

河北省中醫研究所籌備處整理

流行性乙型腦炎(暑症)簡易治法

河北人民出版社

目 录

現代医学对乙型腦炎的研究.....	一
可以肯定乙型腦炎是暑症.....	四
診斷与治疗.....	一三
中西医怎样配合.....	二九
附录：参考方剂.....	四一

现代医学对乙型脑炎的研究

1

本病是濾过性病毒所引起的急性傳染病；它有高度的季节性，流行于夏秋之間，所以也叫「夏秋腦炎」；在我国曾一度叫「大腦炎」；一九五二年中央人民政府卫生部定名为「流行性『乙型』腦炎」（以下简称流乙）。本病易感性人群是十岁以下的兒童，虽然不能称为「兒童傳染病」，但在它流行的地区里，兒童患者确是非常突出，十岁以下的患者約为十岁以上的患者的四、五倍，有的地区高达二十至四十倍，在我国越是往南，这种选择性就越明显。据研究本病的傳染媒介是蚊虫，又因为蚊虫需要一定的降雨量才能維持它的孳生場所，因此本病与气候雨量有关。我国地域广闊，由于各地气候不同，流行开始及至最高峰也随之有迟早。一般月份在平均气温二十度（攝氏）左右时，即开始有散发病例；平均超过二十五度时，即随之流行。如以发病数最多的月份来看：南京、武汉等处流行极期为七月；天津、北京、济南为八月；沈阳为九

月。全国流行情况：七、八、九月是流行极期；四、五、六月是流行前期；十、十一月是流行后期；十二、一、二、三月是間歇期（这一时期发现的病例，目前还不能認為是流乙）。总的來說，越往南越早，越往北越迟。但有一点，本病流行达到极期后，虽平均气温仍在二十五度以上时，也开始急速下降，目前科学上还没有足够的証据解釋这一現象。

本病普通症狀为发高热（体温在摄氏四十度以上）、病人有极度头痛、惡心、嘔吐、全身疲乏、神志不清、結膜和巩膜极度充血（目赤）、有时有疱疹、頸部强直、煩躁不宁、痙攣等現象。

由于感染有輕重的不同，在临床上分为四种类型：

一、**极輕型**：体温常在三十八度左右，有时也有輕度吐瀉，全无腦症狀。往往見于幼嬰，经过一、二日即全愈。即或体温稍高一些，退热也很快，此型易被忽視，只有作腰椎穿刺，始能发现为本病。

二、**普通輕型**：体温可达三十九度至四十度。每伴有嗜睡和嘔吐，較大兒童或成年人，輒自述头疼。但神志始終清醒，很少出現痙攣現象。热度往往在

三、五日下降；有时驟然降至常温，不再升高。

三、重症型：体温很快升至四十度以上，同时伴有痙攣、昏睡等腦症狀或神經系症狀。經過兩三天的危險時期，热度漸呈梯形下降，同时各种症狀逐漸消失，愈后一切正常。但昏迷較長，以及持續痙攣者往往有后遺症。

四、极重型或暴发型：体温很快达四十一度以上，痙攣不止，轉入完全昏迷狀態，大都在一日內死亡，有的延長到二、三日才死亡。

血液檢查：白血球增多，淋巴球減少，嗜伊紅白血球缺乏。腦脊髓液压力增高，蛋白質和細胞增多。

本病預后与年齡大小、病狀經重、病程長短有密切关系。大致年齡愈大，死亡率愈高。成人和老年人死亡率在百分之三十至百分之百之間。死亡与体温高低成正比比例，体温超过四十一度者，死亡率高达百分之七十二以上。深度昏迷、痙攣、眼球麻痹，或有心臟、腎臟疾患者，預后多不良。預后与病程之关系，据臨床統計，死亡率約有百分之九十发生在头十天以內，百分之七十五发生在头七天以內。如患者能活过七天至十天，則康復的机会可能有百分之七十五到百分之九十。及时的早期治疗，可以减低死亡率。

可以肯定乙型腦炎是暑症

通过中医对流乙的治疗，中医能治急性病，能治傳染病，已經引起国内外的重視。但由于中医工作經驗缺乏，又加一九五六年遇到流乙的情况不同，照以往的經驗治疗不順利，有一部分人对中医治疗流乙发生怀疑，甚至个别中医同志也出現信心不足的現象。一九五六年健康报曾刊載「运用中医治溫病的原則治疗乙型腦炎」，这說明治疗流乙不是一方一药的問題。但溫病的范疇，几乎包括大部傳染病。溫病的学說又极繁复。为了这一工作的順利开展，流乙究竟是那一种溫病，确有研究的必要。清代吳鞠通的溫病条辨按发病季节、流行情况和不同的症狀，分溫病为：风溫、溫熱、溫疫、溫毒、暑溫、濕溫、秋燥、冬溫、溫瘧等九种，各有扼要的提綱，摘录出来参考对照：

- (1) 风溫（也叫春溫）：初春阳气始行，厥阴行令，风夾溫也。
- (2) 溫熱：春末夏初，阳气弛張，溫盛为热也。

(3) 温疫：厉气流行，多兼穢濁，家家如是，若役使然也。

(4) 温毒：諸温夾毒，穢濁太甚也。

(5) 暑温：正夏之时，暑之偏于热者也。

(6) 湿温：長夏初秋，温中生热，即暑病之偏于湿者也。

(7) 秋燥：秋金燥烈之气也。

(8) 冬温：冬应寒而反温，阳不潜藏，民病温也。

(9) 温瘧：阴气先伤，又因于暑，阳气独发也。

暑温之下夾有伏暑一条。伏暑是：夏季受暑潜伏未发，至深秋而发，故名伏暑。

以上风温、冬温、温热从发病季节可以肯定不是流乙。温瘧、温毒、秋燥从症狀上可以否定。流乙不直接傳染，一家有兩個患者的非常少見，从流行情况分析，可以肯定不是温疫。剩下的就是暑温、湿温、伏暑了。吳鞠通的結論是：「暑温、伏暑各虽異而病实同」「伏者、暑温、湿温症本一源。前后互参，不可偏执」。从这个結論来看，暑温、伏暑、湿温的病名是按暑症的不同

病情和发病季节先后而定。暑温、伏暑、湿温的发病季节联结起来正符合流乙的发病季节，特别是和华北地区完全吻合（从吳氏自序和朱彬序中可以看出「温病条辨」的经验积累是在北京，其所以符合华北的情况是有原因的）。几年来的临床观察，从流乙出现的不同类型以及流行季节，可以証明沒有出了暑症（暑温、伏暑……）的范畴。一九五七年河北省乙型脑炎学术研究座谈会初步肯定：「暑症可能不完全是流乙，但流乙完全是暑症。」其理論根据如下：

一、发病季節和暑症一样

暑症和流乙一样有高度的季节性。內經熱論篇有：「凡病伤寒而成温者，先夏至日者为病温，后夏至日者为病暑」。温病条辨伏暑条：「長夏受暑，过夏而发者名曰伏暑。霜未降而发者少輕，霜既降而发者則重，冬日发者尤重」。此外吳鞠通对造成暑症的环境說：「上热下湿，人居其中，而暑成矣」。总观前人記載，可以說明夏至以后（六月中旬以后）暑病开始流行，七、八月間炎熱多雨，湿熱蒸騰的气候，为暑症易于流行的季节，霜降节前后（十月上旬）还有个別病例出現，和流乙的发病季节完全吻合。（見附表）

附表一

症		暑		病名
暑		伏	溫 暑	
冬 初	季	秋	季 夏	发 病 季 节
立冬 (十一月七、八日)	白露 (九月八、九日) 秋分 (九月廿三、廿四日) 寒露 (十月八、九日) 霜降 (十月廿三、廿四日)	处暑 (八月廿三、廿四日) 立秋 (八月八、九日)	大暑 (七月廿三、廿四日) 小暑 (七月七、八日)	夏至 (六月廿一、廿二日)
冬月发者尤重	霜未降而发者轻 霜既降而发者重	夏秋之交上热下湿 的多雨季节	后夏至日者为病暑	祖国医学有关发病季节的记载
病例	本省此时还没有可靠的	八月中旬即突然增多 八月下旬达最高峰	以后病人逐渐增多	河北省的流行季节

附表二

(此表系摘自河北省卫生防疫站流行性乙型脑炎总结)

年 度	人 数	发 病 人 旬		五月	六月	七月	八月	九月	十月
		上	中						
一九五四年	八	一	三	一	三	一	八	三	一
一九五五年	五	一	九	三	一	三	六	一	二
一九五六年	二	七	六	一	八	二	四	二	六
	二	五	八	一	六	一	七	二	五
	二	四	一	二	五	二	四	一	二
	一	四	二	一	四	二	四	六	三

說明：①历年來腦炎的首發病例多在六月中旬之後，發病人數逐漸增多，至八月中旬即突然增多，

八月下旬達最高峰，之後迅速下降，多在十月上旬即成尾聲。

②一九五四年根據本省各材料統計，一九五五年、一九五六年根據本省各材料統計。

從河北省的流行情況來看，如「历年的首發病例多在六月中旬」，正符合后夏至日者為病暑的記載；「六月中旬以後發病人數逐漸增多」，正符合長夏

受暑的記載：「八月中旬即突然增多，八月下旬达最高峰」，正符合华北多雨季上热下湿暑热蒸騰造成暑症的气候环境；「八月下旬之后即迅速下降」，多在十月上旬即成尾声」，正符合霜未降而发……霜既降而发……的記載。按祖国文化是在黄河流域发展起来的，关于历法中的季节命名，如小暑、大暑、小寒、大寒等，都精細地描述了黄河流域的气候变化，以位于黄河北岸的河北省（長城以南地区）的季节气候，作研究祖国医学的依据，我們認為是有一定价值的。

二、症狀和暑症相同

(一) 暑症的主要症狀：流乙有極輕型、普通輕型、重症型、暴发型。暑症也有中暑、伤暑、暑风……的區別。暑的症狀如发热惡寒、头疼、嘔吐、抽搐（手足痙攣）、項强、角弓反張、昏不知人等，完全和流乙相同。历代医家对症狀的描述頗为精細，詳見「診斷与治疗」一节。

(二) 暑症概談及临床之我見：暑症記載首自內經，如熱論篇：「凡病伤

寒而成溫者，先夏至日者為病暑……」。扁鵲難經有：「傷暑為心病」。張仲景傷寒論有：「太陽中熱者，喝是也」（王孟英說：暑即熱也，原為一症，故夏月中暑仲景標曰中熱。王肯堂說：中喝、中暑、中熱，名雖不同實一病也）。晉、王叔和脈訣有：「脈虛身熱為傷暑」。宋、朱肱活人書有：「其人嘗傷于濕，因而中暑，濕熱相搏，則發濕溫」。此後由金、元至清，醫界前賢，對暑症多所闡發。張潔古以靜而得之為中暑，動而得之為中熱，中暑者陰症，中熱者陽症。李東垣學于張潔古，亦從其說。觀東垣之治法：「動而傷暑……身熱脈洪大，動而火盛者，熱傷氣也，白虎加人參湯主之。靜而傷暑……脈沉疾，靜而濕盛者，身體重也，白虎加蒼朮湯主之」。陽症系指暑之偏熱者；陰症系指暑之偏濕者。吳鞠通的溫病條辨本內經先夏至為溫，后夏至為暑之旨，認為暑與濕流異而源則同，不得言溫而遺暑，言暑而遺濕。將暑之偏于熱者名為「暑溫」（暑癘括于內），暑之偏于濕者名為「濕溫」（濕溫的學說複雜，吳氏明確提出系暑之偏于濕者，蓋取活人書之意而定名。不得與其他濕溫相混）。暑邪潛伏，待至深秋始發者為伏暑。此外中暑、傷暑、暑

风、暑厥等，名目繁多，医宗金鉴幼科心法，对偏热的暑症叫中暑，兼外感的暑症叫伤暑，出现痙攣的叫暑风，多痰昏厥的叫暑厥（临床观察「暑风」只是症状中的一种，重则有，轻则无，不能单列一个类型）。兹从清代著作本医宗金鉴与温病条辨的归纳精神分为暑症偏热、偏湿、多痰、兼外感等四类，暑的类型可以包括无遗。据此划分流乙的类型而确定中医的治法，也比较符合祖国医学的理论体系。

三、乙型腦炎在我国流行已久

据一九五五年中央卫生部召开全国卫生防疫会议时一个乙型腦炎研究小组的「五年来流行性乙型腦炎防治与研究工作报告」重点摘录如下：五年来在全国各地研究的結果，該病早就在中国流行着。到一九五五年止，在发现有本病疑似病例的二十八个省七百多个县市，进行病毒分离及血清檢驗的結果，确定了在各地所流行的都是流乙。从各地年龄发病率来看，都是年龄越大，发病率越低。易感性人群是十岁以下的兒童。这说明成年人由于患过本病，或得到

了不显性感染，获得免疫的逐年增加。这种发病率的年龄分布的现象，需要一定时期（若干年）的流行以后才能形成的。本病必须借蚊虫传播，它是有季节性的，不象呼吸系传染病的直接传播，所以就决定了本病的扩散要比呼吸系传染病慢。这样扩散速度较慢的传染病，如果认为是在解放以后才从国外传来扩散及于全国，并使各地居民发生了这样高的不显性感染，是难于解释的。

从流乙的流行季节，和出现的一切症状来看，完全与暑症符合；从现代科学的论断来看，流乙在我国流行已久，我们确定为暑症的理由是充足的。这和几年来运用治温病的原則治疗流乙，收到显著的成绩，也不矛盾。吴鞠通说：「温与暑流虽异而源则同。」所以治温病的法则和方剂，可以治大部分暑症；只是在某些情况下，温与暑的治法迥乎不同。如温病忌汗，暑症不忌；温病忌用辛温，偏湿的暑症非辛温不解，两者不容混淆。相信明确了流乙是暑症之后，治疗成绩更要提高。

診斷与 治疗

一、治疗方針的确定

已經弄清了流乙是暑，自然治暑的方法就能治流乙。从前我們因为臨床經驗太少，只根据一些偏热的治疗經驗和古人治暑以白虎湯为主的精神，定出了「辛凉为主、清溫解毒」的大法，分段治法中虽也指出了「佐以芳化」「佐以熄风」「清熱養阴」等法，但因为沒有明确是暑症，对辛凉辛溫的复用沒有明确提出，因此有人怀疑，辛凉为主，为什么用香薷、藿香一类的辛溫藥呢？即便从症狀上应当用也有顧慮。更有一开始就清熱養阴并用，无的放矢，使偏湿的暑症延長了治疗日程，甚至发热不退，未能治愈。今年河北省乙型腦炎学术研究座談会根据三年来的治疗經驗、反复討論的結果，初步肯定了流乙是暑症。按暑就是热，热极称毒；暑多兼湿，湿热交蒸而生痰，痰邪上冲，古人叫暑毒攻心；热灼血液則动肝风。针对这些道理而定出了「驅暑解毒、清熱熄

「風」的治療方針。把驅暑放在第一位，臨床時自然要先考慮治暑的法則。古人治暑的經驗是豐富多采的，有什麼症用什麼法，正象省衛生廳盧曉副廳長在座談會講話時說：「這樣的治療方針，中醫好掌握，西醫也好理解」。這一方針只能補充从前「辛涼為主、清溫解毒」等治法的不足，而沒有矛盾。

二、診斷概說

對流乙的診斷中西醫是不一样的。如果為了研究，總結經驗、肯定成績，在有一定設備條件的醫院里，還是經過現代醫學的確診，說服人的力量較大。中醫的診斷看來好象很簡單，實際都是從整體觀念出發的。如果在當前的廣大農村里，為了搶救病人，中醫應當發揮自己的診斷本領。中醫的診斷方法：首先考慮暑症的季节，再通過察神觀色、切脈、聞聲、問知其自覺症狀的四診。如果具備了暑症的主要症狀時，就可以初步確定下來。此外暑症有偏濕、偏熱兼外感的複雜情況，必須鑒別清楚才能決定治法。但由於祖國醫學具有獨特的理論體系，必須心領神會，病、脈、証、治互相印証，一致起來才能盡診斷

的能事。为了便于掌握，在每段治法之后都有简要诊断。至于更多的诊断和理论，限于经验，不能多作介绍。

三、治 法

本篇治法，按病的初、中、末分为初期、重症期、转轻期三个阶段叙述。初期分为偏热、偏湿两节。兼有外感等治法，也在初期两节中叙出。

(一) 初期治法

1、偏热治法（附：表实无汗及兼外感）

偏热的轻症多是：发热有点怕冷（体温三十八度以上），头疼牵掣到后脑顶，嗜睡，头上有如裹如蒙的感觉，四肢无力，口渴，愿喝水，只头上有些汗，脉搏洪大跳动的快，用加味白虎汤治疗。

重症多是：发高热头疼（体温三十九度以上），后脑顶疼的厉害，只上身有汗，两足发凉，口干渴，烦躁不安，也有时怕冷，脉搏洪大跳动的快，前方