A-PDF MERGER DEMO

目　　錄

中医对疟疾的認識及治疗原則……赵成春　田令群（1）
从祖国医学文献来討論中医对疟疾的認識
　　与治疗……楊安时（14）
疟疾效方介紹及其治驗例……罗榮翹（28）
介紹国药抗疟方……蔣凌汉（33）
关于疟疾粉疗效的介紹……余精方（38）
宁国县使用中药預防疟疾获效……襟　三（41）
介紹疟疾外用驗方……李仰衡（42）
祖国医学对于疟疾的認識与抗疟药常山的介紹(附常山
　　治疗疟疾24例临床疗效观察)……重庆市第一中医院（43）
国产抗疟药材之研究——常山临床实驗
　　报告……張昌紹　周廷冲（56）
常山治疗疟疾的临床观察綜述……程佩箴（57）
鴉胆子抗疟疗效与毒性反应的临床实驗……陈　修（64）
"內經"里的疟疾与針灸疗法……魏　稼（76）
針灸治疗疟疾的临床經驗介紹……諸葛文　王翹楚（85）
針灸治疗疟疾50例的疗效观察……蔡　戟（89）
針灸在临床上对疟疾疗效的初步观察……方云鵬（92）
我对針治疟疾的一点經驗介紹……李世忠（94）
針灸疗法应用在治疗疟疾方面的經驗介紹……俞坤維（96）

中醫對瘧疾的認識及治疗原則

赵成春　田令群

疟疾是經过按蚊或疟蚊刺咬人体被疟原虫感染而发生的傳染病，少数由輸血及先天胎盘傳染。其臨床特征为陣发性的发冷、寒战、高燒、出汗、脾大、貧血、白血球减少等症状。引起人发病的疟原虫有四种，①間日疟原虫，②三日疟原虫，③恶性疟原虫，④卵型疟原虫。临床上將疟疾分为間日疟、三日疟、恶性疟三种。早在公元前二千多年，我們偉大的祖先已認識了疟病。如周礼天官內記載："……四时皆有癘疾，春时有痟首疾，夏时有痒疥疾，秋时有疟寒疾，冬时有嗽上气疾"。此外，礼記月令中說："孟秋行夏令，民多疟疾"。黃帝內經有"夏伤于暑，秋为痎疟"的記載，而內經中以疟論、刺疟篇对疟之定义、病因、病机理、病类型、針灸治疗等描述最詳。由当时的社会經济文化条件的限制，我們的祖先只能凭借疟疾临床症状特征及流行病学去判断疟疾，而不可能从显微鏡下去查着疟原虫来作为診断。当然流行病学、症状特征在今日診断疟疾来說，也如其他傳染病，仍有其重要意义。中医对于疟疾的診断特点已如上述。而治疗則以"隨証施治"为准绳。即是說，从患者在感受疟原虫后发病时的全身反应——症状，来分析邪之处所——"居半表半里"或患者之"虛""实"状况，从而决定用葯物及針灸的治疗原則。

中醫对瘧疾的認識

一、关于流行病学方面

1．季节——內經云："夏伤于暑，秋必痎疟。"巢元方諸病源候論云："夏日伤暑，秋必病疟。"朱丹溪云："风暑之疟，多因夏月在风凉处歇。"

2．地区——巢元方認为"此病多生于岭南"，張景岳全书有"瘴疟一証惟岭南烟瘴之地有之"的記載，朱丹溪亦認为"吳楚閩广之人患疟独多"。唐白居易的詩对疟疾流行区作过这样的描述"聞道云南有泸水，椒花落时瘴烟起，大軍徒涉水如湯，未过十人二三死"。

3．气候——景岳全书："瘴气惟东南之域乃有之，盖岭南地气卑湿，露多风少，且以冬时常暖"又云："广南每以暑毒为患者，盖一岁之間暑热过半，使人难避免而易犯。"

4．傳染性——宋陈无擇确切地指出："病者发寒热，一岁之間，长幼相若，或染时行，变成寒热，名曰疫疟。"

5．适应性——明王肯堂証治准繩载有"南人不以患疟为意，北人則畏之，北人而在南方发者尤畏之。"指迷方瘴疟論中更具体談到"凡往来岭南之人及宦而至者无不病瘴而至危殆者也，土人生长其間，与水土之气相习，外人入南必一病，但有輕重之异，若久而与之俱化則免矣。"以上，証之現代学理，可知疟疾之流行确实与季节，地区的气溫、气湿、地势有关系，因为这些条件与疟蚊的繁殖及疟原虫在蚊体內发育均有关系。此外，久居疟疾流行区的人可因疟原虫重复感染而获得免疫性，"南人不以患疟为意"頗有道理。最可貴的是先輩医学家已認識到疟疾可以輾轉傳染造成"长幼相若"故陈无擇命名"疫疟"。"疫"之意义就有傳染性。

二、关于瘧疾发病方面 經云："阴阳相搏而疟作矣"。疟論："帝曰：疟間日而作者何也。岐伯曰：其气之舍深，內薄于阴，阳气独发。阴邪內著，阴与阳爭不得出，是以間日而作也"。又云："疟間日发者，由邪气內薄于五藏横連募原也"。又："邪气与卫气并居，合則病作，离則病休"。这些描述，指出了"邪""正"相搏在疟疾发病上的意义。換言之，則已蘊育着机体与內外环境統一的关系。医宗金鑒云："疟疾之邪伏藏于营"，中医所指之"邪"包括着气候病因与生物性病因，"营"在內經認为行于脉中，指血液当无疑义，那么，疟邪伏藏于营之語，早已意味着疟疾发病是"疟邪"在血液中的生长增殖分不开的。

三、关于瘧疾症狀方面 往来寒热为疟疾典型症状；証治准繩及沈氏尊生书云"凡寒热发有定期者疟也，无期者諸病也"。清楚地叙述了疟疾的症状学特点。脾大、貧血、消瘦的久疟症状：金匱要略云："病疟以月，一日发……設不差……結为症瘕，名曰疟母"，溫病条辨亦云："疟久不解、胁下成块謂之疟母"，韓善征更特别指出疟母"居左胁为多"。溫病条辨又云："疟邪久羈，因疟成劳，謂之劳疟，絡虛而痛，阳虛而脹，胁有疟母，邪留正伤"，其注解中謂"前者为疟邪火扰正气必虛，清阳失轉运之机，浊阴生窈窞之漸，气閉則痰淤血滯而块势成矣；后者則为气血兩伤也"。据此可知，中医已从疟疾过程中認識到因疟成块(疟原虫引起的增生性脾大)以及因疟成劳(疟原虫破坏紅血球所致之貧血)的因果关系。对恶性疟疾(瘴疟)的認識：証治准繩："瘴疟者，挾嵐瘴溪源蒸毒之气致然，自岭以南地毒苦炎，燥湿不常，人多此病，其状血乘上焦，病欲来时令人迷困，甚則发躁狂妄，亦有哑不能言者，此因敗血瘀于心，毒涎聚于脾"，中医所称之"心与脾"，分别包括着現

代医学的脑神經系与消化系，瘴疟中出現的发躁狂妄与哑不能言，頗似恶性疟疾的凶險发作，其机理似又与致病因子作用于脑皮胃腸分不开的。至于瘴疟出現黃疸与疱疹，在景岳全书冷瘴中提到"疮发于唇"，热瘴中談到"发黃"。現代医学証明，疟疾症状体征中常可見到单純疱疹发于唇鼻部，且在临床診断时有一定价值。我国医学家能观察到，不能不認为是可貴的发現。疟疾过程中的溶血性黃疸，亦为現代医学所肯定，由此，也可以說明中医学的临床实踐是有其客观事实作为依据的。

症狀及分类

往来寒热为疟疾的典型症状。一般分为三个阶段。

一、发寒期 有寒战，面色蒼白，手足发紺，持續半小时至一小时之久，当时体溫已上升。

二、发热期 寒战止后，繼以高热，面色潮紅，同时头痛，口渴，脉搏頻速，体溫可至 40°C 以上，持續約 1 至 7 小时。

三、出汗期 高热后全身大汗，体溫驟然下降，此时除疲劳外，病人頓覺輕快，这期約 2、3 小时。上述往来寒热之典型症状。黃帝内經素問疟論及刺疟篇有"疟之始发，寒慄鼓頷，……寒去則內外皆热，头痛如破，……"，又"足太阳疟令人腰痛头重，寒从背起，先寒后热，熇熇暍暍然(热盛之意)，热止汗出，……"之記載，中肯地描述了疟疾的发寒期、发热期、出汗期三个阶段，足見古人对疾病过程的观察是非常細致的。一日疟"如恶性疟疾"，多为每天发作一次，間日疟兩天发作一次，三日疟三天发作一次。发作的时間可在日間，也可在夜晚，医鑒云："气虛則日发，血虛則夜发"。疟疾的过程随各种疟原虫而不同。丹溪認为"三日一发者，受病一年，間日一发

者，受病半年，連日发作者，受病一月”。据现代医学家对疟疾过程的观察，一日疟自然痊愈率颇高，即使未經治疗，平常也不超过六周，但在发病过程中，随时有凶險发作的可能。間日疟之定期发作未經治疗者，平均連續发作十次左右，然后有十天至兩周間歇期，再复发，偶而如此延續至二、三月之久，始告停止。三日疟自然痊愈率最低，由发作开始至停止可达数月至数年之久。

疟疾除上述往来寒热的典型症状外，还伴有其他症状。在其发展过程中，还可出現脾大、貧血、消瘦等症状。黃帝內經、巢氏病源、証治准繩、景岳全书等将疟疾这些症状按六經、脏腑、外感及其他見症来分类；并且重視寒热的先后及程度，因之，关于寒热症状描写很詳。今分述于下：

一、按六經見症来分

1．足太阳症疟(普通型)：往来寒热、伴有腰痛、头痛重、遍身骨痛、小便短赤、先寒后热、热退、汗出多。

2．足阳明症疟(普通型)：往来寒热、伴有头痛、鼻干、渴欲引飲、不得眠，先寒，洒淅寒甚，久乃热，甚則煩躁，甚日月火光，热退，汗出。

3．足少阳症疟(普通型)：往来寒热，伴有口苦、耳聾、胸胁痛或嘔、身体倦怠不耐煩、見人惕惕然、寒不甚、热不甚、热多、汗出甚。

4．足太阴症疟(普通型)：往来寒热，伴有不乐，善太息，不欲食，先寒后热，热过汗出而已，热甚者口渴。

5．足少阴症疟(普通型)：往来寒热，伴有腰痛，脊强口渴，嘔吐，小便短赤，欲閉戶牖而处，寒从下起，寒热俱甚，寒少热多，其病难已。

6．足厥阴症疟(普通型)：往来寒热，伴有腰痛，少腹滿，

小便不利，意恐惧，易太息，先寒后热，甚则色苍如欲死，或头痛而渴。

二、按五臟見症來分

1．心疟(脑型)：往来寒热，伴有心烦，欲引清水，寒多而不甚热。或热多神昏譫語。

2．肺疟(普通型)：往来寒热，伴有心寒，寒甚则热，热时善惊，如有所见。

3．肝疟(普通型)：往来寒热，伴有面青，太息，状若死。

4．脾疟(胃腸型)：往来寒热，伴有寒时腹痛，热时腹鳴，鳴已汗出。

5．腎疟(普通型)：往来寒热，伴有腰脊痛，大便难，目煊煊然，手足寒。

三、按外感見証來分

1．风疟(普通型)：往来寒热，伴有恶风自汗，头痛，烦躁。

2．寒疟(普通型)：往来寒热，伴有恶寒无汗，攣痛。

3．暑疟(普通型)：往来寒热，伴有里实不泄，烦渴而嘔，肌肉消削。

4．湿疟(普通型)：往来寒热，伴有小便不利，身体重痛，肢节煩疼，嘔逆脹满。

四、按其他見証來分

1．痰疟(脑疟)：往来寒热，伴有胸中滿閟不适，或头痛肉跳，吐食嘔沫，甚則昏迷卒倒。

2．食疟(胃腸型)："即胃疟"往来寒热，伴有飢不能食，食則脹滿呃逆，腹痛。

3．劳疟(疟疾引起的貧血消瘦)：往来寒热，患者素弱，久之伴有精神衰耗，內热不清，肌肉消削，漸至往来潮热，致成

瘅瘴。

4. 疟母(疟疾引起脾肿大)：往来寒热，久之胁下成块。

5. 瘴疟(恶性疟疾)：景岳全书：热瘴者，热沉昼夜，如卧炭火中。(过热型)又：寒多热少、或寒少热多者为冷瘴。(普通型)最重者，一病便失音，莫知其所以然者为哑瘴。(脑型)

6. 牡疟(寒热型)：单寒者或寒多者是也。

7. 癉疟(过热型)：单热不寒者是也。

此外，还有疫疟、溢疟、血疟之称。

以上系中医对疟疾分类法的综述，著者根据自己对现代医学的体会，初步作一分类的对照，发现中医疟疾分类学中，多半是现代医学的普通型疟疾。

治　　疗

中医认为凡疾病均由一种致病动因“邪”与机体抵抗力“正”相爭的結果。而疟疾的致病动因，吳璐謂为“疟邪”。由于时代及科学工具的限制，中医不能在显微鏡下指出“疟邪”是“疟原虫”。但認为疟疾是一个独立的病，并对其临床特征有深刻的認識，这是可以肯定的。認为疟疾的发生与地区、季节、气候、适应性有关，在南方、在夏秋而卑湿多雨之地，多患疟疾，疟疾的主要征象为定期的往来寒热发作，“凡寒热发有定期者疟也，无期者諸病也”脉搏弦数，以后可出現脾大(疟母)及貧血、身体衰弱、消瘦(劳疟)等。上述是中医認識疟疾的主要根据。治疗时还要从症状上辨别发寒期、发热期的程度及持續时間，分析其他伴有症状及脉象上之弦、細、迟、数，辨别疟疾之新、老、久、暫，从而确定患者是那一型疟疾，属“虚”属“实”属“寒”属“热”，从而决定不同的治疗方針(如虚者宜补、实者宜攻、寒者宜热、热者宜寒)。辨証上的一般要訣为：

初疟多实症、久疟多虚症，初发脉多弦数洪大、久疟脉多弦緩細弱，初疟体多如常、久疟体多瘦削。具体治疗，包括药物、針灸兩方面。

一、藥物治疗

1．疟疾初发：疟疾初发，为邪居半表半里（少阳症），这时勿截疟，与以和解之剂治疗，常用⑴小柴胡湯。⑵清脾飲。

待疟疾发作二、三次后，才主張截疟，常用⑴小柴胡湯加常山方。⑵截疟常山飲。⑶常山飲。⑷七宝飲。

服法：截疟的药物不在疟疾方发或正发时服用，恐药病交爭，轉为深害，須在未发兩小时之前或发作日的清晨服用，在治疗中，注意飲食、生活，避免飲酒等。

疟疾特殊伴有的症状，有以下的治疗法。

过热型（如癉疟、溫疟、熱瘴）：常用⑴白虎加桂枝湯。⑵安宮牛黃丸。

寒冷型（如牡疟）：可用四逆湯。

腦型（如心疟、痰疟、哑瘴）：可用安宮牛黃丸。

胃腸型（如脾疟、食疟"胃疟"）：可用⑴小建中湯。⑵加味藿姜飲。

笔者按：中医书籍載，疟疾除往来寒热外，伴有的其他症状是按六經、五脏、外感及其他見症而处方的，这类方剂很多，其中方药內容多有重复，不作一一介紹。

2．疟疾久发：疟疾治疗不当，或未經治疗，久久发作，而出現脾大者，叫"疟母"，这时須針对疟母进行治疗，可选用⑴鱉甲煎丸。⑵鱉甲飲子。⑶疟母丸。

疟疾綿延，脾大，貧血，四肢无力，精神萎靡，发育迟頓，消瘦，叫"劳疟"，即所謂"虛証"。这时，給与补气、补血等药物，以恢复机体的抵抗力，使患者有能力战胜"疟邪"。可选用⑴补

中益气湯。(2)十全大补湯。(3)加味异功湯。(4)青蒿鱉甲湯。

二、針灸治疗 針灸治疟，起源很早，內經素問刺疟篇就有詳細的記載，历代医书均有記述及治愈报导。近人魯之俊氏5115例疟疾，經針灸治疗后的初步統計，治愈率为90%。李学思氏于1957年4月，綜述了兩年来在文献上报导針灸治疗疟疾的病例有191例，其中經过針灸疗法后，症状(-)、原虫(-)人数占72.83%，症状(-)、原虫(+)人数占10.99%，合并葯物治疗人数占2.38%，效果不明者占1.18%，失敗者占12.62%，可見治疗效果的一般。关于針灸穴位，大椎、陶道是最常刺的，而施針术在发作前1—2小时最宜。茲选常用穴位列入下表。

	針灸次序	部位	針	灸
制止瘧疾发作的針灸法	第一次	大椎	5分	7壯
		內关	3—5分	3—5壯
	第二次	灵台	3—4分	3—5壯
		脊中	4—5分	7壯
	第三次	陶道	4分	4壯
		灵台	3—4分	3—5壯
		脊中	4—5分	7壯
	第四次	腎俞	5—6分	7壯
脾針灸大法		脾俞	3—5分	5—7壯
		期門	3—5分	5—7壯

附注：在瘧疾发作前1—2小时針灸。

方　剂

一、瘅疾初发

小柴胡汤：为和解半表半里之剂，有解热、镇吐、健胃、止痛、祛痰的作用。适用于疟疾初起有往来寒热、胸胁痛而嘔、脉象弦数、舌苔白薄者（普通型疟疾有此特点者可用之）。

柴胡二錢　黄芩三錢　半夏三錢　人參二錢　甘草一錢　生姜三片　大枣三枚　水煎服。

清脾飲：本方从小柴胡汤演化而来，所不同者，适于疟疾初起，热多寒少者（普通型疟疾热多寒少者可用之）。

柴胡二錢　茯苓四錢　半夏三錢　黄芩三錢　草果一錢　白朮三錢　青皮二錢　厚朴二錢　甘草一錢　水煎服。

小柴胡汤加常山方：方义与小柴胡汤同。疟疾发作二、三次之后，可用此方截疟，取其和緩而不猛，适于体质稍差病情較輕之普通型患者。

即小柴胡汤原方加常山二錢水煎服。

截疟常山飲：为除痰、破气、去寒热、截疟之方剂，体实病重的患者，在疟疾发作二、三次后，若脉象弦大有力、苔白厚腻，并有胸闷、腹满、脹痛的症状，可选此方。

常山二錢　草果一錢　穿山甲二錢　甘草一錢　檳榔三錢　知母三錢　烏梅二錢　水煎服。

常山飲：本方破气之力逊于截疟常山飲，但駛胃、散寒之功則較强，仍用之截疟，适用于普通型疟疾而有胸脘痛之患者。

知母三錢　常山二錢　草果一錢　炙甘草一錢　烏梅二錢　良姜一錢　水煎服。

七宝飲：为除痰、理气、截疟之剂，适用于普通型疟疾有

腹脹滿痛的患者。

常山二錢　草果一錢　檳榔三錢　厚朴二錢　青皮二錢　陈皮二錢　甘草一錢　水煎服。

白虎加桂枝湯：为解热止嘔之剂，特殊型疟疾——过热型，有高热、嘔吐、汗出、口渴、骨节煩疼、脉象浮洪，舌苔白而兼黃者，可选此方。

知母三錢　石膏五錢　甘草一錢　桂枝二錢　粳米三錢　水煎服。

安宮牛黃丸：为清心开窍之剂，适于特殊型疟疾——过热型、腦型病人，有高热、神昏、譫語、脉象弦数、舌苔黃而干之患者。

牛黃一兩　郁金一兩　犀角一兩　黃連一兩　硃砂一兩　梅片二錢五分　麝香二錢五分　珍珠五錢　山梔一兩　雄黃一兩　黃芩一兩　上为极細末，蜜为丸，每丸重一錢，金箔为衣，蜡护，每次服一丸，每日一、二次。

四逆湯：为回阳救逆之剂，适用于特殊型疟疾——寒冷型病人，有四肢厥冷、单寒不热、脉象沉迟而細之患者。

干姜二錢　生附子二錢先煎　炙甘草三錢　水煎服。

小建中湯：为溫中散寒之剂，适用于虛寒性体质的患者，特殊型疟疾——胃腸型病人，有腹痛、脉象細小、一般状况衰弱者，可选此方。

桂枝二錢　白芍三錢　炙甘草一錢　生姜三片　大枣三枚　飴糖五錢　水煎服。

加味藿姜飲：为除痰湿理气之剂，适用于疟疾胃腸型，有腹痛、脉象弦細的患者。

人参一錢　半夏三錢　草果一錢　生姜三片　广陈皮一錢　青皮二錢　水煎服。

二、痼疾久发

鳖甲煎丸：为攻破症瘕之剂，适于久疟出现胁下有块、气壮体实之患者。

煅鳖甲十二分　乌扇三分　黄芩三分　柴胡六分　鼠妇三分　干姜、大黄、桂枝、石韦、厚朴、紫葳、牛夏、阿胶、芍药、牡丹、蜚虫各五分　葶藶、人参各一分　瞿麦二分　蜂窝窠四分　赤硝十二分　蜣螂六分　桃仁二分　上为极细末成丸，每丸一钱，每次一丸，每日三次。

鳖甲饮子：为消补疏养之剂，适于久疟体质衰弱而胁下有肿块之患者。

鳖甲五钱煅　白朮三钱　黄芪三钱　草果一钱　槟榔三钱　川芎二钱　橘红二钱　芍药三钱　甘草一钱　厚朴二钱　水煎服。

疟母丸：本方攻破症瘕之力、仅次于鳖甲煎丸，体质壮实，胁下有肿块者，可先选用此方。

青皮二钱　桃仁二钱　红花二钱　神曲三钱　麦芽三钱　煅鳖甲五钱　三棱一钱　蛤粉二钱　香附二钱　莪朮一钱　水煎服。

补中益气汤：为壮阳补中气之剂，适于久疟消瘦、面色薄、短气、神困、納少、脉細弱之患者。

炙黄芪三钱　人参一钱　炙甘草一钱　白朮三钱　广皮一钱　当归三钱　柴胡二钱　升麻一钱　生姜三片　大枣三枚　水煎服。

十全大补汤：为补气养血温中之剂，适于久疟，血虚显著、苔白、消瘦、无力、脉象細弱之患者。

人参一钱　白朮三钱　茯苓三钱　炙甘草一钱　当归三钱　川芎一钱　白芍三钱　干地三钱　肉桂一钱　附片三钱

水煎服。

加味异功湯：为健胃补养之剂，久疟脾胃衰弱、納少、胸脘不适者，可选此方。

人参一錢　当归三錢　肉桂一錢　炙甘草一錢　茯苓三錢　于朮三錢　广皮一錢　生姜三片　大枣三枚　水煎服。

青蒿鱉甲湯：为清养解热之剂，久疟消瘦，潮热、脉象弦数而細者，可选此方，加入南沙参、玉竹各五錢，其用尤佳。

青蒿三錢　鱉甲五錢　知母三錢　桑叶三錢　丹皮二錢　花粉三錢　水煎服。

結　　語

一、祖国医学家对于疟疾的流行病学及临床症状特征有深刻的認識，这是可以肯定的。

二、針灸及中药治疗疟疾，据統計报告有一定效果，須我們进一步研究。

三、中医书記載的疟疾病名，并不单是現代医学所称的疟疾病而言，因为从症状上不能确診疟疾病。其中还可能包括黑热病、布氏杆菌病等。

四、笔者用古代疟疾分类法和現今疟疾分类法作对照，結果大多为現代所称的普通型疟疾，少数为特殊型。由于古书对疟疾分类的描述不够典型，本文的分类可能有不当之处，尚希大家研討之。

（原載中医杂志 1956 年 9 月号）

從祖國医学文献来討論中医对瘧疾的認識與治疗

楊　安　时

(一) 中國古代醫学对瘧疾病因和病理的認識

祖国医学对于疟疾的認識发展最早，在內經有“痎疟、寒疟、溫疟、癉疟、风疟、五脏疟、六經疟。”于疟疾的发作期，則称“疟有一日而作，間日或数日而作。”季节性則有“秋为痎疟”、“秋善病风疟。”等說明。金匱要略于疟久的脾脏肿大，名曰“疟母”。巢氏病源并指出疟疾多发于岭南山瘴之地，所称“瘴疟”，即为恶性疟疾的認識。他如方书所載的“痞疾、脾寒、瘴气。”均为疟疾的别称。属于病因和病理方面的典籍所載，不胜尽举，擇要分析如次：

一、病因方面　疟疾病因記載，属外来因素的，古人認为是风、寒、暑、湿、火热。內經素問疟論篇曰：“夫痎疟皆生于风”。“疟者，风寒之气不常也。”至眞要大論曰：“火淫所胜，民病头痛发热，恶寒而疟。”刘元素六书：“疟之为疾，因內积暑热之气，不能宣泄于外，而为疟也。”李中梓医宗必讀：“湿疟乃汗出澡浴，或冒雨，或湿侵。”張景岳全书：“疟疾之作，本由风寒暑湿之邪，感而致病。”风寒暑湿，均为外界的气候，

如气候过寒、过热、潮湿，均可影响人体正常机能，减低抗力，能为致病的誘因。疟疾并有認为是"毒气"傳染而来的，如巢元方諸病源候論："山瘴疟者，此疟生于岭南带山瘴之气，其状寒热，休作有时，由山溪源岭瘴湿毒气故也。"李梴医学入門："外感异气，发为瘴疟、疫疟。"对疟疾病因的观察更为进步，由于当时科学知識及工具的缺乏，对病原体无法分析，只能理解之为毒气、瘴气、异气而为病害。古人不仅对外在因素加以分辨，認为体弱气滞，痰郁食积、情志不調等內在因素，亦有不可分割的互相关系，如素問疟論曰："阳气者，精則养神，柔則养筋，……形弱而气烁，穴俞以閉，发为风疟。"張仲景伤寒論："血弱气尽，腠理开，邪气因入，……往来寒热。"陈无擇三因方："夫疟备三因，外則感四气，內則动七情，飲食飢飽，房室劳逸，皆能致之。"朱丹溪提出"痰飲"为疟疾主要因素，故有"无痰不作疟"的說法。張景岳全书："惟禀质薄弱，或劳倦过伤者，尤易感邪致疟。"此种对疾病发生，由內外环境相互关系的失調，与外因决定于內因等基本認識，較为明显。亦有因外来的病邪，潜伏于体內，俟身体抗力减弱，再加新感，即可引发。如素問疟論曰："夏伤于暑，其汗大出，腠理开发，因遇夏气凄滄之水寒，藏于腠理皮肤之中，秋伤于风，則病成矣。"巢氏諸病源候論："疟疾者，由夏伤于暑，热結皮肤，至秋因劳动，血气腠理虚，因而邪气乘之。"李杲十书："疟之为病，以暑舍于营卫之間，得秋之风寒所伤而发。"有因社会因素造成的，如張子和儒門事亲："扰攘之时，常疟病多。"綜上所述，中医于疾病因素的認識，比較全面，所称"阳气"，似指机体中各部分的机能，"腠理"似指真皮內血管神經分布的部分，机体如因情志不調，嗜欲无节，或因过度劳役，长期飢餓，营养不良，均可使身体衰弱，周圍神經失所机制，不能应付客观环境的刺激，是

能发为病变，因此，中医在疾病基本認識上，是有其一定正确程度的。

二、病理方面 中医以外在的刺激，能影响人体发病的，称为"邪气"。体内正常的調节机能，具有一定抗力的，称为"正气"或"卫气"。素問疟論曰："卫气之所在，与邪气相合則病作。"灵樞經岁露論曰："疟气随經絡沉以內搏，故卫气应乃作也。"伤寒論曰："正邪分爭，往来寒热，休作有时。"又以"阴阳"代表病理現象的对立問題，素問疟論曰："疟疾者，并于阳則阳胜，并于阴則阴胜，阴胜則寒，阳胜則热。"上述病理，虽不够明显，似意味到疟原虫成熟以后，破坏紅血球而进入血浆时，血浆內死灭的裂体性芽胞，放出毒素，以及新陈代謝产物，在机体反应过程中，遇到体內的抵抗因素，与毒素相抗，則发現寒战、高热、汗出等症状；裂体性芽胞开始新的无性生殖，血液中的毒素，經汗腺排出，則呈現間歇期的安靜状态。中医所以有"正邪相爭則病作，正胜邪退則病衰"等說法。疟原虫因成熟期有迟早之不同，所以有"一日疟、間日疟、三日疟、恶性疟"等分。中医則以邪的淺深来說明，謂"邪淺則連日而作，邪深則間日或三日而作。"疟疾最主要的病理改变是貧血，脾脏肿大，因疟原虫能直接破坏紅血球，同时刺激網状內皮細胞，脾的結締組織增生而脹大。恶性疟疾，因脑的毛細血管被含着疟原虫的紅血球阻塞，使脑組織发生坏死小区，而引起神經征候。韓善征謂"疟久血虚"，"疟久不瘥，邪气內搏于脏腑，血气衄留不行，息而成积，內結癥瘕，名曰疟母。"証治准繩謂"瘴疟发时，令人迷困，甚則发躁狂妄，亦有哑不能言，此因败血瘀于心，毒涎聚于脾。"这些对疟疾貧血，脾脏肿、恶性疟的病理分析上，亦具有其实踐的意义。

基于上述各論，中医对疟疾病因病理的認識，所謂外感的

风寒暑湿毒气等刺激，体内机能的耗損，疾病发作时的正邪相爭，正胜邪退等概述，大致說来，其基本精神是合理的，与現代的"統一整体"观，是相符合的。

（二）中國古代醫学对瘧疾臨床症候的診断和类型的辨别

一、症候方面 中医对疟疾病症的診断，是以症候为主的。疟疾症候，內經言之甚詳，素問疟論曰："疟之始发也，先起于毫毛，伸欠乃作，寒慄鼓頷，腰脊俱痛，寒去則內外皆热，头痛如破，渴欲冷飲"；"热去汗出……乃快然"。"是以日作"；"是以間日而作"；"时二日或数日发"。这些对疟疾发作过程上的記述，是很明显。金匱要略："疟久不差，結成症瘕，名曰疟母。"医学入門："疟母为疟經年不差，結成痞块，藏于腹胁，作脹且痛。"丹溪心法："疟后形体黃瘦。"于疟疾的貧血发黃脾肿大等病症，亦有明确的認識，凡此，对疟疾症候的叙述，可以說是科学的素描，切合实际。

二、类型方面 中医对于疟疾类型的分辨，是于疟疾的主症中，找出特有的見証，結合舌苔脉象，作为診断的依据，因此，在类型方面，有以某种兼証，或以某种病因，而命其名，茲列表以辨别之（見下頁表）。

根据下列各类型的症状，"瘴疟"即属恶性疟疾，"疟母"即为肝脾肿大，他如內經所称的"痎疟"，有称为久疟的，如元素六书："痎疟者，久疟也。"又証治准繩："久疟不愈，名曰痎。"又如所称"五脏疟""六經疟"，即古人以疟疾的某些兼疟，而归納于五脏六經之意，亦多賅括于上列疟疾类型內，如太阳疟之似"风疟、寒疟"，阳明疟之似"溫疟"等，病非主要，故不重列。

至于小儿的“胎疟”，与妊妇的“妊娠疟”，是以受病时期而定名，临床症状，仍是一致的。

瘧疾类型	发病原理	証狀鑒別	脉象舌苔
1 正瘧	邪入半表半里。	每日或間日一发，发有定时，先惡寒发热，后出汗热解。	脉弦或雖数兼迟。
2 风瘧	夏伤于暑，至秋感风而发。	惡寒無风，自汗煩躁，头痛，汗出淋漓，而热始退。	脉浮緩而弦，苔白。
3 寒瘧	肌肤感受风寒。	寒多热少，腰脊头項俱痛，无汗手热，或三日一发。	脉弦而兼紧，苔白薄。
4 暑瘧	夏月伤暑，加感凉气而发。	惡寒肚热，或但热不寒，汗出煩躁，口渴引飲，尿赤。	脉洪而数，苔白黃相兼，或膩。
5 湿瘧	感受潮湿，或汗出澡浴。	惡寒而不甚热，一身疼痛，肢重，胸脘嘔逆，小便不利。	脉浮緩或滑，苔白膩。
6 溫瘧	冬邪伏內，至夏感暑而发。	无寒但热，或热后微寒，骨节煩疼，时嘔，汗出，口渴，咳嗽。	脉弦数，苔黃。
7 癉瘧	肺素有热，兼感暑邪。	但热不寒，少气煩渴，手足热而嘔，令人消爍肌肉。	脉細数，苔黃无津。
8 瘴瘧	感受嵐瘴之毒。	寒微热甚，发时头痛嘔逆，身沉重，甚或昏迷，譫語狂妄，或啞不能言。	脉伏，或弦而数，苔白厚膩。
9 疫瘧	天时寒热不正，疠气乘虛而襲募原。	寒热往来无定，一日二三度发，寒輕热重，口渴有汗，沿門合境，互相傳染流行。	脉右關于左，或大脉弦数，苔白厚。
10 牡瘧	阳气素虛。	寒热微，或但寒不热，病以时作，作时振栗甚，面色㿠白。	脉沉迟，苔白滑。
11 痰瘧	素有痰积，兼感外邪。	寒热交作，头痛而眩，胸脘嘔吐，痰多喘逆。	脉弦滑，苔膩。
12 食瘧	飲食失节，飢飽不常，外邪侵入。	寒热交并，噯气惡食，食即吐逆，胸滿腹脹，大便或溏。	脉沉滑有力，苔厚而膩。
13 劳瘧	劳役过度，或久瘧劳損，气血俱虛。	久瘧反复，少劳即发，寒中有热，热中有寒，发无定时，气虛自汗，身倦，飲食少进。	脉弱，苔白薄。

瘧疾类型	发病原理	証狀鑒別	脉象舌苔
14 虛瘧	正气素虛，感邪患瘧。	寒熱交作，自汗倦卧，飲食并減，四肢乏力。有时寒則洒淅，热則烘烘。	脉举按俱弦，重按則弱，苔白。
15 久瘧	邪气深藏。	瘧久不愈，寒熱无多，体瘦而黃，形不能食。	脉弱或沉細数。
16 瘧母	瘧久不差，瘀凝痰血鬱积。	結成痞块，藏于腹胁，作脹且痛，令人多汗。	脉沉弦或牢，或沉濇。
17 三阴瘧	邪入三阴經。	寒甚热盛，发作时短，头身痛甚，多間兩日而发。	脉緊，或虛弱，苔白。

（三）中醫对瘧疾并發症與类瘧鑒別的概述

瘧疾的并发症，以痢疾为較多，大抵由于飲食不节，或治不得其法而引起，如丹溪心法："凡瘧后轉作痢疾者，多伤生冷故也。"韓善征瘧疾論："瘧疾妄用截法，以致邪气內迫，瘧痢并作。"凡此皆說明瘧疾并发症的因素。与瘧疾相类似的，有所謂"伏暑"，伤寒論的"少阳症"，"热入血室"，"厥阴經厥热"等症。茲鑒別如次：

（一）伏暑：伏暑由夏月受暑，邪盛者患于当时，邪輕者发于秋后，发作时寒热如瘧，不能如瘧分明，脘悶煩渴，午后則甚，入暮更剧，天明得汗，諸症稍緩，日日如是，其脉必滑，不如瘧脉自弦，头痛汗出热退。

（二）伤寒論少阳症：少阳症寒热往来，形如瘧狀，胸胁苦滿，口苦，咽干，目眩，古人多称为正瘧，并有"瘧疾不离少阳"的說法，但少阳症寒热往来，为寒已而热，热已而寒，无有定时，少阳的胸胁苦滿，日人湯本求眞氏謂系該部的淋巴腺肿脹

硬結，与疟疾的肝肿胀大脹滿不同，因此，少阳症与疟疾，是有所区别的。

（三）伤寒論热入血室：妇人热入血室，往来寒热，发作有时，形状如疟，但热入血室，为妇人月經适来或适断，邪乘虛入，寒热虽有定时，多有热甚譫語等現象，且发病原理不同，不难分辨。

（四）伤寒論厥阴經厥热：厥阴經厥热，近人多称为回归热型，病时寒甚厥冷，壯热汗出，但其先厥后发热，或厥数日，热亦数日，反复发作，以此为辨。

（四）中醫对瘧疾的預后、預防和調护

一、預后 疟疾預后，中医亦有所叙述，儒門事亲："瘴疟一二发必死。"医学入門："疟久壯泻肿脹者难治。"根据这点記載：凡患恶性疟一二发，脑組织坏死过多，与慢性疟疾而致胃腸炎或貧血，或致恶液質水肿，預后是不佳良的。

二、預防 中医对疟疾的預防，亦着重在整体方面，如刘元素六书論疟："人能于飲食起居之間，順四时之气而行之，邪气何由得生。"景岳全书："夏令暑热，避暑就阴，貪凉过度，可因伤暑受寒致疟。"謹避风寒暑湿，节制飲食，可減少疟疾的誘因。此外治疗疟疾患者，根除体內的疟原虫生殖体，扑灭傳染媒介蚊，疏通沟渠，鏟除水草，消灭蚊幼虫，对疟疾的預防，亦为必要的。

三、調护 疟疾发作时調护的方法，古人亦加注意，丹溪心法："疟后汗出，要避风寒，禁食鸡魚或冷水。"景岳全书："疟疾未清，过食伤脾，可致痞滿。"疟疾患者，在机体反应过程中，各种机能已呈衰弱状态，汗后腺管弛張，更易感受风寒，因此在气候和飲食各方面是要注意的，反之，可加重病理变化

而影响治程。

（五）中醫对瘧疾的治療和方剂

中医对疟疾的治疗，是以病人整体为对象，其治疗方法，不仅辨别各类病型，更能考虑病情，观察病势，从症状分析寒热的輕重及持續时間的长短，再从发病上的新久，辨别脉象上的弦細、迟数；分清病的属表属里，属虛属实，而确定各种治法，以輔助病者的自然疗能，以調整和恢复人体机能的正常度，与巴甫洛夫学說的三个治疗原則——抑制病人的異正病理反应，扶助其抵抗疾病的生理防御反应，促进其恢复健康的代償机轉的精神，是相符合的。茲将历代各家所述方剂，以及中医临床施治的大概，分述于下。

一、正瘧 正疟发有定时，每日或間日一发，先恶寒发热，后汗出热解，在初发时，中医謂邪入半表半里，宜柴胡、黄芩、人参、甘草、半夏、青皮、厚朴、生姜、大枣以和解表里之邪。此期不可妄用截疟之剂，致邪难透发，疟久不愈。待疟疾二、三发后，始能用常山、草果、青皮、陈皮、槟榔、厚朴、甘草、知母、烏梅、等品以截疟。

选用成方：1.小柴胡湯，2.清脾飲，3.截疟七宝散，4.截疟常山飲。

二、风瘧 风疟在表，头痛、恶风、自汗、苔白、脉弦而兼浮，宜桂枝、羌活、白芷、川芎、防风、白芍以辛散风邪。如汗多恶风，咳嗽体虛者，宜人参、苏叶、桔梗、前胡、茯苓、甘草、白芍以扶正宣泄。如热多口苦，嘔吐胁痛者，佐以柴胡、黄芩、制夏以解热降逆。

选用成方：1.桂枝羌活湯，2.柴胡桂枝湯，3.参苏飲。

三、寒瘧 寒疟在表、无汗、头項强痛、身疼痛、苔白、脉

弦紧，宜麻黄、羌活、葛根、白芷、川芎、防风以辛温发散，旺盛皮肤血行，促进汗液外泄，排除病毒。如寒甚热輕，或但寒不热，宜桂枝、牡蛎、干姜、括蒌、黄芩、甘草以和解寒热。

选用成方：1.麻黄羌活湯，2.柴胡桂姜湯。

四、暑瘧 暑疟汗出、心煩、口渴、苔白夹黄、脉洪，宜石膏、知母、柴胡、六一散、黄連以清暑解热。如夹湿胸悶腹脹，便溏，佐以厚朴、扁豆、草果、青皮、茯苓健胃滲湿。如汗多倦怠、脉虚，佐以人参、黄芪、炙草、强壯滋补。如无汗微寒，佐以香薷、桂枝辛温发汗。如暑热灼阴，舌絳无津，宜麦冬、元参、生地甘寒滋液。

选用成方：1.黄連香薷飲，2.桂枝石膏湯，3.清暑益气湯。

五、濕瘧 湿疟，头重身疼，胸悶、寒甚热輕，苔腻，脉弦濡，宜藿香、薄荷、半夏、陈皮、茯苓、厚朴、木贼以辛散透湿，如热多寒少，脘悶、苔黄腻、脉濡数，宜草果、檳榔、柴胡、黄芩、川朴、知母、常山、青皮以解热滲湿制疟。

选用成方：1.清中瘧疟飲，2.藿香平胃散，3.清脾飲，4.木贼煎，5.倪涵初疟疾一方。

六、溫瘧 温疟壯热微寒、汗出、口渴、骨节煩疼、苔白夹黄、脉洪大，宜石膏、知母、甘草、粳米以解热，少佐桂枝以除寒。如夜間发作、手足灼热、煩渴、咳嗽、苔黄尖紅、脉弦数，宜佐骨皮、丹皮、花粉、鱉甲、柴胡、常山、黄芩以解热截疟。

选用成方：1.白虎加桂枝湯，2.爭功散，3.知母鱉甲湯，4.柴胡白虎湯。

七、瘴瘧 瘴疟热灼胃阴，热甚而嘔，舌絳无津，脉細数，宜石膏、知母、常山、麦冬、竹叶、石斛、花粉、蔗汁、梨汁、生地、烏梅以清热增液。如肌肉瘦削，少气煩冤，加人参以强壯滋

补。

选用成方：1.竹叶石膏湯，2.五汁飲，3.知母湯。

八、瘴瘧 瘴疟惛寒壯热，头痛，嘔吐，苔白厚滑腻，脉伏弦而数，宜藿香、蒼朮、陈皮、厚朴、草果、半夏、檳榔、常山、柴胡、黄芩、知母以排解瘴毒，如昏迷或狂妄譫語者，佐以玉樞丹清腦安神。

选用成方：1.太眞神朮散，2.丹溪截疟方，3.柴胡知母湯，4.玉樞丹。

九、疫瘧 疫疟寒热无定期，身重胸悶欲吐，口渴苔腻，脉右盛于左，宜厚朴、蒼朮、建葛、佩兰、黄芩、知母、藿香、檳榔、常山以芳香逐秽解疟。

选用成方：1.达原飲，2.正气散，3.如异丹，4.常山飲，5.清化湯。

十、牡瘧 牡疟寒甚热輕，寒时振慄，面色淡白，脉沉迟，苔白薄，宜干姜、牡蠣、柴胡、蜀漆以溫中截疟。如寒甚脉微弱者，佐以肉桂、附子以强心。

选用成方：1.姜桂湯，2.牡蠣湯，3.蜀漆散。

十一、痰瘧 痰疟寒热交作，头痛而眩，痰气嘔逆，苔白，脉弦滑，宜柴胡、半夏、陈皮、茯苓、生姜、草果、檳榔、杏仁以理气逐痰。如痰涎壅甚，胸滿气喘，佐以南星、芥子、常山以排痰。气弱体虛，佐以人参、白朮以强壯滋补。

选用成方：1.柴陈煎，2.露姜飲，3.四兽飲，4.常山飲，5.倪涵初疟疾一方。

十二、食瘧 食疟寒热交并，噫气，恶食，腹部飽脹，苔厚布腻，脉弦滑有力，宜山查、神曲、萊菔子、厚朴、麦芽、柴胡、檳榔、草果、枳壳、大黄以健胃消积。如嘔吐吞酸，佐以吳萸、川連、京夏、生姜、砂仁健胃制酸。如气虛神倦，脉弱不思食，佐

以人参、白朮、茯苓、陈皮、生姜、大枣、强壮健胃。

选用成方：1.和中饮，2.保和丸，3.平胃散，4.六君子汤。

十三、劳瘧 劳疟寒热交并、神倦、飲食少进、小劳即发、气虚自汗、脉弱者，宜人参、白朮、黄芪、炙草以强壮扶正，加常山、柴胡以抗疟。如血虚脉細，夜間发作，宜当归、白芍、地黄、鱉甲、首烏、柴胡、炙草以滋补和阴。

选用成方：1.柴胡去半夏加括蔞根湯，2.芍归鱉甲飲，3.祛疟飲，4.四兽飲。

十四、虛瘧 虚疟寒热交作、自汗倦臥、飲食俱減、脉弦重按則弱、苔白嫩、气血俱虚者，宜人参、当归、首烏、白朮、陈皮、茯苓、常山以强壮抗疟。如洒寒烘热、脉濡且弱，宜桂枝、黄芪、当归、白芍、党参、炙草、生姜、大枣双調气血。倘有肢凉便泄者，加附子、干姜以振奋机能。

选用成方：1.补中益气湯，2.休疟飲，3.人参截疟飲，4.当归补血湯。

十五、久瘧 久疟寒热微作，体瘦形羸，不思食，纏綿不愈，苔白薄，脉弱者，宜人参、当归、首烏、白朮、烏梅、常山、草果、鱉甲以强壮截疟。如兼外感，宜加桂枝、葛根以微发汗。

选用成方：1.断疟飲，2.鱉甲烏梅丸，3.六和湯，4.辰砂丸，5.一补一发湯。

十六、瘧母 疟久不愈，結成痞块，藏于腹胁，作脹且痛，如形气俱实者，宜鱉甲、常山、草果、檳榔、山棱、莪朮、穿山甲、桃仁、当归、首烏、肉桂、以排毒散結。如形色俱虚者，宜加黄芪、党参、白朮、陈皮、厚朴、淮药、飴糖以强壮健胃。

选用成方：1.鱉甲煎丸，2.黄甲丸，3.經效疟丹，4.疟母丸。

十七、三阴瘧 三阴疟寒甚热輕，发作时短，头身痛甚，苔白，脉浮紧者，宜桂枝、青皮、半夏、草果、細辛、木賊、鹿角霜以溫散寒邪。二、三发后不愈者，宜穿山甲、鱉甲、桂枝、常山、首烏、人参、当归以扶正驅疟。

选用成方：1.驅疟飲，2.三疟补正湯。

綜結上述治疗方剂，使用药物虽杂，历代治疟經驗，是以常山、柴胡、檳榔、草果、烏梅、鱉甲为主，以直接抑制疟原虫，或消灭疟原虫。根据笔者年来临床的治效，以此类主要药物，結合临床見症，如須发汗則加麻黃、桂枝等品，解热則加石膏、黃芩、知母等品，补虛則加人参、首烏等品。掌握这些治疗原則，以調节机体正常机能，更能辨别各种类型，相适应的使用祛风、散寒、清暑、滲湿、祛痰、消食等品以排除病原，对疟疾的治疗，是具有卓越效果的。

（六）中醫对瘧疾的單方療法

单方是民間流傳的一种治驗方，对疟疾的疗法，既簡单而又經济，并能起到一定的效果，亦有推广和实驗之必要：

（一）常山三兩，漿水三升，浸一宿，煎取一升，欲发前頓服。

（二）綠豆一兩，信石一錢，研細蒸餅为丸，綠豆大，每服三丸，于发作日早五更，以新汲水吞服。

（三）鴉胆子15粒，龙眼肉包吞，每日三次，飯后服。

（四）雄黃一分，每日服三次，飯后服，連續四日。

（五）柴胡、青蒿、马鞭草各等分，焙干为末，每服三錢，日三服。

（六）疟疾粉：蒼朮、白芷、川芎、桂枝、各等分研末，于发作前半小时用疟疾粉一克，包在小块綢布內，塞入鼻腔三四小

时，俟疟疾发作出汗期取出，一二次必愈。（用此粉放膏药上，贴肚脐亦效。）

上述单方，常山，柴胡，鹅胆子，均含有抗原虫的成分，具有抑制疟原虫的增殖，并消灭疟原虫等作用。雄黄为三硫化二砷，信石为三氧化二砷，亦大有杀虫抗疟的功效。近世紀采用"九一四"等砷制剂来治疗疟疾，药理是一致的。疟疾粉系四川万县周美乱中医师的公开秘方，原載于健康报，經試驗效果甚佳。

（七）中醫对瘧疾的針灸療法

疟疾的針灸疗法，在內經有詳明記載，其治疗原理，根据巴甫洛夫学說的分析，可能是刺激皮肤的活动点，反射至大脑皮层內，因而增强并調整神經机能，改变机体的生理状态，而影响疟原虫的継續生存，使疟疾自愈。

一、选用刺激点

1．通用法：大椎、陶道、間使、后溪、均針。如寒多大椎、間使均灸，热多加針太溪，重刺激。

2．三日疟：大椎，間使針后灸。后溪溫針，灸脾俞。

3．恶性疟：十二井穴、尺澤、委中，均刺出血，間使、大椎、神門、风門、各俞穴均針，重刺激。

4．疟母：章門，內关，脾俞均針后灸，疟未愈，加針灸大椎、間使（附痞根穴：穴在第十三椎下各开三寸，多灸左穴，治疟母甚效）。

5．久疟：脾俞灸七十壯，或发时刺十指端出血，可即愈。又法：大椎針后，以白胡椒末加膏药中，貼穴上亦效。（附注：本节資料是根据新針灸手册治疟篇改編。）

二、技术注意

1．以上諸刺激点：在針刺时，必須根据患者的体质肥瘦，而进針淺深不同，总以探找神經而发生痠、麻、脹、重等感覚。同时灸术，一般灸至表皮有輕度充血发紅为宜，在施术前，还須注意消毒。

2．針灸治疟一般記載，要在未发作前一、二小时进行，但在发作期前十数分鈡行針灸，亦有治愈者。

3．对慢性衰弱患者，施术时，应采取臥位，以妨休克。

4．患者体溫过高，神識昏迷，或热久者，不可用灸法。

5．經第一次針灸治疗疟疾，虽已告愈，宜継續行第二次或三次治疗，以防复发。

6．孕妇患疟，不宜針灸，以免引起流产。

（八）結　　語

綜合以上所述的中医疟疾資料，可知中医的学术体系和治疗原則，与現代病理生理学的整体观念，有其符合之处，这些是历代来的中医与疟疾作斗爭，从实踐中积累起来的經驗，因此，在实际应用上，有其极为丰富的內容，今天我們应将这些宝貴的临床經驗，整理出来，用于防治工作上，有計划地在消灭疟疾。

本篇由于笔者学識淺薄，科学修养不够，在理論上，未免有些主观片面等錯誤观点，希先进不吝指正。

（原載新中医药 1956 年 9 月号）

瘧疾效方介紹及其治驗例

羅 荣 超

瘧疾是危害性最大的疾病之一，在反动統治时期，不顧人民死活的时代里，因病瘧疾而丧命者亦屬常有。解放后卫生工作方針是以預防为主，各种流行病已見減少，为了根絕瘧疾，茲將我历年来治疗瘧疾的驗方介紹于次，可能对治疗瘧疾有所帮助。

第一方

应用标的：不論間日瘧、三日瘧或初起或已十数发，未至一年半載，脾肿不甚，貧血現象不严重者；或瘧疾初起用截药（指专以杀瘧原虫以止瘧疾症状发作之药物言）太早，以致瘧止或仍微作，轉見腹脹食減，甚至脚肿者；尤以小儿易轉此象，是方皆效。

药物組成：

柴胡三錢　酒炒常山三錢　炒知母三錢　黃芩三錢　炒草果（去壳）二錢　生姜（切片）四錢　檳榔三錢　炒青皮三錢　烏梅三枚　大枣三枚　貝母三錢

水煎溫服，于瘧发前夕一服，晨早一服，发前一小时內一服，当日节飲食，忌吃含蛋白之食品，可十获七愈；若未愈发过再一服，候下次发作前，如前再服一剂必愈。

配方大意：是方系小柴胡湯及常山飲加減而成。以柴胡、常山杀瘧原虫治其本；知母、黃芩苦味健胃，并以解热；草果、生姜芳香健胃，增进食欲，借除其寒，以治其标；檳榔、青皮疏

利消化道之积滞，因疟疾病每每消化障碍，所謂"无食不成摆"，"无痰不成疟"，故用貝母以祛痰，借除疟疾恶液汁；烏梅制常山之吐，且亦治疟；大枣强壯，且以調味。

若发热多，倍黄芩、知母，寒战多，倍草果、生姜，宿食不消，胸腹脹滿，倍檳榔、青皮，痰多咳嗽，倍貝母。

治驗举例：罗太平，男，24岁。病疟日发，汗出头悶，已发2次，即与是方照法煎服，当天服葯4次，即日痊愈。

曾荣寿，女，7岁。病間日疟，夜間发作，寒少热多，腹脹脚微肿，已病旬余，与此方加龟板，一剂大減，再剂痊愈。

黃邱氏，女，60岁。病間日疟，数次服葯，病未止，后轉为每日发，口渴飲热，与此方一剂疟止，轉見胸中燒，小溲热，继与清凉利尿剂痊愈。

王开元，男，40岁。头疼腰痛，口渴飲热，时恶寒发热，尙无疟疾典型症状，与此方一剂痊愈。（以上1952年治驗例）

第二方

应用标的：凡疟疾寒热分明，有典型症状程序者（多半在三发以上），不論时間久暫，脾脏肿大不甚者，用此方治之。但用于初期或症状尙未正規者，每遭失敗，应以第一方为宜。

葯物組成：

酒炒常山四錢　龟板六錢　生姜六錢　檳榔四錢　烏梅四枚　大枣六枚

水煎服，服法及禁忌如前，一剂当止，不止再剂必止。再不止，脾肿必甚，宜用第三方。

配方大意，如第一方，但主要在截止其发作，并消脾肿。

治驗举例：

邓白华，男，12岁。疟疾已发6次，病型正規，与此方照法煎服，尽一剂便未再发。（1951年治驗列）

童昌林，男，48岁。病三日疟已近半年，与此方二剂痊愈。

朱甫臣，男，68岁。病間日疟，寒少热多汗出，有典型症状程序，与此方加知母，尽剂而愈。

朱小孩，男，2岁。病間日疟，已成正规，亦与此方而愈。（以上1952年治驗例）

第三方

应用标的：凡久疟纏綿，时愈时发，脾脏肿大或肝亦肿者，宜用。

药物組成：

炒鱉甲四錢　蠍虫二錢　丹皮三錢　大黃二錢　柴胡三錢　黃岑三錢　炒阿胶珠三錢

水煎溫服，日三次，一、二剂疟止停服，再予强壯剂善后。

配方大意：是方即仲景鱉甲煎丸減味，主在溶解血栓，滌除郁血，以消散脾肝之肿大，直搗疟原虫之巢穴。盖疟原虫多濃集在富含血竇之器官內，主要即在肝脾及骨髓內；又因久疟纏綿，难免体液脫泄，精力虛耗，故用阿胶以补助其消削。

治驗举例：曾柴发，男，20岁。患三日疟，纏綿半年，时愈时发，脾脏三級肿大。即用此方，一剂疟止，但脾肿不消，复以此方加減，調理半月始得全消而愈。（1951年治驗例）

楊鈡河，男，38岁。患三日疟月余，热多寒少，口渴飲冷，脾脏肿大，即予此方加清凉剂，一剂即止。（1952年治驗例）

邓朝庚，女，33岁。患三日疟将近一年，时作时止，脾脏肿大，亦用此方一剂即止。后予調理而愈。（1953年治驗例）

第四方

应用标的：本方主在外用，不論間日疟、三日疟，只要寒热分明（多半在三发以上），有典型症状程序者，用此外治，十愈八九。尤以小儿为便，內服亦有效。

药物組成：

雄精　白胡椒　硃砂

配制及使用法：前二味等分，研为极細末，浆糊为丸（浆糊不可太多，以能将药末为丸不散为度），如芡实大，硃砂为衣，阴干，磁瓶收贮。于疟疾发作前半点鈡内，将此丸一枚置脐中，外以膏药（不論何种膏药皆可）貼固，勿令泄气，当日避风寒，节飲食，忌豆、蛋类食品，其疟即止。若仍微作，其药不可揭取，待下次发作必止。貼丸后，偶有肚脐周圍隐痛或腸鳴者，无防，过时即止。此方只要疟疾症状典型（无典型症状程序者用之每每失敗），用药时間恰当，确有著效。若第一次用之不效，則第二次亦难有效，則宜改用为內服。內服以发作前兩小时內，用溫开水吞服四丸，过一小时再服四丸，其效亦甚可靠。或不外用，一直內服，其效亦佳。

配方大意：本方大意是以二硫化砷（雄精）、紅色硫化汞（硃砂）之杀菌力，借胡椒精油之揮发性，由胎循环之徑路透达肝脏及周身血行，以奏杀灭疟原虫之效。其內服系健胃杀虫。

治驗举例：本方于1946年开始使用，其治驗最多，茲举1946年最初施用时之外貼內服各二例。

外貼：

第一次使用系我的母亲，她病間日疟已发二次，未曾服药，在第三次上即照法外貼，当日即止，以后并未再发。

第二次使用是罗昌寿，男，23岁。患每日疟已发7次，亦用外貼法，当日仍微作，但仍能工作，其药未揭，次日即全愈未再发。

內服：

徐罗氏，女，32。患間日疟已4次，亦与此方外貼，因当时未交代清楚，临发前，患者竟将此丸內服，只用膏药貼于脐外，

其疟亦止，但过数日又发，再予此外貼而愈。

罗昌权，男，20岁。患間日疟已近一月，曾經服药无效，照法服用此丸八粒即愈。

第五方

針灸疗法，对各型疟疾皆有效(但前驅期疟疾，无正規症状程序者，亦易失敗)。

取穴：大椎(或陶道)、間使(或内关)、脾俞、章門。

手术：于疟疾发作前兩小时，令人正坐低头，屈其背脊使椎骨侈开，取最高脊骨之下(即第一胸椎之上，約与肩平)大椎穴，用特制毫針，經酒精消毒及施术者之左手拇指与穴位，然后术者左手拇指揑定穴位，右手持針准穴直入約5分(肥人宜深，瘦者亦淺)，用雀啄术提起复插入，或旋拈术左右旋轉，約数分鈡出針；若患者寒多可再用筋头大艾炷隔姜灸3壯(不隔姜灸亦可，但艾炷宜小)。其次再針間使穴，令病人伸手案上，掌向上，术者再在橈骨端(掌后横紋处)量上3寸(指同身指寸，即患者之中指屈曲时中节兩端之横紋尖相去为一寸)兩大腱之中如針大椎穴然，直入針約3分，数分鈡后出針，左右同。这样手术便算完毕，当日可获治愈。若未愈下次发作前再針陶道(第一胸椎之下)内关(間使穴下1寸，兩大腱之中)，这样可全愈了。若久疟不愈，消化不良，脾肝肿大，可再取脾俞(第十一胸椎之下，去脊旁开各1寸5分，以幷脐量腰部周圍作4尺2寸計算，可直針3分，灸3壯)、章門(脐上2寸，以岐骨至脐心作8寸計算，旁开各6寸，以兩乳头中間长8寸計算，直入針6分許，灸3壯)，必得治愈。

治驗举例：1947年張志君，男，24岁。病疟日发，已5次，于第六次发作前針刺大椎、間使，即日病大減，次日再針一次全愈。

1952年，陈洪玉，女，46岁。患間日疟将近半年，依法針刺大椎、間使、脾俞，脾俞針后并灸3壯，一次而愈，并用强壯剂善后。

末了还要附带說明的，即上面一些經驗介紹，只能解决一般疟疾，并不能应付各种病型，并且还要临机活变。因为中医治病（不单是疟疾一門）我認为并不是单純的杀灭病原菌了事，即拿疟疾来說，亦不是单单杀灭疟原虫可应病变。如曾治疗蔡姓妇女疟疾已发4次，主要症状是消化障碍，飽脹嗳气，无食欲，給予朱丹溪保和丸料改为湯剂，服一剂当即止。又曾以仲景白虎加桂枝湯治疟疾寒少热甚，汗出口渴，嘔吐身疼之症，亦一剂疟止。又治李土材之母年逾花甲，患疟寒多热少，心悸脉弱，汗出口渴，精力衰竭，与大剂强壯剂而愈。又一产妇因流血过多不几日又患疟疾，与大剂补血葯，疟疾亦随之而愈。如此种种事实上虽然比較少見，但是胶柱鼓瑟还是要不得的，故在这里附带說明。

（原載北京中医1953年2卷11期）

介紹國藥抗瘧方

蔣　凌　汉

（一）我对瘧疾的認識

疟疾虽由于疟原虫傳染，但疟原虫的发生亦自有其外界变化影响和环境条件，否則他不会发生的，观疟疾多流行于西

南，和夏秋多发此病就可以知道。中医治病是以增强人身抵抗力或改变病体在机体内的环境条件，来抑制病毒而达到治疗的目的。

中医能治好疟疾，其有效力剂即有抑制疟原虫之药品，据我个人理解：一般細菌最喜溫暖，也喜潮湿，疟原虫当亦如此，观其在夏秋活动可知；故用药清热滲湿，改变机体内环境条件，也就可以抑制病毒而达到治疗目的。

叶天士說："疟之为病，因暑而发者居多"又說："幼稚之疟多因脾胃受病"，古人以暑必兼湿，故疟多为暑湿；湿热的病多在腸胃，故疟疾病原以暑湿为主，至于发生疟原虫亦无不与暑湿有关，后世所言风寒痰食水血等皆属兼見症候，并非疟疾的主因。

（二）三个驗方

一、黃連溫胆湯

处方：川連一錢　法夏三錢　广皮錢半　茯苓三錢　枳壳錢半　甘草一錢　竹茹一錢

配制和服法：以上七味水煎，疟发前三小时服，連服二剂。外感重的加柴胡、秦艽，偏寒的加草果。

主治：日疟、間日疟，脉濡或滑数，胸脘痞悶或嘔惡，多汗，寒热有定时，苔浊黃白，或喜热飲。

二、新清营湯

处方：秦艽二錢　鱉甲三錢　花粉三錢　知母二錢　銀胡錢半　丹皮錢半　冬桑叶錢半

配制和服法：上七味，水二碗煎，去渣，日二服，久疟加首烏、当归。

主治：夜发疟或午后疟，热多，手足心燒，脉細数，舌唇

紅，阴虛內热等症。

三、加減甘露消毒丹

处方：蒼朮二錢　茵陈錢半　黃芩二錢　建蕑錢半　川貝錢半　木通錢半　藿香二錢　白蔻錢半　連翹二錢　薄荷叶八分

配制和服法：各药晒燥研末，每服三錢，开水調服或用煎剂，热高伤津去蒼朮加寸冬。

主治：恶性疟，胸悶倦怠，高热昏迷，吐泻交作，或伴痙瘛。

（三）方解及經驗

第一个驗方是溫胆湯加黃連，王孟英說："溫胆湯加黃連治湿热夾痰而化疟者甚妙"，我以此方治日疟有效，自后积累經驗，繼續試用，无不随手应效。按此方为去湿热化痰之品，辛平甘苦，可升可降。方中黃連一味实为此方的主葯，黃連的成分中有一种成分与常山同样能够抑制疟原虫，但很少知道，只知其能治痢而已。我积十余年經驗，但遇疟疾舌腻、胸悶、多汗，或伴嘔吐，或喜热飲，不必尽見，即見一、二症，投以此方，一剂病輕，二剂可愈，眞是国葯中抗疟的有效方剂。

第二个驗方是采用清解少阳法，中医認为夜疟为邪入营，夜热唇紅舌絳，譫語手足心燒，就是阴虛內热的表現，我使用此方，起初也是掌握上面的症候群，屢經試用，发現它对阴疟有显著之疗效。此方为清营泄热之剂，以柴胡、鱉甲为主葯，柴胡可清疟热，鱉甲疗疟母，故用之多效。

第三个驗方是叶天士甘露消毒丹加減，湿热的病灶多在腸胃，吐泻交作是腸胃病的見症，湿热不解，其湿必轉內蒸，神經失其清灵，故伴有腦型症状，方中均为清解腸胃湿热之品，

而建茗、木通、連翹尤能宣窍，我借用此方以治恶性疟，效果良好。

（四）病例报告

我在历年医疗工作中，总結治疟經驗，用第一方治愈日疟間日疟約200例。第二方治愈120余例。第三方治愈恶性疟24例。兹分别报告如下：

一、用黄連溫胆湯治每日瘧間日瘧典型病例

1．患者何謝氏，女，48岁。患一日疟，脉濡数，热多，胸悶作嘔。1954年8月12日邀我診治，初投柴胡湯，病稍減，复診脉弦苔膩黄中紅，改用黄連溫胆湯加丹参，病竟痊愈。

2．患者蔣桂荣，男，45岁。1953年8月患一日疟，头痛身重，特别多汗，自覚病重，脉濡，面黄胸悶，診为暑湿疟，用溫胆法加黄連，亦二剂愈。

3．唐文法，女，48岁。有既往之疟疾史，每年夏秋間必发一次，1953年7月5日病作，头暈畏寒，次日加重，先寒后热，头痛眩暈，脉滑数，苔黄边紅，自訴胸悶，投以黄連溫胆湯加減，二剂病如失，次年重发，症状略同，亦用此方治愈。

4．患者蔣受愷，男，20岁。患間日疟，服葯无效，自述热多胸悶多汗，头痛、吐涎，自覚鼻有臭气，診脉滑数，当予黄連溫胆湯加秦艽、柴胡、萎蕤，連服三剂病愈，而吐涎鼻有臭气未愈，仍以前方減柴胡，加桔梗、酒芩、石菖、旋复而愈。

二、用清营湯治間日午后瘧夜瘧病例

1．患者何陈氏，56岁。头痛旋运，夜热朝凉，脉弦，此疟邪入营之候，凡遇热有定时，不必畏冷，均可用清解少阳法，当給此方加酒芩，二剂愈。

2．病者蔣平治，男，22岁。1953年9月29日患一日疟，

延医診治不愈，邪漸入营，自訴嘔惡，午后疟作，夜始退，舌尖紅，投以此方，亦二剂愈，未見重发。

3．患者蔣太成，男，7岁。夜疟，其父代訴病已20日，疟每夜作，舌紅起刺，余据其口述，予以清营湯加首烏、地骨皮，服一剂而愈。

三、用加減甘露消毒丹治愈惡性瘧典型病例

1．患者宁資荣，女，22岁。妊娠患惡性疟，間日一发，头旋身痛，高熱昏迷，疟发吐泻交作，投以甘露消毒丹，去滑石、射干，加蒼朮、秦艽，二剂病愈。

2．患者黃远义，男，24岁。1953年10月29日患惡性疟，吐泻交作，下利淡紅血水，病作昏迷，形同死去，按脉弦数帶滑，舌紅苔白膩，我断为惡性疟，用甘露消毒丹去射干加赤芍，二剂而愈。

3．患者蔣金氏，女，68岁。每日午后疟作，寒少熱多，口苦头旋，胸悶，1954年8月1日初診，投以黃連溫胆湯，服二剂病略減。复診据述熱高昏迷，始悟夹有惡性疟，改用甘露消毒丹去射干、滑石加麦冬而愈。

（五）結語和希望

在中国共产党、人民政府和毛主席的正确英明的領导下，鼓舞了我們发揚祖国医学遺产，提高医学技术水平的信心，因此不揣鄙陋，大胆地将一点治疟經驗貢献出来，供大家研究。据我个人經驗和观察，以此三方治疟，效果良好，并无其他副作用。

（原載新中药1956年9月号）

关于瘧疾粉疗效的介紹

余 藉 方

根据四川省卫生防疫站介紹万县周美礼中医师公开治疗疟疾的中药秘方，疟疾粉經过各种实驗証实了此項中药对疟疾的疗效甚高，为了学习这一經驗，茲摘要轉介如下：

一、疟疾粉的制法：用中药川芎、蒼朮、桂枝、白芷四种中药洗淨切片阴干，等量合研为末。

二、疟疾粉的用量及用法：将此項药粉包于小块綢布内，兩端用綫扎紧，使成橢圓状，塞入任何一側鼻孔内，使鼻粘膜吸收，以达治疗作用的"鼻塞剂"，每次剂量成人約为一克。小孩酌減，在疟疾发作前半小时将药包塞入鼻腔内最有效。

三、塞药时間：患者如不能正确地掌握发病时間，則可以按照主訴或推測其发作时間提前2—3小时塞药，中間須更換新药1—2次，并且延长最后一次塞药时間。一般应在疟疾症状发作后3—4小时以上取出为妥。

疟疾粉对疟疾症状的控制，对疟原虫的作用，以及复发率副作用，在治疗实驗中所得出的效果，該站曾作如下分析：

1．急性发作抑制症状情况　使用"疟疾粉"治疗290例各种不同疟型的急性发作，迅速地获得抑制作用者有202例，占治疗总人数的有效率69.99%，其中：

第一次塞药抑制发作有效者69例，占治疗人数23.8%

第二次塞药抑制发作有效者86例，占治疗人数29.64%

第三次塞药抑制发作有效者31例，占治疗人数10.7%

第四次塞药抑制发作有效者16例，占治疗人数5.85%

上述的290例患者中所包括的疟型为：

間日疟209例，經过治疗有效人数167例，有效率79.9%，中途停药者42例。

恶性疟41例，經过治疗有效人数17例，有效率41.46%，中途停药者24例。

三日疟37例，經过治疗有效人数17例，有效率45.94%，中途停药者20例。

由各地区試驗的結果，"疟疾粉"对間日疟急性发作症状的控制，有着較大的效果，对恶性疟和三日疟的控制力則較差。对中等症及輕症之患者抑制作用較好，对重症及血中原虫較多的患者則不論何种疟型，都較难抑制其发作。

2．原虫消失情况　"疟疾粉"对急性发作期原虫消失情况的观察，分为有性体与无性体兩者的比較如下：

經过疟疾粉治疗后，在症状能获得控制的患者，体內的无性体疟原虫，大都逐日消失，其中間日疟原虫无性体1—4日消失最多，在六天內消失者，占有系統的观察数（170例）85.5%，恶性疟原虫无性体3—4日消失最多，（占6天內消失10例之中七例）三日疟原虫无性体6日內未消失的較多，可能是間歇期长，用药次数不如間日疟和恶性疟为多之故。

有性体消失方面，間日疟配子母細胞有70%患者在六日內消失，其消失情况較无性体的消失緩慢。而好次消失数亦少，在同一病人，体內同时存在有性体和无性体兩种原虫的观察亦为有性体較无性体消失緩慢仅个别患者有性体消失先于无性体。至于恶性疟，三日疟之有性体六日內消失者甚少，似很难控制。

3．复发观察情况　根据治愈后訪問与观察的結果，計間

日疟治愈167例后复发者27例，复发率为16.17%。恶性疟治愈17例复发者4例，复发率为23.5%。三日疟治愈17例复发者1例复发率为5.86%。以上共治愈203人，复发者33人，占复发率16.2%，以上复发数在兩周以內复发者为16例，約占复发总人数二分之一强。

4．副作用之观察　实驗治疗290例中，一般說来，副作用甚少見，仅少数病例因疟疾粉对鼻粘膜的刺激，而引起流涕者15例(占0.52%)及鼻腔有辛辣感者7例(占0.24%)略有头昏者6例(占0.21%)。

在試用病例中有2例为孕妇，均間日疟患者(1例孕5月，1例孕6月)經塞葯三、四次均无副作用。

5．試用小結

(1) 疟疾粉对急性发作所起的控制作用，間日疟有效率为80%，恶性疟为41.46%，三日疟为45.94%，且控制发作有效人数，均集中在三次塞葯期間內。

(2) 疟疾粉对輕病及中等症疟疾患者疗效較好較迅，对重症及稽留热者疗效低，血中原虫数过多者无論何种疟型均难抑制其发作。

塞葯时間以发作前半小时最佳，一小时前塞葯者亦能抑制发作，但发作前二小时或更前用葯者，仅少数病例能得到抑制作用。

疟疾粉对疟原虫的消灭作用效力似不大好，尤以对疟原虫配子母細胞为然。

为了提早完成消灭疟疾的光荣任务，除加强灭蚊工作外，尽量使用中西有效葯物防治疟疾病人，也是重要的环节。四川卫生防疫站介紹"疟疾粉"治疗疟疾的办法，对間日疟能有89%的疗效，服用方便，葯价低廉，又无副作用，在农村中大可

推广試用，同时我們还应多多发掘民間有效丹方，积极进行防治。

（原載江西中医药 1956 年 5 月号）

寧國縣使用中药預防瘧疾獲效

禚　　三

宁国县是皖南山区地带，疟疾普遍流行。解放后，貫彻了爱国卫生运动，使发病率已大为减少，1956年 7 月宁国县选定宁墩农业社第一生产队作預防試点服用中药收到很好效果。

第一組 11 戶、38人，試用王氏疟疾丸，其药为本县中医王英培先生治疗疟疾驗方，药物是：青皮、柴胡、草果、生姜、檳榔、半夏、野芭蕉（为一种草药），七味共晒銼为細末，水泛为丸，如梧桐子大。預防剂量：5—12 岁每次一顆，12 岁以上每次二顆，每周二次，服时白开水送吞。本組共服药五周十次，仅有一人发生輕微头暈。1955 年全組发病 14 人，1956 年仅发病 3 人。

第二組 16 戶，57 人，試用倪氏疟疾丸，其方为清代“沈氏尊生”載录倪涵初先生的驗方，其药物是：生首烏、白朮、茯苓、陈皮、知母、威灵仙、黄芩、炙甘草、醋鱉甲、当归、柴胡、生姜，十二味共晒銼为細末，水泛为丸，如梧桐子大。預防剂量：5—12 岁每次三顆，12 岁以上每次六顆，每周二次。本組亦服药五周十次，二人发生輕微头暈，一人微感不适。1955 年全組发病 31 人，1956 年无一人发病。

第三組13戶，46人，用西葯"阿的平"，服葯五周十次，服葯发生輕微头暈二人，嘔吐一人。1955年发病8人，1956年发病4人。

此外，并选擇典型間日疟11人，按中医方法診断为濕疟，夹风夹食，均以王氏疟疾丸治疗，成人服葯5—6顆，小儿服1—3顆，发病前二小时开水送吞。服用1—2次即見效。其中9人获全效，一人減輕，一人无效。

上述情况証明中医中葯可以預防疟疾，以倪氏疟疾丸为最好。且中葯价格都便宜，在群众性預防上可节約大量資金，这是有很大意义的。

（原載中医杂志1957年5号）

介紹瘧疾外用驗方

李　仰　衡

疟疾外用葯方，效果很好，而且簡单便利。数年前我尝用此法治愈多人，茲特介紹給同道們作为参考。

樟腦、胡椒二味等分研末，用薄白紙包成长方形，一面用針刺十余小孔，于发作前二小时盖于脐上，再用綳帶环腰固定，一昼夜后解去，一次如未見效，可継續使用。

（原載福建中医1957年二卷四期）

祖國医学对于瘧疾的認識與抗瘧葯常山的介紹

（附常山治疗瘧疾24例临床疗效观察）

重慶市第一中医院

在祖国广闊的土地上，广大的劳动人民，长期的受着反动阶級的殘酷統治、压迫和剝削，以致疟疾普遍流行；解放以后，由于党和政府关心人民健康，貫彻了預防为主的卫生方針，全国掀起了爱国卫生运动的高潮，不仅改变了我国的卫生面貌，疟疾发病率也已大大的減少，但目前还未完全消灭。現在我院根据祖国医学对于疟疾的認識和处理与我院点滴的临床經驗，介紹如下，請予批評和指正。

（一）祖國醫学对於瘧疾的認識

一、最早发現瘧疾病名的时期　祖国文献大約在公元前400年以前，就有了"疟疾"这个疾病的記載。并且当时已經发現了有因患疟疾以致死亡的病例。如春秋左氏傳上有这样一段記載：左傳襄公7年"子駟使賊夜弒穆公，而以疟疾赴于諸侯"。这就是說，春秋时代鲁国有一位国家机关的干部，派人把他的領导杀死了，他假托說領导是患疟疾困而死亡的，以这个为幌子，向他当时的兄弟国家报导。这一个事实，反映出祖国在春秋的时候，社会上已經发現了由于疟疾死亡的病例。而且已为一般人所曉得，所以子駟才有可能拿疟疾作幌子，来

掩盖他杀死国家領导的罪行。这个地区相当于今河南。因此也可能在春秋时（約在公元前400—800年）已經有了恶性疟疾的发現。

二、最早的鑑别診断 从此以后，在許多文献里，又不断出現了关于疟疾更具体的記載。他們不但指出了疟疾所特有的症状，更指出了疟疾发病的时間，主要是在秋季。例如，汉朝时候，有一个刘歆在他所著的"釋名"这一部书里就这样說：疟，酷虐也。凡疾或寒或热耳，而此疾先寒后热，似酷虐者也（見釋名病疏）。这一段話，指出疟疾先寒后热，与其它疾病或寒或热，有所不同，它是一个对人的健康危害比較严重的疾病。这个記載以疟疾的热型，来和其它疾病相鑒别，是相当具体而扼要的。除症状鑒别而外，当时对于疟疾流行的季节，也有了具体的認識。周礼、礼記，这兩部文献，都有明确的記載。这兩部书据考証是在汉时出現的，約在公元前1—200年。周礼、天官疾医："秋时有疟寒疾"。这个記載，明确指出疟疾发病，主要是在秋天。这一句話，簡要地指出了疟疾发病的季节。同时在礼記月令上面，也这样的說："孟秋行夏令，則民多疟疾"。这个記載明确指出，秋天的气候，应該比起夏天凉快一些，假如仍然象夏天气候那样炎热，人就会更多的发生疟疾。这几句話，簡要地指出了疟疾流行的原因，与当时的气候是分不开的。

以上是祖国文献关于疟疾的認識，在春秋时代，有"左傳"的記載，在汉朝时代有"釋名""周礼""礼記"等記載，这說明随着时代的发展，这类認識愈来愈丰富。以上四种书都不是医学书籍，但是已經有了疟疾的記載。証明疟疾在該时已是多发病，它已經引起一般人士的注意。

祖国医学最早的一部专书，叫"內經"（約在公元前1—400

年），内經素問上，关于疟疾的認識，更比較全面，并且对于疟疾，創造性地有了分类，和发明了采用針灸治疗疟疾的有效方法。这說明祖国医学，确是丰富多采，在历史上对中华民族健康起到了一定的保証作用。举例如下：素問："黃帝問曰，夫痎（夜病疟）疟（昼病疟）皆生于风，其蓄作有时者何也？岐伯曰：疟之始发也，……乃作寒栗，鼓頷，腰脊俱痛，寒去則内外皆热，头痛如破，渴欲冷飲。帝曰：其間日而作者何也？岐伯曰，阴与阳爭不得出，是以間日而作也。帝曰：善，其作日晏与其日早者，何气使然？"这一段記載，指出了疟疾主要的症状，和发病的时間，内容比較全面，他認为疟疾初起时，就发生寒战，使病人发生扣齿，同时腰背作痛，恶寒以后，相継发生高燒，口渴，喜冷飲，并且头部剧痛，好象将要破裂一样。这些症状，基本上指出疟疾所具有的特性。同时把疟疾間日发作，与复发时間，或提前或移后，这些情况都概括地指出了。此外，根据疟疾发热恶寒的热型，也提出了分类。如"素問"，帝曰："先热而后寒，何也？岐伯曰：此名溫疟，其但热而不寒者名曰癉疟"。

三、最早的治疗方法 以上文献，关于疟疾的認識，相当明确了。由于我們的祖先，长期与疾病作斗爭的結果，累积了丰富的临床經驗，因此从素問伤寒金匱以下，治疗疟疾的方法，也愈来愈多。如素問刺疟論：先其发时，如食頃而刺之，一刺則衰，再刺則去，三刺則已。到了唐时又創造性采用了"灸"的疗法。例如千金翼說："灸一切疟，尺澤主之"，又說："凡疟有不可差者，从未发前灸大椎，至发时滿百壯，无不差"。自此以后，随着时代的前进，治疗的方法，也越来越多，主要的是对"大椎""内关""外关""公孙""委中""后蹊"等刺激点，交替式地或針或灸，都可以取得一定的疗效。这些疗法，至今仍

普遍地为中医們所經常采用。

以湯劑治疗疟疾，首先見于东汉时（約在公元1—200年）張仲景所著的金匱要略和伤寒論。金匱首先采用蜀漆（常山叶）和柴胡治疗疟疾。伤寒論也采用柴胡治疗疟疾。自此以后，历代中医都相沿地以常山或柴胡为主来治疗疟疾，現在大約已經1700（公元256年）余年了。例如：金匱要略說："疟多寒者，名曰牡疟，蜀漆散主之"。蜀漆散方：蜀漆、牡蠣、龙骨、等分为散，未发前以水調服。又云：病疟以一月一日发，当以十五日愈，設不差，当月尽愈，如其不差，当云何？师曰：此結为症瘕，名曰疟母，急治之，宜鱉甲煎圓，鱉甲煎圓即鱉甲12分，柴胡6分，黃芩3分等共23味劑所組成。

祖国医学从公元256年起就开始有了采用中劑治疗疟疾的記載，比較欧洲人于公元1663年才发現用寒热树皮在利马（Lima）浸水作飲料治愈疟疾的記載起碼要早1400多年。

金匱于內經疟疾分类基础之上（先热后寒为溫疟，但热不寒曰癉疟），又补充了疟疾的兩种类型，以疟多寒者名曰牡疟，疟疾經月不愈，名曰疟母。祖国医学，关于疟疾的記載，从春秋到东汉，大約一千余年，古人通过临床实踐，充分認識到疟疾有但热不寒的"癉疟"（可能系現代的恶性疟疾，后世又有瘴疟，見于岭南烟瘴之地，甚者或至迷困暗哑，与常疟异，"見張景岳全书"这种記載，更类似恶性疟疾）。……又有热多寒少的牡疟（疟疾寒冷型），也有对疟疾治疗不及时，或治疗不适当所造成的"疟母"。这些成果都是很实际的，宝貴的。更宝貴的是他們除了根据病情分类鑒别而外，同时扼要地提出了以蜀漆（常山叶）或柴胡为主的治疗有效的中劑，还远远在显微鏡和細菌学沒有发明以前，祖先們已經掌握了疟疾的本质和治疗方法。这具体說明祖国医学的偉大和宝貴。在临床上我

們認为柴胡的制疟作用，較常山为小，但无副作用。常山服后，常常致吐，吐后虽对药效影响不大，但令病人不适，祖先們在制止副作用嘔吐上及品种的选擇上也取得了一些經驗。如李士材說：常山截疟如神，劫痰疗疟，无它药可比，世俗聞雷擊有老人久病之戒，遂視常山为峻剂，殊不知常山发吐，惟生用多用为然，与甘草同用亦必吐。若酒浸炒透，但用少許，每見奇功，未見其吐也。……酒浸一宿，切薄片，慢火久炒。形如鸡骨者良"（見本草图解）。此外，待制李杲也这样說过：岭南瘴疟，寒热所成，根本非常山不可，但性吐人，惟以七宝散冷服之，即不吐，且驗也。見李时珍本草綱目，七宝散方：治一切疟疾，或先寒后热，或先热后寒，或寒多热少，或热多寒少，或一日一发，或一日二、三发，或連日发，或間日发，或三四日一发，不問鬼疟食疟，不服水土，山嵐瘴气似疟者，皆可治之。常山1錢，厚朴1錢，青皮1錢，陈皮1錢，檳榔1錢，草果1錢去皮，甘草炙7分，一方多半夏1錢，大枣1枚，酒水各一半，煎成三分之一，去滓露一宿，共煎二次，服二次，大有神效。以上兩种記載，說明常山的用量炮制方法及配伍，均与副作用嘔吐有关，祖先們早已掌握了一种有效的經驗，就是常山用量，每剂不可超过1錢，或用酒浸一宿，切薄片，慢火久炒，或与七宝散方中其他各药配伍，这样就可以消灭嘔吐的副作用，同时也不致于影响药效。这些宝貴的經驗，都是祖先們从工作实踐中获得的，也是非常宝貴的。

我院在临床上最初使用常山浸剂，个别病例，有时发生嘔吐，甚至个别病例，因不愿嘔吐，拒絕服药。后經研究，以常山半夏等量，作成浸剂，給病員微溫服，服后一小时内，不进热飲。这样就沒有嘔吐的副作用，24例中，发生輕度嘔吐者只一人。按中医經驗，半夏有鎮吐作用，我們用于临床，与常山

配伍，事实上也是收到了鎮吐疗效的。

（二）抗癌藥常山的介紹

一、常山 又名恒山，鸡尿草，鵝尿草，翻胃木。

1．历史：我国采用常山治疟已有二千年历史，本經"主伤寒热，热发溫疟鬼毒"，别录"疗鬼蠱往来"甄权"治諸疟"，以后各本草学家均謂其能治疟，神农本草經将其列为下品，列入毒草部，又名恒常，李时珍意为恒亦常也，恒山为北岳，常山乃郡名，药产其地，故名常山。

2．品种：常山过去認为是芸香科植物的根，后經我国生药学家管光地氏于1942年經过多方研究考証，認为本草綱目所載之常山实为虎耳草科为一种盛产于四川的亚灌木，因其形似鸡骨，故又名鸡骨常山，又因其色黄，又名黄常山，以别于白常山，其类似品种頗多，茲列如下：⑴白常山：茜草科。⑵土常山：八仙花科的干燥叶。⑶海洲常山：马鞭草科。⑷山常山：小蘗科。⑸和常山：芸香科。

常山的形态：常綠亚灌木，高一公尺，茎如杆状，皮为黄色，常成薄片而剝落，皮内为白色，較为坚硬，叶对生，椭圓形，有鋸齿緣，圓錐花序，花淡藍色，花瓣六片，向下反曲，果实为浆果，藍色。

3．栽培：常山喜生川谷間，性喜腐植質而有蔭蔽物之山林地帶，拔海1500到4000公尺。每年2月至8月采根。抗日战爭时期，因海外交通中断，奎宁奇缺，反动政府曾一度重視国内抗疟药之研究工作。1945年伪农林部，伪軍政部軍医署委派於达准先生赴金佛山研究种植方法，企图以野生改为人工栽培，以便大量生产，因此在当时金佛山下設立了一个"常山种植場"；但由于反动政府对人民疾患并不是眞正关心

和重視，因而未作出什么成績。解放以后，該場由人民政府接管，并与原中国特效葯研究所常山場合并，加强了管理，增添了职工，展开了一系列的研究工作；对常山的扦插，压条以及播种繁殖的研究及对常山的施肥管理，病害防治，常山收割方法等方面获得了不少成績。現在关于栽培方法已經完全可以人工掌握。南川常山場位于南川三泉乡，拔海約1000—1500公尺，下属四个工作站及兩个苗圃，分布于相距四五十里的山林地带，职工180多人，总面积約5940亩，常山成活有260多万株。目前該場已应国家需要改名为葯物种植場，属于四川省化工局，除主要栽培常山外，同时还栽培了顛茄，黃蜀葵、薄荷、除虫菊、及益母草，共計栽有植物标本600余种。

4．化学成分的研究：抗日战爭时期，緬甸淪陷后，奎宁阿底平等价格飞漲，来源亦中断。为解决国内抗疟葯品問題，吾国科学家开始对常山成分的研究，其中如赵承嘏、姜达衡、馮志东等对化学成分的研究；閻鳳崗、張昌紹、胡成儒，对常山葯理研究等均做出了一些成績。1941年，在国民党反动軍营中傳布一張治疗处方，內容为常山、檳榔、鱉甲各三錢，甘草三錢，烏梅、紅枣各三枚，生姜三片，据各方报告甚为有效，即由当时特效葯物研究所試用，对在血中檢得疟原虫之疟疾病人23例，治疗結果，均迅速有效。俟后又将其葯改为2克之浸膏再行临床試用，經30例观察，其效力仍佳，这才开始建立起研究者的信心，而从事于常山单独分析，进行精制品之制造，作成片剂，注射剂試用于伪中央政校学生207例患者，治愈者198例，后經大渡口鋼鉄厂专辟病床30張，收容疟疾患者，继續作临床之研究。經一年后，結果得三日疟66例，恶性疟36例，四日疟2例，均能奏效，因此确定常山之治疟效力实无逊于奎宁。自从1942年以至于解放，总結各科学家的研究成果

計从常山中提出生物碱6种及中性成分2种，更发現其中三种为同素异性体，有相同之分子式($C_{16}H_{21}N_5O$)，而熔点及其他性質則各不同，但在热、酸、碱及溶剂的影响下，可以迅速互变，故名之为 α.β.γDichroine 根据反应証明其为 Quinazdine 衍生物，其效能为其希腊字首相反之秩序即 γ .Dichroine 治疟效力大于 β-Dichroine，而 β.Dichroine 則大于 γ-Dichroine 至于三种生物碱，对白鼠小鸡之毒性則与字首順序相同，但比例不等。

5．葯理方面：根据胡成儒、李宏猷等研究常山之有效成分，能迅速解除疟疾中之潮热，一般在服葯2—3日即退热，4—5日在末梢血行中之疟原虫即可肃清，約7—8日，則骨髓細胞中潜在之疟原虫全部消灭。对于脾肿之消退亦快。对人体毒力不大，剂量伸縮极大，但易引起嘔吐作用。对心脏不仅无害，而且有强心之功，对神經系統，无麻醉作用。对血管、腸壁及子宫无收縮之弊。对于腎脏亦无刺激。但由于抗日战爭胜利后，反动政权依附于英、美，大量的将 Atabrine，plasm. Squinine 等向我国傾銷。另方面則以常山引起嘔吐，因而常山未能得到推广应用。

解放后，西南卫生部为了很快消灭危害西南数千万人民的最大疾病——疟疾，保証工农的生产起見，开始了祖国治疟葯物的研究工作，很快的接管了南川常山种植場，积极的整頓和加强管理以及設备的扩充和人員的增配，进一步的改善常山的栽培和收获工作，同时并布置了臨床制造，葯理等方面的研究工作，其中以西南葯厂、四川医学院葯学系作的較多，茲将研究情况概述于后：

根据西南葯厂的研究，常山含生物碱，叶較根多五倍，因此以常山叶为原料，并首先与等量的藿香配合作成0.08克

的片剂，每日服三次，每次服二粒。結果疗效还是很高，但嘔吐作用很大，乃改用活性炭吸收常山生物全鹼。其法系用常山叶1,000克，加0.5%的盐酸溶液10,000毫升，浸泡24小时后，过滤殘渣用水冲洗，又加300克活性炭吸收，然后干燥打片，每片含常山叶1克，每次服一粒。在临床上发現嘔叶現象減少，但效力也減弱。后經改用酸性白陶土以同样方法吸收，每片含常山叶0.5克，每次服一片，效力增高，嘔吐又增多。以上二法都是根据假想：以为常山之嘔吐是由于常山鹼刺激胃粘膜所致，因而改用酸性白陶土吸收使其在胃酸中不分解而在腸的鹼性液中始分解产生作用。經过上面兩个方法均証明此一假想大有怀疑，最后以常山生物鹼作成注射剂，經郑寿先生及該厂5个同志亲自試驗，每人注射0.005克后，有3人发生嘔吐，証明常山的治疟因素亦同时伴有致嘔因素，并可推断常山之致嘔一定是刺激中樞神經所致。据四川医学院药理研究結果，亦复如是。同时在研究工作中，不論任何方式給药，常山所引起的嘔吐与一般催吐剂不同。一般催吐剂如$CuSO_4$，Emetine. 吐酒石于服药后几分鈡即发生嘔吐，而常山需服药后半小时或甚至3—4小时始嘔吐。又如注射Apomorphine亦在2—3分鈡后即可引起嘔吐，但常山注射后半小时始有嘔吐症状。中医也認为服药常引起嘔吐，如果服常山不到量，則效力不确实，嘔吐也未发現。总的来講，常山的抗疟效力是肯定的，无論对何种疟疾均有效，一般在服药后三天即可消除症状，治愈率可达80%以上，但目前唯一存在的問題是嘔吐的副作用，而复发率也占20%。部分中医認为服常山以后要嘔吐才有治疟的效力，同时还認为"积食才成摆"，必須把多吃的食物嘔吐出来，疟疾才会好。我們認为这种作法是不正确的，一方面科学已經証明疟疾症状是由于疟

原虫在身体内作祟而起的，另一方面常山致嘔作用，必然不是我們所需要的副作用，这种副作用不特常山有之，其他药物除其治病的主要作用外，亦多帶有副作用，問題在于吾人如何去克服和消除它，而求得吾人理想的药物，因此吾人仍应循此方面努力，据知×××科学研究所目前用檳榔与二倍于人的常山剂量配伍試驗于动物，結果常山就不致嘔吐了。这就証明常山的致嘔作用，是完全可以克服的。常山八兩酒浸蒸焙研末，檳榔二兩生研末，共糊为丸，如梧子大，每服 50 丸，日三次，这个处方，名胜金丸，見宋太平惠民和剂局方。目前經××科学研究所証实，果无致吐的副作用。

6．主要处方：目前我国中医师治疗疟疾，仍旧采用复方，少有单独使用常山的，配伍最簡单的。如我院常山合剂为常山与半夏各半配伍而成。試用于 24 例，只一例发生嘔吐，足見嘔吐不是不可能克服的。中医用的主要治疟处方有：

(1) 常山截疟飲(医宗金鑒)：常山 15 克，柴胡 10 克，清半夏 10 克，党参 10 克，甘草 5 克，檳榔 10 克，烏梅 10 克，桃仁 10 克，生姜 5 克，发作前 3 小时一次頓服。

(2) 常山酒(医学正傳)治久疟：常山 7.5 克，檳榔 5 克，丁香 2.5 克，烏梅 1 个，用黃酒浸 24 小时一次服。

(3) 截疟湯：常山 30 克，槭米 100 粒，知母 7.5 克，草果 7.5 克。

其他方剂：

(1) 疟灵丹：黑豆 49 克，紅砒 5 克，明雄黃 5 克，先将黑豆用水泡开，去黑色皮，留下綠瓤将明雄黃和紅砒研細，共入豆內搗烂如泥作成 30 丸，晒去水分。

用量：每次一粒，发作前 3 小时服。

禁忌：在服药前禁飲热水或热飲。

⑵ 疟疾粉：此方是四川省万县市一位中医献給政府的祖傳秘方。經四川防疫队試驗3000多例及万县市卫生科試用60余例，証明疗效很高。

处方：蒼朮　白芷　川芎　桂枝　以上四种秤取等量研成粉末，注意固封，勿泄气。用法：約一克，包于綢布內呈橢圓状，尾端用絲綫扎紧，塞入鼻孔，四小时后，待疟疾发作，出汗取出，中途不可取。

（三）常山治療24例瘧疾臨床療效的观察

解放以前，由于反动政府对于人民进行长期的黑暗統治和剝削压迫，人民健康得不到应有的保障，因此在重庆区域里也和其他地区一样，疟疾发病率是非常之高的。解放以后，由于党对人民健康的重視和关怀，人民生活，也不断地得到改善，尤其在爱国卫生运动彻底貫彻之后，重庆区域疟疾发病率，大大地減少。因患疟疾而住院治疗的尤为少見。我院从1952年6月起到1954年7月止，在病房共計收治間日疟15例，恶性疟疾9例，均采用常山合剂治疗。为了防止嘔吐，于合剂內加半夏。应用結果，疗效頗佳，24例病人痊愈出院。嘔吐的副作用，才发現一例，无其他副作用发現。茲将24例疗效分析，介紹如下：

⑴ 性别与年龄：在这24例疟疾中，有男性19例，女性5例；年龄：11—30者16列，30以上者8例。

⑵ 临床症状：①体溫：在40°C以上者12例，39°C以上者8例。不发燒者4例。②热型：恶性疟持續高燒者3例，不規則发燒者6例，間日疟中持續高燒者2例，間歇热者9例，不发燒者4例。③其他：恶性疟中，神志不清者1例，抽风者1例，头痛者8例，嘔吐者5例，黃疸者1例，鼻出血者1

例，間日疟中，头痛者11例，嘔吐1例，恶心者1例。

(3) 疗效：①退燒时間：恶性疟一日內退燒者6例；2、3、5日內退燒者各1例。間日疟中，1日內退燒者7例；2日內退燒者2例，3、6日內退燒者各1例（不发燒者4例）。总計24例中，除不发燒者4例外，在一日內体溫退到正常者13例，占全部病例約十分之七弱。2日內者3例，3至6日內4例。这具体說明以常山治疗疟疾，退燒作用，是相当迅速而确实的。②疟原虫消失日期：恶性疟，2天內消失者3例，6、8天內，10天內消失者各1例。未檢查者3例。間日疟，2日內消失者4例，3、4、8日內消失者各1例。未查者8例。就已查的計算，服葯后2日疟原虫消失7例，占2日以上消失者2分之1强。

(4) 服葯方法：最初是根据病情之輕重，以10毫升至20毫升，1日3次口服。以后改为1日4—6次，疗效更显著些。

(5) 附典型病例：

男患者彭××11岁，学生，以急性发病，有不規則的发冷发燒，头痛，曾抽筋2次，呈嗜睡状态，神志有时不清，于发病第3日以急診入院。查体：神志不大清楚，呈嗜睡状态，頸强直，克匿氏征巴彬斯基征均阳性，腦脊液檢查，无色透明，球蛋白阴性，糖五管者(1)—(2)—(3)极少，(4)少許，(5)＋，細胞計数8，无細菌发現，培养无細菌生长。白血球总数7,200，中性74%，淋巴25%，大单核1%，恶性疟原虫发現（小营养体期），当給予常山片，每日三次，每次1片，24小时以內，体溫由40°C降到正常。神志清醒，除不思进食而外，无何不适，无嘔吐。服葯第二日复查，血內仍发現疟原虫，第三、四日复查，均未发現。附表。

（四）小　　結

祖国文献远在公元前400年以前，已經开始有了关于疟疾的記載，在公元100年以前，已經开始了采用針灸和常山、柴胡等葯，对疟疾进行有效的治疗，2,000年以来，我們祖先对于疟疾的流行季节症状，分类、預后等，也具有正确的認識，这說明祖国医学确是丰富多采，对人民健康起到了一定的保証作用。解放以来在党的关怀下，常山的种植和副作用的克服，已有一定的成就。通过1952年6月起至1954年7月止，住院24个病例的临床观察，十分之七病例，在一日之内体溫降到正常，二分之一病例，在二日内疟原虫消失。服葯方法一日3—4次者，疗效較緩，1日4—6次者疗效較优。由于常山、半夏合剂，24例中，只1例发現輕度嘔吐。这說明国产常山，对間日疟及恶性疟疾都具有显著疗效，嘔吐的副作用，可以克服。但病例太少，必要的檢查如原虫消失日期，也不够完整。有待于今后的进一部改善。

采用常山治療24例瘧疾療效統計表

1952年6月—1954年7月止

項目 / 类别	病例数	性别		年齡		体溫				热型				退燒日数						瘧原虫病消失日数						
		男	女	11—30	30以上	40°以上	39°以上	39°以上	不发燒	持續	間歇	不規則	不发燒	1	2	3	5	6	不发燒	2	3	4	6	8	10	未查
總計	19	5	16	8	12	1	7	4	5	9	6	4	13	3	2	1	1	4	7	1	1	1	2	1	11
恶性瘧疾	7	2	5	4	8	1	—	—	3	—	6	—	6	1	1	1	—	—	3	—	—	1	1	1	3
間日瘧疾	12	3	11	4	4	—	7	4	2	9	—	4	7	2	1	—	1	4	4	1	1	—	1	—	8

注：服葯方法：每日3—6次，每次10—20毫升。

（原載中医杂志1956年9月号）

國产抗瘧药材之研究——常山

臨床实驗报告

張昌紹　周廷冲

作者用常山浸膏制成的片剂(每片約重0.2克)試用于13病例（其中除男性3名外，其他均为紗厂女工，年在20岁左右，体格中等，营养尚佳），每日服2—3片，分二次或三次服。其中二例剂量，每日6片；但因副作用而减为每日一片半者7例。实驗时期，自1942年8月底至11月底止。13例中有6名新病例，其他均为复发病例。在試驗常山的同时，还与奎宁之疗效进行比較試驗，結果常山对間日疟13例之退热作用与普通剂量之奎宁大致相同。常山治疗例之血中疟原虫消失速度則較奎宁治疗例約迟一日。13例中有一例于12日后复发，又恶心而未嘔吐者2例，嘔吐者5例，但无耳鳴、眩暈等副作用。常山初步化学檢查，知其含有配糖体与生物碱，并已提得生物碱結晶一种，对于草履虫之毒性相当于奎宁⅙。

（原載药学通报1955年5月号摘录）

常山治疗瘧疾的臨床觀察綜述

程 佩 箴

常山是用为治疗疟疾的中药，在我国已有悠久的历史，古代医药文献中記載很詳，現在民間使用亦广，尤其在西南、兩广諸省疟疾流行时均用常山治疗。近十余年我国科学家也証实它有抗疟的疗效，但是为什么在我們西医界还沒有很好的利用它。这个原因很簡单，因为一方面自新医輸入我国之后，我国医学界起了变化，如是行西医用西药，而奎宁，扑疟母星，阿滌平以及白乐君等均为西医所常用的抗疟药物，相反地，我国固有的医学与药物几被全部推翻了，甚至認为請中医用中药都是落后的，不科学的。因此常山被局限于中医的使用范圍而得不到西医們光顧，其次，是研究药物的工作者也沒有很好地把中国药物有計划地、有組织地、全面地加以研究，使西医們用中药如同用外国药一样的热心；即是說沒有很好地把常山的抗疟作用用現代的科学方法加以闡明并广为介紹，使大家了解到常山作用是可以代替奎宁的。当然这些工作在过去社会的历史条件限制之下，我国医药工作者对于这方面的工作是貢献不大的，但是在今天我們的政府对于中医中药重視的时候，我們应該改正过来。因此将常山的抗疟的临床观察作一个綜合报道是有必要的，是有意义的。希望通过这篇报道使常山在現有的基础上广泛地試用于抗疟工作上而逐漸得到改进，則发揚中国医药的工作亦将因此而得到具体的表現。

常山的抗疟作用在古今中外的医药文献中均有临床的記載，为了使大家明了常山抗疟研究的发展情况，我們特將科学的临床报告綜合报告如后。

近代关於常山治瘧的臨床观察

西医用常山作为治疟的临床观察尚自 1942 年开始，由于当时抗日战爭的迫切需要，才將这古老的治疟药物作为治疟的尝試。

一、1942 年程学銘、張伯鏞二氏[1] 曾用各种不同的常山剂型治疗疟疾。在临床观察上共有 60 例，其中 6 例为恶性疟(P.F.)，余为隔日疟，均系留院观察至末梢血液中原虫消失后(依厚滴标本为准)即出院，結果分述如后：

(1) 用常山驗方流膏三例：常山驗方流膏系用中医所用的驗方，即常山三錢、檳榔三錢、鱉甲三錢、烏梅三个、紅枣三个、甘草三片、生姜三片、加水合煎，滤过后微溫濃縮为流膏。此为一剂量，計三克，其味甘香，服用甚便，試用此药的三例均为隔日疟(P. V.)，当中一例疟史曾服奎宁而复发者。每人每日服常山驗方流膏 1 — 2 次，每次 3 克，服药三日后均曾再发作一次，但在第四日內体溫症状均消失，末梢血液中疟疾原虫消失，脾肿于六日后消失。患者在治疗过程中所用药量，总計 12—18 克，无呕吐及其他副作用。

(2) 內服常山全膏药片 10 例：常山全膏药片为单味常山用酒精浸出之浸膏加淀粉制成药片，每片含常山浸膏 0.1 克。用此种药片治疗者共 10 例，均为隔日疟，每日服常山全膏药片三次，每次 1 — 3 片，体溫症状消失日期在服药后第二天者 2 例，三天者 4 例，四天者 2 例，五天者一例，其他一例因服药呕吐甚剧，改用奎宁治愈，其余 2 例中亦均有恶心呕吐的副作

用发生。末梢血液中疟疾原虫消失日期都在6天左右，合計每人共服常山浸膏量为1.32--1.8克，有一例在7天內服了3.24克，末梢血液疟原虫在第7天消失。

此处所用之酒精浸膏葯片能引起恶心嘔吐副作用較常山驗方为显著，10例之中几无一不发生同样的副作用，曾有兩例同时服用0.5克次硝酸鉍，但亦未減少輕微的恶心。

(3) 用"常山C"片或"常山C"液而同时注射"常山C"液者22例：

"常山C"为常山水煎液濃縮成干膏后，加酒精(95%)除去不溶解的淀粉，蒸去酒精加水溶解，尙有不溶解之樹脂状物质，濾过之，濾液蒸发干燥(約等于常山0.6%)，再溶于水即称为"常山C"液，将此液蒸干作成葯片，即称为"常山C"片，每片含量为0.1克。

"常山C"液为褐色酸性液体味苦，对生物硷試葯(Mayer, Iogal, 鞣酸等)起沉淀反应，先加菲林氏試葯初无反应，加酸加热后于硷性液中加菲林氏液則起紅色沉淀。

用"常山C"片剂同时注射"常山C"液治疗者共7例，均为隔日疟，每日服用"常山C"片6—9片，分三次服用，同时注射"常山C"液(肌肉)1—2毫升，每日一次，体溫症状于3　4日內消失，亦有于第二日內即消失者一例。末梢血液中疟疾原虫消失則在5—6日，亦有一例于4日內消失者。总計各用"常山C"量为1.6—3.3克，有2例仍有輕微嘔吐副作用，4例无，一例未詳。

(4) 专用"常山C"注射液者5例：为了防止嘔吐副作用起見曾試用"常山C"注射液5例，均为隔日疟，每日注射2毫升，体溫症状于2—5日后消失，一例至第8日始消失。血液中原虫于4—5日后消失，但有一例在第10日內始消失。用葯

量約为0.7—0.9克以至3.0克，均无嘔吐副作用。

总結以上各种常山制剂及不同方法得出了以下的結論：

1．常山治疗疟疾对于隔日疟原虫(P. V.)平均于三日內体溫症状消失，五日后末梢血液中之疟疾原虫消灭。

2．用药量頗不一致，有用少量即行奏效，有非用大量不克奏效者，是否因为各人体质不同所致？

3．在这个实驗观察中只能以末梢血液中之原虫消失为标准，但其內脏血液中是否尚有原虫潜伏而予以复发机会，尚須有住院作长期观察的必要。

二、1943年陈方之、熊惾英、朱祖慈等氏[2]繼續用"常山C"液作治疗疟疾的临床观察，用于隔日疟（原文为三日疟系隔日疟之誤——注）治疗者67例的結論大致与上述相同；即大多数症例于用药后只发一次，症候逐漸消失，平均用药五天后能消灭末梢血管內的大多数原虫，尚有11例于用药10—12天出院时經胸骨穿刺，証明其骨髓內亦不見原虫。脾肿亦能于用药的7、8、9天內消退。但在此67例中尚有6例再发者，查其既往症均曾发疟多次，反复未愈，且屢經不規則的治疗而病体对于疟疾的抵抗迄未增进，甚且漸漸減弱，近似于慢性疟之类。

又用于恶性疟治疗者36例，所得結論是：

(1) 一度治愈后而又再发者計6例，为17%。

(2) 合用"扑疟母星"使原虫消失者16例，为44%。

(3) 不借"扑疟母星"之力而单独使原虫消灭者，計9例，为25%。

(4) 用药时日較短，病人虽已退热，而治疗結果不明者計五例。

关于退热，原虫消灭及脾肿消失的观察如下：

(1) 退热：恶性疟自觉症状較烈，大抵于退热后头痛等症状須經3—5日始漸漸消失，計2—3天退热者27例，其他于第一天退热者一例，第四天以后退热者7例。

(2) 原虫消灭：环状体隐通时日平均为五天，半月体消灭时为12天。

(3) 脾肿消失：第90天消失者24例，其他未能消退者6例，不肿者7例。

以上結果与隔日疟比較相差很大，恐药量与用法等尚有待于今后之研究。

此外，陈氏等尚发現四日疟一例，于用药前血片为阴性，經胸骨穿刺，証明其有四日疟之环状，变形及帶状体，用药后第三天环状体始出現，第六天消灭，用药后第四天只发热一次，脾肿于第6天消退。

本例用"常山C"液計13天，每天40毫升，共計520毫升，14天后再經胸骨穿刺，証明其骨髓內原虫亦已消灭，病人恢复出院，后20天再檢血未見原虫。

陈氏等总計以上隔日疟67例，恶性36例和四日疟一例得到結論如下：

(1) "常山C"液的药效：治愈率：隔日疟占85%，恶性疟占61%(其中有一部分合用"扑疟母星")。

(2) "常山C"液的用量："常山C"液的剂量为5毫升，折算其干膏的含量为0.3克，用量每日五次，于24小时內25毫升折合干膏为1.5克，但用到此量时病人有一部分引起呕吐，其他副作用尚未遇到，即对成人用至剂量8毫升，日量40毫升，即每日量含浸膏2.4克，并未見到服用者有任何异常的反生理現象。

除以上程、陈氏等曾用各种常山剂型应用于隔日疟及恶

性疟的临床观察外，同时尚有周廷冲、張昌紹[3]等用"常山片"在疟疾临床观察中亦証明其有效。

西南各省疟疾区曾将常山叶总生物碱用酸性白土或炭末吸收制成片剂，每次約等于常山叶0.6—1克时亦发生嘔吐，但有些人則亦感到輕微的暈眩[4]。

苏联曾将"常山碱丙"試用于鳥类疟疾，与氯困（Chloroquine)和(Daraprin) 做比較試驗都有超越的消灭病原体的作用，并比奎宁要强100倍[5]。

日人寺田安一等亦曾用常山煎作临床試驗并研究它的嘔吐成分[6]。

以上均为文献所載的科学实驗报告，尚有个别使用的經驗未能一一綜述，其他葯理方面的实驗以后再报告。

常山治瘧前途的展望

总观以上临床报告以及在鳥类疟疾的試驗均能肯定常山是有治疟的功效的，而且是可以推广試用的。但是在实际情况上尚存在一些問題，即无論医家和病者对于常山能引起惡心嘔吐的副作用时是感到不方便的。虽然古方訊为用七宝散和近代用"常山C"注射液可以不吐而且有效，但在临床上的深入观察还是必要的。究竟它的嘔吐原因与情况如何，另外从葯品的制剂而言，复方的配合与注射剂在目前制葯条件和使用上都是有其相当限制的。在工矿集体生活中用葯罐子煎葯是一件困难的事，同时在农村里用注射剂作治疗用也是不可能的事。因此我們今后对于常山治疟葯的推广应用問題如何做得更好，則尚有待于葯理家与葯剂师及医师互相配合起来共同解决这些問題。

根据上面的临床观察結果和今后临床的要求，我們訊为

有下列工作应該繼續做的：

(1) 确定制剂的标准：以上各种制剂計共六种（驗方，常山酒浸膏，常山C片，常山C液，常山注射液及常山总生物碱片）。这些制剂的含有效成分的标准規格均应首先有初步的方法加以測定，在制成品中有无变化亦当进一步了解，使在临床使用上不至有动蕩不定的結果，这是在一般葯物上的起碼要求，当然常山也不能例外。根据一定的制剂还可以掌握常山的使用量，因而探討其致吐的原因和防止的步驟。

(2) 繼續科学的临床的观察：常山抗疟作用的效力是肯定了的，但是西医的临床經驗还是介紹得不够也沒有推广，无論在病例方面或对于原虫的变化等方面的观察都是感到不够的，有些西医还不知道这味中葯常山，但是在苏联的參考书里已經广为介紹了[7]。我們能不注意嗎？因此应建議各防疫站、县医院以及联合診所認眞地做有計划有組织的临床观察，广为收集經驗，集合大家的智慧是可以解决目前常山治疟所存在的問題的。

(3) 关于嘔吐副作用問題应如何克服：常山致吐的原因各人說法不一致，在葯理方面認为是局部的刺激[8]，有的認为是刺激嘔吐中樞的[9]。陈克恢氏报告常山有效成分“常山碱丙”給白鼠口服时毒性比静脉注射要大3½倍。据他推测可能是常山碱在动物腸管中分解成为有毒的产物，但在静脉中則排泄較快，所以毒性較低。但是尚未得实驗証明，有待繼續观察。这样才可以帮助克服常山嘔吐副作用的問題。

此外我們对于古方“七宝散”和驗方煎剂試驗尚不够，应該作有系統的临床試驗以求得解决嘔吐作用的办法。

参考文献

(1) 程学銘，張伯鏞：常山之臨床研究，中国特效药研究所常山治疟初步研究报告，11 頁，1944.

(2) 陈方之，熊悛英，朱祖慈氏：同上，47 頁.

(3) 周廷冲，張昌紹：中华医学杂志 29 卷(重庆版)137 頁，1943.

(4) 私人通信。

(5) 姜周行：江西中医药，五月号 1—7 頁，1954.

(6) 寺田安一等：日本药物学杂志 34 卷 2 号，1942.

(7) Н. А. Преображен и Э. И. Генкин: Химиа органических лекарственных Веществ. 366, 427, 1954.

(8) 閻凤崗：内科学报 2 卷三期，1950.

(9) 陈克恢等氏：J. Pharmacol. and Experim. Therapy. 95: 191, 1949.

(原載中华医学杂志 1955 年 6 月号)

鴉膽子抗瘧疗效與毒性反應的臨床实驗

湖南医学院药理学教研組 陈 修(指导者：葉雨文 陈国杰)

自从 1950 年王进英等氏[1,2]报告鴉胆子有滿意的抗疟疗效后，引起国内医学界的重視。嗣后实驗研究很多，但結果不完全一致。綜合臨床实驗报告如下：

王进英氏等[1]报告治疟 27 例，其中間日疟与三日疟各10例，恶性疟 7 例，用药后最初二天内退热者共22例(81.42%)，血片也多变为阴性，效果甚为滿意。樊万福等氏[3]用以治間日疟 27 例，二日内退热者 18 例(66.6%)，二到四日内退热者

9例(33.3%)，合計治愈率达100%，可惜樊氏报告无詳細的临床与血片紀录。上海第一医学院疟疾医疗队[4] 1952年在佛子岭治淮工地用鴉胆子仁及鴉胆子水浸膏片治疗各型疟疾共89例，服药三天内血片变阴性者作为治愈，結果对間日疟疗效最好，61人中治愈58人(95.1%)，与阿的平对照組相若，恶性疟13人中治愈6人(46.1%)，三日疟9人中治愈7人(77.7%)，認为此药对間日疟疗效可作初步肯定。浙江卫生实驗院[5]試驗鴉胆子对血内疟原虫的作用，31例中有恶性疟22例，間日疟3例，三日疟2例，不能定种的环状体4例，每次服鴉胆子仁(装胶囊)5—10粒，每天三次連服4—5天，結果鴉胆子对不能定种的环状体、間日疟滋养体和恶性疟环状体有使其減少或消失的效果，对三日疟原虫和恶性疟配子母細胞則毫无作用。中央卫生研究院华东分院[6]試用于16例(包括間日疟12例，恶性疟4例)，每日药量30—45粒磨粉装胶囊服，服药三天症状消失者共12例，其他各例在服药期内継續发作，服药8—10天仍有症状出現者2例，血内原虫情况則16例中14例服药5—26天均未消失，且其中三例服药14—19天疟原虫反而增加，故認为鴉胆子在治疗疟疾上似无甚价值。总之，临床实驗都說明鴉胆子有一定抗疟疗效，但不同的用药方法、剂量和对不同的疟疾及疟原虫的不同时期作用不一致，不同作者对其評价因此也不一致。

鉴于此药为国产，价廉易得，1951年时我科赵銮生医师曾在湖南郴县疟疾防治所作临床試驗，因此药对胃腸反应普遍而强烈，病人多拒絕継續服药，且門診不易追查，故試用300余人而未获結果。1953年我們特針对克服反应，以各种制剂在郴县疟疾防治所作了如下的临床实驗。

方法與材料

1. 診断与檢驗 本实驗一部分系在門診所作，一部分系由工作人員住实驗村中每天按时发葯并作檢驗，观察疗效及反应。郴县許家洞周圍为超高度地方性疟疾流行区，当地居民在 1952 年前疟原虫厚血片檢查阳性率約为 60%[7,8]，但并非全有症状，有典型症状者更少。本实驗观察疗效的病例均系选择有典型症状及血片阳性者。

血片均采用厚薄兩种，用 Wright 氏法染色。看片以厚血片为主，薄血片仅供疟原虫分类的參考。每張厚血片至少有系統地看 10 分鈡始确定为阴性。鑒于当地疟原虫对一般抗疟葯的抵抗力較大，彻底治疗也常难以全部肅清血中原虫[5]，为确切地比較鴉胆子的抗疟效果，本实驗采用“白血球与原虫比例法”計数[9]，以测知用葯前后疟原虫之增减。方法是每次数 500 个白血球所占視野中的疟原虫数，因疟疾病人白血球数目变化不大，疟原虫数如有較大的增减即可看出。

血片大致隔天作一次。因实驗区为疟疾流行区，复发与重复感染难以区别，故未作复发的观查。

2. 制剂与用法

(1) 鴉胆子仁胶囊：每次 15 粒仁(平均重 0.4 克)裝入胶囊，每天三次，飯后吞服。所用鴉胆子系在长沙购得，据葯商称系广东出产。

(2) 鴉胆子脫脂复合片：系根据全慈光氏[10]提出的原則制成，目的在减少鴉胆子的胃腸反应，每片成分如下：

鴉胆子脫脂粉	0.05 克(相当于鴉胆子仁 5 粒)
顛茄叶粉	0.008 克
次碳酸鉍	0.03 克

葡萄糖	0.062 克
共計	0.15 克

成人每次三片，每天三次飯后服。

(3) 鴉胆子仁水提浸膏胶囊：每囊含水提浸膏 0.1 克，相当于 20 粒仁，另含乳糖 0.03 克，成人每次一胶囊，每天三次飯后服。

以上三种制剂，无論那一种均連用 5 — 7 天为一治程。

3. 克服反应方法

(1) 鴉胆子仁脫脂复合片：見上。

(2) 顛茄次碳酸鉍合片(以下簡称 B. B. 片)：每片成分为顛茄叶粉 0.02 克，次碳酸鉍 0.1 克。前者为副交感神經阻制葯，后者为吸凝保护葯，可制止或减輕因胃腸刺激所致的嘔吐，此片与鴉胆子仁胶囊或其他制剂同服，每次 1 — 3 片。

(3) 腸衣胶囊[11]：改进的作法是浸已装葯的胶囊于 2 % 的甲醛溶液中 15 秒鈡，干后备用。四周內用完，否則变質不易消化。此种胶囊在胃內酸性环境中不易溶，而在腸內鹼性环境中可溶，故可避免对胃刺激。

(4) 三氯叔丁醇：此为中樞抑制葯，兼有局部麻醉作用，故有中樞性与周圍性二种鎮吐作用。每次 0.3 克，与鴉胆子合用。

(5) 其他中樞抑制葯如苯巴比妥每次 0.03—0.06 克，巴比妥 0.3 克，10% 溴化物 10 毫升，均曾試用，目的是借其中樞抑制作用以鎮吐。

4. 对照組 以氯胍为对照，每次 0.1 克，每天三次，連服 7 天。

結　　果

1. 反应情况　根据服約一天以上的病人反应发生率的統計，各种制剂中以脫脂复合片为最高，46例中占41例(89.1%)；水提淩膏腸衣胶囊为最低，13例中占5例(38.5%)；鴉胆子仁的反应率居中，24例中占19例(79.2%)。总計試用各种制剂83例，有反应者65例(78.3%)，証明所用

表1　鴉胆子各种制剂与矯正反应藥合用的反应发生率

制剂	矯正反应方法	服約人数	反应人数及(%)	惡心	嘔吐	腹瀉	腹痛	食欲不振	头昏无力
脫脂复合片	一	25	22 (88.0%)	16	8	9	2	2	8
	三氯叔丁醇	7	6 (85.7%)	6	4			1	2
	B.B.合片+中樞抑制約	13	12 (92.3%)	12	9	2		1	4
	腸衣膠囊	1	1	1	1				
	共　計	46	41 (89.1%)	35 (76%)	22 (48%)	11 (24%)	2 (4.3%)	4 (8.7%)	14 (30.7%)
仁膠囊	B. B. 合片	8	6 (75%)	5	4	1		2	2
	腸衣膠囊	12	10 (83.3%)	8	2	6 (50%)	1	2	5
	三氯叔丁醇	4	3 (75%)	2	2	2		1	
	共　計	24	19 (79.2%)	15 (62%)	8 (33.3%)	9 (37.5%)	1	5 (20.8%)	7 (28%)
水淩膏	腸衣膠囊	13	5 (38.5%)	5	4	3			
	總　計	83	65 (78.3%)	55 (66.2%)	34 (40%)	22 (26.5%)	3 (3.8%)	9 (10.8%)	21 (25.3%)

各种減低反应的方法均无明显效果(表1)。

由表1可見鴉胆子常見的反应为消化道刺激，依发生率多寡之順为恶心、嘔吐、腹泻、食欲不振、腹痛。另有一般性反应为头昏无力。脫脂复合片的反应以恶心嘔吐为主，鴉胆子仁腸衣胶囊則腹泻較多，12例有6例发生。

反应一般虽未达"严重"程度，但頗强烈。作者及郴县疟疾防治所中十多位工作人員都曾試服1—3天，体会到上述反应很强烈，个别人員甚至因恶心嘔吐不得不短时停止工作。因反应强烈，病人經常拒絕継續服药。因当地疟疾多，病人习以为常，輕病者說服此药比发疟疾更难忍受。83例中有一例反应較严重，摘要如下：

滕××(門診号11626)，女，24岁。

主訴：間日先冷后热，已发作2次，每次持續6—7小时。

体检：巩膜輕度黃疸，肝脾未摸到，厚血片发現間日疟滋养体。

診断：間日疟。

給以鴉胆子复合片，每次三片，每天三次，飯后与顛茄次碳酸鉍合片2片同服。服药二次即感恶心，服約第四次后剧烈嘔吐，連續兩天未能进食，吃后即嘔，卧床不起，乳汁分泌停止(患者正哺育嬰儿)，作者每天前往探視，見患者虛弱失水，給以葡巴比妥与顛茄次碳酸鉍合片口服，三天后始逐漸恢复，乃改用氣胍治疗。

此外有一病人在服鴉胆子仁胶囊第四天曾排出蛔虫五条。刘效良[12]、苗鶴庆[10]与浙江卫生实驗院[5]有同样报告。

2. 控制症狀作用 83例中有典型症状、本次发病未用他药治疗、能經常接受观察驗血、又能坚持連續服药五天以上者共20例。其中間日疟18例，恶性疟及三日疟各1例。服药三天內退热者共10例，服药五天退热者1例，服药无效者

9例。其中以水提浸膏效果最好，7例中三天內退热者6例，另一例在五天內退热。脫脂复合片反应特别大，故能坚持治疗者极少，仅有2例各服药五天，无一退热者，改服奎宁后症状迅速控制。氯胍对照組有典型症状的五例中，三天內退热者3例，五天內退热者1例，服药七天无效者1例(表2)。

表2　各种鵝胆子制剂及氯胍控制症状的作用

制剂	疟型	治疗人数	3天內退热人数	4—5天內退热人数	无效人数
水提浸膏	間日疟	5	5	0	0
腸衣膠囊	惡性疟	1	1	0	0
	三日疟	1	0	1	0
脫脂复合片	間日疟	2	0	0	2
鵝胆子仁膠囊	間日疟	11	4	0	7
總計	各种疟	20	10	1	9
氯胍（对照）	間日疟	5	3	1	1

3. 消灭瘧原虫作用　水提浸膏作用較显著，服药期間厚血片疟原虫減少½以上者7人中有5人，其中1人服药4天后血片續檢二次阴性，其他2人原虫計数无明显改变。鵝胆子仁胶囊作用較差。氯胍对照組原虫減少80%以上者6例中有2例，无显著改变者4例。周圍血中原虫数目的增減与症状表現大体一致，但有个别例外，如有一例(№19)血片中原虫显著減少但症状未愈，另一例(№3)血片中原虫有增加趋势，但症状消失(表3)。

表 3　各种鴉胆子制剂及氯胍对周圍血中瘧原虫的作用

制剂	瘧型	治疗人数	原虫減少80%以上人数	原虫減少%以上人数	无显著減少的人数	未計数也未消失的人数
水提浸膏腸衣膠囊	間日瘧	5	2	2	1	0
	選性瘧	1	1	0	0	0
	三日瘧	1	0	0	1	0
	小計	7	3	2	2	0
脫脂复合片	間日瘧	2	0	0	0	2
鴉胆子仁膠囊	間日瘧	11	2	0	3	6
總計	各型瘧	20	5	2	5	8
氯胍（对照）	間日瘧	6（一例无症狀）	2	0	4	0

討　論

(1) 关于鴉胆子临床毒性反应的发生率，文献記載頗不一致；有些記載反应較少見[1,3,6,13,29]，有些記載反应很多[4,14,15]。查其原因与剂量用法有一定关系。一般說来，一次大剂量較分成小剂量的反应多些[12]，用胶囊吞服比不用胶囊或咬碎吞服反应少些[1,3,4]，飯后服較飯前服反应少些，似說明鴉胆子的胃腸反应与局部刺激有一定关系。文献上也有用小剂量而反应率很高的記載。Smyly[14]用0.1克鴉胆子仁(相当于作者所用的4—5粒仁)磨碎装胶囊口服，每天三次，治28例阿米巴帶虫者，結果22例有輕重不同的反应，占服葯人数的78.6%；其中惡心者12人(42.8%)，嘔吐者11人(40%)，腹泻者9人(32%)，头昏者2人(7%)。本实驗用的剂量3—4

倍于 Smyly 氏，而反应率与其相似，可能因 Smyly 氏用磨碎鶏胆子仁装胶囊入胃易于分散溶解所致。全慈光氏[10]倡用去脂鶏胆子仁粉复合片，据謂因不含挥发油可減少刺激，量准确，易消化吸收，其他成分又可矯正鶏胆子的副作用。本实驗試用脫脂复合片于46人，其中41人(89.1%)有反应，包括上述的反应严重者一例，比其他制剂反应多而且烈，可能因复合片在胃中极易散开溶解，濃度高，刺激性大，而所含矯正葯又不足以对抗其副作用之故。本实驗所用的水提浸膏腸衣胶囊虽每囊相当于20粒仁，但反应較少，13例中有反应者5例(38.5%)，可能因一部分本身或其代謝产物有刺激性的物质不是水溶性之故。鶏胆子仁腸衣胶囊仅能延迟反应时間，并減少嘔吐发生率，但腹泻人数反而增加（占服葯人数50%），可能因腸衣胶囊在胃中不易溶化、在腸中溶解后直接刺激腸壁易致腹泻之故。所試之其他葯物如三氯叔丁醇、巴比妥、苯巴比妥、溴化物等中樞抑制葯及顛茄次碳酸鉍合片，均无明显对抗反应作用。Kuzell 等氏[15]曾用鶏胆子仁粉与等量重碳酸鈉同服，結果7例中5例有强烈的恶心嘔吐，表示重碳酸鈉也无減少反应的作用。中医[16]曾以桂圓肉包鶏胆子吞服，效果如何尚不知。

(2) 疗效方面：文献上报告鶏胆子抗疟疗效不一致的原因很多，如葯物来源、用法、不同地区的不同疟型，診断及全愈标准等。章寿杉氏等[24]認为葯物来源不同是主要原因。本实驗病例較少，虽不能肯定疗效問題，但可清楚看到不論控制症状或抑制原虫，鶏胆子水提浸膏的作用均在氯胍之上，可能因含量大（相当于20粒仁）又易吸收之故，章氏[24]等也倡用水提浸膏，因其有效成分含量一致，对鸡疟效果較好。本实驗水提浸膏效果較好而反应較少，說明此制剂在临床上希望較

大。脫脂复合片試用2例无效，可能因反应强烈大部药物吐出所致。

(3) 关于鴉胆子的有效成分，經60多年的科学研究，至今尚无定論。近来認为是配糖体者較多[19,20]。周廷冲等氏[21]認为是不溶于水的酚化合物。Smyly 氏[14]証明冷水浸出液"体外試驗"有强大的杀阿米巴作用。本实驗指明水提浸膏疗效比其他制剂好，說明有效成分系水溶性之物。鴉胆子有效成分与有毒部分是否为一，也尚无定論。尤寿山等氏[22]以动物实驗証明鴉胆子有毒部分仅存在于水溶性之苦味部分，其不溶于水之无苦味部分及已去苦味物质之油无毒。本实驗水提浸膏的反应較少，而其他制剂的反应較多，說明有毒部分并非仅存于水溶性部分，必有一部分有毒物质不是水溶性者。

(4) 郴县許家洞周圍为超高度地方性疟疾流行区。据防治所經驗，認为当地疟原虫对抗疟药有較高的抵抗力，长期用药有时也难以完全肅清血中原虫。陈国杰教授[17]認为該地疟原虫可能为特殊亚种。Hallinan 氏[18]报告鈎虫病及其他扰乱血液的寄生虫病与疟疾同在一个病人体内时是疟疾有抗药性的原因之一。郴县許家洞也是血絲虫病流行区，其他腸蠕虫病也很多，是否与当地疟疾抗药性有关，也值得研究。

摘　要

本文报告1953年在湖南郴县疟疾防治所試驗鴉胆子各种制剂(鴉胆子仁胶囊、脫脂复合片、水提浸膏腸衣胶囊)的抗疟疗效、毒性反应及各种方法克服反应的結果，并綜合文献加以討論。从83例观察毒性反应和20例观察疗效的病例中，可得出以下初步結論：

(1) 鴉胆子毒性反应发生率很高，占服药人数 78.3，主要为恶心 (66.2%)、嘔吐 (40%)、腹泻 (26.5%)。头昏无力 (25.3%)等。所試用的各种克服反应的方法均无显著效果，但水提浸膏的反应較少。

(2) 与对照組氯胍相比，鴉胆子水提浸膏腸衣胶囊，对間日疟的症状和周圍血中疟原虫，均有一定疗效。鴉胆子仁及脫脂复合片效果很差。

(本实驗所用鴉胆子各种制剂均系刘澤永副教授制备，工作中得到郴县疟疾防治所工作同志特别是丁筱春同志多方协助，謹此志謝。)

参考文献

(1) 王进英等，鴉胆子的抗疟疗效，中华医学杂志 36:469—474，1950.

(2) 王进英，鴉胆子有抗疟效能，科学通报，1:460，1950.

(3) 樊万福等，鴉胆子治疗阿米巴病及疟疾 63 例的实驗报告，东北医学杂志，(7): 651—654，1952.

(4) 上海第一医学院疟疾医疗队，鴉胆子抗疟临床实驗，医务生活，(6): 10—13，1953.

(5) 浙江卫生实驗院，第二年年报，61—62 頁，1951.

(6) 中央卫生研究院华东分院，1951 年年报，10—11 頁。

(7) 陈国杰，邓一韋，湖南郴县的疟疾初步报告，湘雅医刊，1:1—22，1950.

(8) 湖南地方病防治实驗委員会郴县实驗所，1952 年工作总結。

(9) Russel, P. F. et al, Practical Malariology P. 97, W. B. Saunder's Co., 1946.

(10) 全慈光，鴉胆子在現代医学上的研究，中华新医学报，2: 358—368，1951.

(11) Cook, E. F. Lawall, C. H., Rrmington's Practice of

pharmacy, P. 1688—1689, 1942.

⑿ 刘效良, Ya Tan Tzu-a new specific for amebic dysentery, C. M. J. 52: 89—94, 1937.

⒀ 吴执中, Ya Tan Tzu treatment of amebic dysentery, C. M. J. 61A: 74—76, 1943.

⒁ Smyly, H. J., A noteon the treatment of amebic infection with Brucea Javanica Seeds, C. M. J. 66: 363—365, 1948.

⒂ Kuzell, W. C. et al, General action, toxicity and clinical effects in amebiasis of Kosam, an oriental amebicide, Am. J. Trp. Med. 21: 731, 1941.

⒃ 赵学敏，本草綱目拾遺，卷五 92—94 頁，商务印书館.

⒄ 个人通訊.

⒅ Hallinan T. C., Drug resistance in malaria, Brit. Med. J. 2: 135—136, 1953.

⒆ 張耀德，鴉胆子結晶配糖体的药理作用、实驗与临診的治疗效力，中华医学杂志，37: 480—492, 1951.

⒇ 張昌紹，現在的中药研究，141—150 頁，中国科学仪器公司，1954.

(21) 周廷冲，張昌紹，Chemotherapeutic studies on Ya Tan Tze, C. M. J. 66: 359—365, 1948.

(22) 尤寿山，朱德民，Studies on the Pharmacology of Ya-Tan-Tzu, Brucea Javanica. Chinese J. Physiol. 16: 13—30, 1941.

(23) 蔡有章，鴉胆子治疗阿米巴痢 50 例之临床观察，中华医学杂志，40: 728—730, 1954.

(24) 章寿杉，王进英，鴉胆子治疗瘧疾及其对临床应用方法上的改进，药学学报，2: 85—98, 1954.

（原載中华医学杂志 1957 年 9 号）

“內經”里的瘧疾與針灸疗法

魏　　稼

疟疾这个病，不仅在我国最早的医学典籍“内經”里有詳細的記載，即公元前十世紀左右問世的一般古典文献中都可以找到不少片段的記述。周礼：“秋时有疟寒疾”、“孟夏行秋令則寒不节，民多疟疾”。易經：“白露当降不降，民多病疟”。左傳：“齐景公疥，遂疟”（說文：疟，热疟也）。从这些文字里可以体会出：疟疾不仅在我国古代有悠久的历史，而且在流行的程度上还具有一定的广泛性，所以才能一致認識疟疾的流行季节多在夏秋。

在周秦时代（約公元前十世紀左右，1121—207年間）出現的黃帝内經里对疟疾就叙述更为周密而細致了，特别是素問的“疟論”“刺疟篇”对疟疾的病因、病理、症状，以及針灸疗法等……諸問題，都作了非常詳尽的論述，为后世对疟疾的辨症治疗奠下了可靠的理論基础；其次，如素問的“生气通天論”“金匱真言論”“至真要大論”“四气調神論。”灵樞的“岁露論”“杂病篇”“經脉篇”……等。还可以看到不少有关疟疾的零散記載，这些記載，絕大部分都是根据实际經驗而来的，对指导我們实踐具有一定的現实意义，特别是在針灸治疗的方法上对我們临床的參考更具有很大的价值。現在把个人讀过这本书有关疟疾与針灸疗法問題的笔記写在下面：

有人要問：“古人之所謂疟疾是否即現代医学上的疟疾呢？”我們答复：其中絕大部分都是，試翻开素問“疟論”来看：

"疟之始发也，先起于毫毛，伸欠，乃作寒慄鼓頷，腰脊俱痛，寒去則內外皆热，头痛如破，渴欲冷飲"，又"……热去汗出，喜見日月光火气，乃快然……。"寥寥数語，对一个患疟者外現病态的客观存在，作出了典型的素描。又："……是以日作……是以間日而作也……时二日或至数日发。"又："其作日晏与其日早者何气使然？"进一步闡明了疟疾在发作时間的間隔上有：日日疟、間日疟、三日疟之别，在发作的迟早上也有或晏或早的不規律現象。由此可見我們可以說古人所謂疟，基本上即現代医学上的疟疾。但是，古人限于客观条件，沒有理化实驗檢查帮助診断，很可能把一些沒有典型症状的疟疾如恶性疟等誤認为是其他热性病，反之，也可能把某些具有間歇热型的与疟疾类似的疾病，却归納入了疟疾門中，都是不可避免的自然現象。

引起疟疾的原因古人归之于"伤暑""热气""邪气""伤风"等。生气通天論："夏伤于暑，秋必痎疟"又金匱眞言論："夏暑汗不出者，秋风成疟"岁露篇也說："夏日伤暑，秋病疟。"疟論："夫痎疟皆生于风"更具体指出："……此皆得之夏伤于暑，热气盛，藏于皮肤之內，腸胃之外，此营气之所舍也。此令人汗孔疏，腠理开，因得秋风，汗出遇风，及得之以浴，水气舍于皮肤之內，与卫气并居，卫气者，昼行于阳，夜行于阴，此气得阳而外出，得阴而內薄，內外相薄，是以日作。"又："夏伤于大暑，其汗大出，腠理开发，因遇夏气淒淪之水寒，藏于腠理皮肤之中，秋伤于风，則病成矣。"綜观这些記述，可以清楚地看出古人对疟疾的病原及其疾病形成机轉的認識是由于夏天受了暑热，藏在皮肤里面，到了秋天，又伤于风所致。从这些說法方面来看，似乎不合科学邏輯，而个人体会，其中有一些正确認識还是值得重視：

(1) 疟疾的流行与季节气候有关，与现代医学是相符的；因为疟原虫的终末宿主——疟蚊，在夏秋之交最易繁殖，同时，原虫本身在蚊体内的发育与温度湿度有密切关系，所以古人将气候作为病原，也不是完全无理。

(2) 古人将"热气""水气"等作为病原，說它"藏于腠理皮肤之中""腸胃之外"，并具体指出是与"卫气并居""此营之所舍也。"这一說法，是否意味着疟原虫在血管内的生活史，因为我們知道中医之所謂"营"是很可能指血液的，灵樞营卫生会篇談到："营行脉中"寿夭剛柔篇之"刺营者出血"就可証明。营气篇又說："营气之道，内谷为宝，谷入于胃，乃傳之肺，流溢于中，布散于外，精专者，行于經隧，常营无已，終而复始……"生动地刻划了血液的来源，及循环的过程。至于"卫"，在中医学說上如医宗金鑑說："表气壯則卫固守营，邪何由入"好象是指人体对外界侵襲的自卫裝置，那么，它是指血液中的白血球等也有可能，由此看来，尽管古人沒有对疟原虫的了解，而認为疟疾的病原物是存在于血液中"与营卫并居"是沒有錯的。

疟疾症状的出現，完全是由于疟原虫之无性体产生，在初发疟时，每立方毫米血液中疟原虫大多数在 100 个以上，才会引起临床症状，每次发作发冷期之开始，相当于成熟裂体原虫之爆裂使裂体芽胞釋入血浆的时候，发作的症状可能由于疟原虫的新陈代謝产物的毒素侵入血液刺激了神經系統而引起一种过敏性反应現象。古人对本病病理学說也是以阴阳学說来解釋的。疟論："阴阳上下交爭，虛实更作，阴阳相移也。阳并于阴，則阴实而阳虛，阳明虛則寒慄鼓頷也。五阳虛則腰背头項痛，三阳俱虛則阴气胜，阴气胜則骨寒而痛，寒生于内，故中外皆寒，阳盛則外熱，阴虛則内熱，外内皆熱，則喘而渴，

故欲冷飲也。”又：“夫病之始发也，阳气并于阴，当是之时，阳盛而阴虛，外无气，故先寒栗也，阴气逆极，則复出之阳，阴与阳复并于外，則阴虛而阳实，故先热而渴，夫疟气者，并于阳則阳胜，并于阴則阴胜，阴胜則寒，阳胜則热。”又：“卫气之所在，与邪气相合，則病作。”如果說“卫气”是指人体防御疾病的装置：“邪气”是指疟原虫的話，那么“卫气与邪气相合”就意味着疟原虫芽胞所釋放的毒素混入了血液，在这种情况下，神經系統与原虫就会产生冲突——“阴阳交爭”而疾病就发作了。

疟論：“帝曰：夫病溫疟与寒疟而皆安舍于何脏？岐伯曰：溫疟者……藏于骨髓之中……。”这一說法，与新的医学上疟疾病理学完全吻合，因为骨髓等網状内皮系統器官，有許多血竇，疟原虫最多濃集在这些地方。古人能如此洞察入微，实在令人欽佩。

内經里对疟疾的治疗方法，只有針灸，沒有葯物，其中“刺疟”等篇就是专門討論用針灸治疗疟疾的，这里分别綜述于下：

（一）辨症治療

中医学术的基本特点——辨症治疗，是具有高度整体观念把机体内外环境看作完整統一的一种疗法，針灸疗法是整个中医学术体系的一部分，甚至可以說辨証治疗法則是从針灸这方面发展起来的，那就更要注意这一点，灵樞根結篇說：“必审五脏变化之病五脉之应，經絡之虛实，皮之柔粗，而后取之也。”因此，在后面虽然介紹了五种治疗方式，我們在临床上还必須互相兼顾，而不能孤立起来使用，否則，与辨症治疗的法則就背道而馳了。

（一）按六經之病而取穴：即首先审明病属何經，乃取該

經之穴位：

症狀	所屬經脉	取穴	刺深度	留針	灸壯數	手术
腰痛，头重，寒从背起，先寒后热，熇熇然，喝喝然热止汗出不已。	足太阳	委中（金門）	五分 三分	七呼	三壯	出血
身体解㑊，寒不甚，热不甚，惡見人，見人心惕然热多汗出甚。	足少阳	俠溪	三分	三呼	三壯	
先寒洒淅，淸淅寒甚，久乃热，热去汗出，当見日月光火乃快然。	足阳明	冲陽	三分	十呼	三壯	
不乐好太息，不嗜食，多寒热汗出，病至則善嘔，嘔已乃衰。	足太阳	公孫	四分	七呼	三壯	
嘔吐甚，多寒热，热多寒少，欲閉戶牖而处，其病难已。	足少阳	大溪 大鐘	三分 二分	七呼	三壯	
腰痛少腹滿，小便不利如癃狀，非癃也，数便，意恐惧，气不足，腹中悒悒。	足厥阴	太冲	三分	十呼	三壯	

（二）按病之所屬脏腑不同而取穴，亦即审明病在那一脏腑，即脏腑所屬經穴：

臟腑病	症狀	取穴	刺深	留針呼数	灸壯数	手术
心瘧	令人煩心甚，欲得淸水，反寒多，不甚热。	神門	三分	七	三	
肝瘧	令人色蒼蒼然，太息，其狀若死者。	中封	四分	七	三	出血
脾病	令人寒，腹中痛，热則腸中鳴，鳴已汗出。	商丘	三分	七	三	
肺瘧	令人心寒，寒甚热，热間善惊，如有所見者。	列缺 合谷	三分	三 六	五 三	
腎瘧	洒洒然腰脊痛，宛転大便难，目晾晾然手足寒。	大鐘				
胃瘧	令人且病也，善肌不能食，食而支滿腹大。	厉兌 足三里 解溪	一分 一寸 五分	七 五	一 三	出血

（三）按脉象之不同而定治法：灵樞九針十二原曰："凡用針者，必先診脉，視气之剧易，乃可以治也。"这是古人告訴我們用針治任何病，必須先診脉，治疗疟疾同样要做到这一点，正如刺疟篇所說："十二疟者（指上面所介紹的十二种疟疾）其发各不同时，察其病形，以知其何脉之病也。"

1．脉滿大而急者，刺背俞（大杼）用針傍五胠俞各一，适肥瘦出其血也（五胠俞，王冰訊为是譩譆穴，考素問水热穴論說"五胠俞傍五，以泻五脏之热"由此，五胠俞似属：魂戶、神堂、魂門、意舍、志室、五穴）。

2．脉小而实急者，灸脛少阴（复溜）刺指指井（至阴）。灸法治疟只見于此一处，可見古人治疟很少用灸的。

3．脉不見，刺手指間出血，先視其身赤如小豆者尽取之（十指間可能即手十指第三节岐縫处）。

（四）按发病部位之先后而定治法：即先病那里先刺那里，灵樞始終篇所謂："治病者，先刺其病之所生者也。"

1．先头痛及重者，先刺头上（百会、上星）及兩額（悬顱）兩眉間（攢竹）出血。

2．先腰脊痛者，先刺郄中出血（按郄中即委中穴，四总穴歌："腰背委中求"即根据于此）。

3．先手臂痛者，先刺手少阴（少冲）阳明（商阳）十指間。

4．先足脛痠者，先刺足阳明（厉兌）十指間出血。

（五）按某种具体症状不同而定治法：

1．风疟，疟发則汗出悪风，刺三阳經背俞出血者（按所謂三阳經背俞即足三阳經在背部的俞穴——膀胱俞、胃俞、胆俞三穴）。

2．骶痠痛甚，按之不可，名曰腑髓病，以鑱針針絕骨立愈。

3．身体小痛刺至阴，諸阴之井无出血，間日一刺。

4．疟不渴，間日而作，刺足太阳，渴而日作取足少阳，又一說法："疟不渴間日而作取足阳明，渴而日作取手阳明"，与前法稍异（按其取穴范圍可能在各該經的肘、膝以下血位）。

5．溫疟汗不出，为五十九刺（五十九刺就是五十九穴，內經有兩种不同的說法，見于素問水热穴論的五十九穴多为治水病的，見于灵樞热病篇的則为专治热病，溫疟无疑是属于热病，那么，以这五十九穴为根据是沒有問題的，五十九穴是：十二井穴，手足——指趾第三节歧縫处各一穴，其次为：五处、承光、通天、临泣、目窗、正营、承灵、脑定、禾髎、浮白、承漿、大椎、百会、上星、神庭、风府、廉泉、风池、天柱、差不多全属头部穴）。

（二）关於刺瘧的时机

掌握針灸治疗疟疾的时机是临床上的重要一环，現代針灸家一般都認为在发作前1—2小时施术最为恰当，事实上，这并不是他們的新发現，我們祖先在几千年前就已告訴了我們：刺疟論"凡治疟，先发如食頃乃可治，过之，則失时也。"又"先其发时如食頃而刺之，一刺則衰，二刺則知，三刺則已，不已刺舌下兩脉出血（廉泉），不已刺郄中盛經（委中）出血，又刺項下俠脊者，（大杼、风門等穴）必已。"并且告訴我們，"三刺必已"如果不效的話，又可按照那些方法使用，至于为什么要在发作前針刺呢？王冰注："先其发时，眞邪异居，波隴不已，故可治，过其时則眞邪相合，攻之則反伤眞气，故曰失时。"又疟論："疟之始发也，如火之热，风雨之不可当也。故經言曰，方其盛时必毀，因其衰也，事必大昌，此之理也。夫疟之未发也，阴未并阳，阳未并阴，因而調之，眞气得安，邪气乃亡，故不能

治其已发，为其气逆也。”玩味上述，用現代医学来理解亦甚覚有意义，“真邪异居”，“阴未并阳，阳未并阴”正符合疟原虫裂体在沒有破裂而在血球时，所以这个时候，用針灸刺激神經以激发其抵抗力，或使神經中樞轉入抑制状态，不致遭受其毒素的侵襲，那就“真气得安，邪气乃亡”使原虫逐漸消灭了。反之，如果在发时，疟原虫已破裂，神經系統已受到侵襲的这一“真邪相合”的場合下施用針灸的話，那真是“如火之热，风雨之不可当也”不仅不能收到很好的效果而“反伤真气了”。

如上所說，疟疾在发作时是否絕对不可針了，但是又不尽然，即刺疟篇也說：“疟发身方热，刺跗上經脉(冲阳)开其定，出其血，立寒。疟方欲寒，刺手阳明太阴，足阳明太阴，(四經的井穴和俞穴)。”其次，我們看金元时名医張从正并有这样一个驗案：“陈下妇人，病疟三年不愈，止服热之剂，漸至衰羸，求治于張，張見其羸，亦不敢便投寒冷之剂，乃取内經刺寒論詳之曰：“諸疟久不愈者，刺十指出血。”正当发时刺其十指(指十宣穴)出血，血止而寒热立止，咸駭其神。”不是都告訴我們在发时可以施針，而且还很效嗎？个人經驗：曾治一疟疾患者，正当寒战时，于委中針入寸半許，用强刺激，霎时触电感达于腿臀部，寒战亦止，但以后在发作时也試过却沒有获得如此好的效果，这說明在发作时虽然可以針也可以效，乃是偶然的現象，不可靠的方法。

(三) 关於刺瘧的禁忌

刺疟的禁忌，内經疟論也有較詳細的記載：“帝曰：夫經言有余者泻之，不足者补之，今热为有余，寒为不足，夫疟之寒，湯火不能溫也，及其热，冷水不能寒也，此皆有余不足之类，当此之时，良工不能止，必須其自衰乃刺之，其故何也，愿

聞其說，岐伯曰：經言无刺熇熇之热，无刺渾渾之脉，无刺漉漉之汗，故其为病逆，未可治也。"又："疟脉緩大虛，便宜用葯，不宜用針。"因为在高燒，大汗，脉象緩大虛或乱无端緒的情况下忌用針灸，这种說法具有一定的科学道理，因为一般病人在发高燒的时候，接受刺激的能力是較弱的，記得在1953年曾治一患疟者，当发热时为針大椎、合谷等穴，針后不仅降低，相反的热度还升高了。其次，在大汗的情况下，有虛脫"亡阳"的危險，这时刺針，自属不妥。脉乱无端緒，可能有心力衰竭等嫌疑，在这种情况下也是不能針的。总之，上面所說的禁忌，不仅局限于疟疾病人，凡系一切疾病遇有如上情况，同样要提高警惕的。

最后綜合起来約有如下几点体会：

（一）古人对疟疾的病原病理等学說，都有某些較正确的認識。

（二）在治疗方法上积累了一套系統的經驗，为后世用針灸治疗疟疾奠下了可靠的理論基础。

（三）内經里只有針灸治疟而无葯物治疟的記載，是否說明針灸治疟早于葯物。

（四）从治疗的方法上来看，可見古人重視刺血方法，据不完全統計之28种治法中，即有13种談到要刺出血，其中还有一段专門介紹了刺血的手术过程。疟論：疟之日发也，阴阳之日移也，必从四末始也，阳已伤，阴从之，故先其时，坚束其处，令邪气不得入，阴气不得出，在阴絡盛坚而血者，皆取之。"告訴我們如何将四肢上端緊縛（坚束其处），使静脉血液回流阻碍（邪气不得入），結果静脉就会怒張（阴絡甚坚），再放血，这一方法，今人除某些恶性疟疾間或用到外，一般采用較少，个人覚得，今后仍有加以实驗的必要。

（五）从取穴的角度上来看：今人都認为“大椎、陶道、間使、后溪”……等有特效，内經里則沒有这些，而是以手不过肘，足不过膝的井、荣、俞、經、原、合、絡、等穴为主，背部只有大杼、风門等穴，徐氏少廷先生，以大杼穴为主，治疗疟疾，效果甚为可靠，証明古人的取穴有它一定的現实意义。

（六）疟疾在发作前針刺，古人在三千年前就已昭示了我們，虽然“在发作前如食頃”与发作前1—2小时，在时間上有所差别，而認为在发作前施針的观点还是正确的。

（七）古人治疟很少用灸，我們認为这是一个缺限，經驗告訴我們，針灸配合使用效果还是較好的，特别是用在虛寒性之疟，更为适当。

笔者水平有限，其中錯誤牵强附会之处，在所难免，希望同志們提出批評指教。

針灸治疗瘧疾的臨床經驗介紹

上海市立徐家汇医院針灸科 諸葛文　王朝楚

疟疾是危害我国人民最严重的疾病之一，特别在农村中，每年夏秋之間时有流行，对农民兄弟們身体健康及劳动力的影响是非常大的。近年以来，虽然有奎宁、阿的平、扑疟母星、白乐君等抗疟特效葯，但尚不能令人滿意的是复发率仍很高，葯价昂貴，在集体治疗时也需要很多的經費和时間。

針灸治疗疟疾在1954年再版的朱琏著“新針灸学”中，已有初步介紹，現将个人过去对該病的治疗經驗和去年秋季在本院治疗6例患者的結果介紹于后，謹供同志們参考。

穴位的选择

針灸穴位的选擇如內科处方用葯一样，是非常重要的，能够选擇到主要而有特效的穴位，是决定治疗效果的基本条件，再加上輔穴的配合，就可收到更好的效果。为了有計划的进行臨床观察和統計疗效，我們主張把初步采用有效的穴位固定下来，以后遇到同样的病例就可不加变动或增減地来应用。

主穴：

大椎：在第七頸椎和第一胸椎棘突的中間。

陶道：在第一、二胸椎的棘突中間。

合谷：手的大指、次指歧骨之間，靠近次指边緣。

固定輔穴：

間使：掌后三寸，兩肌之間。

后溪：手小指外側，本节后，掌横紋头陷中。

內关：掌后二寸，兩肌之間。

太溪：內踝之后五分，跟骨上，动脉側陷中。

加減輔穴：

太阳：眉梢外稍下端一横指陷中。

风府：項上入发际約一寸，腦戶穴下一寸五分，大肌內陷中。

风池：腦空穴直下，风府穴兩側之凹陷中。

治療方法及时間

首先了解患者发作时間，在发作前二小时左右进行針刺最好，选好穴位，先刺主穴，后刺固定輔穴，用輕刺激手法（兴奋法），均达到痠、麻、脹为止，各留針 15—20 分鈡。大椎、陶道須正坐低头取穴（或側臥头前屈），針刺約四分深，針尖向上

作40度斜入。四肢穴位，刺入深度約2—6分之間(主要根据体質部位及感应而定)。如果正在发作时，亦可針刺，以减輕发作症状，患者有头痛、头昏者，除取上面固定穴位外，并加刺太阳、风池、风府三穴，以帮助解除头痛，均用强刺激法(抑制法)，同样各留針15—20分鈡。当日发作症状解除后，第二日于預料发作前二小时，选擇同样穴位(主穴及固定輔穴)，予輕刺激法，亦留針15—20分鈡。无論在发作前或发作时針刺，均于停止发作后継續巩固治疗3—5天。

病例报告

病例一 周根弟，女，24岁，住院号数1428。

主訴下午三时左右寒战发热已有三天。

症状：患者于前天下午三时左右，突覚寒战发热，周身痠楚，头痛而脹，約三小时后出汗热漸退，头痛减輕，轉而昏脹，一夜尚能安睡。第二日上午只稍覚乏力，但尚能照常工作，下午三时許又有同样发作，今日下午三时又发作，且較前二次为剧，故来院急診。

檢查：急性热性病容，神志清楚，体溫39.8°C，心肺正常，肝未触及，脾剛可触及，質軟，血液涂片檢查找到間日疟原虫。

治疗：当日在急診室給予針灸治疗，取穴大椎、陶道、合谷、后溪、太溪、間使、內关、加刺太阳、风池、风府留針15分鈡，一小时后，体溫退至正常。第二日下午一时再予針刺(穴位同前)，当日即未发作。第三天复查血涂片已找不到疟原虫，再于同样时間，选擇同样穴位針刺，連續巩固治疗五天，全愈出院。

病例二 楊鳳春，男，23岁，住院号数253。

主訴下午发冷发热已三天。

症状：前天下午二时突然怕冷恶寒，继則发热头痛，2—3小时后出汗热退，昨日下午同样时間有同样发作，今日下午又发作，且較前为剧。

检查：急性病容，头頸部出汗很多，体溫40°C，心肺正常，脾于肋下二横指，質軟，血液涂片找到間日疟原虫。

治疗：当日未予治疗，出汗后热即漸退。第二日中午12时針刺大椎、陶道、合谷、間使、后溪、太溪、內关，当日完全控制，未見发作。第三天再于同样时間針刺，并复查血涂片已找不到疟原虫。再巩固治疗三天，共五天全愈。半个月后，又有同样症状复发，第二日发作前二小时，照原穴位針刺，当日沒有发作，再巩固四天，迄今沒有再发。

療效的初步观察

6例患者，有四例是間日疟，三例发病三天，一例发病四天，治疗前血涂片均找到間日疟原虫，三例是在发作前二小时进行針刺的，二例均于当日停止发作，一例第二日停止发作，另一例因在发作时来院急診，当时給予針刺后症状減輕，体溫于一小时內退至正常，第二日于預料发作前二小时針刺，亦停止了发作。二例是恶性疟疾，一例发病五天，血涂片找到恶性疟原虫，一例发病三天，未找到疟原虫，經內、外、中医三科会診討論診断为"恶性疟疾"，兩例經針刺后当日体溫均下降，第二日退至正常，停止发作。六例在治疗前后均未用过抗疟药物，停止发作后，一律做血涂片复查2—3次，都沒有再发現疟原虫。出院后只有一例于半月后复发，予同样方法針刺，亦即停止发作，其他五例均未見复发。

總　　結

1．針灸治疗疟疾是一种簡便有效的方法，可以加以推广。

2．針灸治疗疟疾的有效穴位，应該固定几个，少予加減，以便于統計疗效。

3．在发作前二小时針刺，是控制发作的良好方法，其原理尚待今后进一步的研究。

4．本文因病例太少，只作初步介紹，錯誤之处一定很多，尚希同道提出批評。

（原載中級医刊 1956 年 7 月号）

針灸治疗瘧疾 50 例的疗效觀察

苏北人民医院内科　蔡　　戟

本院内科自 1956 年 6 月底起得到上級領导的支持，針灸科技术的指导及实习医师的協助，掀起了学习針灸的高潮，初步用針刺的方法来治疗疟疾，迄今 5 个多月，共治疗了 50 例疟疾患者（全部住院），均得治愈。回溯在开始学习針刺之初，曾請針灸科医师会診，作典型示范，观摩手法，然后才由内科医师及实习医师掌握治疗技术，为患者針治，所用的針为合金制的毫針及鍠針兩种，施針前先对病員进行教育，說明針灸的好处及有酸脹麻等感覚，先取得病員的同意与合作，然后施針。

現将本科常用的几个穴位介紹于下：

主穴：大椎、陶道、合谷(双)。

配穴：間使、后溪、中脘、足三里。

針刺的时机，若是发作日則系依据历代医学家一致的認識，采取疟疾发作前1—2小时施針及間歇日亦施針一次的方法，但在間歇日施針的时間无規定，本科在每一个阶段，是采取每天施針一次的方法，因病房工作忙，往往未能准确做到在疟疾发作前1--2小时的施針，发展到后来进行每天針二次，連針二天的疗法，第一次約系在发作前1—2小时，以后第二、三、四次則无規定的时間。

进針时病人采取側臥位或坐位，皮肤用酒精棉球消毒后，即用已經消毒的針刺入，一般針刺的方向是与皮肤成垂直形，用捻轉法或配以刺入捻进法将針刺入，深約2—3厘米，病人有酸脹重或麻的感覚；針刺陶道这一穴位时，往往病人訴說有酸热感，从上往下竄至下方六、七胸椎处，針刺后不久，在針刺处的周圍皮肤上約有一厘米直徑大小的潮紅圓暈局部反应。

留針观察的时間，15—20或30分鈡不等，然后輕捻慢提地将針拔出，針拔出后用酒精棉球在皮肤針孔处輕揉数次，如有出血則按压移时之后再令病人休息。

施行針刺治疗的对象，在50病例中，全部为住院病人(門診病人未統計在內)，年龄在17至66岁間，男性患者37例(占74%)，女性患者13例(占26%)，絕大部分为年輕少壯的机关干部及青年学生，仅有少数为家庭妇女。除一例系三日疟外，其余49例均为間日疟，絕大多数系間日发作，有3例系每日发作，只有1例为不定时发作，在院施行針刺治疗前曾經有过1—5次不等的发作。其中大多数系曾发作过二次或三次者針刺前均經急診室、病房或門診部化驗室檢查，在血液涂

片中找到疟原虫一次以上，間或竟至三、四次者。入院后的病人給予內科护理常規，在施行針刺治疗前并未服任何中西治疗疟疾的药物。

我們观察的結果，針刺治疗后有32例症状即完全消失，未續发作(占64%)，有6例曾續发一次，后繼續針刺即停止发作(12%)，2例曾續发二次，后繼續針刺停止发作(4%)，总結以上病例完全施用針刺控制发作者有40例(占80%)，針刺后有3例續发一次，其中改服奎宁治疗者二例，改服氯化奎宁治疗者四例，針刺后有一例曾續发三次，亦改服氯化奎宁治疗。

在这里需要特别指出，用奎宁或氯化奎宁者不能說明針刺无效，主要为未繼續坚持針刺疗法。50病例中有1例(編号第13号)，曾續发二次，坚持用針刺治疗，終于用針刺治疗四次(四天)而愈，可見針刺治疗疟疾是有其一定的效果。

針刺数次后疟原虫是否即在血液中(涂片檢查)消失？本院因人手不足，仅复查22例，一般在針刺1—4次后疟原虫即不复在血中找見。

关于疗程問題，一般病例均針刺3—5次，对控制疟疾之发作收效比較显著，症状完全消失較快者針刺三次，亦有四次或五次者，个别病例因針刺后繼續发作之次数較多，或发現疟原虫在血液涂片中消失迟鈍，則繼續針刺六次或七次，实踐到后来采取每天針二次，連針二天，共針四次的方法，效果更覚明显。

50病例中連并发症在內，平均住院日期为5.48天。

在整个針刺过程中，虽然我們系属初次学习，但无一例发生感染或其他意外，亦无不良反应，惟有个别病員怕痛，不肯坚持針刺治疗，几經說明，終属无效，乃不得不改用药物治

疗。

观察至本文脫稿时为止，时間約5个多月，据不完全的追踪統計，一般病員健康状态良好，未再复发，其中有本院工地建筑工人及护士出院后照常工作，观察2—4个多月未見复发，尚有一本院职工，終日戶外劳动，东奔西跑，观察三个多月亦未見复发，惟有一病例出院后九日即复发，但此属少数，因病例尚少，观察时間尚不足，复发問題，目前尚未能即下結論。

（原載中医杂志 1957 年 8 月号）

針灸在臨床上对瘧疾疗效的初步觀察

方　雲　鵬

我們用針灸疗法治疗观察疟疾28例，內有門診治疗21例，系內科急診轉来，病房治疗7例，多为外科住院患者，因輸血而傳染。所有病例均系經檢驗室檢查找出疟原虫后，才开始治疗的。我們多数是約定患者在距下次发作前二小时来施行針灸，其中除了兩名外，其他都沒服任何葯品。

（一）採用穴位

这28例治疟疾的針灸穴位，我們是这样掌握的：第一次針大椎、合谷(双)。第2次針陶道、內关(双)。第3次針灵台、外关(双)。第4次針大椎、大陵(双)。第5次針陶道、太淵(双)，灸陶道10分鈡。第6次針灵台、列缺(双)、灸灵台10分鈡。第7次針筋縮(并輕刺大椎至至阳的每一椎間)、复溜

(双)、灸筋縮 10 分鈡。第 8 次針中樞(并輕刺大椎至至阳的每一椎間)、太溪(双)、灸中樞 10 分鈡。第 9 次針崇骨、大椎、承山(双)、灸承山 15 分鈡(并兼内服奎宁)。第 10 次針大椎、陶道、复溜(双)、灸复溜 15 分鈡、(并兼内服奎宁)。第 11 次、針陶道、身柱、太溪(双)、灸太溪 15 分鈡、(并兼内服奎宁)。第 12 次、針身柱、神道、承山(双)、灸承山 15 分鈡(并兼内服奎宁)。

以上各穴的位置可參看針灸书籍,本文从略。

(二) 治 療 結 果

1. 一例典型病案: 丁 × ×、男、年 17 岁、陕西扶风人、患間日疟。脾脏肿大、突出左季肋緣下 3 — 4 厘米,除按以上計划針刺外、同时在不容、期門、章門及脾脏周圍淺刺,3 — 4 次后,脾脏即摸不到,同时也查不到疟原虫。

2. 对于这 28 例疟疾患者,我們将治疗效果,初步統計如附表:

瘧疾类型	病例数	針1--4次治愈数	針5--8次治愈数	針灸9--12次并用奎宁治愈数	效果不明
間日瘧	25	16	5	2	2
三日瘧	1	1			
恶性瘧	2	1	1		
總計	28	18	6	2	2

附表說明:

(1) 每个患者于針灸前后均檢查瘧原虫,待停止发作或血液中檢不出瘧原虫时,为巩固其效果仍繼續針灸 1 -- 2 次。

(2) 針灸 9—12 次并用奎宁治疗者,系久治不愈病人,为了早日解除病人痛苦,兼用奎宁治疗,以后虽然痊愈,但究竟是針灸效果或奎宁效果,难以肯定。

(3) 效果不明者二人系治疗途中,病人不来复診、是否治愈,尚未查明。

根以上的观察，治疗虽仅限于28例，但針灸疗法对瘧疾是有一定效果的。至于其治疗机制如何，有待于今后的研究。

（原載中級医刊1955年7号）

我对針治瘧疾的一點經驗介紹

李 世 忠

針灸治疗疟疾，在不少的針灸书籍和报刊杂志等文献里早有詳細的記載，这就証明了它对本病有着很高的疗效。我是根据老师的傳授和个人的一点心得写出本文的，但还要說明：本文所談治例大部是在6、7年前处于医疗設备极差的农村中施行的，仅是根据发作的症状，掌握发作时間而进行扎針的，并沒有作过化驗診断，所以本文之所謂痊愈，只是指臨床症状业已消失、患者自覚业已恢复健康的意思。

1．治疗的时間与經过 疟疾的治疗我以往是不分类型，只根据患者第二次发作以后，掌握了它的規律性，每以发作前1时半至2时半的时間（平均2时）进行扎針，其疗效最高，大多只針一次即可痊愈，否則在針刺时間过早或过晚都是会影响疗效的。据不全面的統計：22例病人当中有恶性疟4例（多系規則型），間日疟11例，三日疟7例。經針刺一次痊愈者13例，二次痊愈者5例，三次痊愈者3例，另外一例經針刺三次后沒有复診，后果不詳。以上治疗，凡在二次以上不愈者絕大部分是因当时对时間的掌握不够准确的緣故。

2．取穴方法与刺激部位 根据师傅經驗，本疗法效果既

高，而且簡单易行，故我在治疗中仍是按照这种操作方法执行。其取穴方法为首先取稻草杆一根(其他軟草亦可)，測量男左女右之手掌，将草之一端置于掌后橫紋中央，再把他端向中指尖端伸引，到中指頂点将余草折断，取手掌之全长为度，然后再把該草移于脑后頸部，一端附于发际向下量起，到草之他端尽处是穴，其部位約在第三、四胸椎脊突之間身柱穴部位。

3．**刺激方法**　在取定之部位用指甲切痕，术者应用酒精消毒，以左手撮起刺点之皮肤，右手持消毒之三棱針(或粗縫衣針)刺之，刺术是速針速起，針后术者用手掌上从大椎穴(位于第七頸椎下，第一胸椎上陷中)往下，下从命門穴(位于第二腰椎之下陷中)向上，对准刺点，各进行重推七次，然后兩手于刺点部用力压迫，使之出血，再用消毒之棉球擦去血迹。

这种疗法对疟疾不但确有疗效，而且效果极好。本疗法单刺不灸，操作簡单易行，容易学习，中西医同仁均可試用。尤其施用于农村，則更感方便。取穴位置一定要按上述办法，力求測量准确为宜。該刺点是否确在身柱穴上，老师沒有明确談出，各种文献都不可考，不过为了使大家便于对这个部位的寻求，故略提出大概部位。在治疗方面，我認为掌握針刺时間关系很大，凡于每次发作前2小时施針，疗效最高，如果时間掌握不够及时，便会影响疗效。上下重推法是和按摩术有着密切关系，是具有一定的道理的，可以促进人体血液与淋巴的循环，使背肌之緊沉感覚变为松軟輕快，故病得以解除。

(原載中医杂志1956年9月号)

針灸疗法應用在治疗瘧疾方面的經驗介紹

江苏如皋县磨头区卫生所 俞 坤 雄

去年我区疟疾流行期間，我們曾应用針刺治疗疟疾，获得了显著的效果。

針灸能治愈疟疾，是由于針灸給予人体刺激，"增进神經的抵抗力量，使高級神經不受侵扰，身体也就不会发冷发热了，疟疾原虫失去适合它活动的条件，不久就在人体內部被消灭，病也就好了"(新針灸学)。其机制是与奎宁的抗疟作用相似——根据苏联斯別兰斯基院士等的研究結果，認为奎宁是一种类似疟原虫毒素的神經毒，它能与各种組織系統的感受器相接触，在該处与疟原虫毒素互相竞爭，控制了疟原虫毒素的作用，而在神經系統內产生了刺激，引起新的組織营养反应，改变了机体的化学組成，使疟原虫失去了适合它生存的必要条件，因而在机体內自行消灭。所以，針灸治疗疟疾是合乎先进的科学理論的。

自去年5月下旬起，我們用針刺治疗疟疾患者共60例，但因沒有进行訪視，所以有28例的后果不明。已明后果的32例中，間日疟25例，恶性疟7例；年龄从11至70岁不等；男性17例，女性15例，其中1例怀孕9个月(見附表1)。

我們所采取的穴位一律为：大椎、陶道、合谷(兩側)。用較强的刺激，达到患者感覚脹或麻的程度，留針10—20分鈡。

表 1

病例号	門診記录号数	姓名	性别	年龄	診断	針刺距发作之时間	針刺次数	結果	备注
1	55--3134	宋佩之	男	60	間日瘧	2—3 小时間	1	抑制发作后至今未发作	
2	55—3153	陈宋氏	女	56	間日瘧	2—3 小时間	3	針刺1次后抑制发作，一月后复发，又經兩次針刺至今未再复发	
3	55—3452	宋玉娟	女	12	間日瘧	2—3 小时間	1	抑制发作后至今未复发	
4	55—3915	刘善元	男	40	間日瘧	½—1½小时間	3	第1次針刺后未能抑制发作，以后繼續針兩次，寒热发作較輕	患者无信心而改用药物治疗
5	55--4806	徐广余	男	35	間日瘧	½—1½小时間	1	未能抑制发作	同上
6	55--6627	夏長銀	男	44	間日瘧	2—3 小时間	3	第1次針刺后抑制发作	
7	55--6856	郭載康	男	41	間日瘧	2—3 小时間	1	发作減輕	患者提倡針刺，以后改用药物治疗
8	55--6862	章楊氏	女	55	恶性瘧	2—3 小时間	2	第1次針刺后抑制发作	
9	——	張万銀	男	41	間日瘧	2—3 小时間	1	抑制发作	
10	55—8135	陈开明	男	38	間日瘧	2—3 小时間	2	第1次針刺后抑制发作	
11	55--8145	陈秀蓮	女	22	間日瘧	2 -3 小时間	1	抑制发作，兩日后复发	复发后拒絕針刺而改用药物治疗
12	55- 8159	朱李氏	女	60	間日瘧	2—3 小时間	1	抑制发作	
13	55—8160	李士梅	女	11	間日瘧	2—3 小时間	1	抑制发作	
14	55—8229	刘裕驥	女	37	恶性瘧	2—3 小时間	5	第1次針刺后抑制发作，連針2次。廿日后复发，又1次針刺后抑制发作	
15	55--8231	刘士銀	男	55	間日瘧	2—3 小时間	2	第1次針刺后抑制发作	

病例号	門診記录号数	姓名	性别	年龄	診断	針刺距发作之时间	針刺次数	結果	备注
16	55—8235	刘金森	男	36	惡性瘧	2—3 小时間	2	第1次針刺后抑制发作	
17	55--8332	賈梅芳	女	29	間日瘧	½—1½小时間	2	第1次針刺后約½小时即发作，第2次在发作前2 3时間針刺即被抑制	
18	55—8404	周陈氏	女	36	間日瘧	2—3 小时間	2	第1次針刺后抑制发作	
19	55—8536	邓寿如	男	19	惡性瘧	2—3 小时間	2	第1次針刺后抑制发作	
20	55--8507	丁細咪	女	11	惡性瘧	2—3 小时間	2	第1次針刺后发作較迟較輕，第2次針刺后抑制发作	
21	55—8538	錢張氏	女	70	間日瘧	2—3 小时間	1	抑制发作	
22	55—8544	刘士美	男	45	間日瘧	2—3 小时間	1	抑制发作	
23	——	田荣貴	女	58	間日瘧	½—1½小时間	1	未能抑制发作	
24	55—8679	刘松山	男	19	間日瘧	2—3 小时間	1	抑制发作	
25	55—8678	沈美如	男	57	間日瘧	2--3 小时間	2	第1次針刺后抑制发作	
26	55—8813	沈美祥	男	53	間日瘧	2--3 小时間	1	抑制发作	
27	55—8862	刘金来	男	24	間日瘧	2—3 小时間	1	抑制发作	
28	55—8869	湯桂蓮	女	30	間日瘧	2—3 小时間	2	第1次針刺后抑制发作	
29	55—9059	高明芳	女	22	間日瘧	2—3 小时間	2	第1次針刺后抑制发作	怀孕9个月
30	55—7280	周以仁	男	36	惡性瘧	2—3 小时間	2	第1次針刺后抑制发作	
31	55—8702	赵子田	男	19	惡性瘧	2—3 小时間	2	第1次針刺后抑制发作	
32	56—1064	陈国英	女	37	間日瘧	½—1½小时間	3	第1次針刺后未能抑制发作，第2次在发作前2—3小时間針刺即被抑制	

針刺时間在发作之前約 ¼—1½ 小时的共 5 例均未能抑制发作；在发作之前約 2 — 3 小时之間針刺的共 27 例，其中經一次針刺后抑制发作的 25 例(間日疟 19 例，恶性疟 6 例)，減輕的 2 例(間日疟、恶性疟各 1 例，見附表 2)。在发作之前¼—1½小时間針刺而未能抑制发作的 5 例中，有 2 例第 2 次針刺时間在发作之前 2 — 3 小时間，結果也抑制了发作。

表 2

針刺距发作时間	約 2 — 3 小时			約½—1½小时		
效果	抑制	減輕	无效	抑制	減輕	无效
間日疟	19	1	0	0	0	5
恶性疟	6	1	0	0	0	0
合計	25	2	0	0	0	5
百分率	92.6%	7.4%	—	—	—	100%

總　結

1．針刺治疗疟疾的疗效很高，但要掌握适当的时間。在农村中，患者虽无条件进行准确的計时，但只要掌握針刺时間在发作前約 2 — 3 小时之間，是有肯定效果的。

2．穴位采取"大椎""陶道""合谷(兩側)"，对間日疟、恶性疟都有很高的疗效。

3．針刺治疗疟疾的效果与年龄及性别沒有关系。

4．針刺之前須对患者詳細說明針刺治疗疟疾有很高的疗效，以及針刺时应有的感覚。否則，若患者沒有信心或发生畏惧，就难以获得良好的效果，如附表 1 之病例 4 及 5、7、11。

5．針刺治疗疟疾的方法簡便易行，而且可以节約抗疟药品。

(原載中級医刊 1956 年 7 月号)