

麻疹實驗新療法

■黃省三著 ■商務印書館

麻疹實驗新療法

■黃省三著 ■商務印書館

麻疹實驗新療法 目錄

前言	一
自序	一
凡例	一
第一章 中國醫學之麻疹學說	一
第一節 麻疹歷史及流行之中醫學說	一
第二節 麻疹病因及病理之中醫學說	二
第三節 麻疹症狀之中醫學說	八
第四節 麻疹併發症之中醫學說	一
第五節 麻疹診斷之中醫學說	一
(一) 一般診斷	一
(二) 疫別診斷	一
第六節 麻疹預後之中醫學說	一
第一章 現代醫學之麻疹學說	一
第一節 麻疹歷史及流行之西醫學說	一
第二章 現代醫學之麻疹學說	一
(一) 一般	一
(二) 疫別	一
(三) 診斷	一
(四) 預後	一
(五) 治療	一
(六) 預防	一
(七) 其他	一
(八) 緒論	一
(九) 結論	一

麻疹實驗新療法

著者——黃省三

出版者——商務印書館香港分館

香港皇后大道中35號

印刷者——中華商務聯合印刷(香港)有限公司

香港九龍炮仗街75號

版次——1980年10月初版

© 1980 商務印書館香港分館

ISBN 962 07 3001 1

(一) 麻疹之歷史

(1) 麻疹之流行

(2) 人羣感受性

(3) 發病率與病死率

(4) 發病年齡分佈

(5) 季節

一九
一〇

性波動

第一節 麻疹病因及病理之西醫學說

第三節 麻疹病理解剖之西醫學說

(一) 麻疹中發現多核巨細胞 114

(二) 麻疹包涵體 117

(三) 皮膚變化 118

(四) 淺表粘膜、呼吸道及消化道粘膜的變化 118

(五) 喉炎、支氣管炎、肺炎及胸膜炎之病理變化 118

(六) 口炎、走馬疳及結腸炎之病理變化 119

(七) 中耳炎之病理變化 119

(八) 腦膜炎及腦炎之病理變化 119

(九) 心臟之病理變化 119

(十) 猩紅熱或白喉併發時之病理變化 119

(十一) 麻疹對結核病之影響 119

第四節 麻疹症狀之西醫學說

(一) 麻疹的分期 111

(1) 侵襲期或卡他期 (2) 發疹期 (3) 恢復期

(二) 麻疹的類型

(1) 緩和性麻疹 (2) 中毒性麻疹 (3) 出血性麻疹 (黑麻疹) (4) 麻疹之內攻

三四

第五節 麻疹併發症之西醫學說

(一) 支氣管肺炎

一一六

(二) 中耳炎

一一七

(三) 喉炎 (喉部發炎)

一一八

(四) 口腔炎 (口腔粘膜發炎)

一一九

(五) 結腸炎

一一九

(六) 腦炎

一二〇

(七) 維生素缺乏症

一二〇

(八) 其他疾患

一二〇

(九) 麻疹與結核

一二一

(十) 麻疹與白喉、猩紅熱、百日咳之併發

一二一

第六節 麻疹診斷之西醫學說

(一) 一般診斷

一二一

(二) 鑑別診斷

一二一

(1) 流行性感冒 (2) 風疹 (Rubeola) (3) 幼兒急疹 (Exanthema Subitum) (4) 猩

紅熱 (5) 天花 (痘瘡) (6) 斑疹傷寒 (7) 血清病、敗血病及藥物性皮疹 (8) 猩

一一一

第七節 性皮疹之鑑別診斷

4

第七節 麻疹預後之西醫學說

四七

(一) 年齡

四八

(二) 併發症

四八

(三) 居室擁擠

四九

(一) 衛生宣傳

四九

(二) 報告與隔離

四九

(三) 被動性免疫

五〇

(四) 自動性免疫

五〇

第三章 麻疹之療法

五二

第一節 麻疹及其併發症之有效方劑

五三

(一) 黃氏麻疹有效湯方

五三

(二) 黃氏二參湯方

五七

(三) 黃氏強心有效湯方

五九

(四) 黃氏百日咳有效湯方

六四

(五) 黃氏白喉有效湯方

六七

(六) 黃氏流行性感冒有效湯方

七三

(七) 黃氏黃芩竹葉湯方

七五

- (八) 黃氏貝母四仁湯方 七七
(九) 黃氏桔梗薤白湯方 八四
(十) 黃氏臨床實用老人及小兒藥劑用量表 八八

第二節 臨床實驗

八九

(一) 無合併症之典型性麻疹

八九

(二) 有合併症之麻疹

八九

- (1) 支氣管肺炎 (2) 中耳炎 (3) 喉炎 (喉部發炎) (4) 口腔炎 (口腔粘膜炎)
(5) 結腸炎 (6) 腦炎 (7) 麻疹與結核 (8) 麻疹與白喉併發 (9) 麻疹與百日咳併
發 (10) 麻疹與猩紅熱併發 (11) 麻疹與流行性感冒併發

第三節 臨床經驗的要言

九三

- (1) 本病的特徵 (2) 預後的要旨

第三節 治驗病例

九四

(一) 無併發症之麻疹 (二例)

九四

(二) 有併發症之麻疹 (八例)

九七

第四節 一般護理

一四

第五節 施用本書之方劑時所應注意的事項

一四

前言

先父黃省三自六五年去世距今已十餘年了，而今他的遺著能有機會和讀者見面，作爲他的後裔自然感到歡欣鼓舞，如先父泉下有知，亦當感到安慰。此書得以出版，則有賴商務印書館的鼎力支持，在此特向他們致以萬二分的謝意。

先父從事中醫中藥研究，並在港穗兩地行醫，凡六十餘年。他除了悉心研究我國古代名醫的著作外，還參閱近代西方醫學理論，如人體解剖學、病理學、診斷學、內外科、婦產科等等，融會貫通；在臨床診斷上，把西醫的科學方法與中醫的望、聞、問、切相結合。爲中西醫結合耗盡了畢生的精力，並作出了一定的貢獻。

在第二次世界大戰前，先父已從德國購回顯微鏡等供醫用的實驗儀器，並用中藥作了不少動物實驗，以務求用科學方法去研究中藥及其方劑，並總結了前賢寶貴的經驗，取其精華，去其糟粕，從而積累了不少有效良方，而這些方劑一直流傳至今，例如治療慢性腎炎特效之「黃氏腎臟炎腎變性有效湯方」，治療心臟病之「黃氏強方有效湯方」等。這些有效湯方，已在先父生前所出版的有關書籍內詳爲介紹。

本書內容乃介紹麻疹之中藥治療方法，雖然近年來麻疹之發病率已有所減低，但如嬰兒或兒

童染上麻疹後治療或處理不當，則對其健康甚至生命也會造成威脅。因此對於麻疹的治療仍極為重要。

古代由於條件所限，對於病因病理的認識未必正確，以麻疹為例，古代多認為麻疹為胎毒所致，而根據現代科學分析已證實麻疹為麻疹病毒感染而發病。由於時代不斷進步，科學不斷發展，所以作為中醫不應停留在陰陽五行的階段，而應該提倡科學，尊重科學。這是先父的一貫宗旨，也是我從事中醫工作的一向作風。

此書寫成距今已十餘年，恐有部分內容未能跟上日益進步的醫學水平，但為保持先父原著的完整，故未作重大修改。

黃卓雄於港島北角

八〇年六月

自序

麻疹為兒童最普遍之急性傳染病，參考中醫文獻，則北宋時代本病已在中國流行，因併發肺炎等症而死亡者為數不少。據實用兒科學（諸福棠氏主編）及麻疹（陳翠貞氏主編）之一般統計，麻疹病人中約有百分之五併發肺炎，麻疹肺炎之病死率約為百分之十至二十。麻疹之發病率每與嬰兒出生率相等，如中國每年出生嬰兒估計為一千萬，則麻疹之病發數亦可能為一千萬，照此估計，則中國兒童每年死於麻疹者約有數萬人。減少麻疹之死亡數，為當前最重要之防治工作。

麻疹之病因病理，中西醫說各有不同，茲選錄其精要學說以備中西醫師參考研究。但中醫多以胎毒為麻疹之主要病因，而西醫則認為因感染麻疹病毒所致。如吾人能根據現代科學，實事求是，則麻疹病毒確為本病之病原，當能加以決定。

著者對於本病，根據中西醫理，研究國藥效能，更本個人診療經驗，以製成治療本病之方劑。此等方劑（黃氏麻疹有效等湯方）製成之後，於一九二二年即以之施於臨床實用，在此數十年中，經診麻疹患者共一千二百四十七例，皆以此等方劑為之治療，得獲良效。以之施於無併發症之麻疹患者，不只能迅速治愈，且足以預防其併發症之發生，而施於有併發症之患者（腦炎及肺炎之末期除外），亦有良效。麻疹之病原，確為麻疹病毒，但患者如無續發感染，則亦無從引起支氣

管肺炎等併發症（因麻疹病毒而引起肺炎之病例甚為少見），此等併發症之病原體，以肺炎雙球菌、鏈球菌、葡萄球菌、流感病毒及流感桿菌等為最常見，其病因病理為現代醫家所共知。著者施用黃氏麻疹有效湯及此書所載之方劑，以治療麻疹及其併發症，得獲滿意效果，根據臨床實驗之證明，顯見此等方劑足以消滅麻疹病毒及其併發症之病原體，以收原因治療之效，使患者得獲清痊。且此等方劑藥性和平，完全無毒，既無副作用，亦無不良反應，用此全無毒性之方劑，竟能消滅此等病原體，以獲良好療效，此則國藥最堪利用，而為吾人所當特殊注意者。用特將此等方劑編成是書，以備推廣應用。

本書於一九六〇年完成，一九六四年又再行加以修訂，著者學識淺薄，尚祈醫界同仁予以批評指正，不勝厚幸。本書所引用諸家文獻，對各著者謹表謝意。

黃省三識於廣州時年八十有三

一九六四年十月

凡例

一、本書所錄之方劑，皆為著者所自製，曾經多年之臨床實驗，其療效是信而有徵者，倘能如法施用，可使病者得獲清痊。但中國之古代醫籍，選錄治療痘疹之藥方甚多，太平聖惠方、聖濟總錄及宋代各醫家治療豚豆瘡之方共有百餘首，金、元醫家又增加數十首，普濟方（明、朱橚等編）選錄治療痘疹之方劑更多，共約有四百餘首，其中雖有重出之藥方，但明、洪熙以後各醫家所記載治療本病之新方，則此書尚未選錄。古今圖書集成醫部全錄（清、康熙、雍正間陳夢雷等編）痘疹門中所錄治療痘疹之方共約有八百餘首，其中重出之方頗多，雍正以後各醫家所訂之新方，則尙不在此數之內。足見中國醫學之豐富多采。但此書之作，其中所載方劑，乃是根據著者之臨床經驗而編述者，故未有再行選錄古方，又因限於篇幅，未能選錄，讀者諒之。

二、麻疹之病因病理，中西醫說有所不同，據中醫之論述，太平聖惠方（宋、王懷隱等編）有熱毒說，養生必用（宋、初虞世編）有疫氣說，小兒藥証直訣（宋、錢仲陽著）有天行說，又因小兒藥証直訣有「小兒在胎十月，食五臟血穢，生下則其毒當出」之記載，此後醫家遂認為麻疹之病因是由胎毒所致，因此又有胎毒說。著者認為宋代醫家對於本病之疫氣說及天行（即時行、流行）說，是與現代醫學之學說相符者，宋代醫家於第十世紀時代，則已確知本病為天行疫氣所

致，足見古代醫哲之高明。至於熱毒之說，則幼科指南有「此非胎毒，乃時行之毒也」的記述，則熱毒一說，亦可以認為合理之言。但中國醫家對於胎毒一說之解釋，則有論穢毒者，有論淫火者，有論時行正病者，自宋迄今仍無定論。茲將古代醫家對於胎毒之論述，擇要節錄如下：

金、李東垣斑疹論曰：「子在腹中十月之間，隨母呼吸，飢則食母血，渴則飲母血，十月降生，口中尚有惡血，啼聲一發，隨吸而下，此惡血復歸命門胞中，僻於一隅，伏而不發，直至因內傷乳食濕熱之氣，惡血乃發」，遂發爲痘疹之病。金、張子和曰：「兒之在母腹也，胞養十月，蘊蓄濁惡熱毒之氣非一日，及歲年而後發。」元、王海藏曰：「夫癰之爲病，皆由子在母腹中時，浸漬食母血穢蘊而成毒，因小兒真氣既盛，正氣又旺，邪無所容，或因天冷，或因傷表傷裏，癰由是而生焉。」普濟方（明、朱橚等編）曰：「蓋小兒瘡痘是託質成形，在胎食母血穢，出腹啼聲才落，則咽下血穢，因傷寒時氣等，其毒當出。」明、萬菊軒曰：「瘡痘之症，有論穢毒者，有論淫火者，有論時行正病者，靡有定論。將謂穢毒淫火耶，則一歲之中，大而郡縣，小而村落，病者相似而死相繼，未必人人若此之甚也。將謂時行正病耶，何以自少至老但作一次，厥後再無傳染也。蓋父母於子一體而分，精血之毒已畜於陽施陰化之始，固不待誕生之頃，嘯其血而後有是毒也。至於天行正病亦有其時，但觀夫年之所加，及有四時不正之氣，即知有是正病也。然則待時而發者胎毒也，或速而危，或徐而持，或暴而死者，氣之微甚所使也。發則其毒洩矣，所以終身但作一度，後有其氣不復傳染焉。」萬菊軒又曰：「昔人謂兒在胞中，飢則食母之血，渴則飲母之血，予獨謂其不然。」明、萬全曰：「疹亦胎毒之所發，因疫癘而後成。」明、王肯堂曰：

「痘疹之發，顯是天行時氣，塵市村落互相傳染。」又曰：「痘疹雖曰胎毒，未有不由天行者。」明、孫季子朋來曰：「淫火即胎毒也，天行即疫癘，致痘之由端不外是二者，蓋淫火肇於有生之初，伏而不發，必俟天行煅煉一番然後洩之。」清、朱純嘏痘疹原於胎毒論曰：「人之有生，受氣於父，成形於母，是父精母血之毒，已凝聚於陽施陰受之始，是胎元之初成，即胎毒之蘊蓄，故名之曰胎毒。」幼科指南（清、周震慎齋著）曰：「麻症……但執升麻湯以爲醫治，夭亡不可勝道，不知此非胎毒，乃時行之毒也。」據此，則前清初葉周震已否認胎毒爲麻疹病原。

著者根據上文所選錄各醫家之說，對於中國古代醫家以胎毒爲麻疹病原之論述而加以研究，茲將管見所及述之如下：

(1) 明、萬菊軒有「昔人謂兒在胞中，飢則食母之血，渴則飲母之血，予獨謂其不然」之論。

又反對淫火即胎毒之說，並不信誕生之頃，咽下其血，便成胎毒。萬氏否認穢毒、淫火即爲胎毒之說，是與事實相符者，但萬氏對於胎毒之論，則有「蓋父母於子一體而分，精血之毒已畜於陽施陰化之始，固不待誕生之頃，嘯其血而後有是毒也」等論述。又有「天行正病亦有其時，然則待時而發者胎毒也，或速而危，或徐而持，或暴而死者，氣之微甚所使也」等記載。清、朱純嘏之痘疹原於胎毒論，其內容所述，與萬氏之意見大致相同。據萬朱二氏之說，則竟以麻疹爲小兒之一種遺傳性傳染病，此說極爲謬誤。因麻疹一病早已流行於世界各國，絕不能認爲世界人類之精血皆有毒性，而將其精血之毒遺傳於嬰兒，因而發爲麻疹之病，此等謬誤之見，不待智者而後知，亦不須辯論而後明。

(2)據現代婦產科學之理論，謂「妊娠三個月後，胎盤已形成，胎兒營養的供給主要依靠胎盤」。

4

又謂「嬰兒於出生後，然後開始呼吸」，此等事實為醫家所共知，則胎兒在母腹中，當無飢渴之感，亦不能吸食其母的血穢。據此，則上文所錄各醫家之此種論述，是與事實不符者，且子在母腹中，既不能食母血穢，更無從蘊而成毒。李東垣謂「小兒降生，口中尚有惡血，啼聲一發，隨吸而下，此惡血復歸命門胞中，僻於一隅，伏而不發」，他日則發為痘疹之病，此說已為萬菊軒所否認。則胎毒一說，確無科學根據。但當日作者為時代所限，故有此等忖測之詞，本無足怪，而吾人對於中國古代醫說，則必須擇善而從，始能實事求是。

三、中國古代醫家當日為時代所限，故無病原微生物學之論述。但宋代醫家則已確知麻疹為天行疫氣所致，此說殊屬高明。因小兒藥証直訣有一小兒在胎十月，食五臟血穢，生下則其毒當出之記載，此後醫家遂認為麻疹之病因是由胎毒所致，則又以胎毒為麻疹病原。但胎毒一說，有論穢毒（在胎食母血穢）者，有論淫火（慾火）者，有論時行正病者，而萬菊軒朱純嘏二氏更以為胎毒是由父母精血之毒所形成，衆說紛紜，至今尚無定論。據此，則胎毒之說乃是唯心之論，是不能根據現代科學而加以驗証者，上文經已說及。

自 Hektoen 氏（1905 年）證明麻疹是濾過性病毒所引起的傳染病，及 Rake, Schaffer 氏等（1940 年）培養麻疹病毒於鷄卵胚胎而獲成功之後。再經醫學科學家之實驗證明，已為世界各國所公認，著者實事求是，亦承認麻疹病毒確為麻疹病原。至於麻疹之併發症（如白喉及結核病等），其病原是由微生物所感染者，則亦根據現代之病因學，而加以處理。務使麻疹之病因得獲證明，其防治更為有效。

中國古代醫家以胎毒為麻疹病原之說，乃是因當日作者為時代所限，故有此誤解。但中國醫學有悠久之歷史，有豐富之臨床經驗，其中蘊藏有效方法甚多，吾人必須努力發掘中國醫學遺產，取其精華，去其糟粕，同時更取現代西醫學說之精粹，與中國醫學一爐共冶，以產生中國新醫藥學派，使中國醫學得以發揚光大，而超過世界醫學水平。

第一章 中國醫學之麻疹學說

麻疹為兒童最普遍之傳染病，其傳染力極強，遍佈於世界各國。但本病之病因病理，則中西醫說有所不同，茲將此等學說選錄如下，以備讀者參考。

第一節 麻疹歷史及流行之中醫學說

關於麻疹的記載，中國醫學文獻太平聖惠方（宋、王懷隱等編，太平興國二年「978」開始編輯，至淳化三年「992」完成）有小兒發胗豆瘡的論述，並有治療胗痘瘡之方劑，此後，博濟方（宋、慶曆中王袞撰），養生必用（宋、紹聖中初虞世編），傷寒總病論（宋、元符中龐安時安常撰），小兒藥證直訣（宋、元豐宣和中錢乙仲陽著、閻季忠集），閻氏小兒方論（宋、閻季忠著），小兒斑疹備急方論（宋、元祐中董汲及之著），旅舍備要方（宋、董汲撰），類證活人書（宋、大觀中朱肱翼中撰），太平惠民和劑局方（宋、大觀中陳師文裴宗元等奉敕編），聖濟總錄（宋、政和中奉敕編），鷄峯普濟方（宋、紹興中張銳撰），幼幼新書（宋、紹興中王歷義道、王湜子是編），三因極一病證方論（宋、淳熙中陳言無擇撰），醫說（宋、淳熙中張杲季明

撰），陳氏小兒痘疹方論（宋、淳祐中陳文中文秀撰）等方書，皆有瘡疹症候之論述，及治療此病的方劑。著者參考宋代方書，關於小兒瘡疹之記載，其所論述之瘡疹，即是指痘瘡（天花）麻疹而言，其所敘述之麻痘，即爲麻疹與痘瘡，更絕無疑義，據此，則在北宋時代，中國已有麻疹流行。

麻疹之流行於中國，至明代則更爲劇烈，當時醫家經過長期觀察，及多數病例之臨床實驗，對於本病之症狀、診斷及方劑，皆有極大之進展。明代醫家關於麻疹的論述，有方賢、萬全（密齋）、魯伯嗣、虞搏、王綸、薛己、蔡維藩、龔信、郭子章、樓英（全善）、徐春甫、王肯堂、朱惠明（濟川）、聶久吾、馬之騏、孫一奎、張介賓、翁仲仁諸氏之著作，不下數十家，其中不少正論名言，而尤以萬密齋之痘疹心法、王肯堂之幼科準繩更爲精明詳盡。但因多數作者仍以胎毒爲麻疹之病原，遂使麻疹之正確病因未能決定。

麻疹之病因病理，太平聖惠方（宋、王懷隱等編）有熱毒說，養生必用（宋、初虞世編）有疫氣說，小兒藥證直訣（宋、錢仲陽著）有天行說，又因小兒藥證直訣有「小兒在胎十月，食五臟血穢，生下則其毒當出」之記載，此後醫家遂認爲麻疹之病因是由胎毒所致，因此又有胎毒說。茲將各家學說選錄如下：

第二節 麻疹病因及病理之中醫學說

太平聖惠方曰：「嬰孩患瘡豆瘡子者，皆是積熱在於臟腑，蒸鬱熱毒，散於四肢，小兒皮肉嫩弱，多成此疾」。又曰：「小兒發瘡豆瘡者，皆是熱毒所爲。」

養生必用曰：「陽明主肌肉，瘡疹毒泄肌肉，始覺必以利藥宣其毒。」「一歲中瘡疹大小相類，此疫氣也，當作疫治。」

傷寒總病論（宋、元符中龐安時撰）斑痘瘡論條下云：「熱毒內盛，攻於臟腑，餘氣流於肌肉，遂於皮膚毛孔中結成此瘡。此病有二種，一則發斑，俗謂之麻子，其毒稍輕，二則豌豆，其毒最重。」

小兒藥証直訣曰：「瘡疹証，此天行之病。」又曰：「小兒在胎十月，食五臟血穢，生下則

其毒當出。」

聖濟總錄小兒瘡疹論曰：「小兒稟受純陽，臟腑蘊熱自內外出，隨氣薰蒸，散於榮衛肌肉之間，留連肉腠，或因遇時疫，熱氣乘其肌肉嫩弱，遂變瘡疹。」

陳氏小兒痘疹方論曰：「小兒斑駁疹毒之病，俗言疹子，是肺胃蘊熱，因時氣薰發於外，狀如蚊蚤所咬，赤則十生一死，黑則十死一生。」

蘭室秘藏（金、東垣李杲明之撰）斑疹論曰：「子在腹中十月之間，隨母呼吸，呼吸者陽氣也，而生動作滋益精氣神，飢則食母血，渴則飲母血，兒隨日長，皮肉筋骨血脉形氣俱足，十月降生，口中尚有惡血，啼聲一發，隨吸而下，此惡血復歸命門胞中，僻於一隅，伏而不發，直至因內傷乳食濕熱之氣，下流合於腎中，二火交攻，致營氣不從，逆於肉理，惡血乃發。諸斑疹皆

出於膀胱壬水，其瘡後聚肉理，歸於陽明，故三番斑始顯之証，皆足太陽壬膀胱冠丙小腸，其始出皆見於面，終歸於陽明肉理，熱化爲膿者也。二火熾甚，反勝寒水，遍身俱出，此皆出從足太陽傳變中來也。當外發寒邪，使令消散，內瀉二火，不令交攻，其中令濕氣上歸，復其本位，可一二服立已。仍令小兒以後再無二番斑出之患。」

儒門事親（金、興定中張從正子和撰）小兒瘡皰丹癰癰瘍舊蔽記曰：「兒之在母腹也，胞養十月，蘊畜濁惡熱毒之氣非一日，及歲年而後發，雖至貴與至賤莫不皆然，輕者稀少，重者稠密，皆因胞胎時所感濁惡熱毒之氣有輕重，非獨人有此疾，凡胎生血氣之屬，皆有蘊畜濁惡熱毒之氣，有一二歲而發者，有三五歲至七八歲而作者，有年老而發丹癰癰瘍者，亦有傷寒中溫毒而發斑者，亦有陽毒發斑者，斑有大小，色有輕重，大者爲陰，小者爲陽，均是熱也，但色重赤者熱深，色輕紅者熱淺。」

斑論萃英（元、趙州王好古海藏撰）海藏老人斑論曰：「夫斑之爲病，皆由子在母腹中時，浸漬食母血穢蘊而成毒，皆太陰濕土壅滯君相二火之所作也。因小兒真氣既盛，正氣又王，邪無所容，或因天冷，或因傷表，或因傷裏，斑由是而生焉。治當何如，外者外治，內者內治，中外皆和，其斑自出。至於惡寒者發之，表大熱者奪之，渴者清之，大便秘結者下之，小便不通者利之，驚者安之，泄者分之，可以執一爲哉。大抵傷寒同治，最爲高論，隨經用藥，不可闕也。」

普濟方（明、朱橚等編）嬰孩痘疹門總論曰：「蓋小兒瘡痘是託質成形，在胎食母血穢，出腹啼聲才落，則咽下血穢，同胎糞而下，唯血穢之氣存焉。因傷寒時氣，或積熱潮熱，運動穢氣入於五臟，其毒當出。」

保嬰撮要（明、弘治中吳郡薛鑑良武撰嘉靖中薛己立齋續編）曰：「痘疹之由，因兒在胎食母五臟血穢，伏於命門，或至天行時氣，或驚駭跌撲，或飲食所傷，因而發之。」

明、萬菊軒曰：「瘡痘之症，有論穢毒者，有論淫火者，有論時行正病者，靡有定論。將謂穢毒淫火耶，則一歲之中，大而郡縣，小而村落，病者相似而死相繼，未必人人若此之甚也。將謂時行正病耶，何以自少至老但作一次，厥後再無傳染也。蓋父母於子一體而分，精血之毒已畜於陽施陰化之始，固不待誕生之頃，嚥其血而後有是毒也。至於天行正病亦有其時，但觀夫年之所加，及有四時不正之氣，即知有是正病也。然則待時而發者胎毒也，或速而危，或徐而持，或暴而死者，氣之微甚所使也。發則其毒洩矣，所以終身但作一度，後有其氣不復傳染焉。」又曰：「昔人謂兒在胞中，飢則食母之血，渴則飲母之血，予獨謂其不然。」

家傳痘疹心法（明、嘉靖中萬全密齋著）曰：「疹亦胎毒之所發，因疫癘而後成。」

幼科証治準繩（明、萬曆中王肯堂字泰輯）曰：「麻疹浮小而有頭粒，隨出即收，不結膿泡。北人謂之糠瘡，南人謂之麩瘡，吳人謂之痧，越人謂之瘡，古所謂麻，聞人氏所謂膚疹是也。」

又曰：「痘疹之發，顯是天行時氣，處市村落互相傳染，輕則俱輕，重則俱重，雖有異於衆者，十之一二而已，豈可概謂胎毒哉。」又曰：「痘疹雖曰胎毒，未有不由天行者，故一時傳染，大相似。」

古今醫鑑（明、萬曆中龔信瑞之撰）曰：「夫痘疹之原，乃胎毒所致，嬰兒在胎之時，必資

胎養以長其形焉。緣母失於節慎，縱慾恣食，感其穢毒之氣，藏於肺腑之中，近自孩提，遠至童年，若值寒暄不常之候，痘疹由是而發，因其所受淺深而爲稀稠焉。」

明、孫季子朋來曰：「淫火即胎毒也，天行即疫癘，致痘之由端不外是二者，蓋淫火肇於有生之初，伏而不發，必俟天行煅煉一番然後洩之。」

活幼心法（明、清江聶尚恒久吾著）曰：「痘疹之原，有謂兒在胎時食母血穢而致者，有謂父母慾火所致者，慾火之說，出於臆測，固無明據。」

景岳全書（明、萬曆天啓中張介賓景岳著）麻疹詮曰：「疹雖非痘之比，然亦由胎毒蘊於肺脾，故發於皮毛肌肉之間，但一時傳染大小相似，則未有不由天行癘氣而發者，此其源雖內發，而證多屬表，故其內爲胎毒，則與痘證同，外有表邪，則與傷寒類。」

痘疹定論（清、康熙中朱純嘏玉堂著）痘疹原於胎毒論曰：「人之有生，受氣於父，成形於母，是父精母血之毒，已凝聚於陽施陰受之始，是胎元之初成，即胎毒之蘊蓄，故名之曰胎毒。夫所謂胎毒者，不論富貴貧賤俱皆有之，豈待成胎之後，歸咎於慾火妄動，飲食不節，降生之頃，曠其血而後有是毒耶。雖然天地有非常之氣，即有非常之令，四時之令氣失序，兩間之雜氣交攻，夫然後五臟之邪氣內侵，命門之胎毒外透，痘疹從此而發矣。」

幼科指南（清、周震慎齋著）曰：「麻症……但執升麻湯以爲醫治，夭亡不可勝道，不知此非胎毒，乃時行之毒也。」

著者綜合此節所選錄麻疹病因病理之中醫學說而加以研究，則在北宋時代，中國已有麻疹流行，但當日各家之醫學文獻，多是痘瘡（天花）與麻疹並論，而錢仲陽、初虞世二氏（十一世紀），只就其臨床經驗之觀察，遂斷定麻疹爲天行之病由疫氣所致，陳文中氏於十三世紀時代已知出血性麻疹（黑麻疹）的嚴重性，足見中國古代醫哲之高明。萬菊軒、萬密齋二氏謂疹子與痘瘡相似，彼此傳染，但發過不再作，據此，則麻疹愈後遺留終身免疫之說，在十六世紀時代，萬氏已能確知。

古代醫家以胎毒爲麻疹之病原，對於胎毒之解釋，有論穢毒（在胎食母血穢）者，有論淫火（慾火）者，其意見各有不同，明清醫家對於胎毒一說已有疑問，而萬菊軒朱純嘏二氏又以胎毒爲父母精血之毒，則此說更爲謬誤（請參閱本書凡例條下）。麻疹爲天行疫氣之病，已爲初虞世、錢仲陽二氏所斷定，則麻疹屬於流行性傳染病之一種，其病原微生物之毒性，亦爲醫家所共知，胎毒之說實屬唯心之論。

金、元醫家（如李東垣、張子和、王好古、朱丹溪氏等）絕大多數認爲麻疹之原是由胎毒所致，對於本病之病因病理，雖無進一步之發明，惟因其經過長期觀察及多數病例之臨床實驗，對於本病之臨床病象及治療方法，則有進一步之發展。明、清醫家幾盡以爲胎毒確是麻疹之病原，古代醫家因爲時代所限，故有此種誤解，是無足怪者。明、王肯堂氏有「痘疹之發，顯是天行時氣，處市村落互相傳染」之論述，則王氏根據其臨床經驗，對於胎毒一說，業已發生疑問，足見王氏醫學之高明。幼科指南（清、周震慎齋著）有「麻症……但執升麻湯以爲醫治，夭亡不可勝道，不知此非胎毒，乃時行之毒也」的記載。清代醫家絕少否認胎毒爲麻疹病原之說，周氏有此

論述，亦殊足貴。

第三節 麻疹症狀之中醫學說

麻疹症狀中國醫籍言之詳，茲摘要選錄如下。

太平聖惠方曰：「凡斷乳嬰孩童子，患瘡豆疾候，初覺多似傷寒，面色與四肢俱赤，壯熱頭痛，腰背疼，足多厥冷，脈息但多洪數絕大不定，小便赤少，大便多秘。」

養生必用曰：「瘡疹毒泄肌肉，初與傷寒類，不可不審，兒身熱、耳冷、尻冷、咳嗽。」
小兒藥證直訣瘡疹候條下云：「面燥頤赤，目胞亦赤，呵欠頓悶，乍涼乍熱，咳嗽嚏噴，手足梢冷，夜臥驚悸多睡，並瘡疹証。」

張渙論曰：「兒瘡疹與大人傷寒相似，雖療不同，或愈或危，在六七日間。」「瘡疹未出前，或熱乘心，心神易動，即發驚癇。」「又兒十四歲內，初覺頭痛壯熱，腰背疼重，熱甚則手足厥冷，却似挾寒，脈多洪數甚大不定，若小便多赤，大便多秘，宜先疎利，應瘡疹早出，若才出，皆不可轉利。」

聖濟總錄小兒瘡疹論曰：「此病於未發之時，先蒸熱如傷寒狀，頭痛，面赤，偏身皆熱，腰背疼痛，小便赤色，大便或溏或澀，煩渴引飲，甚則譫言，其脉浮大洪數。」

石壁經瘡子歌：「小兒瘡子候偏多，咳嗽涎潮作久疴，發熱發寒驚如怕物，看燈停目眼光

多一作驚如羊，眼白相過，喉中自響如駒駘，吐後常添氣不和，夢裏發來如急播，唇紅臉赤脉交多，渴水心煩多躁熱，耳冷足冷髮溫和，舌上有瘡如粟子，定知三日熱來多，此病變成瘡子候，只須平藥病消磨。」（此文錄自幼幼新書，該書編者謂：石壁經或傳黃帝時書，疑未必然，得之湘陰土人朱中立不倚云。）

小兒斑疹備急方論曰：「斑疹之候，始覺多咳嗽，身體溫壯，面色與四肢俱赤，頭痛腰疼，多睡中癪癰，手足厥，耳尖及尻冷，小便赤，大便秘，三部脉洪數絕大不定。」

小兒衛生總微論方曰：「瘡疹之候，古今皆云大率與傷寒相似，然亦有小異也，其初覺之時，頭痛體重，面赤氣粗，壯熱多睡，驚悸呵欠，頓悶咳嗽，嘔逆嘔噴，此皆同也，其瘡疹者，不惡寒而惡熱，面色與四肢俱赤，手足厥，唇紅，耳尖冷，尻骨冷，小便赤，大便秘，其脉三部皆洪數絕大不定，是其候也，此小異耳。」又曰：「瘡疹欲發之時，身必壯熱，二三日漸涼，瘡方始出。」

幼科準繩曰：「痘疹發熱之初，多似傷寒，惟麻疹則咳嗽噴嚏，鼻流清涕，眼胞腫，其淚汪汪，面浮，腮赤，或嘔惡，或泄利，或手搃眉目鼻面，此爲異耳。」（以上麻疹初熱）又曰：「痘瘡貴三四次出謂出勻，麻疹貴一齊湧出謂出盡，麻疹只要得出便輕減。疹子出沒常以六時爲準，假如子後出者午時即收，午後出者子時即收。凡此旋出旋收者輕，若一出連綿三四日不收者，乃陽毒太甚。逡巡不出者，乃風外束皮膚閉密也。瘡疹非熱不出，疹子欲出則遍身發熱，或煩躁，或頭眩，或身拘急，及既出則身便涼諸病悉解，此一層疹子隨收矣。」（以上麻疹見形）又曰：

「疹子收後身有微熱者，此虛熱也，不須施治，待氣血和暢，自然退去。」（以上麻疹收後）

景岳全書麻疹証曰：「疹非痘之比，故其爲證，則有咳嗽噴嚏，面腫腮赤，目胞浮腫，眼淚汪汪，鼻流清涕，呵欠悶頓，乍涼乍熱，手足稍冷，夜臥驚悸，或惡心嘔噦，或以手掐面目唇鼻者，是即出疹之候。」（以上疹證）

景岳全書又曰：「出疹之候，初熱一日至次日鷄鳴時其熱即止，止存五心微熱，漸見咳嗽，鼻流清涕或腹中作痛，飲食漸減，到申酉之間其熱復來，如此者四日，用手滿按髮際處甚熱，其面上熱少減二三分，咳嗽連聲，面燥腮赤，眼中多淚，噴嚏頻發，或忽然鼻中出血，至五日其熱不分晝夜，六日早時其疹出在兩頰下，細細紅點，至午時兩手背並腰下及渾身密密俱有紅點，七日普遍掀發，其鼻中清涕不流，噴嚏亦不行，七日晚兩頰顏色漸淡，此驗出疹之要法。」（以上疹期）

醫宗金鑑（清·乾隆中吳謙劉裕鐸等編）曰：「麻疹亦胎元之毒，初發之狀有類痘，故多咳嗽噴嚏，鼻流清涕，眼淚汪汪，目胞浮腫，身熱二三日或四五日，始見點於皮膚之上，形如麻粒，色若桃花，間有類於痘大者，此爲麻疹初發之狀。形尖疎稀，漸次稠密，有顆粒而無根，量微起泛而不生漿，此則麻疹見形之後大異於痘。須留神調治，始終不可一毫疎忽。」（麻疹病原）

又曰：「麻疹出時有輕重之分，臨時須要詳察，若氣血和平，素無他病者，雖感時氣，而正能制邪，故發熱和緩，微微汗出，神氣清爽，二便調勻，見點則透徹散沒，不疾不徐，爲輕而易治者。若素有風寒食滯，表裏交雜，一觸邪陽火旺之氣，內外合發，而正不能制邪，必大熱無汗，煩躁口渴，神氣不清，便閉尿澀，見點不能透徹收散，或太緊速，則爲重而難治者。」（麻疹輕重）又曰：「麻疹一證，非熱不出，故欲出時，身先發熱。表裏無邪者，熱必和緩，毒氣鬆動，則易出而易透。若兼風寒食熱諸證，其熱必壯盛，毒氣鬱閉，則難出而難透」，須察其所因而治之。（麻疹未出）

又曰：「麻疹見形貴乎透徹，出後細密紅潤，則爲佳美。有不透徹者，須察所因，如風寒閉塞，必有身熱無汗，頭疼嘔惡，疹色淡紅而黯之證。因毒熱壅滯者，必面赤身熱，譫語煩渴，疹色赤紫滯黯。又有正氣虛弱，不能送毒外出者，則必有面色㿠白，身微熱，精神倦怠」等症。（麻疹見形）

又曰：「麻疹見形三日之後，當漸次沒落，不疾不徐，始爲無病。若一二日疹即收沒，此爲太速，因調攝不謹，或爲風寒所襲，或爲邪穢所觸，以致毒反內攻，輕則煩渴譫狂，重則神昏悶亂，須使疹透出，方保無虞。」（麻疹收沒）

著者按：中醫古籍對於麻疹症狀之論述，甚爲詳盡，足見中國醫學文獻之豐富多采。幼科準繩更將麻疹的病象分爲初熱、見形、收後等三期，而分別論治，與現代醫學的分期論述基本相同。

第四節 麻疹併發症之中醫學說

麻疹之併發症，中國古代醫家經已認識，如肺炎、支氣管肺炎、癆病、腦膜炎、腦炎、痢疾、

頓嗽及走馬疳等之臨床症狀，明、清醫家皆有論述，茲將中國醫學對於麻疹併發症之記載，摘要選錄如下。

幼科準繩曰：「疹退之後，但見胸高如龜殼，肩聳而喘，血出口鼻，擺手搖頭，面色或青或赤或白而枯者，皆不可治也。」

著者按：上文所述之症狀，可能是西醫所謂麻疹後併發肺炎、或支氣管肺炎，而其病變已達末期者。

又曰：「疹子既收，其毒不解，邪火拂鬱，渾身發熱，晝夜不退，髮枯膚瘁，漸成疳瘡。若不早治，以致睡則揚睛，口鼻氣冷，手足厥逆，微微瘛瘲，變爲慢風（慢脾風）不救者多矣。」

著者按：上文所謂漸成疳瘡，乃是麻疹後癆瘻之證，中醫亦稱痧瘻，即西醫所謂麻疹後結核病。所說若不早治，以致變爲慢風，則可能是西醫所謂結核性腦膜炎。

又曰：「疹子收後，身有微熱者，不須施治，待氣血和暢自然退去。若熱太甚，或日久不減，如髮枯毛豎，肉消骨立，漸漸羸瘦者。」

著者按：此條所述之症狀，乃是中醫認爲疹後骨蒸癆瘻之證，亦即西醫所謂麻疹後結核病。

又曰：「疹出之時，曾作泄痢，未經清解，至疹退之後變爲休息痢，不問赤白，裏急後重，日夜無度，此餘毒在大腸也。」

著者按：此爲麻疹後併發痢疾。

又曰：「凡疹後牙齦黑爛，肉腐血出，臭息衝人者曰走馬疳。若面頰浮腫，環口青黑，煩漏齒脫，唇崩鼻壞者死證也。」

著者按：走馬疳即「穿腮毒」，西醫名壞疽性口炎又名水癌，爲預後嚴重之病。

景岳全書曰：「疹後餘毒未盡，隨當解之，若停留日久不解，則必致喘嗽，或喉中痰響，或爲四肢冷痺，或目無光彩，面色青白，或鼻孔如烟筒，或嗽聲不出，若右手一指脉輕取散亂，重按全無，則成難治之證矣。」

著者按：此條所述之症狀，可能是麻疹後併發重症肺炎或重症支氣管肺炎。

又曰：「疹退後若咳甚而面浮目腫，胸高喘急，血出口鼻，面色青赤，昏躁搖頭者死證也。」

著者按：此條所述之症狀，可能是麻疹後併發肺炎之死症。

又曰：「疹退後若身熱頓嗽，甚至飲食俱嘔出，或咳出血，皆熱毒乘肺而然。」

著者按：中醫所謂頓嗽，即西醫所謂百日咳。

又曰：「疹收之後餘熱未盡，日夜煩躁譫語狂亂者。」

著者按：此條所述之症狀，有類於西醫所說之麻疹後腦炎。

雜病源流犀燭（清、乾隆中沈金鰲芊綠撰）曰：「疹後四大症，其害尤爲不小，醫者更宜着急。一曰疹後癆，疹既收沒，毒邪猶鬱於肌肉間，晝夜發熱，漸至髮焦膚槁，羸瘦如柴，變爲骨蒸癆瘻，急須調治，遲則口鼻氣冷，睡臥露睛，手足厥冷搐掣，必至不救，即未羸瘦，而遍身壯熱，癆瘻煩躁，實由陰虧血耗故如此。一曰疹後疳，餘毒未盡，陷入胃家，忽發走馬疳，牙根臭爛，血出頰腫，環口青黑，久則腮穿齒落，唇缺鼻壞，急救勿緩。一曰疹後痢，疹前曾作瀉痢，

調解未清，至是變成休息痢，日夜無度，裏急後重，餘毒流入大腸也。一曰疹後嗽，氣喘息高，連聲不止，甚至咳血，或噴出飲食，此毒歸於肺，名曰頓嗽。此四者，皆爲疹後壞病，關乎生死，切勿妄治。而此四症之外，容有燒熱不退者，有身熱不退嘔吐而煩者，有大便祕者，有泄瀉者，有疹退熱除不能食者，以上五症，亦屬餘邪爲患，所當急治者。」

第五節 麻疹診斷之中醫學說

中醫學多是不以病名爲對象，而以症狀爲基礎。現代醫學以決定病名爲診斷，而中醫學則以決定「證」爲診斷。故中醫之診斷，乃是施用四診（望、聞、問、切）並根據症狀而加以決定者，且常常有說此是葛根湯之證或麻黃湯之證等以確定診斷而處方。因此，中西醫之診斷方法各有不同。茲將中醫對於麻疹之診斷，摘要選錄如下。

(一) 一般診斷 景岳全書曰：「凡出疹自熱起至收完，但看右手一指脈洪大有力，雖有別證亦不爲害，此定存亡之要法也。」(疹脉)

又曰：「凡是疹證，必其面赤，中指冷而多嗽，又必大熱五六日而後見紅點遍身，此其所以與痘與傷寒有異也。」(疹證)

又曰：「痘欲盡發而不留，疹欲盡出則無病，邪氣鬱遏則留而不去，正氣損傷則困而不伸，爛而疳蝕。」(疹證)

又曰：「凡疹熱六日而出，一定之規也，若醫人無識，用藥太早，耗散元氣，及至出時變害多矣，或嗽而變喘，或出一二日即隱，或作大瀉，或合目而喘，此醫人用藥不當之害也。」(疹期)

又曰：「麻疹發熱之初，與傷寒相似，惟疹子則面頰赤，咳嗽噴嚏，鼻流清涕，目中有淚，呵欠喜睡，或吐瀉，或手搯眉目面赤爲異耳。但見此候即是疹子，便宜謹避風寒，戒葷腥厚味，不可作傷寒妄加汗下也。妄汗則增熱而爲衄血咳血，爲口瘡咽痛，爲目赤腫，爲煩躁乾渴，爲大小便不通。妄下則裏虛，爲滑泄，爲滯下。」(麻疹初熱)

又曰：「疹子欲出未出之時，宜早爲發散以解其毒，則無餘患，若不預解使之盡出，多致毒蓄於中，或爲壯熱，日久枯瘁，或成驚癇，或爲瀉痢，或爲咳血喘促，或作疳蝕而死。此雖一時戾氣之染，然未有不由於人事之未盡也。」(麻疹初熱)

又曰：「疹子出沒常以六時爲準，假如子後出，午後即收，乃陽生陰成，陰生陽成，造化自然之數也。凡此旋出旋收者輕，若一出連綿三四日不收者乃陽毒太甚。若遂巡不出者，乃風寒外束皮膚閉密也。」(疹出沒)

又曰：「凡看麻疹初出之法，多於耳後項上腰腿先見，其頂尖而不長，其形小而勻淨者吉也。若色見通紅，則疹發於心，紅者火之正色也。若疹色淡白者，心血不足也。色大紅紫或微紫者，血熱也。若黑色者，則熱毒尤甚，而十死一生之證。」(疹形色)

又曰：「凡疹初出色赤者，毒盛之勢也。但大便調咳嗽多，右手一指脈輕重取皆有力，雖勢

重不碍，但當隨證調理。」（疹形色）

又曰：「凡疹出至二三日，必兩鼻俱乾，待收完看毒氣輕者，清涕即來，就思飲食，此不必服藥，若清涕來遲，不思飲食者，須要清肺解毒，必俟清涕出方可不用藥。」（疹涕）

又曰：「凡疹瘡發表之後，紅影出於肌膚，切戒風寒生冷，如一犯之，則皮膚閉密，毒氣壅滯，遂變渾身青紫，而毒反內攻，煩躁腹痛，氣喘悶亂，諸證作矣。欲出不出，危亡立至，醫家病家皆不可不慎。」（疹禁忌）

又曰：「出疹之先，或有胃火，及出疹之後，餘毒不散，此熱毒收於牙齦上下，故並唇口生瘡，遇有此證，急用解毒之藥治之，若或失治，多變走馬瘡也。」（疹唇口瘡）

又曰：「疹後熱不除，忽作搐者，不可與急驚風同論。」（疹後諸證）

（二）鑑別診斷 景岳全書曰：「痘瘡大約之數發熱三日，報痘三日，起脹三日，貫膿三日，結膿三日，共十五日，乃大率常數，此其正也。」上文所述，乃是痘瘡的正常經過，與麻疹症狀不同，易於鑑別。

家傳痘疹心法曰：「嬰稚初離胎殼中，遍身斑駁似硃紅，胎中熱毒皮中見，莫作時行斑疹同。」又曰：「凡小兒初生未滿月者，遍身紅點，俗呼奶麻子是也。」

著者按：此條所述，即西醫所謂幼兒急疹，其病因病理與麻疹不同，應注意鑑別。

又曰：「發熱蒸蒸便已硬，皮紅似錦是名斑，莫將疹毒雷同論，笑殺時人一類看。」又曰：「凡天行病，若大便硬結，熱留胃中，故發斑，不可與疹子同治。」

著者按：此條所述之症狀，即西醫所謂猩紅熱，其病原與症狀，皆與麻疹不同，更易於鑑別。

第六節 麻疹預後之中醫學說

麻疹的預後，中醫有麻疹吉凶之說，亦即中醫所謂麻疹輕、重、難治、不治之判斷，茲將此等理論選錄如下。

景岳全書疹吉凶條下曰：「或熱或退五六日而後出者輕。」「透發三日而漸沒者輕。」「淡紅滋潤頭面勻淨而多者輕。」「頭面不出者重。」「紅紫黯燥者重。」「咽喉腫痛不食者重。」「冒風沒早者重。」「移熱大腸變痢者重。」「黑黯乾枯一出即沒者不治。」「鼻扇口張目無神者不治。」「鼻清糞黑者不治。」「氣喘心前吸者不治。」

家傳痘疹心法曰：「疹後咳甚喘氣逆氣，若欬久不止，面浮目胞腫，胸高而喘息則聳肩，血自口鼻出，面色青或赤，鼻燥昏悶，搖頭擺手者，皆死證也。」

秘傳片玉痘疹（明、萬全密齋著）曰：「凡疹既出，色紅者吉，赤者重，黃者危，黑者死。」又曰：「凡疹既出，其熱即退，隨出隨收，其期不出三日。假令今日子時出，明日子時收盡，又熱又煩又渴而再出者，三日始定。如出而不收者，有鬱遏不能出者，此凶也。」又曰：「凡疹當出而過期不出者，反見煩躁悶亂腹脹氣喘，手足冷者不治。」

痘疹金鏡錄（明、翁仲仁輯著）曰：「麻疹後牙疳臭爛者不治。」

景岳全書曰：「疹後作痢，若晝夜有三五十次，漸減至二三下，或漸多數，右手一指脈漸起，清涕復來者方可望生。若痢變煤色，或成屋漏色，或如青菜色，肛門如筒，喘促音啞，飲食不進，午後腮紅，皆不治。」

又曰：「疹後熱不退，而髮枯毛豎，肉消骨立，漸漸羸瘦，爲骨蒸勞瘵之證者。遲則變證，爲睡則露睛，口鼻氣冷，手足厥逆，遂成慢脾風癱瘓不治之證矣。」

又曰：「疹退之後，飲食如常，動止如故，乃卒然心腹絞痛，遍身汗出如水者，此因元氣虛弱，失於補養，外雖無病，裏實虛損，偶然爲惡氣所中，謂之中惡，此朝發夕死之證。」

醫學入門（明、萬曆中李梃撰）曰：「麻疹不出而喘者死。變成黑斑者死。沒後餘毒內攻，循衣摸床，譫語神昏者死。」

著者按：此節所選錄中國醫學之資料，爲中醫辨別麻疹輕、重、難治及不治症的要訣。

又按：本書第一章所選錄景岳全書之論述，皆極詳妥，乃是張景岳根據羅田萬氏（萬全一家四代，專業兒科，更精於痘疹）之說而編述者。

第一章 現代醫學之麻疹學說

自現代醫學科學家證明麻疹是濾過性病毒所引起的傳染病，且曾經培養麻疹病毒而獲成功，此種麻疹病原體（麻疹病毒）發明之後，即爲各國醫家所公認，對於本病之防治獲益良多。茲將現代醫學之麻疹學說摘要選錄如下，以備讀者參考。

第一節 麻疹歷史及流行之西醫學說

(一) 麻疹之歷史 關於麻疹在外國流行的歷史，則最初描寫麻疹者，爲波斯醫生 Rhazes 氏 (860—932年)。歐洲有麻疹流行的報告，始自十五世紀及十六世紀。十七世紀 Sydenham 氏始辨明麻疹與痘瘡所不同之點。麻疹與猩紅熱曾在長時期內被認爲是一種疾病，至十八世紀後半期，麻疹始被分別成爲一個獨立的病患。Филатов (1895) 及 Koplik (1896) 二氏，在麻疹病者口腔粘膜內發現斑點，對於本病之診斷極有價值。1947年 Panum 氏在 Faeros 島於麻疹流行中之觀察具有極重大的意義，Panum 氏在麻疹之臨床及流行病學上發現甚多新的內容（麻疹各病期之長短、傳染方式、疾病傳染期的期限等）。Hektoen 出於 1905 年證明麻疹是濾過性病毒所引

起的傳染病。1940年Rake, Schaffer氏等培養麻疹病毒於鷄卵胚胎而獲成功。現在對實驗性麻疹及其預防法之研究，已有極大收穫。Nicolle及Conseil氏在1916年發明對健康者或已感染麻疹而僅在潛伏期之病人注射麻疹恢復期患者血清的預防法。Degkwitz氏在1920更研究此種接種的方法。

(二) 麻疹之流行

麻疹遍佈於全球，顯無氣候、種族、國別之分，亦不受社會或經濟地位的影響。任何時間，皆可見散發性病例，通常在晚冬才發生大流行。在大城市中，常相隔兩年即大流行一次，較小之城市，則每四、五年一次。

(1) 傳染途徑 麻疹患者是唯一的傳染源。病人口、鼻、眼部粘膜的排泄物皆含有病原體，在侵襲期及出疹期中可以傳染他人。皮疹出現五日後，如眼、鼻、咽部的卡他性症狀消退，則此時已無傳染性。絕大多數病例是由直接接觸（包括飛沫傳染）傳染。

麻疹之傳佈是由空氣飛沫傳染（通過病人周圍的空氣傳佈）。通過第三者或由靜物媒介的麻疹傳佈，只有在第三者接觸患者後立即與健康者接觸，或患者曾經接觸的物件立即轉入健康者手中時才能發生傳染，但此等事實在實際上是甚少見者。

麻疹之傳染性極高，在短促的接觸中，甚至在戶外，亦可能傳染，但只有麻疹病人始能散佈傳染，且只限於一定的時期：在潛伏期的最後數日中，及在前驅期與出疹的最初數日內，其傳染力最强。從皮疹出現後，則病人之傳染性迅速下降。

促使麻疹迅速並廣泛蔓延的因素是：全體居民皆具有感受性，本病之易於傳染（由於粘膜卡

他，麻疹病人咳嗽及噴嚏時通過空氣飛沫的傳染），及起病極不典型，此種情況使健康者在無意中與病人接觸，有時於傳染性最高的前驅期中繼續與病人接觸。

麻疹病毒極不穩定，根據多次之觀察，在麻疹病人遷出後，其房屋對能感受麻疹之兒童的傳染危險性，僅持續半小時。將向來未患麻疹之人安置在麻疹病人的室內，雖無密切接觸，亦能引起疾病；但若病人離去後，使室內充分通風，即足以消除該室的傳染性。

麻疹之併發症如中耳炎、肺炎等，並非因麻疹病毒所致，所以並無散佈麻疹的危險，因此在皮疹出現五日之後，則麻疹之傳染期已過，此時不必收容於傳染病院。

(2) 人羣感受性 1846年大西洋的法魯島(Faeros)已經六十五年未有發生麻疹，忽由丹麥輸入麻疹潛伏期病人一名，遂引起嚴重的麻疹流行，全島居民七千餘人不分老幼均被感染，祇有六十五年前曾患麻疹者未被波及，在大流行期中，感染本病者六千一百人，死亡者一百七十人，各年齡之總病死率為2.8%，一歲以下嬰兒之病死率為28.6%。中國西康省的理化，該地全部人口只有八千餘人，大多數集中於喇嘛寺，1950年春流行麻疹，大小喇嘛得病的計千餘人，其死亡率甚高。1951年當麻疹第一次傳入南部格林蘭島之後，全島四千二百六十二名居民中，除五名外，在發現第一個麻疹病例的三個月內，不分老幼全部皆發生本病，死亡率高達千分之十八，在老年患者中，其死亡率尤高，有併發症者佔45%。

從上述流行中所觀察的事實，可證明凡未經感染麻疹之人，不論其年齡大小，對麻疹均具感受性，如曾患本病即產生極持久的免疫性。未滿六個月之乳兒通常不受麻疹的感染，乃因其機體

中尚保留有來自母體的免疫。故認為麻疹只是兒童的疾病，則此種觀念絕不正確。

(3) 發病率與病死率 在兒童呼吸道傳染病中，麻疹之發病率常佔第一位，且每隔二四年有週期性升高的趨向。此種波動顯然是由於麻疹流行期間，有感受性的人幾乎全被波及所致。對麻疹有感受性的兒童聚集於一處時，城市內若發生麻疹流行，而兒童之間有密切接觸，則能引起流行的再度高漲。

由於高度傳播性，麻疹的死亡率頗高。根據大致的估計，在歐洲十年中（1900—1910）死於麻疹者 1,000,000 人；在美國，從 1901 到 1920 年死於麻疹者 100,000 人，近六十年來（尤其是最近十五—二十年內），麻疹死亡率降低。但因麻疹（與百日咳）死亡率的降低較其他兒童傳染病為慢，所以近年來麻疹在總死亡率中的意義相對增大。在急性兒童傳染病之死亡原因中，麻疹佔首位，但在個別年份內，麻疹死亡率則等於猩紅熱及白喉之病死率的總數。

麻疹死亡率之週期性波動與發病率之週期性波動有密切的關係，由於死亡率之登記較完全，其曲線的波動亦更為明顯。

麻疹之死亡率幾完全在幼齡兒童中。在列寧格勒，四歲以下的兒童，佔麻疹總死亡數的 96—98%（1925—1928 年）。一歲到二歲的兒童，死亡率最高，一歲以下及二—三歲的兒童死亡率略低。以後，死亡率隨年齡的增高而減低。小兒出生後之第二年，稱為「麻疹年」，此是因此種年齡的兒童，麻疹死亡率最高。但有時，乳兒的死亡率較一—二歲的兒童為高。三個月以內的兒童，麻疹死亡率極低；五個月至六個月，死亡率略高，六個月至二歲死亡率最高。

有極顯著全身性麻疹中毒現象的成人，通常致死率不高，倘若病人為長期未有麻疹流行地區的居民，則其麻疹致死率可以極高。此種病例是否因其只是對麻疹缺乏相對的免疫性，抑或對於伴存之微生物亦缺乏相對的免疫性；此等微生物主要為肺炎球菌，它在麻疹併發症及麻疹死亡率中起極大作用。

幼齡兒童中，患有虛弱症、佝僂病及各種消耗性疾病之（結核等）兒童，最難抵禦麻疹疾病，所以其致死率極高。此種兒童往往死於併發症，最常見者為支氣管肺炎。若有其他急性傳染病（猩紅熱、白喉、百日咳、流行性感冒等）存在，則麻疹的致死率顯著升高。致死率與兒童身體情況有關，尤其在幼齡兒童中。麻疹可使以前存在的病變（瘧疾、淋病、百日咳、猩紅熱、結核等）加劇，且能使此等疾病的死亡率增高（患麻疹後的結核死亡率）。

麻疹病情主要決定於三種因素：即病人的年齡（二歲以下的小兒比較危險），患者在病前之健康狀態及生活條件。而以生活因素（營養不良，居住的擁擠情況）對各組患兒之危險性有極大作用。

(4) 發病年齡分佈 五歲以下的兒童，發病率最高；五—九歲的兒童，發病率較低，九歲以上的兒童，發病率極低。約三分之二的兒童於四歲以下皆會患麻疹。六個月以內的兒童，患麻疹者極少見，出生三個月以內而獲得本病者乃屬例外。

麻疹患者大多數是嬰幼兒，據北京兒童醫院 1948—1950 年之門診統計 2139 例麻疹病者中，年齡自七個月至足二歲的病人佔 58.3%，自足二歲至五歲的病人佔 30%，共計佔 88.3%。

幼齡期間對麻疹的非感受性主要是由於被動免疫。年長兒童發病率之低，則因此種兒童已往會患麻疹。但在長期未有麻疹的地區，則不論其年齡大小，凡已往未染本病者均能得病。

(5) 季節性波動 麻疹的病情有季節性波動。麻疹發病率最高為冬春季，最低為秋夏季。在較寒冷的季節中，其發病率比在溫暖季節為高。但在任何時間，皆可見散發性病例。

第二節 麻疹病因及病理之西醫學說

Hektoen 氏於1905年證明麻疹是濾過性病毒所引起的傳染病，並在人自願者的試驗中，於麻疹患者出疹後30小時內取血作皮下接種，可使自願接種者感染麻疹而獲得成功。

1921年，Anderson 及 Goldberg 氏以出疹前或出疹後24—48小時內的病人血液，注射於猴（恒河猴）靜脈內，而證明猴對麻疹病毒有感受性。出疹後三天所採取的血液，對猴無傳染性。鼻咽部粘液亦有傳染能力，但其程度較低。現在有甚多研究工作證明在猴身上可以模擬出實驗性麻疹。Rake 及 Schaffer 氏將麻疹急性期患者之鼻咽洗出液或血液的濾過液，接種於鷄胚尿囊絨毛膜上使麻疹病毒得以生長而獲成功（1940年）。麻疹病毒在鷄胚上培植後，作動物或人的實驗感染時可使之發生麻疹。麻疹病毒尚可在鷄胚尿囊膜上接種傳代，經多次傳代後病毒之致病力減弱，若將此減弱之病毒，經各種途徑（吸入，皮內或皮下注射）接種於易感之兒童，被接種者多數僅發生輕型麻疹（Stokes, Q'Neill 1943）。

Wenckebach 氏於1938年，Ritossa 及 Von Mülell 氏於1941年，曾實現麻疹原生小體的染色。培養於鷄胚胎絨毛尿膜上的病毒，呈球菌狀，其體積介於牛痘病毒及流行感冒病毒之間。

在羅馬尼亞之 Nicolau, Cajal, Sepéano 及 Marinesco 氏等，曾用加入石炭酸的 isamine 染色法製成麻疹患者的眼淚、鼻粘膜、Филатов — Koplik 氏斑的壓痕標本，在其塗片標本上尋出麻疹病毒的原生小體，且與其前輩所確定之體積及形態相同。

現在已有極多培養麻疹病毒的方法（發育中的鷄胚胎、豚鼠睾丸內的轉種法等）。由下而研究出用帶有病毒之細菌的凝集反應作為病毒與抗體定量方法，此是極重要的事情（Сергиев 氏法）。抗體劑量及免疫體濃度測定後，才有可能實行主動免疫法。

麻疹病毒在病人機體內存在時間不久。表現為呼吸道及消化道粘膜卡他性發炎之麻疹早期症狀。此等麻疹症狀極顯著時，可能發生併發症（小支氣管炎、支氣管肺炎），但麻疹併發症往往不是麻疹病毒所引起，而為各種內原性或外原性細菌所引起者。各種併發症之類同性及其主要在呼吸系統或消化系統中的定位，乃是因麻疹病毒或其產物特別易於侵害此等系統所致（局部免疫性喪失）。

麻疹性肺炎之病原，主要是肺炎雙球菌，亦可能為其他細菌所引起（鏈球菌、流行性感冒桿菌等）。麻疹性結腸炎，主要是外原性之痢疾類感染。

在麻疹之發病原理中，主要的因素是衰弱狀態之產生致全身及局部免疫性降低，並因易受麻疹損害之臟器及組織（呼吸道及消化道）的免疫性降低。麻疹中體況衰弱之証據是 Pirquet 氏變

應性反應的消失，其中免疫體濃度的減低及補體濃度的減低較在其他感染中者持久。

於麻疹過程中，由於衰弱狀態及局部免疫性降低而引起的機體抵抗力降低。典型的麻疹性肺炎不是大葉型而是支氣管周圍型者，細菌所在部位的變化極嚴重，但病程緩慢。對喉炎，亦有同樣情形。麻疹中抵抗力的降低明顯表現在厭氣寄生菌（梭形螺旋菌）所引起的壞疽性併發症上，此種併發症通常發生於機體抵抗力降低時。

具有某種病理形態學及臨床特性的早期肺炎（彌漫性支氣管炎）乃是因麻疹病毒所引起，但有極大部分病例，麻疹中肺炎（尤其是晚期肺炎）的病原體是其他細菌所致，主要為肺炎雙球菌（90%以上），較少見者為鏈球菌等。

獲得關於麻疹病變發生機理的現代觀念，始能了解麻疹主要併發症（肺炎及結腸炎）的病原及發病原理。

結腸炎之病原體通常是痢疾族細菌。

麻疹併發症之病原體可能是外原性；但亦可能為潛隱性感染的顯現（加劇），麻疹前病變的重現，或併發感染的活動。

麻疹發病原理之特性，為麻疹病毒與其他病原體的並存，例如麻疹常與猩紅熱及類猩紅熱的鏈球菌感染伴發，在此種感染情況下，有顯著的膿毒性症狀羣。

蘇聯學者曾研究麻疹患者的腦電波，比較緩慢，認為大腦皮層內抑制過程佔優勢。此種高級神經活動的紊亂，年齡愈小，愈為嚴重。

麻疹及麻疹併發症之發病原理，對預防上有重要意義。麻疹對一般兒童的危險性並非完全一致者，其死亡率多在兩歲以下的幼兒，病兒（虛弱、佝僂病、活動性結核等），及營養與生活條件不良之兒童中。

第二節 麻疹病理解剖之西醫學說

(一) 麻疹中發現多核巨細胞 麻疹之病理解剖變化，可引起全身的淋巴組織顯著增生，如淋巴結及脾臟的增大，扁桃體、咽部組織、胸腺、闌尾等處可以發現多核巨細胞(Warthin-Finkeldey氏巨細胞)。

(二) 麻疹包涵體 從病理組織觀察，於麻疹時，在皮膚上皮細胞中，有細胞漿包涵體。此種包涵體是由Bwing氏在1909年首次報告，1920年Mallory及Medlar提出1925年Lipschütz等又作進一步的研究。

在病毒性疾患中，最重要之病理組織學變化是在與病毒作鬥爭的細胞中所產生的包涵體。

包涵體是一種在為病毒所寄生之細胞內所出現的新物質。它可能位於原形質或細胞核內，或同時存在於二者之中。包涵體多呈圓形或卵圓形，其大小在1—20微米之間，在大多數情況下對酸性染劑有親和性，此一點與它所寄居之細胞的染色性能不同。

包涵體是具有凝集、變質、而融合成圓形或卵圓形者，它是結構比較均勻的病毒集落；是因

被能阻遏病毒的致病性之細胞所起反應殺死的病毒小體而構成者。

(三) 皮膚變化 皮膚變化（皮疹）是非特異性局部尖性病變，表現為本皮上層充血，水腫及細胞浸潤，隨後上皮細胞發生迅速而不規則的角化，此項上皮剝落後，即變成糠麩狀脫皮現象。
(四) 淺表粘膜、呼吸道及消化道粘膜的變化 淺表粘膜、呼吸道粘膜及一部分消化道粘膜的變化為卡他炎性者，在嚴重病例並伴有粘膜表層壞死。出現於粘膜上的 Филатов -Koplik 氏斑亦伴有變性及部分上皮壞死的炎性病變，其後則發生不規則的角化，其中斑點之白色是因上皮層的壞死及角化所引起，上皮層失去透明性，不能顯出其下面的血管網。

麻疹主要之病理解剖變化是呼吸道方面的損害，其次是消化道及聽覺器官方面的損害。其它併發症（中樞神經系統損害，視覺器方面的損害等）極少見。

(五) 喉炎、支氣管炎、肺炎及胸膜炎之病理變化 呼吸道方面的併發症為喉炎、支氣管炎（小支氣管炎），肺炎及各種胸膜炎。

在麻疹中，病理解剖上常可見喉炎。喉炎常表現為定位於聲帶上的潰瘍性病變。喉部與下呼吸道（氣管、大支氣管）同時受損的病例比較少見。在喉頭損害中通常可見淺層小潰瘍或較深的小潰瘍，有淺層壞死，有時有纖維素沉着。在氣管上，病變常呈卡他化膿性，較少見者為淺層壞死性，有時亦有纖維素沉着（無白喉桿菌發現）。

肺部損害表現為小支氣管炎，肺炎及胸膜炎。肺炎可以再分為較常見的支氣管周圍性、小葉性及混合性肺炎。此外，可能有病灶性大葉肺炎（近乎大葉性肺炎）及極少見的真性大葉性肺炎。

在麻疹中支氣管周圍型肺炎之所以佔多數，是因炎症轉移至彈性纖維肌肉壁及支氣管周圍組織，並迅速累及肺組織之故。在此種肺炎中，行組織學檢查時，往往發現巨細胞，尤其是在幼兒中（СКВОРЧОВ 氏）。病程多半極長。有一部分病例，支氣管周圍浸潤轉為纖維結締組織，使該部分有輕度肉質變性。另一方面，上述支氣管壁內的壞死性病變能引起支氣管擴張。一部分麻疹性肺炎可能化膿；膿瘍性肺炎的發生率隨病程增長而增高。胸膜炎常與膿腫性肺炎相伴而生，但亦見於其它各種肺炎中。

據最近 Динзерлинг 氏之研究，在麻疹肺炎中通常所見的病理解剖變化有麻疹性、肺炎球菌性及鏈球菌性。

麻疹性肺部變化顯然是因麻疹病毒所引起，在病理解剖上表現為化膿性小支氣管炎及支氣管周圍性肺炎。嚴重之支氣管損害是此種肺炎的特徵（支氣管內有大量滲出液，支氣管壁內有顯著的炎性浸潤，有時鄰近的肺泡亦有浸潤）。麻疹性肺炎呈小灶性，據 Штейн 氏的資料，一部分病例在顯微鏡下為「無菌性」者（病毒性）。

在麻疹中較常見者為肺炎球菌性及鏈球菌性肺炎。此種繼發性肺炎發生在麻疹病毒所引起之一定變化的基礎上，其病理形態結構主要為支氣管周圍性肺炎等病變。但病原體之性質，尤其是作為病原體的鏈球菌存在時，對麻疹性肺炎的病理解剖表現（及臨床表現）有影響。

鏈球菌性肺炎之特徵為嚴重的支氣管及肺組織壞死性病變，並有周圍炎性浸潤（主要為白血球浸潤，有時其外圍有纖維素性肺炎區），而整個病灶周圍有無菌中毒性水腫區。

在肺炎球菌肺炎中，支氣管損害比較不嚴重，而有炎性白血球浸潤（部分小葉或較大部分），外圍有水腫區，其中含有大量肺炎球菌（在較早期的病灶中心部，通常無菌）。在肺炎球菌性肺炎中，無組織壞死現象，病變過程為循環性者。另一方面，滲出物吸收後，迅速恢復正常；相反若死於肺炎球菌性肺炎時，則發現細菌病灶周圍部有漸進性病變（Цинзерлинг 氏稱之為活動性感染病變）。

(六) 口炎、走馬疳及結腸炎之病理變化 消化道方面變化的發生率次於肺部損害；而其死亡原因中的意義亦次於肺部損害。此類併發症包括鵝口瘡潰瘍性口炎、口腔壞疽性病變（走馬疳）、結腸炎。口腔壞疽性損害常見於麻疹晚期而主要發生在結腸炎及長期肺炎病例中；此種損害亦可能定位於其它器官與組織（肺、女孩的生殖器）。

據 Василеостровская 傳染病院之解剖材料，因本病而發生腸道損害者有三分之一病例，據 СКВОРЧОВ 氏的資料則有 38.2%，只有在極少數之麻疹病例中，結腸炎對死亡結局有決定性作用。最常見者為卡他性結腸炎，其次為卡他化膿性結腸炎、潰瘍性結腸炎，再其次為纖維素壞死性結腸炎。在結腸炎中，分離出痢疾桿菌。

(七) 中耳炎之病理變化 在病理解剖時，往往發現中耳炎，但通常炎性病變並不蔓延於周圍骨組織。

(八) 腦膜炎及腦炎之病理變化 腦膜炎多是因肺炎而引起（雙球菌腦膜炎），極少因耳部損害而引起者。本病於最初數日內而發生麻疹性漿液性腦膜炎者，其發病率據 СКВОРЧОВ 氏的資料為 0.9%。

麻疹後所發生的腦炎，想必是因麻疹病毒所引起，檢查死於此病之患者的腦部，會分離出此種病毒。肉眼觀察，該腦部浮腫，有充血及散佈於灰質及白質的瘀斑性出血，後者尤以橋腦、延腦及脊髓下段的白質為多。顯微鏡檢查，有血管周圍細胞浸潤與白質小靜脈周圍髓鞘脫失的現象，惟軸索或神經細胞則損傷甚微。但麻疹性腦炎極少見，據 СКВОРЧОВ 氏的資料其發病率為 0.5%。

(九) 心臟之病理變化 心臟機能不全僅見於若干長期肺炎的病例中，尤其是支氣管周圍型者（右心擴張，一部分病例右心肥大、肝充血）。在此種病例中，可能有硬腦膜慢性血栓現象，繼以腦組織出血，其他部位的出血較少見（腎上腺）。心弱性栓塞能引起肺動脈及其分枝的栓塞。

(十) 猩紅熱或白喉伴發時之病理變化 麻疹與猩紅熱伴發時，腐敗性併發症數字增加，此等併發症可能呈復發的性質（淋巴腺炎、咽頭壞死等）；亦可見此一類復發與原發性猩紅熱及原發性猩紅熱毒血症的全部症狀（發疹等）同時出現。另一方面，與單純的麻疹病例相較，局部壞死性及膿腫性肺炎比較多見，因而化膿性胸膜炎之發生率亦較高。

在麻疹與無猩紅熱毒血症症狀的鏈球菌性感染伴發時，亦有同樣病變。在此種情況下，尤其是在幼齡兒童中，壞死性肺炎往往是主要者，甚至為唯一的鏈球菌性病變。此種壞死性肺炎，通常形成單獨的大病灶，獨立存在或與他型肺炎並存。病灶區組織水腫，分泌大量混濁液體；以後組織壞死並化膿。

在此種肺炎中，部位淋巴結損害的性質，一般類似在原發性猩紅熱鼻咽部損害中所見的部位淋巴結變化（Штейн 氏）。細菌學檢查時，此種病例中發現有溶血性鏈球菌。此種鏈球菌性病變可能與無顯著全身性猩紅熱反應的原發性猩紅熱病變相同（機體變化反應影響下，在極度減弱的麻疹感染中）。

當麻疹與白喉伴發時，麻疹所致之減弱局部抵抗力作用更為明顯。此種伴發情況絕大多數發生於呼吸道白喉中而絕不發生於中毒型白喉中。

無併發症之麻疹，極少有致命者。本病之死亡原因為併發症或其他感染（猩紅熱、白喉等）的併存。最多見之死亡原因是呼吸道損害。成為麻疹唯一或主要死亡原因的肺炎，其發病率根據СКВОРЧОВ 氏的資料為 81%，根據某兒童傳染病院（Т. А. Штейн 氏）的資料為 82%。

（十一）麻疹對結核病之影響 在病理解剖資料中，證明麻疹對結核的影響，若患者先有結核病，則常因此而加重結核的病變，使其重新活動或促其擴散及蔓延。

第四節 麻疹症狀之西醫學說

感染麻疹病毒後，經過十至十一日之潛伏期，則有初期症狀出現，感受後十三至十五日，開始出現皮疹。其潛伏期不及一星期者，殊屬罕見。曾用血清防治之病例，可能超過三星期。

（一）麻疹的分期 本病除潛伏期外，在臨牀上可分為三期，茲分述如下：

（1）侵襲期或卡他期 此期是由開始發熱至出現皮疹之一段時期。以發熱（39°—40°C）、全身不適、食慾不振、流淚、結合膜充血、咽炎、上呼吸道卡他炎及口鼻粘膜之充血為特徵。至口腔頰粘膜上出現典型的費拉托夫——科濱力克氏斑點以後，亦即起病後第二或第三日，侵襲期則已中止。於出疹之前，熱度可能稍見減退，但通常體溫曲線變化頗多，或體溫逐漸上升，至皮疹出現時，其溫度達最高點，或於起病後即迅速上升，其皮疹達最高點前，高溫仍持續存在，用血清防治者，體溫常較低，恒不超過 38°C。

起病後不久，眼粘膜紅腫而流淚，且常羞明，眼下瞼結合膜始則有一充血帶〔史汀生氏（Stimson）徵〕，約相隔一日，全部結合膜發生充血現象。患者鼻部有稀膿性分泌物。整個病程內，可能持續有噴嚏或嘶啞，及頻繁的乾咳，熱度驟升時，可發生嘔吐、腹瀉、腹痛等症狀。有時昏睡。偶見驚厥。

於侵襲期之第二至三日起，在頰粘膜之貼近臼齒處發見微小白點，稍稍隆起，直徑為 0.5—1 毫米，有時有紅暈環繞，此即是費拉托夫——科濱力克氏斑點，是因頰粘膜下層的微小分泌腺發生炎性損害所致，對於麻疹之早期診斷起決定性作用。此斑初起時極稀少，並非常細小，應利用強的日光或日光燈檢查，天然日光比燈光更為明顯。斑點之數量增加甚速，在一二日內即密佈兩頰，至出疹之第一日，斑點大都瀰漫整個頰粘膜，往往互相融合，成為較大白斑，與鵝口瘡相似。因此，必須注意晚期之斑點與初起時的形態完全不同。偶見少數病兒，此斑點發生甚遲，幾與皮疹同時出現。皮疹發足時，此斑即迅速消失。費——科氏斑僅限頰內與唇內，不侵顎部。麻疹患

者之 90% 以上皆有此種症狀，但曾經被動性免疫注射之人，其症狀減輕，可以不見此種斑點。

在侵襲期內，偶有類似傷寒的玫瑰疹或輕性藥物紅斑疹或猩紅熱紅斑之前驅皮疹出現。但此種現象，在正型皮疹出現前，常即消失。侵襲期中，常有白血球減少現象（淋巴球作絕對的減少），其脾臟可能觸知。

通常在侵襲期第三日發生內疹，在軟鄂、懸壅垂、及扁桃體上有紅點（麻疹粘膜斑）。

(2) 發疹期 皮疹出現於感受後約十四日，發熱後三—四日，費——科氏斑點發現後二—三日。皮疹持續四五日，惟亦可能長達一週。皮疹始見於髮際、耳後、頸部及前額。漸次自上而下，瀰漫全身，最後達於四肢。初如微隆起之鮮紅色小斑疹，迅即為暗赤色斑點。在皮疹發展時，各斑逐漸擴大，融合為不規則之紅斑，而尤以在面部及背部者為然，但其中仍有殘餘之健康皮膚可見。疹發後，一般症狀常見增劇，體溫常升至 $39^{\circ}\text{--}40^{\circ}\text{C}$ 。患者自訴癢癢灼熱，顏面浮腫，眼紅腫而畏光。原為漿液性的鼻分泌物，此時常已變為膿性。乾咳頻作，聲音嘶啞。當皮疹發透後，其病情即轉入恢復期，此時病者一般情況大見改善。

(3) 恢復期 皮疹發透之後，如無併發症，則患者體溫迅速下降，卡他症狀消退，咳嗽減少，其皮疹亦依發生之次序而逐漸消失，初尚遺留棕色斑痕，繼則呈糠粃細屑，而自行脫落，此病常即結束。此種脫屑，並無傳染性。

官府將酒送田
皇廷兒臣體質羸弱一介不善得病投醫
此係在小有重病的後期

麻疹臨床症狀之輕重分爲輕、重、順、逆的類型，此後中國醫家又分爲順症、逆症、險症三型，順症經過良好，逆症較爲嚴重，險症多屬危急，於本書第一章中曾有詳細的論述。現代醫學亦將本病分爲數型，茲錄之如下：

(1) 緩和性麻疹 此型潛伏期一般均延長，侵襲期缺如或縮短至一二日，其熱度可能極高，但爲期短暫，或時間雖長（經過全部侵襲期或發疹期），而熱度尚低。卡他性徵狀輕微，費科氏徵狀常不出現，發疹多是稀疏者（但有時亦有相當多量，惟迅即消散，無一般麻疹所特有的階段性發展）；疾病之經過極輕，通常無併發病。

此種輕型的經過，往往見於四—五個月以下的小兒，此時先天性被動免疫開始消失，但尚未完全消失。或患者雖曾經進行抗麻疹接種，但仍未能防止麻疹的發生，此時遂以輕減的類型出現（所謂緩和性麻疹）。

(3) 出血性麻疹(黑麻疹) 患者發高熱，有衰竭與休克的徵象。皮疹出現後，全身有紫斑甚多。鼻或咽部粘膜，或有出血現象，同時可能有便血，其情況嚴重，預後往往不良，但此病甚為少見。

(4) 麻疹之內攻 病者當發疹正旺時，其皮疹忽然迅速消退，而代以皮膚蒼白及發紺，脈搏細小，呼吸困難，乃至迅速發生虛脫症狀。此現象即中醫所謂內攻，此時之併發症最多為肺炎，但

亦有不併合肺炎而發生其他的嚴重併發症者，有人認為此因過於受涼所致，但亦未必完全如此，有時即使使用冰囊，亦並不發生內攻。此種現象可能是體質的關係，是一種易於引起血管虛脫的體質。又因麻疹時頗易引起內臟充血，因而身體表面的小血管即陷於麻痺，血液集積於內臟，於急劇時則發生內攻（在病理解剖上，內臟尤以肺臟的充血極為強烈）。又常在內攻時排出血便。觀察上文所述，則可以考慮其腸管的充血亦甚強。

第五節 麻疹併發症之西醫學說

麻疹能使病者特別易罹繼發性感染，亦能使敏感反應暫時減少。且常因鏈球菌，肺炎雙球菌，流行性感冒桿菌，或葡萄球菌之繼發性感染而發生各種併發症。尤以上呼吸道，耳部，鼻副竇，喉部及肺部的感染，最為常見。麻疹在任何病期內，皆能發生併發症，惟以發疹之晚期內發生者為最多。茲將比較重要之併發症分述如下：

(一) 支氣管肺炎 支氣管肺炎常在發疹晚期中出現。此時皮疹已開始消退，惟患者情況不見進步，仍繼續發熱，咳嗽較多（咳時可聞喉中痰聲，但咳出後又多咽下），有呼吸急促、鼻翼搗動、呻吟不安、脈搏頻數（速脈）及衰竭等症狀。唇及指甲牀作青紫色。發熱殊不規則，體溫可能稍見增高，或高低不定，或則極高。患者往往有腹瀉，有時伴有嘔吐。如病情更為嚴重，則氣急而缺氧是劇度發绀呼吸困難或譫語昏睡全身逕慄此時往往因心力衰竭而死。麻疹後

肺炎易於發生破壞性化膿性病變，有時變成慢性肺炎或支氣管擴張，有時形成胸膜炎或膿胸。
支氣管肺炎為麻疹最常見及最嚴重之併發症，且為麻疹的主要致死原因。因麻疹病毒經常損及支氣管的粘膜與淋巴管及肺泡之間隔，使患者對其他傳染病之抵抗力減低而易罹續發性感染，故鏈球菌，肺炎球菌，葡萄球菌及流行性感冒桿菌等易由機體之內部或外部侵入，此等病菌於麻疹後肺炎之病因學上發生主要作用。小兒愈小，則愈易併發肺炎，雖在任何年齡皆可發生，惟以三歲以下之幼兒為多見，且特別常發生於患佝僂病，營養不良及其他身體虛弱抵抗力降低的病兒。

麻疹肺炎大都為分散性粟粒型病灶。其臨床診斷，可依據症狀、體徵及X線檢查以互相配合而加以鑑別，則診斷並無困難。其困難為吾人不易決定何時只為一單純的支氣管炎，何時已侵及肺實質。而彌散性支氣管肺炎與毛細支氣管炎之界限亦不甚明顯，但實際上不甚重要，蓋治療方法並無不同之處。

早期治療能預防嚴重型肺炎及其續發症之發生。所以在麻疹時肺部罹患之早期診斷與及時的適當治療最為重要。

(二) 中耳炎 麻疹病毒往往減低粘膜對鏈球菌的抵抗力，故易發生中耳炎。病者以耳痛為主要的病徵，但嬰兒及幼兒不能訴說，故吾人必須間接證明之。常見小兒啼哭不止，其母有時全夜將小兒抱於懷中而迴旋行走。小兒將頭左右搖動，較長者常以小手擊病耳。輕壓耳珠即大哭不止。體溫大都甚高。有嘔吐腹瀉或虛性腦膜炎症象。

幼兒耳道頗狹，歐氏(Eustachi)耳咽管較成人為短而寬，如咽部發炎極易蔓延侵及中耳。

用耳鏡檢查鼓膜之光反射最有診斷價值，光反射消失為中耳疾病最初的病徵。並可能有鼓膜紅腫及膨大的症狀。若有光反射，則決無中耳炎。麻疹後中耳炎是因續發性細菌傳染所致，如因溶血性鏈球菌感染，則鼓膜表面可發生小水泡，因流行性感冒桿菌感染，則鼓膜可見血泡。

由中耳炎續發乳突炎或慢性耳聾症，較猩紅熱後所見者為少。乳突炎之症狀，其體溫曲線，早晨下降，下午劇升，耳後組織發紅、腫脹、捫診乳突部時疼痛，末梢血液呈中性白血球增多。
(三)喉炎(喉部發炎)此症可能於麻疹之侵襲期已開始發生，早期喉炎是因喉粘膜卡他所致；臨牀上表現為聲音嘶啞、粗糙、間有犬吠狀之咳嗽。有時小兒在侵襲期末與發疹期第一日可能發生假性格魯布（假性格魯布為喉炎之一型）徵候羣。此等現象一般於發疹期結束時消失。根據急性的發病，及無失音症之存在且有麻疹侵襲期的徵候，即可能將早期麻疹性格魯布與白喉性格魯布相區別。

通常非白喉性及白喉性喉炎頗易辨別：非白喉型（甲）聲帶正常或略有紅腫；發炎主要在聲門下（聲門下喉炎），故雖有顯著的喘鳴而不致失音。（乙）病徵大都突然發生，體溫甚高。
(丙)無毒性灰白色面容，抑鬱及循環障礙。（丁）傳染可蔓延至其他氣道及咽部。（戊）扁桃體上無白膜。

但喉炎亦常有發生於發疹期末或皮疹的色素沉着期。晚期喉炎是因喉粘膜的潰瘍壞死性病變所引起。此時如有聲音消失（失音），咳嗽初則粗糙，繼則變為無聲，且更有喉頭狹窄的徵候（呼必要時進行下列的措施：（1）迅速注射抗白喉血清（不少於20,000單位）以免延誤病情，（2）將病兒與其他病人隔離，（3）進行咽鼻腔粘液的白喉培養（11至13次）。

(四)口腔炎(口腔粘膜發炎)此症為麻疹常見的併發症之一，在粘膜上出現鵝口瘡、壞死、小潰瘍。口腔炎常發生於年幼體弱之小兒，與麻疹其他之續發症同時發生，但有時亦可發生於強壯之小兒，可能為麻疹唯一的續發症。

體弱麻疹患兒之併發症，如口腔壞疽性病變（走馬疳）近年經已少見。

(五)結腸炎腸管之併發症極為常見。在侵襲期與發疹期可能發生腹瀉，是因麻疹病毒所引起，但通常至痊愈期腹瀉即開始停止，其病情並不嚴重。晚發的結腸炎，有粘液性或血性腹瀉，大便次數不定（一晝夜三—四次至十一—十二次），偶有裏急後重或腹痛，常因痢疾性傳染所致，多發生於以前曾患痢疾，或與痢疾患者曾經接觸之小兒。麻疹的痢疾性結腸炎往往呈遷延性經過，尤其在幼兒，能使其狀態嚴重，引起營養不良、消耗，而有時亦能導致死亡。

(六)腦炎在麻疹的皮疹出現後第三—五日，當體溫已恢復平溫時，忽然再發高熱。同時病者出現嗜眠狀態，往往加重至昏迷的程度；時而出現興奮不安、意識不清、譖妄。麻痺驟急發生，呈發作狀，時常取半身不遂或單癱的形式。在肢體麻痺出現以前，往往先有痙攣，通常見於後來發生麻痺之某一肢體。神經症狀亦可在數日內逐漸發生。除麻痺之外，更有運動過強、共濟失調、眼球震顫、面神經損害、失明。黑蒙通常是因球後視神經炎而起，後來可以消退。本病之腦脊髓液頗為澄清，惟壓力增高。細胞計數或屬正常或有淋巴球增多現象（高達200細胞）。球蛋白含

量升高，糖含量正常。

麻疹性腦炎之死亡率相當巨大，平均從 10—15% 至 25%。在生存之病例中，患者 50—60% 有後遺症，如輕癱、癲癇狀發作、精神性全身運動不安、記憶力和智力減退，有時成爲痴呆。

麻疹性腦炎之原因及發病機理，究竟是否以麻疹的濾過性病毒爲其病原體，抑或是因麻疹性中毒而起：此一問題目前尚未闡明。本病之所以發生，亦可能與某種特殊病毒被全身感染所激動有關。若干作者特別指出變應性在麻疹性腦炎發生上的意義。但多數學者深信本病是因麻疹病毒本身侵入腦部所致。但麻疹性腦炎極少見，據 СКОВОРЧОВ 氏的資料其發病率爲 0.5%。麻疹嚴重如何，與腦炎之發生與否無明顯關係。

(七) 維生素缺乏症 最常見者爲甲種維生素缺乏，引起角膜乾燥或角膜潰瘍，輕者痊愈後角膜留有白翳，重者角膜穿孔失明，此症多發生於營養不良之患者。

(八) 其他疾患 心臟普通不受麻疹之影響。但若併發肺炎等重病，則可能續發心臟障礙或衰弱等病變。麻疹後常發生頸腺炎，惟通常並不嚴重。麻疹病程中，尿液雖屬正常，惟有高熱之病人，可能發生蛋白尿症，但併發腎炎則甚爲罕見。

(九) 麻疹與結核 有結核病之兒童罹患麻疹時，其麻疹的經過，與結核之病變，皆可能發生惡化。兒童本有結核菌素試驗陽性反應者，一旦發生麻疹以後，每變爲陰性，可見麻疹確能降低兒童對於結核菌之抵抗力。

註：結核病兒可能發生極嚴重之麻疹後肺炎，牛痘特別明顯的中毒，並發展極速，轉歸往往嚴重。

麻疹爲結核的感染造成有利條件。麻疹對已有結核感染的影響特別明顯。小兒愈小，麻疹感染所產生的後果愈爲嚴重。例如，在年長兒，麻疹感染的影響可能僅限於結核病灶的惡化。而在幼兒，特別是乳兒在麻疹的影響下，其結核之發展可能變爲肺臟的播散性結核、粟粒性結核、結核性腦膜炎。

有時小兒在麻疹以前完全未診斷爲結核或斷爲結核中毒，其發育令人滿意，父母及治療醫師皆認爲他的身體健康，但在麻疹急性期結束後不久則有發熱，並在肺部發生病變。有時頗難斷定病者是否有晚期的麻疹後肺炎，或是肺結核，因此兩種疾病之臨床症狀極相似。但根據較明顯的叩診變化，疾病之長期性，不斷增加的消瘦，采用麻疹後肺炎之治療無效，則應考慮其是否感染結核病。此時必須將病者的病史材料（與結核病人的接觸，麻疹前結核菌素試驗陽性），其他器官方面的變化（肝脾腫大）及肺部的 X 線照片加以精密研究，方能下一正確診斷，因在結核時可見肺部較典型的病變與肺門淋巴腺方面的典型變化。

(十) 麻疹與白喉、猩紅熱、百日咳之併發 麻疹病毒使粘膜對其他傳染病之抵抗力減低，因此續發性細菌傳染甚多。麻疹傳染使感受白喉、猩紅熱及百日咳之敏感性增高。麻疹與白喉併發預後不佳。與猩紅熱併發，則幼兒之病死率較年長兒爲高，與百日咳併發時，預後亦不佳，此種情況常常引起死亡，或引起慢性肺部病變（支氣管擴張、肺氣腫等）。

第六節 麻疹診斷之西醫學說

(一) 一般診斷 在侵襲期(卡他期)可借費拉托夫——科濱力克氏斑(費——科氏斑)而獲得決定的診斷。在發疹期診斷並無困難，較難者只有頓挫性病例。只須具有關於麻疹主要症狀及特殊症狀之實際知識，則能完成此項任務。

費——科氏斑是侵襲期非常特殊的症狀，出現於侵襲期第二或第三日者佔90%以上，但亦有遲至侵襲期的晚期始行出現者，如曾注射血清之病人，則常無此種斑點出現。此斑有時可能與口腔粘膜上之小型鵝口瘡性口炎、稀少而不明顯的鵝口瘡、庖疹及白色的小粘液腺等相似。

但小型之鵝口瘡口炎中，可見較大的鵝口瘡潰瘍性損害；此外，此等病變與費——科氏斑不同，因其並不以白色小圓頂的形狀突出於粘膜表面而陷入粘膜內(粘膜缺陷)。在分散的鵝口瘡之間亦雜有較大的鵝口瘡；若有疑問，可採取其內含物作顯微鏡檢查。粘膜上的庖疹貼近齒齦，每與鵝口瘡口炎伴發，且極為少見。白色的小粘液腺可能類似費——科氏斑，但其上覆有帶光澤的粘膜。

在侵襲期之費——科氏斑點，為有力的診斷根據。但在極初期，或侵襲期終的前後，因時期的關係，有時不見費——科氏斑點出現。此時應注意病者所發生的內疹(在軟頸、懸雍垂及扁桃體上有紅點)與口腔粘膜的充血，及同時頰粘膜失去光澤及滑潤。因普通的感冒是無此種現象者。

至發生皮疹之極期，大致可免診斷錯誤。因此時其皮疹之性狀是暗紅色，融合性強，與健康皮膚之境界鮮明，及尿的重氮反應為陽性等，即可作出診斷。但在皮疹發生之初期，因僅是淡紅色的丘疹，有時可能誤認是其他疾病。此時必須根據內疹的強弱及有無而加以鑑別。

典型的麻疹病者，其特殊之卡他症狀及下瞼浮腫等均有診斷價值。倘有疑問，則血液檢查(白血球減少徵、淋巴球增多徵)及流行病學資料(曾與麻疹患者接觸)，對診斷有極大的助力。

在麻疹出疹期間，除粘膜及血液方面的症狀外，皮膚方面亦有特殊變化，應注意皮疹的形態及其發展性質。

多數麻疹患者可能迅速斷定，但一部分病例在診斷上仍有極大困難，必須與其他疾病加以精密的鑑別。

(二) 鑑別診斷 在侵襲期，費——科氏斑尚未出現之前，須與流行性感冒作鑑別診斷。於此種情況下，須在粘膜疹出現前一二日或在最初的皮疹出現前作最後決定。

(1) 流行性感冒 在侵襲期中，如無費——科氏斑出現，則必須與流行性感冒作鑑別診斷。於此種情況下，須在粘膜疹出現前一二日或在最初的皮疹出現前作最後決定。

(2) 風疹 (RUBEOLA) 風疹之臨床表現類似輕型麻疹。潛伏期為二三週。常無卡他現象(即使有，通常亦極輕)及高熱。常有持續二三日低熱的情況下，突然出現分散的鮮紅色上疹，從頭上有髮部分與面部開始；其皮疹以波浪形式逐漸蔓延於全身，全身可能先後均被波及，但同時發疹的情況比較少見。上肢伸展面，皮疹較多。有時，身體各部位的皮疹性質不同，有融合成

片者。可能爲丘疹及小疱。皮疹持續二—三日後完全消退，並無色素沉着及皮膚脫屑現象。有時軟顎粘膜有不明顯之粘膜疹。無費——科氏症狀。有顯著的枕骨下及後頸部淋巴腺腫，且多少有按壓痛。脾臟可以觸及。

(3) 幼兒急診 (Exanthema subitum) 幼兒急疹是突然起病，有高熱達 40°C ，一般情況通常無多大變化。有時因有嘔吐，腹瀉或熱性驚厥而誤斷爲其他嚴重疾病。咽部略紅，枕部及耳後部淋巴腺腫脹，此外無其他局部病徵。發熱繼續二—四日乃突然下降。此時發生麻疹狀或風疹狀皮疹，主要在軀幹部，漸及於四肢與面部。一—三日後皮疹消失。血內白血球減低達2000—4000，中性球絕對減少，淋巴球相對增多。

本病預後極佳，但因開始似甚危險且發病率甚高，故必須認識本病。

(4) 猩紅熱 本病自開始即發高熱，同時發生嘔吐、頭痛、咽痛及咽部紅腫。在發熱的當日至第三日發現「猩紅熱狀」皮疹，與麻疹或風疹不同，不自顏面開始發生。且在肉眼上顏面無皮疹，只現潮紅。口之周圍及頤部反而蒼白。因此，若顏面有顯著的皮疹時，則爲猩紅熱以外的疾病，或其異型。

開始發疹是由病者之軀幹起，即前胸部、頸部、腋窩、大腿內側及腰部。然後擴展至全身，不波及於顏面。發疹之大小如粟粒大，密集的部位呈彌漫性紅色，與健康皮膚的境界不明顯，其甚者全身變爲猩紅色，疹之頂點有時亦形成小水泡。至於有無癢感則因人而異。

(5) 天花 (痘瘡) 天花與麻疹之皮疹，皆在起病後三—四日發生。天花的典型病例有下列特點：

前驅期時發熱，骶骨疼痛，在西蒙諾夫三角部出現前驅期皮疹，於發疹期與其他急性發疹性傳染病相反，皮疹出現時體溫下降。麻疹的特點是前驅期有卡他現象，發疹時體溫增高。且二者之丘疹不同，麻疹丘疹柔軟、膚淺，天花丘疹較硬，呈深紅色。應根據皮疹的特點及疾病的經過而作出確定診斷。

(6) 斑疹傷寒 本病的發疹，多在發病之第四日前後全部出現，是一種薔薇疹，頗類似腸傷寒之薔薇疹，呈圓形或橢圓形，淡紅色，爲散在性而不密集。其皮疹不似腸傷寒時僅見於胸腹部，且出現於四肢。此薔薇疹初起時以指壓之即消失，及其一部分發生出血，則變成紅銅色，此時即以指壓亦不褪色。有時其斑疹有顯著的出血。好發部位爲肩胛部、腋窩之前面及背面、腰部、胸部、上肢、背部、腹部及大腿外側雖多，惟面部則少。

麻疹在侵襲期之特徵爲鼻卡他、咳嗽、羞明及費——科氏斑等，皮疹通常從疾病之第四日出現於面部，翌日即散佈於軀幹及上肢，再次日散佈於下肢。此等症狀與斑疹傷寒不同，不難作出確診。(7) 血清病、敗血病及藥物性皮疹 血清病、敗血病及藥物皮疹之特點，除形態學及分佈的部位與性質有某種不同外，可根據病歷及症狀而加以確定。

(8) 急性皮疹之鑑別診斷 因麻疹、風疹、猩紅熱、天花、幼兒急疹等疾病均可發生皮疹。故吾人不可只憑皮疹之外觀以建立診斷，準確的診斷必須有詳細之病史及各方面的檢查。

吾人必須留意疾病流行之狀況，根據潛伏期之長短探究傳染的來源。因藥物疹甚多，所以應問病者，在新近有無服用退熱劑，巴比妥酸劑，碘胺劑，阿托品，水銀製劑（甘汞）等。

最初病徵常有診斷價值，嘔吐及咽痛大都為猩紅熱；卡他病徵大都為麻疹，若為輕性者可能是風疹。麻疹（流涕、結膜炎，咳嗽，內疹，費——科氏斑）、猩紅熱（咽峽炎及內疹）、天花、幼兒急疹（三日熱疹）等均有前驅期症狀；但在水痘，風疹及傳染性紅斑則缺如，該症等大都一開始即有皮疹。

發熱及皮疹之關係亦頗重要。麻疹之皮疹常發生於第二次發熱時；天花及孢疹熱之皮疹發生於體溫下降時；幼兒急疹發生於體溫正常時。

嗣後乃判斷皮疹本身：麻疹皮疹不規則，為大斑狀，猩紅熱為小斑狀；風疹為多形性中斑狀，鮮有互相融合者；傳染性紅斑皮疹最大，中間常變白。頓挫性皮疹常無典型，較難診斷。在許多疾病，例如水痘，流行性感冒等開始時常有麻疹狀或猩紅熱狀前驅疹，又增加許多診斷困難。

皮疹之地位常頗典型。麻疹皮疹為普遍性，風疹及幼兒急疹亦為普遍性，但比較稀少。猩紅熱皮疹不侵害面部，而以在腹股溝，腋下及大腿內側為最多。傳染性紅斑及風疹典型者其面部皮疹成蝶狀，並見於四肢伸側。

多形滲出性紅斑與大多數的皮疹相反，特別在手足部為最多。

皮疹蔓延之方式亦可用以鑑別診斷。對麻疹最有價值：麻疹的皮疹最初發生於面部及頸部，漸漸蔓延達軀幹部，最後達於四肢。其他麻疹狀毒性皮疹或藥物疹之發展均無定律。

水泡狀皮疹可發生於多種疾病。最重要者為區別水痘、天花及變性型天花。水痘孢疹卵圓形，天花痘疤圓形，二者對診斷極有價值。此外部位亦不同，水痘鮮有侵患末端者，然天花最多發生

於面部，手部及足部。水痘狀尋麻疹從不發生於有毛髮之頭部及粘膜上。帶狀孢疹大都半側性，若成普遍性，則難與水痘區別。

血像亦頗有價值。多核白血球及嗜伊紅球增多表示猩紅熱，白血球減少表示麻疹或幼兒急疹。在傳染性紅斑可有輕微嗜伊紅球增多。其他血像接近正常而漿細胞（Plasmacell）增多者為風疹。

檢查小便亦可能解決疑問。發熱性蛋白尿，丙酮尿及尿胆元尿在猩紅熱為多見。麻疹常有陽性重氮反應。其他皮疹之小便正常。

特別檢查，例如咽部溶血性鏈球菌及斑疹消失現象之於猩紅熱，兔角膜接種之於天花，均極有價值。

詳細檢查常可建立正確診斷。只輕微之猩紅熱為例外，此則必須待至脫皮時。嬰兒及小兒常有頓挫性疾病，輒使診斷困難。

毒性及藥物疹常為多形性，或麻疹狀，風疹狀，甚少為猩紅熱狀。且藥物疹常在用藥後八—十二日發生。

第七節 麻疹預後之西醫學說

判斷麻疹之預後，以中毒性是否強烈，及有無併發肺炎而加以決定。患麻疹而死亡者，大多數因併發肺炎所致。根據臨床經驗，與其按熱之高低及發疹之強弱，而加以判斷，反不如按意識

狀態之如何以作為決定的方針。意識始終是清明者，可認為未有中毒症狀；如陷於嗜眠狀態者，即可認為具有強度的中毒病象，而預後多數不良。有發紺者，則有急性循環不全之慮；呼吸急促者，必須考慮其是否併發肺炎。

麻疹之預後，更因小兒之年齡與狀態及有無併發病而決定。茲分述如下：

(一) 年齡 在個別麻疹流行中，病程之嚴重程度及致死率極不一致。由六個月至三歲以下之幼兒，其病情嚴重，特別是對於患佝僂病、結核病、虛弱及病前情況不佳之小兒，則更為危險。但大部分之死亡，並不因麻疹本身，而是由於併發病所致。

(二) 併發病 無併發病之麻疹極少死亡。麻疹患者之死亡原因是併發病，主要為支氣管肺炎，約90%麻疹死亡者是因肺炎所引起。在麻疹中，肺炎極常見，其病程嚴重，致死率高。而幼兒，除此之外，更有因結腸炎，消耗、膿毒病與走馬疳而致死者。

當麻疹與其他急性傳染病（麻疹與猩紅熱，麻疹與白喉）同時罹患，則其死亡率更高。同時併發百日咳、桿菌痢疾或流行性感冒時，其病情亦較為嚴重。

先有隱性或輕性之結核病，往往於麻疹感染之後變成重症，且有因此而引起粟粒性結核或結核性腦膜炎。故遠期預後，麻疹對結核之影響有直接關係。不可視麻疹為無關重要的輕病。應認為一大部分結核病例及結核死亡例是與麻疹有關，此一意見是甚為正確者。

(三) 居室擁擠 居室狹隘而人口衆多，則空氣不足，而病者又難以隔離，因此，容易發生續發性感染，如引起嚴重之併發病，則其病死率較高。

此外，護理調養不當之患兒，最易發生併發病。營養不良之幼兒，其預後較劣。未滿六個月之嬰兒，因其有先天性免疫力之故，所以極少死亡。未及學齡之兒童，死亡率最高；其後之兒童期中，死亡率即迅速下降。

第八節 麻疹預防之西醫學說

(一) 衛生宣傳 在發動羣衆以預防麻疹之高度死亡率，必須展開宣傳教育，對兒童之母親、保育員、小學教員等，用座談會、演講會、幻燈、電影等方式，宣傳關於麻疹之常識，並及時的家庭護理、報告與隔離及被動免疫等方法，特別說明麻疹病人不宜出門就診。在農村地區更須以顯淺的方法而加以詳細解釋。

(二) 報告與隔離 此等方法雖然不能全部制止麻疹之散播，但亦可以減少其散播的迅速性。地區防疫員與基層醫療單位的醫生根據報告，即當訪視或診察患者，並告訴患者之家長應如何護理，且立即施用隔離方法，以避免病者與他人接觸的機會，因此即能減少呼吸道之併發症及其他傳染病的危險。如一家之中有麻疹病兒二人，亦須分室隔離。如必須住在一室，則二人之間亦應距離六至十二尺，並用屏風或布幔間隔，使二人縱有併發症亦不致互相傳染。在病房中如有各種併發症之麻疹病者，亦應單獨隔離。在訪視工作中，如發現其他麻疹病人及接觸麻疹的易感兒童，應予以各種的指導。

麻疹病者於出疹後第六日即無傳染性，此時無須隔離。若因免疫注射而得輕症麻疹，則於症狀消除後第一日可以免除隔離。但本病於卡他期已有傳染性。麻疹病毒不能長久生存於體外，所以間接傳染之可能性極小，故病者之家長無須隔離。

(三) 被動性免疫 被動性免疫法即是注射抗體於接觸受染之兒童（如需完全免疫應用大劑量，需部分免疫則用小劑量），使其暫行發生抵抗病毒的能力。被動免疫只能縮小流行範圍，減少病死率，但不能消滅麻疹。

自動免疫尚在研究中。現在所用者皆為被動免疫法，其有效時期甚短，僅能維持一——二個月。被動免疫之目的，在求渡過此次流行，例如小兒身體衰弱、有病（潛在性結核、百日咳等）、年齡太小（六——十八個月）或此次流行病勢兇險等，亦有因醫院中欲防止無限制的傳染而使用被動免疫法。此外亦有因欲使小兒發生比較輕症麻疹而使用者。

本病通常應用之抗體有四種，此等理論載在兒科學及傳染病學等書中，本書因限於篇幅，未能選錄。

(四) 自動性免疫 近年不少醫學家進行研究麻疹之自動免疫法，擬利用麻疹病毒以製成自動免疫的疫苗，但至今尚未成功。Rake 與 Shaffer 氏等（1940年）及 Stokes 氏等（1943年）利用鷄胚的絨毛尿囊膜，培養麻疹濾過毒，經多次移植之後，毒力減退，用以接種嬰兒，發生輕症，獲得幾許免疫力，但其後如再使受染，則仍有69%的發病率（Maris氏等1949年），證明因此種接種而獲得之免疫力並不充實。蘇聯 Иоффе 及 Сергиев 等氏在此方面作出極多研究，自動免疫成功之希望較大。Иоффе 氏謂：抗原最好用滴鼻與洗咽方法接種在粘膜上，因此等方法對人體發生最少的傷害；接種後2—4小時能在血內查出抗原，雖然臨牀上並無反應，但兩星期後在血清內可見抗體；兒童在接種疫苗之後只有三分之一得典型病，餘為輕型或無症狀。今後之主要研究任務，必須獲得一種活力穩定之減毒活病毒的疫苗。

第十一回 麻疹之療法

麻疹為兒童最普遍之急性傳染病，著者對於本病，根據中西醫理，研究中藥效能，更本個人診療經驗，以製成治療本病之方劑。此等方劑（黃氏麻疹有效等湯方）製成之後，於一九二一年即以之施於臨床實用，在此數十年中，經診麻疹患者共一千二百四十七例，皆以此等方劑為之治療，得獲良效。以之施於無併發症之麻疹患者，不只能迅速治癒，且足以預防其併發症之發生，而施於有併發症之患者（腦炎及肺炎之末期除外），亦有良效。麻疹之病原，確為麻疹病毒，但患者如無續發感染，則亦無從引起支氣管肺炎等併發症（因麻疹病毒而引起肺炎之病例甚為少見），此等併發症之病原體，以肺炎雙球菌、鏈球菌、葡萄球菌、流感病毒及流感桿菌等為最常見，其病因病理為現代醫家所共知。著者施用黃氏麻疹有效湯及此書所載之方劑，以治療麻疹及其併發症，得獲滿意效果，根據臨床實驗之證明，顯見此等方劑足以消滅麻疹病毒及其併發症之病原體，以收原因治療之效，始能使患者得獲清痊。用特將此等方劑編成是書，以備推廣應用。

第一節 麻疹及其併發症之有效方劑

(一) 黃氏麻疹有效湯方	八錢
玄 參	七錢
鮮竹葉	三錢五分
連翹壳	三錢五分
牛蒡子	三錢五分
桔 蔴 根	三錢五分
桑 白 皮	三錢五分
牡 丹 皮	三錢五分
杭 白 菊 花	三錢
梔 子 皮	三錢
條 黃 苓	二錢
薄 荷 葉	三分

(1) 煎法 上藥十一味，除薄荷葉之外，以淨水（飲料水）一千一百五十毫升（即1,250 cc. 約等於大飯碗之兩碗八分），同納入陶器（該煎藥器不可用金屬製者，尤忌用銅器）內，放在爐

上煎之（要用中等火候，不可過文過武），煎至二百七十毫升（即 270 cc 約等於大飯碗一碗之七分），去渣，再將該煎成之藥水煮沸，然後將薄荷葉放入有蓋之蓋製茶碗內，即以該藥水乘熱注入，以蓋覆之，約經十分鐘以上，待其溫度適合服食時，去渣溫服，或分二次溫服。如為年齡幼小之患兒，則本方所煎成之藥液，當使其濃縮，以便內服，其法即是將本方煎藥之水量，照上文所規定者減少八十毫升，而煎成之藥液，亦照上文規定之水量減少七十毫升，如此，則其藥效不變而水量減少，於進藥時較為便利（本書所載之方劑，皆可依照此法，使其藥液濃縮），如為未滿兩歲之患兒，則必須將該藥液分為數次溫服。

(2) 性狀 本方藥性和平，完全無毒，既無副作用，亦無不良反應。用此全無毒性之方劑，竟能消滅本病之病原體，以收良好療效，此則中藥至堪利用，而為吾人所當特殊注意者。

(3) 效用 本方施於麻疹最初期（卡他期或皮疹最初出現時）之患者，其療效甚著，如能及早施用，更足以預防其併發症之發生，而施於有支氣管肺炎等併發症（腦炎及肺炎之末期除外）之患者，亦能獲得滿意療效，根據臨床實驗之證明，顯見本方不只足以消滅麻疹病毒，更能撲滅因續發感染而引起其他併發症之各種病原體（肺炎球菌、鏈球菌、葡萄球菌、流感病毒、流感桿菌等）以收原因治療之效，始能使患者得獲清痊。

(4) 適應 本方適用於麻疹各型之病例，亦適用於有併發症之本病患者。如能早期（費——科氏斑點發現時，或皮疹最初出現時）施用，收效甚速，且足以預防其併發症之發生。施於併發支氣管肺炎之本病患者，亦能獲得滿意效果。患者於發疹期或皮疹發透之後，仍高熱不退，同時並發生中耳炎、喉炎、口腔粘膜炎等併發症者，本方有良好療效。如因此等病變而發生心臟機能衰弱者，則必須與黃氏強心有效湯方相伍服用，始能有效。

本方施於中毒性麻疹、出血性麻疹（黑麻疹）及麻疹之內攻的病者，亦能有效。但必須及早施治，如病勢已進展至極端嚴重時，則亦不能有效。如因此等疾患而引起心臟機能衰弱者，則必須與黃氏強心有效湯方相伍服用，始克有效。

(5) 劑量 麻疹之臨床病象，已如上述，但其各型病變則有輕症、重症之分（無併發症之麻疹，多為輕症，有併發症之麻疹多為中等症，若有支氣管肺炎或腦炎等併發症者，則為重症），本方對於本病之輕症、中等症及重症，其所應給予之劑量，亦各不相同，茲分述如下。

本方一劑為年長兒童（十六歲）本病輕症之一日量，中等症劑量增加二分之一（上午服一劑、下午服半劑），重症倍之（上午服一劑、下午服一劑）。老人及幼兒，該劑量因年齡而酌減，如屬中等症或重症，則照年長兒童之中等症及重症所用之劑量而酌減。

本方全無毒性及副作用，比較的宜用稍大之劑量，茲將本方對於老人及幼兒所用之劑量列表於後。

黃氏麻疹有效湯方劑量表

年齡	病型	輕症	中等症	重症
年長兒童（十六歲）	每日服一劑	每日服一劑半	每日服一劑	每日服一劑
十一歲以下	照年長兒童輕症用量 20—30%	照年長兒童中等症用量 20—30%	照年長兒童重症用量 20—30%	照年長兒童重症用量 20—30%
十一歲至十四歲	照年長兒童輕症用量 30—45%	照年長兒童中等症用量 30—45%	照年長兒童重症用量 30—45%	照年長兒童重症用量 30—45%
十四歲至十八歲	照年長兒童輕症用量 45—60%	照年長兒童中等症用量 45—60%	照年長兒童重症用量 45—60%	照年長兒童重症用量 45—60%
八歲至十一歲	照年長兒童輕症用量 60—75%	照年長兒童中等症用量 60—75%	照年長兒童重症用量 60—75%	照年長兒童重症用量 60—75%
十一歲至十五歲	照年長兒童輕症用量 75—95%	照年長兒童中等症用量 75—95%	照年長兒童重症用量 75—95%	照年長兒童重症用量 75—95%
六十歲以上	照年長兒童輕症用量 75—95%	照年長兒童中等症用量 75—95%	照年長兒童重症用量 75—95%	照年長兒童重症用量 75—95%

上表所示，為本病各型在治療期中所應用之劑量，但此時更須觀察患者之體質，及其病變狀況，以酌定其適當之劑量。

(6) 服法 本方服後容易吸收，以食前溫服為佳，如食後三小時進藥，服藥後經過一小時半至二小時以後然後進食，亦殊為適合，但不可於食後未及一小時即服藥，亦不可於服藥後未及一小時即進食。

(II) 黃氏一參湯方

西洋參（花旗參）	四錢
玄參	七錢
麥門冬（去心）	四錢
牡丹皮	一錢五分
川地骨皮	一錢五分
桑白皮	一錢
青蒿	四分

(1) 煎法 上藥七味，先將西洋參一味並淨水（飲料水）一千一百毫升（即 1,200 cc. 約等於大飯碗之兩碗七分），同納入陶器（該煎藥器不可用金屬製者，尤忌用銅器）內，放在爐上煎之（要用中等火候，不可過文過武），煎至九百五十毫升（即 950 cc. 約等於大飯碗之兩碗一分），再下麥門冬等六味與西洋參同煎至一百六十毫升（即 260 cc. 約等於大飯碗一碗之六分），去渣，

溫服，或分二次溫服。此藥於煮沸時，往往有藥液從煎藥器之口溢出，此時須即將其蓋揭去，使藥液不致外溢，以免減低藥效。

(2) 性狀 本方為作者所自制，因其全無毒性，故無副作用及不良反應。

(3) 效用 本方有增強機體抵抗力的作用，更能解毒強心以收綜合治療之效。對於麻疹病毒、傷寒桿菌、肺炎雙球菌等之感染，因病情惡化，發生全身中毒（嚴重毒血症）作用，而有急性心臟血管機能衰竭的危機者，此時施用本方為之治療，雖不能得獲十全，但多數病例可能有效。

(4) 適應 無併發症之麻疹，施用黃氏麻疹有效湯方為之治療，其療效甚佳，此則著者曾經數十年之臨床實驗而獲得證明者，用黃氏麻疹有效湯方以治療有併發支氣管肺炎之病例，亦有良效。惟對於麻疹併發中毒型肺炎或已達末期之肺炎病者，則此時機體之抵抗力業已喪失，有強烈的全身中毒症狀，及有急性心機衰竭或虛脫的病徵，此時患者發高熱，咳嗽多而氣促，呼吸困難，鼻翼搗動，面色蒼白或發紺，四肢厥冷，脈搏頻數細弱，腹脹，肝脾腫大，面部或兩足浮腫，並有煩躁不安，食慾缺損，或昏迷、驚厥，或嘔吐、腹瀉等症狀。其病情殊為危險，此時宜施用本方為之治療，以期患者得以轉危為安，而獲得挽救。如有虛脫危機者，更須本方與黃氏強心有效湯方相伍服用。

傷寒病至第二第三星期，其病情沉重者，除傷寒所固有的病狀外，患者熱度仍稽留於攝氏39—41度之間，更有神志恍惚思睡，反應遲鈍，聽覺減退，唇舌發抖，手指撮空，甚至發生譫妄及半昏迷狀態。唇舌乾燥，齒緣及牙齒附有口垢，稍後舌苔消失，舌面絳紅（深紅色）光滑，或冀挽救。

本方施用後，如病者體溫已恢復正常，此時仍須照方繼續進藥以防復發，但其病情經已減退，則本方之劑量亦當因病情之減退而酌減。

(5) 劑量 本方一劑為成人本病重症之一日量，若病情重篤有虛脫之危機者，其劑量應增加二分之一（上午服一劑，下午服半劑）。老人及小兒該劑量因年齡而酌減，此時更須觀察患者之病變狀況，以酌定其適當之劑量。本方為救急之劑，且全無毒性，比較的宜用稍大之劑量。

(6) 服法 本方服後胃腸道容易吸收。如為病勢危急之患者，或年齡幼小之病兒，則於煎藥時當使其藥液濃縮（煎至二百毫升，約等於大飯碗一碗之四分），並須分為多次進藥（每次溫服一至二湯匙），以便內服。如未服本方之前，曾服其他藥劑者，須相隔四小時之後方可服本方。

(三) 黃氏強心有效湯方

西洋參（花旗參）

八錢

麥門冬（去心）

八錢

炙甘草

一錢四分

(1) 煎法 上藥四味，先將西洋參一味並淨水（飲料水）一千二百五十毫升（即 1,250 cc. 約等於大飯碗之兩碗八分），同納入陶器（該煎藥器不可用金屬製者，尤忌用銅器）內，放在爐上煎之（要用中等火候，不可過文過武），煎至一千毫升（即 1,000 cc. 約等於大飯碗之兩碗三分），再下麥冬等三味與西洋參同煎至二百六十毫升（即 260 cc. 約等於大飯碗一碗之六分），去渣，溫服，或分二次溫服。此藥劑於煮沸時，往往有藥液從煎藥器之口溢出，此時須即將其蓋揭去，使藥液不致外溢，以免減低藥效。

(2) 性狀 本方為完全無毒之劑，故無蓄積性中毒，絕無毒性反應，更無增高凝血性及其他副作用與不良反應。

(3) 效用 本方有增強心肌收縮的作用，並能改善舒張期，使心臟收縮有力，舒張充分，而血液之輸出量亦得以增加，並使冠狀血流及心肌營養亦因之而改善。本方之主要效用，為治療充血性心力衰竭及節律障礙（節律障礙常為心力衰竭所引起）。亦可用以解除心絞痛之發作，並能防止其發作。但施用本方以治療慢性心臟衰弱之病者，則必須長期應用，始能獲得根本治愈。

本方能增強衰弱心肌之收縮力，恢復代償狀態，所有因代償失效而引起心力衰竭之症狀（如呼吸困難、發紺、咳嗽、水腫等症）皆能使之消失或減輕，此時擴大之心臟可能縮小，靜脈壓亦恢復正常。

本方能興奮迷走神經中樞及其末梢，使心搏不致過速，以調整脈搏。又能延長刺激傳導之時間，以調整心周期。且能旺盛腎臟中之血流，以增加尿量。

本方對充血性心力衰竭患者之血壓，有兩種作用。其因缺氧而興奮血管運動神經中樞以致血壓上升者，本方能取消缺氧之原因，因而使血壓降至正常水平。其因代償失效而血壓下降者，本方能改善心肌之機能，因而使血壓上升至正常狀態。

白喉、風濕熱及梅毒等病例，施用本病之病因性治療雖屬主要，如患者之心肌因毒性損傷而引起心力衰竭者，則此時兼用本方為之治療，可有良效。因傳染病而引起心肌機能不全及血管機能不全之患者，本方亦有良效。

心力衰竭之基本病因，為心臟本身的疾患，如心肌病、心瓣膜病、心節律病等，皆能引起心力衰竭。心臟以外之疾患，如血管球性腎炎、高血壓病等，經過較為長久的時間，亦可使心力衰竭。其衰竭無論屬於左心或右心，及因閉鎖不全或狹窄性心瓣病，亦不論其心力衰竭是否伴有節律障礙及病因為何，本方皆能適用。於貧血、腳氣病、血管球性腎炎或甲狀腺機能過盛等疾患，則本病之病因性治療雖屬主要，如其伴有心力衰竭者，此時兼用本方為之治療，可獲良效。

本方之效用與洋地黃葉 (Digitalis leaves) 相似，但其不同之點，則因本方為完全無毒之劑，故無蓄積性中毒，絕無毒性反應。對於風濕熱、白喉、梅毒等疾患，引起心肌之毒性損傷，因而發生乾性心力衰竭，為洋地黃的禁忌症，施用本方治療，亦有良效。本方所收之效果，有持久性而無短促之時間性，此則著者曾經五十年之臨床實驗，察其治療經過，而知其具有上述之功效者。

(4) 適應 本方適用於心臟及血液循環機能不全之疾病。施於心力衰竭及心肌肥大（1.代償失調之心臟病，2.代償失調之高血壓病，3.代償失調之原發性心臟肥大）之病例，本方有良好療效。對於急性傳染病中之循環虛脫，本方亦有良效。因高血壓病而引起心肌損害，為高血壓病最重要之後果，施用本方治療可獲良效。

本方適用於充血性心力衰竭及節律障礙。亦適用於乾性心力衰竭（因白喉、風濕病、梅毒等傳染病，引起心肌之毒性損傷，以致舒張不足）。對於風濕性心臟病、高血壓病及動脈粥樣硬化等疾患皆有良效。

當心臟不能輸出足量血液以供全身新陳代謝所需時，則發生循環系統的衰竭現象。其原因可單純由於心臟無力將大靜脈流回的血液正常輸出（心力衰竭）；或由於靜脈流回心臟的血液不足所致（周圍循環衰竭）。此時病者之主要症狀為心悸、呼吸困難、浮腫、發紺及疼痛（心臟部疼痛或右上腹疼痛），或更有心臟性喘息、端坐呼吸、眩暈、咳嗽、咯血、體重減輕、食慾缺乏、惡心及嘔吐等病徵，此時施用本方為之治療，可獲良好療效。

於麻疹併發症（如支氣管肺炎等併發症）之進展期中，因病變之損害，而有心臟機能衰弱的病象者，此時當以黃氏麻疹有效湯方與本方相伍服用，始克有效。

於流行性感冒的進展期中，因病變之損害，而有心臟機能衰弱之併發症者，此時當以黃氏治療流感的方劑（此等方劑載在拙作《流行性感冒實驗新療法》一書中，乃是根據著者治療流感之臨床經驗而編述者）與本方相伍服用，始克有效。

於急性闌尾炎的進展期中，因炎症病變之損害，而有心臟機能衰弱之併發症者，此時當以黃氏急性闌尾炎有效湯方（此方載在拙作《急性闌尾炎藥物新療法》一書中，乃是根據著者治療急性闌尾炎之臨床經驗而編述者）與本方相伍服用，方能獲效。如先有心臟代償機能不全，而又突發急性闌尾炎之病者，亦當以黃氏急性闌尾炎有效湯方與本方同日並用，始克有濟。

本方適用於在急性腎炎之進行期中而併發急性心臟衰弱之患者（血管球性腎炎之有效療法，於拙作《腎臟炎腎變性實驗新療法》中，有詳細的論述）。此症之心臟機能不全，主為左心室不全（肺鬱血）之故，較之急性尿毒症尤為危險，所以往往突然發作胸部壓迫感，呼吸困難等現象，如果患者於前夜感覺胸部苦悶，呼吸困難不能仰臥，以坐位忍耐半夜或全夜時，則尤為嚴重，此時常有血壓亢進，浮腫並不甚顯著，通常存有水血症。如患者心臟機能不全已日趨嚴重，而此時更血壓下降脉搏頻數而微弱，則將為心臟麻痺之前兆。

本方適用於慢性腎炎而併發心臟機能不全之患者。此症之一部分乃基於慢性腎炎的原病而發生，但其大部分乃為高血壓的結果。一般在具有心臟衰弱諸症狀如動作時心悸亢進，呼吸促迫等，同時，於早期中即出現夜間多尿。此外由於腎炎之心臟不全乃為左心室不全之故，所以多在長期潛伏後，而突然發作夜間心臟性哮喘，肺水腫，橫臥時狹心症等嚴重症狀。

本方對於白喉病之早期血循環衰竭（當與黃氏白喉有效湯方並用，始克有濟），及白喉後心臟疾病，可獲滿意之效果。且本方有改進神經功效之能力，對於白喉性神經麻痺之患者，無論其為早期麻痺（此時如假膜尚未剝離，且有發熱及其他之全身症狀者，當與黃氏白喉有效湯方並用，

始克有效），或後麻痺，均可奏效。神經系統既受毒素之影響，則患者雖未顯示心臟衰弱之現象，亦當加以調護，因本方有強心之效果，更可冀其避免心力驟然衰竭之慘變。

當高度心臟衰弱時，胃腸之消化機能亦往往同時減弱，本方可能促進胃腸機能之健旺。如有上述徵狀，或厭食、惡心及嘔吐者，照本方加法半夏二錢四分。

(5) 劑量 本方一劑為成人本病輕症之一日量，中等症劑量增加二分之一，重症倍之，病勢危篤有虛脫之虞者，以本方之三劑為一日量（即以本方之一劑半藥量同一次煎，上午服一劑半，下午服一劑半）。老人及小兒該劑量因年齡而酌減（參照本章之老人及小兒藥劑用量表如法施用），如屬重症，則照成人重症所用之劑量而酌減。如於麻疹、腎臟炎、腎變性、白喉及流行性感冒等之病變進行中，雖無明顯之心臟衰弱症狀而患者之體力經已日加疲困者，宜兼服本方半劑，以防其發生心臟衰弱之併發症。因本方全無毒性及副作用，比較的宜用稍大之劑量。

(6) 服法 一次頓服，或分二次溫服，如為年齡幼小之患者，或病勢嚴重之患者，則於煎藥時當使其藥液較為濃縮，並須分為多次進藥（每次服一至二湯匙），以便內服。如未服本方之前，曾服其他藥劑者，須隔四小時至五小時方可服本方。服後胃腸道容易吸收，以食前溫服為佳，如食後三小時進藥，服藥後經過一小時半至二小時以後然後用膳，亦殊為適合，但不可於食後未及一小時即服藥，亦不可於服藥後未及一小時即進食。

(四) 黃氏百日咳有效湯方

小瓜蔞仁（去壳）

七錢

瓜蔞皮	四錢
川貝母	四錢
紫菀	四錢
冬瓜仁（去壳）	四錢
北杏仁（搗碎）	三錢
桑白皮	三錢
枇杷葉	三錢
薄荷梗	一錢二分

(1) 煎法 上藥九味以淨水（飲料水）一千一百毫升（即1,100 cc 約等於大飯碗之兩碗半）同納入陶器（該煎藥器不可用金屬製者，尤忌用銅器）內，放在爐上煎之（要用中等火候，不可過文過武），煎至二百六十毫升（即260 cc 約等於大飯碗一碗之六分），去渣，溫服。

(2) 性狀 本方藥性和平，完全無毒，絕無副作用及不良反應。

(3) 效用 本方用以治療百日咳病，有良好療效，如能於本病的卡他期施用，多數病例可能於三星期內獲愈，施於陣咳期（癥變期）之患者，則多數病例可能於一月內治愈，察其臨床效果，顯見本方有抗菌作用，以收原因治療之效，始能使病者早獲清痊。

(4) 適應 本方適用於百日咳之各期，如能於卡他期施用，收效甚速，施於陣咳期之患者，亦有良效。倘能及早施用更足以預防其支氣管肺炎及百日咳的神經系合併症之發生，使患者得以早

日恢復康健。

(5) 劑量 本方一劑爲年長兒童（十六歲）本病輕症之一日量，中等症劑量增加二分之一（上午服一劑，下午服半劑），重症倍之（上午服一劑，下午服一劑），如爲幼小之患兒，該劑量因年齡而酌減（參照本方的劑量表），如屬重症，則照年長兒童重症所用之劑量而酌減。因本方全無毒性及副作用，比較的宜用稍大之劑量。茲將本方對於年長兒童及幼兒所用之劑量列表如下：

黃氏百日咳有效湯方劑量表

年 齡	病 型	輕 症		中 等 症		重 症	
		每 日 服 一 劑	每 日 服 一 劑 半	每 日 服 一 劑 半	每 日 服 一 劑	每 日 服 一 劑 半	每 日 服 一 劑
年長兒童（十六歲）	每 日 服 一 劑	照年長兒童輕症用量 20—30%	照年長兒童中等症用量 20—30%	照年長兒童重症用量 20—30%	照年長兒童重症用量 20—30%	照年長兒童重症用量 20—30%	照年長兒童重症用量 20—30%
十一歲以下	照年長兒童輕症用量 20—30%	照年長兒童中等症用量 20—30%	照年長兒童中等症用量 20—30%	照年長兒童重症用量 30—45%	照年長兒童中等症用量 30—45%	照年長兒童重症用量 30—45%	照年長兒童重症用量 30—45%
二歲至四歲	照年長兒童輕症用量 30—45%	照年長兒童中等症用量 30—45%	照年長兒童中等症用量 30—45%	照年長兒童重症用量 45—60%	照年長兒童中等症用量 45—60%	照年長兒童重症用量 45—60%	照年長兒童重症用量 45—60%
四歲至八歲	照年長兒童輕症用量 45—60%	照年長兒童中等症用量 45—60%	照年長兒童中等症用量 45—60%	照年長兒童重症用量 75—95%	照年長兒童中等症用量 75—95%	照年長兒童重症用量 75—95%	照年長兒童重症用量 75—95%

八歲至十二歲	照年長兒童輕症用量 60—75%	照年長兒童中等症用量 60—75%	照年長兒童重症用量 60—75%
十二歲至十五歲	照年長兒童輕症用量 75—95%	照年長兒童中等症用量 75—95%	照年長兒童重症用量 75—95%

上表所示，爲本病各型在治療期中所應用之劑量，但此時更須觀察患者之體質，及其病變狀況，以酌定其適當之劑量。

(6) 服法 參照本章黃氏強心有效湯方之「服法」條下。

(五) 黃氏白喉有效湯方

玄 參

一兩四錢

栝 蔞 根

九錢六分

牛 莪 子

九錢六分

連翹壳

七錢四分

條黃芩

七錢四分

川貝母

六錢

苦桔梗

四錢

荆芥穗

一錢

生甘草

薄荷葉

一錢
五分

(1) 煎法 上藥十味，除薄荷葉之外，以淨水（飲料水）一千四百五十毫升（即1,450 cc. 約等於大飯碗之三碗），同納入陶器（該煎藥器不可用金屬製者，尤忌用銅器）內，放在爐上煎之（要用中等火候，不可過文過武），煎至二百七十毫升（即270 cc. 約等於大飯碗一碗之七分），去渣，再將該煎成之藥水煮沸，然後將薄荷葉放入有蓋之瓷製茶碗內，即以該藥水乘熱注入，以蓋覆之，約經十分鐘以上，待其溫度適合服食時，去渣（將該藥水濾過尤佳），溫服。如爲年齡幼小之患兒，則本方所煎成之藥液，當使其濃縮，以便內服，其法即是將本方煎藥之水量，照上文所規定者減少一百毫升，而煎成之藥液，亦照上文規定之水量減少一百三十毫升，如此，則其藥效不變而水量減少，於進藥時較爲便利。如爲未滿兩歲之患兒，則必須將該藥液分爲數次溫服，約相隔二十分鐘進藥一次，以免因一時服下之藥液過多而致發生嘔吐。對於已發生嘔下困難之患者，則本方煎成之藥液，應更使其高度濃縮。

(2) 性狀 本方全用中國植物性藥品配合而成，方中所用之桔梗含有肥皂草素 (*Saponin* 植物皂質)，若以之注射於動物體內，使其直接輸入血液之中，則發生溶血作用，遂致該動物中毒而死。但含有肥皂草素之桔梗、遠志、沙參、赤小豆等藥物，則可以大量內服，而並無妨碍；所以然者，蓋因此種肥皂草素不能從胃腸之健康粘膜吸收，或因先爲腸液之鹼性反應及酵素所作用之故而變爲無害。著者經多年之臨床實驗，關於桔梗之內服，其所含之肥皂草素確不能由粘膜吸收入血，僅能刺激胃腸粘膜而引起惡心、嘔吐及下痢。但因其與本方各藥配合之後，此種刺激作用經已消失，故本方爲完全無毒之劑，且無副作用及不良反應。

(3) 效用 本方施於臨床實用，已歷四十餘年，得獲滿意效果，其中有一小部分之白喉病例，曾施用培養診斷法，証明其白喉菌爲陽性，然後施用本方爲之治療，察其治療效果，顯見本方有抗毒作用以收原因治療之效，始能使患者得獲清痊。

(4) 適應 本方適用於咽白喉、喉部白喉、鼻腔白喉及其他各型的白喉患者。如已發生強烈之毒血徵象者，亦能有效。因病變之損害，而有心力衰弱之症狀者，則當與黃氏強心有效湯方相伍服用，始克有濟。〔註〕

對於惡性白喉，本方必須施用最大之劑量，如患者有溶血性鏈球菌混合感染之徵候，則必須與黃氏黃芩竹葉湯方並用，始克有濟。如已有心力衰竭之虞者，則更須兼服大量之黃氏強心有效湯方，翌日再如法繼續進藥。

〔註〕

參照黃氏白喉有效湯方之劑量表，如法先服該方之適量湯劑，相隔五小時後，再服黃氏強心有效湯方（照該方所規定之劑量）。如爲重症，則服強心方後，相隔五小時再如法服黃氏白喉有效湯方，翌日再如法繼續進藥。

湯方，以資挽救。^[註]

於早期軟脣麻痺或早期心肌炎等併發症，施以本方，亦能有效。如有血管運動性虛脫及有心臟麻痺之可能者，則必須兼用大量之黃氏強心有效湯方，以資挽救。

施用本方治療經廿四至卅六小時之後，如非惡性白喉，及無早期併發症之患者，則其假膜之進展可能停止，患部之腫脹亦漸消退，諸症乃漸趨微弱。以後如再繼續服藥，則此假膜乃由邊緣開始漸次剝離而脫落，體溫下降而復於常溫，諸症次第消失。根據著者之臨床經驗，則多數病例於發病後第八日至十四日可獲完全治癒，如於第一病日即以本方治之，則收效更為迅速，而多數病例可能於發病後第八日內痊愈。

本方之施用，愈早愈佳。如患者尚無強烈之中毒現象（毒血症狀），及嚴重之併發症發生，而繼續施以本方治療，當獲滿意效果，其死亡率不超過 8% 以上，如已發生強烈之中毒現象及極嚴重之併發症者，則其死亡率亦隨其病勢之險惡而增加。

〔註〕

參照本方用量表，先服黃氏白喉有效湯方之最大劑量，如有化膿球菌之混合感染，則相隔四小時後，再照黃氏黃芩竹葉湯方所規定之劑量，如法進藥（患者所服黃氏白喉有效湯方之劑量，須約多於黃芩竹葉湯方之一倍）。服黃芩竹葉湯方後，相隔四小時，再服最大劑量之黃氏強心有效湯方。如患者毒血症狀（中毒症狀）極為強烈，而即有周圍血管運動性虛脫及心臟麻痺之虞者，則先服最大劑量之黃氏強心有效湯方，然後相隔四小時再服黃氏白喉有效湯方，又隔四小時再服黃氏黃芩竹葉湯方，以資挽救。

本方倘能於第一、第二病日用之，則不祇能使假膜早日剝離脫落，迅速就愈，且能防止強烈之毒血症及各種併發症之發生。治癒後可無白喉後麻痺等後發症。並對於患者之精神體力，可獲短期內恢復。

與白喉相併發之疾患，以麻疹及猩紅熱最為常見，其互相增高病原性，或令其毒性增強，似彼此有特殊之關係，此時必須本方與麻疹或猩紅熱之有效方劑並用，始克有效。

(5) 劑量 本方之劑量，因患者病勢之輕重及年齡之大小而異。1. 以病日而論，除惡性白喉外，於第一、第二病日之患者，因其侵入血流之毒素無多，故多為輕症，如經過三、四病日以後之患者，則其侵入血流之毒素必與日俱增，而變為重症。2. 以病型而論，則惡性白喉於起病時已有嚴重之中毒症狀，故最為危險，而氣管及支氣管白喉，則不只因其有中毒症狀，且有缺氧及窒息之危機，故殊為重篤。至於扁桃體、咽門、喉頭及其他各型之白喉，則因其假膜所發生之部位，不如氣管及支氣管之重要，倘能及早施治，則多為輕症。3. 以年齡而論，對於未滿兩歲之患者，其所受毒素及假膜之影響，較之年長兒童尤為嚴重，故未滿兩歲之患者多為重症。此時施用本方治療，必須給予最大劑量，但其消化器所能容納之液體，較之年長兒為少，若令其連服多量之藥液，則因容納與吸收之關係，於進藥時亦殊感困難，著者曾將本方作成濃縮之藥液（見本方煎法條下），以便給予，於服藥時較為便利，但此等患者，因其年齡之關係，其預後多屬嚴重。

本方一劑，為成人本病輕症之一日量（分二次溫服），中等症劑量增加二分之一（即每日服一劑半，分三次溫服），重症倍之（即每日服二劑，每劑分二次溫服）；如為惡性白喉，則照重

症所需用之劑量更須再加二分之一（即每日服三劑），兒童則該劑量因年齡而酌減。茲將本方對於兒童及成人所用之劑量列表如下：

黃氏白喉有效湯方之劑量表

年齡 人	病型			
	輕 症	中等 症	重 症	惡性 型
一歲以下	每日服一劑	每日服一劑半	每日服二劑	每日服三劑
二歲至八歲	照成人輕症用 量 20—30 %	照成人中等症 用量 20—30 %	照成人重症用 量 20—30 %	照成人惡性型 用量 20—25 %
八歲至十六歲	照成人輕症用 量 30—60 %	照成人中等症 用量 30—60 %	照成人重症用 量 30—60 %	照成人惡性型 用量 30—60 %
	照成人輕症用 量 60—90 %	照成人中等症 用量 60—90 %	照成人重症用 量 60—90 %	照成人惡性型 用量 60—90 %

上表所示，為本病各型在急性期中所應用之劑量，如連服四、五日後，假膜已剝離脫落，中毒（毒血）症狀已漸次消失，而體溫亦降至常溫，是即本病已將治癒，此時本方之劑量亦當因病

勢之減退而酌減（應斟酌病情，其初減去百分之二十，以後漸次遞減，可減去百分之八十），但必須將毒素完全消解，始可停藥。倘本病在恢復之初期或後期，其心臟之機能猶未完全康復者，則本方停服之後，仍須再服黃氏強心有效湯方，以促其早日恢復。

（六）黃氏流行性感冒有效湯方

連翹壳

三錢五分

牛蒡子

三錢五分

梔子皮

三錢

瓜萎皮

三錢五分

冬桑葉

三錢五分

桔梗根

三錢五分

杭白菊花

三分

薄荷葉

三分

（1）煎法 上藥八味，除薄荷葉之外，以淨水（飲料水）一千一百毫升（即 1,100 c.c. 約等於大飯碗之兩碗半），同納入陶器（該煎藥器不可用金屬製者，尤忌用銅器）內，放在爐上煎之（要用中等火候，不可過文過武），煎至二百七十毫升（即 270 c.c. 約等於大飯碗一碗之七分），去渣，再將該煎成之藥水煮沸，然後將薄荷葉放入有蓋之瓷製茶碗內，即以該藥水乘熱注入，以蓋覆之，約經十分鐘以上，待其溫度適合服食時，去渣，食前溫服，或分二次溫服。

(2) 性狀 本方全用植物性藥品配合而成，藥性和平，完全無毒，絕無副作用及不良反應。

(3) 效用 本方對於病毒性流行性感冒及流行性感冒桿菌（Pfeiffer 氏桿菌）之感染，可收原因治療之效。

(4) 適應 本方適用於流行性感冒之無併發症的單純型。於本病之第一病日用之，在三日至四日間治愈者達90%的病例。於第二或第三病日用之，則大多數病例可能於第五至第七日間治愈。本方之療效優良，不只能早期解熱，且能使患者在短期內迅速治愈。於治療經過中更能預防其發生各種併發症。並能使患者之精神體力於短期內恢復康強。著者於四十年前即施用本方以治療本病，經多年之臨床實驗，顯見本方具有抗生素的作用，或植物性殺菌素的作用，故能徹底將該病原體殲滅及消解病毒，以收原因治療之效。但已有續發性傳染而發生肺炎、支氣管炎、腦膜炎、膿性肋膜炎等併發症者，則本方不能適用，當以黃氏黃芩竹葉湯方或黃氏玄參竹葉湯方（此方載在拙作《流行性感冒實驗新療法》）及其他適當之方劑治之。如已併發心臟衰弱（循環系衰弱）者，則當與黃氏強心有效湯方相伍用之，始能有效。

患流行性感冒之兒童，往往兼有嘔吐或腹瀉等症狀，如有食已嘔吐者，減去梔子皮，如每日腹瀉二、四次以上者，則牛蒡子之藥量亦須減少二分之一或三分之一。

(5) 劑量 本方一劑為成人流行性感冒輕症之一日量，中等症劑量增加二分之一（上午服一劑、下午服半劑），重症倍之（上午服一劑、下午服一劑）。老人及小兒該劑量因年齡而酌減（參照本章之老人及小兒藥劑用量表如法施用）如屬重症，則照成人重症所用之劑量而酌減。因本方全無毒性及副作用，比較的宜用稍大之劑量。

(6) 服法 一次頓服，或分二次溫服，如為年齡幼小之患兒，則須分為多次進藥，以便內服。如未服本方之前曾服其他藥劑者，須隔四小時至五小時方可服本方。服後胃腸道容易吸收，以前溫服為佳，如食後三小時進藥，服藥後經過一小時半至二小時以後然後用膳，亦殊為適合，但不可於食後未及一小時即服藥，亦不可於服藥後未及一小時即進食。

(七) 黃氏黃芩竹葉湯方

條黃芩	三錢
鮮竹葉	七錢
連翹壳	三錢五分
牛蒡子	三錢五分
梔子皮	三錢五分
瓜蔞皮	三錢五分
冬桑葉	三錢五分
桔梗根	三錢五分
杭白菊花	三錢五分
薄荷葉	三分

(1) 煎法

上藥十味，除薄荷葉之外，以淨水（飲料水）一千一百毫升（即1,200cc 約等於

大飯碗之兩碗七分），同納入陶器（該煎藥器不可用金屬製者，尤忌用銅器）內，放在爐上煎之（要用中等火候，不可過文過武），煎至二百七十毫升（即 270 cc 約等於大飯碗一碗之七分），去渣，再將該煎成之藥水煮沸，然後將薄荷葉放入有蓋之瓷製茶碗內，即以該藥水乘熱注入，以蓋覆之，約經十分鐘以上，待其溫度適合服食時，去渣，溫服，或分二次溫服。

(2) 性狀 本方全用植物性藥品配合而成，藥性和平，完全無毒，絕無副作用及不良反應。
(3) 效用 本方對於病毒性流行性感冒、流行性感冒桿菌及化膿球菌（尤其是溶血性鏈球菌）之感染，可收原因治療之效。因此等細菌之續發性傳染而發生之鼻副竇炎、咽峽炎、膿性支氣管炎、支氣管肺炎、膿性胸膜炎、中耳炎（多見於小孩）等併發症者，本方可獲滿意之效果。如遇流行性感冒中毒型，或流行性感冒病初起即發過高熱，或該病至第五病日仍發高熱者，宜即以本方治之，以防其繼續發生嚴重之併發症。本方對於因溶血性鏈球菌而致之產褥熱病，屢獲奇效。如已併發心臟衰弱（循環系衰弱）者，即當與黃氏強心有效湯方並用，始克有效。本方施於臨床實用四十餘年，察其治療效果，顯見本方具有抗生素的作用，或植物性殺菌素的作用，故能消滅該病原體及解除菌毒以收原因治療之效。

(4) 適應 本方適用於流行性感冒病之有併發症的單純型。

於腎臟炎或腎變性之病程經過中，而有併發流行性感冒或續發化膿球菌感染之患者，本方有良好療效。

如同時因受毒素之影響，而更有早期血循環衰竭等症狀者，則更須與大量之黃氏強心有效湯方相伍服用，始克有濟。

(5) 劑量 本方一劑為成人本病（即上述各病）輕症之一日量，中等症劑量增加二分之一，重症倍之。老人及小兒該劑量因年齡而酌減（參照本章之老人及小兒藥劑用量表），如屬重症，則照成人重症所用之劑量而酌減。因本方全無毒性及副作用，比較的宜用稍大之劑量。

(6) 服法 參照本章黃氏流行性感冒有效湯方之「服法」條下。

(八) 黃氏貝母四仁湯方

川貝母（去心搗碎）	四錢
紫 菀（去苗）	四錢
冬瓜仁（去壳）	四錢
生薏苡仁（去壳）	四錢
小瓜蔞仁（去壳）	七錢
北杏仁（去皮搗碎）	三錢五分
生甘草	七分

(1) 煎法 上藥七味，以淨水（飲料水）一千一百毫升（即 1,100 cc 約等於大飯碗之兩碗半），同納入陶器（該煎藥器不可用金屬製者，尤忌用銅器）內，放在爐上煎之（要用中等火候，不可過文過武），煎至二百七十毫升（即 270 cc 約等於大飯碗一碗之七分），去渣，溫服。

(2) 性狀 本方藥性和平，全無毒性，於治療期中絕無副作用亦無毒性反應，且經長期進藥，亦斷不致使病菌有抗藥性之產生，以最難抑制之結核桿菌，而用此全無毒性之方劑竟具有抗菌解毒作用以收良好之療效，此則中藥最堪利用，而爲吾人所當特殊注意者。

(3) 效用 本方施於活動性肺結核各類型（急性粟粒型、乾酪性肺炎型及末期肺結核除外）之多數患者，絕大多數可獲良好之療效，服藥至相當時期，則患者因肺損害而引起之局部病變（如咳嗽、吐痰、咯血、呼吸困難等症狀）得獲顯著減退，及因毒血症而發生之全身徵候（如發熱、畏寒、盜汗、貧血、全身不適、食慾不振、體重減輕、心動過速及月經失常等症狀），亦能漸次消失，此後如再長期進藥，則本病可獲治癒，且愈後絕少復發，此時患者不祇健康恢復，諸症消失，更可用X射線檢查以證明其肺損害經已獲愈，其痰中之結核菌亦必由陽性而轉爲陰性，此則著者四十年來曾經多數病例之臨床實驗，而知其有此良好之療效者。察其治療效果，則本方對於本病，顯見其具有抗菌解毒之功，始能將本病治癒，但其在病人體內是否確有直接殺菌作用，此則尚待他日之證明。本方施於骨、關節結核、頸結核之未形成膿腫及瘻孔者，亦有良效。

對於急性粟粒型結核、乾酪性肺炎（乾酪性肺結核）、及肺損害擴展極廣病已瀕死之末期肺結核，因本方緩不濟急，故絕無療效可言。惟對於其他肺結核各類型經已發生纖維化、乾酪化及空洞形成之患者，則本方有良好之療效，如長期進藥，則本病可獲治癒，有此事實表現，可見本方之藥力能進入肺內乾酪化及纖維化之部份，並能深入空洞病灶以發揮其特有之療效，然後本病始能治癒。

(4) 適應 本方對於下列肺結核之各類型，有良好之療效，（甲）原發綜合徵（原發變化羣），（乙）支氣管淋巴結結核，（丙）亞急性、及慢性播散型肺結核（血行性），（丁）局灶型肺結核，（戊）浸潤型肺結核，（己）慢性纖維空洞型肺結核，（庚）肺硬變，（辛）胸膜炎。

對於每類型中尚須注意肺結核病灶發展之階段，此階段可能是炎症（浸潤）階段、崩壞階段、播散階段、消退階段、肥厚階段及鈣化階段，前三個階段表示疾病進行增惡（爆發），後三者表示平靜。且本病是一種有波浪形經過之疾病，在病程中，其平靜期與增惡（爆發）期互相交替。所以在同一病人可能反覆出現結核病灶之同樣發展階段。例如，結核病灶可由浸潤階段轉入肥厚階段，而於增惡時又可返回浸潤階段，外界環境之不良條件（營養不足、不適當之生活方式、過勞、精神創傷、過冷、日光下過熱等）或身體狀態之變化（妊娠、生產、病後等）皆能引起結核病變增惡。故於長期施用本方治療時，必須與衛生食餌療法（即適當之安靜及合理之營養）相輔而行，使其在治療經過中增加病人之抵抗力而減少病變增惡之因素，庶免影響預後，方能及早治愈。

(5) 劑量 肺結核之類型，已如上述，但其各型之病變，亦有輕症、重症之分（如原發綜合徵，多爲輕症，而慢性纖維空洞型肺結核則多爲重症），本方對於本病之輕症、中等症及重症，其所應給予之劑量亦各不相同，茲分述如次：

本方一劑，爲成人本病輕症之一日量，中等症劑量增加二分之一（上午服一劑、下午服半劑），重症倍之（上午服一劑、下午服一劑），老人及小兒該劑量因年齡而酌減，如屬中等症或重症，其所

則照成人中等症及重症所用之劑量而酌減，本方全無毒性及副作用，比較的宜用稍大之劑量，茲將本方對於老人及小兒所用之劑量列表如下：

黃氏貝母四仁湯方
桔梗薤白湯方
劑量表

年齡 人	病型	輕 症	中 等 症	重 症
成 人	每日服一劑	每日服一劑半	每日服二劑	
二 歲 以 下	照成人輕症用量 20—30%	照成人中等症用量 20—30%	照成人重症用量 20—30%	
二 歲 至 四 歲	照成人輕症用量 30—45%	照成人中等症用量 30—45%	照成人重症用量 30—45%	
四 歲 至 八 歲	照成人輕症用量 45—60%	照成人中等症用量 45—60%	照成人重症用量 45—60%	
八 歲 至 十二 歲	照成人輕症用量 60—75%	照成人中等症用量 60—75%	照成人重症用量 60—75%	

十二歲至十六歲	照成人輕症用量 75—90%	照成人中等症用量 75—90%	照成人重症用量 75—90%	
十六歲至十八歲	照成人輕症用量 90—100%	照成人中等症用量 90—100%	照成人重症用量 90—100%	
六十一歲至七十歲	照成人輕症用量 70—90%	照成人中等症用量 70—90%	照成人重症用量 70—90%	

上表所示，爲本病各型在治療期中所應用之劑量，但此時更須觀察患者之體質，及其病變狀況，以酌定其適當之劑量，如肺結核各型之重症，因病變增惡引起全身衰弱，而消化機能亦同時減弱者，則於開始治療時，每日祇給予本方一劑，俟其胃腸道吸收能力漸次改善，然後將本方之劑量漸次增加，以達到每日二劑之藥量，庶免在此嚴重情形之下，於投藥時因吸收困難而發生影響，此則於進藥時所當注意者。

(6) 服法 本方服後胃腸道容易吸收，以食前溫服爲佳，如食後三小時進藥，服藥後經過一小時半至二小時以後然後用膳，亦殊爲適合，但不可於食後未及一小時即服藥，亦不可於服藥後未及一小時即進食。

(7) 臨床實驗 本方適用於肺結核之各類型，已如上述，施於原發綜合徵、支氣管淋巴結結核、局灶型肺結核、浸潤型肺結核等類型，其病變尚未有強度之增惡，縱有合併症（如胸膜炎等）亦

比較輕和者，則患者經半年至一年之治療時期，絕大多數可獲治癒。對於亞急性及慢性播散型肺結核、慢性纖維空洞型肺結核等病型，其肺損害之擴展尚未至無法控制，而毒血症狀猶未十分強烈及因本病而引起之合併症（喉結核、腸結核、滲出性胸膜炎等）仍未日趨嚴重者，則患者經過一年至二年半之治療時期，亦有少數病例，可能治癒。如本病已併發胸膜炎者，則無論其為乾性或滲出性，亦當與黃氏栝蔞薤白湯方並用，始克有效。但其發炎之病灶甚小，並不引起胸膜炎所固有之症狀，而祇呈肺結核病徵者，則毋須兼服黃氏栝蔞薤白湯方，祇用黃氏貝母四仁湯方，已能收效。

本方施於上述各類型（原發綜合徵、支氣管淋巴結結核、局灶型、浸潤型肺結核）的病例，而其病變尚未轉入粟粒型、肺炎型或播散型及空洞型之肺結核患者，於治療經過數星期之後，則患者之絕大多數可見其體溫降低、咳嗽減少、吐痰減少、體重增加，食慾增加，病者自覺精神愉快，且痰中結核菌減少或絕跡，赤血球及血色素皆有增加，赤血球之沉降速度亦減低，而X射線之檢查亦見好轉，此後經過半年至一年之長期療治，則患者之絕大多數可獲治癒。此時患者不止健康恢復，諸症消失，而其痰中之結核菌必由陽性而轉為陰性，再用X射線檢查，更可證明其已愈（其病灶或消散或鈣化骨化或瘢痕形成），愈後亦絕少復發。

對於亞急性及慢性播散型肺結核、或慢性纖維空洞型肺結核，則因此等病型已為重症，而此時又往往有合併症（如胸膜炎、喉結核、腸結核、頸結核等）之發生，更能使其病變增惡，故本方施於本病，須經過兩、三月之治療時期，然後方能使患者因肺損害而引起之局部症狀（如咳嗽、

吐痰、咯血、呼吸困難、聲音嘶啞等症狀），及因毒血症而發生之全身症狀（如發熱、畏寒、盜汗、貧血、全身不適、食慾不振、體重減輕、心動過速及月經失常等症狀），得以漸次減退，再經一年至二年半之治程，其中有少數病例可獲治癒。此時患者諸症消失，健康恢復，精神至感愉快，痰中之結核菌檢查必由陽性而轉為陰性，赤血球沉降率亦恢復正常，而其結核病灶之治愈，更可用X射線檢查而加以證明，其愈後亦絕少復發。於此等病型中，有若干病例施用本方長期治療之後，已使患者眠食如常，體溫正常，體重比較增加，咳減少，痰減少，其他症狀亦漸次減退，惟痰液檢查其結核菌雖多為陰性，但亦偶有檢出稀少之桿菌而呈陽性者，此時再用X射線檢查亦不能證明其結核病灶已獲治癒（鈣化不完全、亦不能完全形成瘢痕），此等病例，因本方治療之關係，使其病變停止於平靜期中，此後若無其他因素使病變再行急劇增惡，則患者雖未獲痊愈，亦可能存活多年。

對於急性粟粒型、乾酪性肺炎型及已至末期之肺結核，則本方絕無療效，已如上述，蓋此等危急而嚴重之病變，因本方緩不濟急，而患者之預後亦多不良。

本方對於肺硬變亦有療效，如病灶已廣泛擴展，胸廓變形，使肺之呼吸面顯著縮小，則難以復原。如已發生心臟血管系統之合併症，此時患者呈強度呼吸困難及發紺現象，則當與黃氏強心有效湯方並用，以冀其渡過危關。

結核性胸膜炎之病變及治療，已如上述，更須參照本章黃氏栝蔞薤白湯方所敘述各節而酌定其適當之劑量。

本方施於骨、關節結核、頸結核之未形成膿腫及瘻孔者，亦有良效。但須與衛生食餌療法相輔而行，經過一年至二年之治程，患者之絕大多數可能獲愈。如已發生膿腫及瘻孔者，因其常有續發性感染，則本方不能適用。

於本方治療期中，如在可能時，每日須測驗體溫、脈搏、呼吸、各四次，而錄於體溫表上，相隔半月亦須測驗體重一次，以察其有無增減。於開始治療時，如得環境許可，則不獨須用X射線檢查以證明其肺部之結核病灶，更須施行痰液、血液、尿液及糞便之檢查而加以測驗（檢查可測其是否為開放性，檢血可測其血沉率是否加速，糖尿病每續發肺結核，肺結核又常與腸結核併發）。此後於治療過程中，則每半月須檢痰一次，每一月須檢查血液一次（赤血球沉降率、血色素、赤白血球總數，白血球分類計數等）以察其病勢之演變，相隔兩、三月必須施行X射線檢查，以察其結核病灶有無增惡，於治愈後之第一年，亦須隔三個月施用X射線檢查一次，治愈第二年以後，相隔半年或一年，亦須再用X射線檢查以察其愈後之結核病灶有無其他變化，此則於臨床實驗時所當切實施行者。於本病治愈之後，如更能一再施行結核菌培養法及動物接種法，以驗其病菌是否確已死滅，則尤為適當。

（九）黃氏栝薑薤白湯方

小瓜薑仁（去壳略搗碎） 一兩

瓜薑皮 三錢

薤 白 二錢

法半夏 一錢

粉甘草 一錢

（1）煎法 上藥五味，以淨水（飲料水）一千毫升（即1,000 cc 約等於大飯碗之兩碗小半），同納入陶器（該煎藥器不可用金屬製者，尤忌用銅器）內，放在爐上煎之（要用中等火候，不可過文過武），煎至二百六十毫升（即260 cc 約等於大飯碗一碗之六分），去渣，溫服。

此方乃著者本張仲景金匱之栝薑薤白白酒湯方及栝薑薤白半夏湯方而加以改訂者，茲將該兩方所用之藥品及其所治療之病症，錄其原文於下，以備讀者參考。

「胸痺之病。喘息欬唾。胸背痛。短氣。寸口脉沉而遲。關上小緊數。栝薑薤白白酒湯主之。栝薑薤白半夏湯方

栝薑實 一枚搗 薤白 三兩 半夏 半升 白酒 七升

上三味、同煮取二升、分溫再服」

「胸痺。不得臥。心痛徹背者。栝薑薤白半夏湯主之。

栝薑薤白半夏湯方

栝薑實 一枚搗 薤白 三兩 半夏 半升 白酒 一斗
上四味、同煮取四升、溫服一升、日三服」（錄自漢張仲景金匱要略方論上卷）

（2）性狀 本方藥性和平，完全無毒，絕無副作用及毒性反應，且經長期進藥，亦斷不至使病菌有抗藥性之產生，以收良佳之療效。

(3) 效用 本方施於結核性纖維蛋白性或漿液纖維蛋白性胸膜炎之患者，絕大多數可獲良好之療效，但必須決定其病情之輕重及肺部有無損害，如同時肺部有結核病灶，則當與黃氏貝母四仁湯方並用，始克有效。

(4) 適應 本方適用於纖維蛋白性或漿液纖維蛋白性胸膜炎（結核性）之治療，但胸膜炎如為格魯布性肺炎、化膿性肺炎及膿腫（因鄰接器官之化膿病變而傳至胸膜）之合併症，則本方不能適用，亦不適用於放腺菌病及癌腫之續發症。

(5) 劑量 本方一劑，為成人胸膜炎輕症之一日量，中等症劑量增加二分之一，重症倍之，老人及小兒該劑量因年齡而酌減，如屬中等症或重症，則照成人中等症及重症所用之劑量而酌減（參照本章黃氏貝母四仁湯方及栝薑薤白湯方之劑量表），本方全無毒性及副作用，比較的宜用稍大之劑量。

上文所示，為普通之用量標準，但必須檢查其肺部有無結核性損害，更須觀察患者當時之體質及病變以酌定其適當之劑量，方為妥善。

(6) 服法 參照本章黃氏貝母四仁湯方之「服法」條下。

(7) 臨床實驗 對於局限性之纖維蛋白性胸膜炎或漿液纖維蛋白性胸膜炎之患者，此時如不能證明其有肺結核性損害時，則施以本方治療，可能於短期內獲愈。如胸膜炎為肺結核之併發症，則其治癒時期，須觀察肺結核之類型是否嚴重，方能決定。如為局灶型或浸潤型之輕症類型，則經過半年至一年之治程，患者之絕大多數可能治癒。惟對於重症肺結核（亞急性及慢性播散型、

或慢性纖維空洞型），而併發胸膜炎之患者，如其病變急激進展，形成廣泛炎症病灶而又有大量胸膜滲液者，則雖用上述方法，經過長期之治療，亦祇有少數患者可能獲愈。此時更須觀察患者病情之演變，以酌定此兩方所應用之劑量〔註〕，始能適當，比等患者必須臥床休息與衛生食餌療法相輔而行，方為妥善。如胸膜之滲液大量積集，其肺部心部因受迫壓而引起呼吸困難及發紺者，即應施行胸腔放液穿刺術，以吸出其部份之胸膜滲液，但於術之際，務求緩慢，至放出之液已能解除壓迫時，即須停止，如於放液時，患者突起咳嗽及有其他之不適時，亦應即行中止。於放液之後，然後再用上述方法以施行長期治療。倘患者胸膜之滲液不多，則祇用上述之方法治

〔註〕

如患者肺結核為重症，而其併發之胸膜炎為輕症，此時即須依照上列《黃氏貝母四仁湯方、栝薑薤白湯方劑量表》所規定之劑量，每日服貝母四仁湯方二劑（上午服一劑、下午服一劑），栝薑薤白湯方一劑（於中午時服）。如患者之肺結核其病情為慢性演變，而其併發之胸膜炎則為急性進展（如炎症之範圍廣泛或滲出液頗多）者，則此時每日須服栝薑薤白湯方二劑（上午服一劑，下午服一劑），貝母四仁湯方一劑（於中午時服），於治程經過中如胸膜炎之病變漸次減退，則栝薑薤白湯方之劑量亦須以次酌減，此時更須觀察肺結核病變之情形，如需增加貝母四仁湯方之劑量者，則應根據當時之病情而增加其藥量，至其胸膜炎症就愈時，即停服此方而祇服貝母四仁湯方。如患者肺結核與併發之胸膜炎，其病變為同等進展者，則施用貝母四仁湯方及栝薑薤白湯方之劑量亦須相等，其用量多少則此時須察其病情之輕重，依照上列之劑量表以酌定其劑量。如患者所併發之胸膜炎，祇有服用X射線檢查始能証明其狹小之炎症病灶，且並不引起胸膜炎所固有之症狀，而祇呈肺結核病徵者，則毋須兼服栝薑薤白湯方，祇用貝母四仁湯方已能收效。

療，毋須施行放液手術，亦可使其滲液漸次全部吸收，而獲療效。本方經著者多年之臨床應用，得獲滿意效果，但其是否確有抗菌解毒作用，則尙待他日之證明。

(十) 黃氏臨床實用老人及小兒藥劑用量表

本表所示之用量，適用於本書所述之方劑（如該方另有劑量表者，應照該表服用），無論其為輕症、中等症或重症，如需用此方時，其劑量均應按照此表比例核算。本表所示之劑量，係照成人之一日量而酌減者。

一歲以下照成人用量 10—15%

一歲至二歲照成人用量 15—25%

二歲至三歲照成人用量 25—35%

三歲至四歲照成人用量 35—45%

四歲至七歲照成人用量 45—60%

七歲至十四歲照成人用量 60—80%

十四歲至十八歲照成人用量 80—100%

六十一歲至七十歲照成人用量 60—80%

七十一歲至八十歲照成人用量 50—70%

上表所示，為普通之用量標準，但此時更須觀察患者之體質，及其病變狀況，以酌定其適當之劑量。

第二節 臨床實驗

(一) 無合併症之典型性麻疹 此種典型病例，如在侵襲期（卡他期）之第一、二日或第三日使用本方（黃氏麻疹有效湯方）為之治療，則病者自發熱起，在一星期內各種病徵皆獲消失，其治愈率為 100%，因本方不只足以消滅麻疹病毒，如能及早施用，更足以預防其併發症之發生。

(二) 有合併症之麻疹 麻疹之併發症，皆因續發傳染所引起，肺炎雙球菌、鏈球菌、葡萄球菌及流行性感冒桿菌等，為最通常之病原菌，往往侵襲幼小病兒，且常發生於患佝僂病、營養不良及身體虛弱的患者。

(1) 支氣管肺炎 支氣管肺炎以三歲以下之幼兒為多見，且常在發疹晚期中出現。此時皮疹已開始消退，惟患者情況不見進步，仍繼續發熱，咳嗽較多（咳時可聞喉中痰聲，但咳出後又多咽下），有呼吸急促、鼻翼搗動、呻吟不安、脈搏頻數（速脈）及衰竭等症狀。唇及指甲床作青紫色。發熱殊不規則，體溫可能稍見增高，或高低不定，或則極高。患者往往有腹瀉，有時伴有嘔吐。著者之臨床經驗，對於此等患者，仍用黃氏麻疹有效湯方為之治療，如已發生心臟機能不全的病象，此時當與黃氏強心有效湯方相伍服用，倘能繼續進藥，則病者之絕大多數可能得獲治癒。時往往因心力衰竭而死。著者的臨床經驗，對於此等病變，仍用本方為之治療（先服黃氏麻疹方有

效湯方，相隔五小時後再服黃氏強心有效湯方，再隔五小時之後再服黃氏麻疹有效湯方，其劑量及服法，應依照該方所示，而施以適當的處理），此等病例，雖多數取死亡的轉歸，但仍有少數病例，借本方之療效，而得獲治愈者。

(2) 中耳炎 麻疹後中耳炎，是因續發性細菌傳染所致。病者以耳痛為主要的病徵，但嬰兒及幼兒不能訴說，故吾人必須間接證明之。常見小兒啼哭不止，將頭左右搖動，較長者常以小手擊病耳。輕壓耳珠即大哭不止。體溫大都甚高。有嘔吐腹瀉或虛性腦膜炎症象。此等病例，依照著者的經驗皆用黃氏麻疹有效湯方為之治療，於短期內皆獲治愈。於治療過程中無續發乳突炎者，治愈後亦無慢性耳聾的後遺症。

(3) 喉炎（喉部發炎）此症可能於麻疹之侵襲期已開始發生，早期喉炎是因喉粘膜卡他所致；臨牀上表現為聲音嘶啞、粗糙、間有犬吠狀之咳嗽。有時小兒在侵襲期末與發疹期第一日可能發生假性格魯布（假性格魯布為喉炎之一型）徵候羣。根據急性的發病，及無失音之存在，且有麻疹侵襲期的徵候，即可能將早期麻疹性格魯布與白喉性格魯布相區別。此等病例，著者仍用黃氏麻疹有效湯方為之治療，皆能於短期內得獲治愈。

但喉炎亦常有發生於發疹期末或皮疹的色素沉着期。晚期喉炎是因喉粘膜的潰瘍壞死性病變所引起。此時如有聲音消失（失音），咳嗽初則粗糙，繼則變為無聲，且更有喉頭狹窄的徵候（呼吸有聲、發紺、胸廓軟部凹陷），則極難與真性白喉性格魯布相區別。如經過精密的檢查，證明其確非白喉，則著者仍用黃氏麻疹有效湯方為之治療，皆能得獲治愈。如不能確定患者必非白喉，

於必要時，須進行下列的處理：

(1) 迅速注射抗白喉血清（不少於20,000單位）以免延誤病情，
(2) 將病兒與其他病人隔離，(3) 進行咽鼻腔粘液的白喉培養（二至三次）。住在農村之本病患者，如當地未有抗白喉血清儲備，則此時施用黃氏白喉有效湯方為之治療，可獲良好療效。

(4) 口腔炎（口腔粘膜炎） 口腔炎常發生於年幼體弱的麻疹患兒，著者以黃氏麻疹有效湯方為之治療，皆獲良效。著者經診之麻疹患者，未嘗見有併發走馬疳的病例。

(5) 結腸炎 腸管之併發症極為常見。在侵襲期與發疹期可能發生腹瀉，是因麻疹病毒所引起，但通常至痊愈期腹瀉即開始停止，其病情並不嚴重。晚發的結腸炎，有粘液性或血性腹瀉，大便次數不定，偶有裏急後重或腹痛，常因痢疾性傳染所致，其治療基本上與痢疾治療相同。

(6) 腦炎 在麻疹的皮疹出現後第三—五日，當體溫已恢復平溫時，忽然再發高熱。同時病者出現嗜睡狀態，往往加重至昏迷的程度；時而出現興奮不安、意識不清、譖妄。麻痺驟急發生，呈發作狀，時常取半身不遂或單癱的形式。在肢體麻痺出現以前，往往先有痙攣，通常見於後來發生麻痺之某一肢體。神經症狀亦可在數日內逐漸發生。除麻痺之外，更有運動過強、共濟失調、眼球震顫、面神經損害及失明等症狀。麻疹性腦炎現在尚無滿意的療法，其死亡率相當高，在生存之病例中，患者50—60%有後遺症。著者經診麻疹性腦炎三例，因在初診時其病情已甚為嚴重，皆取死亡的轉歸。

(7) 麻疹與結核 有結核病之兒童罹患麻疹時，其麻疹的經過，與結核之病變，皆可能發生惡化。在結核患兒可能發生極嚴重之麻疹後肺炎，伴有特別明顯的中毒，並發展極速，轉歸往往嚴

重。

麻疹與結核的感染造成有利條件。麻疹對已有結核感染的影響特別明顯。小兒愈小，麻疹感染所產生的後果愈為嚴重。例如，在年長兒，麻疹感染的影響可能僅限於結核病灶的惡化。而在幼兒，特別是乳兒在麻疹的影響下，其結核之發展可能變為肺臟的播散性結核、粟粒性結核、結核性腦膜炎。

著者之臨床經驗，對於肺結核的病例，乃是用黃氏貝母四仁湯方而為之治療者，如其病變未達終末期，且能繼續進藥，則可能獲得滿意效果。拙作《肺結核實驗新療法》一書，乃是本著者治療肺結核之臨床經驗而編述者，對於肺結核之病因、病理、診斷、治療等方法，言之甚詳，請加以參閱。

(8) 麻疹與白喉併發 白喉的病原體為白喉桿菌，有咽白喉、喉白喉（白喉性格魯布）、鼻白喉及其他部位的白喉等類型，其典型現象為在粘膜表面有一假膜。在該處繁殖的細菌產生毒素，損壞上皮細胞。先有壞死，然後有潰瘍。假膜主要由壞死細胞、纖維、白血球及細菌形成。假膜與粘膜不易剝離，假膜下細菌最多。微血管及淋巴管從病灶處吸收毒素而損害心、血管、神經及腎臟等器官。白喉的詳細論述，載在傳染病學等醫籍中，請加參閱便知其詳，茲不備錄。著者之臨床經驗，關於白喉的治療，乃是施用黃氏白喉有效湯方而為之治療者，如其病變未達終末期，則此方可獲良效。

(9) 麻疹與百日咳併發 百日咳為呼吸道急性傳染病，其病原體為百日咳嗜血桿菌。本病之全

部經過可分為三期：1. 炎症期（卡他期），2. 痊癒期（痙攣期），3. 減退期。麻疹與百日咳併發時，預後不佳。著者之臨床經驗，乃是施用黃氏百日咳有效湯方而為之治療者，如病者尚未發生支氣管肺炎或百日咳的神經系合併症時，則此方有良好療效。

(10) 麻疹與猩紅熱併發 關於猩紅熱之病原有三種不同的意見：1. 溶血性鏈球菌，2. 濾過性病毒，3. 病毒附在溶血性鏈球菌上，此等理論現在尚未能獲得完全正確的證明。猩紅熱之病理、症狀、診斷等學說，載在傳染病學等醫籍中，茲不備錄。麻疹與猩紅熱併發，幼兒之病死率較年長兒為高。著者之臨床經驗，此時仍用黃氏麻疹有效湯方為之治療，因此方不只足以消滅麻疹病毒，更能撲滅鏈球菌，如患者之病變未達終末期，則此方可獲良效。

(11) 麻疹與流行性感冒併發 患者於發疹期中與流行感冒併發，則著者只用黃氏麻疹有效湯方為之治療，可獲良效。如患者已進入恢復期，其皮疹發透之後，體溫已下降，而突然發生流感徵，則此時著者乃是施用黃氏流行性感冒有效湯方或黃氏黃芩竹葉湯等方劑而為之治療者，皆能得獲滿意效果。拙作《流行性感冒實驗新療法》一書，乃是本著者治療流感之臨床經驗而編述者，請加以參閱，便知其詳。

(三) 臨床經驗的要言

茲更將關於麻疹臨床的要旨，分述如下，以備參攷。

(1) 本病的特徵 本病以發熱(39°—40°C)，流涕，結合膜炎(羞明)，咽炎及氣管炎(乾咳)等症狀開始。在第二或第三日，近前臼齒處頰粘膜乃發生白色點狀小斑，大都繞以紅暈，此

即所謂費拉托夫——科濱力克氏斑（本斑出現後約於二—三日內消退）。此斑發現於90%以上之麻疹病者，借此往往可以在本病未發皮疹之前，而獲得決定的診斷。

(2) 預後的要旨 判斷本病的預後，應以中毒性是否強烈，及有無合併肺炎而加以決定。患麻疹而死亡者，大多數因併發肺炎所致。根據臨床經驗，與其按熱之高低及發疹之強弱，而加以判斷，反不如按意識狀態之如何以作為決定的方針。意識始終是清明者，可認為未有中毒症狀；如陷於嗜睡狀態者，即可認為具有強度的中毒病象，而預後多數不良。有發紺者，則有急性循環不全之慮；呼吸急促者，必須考慮其是否併發肺炎。

第三節 治驗病例

無併發症之麻疹，甚少死亡，因續發性感染而發生支氣管肺炎等併發症者，則病情較為嚴重，茲將著者的治驗病例，摘要簡述如下：

(一) 無併發症之麻疹

第一病例 蘇×× 女性，出生後九個月，廣東人，在香港居住。

家族歷：父母康健，其他無特殊。

既往歷：病者為足月順產、人工營養的嬰兒，營養發育中等，以往未嘗感染麻疹，其他無特殊可記的事項。

發病歷：病者於一九三一年五月廿八日開始發熱，並有咳嗽、流涕、流淚、嘔吐、結合膜充血、眼瞼微腫及食慾不振等症狀。三十一日經診西醫見其兩頰粘膜上有費——科氏斑出現，診斷為麻疹病。其父因現代醫學此時尚無麻疹特效藥，遂改用中藥治療，請著者為之診治。

現在症：五月卅一日（第四病日）著者初次為病者診治，此時患者除上述症狀外，咳嗽更多，並有呼吸稍促、食慾減退、睡眠不安及腹瀉等症候。是日體溫最高為 104.6°F （肛門內體溫），脈搏每分鐘150次。

臨床診斷：根據臨床病象，診斷為麻疹病。據醫家經驗，在嬰兒期（未滿六個月之嬰兒除外）而感染麻疹者，往往引起嚴重的併發症，但現在病者尚無合併症的病徵，此時如獲得適當處理，則可能防止其併發症之發生，而獲得早日治癒。依照著者之臨床經驗，即以黃氏麻疹有效湯方為之治療（參照本書第三章，此方之煎法服法條下處理），是日服此方一劑之十分六。

診療經過：六月一日至三日診察，病者於一下午開始發疹，其皮疹先出現於髮際、耳後、頸部及前額，二日其皮疹擴展於軀幹，至三日則瀰漫於全身，其皮疹透發甚多，互相融合，但仍有殘餘之健康皮膚可見。是日患者諸症皆輕快，精神較佳，可能熟睡。一日體溫最高為 104.4°F ，三日體溫為 101°F （肛門）。六月一日、二日每日仍服黃氏麻疹有效湯方一劑之十分六，三日服此方一劑之十分五。

六月四日至六日診察，四日病者咳嗽銳減，食慾稍振，五日其皮疹已開始消退，體溫恢復正常，六日病者咳嗽甚少，精神眠食較佳。六月四日至六日每日仍服黃氏麻疹有效湯方一劑之十分

六月七日診察，病者諸症已消失，精神較健，食慾良好，睡眠及大小便亦如常，此病已獲治愈，是日停止進藥。

第二病例 莫×× 女性，兩歲四個月，廣東人，在香港居住。

家族歷：父母康健，其他無特殊。

既往歷：病者爲足月順產、人工營養的小兒，營養發育中等，一歲時曾患消化不良症，以往未嘗感染麻疹，其他無特殊。

發病歷：病者於一九三四年二月五日發熱，同時有咳嗽、噴嚏、流涕、流淚、結合膜充血、食慾不振等症狀。

現在症：二月六日（第二病日）著者初次爲病者診治，此時患者除上述症狀外，咳嗽較多，並有眼瞼浮腫，睡眠不安，及間有嘔吐等症候。是日體溫最高爲 105°F （肛門內體溫），脈搏每分鐘140次。

臨床診斷：根據臨床病象，又因患者曾與麻疹病人接觸（其兄於前十日患麻疹，當開始發熱時，患者曾與之接觸），遂診斷爲麻疹病。此病如能獲得適當處理，可能防止其發生併發症，而得以及早治愈。依照著者之臨床經驗，即以黃氏麻疹有效湯方爲之治療（參照本書第三章，此方之煎法服法條下處理），是日服此方一劑之十分八。

診療經過：二月七日至九日診察，此三日內病者除上述症狀外，更有精神疲困，食慾減退，

及輕度腹瀉等症。於九日中午，開始發疹，其皮疹出現於耳後、前額、頸及面部。七日最高體溫爲 103.8°F ，八日體溫爲 104.6°F ，九日體溫爲 105.4°F （肛）。七日至九日仍用黃氏麻疹有效湯方處理，每日服此方一劑之十分八。

一月十日至十二日診察，病者於十日至十一日仍發高熱，咳嗽較多，其他症狀皆未見減退。至十二日病者之皮疹已瀰漫於全身，疹點甚多，互相融合，但其間仍有正常皮膚可見。是日下午，體溫 101.2°F （肛），咳嗽銳減，諸症皆輕快，精神較佳，頗能熟睡。仍用黃氏麻疹有效湯方處理，十日、十一日每日服此方一劑之十分八，十二日服此方一劑之十分六。

二月十三、十四日診察，是日病者熱已全退，諸症狀皆銳減，眠食較佳。十四日病者之皮疹已漸次消退，咳嗽甚少。仍用黃氏麻疹有效湯方處理，十三日服此方一劑之十分六，十四日服此方一劑之十分五。

二月十五日診察，病者諸症皆已消失，精神較健，食慾良好，大小便及睡眠如常，此病已獲治愈，是日停止進藥。

(二) 有併發症之麻疹

第一病例 彭×× 女性，一歲又六個月，廣東人，在香港居住。

家族歷：父母康健，其他無特殊。

既往歷：病者爲足月順產母乳營養的幼兒，以往未嘗感染麻疹，發育中等，其他無特殊可記之事項。

發病歷：病者於一九五一年九月廿五日開始發熱，次日有咳嗽、流涕、結合膜炎、咽炎等症狀，廿八日兩頰粘膜發現費——科氏斑，經診西醫遂斷爲麻疹病。廿九日發生皮疹，此時體溫爲

105.2°F（肛門內體溫），咳多、厭食、睡臥不寧，經診西醫診斷爲麻疹併發肺炎症。多，呼吸急促，鼻翼搗動，食慾減損，煩躁不寧，經診西醫診斷爲麻疹併發肺炎症。

現在症：十月一日（第六病日）著者初次經診，病者呈急性病容，其皮疹尚未遍佈全身，肘膝以下不見有皮疹出現，咳嗽頻多，呼吸困難，呼吸時鼻翼搗動，有顯著的發紺，及輕度昏睡，是日體溫最高爲 105.8°F（肛），呼吸急促，脈頻數而細弱。昨日西醫檢血，白血球顯著增加。

臨床診斷：根據臨床病狀，診斷病者爲麻疹併發支氣管肺炎，並有心機能衰弱的病象。本病併發支氣管肺炎常發生於發疹的晚期中，而患者於發疹初期即已出現肺炎病徵，爲比較少見的病例。依照著者的臨床經驗，即以黃氏麻疹有效湯方及強心有效湯方條下處理（此兩方之煎法、服法等均依照本書第三章麻疹有效湯方及強心有效湯方條下處理），是日先服黃氏麻疹有效湯方一劑之三分二，經過五小時之後，再服黃氏強心有效湯方一劑之二分一。

診療經過：十月二日、三日及四日每日診察一次，仍用前方處理。至四日病者諸症皆輕快，用一日所處之方劑而爲之治療，其所服之劑量亦與一日相同。

咳嗽大減，已無呼吸困難及昏睡等症狀，是日體溫最高爲 100.8°F（肛）。一日至四日，每日仍退。七日眠食較佳，其他主要症狀皆已消失。五日六日仍用一日所處之方劑，其所服之劑量亦與

一日相同。七日上午服黃氏麻疹有效湯方一劑之二分一，下午再服黃氏強心有效湯方一劑之二分一。

十月八日九日診察，由九日起病者之症狀已完全消失，此時已無心機衰弱徵狀，精神較健，睡眠良好。此兩日內，每日上午服黃氏麻疹有效湯方一劑之三分一，下午再服黃氏強心有效湯方一劑之八分三。至十月十日病者已完全治癒，遂停止進藥，愈後無肺部後遺症。

第二病例 何×× 男性，一歲又十個月，香港人，在香港居住。

家族歷：父母康健，其他無特殊可記之事。

既往歷：病者爲足月順產的幼兒，出生後發育良好，其他無特殊。

發病歷：病者於一九三二年三月二日下午發熱，翌日更有咳嗽、流涕、流淚等症狀。五日兩頰粘膜發現費——科氏斑點，七日發生皮疹，西醫斷爲麻疹而施以治療。至十日，病者熱未全退，且咳嗽較多。十一日再發高熱（105.5°F 肛門內體溫），咳多而氣促，食慾減退，睡臥不寧，西醫檢查血液，白血球高度增加，診斷爲麻疹後併發肺炎。十一日至十三日上午仍用西法治療，但其病情更爲嚴重（此條是依據病者之母所陳述而記錄者）。

現在症：三月十三日下午（第十二病日）著者初次爲病者診治，此時其皮疹已漸次消退，有咳嗽多氣促、鼻翼搗動、發紺、嘔吐、腹瀉、食慾缺損等症狀，體溫 105.8°F（肛），呼吸急促，脈搏頻數而弱。

臨床診斷：根據臨床病象，確斷病者爲麻疹併發支氣管肺炎，且有心機能衰弱的病徵。依照

著者的臨床經驗，即以黃氏麻疹有效湯方及黃氏強心有效湯方而爲之治療（此兩方之煎法、服法等均依照本書第三章麻疹有效湯方及強心有效湯方條下處理），先服黃氏麻疹有效湯方一劑之七分六，經過五小時之後，再服黃氏強心有效湯方一劑之八分二。

診療經過：三月十四、十五日診察，其病情有極大的好轉，仍用十三日所處之方而爲之治療，其劑量亦與十三日相同。

三月十六日至二十日診察，病者於十七晚已退熱，其他主要症狀於十八日亦已消失，仍用十三日所處之方劑而爲之療治，因其病已就愈，該方之劑量亦因之而遞減（十六、十七日每日服黃氏麻疹有效湯方一劑之七分六，黃氏強心有效湯方一劑之八分三。十八日至二十日每日服黃氏麻疹有效湯方一劑之七分四，黃氏強心有效湯方一劑之八分二）。至二十一日病者已獲痊愈，遂停止服藥，愈後肺部無後遺症，發育良好，康健如常。

第三病例 嚥×× 男性，四歲又六個月，廣西人，在香港寄寓。

家族歷：父母健在，其他無特殊。

既往歷：病者爲足月順產、天然營養的幼兒，平素發育良好，已往未嘗感染麻疹病。去月曾患流行性感冒，有高熱咳嗽等症狀，愈後身體較弱。

發病歷：病者於一九三八年三月十七日開始發熱，次日體溫爲 105°F （肛門內體溫），有咳嗽、流涕、流淚、羞明（畏光）及咽炎等症狀。廿一日發生皮疹，西醫師斷爲麻疹而施以治療。皮疹發出後至廿四日熱仍未退，咳嗽較多。廿五日病者之體溫由 101.5°F 升至 105.5°F ，此時咳嗽最高爲 106°F （肛），呼吸急促，脈數而弱。

現在症：三月廿七日（第十一病日），著者初次爲病者診治，此時其皮疹已開始消退，咳嗽更多，咳時喉中有痰聲，呼吸困難，呼吸時鼻翼搧動，吸氣時頸窩陷入，唇鼻青紫（發紺），此三日內每日腹瀉五、六次，食慾缺損，呻吟不安，肝臟輕度增大，並有血氣過少症狀。是日體溫最高爲 106°F （肛），呼吸急促，脈數而弱。

臨床診斷：根據臨床病象，確斷病者爲麻疹併發支氣管肺炎，並有心機能不全的病徵。依照著者的臨床經驗，即以黃氏麻疹有效湯方及黃氏強心有效湯方而爲之治療（此兩方之煎法、服法等均依照本書第三章麻疹有效湯方及強心有效湯方條下處理），先服黃氏麻疹有效湯方一劑之七分六，經過五小時之後，再服黃氏強心有效湯方一劑之八分六。再隔五小時後，更服黃氏麻疹有效湯方一劑之七分三。

診療經過：三月廿八日至三十日診察，病者於三十日其體溫最高爲 101.2°F ，是日咳嗽大減，其他症狀皆已銳減，精神較佳，食慾稍振。廿八日仍用廿七日所處之藥方，其劑量與廿七日相同，廿九、三十日每日上午服黃氏麻疹有效湯方一劑之七分六，下午再服黃氏強心有效湯方一劑之八分六。

三月卅一日至四月四日診察，四月四日下午，病者熱已全退，熱退後體溫稍低，是日咳嗽甚少，其他主要症狀皆已消失，脈搏已不頻數，精神眠食較佳。三月卅一日至四月二日每日上午服

黃氏麻疹有效湯方一劑之七分六，每日下午服黃氏強心有效湯方一劑之八分六。四月三日、四日，每日上午服黃氏麻疹有效湯方一劑之七分五，每日下午服黃氏強心有效湯方一劑之八分六。

四月五日至七日診察，由七日起病者之症狀已完全消失，此時心機不見衰弱，精神較健，知飢思食，且能安眠。四月五日上午服黃氏麻疹有效湯方一劑之七分四，下午服黃氏強心有效湯方一劑之八分五。四月六日上午服黃氏麻疹有效湯方一劑之七分三，下午服黃氏強心有效湯方一劑之八分四。四月七日上午服黃氏麻疹有效湯方一劑之七分二，下午服黃氏強心有效湯方一劑之八分四。至四月八日病者已完全治癒，遂停止進藥，痊愈後無肺部後遺症，發育如常。

第四病例 傅×× 男性，五歲，廣東人，在香港居住。

家族歷：父母健在，其他無特殊。

既往歷：病者營養發育中等，向有腹股溝疝病，以往未嘗感染麻疹，其他無特殊。
發病歷：病者於一九三一年二月廿一日發熱，同時有全身不適、咳嗽、噴嚏、流涕、流淚、結合膜充血、咽部充血等症狀。至廿五日開始發疹，其皮疹先出現於頭部，然後擴展至軀幹四肢，此時咳嗽加劇，熱度較高，食慾不振。三月四日，皮疹已逐漸消退，但仍發高熱，呼吸急促，咳嗽甚多，煩躁不安，間有譫語。西醫檢血，白血球高度增加，遂斷爲麻疹併發肺炎症。

現在症：三月五日（第十三病日），著者初次爲病者診治，此時患者除上述症狀外，更有呼吸困難，鼻搊，發紺，食慾缺損等症候，是日體溫最高爲 105.4°F （肛門內體溫），脈弱而數。

臨床診斷：根據臨床病象，診斷病者爲麻疹併發支氣管肺炎，並有心機衰弱的病徵（患者於

十日前曾與麻疹病人接觸，其兄先患麻疹病，現在其妹又患麻疹病），依照著者的臨床經驗，即以黃氏麻疹有效湯方及黃氏強心有效湯方爲之治療（此兩方載在本書第三章），是日先服黃氏麻疹有效湯方一劑，經過五小時之後，再服黃氏強心有效湯方一劑之二分一。

診療經過：三月六日、七日診察，病者呼吸困難、鼻搊、發紺及咳嗽等症狀，均已大減，其他症狀皆感輕快，七日之體溫最高爲 102.2°F （肛）。仍用三月五日之藥方處理，其劑量及服法亦與五日相同。

三月八日至十日診察，仍用三月五日的藥方爲之治療，至三月十日，病者之主要症狀皆已銳減，精神稍健，眠食較佳，體溫 100.4°F （肛）。

三月十一日至十四日診察，病者於十二日熱已全退，咳嗽甚少，十四日諸症狀皆已消失，精神食慾更佳，睡眠及大小便如常。仍用三月五日之藥方處理。

三月十五日診察，病者之肺炎變經已治愈，黃氏麻疹有效湯方應停止服用，但病者初愈，身體較爲瘦弱，仍用黃氏強心有效湯方處理，使心臟機能較前更爲旺盛，以促其早日恢復康強。三月十五至十八日，每日服黃氏強心有效湯方一劑之二分一，十九日完全治癒，遂停止進藥，愈後無肺部後遺症。

第五病例 陳×× 女性，出生後十一個月，廣東人，在香港居住。

家族歷：父康健，其母比較瘦弱，此外無特殊可記的事項。

既往歷：病者爲足月順產、人工營養的嬰兒，營養中等，平素身體虛弱，以往未嘗感染麻疹，

其他無特殊。

發病歷：病者於一九三四年四月十九日開始發熱，有咳嗽、流涕、流淚、咽部及結合膜充血等症狀。至廿二日更有腹瀉、嘔吐、食慾不振等病徵。廿三日咳嗽更多，於兩頰粘膜貼近臼齒處發現費——科氏斑，西醫遂斷爲麻疹病。廿五日病者之頭面及頸部有稀疏的皮疹出現。廿六日疹點已達於軀幹，惟不見有皮疹出現於四肢，且咳多氣促，精神疲倦，食慾減損，睡眠不寧。二十七日，其皮疹忽然迅速消退，皮膚蒼白，環口及指甲發紺，呼吸急促，四肢不溫，但仍發高熱，汗多，尿甚少，是日腹瀉十餘次，經診西醫師認爲此屬中毒性麻疹，引起循環衰竭，因而發生危險的變化。

現在症：四月廿八日（第十病日）著者初次爲病者診治，此時病者除上述的症狀外，更有神志不清，四肢厥冷，呼吸困難，睡臥露睛等症候，是日體溫最高爲 106°F （肛門內體溫），脈細弱而數。

臨床診斷：根據臨床病象，斷爲病者因麻疹之內攻，而引起肺炎及心臟血管衰竭的病徵，其病情甚爲險惡，依照著者之臨床經驗，即以黃氏二參湯方爲之治療，因患者尚在嬰兒時期，而其病情又甚爲險惡，故此方藥品之用量及劑量，與其他患者有所不同，茲將當日（四月廿八日）所處之方劑，錄之如下：

西洋參（花旗參）	五錢
麥門冬（去心）	五錢

玄參	五錢
牡丹皮	二錢
川地骨皮	二錢五分
桑白皮	一錢五分
青蒿	三分

此方之煎法及服法，參照本章黃氏二參湯方之煎法服法條下處理。是日服此方一劑，是晚再服半劑。

診療經過：四月廿九日診察，病者咳嗽銳減，其他症狀較昨日更爲減退，精神較佳，食慾稍振，頗能熟睡。是日體溫最高爲 100°F （肛）。仍用前日之藥方處理，上午服一劑，下午再服半劑。

五月一日診察，病者熱已全退，其他主要症狀幾已全部消失。前數日病者因麻疹內攻而引起險惡的病變，現在此病已將根本治愈，可無突然虛脫的危機。仍用四月廿八日之藥方處理，是日祇服此方一劑。

五月二日三日再診，病者咳已甚少，精神稍健，眠食較佳，大小便如常。二日服四月廿八日所處之藥方一劑之十分八，三日仍服此方一劑之十分七。

五月四日診察，病者之肺炎症狀及心臟血管衰竭病徵，皆已完全消失，其病情雖甚為險惡，幸能迅速治愈。但病者素來身體虛弱，依照著者之臨床經驗，此時更須施用黃氏強心有效湯方（此方載在本書第三章），使其心臟機能較前更為旺盛，以增進其身體的康強。由五月四日至五月十日每日服黃氏強心有效湯方一劑之二分一，十一日停止進藥，此病遂獲痊愈，治癒後無肺部後遺症。

第六病例 易 × 女姓，一歲一個月，廣東人，在香港居住。

家族歷：父母康健，其他無特殊。

既往歷：病者為足月順產、天然營養的嬰兒，營養發育中等，以往未嘗感染麻疹，其他無特殊可記之事項。

發病歷：病者於一九三八年一月十日發熱，次日更有咳嗽、流淚、流涕、嘔吐、眠睡不安等症狀。至十三日兩頰粘膜有費—科氏斑點出現，西醫遂斷為麻疹病，此時熱度更高，咳更多而氣促，並有食慾減損，精神疲困，結合膜充血，鼻炎，咽頭炎，及扁桃體微腫等現象。十四日患者之病情更為惡化，高熱不退，咳嗽更多，咳時喉中有痰聲，呼吸困難，鼻翼搗動，環口及指甲青紫，手足不溫，肝腫，眼瞼浮腫，有明顯的中毒病徵，但此時皮疹尚未透發，經診西醫認為此屬中毒性麻疹。

現在症：一月十五日（第六病日）著者初次為病者診治，此時患者神志不清，皮疹仍未出現，除上述症狀外，更有高度呼吸困難及發紺，吸氣時頸窩陷入，並有血氧過少症狀，汗多尿少及溏

瀉，食慾全失。是日體溫最高為 105.8°F （肛門內體溫），呼吸急促，脈細弱頻數。昨日西醫抽血檢查，白血球顯著增加。

臨床診斷：根據臨床病象，因患者有明顯的全身中毒症狀，診斷病者為麻疹合併中毒性支氣管肺炎，並有心臟血管衰竭病徵。依照著者之臨床經驗，即以黃氏二參湯方為之治療（參照本書第三章本方之煎法服法條下處理），是日服本方一劑，分四次溫服。

診療經過：一月十六日診察，是日病者神志已清，頭面胸背已有皮疹出現，呼吸困難，鼻翼搗動及發紺等症狀均已大減，其他症狀皆感輕快。是日體溫最高為 103.2°F （肛）。仍用黃氏二參湯方治療，是日服本方一劑。

一月十七至二十日診察。二十日上午，病者之皮疹已遍佈全身，此時精神較佳，食慾稍振，支氣管肺炎及心臟血管衰竭等病徵皆已銳減。是日體溫最高為 100.4°F （肛）。由十七至二十日，每日仍服黃氏二參湯方一劑。

一月廿一日至廿四日診察，病者於一月廿一日其皮疹開始消退。廿二日熱已全退，熱退後體溫稍低。廿四日咳嗽甚少，其他主要症狀幾已消失，精神眠食較佳。廿一日上午服黃氏二參湯方一劑之十分八，下午服黃氏強心有效湯方（參照本書第三章本方之煎法服法條下處理）一劑之十分五。廿二日至廿四日每日上午服黃氏二參湯方一劑之十分六，每日下午服黃氏強心有效湯方一劑之十分五。

一月廿五至廿八日診察，病者已無所苦，精神眠食良好，大小便如常。廿九日診察，患者循

環系呼吸系的症狀皆已消失。廿五至廿八日每日上午服黃氏二參湯方一劑之十分五，每日下午服黃氏強心有效湯方一劑之十分五。廿九日上午服黃氏二參湯方一劑之三分一，下午服黃氏強心有效湯方一劑之八分三。一月三十日病者已完全獲愈，遂停止進藥，痊愈後心機能如常，無肺部後遺症。

第七病例 梅×× 男性，五歲，廣東人，在香港居住。

家族歷及本人既往歷：均無特殊可記之事項。

發病歷：病者於一九三一年七月卅日開始發熱，並有咳嗽、噴嚏、流涕、流淚、結合膜充血、咽充血等症狀。於八月三日病者髮際、耳後、頸部及前額發生皮疹，至五日其皮疹遍佈於全身，經診醫師斷為麻疹病。八日其皮疹開始消退，並已退熱。八月十日病者又有輕度發熱，並有咳嗽、噴嚏、鼻塞、流涕及食慾不振等症狀，其咳嗽以夜間為多。八月十五日以後病者發熱已退，惟咳嗽更多。八月二十日病者有陣發性咳嗽病象，西醫抽血檢查，有白血球增多及淋巴球增多的特徵，診斷為麻疹後併發百日咳。

現在症：八月廿三日（第廿五病日）著者初次為病者診治，此時患者咳嗽更為劇烈，出現痙攣性咳嗽，每晝夜發作三十餘次，發作時，其面部充血發紅，每一陣咳嗽時，舌即挺出，似將窒息，最後突然發出高音的吼聲，咳嗽隨即停止，其面色亦迅速恢復正常；但短期間歇後又發生劇咳及吼聲，患者咳出較多的粘性痰液後，有時吞下，有時吐出。並間有嘔吐、鼻衄及痰中帶血。其面部浮腫，表情疲倦而窘迫。

臨床診斷：根據臨床病象，因病者之症候現已轉入痙攣性陣咳期，且有白血球增多及淋巴球增多的特徵，故診斷病者為麻疹後併發百日咳病。依照著者之臨床經驗，施用黃氏百日咳有效湯方為之治療（參照本書第三章本方之煎法服法條下處理），是日服本方一劑。

診療經過：八月廿四至廿八日診察，此五日內仍用黃氏百日咳有效湯方處理，每日服此方一劑。至廿八日病者之痙攣性咳嗽發作已減少，鼻衄及痰中帶血等症狀亦已消失。

八月廿九至九月二日診察，九月一日、二日病者咳嗽更少，咳後嘔吐亦少，精神較佳，其他症狀皆感輕快。八月廿九日至九月二日仍用本方（黃氏百日咳有效湯方）為之治療，每日服此方一劑。

九月三日至十日診察，仍用本方處理，每日服一劑。至九月十日病者痙攣性咳嗽發作之次數及強度皆已大減，每日只發作數次，咳嗽後亦不嘔吐，其他症狀皆已銳減，精神稍健，眠食較佳。

九月十一日至二十日診察，每日仍服本方一劑。至九月十五日病者咳嗽已甚少，咳後亦無吼聲出現。九月廿日病者咳嗽已完全消失，其他症狀亦全部消失，精神眠食如常，此病遂獲完全治愈，翌日停止進藥。此一病例，於治療過程中，幸能防止其併發支氣管肺炎，治愈後亦無後遺症。

第八病例 黃×× 女性，二歲，廣東人，在香港居住。

家族歷：父母康健，其他無特殊。

既往歷：病者為足月順產的幼兒，營養發育中等，出生後經已種痘，去年曾患流行性感冒，以往未嘗感染麻疹、水痘及百日咳，其他無特殊可記之事項。

發病歷：病者於一九三九年二月一日有輕度發熱及咳嗽，二月二日上午，頭部及軀幹發現紅色小丘疹，是日下午病者之父請著者爲之診治，此時其丘疹已形成庖疹，依據臨床症狀，診斷爲水痘病。即以治療水痘之方劑治之，病者連日服藥，水痘雖已治愈，惟咳嗽則更爲劇烈，後常有嘔吐。病家先請西醫檢查，再請著者爲之診治。

現在症：二月八日（第八病日）著者第二次爲病者診治，此時病者咳嗽增劇，成陣發性，其病情已轉入痙攣期，每晝夜陣咳發作三十餘次。發作時有一連串緊接不斷的短咳，繼續十餘聲後，在吸氣時出現百日咳典型的吼聲，此咳嗽因吸氣而中斷，吸氣完畢，又發生劇咳及吼聲，直至咳出粘性痰液而終止。咳嗽時面部充血發紺、流涕、流淚，於飽食後往往因咳而嘔吐，劇咳時間有遺尿。其面部浮腫，精神疲倦，睡眠不安。西醫檢血，有白血球增加及淋巴球絕對數增加的特徵，診斷爲水痘與百日咳併發。又因其屢患嘔吐，現已引起營養不良，此時患者抵抗疾病的能力經已降低，可能更有續發性感染而發生其他的合併症。依照著者之臨床經驗，即以黃氏百日咳有效湯方而爲之治療（參照本書第三章本方之煎法服法條下處理），是日服本方一劑之十分六。

診療經過：二月九日至十三日診察，此五日內仍用黃氏百日咳有效湯方治療，每日服此方一劑之十分六。至十三日病者陣發性咳嗽之發作次數及強度皆已減少，嘔吐亦甚少，其他症狀皆感輕快。

二月十四日診察，病者於今晨發熱，是日體溫最高爲 104.8°F （肛門內體溫），除百日咳所

固有的症狀外，咳嗽增多，更有聲音嘶啞、噴嚏、流涕、流淚、結合膜充血、精神疲憊及食慾減退等症狀，其脈細弱而數。察其現在的病變，診斷患者爲續發麻疹（今年麻疹在香港流行，較去年爲多，與病者鄰居之兒童，現已有人發生此病）。病者既患百日咳，又感染麻疹，對於抵抗疾病的能力，經已高度降低，其病情殊爲重要，現在既有營養不良症狀，又有全身衰弱病徵，如病情再加惡化，則可能發生嚴重之併發症，或引起循環衰竭的危機。依照著者之臨床經驗，即以黃氏麻疹有效湯方及黃氏強心有效湯方而爲之治療（此兩方載在本書第三章），以作適當的處理。病者是日先服黃氏麻疹有效湯方一劑之十分六，經過五小時之後，再服黃氏強心有效湯方一劑之十分六。

二月十五至十七日診察，病者連日皆有發熱，十六日頰粘膜近日齒處有費——科氏斑出現，此種斑點之發生，爲麻疹所特有的現象。十七日體溫更高，爲 105.4°F （肛），此時患者咳嗽更多，呼吸急促，環口及指甲發紺，並有煩躁不安、嘔吐、腹瀉、食慾缺損及全身衰弱等症狀，此等病象，可能是發生嚴重併發症的先兆（尤其是併發支氣管肺炎），亦可能引起循環衰竭的危機。現在應施用對於此病之有效方劑，以防止其繼續發生嚴重的併發症，使患者得以早日恢復康強。十五日仍用十四日所處的方劑，十六、十七日每日上午先服黃氏麻疹有效湯方一劑之十分八，每日下午再服黃氏強心有效湯方一劑之十分八。

二月十八至二十日診察，病者於十八日上午開始發疹，其皮疹先出現於耳後、髮際、頸部及前額，漸次自上而下，至二十日下午然後彌漫全身，惟手足之疹點比較稀少，其皮疹初爲鮮紅色，

後爲暗赤色。病者咳多氣促等症狀未有增加，發紺現象則較爲減少。十八日最高體溫爲 105.2°F （肛），十九日最高體溫爲 104.6°F ，二十日最高體溫爲 104°F 。仍用二月十四日所處之藥方而爲之療治，十八至二十日每日上午服黃氏麻疹有效湯方一劑，相隔五小時之後，再服黃氏強心有效湯方一劑。

二月廿一至廿四日診察，病者自皮疹全部透發後，其麻疹症狀皆已減輕。廿一日其皮疹已開始消退，發紺氣促等症狀皆已消失，此時可無循環衰竭的危機。病者因麻疹而引起之各種症狀，至廿三日幾已全部減退，但此時百日咳的疾患尚未清除，於麻疹之治療過程中，幸能避免百日咳之增劇，不致引起肺炎。廿四日患者熱已全退，熱退後體溫較常人稍低，精神眠食較爲良好。仍用二月十四日所處的方劑處理，廿一、廿二日每日上午服黃氏麻疹有效湯方一劑，每日下午再服黃氏強心有效湯方一劑，廿三、廿四日每日上午服黃氏麻疹有效湯方一劑之十分八，每日下午再服黃氏強心有效湯方一劑之十分八。

二月廿五日至廿八日診察，病者的麻疹症狀經已完全消失，其心機衰弱病象，雖有極大好轉，但現在仍未恢復正常，而百日咳尚未清痊，仍須施用有效方劑而爲之療治，依照著者之臨床經驗，此時仍用黃氏麻疹有效湯方（此方不只足以消滅麻疹病毒，對於在麻疹期中而發生續發感染之病原體，亦有良效）及黃氏強心有效湯方（此方對於心機衰弱的病例，有良好療效）而爲之治療。廿五、廿六日每日上午服黃氏麻疹有效湯方一劑之十分八，每日下午再服黃氏強心有效湯方一劑之十分八，廿七、廿八日每日上午服黃氏麻疹有效湯方一劑之十分六，每日下午再服黃氏強心有效湯方一劑之十分八。

強心有效湯方一劑之十分八。

三月一日至五日診察，此時病者之麻疹病象已完全消失，惟心臟機能尚未恢復正常，百日咳的病情雖不因併發麻疹而惡化，但現在仍有痙攣性咳嗽發作，咳後嘔吐則已甚少，精神眠食較佳，現在當用黃氏強心有效湯方以恢復心臟的康強，並用黃氏百日咳有效湯方以消除百日咳的疾患。三月一日至五日每日上午服黃氏百日咳有效湯方一劑之十分六，每日下午再服黃氏強心有效湯方一劑之十分八。

三月六日至十五日診察，此十日內每日上午服黃氏百日咳有效湯方一劑之十分六，每日下午再服黃氏強心有效湯方一劑之十分七。至十五日病者心機衰弱的病徵，已將消失，陣咳發作的強度，亦已減弱，其他症狀皆感輕快。

三月十六至廿五日診察，病者於十八日以後，陣咳發作之次數及強度皆已銳減，廿一日咳嗽大減，吼聲消失，嘔吐遺尿亦消失，精神食慾較佳，晚上可以寧睡。此十日內仍用前方處理，每日上午服黃氏百日咳有效湯方一劑之十分六，每日下午再服黃氏強心有效湯方一劑之十分七。

三月廿六至三十日診察，仍用前方處理，每日上午服黃氏百日咳有效湯方半劑，每日下午再服黃氏強心有效湯方半劑。至三月三十日病者咳嗽消失，其他症狀皆已消退，心臟機能亦恢復正常，精神眠食及大小便均如常。愈後曾用X射線檢查，證明其無支氣管擴張等後遺症，亦無肺結核病，心影正常，此時病者已獲痊愈，翌日遂停止進藥。愈後發育正常。

第四節 一般護理

環境應保持安靜。患者須在家中療養，除併發肺炎時可住傳染病院之外，一般不須住院。即輕症亦須在床上休養。疹退以後，待咳嗽停止方可下床。室溫宜在 $16\text{--}21^{\circ}\text{C}$ 之間，不可過高，並須保持恒定的溫度，不宜忽熱忽涼。須使室內空氣清淨光線充足，不可因畏光而緊閉窗戶，以致空氣惡劣，但亦須避免直接吹風，並可懸掛布幔以免日光的直射。眼鼻與口腔，須經常保持清潔。

合理的高價營養，能維持病人的抵抗力。在本病急性期，患者之食慾多半減退，消化能力亦弱，可採用每隔二三小時給予適量的流質或半流質飲食，如牛乳、粥類、湯麵、豆漿、菜湯、果汁等食物，迨體溫下降，一般情況好轉時，即可增加其他食品，並供給充分的維生素。更須不時給予患者以適當的飲料。如有消化不良，宜暫用米湯或脫脂牛乳。

第五節 施用本書之方劑時所應注意的事項

(1) 黃氏麻疹有效湯方，施於無併發症之麻疹，其治愈率為 100% ，且本方倘能於早期使用，更足以防止其併發症之發生，而得以早日治愈。故在本病之侵襲期必須注意其有無費——科氏斑出現，以作出正確的診斷，始能及早施以適當治療。

(2) 有正確的診斷，才有正確的治療，與麻疹相類似的疾病頗多，在本病侵襲期，應與普通感冒、流行感冒、急性支氣管炎、喉白喉及百日咳之卡他期等相鑑別；在本病發疹期，應與風疹、幼兒急疹（嬰兒玫瑰疹）、猩紅熱、早期天花、流行性斑疹傷寒、血清病及藥物皮疹等相鑑別；如以黃氏麻疹有效湯方施於與麻疹相類似之疾患，則不只無效而反有害。

(3) 著者選錄中西醫學的正確理論，對於麻疹之病因、病理、症狀、診斷、預後、預防等學說，言之甚詳，並根據著者治療麻疹之臨床實驗而編成是書，以備推廣應用。但如擬將此等方劑施於臨床實用，則務請參閱本書麻疹之療法一章，而加以研究，必須如法施用，適當處理，始能獲得滿意效果。如劑量不足，處理失當，則不能有效。

(4) 麻疹是不能於三、四日內治愈的疾患，本方（黃氏麻疹有效湯方）施於無併發症之病者，亦須經過六、七日之治程始獲痊愈，以本方施於有併發症之病例，則所需之治療時間更多，如其併發症已達末期（肺炎、腦炎等之末期），則此方不能有效。

(5) 施用本書之方劑時，不可隨意加減，否則無效。此等方劑必須選用道地及鮮明之藥品，始能獲得滿意效果。

(6) 施用本書之藥方以爲病者治療時，不可同時兼用其他中西藥品，否則藥物雜投，劑量過度，或此方與其他之藥劑相反，因而引起不良之後果。

(7) 黃氏強心有效湯方，以西洋參、麥冬爲主藥，西洋參產於加拿大及美國，爲中國的進口藥材。西洋參有野山洋參（天然野生者）及北美圓參（用人工栽植者）兩種，以野山參之療效

爲佳，圓參次之。中國住在農村之病者，如施用本方爲之治療時，不能獲得西洋參，可用吉林圓參代之。中國東三省所產之野山人參，其療效最佳，因其產量不多，價昂難得，而吉林圓參之療效，雖不如野山洋參，但因其產量較多，易於選購，且藥價不昂，可能繼續服用。吉林圓參有生晒參、紅參、白參（糖參）之分，生晒參之療效較佳，紅參次之，白參之療效則更遜於紅參。如無法購得吉林圓參，則以生防黨參代之，但其藥力殊薄，對於心臟衰弱之重症，恐難獲得滿意效果。

(8) 如病者既往已有心機不全病象，而又感染麻疹，或因感染本病而引起心機衰弱之患者，則此時本方必須與黃氏強心有效湯方相伍服用，始克有效（請參閱本章臨床實驗及治驗病例條下之敘述）。

(9) 本書所載的湯方，如未經進一步之研究，不可將其改變劑型，尤不適於丸劑、散劑，方中各藥品，更不可用曾經製成某一種中藥之濃縮藥液而爲之代替。此等湯劑不能久藏，必須每日新鮮配製，故不可一次將該方煎成多量藥液，加以冷藏，而分爲數日服用。

參考文獻（以著作人年代先後爲序）

- (一) 神農本草 (二) 新修本草，唐、蘇敬等撰 (三) 食療本草，唐、孟詭著 (四) 太平聖惠方，宋、王懷隱等編 (五) 博濟方，宋、王袞撰 (六) 小兒藥證直訣，宋、錢乙著 (七) 閻氏小兒方論，宋、閻孝忠著 (八) 全生指迷方，宋、王貺撰 (九) 史載之方，宋、史謙著 (一〇) 傷寒總病論，宋、龐安時撰 (一一) 董氏小兒斑疹備急方論，宋、董汲著 (一二) 旅舍備要方，宋、董汲撰 (一三) 類證活人書，宋、朱肱撰 (一四) 太平惠民和劑局方，宋、陳承等編 (一五) 重修政和經史證類備用本草，宋、唐慎微著 (一六) 蘇沈良方，宋、沈括撰 (一七) 濟生方，宋、嚴用和撰 (一八) 聖濟總錄，宋、政和中奉敕編 (一九) 本草衍義，宋、寇宗奭撰 (二〇) 圖經衍義本草，宋、寇宗奭撰 (二一) 鶴峯普濟方，宋、張銳撰 (二二) 類証普濟本事方，宋、許叔微撰 (二三) 幼幼新書，宋、王曆、王湜編 (二十四) 洪氏集驗方，宋、洪遵編 (二五) 三因極一病證方論，宋、陳言撰 (二六) 醫說，宋、張杲撰 (二七) 傳信適用方，不著撰人名氏 (二八) 楊氏家藏方，宋、楊傑撰 (二九) 易簡方，宋、王碩撰 (三〇) 陳氏小兒痘疹方論，宋、陳文中撰 (三一) 小兒衛生總微論方，撰者姓氏不詳 (三一) 宣明論方，金、劉完素撰 (三三) 儒門事親，金、張從正撰 (三四) 蘭室秘藏，金、李杲撰 (三五) 醫壘元戎，元、王好古撰 (三六) 癢論萃英，元、王好古撰

- (三七)湯液本草，元、王好古撰 (三八)金匱鈞玄，元、朱震亨撰 (三九)平治會萃，元、朱震亨撰 (四〇)丹溪心法，元、朱震亨撰 (四一)原機啓微，元、倪維德撰 (四二)瑞竹堂經驗良方，元、沙圖穆蘇撰 (四三)濟生拔粹，元、杜思敬撰 (四四)御藥院方，元、許國禎等編 (四五)本草發揮，元、徐用誠編 (四六)普濟方，明、朱橚等編 (四七)証治要訣、證治要訣方，明、戴思恭撰 (四八)奇效良方，明、方賢纂集 (四九)醫方選要，明、嬰童百問，明、魯伯嗣編 (五〇)本草品彙精要，明、劉文泰等編 (五一)保嬰撮要，明、薛鎧撰 (五二)萬全撰 (五三)醫學正傳，明、虞搏撰 (五四)明醫雜著，明、王綸撰 (五六)幼科發揮，明、萬全撰 (五七)秘傳片玉痘疹，明、萬全撰 (五八)名醫類案，明、江瓘撰 (五九)醫學綱目，明、樓英撰 (六〇)本草綱目，景岳全書，明、張介賓著 (六一)醫學原理，明、汪機編 (六二)證治準繩，明、王肯堂撰 (六三)古今醫鑑，明、龔信纂輯 (六四)痘疹傳心錄，明、朱惠明撰 (六五)赤水玄珠，明、孫一奎撰 (六六)痘疹玉髓金鏡錄，明、翁仲仁撰 (六七)活幼心法，明、聶尚恆著 (六八)景德峯著 (七一)幼科鐵鏡，清、夏鼎撰 (七二)痘疹定論，清、朱純嘏著 (七三)張氏醫通，清、張璐撰 (七四)古今圖書集成醫部全錄，清、陳夢雷等編 (七五)醫宗金鑑，清、高鼓謙等編 (七六)臨症指南醫案，清、葉桂撰 (七七)雜病源流犀燭，清、沈金鰲撰 (七八)幼科釋謎，清、沈金鰲撰 (七九)本草綱目拾遺，清、趙學敏著 (八〇)幼科指南，周震撰

- (八一)觀聚方要補，日本丹波元簡廉夫輯 (八二)歐氏內科學，高似蘭等編譯、一九二五年三版 (八三)近世內科學（上冊），趙師震編，一九五〇年 (八四)秦氏細菌學，郭可大等譯、一九五一至一九五二年 (八五)新小兒科學，劉鴻譯、一九五二年 (八六)內科症狀及診斷學，過晉源主譯、一九五三年 (八七)內科醫師臨床手冊，趙力之譯、一九五三年 (八八)兒科小全，高鏡朗著、一九五四年 (八九)內科學綱領，劉崇燕等譯、一九五四年 (九〇)內科學（上下冊），李健羣譯、一九五四至一九五五年 (九一)兒科學，李永昶等譯、一九五四年 (九二)實用細菌學手冊，陳廷祚等編譯、一九五四年 (九三)俄英中醫學辭彙，何懷德等編、一九五四年 (九四)西塞爾內科學，陳超常等譯述、一九四九至一九五四年 (九五)流行病學總論，孫錫璞等譯、一九五五年 (九六)流行病學分析，連志浩等譯、一九五五年 (九七)醫用微生物學及其技術綱要，北京醫學院細菌學教研組等譯、一九五五年 (九八)流行病學，麻世跡等譯、一九五五年 (九九)急性傳染病學，楊宜編著、一九五五年 (一〇〇)內科診斷學，北京醫學院內科學教研組譯、一九五六年 (一〇一)兒科學，孫時和譯、一九五六年 (一〇二)神經病學，趙師震譯、一九五六年 (一〇三)乳幼兒疾病學，關慶潤等譯、一九五六年 (一〇四)臨床化驗檢查，蔣芝英譯、一九五六年 (一〇五)急性傳染病學教程，陳鏘譯、一九五六年 (一〇六)病理生理學講義（上卷），張曙昌等譯、一九五六年 (一〇七)古代兒科疾病新編，高鏡朗編、一九五六年 (一〇八)小兒病的診斷和治療，鄧曰誥等譯、一九五七年 (一〇九)實用病毒學簡明教程，姚家祥譯、一九五七年 (一一〇)兒

- 科學基礎，中國醫科大學兒科教研組譯、一九五七年（一一一）傳染病學，李維清等譯、一九五七年（一二二）醫學名詞彙編，人民衛生出版社編、一九五七年（一二三）胸腔疾病，王大同等譯、一九五七年（一二四）兒童教養機構醫務人員手冊，王寶美等譯、一九五八年（一一五）病毒學，程一雄等譯、一九五八年（一二六）檢驗診斷的臨床意義，黃大有編譯、一九五八年（一二七）流行病學講義，S. P. 斯捷潘諾夫主編，一九五八年（一一八）植物殺菌素，林傳光等譯、一九五八年（一二九）兒科學，蘇祖斐主編、一九五八年（一二〇）兒童及青年結核病學，黃中譯、一九五八年（一二一）流行性感冒手冊，全國流行性感冒研究中心編、一九五八年（一二二）兒科學，人民軍醫社編、一九五八年（一二三）實用微生物學，陳駒聲著、一九五八年（一二四）兒科急症手冊，袁承文編著、一九五八年（一二五）傳染病手冊，張孝秩等編著、一九五八年（一二六）實用內科診療手冊，鄭安堃主編、一九五八年（一二七）兒童疾病綱要，段蔭琦譯、一九五八年（一二八）內科學，人民軍醫社編、一九五八年（一二九）傳染病學，人民軍醫社編、一九五八年（一二〇）實用兒科學（上下卷），諸福棠主編、一九五七至一九五九年（一二一）兒科臨床手冊，顧慶祺等主編、一九五九年（一二二）流行性感冒，李得秋等譯、一九五九年（一二三）植物成分化學，楊季秋譯、一九五九年（一二四）人參，黃厚聘等譯、一九五九年（一二五）中藥志（一至四冊），中國醫學科學院藥物研究所等編著、一九五九年至一九六一年（一二六）中藥材手冊，中華人民共和國衛生部藥政管理局主編、一九五九年（一二七）胸部疾病，吳英愷等編、一九五九年
其他參考兒科、內科等各種雜誌。
- （一三八）兒科學，黃中譯、一九五九年（一三九）實用內科學，上海第一醫學院實用內科學編輯委員會編、一九五九年（一四〇）基礎兒科學，鄧金鑾主編、一九六〇年（一四一）醫學系兒科學，宋名通等主編、一九六〇年（一四二）傳染病學與流行病學，山東醫學院傳染病學與流行病學教研組編、一九六一年（一四三）醫學微生物學，余濱主編、一九六二年（一四四）麻疹專輯，上海市醫學科學技術情報研究站等編、一九六三年（一四五）中華人民共和國藥典一九六三年版一部，中華人民共和國衛生部藥典委員會編、一九六四年。



黃省三小傳(1882年至1965年)

黃思省字省三，廣東番禺縣人，其父為中醫，家藏醫書頗多，幼年喪父，因其聰穎好學，故以自學濟世。初在鄉間行醫，廿七歲成名，遂遷往廣州南關。一九二四年從穗遷往香港跑馬地繼續行醫，其醫寓一向名為「黃崇本堂」。直至一九五五年應人民政府邀請，再度回穗工作。黃氏行醫數十年，曾為數以萬計患者解除疾苦，挽回生命，因而在港粵一帶享有盛名，各地官紳名流及海外華僑遠道前來求診者甚衆，而黃氏一向對於就診之貧苦病者分文不取，甚至贈藥。

黃氏對於醫學的態度乃是講求科學、精益求精，不談虛玄的理論，而參用科學的診斷方法，對中藥及方劑進行詳細的動物實驗及分析，因此，堪稱為中西醫結合之先驅者。

黃氏治學精神數十年如一日，生平搜羅古今中外醫書不下萬冊，晚年以其生平經驗，寫成不少著作，已出版有《腎臟炎腎變性實驗新療法》、《流行性感冒實驗新療法》、《肺結核實驗新療法》、《急性闌尾炎藥物新療法》、《白喉病藥物新療法》。黃氏平生積存珍貴醫籍視為至寶，臨終前囑以全部藏書貢獻國家，以賜後學，其胸襟懷抱，洵足稱也。

——編者



Published & Printed in Hong Kong H.K. \$7.00