

内科临床经验选编

上册

人民卫生出版社

内科临床经验选编

上 册

铁道部北京二七机车车辆工厂医院

徐州医学院

湖南医学院

徐州市医学科学研究所

北京市结核病研究所

中国人民解放军263医院

合编

人民卫生出版社

内科临床经验选编

上册

铁道部北京二七机车车辆工厂医院 等编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 38印张 4插页 900千字

1980年10月第1版第1次印刷

印数：1—36,500

统一书号：14048·3796 定价：3.40元

内科临床经验选编

下 册

铁道部北京二七机车车辆工厂医院等 编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人 民 卫 生 出 版 社 印 刷 厂 印 刷

新 华 书 店 北 京 发 行 所 发 行

787×1092毫米 16开本 35 $\frac{1}{2}$ 印张 4 插页 840千字

1980年12月第1版第1次印刷

印数：1—36,500

统一书号：14048·3799 定价：3.15元

本书编写人员

陈家愚	祝惠民	尹本义	翁维权	周道启	胡光锐	陈吉祥
王钟林	俞受程	申文江	丁曼琳	韩明月	薛元坤	王承溪
徐娉华	邓树棠	陈清枝	杨秀珍	房建华	吴中兴	赵季琴
陈永贵	张恒仁	高雯云	罗达春	曾华彬	祁述善	胡国丽
罗浩鸣	刘永炎	徐家玉	陈伟生	王怡然	何咏华	张达华
钱元福	李敏	罗杏生	胡伦骏	朱正臣	牛殿岭	宋长华
孙秀卿	丁勤学	朝克图	李星如	邓必骏	范正祥	钟幼琼
胡肖玉	凌奇荷	吕引祝	李固本	孙明	陈清兰	周宏研
谢颜勋	方廷宪	文斌	齐振华	邹昌泽	谢兆霞	张瑶珍
张之炯	徐乃衍	韩秀云	曾宪衡	陈雅慧	吴维生	丘万服
周太原	海镇环	苏先狮	潘忠贞	雷素琼	刘建辉	贺兴鄂
戴春花	叶楚俊	陈通锡	吴春华	王立庄	王修文	蔡治宾
殷德英	扈维玉	龙见芳	蒋云生	赛在金	彭君香	林平尔
徐立春	汪慰慈	苏学章	许发明	余爱琴	屈国云	朱权华
朱芳钦	方二元	王平芳	黄亚坤	陈干仁	孙素兰	李善康
芦拔萃	宋三泰	鲍云华	段金岩	颜承忠		

编写说明

本书收集我国各地1970~1978年出版的医学杂志和有关资料500多种，从近万篇、500多万字文摘中筛选出3,000篇左右，经整理、编辑而成。目的是为了解决农村和基层单位内科医生缺乏资料的困难；希望能为读者节省查找资料的时间和精力，并为交流各地经验、总结教训、迅速提高医疗水平服务。

本书重点收集文献中与内科有关的临床资料，包括具体病例的诊疗情况、经验教训、病理结论以及某些新的观点等等；仅在极少数处酌加了编者说明。

全书共分二十一个部分，基本上是按内科学系统分类的。由于有些资料很难划归于某一病种、甚至某一系统，而有的资料既可列于某一病种或系统又可列于另一系统。因此，查阅时除应从有关病种或系统中查找外，必要时应从全书有关部分中查找。有些诊断和治疗方法尚需在“临床诊疗技术”和“药物及其毒副作用”或“中西医结合及中医药研究”等部分中查找。

本书的中草药剂量系按1钱为3克、1两为30克折算，但半斤、一斤仍按250克和500克折算。摘录格式是按原文题目、作者、刊物（资料）名称及其期、页、年的顺序排列。为了节省篇幅，对原单位及资料名称过于冗长者我们酌加删节，敬祈鉴谅。

本书在搜集资料和编辑中得到青岛医学院、中国人民解放军307医院、北京市肿瘤研究所、山东泗水县卫生局、江苏睢宁县人民医院和徐州市商业局职工医院等单位的大力支持，在此一并致以谢意。

限于水平和经验，在收集和整理的过程中，缺点、错误定会不少，请读者批评指正。

编写组

一九七九年四月

目 录

第一部分 发热和传染病	1
发热 (附: 正常体温调查)	1
流行性感胃、感冒和上呼吸道感染.....	9
病毒性肝炎.....	13
流行性乙型脑炎.....	43
流行性出血热.....	48
恙虫病.....	53
败血症.....	54
急性扁桃体炎.....	56
流行性脑脊髓膜炎.....	57
伤寒.....	61
细菌性痢疾.....	64
细菌性食物和肉毒中毒及致病性大肠杆 菌性肠炎.....	70
布鲁氏杆菌病.....	72
深部霉菌病.....	73
钩端螺旋体病.....	79
其他.....	84
第二部分 结核病	91
肺结核.....	91
浅淋巴结结核	120
结核性腹膜炎	122
结核性脑膜炎	123
其他肺外结核	128
第三部分 寄生虫病	134
疟疾	134
阿米巴病	143
黑热病	149
贾第鞭毛虫病	151
人肠毛滴虫病	151
血吸虫病	152
华枝睾吸虫病	163
肺吸虫病	164
绦虫病	168
囊虫病	170
包虫病	172
丝虫病	175
钩虫病	178

蛔虫病	181
蛲虫病	183
猪巨吻棘头虫病	184
旋毛虫病	186
其他	189

第四部分 职业病及其他理化、生物因素引 起的疾病	193
尘肺	193
金属中毒	197
农药中毒	202
有害气体中毒	207
苯及苯化物、汽油、氧化物、溴及酒精 中毒	211
中暑与冻伤	213
高原病 (附: 高原地区医学调查)	214
空气栓塞	223
微波对人体的影响及其防护	225
毒蛇、蜂、蝎、水蛭、臭鼬咬、螫伤 及松毛虫病	227
鱼胆、鳝鱼肝、河豚及蜂蛹中毒	232
毒覃、菜豆、木薯、大叶菠菜及霉变 淀粉等中毒	235
霉菌尘肺、聚氯乙烯过敏、吞金属异 物的治疗	242
第五部分 维生素缺乏症及代谢疾病	244
维生素 A、B ₁ 及烟酸缺乏症	244
糖尿病 (附: 肝源性糖尿病)	245
高脂血症及其治疗	258
单纯性肥胖及特发性浮肿	265
低血钾软病	268
卟啉病	270
血色病及淀粉样变性	271
第六部分 结缔组织、骨、关节、肌肉疾病	273
风湿与类风湿性关节炎	273
红斑性狼疮	275
多发性肌炎、皮肌炎及硬皮病	279
韦格内氏肉芽肿	282
变应性亚败血症	283

骨疾病	286
肌疾病	295
外胚叶病	298
其他	301
第七部分 呼吸系统疾病	303
慢性支气管炎	303
支气管哮喘	316
支气管扩张、囊肿和乳头状瘤	320
肺炎	321
肺脓肿	323
气胸及纵隔气肿	325
非结核性胸腔积液、脓胸	327
其他	329
第八部分 循环系统疾病	338
心律失常及其治疗	338
风湿性心脏病	370
冠状动脉性心脏病	373
高血压病及高血压	415
肺原性心脏病	423
先天性心血管疾病	453
心肌病	460
心内膜疾病	485
心包炎、心包囊肿	490
心脏粘液瘤	495
药物变应性心脏损伤	497
β -受体功能亢进综合征	498
中药治疗低血压	499
大动脉炎	500
主动脉夹层动脉瘤	502
动脉瘤	504

第九部分 消化系统疾病	507
食管裂孔疝	507
自发性食管破裂	508
Mallory-Weiss 综合征	
(附: 食管粘膜剥脱症)	509
胃炎	511
溃疡病	515
胃其他疾病	528
十二指肠疾病	536
上消化道出血	537
呃逆	544
空肠疾病	544
溃疡性结肠炎	545
结肠肝、脾曲综合征, 结肠血管扩张症	548
肠气囊肿	549
缺血性肠病	551
节段性肠炎、坏死性肠炎	554
菌群失调	555
肠系膜淋巴结炎	557
黑色素斑-胃肠息肉综合征	558
肝硬化 (附: 蜘蛛痣及肝下缘检查法)	559
其他肝病	567
黄疸	578
胆石症	584
急性胆道感染	587
胆道其他疾病	590
胰腺疾患	593
阑尾炎	600
肠梗阻	602
内科急腹症及其他	604

第一部分 发热和传染病

发热 (附: 正常体温调查)

800例低热患者临床分析〔北京朝阳医院内科: 中华医学杂志 5: 331, 1975〕作者对北京七个低热患病率较高的单位进行调查。在23,609人中,低热患病率约为2.9%,仅次于高血压病、肝病、冠心病和胃病。本文对腋温 $\geq 37.2^{\circ}\text{C}$ 且持续一个月以上,病历完整之800例低热患者进行分析。

一、一般临床资料: 本组女性735例,占91.9%,男女之比为1:11。平均年龄28岁,26~40岁约占总数的83.4%。多数是已婚者。病程1月~17年,92.9%在10年以内。多数无明确发病诱因,有诱因者中以感染高热为最多见(124例),次为劳累(33例)和月经紊乱(28例)。低热患者自觉症状较多,包括乏力、多梦、头晕、食欲不振、心悸气短、恶心、腹胀、失眠等;体征方面,39%病例可触及肝,16%有脾肿大,16.4%咽呈慢性充血、扁桃体肿大,5%有甲状腺肿大。植物神经功能检查说明,半数以上有功能失调(107/186)。血红蛋白 < 10 克%者占7.3%(28/386),白细胞总数 $> 10,000$ 者占10%(39/399);血沉 > 20 毫米血柱/第一小时者占16.4%(88/534);尿常规有异常者占5.8%(24/412);肝功不同项目阳性率自2.3~5%不等;抗链球菌“O”阳性者占35.2%(59/188);1:2,000的旧结核菌素试验强阳性者占21%(74/351);十二指肠引流之B、C两管白细胞 > 20 个或满布视野者约占61%(60/116),但通过临床观察证实为胆道感染者不到半数。部分病例证实为肝炎;胸透有活动性结核者0.9%(4/470);超声波示肝肿大者占75.6%(180/238),脾肿大或增厚者占50%(119

/238);85例测基础代谢率 $> +20\%$ 者有18例,但最后证实为甲状腺功能亢进者仅2例;然而碘 131 吸收率在25例检查中,有8例增高。肝活检证实为肝炎者14/30,可疑肝炎4例,肝营养不良性改变7例;肝炎后肝硬化2例;仅3例为正常。

二、体温分析: 低热病人体温波动规律与常人一天之内体温变化规律基本相同,一般早晨低,下午高。正常人一般直肠温度 $\geq$ 口腔温度 $\geq$ 腋下温度,但也有9.1%的正常女性和3.5%正常男性可出现相反情况;而长期原因未明低热患者出现上述反常现象的例数显著增多,女性达44.6%,男性达38.5%;高热患者中也有22.2~23.3%出现反常现象者,但主要表现在腋温 $\geq$ 口腔温。经统计处理,三种人的上述反常比例数之间均有非常显著性差异。通过不同部位体温的测定,若出现上述反常现象(尤其腋温 $\geq$ 直肠温者)往往提示有植物神经紊乱、体温调节的障碍,有可能为功能性低热。

三、病因分析: 本组感染性低热占40%,其中以肝炎低热居首位(119例,14.9%),次为结核病(89例,11.2%),胆道感染(30例,3.7%),风湿病(30例,3.7%),泌尿系感染(24例,3%),慢性咽、扁桃体、鼻窦病灶感染和盆腔炎、白塞氏病、红斑狼疮等。非感染性低热约占57%,其中以植物神经功能紊乱最多见(192例,24%),次为肝炎后热(119例,14.9%),感染后热(111例,13.9%),以及手术后热、内分泌功能紊乱、妊娠、月经前热和甲状腺功能亢进。本组有23例(2.9%)病因仍未能肯定。应该指出的是,有些诊断为“肝炎”、“结核病”、“风湿病”等病例虽经较长时间的保肝、抗痨、抗风湿等治疗,或作了病

灶切除但仍低热，这很可能是合并有体温调节中枢功能紊乱因素，似属于一种混合型低热。

四、治疗、经过和预后：有明确的器质性原因者经特效治疗，效果较好；对非感染性低热者不宜长期大量应用各种抗菌素和解热剂，应做好思想工作，合理安排工作而不宜长期病休，此类病人病程较长但不少患者的健康和体质却未受显著影响。

长程发热226例的病因分析〔翁心华等：中华内科杂志6:362, 1976〕 本组长程发热的226例中，在出院前或死亡后仍未获明确诊断者6例（占2.7%），余220例病因及主要临床特点为：

一、感染性发热共109例，占诊断明确病例的49.5%。其中：

（一）伤寒29例，副伤寒甲3例。本组伤寒的临床表现不甚典型，中毒症状及相对缓脉均少见，典型玫瑰疹则更少见。

（二）各种部位结核病20例，均有结核中毒症状，抗结核治疗亦有效。

（三）败血症20例，致病菌为革兰氏阴性杆菌者11例。

（四）肝脓肿14例，阿米巴性8例，细菌性6例。有肝区痛者9例，出现时间均较晚，最晚出现在发热后3个月。肝超声波亦有多次检查阴性者，最迟至第46天才出现液平段。12例作硷性磷酸酶测定，增高者11例。

（五）慢性胆囊炎4例：热程均在2个月以上，3例有胆石症，经手术证实结石阻塞胆管；抗菌素治疗无效，硷性磷酸酶明显增高。

（六）亚急性细菌性心内膜炎5例；急性血吸虫病5例；传染性单核细胞增多症3例；布氏杆菌病1例；斑疹伤寒1例。

（七）各种局灶性感染4例。热程大多较长，最长者达3年，但全身情况均较好。

二、肿瘤性发热共63例。包括①淋巴瘤

30例。年龄小于40岁21例；恶液质22例；在7例有出血倾向者中，消化道出血者6例；②恶性网状细胞病16例：其中12例年龄在40岁以下，有出血倾向7例。病情较淋巴瘤凶险，平均病程为2~4个月，血象中三系列均明显降低，肝、脾呈进行性肿大，脾肿大尤著，淋巴结肿大则不多见；③肝癌7例：热程在3个月内者6例，以不规则发热为多见；④多发性骨髓瘤3例和各种晚期肿瘤7例。

三、结缔组织病及变态反应性疾病43例。其中系统性红斑狼疮12例，女11例，有肾脏损害者11例，半数白细胞增高。变应性亚败血症11例，病程2年以上4例，均有咽痛、关节痛和复发性皮疹，10例白细胞增高；多次血培养11例均呈阴性，抗菌素无效，激素有效。风湿热10例。皮炎2例。变应性血管炎4例。非化脓性脂膜炎、白塞氏病和结节性多动脉炎各1例，其临床特点与通常所见者相似。

四、其它5例：反应性网状细胞增多症4例和诈热1例。

本文226例中，诊断明确者220例；入院诊断与出院诊断相符者100例，占45.5%。误诊的原因：①缺少典型临床表现。某些疾病的临床表现近年来有所变异，本组中伤寒、副伤寒误诊率达59.4%；②由于某些疾病的特殊临床类型及某些发热性疾病有相似的临床表现易于混淆。如肝脓肿与肝癌，14例肝脓肿误诊者7例，其中4例误诊为肝癌；③腹块型腹膜结核易误诊为腹腔肿瘤。本文一例经半年之久才确定诊断；④病理诊断与临床不符，过分依赖病理诊断而忽视临床表现。

对长程发热患者宜首先区分为感染和非感染性两类，这在治疗上有重要意义。在长程发热中感染仍占首位，本组中约占半数；肿瘤所致发热约占1/3，其中以淋巴瘤和恶网多见；结缔组织疾患及变态反应性发热约

占1/4,以系统性红斑狼疮最多。感染性发热起病大多急骤,热程持续,有一定中毒症状,有效的抗菌素可控制其发展。系统性红斑性狼疮的热程常可自行缓解。淋巴瘤和恶网可有周期热或不规则的自行缓解,发热伴白细胞减少以恶网为著,并有明显出血倾向,可供与系统性红斑性狼疮、淋巴瘤等鉴别。结缔组织病及变态反应性疾病除系统性红斑狼疮有面部特异性皮损外,余均有非特异的复发性皮疹,这在感染及肿瘤组中则较少见。

不明原因持续发热140例分析〔湖南医学院附一院传染科资料,1972〕 本文对该院1970年以来、原因不明持续发热的140例进行分析。

一、感染性疾病共88例:其中伤寒33例;肺外结核15例(肝结核2例,淋巴结核3例,腹膜结核7例);败血症及急性心内膜炎22例;胆道感染3例;肝脓肿2例,疟疾3例,急性血吸虫病2例,肺部感染4例。另尚有泌尿系感染及播散性肺结核。

二、非感染性疾病共35例:急性白血病2例,恶性网状细胞增多症4例;风湿热5例,播散性红斑狼疮4例,脂膜炎2例,皮炎及结节性多动脉炎各1例。恶性肿瘤15例中,肝癌4例,肺部转移癌3例,腹内转移癌2例,骨转移癌2例,淋巴瘤2例,脊髓腔恶性肿瘤及结肠癌各1例。此外尚有甲状腺机能亢进1例。

长期低热48例分析〔姜辉:皖南医学2:42,1974〕 本文对长期低热(指体温在 $37.4\sim 38^{\circ}\text{C}$ 之间持续一月以上)病人较多的某厂48例患者,进行系统体检和有关检查,并深入调查。现将其结果分析如下。

48例全系女性,年龄多在20~40岁之间,超过40岁者仅1例。低热最短者一个月,最长12年,1~5年共37例。虽长期低热但一般情况尚好,主要症状以神经衰弱及植物神经功能紊乱为多,如头昏、乏力、失

眠、多梦、心悸、手颤、易出汗、心动过速等,其他有纳减、恶心、腹胀、肝痛、月经不调等。

本组以神经机能性低热占首位为22.9%,肝胆疾病占16.66%,风湿热占12.5%,尿路感染12.5%,慢性气管炎8.33%,慢性痢疾占4.16%,其他有慢性扁桃体炎、慢性咽炎、慢性输卵管炎、甲状腺机能亢进及原因不明。本文仅就神经机能性低热作重点分析。

神经机能性低热又称原发性低热、习惯性低热、功能性低热、夏季低热、感染后热、植物神经功能紊乱等。系正常体温调节的自动控制系统受到损害所致。其临床特点为长期低热,自觉症状多,但体检、化验等检查阳性发现少,经各种治疗和长期休息均无效。

神经功能性低热在确诊前须与肝炎、胆道感染、风湿热、结核、慢性肾盂肾炎等相鉴别,如有怀疑,除作适当诊断性治疗外,应适当延长观察时间,不应轻率下诊断。在确诊后应耐心解释,解除顾虑,可适当用一些镇静剂以调整神经功能。

低热的诊断和处理〔上海市第六人民医院内科:医学情况交流8:45,1974〕 凡口温在 $37.4^{\circ}\text{C}\sim 38^{\circ}\text{C}$,肛温在 $37.8^{\circ}\text{C}\sim 38.5^{\circ}\text{C}$ 之间,并持续二周以上者称低热。低热可分为器质性和功能性两大类。

一、器质性低热:

(一)慢性感染:慢性肾盂肾炎、慢性胆道感染以及结核病为主要病因。

一般结核病的诊断并不困难。部分病例,如肠系膜淋巴结核及纵隔结核等可无明显症状、体征及X线变化,诊断可根据活动性结核的普遍特征来加以探索,如①血沉增快;②1:10万结核菌素试验阳性;③匹拉米洞试验阳性(下午每小时服匹拉米洞0.2克连服4小时,如低热能退去者为阳性)。三项中均属阴性,可暂时排除结核性低热;三

项中1~2项阳性又不能以其它原因解释者,可试用抗痨治疗4~8周,治疗后退热、而且稳定,考虑结核的诊断,并继续治疗;如三项均属阳性,则结核性低热可能性极大。

咽、口部的慢性感染灶及慢性支气管炎、支气管扩张、亚急性细菌性心内膜炎、慢性盆腔炎为感染性低热的少见原因。

(二)肝病:主要见于肝炎的迁延期、恢复期和慢性期。表现为食欲不振、乏力、腹胀、肝大、肝区隐痛等,并伴有浮肿、多汗、易激动失眠等植物神经功能紊乱症状。凝血酶原测定约半数患者延长,此对症状不明显之肝病低热者有一定参考价值。此外,门脉性肝硬化、阿米巴肝炎可有低热,后者可试用氯喹治疗,如有效可考虑诊断。

(三)胶原结缔组织疾病:风湿热、类风湿性关节炎,红斑狼疮均好发于年轻女性,具有共同的临床特征:长期低热、关节疼痛、心动过速及不同程度的内脏、皮肤损害、抗“O”、血沉及粘蛋白增高,一般自愈和反复发作的倾向。

结核性风湿症、感染过敏性关节炎、链球菌感染症状群、链球菌感染后状态,均有与风湿热相似的临床症状,应加以鉴别。

类风湿性关节炎患者经反复发后遗有关节畸形,类风湿因子及类风湿乳胶试验阳性。

血清中找到狼疮细胞及抗核因子测定对红斑性狼疮有诊断意义。

结节性多动脉炎、硬皮病、白塞氏综合征等均可长期低热,但较少见。

(四)癌肿:老年人出现低热时,应警惕癌肿之可能。淋巴系统肿瘤、慢性白血病、胃癌、结肠癌、多发性骨髓瘤等是引起低热的常见癌肿。

二、功能性低热:一般认为此类低热可能系机体体质异常或体温调节机能障碍所致。

(一)夏季低热:每于夏季出现低热,伴有乏力、头晕、纳差、消瘦。天凉后低热可自行消退,其他症状随之消失,连续数年大多自愈。

(二)感染后低热:感染性疾病高热后,在原感染已愈的情况下,低热持续不退,经反复体检及辅助检查均无阳性发现。

(三)原发性低热:系机体植物神经系统功能紊乱所致,多见于20~40岁女性患者。

诊断功能性低热应十分慎重,必须在排除器质性病变的基础上,结合患者一般情况良好,低热有一定的规律性、自愈性,临床上仅表现一些植物神经紊乱症状;且具备经反复检查及长期(二年以上)观察找不到病因,经抗风湿、抗痨、抗感染治疗无效诸特点,方可作出功能性低热的诊断。

临床疑及本病时,可做以下二试验帮助诊断:①热水试验:2~3分钟内饮入70℃热水一杯,每分钟测温一次,与饮水前对比。正常人饮水5分钟后体温上升0.1~0.2℃,并在10~15分钟内恢复原温或降至原温以下,功能热患者可升高0.3~0.4℃或仅上升0.1~0.2℃,但经10~15分钟内不恢复;②分别测量卧床休息及活动时体温,每小时测量体温一次,休息时体温正常,活动后体温上升,提示功能性低热。

三、低热的处理:对低热病人必须进行全面详细地询问病史仔细的体格检查及必要的辅助检查,尽早地找到低热的原因。如器质性低热,则按原发病治疗;对功能性低热患者可对症处理,并有选择地给予一些中草药、退热药物、调节植物神经或代谢方面的药物。

一部分病人虽经各方面全面细致检查仍找不到明确病因,对这类病人根据其全身情况决定治疗。当病人一般情况好,可暂按功能性低热处理,并定期随访;一般情况差,有明显乏力、消瘦者,必须抓紧时机进

一步做特殊检查，若仍无阳性发现、病程观察已在2月以上、症状无明显改善者，可给予抗感染（2周）、抗癆（4～8周）或抗风湿等试验性治疗。

无孔处女膜引起长期低热一例报告〔广西百色地区医院：卫生简讯2：36，1977〕
本文介绍1例女性患者，21岁，学生，未婚。自诉畏寒、发热、腹痛、胸闷、纳呆、全身不适17天，伴尿意频而解不出。导尿时见阴道口有一淡红色囊状物随按压膀胱而凸出，妇科检查发现无阴道口。在常规消毒下与局麻，将无孔处女膜作“×”型切开，流出浓稠之陈旧样经血2,600毫升。术后体温恢复正常。从本例应得到一个教训，即未婚女性青春期有长期发热症者，应询查妇科情况，以免误诊。

通里攻下法在急性热病中的临床意义
〔王琦等：天津医药2：84，1978〕 内科领域特别是急性热病方面，通里攻下是一种有效的治疗方法。许多急性热病只要辨证准确，不失时机地运用攻下，可及时扭转病机，迅速奏效。

本法治疗热性病首见于《内经·素问·热论篇》：“其未满三日者可汗而已，其满三日者可泄而已”。本法在急性热病中的应用为历代医家所重视。临床运用有：

一、乙型脑炎：作者认为攻下法在“乙脑”热盛期，证见阳明热结者尤为重要。凡证见苔黄、大便秘结或腹胀满，按之灼手者，即应辨为阳明热结，在清热解毒的基础上加用凉膈散或大黄、玄明粉之类。可随大便排解而病情迅速缓解。1976年江苏省“乙脑”防治经验交流会认为乙脑“热”证见便秘、苔老黄者，用白虎汤加生大黄；对极期重症有阳明热结者从泻火通腑入手，龙胆泻肝汤合凉膈散，可达火熄风灭。通腑泻火对解除抽搐、昏迷、呼吸循环衰竭有重要意义。老中医蒲辅周对“乙脑”的治疗亦把通里攻下法列为常用法则之一。

二、病毒性肝炎：《金匱》对酒疸，谷疸等具备腹胀欲吐、心胸不安、腹痛等湿热内结、热盛里实之证，均用攻下治疗；分立茵陈蒿汤、栀子大黄汤、大黄硝石汤等。作者体会本病早用攻下多在1～2周内，消退黄疸、改善体征、肝功能也能较快恢复。湖北中医学院曾对40例黄疸型肝炎一律用大黄硝石汤进行治疗，平均退黄时间为14.5天，对黄疸迁延不愈者用大黄硝石汤制为丸药口服，亦收到满意效果。吴又可治疗温疫发黄用茵陈汤，以大黄为君。通里攻下对抢救暴发型肝炎昏迷患者应争取时间以大剂清热解毒配合攻下或用栀子金花汤加五味消毒饮重用大黄以通腑泻火，常在泻下后神志得以转清。对降低死亡率有积极意义。

三、重症肺炎：重症肺炎证见壮热口渴、喘息血痰、便秘，甚则神昏。清泄肺热，通下阳明，肺肠合治多取良效。江苏新医学院一附院儿科治疗麻疹肺炎，曾重点对照地观察了大剂清热解毒和重用大黄的疗效。重用大黄组症状及体征消失多为5～7天。疗效较单用清热解毒组为优。

四、急性菌痢：病机多为湿热之毒壅遏大肠所致。《证治要诀》指出：“凡治痢必先逐去积滞”，方如大、小承气汤，或于方中加入大黄以通下。中毒性痢疾多阳热实证，宜攻下导滞，使热毒从大便泄出。近年有人在运用西药抗菌素及对症处理的基础上加用中药以通里攻下为主的复方大黄汤治疗本病，多获治愈。通里攻下使细菌及其毒素得以迅速排出体外，采用攻下法是“釜底抽薪”的措施。

通里攻下法施治注意点及运用指征：①全身症状：面目俱赤，呼吸粗，多汗，齿垢，唇焦红，口燥咽干，渴饮冷水；②热型：大热或热不恶寒，或时有微热；③神经症状：谵语，剧则循衣摸床；④胸腹症状：心中痞满，腹胀痛拒按；⑤二便：多黄，便秘、硬或极臭，剧则热结旁流——泻利；⑥舌象：

舌短、卷、硬，舌质多红或青或紫赤色，舌苔黄燥或焦黄，干燥起刺或焦黑；⑦脉象：多为滑数或沉伏。应用攻下要以患者体质的强弱、病情的轻重为根据。下法有寒下、温下、润下、攻补兼施等多种。本文只着重讨论寒下的运用。除通里攻下法外，可根据不同病情配合清热解毒，理气开郁，活血化痰等法使之在适应病情上更加完善。通里攻下是祛邪以扶正的治疗方法，但是攻邪不可太过，以免伤阴；此外，攻下后尚要注意调理。

通里攻下在温热病主要是清热解毒，荡积通瘀以达到推陈致新的作用；不仅是祛邪，也是扶正的积极措施。因温病最易伤阴劫液，急下以存阴，存阴即扶正；①促进新陈代谢，排泄毒素：现代医学研究证明，感染性休克可因肠毒素的吸收导致肠源性内毒素性休克。下法“通泄里热”使细菌与毒素排出体外，达到防治肠源性内毒素休克和防治肺部损伤的作用，可促使病情向好的方面转化。但泻下不应仅理解为通便。因不能荡涤其邪则正气不能复，只有狠泻其火，才能复其阴；②通过对肠道局部刺激作用引起全身性反应：虽然多数热性病的原发病灶不在胃肠道，但对消化系统的影响是十分明显的。肠内发酵和腐败过程加剧，而出现腹胀便秘，其分解产物的吸收又可加重机体中毒，这些变化通过内感受器又给中枢神经系统以不良影响，加重调节机能的紊乱；③抗感染作用：机体内的急性感染，应用通下可使体温很快下降，感染得以控制，其作用可能通过以下三个方面：第一，通里攻下的直接抑菌作用：大黄是较强的广谱杀菌抑菌药物；同时又具有抗病毒的作用；其次，增加血流量、改善血液循环，有利于炎症的控制；第三，降低毛细血管通透性，以利感染的控制。

作者指出，讨论通里攻下的作用，并非只是只顾攻下而忽视辨证论治；相反，此法正是在辨证论治的指导下的治疗方法之一。

低热的中医治疗〔岳美中：中华内科杂志6:362,1977〕作者根据“先其所因，伏其所主”的治疗原则，治愈了一些长期低热病例。文中所举7例低热患者病程自3个月～3年不等；除2例分别曾拟诊心肌炎、植物神经功能紊乱者外，其余病例多经多方检查而始终诊断不明、治疗无效。作者将低热分为如下几型：

一、脾阴阳俱虚型：多系小儿，因喜食生冷瓜果伤及脾阳；或因外感治疗护理失当，热势稽留，伤及脾阴，致低热难愈。据张杲《医说》元气无所归著，阳浮则倏热矣，六神汤（四君子汤加山药、扁豆）主之的理论，2例低热3～6月儿童均用上方，双补脾之阴阳，服数至26剂热平，追访未再发热。

二、阴虚火旺型：系阴液耗损，虚火亢盛，外浮为虚热。证见夜间或五心烦热、口干咽燥、溲黄、大便干、腰痠，舌嫩红或干绛无苔，脉细数。文中所举一例中年妇女，低热3年，经投都气丸加柴、芍、桂作汤用以滋肾退热，七剂后热退。此方系宗《金匱》肾气丸减桂、附，以生地易熟地，加五味子成都气丸；加柴胡疏肝理气、白芍敛虚热护营阴；要点在于加油桂作反佐、引火归元。《医贯》曰：“余见发疟有面赤口渴者，俱作肾中真阴虚治，无不立效”。杨拜苏曰：“余得此法，屡屡获效”。但低热原因不一，临床仍需辨证论治。

三、瘀血内热型：文中所举女青年一例，外伤后身热，先是午后、渐次提前至上午全天发热，最高达38.2℃，经前腰痛，久坐或弯腰后痛重，乏力，膝有时痛。3年来多方诊治均未获效。苔薄白，脉细。先予柴芍地黄汤后痛减，热稍降；继以复元活血汤（柴胡、花粉、归尾、红花、山甲、甘草、桃仁、酒军、旋复花、茜草、青葱管）服三剂后加五味子，取先通后补之法；仍发热、腰痛等，且舌质变黯、左脉偏絃，瘀血征颇

显。予桃仁四物汤加味治疗后，痛经已愈、腰痛消失，苔薄白、脉滑，改用秦艽鳖甲汤后渐次痊愈。本例属血瘀阴虚，始则滋阴兼化痰，后予补虚而愈。

四、余热脾虚型：不审病机，见热退热，早投苦寒则遏邪于内，恣予甘寒则恋邪于里，致高热之后低热难退。作者介绍一例青年男性，高热1个月之后转为低热持续4个月，乏力、便溏、腹鸣、肝区隐痛，谷-丙转氨酶130单位。舌稍红、苔薄白、有齿痕，脉右大。予六神汤后热减、口已不渴；加银柴胡、青蒿以透热，热虽减但仍便稀、小腹胀，肝脾不调兼见虚象，改投理中汤加味后渐次痊愈。

五、火郁于内型：外感迁延未治或治不得法，邪不得出，火郁于内。一青年女性，感冒后心跳、低热，脉速可达160次/分，后项时强直，舌边尖红。前医按“心肌炎”治无效。按“先其所因”治要“伏其所主”，感冒后脉速、心慌系火郁于心经之症。以火郁汤（赤芍、葛根、防风、升麻、炙草）等加减治疗，终使历时11个月之症获治。

六、湿热蕴积型：热邪挟湿交阻于里，最难解除。所举10岁男孩一例，以低热二次入院。初诊为链球菌感染综合征，第二次曾诊为植物神经功能紊乱；低热已1年又9个月。脉滑，舌前段白苔重、后段剥落苔。诊为湿热积于上焦，以三仁汤化裁、平胃散加味等调治；用淡渗通阳利尿使湿从下夺，热势孤后再表散之，经1个多月治疗，终于康复。

正常体温及影响体温的有关因素〔北京朝阳医院内科：中华医学杂志11:700,1974〕1973年7月作者对1,030名正常人作了腋窝、口腔、直肠体温测定。年龄17~75岁，18~40岁者约占90%。所用体温表事先经过校正、测温时间统一规定为10分钟，且一律在非劳动状态下，室温25~30℃，相对湿度50~70%。于下午1~6时每人同时测定三个部

位的体温。测定结果正常体温为：腋窝36.0~37.4℃（其分布非常明显地偏离常态），口腔36.7~37.7℃（近似常态分布），直肠36.9~37.9℃（近似常态分布）。经对实测结果的研究，影响体温的因素有：

一、性别：口腔及直肠温度男女差异非常显著，但由于其相差分别为0.076℃和0.062℃，对临床无实际意义。而腋窝温度男女无显著差异。

二、年龄：按照年龄分为≤20岁（290名）、21~30岁（346名）、31~40岁（291名）和>40岁（103名）四组进行统计，其平均体温分别为37.24℃、37.20℃、37.15℃和37.10℃。大约每增加一个年龄组，减低0.05℃，且各组间差异十分显著。

三、职业：平均体温在工人（477名）为37.18℃，农民（39名）37.45℃，军人（85名）37.20℃，学生（94名）37.34℃，售货员（74名）37.13℃，技术员（66名）37.11℃；且各职业间有非常显著性差异。

四、不同部位体温的差异：从上述结果可知，直肠温度>口腔>腋窝；三者差异非常显著。平均温差，口—腋为0.4℃，直—口为0.3℃。作者对270名同时测定两腋窝体温，右>左者占47.8%，左>右者占39.1%，两侧相等者占13.1%，但在统计学上没有意义。两侧腋窝温差一般不超过1℃。

五、昼夜体温的变动：作者连续观察38名17~18岁学生，日每小时测1次，夜每4小时测1次，结果示昼夜间体温均有周期性变化，夜比日低，清晨0~4时最低，下午5~7时最高；一日之中体温有三个高峰，分别在早、午饭后1小时和下午5时以后，以后者峰值最高。若昼夜间于8、12、16、20时测体温4次，则最大温差范围为0.4~1.2℃。460名正常人上、下午体温比较，一般下午比上午高0.17℃（腋）及0.12℃（口），但也有下午比上午低者。

六、试表时间长短对体温的影响：对

118名正常人测定结果发现,直肠测温最灵敏也最稳定,一般5分钟即有90%以上的人升至最高度数;口腔约需10分钟;而腋窝至少需15分钟以上才能稳定;作者发现有2名腋温在25分时才稳定。

七、月经及妊娠对体温的影响:对75名正常女性连续观察1个月经周期基础体温。一般经前1周比经期腋窝体温约高 $0.2\sim 0.5^{\circ}\text{C}$,但也有无高温相或体温不定者。

八、环境对体温影响:作者测定炎热日晒下的农民其腋窝体温可达 38°C ,口腔温达 38.4°C ,直肠温达 38.7°C ;以女性农民尤为明显。

九、精神、情绪对体温影响:对67名学生进行考试前后体温测定,有6名 $>37.4^{\circ}\text{C}$ (腋),最高达 37.7°C ;考试前体温偏高及考后亦未降至正常者多为女学生。在高校招生体检时发现有腋温达 37.8°C 、口温达 37.9°C 、直肠温达 38.3°C 者;这一情况亦以女性多见。

十、剧烈运动对体温的影响:对34名田径及自行车运动员进行运动两小时前后体温测定,运动后腋温最高达 37.7°C ,口温达 38.5°C ,直肠温达 38.9°C 。一般经30分钟左右可恢复正常。

十一、体温的季节变动:1974年1月对313名原测温对象进行冬季复测。结果较1973年夏的腋、口、直肠温度分别平均减低 0.289°C 、 0.181°C 和 0.066°C 。显然,腋、口的体温夏略高而冬略低;但直肠温则大致相同。

十二、其他:进食后体温可升高,三部位分别升高 $0.2\sim 0.7^{\circ}\text{C}$ 。此外,试表部位的冷热刺激,体温表本身的误差,放置的位置、方向、夹得松紧,直肠表插的深浅、是否贴近肠壁或悬空,以及机体素质、神经类型等对体温测定均有影响。

作者认为:①正常人腋温95%为 $36\sim 37.4^{\circ}\text{C}$;认为 $>37^{\circ}\text{C}$ 即为发热是不对的;②人的正常体温不可能用一个数字来表示,只

能是一个范围。腋温不仅受影响因素多、个体体温差范围较大,体温分布偏离常态,结果不十分可靠。而直肠温度则稳定、准确、比较接近体内温度;③老人体温偏低,遇有低热应注意排除器质性疾病;而青年“低热”则不一定是病态;④人体不同部位体温不同,不能用一处体温去推其他处的体温。某处的温度不能代表整个人体温度的情况,故要想得到真正的体内温度是很困难的。直肠温度只能作为人体体温近似值。正常时直肠温度应最高,若出现腋温 $\geq$ 直肠温等反常现象,则意味着皮肤散热机制发生障碍,可能有植物神经调节的紊乱。由于两腋可有温差,故测定最好固定于一侧;若两腋温差 $>1^{\circ}\text{C}$,提示有植物神经功能紊乱或局部因素,且腋温测定时间至少须15分钟。按8、12、16、20时四次测温统计,其温差范围一般为 $0.4\sim 1.2^{\circ}\text{C}$,若日差很小或稍一活动变动很大,提示体温调节不敏感或处于敏感状态;⑤给低热下一确切定义较难。临床上多以腋温 $37.5\sim 38.0^{\circ}\text{C}$ 为标准;但平日体温偏低者, 37°C 腋温可能已成低热;少数平日体温偏高者,实际上可能并无器质性疾病。

作者指出,单凭1~2次体温数字来断定有无疾病,往往可能作出错误的判断。只有经过全面细致的体检、必要的化验和特殊检查,经一定时期观察后才能做出正确的结论。

正常人体温初步调查报告〔吉林市第一人民医院内科资料,1975〕 作者对1,001名健康成人的腋窝体温进行测定,并分别对左右侧、上下午、性别及年龄等有关因素进行对比观察。据测定结果及统计学处理结论为:正常成人腋温范围为 $35.5\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。作者认为腋温 $37.3\sim 37.4^{\circ}\text{C}$ 者为可疑低热; $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ 者可诊为低热。日腋温温差平均为 0.4°C ,但不超过 1.0°C ;故日差波动 $>1.0^{\circ}\text{C}$ 者应考虑发热的可能。影响体温的有关因素:①下午比上午平均约高 0.1°C 左右;右

腋温较左偏高,平均高 0.07°C ;②上午腋温女略高于男,但差异不显著;下午腋温男高于女,且差异显著;③17~40岁年龄组的腋温较41~60岁年龄组的平均值为高,差异非常显著;④妇女月经未潮前一周较月经来潮的最初一周内体温显著偏高,均差为 0.15°C ,差异非常显著。

体温计的质量直接影响测量结果。作者在进行校正时发现一部分体温计误差在 $\pm 0.5^{\circ}\text{C}$ 以上,而这是人们易于忽略的一个问题。

流行性感、感冒和上呼吸道感染

设立观测点作为早期发现流感疫情的一种方法〔上海市卫生防疫站:中华医学杂志9:524,1977〕 流感的疫情报告尤其暴发点的疫情报告,虽能大致反映本地区流感流行的趋势,但是存在着不及时、不完整的缺点,疫情报告数尚不及实际发病数的十分之一。作者于1973年开始设立高热上感急诊病例的观测点,试图弥补疫情报告之不足。

近4年来从观测点搜集的高热上感发病资料来看,几年的发病曲线与全市流感疫情报告的发病趋势是一致的,不是偶合现象。每当观测资料呈现发病高峰时,当时高热上感病人的病毒检出率也明显地高于非高峰期检出率,说明观测资料的高热上感病例尤其是发病高峰基本上是由流感病例构成的。这就明确了观测点的发病资料能反映上海地区流感发病的流行情况。

作者利用1973~1975年的观测点资料,对1976年的流感发病情况进行了预测,结果证明1976年的发病情况基本在预期之内。因而可以通过观测点资料的积累、结合病毒学、血清学工作预测流感的疫情。此外,定期分析观测点发病资料,有助于进一步阐明流感流行规律。由于高峰期高热上感病人的病毒检出率明显高于非高峰期,这不仅为安排病毒分离工作在时间上指出了重点,又

为及早掌握病毒株及其抗原变异提供了基础。尤为重要的是,观测点资料显示高峰出现的时间,几年来均比疫情报告早两周左右,故可依此及早采取防治措施。总之,作者认为在城市内选择市区医院急诊室作为疫情观测点,用 P_{95} 值作为预测指标,可以及时抓住疫情苗头、分析疫情趋势,是加强防治措施的一个有效方法。但是流感的传播与流行是由各方面因素决定的,既取决于病毒变异和机体免疫状态,又与人群社会活动因素有关,故不能简单地用 P_{95} 值概括一切,应结合各方面工作加以综合分析、作出判断。

作者采取的方法包括:①选择门诊人次比较稳定、地处市区内的一个区级医院急诊室作为疫情观测点;②根据统一的诊断标准,将体温在 38.5°C 以上、原因不明高热和不等程度卡他症状急诊患者,在摒除其他疾病后,作好登记,逐日按统一表式统计这种高热、上呼吸道感染的例数,每周汇总并上报;③根据本市流感疫情报告资料,分析逐月发病情况,以与观测点资料对照;④在观测点材料呈发病高峰时,则取上述高热上感病例的咽喉液作病毒分离,对临床确诊流感者早期(发病不逾3日)血清作血凝抑制抗体测定;⑤据观测点前一年或以往连续几年非发病(流行)高峰期每周例数算得的第95(或99)百分位数作为上限,以估计下一年各周例数超过此界限时可能出现发病高峰的时间。第95(或99)百分位数(即 P_{95} 或 P_{99})的计算方法有两种:以本文为例,其一,先将每年各周发病登记数按周次画出疫情曲线,找出每年发病高峰周,并计算高峰周的周数(如本文1973~1975年3年发病高峰周计39周);在计算三年(156周)累计的 P_{95} 或 P_{99} 时应先减去高峰周周数及统计不全而漏报的缺少周数(本文1974年缺少5周的数据),即 $156 - (39 + 5) = 112$ 周;所余周数的数值为三年非流行期间所有各周观察值,不分年份混在一起,然后按从小到大次序排