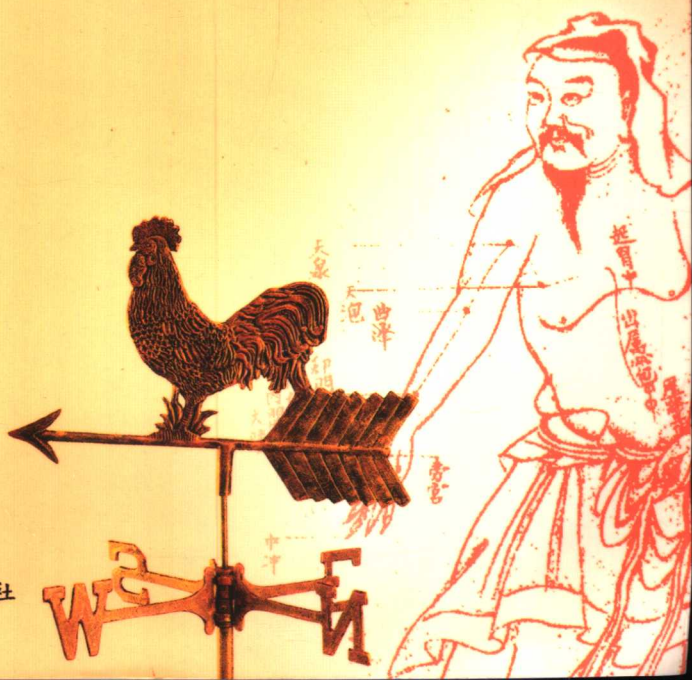


中医不怕流感

钟嘉熙 陈银环 梁雪芬 钟彦彦 著

流感

和人禽流感的中医药防治



广东人民出版社

流感和人禽流感的 中医药防治

钟嘉熙 陈银环 梁雪芬 钟彦彦 著

广东人民出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

流感和人禽流感的中医药防治 / 钟嘉熙等著. — 广州:
广东人民出版社, 2006

ISBN 7-218-05150-2

I. 流... II. 钟... III. ①流感病: 人禽流感 -
中医治疗法 ②流行性感冒: 人畜共患病 - 中医治疗法
③流行性感冒 - 中医治疗法 IV. R254.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 139723 号

出版发行	广东人民出版社
印 刷	肇庆市科建印刷有限公司
开 本	880 毫米 × 1230 毫米 1/32
印 张	5.25
字 数	100,000 字
版 次	2006 年 1 月第 1 版 2006 年 1 月第 1 次印刷
印 数	5000 册
书 号	ISBN 7-218-05150-2/R·189
定 价	12.00 元

如发现印刷质量问题,影响阅读,请与出版社(020-83795749)联系调换。

【出版社网址: <http://www.gdpph.com> 电子邮箱: sales@gdpph.com

图书营销中心: 020-83799710 (直销) 83790667 83780104 (分销)】

序 言

汉代张仲景“勤求古训，博采众方”，著《伤寒杂病论》，后人根据伤寒三百九十七法、一百一十三方处理流行性疾病，确实解决问题，故张仲景被推崇为医圣。随着后世的不断发展，至明清著名医家吴又可出《瘟疫论》，及清代温病学辨证论治理论的成熟，中医在防治各种传染性疾病方面作出了重要贡献。1918年爆发的西班牙流感曾导致欧洲2000万以上人员死亡，但中国从未有一次瘟疫流行死亡过100万人，这就是中医药的功劳。上世纪60年代流感流行就被“达原饮”一个方子制止了。2002年冬SARS的突然袭击，使人类措手不及，中医药亦发挥了无可取代的作用，受到世界卫生组织专家的称赞，认为值得研究推广。最近，禽流感又如洪水猛兽般冲向世界，流感、人禽流感的防治又被世界各国人民所关注，这将是中医药“伟大宝库”大展身手的时候。中医不怕流感，早在1700年前的汉代张仲景已留给我们有效的学术与经验，加上明清医学家的研究成果，我们胸有成竹！

广州中医药大学钟嘉熙教授潜心研究温病学防治传染病30多年，记得1991年秋，钟教授著《传染病中西医结合诊治手册》，我曾以“集中西医之长，创治瘟疫新路”为贺！近年，钟教授一直坚持在中医药防治登革热、SARS、流脑、流感等传染病第一线工作，为广东省、广州市中医药防治突发传染病专家，颇有心得体会，他主持编著的《流感和人禽流感的中医药防治》由广东人民出版社出版，这是造福人类的大好事。见

序
言

佩

感

◎

人
身
流
行

的
中
医
药
防
治

此佳作，欣喜之余，乐为之序！愿其在“创治瘟疫新路”上继续前进，为中医事业的发展作出更大贡献！

邵汉英
2005.11.10

前 言

“自有生命体以来，生物间的相互屠杀就未间断过，瘟疫就是细小的病毒对动物或人类的集体屠杀，科学家已经在距今 9000 万年的鸟类化石中找到了传染病的证据。从人类刀耕火种以来，瘟疫始终卧于文明之床的榻侧，并随时随地突然苏醒过来，将其剧烈的繁衍活动侵入到人类的躯体中，从而在人类文明史上留下了一轮又一轮的灾难。”^[1]

2002 年冬，SARS 对全球的突然袭击，我们仍记忆犹新。正当我们努力寻找着能有效控制 SARS 的疫苗和药物的时候，另一个恶魔——禽流感疫情正像洪水猛兽般向人们袭来，引起世界范围的密切关注和焦虑。人们终于真切地意识到，与自己共同生活着的禽类真的已经带来了一场全球性的灾难。1997 年 8 月，香港出现了全球首宗人类感染禽流感个案，随后的数年间，禽流感疫情零星地在数个地区爆发。到最近欧洲、美洲和东南亚等地区的国家密集地发生疫情，2005 年 10 月 24 日，世界卫生组织公布最新全球人感染 H₅N₁ 禽流感病例，自 2003 年底以来，共有 138 个病例，死亡 68 例，病死率近 50%。专家认为，流感病毒和禽流感病毒重新组合产生新的流感病毒，可在人与人之间传播。人类流感大流行近期也成为社会公共卫生领域的一大热点话题。尽管近日公布疫情已基本得到控制，中国已发生人感染禽流感的病例，禽流感尚未有确切证据证明能人传人，但是 WHO 的专家早已提出，亚洲的病毒最有可能突破物种屏障，变成一种容易在人与人之间传播的疾

流

感

病

人禽流感的防治

的
中医
药防
治

病。中国卫生部提醒公众，禽流感引发流感大流行的危险性是存在的，应尽早加以防控。

目前全球面临着流感和人禽流感的威胁，但到目前为止科学家还没有找到什么特效药进行防治，具有几千年悠久历史且多次在人类瘟疫防治史上发挥良好作用的中医药大可发挥其优势和特色，正如中医泰斗邓铁涛教授所说：“中医不怕流感，早在1700年前的汉代张仲景已留给我们有效的学术与经验，加上明清医学家的研究成果，我们胸有成竹！”

此书正是在流感和人禽流感可能流行之际编纂而成，我们希望能在流感和人禽流感的防治中发挥中医药的特色和优势，使广大民众免受流感和人禽流感的侵袭。如能对读者有所启迪和帮助的话，乃是我们的最大愿望和欣慰。限于条件和水平，本书中错误和不足之处在所难免，敬请同道批评指正。

在本书的编写过程中，我们参考了大量古今文献，文中引用现代文献资料均注明了出处，谨向有关作者表示衷心的感谢！

编 者

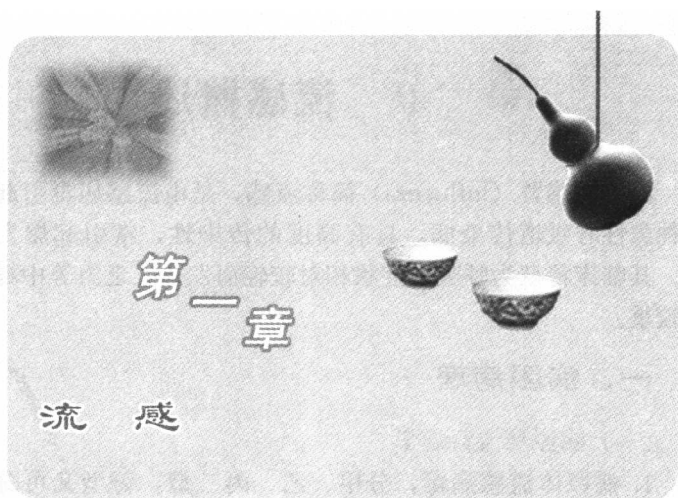
2005年11月

注：

[1] [美] 霍华德·马凯尔 (Howard Michael) 著，罗尘译：《瘟疫的故事》，第8~9页，上海社会科学院出版社2003年版。

目 录

序言.....	1
前言.....	1
第一章 流 感.....	1
第一节 流感概述.....	2
第二节 流感的中医药防治.....	7
第三节 有关流感知识答疑	17
第二章 人禽流感	25
第一节 人禽流感概述	26
第二节 中医药对人禽流感的防治	33
第三节 有关人禽流感知识答疑	36
第三章 世界烈性传染病流行的历史回顾	51
第四章 我国传染病流行的历史回顾	57
第五章 中医药对传染病预防的认识	61
第六章 中医养生注意事项答疑	67
第七章 我国历代中医名家对传染病的防治经验	89
第八章 抗病毒中药及方剂.....	109
参考书目.....	157



近年来，全世界科学家、医学家预言：新的致命流感病毒引起的新一轮的流感大爆发随时都可能威胁全人类，世界卫生组织也多次发出警告和呼吁，全球性的流感随时都可能大爆发，爆发的起点可能就在包括中国在内的亚洲，要求各国政府高度重视和加强合作。

有专家认为，当人类对付流感的新疫苗和新药物刚刚问世或尚待问世时，流感病毒又发生了新的变异。以往防治流感常规的思路、策略、措施与方法，往往过于注重流感病毒本身，而忽视了在抗流感过程中人体自身的免疫调节能力和主动抗病毒能力。专家认为要充分发挥博大精深的中国传统医学，积极发挥人的主观能动性和机体自身免疫力，变被动为主动，大力倡导中医药防治流行性感冒。

流
感



第一节 流感概述

流行性感冒 (influenza) 简称流感, 是由流感病毒引起的一种急性呼吸道传染病, 具有高度的传染性, 常引起爆发流行。其临床特征为呼吸道症状相对较轻而发热、乏力等中毒症状较重。

一、病因病理

(一) 病原及流行病学

1. 病原体流感病毒, 分甲、乙、丙三型, 每型又可分为若干亚型。流感病毒极易变异, 每次大变异都引起一次世界性的大流行。

2. 传染源: 主要是病人和隐性感染者。

3. 传播途径: 主要经飞沫传播。

4. 易感性: 由于人群对变异后的毒株缺乏免疫力, 故男女老少普遍易感。

5. 流行特征: 突然发生, 迅速蔓延, 无明显季节性, 但冬春季多见。

(二) 发病原理

流感病毒侵入呼吸道的纤毛柱状上皮细胞内进行复制, 再侵入其他柱状上皮细胞引起变性、坏死与脱落, 全身中毒症状如发热、身痛、乏力与白细胞减少。老幼患者及较重的慢性病患者易发生流感病毒性肺炎与继发细菌感染而引起死亡。

二、分型和临床表现

1. 单纯型流感: 本型最为常见, 以全身中毒症状为主,

而呼吸道的症状相对轻微，或不明显。开始先有恶寒，继而高热、头痛、全身酸痛。一般发热 2~3 日后，体温下降，鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛等呼吸道症状较显著，部分患者还会出现食欲不振、恶心、便秘等消化道症状。中毒症状较轻者，病程仅 1~2 日即可痊愈。此型患者症状消失后，精神很差，体力恢复较慢。

2. 肺炎型流感：主要常见于小儿、老人或体弱多病、免疫力低下者。起病时与单纯型流感相似，但在发病 24 小时内，出现高热不退、剧烈咳嗽、呼吸困难、咯血、紫绀等症状。病程可延长 3~4 周。血常规检查：白细胞减少，中性粒细胞减少。X 线检查：双肺呈散在絮状阴影。磺胺、抗菌素对本病无效。少数病人可因心力衰竭或周围循环衰竭而死亡。小儿病死率较高。

3. 中毒型流感：肺部病变不明显，但具有神经系统及全身血管系统损害，临床伴有明显脑炎或脑膜炎症状，如高热不退，神志昏迷。成人可出现谵妄，小儿可出现抽搐，并出现脑膜刺激征，如颈项强直、布氏征阳性等。少数病人由于血管神经系统紊乱或肾上腺出血而导致血压下降或休克等。此型病死率较高。

三、诊断

1. 具有流行病学资料。

2. 具有典型流感临床表现如急起高热，全身中毒症状较重而呼吸道症状较轻。

3. 实验室检查。

(1) 血象白细胞总数减少，淋巴细胞相对增加，嗜酸性粒细胞消失。合并细菌性感染时，白细胞总数和中性粒细胞增多。

(2) 免疫荧光或免疫酶染法检测抗原取病人鼻洗液中黏膜上皮细胞的涂片标本，用荧光或酶标记的流感病毒免疫血清染色检出抗原，快速且灵敏度高，有助于早期诊断。如应用单克隆抗体检测抗原则能鉴别甲、乙、丙型流感。

(3) 多聚酶链反应 (PCR) 测定流感病毒 RNA，它可直接从病人分泌物中检测病毒 RNA，是个直接、快速、敏感的方法。目前改进应用 PCR-酶联 (PCR-EIA) 直接检测流感病毒 RNA，比病毒细胞培养敏感，且能快速、直接测定。

(4) 病毒分离将急性期病人的含漱液接种于鸡胚羊膜囊或尿囊液中进行病毒分离。

(5) 血清学检查采集病人急性期 (病后 5 日之内) 和恢复期 (病后 3~4 周) 的血清，用当前国内代表性毒株或当地新分离到病毒株为抗原，进行血凝抑制试验，如效价有 4 倍以上增长，即可诊断为流感病毒感染。应用中和免疫酶试验测定中和滴度，可检测中和抗体，有助于回顾性诊断和流行病学调查。

四、鉴别诊断

本病应与下列疾病相鉴别：

1. 普通感冒：主要为鼻塞、流涕、打喷嚏、咽痛等，全身症状较轻，无明显中毒症状。血清学和免疫荧光等检验可明确诊断。

2. SARS：早期症状与流感相似。有高热、关节肌肉酸痛、乏力等，但患者一般无明显的卡他症状，稍有咳嗽，以后迅速出现肺部炎性改变，有胸闷、呼吸困难等，外周血淋巴细胞减少，血清学和病毒核酸等检查可明确诊断。

3. 流行性脑脊髓膜炎 (流脑)：流脑早期症状往往类似流感，但流脑有明显的季节性，儿童多见。早期有剧烈头痛、

脑膜刺激症状、瘀点、口唇疱疹等均可与流感相鉴别。脑脊液检查可明确诊断。

4. 军团病：本病多见于夏秋季，临床上表现为重型肺炎，白细胞总数增高，并有肝、肾合并症，但轻型病例类似流感。红霉素、利福平和庆大霉素等抗生素对本病有效，确诊有助于病原学检查。

5. 支原体肺炎：支原体肺炎与原发性病毒性肺炎的 X 线表现相似，但前者的病情较轻，冷凝集试验和 MG 链球菌凝集试验可呈阳性。

五、治疗

1. 对症处理：流感患者应及早卧床休息，多饮水，防止继发感染。高热与肌痛较重者可用解热镇痛药，但应防止出汗过多所致的虚脱，在儿童中禁用阿司匹林，防止 Reye 综合征的发生。干咳者可用喷托维林（咳必清），棕色合剂或可待因。高热、中毒症状较重者，应予以输液与物理降温，密切观察病情，及时处理并发症，如有继发细菌感染时，针对病原菌及早使用适宜的抗菌药物。中药如感冒冲剂、板蓝根冲剂在发病最初 1~2 日使用，可减轻症状，但无抗病毒作用。

2. 抗病毒：目前西医尚缺乏可靠的抗病毒药物，一般认为下面药物可能有一定作用。

（1）金刚烷胺或金刚乙胺：通过干扰病毒 A22 蛋白跨膜区的功能而阻止病毒穿入细胞和脱衣壳，该药仅对甲型流感病毒有作用。轻症甲型流感早期用药可降低体温，缩短病程，但易产生耐药，同时也可出现眩晕、失眠等不良反应。肝、肾功能不良者慎用，孕妇、婴儿、精神病或癫痫患者禁用。成人剂量为每日 200mg，分 2 次服用，儿童（1~9 岁）为每日 5mg/Kg，分 2 次服用，疗程为 5~7 日。

(2) 扎那米韦或奥塞米韦：可选择性抑制流感病毒表面的神经氨酸酶，从而可阻断流感病毒从感染细胞中释放及播散，对甲、乙型流感病毒有抑制作用，可用于甲、乙型感的治疗和预防。扎那米韦，需吸入给药，9岁以上，100mg，2次/日，疗程为5~7日。奥塞米韦，口服给药，成人剂量为75mg，2次/日，疗程为5日。该类药不良反应少，偶有恶心、呕吐等。

六、预防

1. 早期发现和迅速诊断流感。及时报告、隔离和治疗病人，凡遇以下情况，怀疑有本病流行，及时上报疫情：

(1) 门诊上呼吸道感染病人连续3日持续增加，并有直线上升趋势。

(2) 连续出现临床典型流感病例。

(3) 有发热感冒病人2例以上的家庭连续增多。

遇上述情况，应采取措施，早期就地隔离，采集急性期病人标本进行病毒分离和抗原检测，以早期确诊和早期治疗，减少传播，降低发病率，控制流行。在流行期间应减少大型集会和集体活动，接触者应戴口罩。

2. 药物预防。金刚烷胺与金刚乙胺预防甲型流感有一定效果，奥塞米韦对预防甲型、乙型流感有一定效果。对无保护的人群和养老院人员进行药物预防。也可试用中草药预防。

3. 疫苗预防。流感疫苗可分为减毒活疫苗和灭活疫苗两种，接种后在血清和分泌物中出现抗血凝素抗体和抗神经氨酸酶抗体或T细胞细胞毒反应，前两者能阻止病毒入侵，后者可降低疾病的严重度和加速复原。减毒活疫苗经鼻喷入后使局部产生抗体，阻止病毒吸附，接种后半年至1年左右可预防同型流感的作用，发病率可降低50%~70%。

由于流感病毒经常变异，疫苗使用中的主要问题是毒种的

选择，制造疫苗的毒株力求接近流行株。

在我国流感病毒疫苗接种日期在每年 10 月份左右，除幼儿外，1 剂灭活疫苗应对各年龄组人群都有免疫原性，6 个月以上到 9 岁的儿童应接种 2 剂疫苗，间隔时间至少为 4 周，保护率可达 70%~90%。

第二节 流感的中医药防治

由于西医目前尚缺乏可靠的流感治疗药物，我们应发挥中医药的特色和优势进行积极预防和治疗。

中医认为本病属中医“温疫”范畴，是外感疫疠之邪所致。四时之中，气候失常，如春应温而反寒，夏应热而反冷等，疫疠之邪易侵入人体而得病。

引起疾病的原因，虽以疫疠之邪为主，但常有所兼夹。临床上以风寒、风热两种证候最为多见。病邪多由口鼻皮毛入侵人体，初起邪遏卫气，营卫失和，正邪相争，可见恶寒、发热等风寒、风热表证。此外，时令之暑、湿、燥邪也能杂感而为病。故又有夹暑、夹湿、夹燥等不同兼证。其夹暑湿之气者，尚有无汗或少汗、头痛肢倦、心烦、口渴、小便短赤、便溏等症状。其夹燥热之气者，则因燥热犯卫，肺气失宣，燥伤肺津而出现无汗、咽干、鼻燥、干咳少痰、舌红少津，脉略数。

病邪由表入里传入气分，邪热壅肺，里热蒸迫而身热汗出，烦渴引饮，舌红苔黄，脉数；肺失宣降则咳嗽气促；肺气滞，络脉失和而胸痛；肺与大肠相表里，肺热及肠而兼见下利热臭，肛门灼热。若上焦痰热阻肺，下焦腑有热结，可出现喘促，痰涎壅盛，潮热便秘，苔黄腻或黄滑，脉滑数或实大。

病邪深入营分，逆传心包，热陷心营，既有里热炽盛证

候，又可见热扰心包之烦躁不安，又因邪热内闭，包络受阻，机窍阻塞，神明扰乱，而见昏谵，昏愦不语。

热入血分，血热炽盛，迫血妄行，扰乱神明，则灼热躁扰，狂乱谵妄，甚则昏迷。血分之热深入肝经，熏灼筋脉而挛急，则见手足抽搐，颈项强直等热盛动风征象。后期邪热太盛，邪正剧争，正气不支，骤然外脱，失于温煦而见四肢厥冷，津液不内守则身热骤退，大汗淋漓，气虚不足以息则呼吸短促，血脉运行失常则面色苍白，脉象微细。若邪热内闭甚者，可出现神昏，时见抽搐。

本病除病邪侵袭外，尚与体虚和不同素质有关。人体正气偏虚，腠理不固，或起居不慎，汗出当风，更易感邪而发病。

一、中医辨证施治

(一) 邪袭肌表

1. 风寒束表。

症状：鼻塞声重，鼻痒喷嚏，流涕清稀，咳嗽痰多清稀，甚则发热恶寒，无汗头疼，肢体酸痛，舌苔薄白，脉浮紧。

治则：辛温解表，宣肺散寒。

方剂：荆防败毒散加减。

方药：荆芥、防风、柴胡、川芎、枳壳、羌活、独活、茯苓、桔梗、前胡、甘草。

加减：风寒郁闭较甚，加麻黄、桂枝；咳痰较甚者，加杏仁、浙贝母。若体质较虚者，去荆芥、防风，加党参以扶正祛邪；若风寒外束，里渐化热而见口渴者可用柴葛解肌汤。

2. 风热袭表。

症状：发热，微恶风寒，汗出不畅，口微渴，头痛鼻塞，声重，鼻涕黄稠，咳嗽，咽红，咽痛，舌边尖红，苔薄微黄，脉浮数。

治则：疏风解表，宣肺泄卫。

方剂：银翘散加减。

方药：银花、连翘、桔梗、薄荷、竹叶、生甘草、荆芥穗、淡豆豉、牛蒡子、鲜芦根。

加减：如热毒较甚者可加三桠苦、大青叶；肢体疼痛较甚者可加秦艽、桑枝；头痛鼻塞较重者加葛根、苍耳子、辛夷、白芷；咽痛较重，加元参、马勃、板蓝根；口渴甚，加天花粉；热甚，加黄芩。若发热较轻而咳嗽较甚者可用桑菊饮。

3. 暑湿困表。

症状：夏暑发病，发热恶寒，无汗或汗出不畅，头痛且晕，肢倦困重，渴不多饮，胸闷心烦，小便短赤，大便溏泻，舌苔薄腻，脉濡。

治则：解暑化湿，疏表透邪。

方剂：新加香薷饮。

方药：香薷、金银花、鲜扁豆花、厚朴花、连翘。

加减：胸闷脘痞，不思饮食可加荷叶、佩兰、建曲；呕吐加竹茹；溏泻尿赤加黄连、滑石；肢体重痛加木瓜、薏苡仁。若表湿偏重，肢酸头昏重者，可加豆卷、藿香、佩兰；里湿偏重，脘痞呕甚者，加苍术、白蔻仁、清半夏、陈皮；里热盛而小便短赤者，加六一散。

4. 燥热袭表。

症状：发热，微恶风寒，头痛，无汗，鼻塞而燥，口干唇燥，眼睛干涩，干咳少痰，胸痛，舌边尖红，苔薄白而燥，脉浮数。

治则：清热解表，养阴润燥。

方剂：银翘散合桑杏汤加减。

方药：银花、连翘、竹叶、荆芥穗、牛蒡子、薄荷、淡豆豉、甘草、桔梗、芦根、桑叶、杏仁、沙参、象贝、栀子皮、

