

损伤的、连续动态的、微量敏感的测定方法开展研究。同样，在临床研究上，也存在着如何使疗效和观察指标的更科学化和客观化问题。事实证明，方法学上的突破，常导致认识上的飞跃。这次会上不少单位移植、发展和运用新技术、新方法和严密的设计获得了令人鼓舞的结果就是例证。

3. 要实行临床、基础、生产相结合。党中央明确指出，科研工作要为社会主义经济建设服务。研究补益药的目的，既为了对补益药的药性给予现代科学的阐明，以保证临床用药的准确性，并从现有药物中发现新的疗效，以丰富药学内容。研究工作应该和必须取得社会效益和经济效益。要更好取得社会效益和经济效益，就要实行临床、基础和生产相结合。会议建

议中国中西医结合研究会和中医研究院中药研究所征询有关方面的意见，对此进行研究考虑。

4. 此外，还就补益药的范畴、涵义，今后的研究工作重点等进行了热烈的讨论。大家认为，尽管随着研究工作的深入，有些过去不列为补益药的中药，发现有某些“补益”功能，但是，补益药的命名是以中医理论为基础的，当前，补益药的范畴宜以中医学的涵义为研究范畴。

有的同志建议，今后应加强对补气、滋阴方药的研究，并提出了研究的重点方药和攻关项目的具体建议。会议建议此次会议的筹备小组作为一个工作小组，同虚证、老年病专业委员会协商，制定具体意见，供有关领导部门参考。 (姜廷良)

中西医结合治疗流行性出血热 46 例临床观察

陕西省户县惠安化工厂职工医院内科 王兆永

一般资料：本组男 35 例，女 11 例；轻型 13 例，中型 14 例，重型 15 例，危重型 4 例（定型参照 1981 年全国出血热会议制定标准）。入院时为发热期 36 例，发热低血压期 2 例，发热少尿期 1 例，低血压期 6 例，少尿期 1 例。入院前病程 2~10 天，平均 3.9 天。

方法：凡确诊为出血热患者入院后立即供给高热量、高糖、高维生素易消化饮食。中毒症状不重，体温低于 39°C，饮食尚好者可不给补液；中毒症状较重，进食较差者，每日补充平衡液 1,000~1,500ml，5% 碳酸氢钠 125~250ml 静点。体温高于 39°C，中毒症状较重者可给氢化考地松 0.1~0.3g/日或地塞米松 10~20mg/日加入静点，并给对症治疗。低血压期病人早期、快速、足量补充平衡液，以晶：胶为 3:1 比例补充低分子右旋糖酐，扩充有效循环血容量。用 5% 碳酸氢钠液纠正酸中毒，使二氧化碳结合力 > 40 容积%。经合理扩容后血压仍不稳定时用血管活性药物。少尿期少尿倾向时给予 20% 甘露醇 100~125ml 加速尿 40~60mg 快速静点，如有利尿反应可反复使用，使尿量 > 30ml/小时，如用药后 6 小时仍无利尿反应，停用甘露醇，只用速尿 100~200mg/次稀释后静注，4~6 次/日。严格控制液体入量，给高渗葡萄糖、能量合剂。

以上尚加中医药治疗：1. 口服清热通腑汤（16 例）：元参 30g 丹参 30g 生大黄 30g（后下）白茅根 30g 泽泻 15g 甘草 6g，每日 1~2 剂，水煎服，日服 2 次。2. 用清热通腑汤保留灌肠（14 例）：每日

1~2 剂，每日 2~4 次，每次煎成 100ml 保留灌肠。其中 9 例同时口服清热通腑汤。3. 生大黄煎剂保留灌肠（25 例）：生大黄 30g，每日 1~2 剂，每日 2~4 次，每次煎成 100ml 保留灌肠。

以上口服中药时间 1~6 天，平均 3.6 天；中药灌肠时间 1~11 天，平均 4.3 天。

结果：服中药后发热期病人短者当天热退，长者 11 天热退，平均热退时间为 6.1 天。病人用药后大便稀软每日 > 3 次，少尿期每日大便量 > 1000ml。46 例中，越过低血压期 15 例，越过低血压少尿期 15 例，越过少尿期 4 例，本组病人死亡 2 例。病死率为 4.3%。

体会：中医学认为出血热系感受外界温热病邪所致。发病迅速可由卫气分证较快侵犯营血。表现为口渴干燥，面红目赤，大便秘结，小便赤黄，舌红苔黄，脉数而实大，血瘀不行发为瘀斑或热毒炽盛迫血妄行出现出血、鼻衄、吐血、便血等里热症候。清热通腑汤有清热毒，通脏腑，凉血止血，存肾阴之功用。中西医结合治疗出血热运用清热解毒泻下可增强降温退热的作用，本组病人用药后高热均能控制，轻中型病人 1~2 天内体温均降至正常。泻下通便后，减轻了病人腹胀、恶心等症状，特别在少尿期病人安静感到轻快精神好转。19 例重型、危重型病人中 9 例越过低血压期。我们体会凡确诊为出血热后，越早用药疗效越佳，用药时间不能太短，一般应到少尿期—多尿期移行阶段后停药。关于对减轻氮质血症、水和电解质平衡影响的问题因资料不全有待于进一步观察。