

流行性乙型脑炎
中医疗法概要

涟水县人民委员会卫生科編印

1960 · 1 ·

继承祖国宝贵遗产，培养

更多更好的人才，为党、为社会主义、为祖国的

服务，为人民健康服务！

藏书
不外借

孙家驹题

继续学习和发
扬祖国医学，
并向尖端科学
进军

李志清题

序



流行性乙型腦炎，據文獻刊載，~~在國內~~經三十多年，它是由嗜神經性病毒所引起的一種季節性的急性傳染病，其死亡率很高。

解放後，由於黨和政府正確的領導切實貫徹中醫政策和「預防為主」的方針，加之一系列的措施緊緊跟上，因而降低了腦炎死亡率，使腦炎防治工作取得了一定的成績和經驗，這是黨和政府對人民健康事業的關懷和衛生工作者積極努力，以及全县人民接受預防教育的結果。

近幾年來，我县為了和危害人類最劇烈的腦炎作鬥爭，在全县範圍內設立四個腦炎治療點，（縣醫院，高溝，五港，唐集）便於普遍地拯救腦炎患者。在治療方法上，採取中西醫大協作的辦法，多數是運用中醫中藥和針灸治療，也有的視其情況用西藥配合治療的。根據數年來的臨床實踐，肯定了中醫中藥的療效，從而進一步加強中西醫親密的團結和合作。

為了把中醫治療腦炎的經驗普遍推開，特於今年十月召開第四次全县腦炎總結經驗交流座談會。在這次會議上，我們不但對成功的經驗作了充分的探討，就是對失敗的教訓也進行了深刻的檢查。會後，指定馬景岳醫師根據全县四年來治療腦炎的經驗，整理成冊，發給全县中西醫工作同志，以便定期學習

和討論，這當今，我們利用中醫中藥治療腦炎的工作全面開花，打下雄厚基礎。

中醫治療腦炎不是一方一藥的問題，而是一種專門的學朮，並不是短期內所能掌握的，而是要有豐富的理論知識與實踐經驗，根據現在情況看來，可能距離這個要求還很遠；甚至某些地方還會存在着理論與實踐脫節的現象。大家知道，科學是無止境的，值此「百家爭鳴」和「向科學進軍」的今天，我衷心願望全縣中西醫工作者團結一致，繼續鑽研業務，爭取在醫療水平上進一步提高，為共同搞好衛生事業而努力！

朱 少 甫

一九五九年十二月十五日

例 言

1. “乙型腦炎中医疗法概要”，是依据我們連水四年來，采用中医中药治療乙型腦炎的初步總結。
2. 文字組織方面：力求通俗易懂，使得稍有醫學知識的人，均能了解。
3. 整理方法。分以下几方面：
 - 一、理論 二、辨症 三、療法
 - 四、后遺症 五、典型病例 六、針灸
 - 七、四年來的体会 附：成方备查
4. 內容：符合于現代醫學流行性乙型腦炎前期，流行期，以及流行后期的臨床參考資料。
5. 病案舉例方面：有效的寫得多一些，便于采用，无效或相反的寫得少一些，以便对照。
6. 病案內容方面：一病一例，未有將四年來同一病症逐一罗列，以避免重复，便于讀者的省時費神。
7. 處方方面：以賤、便、驗為指針，因之對貴重藥品的驗方，沒有采用。
8. 編本冊的目的，供我县醫務工作同志，臨床參考。
9. 讀者對本冊內容，請多賜教，以便糾正。

目 录

引 言

一、流行性乙型脑炎的理论

1. 学习现代医学
2. 探讨古典医学
3. 结合临床体会

二、流行性乙型脑炎的辨证

1. 两类
2. 三型
3. 十二症 (附鉴别诊断)

三、流行性乙型脑炎的疗法

1. 两类方剂
2. 三型方剂
3. 十二症方剂

四、流行性乙型脑炎后遗症的研究

1. 后遗症的原因探讨
2. 后遗症的疗法

五、流行性乙型脑炎的典型病例

计 例

六、流行性乙型脑炎的针灸疗法

1. 针灸治疗乙型脑炎的依据
2. 针灸对乙型脑炎的抑制性
3. 进针务要选穴

七、治疗流行性乙型脑炎四年的体会

附：成方备查

1. 丸散类、(八方)
2. 汤剂类、(二十四方)

引言

一 流行性乙型腦炎的理论

全县医工同志，在社会主义建設总路綫的光輝照耀下，破除迷信，解放思想，鼓足干劲，力争上游，发揚了敢想敢说，敢于創造的共产主义风格，在党的领导下，本着敢干精神，坚决执行了中医政策，发掘祖国医学遺產，我們在研究医学遺產过程中，既不自矜又不要自菲薄，而是实事求是，充分发揚了每个人的钻勁，因此获得一些成績和經驗。现将我們四年以来研究医学遺產的心得，以及治疗腦炎的体会，向医卫界作一次汇报。要求医务工作者多多提出批評与指正，以便相互促进和提高，为人民健康献出更大的力量。

流行性乙型腦炎，原于一九二零年为日本学者金木子青所发现，我們中央卫生部，鑑于它夏末秋初的流行季节，严重地威胁着人类生命和健康。乃于一九五二年規定为法定傳染病之一。对預防和治疗方面作出重要的指示，自石家庄中西医合作（西医诊断中医治疗）治疗乙型腦炎获得成績后，于是全国各省市县，相繼出現钻研腦炎的热潮，大家一致认为“腦炎”符合于祖国医学溫病范畴，但它并不等于整个溫病，只不过溫病中暑溫、暑病、暑厥等……部分而已。雜誌报刊記載繁多，不能在这里列举了。我們知道一切事物都是在不断地变化发展着，科学也不断的进步，对客观病理的变化，不能“刻舟求劍”、“墨守陈規”采取“对号入座”的办法来对待腦炎的病症，不管繼承祖国遺產也好，吸取別人先進經驗也好，都必須具有辯証唯物主义的观

点，根据随时变化的情况，再进一步加以探讨，切不可生搬硬套，犯教条主义的错误，我县四年来对治疗乙型脑炎的研究，有如下三方面的心得：

1. 学习现代文献

根据现代医学对“乙型”脑炎的研究，文献记载本病是嗜神经病毒所引起，流行于夏秋之间的一种急性传染病，由于它流行有严格的季节性，有大称为“夏秋季脑炎”。日本曾把此病叫做“流行性乙型脑炎”。我国过去曾有一度叫作“大脑炎”。一九五二年三月，中央人民政府卫生部，作了统一的规定，定名为流行性乙型脑炎。此病流行时，婴儿、成年、老人，皆可传染，特别是十五岁以下儿童最易感染。据研究流行性乙型脑炎传染的媒介主要是库蚊和白斑蚊。又据“血清免疫学”的研究在全国范围内若干城市调查，“不显性传染”的结果，除少数地区外，一般都有此病的存在，它的流行与气候，雨量有关，因为要有一定的降雨量维持它的孳生场所，所以在北京以八月雨季流行最盛，我们淮北可能较北京稍早一些。我国地域辽阔，各地由于纬度不同气候各异，流行开始及其最高峰亦随之不同，北京、天津、济南等地的“流行极期”为八月，武汉等地为七月，沈阳为九月，全国大致以七、八、九三个月称为流行期，四、五、六三个月为流行前期，十、十一月为流行后期。按温度来说，一般月平均气温在二十度左右时，即开始有散发性病例，平均超过廿五度时，即将进入流行，但流行达到极期后，虽平均仍在廿五度以上时，亦开始急速下降。目前科学上还没有足够的证据解释这一现象。

此病普通症状为发热（于廿四小时以内升高）偶伴有冷感，恶心，呕吐，眩晕，头疼，颈部强直，眼或斜视，嗜眠，昏迷，烦躁，谵妄，亦偶伴有身疼，腹痛，口干，舌燥，以及尿

失熱，尿潴留等現象出現，并有明显的神經症狀，如頸項強直，肢體學震顫，偏癱，高熱等等，按其症狀輕重，于临床上分为四型。

1. 极輕型：体温每在摄氏卅八度左右，有时亦有輕度吐瀉，全无腦症狀，往往見于幼嬰，經過一二日即愈，即或体温稍高一些，退熱也很快，但此型易被忽視，只有作腰椎穿刺，始能发现为本病。

2. 普通輕型：体温可达摄氏卅九度至四十度，每伴有嗜睡和嘔吐，較大兒童及成人，頗自述头疼，但神志始終清醒，很少抽風現象，熱度往往在三五日下降，有时驟然降至常溫，不再升高。

3. 重症型：体温很快升至四十度以上，同时伴有抽風，昏迷等腦症狀，或神經系症狀，經過兩三天危險時期，熱度漸呈梯形下降，同时各种症狀逐漸消失，愈后一切正常，但昏迷較長，以及持續抽風者，往往有后遺症。

4. 极重型或暴发型：体温很快达四十一度以上，抽風不止，轉入完全昏迷状态，大都在一日内死亡，也有些延長到三三目的。

本症预后与年龄大小病状輕重，病程长短，有密切关系，大致年龄愈大，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例，体温超过摄氏四十一度，者，死亡率高达百分之七十以上，深度昏迷，抽風，眼球麻痹，或有心脏肾脏疾患者，其预后多不良。预后与病程之关系，据临床统计，死亡率均有百分之九十，发生在头十天以内，百分之七十五，发生在七天以内，如患者能活过七天至十天，則其复发的机会，可能有百分之七十五到百分之九十。及时早期治疗，可以減低死亡率。

2. 探討古典醫學。

中醫對腦的認識，內經：「靈樞經」海論云：「腦為髓之海，其輸上在於蓋，下在風府，髓海有余，則輕勁多力，自過其度，髓海不足，則腦轉耳鳴，眩暈眩冒，目无所見，怠惰嗜臥等記載。因之可以体会到，髓海不足的病態，與腦部受暑濕之邪侵襲，引起眩暈、頭疼，頸部強直，眼或斜視，嗜睡等一系列「乙型」腦炎症狀，是完全可以的。其次在臨床方面，西醫檢查腦病抽脊髓液（腦為髓海）中醫針灸，治療頸部強直，刺「風府穴。」（不在風府）更足以證明古人对腦部有所病變，是有相當認識的，西醫謂「乙型」腦炎是嗜神經病毒引起，中醫則謂腦部受暑濕之邪侵襲所致，名雖不同，其理則一。因之中西醫異口同聲，稱「乙型」腦炎。有何不可。

從發病季節來看：適合于吳鞠通「溫病條辨」暑溫篇二十二條引物類彙編云：「先夏至為病溫，後夏至為病暑」吳氏釋云：「溫者暑之漸也，先夏至春候也，春氣溫和，陽氣發越，陰精不足以承之，故為病溫，溫或為熱，熱或則濕動，熱與濕搏而成暑也。」又「溫病條辨」暑溫上焦篇三十六條云：「長夏受暑，過夏而發者，名曰伏暑，霜未降而發者少輕，霜既降而發者則重，冬日發者尤重。」就以這兩條來看，足以證明暑病從夏至後發現，直到霜降節前後才稀少，與乙型腦炎發病季節是毫無差別的，再從現代醫學，對乙型腦炎流行期具體情況來說，四、五、六三月為流行前期，七、八、九三月為流行期，十、十一月稱流行后期，所謂十、十一月也合于吳氏所說，「冬日發者尤重」一語，綜上所述，古典醫籍暑溫病是符合于乙型腦炎季節性的理論根據的，再從發病年齡數字來看，「幼嬰，成年，老人皆可傳染，尤以十五歲以下兒童，最易感染，其理由在中醫方面，由于小兒稚陽未充，稚陰未長，臟腑

薄，肌表疎，易于傳變，其氣弱。神志怯，易于藏瞞，因此在熱蒸汗流的季节里，小儿較成年人发病为多，暑溫之邪侵襲，最易出汗，汗为血所化，汗出过多，血液衰少，不能养筋，因而头項強急，口噤背反張等症病情况，此即小儿乙型腦炎发病數字較高于成年老人的道理。

再将乙型腦炎的症狀和祖国医学暑溫等症社来对比，现代医学云：本病普通症狀为「发热，伴有冷感，嘔心，嘔吐、眩暈、头疼、頸部強直，眼或斜視，嗜眠，昏迷，煩躁譫妄等。吳鞠通「溫病条辨」暑溫上焦篇云：「形似伤寒，但右脉洪大而数、左脉反小于右，口渴甚，面赤，汗大出」，吳氏自註云：「溫者熱之漸，熱者溫之極也，溫感為熱，木生火也」熱極濕動，火生土也，上熱下濕，人居其中，而暑成矣，形似伤寒者，謂頭痛身痛，發熱惡寒也……」，又三十一條云：「手太陰暑溫，身熱不惡寒，精神不了了，時時譫語」，又三十三條云：「小凡暑溫，卒然瘧」厥，从上述三條症狀来分析，与乙型腦炎的症狀，完全吻合，如出一轍。再据河北省「流行性「乙型」腦炎中医治療法」上說：「一九五五年第一次座談會，很明顯看出一个問題，凡是療效較好，治愈率最高的，都是溫病治法，又加各方面的引証，因此肯定了「乙型」腦炎就是溫病。并根据「乙型」腦炎的发病季节，和臨床証狀，初步提出与暑溫伏暑非常相似。通过再度的臨床實踐，第二次（一九五六年）座談會，都認為以上的認識是正确的……」，通过以上主証佐証是說明古典医学所載症狀符合于乙型腦炎症狀的理論根据的。

3. 結合臨床体会：

根据几年的經驗綜合，当初尚有溫病和暑溫界限未能划分清楚，经过再次的實踐观察，最后一致認為乙型腦炎，属于祖

國醫學的溫病體系，暑溫範疇，這是十分正確的，我們體會中國所以能治乙型腦炎，其理論根據，完全是從祖國醫學遺產中發掘出來的，因為祖國醫學，在兩千多年以前，就有溫熱病的理論，如內經上的熱論篇，刺熱篇，評熱病論，和漢時張仲景的傷寒論，都提出溫病的症狀和療法，以後歷代醫家，如金元時代的劉守真、王安道、汪石山、陶節菴等對溫病學說，都有發表，到了明時吳又可的「溫疫論」問世，把溫病從傷寒中劃出，成為一門獨立學問，及至清朝，溫病名家輩出，如叶天士，吳鞠通，王孟英、雷少逸等，都著有溫病的專書，總結前人的經驗，豐富了溫熱病的內容，使溫病的理、法、方、藥，一套完整治療體系的資料，完全合於臨床實踐，為我們必讀的書籍，尤其是吳鞠通的「溫病條辨」王孟英的「溫熱經緯」雷少逸的「時病論」現在各家均認為是更切近乙型腦炎的病情，臨床證明，採用其觀點和方法，无不療效顯著，不過尊重古人的成果和經驗，只是一方面，還必須結合患者具體情況和條件，靈活運用，才能避免泥古不化，守方治病的偏差，獲得藥隨病轉，如响斯应的療效。

二 流行性乙型腦炎的辨症

「辨症」是中醫臨床上的基本法則，如運用「四診」「八綱」的方法，分析病因，歸納類型，作出治療准繩。但必須具有「靈活性」，不可「膠柱鼓瑟」；如以一法衡一症，那就全豹未窺，怎能了解多症，定會發生診斷不確的偏向。必須要認清了方土氣候的不同，體質強弱的差異，年齡大小的不等……予以全面歸納，詳細的分析，才能得出病的結論。對流行性乙型腦炎的辨症方法，也不例外；同時對類似乙型腦炎的一些疾病，更須

臧別，以免「指鹿為馬」，「魯魚亥豕」的錯誤發生。

我們對流行性乙型腦炎的辨症方法，是運用「四診」觀察病人的神色形態，听取聲音氣息，和嗅取其身上排泄物的氣味，探知疾病有關情況，某些部分變化，歸納八綱綜合分析；診斷既明，辨症就能準確，然後才能作出進一步的處理。

(一) 兩類

「乙型腦炎」既屬於暑濕範疇，要知暑必兼濕，是從古及今醫家一致所公認的，如內經熱論篇云：「先夏至日為病溫，後夏至日為病暑」，夏至以後，正是溽暑薰蒸的時候，赤日炎熱，一般人所感受的病邪，就是暑邪。又「夏至一陰生」，夏月里地的濕氣上合于天的暑氣，兩相蒸騰，人在氣交當中，所以這時患暑濕的病是很多的。按濕為六淫之一，非寒非水，是水與火互相結合而成的，暑濕的成因，由於溽暑的時候，人們畏暑貪涼，不但瓜果吃得太多，且又冷飲冷食，停留胃里，脾又不能及时的運化以致成濕，甚至有時汗出當風，露宿納涼。因為汗出則腠理閉，納涼則毛孔閉，當風則風乘腠理，風邪既入，汗不得出，以致滯留的液体（汗）既不得外出皮毛，又不得內返經絡，於是逗留肌膚而成濕，這種濕就是暑濕，最容易使人患病，因之命名為暑濕病。但是濕有重少之分，熱有輕重之別，王安道謂暑與熱同義而異名，其濕熱之孰輕孰重，當為乙型腦炎的辨症重點，茲將熱重于濕及濕重于熱的兩大類型分述如下：

一、熱重于濕：本病由於溽暑季節，酷日炎蒸，汗出過多，斲傷元氣，外熱侵襲，感而輒發，症狀是：身困汗出口渴，右脈洪大而數，面赤心煩，舌干苔薄，甚則氣喘，多言神昏，搖擗無時，腹如燔炭，四肢逆冷等。

二、濕重于熱，本病因淫雨連綿，濕氣氤氳，暑濕郁蒸，兩氣相合，感而成病，其症狀：初為身重頭痛，胸滿腹脹，大

便瀉泄，或滯下不爽，舌白不渴，脈濡而緩，甚則痰涎壅塞，神昏悚厥，不語麻痺等。根據數年治療乙型腦炎的臨床經驗交流，辨別熱重濕的簡單方法有三：①從渴與不渴來辨別，如時時欲飲為熱重，渴不欲飲，或飲亦不多為濕重；②從舌苔上鑑別，如舌苔滿白多津，大多數屬濕重，舌苔淡薄欠津或乾燥的大多數屬熱重；③從初靜上來判別，如患者煩躁不寧，或狂叫不休，多屬熱重，終日靜臥不語的多屬濕重。

（二）三型

根據乙型腦炎的症狀，大體可分作三大症候群，至於分型的方法，其基本精神，也符合於葉天士的衛氣營血，吳鞠通的上中下三焦，我們認為只有通過症候群的正确劃分，才有辨症用藥施治的標準。

①輕型：體溫在 $37-39^{\circ}\text{C}$ 之間，症見頭痛頂強，嗜臥發熱、微惡寒，脈浮數，苔白薄等。此型最易忽視，非通過脊髓液檢查不能證明。

②重型：體溫在 $39-41^{\circ}\text{C}$ 症狀為但發熱，不惡寒反惡熱，嘔吐腹滿，便瀉或秘，神志半昏，或有抽搐驚悸，脈洪數，苔干黃舌紅絳等。

③極重型：體溫在 41°C 以上，症見抽搐悚厥，昏迷譫語，或嗜睡不語的腦症徵特別顯著，亦或體溫不高但津液耗傷，虛風內動，羸弱不堪。

这三型的劃分，不過藉以掌握一般情況，全國各大城市治療乙型腦炎，也多有劃分类型的，但方式與症狀，各型略有出入，若把它當作金科玉律一成不變，失掉靈活精神，那就大錯而特錯，所以我們醫務工作者看問題，不但要全面，更要客觀些。

（三）十二症

乙型腦炎常見症狀，若把它詳細說明，是難以枚舉的，要把它約略起來，只不過這十二種也可說是三型進一步的划分，辨症較為清晰的歸納。

1. 暑邪在衛，這是乙型腦炎初步，邪方侵入紀分，症見發熱、惡寒，或不惡寒，有汗或無汗，頭痛項強，脈浮苔白等。

2. 熱邪迫肺，此為暑邪侵犯肺脏，即叶氏所謂“溫邪上受首先犯肺”的情況，症見身熱不甚，微渴欲飲，咳嗽不已的。

3. 邪入心包，前條是暑邪犯肺，此則逆傳心包，症狀較上條為重，症見昏愢譫語，痰鳴惺厥或不語舌赤脈數。

4. 氣分濕濁、濕邪氤氳，合暑中人，症見發熱惡寒，汗出胸痞，苔膩脈緩濁不引飲等。

5. 陽明經熱，熱入陽明之經，症見大渴煩躁引飲，大汗出，脈洪大，苔干黃，甚則驚悸昏厥等。

6. 陽明腑實，熱入腸胃與食相搏，症見結聚便秘，腹鞭滿痛，脈沉實，苔干黃，譫語神昏，頭痛甚劇，或熱結旁流，大便秘結如醬，自利灼肛，腹部飽脹等。

7. 胃液耗傷，暑邪久留，屢清不化，症呈口渴，脈細或芤，消瘦羸弱，谷食不進，浮火上扰，唇焦，舌干齒燥。

8. 脾濕胃熱，濕邪太甚，胃陽被遏，症見身熱不甚，頭目昏重，胸膈痞滿，飲食不香，嘔逆便澀，神昏不語，口流涎沫，舌苔白膩，脈象濡緩。

9. 氣血兩燔，暑邪由氣入營，高熱灼人，神昏驚悸，譫語唇焦；目光炯炯，煩躁不寧，舌苔干黃，舌質紅絳。

10. 營血俱熱，熱入營血，火勢燎原，症見神昏譫語，夜寐不安，躁擾不寧，口干不渴，斑疹隱現，舌紫無苔，脈象細數等。

11. 肝風內動，暑邪竄入厥陰，火煽風生，肝陽燔熾，狀

如惊癇，时时瘈瘲，四肢厥冷，胸腹如焚，牙关紧闭，角弓反张，舌质红绛，脉搏弦实等。

12. 肾阴涸竭，暑邪久羁下焦，耗伤肾阴，致真阴亏损脉现沉细，舌色干晦，手足心热，心烦不寐，舌强不语，神昏耳聩，身僵僵硬而赤咽病。甚至阴不潜阳，虚风内动，手指蠕蠕抽搐无力，筋脉掣急，脉细虚弱，舌苔晦暗者。

附：根据数年临床体会总结出乙型脑炎的系统症状，只要本着这十二条症状分析，融会贯通，适当治疗，庶可取效，所妥附带说明的一点就是乙型脑炎每易併发肺炎，以及斑疹白痞等症，我们只要认清病症，就可随症施治，效果都觉很好，因此对乙型脑炎的併发症的法则，不再另立，再则这十二条症状都是乙型脑炎的正局，要知一切病症，有正局即有变局，据我们临床体会正局多而变局是寥寥的，这一点留在治疗大法内和病案举例内说明，其他类似脑炎的病症，略述梗概，以免混淆。如：结核性脑膜炎，暴发型细菌性痢疾等，都与乙型脑炎会混淆，兹将其几种病名罗列于后，附以现代科学鉴别法，以资参考。

附：鉴别诊断

1. 结核性脑膜炎：一般的症状，演变较缓慢，病程长，体温不太高，早期无意识障碍，无神经症状及瘫痪症状，晚期才出现显著症状及体征血中白细胞数不增高在正常范围，脊液中糖量减少，氯化物减低。细胞数在一千以内，静置二十四小时后，有薄膜形成，可能查到结核菌，家庭或个人以往有结核病史，个人体质弱或多病，如再出原发病灶则诊断可以确定。

2. 急性脊髓前角灰白质炎：神志清醒，仅有低热，下肢有弛缓性瘫痪，出现于发热之后，很少惊厥，无昏迷症状出现，脊液检查，无显著变化，血中白血片无变化或略增。