

流行性感冒实验新方法



## 本書內容提要

流行性感冒現在尚无特效疗法，著者經長期之研究，利用我国医藥学實驗之丰富，制成本病有效方剂，經四十余年临床之實驗，获得滿意效果，用特將此等方剂刊布，以就正高明。

本書共分十章，第一章为概論，对于本病之病因、病理、症狀、診斷、豫后、預防等作簡要之論述。第二章为流行病學，詳述本病流行之狀況。第三章为病原學，詳述本病病毒之性狀及其致病力。第四章为病理解剖學，对于因本病而引起之病理解剖的变化，論列甚詳。第五章为症狀，詳述本病之临床病象。第六章为併發病，則因本病而發生之各種併發病，論列殊為詳尽。第七章为診斷及鑑別診斷，則叙述本病之临床診斷与實驗室診斷及类症鑑別之方法。第八章为豫后，其中所述者皆为經驗有得之言。第九章为預防，分述一般之預防措施及預防接种。第十章为療法，此章乃完全本著者临床經驗之所得而編述成書者，其中所載之有效方剂，皆詳列該方之性狀、效用、适应、劑量及服法等，以便临床实用。

本書所述流行性感冒之各种治疗方法，可作为临床医师及專家在临床工作与研究工作上之参考。

## 流行性感冒實驗新療法

黃省三著

\*

广东人民出版社出版 (广州大南路43号)  
广东省書刊出版業營業許可證粵版字第1号

广东省新华书店发行  
广东人民印刷厂印刷

\*

統一書號：14111·9

書號：1251·787×1092紙1/32·4 印張·71,000字

1958年7月第1版

1958年7月第1次印刷

印數：1—5,100 定价：(10)五角五分

## “广东中医药研究叢書”編輯例言

- 一、本叢書定名为“广东中医药研究叢書”。
- 二、本叢書的讀者对象主要是中西医药衛生人員和热心研究祖国医学的知識分子。
- 三、本叢書內容主要是把本会整理和总结中医药有关临床經驗、驗方交流、学术專著等三方面的著作分类分冊出版，借以扩大学术研究和經驗交流，以繼承發揚祖国医学文化遺产，丰富人民衛生知識，加强保健力量。
- 四、本叢書的稿件来源，以本会研究范围为主，同时也編选一些省内各地研究中医药有心得的著作，以充实本叢書的內容。
- 五、本会出版各叢書，欢迎全国各地医疗保健研究机构和医疗研究人員提供意見，以便改进研究工作的內容和方法，提高研究工作的質量（来稿可寄广州市倉邊路三十九号广东省中医药研究委員會）。

1957年3月1日

## 第一版 自序

流行性感冒，一名風溫，为吾国古代已有之疾病，且屬急性傳染病之較为多見者。著者經長期之研究，利用我国医药学實驗之丰富，药品之饒多，制成本病有效方剂，經四十年臨床之實驗，得获滿意效果，察其治疗經過，顯見此等方剂具有抗生素（Antibiotics）的作用，或植物性杀菌素（Fitontsidy）的作用，故能將本病之病原体歼灭，及中和病毒，以收原因治疗之效，使患者早获清痊。用特將此等方剂刊行，以就正有道，尙祈海內賢達，予以指正，尤感欣幸。

番禺黃省三識于香港时年七十

1951年5月15日

## 第二版 自序

本書于1951年夏間出版，翌年即已售罄，其時著者适因編述肺結核實驗新療法及腎臟炎腎變性實驗新療法兩書，無暇將其修訂再版。現該兩書業已編竣，且已先后出版，用特將本書再行補編，全書修訂數十条，較前更为詳盡。茲再付梓刊行以就正有道，尙祈海內同道予以批評指正，此則著者所至為企禱者也。

黃省三識于广州市时年七十有四

1955年11月1日

## 目 录

第一章 概論 .....	1
第二章 流行病學 .....	7
(一)流行狀況.....	7
(二)傳播方式.....	11
(三)與氣候及日光之關係.....	13
(四)年齡性別之關係及罹病率與死亡率.....	14
第三章 病原學 .....	17
(一)流行性感冒病毒.....	17
(1) 試驗動物感染證明 A型病毒 (2) 以 人類供實驗 (3) B型病毒之證明 (4) 培養 (5) 病毒小體及型別 (6) 免疫力 (7) 抵抗力	
(二)流行性感冒杆菌.....	20
(1) 型態 (2) 培養 (3) 抵抗力	
(三)繼發性感染.....	21

第四章 病理解剖学	22
(一)呼吸系之病理解剖	22
(二)循环系之病理解剖	24
(三)消化系之病理解剖	25
(四)泌尿系之病理解剖	25
(五)神經系之病理解剖	26
(六)內分泌腺之病理解剖	26
(七)中毒型之病理解剖	27
第五章 症 狀	28
(一)无併發病之單純型	28
(二)有併發病之單純型	30
(三)肺炎型	31
第六章 併發病	33
(一)呼吸系之併發病	33
(二)循环系之併發病	42
(三)消化系之併發病	46
(四)泌尿系之併發病	48
(五)神經系之併發病	48
(六)內分泌腺之併發病	51
(七)感覺器之併發病	52
(八)关节之併發病	53
(九)需用手术处置之併發病	54

第七章 診斷及鑑別診斷	55
(一)診斷	55
(1) 临床診斷 (2) 實驗室診斷 (甲) 动物接种 (乙) 血清特殊抗体試驗 (丙) 羊水腔內接种 (丁) 下鼻甲粘膜的印迹标本檢查 (3) 併發病之診斷	
(二)鑑別診斷	56
(1) 普通感冒与本病之區別 (2) 斑疹伤寒与本病之區別 (3) 腸傷寒与本病之區別 (4) 回归热与本病之區別 (5) 土拉倫斯菌病与本病之區別 (6) 布氏杆菌病与本病之區別 (7) 瘡疾与本病之區別 (8) 結核病与本病之區別 (9) 流行性腦炎及腦膜炎与本病之區別 (10) 取血症与本病之區別 (11) 麻疹与本病之區別	
第八章 豫后	64
第九章 預防	65
(一)一般的預防措施	65
(二)預防接种	67
第十章 療法	69
第一节 处方	69
(一)黃氏流行性感冒有效湯方	69
(二)黃氏黃芩竹叶湯方	71

(三)黃氏玄參竹叶湯方.....	74
(四)黃氏貝母紫菀湯方.....	76
(五)黃氏強心有效湯方.....	78
附录 循环系統之生理及解剖概要.....	82
(六)黃氏临床实用老人及小儿药剂用 量表.....	85
<b>第二节 药物.....</b>	<b>86</b>
(一)蓮翹 (二)牛蒡子 (三)梔子 (四)桔 囊实 (五)桔梗根 (六)菊花、菊叶 (七) 桑叶 (八)桑根白皮 (九)薄荷 (十)黃芩 (十一)竹叶 (十二)玄参 (十三)牡丹皮 (十四)青蒿 (十五)貝母 (十六)紫菀 (十七)冬瓜子 (十八)杏仁 (十九)甘草 (二十)西洋参 (二十一)麦門冬 (二十二) 大棗 (二十三)半夏	
<b>参考文献.....</b>	<b>107</b>

## 第一章 概論

**定义：**流行性感冒 (Influenza)，系由滤过性病毒所致之急性传染病，一經爆發，蔓延極速，或為小流行，或為大流行。起病驟然，有高熱、衰弱、全身痠痛、結合膜充血、呼吸道粘膜疾行性炎症諸現象。單純病症恒可于短期內痊愈，但常因誘致續發性肺部傳染，以致情形嚴重而頗多死亡者，尤以大流行時為甚。

**病原：**人类流行性感冒為特殊之病毒所致。免疫學方面分為兩型，即 A 型及 B 型，每型之間又有不同之亞型。此兩種病毒，可以用電子顯微鏡觀察，並借兩者之大小不同而加以區別。病毒的大小在 80—110 毫微米之間。其抗元成分甚為複雜，但確知其內含核酸、類脂質及碳水化合物。此種病毒對雪貂、白鼠及豬均有傳染性，利用鷄胚胎之尿囊極容易培養。鷄的紅血球可被此種病毒凝集(赫斯脫氏現象)，而此種凝集現象可被特殊免疫血清所抑制。

Wilson, Smith, Andrewes 及 Laidlaw 諸氏在 1933 年從人類患者體上獲得一種濾過性病毒，以後並經多人証實為本病之真正原因，定名為 A 型病毒。以人類患流行性感冒者的鼻咽洗液傳染給雪貂，使之得感冒，雪貂染病後，可自呼吸道

中查得此种病毒。小鼠亦可被傳染，但不容易。將雪貂先用酳麻醉，再將此病毒傳染之，雪貂可得肺炎。在變實之肺中，并無細菌，因此証明雪貂之感冒或肺炎非由於細菌傳染而是由於病毒。雪貂傳染痊愈後，在六個月內，其血中含有抗体。世界各處流行時所得之病毒，皆可用免疫血清中和之。Francis 及 Magill 二氏在1940年又發現另一種相似之濾過性病毒，在免疫學上與 A 型截然不同，特名為 B 型病毒；但在臨床病狀上并無任何區別。此兩種病毒在人類社會中或單獨存在或同時并存。在發生某型病毒所致的感冒後，可獲得對某型的特殊免疫力，但對另一型病毒則毫無免疫力。在得一次感冒後，血中即產生對某型之抗体，但為時甚暫。此中所說之抗体，包括中和抗体、保護力抗体、補體結合抗体及抑制鷄紅血球凝集體。

**病理：**因流行性感冒而死者，其病理改變主要是在呼吸系統。呼吸道上部發炎，自鼻咽向上蔓延至蝶竇及上頸竇，向下蔓延至總氣管、支氣管而成氣管炎，有時可演成間質性肺炎。此種肺炎在肺氣泡中可有出血，此或由於繼發性傳染所致。因此種病毒可使身體抵抗力減低，以致易於發生繼發性傳染，而感冒杆菌、鏈球菌及肺炎球菌等得以乘機而入。

最初病變是總氣管充血；上皮層產生滲出液，液內含感冒杆菌甚多；皮膚剝脫，表皮壞死。在此種壞死而脫落的表皮之下，鏈球菌、肺炎球菌則易於進入粘膜下層，致此層充血水腫，滲出液內含多數淋巴細胞及漿細胞。表皮之外層并無細菌，極

可以說明此種疾病乃因濾過性病毒所致。大氣管及中等氣管亦有同樣病變，小氣管則僅有退形性變。氣管肌纖維萎縮，以致氣管擴張，易成支氣管擴張病。微小之氣管中常充滿膿液；肺氣泡中充滿中性白血球、淋巴細胞及少量纖維素。此種纖維素以後變成透明膜，乃是流行性感冒的特殊改變。

**症狀：**潛伏期為一至三日。病症輕重不一，約可分為下列數型。

(1) 无併發病之單純型流行性感冒(Simple Form Without Complication)：此為最常見之一種，起病驟然，多無前驅症狀，初起即感畏寒、欠爽、全身疼痛，尤以背部四肢為甚，多少有衰竭現象，頭痛甚劇，間有昏迷、譫妄者。體溫遽升至 $39-40^{\circ}\text{C}$ ，脈搏界於 $80-100$ 之間，呼吸略增，精神渙散，顏頰潮紅，結合膜與咽部充血，軟顎常有點狀紅斑或瘀斑。隨即開始急性鼻炎、咽喉炎，胸骨後隱痛及氣管所致之刺激性干咳諸現象。病初或有衄血。小孩常有顯著之胃腸道症狀，如嘔吐、腹瀉等。其後熱度持續二日至四日，呼吸道炎症更為顯著，偶有僅局限於鼻、咽或氣管者，但多數擴延至粗支氣管。患者有呼吸道刺激，胸部緊窄與疼痛之感，咳嗽粗嗁，痰液原甚稀少，粘性帶血，隨後變為膿性稠液。胸部檢查，僅聞支氣管炎性羅音。血液檢查，發現有白血球減少現象，尿中常含微量之蛋白質。

此後，痊愈頗速，患者體溫下降，症狀消失。惟精神萎頓，疲憊無力，需休養一時，方能完全恢復。若無繼發性傳染時，不致復發。此種病人無致命者。

(2) 有併發病之單純型流行性感冒 (Simple Form With Complication): 此型介于單純型與肺炎型之間，此乃因發生膿性支氣管炎、鼻副竇炎，或二者兼有之併發病，而致病程延長之單純型流行性感冒。病起三、四日後，理應漸次痊愈，然咳嗽更劇，膿性痰液轉多，且多含流行性感冒杆菌及其他細菌。胸部檢查，有無數程度不等之濕性羅音，滿布肺下葉，但叩診、觸診仍為正常。體溫界於 $38^{\circ}\text{C}$  上下，連續周余。慢性支氣管炎存在時，常使咳嗽綿延數周。鼻副竇發炎時，頭部劇痛，熱度稽留不降，衰竭甚著，有時可能發生中耳炎，尤多見於小孩病例中。

(3) 肺炎型流行性感冒 (Pneumonic Type): 有初起即具嚴重肺炎者，除單純型流行性感冒之一般症狀外，患者呼吸困難、發紺，並呈因進行甚速之肺部出血性水腫所致之病征，形勢極為嚴重，可於一、二日內遽告死亡，而肺檢查無何細菌存在。然大多數系由流行性感冒杆菌及其他細菌所致之續發性肺炎。出現時間先後不一，有於起病後二至四日，體溫尚未開始下降，而肺炎現象已逐漸出現者，有正值患者逐漸痊愈之際，肺炎來臨者。病變複雜，輕重不一，自輕症之小葉性肺炎以至進行極速而致命之重症肺炎，或呈大葉性肺炎之現象，或取一種遷延性壞死或機化之病程。有時病變部位孤立深藏，初起時不易查出其實變現象 (Consolidation)。病徵多始見於肺下葉，逐日變異。多數病例二側均被牽累。高熱而不規則，脈搏常不及體溫增加之多。呼吸情形，視病情輕重而異。有顯著缺氧

性發紺，痰液或為血性粘液，或為純膿性不等，後者恒兼有劇烈之細支氣管炎或細支氣管擴張症。早期性胸膜炎及膿胸，僅見於溶血性鏈球菌傳染與融合性肺炎之患者。白血球減少現象仍著。全身症狀呈顯異常嚴重之原因，主系由於毒血症及缺氧症所致。設有膿腫形成，消散不全時，痊愈更需時日，甚至患者似乎已臻復原期而忽告暴卒者。痊愈後亦多罹有貽後症。

併發病：除上述多種併發病外，間有：泡疹，腹直肌破裂，腸出血，腸氣脹，腹膜炎，心膜炎，血栓性靜脈炎，心動過緩，出血性腦炎，腦膜炎，神經炎，精神变态，关节炎，骨髓炎等症狀。

常見之貽後症為慢性支氣管炎，支氣管擴張症，及肺部纖維性變等症狀。

診斷：大流行時，典型病例不難診斷，普通小流行時，診斷略較困難。但本病起病驟急、發熱甚高、衰竭、背痛、下肢痛之程度，常超出於卡他炎性症狀比例之外，且患者同時更有面部潮紅、結合膜充血、咽部劇烈充血及白血球減少等特殊症象，故不難下一診斷。

將可疑病例之鼻腔洗滌液或喉部洗滌液培養病毒於鷄胚絨毛尿囊膜上，及作病毒特異性免疫血清中和試驗，如其結果為陽性，則更可作為診斷依據。

併發病之診斷，有賴於各個病例所發生之特殊症狀及物理征象。

豫后：單純型流行性感冒，豫後甚佳；併發病較輕者，豫後亦佳；罹有不良貽後症者，完全復原需時較久；惡性肺炎型

流行性感冒，則情形至为严重，死亡率約为15—60%，妊娠更甚。

**預防：**用鷄胚尿囊接种法制成之死病毒疫苗，可供人类預防接种之用，但其功效，目前尚无正确之估計。

病人为傳染源，傳播方式是飞沫傳染，故完全隔离一法，其价值虽确已証明，惟除非情形特殊，实行頗不容易。在流行期間，应尽量避免与病人接触。

**疗法：**現在本病尚无特效疗法，著者本多年临床実驗，特將治疗本病之有效方剂刊布，以就正高明。

## 第二章 流行病学

### (一) 流行狀況

流行性感冒，一名風溫，为吾国上古已有之疾病，过去不同時期內，本病 (Grip或lagrippe，来自法文中agripper一字，意謂“攫取”、“攫夺”) 曾先后拥有許多不同的名称，例如 Influenza(来自意大利文中之Influenza di freddo，意謂寒冷之影响)，流行性卡他儿热病 (Epidemic Catarrhal fever)、俄罗斯病 (Russian disease)、中国病、西班牙病 (Spanish disease) 等。历史上每一世紀中，必有范围較小之本病流行，發生于各不同地域，此外不时又有大規模之流行，同时蔓延及于若干国家，甚或全世界。各大規模流行中之間隔約为十五至三十年。此等間隔期內，每二至四年，必有区域較小，且仅發生于若干个别地方之小流行。此等小流行通常經過一至一个半月即告終止。

就历来观察所得，本病的蔓延或自始即以一个大浪表現，在此大浪終止后，又發生若干小爆發(所謂“疫尾”)，或者产生兩個浪(此种方式較为多見)：第一浪中之罹患率比較低，第二浪中之罹患率則較高，且病例之經過亦較为重篤，死亡者亦較多。

类似流行性感冒之疾病，远在古希腊希波克拉德（Hippocrates）氏时代已有叙述。关于蔓延德、意、英诸国之流行性感冒的最早记载，约在公元1173年。

在十四世纪的“年代记”中，已有关于三次流行性感冒流行的记载：1323年（法意两国）、1328年（意大利）、1387年（意、法、德）。

十五世纪中，曾记载有流行性感冒之蔓延多次：1404年（荷、德）、1411、1413、1414、1427诸年（法、德、意）。

其后1510、1557、1574及1587诸年，亦均发生本病。就中1510年之蔓延几乎及于欧洲全部。最初发端于马耳他岛（Malta），其后蔓延及于西西里岛（Sicily）、西班牙、意大利、奥地利、匈牙利、德意志、法兰西及英吉利。1557年，流行性感冒于6月间肇端于西西里岛，8月间蔓延及于意大利，9月间侵及瑞士、英吉利及西班牙，至10月间复进入荷兰。1580年，流行性感冒自亚非二洲侵入欧美二洲，造成十分惊人的死亡率：仅罗马一地，在该次流行期间，死者逾一万人。

十七世纪中，记载流行性感冒的蔓延有十六次。其中最惨及死亡最多的是1626年（意）、1647年（美、西印度）、1658年（英）、1675年（德、匈、奥及英）、1668年（意、爱尔兰、英）及1693年（爱尔兰、英及荷）。

十八世纪中，流行性感冒的蔓延，一共发生过十八次以上。

各次流行均见于战争期间，其中主要的是三十年战争、七

年战争及拿破仑战争。

流行性感冒自一地发生后，蔓延非常迅速。例如1742年，在2月间从圣彼得堡开始流行，至5月间已侵及德、英两国，6月间传至法国，9月至意、西及葡三国。

十八世纪末叶之流行性感冒（自1780—1782年），范围非常广大。流行自中国开始（中国病之名称即由于此），蔓延及于西伯利亚、俄俄、波兰及其他欧洲各国。

十九世纪全世界，许多国家都先后发生个别的流行性感冒，但尤其重要的流行是在欧洲，计有1830—1833，1836—1837，1847—1848，1889—1890年等各次。

1889—1890年之流行，始于1889年2月中亚细亚布哈拉（Bukhara）地方，是年冬几乎席卷俄俄全部，11月间仅圣彼得堡一处，罹患者达十五万人。

1889年11月间，已蔓延及于全欧，其中单是巴黎一地，一晝夜间，罹患者已达五万人，12月间，又侵入非洲，1890年1月，又发现于美洲，2月发现于印度、日本及中国，4月发现于澳洲，由此可見，在一年之间，本病可环绕地球一周。

第一次世界大战之末，全人类遭受了一次范围极大的流行性感冒，其延续时间为1918—1919年，当时称之为西班牙病，因为此次流行的最初书面记载实始于该国也。

1918—1919年间的流行，包括三个疫浪。

1918年4月间，流行开始在驻扎于欧洲大陆之英美军队中，大部分在法国，其后5月间复转入瑞士、西班牙、意大利、

英吉利、塞尔維亞，6月間侵入波蘭、羅馬尼亞、瑞典及德意志，同月中，又發現于印度，至7月更蔓延至比利時、荷蘭及丹麥。第一疫浪至此告終。該一疫浪之特征為輕微的臨床經過及比較微小的死亡率。

1918年9月間，第二疫浪開始。此時流行性感冒復在第一疫浪的各地肆虐，且復侵入蘇聯境內。

第二疫浪之特征為比較重篤之臨床經過，併發病甚多及高度死亡率。

是年12月，疫病消失，然1919年2月間復起第三疫浪，囊括澳洲、新加列多尼亞（New caledonia）及馬達加斯加（Madagascar）等地方。

各疫浪在各處之延續時間長短不一，均視流行性感冒侵襲當地居民之速度及蔓延地區之大小而定。

許多地區內，1918—1919年之流行期間，曾見100%之罹患率及非常高度之死亡率。多數法國殖民地內，在此次大流行期間，居民死亡者几達半數，薩摩亞（Samoa）島上，得以幸存者不及全部居民的20%；又多數歐洲國家中，由於醫師及護士等罹患之眾多，以致對患者之服務，發生絕大困難；瑞典及丹麥，由於全部民眾80%之罹患，甚至電訊及電話之正常工作亦受障礙。

蘇聯境內，1918—1919年之大流行，亦曾引起許多災害，當時几乎每城每區均有流行性感冒之罹患者。

1918—1919年之流行後，流行性感冒在世界各國仍不斷

有周期性的、相當大規模的爆發，死亡者極為眾多。

最大的流行性感冒爆發見於1921—1922年，1926—1927年，1928—1929年及1932—1933年。1928—1929年之流行侵及大多數西歐各國，以及北美洲，其中尤以加拿大為甚。美國境內，自1928年10月起至1929年3月止，曾有流行性感冒罹患者一百三十萬人。

蘇聯國內之流行性感冒重要爆發見於1926、1934、1936、1938、1939及1943年之末。

## （二）傳播方式

流行性感冒傳染之主要來源為流行性感冒的患者，雖短促之接觸，亦能感染。

流行性感冒之傳染系借飛沫方式。當流行性感冒患者子噴嚏、咳嗽或談話之際，存在於鼻、喉粘膜上之病原體與細小之唾液、粘液及痰之飛沫同時飛散於空氣中。健康者吸入此種空氣後，流行性感冒之病原體即侵入其呼吸道中而引起感染。

此外流行性感冒之傳染在接吻、握手場合，或患者曾接觸過之物件（手帕、飯巾、杯盤等），亦可引起感染。

每一流行性感冒患者，縱為最輕微者，對於周圍之人亦具有傳染的危險性。

流行性感冒自甲地傳播到乙地之速度，全視本病患者移動之快慢而與現代交通技術有密切關係。

流行性感冒之主要傳播方式，系循各地区間之交通路線进行者。交通不便地域（如非洲、亞洲之荒涼地区），流行性感冒往往循河流或山間隘道傳播，蓋此等經路为患者所可利用之惟一旅行方法也。在現代鉄路、公路及空中交通条件下，流行性感冒之傳播非常迅速。

人烟稠密地区，其受流行性感冒之侵襲，往往較人口稀少之地区为早。

流行性感冒之流行中，往往有若干地区，由于其特殊之地理位置，与世界其他部分隔絕，而得免受侵襲，然只須本病患者一人到达該处，即能發生广大之傳播。

在流行性感冒流行的历史上，可以1891年12月西印度某島上本病大爆發之情形为例証；以前該島从未發生流行性感冒病例，其后有輪船一艘抵达該島，載来患者两人，因之立即發生傳染。

1918—1919年之流行性感冒流行中，芬蘭国内，久未發見本病罹患者。1919年秋，有輪船一艘自西欧抵达芬京赫尔辛佛斯（Helsingfors），其中載有若干流行性感冒患者，当經送入芬京医院治疗，但未几即發生大流行，其最早發生系在医务人员中，其后遍布全市并及于芬蘭全国。

另一方面，1918—1919年之大流行期間，曾有关于监狱及精神病院中流行性感冒完全絕迹之报告，其原因乃系囚犯及被收容之精神病患者与外界完全隔絕之故；反之，此等监狱及精神病院所在之都市內，流行性感冒即大事肆虐。

### （三）与气候及日光之关系

气候条件在疫病性流行性感冒之傳播上，并无十分重要意义，蓋本病不論在南方或北方地区均可發見，且当本病流行之际，热带居民中所見之大量重篤病例，与溫帶及溫帶区域中之居民，不相上下。

寒冷季节中，流行性感冒爆發比較多見，乃由于該季节中人口之稠密，因之流行性感冒較易傳播。在秋冬两季中流行性感冒流行比較多見，其原因乃由食餌中維生素納入量之減少，因而活体抵抗力亦从而減低，其說頗有相当意义。又寒季中本病之多見与日光照射之減少亦不无关系。

各个不同季节中，日光輻射强度与流行性感冒罹患率之对比，足以証明前者对罹患率之減少，有良好影响。

在流行性感冒流行的历史上，可以發見与流行同时發生之气象条件亦往往有急剧之变化，如不合时令的气温骤降，空气湿度增加或气压的急降等是也。

1782年本病突然發生于聖彼得堡，一晝夜內罹病者几达全市人民的四分之一；全市人口一十九万三千人中，患病者約四万人。該地在流行性感冒出現的前夜，气温剧变：从零下 $35^{\circ}$ 升达零上 $5^{\circ}$ ，溫度的差別达 $40^{\circ}$ ，此为該次流行中之最堪注意者。

## (四) 年齡性別之关系及罹病率与 死亡率

对流行性感冒之年齡的免疫性，几乎是不存在的。据年齡方面之流行性感冒罹患率統計，在各次流行中頗不一致。1918—1919年之流行期間，最大之流行性感冒罹患率为二十五至三十五岁。

英國1921—1922年之流行中，流行性感冒之最大罹患率及死亡率为六十岁以上的老人。

列寧格勒1936年之流行性感冒流行中罹患者，最多見于中年及老年人方面：82%之罹患者为自三十至六十岁之人，其中男子与女子之罹患率不相上下。三十岁以下及六十岁以上之年齡中，則甚少罹患者：三十岁以下者占9%，六十岁以上者占10.5%。

各次流行性感冒流行中，男子及女子之罹患率的統計数字頗不一致。

1889—1891年之大流行中，男子罹患者較女子多出三倍；反之，1918—1919年之大流行中，列寧格勒市女子罹患者較多于男子。

1925年苏联国内，在各种不同劳动部門工作的女子之流行性感冒罹患率，亦較男子为高。

通常在流行性感冒之流行中，死亡率最高者为青年及中年人(二十至四十岁之間)。

若干流行中，較大之死亡率，偶亦見于老人及幼儿。

1889—1890年之流行中，最高之死亡率見于老年人。英、法、瑞士諸國中，最高之死亡率見于十五至四十岁之年齡。列寧格勒1918—1919年之流行中，最高之死亡率見于二十至四十岁之年齡。

流行性感冒死亡率，當以1918—1919年大流行期間侵襲世界各大都市者為最高紀錄。各次流行中，男子与女子死亡率之比較，大致相仿，而男子的死亡率略為較高。

自十八世紀末至十九世紀初，又發生过一次流行性感冒，开始在1798年，一直延續到1806年，此次流行全世界各地曾引起非常龐大的死亡率。

1890年之大流行中，罹患者約及全球人口之半數。

在各个不同国家內，各次流行中之死亡率統計，其結果亦頗有出入：1889—1890年之死亡率仅为0.1—0.8%，反之，1918—1919年若干地方，則达80%。

大多数各国之流行病統計中，虽无流行性感冒罹患率之准确数字(仅有住院患者之統計)，但仍可証明1938年中，丹麦、芬蘭、冰島及挪威各地，居民每一万人中，罹流行性感冒者曾有一百零七至二百零六人之多。

1932—1933年之流行，在英美两国最为严重：自1932年10月起至翌年3月止，美国境内罹患者达五十万人以上。

1918年前十年中之流行性感冒死亡率，在大多数欧洲各国，约为每十万个居民中，每年有十至二十人死亡，就中北方諸国（瑞典、挪威）的死亡率则较为低下，若干年間，每十万个居民中，每年仅死亡二至五人，反之，南方各地（西班牙），每年的流行性感冒死亡率为十万人中之二十至七十人。

1918年之大流行中，每十万个居民中之流行性感冒死亡率，在德国为293，英国为336，瑞典为471，西班牙为710，葡萄牙为888人。

1918—1919年之流行，發生在美洲，漸漸蔓延及于欧亞两洲，在一年半之間，环繞全球，侵及非澳两洲，使五亿人罹患。

1918—1919年之大流行中，因流行性感冒而死亡者达二千万人；此数較苦战四年之第一次世界大战中之陣亡者总数，尤为众多。

对流行性感冒之罹患率，若干生产因子及工业性毒物（鉛、磷、砷、鉻〔Vanadium〕等），以及机器油及机台上使用之乳濁液，均能發揮相当影响；因此等油类能造成一种有害粘膜之霧（Aerosol）也。

最高之流行性感冒罹患率見于医务人员中，就中各诊疗所之医师，因經常与病者接触，故其罹患率亦最高。

居住、衛生及营养条件恶劣之貧苦阶层中，流行性感冒的罹患率較条件良好的阶层約超过20—25%。

## 第三章 病原学

### （一）流行性感冒病毒

流行性感冒之病原体为一种滤过性病毒；此种病毒对于雪貂（Mustelaputorius）、白鼠及鼠亦具病原性。流行性感冒病毒具有肺臟亲和性（Pneumotropism），即極易在肺內固定、繁殖而引起肺炎。

流行性感冒病毒之最初定位所在为上呼吸道粘膜。此外血液、尿及胆汁中，亦有病毒存在。

（1）試驗动物感染證明 A型病毒 1933年英國學者Wilson, Smith, Andrewes 及 Laidlaw 諸氏，証明流行性感冒系由一种可以傳播至雪貂（Ferret）的病毒，定名为 A型病毒。將流行性感冒患者鼻咽洗液的濾液滴入雪貂鼻腔內，可使發生特有的症狀。接种后四十八小时，体温上升，全身不适，在第三日發生卡他症狀。双目潮潤，鼻涕增多。病程約可延續數日，但动物不致死亡。本症可在雪貂体中借接触或鼻腔內滴入法得以連續傳代。其他接种方法均不能使有感染。患病后即有免疫力产生并可持續三个月之久。病毒只在雪貂鼻腔粘膜中，而不能在血液、淋巴腺或脾臟中檢出。如將已經适应于雪貂的毒株接种于小白鼠鼻腔內，病毒可在呼吸道上皮細胞內繁殖，再經通

过数代后，即能引起致死性的肺炎。除雪貂与小白鼠外，刺蝟亦具感受性。

白鼠对于曾通过雪貂体之滤过性病毒亦呈感受性。因感染流行性感冒病毒而死亡之白鼠或雪貂，其肺臟乳濁液，縱令稀淡至十万倍，若將其納入健康动物之呼吸道內，仍能引起显著的傳染，經過五至六日後，動物即行死亡。

莫斯科梅区尼郭甫傳染病学院在Pfeiffer氏杆菌（流行性感冒杆菌）与流行性感冒病毒相互作用研究上所作之实验，証明如以不致致死量之流行性感冒病毒与不致致死量之 Pfeiffer 氏杆菌同时納入鼠体内，则該鼠必因 Pfeiffer 氏杆菌引起之肺部病变現象或敗血症而死亡。反之，如將各該不致致死量之杆菌分別納入鼠体内，则毫不發生作用。

(2) 以人类供实验 过去曾有实验室以人类供实验，其已受滤过性毒而感冒傳染者，其事实亦足以証明滤过性毒系流行性感冒之病原体。列宁格勒巴斯德学院及全联邦實驗医学学院病毒部諸同人，曾証实并扩大英国諸学者关于滤过性毒在疫病性流行性感冒發生上之地位而为之論証。

从被滤过性病毒噴霧法感染之志愿者(A. A. Smorodintsev 及 M. D. Tushinsky 等)身上之觀察，曾給予十分有价值之論据，而得以証实病毒在疫病性流行性感冒来源上之地位。

当健康者吸入采自病鼠或病貂之霧狀病毒后，即發生有定型的疫病性流行性感冒症狀之疾病，体温升高，額及顳顫部疼痛，鼻及咽头部之卡他現象，以及白血球方面之病変，如

白血球減少症及大單核白血球增多症等疫病性流行性感冒中的血象特征。

經過人工的感染后，仅事前血液对流行性感冒病原体具有强力破坏作用之一部分志愿者得不罹患，而事前血液对流行性感冒病原体无作用之一部分志愿者均罹患。

(3) B型病毒之証明 Francis 及 Magill 二氏于1940年又發現另一种相似之滤过性病毒，在免疫学上与 A型截然不同，特名为 B型病毒；但在临床病狀上并无任何区别。此两种病毒在人类社会中或单独存在或同时并存。

(4) 培养 流行性感冒病毒在組織培养以及鷄胚內均可生長。新分离的毒株以在羊水腔或卵黃囊內發育最佳。在脉絡尿囊膜上亦可生長，但須經多代通过以后，乃有病变發生，并使鷄胚于三日内死亡。

(5) 病毒小体及型別 根据近年之研究，本病毒可分为數型，最常見者为 A型及 B型，每型之間又有不同之亞型，其抗原特性各不相同。在多次流行中分离而得的病毒，其中一部不能用雪貂接种法檢出。此型病毒乃称曰 Y型流行型感冒病毒。茲將各型病毒列表如下：

A型	I .....	Talmy
	II .....	Melbourne
	III .....	PR <sub>8</sub>
	IV .....	Alaska
	V .....	WS 株 (Smith 株)
	VI .....	BH
B型	.....	Lee 氏株

A型病毒的基本小体在电子显微镜下为卵圆形肾状小体，大小约为80—100毫微米。在基本小体内有较致密的区域。此外，通常尚有少数丝状体及球状体存在。

B型病毒基本小体与A型相似但略较大，95—110毫微米。丝状体亦有存在但为数较少。

(6) 免疫力 病后遗留短期免疫力，最长不过三至六个月。此种免疫力对于引起该病之病毒具有严格的型特异性。在痊愈者血清内含有抗体，对于流行性感冒病毒有致死作用。Смородинцев 氏及其他学者认为，抗流行性感冒免疫之强度，与其说决定于血液内抗体的存在，不如说决定于鼻粘膜的抵抗力如何。

(7) 抵抗力 本病毒在干燥空气中约可生存二十四小时，但在湿度较大的室温内，将迅速死亡。在60°C中加热三十分钟即死亡，而于煮沸时则瞬息即死。纯制病毒经0.1%福尔马林或0.5%石炭酸作用一星期后，遂成为非活性。磺胺类化合物及抗生素对于本病毒无抑制作用。

## (二) 流行性感冒杆菌

在近代所有各种资料，皆证明流行性感冒杆菌并非流行性感冒之病原菌。但因其往往在流行性感冒患者之鼻、咽腔粘液中发现，成为本病续发性感染之因素。本菌能侵犯喉头、气管、支气管及肺臟。对儿童之病理学变化有特别重要的作用。

(1) 型态 流行性感冒杆菌之体积极小，长不超过1.5微米，宽仅0.3微米，或单个存在，或成对排列，或聚集成群。无活动性。不能形成芽胞与荚膜。革兰氏染色为阴性。

(2) 培养 流行性感冒杆菌是需氧菌，生长之最适温度为37°C。加有温热血液的琼脂是其最好之培养基。在此种培养基上二十四小时后，能长成细小、透明的露滴状菌落，在普通琼脂培养基上此菌不能生长。

(3) 抵抗力 流行性感冒杆菌之抵抗力极弱，在煮沸或用一般消毒药物作用时便立刻死亡，即使存在于痰中时，在干燥一至二昼夜后亦能令其死亡。

## (三) 继发性感染

据Смородинцев 氏及其同事之研究，证明流行性感冒病毒所引起之感染，可促使呼吸道粘膜上所存在的许多其他病原菌(流行性感冒杆菌，肺炎双球菌，溶血性链球菌等)之侵袭力急遽增加。上述之微生物所引起的继发性感染，能造成流行性感冒之并发症(肺炎、心肌炎、关节疾患等)，除因流行性感冒病毒所引起之肺炎外，其中最危险者则为流行性感冒杆菌性肺炎。

## 第四章 病理解剖学

病毒性流行感冒中，可以區別兩種呈不同病理解剖學變化之病型：主要病變在呼吸道方面者，最為多見，其次為中毒型，比較少見。

### (一) 呼吸系之病理解剖

在呈呼吸道損害之流行性感冒中，若干病例內，僅見重要呼吸道方面之炎性現象，而無肺內病變。其次在若干病例內，亦發生肺炎，最後在另一部分病例內，則有合併肺之化膿。

在解剖伴有呼吸道炎症現象之流行性感冒患者的尸體時，除有流行性感冒中毒特徵的呼吸道一般病變外，尚可發見喉頭、氣管及大支氣管之卡他性，卡他性出血性及纖維蛋白出血性炎症現象，就中肺內之炎性現象，時或呈非常不同之狀態。

疫病流行性感冒中，上呼吸道損害之病理解剖學狀態，指出呼吸器官系統之重要變化，自鼻咽起至肺主質止。

鼻咽、喉頭、氣管及支氣管粘膜往往有腫脹、充血及細小溢血，或壞死現象。鼻竇損害亦頗多見，尤以蝶竇及篩骨小房為最，此外又有披裂會厭韌帶(Ligary—epiglottica)部之水

腫、出血性氣管炎及支氣管炎、喉頭及氣管周圍組織內之炎症現象，及溢血與化膿。

支氣管內，常易發生化膿性機轉。往往發見有閉塞性細支氣管炎、支氣管擴張症、粟粒性支氣管肺炎病灶(即所謂腺泡性肺炎)等。

當解剖流行性感冒性肺炎患者的尸體時，常可發現許多特徵，例如炎症的病灶性十分明顯，損害之兩側性，以及多數病灶，物理學征候之經過之不整齊性及易變性等均是。根據A. I. Abrikossov氏之意見，疫病性流行性感冒中，可見弥漫性漿液出血性肺炎、多數病灶卡他性支氣管肺炎、融合性卡他性肺炎、纖維蛋白性及纖維蛋白出血性肺炎，以及分化性肺炎(Pneumoniadissecans，即蔓延於肺葉間結締組織中的膿性浸潤)。時或可見短期間個別肺炎病灶之吸收。若干病例內，炎症機轉自甲肺區移至乙肺區，此即所謂移行性肺炎。各個個別病灶大抵呈不正的外形，其大小亦頗不一致，往往可見若干病灶會合而構成較大的浸潤。

在小兒的流行性感冒肺炎中，往往可見大細胞性肺炎的現象。

解剖尸體時，可見下列各種現象：(1)腺泡性；(2)小葉性出血性肺炎，時為壞死性，並形成膿瘍；(3)因動脈網內續發性血栓而發生之壞死；(4)間質性化膿；(5)肺出血性浸潤；(6)大葉性纖維蛋白性肺炎；(7)因細支氣管破壞而起之支氣管擴張。又在斷面上可見新舊不一的病灶之錯雜的狀態。

肺臟浮腫與膨脹。在顯微鏡下，可見充滿血液之血管、出血及肺泡中之化膿機轉。此項機轉亦包括間質組織。流行性感冒肺炎內，偶或可見浸潤之吸收，其他例內，則或可見以肺臟局部硬化表現之結締組織發生，以及獨特之支氣管上皮化生。此等例內，又可見肺泡及細支氣管上皮之增殖，個別肺泡區之空廢，因而引起淋巴液循環之障礙，並增加細菌繁殖之可能；此類細菌系借吸引或栓塞方式而侵入肺胞內者。續發性傳染，可以引起壞死區之形成及肺組織之崩壞與空洞之形成（流行性感冒性空洞）。

此外又往往可見肺泡間中隔之融蝕，在若干病例內，此種融蝕足以引起肺之化膿、膿瘍及坏疽。

肺化膿機轉中，往往可見伴有膨脹及軟化現象之化膿性淋巴腺炎，時或另發縱隔障之蜂窩織炎（縱隔障炎）。若干病例內，化膿起自支氣管壁，將管壁侵蝕而造成支氣管擴張性肺空洞。

## （二）循環系之病理解剖

流行性感冒中所見之心肌病變，大多為小細胞性浸潤、脂肪性浸潤、肌肉纖維之變質性病變及伴有主質及中間性病變之急性間質性心肌炎現象。

此種不多見之心包病變，大抵為心包或心外膜之漿液性、漿液血樣或膿樣滲出物。

血管方面，可見血管內皮之腫脹、增殖及脂肪變性，血管肌纖維之病灶性壞死，彈性膜之破裂，靜脈及動脈內之石灰化及血栓。

疫病性流行性感冒中，往往可見毛細管溢血，其事或由於血管壁之營養障礙，或由於血液之病變。

1918—1919年之大流行期間，曾發見動脈系統內之破壞性病變。內臟血管方面亦可見滲漏及郁血現象，尤以大腦血管為然，其中發生多數細小溢血，尤以漿液膜中為最。

在流行性感冒中，又有大靜脈之血栓，甚或上腔靜脈之血栓，且在尸體解剖時，可發見上腔靜脈及其分枝之完全閉塞及側枝循環之形成。

## （三）消化系之病理解剖

胃腸管方面之病理解剖學變化，通常為出血性急性卡他性胃腸炎現象，集合性淋巴結（Peyer's Patches）及孤立濾泡（Solitary follicles）之腫脹與及腸間淋巴腺之腫大。極少數病例內，可見胃腸管粘膜之潰瘍性病變及壞死機轉。

病毒性流行感冒中之肝臟病變，與其他中毒腐敗機轉中之病變類似，其表現為肝細胞之混濁性腫脹。

## （四）泌尿系之病理解剖

流行性感冒中之腎臟病變，大抵為腎曲細管或Malpighi氏

小球(腎小球)之損害(曲細管性腎炎及腎小球性腎炎 Tubular nephritis and glomerulonephritis)。通常腎部略見腫大，組織充血，腎盂粘膜內可見點狀溢血；時或見混濁性腫脹。

## (五) 神經系之病理解剖

神經系之病理解剖學病變，見于神經系統不同的部分中。例如腦髓之顯著充血，多數點狀溢血，孤立軟化灶，軟腦膜之顯著充血。此外又有腦髓皮層、海馬角 (Cornu hippocampus)、中央結節等部之病變、腦質中之點狀溢血、腰髓前角結節中之病變等。在大腦白質中又可見許多大小不一之溢血。至于顯微鏡病變，則主要見于大腦的灰白質中，其表現為出血、炎症病灶及浸潤，此外在軟腦膜內亦有之。在組織學的檢查時，可見交感神經結節中之變質炎症性病變。

## (六) 內分泌腺之病理解剖

流行性感冒中，最易被侵之內分泌腺為甲狀腺、腎上腺、胸腺及胰腺。

甲狀腺內可見濾泡數目之減少，腺上皮的未成形堆之存在，腺上皮之增殖及脫屑，以及膠質量之減少。

腎上腺中，可見壞死病灶之形成，皮層中類脂質量之減少及髓層中之溢血及靜脈血栓。

流行性感冒中的腎上腺交感系統之損害，亦已由許多組織學交感神經結節中之病變加以証實。

胸腺中之病變，為重量減少，皮層萎縮，主質減少，結織基質肥厚及 Hassal 氏小體之崩壞。

胰腺內可見結織基質增殖及小葉萎縮。

## (七) 中毒型之病理解剖

急性流行性感冒性中毒場合之病理解剖學現象之特徵，為粘膜及各器官之顯著充血(以大腦及其被膜為最)，漿液膜及粘膜之細小溢血，淋巴裝置之增生(以氣管周圍及頸淋巴腺為最)，脾臟之增生及其中漿細胞之堆積，主質性器官中之變質性病變，腎上腺充血及溢血，肌肉之蠟樣變性，交感神經節中之變質炎症性病變，以及偶見之腦炎及脊髓炎現象。此外骨髓內亦會發見病變，如骨髓部分的由黃變紅、充血、溢血及大細胞之輕度壞死及堆積。

## 第五章 症 狀

潜伏期为一至三日，通常是四十至四十八小时。病起是突然而发，有发热、畏寒、衰竭等症狀，且常伴發鼻、咽及气管的卡他症狀。此病之过程，全視傳染之輕重而定，因其变化甚大，故分型述之如下。

### (一) 无併發病之單純型

此型流行性感冒，在大流行第一波襲击时，占有95%以上的病例，其后在第二波襲击中，则占有70—90%的病例，且在小流行性感冒中，是最常見之一型。开始时常是突然而发，并无前驅症狀。开始的症狀是畏寒，全身極度不适，及全身剧烈疼痛，尤以背部及四肢为然。几乎必有各种程度的衰竭，有时甚至完全虛脱。普通头痛剧烈。偶有木僵或譖妄發生。休溫上升殊速，弛張于 $38\text{--}41^{\circ}\text{C}$ 之間，大多数病例則在 $39\text{--}41^{\circ}\text{C}$ 之間。脉搏每分鐘八至一百，呼吸率亦稍加速。患者精神渙散，面部潮紅，頸部及上胸部潮紅甚著，結合膜充血，咽喉粘膜亦强度充血。軟齶常呈点狀紅斑，有时發瘀斑疹(Petechial rash)。發病后不久，则开始有鼻炎，或因咽喉炎而引起咽喉炎，或胸骨柄(Manubrium sterni)后的疼痛，

以及由气管炎所致之刺激性干咳等症狀。大部患者必有呼吸系症狀，多数临床医师認為此等症狀是本病的主要特征。發生衄血者，占10—15%的病例。胃腸症狀常極輕微。除儿童外，罕有發恶心、嘔吐及腹瀉者。但童年患者中，则胃腸症狀常占重要地位。

此后，病的过程更短。發熱持續一至五日，大多数病例則为二至四日。热型常呈复期性(Biphasic)。呼吸系症狀變得更显明，常在二十四小時后發展至極度。此諸症狀可能只局限于鼻、咽或气管，但普通多迅速散布至呼吸道全部，有时远至大支气管。呼吸系傳染發展当中，患者自己有刺激、刺痛及緊束之感，并有稀薄粘液性滲出物出現，其后則变为粘液膿性。随着气管炎之發展，胸骨下有燒灼及緊束之感，及伴發使人不安的咳嗽。喀痰初时量頗少，呈粘液狀，有时混有血絲，后則变为粘液膿性。喉头炎可能發生。胸部檢查，除大支气管受累致有分散性的干罗音及飞箭音外，甚少有异常現象。

血液檢查：大多数病例在急性期中，有白血球減少現象，惟極輕症的病例，白血球計数可能正常，或甚至稍有增加。关于白血球减少的性質，則为嗜中性白血球减少，而淋巴球比較增多。血液培养常屬无菌，尿中常見發熱性蛋白尿症。

患者恢复迅速，休溫多渙散，但有时亦有分利者。大多數單純的病例中，虽然恢复迅速，惟亦可能繼以長时期之精神萎頓及体力衰弱。如无續發性併發病，則不至有復發，此型病人，无致死者。

### (三) 肺炎型

在大流行的第二波及第三波襲击时，有5—15%的患者均發生肺炎。大多数的肺炎病例，是因支气管及肺的混合傳染所引起，病因是流行性感冒杆菌及其他一种或数种細菌，其中最普通者为肺炎双球菌，溶血性鏈球菌及金黃色葡萄狀球菌。在肺炎双球菌性傳染中，85—90%是因口腔內普通之肺炎双球菌所致。有些病例則只見流行性感冒杆菌。有少数爆發性而迅速致命的感染病例，却寻不出細菌。肺炎之病理及临床过程之某种程度，由有关之病菌而决定。虽有少数病例在开始时即为肺炎性，并在續發性細菌侵襲肺部之前即已致命，但就一般而論，肺炎应視為原發性流行性感冒之併發病。

在临幊上肺炎型流行性感冒，又可分为三型，此即足以包括任何多數的病例。其三型为：(1) 爆發而迅速致命的一型，此型之肺炎在病初起时即出現；(2) 进行型，肺炎的病征于第二至第四日开始出現而无退热之象征；(3) 晚期型，患者已从原發性流行性感冒恢复之后，在病初起后之第四至第十日，突然發生肺炎。

第一型比較罕見，通常只在大流行之第二疫波上升及至頂点时才發生。开始时，除了單純流行性感冒之症狀外，併發严重之呼吸窘迫、强度發紺(紫藍症)及迅即發現肺之出血性水腫征候。情形殊為險惡。患者可能在二十四至四十八小时内死亡。

第二与第三型只在肺炎之病起時間不同，故可在一起討

### (二) 有併發病之單純型

此型介于單純型与肺炎型之間，乃因發生膿性支气管炎，鼻副竇炎或二者同时發生而致病程延長之一型。支气管炎起病时，徐徐發展，而无显明症狀以示其發作，約于第三、四日正預料患者从原發病程恢复之时，患者便开始咳嗽更頻，同时粘液膿性痰液增多，除痰液饒多外，且常象錢幣形。其中常含有流行性感冒杆菌与另一种或多种其他細菌，如肺炎双球菌、鏈球菌或卡他球菌。胸部檢查，發現有无数程度不等(粗、中、細)的湿性罗音，散滿在肺部，常以下叶为尤多。惟叩診呼吸声及語声、語颤及触覺性震颤(Vocal and tactile fremitis)仍为正常。体温稍作不規則中等度上升，殊少超于 $38.5^{\circ}\text{C}$ 者，常持續數日或一星期。呼吸或脉率稍增或不增，如无支气管肺炎發生，则甚少有發紺(紫藍症)現象。多数病例因慢性支气管炎而發生持續數星期的咳嗽。有时产生輕度的慢性支气管扩張。可能發生的併發病是一部或全部副鼻竇的粘液膿性竇炎，并伴發严重头痛，長期發熱，及衰竭。中耳炎亦間有發生，但多見于小孩。

此一型流行性感冒，在大流行的第二波及第三波襲击时，占有10—15%的病例，即在小流行的流行性感冒中，亦屬常見。

論，原發性流行性感冒與單純型者相同。肺炎之病起、症狀、休徵及經過，變化極大，從肺有輕度感染之輕度支氣管肺炎以至致命的迅速發展之融合性肺炎，前者四、五日即可恢復，其熱度或分利或渙散。有些病例呈大葉性肺炎的現象，有些則因壞死過程或機化過程(Organizing processes)而長期不愈。某種特徵當須非常注意。多數病例中，肺炎之區域孤立且位置極深，因此，無論病勢之輕重，肺實變之典型症狀，直至較晚時方得出現。其傳染几乎全為兩側性。其症狀普通先在下葉出現，並隨着病之進展而逐日變化。体温曲線甚不規則。除致命病例之外，最後三十六小時外，脈搏與体温相比易致緩慢。呼吸率則按病之輕重而異。發紺(紫藍症)乃一顯著之特徵，多是淡紫色(如紫丁香花)或薄紫色，證明血液經過肺時其氧化作用不足。除溶血性鏈球菌傳染及迅速融合之病例外，甚少發生早期胸膜炎。痰之性質不一，可能是量少而帶有血及粘液，或量多而呈淡橙紅色之膿性者，或則是黃綠色，後者與廣泛之細支氣管炎或支氣管擴張同發。原發性流行性感冒之白血球減少症常在肺炎的整個過程中持續，尤以嚴重之病例為然。當病發展迅速而嚴重時，常有相對的赤血球增加現象，有時每 $1\text{mm}^3$ (每立方公分)多至八百萬。除病之末期外，血液培養罕有呈陽性者，而此病的嚴重象徵與其說是由於敗血症則毋寧說是由於毒血症及缺氧症所致。恢復過程中常因膿瘍形成及炎症不消而拖延。甚至患者似乎已臻復原期，亦偶有突然致死者。此病的恢復期，常屬久長。痊愈後常有慢性支氣管炎及支氣管擴張等遺患。

## 第六章 併發病

患流行性感冒時，易致各種細菌之續發性傳染。主要的原因，究竟是否由於患者極度衰竭而致減低其全身抵抗力及白血球之防禦受抑制所致，抑是由於呼吸道粘膜大受損傷以致破壞局部對細菌侵襲的抵抗力，或是由於兩者共同所致，至今尚未確定。極可能是兩者皆有關係。

### (一) 呼吸系之併發病

本病之續發性傳染，往往引起許多不同器官方面之併發病，而以呼吸器官併發病為最多。此時侵襲呼吸系統不同部分之炎症轉換，非常不一致：自最輕微之鼻粘膜炎起至十分重篤之肺炎，其中尚有許多輕重不一之階段。

如借合理措施不能消除急性和鼻粘膜炎，則鼻竇方面，即有發生併發病之危險(上頷竇炎、篩骨竇炎、前額竇炎及蝴蝶竇炎)，此等併發病往往變為化膿性而引起額部、面部之劇痛與高熱。

若干病例內，時有卡他性、濾泡性或蜂窩織炎性之咽喉炎。

喉頭內可能發生兩種急性炎症：急性干性卡他及伴有

声帶及披裂軟骨間空隙浸潤之重篤急性炎症。極少數病例內，因急性喉头炎而發生蜂窩織炎性及壞死機轉；時或可見若干個別喉頭肌肉之麻痹。

喉头之侵襲時或能引起水腫及聲門狹窄現象，尤以小兒方面為然。

往往在第二至第五病日，可能併發支氣管炎現象，其經過中常有熱度。

若干例內，發生與物理學檢查結果不符之呼吸困難。此等病例可能成為早期未能用他覺方法測知的重篤毛細支氣管炎之前驅。在支氣管炎蔓延及支氣管周圍現象發生場合，X光線檢查可以暴露肺門及支氣管分支陰影之加濃，其事乃由於支氣管周圍淋巴腺之腫脹而致支氣管充血。

支氣管炎現象的發生，可能為一側性的而僅局限於肺上葉，因之每易與結核機轉混誤。

此外往往又可發現支氣管網個別部分之孤立的損害及炎症機轉蔓延及于毛細支氣管。弥漫性毛細支氣管炎在老人、孕婦及因其他疾病而十分衰弱之患者方面尤为危險。毛細支氣管侵襲支氣管之最小分支，因之呼吸面積大為縮小而發生非常重篤之呼吸困難及面色青紫。毛細支氣管炎，往往為支氣管肺炎之前兆或同時發現。此種病例內，支氣管肺炎的病灶通常細小而不易發見；打診時的濁音可能亦不明顯，而捻髮性羅音亦往往被多數支氣管炎羅音所掩蓋，在弥漫性支氣管炎之病例中，小支氣管及中等支氣管，可能發生支氣管擴張；此時

有大量膿狀痰排出，如時日過久，尚可引起一般的淀粉樣性變。

本病之最重篤併發病，當推肺炎病為最多。

1889—1890年之大流行期間，肺炎併發病見于30—40%之病例中；1918—1919年之大流行中，肺炎百分率達50%。就中肺炎之死亡率達35—40%。流行性感冒性肺炎對於老年人及孕妇最為危險。肺炎機轉時或自始即發於兩肺，但通常僅逐漸侵襲一肺叶或數肺叶。

肺炎病灶發生之現象，為高熱及重篤之呼吸困難。

痰之性質及數量（時或達每晝夜200—300c.c.）均系於卡他機轉之程度。本病患者之痰內，一部分醫家曾證明有Pfeiffer氏杆菌存在，另一部分則證明雙球菌、鏈球菌、卡他球菌等存在。

根據克里米亞治療衛生管理局實驗室之檢查結果，1943年末莫斯科之流行性感冒爆發期間，患者痰中曾證明有Fraenkel氏雙球菌、Pfeiffer氏杆菌、鏈球菌及肺炎球菌等存在，就中患者痰中之肺炎球菌未能被第一、二及三型肺炎球菌血清所凝集。

肺炎患者之痰，通常粘稠，呈粘液狀或粘液膿狀，又可能因劇烈咳嗽以致小血管破裂而雜有血液。

本病之喉頭氣管支氣管炎中，混血之痰，頗為多見，為上呼吸道粘膜嚴重病變（達表皮剝脫程度）之結果。

流行性感冒病毒因具有血管親和性而引起血管內皮滲透

性之亢进，因之發生本病中特有之支气管及肺組織充血与血管壁之易破性及溢血。此事足以提高各种細菌（肺炎球菌、Pfeiffer氏杆菌、鏈球菌等）之活力，并助長肺炎之發生；此等肺炎往往取出血型，患者吐出有帶血之痰。

出血素質為疫病性流行性感冒之特征，其輕重程度視疫病之性質而定。1918—1919年之大流行中，咯血症狀特別显著。

流行性感冒過性病毒性之傳染，可增加患者体内細菌之毒力，因而造成促進双球菌性、鏈球菌性或其他性質肺炎發生之条件；在各種不同肺炎過程中之不一性與細菌之性質、患者年齡及身體之免疫生物學狀態相關聯。

流行性感冒中之肺炎，往往發現于第一病周之末，但有时亦能在發病時即出現。根据吾人之觀察，1918—1919年之大流行中，肺炎病灶發生之現象為体温之急遽升騰，顯明的呼吸困難及咯血。如作他覺的檢查時，在肺炎初期中，肺內往往絕無任何變化。通常最初在肺之一部分可以聽到捻髮聲、或小水泡性濁音。隨肺炎之擴展，咳嗽逐漸加劇，並發生呼吸困難；痰量亦漸次增加，呈膿狀而可能混有血液。定型的鐵銹色痰比較少見。打診的濁音亦完全缺如或不甚顯著。最引起注意者為聽診現象，即若干孤立部分之捻髮聲，尤其在肺下葉最多。至于支氣管副聲（Bronchophony）及支氣管呼吸音則往往不能聽到。其後又能發生新病灶，與舊病灶會合，侵犯肺之廣大部分或一整葉，甚或蔓延及於他肺。若干例內，流行性感冒性肺炎

之發生非常迅速，往往晨間僅發見極小之病灶，而夜間在肺之全部已完全被襲。若干病例內，新病灶之出現，約需數日之久。

流行性感冒之併發肺炎，有時几可與發病時相符合，反之，在第一熱浪下降後（第四至第五病日）始發生肺炎者，亦頗多見。

在1918—1919年之可怕的流行中，曾屢次發見出現非常迅速之肺炎，肺臟廣大部分往往被侵，痰內混有大量血液，經過急暴，伴有重篤的全身中毒現象，心臟血管系統亦迅速受侵襲，血壓顯著降低，意識含糊。此等病例內，患者往往迅速死亡。

病灶之蔓延性、多叶性及檢查時臨床現象之錯雜性，凡此皆為流行性感冒中肺炎之特征。如炎症侵襲一整個肺葉，則物理學的現象與克魯布性肺炎中所見者相同。流行性感冒疫病盛行之際，往往發見克魯布性肺炎病例之增多，此等病例之經過可能為非定型的。此種肺炎與流行性感冒性肺炎之嚴格的鑒別，即在尸體解剖時亦非必然可能。1918—1919年之大流行中，吾人曾見侵襲全葉之肺炎。流行性感冒中肺炎之特征為其特殊的熱型。通常其經過相當緩慢，在二至三星期內（或以上）始行消散，同時體溫以漸散方式下降。體溫曲線或類似敗血症或腸傷寒。在平素身體孱弱者或老年人方面，流行性感冒性肺炎時或遷延數月，因之引起結核轉之疑惑。老人方面，肺炎經過中時有無咳嗽，仅有輕熱，甚至完全無熱；作他覺檢查時，始發見打診時有散漫之濁音、支氣管呼吸音及濁音。

此外，过去亦曾發見所謂脾样变性肺炎（Splenopneumonia），患者肺下叶有濁音，同时呼吸音减弱及語音震顫，因而造成滲出性胸膜炎現象。脾样变性肺炎中，肺內之病变为肺泡上皮腫脹及脫屑，肺泡及細支气管之被漿液性滲出物充塞，肺叶間組織發生水腫及含有大量蛋白質。肺組織之硬度类似脾臟。脾样变性肺炎之經過，約持續二周至二月。

若干病例內，或因急性心机不全而發生肺水腫，在另外的若干病例內，呼吸道方面症狀虽不显著，但迅速發生急性肺水腫現象，因之患者可能于数小时内死亡。

若干病例內，亦有發見脾臟腫大者。

血液方面，通常可見白血球減少，嗜中性白血球減少，淋巴球比較增多及嗜伊紅性白血球缺失。在晚期中及經過良好之病例內，可見白血球增多症及嗜伊紅性白血球增多症。

流行性感冒中之肺X光線檢查，为非常重要之診斷措施，因为在許多病例內，凡經X光線檢查而證明肺炎机轉之患者，临幊上均无听診及打診之現象。

X光線檢查肺炎現象，往往于第一至第三病日即可得見，至第四至第六病日，达最高点。

肺浸潤之吸收，其經過頗不一致：輕症之病例內，浸潤仅持續一至二日，通常浸潤之吸收持續十至二十日，至發熱完全消失后始行終止。

由X光線檢查，可區別流行性感冒性肺炎之三种不同类型：(1)漿液卡他型，其中可見肺野之弥漫性陰暗及邊緣陰

影之加濃；(2)伴有肺叶陰影之肺炎；(3)不能与粟粒性結核區別之粟粒性肺炎。此时必須根据机轉之經過及痰之檢查結果而确定。

有时临床現象与X光檢查結果不相符合：濁音及支气管呼吸音存在場合，X光線檢查并不能証明肺組織之病変；反之，有时临床現象完全消失，中毒現象亦完全缺如，但在相当長之时期中，X光線檢查之現象仍持久不退（所謂流行性感冒性肺炎之潛伏型）。非結核性之肺內長時間陰暗为患者不能勞动之指示而具有重要之实用意义。此类患者，在肺內病灶完全吸收之前，应使担任比較輕便之工作。

敗血性流行性感冒之重篤病型，在若干病例內，可能显示类似播散性結核或粟粒性癌病之X光線檢查現象。既往病例及疾病之經過，足以促成正确之診斷。X光線檢查有时可以証明打診及听診所不能發見之深部肺炎区。

叶間炎（Interlobitis）、肺膿瘍及肺坏疽时，亦能成为流行性感冒性肺炎之併發病。

根据吾人之觀察，流行性感冒中患肺炎而并發肺膿瘍者，較他种肺炎为多。肺內細小的及为数甚多的膿瘍在診斷上非常困难，盖此时听診現象極为稀少也。通常只能利用X光線檢查法証明膿瘍之存在。

除在一至三日内即能使病者致死之肺炎外，尚有一种潛隱性的肺炎，其中并无显著之中毒現象而發生肺之硬化病変，因而引起支气管擴張症。有时又可見慢性流行性感冒性肺炎

病型，其病連續數月，体温反應微弱或完全無反應。此種機轉往往定位于肺下葉。炎症病灶有顯明的界限。間或同時發生胸膜摩擦雜音。在若干病例內，血液中可見白血球增多及嗜中性白血球較多。此種肺炎，往往易被忽略，或被診斷為肺結核，或難以確定之疾病。此種肺炎之經過相當良好。通常絕不致死亡。X光線之檢查，機轉之定位，痰內結核杆菌之缺如，炎症病灶之完全消失（甚至經過三年後），均足以否定其病之結核性。

流行性感冒性肺炎機轉中，往往有胸膜炎發生。此時所發生之胸膜炎，往往為兩側性，又可能為干性、纖維蛋白性、漿液性、膿性或出血性。吾人曾發見葉間胸膜炎借X光線檢查及包圍狀的化膿性滲出物。此外縱隔障胸膜，偶爾亦能參加是項機轉。

各種不同型之縱隔障胸膜炎，亦如膈胸膜炎，必須借X光線檢查始能證明。胸導管（Ductus thoracicus）之化膿性發炎主要見于流行性感冒性縱隔障胸膜炎中，此等病例極為少見。胸膜炎之病原學往往不易確定，尤以葉間胸膜炎為然。足以証明胸膜炎之結核性者，為X光線檢查時大量“束”之存在。化膿性胸膜炎之特徵為發病急劇、疼痛及高熱。過去曾報告流行性感冒後所引起之纖維蛋白化膿性胸膜炎，其中并無打診濁音及呼吸音減弱。此類病例內，甚難下確實診斷；穿刺法時或無結果。漿液性流行性感冒性胸膜炎中，滲出物可能於二至三日間達極大數量而使病者致死。又化膿性胸膜炎亦能穿破而窜

入支氣管，尤以葉間胸膜炎為然。尸体解剖時，發現胸膜內之溢血、纖維蛋白性及膿樣沉淀。纖維蛋白性沉淀，可能連續多年而伴有慢性胸膜炎現象。

在流行性感冒遠期的後果中，應注意者為因支氣管肺炎後所引起之支氣管擴張症，以及所發生之各器官淀粉樣變性。

當論及流行性感冒中肺併發病與其他肺疾之聯繫時，值得注意之一事，則為患支氣管性氣喘之人而又感染流行性感冒者並不優於一般之人，且其肺併發病亦並不較多。在高熱期中，氣喘患者甚至並無不適感覺，直至體溫下降後，始覺情形惡化。然有時亦可見流行性感冒在以前從未患氣喘者方面引起支氣管氣喘發作之病例。流行性感冒中所見之喉頭及支氣管上皮化生（Metaplasia）似系引起肺癌腫的一種因素。至于流行性感冒與結核間之相互關係，則一般均認為流行性感冒對肺結核機轉經過有不良影響。

流行性感冒易使肺結核機轉經過惡化，尤其在重篤病型中，此外又能使肺內之靜止之小病灶變為活動性。

肺結核機轉之增惡在結核之播散型中較為多見，其表現為新病灶之發生與舊病灶周圍之浸潤及病灶之融合與崩潰。

在生產場所曾患流行性感冒工人中所作之檢查，曾證明其中不少均患有結核早期型及排出結核杆菌者。在曾患流行性感冒者中間作結核患者之調查，實為抗痨工作上之重要任務，亦為一非常值得注意之問題。

## (二) 循环系之併發病

流行性感冒中，除呼吸器官方面之併發病以外，尚有心臟血管系統方面之併發病。

應區別者為流行性感冒急性期中所見及經過本病罹患後發生之心臟血管系併發病。

流行性感冒中，應區別兩種心臟血管系統病變：心臟及血管神經分布之中毒性病變及心肌之病變。

流行性感冒急性期中，往往可見脈搏之變化，此際脈搏呈不安定狀態，其事証明心臟神經調節裝置之中毒。心臟節律方面病變之表現為期外收縮、心動疾速、心動過緩及其他不同之節律不整。

流行性感冒中，期外收縮，雖頗少見，且往往迅速消失，但仍宜加以密切注意，因為過去曾屢見呈期外收縮之流行性感冒患者，往往突然死亡。

若干病例內，在流行性感冒急性期中，可見與體溫程度不符之心動疾速，就中甚或發見發作性的心動疾速，若干例內，則反見心動過緩。

1918—1919年之流行性感冒大流行期內，吾人屢次同時發見心臟擴大，心音混濁及與體溫不符合之脈搏緩慢（體溫39—40°時，脈搏充盈度不良，至多數80—90）及低下之血壓（80—90mm水銀柱）。

流行性感冒中，亦可見其他心臟節律不正，此種情形，大多發於緩慢之脈搏場合。時或可見交替脈（Pulsus alternans）及促脈（Water—hammer Pulse），此為比較重篤之心肌障礙之證明。

許多病例內，可以發見第一音混濁及分裂，機能性雜音（通常為僧帽瓣部之收縮期雜音），心臟節律不正，心音混濁，心雜音，心音亢進及心腔擴大，在流行性感冒之發生中，可能與高熱及病之重篤性无关，而僅見於有併發病及無併發病之流行性感冒中。上記一切心臟血管系統的病變，可發生於不同年齡之患者方面，性別上亦無區別。

流行性感冒對植物性神經系亦有相當影響。流行性感冒急性期中，比較多見迷走神經過敏，脈搏緩慢、柔軟、易壓（Compressible），血壓低下等情形。病之末期，最顯著者為交感神經過敏現象。此時脈搏頻數、易變，任何輕微之動作即足以加速之。

流行性感冒場合之心動電流描記變化甚為稀少，主要會發見流行性感冒性心肌炎，其中之心動電流圖，會指示顯著之異常而証明流行性感冒對心臟神經肌肉系統及心臟外神經經路之中毒性影響。

病狀非常重篤而愈後不良者，當推溢血之血管中毒性病變之引起。歷來會有關於皮下、腸、肺及腦之溢血報告。在若干例內，流行性感冒場合，會發見毛細管性溢血，此等溢血往往與血管壁營養障礙有關。溢血之後，可能發生不能治療之血管

运动神經麻痹。大腦內之溢血引起类似腦炎之症狀。心臟血管系統之重篤病變，不論在重篤或輕症病例內，均可得見。除血管運動神經之中毒性病變外，尙能發生靜脈炎及靜脈栓塞，後者有時亦能見于流行性感冒之輕症病型中。

流行性感冒中之動脈血壓，通常低下。

靜脈血壓，在無併發病之流行性感冒病例內，通常無顯著變化，但在併發支氣管胸膜肺炎場合必甚低降，尤其在重篤及取死亡轉歸之病例中為然。在結果治癒之病例內，靜脈血壓通常隨恢復期轉之進行而漸次升高。

在伴有心臟代償機能不全之重篤流行性感冒中，可能發見靜脈血壓之逐漸的上升。

流行性感冒後發生之心臟血管系統障礙，頗為多見，又曾患病毒性流行性感冒者之心臟衰弱現象時或持續相當長之時間，達二至三月以上。

疫病性流行性感冒中，吾人曾遇見因心臟神經肌肉裝置受毒素影響而引起重篤，甚或致死之病例。

流行性感冒後所發生之原發性心臟器質性病變，則甚為少見。

心肌之病變於恢復期內比較多見，甚或在痊愈後數月，其表現為心臟部之壓迫感，呼吸困難（多見於軀體勞動後），心臟節律不正，心音混濁及雜音之發現。

真正流行性感冒性心肌炎比較少見。通常所見皆為心肌之中毒性病變，其結果為其機能之障礙。

心肌病變之程度非常不一，自最輕微之症狀起至心臟機能之顯著衰弱，均可得見。

病毒性流行性感冒中所見之心內膜炎現象，在大多數病例內，應視為過去已患本病之爆發。

罹患前已有之代償充足心臟瓣膜病及流行性感冒中心肌損害，往往足以引起代償機能不全現象。

流行性感冒中心臟血管系統之併發病，多見於年老人，酒徒、肥胖者及貧血者之呈心臟機能性損害者。每一流行性感冒流行期間，必能發見老年人及呈心臟硬化及心臟瓣膜病者死亡率之增高。

應特別說明者，在流行性感冒傳染影響下，狹心症之發作可能更為頻數或初次發現。

流行性感冒後之晚期併發病中，可以指出者為血管運動神經之機能病（Neurosis of Vasomotor nerves）。此種疾病通常在流行性感冒治癒後歷數星期甚至數月方始發現。血管運動神經之損害可能見於末梢血管或心臟本身之血管方面；在後者場合，時或同時發生冠狀動脈狹窄及狹心症現象。

有時血管運動神經障礙之發生，往往在罹流行性感冒後數月。此時之症狀有眩暈，四肢皮膚溫度感覺及觸覺之遲鈍（甚或完全消失），皮膚蒼白或青紫及四肢有麻木感。血管運動神經方面之併發病，比較多見於女子及青年人。

流行性感冒中，非常少見之併發病為干性或漿液纖維蛋白性心包炎。

心臟方面比較器質性病變十分多見者，為因流行性感冒而發生之旧有心臟病之惡化。

在流行性感冒併發心臟神經官能病場合，每見心臟機能之加速。此項併發病之特征為心臟之不安定性；在顯明的心悸亢進及苦悶的心緊縮感時期後，可能繼之以靜止期。但患者若開始劇烈的体力劳动，或長時間曝於日光下，或受到嚴重的精神刺激，則心悸亢進重行發生，使患者重又陷於不能劳动之狀態。

流行性感冒中，心臟血管系統重篤的器質性病變病例，雖較少見，但在病毒性流行性感冒中，偶或可見之致死性心臟病變，則頗足說明流行性感冒患者方面之心臟併發病非常值得注意。在此類病例內，必須對患者加以長期的觀察，僅在自覺及他覺症狀完全消失時，才能許可恢復劳动。

### (三) 消化系之併發病

流行性感冒中之胃腸管併發病，多見於年事較輕之患者，兒童尤甚；其表現為急性胃腸結腸炎，所見症狀為食欲不振、惡心、嘔吐、下痢及腹上部與腸部疼痛。

許多病例內，最顯著者為急性經過之胃炎，又往往伴有胃酸度減低，蓋在流行性感冒中，胃之分泌及運動機能均能受抑制故也。

在流行性感冒經過中或告愈後，又可發見胃潰瘍之症狀，

時或伴有含血嘔吐、便內含血及特徵性的X光線攝影症狀，此等例內，大都均為過去已有之胃潰瘍轉化。

若干病例內，最顯著者厥為腸管方面之併發病，而往往以帶血性下痢表現。

出血可能為一次的，但有時亦能反復再發，而呈赤痢性質。此类出血，通常繼續一至數日，大部分病例內，轉歸良好。

1918—1919年之大流行中，根據吾人之觀察，消化器方面，除惡心及嘔吐外，同時發生伴有全腹部弥漫性痙攣之粘液血樣下痢。

此外時或可見腸部劇痛、便秘、腹部顯著膨脹及氣體排泄之梗阻。一切此等現象與腹膜炎及腸管扭轉症(Ileus)十分類似，甚至偶或有用手術處理的必要。

若干病例內，或可見與急性闌尾炎類似之現象，就中應注意者，為慢性闌尾炎，往往因流行性感冒而發生增惡。

又有若干病例，與食餌性中毒非常類似，其症狀為鼓脹、脾腫大及類蕷薇疹。

流行性感冒中胃腸管病變方面值得注意者，為植物性神經系之障礙。

肝臟方面之併發病，比較少見。

此外亦可見流行性感冒性的膽囊炎，但比較多見者為旧有潛隱性膽囊炎之增惡。黃疸較為少見，若干例內，其經過呈輕症卡他性型，其他例內，則發生重篤的胆血病現象。流行性感冒中肝及膽道之損害，在膽石病之發生上，具有重要意義。

义。

## (四) 泌尿系之併發病

病毒性流行性感冒中，腎臟之障礙較肝臟為多見。患熱性蛋白尿者，亦相當多見。

流行性感冒中，腎臟方面之損害，可以指出者有類似猩紅熱中所見之急性血管球性腎炎（Glomerulonephritis），時或伴有血尿。此外尚有伴有關小管損害之腎病。

流行性感冒中腎臟疾病之預後，通常良好，其治愈亦甚為迅速。若干病例內，可見繼續持久之蛋白尿，此症足以影響患者之勞動能力。有時亦可見流行性感冒性膀胱炎、腎盂炎及膀胱與尿路出血；此等併發病經適當之處理後，通常均可迅速治愈。

## (五) 神經系之併發病

末梢及中樞神經系方面之併發病，在病毒性流行性感冒中頗為多見。

神經症狀中之頭痛，頗為多見，主要在額、顳顫及後項部。本病之早期症狀中，往往發生嗅覺及味覺的消失，此等現象均為流行性感冒病毒對知覺神經之毒性作用。

若干病例內，可見持續數日之不斷的呃逆（Hiccough）。

小兒方面，在病毒性流行性感冒之初，可能發生驚厥，成人方面可能發生譖語。衰弱、情緒淡漠及皮膚知覺的顯著亢進，則均為本病的習見現象。

每一流行性感冒病例內，几乎必有神經系的各種症狀，如頭痛、皮膚知覺亢進及感覺倒錯等；但許多例內，神經系症狀甚至占最主要位置，如神經痛、神經炎、脊髓神經根炎、脊髓炎及腦炎等。

此外亦會見Landry氏急性上行性脊髓麻痹、肋間、三叉及坐骨神經痛及神經炎，面神經炎，動眼、外展、迷走及其他神經之損害，腰荐及頸胸脊髓神經根炎，神經叢炎及脊髓后根及神經節炎。

病毒性流行性感冒中腦皮層損害之主要症狀，為麻痹現象（錐體道部），單癱，半身不遂及失語症；時或可見類似Jackson氏癲癇之現象。此外偶有脊髓之損害，如脊髓灰白質炎（Poliomyelitis）及橫貫性脊髓炎（Myelitis Transversa），其症狀為截癱、膀胱麻痹及輕偏癱。

一過性腦膜刺激症狀亦頗多見。

脊髓及其被膜之隔絕的損害，如脊髓炎、腦脊髓膜脊髓炎，在病毒性流行性感冒中頗為少見；通常脊髓與大腦同時被牽連於同一機轉內，而發生非常重篤之腦脊髓炎。

大腦及其被膜方面，可見漿液性腦膜炎及大腦內血液循環的各種不同障礙，從無他覺症狀的最輕微病型起，直至遺留永久性質器性缺陷的重篤腦溢血及靜脈栓塞。小兒年齡中，

最多見者當推腦炎或腦膜腦炎。一切流行性感冒性大腦炎急性病型(病灶出血性腦炎、下腦灰白質腦炎、腦脊髓炎)均能在流行性感冒的發熱期內發生。至于有時在流行性感冒愈後數星期始發生之腦炎晚期型，則應歸納于續發性腦炎類內。

流行性感冒中最多見者，為植物性神經系之損害，就中尤推迷走神經為最。

首先值得指出者，為經過流行性感冒罹患後之神經系衰竭及頗為多見之溫熱神經官能病，其特徵為相當長期之輕熱。

在疫病性流行感冒中，亦可得見精神領域之障礙。

在實用上極為重要者，乃為一部分相當少見的以急性精神病症狀開端的流行性感冒。

經過病毒性流行性感冒罹患後，時或可見許多不同的神經官能病性的反應及精神方面的障礙，其表現為各種不同之神經官能病及精神神經病。

流行性感冒中見於成人方面之神經系及精神障礙，在兒童方面亦可發見，然在疫病性流行性感冒中，最易受損者，當推小兒之中樞神經系；中樞神經系疾病中，最主要者為在智力及情緒意志領域內引起顯著障礙的各種不同腦炎病型，就中在曾患併發腦炎流行性感冒的兒童方面，精神病症狀群遠較成人为多見；此種症狀群常使患兒陷於智力完全退化之狀態。在若干病例內，小兒患流行性感冒後，又易發生舞蹈病及急性精神病。

## (六) 內分泌腺之併發病

一部分流行性感冒病例內，又偶或併發內分泌系統方面之併發病。一切內分泌腺均易被侵；此等損害，多以純機能性障礙或解剖組織學變化之狀態出現。

其中最習見者，當推甲狀腺之損害。

患病毒性流行性感冒後的甲狀腺機能亢進，發現最多者在十五至三十歲的女子方面，其中有一切特徵性的現象，如甲狀腺擴大，心動疾速，手指震顫等。若干病例內，原來不甚顯著之甲狀腺機能亢進症狀，經過流行性感冒後，迅速發展而造成相當重篤之Basedow氏病。

在病毒性流行性感冒中，除甲狀腺方面之併發病外，在若干病例內，偶亦有腎上腺及胰腺機能方面之併發病。在1918—1919年“西班牙病”大流行中，若干患者會發見腎上腺機能的減弱，其表現為相當顯明之體力衰竭及血管張力的減低。

在一部分病毒性流行性感冒病例內，會發生Addison氏病，其症狀為：衰弱、體力衰竭、血壓過低及皮膚呈銅色。

流行性感冒中交感腎上腺系統之損害，亦會由許多交感神經系結節內之組織學病變加以証實。

胰腺之損害，在流行性感冒中，亦屬可能。

吾人曾屢次發見病毒性流行性感冒後，糖尿病經過可能惡化。

男子生殖腺有时亦有被侵可能，往往因之發生轉移性的睾丸炎，前列腺炎。女子方面，偶或有月經障礙。

## (七) 感覺器之併發病

感覺器官方面之併發病，在流行性感冒內，亦甚多見。

聽覺器官之併發病中，往往多見與中耳炎伴發之水泡性及出血性鼓膜炎，以及中耳與乳嘴突起粘膜內之溢血。

在流行性感冒中數見不鮮之中耳炎，可能成為引起腦膜炎及腦靜脈竇栓塞之原因。

時或又可見內耳方面的疾患，如聽神經炎及迷路炎，大約均系因受音裝置及半規管內溢血而發生。

流行性感冒中所見的眼併發病，其性質頗不一致。最多見者為眼瞼及眼粘膜之卡他性炎症，若干病例內，可能轉變為化膿性發炎。網膜內，有滲出性現象及溢血。

角膜及虹膜方面的疾病，比較少見，流行性感冒性虹膜炎及虹膜睫狀體炎患者，其既往病歷中，往往有梅毒性或僕麻塞斯性虹膜炎之事實。

流行性感冒中最重篤之眼併發病，為眼粘膜之化膿性炎症，即轉移性眼炎(結合膜炎)及假蛋白尿性網膜炎。

一部分流行性感冒病例內，偶或可見皮膚方面之併發病。過去曾見非常不一之皮疹。流行性感冒中之皮疹為過敏性的，故其特徵為部位之對稱性及短期中之易變性。流行性感冒中，

往往可見軀干及四肢皮膚之弥漫性充血，又在若干病例內，此項赤紅色澤非全面的而有如大理石紋之斷續狀的。流行性感冒中之發疹，通常見於發病之初。大部分病例內，發疹持續時間甚短，最多二至四日。

流行性感冒中之發疹，偶亦有呈麻疹狀、猩紅熱狀、蕷薇疹狀及尋麻疹狀者。

發疹在流行性感冒之重篤病型內，比較多見，且呈血管運動的中毒性，其事乃由於交感神經之變化。流行性感冒中之發疹，其特徵為脫屑及色素沉着缺乏，通常隨熱度下降而同時歸於消失。

流行性感冒能使各種不同的皮膚病(濕疹、丹毒、牛皮癬、紅苔癬及其他)及膿皮病的惡化。

最後，尚有毛髮灰白化及指甲營養障礙等，偶亦能成為流行性感冒後併發病之一種。

## (八) 关节之併發病

关节方面之併發病，在流行性感冒中可能呈現非常不一之性質——自迅速治癒之关节痛及經過輕微、无关節機能障礙之漿液纖維蛋白性滑膜炎，以至伴有关節機能障礙而可能以关节強直終結之重篤化膿性关节炎，均可發生。又流行性感冒，往往能使旧有之僕麻塞斯機轉增惡。

流行性感冒性关节炎之临床景象相當特殊，且与僕麻塞

斯性关节损害甚为不同。通常在关节内在动作时發生疼痛及組織腫脹，但并不發赤。此时体温略形上升。往往若干关节連續或同时被侵。流行性感冒性关节炎与急性僕麻密斯性多發性关节炎之区别，主要如下：流行性感冒傳染侵襲或数关节后，即不再蔓延及于其他关节。引起心臟瓣膜病之心內膜炎，流行性感冒中无之。

流行性感冒中关节之被侵，通常在病愈后一星期或一星期以上始行發生，持續时日并不甚久，約二、三星期，鮮有更久者。其他例內，急性关节炎轉变为慢性，持續数星期或数月，体温正常，或仅有微热，終了时或引起所屬肌肉的萎縮及关节强直。

被流行性感冒关节炎侵犯之关节，其X光綫照片上，往往可見骨及軟骨組織方面之破坏性及萎縮性病变；此等病变，頗类似化膿性关节炎中所見者。

## （九）需用手术处置之併發病

流行性感冒中需用手术处置之併發病，通常系因續發性傳染而發生。属于此类者有胸膜、血管栓塞、化膿性关节炎、坏疽性机轉、淋巴腺化膿、骨髓炎及喉头潰瘍等現象。

# 第七章 診斷及鑑別診斷

## （一）診 斷

### （1）臨床診斷

本病于大流行时，典型病例不難診斷，普通小流行时，診斷略較困难。但本病起病驟急、發熱甚高、衰竭、背痛、下肢痛之程度，常超出卡他炎性症狀比例之外，且患者同时更有面部潮紅、結合膜充血、咽部劇烈充血及白血球減少等特殊征象，故不難下一診斷。

### （2）實驗室診斷

关于流行性感冒之實驗診斷，茲將現今通用的方法，录之如次。

- 甲、將可疑病例的鼻腔洗滌液或痰液接种于雪貂鼻腔內。
- 乙、于發病一星期后，用已知A型及B型病毒檢查血清內特异性抗体(补体結合試驗及血球凝集抑制作用)。
- 丙、羊水腔內接种。取鼻腔洗液經3,000轉離心分离后，于上液內加入适量青霉素，然后接种于孵化十三至十四日的鷄胎羊水腔內。

上列各種試驗，如其結果為陽性，當可作為診斷依據，但

因各次流行的病毒，每有变异發生，故陰性結果亦不应否認临床診斷。

丁、作下鼻甲粘膜的印迹标本是簡單而又实用之檢查方法，此法为1947年Копыдинская氏所發明。

### (3)併發病之診斷

关于併發病之判別，有賴于各个病例所發生之特殊症狀及物理征象。設若發熱四日後仍不減退，应即注意併發病發生之可能。

## (二)鑑別診斷

在診斷流行性感冒时，必須將發病時的症狀与其他近似的若干急性熱病區別。例如若干病例內，必須將普通感冒 (Common Cold)、斑疹傷寒 (Typhus Fever)、腸傷寒 (Typhoid Fever)、回歸熱 (Relapsing Fever)、土拉倫斯菌病 (Tularemia)、布氏杆菌病 (Brucellosis)、瘧疾 (Malaria)、結核 (Tuberculosis)、流行性腦炎 (Epidemic Encephalitis)、腦膜炎、敗血症及麻疹等區別。

### (1)普通感冒(傷風，急性鼻卡他)与本病之区别

本病之临床病象已如上述，在普通感冒中，患者无白血球減少症，并不排出流行性感冒病毒，恢复期患者血液內亦不产

生抗体。其發病方式为漸進的。在临床病象中占优势者为顯明的上呼吸道卡他現象，如：鼻感冒、咳嗽、声音嘶啞等。全身中毒症狀則远較患病毒性流行性感冒為輕，若干病例內，体温上升甚微，衰竭状态时或缺如，血象中并无任何特征性的变化。

### (2)斑疹傷寒与本病之区别

本病与斑疹傷寒之不同点，为其短促之潜伏期（一至二日）、热型（往往为二阶段性）、白血球減少、大單核白血球增多、脾腫大不甚明显、无斑疹傷寒定型的發疹，无Weil-Felix氏反应，以及比較能迅速治愈（如无併發病，可能于四至六日治愈）。

斑疹傷寒与本病之不同点，为其冗長的潜伏期，平均約十二日。

斑疹傷寒之特征为顏面充血及虛腫、結合膜炎、巩膜充血、角膜有光輝、舌干燥而有苔、脉搏頻數（其程度与体温升騰程度符合），如以郁血帶結扎臂部，即可引起細小的出血性疹子 (Rumpel-Leede氏症狀)。

斑疹傷寒中之体温，第二至第三日往往达 $40^{\circ}\text{C}$ ，甚或更高，稽留十四至十六日，在第四至八及第十二病日，略低降，如无併發病，則至第十四至十六病日下降，通常以涣散方式出之。

斑疹傷寒之定型的發疹（扁豆大的粉紅色小斑，指压之即

消褪，停止压迫后重复出现），出现于第四至第五病日，通常在胸廓侧面皮膚上、肘屈曲部及后耳，其后二至三日間，蔓延及于軀干全部及四肢，重篤病例中，甚至侵及手掌、足心、仅面部无之。历一至二日后，此項粉紅色發疹轉变为瘀斑，此时手指压迫已不能使之消褪。若干斑疹伤寒病例內，瘀斑性發疹之出现在發病初期即可得見，在若干重篤中毒病例中，有时發疹呈出血性，最明显者在血管經路上。若干病例內，皮疹出現之前，軟腭及悬雍垂根部發現細小点形之溢血。

在斑疹伤寒之診斷上占有非常重要地位者，为Weil-Felix 氏反应，其原則为斑疹伤寒者之血清，在大多数病例內，自第六至第七病日起，即能凝集 Proteus X<sub>19</sub>。斑疹伤寒之另一特点為血液方面之变化：中等度之白血球增多（每Imm<sup>3</sup>中10,000—12,000）、淋巴球減少、杆型及幼弱嗜中性白血球增多、嗜伊紅性白血球消失、Türk 氏細胞存在、赤血球及血小板数减少、血色素百分含量低降及赤血球沉降加速（一小时内15—30m m）。

### (3) 腸伤寒与本病之区别

腸伤寒与本病之主要鑑別，为其冗長之潛伏期（十至十四日之全身違和）、梯狀之体温上升、脉搏之緩慢、皮膚之蒼白、舌苔厚而發白、脾臟腫大，腹部触診时回盲部有雷鳴、稀少之薔薇疹（第八至第十病日，胸及腹部），腸伤寒之特征的實驗室变化，如持續甚久之凝集反应（Widal氏反应，出現于第一病

周之末），血液、粪便及尿培养，有腸伤寒杆菌陽性結果。

若干病例內，經過中伴有重要的胃腸障礙（恶心、嘔吐、腸部疼痛、便秘或下痢）。不甚明显的呼吸道卡他兒現象之本病，与呈本病經過之副伤寒病例頗難鑑別。

此际可以充分指示准确診斷者，有上列各种症狀：肝脾腫大、兜膜有輕度黃疸色澤，薔薇疹，陽性 Widal 氏副伤寒反应，陽性血液培养。

### (4) 回归热与本病之区别

回归热与本病之不同点，为發病突然，无前驅症狀，恶寒、高热，数小时内即升达39—40°C，甚或更高，意識清楚，体力明显缺失，脉搏頻數，每分鐘达120—140，剧烈头痛，皮膚有黃疸色澤，肌肉疼痛（尤以腓腸肌为甚），鼻中有严重的鼻衄，肝脾腫大，血液內有回归热螺旋体存在等現象。

### (5) 土拉倫斯菌病与本病之区别

土拉倫斯菌病，發病亦甚突然，无前驅症狀，恶寒、高热、头痛、全身疲憊、肌肉疼痛。此等病狀往往亦可能被誤認為本病。伤寒型之土拉倫斯菌病中，高热持續达二星期左右，然后逐漸下降，大量發汗，当解热时，脾及肝往往腫大。

土拉倫斯菌病与本病之鑑別，为發病期間并无急性卡他兒現象及接触傳染性，經過亦比較冗長。

實驗室檢查可以修正土拉倫斯菌病之診斷：(1) 土拉倫

斯菌之凝集反应；(2)土拉伦斯菌素(Tularin)之皮内试验；  
(3)血液培养及动物实验。

流行病学之既往病历十分重要(与患病齧齿类之接触)。

### (6) 布氏杆菌病与本病之区别

在布氏杆菌病与本病之鉴别上，应注意布氏杆菌病之潜伏期，往往持续达一至三星期，发病为渐进状，伴有全身不适、失眠、头痛、发热、大量出汗、肌肉及关节疼痛、肝脾肿大、便秘，时亦有发疹。

定型的布氏杆菌病病例中，可見有周期性的波状体温升腾，达40°或40°以上，繼續二至三星期之久，且与一至二星期之无热期相互交替。第二至第三病月中，往往發生骨、关节及神經系方面之重篤併發病，如：頑固之关节炎、神經炎、腰坐骨神經痛型之脊髓神經根炎、睾丸炎甚或腦膜炎。布氏杆菌病通常繼續三至四个月，少数例內，甚或延長至三至四年。

为修正診斷，既往病历十分重要；診斷时必須考查病者食物中有否生乳以及与患兽是否有接触。

實驗室檢查在診斷上有決定性的意義：Wright氏凝集反應及Burke氏皮內過敏試驗、血液培养及动物实验。

### (7) 瘡疾与本病之区别

瘡疾与本病之鉴别診斷，并无特殊困难。瘡疾之特征为周期性的發熱，每次仅持續数小时，而以寒战开始，休溫升達40°

或40°以上，脾腫大，血液內可以証明瘡原虫，輕度白血球減少，白血球公式并不左移。

### (8) 結核病与本病之区别

粟粒性結核与本病之鑒別，为前者心动疾速，呼吸困难及青紫，通常肺及心臟方面并无明显的他覚症狀，脾腫大，类蕷薇疹，网膜上發生結节，若干例內，又起結核疹，如水疱、結节、浸潤及潰瘍；血液內白血球減少，淋巴球銳減，尿內重氮反应(Diazoreaction)陽性。

本病与肺結核初期爆發之鑒別診斷，非常困难，后者往往伴有与本病类似之現象：不規則之休溫曲線、头痛、喉头炎、支气管炎、荐骨部疼痛、无力、疲憊，时或發唇部泡疹。

根据血象之指示，甚难鑒別本病与結核爆發，惟在本病場合，白血球减少与白血球增多交替發生，公式之左移及赤血球沉降反应之加速較結核为明显。欲鑒別本病与肺結核，可以利用赤血球沉降反应。在結核机轉場合，只須注射結核菌素0.2 mg后五至六小时，此項反应即行加速。X光綫檢查往往亦不能給予鑒別診斷任何指示，蓋在X光照片上，肺臟之流行感冒性損害，可能發生現局的浸潤及小病灶現局性的或弥漫的机轉景象，此类現象在肺結核机轉中亦可得見。为修正診斷起見，可作成組的X光綫檢查：肺內病灶之迅速吸收，大抵为本病之証据，反之，長時間之吸收及病灶之扩散，则为結核机轉之証据。

肺內之流行性感冒性病灶，虽往往易被誤認為結核浸潤，但相反之情形尤为多見，即在結核浸潤存在場合，而往往誤下本病之診斷。本病后所起之肺組織局部硬化，甚難與結核性肺組織硬化區別，尤以位于鎖骨上或鎖骨下部時為最。因本病中毒影響Pirquet氏反應之消失，使慢性肺結核與本病之鑑別診斷陷於更困難之境地。流行感冒性肺空洞存在之可能，使空洞之存在不能再成為肺結核場合必發之症狀。對於呈輕熱、有長期咳嗽及頑固性肺現象之異型拖延性本病患者，尤應加以特別注意。此類患者，應特別注意結核方面之檢查；此時不但應將痰液反復作顯微鏡檢查，同時必須不時作細菌培養，以證明結核杆菌之存在與否。

一部分病例中，不論聽診結果、血象，甚至X光線檢查，均不能確切解決肺結核與本病鑑別診斷上之困難；此種情形之下，應將所有診斷與既往病歷論據之總合，才能協助解決問題。

#### (9) 流行性腦炎及腦膜炎與本病之區別

一般的腦症狀，如頭痛，嗜眠，復視（Diplopia），眼肌神經分布變化，眼球震顫，眼肌痙攣，皮膚及腱反射之障礙，均為流行性腦炎所必有，而為本病所無之症狀。

流行性腦脊髓膜炎，其潛伏期持續約一至五日，發病時突然惡寒，体温急遽上升（39—40°），劇烈頭痛，嘔吐，後項肌肉強直，有Kernig氏症狀及病灶症狀：半身不遂，下肢癱瘓或單

癱，個別肌肉群或半身或全身肌肉痙攣；血液內，可見嗜中性白血球增多（達30,000—40,000），如行腰椎穿刺法，即能確切証實流行性腦脊髓膜炎之診斷；腦脊髓液混濁，呈膜狀，其沉淀中含有腦膜炎球菌。

結核性腦膜炎之特徵，為其經過之比較緩慢，最初僅有輕熱，無唇疱疹，腦脊髓液透明或作乳光狀，穿刺後，流出時壓力亢進，後項肌肉輕度強直。

#### (10) 敗血症與本病之區別

敗血症與無呼吸道卡他現象，而伴有顯明的心臟血管系統及神經系統症狀之重症流行性感冒之鑑別診斷，非常困難。

除敗血症中特有之弛張熱、寒戰、脾腫大、心內膜及心肌損害，以及出血性發疹外，在該兩種疾病之鑑別診斷上，血液培養及敗血症中之特徵的血液變化，如白血球增多，嗜中性白血球增多，公式左移，淋巴球減少，大單核白血球減少及嗜伊紅性白血球缺如等，均具有重要意義。

#### (11) 麻疹與本病之區別

兒童麻疹的初期型有與本病鑑別之必要；此時麻疹之定型的發疹，唇部及頰部粘膜上之Filatov-Koplik氏斑，均足以解決診斷上之困難。

## 第八章豫后

无併發病之單純流行性感冒，其豫后極佳。有併發病而不甚严重之病例（如鼻副竇炎、喉头炎及支气管炎），如不再發生更重的併發病，其豫后亦佳而易恢复。但有膿性細支气管炎及支气管擴張時，即能产生时好时坏的慢性肺部疾病，而持續數年之久。肺炎一旦發生，豫后則趋严重，隨病情环境之不同，其死亡率達15—60%。不同程度的發紺（紫藍症）及呼吸率之快慢如何，是最重要兩個豫后征象。如果發紺（特別是薄紫色型 heliotrope type）現象有增无減，及不斷增加之呼吸促迫，則結果恒屬致命。即患者情形外似良好时，亦可能突然惡化，所以在確已开始复原之前，对豫后应存审慎的态度。併發腦膜炎或腦炎及孕妇，其豫后恒屬严重，死亡率亦高。

## 第九章預防

### （一）一般的預防措施

流行性感冒之預防，應基于本病傳染蔓延之防止及身體抵抗力之提高。

在本病之防治上，非常重要者，厥為民众中間公共及個人預防措施之大規模宣傳。

宣傳工作中最應注意者，為無線電广播、刊物及講演會中關於本病防治知識之說明，俾在最早症狀（發熱、鼻感冒、咳嗽）發生時，患者即知求醫診治。

為防止本病之蔓延，在流行盛行期間，宜避免进入公共場所，并及時將患者隔離，減少與他人之接觸。

公共飲食場所衛生措施之推行，亦須加以嚴密之監視，蓋杯盤食具，均能成為本病傳染之媒介物也。

各食堂菜館中，必須實行杯盤及其他食具之沸水洗濯，除去其上之油膩，宜于水中加2—3%重碳酸鈉。

1918—1919年大流行之觀察，證明公共飲食場所衛生措施之推行，在本病罹患率之減少上，具有重大意義。

十一處美國營房中六萬六千士兵生活之調查，曾證明用

沸水洗滌食具及杯盤煮沸在預防流行性感冒上之重要。在用 $40^{\circ}\text{--}45^{\circ}\text{C}$ 热水洗滌食具之營房中，本病之罹患率約為千分之二百五十二，而用沸水洗滌之營房中，罹患率仅达千分之五十二。

根据 Linch 及 Cumming 二氏在旅館及食堂服務人員一万七千名中所作之調查，食具洗滌之機械化，可以減低本病罹患率三至四倍。

Linch 及 Cumming 二氏对于通过食具之本病傳染，非常重視，蓋据氏等之考察，在咳嗽時，噴出之細菌比較不多（據他們的研究，甚少超過一千五百），但若以橡皮手套揩拭患者唇部時，可以在一次內，拭下細菌二百万。

罹流行性感冒后，患者活体抵抗力極為重要。故在本病之治療上，凡可以消除減低活体抵抗力因素的种种措施，均不可忽略。

感染本病之遠因，往往為身體過勞，營養不足及神經系衰竭。

正常的及衛生的生活方式可以增加健康，加強身體抵抗力，故亦為一種重要的預防措施。

鼻咽粘膜之正常狀態在身體對本病之抵抗上亦有非常重大意義，蓋本病病毒一旦侵入呼吸經路內，與粘膜分泌物接觸后，可以被鼻咽正常粘膜之反病毒性能所消滅；此種反病毒性能之強度，在各人方面皆不一致，且與粘膜之正常或病理狀態相關聯。凡有足以減低鼻咽粘膜反病毒性能之病理機轉存

在，則極易造成助長傳染發生之條件，且能成為本病及普通感冒（傷風，急性鼻卡他）之素因。

## （二）預防接種

自从發現能用鷄胚胎大量培养流行性感冒病毒后，預防疫苗的製造，漸有進展。從含有病毒的絨毛尿囊液里濃縮和提煉的方法有三：（1）使病毒粘附于鷄赤血球，然後使它與血球脫離（Hirst 氏等，1942；Francis 及 Salk 二氏，1942）；（2）用 Sharples 氏高速度離心機將病毒沉淀，（Taylor 氏等 1945；Stanley 氏 1945）；（3）將病毒粘附在磷酸鈣沉淀上（Salk 氏，1941，1947）。制作疫苗時可用蟻醛液，將精制的病毒殺死。

1944年流行性感冒研究委員會曾大量試用由上述第一種方法製成之疫苗。在未接受疫苗注射的六千二百一十一人中有 7.11% 得流行性感冒病；另一組注射疫苗的六千二百六十三人中，只有 2.22% 得病，所以疫苗注射能使發病率減少 70%。

1945—1946 年 B 型病毒流行時採用疫苗後，亦得相似的效果（Francis 氏等，1946；Hirst 氏等，1947）；但是在 1946—1947 年，A 型病毒流行時却並不生效（Francis 氏等，1947；Smadel 氏，1947；Sigel 氏等，1947）。關於用無活動性病毒所製疫苗的預防功效，目前仍未有定論。因為多數成人平時屢與病毒接觸，所以血液中已有特殊性抗体存在。

注射疫苗後二星期以內血液中的抗体達最高量。疾病之

發生與抗體之滴度有關。除抗體之外，其他因素如病毒的抗原結構與局部組織的抵抗力，亦極為重要。因有一小部分患者之血液中雖有特殊抗體存在，仍然可能受此種病毒感染。

目前仍未有能將濃縮的疫苗，作廣泛使用，恐亦難期有更良好之結果。如果將疫苗濃縮十倍應用到人體注射後，只能使抗體的產生量增加二倍。所以用濃縮疫苗不但其價較昂，而且容易引起各種不良反應。用小劑量疫苗多次注射，比較大量疫苗一次注射更有效。

用鷄胚尿囊接種法制成之無活動性病毒疫苗（曾用碘酸液殺死該病毒者）雖可供人類預防接種之用，但其功效，目前尚無正確的估計。

## 第十章 療 法

本病尙無特效療法，著者經長期之研究，利用我國醫藥學實驗之豐富，藥品之饒多，制成本病有效方劑，經四十余年臨床之實驗，得獲滿意效果，察其治療經過，顯見此等方劑具有抗生素（Antibiotics）的作用，或植物性杀菌素（Fitontsidy）的作用，故能將該病原體歼滅及中和病毒，以收原因治療之效，使患者早獲清痊，用特將此等方劑刊行，就正有道。

### 第一节 处 方

#### (一) 黃氏流行性感冒有效湯方

連翹壳十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分  
牛蒡子十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分  
梔子皮十一克二分克(11.2 g)約等于旧庫秤三錢  
瓜蔞皮十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分  
冬桑葉十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分  
桔蔞根十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分  
杭甘菊花十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分  
薄荷葉一克一分克(1.1 g)約等于旧庫秤三分

**(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, 100c.c. 約等于大飯碗之兩碗半)，同時納入陶器(該煎藥器不可用金屬制者，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. 約等于大飯碗一碗之七分)，去渣，再將該煎成之藥水煮沸，然後將薄荷葉放入有蓋之瓷制茶碗內，即以該藥水乘熱注入，以蓋復之，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。

**(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。

**(效用)** 本方對於病毒性流行性感冒及流行性感冒杆菌(Pfeiffer氏杆菌)之感染，可收原因治療之效。

**(适应)** 本方適用於流行性感冒之無併發病的單純型。于本病之第一病日用之，在三日至四日間治癒者達90%的病例。于第二或第三病日用之，則大多數病例可能于第五至第七日間治癒。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癒。于治療過程中更能預防其發生各種之併發病。並能使患者之精神体力于短期內恢復康強。著者于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歼滅及消解病毒，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、膿性肋膜炎等併發病者，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及其他

適当之方劑治之。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，如有食已輒吐者，減去梔子皮，如每日腹瀉三、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。

**(剂量)** 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。

**(服法)** 一次頓服，或分二次溫服，如為年齡幼小之患儿，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，但不可于食後未及一小时即服藥，亦不可于服藥後未及一小时即進食也。

## (二) 黃氏黃芩竹葉湯方

條黃芩一十一克二分克(11.2 g)約等于旧庫秤三錢

鮮竹葉二十六克二分克(26.2 g)約等于旧庫秤七錢

連翹壳一十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分

牛蒡子一十三克一分克(13.1g)約等于旧庫秤三錢五分  
梔子皮一十三克一分克(13.1g)約等于旧庫秤三錢五分  
瓜蔓皮一十三克一分克(13.1g)約等于旧庫秤三錢五分  
冬桑叶一十三克一分克(13.1g)約等于旧庫秤三錢五分  
栝蔓根一十三克一分克(13.1g)約等于旧庫秤三錢五分  
杭甘菊花一十三克一分克(13.1g)約等于旧庫秤三錢五分  
薄荷叶一克一分克(1.1g)約等于旧庫秤三分

(煎法) 上药十味，除薄荷叶之外，以净水(飲料水)一千二百毫升(即1,200c.c. 約等于大飯碗之兩碗七分)，同时納入陶器(煎药器不可用金屬制者，尤忌用銅器)內，放在爐上煎之(要用中等火候，不可过文过武)，煎至二百七十毫升(即270c.c. 約等于大飯碗一碗之七分)，去渣，再將該煎成之药水煮沸，然后將薄荷叶放入有盖之瓷制茶碗內，即以該药水乘热注入，以盖复之，約經十分鐘以上，待其溫度适合服食时，去渣溫服，或分二次溫服。

(性狀) 本方全用植物性药品配合而成，药性和平，完全无毒，絕无副作用及不良反应。

(效用) 本方对于病毒性流行性感冒、流行性感冒杆菌及化膿球菌(尤其是溶血性鏈球菌)之感染，可收原因治疗之效。因此等細菌之續發性傳染而發生之鼻副竇炎、咽峽炎、膿性支气管炎、支气管肺炎、膿性胸膜炎、中耳炎(多見于小孩)等併發病者，本方可获滿意之效果。如遇流行性感冒中毒型，或流行性感冒病初起即發过高热，或該病至第五病日仍發高热者，

宜即以本方治之，以防其繼續發生严重之併發病。本方对于因溶血性鏈球菌而致之产褥热病，屡获奇效(本方对此病之治疗實驗，俟他日另行刊布)。如已併發心臟衰弱(循环系衰弱)者，即當与黃氏強心有效湯方并用，始克有效。本方施于临床实用四十余年，察其治疗經過，显見本方具有抗生素(Antibiotics)的作用，或植物性杀菌素(Fitontsyd)的作用，故能消灭該病原体及解除菌毒以收原因治疗之效。

(适应) 本方适用于流行性感冒病之有併發病的單純型。

于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，本方有良佳之疗效。

于白喉經過中，而有化膿球菌之混合感染者，当以本方与黃氏白喉有效湯方(該方見著者所撰之白喉病藥物新疗法一書)并用，方能获愈。如同时因受毒素之影响，而更有早期血循環衰竭等症狀者，則更須与大量之黃氏強心有效湯方相伍用之，始克有济。

(剂量) 本方一剂为成人本病(即上述各病)輕症之一日量，中等症剂量增加二分之一，重症倍之。老人及小儿該剂量因年龄而酌減(参照本章之老人及小儿药剂用量表)，如屬重症，則照成人重症所用之剂量而酌減。因本方全无毒性及副作用，比較的宜用稍大之剂量。

(服法) 參照本章黃氏流行性感冒有效湯方之“服法”条下。

### (三) 黃氏立參竹葉湯方

玄 參二十六克二分克(26.2 g)約等于旧庫秤七錢  
鮮竹葉二十六克二分克(26.2 g)約等于旧庫秤七錢  
連翹壳一十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分  
牛蒡子一十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分  
梔子皮一十一克二分克(11.2 g)約等于旧庫秤三錢  
瓜蔞皮一十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分  
桔蔞根一十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分  
桑根白皮一十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分  
牡丹皮一十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分  
鮮菊葉一十五克(15 g)約等于旧庫秤四錢

(如无鮮菊葉,可用同量之杭甘菊花代之。)

青 蒿三克(3 g)約等于旧庫秤八分

薄荷葉一克五分克(1.5 g)約等于旧庫秤四分

(煎法) 上藥十二味,除薄荷葉之外,以淨水(飲料水)一千二百五十毫升(即1,250 c.c.約等于大飯碗之兩碗八分),同時納入陶器(該煎藥器不可用金屬制者,尤忌用銅器)內,放在爐上煎之(要用中等火候,不可过文过武),煎至二百七十毫升(即270 c.c.約等于大飯碗一碗之七分),去渣,再將煎成之藥水煮沸,然后將薄荷葉放入有蓋之瓷制茶碗內,即以該藥水乘熱注入,以蓋復之,約經十分鐘以上,待其溫度适合服食時,去渣,食前溫服,或分二次溫服。

(性狀) 本方全用植物性药品配合而成,药性和平,完全无毒,絕无副作用及不良反应。

(效用) 本方对于流行性感冒病毒(尤其是此病之肺炎型)、肺炎双球菌、化膿球菌、流行性感冒杆菌、伤寒杆菌、瘧疾原虫等之感染,可收原因治疗之效。

(适应) 本方适用于流行性感冒的肺炎型,及流行性感冒之併發病的單純型。于流行性感冒的肺炎型之病变中,本方可获良好疗效,但必須及早施治,不可至病勢極端严重之时。

施于肺炎双球菌性肺炎,或溶血性鏈球菌性肺炎,或支气管炎,亦可获良效。

本方对于伤寒病,如能于發病之第一周或第二周用之,則不只能使其病程經過縮短,早日获痊,且能預防其發生严重之併發病。

本方施于瘧疾亦殊有效;但对于病已久远之慢性瘧,且有高度貧血及衰弱之症狀者,則本方不能适用。

上述之各种病变,如已併發心臟衰弱(循环系衰弱)者,即当与黃氏強心有效湯方并用,始克有效。

本方經四十余年之临床實驗,察其治疗經過,顯見其具有抗生素的作用,或植物性杀菌素的作用,故能歼灭該病原体及中和病毒,以收原因治疗之效。

(剂量) 本方一剂为成人本病(即上述各病)輕症之一日量,中等症剂量增加二分之一(上午服一剂,下午服半剂),重症倍之(上午服一剂,下午服一剂)。老人及小儿該剂量因年齡

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。

(服法) 參照本章黃氏流行性感冒有效湯方之“服法”條下。

#### (四) 黃氏貝母紫菀湯方

川貝母一十五克(15 g)約等于旧庫秤四錢

紫 菴一十五克(15 g)約等于旧庫秤四錢

小瓜蔓仁(去壳)二十六克二分克(26.2 g)約等于旧庫秤七錢

瓜蔓皮一十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分

冬瓜仁(去壳)一十五克(15 g)約等于旧庫秤四錢

北杏仁(搗碎)一十三克一分克(13.1 g)約等于旧庫秤三錢五分

薄荷梗五克六分克(5.6 g)約等于旧庫秤一錢五分

生甘草二克六分克(2.6 g)約等于旧庫秤七分

(煎法) 上藥八味，以淨水(飲料水)一千一百毫升(即1,100 c.c. 約等于大飯碗之兩碗半)，同時納入陶器(該煎藥器不可用金屬制者，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. 約等于大飯碗一碗之七分)，去渣，溫服。

(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。

(效用) 因感染病毒而發生急性支氣管炎之患者<sup>①</sup>，本方可獲原因治療之效。

(適應) 本方適用於急性傳染性支氣管炎之患者<sup>②</sup>，于本病熱已漸退而咳嗽甚多者尤有良效。如熱度甚高，一、二日內猶未消退，而其痰液或咽喉培養，發現有多量之溶血性鏈球菌、金黃色葡萄球菌或肺炎雙球菌者，此時宜先以黃氏黃芩竹葉湯方或黃氏玄參竹葉湯方治之，俟其熱已消退，然后再用本方治療。對於流行性感冒經已退熱而咳仍未止者，本方亦有良效。

(劑量) 參照本章黃氏流行性感冒有效湯方之“劑量”條下。

(服法) 參照本章黃氏流行性感冒有效湯方之“服法”條下。

① 本病開始時常由普通感冒(一種濾過病毒)所引起，不久即由一種或多種細菌續發感染，主要者為鏈球菌、葡萄球菌、肺炎雙球菌、卡他球菌或流行性感冒杆菌等。

② 急性傳染性支氣管炎之症狀，通常即為急性和呼吸道感染的症狀之一部分。患者有惡寒、不適、背及肌肉疼痛、頭痛、鼻炎、咽喉干燥，聲音嘶啞等現象。并有輕度或中等度發熱，脈率及呼吸率亦隨之而增加，白血球計數可能微見增加。咳嗽一征，常即表示急性支氣管炎在開始。發熱及不適，在四、五日內或較早即消退。但咳嗽及咳痰仍可持續兩三星期。

## (五) 黃氏強心有效湯方

西洋參(花旗參)三十克(30 g)約等于旧庫秤八錢

麥門冬(去心)三十克(30 g)約等于旧庫秤八錢

炙甘草五克三分克(5.3 g)約等于旧庫秤一錢四分

大棗肉(去核)九克(9 g)約等于旧庫秤二錢四分

(煎法) 上藥四味，先將西洋參一味并淨水(飲料水)一千二百五十毫升(即1,250c.c. 約等于大飯碗之兩碗八分)，同納入陶器(該煎藥器不可用金屬制者，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 c.c. 約等于大飯碗之兩碗三分)，再下麥冬等三味與西洋參同煎至二百六十毫升(即260c.c. 約等于大飯碗一碗之六分)，去渣，溫服，或分二次溫服。此藥劑于煮沸時，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。

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

(效用) 本方對於心臟之作用：能增強心肌收縮力量，使其完全收縮與充分擴張。又能兴奋迷走神經中樞及末梢，使心搏不致過速，以調整脈搏。且能延長刺激傳導之時間，以調整心周期。

本方對於血管之作用：能收縮內臟血管，使血壓增高。又能擴張皮膚、肌肉、腦部、腎部之血管。且能旺盛腎臟中之血

流，以增加尿量。

本方之效用與毛地黃葉(Digitalis leaves)相似，但其不同之點，則本方為完全無毒之劑，故無副作用，亦無蓄積作用及不良反應，且其所收之效果有持久性而無短促之時間性，此則本方經四十余年之臨床實驗，察其治療經過而知其具有上述之功效者。

(適應) 本方適用於急性和慢性心臟衰弱(尤其是急性傳染病經過中之急性心臟衰弱或虛脫)<sup>①</sup>，慢性心臟衰弱<sup>②</sup>，及心臟機能代償障礙等疾患<sup>③</sup>。

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、食欲缺乏、惡心及嘔吐等病征，此時施用本方為之治療，可獲良好療效。

① 此即所謂心臟麻痹，乃由心力不全而致心臟衰弱，或血管中樞麻痹，或由急劇的血壓下降而致血管麻痹等情形時所發生的症狀。

② 乃由種種原因，引起心臟組織的退行性變化，以致心臟衰弱而來郁血並現水腫。

③ 一、肺氣腫或肺郁血所引起之右心代償障礙。二、腎血管硬化所引起之左心代償障礙。三、心臟瓣膜病之代償障礙(DecomPensation)。四、心律障礙。

長期持續高血壓之患者，其結果必致循環障礙，因而心臟機能日益衰弱者，本方可獲滿意之效果。

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。此症之心臟機能不全，主為左心室不全（肺郁血）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，如果患者于前夜感覺胸部苦悶，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，而此時更血壓下降脈搏頻數而微弱，則將為心臟麻痹之前兆。

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，于早期中期出現夜間多尿。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（必須與黃氏白喉有效湯方并用，始克有濟，此方載在著者所撰之“白喉病藥物新療法”第六十四頁中），及白喉後心臟疾病，可獲滿意之效果。且本方有改善神經功效之能力，對於白喉性神經麻痹之患者，無論其為早期麻痹（此時如假膜尚未剝離，且有發熱及其他之全身症狀者，必須與黃氏白喉有效湯方并用，始克有效），或後麻痹，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，亦當加意調护，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。如有上述症狀，或厭食、惡心及嘔吐者，照本方加法半夏九克（約等於舊庫秤二錢四分）。

**（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）。本方四劑為一日之極量。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。如于腎臟炎、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体力經已日加疲困者，宜服本方半劑，以防其發生心臟衰弱之併發病。因本方全無毒性及副作用，比較的宜用稍大之劑量。

**（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，則于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，但不可于食後未及一小時即服藥，亦不可于服藥後未及一小時即进食也。

## 附录：

### 循环系统之生理及解剖概要

循环系统之生理及解剖，本为医家所熟知，可毋庸赘述，但为便利读者参阅起见，兹将此种学说简述如下。

血液循环之功用，是使氧气及其他养料或重要的内含物，借血液循环通过毛细血管而输送至身体各部之组织内，以供给全身组织的营养，同时并将体内之废物运送至肺及肾而排泄于体外。循环系统是受神经系统精细调节之一个统一的系统，可将其区分为中央器官（心臟）及周围血管之两个主要部分。

关于心臟与血管之生理及血液循环之理，我国上古医籍素問、灵樞，經已述其概要；独惜我国医者不能本古人已知之学理，竭力研求，而使之發揚光大。

1628年（在三百余年之前），Harvey（哈維氏）發見“血液的循环运动”，証明血液借瓣膜裝置由静脉流向右心，經小循环而达左心，又証明，心臟类似一个唧筒，將血液从动脉压出。又經一百余年之后，Malpighi（馬耳辟奇氏）在显微鏡下發見动脉及静脉之間有毛狀血管（毛細血管）構成的网。遂創立循环是一个閉鎖系统的学說。根据此說，血液在此一个閉鎖的系統中，借中央器官，即心臟的主动性收缩而流动。

許多机轉促进血液之流动，参加血液循环的有呼吸器官

及肌肉系統，但其中首要者是血管系統，所謂外圍的心臟，但是实际上动脉并无主动性收缩。主动脉及其他有彈性的粗大动脉，將心臟收缩的动能改变为潜在能；当心臟扩张时，此种潜在能逐渐受到利用而發揮功效，因而保証全身周围部分均匀的血液供应。血液沿静脉的流动大部分是由骨骼肌的收缩以維持者；即使在安静时，組織內压力亦在一定程度內維持薄壁的静脉于內之血压。沿静脉回流入心臟之血液、静脉內血液充实的程度及其中之血压，决定心臟內血液充实的程度，同时亦决定心臟射入肺动脉及主动脉之血流量。

呼吸运动促进血液之向前推动：当吸气时，血液被吸入胸腔，特別是吸入壁薄而易扩张的心房；同时膈下降，压出肝臟的血液；当呼气时，肺臟收缩，將血液挤入左心；隔上升时將静脉血液从下肢向上吸引。心臟分化的程度与肺呼吸的發展之密切关系，乃是哈維氏注意所及者。

毛細血管虽然甚短，但在循环系統中是最重要之一部分，

---

⊕ 兹将素問、灵樞，所記載心与血管之生理及血液循环之簡要理論，录之如下：素問五臟生成論曰“諸血者。皆屬於心。”脉要精微論曰“夫脉者。血之府也。”痿論曰“心主身之血脉。”六節藏象論曰“心者生之本。……其充在血脉。”举痛論曰“經脈流行不止。环周不休。”灵樞經脉篇曰“經脈（动脉血管）者。常不可見也。其虛實也。以氣口知之。脉之見者。皆絡脉（靜脈血管）也。”又素問調經論有“孙脉”（即毛細血管），“絡脉”（即靜脈血管），“大經脈”（較大之动脉血管），之記載。据此，则我国医家，于二千年前已知心与血管之生理及血液循环学理之概要。

因为由于血液沿毛細血管流动，周圍組織及肺臟方能进行气体交换，且一般而論，亦进行整个血液——組織交换，此种血液——組織交换在各不同組織及器官內，皆有其特点。通过毛細血管的半滲透性壁，毛細血管之动脉段中，一切細胞营养物質的水溶液进入組織間隙；反之，毛細血管之靜脈段中，进行一种液体的回流，此种回流使指定器官的新陳代謝殘滓及特殊代謝产物从組織內隨血液回流。在不同的部位中，自毛細血管瀦出与吸入之量及質亦自不同。腸管之毛細血管中，在消化时，进行大量的吸收。肝臟毛細血管在常态中則能被蛋白質通过。腎臟內，由于大規模的瀦过及有选择性的大規模再吸收而構成应当排出的尿。組織液(細胞間液)在容积上远胜血液，并且又产生淋巴液。由此可知血管系統之閉鎖性仅是相对的。細胞內水份(在机体內的量最大)与其他細胞組成部分相同，比較稳定，仅在細胞分解时方始进入血流。

在靜止时，大部分毛細血管，例如在骨骼肌肉內，处于陷縮状态中，据某学者推測，可能是隨血液帶到組織內，并維持毛細血管之緊張性收縮的垂体激素的作用，或由于前毛細血管中特殊“閘門”的作用。

在靜止状态时，全身的血液中，約有三分之一停留于血庫內。所謂血庫，即是脾、肝及腸靜脈；整个靜脈网处于一定的緊張收縮状态中，因为其总容量極大，远超过全身血液之总容积，且相当于动脉网容积之三至四倍。

血液在动脉內流动最速，一秒鐘約250毫米，在靜脈內稍

迟，一秒鐘平均为150毫米；在毛細血管內，由于其解剖構造及重要的生理机能，血液在一秒鐘內仅推进一毫米左右。全身血流在不及一分鐘的時間內，繞行一周，但是在身体各部，由于所通过途徑之不同，所需時間亦不同。例如距心臟較远的部位，比較在心臟冠狀血管內，需时較長。血管內的压力，在肱动脉为120—80毫米水銀柱左右，在毛細血管內則在30毫米(动脉段)至10毫米(靜脈段)水銀柱之間。

血液循环不論在靜止状态或工作時間中，經常处于神經与体液調節之下。远在1883年Иван Петрович Павлов (巴甫洛夫)發現由“心臟促进神經”所担任之心臟的神經營養調節，此种神經提高心肌一切生活性能而加强心臟的收縮。巴甫洛夫又証明，由于血管壁內的感受器，亦即是感受压力及化学变化的裝置，所以在長时期中及極复杂的条件下，血管內的压力經常被穩定保持在一定的高度上。巴甫洛夫之学生貝柯夫氏曾經極詳細之研究，几乎在血管系統所有主要部分內皆有非常銳敏的感受器；此等感受器执行整个机体血液供應对不断变化的需要的反射性适应。

#### (六)黃氏臨床实用老人及小儿藥剂用量表

本表所示之用量，适用于本書所述之各方劑，无论其為輕症、中等症或重症，如需用該藥方时，其剂量均应按照此表比例核算。本表所示之剂量，系照成人之一日量而酌減者。

一岁以下照成人用量10—15%。

一岁至二岁照成人用量15—25%。

二岁至三岁照成人用量25—35%。

三岁至四岁照成人用量35—45%。

四岁至七岁照成人用量45—60%。

七岁至十四岁照成人用量60—80%。

十四岁至二十岁照成人用量80—100%。

六十一岁至七十岁照成人用量60—80%。

七十一岁至八十岁照成人用量50—70%。

上表所示，为普通之用量标准，但此时更須觀察患者之体质，及其病变状况，以酌定其适当之剂量。

## 第二节 药 物

茲將本書处方所用各药物之別名、外国名、处方用名、基本、产地、形状、性味、成分及效用等，簡述如下：

### (一)連翹

(别名)异翹，旱蓮子，蘭華，三廉，根名連鵝。

(外国名)*Forsythia suspensa*, Vahl, (*Lilae Perspensa*, Lam,) (*Syringas*, Thunb,) (拉丁名)。

(处方用名)連翹壳(只用該实之壳而去其种子)、連翹心(只用該实之种子而去其壳)、帶心連翹(該实之壳与种子并用)。

(基 本)系屬木犀科(*Oleaceae*)，为連翹之实。

(产 地)此药以产自蜀中如椿实者为胜，河南、湖北、山东、山西等处均有出产。

(形 狀)連翹为落叶灌木，枝条作蔓状，叶为卵圆形复叶，由三叶而成，边缘有锯齿，花为鲜黄色，四裂合瓣花冠，春月先叶而开，六、七月间结黄褐色实，其实为表面暗褐色短小之实，类玉椿实，有稍疣起之黄赤色斑点，其成熟者，裂为二房，中含大如栗粒之种子，有香气。

(性 味)苦、平、无毒。

(成 分)*Saponin*, *Phillyrin*, (gl.)。

(效 用)对于癰腫惡瘡，頸淋巴腺結核，有排膿去毒、緩弛腫脹及疼痛之效。又为解热剂。

### (二)牛 莖 子

(别 名)恶实、鼠粘子、大力子、蒡翁菜、便牵牛、蝙蝠刺。

(外国名)*Arctium Lappa*, L. A. Majus, Schk(拉丁名)。  
*Burdok-seed*(英文)。

(基 本)系屬菊科(*Compositae*)，为牛蒡之种子。

(产 地)本品产区甚广，湖北、山东、四川、陝西、奉天、吉林等处均有出产。

(形 狽)牛蒡为一年生草本，三月抽莖，莖高三、四尺，叶大如芋叶而長，四月开花成叢，色淡紫，結实如楓核而小，萼上多細刺，百十攢簇之，一株有子数十顆，其根大者如臂，長者近尺，其子实細長扁平，狀似船底，頂有毛，外面色暗灰。旧历七

月收采晒干。

(性 味)辛、平、无毒。

(成 分)Arctiin (gl.) Fatty Oil 25% Inulin 45% Phytosterin Arginin Adenin 0.0285% Ess, oil Vitamin C.

(效 用)治浮腫及咽喉疼痛腫脹，解瘧毒、虫毒、蛇毒，并能化膿。又治頸淋巴腺結核，对痘疹有快發作用，有利尿作用。

### (三)梔 子

(别 名)卮子、木舟、越桃、鮮支、山梔子。

(外国名)Gardenia, florida, L. (G.grandiflora S. & Z.)  
(拉丁名)。

(处方用名)梔子皮(只用梔子之皮)，梔子仁(只用梔子之仁)，山梔子(皮与仁全用)，黑梔子(燒黑用)。

(基 本)系屬茜草科 (Rubiaceae)，为山梔之果实。

(产 地)处处有之，吾粤則以北江、星子、連州产者为佳。

(形 状)为类似榧子之果实，色黃褐，作長橢圓形，長一寸二、三分(市尺)，有縱列而突起之棱六、七条，內皮薄，中藏紅褐色之肉与多數种子，有芳香氣。霜降后采实晒干，以供药用。

(性 味)苦、寒、无毒。

(成 分)Gardenin (gl.), ße-Crocetin, (黃色素) Ess, Oil, Chlorogenin, Mannit。

(效 用)除积热。

### (四)栝 薤 实

(别 名)瓜蔞、天瓜、黃瓜、果羸、地樓、澤姑。

(外国名)Trichosanthes multiloba Miq, (T.Japonica, Rgl.,)  
(T. Kirilowii Max,) (拉丁名)。

(处方用名)瓜蔞皮(只用瓜蔞实之皮)，瓜蔞仁(只用瓜蔞实之仁)，全瓜蔞(該实之皮与仁全用)。瓜蔞之皮、仁、莖、根，其效各別，栝蔞实古方全用，后世乃將皮、仁分用。

(基 本)系屬葫蘆科 (Cucurbitaceae)，为栝蔞之实。

(产 地)本品处处有之，以广西产者为佳，其味甘而不苦，其仁較小，名小瓜蔞仁，他处产者其仁較大而略厚，亦可入药用，但常有用王瓜仁伪充者。近年药店之药品有名土蔞仁者，其色如鐵，味極苦劣，切不可用。

(形 状)栝蔞为山野自生之蔓草，春季从宿根抽莖，長达十数尺，叶作心臟形，有三、五深裂，面綠色，有光澤，叶腋生蔓須纏繞他物，夏季叶腋开白花，似王瓜花，花后結綠色橢圓形实，較王瓜大而稍短，至秋成熟，外皮作黃赤色，中有黃瓢，瓢中有子，即瓜蔞仁，其种子黃褐色，仁为褐綠色，作長扁圓形，含多量脂肪。其壳无药效，須去其种子之壳，取仁入药用。但此药去壳之后，最易变坏，如用时見其变色变質(变黃色或皂黃色)嗅之有敗油气者，则此药已完全变坏，絕无药效可言，切不可用。

(性 味)苦、寒、无毒。

(成 分)种子含26%之脂肪油。

(效 用)消結痰、散癰毒。名医別录用以治胸痹。日华子用以治吐血。杜壬用以治痰嗽。子母秘录用以治乳癰初發。本草綱目用以治咳嗽，滌痰結，消癰腫瘡毒。

### (五)栝蔞根(天花粉)

(别 名)栝蔞根、天花粉、白芍、瑞雪。

(外国名)Trichosanthes multiloba 或 Bryonia-(Bryony)(拉丁名)。

(处方用名)栝蔞根、瓜蔞根、天花粉。

(基 本)系屬葫蘆科(Cucurbitaceae)，为栝蔞之根。

(产 地)广西及安徽均有出产，日本产亦多，但往往有用王瓜根伪充者。

(形 状)栝蔞之根如葛根，或作連珠狀，外面黃褐色，内部白色，含多量淀粉(詳見栝蔞实形狀条)。

(性 味)苦、寒、无毒。

(成 分)主要素为 Bryonin，余为淀粉、树膠、糖。

(效 用)解热、生津、散腫、消毒。

### (六)菊花、菊叶

(别 名)节华、鞠、日精、金蕊、傅延年、玉英。

(外国名)Chrysanthemum Sinense, Sab. (拉丁名)。

(处方用名)鮮菊叶、青菊叶(采用甘菊之叶，要新鮮青色

者)、杭菊花(杭甘菊)、白菊花、滁菊花。

(基 本)系屬菊科(Compositae)之甘菊，采其叶及花以供药用。

(产 地)本品处处有之。

(形 状)菊为多年生草本，品类不一，形色不同，茲以甘菊而言，甘菊之叶如艾叶，色綠，秋深开黃花或白花，味甘而微苦，其叶与花皆可入药用。

有一种野菊，厥名苦薏，花小，味苦而气恶，此与甘菊功用不同，不可誤用。

用黃氏玄参竹叶湯方时，如不能采得鮮菊叶，可用同量之甘菊花(杭州产或滁州产者)代之，但仍以鮮菊叶为胜。

(性 味)甘、平、无毒。

(成 分)Adenine, Choline, Stachydrine Vitamin, A 0.16% Ess. Oil (綠色)

(效 用)花治头痛及眩晕。兼用作眼科药，治綠內障。

### (七)桑 叶

(别 名)山桑、家桑、女桑。

(外国名)Morus alba L. (M. indica L.) (M. constamino Politana, Poir.) (M. bombycis Koidz.) (M. nigra, L.) (拉丁名)。

(处方用名)冬桑叶、霜桑叶。

(基 本)系屬桑科(Moraceae)山桑之叶。药用者，須在

陰曆四月或十月採摘，干而收藏，霜後枝上所留者尤佳。

(產地)入藥用之桑葉，以廣東產者為佳。

(性味)甘、寒、無毒。

(效用)除腳氣水腫、利大小腸。

### (八) 桑根白皮

(別名)桑白皮、延年卷雪。

(基本)系屬桑科(Moraceae)山桑之根皮，剝去根之外皮，而取其白色之內皮，晒干用之，是名桑白皮。

(產地)入藥用之桑白皮，以廣東產者為上品。

(性味)甘、寒、無毒。

(效用)止喘咳、唾血。治水氣浮腫、利水道(利尿)。

### (九) 薄荷

(別名)荳蘭、蕃荷菜、吳荳蘭、南薄荷、金錢薄荷。

(外國名)*Mentha arvensis*; L. (*M. A. L. Var Piperascens*, Holmes) (*M. Haploëalyx* Brig) (拉丁名)。

(处方用名)薄荷葉(去莖，只用其葉)、薄荷梗(去葉，只用其莖)。

(基本)系屬唇形科(Labiatae)，為薄荷之莖、葉。

(產地)吾國以江蘇、江西、湖南等處出產者為佳。

(形狀)薄荷為山野自生或栽植之宿根草，春從宿根生，莖方形，高一、二尺，葉對生，作卵圓形而尖，有淺銳鋸齒，採採

嗅之，有辛涼香氣，表面深綠色，背面紫色，長作綠色，秋季于葉腋叢生淡紫色唇形花，夏、秋二季，採取陰干。

(性味)辛、溫、無毒。

(成分)Ess. Oil(Menthol, Menthon, Isomenthon, Men-thenon, Hexenol-Phenylacetate, Pinen, Camphen, I-Lim-onen,)。

(效用)為健胃、驅風、發汗藥。治傷風、傷寒、頭痛。

### (十) 黃芩

(別名)腐腸、空腸、黃芩、經芩、宿芩、子芩、旋尾芩、條芩。

(外國名)*Scutellaria baicalensis*, Georg, (*S. Macrantha*, Fisch.) (*S. Viscidula*, Bge,) (拉丁名)。

(处方用名)桔黃芩，片黃芩(系舊根，多中空，外黃內黑，古代謂之宿芩)，條黃芩(系新根多內實，又名子芩，但現在藥肆所售之條芩系取新根之大者，而所售之子芩系取其根之最細者)。

(基本)系屬唇形科(Labiatae)，為黃芩之根。

(產地)四川、陝西、湖北、山東、河北等處均有出產。

(形狀)黃芩為多年自生之宿根草，春季自宿根抽出方莖，高二、三尺，葉對生，作披針形，類柳葉，有毛茸，無葉柄，夏月於莖上及枝梢，開紫色或白色唇形花，花後結子果，中有球圓形黑色種子，根長約五、六寸，大者達尺余，外面暗灰色，內

部暗褐色，木部粗糙，呈淡黃色，其髓稍致密，呈褐黃色，皮部与木部易于剥离，概无香气，稍有苦味。陰历二、三月及八、九月采掘，去须根及外皮，晒干备用。

(性 味)苦、寒、无毒。

(成 分)Ess., Oil Baicalin, Baicalein, Scutellarin(Wogonin) [以上两种为黃色素母酮( Flavone )衍化物]。

(效 用)为清凉剂，解热剂，驅痰剂。治天行热疾，疔瘡，乳癰，發背(背癰)，排膿。又治下痢。

### (十一)竹 叶

(外国名) *Phyllostachys P. bambusoides*, S. etz, (拉丁名)。

(处方用名)鮮竹叶，青竹叶(入药以新鮮青色者为佳)。

(基 本)系禾本科(Gramineae)竹屬之叶。

(形 状)本品我国处处有之，其类甚多，而入药者，惟用簾竹、淡竹、甘竹、苦竹等数种。但吾粵药肆所售之淡竹叶，并非本品，乃系別种蒟草，此草为禾本科淡竹 *Lophatherumelatumzoll* 之叶，处处原野有之，春生苗，高数寸，細莖綠叶，儼如竹米落地所生細竹之莖叶，故有此名。实則与本品之淡竹叶，同名异类，其性質效用亦各有不同，宜加以鑒別，不可誤用。

(性 味)甘、苦、大寒、无毒。

(成 分) Xylan, Betain, Choline, urease HCNgl Vit, Cz Cellulose 42%。

(效 用)止煩、解渴、清热、消風。治痰咳气喘。

### (十二)玄 参

(别 名)黑参、玄台、重台、鹿腸、正馬、逐馬、馥草、野脂麻、鬼藏。

(外国名) *Scrophularia oldhami* oliv(拉丁名)。

(处方用名)元参、大元参、黑元参。

(基 本)系屬玄参科(Scrophulariaceae)，为药用玄参之根。

(产 地)河北、浙江、安徽、东北均有出产，以浙江杭州产者为良。

(形 状)玄参为多年生之草本，原野自生，莖干方形，高五、六尺(市尺)，叶对生，作長卵圓形，其邊沿有鋸齒，夏秋之間，开淡黃綠色之唇形花，花冠作長圓錐狀花序排列。其根为肥大之直根，長二、三寸，狀如天門冬，又似薯蕷，生时青白色，干即紫黑。陰曆三、四月中，采掘其根，晒干用，入药以柔潤者为上品。

(性 味)苦、微寒、无毒。

(成 分)Scrophularin。

(效 用)为解热消炎药，治咽头炎、扁桃体炎、結膜炎、巩膜炎、頸淋巴腺炎及腫瘍等。

### (十三)牡 丹 皮

(别 名)鼠姑、鹿韭、百兩金、木芍药、花王。

(外国名) P. Moutan, Sims, (P. arborea, Don) (P. officinalis, H&T.) (P. suffruticosa, Andr.) (拉丁名)。

(处方用名)丹皮、粉丹皮、炒丹皮、丹皮炭。

(基 本)系屬毛茛科 (Ranunculaceae), 为牡丹之根皮。

(产 地)陕西、四川、河北、山东、江苏、安徽等处均有出产，而以江苏、安徽、山东产者为佳。

(形 状)牡丹为落叶灌木，高三、四尺，叶作重复羽状，小叶有二、三片深缺刻，三月开美丽大形花，有单瓣及重瓣，色有白、红、紫等，人家栽植，赏玩其花，九月结英实，中有黑色如大豆之种子，其根皮作鹅管状，长三、四寸，外面为暗褐色，有皱纹，内面呈淡红色。经三年之牡丹，于阴历二月八月间剥取其根之外皮阴干入药用。

(性 味)辛、寒、无毒。

(成 分)Paeonol (gl)  $C_9H_{10}O_3$  Ess., Oil 0.4% Bezoic acid Phytosterin, Paeonin, (花之红色素)Arabinose, Glutamin,

(效 用)治癰癧、瘻、头痛、衄血、吐血、肠胃积血、月经不调。

#### (十四)青 蒿

(别 名)草蒿、方溃、艾、扒蒿、香蒿。

(外国名) A. apiacea, Hce, (A. adrotnum Th) (拉丁名)。

(基 本)系屬菊科 (Compositae)，为青蒿之茎、叶及种

子。

(产 地)本品自生于河岸或海滨，处处有之，吾粤则以英德县出产为多。

(形 状)青蒿为一年生草本，自生于河岸或海滨，春日抽茎，初匍于地，渐高三、五尺，叶为复叶而细裂，叶面平滑，梢端之叶，几如线状，叶腋生枝，枝头开花，色黄绿，状如筒，颇细小，相续而为头状花序，结实如麻子。

(性 味)苦、寒、无毒。

(成 分)Bitter Substance, Ess. Oil Abrutanin (alk.)。

(效 用)(1)为退热剂，止盗汗。(2)为止血剂，治衄血及便血。(3)为杀虫剂，治疗瘧、疥痒及蜂螫伤。

#### (十五)貝 母

(别 名)商、瀛、苦菜、空草、药实、勒母、川贝、象贝。

(外国名)Fritillaria, (A) 川贝母: F. Roylei Hook. (B) 浙贝母: F. varticillata, Willd, Var Thunbergii Baker, (F. Thunbergii Miq) (F. Collicola, Hance,) (Uvularia Cirrhosa. Th.) (拉丁名)。

(处方用名)川贝、西贝(陕西产)、云贝(云南产)、浙贝(浙江产)。

(基 本)系屬百合科 (Liliaceae)，为贝母之根。

(产 地)四川、山西、陕西、云南、浙江等地均有出产。因产地之不同，其药效亦有差别，黄氏贝母紫菀汤方所用之贝

母，則必須用川產者始有良效。

(形狀)貝母為宿根草，春季抽莖，高一、二尺，葉作長披針形，對生二葉至數葉，但亦有互生者，莖頂更有狹小而尖端卷曲之三葉，夏季每葉腋間，倒垂碧綠色六瓣花，其狀如編笠。根為球圓形，嫩者如半夏，老者肥大，如水仙或大蒜根，其片多肉，相合作圓塊，但不如百合之作鱗狀。

(性味)甘苦、微寒、無毒。

(成分)(A)川貝母：Fritilline  $C_{25}H_{44}N_3$  熔點 $214^{\circ}\text{C}$ .  
Fritilarine  $C_{19}H_{35}N_2O_2$   $117^{\circ}\text{C}$ . Verticine  $C_{18}H_{33}N_2O_2$   $224-224.5^{\circ}\text{C}$ . Verticillin, ine  $C_{19}H_{33}N_2O_2$   $148-150^{\circ}\text{C}$ . Fritimine  $C_{33}H_{63}N_2O_3$   $167^{\circ}\text{C}$ . (B)浙貝母：Peimine  $C_{19}H_{30}N_2O_2$   $223^{\circ}\text{C}$ . Peiminine  $C_{18}H_{28}N_2O_2$   $135^{\circ}\text{C}$ .

(效用)(1)為鎮咳、祛痰藥，治由感冒氣管炎、肺結核等而起之咳嗽、痰液不化等(名醫別錄用以治咳嗽。日華子用以消痰止嗽)。(2)為催乳及止血劑，治乳癰、乳汁不大、衄血及吐血不止(聖惠方用以治吐血不止。普濟方用以治衄血不止。仁齋直指方用以治乳癰初腫。王海藏湯液本草用以治乳汁不下)。

## (十六)紫 菟

(別名)青菟、紫蒨、返魂草、夜牽牛。

(外國名)Aster Tataricus L. (拉丁名)。

(处方用名)紫菟。

(基 本)系屬菊科 (Compositae)，為紫菟之根。

(产 地)以安徽亳州、河南禹州產者為佳。

(形 狀)紫菟為多年生草本，山野自生，春苗苗芽，莖互生，直立不倚，高可六、七尺，葉大而為長橢圓形，有鋸齒，面粗糙，中秋，莖端及枝梢開花，排列為頭狀花序，在其周圍之花，為淡紫色之舌狀花冠，中央之花，為黃色筒狀花冠，其色美麗，其根入藥用，為一株叢生細長之根，狀似細辛，外面色紅紫，質柔韌，折之不易斷。

(性 味)苦、溫、無毒。

(成 分)Astersaponin  $C_{28}H_{44}O_{10}$  Shionon:  $C_{34}H_{56}O$ , Quercetin(刈米達夫編邦產藥用植物)。

(效 用)為鎮咳、祛痰劑，治慢性氣管炎，及咳唾膿血。

## (十七)冬 瓜 子

(別名)白瓜子、冬瓜仁、東瓜子。

(外國名)Benincasa Cerifera, Savi, (拉丁名)。

(处方用名)冬瓜仁。

(基 本)系屬葫蘆科 (Cucurbitaceae) 為冬瓜之種子。

(产 地)栽植于田園中，处处有之。

(形 狀)本品為冬瓜之種子，黃白色，扁平橢圓形，其壳無藥效，須去其種子之壳，取仁入藥用。

(性 味)甘、平、無毒。

(成 分)種子：Urease(服部健三著食用植物學)。

(效用)为消炎性利尿剂。又治腸癰。

### (十八)杏仁

(别名)金杏、木杏、白杏、汉帝杏、甜梅仁。

(外国名) P. Armeniaca, L.(拉丁名)。

(处方用名)北杏仁、苦杏仁。

(基本)系屬薔薇科 (Rosaceæ), 为杏子之核仁。

(产地)河北、河南、山东、山西、陝西、湖北等各省均有出产。原产地为蒙古，各国俱栽种之。

(形状)杏树为落叶乔木，树高丈余，叶为闊椭圓或卵圓形，末端尖銳，类似梅叶，春日开花，与梅花相似，色粉紅，五出稍大，果实为圓形之核果，生綠熟黃，果肉与核極易分离，核中之仁入药用，其狀微扁平，略作压扁之心狀形，長15mm，广12mm，厚約7mm。外披子皮，呈淡赤褐色乃至灰褐色，有皺紋。

(性味)甘、苦、溫、有小毒。

(成分)核仁：Fatty Oil 35—50%， Amygdaline, 約1.7—35% (苦杏仁素)，Emulsin約25% (苦杏仁酵素)

如將苦杏仁搗碎，加水靜置之，則苦杏仁素受苦杏仁酵素之媒介，起加水分解而生氢氯酸，安息香酸及葡萄糖。

(效用)为鎮咳、祛痰剂，治气管枝炎，及咳嗽，喘息等症。甄权用以疗咳嗽、上气喘促。

### (十九)甘草

(别名)国老、蜜甘、美草、蜜草、蕗草。

(外国名)Glycyrrhiza(学名)，Radix Liquitiae(拉丁名)，Ch. P. Liquorice Root(英名)。

(处方用名)生甘草、炙甘草(經蜜炙者)、粉甘草、甘草节、甘草梢。

(基本)系屬豆科 (Leguminosae)，为甘草之根。

(产地)产于内蒙古、东三省、山西、陝西、甘肃、新疆、四川等处，而尤以晋、陕、内蒙所产者为佳。

(形状)甘草多为人所栽植之宿根草，春季从宿根生苗，高二、三尺，为羽狀复叶，小叶作長卵圓形，叶莖俱有毛茸，夏秋間于叶腋开淡紫色蝴蝶形花，花后結莢实，其根为粗三、五分，長三尺許之鞭狀根，表面有縱皺襞，呈灰褐色，內面呈黃色，截断面作纖維狀，直根无髓，橫生根則作五角形，味至甘。

(性味)甘、平、无毒。

(成分)Glycyrrhizin, Glucronic acid, Mannite, Aspragin Glucose, Protein, Saccharase, Urease, Resin, Ca, Mg, NH<sub>4</sub>。

(效用)(1)为緩和之鎮咳祛痰药。(2)为常用之矫味药。(3)清热，解毒药(解馬肉、菌、蕈、竹笋等毒)。

### (二十)西洋参(北美人参)

(外国名) Panax Ginseng, C. A. Mey. (P. Sehinseng, Nees.)

(*Aralia quinquefolia*, A. Gr.) (美国种) (*Panax Q*: Linn.)。

(处方用名) 西洋参、花旗参。

(基 本) 系属五加科 (*Araliaceae*)，为人参之根。

(产 地) 中国及外国均有出产，产于吾国东三省者名吉林参，为最佳之品，用人工栽植而产于陕西、四川、河南等处者名党参(因产地不同，药商更有防党、纹党、潞党、散党之别)，其力殊薄。产于朝鲜者名高丽参，产于日本者名东洋参，产于美洲者名西洋参(药商名花旗参)。因其产地之不同，其药效亦有不同之处，黄氏强心有效湯方所用之人参，则须美洲之野生者始有良效。如无法购得西洋参，则以真防党参代之(不可用东洋参)，但其药力殊薄，对于心臟衰弱之重症，恐难获满意之效果。

(形 状) 人参为多年生草，初年一莖三叶，二年生二枝，每枝生五叶，三、四年生三枝五叶，莖高达二尺余，叶为掌狀复叶，类七叶树叶，花小，作淡綠色，有五瓣，类似五加花，作繖形花序排列，实扁平，初綠色，熟則呈紅色，中有种子二、三。西洋参产于北美东部，森林蔭深之山中，有野生及栽植者两种，以野生者为佳，栽植者其力薄，但多数系将野生者移植，或于蒔种后經四年或七年，采取其根晒干，專运銷于我国(本品运售我国，始于1716年)。

西洋参之根，色白而微黃(皂黃色或灰黑色者不堪用)，形态不一，其大者長五、六寸(市尺)，亦有細小至仅長一寸者。主根作圓壠狀或紡錘狀，歧根(分根、支根)往往分歧为二股三股

(細小者只有主根而无歧根)。頂端根莖部具干莖殘基，年老者枝节愈多而愈瘦長，參商名曰蘆头，野生与栽植者之參蘆，显然不同，可作鑒別品質之用。主根全部有細橫紋，近蘆头处尤著，歧根往往帶縱皺，并留枝根或須根断去之遗迹。横切面圓形或橢圓形，边沿弯曲。野生者味甘而微苦，并有特异之清香，栽植者味甘而不苦，且其質較重。

(性 味) 甘、微苦、微寒、无毒。

(成 分) *Ginsenin* *Panaquilon*, *Panaxin*, *Panaxsapogenol*, (以上 gl.) *Ess.*, *Oil* (*Panacen*) *Pentose Fatty Oil* (*Linolicacid*, *Palmitic acid*, *Stearic acid*,) *Carotene* (*Vitamin A*.)。

(效 用) 为强壯药，有强心利尿作用，常用于神經衰弱症。

(药 理) 人参之醣溶性成分，有使大腦鎮靜，延髓諸中樞兴奋及麻痹之作用。另由純酒精抽出之一種配糖物成分，能抑制人工的过血糖及糖尿，故人参与醣类之新陈代谢，当有密切之关系，使新陈代谢兴奋而有利尿作用。

## (二十一) 麦门冬

(别 名) 穀冬、爰韭、馬韭、烏韭、羊韭、禹韭、忍凌、不死草、阶前草。

(外国名) *Liriope Spicata*, *Lour.*, (*Ophiogogon S. ker.*) (*L. graminifolia* *B. ker.*) *L. G. Var.* (*Densiflora Maxim.*) (*O. gracilis*, *kth.*) (*O. japonicus*, *ker.*) (拉丁名)。

(处方用名)大麦冬、去心麦冬。

(基 本)系屬百合科 (Liliaceae)，为小叶麦門冬及大叶麦門冬之根。

(产 地)以四川錦州及浙江笕桥鎮出产者为佳，他处产者其力薄，不堪用。

(形 状)小叶麦門冬，为山野自生之常綠草，入家阶前亦多植之，故有沿阶草之称，形如小蘭，叶作細長形，長尺許，初夏于叶間抽出高四、五寸之花軸，开淡紫色六片穗狀花，果实作球形，呈鮮紫色。大叶麦門冬，生于陰湿之地，其形酷似前者，叶長一、二尺，花軸至一尺以上，开淡紫色粗大穗狀花，果实作紫黑色，其根为黃白色，有須根，作連珠形，中贮滋養質，柔潤而有橫皺紋。夏曆二月、八月、十月間采根陰干。用时須取肥大者，以开水潤湿，少頃，抽去心。

(性 味)甘、平、无毒。

(成 分)Mucilage。

(效 用)有鎮咳、解熱之效。高熱時，能治口渴及嘔吐。又為滋養強壯藥。

## (二十二)大 藜

(别 名)大藜、美藜、良藜。

(外国名) *Zizyphus Vulgaris*, Lam, (*Z. sativa*, Gaertn,)  
(*Z. sinensis*, Lam,) (拉丁名)。

(处方用名)大藜肉、南藜、北藜(入药以北藜为佳)。

(基 本)系屬鼠李科 (Rhamnaceae)，为藜树之果实，采取其成熟者蒸之，晒干用。

(产 地)吾国南北皆有出产，惟青州及晋地所产者肥大甘美，入药为良。

(形 状)藜为落叶乔木，高二丈余，往往有刺，叶互生，作平滑卵圆形，边沿有鈍鋸齒，有三肋，初夏新枝生叶时，于叶腋开淡綠色小花，后結核果。大藜为赤褐色有光澤之椭圆形果实，外皮厚，有皺紋，肉層作鱗狀，呈黃白色，味甘，中有褐色扁平卵圆形核仁。

(性 味)甘、平、无毒。

(成 分)果实含粘液質 (Mucilage)，糖 (Sugar)，藜酸 (Zizyphic acid)，蛋白 (Protein) 1.1%，脂肪 (Fat) 0.2%。

(效 用)为緩和強壯藥，与諸藥配合，理胃和血，又解山椒之中毒。

## (二十三)半 夏

(别 名)守田、地文、水玉、示姑。

(外国名) *Pinellia tuberifera*, Ten, *P. ternata* Breit, *Arum ternatum*, *Tnbg Amacronum*, Bge, *Atherurust*, Bl. (拉丁名)。

(处方用名)生半夏(未經制过者)、法半夏(用生姜汁制过者)、制半夏(用生姜汁制过者)。

(基 本)系屬天南星科 (Araceae)，为半夏之塊根。

(产 地)本品以产自湖北荊州者为佳，湖南、云南、四川、

安徽等处，均有出产。

(形 状)半夏为宿根草，春月从宿根生一、二茎，茎頂生三小叶，叶柄生肉芽，惟夏月則另抽莖，更于頂上生苞，外部綠色，内部紫黑色，后縱裂如深七，內有雌雄二蕊，花軸之尖端細長如鼠尾，突出苞外。其根外觀为白色球狀大如指头之根，内部則为白色致密之粉狀。

(制 法)生半夏有毒，必須用生姜以制其毒。將半夏洗去皮垢，以清水浸七天，逐日換水瀝去涎，晒干切片，用生姜汁拌煖入药。或照上法浸洗后，用生姜拌匀蒸熟晒干用。

(性 味)辛、平、有毒。

(成 分)Phytosterin Ess. Oil Fat, Alkaloid(与Coniinenicotine相似)。

(效 用)为鎮嘔、祛痰剂，有消痰、止嘔、开胃、健脾之效。药性論用以消痰涎，止嘔吐，开胃、健脾。

(药 理)半夏有鎮吐作用，因其含有 Phytosterin 及揮發性生物鹼，此物能麻痹末梢性运动，并独立神經系，有似烟鹼作用。

上列各药之效用，为各該药之單行性，且只將其主要者录出，以供参考，但只以一药治一病，无須他药輔佐而可收美滿之效果者，殊屬无多，故必須与他药配合应用，制成方剂(方中必有主药及輔佐药)，使其曲尽病情，以收原因治疗之效，惟某種药物与其他药品配合成方之后，则方中各該药物之單行效用，必因其混合之故而有所改变，且往往因此而發生別种治疗

效用，此种药理作用，为医家所当知。抑尤有进者，中药多屬植物性药品，其功效与产地有極大关系，故同一药品，每因产地之不同，其功效亦因而大有差別，故病家購药时，必須采取著名道地之产品，方有良效，此亦为医家与病家所当留意者。

## 参 考 文 献

·(以著作人年代先后为序)

(一)神农本草 清·謝灝据明翻刻本校刊(此書似是后汉·張机、华佗輩所作)

(二)黃帝內經素問 唐·寶應元年王冰次注 宋·林亿等校正孙兆重改誤

(三)靈樞經 宋·紹興乙亥史崧叙

(四)傷寒論 后汉·建安中南陽張机仲景著 西晋·高平王叔和撰次 宋·林亿等校正 金·聊攝成无已注

(五)金匱要略方論 后汉·建安中南陽張机仲景著 西晋·高平王叔和撰次 宋·林亿等校正

(六)華氏中藏經 旧題華佗元化撰 邓處中序(此書似系六朝人所作)

(七)肘后备急方 晋·丹陽句容抱朴子葛洪稚川著 梁·华陽隱居陶宏景通明补 金·皇統四年楊用道增

(八)备急千金要方 唐·华原真人孙思邈撰 宋·治平三年林亿等校正

- (九)千金翼方 唐·华原真人孙思邈撰 宋·林亿等校正
- (一〇)外台秘要 唐·天宝十一年郿县王徽撰 宋·林亿、孙兆等校正
- (一一)食疗本草 唐·孟诜著 日人中尾万三校
- (一二)医心方 丹波康赖撰 日本天元五年(公元982年)
- (一三)博济方(抄永乐大典本) 宋·庆曆中太原王袞撰
- (一四)旅舍备要方 宋·元丰中东平董汲及之撰
- (一五)伤寒微旨 宋·元祐中韓祗和撰
- (一六)重修政和証类本草 宋·成都唐慎微著 宋·政和六年曹孝忠奉敕校刊 內附寇宗奭本草衍义
- (一七)伤寒总病論、附修治药法 宋·元符中蕲水龐安时安常撰
- (一八)苏沈良方 宋·沈括存中撰 后人益以苏轼之說遂曰苏沈良方
- (一九)太平惠民和剂局方、附药性总論 宋·大观中陈承、裴宗元、陈师文等奉敕編 紹興、宝庆、淳祐中复有增益
- (二〇)伤寒类証活人書、附李子建伤寒十劝 宋·大观元年吳兴朱肱撰
- (二一)济生方 宋·严用和撰
- (二二)本草衍义 宋·政和六年寇宗奭撰
- (二三)政和聖濟总录 宋·政和中奉敕編 元·大德中焦养直重校

- (二四)圖經衍义本草 宋·寇宗奭撰 許洪校正
- (二五)全生指迷方(抄永乐大典本) 宋·宣和中考城王貺子亨撰
- (二六)史載之方 宋·蜀人史謙載之著
- (二七)千金宝要 宋·宣和六年郭思纂要
- (二八)类証普济本事方 宋·紹興中白沙許叔微知可撰
- (二九)鷄峰普濟方 宋·紹興中張銳鷄峰著
- (三〇)幼幼新書 宋·紹興中王曆羲道、王湜子是編
- (三一)洪氏集驗方 宋·乾道中番陽洪遵文安編
- (三二)三因極一病証方論 宋·淳熙中青田鶴溪陳言无擇撰
- (三三)傳信適用方 不著撰人名氏 清·四庫全書总目提要称,此書为宋淳熙間吳彥夔所撰
- (三四)楊氏家藏方 宋·淳熙五年楊俊撰
- (三五)医說 宋·淳熙新安張杲季明撰
- (三六)易簡方 宋·紹興、庆元間永嘉王碩德膚撰
- (三七)伤寒明理論、論方 金·聊攝成无已撰
- (三八)宣明論方 金·河間刘完素守真撰
- (三九)素問病机气宜保命集 金·大定二十六年河間刘完素守真撰
- (四〇)儒門事案 金·兴定考城張从正字和撰
- (四一)内外伤辨惑論 金·真定东垣老人李杲明之撰
- (四二)脾胃論 金·东垣李杲明之撰

- (四三)蘭室秘藏 金·真定东垣李杲明之撰
- (四四)东垣先生此事難知集 元·至大中赵州王好古进  
之撰
- (四五)医壘元戎 元·赵州王好古海藏撰
- (四六)湯液本草 元·赵州王好古海藏撰
- (四七)格致余論 元·泰定中金华朱震亨彥修撰
- (四八)局方發揮 元·金华朱震亨彥修撰
- (四九)金匱鈞玄 元·丹溪朱震亨彥修撰
- (五〇)丹溪心法 元·丹溪朱震亨彥修撰
- (五一)瑞竹堂經驗良方 元·沙圖穆苏撰
- (五二)原机啓微 元·吳县倪維德仲賢撰
- (五三)本草發揮 元·至正中会稽徐用誠彥純編
- (五四)御药院方 元·至元丁卯太医提点許国禎等編
- (五五)金匱玉函經二注 元·浦江趙良以德衍義 清·康  
熙中吳門周揚俊禹載补注
- (五六)証治要訣、証治要訣方 明·洪武浦江戴思恭元  
礼撰
- (五七)金鏡內台方議 明·永乐間建安許宏宗道撰
- (五八)医方选要 明·弘治乙卯周文采編集
- (五九)本草品彙精要 明·弘治中刻文泰等編
- (六〇)医学正傳 明·正德乙亥义烏虞搏天民撰
- (六一)本草綱目 明·嘉靖、万曆中蘄州李时珍东璧撰
- (六二)医学原理 明·嘉靖中徽州汪礪石山編

- (六三)医学綱目 明·嘉靖中蕭山樓英全善撰
- (六四)証治准繩 明·万曆中金壇王肯堂宇泰撰
- (六五)赤水玄珠 明·万曆海陽孙一奎撰
- (六六)伤寒論条辨、附本草鈔 明·万曆中新安方有执中  
行撰
- (六七)景岳全書 明·万曆、天啓中会稽張介宾会卿撰
- (六八)神农本草經疏 明·天啓五年常熟繆希雍仲淳撰
- (六九)医家心法 清·康熙中四明高鼓峰著
- (七〇)名医方論 清·康熙十四年新安罗美东逸編
- (七一)古今圖書集成医部 清·康熙、雍正間奉敕編
- (七二)本草述 清·康熙中潛江刘若金云密著
- (七三)絳雪園古方選注 附得宜本草 清·雍正九年古  
吳王子接晋三撰
- (七四)臨症指南医案 附种福堂公選良方 清·乾隆間  
古吳叶桂天士撰
- (七五)植物名實圖考 清·道光中固始吳其濬著
- (七六)植物名實圖考長編 清·道光中固始吳其濬著
- (七七)新本草綱目 日本小泉榮次郎著 晉陵下工譯  
1930年出版
- (七八)生药学(上冊) 赵燏黃、徐伯鑒編 1934年初版
- (七九)圖說药用植物 日本昭和十年(1935)西山森太著
- (八〇)药用植物学 韓士淑編譯 1936年初版
- (八一)生药学(下冊) 叶三多編著 1939年初版

- (八二)台氏內科學 H. Letheby Tidy著 李濤、張孝騫等譯 1945年初版
- (八三)內科鑑別診斷各論 Arthur Whiting 著 李核譯 1948年初版
- (八四)抗生性物質之研究 鄭文思著 1948年初版
- (八五)流行性感冒 羅西斯基著 朱濱生譯 1949年初版
- (八六)細菌學總論及各論 程慕頤編 1949年初版
- (八七)醫師典 樓方岑等編 1949年四版
- (八八)現代內科學(第一卷) 張昌紹、鄭文思編著 1949年出版
- (八九)希氏(Cecil)內科學 中華人民共和國華北軍區衛生部教育處編譯 1950年初版
- (九〇)國藥提要 于達望著 1950年初版
- (九一)臨床病理檢驗法 章志青編著 1950年初版
- (九二)邱氏最新內科學 邱倬譯著 1950年七版
- (九三)大學用書藥用植物學 李承祐編著 1950年再版
- (九四)近世內科學 趙師震編 1950年三版
- (九五)內科辨症與治療 Dr. Med. E. Kapzan著 裴景舟譯 1950年三版
- (九六)內科病學第一冊傳染病學 陳方之著 1950年初版
- (九七)實用傳染病學 方望春編譯 1950年再版

- (九八)生藥學 顧學裘編著 1950年四版
- (九九)內科學(大學叢書) 中華人民共和國東北人民政府衛生部編 1951年初版
- (一〇〇)物理診斷學 Cabot 及 Adams 氏等著 黃大有譯 1951年初版
- (一〇一)庄連氏內科學 庄畏仲、連潔群編譯 1951年初版
- (一〇二)最新治療學 Howard F. Conn 原著 石華玉、陳修身等譯 1951年初版
- (一〇三)秦氏細菌學 Hans Zinsser M. D. S. Bayne Jones M. D. 原著 D. T. Smith M. D. D. S. Martin M. D. 等氏第九版增訂郭可大、謝少文等譯 1951—1952年三版
- (一〇四)內科學 黃培仁主編 1951年初版
- (一〇五)現代內科之進展 G. E. Beaumont 及 E. C. Dodds 著 吳執中等譯 1951年初版
- (一〇六)傳染病學 Φ. M. Толорков著 胡萍譯 1951年出版
- (一〇七)新抗生素治療學 樓方岑譯著 1952年初版
- (一〇八)實用抗生素 吳鞠康編著 1952年初版
- (一〇九)中國藥學的科學研究 黃蘭孙主編 1952年初版
- (一一〇)傳染病精要 胡遠峰編譯 1953年初版
- (一一一)內科症狀及診斷學(第一至第五冊) Holler

Pfleger Scholl pape原著 过晋源主譯 1953年出版

(一一二) 精簡医师典 Marcus A. Krupp等原著 諸茱恩据原著第六版譯述 1953年出版

(一一三) 国药的药理学 車鴻彝編譯 1953年初版

(一一四) 內科診斷要綱 中川諭著 邓曰誥、曹天衡譯 1953年初版

(一一五) 特种傳染病临床手册 应元岳、陶恒乐、林兆耆、潘儒孙等主編 1953年初版

(一一六) 中药研究彙編 东北医学圖書出版社 1953年初版

(一一七) 診疗手册 潘崇熙譯 1953年初版

(一一八) 內科病細菌學診斷手册 罗海波、江德景等合編 1953年初版

(一一九) 中华人民共和国药典 中央人民政府衛生部編 1953年初版

(一二〇) 內科鑒別診斷法 劉強編 1953年初版

(一二一) 內科临床手册 上海第一医学院內科学院編輯委員會錢惠等編著 1953年初版

(一二二) 病毒學 A. J. Rhodes, C. E. Van Rooyen著 余傳霖編譯 1953年初版

(一二三) 中医診疗要覽 大塚敬节等著 唐正有譯 1953年初版

(一二四) 医用細菌學(下冊) 陈少伯編著 1952年出

版

(一二五) 实用傳染病学 愈汝宪主編 1954年初版

(一二六) 巴甫洛夫在血液循环和消化方面的研究A. A. MAPKOCЯH著 周邦錫譯 1954年初版

(一二七) 实用細菌學手冊 Mackie及 Mc Cartney著 陈廷祚等編譯 1954年一版

(一二八) 中药的药理与应用 朱顏編著 1954年初版

(一二九) 实用內科診疗手册 鄭安坤主編 1954年初版

(一三〇) 实用內科学 上海医学院內科学院 林兆耆等編輯 1954年三版

(一三一) 內科診疗手册 上海同濟医院內科、肺科、神經科醫師合編 1954年初版

(一三二) 內科手冊 应元岳、張國治、徐靜主編 1954年初版

(一三三) 內科学綱領 H. L. Tidy原著 徐慶誠、劉崇燕等据原著第九版譯述 1954年初版

(一三四) 俄英中医学辞彙 何懷德、田立志編 1954年初版

(一三五) 几科学 M. C. 瑪斯羅夫著 李永昶等譯 1954年一版

(一三六) 內科学(上下冊) 叶·穆·塔列耶夫著 李健群譯 1954—1955年出版