，舌质红绛，舌体胖厚僵硬，舌苔黄厚而干，或焦黄，少苔而燥，脉细数沉滑。

（3）热瘀交结：“时疫入里，瘀血最多”（《温疫明辨》）。近年各地学者一致认为，“瘀”是出血热全过程之重要病理因素，热瘀交结是出血热低休期的重要病理过程。湿热疫毒入里，阻遏气机，气滞而血瘀。瘀血阻滞经脉，经脉不通，脉道不利，“不塞不流”，血必外溢，“血不利便

是水”，血浆外渗水肿，类似DIC。其主证是：壮热面赤，瘀斑衄血，渴欲冷饮，舌红或绛紫，有瘀点（斑），苔黄燥、脉沉伏而涩，血压明显下降。有谓“营分热厥”（本期中期，证见躁扰、斑疹、舌绛、肢厥等）、“血分热厥”（多属合并DIC、大出血）以及我们推出的“热厥夹瘀”病机亦属热瘀交结范畴。

（4）肾阴欲竭：疫毒之邪，属于阳邪，阳盛必伤阴，必燥胃津，必伤肾液，病久病重更易灼伤肾之真阴，更则阴损及阳，则伤及肾阳。“下虚则厥”，“阴气衰于下则为热厥”，所以肾阴耗竭为出血热低休期厥逆证的重要病机。临床所见肾阴欲竭患者，多属本期与少尿期二期重叠，病情多凶险。而大量阴液之耗损，必伤及血液运行之枢纽——心，血，运不畅，因而瘀滞，血液瘀滞，“血不利便是水”，外渗水肿明显致阴液不足而水邪有余，进而加重阴亏，治之养阴而不可遏湿，祛湿又不可伤阴。据我们多年来的观察所见，此时多伴热结肠腑证，而热结肠腑又可消灼阴液，故处理颇为棘手。

（5）肾阳衰败：张仲景谓“凡阴阳气不相顺接便为厥”，“阳气衰于下则为寒厥”。本期邪毒炽盛，耗伤阴液，肾阴耗竭，阴阳互根，阴津耗伤而阳失依附，致阴亏阳衰，阳气衰败，发为寒厥。寒厥多见于年老体衰，或素有宿疾，正气暗耗，不能逐邪外出者，该型多见于临终期。由于阳气衰败，气不畅而血受阻，循环迟滞，瘀血内生，故见唇青指绀。临床尚多表现有颜面青暗，手足厥冷，精神淡漠，声息低怯，舌淡苔白，脉微欲绝。一组272例中，本型仅见8例，占3.1%。本型病人微循环多呈衰惫状态，预后不良。

3. 少尿期：少尿之形成，目前认为主要原因有4：肾

阴亏耗则尿无来源，湿热结聚膀胱热结而小便不利，肾络瘀阻则肾之化气行水功能障碍则尿少或尿闭，肾阳衰败则膀胱气化功能失司，故致少尿。与此同时，少尿期由于邪水有余，变证险证丛生。湿热内结，熏蒸肝胆，可发生黄疸；水邪上凌心肺，则致寒湿结胸（小结胸）与热实结胸（大结胸），相当于心衰肺水肿、急性呼吸窘迫综合征（ARDS）等，毒热结聚下焦，燔于营血，心肝受病，浊热邪毒上逆，导致二便不通，顽固呕吐呃逆，神昏抽风，“血不利则为水”，蓄血为因，蓄水为果，瘀热互结，瘀热水毒壅阻于膀胱，气化不利则见下焦蓄水证。

（1）肾阴亏耗，出血热之湿热疫毒，属于阳邪，最善发泄，阳盛必伤阴，“热邪燥胃津，必伤肾液”。出血热病至少尿期，病久及肾，邪入下焦，灼伤津液，耗及肾阴，尿无来源，此即所谓“无阴则阳无以化”，故见少尿或尿闭。肝肾同源，亦累及肝。本型主证为烦渴引饮，唇焦齿稿，皮肤干燥，两目昏瞤，精神恍惚，尿少而以至无尿，舌红少苔，脉细数。另一方面，值得注意的是，出血热以湿热为患，少尿、尿闭更加重邪水之潴留，郁久而化热，故多湿热壅滞，进一步加重阴耗，故过于滋阴反致恋邪。养阴疗法贵在早用，否则杯水车薪，非但不济于事，反而有火上加油之虞，宜配合急下存阴等治法。

（2）湿热结聚：出血热乃湿热疫毒为患，故湿热几乎存在于本病的全过程。吴又可谓“胃热移于下焦气分，小便不利，热结膀胱也。”湿热结于膀胱，膀胱气化不利，致尿赤而短少或闭止。湿热结聚还可导致水道通调不利，以致津液失于输布而停滞于肌肤之间，则表现小便短赤而不利，面腹浮肿，且见身热、口渴、舌质红绛，苔黄厚而干燥等症。