

流行性出血热 防治工作资料汇编

(供内部参考)

南京军区后勤部卫生部

一九七一年十一月

動員起來
講究衛生
減少疾病
提高健康水平
粉碎敵人的細菌戰爭

毛澤東

救死扶傷，實川

革命的人道主義

白大東

毛主席语录

备战、备荒、为人民。

开展以除四害为中心的爱国卫生运动。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。

马克思主义的哲学认为十分重要的问题，不在于懂得了客观世界的规律性，因而能够解释世界，而在于拿了这种对于客观规律性的认识去能动地改造世界。

目 录

千难万难，依靠毛泽东思想就不难

.....五年来城西湖“五·七”军垦农场部队预防出血热的体会（1）

毛主席的光辉哲学思想指引我们战胜出血热休克（6）

405例流行性出血热发热期诊治体会.....（10）

中西医结合治疗流行性出血热38例的初步观察（16）

流行性出血热101例低血压休克的临床分析.....（19）

对流行性出血热低血压休克的几个问题的认识和低分子右旋酞酐的应
用体会.....（32）

从124例流行性出血热患者的血色素动态变化，探讨低血压休克发生的原
因及规律.....（41）

流行性出血热少尿期的临床表现（48）

流行性出血热322例应用利尿药物的分析（54）

169例流行性出血热的高血压分析（59）

46例流行性出血热抽搐的临床表现及治疗分析（63）

27例流行性出血热继发重症感染的临床分析（71）

24例流行性出血热尿毒症患者腹膜透析疗法分析（77）

流行性出血热的血象分析（87）

流行性出血热护理工作的体会（93）

流行性出血热防治参考资料（97）

千难万难，依靠毛泽东思想就不难

——五年来城西湖“五·七”军垦农场部队预防出血热的体会

五年来，我们驻城西湖部队在毛主席光辉的《五·七指示》和《六·二六指示》的指引下，在部队党委领导下，在军区出血热防治队和地方防疫机构的大力协助下，在预防出血热的斗争中，坚决贯彻了“预防为主”的方针，把预防出血热工作提到阶级观点、路线斗争观点、战备观点、群众观点和生产观点的高度来认识，作为一项政治任务来抓，不断运用毛主席《送瘟神》的光辉思想，宣传群众、组织群众、武装群众，从军、师首长到每个战士，上下齐动手，干战齐上阵，挥铁臂，舞银锄，战天斗地，大打灭鼠防病的人民战争。共灭鼠一百多万只，落实了防鼠措施，健全了各项卫生制度，降低了出血热的发病率；治愈率达96.2%。打破了资产阶级“权威”散布的“出血热难防、难治、难免死人”的反动谬论，取得了预防出血热的初步经验，保障了广大指战员的健康和施工、生产等各项任务的完成。实践证明：只要经过努力认识和掌握它的规律，出血热是能防、能治、可以不死人的，一定能消灭。

预防出血热所取得的巨大成绩，是战无不胜的毛泽东思想的胜利，是毛主席无产阶级革命路线的胜利。

一、党委重视，干部带头

毛主席教导我们：“政治路线确定之后，干部就是决定的因素。”在与出血热的斗争中，我们深刻体会到“领导一定要走在运动的前面”，把搞好出血热的预防工作提到巩固无产阶级专政和作好反侵略战争准备的高度来认识，以对革命事业的极端负责任和对阶级兄弟的深厚无产阶级感情来衡量，列入党委议事日程，做到军政首长亲自抓、各个部门配合抓、业务部门专门抓。领导经常深入连队，调查研究，抓好典型，指导全面。

在预防出血热的过程中，开始有人觉得：穷凶极恶武装到牙齿的美帝国主义都打败了，还怕几只小小的老鼠，防不防关系不大。带着这个问题，部队党委认真学习了毛主席的有关著作，展开了热烈的讨论，一致认为：“关系不大”的想法是不认识矛盾，忽视预防为主的思想，小小的老鼠在用毛泽东思想武装起来的革命战士面前确实没有什么了不起，但它能够传染出血热，如果对它丧失警惕，不采取积极措施把它消灭，就会造成出血热的流行，到那时“关系不大”就会变成关系很大。今天，我们正在进行着一场极其深刻的伟大变革，需要千千万万个用毛泽东思想武装起来的、具有强壮身体的革命战士，党和人民把这些年青的战士交给我们，这是对我们最大信任，我们要有对革命事业的高度责任感，把他们培育成具有高度无产阶级政治觉悟和身体健壮的革命战士，并带领他们向大自然进军，落实毛主席光辉的《五·七指示》，改造城西湖，向湖滩要粮，完成人民赋予我们“四保卫”的重任，永作无产阶级专政的坚强柱石。进一步大力开展群众性的灭鼠防病运动，是提高部队战斗力、巩固无产阶级专政、执行和捍卫毛主席革命路线、进一步落实战备的需要，也是“完全”“彻

底”为人民服务的最实际的行动。因此，下定决心，要抓紧、抓好、抓到底。

认识深，方向明，决心大，措施得力。部队党委经常把预防出血热的工作提到议事日程上来讨论、研究、计划，列入全面建设部队、考验部队的一个内容。进驻城西湖一个星期内，连以上单位都成立了灭鼠防病的领导小组，并立即见之于行动。有的师党委一年内就召开八次防治出血热工作的专业会议，大部分党委的主要负责同志亲自主持召开了防治出血热的动员誓师大会，亲自下连蹲点，具体指导。对上级防治出血热工作的指示传达不过夜，贯彻不走样，反复落实，反复检查。对下面请示防治工作中的问题，及时研究，及时答复，正确指导。在落实预防措施中，各级党委和领导干部积极带头，和战士一起砌防鼠墙，挖防鼠沟，驯狗捕鼠，堵鼠洞等。某团团长贾仁和同志和战士一起，大胆创新，用土办法制作灭鼠炮。某团参谋长胡朝东同志，不放过半夜查铺、查哨的机会，仔细观察和检查战士宿舍防鼠措施落实情况。“一班人”的模范行动成为推动促进防治工作的巨大动力。广大基层干部深入到班排亲自“把关”，认真过细地落实各项预防措施，有的连队半年内开了十几次支委会，专门研究出血热的预防工作。有的指导员为了搞好饮食卫生工作，八次和炊事班共同研究。很多单位为了使毛主席《送瘟神》的光辉思想深入人心，他们坚持了“五讲”（饭前饭后讲，集合点名讲，上课学习讲，工前、工休、工后讲，干部分工轮流讲）和“五不”（不吃生冷食物，不洗手不吃饭，不烫碗筷不吃饭，不坐稻草堆，不检查防鼠措施不睡觉）。由于党委重视，干部带头，预防出血热的工作出现了“三大”，即：规模大、声势大、成绩大，这是以往防病工作上少见的。

二、狠抓路线教育，大力发动群众

在部队面临出血热的严重威胁时，部分指战员产生了活思想，有的说：“得了老鼠病，丢了半条命”，有的产生了离湖思想，感到在城西湖当兵危险，也有的存在侥幸心理，认为小小老鼠没有什么了不起。阶级敌人也刮起了阵阵妖风，妄想破坏、干扰毛主席《五·七指示》的落实，胡说什么：“解放军扛着红旗入湖，老鼠病将把他们赶出湖。”面对部队出现的活思想和阶级敌人的挑衅，党委决定在部队中广泛开展阶级斗争和路线斗争的教育，深入学习毛主席的《五·七指示》，大谈在城西湖落实毛主席《五·七指示》的伟大意义，并组织指战员反复学习“老三篇”，大力宣传毛主席对卫生工作的指示，深入开展革命大批判，使广大指战员认识到在城西湖围湖造田搞生产是捍卫和执行毛主席的革命路线，是“备战、备荒、为人民”的需要；认识到预防出血热与战备、生产的密切关系；认识到与出血热斗，也是向阶级敌人斗。决心誓死捍卫毛主席的《五·七指示》，为革命种田，为革命防病。有的同志说：“毛主席叫我们来改造城西湖，我们只能将出血热灭绝，决不能让它挡道。阶级敌人妄想要我们向困难低头，撤出城西湖，永远办不到。”

“人们的社会存在，决定人们的思想。而代表先进阶级的正确思想，一旦被群众掌握，就会变成改造社会、改造世界的物质力量。”我们坚持了用毛泽东思想宣传群众、武装群众。群众真正发动起来了，使灭鼠防病运动出现了一个“人人动手，个个参战，老鼠过街，人人喊打”的人民战争新局面。同志们发出了：“为把红旗插在城西湖，胸怀朝阳《送瘟神》，愿把土地翻一翻，不叫一只老鼠留”的战斗口号，白天挖洞捕老鼠，晚上打灯捉老鼠，附近的鼠灭光了，跑到几里路外去捕捉。大家豪迈地说：“不吃饭，不睡觉，要把老鼠

全灭掉。”

“群众是真正的英雄”。灭鼠运动中，广大指战员发挥了无限的创造力，发明了竹筒钻、卡子夹、吊坯压以及驯狗灭鼠等好办法，总结出“打、毒、堵、沟、墙、坎、吊、高、盖、离、净、晒”等十二字措施：

打：采用挖、夹、灌、压等办法打鼠。

毒：毒饵毒鼠，灭鼠炮熏杀。

堵：鼠洞内放毒饵后用土堵塞。

沟：营房周围挖防鼠沟。

墙：营房周围砌防鼠墙。

坎：砌防鼠门坎。

吊：食物、食具吊起来过夜。

高：睡高铺，粮食、蔬菜垫高储放。

盖：食物、食具盖好过夜。

离：粮食、床铺离墙。

净：床下、墙角扫干净，营房周围无垃圾和杂草。

晒：经常晒被服和铺草。

实践证明，这些方法是行之有效的。五年来，共灭鼠一百多万只，仅1970年全湖部队就灭鼠56万多只，使野外、室内的老鼠平均密度分别由50%、20%下降到15%、2%左右，减少了出血热的发病，有效地控制了其它传染病的发生，保证了部队“抓革命，促生产，促工作，促战备”等各项任务的完成。

三、反复调查研究，摸索发病规律

消灭出血热，保障广大指战员的身体健康是我们驻湖部队的一项重要任务。出血热是什么病原体引起？通过什么途径发生流行？一连串的问题需要我们去解决。打开洋本本，资产阶级反动学术“权威”的结论是：“病原体及传播途径不明，尚无预防办法”。真的没有办法？只能消极等待吗？不！用毛泽东思想武装起来的人就有智慧，有办法。我们遵照毛主席关于“你对于那个问题不能解决么？那末，你就去调查那个问题的现状和它的历史吧！你完全全调查明白了，你对那个问题就有解决的办法了”教导，为了摸索发病规律，在部队党委的统一领导下，我们迈开双脚，到实践中去，到群众中去，向贫下中农请教，向广大指战员和基层卫生人员请教，向病人请教，向一切内行的人们学习，并经过反复实践，我们对出血热传播途径有了进一步认识：

（一）关于消化道感染：我们通过调查分析，认为消化道感染出血热的可能性虽不能完全排除，但多数病人不是通过消化道传染的。

1. 出血热病人的个案调查不支持消化道是主要传播途径的说法。通过231例出血热病人的个案调查，其中吃过怀疑鼠类污染饮食的只有35例（15.15%）。

2. 人与人不直接传染：1966年至今，先后有24个部队医院和卫生队，共收治出血热病人800多例，参加医疗的卫生人员共1000多人，与病人接触极其频繁，而且绝大多数单位未采取任何隔离措施，病人的排泄物也多不消毒，有很多的医务人员，也曾被病人的排泄物（尿、

大便、呕吐物)和血液污染过手、脸等,有的饭前也不洗手,甚至少数人在工作中还吃零食,但却只有个别人发病(在湖下居住和参加过劳动)。

3.出血热的流行过程不符合消化道传染病的特点。一般传染病的病原体侵入途径,绝大多数与它们的排出途径是一致的。例如痢疾、伤寒的病原体自消化道侵入,也经消化道排出,其他人发病也是通过消化道侵入。去年狠抓了肠道传染病的预防措施,显著地减少了痢疾、传染性肝炎等病的发生,但未能打掉出血热的流行高峰,说明此病可能不是以消化道传播为主。同时,本病流行高峰时间与一般消化道传染病的流行季节不符。

4.高度的散发状态,说明与集体饮食无关。部队都是集体伙食单位,如果是集体饮食传染,就应是同一伙食单位的人群暴发,但出血热病人多是散在地零星发生,说明与集体饮食无关。至于少数暴发单位,也都证明与集体饮食无关,如某团司令部暴发流行,但是同一伙食单位的政治处却无一人发病,说明不是集体饮食所引起。

5.据国外报道,在1940年曾于46名“志愿者”做实验,证明出血热患者发病五天内的血液或尿液注射到健康人静脉或肌肉内,经10—15天的潜伏期,能引起与自然感染相同的症状,而将出血热患者血液滴入鼻内或吃下时,均不引起发病,说明此病不经过消化道和呼吸道传染。

(二)关于伤口感染:通过个案调查也发现有少数病人可能是通过伤口感染引起发病的,如两名患本病的医务人员追溯到有皮肤破损被病人血液污染的历史。但是,从以下几点看来伤口感染不是出血热的主要传播途径。

1.很多人在发病前没有皮肤破损史:我们对266名出血热患者进行了调查,发病前有皮肤破损史者132人(占49.6%),而且有些同志皮肤破损后立即进行消毒包扎。其余50.4%的人却追溯不到皮肤破损史。

2.出血热病人的皮肤破损率,并不比健康人高。通过对连队172名健康人的调查,有皮肤破损史者140人占81.4%。可见,出血热发病率的高低,与皮肤破损无明显的关系。

3.少数单位的暴发流行不是由伤口感染所引起的。如某团司令部,短期内发生10名出血热病人,多无皮肤破损,很少可能通过伤口感染引起暴发流行。

(三)关于虫媒感染:我们初步认为这是出血热传播的主要途径。

1.出血热是一种自然疫源性疾病,有严格的地区性和明显的季节性及高度的散发性,符合于一般虫媒传染病的特点。城西湖农场地势低洼、潮湿,适宜鼠体外寄生的螨类生长繁殖。每年秋季鼠类大量繁殖,而螨类基本上是秋冬繁殖型,一般在九月以后逐渐增高,10—11月可出现高峰,而出血热的发病高峰也在11月和12月,表明螨类的季节消长与发病高峰基本是一致的。城西湖地区的野兔、黄鼠狼等野生动物极少,鼠类最多,其中黑线姬鼠为优势种。鼠体带有螨类,未发现蜱、恙虫等。所以,我们认为黑线姬鼠和螨类就可能是传播出血热的罪魁祸首。

2.住场人员和室内睡边角人员的发病率高。据1967年调查,住场人员1514人,发病率为51.5%,住营区人员5227人,发病率为18.6%,住场人员的发病率比住营区人员高2.8倍。睡室内边角人员的发病率也比睡中间人员的发病率高一倍。可能是由于这些地区老鼠活动多的缘故。有些患者的床头有鼠洞或鼠跑到床上,鼠类体外寄生虫易于游离,与人接触后使人发病。

3.通过对265名出血热病人的调查,发现经常躺坐草堆甚至在草堆内睡觉者163人,占

61.5%，这可能是接触稻草时被蠼类叮咬造成发病。某医院炊事班长吴××发生典型出血热，调查中追溯到，曾在湖内拉来的麦草堆上翻了几个跟斗和躺坐，未发现其他造成感染的因素。

4. 有些单位狠抓了灭虫防虫措施，没有发生出血热。某团一机连、一连，在做好灭鼠防鼠工作的同时，每两周于室内撒六六六粉一次，未发生出血热病人。某团六连，室内的灭鼠防鼠工作做得好，而且在野外劳动中，做到了穿解放鞋、扎裤脚管、衣服放在小凳子上等，也未发生出血热病人。

5. 在我国新疆地区及苏联等地，已证实无肾综合症出血热是由蜱传播的，并从蜱中分离出病毒。而有肾综合症出血热与其同是自然疫源性疾病，也很可能是虫媒传染。据国外报告，曾在耶氏厉蠼和格氏血厉蠼中分离到出血热病毒，将此病毒感染人，可使其发病。

由于蠼类属于非专性吸血，其口器构造也非刺吸性口器（但能吸取溢血和在薄嫩皮肤处啮舐），游离少，对人不感兴趣，不主动找人，以及重复试验分离不到病毒等，对其能否成为出血热的传播媒介，遭到不少人的怀疑和反对。

伟大领袖毛主席教导我们：“一个正确的认识，往往需要经过由物质到精神，由精神到物质，即由实践到认识，由认识到实践这样多次的反复，才能够完成。”以上是我们的一些初步看法，是否正确，有待今后实践中加以证实。

通过反复的调查研究，我们认为：所谓出血热“难治”、“无法预防”，这是唯心主义的谬论，唯物主义者的回答是：“可治，可防，而且一定能够消灭。”

当前，我们正在对鼠、蠼等进行进一步调查研究，决心为消灭出血热做出贡献。

毛主席的光辉哲学思想

指引我们战胜出血热休克

我们以毛主席的光辉哲学思想为武器，在攻克出血热休克的战斗中，经过反复“实践、认识、再实践、再认识”，不断揭露矛盾，认识矛盾，解决矛盾，找出了出血热休克的规律性，从实践中摸索出行之有效的抗休克方法，驳斥了资产阶级“权威”臆造的“顽固性休克不可救逆”的谬论，使50名阶级兄弟转危为安，这是战无不胜的毛泽东思想的胜利！

反复实践，认真探索出血热休克的内在规律性

出血热休克的本质是什么？伟大领袖毛主席教导我们：“一个正确的认识，往往需要经过由物质到精神，由精神到物质，即由实践到认识，由认识到实践这样多次的反复，才能够完成。”开始，我们认为出血热休克与一般常见中毒性休克一样，是由于血管的麻痹扩张而造成的，只要应用血管收缩药物加强血管的张力，就能提升血压。因此，实践中搬用了书本记载的“治疗出血热休克仍以静脉滴入去甲肾上腺素为通用”、“去甲肾上腺素是当前抢救休克，改善血液循环的唯一药品”的教条，首先选用了强有力的血管收缩剂——去甲肾上腺素，从低浓度到高浓度，从慢滴到快滴，从小量到大量，皆未能使严重休克逆转，尤其在应用高浓度时，病情反而急转直下，迅速恶化。尔后，我们又几乎用遍了各类调节血管张力的药物，包括血管的收缩剂和扩张剂，但都一次次的失败了。我们还试图从提高心脏功能等措施来寻找路子，也同样归于失败。因而，抗休克一时陷于十分被动的局面。

把阶级兄弟从垂危的休克中抢救出来，成为医务人员火急万分的战斗任务。我们学习了毛主席关于“许多理论是错误的，经过实践的检验而纠正其错误”的教导，决心从失败中找出成功的因素，在实践中纠正错误，闯出抗休克的新路子。于是我们从调查入手，在临床上周密观察，认真分析了每一个低血压休克病人的细微变化，发现出血热休克病人具有明显的进行性眼睑、球结膜和皮下组织水肿，抽血时血液粘稠不易抽出，血色素不断增高等血浆外渗的特征。透过以上种种表面现象，使我们想到出血热休克可能与血浆渗漏所致的血容量不足有关。这个初步的概念能不能探索出前阶段抗休克失败的原因？我们又对升压药物进行了具体深入的分析，认为低血压病人虽然有明显的血浆外渗、血容量不足的特征，在应用升压药物后临床上常可见到心跳增速、血管收缩力加强或使回心血量增加，血压尚能暂时维持正常，说明通过药物作用心脏、血管，对轻度的血容量不足是能够补偿的，严重休克病人的早期，亦可见到类似升压药的代偿作用。但是，随着渗出的不断加重，血容量进行性降低，心脏、血管虽能在药物的鞭策下进行工作，但是病人终因血容量极度不足，脑组织等重要脏器得不到血液供应而致命。通过分析、比较，我们终于揭开了“升压药不能升压”的谜底，认识到心脏、血管张力和血容量三个因素在血液循环中有着密切的协同作用。当其中某一因素发生故障时，其他因素进行补偿，但这种相互之间的补偿作用是有限度的，而不是无限度

的。血液容量是循环的物质基础，如果心脏、血管缺乏这个物质基础，即使应用大量的升压药物亦等于“打空炮”、“劳而无功”。

对休克时低血容量本质的认识，促使我们大胆试想应用扩充血容量的药物——低分子右旋酐酞等治疗出血热休克。这种认识是否符合客观外界的规律？我们遵照毛主席关于“要完全地解决这个问题，只有把理性的认识再回到社会实践中去，应用理论于实践，看它是否能够达到预想的目的”的教导，把认识回到实践中去检验。在抢救一例严重休克病人中，我们由两条静脉管道分别滴入低分子右旋酐酞和去甲肾上腺素溶液，观察到右旋酐酞溶液进入速度加快时血压逐渐上升，当速度减慢时血压又趋下降，而和去甲肾上腺素溶液输入的浓度和速度无明显关系。在纠正低血容量后，停止输入去甲肾上腺素，血压仍十分稳定。首例获得了扩容剂抗休克的成功。

实践使我们认识到：正确的认识来源于反复的实践和“将丰富的感觉材料加以去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的改造制作工夫”，经过实践的检验发现错误，并经过实践纠正错误，透过复杂的表面现象抓住事物的本质和内在联系，从而开辟了认识出血热休克规律性的道路。

在实践中不断地发展认识

一个理性认识对于实践的指导意义有赖于人的主观能动作用的发挥。我们虽然对于出血热休克的规律性有了理论上的认识，并在临床实践中应用扩充血液容量的方法——低分子右旋酐酞静脉滴注治疗，使轻症休克病人收到效果。但是，“客观过程的发展是充满着矛盾和斗争的发展，人的认识运动的发展也是充满着矛盾和斗争的发展”。当我们在抢救重症休克病人时又发生了新的矛盾，用原来方法不但没有使血液稀释，反而血液继续浓缩，水肿不断加重，病人持续地处于严重休克状态。

扩容方法还灵不灵呢？面临着休克的阶级兄弟，我们能宣告“顽固性休克”不可救逆吗？我们又打开了红彤彤的宝书，从毛主席哲学著作中找到了答案。我们遵照毛主席关于“离开具体的分析，就不能认识任何矛盾的特性。我们必须时刻记得列宁的话：对于具体的事物作具体的分析”的教导，对病人又进行了全面、深入的分析，认识到重症休克病人在扩容治疗中输入一般量的扩容剂，血色素仍不断增高、水肿进行性加重，这都是血管损害重、渗出速度快、血浆丢失量大的表现，而我们仍然固守着治疗轻症休克病人的方法，用一般剂量右旋酐酞缓慢静脉滴注，显然不能解决重症休克病人血浆迅速、大量丢失的矛盾。譬如：一个存水的容器，一面进水，一面出水，如果进口小出口大，容器中的水就会逐渐流尽，如果进口与出口一样大小，容器里的水可保持相对的稳定。病人的血管系统亦一样，我们一面输入，血管一面渗漏，而重症休克病人渗漏速度快、量大，要解决“输入与渗漏”的矛盾，必须使我们的思想适应已经变化了的情况，“按照实际情况决定工作方针”，改用大量、快速扩容剂治疗。

此时，有的同志又提出了问题：大量快速输液果然能维持一定的血液容量，但是给病人一边输入，血管一边渗漏，长此以往，病人能耐受大量的液体吗？书本上也记载“出血热休克肾脏功能不全，水分排除困难，要求每日液体量控制在1500毫升左右，否则有发生心力衰竭、肺水肿的危险”。抗休克的输血量问题又引起了我们热烈的讨论和分析：病人血浆的渗出是

无限的还是有限的？如果渗出量是无限的，一面输入，一面渗出，液体都淤积在组织中，水肿愈来愈重，病人不是要“淹”死？我们认为：渗出是有限的，人的血管不同于无生命的容器，血管病变具有自制的特点，随着病理过程的进展，血管机能逐渐恢复，渗出亦会慢慢停止，我们只要渡过这一段血管病变严重的时期，就能变被动成主动，转劣势为优势。再则，病人的组织水肿表现是“淹”，但是病人的血容量不足是“干”的征象，在“干”和“淹”这对矛盾中，“干”是抗休克的主要矛盾，怕“淹”而不敢大量输液，必导致病人“干”死。进一步分析，我们如果解决了“干”，闯过了休克关，即使发生了“淹”，我们也一定能想方设法攻克“淹”。我们正确认识了“干”与“淹”这对矛盾的辩证关系后，“把革命气概和实际精神结合起来”，在严密观察病人血压和血色素变化中，应用了右旋糖酐快速、大剂量静脉推注，使严重休克病人血压由“0”迅速升起，收到了满意的效果。临床实践证明休克病人对液体有相当的耐受量与缓冲能力，每日输入右旋糖酐1500毫升至1800毫升，液体总量3000毫升至4000毫升，休克期未发生心力衰竭、肺水肿。

“检验理论和发展理论的过程，是整个认识过程的继续。”在反复实践中，我们不但深化了出血热休克的本质与特性的认识，而且检验和发展了我们的扩容方法。在后来抢救50例出血热低血压休克都获得成功的实践中，我们总结了应用扩容剂——低分子右旋糖酐治疗出血热休克的“一早、二快、三足量”的具体经验。在毛主席的光辉哲学思想指引下，我们终于攻克了“不可救逆的顽固性休克”，闯出了治疗出血热休克的新路子。

毛泽东思想是战胜出血热休克的强大思想武器

毛泽东思想是改造客观世界和改造主观世界最强大的思想武器。在抢救50名低血压休克病人的激烈战斗中，我们参加抢救工作的医护人员都经历了一场无产阶级思想和资产阶级思想、唯物辩证法和形而上学的激烈斗争的过程。抢救工作的成功是战无不胜的毛泽东思想的胜利。

在敢不敢破除抗休克输血量旧框框的关键问题上，是求“保险”循常规走路？还是“担风险”闯新路？“保险”中包含着阶级兄弟的“危险”，“担风险”是为了阶级兄弟的“保险”，“保险”和“担风险”实质上反映了“公”和“私”的斗争。我们参加抢救工作的全体医护人员决心遵循毛主席关于“全心全意地为人民服务”的伟大教导，破“私”立“公”，立志为阶级兄弟的生命担风险。从医生到护士，从临床工作者到化验员，从指导员到文书、炊事员，怀着对部队广大指战员的深厚无产阶级感情，把抢救阶级兄弟的生命作为执行毛主席的医疗卫生路线和捍卫毛主席光辉《五·七指示》的战斗，昼夜奋战在抗休克的第一线。经过反复实践，反复认识，终于打破了输液量的旧框框，闯过了休克关。

是“想当然”、“搬本本”？还是调查研究，有所发现？也是抢救出血热休克激烈斗争的问题之一。大家认为“想当然”、“搬本本”最容易、最省事，但是却不能解决阶级兄弟之急。遵照毛主席关于“也只有在亲身参加变革现实的实践的斗争中，才能暴露那种或那些事物的本质而理解它们”的教导，为了摸索右旋糖酐和去甲肾上腺素的升压效果，同志们整夜守护着病人，细致地调节输液的速度与剂量，周密观察病人血压的细微变化，终于在反复实践中看清了出血热休克的本质，找到了有效的治疗方法。实践证明：只要我们善于在革命实践中学习，善于总结经验，吸取教训，就能改造自己的思想，使认识逐步臻至完善。

毛主席教导我们：“客观现实世界的变化运动永远没有完结，人们在实践中对于真理的认识也就永远没有完结。”出血热的防治工作还有许多矛盾有待我们去认识，去解决。我们决心在三大革命运动的实践中，认真学习毛主席的光辉哲学思想，努力改造世界观，决心以最快的速度征服严重危害广大指战员健康的出血热病。

405例流行性出血热发热期诊治体会

遵照毛主席关于“要认真总结经验”的伟大教导，现对405例出血热患者发热期的临床表现及治疗中的几个问题略加分析。

本文405例患者中轻型144例，中型98例，重型99例，危重型64例，后两者合计163例，占40.2%。（分型标准详见“流行性出血热防治参考资料”）

一、发热期的临床表现

（一）发热：为早期主要症状，405例患者均有不同程度的发热。

1. 热度：体温40℃以上者219例（54.1%），38—40℃者179例（44.2%），低于38℃者3例。体温40℃以上者，危、重型组占该两组的68%，中型组占本组的54.1%，轻型组占本组的38.2%，表明高热并不完全反映病情严重，但高热持续越久，则病情越重，如轻型病人高热（40℃以上）多数持续一天，少数持续二天；危重型五分之三的病例持续在二天以上。轻型病例发热高峰多数发生在第二病日，危重型多在第3病日以后。第2—3病日以后，体温呈阶梯式下降，病情多属轻型，第3病日以后，体温仍呈阶梯上升，病情可能较重，表明热程中高热出现时间愈晚病情愈重。

2. 热型：有记录的401例中，弛张热123例（占30.7%），递降热74例（占18.5%），稽留热61例（占15.2%），不规则热61例（占15.2%），顿挫热31例，低热27例，单峰热24例（见表一）。稽留热、弛张热多为重危患者，而顿挫热、单峰热者病情较轻。

3. 热程：记录完整的399例平均热程5.5天，其中轻型平均热程4.8天，危重型6.1天。以上提示：热程越长，病情越重。

（二）消化道症状：发热期伴有消化道症状者占73.8%。半数有胃纳差症状；呕吐、腹泻以重危患者为多，腹泻程度不等，轻者每日2—3次，重者每日10—20次，为稀水便（少数为脓血便）。

（三）充血、出血现象：酒醉貌、皮肤粘膜出血和鼻衄为毒血症状之一，反映着毛细血管广泛受损。皮肤出血点出现的部位依次为腋下、胸前、背部、颈部、上肢。粘膜出血点以口腔软腭为多见，少数可见球结合膜下出血。出血、充血显著或出血点短期内迅速增多者表示感染较重。

（四）“三痛”和精神神经症状：“三痛”（头痛、腰痛、眼眶痛）为早期之毒血症状。精神神经症状表现为烦躁、谵语等，多发生于危重型高热患者，最早发生于第2病日，以第3—5病日为多见。

（五）渗出现象：发热期内球结膜水肿者173例，眼睑浮肿者21例。球结膜水肿及眼睑浮肿为血浆外渗之表现，第一、二病日出现球结合膜水肿者66例，可见渗出现象发生之早（发热期临床表现见表二）。

（六）特殊的临床表现和夹杂症：本组病例中有出血热的所谓“急腹症型”、“胃肠炎

型”等，如有4例因畏寒、发烧、腹痛、右下腹明显压痛及反跳痛，疑诊为“兰尾炎”，经严密观察和细致检查确诊为出血热。夹杂症有：腮腺炎2例，疟疾2例，左大腿深部脓肿1例。另有3例以发热、畏寒、头痛入院，初诊为感冒，体温复常后，观察4—5天再度高热，而确诊为出血热。

由于本病缺乏特异性诊断方法，因而根据临床表现参照化验检查作出早期诊断就显得十分重要。流行初期，散发病例或兼有并发疾病，早期诊断确有困难时，将诊断不明之热性病员收治观察甚有必要。那些高烧持续或降而复升、消化道症状明显（恶心、呕吐、胃纳差）、

“三痛”显著、精神疲惫、有充血出血体征、白细胞初低后高、血象中查到异常淋巴细胞者，均应注意。我们必须以毛主席的光辉哲学思想为指针，以两个“极端”为尺子，细致地观察病情，深入地进行分析判断，做到“三勤、二查、一过细”（勤问、勤查、勤商议；查出血点、查尿蛋白；“要过细地做工作。”），力争尽早确诊及时治疗。为分清病情轻重，利于治疗及判断预后，将早期中毒症状分为三度：

重度：体温40℃以上呈稽留热型，有频繁恶心、呕吐等消化道症状，“三痛”症状显著，酒醉貌明显，出血点短期内增多。

中度：体温39℃以上，胃纳差偶有恶心、呕吐，“三痛”症状明显，充血出血体征一般。

轻度：体温39℃以下，胃纳差无恶心，“三痛”症状轻。

本组病例中，中毒症状重度者138例，中度者191例，轻度者76例。轻度和重度的转归差异甚大：重度者有52.2%发生低血压休克，轻度者只发生低血压倾向，仅占7.8%；45例肾功能衰竭患者中，重度者占82.2%，轻度者无肾功能衰竭发生（见表三）；以上提示中毒症状越重，发生低血压休克、肾功能衰竭的机会越多。

二、发热期处理中的几个问题

发热期治疗的目的在于减轻毒血症状、缩短热程、阻断病程发展。为此，从治疗一开始即应注意做到“抓早”、“抓准”、“抓重点”：“抓早”就是对病人做到早休息、早诊断、早治疗；“抓准”就是对病情判断要准确，主要矛盾要抓准，各种处置针对性要强；“抓重点”就是分清轻重缓急，狠抓重点，使病情轻不转重，重不转危。

（一）激素的应用：本组405例中，384例应用了氢化考的松。首次用量100—300毫克，多数一日一次，病情重者每日2—3次。疗效分述以下：

1. 退热：观察了165例（第2—3病日一次静脉点滴）结果：6—12小时以内体温下降者120例（占72.7%），无明显降温作用者31例，反而上升者14例。有效的120例中，21例体温渐降正常，76例降而复升，24小时内用一次无效连用2—3次者30例，其中降温者20例，无效者10例。以上说明少数重症病例即使加大剂量连续静脉滴注也不一定有降温作用。分析单次用量100、200、300毫克三组有效率依次为68.7%、74.7%、72.7%，降温幅度分别为1.58℃、1.76℃、1.69℃，以上表明降温作用与剂量大小无关。以病情而论，病情越轻降温效果越明显（见表五）。由于本病具有弛张热型，观察到的体温下降亦不能完全排除本病自身升降因素。

2. 对热程的影响：用氢化可的松治疗的378例平均热程5.6天。如第一病日开始治疗的61

例平均热程5.1天,而第四病日以后开始治疗的49例却为7天。可见,病情轻重及开始治疗的时机对热程的影响则甚为明显(见表四)。

3.对转归的影响:不同病日接受氢化可的松治疗的378例中,发生低血压68例(占17.9%),休克17例(占4.5%),少尿24例(占6.3%),尿闭21例(占5.5%)。由于缺乏对照资料,很难给予全面评价(见表六)。

4.并用强的松问题:口服强的松者100例,除4例单独服用外,余96例均与氢化可的松并用。危重、重型两组并用者有7例(第1—2病日开始服用,持续2—20天,累计剂量50—290毫克),发生低血压4例、尿闭1例。虽例数有限,似说明即使两者并用亦不能完全阻断病程之发展。

根据激素的药理作用及本病的病理生理特点,应用肾上腺皮质激素的目的在于:减轻毒血症状,补偿机体应激能力之不足,增强血管壁的致密性,减少渗出,缩短病程。本组病例观察到肾上腺皮质激素有一定降温作用,随着体温下降,病人有不同程度的轻快感,但其降温作用及对热程的影响及病情轻重密切相关,重者虽有降温亦为时短暂。发病第1—2天即开始治疗者,低血压、休克、少尿、尿闭发生率虽较第3天以后应用者为低,但因早入院、早休息、早治疗,其病情转归推论应较晚入院、晚休息、晚治疗者为好。毛主席教导我们:“世界上的事情是复杂的,是由各方面的因素决定的。看问题要从各方面去看,不能只从单方面看。”故氢化可的松阻断病程发展之功效尚难定论。

在目前无更理想药物的情况下,氢化可的松仍可应用,但须注意以下几点:

(1)不作为常规用药,高热中毒症状重者可用,中毒症状轻者可以不用。

(2)开始用药越早越好,第1—2病日最好,第4病日以后可以不用。

(3)剂量不宜过大,疗程不宜过长。每日100—200毫克,一般3—4天。

(4)不提倡并用强的松。

(二)退热药的应用:

长期以来解热药(如APC、安乃近等)在出血热的治疗上列为禁忌。为了降温和减轻中毒症状,解除病员痛苦,在严密观察下我们应用了以下几种退热方法:

1.安乃近滴鼻共83例,有短时降温作用者40例,无效者43例。

2.安乃近曲池穴位封闭(每侧0.1—0.2克)46例,有效30例,无效16例。

3.口服APC(每次0.21—0.42克)11例,7例有效,4例无效。

4.口服安乃近(每次0.25—0.5克)7例,5例有效,2例无效。

5.肌肉注射安乃近4例,2例有效,2例无效。

6.肌肉注射百乃定3例,1例有效,2例无效。

总计,用药后约有半数以上病例体温下降,但维持时间较短(较用氢化可的松降温要快,但维持时间更短),部分病例出汗较多。有1例第3病日穴封后55分钟血压由102/66毫米汞柱降为92/60毫米汞柱,85分钟时又复升为100/68毫米汞柱。另有3例也于第4病日引起一过性血压下降。可见,高热40℃以上中毒症状重者,退热剂是可以用的,但要注意不可使体温下降过骤。大汗后除注意保持水电解质平衡外,并应做好护理,以免加重病情。第3病日以后用时尚要注意血压变化。退热方法中以安乃近滴鼻和穴位封闭较简便,也能收到一定效果。

(三)碱性药物的应用: