

治疗流行性乙型脑炎资料

(一)

今年来，我区各地在防治乙型脑炎的斗争中，取得了不少宝贵经验。为了把这些经验及时推广，我们把前一期各名地治疗本病的一些方法刊印，供各地参考。希望各地能借鉴各地的宝贵经验，能宏战虎，更好地为人民群众服务。努力做到陶铸的口号“不死一个人，不残废一个人”。

基

晋江专区卫生局编
晋江专区医学科学研究所

1960.9

目 录



莆田笏石医院治疗乙型脑炎的初步情况简介	(莆 1)
涵江医院收治乙型脑炎 76 例初步小结	(涵 1)
晋江县医院治疗乙型脑炎经验介绍	(晋 1)
安海医院一九六〇年乙型脑炎治疗初步小结	(安 1)
石狮医院治疗乙型脑炎工作小结	(石 1)
中西医院合作治疗四十五例乙型脑炎总结	(中 1)
乙型脑炎治疗阶段总结	(仙 1)
晋江秀区第一医院治疗乙型脑炎阶段总结	(秀 1)

莆田笏石医院治疗乙型脑炎的初步情况简介

(一) 一般情况：

本院自八月四日起至九月六日止共收容乙型脑炎病人212例其中治愈出院者159例，转院者12例，死亡者16例，在这212例的病人当中，极重型佔80%以上我们院内设备虽然很差，但在各级党委和卫生行政的正确领导下：中西紧密合作，千方百计的采取措施，抢救危重病人，因此大部分重型病号都趋向好转，后遗症亦很少。

(二) 治疗方法：

1. 分别类型的辨证：

在临床上我们按症状的轻重，分为三个类型：轻型、重型、极重型。

(a)、轻型：表现邪在部分，临床上症状较轻，发热在38——39℃，恶寒或不恶寒，无汗或有汗，头痛头晕，周身酸痛，湿困无芒，脉象滑数或濡数等。

(b)、重型：表现邪已由部分气分迅速转入营分血分，邪已深入一层，临床的症状较轻型为重，发热在39——40℃以上，不恶寒，头痛，呕吐，持续昏睡或烦躁不安颈强手足抽掣或痰多气喘，大便便秘或溏泄，小便短赤舌质红或绛芒黄或白脉象弦大而数。

(c)、极重型：病邪深入营血，高热持续在40℃以上，深度昏迷四肢厥逆，角弓反张，抽掣不止或口噤，或邪闭，喘急痰鸣，二便失禁，舌质红绛或黄浊或白厚，脉细数而促，或沉细欲绝。

乙型脑炎的症状，相当复杂，同时变化也很迅速，当病的初期往往属于轻型的，但有迅速变为重型者，或开始时就出现重型或极重型的症状。虽然分为三个类型，但在临床上，不可能这样典型，因此，我们在临床时，必须充分办症论治的精神。由于气候的不全，状不完全相全，因此有偏热偏湿之分，八月间又大雨连绵，

因此今年乙型脑炎所发在在在在，也有偏热偏湿之区别，故在辨证时，应予注意，偏热偏湿在临床上的症状，区别重点如下：

偏热：壮热，大渴引饮，舌质红绛，无津或芒黄而燥，脉

象秽浊洪大，烦躁不安，痉厥抽搐，大便秘结。

偏湿：热不甚高，或虽高而口不渴，或渴不欲饮，舌苔白腻，或白浊而厚，甚淡脑痛，脉象沉濡而缓，神志昏糊，呕吐痰涎。

2. 分类治疗原则：

我们根据叶天士对温病的治法：“在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透热转气，到血凉血动血耗血，直须凉血散血”又结合各地治疗的经验参合个人过去治疗瘟疫的经验，以清热、平毒、养阴、通络、平肝、熄风、清神、镇痉等方法，分别选用。此外我们为了及时抢救重病号，并决药房配药和煎药的麻烦，拟出协定合剂十方，在临床上视病情的转变灵活运用，根据我们的现实效果很好，兹将分型治疗和中药合剂十方，分述于下作为参考。

(1) 轻型：邪在卫分，治宜辛凉清解，使其邪气外达，如我们所用的辛凉平毒合剂或古方的双菊饮，良弓散等。邪在气分则用辛凉和重用甘寒清热合剂以辛热存阴。如证理多热不重，则选用芳香渗利合剂，芳香化湿，甘淡渗利，清热之化治。

(2) 重型：邪在营分，应予清营平毒存阴，佐以芳香宣散化痰，如用则加平肝熄风合剂或镇痉合剂，如果热高舌苔黄燥，神识昏迷，大便秘结，则加苦寒清热合剂，配紫雪丹使其热平神清。

(3) 极重型：邪在血分，毒已深入，应予凉血平毒，清热养阴，如甘寒清热合剂加元参、茅根、银花，连弓毒配合重用安宫牛黄丸，每次服一粒，日服三次或重用紫雪丹，每次服三分至四分，日服三次。或用古方的犀角地黄汤，清瘟败毒饮对症灵活运用。如果高热减退，神识仍昏迷，则用清热养阴之剂配至宝丹。如气急痰鸣，呼吸将近麻痹，则用千金保赤散和珠珀散以芳香呼吸挥发痰涎。如抽搐不止则用甘寒清热合剂和平肝熄风合剂配镇痉散。

(4) 恢复期：在病势已现好转，逐渐恢复正常，由于热毒久炽，津液大伤，就应清余热和养阴，以加速病人的恢复，常用清胃养阴合剂，或古方的竹叶石膏汤、增液汤等。

(5) 对高热、抽搐、呼吸麻痹：

①高热是本病的主要症状，往往因高热而神识昏迷，动风抽筋，我们在临床上的处理：对高热一项非常注意，如病人体温在40度以上，立即使用冰串或睡地上上面铺冰头部冰敷，同时用甘寒和苦寒合剂。但是也要注意到有汗和无汗，如果无汗，必须服用辛凉合剂，使其邪热外透，身上微有汗，温度就逐渐下降，再以针刺合谷，内关，三阴穴以辅助治疗。这样处理有的能经过四小时或八小时，体温就逐渐下降。如果患者体温持续不退，在40度以上，不寒不热有烦躁，除以冷敷冰串以外，再用50%酒精全身擦浴（惟四肢不可擦，以免四肢过冷而致厥逆），同时兼用促肾上腺皮质激素10单位，日注四次，或用冰水灌肠，同时重用甘寒和苦寒合剂，并刺十宣出血。这样处理，就可降低体温，逐步趋于正常，一般不用冰水全身擦浴，恐受了过度寒冷，非但不能降低体温，反而使腠理闭塞，邪热内遏，增加治疗困难。

②昏迷、抽搐：系因温邪入营，热极生风，亦是乙型脑炎中严重的主要的症状，一般处理抽筋，剧时用鲁米那水，化氨醛200~300g/kg加水灌肠，同时用中药甘寒清热合剂和平肝熄风合剂配镇痉散，此外再配合针刺肩髃，曲池，阳陵泉，太冲合穴，手不是强刺激，留针10分钟至15分钟。如四肢抽搐无方，是因温邪内陷，邪入营分过久，致肝经失养，水不涵木，虚极动风，则选用大小定风珠以治。对于昏迷症状，中医辨证认为是温邪内传心包，蒙闭心窍，致昏迷不醒，在临床上处理我们是用芳香开窍，清心透邪，以清宫汤和甘寒清热合剂，重用安宫牛黄丸或紫雪丹，若体温在40度以下者重用局方至宝丹，有痰的用亡阳导痰合剂加竹沥或千金保赤散，此外并配合针刺中渚至阴劳宫，日刺二次；在西法则注射促肾上腺皮质激素和给氧，或注射洛贝林。这样处理一般在12小时至24小时以上，神识逐步清醒。有的在二三天以上还昏迷不醒，而呈现牙关紧闭，药液不能下咽，则用鼻饲法以送药液和营养液。并酌情输液以补充营养。

③气喘痰鸣：呼吸衰竭，这是乙型脑炎中最严重的症候，也是垂危的症候，往往因抢救不及而致死亡。处理这种病人，是以西医为主，注射洛贝林，并供给氧气，再以重量的促肾上腺

皮质激素注射，同时用鼻饲管由口腔插入，用针筒套在鼻饲管露出部分，慢慢地吸出痰涎，使气管不致受痰涎阻塞，窒息而死亡，并以静脉滴注营养液。中药则以亡阳导痰合剂配服千金保命散和琥珀散，有的体温不高，则以清营透热法加附子、细辛配千金保命散或午黄抱龙丸。此外配合针刺，重用列缺、少商、丰隆、中皖、膻中，或治奥林、肾上腺皮质激素，注射太湖、列缺、合谷、人中。按机寻穴位，效果很好，能够及时处理往往转危为安。

中药协定处方合剂十方分述于下：

- 辛凉平表合剂： 葶根弓 双叶系 明昆系 连升系 抗菊系
木府系 甘州系 荷荷系 用水1000cc浓缩
至100cc 为成人剂量，小儿酌减。
- 甘寒清热合剂： 玉露11号 知母系 板兰根弓 大青叶弓
生地弓 寸冬弓 甘州系 煎法剂量全上
- 苦寒清热合剂： 胆州系 枯苓系 板兰系 甘州系 用500cc
水浓缩至50cc 用量全上。
- 平肝熄风合剂： 勾陈系 双枝弓 石决弓 抗菊系 天麻系
丝瓜络系 煎法剂量全上。
- 亡阳导痰合剂： 藿蒲系 远志系 佩兰弓 川贝系
竹黄系 半夏系 茯苓系 胆星系
煎法剂量全上。
- 芳香渗利合剂： 通竹系 滑石弓 蔻仁弓 赤苓弓
藿香梗系 白叩系 煎法剂量全上。
- 清胃养阴合剂： 北沙系 寸冬系 石斛系 生地系
生石膏系 枇杷叶系 淮山系
甘州系 煎法剂量全上。
- 镇痉散合剂： 全虫系 僵蚕系 蜈蚣弓 京退系
地龙系 珠珀系 台乌细末成人每次
5——8分小儿每次2——4分
- 千金保命散合剂： 川藿蒲系 胆星系 僵蚕系
天麻系 全虫系 白附子系 玄珀系
川贝系 射香系 真珠母 研砂系
甘州系 牛黄系 檀片系

合为细末成人每次3——5分小儿每次2——3分。

、砂、砂、散：琥珀不 川贝辛 龙齿不
崔氏半夏糊平 茯神不 珠砂平
合为细末服法同上。

(三) 疗效分析：212例中体温在39至40度以上153例，佔总数72.1%，经过治疗后在12小时内下降者列表如下：

表一：

时 间	4小时内	8小时内	12小时内	16小时内	24小时内	32小时内
例 数	100	35	30	15	6	7
百分率	39.2%	22.9%	19.6%	9.8%	3.9%	4.6%

212例乙型脑炎的主要症状，为高热；昏迷、嗜睡、抽搐、颈强、经过中西医协作治疗积极抢救，多数在4——6天消退部列表于下：

表二：

212例主要症状疗效分析表

症 状	总数	消退日期 4—6 %	消退日期 7—9 %	消退日期 10—12 %	消退日期 13—15 %	备 注
高 热	153	32	38	54		
头 痛	87	24	12	23		
昏 迷	74	54	18	2		
嗜 睡	90	48	29	13		
抽 搐	7	5	2			
抽 筋	56	39	17			
驚 厥	24	19	3	2		
癇 症	5	5				
尿 潴 留	1	1				
颈项强直	88	34	26	13	15	

(四) 死亡病例分析及死亡原因探讨：

本院自今年8月4日起至9月7日止，共收容病人212名。其中死亡16名。在死亡16名病例中，男女各8名，最少年龄为7个月，最大年龄为50岁；住院总日数为83日，住院死亡平均日数为5.2日；死亡以1——10岁最多，佔85%以上，成年2人，佔12.5%；死亡病例中95%以上入院时均属极重型，体温40℃以上，神志不清，痉挛抽搐，经积极抢救，数例已神志恢复，体温逐渐下降，但隔一、二天又重陷昏迷，继之呼吸衰竭，无法抢救，有一例经住院治疗三天后，情况尚好，大便通畅而后突然死亡，另一例并发肺炎死亡，重陷呼吸衰竭死亡佔90%以上，呼吸衰竭并循环衰竭死亡只有二例，死亡原因，系病变侵犯脑干发生水肿，因此临床表现体温突然下降，继之呼吸衰竭，多数死亡病例呼吸已停止，但心肺尚能跳动；另一方面，死亡病例多数发病后尚在家4——5天，病情已十分恶劣才送院治疗，来院时已有脑脊液中毒现象，脑炎病不能得到早期治疗与死亡有一定关系。

现将本院乙型脑炎死亡人数、年龄、性别和住院日数列表如下：

乙型脑炎死亡人数年龄性别和日数统计表 60.9.7.

项 目 年 次	性 别		住院日数	死亡平均日数
	男	女		
1岁以下		1	6	6
1——5	3	3	33	5.5
6——10	4	2	23	3.9
11——15	1		3	3
16——50		2	18	9
合 计	8	8	83日	5.2日

讨论：

① 政治医师，思想领先，一切为病人出发，千方百计抢救

病人，树立高度的革命主义精神，是取得成就的关键。

②中西医很好的结合：互相交流，使大多数危重病号能得到及时抢救。其偏热偏湿、挟痰、挟瘀等，但温邪转变最速极易逆传心包，扰乱神明，故在临床上以气营两病之象为最多。现在临床一般根据卫气营血这四个阶段进行辨证用药。

③协定处方有一定益处：

a. 解决药房配药拥挤，煎药困难；

b. 运用台剂，危重病号能及时得到药服。但是运用台剂不是机械和呆板的，主要要依随症候加减，

④对于呼吸衰竭的病人用洛贝林注射于手太阳、手厥阴心包络的合谷、经渠、神门、内关、人中、胆中、善穴，在临床试用，一般效果很好。

⑤精确诊断，重剂用药，早处理极重的病号，往往会逐渐好转。针灸疗法，这是治疗乙型脑炎不可缺少的疗法，不管是在高热或抽筋、昏迷等，如能配合使用，都取得病危的治疗效果。

涪江医院收治乙型脑炎76例初步小结

1960年七月底至八月初，乙型脑炎在潯江附近暴发流行本院计收诊76例，以八月四日七例最多，八月中有明显下降，九月初已基本消灭。

76例发病時間概況表

[illegible]

甲、病例分析

- 一、性别：男41例，女35例。
- 二、年龄：1岁以内4人，1—5岁3人，6—10岁20人，11—15岁9人，17—30岁10人，30岁以上1人。
- 三、76例中治疗65例，治愈率占81.1%，死亡率14.3%，死亡病例中二例在门诊，一小时内死亡，一例入院急救不及24小时死亡，除此3例外，死亡8例病死率10.5%。
- 四、死亡11例中，均系极重型，以高热不退死亡者最多占9例，1例热退呼吸衰竭死亡，1例蛔虫阻塞，呼吸突然停止死亡，死亡原因：呼吸性呼吸衰竭6例，心力呼吸同时衰竭死亡4例，异物阻塞呼吸停止1例。
- 五、轻型16例，重型30例，极重型30例，以高热昏迷脑症状为主，很少脑膜刺激症状，以八月初有第二批入院者为最严重，死亡病例及后遗症病例多系这时入院患者。
- 后遗症者7例，失语症最多占四例，精神失常，不自主手足乱动，舌强困难者占一例。

乙、中医中药治疗的方法和析

根据中医学理及临床经验，乙型脑炎是属于温病范畴，因此对乙型脑炎的治疗是根据温病学的辨证论治，按卫、气、营、血、病邪深浅作为治疗的依据。叶天士说：“在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透热转气，入血就恐耗血动血，宜凉血散血。”所以我们治疗乙型脑炎的原则，是根据卫气营血的深浅来分别用药治疗的。

中药治疗

轻型：初期邪在卫分或卫分与气分之间，临床表现为微恶寒发热（体温在38℃左右）头痛、呕吐、口渴、舌苔薄白，脉浮数或濡，用辛凉透邪，佐以清气，如银翘散或桑菊饮去荆、薄荷加紫雪、银花、石膏等药，以透邪清解。

重型：邪在气分或初入营分，临病症状表现为高热（体温在40℃左右）嗜睡谵语，呕吐手足抽搐烦躁不安，舌绛，脉细数或滑数等。偏湿者用三黄并薤白汤加银花、连翘，紫雪配合至宝丹或苏合香丸；偏热者用白虎地黄汤配合安宫牛黄丸或紫雪丹等。

极重型：邪在营在血，临病表现，为高热不退，深度昏迷或谵语发狂，牙关紧闭，抽搐不止，烦躁不安，目不转睛，舌黄而绛，脉沉细数，痰涎壅盛，心力衰竭等现象。治宜清热凉血，醒脑镇痉，用清瘟败毒散为主，偏热者重用石膏，偏湿者则加三黄并根据病情配合安宫牛黄丸至宝丹神犀丹，紫雪丹，苏合香丸等。

恢复型：热退神清或有低热者，可用加味清液汤或加减竹叶石膏汤以养阴清热。

加减法：抽搐者加蜈蚣全蝎；痰闭心窍：加天竹黄、蕲荆、竹沥；呕吐加代赭石、竹茹、枇杷叶；大便坚硬，不用下法，只用增液汤加麻仁、郁李仁。

配合针灸

- 一、神志昏迷：针风府、内关、中脘、膈俞、湧泉。
- 二、牙关紧闭：针颊车、下关、合谷、内关。
- 三、抽搐不止：针大椎、印堂、承山、十宣、曲池、合谷、阳陵泉、委中、肾俞等穴视其病情而决定轮换之。
- 四、舌强面红：针天突、哑门、廉泉、颊车、承浆、内关等穴。
- 五、呕吐：针内关、中脘、膈俞、湧泉等穴。
- 六、头痛：针太阳、百会、印堂、合谷等穴。

丙 讨 论

(一)、这次治疗系采取中西医结合，土洋并举，轻、重、极重型均兼用口服板兰根，大青叶，以中医辨证论治为主，西药配合。有四例危重病例，采用小青叶（俗名香仔草）液内服起了一定辅助作用，有三例用板兰根及大青疗法收效很好，病例太少，尚待进一步研究探讨。

(二)、板兰根及大青叶均采取大量，成人每次口服大青叶二两，板兰根一两，每两小时一次，10—16岁，小孩用量立至量，10岁以下亦至量，临床证实大量比小量疗效好。

(三)、轻型16例，多单纯用清热解毒药，如板兰根、大青叶或加用大蒜粉浆，或大青、板兰同用，或加银翘散、凉膈散；重型30例，除用大青、板兰外尚加中医辨证论治，多用三黄解毒汤、至宝丹、白虎地黄汤、安宫牛黄丸、紫雪丹；极重型30例，除大青、板兰、中医辨证论治，用清瘟败毒饮、安宫牛黄丸、至宝丹、神犀丹、紫雪丹、苏合香丸外，尚配合西药抗菌素应用预防并发症发生。

(四)、中西密切结合，抢救危重病例，特别护理是十分重要。曾有一例痰多，呼吸衰竭，经气管切开并解除呼吸困难后终于痊愈出院，无后遗症。我们认为这次乙型脑炎虽然症状危重，由于各级领导的重视，充分发挥群众力量，中西医结合快速疗法，土洋并举，一方抢救，是取得了很大的成就，但死亡率仍在10.5%，是有一定缺点，尚待今后更进一步努力。

晋江县医院治疗乙型脑炎经验介绍

自1960年7月28日起至9月8日止，我院计收容乙型脑炎病号58人，我们采用以中医为主、西医为辅，中西医大协作，进行抢救治疗。在临床上，我们把他划分为轻型、重型、极重型、及暴发型四类型来分别掌握。58例中，重型及极重型佔绝大多数，暴发型次之，轻型较少。病人来源，由基层医疗机构转来的佔多数。送院期间，平均在2-3天以上。经我院收容58例中，治疗出院者31人，死亡12人，转院3人，尚住院治疗中12人，现概述如下：

I. 中医方面：

(一) 轻型：表现邪在卫分，临床症状较轻，一般有发热，热度在38-39之间，不恶寒或微恶寒，头痛、项强、微呕、有汗或无汗，轻度惊惕，昏睡等症，舌苔白或微黄，脉象浮数或滑数，药物以辛凉透邪为主，如双菊饮，银翘散加减配合大青叶，板兰根各二两（成人量）合煎。

(二) 重型：表示邪由卫分、气分传入营分，或在气分营分之间，临床症状有发热在39°-40°之间，不恶寒，剧烈头痛，项强、嗜睡，吐逆，烦躁不安，手足抽搐，大便秘结，小便短，尿潴留或失禁，舌质红绛，苔白腻或黄而黑，脉象弦大而数。

此时以透营转气，或清营解毒，助以芳香开窍药物，以白虎汤或清营汤加减，并加大青叶、板兰根配合紫雪丹、至宝丹等治疗，抽搐时用钩陈熄风散。

针灸：取穴人中、曲池、足三里、少商、合谷。

(三) 极重型：邪传入营血，高热持续在40°以上，深度昏迷，四肢厥冷，斑疹透露，角弓反张，抽搐不已，口燥，眼上吊或斜视，喘急，痰壅，口吐涎沫，口唇紫绀，二便失禁，牙关紧闭，脉象细数或沉实。

采用凉血解毒、镇肝熄风配合芳香开窍药物，以清瘟败毒饮加减，并加入大青叶、板兰根、安宫牛黄丸，至宝丹等配合。

针灸：十宣、涌泉、人中、少商等穴。

此外，凡遇有体温低者，或汗出如珠，脉沉弱或虚大，有

循环衰竭现象，此开邪在下焦厥阴、少阴之间，采用复脉汤、四逆人参汤、救逆汤等，如病邪久壅，消烁真阴，采用增液承气汤，护胃承气汤，如痰涎壅盛，昏迷不省则采用牛黄射珠散服之。

(四) 暴发型：病邪来势猛，病发几小时后，则热至 40°C 以上，昏迷、强直、抽搐、角弓反张，戴眼向上视，呼吸喘急，口吐涎沫，面唇发绀，二便失禁，脉象沉数而实，或沉细欲绝。

采用大剂清瘟败毒饮，配用犀角或羚羊，或用清热镇惊散，安宫牛黄丸，紫雪丹，至宝丹等。

针灸：百会、曲池、人中、中冲、涌泉、委中、利五血。

II. 西医方面：

1. 高热处理：

①降低室内温度：通风、放水、电扇等。②水冷敷：冰水灌肠、饮用西瓜汁、酒精擦浴、赤豆付水、腹部湿敷，注射冬眠灵，热持续不退者用少量退热剂，如复方氨基比林等。

2. 抽搐处理：氯普吗啉注射，水化氯醛灌肠，或用苯巴比妥钠等。

3. 循环衰竭，血压降低，脉搏微弱，采用正肾上腺素，肾上腺素，麻黄素，补充液体，强心剂等。

4. 呼吸麻痹：使用洛贝林，尼可拉明，人工呼吸，供氧，抽吸痰液，引流。

III. 存在问题

1. 58例中，死亡达12人，多数死于循环衰竭及呼吸麻痹，少数(2人)死于高热抽搐。因收容之病人，经常来自乡医院转来之垂危患者，在来不及抢救而在短时间内死亡。

2. 前一阶段，凡未发后遗症之患者，均未给予针灸配合，致58例中有后遗症者达6人，经检查结果，我们即采用早期针灸配合，控制了后遗症之发生。

3. 除其他医院少用贵重药物，如安宫牛黄丸、犀角等，以致死亡率较高，后遗症较多。

1960. 9. 10.

安海医院一九六〇年乙型脑炎治疗初步小结

一般情况

本院地处晋南交界地区，历来接收安海、东石等地患者外，还有南安的水头、石井一带病员。本年夏秋以来，院内收容治疗乙型脑炎患者，最先发现者是东石乡，继后陆续发现先后收容住院治疗。截至九月九日为止共住院治疗病员75人。根据全部病者地区分佈情况：晋江县的安海34人，东石18人；磁灶2人，南安的水头一带21人。共治疗56人，佔总数74.6%，死亡13人（24小时内5人，一天以上8人）佔总数10.6%，目前尚在院继续治疗6人，发现后遗症2人。

（一）、抢救措施：

在乙型脑炎流行时期，我院在院行政直接领导下，成立“乙型脑炎抢救小组”，成员由中西医师（士）及护理人员、化验、药房共同组成。在门诊就诊病员凡自述有发热、头痛、呕吐，或发现昏迷抽搐等症状时，得先进入诊室，由专门负责医师（士）诊察，立刻结合一般检查、化验，如血像、脊髓液穿刺检查，获得早期诊断护理人员及时配合抢救工作，如高热时，采取物理降温疗法，以及各项急救药物注射，如镇静药，强心药等。这不仅能得早期诊断，又能得到及时抢救目的，起了一定性作用。

（二）、治疗措施：

在乙型脑炎治疗中，我院采取中西医结合，以中医为主，西医配合，共同商讨，同时下手。有高热患者，西医结合酒精擦浴，或乙醚擦浴，冰袋冰枕，通流灌肠；昏迷不省患者以鼻饲法；严重抽搐，以美晋马索、鲁米那等药物应用。当患者发现高热突然下降，汗大云易起虚脱，即以高渗葡萄糖液或强心剂作辅助，避免引起心力衰竭。中医治疗根据辨证论治方法，在一些症状严重看，配合安宫牛黄丸，紫雪丹，至宝丹等类药物外，内服药物：症状呈现有头痛、为热、唇干口渴、舌质红、舌苔无或黄、神识微昏、嗜睡等症时，即采用银翘散，桑菊饮二方加减，若唇舌紫绀，高热、神昏、嗜睡、或谵语，则采

用脑炎合剂（此方系专区介绍）及加味清营汤（本方系本院制订方附后）若症状及胃肠、胃呆食时，尿便秘不通者，则投以大承气汤。有鼻翼煽动、口噤、牙关紧闭、角弓反张、脚挛急、随齿等症亦予以大承气汤。如脑炎一般症状消退后，尚有后遗症，如麻痹症，四肢不能屈伸者，我们采取加味葛根汤。在治疗上，初次观察得到良好的效果。对个别病例采用针灸治疗，疗效同样显著。用中医中药治：我们采用方剂虽然不多，在疗效上是很大显著，对脑炎合剂不单是清热解毒、熄风，尚能养阴，加味清营汤，有清营解毒，理痰、驱风、开窍作用，以上二方在医治病例可以连续内服，一直到症状好转。

症状严重病例，以安宫牛黄丸、至宝丹及紫雪丹配合。但内服药物，还是非常必要。此次在治疗中，我们认为紫雪丹在应用上效力不够十分理想。原因怎样，待以进一步研究。

西药对本病治疗，虽然尚未完全确定其疗效如何，我们现阶段西药采用过金霉素与链霉素结合中医治疗，在观察过程中，我们感到可能更会使高热下降较快，对併发病可大大减少。惊厥或抽搐，对患者易招致不良后果，迅速采取有效措施是一项重要环节，在止痉方面对制止痉毒和降热是有一定效果。

补充液体：患者由于高热，昏迷、抽搐、常口对摄食不足对病症有影响，个别病例，我们采用过静脉滴入，以葡萄糖液或葡萄糖盐水配合维生素丙，这方面在治疗辅助上是大有裨益。

死亡原因

本年来在收容治疗病例中共死亡13人，其中24小时以内死亡5人，一日以上死亡8人，根据一些情况看来，如能早期发现，及时诊断立刻治疗，对死亡是可大大减少的，本院收容治疗死亡例中一般多数在病发后4——5天佔多数，病程超过七天者死亡大为减少。

根据死亡原因，我们体会到本病在严重病例中如见高热长期不退，或长期存在昏迷情况，或屡见抽搐不停，以上原因很容易引起心力衰竭与呼吸麻痹而导致死亡，如能及时控制高热，解除抽搐昏迷等症状者，死亡是可大为减少。