

乙 型 腦 炎 辨 証 論 治 四 例 报 告

陈 念 真

浙医一院中医科

前 言

流行性乙型腦炎是夏秋之間的一种急性傳染病。最早报导于日本,所以也叫日本乙型腦炎。1921年,北京也曾有流行的报告,但过去一直未被重視。解放以来,党和政府,关心民瘼,重視人民健康;对一切危害最剧的急性傳染病,都采取了积极的防治措施,尤其对本病的防治,更为重視。同时大力发掘祖国医学的理論和治疗經驗。1954年首先选定石家庄市为試点,在中西医密切配合下,有組織、有领导地对中医治疗本病的过程,予以系統地观察;1955年卫生部調查組經過了深入的調查,肯定了中医的疗效,治愈率达90%;同年据統計,北京治愈率达91.8%,辽宁达96%。我院在1957年也治疗过四例,在中西医协作之下,全部获效。惟病例太少,尙待今后进一步努力。现值西医学习中医的时候,对本病的中医辨証論治法則及治疗过程中的一些体会,予以介紹,供作参考。

对古代文献記載的探索

乙型腦炎是西医的病名,在祖国医学文献中,究竟何病与此最为符合,这是一个非常值得探討的問題。考唐代以前,只有“瘧”的記載,如素問:“諸瘧項强,皆屬于湿”(1),这里說明了“瘧”有各种各样的“瘧”,只要是見到“項强”,他的致病因子就离不开“湿”。但又說:“諸热瘧、皆屬于火”,“火郁之发,民病嘔逆痙瘲”(1)。“瘧”是昏迷不省人事,“痙”和“痙瘲”是指抽搐痙攣,凡是見到这些症狀,又加上嘔吐,其致病因子却都屬于“火”。以上簡短的几句經文,虽很难肯定內經所提出的諸“瘧”,和各种热性病的抽搐与痙攣,究竟是否包括乙型腦炎在內,尙屬疑問,但

至少对項强、瘧瘲这些症狀之“因湿”“因热”,在治疗法則上和临床处方上,都是有很大的帮助。

到了后汉,張仲景对瘧病的症候群,就描写得比較詳細。他在伤寒杂病論的瘧湿喝篇中說:“太阳病,发热,无汗,反惡寒者,名曰剛瘧;太阳病,发热,汗出,而不惡寒,名曰柔瘧。”他把瘧病根据症狀不同分出剛柔两种;又說:“病者身热足寒,頸項强急,惡寒,时头热、面赤、目赤、独头动搖,猝口噤,背反張者,瘧病也”(2)。这些都很象乙型腦炎病程經過中的一些症候群,所以古人所称之瘧病,虽不敢武断說就是現在的乙型腦炎,但至少包括乙型腦炎在內。

延至唐代,孙思邈的备急千金要方,对“癰”与“瘧”的鑑別診斷是:“病发时,身軟时醒者,謂之癰;身强直,反張如弓,不时醒者,謂之瘧也”。同时提出不治症說:“諸反張,大人脊下容側手,小兒容三指者,不可复治也”(3)。但王焘的外台秘要,却把顏标誤認魯公,硬將“瘧病”与“癰病”混同立說,而总称为“癰”。根据他癰病重症的記載,其中有很多症候群是重型乙型腦炎所必具的。他說:“直視瞳子动,腹滿轉鳴,下血身热,口噤不得乳,反張脊强,汗出发热,为臥不寤,手足痙瘲喜惊,凡此八候,癰之剧也”(4)。这些,很清楚的不是指癰癰而言,因为从汗出发热等表症就可看出。尤其“直視”和“眼球颤动”等症狀更是为重型乙型腦炎做出生动的写照。

金元时代的朱丹溪也根据千金方的理論而补充說:“瘧”与“癰”相似而不同,癰病身軟时甦,瘧病身强直反張,不时甦,甚有昏冒而遂亡者(5)。“瘧”音至,是“瘧”的別名。后世也有“瘧瘧”連称的。丹溪在这里郑重的提出,瘧

病除角弓反張以外，很可能由于嘔吐昏迷而暴亡。

明末徐忠可說：“瘧即瘧，強直之謂也。瘧病必有背項強直等症狀。但治瘧病，剛柔之辨最為吃緊。故无汗為剛，有汗為柔，為辨症之要領”（5）。他對瘧病的主症解釋得更清楚。就是說明“瘧瘧”是以“強直”為主；並不是以“瘧瘧”為主。由此更可明瞭“瘧瘧”並不是單獨指一般所稱的驚風而言。

等到清代，“溫病學說”在祖國醫學史中，展開了光明燦爛的一頁。一般學者根據內經“先夏至日者為病溫，後夏至日者為病暑”的學說，劃分“溫病”與“暑病”兩大急性傳染病的範疇。清初的醫宗金鑑在暑病門中就有“暑風”和“暑厥”等記載。“暑風”的歌訣中有說：“暑風抽搐似驚風，煩渴汗熱便黃紅”（5）。明明指出這是驚風以外的一種疾病，而古人所謂驚風，是很象現代的腦脊髓膜炎。又在“暑厥”的歌訣中敘述症狀說：“暑厥昏迷不知人，氣虛挾痰上沖心”（6）。這兩種病都發在夏至以後的暑期，正與乙型腦炎流行季節相符。這是繼“瘧”、“癩”以症狀立名以外，更進一步以流行季節與症狀合併立名，對鑒別診斷上實大有裨益。

後來吳鞠通的溫病條辨中，更有“暑癩”，“暑瘧”等病名。他說：“小兒暑溫身熱、卒然瘧厥，名曰暑癩”。又說：“夏月小兒身熱、頭痛、項強、无汗，此暑兼風寒也”（7）。前者可能是指夏季的腦脊髓膜炎，后者很象是指乙型腦炎。同時他認為這種病發作甚速，不易治療。他說：“小兒肌薄神怯，經絡藏府嫩小，不耐三氣发泄，邪之勢如奔馬，其傳變也如電掣，豈粗疏者所能當此任哉？”（7）

以上各家病名雖異，而辨証論治還是一致的，但最切於實用的莫如清代葉天士、薛生白、余師愚、吳鞠通這幾位溫熱大家。如葉天士說：“夏令受熱，昏迷若驚，此為暑厥，即熱氣閉塞孔竅所致。其邪入絡，與中絡同法。牛黃丸、至寶丹，芳香開竅可效。神甦已後，用清血分，如連翹心、竹叶心、元參、細生地、鮮生地、二冬之屬。此症初起，大忌風藥。初病暑熱傷氣，竹叶石膏湯，或清肺輕劑。大凡熱深厥深，四肢厥冷，但看面垢齒燥，二便不通、或瀉不爽為是，大忌誤認傷寒也”（8）。他對這種病是主張開竅、清熱、養陰。凡是熱傷陰、昏迷瘧瘧，舌絳，苔黃而燥，齒

板唇焦，脈至細數如駛的乙型腦炎，可採用此法。

薛生白說：“濕熱症發瘧，撮空，神昏笑妄，舌苔干黃起刺、或轉黑色、大便不通者，邪熱閉結胃府，宜承氣湯主治”（8）。其實這是陽明里實症，故用釜底抽薪法的承氣而獲效。

余師愚說：“頭痛、目痛，頗似傷寒。然太陽陽明頭痛、不至於傾倒難舉。而此則頭痛如劈，兩目昏瞶，勢若難支。總因火毒達於二經，毒參陽位。用釜底抽薪法、撤火下降、其痛自止、其疹自透。宜清瘟敗毒飲增石膏、元參、如菊花。誤用辛涼表散，燔灼火焰，必轉悶証”（8）。他主張這種毒火參陽的頭痛，用清熱敗毒。所謂釜底抽薪四字，蓋系筆誤。因為苦寒泄降之劑，究竟與下奪之劑有一間之隔。

吳鞠通說：“小兒身熱、頭痛、項強、无汗、此暑兼風寒者也、宜新加香薷飲”。這是暑瘧初起的治法。

這些都是古人給我們的示范，但以病的“輕、重、緩、急”；邪的“淺、深、表、里，”仍當以治溫大法：“衛、氣、營、血”四個階段論治：

一、邪在衛分——症狀：微惡寒、發熱、无汗、或汗而不透、頭痛、項強、嘔吐、口不渴。舌苔：薄白。脈搏：浮數、或浮滑而數。治法：宜用辛涼透表。處方：銀翹散（銀花、連翹、淡豆豉、薄荷、荊芥、牛蒡子、桔梗、竹叶、生甘草、鮮蘆根），桑菊飲（桑葉、菊花、連翹、杏仁、桔梗、甘草、薄荷、蘆根），兼胸悶者，用新加香薷飲（香薷、銀花、連翹、鮮扁豆花、川朴、黃連），胸悶而更兼心煩、嘔吐者，用梔子豉湯（梔子、淡豆豉）。有咽痛或腮腫的、用普濟消毒飲（黃芩、黃連、玄參、甘草、桔梗、柴胡、陳皮、牛蒡子、板藍根、馬勃、連翹、薄荷、僵蚕、升麻）。

二、邪在氣分——症狀：發熱、不惡寒、口渴、或大渴引飲、面赤、汗出津津，或大汗出、頭痛、嘔吐，或大便秘結、腹痛拒按。舌苔：初則灰膩，繼則黃膩、或老黃。脈搏：洪數，或滑大而數。治法：宜清氣存津。處方：汗少，用桂枝白虎湯；汗多用白虎湯（石膏、知母、甘草、粳米）；渴甚用人參白虎湯；頭痛更兼頭蒙如裹，混身沉重，苔白厚膩，脈來濡數，渴不多飲，用蒼朮白虎湯，這是濕熱并重的主方。更還有濁陰不降，清陽不升，濕蒙上焦的輕症，苔必灰膩，脈必濡軟而不甚滑數，宜半夏天麻白朮湯加減

方；若气闭痰厥，昏迷、强直、牙关紧闭、四肢厥冷，脉伏不显，舌苔白腻，用苏合香丸（苏合香、丁香、安息香、青木香、白檀香、沉香、藿藿、香附、诃子、乌犀角、硃砂、熏陆香、龙脑、麝香）；便秘，阳明里实证，其根据程度不同，用诸承气汤（如调胃承气、小承气、大承气、宣白承气等）。

三、邪在营分——或烦渴，或神昏谵语、舌绛、脉细数如驶、剧则模糊不清，指数难分，如阴液偏伤的用清营汤（犀角、生地、元参、麦冬、丹皮、黄连、银花、连翘）；或清宫汤（元参心、莲子心、竹叶捲心、连翘心、犀角尖、带心麦冬）等。热虽熾而阴不甚伤的，用清温败毒饮（石羔、细生地、犀角、川连、梔子、黄芩、桔梗、知母、赤芍、元参、连翘、丹皮、鲜竹叶、甘草），以清营分之热毒，此时白虎汤也必需合用；对神志昏迷的处理，尤当兼用紫雪丹（羚羊角、犀角、石羔、滑石、寒水石、磁石、元参、木香、沉香、丁香、升麻、炙草、朴硝、硝石、辰砂、麝香）；神犀丹（乌犀角尖、石菖蒲、黄芩、生地、银花、金汁、连翘、板蓝根、香豉、元参、花粉、紫草）；安宫牛黄丸（牛黄、玉金、犀角、黄芩、硃砂、雄黄、梅片、麝香、珍珠、山梔、金箔衣、黄芩）或局方至宝丹（犀角、硃砂、琥珀、玳瑁、龙脑、牛黄、麝香、安息香）等药。有抽搐症状的，并可合用钩藤熄风散（钩屯、僵蚕、蜈蚣、蝎子、蝉衣、天麻、胆星、地龙），或至圣保元丹（全蝎、僵蚕、蝉衣、天麻、南星、防风、白附子、麝香、硃砂、金箔）等。

四、邪入血分——症状：昏谵而兼出血现象，或鼻衄、衄血，或唇裂出血。舌苔赭黄而糙，或如芒刺，舌质紫黯而干；脉搏细数，或模糊不清。治疗：宜清血热。处方用化斑汤（石羔、知母、甘草、元参、犀角、粳米）；或犀角地黄汤（犀角、生地、白芍、丹皮）等。

中医临床治疗的基本法则，就是这样“辨证论治”。而“辨证论治”的诊察手段和诊断标准，是“四诊、八纲”。凡是肯定“病因”与确定“诊断”，都是依靠这种方法。病因既明，诊断既定，于是规划出治疗“方法”，选择出适当“方剂”。理法井然、方药有据。而这种辨证论治，与西医的“对症治疗”，以及“病因治疗”，有着本质上的不同。譬如：西医对某种疾

病的确定诊断、若照中医的辨证论治，却可因人、因事、因地、因时而虚、实、寒、热、阴、阳、表、里，有明显的区别。即使同一患者，也可因病程发展各个阶段的不同，而有不同的辨证与论治。下面的四个病例，更可进一步说明了这些：

例一、周××，男性，14岁，海宁县人，学生，住院号19693，于1957年7月30日下午6时入院。患者素健。三天前起，感头昏头微痛，仍在田间工作。7月28日晚上，自觉恶寒，即裹被入寐。7月29日晨发热，头昏头痛转剧，无汗，也无恶心呕吐。傍晚6时，突然神志不清，沉睡，晚10时，两手发生撮空，下肢抽搐，即请当地卫生所西医急诊，测体温：40.9°C，即予注射青霉素40万单位。午夜二时，又延中医针灸，均无显效。30日晨，送来本院急诊。体温40.6°C。体检：营养中等，昏迷，左目赤，对光反射存在，颈有抵抗，右侧肌张力增加，无皮疹，心肺（一），肝脾未触及，克匿氏征阳性，巴彬斯基征阳性，Gordon氏征两侧均阳性，Oppenheim氏征两侧阴性。脑脊液检查：无色、透明，细胞数62，中性82%，淋巴18%，糖72毫克%，氯化物620毫克%，泔台氏阳性。血检：白血球13,000，中性球87%，淋巴球13%。西医诊断：乙型脑炎。

中医治疗经过——8月1日中西医会诊。患者右臂弯曲强硬，右腿也强硬而筋急，左上肢频频痠痲，左侧口角和颜面也随之而动，两眼开阖不定，小溲自遗，鼻饲后搔擦更甚，舌苔白滑而厚腻，舌质红绛，脉至模糊。中医诊断为：暑瘟挟湿、气营两燔、痰迷心包。治法：清热、利湿、开窍、通络、涤痰，采用：安宫牛黄丸，牛黄至宝丹、清温败毒散、钩屯熄风散等方出入为方，加些茵陈、藿根、辰砂益元散、鸡苏散等以利湿；竹沥、竺黄、仙露半夏以涤痰；玉金、菖蒲以开窍；莲子心、竹叶捲心，西瓜翠衣以清暑；玳瑁片以镇逆。约治疗6天，逐渐抽搐停止，眼球斜视转正，颤动转安，痰声消除，神志清醒，13天而体温完全正常。现把主方录之于下：

钩乌犀角二钱 玳瑁片六钱 鲜石菖蒲三钱
广玉金三钱
生打石羔二两 开连翘一两 活水芦根二两
济银花一兩
绵茵陈四钱 莲子心三钱 双勾屯三钱 甘草一钱五分

（另用）安宮牛黃丸一顆研細末鼻飼。

入院時高熱、無汗、神昏、癱瘓、目赤、面紅。種種症候，正符合內經所謂：“諸熱瞤瘲，皆屬於火”。加以項強筋急，又符合內經所說的“諸瘲項強，皆屬於濕”。再參考舌苔白而厚膩，更是屬濕無疑。且氣分之邪未盡，而舌質已轉紅絳，乃邪竄營分之初。脈象模糊，加以苔滑，又為痰濁蒙蔽心包之象。所以開頭就用清溫敗毒飲以亟清氣營之燔熱。安宮牛黃丸以開蒙蔽之痰濁。佐以鈎朮熄風散搜入絡之毒邪。所以抽搐漸止，體溫即降。但熱邪挾濕，如虎負隅。頑痰膠固，如油入面。體溫降而復升，喉頭痰涎漉漉。轉用大劑清熱利濕，并穿重墜之劑、邪勢頓挫、神志即清。這是一例極重型乙型腦炎的辨証論治。

例二、吳××，男性，24歲，紹興人，工人，住院號19749，于57年8月5日入院。入院前晚訴頭昏、頭痛，微惡寒，無汗，低熱，面色潮紅，吐清水樣物一次，量少。次日（4日）下午體溫稍高，5日晨更高，頭痛加劇，臥床不起。四肢有不自主之抽動。入暮，神志稍感模糊，答非所問。并先后嘔吐三次，便來本院急診，體檢：發育營養佳良，體溫 40.6°C ，急性病容，神識稍遲鈍，無皮疹，心肺正常，肝脾未觸及，腦膜征除頸項稍有抵抗外，余均陰性。血檢：白血球18,600中性84%，淋巴16%。腦脊液檢查无色，細胞數112，中性64%淋巴36%，紅血球885，氯化物810毫克%，糖84毫克%，泔台氏試驗弱陽性。西醫診斷：乙型腦炎。

中醫治療經過——8月7日。神志仍半明半昧，偶有謔語，高熱稽留于肛表 40°C 左右，口渴，臭穢，喉有痰阻，咽下困難，胸膈滿悶。同日西醫檢查：頸有抵抗，克匿氏征已趨陽性，Oppenheim氏征右側陽性，余無殊。脈弦數，苔粉白而膩，舌質光邊殷紅，右側舌邊有一潰瘍。中醫診斷是：暑瘧挾濕、熱為濕郁，痺阻上焦，邪在氣分而將入營分。治法：清宣、透達、利濕、化痰。一直用梔鼓湯，鷄蘇散為主、牛黃至寶丹為輔，混身發出水晶瘡一批，神志即清。繼以大汗、體溫轉正。

主方：

焦梔皮四錢 淡豆豉三錢 鷄蘇散四錢
（荷葉包刺孔）鮮蘆根二兩 清豆卷八錢
廣郁金三錢 鮮薑蒲三錢 光杏仁三錢 生
苡米四錢 青連翹五錢 金銀花五錢

（另用）牛黃至寶丹一顆、研末、分兩次吞下。

叶天士外感溫熱病篇說：“若舌白如粉而滑、四邊色紫絳者，溫疫病初入膜原、未歸胃腑、急宜透解，莫待傳陷，而入為險惡之病。且見此舌者，病必見凶，須要小心！”此例舌苔粉白而不滑，渴飲，口已臭穢、舌邊生瘡、是乃胃腑症象初具，而偏迅速入營之勢。難怪叶氏敲起警鐘，謂：“病必見凶”！正因為他是閃電式的傳變，所以宣透達邪，使之外出，勢所急不容容緩。梔，鼓，豆卷，輕靈有力、頗能當此重任。但傳之速而變之快，若呆用正規之法，每易落于奔軼之後；理應迎頭赶上，用牛黃至寶丹截其入營之路。所以邪即透而神即清。也正所謂辨証論治，每因人而不同的說法。

例三、王××，男，29歲，江蘇籍，職員，住院號20057，于1957年9月10日入院。9月4日晨起，突感頭痛，痛在前額及顳側，勞動時更甚。

6日下午，其痛如劈，曾行針灸及服魯米那均無效。7日，臥床不起。本單位醫師曾注射嗎啡，無效，便住入某醫院。住院期間先后行腰椎穿刺四次，都未成功，患者自動要求轉來本院。起病前後，并無呼吸系統症狀，也無咽痛，和惡寒、發熱、噁心、嘔吐等症。8日，嚥下時喉頭有不適感。9日繼起泛噁。10日，後腦及項部亦作疼痛、惡寒、肢冷、喜復棉被、體溫入暮達 39.7°C ，病漸減，口覺苦，渴不多飲，大便自調。體檢：發育、營養均佳，神志清楚，煩躁不安，無皮疹，扁桃體右側腫大、上有白色分泌物、咽部有明顯充血，心肺正常，肝脾未觸及，四肢關節活動自如，惟克匿氏征兩側弱陽性，Gordon氏征左（±）右（+）。腦脊液檢查：細胞數34，中性72%，淋巴28%，潘台氏陽性，氯化物680毫克%，糖82毫克%。西醫診斷：乙型腦炎。

中醫治療經過——1957年9月11日。患者正輾轉床第、皺眉呻吟，當頭痛時并有鼻塞，自訴頭若搖動、或轉側、項后并感劇痛。脈來尺弦，余小滑，苔灰膩而干。中醫診斷：暑瘧初起、邪在衛分。治法：辛涼透邪，始終採用普濟消毒飲。服藥后便津津有汗、頭痛立即減輕。連服兩劑、熱就退清。轉用泄降，調理而愈。主方：

淨馬勃八分 板蘭根二錢 桑子芩二錢 青
連翹四錢 小川連五分 炒牛蒡子三錢 薄
荷葉一錢 淨蟬衣一錢五分 白桔梗一錢五

分 炒柴胡二錢 綠升麻一錢 炒礞石一錢
五分 生甘草一錢 烏元參二錢 薄荷紅一錢

在卫苔当薄白、脉当浮数。但此例苔色灰膩而干，脉来尺弦余小。正因为新婚燕尔，伤阴太甚。阴火内动、尺脉独弦。余脉小滑者，反映了体虚火浮之象。内經有“邪之所湊，其气必虛”的明訓。此例不特气虛，而且阴伤。所以抵抗力极弱，病邪一感，便長驅直入。虽病在卫分，而苔却表現于气分、舌干就是伤阴之明征。再查血常规，三次白血球和分类的中性球都不高，充分說明了机体抗能之不强。（白血球：7月10日为8,900，7月12日为5,300，7月19日为10,500，中性球7月10日为66%，7月12日为54%，7月19日为42%）。但治法却当“急則治其标”，直截了当地用普济消毒飲辛凉透达、驅邪从表而解。所以汗出而头痛即減。一俟痛止邪去、亟当复其阴液。此乃治法之大要。也就是中医因人因事辨証論治各不相同的又一例子。

例四、任×× 女性 15岁 浙江杭州籍

务农 住院号 20128。7月13日早膳后，忽感前額兩颞微痛，仍能从事田間劳动，只觉乏力而已。下午五时左右，訴有惡寒。鄰人見其面色緋紅，遂送之回家休息。繼則发热汗出，头痛加剧，伴以噁心，不嘔。14日，寒热持續不退，陣陣汗出、全身肌肉关节痠痛。16日嘔吐一次，噴射而出，为黃色液，味苦，約二盞許，病后大便五天未解，小溲如常。体检：发育佳良，营养中等，体温38.2°C。神志清楚，无皮疹，右颌下淋巴結腫大如黃豆大，有輕压痛，兩眼結膜輕度充血，右鼻孔有清涕，兩側扁桃體稍大，咽不充血，心肺正常，肝脾未触及，項有抵抗，克匿氏征：右（+）、左（±），余均阴性。腦脊液檢查：細胞數56，中性44%，淋巴56%，潘台氏阳性，氯化物745.5毫克%，糖52毫克%。西醫診斷：乙型腦炎。

中医治疗过程——9月18日我科会診。患者訴头痛，目赤。口中不苦、且不渴飲。鼻不塞、項稍强。脉軟稍滑、苔灰膩漫布。中医診斷为：受暑挟湿，清阳不升，濁阴不降。治法：泄化、清热、升清降濁。主方：

熱天麻三錢 姜半夏三錢 霜桑叶四錢 甘
菊花二錢 苦丁茶四錢 生打石決明六錢
白蒺藜二錢 双鉤屯三錢 陈青蒿二錢 鷄

蘇散四錢（鮮荷叶包） 鮮荷梗一尺 开連
翹三錢 条子芩二錢 欬枳壳二錢 赤茯苓
三錢

患者因受暑湿，蒙蔽清阳。肝阳挟濁而上僭，所以头痛如劈，項强几几。苔灰膩漫布、邪蘊气分。治用青蒿、鷄蘇散、赤苓，以消暑化湿。鮮荷梗以升清阳。半夏、天麻以降濁阴。桑、菊、苦丁茶，白蒺藜，双鉤屯，以疎肝、清泄。生打石決明以重墜降逆。連翹、黃芩苦寒清熱。枳壳和中寬气。一剂而头痛即止。病輕輕，針鋒相对。中医治病，根本沒有呆板方子。灵动活潑，相体裁衣。这就是根据“四診八綱”辨証論治的理法。

对治療及护理方面的几点体会

一、以上四例，正因为病情不同，治法各异，但其收效則一。从而体会到“辨証論治”法则的优越性。古人教导我們：“执死方以治活病，如赵騰赵括徒讀父書，必无往而不敗”，这段話的正确性。本文所举一、二兩例，若同样采用“石家庄示范方”，我想变故必多，豫后不堪設想，而第三、四例，更不能把“七寸三分帽子”硬套上去，自然可以理解。

二、本病初起，邪在卫分，固然大忌辛温发散，即辛凉透表之藥，也不能过量过剂。否則变症蜂起，不堪收拾。尤对小孩，更应注意。

三、对芳香开窍剂之选用，在幼兒以紫雪丹为宜。成人以神犀丹、安宮牛黃丸及牛黃至宝丹为宜。

四、服蜈蚣、全蠍、蟬衣、礞石、地龙等虫类藥品，以强直与痙攣緩解为度，不可过剂。

五、清宫湯对改善腦症狀力量頗大，切不可忽視。

六、神志清醒后，余热未清，仍当以白虎湯加清暑之品，如：西瓜翠衣、篇豆花、銀花、蘆根、鷄蘇散、碧玉散之类。不当誤用苦寒，如芩、連、梔、柏等藥，反易招致化燥。而且驟用滋膩、亦屬大忌，否則每易死灰复燃。即或热未退而阴已伤，也只能用到竹叶石膏湯加清暑之品。如热邪已清，阴燥不易驟复，舌苔显見光絳，脉来懈緩无神，才能用养胃湯、五汁飲、或海藏麦冬湯、再加西瓜汁。胃阴即甦，食慾即增，康复自然很快。

七、关于犀角的问题，頗值得探討。犀角分“烏犀角”和“白犀角”两种。成色完全不同。“烏犀角”水里浸透后拿来切片，或干的拿来水磨和錘粉，都是气味馥郁、清香扑鼻。而“白犀角”夏季浸透后，漲大如水牛角、臭穢熏人、令人欲嘔、不知是什么东西，听说这是“兕角”而不是“犀角”。其实山海經和格致鏡原里所說的“兕”，就是雌的犀牛。同种異性，为何如此悬殊；或謂这是独角犀与双角犀之差別。考犀为奇蹄目、犀科。产我国西藏及印度的只一角。产非洲、馬來亞、越南的金边、龙輦、泰国、苏門答腊，都有兩角。前長后短，統生鼻上。两种犀牛，角数虽異，色烏則同⁽⁹⁾。所以我疑“白犀”是另一种动物的角，这要待动物学家去鉴别了。

“白犀角”与“烏犀角”，不特疗效相差很远，而且用“白犀角”只有弊而无利。或有人說，近年来不是有人拿来代“烏犀角”而并无流弊，岂不是事实証明嗎？这也不难回答，要知他們都用在大队清涼剂如“白虎湯”的里面，尤其“石羔”用得很重，藉此监制，所以无弊。我的看法，虽暫无流弊，但至少减少藥力，受其掣肘，不如不用而效力更大。

八、关于护理方面，也是很重要的环节。如果没有病人家屬侍候，应当有專职护理，整天看守。如及时鼻飼、輸氧、吸痰、輸液、口腔清洁，和注意抽搐时壓床、昏聩时外扑等等。

九、一般人反对使用冰囊。其实体温如若过高，不論有汗无汗，冰囊置于头部，只要不放到胸背四肢等处，只有好处而没有坏处的。因为头为諸阳之首，是絕對不怕退伏內陷。此时干曠燔灼，已到極度。見此清涼冷冽之品，正如中暑病人見到黍谷之风，岂不大快嗎？有的人說：有汗可用，无汗不可用。我認为不論有无汗出、全身是决不可用的，尤其有汗时更不可用，因为有汗为表疏，更应防其內陷退伏；还有人說：乙型腦炎，大便泄瀉时不能用，要知这是热症，究竟轉成少阴自利那样，是絕无仅有。如設真的在高热神昏时，見到大便溏解，我認为是好的机轉。也就是叶天士、薛生白、王孟英几位溫热大家所說的邪有出路。所以在这种情况下，用冰囊壓头，有何害处？总之，要避免用臆測，代替实践。

十、关于抽取脊髓液問題，原是为了明确診斷，和审查病情之进退。但許多病人，对此非

常恐惧。如第二例和第三例，只要是听到要抽脊髓液，立即談虎色变；既阻不安。病人家屬也非常反对。所以尽可能少抽几次为妙。进出院各抽一、二次即可。

十一、关于抗菌素的配合，以控制其他感染，的确能起到一定的作用。如本文第二例，已听到肺有囉音，疑肺有感染，用了青霉素，有相当帮助；但在乡間僻地，条件不許可时，不用也无妨。因为中医許多治疗乙型腦炎的方剂，都是有很大抗菌作用的。如“白虎湯”就是能控制和治疗肺炎的方剂。清溫敗毒飲是很多急性傳染病的通用剂。

十二、关于烹煮中藥的技术方面，和制剂人員藥物加工的認真程度，也是重要的关键。例如“石羔”、“玳瑁片”应久煎、煎得時間太少，不能出汁。“薑根”量多，应單独先煎，如果与其他藥物同煎，很可能把其他藥物的藥汁吸收，致减少藥力。“薄荷、桂枝”等应后下，如或久煎，揮发油大部都被揮发，便失去了藥效。牛黃至宝丹、安宮牛黃丸等应研成細末，以便調入藥汁而鼻飼，如設粗糲不均，防阻塞鼻飼管和入胃后一时不易消化，以致延誤搶救的时机，和浪費貴重藥品。此外，这些特急处方，应当随到随煎，煎成随送，爭取時間，最为重要。

十三、病房应选最涼爽，空气最流通，湿度最調和，光綫不要太暗太强，頂好是“苔痕上阶綠、桐蔭入帘青”的处所。

十四、应保持安靜，这是更不容說。四周环境，大忌嘈杂扰攘。如在教学医院里，学生实习，应分組分批进去，人数愈少愈好，里面尽量少講話，理論到示教室去講，大忌在病床四周，圍成一堆，同时在床边高談闊論，訪病的亲戚朋友一概拒絕进去。

十五、昏迷及高热病人的飲料，以“西瓜汁”为最好。这叫做“天生白虎湯”，大有清熱解暑之功，对本病非常適合。乡僻山陬之处，如購藥請医不便，可大量采用西瓜汁恣飲，功效胜过白虎湯。而且常常热由汗解，可見并不是單純涼遏之品可以比拟，所以大有采用价值。

十六、流汁飲食，以藕粉、山粉、葛粉、百合粉、柴子粉、紫荳粉、豆漿等最适宜。应避免肉湯、鷄汁等油腻之品。半流汁以紫荳湯、藕粥、蓮子湯、百合粥、山藥粥等为最好。总之要清要养，不膩不滯，是选用食品的要訣。

参考文献

1. 南京中医学院医經教研組，黃帝內經素問譯釋，第1版，第564、615頁，上海科技出版社，上海，1959。
2. 張仲景，古本傷寒雜病論，第1卷，第3頁，文憲委員會，四川涪陵，1934。
3. 孫思邈，備急千金要方，第1版，第5卷，第77頁，人民出版社影印，北京，1955。
4. 王維，外台祕要，第1版，第35卷，第982頁，人

民卫生出版社影印，北京，1955。

5. 沈金鑑，沈氏尊生書，第13卷，第12頁，圖書集成局，1895。
6. 弘靈等，醫宗金鑑，第53卷，第9頁，商務印書館，上海。
7. 吳鞠通，溫病條辨，第7版，第1卷，第16頁，與第6卷，第3頁，世界書局，上海。
8. 王孟英，溫熱經緯，第3卷，第15頁，與第4卷，第12、21頁，廣益書局，上海，1930。
9. 叶桔泉，現代實用中藥，第2版，第315頁，千頃堂書局，上海，1954。

肝 炎

Kresbach, E., Гепатиты (Hepatitis), Медицинский Реферативный журнал раздел первый 2:75, 1958.

本文概述了傳染性肝炎的流行病學、病因學、臨床過程、預防、治療及併發症等問題。作者着重指出，大部分的急性肝炎是由病毒感染所引起的；病毒A是經胃腸道傳染的，而病毒B是經血液直接傳播感染的。作者詳細地說明了在潛伏期及疾病的各個時期內病毒的分離和感染傳播的途徑。患傳染性肝炎後的免疫力，根據一些作者的意見，可保持一生；根據另一些作者的材料，則僅可保持1—1½年。在傳染性肝炎及機械性黃疸的鑑別診斷上，要靠檢驗的幫助測定血清鹼性磷酸酶、血清鐵和銅。一般說，傳染性肝炎的經過是良好的，但是可能發生胆囊疾病，可能轉變為慢性肝炎和接着發生肝硬化以及象急性肝萎縮那樣可怕的併發症。根據作者的材料，在1948—1951年內，傳染性肝炎的死亡率平均為3.5%。如果採取有力的治療措施，肝性昏迷的預後不是沒有希望的。肝炎的預防，除了公共卫

生措施以外，還要仔細地消毒醫療器械（煮沸45分鐘，或者用160°C的高溫干燥消毒）。用丙種球蛋白作個人預防，大概只有對病毒A引起的肝炎有作用。在文章里廣泛地說明了治療肝炎的現代方法，建議在飲食內早期加入一定量的氨基酸，抗生素可用四圍素（為了預防續發感染）；在遷延型及中毒型疾患時，可用大劑量趨脂物質——胆素、蛋氨酸（methionine）（一天兩克）；當開始向肝硬化轉變時，建議用肝臟的水解產物（Прегепар 和 рипазин）；在昏迷前期，通過留置的十二指腸探子或靜脈注射葡萄糖液及趨脂物質，必要時，補充鉀離子。在中毒型疾患時，需補充氯化鈉；而肝臟水解產物、巴比妥制劑和嗎啡是禁忌的。關於應用考地松是否有益，尚無一致的意見；用考地松後，除了可能發生肝臟脂肪變性和低鉀血症以外，尚應考慮到水和電解質平衡紊亂的副作用。作者建議應用 Prednisone 和 Prednisolone（能增加機體鈉和水的排洩量）。這兩種制劑對中毒型肝炎極有效，對肝硬化亦有效。對沒有併發症的肝炎，能使自覺症狀迅速改善，但此時肝功能試驗的結果卻不一定都有進步。

王一丁譯 魯鉄民校