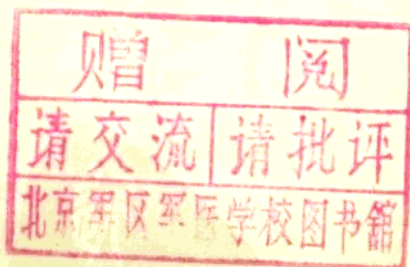


临床病案讨论

汇 编



中国人民解放军北京军区军医学校训练部

PDG

目 录

1. 发热、头痛、呕吐……………(1)
2. 高热、头身痛、呕吐、皮肤粘膜广泛出血……………(8)
3. 周身不适、食欲减退、恶心、厌油食……………(16)
4. 高热、腹泻、无尿、呼吸困难、休克……………(24)
5. 高热、咯血、白细胞增高……………(42)
6. 长期发热……………(50)
7. 发热、胸痛、腹痛、周身不适……………(56)
8. 高热、皮疹、无尿、休克……………(63)
9. 高热、昏迷、全身广泛性出血……………(68)
10. 疲乏、低热、咳嗽、气短……………(78)
11. 发热、咳喘、咯黄脓痰、黄疸、昏迷……………(84)
12. 发热、胸痛、咯脓痰、突然气喘、发绀、大汗、
脉频速……………(92)
13. 间歇性反复发热、黄疸、肝脾肿大……………(102)
14. 慢性间歇性上腹痛半年……………(108)
15. 上腹疼痛、发热、肝脾肿大、消瘦、贫血、休克……………(113)
16. 畏寒、发热12天、神志不清1天……………(121)
17. 视力失调、口干、嘶哑、言语及吞咽困难……………(129)
18. 头昏、头痛、呕吐、视力模糊……………(139)
19. 头痛、发热、出汗、咳嗽、胸闷气急、周身乏
力、食欲减低及剧烈咽痛……………(149)

20. 发热16天、食欲不振、周身不适、进行性消瘦	(157)
21. 呼吸困难、心悸、贫血、浮肿	(163)
22. 消化道大出血、神志模糊、右上腹肿物	(171)
23. 呕吐、手足麻凉、抽搐、胸闷、大汗	(180)
24. 头痛、左侧偏瘫、意识障碍	(191)
25. 呕吐、抽搐、昏迷	(198)
26. 全血细胞减少	(212)
27. 四肢淤斑、便血	(216)
28. 贫血、出血、血尿、剧烈头痛	(223)
29. 剧烈腹痛、吐虫、右腹股沟包块	(236)
30. 剧烈腹痛、呕吐、便血	(242)
31. 下腹部突发剧烈疼痛、伴有恶心	(250)
32. 十二指肠溃疡行胃切除术后反复出血、穿孔	(259)
33. 上腹痛、呕血、黑便、黄疸、咯血、胸水	(267)
34. 持续性右上腹绞痛伴黄疸	(275)
35. 进行性黄疸	(282)
36. 呕吐、昏倒、全身乏力、水肿	(289)
37. 术中循环骤停	(295)
38. 月经量多、经期延长、月经周期缩短三年余、近 一年来于下腹触有包块	(305)
39. 右下腹阵发性疼痛伴发热、盆腔内囊性肿块	(311)
40. 停经、腹部迅速增大	(317)
41. 腹痛伴恶心呕吐、阴道少量出血	(323)
42. 产前出血	(330)
43. 发热、倦怠、呕吐	(334)

44. 发热、腹泻、腹胀、休克·····	(340)
45. 腹泻两周、一天来阵发性哭闹、呕吐、伴便血一 次·····	(346)
46. 全身浮肿、呼吸困难·····	(353)
47. 发热、呛咳、呼吸困难·····	(361)
附：怎样分析病例·····	(369)

发热、头痛、呕吐

病历摘要

患者男，16岁。因发热、头痛三天，呕吐三次，于1972年8月23日上午十一时住院。

现病史：患者于8月21日开始发热，体温 38°C 以上，伴有头痛、精神不振、食欲减退。曾用解热镇痛药、青霉素及链霉素等治疗均未奏效，且发热渐高达 39°C 以上，嗜睡，头痛加剧。病后进食甚少，未大便。无抽风。无明显流涕、咳嗽、咽痛等症状。8月23日晨诉头痛欲裂，并呕吐胃内容物三次，最后一次呈喷射状，时有谵语。至上午遂往某医院急诊，灌肠大便检查正常。脑脊液检查：外观无色透明，压力182毫米水柱，细胞计数360/立方毫米，白细胞356/立方毫米，中性粒细胞80%，淋巴细胞20%，蛋白质60毫克%，糖77毫克%，氯化物680毫克%。诊断为流行性乙型脑炎，即收入院。

患者既往身体健康，从未接受过乙脑预防注射，居住附近有散发乙脑病人。

体格检查：体温 39.5°C ，脉搏100次/分，呼吸30次/分，血压140/70毫米汞柱。发育、营养一般，神智恍惚，烦躁。面色苍白，肢端稍凉，皮肤未见出血点。瞳孔双侧等大、等圆，对光反应灵敏。无唾液腺肿大，咽部轻度充血。颈明显抵抗，心率较快，无杂音，肺未见异常。腹软，肝脾

未触及。腹壁、提睾及膝反射均阳性，克匿格氏征阳性，巴彬斯基氏征阴性。四肢肌张力不高。舌苔白，舌质红。

化验：白细胞24,700/立方毫米，中性粒细胞84%，淋巴细胞16%。

胸部透视：肺部正常。

诊断：流行性乙型脑炎（中型）

住院及治疗经过：

入院后患者体温持续上升至40°C以上，烦躁与嗜睡交替，时有喊叫甚至躁狂。喷射性呕吐一次。意识障碍逐渐加深，当夜呈浅昏迷状态。血压150/90毫米汞柱，四肢阵阵发紧，并惊厥二次。瞳孔对光反应减弱。住院后给予鼻饲中药脑炎I号（见后），先后加大黄、麻仁通便。并用物理降温（温水擦身、温酒精擦身），鼻饲复方阿斯匹林，肌肉注射复方氯丙嗪25毫克。室内勤洒冷水，使室温降至25°C以下，患者体温维持在38.5°C以下。同时，先后鼻饲10%水合氯醛15毫升，肌肉注射乙酰普马嗪20毫克，以止惊。静脉滴注氢化可的松200~300毫克/日。入院后于30分钟内静脉注射50%山梨醇100毫升，4小时后又静脉注射20%甘露醇250毫升，夜间病情加重后又静脉注射一次，以治疗脑水肿。经上述治疗后，患者较安静，血压降至120~130/70毫米汞柱，肢体发紧明显减轻，但不能巩固。

住院第二日（8月24日），患者昏迷加深，发热39°C左右，四肢肌张力持续增高，上肢内旋，巴彬斯基氏征双侧阳性，血压170/100毫米汞柱。瞳孔对光反射消失，右侧瞳孔比左侧大，双侧眼球向下沉（“落日眼”），有时向外斜。呼吸36次/分，变浅，偶有双吸气1~2次/分。唇周、指

端发绀。咽部少量积痰，能咳出。即鼻管给氧，先后经静脉输液瓶小壶内滴入山梗菜碱二次，每次3毫克。并针刺人中、素髻。中药改为脑炎Ⅰ号（见后），加入人参三钱、冰片二厘，鼻饲。因出现脑疝，迅速以尿素30克用25%山梨醇稀释至100毫升，静脉注射。经以上治疗后，血压渐降至130~140/80毫米汞柱，呼吸正常，瞳孔等大，但仍呈“落日眼”。4小时后再静脉注射20%甘露醇250毫升，7小时后又静脉注射50%山梨醇120毫升，血压渐正常，肌张力基本正常，“落日眼”及紫绀消失。当天经用甘油20毫升灌肠后，患者排出大量粪便。

8月27日（第七病日），患者体温38℃左右，经常出微汗，昏睡，对刺激有反应，能咽少量水，呼吸平稳，停止氧气吸入。但有时仍有阵阵烦躁，血压、肌张力时有增高，以25%山梨醇250毫升于半小时内静脉注射，共二次（间隔10小时）。

8月28日，患者神智全清，精神和记忆力尚差，深、浅反射均正常，无病理反射，停用激素。

8月29日，患者体温正常，颈抵抗消失，血白细胞6,900/立方毫米，中性粒细胞75%，改服中药脑炎Ⅰ号（见后）。

9月2日，痊愈出院。

讨 论

一、诊断

本例患者诊断为流行性乙型脑炎（简称乙脑）有以下几项根据：

1. 患者于夏季乙脑流行季节发病，其居住地区附近有乙脑散病人，过去未接受过乙脑预防注射。

2. 感染中毒症状较明显，如有高热，精神、食欲甚差，三日来病情逐渐加重，神经系统的表现为意识障碍逐渐加深，脑膜刺激征阳性；有颅内压增高的表现，如剧烈头痛，喷射性呕吐，烦躁，血压升高，肌张力增高等。以上均符合乙脑临床特点。

3. 第三病日末梢血白细胞及中性粒细胞计数增高，脑脊液检查符合乙脑改变。

住院后当日夜间至第二日。患者颅内压增高症状加重，出现颞叶海马钩回疝的症状：（1）昏迷加重；（2）双侧瞳孔不等大；（3）早期呼吸衰竭：呼吸浅而快，节律不整，紫绀。说明病情又有加重，诊断为乙脑（重型）。

二、鉴别诊断

患者16岁，夏季发病，高热，头痛，呕吐，意识不清，应与下列疾病鉴别：

1. 中毒型痢疾：中毒型痢疾患者多于发病1—2日内发展为循环衰竭或呼吸衰竭，但脑膜刺激征不明显，脑脊液基本正常。本例患者中毒症状虽严重，但病情发展不如中毒型痢疾迅速，有明显的脑膜刺激征及脑脊液异常。灌肠做大便检查正常，故可排除中毒型痢疾。

2. 化脓性脑膜炎：多见于冬、春季。脑脊液混浊，白细胞计数多在1千至数万，中性粒细胞90%以上，糖定量减少，蛋白量增长常与细胞数增高平行。多数患者有皮肤、耳、鼻窦或肺的细菌感染病灶。本例患者夏季发病，其主要症状虽与化脓性脑膜炎相似，但无呼吸道感染的表现，其发热与

昏迷的轻重是平行的，而与脑脊液变化程度无关。不论是否用抗菌药物，乙脑患者的脑脊液白细胞分类均有其发展规律，约于第五病日后以淋巴细胞占优势，末梢血中性粒细胞无明显核左移及中毒性颗粒。故可排除化脓性脑膜炎。

3. 结核性脑膜炎：少数病例发病急骤，病初其主要表现与乙脑不易区分，但其意识障碍大多发生于七至十天以后，脑脊液呈毛玻璃样，白细胞分类以淋巴细胞为主，糖及氯化物定量低，蛋白质高，可找到结核菌。患者多有结核病史或接触史，结核菌素试验阳性，肺部多有结核病灶。本例患者于第三病日即昏迷，病初脑脊液白细胞以中性粒细胞为主，糖及氯化物定量正常，均不符合结核性脑膜炎的特点。

4. 其它病毒脑炎或脑膜炎：一般病情较乙脑为轻，极少发生呼吸衰竭或瘫痪。脑脊液白细胞分类以淋巴细胞为主。末梢血白细胞及中性粒细胞计数多正常或稍低。根据以上分析，本例不符合上述疾病。

三、治疗及护理

本例患者入院时为疾病初热期，除有高热外，尚有颅内压增高的早期表现，因此应抓紧处理，防止病情进一步恶化：

1. 高热的处理：病初发热可反映乙脑病变的轻重。因高热加重脑缺氧，促进脑水肿，增加神经系统的损害及后遗症，因此应积极而适当地降温。其治疗方法为：（1）鼻饲清热解毒、芳香化浊的脑炎I号（用于轻、中型即卫分型、气分型）：贯众一两，大青叶一两，生石膏一两，知母三钱，钩藤五钱，鲜藿香五钱（后下），鲜佩兰五钱（后下），六一散六钱。由于中药清热解毒的作用较为缓和，为了增强退热

作用，可配合物理降温并给予适量解热镇痛，并同时降低室温。必须勤试表、勤降温，将患者体温维持在 38.5°C 以下（因体温降低太多时出汗增多，易引起虚脱）；（2）通便。大便解出后对退热有好处，患者虽入院前灌肠一次，但排便不多。入院后用过大黄、麻仁，次日于下腹摸到粪块，当时患者昏迷加深，不能自行排便，用甘油保留灌肠后解出大量粪便；（3）关于肾上腺皮质激素在乙脑的应用，临床上尚有意见分歧。一般认为激素可用于中型偏重者，于第三、四病日应用，疗程不超过七日，及时停用，以减少其副作用，如无细菌感染，一般不用抗菌素。因本例患者病情迅速发展，为减轻中毒症状及脑水肿，协助退热，以期减轻病情，缩短疗程，曾应用氢化可的松五天，效果尚称满意；（4）耐心、细致的护理是很重要的。勤翻身，保持皮肤、粘膜的清洁，以免褥疮的发生，勤吸痰，保持呼吸道通畅，预防肺炎等的发生，都是减少或避免并发症、缩短疗程的有效措施。

2. 颅内压增高的处理：颅内压增高的程度，反映了乙脑病变的轻重，其发展速度说明病情变化的快慢。本例患者入院时颅内压增高的表现已比入院前明显加重，在院外做过腰椎穿刺，可能促进脑疝形成，更应提高警惕。目前治疗颅内压增高仍以脱水药物治疗较迅速、满意，在应用过程中要注意：（1）必须严密观察病情变化，脱水药物的用量及间隔时间，应根据患者的具体情况来决定，不可硬性规定；（2）脱水药物的种类及注射速度，应根据颅内压增高的程度来选择。一般常用25~50%山梨醇1—1.5克/公斤体重/次，或20%甘露醇1克/公斤体重/次，于30分钟左右静脉注射。

如发现脑疝的早期表现时，应迅速用作用较强的脱水药物，如30%尿素（可用25%山梨醇稀释，以减少其反跳及副作用）0.5~1克/公斤体重/次，或20%甘露醇1.5—2克/公斤体重/次，于30分钟内静脉注射。在严密观察下，及时应用脱水药物，完全可以避免脑疝的继续发展和呼吸停止；（3）脱水药物应用的疗程及总次数亦应因人而异。乙脑病人明显脑水肿主要发生于第3~7病日，但极少数病人在此后仍可再次出现明显的颅内压增高的表现，故脱水药物应用至颅内压增高的症状稳固消失；（4）用脱水药物后，患者尿量明显增加，液体入量（经肠胃道及输液）与出量应基本相近，适当地增加钠盐及钾盐的供给，避免脱水及周围循环衰竭。

本例患者于住院当日夜间至次日，病情迅速加重，由中型转入重型。此时的治疗措施除继用以上的治疗方法外，尚应围绕脑疝的问题作处理：

1. 将中药改为清热、养阴、开窍的脑炎Ⅱ号（用于重型、极重型即气营分型、营血分型）：贯众一两，大青叶一两，生石膏二两，知母三钱，水牛角二两，元参三钱，麦冬三钱，银花四钱，黄连三钱，钩藤五钱，菖蒲五钱，郁金五钱，并加入人参三钱，冰片二厘。

2. 经鼻管给氧，吸痰，拍背，保持呼吸道通畅。

3. 止惊：以水合氯醛、乙酰普马嗪、副醛、苯巴比妥钠、复方氯丙嗪等互相交替配合应用，既要达到止惊的目的，又不能使呼吸受抑制。并应仔细观察有无其他引起惊厥的原因，如咽喉部积痰、蛔虫上窜堵塞喉头或气管所致的脑缺氧，低血钙症，低血钠症，水中毒等，并及时给予治疗。

4. 迅速用尿素、甘露醇等，直到患者脑疝现象消失，

~7~

颅内压症状明显减轻，并逐渐消失，以免钩回疝继续发展，形成小脑扁桃体疝，甚至呼吸骤停。

5. 针刺人中、素髻、太冲、涌泉等，也可酌用呼吸兴奋剂以刺激呼吸中枢。但此时不能以呼吸兴奋剂代替脱水药物。

6. 如病情继续发展，炎症累及延脑9、10、12颅神经核或呼吸中枢，或形成小脑扁桃体疝，应及时用呼吸器作辅助人工呼吸。

患者病情逐日恢复，神智转清，发热渐退后，改用清热、养阴、通络的脑炎Ⅱ号（用于恢复期）：淡竹叶三钱，生石膏五钱，沙参三钱，麦冬三钱，生地五钱，石斛五钱，丝瓜络三钱，木瓜四钱。

本例患者经中西医结合积极治疗，于9月2日痊愈出院。

高热，头身痛，呕吐， 皮肤粘膜广泛出血

病历摘要

患者张××，男，26岁，山东省人，某部战士。

1974年10月20日在一个新开垦的农场劳动一月归来的当天晚上，突然畏寒，发热，出汗，头身痛，咳嗽，咯黄色稠痰，咽喉痛。翌晨到卫生队门诊，查得脉浮数，舌质尖红，苔薄黄，体温37.8℃。给予感冒冲剂（麻黄、杏仁、苏叶、羌活、防风各3钱，橘红、茯苓、甘草各2钱），一日一包，

连服二天无效，且出汗更多，体温升至 38.9°C ，咽喉、头身更痛。10月24日收住卫生队，继续服感冒冲剂和磺胺药，三天也不见好转，且体温升至 40°C 以上，剧烈头痛，呕吐两次，烦躁，纳呆，口渴嗜饮，便秘尿黄，鼻衄，皮肤粘膜广泛出血。于10月28日送部队医院。一周前同班有一个战友患乙型脑炎送部队医院，曾有密切接触。

诊察所见：脉左细数，右兼沉微，舌质深绛少津，苔少而黄。颜面绯红，表情淡漠。血压 $90/60$ 毫米汞柱。球结膜、口腔粘膜、肩、颈、上胸、两臂、腋下皮肤均见充血，散布出血点。颈项似有抵抗。心无异常。肺透视纹理普遍增强。腹部弥漫性压痛，阑尾点压痛明显，反跳痛阴性。肝肋下 1.5 厘米，脾刚摸到边缘，触痛不明显。肾区明显叩触痛。膝反射亢进。划试验和划足外缘试验可疑阳性。

化验：血红蛋白 8.6% ，红细胞 306 万，白细胞 $12,400$ ，中性 79% ，淋巴 20% ，酸性 1% ，血小板 4.5 万。尿蛋白 $±$ ，红细胞 $++$ ，白细胞 $2-3$ 个/高倍，颗粒管型 $3-4$ 个/高倍。脑脊液：蛋白 40 毫克%，氯化物 750 毫克%。肝功：麝絮 $±$ ，麝浊 6.5 单位，谷丙酶 75 单位。出血时间 4 分钟，凝血时间 30 秒，非蛋白氮 52.5 毫克%， CO_2 结合力 45 容积%。心电图胸前导联QRS波群正常，T波低平，Q—T间期延长。

西医诊断：(1)乙脑；(2)败血症—华弗氏综合征；(3)高热待诊。中医辨证：热入营血，发斑。

入院后即予头置冰袋，酒精擦浴，氯丙嗪 50 毫克，肌注； 10% 葡萄糖 $1,500$ 毫升，生理盐水 $1,000$ 毫升，加维生素 C $3,000$ 毫克，静滴；安络血 10 毫克，每 6 小时肌注一次。中药方：双花、连翘、贯众炭、侧柏炭各 1 两，黄芩、黄

柏、黄连各3钱，茜草4钱，煎服，一日一剂。

治疗三天无效，皮肤粘膜广泛出血更多，且呕血、尿血、便血，烦躁不安，于11月1日晨体温骤降（36.5℃），额汗淋漓，声低息微，神志恍惚，四肢厥冷，血压40/?毫米汞柱，脉微欲绝，舌质淡白。立即予5%葡萄糖1,000毫升加阿拉明100毫克，静滴。8小时后血压60/40毫米汞柱，重复以上治疗，并根据CO₂结合力测定为32容积%，加静滴11.2%乳酸钠300毫升。18小时后血压、休克依旧。

中西医会诊后，配合以上抗休克措施，煎服生脉汤加味：人参、麦冬、牡蛎各1两，干地黄、五味子各6钱，附片3钱。服2剂，血压110/72毫米汞柱，再服2剂，休克消除。但体温升至39.6℃，烦躁，尿闭，口渴欲饮，漱水即止，泛泛欲呕，脉细数，舌质绛多裂，苔黄中央腻，边缘燥。中西医会诊后，给予：（1）50%葡萄糖500毫升加2克维生素C静滴。（2）11.2%乳酸钠80毫升静注。（3）丙酸睾丸酮10毫克一日2次肌注。（4）中药处方：熟地、黄精、麦冬、双花、连翘各1两，淮山药8钱，山萸肉、六一散（包）、阿胶（另化服）各6钱，泽泻、茯苓、冬葵子、地肤子各4钱，木通、蚤休各3钱，沉香1钱（研冲）。治疗27小时，排尿300多毫升，体温38.9℃。后只服中药2剂，尿量增多，体温37.8℃，余症消失，脉缓细，舌质红苔薄。上方去木通、地肤子、冬葵子、泽泻，加益智仁、乌药各4钱，菟丝子6钱，煎服5剂而愈。

讨 论

(一) 首先明确本病案的几个条件: 患者系年青战士, 地处流行性出血热流行区; 病发于深秋流行性出血热、乙脑等传染病流行高峰季节; 又是在一个新开垦的农场劳动一个月后突然发病, 启示虫媒性传染病、自然疫源性传染病存在的可能性, 人体劳累、抵抗力降低的可能性, 1个月可能为潜伏期; 同班有乙脑, 接触密切。这些使我们想到病员患的是流行性出血热、乙脑、钩端螺旋体病等这一类疾病。按部队医院接诊时的情况, 鉴别诊断如下:

1. 流行性乙型脑炎: 根据发病季节、地区、同班有乙脑、剧烈头痛并呕吐、烦躁、病理反射可疑等, 是要考虑乙脑的可能性。但是脑脊液检验在正常范围、酒醉貌、全身皮肤粘膜广泛出血、血小板明显减少、出血时间明显延长、尿血等, 显然不符合乙脑。因此, 乙脑可以排除。

2. 钩端螺旋体病: 根据流行病学资料, 起病急骤, 高热, 剧烈头痛, 颜面充血, 全身皮肤粘膜广泛出血, 肾脏损害等, 钩体病的可能性是很大的。但是全身肌肉痛不明显, 全身淋巴结不肿大, 出血这样重而无黄疸, 尿检验旦白管型微量而又无比重减低, 肝仅稍大而触痛不明显等, 不符合钩体病, 尚需进一步做血清凝集溶解试验和补体结合试验来排除。

3. 流行性出血热: 患者的发病, 流行病学资料, 酒醉貌, 皮肤粘膜广泛出血, 血小板明显减少, 出血时间明显延长, 尿检验红细胞⁺⁺⁺, 而蛋白管型微量, 非蛋白氮增高,

CO₂结合力降低，白细胞增高等，完全符合流行性出血热。至于肺透视所见，腹部压痛，肝脾触诊变化及肝功能轻度变化，神经系统所见，脑脊液轻微变化，心电图变化等，均可出现于本病。因为本病的基本病变在于小血管壁广泛损伤，使管壁脆性和渗透性增加，管壁扩张，从而出现广泛充血、出血、水肿、坏死等等改变。

总的看来，患者以流行性出血热可能性为大。

（二）流行性出血热的治疗，现代医学尚限于支持疗法和对症疗法为主，而中医辨证施治，如掌握得当，疗效较好，故我们重点从中医角度来分析讨论本例。

第一阶段（10月21日至27日）：病始见证，是由于劳累，正气受损，表卫不固，腠理不密，病邪乘虚而入，侵犯肺卫，引起正邪交争，外束皮毛，内迫肺卫，故出现畏寒、发热、头身咽喉痛、出汗、咳嗽等。有一分畏寒就有一分表证，脉浮更说明病在表，汗出进一步说明表虚，咯黄色稠痰、脉浮数、舌质尖红、苔薄黄，说明是风热。合言之，是外感风热，风热束肺。治宜辛凉解表，肃清肺热。方用银翘散、桑菊饮加减为宜：连翘、双花各1两，荆芥3钱，淡豆豉、薄荷各2钱（辛凉解表）；桑叶、桔梗、杭菊、前胡各3钱，竹叶、黄芩各2钱（宣肺清热）；牛蒡子5钱，熟大黄3钱（利咽泻热），甘草1钱（调和诸药）。但最初所用感冒冲剂，分析其药理为：麻黄性温而轻扬，长于发散，系肺经专药，配苏叶、防风、羌活，辛温发散作用更强，麻黄配杏仁、橘红，降气、润肺、化痰、平喘；麻黄配茯苓、甘草，燥湿化痰。综观之，为辛温解表，宣通肺气。显然与病机不符。因此，连续应用6天，不但无效，且因虚虚、温温

之弊，加重病情。究其原因，可能为当初辨证错误，辨为外感风寒、风寒束表，也可能受条件限制，该单位只有这么一种感冒冲剂，犯了“百人千病一个方”的毛病。

第二阶段（10月28日至31日）：由于失治，病情自然发展，有了根本变化，概况有如下各点：

1. 因误汗伤阴，促使病邪由卫入气，故气分邪热更高，升至40℃以上。

2. 头为诸阳之会，热邪上扰巅顶则头痛，邪热更高，故头痛剧烈。

3. 邪热由卫气入营血，由上焦入中焦，由肺及胃。邪热犯胃，胃气上逆，故呕吐；邪热由胃到肠，损伤胃肠阴津，形成燥矢，故便秘；由于便秘腑气不通，故纳呆。

4. 邪热在营血，加之误汗，耗损阴液，故口渴，嗜饮，尿黄。

5. 邪热在营血，干扰神志，故烦躁；邪热在营血，耗伤心阴，故心电图T波降低，Q—T间期延长，阴损及阳，故表情淡漠。

6. 营血邪热炽盛，燔灼肝经，加之阴津亏虚，筋脉失去濡养，故出现颈项似有抵抗、膝反射亢进等一系列筋惕肉瞤（即身体的肌风掣动）之象。

7. 由于营血邪热炽盛，燔伤血络，迫血妄行，络血外溢，故有酒醉貌，皮肤粘膜广泛出血，肺透视纹理普遍增强，鼻衄，尿和脑脊液所见；络血外溢必致血瘀气滞，故有腹部压痛、肾区叩痛等“不通则痛”现象。

8. 脉细为气血虚，数为有热；舌质深绛少津、苔少而黄，示热入营血，气营和气血两燔，耗伤阴津；右脉兼沉微，血压偏