

广东省医学科学資料汇编第一輯

內科学术會議 論文集

(內部資料 注意保存)

中华医学会广东分会內科学会編
广东省医学科学研究委员会出版

前 言

广东省医学科学委员会和中华医学会广东分会于1962年12月22至24日联合举行了全省内科学术会议，出席会议的各地区代表180人，并收到论文116篇，无论在数量和质量方面，都比过去有所提高。参加这次会议的论文主要内容，是以响应党的号召，大力支援农业，控制和消灭农村最常见的急性传染病及寄生虫病为重点。

会将全部论文进行整理并选出其中有代表性的54篇，汇编成“内科论文集”，其内容分为四部分：（一）急性传染病16篇；（二）传染性肝炎21篇；（三）超声波测验4篇；（四）心血管疾病和其他13篇。

本论文集刊出的目的，是为我省医务工作者提供参考资料；希望有助于今后医疗诊断技术的提高和促进科学研究工作的发展，并使学术活动走向新的高潮，更好地为保护劳动力，为社会主义建设服务。

因篇幅有限，未能将全部论文刊出，故部分采用摘要或只将题目及作者姓名印出，以供读者参考，谨向作者致歉。本论文集曾请有关专家进行审阅，谨致谢忱。

目 录

前 言.....

第一部分 急性传染病

农村常见传染病的防治研究概要.....	朱师晦 (1)
付霍乱防治工作中的几点体会.....	彭文伟 (5)
海南島脑型疟疾82例临床分析.....	周怀鴻 (7)
疟疾患者几种血清酶及血清蛋白紙上电泳改变的研究 (摘要).....	何稚明 (11)
流行性乙型脑炎 148 例应用激素治疗的疗效观察.....	刘 芹 (13)
小剂量促肾上腺皮质激素 (ACTH) 輔治重型乙型脑炎的观察 (摘要).....	吳远徽等 (17)
內服普魯卡因与合霉素治疗伤寒的疗效观察.....	伍 常等 (18)
严重伤寒 114 例临床分析及并用激素疗效观察 (摘要).....	伍学宗等 (21)
流行性脑脊髓膜炎 207 例的临床分析(附50例三日疗法的观察) (摘要).....	姚士湖等 (22)
伤寒心肌炎 (摘要).....	伍学宗等 (23)
鈎端螺旋体病性脑膜炎94例分析.....	赵 桑等 (24)
多价鈎端螺旋体疫苗預防注射效果的初步观察 (摘要).....	鄺启洪 (28)
1961年某市斑疹伤寒 302 例临床分析.....	彭文伟等 (28)
白喉并发心肌异常之观察.....	李鉅泉等 (31)
敌百虫和灭虫宁治疗肠內綫虫病的研究.....	何稚明 (37)
阿米巴肝脓肿31例临床分析.....	吳乃昌等 (41)

第二部分 传染性肝炎

传染性肝炎的流行病学和預防.....	史鵬达 (45)
肝穿刺活体組織检查 140 例分析 (摘要).....	許銓庆 (49)
国产硫辛酸对实验性急性肝损害的影响的綜合研究.....	高紹良 (51)
硫辛酸对家兔肝机能的作用实验.....	潘百思等 (57)
传染性肝炎及其他肝胆道疾病血清紙上电泳分析 (摘要).....	高紹良等 (59)
血清轉氨酶活力測定的临床应用和操作上几个問題的討論 (摘要).....	温 畅 (61)
血清鉄測定在传染性肝炎的診斷	
价值.....	中山医学院传染病流行病学教研組肝炎研究小組 (63)
血清轉氨酶活力測定对传染性肝炎的診斷	
价值.....	中山医学院传染病与流行病学教研組传染性肝炎研究小組 (67)
血清醛縮酶的測定在传染性肝炎的診斷	
价值.....	中山医学院传染病流行病学教研組传染性肝炎研究小組 (82)
传染性肝炎83例之心电图改变.....	芦观鉅 (87)
慢性传染性肝炎50例临床分析.....	司徒汉明 (92)

传染性肝炎 100 例临床分析及治疗探討 (摘要).....	伍 常 (96)
无黄疸型传染性肝炎 724 例临床分析.....	汕头市第一人民医院 (97)
重症肝炎40例的临床分析 (摘要).....	秦凱琳等 (101)
暴发型传染性肝炎45例临床分析.....	汕头市第一人民医院 (103)
123 例无黄疸型传染性肝炎几种治疗方法的疗效比較 (摘要).....	陈达民等 (106)
肾上腺皮质激素与葯物穴位注射等疗法对黄疸型传染性肝炎近期 疗效观察 (摘要).....	朱汝樑 (109)
慢性肝炎 207 例临床随訪观察(附肝炎期間妊娠24例之轉归报告) (摘要).....	姚士湖 (112)
关于传染性肝炎預后与轉归問題的探討 (附 349 病例分析).....	伍 常 (113)
硫辛酸对无黄疸型传染性肝炎的疗效观察.....	潘百思等 (115)
广州地区1306例传染性肝炎随訪結果分析.....	广州軍区肝炎随訪小組 (123)

第三部分 超声波測定

应用超声波检查传染性肝炎、肝硬化及健康者2318例报告.....	禰湘璘等 (131)
超声波診斷肝脓瘍40例分析 (摘要).....	梁仕騫等 (135)
传染性肝炎和肝硬化的超声波診斷价值探討.....	刘 光 (137)
超声診斷波水泡状胎块初步报告 (摘要).....	禰湘璘等 (141)

第四部分 心血管病、血液病及其他

A. B. C. 导联心电图二級梯运动試驗在診斷冠状动脉供血不足上 的应用.....	广东医学科学院胸腔疾病研究所 广东省人民医院 (142)
关于冠状动脉粥样硬化性心脏病診斷問題的一些探討 (摘要).....	曾梅輝等 (144)
江門地区慢性肺原性心脏病概况 (摘要).....	赵 榮等 (146)
維生素丙稀釋曲綫对先天性心脏病診斷应用的初步 报道.....	广东医学科学院胸腔疾病研究所 广东省人民医院 (148)
三年来紅花夹竹桃治疗心力衰竭的总結.....	赵 榮等 (151)
中西医綜合治疗高血压病40例的疗效观察 (摘要).....	林柏荣等 (156)
急性鉍中毒的心电图变化.....	余国慶等 (158)
中医中葯治疗再生障碍性貧血五例疗效的观察 (摘要).....	董岳琳 (163)
脾摘除、鈷盐及其他輔助疗法对四例頑固性再生障碍性貧血 的疗效观察 (摘要).....	辜思聰等 (166)
急性白血病77例临床分析.....	陈雅棠等 (167)
心脏淋巴肉瘤一例.....	吳远徽等 (175)
关于胃酸学說的正确性問題.....	姚碧澄 (176)
309例脑出血死亡病例分析 (摘要).....	朱 虹等 (186)

附 录

参加全省內科学术会議論文題目表.....	(189)
1962年广东省內科学术会議总結.....	朱师晦 (191)

农村常见传染病的防治研究概要

中山医学院传染病流行病学教研组 朱师晦

目前为害人民身体健康的疾病，可說是首推传染病中的四大寄生虫病——疟疾、钩虫病、住血吸虫病和絲虫病等……。此外，在广东方面还有肝吸虫病、恙虫病、钩端螺体病和近年传入的副霍乱等，都是特別对农民危害最严重的疾病。我組全体工作人員几年来在学院党委领导教育下、和有关单位协作、深入农村、对为害人民健康的几种传染病，作了調查防治研究工作；其所得效果作为保护人民健康、恢复劳动力，及对于提高教学和医疗工作等方面均起着一定的作用。茲将其主要部分簡述于后：

一、疟疾：

疟疾是华南地区农村較多的传染病，我組自1955年开始进行有关疟疾防治的研究；首先在临床实验上确定国产氯喹对疟疾疗效不低于舶来品，提供了国内治疗疟疾的根据。

1956—1960年間先后深入海南島的部分地区作疟疾防治研究，先后普查各地农民体检3,000多人次，发现儿童2至10岁的脾肿率达88.7%至95.4%，血液标本的原虫阳性率可达47.3%至88.3%，其中以恶性最高，占69%，間日次之。传染媒介以微小按蚊占优势，达84.2%，我們同意其他学者的意见，海南島的疟疾媒介以微小按蚊为主。

对防治疟疾方面的研究，我們在流行地区通过普查后进行，采用氯喹，圆氯胍，扑疟喹啉和伯氨喹啉的治疗实验；其中特別对間日疟的根治問題，作了长期間的疗效追踪观察，其結果认为用大剂量氯喹，短期（一次和三天，四天）能控制疟疾的发作，我們較早的在国内提供在临床上使用。对于根治間日疟的結

果，采用氯喹啉或圆氯胍合并伯氨喹啉治疗290例間日疟，进行了3, 6, 9及12个月的追踪检查，血液中的原虫复发率分别达62.3%、78.6%及77.5%，特別对小儿的复发率为最高。較早提出对海南島間日疟难于断根的初步意见，是有关原虫种类的不同，在流行区再复感染的可能性，药量的不同，体格营养及免疫状况的不同因素，所以不能达到与文献所提的效果100%相符。

对伯氨喹啉使用，在化驗室实验中发现有51.12%的服药人有正鉄血紅蛋白增加，及紅細胞减少，因此认为使用伯氨喹啉剂量高至22.5毫克/日或30毫克/日，14天疗程，是有一定的毒性反应，应更加注意其安全问题。

但另一方面，目前治疗疟疾，认为用氯喹啉与伯氨喹啉連用的疗程还是今日在许多抗疟疾药物中，优越于其他药物的，值得临床上使用。

对于預防服药方面，曾調查某农场439人次的血液标本，这些人在几年来曾定时服用阿的平及百乐君来預防疟疾，其結果血中原虫阳性率高达38.2—54.82%，脾肿率平均达20.72%，平均脾肿率为0.27，但在邻近自然村中居民（黎族）未服預防药的农民采血液作对照，結果原虫阳性率达25—77.7%，平均50%，脾肿大平均64.44%，平均脾肿率1.41，与前者差异不远証明单独以服药預防疟疾，是不能达到目的。

总结研究結果，对目前消灭疟疾和根治間日疟，首先要扑灭传染源、早期发现病人、确诊病人并对带原虫者早期使用特效药治疗，同时要綜合各种灭蚊措施方法，这样才能彻底消灭疟疾。

我們建議及早組織巡迴医疗队，进行防治疟疾工作，使农民不发生疟疾，以保护农业劳动力。

二、鈎虫病

鈎虫病在农民中感染率很高，一般可达50—80%，危害劳动人民健康很严重。我組自1958年起曾往海康、番禺等地区，展开鈎虫病的防治研究，先后普查及治疗达16万人次，取得一定程度的經驗和科学根据。

对鈎虫的改良诊断方法，曾以棉签竹枝用試管孵化鈎虫幼虫其阳性率达100%，比其他方法较为简单方便，技术易于掌握，是值得推行于无显微鏡的农村地方。另一方面在较早时期对改进普查鈎虫病的皮內試驗反应方法，我們制造鈎虫成虫及鈎虫幼虫的抗原，对诊断早期鈎虫病阳性率的准确性达100%，引起国内外許多学者重視及在国内推行。

对鈎虫病的治疗，我們采用較小剂量的四氯乙炔（成人3毫升）先后治疗七千多人，一次服藥阴轉率可达17—35.7%，疗效頗佳，但毒性作用頗大，所引起精神病及腸胃症状較多，在农村推广时，令人不滿意，且不为农民所欢迎。我們也实验数十种单方及复方驅除鈎虫病的研究，以評定中藥效价。

有机磷“滴百虫”，是消灭农业害虫及动物昆虫的良好藥物，曾初次作为驅除人体鈎虫病及其他腸內綫虫，亦属有效，但排虫率很低，且毒性強，对肝脏有明显損害，特別对血清胆酸脂酶下降很低，确定不能推广作驅虫之用。

新近曾作“灭虫宁”驅虫实验，其效果一次服藥排虫率达100%，对其他綫虫亦有效，毒性亦較輕微，胆酸脂酶下降极微（較“滴百虫”少10倍），故認為目前用“灭虫宁”作为在农村普遍驅虫之用，尚属可靠，而可以推广，当然要消灭鈎虫病，必需要配合糞管，达到糞便无害化的綜合措施，才能彻底成功。

三、住血吸虫病

住血吸虫病的散布虽是没有鈎虫病之广

泛，但在流行区对农民身体損害最甚，我組自1955年开始进行血吸虫病的防治研究。

首先对流行病学的調查，曾組織一組人員到增城、曲江、仁化等地区，对农民群众、耕牛及釘螺的調查，做了体检及糞便孵化工作、了解各流行区的住血吸虫对农民身体健康的严重威胁，因此使农村劳动力大大降低，影响生产。

我們采用大家所用的成虫抗原皮內試驗方法，調查了1474人次，証明皮內反应是个普查簡便方法，其准确性达到95%以上。对住血吸虫治疗方面，1956年开始采用錳剂短程，对較晚中期的加量15毫克/公斤治疗，均能达到成功疗效，可以得到扩大治疗对象。进行了晚期血吸虫病綜合疗法研究，对78例代償功能未有消灭以前，进行建立切除脾脏的适应症的条件而获得手术的良好結果，并引起全省推行切脾手术工作成功。总结273例晚期住血吸虫病的脾切除綜合治疗的良好成績，提出許多有科学根据的經驗教訓；并組織人員深入农村对术后病例作3个月至2年的追踪观察检查，証明效果良好，使过去无希望而失去劳动力的农民，能够恢复健康达96.2%，并使个别长久不生育的妇女获得怀孕。

对消灭住血吸虫病的意见，我們認為某些流行地区还是存在着較严重的发病率，除需要积极用各种方法消灭釘螺，改良耕地及糞便无害化的綜合措施外。对消灭传染源——根治病人及动物（耕牛），是要早期诊断，早期使用特效藥，新近对急性有高热住血吸虫病，配合新藥F. 30066能达到迅速退热或使用激素都有良效，而达到早期配合錳剂治疗的成果。并建議对大脾脏中的晚期住血吸虫病，应选择适应症及作术前准备，进行切脾手术結合特效藥治疗，可以使病人恢复健康，及恢复劳动力。

四、絲虫病

絲虫病是危害人民健康很主要的寄生虫病之一，尤其是在某些地区农村中的广泛流行，我組自1956年开始进行絲虫病防治研究工作，

包括流行病学調查，診斷方法和防治設計的研究。

1. 流行病学調查：我組組織專業人員深入农村，曾在从化、花县、增城现场普查观察，并在佛山专区、汕头专区、湛江专区等地区某些县、韶关专区以及海南专区采集血片标本检查，发现均有絲虫分布，微絲蚴感染率一般在5—25%上，所见均确诊为斑氏絲虫(1959年广东省寄生虫研究所在兴宁发现有馬來絲虫)，可见广东省絲虫病分布的广泛，及絕大部分是斑氏絲虫。

关于媒介蚊虫的調查：根据我組几年来在花县、从化、增城对媒介蚊类的調查，包括四个定点的連續全年的逐月检查結果，捕集蚊类中曾經解剖观察达4000余只，所见确定狩猎庫蚊是媒介蚊种，其传染季节从4月开始至11月終止，6月是最主要的传染季节。

2. 診斷方法研究：我組曾对几种实验检查方法进行探索，包括狗絲虫成虫抗原皮内試驗，曾制造狗絲虫成虫抗原三种，其中有粗制抗原(盐水浸出液)，精制抗原(蛋白質析出液)及多糖体抗原，用多种不同稀释度在流行区与非流行区进行試驗，結果显示假阴性虽可降至10%左右，但假阳性率仍然很高，接近真阳性率水平；因此，认为狗絲虫抗原的皮内試驗反应，目前要作出簡易診斷絲虫病的可能性还很少。

按照我們对絲虫病的实验診斷，目前只可以末梢血液来检查微絲蚴采血方法，认为取血量要在40—60立方毫米，采血時間提早在晚飯后8时左右与深夜12时的比較，血液中微絲蚴的阳性率在統計学上并无差异，因此可以废除过去深夜采血的不便；对防治实践上有实际的应用价值。

3. 絲虫病的防治工作：我組自1957年开始在从化和花县的两个人民公社作整个面积的现场試驗，以微絲蚴携带者給一次集体治疗，而后观察。根据追踪3—4年的效果，实验区内：(1)微絲蚴的平均(60/立方毫米)从49.7—61.8条下降至0—4.45条。大大削弱

了传染源的作用；(2)狩猎庫蚊的感染率亦从23.14%逐年下降至0—4.2%，并且非常罕见地发现感染蚴虫，作为传染源意义的数目已大量降低，很大程度上逐步接近切断传播环节；(3)普查人群中的微絲蚴感染率亦显著由治疗前19.2—23.05%逐年下降至1.6—3.4%。从这些材料看来，将会逐步达到基本制止再感染的发生，现在已是实验的第五年，我們准备再作一次第五年的远期追踪观察，其目的是希望在一次預防性集体服药治疗后，如能达到消灭絲虫病的主要环节，从而可以作为农村防治絲虫病方法的推广。

关于治疗絲虫病的药物选择，根据我們6組实验材料的临床观察，以海群生4.2克分7天内服，具有治疗价值(一年后阴轉率达80%)，在預防性集体治疗上所用海群生总剂量不宜低于2.5克，疗程不宜短于3天。对中藥治疗絲虫病的研究，曾用各种单、复方达100种左右，观察了400例，其疗效不令人滿意，因而确定了其治疗上的评价。

五、中华分枝睾吸虫病(下简称肝吸虫病)

肝吸虫病在广东来说流行于农村亦相当广泛，个别乡村农民的感染可达42.5%(我們曾統計广州区医院的病人达15.1%)，其为害人民健康是相当严重的。我們从1954年开始研究用氯喹啉治疗肝吸虫病，并作了动物实验。在90例的临床詳細观察中，其結果在服药一个疗程后76例(84.4%)于出院时粪中虫卵已完全轉阴性。其中15例經胆汁引流亦証明虫卵已消失，对临床症状的好轉亦达74.43%。有21例經1—12个月复查粪便，尙未发现虫卵。另有6例有急性胆囊炎患者，經外科手术后进行丁字管引流并服用氯喹啉，其結果均排出有已死的成虫，345、214、94、507、182条，虫体均已毀坏，这証明是由于药物毒性所致的結果。其中三例8、10、15个月后追踪复查时，粪便均已不再发现虫卵；因此，可进一步証明，氯喹啉治疗肝吸虫确有其特效，但药物的副作用过强，往往病人不能忍耐而不能达到完成治疗程

和治疗的功功，这是存在的缺点。

六、姜虫病

姜虫病自抗日战争结束后(1945年)即发现在广州市流行，解放后根据广东全省调查所得的资料，发现有姜虫病例的地区已有许多县市。这说明本病对广大人民为害不浅。我组在10年来对于姜虫病的研究，包括历史、病源、流行病学、临床诊断、症状分析、治疗及预防等问题，并进行了555病例的症状分析。在广东发病时间每年从4月开始至11月止，以6、7、8月为最高峰，与气温升至24°C以上为明显。感染并以15岁以下的儿童为高，占31.36%，这说明儿童对地面接触较多，而易被感染。对临床诊断以发热、皮疹及焦痂为主，并以外斐氏反应及分离出立克次体为确诊，治疗方面以氯霉素和合霉素为特效药，比较未用特效药时的病死率从50—60%下降至0—8%。本病应作早期诊断及早期治疗，均能达到治愈目的。对于动物实验，分离立克次体阳性率达100%，在用合霉素后体温下降至正常达24—144小时(6天)血液内仍可分离出立克次氏体，所以使用药量不足时，病情仍可复发，但再用药还是有效，因此应用足量药治疗是极为必要。

对防止姜虫病的感染，应经常举行爱国卫生运动，清洁屋内外环境，铲除杂草，消灭鼠类为主，个人保护如在疫地工作，应穿胶鞋，皮肤擦上防护药物，工作完毕后立刻更换衣服煮沸及洗澡，以免姜虫爬留身上。

七、钩端螺旋体病

我组在最近5年来对在广州地区附近发生的钩端螺旋体病的调查研究及临床工作上，积累了一些经验，先后对本病160例的临床表现进行了综合分析。我们发现本病在临床上除了典型的黄疸、出血及肾脏损害之外，还有相当一部分的病例以头痛、发热、全身疲倦为主要症状，容易误诊为流行性感冒；另外一部分的病例则以咯血和出血性肺炎为主要，容易误诊

为肺结核合并肺出血。因此，在诊断上除根据临床症状之外，应参考流行病学接触史，并尽可能作血清学检查。

在流行病学方面，我们曾经对在广州地区参与农业劳动的1541人进行流行病学调查。结果，曾与疫水接触的人中，发生典型临床症状者仅占4.7%；而症状轻微，未能诊断后经血清学检查为阳性者有28.8%；另19.6%则属于无症状性感染，此说明典型病人不过是所有感染者中的一小部分。

在预防方面，我们研究了接受钩端螺旋体疫苗预防接种后的血清抗体效价的改变，结果发现接受预防接种后3个月，血清呈阳性补体结合试验的人达到61.9%，但在接种后的6个月则降低至38.1%，说明预防接种后免疫力约可维持半年左右。

对钩端螺旋体病今后要加强有关临床分型，作为早期诊断，早期治疗和对有必要接触疫区的人应先行疫苗预防注射，以进一步保证广大农民的健康。

积极进行田地灭鼠，消灭传染疫源地，并对于家畜如猪等应注意防止感染，以免造成流行。

八、付霍乱

1960年以前在我国未发现付霍乱的病例或文献记载，因此对我们来说是一个新的课题。1961年我组曾派出部分教师参加付霍乱的防治工作，从工作中获得了一些有关付霍乱的临床和流行病学的知识。

临床方面，重型付霍乱的症状和过去在我国所见的霍乱基本相同，但中型和轻型病例的症状则往往不够典型，容易误诊为一般的急性胃肠炎，因此在付霍乱发生的地区，凡有上吐下泻的可疑病例都应进行大便培养，以排除付霍乱的可能性。在一般的条件下，大便培养的阳性率可达70%左右，血清凝集反应可以有追溯诊断的价值。

流行病学方面，病人是主要的传染源，但95%以上病例病后排菌的时间不超过2周。轻

型病例数量多，不易诊断，容易把病菌从一个地区带到另一个地区，因此早期诊断，早期隔离以及检疫是不可缺少的措施，付霍乱病菌在水中可生存35天以上，因此水最容易传播付霍乱。某些池塘被付霍乱病菌污染之后，还能较长期的保存病菌。因此饮水消毒在防治付霍乱中显得很重要。注射霍乱疫苗可以显著的降低付霍乱的发病率，应有步骤的普遍推行。

1961年对付霍乱防治工作的经验证明，在

党的正确领导下发动群众，充分发挥各级卫生人员的作用，采取综合性的防治措施，我们是有把握在短期内消灭付霍乱的。

以上综合资料，是我教研组近年来，对农村常发病的研究工作摘要，并已初步写成论文数十篇，部分已发表于国内杂志和我学院印出的论文集，可作参考，部分尚未发表。但我们的研究工作尚很粗浅，缺点及错误必然很多，请大家加以指正。

副霍乱防治工作中的几点体会

中山医学院传染病与流行病学教研组 彭文伟

1961年在广东省的某地发现副霍乱，这是副霍乱在我国发生的第一次，作者有机会参加了此次对副霍乱的防治和研究工作，现将工作中取得有关副霍乱若干问题上的一些体会提供于下。

一、副霍乱的临床特点：副霍乱的潜伏期目前还未肯定，但一般说来是比较短的。根据食物性流行暴发的观察，最短的潜伏期为6小时。在87例的分析中，潜伏期在6—24小时者有64例(73.55%)，2—4天者20例(22.9%)，5天者3例(3.44%)，可见绝大多数病例的潜伏期是在一天之内，副霍乱潜伏期较短的原因可能由于E1 Tor弧菌的繁殖较快，因为在硷性蛋白胰水中，培养6—8小时后可以见到茂盛的生长。

副霍乱一般起病急骤，但亦有部分病例(可达三分之一)在出现剧烈的吐泻之前，先有一天左右的头昏，乏力，全身发软，腹痛，腹部胀满，每日有稀便数次等症状，在这些病例中，可以说存在有前驱期。

腹泻是最主要也是最早出现的症状，大多数病例腹泻时不伴有腹痛，但也有21.76—32.41%的病例有腹痛，大便次数自每天3—

5次至数十次不等，典型的米汤样大便并不多见(16.08—83%)，而以黄水样便较多(25—57.24%)，在部分病例中还可看到血水样大便(4.89—34.9%)。腹泻时不伴有里急后重是副霍乱的特征。

呕吐是仅次于腹泻的一个症状(70—82.87%)，在有呕吐的病人中呈喷射式呕吐的也并不多(50—36.3%)。

从脱水的程度来看，副霍乱病人可以分为轻、中、重三型。(1)轻型：精神状态尚佳，皮肤稍干，尿量略减，血压脉搏无变化。此型病例约占18—28%。(2)中型：表情呆滞，精神不安，声音嘶哑，皮肤干燥、乏弹性、易抓起，腹及眼窝下陷明显，唇舌极干，尿量大减，脉搏减弱，血压下降，收缩压在70—90之间，此型病例约占12—26.9%。(3)重型：烦躁不安，或静卧不动，不能发声，甚至神志不清，皮肤发绀，四肢冷，有粘汗，皮肤弹性极差，腹部呈舟状，眼窝深陷，目闭不紧，口唇干裂，舌干缩，脉细而弱。或无脉，血压在70以下，或不可测，尿闭，此型病例约占61—40%。

表 1

付霍乱的临床症状与体征

症状与体征	%			症状与体征	%		
	甲 組	乙 組	丙 組		甲 組	乙 組	丙 組
腹泻	100.0	100.0	98.6	嗜睡	14.5	—	—
呕吐	82.9	72.2	76.6	烦躁	18.2	—	24.9
恶心	5.6	22.2	—	神志不清	—	—	15.1
腹痛	21.8	19.4	52.4	昏迷	8.3	—	2.8
黄水样大便	31.8	23.2	57.3	脉搏微弱	33.3	12.0	27.7
米汤样大便	33.3	76.7	16.1	无脉搏	37.1	69.5	6.9
血性大便	34.9	—	4.9	血压低	50.3	12.0	16.6
尿少	51.7	—	53.8	无血压	25.7	69.5	16.6
尿闭	51.4	—	16.6	声盲嘶哑	50.5	—	44.8
肌痉挛	51.7	76.7	32.4	酸中毒	63.6	—	72.0
口渴	50.5	—	72.4	尿毒症	53.0	—	63.3
发热	13.8	—	17.9				

在脱水期间病人的血液浓缩，表现为红细胞与血色素的上升，血液比重的上升等，但由于患者于病前大多有不同程度的贫血，因而在这些方面的表现不够明显，例如红细胞平均为377万，血色素在61—80%者占62.5%。全血比重则不超过1068（正常值1058）。

大多数病例（53.8%）有白细胞增加，平均17,728，一般高者可达36,700。中性多核增加及左移。嗜酸细胞在急性期消失，至恢复期则增至2—30%。

约有60%病例血液非蛋白氮高于正常，最高者达120mg%，血液二氧化碳结合力低于30ml%者占50—72%。

在急性期血钾大都增加（22mg%以上），最高可达33mg%，补液后血钾迅速下降，甚至低于正常。血钾的早期增高可能与大量细胞内液渗出及肾排泄功能低下有关，亦与血液收缩有关，但总的来说患者是缺钾的，因此大量补充生理盐水后可见血钾下降的现象。

尿中有蛋白，红、白细胞及管型，尿的异常改变在流行早期的阳性率较高（67—93%），在流行的末期较低（5—19%）。

副霍乱的病死率为0—6.48%，在流行的早期较高，末期较低，其转归较之在国外者

（印尼副霍乱病死率70—90%）有显著不同。

二、副霍乱的诊断：副霍乱的诊断主要依靠流行病学，临床症状及实验室检查三方面。

在副霍乱流行地区，正当本病的流行期间，一切吐泻病人，不论其病情是轻或重，都应考虑到副霍乱的可能性，并进行详细的检查来加以排除。

细菌培养是确诊的主要方法，可疑病人的吐泻物应用不含消毒药之容器收集，在3小时内接种或保存于文一腊二氏保存液中送检。一般于接种后12小时可有初步报告，24小时后有肯定结果。临床上诊断为副霍乱的病例大便培养的阳性率为68.7%，可见大便培养并不能诊断出全部的病例。

在大便培养结果为阴性或某种原因不能作大便培养者可以进一步用血清凝集反应进行诊断，副霍乱病人在发病第5日以前血清凝集素滴度不超过1/40，滴度在发病后第2周开始升高至1/80—1/320，并维持至病的第7周。在大便培养结果阳性的病人中，血清凝集素滴度超过1/80者有66.7—78.5%。在临床诊断为副霍乱而未作大便培养或培养结果阴性的病例中，血清滴度超过1/80者亦有63.8—78.6%。可见血清凝集反应对副霍乱的诊断有辅助和追

溯性的意义。但在此同时必须测定当地经霍乱预防接种后的健康人的血清凝集素水平作为对照，一般的健康人及经预防接种后的人其凝集素滴度不超过1/80。

因此副霍乱的诊断标准为：（1）凡有腹泻，呕吐症状，粪便培养 E1 Tor 弧菌 结果阳性者；（2）在流行地区，流行期间或有明显流行病学接触史而临床症状比较典型，并已排除其他疾病的可能者；（3）临床症状可疑，病前6周内未注射过霍乱疫苗，病后第2—3周血清凝集价达到1/80++以上者，只有上述二项之一者可以诊断为副霍乱。

三、副霍乱的治疗：在试管内，合霉素，氯霉素，链霉素对 E1 Tor 弧菌 都有较强的抑菌能力，每毫升含一微克的浓度时可抑制其生长。但是在临床应用上，这些抗菌素并未能改变副霍乱的临床经过，一般说来，抗菌素在副霍乱时仅能缩短排菌时间和防止合并感染。

矫正体液和电解质平衡是治疗副霍乱最主要的措施。补液应按照脱水的严重程度与体液丧失的速度而定，一般在24小时内，轻度失水者应补充液体3,000—4,000毫升，中度失水者4,000—8,000毫升，重度失水者8,000—12,000毫升。在最初的20分钟内应加压注入1,000—1,500毫升，然后每2小时注入1,000—1,500毫升，直至血压恢复正常范围即减慢速度至每分钟60滴，至所需之液体全部输入为止。补液期间要密切注意病人之血液循环，防止补液过多而引起肺水肿之发生。

补液成分一般以生理盐水为主，生理盐水在补液的总量中应占五分之三，其余的五分之二可以由5%葡萄糖水（1/5），1/6克分子量乳酸钠或2.5%重碳酸钠（1/10）及0.3%的氯化钾（1/10）所组成。碱性溶液与钾的输入量在有条件地区应根据化验结果来决定。

输液途径应以静脉注射为主，在重症病例静脉注射困难时应采用静脉切开法，当病人有周围循环衰竭时通过皮下注入的液不易吸收，因而疗效不佳。

尿闭是副霍乱的严重并发症，短时间的尿闭是由于循环衰竭所致，经过大量的补液后容易恢复，尿闭的时间超过两天以上者特别是当脱水状态已经被矫正后仍然持续尿闭者多由于急性肾小管坏死所致，此时应控制液体的输入量，使之不超过液体的排出量，使用热敷肾区，肾囊封闭，针灸，注射咖啡因或氨茶碱，血浆代用品，高渗葡萄糖等，并限制蛋白的进入。

由于输液体过多而引起肺水肿时，应即减慢输液速度或停止输液，并从静脉内注入毒毛旋花子苷及胺茶碱。

血压下降时可以注射正肾上腺素以帮助提高血压，但是正肾上腺素不能代替足量的补液，因为由于脱水而引起的周围循环衰竭只有通过足量的补液才能解除，当这一点被忽视的时候，往往很大的正肾上腺素仍未能提高病人的血压。

海南岛脑型疟疾82例临床分析

海南人民医院内科 周怀鸿

脑型疟疾是疟疾中严重症状之一，至目前病死率尚很高^(1,10)，如何抢救这些病人，尚为临床家急需研究解决的问题。兹将海南人民医院自1953—1959年所见的脑型疟82例，作扼要分析，供同道参考。

一、病例诊断

脑型疟疾由于其症状多样，因此凡是血液中找到疟原虫，在病程中出现昏迷、抽搐或其他脑神经症状，而不能以其他原因解释者，皆

列入本組病例。82例中有6例为血涂片未找到疟原虫，但脑神经症状又不能以其他原因解释，经抗疟治疗又获痊愈。

二、发病关系

本組脑型疟疾82例，占同期住院疟疾病人

表1 季节分布

季 节	春			夏			秋			冬		
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1
例 数	2	1	3	7	11	7	11	14	8	4	7	7
%	7.32			30.49			40.24			21.95		

(2) 疟疾类型：82例中，恶性疟67例最多；间日疟次之，6例，混合型3例，不明者6例。

(3) 性别：本組病例中男69例，女13例，

1150例中的7.12%。

(1) 发病季节：发病时间以秋季最多，占40.21%；夏季次之，占30.48%；冬季再次之，占21.95%；春季最少，占7.32%；这可能与本島疟疾流行季节有关⁽⁴⁾。

男女之比为5.3:1。

(4) 发病年龄：发病年龄以14—39岁的青壮年最多，40岁以上者仅11例。

表2 年龄分布

年 龄	14—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60以上	不 明
例 数	14	36	17	7	3	1	4
%	17.07	43.90	20.73	8.54	3.66	1.22	4.88

(5) 籍贯：患者籍贯，属本島者57例，外来者25例。

三、症状与体征

本組大部分病例在发病5天以内出现脑神经症状，但亦有起病急而迅速转入昏迷者。有6例发病10天以上出现脑神经症状，有1例发冷发热30天后才发生昏迷入院，在昏迷前的长时间发冷发热，可能系疟疾发作，亦可能系其他疾病。有1例持续昏迷3天多，入院后给予积极治疗，以奎宁静脉滴注，结果治愈。

脑神经症状以不省人事较常见，有58例，占70.72%；抽搐者有36例，占43.80%；后者大部分病例伴有昏迷，或单独出现者；有一部分病例在入院前昏迷数小时，在院外经抗疟治愈，至就诊时神智已经清楚；部分病例昏迷时

间较短，约1—2小时后便苏醒；部分有脑膜炎症出现，2例有精神症状类似癔病发作；有1例癫痫样发作；出现狂燥不安者亦不少。

本組病例以发热为主，体温在38.5°C以上者38例，占46.34%；最高者为间日疟1例，40.8°C；最低者为1例恶性疟，37.5°C；而最严重的脑型疟体温大部分在38°—39.5°C之间。

(2) 临床体征：本組病例脾肿大者30例，占36.58%；肝大10例，占12.19%；黄疸者6例，占7.31%；其余如舌苔、结合膜充血、肺呼吸音变粗及发紺等。神经系统体征以颈项抵抗为常见，且多见于昏迷病例（计有31例，占37.8%）；其他尚有瞳孔对光反应异常、克匿格氏征阳性、巴彬斯基氏征阳性等（见表4）。

表3

临床症状

症状	例数	%	症状	例数	%	症状	例数	%
寒战	51	62.2	呼吸困难	13	15.85	嗜眠	6	7.31
发热	79	96.34	四肢冷厥	1	1.21	抽搐	36	43.80
头痛	54	65.85	出汗	22	26.83	不能说话	31	37.8
头晕	21	25.60	腹痛	6	7.32	牙关紧闭	17	20.93
全身痠痛	31	37.50	眼花	4	4.87	小、大便失禁	20	24.39
腰痛	1	1.21	胸痛	4	4.87	双手抖动	6	7.31
恶心	29	35.36	咳嗽	6	7.31	耳鸣	4	4.87
呕吐	34	41.45	失水	2	2.43	两眼朝上	2	2.43
不想进食	48	58.53	呕血	2	2.43	眼球运动		
口渴	17	20.73	便血	2	2.43	障碍	2	2.43
腹泻	5	6.1	失眠	3	3.65	呃逆	1	1.21
腹胀	1	1.21	口流白沫	3	3.65	不省人事	58	70.72
便秘	7	8.53	谵妄	18	21.95			
疲乏	11	13.41	烦躁不安	33	46.23			

表4

临床体征

体征	例数	%	体征	例数	%	体征	例数	%
舌苔	25	30.48	咽充血	16	19.51	瞳孔对光反应迟钝	19	23.06
结合膜充血	18	21.95	脾大	30	30.58	瞳孔对光反应缩小	2	2.43
肺呼吸音粗	7	8.53	颈硬	31	37.80	瞳孔对光反应散大	3	3.65
肺啰音	4	4.88	膝反射消失	14	17.07	克匿格氏征	11	13.41
黄疸	3	3.65	膝反射亢进	8	9.75	巴彬斯基氏征	6	7.31
肝大	10	12.19	踝阵挛	2	2.43	收缩压低于90	7	8.53

四、化验检查

(1) 疟原虫数: 本组疟原虫阳性者 76 例。恶性疟 59 例中, 52 例疟原虫每立方毫米 500 个以上, 占 88.2%; 间日疟者 33 例, 30 例每立方毫米 20 个以上, 占 90.9%。恶性疟原虫数最高为 120,912 个, 间日疟原虫较低为 69,420 个, 与文献⁽⁵⁾相符。

(2) 血细胞计数及分类: 本组 34 例有轻重不等的贫血, 其中贫血严重者 2 例, 最低红细胞仅 53 万 (本例因上消化道出血死亡); 红细胞在 300 万以上者 48 例, 占 58.54%。白细胞有半数病例在正常范围; 27 例在 5000 以内, 其中 5 例白细胞近 3000 左右。16 例在 10,000 以

上, 最高者为 23,600。中性细胞 40—60% 者 16 例, 60—80% 者 56 例, 80% 以上者 10 例。

(3) 小便检查: 尿中有蛋白者 5 例, 有管型者 4 例, 有红细胞者 9 例。

(4) 脑脊液检查: 本组脑脊液检查 28 例, 大部分正常, 其中蛋白在 50 毫克以上者 10 例, 细胞 10 个以上者 7 例, 脑脊液压力增高者 1 例。

五、并发症、并存症及遗留症

本组有 2 例伴有坐骨神经痛、2 例支气管炎、2 例轴性视神经炎; 14 例钩虫感染、14 例蛔虫感染、16 例鞭虫感染; 2 例有失语后遗症。

六、治 疗

本組病例的治疗，一般系按病情不同分别进行。对昏迷患者，于确定诊断后，立即开始治疗⁽⁹⁾。脑型疟疾除特效治疗外，并施行对症治疗及加强护理等综合措施。特效疗法可分为两种：

(1) 静脉滴注或肌肉注射奎宁：本組静脉滴注者以50%奎宁溶液1毫升，用5%葡萄糖盐水300毫升稀释，另加0.1%肾上腺素1毫升；开始时以每分钟60滴滴注，以后逐渐增快，尽可能在30—60分钟注完，如患者仍未苏醒，可每6—8小时滴注一次，每天量以不超过2.0克为度；如静脉滴注有困难，可改为肌肉注射，每次0.6克，必要时于8小时重注一次，每天以不超过1.2克为度。神智清醒后，改为口服。

(2) 阿的平肌肉注射：阿的平0.2克加生理盐水5毫升，每6—8小时一次，每昼夜不超过0.6克，清醒后改为口服。

神智清楚的患者，一律用口服；所用抗疟药为奎宁、阿的平及氯喹等^(3,4)。

对症疗法：对狂躁不安、抽搐，可用镇静剂鲁米拿、冬眠灵、或水化氯醛控制症状；出现酸中毒时，用乳酸钠或重碳酸钠静脉滴注，以纠正酸中毒。输液为不可缺少的一项措施，为了避免发生肺水肿，应在严密观察下进行。有血压降低而出现休克者，静脉滴注正肾上腺素，严重者加用促肾上腺皮质激素或考地松注射。

护理：凡昏迷患者，如咽喉分泌增加，用吸引器吸出，并应注意其他如降温及保温措施等。

根据本組82例中，以奎宁注射者68例，5例死亡（2例入院48小时以内死亡、2例24小时内死亡、1例入院8小时内死亡）；有疗效的63例中，4小时以内清醒者5例、24小时以内清醒者52例、48小时以上清醒者6例；最迟者120小时，最早者1小时。

以阿的平注射者14例，2例死亡（1例入

院4小时内死亡，1例24小时内死亡）；治疗有效的12例中，8小时内清醒者1例、24小时内清醒者6例、48小时内清醒者3例、2天以上清醒者2例，最迟者120小时，最早者8小时。

本組病例，昏迷超过24小时以上的患者，全部接受综合治疗，而获得满意的效果；82例中，死亡者7例，死亡率为8.53%，较文献报告为低^(2,10)。

讨 论

脑型疟的脑型症状错综复杂，表现多样，其机理至今尚未完全明了，根据作者手头资料，概括为以下几个方面：

(一) 血管壁的损害：学者们公认血管壁的损害，为脑型疟疾脑部病变的基础。Darek氏认为血管腔因含疟原虫之后细胞凝集而受阻引起出血及坏死，疟原虫毒素在管壁上造成一种炎性改变而肿胀⁽⁶⁾。有认为恶性疟原虫的大型环状体能够产生一种粘液使感染的血球沾着，于微血管壁而造成阻塞，如果脑部血管被阻塞，便可以发生脑型症状⁽⁷⁾。

(二) 血循环紊乱：血循环的紊乱，使血管渗透性增加，红细胞渗出，形成点状出血，以后又有纤维素渗出及血管周围组织坏死，使红细胞向周围推移，形成环状出血，最后红细胞完全破坏，合并原有的纤维素及坏死组织，吸引大量胶质细胞，聚集于其周围，而形成Darek氏结节。Darek氏结节的好发部位为大脑白质与胼胝体，或白质与灰质的交界处，亦可发生于大脑白质、小脑、桥脑及延髓等部位⁽⁶⁾。因此，可出现复杂的脑神经症状。

(三) 神经系统中毒：由于体温升高的程度和人体反应的不同，神经系统的改变亦不一致；由于体温的升高，中枢神经系统兴奋性增高，出现不安、幻觉和谵妄，且由于脑血管张力增高、充血与传染因素的毒性作用，而产生短期的发热性精神障碍，特别在衰竭的患者，发热时可出现淡漠与嗜眠等抑制状态⁽⁸⁾。

(四) 变态反应：在发病机制上意义最大的间质组织对疟原虫与疟原虫的产物的存在所

发生的反应，在頗大的程度上具有变态反应的特性⁽⁹⁾。

由于以上一系列的变化，不但恶性疟出现脑型症状，间日疟亦可出现脑型症状，其发生主要取决于机体的个体抵抗力。因此，海南岛的脑型疟除恶性疟外，间日疟亦有发现。

本组82例中，仅6例未找到疟原虫，但经抗疟药治疗，大部分见效，可资诊断。

脑型疟的治疗，至目前为止，仍存在不少困难。文献记载^(2,10)对于昏迷型或已发生痙攣者，除立刻施行特效药注射外，有主张注射血浆及葡萄糖盐水，用缓滴法（每分钟40—60滴），此法有助于中和血毒。其后虽由于药物的进步和治疗技术的改进，但死亡率仍超过25%。

本组病例，除特效药注射外，还注意对症状及护理。昏迷或者已发生痙攣的患者，大部分用奎宁加肾上腺素，患者清醒后改为口服阿的平或氯喹啉。由于脑型疟病情发展迅速，因此，除特效治疗外，迅速而合理的综合措施是不可缺少的。近年来由于正肾上腺素、冬眠灵、促肾上腺皮质激素及卡地松等的应用，对于严重病人的抢救，可以大大降低死亡率。

文献^(2,10)报告，脑型疟的死亡率很高，死亡原因，可能是缺氧及在大脑实质肿胀的基础上失去了主要的机能⁽⁹⁾。本组的死亡率仅8.53%，可能与治疗技术的改进有关。

本组病例以本地人较多（占57例），是否对

于当地疟原虫已经有抵抗力，使死亡率降低，这是值得研究的。

小 结

（一）本文报告海南岛脑型疟疾82例，发病率占同期疟疾住院病人的7.12%；以恶性疟最多，间日疟次之，混合疟最少；发病时间以秋季最多，春季最少。

（二）本组病例的脑神经症状：昏迷、抽搐、狂燥及脑膜炎症状等，亦有出现类似癫痫及癔病等发作。

（三）本组病例的治疗：昏迷病例，一般以奎宁加肾上腺素静脉滴注，大部分病例获得良好效果，其死亡率为8.53%，较其他作者报告为低。

（四）本文着重讨论脑型疟的发病机制，阐明间日疟出现脑型症状的可能性。

参 考 文 献

- (1) 中华医学杂志, 43:4-27, 1943。
- (2) 中南医学杂志, 第二卷, 第8期, 1952。
- (3) 中华内科杂志, 8:558, 1960。
- (4) 中华内科杂志, 10:716, 1962。
- (5) 应元岳: 热带病学, 第9页, 1954。
- (6) 中华内科杂志, 10:658, 1962。
- (7) 内科学报, 3:664, 1951。
- (8) 上海第一医学院: 病理学总论, 134页, 1962。
- (9) 卫生部抗疟干部进修班: 抗疟干部进修讲义, 1956。
- (10) 朱师晦: 最新疟疾学, 58页, 增订版, 1951。

疟疾患者几种血清酶及血清蛋白纸上电泳改变的研究(摘要)

中山医学院传染病与流行病学教研组 何雅明

指导者: 朱师晦

近年来在热带病中，有关血清酶及血清纸上电泳蛋白的改变，已引起学者们的重视，在应用于传染性肝炎的诊断方面，国内外已有不少

文献报导，但应用于疟疾的研究则报导甚少，作者等为了探讨疟疾发作患者血清酶及电泳蛋白的改变，最近检查36例住院间日疟疾病人（其

中一例混合恶性疟感染), 男性29人, 女性7人, 研究其治疗前后血清醛缩酶、谷一草转氨酶及谷一丙转氨酶(以下简称谷一草及谷一丙)及电泳蛋白的改变, 同时选择健康人作对

照, 其目的为对目前流行的无黄疸型传染性肝的鉴别诊断方面, 引起注意, 兹将检查结果报告如下:

研究结果

表1 疟疾患者几种血清酶活力的改变及与正常人的比较

项目	正常人			疟疾患者						
	受检人数	平均值(单位)	最低及最高限(单位)	受检人数	平均值(单位)	最低及最高限(单位)	发病天数		增高人数	增高百分比(%)
							最短及最长時間	平均数		
醛缩酶	63	8.9±1.5	4-13	26	22.7±8.8	7-44	1-20	7.3	21	81
谷一草转氨酶	82	54±20	12-94	23	114±66	10-235	1-18	7.0	12	52
谷一丙转氨酶	102	44±10	8-80	28	66±44	10-206	1-20	7.4	10	35.7

表2 疟疾患者治疗后血清酶活力的改变

项目	受检人数	退热后平均天数	最低及最高限(单位)	平均值(单位)	增高人数	增高百分比(%)
醛缩酶	16	5	9-25	14.9±1	10	62.5
谷一草转氨酶	16	5.2	20-158	75±47	6	50
谷一丙转氨酶	17	4.9	14-218	92±19	7	41.2

表3 正常人与疟疾患者血清蛋白电泳比较

项目	正常人(41例)		疟疾患者(21例)	
	平均值(%)		平均值(%)	
白蛋白A	59.4±3.5		58±4.7	
球蛋白	α ₁	4.5±0.4	6.5±5.8	
	α ₂	7.1±1.2	6.7±1.0	
	β	10.5±0.9	8.2±0.9	
	γ	18.8±1.7	21±2.1	

根据以上检查所得, 发现疟疾患者血清酶及蛋白电泳与正常人比较发生了改变, 在发热

期间醛缩酶升高最明显(81%), 谷草次之(52%), 谷丙又次之(35.7%), 三种酶在治疗退热后3-4天, 有部分可以恢复到正常水平。作者等认为血清酶的升高与血球的破坏及肝功能受损可能有关。其次电泳蛋白方面, 疟疾患者有γ-球蛋白及α₁-球蛋白的轻度增加和β-球蛋白相对的减少现象。

由于疟疾患者有以上血清酶及电泳蛋白的改变, 作者等提出传染性肝炎特别是无黄疸型传染性肝炎在疟疾流行地区, 尤其有疟疾病史及脾肿的病例, 两者在鉴别诊断方面, 需引起慎重的注意。

流行性乙型腦炎148例应用 激素治疗的疗效观察

广州市传染病院 刘 芹

流行性乙型腦炎，迄今尚无特效治疗，死亡率大，寻求一种较为有效的治疗方法，是我们迫切的任务。对于重症乙型腦炎应用激素治疗，国内高氏等⁽²⁾及陈氏⁽³⁾等均有报导，认为效果良好。我院1962年收治乙型腦炎病例不少，曾试用较大剂量激素短期治疗，初步观察，也有一定疗效。兹将有关临床资料，作一初步疗效分析，以供参考。

一 临床资料

本组病例是××年1—10月份收容入院医治的，共148例。季节分布：集中于7、8、9三个月，共138例(93.2%)，8月份达高峰(76例)。有明显的流行季节性。年龄以2—8岁为多，共111例(75%)。成年人仅2例。最小年龄是4个月，最大是22岁。

诊断根据：(1)临床上有急性感染及中枢神经系统受损害的症状与体征，(2)脑脊液有病毒感染的一般改变，(3)流行情况，(4)补体结合试验，(5)尸体解剖诊断(5例证实)。早期诊断以1—3项为主要根据。

临床类型：按临床病情经过的轻重，参照宋氏等⁽⁴⁾分类原则而分：本组计有极轻型5例

(4.3%)，轻型35例(23.7%)，重型99例(66.9%)，极重型9例(6%)。

二 治疗方法

本组病例采用激素治疗以重症者为主要对象。重症病例入院后即给予氢化皮质素(Hydrocortison)静脉滴注，同时口服Prednison。剂量：氢化皮质素6岁以下每天100mg，7—14岁每天200mg，15岁以上每天300mg，连用2—4天。Prednison6岁以下每天20—30mg，7岁以上40—60mg，连服3—6天。轻型病例仅口服Prednison1—2天，以控制病情之变化。本组病例实际应用氢化皮质素是1—7天，平均4天；Prednison是1—11天，平均5.5天。

对症治疗(如降温、镇痛、解除痰液貯留及调整体液和酸碱平衡等)，同时并施，对改善急性期症状有很大帮助。对于有深度昏迷或严重抽搐而有痰液貯留引起上呼吸道阻塞的病例，则及时施行气管切开术，改善供氧状况，以减轻由于缺氧所致的神经细胞的损害。

三 应用激素治疗的疗效分析

(一) 体温之变化：

1. 应用激素后体温开始下降所需天数：

表 1

类型	天 数		第1天	第2天	第3天	第4天	第5天	第6天	总 計 数
	例	数							
极 輕 型				3	1	1			5
輕 重 型			18	10	3	3	1		35
重 极 型			27	23	25	3	5	1	84
极 重 型					1				1
合 計			45	36	30	7	6	1	125*
%			36.0	29.0	24.0	5.4	4.8	0.8	100.0

附註：*表示125例是实計数，另有入院时已退热，自动出院及死亡病例未計在內。