近十年中醫防治疫病的臨床研究進展

Clinical research progress of recent 10 years in the prevention and treatment of contagious diseases with Chinese medicine

何家明　導師：蘇　晶　*HE Jiaming, SU Jing*

（香港大學中醫藥學院）

[摘要]　中醫學理論中沒有「傳染病」一詞，但很早以前就有對疫病的記載。[1]如《黃帝內經素問·刺法論》謂：「五疫之至，皆相染易，無問大小，病狀相似」。客觀地說，中醫防治傳染病，累積了相當豐富的經驗。本文總結近十年來，中醫對於新型傳染病的防治（如2003年的SARS)、嚴重自然災害後的防疫治疫及常見傳染病的防治作文獻回顧研究。

[關鍵詞]　疫；急性傳染病；中醫防治

1　中醫對於新型急性傳染病的防治

1.1　非典型肺炎（SARS）

「非典」是由新型冠狀病毒引致的傳染性非典型肺炎。世界衛生組織（wH0）稱其為症「急性呼吸系統綜合徵」，簡稱SARS（Severe Acute Resplratory Syndromes）[2]。

「非典」暴發迅速，患者主要出現發熱、咳嗽（乾咳）、喘促（呼吸急促）、氣短乏力、頭痛和肌肉酸痛。[3]早期出現低熱，很快出現高熱，伴乾咳少痰，喘憋，重症患者動則喘甚。其它症候有心悸、納呆、胃脘不適、便秘或腹瀉等。[4]病情發展迅速，發病到死亡的時間平均為24.6天，平均死亡率達7% - 15%。[5]

中醫界普遍認為，SARS屬於中醫「疫」的範疇，但對於中醫命名及病因病機，則見解各異。鄧氏[6]認為「該病屬於中醫春溫病伏濕之證，病機以濕熱蘊毒，阻遏中上二焦為特點。」仝氏[5]認為SARS「病位在肺，病性為毒」，應命名為「肺毒疫」，並認為該病「太陽經證居多（十之六七），其次為衛分症或衛氣同病（十之二三）。張氏[2]認為結合SARS的胸痹證候及其瘟疫的特點，應命名為「肺痹疫」，且「非典病因當是疫毒病邪」，提出以疫毒為主要病因。曹氏[7]認為SARS屬「濕濁之邪」。

治則治法方面，學者普遍以分期分型論治。其中採用分三期和四期的學者較多。分三期論治的，如仝氏等[6]以「三個階段，即發熱初期、壯熱期、熱毒期。分別用蘆根方、麻杏石甘湯、清瘟敗毒飲加減施治。」採取分四期論治的，如張氏等[9]按證候分為早期（濕熱疫毒、阻遏於肺，方用葛解肌湯合升降散加減。）、中期（疫毒侵肺，濕熱蘊毒，熱毒熾盛，充斥表裏，方用甘露消毒丹加減。）、極期（邪盛正虛，內閉喘脫，方用參附湯加減，送服安宮牛黃丸）、恢復期（氣陰兩傷，肺脾兩虛，濕熱瘀毒未盡，方用清暑益氣湯或竹葉石膏湯加減）。鄧氏[5]也主張分早期（濕熱遏阻，衛氣同病）、中期（熱蘊毒、邪伏膜原、邪阻少陽）、極期（濕熱毒盛，耗氣傷陰，瘀血內阻）及恢復期（正虛邪戀，挾濕挾瘀），按濕、熱的輕重及病邪在三陽或衛氣營血不同階段分型論治。彭氏[8]則以三期八型分治，即初期：邪犯肺衛（銀翹散加減），中期：邪阻少陽（蒿芩清膽湯加減）、濕熱遏阻膜原（達原飲）、邪熱壅肺（麻杏石甘湯加味）、肺熱移腸（葛根芩連湯加味）、熱入營血（清營湯加味），後期：正氣虛脫（參附龍牡救逆湯合生脈散加）、後期傷陰（沙參麥冬湯加味）九個證型分型論治。總體以「重在宣透與滲濕」為原則。崔氏[10]則認為應以古方如「衛分證的銀翹散、氣分證的白虎湯、營分證的清營揚、熱入心包重證的紫雪丹、至寶丹、安富牛黃丸等藥，根據中醫辨證論治的原則活用施治」。

總體來說，儘管中醫典籍中記載的各種溫疫理論和治法可以借鑒，而中醫藥的應用仍是以患者各自的臨床證候表現為基礎進行辨證論治的。[11]

1.2　甲型H1N1流感

甲型H1N1流感（下稱「甲流」）自2009年3月底至4月中旬，在墨西哥、美國等地接連暴發，在墨西哥、

本論文版權屬中醫藥學會所有 Copyright ©2010 CMA Press. All Rights Reserved

美國確診病例過萬人。據不完全統計，全球各國確診病例致死亡人數已超過200人。死亡率為0.1%-0.4% [12]因為該病傳染力強，死亡率比一般的季節性流感要高，迅速引起世界各國的關注。在我國，中醫界對甲型流感的也取得了一些經驗和可觀的成果。

甲流之常見臨床表現為：發熱、咳嗽、咽痛、流涕、倦怠和頭痛；亦可能出現嘔吐和腹瀉。對「甲流」的病因病機，學界見解大致可以分為兩類：（1）疫毒：劉氏[13][14]認為「甲流」屬於「中醫『外感熱病』中的『溫疫』範疇」，病邪特點為「熱毒加濕，表證輕或無明顯表證，內熱重」。鄭氏[15]溫疫範疇初起屬風熱證，但同時具有熱毒的特點。張氏[16]甲型H1Nl流感這種「癘氣」病邪，屬於風熱疫毒之邪。（2）外感熱病：何氏[17]認為「甲型H1N1流感是外感病症，是濕熱毒邪」。王氏等[18]認為「甲流」「屬於中醫學溫病的範疇；致病因素是溫邪；有明顯的急性發熱過程。」

治療方面，劉氏[17]分三型論治，即（1）毒襲肺衛，表熱輕證用桑菊飲，表熱重證用麻杏石甘湯加減。（2）毒犯肺胃（胃腸型表現），方用藿香正氣散。（3）毒壅氣營（肺炎型）方用麻杏石甘湯合安宮牛黃丸。劉氏[14]又認為在出現危重症狀時，應注重清熱解毒、活血解毒、宣肺化痰。可根據病情辨證選用熱毒寧注射液、痰熱清注射液、清開靈注射液、血必淨注射液。封氏[17]通過回顧文獻，得出治療甲流重症患者最常用「麻杏石甘湯」和「承氣湯」，並以方測證，提示肺熱腑實證較常見。王氏[18]則以「臨床對發熱輕或不發熱者以桑菊飲加減，發熱重者採用麻杏石甘湯合柴葛解肌湯」為治療原則。

總體看，不論是「溫病」或「疫氣」，大部分學者都支持「甲流」屬於熱邪，並傾向用寒涼解毒的治則。然而，也有其他意見。如支氏[19]根據「甲流患者發病初期大多口微渴或口不渴，欲飲水但飲水量並不多」為引，分析「甲流」「病邪屬寒，病性寒熱錯雜」，並主張按傷寒以六經辨治，提出「甲流」屬傷寒中之少陽證，並以柴胡湯為主方治療。

2　中醫對重大自然災害後防疫治疫的實踐

過去十年，全球的自然災害頻繁。就我國而言，就經歷了2008年的汶川大地震及2010年的舟曲特大泥石流災害。大災之後，因交通中斷、物資短缺以及未能及時殮葬罹難者，均有出現傳染病的風險。在以上兩次災難中，中醫界的學者也參與了抗災防疫的工作，並取得了成效。

羅氏[20]記述，汶川大地震後，因「條件艱苦，工作環境惡劣」，災區的災民漸出現了呼吸、消化、皮膚方面的疾病。有（1）濕熱下注（爛襠）：陰囊、腹股溝、大腿內側紅斑、丘疹等；患者自覺盛癢、灼痛及行走時疼痛。（2）濕毒蘊結（蚊蟲叮咬、濕疹）：皮疹多形性，起病急，自覺灼熱、奇癢及皮膚紅腫。（3）暑濕證：身熱、頭身重病、微汗、口渴、脘痞等暑濕鬱遏肌表的證候。對應治療措施包括：（1）濕熱下注（爛襠）：清熱利濕，斂瘡止癢；以都江堰1號外用[21]。（2）濕毒蘊結（蚊蟲叮咬、濕疹）：清熱除濕，解毒止癢；以都江堰2號外用。（3）暑濕證：治療原則：暑解表祛濕；防暑降溫飲處方：藿香15g、法夏15g、厚朴5g、茯苓15g、滑石30g、蘆根30g、薄荷15g、荷葉30g、生甘草12g。湯劑，3次/日。羅氏「根據使用人員回饋的資訊初步統計」，上述治療方案，「療效確切，未見不良反應。」

王氏[22]以問卷形式，隨訪地震後綿陽地區用中醫藥防治傳染病的的情況。結果發現：（1）聚居區的災民發生急性呼吸道感染疾病發生的風險最高；發生腸道傳染病的風險次之；（2）比較地震後運用與未運用中醫藥預防後上呼吸道疾病、腸道疾病、皮膚病的人數，發現有顯差異。而根據李氏[23]引述中醫藥管理局局長王國強所述，災區中醫醫療機構設立中藥預防大鍋湯服務，對預防呼吸、消化等疾病起到積極作用。

馮氏[24][25]記述，舟曲泥石流災後幾天中氣溫驟降，胃腸道、呼吸道疾病及皮膚病呈高發趨勢。研究組以：（1）調理腸胃止腹瀉方（茯苓30g，炒薏苡仁30g，白蔻仁10g，藿香10g，生薑10g，黨參20g，炒蒼朮10g，車前子10g，陳皮10g，炒白朮20g ，炙甘草10g），治療因感受寒濕濁氣而致腹瀉、腸鳴、脘腹脹滿、納呆。以（2）感冒方1（炙麻黃10g，杏仁10g，荊芥10g，炙白前10g，炙百部10g，黃芩 10g，牛蒡子30g，桔梗10g，生甘草10g），治療因感受風寒濕氣而致的頭痛身痛，鼻塞流涕，咳嗽咽痛。感冒方2（荊芥10g，防風10g，細

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCM All Rights Reserved

辛3g，藿香6g，桔梗6g，生地10g，玄參10g，牛蒡子20g，焦三楂20g，白豆蔻10g，生黃芪30g，生甘草10g。）治療因感受風熱濕氣而致發熱頭痛，咽喉腫痛，胃脹納呆。（3）皮膚外用洗劑處方（黃柏30g，苦參30g，蒼朮30g），治療因水濕浸泡時久致皮膚潰爛，紅癢疼痛。並對災區病人進行了分類統計，結果顯示隨中藥的發放災區人民的發病呈穩定下降趨勢。

脫氏[26]報道通過大規模採用中醫食療，以及制定的預防為主的中藥湯劑，進行群體預防控制災後常見病、傳染病，結果效果滿意。（1）飲食食材預防：每日伴餐生吃大蒜1~3瓣，預防腹瀉、痢疾蚊蟲咬傷；（2）花椒每人每次0.5g，煮水或開水泡服，每日2次，預防傳染病及腸道寄生蟲；（3）麻杏牛蒡止咳湯：炙麻黃10g、杏仁10g、荊芥10g、炙白前10g、炙百部10g、黃芩10g、牛蒡子30g、桔梗10g、生甘草10g。防治感冒。（4）驗方健脾利濕止瀉散：茯苓30g、薏苡仁30g、白蔻仁10g、藿香10g、生薑10g、黨參20g、炒蒼朮10g、車前子10g、陳皮10g、炒白朮20g、炙甘草10g。防治腹瀉、痢疾。

中醫在災後防疫治疫方面的效果予以肯定，並應加強研究，以減低自然災害後的人員病亡數字及爆發傳染病的可能。

3　中醫對常見傳染病的防治進展

自古《內經》《傷寒》以降，中醫典籍在傳染病方面累積了相當豐富的論述，到明清時期，溫病學說及對「疫病」的認識逐步被建立，更為中醫治療傳染病打下了深厚的理論和實際治法的基礎。在過去的一個世紀，全球經歷無數戰爭、災荒，新型傳染病接踵而至，而中醫學界在中醫學理論指導下，對新型傳染病作出分析，並提出對應的治療方案，均取得了不俗的臨床療效。

3.1　急性上呼吸道病毒感染

急性上呼吸道病毒感染（下稱「上感」）屬於中醫外感熱病的範疇，相當於中醫學的感冒、時行感冒等病[27]。中醫在近年對其認識有所加深，隨着外感熱病學的建立和發展，不少醫家提出了統一外感熱病三種辨證方法（即六經、衛氣營血及三焦辨證）[28]。如劉氏[29]統合六經、三焦、衛氣營血三種辨證法，將外感熱病分為（1）表證期：病位在表，病性有寒有熱。包括太陽經證、衛分諸證及上焦病中的肺衛證等。（2）氣分期：病位在裏，病性屬實屬熱。包括少陽病證、陽明病證。（3）營血期：病位在裏，病性屬實屬熱。包括營分證、血分證、心包證、蓄血證及血室證等。（4）正衰期：病位在裏，病性屬虛寒或虛熱。包括上、中、下三焦所屬臟腑的陰傷虛熱證、陽虛內寒證及寒熱錯雜證等。（5）恢復期：指病邪已退盡或退而未盡，正虛待複的病理階段。

在治療方面，中醫學界多研究以溫病治法或溫病方加減，評估對上感的療效。如王氏[27]以診斷為急性病毒性上呼吸道感染的患者為觀察對象，分析其證型分佈規律並隨機抽取其中風寒濕兼鬱熱證型的患者40例，分為治療組給予疏風透表、清宣解熱法治療20例，對照組給予日夜百服寧（雙分偽麻片/美撲偽麻片）治療20例，隨訪觀察3天，對比觀察兩組效果。得出「疏風透表、清宣解熱法對風寒濕兼鬱熱證型的急性病毒性上呼吸道感染有良好的治療效果。」張氏[30]則以清氣解毒退熱方（生石膏30g先煎、知母10g、銀花15g、黃芩10g、連翹10g、薄荷6g後下、草河車10、蘆根30g、麥冬15g、玄參10g）。結果示：該方治療呼吸道感染性發熱具有較好的臨床療效和安全性，能有效降低體溫，緩解全身症狀，有助於及早控制病情的發展。奚氏、王氏[31][32]選擇45例符合上呼吸道病毒性感染診斷標準的患者，隨機分為退熱顆粒治療組（治療組）30例與小柴胡沖劑治療組（對照組）15例，結果治療組總有效率高於對照組；治療組在2h段降低發熱患者體溫、改善臨床症狀及積分下降方面優於對照組。

3.2　手足口病

手足口病是由腸道病毒引起的傳染病，多發生於5歲以下兒童。目前尚未發現中醫古代文獻中有對本病的專門記載[33]。故此，中醫界對該病的病因病機有多種不同的看法。如霍氏[33]總結文獻，得出幾種觀點，（1）由外感時邪病毒、內有濕熱鬱蒸引起；（2）由肺脾經內蘊濕毒外泄，與外感風濕之邪結合於肌表所致；（3）從衛氣營血的傳變出發，認為溫邪上受，首先犯肺，後轉入氣分，甚至氣營兩燔。小兒乃純陽之體，感邪後易從

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKIOM All Rights Reserved

火化，熱毒熾盛，心脾受之，心脾積熱。又胡氏[34]等以問卷形式訪問專湖南省中醫兒科學會12位專家，得出手足口病的常見證型為風熱犯肺、濕熱毒蘊、熱入營血、心脾積熱。張氏[35]以臨床流行病研究方法，對837例手足口病普通型患者中醫臨床症狀、證候、病情演變規律等進行研究。結果顯示中醫病位多在肺、脾、心；病理性質為熱毒夾濕。馬氏[36]觀察手足口病患者1155例，並作中醫臨床特徵分析，認為該病的中醫病因性質為溫熱挾濕以溫熱之性為主，病位在肺、衛，中醫辨證為溫熱挾濕、鬱阻肺衛證。

因為對病因病機未有完全統一看法，治療方案上亦顯示出多樣性。陳氏[37]自擬清熱瀉脾飲（淡竹葉9g、穀芽15g、鉤藤9g、生薏苡仁15g、蟬蛻6g、甘草5g）。盧氏[38]從脾論治，分為三型，即（1）脾胃濕熱，濕熱並重型，治以清熱利濕解毒。（2）脾虛濕聚型，治以健脾化濕、理氣和中。（3）心脾蘊熱，陰虛火旺型，急性期治以清熱解毒，涼血祛濕；恢復期以脾助運，養陰生津。黃氏[39]以五味消毒飲治療兒童手足口病46例，對照40利巴韋林及抗生素治療。結果示治療組總有效率達97.8%。羅氏[40]認為此病為中醫的濕熱病，初起可用藿香、香薷、羌活、蒼朮、薄荷、牛蒡子芳香化濕，疹出可用生地、玄參、連翹、犀角（水牛角代）、紫草、銀花露、鮮菖蒲宣泄濕熱。黃氏[41]、龔氏[42]、張氏[43]均使用銀翹散加減治療該病，成效均彰。其中黃氏主張銀翹散隨症加減（熱重者加石膏、知母，大便閉結者加枳實、大黃，尿短黃者加木通）；龔氏主張以銀翹散合導赤散使用；張氏主張使用銀翹馬勃散。

3.3 登革熱

登革熱是由登革病毒引起，經伊蚊傳播的急性傳染病。20世紀在世界各地曾多次發生過大流行，患病人數多選百萬以上。在東南亞呈地方性流行，尤以夏秋兩季伊蚊易滋生地區為甚。近年來，我國東南沿海一帶偶有散發病例。

本病多發於夏秋季，發病急驟，傳變迅速，常廣泛流行，可歸屬中醫溫病學溫疫範疇[44]。由於登革熱流行於夏季多雨濕熱的天氣及熱帶叢林地區，多數中醫學者都認為該病屬於暑熱挾濕的證候，只是在分期分型上有所差異。劉氏[44]、林氏[45]對本病的病因病機見解相似，均認為本病的發生乃因素體正氣不足，抗邪力低下，複感疫癘毒邪而致。（1）疫癘毒邪從肌膚入侵，先犯衛氣或侵犯膜原；（2）毒邪夾濕熱穢濁阻遏中焦；（3）疫毒熾盛則內傳營血；疫毒灼傷血絡，則出現斑疹；迫血妄行，則見各種出血證；疫毒內閉心腦則神志昏迷；邪熱亢盛引動肝風則見痙厥；（4）若因疫毒亢盛，耗傷元氣或因出血過多，氣隨血脫，則可致厥脫；（5）病變後期，疫毒漸退，表現為餘邪留戀。張氏[46]認為其病因應按不同的發病季節和證候特徵，分屬於「暑熱疫」、「濕熱疫」、「暑濕夾癘」。辨證上分為衛氣同病型、邪伏膜原型、氣營（血）兩燔型。

治療方面，學者一般按溫病的思路，以「疏風解表」、「祛濕化濁」、「涼血清營」、「養陰生津」等為主要治法。夏氏[47]以利濕濁，升清陽，暢氣機為法，自擬「登革熱I號」方（滑石30g，薏苡仁、炒麥芽各20g，杏仁、法半夏、黃芩、知母、竹茹、白朮各15g，白豆蔻15g、厚朴各6g，甘草5g）為主治療登革熱，成效良好。羅氏[48]按熱入氣分或氣營兩燔證，以清氣涼營湯（大青葉、生石膏（先煎）、白茅根、野菊花、青蒿（後下）各30g，金銀花、知母各10g，淡竹葉，大黃各10g。）治登革熱，結論指出：清氣涼營湯有良好的退熱效果，而且還能明顯減輕臨床症狀。王氏[49]針對登革熱，熱入營血、迫血妄行引起的出血症狀，以複方丹參注射液對照止血敏、安絡血及局部止血劑，結果「在搶救休克型病例和降低病死率方面，複方丹參注射液的療效是顯而易見」。

4 總結

綜上文獻報道，可以說明：

（1）中醫自《內經》、《傷寒論》一直到明清時期的溫病、溫疫學說，中医對傳染病有較系統的認識，其理論體制雖然樸素和籠統，但對於疫症的證候學分析，仍然可以指導臨床治療，並取得相當優越的療效，尤其對於新型的傳染病，在現代醫學未能及時查找病因，以制定有效的治療方法時，中醫在挽救性命及減緩症狀方面，有不可否認的功用[50]。

香港中醫藥學會版權所有 Copyright © HKCM All Rights Reserved

（2）在整理文獻的過程中發現，經方、局方、溫病方重覆大量地出現，就算是學者們的自擬方中，仍可見經典方劑格局。說明經典方劑歷久不衰，無論是遣方、用藥、方意等概念上，仍在指導中醫解決各種突發的新型疫病。

（3）一些新型疾病，如SARS、H1N1甲流等，自疫情爆發至疫情消失，中間只經歷短短數月，至今仍未見有再爆發的跡象，讓人不禁懷疑在過去的人類文明史上，是否也出現過類似甚至一樣的疫情。故此，研究及整理古代醫案，總結疫症的症狀、證候和治療思路等，對日後不明疫情爆發時，制定防疫方案有一定的指導作用。

21世紀，全球經濟日益發達，人類社群間接觸頻繁、生活環境的改變和氣候的變化，新型傳染病的爆發可以說是必然的。因此，繼續挖掘並發揮中醫在急性傳染中的潛在作用，對於保護人類健康，遏止疫情擴散乃其所造成傷亡上，將是不可或缺的一環。

參考文獻

[1] 劉寧等. 論溫疫學說的歷史沿革與發展. 北京中醫. 2005,24(6)
[2] 張伯禮等. 非典的中醫命名、分期及病機. 天津中醫藥. 2003,20(3)
[3] 張明雪, 曹洪欣, 翁維良, 謝雁鳴. 從中醫瘟疫理論識SARS主症特徵. 北京中醫藥大學學報. 2006,29(3)
[4] 尹新中等. SARS的中醫發病特點及病機淺析. 中國中醫急症. 2004,13(3)
[5] 全小林等. SARS的中醫、中西醫結合臨床研究. 中國醫藥學報. 2004,19(z1)
[6] 鄧鐵濤. 論中醫診治非典. 天津中醫藥. 2003,20(3)
[7] 曹克儉等. 中西藥結合治療SARS病例報告. 中國中西醫結合雜誌. 2004,24(5)
[8] 彭勝權. 中醫對非典型肺炎的認識及論治. 新中醫. 2003,35(7)
[9] 張春紅等. 非典的中醫診治. 武警醫學. 2003,14(9)
[10] 崔曉萍. 從中藥治「非典」論辨證施治的優勢與特色. 中醫藥學刊. 2004,22(5)
[11] 楊牧祥等. 中醫藥參與治療SARS綜述. 中國全科醫學. 2004,7(24).
[12] 賈微等. 淺談中醫藥對甲型H1N1病毒流感的診療. 中國民族醫藥雜誌. 2009,15(11)
[13] 劉清泉等. 甲型H1N1流感臨床中醫證候學的特點. 中國中醫藥現代遠端教育. 2010,08(17)
[14] 劉清泉等. 18例甲型H1N1流感危重症病例中醫臨床分析. 北京中醫藥. 2009,28(12)
[15] 鄭浩傑等. 甲型H1N1流行性感冒輕症103例臨床特徵回顧分析. 環球中醫藥. 2011,04(3)
[16] 張國梁等. 63例甲型H1N1流感中醫臨床症狀和證候特點初步探討. 中醫藥臨床雜誌. 2011,23(1)
[17] 封繼宏等. 甲型H1N1流感危重症患者中醫介入治療的調查分析. 中國中醫藥現代遠程教育. 2010, 08(17)
[18] 王玉光等. 6例甲型H 1 N 1流感確診病例中西醫證治報告. 北京中醫藥. 2009,28(6)
[19] 支開葉等. 甲型H1N1流感的中醫分析. 光明中醫. 2010,25(8)
[20] 羅才貴. 5. 12汶川大地震後濕溫證的中醫藥防治策略. 實用醫院臨床雜誌. 2009,6(1)
[21] 張梅奎等.都江堰 1號對汶川抗震救災官兵急性濕疹的治療. 軍醫進修學院學報. 2008, 29(6)
[22] 王暢等. 綿陽「5. 12」地震用中醫藥防治傳染病的問卷調查與分析. 中醫臨床研究. 2012, 07(4)
[23] 李楊等. 王國強: 必須着力加強中醫藥應急能力建設. 光明中醫. 2008, 08
[24] 馮蕾等. 中藥湯劑在舟曲特大泥石流災後防疫保健中的應用. 中醫藥導報. 2011,17(4)
[25] 馮蕾等. 中藥湯劑對舟曲泥石流災後496名初中生淋巴細胞亞群及血常規的影響. 中醫研究. 2011,24(9)
[26] 脫長宇等. 洪水、泥石流災後常見病、傳染病中醫藥防治實踐. 中國醫藥指南. 2011,09(25).
[27] 王聰等. 疏風透表、清宣解熱法治療急性病毒性上呼吸道感染（風寒濕兼鬱熱證）的臨床研究. 南京中醫藥大學碩士學位論文. 2011.
[28] 劉葉. 急性上呼吸道病毒感染的中醫證治研究進展.新中醫. 2007,39(9)
[29] 劉蘭林等. 構建外感熱病辨證體系的探討. 中華中醫藥雜誌. 2005,20(1)
[30] 張焱等. 清氣解毒退熱方治療呼吸道感染性發熱97例療效觀察. 中國全科醫學. 2009,12(18)
[31] 奚肇慶等. 透表清氣法對上呼吸道病毒性感染發熱體溫影響的臨床研究. 中國中醫急症. 2008,17(3)
[32] 王毅軍等. 退熱顆粒治療病毒性上呼吸道感染臨床研究. 中國中醫急症. 2010,19(3)
[33] 霍莉莉等. 小兒手足口病的中醫治療概況. 新疆中醫藥. 2003,21(2)
[34] 胡燕等. 手足口病中醫證候專家問卷調查分析. 中國中醫藥資訊雜誌. 2011,18(4)
[35] 張國梁等. 837例手足口病普通型中醫臨床流行病學研究分析. 中醫藥臨床雜誌. 2011,23(9).
[37] 陳世俊等. 中醫治療手足口病的臨床療效觀察. 中國當代醫藥. 2011,18(21).
[38] 盧有亮等. 中醫從脾論治小兒手足口病. 光明中醫. 2009,24(4)
[39] 黃淩一. 五味消毒飲治療兒童手足口病86例臨床觀察. 中國中醫藥諮訊. 2011,03(7)
[40] 羅曉燕. 「手足口病」的中醫辯證及防治方法. 健康必讀（中旬刊）. 2011(4)
[41]黃紅梅. 銀翹散加減治療手足口病16例. 江西中醫藥. 2008,39(12)
[42] 龔人愛. 銀翹導赤散治療小兒手足口病76例. 中醫藥臨床雜誌. 2007,19(5)
[43] 張磊. 銀翹馬勃散加減治療小兒手足口病150例. 光明中醫. 2011,26(5)

版權所有 All Rights Reserved

[44] 劉葉等. 登革熱的中醫辨治. 新中醫. 2007,39(11).
[45] 林德生等. 中醫藥治療登革熱臨床體會. 世界中醫藥. 2008,3(2)
[46] 張國雄等. 登革熱31例中醫證候分析. 中國中醫急症. 2008,17(7)
[47] 夏瑾瑜等. 自擬「登革熱I號」方治療登革熱125例療效觀察. 全國第2屆中西醫結合傳染病學術會議暨國家中醫藥管理局第1屆傳染病協作組會議論文集.2008.11
[48] 羅翌等. 清氣涼營湯為主治療登革熱18例臨床觀察. 新中醫. 2003,35(7).
[49] 王和權等. 複方丹參注射液治療登革熱599例療效觀察. 中國熱帶醫學. 2001,1(1)
[50] 蘇永南. 中醫藥治療傳染病的現狀分析與對策研究——基於福州市調查. 福建醫科大學碩士學位論文. 2009.

（編委：張群湘審校2015.07.04）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved