

江苏省医学科学资料汇编

1959

(三)

内部资料注意保存

江苏省卫生厅

前 言

江苏省的中医研究工作,在党的社会主义建设总路线,大跃进,人民公社三面红旗的光辉照耀下,和其他工作一样,在1958年大跃进的基础上获得了大丰收,取得了更大的成绩。为了及时交流与推广这些研究成果,并在此基础上继续发展与提高,更好地继承与发扬祖国医学遗产,加速创立我国新的医药学派,为工农业生产为人民健康更好地服务起见,特将1959年有关祖国医学的主要研究资料汇编成手册,印发供各地参考。由于篇幅和水平所限,所有资料未能全部列入,有的只刊登摘要。已汇编的资料中也难免有缺点和错误,希各地谅解。如发现问题望及时来函指正,以便改进今后的工作。



146/257/27

目 录

综述与针灸机制的研究

祖国医学在血液学方面的成就

苏州医学院内科教研组 陈说书…………… (1)

全身针灸穴位的解剖摘要

南京第一医学院徐州分院解剖教研组 石中梁整理…………… (4)

肢端部经络穴位(114个)的局部解剖以及神经联系关系的解剖观察

南京第一医学院解剖学教研组…………… (5)

针刺足三里对于疲劳恢复作用的机制

南京第一医学院生理学教研组…………… (17)

针灸治疗阑尾炎时对白血球吞噬作用的观察

南通医学院生理学教研组 王健鹤 赵锡凯 周自强…………… (19)

传染病

加味茵陈蒿片治疗135例小儿病毒性肝炎的观察

南京中医学院…………… (23)

儿童病毒性肝炎用茵陈蒿汤、梔子柏皮汤加味治疗102例报告

苏州专区人民医院儿科 张鑑青…………… (28)

青黛粉治疗小儿病毒性肝炎的初步观察摘要

徐州市立第一医院…………… (31)

中医药治疗病毒性肝炎的体会

南通医学院祖国医学教研组 曹向平…………… (31)

治疗40例病毒性肝炎的体会

南京中医学院…………… (35)

黄疸树煎剂治疗病毒性肝炎43例的初步观察报告

无锡市崇安区联合诊所 戴佩然…………… (43)

中医治疗急性黄疸型病毒性肝炎60例报告

淮阴市人民医院…………… (50)

中西合作治疗麻疹肺炎591例摘要

南京中医学院 南京第一医学院…………… (53)

314例麻疹併症分析

苏州专区人民医院…………… (55)

推拿治疗白喉78例分析报告

南通医学院附属医院…………… (62)

巴豆朱砂膏治疗白喉206例临床疗效总结

镇江市传染病医院 徐长胜…………… (68)

針刺“鬪上”等部穴治疗白喉52例疗效分析和探討	
南通市中医院	(70)
中医治疗白喉小結	
南京市傳染病院	(75)
南京市1959年針刺治疗流行性乙型腦炎小結	
南京市乙型腦炎防治委员会中医治疗組	(80)
藥物穴道注射配合針刺治疗60例脊髓灰白質炎总結报告	
南京市立傳染病院医务部	(88)
針灸治疗脊髓灰白質炎后遺症的体驗	
启东县人民医院	(93)
針灸治疗細菌性痢疾24例近期疗效分析摘要	
南京市立第四医院內科 蔡蔚信	(96)
穴位封閉治疗急性细菌痢60例总結报告	
南通医学院傳染病室	(97)
野麻草治疗細菌性痢疾100例临床分析	
南通市人民医院內科科組	(101)
中药香連丸治疗伤寒帶菌者的疗效观察	
南京市医学科学研究所 赵期泉 吳晉钟 姜坤范	(103)
秦皮治疗痢疾十例临床观察摘要	
徐州市立第二医院內科 袁惠卿	(105)
內科	
“平血丸”治疗高血压临床疗效初步观察	
太仓县医药卫生科学研究所	(107)
中医辨証論治治疗高血压96例初步报告	
南通医学院附属醫院 南通市 中 医 院	高血压研究小組 (112)
中药治疗风湿性心脏病(二尖狹窄)8例的初步临床观察	
南京市中医院	(119)
針刺“内关”对心血管系統疾病的临床观察	
苏州医学院	(123)
中医治疗肺結核103例疗效观察初步小結	
南通医学院附属醫院 南通市 中 医 院	肺結核研究小組 (125)
治疗36例肺結核临床观察总結	
南京中医學院	(132)
黄连素治疗肺結核11例的分析	
南京市結核防治院	(142)
日光灸用於治疗肺結核12例总結报告	
江都县人民医院針灸科 孔祥寬	(148)

胃下垂16公分經一月推拿上升6公分 苏州市中医院推拿科 丁瑞云	(151)
烏賊骨粉、三七粉治疗消化道出血三例报告 南京市立第四医院 孙明	(151)
蜂蜜治疗消化性潰瘍的初步观察 徐州市立第二人民医院	(152)
在治疗50例慢性腎炎中对蛋白尿改变的临床观察 南京市中医学院	(155)
中医治疗急性腎炎并发尿毒症3例报告 盐城医专附属医院中医科 夏少泉	(161)
抢救10例尿毒症的經驗介紹 南京中医学院	(167)
解渴縮尿飲治疗原发性尿崩症5例 徐州市立第一医院	(174)
乳糜尿的中医治疗初步小结 南京铁道医学院祖国医学教研组	(178)
治愈过敏性贫血病并发腎炎一例报告 南京中医学院	(182)
中药治疗先天性凝血酶元过症 苏北人民医院	(185)
虫类药物对“风湿性关节炎”60例的疗效初步观察 南通市中医院	(186)
用針灸“燒山火”手法治疗风湿性关节炎的經驗介紹 灌阴医专属院 于凌云	(189)
針灸治疗340例神經衰弱的初步观察 南京中医学院	(191)
失眠穴的发现和疗效初步分析 常熟县大义公社 赵品纯 执笔褚玄仁	(197)
針刺“跟眠穴”治疗失眠的初步观察 南京铁道医学院	(201)
水針治疗失眠症23例报告 苏州专区人民医院	(202)
針刺治疗放射反应初步观察报告 南京第一医学院放射学教研组 錢云鉞 王鍾琪	(204)

外科:

診治354例骨折病人初步分析 南京中医学院	(209)
中药“接骨丹”治疗80例骨折摘要 常州市天宁区第一联合医院 宋紹昌	(212)

- 用中药治疗阑尾炎40例的初步观察
无锡市第一人民医院中医科 郑际青…………… (212)
- 中药大黄红藤合剂治疗肠痈(阑尾炎)初步总结
丹阳县人民医院科研室…………… (217)
- 针灸治疗阑尾炎136例总结报告
南通医学院外科教研组针灸治疗阑尾炎研究小组…………… (220)
- 中药巴豆朱砂磁贴阑尾奇穴治疗99例阑尾炎初步报告摘要
慈湖县人民医院外科 祝汉三 季中成…………… (223)
- 运用新的针灸穴位治疗急慢性阑尾炎91例疗效显著
苏州专区人民医院针灸科, 内科…………… (224)
- 针灸治疗闭急性腹股沟疝20例的初步总结
徐州市立第二医院…………… (225)
- 枯痔搽治疗内痔核711例初步报告(住院493例、门诊218例)
无锡市第四人民医院中医科…………… (227)
- 灰碱液治疗内外痔临床经验介绍
盐城中医院痔科 傅忠…………… (233)
- 用狼毒丸治疗淋巴结核的临床观察摘要
吴江县唐港公社医院 沈德庆 吴江县卫生科 周一非…………… (235)
- 莪花治疗颈淋巴结核
苏北人民医院…………… (235)
- 针灸治疗栓塞性输卵管炎
南京市立第一医院…………… (236)
- 雄黄解毒丸治愈痔血症
滨海县人民医院科技协会 马耕吾…………… (239)
- 中药秘方“猪胆膏”治疗蜂窝炎110例报告
常州市中医院 赵新华…………… (241)
- “金陀僧膏”治愈膈疝11例报导摘要
常州市中医院 赵新华…………… (244)

妇产科

- 中药十三太保汤矫正胎位不正初步报告
南京铁道医学院妇产科…………… (245)
- 艾条灸“至阴穴”矫正臀位法
无锡市妇幼保健院…………… (247)
- 针灸治疗410例子宫脱垂病的初步观察
南京中医学院附属针灸实验医院子宫脱垂研究小组…………… (249)
- 中药配合针灸治疗子宫脱垂的初步疗效观察
南通市中医院…………… (260)
- 针灸治疗397例子宫脱垂疗效观察
兴化县卫生局…………… (263)

兒科

- 推拿治疗小儿腹泻70例的疗效观察
南京中医学院..... (267)
- 挑四缝穴治疗小儿哮喘的初步报告
大丰县中医院 朱遇春..... (272)

五官科

- 交感性眼炎病例报告
南京铁道医学院..... (275)
- 利用针刺及穴位封闭疗法治疗电光性眼炎摘要
南京市立第一医院 張厚..... (276)
- 中药消沙化铁丹眼药水
盐城中医院 卢心斋..... (277)
- 化铁丹眼药水配制方法之改进摘要
南京第一医学院徐州分院 王建华 郝雄偉 張維芬..... (278)
- 针灸治疗角膜溃疡13例初步报告
淮阴医学院附院 赵緒..... (278)
- 应用硃砂治疗慢性单纯性化脓性中耳炎的臨床观察
徐州市立第二医院耳鼻喉科..... (282)
- 针灸治疗聾哑病48例报告
淮阴医学院附院 于凌云 王守德..... (283)
- 中医中药治疗“走馬牙疳”951例初步总结报告
无錫市第四人民医院喉科..... (286)

皮肤科

- 梅花針治疗某些皮肤病的疗效观察
徐州..... (293)
- 用白藜丸内服，配合煤焦油、魚石脂、焦性沒食子酸軟膏外搽治疗白殿風效果报告摘要
南京市立第一医院皮肤科 許銘..... (294)
- 中药治疗蕁麻疹(风疹块)摘要
无錫市第五人民医院 周鏡孝..... (294)
- 地榆油治疗濕疹初步观察
南通医学院皮肤性病教研組 張振楷 陆惠生..... (295)
- 应用中药嬰兒濕疹膏治疗嬰兒濕疹100例初步总结报告
常州市联合中医院 張伯清..... (298)

其他

- 針鼻疗法
南京市中医院..... (303)
- 用威灵仙叶作冷灸发泡疗法的初步报告
句容县石埭公社医院科学研究小組..... (307)

祖国医学在血液学方面的成就

苏州医学院内科教研组 陈悦市

在祖国医学中，虽然没有“血液学”的专科，但有关的内容却丰富地散在文献之中。由于本人学习中医时间很短，知识和体会都极贫乏，这里仅将个人在古籍以及近来的中医资料中所见的有关血液学方面的资料简略地加以综述，不正确与遗漏之处，请高明不吝指正。

一、血液的重要性和功用——灵枢说“人之血气精神者，所以奉生身而周於性命者也”（本藏篇），“血脈營氣精神”（本神篇），“血氣經絡，勝形則奪，不勝形則天”（奪天剛柔篇），“血和則經脈流行，榮復陰陽，筋骨勁強，關節滑矣”（本藏篇），“血氣有餘，肌肉堅致”（五閱五使篇），“肉者多血，少血則充形”（衛氣失常篇）。素問說“血氣者人之神”（八正神明論），“肝受血而能視，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能攝”（五臟生成篇），“血氣不和，百病乃變化而成”（調經論）。可見古人對於血液的重要性——循環全身使體內各個系統和臟器都受滋養，能進行正常的生理活動，從而維持人體的健康是有充分的認識的。

二、血液的物理性質——素問說“在體為脈，在臟為心，在色為赤”（陰陽應象大論篇）。靈樞說“黃帝曰，血出清而半為汁者何也，岐伯曰新飲而液滲於絡而未合和於血也，故血出而汁別焉”（血絡篇），“咸走血，多食之令人渴”（五味論）。以上是古人對於血液的色、味以及凝血後血清析出的觀察。

三、血液的生成：

（1）與飲食及營氣的關係——靈樞說：“中焦受氣，取汁變化而赤，是謂血”（決氣篇），“谷入於胃，脈道以通，血氣乃行”（經脈篇），“營氣者泌其津液，注之於脈，化以為血，以營四末，內注五臟六腑”（邪客篇）。根據以上說法，血的來源是水谷之精氣（營），可見古人已体会到血液的生成需要正常的營養，而營養不良也有礙於正常的造血。古人又說“氣為血帥”、“氣行血自行”，指出氣和血之間的密切關係。

（2）心生血——素問說：“心生血”（陰陽應象大論篇），“心主身之血脈”（痿論），“諸血皆屬於心”（五臟生成篇）。這裡的所謂“心”，可能有两个解釋，一是指心臟，說明血液循環的主要器官是心臟，另一個可能性是指中樞神經系統，暗示着造血器官是受到中樞神經系統的管制調節（蘇聯Черниговский及Ярошевский氏曾有專著）。

（3）肝藏血——“肝藏血”的理論見於素問調經論和靈樞本神篇。素問五臟生成論說：“故人臥，血歸於肝”，明代李樞醫學入門說：“人動則血運於經，靜則血歸於肝”。本草綱目（卷50骨部）說：“肝主藏血，故諸血病用為導入肝”。所謂“藏血”當然是指肝臟有貯藏血液與調節血量的功能；但可能也包括肝貯藏造血要素——維生素

B₁₁, 鉄质的功能。

(4) 脾統血——所謂“脾統血”，是认为脾脏具有統攝血液的功能。如果脾发生病变，就会失去統攝血液的功能，造成各种出血疾患如便血、月經过多等。所以在治法方面就采用“引血归脾”和“补脾統血”等方法。目前我們知道，脾脏通过某种体液机制，是会影响造血的。脾功能亢进，则表现为各种血球的減少，而血小板的減少会引致出血，是与古人的观察相一致的。

(5) 骨髓造血——祖国医学中认为骨髓和脑都是肾精所化，沒有骨髓造血的描述。但灵樞对“髓海不足”的描写：“脑轉耳鳴腰痠眩暈、目无所見，懈怠安臥”則頗象严重貧血的症狀。

四、貧血

(1) 名称——祖国医学中沒有“貧血”的名称，很可能包括在“血虛”、“血枯或骨痿”的范畴。素問說：“脈實血實，脈虛血虛”（刺志論篇），“病名血枯，此得自少年时，有所大脫血”（腹中論篇），“骨枯而髓減，发为骨痿”（痿論篇）。

(2) 貧血的症狀特征——素問說：“肝藏血……血有余則怒，不足則恐”（調經論篇），“脈泣則血虛，血虛則痛”（举痛論篇）。灵樞說：“……骨痿，坐不能起，起則目无所見”。（邪气脏府病形），“血气和则色美，气血皆少则手痺以寒，血气胜则眉美以长，耳色美、血气皆少则耳焦恶色”（阴阳二十五人篇），“血脱者色白，天然不澤”（决气篇）。医宗金鑑說：“失血过多，而与爪甲之色俱淺淡蒼白，乃脫血症也”，在脈象方面，血少可見濡脈，血虛見虛脈，大失血症时可有孔脈。

(3) 貧血的治疗——鉄剂和肝浸膏是现代医学中的重要补血药，但古人很早就知道鉄剂和肝剂的治疗作用。素問病能篇有“使之服以生鉄洛为飲”。本草綱目（卷8金石部）記載“鉄粉主治：安心神、堅骨髓、除有病，变黑潤肌肤，令人不老，体健能食，久食令人身重肥黑。鐵沙功同鉄粉。鉄华粉主治：安心神，堅骨髓，强志力，除风邪，养血气，延年变白，去百病”。关于肝疗法卷50肺部有：“治肝勞虚，补肝明目，疗肝虚浮腫。肝主藏血，故諸血病用为响导入肝”。

祖国医学中常用的补血药有熟地黄、当归、白芍、何首烏、阿胶及紫河車，熟地黄为滋养强壮药，能补血、滋阴、补肝肾、烏須发，可治虚勞、貧血、萎黃、病后产後虛弱，女子崩中漏下等症。据药理学研究，地黄含甘露醇、地黄素（Rehmanin）及糖質等，熟地并含鉄质。当归除补血外，兼有活血散瘀作用，有“身能补血，头能止血，尾能行血”的說法。此外，还有调燥滑腸、通經、鎮靜、抗生和增进子宫发育的作用。白芍除补血外，还有泻肝益脾敛阴等作用。何首烏为强壮药，据开宝与本草記載，能“益气血、黑髮发，悅顏色，久服长筋骨益精髓，延年不老”，“补肝肾、滋精，养血祛风、止惡痞”。据药理学研究，何首烏含卵磷脂，有促进血液新生及强心作用。阿胶为滋养强壮药，能养血、止血、滋阴、潤肺、益气、止痢、安胎。药理学研究发现阿胶含多量的氮，有組織氨基酸、蛋白氨基酸，羧氨基酸等。予患貧血的大内服阿胶，其紅血球与血红蛋白的参加，比不給阿胶者为速。紫河車也是强壮药，据記載能“安心养血益气补精”。典型的补血方剂有四物湯（熟地、当归、川芎、白芍）和补血湯（黃芪、当归）。

(4) 中医对再生障碍性貧血的治疗——原发性再生障碍性貧血是一个原因尚未明确的严重疾病。在西医方面，虽然有輸血、鈣盐、激素等治疗，但一般尚不够滿意。近年來

中医在党的卫生政策的鼓舞之下，打破迷信，对本病的治疗取得一定的成绩。现将本人所见的报告综合于下表：

单 位	病例数	治 疗	期 限	效 果
山西榆次 人民医院	1	保真汤（黄芩、当归、生地、白芍、白朮、高丽参、赤苓、陈皮、川朴、天冬、麦冬、五味子、北柴胡、地骨皮、熟地、知母、黄柏、丹参、阿胶、寒仁、甘草、生薑、红枣）	-12月	紅血球97万→355万 血紅蛋白21%→74% 白血球3850→5200
	9	中藥配合輸血 主方为丹归芍散（紫丹参、归身、白芍）及汤剂（归身、党参、黄芪、远志、寒仁、首烏、地黄、白朮、天冬、阿胶、紫河車）	2 1/2月 2年 1/2月	8例紅血球与血紅蛋白都有不同程度的增加，其中一例血紅蛋白与紅血球由4.5克及111万增至12.5克及408万
辽宁省 中医医院	2	治法：滋腎阴、清骨热、涼血、活血、解毒以恢复造血机能。主方为再造生血汤（地骨皮、天冬、桑寄生、生地、犀角、郁金、丹皮、甘草、梔子、仙鶴草）及粉剂（血竭、白矾、自然銅、珠砂）。	5 3 月 月	1例好轉，1例接近治愈 紅血球110万→320万 紅血球300万→420万
北 京 铁路医院	6	第（1）阶段，治疗前以滋阴、降火、化瘀、止血、伏阳、守中为主。 第（2）阶段为理中治疗。主要处方（黄芩、参、白朮、茯苓、丹皮、地骨皮、生熟地、当归、赤白芍、朮珠、首烏、枸杞、牛夕、蓮心、二門冬、丹参、陈皮、炙草、龟板、益知柏、五味子、焦三仙） 第（3）阶段复元治疗，主要用藥（羊脊骨、伏磁、地黄）	1年5月 2 年 月 8 月 月	3例治愈，3例尚在治疗中 紅血球 96万→460万 紅血球141万→404万 紅血球 98万→461万
北京市 中医医院	1	治法：补心脾、养血滋阴、宁神定志。 方宗归脾汤（加白芍、阿胶）加減。	20月	紅血球136万→403万
广东省 人民医院	4	治法：补腎气、补脾胃、扶阳温气振血。用方剂：小建中汤、十全大补汤、人参养荣汤、归脾汤、附桂八味丸、附桂理中丸、天雄散、真武汤		2例明显进步（經15及6个月治疗）1例稍有进步，1例无效。

五、出血性疾病：

（1）血小板減少性紫癜——中医虽没有本病的名称，但其記載也散在於祖国医学文献。医宗金鑑命名大衄，虽无皮肤出血之文，但有九窍出血。关于病因方面，多认为是：血热妄行，血不循經，热极伤絡，或血热气虛。論及斑，有“斑赤为胃热，紫者为热甚，黑者为胃爛，故赤者半生半死，黑者九死一生，鮮紅稀朗者吉，紫黑者多死”的說法。治法不外早期清热、涼血、止血、解毒、行瘀、通下、养阴，以及后期补气补血补养心脾。方剂常用犀角地黄汤、四君子汤、十灰散等加減。根据以上治則，上海第十一人民医院报告治疗6例有效。另一报道治疗18例有效，血小板自2.7—7.5万上升至15万以上。同仁医院用下列处方（人参、阿胶、血余炭、归身、小蓟炭、茅根、鹿角胶、炙甘草、杭芍、蓮房炭、熟地黄、炙黄芩）治疗22例，据报告18例痊愈（81.8%）4例接近痊愈。

（2）止血药——祖国医学中常用的止血药有参三七、藕节、蓮房、仙鶴草、旱蓮

草、側柏叶、茜草、地榆、槐花、烏賊骨、白芨等。在止血的机制方面，可分收敛止血、凉血止血和化瘀止血。中医常将止血药炒炭应用，是取“血見黑則止”的意义。现将数药的药理研究结果列于下表：

药名	成 分 及 作 用
側 柏 叶	含侧柏苦味素，側柏苷 (Thujin) 及精油、树脂、鞣酸等
槐 花	含配糖体芦丁 (Rutin) 有防止血管脆性之作用
藕 节	含莲子硷 (Nymphaeine)、天冬素、鞣质及淀粉、莲子硷有收敛性
參 三 七	含皂硷素三七甲素及三七乙素，前者經証明有止血作用
地 榆	含地榆皂硷素 (Sanguisorbin) 与鞣酸
仙 鶴 草	据云含有鞣质、鞣酸化合物及植物性固醇。据称能使血中鈣量及血小板增加，从而增加血液凝固性。

(3) 过敏性紫癜——上海第四人民医院曾报告用紅枣治疗5例，以紅枣煎湯处，每天一斤，或服紅枣每天三次，每次10只，据云一般在一周内症状有显著改善。

六、其他——在近来的杂志和资料中，有少数用中药治疗急性白血病（贵阳医学院附属医院一例，处方仿武甲湯及犀角化斑湯以清热解毒止血养阴）、慢性骨髓性白血病（上海黄浦区中心医院一例，曾用黃芪必甲地骨皮散以退劳热为主，复以三稜煎消积滞为輔）、何杰金氏病（河北省中医門診部二例，采用“益气清金”湯配合补中益氣湯和归脾湯三方靈活加減）的报告。由於資料不多，尚有待进一步的观察和研究，不再贅述。

总 結

本文簡略地敘述了祖国医学文献中（古籍及近来的資料）有关血液学的資料，主要包括血液的重要性和功能、血液的生成、貧血以及出血性疾病等方面。

全身針灸穴位的解剖(摘要)

南京第一医学院徐州分院

解剖教研組石中梁整理

1. 全身穴位与神經主干关系密切：

全身有361个穴位，有205个穴位靠近神經主干(56.8%)，靠近皮神經主干有140个穴位(占38.8%)，靠近深部神經主干有122个穴位(占16.1%)，靠近动脈主干比神經主干少，361个穴位占58个(16.1%)，靠近浅靜脈的穴位有87个(占24.7%)。

2. 全身穴位中与神經的关系以四肢的最密切，軀干的次之，头頸的又次之。

四肢的142个穴位中有93个穴位靠近神經主干(占65.4%)，軀干的147个穴位中有79个穴位靠近神經主干(占53.1%)，头頸的72个穴位中有33个靠近神經主干(占45.8%)。

3. 上肢神經中以前臂內側皮神經、尺神經、橈神經經過的經絡及穴位最多，前臂內側皮神經，有三條神經經過，分布着12个穴，尺神經有三條神經經過分布着14个穴，橈神經也有三條神經經過，分布着双个穴。同时亦可看出这三條神經与手的三阴三阳都有联系。

上肢常用穴位有20个，而这三條神經附近有12个，其中前臂內側皮神經有4个，少海、神門、郄門、內关、橈神經有7个；尺澤、列缺、三里、曲池、三阳絡、少商、商阳，尺神經有一个后溪。

4. 下肢神經以隱神經，腓总神經及其分支腓淺神經、腓深神經、胫神經經過的經絡及穴位最多，隱神經有三條神經經過分布着9个穴，腓深神經有三條神經經過分布着4个穴，腓淺神經有三條神經經過分布着7个穴，胫神經有二條神經經過分布着9个穴。而以上四條神經与足的三阴三阳都有联系。

下肢常用穴位有18个，而四條神經附近有6个。其中隱神經有2个：阴陵泉、三阴交；腓总神經有1个：阳陵泉；腓深神經有1个：大敦；胫神經有二个：筑宾、委中。

5. 軀干神經中以脊神經后支及肋間神經經過的經絡及穴位最多，脊神經后支与三條經有关，分布着17个穴位，肋間神經与九條經有关，分布着42个穴。軀干常用穴位有21个，脊神經后支附近有6个：肺俞、脾俞、腎俞、心俞、肝俞、身柱，肋間神經有4个：巨關、水分、气海、期門。

6. 头頸神經中以三叉神經及面神經經過的經絡及穴位最多，三叉神經与六條神經有关分布着14个穴，三叉神經中以耳顳神經关系最密切，与四條神經有关分布着8个穴，面神經与四條神經有关分布着8个穴。

头頸常用穴位有13个，耳顳神經附近有二个：头維、听宮，面神經有一个：下关。此外，耳大神經有：翳風，枕下神經有：风池，脊神經后支有天柱。

肢端部經絡穴位(114个)的局部解剖

以及神經联属关系的解剖观察

南京第一医学院解剖学教研组

針灸是我国人民用来与疾病作斗争的有力武器，几千年来在我国广泛地流传着用針灸来进行治疗，使很多人恢复了健康。解放前，由於反动政府歧視中医，对祖国医学排斥、打击，使祖国医学奄奄一息，得不到应有的发展。解放后，尤其近几年来，由於党和政府的正确领导，在医学科学界中大力开展了西医学学习中医的活动，由此，針灸这门

祖国医学的宝花，更是大将異彩。

針灸治病，是以經絡學說為依據的，但是經絡究竟是什麼，究竟是一種什麼樣的機制，究竟與現代醫學有何關係，至今各有各的看法，按照一般規律，一種正常的生理機制，應該有其物質結構的基礎的。

日本一些針灸學者，記載了有關經穴局部解剖的材料。我國針灸學者朱璣、承溪庵、南京中醫學院的針灸教師等所編著的書籍中也都曾列入過局部解剖材料，補充闡述針灸其經穴時可能遇到的結構，以資學習者的參考（得此等材料的辦法，至今未曾得知）。但圖書中并未曾依此探討過經絡究竟與那些組織結構的關係。為了從多方面探索經絡的機制，我們教研組在這方面做了一些工作。

（一）用斷面及層次法，記載國人經絡俞穴的局部解剖材料現完成肘膝關節下114個穴位。

（二）對各經穴與局部的神經干、血管、肌肉等組織作一些單獨的分析。目前，對十二經之一部（由各經“合”穴至各經絡肢端各俞穴共114個）與神經聯屬關係也提出了我們初步觀察的結果，這樣做是否對經絡生理機制的認識有所幫助，也是很難說的，但是我們很希望從多方面來摸索一些有關經絡機制的材料，我們所用的方法，是粗淺的大體解剖，材料又是屍體，不免與活體上有很多的出入，定穴上亦可能有錯誤，因此缺點一定很多，有待以後訂正。

材 料

已固定（按一般屍體固定法固定）的成人男屍五具，約40歲，計右上下肢五例，左上下肢二例。

方 法

點穴尺度，採用南京中醫學院常用骨度法。例：上肢肘橫紋至腕橫紋12.5寸，下肢內輔骨下廉至內踝13寸（用於足三陰經尺寸）。膝以下至外踝16寸（用於足三陽經尺寸）。將全身俞穴點好，經中醫學院針灸教研組教員核對，然後按俞穴位置，進行橫斷，並逐層檢查局部內容，備表登記，與組織的關係，我們是以0.5cm~1.0cm直徑為針刺記載範圍來假定的，針刺方向一般採直刺（與皮表垂直，針刺後留在原處），因而有些穴位，當刺入組織後，即刺及神經干等組織（如手厥陰心包絡經的內關、間使等），而有些則屬於0.5cm~1.0cm範圍內者。由於在橫斷面上，淺皮神經往往不易檢查清楚，故另選屍體二具（上下肢），點穴後作接層循經解剖，因而對淺皮神經的主干與俞穴的關係，作了較仔細的檢查。

觀 察

（一）在針刺一定的分寸時，可以觸及深部一定結構，現初得114穴局部解剖材料（與目前各參考書比較稍有出入）。續附件

（二）肢端部經絡穴位（114個）與神經聯屬關係：

1.十二經絡之一部(由各“合”穴至各經絡肢端各俞穴)与淺皮神經及深部神經的关系。(附表)

① 手三阴, 手三阳之部初步观察結果如下:

經絡名稱	手太阴肺經之一部(尺澤, 孔最, 列缺, 經渠, 太渊, 魚际, 少商, 共七穴)	手厥阴心包絡經之一部(曲澤, 期門, 間使, 內关, 大陵, 勞宮, 中冲, 共七穴)。	手少阴心經之一部(少海, 灵道, 阴郄, 通里, 神門, 少府, 少冲, 共七穴)	手阳明大肠經之一部(商阳, 二间, 三间, 合谷, 阳谿, 偏历, 温溜, 下廉, 上廉, 手三里, 曲池, 共十穴)	手少阳三焦經之一部(关冲, 液門, 中渚, 外关, 支沟, 会宗, 三阳絡, 四渎, 共九穴)	手太阳小肠經之一部(少泽, 前谷, 后谷, 腕骨, 阳谷, 阳谿, 养老, 支正, 小海, 共八穴)
經穴与淺皮神經的关系	(1)前臂外側皮神經主干有关的(尺澤, 孔最, 列缺, 經渠, 太渊)淺枝及其向的延緩部(主干)有关的(魚际, 少商)。	(1)前臂內側皮神經主干有关的(曲澤)(2)前臂內側皮神經枝有关的(郄門, 間使, 內关)組成神經丛的(大陵)。	(1)前臂內側皮神經主干有关的(少海)(2)前臂內側皮神經枝有关的(灵道, 通里, 阴郄, 神門)	(1)桡神經背淺枝, 指背神經主干有关的(二间, 三间, 合谷, 阳谿)(2)前臂背側皮神經主干有关的(偏历, 温溜, 下廉, 上廉, 手三里, 曲池)	(1)尺神經第4指叉去的支(关冲, 液門, 中渚, 阳池)(2)前臂背側皮神經之支(外关, 支沟, 会宗, 三阳絡, 四渎)	(1)尺神經手的背枝有关的(少泽, 前谷, 后谷, 腕骨, 阳谷)(2)前臂內側皮神經的小枝有关的(支正, 小海)
經穴与深部神經的关系	桡神經主干有关的(尺澤, 孔最)橈神經支(列缺, 經渠)	正中神經之主干有关的(几乎一致)(曲澤, 郄門, 間使, 內关, 大陵, 勞宮, 中冲)	尺神經主干有关的(几乎一致)俞穴在神經之外(少海, 灵道, 通里, 阴郄, 神門, 少冲)	桡神經有关的(上廉, 手三里, 曲池)	桡神經的骨間背側神經(外关, 支沟, 三阳絡, 四渎)。	神經主干有关的(小海)

② 足三阴与足三阳之部初步观察結果如下:

經絡名稱	足太阴脾經之一部(隐白, 大都, 公孙, 商丘, 三阴交, 漏谷, 地机, 阴陵泉, 共九穴)	足厥阴肝經之一部(大敦, 行间, 太冲, 中封, 蠡沟, 中都, 膝关, 曲泉, 共八穴)。	足少阴腎經之一部(湧泉, 然谷, 太冲, 水泉, 照海, 复溜, 交信, 筑宾, 阴谷, 太谿, 共十穴)。	足阳明胃經之一部(犢鼻, 足三里, 条口, 下巨虚, 丰隆, 解谿, 冲阳, 陷谷, 厉兑, 共十一穴)	足少阳胆經之一部(阳陵泉, 阳交, 外丘, 光明, 悬钟, 丘墟, 临泣, 地五会, 透骨, 窍阴, 共十一穴)	足太阳膀胱經之一部(阳陵泉, 委阳, 委中, 承筋, 承山, 飞扬, 阴门, 魄户, 仆参, 申脉, 金门, 京骨, 束骨, 通谷, 至阴, 共十六穴)
------	---	--	--	--	--	--

經穴與淺皮神經的關係	(1)足背內側皮神經(聽白,大都,太白,商公孫,太白,商丘)。(2)聽神經主干上(三阴交,涌泉)。(3)聽神經分枝有关的(地机,阴陵泉)	(1)聽神經主干上(膝关)。(2)聽神經的分枝上(蠡海,中髎)。(3)足背內側皮神經(中封)	与聽神經分支有关的(然谷,太谿,照海,复溜,交信,坎宫)	(1)聽神經向外側行的小枝有关的(橫鼻,足三甲,上巨虚,条口下巨膝)。(2)足背內側皮神經主干(介谿)。(3)足背中間皮神經干上(冲阳,陷谷,内庭,厉兑)	(1)腓腓外側皮神經(小枝)。(2)阳陵泉,阳交,外丘)。(2)腓淺神經有关的(光明,阳輔,已穿至皮下之部)。(3)足背中間皮神經(臨泣地五位,俠谿,旁阴)。(4)腓淺神經与腓聽神經交通的干(丘虚)	(1)股后皮神經(浮髀)。(2)腓腓神經干(附阳,崑崙中脈)。(3)腓腓外側皮神經干上(委阳委中)。(4)足背外側皮神經(金門,京骨束骨,通谷,至阴)。(5)腓腓神經后足根部一根大分支上(腓腓神經的連續部(作參)
經穴與深部神經的關係	聽神經有关的有(三阴交,涌泉,地机,因直刺故可达之)	(1)腓深神經及其趾背神經,有关的(大敦,行間,太冲)。(2)經神經(曲谿)	經神經(太谿,水泉,复溜,交信,筑宾,阴谷)。	与腓深神經关系很密切(足三甲,上巨虚,条口,下巨虚,中庭,介谿)		(1)腓总神經干(浮髀,委中,为倒)。(2)經神經干(委中,合阳,承山,附阳)。

2. 从上述表中,我們可以看到与神經的关系相当密切,綜合其百分比也是較高的。

(附表)

① 手二阴、三阳經穴与神經干关系的百分比:

	单 淺 皮 神 經		单 深 部 神 經		深 淺 神 經	
	有 关	无 关	有 关	无 关	都 有 关	都 无 关
手太阴肺經共七穴	7/7	0/7	4/7	3/7	4/7	0/7
手厥阴心包絡經共七穴	5/7	2/7	7/7	0/7	5/7	0/7
手少阴心經共七穴	5/7	2/7	7/7	0/7	5/7	0/7
手阳明大腸經共十穴	11/11	0/11	3/11	8/11	3/11	0/11
手少阳三焦經共九穴	9/9	0/9	4/9	5/9	4/9	0/9
手太阳小腸經共八穴	7/8	1/8	7/8	7/8	1/8	1/8
合 計	44/49	5/49	26/49	23/49	22/49	1/49
估 百 分 數	89.79%	10.21%	53.06%	46.94%	44.86%	2.04%

② 足三阴、足三阳经穴与神经干关系的百分比：

	单浅皮神经		单深部神经		深浅神经	
	有、关	无、关	有、关	无、关	都有关	都无关
足太阳脾经共九穴	9/9	0/9	3/9	6/9	3/9	0/9
足厥阴肝经共八穴	4/8	4/3	4/8	4/3	0/8	0/8
足少阴肾经共十穴	6/10	4/10	6/10	6/10	6/10	1/10
足阳明胃经共十一穴	11/11	0/10	6/11	6/11	6/11	0/11
足少阳胆经共十一穴	10/11	1/11	0/10	9/11	0/11	1/11
足太阳膀胱经共十六穴	16/15	1/16	7/16	9/16	4/16	1/16
合 计	55/65	10/65	26/65	39/65	17/65	3/65
估 百 分 数	84.61%	15.49%	40%	60%	26.15%	4.61%

3. 由上二表我们可以看出，上肢经穴神经全无关系者，仅占2.04%，而与神经一部（无论浅或深）有关者却占97.96%，下肢虽然比上肢的关系要差些，但无关者仍占少数（4.61%），而有关者仍占95.39%。假如我们以四肢各个主要神经干来分析它与俞穴的关系，我们也可以发现，各个主要干都与某些俞穴有着一定的关系。

(甲) 肘关节以下的浅皮神经干与某经的一部分或某些个别俞穴的关系：

① 前臂内侧皮神经二个分支于有关的（有手厥阴心包络经的曲泽及手少阴心经的少海、灵道、通里、阴郄、神门）。

② 前臂外侧皮神经主干有关的（手太阳肺经的尺泽、孔最）。

③ 前臂背侧皮神经主干有关的（手阳明大肠经的偏历、温溜、下廉、上廉、手三里、曲池）。

④ 尺神经手背枝有关的（有手太阳小肠经的少泽、前谷、后谿、腕骨、阳谷及手少阳、三焦经的液门、中渚）。

⑤ 桡神经浅枝主干有关的（手太阳肺经的列缺、经渠、太渊、鱼际、少商——（即到拇指桡侧去的），以及手阳明大肠经的二间、三间、合谷、阳谿——（即到示指桡侧去的））。

(乙) 肘关节以下的深部神经干与某些个别俞穴有密切关系。

① 尺神经之主干有关的（有手少阴心经的少海、灵道、通里、阴郄、神门、少府、少冲以及手太阳小肠经的小海）。

② 正中神经主干有关的（有手厥阴心包络经的曲泽、郄门、间使、内关、大陵、劳宫、中冲）。

③ 桡神经主干有关的（有手太阳经的尺泽、孔最以及手阳明大肠经的上廉、手三里、曲池）。

④ 前臂背侧背侧神经（桡神经深枝）（有手少阳三焦经的外关、支沟、三阳络、四渎）。

(丙) 膝关节以下的浅神经与某经一种或某些个别俞穴有密切关系。

① 隐神经之主干有关的（有足太阳脾经的三阴交、漏谷、地机、及足厥阴肝经的膝关等）。

(附陰神經在膝蓋骨內緣，分一枝外水平行，達擗鼻附近轉向下，行經中與三足里、上巨虛等有关)。

②腓腸神經干有关的(有足太陽膀胱經的跗陽、崑崙、申脈)。

③腓腸外側皮神經干上的(有足太陽膀胱經的委陽、飛揚)。腓腸內側皮神經干上的(合陽、承筋、承山)。

④腓淺神經主干有关的(指已穿至皮下部)(有足少陽胆經的光明)。

⑤腓腸神經足跟部的一根大分枝有关的(有足太陽膀胱經的仆參)。

⑥腓淺神經與腓腸神經交通支上有(足少陽胆經的丘墟)。

⑦足背內側皮神經有关的(有足太陽脾經的臑白、大都、太白、公孫、商丘、足陽明胃經的介谿、冲陽)。

⑧足背中間皮神經有关的(足陽明胃經的陷谷、內庭等、足少陽胆經的臨泣、地五會、俠谿等)。

⑨足背外側皮神經有关的(足太陽膀胱經的金門)。

(丁)膝關節以下的主要深部神經亦與某經一部或與某些個別俞穴有密切關係。

①脛神經有关的(有足太陽脾經的商丘、三陰交、漏谷、地機、足厥陰肝經的、曲泉、足太陽膀胱經的委中、合陽、承筋、承山、飛陽)。

②腓深神經有关的(有足厥陰肝經的大敦、行間、太冲、很有關係的如足陽明胃經的足三里、上巨虛、下巨虛、條口等等)。

討 論

綜合上面所得初步結果，可以看到十二經絡與神經的關係是相當密切的，而且涉及十二經絡的各个方面。我們覺得這種密切關係可能不是一種偶然的現象，是否可以說經絡與神經干有着一定的關係呢？陝西西安朱龍玉同志著的電針療法，他就是用電針或近來直接用生理鹽水抗生菌液刺激淺皮神經及深部神經來治療一些原先針灸也適應的疾患，治療結果，療效也相當好，這是否也能說明經絡的某些方面與神經是有关的(亦即說經絡的一部分機制是與神經有关)。

在方法上，我們把斷面法和層次法相結合起來進行的，針刺的深度我們注意了，但針與神經干之間在0.5~1.0cm直徑距離內的全部確數，未予全部記載，因而在這方面可能會存在着一定的問題，以後值得注意。

僅有個別俞穴和淺皮神經、深部神經的關係，顯得不大。

上肢與下肢比較的話，上肢經絡俞穴都與淺皮神經或深部神經或二者發出密切的關係，這個問題也值得探索的。

在某些俞穴如三陰交、足三里附近神經分枝叢，而且很密，這種現象是否與俞穴的作用有关，亦值得提出注意。

現在的工作僅是經穴與神經干關係的一部分，還有其他部分的(如頭頸、軀干)俞穴尚在配載、分析中，待全面研究分析後，可能更全面的得出俞穴與神經以及其他器官、組織關係的材料來。

小 結

1. “合”穴到肢端各俞穴与神經关系相当密切。
2. 上肢經穴比下肢經穴与神經关系要大。

参 考 文 献

1. 針灸学：江苏省中医学校針灸学科教研組編著1957。
2. 中国針灸学：承淡庵編著。1958。
3. 新針灸学：朱瑾著。1954。
4. 針灸經穴概要：董德懋編譯。1958。
5. 針灸穴医典：王森貞助著。
6. 針灸学經穴概要得谷素灵著。
7. 近代針術的研究。
8. 电針疗法：朱龙王。1957。
9. 关于“内关”“灵道”穴解剖结构的一些观察。上一医解剖教研組。上医学报，1959。1期。
10. 关于“足三里”“兰尾”“人迎”穴局部解剖的一些观察，上一医解剖教研組，上医学报，1959。2期。

附件： 手太阴肺經

俞穴名称	刺法 和深度	皮 下 层		深 层		
		靜 脈	皮 神 經	肌 及 腕	血 管	神 經
尺 澤	3—5分	头 靜 脈	前臂外側皮神經	为肱二头肌或其外緣 肘腕	腕返动靜脈	桡 神 經
孔 最	3—7分	头 靜 脈	前臂外側皮神經	該腕肌，桡側伸腕長 短肌	腕动靜脈	桡 神 經
列 缺	2—3分	头 靜 脈	前臂外側皮神經	該腕肌腕，拇長展肌	腕动靜脈	桡神經支
經 渠	2—3分	头 靜 脈	前臂外側皮神經	旋前方肌	腕动靜脈	桡神經支
太 渊	1—3分	头 靜 脈	同 前	拇展短肌	腕动靜脈	
魚 際	2—3分	皮 靜 脈	桡 神 經 淺 枝	拇对掌肌屈拇短肌	腕动脈分支	
少 商	1 分		桡神經淺枝或正 中神經		腕动脈所分 指固有动脈	

手阳明大肠经一

俞穴名称	刺法和深度	皮下层		深 层		
		静 脈	皮 神 經	肌 及 臟	血 管	神 經
商 阳	1 分		正中神經分支	2—3 分达甲床		指固有动脉网。
二 间	2—3分		桡神經淺支	固有伸示指肌臟		桡动脉分支
三 间	3—7分		桡神經淺支	骨間肌外尚有内收得肌		桡动脉分支
合 谷	3—7分		桡神經淺支	骨間背側之外，尚有内收得肌。		桡动脉分支
阳 谿	3—4分	头靜脈支	桡神經淺支主干。	伸短長短肌臟間。		桡动脉、靜脈分支。
偏 历	3—4分	皮靜脈头靜脈	前臂背側皮神經	拇長短伸肌臟之間。		桡动脉、靜脈分支。
温 溜	3—5分	皮靜脈支	前臂背側皮神經	桡侧伸腕短肌		桡动脉分支
下 廉	3—5分	皮靜脈支	前臂背側皮神經	桡侧伸腕短肌		桡动脉分支

手阳明大肠经二

俞穴名称	刺法和深度	皮下层		深 层		
		静 脈	皮 神 經	肌 及 臟	血 管	神 經
上 廉	5—8分	皮靜脈支	前臂背側皮神經	桡侧伸腕長短肌	桡动脉、靜脈主干 (刺深1.3寸)	桡神經分支 (刺深1.3寸)
手 三里	5—7分	头靜脈支	前臂背側皮神經	桡侧伸腕長短肌間	桡返动脉、靜脈 (刺8分左右)	桡神經 (深度1寸)
曲 池	8—15分	皮靜脈	前臂背側皮神經	旋前肌，桡侧伸腕長短肌	桡返靜脈，动脉 (桡动脉与头靜脈)	桡神經 (刺1寸)

足阳明胃经

俞穴名称	刺法和深度	皮下层		深 层		
		静 脈	皮 神 經	肌 及 臟	血 管	神 經
犊 鼻	5—7分		隨神經之支	髌韧带，关节，髌刀带之外緣。	膝关节动脉网	腓总神經的关节支
三 甲	7分—1寸		腓腸外側皮神經与隨神經小枝从隨神經小支与腓腸外側皮神經	脛前肌，骨間膜脛后肌	脛前动脉	腓深神經
上 巨 虚	5分或1寸		隨神經小支与腓腸外側皮神經	脛前肌，趾長伸肌	脛前动脉	腓深神經
条 口	5分—1寸		隨神經小支	脛前肌与趾長伸肌之間	脛前动脉	腓深神經
下 巨 虚	3分—1寸		隨神經小支与腓腸外側皮神經	趾長伸肌，趾長伸肌	脛前动脉	腓深神經
丰 隆	5分—1寸		同 上	脛前肌，趾長伸肌	脛前动脉	腓深神經
介 谿	5 分		足背內側皮神經	趾長伸肌和拇長伸肌之間	足背动脉	腓深神經
冲 阳	3 分		足背中間皮神經	在腓短伸肌和趾長伸肌之間二、三楔骨之間	足背动脉	
陷 谷	3—5分		同 上	趾長伸肌，骨間肌	足背动脉	同 前
内 庭	3 分		同 上	第二趾蹠，軟組織。	足背动脉	同 前
厉 兑	1 分		同 上	1. 軟組織达骨头	足背动脉	同 前

足太阳脾經

俞穴名称	刺法 和深度	皮 下 层		深 层		
		静 脉	皮 神 經	肌 及 腱	血 管	神 經
隐 白	1—3分		足背内側皮神經	为軟組織，拇長伸肌 腕內側	趾背動脈	同 前
大 都	1—2分		同 上	軟組織外层拇肌伸卸 之下緣	趾背動脈	經神經的腕 內側神經
太 白	3 分		同 上	腓展肌、腓長肌	經后動脈的 趾內側動脈	趾內側伸經
公 孫	5—8分	大隐靜脈	同 上	腓展肌中	趾內側動脈	趾內側神經
商 丘	3 分		足背内側皮神經	三角刃帶，經后肌前緣	經前動脈分 支	底 神 經
三 阳 交	5—8分	大隐靜脈	隱神經且見有 很多小枝成丛	趾長屈肌或比目魚肌 与趾長屈肌間。	經后動脈	經 神 經
漏 谷	1 寸	大隐靜脈	隱神經	比目魚肌	經后動脈	經 神 經
地 机	5—8分	大隐靜脈	隱神經分支	比目魚肌、腓腸肌、 腓長屈肌。	經后動脈	
阴 陵 泉	5—6分	大隐靜脈	同 上	比目魚肌、腓腸肌間	經后動脈	

手少阴心經

俞穴名称	刺法 和深度	皮 下 层		深 层		
		静 脉	皮 神 經	肌 及 腱	血 管	神 經
少 海	3—8分	貴要靜脈	前臂内側皮神經	旋前圆肌	尺返動脈	有尺神經
灵 道	3—4分		前臂内側皮神經	尺侧腕屈肌腕的橈側	尺 动 脈	尺神經主干
通 里	3—5分		前臂内側皮神經	尺侧腕屈肌腕与指總 屈肌之間	尺 动 脈	尺 神 經
阴 郛	3—5分	貴要靜脈 分支	前臂内側皮神經	指淺屈肌，尺侧腕屈 肌之間	尺 动 脈	尺 神 經
神 門	3—5分	貴要靜脈	前臂内側皮神經	尺侧腕屈肌腕之橈側	尺 动 脈	尺 神 經
少 府	2—7分	貴要靜脈	尺神經分支	骨間肌	指掌側總 動脈	尺神經指掌 側諸有神經
少 冲	1 分			針2—3分达甲床	指掌側固有 動脈形成的 動脈網	同 上

手太阳小腸經

俞穴名称	刺法 和深度	皮 下 层		深 层		
		静 脉	皮 神 經	肌 及 腱	血 管	神 經
少 澤	1 分		尺神經手背枝		尺動脈分支，分指 掌側固有動脈	
前 谷	2—3分		同 上	一較未記載肌 之止部	橈動脈分支，指背 動脈	
后 谿	5—8分		同 上	外展小指肌对 掌小指肌	腕動脈所分之指背 動脈	

腕骨	3—5分		同	上	展小指肌尺侧伸腕肌对掌小指肌	桡动静脉支	
阳谷	2—4分		同	上	尺侧伸腕肌内后缘或伸小指肌	桡动脉分支	
养老	1—3分				尺侧腕伸肌或是其内缘	桡动脉分支	
支正	3—5分	贵要静脉支			前臂内侧面神经	尺侧腕屈肌	皆为尺动脉分支有将分支名为掌骨间动脉亦有说是背骨间动脉
小海	2—4分				前臂内侧面神经	尺侧腕屈肌	尺下副动脉 尺神经主干

足太阳膀胱经一

俞穴名称	刺法和深度	皮 下 层		深 层		
		静 脉	皮 神 经	肌 及 腱	血 管	神 经
浮郤	5分		股后皮神经	股二头肌内侧，腓肠肌	膝上下动脉三分支	腓总神经
委阳	7分		腓肠外侧皮神经	股二头肌内侧	膝上下外动脉分支	同上
委中	1—1.5—2寸			半腱肌、腓肠肌内侧，股二头肌围成之窝窝中或腓肠肌内外两骨头之间	腓动脉	胫神经
合阳	5分		腓肠内侧皮神经	腓肠肌上端分叉处或小腿三头肌	腓动脉	胫神经
承筋	同：禁针		腓肠内侧皮神经	腓肠肌、比目鱼肌	胫后动脉	胫神经
承山	7—8分	3分小隐静脉	腓肠内侧皮神经	腓肠肌，比目鱼肌	胫后动脉	胫神经
跗阳	5—8分		腓肠外侧皮神经	腓骨后侧，腓肠肌比目鱼肌外侧	腓动脉	
跗阳	5—6分		腓肠神经	腓骨短肌，腓长屈肌，小腿三头肌	腓动脉	胫神经
仆参	3分		腓肠神经	跟骨结节后下部外侧，腓骨长肌腱	腓动脉之外侧支	

足太阳膀胱经二

俞穴名称	刺法和深度	皮 下 层		深 层		
		静 脉	皮 神 经	肌 及 腱	血 管	神 经
崑崙	针5分		腓肠神经	腓骨短肌与肌腱	外踝后动脉	
申脉	3分	5分小隐静脉	腓肠神经	跟骨骨突下缘，腓长短肌，小趾展外肌上缘，踇短伸肌，趾短伸肌	足背动脉网	
金門	1—5分		足背外侧皮神经	外踝前下方骰骨外侧，第五跖骨基底后方之凹陷	足背动脉网	
京骨	3—5分		足背外侧皮神经	第五跖骨底，前方小趾外展肌	足背动脉	
束骨	2—3分		足背外侧皮神经	第五跖骨小头后陷中，外展小趾肌前缘	足背动脉	
通谷	2—3分		足背外侧皮神经	第五跖趾关节前外侧	足背动脉	
至阴	1—2分		足背外侧皮神经	第五跖骨，长伸趾肌腱	足背动脉	

足少阳腎經

俞穴名稱	刺法 和深度	皮 下 层		深 层			
		靜 脈	皮 神 經	肌 及 臟	血 管	神 經	
湧泉	3—5分	大隐V.	隐神經分支 同 上	达腓肌臟。腓長屈肌臟。	脛前動脈足底弓	脛神經	
然谷	5—8分			腓展肌	脛內側動脈		
太谿	5—8分			內踝与跟骨之間屈拇長肌	脛后動脈		
大谿	2—3分			跗臟前緣，趾屈長，拇長屈肌	脛后動脈		
水泉	2—3分			腓長屈肌腓長伸肌腓展肌	脛后動脈的足底 內外側動靜脈		
照海	3—5分	大隐V.	隐神經分支 同 上	脛后肌及趾長屈肌臟	脛后動脈	脛神經	
复溜	5—8分			小腿肌前緣，脛后肌	脛后動靜脈		
交信	5—8分			隐神經的分支	脛后動脈		脛神經 脛神經 分支
筑宾	5—8分			同 上	腓腸肌，比目魚肌		
阴谷	3—8分	同 上	股薄肌，縫匠肌。	脛動脈分支			

手厥阴心包絡經

俞穴名稱	刺法 和深度	皮 下 层		深 层		
		靜 脈	皮 神 經	肌 及 臟	血 管	神 經
曲澤	3—5分		臂內側皮神經 前臂內側皮神經 前臂內側皮神經 前臂內側皮神經 前臂內側皮神經 經目成丛	肱二头肌尺側緣	肱動脈	正中神經
郛門	5—8分			掌長肌，桡側腕屈肌，指淺屈肌	掌側骨間動脈	正中神經
間使	5—8分			掌長肌指淺屈肌， 橈側腕屈肌臟	掌側骨間動脈	正中神經
内关	3—5分			掌長肌橈側腕屈肌，指淺、 深屈肌等。	掌側骨間動脈	正中神經
大陵	3—5分			掌長肌，和桡側腕屈肌，	掌側骨間動脈	正中神經
劳宮	3—5分		掌臟膜，骨間肌，	手掌動脈弓	正中神 經分支	
中冲	1 分			指掌側固有 動脈网	正中神 經分支	

手少阴三焦經

俞穴名稱	刺法 和深度	皮 下 层		深 层		
		靜 脈	皮 神 經	肌 及 臟	血 管	神 經
关冲	1 分		尺神經手 背枝		指掌固有動脈 形成的動脈网	
液門	3—3分		同 上	有骨間肌	由桡動脈分來 的指背動脈	
中渚	3—5分	皮靜脈	同 上	指總伸肌臟，骨間肌	由桡動脈分來 的指背動脈	
阳池	3 分	重要靜 脈分支	同 上	小指固有伸肌与指總伸肌之間	腕背動脈橈 動脈分支	

外关	5—8分	皮部脈	前臂背側皮神經	指总伸肌, 食指固有伸肌	骨間背側動脈	桡神經分支, 骨間背側神經
支沟	5—8分		前臂背側皮神經	指总伸肌, 拇長伸肌	骨間背側動脈	同 上
会宗	3分		同上	尺侧腕伸肌, 食指固有伸肌	骨間背側動脈	同 上
三阳絡	禁針		前臂背側皮神經	指总伸肌, 拇長伸肌	骨間背側動脈	同 上
四横	5—6分		前臂背側皮神經	指总伸肌, 拇長展肌	骨間背側動脈	同 上

足少阳胆經

俞穴名称	刺法 和深度	皮 下 层		深 层		
		靜 脈	皮 神 經	肌 及 臟	血 管	神 經
阳谿泉	8分—1寸		腓腸外側皮神經	腓骨長肌, 趾長伸肌	-1寸达胫前動脈及分支	
阳交	5—8分		腓腸外側皮神經或腓淺神經	腓骨長、短肌	胫前動脈靜脈	
外丘	5—6分		腓腸外側皮神經	腓骨長短肌趾長伸肌	胫前動脈	
光明	5—8分		腓淺神經	腓骨長、短肌	胫前動脈及胫后動脈	
阳輔	3—7分		腓淺神經	腓骨長、短肌, 趾長伸肌	胫前動脈	
悬鐘	4—5分		同上	同上	胫前動脈	
丘墟	3—5分		腓淺神經与腓腸神經交通的一个支上	趾長伸肌 臟, 距骨或跟距骨間	腓外側動脈, 靜脈	
临泣	3—5分		足背中間皮神經	背骨間肌, 蹠骨間肌	足背動脈	
地五会	2—3分		足背中間皮神經	达骨間肌	足背動脈	
侠溪	2—3分		同上	第四趾縫	足背動脈靜脈	
巧阴	1—2分		足背中間皮神經的趾背神經	一分达韌組織, 二分达第四趾骨趾長伸肌	腓背動脈	

足厥阳肝經

俞穴名称	刺法 和深度	皮 下 层		深 层		
		靜 脈	皮 神 經	肌 及 臟	血 管	神 經
大敦	1—2分			踇長短伸肌 臟	胫前動脈的趾背動脈	腓深神經的趾背神經
行间	3—4分			踇長伸肌, 趾長伸肌	足背動靜脈	腓深神經的趾背神經
太冲	3—4分			踇長伸肌及短肌与臟	足背動脈	腓深神經的小支
中封	3—4分	大隐靜脈	足背內側皮神經	胫前肌与大隐靜脈之間	內踝前動脈	
蠡沟	1—2分	大隐靜脈	隱神經的分支上	比目魚肌	胫動脈分支	
中都	1—2分		同上		胫后動脈分支	
膝关	5—6分	大隐靜脈	隱神經主干上	腓腸肌, 向趾及股薄肌趾匠肌, 半膜肌的附着部	胫后動脈	
曲泉	5—8分	小隐靜脈		縫匠肌, 股內肌	膝關節動脈网	神經經

針刺足三里對於疲勞恢復作用的機制

南京第一醫學院生理學教研組

經絡是人體內在的機能，因此，它不僅能以說明人體病理狀況下的一系列變化，從而達到診斷和治療的目的，並且也是闡明正常生理活動的基本理論。近年來，對於臨床療效及其治療機制方面已在廣泛地進行研究，但在正常生理情況下探索其活動機制，特別是能否運用到生產實踐或生活中來，還研究得不多。為此，我們試圖對針刺能否促進疲勞的恢復方面進行探究，並進一步探索其作用機制，以期在生產實踐的應用上和經絡機制的闡明方面有所貢獻。

方法及結果

應用金柯二氏 (Kinad—Coleman) 測力器記錄食指收縮及疲勞曲綫，食指荷重2.5市斤，用节拍器的响聲指示食指進行規律性的收縮，頻率調節為每秒2次。

針刺穴位採用強壯穴足三里。各組實驗均採用補法。於被測者熟習測力器的操作後，分三組進行下列實驗：

第一組20人，進行正常的觀察，借以確定針刺足三里穴對食指疲勞的影響。方法是先令被測者食指按照节拍器响聲進行規律收縮。當收縮曲綫顯著縮小或完全不能出現時，立即針刺同側或對側足三里穴。結果發現進行針時，疲勞曲綫並無改變。但當得氣時，除一例結果不顯外，其餘各例不論是針刺同側或對側足三里穴，均表現食指收縮曲綫的顯明增大，部分被測者並主訴食指活動有輕鬆愉快之感，表明疲勞獲得了恢復。如再行針得氣有同樣效果，但繼續留針對於疲勞恢復並無影響（圖一）。

第二組10人，均採用對側足三里穴，先進行一次與第一組相同的實驗，作為對照。然後在毫針上方約2—4毫米處用注射器注入奴佛卡因3毫升，深達毫針刺入的深度。注射10分鐘後，重復上述實驗一次。為了排除可能由於3毫升液體所引起的其他因素的影響，曾選取部份被測者以3毫升生理鹽水注入作為對照實驗。結果表明經奴佛卡因封閉後，針刺使疲勞恢復的作用完全消失而且行針不能得氣，而注射生理鹽水的對照組，行針時依然可以得氣並使疲勞獲得恢復，表明封閉後的疲勞不能恢復，完全是奴佛卡因的藥理作用。（圖一）

第三組選取進行疝修補木的患者6例，於腰椎麻醉前後進行上術的同樣的實驗（針刺穴位系對側的足三里），結果呈現：在腰椎麻醉後，針刺足三里穴不能使食指疲勞獲得恢復，（圖二）並且行針不能得氣。

討 論

疲勞現象是人們在日常生產實踐過程中經常發生的一種生理現象，它意味著在長期

持續工作过程中肌肉收縮活動的降低或消失。過去很少學者根據分析法研究的結果，把肌肉內部能量物質的耗損，氧債的出現，或代謝產物的積儲，看成是疲勞發生的原因。顯然，對於完整機體疲勞的發生，這些看法是不正確的，因為我們都會体会到精神活動對疲勞的發生有顯著的影响，例如使情緒愉快的良好刺激（歌唱、音樂、競賽、有趣的工作等等）可延遲疲勞的出現，實驗證明完整機體出現疲勞以後，肌肉局部並不發生上述那些顯明的變化，並且當疲勞發生以後再用電流刺激支配肌肉的神經，仍可引起肌肉的收縮。這些都說明肌肉本身並未進入疲勞。早在19世紀，謝切諾夫(Сеченов)即根據實驗提出：中樞神經系統機能活動的改變是引起疲勞的基本原因，從而提出“主動性休息”的理論(1,2)。本世紀以後，通過條件反射的實驗(Быкова, леександров, Рякль, Лобанова等)，完全確證：疲勞的發生是由於大腦皮層神經細胞工作能力發生障礙的結果，並且證明正常所謂“疲勞”的出現，實際是皮層抑制過程發展的結果。(1,2)

祖國醫學中雖未對疲勞作出理論性解釋，但根據經絡學說，人體生理機能的進行以及病理變化的表現都與營衛氣血的平衡盛衰有關。我們設想：針刺經脈中強壯穴足三里可以促使機體防禦機能的提高和機體工作能力的增強；前者已在最近國內的許多研究中獲得證明(3,4,5,6,7,8)，對於後者迄今尚罕見有報告，根據我們實驗的結果，可以肯定這一方面的作用。

針刺足三里穴使疲勞獲得恢復的機制如何，這有兩種可能：其一，正如蘇聯學者所證明的那樣，“疲勞”是由於大腦皮層抑制過程發展的結果，因而在刺激的作用下，引起皮層相應點的興奮，通過興奮的擴散，就可以解除了抑制，這就是謝切諾夫所提出的“主動性的休息”方法的理論根據；並且可以認為，皮層同時借助於交感神經(орбелл實驗室的Гипселинский)，也可能借助於其他神經通路調節了肌肉的狀態，從而使疲勞獲得恢復。其二，針刺足三里穴改善了疲勞器官氣血循環的狀態，因而使疲勞恢復。

根據我們實驗的結果，足三里穴在奴佛卡因封閉以及腰椎麻醉後，針刺作用就不能改善疲勞狀態，並且在足三里穴部位注射生理鹽水的對照實驗中證明，奴佛卡因封閉確實是由於藥品的作用，而非局部壓迫或其他因素的影響。當然，穴位的封閉，在對局部神經或感受器起阻滯作用的同時，有可能也阻滯了經絡的通路，但在腰椎麻醉時，藥物主要是對中樞神經系統起作用，而對經絡系統並無直接的影響，因而就排除了這種可能性。據此，我們認為足三里穴的封閉和腰椎麻醉是阻滯了針刺足三里穴所引起的神經沖動的傳入，這樣，被測者主觀上就無法產生得氣的感覺，中樞神經系統內因疲勞而發展的抑制就不能解除，因而疲勞不能獲得恢復。

根據以上所述，我們初步認為針刺足三里穴促使疲勞恢復是通過中樞神經系統來實現的。

結 論

1. 針刺強壯穴足三里可以促使疲勞恢復，這個作用在以奴佛卡因局部封閉和腰椎麻醉後即行消失。

2. 根據結果，討論了這一作用的機制，初步認為針刺足三里穴使疲勞恢復是通過中樞神經系統來實現的。

誌謝：本實驗承我院外科、麻醉科及手術室大力協助。謹誌謝意。

參 考 文 獻

1. 苏沃洛夫：运动器官生理学，生理专题讲演集（北京大学）1956
2. C.A. Pazymob：疲劳及其防止法，李家治译，科学出版社1957
3. 上海针灸治疗阑尾炎，针刺治疗急性阑尾炎过程中血浆丙种球蛋白及白血球吞噬能力的变化，中医经络针灸学术座谈会资料1959
4. 针刺对家兔肾上腺皮质活动的影响，沈阳医学院病理生理教研组，李景荣，沈阳医学杂志1958年第一卷
5. 针刺刺激对白血球噬菌作用的初步观察，西安卫生学校梁奇石，陕西省针灸论文报告会参考资料之21·1959年4月。
6. 电针刺刺激对家兔白血球吞噬能力的影响，王复周等，引自朱龙玉著，电针疗法，陕人民出版社，1957年。
7. 电针和针刺刺激影响下免疫反应的发生，西安卫生学校电针疗法研究室，陈克勤，陕西省针灸论文报告会参考资料之102·1959年4月。
8. 针刺对血液硫氢基浓度的影响。毕涉，沈阳医药杂志，1958年第一卷。

針灸治療闌尾炎時對白血球吞噬作用的觀察

南通醫學院生理教研組 王健鶴 周自強 趙錫凱

針灸是祖國醫學中寶貴遺產的一部分，是祖國醫學經過長期與疾病作鬥爭而累積起來的一門醫學科學。針灸療法應用在臨床上有驚人的療效是眾所周知的。自華東醫院提出用針灸治療闌尾炎獲得成功的報告之後，各地相繼推廣了這一經驗，我院附屬醫院也採用了這一方法來治療闌尾炎，同學獲得了顯著的療效。儘管這樣，但是對針灸治療闌尾炎的機制還研究得不多。

闌尾炎的發病原因，其說不一，一般認為闌尾炎的病因是由於阻塞和感染。不論是阻塞和感染，最後都可使闌尾產生炎症性變化，造成闌尾腫脹，以致阻塞，引起闌尾炎的病原菌，目前認為主要是鏈球菌。

白血球的吞噬能力是機體抵禦侵入機體的病菌的主要機制之一。早在1883年俄國科學家梅契尼可夫就發現白血球具有能穿過毛細血管壁，從而吞噬侵入機體的病菌和機體本身各種壞死細胞的能力。近年來在巴甫洛夫高級神經活動學說的指導下，蘇聯學者們更進一步證明了機體的防禦機制，包括吞噬作用，和其他生理過程一樣，都是受着中樞神經系統增強或降低白血球的吞噬作用И·Н·Толыова指出用痛刺激時可引起豚鼠的白血球吞噬作用顯著升高，陝西西安衛生學校電針研究室實驗組指出，用電針刺激家兔時，

也可引起白血球針灸作用的增強，青地氏証明，施灸后可引起白血球吞噬作用的加強。根據以上所說，在研究針灸治療闌尾炎的機制時，觀察白血球吞噬作用的變化是有一定意義的，本文的目的即在企圖探討針灸治療闌尾炎時對白血球吞噬作用的影響，以期進一步揭露其本質及其規律性。

一、研究方法

(1) 研究对象和針灸方法：

實驗是在10名急性闌尾炎患者身上進行的，針刺的穴位是足三里(二側)，阿是穴，“闌尾穴”(二側)，有時加刺曲池穴，每次針後，留針2小時，每隔15分鐘加強一次，按病情輕重，每日針刺2—3次，對部分患者加灸“闌尾穴”。

(2) 採血方法：

每一急性闌尾炎患者，在第一次針灸前15分鐘，第一次針刺後30分鐘，1、2、8小時，分別由靜脈中取血3毫升進行檢查。

(3) 菌液製備：

金黃色葡萄球菌、鏈球菌和大腸桿菌經過一晝夜培養製成懸液，其濃度為每毫升約含細菌數1億。所用各種菌種均系本院微生物教研室所保存的菌種。

(4) 吞噬指數的操作方法和計算方法：

取1毫升3.8%枸橼酸鈉溶液，2毫克血液和1毫升上述金黃色葡萄球菌或鏈球菌或大腸桿菌的懸液，在試管中混合2—3分鐘，放在37°C的恆溫水浴箱中30分鐘，然後進行沉澱操作(3000轉/3分鐘)，用吸管吸去試管中的上層清液，再用白金耳在每一試管中取出浮在表面的沉澱物，各做成塗片2張，干後用Giemsa染色，最後用油鏡檢查，計算出每100個中性多形核白血球中被吞噬的細菌的平均數，作為吞噬指數。

吞噬指數 = $\frac{100 \text{ 個中性多形核白血球中的噬菌總數}}{100}$

二、實驗結果

在實驗中我們觀察到所有急性闌尾炎患者在針灸後白血球吞噬能力均有顯著的改變。在10名急性闌尾炎患者，白血球對金黃色葡萄球菌的吞噬能力，在針刺上述各穴位30分鐘內，有6例吞噬指數下降21—59.3%，在留針1小時以後，吞噬指數逐漸上升，恢復到原有的水平，另有4例，因染色不佳，未能看出結果，白血球對大腸桿菌的吞噬作用，在10名急性闌尾炎患者中，有6例吞噬指數上升5.9—66.6%，有4例吞噬指數下降1.5—44.4%，在留針後2小時恢復到原有水平，白血球對鏈球菌的吞噬能力，有7例在針刺以後30分鐘內吞噬指數上升13.5—150.8%，以後又逐漸下降，到針刺後1小時左右吞噬指數又逐漸上升。

茲選擇針灸治療急性闌尾炎的病情經過介紹如下：

薛××，女性，17歲，住院號34079，於1959年5月16日因腹痛急診入院。主訴：為腹部陣發性刺痛已41小時，入院前曾至中醫院求治，診斷為月經不調，服中藥一帖，並

未見效，右下腹繼續疼痛，並有嘔吐，過去無類似發作史。體格檢查：體溫 38°C，脈膊 92，營養發育中等，神智清楚，腹部平坦，左腹柔軟，右下腹麥氏點有中等程度緊張和明顯壓痛及反射跳痛，腸蠕動未見亢進，肝脾未觸及。化驗檢查：紅血球 421 萬，血色素 13.4 克，白血球 11800，中性多形核 47%，淋巴 19%，單核 7%，尿中蛋白少許，紅血球“卅”。初步診斷：急性闌尾炎。住院後即進行針灸治療，取穴曲池（二側），阿是穴和“闌尾穴”（二側），留針 2 小時，每 15 分鐘加強一次，在針刺前 15 分鐘，針刺後 30 分鐘，1、2 小時各取血 3c.c. 檢查白血球總數，分類和吞噬指數，在針刺後 30 分鐘，白血球總數為 11900，中性多形核 80%，淋巴 18%，嗜酸性 2%，針刺後 1 小時白血球總數為 16600，中性多形核 83%，淋巴 13%，單核 4%，針刺後 2 小時，白血球總數為 12100，中性多形核 86%，淋巴 16%（見圖 1），白血球對金黃色葡萄球菌的吞噬指數，在針刺之後 30 分鐘下降到原有水平的 57%，在 2 小時恢復到原有水平的 93.1%，對大腸桿菌的吞噬指數在針刺後 1 小時降低到原有水平的 91.5%，以後又逐漸升高，到 2 小時升高到原有水平的 116.8%，然後重又下降，在 8 小時後下降到原有水平的 79.1%，對鏈球菌的吞噬指數在針刺後 30 分鐘上升到原有水平的 124.5%，在 1 小時後，又下降到原有水平 64.5%，2 小時後又上升到原有水平的 136.5%，8 小時後下降到原有水平的 113.2%（見圖 2）。患者在針刺後自覺腹部疼痛減輕，但體溫未下降，三日後患者自覺腹部疼痛消失，但局部壓痛仍存在，在麥氏點處有 1×1cm 大的腫塊，無其他特殊情況。

三、討 論

在我們的實驗中，可以看到急性闌尾炎患者在針灸後 2 小時白血球的吞噬能力都有升高的現象，特別是對鏈球菌的吞噬能力更為顯著。同時患者的腹痛自覺症狀亦有減輕的現象，由此可以認為針灸能增加機體對某些疾病的抵抗力。……下略

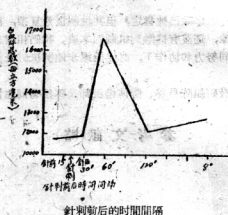
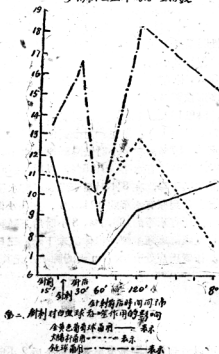


圖 1. 針刺對白血球總數的影響

多形核白血球的吞噬指数



四、結 語

针灸治疗急性阑尾炎的疗效已被肯定，但其机制极为复杂，在我们的工作中，仅就一个方面揭露了一些现象，还没有接触到机制的本质。我们相信在党的正确领导下，基础医学和临床医学的共同努力和协作下，必定能逐步地解决针灸治疗阑尾炎的机制问题。

本工作承本院外科教研组陈昌谷、陈传扬医师及陈松菊同志协作，谨此志谢。

参 考 文 献(略)

加味茵陈蒿片治疗

135 例小儿傳染性肝炎的觀察

南京中医学院

一、引言

傳染性肝炎，是现代医学的病名。但从临床症状的觀察，是属于祖国医学黄疸篇中的一部分。本病散布於世界各地，常有散发或有小流行。苏联学者包特金氏，首先认为是傳染性的疾病，它的病源是滤过性病毒，此种病毒，存在於患者的粪便和血液中，可以通过病人的粪便分泄物，食物，用具等傳播。根据近年来張氏等（湖南），庄氏等（北京）的調查报告，亦认为发生本病主要从餐具、饮水等媒介，經消化道傳染，故常有散发性的小流行发生。因此中央卫生部列为重視，並列为重点防治方案之內。

傳染性肝炎，我們从临床証候的觀察，都显示着黄疸証状，且多黄而鮮明，小溲黄赤如濃茶，或初起有发热、口渴等象，頗符合於阳黄的范畴。根据北京中医研究院附属医院，重庆市第二医院，廈門市第一医院，浙江中医院等，亦均一致認為依照傳染性肝炎的临床表現，無疑是属于黄疸病“阳黄”这一类型。在治疗方法上，均采取金匱的茵陈蒿湯为主要方剂。历代医家沿用至今，已有二千年以上的悠久历史，均一致認為是治疗黄疸的要方。在现代很多医学杂志的报导中，也进一步証实了应用茵陈蒿湯治疗傳染性肝炎，都获得了良好的效果。如浙江省紅会医院，绍兴市第二医院，前中直第六医院，中医研究院附属医院等，亦均运用茵陈蒿湯証明对皮肤黄染及尿黄赤等症狀的減退甚速，且能縮短病程，早期恢复。我們对本病的治疗，亦是应用了前人的方法和理論經驗，治法亦宗阳黄之原則，应用茵陈蒿湯加減，治疗小儿傳染性肝炎，亦取得了滿意的結果。为了改善小儿口服大量水剂的困难，同时便於总结推广，在已肯定疗效的基础上，再配合了临床上常見的証候，同时結合了小儿黄疸，多因湿熱食积的特点，和以往的一些临床体驗，初步制訂了加味茵陈蒿湯方，在保持原有藥物性能和作用下，自1956年起，我們同葯剂科制剂室协作，改制了剂型，凡属于熱湿於湿的阳黄証候者，概予成药口服，进行系統觀察。

二、临床証候的一般分析及疗效觀察

自1956年开始应用加味茵陈蒿片治疗小儿傳染性肝炎，至1959年9月为止，先后經治病儿135例。发病年齡，絕大多数为2—10岁之間，发病時間，一年四季都有，我們所觀察者，則以春夏两季較多，性別則与本病无多大关系。

症狀和體征所見，皮膚巩膜，均顯現輕重不同程度的黃疸，占全部病例的100%。無黃疸型的傳染性肝炎，由於水平的限制，以往未能注意及此。同時，過去我們在診斷黃疸病症時，必須具有或多或少的黃疸現象時，才會聯想到小兒的傳染性肝炎而進行肝功能的檢查，自去冬迄今春，在臨床上發現了許多無黃疸型的傳染性肝炎，以托兒所及幼兒園為較多，因為本型無顯明的症候，常易被忽視，故其傳染的為害性，較之黃疸型為大。惟本篇所述，係以顯示黃疸者為主。

本組的病例中，在治療前，均伴有或多或少的消化系症狀，如惡心、嘔吐、上腹部不適和疼痛（較長兒童的主訴），以及食慾不振等現象，其他如精神萎靡，肝腫大與壓痛為全部病例所共有，發熱亦為本病開始發作前所常見。

135例傳染性肝炎，全部進行了肝功能檢查，黃疸指數最少者為12單位，最高者為112單位，凡登白氏試驗，絕大多數病例出現直接雙相反應，麝香油度試驗及絮狀試驗，一般均超出正常以上，因此在診斷方面，對傳染性肝炎的確診，是無疑的。

經初步觀察的結果，一般病兒口服加味茵陳蒿片後的2—3天中，對改善消化系症狀，增加食慾，最為顯著，其他如對退熱和利尿作用，亦非常明顯，但由於門診病例中，不易作出全面的觀察，對最後檢查診斷的結果，亦不能每個病例達到要求，所以對整個病程、黃疸消退日期及治療結果，難以作出定論，因此在去冬迄今春，有目的地在病房中收住了24例，作了較有系統的觀察。

24例住院病例的臨床體征及其療效情況：

表1 症狀和體征

症 狀 及 體 征	人 數
黃 疸	24
小 便 深 黃	24
大 便 灰 白	9
食 欲 不 振	17
惡 心 嘔 吐	9
精 神 不 佳	18
發 熱	4
腹 痛	13
肝 腫 大	23
肝 區 壓 痛	22

按上表所示，全部病例均顯現輕重不同程度的黃疸和小便色黃，肝腫絕大多數腫大，小的在右肋緣下半橫指（1.5cm），最大的5橫指許（5.6cm），一般都有壓痛，在23例肝腫大中，有壓痛者占22例。其次精神不佳和食慾不振，亦是一個比較普遍的現象，腹痛者，占半數以上，有13例；大便灰白和惡心嘔吐，各有9例，發熱是所有症狀中最少見的，計4例，均在39°C左右，這一點與國內文獻記載似有出入，說此與就診時間之遲早有關，因絕大多數患者，都是起病後一周左右至十天以上才來住院，追問病史，有19例在初期是有發熱的。

三、化驗檢查

(1) 尿檢查:

表2 尿三胆治疗前后比較表

檢 查 物	治 疗 前		治 疗 后	
	阳性人数	阴性人数	阳性人数	阴性人数
胆 紅 質	20	4	1	23
尿 胆 素	18	6	3	21
尿 胆 元	16	8	9	15

上表所示尿三胆檢查24例中，在治疗前胆紅質阳性者20人，阴性者4人，尿胆素阳性者18人，阴性者6人，尿胆元阳性16人，阴性8人。經治疗后，胆紅質23例轉为阴性，仅1例阳性，尿胆素21例轉阴性，尿胆元有15例轉阴性。

(2) 肝功能檢查:

黃疸指数：在24例中10单位以下者仅1例，10—20单位者12例，20单位以上者11例，其中最高者112单位，治疗后13例降至正常，6例接近正常，最高者在35单位以内。

2. 凡登白試驗：12例呈直接迅速反应，8例直接双相反应，3例直接延緩反应，1例血清量未足，治疗后，9例轉阴性，8例直接延緩反应，1例直接双相反应，3例未查。

3. 麝香草酚混浊度：10单位以下者4例，10—20单位18例，2例未查。治疗后5单位以下者3例，7—15单位17例，最高者不到20单位，1例。3例未查。

4. 麝香草酚絮状試驗，一般在++—+++，有9例，++++有1例，未查14例，治疗后，2例轉阴性，7例轉少，15例未查。

(3) 治疗:

本組24例，根据症状，都屬於陽黃一类，故以加味茵陈蒿为主药，如兼有其他症状者，再加用輔助药物，服药后，23例全部黃疸消失，1例減輕，惟肝肿恢复較慢。痊愈者16例，好轉者8例（黃退而肝肿未消者），有效率为100%。

表3 退 黃 时 間

天 數	开始退黃日期及病例							黃疸全部消失日期				
	一 天	二 天	三 天	四 天	五 — 七 天	八 — 十 天	十一 — 十三 天	四 — 七 天	八 — 十 天	十一 — 十四 天	十五 — 廿 一 天	廿 二 — 廿 八 天
病 例 數	4	8	5	2	3	2	2	7	5	7	2	1

如表4所示，黃疸开始消退，最快者只需1天，有4例，最慢者十天，有2例。而

最多的是二天，有8例，即开始退黄在三天以内者占半数。

黄疸全部消失，最快者只需二天，有2例；最长者28天，1例。普通在4—10天之内，共19例。平均退黄日期为9天半。

2. 恶心呕吐及食欲不振等症状，大多于服药2—5天内消失，比一般的2—4周消失，显然缩短。

3. 小便可肉眼观察，由浓茶样转为正常颜色，一般在一星期左右，其中14例，仅2—5天内转正常。

4. 肝脏变化：本组24例，内23例有肝肿大，最大的5.6cm，最小的半cm，以2—3cm最多；经服药后，肝脏肿大消失者11例，比原来缩小者8例，即肝脏有改变者共19例，最短者5天消失，最长者26天，平均是17天。但其中4例肝脏始终未见缩小，退黄后继续服药，亦未见效。

5. 肝功能检查：一般都有进步，黄疸指数13例降至正常。6例接近正常，凡登白试验，9例转阴性，麝香草酚混浊度6单位以下者6例。7—10单位以下者9例，最高不到20单位。麝香草酚絮状试验，检查者，多数有进步，因半数以上未查，故不作详细统计。尿检查中，胆红素23例转阴性，尿胆素21例转阴性，尿胆元15例转阴性。（见表2）。

6. 疗程：最短者6天，最长者26天，多数在10—20天以内，平均17.2天，其中有症状早已消失，但因肝肿大未恢复而继续服药者，致使疗程延长。

四、加味茵陈蒿散之组成、制法、服法及剂量

1. 组成：茵陈蒿三两 黄柏二两 山柰二两 茯苓三两 神曲三两 麦芽五两 针砂五两 绛矾八钱。

2. 制法：以麦芽一味研取细末。以其余药物，浓煮为汁，倾入已研成粉末内，低温烘培成干燥粉末，密封贮存备用，或以10%淀粉为崩解剂，1—2%硬脂酸镁为润滑剂，用轧片机打成0.3克（含1分）之片剂。

此系采取古人煎丸之制法，主要取其体积小，服用方便而其效用如旧。

3. 剂量及服法：3岁以下者，每天3—5分，3—5岁者，每次5—8分，6—10岁者，每次8—10分，一天服2—3次。用开水和糖调服。

五、本方的主要作用及其药理探讨

茵陈蒿汤是古今治疗阳黄的主方，它的作用，是苦寒通泄，使湿热从小便而出，盖阳黄乃阳明显然瘀郁之证，本科依照中医辨证论治的原则，根据临床症状和小儿的特点，同时结合以往的一些经验，再参阅文献记载，如幼科集要通治黄疸煮药方中，比一般多神曲一味，那就含有小儿多系食积内滞的特点，又通治黄疸丸药中以青矾（炒红）针砂二味用黑枣及猪肝蒸熟和为丸，其解释为“中满黄肿，皆由脾衰肝强，遂取青矾色绿味酸入肝代木，煎红走血，佐以针砂，燥湿化痰，利水消积，不论远年黄病，服之自愈。”

蓋因小兒為純陽之體，無七情之傷志，勞倦之傷形，陽黃較少，臨床所見，絕大多數為陽黃，同時結合食積這一原因，故立方以陽黃為法，加入消滯之品，於茵陳蒿湯中去大黃，便毒者，臨時加用沖服，添黃柏、神麩、麥芽、針砂、綠礪、茯苓諸味，制成片劑，作為治療陽黃之基本藥物，其主要作用為清熱利濕，使濕熱由小便而出，健脾化積則食消納馨。如証象咳嗽、流涕、身熱者加用清肺片，便瀉次多者，加用和脾片，右脇下疼痛者，加服逍遙合劑，隨証佐治。

本方諸藥，查茵陳蒿，經冬不雕，明春再吐，“用治陳伏之濕熱，其味苦性平微寒，無毒”（藥性字典）。本草備要謂：“苦燥濕，寒熱壯，入足太陽經，發汗利水，以清太陽陽明之濕熱，為治黃疸之君藥”。又藥學大辭典載：“茵陳效能為清濕熱，治黃疸，有解熱、發汗、淨血三作用，為黃疸之特效藥”。山樞：“味苦性寒，無毒，治五積黃病，瀉三焦之郁熱，通小便”（藥性字典）。黃柏苦寒微辛無毒，沈潤下降，瀉膀胱相火，除濕清熱，主治結熱黃疸（本草備要）。茯苓味甘性平，無毒，為利水行痰，通利兼長要藥，主胸脇逆氣，能除濕益燥；開胃平嘔，利小便而不傷正。神麩，味甘辛，性溫無毒，為消食化痰要藥，主化水谷宿食，行氣調中，健脾開胃，治癥積滯脹滿。麥芽，味甘咸，性溫無毒，為健脾化積要藥，主開胃，化積食，消痰除脹，炒焦用，則化滯之力宏，消米面諸果積最良。（以上均載藥性字典）又查綠礪之效能，明李時珍本草綱目記載，“消積滯，燥脾濕，化痰涎，除脹滿黃腫等。”本草備要記載“燥濕化痰，功同白礪，利小便，消食積，煨紅名綠礪，能入血分，伐肝木，燥脾濕。”針砂為生鐵磨細之粉末，本草備要記載：針砂，消水腫黃疸，散癭瘤，烏鬚髮。

綜合上述諸品，本方以苦寒之茵陳為君，山樞為臣，蓋苦者燥濕，寒則熱退，輔以黃柏、茯苓、除中下焦之濕熱，使由小便排出，因小便利，濕熱可下，黃自退矣。佐以神麩麥芽，健脾開胃，行氣消積，脾健則運，宿積可消，此釜底抽薪之意，俾濕熱無由而生。又因黃乃脾土之色，脾病則土敗木賊，內經云“目為肝竅”，難經曰“胆附於肝”，千金方則謂：肝前受病移於胆，是以黃疸其屬脾胃病變，而與肝胆有着密切的關係，故方中以綠礪、針砂為使，用其燥脾濕，入血分，伐肝木而消黃疸，此所以相互配伍之旨在焉。

此方在三年多來的實際應用中，效果尚稱滿意，在消除惡心嘔吐，增加食欲方面，療效最好，只需2—5天，比張維漢報告單用茵陳蒿一味，在二周內消失食欲不振，一周內消失惡心嘔吐的效果更好，可見茵陳蒿雖然是治療黃疸的要藥，但在應用時，必需配合他藥，症狀消失更快，這亦說明了復方中藥，有相互協同作用，也更証實了因證施治和復方中藥配合之重要性。

六、小 結

1. 本科運用古方茵陳蒿湯加減，採取古人煎丸之法，自製加味茵陳蒿片，治療小兒傳染性肝炎之屬於陽證者，經過三年多的臨床觀察，得到了良好效果，有效率100%。黃疸開始消退，最快者只要一天，最慢者，在十天以內，黃疸全部消失，最快者只需二天，最長者28天，平均退黃日期僅九天半。惡心嘔吐及食欲不振等症狀，大多於服藥2—5天內消失，發熱多數在1—2天退淨，小便用肉眼觀察，由濃茶樣轉為正常顏色，一

般在一星期左右，快者2—5天。肝肿大消失，平均为17天。肝功能检查，一般都有进步。尿检查中，胆红素接近全数阴性，尿胆素，尿胆元绝大部分阴性。

2. 加味茵陈蒿片的优点：

- (1) 服药方便，易于掌握剂量。
- (2) 便于总结经验，推广应用。
- (3) 能保持原有药物的性能和作用。

3. 加味茵陈蒿片，适用于传染性肝炎之属于阳黄者，其优点已如上述，唯在观察过程中，发现了存在问题：

(1) 应用本方，在黄疸及症状消失后，对遗留肝肿大的恢复，效果不显著，因此考虑在接近退黄之时，佐以疏肝理气，活血化瘀之品，故曾加用丹参、白芍、柴胡、陈皮、当归、川芎等合剂，以冀肝肿缩小较快，唯因观察时间尚短，例数不多，难以肯定疗效，今后将着重在这一方面，作进一步的观察和研究。

(2) 剂量方面，观察有效量不够明确。

(3) 由于条件限制，没有做到用现代方法来分析药理作用。

儿童传染性肝炎用茵陈蒿汤梔子柏皮汤 加味治愈 102 例报告

苏州专区人民医院儿科 张经青

传染性肝炎过去曾称为“卡他性黄疸”，误认为十二指肠及胆管发炎所致。1880年苏苏包特金氏首先发现本病具有传染性故又名包特金氏病。

自第二次世界大战后本病在国内、外流行均逐年增多，据国内本病住院病例统计如以1954年作为1，则1955年即增加至“18”。美国、比利时等资本主义国家则1955年比1950年更增加至20倍，1959年本病流行更见增加，苏州地区亦较往年增加甚多。本院儿科自1959年11月起至1960年1月止，三个月中共治疗本病102例，均给中药治疗，疗效显著，现报告如下：

本病病原是“嗜肝细胞组织的滤过性病毒”由于该病毒目前尚不能在实验动物中研究，因此治疗预防等问题进展比较缓慢，且目前为止本病尚无特效治疗及预防。

祖国医学对黄疸记载是很早的，内经素问平人气象论云“目黄者曰黄疸”“溺黄赤安卧者黄疸”；灵枢论疾诊尺篇云：“身痛而色黄齿垢黄瓜甲上黄黄疸也”；以后历代医家对黄疸亦多有阐发，如汉张仲景金匱要略有五疸之分（黄疸、谷疸、酒疸、女劳疸、黄汗），唐代王焘外台秘要于诸黄方中，有救急疗黄36方，至金元以后张景岳氏把黄疸由繁就简，分成阳黄阴黄两大类，阳黄属湿热，其症状黄色鲜明，如桔黄色发热口渴欲饮便秘小便黄赤脉洪滑有力，表现为热性实性或急性发作期症状，阴黄属寒湿，其症状黄色晦

暗，不鮮明有惡寒自汗乏力，不發熱或熱甚微，脈沉細無力，便液等表現為寒性虛性及慢性階段症狀，此種分類法為現今中醫學診治黃疸的依據。我們根據辨證論治的原則，傳染性肝炎黃疸型屬於陽黃一類，治療方法以清利濕熱為主，我們選用了如下處方（茵陳蒿湯梔子柏皮湯加味）每一服一劑，連服十四劑為一療程。

處方：茵陳蒿湯梔子柏皮湯加味

西茵陳三錢，川茨柏三錢，六槲三錢。

黑山梔三錢，赤豬苓各三錢，谷麥芽各三錢。

制川軍一錢，滑石四錢，生甘草一錢。

以上為一劑量，連服14劑

加減法：1. 肝腫壓痛加柴胡一錢，廣玉金三錢。

2. 溼重舌白垢加川朴五分。

3. 瘦少者加五苓散六錢。

4. 嘔吐加玉樞丹二分，法半夏二錢。

5. 大便瀉薄者去制川軍。

6. 合併感冒咳嗽者，加紫花三錢，前胡三錢，青皮一錢，杏仁三錢。

附藥物主要作用說明：

1. 茵陳：有清熱利濕利胆消黃作用，能促進胆汁分泌和介熱利尿。

2. 梔子：有清熱利尿消炎作用。

3. 制川軍：能清熱通便且有抗菌作用，抑制腸內細菌繁殖，減少腐敗毒素吸收有利於肝臟機能之恢復。

4. 川柏：有清熱消炎抗菌作用。

5. 赤苓：有利濕通小便作用。

6. 滑石：有利濕作用。

7. 六槲谷麥芽：能助消化促進食慾恢復并補充維生素等。

8. 生甘草：有增強肝臟解毒作用。

9. 柴胡：介熱消炎疎肝。

10. 廣玉金：疏肝介部止痛祛瘀，有增強肝臟解毒作用，并能促進胆汁大量排出。

11. 五苓散：利濕通小便。

本院內科102個病例，男孩64名，女孩38名，男女之比為2:1，年齡3—14歲。其中4—8歲最多，有63名（占60%），都因發熱食慾不振，乏力，數天后巩膜出現黃疸，或小便胆紅質陽性而受治，經一、二天后黃疸逐步明瞭，全部病例尿色均深，尿胆紅質均陽性十——卅不等，肝臟均腫大（肋下2——3指），有壓痛及急痛感，脾臟均未捫及，血象白血球均不高（6450——9800，中性球31——75%，淋巴球25——69%），有16例伴嘔吐（2——10次），神志均無改變，黃疸指數11——55單位，凡登白試驗直接間接均十——卅，麝香草酚渾度試驗7——14單位，膽固醇絮狀試驗卅——卅，有46例加做血轉氨基酶試驗（SGOTSGPT）均在70單位以上，最高292單位。

全部病例依據病史症狀体征及實驗室檢查均能確診為傳染性肝炎，其中二例系兄弟二人，先後發病。另有二例，其母亦患傳染性肝炎。治療上除臥床休息，高糖低脂肪飲食，內服維生素母片外，均以中藥為主要治療，給上述茵陳蒿湯梔子柏皮湯加味14劑，

一般內服三、四劑后，尿色即淡，尿胆紅質試驗即轉陰性，黃胆消退，食慾精神好轉，內服七八劑后，黃胆消退，食慾恢復，肝區壓痛亦消失。14劑療程完畢時，復查黃胆指數，凡登白肝功能，血轉氨酶試驗等，98%病例均全部恢復正常，僅有二例在療程完畢時，血轉氨酶SGPT試驗尚未全部恢復，有112單位。再繼續服上述中藥4劑，復查即全部正常。

一般肝臟腫大，消退較慢，僅10例在療程完畢時全部消退。其餘92例在療程完畢時肝臟均剩 $\frac{1}{2}$ —1指左右。繼續隨訪，在療程完畢后一個月左右全部病例肝臟均完全消退。

中藥治療开始后主要症狀消退天數表

	發熱	食慾減退	乏力	嘔吐	黃胆	尿色深	肝區壓痛
病例數	48	102	102	16	92	102	102
二天消退	10			7			
三天消退	32			9		18	
四天消退	6	22	18			24	
五天消退		48	46			44	
六天消退		12	28		15	16	
七天消退		12	10		32		18
八天消退		8			42		25
九天消退					3		38
十天消退							21

根據北京市副隆醫院58年報告用西藥治療机关干部家屬，營養狀態較好就診較早的兒童傳染肝炎52例，發熱及黃胆消退日數均較緩慢，顯示本組中藥治療優越性甚大。

茲列表比較如下：中藥與西藥治療發熱及黃胆消退所需日數比較表

	消退日數	北京副隆醫院 西藥治療	本組 中藥治療
發熱消退	5天以內	60%	100%
	7天	22.5%	—
	7—15天	17.5%	—
黃胆消退	10天以內	17.4%	100%
	20天以內	50%	—
	30天以內	25%	—

本組全部病例在整个療程中未發現任何不良副作用，亦無死亡病例，截止目前為止，隨訪2—4個月，尚未發現復發病例，与過去用西藥治療比較，顯然中藥治療的療效高、療程短，并且價格廉、貨源多，符合多快好省原則，值得介紹推廣。

結論：本文報告兒童傳染性肝炎102例用中藥茵陳蒿湯梔子柏皮湯加味治療，每日一劑連服十四劑為一療程，全部病例均治愈，黃胆迅速消退，精神食慾恢復，肝區壓痛消失，肝功能及轉氨酶試驗亦全部恢復正常，僅肝臟腫大消退較緩慢，須療程完畢后，一個月左右始全部消退。全部病例在整个療程中無副作用發現，以后隨訪二到四個月，亦無復發病例，与過去西藥治療相比較，值得介紹推廣。

青黛粉治療小兒傳染性肝炎

初步觀察摘要

徐州市立第一醫院

祖國醫學對成人及小兒傳染性肝炎時治療有良好的效果，已為公認。但嬰幼兒對湯藥及數量較大的丸、散劑往往感服用不方便，甚至因此影響治療。該院有鑑於斯，在黨的領導下，經過不斷的努力，進一步發掘祖國醫學的寶庫，初步獲得了青黛粉治療小兒傳染性肝炎有良好的效果，其特點是：量小，服用方便，無副作用，療程短，費用低。該院用青黛粉治療23個小兒傳染性肝炎效驗滿意，據介紹之四個病案，經青黛粉治療後臨床体征症狀及肝功能，多能在數天或一週左右時間得到顯著改善以致消失。

青黛粉的配制及劑量：

一號青明粉：內含青黛粉5分，明礬粉5厘。（分成10包）

二號青明粉：內含青黛粉6分，明礬粉1分5厘。（分成10包）

三號青明粉：內含青黛粉7分，明礬粉2分。（分成10包）

一號用於三歲以內的幼兒，二號用於3—6歲幼兒，三號用於6—12歲以上的較大兒童。以上一、二、三號的劑量各均分10包備用。服法：每日二次，每次一包。原文介紹之四個病例都僅服一劑（10包）即獲基本治癒。

中醫藥治療傳染性肝炎的體會

南通醫學院祖國醫學教研組 曾向平

肝炎在中醫典籍裡，雖然找不到同樣的病名及系統的敘述，但就臨床上與西醫合作過程中所見，回顧理論，復習文獻，古人對這種病已有比較深刻的認識，舉述如下：

一、病因與病機：

內經素問玉機真藏論：“風者，百病之長也，今風寒客於人，使人毫毛直，皮老熱閉而為熱，當是之時，可汗而發也。……弗治，肝傳之脾，病名曰脾風，發癰，腹中熱，頰心出黃。”

傷寒論：“傷寒瘧熱在里，身必發黃”。（262）“傷寒脈浮而緩，手足自溫者，是為系在太陰，太陰者，身當發黃，若小便自利者，不能發黃。”（187條）“陽明病，无

汗，小便不利，心中懊惱者，身必發黃。”（199條）

千金翼論黃疸：“凡遇天行熱病，多由瘀發黃。”

傷寒直指：“濕與熱，郁蒸於脾，面目肢體為之發黃，此卽疸也。”

眾所周知，傳染性肝炎，是一種濾過性病毒所引起的肝細胞變質病，具有明顯的傳染性。古人在長期實踐中，早已理解到它有傳染性，所以將它歸納“天行”“風邪”“傷寒”的范畴，同時認識到本病以出現黃疸為其主要征。黃疸的出現，是由於瘀熱不化，因此內經時代已提出採用汗法不能解決本病。張仲景更指出陽明太陰，俱可發黃，肩發了後世認為本病的机理，是由於肝胆郁結，瘀熱不化，脾胃滯阻，濕邪不宜，因此，治療本病的關鍵在於肝胆脾胃，在於解決濕熱，濕甚者運脾泄痞，熱甚者清肝化瘀。如果在黃疸前期，疏化了瘀熱，即可防止發黃，傷寒論中已敘述甚詳。這種病因和病機的論點，在祖國醫學理論與實踐的聯繫中，實具有重要的意義。

二、臨床症候

本病在臨床症狀上，現代醫學一般分為三個階段，卽黃疸前期、黃疸期和恢復期，一般中醫臨床者，都以治黃疸之法治本病，事實上黃疸不能概括本病之全部過程，黃疸在多種疾病中俱可出現，而在祖國醫學中亦以病因不同，有五疸之分，以性質不同，更有陽黃、陰黃、急黃、胆黃之別。從臨床症狀上對照，中醫谷疸之症狀與肝炎黃疸期症狀頗似相符，在性質上乃屬於陽黃，如認為肝炎卽中醫之黃疸，還值得商榷，然而古人对本病已有系統的觀察，但無恰當的病名而已；就個人体会，可以內經，傷寒論原文中，得到启示。如：

內經靈樞論疾診尺篇。“身痛而色微黃，齒垢黃，爪甲上黃，黃疸也。安臥小便黃赤，脈小而濡者，不嗜食。”

傷寒論：“陽明病，脈遲，食難用飽，飽則微煩頭眩，必小便難，此欲作谷疸。……”（195條）

“陽明病，無汗，小便不利，心中懊惱者，身必發黃。”（199）

“陽明病，脈下澀滿，不大便，而嘔，舌上白胎者，可與小柴胡湯。”（230）

“陽明中風，脈弦浮大，而短氣，腹都（應作部）滿，肋下及心痛，久按之氣不通，鼻干不得汗，嗜臥，一身及目悉黃，小便難，有潮熱，時時嘔，耳前後腫，刺之小差，外不解，病過十日，脈續浮者，與小柴胡湯。”（231條）

從上面所引內經、傷寒論的原文中，我們可以清楚的看到古人对本病觀察的細致，如不嗜食，食難用飽（食欲不振），小便黃赤，小便難，小便不利（小便減少，含有胆紅質），安臥（倦怠無力），陽明中風（消化系統症狀外兼見中風表症的惡寒頭痛），身痛（肌肉痛），嘔噦（噁心嘔吐），心中懊惱，（腹部和上腹部不適且有煩悶感），肋下澀滿，肋下及心痛，按之氣不通（肝區及上腹部有脹滿和痛的感覺，在壓迫時更明顯），耳前後腫（淋巴腺腫），這都是肝炎常見的臨床症狀，而且說：“此欲作谷疸，身必發黃，”更已認識到肝炎黃疸前期的發展規律，亦顯然與其他疾患形成之黃疸有所區別。

三、診斷与治疗

流行期根据临床症状，典型病例，在有經驗之临床者，診斷尚不困难，非典型病例及黄疸前期，很容易和感冒及胃腸病相混淆，在中医辨证論治的規律中，虽可得到及时解決，但为了确诊及預防，仍宜結合實驗室檢查，特别是为了对本病的早期发现，在临床上应提起注意。我們所治的病例系經西医生确诊为傳染性肝炎而进行中药治疗的，我們在临床上的体驗，一般脈象，有热时多見浮弦或浮大，无热时多見沉小或沉緩，舌苔多見白滑或白膩，亦有薄黃或黃膩者。

在黄疸前期：有大小柴胡湯証；黃連湯証、半夏瀉心湯証；柴平湯証，涼膈散証，黃疸期，有茵陈蒿湯証，茵陈五苓散証，茵陈胃苓湯証，茵陈梔子柏皮湯証，甘露消毒丹証。如黄疸甚而不易消失，我們配合煎剂另用黛矾散（小青黛四份，淨明矾六份研粉和勻）每早晨空腹以生蛋白調服五分，連服五至七天，效果显著。一般輕型治以茵陈梔子四苓湯。恢复期，一般应用加味道遙丸，脾胃虛弱者，应用香砂六君子丸或枳朮丸，消除肝炎后遺症，以杜复发。

因症分类及治法

西医中医 分类分类	病 因	症	候	方 法	附 註	
黄 疸 前 期	伤 寒 痞 滿	熱 不 化	发热，食欲不振，倦怠，心烦喜嘔，或煩而不嘔，胸膈苦滿或痞穢，或腹滿而痛，小便少而黃，或便秘，或腹瀉，或渴或不渴，或有耳前后肿，舌苔白滑白膩，脈浮弦或浮大。	寒熱喜嘔，胸膈苦滿或痞穢。	小柴胡湯并运用其加减法，兼湿郁者，用柴平湯。	和解疏泄法
			发热，二便閉澀，胸腹有痞滿按痛。	大柴胡湯涼膈散	解熱通下法	
			胸膈痞滿，嘔而发热，或有腹瀉。	半夏瀉心湯	苦澀消痞法	
			胸膈痞滿而痛，腹亦滿痛，或兼嘔吐。	黃連湯	苦辛化聚法	
黄 疸 期	濕 熱 郁 蒸	身熱，或甚或不甚，目睛黃，或身黃显明，或納呆，或消谷善飢，小便短赤，大便澀或不澀，胸腹滿痛或不滿痛，舌苔薄黃或黃膩，脈浮滑或沉緩。	腹滿痛而便秘	茵陈蒿湯	消疸通泄法	
			濕甚而小便不利，或胸滿納呆。	茵陈五苓散 茵陈胃苓湯	消疸分利法 化濕宣中法	
			輕型而小便不利	茵陈梔子柏皮湯 茵陈梔子四苓散	清化分利法	
			濕熱俱甚者或黃疸甚者服用	甘露消毒丹 黛矾散	清化濕熱法	
恢 复 期	气 血 未 复 善 后 調 理	素質瘦肝部，或脾虛气滯。	血虛肝郁者	加味道遙散	疏肝養血法	
			脾虛气滯者	香砂六君子丸 枳朮丸	調脾健运法	

我們在近一年來，用中药治疗的28例傳染性肝炎中，女性9例，男性19例，多於女性，发病季节春秋較多，年齡最大的是62岁，最小的是16岁。（儿科病例未統計在內）

在我們的病史記載中，過去還存在着很多的缺點，特別是根據中醫體系，要能體現出症、因、脈、治、理、法、方、藥的規矩權衡，還做得很不穩，為要便於總結，找出中醫診斷治療本病的主要規律，確是應該創造經驗的一項新任務，同時所治療的病例，入院時雖做過實驗檢查，但在症狀消失出院時部分病員沒有再做檢查，這些都是我們正在努力改進的方面。療效附列簡表如下：

主要症狀平均消失日期表

症 狀	例 數	平均消失日期
發 熱	5	2.5 日
胸 肋 痞 滿	17	8.6 日
納 少 乏 味	23	6.5 日
苔 白 滑	13	9.4 日
苔 膩	5	11 日
倦 意 乏 力	10	15 日
目 黃	22	11.4 日
身 黃	3	9.8 日
小 便 赤 澀	28	9.5 日
大 便 稀	6	3 日
噁 心 嘔 吐	3	3.6 日

實驗檢查治療前後變化表

實 驗 項 目	治 療 前 指 數		治 療 後 指 數	
	最 高	最 低	最 高	最 低
黃 疸 指 數	186	10	10	4
血 清 總 胆 質	8.333	1.062	1.04	0.125
凡 登 白	迅速或双相		延緩	
T. T. T.	20	4	8	4
C. C. F. T.	卅	卅	卅	—

治療本病的基本原則，不外疏肝、瀉痞、清熱、化濕，我們對一般輕型的患者，都應用茵陳梔子四苓湯，有消化不良的，佐用保和丸，均收到迅速而良好的效果，藥費也很便宜，至於濕熱偏盛或濕熱具盛者，不能固守一方，還須隨症加減，靈活運用，中醫對本病的病機認識，系在陽明、太陰，陽明指胃，太陰指脾，熱偏盛者治陽明，濕偏盛者治太陰，在未見黃疸前，則多見少陽症，少陽是胆和三焦，重在和解疏導，既見黃疸，當須退黃，而退黃又系在清熱、化濕、利尿、健脾的綜合藥力之中，退黃之藥，茵陳最佳，在休虛或濕盛者，效果最為明顯，而休虛或熱盛者，則反須運用配合恰當，這些規律，還須進一步共同探求。

四、結 語

我們能取得在治療中的初步成績，這是由於黨的正確領導和中西合作的結果，中西

合作对診斷治疗和观察結果，以及便於西醫研究，均有明显的好處，如本病在黃疸前期，或无黃疸型肝炎，可在西醫的診下及早发现、中醫的辨証論治虽可在无形中治愈本病的早期患者，但对流行的預防措施，易失去机会，另一方面对本病的痊愈，可以得到科学的証实，不仅以症状消失为滿足，而有利於總結和提高。

中醫藥治疗本病，黃疸和消化系統症状消退迅速，以及恢复体力，均甚明显。肝炎的黃疸前期症状，在伤寒論特别是阳明篇中，已有描写，这说明我們在繼承方面，还須不断钻研，也証明党号召我們温課的正确。

傳染性肝炎的黃疸。在中醫系属陽黃，我們治疗的病例中，尚未发现有阴黃現象，而阴黃似多出現於慢性肝炎或肝硬化，应屬於內伤范畴，这一認識，是否正确，还希先进指教。

中醫診斷和治疗本病，需要根据理論，結合实践，找出主要規律，还有待今后进一步共同努力，不断總結、不断提高。

治疗 40 例傳染性肝炎的体会

南京中医學院

傳染性肝炎是临床上較为多見的病疾，在我国多以散发形式出現，四季均有发生，且多发生于青、壯年，成为三大好发病(細胞性痢疾，傳染性肝炎，流行性感冒)之一，对人民健康的危害性頗为严重。

本病一般常有黃疸出現，成为診斷上重要指征之一。近年来由於臨床医者思想上的重視和診斷技术的不断提高，无黃疸型病例亦續有发现，然一般仍以黃疸型为多。凡黃疸型的病状，包括在祖國医学黃疸門中，“內經”即有該病記載，“千金翼方”中并指出其具有傳染特性。中醫的黃疸，是泛指一切具有黃疸症状的疾病，傳染性肝炎之黃疸型，当亦包含在內，故有人推想，傳染性肝炎在人类疾病史上已經傳播有几千年了。由於祖國医学对本病認識甚早，在长期与疾病作斗争的过程中，积累了丰富的經驗。近年来，各地有关中醫藥治疗該病的臨床报道甚多。在最近全国急性傳染病学术会议上，亦已肯定了中醫对防治傳染性肝炎有很好的疗效。

我院自1958年1月，至1959年6月，接收傳染性肝炎住院患者40例(均为黃疸型)，經中醫藥治疗，均获得良好效果。今總結分析於下，并就有关診斷、治疗和病因等問題，加以探討，就正於臨床医家。

一、症状、体征与病史

本組大多起病緩慢，并多数於黃疸前期均有明显的前驅症状(如头痛、头昏、食慾不振等)。病人入院时，均已不同程度的黃疸(患者均以此而就診)。

主要症状，以乏力，食慾不振，右上腹不适，小便黃赤等为最普遍。肝区痛多发生

於學生、職員、醫務人員、教員中；教員中，且於患者知道診斷及肝臟解剖部位或對本病有所了解後出現。與其他病人相比，同樣有不同程度的肝臟腫大，但未訴及該症者頗多。故於此推測，肝區疼痛症狀，可能與神經精神因素有關。

伴有發熱的有18例。除部分病例入院後確有 37.3° — 38° C低燒外，有的在入院前曾發熱，入院後體溫呈正常，自訴肌熱，皮膚搔癢計14例，均甚輕微，且於黃疸消退過程中，即已消失。

在病史中，有明显感染史者僅12例。全組病例，均無注射史。有4例患者已往曾患過同樣“黃疸”，且曾有食慾不振，乏力，上腹痛等症。2例為二年前，1例三年前（均在當時經醫院診斷為傳染性肝炎而經治愈）。1例系67歲男性，謂20年前患過同樣病，未經診治，始列為“可疑”項下。

主要特征：

本組均有巩膜黃染，其次為皮膚黃染(36例)，肝臟腫大(36例)，肝區壓痛(29例)。肝臟腫大以乳頭垂直右肋緣下可觸到肝葉為準。肝臟腫大36例中，以半—1指為多數(19例)。1—2指15例，超過2指的，有2例。

舌苔：

本組以薄白苔最多(26例)，次為白膩苔(11例)。此外，有薄黃2例，黃膩1例。白膩舌苔的病例，經治療後，漸轉化為薄白苔，平均為6天，似與黃疸開始消退與消化系統症狀之改善日期相應。薄白苔大多亦逐漸好轉，成為正常色澤之薄舌苔。舌苔厚薄，經常作為脾胃濕阻程度和有無改善之衡量尺度，與治療方針及藥物選擇有密切關係。本組舌苔的觀察，大致均為正常色澤。

脈象：

本組從脈象方面尚未觀察有普遍規律，較多的為濡細脈(15例)，其他有遲、緩、弦等脈。

4例遲脈患者之舌苔，均為白膩苔，經用溫化寒濕之藥物後，舌苔白膩轉化而脈率漸增(有1例脈遲，40次/分，經治療6天後，增至68次/分)。遲脈在判斷和鑑別陰黃、陽黃時，是重要的依據。出現濡細脈者，與胃腸濕困症狀亦頗相應，其舌苔每呈薄白，故基本上本病之濡細脈可作為濕阻程度之佐證。互參舌苔與症狀，借以了解濕邪之深淺輕重。

二、實驗室檢查

1. 血象變化：一般文獻記載本病血液，白血球總數多屬正常或減低，分類中有淋巴細胞增多。本組檢查結果，與此亦相符。白血球總數5100—7000為最多(17例)，10000以下共計35例，超過10000者僅5例。分類中，淋巴球增多(超過30%以上)者30例，占75%。

2. 尿的變化：本組檢查40例尿三胆結果，尿中胆紅質陽性率為75%，尿胆素陽性率87.5%，尿胆元100%陽性。其中以尿胆元出現最早。當黃疸症狀出現後，胆紅質亦即呈現陽性。隨黃疸之消退，尿變化均漸趨正常。

3. 肝功能測驗：肝機能測驗，對肝臟疾病之診斷及預後的了解，具有一定意義；但必

需多种肝功能試驗連在一起，以保證更高的阳性率。

本組檢查黃疸指數，以21—50單位為多。100單位以上者1例，少於10單位5例（該5例於入院時巩膜尚有黃疸，程度較輕，其中1例黃色不著，因均於治療後三、四天才取血透驗，故可能影响到數值之準確性）。范登堡試驗多呈雙相反應，黃疸消退，該試驗亦漸轉阴性。

血漿蛋白總值，除1例為3.19克%外，余均在正常範圍。白蛋白與球蛋白之比價值 <1.5 有14例。比值为1者2例，比例倒置者6例。至出院前复查，均获正常。恢复正常的時間平均为22天。

高田—范氏試驗檢查29例(卅)及(廿)各9例，(+)7例，(±)1例，(-)3例。阳性率为89%。

麝香草酚浊度試驗：檢查39例，5單位以下10例，6—10單位10例，11—20單位15例，21—30單位4例。阳性率为74%（按Maclagan氏法正常值为0—5單位）。

其他如麝香草酚絮狀反應，腦磷脂胆固醇絮狀反應及硫酸鋅浊度試驗檢查之阳性率，亦均在70—80%之間，与上述檢查亦屬相应。

三、治療效果

本組病例均系住院患者，始終由中、西醫共同觀察，效果良好。症狀方面（如食慾不振等）經治療後15—20天，均次第消失。

黃疸消退：有明显黃疸—巩膜，皮膚黃染，黃疸指數在11單位以上者35例。臨床望診，目珠、皮膚黃色，有明显消退的日期，最快2天，最長11天，平均3.7天。黃疸退盡者33例（以巩膜、皮膚黃色退淨，黃疸指數達7單位以下，血清胆紅質0.2毫克%以下為標准）。退盡時間，最短5天，最長50天，平均15.5天。其中由於化驗尚不够及時，未能恰如其分，故實際退盡日期當小於此數。另有1例，住院30天，黃疸指數由88降至20。1例住院16天，黃疸指數由70恢復至18單位。均因經濟困難而自動出院。前者出院後2星期，門診复查，黃疸已退盡；后者未再來診。

肝腫消失：

入院時，檢查肝腫大計35例，經治療後，肝腫消失恢復正常（右乳縱垂直肋緣下觸不到肝）者31例。平均肝腫消失日期，為住院後26天。出院時尚可觸及（0.5厘米以內）者有4例（此4例在入院時肝均腫大1—2指）。據此，則肝腫恢復率達100%。

本組病例之住院日期，最短12天，最長135天，平均住院日為47天。此与我們對於該病所訂出院標准之要求有关。

四、治療措施

1. 休息：本組病員於黃疸期均做到絕對臥床休息。黃退接近消滅淨時，尤其室內活動。黃疸退盡逾一星期，可以戶外活動，并适当輔以體疗（簡化太極拳，每日1—2次，每次活動時間10—15分鐘）。活動後，臥床休息30—40分鐘，以資恢復疲勞。

2. 藥物治療：

本組均運用中藥治療。循遵中醫治療原則，辨證施治。按張仲景“金匱要略”載：“諸病黃家，但利其小便”。巢氏病源：“黃病者，……但令得小便快，即不慮死”。朱肱“活人書”：“黃乃土色，系脾經濕熱之氣，郁蒸而成。……可分利小便，透發汗液，使內外濕熱之氣，表裏疏通。”張景岳認為：“陽黃疸多以脾濕不流，郁熱所致，必須清火邪，利小水。火清則溺自清，溺清則黃自退。”“醫宗金鑑”分陽陰兩黃論治。陽黃委實，无汗者用汗法，里實：便秘濕、腹滿者宜下之。不可汗下者，則以利小便為主。陰黃則分溫脾，溫腎兩法。按傳染性肝炎黃疸型之症狀，符合於陽黃者占多數。在病因上，即是濕與熱合；而有少數病例亦可呈現陰黃症狀。故大致上還得按陰、陽兩黃分別施治。治療上的主要區別，在於陽黃應兼清熱，陰黃應從溫運。一清、一溫，治法不同。其餘治法，大致有共同之處。至於瘧熱在表，身熱、發黃，應用發表者，本組未見一例，故僅將本文40例常用治法、方藥，簡述如下：

(1) 去黃：有黃疸症狀者，均可用之。

① 茵陳 黃疸著明者，藥量宜大。煎劑，成人一日量為一兩。至黃疸完全消退時，減量為一日五錢。續服5—7日。

② 秦艽 凡陽黃之起因於濕熱兼勞累，臨床有四肢酸困乏力症者，均可用之。日量五錢。迄黃疸消退時，減為三錢。續服3—5日。

③ 胆黃散（搽鼻用）成分為：甜瓜蒂、丁香、冰片，研細末，磁瓶封好，以免泄氣。不論陰黃、陽黃，均可用之。成人一日四至六次，搽兩鼻內，以手指蘸藥末吸入或以棉花蘸藥粉塞兩鼻孔，均可。有黃涕出者，效良。

(2) 化濕：

適用於黃疸目、肢鮮明如橘黃，或暗晦，舌苔白膩，口不渴，脘痞，腹脹，食慾不振，小溲黃赤，脈濡。

用藥：茅朮 厚朴 陳皮 苡仁

(3) 清熱：適用於陽黃。自覺身熱，形熱，心煩，口干，舌不其膩，脈較數。

用藥：山梔 黃柏 黃芩 連翹

(4) 利小便：適應於一切黃疸，小便黃赤不利者。

用藥：茯苓 豬苓 澤瀉 車前子

(5) 醒胃：用於黃疸而食慾不振者。

用藥：佩蘭 谷芽 神曲 砂、薤仁

(6) 舒肝解郁：適應於黃疸漸消而胸脇窒悶，或肋下痛，右上腹不適，噯氣。症緣肝失疏泄，乘侮中土者。

用藥：柴胡 白芍 枳殼 郁金 香附 青皮

(7) 和絡軟堅：適用於黃疸后期，右肋下結痞（肝臟腫大未消），按之痛或自痛。

用藥：丹參（煎劑或單服流浸膏均可。煎劑，成人日量三至五錢；流浸膏每日2—3次，每次10毫升）。

三棱 莪朮 烏藥 鱉甲 桃仁 當歸 川楝子

(8) 溫運：適用於陰黃，寒濕內停，舌白膩，口不甚渴，脈遲、緩。

用藥：附子 干姜

陰黃由於脾陽不足，非溫不化，非運不達。宜以本法與去黃，化濕，利小便等法參

合运用。如寒去而湿未尽化者，仍按症治之。

此外，若瘀热在里，无表证，腹满或痛者，可用大黄硝石汤（金匱：大黄，黄柏，硝石，栀子）。平素嗜酒，湿素盛者，酌加解醒之品（如菊花、枳椇子等）。阳黄初起有表症者，麻黄连翘赤小豆汤。夏、秋季节，加减藿香正气散等随症运用。

我院另制成药一“加味茵陈蒿片”，原为避免小儿服水药之困难而改进制剂，便于服用，治疗小儿病毒性肝炎以之为主要药物。试用以来，获效良好。该药主要成分，有茵陈、黄柏、栀子、神曲、针砂、皂矾，功能清热、利湿，开胃、消胀。本组除汤药为主外，有半数病例，同时服用该片，一日三次，每次5—6片（每片0.5克），该组20例，在症状改善，黄疸消退方面，均较满意。初步认为汤药加该片合并施用，可以加速疗效，缩短病程。且在肝炎流行季节服之，可有预防之功（关于预防之效果，因例数不多，尚在进一步研究观察中）。

本组病例，按上列治疗措施，主要药物应用于临床者，列表如下：

主要用药统计

药 物	茵陈蒿剂	平胃散	四苓散	秦尤	加味茵陈片	丹参煎剂	五苓散	郁金粉	丹参浸膏	茵陈四逆散	胆黄散
例 数	40	34	29	26	20	15	7	7	5	4	2

* 胆黄散系自拟方，于1959年5月起，开始运用。故至本文总结时，仅有2例。

讨 论

一、病因和类型问题

黄疸的病因，归纳有外因、内因两种。外因以感受时令湿邪为主，所谓“无湿不成疸”。如霉雨湿调，及至夏暑则湿热交蒸，或雨湿伤表，里有郁热，或久臥湿地，湿因於表，逐渐深入。然“湿”之含义，倘包括内湿之重要因素，亦即黄疸之成因，不论在外因、内因方面均以湿为主。是以一岁之中，任何季节，均可有黄疸病之发生。由於湿与脾之关系密切，体内湿邪之存积与形成，均可成为“脾”的病理状态。脾合胃，为胃行其津液，是又与胃有关。如体素阴虚、多火，或素胃热者，则挟湿为患后，湿热郁蒸，是为阳黄。若脾胃阳虚之体，中阳不运，感受湿邪者，成为阴黄。故同一季节，同时发病，虽居处及生活条件相似而有阴黄、阳黄之不同见症。因此，我们认为在黄疸的病因学中，其临床的类型，内因均起着重要的作用。

近年来，关于以中医药治疗病毒性肝炎之报道甚多。大致均认为该病之黄疸型属干阳黄者多。本文观察材料，亦与此相符。属于阳黄者31例，占78%。有4例则为阴黄，经温运化湿之剂治疗后（以茵陈四逆汤为主），阴黄症状渐转为阳黄（当转为阳黄后，黄疸即迅速消尽）。从入院后的黄疸退尽时间来看，阴黄比阳黄长。治疗上，按阴黄治法，起着主要作用。因此，可以认为这些少数病例，基本上是阴黄型。郑际青氏曾提到了阴黄、阳黄的可以转变性，与我们的体会共同之处。属于阴黄类型的报道极少。而

阴、阳黄转变之病例，尤未见到。兹略举例如下：

1. 阴黄，用茵陈四逆汤治愈例：

陈××，男，21岁，学生，住院号1057。一月来食慾不振，乏力。四天前，他人发觉其目睛发黄，渐而肤色亦黄，於1958年6月3日入院。起病之前，曾淋雨数次。主症：食慾不振，无力，右上腹不适，巩膜、皮肤均著明黄染，舌苔白腻，脘象迟（脉率40至/分，心律同），肝脏肿大一指，有触痛，质软，边锐，尿三胆均呈阳性。肝功能检查：黄疸指数32，范登堡试验双相反应，总蛋白6.78克%，白蛋白3.39克%，球蛋白3.39克%，麝香草酚浊度试验8单位，絮状试验+，高田氏试验廿。诊断：黄疸—阴黄（病毒性肝炎，黄疸期）。

脉象为寒湿困於中焦，脾胃不振，法宜温运，化湿，利小便。主方：茵陈四逆汤，平胃散，五苓散。

用药：茵陈 附子 干姜 桂枝 厚朴 苜蓿 泽泻 猪 赤苓 车前子 藜芦 谷芽

住院第四天，黄疸开始消退，症状渐改善。第12天，脉率68次/分（同一时间，卧床安静时）。黄疸指数，由入院时32下降至8单位。住院23天，症状消失。肝不肿，肝功能全复正常（黄疸指数5，总蛋白7.84克%，白蛋白4.98，球蛋白2.86，射油4，射絮土，高田氏试验阴性）。痊愈出院。

2. 阳黄转阴黄，用温运药物后黄疸迅速退尽例：

王××，女，38岁，住院号1066。一星期来，目珠色黄。於1958年6月4日入院。病起七日，无力，胃呆，目睛、皮肤均黄，黄色鲜明，溲赤，右上腹不适，口不甚渴，舌苔薄白腻，脘濡软，肝大半指，轻度触痛。黄疸指数60（余从略）。入院时，根据其黄色鲜明、溲赤，故按阳黄论治。用茵陈蒿汤，平胃散，梔子柏皮汤等复方。至第11天，黄疸始渐消退。然按其脉，日益濡软且缓。舌苔薄白不化。症状有所改善，而黄疸消退甚慢，历四十天未退尽，大便溏薄。经诊查后讨论，认为患者体素脾虚，中阳不运，脘濡软，舌薄白不化，是太阴寒湿内停，属阴黄，旋投茵陈四逆汤加五苓散。小溲转清，黄疸迅速消尽，脘亦渐转有力，舌白赤化，黄疸指数6单位，於8月3日痊愈。其他类似病况，亦有2例，不再列举。由此说明，病毒性肝炎不必均是阳黄。但阴黄与典型者，并不多见。舌苔、脘象，有时起着重要作用。按照舌苔白腻，口不渴，脘迟或濡软，黄退迟者，均可诊为阴黄，用姜、附以温脾、化湿，收效良好。

阴黄为湿郁蒸而成，其体虚，属热，属实。阴黄则脾胃之阳不足，寒湿内伏，不能运化所致。“温病条辨”有阴黄转入阳黄之论（原文：“间有始即寒湿，从太阳寒水之化，继因其人阳气尚未十分衰败，得燥热药敷帖，阳明转换金之化而为阳证者，即从阳黄例治之”）。在黄疸病过程中，由於病邪的消长和治疗的影响，阴黄、阳黄可以相互转化，临床上均可见到。该类病例，虽不常见，然当其转化过程中，治疗必需及时变更。否则，因循迁延，势必影响恢复。

此外，有关黄疸成因，由於天行时气所致的文献记载，亦复不少。如巢源“天行病发黄候”云：“四时之间，忽有非节之气伤人，谓之天行。大体似伤寒。亦头痛、壮热入脾、胃，停滯则发黄”。“千金翼方”黄疸论：“凡遇时行热病，多必内染著黄”。“三因方”：“五疸之外，有时行、癰疽、风、寒、暑、湿等疸症不同”。“沈氏尊生书”

諸痘源流論中謂：“天行疫癘，以致安黃者俗謂之瘟黃，殺人最急。”吳又可“瘟疫論”：“疫邪傳里，移熱下焦，小便不利，其傳為疽，身而如命。”“醫學入門”亦有“瘰癧”之名。綜上所述，謂“天行”、“疔行”、“疫癘”、“疫邪”、“瘰”均指由於本溫外邪引起，而具有傳染流行之特性可知。可能廣泛地包括着現代醫學的外耳（Weli）氏病、回熱熱、傷寒、肺炎球菌全身性感染等和急性黃色肝萎縮的肝細胞性黃疸和惡性疽及膿尿熱等引起的溶血黃疸在內。

二、休息和營養問題

為了減少急性肝炎時肝臟的負擔，必須要患者嚴格臥床休息。休息可使肝臟代謝減低，並增加血流。Nocker氏認為肝炎患者臥床至少到黃疸完全退盡為止。過魯源氏等亦均主張在任何飲食及藥物治療的同時，臥床休息，乃是先決條件。否則，可以影響療效和預後。祖國醫學早就重視到患病後注意休息，以及情緒、飲食等的重要性，並注意到應該避風、忌寒，不居住濕地等條件。

本組均系住院病人，黃疸明顯時期，都做到絕對臥床休息。黃疸將退盡時，允許在室內活動。黃疸消盡逾七日，肝臟在半指左右者，並適當地輔以體育療法，學習簡化太极拳，每日1—2次，每次活動時間為10—15分鐘，並未發現因活動而增加病情。適當的活動，對病人的食慾和消化均有幫助，對后期恢復體力亦有裨益，對肝功能之恢復正常无任何不良影響。比一般認為急性肝炎患者，必須臥床的時期為短。此可能與中藥治療後恢復迅速和病程縮短有關。

適合於病情的飲食，不僅達到營養目的，且包含有治療作用，中醫稱之為“食養”，西醫名為“營養療法”，其含義相同。然其觀點，及飲食內容，則有所不同。現代一般認為傳染性肝炎應予高蛋白，高碳水化合物，低脂肪，高維生素之食物。低脂肪，高維生素之原則，與中醫看法相符合。因為黃疸之病因既由於濕、油膩食物一則助濕、阻礙食慾，甚且生熱、酸痰，不利於病。至於高蛋白食品，在黃疸期間，臥床少動，食入於胃，運化遲緩，且食慾不振之時，雖給予高蛋白，病人亦難進食。即使在食慾好轉時，亦不宜過多。本組病例，於黃疸期及黃疸消退後，每日給予蛋白質量均未超過90克（成人）。碳水化合物除主食（軟米飯、爛面条等）外，每日平均給砂糖20—30克，並未過多給糖，因甜膩食品有礙於胃腸濕邪之排泄。這些問題問題，我們得從中、西醫兩方面結合起來考慮，不主張機械地應用於病人。Patek氏主張傳染性肝炎患者（成人），每日需吃蛋白質200克，脂肪75克，碳水化合物600克。Leone氏曾按此法治療35例傳染性肝炎病人，與另一組對比，結果，前組病人中病情嚴重，昏迷，病程延長及復發的，反比后組為多。故Patek氏規定的食量，顯然不是十分妥當的。

其他，關於黃疸期和復期的佐膳食品，以選用清淡與營養結合為最宜。使之有助於利濕熱、通小便的治療目的。如冬瓜火腿湯，冬瓜瘦肉湯，笋尖肉絲，絲瓜蛋湯，西紅柿蛋湯，肉末莧菜，海蜇荸薺羹（雪梨），扁蒲燻肉，鯽魚湯，烏魚湯等，作為佐膳。另以赤豆湯，薏仁粥，藕粉，綠豆糕，綠豆湯，西瓜汁等，為點心或飲料。這些，都是符合飲食療法的食品，可在肝炎病人的食譜中列入選用。

三、有關藥物治療問題：

治療黃疸之方劑、藥物甚多。為求簡要而切合實用，我們從淺淡的經驗中，擬訂了上述去黃、化濕等八種法則，以及有關主要藥物，亦即初步探索到的治療規律。基本上

可以适用于傳染性肝炎的各个时期和主要証候。其中去黃、化濕及利小便等法，不論阴黃、阳黃，均所适用。茵陈蒿治疸，为医者所熟悉，毋庸贅言。其他，据本草及医方所載，治黃疸之藥物，尚有秦朮、紫草、白蘚皮、瓜蒂、瓜蒌等等。秦朮治疸之記載甚早，近年亦有用之治疗傳染性肝炎之報告。本草謂其“苦燥濕，辛散風，去腸胃之熱，疏肝胆之氣。疸黃、酒毒、腸風、便血。”基本上适用于阳黃之兼有四肢酸困或疼痛者为宜。然与姜、附合用于阴黃，亦甚有效。郁金之有效成分为姜黄素（Curcumin），藥理作用可以利胆，并可使尿中胆红素显著減少。故有“能治黃疸”之說。我們選擇7例服用郁金粉，每次一錢，每日2次，与差不多時間的另7例患者，服秦朮相对照，前一組6例黃疸退尽，最长50天，最短7天，平均23天（另1例住院32天，黃疸接近退尽，因經濟困难，提前出院，不計算在內）。后一組黃疸均在住院期間全退尽，最短5天，最长37天，平均13天。對於症狀之改善，因尚配合辨証施治，故相同。初步认为郁金退黃不如秦朮。此后將秦朮較广泛地应用，迄目前为止，已达26例，尚待繼續研究观察。又瓜蒂治黃疸，古方載之甚多。導源于吐法而改变給藥途徑，是治疗学上的一大进步。搗鼻方用瓜蒂为主，其他有赤小豆，秫米，丁香等輔助藥。搗鼻藥吸入量甚少，应擇其力強而純，效捷者为佳。故以瓜蒂，丁香合芳香辛滲之冰片，定名为“胆黃散”。吸入鼻腔后，越10分钟許，即有粘黃涕液流出，量之多少不一。按天津市布兰蘭同志用“疸敌”治疗黃胆甚效，可能与本方有共同之处。

治黃胆尚有皮肤給藥——外治法。民間单方有走黃草加燒酒搗爛，敷前臂屈側，謂能起泡、出黃水。本組有1例患者，入院前數日，曾用过該草藥外敷。入院时，敷藥部位尚見皮肤起泡。黃胆指數36單位，經服藥治疗，黃胆在第10日退尽。患者年42岁，症狀亦較显著，与相似年齡之患者比較，黃退堪稱迅速，可能与入院前外治法之效果有关。

“理論群文”有：“胆熏葯筒而取”，“并搗青鱗填臍”兩首，下列外治法多种（有青背鱗魚加砂仁、洋糖加蚌壳，鱗魚背肉加胡椒、麝香，南星，田螺等外敷法）。“冷庐医話”亦載有用活鱗魚去尾、貼臍四周，須叟黃水出之經驗。可見祖國医学治疸方法之丰富。

四、效果和出院标准問題

治疗傳染性肝炎，不能单凭黃疸消退后为滿足。急性期間，如果治疗不当，或失治容易过渡到慢性實質性的損害。我們对患者的出院标准問題，是慎重和較严格遵守的。暫訂出院标准，如下：

- ①临床症狀消失，食慾和体力恢复正常，一般营养状况良好舌苔、脈象，达到正常。
- ②肝肿消失（或在0.5厘米以內，无明显压痛和自觉疼痛）。
- ③尿胆紅素阴性。肝功能完全正常或絕大部分正常（血胆紅質必須正常）。

在临床研究內容中，以观察①黃疸开始消退和退尽的日数，②肝肿恢复正常的日数为主。本文黃疸退尽的日数，平均为15.5天（以巩膜皮肤黃色退淨，黃疸指數达7單位以下，血胆紅質一分鐘測定0.2毫克%以內为标准），肝肿消失，平均为26天。今后尚应进一步研究治疗措施，使黃退与肝肿消失的日数，更为縮短。并通过远期观察，进一步提高疗效。至於住院日数問題，与出院标准有关。本組平均为47天，拟在痊愈标准的前提下，尽量使之減短。

总 结

1. 本文报告以中药治疗 40 例急性病毒性肝炎的临床观察资料，均系住院病例，經中、西医生共同观察，效果良好。病人的症状，經治疗后 15—20 天，均次第消失。有明显黄疸的 35 例（2 例提前出院除外），开始消退，平均 3.7 天；完全退尽，平均 15.5 天。肝脏肿大的恢复率达 100%。平均消除肝肿达到正常的日数为 26 天。总的痊愈率为 95%，有效率为 100%。

2. 除一般资料的统计外，观察到舌苔以薄白为多，脈象以濡細为多。舌苔的厚薄，經常可作为脾胃蕴湿程度之衡量，与治疗有关。濡細脈常与胃腸湿困症状相应，并多与薄白舌苔同現。迟脈又是判断阴黄、阳黄之鉴别时一項重要依据。

3. 治黄疸之方药甚多，为求簡要而切合实用，拟訂本組所常見的祛黄，化湿，清热，利小便，醒胃，舒郁，軟坚，温运等八法，介紹各法的主要药物及其适应証。

4. 黄疸的病因不离乎湿，包括外湿、内湿。而内因在发病过程中起着重要作用。傳染性肝炎之黄疸型，属于阳黄者多。但亦有阴黄，或阳黄轉为阴黄，阴黄轉为阳黄。列举病例 2 则，以資說明，并就轉化問題加以討論。

5. 根据本文观察結果，认为在黄疸期应绝对臥床休息。黄疸退尽，肝肿在半指左右，可以并用体疗，以利体力恢复，对本病之治愈，无不良影响。对于飲食問題，低脂肪、高維生素兩項，中、西医生看法是相同的。高蛋白飲食，意义不大。为更好地符合“营养疗法”的原則，对傳染性肝炎或黄疸病人之飲食品种，提出参考意見。

6. 經試用郁金粉的一組病例，消退黄疸的效果，不如秦艽。搗鼻法治疸以及治法，均可能有效。提出討論，容今后进一步研究之。

黃疸樹煎剂治疗传染性肝炎 43 例的 初步观察报告

无錫市崇安区联合医院 錢佩然

一、引 言

解放十年来，我在党的领导和不断教育培养下，感到党对中医政策的偉大，使我国医学科学赶上現代世界先进的科学水平，为了整理和努力发掘祖国医学遗产，丰富祖国医学知識，今年二月，党展开献方献宝采风运动，听到首长們的报告，号召把民間的秘方、秘方、驗方、收集起来，加以整理和实验、这些药方是我国历代劳动人民同疾病斗争的經驗积累，具有丰富的内容和宝贵的实际疗效，听了以后，使我深深地受到感动，

我以万分兴奋的心情来解放思想，破除迷信，树立起敢想敢做敢做的革命姿态钻研中医学，为保障人民保健事业的光荣使命而努力，坚决将民间单方立即进行临床实验，在我党支部直接领导和大力支持下，並中西医紧密团结协作下，通过43位病例的证实，五个多月内，将民间单方，黄疸煎剂治疗传染性肝炎获得了初步所得的疗效，作一简单报导，以供同道参考，並請賜予指正。

二、43例傳染性肝炎的临床分析

本院自1959年2月起至1959年7月12日止，共計160多天，共治疗傳染性肝炎43例，本組病例中，男性29例，占67.4%，女性4例，占32.6%，男女之比为2:1，說明男性病发率較高於女性，与国内各地文献报道是相符的；年龄方面，不論任何年龄均能发生，发病季节，本組包括春、夏二季，其中以五月份发病率最高，发病距离治疗时间，平均为2、4日，最短在为当日，最长在为21日，大多在发病后2—3日内来院。

1. 症状与体征：

本組病例多数表现为头痛头昏、食慾不振，巩膜染黄，尿色深，胸悶，肝区疼痛，上腹部不适，嘔吐，便秘等症状，畏寒发热一般是低热及中等热，其中以精神不安最为常見。

倦怠为起病之最初症状，占97.7%，病人均有头昏，消瘦，四肢无力，脈細弱等症狀，最多在有持續1—2星期之久。

食慾不振占100.0%，多为漸漸发生，胸悶，暖气口臭，黄膩舌，上腹部飽脹等感觉症狀。

巩膜染黄亦占本組最高比率，多数为輕度或中等度，皮肤搔痒仅6例，占14.0%，但皮肤染黄却占到74.4%。

肝区疼痛，一般均有自发性疼痛，稍事活动即增剧。叩打痛在发病后三天即为常見，且有呼吸困難，本組占88.4% 肝脏肿大27例，占62.8例，其中肿大二公分者較多，最大二例达肋下四公分，脾肿大阳性率为25.6%，脾腫患者以前有疟疾及血吸虫史。

畏寒发热占86.0%，有少数可持續一週左右，本組有高热达39.5°C者二例，由於併发急性胃腸炎所致。

大小便的变化，初发病常有大便变於正常，本組便秘者为67.4%，稀薄者占34.9%，同时伴有腹鳴體脹等現象。小便方面，发病时病人小便即感短，量均減少，色先淡黄，而后深且混浊，发病第三日檢驗，即可发现胆色素增加，本組病例小便变深者占93.0%。

2. 实验室檢查

(1) 肝功能試驗 由於肝脏机能的复杂，輕度病变往往不易見到在任何不良現象，本組病例未能完全做到作肝功能試驗，仅将其中32例见表：(—)

表一

檢 查 項 目	檢 查 例 數	陽 性 例 數	百 分 率 (%)
黃 疸 指 數 增 高	32	15	46.8
范 登 白 試 驗 間 接 反 應	32	13	40.6
范 登 白 試 驗 直 接 反 應	32	18	56.2
高 四 氏 試 驗	32	11	31.2
膽 磷 脂 胆 固 醇 絮 狀 試 驗	32	16	50.0
麝 香 草 醇 油 度 試 驗	32	8	25.0

从上述肝功能試驗結果来看，黄疸指数32例中，而占阳性者46.8%，可見患傳染性肝炎者有半数为增高，范登白試驗間接反应者40.6%，而直接反应者占有56.2%，高四氏試驗阳性者占31.2%，膽磷脂胆固醇絮狀試驗较为突出，阳性率50.0%。亦占半数，而麝香草醇油度試驗阳性率较低，占检查总数25.0%。根据以上情况，初步可以認識，患傳染性肝炎者多数肝功能試驗而为阳性，其中亦占有相当病例，試驗結果为阴性，但一般临床症状，如巩膜染黄，小便內见到胆色素的发现，因此即使肝功能完全正常，也不可断然否定傳染性肝炎的可能，必須結合临床体征，以作出正确診斷。

(2) 小便試驗 在临床診斷傳染性肝炎时的小便試驗亦占有相当重要性，尤其对一般門診化驗室的能做到，同时病員中有体质衰弱及有神經过敏者更为有益，由於个别患者不能配合作肝功能試驗，因此小便的检查在診斷上可作出很大的帮助。(表二)

胆紅質試驗 表二

名 稱	陽 性 例 數	百 分 率 (%)
胆 色 素	26	60.5
尿 胆 原	38	88.4
尿 胆 素	31	72.1

本組檢查小便結果，尿胆原阳性最高，占有88.4%，胆色素为60.5%，尿胆素为72.1%，三者以胆色素出現最早，尤其在发病三日內最显著。

(3) 关于血液常规的檢驗，一般紅血球略有减低外，白血球及淋巴球稍有增高，其余无特殊变化，故不詳述。

三、黃疸树的来源及形态

1. 来源 黃疸树系由於劳动人民通过长时期臨床实践，采取煎服，治疗黃疸病(傳染性肝炎)，得到卓越疗效，故此药物，即以病名而定，即称黃疸树。根据初步調查，无錫西郊薛山一帶野生頗多，並已有种植家園及屋边。今为了肯定药物原名起見，已呈請无錫市卫生局轉南京药物化驗所作出鑑定，分析药理作用，現尚在研究中。

2. 形态 自生於原野及山脚边，落叶灌木，高丈許，干段均有刺，刺长约7—8分，叶互生，形以枯叶，4—5月間最为茂盛，至秋叶带有深綠色，春季可以扦插，亦可以分根，成活率很高。

四、黃疸樹煎劑的制法和服法

1. 制法 將黃疸樹枝干及紅棗各一市斤，（根據葉橘泉主編現代實用中藥，紅棗，味甘，性溫平，無毒，為緩強壯劑，並有利尿作用。效用：能補中益氣，滋脾土，潤心肺，調營衛，生津液，悅顏色）。加蒸餾水4000毫升，置陶壺罐，以文火煎沸三小時，用紗布或過濾器濾過，除去渣滓，約至2000毫升左右，趁熱將濾液再煎，濃縮到1000毫升，使煎液達到50%含量，加入千分之三苯甲酸鈉防腐劑，即成深黃色疸樹煎劑。如再加糖漿1000毫升，即成為25%黃疸樹糖漿。

2. 服法：每日服黃疸樹煎劑30—40毫升，含生藥約18克左右，分三次口服，每次10—13毫升，食後。黃疸樹糖漿服法同上。重加倍，兒童減半，孕婦忌。

五、治療初步觀察

黃疸樹煎劑治療傳染性肝炎，經43例治療結果，初步觀察，效果滿意，治愈率達100%，（表三）主要是自覺症狀及體征迅速消失。包括：發熱，精神不安，食慾不振，小便黃赤，肝區觸痛等。其中最快者3天，最慢者14天，平均為7天。（表四）黃疸消失（包括巩膜及皮膚染黃）和肝臟功能恢復亦較快，其中黃疸消失最快者2天，最慢者9天，平均為5天，（表五）肝臟腫大隨着肝臟功能恢復而轉變正常。在治愈過程中，未見有不良反應。根據觀察，診斷越早，效果越佳。其中兒童與成人相比，以兒童為佳。

治療效果 表三

療效	臨床治愈	顯著有效	好轉	合計
例數	29	11	3	43
百分率	67.4	25.6	7.0	100%

治愈日程 表四

治愈日數	3—4天	5—6天	7—8天	9—10天	10—14天	共計	平均天數
病例數	2	7	26	6	3	43	7天
百分率	4.6	16.3	60.5	11.6	3.7	100%	

黃疸消失日數 表五

消失日數	2—3天	4—5天	6—7天	8—9天	共計	平均天數
病例數	7	29	5	2	43	5天
百分率%	16.3	67.5	11.6	4.6	100%	

六、黄疽树煎剂与加减茵陈蒿汤对照

为了进一步规定黄疽树煎剂疗效，曾选择6例，年龄相仿，病情相仿，同时采用加减茵陈蒿汤，作为对照，今列表如下：（表六）

病案简表及主要症状

表六

对照例 治病	门 诊 号 数	姓 名	性 别	年 龄	住 址	主 要 症 状									
						体 温	胆 色 素	尿 胆 原	尿 胆 素	黄 指 数	范 登 氏	高 氏	胸 膈 出 血	肝 功 能	肝 功 能
黄疽 剂	4001	李文珍	女	26	胡壕乡友好社	38.4	+	卅	卅	27	卅	+	+	卅	12
剂	12393	祝玉坤	男	7	陆区桥	37.9	-	卅	-	20	-	+	+	卅	8
剂	3540	吴汉茂	男	38	洛社	38.0	卅	卅	卅	16	+	-	卅	9	
加 减 茵 陈 蒿 汤	5127	顾菊妹	女	24	埭桥	38.2	+	卅	卅	26	+	+	卅	14	
	9613	吴瑞兴	男	8	藕塘桥	37.8	-	卅	-	18	-	+	-	6	
	6082	刘文奎	男	37	江阴	37.9	卅	+	+	18	+	-	+	9	

根据以上病例，从治疗的过程中，肝区疼痛，平均全愈日数，黄疽树煎剂只要三天，而对照组为六天，畏寒发热，黄疽树煎剂平均三天即完全复原，而对照组须要5天，至於恶心呕吐及精神恢复，黄疽树煎剂与对照组相同，但黄疽消失有显著不同，黄疽树煎剂平均为五天，对照组要8天，食慾改善，二者接近。肝脏肿大恢复情况，黄疽树煎剂一般平均为六天，对照组却要13天，上复饱胀相同，肝功能恢复期，黄疽树煎剂平均只要了天，而对照组须要14天，有相隔一倍之多，由此观之，在6例治疗对照中，可以看出黄疽树煎剂的疗效，胜过加减茵陈蒿汤，从此初步可以肯定，黄疽树煎剂在目前治疗传染性肝炎，临床上确是最有效的药物，今附表如下（表七）

黄疽树煎剂与加减茵陈蒿汤治疗全愈的过程对照 表七

症状及体征	黄疽树煎剂平均全愈日数	加减茵陈蒿汤平均全愈日数
肝区疼痛	3天	6天
畏寒发热	3	5
恶心呕吐	4	4
黄疽消失	5	8
食慾改善	5	6
精神恢复	7	7
肝脏肿大	6	13
小便黄赤	5	7
头昏头痛	2	4
上腹饱胀	6	6
肝功能恢复	7	14

七、其他方面

本文所报导的43例服用黄痘树煎剂治疗傳染性肝炎外，尚有5例，曾对照慢性肝炎及肝硬化作为試服，初步所得效果，服黄痘树煎剂一月后，肝脏逐步柔軟者三例，其中有一例肝肿大四公分而減至二公分，还有一例，服药后二星期，食欲大为增加，至於肝功能方面，其中麝香草酚浊度試驗及脑磷脂胆固醇絮状試驗有显著改善者二例，其中有一例接近正常，以上病例，由於時間观察尚短，不能作出肯定报告，尚希同道先进和专家们，再作共同研究，为創造祖国新医学奠定良好基础。

九、典型病例

病例一

張杏妹 女性 29岁 已婚 职业农 住揚市園

門診号数6438

主訴：发热四日，伴有畏寒，头痛胸悶，肝区作痛，时为噁心，不思飲食，四肢疲軟，小便黃赤，大便稀薄，一日3—4次。

体檢：营养差，发育中等，体温 37.8°C 脉搏74/1分钟，巩膜显著呈橘黄色，全身皮肤染黄，心肺正常，肝脾及三公分，脾正常，腹肌柔軟，血象化驗，紅血球380万，白血球6000，嗜中性白血球59%，淋巴球39%，嗜酸性2%，小便檢查，尿胆原(+)，胆紅質(+++)尿胆素(+)。

印象：傳染性肝炎

治疗：黄痘树煎剂200毫升，勻分五日服完。

隔五天后复診，一般情况均为改善，巩膜黃色消退，化驗小便胆色素阴性，飲食及精神恢复正常，肝脾腫大已完全消失。

病例二

胡建良 男性 13岁 学生 住埭乔 門診号数7256

主訴：眼白发黄已有20多天，时为腹痛，发热，飲食不食，小便黃赤，大便四天未通，已在西医处注射过葡萄糖及維生素丙各10多支，药片亦服过10多天，現在小便仍未复原，皮肤有搔痒感，且胸悶作噁，有时嘔吐。

体檢：发育营养中等，形瘦，精神不安。心脏正常，肝腫二公分，脾一公分，血液化学檢驗，黄疸指数16单位，范登白氏試驗直接间接反应麝香草酚浊度試驗七单位，脑磷脂胆固醇絮状試驗(+++)高田氏反应(+)强。

診斷：傳染性肝炎

治疗：黄痘树糖漿200毫升，分三日服，計連服6日，小便已正常，飲食亦增加，精神恢复，肝虽縮小，但尚及半公分再連服三天，病症完全复原，肝功能試驗，結果正常。

病例三

馬达祥 男性 35岁 职业工 住习埭乔 門診号数13539

主訴：发热，口渴，大便秘結，小便短数，色深黄，胸悶作脹，肝区疼痛，眼白黄染。

体检：营养发育正常，体温38°C，压象弦教，心脏正常，肝区触痛，肝脾及二公分，脾肿大四公分（以前患有疟疾史）腹肌饱满，血液化验，白血球12800，嗜中性白血球76%，淋巴球22%，嗜酸性2%，小便便查，胆色素(-)，胆红素(+++)，胆尿管(+)

印象：急性传染性肝炎

治疗：黄痘树煎剂每日服40毫升，连服三日，第四日复诊，小便化验完全阴性，一切自觉症状均恢复正常。

病例四

黄山松 男性 37岁 职教师 住无锡市第七中学

主诉：1958年4月13日已在无锡市第二人民医院切除脾脏，该时已患肝硬化，一直治疗，仍未痊愈，最近饮食不好，胸闷，时有酸水泛出，肝区作痛，耳鸣，目花，脚肿，精神差。

体检：营养中等，发育正常，心肺(-)，肝触及三公分，质硬，腹肌饱满。

印象：肝硬化

血液化学检查，由于病程较长，例表如下：(表八)

肝硬化治疗20天后的肝功能试验对照 表八

时间	范氏接 登反应 白蛋白	黄 胆 指 数	胆 红 质	麝 酚 试 香 波 酚 草 度	脂 肪 试 验 脂 肪 阻 状	硫 脲 试 验	备 注
57.11.12	(±)	5单位	0.2毫克%	9单位	卅	20单位	服中西药治疗时间
58.6.20	.	6			卅	14	
58.8.17	(±)	3	0.6	4	+	10	
58.10.17	(±)	3	0.3	6	-	18	
59.1.25	(±)	5	0.3	8	卅	17	
59.2.19	(±)	4	0.4	6	卅	16	
59.3.16	(±)	6	0.3	6	卅	12	
59.5.15	(±)	8	0.4	6	卅	12	
59.6.26	间接反应 (±)	3	0.1	5	(±)	12	服黄痘树煎剂20天后的试验

根据以上病例，黄痘树煎剂，不仅治疗传染性肝炎有收到理想的疗效，而且治疗肝硬化，在临床上初步效果亦获得显著成绩，黄山松同志的脏功能试验即是明显病例之一，然由于时间短促，治疗病员不多，还须继续观察，再作详细报告。

十、个人体验

1. 只有在中国共产党和毛主席英明的正确领导下，在优越的社会主义制度下，中医中药才能得到充分的安居，只有政治挂帅，树立红旗，才能破除迷信，解放思想，消除工作中一切顾虑，真正做到敢想敢为，大胆革新，大胆创造，回想旧社会里中医中药是不被重视的，反动统治在长期处心积虑的要废除中医中药，如果没有党来挽救，前途是

不堪設想。

2. 开展全国献方献宝运动，不但能繼續和发揚祖國医学遺產，而且能把几千年來將民間臨床經驗全部挖掘出來，事實證明，党对羣众的幸福是无微不至的。

3. 我在工作中虽然做了初步的点滴成績，还远不能适应当前大跃进形勢的要求，祖國医学是丰富多采的，必須繼續鼓足干劲、力爭上游，認真学习馬列主义，提高政治思想，在加速自我改造的前提下，努力钻研业务，改进工作，为六億人民的健康作出更大的貢獻。

十一、小 結

1. 本文初步报告黃疸树煎剂治疗傳染性肝炎，經实效果既 离疗程且短，价值低廉（平均药費五角）使用简单，无任何付作用，一般均能在門診治疗，符合多快好省的方針。

2. 黃疸树煎剂不仅能治疗急性傳染性肝炎，而且对慢性肝硬化亦有显著疗效，今后希望在中西医药密切合作的基础上，共同作出更进一步的研究，使祖國医药在世界医药学界放出惊人的異采。

（由於編輯限制本文曾部份节割 編者）

中医治疗急性黃疸型傳染性肝炎60例报告

淮阴市人民医院

急性傳染性肝炎是由病毒所引起的肝实质性病變。具有較强傳染性，常早散在性流行。病初起，有極度发熱、食欲不佳、全身困倦无力、小便发黃等症狀，數日后，黃疸出現，在患病过程中，同时伴有肝功能損害現象。罹患此病、病程往往離綿甚久，損害劳动力、妨碍健康頗大。

淮阴地区自去年冬季以来，急性傳染性肝炎，有着散在性流行。这可能与淮阴地区人口剧增有密切关系。

在前进的洪流中，在党的领导下，我院内科，在学习中医，用中医中药治疗急性黃疸型傳染性肝炎60例，得到满意的疗效。茲作报导如后。由於我們对中医理論 甚感缺乏，存在問題一定很多，敬希指正。

临床材料与观察方法

本文60例急性傳染性肝炎，系住院治疗病例（包括簡易病房，家庭病房），治疗中，每隔一星期进行黃疸指数、肝功能檢查一次，並尽可能的記載病者的症狀改善进步情况。

病例的选择标准是：有典型的症状和体征，化验室检查除外阻塞性和溶血性黄疸及其它如寄生虫、毒物等所引起的肝实质黄疸疾病。

关于治疗全愈标准，我们以如下情况作为依据：食欲恢复，上腹部饱胀不适的感觉解除，全身乏力消失，肝肿大恢复正常，实验室检查黄疸降至正常，肝功能完全恢复者为全愈。一般症状消失，物理检查阴性，肝功能有一到二项接近正常者，为基本全愈。治疗无进步或进步不大的统称无效。

药剂处方与用法

1. 肝炎煎Ⅰ号：茵陈二钱 梔子一钱 大黄二钱 柴胡二钱五 黄芩一钱 半夏一钱 生姜一钱

2. 肝炎煎Ⅱ号：茵陈五钱 梔子一钱 大黄一钱 生姜一钱 大枣一钱

3. 肝炎煎Ⅲ号：桂枝一钱 白芍二钱 白术二钱 茯苓二钱 大枣一钱 甘草一钱 饴糖七钱

用法：根据急性黄疸型传染性肝炎的黄疸前期、黄疸期、恢复期，分阶段应用ⅠⅡⅢ号方；但在用上，仍须根据感邪之轻重，病情之变化，人体之强弱，灵活掌握。

剂量：每日一次，加水煎两次、和匀浓至200毫升，早晚两次分服。治疗当中除补充一些维生素与健胃剂以外，不辅助其它治疗

治疗结果

根据本文60例观察，在服用中药后，最快的七天全愈，最长的63天平均全愈，时间为39天。临床上无一例，无效恶化，治愈率达百分之百。

现将重要症状，及治疗经过简要分析如下：

(一) 食欲不佳及饱胀感，我们的统计有百分之九十存在。使用肝炎煎1号后，二到十天，食欲恢复正常的10例。10到20天恢复正常的10例。

(二) 疲倦无力：所治60例当中，入院时统计，高於一般文献记载，治疗后10天内消失的15例，10至20天消失的30例，20天至30天消失的15例。

(三) 发热：入院时高烧的7例，中等度与低热者12例，其余的仅自诉寒热，但测量体温属正常，用药后体温都在七天内降至正常范围。

(四) 化验检查：

1. 黄疸指数：60例当中，黄疸指数高於100单位的8例，60至80单位的20例，20至60单位的32例。黄疸指数降至正常最快的3天，共3例；最慢的10天左右，共6例。黄疸：平均17天退尽。

2. 脑磷脂胆固醇絮状试验：“++++”8例，“+++”17例，“++”25例，“+”10例，最快的七天恢复正常，6例；最慢的63天恢复正常，共10例；平均恢复时间39天。

3. 麝香草脑混浊度试验：10至20单位(毫克来根氏)24例，6至10单位36例，最快的七天恢复正常，共10例；最慢的56天恢复正常，共10例；平均恢复时间为35天。

討 論

祖国医学所称黄疸，一般分为阳黄、阴黄二大类型，二者虽同为湿热所致，而阳黄乃热甚於湿，按其表现的临床症状现代医学所称急性黄疸型传染性肝炎，是属于这一类型的范畴。而一般地将其病程分为黄疸前期、黄疸期、恢复期，这也是符合病症的一般规律的。因此，在应用中医疗急性黄疸型传染性肝炎，按照疾病的阶段进行辨证论治是恰当的。

我们在掌握肝炎的病程规律根据这三个不同的阶段各具不同的症状，运用清热利湿舒肝，健运脾胃的原则，所得之结果尚令人满意。

1. 在肝炎黄疸前期和黄疸期初期，所表现的主要症状是食欲减退，舌苔增厚，恶心呕吐，大便干结，胸胁饱满，小便少而深黄，发热口干，不出汗，全身疲倦无力等等，按中医而论，是属于外有表邪，内有湿热阻滞的实证。我们制定了I号方剂，用柴胡解表舒肝，茵陈，大黄清热利湿（整个方剂中，栀子解热消炎利尿，大黄泻下通便活血络通经阻，消炎解毒，黄芩消炎解毒解热，半夏除腹胀、燥湿、止呕吐，生姜健胃去湿），服二至七剂后，体温降至正常，大便通畅，食欲增加，黄疸减轻，肝功能开始好转，实践肯定了急性黄疸型传染性肝炎早期使用上方治疗的效果，从而使我们会到，和解表邪，清利湿热，舒肝导滞的治疗方法是这阶段的治疗最好方法。

2. 急性黄疸型传染性肝炎，在通过上方治疗以后，表证已完全消失，湿热内阻的现象减轻；但还有部分湿邪存在，如黄疸尚未退清，倦怠无力，肝功能未至正常，部份病例还有食欲不振饱胀等感觉，因此不再用解表药物，主以清利湿热，略佐健运脾胃。采用上方加大茵陈量，减大黄、去柴胡、黄芩、半夏，制定II号肝炎煎剂。根据60例观察结果，有28例痊愈，平均时间15天；32例基本痊愈。

3. 以上32例病者，未能完全恢复的原因，大都是年龄较大，原有身体虚弱。因此，肝功能恢复较慢，容易疲劳，这还是正气虚弱，余邪未清，脾胃尚未健全之故，治疗中仿小建中汤加味，设立III号方剂，以扶补正气、健运脾胃作为善后之处理方法。结果32例完全痊愈，平均用药时间为19天。

体 会

1. 祖国医学黄疸一症范围广泛，历来分阴黄阳黄二类，现今所称急性黄疸型传染性肝炎，属阳黄之范围，在治疗上根据三个阶段所表现的症状进行辨证论治，实践证明，效果良好。

2. 中医治疗急性传染性肝炎，不论在症状以及肝脏功能恢复上，有着肯定成绩，非但疗程短，在医疗费用上亦有所节约。

3. 祖国医学是丰富多采的宝库，我们应进一步采取更积极的态度和办法，来发掘继承祖国医学遗产加以研究提高，使祖国医学在我国社会主义建设事业中发出更大的光辉。

中西合作治療麻疹肺炎591例摘要

南京中医学院、南京第一医学院

南京中医学院附院与南京第一医学院附院於1958年冬1959年春，在南京地区麻疹流行时期，两院成立了中西合作的麻疹隔离病房，先后共收住了591例的麻疹肺炎患儿。由於当时病毒性肺炎的同时流行，因此病情亦比往年为严重。由於采取了两条腿走路的方針中西合作，进行綜合治疗，治愈率为95.2%，死亡率为4.8%，大大減低了以往文献所載麻疹肺炎死亡率的15—20%。如透疹方面，西医尚缺乏良好的方法，而中医有各种方法可促使麻疹向外透达，从而加速疗效。在病人极危重时，而西医又可进行各项紧急措施，使病人不致很快死亡，为中药治疗采取时间。如此，取长补短，疗效就显得更加提高了。茲将中西治疗的主要方法，作简单的摘要介绍。

中 医 治 疗

(一)疹前期的肺炎，以疹子透不出或透而隱沒者为主要原因。这个时期的主要方法是以透疹托表的透疹疗法，可分三类：

1. 辛温透表：适用于麻疹肺炎风湿表证，例方如三拗湯合加味升麻湯、麻黄、葛根、杏仁、甘草、升麻、牛蒡子、元菱。

輕症可用：荆芥、防风、汗羊衣、苏叶子、桔梗、牛蒡、櫻桃核。

2. 辛凉介肌：适用麻疹肺炎，属于温热型者，例方如

銀翘散、杏欬羹，銀花、連翹、桑叶、杏仁、竹叶、象貝、前胡、薄荷、牛蒡子。

3. 外薰法：西河柳、元菱、浮萍、黑芝麻，以沙鍋內加水煮沸，上蓋毛巾出气，放置病室中蒸薰，並可将毛巾浸水温擦遍体。

(二)出疹期：此期肺炎以痧和毒壅为最多，治疗方法则以解毒清熱为主。

1. 病毒由上入气，病在肺胃气分者以竹叶石膏湯。痰热郁阻肺經阴郁不宜者，用麻杏甘膏湯为主要处方，如鲜竹叶、生石膏、生甘草、杏仁、麻黄、銀花、連翹、赤芍、芦根。

2. 如痧毒內陷，邪入心胞，神昏囈語者，以牛黄清心丸、紫雪丹，中毒症状严重者可神犀丹，清营解毒。

3. 邪入厥阴肝經，惊厥抽搐，傳見胸炎症状者，以羚羊勾藤飲为主，如羚羊、勾藤、石决明、天麻、桑蠶者平肝熄风。

4. 毒邪陷入血分，衄血，吐血，皮疹出血者，以犀角地黄湯加白茅根凉血清毒清熱。

(三)疹后期：疹后肺炎均属中医所称的变証，一为病期较长，热邪伤阴，一为患儿体稟不足，气阳衰竭，前者则属实证轉变，則以养阴生津为主，予后較好，后者则属虛

症轉歸，易以暴脫，亦即循環衰竭之表現，法以扶正固脫為故，予后較劣。

1. 養阴生津法：适用于疹后肺炎咳嗽身熱，口干舌紅，津液耗損，因而出現嚴重失水酸中毒者，法以人參、白朮二冬湯加減，如西洋參、元參、石燕、生地、天麥冬、天花粉、知母、苧根。

2. 扶正救逆法：用重危病例，由於体虛气弱而引起全身衰竭呼吸淺表‘出現心力衰竭，如生脈散合附子龍牡救逆湯。以別直參五分鐘水蒸服，效果良好。

人參、麥冬、五味子、烏附塊、龍骨、牡蠣、白芍、炙甘草。此外嚴重病例在中西藥物治療的同時，還可應用針灸療法，可以達到協同的相輔作用，加速病期的恢復。如气急鼻煽嚴重，可針刺尺澤、列缺、合谷、少商、曲池等穴。重刺疾出，以泻肺壅實邪。較長兒童，如肺部囉音不易吸收，痰多痰喘者，可伴同拔火罐療法，在患兒二肩胛下方部位，每日拔1—2次，可以減輕气喘，協助肺部囉音之吸收。老驚厥神昏者，重刺曲澤、大陵、委中、中腕、大椎、神門、湧泉、丰隆、十宣等穴。取其開窍，鎮驚洩熱。若喉中痰嘶聲啞，併發喉炎者，可刺天突、廉泉、合谷、少商（出血）列缺，併發肺炎瀉利不止者，刺曲池、天脈、三里穴，若面色皸白，气促便瀉，肢冷脈細，心力衰竭者，可在气海、神曲、关元等穴灸治，有固阻固脫之作用。

西 医 疗 法

(一) 抗菌素治療：抗菌素的治療原則，輕症病例以青霉素磺胺類合治；較重的，青霉素鏈霉素合用；重危的以金霉素鏈霉素合治，或加入四圈素。亦有部分病例因病程延延，或細菌抗藥，而採取其它抗菌素，如紅霉素、土霉素、新菌素等。各種抗菌素中以紅霉素療效最高，其次為金霉素、四圈素。

(二) 强心劑的應用：①西地兰共應用用159个心力衰竭病例，肌肉注射量為每公斤0.02毫克—0.03毫克。初次注射总量為同，以後每6小时各注射1/4，此后如心力衰竭基本好轉，則停止應用。②毛地黃的應用总量為每公斤33毫克，分6次或4次在一天或一天半內服完，平均療程為2天，共使用82人，其中1例用至14天，曾出現心跳少於80以下，則出現不規則脈，停藥后一天恢復。

(三) 正腎上腺素：在重症肺炎腦炎病例，中毒情況嚴重，出現休克時應用，頗有改善末稍循環衰竭作用。應用方法是一毫克正腎上腺素量於200—300毫升之液体中靜脈滴注。

(四) 激素：对併有肺炎及中毒症狀明显之病，均採用激素，應用方法如下：

1. A.C.T.H. 靜脈滴注，一般每次用5毫克，用1—3次即有好轉。

2. 去氫皮質酮口服，每日每公斤1毫克，分四次口服，平均應用5天，亦有少数用至10—12天者。

3. 氯化皮質酮靜脈点滴，用於6例中毒性休克之垂危病例，每次用25—50毫克。

(五) 气管切开及蒸气吸入：均用於喉炎病人，用安息香酸酞蒸气吸入，共治療60例，除3例气管切开后死亡外，其它全部治愈。平均治療天数为8天半。

有些喉炎出現顯著吸氣困难，有喉阻礙現象時，採取气管切开，但予后多数不良，故以后尽可能用保守療法。

其它如输液、输血、吸氧、理疗、维生素等各种疗法，在临床上均根据病情的需要而随时应用，以达到改善体征，加强疗效为唯一目的。

314例麻疹合并症分析

苏州专区人民医院

引言：去冬今春苏州地区麻疹流行发生严重并发症甚多。傳染病院无法满足客观需要，因此吾院增辟隔离病房大力收容抢救麻疹合并症患儿以及若干严重麻疹病例。如：发热甚高而有惊厥，年龄较小、营养较差麻疹患儿住院治疗。自1958年12月17日始至1959年3月10日止共收治麻疹患儿343名。其中除去单纯性严重麻疹29例以外，共治疗314例麻疹合并症儿童。占同时期桑院住院人数1310人中23.2%；占同时期儿科住院总数381人中82.4%。现将这一时期工作之若干体会以及314例麻疹合并症临床材料作一简单分析，介绍如下。

季节：一般讲麻疹多发于冬春，我国国内报告以春季为最多。但本组发病季节以1月份为最高，占总数48%（57.6%）。其中尤以1月下旬为最高峰，达全部病例41%左右（25.2%）。（见表一）本组发病较早是符合整个苏州地区麻疹流行较往年为早的情况。因天冷门窗紧闭，空气流通欠畅造成病毒积聚，容易受染。其次在流行季节，父母经常携带儿童出入公共场所，也有很大关系。

入院时期分布 表一

时 期	人 数	百分比(%)
一月一日前	9	2.9
一月上旬	31	9.9
一月中旬	71	22.6
一月下旬	79	25.2
二月上旬	51	16.2
二月中旬	38	12.1
二月下旬	24	7.5
三月上旬	11	3.5

今年苏州地区麻疹流行较广泛，是由于去年苏州麻疹流行较轻及较少，因此使麻疹易感儿童数字高，容易使传染力强的麻疹酿成流行。我们曾在苏州居民区作一今年麻疹病统计，在300名易感儿童中发生麻疹的有171例，发病率高达57%。

另外，我们也体会到今年麻疹病势较往年为重和凶险，合并症多，死亡率高。这可能系麻疹本身病毒毒性较高有关。Kreider氏指出麻疹的病毒随季节而改变，冬季似乎较为强烈。本组发病较早，正值严寒之冬天，符合此说。

性别：本组病例男性169人，占53.8%，女性145人，占46.17%。无多大差异。

年龄：麻疹一般发生于年龄6月以后。4月以内很少受染，但在这一治疗中我们

見一嬰兒仅出生30天而患典型麻疹。其母在幼時患過麻疹。

本組發病年齡符合我國各地報告，以三歲以內最多。在總數314例中，共228例占72.7%。其中以13—24月為高峯（見表二）。故在三歲以內兒童在麻疹流行季節應給以預防措施，減少併發症發生。

麻疹併發症年齡分布 表二

年 齡	人 數	百分比(%)
0—3月	1	0.33
4—6月	10	3.18
7—12月	70	22.3
13—24月	90	28.7
25月—3歲	57	18.2
3歲以上—4歲	31	9.87
4歲以上—5歲	25	7.96
5歲以上—6歲	11	3.5
6歲以上—7歲	7	2.25
7歲以上—9歲	10	3.18
9歲以上—12歲	1	0.33
12歲以上—15歲	0	0.
15歲上—35歲	1	0.33

在這次流行中，我院曾在居民區作母血預防注射近600名。劑量根據年齡由10—30毫升全血肌肉注射。一般無任何不良反應發生。我們統計其中300例，出疹者只92例，發病數30.7%。與對照組57%相比較降低36.3%。同時兩組出疹經過相比較，也顯示注射組較對照組出疹順利而併發症少。最近報告注射胎球蛋白，大劑量40毫克/公斤，可以制止發病。小劑量10毫克/公斤，可以減輕症狀，縮短病程，防止併發症，該法值得推廣應用。

死亡率：上海楊王二氏報告死亡率為17.43%，糾正死亡率10.2%。上海彭施二氏報告於210例中死亡41例，病死率19.5%，實際死亡率為10.2%。本組系全部有併發症病例，於314例中共死亡32例，死亡率10.19%。其中14例於入院24小時內死亡，故實際死亡率只有5.73%。較前二者為低。但必須證明本組病例中，因無好轉或病情惡化而堅持自動出院者共8例。另有4例於入院未滿24小時而要求出院者皆未包括在內，故實際死亡率可能稍高不止此數。

在死亡率中性別無明顯差別，男17例女15例。死亡年齡與發病年齡兩者互相平行，以13—24月死亡最多，占死亡總數78.1%（見表三）。

死亡年齡分布 表三

年 齡	人 數	百分比(%)
4—6月	1	3.13
7—12月	10	31.25
13—24月	14	43.7
2歲以上—3歲	4	12.5
3歲以上—4歲	3	9.38

故於二岁以下麻疹有合并症应加倍注意，提高警惕。

死亡原因：在死亡原因中，以合并肺炎居首位，脑炎次之（見表四）。我們观察到麻疹合并症死亡儿童除以上所述年齡幼小，营养较差，合并肺炎以外，大都是家庭护理不当，盲目加被保暖，造成出汗过多。并沿用旧习，无理忌口忌咸，造成营养不良，失水电解质平衡失调，促使儿童抵抗力大減，死亡多。因此医护工作者有必要加强麻疹的預防及护理常識宣傳是减少死亡率主要措施之一。

病 死 原 因 表四

死亡原因	人 数	百分比(%)
肺 炎	26	81.25
肺炎合并肺炎	5	15.63
喉炎急性喉梗阻	1	3.13

并发症之种类：於本組314例麻疹并发症中以肺炎占絕大多數。其次是喉炎、口腔炎、脑炎、支气管炎、中耳炎。我們也遇到合并肺炎、皮下气肿，多发性肺膿腫以及胸膜炎、百日咳、腎炎等病例（見表五）。

并 发 症 之 种 类 表五

并 发 症	例 数	百分数(%)
肺 炎	299	95.2
喉 炎	14	4.5
口 腔 炎	12	3.8
脑 炎	8	2.5
枝 气 管 炎	5	1.6
腸 炎	4	1.3
中 耳 炎	3	0.95
其 他	10	3.3

现将主要并发症分述於下。

①麻疹肺炎：本組314例中有299例合并肺炎，占全部病例95.2%。其中包括很多其他并发症与肺炎共存病例，例如：肺炎与喉炎共存，肺炎与脑炎共存，故在表五显示百分比总数相加超越100%。

上海余史二氏报告肺炎占全部并发症59.7%。上海楊王二氏报告占53.3%。本組麻疹合并肺炎較多。系本組发病多在今年一月，时值隆冬，寒潮侵襲，大风凛烈，气候干燥，容易流行呼吸道方面疾病。故一旦当麻疹病毒侵犯促使呼吸道粘膜受損抵抗力減退之基础上，更易使潜伏在上呼吸道細菌有机会乘虛而入，导致肺炎。

本組病例中麻疹肺炎多发於出疹期，占总数82.3%（見表六）。大部分病例体温皆在39°C以上占总数82.6%入院經采用多方面，綜合性治疗，一般在三天体温下降至正常（59.2%）。

肺炎与麻疹病程之关系

表六

病 期	人 数	百分数(%)
健 康 期	12	4
出 疹 期	245	82
疹 后 期	42	14

在合并麻疹肺炎 199 例共死亡 26 例，不包括同时合并存在有脑炎死亡病例。故单纯麻疹肺炎之死亡率为 10.1% 除去 13 例入院 24 小时内死亡者，故实际麻疹肺炎死亡率为 6.55%。

我们统计 261 例麻疹肺炎之白血球计数及分类。发现出疹期白血球计数介於 5000—10000 占 58.5%，分类超数 75%，多核者占 65.9%；疹后期大部分白血球计数介於 10000—15000 之间占 49%，多核分类也偏高。

我们曾在 50 例麻疹肺炎病作咽部涂片，企图发现这次麻疹肺炎之致病菌，但无特殊普遍性致病菌发现。在胸部 X 光透视检查方面在出疹期大多著示两肺纹理显著增深。疹后期大部显示两肺下部有斑块状模糊阴影。

我们认为这次麻疹肺炎大部发病於出疹期，病情较一般肺炎为重，治疗效果差，咽部无普遍性特殊致病菌发现，退热日期与麻疹病程相符合，X 光透视显示两肺纹理增深，故主要由麻疹本身病毒导致。但也不可否认在以上发病原因上，再加上继发细菌或肺炎，因此加重病变更复杂性。在疹后期之肺炎是由细菌感染造成，白血球计数及多核分类升高，胸部 X 光透视可说明该问题。

① 咽炎：本组 314 例并发咽炎者 14 例，占 4.5%，较国内各地报告为高。其中大部分是与肺炎合并存在。四例发生于疹后，十例发生于出疹期。所有病例皆作咽部涂片，无白喉杆菌发现，证实咽炎是由麻疹本身并发。其中十例发生急性喉梗阻进行气管切开。内一例在入院二小时内进行气管切开紧急抢救无效死亡。该例因合并肺炎，加重病情造成死亡。死亡率为 7.14%，较金氏报告为低，主要由於本组及时进行气管切开。

② 肺炎：本组并发肺炎者共 8 例，占总数 314 例中 2.5%。较上海杨王二氏报告 0.44% 为高，但较彭德二氏报告 9.0% 为低。其中男性 3 例，女性 5 例。二岁以下例占总数 75%（见表七）。

合并肺炎之年齡分布

表七

年 齡	人 数	百分数(%)
0—12 月	2	25
12—24 月	4	50
25 月—4 岁	1	12.5
4 岁以上—6 岁	1	12.5

在临床症状方面变化较多，我们曾遇一例表现热不高而反复惊厥，虽用各种抗痲菌药物无效。我们也遇另一例昏迷达 13 天之久，最后死亡。

本组肺炎与麻疹病程之关系以疹后期较多，共 5 例为 63.3%。无疹前期合并肺炎病例。

脑炎与麻疹病程之关系

表八

麻疹之病期	例数	百分数(%)
發 熱 期	0	0
出 疹 期	3	36.1
疹 后 期	5	63.3

關於腦脊液檢查，其中除二例細胞數增加較多，一例108個一例175個，淋巴分別為86%及67%外，其他皆近乎正常。

本組8例中有5例死亡，占63.3%。與上海彭飽二氏57.9%統計相近。在我們死亡五例中皆是同時并發肺炎及腦炎，故單獨并發腦炎預后似較腦炎并肺炎為好。

④口腔炎：本組并發症中，口腔炎共12例，占全部并發症38%。在這里必須說明，該12例只是麻疹并發嚴重口腔炎者，按實際麻疹發生口腔炎者甚多，遠遠超過此數。

發生口腔炎之原因，除麻疹本身所引起之口腔卡他症狀外，皆由於營養較差，失水以及張口呼吸引起口舌干燥而造成。我們曾遇一例發生嚴重走馬疳。因此口腔護理，經常給水，補給維生素是減少口腔炎并發症之主要措施。在治療方面應用冰硼散局部外搽收到顯著效果。我們曾遇到很多口服金霉素之患兒發生口腔炎，這可能系金霉素抑制口腔內細菌生長而使霉菌繁殖造成。

治療：除去一般療法外本組之治療特點是採用綜合性治療。包括中醫中藥、多種抗生素混合應用、小量多次輸血、補液、皮激素以及大量維生素。其他，在缺氧時氧氣吸入。喉梗隨氣管切開。周圍循環衰竭腎上腺素混入高滲葡萄糖靜脈滴注。心力衰竭時用西地蘭或毒花龍花子K加入高滲糖水靜脈滴入。我們曾對中毒症狀嚴重及高熱者試用氯普馬噠治療獲得很好效果。我們總結了這次治療經驗覺得綜合性治療是值得推廣的。其中尤以中醫中藥、多種抗生素混合應用、小量多次輸血及氯普馬噠之應用是有一定價值的。現將若干治療中之重要問題分述於下：

①中醫中藥：本組47例採用中西合併治療，皆是病勢十分嚴重之病例。其中治愈43例，死亡四例。在治療中我們體會中醫中藥不論在發熱期、出疹期及疹后期皆收到滿意效果。在出疹期及發熱期採用透熱清透之法，有增加病兒抵抗力，使病毒毒素加速排出體外，從而減輕中毒症狀而有利於機體之恢復。對於辯証施治有如下體會。

一、神志昏迷，四肢抽搐，鼻煽氣急高熱昏迷。方用：紫雪丹、羚羊角、真瀉珠、安宮牛黃丸，合用清涼鎮肝清熱之劑如：石決、胆星、天竺黃、蘆薈、銀花、蓮翹、石膏，待病情改善再用神犀丹及鎮肝、清熱、豁痰之劑。

二、高熱麻疹出而不透，咳嗽、氣急、鼻煽、舌絳、脈數。方用：神犀丹合麻杏石甘湯。

三、高熱麻疹顯而不透，或明而隱縮，面色蒼白、脈細弱。方用：扶正透邪清熱法加參耆、升、葛、麻、黃豆豉、銀花、蓮翹等。

四、麻疹后癩邪蘊蒸、舌絳刺多、口腔內外黏膜出血、高熱鼻煽、氣急。方用：內服神犀丹、白朮湯、三鮮湯、銀翹散等加減。外搽錫蘭散、珠黃散、青黛散吹搽患處。

②抗菌素之應用：本組麻疹并發肺炎病例在初期採用單純抗菌素小劑量治療，效果

差，死亡高。以后改用多种抗菌素混合应用，并采用大剂量治疗使很多病情严重病例挽救回来。多种抗菌素包括青、氧、链、金，四环素。根据病情之严重性及治疗效果反应分别运用两种或两种以上混合治疗。一般皆收到很好效果。因为今年麻疹肺炎中毒症重，缓解慢而反复，很难区别是病毒性或细菌性，也难测知细菌种类。故在临床上有必要采用多种抗菌素混合应用，以利迅速改变病情，援救患儿生命。关于抗生素之间拮抗作用可不必过分强调及重视，因大剂量抗生素混合应用无拮抗作用。

③激素辅佐治疗：虽有人认为麻疹本身是一改变机体反应性极显著之疾病，而使肾上腺皮质功能亢进可能。也有人指出A.G.T.H.可促进病毒繁殖。但本组大部分麻疹肺炎病例在其他各项积极治疗下，仍同时应用小量皮质激素辅佐治疗。在若干情况下确能使热度下降，呼吸道内炎性分泌物减少，支气管痉挛状态松懈，而使疾病得早日恢复。我们主张在严重垂危病例应该采用皮质激素辅佐治疗，因在该时有肯定肾上腺皮质功能有衰退，不可能亢进。在本组中大部分采用去氢皮质素口服，无任何不良反应发生。

④输血：我们曾在病情严重56例采用小量多次静脈输血，每次剂量根据年龄由30—70毫升不等，全部无不良反应发生，我们发现输血后确能使患儿一般情况改善，已隐退皮疹复现紫紺，呼吸困难好转。因输血后可以增加对麻疹之免疫因子增加对麻疹之抵抗力相应减轻症状。其次输入血液可以在一定程度上刺激造血器官达到增加红白血球的目的，因而增加机体的抵抗力与白血球吞噬作用。为了减少直接输血之技术困难及避免心力衰竭肺水肿的发生。我们试用尼龙管间接缓慢静脈滴入输血获得成功。其法为1分5%葡萄糖水，一分生理盐水及一分鲜血配制使用。

⑤液体补充：我们采用大量5%糖水皮下输液无不良后果发生。在病情危急严重，呼吸困难的肺部啰音明显，以及有心血管机能不全病例一律皆用10%高渗葡萄糖静脈持續滴入，按每日每公斤体重100毫升计算。因高渗葡萄糖非但有利尿促进毒素排泄之功，同时可以减轻因高热机体代谢增加所致之酸中毒，并且葡萄糖输入体内后可转为葡萄糖酸，而使细菌毒素破坏。在脱水严重病例宜给少量氯化钠生理盐水。在肺炎及肺水肿病例一般尽可能不采用静脈输液。

⑥退热药应用：麻疹本身是一发热疾病，按理不给退热药。但发热高过可引起中枢神经及其他各方面之不良及紊乱，因此我们在发热较高患儿仍给予少量退热药。本组很多病例使用安瑟地林及鲁米那卢脱等发生。在很多超高热患儿进一步试用氯普马嗪获得良好效果。

⑦心力衰竭之处理：在重症麻疹肺炎患儿出现顔面苍白，四肢发冷，紫紺，脈細而速，心音輕而快，肝脏急剧肿大，这都是心力衰竭的表现。我们采用西地兰或毒毛旋花子K加入高渗葡萄糖内静脈注射使以上症状迅速得到改善。顔面轉入潤紅，紫紺消失，脈強而緩慢，心音响而有力，肝脏縮小。麻疹肺炎合并心力衰竭的很多，临床上必須注意。

⑧氯普馬嗪之疗效：在这次治疗中我们曾对中毒症状严重缺氧显著，病情较重病例，在其他各项治疗外合并应用氯普馬嗪治疗。剂量每公斤体重1毫克由静脈或肌肉注射。共14例皆收到满意效果，无死亡发生。我们观察到注射氯普馬嗪后呼吸即趨平穩，青紫減輕以至消失，瞳孔縮小对光反应消失，肌肉松馳完全被处于抑制状态，体温迅速下降至正常，肺部囉音很快消失。这皆由於氯普馬嗪降低机体的新陈代谢，使組織对氧的消

耗減少。因此使用本藥后虽有呼吸減淺減慢，但青紫仍能消退。同時氯普馬嘧能阻斷高級交感神經節對肺內的病理反射，而有利於肺內炎性病變的消散。我們認為氯普馬嘧有進一步試用之必要。附病历摘錄二份。

病例一：陳××，男性，2岁，住院

主訴：發熱六天，出疹三天，氣急一天。

體檢：體溫40.2°C，神志清，嗜睡，呼吸急促，鼻煽，口唇青紫，面頸背部有紅疹，咽紅費科氏斑不能辨認，心無特殊，兩肺滿布細小濕囉音，腹膨肝腫大一指脾厚可觸及神經系統（—）。

實驗室檢查：白血球計數9500，中性87%，淋巴17%單核2%。

入院診斷：麻疹出疹期併發肺炎。

治療經過：入院后即開始用青及鏈霉素肌肉注射，并口服小量去氫考地松，氧氣吸入。第二日始開始應用氯普馬嘧治療，每公斤體重一毫克肌肉注射。每日一次共四天，注射后患兒迅速處於抑制狀態，嗜睡、瞳孔縮，對光反應極遲鈍以至消失，呼吸變淺而次數減少，心音亦減慢，但青紫消失，飲食無妨礙。自開始此治療后，體溫當天即下降至正常，二肺囉音漸消，第四天囉音全部消失。

病例二：俞××，男性，18月，住院號59—1107

主訴：發熱二天突又有高熱，青紫、氣急一天。

體檢：體溫40.2°C，神志處於半昏迷、鼻煽、呼吸急促，唇周青紫、心率速、兩肺滿布粗濕囉音，腹膨肝腫大一指脾（—），頸微強克氏征（+）。

實驗室檢查：白血球計數3300中性67%，淋巴32%，嗜酸性1%，腦脊液：細胞無，潘氏（—）糖五管試驗陽性。

入院診斷：麻疹后肺炎、腦炎。

住院經過：入院后即給予青、鏈、氯霉素并去氫考地松口服，同時給予靜脈滴入氯普馬嘧。按每公斤2毫克加入10%葡萄糖500c.c.，在12小時內滴完。體溫在當天下降達35.5°C，用氯普馬嘧后呼吸變淺而緩，瞳孔縮小，對光反應消失、青紫消失，36小時后清醒，兩肺囉音漸少，於三天后囉音全部消失。

總 結

①本文分析統計麻疹合併症例314例。疾病以一月為最高。并對本組病例發病早，病情危重加以分析說明。

②本組年齡以三歲以內最多占72.7%。本組死亡率10.19%，糾正死亡率5.73%。在死亡原因中以肺炎居首位。也闡述探討對減少麻疹併發症死亡率之重要性。

③本組併發症，以肺炎最多，占95.2%，較國內其他文獻報告為高。麻疹肺炎死亡率為6.55%。本組麻疹肺炎大部分發於出疹期，病情較一般肺炎為重，治療效果差，咽部無普遍性致病菌發現，退熱日期與麻疹病程相附合，X光透視顯示兩肺紋理增深，故主要由麻疹本身病毒導致，但也認為混有繼發性細菌感染。

④本組腦炎併發症為25%。大部分發生於疹后期。死亡率63.3%，認為麻疹同時併發肺炎腦炎，預后較單純合併腦炎者差。

⑤本文确定综合性治疗之显著疗效。其中尤以中医中药，多种抗菌素大剂量混合应用及少量多次输血，氨普马塞之服用有价推广运用。

推拿治疗白喉78例分析报告

南通医学院附属医院

我院自从贯彻党的中医政策以来，在医院党总支的正确领导下，继承和发扬祖国医学方面，取得了不少成绩，通过采风访贤，请来民间医师黄善珍同志以推拿法治白喉。去年10月下旬开始至目前为止，共收治78例，疗效卓著。兹分析如下：

病例选择。

以咽白喉为主，计70例，另有咽喉白喉8例。为便于观察分析分为四型

一、轻型：全身症状轻微。伪膜薄，限局于一侧扁桃体或两侧扁桃体均有小点片状伪膜。

二、中等型：伴有中度全身症状，发热。颈或下颌淋巴结肿大。并有触痛，伪膜较厚，存在于一侧扁桃体或有较多之小点片状伪膜存在。

三、重型：全身症状明显，发热，食欲不振，下颌淋巴结肿大有触痛，大片厚伪膜存在于一侧或两侧扁桃体，並有少许伪膜延及悬雍垂及咽后壁，或更蔓延至喉部。

四、中毒型：全身症状重笃，发热，食欲不振，颈部、下颌淋巴结肿大及其周围软组织肿胀，明显触痛，张口困难，伪膜甚厚呈坏死或出血性且多蔓延至悬雍垂，咽后壁或更蔓延至喉部常伴有软腭肿胀。

本组病例中，轻型25例（占32.05%），中等型38例（占48.72%），重型8例（10.25%），中毒型7例（占8.91%）。

年龄与性别：

男性47例（占60.26%），女性31例（占39.74%）年龄方面见表1、最小年龄为3岁

表1：病人年龄统计

	3岁	6—10	10—15	16—20	21—30	31以上
78	2	3	11	30	24	8
100%	2.56	3.84	14.1	38.46	30.76	10.24

如表2所示，多数病人均在发病3天内入院求医，最迟者13天。

表2：发病至入院时间

	1天	2	3	4	5	6	9	10	13
78	29	28	10	4	2	2	1	1	1
100%	37.17	35.89	12.82	5.12	2.56	2.56	1.28	1.28	1.28

症状体征分析:

1. 发热: 78例中有54例发热(占69.24%), 其中, 大多数为低热或中度发热, 计47例(占全部病例的60.25%); 少数7例(占全部病人的8.97%)实热达39°C以上、最高达40.1°C。
2. 恶寒: 全部病人中, 47例有恶寒症状占60.25%。
3. 头痛: 少数病人具有头痛感觉, 计11例(占14.1%)。
4. 咽痛: 全部病例均有不同程度的咽痛。
5. 咳嗽: 仅有7例, 占8.95%(系咽喉型患者)。
6. 声音嘶哑: 亦仅有7例, 占8.95%(亦系咽喉型患者)。
7. 蝉鸣: 仅1例, 占0.13%(亦系咽喉型患者)。
8. 扁桃腺肿大: 绝大多数病人均有扁桃腺肿大, 共72例占92.3%。
9. 咽充血: 绝大多数病人均有咽充血, 共73例占93.58%。
10. 下颌、颈部淋巴结肿胀、压痛: 计46例(占58.97%)。
11. 下颌、颈部中毒性水肿: 仅有7例(占8.95%)。
12. 吸人性呼吸困难: 仅2例, 占0.25%。

症状及体征分析见表3

表3

症 状、体 征	例 数	%	
入院时体温	37.2°C以下	24	30.76
	37.3—38°C	20	25.64
	38.1—39°C	27	34.61
	39.1—40°C	3	3.84
	40.1°C以上	4	5.12
恶寒	47	60.25	
头痛	11	14.10	
咽痛	78	100.00	
咳嗽	7	8.95	
声音嘶哑	7	8.95	
蝉鸣	1	1.28	
扁桃腺肿大	72	92.30	
咽部充血	73	93.58	
下颌颈部淋巴结肿痛	46	58.97	
下颌颈部中毒性水肿	7	8.95	
吸人性呼吸困难	2	2.56	

實驗室檢查分析:

1. 細菌學檢查:

咽拭直接塗片查檢了44例, 阳性(找到黃染顆粒桿菌)8例, 阳性率为18.18%。

咽拭培養計有72例, 阳性(找到白喉桿菌)35例, 阳性率为48.61%。

2. 血象: 大多数病例白血球总数均增多, 超过2万/立方毫米者仅7例, 其余均在1万至2万/立方毫米之間。见表4

表4 白血球总数統計

白血球总数	例数	%
5001—10000	19	24.33
10001—15000	54	43.56
15001—20000	18	23.05
20001—25000	4	5.12
25001—30000	3	3.64
总計	78	100

嗜中性白血球之百分比, 多数輕度或中度增高, 少数高度增高, 见表5

表5 嗜中性白血球百分比統計

	60%以下	61—70%	71—80%	81—90%	91%以上
例	8	9	26	12	14
%	10.25	11.53	33.33	15.38	17.88

合併症:

78例中合併毒性心肌炎者18例(均系輕度)占23.05%, 合併中毒性腎病者10例, 占13.81%(除个别較重外, 均系輕度), 併发支气管肺炎者一例, 占1.28%(系入院时即存在者)。

表6 合併症統計

合併症	例数	%
毒性心肌炎	18	23.05
中毒性腎病	10	13.81
支气管肺炎	1	1.28

推拿手法和部位:

全部病例每日上下午各行推拿疗法一次, 每次30分鐘左右, 傍晚脫肛后, 再繼續进行2—3日即停止。

(一) 手法: 以下列六种手法为主:

1. 推法: 术者用拇指面在局部皮肤上直縱推抹。
2. 抹法: 与上法相同, 但抹的范围比較广。

- 3.按法：术者用拇指面按压局部。
- 4.捏法：术者用拇指及食指在局部捏振。
- 5.掐法：术者用拇指甲在局部皮肤上掐按。
- 6.点法：与掐法相似，但用力较轻。

(二)部位：

1.肺管穴：相当於天突穴处向上，到喉结上方，用点、按、推手法由下而上，每次需时约5分钟。

2.喉关穴：相当於咽扁桃体外方，是主要穴位，用推、按手法，每次约需时10分钟。

3.耳根穴：相当於风池穴外侧，用推、按、捏手法，每次约需5分钟。

4.耳后穴：在胸锁乳突肌前缘（上段）下段在后缘，用推、抹、捏手法需时约5分钟。

5.后脑穴：计有三处，相当於两侧风池及哑门穴处，用推、掐手法需时约5分钟。

如有头痛、头昏时，加用下列二穴。

6.眼眶穴：即推擦竹法，用点抹手法，局部推拿后，再向上推之百会穴稍后。

7.太阳穴：用推抹手法，推后也向上推至百会穴稍后。

8.牙关穴：即颊车穴，用点、掐法，口紧不开时用之。

9.经厥穴：上肢内侧正中，向下至手中指尖处，用掐按手法，能解热。

10.絡脈穴：在内关穴稍下处，用掐、推手法，可震动全身，通经活血。

11.少阳穴：即合谷穴处，用掐法，对咽喉痛有效。

12.五指穴：包括手背五指所有关节，及小横纹（指与掌交界之小横纹处）和四横纹（食、中、无名、小指正面之第二节下横纹处）用掐揉手法，退热除烦。

13.手腕一圈：包括阴穴（神门穴）阳穴（太渊穴）小天心（大陵穴）及阳谿、阳池、阳谷等穴，用掐、揉手法，通经活血。

14.肩厥穴：在肩井前方，相当於经外奇穴之肩内陵处，用掐揉手法，通经活血。

对新入院病人，上述各穴，均须推拿，待一般情况好转后，如咽痛消失，体温下降后，就可只推拿颈部诸穴。如患者病情严重，声嘶有气管白喉现象时，还需要加用下列二穴，可以缓解症状。

15.心门穴：在胸骨两侧，肋间隙处，用掐揉手法。

16.八字穴：在剑突下，用掐揉手法。

疗效观察：

本组病例经推拿后，絕大部份（60例），伪膜均在6天以内全部消失，一星期以上始消失者18例。最短者1天（5例），最长者为16天（1例）。平均天数为4.82天，其他症状亦随伪膜之缩小，消失而减轻及消失。见表7

表 7 伪膜消失天数

消 失 天 数	例	%
1	5	6.40
2	20	25.64
3	12	15.38
4	12	15.38
5	2	2.56

6	9	11.51
7	3	3.84
8	2	2.56
9	5	6.40
10	1	1.28
11		
12	4	5.12
13	1	1.28
14	1	1.28
15		
16	1	1.28
總計	78	100

78例中无一例死亡，在临床症状及体征消失后，經連續兩次（相隔1—2天）咽拭培養阴性即予出院，平均住院天数为13.4天。

78例中除去加用抗毒素的5例，73例均完全治愈，治愈率为93.58%。

討 論:

1. 本組病例中，有5例曾在不同情况下加用了白喉抗毒素。一例中毒型患者在推拿两天后伪膜較入院时有增厚、加用抗毒素以后，伪膜尚迁延了11天始全脫（該例由於病情严重，在用抗毒素一天后，还加用了中药）一例中等型在推拿两天后伪膜无改变，加用抗毒素后，經過5天伪膜始脫着。一例中等型在推拿5天后伪膜已縮小，加用抗毒素后两天即全脫。一例在推拿后10天伪膜亦已縮小，但不全脫，加用抗毒素后尚迁延7天方始全脫。最后一例系中等型在推拿6天后伪膜有扩大及增厚，加用抗毒素后7天伪膜全脫。見表8

表 8

病 历 号	41306	39636	39756	40120	40836
型 别	中毒型	中等型	中等型	輕 型	中等型
推 拿 天 数	2	5	2	10	6
伪膜与入院时比較	增 厚	縮 小	无 改变	縮 小	扩大增厚
注射抗毒素单位	13 万	4 万	6 万	4 万	5 万
用抗毒素后伪膜脫落天数	11 天	2 天	6 天	7 天	7 天
备 註	加用中药		先用4万单位四天后退加2万单位		

41306及40836两例，經推拿治疗后，伪膜反形扩大及增厚可以认为推拿疗法对这两例无效，其余3例經推拿后伪膜或縮小或至少不扩大而其中39756一例在推拿两天后即加用了抗毒素，可以认为推拿疗法对这3例的病情是起着改善作用的，不应看成无效。因此实际上78例中，有疗效的要占到76例（96.14%）。为严格起见，我們將这5例均不列

在治愈率範圍以內。

2. 併用青霉索問題：本組病人中，有20例病人系單純推拿治療，不加用其他任何抗菌素或化學藥物，亦不加用中藥。另有4例在偽膜脫落后仍持續帶菌，加用青霉索含片（每片1000單位，一日4次）其他54例均使用了青霉索（成人劑量每天40萬至80萬單位）。我們發現，單純用推拿療法的20例加上含服青霉索片的4例共有24例與併用青霉索注射的54例相比較，在偽膜脫落與全身症狀改善方面無明顯差異。根據這次白喉流行過程中我院使用抗毒素治療的病例均併用了青霉索（成人40—80單位/天）而偽膜脫落時間為5.7天（162例的平均數）從這一情況看來，併用青霉索的推拿療法的效果還是肯定的。

3. 對反復追加白喉抗毒素治療無效病人，加用推拿療法以後，收到了良好效果。患者邵××，女性，23歲，於59年10月27日因咽白喉入院即予注射白喉抗毒素，至10月30日共用白喉抗毒素10萬單位，又經一周的觀察，右側扁桃體仍充血、腫大，並附有片條狀偽膜。於11月7日加用了推拿療法偽膜即逐漸變薄、變小，咽痛減輕，於11月16日偽膜完全剝落。

從這一個病例可以說明，在使用了足量的白喉抗毒素以後，偽膜仍延遲不脫時，加用推拿療法，可以收到良好效果。這也就充分証明了推拿療法治療白喉效果是肯定的良好的。

4. 併發症問題：

本組病例併發毒性心肌炎者（均系輕度）18例，發生率為23.07%，與我院同時報告的753例報告中心肌炎併發155例（占20.58%）相比較是略高一些，但較楊氏報告的37.1%為低。本組病例支氣管肺炎的併發率僅為1.28%，與753例報告中肺炎的併發率6.24%相比則明顯地低，且該例系入院時即已併發肺炎。因此，推拿法使用以後無一例併發肺炎者。在中毒性腎病方面，753例報告中，併發率高達29.48%。本組為12.8%。可以認為推拿治療白喉，併發症一般是不多的。

5. 療效問題：

推拿治療白喉的療效治愈率嚴格統計為93.58%，偽膜消失天數最長者1天，最長者16天（僅1例），平均偽膜消失天數為4.82天。

推拿法對患者來說，樂於接受，因為它不產生因治療過程中難以避免或消除的附加的痛楚，例如肌肉注射抗毒素，是有相當痛楚的等等。相反地，一經推拿患者的咽痛及發熱等全身症狀迅速緩解，病人感到非常舒適。

推拿法取費甚廉，而抗毒素濃劑者1萬單位兩元多，精製者1萬單位四元多，患者在抗毒素治療者，如平均按四萬單位計算，則為10—20元左右（僅抗毒素一項）。目前抗毒素的來源又不是太豐富的，這樣看來，無論對患者本人或對節約使用資源不足的藥物來說，都是十分有利的。

總結

1. 本文分析報告了用祖國醫學推拿法治療的白喉78例。
2. 偽膜消失平均天數為4.82天，治愈率達93.58%。
3. 推拿法治療白喉操作簡便易行，患者樂於接受，取費低廉，療效卓越，應進一步推廣。
4. 推拿療法的機制問題，有待進一步深入探討，本文未加討論。

巴豆、朱砂膏治疗白喉二〇六例

临床疗效总结

镇江市传染病医院 徐炎胜

本院自一九五七年四月份开始大胆的用秘方巴豆、硃砂膏外用治疗白喉临床研究疗效观察，至目前为止，已单用此法治癒二〇六例白喉患者，其中除四例为气管白喉外，余二〇二例均为咽白喉，在临床上获得了满意的疗效，现将二〇六例临床疗效、用药方法作一初步总结报告，供中西同道目前在消灭为害人民较严重的白喉疾病中参考。

(一)二〇六例入院时的诊断及临床常见的主要症状：本组病例均根据其发病史及临床症状，伪膜的形状结合喉头拭子涂片及培养结果而确定。

1. 发病到就诊的时间：1—2天65例(31.5%)，3—4天87例(42.5%)，5—6天39例(18.94%)，7—8天12例(5.6%)，8天以上3例(1.46%)。(表一)

2. 年龄：1岁以下13例(6.3%)，1—5岁80例(38.83%)，6—10岁44例(21.4%)，11—15岁38例(18.4%)，16—20岁13例(6.3%)，21岁以上18例(8.77%)。(表二)

3. 体温：正常10例(4.83%)，37.5°C—38.5°C 103例(50%)，38.6°C—39.5°C 75例(36.4%)，39.5°C以上18例(8.77%)。(表三)

4. 除不会说话的小儿外，自诉有显著的咽喉疼痛者148例(72%)，声音嘶哑123例(59.5%)，咳嗽154例(74.77%)，流涎87例(42.5%)，一侧或两侧颌下淋巴结肿大可摸及者76例(36.8%)，呼吸困难或显著增加者52例(25.2%)。

5. 实验室检查结果(表四)：

白血球总数：一万以下56例(27.2%)，1万—2万127例(61.6%)，2万—3万17例(8.25%)，三万以上6例(2.95%)，在分类方面：中性多核白血球均有不同程度的增加。206例患者经涂片为次，培养为主，只得阳性率117例(56.9%)。

(二)药物的制备及治疗方法。

将中药店购来的生巴豆去外壳，研成细末，用瓶子密封盛起，放在冷暗处，不使其迁热及干燥，以防破坏其功效，应用时取已研成之巴豆细末及硃砂(原状红色细末)各0.5克至1.0克，两者混合散布在跟元大小的普通牛皮纸膏药上，如膏药粘滞不易剥开时可先在酒精灯上稍稍加热融化后，轻轻拉开，待冷后将巴豆硃砂已混合之细末撒布在膏药上，这样就制成一个完整的膏药手纸，然后贴于患者的前额部两眉间之上方，用上掌轻轻压定，如为防止脱落及巴豆硃砂细末掉入眼中，可在膏药外面加贴胶布数条固定之，贴后以观局部反应情况，在贴膏药的局部往往有轻度的灼热感，并出现红肿充血、皮炎，以上局部所受刺激的表现如已出现形成，膏药就可揭去，从贴膏药至有反应现象形成，大概前后8—10小时之久，当膏药揭去后，反应的局部可用棉棒轻轻擦去药末(不能映入眼中)，为防止感染化脓，可在反应之局部涂上1%的龙胆紫，水泡不必刺破，不

日就能自动吸收、干固、脱皮，受刺激的局部並無痕痕及色素遺留。

用藥后除患者往往覺得口干及小量的出汗外，从未發現有其他副作用，所經治 206 例患者有 126 例應用過青霉素肌肉注射，用量從 20 萬單位至 60 萬單位不等，選擇的對象均為體溫較高，咽喉局部炎症較重，實驗室檢查白血球總數及分類，中性多核白血球較高者而合用青霉素的；余者均未應用過青霉素，經臨床觀察效果並無顯著差別，全部病例均採用過 1—2000 單位的青霉素溶液一日三次喉頭噴霧治療。

(三) 療效：所經治 206 例患者无一死亡，全部痊愈出院，就以主要症狀消退情況分述如下：

體溫從入院至恢復正常時間 1—2 天者 154 例 (74.47%)，3—4 天者 49 例 (23.77%)，4 天以上者 3 例 (1.46%)。(表五)

偽膜脫落 1—2 天者 80 例 (38.83%)，3—4 天者 92 例 (44.46%)，5—6 天者 34 例 (16.71%)。(表六)

其他症狀方面，如咽喉疼痛消失時間平均為二天，發音恢復正常平均為三天，聲音消失平均三天，流涎消失平均為一天半，扁桃體恢復正常平均為四天，頸及鎖下淋巴腺消退，平均為四天，呼吸恢復正常平均為一天，細菌轉陰平均三天。

所治 206 例患者均未經注射白喉抗毒素，除 5 例在病程中期出現輕度心臟中藥外，余均未發現其他合併症；同時，此 5 例在發病至就診時間均較長，偽膜範圍亦大，體溫入院時較高，是否在未經治療前心臟已受到毒素的損害；因未作心电图檢查，暫不能斷言，此 5 例經休息后均恢復正常出院。206 例无一例有不良後果發現。

(四) 出院后的訪視：在本市的病人，從出院二星期至四個月不等時間內共訪視 26 名，健康情況均良好，經喉拭子培養亦未發現陽性帶菌者。

(五) 總結：

1. 根據所治 206 例患者的臨床療效觀察情況來看，如體溫恢復正常、偽膜脫落的時間 (表四) 及其他主要症狀消失或恢復正常平均情況來看，巴豆砂砂膏是一種祖先對白喉鬥爭的一種很好武器。

2. 巴豆砂砂膏易購買、配制簡易、價格低廉、應用方便，所治患者無顯著毒性反應。

3. 206 例中有 124 例注射過不等量的青霉素與未經注射的 82 例作對比，初步觀察無顯著差別。

4. 經 206 例患者的臨床觀察初步體會，至在貼膏藥后 8—10 小時左右，前額局部反應大的，如紅腫、水泡產生快而多，療效似乎較快、較好，反之較慢些；但據此情況可第二次再用。反應差的多半往往見於營養不良或已癱瘓的患者為多。

5. 關於巴豆砂砂對白喉的臨床療效確實很高，經 206 例觀察已肯定。但作用機能何在，因此方為家傳，無參考文獻及理論根據可查，同時我院限於水平及條件，故不能作出結論，尚希中西學者進一步研究。

(表一) 就診距發病時間

天數	1—2天	3—4天	5—6天	7—8天	8天以上	總計
例數	65	87	39	12	3	205
百分率	31.5%	42.5%	18.94%	5.6%	1.46%	100%

(表二) 年齡分布情況

年 齡	1岁以下	1—5岁	6—10岁	11—15岁	16—20岁	21岁以上	總 計
例 數	13	80	44	38	13	18	206
百分率	6.3%	38.83%	21.4%	18.4%	6.3%	8.77%	100%

(表三) 入 院 的 体 溫

溫 度	正 常	37.5°—38.5°C	38.6°—39.5°C	39.5°C以上	總 計
例 數	10	103	75	18	206
百分率	4.83%	50%	36.4%	8.77%	100%

(表四) 入院的白血球總數

	1万以下	11000—20000	21000—30000	3万以上	總 計
例 數	56	127	17	6	206
百分率	27.3%	61.6%	8.25%	2.95%	100%

(表五) 体溫恢復正常所需天數

天 數	1—2天	3—4天	4天以上	總 計
例 數	154	49	3	206
百分率	74.47%	23.77%	1.46%	100%

(表六) 伪膜完全脫落所需天數

天 數	1—2天	3—4天	5—6天
例 數	80	92	34
百分率	38.83%	44.46%	16.71%

針刺“關上”等穴治療白喉52例 療效分析和探討

南通市中醫院

我們在黨的領導下，初步學習了八屆八中全會文件，在反右傾、骯髒動的启发下，在社會主義總路綫的光輝照耀下，以大搞技術革新，貫徹多快好省的精，神，破除了“針

灸不能治疗白喉”的迷信，根据《内经》“刺灸”的原理，采用了新的刺激点，自1959年10月25日——11月17日期间，治疗了喉、急性咽喉白喉52例，其中除1例痊愈出院后1天复发，1例针治1天后好转，第三天伪膜又起，分别转院和加用中药治愈外，其余50例全部治愈，治愈率96.2%，获得惊人的效果。现将治疗方法、临床分析及研究经过作一初步汇报。

一、治疗方法

完全采用针刺治疗，除1例针治痊愈后三天复发转院加用白喉抗毒素及1例未能控制，询患者要求改用中药；伪膜严重，加用吹喉药4例外，不加用任何中西药物，並維生素乙、丙亦不使用。所取穴道及手法如下：

1. 主穴：“關上”，在兩眉之中間“印堂”穴略上。

針式：針自上向下，由“關上”下針，直穿至“印堂”下面。

方法：重刺激，捻針五分鐘，留針一小時，一日針三次，即每隔六小時針一次。

2. 次主穴：“太沖”，在足大、次趾間上方，如手之合谷處。

針式：直刺入3—4分深。

方法：重刺激，捻針五分鐘，留針一小時，一日三次。

3. 配穴：“合谷”，在手虎口上。

針式：直刺入3—7分深。

方法：重刺激，針一分鐘，留針一小時，一日三次。輕症可不用此穴。

4. 配穴：“少商”，在大指內側甲角。

針式：直針，1分。

方法：迅速刺入，迅速拔出，擠之使出血，非嚴重喉嚨腫塞者不用。因此穴甚痛。

以上穴位以“關上”為主穴，“太沖”為次主穴，直針至痊愈為止。配穴視情況灵活运用。在具体針治時當注意患者之體質，如體質衰弱者，每日針二次或一次；有心肌炎時，加針“內關”穴，十分嚴重病例加刺“十二井”穴及“十宣”出血，但在52例中采取“十二井”及“十宣”者仅一例。

二、临床分析

52例白喉患者均为咽白喉，亚耶疏链阳性，大多数涂片或培养找到白喉桿菌。其中：

1. 性别：男性31人，女性21人。

2. 年龄：12—20岁27人，21—30岁21人，31—40岁3人，46岁1人。

3. 患病天数：1天以内29人；2天3人；3天12人；5天1人；6天2人；10天1人；15天1人；20余天1人。以上性别、年龄及患病天数与针刺治疗并无联系关系。

4. 伪膜：52例咽白喉患者中，均有不同程度的伪膜，从点状到大片不等。其中：一侧伪膜者12人；两侧伪膜者：40人；两侧伪膜蔓延至上颌、悬雍垂及软腭者2人。52例中经过针刺治疗，除一例因一次针后未能控制，不肯再针，改用中药治疗室外，其余51

例的伪膜消失時間如表一：

表一：51例咽白喉針劑治療伪膜脫落時間

伪膜脫落小时	12小时内	13—24	25—30	31—48	49—72	73—96	97—120
佔有人數	3	16	9	12	6	3	2
百分比%	5.88+	31.37+	17.65-	23.53-	11.76+	5.88+	3.92+

5. 发热：52例咽白喉中，有輕重不等发热者39人；最低体温 37.2°C 最高体温 40°C 以上。通过針刺治療后，一般多迅速下降，乃至平复，其退热的情况如下表：

表二：39例咽白喉患者針刺治療退热情况

退热时数	体温		37.2—38°C		38.1—39°C		39.1—40°C		40°C以上	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
2—6小时	3	23.08	6	33.33+					9	23.08
7—12小时	8	33.33+	3	12.82+	2	5.28+			13	33.33+
13—14小时	2	5.28+	3	7.69+	1	2.56+			5	12.82+
25—48小时	3	7.69+	3	7.69+	2	5.28+			8	20.51+
49—72小时	1	2.56+	1	2.56+					2	5.28+
73—96小时							1	2.56+		
97—102小时							1	2.56+	2	5.28+
人 数	17	100%	15	100%	6	100%	1	100%	39	100%

6. 咽喉肿：一個或二側扁桃體不同程度的肿大几为每一病例必見的症候，肿大严重时并上顎亦肿，同时頸間亦隨之肿胀。經過針刺治療后，於热退后开始消肿，至伪膜消失后肿亦隨之消失。惟素有喉蛾（扁桃腺炎）患者，仍留有扁桃體浮大如雀卵，但无痛苦。白喉抗毒素加青霉素注射者亦如此。

7. 咽痛：52例患者中，无一例不咽痛，肿胀愈甚则痛亦愈烈。主要是唾唾液及进食时感到痛苦，因而作伸頸嚥状。經過針入“關上”后，咽痛立即停止，无一例不如此。最速者一次針后即不再痛，最慢者針后痛止，数小时后再痛，但痛勢已較減輕，於热平之同时完全消失，最迟不超过肿退后，后者的病例占絕少数。

以上兩項因原病历記載不完全（病历由西醫師記錄），仅就原病历記載及我院派去的主治醫師所述，故无具体統計数字。但針入“關上”痛立止，不仅病員反映如此，並得各站西醫師所证实。

8. 針治次数：除1例傷風中藥者外，51例治愈患者（包括复發1例在內，因当前症狀的确治愈，經訪問患者証实），最少針一次（晚間入院針一次，翌晨即治愈），最多針20次。具体数字如下表：

表三：51例白喉患者針治治愈針次（包括巩固針次在內）。

針次	1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	15	20
人数	2	1	3	11	14	6	3	6	2	1	1	1
百分比%	3.92+	1.96+	5.88+	21.56	27.44	11.76+	5.88+	11.76+	3.92+	1.96+	1.96+	1.96+

9. 复发及加用、改用中、西药：52例中，有1例针治一次后病情好转，第三天伪膜又起，患者不肯再针，因改用中药治疗而愈。有4例于第3日伪膜未全脱落，其它症状消失，另加用中药“四黄吹喉散”，吹后全愈。1例两侧白糜，体温 39.3°C 的患者，针治30小时热平，共针9次伪膜全脱，肿退痊愈后出院。但出院后仅隔一日，复发，经住南通医学院附属医院，仍用针刺治疗无效，改用白喉抗毒素注射治愈。此外尚有1例经过白喉抗毒素治疗，伪膜不落，乃来本市经附属医院检查，找到白喉杆菌，转来防治站，经针刺治疗，仅针3次，24小时伪膜脱落消失，全愈出院。

10. 咽头带菌：所有患者均经亚硝酸钾涂膜阳性，并有大多数涂片或培养找到白喉杆菌，经针治全愈后，一部分咽拭培养转为阴性，一部分仍为阳性。

三、研究和实践经过

自从今春“流脑”流行后，我院响应党的号召，派一内科医师与南通医学院附属医院合并治疗，彼时白喉已不断有所发现，白喉抗毒素虽有效，但价格昂贵，不合“省”的要求，因拟订一张“阴虛白喉”的中药处方——“白喉甲方”，交西医师使用，疗效显著。8月上旬以“乙脑”及灰白质炎较多，我院再次参加合作治疗，此时白喉已呈流行之势，抗毒素及中药的来源不足，乃设想另辟化钱少而疗效可靠的治疗方法。符合这样要求的，惟针灸治疗最合理想。乃与针灸医师商谈及翻阅针灸书籍，结果是“针灸不能治疗白喉”而作罢。八届八中全会的文件开始学习后，在“反右倾、鼓干劲”的启发下，认为“针灸不能治疗白喉”乃过去没有找到能治的穴道。经反复研究，祖国医学因没有如现代的物理诊断工具，所以数千年从病人内在的病理所反映在某一个部位的現象，作为望诊的依据。这种经验累积，乃构成“四诊”中主要的“望诊”知识，根据内经灵枢五色篇中指出咽喉的反映点在“关上”，所以有“关上以候咽喉”一句，那末，“关上”既能为咽喉的反映点，则白喉病的主要病灶在咽喉，如果即以针刺“关上”的话，一定其作用在咽喉了。为了证实它的作用，在查病房时用指甲掐患者的“关上”，患者主诉“咽痛好些”；再在“颧”（即印堂）部掐，亦有同样感觉，因而肯定这个部位与咽喉有直接关系。“上病下取”是中医特别是针灸治疗疾病的手段之一，有了上面的“关上”，还得从“下取”的方法上解决其病理机制，因思白喉病主要侵犯咽喉，在中医学理论上咽为胃窍，喉为肺窍，在白喉开始时大多在胃窍的咽部，继乃侵犯肺窍的喉部，达到喉部的“喉白喉”便非常危险，那末，“上工治未病”的方法对白喉是非常必要的，即首先要促进“胃”的活动力，从而使“咽白喉”不致再扩展；其次要增加“肺”的活力，从而使“肺上窍”的“喉”能抗御病毒损害。同时各种热性传染病会引起“肝”的亢旺“肝”一亢旺，则既能形成“木克土”而损及“脾胃”，又能“木火刑金”而反尅“肺”，当然，“木克土”和“木火刑金”的症候非白喉所易见，但在病理状态下重视“肺、胃”为喉科文献中治疗喉病的方法之一，预抑“肝木”以抑“肺、胃”，认为既不肯理，亦可能达到一定的作用。因此考虑到“足厥阴肝经”的“太冲”穴，采取重刺激以泻其肝，则必然对“肺、胃”会起到促进活力的作用，而达到白喉病灶的控制，正贯彻了“上病下取”的原则。此外，“合谷”和“少商”本系治喉病的穴道，但因其效果非主要的。所以认为“针灸不能治疗白喉”，不妨采作配穴，当能起到协助作用。这样治疗

白喉的穴道是擬訂了，但是，白喉是一種烈性傳染病，不拘何種治療方法，當爭取及時而且須迅速，針灸治療疾病，一般是每日一次或間日一次，這個陳規不可能適應於白喉病，因擬訂一日三次，即每六小時一次。同時聯想到猛烈疾患必須重刺激才能收效，因擬定捻針五分鐘，而留針一小時，於是整個針刺治療白喉的方案初步完成，只得實踐了。經將此治療方案請示我院黨委，黨鼓勵繼續研究，迅速實踐，乃磋商於有關醫師，未能實現。適南郊開辟白喉防治站，需要我院派一名醫師前往。所派者為青年醫士陳希實同志，因將此治療方案詳細告知，委託其實踐。乃一試3例，均獲得驚人效果。我院黨領導非常重視這一方法，因派我院針灸科資深醫師前往西郊防治站試治。這樣在短短的过程中，兩站試治了52例，取得顯著的療效。

四、討論和結語

本文報導了以針刺“關上”“太沖”“合谷”及“少商”穴治療咽喉52例，除1例加用中藥。1例愈後復發外，50例全部治愈，全愈率達到96.2%，通過實踐證明，針刺上述“關上”為主的穴道能迅速制止咽痛，迅速退熱，偽膜消失及腫脹消除。最速僅針一次，最遲20次，而以4—8次全愈者為多。

2. 針刺治療白喉是在黨的領導下，以反右傾，鼓干劲，破除迷信，解放思想，大搞技術改革，貫徹社會主義建設總路綫多快好省的方針下獲得初步效果的，我們深深体会到，祖國醫藥文化寶藏非常豐富，除已發掘的，未發掘的有待整理提高的正不知多少，都需要我們鼓足干劲，打破常規，胆大心細去搞。關鍵問題在於反右傾保守思想的絆腳石，才能敢想，敢說，敢做。

3. 通過內在病理反映於外的學說啟示，正有不少類似的理論可以運用到新的治療方法上來，為我們今後努力的方向之一。

4. 所治病例均為咽白喉，對嚴重的喉白喉均轉附院氣管切開（多系兒童），未敢針治，進一步研究白喉的針灸治療方法，有待我們進一步努力。對心肌損害問題目前雖已以中藥治療獲得一定療效，但如結合針灸治療，在原有的基礎上發掘新的穴位，我們以為可能收效可觀，願與附屬醫院針灸科共同努力。

5. 針治白喉在經濟價值上有其重大意義，平均計算，費用僅及白喉抗毒素的1%，中藥的10%，不僅減輕了病員的負擔，為國家積累資金，加速社會主義建設，同時對藥源的緊張亦獲得基本解決，值得推廣使用。

6. 本文在理論上不夠完整，在治療上還存在缺點，希望同志們多加指正，俾得繼續改進。

最後說明：附屬醫院針灸科亦曾採用此法治療11例，如本文所述全愈者僅5例，6例加用西藥治療。據我們觀察其原因，可能是：①未掌握一日三次針；②不捻針；③針式和針位未準確等。

中医治疗白喉小结

南京市传染病医院

本院自1959年11月1日至11月25日在六合县人民医院中医师杨少仙同志指导下，用中医中药治疗各型白喉患者共161例，痊愈出院99例，留院50例，死亡12例，入院后未滿24小时死亡者9例，病死率7.4%，修正死亡率1.8%。由以上效果观察，中药治疗白喉，可以肯定疗效，且治疗方法简单，价格低廉，易于推广。现将本院用中药治疗白喉161例，作一简单分析，并将治疗方法分述于下：

中药治疗白喉是内服清热介毒开闭豁痰剂，采用方剂有麻杏石甘汤、桑菊饮、银翘散、养阴清肺汤等。局部处理，是用中药冰硼散吹喉，或用1%碘酊涂咽，1:2000单位青霉素溶液作喉头喷雾，在治疗过程中，初步将白喉分为三个不同类型，拟订处方，但在临床使用时，仍必须掌握辨证论治法则，灵活加减应用。

1. 发热或不发热，咽部充血，两侧扁桃体红肿，表面有伪膜，咳嗽呈犬吠状，声音嘶哑，舌苔薄白或微黄，脉象浮数或滑数，初步订为第一类型，以桑菊、银翘加减进治。

冬桑叶	3钱	抗菊花	3钱	连翘	3钱
忍冬片	1—2两	浙贝	3钱	桔梗	3—5钱
淡黄芩	3—5钱	生山枝	3钱	杏仁	3钱
牛子	3钱	莱服英	3钱	生甘草	1钱5分

随症加味：热甚者加生石膏1—2两

大便闭结者加生锦纹3—5钱

咽中微有痰嘶者加莱服子3—5钱

2. 发热或不发热，咽部充血，两侧扁桃体肿大，表面有伪膜或未发现伪膜，犬吠状咳嗽，呼吸喘促，鼻翼煽动，喉间嘶，面色苍白，口唇紫绀或青紫，声音嘶哑，上腹部或肋间膈有不同程度的胀气性凹陷，舌苔微黄或黄腻，边尖红，大便少，小便短赤，初步订为第二类型，先以“利喉散”内服，接以麻杏石甘汤加味进治。

处方：

(1) 利喉散0.8—1.5克用开水和服

(2) 麻黄	8分	杏仁	3钱	生石膏	1—2两
黄芩	3—5钱	生山枝	3钱	全瓜蒌	3钱
浙贝	3钱	莱服子	3—5钱	生锦纹	3—5钱
牛子	3钱	桔梗	3—5钱	生甘草	1钱5分

随症加味：体温较高者加连翘3钱 忍冬片1—3两

身体衰弱者：加太子参3—5钱 南沙参3—5钱

3. 根据不同类型，投上述第一或第二方后，症状已基本消失，仅咽部潮红，精神疲

意，舌紅少苔，脈象濡滑，初步訂為第三類型，以養陰清肺湯加減進治。

處方：

大生地	3—6錢	元參	3—5錢	寸步冬	3錢
川石斛	3錢	天花粉	3錢	肥知母	3錢
粉丹皮	3錢	南沙參	3—5錢	桔梗	1.5—3錢
生甘草	1.5錢	萊服英	3錢		

隨症加味：腰痠者加杏仁 3錢 浙貝 3錢
內熱較甚者加 地骨皮 3錢 連翹 3錢
有虛弱現象者：加太子參 3—5錢
生通志 3錢

附：最近在本院治療白喉，因患者病情症狀與六合對比，均較為嚴重，同時為了同志們更便於臨床掌握應用，故特根據上述第一和第二處方藥味與劑量，予以適當增損，初步合併為治療白喉的基本處方，現介紹於下，以供參考。

處方：

川黃連	1.5—3錢	淡黃芩	3—5錢	生錦紋	3—5錢
生石膏	1—3兩	知貝母	3錢	連翹	3錢
忍冬苳	1—3兩	冬瓜囊	3—6錢	萊服子	6錢
牛子	3錢	桔梗	3—8錢	生甘草	1錢5分

隨症加味：呼吸氣粗，身有微熱或不發熱者加麻黃8分—1錢 杏仁泥 3錢
呼吸平穩，體溫較高或微熱者加冬桑叶 3錢 抗菊花 3錢
呼吸氣粗，體溫甚高者：加麻黃 8分—1錢 杏仁泥 3錢 龍胆草 3錢 生山楂 3錢

如有下列症狀出現，需再酌情加入以下藥味：

鼻腔出血或口內粘膜赤腐潰者：加粉丹皮 3—6錢 生黃柏 3錢 地骨皮 3—6錢

身體虛弱者：加太子參 3—6錢 南沙參 3—6錢 生通志 3—5錢

投該處方後，俟症狀基本消失，再給予上述第三處方，即養陰清肺湯加減，以盡余邪。

以上僅係一般常規處方，在臨床應用時，仍必需掌握中醫理論體系，適當增損藥味與劑量，庶可獲得預期療效。

白喉引起阻塞的治療

喉阻窒息，為白喉常見的危險合併症，每因病變進展，造成極度呼吸困難，引起窒息而死。西醫在臨床中，多施行氣管切開術，現在用自製中藥“利喉散”治療喉阻窒息，通過臨床實踐，效果尚令人滿意，現簡略介紹如下：

1. 處方來源：

本方根據三因方內之“滄黃芥毒丸”和傷寒論中“桔梗白散”二方合併後，再加入黃連一味而成，自訂名為“利喉散”。

2. 組制：

明雄黃 3錢 川玉金 3錢 桔梗 5錢

浙貝 3錢 巴豆霜 2錢 黃連 5錢

以上藥味分量，均是淨末重量，再合研為極細末以無聲為度。

3. 劑量與用法：

(1) 劑量：每次服0.8—1.5克

(2) 用法：取適量開水和服，在服下後，須嚴密觀察1—3小時中是否發生吐瀉，如未吐瀉，可再服第二次，如已吐瀉，則續服與否，可根據呼吸情況決定，但有些患者，雖連服2—3次，仍未嘔吐痰涎，且喉間痰聲干堵，此時可給予“豬牙皂”末0.3—0.5克和服，以期奏效，如呼吸緩和，亦須繼續嚴密觀察5—6小時，喉間仍有少許阻滯症狀時，可反覆再用。

臨床具體用量，可根據症狀輕重，年齡大小，體質情況而靈活掌握，喉阻滯症狀嚴重者，可以多用一些，症狀較輕者可以少用一些，年齡大的多用一些，年齡小的少用一些，體質強的多用一些，體質弱的少用一些。總之，在臨床使用時，必須靈活掌握劑量與次效，如呈現極度心力衰竭或中毒現象特別嚴重者，均須慎重使用。

入院患者161例，診斷依據：為臨床典型症狀，主訴：典型偽膜，明顯梗阻，塗片或培養白喉桿菌陽性，診斷即可成立，161例中，其中咽拭培養陽者104例，占65.2%，其中以臨床典型症狀，偽膜，明顯梗阻，而培養及塗片均陰性，診斷為白喉者，共20例左右。

表一

咽 拭 塗 片				咽 拭 培 養			
受檢人數	陽 性	%	陰 性	%	受檢人數	陽 性	%
161	47				104	65.2	34.8

均按照以上方法進行治療，茲將161例臨床分析及治療觀察分述如下：

1. 161例中，男性87名，女性74名，故患者男女性別無大差異。

年齡分布：15歲以上者僅12例，15歲以下者占149名，而149例中7歲以下者又占117名。故161例中，發病年齡1—7歲占最大多數。

表二

年 齡	男	女	總 計
1歲以內	2	4	11
1—2歲	15	18	33
3—4歲	25	19	44
5—7歲	17	12	29
8—10歲	10	6	16
11—15歲	8	8	16
15歲以上	5	7	12
總 計	87	74	161

2. 地區分布：僅由161例中發現市區占112例，郊區49例，似乎市區發病率高於郊區。由該161例觀察中，恐不能代表發病地區的差別，因目前各郊區公社，均有醫療單位，送來院診治者，多數因病情嚴重或久治不愈者，而城市發病者均集中於本院。故由統計看

來，城市高於鄉村，恐不能代表真實情況。

表三

地 區	市 區	郊 區	總 計
人 數	112	49	161

3. 開始治療早晚與予後關係：

由表四觀察：來院就診者由發病一天至十天，多數患者來院治療多於發病後 2—5 天。161 例中死亡 12 例，該 12 例就診日期，最早在發病後三天，最晚在十天，發病後一、二天開始治療者无一例死亡，故可說明中藥治療白喉，也以早期治療效果良好，晚期患者，由於偽膜多，毒血症重，單經中西藥同時配合，效果仍差。

表四

項 別	1 天	2	3	4	5	6	7	8	9	10	合 計
痊 癒	18	34	32	31	15	8	20	2		1	
死 亡			2	4	1	1	3				

4. 臨床類型與予後關係：

臨床定型：我院根據患者之咽偽膜分布情況及全身中毒症狀輕重決定之，凡偽膜局限於一個扁桃體或兩個扁桃體，未蔓延出扁桃體範圍之外者，定為局限型。除扁桃外，偽膜已蔓延至咽弓、懸壺垂或已蔓延至喉頭發生呼吸受阻症狀者，定為弥漫型，除局部症狀外，尚合併頸淋巴腺顯著腫大（牛頭），臨床毒血症顯著（例如精神萎靡，面色灰白，血壓下降等），判定為中毒型。161 例患者：局限型 68 例，弥漫型 64 例，中毒型 29 例。局限型患者全部治癒，弥漫型 64 例死亡 2 例。其中以中毒型患者死亡率最高，29 例患者中死亡 10 例，根據以往以白喉抗毒素治療為主時，也以中毒型患者病死率為高，故對此型患者如何更進一步提高其治癒率，及如何利用中西藥互相配合，有深入研究的必要。

表五

臨 床 類 型	局 限 型	弥 漫 型	中 毒 型	總 計
痊 癒	68	62	19	149
死 亡		2	10	12
總 計	68	64	29	161

5. 中藥治療後效果觀察：

根據已出院 99 例分析，經中藥治療後，一般患者體溫迅速下降，除非發生合併症者，體溫下降最快一天，最慢 8 天，平均以治療後第 2—3 天下降至正常占絕大多數。少數超過五天以上者均系有合併症。患者局部偽膜經用中藥治療者，均逐步減少以至消失，也有少數患者將偽膜擠出喉口。偽膜消失時間，由 99 例觀察，並不一致，平均約經治療後 3—7 天，也有極少數患者延長至 10 天以上者，少數弥漫型患者偽膜消失亦較慢。細菌培養菌因也不一致，但多數患者都在一星期之內轉為阴性。

表六

开始治疗日期	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10天以上
伪膜消失天数	5	11	14	16	17	5	6	5	2	3	2
治疗后体温下降天数	24	33	20	8	1	1		2		1	1
细菌培养转阴日期	2	22	19	4	7	5	5	4	1		2

6. 中西医药配合方面:

161例白喉患者用中药治疗, 效果观察肯定, 中药治疗并不逊于白喉抗毒素, 而中药治疗, 价格低廉, 来源较广, 优点更胜于抗毒素, 但于中药治疗时, 西药如何起积极配合作用, 对于进一步提高白喉治疗率有决定作用。在161例病例中, 发生各种不同程度梗阻症状者50名。符合以往气管切开指征者, 近25名左右。凡有梗阻症状患者均采用, 中药利喉散口服(剂量见上)配合中药方剂治疗, 服利喉散后, 患儿均应发生呕吐与腹泻, 待呕吐后则应再服利喉散, 直至患儿呼吸完全缓解时不停服利喉散, 部分患儿于24小时内可服利喉散十次左右, 甚至服过十次以上者, 同时发生呕吐腹泻, 也较剧烈, 此类患者, 极易发生脱水酸中毒及末梢循环衰竭, 尤以入院时毒血症严重患儿更易发生。因此, 凡与类似患者入院时, 服利喉散后, 未待临床发生显著脱水时, 应即适量补充液体及电解质, 并应每半小时测量血压一次, 发现血压有下降趋势时, 即补充正肾上腺素, 维持血压于正常范围内, 血压已下降至零时, 纠正即感困难, 故必须及早防止。此外, 发生梗阻症状患儿, 由于呼吸道粘膜抵抗力减低, 肺炎发生率增高, 因此配合抗菌素治疗肺炎及其他炎症也极重要, 我院用利喉散治疗白喉梗阻症状后, 发现合併肺炎患儿痊愈较快, 远较气管切开时, 炎症消散加速, 此点可能因气管切开, 呼吸均经人造切口, 缺乏正常防禦机能, 原患肺炎患儿肺炎更易加重, 因此用利喉散治疗梗阻患儿, 效果比气管切开优良。但在患儿入院时, 呼吸已呈四度阻塞时, 当患儿已成窒息状态, 则应立即进行气管切开, 挽救生命, 已不能等待用利喉散时, 则应立即抢救。总之, 中西医药密切配合治疗白喉, 疗效可望进一步提高。

小 结

- (1) 用中药为主治疗白喉161例, 死亡12例, 病死率7.4%, 修正病死率1.8%。
- (2) 根据临床不同类型, 按照中医辨证论治原则, 共将处方分成三型, 並拟訂一本处方。
- (3) 161例性别无差异, 发病年龄以1—7岁占总人数70%以上。
- (4) 发病天数及临病型对于预后关系密切, 故中药治疗以早期治疗及局限型患者予后佳良。
- (5) 中药治疗效果观察, 以体温下降较快, 伪膜消失及细菌培养转阴、日期约占治疗后3—7天左右。
- (6) 中西药配合方面, 以中药治疗为主, 西药配合治疗, 对提高治疗率极重要, 尤以纠正脱水酸中毒及末梢循环衰竭, 应及早予访及纠正。

南京市1959年針刺治疗流行性乙型腦炎小結

南京市乙型腦炎防治委员会中医治疗組

概 說

流行性乙型腦炎(以下簡稱腦炎)是由濾过性病毒引起的一种急性傳染病,流行夏秋之交,以七、八、九月为最多,发病急驟,来勢凶惡,因此死亡率較高,大部份病人部死於发病后七天之内,近代医学对此病尚无特效的治疗方法。近年来,各地采用中医中药治疗腦炎获得較好的疗效,死亡率已逐漸下降,但运用針灸治疗,过去还属少见,无系統的文獻报告,有之,亦仅局限於后遗症方面的治疗。今年南京市立傳染病院治疗腦炎,事先由中西医商討,决定采用多种治疗方法,以期提高疗效,而把針灸作为其中的治疗方法之一,通过五十天的临床治疗观察,初步认为針灸对腦炎有其一定的作用,現把运用針灸疗法治疗腦炎的过程小結如下:

(一) 工作時間与方法

由於各地开展除四害講卫生的积极防病措施,各种傳染病的发病率已大大降低,因此今年腦炎病人为数极少,自七月十五日起至九月五日止,共五十天仅收住50名腦炎病人,平均每日入院只一人,其中以七月下旬至八月中旬入院人数較多。50人中单纯西药治疗的15名,单纯中药治疗的13名,中西药物共同治疗的22名,針灸配合治疗的42名,每一病人入院,先通过門診,由門診醫師經各項檢查(物理与实验)确定診斷后送入腦炎病房,中西医分組治疗。对危重病例,由中西医共同組成的搶救小組进行治疗,平时一般上午八时起为共同查房時間,互相商討病情,結束后分別拟訂不同的治疗方法(中药、西药、針灸)分別处理。在护理上,病在进行期每小时測体温及脈搏一次,配备專門护士一至二人。飲食以腦炎流質为主。一般病人进入恢复期后留院观察2—4天然后出院。

(二) 临床症状的分类

入院的腦炎病人,一般分为輕、重两型,輕重的区别标准,主要以昏迷的程度、体温的高低、痲厥的时间来决定。如:

①輕型:病在卫分气分,症見发热(40°C 以下)、惡寒、无汗或有汗、头痛、鼻塞、口渴、嘔吐、神清或嗜睡、舌苔白或黄,脈象浮数或滑数。

②重型:病邪由表入里,进入营分血分,症見高热、昏迷、痲厥、甚則角弓反張、

黏語、躁動不安、喉中痰鳴，其則四肢厥冷。

(三) 病例分析

这次应用針灸治疗腦炎病，搶救小兒和我們原定的规划，主要配合解决高燒、昏迷、抽搐、后腦疝四大症狀，通过臨床治疗，观察針灸对这四种症狀所起到的作用。在50名腦炎病人中，配合針灸治疗的42名，其余8名只实驗室檢查诊断为腦炎，临床上无任何症狀出现，因此非針灸治疗对象。这42名配合針灸的病人，其中用西药治疗的11人，中药治疗的9人，中西药物共同治疗的22人。在这些病人中，年齡最小的为2岁，最大的为44岁，小孩占绝大多数，尤以3—6岁的为最多，男性多于女性（見附表一）。

附表一 性別与年齡分析表

性別	年齡 例數	1岁以內	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11岁以上	20岁以上
		男	1	3	6	6	4	2	2
女	0	2	6	5	1	0	2	0	

腦炎的发生在流行病學上来讲，是与营养不良、环境卫生注意不够、蚊子的多少有很大关系，从今年的发病率上看，是比较符合的。由于这样，在发病地区的比例上，郊区多于市区，属郊区及靠近城郊附近以及南京市附近几个县区的患者有34人，且大都属于重型；在市區內的只有8人，病状亦较轻。由于居住地区离开傳染病院较远，不能及时診治，所以绝大多数病人入院时发病均已数天，早期入院的很少，其中以3—4天的为最多（見附表二）

附表二 病程分析表

病程 (天數)	1-2	3-4	5-6	7天以上
例 數	12	24	4	2

針灸配合治疗的42例腦炎病人，其中属重型的24人，輕型的18人，由于病情輕重与病程长短的不同，因此体徵及症狀亦有所差異，但绝大多数病人有发热、嗜睡、昏迷及惊厥的症狀（見附表三），在体征上有項強及巴彬斯基氏征阳性的表现（見附表四），舌苔大部黃膩，那象滑數（見附表五），腦脊液細胞數在151—200个之間的最多（見附表六），白血球总数在25,001—30,000个之間的最多（見附表七）。

附表三 主要症狀分析表

症 狀	例 數	症 狀	例 數
发 热	39	头 痛	6
嗜 睡	20	嘔 吐	5
昏 迷	18	尿 潴 留	7
抽 搐	19	腹 脹	4

附表四 主要体征分析表

体 征	例 数	体 征	例 数
项 强	37	腹反射消失或亢进	29
巴比诺斯基征	40	腹腹反射消失	15
克氏征	38	对光反射消失	11

附表五 舌苔与脉搏分析表

舌 苔	例 数	脉 象	例 数
白 腻	13	浮 数	15
黄 腻	21	滑 数	20
白 丝	18	洪 数	7

附表六 脑脊液细胞数分析表

脊 液 数 目	50 以 内	50—100	101—150	151—200	201—250	251—300	300 以 上
脑脊液细胞数	2	2	4	10	9	8	7

附表七 白血球总数分析表

血 球 数 目	10,000—15,000	15,001—20,000	20,001—25,000	25,001—30,000	300,000 以 上
白血球总数	4	2	9	17	10

“附註”：以上自表一至表七內的組成數目與症狀，均以入院時為標準，有的在門診入院時做的，有的在入院後第一次的報告。

(四) 治療方法

這次治療腦炎，一般均採取綜合治療的。在治療步驟上，病人入院時即先行針刺，然後用葯，第二日起即病人每日針一次，如用作降溫的病人，極大多數病人做到針前與針後30分鐘各測體溫一次，從而觀察針刺對退熱的作用。在手法上是採取瀉法，留針時間20—30分鐘，病人有一日針二次及留針更久的。對抽搐的病人亦採取瀉法、久留，來觀察針刺對抽搐的作用。對其他不同的症狀，也進行了針刺治療，由於症狀的不同，取穴亦隨之而異，但原則上，則以下列處方，出入應用：

- ①高燒：大椎、曲池、合谷、湧泉、委中。
- ②昏迷：人中、印堂、百會、十二井穴。
- ③抽搐：素髎、腦靜、筋縮、合谷、太沖、印堂。
- ④頭痛：頭維、陽白、列缺、腦靜、風池。
- ⑤嘔吐：中脘、內關、足三里、腦靜。

⑥尿瀦留：关元、三阴交、中髎。

(五) 疗效观察

50名肺炎病人，其中42名痊愈，5名死亡，3名尚在治疗期中，从痊愈已出院的病人中，其中住院最长的为20天，最短的为3天，平均每人住院天数为11.5天，死亡病人中，其中住院最长的为23天，最短的二小时，平均每人住院天数为5.2天，由于今年治疗的肺炎病人是采取综合疗法，所以每一痊愈病人是共同的治疗成果，决非单是某一方面的功劳，但是我们临床治疗时详细观察，仍然可以看出某种疗法所起的作用，在针灸方面，可以肯定其对减轻症状、缩短病程、提高治愈率是有一定的作用的，现将针刺治疗的几种症状及其所起的作用分析于下：

1. 针刺对退热的作用：针刺对肺炎的退热作用比较显著，42名病人应用针刺退热达203次，在未针前进行测温，使用针刺后30分钟，再行测温，来观察针刺的退热作用，其中体温有不同程度下降者达174次，最多的退1.8°C，最少的退0.3°C（见附表八）。

附表八 针刺对降温作用的分析表

体温 例数	病人发热数	未降	0.5°以内	0.5—0.1°	1°以上
41°C以上	21	2	6	9	4
40.1—41°C	46	6	10	21	9
39.1—40°C	71	7	19	18	27
38.1—39°C	65	4	38	8	5
合计	203	29	73	56	45

附註：①病人发热总数中，中间有同一病人发热二次或三次以上的。

②下降体温的时间均以30分钟以后计算。

2. 针刺对抽搐的作用：我们曾对19名有抽搐的患者进行针刺观察。19名抽搐病人，入院后抽搐次数共为36次（每次间隔4小时，如四小时后又抽搐，即称第二次，连续抽搐不断的亦作一次计算），针刺效果以抽搐频率减少效果越好，如连续抽搐不停则效果更差。总的治疗36次抽搐的病人，中间有25次针刺后完全停止，4次减轻，7次未效，在未效的病人中，主要由于降温不够、温度太高，以及有时不便留针，病者抽搐不止，有三例在死亡前数分钟尚在抽搐，有三例抽搐，目前仍住院，无法解决。

3. 针刺对头痛、呕吐的作用：

在此次肺炎病人中早期的较少，再加上小孩为多，所以头痛与呕吐二症很少，总数只有11人，但效果尚好，经针刺后，一般均能停止或减轻（见附表九）。表中无效的这一例头痛经反复针刺未效，因该病人毫无其他症状，只有头痛一症与脑脊液细胞数稍高（252），其余一切均好，能活动，在病史中述，以前亦有同样的头痛。

附表九 頭痛與嘔吐療效分析表

效 果	症 狀	
	頭 痛 (6人)	嘔 吐 (5人)
停 止	2	4
減 輕	3	1
无 效	1	0

4. 針刺對昏迷的作用：42例患者中，20例嗜睡，18例昏迷，應用針刺效果均不顯著，无一例在針刺後能見到神志完全清楚，這一點有待於今後進一步研究。但也不是說絕對無作用，例如經針刺後有的能張眼，有的能哭叫，有的手足振動，不過時間較短，最長的亦不過到十餘分鐘即回復原狀（見附表十）。

附表十 昏迷及嗜睡病人療效分析表

反 應	症 狀	
	昏 迷 (18人)	嗜 睡 (20人)
張 眼	2	12
哭 叫	1	4
手 足 振 動	3	3
瞳 孔 改 變	7	0
无 反 應	5	1

5. 針刺對尿瀰留的作用：42例患者中有七例急性尿瀰留，小便瀰留的時間一般在6小時以上，個別病員在10小時以上，腹脹如鼓，但經針刺，留針20—30分鐘以後，小便个个自行排出，无一不效。

6. 針刺對搶救垂危病人的作用：針刺在搶救14次臨死垂危病人中，亦起了一定的作用。例如病者心力衰竭，呼吸淺表時，針刺內關與太谿，心跳與呼吸立即改變為有力而規則，但因搶救工作總是綜合治療，且時間較短，所以很難總結出針刺的具體療效來。但有一點可以說明，針刺要比藥物等其他治療來得快，所以对垂危病者第一步即針刺來搶救，這樣對延長病程，給用藥創造條件，扭轉暫時的危局是有肯定作用的。

在針刺治療的42名病人中，中間有11人發生後遺症（見附表十一），因由於正虛邪戀，余毒留於筋絡及有的病後體質素來較弱，開津受灼，筋脈失於濡養所致，經治療後6人後遺症消失，完全痊癒出院，二人未經治療，因家庭經濟困難，無法住院治療，而自動要求出院，出院後在當地醫療單位門診治療。3人目前仍在院內繼續治療，但預計後果較差，3人均靠氧氣及鼻飼飲食來維持生活，目前仍有角弓反張，身體消瘦、失語、手足軟弱無力、體溫時升時降、抽搐不止等症狀，預計預後不良。另外我們在臨床上，見到四例病體有形成後遺症的可能時，立即進行針刺預防，結果均未有後遺症出現，因此初步認為針灸可以預防後遺症。

附表十一 后遗症部位分析表

上肢瘫痪	1	痊愈出院
下肢瘫痪	2	痊愈一人，另一人自动出院
失语痴呆	4	二人痊愈，二人尚在住院治疗
半身瘫痪	3	痊愈二人，1人留院治疗
手足抽动	1	自动出院

(六) 附病历三则

例一 李玉琴 女 4岁 江宁县人 59.7.31. 下午3时入院 住院号27551

问诊：主诉：发病三天，伴有嗜睡、作呕、惊厥、抽搐。

现在症：本月29日午睡后突然发热39°C，并诉腹部不适，随后患儿即昏沉嗜睡，高热持续不退，次日到附近医院诊治，曾注射青霉素2瓶，体温仍然不退，并有干呕，下午大便一次，水样粘液，量中等，小便不多，色深。今日患儿昏沉嗜睡，但神志尚清，上午出现抽搐二次，随即去市立一院就诊，经脊脑液检查，细胞数155/mm³，中性32%，淋巴60%，随即介绍来市立传染病院。

既往史：幼时患过麻疹，平时身体尚好。

预防接种史：种过牛痘，今年又打过预防针，名不详。

望诊：发育营养中等，神志半清，瞳孔两侧等圆，咽部充血，扁桃体肿大，舌尖红、苔白、罩有薄黄。

闻诊：肺部呼吸音较粗，但无罗音，有痰鸣音，心音频数。

切诊：颈项有抵抗感肝脾（一），腹柔软，腹壁反射存在，巴氏征（+），眼象细数。

实验室报告：

- ①脑脊液无色 透明 细胞187/mm³ 中性80% 淋巴70% 球蛋白试验(+) 糖册
- ②白总分 白血球总数13200 中性90% 淋巴10%
- ③蛋白定量 50mg 糖定量51.3mg 氯化物(以氯化钠计算)700mg.
- ④补体反应 阴性
- ⑤CO₂结合力 31.9%体积

印象：乙型脑炎

诊断：暑温

治疗经过：

7月31日

病者高热持续不退(40°C)，神志半昏迷，抽搐惊厥嗜睡心呕吐

脑静 合谷 太冲 大椎 重刺，留30分钟

8月1日

昨日针刺30分钟后，体温降至39.5°C，抽搐及呕吐停止，今晨神志转清，但有言语。

大椎 湧泉 重刺，留20分鐘

8月2日

昨日出針體溫即下降0.9°C，今晨查房，躁動現象消失，轉為嗜睡，體溫38.8°C。

大椎 合谷

8月3日

症狀與昨日同，取穴同昨日

8月4日

昨日針後體溫又降0.8°C，今38°C，一般情況良好，自己感到肚子餓，想吃東西。

大椎 合谷

8月5日

體溫今日已正常，已能下床活動，病已轉入恢復期，留院觀察三天，如無不良症狀則出院。

例二 張二銀 女 6岁 江宁县人 59.7.19 $\frac{11.50分}{P_m}$ 入院

住院号 27468

問診：主訴：發熱抽搐五天，昏迷一天。

現在症：病者神志完全昏迷，鼾呼，高燒抽搐。

既往史：患過麻疹，以後身體較好，無重要傳染病。

預防接種史，仲人不詳。

望診：發育與營養尚好，神志完全昏迷，急性病危病容，瞳孔縮小，舌苔黃膩。

聞診：心肺(-)，喉中略有痰鳴聲，呼吸粗濁。

切診：頸硬有抵抗感，肝略腫大，腹部稍有膨脹感，腹壁反射消失，巴氏征(+)，對光反射(-)，脈洪數。

實驗室報告：

① CSF 無色 極微 細胞數22 中性68% 淋巴32% 球蛋白(+), 糖量。

② 白總分：白總16500 中性69% 淋巴31%

③ 血常規：紅總376萬 血色素68%

④ 血型：A型

⑤ CO₂結合力 34.7%。

⑥ CSF 培養 沒有細菌生長。

⑦ 大便常規：黃色透明，糖(-)，蛋白(-)，上皮細胞及膿細胞少許。

印象：乙型腦炎。暑濕。

治療經過：

7月19日

發熱(39.5°C)抽搐，神志昏迷，鼾呼嗜睡。

大椎 內關 太沖 腦脊 重刺留針10分鐘

7月20日

昨日十分鐘後取針，體溫下降至38.8°C，今晨38°C，但仍昏迷嗜睡，抽搐。

人中 大椎 合谷 太沖

7月21日

体温直線下降，昨日針后一小时測溫 37°C ，今日神志似有清醒之勢，抽搐未作。

人 中 合谷 風府

7月22日

昨夜十二時，病者突然一度變為虛脫，經中西醫共同搶救方脫險境，今晨體溫 36.9°C ，其餘與昨日相同，但左側上、下肢似乎活動不靈活。

內關 足三里 左曲池 陽陵泉

7月23日

體溫已升至 37.6°C ，神志仍未清醒，但一切反射漸趨恢復，左上、下肢今日已表現明顯的癱瘓症狀。

左曲池 外關 陽陵泉 懸鍾

7月24日

昨日針后左下肢似乎好些，上肢尚前。

原穴治療

7月25日

昨日針后下肢活動恢復正常，上肢似乎有改善。

天柱 大杼 左肩髃 曲池 合谷 環跳 足三里 左解谿

7月26日

今晨起上肢已能拿東西，下肢仍好，但說話不便，其餘一切甚好。

風府 廉泉 左曲池 陽陵泉

7月27日

說話已好轉，一切均趨復正常，明起停針。

原穴治療

例三 郭剛強 男 4岁 山西人 1959.7.23.入院

住院號 27485

問診：主訴：發熱嘔吐二天。從前日夜間起，病者突然發熱，且嘔吐（五次），以後即抽搐，少量出汗，有時口渴，胃口不好，嗜睡，但神志清楚，由市立一院轉來。

現在症：發熱嗜睡，精志半清，口渴引飲，有時抽搐。

過去史：常有肚子痛，很可能是蛔蟲，生過麻疹及扁桃腺炎。

家庭史：父母身體健康，否認結核史及治遊史。

預防接種史：種過牛痘及卡介苗，今年又打預防針（名不詳）。

望診：神志半清，急性病容，發育及營養良好，面部無特殊抽搐及痛苦的表情，頭部外形正常。

聞診：呼吸均勻，心肝（-）。

切診：頸有抵抗感，腹軟，肝脾（-），腹壁淺表反射消失，提舉反射存在，膝反射亢進，克氏征（+），巴氏征（-），脈數。

實驗室報告：

①腦脊液常規：無色，微混，細胞 612，中性 84，淋巴 16，球蛋白試驗弱陽性，糖原。

②血常規：紅血球總數417萬，血色素90%。白血球總數13600，中性80%，淋巴20%。

③腦脊液培養：沒有細菌生長。

④腦脊液定量：蛋白40mg%，糖51.3mg%，氯化物720mg%

⑤大便：棕色、軟、膿細胞少許。

⑥小便：黃色、透明、余均(一)。

治療經過：

病者入院第三日突然小便不通，腹脹如鼓，后用中髎、关元、三阴交樞刺留針，三十分鐘小便排出。

(七) 小 結

①通过42例流行性乙型腦炎病者的臨床治療觀察，證明針刺對其中許多症狀，如發熱、抽搐、頭痛、嘔吐、尿滯留等症，都有一定的療效。這對於整個治療過程會起到一定的作用，雖然對退熱的作用還不夠理想，對昏迷的病人療效不著，所有這些均有待進一步研究探討，我們相信，同時也可以肯定在針灸療法中一定可以找尋出更有效的治法來。

②由於這次參加治療工作時間匆促，準備工作做得不夠，對臨床觀察計劃不夠全面，更由於病例不多，因此個別問題上只能作為初步的看法，不作定論。

③由於我們對本病的治療缺乏經驗，因此療效尚不夠理想，特別是選擇穴位，因為在摸索中比較凌亂，無法作出系統的總結解釋，這是很大的缺點，今後應竭力加以改進。

④由於條件的限制，水平的不夠，我們對此病的治療機制目前尚無法進一步探討說明，對於某些療效比較肯定的，如大椎的退熱，中脘的止嘔、腦靜的止頭痛、关元、中髎的利尿滯留作用均很明顯，可提供為進一步研究機制的參考資料。

藥物穴道注射配合針刺治療60例

脊髓前角灰白質炎總結報告

南京市立傳染病醫院醫務部

脊髓前角灰質炎，是病毒所引起的急性傳染病，主要侵犯神經系統的运动神經原。臨時表現以弛緩性癱瘓最具特征，本病易引起流行，一般以小兒的感染率較成人為高，故有小兒麻痺症之稱。

祖國醫學無小兒麻痺症病名，然明清兩代醫學記錄中有類似本病的記載，明五骨堂

証治准繩小兒痲痺有云：“經絡為風所閉，四肢痿痺不仁”。清戴麟郊亦云：時疫初起，脛腿痠痛者，太陽經脈之部也，象軟者，濕正也。以文獻所致故可列為痿痺或中風之門。

本病遍及全球，近年來我國各地均有散在性流行，以夏秋季八、九月最多，散發病例則終年可見。

我院自1959年8月至1960年1月，共收治療脊髓前角質炎患者60名，就地區來說，患者大多來自城市（如附表一），可能為城市人口密集，傳染面广所致，就患者性別來看，男性多於女性（如附表二）。患者中，年齡最大者為36歲，最小者6個月，以1—3歲者最多。

附 表 一

病 例 總 數	城 市	鄉 村
60人	53人	7人
100%	88.3%	11.7%

附 表 二

病 例 總 數	男 性	女 性
60人	44	16
100%	73.4%	26.6%

附 表 三

病 例 總 數	1歲以下	1—3歲	4—6歲	7—12歲	成 年
60	5	43	5	4	3
100%	8.3%	71.8%	8.3%	6.6%	5%

我院過去治療脊髓前角質炎，曾採用西藥，中藥，針灸，推拿，單獨或混合治療，但一般治療時期較長，恢復較慢，治愈率等都是不能令人滿意的，經過院黨黨的启发，指導，支持，學習了青島醫學院用藥物穴道注射的基礎上。我們試用了藥物穴道注射及針灸合併治療，收到了較為滿意的療效，除再作進一步的研究與觀察外，先將所治60例的臨時經過報導，以供對此病治療的參考。

在60例病例中，有效率为100%，痊愈率为53.3%如‘附表四’，在痊愈的病例中我們觀察到大多是發病天數少，麻痺進行期過後，即開始藥物穴道注射，而患者體質較為強健者，如附表五，及病例一：

附 表 四

病 例 總 數	痊 愈	顯著進步	進 步
60人	32人	15人	13人
100%	53.3%	25%	21.7%
附 記	1. 痊愈系指为下肢瘫痪已能单独行路 2. 显著进步是指近痊愈者 3. 显著进步及进步患者大多数在我院門診求治。		

附表五

发病天数			十天內	一月內	一年內	一年以上	总计
治 疗 结 果	痊 愈	28	4				32
	显著进 步	10	5				15
结 果	进 步	5	6	1	1		13
	无 效	0	0	0	0		0
病例总数			43	15	1	1	60

病例一：周××男性，20岁南京某校学生，住院号28205，患者於前日前晚上看电视同校，右腿突然落空，跌了一下，当时行走即感觉发痠，次晨两腿无力、发软，继两下肢不能活动，两上肢活动亦困难，今早起二臂及手指亦失去活动能力，今下午起感觉周身发软，不能撑支坐起立，在某医院診治，疑为脊髓灰质炎轉来我院。

体检：神清、头项不能前后仰，左右顺，心肺良好，四肢呈弛緩性軟瘫，感觉存在，淺反射消失，膝反射消失，为Ⅰ度瘫痪，診断为脊髓前角灰质炎而住院，經前日药物穴道注射后（取穴第一日风府，第二日大椎），头能俯仰环顾，两上肢运动有进步，經四天治疗后上肢显著进步，下肢能屈伸，（取穴外关，环跳）經七天治疗后，上下肢全部恢复，（取穴风府，足三里，解谿）痊愈出院。

由上病例，我們看出虽瘫痪病情較重，而及时得到药物穴道注射的治疗，在很短时間中仍不难得到痊愈。又如病例二，王××男性，一岁半，住院号27631，患儿於一星期前发热39.6°C，用过抗生素，热仍持續不退，且汗出不止，住某医院，三天前手足不能动，請某院会诊同意脊髓灰质炎后，轉来我院。

体检：神清，能哭，发音低，呼吸淺表，左侧肋間肌运动較右侧为弱，肋有抗感，左侧背部呼吸管較低，可听到湿性囉音，肝大二指，布氏征克氏均阴性，巴氏征未引出，膝反射消失，腹壁反射消失，提睾反射未引出，四肢呈弛緩性瘫痪，頸軟，头不能直立，腰軟不能坐，脑脊液檢查細胞数80，胸透，左肺下有一阴影，左半膈位置上升約二横指，呼吸运动与正常者相反，意見：左侧膈肌麻痺，入院診断为脊髓前角灰质炎併肺炎，呈0度瘫痪，經中西医紧急搶救，每日給予抗生素，維生素等药物外，入院次日即开始針灸治疗，患儿高热及呼吸困难持續15天經搶救，体温漸次正常，呼吸平稳，即訂用药物，开始作孔穴药物注射，在一个疗程完結时，患儿有明显之进步，胃口精神轉佳，呼吸轉归正常，面部表情愉快，上下肢稍能动，反射尚不能引出，小腹肌肉漸丰满，休息一星期，續作第二疗程，治疗后腰及頸能直伸，两手能握物，左下肢屈伸敏感，右下肢較迟鈍，X光透視，左侧膈肌仍麻痺，經第三个疗程后，患儿已能单独坐於小凳，扶持两下肢可站立、睡覺能翻身自如，精神飽滿，其瘫痪程度已进步为Ⅱ度，現仍在我院門診繼續治疗中。

通过这一病例，更明确了党所指出两条腿走路，中西医并举的重要性，經過全院医护人员的大协作，搶救了濒於死亡的患者，是足以引为我們重視的。我院对脊髓前角灰质炎药物孔穴注射的治疗經驗是患者入院有发热等进行性臨床症狀时，則先用西药及針灸作对症之治疗，待体温在37°C左右时，即开始作药物穴道注射，并隔日以針灸作輔助治疗。药物穴道注射系一日一次，十二次为一个疗程，疗程完了后休息一星期，再开始

第二疗程,以四个疗程为一总治疗期,一般在第一疗程完了时患者即能感到明显的进步。

孔穴药物注射之处方:

- | | |
|--------------------------|----------------|
| ① 0.2%硝酸士的宁 0.5西西 | } 5西西为一混合液之单位。 |
| ② 2%奴佛卡因 0.5西西 | |
| ③ 维生素乙 ₁ 50mg | |
| ④ 蒸馏水 5西西 | |

按上的年为中枢神经兴奋剂,但以脊髓的感受性最高,小剂量的士的宁,能加强反射机能,并能显著地增加脊髓的反射的运动性反应。

普鲁卡因,能阻断原来的强烈刺激,神经机能得以恢复,而使组织产生阳性营养反应,因而新陈代谢旺盛,活力加强,炎症消失。

维生素乙₁对于碳水化合物类之正常代谢有重要意义,并可免维生素乙₁缺乏使丙酮酸大量积蓄而毒害脊髓及因缺乏而影响神经炎。

该药物混合注射于穴道内之机制,我拟拟作进一步的研究,目下尚难得出药理与神经穴所发生之作用。

用药剂量:

6个月以下, 每次/日0.5西西	6—9岁 每次/日2—3.5西西
6个月至一岁 每次/日0.5—0.8西西	10—13岁 每次/日3.5—4.5西西
2—5岁 每次/日1—2西西	成人 每次/日5西西

注射方法:在正确的穴道部位,将皮肤消毒后,用23号针头,按皮内,皮下,再将药液全部注入肌内。

治疗取穴方法:我们是按循经取穴,邻近取穴,与局部取穴相结合的原则,一般与针灸的取穴是一致的,但穴道注射多在患侧进行,每次只限于1—2穴,由上而下取之,总之,须按病灶之所在麻痺出现之情况,灵活运用,我们仅就60例之治疗取穴经验总结于下:

若脊髓受损失时,患者在临床上多表现大小腿肌,躯干肌,肩肌及臂肌最多发生痿痹,孔穴注射则先宜循经取督脉之风府、大椎、命门,次取手阳明之肩髃,曲池,足阳明之伏兔、三里、解谿。每日循序取1—2穴。取督脉经时,取一穴即可,若痿痹为两侧,则取阳明经之双穴同取;若痿痹为一侧时,则取患侧;若仅某上肢或下肢痿痹时,则着重于患肢,若治疗多须少效或无效时,则可按麻痺之情况在患侧局部或隣部加取数穴。(以下同)。

若臂肌痿痹或挛缩时,在临床上则表现头部后仰或无力下垂,孔穴注射则以局部及邻近取穴为原则,按风池、水关、大椎、大抒、天柱,循序日取1—2穴。

若腹肌痿痹时,患者在临床上即表现难自动坐起,孔穴注射则以循经及邻近取穴为原则,按肾俞、八髎(速刺)、中髎、关元、足三里,循序日取1—2穴。

若肋间肌痿痹时,患者在临床上则表现呼吸改变,孔穴注射则按循经取穴之原则,按尺泽、孔最、足三里、阳陵泉、绝骨,日取1—2穴若治疗数次少效时,可在痿痹之肋间局部取穴。

若膈肌痿痹时,患者在临床上则表现呼吸困难,重者肋间形成凹陷,孔穴注射可按循经取穴之原则,按内关、曲泽、支沟、足三里、漫溜、太谿循序取穴1—2穴。(肋间肌,膈肌之痿痹循X光之透视对于诊断帮助极大)

若患者顏面神經受損時，在臨床上則出現口眼喎斜，眼難閉合，孔穴注射則按循徑及鄰近取穴為原則，按風池、曲池、合谷、足三里、頰車，循序日取1—2穴。

若出現下列症狀，除適當做藥物穴道注射外，可以針刺為主按下列穴道治療。

吞嚥失常：取穴：天突，支溝，照海，合谷，少商。

言語障礙：人中，地倉，合谷，列缺，廉泉。

失明：合谷，光明，風池，腎臟，睛明。

耳聾：外關，胎源，耳門，翳風，百會。

傻笑：內關，勞宮，大陵，足三里。

手足妄動：手五會，足小邪。

舌肌麻痺：合谷，金津。

流涎：地倉，合谷，承漿。

若患肢肌肉日見萎縮，為局部營養不良之兆征，除加強全身營養外，可按患肢麻痺之情況，在上述混合液中，酌加土的年劑份量，如下肢萎縮在股門，承筋，承山，附陽作孔穴注射可迅速糾正（如例第三），但麻痺之初即用藥物孔穴注射者，尚未看到明顯肌萎縮之情況。

病例三、馬小波，男性，2岁，門診号51249，患儿於40天以前發熱，繼續5天后，左腿不能走路在某醫院及某診所診斷為嬰痺并經治療，因肌肉天天見瘦下去，故來我院門診求診。體檢：左下肢呈弛緩性痲痺，巴氏徵引不出，膝反射消失，肌肉顯著萎縮，經第一次穴注“承筋”1.5西西及針刺“足八邪”后，次日患儿足、面紅腫即消失，經5次治療后，患儿即能單獨步行，但顯乏力，肌肉萎縮現象自來我院治療后即停止進行，經一个疗程治療，即告痊癒。

在治療下肢痲痺患之者中，我們最常看到在近能站之時患肢脚跟不肯着地，此時可針刺大中、水泉、僕忝（隔兩日針一次），2—3次后可見好轉，并囑適當作下肢活動，即可恢復站立或移行，如病例第四。

病例四：侯××女，11岁，住院号27967，患者四天前開始頭痛發熱，嘔吐，隨時昏迷，牙關閉緊，經搶救后，即發現左上下肢軟痺，體檢：神清精神差，滯呆，面色黃，不愿多說話，頸有抗力，肝大二指，腹壁反射左側不明显，膝反射左側扣不出，巴氏徵无反应，左上下肢肌張力消失，呈0度痲痺，診斷為脊髓灰質炎而住院，入院后除給予青、鏈霉素三日量外，逐日作藥物孔穴注射，經一个疗程后，進步明显，患儿精神飽滿，愛說笑，休息一星期后繼作第二疗程，患儿上下肢恢復，反射能扣出，仅左脚跟不愿着地乏力，針刺大中、水泉、僕忝，兩次后患肢脚跟着地单独行走痊癒出院。

治療中的体会：

①要听党的話，学会两条腿走路，中西醫的合作。

②与病人及家屬的合作，因脊髓灰質炎的病程長，恢復慢，若不耐心治療則要半途而廢因此早期对病人及家屬的說服是必要的。

③在60例病例觀察中，痲痺的恢復，大部是自上而下的，例如全身痲痺時，多是頸肌、腹肌先恢復，次及上肢及下肢，但膈肌等之恢復，似較慢些。

④医生应有战胜疾病的信念，并有愉快的心情对待病人及家屬，虽治療數次或1—2疗程，仍无進展應多方探索不進步之原因外，應冷靜而愉快的說服病人繼續治療，因治

疗十数日方有进步的患者亦不在少。因此，更说明了医者自信心理的必要。

⑤若发现患肢较健肢发凉时，可用10%樟脑酒精，每日二次涂擦患肢，加用按摩，助其血行旺盛，早日恢复。

⑥保持其功能位，在上肢或下肢瘫痪时，尤其在接近恢复期中，应将患肢保持其功能位，免功能恢复后而显畸形。

⑦患处近瘫时，应使肢体作适当之运动，并注意矫正其不良之姿势。

参考文献：略

针灸治疗脊髓灰白质炎后遗症的体驗

启东县人民医院

小儿麻痹病，又名脊髓灰白质炎，是一种滤过性病毒，侵害了脊髓前角运动神经引起瘫痪的一种病症，有的因后遗症未经适当的治疗成为残废。本病目前尚少可靠疗法，我们在总路辉的光辉照耀下，本着敢想、敢为的精神，对本病采用针灸疗法，配合维生素“乙”和“丙”的综合治疗，疗效良好。兹介绍如下：

本病一般每因感冒发热或俄然战慄及高热开始，体温达39—40度食欲不振、头痛、恶心呕吐、腹泻、由於荐骨及四肢起疼痛，精神蹙缩后，发谵语，甚至人事不省，筋肉抽搐痙攣，发热期为三至五日，其次为瘫痪期，一般多呈弛缓型，发现四肢肌肉松软，张力减低，反射迟钝或消失，其麻痹以下肢为多尤以下肢为多，或犯一侧之上下肢者，或只犯一肢者，有时四肢悉患者；麻痹肢肌变性萎缩，腰及皮肤之反射均消失。

由於麻痹程度的不同，在临床上分为三种类型：

1. 重型：患肢呈深度完全麻痹，失去自主运动功能者。

2. 中型：尚能自主活动（伸屈抬举）但不能走路，不能站立，甚至不能翻身爬行。

3. 轻型：能自主活动，能走路，能站立，但肢体软弱无力，患者不欲活动者。

治疗：我们所收治的很多是急性期已经过去的患儿后遗症，我们对患儿着重针灸治疗效果是能令人满意的，事实告诉我们用针灸治疗本病，经济简便，减少残废。

我们用的是毫针，采取轻刺捻转进针法，进针后，用短促微弱的刺激，捻数十秒钟，即行取针，对关节疼痛的患儿，则施以留针法，以达镇痛的目的，由於本病恢复缓慢，因而采取间日针灸一次。

穴位的選擇和麻痺神經的檢查：

我們对本病首先注意观察麻痹部位在那一支神经，作为重点治疗，对正常的神经，以尽可能少刺为原则。

一、上肢瘫痪：

1. 如桡骨神经麻痹，则前臂无力平伸，如以健手托在肘下，则前臂下垂，托其前臂则手腕下垂。取大椎、身柱、肩髃、曲池、手三里、外关、阳池、阳谿、合谷，輪換針灸之。

2. 如正中神经麻痹，则手指不能伸屈，拇指与食指尖不能接合。取天府、曲澤、郄

門、大陵、勞宮、針灸之。

3.如尺骨神經麻痺者，第四第五指運動完全不能，中指末節不能伸展，呈鷹爪狀，取肩中俞、肩髃、天井、小海、支正、中渚、神門、靈道、后谿輪換針灸之。

4.如胸長神經麻痺，則手臂上舉困難，必須助以健手，且不能超過水平以上，上肢下垂時，患者之肩胛骨稍稍隆起，肩下胛隅，接近脊柱而外突與胸壁離開。取天柱、肩外俞、中府、胸臑、天池，針之。

5.如肩胛背神經麻痺，則肩胛不能活動，手臂不能向後回轉，肩胛骨不能作接近脊柱運動。

取穴：大杼、肩中俞、曲垣、附分、肺俞、秉風、臑俞、風門、曲池，輪換針灸之。

6.如肩胛下神經麻痺，則手臂不能向後面撫腰背。取垣曲、肩貞、天宗、臑俞、肩髃、臑會，輪換針灸之。

7.如腋窩神經麻痺，則上肢不能上舉，肩胛關節下垂而肩峯突出。取穴：天柱、大杼、巨骨、臑俞、曲池，針灸之。

二、下肢癱瘓：

1.如股神經麻痺，為直立時，大腿不能提起，屈向腹部。

取穴：腎俞、次髎、髀關、陰市、曲泉、陰陵、大都針灸之。

2.如為閉孔神經麻痺，則大腿不能向內向外方轉，使運動困難，患腿不能架在健腿上。

取穴：腎俞、陰廉、陽谷、三陰交、照海，針灸之。

3.如為坐骨神經麻痺，則大腿外轉不能，膝關節屈伸不能，足尖下垂，行步困難。

取穴：白環、環跳、承扶、委中、承山、風市、陽關、陽陵、陽輔、解谿，輪換針灸之。

4.如為脛骨神經麻痺，則足背與足趾不能向下屈，起立時，足背偏向外側一面，成為外翻足。

取穴：箕門、陰陵、曲泉、三陰交、太谿、然谷，輪流針之。

5.如為腓骨神經麻痺，則足背趾弛緩，下垂不能，向足背翹起，足掌外緣，偏向內方，起立時，腳邊着地，而足內翻足。

取穴：環跳、陽陵、陽輔、崑崙、中脈、京骨、至陰、針灸之。

病例摘要：

中西醫合作治療，已愈嚴重灰髓炎後遺症一例，59.10.6日初診，熊唐元，男，25歲，住永和鄉雙五大隊。

主訴：於農曆八月二十三日起病，早晨不能喝茶，即乘了自由車到鄉醫院去治療，從自由車上下車時，感二腿酸麻無力，痰多難言語，醫生認為維他命缺乏症，打了一針葯水，回家的第二天跌了一跤，就四肢癱瘓了，不能伸縮活動，醫生配給100片葯片，及所處的葯方，都沒有吃，因為嚥不進，九月初三日來醫院治療，來院時已十天不能進食，痰多非常，小便不通，急而不能解，四肢癱瘓，不能動彈，病勢險惡，失水現象嚴重。

診斷：脊髓型灰髓炎（為四肢癱瘓，膀胱麻痺，喉頭肌麻痺）。

治療：西醫為之注射葡萄糖鹽水，同時用吸引器把喉間痰涎大量吸出，針灸池雙、風府、肺俞雙、內關雙、尺澤雙、天突、中院、足三里雙、丰隆雙、列缺雙、涌泉雙、照海雙，治其痰多，及喉頭麻痺（以上各穴，是選擇輪流治療，并非每次全部取用）

每日針治一次，至十月十日痰已減少，已能飲水，惟有些不便利，針天柱雙、大椎、

肺俞双、尺澤双、天突丰隆双、壺門廉泉列缺双、照海双，十二日那天，能吃馄饨一碗，十三日能吃干飯了。

对膀胱麻痺，小便不通，針灸气海双、关元双、三阴交双、阴陵泉双，是在进站的第二天，針灸了一次，竟能自解小便的，在十月十八日痰已极少，可不用取痰器了。从十三日起至今，在这六天中吃干飯沒有困难，治疗上肢痿痺，取大椎、身柱、肩髃、秉风、臑俞、曲池和手三里外关、阳池、大陵、中渚、合谷等穴，每日一次。

治疗下肢痿：取悬髌、命門、腰阳关、白环、环跳、新建、腰俞、承扶、次髎、委中、梁邱、膝阳关、阳陵、陵泉、崑崙、解溪等穴，交替使用，一律都用补的手法。十月二十二日左侧上下肢已能伸屈有勁，右侧上下肢，仍然无力，至23日右腿只能伸屈，仍然每天針灸一次，27日針后立能把右腿举起。28日針后能在床上翻身，但仍坐不起，針至31日能自己起坐，但立不起。至針11月5日手足活动如常，已能站立，惟无力行走，在十一月六日隔离期满，嘱其繼續針灸，但患者坚决要求回家休养，所以沒有治到脫手行走，但症状已減輕十分之七八，患者在回家后，两星期內来門診，針灸了两次，近已能行走如常。

病例二：沈菊平，女，一岁，住东元乡四工区海防三社，父沈荣，在流行麻疹期间，亦患麻疹有汗疹透不暢，内热熾盛轉为惊厥，二目直視，神志昏迷，注射鏈霉素后，同时內服蟾蜍尿，鯽鱼头汁和糖服后嘔吐頑痰甚多，清醒得愈，其后发现，右侧上下肢痿痺不能动。

於二月十四日，来站治疗，三月十四日隔离期满，先后針灸15次，手足能伸屈自由。取穴：大椎、胸道、身柱、秉风、肩髃、肩髃、曲池、外关、中渚、命門、腰阳关、环跳、阳陵、风市、梁邱、足三里、崑崙、白环、委中、阴陵、阳輔、腰俞等穴，輪換使用間日施灸。

病例三：两下肢痿痺，兼大小便失禁。

錢宛平，女，四岁住通兴乡四工区一〇队，父錢錦章。

於三月十二日进站，四月十五日隔离期满。去年年終患百日咳，經治疗后，於本年正月初七发现大小便不通，延医治疗，經灌腸导尿后，遂致大小便失禁，同时二下肢痿痺。不能起立行走，据說：二膝关节是疼痛的，於三月十四日开始針灸，先后針灸十七次，在第十五次針灸后，在大小便前患儿知报告大小便，并能直立，能攔了手走，惟不能独行，於四月十五日回家时可以扶壁行走。

患儿膝痛时，用留針法鎮靜，膀胱括約肌麻痺致大小便失禁，針灸气海关之中极、曲骨、腎俞、膀胱等穴，不見好轉，第十五次改針大赫穴后，遂覺有效，小便不再失禁，大便每日一二次。

病例四：右腰痿痺。

孙培培，女，二岁，住汇龙鎮幸福街，母名龔惠蓮。

一月三十一日来站治疗在半个月之前，由出水痘后，右腰痿痺无力，腿不能举起，脚尖向外傾斜，膝骨向后挺凸，臥后大腿屈后不能伸，診斷麻痺在后側內側，先后針19次，針至11次，右腿能伸縮無力，第12次腿能伸屈能立，第16次針后能脫手走二三步，17次能独走丈远余。

結語：

1. 小儿麻痺症（友蘭炎后遺）后遺症用針灸，强壮剂綜合治疗，效果好，時間短。

2. 在治疗期間，如孩子再生其它疾病，奏效就很慢，应防止併发症。

3. 对本病唯一体会是早期診斷，早期治疗，可避免殘廢，在治疗期間，要注意营养，（营养好恢复快，差则反之）。

4. 針灸次数愈多，疗效愈能巩固，有的隔期期滿，只好了五成，回家如不再繼續治疗，往往就不再有进步。

5. 在治疗期开始之前，首先要明确診斷是那一支神經癱瘓，还是几支神經全部癱瘓，診斷比較难，却非常重要，主要避免誅伐无过，收效来得快。

6. 痊愈数可达70%以上，有的因家长一見孩子能扶棧走后，每归心如箭，所以必須做好宣傳教育工作，劝他繼續治疗，才能治到显著好转阶段，回家时，我們应教育家长不能給孩子过度疲劳，使早日恢复健康。

59年灰髓炎发病数分类統計表

性別		发病年齡				发病季節				癱瘓肢體情况							
男	女	一至三岁	四至六岁	六至九岁	十岁以上	春	夏	秋	冬	左下肢	右下肢	右上肢	左上肢	兩下肢	左上下肢	右上下肢	四肢癱瘓
34	26	男24 女20	男5 女4	男3 女2	男2	12	25	19	4	15	21			15	2	3	4

59年灰髓炎后遺症疗效統計表

类型	癱瘓数	显著进步数	好转数	終数	无效
重	11	16	14	41	
中	8	6	1	15	
輕	3	1		4	
小計	22	23	15	60	

針灸治疗細菌性痢疾24例近期疗效分析摘要

南京市立第四医院內科 秦信信

我院內科於一九五九年七月份至九月份曾用針灸治疗細菌性痢疾，本文選擇記錄較全者24例作为其疗效之初步分析。針灸对細菌性痢疾具有肯定的疗效，24例中23例治愈。病程亦不长全部病例之診斷除根据临床症状、体征外，並以大便中查到吞噬細胞为据。

經針灸治疗，主要症状消失時間为：发热平均消失時間为3天，腹痛平均消失時間为4.16天，里急后重平均消失時間为4天，膿液平均消失時間为5.5天，大便化驗檢查常

規平均恢復正常時間為4.5天。

在治療所採取的穴位方面主要有：天樞、氣海、關元、足三里、膈酸泉、神闕（禁針）、內關、合谷、中脘等，以前4—5穴為常用，有時按病者所不同之特殊症狀另加穴位治療之。原則上在治療過程中不用他藥，除有個別脫水或毒性症狀嚴重者加輸5%葡萄糖鹽水者例外。在針灸程序上先針後灸，灸以主要穴位，置針30—60分鐘，一日一次有時加到二次。

在針灸治療菌痢之机理上，尚缺現代科學之理論可述，尚待今後共同努力深入研究。

穴位封閉治療急性菌痢60例總結報告

南通醫學院傳染病室

我們從今年六月下旬開始，試用奴佛卡因穴位封閉，治療急性細菌性痢疾，至七月底為止，共治療60例，根據臨床觀察，近期療效較好，經整理總結，報告如下：

一、治療方法

系採用單純穴位封閉，主要穴位為下脘、天樞、氣海及足三里，前三穴針刺一寸二分至一寸五分，足三里針刺一寸五分至二寸，系患者有酸脹、麻等感覺後在前三穴位均將0.5%奴佛卡因3毫升注入足三里穴則注入5毫升。一般在入院後封閉一次已够，必要時在次日或稍後重復封閉。我們的病例絕大部分為封閉一次（占80%），封閉兩次者僅占20%，封閉已兩次而療效不顯著者即加用其他藥物，未作第三次封閉。

二、病例選擇

凡臨床診斷為急性菌痢，除年齡過小、過老及孕婦而外，均作為治療對象（中毒型菌痢除外），為比較正確地統計療效，凡在院外已服藥物者，一般不作治療對象。

三、臨床分析

性別：男性47例，占78%；女性13例，占22%。

年齡：絕大多數系成人（其中多數為青年），少數為兒童（見表一）。

發病到入院之間的時間距離：絕大多數均在發病後2天以內（見表二）。

表一:

年 龄	例	%
2—4	1	1.7
5—10	3	5.0
11—15	1	1.7
16—20	13	21.7
21—30	29	48.3
31—40	9	15.0
41—50	4	6.6
总 計	60	100.0

表二:

时 間	例	%
1天以內	35	58.4
2天以上	15	25.0
3天以上	5	8.3
4天以上	3	5.0
5天以上	0	0
6天以上	2	3.3
总 計	60	100.0

表三:

症 状	例	%
入 院 时 体 温		
36—37.2°C	6	10
37.3—38°C	15	25
38.1—39°C	23	38
39.1—40°C	12	20
40.1°C以上	4	7
入 院 时 腹 泻 次 数 (每 天 次)		
1—2	1	1.7
3—5	6	10
6—10	29	48.3
11—20	15	25
21—30	6	10
31以上	3	5
腹 痛	54	90
里 急 后 重	38	63
恶 心	10	16.6
呕 吐	5	8.3

表四:

血 球 总 数	例	%
6,001—10,000	16	34.78
10,001—15,000	25	54.34
15,001—20,000	2	4.34
20,001—30,000	3	6.52

表五:

嗜中性白血球%	例	百分率
60以下	7	15.21
61—70	10	21.73
71—80	14	30.43
81—90	10	21.73
91以上	5	10.86

註: 采血时间为穴位封閉施行以前或稍后, 我們曾对兩例病人作了对照, 这两例病人在穴封前采血一次, 穴封后二小时再采血一次, 两次檢查結果无明显不同。

症状: 按主要症状发热、腹痛、腹泻、里急后重, 及恶心呕吐等进行统计, 其余如伴随发热之头痛、无力、肌肉酸痛, 以及食欲减退等均未列入。60例中, 50例有不同程度的发热, 多数在38.1—39°C之間, 部分为39°C乃至40°C以上的高热。60例中仅一例在入院时无腹泻, 其余59例均有不同程度的腹泻, 大多数为每日6次至20次, 部分20次以上, 极少数为30次以上。症状分析見表三。

血象: 60例中, 有46例在入院时作了白血球計数及分类。多数病人(65%左右)白血球总数均增高, 其中, 一般为中度增高, 极少数高度增高。分类方面, 嗜中性多形核白血球比率亦見增高, 一般系輕度增高。少数著明增高, 达80%以上, 甚至90%以上。見表四及表五。

四、療效觀察

按主要症狀之消失，大便及血象之轉入正常逐日觀察，如下表所示：(表六)

表六：

恢復項目	1天以內		2天以內		3天以內		4天以內		5天以內		6天以內		7天以內		8天以內		9天以內		10天以內		11天以內		平均 天數	
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%		
退熱	29	53.7	20	37	2	3.7	1	1.8	1	1.8	1	1.8											1.66	
腹痛消失	13	24	15	27	10	18.5	9	16.6	5	9.2	2	3.7	1	1.8									2.7	
腹瀉 消 失	原1—2次/天者	1																					1	
	原2—5次/天者	2		2					1		1												2.83	
	原6—10次/天者	7		7		4		1	7		2		1										3.13	
	原11—20次/天者	1		7		5			2														2.06	
	原21—30次/天者	1		1				2	1		1												3.66	
	原30以上次/天者	1		1				1															2.33	
小計	13	21.7	18	30	9	15	4	6.7	11	18.3	4	6.7	1	1.7								2.96		
單愈後重消失	7	18.7	20	52.6	9	23.9	2	5.2															2.15	
噁心消失	6	60	4	40																			1.4	
嘔吐消失	5	100																					4	
大便成形	9	15.2	18	30.4	10	16.9	9	15.2	10	16.9	1	1.7			2	3.3							2.83	
大便常規復常	5	11.1	9	20	9	20	12	26.6	9	20					1	2.2							3.17	
大便培養陰轉			7	28	4	16	2	8	2	8	2	8											•	
血象恢復	2	20	5	50	1	10	1	10			1	10											2.5	
住院天數			3	5	7	11.6	12	20	10	16.6	9	15	13	21.7	12	20	1	1.6	2	3	1		1.66	7.6

*60例中大便培養陽性共25例，其中17例在住院期中培養陰轉，其餘8例出院時仍為陽性。此項以25作為100%；陰轉率則為68%，平均陰轉天數無從結出。

**60例中僅有10例復查了血象，以10作為100%。

除以上注明者而外，各項均以實際統計例數作為100%。

療效說明：

60例住院穴位封閉治療病人平均退熱天數為1.66天，半數以上以24小時內退熱(其中一例在穴封後12小時加用了合霉素)，絕大多數在3天以內退熱(占94.6%)，僅有3例(5.4%)分別在4天、5天到6天內退熱(其中一例在第4天仍微熱不退，加用了合霉素，一例在體溫有下降趨勢時加用了吲哚西林)。

腹痛情況半數以上在兩天以內消失，絕大多數(86.1%)在4天以內消失，腹痛消失平均天數為2.7天。

腹瀉在兩天以內消失者占51.7%，絕大多數(91.3%)，在5天內消失，平均為2.96

天。內有一例在入院時一日腹瀉二十餘次，第一次穴封未見好轉，第二次穴封後大便次數顯著增加，每日達100次以上，在第二次穴封時，體溫已由40°C降至正常，但因腹瀉次數太多，加用了合羣素，以後大便次數即迅速減少。另一例第一次穴封後體溫恢復，而大便次數未減，二次封閉後仍無著效，也加用了合羣素，以後大便次數也逐漸減少了。

里急後重的感覺全部病例在4天內消失，而71.3%的病例在兩次內即已消失，消失的平均時間為2.15天。

大便成形者，半数以上（62.5%）病例為三日以內，最遲的僅2例（3.3%）至第四天始成形，平均為2.83天。

大便常規恢復正常的平均天數為3.17天，絕大多數（97.7%）在五天以內顯微鏡檢查無異常發現。

大便培養菌轉問題：入院時有25例患者經大便培養出有痢疾桿菌，治後2天內培養菌轉者7例（28%），3天內菌轉者4例（16%）4、5、6日內菌轉者各二例（各占8%）余8例在出院時仍為陽性，故菌轉率為68%。

五、討 論

1. 針灸療法是我國醫學的瑰寶庫中的一門重要療法，用以治療很多的疾病都可收到良好的療效，蘇聯首創的奴佛卡因封閉療法在臨床上應用範圍也相當廣，二者以一定的方式結合起來的穴位封閉療法，近來已在若干疾病方面試用，並獲滿意的效果，其機制問題尚須進一步加以研究探討。

2. 我組穴封治療急性菌痢60例，其中5例曾加用了合羣素或呋喃西林，分析其原因，有3例或因低熱不退或因雖已有退熱趨勢，而患者堅決要求服藥，因此加用了藥物，這是由於我們在治療開始時沒有經驗，又未能更好地說服病人所致。另有二例，一例因腹瀉次數未減，一例因腹瀉次數顯著增加而加用了藥物。腹瀉次數未減的一例，我們如能進行第三次穴封，或可收效，（文獻記載有穴封三次始見療效者），這也是由於我們的經驗有限之故。腹瀉在穴封後顯著增多的一例，係在第二次穴封後，大便由原來的每天二十多次，驟增至每日100次以上，該例為一40歲的男子體質瘦弱，有慢性痢疾的既往史，患者本人亦知曉針灸療法，曾因其他疾病經常進行針灸療法，該例穴封後，效果不佳，是否由於患者體力差，加上反復針灸而影響了機體的反應性，需進一步探討。

3. 入院時大便培養陽性的25例中，出院時菌轉者17例，余8例仍為陽性，菌轉率僅為68%，較甘肅省中醫院和毛氏所領導的為低。初步認為這是由於我院傳染病室病床擁擠，病人在臨床症狀消失後一般即需出院不可能再繼續觀察之故。為了進一步觀察穴封對急性菌痢的細菌學上的療效，有必要在今後追蹤複查。

4. 穴封治療菌痢，方法簡便，症狀消失快，特別是病人最感痛苦的腹痛、腹瀉和里急後重等症狀，絕大多數病例均能在治後2—3天內消失，而且減輕了病人的經濟負擔（公費醫療者則節約了國家的開支），我組病例在治療中未發現任何不良反應，因此，我們認為值得推廣。但臨床上，病人對奴佛卡因有過敏和中毒反應者亦屢有報導，因此，在使用穴封以前能作皮內試驗則更穩妥，他如技術上應嚴格掌握無菌操作以防感染，取穴必須準確，刺入深度必須適當等亦應加以注意。

六、总 结

1. 本文对奴佛卡因穴位封闭治疗急性细菌性痢疾60例进行了总结。
2. 穴封方法是：0.5%奴佛卡因注入下脘、气海、天枢及足三里腧穴。
3. 病例选择范围较广，除年龄过小、过老、孕妇以及中毒型痢疾而外，均可作为治疗对象。
4. 封闭次数一般为入院后一次已足，必要时可重复一次。
5. 平均退热天数1.66天，止泻天数2.96天，住院天数6.76天。
6. 大便细菌培养近期间断率为68%。
7. 有五例病人加用其他药物，严格临床效果为91.6%。
8. 穴封治疗急性菌痢方法简便，疗效较好，值得推广。

野麻草治疗细菌性痢疾病100例临床分析

南通市人民医院内科科研组

野麻草是民间流传已久的清肠中药，但至今尚少有临床详细报告。我院在党支部的鼓舞下，今夏至目前为止用野麻草治疗菌痢，共住院病员126例，由于在开始使用时思想上还存在着保守思想及没有经验，其中有26例在入院第一天內併用磺胺或氯霉素，其余100例完全单用野麻草治疗，获得极显著的疗效。兹将野麻草的形态及疗效观察分述於后。

(一)野麻草的形态学：本植物学名铁苋，异名则有人苋，海蚌含珠草，玉碗捧珍珠等，在日本尚有覆草、翻笠草等名称，属大戟科，乃一年生草本。春季自生於田野，茎高尺许，叶互生，呈卵圆状，披针形，边缘有浅锯齿，叶面的纹如麻，夏秋间叶腋开有梗之花穗，花雌雄同株，雄花多数细而成穗状，褐色，雌花苞三角卵形抱合，略似繡笠状，种子为黄黑色，形似珍珠，至冬凋萎，入药用其全草。野麻草初发现於福建沿海中部田野路边，现我省南通专区亦有大量生长。我院使用南通市制药厂痢疾片，最初采用福建野麻草，以后均为本地野麻草制成，在治疗细菌痢疾方面，其疗效相同。

(二)一般临床资料说明：

(1) 我院使用病例一般以成人为主，男性77例，女性23例，最小年龄8岁，最大年龄为62岁。

(2) 发热的百分比：

病 例	37°C—38°C	38°C—39°C	39°C—40°C	40°C 以上
100	21%	32%	27%	5%

以上說明發熱人數占85%。

(3) 腹痛及里急後重的百分比:

病 例	腹 痛	里 急 後 重
100	100%	91%

(4) 24小時內腹瀉次數百分比:

病 例	1—5次	6—10次	11—20次	21次以上
100	5%	35%	37%	23%

(5) 血象:

甲: 白血球總數百分比:

病 例	1 萬 以 下	1 萬——2 萬	2 萬 以 上
100	55%	43%	2%

乙: 嗜中性白血球百分比:

病 例	70%以下	70—80%	80—90%	90%以上
100	29%	40%	29%	2%

(6) 大便鏡檢:

病 例	紅血球+膿細胞	紅血球+膿細胞+吞噬細胞
100	57%	43%

(7) 大便培養: 開始時我們未加重視, 僅靠大便鏡檢診斷, 在部份病例培養中, 宋內氏痢疾桿菌, 陽性5例, 副痢疾桿菌11例, 因此很難作出陽性率百分比, 這是我們工作中的缺陷。

(8) 併發症與併存症: 在100例中并未有併發症發生, 如腸穿孔及腸出血等, 亦未有任何服藥後不良反應。併存症肺結核三例, 間日瘧一例, 多發性疝腫一例, 傳染性肝炎一例, 脾功能亢進症一例, 梅毒性心臟病一例, 鉤蟲病二例, 蛔蟲病九例, 妊娠三例。

(9) 療效觀察:

①退熱時間: 在100例中發熱總人數占85%, 其中24小時內完全退熱者83例, 占97.7%, 2例在48小時內退熱, 占2.3%。

②腹痛消除: 一般服藥24小時後腹痛緩和, 平均2.5天里急後重消失。

③腹瀉情況: 服藥24小時後一般逐漸減少, 三天內腹瀉停止, 占80%, 其中一例入院時腹瀉每日卅餘次, 一日後完全停止。

④大便復查: 出院時均做大便鏡檢, 膿細胞完全消失, 在培養陽性16例中, 10例作培養復檢, 均轉為陰性。

(10) 治癒率: 本組100例入院時均單純用野麻草治療, 其中僅四例服藥二日後臨床未改善, 我們沒有堅持繼續使用, 後用合霉素治療, 其治療效亦差, 其中一例服合霉素, 注射氫氯素以及黃連素等均無效, 後用金霉素治療出院, 故治癒率達96%以上。

(11) 复发率：本院收治病員絕大多数为本院特約单位，故出院后复发住院者仅一人，占总数1%

(12) 剂量与疗程的商讨：我院此次使用野麻草系南通市制药厂出品，每片剂量0.4克，根据仿单每日三次，每次二至三片，我們此次均为每日四次，每次四片，五日为疗程，在临床上显示疗效快，复发率极低及无任何副作用。

(三) 体会：

(1) 野麻草治疗菌痢是民間流傳已久的草藥，是祖国医学寶貴的遺產，在我們臨床實踐中，得到惊人的疗效，對我們很大的启发及现实的教育，因此必需坚决的贯彻中医政策，来继承与发扬祖国医学。

(2) 野麻草最初发现於福建，最近我专区亦有大量生长，可能全国遍地皆有，因此建議人民公社进行宣傳及推广使用，来及时预防及治疗，从而贯彻多快好省的精神。

(3) 野麻草价格极廉，大大减少病員負担，病員出院时感到費用甚少，予以好評。

(4) 目前抗菌素如磺胺、合霉素等供应紧张，大力推广野麻草治疗菌痢，可减少供应的困难。

(5) 野麻草疗效比磺胺良好，且无任何副作用，在三例孕妇及併发一例傳染性肝炎亦未有任何反应其次有四例用野麻草治疗，二日后临床无改善，后用其他抗菌素，其疗效亦慢亦差，因此可見此四例亦不能否定野麻草的疗效。

(6) 我們曾使用野麻草治疗阿米巴痢疾，未見疗效，对腸炎病例有良好作用，今后拟进一步推广与观察。

(7) 目前我們还存在着保守思想，在儿科单独用野麻草治疗菌痢还很少，今后应进一步推广。

(四) 小结：

(1) 简单介绍野麻草的形态。

(2) 总结100例的临床分析。

(3) 野麻草治疗細菌性痢疾，治愈率达96%以上，对阿米巴痢疾无效，对腸炎有良好功效。

(4) 使用野麻草时未見任何副作用，对妊娠并非禁忌症，对肝炎亦未見毒性作用。

(5) 介绍野麻草的剂量与疗程。

(6) 这次我們用民間单方，野麻草治疗菌痢获得显著的成績，这些成績归功于党的领导及贯彻中医政策的正确性，为此我們必需繼續克服右傾思想，努力学习祖国医学，使其放出更多的光芒。

中藥香連丸治疗伤寒帶菌者的疗效观察

南京市医学科学研究所 赵勋皋 吴言鍾 姜坤范

伤寒帶菌者在伤寒的流行病学上有很大的意义，尤其在目前伤寒病的发病率逐年降低的情况下，帶病者的意义更逐漸增大起来。众所周知，伤寒帶菌者是伤寒病原菌的长

期貯存者，但是根据国内外文献报告，对于伤寒带菌者的治疗，还没有掌握有效的药物。按照国外文献报告，曾使用氯霉素等治疗伤寒带菌者，但大多数学者证明无效。我们为了解决伤寒带菌者治疗这一问题，笔者起初曾想到国产药物黄连对伤寒杆菌有抑制作用，经倡议开始应用中药香连丸治疗伤寒带菌者，二年以来共治疗伤寒带菌者137例，证实疗效显著，兹将治疗结果加以分析讨论。

实验方法和结果

我们所选择的治疗对象，均经采取培养伤寒杆菌或副伤寒杆菌甲、乙、丙者，所采用的香连丸系水泛丸剂，内含黄连及广木香。在剂量方面，成人每次3克，每日服三次，连服一週，总剂量在63克左右。在治疗完毕一週后，进行第一次直肠拭子采便培养检查，并在三个月以内继续进行治疗第二次及第三次采便培养复查。在137例伤寒带菌者经过中药香连丸治疗后，经三次采便复查，有效率为98.14%（见附表）。在治疗过程中尚无不良反应出现。

中药香连丸治疗137例伤寒带菌者的疗效观察

治疗总人数	第一次			第二次			第三次		
	阳性	阴性	有效率	阳性	阴性	有效率	阳性	阴性	有效率
137	3	134	97.78	2	122	98.38	2	106	98.14

讨论

我们采用的香连丸中，内含黄连。根据刘国声氏报告，用黄连浓缩煎剂对伤寒杆菌等多种细菌的生长有抑制作用，刘氏并报告十余种中药对于革兰氏阳性与阴性菌的抗生作用，证实黄连的效用最大。我们所以采用香连丸，亦系考虑到药中的黄连作用。

我们这次应用香连丸治疗伤寒带菌者的结果，充分说明香连丸的疗效显著，而根据以往文献上报告，应用西药氯霉素治疗伤寒带菌者每遭失败，伍德瓦等以氯霉素治疗4例伤寒带菌者，结果失败，民肯何夫氏以每日3克治程七日的剂量处理4例带菌者亦遭遇失败，尼那氏亦谓氯霉素不能清除粪便中的伤寒杆菌，即将治程延长至八天以上，亦不能将暂时带菌者粪便中的病原菌消除。结合我们实验结果，两相比较，使我们初步认为：在目前，黄连对伤寒带菌者的疗效，是远远超过目前现阶段其他任何药物的。

鉴于香连丸供应有困难，并考虑到黄连的主要成分是黄连素，而目前市上已将黄连素制成丸剂供应，故由最近起，我们对于伤寒带菌者的治疗改用黄连素，初步证明疗效也同样显著。

结 语

应用香连丸治疗伤寒带菌者，效果确实良好，远远超过氯霉素。

秦皮治疗痢疾十例临床观察摘要

徐州市立二院内科 袁恩翰

作者介绍单一应用秦皮治疗痢疾十例，全部治愈。十例痢疾病人中六例证实为福氏痢疾桿菌，其余四例培养未见痢疾菌生长，但有明显之临床症状。秦皮之用量及方法：秦皮三两，水煎七两，头二煎分服，一日二次。平均治疗日为5.33天，体温恢复正常平均1.6天，脓血便消失平均2.1天，腹痛消失平均1.9天，细菌培养转阴平均2.8天。

“平血丸”治疗高血压临床疗效初步观察

太仓县医药卫生科学研究所

一、前 言

高血压症是严重危害人类身体健康的疾病之一，在祖国医学文献中虽没有高血压的名称，但古代医籍里对“中风”和“内风”“肝阳”等都有详细的记载。为因高血压是发展的后果，“高血压”是“中风”形成的前因，如果把古今历代各家的理论加以综合，便可把“高血压”病所表现的症候群包括在“内风”“肝风”“肝阳”等几种病型之中。

从上述概念，我们再根据“辨证论治”的治疗原则，又掌握了整体观的精神，以求“高血压”的疾病原因。

内经说：“诸风掉眩，皆属于肝。”以此证明“中风”在五行学说中是属于肝病的，而“风”又有“内风”“外风”之分，“内风”乃肝脏体阴不足，木燥生风所致，因此对本病的处理不外用养阴降火、平肝熄风等方针，又运用“四诊”“八纲”的治疗规律，以身体的强弱，年龄的大小，各就不同情况，灵活施治。

我们通过了伟大的整风运动，在总路线光辉照耀下，在党的领导支持下，破除了迷信，解放了思想，以敢想敢说、敢作敢为的共产主义风格，在八月份开始重点的进行实验，向这种顽固的“高血压”疾病作猛烈进攻，大胆地创制了“平血丸”的基本方，再根据不同的症状，配合辅助剂，经过四个月来的临床观察，在32个高血压病例中获得了良好的成效。关于选择该症的标准，是以症状明显，诊断确实，脉案明晰的为原则，故所选病例，绝大多数均经过院内外中西医治疗后，效果无显著者，为我们治疗对象。

二、典型病例介绍

例一：沈×× 男 45岁 小学教师 病历号6468。

主诉：头晕耳鸣已五年余，常因工作紧张，有头痛、目花、目赤、失眠等现象，並伴有心跳、气急、阳痿、遗精等病患。

体检：发育中等，身軀略胖，营养尚佳，心前区有收缩期杂音，胸腹无异常，肝脾未触及，舌苔黄腻，脉弦数，目翳赤，血压180/120毫米汞柱。

诊断：水亏不能涵木、肝阴不足、肝阳上越。

处方：平血丸一两，每天三次，每次服一钱。

辅助剂：细生地四钱 白芍三钱 生白芍三钱 珍珠母一两 双钩三钱

生首乌五钱 杭菊花二钱 熟枣仁三钱 生牡蛎八钱(三剂)。

(二诊)服前方后、头晕、目花稍减，略能安眠，胃纳颇佳，惟神疲乏力，脉微

弦滑、苔淡黃膩、血壓160/110毫米汞柱。

處方：平血丸三兩，每天服三次，每次一錢。

輔助劑：杞菊地黃丸三兩，每天服三次，每次30粒。

(三診)服藥後，症狀漸減，惟小便次多，工作過度疲勞時，尚有頭暈之象，寤不熟寐、脈來細弦、舌根薄黃膩、血壓150/98毫米汞柱。

輔助劑：硃砂安神丸二兩，每天服三次，每次一錢五分。

處方：平血丸二兩，每天服三次，每次一錢五分。

(四診)服藥後，症狀均形鬆動，能熟睡，但工作繁忙時尚有頭暈之象，脈微弦，苔化薄白，血壓130/88毫米汞柱。

(五診)諸症皆獲好轉，寤得熟寐，脈微滑，苔化淨，質稍紅，血壓130/80毫米汞柱。

處方：平血丸二兩，每天服二次，每次一錢五分。

輔助劑：硃砂安神丸二兩，每天服二次，每次一錢五分。

例二：曹×× 男 42歲 農民 病歷號15213。

主訴：去年八月間突然咯血咳嗽，不時裏熱，面赤煩紅，在當地聯合診所治療，服中藥60余帖無效，後經蘇州市第一人民醫院放射科拍片，檢查結果，右上肺浸潤型肺結核球形狀硬結期，近四月來頭暈心悸加劇，經常失眠，裏熱煩悶，手足麻木，全身乏力。

體檢：發育營養中等，形瘦、肺呼吸音略粗糙，心律不齊，心界並不擴大，心音亢進，脈弦滑，苔黃穢積厚膩，血壓180/124毫米汞柱。

診斷：陰虛木火刑金，風陽上浮。

處方：平血丸一兩，每天服三次，每次一錢

輔助劑：北沙參四錢 生代赭八錢 淡天冬三錢 雙鉤勾三錢 干烏烏四錢
生決明一兩 桑寄生二錢 黑元參三錢 生牡蠣八錢 白夕黎二錢

(二診)服前藥後，裏熱較退，頭暈亦覺好轉，略能睡眠，惟心悸亦有陣熱，脈細弦，苔微黃穢，血壓148/100。

處方：平血丸二兩，每天服三次，每次一錢。

輔助劑：北沙參三錢 白夕黎三錢 生蛤壳四錢 生代赭八錢 生石決一兩
夜交屯三錢 黑元參三錢 淡天冬三錢 桑寄生三錢。

(三診)裏熱退減，漸能安寐，惟咽喉際形疼痛，大便干滯乍結，小便次多，脈弦微滑，苔淡黃膩，血壓131/96毫米汞柱。

處方：平血丸二兩，每天服三次，每次一錢。

輔助劑：黑元參三錢 熟女貞三錢 生蛤壳四錢 甘中黃五錢 炒淡苳三錢 硃赤心三錢 旱蓮草三錢 生決明一兩 絲瓜絡二寸，如二診的輔助劑。

(四診)咽痛得止，食慾尚佳，稍偶而勞動之後，裏熱乍作，尚不能熟寐，耳鳴，脈微滑，苔白膩，尖紅，血壓132/90毫米汞柱。

處方：平血丸三兩，每天服三次，每次一錢五分。

輔助劑：北沙參三錢 生癩繩二錢 黑元參三錢 旱蓮草三錢 夏枯草二錢
生蛤壳四錢 牡丹皮二錢 生決明一兩 冬瓜仁二錢 生牡蠣六錢。

(五診)頭暈畏熱，基本減輕，經X射綫胸部拍片檢查，浸潤型肺結核(吸收好轉期)脈微滑，苔薄白尖紅，血壓130/86毫米汞柱。

處方：平血丸(服法同前)。

輔助劑：北沙參二錢 生蛤壳五錢 黑山梔二錢 生牡蠣八錢 墨汁草三錢

淡天冬三錢 生決明一兩 牡丹皮二錢 冬瓜仁二錢 夏枯草二錢。

(六診)症狀均好滑，但偶然參加勞動後，尚有心悸畏熱之象，脈來右部微滑，左濡細，苔根半白膩，前半淡紅，血壓126/80毫米汞柱。

處方：平血丸二兩，每天服二次，每次一錢。

輔助劑：北沙參二錢 生蛤壳一錢 黑山梔二錢 東白芍三錢 旱蓮草二錢

淡天冬二錢 生決明一兩 牡丹皮二錢 冬瓜仁三錢 夏枯草二錢。

例三：胡××女 30歲 越劇藝員 病历号29144。

主訴：生產已經二月半，腹痛便滿，繼即面目虛浮，產前三個月，就有足腫，產後尤腫，頭暈目花，工作時心跳加劇，在嘉定醫院治療，無效。

體檢：發育營養中等，貧血病容，目瞼腫，足腫脹，听診，肺呼吸音粗澀，心音二級可听到收縮期雜音，小便量少，脈細滑苔白膩質呆，血壓170/130毫米汞柱。

化驗：小便常規：蛋白++，顆粒管型+，透明管型+，膿球+，上皮細胞+。

診斷：腎水上泛，浮陽上越(淡鹽飲食)

處方：平血丸一兩，每天服三次，每次一錢。

輔助劑：白朮皮二錢 大腹皮二錢 桑白皮二錢 飛滑石四錢 粉草兩三錢

帶皮苓四錢 冬瓜皮三錢 五茄皮八錢 海金砂二錢 建澤瀉三錢。

(二診)小便增多，面浮漸退，足腫漸消，帽頭暈神疲，(祛心悸，脈細弦，苔白膩，血壓150/110毫米汞柱。

處方：平血丸一兩，服法同前。

輔助劑：白朮皮二錢 冬瓜皮三錢 飛滑石五錢 妙川柏一錢 茯苓皮四錢

粉草三錢 海金砂二錢 炒澤瀉三錢。

(三診)面浮足腫漸退，小便暢行，食慾增加，惟頭暈尚有陣熱，心不跳，脈細弦，苔薄白膩，尖半謬，血壓146/100毫米汞柱。

處方：平血丸二兩，服法同前。

輔助劑：白朮皮二錢 大腹皮三錢 飛滑石四錢 粉草兩三錢 苓皮四錢

冬瓜皮三錢 浮針砂三錢 建澤瀉三錢。

(四診)面浮足腫已全消失，心悸止，得熟寐，頭不暈，胃納佳，脈象濡細，苔薄白，二便正常，血壓130/80毫米汞柱。

化驗：小便常規：蛋白稍有，透明管型稍有，顆粒管型稍有，膿球稍有。

處方：平血丸一兩，每天服二次，每次一錢。

輔助劑：金匱腎氣丸二兩，每天服三次，每次二錢。

例四：並××女 29歲 紙品廠職工 病历号15735

主訴：面浮足腫，已有半月，頭暈欲仆，心悸氣急，口苦胃呆失眠，經來量少，一天即淨，經期診中西醫多次治療，未見顯效。

體檢：發育營養中等，面色蒼白，身軀略腫，面目及全身足腫呈現經度浮腫，不得

安眠，小便不暢，听診肺呼吸音略粗糙，心音一級可听到收縮期杂音，脈細弦，苔淡黃膩，血压170/120毫米汞柱。

化驗：血液常規：血色素60%，紅血球320万，白血球6800，中性61%，淋巴39%。

小便常規：蛋白阴性，上皮細胞+。

診斷：肝營不足，風阳上越。

处方：平血丸一兩，每天服三次，每次一錢。

輔助劑：細生地四錢 制首烏四錢 生決明一兩 厚杜仲二錢 大腹皮三錢
赤芍三錢 杭菊花二錢 苓 皮四錢 桑寄生三錢 建澤瀉三錢。

(二診)服前药后，头晕較好，虛浮稍退，小便增多，知飢思納，惟心悸不能熟寐，脈細弦，苔薄黃膩，血压138/90毫米汞柱。

处方：平血丸二兩，每天服三次，每次一錢五分。

輔助劑：細生地四錢 制首烏四錢 杭菊花二錢 生決明一兩 厚杜仲三錢
生白芍三錢 甘杞子二錢 白芍藥二錢 硃茯神三錢 桑寄生三錢。

(三診)头晕心悸均止，面色較好，全身浮腫完全消退，惟多夢紛紜，脈濡絳，舌轉薄白，血压116/78毫米汞柱。

处方：平血丸一兩，每天服三次，每次一錢。

輔助劑：細生地四錢 制首烏四錢 杭菊花二錢 黑穉豆三錢 厚杜仲三錢
生白芍三錢 甘杞子三錢 白芍藥二錢 熟棗仁三錢 炒當歸三錢。

(四診)諸恙均退，神采煥然，眠食漸趨正常，脈濡細，苔化淨，血压110/70毫米汞柱。

化驗：血液常規：血色素75%，紅血球365万，白血球7200，中性65%，淋巴39%。

处方：杞菊地黃丸三兩，每天服三次，每次二錢。

例五：馬×× 女 24岁 紙品厂职工 病历号20684。

主訴：头晕眩掉，目花，心悸，由来已一年余，經常失眠，或寐中多夢，經行不規則，色淡，白帶，結婚已三載，未生育过，經上海及当地联診等中西医多次进行治疗，病况依然。

体检：发育营养正常，面色萎黄，听診肺呼吸音清晰，心界不扩大，心音二級有显明收縮期杂音，心律不齐，脈細弦數，苔薄白糙，血压170/130毫米汞柱。

診斷：心阴不足，肝風上潛。

处方：平血丸一兩，每天服三次，每次一錢。

輔助劑：細生地四錢 生決明一兩 硃茯神三錢 焦遠志一錢 杭菊花二錢
熟棗仁三錢 夜交屯三錢 五味子三錢 柏子仁三錢 硃灯芯卅寸。

(二診)服前药后，头晕稍止，仍陣有心悸，寤不熟寐，多夢，足疲乏力，脈象細弦，苔薄白尖紅，血压140/96毫米汞柱。

处方：平血丸一兩，服法同前。

輔助劑：細生地四錢 白芍藥二錢 杭菊花二錢 熟棗仁三錢 硃茯神三錢 夜交屯三錢 生決明一兩 柏子仁三錢 五味子八分 硃灯芯卅寸。

(三診)头晕心悸均止，寤得熟寐，少夢，惟神疲足疲，脈微滑，苔化薄白，津潤，血压120/80毫米汞柱。

处方：平血丸一两，服法同前。

輔助药：細生地四錢 熟枣仁三錢 杭菊花二錢 生决明一两 硃茯神三錢
 甘杞子二錢 五味子六分 料豆衣二錢 生牡蠣六錢 柏子仁三錢。

(四診)諸恙悉平，但白帶尚未淨，脈濡細，苔化淨，血压116/70毫米汞柱。

处方：女科八珍丸三兩，每天服三次，每次二錢。

三、临床症状分类

按照32例症状，根据祖国医学的理论，結合临床辯証，分为五种类型。

1. 水亏木火刑金者四例

其症状多数为中年肺虛咳嗽，痰中帶紅，潮热，裏热，头眩心悸不寐，形瘦足痿，額赤，脈象一般弦滑帶数，舌苔淡黃或糙膩，尖边紅絳。

2. 血虛肝旺者10例：

多为青壯年妇女，症状大都出現头晕，头痛，寤不熟寐，多夢心悸，口干，便結，脈細弦或微数，苔薄或尖紅。

3. 阴虛挟风热者5例：

其症状大多头晕目花，耳鳴，心悸，失眠，筋傷肉瞶，自覺裏热，脈象往往弦滑数，或弦数，苔紅嫩。

4. 阴虛挟痰火者9例：

大多身体肥胖，症状气怯，多咯痰，头晕，心悸，不寐、或足痿，麻木，脈象弦滑，苔黃膩者占多数。

5. 风水泛溢者4例：

其症状大都面目浮腫，引及全身，气急心悸、溲少，大便不实，头晕目花，不能熟寐，肺沉細滑，苔白膩或厚。

32例高血压患者症候类型与疗效测定表

數目 效果	类型	水虧木火	血虛木旺	阴虛挟	阴虛挟	风水泛溢	合 計
		刑 金		风 热	痰 火		
显	著	1	2		2	2	7
有	效	2	6	4	6	2	20
未	定		1	1	1		3
无	效	1	1				2
总	計	4	10	5	9	4	32

平血丸方药組成表

品 名	药 量	制 法	备 註
牛 胆 汁	一两	制 炼	
白 头 蛇 胆	六两	砂焙炒、研細末	
黄 芩	六两	生地10分钟研細末	

川	苧	一兩	高切、研末
桑	叶	一斤	去茎、研末
桑	枝	一斤	劈熬、濃汁
薺	菜	一斤	熬濃液
芹	菜	一斤	煎濃汁
甘	露	五斤	取自然液煎熬
桃	仁	八兩	洗切另研末

1. 这丸原料，絕大部分采取上中藥自制精煉配合而成。
2. 服藥便利，沒有惡性反應。
3. 成本低廉，療效顯著。

四、藥理分析

高血壓的因由有二：一則以血液循行之經有瘀癱受阻，不能正常循行，造成臟腑陰液不勻，陰虛火旺，迫血上行。一則以火熱內盛，煎熬陰液，致閉弓火焰於中，蒸迫血液上行，造成升多降少之勢，故平血丸的藥物，即以此為對象，先以桃仁苦泄血帶，甘緩肝逆，使無瘀阻之處，血液能正常循行於下，并以川芎辛溫之品，導藥入肝膽兩經，又能潤肝之燥，補肝之虛，桑叶甘涼平肝，桑枝祛風利水，以減少外邪之痺阻，薺菜甘溫益肝和中，佐肝臟下行之壓力，芹菜甘平，祛上焦伏熱，再將大量苦寒之甘露（芭蕉根）洩熱潤肺，蚯蚓清熱下行，使熱祛而氣能順行於下，有吸引之力，如此得使瘀去而循行之路暢通，肝膽上逆，得以平滯，恢復交濟之道，則血能不再逆行於上，血壓能不矣。

五、結 語

一、以上系1958年8月至同年12月選用中藥“平血丸”為主方，又根據不同症狀，輔助不同湯劑，通過32例高血壓病臨床實驗之初步測定，其療效占93%以上。

二、通過實驗，又查考祖國醫學文獻，將高血壓病的因由，分類，取義，初步答出了証實是否，尚希先進者幫助總結。

三、根據祖國醫學理論體系，分成五個類型，其中對風水症患者，療效較為顯著，陰虛挾痰火者亦佳，惟水虧木火刑金及血虛木旺者療效較次。

中醫辨証論治治療血高血壓病69例初步報告

南通市中醫院 高血壓研究小組
南通醫學院附屬醫院

自1959年3月至8月，南通醫學院內科教研室與南通市中醫院合作治療高血壓178例。其中高血壓病170例，均採用中醫辨証論治方法進行治療，療效顯著。所治170例高血壓

病中，一部分由於治療次數較少，觀察期過短，尚難總結療效。茲將可資統計之69例初步觀察的結果報告於下，以供參考。

病 例 选 擇

本文選擇為統計之病例系依照下述規定：①高血压病（原发性高血压）；②治療前經多次觀察血壓均在140/90以上；③治療次數超過三次，觀察期超過一月，這樣在觀察療效時，大致能與血壓之自然波動相區別。

性別、年齡、職業則不加限制。本組中，男性較多（男：女=46:23=2:1）。病人年齡自17—69歲（17—29歲15人，30—39歲15人，40—49歲12人，50—59歲13人，60—69歲14人）。職業包括：工人18人，農業3人，商業9人，學生6人，教師8人，幹部8人，職員4人，家庭婦女11人，退休2人。

治 疗 方 法

固定專人門診，組成治療小組，採取中西醫合作，中藥治療，共同觀察的方式。治療前，進行常規的病史詢問及體格檢查，心臟X綫透視，眼底視及尿常規檢查（部份病例做心电图及腎功能檢查）。中醫按症候測定病型，西醫按Мясников氏法分型，俾便在治療及觀察療效時有所依歸。

治療期間，部份病例酌予休息。均單獨予以中藥治療，每次配方3—6劑（1療次）視病情決定下次復診日期，復診時測定血壓，記錄症狀、體証之變化，及有無不良反應。

本組病例，系按中醫辨證論治方法治療，主要分為四種類型和四種治療法則，其有兼夾症則靈活掌握論治。

高血压辨証論治概況

通過臨床症候分析，总的可劃分為四種類型和四種治療法則。其有兼夾症的則靈活掌握論治。

1. 虛風肝旺型：主要特征是：頭目暈、頭昏頭重，甚則昏然欲倒、耳鳴、四肢麻木、倦怠無力、健忘、寐不實，多夢紛紜、動則氣促，小便頻數，四肢少溫而手足心熱，面色皎白無華，或現青色，舌苔薄白，或光滑剝脫，脈淡，脈多沉細而弦等。其病因不外：腎陰不足，水不涵木，以致肝陽偏旺，而內風颯張所致。用以滋陰不肝為主要治療法則。選用藥物有：女貞子、甘杞子、石斛、鱉甲、白芍、石決明、菊花、天麥冬、桑椹子、珍珠母、牡蠣等。

2. 肝火熾熱型：其主要特征是：頭暈、頭痛、頭重、頭脹均特甚，目眩且脹，自感頭重、足輕，軀軀然欲仆，甚則感環境旋轉，惡心欲嘔，頭部或周身自感熾熱陣作（則體溫正常），煩躁喜怒，神志不寧，畏熱喜涼，氣急心痛，夜臥驚悸，不寐，面紅，耳赤，鼻衄，口苦咽干，不瀾煩躁，大便秘，小便赤澀，無絳光刺或白厚帶黃，脈弦勁而滑等。其病因不外：情志傷肝，或痰熱熾盛，而本質陰虛，以致熱盛生風，肝火偏旺所致。固以養潤清陽，平肝熄風，佐以清心熾熱為主要治療法則。選用藥物有：珍珠母、牡蠣、石決明、夏枯草、苦丁叶、白芍、女貞子、白芍、天麻、桑寄生、鉤藤、黃芩、

龙胆草、竹沥生青、天竹黄、桔梗、瓜蒌等。

3. 心肾脾不足，气血两虚型：其主要特征是：心悸怔忡；神志恍惚，善惊悸，畏烦，耳鸣，肢颤，头昏，眼花，纳呆，神倦，面色苍白或萎黄，手足感麻而麻木，下肢浮肿（晚），面浮（晨），易喘，畏风怯寒，大便不实，小便清长，舌淡苔白滑，脉细数滑等。其病因不外：思虑劳累过度，心肾脾阴，气血两虚，以致虚阳失摄所致。因以：培补心脾肾之阴而补气血为治疗法则。选用药物有：四君、四物、山药、枣仁、首乌、熟地、黄芪、夕利、天麦冬（心悸甚者珠砂衣）、赤小豆、仙灵脾、仙茅等。

4. 混合型：肝、脾、肾、心均阴虚，肝阳亢旺，以致上列三种类型的症候混合发现。这一类型，我们以：滋阴潜阳，平肝熄风为主要法则，拟订下列处方：珍珠母、牡蛎、生石决明、女贞子、杞子、天麦冬、山药、白芍、天麻、钩藤，根据虚的情况酌加仙灵脾、仙茅、白朮、归身等。

疗效概况

一、降压疗效：

1. 收缩期血压：治疗后有不同程度降低者58例(84.03%)，反见升高者5例(7.24%)，无变化（治疗期者血压变动在10mmHg以内）者5例（8.73%）（表1）。

表1 治疗前后收缩期血压变动情况

治疗前 收缩压 (mmHg)	治 疗 后						总 计 (例, %)		
	↓50以上	↓40—49	↓30—39	↓20—29	↓10—19	无变化		↑10—19	↑20—29
140—159		1	1	7	12	1	1		23
160—179	2	1	2	8	8	3		4	28
180—199	4	2		2	1				5
200以上	4		4	1		2			13
总 计 (例, %)	降低 58 例 (84.03%)					6 例 (8.73%)	升高 5 例 (7.24%)		69 例 (100%)

2. 舒张期血压：治疗后有不同程度降低者45例(65.22%)，反见升高者1例(1.45%)，无变化者23例(33.33%)（表2）。

表2 治疗前后舒张期血压变动情况

治 疗 前 舒张压 (mmHg)	治 疗 后					总 计 (例, %)
	↓ 20—30	↓ 10—19	无 变 化	↑ 10—19	↑ 20—29	
90—99	1	7	9			17
100—109	4	12	7			23
110—114	6	4	6		1	17
120 以上	5	6	1			12
总 计 (例, %)	降低 45 例 (65.22%)		23 例 (33.53%)	升高 1 例 (1.45%)		69 例 (100%)

3. 綜合治疗后收縮压及舒張压变动情况, 依照上海市高血压研究所規定之疗效标准以衡量疗效(以下同), 則本組中“有效”者39例(56.53%), “显著有效”者12例(17.39%), “无效”者18例(26.08%), 总有效率的73.91%。

4. 本組治疗有效之51例, 一般在治疗一、二次后血压即漸下降。血压降至最低水平之時間, 在治疗后2周内者25例(36.23%), 一月内者31例(44.1%), 一个月以上者13例(18.87%)。

5. 多数病例观察期較短, 很难肯定远期疗效。观察期較长(四个月以上)的20例中, 有12例未間断治疗, 降压后繼續維持於較低水平。有8例曾中断治疗, 复查时只4例有血压回升情况。

二、症状疗效: 本組病例經治疗后, 各种症状均有不同程度之減輕以至消失(表3), 69例中, 治疗后症状完全消失者15例(20.74%), 減輕者(症状減輕或部分消失)33人(44.82%), 无变化者21人(31.44%)。总的有效率为68.56%(參閱表4—7)。本組病例症状与血压之严重程度不成正比, 治疗后症状与血压之改进亦不成正比。69例中血压及症状均改进者36例(52.17%), 均无改进者10例(14.49%), 仅血压改进者13例(19.85%), 仅症状改进者10例(14.49%)(參閱表4—6)。

表3

症状 变动情况		症状															
		眩 暈	头 昏	头 痛	头 花	眼	耳 鳴	心 悸	心 前 痛	四 肢 麻	乏 力	煩 燥	鼻 衄	下 肢 肿	气 急	不 能 平 臥	失 眠
治 疗 前	有	37	45	38	25	2	22	13	10	32	39	23	8	14	23	3	27
治 疗 后	有	5	24	17	5		7	6	8	11	18	5		1	3	1	6
	減	2	7	7	3		3	2	2	5	2	5		1	6		2
	消	38	14	14	17	2	13	5		16	19	13	8	12	14	2	5

三、不良反应: 所有病例治疗过程中, 均因未发现明显之不良反应。

各型治疗結果

一、阴虛肝旺型共22例, 治疗后降压有效者11例, 显著有效者5例(有效率72.72%), 无效者6例, 病状消失者4例, 減輕者10例(总有效率63.63%), 症状仍有者8例(表4)。

*有效—治疗后舒張压降低10—20 mmHg; 或原舒張压不滿100 mmHg, 治疗后降至正常(90 mmHg以下)或舒張压不降或下降不及10 mmHg, 但收縮压下降超过20 mmHg者, 显著有效—治疗后舒張压降低20 mmHg以上。

表4 阴血肝旺型22例治疗结果

門診号	性别	年龄	职业	高史(年) 高血压	分期	观察(月)	診次	平均血压(mmHg)			降压 疗效	症状 疗效
								治前	治后	差数		
	男	18	学	1	II ₁	4	5	190/108	164/94	-26/-14	有效	減
	女	46	干	5	III ₁	5	4	220/140	214/124	-6/-16	有效	減
	男	23	工	1	II ₁	2	19	170/106	136/96	-24/-10	有效	減
	女	31	家	1	II ₁	3	6	150/98	110/80	-40/-18	有效	減
	女	52	家	3	II ₂	1	3	168/90	168/90	0/0	无效	減
	男	65	教	5	III ₁	4	15	210/98	180/100	-30/+2	有效	消
	男	63	体	5	III ₁	5	23	160/110	136/88	-24/-22	显效	存
	男	53	工	1	II ₂	1	4	146/94	134/90	-12/-4	无效	存
	女	38	工	1	II ₂	4	12	188/110	136/90	-52/-20	显效	消
	女	34	教	5	II ₂	1	5	158/104	126/82	-32/-22	显效	減
	女	34	农	1	I ₂	1	3	146/90	132/86	-14/-4	无效	存
	女	48	家	半	II ₂	1	4	170/104	150/90	-20/-14	有效	減
	男	32	商	7	II ₁	1	3	168/100	160/90	-8/-10	有效	存
	男	54	职	1	II ₂	3	7	162/110	142/110	-20/+0	有效	存
	男	21	教	2	II ₂	3	6	162/112	184/120	+22/+8	无效	消
	男	32	教	1	I ₂	1	4	130/100	120/90	-10/-10	有效	消
	男	19	工	半	I ₂	2	7	168/110	130/83	-38/-22	显效	消
	女	38	工	1	I ₂	1	3	160/100	126/80	-34/-20	显效	減
	女	54	家	5	II ₂	1	5	164/108	140/90	-24/-18	有效	減
	男	25	工	2	I ₂	1	6	156/88	130/88	-26/0	有效	存
	男	21	工	半	I ₂	1	8	156/94	170/88	+14/-6	无效	存
	男	54	工	2	II ₂	1	3	176/110	162/112	-14/+2	无效	減

二、肝火痰热型共5例，治疗后降压有效者2例，显著有效者2例(有效率80%)，无效者1例。症状消失者2例，減輕者2例(有效率80%)，症状仍存在者1例(表5)。

表5 肝火痰热型5例治疗效果

門診号	性别	年龄	职业	高史(年) 高血压	分期	观察(月)	診次	平均血压(mmHg)			降压 疗效	症状 疗效
								治前	治后	差数		
	男	40	工	3	III ₁	5	14	250/150	170/120	-80/-30	显效	減
	男	49	教	4	III ₁	1	8	169/96	120/80	-44/-16	有效	有
	女	41	工	1	II ₂	5	15	160/110	140/110	+30/0	无效	消
	女	63	家	2	II ₂	5	16	200/112	130/90	-70/-22	显效	消
	女	36	工	2	II ₂	4	13	170/100	150/96	-20/-4	有效	減

三、心肾脾不足、气血两虚型共25例，治疗后降至有效者，17例显著有效者3例(有效率80%)，无效者5例。症状消失者6例，減輕者16例(总有效率88%)，症状仍存在者3例(表五)。

表6 心腎并不足, 气血两虚型病例治疗效果

門診号	性别	年龄	职业	高血压(年)	分期	观察期(月)	診次	平均血压(mmHg)			降压疗效	症状疗效
								治前	治后	差数		
	男	57	空	1	III ₁	2	3	172/104	154/74	-18/-30	显效	減
	男	48	教	7	II ₂	5	10	152/110	138/98	-18/-12	有效	減
	男	17	学	2	II ₁	3	3	140/94	128/80	-12/-14	有效	減
	男	27	干	1	II ₁	1	4	158/100	138/88	-20/-12	有效	減
	男	69	工	?	III ₃	3	7	170/102	160/82	-10/-20	有效	減
	男	35	干	2	II ₂	5	8	178/114	114/84	-64/-30	显效	有
	男	25	学	3	II ₁	5	15	140/100	130/90	-6/-10	有效	減
	男	64	干	?	II ₂	3	7	158/100	140/94	-18/-6	无效	消
	男	33	教	2	III ₁	5	12	220/130	150/110	-70/-20	有效	消
	男	38	农	2	II ₂	2	7	170/100	140/94	-30/-6	有效	減
	男	32	干	1	I ₂	1	4	158/100	130/84	-28/-16	有效	減
	男	26	学	1	I ₂	3	11	146/92	136/80	-10/-12	有效	減
	男	27	干	1	I ₂	1	5	142/90	190/70	-22/-20	有效	減
	男	21	学	2	I ₂	3	5	152/90	134/80	-18/-10	有效	消
	男	47	工	1	II ₂	3	8	170/110	160/110	-10/-10	有效	減
	男	61	职	3	III ₁	5	17	150/110	140/100	-10/-10	有效	減
	男	58	工	?	II ₂	2	4	170/108	160/100	-10/-2	无效	減
	男	54	商	1	II ₂	5	3	220/120	190/110	-30/-10	有效	有
	男	62	商	1	III ₁	2	5	226/140	190/110	-36/-30	显效	減
	男	30	商	1	II ₁	1	4	158/96	150/96	-8/0	无效	減
	男	30	学	1/2	I ₂	2	6	144/96	130/86	-14/-10	有效	減
	男	63	学	5	III	1	3	176/114	170/110	-6/-4	无效	有
	女	28	教	3	II ₂	2	5	158/110	130/86	-28/-14	有效	消
	男	51	工	1	II ₁	4	11	182/106	170/110	-12/+6	无效	減
	男	46	工	?	I ₂	2	9	144/100	120/86	-24/-14	有效	消

四、混合型：共17例，降压有效者9例，显著有效者2例（有效率64.7%），无效者6例，症状消失者5例（总有效率74.06%），症状仍有存在者9例（表五）。

表7 混合型17例治疗效果

門診号	性别	年龄	职业	高血压(年)	分期	观察期(月)	診次	平均血压(mmHg)			自觉症状	治疗结果
								治前	治后	差数		
	男	46	工	3	II ₂	1 1/2	4	170/122	142/110	-28/-12	消	有效
	男	47	干	1	II ₁	1	3	140/90	120/80	-20/-10	減	有效
	男	45	商	1	III ₁	3	8	246/150	200/130	-46/-20	存	有效
	女	54	家	2	II ₂	2	3	190/116	140/90	-10/-20	減	显效
	女	50	家	5	III ₁	4	4	232/140	186/110	-46/-30	減	显效
	女	28	干	1	II ₁	1	3	160/120	144/110	-16/-10	存	有效

女	43	商	2	III ₁	5	24	240/120	190/110	-50/-10	消	有效
男	62	商	?	III ₁	1	4	210/70	190/109	-20/-14	消	有效
女	58	家	1	III ₁	4	16	210/124	190/100	-20/-14	存	有效
女	62	商	3	III ₁	1	3	170/100	200/100	+30/0	減	无效
女	62	商	1	II ₂	3	7	160/100	146/100	-14/0	減	无效
女	69	家	3	II ₂	4	7	170/106	150/90	-20/-16	存	有效
女	64	家	4	III ₁	3	4	160/110	146/110	-14/0	存	无效
女	64	家	2	III ₁	1	3	180/100	156/86	-24/-14	存	有效
女	38	职	3	II ₂	3	4	164/100	192/134	+28/+24	存	无效
男	59	工	7	III ₂	2	4	214/136	228/138	+2/+2	存	无效
女	22	工	3	I ₂	2	16	140/90	130/86	-10/-4	存	无效

討 論

祖国医学中虽无高血压病的名称,但根据临床症状高血压病系属于中医的肝阳、肝火等症,因此,可以认为中医对高血压病的治疗是有一定方法的。中药(如杜仲、黄芩、玄木香、夏枯草……等)治疗高血压病已有肯定的疗效,如再结合以祖国医学辨证论治的治疗经验,则收效必然更著。问题在于如何更好地对中医辨证治疗高血压病的经验加以分析总结,以进一步提高治疗效果。我们采用中医辨证论治的方法,以治疗高血压病的目的即在此。

根据本文60例的初步治疗经验来看,以中医辨证论治的方法治疗高血压无论对降低血压病或改善症状都有肯定的效果,一般在治疗一、二次后血压即行下降(另有13例在一次治疗后血压即明显下降,由于一共只治疗二次,故未列入统计),绝大部分(81.13%)在治疗前后一月内血压降至最低水平。69例中治疗有效率为73.91%,与最近国内报告用中药单方或复方治疗高血压病的疗效相近①、②,而较一些报告用利血平治疗高血压病的疗效为优②、③。自本组病例无不良治疗反应来说更非蛇根等类药物所能及。本组病例虽然由于观察期较短,还很难估计远期疗效,但就本组观察期较长的20例来看,其降压疗效还是比较巩固。症状治疗也有相当效果,但因症状的血压的改进不一定成正比关系,故临床意义较小。

本文所分中医各型中,包含有Мясников氏高血压病分类法之各期在内,中西之分类还未发现有可以统一的规律性。各型疗效大致相差(四型有效率分别为72.72%,80%,80%,64.7%)。根据本文材料也说明为虽然高血压病已引起动脉硬化或心、肾、脑机能之失调(Мясников氏分类法第Ⅲ期),但中医治疗仍有相当的降压效果。

本组病例治疗各过程中,每次只配方3—6剂(大多数为3剂),有时因复诊期较短,由于某种原因不克如约复诊。我国药物供应不足之处即会影响疗效,均是治疗中不足。今后如何进一步总结辨证治疗高血压病的规律性,在基本上已定型定方的基础上,再简化治疗方案,将是一个值得研究的问题。

参考文献略

中藥治疗风湿性心脏病(二尖瓣狭窄)

八例的初步临床观察

南京市中医院

(一) 病例来源:

1. 病例均由兄弟西医院心脏科确诊不适应手术治疗的患者。
2. 本文初步总结风湿性心脏病以二尖瓣狭窄为主的共八例。

(二) 祖国医学复习:

祖国医学里虽然没有心脏病二尖瓣狭窄的病名，但由于该病所产生的一些症状，如心悸怔忡、咳嗽、痰中带血，甚则咯血、气促、倚息不得卧，行动则喘，肢面浮肿，以致腹部膨大等主要症状来看，在中医书籍各门中记载颇多。最早的经典注著内经里如灵枢水胀篇云：“目窠上肢肿，如新卧起之状，其颈脉动，时咳，阴股间寒，足胫肿，腹乃大，其水成矣。”这一节描写很符合“充血性心力衰竭”的西医病名，由心脏实质病变已引起血液循环障碍左右心力衰竭的症状。在气喘方面，陈念祖说得很细致：“虚喘者慌强虚怯声低息短，惶惶然若气欲断，提之若不能升，吞之若不能降，劳动则甚，但得引长一息为快也”。在心悸怔忡方面陈氏云：“有所触而动曰惊，无所触而动曰悸，乃怔忡晒伤皆其类也”。高鼓峯曰：此血少也……。胡念齐曰：虽缘心血不足，然亦有胃络不能上通者，有脾脉不能入心者……。大塚敬节云：心悸亢进即悸也，悸者心动之谓……。茯苓証之悸为体液（血液与淋巴液）之循环障碍而起，譬之水流在激湍之时，遇岩石冲突，则生波浪，振动其周围然……。古人已知怔忡之产生是由循环阻滞而心脏本身亦不能得到充分营养所致。大塚敬节氏之引喻更好的说明其病理机制。咳血方面，林佩琴云：因咳见血，系火乘肺金，干咳络伤而血渗出也。又云：因嗽时气急喘促痰杂血絲血点，亦大伤血膜而血随痰升也。诸家以咳嗽血出於肺……。咳嗽的原因很多，其中之一是“火乘肺金”之火，即包括了君火（心火），且有五脏皆能令人咳之說。古人虽未了解小循环障碍使肺部阻性充血产生咳血的原理，而知道心与肺有密切关系。至於血絡（管）受伤而血渗出则更合乎邏輯了。

(三) 論治:

文

二尖瓣狭窄乃心脏实质发生病变，使周身血液循环阻滞，因而心肺之間有瘀血蓄积的現象，产生許多症状終至心力衰竭而告死亡，这是一种严重頑固的疾患。在治疗上一

部分可用手术治疗，但还有一部分不适应手术的。至於药物治疗，中西文献目前尚无理想药物。在党和政府号召下，大搞技术革新和技术革命，向疑难病症进军，这也是医生的职责。关于本病既属顽固的疾患，在祖国医学方面非采用普通方剂所能奏效。因此想到古训所提：“药不瞑眩疾弗瘳”的指示，遂采用了金匱“大黃蠶虫丸”的方意加減灵活的运用。考仲景用大黃蠶虫丸治疗干血是以通为补之剂，若施之於本病的微循环障碍血滯积似无不合。大黃蠶虫丸方中主药如水蛭、蠶虫逐瘀的作用很强。叶天士也认为逐瘀活血非虫类莫属。现在药物研究者有水蛭、蠶虫皆能减重的报告，我們治疗该病也采用此二位主药，以归、芍、桃仁、红花等行血养血，瘀血消失，气血流通，則以上諸症即可消失或改善。心力衰竭，中医认为是气虚欲脱，因此处方中加用四君子和大黄以补气，增加心肺本身的力量。同时中药以阻性充血之咳血，面頰发紺，口唇烏紫缺氧現象，因气血郁滯，虛而有火，这种虛火，非养阴清熱之品所能治疗。东垣云：“火与元气两亏，元气进一分，則火退一分，所謂參芪甘草为泻火之良药是也”。我們遵循这一意义治疗上述諸症也收到良好的效果，对气虛的喘促怔忡、心悸等症也起了一定的作用。中医对面浮腫的認識，古人皆以“身外肿为水”，因此除四君子湯之中茯苓、白木利水之外，又采用五苓湯中之澤瀉、桂枝来通阳化气行水。在有咳血时，則不宜用桂枝。在大便秘結或干燥时，加入大黃以去腐積滯而改善血液循环，且大黃加入行血药中亦能起行血作用，但須适当掌握，不能使患者腹瀉，致伤气阴，造成人为的虛脱，則不可不慎。

(四) 疗效分析:

1. 体征检查治疗前后重点分析。

心脏体查听診均有 I—III 隆隆的舒張期的杂音为主，治疗后很难区别有显著进步，但左心房和左心室在听診有五例扩大 1—2 厘米，治疗后稍有缩小。

附：心电图检查有五例报告，在治疗前左右心室肥大，伴有左心房肥大者五例，均相同报告。其中有一例經治疗两个月后复查結果：心电图左心房右心室均恢复。其他因治疗尚未結束，我們计划三月复查心电图一次以便观察，从一例心电图复查結果，心力衰竭已显著好转，以此推測中药治疗确实有效。

2. 姓名、年龄、性别、职业、治疗日期統計表：

编号	門診号	姓名	性别	年龄	职业	共治疗日期	备注
一	6679	唐××	男	23	教員	10天	①統計时按每日
二	91495	盛××	男	24	工人	40天	服湯药一剂計
三	29456	王××	男	32	教員	70天	算为一天。
四	31229	周××	男	24	教員	23天	②疗效按統計时
五	144962	馮××	女	54	家务	23天	止。
六	23203	刘××	男	54	干部	10天	
七	151656	許××	女	30	家务	25天	
八	147907	鄭××	女	40	家务	27天	

3. 化验检查，因听診方面检查不全，故未作对照，其中血沉最多在十五毫米，无参考价值，未作統計。

4. 症状治疗前后对照统计表:

编号	治疗前后	疲劳	头晕	心悸	咳嗽	气喘	胸闷	食慾差	浮肿	咯血	自汗	唇紫	备注
一	前	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	-	卅	
	后	+	+	+	卅	+	+	-	-	-	-	+	
二	前	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	+	-	卅	
	后	+	-	卅	-	-	+	-	-	-	-	-	
三	前	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	+	-	+	
	后	+	+	卅	+	-	-	-	+	-	-	-	
四	前	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	-	-	-	
	后	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	
五	前	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	-	卅	+	
	后	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	
六	前	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	+	-	-	
	后	+	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	
七	前	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	+	-	+	
	后	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-	
八	前	卅	卅	卅	卅	+	卅	卅	卅	+	-	-	
	后	+	+	+	-	-	+	-	+	-	-	-	

註解: 卅表示严重, 卅表示中等, +表示轻度, -表示消失。

(五) 中药处方藥物功能分析和用量表:

药名	性味	归经	功用	主治症	一次量
太子参	甘 苦 温	肺 脾	补气生津	肺虚喘促, 脾胃虚弱	三錢
炙黄芪	甘 温	肺 心	补气固表	气虚水肿血痹	五錢
茯苓	甘 淡 平	心 脾 肾	宁心安神	心悸失眠健忘	三錢
当归	甘 辛 温	心 肝 肾	补血活血	虚弱癆症	三錢
熟地黄	甘 苦 寒	心 肝 肾	清热凉血	热病吐血, 津液不足	三錢
赤芍	酸 苦 寒	肝 脾	散瘀活血	胁痛血痹	二錢
桃仁	甘 平 苦	心 肝	破血行瘀	蓄血癆肿	二錢
水蛭	苦 鹹 有毒	肝, 膀胱	逐血散结	破瘀消肿	二錢
蜜虫	苦 寒 有毒	肝, 三焦	破血化瘀	水肿蓄血疼痛经闭	六分—二錢
红花	辛 温	心 肝	破瘀生新	水腫疼痛	八分
熟大黄	苦 寒	心, 脾, 胃, 腸, 肝	腸胃积滞	水腫停食	八分
甘草	甘 平	十二经	补脾、解毒、潤肺	脾虚和药	八分

註解: 1. 服法上方一剂加水 300 毫升, 日煎 2—3 次口服。

2. 不愿服湯药可改用大黃蟲虫丸, 早晚各一丸。另加十全大补丸, 早晚各一錢五分。

(六) 典型病例介紹:

上表例二門診号 91495 歲 × × 男 24 岁, 工人, 发现心悸、气喘, 已二年余, 經某西医院內科系診斷, 为风湿性心脏病(二尖狭窄), 不适应手术治疗。来本院就診, 門診檢查: 脈搏 64/分, 血压 130/86 汞柱, 五官无異常, 心尖搏动在第五肋間, 心尖有隆隆的舒張期杂音, 肺基底有少許囉音, 肝区有压痛, 肝脾未摸清, 下肢有显著浮肿, 生殖系无異常, 神經系无病理反射, 血沉 3 毫米, 大小便无異常。心电图报告左右心室显示扩大, 左心房也显示扩大, 經以上处理(見表)共服 40 付药后, 复查心电图, 右心室左心房已恢复正常, 左心室仍稍肥厚, 患有自觉症状基本全部消失, 体征也显著恢复正常, 如肺湿音消失肝区无压痛、浮肿消失等。患者自觉症状咳嗽、气喘、咯血、胸悶等均完全正常, 患者也非常满意, 西医生认为心力衰竭已完全纠正, 因此提出用中药治疗二尖瓣狭窄而引起充血性心力衰竭有进一步研究的必要。

(七) 疗效討論:

1. 以上八例均有不同程度的充血性的心力衰竭, 采用水蛭、蠱虫等有毒药物以破血化瘀为主, 据中医方书理論破血化瘀乃去血生新的作用, 也就是改善血循环障碍的作用。經治疗之后水肿迅速消失, 咳嗽相繼停止, 显然对充血现象已起了改善作用。这与毛地黃的功用相符而无不良反应。因此水蛭蠱虫的作用值得我們做进一步的钻研。

2. 治疗二尖瓣狭窄的中药方剂:

我們初步体会, 认为是比較中肯的, 根据辨証論治的原理和药性分析, 如太子参黃芪等以补气血而充实体力, 茯苓熟地以化气滋阴, 桃仁紅花赤芍等以和血行瘀以及水蛭蠱虫等主药之破血化瘀之品, 很显明皆对二尖瓣狭窄引起的血循环障碍是有力的进攻。因而症状迅速的改善, 取得初步的疗效, 这是符合科学而可以理解的。当然, 二尖瓣的病变情况, 今后能否改变软化, 尚待进一步的研究与提高, 达到对本病避免手术而能控制血循环障碍现象的理想目标。

3. 水蛭蠱虫中医药物学上註明为有毒, 极量为二錢。但其毒性究竟如何, 尚未发现反应。这須請药物研究单位进一步用动物試驗。由於这两种药物的主要功能是可应用于心脏蓄血(循环障碍), 今后除对充血性心力衰竭应用外, 亦可試用于門脈性肝硬化腹水, 作进一步的疗效探討。

最后, 本文是为了及时的交流經驗, 共同向高、精、尖科学进军, 只将症状改善的初步疗效观察, 重点介紹。有关全部体检和心电图須待三月后复查, 始能得出論証。因此仅供共同研究中的参考, 希望中西医同志们多多提出宝贵的意見。我們在党的英明领导下共同攻克风湿性心脏病的頑固堡垒。

針刺內關對心血管系統疾病的臨床觀察

蘇州醫學院

針灸治療一個疾病，往往要應用多個穴位，並且強調主穴次穴或配穴等問題，因此用穴也就比較複雜，當疾病治療好轉以後，要尋求那一個穴位起了主要作用，則是十分困難的。根據目前對人體上針灸腧穴所具有的知識，深入的將各個腧穴對某些臟器所起的作用，從臨床實踐和客觀檢查所獲得的材料，進一步總結一些經驗，是有一定的意義的。

這里單用手脈關心包絡絡穴“內關”，對心血管系統疾病進行針刺治療，在針刺前後心电图測驗所獲得的效果與反應來看，是較廣泛的。它能使心動過速的轉緩，心動遲緩的轉快，某些程度的心力衰竭得到恢復和好轉，血壓高（特別是舒張壓）的下降，血壓低的增高，還能停止心絞痛的發作和其他心前區的不適感覺消失等。總之，心血管系統疾病可以用針刺“內關”而得到治療效果。

在臨床應用針刺“內關”治療的心血管系統疾病：如陣發性心動過速，心動遲緩，高血壓症，風濕性或肺原性心臟病的心臟機能不全，心絞痛以及心臟神經官能症等，均獲得了一定的療效。今將初步所見，分別簡單述之如下：供同志們參考批評與指正。

一、第一期心臟機能不全：安靜時患者不覺有什麼不舒服，在體力勞動時出現呼吸困難，極易疲勞，心悸等症狀，即使在跑路，上下樓梯，多說話亦能出現，甚至有輕度的肝臟腫大和下肢浮腫，這期的病人，用針刺“內關”，輕輕刺激，留針20分鐘左右，每日一次，三、四天後即能恢復，六、七天後浮腫也漸消退，效果良好。

二、第二期心臟機能不全：輕度體力勞動後出現明顯的呼吸困難和心動過速，肝臟腫大及浮腫亦更明顯，這就需要每日針二次，8—10天為一療程，一療程後心悸、氣急消失，浮腫也漸消退。第二個療程以後，心臟代償機能可以顯著的恢復和好轉。

三、第三期心臟機能不全：有嚴重的心悸、氣急、浮腫及心臟性肝硬化、肺硬化及惡液質的患者、或持久的心房或心室性顫動，針刺治療無效，故這期病變，非針刺治療的適應症。

四、陣發性心動過速：心臟節律突然增速到每分鐘150—200次，甚至250—280次之多。患者自覺心悸、眩暈、昏厥等症狀，針刺兩側“內關”，需同時進行捻針，平補平瀉，中等刺激，半數以上的發作，在針中三、五分鐘轉為正常數的上下，如每分鐘150次的轉為70—80次。但心動愈速，收效時間愈長，約需半小時至2小時以上，每三、五分鐘捻針一次，漸漸可以緩慢起來。

五、心動遲緩：常見的竇性心動徐緩，每分鐘40—60次，針刺後即能加快至70—80次，又見於心房室傳導阻滯，每分鐘30—40次，自覺頭暈、胸悶厲害，凡不完全心房室傳導阻滯，針刺“內關”可以很快好轉，完全性的，則收效不佳，僅能使自覺症狀，有

一定程度的好轉。

六、高血壓症：特別是舒張壓較高而收縮壓不太高且動脈硬化不顯著的有良好的效果。（降收縮壓用“足三里”穴位）往往在針後可以降下5—10毫米水銀柱。

七、心絞痛：當發作時可以緩解和停止。針刺兩側“內關”，也需同時捻針，刺激較強，留針半小時左右，一般均可收效。但有時沒有用硝酸甘油脂的效果迅速。

八、心臟神經官能症：自覺全身衰弱，容易疲勞在輕度體力勞動或神經緊張之後，即感無力，心悸、心前區不適、眩暈，有時也發生呼吸迫促、失眠等。患者害怕自己有心臟病，心悸長期不止，喪失了勞動力，但物理檢查，無異常發現。這與其他官能症一樣，是針刺治療的適應症，大部病人，療效顯著。每日或隔一次，10—12次為一療程。除針“內關”穴以外，還可配合其他穴位如“三陰交”、“神門”、“足三里”等，但無疑的“內關”是主要的。

附病例(一)患者郭××，男性，26岁，住院号59—3164，自56年夏天发觉有运动后气短，心悸，58年上半年发现有游走性关节炎，但无红肿及浮肿病史，此时起，每於走路、多說話、上下樓梯即感气急、心跳，甚为痛苦。并經常头脹頭痛、失眠、咯血（或痰中含血），曾在上海某医院檢查診斷为風濕性心脏病，二尖瓣狭窄为主，伴有輕度閉鎖不全，建議手術治療。患者不愿即行手術，要求針灸治療。來本院住院經檢查有明显的舒張期雜音，透視左心室擴大，心电图略有改變。如Pavv例V₁双相V₃为m型余均同上，QRSR波於I、呈R型II、AVF均呈Rs，III、V₅呈gRs，AVR呈Qr，AVL呈rSR¹V₁呈rS，Sv₁=1.2mv，RV₅=2.7mb，STV₁V₃抬高，（V₁抬高1mm，V₃2mm）T波正常。

診斷：竇性心律：垂態型心電位，心室電壓增高。自針刺“內關”（双）治療，每天一次，十次以後，患者心悸，气急等均消失，自訴心臟問題，已解除了。予以復查心电图，則完全正常所見，心舒張期雜音減輕，平臥時已不易听出，但左側臥時，仍可以听到。患者在走路（平地走二小時），上下樓梯，做广播体操等以後不再有心跳气急現象，仅有脈搏增加从80增为100次左右，但在二分鐘後又能恢復正常。患者也自覺病情顯著好轉。

(二)患者、陈××，女性，37岁，住院号59—3547，因心悸气急凡六年，下肢浮肿二个月入院，53年开始咳嗽咯血起病，以后出現心跳、气急、胸悶、尤在劳动后为甚，曾在本院門診診斷为風濕性心脏病，入院檢查为二尖瓣狭窄及閉鎖不全。第二期心力衰竭，心脏扩大在鎖骨中線外4厘米，肝脏肿大右季肋下五指，下肢凹陷性浮肿明显，有心跳、气急、但尚能平臥。靜脈压25厘米水柱，血沉8毫米/一小时。心电图：第一次5月14日的特征：心房顫動，V₃R₁V₁呈rSR¹波型，V₃，ST分段压低，T波主要倒置，V₅，S波轉深，T波主要倒置。診斷为心房顫動，不全性右束枝傳導阻滯，在心电图測定後当即針刺“內關”（双），針中再作心电图測定，結果无特殊改變。經針刺“內關”（双）”每日二次，中者刺激，留針一鐘以內，病况日見好轉，心跳气急平息，浮肿亦消退，入院後未用其他藥物而單用針刺“內關”治療凡八天出院，出院前復查心电图L₂ST分段稍压低，T波双相，L₃及avF，T波由双相轉为主要倒置，V₃，T波由主要倒置轉为几乎平坦。与前比无显著改變，但患者心悸气急浮肿均已消退，臨床症象有明显的轉好。

上面是二例風濕性心脏病經針刺“內關”治療所獲得一些臨床作用的例子，其他也

曾以針刺“內关”前后对變性心动迟緩、完全性房室傳導阻滯、陣发性心动过速、先天性心脏病(动脈导管未閉)、高血压脫元疾病等患者进行心电图測驗,都是在測定完全各联以后,針“內关(双)”,用治疗强度的刺激,留3—5分钟后,再測各联,或第二联,或图示改变較明显的各联,結果发现針“內关”后的改变不明显,尤其正常心电图,更看不出有所改变,但在心动迟緩的可见心律增加起来,心动过速的則明显減慢,或心电图有某些程度改变的,經過一段相当时期的針治以后,再复查心电图。可以见到好转或有所改善。但在心电图病性改变明显的(严重的)病例,則其情况之改善,并非短时期内可以出現的。

討論:“內关”的主要作用:①对腹部的作用,古書記載对腹滿痞脹气块疼痛等症用“內关”主之,主要是对胃腸的作用。亦有記載对子宫的疾病,用“內关”的。

②对神經精神方面的作用:古书亦有記載:主“心惕傷不能动,失智”。又有云:“五癇、口吐沫沫,心悸癈暴,心惊发狂,悲泣不已,不識乘疏,健忘錯乱,言語不訖,或歌或笑,神思不安,心虛胆寒,先以“內关”为主,随症加穴治之,在临床上用針刺“內关”治疗癇病,疗效甚佳,也說明“內关”对神經方面有良好的治疗作用。

③对解热、瘧疾的治疗,也有一定的效果。

④对心胸肺脏的作用:古书記載甚多如“經里、內关、扫尽胸中之苦悶”。(这可能是胃部不适)但在新針灸学及現代的一些針灸家,对內关之作用於心脏病的有心肌炎,心内外膜炎,心悸亢进,“高血压及风湿性心脏病,均用內关作为主、次治疗的。

为了明确內关对心血管系統的作用,采用“內关”一次(双)治疗前述諸种疾病,从疗效証明,这是針刺“內关”所获得的。換言之,內关穴对血管系統有着密切的联系。但从針刺內关后的心电图測驗所見来看,內关与心脏血管之間的关系并不是直接的,从用它来治疗其他脏器的疾病,同样是通过一定的过程的。前述第二病例,針刺內关治疗以后,临床症状已显著好转,但心电图上的改变不显著,显然,心机能不全以及患者活动能力的限制,不仅取决于心肌或心血管系統本身的状态,而且也取决于整个机体所有各系統的状态,特别是各調节系統,尤其是高級神經活动的状态,因为高級神經活动决定着病理过程的代償机能。針刺內关,首先影响的是高級神經活动状态(通过傳导),而不是直接作用於心脏或其他脏器本身。通过高級神經活动的調节作用,从而达到增强病理过程的代償机能的目的,初步所見,是有其根据的。

总结了单用內关(双)穴針刺治疗心血管系統疾病所获得的临床作用。从客观檢查来看,其作用不是直接的,而是通过一定的过程的。根据高級神經活动决定着病理过程的代償机能,可知此过程即高級神經活动过程。

中医治疗肺結核103例疗效观察初步小結

南通医学院附屬医院 肺結核研究小組
南通市中医医院

肺結核在今天來說,还是危害劳动人民健康較为严重的一种疾患,因此积极研究它的防治措施,也是一項重要的課題,在市科委和医学科学研究所的领导下,南通医学院

与附属医院与南通市中医院进行协作，建立了“南通市肺結核病中西合作研究小組”，采取双重診斷，两套記录，中药治疗。以附属医院肺科为基地，选择病例，并开放专科門診，进行疗效观察，预期通过实践，对肺結核病的类型，治疗法则，具体方法作出初步小結，向伟大的建国十周年献礼，謹就103例治疗情况，小結如下：

一、肺結核病在祖国医学中病名的探討

“肺結核”在祖国医学文献里虽无此病名，但对本病的認識，古人早有明确的概念，例如素問對於“五虛”、“五勞”的論述，灵樞關於“四脫”，“四逆”的記載，实已包含着部分肺結核的症状在內；其次如难經所稱之“虛損”，金匱所述之“肺痿”，症状也与肺結核頗多相似之处。而华佗中藏經、葛洪肘后方則从肺結核的症状及其演变情况，認識到它有强烈的傳染性，称之为“傳尸”、“尸注”。自此而后，對於本病的認識，更較深刻，如唐代两大医学名著中，孙思邈的千金方将尸注列於肺門下，王焘的外台秘要更引苏游論說：“傳尸之疾，本起於无端，莫問老少男女，皆有斯疾，大都此疾相克而生，內傳毒气，周遍五脏，漸就羸瘦，以至於死，死訖复易家乘一人，故曰傳尸，亦名傳注，以其初得半臥半起，号为痲瘵；气急咳者，名曰肺痿，骨髓中热，称为骨蒸，內傳五脏，名之伏連，不解疔者，谓之灭門”。这是對於本病的观察。又从各种不同症状及其傳染情况分为“痲瘵”、“肺痿”、“骨蒸”、“伏連”等名称，迨至宋代严用和济生方中論述更为具体，他說：“夫痲瘵一症，为人大患，凡受此者，傳变不一，积年强易，甚至灭門，可胜叹哉。大抵合而言之曰傳尸，別而言之曰骨蒸，痲瘵，伏連，尸注，劳注，蠱注，毒注也，自上注下，病源无異，是謂之瘵”。已进一步分析各种不同的名称，而总名为“劳瘵”，后世，“肺癆”，这个病名，可能即仿於此。綜上以观，可見祖国医学所論之“傳尸”“劳瘵”，与现代所稱的肺結核完全符合。

二、中医对肺結核病病因的認識

關於肺結核病的病因認識，中医認為可分內因与外因两个方面。關於外因，正如上面所述，古人早已認識到它的傳染性，認為劳瘵病人死后尸虫(痲瘵)能傳至他人，所以华佗中藏經里說：“人之血气衰弱，脏腑羸虛，中於鬼气，因感其邪，遂成其疾，……或因酒食而遇，或因风雨而来，或因問病吊丧而得，或朝走暮游而得，或因气聚，或因血行，或露臥於田野，或偶会於園林，鐘此病死之气，染而成疾，故名傳尸也”外台秘要也引崔氏別录說：“骨蒸傳尸，无問少长，多染此疾，嬰孺之流，傳注更苦”。这都明显的指出了本病发生的原因之一，是由於外来的傳染。另一方面，古人以臨床观察的經驗累积中，也体会到劳瘵的形成和本身抵抗力有着很大的关系，因此在內因方面，多責之於“虛”，如朱丹溪說：“痲瘵之症，非止一端，其始也未有不因气体虛弱，劳伤心腎而得之，以心主血，腎主精。精竭血燥，則劳生矣。”虞搏医学正傳謂：“嗜慾无节，起居不时，七情六慾之火，时动乎中；飲食劳倦之过，屢伤乎体，漸而至於真水枯竭，阴火上炎，而发蒸蒸之热，或寒热进退，似疟非疟，古方名曰蒸病。”王諭明医杂著更說：“痲瘵，男子二十前后，色慾过度，损伤精血，必生阴虛火动之病，睡中盜

汗，午后发热，咳倦无力，飲食少进，甚則痰涎帶血，咯睡出血，或咳血、吐血、衄血、身热、脈沉数，肌肉消瘦，此名“劳瘵”。这都强调了不善养身，损伤腎阴，身体抵抗力降低，也是形成劳瘵的主要因素之一，所以徐春甫古今医统更明确的指出：“凡人平素保养元气，爱惜精血，瘵不可得而傳，惟夫纵慾多淫，若不自覺，精血內耗，邪气外乘……而气虛血痿，最不可入劳瘵之門，吊喪問疾，衣服器用中，皆能乘虛而染觸。”很清楚地說明了劳瘵的發生，虽可由外界細菌的傳染，但是患者本身抵抗力的強弱，却起决定性的作用。

三、肺結核病的主要症候

本病临床症状，非常复杂，巢氏病源論論勞，骨蒸病候里說：“且起体涼，日晚既热，煩燥，寢不能安，飲食无味，小便赤黃，忽忽煩亂，咳喘无力，腰痛，兩足逆冷，手心常热。”外台秘要引苏游論：“大都男女傳尸之候，心胸滿悶，四肢无力，每至旦起即精神尚好，欲似无病，从日午以后，即四肢微热，面好顏色，常怀憤怒，行立脚軟，夜臥盜汗，或多惊悸，有时气急，有时咳嗽，飲食減少，漸就羸瘦，以至於死。”这些症状的描述，与現代肺結核病所表現的临床症状是完全一致的。根据一般常見症状归纳为两大类，一为潮热、盜汗、消瘦、厌食、失眠、心悸等全身症状，一为咳嗽、咯血、胸痛等局部症状，試作初步之探討：

(1) 關於全身症状方面：

①潮热、盜汗：潮热、盜汗是肺結核的主要症状之一，由於本病每在中午后发热，定时而来，故称“潮热”亦名“日晡热”，又因发热之时，病人自觉骨間有如热气熏灼之感，故名“骨蒸”。睡中出汗，名为盜汗，这种症状常与潮热伴行，多属阴虛阳亢所致。內經所謂：“陽虛生內热，阴虛者阳必奪之，故少气时热而汗出也。”这就是有关这两种症状病理机制的說明。

②消瘦、厌食：消瘦、厌食多为肺結核病勢进展的象征，并互为因果，形成恶性循环，由於脾虛中土失运而厌食，因厌食而营养更为缺乏，营养缺乏，消瘦益加显著，終至全身抵抗力低下，造成不良后果。所以肺結核过程中之消瘦、厌食和潮热、盜汗一样，在权衡病勢是否趋向好转或恶化时，具有重要的意义。中医体系里，对此症候，賈之於“脾胃衰敗”乃是“土不生金”“母子俱病”的惡候。張景岳所謂“飲食不甘，肌肉漸消瘦，脾元失守，化机日敗也”就是这个意思。

③失眠、心悸：失眠、心悸也是肺結核常見症状之一，大都由於毒素刺激中樞神經，或病人精神負担而起，中医对此症状多将它列入於虛症范畴，例如張景岳說：“凡思慮劳倦，惊恐忧疑，及别无所虑而常年多不寢者，感誠真阴精血不足，阴阳不交而神有不安其室耳”。又說“心悸之症，惟阴虛勞損之人有之”。足以說明肺結核的心悸、失眠也屬於“阴虛阳亢”的範圍之內。

(2) 關於局部症状方面：

①咳嗽：咳嗽是肺結核常見的一个症状，血証論說：“肺中阴液不足，被火克刑，則为肺痿，肺叶蒸举，不能下垂，由是阴液不能隨之下注，肺中之气，乃上逆而为咳。”所以肺結核的咳嗽，中医認為屬於肺阴受伤，肺气上逆的結果，一般的說肺結核的咳嗽，

常伴有其它症状，例如潮热、盗汗、消瘦、厌食、咯血等等，而且经过缓慢，因此纳之于内伤咳嗽的范畴，张景岳所谓：“内伤之嗽其来也渐……其症或为潮热，或为形瘦”不居巢所谓：“内伤咳嗽，凡水亏於下，火炎於上，以致火灼肺金，而为干咳燥嗽，喉痛口渴，潮热，便秘，寒冷等症”，即是指此而言。

③咯血：咯血也是肺结核常见症状之一，由於出血量之多寡，及咳嗽痰量之不同，中医有“咯血”“唾血”“嗽血”“嗽血”等区别，如下层集粹属各种失血指出：“咯血者喉中常有血腥，一咯即出，其色或红或紫者是也，又如衄屑亦是也，凡血不因咳嗽而出者为咯血，或色不一，或咯一、二口，或二、三口，却又不多或带沫带滑，咯血均有之，或亦有时随痰咯出。唾血者，鲜血随吐而出者是也，咳血者干咳有声，而痰有血者是也，嗽血者，有声痰，而易出，痰中有血也”。大凡结核病人，不伴有咳嗽症状而有咯血症候者，谓之咯血，唾血在程度上则较咯血为轻，伴有咳嗽者名为嗽血、嗽血，在程度上则较为严重。但总的来說，发病机理不外“虚火克肺，阳络受损”之所致。

④胸痛：肺结核的胸痛，在中医体系里，属于肝胃阴虚，气滞不运的范围，所以每多结合到咳嗽、失眠、心悸、烦渴等临床症状归之於阴虚胁痛的类型。

总之，本病上述全身症状为局部症状，主要是一个慢性过程，可由全身症状开始，也可由局部症状开始，但最后均多系逐渐加重，以至不起，所以古人认为“劳瘵”一症，渐就沉羸，羸延时日，終於殫尽”对肺结核的病情发展，是有深刻的認識的。

四、肺結核病的治疗原則

中医对肺结核的治疗，也和其它疾病一样，是在辨証論治的基础上进行的，并无一成不变之法，也无固定特效之方，但总的来說，本病致病之原因多责之於“虚損”所形成的，因此主要治疗方法，以調补五脏偏虚为前提。在补虚的原則下，观其証証，隨症施治；屬於阴虚的，以养阴为主，屬於脾虚的宜培土生金，肝旺者則宜滋水涵木，腎虚者又当补腎益精，心火上炎，夜不成寐者，可投养心安神之剂，咯血痰红，口渴煩燥者則用凉血清熱之法。根据五脏偏虚重点，隨症治疗，这是治疗本病的基本原則，而在辨証論治的原則指导下，特別注意肺、脾、腎三脏同治的整体方法。更为治疗本病的重要关键。

五、我們治疗肺結核病的主要处方

我們根据前人的經驗，結合临床体会，肺結核病的症候类型，大都屬於虚症范畴，而且以阴虚为多，如潮热、咳嗽、口渴、胸痛等症最为常見，治法当以清金滋肺为主，但往往也有食減，便溏遺精、盗汗等脾腎考虑之症候发现，就必须采肺脾腎三者同治，标本兼顧的方剂，才能收到良好的效果，經研究后，为了便於观察疗效，特制订协定处方七则，試用于临床，茲将內容介紹如下：

①滋阴补肺湯（养阴补肺法）

处方：大生地一两，海洋石四錢，珠儿參三錢，明天冬三錢，寸冬冬五錢，清阿胶三錢，白芨片三錢，天花粉三錢，炒白苏子三錢，粉甘草一錢五分

被：本方后因海浮石、珠儿参、阿胶、麦冬缺货，苏子失去配伍作用，計缺去五味，易用川百合，蒸百部，北沙参，改名为“滋肺湯新方”使用較多。

加味药：咯血加醋黄炭三錢，人中白一錢五分，盜汗加浮小麦五錢，荔枝干三錢，潮热加生麻甲一兩，白薇三錢，咳嗽加炙斗論一錢五分，炙桑白皮三錢。

服法：水煎服，每日一剂，連服30剂为一个疗程。

适应症：阴虚肺燥型肺結核而見咳嗽，胸痛，潮热，口燥唇干，失眠等症，舌紅脈弦細數者。

②培脾补肺湯（补土生金法）

处方：太子参四錢 生淮山药五錢 云茯苓四錢 甜广皮一錢五分 寸步冬四錢 炒冬朮二錢 炙甘草一錢五分 野百合五錢 生大麦芽一兩 紅枣五枚。

加减法：根据临床症状，隨症加减。

服法：水煎服，一日兩次分服。15剂为一个疗程。

适应症：脾虛气弱型肺結核，咳嗽痰多，胸悶厌食，精神倦怠，或食后作脹，大便溏滑等症，脈虛大或細軟舌苔淡白者。

③滋腎保肺湯（滋水固金法）

处方：大熟地四錢 川百合四錢 蒸百部四錢 白蘇三錢 整淮药四錢（牛子二錢同打） 麥門冬四錢 北沙参四錢 白芨粉一錢（冲） 川貝母六分（研吞） 五味子八分 生龟版一兩 生牡蠣一兩 生紫甲一兩粉甘草一錢 青蒿珠三錢。

服法：水煎服，每日一剂，兩次分服，連服30剂为一个疗程。

适应症：肺腎两亏型肺結核，咳喘痰胶，經常咯血，潮热，盜汗，遺精、腰酸、脈小以疾，舌質光絳等症。

④海蛤散（温补肺腎法）

处方：海浮石五錢 蛤蚧（去头足炙）五錢 白芨二兩

制法：共研細末

服法：每服一錢，一日三次，开水冲服。

适应症：慢性纤维，空洞型肺結核及浸潤型肺結核有阴虚傾向者。

⑤枇杷百部膏（潤肺止咳法）

处方：枇杷叶（去毛）二十斤，百部十斤，生地黄五斤。

制法：煎取濃汁，加白蜜五斤收膏

服法：每服五錢，一日三次，开水冲服。

适应症：阴虚肺燥型肺結核，干咳、痰粘，潮热等症，用作輔助治疗。

⑥二甲片：（保肺固金法）

处方：穿山甲、生牡蠣、蒸百部、紫菜、白芨。人中白、炙紫甲各等分，如法制为片剂。（每片0.4克）

服法：一日服三次，每次服八——十二片。

适应症：对肺結核症勢較为稳定，而難延不癒，病状或僵化情况者，連續服之，可促使好轉痊愈。

⑦止紅湯（补絡止血法）

处方：詳見山西医学杂志58年第四期。

适用于浸潤型肺結核大咯血有显效。(在郛門、天突二穴針灸,止血之效殊捷,宜留針半小时以上)

六、治疗情况介紹

本組从3月30日开始,共治疗263人(門診216人,病房47人)将其中治疗未滿一月者除去,暫不統計,实得103人,男性73人,女性30人,单纯服用中药75人,合并使用抗痨药者28人。治疗時間亦短長不同,1—2月者,37人,2—3月者25人,3—4月者19人,4—5月者22人,纤维腔空洞型20人,这是基本情况。在治疗上,我們按照辨証論治原則,根据各种不同类型分別选用上列处方,除慢性纤维性空洞,均有不同程度的好转或趋向痊愈,这仅是初步体会,进一步的肯定,尚有待于今后的努力。茲将治疗情况分述於次。

1. 病型分类及治法效果統計表:

病型	阴虛肺燥型			肺腎阴虛型			肺虛脾弱型		
例数	39			45			19		
治法	养阴补肺法 (滋阴补肺湯加減)			滋水固金法 (滋腎保肺湯加減)			补土生金法 (培脾补肺湯加減)		
疗效	症状显著減輕	症状好转	症状无变化	症状显著減輕	症状好转	症状无变化	症状显著減輕	症状好转	症状无变化
	20	14	5	26	13	6	10	6	3
百分率	51.3%	35.9%	12.8%	57.8%	28.9%	13.3%	52.6%	31.6%	15.8%

按:根据上表分析,症状显著減輕者为56人,占54.4%,症状好转者为33人,占32%,症状无变化者为14人,占13.6%,因此,其有效率为86.4%。

2. 42例病灶变化統計表(經張片复查者)

类别	变化情况	变化情况				有效率
		显著吸收	吸收	无变化	恶化	
浸潤型	6	16	7	1	73.33%	
百分率	20%	53.33%	23.33%	3.33%		
血行散播型	1	3	0	0	100%	
百分率	20%	75%	0	0		
纤维空洞型	0	1	4	3	12.5%	
百分率		11.5%	50%	37.5%		

3. 治疗前后症状转变統計表:

(一) 中药治疗組:

效果	總共	症状													
		乏力	咳嗽	咯痰	咯血	气急	胸痛	胸悶	潮热	头痛	飲食	头昏	失眠	盗汗	月經
消	41	23	25	9	7	28	6	18	5	10	14	22	17	3	4
好	5	13	13	3	1	5	1	1	0	0	1	4			
无变化或恶化	16	18	15	3	2	11	3	2	3	1	0	2	1		3

(二) 中藥合併抗癆葯治療組:

效 果	症 狀	乏力	咳嗽	盜汗	咯血	氣急	胸痛	胸悶	潮熱	頭痛	頭昏	飲食	失眠	盜汗	月經	遺精
消 尖	15	10	13	4	1	11	2	9	1	1	10	5	5	0		
好 轉	5	4	7	1	4	2	2	5	0	0	1	1	2	0		
無變化或惡化	5	9	5	2	5	4	2	4	1	3	5	6	0	4		

4. 典型病例:

例一: 莫白女, 女, 48岁, 本市輪船公司職工家屬。

患者於三年前開始, 每在勞動稍後即感心跳氣急, 休息片刻後好轉, 當時并無下肢浮腫、發熱、咳嗽等症狀, 二年前曾經咯血, 一年前開始有咳嗽痰、發熱、體重漸見減輕, 59年2月份痰液嚴重, 痰作泡沫狀, 不臭, 并有氣喘現象, 下肢不浮, 作寒發熱, 多汗, 休重明顯消瘦, 四肢乏力, 食欲減退, 攝片結果, 肺結核^上○中^下, 診脈虛數無力, 舌苔淡白, 乃脾虛肺弱類型, 曾經注射鏈霉素40克, 未甚見效, 繼服培神補肺湯配合海蛤散、百部枇杷散, 治療兩個月, 一般症狀好轉, 6月8日攝片复查, 病灶明顯吸收, 右上中下, 仍在点状病灶, 左上仍有空洞, 但較前大有進步, 出院后, 能做家務勞動。

例二: 李榮輝, 男, 24岁, 南通電機廠工人。

患者於59年4月份發現肺結核, 感胸部板悶, 精神不振乏力失眠夢多, 每天下午發燒, 咽干, 舌苔白膩, 脈象未用過抗癆葯。診斷: 浸潤型肺結核^上(一)肺浸潤進展期 (陰虛火旺類型) 乃速服滋潤補肺湯42劑, 於59年5月14日胸透, 病灶為吸收期, 邊緣消清, 一般症狀消失, 但仍時有胸痛, 繼續服葯, 6月8日胸透, 右上病灶繼續好轉, 仅有索条状阴影邊緣稍清, 現已恢復輕度工作。

七、結語

①本文報導了中藥治療肺結核病103例的初步療效觀察, 通過祖國醫學文獻學習, 結合臨床經驗, 古人認為肺結核病屬於虛症範圍, 尤以陰虛為多, 這一理論是非常正確的, 我們所治療的病例中, 陰虛和肺腎兩虛類型即有84例, 占全部治療人數的71.84%, 就是一個有力的證明。

②我們所用的七個处方, 在辯證明確的基礎上, 隨症選用, 臨床症狀均顯著好轉, 部份病例, 病灶亦見改善, 其中尤以滋潤補肺湯, 滋腎保肺湯二方應用最廣, 對於空洞型肺結核, 則輔以海蛤散治療, 由於市場海蛤脫銷, 故本方使用病例不多, 改予二甲片后, 對於改善病灶, 也有一定的療效。

③我們的体会, 對於肺結核病的中藥治療, 必須堅持服葯, 不宜中輟, 在治療過程中, 大凡連續服葯, 从不間斷中輟的病人, 療效比較顯著, 如果或服或停, 症狀即不穩定, 更談不到病灶的改善, 說明使用這些方劑, 必須多服久服, 才能達到預期的效果, 這是使用中藥治療肺結核病的关键問題。

④在中西合作研究小組治療的病例中, 有用抗癆葯后臨床症狀未能改善的病人, 再

合并使用中药，其症状即获显著改善，这说明中西合作的重要性，今后值得进一步观察与研究。

⑤疗效在症状改善或消失上比较明显，但在病灶方面则较差；血行播散型奏效尚称满意，浸润型次之，纤维空洞型的有效率仅及12.5%，这是今后应该积极钻研攻克的一个方面。

⑥由于我们开展这一工作的时间较短，大部分病例，仍在继续治疗中，一部分病例，也只能看到近期疗效，仍将继续观察，并且研究改进，今后要在效速，费省，使用便利等各方面加以进一步的努力。

治疗36例矽肺临床观察总结

南京中医学院

消灭职业病除了切实加强预防工作以外，对已经患病者的及时治疗亦属必需。矽肺是慢性顽固的职业病，矿山，冶金，机器制造，玻璃，耐火材料等企业部门中的工人，患此病者不少，很多工龄较高，技术熟练，经验丰富的工人患了矽肺后，不同程度的丧失了劳动能力，这对社会主义建设是一项很大的损失。目前我国对此病的防治工作广泛开展，我院在党的领导和鼓励支持下，破除了迷信保守思想，成立矽肺治疗研究小组，工作迄今，已有一年，前后接受住院病人36例，兹就临床观察结果及工作中的体会总结如下。

一、临床分析

我院内科成立“矽肺治疗研究小组”始终在党正确领导下发挥集体力量，并取得南京第一医学院附属医院内科的协作，配合各项理化检查，中西医共同观察，采用中医综合治疗方法，每三个月为一个疗程，自1958年12月起陆续收病员，迄1959年12月上旬止，共计36例，已经出院的有16例，（其中住院达三个疗程者4例，二个疗程的11例，一个疗程的一例）现在住院的共20例，其中住院治疗达一年的有3例，这三个疗程者3例，二个疗程者3例，已届一个疗程者1例，余10例不足一个疗程。

1. 性别、年龄

表1. 年龄分析

年 龄	25—30	31—35	36—40	41—48
例 数	9	10	9	8

本文36例的系男性，年龄最小25岁，最大48岁。

2. 工种、工龄和病期

36例患者中矿工(铜矿、硫铁矿、钨矿等)29例,其中有风钻凿岩工19例,爆破工2例,凿岩、爆破、掘矿混合工8例,其他有石英磨粉工、拌料、喷砂及水洗包装工等共7例。

工龄最短4年,最长26年,平均11年—工龄4年的仅1例,系喷砂工、在室内劳动、游离SiO₂浓度较高,故工龄虽短,当检查体格摄条胸片发现硅肺时,已是Ⅱ期。

表2. 工龄统计

工龄(年)	4-6	7-10	11-15	16-20	21-26
例数	2	20	7	5	2

病期:本组全数病例,根据职业史、症状、体征、放射线摄影等资料,按中央卫生部和劳动部规定的诊断标准,诊断为Ⅰ期硅肺者16人,Ⅱ期19人,Ⅱ—Ⅲ期1人,其中4例两上肺有陈旧性结核病灶,但无活动征象。

表3. 36例硅肺病期

病期	Ⅰ	Ⅱ	Ⅱ—Ⅲ
例数	16	19	1

工龄与病期:工龄4—6年的有2例,工种为喷砂工与石英磨粉工,均为Ⅱ期硅肺,而15年以上工龄的5例中4例均为Ⅱ期,1例为Ⅰ期,推想工龄长短在不同工种中其发病已进展有所不同,而主要与接触粉尘之浓度、频度有关。

表4. 工龄与病期

工龄(年) \ 病期	Ⅰ	Ⅱ	Ⅱ—Ⅲ
4—	—	2	—
7—	10	8	1
10—	2	6	—
15—	1	4	—
20—26	1	1	—

3. 症状

本组病人均有胸痛,劳动时气急而颈症状,(且出现之时间最早)其次为咳嗽、咯痰、心悸,再次为食欲减退及体重减轻等症,盗汗亦不少见,各痰色灰者14例,白痰15例,灰白相杂者5例,有轻度哮喘者4例。

绝大部分患者至临床上有轻重不等之神经系统症状,而以头昏,记忆力减退占多,有不少患者头昏甚则头痛,且失眠多梦等症亦颇不少,由此可见硅肺不仅是肺部的疾病,而是整体的疾患,此外尚值得注意的是有15例患者并有关节疼痛,部位多在肋肋、腰部、肩部,检查无器质病变,询问病史则已站在矿井下长期感受潮湿,嗣后关节疼痛发作,与气候因素或劳累有明显关系。

表5.

症 状 例 数	一 般 症 状														神 經 系 統 症 状					
	胸 痛	劳 动 时 气 急	行 走 时 气 急	坐 时 气 急	咳 嗽	咯 痰	白 痰	灰 痰	灰 白 痰	心 悸	盗 汗	潮 热	食 欲 减 退	体 重 减 轻	呼 喘	关 节 痛	头 昏 目 眩	记 忆 力 弱	失 眠 多	遗 精 早 泄
36	36	35	1	34	34	15	14	5	34	19	10	21	26	4	15	33	29	18	15	4

症状出现的时期(至入院时止),自1—7年不等,平均为3.4年,大部分患者当胸痛、咳嗽、劳动后和劳动时气急等症出来后,均不同程度影响了劳动能力。

表6. 症状出现时期

时 间 (年)	1—	2—	3—	4—7
例 数	10	16	6	4

胸痛的分析:

胸痛为最普遍多见的症状之一,本组除3例胸痛刺激类似空腔感以外,余均明显疼痛。部位以胸前两侧、以乳头周围部位占多数(共31例),两肺高(腋窝直下)4例、胸骨正中相当于“膻中”穴部位1例,该例胸痛引及背部、颜与金匱要略中描写“胸痺”症状“心痛彻背、背痛彻心”相似,胸痛的性质多属钝痛,但也有刺痛和牵引痛者,其中钝痛而又呈放射痛者11例,放射部位有上腹、季肋下、背脊、腰等处。

胸痛与深呼吸有关(19例)、并常因阴晦风雨天气而加重发作(32例),可见硅肺之胸痛与外界气候因素的关系甚为密切。

表7. 胸痛之部位及性质

项 目	部 位			性 质		
	两乳周围	两肺	胸骨正中	钝	刺	牵 引
例 数	31	4	1	27	7	2

表8. 与胸痛有关的因素

因 素	深 吸 气	咳 嗽	阴 雨	括 风
例 数	19	12	22	21

4. 体征:病人入院时体格检查除5例胸部有干性啰音外,余无异常发现,3例在治疗后一个月以内鼻塞即告消失,2例病程尚短,体征同入院时。耳鼻喉科检查有14例鼻中隔弯曲,3例下鼻鼻肿大、1例慢性中耳炎,这些对硅肺病来源亦无特殊意义。

5. 舌苔和脉象。

望舌和切脉,是中医诊断手段的重要项目,本组36例中舌质红或舌尖红计有23例,亦即阴分不足之征、舌苔一般均润、苔色以薄白的较多,苔色不润或净洁接近正常者有16例,薄黄苔5例;且均伴有舌质红,系肺热阴虚之象。脉象濡小者13例,其中大部分有阳虚气弱征状,数脉9例,(细数6例、弦数3例)、滑脉8例,沉弦和正常的脉

象各3例。

表9. 舌苔分布

色澤	舌			苔					
	紅	尖紅	正	常	淨	薄	白	薄黃	白膩
例數	14	9	13	16	12	5	3		

表10. 脈象種類

脈象	沉	小	細	數	弦	滑	沉	弦	正	常
例數	13	6	5	3	3	3	3	3	3	3

6. 經絡測定

病人入院後均作經絡測定，在治療過程中定期（2—3月）復查對比，除十二經原穴以外，為了了解肺脾腎（以肺經為中心的母子關係）三經的病理改變及其聯繫，加測該三經（足太陽、手太陽、手少陰）的某些井、榮、經、合等穴位為肺之少商、尺澤、腎之然谷、復溜、陽谷、脾之隱白、陽陵泉等共測定21個穴位，入院時測定數值肺脾腎經者有虛有實一向無普遍和特殊的規律，關於經絡數值之分析對比將專文整理報告，茲從略。

7. 實驗室檢查

本組病例血尿常規檢查均屬正常，入院時是經度貧血的有2例，於治療1—2月後復查均達正常水平。大便常規檢查有5例發現蛔蟲卵，（經中藥驅蟲後未見蟲卵）。血沉檢查（魏氏法）第一小時超過10毫米者2例，絕大部分在1—5之間。

胃液分析，共檢查23例，空腹胃液游离酸及總酸度均高，并呈高胃酸曲線者5例，低者1例，余均正常，（該5例患者均伴有胃脘隱痛症狀，但鋇餐上消化道檢查未發現異常。

肝功能檢查：本組全數病例均作該次檢查，檢查的目的有三：① 了解硅肺患者有無肝臟功能的改變，② 觀察長期服用復方中藥對肝實質組織有無損害，③ 觀察氣功療法前後肝功能的改變。入院時發現肝功能有異常者6例，其中2例白球蛋白比例倒置，高田——克氏試驗及碘試驗呈陽性反應，血清蛋白紙上电泳丙球蛋白也偏高；另4例僅高田——克氏試驗及碘試驗呈異常，該6例於3個月後復查5例均已正常，僅1例無改變，至6個月復查時全達正常，血清谷草酶、谷丙酶測定均在正常範圍內，治療後不斷復查亦無異常，未發現因長期服用中藥對肝臟有損害的任何根據，而中醫綜合療法治療硅肺能够使原來肝功不正常的恢復正常。

8. 心电图檢查

心电图檢查26例，發現有左心室肥厚的征象者4例，三個月後復查3例已消失，此外有心房擴大，竇性心律不齊6例，正常的16例。

表11. 心电图檢查

項目	左心室肥厚	心房擴大	竇性心动过緩	竇性心动不齊	正	常
例數	4	1	3	2	16	

9. 肺功能檢查：肺功能測定對硅肺的診斷以及治療效果和勞動力的鑑定，均有重要

之參考價值。不但能幫助我們了解呼吸功能損害的性質，還可以從量的方面來估計其損害或好轉的程度，本組主要檢查項目為肺活量，時間肺活量最大通氣量和解息通氣量等通氣功能測定。一治療前有16例患者的肺功能均低於正常或應有值，其中6例Ⅱ期硅肺，在治療前三個月加治療前各檢查一次從其數值之下降來看，均有惡化趨勢，經入院治療後肺功能均能好轉，（該材料詳後）

10. 放射線攝影

病人於治療開始時及每屆一個療程亦即每三個月攝全胸片，技術要求以及診斷標準平均根據中央衛生部指示中所規定，本組36例診斷各期硅肺之分別例數詳前，茲不贅。

二、治療措施

我們對硅肺的治療方法是採取中醫綜合療法，包括精神、食養、藥物、針灸、氣功、體育等多種療法。

（一）精神治療：

硅肺患者大多均是工礦企業部門中工資較高，經驗豐富的工人，隨着社會主義建設全面大躍進的形勢和工業高速度的發展，他們的心情多很激動急躁，同時他們也受舊的醫學觀點的影響，認為硅肺治療是困難的，特別是不少以往患有硅肺的病反以不治告終，這些因素對他們的精神影響既深且大，故精神治療甚為重要。我們通過一系列的工體活動鼓勵他們的休養信心，並組織病員時政學習、文化學習（結合掃盲）娛樂治療、紅旗競賽等等形式進行思想教育及鼓勵的工作，從實踐中体会到這些工作的重要並已取得了一定效果。

（二）食養療法：

祖國醫學一向重視“食養療法”，因為適當的飲食、不僅能供給機體營養上的需要，且具有一定的治療作用。除了一般富有營養的食品以外，結合消石軟堅潤肺的食餌如芦根茶、杏仁茶、百合苡仁粥、如荸薺、菱白等，壓丹石毒發、胡蔥（“能五石、諸毒皆能被石”），水芹菜（“殺石毒”）藥蛇（“消痰熱”）紫菜、蘿卜、菠菜等等對硅肺病人均可服用，我們根據上列品類結合季節氣候和市場供應盡量採用，住院期間每日以苡苡仁粥代點心，每人每日一碗、加紅棗數枚、符合食養療法的要求。

（三）藥物治療。

中醫無硅肺病名，故藥物治療主要根據辨證論治的原則，結合現代醫學對硅肺病理學的知識作為參考，確定了軟堅、化石、消痰、解郁、通絡、祛瘀等基本法則，選擇有關藥物，制成“硅肺丸”和“硅肺片”、冬季配合服“硅肺膏”丸劑服法：成人每次2—3錢，一日三次，片劑每次五片（每片0.5克）、每日三次，膏劑每次10—15毫升，一日三次，上述藥物可供硅肺患者普遍服用，按病情而確定服藥時期及量，本組病例服藥時期已有一年者，未發現有任何毒性作用。因鑒於該藥有軟堅消散的作用，故我們暫不主張用於合併活動性肺結核患者。

此外基於個體之質以及見症之不同，輔以湯藥治療，標本兼顧，從實踐觀察中發現本組患者的伏質症狀若脈大致可分為三種類型，（即陽熱氣喘型、陰虛肺熱型和正常型），陽虛氣弱型13例，陰虛肺熱型16例，正常型7例，所謂正常型，是指症狀不著，體征表

現各方面无特征意义者，余兩型的鉴别要点及其治疗原则列表如下：

正常型的治法我們暫訂为补益肺氣一法，參用其他兩型的方药，以党参、沙参为主。

治标的措施主要針對某些症狀如胸病咳嗽等，訂立加減常法，便於临床应用，如咳嗽加柴胡、款冬花、白部、杏仁等，痰多加貝母、半夏、蛤壳、海石、冬瓜子、橘紅等，胸肋痛甚加柴胡、枳壳、玉金、当归須、乳沒等，气急加苏子、鹽苏子，气短加胡桃肉、五味子等，中脘不适食难运化者加鸡内金、砂仁等。

表12. 病型鉴别及治法原则

型 別	阴 虛 气 弱	阴 虛 肺 熱
軀体症狀	畏寒、怯冷、形體	潮熱、易出汗、遺精頻多
顏 容	萎白	潮紅
性 情	較冷靜、耐心	較急躁
肺 症 狀	咳輕痰薄、气急	咳喘少痰虛无痰，有痰紅咯血症
脈 象	濡	弦細或細數
舌 苔	質正常苔薄白	質紅苔薄白或薄黃
治法原則	补中益氣	養阴清肺
药、物	党参、黃耆、白朮、甘草、陈皮等	沙参、玉竹、麦冬、石斛、元参、貝母、麦皮、批把叶

不少病員由於长期在矿井下工作，阴寒潮湿之邪侵襲人体，由皮肤肌肉而入於筋骨，兼以劳力持重，以致有关节疼痛，甚者腰背肢体皆痛，故适当地在入院后第一阶段（1—2月）內采取溫經祛寒强壮筋骨的治法，用独活寄生湯加減为主，俟寒湿漸解筋骨疼痛減然后再从分型培本之治疗。

曾有三例合并枸橼酸鈉及激素疗法作为对照，（用法：2.5%枸橼酸鈉10毫升加2.5%葡萄糖10毫升，隔日一次，靜脈注射。去氫皮質素——Prednisone，每次2.5毫克，一日二次，每周服药二天），經七个月的观察，效果并不优於单用中药組，故即停止該合并治疗。

（四）气功疗法：

气功疗法是祖国医学特有的养生治病方法，除有增進吸氣功能的作用外，并能加强大脑皮質的保抑性抑制过程，本組均採用內养功臥式或坐式每日三次，开始时选择Ⅱ期的硅肺15例进行此疗法，三个月后症狀改善程度与肺功能进步均比来练功的一組为佳，故以后即推行至全数病例，作为綜合治疗中主要项目之一。练功以前做好思想工作及技术指导，治疗过程中又必須經常查功，督促糾正姿勢。

（五）体育疗法：

本組病例均配合園疗体育，以太极拳为主，另加呼吸体操、保健操，第三套广播操、集体游戏及吹笛子等，根据病人体力及病情規定其活动质量，有2例患者入院时因病重体弱不能經常参加体疗，到三个月后症狀減輕体质增强即按计划經常进行。

（六）其他疗法：

1. 針灸、拔罐：这些是作为輔助疗法来配合的，主要目的在於解除或減輕某些症狀如胸痛、头痛、腰痛、关节疼等，穴位的選擇亦即根据其症狀和部位，針灸的手法有补

有泻，拔罐部位以疼痛部位为原则。

2. 膏药：胸痛經針灸拔罐后效果不甚显著者，用阳和膏，内加丁桂散研匀外敷於痛點。亦用於腰痛關節痛之患者，此外選擇少數病例用白灵膏（主要成分为白芥子、五灵脂）貼於背部督脈線上中巽作为輔助治疗，但因出汗与天气热的关系影响膏药的粘性，故应用时间不能經常。

3. 推拿：有1例頑固持久的胸痛患者，經上述各項治法效不著，曾由推拿科配合运气手法治疗13次，效果不稳定故即停止治疗，其余病例亦未配合。

綜上所述，我們採用了中醫綜合療法，藥物虽甚重要，有标本分治并治，局部与整体相結合的特点，然對於气功体疗之配合对发展呼吸功能及調整体内脏机能亦占重要地位。至於針灸拔罐推拿等治疗为了解除症状作为配合而已。

三、治疗效果

本組病例入院時間先后不一，36例中已出院有16例，现在尚住院者20例，其中10例均不足一个疗程（三个月为一疗程）虽症状已有所改善，但未經理化复查，故治疗效果只能从26例分析总结。

該26例哮喘患者接受治疗的時間亦有差別，达四个疗程者3例（1年），三个疗程8例，二个疗程13例，一个疗程2例，平均治疗時間为7.5个月。（其中尚在住院的10例以入院至12月中旬計算）茲將臨床观察的效果分述於下：

1. 症状改善

本組病例治疗时期虽长短不一，臨床自觉症状均有显著改善，开始改善的时期由治疗后5—30天不等，胸痛是很普通的症状，已获消失者16例，改善者10例，已消失者的时期平均为治疗后48日，有3例於出院时虽仍感胸痛，但其程度已大为減輕，劳动时或劳动后气急者亦全数均有，入院后皆以参加体疗及工疗活动量较多时有无气急为標準，已有14例消失，平均消失日期为33天，有一例患者已經走路稍快即感心慌气急，治疗三个月后长跑2,000米亦不感累，很多病員在治疗2—3月后游湖远足或登高爬山一如正常人。

26例中有咳嗽吐痰者24例，經治疗后咳嗽消失21例，咯痰消失例數同，其中咯吐痰者12例，理已有9例消失，平均日期为35天。茲將各症状治疗前后对比及消失日数列表於下：

表13. 症状消失例数及平均日数

項 目	症 状	胸	劳	行	咳	咯	心	盜	潮	食	咳	咯
		痛	动	走	嗽	痰	悸	汗	热	欲	喘	痰
原 有	有	26	24	24	24	12	24	13	6	19	4	24
現 有	有	10	12	4	3	3	1	0	0	2	2	3
已 消 失		16	14	20	21	9	23	13	6	17	2	21
症状消失平均日数		48	48	33	49	35	21	15	15	20	18	48

胸痛一症頗為頑固，本組26例中者已消失大半（16例）但尚有10例仍感胸痛，尚不能令人滿意。至於神經系統狀如頭昏記憶力減退、多夢、失眠等症茲據測驗準確，總之，這些症狀反較一般症狀複雜。

2. 肺功能進步

如前所述，本組病例肺功能已複查一次以上者26例，故從該26例之結果分析如下：

治療開始（入院）時檢查肺功能試於正常者16例，經治療後複查大部分病例均有進步，所測肺呼吸功能之項目有：肺活量，第一秒肺活量、最大通氣量、靜息通氣量等，各項均相應地有所進步，茲舉最大通氣量之測定值為例作為對比，顯著進步者9例（比治療開始時增加，改變率超過20%）。進步3例（改變率10—20%）無改變3例，退步1例。經治療後肺通氣功能達到正常者共14例。尚有2例未達正常，其中1例為合併兩側胸膜增厚住院七個月，1例伴有枝氣管擴張住院僅三個月。其餘由原來低於正常而恢復正常的14例大部在1—2個療程後通氣功能即有明顯增加。

有10例病員在治療前三個月亦曾測定肺功能，至住院再測定發現7例均有明顯退步，經治療後複查5例明顯進步，1例進步，1例改變率增長不足10%，總的來說都獲得進步，從這些病例的治療前後相比來看，證明未經治療肺呼吸功能均為惡化退步趨向，而治療後迅速增長以至於恢復正常水平，並且多與症狀的改善相符合，反應了治療的效果是良好的（詳表14）。

入院時肺通氣功能屬於正常範圍的有10例，經過治療後也有不同程度的進步（詳表15），改變率為18至41不等，只1例和入院時間，無改變。該10例治療後平均增長率為20%，以26例通氣功能——最大通氣量治療前後相比，平均增長率為23%。

3. 其他：關於放射線攝影檢查，治療前後相比，尚無明显改善（指肺野硅結石之消失或顯著減少），但亦無任何惡化現象。經長期服用中藥，對肝臟不但無絲毫損害（從各項肺能及轉換酶的測定而知），且能使原來異常的恢復正常（6例）。

表14. 肺功能最大通氣量（毫升/分鐘）治療前後對比

例 號	住 院 號	姓 氏	硅 肺 期 別	治療前三個月		治療開始		治 療 後		結果判斷		備 注	
				測定值	佔 有 值 (%)	測定值	佔 有 值 (%)	測定值	佔 有 值 (%)	改變率	評語		
1	2462	黃××	I	106800	85.3	85600	68.4	9	107125	86.0	+26	个	已出院
2	1989	陳××	II	122800	85.9	95600	66.6	12	130800	92.0	+38	个	
3	2569	竺××	II	93200	71.5	82400	63.7	7	117538	90.9	+42	个	已出院
4	2045	王××	II	117600	81.6	109600	76.1	11	141200	93.7	+30	个	已出院
5	2046	謝××	II	70000	61.4	73200	62.0	10	98646	86.4	+49	个	已出院
6	2152	吳××	II	68400	47.3	87200	60.3	11	119056	83.0	+37	个	
7	2591	顧××	II	105200	79.7	79600	57.3	7	122883	93.9	+63	个	已出院
8	2155	顧××	II	84500	65.9	102000	79.5	10	108936	85.7	+4	-	已出院
9	2112	鍾××	II—III	93600	69.6	76000	56.5	11	82446	65.7	+16	↑	
10	2039	李××	II	110000	88.7	94800	75.3	12	97897	80.2	+6	-	
11	2244	馬××	I	—	—	105600	79.4	9	130111	97.8	+23	个	已出院

12	2769	李××	I	—	—	100400	71.0	6	125597	98.8	+39	介	已出院
13	2556	楊××	II	—	—	102000	79.4	7	110510	92.6	+16	↑	已出院
14	2771	孟××	I	—	—	103600	72.5	6	118400	83.7	+15	↑	已出院
15	2885	汝××	II	—	—	72800	56.0	7	72197	55.5	-1	-	
16	3372	張××	II	—	—	84000	57.9	3	67586	46.6	-19	↓	

△ 改变率 = $\frac{\text{治疗后数值} - \text{治疗开始时数值}}{\text{治疗开始时数值}} \times 100$

△△ “↑” —— 显著进步 “↑” —— 进步 “—” —— 无改变 “↓” —— 退步

表15. 10例原来肺功能正常者治疗前后对比

例号	住院号	姓氏	治疗开始		治疗月数	治疗后		结果判断		备注
			测定值	佔应有值(%)		测定值	佔应有值(%)	改变率	評語	
1	2038	吳××	128600	90.1	12	183093	127.1	+41	介	
2	2540	刘××	107200	87.7	9	139586	115.1	+32	介	
3	2430	徐××	110000	83.3	8	122120	92.5	+11	↑	已出院
4	2770	任××	130800	97.5	6	164892	123	+26	介	已出院
5	2732	王××	94400	86.7	8	109221	100.3	+15	↑	
6	2779	袁××	112400	87.6	6	127710	100.5	+14	↑	已出院
7	2886	丁××	100000	89.4	7	108790	97.2	+8	-	
8	2934	邓××	118000	86.4	3	136914	100.4	+16	↑	已出院
9	2735	陈××	120000	99.0	6	168744	139.2	+40	介	已出院
10	2728	魏××	132857	95.7	6	132859	95.7	—	-	已出院

四、討論和体会

1. 辨証問題

矽肺是现代医学病名，但我国早有小型手工工矿如陶瓷、石灰、琢磨、挖煤等工种，由於长期接触粉尘损害肺脏的疾病自亦有之，宋代“孔平中谈燕”曾有“買谷山采石人，末石伤肺、肺焦多死”的記載，不仅說明石粉粉尘能损害肺脏，并指出这类病预后的严重性。现代医学对矽肺的病理知識及物理檢查材料有助於我們对此疾病的进一步認識，从而确立軟堅化石的治法。

辨証和病机的关系至为密切，我們除了从病人群述得病过程及工作环境等材料外，还深入矿山矿井到矿工同志劳动场所了解其劳动生产过程及体会环境因素和劳动生活的条件，体会到矿工在地面与井下工作环境湿度湿度等致病因素有所不同，地面上工作凿岩爆破，尘埃密布，空气干燥，感受燥邪之机会较多，井下阴寒湿冷，呼吸不畅，感受寒湿自所难免，而粉尘之由口鼻而入者亦复可能，是以地面与井下之感受病因有同亦有異，而以井下长期工作之人感受因素更复杂，寒湿自下自外而入，燥邪經口鼻肺胃而入，这些因素对辨証上是很重要的参考依据，不容忽視。

2. 胸痛問題

不論矿工或石英塵粉拌料等工人，長期處於“金石燥烈”之氣，全組病例工龄平均11年，最長者為4年，可知由於燥氣燥肺，肺內必受損害，故舌質或舌尖多數見紅，閉絡受傷，血必凝滯，且塵粉由上到口鼻而入更增加氣道給送不利的因素而凝滯癢阻更甚，是以胸痛一症全數病例均有，而且為主訴中最突出者，一般認為胸痛之因有傷氣傷血傷筋等，左側痛者多屬瘀血，右側痛者多為痰氣，兩側俱痛者則痰氣瘀血夾聚，總之氣血凝而不通則痛，而與患者之勞動性質及其感受病因有關。

按胸痛部位在經絡上應屬少陽與肝，如內經邪容篇“肝有邪，其氣流於兩脇”又四時遊論謂：“少陽有余，病筋痺時痛”巢氏病源：“邪氣容於少陽之絡，令人時痛”張景岳指出各臟腑病亦可引起胸肋痛，可見此症雖屬少陽而由於經絡臟腑循環如端，互相聯系，肺病人現有痰滯痰阻，又有勞力傷氣之滯於絡的因素，則治療上自亦應該同時採用行氣、開郁、化痰、活血祛瘀等治法，開始治療時對行瘀活血一法的採用尤為重視，後經反復討論研究加強這一治法，效果較前為優。

3. 整體觀念和綜合療法。

人體是一個統一的整體，又與外界環境如天時地理生活勞動環境有密切關係，既病之後均應從整體出發來考慮問題，治療肺病也和其他疾病一樣，由於體質的不同，同一病因和類似的因素可以表現不同的症狀和舌苔脈象，這些原則在祖國醫學中很早就指出並加以重視，前朝病人按現代醫學病理改變來看大致是相同的，僅僅是程度和過程的有所差別而已，如欲進行治療，措施應該是相同的，而中醫基於整體體質的不同而分成類型，尋求治本之道，我們從實際觀察的症候所得，分成陽虛氣弱型，陰虛肺熱和正常型三種類型，擬定方藥分別治之，初步体会到這種治療原則是正確的，今後尚應繼續觀察效果和探討其機理。

在治療措施方面，既從調整機體為目的，則毫無疑問凡有利於治療的各項方法，均可考慮適當的採用。我們選擇了各種有利的治療內容如氣功功法和體育療法能改善肺呼吸機能和循環功能，並能加強大腦皮質與皮下，高級神經系統與各內臟之間的相互聯系，切斷病理的惡性循環，從而調整神經系統功能，改善全身營養，代謝過程和提高全身防禦的能力。故凡一貫認真進行氣功和體育療法的患者，其症狀的改善和肺功能的進步也較顯著，可知這些治療方法在本組中也起重要的作用，至於有關醫療體育與氣功功法的實踐體會容後另作專題總結，本文不擬贅述。

4. 中西醫合作的優越性

本組病例的治療研究及觀察始終在中西醫共同協作的基礎上進行的。不論從檢查、復查以及臨床研究工作的方法上，西醫提供了重要的資料，中西醫藥的合作必須建立在政治思想的統一，共同為繼承發揚祖國醫學的基礎上，這些都和黨的領導分不開的。遵循黨的中西醫合作、兩條腿走路的方針，一定可以使任何頑固的堡壘被我們攻破。

五、結語

1. 本文報導和分析36例矽肺的臨床觀察資料，其中I期矽肺16例，II期19例，III-IV期1例。症狀以胸痛，氣急、咳嗽、咯痰等為最著且普遍，並均不同程度地影響

了劳动能力。

2. 采用中医综合治疗，药物与气功体疗等结合，由中西医协作共同观察，药物方面以“软坚化石、理气祛痰、解郁行瘀”为主要法则，并按患者的体质，症状分为“阴虚肺热”“阳虚气弱”“正常”三种类型，进行标本增强体质的整体治疗。

3. 迄1959年12月中旬止，已有26例治疗达一个疗程（每疗程为三个月）以上，大部分病人症状获得消失或减轻，肺功能测定有明显进步，以最大通气量为例，治疗后平均增长率为23%，但放射线摄影尚未见明显改善，亦无任何恶化征象。

4. 就一年来临床观察的点滴体会，通过南京中医药大学附院和南京第一医学院附院结核小组的合作讨论，共同总结，并对鉴别问题与胸痛病机的讨论等提出一些看法，期正于临床医家。

黄連素治疗肺結核11例的分析

南京市結核病防治院

祖国医学中有丰富的宝藏，应用黄连素治疗肺結核，在祖国医学史中早早有记载。近年国内杂志上亦陆续有所报导，但由于黄连素应用的对象多为长期抗痨药治疗无效或与抗痨药品合并应用之患者，因此当患者所表现之局部症状好转或部份病灶好转时，其疗效不能明确区分。为了肯定黄连素真实的疗效，我们最近选择了11例肺結核单纯服用黄连素治疗，以两月为一疗程进行系统的观察，现将结果分析如下：

(一) 資料的分：

此11例肺結核患者中男性8例，女性3例，年龄绝大多数为20—35岁，均为住院治疗，每日服用黄连素三次，每次300毫克，治疗前发病灶的变化以X线检查为主，共考核标准分：

- ①显著进步——病灶吸收达 $\frac{2}{3}$ 或以上者。
- ②进步——病灶吸收在 $\frac{1}{3}$ 以下或 $\frac{2}{3}$ 者。
- ③恶化——原有病灶未吸收並有新病灶发现者或空洞形成及扩大者。

(二) 疗效的观察：

11例肺結核中应用黄连素治疗，除有2例在一个半月后因病变溶解停用改换其它抗痨药治疗外，其它病例均服2个月，并有一例服用3个月。

①总的疗效与病型、其因的关系：

根据临床观察(见表)黄连素确具疗效，显著进步2例，进步6例，恶化3例，其中浸润

型肺結核溶解期2例，一例進步，一例惡化。被擱期7例，一例顯著進步，四例進步二例惡化。另外一例有陈旧空洞存在是進步，1例未定期呈顯著進步。

②有未用過抗癆藥品與療效之關係：

11例中用抗癆藥品者3例，未用過抗癆藥品者8例，未用過抗癆藥品之3例中有1例進步，2例惡化，而其它未用過抗癆藥品之8例，2例顯著進步，5例進步，1例惡化。

③服用黃連素後症狀與體征體質之變化：

服用藥後症狀大部先後消失，但2例空洞患者之疲勞未隨消失，另在胸膈患者消失日期最長達50日之久，其它體征消失日數也比較緩慢，最長者30日，最短期4日。

經過服用藥後有6例體重有增長，其中有3例增加4—5市斤，其他3例只增加1—2市斤，有2例體重不變，3例體重減輕。

④痰菌與菌轉的時間：

11例患者痰菌陽性8例，陰性3例，經過治療2例（1例為28天，1例為62天）呈陰性，菌轉率為66.60%。

⑤黃連素與血象、血沉變化：

經服用黃連素治療後有3例白血球總數降至4,000以下。嗜中性白血球無明顯變化，淋巴球降至20%以下者3例嗜酸球有2例稍增至7—8%，另1例增至15%，其它均無特殊明顯變化。

治療前血沉在15耗/1小時以上者5例，經治療後1例惡化患者血沉仍持續在68耗/1小時外，其它均在15耗/1小時以下。

⑥黃連素治療與肝功能的關係：

11例患者中有1例肝功能未查，2例治療前未查。肝功能包括黃連指數，麝香草酚濁度試驗，球蛋白，白蛋白定量；根據表中所示肝功能治療前，治無大變化其中2例似有顯著進步，如例2 治療前黃連指數10單位，麝香草酚濁度試驗14單位，白蛋白4.2克%，球蛋白3.7克%，治療後黃連指數10單位，麝香草酚濁度試驗6單位，白蛋白5.2克% 球蛋白3克%，從以上看來黃連素似不但對肝功能無損害還有治療作用。

⑦黃連素所致之副作用：

在服用過程中1例中途有嘔心嘔吐一次，但以後未再繼續，另1例在治療中每日大便2—3次大便化驗檢查未發現異常，經停藥後，大便即恢復正常，但此患者之食慾及體重均有增加，肺部病灶呈現惡化。

⑧典型病例介紹：

患者 范××，男性，23歲，未婚，醫務，於56年8月因咳嗽發熱診斷為兩上段潤型肺結核右上空洞形成，痰菌陽性，入院後經用抗癆藥品，鏈黴素、P、A、S，異菸胍等治療效果不著病灶不穩定且經常咯血，於57年4月患肝炎（性質不明中毒性可能較大）經停用抗癆藥物給營養療法，肝炎好轉，肺部病灶無大變化，後又間斷服用少量抗癆藥品，於58年8月又出現黃疸肝區及腰部疼痛，經檢查確定為右側腎盂水腫，以後即以中藥及營養療法為主於59年5月復檢肺部病灶仍為右上空洞形成，痰菌仍為陽性，肝功能與較前進步，但黃連指數為12單位，麝香草酚濁度試驗14單位，白蛋白4.2克%，球蛋白3.7克% 開始服用黃連素3個月（每天900毫克，分三次服用）尿後症狀顯著好轉，食慾增進，體重少有增加，經復檢肝功能，黃連指數10單位，麝香草酚濁度試驗6單位，白蛋白

5.2克%，球蛋白30克%，胸片顯示右上病灶吸收，空洞不明顯真菌癩化之進步，痰菌為（±）。

(三) 討 論

黃連又名王連、支連，藥用其根莖，其中含多種之生物鹼，主要作用即為黃連鹼，也稱小檗鹼，其硫酸鹽溶於水，口服易吸收，可經腎臟排洩，在顯微藥學中，已有兩千多年應用歷史，張仲景氏曾在傷寒論中述及黃連為健胃治痢要藥在本草⁽¹⁾從新及要藥分，(2)劑中述及黃連為鴉火燥瀉，味苦性寒無毒……主治：主熱日痛……腸瀉腹痛，下痢……止消渴登胆……潤心肺……止盜汗等。可是古代應用黃連治痢外，也應用治消渴及潤心肺盜汗對於肺結核的症狀已行對症治療。歷年來各家實驗報導文獻也証實了黃連素對肺結核的療效。當1928年時蘇聯⁽³⁾И.Т.Линн氏教授發現植物殺菌素后，對植物抗菌作用开辟了途徑，1932年Chopra⁽³⁾氏等對黃連素之藥理作用首先加以研究。1940年Dick氏証實黃連植物之根富含黃連素具有較大抗菌效力。1948年薛壽泉等⁽⁴⁾又証實黃連中含主要成分為拜耳拜林(Berberine)是一種生物鹼，味極苦，對人(0.2—0.6gm)有增進食慾之效，細菌學体外實驗有殺死葡萄球菌、異型痢疾桿菌、傷寒桿菌及結核桿菌的作用。1950年劉國聲氏⁽⁵⁾測定40種中藥對於革蘭氏陽性與革蘭氏陰性細菌的抗生作用，其中以黃連的效力最大，并証實黃連以1/2560有抑制結核桿菌作用，1950年王風連氏⁽⁷⁾以黃連1/80。証實有抑制結核桿菌作用，1958年劉希魁等⁽⁸⁾以黃連1/2000濃度有抑制結核桿菌作用，1958年軍區某部技術革新以黃連流浸膏1/20有抑制結核桿菌生長作用。

根據以上報導，証實黃連素確具有治療肺結核之作用。因此臨床應用黃連素治療肺結核也逐漸廣泛。1958年杭州市第二醫院⁽⁹⁾以黃連素治療肺結核30例，其有效率为83.3%，痰菌陰轉率也為83.3%。我們11例有效率为73.80%，痰菌陰轉率为66.6%，休征的消失比較緩慢，最長50日，最短短4日。由於黃連素有利胆促進胆汁分泌的作用，故一般有味健胃作用，大部食慾增加促使肝功能進步或不變，故治療沒有6例體重增加占54.5%，血沉是與病灶及症狀進步成正比例，經治療除1例外均下降至15mm/—2時以下。有3例治療后的血象白血球總數降至4000以下，有的文獻認為黃連素可使紅血球、白血球稍小成顆粒狀並有白血球總數減少，因此此三例之白血球總數減少是否由於黃連素所致，因病例太少尚難肯定。

關於服用黃連素所致之腹瀉問題，雖與食慾體重無大妨礙，但經過一療程后，肺部病灶均呈現惡化，此可能由於腸胃道吸收不良，減少藥物在血中的濃度以致影響療效似有很大的關係。

(四) 小 結:

(1) 黃連素治療肺結核有肯定的療效，我們11例肺結核有效率为73.8%，痰菌陰轉率为66.6%。

(2) 典型病例介紹對流病藥品過敏或中毒性肝炎或糖尿病併發肺結核者，服用黃連

素后疗效较好。

(3) 服用黄连素疗程中有腹泻之副作用者其疗效不佳, 病灶恶化可能系因腸胃道对藥物吸收不良所致。

(4) 黄连素虽为国产, 治疗肺結核必須应用大量及长期服用其經濟价值頗高, 似不及一般抗痲化学藥品之价廉。

参 考 文 献

1. 清 吳仪洛撰 本草从新 P.27, 1958年12月
2. 清 沈金鏞撰著 要药分剂 Voe II P.135 1957
3. Chopra K.N and goar mod Resch 19:1193.1932
4. Lick Arch Swg 41:289 1947
5. 詹永泉等: 关于黄连素 Acaloid (Berberin) 在化学疗法上之应用的初步研究及关于 Berberin 型 Aeka'aid 对微生物之影响 中华医学杂志 34:399 1948
6. 刘国声: 中药抗生力研究之初步报告. 中华医学报 1:95 1950
7. Wong P.I. In vitro antihacterid activity of some common chinese herbs on myco bacteris tuberculosis Chinese mj 68:169 1950
8. 刘希魁等: 結核散, 黄连、黄芩、白芨、白果等五种中药对結核桿菌抑制細菌作用的观察 3:205 1958
9. 杭州市第二医院, 中药黄连素治疗肺結核30例的疗效 P.24 积极防治結核病1958

十一例肺結核单纯应用黄莲素治疗病例

姓名	住院号	性别	年龄	临床诊断	过物 去物 有无 用抗 结核	实验		室		查		体征及 消失日期(天)		治疗 副 作用	备 註						
						血 沉 降 速 ($\frac{\text{mm}}{\text{小时}}$)	血 球 容 积 率 (%)	肝 功 能 试 驗	痰 查 菌 ($\frac{\text{市斤}}{\text{日}}$)	盗 汗	发 热	瘦 弱	咯 血			剂 量	时 间 (月)				
周 × ×	一〇四一	女	37	前	6 _上 中 ₍₋₎ 浸潤	5400	68.30	2	9	3	6	3.1	2.5	+ 78	+	-	-	+	300mg	2	中惡 酸心 時嘔 吐次
				后	显 进	3200	48.51	1	5	6	4.2	3.4	- 80	(32)	(30)	-	(40)	-	-	-	三/日
范 × ×	五五	男	26	前	6 _上 中 ₍₋₎ 浸潤	4800	60.40	3	12	14	4.2	3.7	+ 107	-	-	-	+	-	”	3	①原有中 毒肝 炎(結 核性) ②治 疗后 凡 登白 血球 性 ③口 腔合
				后	进 步	5800	69.29	2	10	10	6	5.2	3	+ 108	-	-	-	+	-	+	”
董 × ×	九八	男	36	前	6 _上 中 ₍₋₎ 浸潤	9800	53.47	53	3	4	4.8	2.3	- 118	+	-	-	+	-	”	2	
				后	进 步	7100	60.33	7	11	潜血	5	4.8	3.8	- 122	(17)	(30)	-	(15)	-	-	”
李 × ×	一八	男	22	前	6 _上 中 ₍₋₎ 浸潤	5700	66.13	16	2				- 102	-	-	-	+	-	”	2	
				后	进 步	6300	54.30	16	0.5						- 102	-	-	-	+	-	”
李 × ×	一九	男	31	前	6 _上 中 ₍₋₎ 浸潤	5800	65.31	4	5				- 130	-	-	-	+	-	”	2	
				后	进 步	5100	68.30	2	2	5	3	4.95	2.7	- 132	-	-	-	+	-	”	2

沈××	一九二七	男22	前		6(上)	溶解期	未	6200662311	3	溶	5	5.3	3.4	-106	-	-	-	-	-	+300mg	个	2	(一)	莫通泰服 后 后右 形或改 用真甜 气滴
			后		6(一)	步		5000671815	1	3	6	4.8	3.8	-106	-	-	-	-	-	-	三/日	半		
金××	一九二六	女20	前		6(上)	显进	未	625076204	8	3	3	4.9	3	-86	+	+	+	+	+	300mg	个	2	(一)	
			后		6(一)																			
猪××	一七三八	男22	前		6(上)	溶解	有	930064342	1	溶	3	4.5	2.9	+116	-	-	-	-	-	300mg	个	2	(一)	
			后		6(一)	化		400070228	11	溶	5	4.7	2.5	-110	+	-	-	-	-	-	三/日	半		
李××	〇三六	男36	前		6(上)	溶解	未	4200642214	22	4	3	3.9	3.35	-117	-	-	-	+	+	300mg	个	一个	(一)	
			后		6(一)	步																		
洪××	一九二五	女18	前		6(上)	溶解	有	97008291	20	5	9	5.4	3.8	-86	+	-	-	+	+	300mg	个	1	(一)	右 上 ○ 形 或 改 用 真 甜 气 滴
			后		6(一)	化		80007822	68	1	8	5.5	2.1	-83	+	-	-	-	-	-	三/日	半		
顾××	一四九七	男22	前		6(上)	溶解	未	63007822	16	3	6	5.2	3.4	-94	(6)(7)	-	-	+	+	300mg	个	2	(一)	中 右 有 甜 糖
			后		6(一)	化																		

日光灸用於治療肺結核12例總結報告

江都縣人民醫院針灸科 孔祥光

前 言:

我本人過去曾經運用日光灸治療肺結核多例、有關療效方面、當時並未重視、亦未作出結論、在本年秋季、關於58年所治肺結核患者5例、通過一年來的觀察得到很好療效、我院黨政領導對這門療法不但重視、而且鼓勵我們、根據以上的收效成果、再作進一步的開展治療和臨床觀察、所以在本年秋季繼續接受治療患者10例、症狀為浸潤型肺結核（內有空洞五例其餘為活動性和開放性五例）、經過日光灸的治療時間35—52次、治效的收效兩例痊愈、五例好轉（其中空洞三例、兩例範圍縮小、一例消失）、還有二例中途停止、一例好轉、體重增加四公斤半（此患者在接受治療前曾經大量出血）。治後尚未透視、因是不作為治效論、茲將以上患者治療過程作出如下介紹：

二、疾病簡述:

肺結核是一種慢性長期頑固之疾患、傳染途徑為結核桿菌由呼吸道吸入侵襲肺部、在感染後它能長期的隱伏於人體內而不發生病症、亦有患者感染此菌後能很快的發生病變、總的來說結核菌致病與人體強弱確有密切關係、一旦感染變覺此疾、除及時治療外、在攝生保養方面均須要重視、如此不但能控制疾病發展、而能達到愈合功能、否則感染此疾後不注意治療與攝生保養的話、也會很快發展增劇、最後形成一個不治之症、甚則以致死亡、所以結核病在治療與攝生保養應同時並重。

三、治療方面:

肺結核到目前為止、還沒有特效的療法、雖然有些藥物能以治療、但未能得到基本解決、在祖國醫學對此疾患早有記載（名曰癆瘵）、治療有藥物與針灸、針灸治療多著重於灸法、灸的原理以借艾火的熱能為之刺激循環旺盛、（本草載云：宣通經脈、調和氣血）以達調整組織機能而來促進增強抗體消滅病菌（細菌）之效。依據這一個原理採用日光的熱能治療肺結核、確是頗合理的療法。但日光中是含有各種不同放射線、如：紅、橙、黃、綠、藍、紫等光線、這些放射線中之一的紫外線對於人體是為最有益、因人體內的紅白血球之作用它有自然抗菌功能、如果人體通過日光中的紫外線照射後、血球抗菌功能就會更加活躍、有關日光中的紫外線不但能殺菌、他還能製造維生素D、用於人體具有促進鈣質新陳代謝之作用、將日光中所含有的功能施治於肺結核、的確是

一个良好的疗法、茲略举治驗病例如下：

一、患者孙安羽、性别男、年29岁、在本县凡川人民公社中心小学为会计，他在56年患局灶型（經透視診斷）肺結核。当时治疗服用異菸肼等药，至57年底透視檢查，轉化为浸潤型並有活动性。仍給以異菸肼等藥服之、而后給以日光灸的治疗、時間前后为两个月，再經透視檢查为吸收好轉期、繼續又用此法治疗的一月，（此时即不重視服藥、有时甚至不服）最后透視痊愈。在今年（59年）春季又复透視一次批註心肺正常。

二、患者陈友瑜，性别男，年26岁，在本院为外科医师，患局灶型肺結核，用藥物治疗，未覺好轉；局部覺有隱痛感。后經用日光灸的疗法的二十次，再經透視檢查鈣化痊愈。

三、患者严长根，性别男，年27岁，在江都印刷厂工作，今年夏季患咳嗽时痰中带血，精神不振，因而到揚州苏北人民医院透視檢查为肺結核，有活动性；来我院門診治疗，予以日光灸在治疗过程中近20次，咳嗽减退，精神轉佳，后繼續施用此法共43次至12月13日到揚州复查（透視）肺部正常，无器質病變。

四、患者宋仲清，性别男，年29岁，在县委劳工部工作，56年患咳嗽到揚州透視檢查为6 $\frac{\text{上中0}}{\text{(-)}}$ 型肺結核，經住院和門診治疗（注射过鏈黴素50支）未能痊愈，今年6月由於精神不振，再到揚州透視檢查为6 $\frac{\text{上}}{\text{上}}$ III肺結核，有活动性，因而来門診要求日光灸治疗，計35次在9月21日透視檢查肺部，右上除硬結塊外，余肺清晰正常，体征經治后甚佳。

五、患者耿龙瑞，性别男，年29岁，在真武公社中心小学为教师，过去有結核病史、今年9月19日至揚州透視复查，为6 $\frac{\text{上中}}{\text{上中}}$ III肺結核，在透視后第三日下午吐血而来本院住院，除服異菸肼藥物外，予以日光灸治疗35次，而后再經透視檢查，病灶为鈣化点状，边缘清楚，体重增加五公斤，精神轉佳出院。

附表：

病 型	病 例	疗 程 次	好 轉	痊 愈	无 效	备 註
局 灶 型	2	20		2	0	
浸潤型(活动性)	7	35—48	3	4	0	
浸潤型(空洞)	3	32—51	3		0	
合 計	12		6	6		

四、治疗过程：

日光灸医疗肺結核，这是一个新的疗法，在治疗过程中毫无一点反应和不快之感，施用日光灸时，灸后患者均感觉週身舒暢，精神振奋。但是通过以上病例来看，日光灸的效能，在季节上来讲以春、夏、秋三个季度疗效最佳，冬冷比較差一点。其次治疗时对于攝生，保养亦須重視，如此功能促进早日愈合，此者不独用於日光灸，其它藥物亦然。

五、日光灸疗操作:

1. 医疗方面: 此法如果取用一般日光而乘作为医疗者, 在治疗上就不能如理想的收获, 所以必须通过一种仪器摄取强有力的日光, 如能起有疗效之价值、其法取用放大鏡一面(橫徑为二寸半, 此鏡眼鏡公司內有售), 用时將放大鏡对准日光摄取縮小到十分之二左右(此光度比鏡面的範圍小去十分之八左右, 相等於人体在地球上与日球接近了十分之二左右), 以这样的—个日光热能, 运用于医疗上, 当然就能起了发挥之作用, 此法不仅用於治疗肺結核, 它还能医治慢性支气管炎, 咳嗽, 气喘以及慢性风湿痛等疾患, 疗效均显著良好, (通过多例治疗甚佳)。

2. 操作: 灸时事先取好应灸孔穴, 用笔点記, 而后將鏡面光度縮小到十分之二左右对准应灸孔穴, 施以照射(此即日光灸法), 被灸部位稍刺即有灼痛之感, 应立即將鏡面摄取縮小之光度放大一些, 繼續灸之, 或者更換他穴交替使用, 每穴照射時間約五分鐘左右, 被灸部位皮肤即現有紅暈痠痕和灼痛感, (此时当須停止, 否則起泡) 照射時間以中午前后五、六小时为最佳(日光好, 热度强) 每个疗程約五十次左右(此为初步观察确定, 指肺結核而言, 其它疾患不在此例)、但是亦可延长和縮短(主要根据症状为决定)、在治疗过程中, 設遇阴天而无日光时, 亦可間隔, 待有日光再行繼續施灸。

3. 取穴: (此皆配穴, 用於肺結核, 其它疾患不在此例), 背部: 肺俞、膏肓、福俞、胆俞。胸部: 中府、气戶、除此之外, 配用艾灸关元、足三里, 以助促进組織机能旺盛, 其它孔穴亦可酌情取用(不要局限於此), 总之适宜病症为主要, 以达有效为目的。

4. 禁忌: 患者高热期或者大量出血禁用(应以药物治疗), 待其热退, 止血后精神轉好, 予以灸之。

六、結論:

1. 运用日光灸在我院来讲, 还是一个新的医疗方法, 此法通过理想实验、观察而成, 为一种放射线的理学疗法, 我們可知太阳不但能保护动植物的生命, 能使动植物生长繁殖, 而且以日光之有益於人体者, 於此可見重要, 古人对日光很重視, 称太阳为神道, 以太阳中的功能非一般理学所能及也。有关这门科学, 簡希有志斯道者, 在党的领导下, 共同来研究探討, 使它发揚光大, 更进一步在医疗上发挥它的作用。

2. 日光灸在医疗过程中, 通过以上的病例观察, 並無不良反应, 但是患者在情緒方面, 尚有傾向药物治疗的思想, 对此在治疗前事先必須向患者加以說明日光有益於人体的作用, 和医疗之价值。其次在医疗过程中一定要有耐心和耐心的接受治疗, 如此始能获得应有之疗效, 这一个思想动员准备工作, 事前一定要做好, 而使患者能够安心接受施灸。

3. 患者在治疗时常能遇到的如咳嗽, 发热, 失眠, 心悸等症, 亦可配以針灸药物助治, 以求在治疗上达到尽善尽美为目的。

4. 以上所述为通过临床实践体会所得, 但是本人由於文化科学水平所限, 此篇的論述不够具体, 尚希批評指教。

胃下垂16公分經一月推拿上升6公分

苏州市中医院推拿科 丁瑞云

胃是水谷之海，仓廩之官，腐熟水谷，为后天給养来源。胃既能容納水谷，又有运化吸水谷精气的作用，以供給需要。所以說五脏六腑皆禀气於胃，是后天的根本。

在以上可看出胃占据人生命的重要地位。

病例：

严菊森 男 30岁 志成小学教师

起病於52年因工作过度，睡眠不足，飲食失調，逐漸引起胃病。

症状：

食慾不振，周身疲乏，严重失眠，泛酸嗝臭气，屁多、腹鸣、胸悶、腹泻、四肢发冷，发麻发抖，体重日減，面黄肌瘦，54年在第二人民医院透视，胃下垂16公分（七指胃下垂）。

治疗經過：

用过苏联溶血疗法及胎盘注射，气功治疗，症状好转，但胃透视未有上升。

59年4月来院推拿，經一月治疗透视，胃极度明显上升6公分，并一切症状亦漸見減后繼續治疗四个月症状全部消失，并且在这学期开学已恢复工作。

推拿手法：

三指平推两手紧縮拿揉股桑法旋摩法三指揉法掌压法。

推拿部位：

頸部鎖骨窝背部腹股沟腹部头部。

烏賊骨粉、三七粉治疗消化道出血三例报告

南京市立第四医院 孙 炳

我院内科一年来收治多例消化道出血的病人，一般均采用輸血、輸液、仙鶴草素、固血素等治疗，但效果均不滿意，曾有兩例因急救不及招致死亡。自从学习祖国医学以来，在本院中医何其愚老夫指导下，中医中药已广泛应用于临床，均收到不同程度的效果。其中有不少例消化道出血病例，因時間較短，病情尚在观察，茲選擇三例作一介紹，以便进一步研究与推广。

例一：徐荣昌，男性，48岁，輪船公司队长，住院号33798，1958年，12月18日入院，主訴为16小时内突然大量瀉血，入院前曾有一度昏迷，不省人事，被发觉后抬送本

院急診收住。患者20年前即有“胃痛史”、1952年曾有數次柏油樣大便，服中藥治癒。入院時患者精神萎靡，輕度貧血、血壓110/80水銀毫米汞柱，體溫脈搏均在正常範圍內，心臟無特殊發現。肝脾不腫大，實驗室檢查，血色素71%，赤血球341萬，白血球6200，中性67%，淋巴33%，流涎機轉正常，大小便為阴性。入院後第二天患者突然現面色蒼白，全身冷汗，脈細而快，血壓下降為70/50 mmHg，血色素20%以下，赤血球164萬。同時嘔血便血共約500—700毫升左右，當即給予輸血300毫升，注射仙鶴草素，血不止，後請中醫會診，給予烏賊骨粉、三七粉各一錢，一日三、四次內服，當晚出血停止。繼續服用五天，並配合中藥異功散（黨參、白朮、茯苓、甘草、蘇皮）及四君子湯（同上去除皮）輔助治療，以後再未出血，半月後患者下床行動，吃軟飯飲食。最後診斷胃潰瘍併出血，經X線攝片疑為胃癌，現正以中藥治療。

例二：邵貴成、男性，二十八歲，理髮員，1959年一月20日入院，主訴10小時內便血五次，每次約200毫升。1958年六月曾嘔血住本院29天，經X線攝片診斷為十二指腸球部潰瘍，以往有局灶型肺結核血吸虫病（未治）。患者入院時全身萎黃，神志恍惚，脈快而細，血壓90/70 mmHg，入院後輸血800毫升，在入院後十二小時內又便血兩次約500毫升左右，血壓由90/50降為50/0 mmHg，當即投以烏賊骨粉、三七粉各一錢、一日四次，用水拌為糊狀內服，翌晨便血停止。第五天後，以甘油灌腸，初為黑色，後為黃色，後又給予中藥八珍（四君子湯合四物湯）補血補氣，患者體力迅速恢復，兩星期後出院。

例三：田文龍，男性，43歲，搬運工人，住院號三四五八九，1959年1月26日入院，主訴嘔血一小碗，黑色大便三天。三年來有“胃痛史”，時有嘔酸。臨床診斷為潰瘍病併出血。入院後又嘔血兩次約800毫升左右，除輸血800毫升外，以上法治療，嘔血及便血停止。

討論：以上三例均為嚴重的消化出血，嘔血便血均在1000毫升左右，經烏賊骨粉、三七粉治療後立即止血，又經服中藥配合體力迅速恢復。各種文獻曾多次記載烏賊骨粉（即海螵蛸）有止血，止痛，收斂潰瘍面，制酸的作用。三七粉（原名山漆又名金不換）李時珍本草綱目記載“三七根止血，散血、定痛、金刃諸傷，跌打，血出不止者嚼爛塗或末擦之，其血即止，亦主吐血，衄血，下血，血痢、崩中經水不止等……”。

結論：根據以上三例的初步觀察，消化道出血用烏賊骨粉，三七粉治療效果確實可靠，且迅速及時，服用方便，值得採用。服法：烏賊骨粉一錢，三七粉一錢，一日3—4次，用少量水拌為團狀內服，共服5—7天為一療程。服藥後無任何不良反應，唯有便秘。可適當採用川貝或氧化鎂內服即可糾正之。

蜂蜜治療消化性潰瘍的初步觀察

徐州第三人民醫院

胃及十二指腸潰瘍在日臨床工作中頗為多見，本病患者往往疼痛，嘔吐和出血（吐血或便血）來院求治。

目前对消化性溃疡的治疗方法很多，如催眠疗法、封闭疗法、组织疗法、溶血疗法等但均未达到理想的效果，我院自1957年起试用蜂蜜治疗消化性溃疡22例疗效较为满意，特此介绍以供参考：

病例选摘

1. 为了便于观察蜂蜜对于消化性溃疡的疗效22例患者均在住院条件下进行。
2. 每一患者在未治疗前均经X线钡剂检查凡能检查出壁龛者之生为对象，治疗后复查对照。
3. 有明显之临床症状，特别是有自觉症状者及他觉症状者为治疗对象。
4. 治疗期间一般均停止使用其他药物（如制酸剂药）用药期间食用胃五次易消化的饮食。

蜂蜜之使用方法

配制时将蜂蜜（黄蜜）加湿将浮于上层的泡沫去除后使用其配方为：

蜂蜜 60 毫升

0.5%奴夫卡因 40 毫升

混合为 100 毫升为一次量

一日三次服用（一日量 300 毫升）

疗效分析与讨论

本文对疗效之估价是根据：“止痛日期”“壁龛消失”“复发率”来作为标准的。本病例中包括十二指肠溃疡10例，胃溃疡6例，复合性溃疡4例。

1. 溃疡部壁龛的复查：本组病例在治疗前后均作X线钡剂检查根据现有20例观察，在10例十二指肠溃疡患者中复查壁龛消失者8例，6例胃溃疡患者中，复查壁龛消失者5例，一例壁龛显著缩小，复合性溃疡4例，有二例壁龛全部消失，一例胃溃疡壁龛消失十二指肠溃疡壁龛仍存在，一例十二指肠溃疡壁龛消失，胃溃疡壁龛好转壁龛消失时间，平均为三十二天。20例中痊愈的（壁龛消失）达85%进步的10%，无改变的5%。

2. 疼痛消失：在本组20例中，有18例疼痛完全消失，2例疼痛减轻，疼痛消失最短者6天平均为22.2天在疼痛未完全消失的二例中为复合性溃疡。

3. 一般症状之改善：由于疼痛的消失，打断了恶性循环增强了患者的治疗信心，本组病例均有不同程度的食欲增进和精神好转。

复发率：因时间较短，对远期疗效尚未能作出结论除一例患者出院后四个月又复发再第二次住院，再用蜂蜜治疗外所有患者出院后均未见再来院门诊，复查者已达17个月以上。

本组20例经蜂蜜治疗后，有效的19例（96%）无效一例从无一恶化或加重治疗过程中无任何禁忌症及不良反应（除个别多服后有时大便稀的现象）。

附病例摘要:

患者曹××男性 27岁已婚(扬州人)职员住院号, 29327号, 胃区因剧痛一进入院患者溃疡病史, 已有五六月之久, 且反映有吐血、黑粪的现象在外曾接受过各种治疗, 如野封闭组织疗法、西皮(Sippy)氏饮食疗法溶血疗法等皆告无效后又到北京X医院治疗, 经用睡眠疗法治疗未能获得满意效果返徐休养。57年春又因吐血黑粪任本市某市立医院治疗, 在住院期间, 又接受甘草浸膏治疗, 无显效, 嘱患者回家休养, 近一周来有胃区剧痛, 疼痛发生于餐后半小时, 并因疼痛而惧食伴有嗝气吐, 而入本院治疗。以往曾患过麻疹, 痢疾个人有烟嗜好否认性病史。

体格检查: 神志清晰, 发育正常, 营养中等, 呈现痛苦面容, 心、肺(一)腹部柔软肝脾不能触及剑突下有显著压痛、四肢脊柱无异常。

化验室检查: 血: 红血球320万血色素70%白血球4000中性者54%淋巴球46%。粪常规检查: 虫卵(一)总血球试验阴性。尿常规检查阴性。X线钡剂检查: 胃溃疡。

入院后给予食用曾五次软质膳食使用蜂蜜治疗, 治疗后翌日病者疼痛即显著减退由剧痛转为隐痛, 治疗第六日疼痛消失并且食欲增进, 吐酸、嗝气的现象消失, 精神转好, 二周后胃钡检查示溃疡部壁龛消失。

蜂蜜之原成分为葡萄糖及果糖占70—80%另外蔗糖各种维生素芳香物质及矿物的含量亦很丰富。

蜂蜜应用在医疗上已有二千多年的历史, 使用范围很广, 神农本草经云“蜂蜜治心腹邪气惊悸痲安五脏诸不足益气补中止痛介寿除众病和白柔久服强志轻身不饥不老。李时珍的本草纲目中言”其入药功有五: 清热也、补中也、解毒也、润燥也、止痛也。又据苏联医学报导用蜜蜂治疗消化性溃疡可有良效, 有60%的患者溃疡部壁龛和消失和消化不良和疼痛也可迅速除去, 胃液酸度降低, 食欲增进。我们曾经给消化性溃疡患者单独内服奴夫卡因效果不佳, 而蜜蜂与奴夫卡因合用的效果则比较满意, 单独用蜜蜂亦有疗效现在观察中。其作用机理目前尚不十分明了, 有待作进一步之研究。

消化性溃疡病例分析

姓名	住院号	性别	年龄	溃疡部位	痛消失日期	溃疡消失日期	转归	服蜂蜜天数
苏××	34688	男	44	胃及十二指肠溃疡	11天	20天	痊愈	21天
杨××	30379	男	50	十二指肠溃疡	12天	23天	痊愈	25天
李××	37558	女	29	胃溃疡	21天	24天	痊愈	25天
吴××	31284	男	38	十二指肠溃疡+	27天	28天	痊愈	30天
				胃溃疡			好转	30天
胡××	31342	男	27	胃溃疡	14天	40天	痊愈	40天
郑××	32155	男	39	十二指肠溃疡	19天		好转	45天
戚××	33680	男	34	十二指肠溃疡	8天	49天	痊愈	55天
周××	31033	男	38	胃溃疡+		38天	痊愈	49天
				十二指肠溃疡			无改变	

姚××	27907	男	36	胃溃疡	16天	17天	痊愈	痊愈	26天
董××	32337	男	30	十二指肠溃疡	25天	30天	痊愈	痊愈	34天
常××	28038	男	45	十二指肠溃疡	30天	36天	痊愈	痊愈	38天
吳××	28814	男	30	十二指肠溃疡	37天	38天	痊愈	痊愈	40天
王××	28809	男	25	十二指肠溃疡			好转	好转	31天
賈××	29327	男	27	胃溃疡	6天	14天	痊愈	痊愈	28天
楊××	30185	男	42	胃溃疡	19天	26天	痊愈	痊愈	23天
苏××	34692	男	40	十二指肠溃疡	17天	18天	痊愈	痊愈	18天
孟××	34026	男	41	胃溃疡	21天	显著缩小21	显著好转	显著好转	21天
馬××	33487	男	34	十二指肠溃疡	60天	90天	痊愈	痊愈	90天
周××	34540	男	40	十二指肠溃疡	28天	30天	痊愈	痊愈	31天
李××	34506	男	30	胃溃疡+ 十二指肠溃疡	20天	22天	痊愈	痊愈	22天
共 計	20	男19 女1		胃溃疡 6 十二指肠溃疡 10 复合性溃疡 4	平均 21.7	平均 32	痊愈 85	痊愈 85	平均 27天

在治疗 50 例慢性肾炎中对蛋白尿

改变的临床观察

南京中医学院

前 言

在慢性肾炎的过程中，蛋白尿是一个非常顽固的症状，而蛋白尿的存在是标志着肾脏机能的失常。如果遇到一个外来的因素便可以引起水肿的复发，或肾脏功能的继续衰退。所以消灭蛋白尿就成为治疗慢性肾炎的根本问题之一。

正常人的蛋白存在于血内，随着血液的运行灌溉百脉，营养脏腑，维持人体的健康。假使肾脏发生病变，血液中的蛋白可以通过肾脏由小便排出。尤其是慢性肾炎，肾脏受损较重，蛋白尿可以持续不断地出现于一个较长的时间内，日久便可导致体力的衰弱，而体力衰弱与肾功能衰退是相互影响，相互关联的。

中医文献里没有慢性肾炎的病名，更不知有蛋白尿的症状。因此对本病的治疗只能以体征为中心进行辨证论治。通过几年来的临床观察，中医对肾炎水肿症状的消退方面是有显著效果的，而在蛋白尿的减退或消除方面，虽然也有一定的疗效，但是和消退水肿相比是不太理想的。而且从目前的医学水平来说还没有一种根除的治疗方法。这是一

項非常細致而又複雜的科研工作。在黨的正確領導下，自今春起，我們就把這個項目的任務作為重點觀察的項目，以冀在中醫學上得出一些治療蛋白尿的規律，從而達到消滅的目的。

二、病例選擇

本院所治腎病中，有急性腎炎，慢性腎炎，腎盂腎炎，腎結核腎結石等。在這些疾病的小便檢查中，或多或少可以有蛋白的出現。為了作有系統的觀察，我們選擇慢性腎炎無水腫症狀或略有輕度浮腫症狀而長期有蛋白尿出現的病例作為重點研究的對象。有急性全身水腫症狀者，由於治療原則是消退水腫為主，故不列入討論。

所選擇的病例，不論門診或住院病例均有西醫師協助診斷檢查。

三、觀察方法

選擇的病例由本組進行集中治療，共同研究，專人負責，定期小結。在藥物治療過程中，配合了化驗檢查以觀察其療效。由於條件的限制，在門診上只能作小便常規檢查，不能作更細致和複雜的生化檢驗。病房中除小便常規化驗外，其他如酚紅試驗，非蛋白氮，肌酐，二氧化碳結合力，血漿蛋白等都作定期檢查。雖然我們的重點是對蛋白尿進行研究，但是這些有關腎功能的生化檢驗在觀察整個病情的變化中亦是十分重要的。

四、治療方法

中醫對蛋白尿的治療是一項新的工作。因為蛋白尿不是肉眼所能觀察到的，更因缺乏文獻記載沒有理論可以依據，所以要用那種方法或那種藥物來針對蛋白尿進行治療，在目前是比較困難的。但是根據以往治療慢性腎炎的體會，在水腫消退後（即有蛋白尿者）的調理是非常重要的。調理的方法，雖然是多種多樣的，但目的却是一個，即如何來加強正氣的恢復，體力充沛使腎臟功能得以逐步恢復，而蛋白尿亦可得到減少或消失。中醫治病主要是辨證論治，當然在某些慢性腎炎患者，雖沒有水腫症狀却還有一些特征提示。同時，也有無自覺症狀者，對這些病例，我們就從他病的病史、症狀、體質、舌苔、脈象等進行分析，明確疾病的屬性（八綱），作為治療的依據。一般來說，慢性腎炎由於脾腎兩虛，水腫泛濫者為多，在水腫消退之後，脾腎之陽一時難以恢復，脾虛則精微不布，腎虛則關門不固。由於飲食精微不生，氣血反下滲膀胱隨尿而出。更因隨尿不斷地消耗蛋白，日久必致氣血更虛。因此，病後的調理着重於脾胃，氣血方面，根據病情的屬性掌握重點進行治療。現將臨床治療蛋白尿的體會，歸納分類確立治法如下：

表(1) 理法方药分类表

分 类	症 状	治 法	方 剂
脾 虚	脘腹脹滿，噎噎口粘，食慾不振，大便正常或溏，舌苔白膩或薄白，脈象濡滑或沉下致浮腫。	健脾化湿	胃 苓 湯 香砂六君湯 理 中 湯
腎 虚	头昏耳鳴，面色蒼白黃黯，腰部痠痛怕冷，相火遺精，小便清長，苔薄白，脈細。	补腎填髓	大棗絲子丸 补 腎 丸 (自 制)
脾腎阳虚	具有上述脾腎兩虛之症狀者，脈象沉細。	温补脾腎	真 武 湯 十全大补湯 參 茸 粉
气 血 兩 虛	头昏心悸，怔忡失眠，行动气短，痰多易汗，面色萎白，入暮腿腫，苔薄質淡，脈細。	培补气血	人參養血湯 參 芪 膏 养 血 膏

以上的分类治法仅是一个大法。可以根据病机的单纯或复杂进行加减。如症状病机单纯者可用简易方如参芪膏、养血膏、补肾丸等，若症状较多，病机复杂者，则用复方治疗。在临床上我们依据疾病深浅程度的不同，进行分组治疗观察，其适应范围列表如下：

表(2) 复方与简易方适用范围表

治 疗 组 别	适 用 范 围
复方组(煎剂)	适用于症状较多，病机复杂，脾胃运化机能减退者，如脾虚型，脾肾二虚型。
复方十九剂	适用于机体虚弱，脾胃运化正常者，如肾虚型，脾肾两虚型，气血两虚型。
简易方(膏滋丸剂)	适用于病情稳定体征不显著者。

五、临床分析

(一)一般介绍:

我们在门诊与病房共选50例慢性肾炎为治疗观察对象。门诊治疗观察者29例，住院治疗观察者21例。其中男性35例，女性17例。发病年龄在21—30岁之间为多(16岁以下由小儿科诊治)占58%。病程一般在1—2年之间，占70%，其余均在二年以上。

(二)类型统计:

50例慢性肾炎，临床体征各不相同，从四诊八纲辨证归纳分类如下：

表(3) 病例分类统计表

分 类	脾 虚	腎 虚	脾腎阳虚	气 血 二 虛
人 数	2	5	30	13
百 分 率	4%	10%	60%	26%

(三) 疗效分析:

1. 分组治疗观察:

50例慢性肾炎, 用复方治疗者32例, 复方合补肾丸治疗者, 12例, 用简易方补肾丸治疗者6例。其疗效统计如下:

表(4) 药物分组疗效统计表

组 别	消 失	显 效	有 效	无 效	合 计
复 方 组	6	12	10	4	32
复 方 十 九 剂	3	0	6	3	12
补 肾 丸	1	2	2	1	6
合 计	10	14	18	8	50
百 分 率	20%	28	36	16	—

2. 分类治疗观察:

在四个类型的治疗观察中, 气血两虚型的蛋白尿消失率为38.4%, 占蛋白尿消失病例总数的50%; 肾脾阳虚型的蛋白尿消失为13.3%, 占蛋白尿消失病例总数的40%。列表如下:

表(5) 分类疗效统计表

类 型	消 失	显 效	有 效	无 效	合 计
脾 虚	1	—	—	1	2
肾 虚	—	2	3	—	5
脾 肾 阳 虚	4	10	10	6	30
气 血 二 虚	5	2	5	1	13
合 计	10	14	18	8	50

3. 发病日程的观察:

50例慢性肾炎的发病日程从6个月—2年者为多, 占70.4%。治疗的效果, 病程愈短, 疗效愈显著, 病程愈长, 疗效愈差。列表如下:

表(6) 病程与疗效分析表

病 程	消 失	显 效	有 效	无 效	合 计
1—1 年	1	6	5	1	13
—1 1/2 年	1	1	2	3	7
—2 年	5	3	4	2	14
—2 1/2 年	2	1	2	—	5
—3 年	1	3	3	—	7
3 年 以 上	—	—	2	2	4
合 计	10	14	18	8	50

4. 治疗日程的观察:

蛋白尿消失的治疗日程从4个月—20个月平均日程为一年,而在7—9月消失者占40%,4—6月消失者18.7%,10—12月消失者16.6%,1年以上消失者为24.7%。列表如下:

表(7) 24例显效(包括消失者)的疗效分析表

日 程	消 失	显 效	合 計
2—3月	—	1	1
4—6月	4	6	10
7—9月	2	1	3
10—12月	2	3	5
1年以上	2	3	5
合 計	10	14	24

5. 門診与病房的疗效观察:

表(8) 門診与病房的疗效分析表

疗 效	消 失	显 效	有 效	无 效	合 計
門 診	10	7	10	2	29
病 房	—	7	8	6	21
合 計	10	14	18	8	50

附注:

消失——蛋白完全消失,尿常规检查(—)

显效——蛋白减少(+++)以上者

有效——蛋白减少(+)者

无效——蛋白无变化或相反增加者

六、討論和体会

通过以上的治疗分析,从表中可以看出许多问题。由于水平关系可能理解得不够深刻,今特提出与大家共同商讨。

1. 从性别、年龄的发病率来看,男性多于女性,年龄在21—30岁之间者占半数以上。这可能是:青年人在日常生活中在个人的摄生方面不够重视。如寒暖不惯,饥饿失常,尤其在夏季喜凉,露卧湿地或汗后游泳或冒水涉水,衣服潮湿后不及时换去,以致风寒水湿由肌腠内侵。更因思情纵欲,动力过度,损伤脾胃,外邪乘机侵袭更易发生本病。所谓:“邪之所凑,其气必虚”也。

2. 从类型统计数字来看,脾胃阳虚者占有60%。究其原因,慢性肾炎在水肿期是由于肺脾肾三脏的机能失常而起。虽然已无水肿症状,但是由于水湿的久羁,脾胃之阳受伤过甚,一时不易恢复,故临床表现以脾胃阳虚者为多。并且,日久气血受伤,每易产生严重的贫血,所谓无阳则阴无以生。因血之生长由于中焦,经云:“中焦受气取汁

变化而赤是衄血”，中焦者即脾胃也。今脾胃不能化精微为血，血之来源不足，同时肾虚则命门火衰不能协助脾土熟腐水谷，泌精粕浓液反为精微上注于肺脏，而化为血亦为贫血原因之一，因此脾胃阳虚不复，其结果每易发展到气血并亏，阴阳衰竭之虞。

3. 在分組治疗的疗效观察中，采用复方者32例，蛋白消失者6例，占18.7%。用复方加补肾丸治疗者12例，蛋白消失者3例占25%。用补肾丸治疗者6例，蛋白消失者1例，占16.6%。三者比较以复方加补肾丸的疗效最高。这一组的类型，虽然属于气血两虚，但脾胃的运化吸收机能健旺。正因为脾胃之机能尚健，能够接受补剂而发生作用，所以治疗以温补脾胃。气血双补法为主，方药用十全大补汤，大菟丝子丸，人参养营汤等加减作为煎剂。另外配合补肾丸。从培补气血的根本图治。以恢复内脏机能的作用。从而使血内的蛋白逐渐不再外溢，慢性肾炎就能相应的得到痊愈。

4. 在治疗过程中除了掌握症状的变化外，对舌苔、脉象的观察也是很重要的。如果舌苔后腻，食欲不振，则可妨碍培本的治疗。因培本的药物大都是补养剂，而补养剂可以壅滞气机，影响脾土的健运及对药物吸收。这时就必须要从调理脾胃入手，先行化湿助运，待湿邪清后，胃纳脾运正常始能转入培本阶段，这样就拖长了疗程。若舌苔清润，食欲正常，则对补药吸收快，效用亦大，疗程就短。若舌质淡白胖大，面色苍白，眼象沉细若无，体力极度虚弱而又食欲不振，则治疗困难，病体不易恢复。

5. 从门诊与病房的疗效对比看，门诊治疗效果明显，这可能与疾病的轻重有关，因住院病例大都是病情严重者，治疗颇费周折，而门诊病例一般比较轻，病情稳定治疗较易。

6. 治疗疾病不仅是医生问题，病人的配合医疗，对预后的好坏疗程的长短是一个重要的关键。尤其对慢性疾病更为重要。俗语说：“三分治疗，七分休养”，可见治疗与休养有着密切的关系，而在慢性疾病中往往休养重于治疗。事实也是如此，在临床上有些病人不肯遵守医嘱，以致经常反复影响治疗效果。所以我们必须和病人说清楚疾病与休养的利害关系，使病人很好地配合治疗。大体上包括下列几方面：

第一、气候方面——气候不调，复感六淫的侵袭是本病发展或复发的因素之一，因此在治疗的过程中应注意气候的变化。有的感受了风寒或风热便可引起水肿复发成为急性发作期。这样不但影响治疗，反可促使疾病趋向恶化。

第二、饮食方面——本病的禁忌是比较严格的，尤其是盐。一般在水肿消退后三个月可试服低盐。但是有些病人对盐量的掌握不严，有时与正常人同餐，这样超过了规定的盐量便可伤及肾气。所谓“肾病勿多食盐”。伤食过饱，多吃生冷水果都可影响脾胃的功能。输送失职致饮食之精微不能吸收。不但影响蛋白尿的消失，而且可以引起水肿的复发。有少数病人吃了豆类食物，尿蛋白突然增加。

第三、活动方面——本病在水肿期固然应绝对卧床休息，当水肿消退后，尿蛋白继续存在，仍须注意卧床休息，同时配合适当的活动。在蛋白尿消失后尚需休养三个月再考虑恢复工作，先半工半休一个月，如无变化再增加工作量。若骤然恢复正常人的活动量，则疲劳过甚蛋白尿可复出现。但是也应注意不要经常卧床，不去活动，否则会影响整体机能的恢复。

第四、思想情绪方面——治疗疾病必须身心愉快的条件，如果情绪忧郁，就会影响治疗效果并促使疾病发展。如有些病人在受到刺激或情绪不愉快的时候，便可产生其他

疾病，常見的如影響食欲，胃脘悶脹，嗝氣作飽等。

第五、房室方面——房勞則傷腎，腎傷則关门不固，精離下流，因此在本病未愈之前必須避免房事，以免更加新傷腎氣消耗陰精，影响恢复，或造成复发。

以上五点在治疗蛋白尿的过程中必須隨時注意，否則不但影响藥物效果，延長治疗的过程，並且容易引起病情的发展。

七、小 結

1. 对治疗50例慢性腎炎——尿蛋白的一般概况，治疗法则及疗效分析作了概括性的敘述，并将臨床体会作了初步的理論探討，加以小結。

2. 以上50例均是慢性腎炎无水肿而有蛋白尿症状者，在中医的分类上，以脾腎阳虛，气血兩虛者为多。在治疗上使用复方者最多，复方加丸剂者次之，单用补腎丸者最少。而其中以温补脾腎益气养血，固本培元的方法最多，疗效亦显著。通过臨床实践可以得出，慢性腎炎必須从本图治是一个重要的治疗法则。

3. 通过臨床实践說明了理脾胃的法则，在治疗向整个过程中是一个重要的关键。納运健則疗效高，疗程短；反之則疗效差，疗程长。

4. 对治疗过程中有关个人的攝生問題，提出五項应注意的事项，作到藥物治疗与生活調养紧密配合，以提高疗效，縮短疗程。

5. 对慢性腎炎蛋白尿的研究是一桩新型的工作，尚在探索阶段。就所选择的病例統計：尿蛋白消失率为20%，显效者28%，有效者36%，无效者16%。这个疗效还不是理想的，尚有待今后进一步研究，这也是我們努力的方向。

中医治疗急性腎炎并发尿毒症三例报告

盐城医学院附屬医院 中医科 夏少泉

一、祖国医学对尿毒症之認識

尿毒症的名称，不見於祖国医学文献，而其所具有的各种症状和治法，則散見於历代医籍文献之中，內經云：“腎气虛則厥”又云：“腎病，少腹脹脊痛，脂瘦，三日，背脊骨筋痛，小便閉，三日，腹脹，三日，兩脇支滿，三日不巳死。”傷寒論云：少阴病，吐利，手足厥冷，煩燥欲死者，吳茱萸湯主之。又云：“干嘔、吐涎，頭痛者亦主此湯。”又云：“藥不尿，腹滿加瀉者难治。”从祖国医学經典著作中，可以見到腎虛、腎病，发生无尿症时，而有头痛、干嘔、腹滿、嘔逆、肢厥、煩燥等症狀，很可能就是現代医学所說之尿毒症，但历代医家又云：尿毒症包括在癰閉疔喘之內。李东垣謂“經曰：气口大於人迎四倍，名曰关，关則不得小便，人迎大於气口四倍，名曰格格則吐逆，关

者甚熱之氣，格者甚寒之氣，是關無出之曰，格無入之理也，小便者，足太陽膀胱所主，生於肺金，肺中伏熱，水寒能生，是絕小便之源也，渴而小便不通者，肺氣不得降是也，故用清燥金之正化，氣薄淡滲之藥，瀉火而清肺，滋水之化源也，若熱在下焦而不渴，其絕其流而澀不得澀也，須用氣味俱厚，閉中之閉之藥治之，朱丹溪以為小便癱閉，有氣虛，有血虛，有實熱，有痰氣閉塞，皆宜升提，羅太元認為小便癱閉有三，一為津液偏滲於腸胃而大便泄瀉，宜分利，一則熱搏下焦津液，則濕熱不能行，宜滲泄，一為脾胃氣虛，不能通調水道，宜順氣施行，他如劉河間之熱，張知悌之寒，嚴用和之五淋，陳無滯之三因，朱彥修之痰積死血，劉宗厚之腎虛火熾，叶天士則謂尿閉由於肺氣癱阻，上穹開則下穹自開，從以上各家議論，所見小便癱閉，原因甚多，因之治法也就不同，我以為癱者，淋也，閉者，閉也，閉者弱之氣，氣化不運，淋漓点滴而出，相當於現代醫學之慢性泌尿系炎症，閉者小便閉塞不通，相當於現代醫學之尿瀰留。當然尿瀰留可以併發尿毒症，但尿瀰留原因甚多，治法亦夥，如果治療得當，不會有多大危險。而尿毒症如由急性腎炎演變而來，發生頭痛頭暈，噁心嘔吐，小便不通，神昏肢搐，這不僅是腎臟泌尿系統障礙，而且引起消化系統，呼吸系統，高級中樞神經系統一系列的變化，對於人的生命，存在很大的威脅，然而我們如果根據古人治療急性水腫病的原則，結合患者整體之閉阻表裏寒熱虛實，靈活地因症制宜，對症處方，尚不難收效一定的療效。

我院近來收治急性腎炎併發尿毒症三例，通過中醫治療，完全治癒，現將治療經過，簡略介紹，垂鑒殊多，尚祈批評指正。

二、病例簡介

例一：

患者王××、男性、16岁、建湖人，学生，1959年3月28日入院，門診号，7006，住院号，16066

現在病史：

患者於一周前，突然感到眼臉浮腫，周身不適，當由校醫診為寄生虫病，次日，眼臉更腫，食欲不振，因回家休養，越兩日，增加惡寒發熱，頭部劇痛，立赴建湖醫院檢查，診為急性腎炎，當用中西藥合併治療，無效，且於昨日突然陷入昏迷狀態中，小便点滴俱無，於今日送來我院，在途中曾作抽插兩次，現雖不癱，但昏昏嗜睡，神志不醒。

既往病史：

曾患過瘧疾、痢疾、無血尿、尿少、尿閉歷史，近日亦未服用藥劑，個人一直在學校讀書，無外出史，無烟酒嗜好，一家八口，父母弟妹均健康。

體格檢查：

體溫：39.6°C 脈搏92/分，呼吸30/分，血壓：149/95毫米汞柱。

一般情況：發育良好，營養佳良，面呈黃色，嗜睡，無痛苦病容，眼臉浮腫，頸部無異常發現，胸部無特殊，腹部平坦柔軟，肝脾腫到，下腹部不脹滿，（膀胱無尿）四肢及外生殖器正常，神經系統中僅頸部稍有強直，其他無陽性体征。

化驗檢查：

血象檢查：白血球計數，11,600，紅血球計數：375萬，血色74%，中性72%，淋巴球28%，出血時間：2分25秒，凝血時間：3分49秒，血小板：243000/mm³，非蛋白氮：38mg%

大便檢查：黃色、稀、無血，無粘沫，未發現虫卵。

小便檢查：棕黃色、清、酸、比重，1030蛋白(+)管型(+)紅血球(+)酮體(+)酚紅試驗总量：40%。

腦脊液檢查：無色，透明，細胞數6/mm³分類皆是單核細胞，潘氏試驗陰性，染色未檢到細菌。

胸透：肺野清晰，心臟正常。

診斷：急性腎炎併發尿毒症。

治療經過：

第一步驟：

3月28日因患者高熱神昏，小便全無，血壓：149/99.5毫米汞柱，舌苔黃干，脈至滑數，我們擬診為風水相搏，郁抑生熱，熱上沖腦，產生腎性昏迷，（假性尿中毒）主要以疏風清化，佐祛熱利瀉為主，用麻黃連翹赤小豆湯加味。

防風六分，連翹五錢，飯赤豆二兩，銀花一兩，甘草一錢，石決明一兩，丹皮三錢，勾丁三錢，夏枯草三錢，菊花三錢，斗鈴三錢，另加紫血丹一錢分二包，每六小時服一次。

第二步驟：

3月29日熱度下降38°C神志分清，夜中小便約500毫升，血壓：124/80毫米汞柱，舌黃不干，脈仍滑數，自訴脘腹覺脹，不思飲食，而且聞到藥味，即欲作嘔，足見肺部症狀，雖然消失，而胃府積熱，依然存在，似方從表里兩解施治，用清心涼膈散加減。

蘇荷一錢五分，連翹二錢，焦梔三錢，黃芩三錢，甘草一錢，桔梗一錢五分，大黃三錢，姜皮三錢，枳殼一錢五分，雞內金三錢，飯赤豆一兩。

第三步驟：

3月30日大便通行，迄已七次，排出為黑褐色糞便，腹脹減輕，但依然聞藥即嘔，且有鼻竇，此乃胃熱上沖，迫血妄行所致，用黃連溫胆湯加涼血清熱法。

黃連一錢，法夏一錢五分，橘皮一錢五分，竹茹三錢，茅根三錢，側柏炭三錢，白芍三錢，姜皮三錢，丹皮三錢，夏枯草五錢，飯赤豆一兩，囓藥，少吃多餐，防止嘔吐，二劑。

4月3日體溫、脈搏、血壓、二便均趨正常，衄血亦止，惟有胃脘未復，知肌飲食，食後脘次欠舒，舌苔薄黃。

原方去側柏茅根加鮮川斛四錢，二劑。

第四步驟：

4月6日脈舌正常，食慾亦佳，惟閉虛未復，舌赤少苔，用清心蓮子飲加減。

南沙參三錢，夏冬四錢，黃芪一錢五分，首烏三錢，地骨皮三錢，當歸三錢，丹皮一錢五分，白芍三錢，甘草一錢，飯赤豆一兩。

最後結果：

患者自3月28日入院，計服中藥十六帖，最後小便檢查，黃、清、酸、比重：1.020

蛋白—血化：白血球數7400，紅血球計數385萬，血色素85%中性72%，淋巴球28%，血總蛋白：8.303，於4月16日痊癒出院，恢復學習。

例二：

患者王××、男、22歲、已婚、農民、建湖人，1959年2月入院，住院號15460。

現在病史：

患者系河工民工，於本年一月份，突然嘔血一碗多，伴有寒熱頭痛，十餘日後，先覺臉面浮腫，繼則腫及全身，接之呈凹陷性，小便不多，由山工醫院轉建湖縣院治療。當時，血壓：194/140毫米汞柱，小便：蛋白(卅)、管型(卅)、紅血球(卅)、白血球(卅)、大便：鈎、蛔虫卵(+)血象無異常，診斷為：1.急性瀰漫性腎炎，2.胃潰瘍，即以青霉索、醋酸鉀、烏洛托品、維生素、葡萄糖、無鹽飲食等處理，情況甚好，奈至2月12日早晨，吃早飯時，忽然發生呼吸困難，嘔吐血色痰及泡沫，并蛔虫一條，當即神志陷入昏迷狀態中，該院急以硫酸鎂液、毛地黃、可拉明、葡萄糖等靜注，神志略為清醒，但仍昏迷中，因即將來院求治，當由內科檢查，并根據建湖縣院轉院介紹，按照急性腎炎併發尿毒症處理，予以硫酸鎂液，葡萄糖鈣，胺茶碱，維生素丙等葯，并邀我科會診，轉入我科治療。

既往病史：

患者一貫身體健康，除傷風感冒外，無任何其他疾患，個人出身於建湖，未到過江南，無河水接觸史，家中父早逝不知何病，一家六口均健康。

體格檢查：

體溫 38°C，脈搏100/分，呼吸28/分，血壓：196/124毫米汞柱。

一般情況：發育良好，營養尚佳，皮膚無黃染，淋巴不腫大，但全身浮腫，腹部轉為膨隆，肝脾未觸及，項柔軟不強直，甲狀腺不腫大，氣管居中，心音正常，心律整齊。

化驗檢查：

血象檢查：白血球計數6200/min³，紅血球計數496萬，血色素95%中性62%，淋巴球28%，酸性6%，硷性4%，肌肝1.5mg%，胆固醇164mg%，非蛋白氮332mg%。

小便檢查：橙黃，微混，酸性，比重1.080，蛋白(卅)、管型(卅)、酮體(+)、酚紅試驗总量3.9%。

大便檢查：質軟、成形、色黃褐、鈎、蛔虫卵(+)

胸透：兩肺清晰，心臟正常。

眼底檢查：兩眼視神經乳頭色澤邊緣正常，動脈變細，靜脈輕度擴張，動靜脈之比，約為2:1。印象：第一度高血壓性眼底病變。

診斷：急性腎炎併發尿毒症。

治療經過：

第一步驟：

2月12日，該患者雖然身熱神迷，小便不行，血壓196/124毫米汞柱，但舌苔白厚，望之似紅，邊赤有郁血毒，脈弦，見見風水相搏濕郁生熱，法當疏風泄熱，佐以利濕。用麻黃連翹赤小豆湯加減以治之。

劑芥一錢五分，浮萍草一錢五分，連翹四錢，散赤豆一兩，夏枯草五錢，當歸四錢，

車前子三錢，茯苓皮六錢，一劑，並成鼻飼。

翌日神志已清，身熱下降，夜中且有小便一次，遺在床上，令其張口伸舌，能如人意，問其頭痛否？能點頭示意，惟口不能說話，舌仍紅白。

原方加菊花三錢，鯉衣一錢，胆草一錢，蒲公英五錢，一劑。

第二步驟：

2月14日神志全清，語言正常，血壓146/100毫米汞柱，小便日間一次，每次約500毫升以上，但自醒頭中昏暈，飲食不納，大便稀薄舌苔白質，此乃脾陽不運，濕濁內停之象，轉方以健脾利濕為主。

焦白朮一錢五分，陳皮二錢，廣藿香二錢，香附一錢五分，茯苓皮五錢，浮萍草三錢，蒲公英五錢，連翹四錢，飯赤豆一兩。

夜間小便三次，約1000毫升左右，次日舌苔退淨，質赤，知飢欲食，睡眠亦佳。

原方續服三帖。

第三步驟：

2月19日肺勢消退，體溫、脈搏、血壓均趨正常，尿檢蛋白(-)，但頭眩心悸，不耐起立，此病後氣虛，肝風掉眩之象，亟應休養，以資恢復。

黃芪五錢，當歸三錢，夏枯草三錢，勾丁三錢，柏子仁四錢，杏仁四錢，丹皮一錢五分，白芍四錢，硃神三錢。

最後結果：

患者自2月12日入院後，通過中藥治療，症狀完全消失，最後小便檢查，黃、清、酸，比重1.014，蛋白陰性，酮體陰性，酚紅試驗总量60%，於3月2日痊愈出院。

例三：

患者單××、男、13歲、建湖人，1959年2月24日入院，住院號15597

現在病史：

患者於春甘閱酒醉後，發生周身有輕度浮腫，數日後，臉面尤為顯著，繼則周身皆然，小便量少，伴有頭痛嘔吐，呼吸困難，於2月20日住穩湖縣醫院，用葡萄糖、青霉素、鏈黴素、胺茶碱、維生素、硫酸鎂液，及中藥針灸等，治療四天，未見效，小便不解已35小時，大便亦不行，嘔吐日夜五六次，並嘔出蛔蟲十條，特別是頭痛劇烈，不能睡眠，故特來院求治。

既往病史：

自幼身體健康，無特殊病史，家庭中亦無異常可述。

體格檢查：

體溫37.2°C，脈搏64/分，呼吸24/分，血壓186/160毫米汞柱。

一般情況：發育中等，營養欠佳，神志清楚，檢查合作，周身浮腫，按之呈凹陷性，胸部聽診，兩肺有濕性囉音，心率速，心音有Ⅱ級收縮期雜音，腹部稍膨隆（膀胱充盈）神經系統阴性，頸不強直，五官四肢均阴性。

化驗檢查：

血液化驗無異常，大便元虫卵，小便檢查：黃、清、酸，比重：1.018蛋白(卅)、膿球(卅)、管型(+)。

印象：急性腎炎尿毒症前期。

治疗经过：

第一步驟：

2月24日患者虽然周身浮肿，小便不行，但不自引为苦，主诉痛苦为头痛剧烈，呕吐不已，舌薄白，脉浮缓，显见风水相搏，邪不外泄轉以冲脑，则头痛，轉胃則嘔吐，法以开鬼門以取汗，洁淨府以利小便。

防风八分，杏仁一錢五分，夏枯草四錢，飯赤豆一兩，法半夏三錢，茯苓皮四錢，竹茹三錢，药后三小时，即排出小便約500毫升，当晚头痛止，嘔逆平，吃粥一碗，安然入睡。

第二步驟：

2月26日兩日来，小便排出量多，每天有1500毫升左右，因而头不昏疼，食欲佳良，肿势消退，大便亦正常，惟舌尖赤，下肢仍肿，仍以古人腰以上肿当发汗，腰以下肿当利小便施治。

防风八分，杏仁一錢五分，浮萍三錢，連翹三錢，飯赤豆一兩，茯苓四錢，澤泻一錢五分，蒲公英四錢，橘紅一錢五分，苏梗一錢五分。

第三步驟：

2月28日肿势全消，一切正常，惟覺精神疲乏，体力不支，此乃心病体虛，正气未复耳，舌白滑，而呈貧血，用当归补血湯治之。

黃芪三錢，当归三錢，白芍三錢，連翹三錢，苓皮三錢，蒲公英三錢，飯赤豆一两。

最后結果：

患者自入院后，通过中药治疗，仅仅六天的时间，小便检查，蛋白阴性，血压100/72毫米汞柱，於2月29日痊愈出院。

三、几点体会

一、温习祖国医学，對於急性腎病水肿之治疗，我国祖先已有最早之認識，內經謂开鬼門、洁淨府，鬼門即是汗腺，淨府即是膀胱，开鬼門指发汗，洁淨府指利尿。汉代張仲景根据內經加以演釋，以为賭有水者，腰以上肿当发汗，腰以下肿当利小便乃愈。我們即根据这种治疗原则，采用張仲景麻黃連翹赤小豆湯以防风易麻黃，結合患者具体情况，高热神昏，可加白虎紫雪，腹脹便閉，可用涼膈承气，出入加減，因症制宜，确能达到解热，消肿，通二便，降血压的要求，不一定要发汗而热可自退，也不必要用許多利尿药而肿亦消。因此，作者认为古人之所謂开鬼門，是包括发汗和清热而言。洁淨府，是包括通大便利小便而言，事实証明，不容疑議。

二、急則治其标，緩則治其本，是我們祖先垂示后人的两句治疗方針，当急性腎炎併发尿毒症时，也可說是腎性高血压形成腎性昏迷。我們在治疗中，首先要注意血压問題，如果血压一經下降，昏迷即便好轉，因此，對於影响血压上升之麻黃，禁止勿用，而在上述方中加入石决明、夏枯草、勾丁、丹皮平肝熄风，降低血压等药，待血压下降后，再图治本，胃阴伤者用甘寒育阴，脾阳虛者用甘温健脾，气虛者用參芪，血虛者用黃芪、当归，隨症施治，不拘一格，无不应手而愈，从此可見急則治标，緩則治本之重要往。

三、急性腎炎尿毒症，用中藥治療後，顯著表現是在24小時內，血壓降低，小便即自通，一週內腎功能即恢復，尿中不再發現蛋白，由此可見中藥之治腎炎，不僅是清熱解毒，消腫利尿，可能尚有某種作用，促使腎功能提早恢復，其藥理機轉如何，尚需藥理專家研究闡明。

四、在急性腎炎尿毒症護理方面，應採取無鹽飲食，絕對臥床。少飲水份，否則腫不易消，元朝危亦林導致方中指出“不能勿服藥”，誠為經驗談。其次，對於嘔吐病人服藥時，應採取“少吃多餐”或者“吐後再服”的辦法。又如昏迷病人，無法服藥，採用鼻飼，也是必要的。

搶救 10 例尿毒症的經驗介紹

南京中醫學院

由於腎臟功能的極度衰退，體內代謝產物的排泄受到障礙，致使氮質滯留而產生的一種中毒現象者，均謂之尿毒症。本症可由慢性腎炎，高血壓性腎硬變，腎小球腎炎，腎盂腎炎性萎縮腎，升汞中毒以及尿路結石等均可引起本症的產生。本病患者儘管其腎臟受損的原因不同，但在臨床上所產生的頭昏、頭痛、惡心嘔吐，口有尿味、視力模糊，皮膚乾燥、搔癢、鼻衄、嘔血、唾血以及四肢抽搐，神志昏迷或狂躁不寧等中毒症狀，和血化檢查中的非蛋白氮與肌肝增高，二氧化碳結合力與腎功能降低，却是本症所共有的，只是產生的時間和程度的不同而已。

在祖國醫學中，雖然沒有尿毒症的病名，但對尿毒症這些症狀的描寫却散在各篇中。該病不但與水腫病有關，隨著水腫的增劇而出現，同時亦可出現在水腫消退之後。前者由於土不制水，腎失開合，水邪泛濫，凌心犯肺上逆所致，如衛生堂鑒說：“凡水腫大喘，氣粗不食乃腎水盈溢上行，旁浸於肺也，不治”。又說：“腹滿咳逆，不得小便，不治”後者由於脾腎真陽告絕，氣不化水，水毒內聚，以致機休日趨衰弱，如衛生堂鑒說：“久病羸乏，喘息不得安，名曰脾腎俱敗，不治”。中藏經曰：“腎絕，大便赤澀，下血不止，耳干、腳浮，舌幹，六日死；足腫九日死”。此外腎厥頭痛亦可發生類似症狀，此乃素體肝陽偏亢，腎陰不足水不涵木，下虛上實所致。如醫學心悟說：“腎厥頭痛者，頭重、足浮，腰脊痠軟，經所謂上實下虛是也。腎氣衰則下虛，浮火上炎，故上實也”。

尿毒症產生的原因及其病理機制雖不一致，但在治療上卻可從症狀表現歸納出其共同之點。和治其他疾病一樣，運用辯證論治的原則，隨症狀變化，探求機理，進行搶救和治療。

在搶救尿毒症患者之初，因為我們意識到目前世界醫學還缺乏有效療法而祖國醫學又無文獻記載有資參考，所以治療信心是不足的。經過黨的不斷教育，特別是經過整風，在總路綫的光輝照耀和黨的中醫政策的鼓舞下，破除迷信，糾正了這種錯誤的認識，發

揮了敢想、敢說、敢做，苦干，实干，巧干的精神。在黨的領導下，組織了專業戰鬥小組，本着中西協作，土洋并舉，兩條腿走路的方針，向尿毒症的頑固堡壘展開進攻。一年來，共搶救尿毒症十例，茲將成功與失敗的經驗教訓，作了初步小結向希予以批評和指正。

一、病因病機的探討

十例尿毒症的原發疾病不同，經西醫協助診斷計有：急性腎炎，慢性腎小球腎炎，腎盂炎，腎結石，高血壓等，因此，病機亦不同，見下表：

以上十例，由慢性腎炎轉成占60%。一例原因不明，此例已往無腎炎、高血壓等有關疾病可追找，但根據腎功能和血化驗檢查，確診為尿毒症。總之，本病的發病原因，雖然不同，但脾腎兩虛，漸入衰敗告絕之途，則為本病的主要機制。

病例数	原发疾病	病 理 机 制	診 断
1	急性肾炎	湿邪入营，三焦气滞，热结膀胱，气化不行，逆传厥阴，心包蒙闭，神明失守。	1. 昏闭 2. 溲病
1	高血压病	脾胃素弱，痰湿偏胜，阻遏清升，浊降，旋转输运之机。	水 气
1	慢性肾炎病	脾胃阳虚，水湿泛溢，上凌心肺，肝失疏泄，水气随之上下，游移不定。	心 水
1	慢性肾炎病 肾 结 石	水病已久，脾肾两虚，湿，热胶积，久凝为石，兼受湿邪，乘虚内侵，逆传心包，厥阴风火煽动，主神明失守。	1. 水气 2. 溲病 3. 石淋
1	慢性肾盂肾炎	肝肾两虚，气血并亏，脾胃生化无权	虚 损
4	肾性肾小	三例系脾肾两虚，气血不足，脾之健运失常，饮食精微不能吸收，以充养机体。	肾 弱
	球 肾 炎	一例水气病久，脾肾本虚，思虑无穷，遗精频频，肾之真阴损伤，阴虚水湿内聚不化，浊气上泛。	阳 水
1	不 明	肾阴不足，命门火衰，固摄失效。	肾 弱

二、疗效分析

十例患者，三例死亡，七例得到不同程度的好转。现将此七例之疗效，以下表示之：
①治疗前后症状对照表

人 数 时 间	状	昏	抽	狂	鼻	嘔	口	头	腕	食	腰	水	皮	便
		迷	搐	躁	衄	恶	有	昏	僵	欲	痛	肿	肤	闭
治 疗 前		3	2	2	2	5	7	6	6	5	4	2	6	3
治 疗 后		—	—	—	—	—	3	1	1	—	2	—	1	—

②治疗前后肾功能检查对照表

检查项目	P. S. P. 尿			N.P.N. 毫克%		肌酐毫克%			CO ₂ 结合力容积%			
	0	1-10	11-20	31-40	40-60	70 120	150 200	2-3	31-7	8以上	35以下	35-40
治疗前	4	2	(一例未作)	1	5	1	3	3	1	5	5	一例未作
治疗后	1	3	1	2	4	2	一例未作	6	(一例未作)	1	1	3

③疗效统计表

疗效	痊愈	显效	有效	死亡
人数	1	3	3	3
百分率	10%	30%	30%	30%

附註:

症状消失, 肾功能检查正常, 为痊愈。

症状消失, 各项肾功能检查均有进步, 为显效。

症状改善, 肾功能检查有一项未见进步, 为有效。

三、症状与治疗的分类

通过十例尿毒症的治疗后, 在临床中体会到虽然均属尿毒症, 由於禀赋强弱, 病史久暂的不同, 故症状的表现及治疗的方法亦不一致, 但是只要掌握了辨证论治的原则, 在出现共同症状时, 都可用相同的方法来治疗。如尿毒症患者出现昏迷狂躁抽搐时, 都可用清心, 开窍镇痉熄风法治疗。当有恶心, 呕吐, 口喷尿味, 浊气上泛时, 都可用升清降浊平胃降逆法治疗。精神萎靡, 腰痛, 腰痠, 面色少华, 气血两亏者, 用培补正元之法治疗。

其次, 既然尿毒症在急慢性肾炎时期都可以产生, 因此, 在治疗上, 须遵下列原则:

(一) 在水肿期, 以增加排泄为主。根据病情和体质的强弱, 用利尿或泻下等法, 清除体内的水邪毒;

(二) 在无水肿期, 以培补元阳, 恢复全身机能为主。如温补肾阳, 或以调理脾胃之法改善和恢复身体的健康, 即从本治疗。

兹将症状与治疗的分类表列如下:

症 状	治 法	方 剂
尿少, 腹部膨满, 甚则喘满不通。	清金宣肺, 淡渗利水	生肌散去五味, 加紫苑吉梗四苓散, 滋肾丸。
狂躁, 昏迷抽搐, 抽搐, 鼻衄吐血, 咯血便血。	清营开窍, 熄风镇痉	至宝丹, 牛黄清心丸, 苏合香丸, 犀角地黄丸, 羚羊钩藤汤。
头昏, 眩暈, 恶心呕吐, 口喷尿味, 暖气作膈, 大便燥结。	升清降浊, 平胃降逆	附子大黄汤, 平胃散半夏天麻白朮汤, 旋覆代赭汤。
精神萎靡, 食欲不振, 脱腹作眠, 倦怠乏力。	健脾养胃, 益气和中	异功散, 香砂六君汤, 麦门冬汤, 资生健脾丸。
食欲正常, 面色少华, 肌肤甲错时脱白屑, 腰痠腿痛, 瘦多而清, 头昏, 气短, 乏力。	温养气血, 填精补髓	济生鹿茸丸, 十全大补汤, 黄芪当归补血汤。

以上所述尿毒症之症状，有先后程度的不同，同时相互有联系，因此在治疗上必须复方使用。在党的领导下，中西配合，共同抢救，能发挥更大作用。当症状平定后，以調理脾胃，培补肝肾法調养之。

四、典型病例介紹

例一：丁××，男，32岁，已婚，会診。

患者於1957年10月6日患头痛发热怕冷肢体痠痛，於10月10日入××医院住院治疗。当时体温37°C尿檢蛋白强阳性，N.P.N.108mg%診斷①流感②急性腎炎。二天后，热未退尿閉不通。經导尿后有尿液少許，已是明显尿毒症之候。12日由我院会診治疗。除上述症状外，有嘔吐腹脹，体发紅疹，昏糊抽搐，牙关緊閉，舌尖紅，脈浮大，是属温邪入营，三焦失宜，水道不利，毒气上凌心肺，厥閉风火，乘机鴟張。診斷①温病②癉閉。先投宜肺行气淡滲利尿药如生肌散去五味子加甘草，吉梗，冬瓜子皮，車前子，澤瀉，葛蒲，川連，滑石，通草等，并服蟋蟀干，血珀，射香等药粉，同时配合針灸。小便能行，繼投养阴宁心熄风潛阳药，如羚羊勾屯湯，大定风珠加西洋参、鮑魚等。药后煩燥扰动已減，风阳漸平，便于养肺和胃药，如生肌散等調治。小便每日有2000c.c.以上，前后治疗二月，小便，血化，酚紅試驗，漸轉入正常，最終痊愈出院。

例二：湯××，男，29岁，門診号87209。

患者於1955年起因身体疲劳尿中发现有蛋白，紅血球管型等，在××医院診斷为慢性腎小球腎炎，当时无浮肿症状，但心尖有三级吹风样收縮期杂音。此后腎功能日益衰退，已入尿毒症阶段，面色就白，腰痠筋減，神疲，語声低怯，苔黃，脈細微弱。檢查尿蛋白，紅血球管型为强阳性。N.P.N.70mg%，肌酐2.3mg%，P.S.P.O%血常規：紅血球263万，血色素50%，眼底檢查視網膜动脉痠攣。於1958年3月來門診治疗，根据脈証所示，系腎虛气血兩亏，阴阳并伤之候。由於症状較单纯，胃納并佳，便以十全大补膏調治，一个月后，体征改善，腎功能衰退情况亦好转，服药四个月。P.S.P.由0—42%，N.P.N.由70—49mg%。血常規：紅血球338万，血色素70%，以后因缺药，便配丸剂調治，以巩固之。

例三：於××，男，25岁，已婚，工人，住院日期1958.10.11。

患者於1955年10月患慢性腎炎，經治之后，水肿消退，仅午后下肢浮肿，休养二年，便作半天工作。1958年4月起尿中有砂石排出，同年10月，在某某医院作腎盂造影及X綫摄片檢查診斷为左側腎盂有結石三枚。檢查后有惡寒，高热，尿赤痛甚，心悸气短、鼻衄。入本院后五天即出現昏迷狂躁，譫語风动之象，舌苔薄白，質紅，脈象浮数。尿常規檢查蛋白，管型膿球强阳性，N.P.N.由70—150mg%，肌肝4.3—5mg%，CO₂结合力25—35mg%，P.S.P.0%。脈症合參，肺腎兩亏於先，温邪繼发於后，正不敌邪，邪不外达，逆入厥少，迫劫风木，蒙閉灵机所造成的昏閉厥逆的險証，急以清营解毒，开窍熄风，凉血止血等急救之法，以治其标。先后用犀角地黄湯，羚羊勾屯湯，牛黃清心丸，三甲复脈湯等加減进治。神識得清，高热亦退，并先后解下結石三枚。此时精神萎靡，食飲不思。乃轉为健脾胃，以暢气血生化之源。在衄旺运健之后，又給以峻补三阴，从本图治之药。住院8个月，以症状消失，形体丰腴，腎功能进步而出院休养。檢

查N.P.N.50mg%，肌肝1.3mg%，CO₂結合力42%，容積%，P.S.P.15—20%。

例四：李××，男，54岁，已婚，於1959年2月2日入院。

患者於1953年患高血压，最高达200厘米柱以上。近年來血压漸降，有时达正常，眼底及下肢經常浮腫，腰痛，噁心，惡心，嘔吐，吐物中常冒熱气，漸少，便秘，十余天面容憔悴。檢查N.P.N.200mg%，肌肝7.5mg%，CO₂結合力32容積%，P.S.P.0%。肤色萎黃，四肢呈白屑枯狀，下肢有潰瘍，語言低微，舌苔厚膩，脈象弦細，重按有力。症系脾胃素弱，痰濕偏胜，阻遏清升，浊降旋轉輸运之机，故采用大黃附子合旋復代赭湯加減，以通降開胃，滌痰泄浊为主。葯后，大便得通，嘔吐漸平，惟下肢瘡瘍潰爛，并突发神識昏昧，語言不清，已呈秽浊蒙閉清窍，熱毒深入營分，有动風痲瘓之險。急以清營排毒。开窍導下葯，如犀角地黃，大承气湯，解毒湯等加減，及至宝丹等進治。取其开窍散瘀以安神，急下存阴以解葯毒。并配合西醫的輸液，鎮靜劑等搶救。治疗后，肺气連通暢通，頑痰熱毒借此大量排出体外，神識很快的就清楚。經二个月的調治，症狀消失。但还不能活动，便進温补脾胃、益气养血之葯。迄今八个月，現已行动自如，面紅、肤潤。N.P.N.70mg%，肌肝2.8mg%，CO₂結合力40容積%，P.S.P.3%。

例五：吳××，男，33岁，工人，已婚，1959年3月2日入院。

患者於1958年10月6日因感冒發熱，於××醫院診治。經檢查后，发现肾功能不正常，小便中蛋白廿，非蛋白氮60.9mg%，CO₂結合力14.5容積%，診斷为尿毒症。三日后，即轉入神志不清，昏迷状态。經治疗后，較為好轉，此后并无特殊治疗。自觉腰痛如折，不能行动，經針灸法后，腰痛減輕，但仍不能活动。入本院后，除上述症狀外，食欲不振，头昏腦脹，大便秘結，小溲清长，脈細，舌苔薄白。檢查N.P.N.90—150mg%，肌肝4.8—5.4mg%，CO₂結合力20—35容積%，P.S.P.3%，已往无腎炎、腎痠痛等腎脏疾患病史。分析显脾胃腎阳气素亏，阳明通降失常，浊气不降，上干清道。先投升清降浊，培益气血葯進治。葯用半夏天麻白朮湯，黃芪当归补血湯加大黃。葯后大便通暢，头昏減輕，然腰疼如故，不能坐臥动作。按“腰为腎之府，轉搖不能腎将憊矣”，內經早有明言，且小便量多色淡，亦属命門火衰，膀胱約束无权，所謂：“水泉不止者，膀胱不藏也”。急轉温补腎阳，填精益髓葯，如济生鹿茸丸，十全大补湯等从本圖治。服葯二月，症狀改善，已能扶棧行走，繼續調治至今，活动情况日有改善，配合針灸、貼膏葯等疗法后，腰痛亦得減輕。惟小便尚多，顏色清淡。肾功能檢查：P.S.P.5%，N.P.N.60mg%，肌肝2.5mg%，CO₂結合力30容積%目前尚在調治中。

五、治疗分析

以上五例，系治疗中有显著疗效者，概括了其他病例的治疗大法。例一，系由急性腎炎引起，高热，嘔吐，遍体紅疹，是屬濕邪入营，中焦不通，胃失和降，繼則尿閉，神識昏糊，狂躁不安，濕邪已經透傳心包，君主神明失守，厥阴之火风扰动，熱結膀胱，三焦气壅。治法則以暢通小便为先。因小便通暢后，其他症狀亦可隨之而減。用清金滋水，开宣肺氣，淡滲利尿法。此亦即方书所云：“上焦开则下焦自开”提壺揭蓋之氣。小便行后，邪入心包之勢未平，隨即轉用清心开窍，熄風潛阳法，昏糊动风之象始平。

例二、系慢性腎小球腎炎轉變成尿毒症。臨床虽无明显体征，但体力之衰弱，面容

之蒼白，從望診便知其腎氣虛弱，氣血虧損已久。以其症狀簡單，便用十全大補膏調治。初起患者對此藥不信任，認為病重難癒，思想上有抵觸情緒，調治月餘，体征減輕，腎功能有好轉，始解除其思想顧慮而繼續調治，獲得顯著療效。

例三、系由慢性腎炎，腎結石轉變而成，有高热、嘔吐、狂躁、昏迷譫語，燥空，呃逆等症。系風脾腎兩虧於先，溫邪結發於后，正不勝邪，邪不外達，傳入厥少，蒙閉心包，風阻內動。治療則先从其標，以開竅清熱，熄風救逆為先。當症狀不穩后，則調理脾胃，峻補三陰，從本調治。

此例與例一雖同屬溫邪入營，逆傳心包，但例一系尿閉在前，昏迷在后，由於溫邪水毒蘊結三焦，故以通利小便為先。

例三、系腎炎在前，溫邪在后，以急則治其標，先從清熱開竅治療，繼與培補。二例之治療措施，因之而有先后之異，但同樣收到療效。

例四、系由高血壓，慢性腎炎轉成。主要特征是便秘結十余天，噯氣欲泛，是屬痰滯，阻滯氣道，升降失司，滲滯之氣不得下泄所致，故先以溫通導滯，平胃降逆法進治。大便暢通后，再隨着症狀的轉變，使用清營解毒開竅泄滯藥。

例五，診斷斷明，但無腎炎，高血壓者有病史。從腰痛、尿多、色清的症狀來分析，則屬腎陽虛損，固攝無權之候，治以溫補腎陽為主。初起大便燥結，五、六天一次，故在補劑中加入大黃一味以通便泄滯。

以上五例治法，異中有同，主要还是尿毒症所表現的症狀有輕重緩急先后階段之不同，故治療應掌握辨證論治原則處理。

六、死亡病例之討論

例一：熊××，男，23岁，未婚，1958年4月23日入院，1959年7月11日9⁵⁰上午死亡。

患者於1953年患急性腎肺炎，并有全身水肿，經治而退，以后曾反复三次。入本院时，有輕度浮腫，腰痠，遺精頻頻，蒼白，脈細，尿蛋白，紅血球，管型均呈阳性，P.S.P.17%，N.P.N.28.6mg% 產屬閉水，脾腎兩虛，水濕無制所致。兼患者因經常遺精，自用冷毛巾敷於丹田处，致使閉塞水氣直浸少阴。經過八个月治療，症狀改善，P.S.P.增至26%。於12月中旬气候严寒，時值大風，患者出游，飽受風寒。次日面腫，繼則全身水肿，腎功能突然衰退，P.S.P.0%，N.P.N.增至100以上肌酐5—8mg%。此時水氣病因感受風寒而致復發，并有显著尿中毒症狀出現。先后曾投桂苓浮萍湯，麻黃附子細辛湯，胃苓湯，半夏泻心湯等療效終鮮。水氣日益熾張。滯滯交阻太阴、阳明，腎，肺損傷，日趨严重，以致胃失和降，上泛作惡，頭昏、頭痛，大便壅行，遺精益甚，甚則日有二次。由院內外中西醫會診，应用通阳泄濁遺精脾腎，開泄肺氣藥，以后配合針灸，推拿，輸血，輸液，透液液灌腸糾正酸中毒等多种方法搶救治療，然終不能挽回危局，以致於1959年7月11日并發肺積性肺炎，心力衰竭而亡。

例二：鮑××，男，42岁，已婚，沐陽人，1959年4月19日入院，1959年6月2日0⁵²上午死亡。

患者有喉喘、心悸哮喘史年余，痰中偶有血丝，經当地中国医生治疗无效，亦未作詳細檢查。三月底，病情呈喘期，於四月来南京××医院檢查，診斷①高血压病，②慢性肾炎未作处理。乃来本院治疗。入院时，有全身水肿，以下肢为甚，咳嗽頗劇，喘息不能平臥，心悸暴燥，汗少，尿少，苔白，脈沉細而滑数。檢查血压212/150mm水銀柱，尿常規蛋白管型，血球均可見到。P.S.P.10%，N.P.N.75mg%，肌肝3.18mg%，CO₂結合力2508容积%，已有尿毒症出現。病由水气帶咳已久，脾腎之正固日見衰弱，轉輸开合失職，导致水气日益熾張并已有上犯高厚，凌心犯肺之征，已入五脏俱損，阴阳并伐之途。由於病勢危急，即請院内外中西医生診进行搶救，先用泻肝化痰，通瀉利水法进治，水肿、喘咳症状未見減輕。至5月10日，突然头昏、头痛，心悸怔忡，浮腫加劇，呼吸急促。有时狂燥，譁罵不休，有时似又轉入昏迷状态，經投回阳救逆，鎮心宁神，熄風潛阳药，及西药治疗后，狂燥及怔忡二症，一时较为好转。但患者思念家庭，日夜吵鬧不休，延至5月底，发生咳血，便血等症，終於6月2日虛脫內陷，心力衰竭而亡。

例三：赵××，男，28岁，已婚。1957年12月30日入院，1959年4月3日死亡。

患者自1956年11月患慢性肾炎，血压230/160mm水銀柱，經西医生治疗无效，P.S.P.由50→30%，N.P.N.由40→66.5mg%，入本院时，有头昏。心悸，眼脸浮腫、面容暗无华，苔薄质淡，脈細，檢查血压140/110mmHg，尿蛋白⁺⁺，紅血球⁺⁺，管型⁺，P.S.P.22%，N.P.N.29.6mg%，从脈症診斷，系肝腎不足，心脾两伤，兼夹风阳痰湿。先后使用半夏天麻白朮湯，首烏延寿丹，香砂六君丸，半夏泻心湯，定志丸等平补肝腎，峻补精血之药，症狀时好时坏。患者原系西医，对本病预后之顾虑頗大，終日愁眉不展，情緒悲觀，肝、脾、腎之經更伤。气血衰敗，浊气日增，而有嘔吐、口秽，尿味上泛，用苏合香丸，安宮牛黃丸等解毒辟秽药，以及西药的搶救，均无效，終至邪入厥、少，气夺而亡。

以上三例均通过中西医生搶救治疗措施，无法挽回而至死亡，按其治疗方法，与有效病例者相仿。此三例所以无效，可能由於下列几个原因（一）病史已久，非但腎功能日益減退，人体内臟整个机能隨之衰弱；（二）与个人体素有密切关系。如例一，年約根輕，尚未結婚，應該很快恢复，然平时思想不純，遺精頻頻，甚至自疑亦見，腎阳斷喪，命門火衰，水湿无以蒸化。例二，患病后不注意休息，依然帶病工作，疲勞傷腎，二气衰敗，水气留滯日久，脾阳受困，失去轉輸之職，上凌心肺，勢入危途。例三，自身是西医，对本病的预后了解清楚，自患病后，顾虑重重，情緒緊張，思想苦悶，恐惧悲哀，忧虑过度，肺、脾、腎损伤，日趨严重。在这二个因素影响下，内臟机滯发生紊乱，終至衰退，因此，虽經中西医生搶救治疗，藥物始終不能發揮其作用，卒致惡化死亡。

七、小 結

1. 本病的治疗，除中药外，均配合西药共同进行搶救，如出現狂燥时，給予鎮靜剂，当二氧化碳結合力降低，出現酸中毒时給予及时纠正。其他如輸液，輸血等各种方法，緊密配合使用。因此，對於改竈凶險的症狀及对以后进一步治疗打下了基础。

2. 在病情多变时，固然是采取中西医生搶救的治疗措施，但在症狀平定后之善后調

理，都一致趋向温补脾胃，气血双补的途径，以恢复和强壮整体机能为目的。

3. 在治疗过程中，体会到大黄对非蛋白氮，肌酐的降低起到一定的作用，尤其例四表现得最明显，只要停用大黄，大便不通，滞留物即增高，可能这些滞留物即血中之毒气以及肠胃中的浊气。按大黄有滑肠解毒及通腑泄浊的功用，因此，在体质充实而有大大便秘结的尿毒症患者，使用大黄，似为治疗尿毒症的又一法则，在全面临床上尚拟进一步的观察。

4. 尿毒症患者的饮食问题：西医学认为必须控制蛋白质的进食量以免氮质滞留继续增加，但从这些病例的治疗观察中体会到：在病情严重出现昏迷或呕吐等食欲不振时，固然应以清淡素食为宜。食欲旺盛后，即使非蛋白氮，肌酐仍很高，亦须给予营养食品如鸡、猪肝猪肉，蛋类等。俗语说“药补不如食补”就是说明病后的调理除药物外，饮食对协助体力的恢复起到很大的作用，实践证明，血中滞留物亦未显著增高，其中的机制，尚须继续观察与研究。

5. 本病的治疗：均采用中西并举，两条腿走路的方针。其预后与病的深浅，个人的摄生，情绪等有密切关系，如抢救有效的病例中，以劳动人民为多，他们对本病认识不足，也没有思想顾虑，精神负担，信任医疗，安心治疗和休养。而死亡的病例中，二例是对本病预后有一定认识的，思想包袱沉重，甚至连米飯、肉絲都不敢吃，唯怕非蛋白氮增高。因此，精神因素对预后起到很大的作用。

解渴縮尿飲治疗原发性尿崩症五例

徐州市立第一医院

尿崩症是一种水代谢失调之综合病症，是临床较少的病症，尤其原发病例文献报道不多，解放以来国内有沙贾二氏报告二例，①蔡氏报告一例，②沈氏报告一例，③蔣翁二氏曾於北京人民医院和苏联紅十字医院共在22年中共收集17例，其中屬於原发性的仅九例，④最近石氏又报告一例，⑤作者三年来（1956年——1959年）共遇到七例，二例系住院病人，五例为門診患者，其中五例施用中药解渴縮尿飲治疗，获得良好之疗效，特报告於下，供同道参考。

病例报告：例一，許××，男，27岁，已婚，本市某单位通訊員，門診号30093，住院号3111，於1956年9月16日因腰疼而住院。患者於1948年解放战争中患有风湿性关节炎和胃病，經常有吐酸水，胃痛和炎性疼痛，每於天气变化时，关节炎即发作，近五、六天来由於寒風侵襲而腰腿关节疼痛較重，臥床不起。

本人曾参加解放战争生活較苦，於54年胃病曾发作一次，嘔血二碗，並有黑便，於某軍医院透視为十二指腸潰瘍，治疗好轉，否认外伤、花柳、冶遊史。

检查：体温37°C，血压117/30毫米水銀柱，发育中等，营养欠佳，五官端正，頸部柔軟，胸部对称，心肺无異常，腹軟，肝脾不大，上腹有輕度之压痛，两侧膝关节伸屈疼

痛，活动显著受限。

化驗：紅血球402万，血色素70%，白血球 9400，大小便正常，康氏反应，阴性，印象风湿性关节炎，消化性潰瘍，即予辛可芬、普如卡因、胃舒平等治疗，病情显著好转，已能下床活动。突於10月5日夜間同病室一病人死亡，聞他一夜未能入睡，第二天即頭痛头晕、口干、多飲多尿，每日飲水約4—5水瓶，尿20—30次，尿量在6000—8000毫升，查尿淡黃，比重1005，中性反应，其他未发现有異常物，头顱及蝶鞍攝片正常，眼底及視野檢查正常，疑为尿崩症，於10月11日起每日肌肉注射腦垂体后叶素一支，於10月16日，全癒出院，10月25日又口渴多尿，再度來門診求治，用針灸治疗三次无效，介紹中醫院門診部服解渴縮尿飲治疗。

处方：生龙骨二錢、枸杞三錢，生牡蠣三錢，川黃柏三錢，炒杜仲四錢，棟砂仁一錢，北沙參五錢，炙甘草一錢，菟絲三錢。服藥三服，尿量大減，繼續服至10付后，症狀完全消失，於本年7月去訪視，患者現在本市某工厂工作，从未复发，一切情况良好。

例二：吳××，男，24岁，睢宁县人，小学教員，門診号701744，住院号7003，於1957年8月6日住院。

主訴：口渴、多飲、多尿、胃痛，已一年余。

病史：一年前嘔吐酸水，食后飽脹，同时口渴，多飲多尿，每天飲水約三水瓶，多小便，一日夜約二十余次。

五、六年曾嘔血二次，並有黑便史，今年四月間於本市第二医院銀劑透視，为胃潰瘍，无外伤，花柳病史。

檢查：脈膊、血压均正常，发育营养中等，五官端正，頸軟，胸部对称，心肺无異常，腹軟，肝脾未摸到，上腹部有輕度压痛，四肢脊柱正常。

化驗：紅血球304万，血色素75%，白血球10700，中性72%，淋巴球25%，酸性3%，康氏反应阴性，大便查有鈎虫卵，尿淡黃碱性，比重1001—1005之間，尿蛋白沉淀糖等檢查均阴性，头顱蝶鞍照片正常，眼底及視野檢查正常，入院后每日尿量均在5000—8000毫升之間，印象尿崩症，消化性潰瘍，以腦垂体治疗，每次注射后仅能获得短时有效，終不能根治，停药后即犯，於8月13日开始服解渴縮尿飲二付后尿量減改少，渴少輕，繼續服20余付后，尿量減少，症狀完全消失，但尚有头晕、腹脹，繼續調胃湯方數付，於1957年9月20日全癒出院。

例三：欧阳××，女，27岁，本市市民，大同街44号居住門診号3808，於58年5月15日初診於本院內科。

主訴：渴飲，多尿已四月余。

患者四月來經常心中发热，渴飲多尿，每日飲水約4—5水瓶，尿20余次，由於口渴难忍时需飲水，來院就診時手中尚持有汽水瓶備飲，月經正常，生三个小孩均健康，无小产流产史。

檢查：发育良好，营养中等，性情煩燥，五官端正，頸軟，甲状腺不大，胸对称，心肺正常，腹軟平，肝脾不大，上腹压診微痛感，四肢脊柱正常。

化驗：小便黃色碱性，比重1005，蛋白(—)糖(—)，沉淀有白血球少許，康氏反应阴性，蝶鞍照片正常，患者6月3日於市立第二医院作胃部飲餐檢查，发现十二指腸潰瘍，臨床印象尿崩症，十二指腸潰瘍以三溴合剂魯米那儿，冬眠灵，胃散甲等药，內

服，靜脈注射氯化鈣治療無效，於6月9日起每日射腦垂體一支，每次射後只能維持8小時之效力，共注射8次，最後則效力減弱。於6月18日乃服中藥解渴縮尿飲治療，服四付後症狀減輕，繼服18付即告痊癒。

例四：張××，男，30歲，沛縣城美鎮農民。

門診號113361，於1959年1月5日初診於本院內科。

主訴：渴飲多尿已四月余。

患者於58年七、八月間即咽部發干，多飲，多尿，上腹飽脹，曾於某醫院服中醫藥劑無效，特來我院治療，既往無花柳外傷，治遊史。

檢查：體溫脈膊正常，血壓未量，發育營養中等，五官端正，頸軟，胸對稱，胸前及頸旁，有不甚明顯蜘蛛痣數個，心肺正常，腹部輕度膨脹，肝脾未捫到，無腹水體征，四肢脊柱正常。

化驗：尿淡黃，碱性，比重1005，蛋白(-)，沉渣(-)大便找到蛔蟲卵，肝功能檢查，白蛋白2.84克%，球蛋白3.46克%，高岡氏試驗陽性(卅)腦磷脂絮狀試驗，陽性(廿)，康氏反應陰性，初診印象尿崩症及肝硬化，即以氯化鉀，維生素乙，丙，葡萄糖等治療，於2月25日復查肝功能較前略有進步，但仍口渴尿頻，每天飲水藥5瓶以上，即1日腦垂體一支肌注開始有效，以後則不明顯，共注射8次乃停，改服中藥解渴縮尿飲，飲三付後，症狀減輕，服完六付後症狀消失大半，服完10付時症狀完全消失，而回家休養，惜未來聯繫，至今亦未來復診。

例五：金××，男，10歲，小學三年級學生住本市銅沛路北街4號，於59年2月16日因渴多尿，消瘦就診於本院內科，曾給服阿托品，复方維生素，靜脈注射卜糖鈣等治療無效，於3月8日轉來我科診治，追詳病史，狂飲多尿已九個月，患者於58年夏天牧羊於叢林中，誤觸一窩每蜂而遭其毒刺，後亦即口渴多飲，於去年九月間加重，每日夜飲水約四水瓶，尿20余次，據其祖母云：一天飲水17罐茶缸，解尿15罐缸，患兒由於時刻需要飲水，無論冬天或夏天上學時，均不忘帶茶缸，以便飲水。

系第一胎順產，二月神痘，三歲出過麻疹，無外傷腦炎等病史。

檢查：發育營養一般，唯體虛略瘦，精神活躍，不覺任何痛苦，五官端正，扁桃體輕度腫大，頸軟，胸對稱，心肺正常，腹部四肢正常。

化驗：尿白色中性，比重1000，蛋白(-)，糖(-)，沉渣(-)，大便找到蛔蟲卵，康氏反應陰性，血糖87毫克%，頭顱及蝶鞍照片正常。於4月5日，服解渴縮尿飲，8劑後，口渴多尿消失大半，繼續又服6劑，即告痊癒，至今隨訪未復發。

討 論：

本文報告尿崩症五例，均有多飲多尿，每日飲水量均在8000毫升以上，尿量均在6000毫升之上，其比重均在100—1005之間，而尿中無其他病理成份。病程多在4月以上，最長約有一年余的病史，僅一例於住院期間發病，其中四例應用腦垂體治療有暫時之療效，因此對尿崩症之診斷，似無問題。尿崩症臨床分原發性繼發性和先天性三種，本文五例均作梅毒血清反應陰性，四例作頭顱及蝶鞍照片，和視野眼底檢查，均屬正常，均無家族病史，及其它繼發原因，故多屬原發病例。

關於原发性尿崩症之原因尚未肯定，過去均認為單純內分泌問題，現在很多學者研究大腦皮質調節及水代謝上之重大作用，(6,7)對尿崩症之發病具有重要意義，巴甫洛夫曾以腦垂體之有機能，是平衡正之反應，而下視丘又與腦皮質是不可分割的關係，貝柯夫指出大腦皮質除通過神經系統調節利尿腺外，尚可通過神經通路來調節利尿。

(8)巴拉克西氏在實驗中證明，切除狗之腦下垂體，保持脊髓神經之完整，可以形成條件反射性利尿作用，若將腎臟左神經支配而獨腦垂體系統不受損害，亦能形成條件反射性利尿，(6)Дрягил氏進一步證明，大腦皮質調節，可以變化抗利尿激素之分泌，

(6)由此可見調節利尿之主動是屬於大腦皮質，當大腦皮質功能紊亂，引起下視丘改變，而通過下視丘又引起垂體及腎功能改變，此為造成原发性尿崩症之主要原因。

臨床證明本病多見於青年和老年，往往與情緒波動有關，(8)蘇聯拉拔次卡德氏報告，——女性患者，在受到一次驚駭後而發病，(9)兩本文中多數有不同程度之精神緊張，有二例有精神性創傷病史，如例一因在院期間同病室一病人死亡，而致精神緊張一夜未眠，第二天即發病，例五患兒系被黃蜂咬後而發病，此皆說明精神性創傷情緒緊張，導致皮質功能紊亂，誘發本病之事實。

關於本病當於潰瘍期間發病，沙賈二氏曾報告一例，而推測可能與潰瘍病同一病因，①本組五例中前三例有十二指腸潰瘍病史，似乎二者有一定之關係，可能均為皮質失調之結果，願儘今後進一步探討。

關於尿崩症之治療，一般認為垂體加氏素有顯明療效，但其作用多為暫時性，有人用垂體素或粉劑由鼻道給藥，每日2—4次量可以較長期應用，但亦不能施行過久，因其對鼻粘膜有一定的刺激作用，另有人提倡用腦垂體加氏藥油劑，然療效亦不滿意。Hnsamboetel氏於1949年報告植入新鮮之小牛垂體治療特發性尿崩二例，一例獲得4月之療效，另一例亦得轉(10)，拉撒次卡德氏以動物腦垂體植入腹部治療七例，其中四例治療作用21天——2月，有一例近二年療效，(9)國內葉氏於54年以冷藏羊腦垂體組織漿治療一例，獲得滿意效果。(2)沈氏於58年以新鮮組織漿治療一例，尿量顯著減少，(3)本文五例大部接受內科一般護理和腦垂體治療，但效果不能令人滿意，最後均服用中藥解渴縮尿飲治療，最少的服10劑，最多的服20余劑，均告痊癒，最短的經4個月觀察，最長的經過兩年零十個月的觀察，尚无一例復發。

解渴縮尿飲治療本病之作用，作者曾閱中醫書中記載：

龙骨、牡蠣、枸杞果、菟絲餅、杜仲等藥，均為鎮靜收斂要藥，亦有清肝益腎、止渴縮尿之功，黃柏沙參、砂仁等藥物為健胃劑，能止渴熱中，養脾胃，並有滋肝腎之效，欲推測此方主要作用，為鎮靜中樞神經系統，有鎮皮質功能之恢復，另外調理脾胃，滋補肝腎，亦有相當作用，關於本身治療價值，易取，用法簡單，願儘推廣應用，僅將点滴提供參考。

總 結

一、本文報告原发性尿崩症五例，對本病之病因和治療，略加討論，對精神創傷和情緒波動，導致皮質功能失調，誘發本病具有重要意義。

二、本組病例，大都應用腦垂體和一般護理，效果不能令人滿意，最後均很解渴縮

尿飲治癒，經4月——3年之觀察，无一例復發。

三、解渴縮尿飲治癒本病，價廉易取，一般中葯房均能配製，且葯葯簡便，頗值得採取。

註：解渴縮尿飲之名稱係作者自訂。

參考文獻：

1. 沙榮慧、賈孟冬、尿崩症二例。中華內科雜誌2.31, 1954年。
2. 蔡孔長，冷藏羊腦髓後後葉粗纖維，治療尿崩症一例，中華葯葯雜誌，12.1008, 1954年。
3. 沈際泉：小兒尿崩症，中華內科雜誌1.61, 1958年。
4. 蔣伯、翁心植，尿崩症17例分析，中華醫學雜誌，108, 1958年。
5. 石秀农，尿崩症一例，中華內科雜誌，3.223, 1959年。
6. 巴甫洛夫學術之發展，東北醫學書出版社348—354頁，365—368頁。
7. 中國協和醫學院，生物化學系譯。內分泌功能神經調節，中華內科雜誌，4.293 1755分。
8. 塔列也夫內科學，哈爾濱醫科大學譯，474頁，1952年。
9. 拉振次卡紙，尿崩症的原理和治療。蘇聯醫學8.2.33, 1952年。
10. 成毅譯，移植腦垂體治療尿崩症。西南醫學第三卷第六期，1199頁。

乳糜尿的中醫治療初步小結

南京鐵道醫學院祖國醫學教研組

前 言

乳糜尿一症，目前尚無最有效的根除療法，一般時輕時重，反復無定，替患者帶來長期精神和肉體上的痛苦，糾纏既久，氣血兩耗，對健康 and 生產影響甚大。我科在黨的正確領導下，根據本病出現的症狀，在白濁、膏淋和溺血門中找尋祖國醫學在這方面的理論闡述和歷代治療經驗進行研究，並在一年中取院觀察八例，結果七例痊癒，一例經治療兩月餘，症狀時輕時重，患者要求出院，未收療效。療程最短三天，最長九十五天。一般說還比較滿意。

病 理 機 轉

清代以前的祖國醫學文獻中是沒有乳糜尿病名記載的，但其一般症狀，無血者小便混濁乳白，與丹溪心法：“白濁，腎虛有寒，過於淫慾得之，其狀澀白如油，光彩不定，凝澀澀下，凝如膏糊”。景岳全書：“濁在溺者，其色白如清漿。”所謂濁在溺

者，盖与花柳病白浊之在精者区别而言，以及“溺如膏出”的膏淋相符。夹有血丝血块者，一般皆无痛感，又与“不痛为溺血”吻合。白浊，膏淋，溺血都是小便病变，研究本病，首先从小便的生理，病理方面着手。

“肾司二便”、“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。”正常的小便，直接是肾与膀胱的功能。间接则因为无须“脾气散精，上归于肺，”才能“通调水道，下输膀胱。”而受着肺、脾两脏的影响，尤以脾之能否输布精微为主要。灵枢口问篇：“中气不足，溲便为之变，”就是脾阳不足能够产生小便病变的说明。脾虚中气下陷，则精随溲而下，色呈如泔如膏，日久消耗过多，出现面色蒼白，消瘦乏力等气虚症状。“肾者主水，受五脏六腑之精而脏之。”今脾不能输布水谷精微以养五脏、五脏悉虚，肾无所脏，肾腑空虚，发为腰痛。乳糜尿患者一般多伴有上述症状。所以本病的形成，脾阳不足，中气下陷是其主要因素，但亦间有因于湿热之实证，命火衰微之虚寒症，肾阴不足之虚热症，皆须分别辨证。

乳糜尿大体分为血尿与无血两类。无血者即祖国医学上白浊，膏淋。而白浊之在溺者与膏淋异名同源。不论虚实，症状皆现小便色白，质或厚如膏，或如米泔，或如清溺。实者溲时或痒或痛，由于湿热下注。虚者尿道无痒痛感，一般伴有头昏神疲，消瘦乏力，面色蒼白，尿象清缓，属于脾阳不足，中气下陷。若兼肢冷腰酸，沉汗、苔淡，为命火衰征，精关不固。若口干、舌红、心烦少寐为肾阴下虚，不能上交心火之象。

乳糜血尿相当于溺血，实证，小便浊如米泔，带血或伴有血块，尿道无疼痛感，但觉灼热、口干，尿清数，系膀胱蕴热，虚症，尿时无热感，神疲肢软，头暈目眩，腰部酸痛，尿象沉细清溺，为气不摄血。

治 疗 原 则

乳糜尿的病理机制，虚症以中气不足为主要因素。治疗方面亦以补中益气，升举脾阳为首要，命火衰微，虚脏不固者治以温摄，肾阴下虚水火不交者补肾宁心。实证以湿热下注为主要因素，淡渗苦泄为其主治。血尿属于气不摄血者治同无血之脾虚症；热蕴膀胱者宜清热止血，各求其因，分别处治。

选 用 方 剂

1. 补中益气汤（李东垣方）补中益气，升举脾阳。

组成：黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、甘草、当归、人参

方义：人参黄芪培补中气，白术甘草健脾和中，升麻柴胡轻清升浮，当归和血阴阳相济，佐以陈皮理气化痰使无壅滞之弊。气足脾健，清阳上升，水精四布不再随溲而不矣。

2. 固精丸（济生方）温摄肾阳，潜精止浊。

组成：牡蛎、白茯苓、桑螵蛸、白石脂、韭子、五味子、菟丝子、龙骨。

方义：菟丝子、韭子温补肾阳，龙牡石脂潜精止浊，五味子酸能收敛，桑螵蛸补肾固精，佐茯苓淡以渗湿，珙共留泥，精关固而命火复，脾运自健。

3. 桑螺蛤散 (本草衍義) 補腎寧心。

組成：桑螵、人參、茯苓、龍骨、龜版、菴蒲、遠志、當歸。

方義：桑螵補腎固精，人參當歸雙補氣血，龜版龍骨養陰滋精，茯苓淡滲利濕，菴蒲遠志交通心腎，水火既濟，閉庄守職，精自不瀉。

4. 四苓散、淡滲逐瀉

組成：澤瀉、白朮、豬苓、茯苓。

方義：澤瀉咸寒入膀胱而瀉熱，二苓淡滲通水道而祛濕，白朮苦燥升脾胃而輸水。濕熱兩清，脾胃上升，溼色自然消澄。

5. 小薊飲子 (濟生方) 清熱止血。

組成：生地、小薊、炒蒲黃、藕節、木通、滑石、當歸、竹葉、小檉、炙草。

方義：小薊藕節退熱散瘀，生地蒲黃涼血止血，木通竹葉涼心肺之火下達小腸，滑石瀉熱，當歸養血，甘草和中，血熱既清，自不妄行。

病 歷 介 紹

[例1] 住院號148，男性，35歲，已婚，皖和縣人，木工。於58年9月9日因患乳糜血尿二年而入本院泌尿外科治療。

緣於兩年前，患者發現尿液為乳色，其中有時並有血色，二者勻和混合，但排尿無痛，不久消失。58年4月又復發，延請中醫治療，乳糜消失達一週左右。58年6月開始尿中發現有血塊，尿道時有被阻滯之感覺，但無痛苦。並查出血幼絲蟲，服海羣生治療一療程，對乳糜尿無效。58年6月曾赴鼓樓醫院就診，亦診斷為乳糜血尿，58年7月12日住鐵路醫院檢查尿中蛋白卅，紅血球卅，尿特別檢查，證明尿中殘渣內有油脂狀物存在，血中多次未查到絲蟲幼蟲，尿中多次未查獲抗酸桿菌。尿常規：酸性，蛋白卅，上皮細胞十，白血球十，紅血球卅，血色素80%，白血球7200，中性69%，淋巴27%，酸性4%。X光檢查，右上淺濁性肺結核，康瓦氏反應阴性，非特白氣正常，住院15日用低脂防飲食治療無效而出院。同年9月9日入本院泌尿外科，主訴同前，惟感腹脹，但無尿頻尿急尿痛等現象。亦無腰痛。當時檢查脈博84，血壓98/76，體溫37°C，腹壁無靜脈怒張，心肺正常，腹呈蛙式，有移動性濁音，肝脾未及，尿液混濁乳色，蛋白卅——卅，紅血球卅，血色素15.5克，紅血球448萬，白血球3800，中性77%，淋巴23%。尿沉試驗證明有乳糜存在，酚紅試驗40%。

同年9月10日，經南京泌尿外科學會會診討論，認為無有效辦法，建議中醫會診治療。

9月14日給服檉柳根煎服半月無效，9月25日腹腔穿刺放出腹水200毫升，但非乳糜狀，凝試驗阴性，常規檢查為漏出液，未查獲絲蟲，培養弱性，肝脾在放水後未捫得。肝功能檢查，白蛋白2.37克%，球蛋白1.9克%，膠滲草酸8—14，胆紅質定量5毫克%，於10月3日轉內科治療。

10月21日開始滬醫院外中醫師會診，服中藥至11月30日無效，其時我科成立，12月2日起由我科根據眼數舌尖紅刺，診斷為熱蘊膀胱，與服小薊飲子，12月7日小便轉清，無血塊，但單鏡下但可見紅血球，12月14日塗檢紅血球消失，蛋白(一)，12月15日出

院。

〔例2〕住院号2398号，男性，55岁，已婚，皖滁县人，食品制作者，於58年12月25日因患豆浆样带血小便二月余而入院。

寐於二月前曾現血尿，晨起清淡，~~整日米而日靈~~，无其他不适，后发现血样小便复发，伴有腰痛，~~但无疼痛或腰痛~~，曾經×县人民医院诊断为肾病，曾以青霉素治疗无效，乃未就診。检查无水肿，胸腹无特殊发现，血色素14.5克白血球4100，中性85%，淋巴15%，血沉58毫米，尿乳糜状，内有紅血球。入院后中医治疗。症状如上述，服数，舌苔白，诊断为湿阻中宫，热蕴膀胱。处方用小蓟子，飲四苓散合剂。12月31日小便常规基本正常。59年1月5日痊愈出院。

〔例3〕住院号4133，男性，38岁，已婚，江苏宿迁人，商业局职员，59年3月12日因小便乳白色已十年而入院。

40年3月开始有发冷发热，手脚发麻，面部浮肿，当时解出小便为乳白色米汤样，並有尿閉。到江苏淮阴分区疗养所检查，嗣有絲虫病，予以尿后，小便始解出，並注射三价锑約15針，发熱及面部浮肿手脚发麻均消退，小便轉为澄清，52年小便又呈乳白色，正常相康復醫院服用海羅生約12天而好轉，去年七月又是白色，当时无其他不适，在工人医院检查发现~~蛔絲虫~~，又服用海羅生一次30粒，尿后血中檢查已无絲虫，但小便仍归乳白夹杂，~~一直持續至現在~~。每当吃脂肪食物时，即有尿閉。59年2月8日曾經痰中带有鮮紅色血六七口，到我院門診檢查有肺結核，現仍有咳嗽及黃色痰液，无腰痛，~~檢查尿乳糜阴性，康氏反应阴性。~~

入院后，即行中医治疗，因有尿閉痰咳，考虑痰湿較盛，先与四苓散，尿中块状物及尿閉現象消失，但仍乳白。全身乏力，腰酸腿痛，小便夜多，尿粘滑，診斷腎阴不足，4月1日改用桑螵蛸散，乳糜时有时无。4月13日改用上海中医葯宗淞介紹之芹菜湯无效，4月25日起用桑螵蛸散加入~~滋補之品~~，亦无进步，5月4日改用补中益气湯，冰附二仙丹合剂，遺精止，尿色漸清，5月8日乳糜測定阴性，5月18日自觉症状全部消失，但乳糜未清，患者急於回乡生产，要求出院。

〔例4〕住院号5629，女性，21岁，未婚，南京人，學生，於59年5月26日因間歇性反后出現乳糜血尿十个月而第二次入院。

58年8月偶於小便中發現白色混濁物，帶血，当时在校医务室檢查尿中有紅血球及蛋白，后在本院門診，初診为腎炎而入院，当时除自觉疲勞四肢发軟外，无尿頻尿急尿痛現象，入院后曾行靜脈腎盂造影，膀胱鏡檢查，結果左側盂腎有血流出，找血絲虫多次，阴性，經休息后乳糜血尿消失而出院，59年3月偶然出現乳糜血尿，經休息即好，但自4月下旬开始全身乏力，腰酸，曾昏倒一次，並發現乳糜血尿出現頻繁，曾在中医醫院服葯十餘劑未見好轉，尿檢查脂肪球卅，蛋白卅，紅血球卅。

患者虽有头暈腰酸神疲乏力眠差等症候，但望診神影无病容，舌苔黃，拟先清熱止血，处方小蓟子飲，6月2日起尿中已不夾血，6月6日轉用补腎清精，6月18日症見心傷盜汗，繼服桑螵蛸散，6月23日血尿复現，心驚、額赤、掌心发热，再服小蓟子飲，24日尿色已清，但~~查檢仍有蛋白白~~，紅血球卅，因大考在即，坚决要求於26日出院服葯。

出院三天，即發現尿色乳糜夾有血块而於7月1日第三次入院，当时伴有头暈，少寐，心慌，命門部熱感，少腹痛，仍吃小蓟子飲，7月20日起檢查小便正常，仅覺头暈

肢軟，給服濟生固精丸，以溫腎瀉精，巩固疗效，並加大活动量，留院观察至8月5日自觉症状全部消失而出院。

〔例5〕住院号6232，女性，32岁，已婚，皖孟城人，翻砂工，59年6月27日尿血一天入院。

緣於入院当日上午即感到头晕心慌心跳，全身乏力，小便色紅，但仍繼續工作；至中午发现小便呈鮮血样，头昏心跳加重而於下午急診入院，查血发现絲虫較多，尿蛋白卅，紅血球卅，有脂肪球，入院后服中葯小劑飲子，7月3日起服用海藻生及卡巴松十日疗法，7月13日肉眼观察尿血已止，但活动后仍有发现，头昏，心慌，腰酸，眠瀯。檢查乳糜土蛋白土，紅血球十，轉用补中益氣湯，8月4日起尿檢查已无異常，但头昏腰酸虽有改善，尚未全消，仍在繼續观察中。

小 結

通过理論探討和临床观察，初步得到下面几点体会：

1. 本病的中葯治疗，必須运用四診，明辨八綱，不可单独根据化驗結果，进行一方一病的應用。

2. 本病大体分为虛实两类型，实症疗程太短，見效速，虛症恢复較慢。

3. 补中益氣，溫腎瀉精以治虛症，淡滲苦泄，清熱止血以治实症，对本病已能肯定其有效，但如何在原有的基础上进一步研究特效根治办法，尚須繼續努力。

4. 研究疾病的治疗，必須有坚定的信心，在治疗第三例时，由於前二例見效迅速，而本例20日尚未奏效，形成葯乱投，从而失却病者的信仰，未能竟其全功，应当接受經驗教訓。

5. 限於我科现有水平，对本病的治疗仅能作出初步小結，要求先进同志加以批評和指正。

治愈过敏性紫斑病并发肾炎一例报告

南京中医学院

常州市中医院房授先院长，在1959年第11期“江苏中医”上发表了“中西医会診用葯治愈一例过敏性紫斑病并发肾炎的报告”。并提出了过敏性紫斑病并发肾炎的病例，临床上很少遇到，而且国内文献的报告亦不多。我們科内几年来亦仅在1957年遇到一例同样的病例。患者全身出現紫斑及浮肿情况，異常严重。且伴有劇烈的腹痛，亦曾使用A,C,T,H,維生素K,C,巔茄,苯海拉明,青霉索,葡萄糖鈣等各种支持疗法，均未有明显的进步。結果，用中葯治疗，一个多日后，症状完全消失；又經二个多月的門診調理，小便常规及血压情况，亦完全正常。患者於1958年暑期，即恢复学习；迄今，經年余来的观察，并未复发。該病中葯疗法，似有明显的疗效。惟我們治疗的一例，根据中医辨証分析，与常州市中医院所报道的略有不同。在应用方法上，我們首先采取急則治标，先退其严重的水肿和氣急；再从患者出現气、阴两亏，脾胃不足的症候，而繼用大

劑補益氣、陰，療效頗佳。從這裡，也說明了中醫辨証的價值。茲將此例過敏性紫斑病例及治療經過提出來，以供同道們參考：

患者萬××，男，學生，15歲，安徽籍。住南京。門診號82243。

病 史 摘 要

患者於1957年10月17日，因下肢出現紫斑二日，腹痛一日，而急診入南京××醫院。

主訴：下肢：腿及足底心，有散在性紅色斑點，壓之不褪色，無痛癢感，伴有輕度發熱，腹部陣痛，不嘔吐，大、小便正常，食欲良好。

既往無慢性病史。二年前，足底心見過同樣的紫斑，未經治療而自愈。檢查：發育、營養良好。無急性病容。兩下肢體關節以下，有散在性鮮紅色紫斑，形態不一，伸屈尤為明顯，腹部柔軟，臍周有壓痛。其他全身檢查，無病態發現。

實驗室檢查：白血球總數16600。中性78%，酸性3%，單核1%。紅血球480萬。血色素12.5克。血小板128000。凝血酶元測定9分鐘，出血時間1分鐘，凝血時間1分鐘。血沉29毫米/每小時。大便常規：蛔蟲卵+，隱血試驗+。小便常規：比重1030，蛋白微量，紅血球(-)，管型(-)。血管脆性試驗：陽性。初步診斷為過敏性紫斑。處理方法：內服苯海拉明，維生素K₁C，羧基酞，注射葡萄糖鈣。

治療中，疾病不斷進展，紅色紫斑逐漸增密，腰體部位及上肢二前臂亦相繼出現。腹痛轉劇，伴見嘔吐。至10月26日（病起第九日），患者瀉下血樣大便三次，約600c.c.，頓然臉色蒼白，煩燥、呻吟，痛嘔持續不止，紫斑增密，脈搏100/每分鐘，體溫36.°C，血壓120/80mmHg。此時病情轉危，輸全血急救。嗣後，患者繼續下血，日三，三次，每次約150c.c.。中間又輸血二次。至10月30日（病起13日），便血、腹痛症狀，得見好轉。却食見眼臉浮腫，小便次數減少。血壓140/100mmHg。小便檢查：蛋白++++，顆粒管型+，糖(-)，非蛋白氮40%，肌酐1.5%，白血球26100，中性90%，淋巴8%，酸性2%。心、肺透視正常。該院會診研究，診斷為：①過敏性紫斑合併腎炎，②結節性動脈周圍炎。曾使用A.C.T.H.、青霉素、葡萄糖等，但療效不顯。腫勢日增，遍及全身，腹腔內并有積液，紫斑密布於四肢，又見胸背部疼痛脹滿，心中悸蕩，不能平臥，病情日趨惡化，乃於11月16日邀請中醫會診。

治 療 經 過

患者起病至邀請會診時，已歷一月。

初診：病起一月，始初發斑，下血，漸致遍身浮腫，身半以下為甚。瘦紅而少，大便閉結，氣逆，腹脹，四肢紅斑密布，臉色蒼白，頭暈，納呆脈象濡浮，舌苔白膩。諒由脾虛，濕熱內蘊，氣代失司，水氣停聚所致。體虛，邪滯，姑先驅其水濕，以治其標。

處方：萹蓄三錢，腹皮三錢，川柏三錢，茯苓三錢，大棗四枚，車前子三錢，商陸三錢，川椒一錢，冬瓜皮七錢，白朮三錢，服四劑。

二診：藥後，斑點繼續布露，病情無明顯好轉。良以脾濕不化，風邪外乘，三焦氣

化不宣，熱伏營中之故。治以開鬼門、清淨府，使水濕从上、下分清，并兼清營中伏熱。

處方：浮萍草一錢，陳皮錢半，葶藶二錢，丹皮二錢，桑白皮三錢，茯苓四錢，商陸二錢，川柏錢半，老姜壹錢半，椒目一錢，冬瓜皮四錢，通莖薏苡膏九錢。另：血珀末一錢二分，麝香二分，甘遂一錢二分，黑丑一錢二分。分四次服，一日二次。

三診：二投祛水利濕法后，小溲較多；但浮腫仍甚，腹膨、胸悶，大便便秘，紫斑隱現無常，脈象浮澀，苔端黃膩。還是營分郁熱，脾濕不化，腎陽失展，肺氣壅滯不宜所致。法轉疏利氣機，化濕、泄熱為治。冀得氣化或能恢復，而濕熱隨之泄化。

處方：桂枝六分，枳實三錢，厚朴錢半，知母三錢，黃柏三錢，茯苓四錢，白朮二錢，澤瀉三錢，葶藶三錢，丹皮三錢，黑五劑。

注：葶藶透膈，腹瀉十多次，大便稀而呈黑色，伴見極度嘔吐，腹滿，頭昏。嗣后，浮腫顯著消退，紫斑未起，精神良好，惟腹部仍然脹滿。

四診：進五苓散合葶藶瀉肺、合清解血熱劑后，浮腫顯著消退，舌苔黃膩化薄，尿澀不浮，惟腹部時復次逆疼痛，胸氣不通，神倦、形寒，紫斑隱而又現。病情具得轉機，尚未置入坦途。

處方：杏、苡仁各四錢，五茄皮三錢，丹皮三錢，赤小豆(打)五錢，赤、猪苓三錢，陳皮錢半，紫草茸三錢，滋腎丸四錢，大腹皮三錢，瓜蒌仁五錢，雞胸皮三錢，服五劑。

五診：日來水腫繼續消退，紫斑此起彼伏，隱、現無常，腹部仍然脹滿，午后形寒，頭暈、神倦，面色蒼統，舌質無華，附有齒痕，脈象細而少力，此乃久病、虛弱之征。陰象未高，治法急從其本。

生黃芪三錢，當歸身三錢，潞黨參二錢，天麻錢半，白芍三錢，鹿角膠二錢，阿膠珠二錢，煨牡蠣六錢，炒澤瀉四錢服五劑。

注：此方服后，無飽悶感，腹滿反見減輕，腹痛未作，腫勢基本消退，紫斑無繼續布露。

六診：水腫逐漸消退，紫斑漸隱，食欲旺盛，形寒已罢，精神振，脈搏虛大，但脈仍隱白無華。故病情雖見轉機，還未許樂觀。

處方：鹿角膠三錢，生黃芪三錢，阿膠珠三錢，黨參三錢，白朮三錢，茯苓三錢，澤瀉三錢，芫花三錢，歸身三錢，服六劑。

七診：水腫、紫斑諸証，相繼消失。胃納日增，精神佳良。病情日有起色。但脈仍虛大，面色依然少華。還是氣、血二傷，脾陽不足之候。再以氣、血并治，兼壯腎中之陽。

處方：鹿角膠三錢，阿膠珠三錢，潞黨參三錢，生黃芪三錢，歸身三錢，白朮三錢，杜仲三錢，菟絲三錢，淮山藥三錢，服六劑。

注：嗣后，除一般虛弱現象外，其他症狀均失。紫斑有26天未見。精神良好。故於12月28日出院。

出院時檢查：血壓140/90mmHg，白血球10200，中性51%，淋巴47%，酸性2%。小便常規：蛋白+，紅血球++，管型(-)。

出院之后，繼續來我院門診。經治療三個月后，患者全身症狀消失，小便常規，完

全正常。血压100/70mmHg。1958年暑期后，即恢复学习。迄今年余，未曾复发。

結 論

綜合本症情况，从中医文献上难以找到完整的資料。我們对本症病候的概念：患者初起，下肢出現細小斑点，伴有輕度發熱，繼而斑點云布，大便下血，知其邪熱蘊都脾、胃，傷及血分，迫血妄行所致也。繼則血去正虛，脾、腎均傷，土虛不能生金，制水，肺氣失降，水道閉塞，腎不化氣，关门不利，以致水氣郁積，充斥三焦，泛溢全身，而為氣逆、腹脹，一身尽肿，小便不利等症。由此可知，便血、發熱、血去、正傷，是病之本；水氣內停，浮腫、氣逆，二便不利，是標候也。

治療之法，“內經”謂：“急則治其標”，大、小便不利治其標，故採用開鬼門、清淨府法，使水濕从上、下分清，去菑除蘊，暫却其標。

在治標法則中，體驗察病機，辨證施治，是一個主要環節。此病由於脾、肺功能職失，氣化不行，水、氣泛溢成疾，因此，簡施開鬼門、清淨府，尚不足以祛其實積之邪。三診時，投以疏利氣機、化濕泄熱之法，脾氣轉輸，肺氣下降，氣化行而水濕隨之分利，腫脹退見消失。這個鮮明的治療機轉，足以証實水氣病的形成和脾、肺、腎三臟的功能關係，以及脾主運化，肺主氣化的病理、生理機轉，並顯示了行氣化濕的法則，在治療水腫病中的重要意義。

第五診時，治法突然舍標、從本，變清利為溫補。這是根據病人的臨床現象：斯時，患者標病略退，却見神倦、頭暈、面無光華，舌苔淡白，并有齒痕，脈象濡軟無力，顯系氣營大傷，正氣潰敗之征，因此擬當大補氣血，急救其本，否則，賤去、城空，真元亦將告匱矣。故採用參、芪、鹿膠之屬，培補其本，并救已耗之陽，扶受損之陽，藥中病機，營氣漸復，臟腑功能活動，恢復正常。因此，浮腫、紫塞、氣逆、腫脹等症，先后消失。此後，宗本法調攝數月，而愈。

此症在治療過程中，虛、實交錯，病候演變無常；最後，得化險為夷，恢復健康者，是掌握了中醫治療法則的整體觀念，和靈活地進行辨證施治，所謂“病有千變，醫亦千變也”。

中藥治療先天性凝血酶元過低症

蘇北人民醫院

一、試驗研究經過概況：

本病過去未被重視，而臨床上如詳細檢查觀察，為數不少。同時有用西藥而無效者每每可見，因此，擬從中醫藥中求取靈，以救治患者為目的。

二、主要研究過程：

1. 中西會診，共同討論。2. 西醫科學系統檢查，中醫辨證用藥。3. 擬定處方，進

行药理探讨，处方如下：

生熟地 侧柏叶 白茅根 粉丹皮 当归 藕节 藤石蚕 赤白芍 蛤粉
槲寄生 淮山药 炒阿胶 玄武板 左牡蛎

4. 病例——报告

宋某男性，27岁教师，牙齿出血，一天不止来诊，过去十多岁时曾有消化道出血史三次，57次外科手术时伤口亦流血不止，经住院用各种疗法均不能止血，后用电烧灼才止，实验室检查血象血小板，正常，肝功能亦正常，仅凝血酶之时间延长，何惠氏法凝血酶之时间为20分钟。

经西医治疗25天出血一度控制，但凝血酶之时间反延长为30分钟，故症状改善后仅隔一月即发，而经服中药三剂即治愈，凝血酶之时间亦恢复至9分钟。

三、质量和效果：

经科学检查病者，诊断确实后，使用此中药处方，再辨证施治，效果良好，有一例经一年多观察，检查凝血酶之时间9分钟。

四、存在问题及今后改进：

由于我们用的病例不多，尚待进一步应用，更好地总结经验。

虫类药对“风湿性关节炎”60例的疗效

初步观察

南通市中医院

“风湿性关节炎”是常见而较为顽固的一种疾病，在治疗上是比较棘手的。我院用虫类药治疗本病，获得比较满意的效果，兹将初步疗效小结如下，希予指正。

病名：“风湿性关节炎”在祖国医学的典籍里，多概括于“痺”或“风湿”“痛风”“历节风”等疾患内。其部分症状与风湿性关节炎是完全一致的。

病因：素问痺论说：“风、寒、湿三气合而成痺其风气胜者为行痺”寒气胜者为“痛痺”，湿气胜者为“着痺”。风、寒、湿三气合而成痺，其风气胜者为“行痺”。风、寒、湿三气之交侵为得病之主因，亦为其诱因。盖患者之复发，多以寒冷、潮湿、劳累、汗出当风、渍水等而引起。亦有因气血两虚而招致客邪侵袭者，虞搏说：“亦有气血俱虚，但麻而不木者，亦有虚而感湿，麻木兼作者，又有因虚而风、寒、湿三气乘之”周身刺痛，麻，木并作者。

症状：本病以游走关节性疼痛为主证，素问之“行痺”即言其疼痛之行而走注。金

僵、巢源之历节风均以此而定名。金匱說：“風濕相搏，骨節疼痛掣痛，不得屈伸，近之則痛劇……。”巢源說：“历节风之状，短气自汗出，历节疼痛不可忍，屈伸不得是也。日人丹波元坚更明确指出說：“按历节即琼論所謂痺、痛痺之類，三因直指稱白虎历节风是也。”发病部位及明状变化在辨証上有密切关系，李挺說：“風濕多侵乎上，肩背麻木，手腕腫痛。寒濕多侵乎下，脚腿木重；风多走痛不定；寒多掣痛，週身拘急，手足冷痺；濕多浮腫，重著一處不移”。

本病之发作每侵犯两个以上之关节，如肩、肘、腕、髌、膝、踝等关节。并屢損害心脏，所謂“走瀉关节，咬伤心脏”，乃其特征。

其疼痛之发作或輕劇与气候变化有密切关系，有时天气将轉變前一二日，即有所覺，犹如气象台之預报气候变化一样的准确。大抵气候清朗溫和，則关节痛較为輕松，天气寒冷或阴湿，則痛增劇。部分且有腫脹，妨碍运动，类风湿性者則并不受天气变化影响，而关节恆多变形，木僵腫痛，艰於活动，是其区别。

治疗：本病在辨証上有病邪偏胜与体气盛衰之不同，故在治疗上虽以蠲痺祛风、逐湿通絡为主，但有风湿胜、寒湿胜，阴虚、阳虛之分，必須审察阴阳，辨别虛实，药証合拍奏效始捷。

我院再經通过实践，认为虫类药对祛风蠲痺有其卓效，以之治疗本病，确有著效，乃創制了“蠲痺舒絡合剂”。经过两年来的临床观察，其疗效基本上是令人满意的。

处方：蠲痺舒絡合剂：

炙全蠍四——八分(研冲)、炙蜈蚣四——八分(研冲)、炙饒脚虫一錢五分、炙蜂房八分、炙藍虫錢半、炙蜈蚣一錢五分。鹿脚草三錢、伸筋草三錢、骨風三錢、炙虎腰骨一錢、钻地风三錢、甘草錢半。

上药煎汁內服，每日一剂，連服五日后，改为丸剂常服，所以除根。(丸剂按上方加十倍量研細，用鸡血藤五两，老鹳草六两，蒼耳子六两，煎取濃汁泛丸如梧子大，每服二錢至三錢，一日二次。加入麝香二分，則效更速。)

加減法：风湿胜者加羌活、独活各一錢五分；寒湿胜者加生川烏七分、川桂枝三錢、蒼术三錢；兼阴虛者加白芍三錢，川石解三錢；兼阳虛者加生黄芪三錢、熟附块三錢、仙灵脾三錢。

效果：服煎剂三、四帖后即感疼痛減輕，一般多在1—3基本治愈。

临床分析：茲就近年來用虫类药治疗风湿性关节炎(五十三例)及部分“类风湿性关节炎”(7例)共六十例，試作初步分析如下：

①性別、病型統計表：

性別	風濕胜型		寒濕胜型		總計
	偏阴虛	偏阳虛	偏阴虛	偏阳虛	
男	7	3	3	28	41
女	5		1	13	19
小計	12	3	4	41	60

从上表可以明显的看出，寒湿的占绝对多数，是和得病原因一致的。男性多於女性一倍，与工作有密切关系。

②病期統計：

患病年數最長者為一年，最長者已十五年，計一年者二十人，二年者八人，三年者六人，四年者三人，五年者八人，六年者三人，七年者二人，八年者一人，九年者二人，十年者一人，十二年者四人，十三年者一人，十五年者一人。新病易治，宿恙效緩。

③發病原因統計：

六十例中受寒冷而發病者達四十二人，為主要原因，其次則為臥居濕地而引起，因漬水而致者僅二人，與病理機制是可以相互印證的。

④脈搏舌苔的分析：

因患者多為寒濕阻虛類型，故脈搏呈濡象者有十八例。細者十二例，沉細者十一例，濡緩者五例；但部分則因病型偏於陽虛，故弦細者亦有十例，弦滑者一例，滑者三例，在舌苔方面苔薄白而質淡者占五十一例，苔薄白而質燥者計八例，薄膩者一例，與脈搏、病型也相一致，而符合於從證規律的。

⑤脈搏舌苔的分析：

我們對本病療效統計的標準是這樣的：凡關節疼痛、麻木等症狀者，謂之“好轉”。症狀減輕不復發者，謂之“痊癒”。症狀顯著好轉，但尚欠巩固或殘留部分症狀者，謂之“好轉”。症狀減輕不明顯或無改變者，謂之“無效”。六十例的療效觀察，其有效率为百分之九十八點三四，一例無效者是“类风湿性關節炎”，關節變形已甚，未能獲效。（如表）

年齡	年齡				總計	百分率
	18—30岁	31—40岁	41—50岁	51—65岁		
痊癒	10	6	4	5	25	41.17
好轉	19	9	2	4	34	56.67
無效			1		1	1.66
小計	29	15	7	9	60	100.00

典型病例：

病例一：黃××，男，三十四岁，轉業軍人，病历号數：3611

病史摘要：患者於1947年7—8月在山东魯南與敵作戰，經常涉水，有时甚至浸漬水中達六小時之久，同年11月即感周身關節痠痛，不能行動。在渤海軍區醫院診斷為多发性、風濕性關節炎。經治療後症情緩和，雖續入伍，但關節痠痛，迄未休止。1949年2月在南京住院治療8個月，症狀減輕，即來蘇北工作，但仍然周身關節痠痛時經時劇，經治療，殊鮮良效。近年余且逐步增劇，肩、臂、髖、膝等關節并呈僵硬強直，活動欠利，局部有寒冷感，长假休息頗為所苦。

治療經過：患者以肩、臂、髖、膝等關節痠痛麻木，活動欠利，於1957年9月23日來我院治療，面色蒼白，肢體消瘦，苔薄白潤，舌質淡紅，脈象沉細微弱，症由風濕為患，氣血兩虧，筋脈失於濡養，根柢已深，未可旦夕圖功，當用培益氣血以治其本，經痛通絡以治其標，輔以針灸，治至12月12日，關節疼痛轉時經時劇，仍未穩定。經會

診研究，認為恙延已久，非草木之葯所能奏功，乃給予獨運通絡合劑，作丸劑服之，因其脈舌呈閉虛之征（風濕性關節炎閉虛者），故加入白芍、芍藥等柔養之品，服後無任何不適，一周後關節痠痛，即見減輕，并逐漸趨於穩定，針灸時感應亦較前為著，寒流來臨期間，關節疼痛并未增加，患者極感愉快，因天氣寒冷，乃延至1958年2月25日出院，恢復工作，迄今一直未發。

病例二，楊××，男，二十二歲，某航空學院學生，病曆號數：33247

病史摘要：體質強健，1954年患關節炎痠痛，乃入西安療養院，除服葯外，同時先後接受礦泉浴、泥療、蜡療、電療等療法，疼痛較前減輕，但頸樞、肩胛、腰、體、膝等關節仍痛，天氣陰濕則更劇，夜寐為之不安，休形日見瘦削，乃於1958年6月返身休養，繼續治療。

治療經過：1958年10月7日永院門診，周身關節疼痛，有冷感，苔薄淡，脈濡滑（92/分），屬於寒濕性者而兼閉虛之候，乃於獨運通絡合劑中加入制川烏八分、生黃芪三錢、川桂枝三錢，囑11月9日復診。葯後左膝疼痛稍減，余象如故，此非失中中的，乃力不及鶴，法當重其制逆治之：將川烏、桑蠟、蜈蚣均增為一錢，續服三帖連續復診二次。此次雨時，關節之痛已較前為輕，乃於10月21日給予丸劑調之。12月11日：服丸以來，疼痛大減，僅天閉或勞累時尚有輕微痠痛，已在某机床廠全日義務勞動，頗感輕快，繼續服上丸一料，以圖根除。在1959年2月份已悉健復，去校復學。

結 語：

1. 通過風濕性關節炎的療效小結，証實虫類葯對本病有顯著療效在治療上是找出了一條寬闊的道路，值得進一步觀察和研究。

2. 虫類葯的用量，宜先用小量，逐步增加，并研末沖服，其效始著。

3. 丸劑之效較湯劑為強，古人对痺痛之患者，多用丸劑，如三因驗效丸、虎骨四筋丸、健步虎潛丸活絡丹等蓋有以也。

4. 本病在临床上总以獨運祛風、逐濕通絡為主。但有閉虛、閉虛之分風勝、寒勝之異，必須審察閉虛，區別虛實，辨証施治，奏效始著，這是祖國醫學的特點，也是關鍵之處。

5. 虫類葯的醫療作用是廣泛而卓著，目前各地用治結核病、癩症等疾患，都有一定療效，值得我們深入研究，進一步闡明其葯理機制，發揮更大的作用。

用針灸 燒山火 手法治療風濕性

關節炎的經驗介紹

淮陽醫專附院 于凌雲

祖國醫學在黨的中醫政策鼓舞下，針灸療法已在全國範圍內廣泛開展使用，無數事例証明，針灸治療各種神經痛，顯示無比優越的卓效。我院在原有經驗的基礎上，使用

針灸“燒山火”手法治風濕性關節炎獲得顯著快速的療效。茲將個人的經驗和體會介紹於后，供同志們參考。

按辨證施治原則確定針刺手法

根據辨證原則採取“補、瀉”等不同的針刺手法之研究，如祖國醫學文獻中的“燒山火”、“透天涼”、“陽中隱陰”，“陰中隱陽”等等，近年來研究這種方法，觀察其療效，所見文獻不多，作者在臨床上運用“燒山火”的手法，迅速治癒三例風濕性關節炎，先後經過十餘次治療，症狀基本消失，甚至於已經萎縮了的肌肉，也恢復到與健側相等。燒山火手法及其操作程序例表如下：

燒山火手法操作表

進針	轉針	提按	呼吸出針	備考
隨呼氣進針，先五分后一寸。	按天、人、地三段，向一個方向捻九次。	在地部慢提，緊插各二次。	鼻吸一口隨呼出針，口呼五口擡出急按。	轉針時男左，女右，三進一退。

具體操作：令患者鼻子吸氣一口，口呼五次（自然呼吸），以左手拇指或食指緊按其穴，隨其呼氣進針於天部（淺層），找到酸、或脹的感覺，少停輕擡三次，再捻三次，如針下特別沉緊，則輕輕提動針頭），即將針急插於人部（中層），操作方法與天部相同，其次再將針急插於地部（深層即穴的終點），操作方法與天部相同，提畢輕提上0.4公分，再急插慢提各三次，手法用畢，隨其吸氣將針慢慢提出，急按其穴。

在操作時如見到患者出汗，皮膚發熱、局部充血，則不必刺入地部，也可以將針提出或留針，可以不利用呼吸。在提針時務使患者感覺逐步加強，方能達到目的。

（二）病例介紹：

（例一）薄×榮，男性，32歲，淮陰市王營鎮棉織廠工人，於69年2月21日來診。主訴：自58年11月上旬，覺兩膝及踝部疼痛，腫脹，局部發紅，並有惡寒易出汗，以後即逐漸漫延至頸、肩、上肢等處，不能行走，生活上也不能自理。曾連續針灸20餘次，並注射安乃近，口服柳酸鈉等藥物，症狀仍然發展，近三天來頸部完全不能轉動，下頷關節部腫痛以致不能張口、連米粒大的食物皆喝不到口中。檢查：發育營養中等，面色蒼白，苔白膩，心肺（一），腰向前傾，上肢伸展障礙，步履不能，兩肘腕及兩踝關節腫脹不紅。初步診斷為多發性風濕性關節炎。用上述手法針天柱，下關，頰車，曲池，內關，外關，陽陵泉，足三里，邱墟，崑崙，解谿，針后患者自訴全身發熱，大汗淋漓，下頷關節放鬆，張口時上下齒縫已能離開一公分。第二次復診，由其母扶持前來，自訴口已能完全張開、四肢疼痛和腫脹消失大半，取穴同上。第三次復診時，已能步行來診。治療至第五次，一切症狀完全消失。

（例二）陸××，男性，16歲，淮陰市王營鎮學生，主訴：自58年9月份突然右腿疼痛，膝關節和髓關節腫脹，曾連續針灸和電針30餘次，經服中藥和柳酸鈉藥品，病勢未減，患腿不能移動。下肢肌肉逐漸消瘦。檢查：發育營養尚佳，而微蒼白，薄白苔，右腿呈弓形、站立時足尖着地，不能迈步。患腿股骨中段肌肉圍垂37公分（健側12公分），腓腸肌中段20公分（健側34公分）。診斷為風濕性關節炎伴肌萎縮。用上述手法取穴環跳，會陽，承扶，髀關，伏兔，委中，承山，陽陵泉，足三里，光明，三陰交，輪換採用，每日治療一次，到第四次即能自己扶杖步履，第八次時腓腸肌即恢復到32公

分。治疗到第十二次，即能行走自如，停学将近5个月，又重入校读书，嘱其每星期来治疗一次，以巩固效果。

(例三)王××，男性，40岁，淮阴市王营制工人，主诉腰部和左下肢疼痛已有三年，每年复发，阴雨时症状加重，自58年8月份疼痛加重，走路困难，曾连续针灸、电针两月余，服药疗效不显，检查：发育营养中等，心肺(一)，左下肢不能伸直，膝、髋关节无红肿，无肌肉萎缩现象。诊断为风湿性关节炎。用上述手法针环跳、阳陵泉、犊鼻、委中、足三里，针后汗液津津欲出，觉患肢发暖，第三次未复诊自谓腿痛减轻大半，治疗同上。以后即未复诊，三月中旬偶在街上相遇，询其二腿步行恢复，症状消失。

体 会

针灸操作手法，自古即非常重视，如针灸大成金针赋所载：“……需安照补泻，方可起于倾危”。而补泻决定于症状是寒是热，再根据“寒者温之，热者清之”的原则补虚泻实。本文病例皆由风寒引起，体征也现寒现象，故用热的手法，效果良好。本人以前常遇到同是一种疾病，采取同样的腧穴和操作办法，所得到的效果则往往不同。该时不潜心体会，往往咎归於病人，疾病难治，或者听之任之，现在细思，殊属不当。

经典文献之手法记载，皆是经过实践得来的，决不能完全默为幻想或玄学，如按其它操作方法施治，则病人的感觉迥不相同。正如针灸大成上描写熨山火的手法时说：“熨山火：能除寒，三进一退热湧”。作者曾参观北京中医研究院郑大夫的这项操作。並詢問他治疗过的患者，他们皆異口同声的说“郑大夫的手法，异乎寻常，热时全身发热，汗液津津欲出，冷时如冰块放在局部”。当然我们后学者要达到这种炉火纯青的地步，决非一日之功。

针科已在全国普及和发展，本着普及提高的原则，进一步的发掘潜在力量，这种潜在力量是应当进一步的研究文献上的宝贵遗产。个人体会到本文病例皆经过针灸迅速痊愈，其作用机制决不是用“弱刺激和强刺激”可以解释的。

本文旨在引起同道们对手法探讨，从理论上阐明临床上这些现象，更进一步的发挥针灸治疗的潜在力量，迅速解除患者的痛苦，为社会主义建设多增加一点力量。作者学习祖国医学为时尚短，体会不深，抱着抛砖引玉的目的，把点滴体会提出，以供同道参考，难免有错误和不当之处，请同道们指正。

参考文献：杨维钧、针灸大成，人民卫生出版社影印1958年8月。

中医研究院，针灸讲义(内部学习资料)

针灸治疗340例神经衰弱的初步观察

南京中医学院

神经衰弱症是现代医学的病名，在祖国医学文献里面，找不到神经衰弱的记载，也没有神经这一名称。但中医文献中有类似神经衰弱的各种症状的记载，则是比较丰富

的。如灵枢经上的“解体”、金匱要略的“百合病”所描写的症状，与现代的神經衰弱比較相近。並且在头痛、头昏、心悸怔忡、癆瘵、脾胃虛弱、肝胆火旺、陽萎早泄等門类中也可找出有关类似本病的各种証候、症状。这样，就使我們有很大可能性从祖国医学文献中探索出有关本病防治方面的知識和材料，丰富现代医学內容，建立中国新型的具有民族形式的医学，更好地为卫生保健事业服务。

針灸治疗神經衰弱症，是一种比較有效的医疗方法，我們在門診部观察了340例（有合并症者未列入），一般都获得相当的效果。这些病員，大都經過較长的病程，經過各种不同的医疗方法而沒有得到預期的效果。在治疗过程中，除少数病員結合中藥治疗外，絕大多数是单独使用針灸治疗的，节省了不药。因此，应用針灸治疗神經衰弱症，無論在疗效方面或節約藥物方面，都具有一定的作用和意义，值得引起重視而加以推广发揚。

很多学者认为針灸治疗神經衰弱症效果較好，这与我們观察的結果是一致的。今后我們將繼續进行临床观察，进一步研究和提高。

一、病例分析

在340个病例中，男性284人，女性56人，发病率男性比女性高。年龄以20—40岁为最多。其中脑力劳动者多於体力劳动者。病程1—5年占多数，最短短3个月，最长者为反复发作者經过20年以上（附表1）。

表1 340例患者的分析

分类统计	性别		年龄						职业		病程			
	男 性	女 性	16	21	31	41	51	61	脑 力 劳 动	体 力 劳 动	三 个 月	一 年	三 年	五 年 以 上
			20	30	40	50	60	70			一 年	三 年	五 年	以 上
人数	284	56	7	161	114	32	21	5	286	72	34	106	110	90
%	83.5	15.4	2.06	47.3	33.5	9.4	6.3	1.45	78.8	21.1	10	31.1	32.3	26.4

临床症状，以头痛、头晕、失眠及健忘为最多，次为阳萎早泄、心悸以及食欲不振等等（附表2）。

表2 临床症状的分布

症 状	头 晕 失 眠	失 眠	健 忘	耳 鳴	遺 精 陽 萎	食 欲 不 振	心 悸	視 力 減 退	月 經 不 調
人数	224	206	116	64	64	61	48	36	9
%	65.8	61.6	34.1	18.8	18.8	17.9	14.1	10.5	2.6

說明：1.遺精陽萎：其中遺精者38人，陽萎者26人。

2.月經不調，包括月經量与經調的失常。

3.每一病員，常兼有多种症状，故数字与人数不符。

多數病例，以往曾經过各种治疗，其中以药物治疗为居多。

二、針灸治疗原則

中医的各种医疗方法，包括針灸在內，莫不运用辨証論治的原則。所以治疗神經衰弱，亦本此原則来指导臨床实践。在进行針灸治疗时，首先必須通过辨証过程，运用四診、八綱，特别是經絡病候分类等辨証方法，从而找出主証、兼証，确定診斷。論治的措施，根据辨証的效果，分別標、本、緩、急，結合針灸的特点，作出不同的相应处理，这是十分重要的关键性問題。

三、治疗方法

进行診疗时，根据患者的主訴，从病史中把各种不同的症状，归納分析，依照“治病必求其本，急則治其標，緩則治其本”的原則，結合針灸“盛則瀉之，虛則补之，热則疾之，寒則留之，陷下則灸之，不虛不实，以經取之”的方法和特点，分別給以处理。总的來說，抓住重点，分別主次，先对主証进行治疗，主証緩解或好轉，兼証往往亦隨之改善。如头痛为主証者，按照头痛的性質和部位，辨出屬於那一經絡的病候，是什么原因所引起，根据判断的結果，拟出針灸处方及操作手法，予以治疗。至於兼証，視情况需要可同时并治。

从表2的分析来看，以头痛、头晕、失眠为最多，所以常以这些症状为主証，而先治疗。由於头痛、失眠等症状的改善，而头晕、目花、耳鳴、疲勞等感觉亦隨之相繼減輕或消失。如主証为遺精者，則着重治疗遺精；食欲不振，消化不良的，則注意健运脾胃，这样共伴发的症状皆隨之而好轉。

对体力衰弱的患者，除酌取强壮穴位外，并适当配合体疗，体力得到改善，对疾病的痊愈往往有很大的帮助。所以一般的患者，也可适当地参加体力劳动和文娱活动，以促进和增强疗效。

此外，中医對於病人的生活情况和精神状态，是很注意的。认为精神因素和疾病的好轉与演变有很大关系。因此在治疗的同时，应该与精神治疗結合起来，解釋病情，消除思想顾虑，建立作息制度等，是有一定意义的。

四、取穴处方

取穴处方，主要是根据主証和經絡的关系来选择的。也就是說从疾病因素、发病机制以及經絡病候分类作为选穴的准繩。这里面包括了針灸几种常用的取穴方法和規律。

某条經絡或几条經絡相互影响的病候，就在有关經絡上取穴，以达到經絡、气血和脏腑功能的平衡統一，而获得治疗效果。

取穴宜精简，避免重复。对主治相同或类同的穴位，輪番应用。每次取3—6穴为宜。如同时需要治疗兼証时，酌量增加。

在整理时，意图摸索一些治疗本病的取穴处方的規律，因而将用的穴位，按各种症

状作了分类统计(附表3),并以应用次数最多的作为主穴,其余作为辅穴(应用次数较少的未列入)(附表4)。这仅是我们初步摸索取穴处方规律的开端。

表3 治疗穴位分类表

症 状	取 穴
头痛头晕	百会、上星、印堂、头维、太阳、阳白、风池、列缺、合谷。
失眠健忘	神门、内关、大椎、风池、行间、照海、厉兑、内庭、足临泣、三阴交。
耳 鸣	百会、风池、大椎、心俞、
遗精阳痿	耳门、翳风、风池、合谷、足临泣。
食欲不振	肾俞、四髎、关元、气海、命门、志室、三阴交、背阳关。
心悸	肝俞、脾俞、中脘、足三里。
视力减退	心俞、内关、通里、神门、大陵。
月经不调	枯竹、太阳、睛明。
	肾俞、四髎、关元、气海、归来、曲泉。

表4 应用穴位统计表

穴名	风池	百会	印堂	翳风	头维	上星	太阳	枯竹	阳白	耳门	大椎	肝俞	脾俞	肾俞	命门	志室	四髎
人数	195	68	11	32	20	25	43	11	9	14	28	51	6	59	7	14	12
穴名	中脘	气海	关元	合谷	列缺	神门	内关	足三里	三阴交	太谿	行间	内庭	照海	足临泣	厉兑	心俞	背阳关
人数	40	28	28	23	63	169	63	96	201	57	174	23	23	24	14	37	6

五、操作手法

针灸的操作技术,主要分为补、泻两大类。在一定的经穴部位上,运用针灸或补或泻的手法,也就是说通过适度的针灸刺激,促使阴阳、气血、脏腑、经络的偏胜,达到平衡统一,改变病理变化和病理过程,调整机体的生理功能,从而发挥治疗效果,消除疾病。

针灸治疗神经衰弱,在手法上不外乎补与泻二大法。由于本病多系七情内伤,故原则上采用补法,虚中夹实的,适当的运用泻法。一般对头、背、腰、腹部等处穴位,大都是用补法,四肢穴位,可适当使用泻法,特别是肝胆火旺所引起的头痛、失眠、在四肢穴位,常用泻法。至于针下感用迟钝而得气缓慢者,以得气为度。一般留针10—20分钟。初诊病员,或对疼痛敏感的患者,减少留针时间或不留针。

表5 疗程统计表

疗 程	不满一疗程	一疗程以上	二疗程以上	三疗程以上	四疗程以上	五疗程以上	六疗程以上
人 数	79	58	96	56	31	9	11
合计治疗次数	57.25 次		平均每人治疗次数		16.83 次		

本病以針术为主，灸疗較少。对少数食欲减退严重的或阳萎的患者，在背腹部采用針灸并施，或温針法，体力較衰者的，可多灸少針。

六、治疗过程

神經衰弱为一种慢性疾患，故对治疗程的规定亦較长，以10次为1疗程。1疗程后，視具体情况决定連續或間隔1—2周連續第2疗程。第1个疗程，每日或隔日1次，以后隔2日1次，也可隔3日1次。

340例中，以不滿1疗程及1—3个疗程以上者为多数（見表5）。在痊愈例中，最少为五次，最多为80次。

七、治疗效果

340例神經衰弱症，經过針灸治疗后，能得到相当的疗效，（見表6），一般在2、3次后，症状即見減輕。在痊愈病例中，恢复工作后，大多数健康情况正常，但也有少数病例，不久又告复发。症状改善的，工作效率均有显著提高。

表6 疗效統計表

治疗结果	痊愈	显著有效	有效	无效	不明
人数	51	49	153	48	39
%	15	14.4	45	14.1	11.4
总有效率	74.4%				

說明：1.痊愈指症状完全消失。2.显著有效，指症状大部分消失。3.有效，症状已有改善。
4.不明，指治疗一、二次，未繼續治疗。

八、驗案简介

例1：赵××，男，40岁，軍人，門診号83。

主訴：头痛、失眠年余。

过去医疗經过：服过安眠剂。

症状：前額、顛頂脹痛，多看书或用脑之后即发作，睡眠不宁，多梦，精神容易兴奋。

处方：凤池 太阳 神門 列缺 內关 曲池 三阴交 足三里 內庭 丰隆

（前后共取穴位，下同）。

每日1次，每次取3—5穴，輪番使用（下同），补法，留針10分钟。

治疗过程：第2次針后，头痛、失眠均有好转。第5次后，症状消失，再續治2次，痊愈停診。

例2：陈××，女，52岁，教师，門診号405。

主訴：头昏、头痛，已5、6年。

既往症：有鼻炎史、甲状腺肿史。

症状：头昏胀痛、失眠，每晚只睡2、3小时，心悸。

处方：风池 太阳 列缺 神門 百会 内关 三阴交 行間 心俞 大陵。

第1疗程，每日1次。第2疗程，每2日1次。疗程中间间隔2个星期。每次取3—5穴，补法，留针10—15分钟。

治疗过程：第3次后，头昏减轻，第7次后，睡眠逐渐好转，治疗28次，症状消失。

例3：鈕××，男，22岁，学生，門診号524。

主诉：头昏、失眠，已2年多。

症状：头昏胀痛，失眠多梦，思考和记忆力减退，疲乏乏力。

处方：头維 风池 内关 神門 三阴交 内庭 行間。

間日1次，每次輪取4穴，补法，留针10分钟。

治疗经过：第2次后，症状有所好转，共治5次，恢复正常。

例4：楊××，女，32岁，干部，門診号1293。

主诉：經常失眠，一年多。

症状：失眠、多梦，头胀痛，神疲、健忘。

处方：风池 神門 列缺 三阴交 足臨泣 行間。

間日1次，每次輪取5穴，补法，留针10—20分钟。

治疗经过：第2次后，症状均感减轻，第6次后，除多梦外，其他症状均消失，共治8次而愈。四个月后，来院复查，健康情况良好。

九、几点体会

1. 针灸治疗神经衰弱症，通过340例的临床初步观察，是具有一定的疗效。今后必须繼續进行临床观察和研究，摸索针灸治疗的规律，进一步提高治疗效果和縮短疗程。

2. 必须运用和掌握中医辨证論治的法則，并結合經絡学說和針灸的特点，只有这样，才能获得预期的效果，才能进一步体现出祖国医学的优越性。

3. 治疗时与精神治疗相結合。医生态度要和藹、热誠、耐心，解釋病情，給以安慰，消除患者思想顾虑。并劝告病員改善生活習慣和作息制度，以及其它有关的注意事項。

4. 取穴宜精簡，避免繁复。刺激过多，往往发生疲勞感觉。对精神紧张或針刺反应敏感的患者，更須注意。初診病員，取穴更宜少些，以后漸漸酌加。

5. 操作手法，一般宜用补法，其虛中夾实的，相应地施行泻法，或背腹部穴位用补法，四肢穴位用泻法。主要根据患者的証候及体力情况而靈活应用，并以术后能感到舒快为准则。

6. 有时发现因头痛而針刺头部时，反而引起头痛的增加，改取四肢穴位，则头痛可以減輕或消失。这类患者，大都是体质較弱，而又精神特别紧张的人。同时，說明古人上病取下法則，是从經驗中取得的，而且也是十分正确的。

7. 有些病人，症状緩解或消失后，由於生活、工作缺乏規律等原因，又告复发。徐涇溪女科医案中，有34例由於因忧、因怒、因惊、因思而致病或愈而复发。这充分說明情緒的变动，精神刺激，是有可能誘致某些內伤疾患的进展或复发，也有有力地証实了

外在环境与疾病发生发展也有因果关系。

8. 神經衰弱症，必須积极进行治疗，并争取早期治疗病程长短与疗效的快慢，有很大的影响。

9. 針灸疗法，施术安全（严格遵守操作規程），痛苦輕微，为有益无害的一种有效的手术疗法，既經濟又便利，能节省不少藥物，能給病員減少很多的藥費負担，值得提倡和推广。

失眠穴的发现和疗效初步分析

常熟县大义人民公社 赵品純

执笔褚玄仁

睡眠是一种生理现象，人人都应有充足的睡眠，以保证身体的健康。但是不少人每因内外环境的变化，而发生失眠症状。这不是什么不治之症，但却是一种极为常见的疾病，严重的影响患者的健康和工作。

“失眠穴”治疗失眠症，我們初步观察的结果，有很高的疗效。这一穴位是我县大搞中医工作采凤运动中，大义人民公社医院赵品純医生公开出来的。这说明了祖国医学真是丰富多采的一个伟大宝库，也更证明了党的中医政策的英明正确。现将失眠穴的发现和九例疗效报告介绍出来，希望大家进一步研究，使它在实践上和理論上进一步提高，更好地为广大人民服务。

从“一針治好了兩样毛病”談起

1957年6月。一位姓朱的病人請赵品純医生治病，主诉“两足跟如鸡啄痒疼痛”，赵医生根据“以痛为俞”的原理，給病人两足跟部各扎了一針。隔了几天，病人来謝赵医生说：“你的針真灵，一針治好了我兩样毛病”。原来这个病人还有失眠的毛病，扎針后，足跟痛和失眠同时好了。后来赵医生就把它試治各种失眠症，效果非常好，遂为这个穴位取了一个名字，叫“失眠穴”。

当赵医生公开这一穴位以后，塘桥人民公社医院的护士閔成惠同志試用治疗一个七天七夜未眠的精神病人，針后立即得眠。

失眠穴的部位和針刺方法

“失眠穴”在針灸书上是找不到的，它的部位在足底跟部（俗叫脚根）的中央。

（附图）

失眠穴部位的皮很厚，針时微痛，病人最好臥床施針。施針前以酒精棉球将局部皮

肤消毒后，选用30号一寸不锈钢针进行直刺，刺入约一分深，即出针，采取单刺的手法。针好一足，然后再针另一足。

失眠穴治疗九例失眠症的疗效分析

本组病例计九例，其中男性七例，女性二例。年龄最大56岁，最小25岁。职业包括农民、自由职业、行政干部、服务性行业等。（详见附表一）

本组病例的病史：一至二年以上者三例，其余均在十天左右。病者的失眠程度：最重的七天七夜未眠者一例，每夜仅能睡一到二小时的三例，每夜睡三、四小时的三例，不易入睡和睡不熟者各一例。绝大多数病例有头晕、乏力等自觉症状，五例并伴有其他疾病。（附表二）

· 疗效分析：上述九个病例中，六例仅单刺失眠穴，三例配合针灸了其他穴位，全部病例均在施针的当天自觉容易入睡（提早时间），睡眠时间延长。八例只针一次即愈，一例第一次针后，当天睡眠时间延长了一个多小时，隔日再针了一次而痊愈。

远期疗效：一例新发病的病人已观察18个月未复发（病例一）。一例病史二年以上的曾复发过二次（但再针仍有效），一次在第一次治愈后的四个月左右，另一次在第二次治愈后的六个月左右，复发的时间较未治前有所延长（病例二）。其余五例治疗已1—4月均未发，二例失去联系情况不明。

失眠穴治疗失眠，似对各种原因的失眠均有作用。本组病例中：属于心经本部疾患的四例，属于肾亏的一例，属于肝胆火旺的一例，属于脾胃不和的二例原因不明的一例，均获得同样的效果。而且因失眠而造成的一些自觉症状，如头晕、乏力、胃纳不佳等，也随着失眠的迅速痊愈，而一般都在第二天即觉好转，三四天中完全消除。有一病人在针后当时就觉头晕减轻。此外，我们觉得，针治失眠，最好在睡前进行，效果更为显著。本组病例中有二例（病例二、例四）在傍晚时施针，针后都立即入睡。（附表三）

典型病例

病例一：患者王××，性别男，年岁51岁。职业理髮。

住址大义镇。於1957年9月門診。

主訴：失眠已十余天，精神不安，驚悸。临床有轻度精神病状：

診斷：失眠精神病。

治疗：针两足“失眠穴”，当夜即得安眠，惊悸渐愈。迄今未复发。

病例二：患者魏××，性别男，年岁25岁，职业干部，住址常熟。於1958年4月。

第一次来院門診。

主訴：失眠多日，头晕，在二年前有心悸症。每因深夜工作而引起失眠，已发作多次。

診斷：失眠。

治疗：针“失眠穴”，当夜十时即入睡。至同年8月份又发，再针“失眠穴”，自云因系下午趁针，觉比上一次更易入睡；至今年2月28日再次发作，病人於下午来针，

針后即睡着於病床上。

病例三：患者徐×，性别女，年龄48岁，职业小学教师。1959年3月30日門診。

主訴：失眠一年多，每天只睡熟二个多小时，以后即迷迷糊糊，似睡非睡，多梦，白天则头晕脑胀，心悸乏力，胃纳不好。病人曾去上海等处診治，診斷为高血压，血压230/120毫米水銀柱。

治疗：針“失眠穴”，並配以足三里、三阴交、血海、曲池、合谷、神門等穴。針后当夜睡眠时间延长了一个多小时，似梦非梦現象減輕，头暈在針后即覺輕松。胃納轉好，4月1日又診，取穴同前，自訴針后当夜睡到天明才醒，惟仍心悸。

病例四：患者胡壹妹，性别女，年龄56岁，职业农民，住址塘桥公社一大队。1959年1月出診。

病者家属代訴：一星期未眠，亦未吃东西。驟然发病，不认得人，乱語打人。过去有胃痛史，无精神病史。

診斷：失眠，精神病。

治疗：針“失眠穴”、内关、湧泉，均留針五分钟。針内关后，即不乱語，隨即入睡，直至半夜方醒。第二日再診，神識已清，主訴胃痛，針上脘、中脘等穴而癒。

“失眠穴”治疗失眠症机轉的商榷

“失眠穴”治疗失眠的机轉，根据祖国医学的理論是可以解釋的。失眠症的发病机制，是阳盛阴衰，阴阳不調所致。如內經說：“阳气盛則阳踰陷，不得入於阴，阴虛故目不眠”。又說：“气行於阳，阳气滿，不得入於阴，阴气虛，故目不得瞑”。其病理变化，中医常常“責諸心火”或“心气虛弱”。如喻昌說：“心火无制，故煩而不得眠”。張石頑說：“忡怔不眠、皆由痰涎沃心、心气不足”。我們的祖先，除了早在2000多年前，已知心司血液的循环以外，同时又把心理解为有与近代医学中大脑相似的作用。如云：“心者君主之官，神明出也，‘心臟神’等。因此才有所謂責諸心火，和心气不足的理論。

祖国医学又认为导致心火过旺，或心气虛弱的原因，除了心經本身的疾患以外，肾气虛弱、肝胆火旺、脾胃不和，均可以影响心經的机能，导致失眠。故中医的治疗失眠，方法也是多样的，但总以“和利阴阳”为原则。

“失眠穴”的部位在足跟。其发现决不是偶然的。首先它与足少阴肾經的关系很为密切，內經上說：“肾足少阴之脈，起於小趾之下，斜走入足心，別入跟中，……上絡於心”。張介賓說：“肾各有帶两条”，一条“上系於心”。这是祖国医学理論“腎屬水”、“心屬火”，“腎水能濟心火”，“水能燻火”的理論根据。針“失眠穴”以治失眠，可使腎水旺盛以上交心火，而达到“水火既濟”的效用。張介賓还指出：腎的另一条帶，“趨脊下大骨，在脊髓之間，上行脊髓到腦中，連於腦海”。可見腎經不仅与心联系，而且和大脑的关系极为密切。則針“失眠穴”也不仅是“以水制火”，而且也是直接抑制兴奋的大脑神經了。从这里我們还可找到为什么針“失眠穴”后，对有精神病症状的患者，亦能得到很好效果的道理（中医认为精神病也是心病之一）。足跟部份，根据內經的記載，又是阴踰阳踰二經的起点。“阳踰者，起於跟中，循外踝上行

……属目内眦”，“阴跷者，亦起於眼中，循内踝上行，……属目内眦”。这二条經脈在中医學理論上指出：“阴跷病則阴偏盛，阴不足，多眠”，“阳跷病，則阳偏盛，阴不足，多不眠”。两者是专司睡眠的。医宗金鑑更指出：“阴跷脈气若不與阳跷脈气並榮於目，則目不能合也”。說明了阴阳跷脈是必須相和合。失眠穴恰介於二經起点之間。刺这二經交会之点，有使“阴、阳(跷)自調”。而收到“阴阳交泰”“阴阳平衡”的作用。“失眠穴”能治多种原因的失眠症，其机制可能在此。由於目前我們病例不多，更由於笔者对經絡學識，所知甚少，提出仅供同道們研究时参考，錯誤在所不免，还希同道們多加指正。

小 結

1. 本文介紹了“失眠穴”的发现，証明了祖国医学，的确是“一个偉大的宝库”，党对中医政策的偉大和正确。
2. 对九例針刺“失眠穴”治疗失眠症的疗效，进行了分析，証明“失眠穴”对失眠症有特效。
3. 对“失眠穴”的部位和針刺手法，作了介紹。
4. 本文对“失眠穴”的作用和机制，根据祖国医学理論体系，作了初步探討。並对祖国医学对失眠穴的認識和治疗原理。作了一般闡述。



失眠穴部位图

附表一：性別、年齡及职业分析表

項 目	性 別		年 齡				职 业				
	男	女	20至30岁	31至40岁	41至50岁	51至60岁	农民	渔民	自由职业	干部	服务性行业
例 数	7	2	1	2	2	4	3	2	2	1	1

附表二：病史、失眠程度、其他病症和自觉症狀

項 目	病 史		失 眠 程 度				其 他 病 症 和 自 觉 症 狀*							
	二年至三年	一年至二年	新近发病	近七天未眠	睡二小时	睡一小时	不入眠	精神病	高血压	心悸怔忡	梦遺滑精	胃納不佳	头晕乏力	四肢麻木
例 数	2	2	5*	1	3	3	2	2	1	2	1	3	8	1

註1. 二例病史不明者，統計在新起病栏內。

註2. 其他疾病和自觉症狀按病狀分开計數。

附表三：疗效分析表

治疗年月	患者姓氏	性别	年龄	病史与症状	配合穴位	针灸次数	疗效					复发情况	
							失眠	精神病	高血压	心悸	梦遗泄精		胃纳不佳
57.6	朱	×	男38	足跟鸡啄样疼痛、失眠到近天亮才睡	——	1	愈	-	-	-	-	-	不明
57.6	朱	×	男52	梦遗泄精、精神极度萎靡、失眠、已一年多不能工作	关元、关元前、跗阳前	失眠穴1次其他12次	愈	-	-	-	愈	愈	不明
57.9	王	×	男51	失眠十天左右、心悸、神恐、无精神病史	——	1	愈	愈	-	-	-	愈	未发
58.4	穆	×	男25	失眠十来天、心悸失眠已二年多、屡发	——	1	愈	-	未愈	-	-	愈	复发二次
59.1	胡	×	女56	七天失眠、乱语打人、有胃病史、无精神病史	湧泉、关元中脘、上脘	失眠穴1次其他2次	愈	愈	-	-	-	愈	未发
59.2	周	×	男52	一年前妻死后忧郁而起失眠，每过半夜才睡一两个小时服药无效	——	1	愈	-	-	-	-	愈	未发
59.3	鄒	×	男43	失眠十多天、头晕乏力、四肢麻木、尿黄、舌碎、每日只睡一两个小时	——	1	愈	-	-	-	-	愈	未发
59.3	徐	×	女48	一年前在楼上跌下，遂起心悸、头晕眼暗看不见胃纳不佳夜睡后辄夜迷迷睡。	三阴交、足三里、合谷、脾门、曲池等	2	愈	未愈	未愈	-	-	愈	未发
59.4	褚	×	男33	失眠三天，饱食而起，不易入睡、睡后易醒	——	1	愈	-	-	-	-	愈	未发

针刺“跟眼”穴治疗失眠的初步观察

南京铁道医学院

我們根据内经：“阳蹻起於跟中”的指导和难经补註：“蹻阳脉盛，散入阳蹻则阳蹻病，……阳蹻发病则阴緩而阳急，即狂走不臥死”的解釋，選擇了足跟底部阳蹻脉起點处，进行針刺疗法。运用强刺激手法，要求泻阳补阴，达到平衡的目的。通过44例的临床治疗，除其中14例治疗一次未曾追醒外，其他33例，有效率达到100%。

疗程	一次治愈	二次治愈	三次治愈	二次好转	合計
例数	25	3	1	4	33
百分率	75.76	9.09	3.03	12.12	100

针刺部位：见图



针刺手法：重刺激，留针40分钟。

病例介绍：林××、男、25岁、学生，门诊号38900

主诉：三、四年来，一直睡眠不好，每夜仅睡三、四小时，并且梦多，说梦话，头胀头痛，记忆力差。

诊断：神经衰弱。

处理：针刺眠眠一次。

结果：每夜能睡7—8小时，一切自觉症状均见减轻。

水针治疗失眠症23例报告

苏州专区人民医院

我院学习了上海中医学院以水针疗法治疗失眠症的先进经验，并加以改良简化在内科门诊大量推广应用。收到了满意的疗效，现特介绍于下：

病例分析

自去年六月始至十月末，接受水针疗法患者共有67名。但坚持继续治疗及有详细疗效可稽者共23例。现将23例作一简单分析于下：

(一) 性别：男16例女7例。

(二) 年龄：最幼18岁，最高年龄58岁，大部系中年患者。

(三) 症状：主要临床表现有神经衰弱，如：失眠、头痛、头昏、无力、梦多、遗精、心悸等。但所有患者皆有一共同主诉即长期失眠，大都患者每晚只能睡1—3小时左右。最剧者通宵不眠，病程由2—3月至1—2年不等。其中有一例病程竟长达15年之久，虽经中西医疗丝毫未见效果者。

(四) 疗效: 於23例中21例睡眠時間恢復接近正常, 故有效率占 91.3%。大部分在注射 1—2 次後即能使睡眠時間延長 (占 61.3%) 注射 5—6 次後即使睡眠時間接近正常。由於睡眠改善, 跟隨着其他症狀如: 夢多、頭昏、頭痛、無力、心悸也相繼得到改善。其中只有二例陳述療效不佳, 但該二患者皆只接受二次即停止來院繼續治療, 故其療效可能尚未显现。

附: 典型病例

病例一: 朱××, 男25岁, 門診号59—9548。

主訴: 長期失眠已三年。每晚只能睡1—2小時。入眠後夢多, 白天有頭昏乏力。經水針治療二次後每晚即能睡5小時, 五次後能睡6小時。同時夢多, 頭昏、乏力也見改善。

病例二: 高××, 男32岁, 門診号59—20499。

主訴: 長期失眠已二年多。伴有頭昏, 四肢乏力, 經中西醫治療皆無效。經水針治療一次後睡眠改善, 三次後恢復正常睡眠, 頭昏、四肢乏力消失。

材料及方法

有專人負責操作及登記。每個病人都有一份水針療法記錄卡。在接受水針時必須全部停止任何其他藥物治療, 以便確定水針療效。

(一) 器具和藥液:

(1) 拾毫升注射器一付, 十八號針頭一只。

(2) 1%奴佛卡因生理鹽水溶液 10—20 毫升, 在天寒時藥液必需加溫至 37°—40°C。

(二) 操作步驟:

(1) 75%酒精進行消毒所選擇穴位之皮膚。

(2) 針頭在穴位上迅速刺入皮下, 然後漸漸將針刺深, 切勿反復旋轉及提插。

待病人有感應時即可推進藥液。每個穴位注射 0.5—2.0 毫升, 視病人感應而定。

(3) 藥液推入後, 病人即有酸脹感, 將針漸漸退出, 不需留針。

(4) 出針後, 用干棉花球在針孔揉按一下以防出血。

(5) 針刺時應盡量取臥位進針。針刺後應靜臥休息 10 分鐘方可活動。

(三) 取穴及注射次數:

為了簡化操作及便於記憶, 採用八個穴位, 四個主穴 (三陰交, 行間, 合谷, 內关。) 四個配穴 (足三里, 陰陵泉, 丘墟, 神門)。每次注射三個穴位, 主穴二個, 配穴一個或主穴一個配穴二個, 八個穴位輪流使用, 每星期注射二次, 十二次為一療程。

討 論

根據祖國醫學理論, 認為人體是一個完整的有機體, 人體各部組織器官之間有密切的聯繫。担负這種聯繫是經絡系統。針灸即是通過刺激經絡穴位而引起機體的反應, 使機體的陰陽調和達到正常的平衡可以治愈疾病。

水針療法使祖國醫學與蘇聯先進的封閉療法相結合的一種新療法。根據蘇聯維希

道夫斯基院士的意見，奴佛卡因非但能改善或遮斷机体受外来或內在的刺激，并能使神經系統发生一个新的刺激。这个刺激是微弱的，但在适当条件下能使很多病理过程中的神經营养性障礙起規律性的变动，而恢复正常。

关于本文所采用八个穴位，皆是对机体有显著鎮靜作用，在針灸临床上治疗神經衰弱失眠症有良好效果者。我們試行23例有效率达91.3%充分証實了水針疗法的疗效。使內科医生找到有效的方法来治疗失眠症患者，而可避免因久服安眠藥物产生成癮、皮疹、中毒等不良反应。但对远期疗效尚須作进一步观察。为了操作方便容易记忆我們，采用八个穴位輪流注射，这样更利于推广应用。

在四个月内共接受水針治疗 67 例，施行水針疗法219人次，皆无不良反应发生。故按以上操作程序，有相当安全性。

小 結:

①我院將祖國医学針灸疗法与苏联先进封閉疗法相結合采用水針疗法治疗神經衰弱失眠症患者，疗效高达91.6%。

②介紹了改良簡化操作法，只采用八个穴位輪流注射，便于西医学掌握推广使用。

③对水針疗法理論略加討論。

針刺治疗放射反应的临床应用 —初步观察报告

南京第一医学院放射学教研組 錢云嶽 王鍾琪

放射反应是放射治疗中常遇到的較难以处理的問題。过去应用各种药物治疗，很难获得良效。我科自1958年10月份起遵循党的指示，並学习北京兄弟医院的先进經驗，应用針刺疗法治疗各种常見放射反应。到目前为止，共进行了30例。病例虽不多，但在实践观察后，結合郭氏等报告55例的分析⁽¹⁾，我們认为針刺治疗对某些放射反应确有明显疗效，在放射治疗的临床实践中确能解决一些辣手的问题，值得推广。故将观察結果，初步报告如下。

临 床 材 料

我們的病例是以恶性肿瘤（主要是宮頸癌、鼻咽癌、乳癌、食道癌等）在放射治疗中所发生的放射反应为主，大都在放射治疗后二周左右出現。其中有5例宮頸癌则在放射治疗前原有貧血現象。放射反应的类别有白血球降低、貧血、头痛、头昏、胃納不佳、口干等。除二例胃納不佳的曾同时应用酵母片外，余均单用針刺治疗。对各种放射反应

所用的針刺穴位見表一。療程方面，對白血球數降低、貧血、則每隔一日針刺一次。

表一、 各種放射反應針刺治療所取的穴位

反 應	穴 位
白血球數降低、貧血	合谷、足三里、曲池、大椎。
頭痛、頭昏	合谷、頭椎、風池。
胃納不佳	足三里、合谷、曲池。
口 干	合谷、足三里、三陰交、復溜。

表二、 針刺治療對各種放射反應的療效

反 應 類 別	例 數	效 果		
		反 應 消 失	稍 進 步	無 效
白血球數降低	11	11		
貧血	5	2	1	2
頭痛、頭昏	3	3		
胃納不佳	8	6	1	1
口 干	3			3
總 計	30	22	2	6

共三次為一療程；對其他反應均針刺一次為一療程。留針時間為15分鐘。取中等度刺激，每隔5分鐘行針一次，共三次。大多數病例往往在針刺治療一次後即見效。針刺治療對各種放射反應的療效見表二。其中以對白血球數降低的療效最顯著，而這種反應又是放射治療中最多見的。我們11例經針刺治療後均見明顯進步（見表三），且由於療效高而迅速，故除一例曾停止9天放射治療以後，余仍繼續進行，使放射治療計劃如期完成，提高了放射線對惡性腫瘤的影響。

表三、 針刺療法對放射反應……白血球數降低的療效

病例	診 斷	治療前Wbc計數	Wbc數降低出現於放射治療開始後的期間	降低的Wbc計數	針刺治療完成後計數
1	宮頸癌Ⅱ期	5050	10天	3000	5000
2	宮頸癌Ⅱ期	6900	18天	4500	9200
3	食道癌	5900	15天	4700	6000
4	宮頸癌Ⅲ期	6400	37天	2500	7500
5	鼻咽癌	10450	12天	3450	5700
6	乳 癌	6000	14天	4700	6100
7	宮頸癌Ⅱ期	6000	12天	2800	5300
8	腺液質細胞癌	4900	12天	2400	5400
9	鼻咽癌	5200	6天	3450	10100
10	宮頸癌Ⅱ期	5000	10天	2100	4700
11	宮頸癌Ⅱ期	7000	30天	4000	6700

討 論

關於放射反应的发病机制，由於目前对生物体在发生电离现象时所产生变化的本质未全明了，故迄今未有一明确概念。对针刺治疗疾病的机理，目前亦尚未全部認識。郭氏等引用苏联放射学者们的研究，认为是由於放射綫照射机体后，使大脑皮质的“兴奋”和“抑制”二个过程失去平衡，从而使机体的某些器官或系統发生机能上的改变，或使相互間的正常生理平衡出現紊乱。認為針刺治疗的主要作用在於調整大脑皮质的活动，使其趋向健全状态，从而調节机体内部各器官或系統的正常活动。祖国医药对疾病发生的認識，認為主要是阴阳失調。阴阳统一法则是在生命活动中起主导作用，阴阳平衡乃构成人体完整而又协调的生命活动，如果阴阳偏胜，正常的对立统一关系遭到破坏，便出現病态。認為針灸治疗疾病的主要机能是在於調和阴阳，使恢复正常状态下的平衡。

从上述病例观察，我們認為針刺治疗放射反应有一定价值。对某些反应的疗效已达100%（如对白血球数降低，与郭氏报告同）。其次是对头痛、头昏的反应，效果亦良好，我們有三例均見良效，其中一例类风湿性关节炎的病人，在放射治疗第二疗程的过程中，出現有头昏、头痛，於針疗后反应立即消失。起針后病人自謂舒服不少。胃納不佳的8例中經針疗后7例見效，无效的一例为食道癌。貧血5例的系宮頸癌Ⅱ~Ⅲ期患者，均在治疗前已有貧血症状。为爭取治疗条件，我們亦給予試行針刺治疗。結果二例有明顯好轉，血色素自30~40%升到70~80%左右，紅血球数自200万左右升到360万左右，一例略有好轉，經針疗后血色素自50%升到64%，紅血球数自262万升到318万。此三例均順利的完成了放射疗程。有二例进步不显著，其中一例只針疗一次即轉院，未繼續观察，另一例虽經多次疗程針疗，未能見效。血色素始終在40%左右，紅血球在200万左右，此例为Ⅲ期宮頸癌患者，有慢性阴道出血史已一年，放射治疗期間仍有流血症状，故病情及症状較其他几例为严重，且該患者家中孩子多，經濟条件差，难以获得适当休息和营养。故認為針刺治疗虽能調整机体某些器官或系統的功能失常，但机体本身的健康条件，亦是一主要的內在因素，不然亦难以見效。

口干反应三例均为鼻咽癌患者。反应出現於放射治疗开始后第6、7、11天，於第9、14天給予針刺治疗，三例均未見效。可能是放射綫直接抑制或破坏腺体功能所致，故針刺治疗不易見效。

在整个放射治疗过程中，对反应复发的病例，仍能重复应用針疗。如一例宮頸癌Ⅱ期的患者，放射治疗前白血球数为6000，於放射治疗开始后12天，共給予3000.C.C空气量时，白血球数降至2800，在未間断放射治疗的情况下，給以針刺治疗，疗程后，白血球数即升到5000~6000之間。但維持一周左右又降至3900，乃給以第二次針疗。放射治疗仍繼續进行。白血球数即又升至6000左右。又維持一周后，再次下降至3700，立即給第三次針疗，又有升高。以后一直維持在5000~6000之間，直到放射治疗結束。故此患者虽然在放射治疗中数次出現明显的白血球数降低反应，然在重复应用針刺治疗之下，使仍能如期完成治疗計劃。

小 結

通过上述30例的临床观察，提出下面几点体会，供同道参考，并請指正。

1. 針刺治療某些放射反应有下列优点

(1) 疗效高，对某些反应有效率已达100% (如对白血球数降低及头痛头昏等反应)。不但減輕病員痛苦，而且使放射治疗得以如期完成。提高疗效。

(2) 簡便易行，对病員无任何不良反应。

(3) 不增加病員負担，易为病員所接受。

(4) 为国家节约大量药品。

(5) 於同一病例可以重复应用，且同样获得疗效。

2. 針刺治療放射反应亦有一定限制

(1) 針刺治疗放射反应似限於全身反应。

(2) 整个机体的健康状况是針刺治疗全身反应成败的主要因素。

診治 354 例骨折病人的初步分析

南京中医学院

本院伤科自1958年2月至1959年9月中所診治的骨折病人共354例，其中70例仅門診診治一次，門診治療二次以上的，接受全程治療的及小部分住院病人共284例。在治療方法上，从1959年2月起，經治醫師有本省長江南北二岸富有當地聲譽之劉見柳、施和生、許仿周（以來院先後為序）三位醫師所分別共同完成，因此在治療方法上，可以初步看作是代表了本省中醫骨科的一定水平。且各位老前輩又各有特長，以管窺所及，加以簡單的分析，以介紹於國內同道。

发病年齡分布表

年 齡	例 數	%
出生—5	55	15.5
6—10	24	6.8
11—20	39	11.0
21—30	82	23.2
31—40	72	20.3
41—50	37	10.5
51 以上	45	12.1

骨折发生部位表

部 位	例 數
上 肢	168 例
下 肢	119 例
軀 干	65 例
头 部	2 例

療 效 表

治 愈	223 例	78.52 %
好 轉	51 例	17.95 %
无 變 化	10 例	3.53 %

矯 正 療 效 表

(除去陳日性骨折 41 例后)

治 愈	219 例	90.12 %
好 轉	22 例	9.06 %
无 變 化	2 例	0.82 %

治愈率方面見表3，其中包括初診時即系陈旧性骨折患者41例，故治愈率為78.52%，如排除了陈旧性骨折患者，則治愈率為90.12%，如再排除了好轉後中斷治療的患者，則治愈率尙可更高。

全部患者的診斷方面，除了體檢發現以外，同時有231例均經X綫檢查，其中大部分為攝片檢查，其餘小部分或由於體檢已十分肯定與明確，或患者先在外院攝有X片，經借閱後與體檢無出入者，或因骨折發生於軟骨部，如肋軟骨，故不予X綫檢查，但總的來說全部患者的診斷是比較確當的。

284例骨折患者的治療方面，如手法正復，藥物治療，固定方法，復診，功能訓練，治療標準等各方面大部分相同，於1958年7月號中醫藥志所載本院閉合性骨折39例治療介紹一文的内容，不予贅述外，這裡重點介紹一下劉見柳、施和生、許仿周三位骨科前輩醫師的寶貴的臨床經驗及其臨床治療特點。

劉見柳老醫師是贛榆縣十四代祖傳的骨科老醫師了，在舊社會，由於反動政府的取締和消滅中醫的結果，使劉老醫師不得不處於半農半醫的情況下，解放後，黨的正確的中醫政策使劉老醫師的技術受到了人民的應有的重視與尊敬，在贛榆縣醫院中工作時，治療骨折病人，效果頗好，來我院後曾治療十餘例骨折患者，工作二個月後，因素有之肺結核病灶有活動趨勢，為便於療養後照顧其原來之生活習慣，已專人護送回原籍休養。

劉氏接骨的特點係在正復了有錯位的骨折之後，用草紙折迭成三四層，相度患處形勢，墊於患部，如在四肢骨折，其外夾以較筷子稍細的竹枝，其長短視患處而定，每二枚竹枝中間相隔的距離約等於竹枝的寬度，然後以細帶纏縛，每次包扎後，固定十天，在十天內不須解開檢查，若患處腫痛嚴重的，則於細帶之外，澆以燒酒，令其浸透草紙，干後再澆，直至腫痛減輕為度。內服藥為劉氏接骨散，其組成為人中白一兩，銀朱四錢，土蠶虫四錢，三者合成，壯年人每服二錢五分，少者遞減，每晚睡前用溫熱之紹酒四兩沖服，被復取潮汗為度，以患處潮汗為得效之佳兆，連服二晚，即可停服，但十日期滿解脫，或未滿十日而解脫之後，即須重服二服，以維持藥效。

綜上所述，覺得贛榆劉氏接骨有如下特點：

①固定簡便，劉氏所用竹枝，按其粗細長短及竹枝分布密度，再用細帶纏縛，取材及方法，均相似於正骨心法要旨所載之裹布法，由於竹之產地分布廣，劈裁至合於要求之尺寸亦頗簡便，且所費極省，對於一般較為簡單之骨折，完全可以達到固定的目的，而且竹枝之內墊以適量之草紙，又可減輕竹枝對於一組織之直接壓迫，因而劉氏不固定方法有簡便而安全之效。

②用藥簡省，劉氏接骨，患處不敷任何藥物，是較為特出之點，一般中醫接骨，多數頗為重視局部外敷之藥物如敷藥或膏藥等，但劉氏一概不用，對於斷骨之連續，雖然病例數不多，但從巴觀察到的理論上可以愈合之各骨折病例，在臨床上都得到了愈合，可見按照劉氏接骨方法，就可以省去患處之外敷藥。

在口服的接骨藥物方面，劉氏接骨散組成簡單，僅人中白，銀朱，土蠶虫三味合成散劑，無論從文獻上對於土蠶虫之記載及劉氏驗案來看，其功效是完全肯定的，用溫熱紹酒送服，更能使藥力直達病所，但劉氏應用接骨散時連續二服，即須中止八天，此種給藥方法，系劉氏數世積累之經驗，根據劉見柳老醫師之解釋，服藥二次，已能使骨折處形成骨痂，服用過多，將使骨痂生長過多，此點亦易理解與接受，但解脫患處一次，

即須繼續服用二服，據劉見柳醫師之意見，一經解脫，則斷骨又復移動，如不繼續服藥，將使斷骨不易愈合，事實上解脫患處一次，似不致引起如此嚴重之后果，而劉氏之經驗明此，此一問題，當有待於今後作進一步的研究。

施和生醫師早年就學於擅長運氣推拿之余海川氏，繼又就學於傷科楊××氏，綜二家之長，以推拿傷科著稱於蘇州城郊，在反動統治時期，雖求治者甚眾，但反動政權閉目塞聽，始終不給執照，且對加嚴詐勒索，解放之後，人民政府立即給以開業執照，十年以來，黨對施醫師關懷奮至，使施醫師体会到黨的中醫政策的正確與偉大，來本院工作後，態度謙虛，工作勤懇，尤足為青年醫師的表率。

施醫師在接骨方面，手法比較嫺熟，劉醫師曾譽之為人身骨路206塊玩得相當熟練，因而曾自嘆不如，此為老醫師相互之間的謙虛，但亦反映了劉醫師對施醫師的手法的評價。

局部敷以挫傷軟膏，內服藥則以紅傷丸為主，每次一錢，一日二次，直至斷骨愈合為止，局部敷藥，骨折初起時，二日一換，候腫脹稍減即換貼傷膏。

施醫師接骨之特點有：

①注重拔伸矯正，凡斷骨錯位，悉并相倚者首先用牽引及反牽引使斷骨不相重迭，在拔伸過程中或則一人操作，或則由助手幫助反牽引，當斷骨已不相重迭時，即依照斷骨錯位之形勢於以矯正，然後敷藥夾縛。

②注重舒筋活絡，施醫師在正復斷骨之後，對於骨折鄰近部位之筋絡及遠在部位，均擇要加以推拿按摩，每次復診之時，亦必重復此項操作，務使筋絡舒展柔和可以減輕病人痛苦。

許仿周醫師承泰興祖傳七世傷科，其昆季執傷科長業者凡十餘人，散布於泰興、黃橋、上海等地，尤以泰興、黃橋一帶之傷科患者殆無不就醫於許氏，許醫師於傷科之外兼理外科，治傷則外治之余，尤重內服，理法方藥頗多獨得之見。今年三月來院工作後，勤懇從事，孜孜業業，對於所積累之經驗，尤喜交流於各同志之間。

許醫師治療骨折有如下特點：

①慎施手法：對於不全骨折或骨折而無錯位者，許醫師認為不應濫施手法，因為不全骨折往往骨膜未盡斷裂，手法過重，將使未斷裂之骨膜斷裂更多，無形中加重了骨折，無錯位之骨折，往往斷端互相嵌入，而呈穩定狀態，如手法不當嵌入之處反易分離，因而引起斷骨錯位。

②不隨便固定關節，在關節部位或關節鄰近部位之骨折，如果骨折情況不嚴重，則許醫師常不用夾板夾持關節部位，而僅以棉花等紮患處，然後用綑帶包縛，使日後關節功能盡量不受影響或少受影響。

③對於早期骨折病案，在內服藥方面，許醫師主張以祛瘀生新為主，用藥以歸尾、丹參、赤芍、桃仁、紅花之屬為主，而至腫脹漸消，一般在骨折後一星期，始用地鱉、自然銅、續斷、骨碎碎之類接骨藥物。

上述三位老醫師在接骨方面的特點，當然很不全面，須要繼續深入學習，才能更好地繼承和交流經驗，更好地為病人解除痛苦，至於在工作作風方面，各位老醫師均有和藹可親，毫不自滿的特點，如對於病員之熱情誠意，學問方面的虛懷若谷，毫不保守等等，都足以作為青年醫師學習的榜樣。

中藥“接骨丹”治癒80例骨折摘要

常州 天宁区第一聯合醫院 朱紹昌

作者总结了用中藥“接骨丹”治疗80例各种骨折的效果，认为具有药味简单、取材方便、价廉、疗程短和病人痛苦少等优点。80例骨癒合时间5—10天者18例，11—15天者25例，16—20天者23例，21—25天者10例，26—30天者4例。80例骨折的种类有锁骨、肱骨、桡骨、尺桡骨、掌骨、指骨、胸骨、肋骨、盆骨、股骨、髌骨、胫骨、腓骨、趾骨折等。治疗效果：良好者66例（82.5%），尚好者11例（13.75%），不良者3例（3.75%）。

“接骨丹”的处方及其制法：

生石膏一斤 东丹五錢 樟腦五錢
百草霜一錢 共研極細末，瓷瓶收貯备用。用时取接骨丹适量，用蜂蜜調成糊状，敷於伤处。

使用方法：首先是矯正骨位，有脫位者用手法使其复位。外敷以調好之“接骨丹”用糊布包裹，再用夹板固定骨折处。換药按病情輕重，隔日、三日或五日一次。換药时如发现有骨折移位，应予糾正之。为了加速癒合並可酌情配合內服行气、活血、和营、續骨、舒筋通絡等丸散湯药。作者並提到，骨折癒合后，即应在医生指导下鍛炼功能，以免因固定而引起之关节强直，同时可以加速功能之恢复。

用中藥治疗阑尾炎40例的初步观察

无錫市第一人民醫院中醫師 吳际青

一、前 言

西醫所說的阑尾炎，在中醫視之，确即是《蘭國醫學之文獻》里所說的腸痛，本症在外科領域中，是一种极为常見的疾病，据一般文獻統計，約占外科所有入院患者的10%左右，西醫的治疗方法，从1902年在巴黎外科學會會議通过了關於阑尾炎必須进行手术治疗的法則，后50多年来，西醫外科，一直奉为主臬，遵守不渝，本人在进醫院工作之前，遇到急性慢性阑尾炎病例，常用中藥治疗，經過30多年，一貫堅持到底，未嘗为之游移，治愈病久不下几千百例以当时限于私人条件不够，既无科学証明，且无詳細的病史記載，

所以从未总结經驗，以就正於当世。

今年市科学研究所，将中藥治疗闌尾炎分配給我科的研究項目之一，因此在党組織领导下，与西医外科合作，开展了用中藥治疗闌尾炎，自8月初旬起，至9月中旬止，共計治疗病人40名（門診在外），均得到比較滿意的結果。

二、祖国医学對於闌尾炎的認識

(1) 病因：灵樞云“喜怒不节，飲食不节，寒温不时，則寒汁流於腸中，流於腸者虫寒，虫寒則积聚，……积聚已留，留則痛積。”（上膈篇）又云：“寒邪客於經絡之中則血泣（同堵），血泣則不通，不通則卫气归之，不得复返，故痛肿，寒气化为热，热性則肉腐，肉腐则为膿。”（痈疽篇）巢氏病源腸痛候云：“血气壅积，結聚成痈，热积不散，血肉腐坏，化而为膿。”外科正宗論腸痛之由来云：“暴急奔走，以致腸胃傳送失常，不能舒利，敗血浊气，瘀液而積。”吾乡先賢王旭高云：“大腸痈者，共人平素嗜醇酒炙煇，湿熱郁蒸，肺气不得宣通，下結大腸之头。”綜合以上所述，总的說来，凡生活环境，精神刺激，虫积滞血，以及飲食不节，劳伤脾胃等，都能导致腸痛的发生，与近代西医对闌尾炎病因的認識有不謀而合之处。

(2) 症状和治疗：金匱要略云：“腸痈之为病，其身甲错（脫水）腹皮急，按之濡如肿状，腹无积聚，身无热，脈数，此为腸内有痈膿，蓋故附子敗毒散主之。”又云：“腸痈者，少腹肿痛，按立即痛如淋，小便如調，时时发热，自汗出，复恶寒，其膿迟聚者，膿未成，可下之，当有血，脈洪数者，膿已成，不可下也，大黃牡丹皮湯主之。”这两条記載，可以看出，祖国医学對於腸痈的症状診斷和治疗，在汉代已有足够的認識，其应用於临床上，在今天还是值得重視的。

三、与西医外科配合的方法

(1) 闌尾炎类型不一，全部由西医外科按照一般常规方法（包括病史檢查及化驗等）診斷明确后，即收入外科病房，通知中医科再加以診查，如同意西医外科的診診，認为用中藥治疗适应者，就接受治疗。

(2) 每天中西医共同檢查病情，並逐日或隔日化驗白血球总数及分类，中医如有意見即向西医提出西医如有意見，即向中医提出，一切为病人謀健康出发。

(3) 治疗時間，不配合西药治疗，如特殊情况者例外。

(4) 一般在服药后，自觉症状消退，压痛消失，体溫正常，白血球正常，即作为治愈的标准。

四、中医治疗方法

参考祖国医学书籍及近代文献，治疗闌尾炎的藥方很多，我們所用的藥方，是自制的“消炎宁腸散”，其組成為：

紅藤一两 敗醬（炒）一两 生大黃二錢 冬瓜仁五錢 炒丹皮二錢

桃仁二錢 生苡一兩

加減法：如体温在 37.5°C 以上者加紫花地丁一兩，双花二至四兩，如不熱而脈迟苦白者加肉桂三至四分，如服上方而大便仍不通者生大黃改用三至四錢，如大便泄瀉者去生大黃加炒白芍三至五錢，如膿腫消退緩慢者加炙天龍一錢去頭足。

适应症：不論急性慢性已穿孔或未穿孔者均可用。

禁忌症：孕婦和病人呈休克現象者，禁用。

制方的意义：本方藥物，有杀菌抑菌排膿滲瘰之功，其中生大黃一味为泻剂，与西医治法抵触，作者根据了內經，其下者，引而竭之，和“其实者，散而泻之”的理論指导，並結合了临床經驗而进行的，因为中医对關尾炎的发病机制认为是气血凝滯，瘀熱內阻而成。吳仪洛本草新說，大黃入腸胃血分，能蝕膿消腫，因此在治疗上必須配合一些大黃，使邪从大便而出。

五、注意事項

(1) 全身症状严重，包括惡寒，发热，嘔心，嘔吐，腹瀉，及穿孔合併腹膜炎等一般症状，应絕對禁食，俟症状改善后，改为流質，隨症状好轉，逐漸改为半流質。

(2) 症状严重的，在治疗期間，取 45° 半臥位，大小便不能自行入廁所，並叮囑病員，在大便時不能努責，在腹痛時不能用手按摩。

(3) 全身症状較輕的；可进服流質半流質，俟症状改善，然后逐漸增加食量。

(4) 根据杭州鐵路医院外科周醒华氏急性關尾炎臨床初步总结說：根据中药細菌敏感試驗結果，药汁濃度愈高，杀菌力量愈强。”所以本人遇到病情严重的每日服中药二帖，上午服一帖，晚上服一帖。

六、病例分析

(1) 性別：本組40例中男性24人女性16人，为男子多於女子，与一般文献报告相同。

(2) 年齡：最小者11岁，最大者65岁，11至20岁者16人，20至30岁者13人，30至40岁者6人，40至50岁者1人，50岁以上者4人，以10岁至30岁者为最多。

(3) 发病時間：自发病至来院就診時間，最短者为2小时，最长者为14天，24小时以內者占18人，72小时以內者占9人，其余多是在7天以內。

(4) 病人入院初診時体温檢查

表一

体 温	正 常	$37^{\circ}-38^{\circ}\text{C}$	$38^{\circ}-39^{\circ}\text{C}$	39° 以上	总 計
病 例 人 數	7人	16人	13人	4人	40人

(5) 病人入院初診時白血球計數

表二

白血球計數	白 血 球 总 數		中 性 白 血 球				总 計
	5000 至 15000	15000 至 25000 以上	60% 以下	61-70%	71-80%	81-90% 以上	
病 例 人 數	28人	12人	1人	3人	14人	18人	40人

(6) 病人入院时体征的表现




表三

体 征	右下腹压痛	回跳痛	肌紧张	罗氏征	肿 块	舌 苔		眠	象
	病例人数	40人	34人	23人	7人	12人	厚 39人	淨 1人	数 36人

本組病例共計40系，根据以上一二三表可以看出，有属急性闌尾炎者，有属慢性闌尾炎者，但急性病例較慢性病例为多。

七、疗效分析

对闌尾炎分类，为便利总结起见，征得西医外科同意，以临床症状分为：一、未穿孔，2.穿孔，3.脓肿，三种类型，兹将三种分类的几点参考列表如下：

类 型		未穿孔型	穿孔型	周围脓肿型
发病时间		24—28小时	48小时以后	三天以后
体 温		38.5°以下	38.5°以上	38.5°左右
局 部 征 象	压 痛			
	范 围			
	肌紧张	稍 有	极 度	中 等 度
	反跳痛	无 或 有	极 明 显	时 有 时 无
肿 块		无	无	有
白血球总数		10000—15000	20000左右	20000左右
中 性 球 百分比		85以下	90以上	90左右
眼 象		无其变化	明显变数	变 数
脫 水 貌		无	显 著	有
疼 痛		中 等	极 度	輕 度

根据上述分类，本組40例中，属未穿孔者25例，穿孔者4例，脓肿者11例，除2例用手术的不計外，将其余38例的体温、血象、压痛三方面服中药后的好转情形，分析如下：

(1) 体温恢复正常时间：38例中除7例原来正常外，其余31例服药后，第一天即恢复正常的6例，第二天恢复的7例，第三天恢复的10例，第四天恢复的1例，第五天恢复的3例，第六天恢复的3例，惟有1例到第十天才恢复。

(2) 血象恢复正常时间：38例中除原水正常的及没有最后化验外，第一天恢复正常的5例，第二天4例，第三天5例，第四天5例，第五天1例，第六天2例，此外第八天和第十天恢复的各1例。

(3) 压痛消失时间：压痛是阑尾炎患者共有的症状，本文38例中服中药后第二天压痛消失的1例，第三天消失的4例，第四天6例，第五天9例，第六天7例，第七天5例，第九天第十天消失的各1例，第十一天2例，第十二天1例，以第四天至第七天消失的为最多。

(4) 本文40例中，有单用中药治疗的，有配合西药治疗的，其疗效结果，分析如下：

1. 未穿孔型（或单纯型）：共25例，不论是急性与慢性，或慢性阑尾炎急性发作，完全用中药治疗，效果良好，达100%。

2. 穿孔型、共4例，其中一例，经8天针灸，和注射抗菌素，腹痛减轻，但体温仍盘旋于38°—40°之间，右下腹仍有压痛存在，服中药5帖后，体温即降至正常，压痛消失，另一例为中西综合治疗，收效亦佳。

此外用手术者2例，其中一例来自乡间，途中受了车船的颠簸，入院时，已经穿孔，引起左右少腹脓肿；发热，剧痛，剧泻，服中药五帖后，虽然体温自39.5°C下降至38°以下，但依旧剧泻，认为不适合用中药治疗，即转西医外科处理，于左腹直肌旁切开探查，有脓肿存在，排出粪臭脓约300C.C.左右，同时膀胱陷窝亦有积粪，吸出约400C.C.，另一例，服中药二帖，不能控制，即转西医手术，见阑尾呈环状并有粪石一枚。

3. 脓肿型：共11例，其中6例，完全用中药治疗，收到满意的效果。

此外5例，有1例原用中药治疗，觉见效缓慢，即配合抗菌素注射，疗效即迅速提高；有1例原用抗菌素治疗，因见效缓慢，即配合中药治疗，疗效即迅速提高，其余3例，自始至终，即中西医配合综合治疗，药效满意。

八、討 論

1. 治疗阑尾炎，是否可用泻剂？西医学说是不用泻剂的，原因是泻剂能增加肠蠕动，有可能促使肠穿孔的缘故。而祖国医学治疗的原则，恰恰与西医相反，陈修园说：大黄牡丹皮汤，不脓痛之已成未成，均可下之，日本人之研究我国医学者，以及近代中国文献，亦多说阑尾炎用泻剂有显著疗效，核之本人近40年之临床经验，不但未穿孔前可用大黄，即已穿孔后亦可用大黄，但作者主张大黄不宜重用。内经云：大积大聚，其可犯也，衰其大半而止，所以作者于自制的消炎宁肠煎中，大黄只用二钱，使大便每日1—2次，并无不良反应（如大黄用至四钱，大部份病人在大便前要发生满腹疼痛现象。）相反的可以缩短疗程，至于用泻剂为何不会引起穿孔，曾参考近代文献，有许多西医外科用中药治疗阑尾炎得到的体会，认为①中药具有强有力的杀菌或抑制微生物的能力，②中药能改进血液循环，增加人体抵抗力，从而促使炎症消退，是可以肯定的，如再明白了蠕动亢进的变化机理，则在治疗上更有很大的帮助。

2. 阑尾炎用保守疗法有少数病例复发。本文40例中有一例是阑尾脓肿，经服中药治疗出院后，不到20天，右少腹又复隐痛作痛，求门诊治疗，服药三剂，又告痊愈，本科与西医外科合作，用中药治疗阑尾炎，仅仅40例，对于复发率究有多少，复发后是否

再用中药治疗可以解决,或必须用手术治疗。不经过手术,阑尾究竟起了什么病理变化,还有待于今后临床治疗的观察和研究。

3. 综合以上分析体会,中药治疗急性单纯性阑尾炎有很好的效果,是可以肯定的,如果遇到病程过急,有高热、腹胀、剧痛、剧吐、剧泻甚至休克的烈性病例,在进行口服中药治疗过程中,有部份病例,用消炎宁肠煎调正便秘时症状可急速缓解,倘病情未能得到控制,或反而加剧者,应配合抗菌素治疗,或手术治疗;我们的治法,此后尚宜作进一步的研究,本文40例,为数尚少,为时尚短,在这方面观察还不够,是否正确,尚待大家研究。

4. 用中药治疗阑尾炎,根据作者的体会,也是近代医家所公认的,有几种优点如下:

一、可以避免手术后给病人带来的痛苦,根据国内外文献者说:阑尾切除后,形成肠粘连者较为常见,假如手术操作得不好,还能产生一些后遗症,据北京医学院第一附属医院,阑尾炎研究小组在7061例病例分析中,平均手术并发症有8—10%,如切口感染,肠粘连,残余脓肿,粪瘘等,有时在处理上极为困难,加上有一定的死亡率(0.7%),中医中药治疗,则没有这些缺点。

二、药费经济便宜,可以减轻患者经验负担,因此我们认为符合多快好省的原则的,尤其是农村,目前设备条件不够的医疗机构,值得推行。

中药大黃紅藤合剂治疗腸痈(阑尾炎)

初步总结

丹阳县人民医院科研室

自1958年9月至1959年2月,使用大黃紅藤合剂共治疗阑尾炎314例,效果良好,仅就住院100例作简单分析,以供同道参考。

一、临床症状

1. 发病时间:本组病例自腹痛开始至来院诊治的时间,最短者二小时,最长者26天。

表一:

病期	1天以内	2天	3天	4天	5天	6天	7天	8天	9天	10天	10天以上
病例	15	23	17	12	6	5	2	5	8	2	5

2. 腹部症状:腹痛大半开始于脐周或上腹部,以后转移至右下腹部,但也有例外者;疼痛之程度,有的颇为剧烈,有的仅隐疼,一般患者均有恶心呕吐现象。便秘者多於腹泻,而腹胀、腹壁紧张并伴有恶心、呕吐、及全腹痛者,多为并发腹膜炎之症状。

表 二:

症 状	右下腹疼	右下腹疼及其它部位疼	恶心呕吐	便秘	腹泻	腹膜
病 例 100	100	75	93	30	24	23

3. 腹部体征: 右下腹部腹壁紧张、局部压疼及反跳疼, 均为急性阑尾炎之主要体征, 反跳疼表示已波及腹膜壁层, 如炎症局限化, 有脓肿及粘连形成则常有包块出现。

表 三:

体 征	右下腹压疼	反 跳 疼	腹 壁 紧 张	局部有包块	肛門指診阳性
病 例 100	100	82	65	32	65

4. 发热及白血球变化: 急性阑尾炎常伴有轻度的发热及白血球总数增加。

表 四:

白血球总数	8000 以下	8000— 10000	10000— 12000	12000— 15000	15000— 18000	18000— 20000	20000 以上
病 例 100	8	13	26	31	13	6	3

二、診斷类型

本組病例之診斷, 主要是根据临床表现分以下四种类型: (見表五)

表 五:

类 型	急性阑尾炎	急性阑尾炎穿孔	阑尾脓肿	慢性阑尾炎
病 例 100	58	21	13	8

三、治疗方法及观察疗效

1. 治疗方法: 診斷一經确定即服“大黃紅藤合剂”20—30毫升, 一日三次, 輕症及慢性者10—20毫升, 儿童孕妇酌減, 直至临床症状減輕用量即減少至每次10—20毫升, 泻下較重亦可減量, 在腹膜炎时仍須予以輔助疗法, 如补液, 輸血, 酌情予以抗生素等治疗, 如已形成脓肿有大包块而有波动明显时, 亦可輔助穿刺排膿。

2. 疗效观察: 所有病例經服本合剂后, 其临床症状及体征均可於数日内減輕或消失。白血球降至正常, 其結果見表六、七。

表六：

服藥后各症減輕時間	第二天	第三天	第五天	五天以上
病 例 100	40	48	9	3

表七： 白血球降至正常症狀消失時間

時 間	三天以內	五天以內	八天以內	十天以內	十天以上
病 例 100	7	46	29	14	4

本組各型闌尾炎病人均經服本合劑后病愈出院。近期隨訪結果：內一例闌尾膿腫病人，入院時有粘連性腸梗阻現象，服藥二天未見減輕仍用手術治療，二例慢性闌尾炎治愈出院后，仍經常有隱隱小疼，於出院一月后仍施行手術治療；其餘至今未見再發，可能由於觀察時間過短所致，療效觀察其有效率可至96%。

四、大黃紅藤合劑制法

每服處方如下：

- 1.敗醬四錢。
- 2.紅藤五錢。
- 3.丹皮三錢。
- 4.良花四錢。
- 5.連喬四錢。
- 6.當歸二錢。
- 7.甘草一錢。
- 8.大黃五錢。共制成100毫升。

上藥研成粗粉，分別滲濾，1—7葯可混合滲濾，大黃須單獨滲濾，供滲濾用水以蒸餾水為佳，以冷開水代替也可，在制劑過程中不可接觸鐵器以防變色，濃縮時以水浴蒸發或文火蒸發均可，如以50服葯，約濃縮至6市斤左右為宜。如須久存可加入適量防腐劑以方便保存。大黃不宜久煮，故須將1—7葯之濾液濃縮后加入大黃濾液煮沸即可。

五、體 會

“大黃紅藤合劑”治療各型闌尾炎均有顯著療效。但對慢性闌尾炎效果不及急性者良好，如治愈后再發再服本合劑仍有效，如經常復發仍以手術截除闌尾為宜。於治療過程中仍須根據病情加以輔助療法、以期早日病愈。

附典型病例三例：

例一：廖××男，36岁，丹阳建山乡文工团员，於1958年2月16日入院，住院号外科791号。入院主訴：右腹能痛已三天。

患者於1958年12月14日下午突然腹痛，开始时在上腹部陣发性疼，曾經吐二次，最近一天不吐不瀉，大便秘結，今天开始有惡寒发热感，有时出汗、头晕。

体格檢查：体温39.5°C 脈博110/分鐘，呼吸25次/分鐘，面色蒼白，呈重病容，舌有厚苔，唇干燥，腹壁輕度膨脹，右下腹部馬氏点有明显压痛及反跳疼，无包块摺得，叩診鼓音、听診腸蠕動音減弱，肛門指診右側有触疼，心肺正常，白血球总数21000，中性90%，淋巴球9%，酸性白血球1%。

临床印象：急性闌尾炎穿孔併发局限性腹膜炎。

治疗经过：入院后即服大黃紅藤合剂30毫升，每六小时服一次。第二天腹部仍脹，大便未解，繼續上药，第三天体温开始下低，排出黃褐色有粘液大便甚多，仍繼續上药，至第五天腹部症状大部消失，体温降低37°C，將大黃紅藤合剂改为每次20毫升，一日三次，至27日各症完全消失，病愈出院，共計住院11天，共服本剂800毫升，出院后至今未再发。

例二：施××男40岁农村干部於59年1月7日入院。入院主訴：突然陣发性腹疼已5天。

患者於59年1月2日突覺上腹部疼，一天后腹痛改至下腹部，为陣发性，嘔吐一次，大便秘結，不思飲食，至入院前两天，覺右下腹部有一包块，按之則疼，过去无腹疼发作史。

体格檢查：体温37.5°C，脈博75次/分钟，呈仰臥右腿屈，舌无苔，腹部右側呼吸受限制并稍隆起，右下腹壁緊張有包块可扪及，約3×5厘米，周圍不規則，有明显压疼，及反跳疼，无波动；肛門指診显著触疼，化驗檢查白血球总数12400/立方毫米，中性細胞87%，淋巴12%，酸性細胞1%。

临床印象：急性闌尾炎后膿腫。

治疗经过：入院后即服本合剂每次30毫升，一日三次，至第三天疼痛停止，包块显著縮小，於第六天症状消失，包块縮至深压才能触及2×2厘米，无自觉症状，无其它輔助治疗，住院六天病愈出院，共服本剂600毫升。

例三：邵××女16岁中学生突然腹疼已15小时。

患者於11月10日下午7时，突然腹疼，先在腹部周圍，后来漸漸移至右下腹部，无噁心嘔吐，大便腹瀉过一次，以往无同样发作史，月經尚未来。

体格檢查：发育及营养中等，体温37.2°C 脈博80次/分钟，右腹壁有抵抗，拒絕触診，馬氏点有压疼及反跳疼，肛門指診有触痛，心肺正正，化驗檢查白血球总数8800，中性78%，淋巴20%，酸性細胞2%。

临床印象：急性闌尾炎。

治疗经过：患者拒絕手术，入院后即給以大黃紅藤合剂每次20毫升，一日三次，第二天腹疼停止，但腹部檢查仍有压痛，繼續服药，第三天各症状全部消失，自动出院，共住院二天，共服药120毫升，出院时帶回合剂100毫升，至今未見再发。

針灸治疗兰尾炎136例总结报告

南通医学院外科教研室 針灸治疗兰尾炎研究小组

我院外科自59年3月下旬至8月下旬，应用針灸治疗兰尾炎，获得良好效果，以急性闌尾炎疗效最显著，治愈率达89%，住院时间平均为3,4天，急性闌尾炎100例其中89例經針灸治愈，其余11例經針灸后，不仅未好转且临床观察有惡心发热，乃經手术治

疗，其中4例已发生穿孔形成局限性腹膜炎，2例为破疽性兰尾炎，4例为粪块梗阻性兰尾炎，一例针灸治疗出院，二次入院已形成兰尾周围脓肿，经用青霉素治愈。

再发性兰尾炎：20例，其中6例复经针灸治疗，14例经手术治疗均为粪块梗阻性兰尾炎慢性兰尾炎11例，4例经针灸治疗，7例经手术治疗，绝大多数有粪块梗阻，其中4例在局部浸润麻醉下经暴露兰尾后，针刺双侧足三里，兰尾穴，针刺了三分钟后兰尾有显著血管扩张及搏动增强现象，其中一例除见血管明显充血外，可见兰尾跳动，另一例兰尾腔为瘢痕所闭塞，术前预剂透视均未充盈。

兰尾周围脓肿5例，3例平均针刺后4天肿块消失，自觉症状及压痛消失，体温正常，白血球总数及分类计数正常，2例针刺六天。肿块显著缩小自动出院。

急性兰尾炎临床分析

一、年龄：10—20岁，35例；21—30岁，33例；31—40岁，13例；41—50岁，14例。

二、性别：男性62例，女性38例。

三、发病时间：12小时内30例，24小时37例，48小时18例，96小时内6例，96小时以上9例最短4小时，最长3个月。

四、入院的体温绝大多数在37（摄氏）至38度（摄氏）之间，经针刺24小时后下降至37（摄氏）以下（见表二）

五、入院时白血球数，绝大多数每立方毫米在10000—12000之间，中性分类70%以下（见表三）

六、症状与体征全部病例均有下腹痛及压痛，半数病例开始为脐周围痛。右下腹肌紧张及反跳痛，为数较少（见表一）

七、粪型单纯型89例，穿孔型4例，坏疽2例，粪块梗阻5例。

八、X光检查，其中12例服钡透视，48小时充盈2例，未充盈者10例。

治 疗 方 法

一、饮食：一般患者均进流质饮食症状轻者进半流汁

二、取穴：两侧足三里，两侧兰尾穴及阿是穴，发热者加曲池，每4小时一次（症状轻者每日二次）每次留针可2小时，平均15分钟行针一次

①疗效：

腹痛情况多数在针刺24小时后腹痛显著减轻，3天腹痛消失，最快者仅针一次，腹痛即消失，共有五例，最迟者七天。局部压痛情况多数2至4天消失，最长者12天，体温下降情况，多数病例于针刺24小时后，降至正常，最长72小时，白血球下降情况，多数病例于针刺24小时后逐渐下降1—2天降至正常。

②治愈率：除11例针灸无效进行手术治疗外，余均全部治愈，治愈率达89%。

③住院日数：最短1天，最长7天，平均3—4天。

④复发率：本组共收治再发性兰尾炎20例，其中4例曾因第一次发作在其他医院针灸过，在所有病例中，出院后未能及时随访，故复发率无法统计。

关于针灸治疗急性兰尾炎血象的初步观察有10例，经实践结果，发现在针刺后30分

钟内白血球吞噬指数显著改变，以病例薛××为例，在针灸后30分钟时，白血球对葡萄球菌吞噬能力下降43%，对大肠杆菌的吞噬能力下降20%，对链球菌的吞噬能力则增加12%。在针刺2小时后，开始逐渐恢复原有水平，实验结果证明这一作用是通过反射来完成的。兰尾炎患者在第一次针灸后，虽普遍减轻了患者的自觉症状，但白血球对葡萄球菌及大肠杆菌，吞噬作用却暂时有所降低，这一现象说明了针灸可以调节机体在病理过程中的防卫机构，至於针灸如何实现它的调节作用，则有待於进一步研究。

几点体会

1. 通过针灸治疗兰尾炎的研究，更进一步体现到党领导贯彻中医政策的正确伟大。
2. 针灸治疗兰尾炎可以避免手术所致的痛苦，缩短疗程，减轻病员的负担不须用药节省人力、物力，提高病床周转率符合多快好省的要求。
3. 针灸对急性兰尾炎疗效显著治愈率达89%，对梗阻型及慢性兰尾炎疗效不佳。
4. 针灸后自觉症状消失较快，但局部压痛消失较慢。
5. 针灸后数分钟有肠蠕动亢进。
6. 再发性兰尾炎手术发现均有粪块梗阻。
7. 多数病例针刺后有小腿及腹部酸感，无酸感则疗效欠佳。
8. 针灸可以减轻疼痛，局部病变并不相应减轻，故针灸治疗过程中必须严密进行临床观察，经常进行局部检查。
9. 针灸可以暂时改变兰尾炎的血行。

附表

表1 症状及体征

症状与体征	针刺前		针刺后	
	例数	%	例数	%
右下腹部痛	100	100	25	25
开始有脐周围痛	56	56	0	0
发热	45	45	30	30
恶心呕吐	61	61	0	0
右下腹压痛	100	100	81	81
局部肌紧张	39	39	18	18
反跳痛	29	29	10	10
肠蠕动增强	0	0	84	84

表2 针刺前后体温变化

摄氏	针刺前		针刺后	
	例数	%	例数	%
37°C以下	43	43	68	68
37°C—38°C	51	51	28	28
38°C—39°C	6	6	4	4

表3 白血球分类計数

白血球	針刺前		針刺24小时后		中性白血球	針刺前		針刺24小时后	
	例数	%	例数	%		例数	%	例数	%
8400以下	15	15	40	40	70以下	51	51	70	70
8400—10,000	26	26	39	39	71—80	34	34	21	21
10,000—12,000	46	46	15	15	81—90	10	10	6	6
12,000以上	13	13	6	6	90以上	5	5	3	3

中藥巴豆、朱砂敷貼兰尾奇穴治疗

99例兰尾炎初步报告摘要

建湖县人民医院外科 祝汉三 季中成

建湖县人民医院外科将巴豆、朱砂(0.5—2克)試貼於兰尾奇穴治疗兰尾炎。自今年三月至十二月中旬共治疗99例, 85例完全治愈, 14例无效, 仍手术治疗。治疗病人中46例門診治疗, 39例住院治疗; 17例为急性单纯性兰尾炎, 82例均有程度不同的并发症。治疗日数为1—10, 疗效85.85%。

方法: 用朱砂、巴豆各0.5克(最多用1.5克)研細混匀, 置6×6cm大小的膏药或胶布上, 貼於兰尾奇穴, 外用細帶固定, 以使药緊貼皮肤。24—36小时檢查所貼部位, 皮肤应有发紅或起小水泡, 若无此現象, 可重新更換新药。本組病人中, 最少的貼一次, 最多的貼三次即癒。

陸續取药容易, 操作簡便, 費用低廉(門診只化0.9元, 住院病人約3.5元, 有并发症的最多17.5元, 最少的2.75元, 平均7.26元)。治疗時間短, 过去最多30天, 最少7天, 平均17.6天, 現在在最多10天, 最少1天, 平均提前12.85天, 大大增加了社会劳动动力。毫无痛苦, 受羣众欢迎。

其理論根据初步认为: ①与巴豆、朱砂的归經及主治功能有关, ②貼治局部后起小泡, 能否說由於巴豆具有微弱的刺激性代替了原来的兴奋病灶, 而使兰尾炎症消退, 此点尚待研究。

运用新的針灸穴位治疗急慢性兰尾炎

91例疗效显著

苏州专区人民医院 針灸科、内科

我院自去年11月开始运用新的穴位——大敦，独阴治疗急慢性兰尾炎共91例，除一例症状无好转外，余者全部治愈有效率达98.8%，且时间由原来的二小时（兰尾穴）缩短至廿分钟，符合了多快好省的精神。

針灸方法

首先在患者之右足大敦，独阴二穴上直接灸六壮，每壮如米粒大小，灸至不起水泡为度，繼刺右侧大巨穴及阴陵泉，再刺双侧三阴交及足三里，即將大巨穴的針取出，用艾条在该穴上强烈的薰灸15—20分钟，使局部紅潤高度的感热，薰灸至不起水泡为度，同时最好有一助手将留在的針每五分钟啄术一次，如伴有发热者，加刺双侧曲池，委中二穴。

病例选择标准

針灸治疗兰尾炎的对象，全部由外科诊断明确后轉来，腹部体征休温，血象等項，均符合兰尾炎诊断而适合施行兰尾切除手术之病員。

治癒标准

局部及全身症状，休温，血象恢复正常。

病例及疗效分析

本文以上述病例标准选择共得急性兰尾炎12例，慢性82例。

1. 年龄最高为60岁，最低为12岁，大部为青年工人。
2. 性别男性40女性51。
3. 发病日期：急性者均半天左右，慢性者四天至半年不等。
4. 血液变化：急性的白血球总数最高16300中性92%。

急性的白球总数最低7100中性57%。
慢性的白球总数最高10150中性79%。
慢性的白球总数最低4550中性65%。

5. 症状体征均有兰尾炎典型症状及体征。

6. 针灸次数及痊愈日期：1—10次平均4次，天数亦是1—10天，平均4天。

典型病例介绍

1. 急性兰尾炎典型病例：

任××住院号322号男20岁

主诉：右下腹持续性疼痛，半天前右下腹持续性疼痛甚剧，有噁心呕吐。

急症入院检查，发育营养中等，急性痛苦，容貌，头颈，胸、心、肺均无异常。右下腹麦氏点有明显压痛，轻度肌卫肠鸣正常，诊断急性兰尾炎。百分静白血球 2100 中性92%，淋巴 8%，即以上述针灸方法治疗，疼痛立即减轻，体征亦减，隔天复查白血球总数为9700中性56%，淋巴44%，共住院五天，针灸五次，痊愈出院。

2. 慢性兰尾炎典型病例介绍：

陆××门诊号50437，女16岁。

主诉：右下腹疼痛复发一天，患者于二月前因右下腹刺痛急症来本院外科门诊，当时血象、体征均符合急性兰尾炎诊断，外科急诊医生给以针灸双侧足三里，留针二小时，疼痛减轻好转出院，惟二月来经常右下腹不规则疼痛，一天前右下腹疼痛又发，体征，血象同前，故给以改进法针灸治疗四次痊愈。

结 语

本文报告以针灸大数，独创，天巨等穴新的方法治疗兰尾炎91例取得显著成绩，留针时间由原来针刺兰尾炎的俩小时缩短至20分钟，且有效率达98.9%提高了治疗效果。

针灸治疗拮闭性腹股沟疝20例初步总结

徐州市立二院

絞窄疝是外科最常见的一种疾病，也是最危险的急症。在过去都是以早期手术松解为治疗原则，自从学习针灸后，我們由针灸治疗絞窄疝，三个月来，共用针灸治疗絞窄疝气20例，除俩例针后又用手术治疗外，其余18例均获痊愈。因病例不多仅作初步总结：

一、针刺方法：

絞窄疝入院后，我們常规的采用“三角”针灸法为主，所谓三角的形成：即以患者口角距离为十寸，一角主脐心，两角置脐下两旁成一等边三角形，患左侧疝气则针右

下角，（反側反竄。）在三角形的三个点均輪次作艾柱灸，另外配用患側大敦及內庭兩穴位，均用瀉法自行回納后，即起針停灸。

二、療效：

姓 名	性 別	年 齡	病 名 及 年 限	絞 窄 時 間	針 灸 回 納 時 間
田××	男	60	左斜疝20年	1小时	10分 鐘
王××	男	63	左 10年	4	8分 鐘
房××	男	4月半	左	6	30分 鐘
瞿××	男	2月半	左	4	20分 鐘
彭××	男	33	左(不全)第一次	5	40分 鐘
王××	男	43	右 7	6	30分 鐘
殷××	男	32	右 5	9	30分 鐘
周××	男	24	右 2	3½	10分 鐘
彭××	男	2岁半	右	11	60分 鐘
解××	男	32	左(不全)初次	6	30分 鐘
裴××	男	23	右 5	7	30分 鐘
王××	男	48	左 10	7	20分 鐘
叔××	男	36	右 10	4	25分 鐘
蔣××	男	56	雙側斜疝后左5	17	20分 鐘
張××	男	44	右 20	20	40分 鐘
解××	男	50	右直疝3个月	3	3分 鐘
陸××	男	3个月	右 斜	6	40分 鐘
劉××	男	19	左复发疝	7	15分 鐘

輔助治療：在針灸治療絞窄疝中，一般不需輔助治療。

手術治療二例：彭××男性，35岁，左側腹股沟有腫物突出8小时不能还納過去，無痛感行針灸40分鐘后仍不能还納，且噁心嘔吐頻繁，疼痛，不能合作，半麻手術中發現腸壁暗紫色，手術解除。

汪××，男性，50岁，右側腹股沟腫塊不能还納7天，腹痛腹脹，嘔吐入院，檢查后腹壁有腸型，透視有液平面，針灸未作，即予全麻手術，手術中發現腸坏死，作腸切吻合。

三、典型病例介紹：

例一：王成义，男性，63岁，已婚，瓦工，住院号35922，59年2月4日入院，主訴：左側疝氣不能还納四小时。

病史：十餘年前就患左側疝氣，能用手回納，經常下腹疼痛不適，過去無閉塞史，曾經中醫治療數年未發，54年秋天，因重勞動又復發，於入院前4小时下墜，即不能还納，局

部疼痛劇烈，有噁心感而入院。

檢查：左側腹股溝有內容物充盈，陰囊腫大緊張，不適用手法還納，住院後作三角針灸法，8分鐘後自行回納，而後則不痛，無噁心嘔吐，飲食大便正常。

例二：田鳳伍，男性，60歲，工人，住院號35882。

病史：59年1月28日因左側疝氣不能回納一小時入院，該患者疝氣已有二十年史，這次疼痛劇烈而來求醫。

檢查：年老、瘦、急性病容，疼痛喊叫在床上打滾不停。陰囊內有 $15 \times 10 \times 10$ cm有彈性緊張之腫物不能回納，腹部無腸型，住院後作三角針灸法10分鐘即回納，以後則無腹脹，無噁心，嘔吐現象，飲食大便正常。

四、体会：

(1) 祖國醫學：——針灸，對早期絞窄性疝，確有顯著的效果，治療簡便，解除病人痛苦迅速，受病人好評。

(2) 我們應用針灸治療20例絞窄疝，18例治癒，唯兩例因絞窄時間較長，有明顯腸梗阻而手術解除。

(3) 在針灸治療中，要嚴密觀察，作必要的术前准备工作，根據情況給予輸液及胃腸減壓等。

(4) 絞窄性疝急症手術，往往併發產較多，如傷口感染，縫頭腫痛，由於手術不能很好剝離疝囊，修補不堅固，術後復發率高。

(5) 針灸回納後，如果病人不同意住院手術，可以住院1—2天出院，節省經費，縮短住院日期。

(6) 我們對祖國醫學的理論淺薄，關於經絡的探討沒有經驗，今後應為我們研究的方向。

枯痔棒治療內痔核 711 例初步報告

(住院493 門診218例)

無錫市第四人民醫院(中醫院)

(一) 前 言

解放十年來，由於黨的英明正確領導，中醫治療痔瘡而得到進一步的發展和推廣。我們祖先在長期的向這種疾病作鬥爭過程中創造出來的，經過反復的實踐不斷的發展補充產生了不少有效的方法，積累了豐富而寶貴的經驗，成為一種理論與實際相結合的獨

特的中医瘡癤療法。

到目前為止，祖國醫學治療瘡的方法分四類：①內治法，②外治法，③針灸療法，④預防方法等四類。僅外治法就有八種：淋洗法，重洗法，剝除法，壓縮法，挂線法，縛痔法，插葯法，枯痔法等。插葯法究始於何時，尚難肯定，約始於明朝（公元1617年）。我們現在所使用的枯痔棒是從三品一條槍發展而來的，我院所由去年十月開始在病床上應用，經過反復的研究與改進，而得到較使人滿意的效果，但它也同樣存在着一定的缺點，並不能完全代替能治療所有的瘡核，因此，作初步的報告，以便拋磚引玉，希請同道們指正。

（二）葯品配制及成分

（1）枯痔棒的成分及制法

成分 I：主葯：紅砒四兩，明礬八兩，II：副葯：雄黃精一兩八錢，乳香八錢，硃砂五錢，血竭四錢，黃連四錢，甘石四錢，III：成形葯：糯米粉、粘米粉各少許。

制法：

I：先將紅砒、明礬、分別研細混合均勻，裝於有孔蓋瓦罐內（選擇瓦罐時須細利光滑，燒時不易破裂）置瓦罐於較大的火爐內，四周用燃着的木炭圍好（罐蓋上不要放炭，以免蓋裂後炭灰落於罐內同時妨碍換蓋）先用小火燒，燉約半小時，後用大火燒約一小時，罐蓋孔內先出青煙然後轉起白煙，至瓦罐上下通紅，罐內白煙盡時為止（如罐蓋破碎，應速換蓋，如裂縫則不需換）速將火力減小，成原來小火，候炭火慢慢燒盡，冷卻後取下放置泥土地上一夜，次日將罐蓋打開，取出煨好之葯物重約四兩左右（約等於原來的 $\frac{1}{2}$ ），為一種顏色潔白質地松脆的粉末（如果質不松脆或顏色不潔白者不適用）。

II：將付葯分別研成極細粉末（越細越好）然後混合均勻再與煨好之主葯混合共研成極細粉末，便成為配制枯痔棒的葯料。

III：取配好葯料一兩二錢加入糯米粉一兩一錢，粘米粉一兩一錢共研均勻，再加水38cc用力搓捏成團，放於碗內，碗口用三一四尺毛巾包裹，於蒸器內蒸熟（約半小時）取出冷卻後極力搓揉使成韌性很好的葯團，然後分成如菜豆大，放在較滑之木板上，用手搓成長3公分兩頭尖銳之葯棒，陰干後即裝於消毒玻璃瓶內備用。

（2）消炎止痛油紗布成份及制法

成份：甘石一兩五錢，滑石粉一兩五錢，凡士林粉三錢，五虎骨煨三錢，乳香粉一錢五分，沒葯粉一錢五分，鉛丹六錢，冰片九分，輕粉三分。

制法：除冰片外先將各葯研成細末，混合於研鉢中用淨水磨之，越細越好，以手摸之細膩滑爽無細粒，用清淨之紗布包裹，放陽光中晒干，待到含水量分完全蒸發後，再倒入研鉢中加入冰片，研成細末，裝於玻璃瓶內勿令走氣，用時以凡士林調成25%之油交，澆於消毒紗布條上立即可應用。

（三）枯痔棒的含砒量及插葯的作用

我所應用之枯痔棒，是製劑福建省枯痔葯廠加以改進的，其主要成分為砒（三氧化

二种)及明矾,制成药条后,每条长三公分,重0.1克,經初步測定,每支含三氧化二砷为0.4—0.8毫克。

药条插入痔核后,使痔核内部組織坏死液化再由药条孔流出,痔核逐漸萎縮,症状消失,同时痔核与附近的松弛組織发生纖維性变,阻止靜脈曲張,又因纖維性关系,使粘膜与其下层組織更形固定不致脫出,因而在临床上得到較高的疗效。

(四)器械及說明

- (1) 托盘一只,作盛放器械及枯痔棒紗布之用。
- (2) 枪状鑷或膝状一把,作插药后塞入油交紗布及消毒痔核之用。
- (3) 剪刀一把,枯痔棒插入痔核后剪除多余之药条用。
- (4) 血管鉗一把,用於較小之痔核固定之用。
- (5) 10 cc 或 20 cc 針筒一件,14号針头一只,作肛門周圍麻醉之用。

(五)插药前准备工作

(1) 除准备上述器械外,並需准备75%酒精,2%紅汞,5%硼酸,20%普罗卡因,0.9%生理盐水各一瓶,消毒紗布及棉球少許,丁字带一条。

(2) 作好体检有無禁忌症,要与患者解釋,說明插药疗法的优点取得合作,消除思想顧慮。

(3) 进行一次清潔灌腸,或以5%甘油30cc小灌腸一次,排除积粪。

(4) 肛門部剃去阴毛,然后皮肤按常规消毒。

(六)操作步驟

(1) 患者一律取左侧臥位,屈起两膝,向腹部弯曲,右膝比左膝稍高,使臀部尽量突出,术者站在患者臀部后面,助手站在术者对面。

(2) 为了便于插药使肛門松弛,痔核易于脫出,以針筒吸取2%普罗卡因10—15cc行肛門周圍皮下及肌肉浸潤麻醉。

(3) 术者以右手取紗布块於肛門輕輕揉擦2—3分钟,再用右食指插入肛門内行左右前后擴張,使肛門括約肌完全松弛,然后用两手将肛門向两边进行扯开,令患者用力下拼气,痔核即可全部暴露於肛門外,用鑷子取盐水棉球将痔区清洗,用紅汞棉球消毒痔核。

(4) 术者将痔核大小数目位置,观察清楚,用左手食指和中指固定,須先行插药之痔核(助手协助将其余之痔核固定)勿使移动或縮回,右手取药条持其中部以尖的一端指向痔核,与腸壁成45度方向,一方旋轉刺入痔核粘膜再向痔核中部插入达适当深度后,再用剪刀将痔核外面之药条剪平,药条的深度,应根据痔核大小而定,一般約1公分,以不超过1.5公分为度。每个痔核所需药条数量亦按痔核大小而有所不同,由1—15条不等,最多不宜超过16个半根,以免发生严重反应。

(5) 搽药完毕后，将痔核送回肛門，使肛門完全恢复正常，再用膝伏銀徐徐塞入三层油交紗布外敷5%硼砂浸湿之棉球加紗布胶布固定之。

(七) 适应

- (1) 一二三期內痔。
- (2) 因肛門瘻管手术引起的粘膜脫垂患者。
- (3) 貧血、肺結核、高血压，高年以及妊娠期兼有必要治疗之内痔。

(八) 禁忌

- (1) 患有急性傳染病及肛門急性膿腫患者。
- (2) 痢疾及其它腹瀉之患者。
- (3) 嵌頓性內痔(如局麻后回納肛門时即可进行插药)。
- (4) 直腸癌或其他恶性肿瘤所引起之内痔。
- (5) 严重的心脏肝脏肾脏病患者。
- (6) 外痔及角化結締組織增生的內痔。

(九) 优缺点

- 优点：(1) 設備简单，易于掌握，因地在各个門診所及乡村均可使用。
- (2) 患者經濟負担輕，无痛苦，能自由行动，飲食大小便不受限制，易于接受治疗。
- (3) 一般患者能在門診接受治疗不影响学习和一般工作。
- 缺点：(1) 本疗法不能完全代替所有治疗痔疮的方法，如外痔角化內痔。
- (2) 晚期大块脱出的痔核不能根治，同时，治疗程亦很长。
- (3) 因含砒的关系，在治疗期中，有輕重不同发热反应，因此对肝肾脏器病患者不利。

(十) 注意事項

- (1) 体检时，必須特别注意有无肝肾脏器病，及严重的心脏病及出血，凝血时间是否正常。
- (2) 操作时必须绝对无菌手术，防止插药后引起感染化膿。
- (3) 用药不得超过16个半条。如蚕豆大的痔核用4条，如大拇指大的痔核用6—8条，如痔核较大，数目又多，所需药条在16条以上者，可分二次或三次插药。先选择一或两个痔核，其余俾六天后再行插药，如第二次插药量仍需超过16条，则分第三次插药。
- (4) 插药时先插最小的及有出血点的痔核。如先插大的，则小的不易脱出。
- (5) 药条插入时，必須成45度(向肛門中央)，在齿綫上方痔核粘膜內，如果插在肛門上或齿綫下方，会引起疼痛、水肿，很可能化膿，而成肛門膿腫。

(6) 藥條插入痔核，必須平均，不宜集中，或貫穿痔核，以防引起大出血。

(7) 插藥的當天，應盡量囑咐患者不要大便，以免藥條脫落，影響療效。插藥後必須注意肛門恢復正常，如是鬆弛的肛門，需用丁字帶固定之。第二天大便時，如痔核脫出，應即將痔核送回肛門內，否則會引起發炎嵌頓。

(8) 插藥後每日必須換藥一次，約7—8天即可完全愈合。

(9) 插藥後每天排便時，仍有滴血現象，應在第六天左右，方能進行檢查，宜在局麻下進行，使肛門括約肌鬆弛，避免用吸筒吸肛檢查。

(10) 飲食可不須限制，但宜避免刺激性食物，並鼓勵多吃開水和多吃易於消化的食物。

(11) 術者在操作時，左右牽引肛門，避免生硬用力，防止肛門破裂而引起肛門裂口。

(12) 插藥的當天晚上，應盡量休息，避免重體力勞動。如嚴重的痔核在治療期中，亦應給予適當休息。

(13) 手術後或換藥，絕大部分是無疼痛感。如發覺患者肛門疼痛，應檢查一下，肛門口是否有異物，如油交紗布不能完全塞入肛內，或硼酸棉球塞於肛門口，均可引起疼痛。如有，應給其取掉，或將油交紗布完全塞入肛內，至肉眼不能看見。

(十一) 治療期的反應及處理

(1) 腫脹不適：一般患者在術後，以及在治療期中，有輕重不同的腫脹感，絕大部分發生在術後兩三小時內，以後漸好轉消失。同時，有里急後重。如果發現較嚴重時，切不可使患者排便，應令其以熱水坐浴。

(2) 大便困難：多數患者在治療中，小便均能暢通，但有少數次數增多，有不能完全排出的感覺，在711例中，尚未見閉尿發生，還有少數尿時感覺尿道灼熱或灼痛。如發現此種現象，可給以清涼解毒利尿劑2—3帖。

(3) 發熱：根據711例治療觀察，有120例是採用福建枯痔藥釘治療的。余均採用本院的自制枯痔棒，小部有輕重不同的反應，體溫在37.5—38.5度中間。其開始日期，絕大部在用藥後第二天，持續天數2—3天，很少至39度以上，如表一、二、三，其發熱原因，是否由於砒的關係，或痔核組織發生坏死液化過程中，由於病灶局部刺激所發生，尚難肯定。據其他文獻報導，插藥引起發熱較廣。但我們493例住院觀察，每日測體溫四次，而有所反應，這中間尚有出入。但大部分患者，在發熱期，無明顯的自覺症狀是常見的，因此，進一步研究，是有一定價值。我們在治療中，發現此種反應，給以退熱發汗劑收到良效。

(十二) 討 論

(1) 出血：一般不會大出血，部分患者便後滴血，或草紙上有血蹟是常見的。這種出血在臨床沒有什麼問題。有三種原因：①因糞便乾燥或排便次數增多，使插藥口遭受磨損而引起。②殘余小痔核未行插藥或分期插藥。未插藥的痔核亦可能出血，往往在

第二次插药后，出血现象即可消失。③在操作时不慎，将肛门粘膜撕破或併发有肛裂患者亦可引起出血。我们在711例治疗期中，有一例于第十天发现内出血（大出血），约1000CC左右，经过我们手术结束时的检查，由于操作的错误，药量过多，药条过於集中，同时有数根药条均贯穿痔核，插药口完全癒合，数根药条集中贯穿处发现有一蚕豆大之潰瘍面。因此引起腐蝕面大，且深广范围坏死，破环痔上动脉所致，由此可知，只要操作时注意切不可贯穿，每一痔核用药量适当並散布均匀，大出血是可完全避免的，不須顾虑。

(2) 肛门脓肿：在711例治疗中，发生三例肛门脓肿，而成瘻管。在我们临床观察上，有两种原因：①属于技术上的错误，插药时不慎，将药条误插入肛管或齿线下方，引起发炎坏死化脓。②消毒不严而起感染，药条本身含有砒是不可有细菌存在。但在操作时，术者的手和器械，未能做到无菌操作，很可能在局麻时或插药时污染药条而引起感染，发炎化脓，因此肛门脓肿亦可完全避免的，只須注意以上二点即可。

(3) 疗程和疗效：插药法的治疗是肯定的，不須开刀，亦无肛门狭窄的后遗症。在711例中，有三例好转，一例无效，如表四，查其好转与无效的原因，与选择病例有很大关系，我院在开始使用插药时，不分大小与粒数，均采用插药法，结果发现大块脱出的痔核，非但不能根治，同时亦延长了疗程。一例根本无效，用药后每次大便时仍然脱出，结果经使用枯痔疗法才根治。因此我们认为内痔核如果超出了红枣大即不适用插药疗法。晚期大块脱出的花圈状内痔更不适用。宜采用枯痔疗法。疗程与插药次数，和痔核大小是分不开的，一般的在7—10天左右，即可癒合，如表五、六，但四天以内痊愈，我们认为是不可能。在插药后，痔核液化，再由药条孔流出，而萎縮过程，必须在5天以上，因此，在用药后，必须每日换药，連續7—8天，方能可靠。切不可輕易麻痺，引起发炎。

表一 发热統計表

最高体温	37°C 以下	37°C— 37.5°C	37.6°C— 38°C	38.1°C— 38.5°C	38.6°C— 39°C	39.1°C— 39.6°C	合 計
人 數	316	61	84	157	89	4	711
佔 %	44.44%	8.58%	11.84%	22.07%	12.51%	0.56%	100%

表二 发热开始統計表

发热开始天数	未发热	1 天	2 天	3 天	4 天	合 計
人 數 (个)	316	28	304	46	17	711
佔 %	44.44%	3.93%	42.75%	6.37%	2.51%	100%

表三 发热持續天数表

发热持續 天 數	0	1	2	3	4	5	6	7	合 計
人 數	316	93	168	50	42	25	13	4	711
佔 %	44.44%	13.08%	23.63%	7.03%	5.91%	3.51%	1.83%	0.51%	100%

表四 治疗结果统计表

疗效	痊愈	好转	无效	合计
人数	707	3	1	711
佔 %	99.44%	0.42%	0.14%	100%

表五 疗程统计表

全疗程(天)	5—6天	7—10天	11—15天	16—20天	20天以上	合计
人数	27	353	221	108	12	711
佔 %	3.80%	49.6 %	29.70%	15.19%	16.9%	100%

表六 内痔插药疗法次数统计表

插药次数	1次	2次	3次	4次以上	合计
人数	595	89	24	3	711
佔 %	83.68%	12.52%	3.38%	0.42%	100%

表七 患者病程统计表

病程	1—5年	6—10年	11—15年	16—20年	21—25年	合计
人数(个)	343	95	155	32	86	711
佔 %	48.24%	13.36%	21.80%	4.51%	12.09%	100%

表八 痔核数量统计表

痔核数量	1—2个	3—4个	5—6个	合计
病人个数	156	456	99	711
佔 %	21.94%	64.13%	13.93%	100%

灰碱液治疗内外痔临床经验介绍

盐城县中医院痔漏科 符志

灰碱液治疗内外痔，是我科在使用枯痔散，枯痔丁，枯痔油，及明矾压迫法后采用的一种治疗方法。在临床上确有多、快、好、省之优点，今作介绍供同道研究。

1. 处方：洋灰10克，石碱粉20克，黄莲20克，普鲁卡因粉5克，明矾5克。

2. 配制：先将切碎之黄莲，浸於五百毫升的煮沸冷藏后的水中，七日后取其清液备

用。先将石硫粉加热溶成碱水，取碱水75毫升，立刻将洋灰傾於碱水中攪勻，再加上黃連水攪動一刻鐘，沉澱後取出浸出液100毫升，再加入明礬粉普魯卡因即成灰碱液。煮沸後使用。

3. 操作方法：①术前准备：消毒过的20毫升12号針头，卡介苗注射器及針头各一付、絲綫或腸綫一根、縫針一根、持針器、小鑷子、管血鉗二根(把)，消毒盤、酒精、紅藥、玉紅膏、外痔剝去肛門丛毛，內痔可免。

②手术步骤：局部浸潤麻醉，用肛門吸引器將痔核吸引外翻，助手固定痔核不註內縮(無吸引器叫病人作大便狀，醫生用手將內痔外牽亦可)，局部用紅汞消毒，隨用絲綫結紮痔核根部，如根部大者，用縫針穿入絲綫雙股，用持針器挾住，將縫針穿入痔核的根部中間，將縫綫一綫向左，一綫向右半環結紮，最後作全環狀結紮，再用棉條圍繞痔核根部，以防止“灰碱”液流在好組織；用卡介苗針吸入灰碱液0.3至0.8毫升，注射於痔核中部，留針三分鐘，痔即變為枯黑色；用黃連水沖洗肛門，敷玉紅膏少許，送痔核於肛門內，外蓋紗布，並用膠部固定，病者即可回家。逐日門診換藥。

4. 注射“灰碱液”後的反應觀察：頭大蒂小的痔核注射後病者毫無痛苦，蒂大根部粗的內痔，手術後略有微痛，但很快地消失，在治療過程中從未發現大小便困難和肛門水腫等現象，注射“灰碱液”後痔核立即呈黑色，腐蝕後液體對周圍組織無不良感覺，一般24小時內就開始流腐液。三至四日痔核脫落痊癒，癢痕整齊。

5. 適應症及優點：最適用於頭大蒂小的內外痔，亦能用於梳狀綫痔、脫肛痔、混合痔，除妊娠和嚴重之慢性疾病外，不受其它慢性病的限制。

優點：①藥價低廉，隨處可取，用藥手續簡便，無需特殊設備，方便易行。②比較安全、可靠，不致於有中毒的顧慮，不受慢性疾病的限制。③治療迅速，我們觀察比“枯痔丁”療效提高3至4倍，且痛比“枯痔丁”為低；病者無需住院，醫療費用也大大減低。④飲食照常。

缺點：①對蒂大之內痔和梳狀綫痔核，結紮範圍廣，有輕度灼痛。

6. 典型病例介紹：

例一，劉文春，男35歲，門診35757號，職業農民，患痔疾已八年多。檢查胸膝位二點、四點、八點、十一點有內痔，其中二點、八點痔如核桃，勞動、走路掉脫出，送回痛苦異常，稍步行復又脫出。1959年11月6日，八點處痔核進行“枯痔油”腐蝕，觀察六日進度緩慢。13日對二點處痔核進行注射“灰碱液”0.8毫升，痔核立時呈枯黑色，四日後脫落而癒。

例二，董××，男55歲，職業教師，門診號34785號，患痔疾30余年。胸膝位1—5點混合痔，外痔如鴨卵，六點有外痔如帶狀，7—9點有混合痔如綢子狀，行走不便，小便困難，下墮異常，經常發作臥床不起。1959年11月20日對六點外痔注射“灰碱液”0.2毫升，24小時後剪除。無痛而癒。11月23日，對1—5點痔核外科手術切除。11月30日，對7—9點混合痔“注射灰碱液”0.7毫升，五日後全部脫落而癒。治療中無痛苦。

例三，黃××，男18歲，學生，門診37541號曾在鹽城專區×醫院治療診斷為肛裂，息肉痔，經洗腸，坐浴，服緩瀉藥無效。1959年12月23日對息肉痔注射“灰碱液”0.4毫升，24小時痔核即脫落，檢查癢痕整齊，主訴治療後約有二小時灼痛。

7. 体会：

灰碱液治疗内外痔我科用於临床仅数个月，在試制和用於治疗确頗为滿意：因为石灰，石碱，明矾皆有强烈腐蝕作用，並有消痲痘，解毒，止血功能，黃連有退肿，消炎杀菌之作用，再加普魯卡因又有麻醉之效。在痔根部結紮，是药液不能波及健康組織，另外痔核迅速枯死，故而手术及治疗中无疼痛出現。

附灰碱液治疗内外痔与其他法对比

療效 療法	操作時間	例數	治癒率 情況	療 程	反应及合併症	費用	備 註
枯 治 丁 (療法)	每次10— 20分鐘		96%	最短9日 最長51日 平均34日	①數日之眠疼 ②發癩及中毒 危險③術后大 出血3%	1元	此系北京市 中醫院記載
明矾压迫 (療法)	每次10— 15分鐘	48	100%	10余天	①有火灼痛， 便痛。(我 院觀察)	0.1元	天津市第一 人民醫院記 載。
灰 碱 液 療法	每次10— 15分鐘	25	100%	最長五天 最短一天 一般三天	①无痛	0.05元	本院

用狼毒丸治疗淋巴結核的临床观察摘要

吳江县庙港公社医院 沈德庆 吳江县卫生科 周一非

狼毒丸为吳江县庙港公社医院献出的一张治疗淋巴結核效方。所用的药物为：水銀一两，硼砂一两，火硝一两，明矾一两，食盐一两，狼毒五錢，藤黄二錢，硃砂二錢。經過昇炼研成粉末，用白米飯搗爛混合粉末为丸，如菘豆大，外以飞硃砂为衣。用法：将丸药一粒放在不含任何药物之膏药上，貼於患处即可，通过临床观察，一般於四、五天消散，未見复发。庙港公社医院，共計治疗40多例都成功，后經县人民医院和各公社医院实验，共計150多例，有效率达百分之九十以上。

芫花治疗頸淋巴結核

苏北人民医院

芫花治疗頸淋巴結核，在临床应用上，确收显著效果，芫花为中藥毒草药物，本草綱目記載：有治瘰癧、痛肿等作用，我院肺科用之治疗五例頸淋巴結核病者，均收到显效，用药后，已潰者其分泌物即逐漸減少而結疤治癒。未潰者其局部紅腫現象亦很快消退。

反应观察为服药后有腹痛及轻度腹泻，经本院自制成芫花流浸膏后，此反应消除。

一、芫花流浸膏制法

芫花1000克加蒸馏水2000毫升，浸泡一天后，装于渗流筒内，在二天内渗流完，渗流过程中添加蒸馏水2000毫升，过滤放冷，加丁香油即成。

门诊与病房住院病人进行系统检查，观察和随访。

二、服药方法

①每人每天服2分，将芫花剪末加甜酒送服。

②或服自制流浸膏每天服3—6毫升，不用加甜酒送服。

③连续服三个月为一疗程，可在必要时服半年至一年。

④服芫花后有腹泻剧烈时，可停服两天，然后再继续服，但经我们研究自制了流浸膏后，将有损胃肠的药理成分如安息香酸破坏后，刺激性油状物蒸发后，而保存其有效成分如原花素 (Genkuasin) 其构造式为 $C_{11}H_{21}O_5$ 。植物固醇 (Sutostri) $C_{27}H_{46}O_2$ 及洋芹素 (aspcgrin) 而腹泻即未发现。

三、治疗效果：

1. 对颈淋巴结有特殊效果。

2. 未破溃之颈淋巴结可以消散。

3. 已破溃者可以使之收口痊愈。

4. 治疗四例痊愈。

5. 服自制芫花流浸膏后，无腹泻反应，同时由于加入丁香油，可防腐，并有芳香健胃作用。

6. 典型病例：董××，职工，患颈淋巴结结核一年左右，因右颈淋巴结结核一处破溃流液已112天未治疗而住院（59年5月19日入院），另一处肿大如银杏未破，经服芫花五天后，溃瘍面分泌物显著减少，未破溃者，其肿胀亦显著缩小，住院75天，痊愈出院，随访五个月，病者来信说：“我的健康恢复得很快，这证明芫花治疗淋巴结结核的卓越疗效，我感谢党，感谢你和四病房全体同志”。

针灸治疗栓塞性脉管炎

南京市立第一医院

急性栓塞性脉管炎中医又称脱疽症。其病理变化，主要是血管壁内膜发炎、增厚，血栓形成，管腔闭塞，血管周围纤维化而致血流不畅，局部缺血，造成剧烈疼痛，晚期的坏疽；急性期常有高热，肢体肿胀，疼痛，很快发生坏死。在处理上，西医惯用抗菌

素等治疗，效果往往不能令人满意，最后只有截肢，来挽救病人的生命。

我院自56年8月以来，共治疗20例，效果良好，其中痊愈者占12例（60%），显著好转4例（20%），进步3例（15%），无进步1例（5%）。

说明：1.显著好转者有几例未坚持治疗，因经济关系或怕痛不愿继续治疗，如坚持治疗可达痊愈。

2.无进步一例因外科已先施行过交感神经结扎，患者仍痛，经针灸后当时疼痛减轻，但几小时后又痛，针灸几天后，病情无进展，于是患者不愿坚持治疗。

3.有进步3例均系慢性患者，2例过去施行过交感神经结扎。兹将典型病例详细介绍如下：

例一、住院号67371，男孩，3岁，于58年11月14日，因持续发烫，门诊检查肥达氏反应（+），证实伤寒病而入院治疗。住院经过：入院后，合激素治疗，体温时高时低，整日哭闹不安，11月23日，发现左足背、足底肿胀，第四趾全呈青紫发黑（五趾亦有发紫，但较四趾为轻），右足骨及第三、四、五趾均呈青紫色（足底呈红褐色），足背外侧青紫红肿，请外科会诊认为是伤寒菌血症引起之栓塞性脉管炎，采用保守疗法，注射抗菌素，并用奴佛卡因封闭。病情仍无好转。二足青紫处逐渐坏死，尤以右足为著。再请外科商讨，考虑截肢。乃于12月28日决定请针灸科蔡老先生会诊，认为是脱疽症，即开始针灸治疗，经针灸一次。次日复诊，患儿较为安静，昨晚睡眠亦较好。继续针刺至12月2日，两足趾青紫色变淡，病情逐步好转。右足背足底以及大趾、二、三趾紫色坏死表皮，自行脱落，另生新的嫩皮一层。左足小趾紫色已退，唯足小趾仍带紫黑色。又经三次针灸后，紫黑色全部消退。终于12月14日病癒出院。

例二、住院号70245，女孩，8个月，于59年2月6日上午11时急诊入院。据其母云：9天前患过麻疹，三天前左大脚趾给被子磨破，发现后未加任何处理。发热及左大腿红肿已二天。

体查：体温39°C（肛表）头部五官及胸腹均无异常。左足红肿严重，脚趾皮肤缺损一块，左小腿及大腿内侧及大腿静脉有显著红肿，累及外阴部，皮肤发硬，但无波动，左侧腋下又是红肿现象。血象：白血球44,750，中性85%，淋巴15%。

入院诊断：为大隐静脉栓塞性脉管炎。

治疗经过：患儿入院后，按急性炎症处理，注射大剂量抗菌素，并用奴佛卡因在红肿周围封闭以抬高患肢，局部热敷等对症处理。二日后，病情无任何好转，相反愈趋严重。神志陷入半昏迷状态，肢体红肿，继续向外扩展。在此将危及患儿的生命情况下，请针灸科蔡方仁老先生进行针灸治疗，经针灸一次后，患儿精神立即好转。眼能睁开，哭闹，脱离了昏迷状态。继续针灸数日后，左大腿从腹股沟至脚趾，大腿静脉区呈黄黑色坏死，坏死区甚广，且深达髓膜，逐步液化。将坏死剪去，遗留极大创面，发生了难以控制的继发菌感染，患儿又发热。处理时局部换药及加强全身治疗外，仍坚持针灸治疗。于入院第八天，情况好转，进行鸡皮异体植皮。4月21日进行自体植皮，手术经过良好，终于5月12日痊愈出院。

例三、王××，女，34岁，于56年9月25日入院，系第一胎足月，胎产已三天，羊水早破，急诊入院。

住院经过：因骨盆狭窄，作产钳助产，为一死婴。产后发生盆腔组织炎，子宫内膜

炎及膀胱阴道痿。9月30日病情恶化体温升至39°C，白血球29,100，呈极危状态。經各种搶救，病情略有轉。10月2日，发生二下肢疼痛。10月3日，疼痛加重，从膝关节上均至下端脚趾的皮肤，均呈紫色，发冷，压痛，不能活动，請外科会診，认为二下肢栓塞性脈管炎，用封闭及各种鎮痛剂治疗后，患者仍疼痛異常，日夜喊叫不安。故开始試用針灸治疗，效果良好。但止痛時間維持不长，故每日針治二次繼續五天，二下肢皮肤已轉正常，不发紫，仍疼痛，但二足趾足背浮腫严重，併有紫黑色。足背有数小处有坏死及水泡，已开始潰爛，甚臭。趾甲均为紫黑色（尤以小趾为甚）。此时又找外科会診，再次作封闭治疗，无效。其他无更好的办法，局部給予換药。又繼續針治五天。二足背足趾均潰爛，但剪去其坏死組織，見底部組織甚新鮮。患者子宮內膜炎及盆腔組織炎，虽經抗菌素治疗，未見減輕，腹部疼痛压痛亦明显，此时請蔡先生給予針灸治疗腹部盆腔之疾患，經針后，症狀逐日減輕。10月31日，患者一般情况良好，体温已退至正常，腹部无压痛，两足已生出新鮮肉芽，並能站起。至11月12日患者已能下地扶床行动，停止針灸治疗，数日后，痊愈出院。

以上几例均是循經取穴，得以痊愈，根据古代文献及作者經驗，此病多发生于足太陽膀胱經及足太陽脾經，如病从足小趾开始向上发展，几天后，可蔓延至足底足背及其他四趾，則是膀胱經部位，取穴以京骨，大鍾为主，配以湧泉、崑崙、然谷、三阴交、二陵泉、太冲等穴。如从足大趾开始，或从大腿內側下沿，診断此病屬於足太陽脾經，取穴以太白、丰隆、三阴交、阴陵泉、足三里等为主，此外須注意此病之導源，如病例之有子宫發炎，即与足太陽膀胱經本府有重大关系，須加針，中极、关元、大赫、气穴、子宫等穴，如全腿浮腫，須从三阴三阳經考虑。

体会：

1. 根据以上三例，我們采取循經取穴及掌握經絡之交叉規律，左取右，右取左的透穴方法，获得良效。充分說明經絡在人体上确实存在，而且在診断与治疗上确有其极大价值。

2. 在治疗中发现患病於足太陽膀胱經者，其疗效明显，疗程短，急性时期，一日針治二次，效果愈好，慢性者，效果較缓慢。如患者起於足太陽脾經者，作用慢，疗程长。

3. 发病后治疗及时能决定效果之快慢，因此治疗須愈早愈好，不但能及时挽救病人生命，並能縮短病程，減輕病人痛苦。

4. 不但是炎症引起栓塞性脈管炎有效，而对梅毒性血管硬化所引起之脈管炎亦同样有效，我們治疗中有一病例，男，60多岁，患梅毒性心脏病，血管硬化，於59年11月19日突然二下肢发麻，血循环不良，全足背、足趾、足底前半端发黑，病情急劇，灼痛厉害，因考虑患者年輪大，有心脏病不能截肢，於是用針灸治疗，每於針治后，疼痛減輕，繼續治疗二个多月，右足痊愈，左足趾皮肤新鮮，左足背顏色全退，唯足趾呈干性坏死，坚硬如鉄，最后截除左足趾，得以保全生命。

5. 对急性四肢动脉末梢栓塞也有效，最近我們治疗一例患者，四肢均有栓塞疼痛非常，日夜不能安宁，並双眼模糊看不清，病情危急，經蔡老先生針治，取穴以阳明胃經为主，於3月1日开始針治，逐日好转，現眼已不模糊，二手已好，仅足趾甲及足趾下发黑，患儿已不哭叫，晚上能安眠，現正在治疗中。

6. 如患侧坏死潰爛，难以下針，則針治健侧，同样有效。

雄黃解毒丸治癒毒血症

濱海縣人民醫院科長協會 馬耕香

一、雄黃解毒丸來歷

雄黃解毒丸見於程鍾齡醫學心悟，亦見於重樓玉鉤，醫學三字經，醫宗金鑑寄書，不過在藥味上稍有出入，功用亦略有區別。

陳修園醫學三字經，用它治療疔毒走黃，因此名曰神驗疔毒丸（對疔毒走黃有起死回生之效，但對癰疽發背以及一切無名腫毒內陷的病症，亦有療效，適應症範圍很廣，只要是屬於陽性熱性實性的外瘍，均可應用，但要掌握四診八綱，識別陰陽表裏，就能操縱自如了）。

醫宗金鑑、重樓玉鉤、醫學心悟這三部書里介紹，它可治緊喉風，氣急痰湧，聲如曳鋸，危在頃刻者，或已死去胸口猶溫者，處方無大黃而多一味玉金。

我是根據醫學三字經上處方實驗的，方名是根據醫宗金鑑等書而定的，因為神驗疔毒丸這一名稱，有些局限在疔毒走黃這方面，頗有掛一漏萬之感，用雄黃解毒丸比較廣泛些，既可治療疔毒走黃與其他各症，亦可治緊喉風。

二、雄黃解毒丸的處方及配制方法

明雄黃三錢，巴豆仁三錢（去油），大黃三錢。

上方共為細末，用飛羅面、陳醋適量，共扞為丸如梧桐子大，成人病重服21粒，輕者19粒，兒童酌減。

服法：用開水沖服每日一次，服後二小時內，大便當解黑糞五六次，病重者可服三四次，以大便轉黃色為止，即可停止丸藥，再以養陰清熱解毒中藥，以善其後。

三、雄黃解毒丸藥理解釋

雄黃苦平寒，有小毒，能殺百毒辟百邪，殺蠱毒及疔腫惡瘡，經喉風痺。

大黃苦寒無毒，功能下瀉血，破癥癥積聚，瀉滯腸胃，諸熱不通。

巴豆辛溫有毒，大熱大海，開竅宣滯，去臟腑沉寒癖積，消瘰破血，排膿消腫。

四、雄黃解毒丸適應症

凡癰疽發背，疔毒惡瘡，以及一切無名腫毒，內陷神昏，煩燥不寧，口渴思冷飲，

舌苔干燥或深黄色，脈息洪数，按之有力，大便閉結，小便短赤，身熱如熾等机能亢进等症狀，均可放胆應用。

五、雄黃解毒丸禁忌症

凡陰症漫腫無頭，平塌散漫不熱，不渴、舌苔水滑、脈息濡細，以及素有心脏病、肾脏病、妇女妊娠者均忌用。

六、雄黃解毒丸簡介

病例一：患者李守信，年28岁，男性，住滨海县三烈乡第一农社，於57年7月1日忽在上脘部发现一肿毒，約大如手指，其色紫黑，其堅如石，其痛如錐，并伴有寒熱、頭痛等症狀，曾大量注射青霉素未效，患处漸漸增大如鸡卵，臂膀亦肿大異常，其勢甚是惊人，至7日清晨前來我院治疗，由外科醫師在患处穿刺，抽出黑水如胶，其味惡臭，認为无法手术，介紹用中药治疗。

檢查体温40°C，脈息洪数有力，大便數日未解，小便短赤，口渴思冷飲，以針刺腫處堅硬有聲，患者日夜呼痛，不能成眠已六七日，即以普濟消毒飲配合雄黃解毒丸9粒，服後未一小時，大便連解九次，皆黑如胶漆狀，患处已消去三分之一，痛勢亦減輕大半，夜間亦能安臥，次日又予16粒，仍解黑色大便六七次，患处已消去絕大部分，痛疼已止，能吃粥一碗，仍予小劑量二次，至大便轉黃色時，患处全部消失，方停止丸藥，又服普濟消毒飲數劑，以善其後。

病例二，徐运祥，男，年15岁，住三烈乡第三农社，患者於半月前在臀部发生膿瘍，有碗口大小，曾經外科手術，放出膿水不多，依然腫痛甚劇。尾閥部有掌大紫黑色斑紋，痛如火灼，神志昏沉，譫語頻頻，口渴思冷飲，煩躁不安，夜間尤甚，於57年11月5日前來我院治疗，經外科診斷为血毒症，已达危險阶段，除用盐水及青鏈合注外，並配合中药甘寒解毒三劑，熱度由40°C減至38度，神志仍模糊不清，口渴煩躁，譫語頻頻，腹部拒按，大便數日未解，脈息按之有力，尾閥部黑斑，日漸扩大，瘡口流出黑水，遂用雄黃解毒丸12粒，一次服下，当天夜間連解黑色胶狀大便九次，熱度下降38度，神志已清，譫語全停，又予12粒，服後仍解黑色糞，直至熱退身涼，便色發黃，始停止丸藥，繼用甘寒養阴中药數帖，全愈。

病例三，陈李氏，女，年32岁，住响水口一社。於57年11月14日在下脘部生一疔毒，初起即紫黑色，既麻且痒，又未忌口，遂至走黃，漫腫蔓延至面部，疼痛異常，日夜叫号，不能睡眠，至16日前來我院医治，檢查体温39度，口渴煩躁，脈息沉實，面部腫大，双目合縫，不能見物，除注射青霉素外，用雄黃解毒丸19粒，当晚即解大便六七次，面部腫消大半，疼痛減輕，又服16粒，並配合甘寒解毒清熱養阴中药而癒。

病例四，陈立良，男，19岁，住沙蒲乡农社。於57年11月14日，在大腿面生一肿毒，状如冬瓜，痛如火灼，熱如燔炭，已延有一旬之久，曾經外科手術无膿只流黑血杯許，於26日前來我院治疗，檢查体温41度，患处漫腫无头，大便閉結，小便短赤，口渴思冷飲，日夜疼痛不寧，患处顏色紫黯，神志时清时昧，經外科会診为血毒症，遂用雄黃解

毒丸21粒，配合普济消毒饮，服后大便通解数次，疼痛减轻，肿势已消去大半，热度下降至38度，又用原法二次，患处全部清消，仍用养阴清热中药善后。

病例五，张至为，男，27岁，住五汛区南尖社，患紧口喉风八天，咽中肿满，呼吸困难，疼痛难忍，滴水不下，夜間更为严重，噪扰不安，循衣摸物，窒息欲死，举家惊惧，认为已无生望。於10月24日來院抢救，检查体温40度，喉内肿塞，声如曳锯，气急痰鸣，大便秘结，小便短赤，渴思冷饮，牙关紧闭，曾数次注射青霉素，口服金霉素未效，至26日其病势更为紧张，已有七天，不能合眼，粒米不能入口，存亡关头，间不容髮，給予雄黃解毒丸21粒，服后2小时，大便通解数次，其色紫黑如胶状，喉中肿痛立見輕松，能吃煮燒餅一枚，又能安睡半天，又服17粒，並配合清咽利膈湯，加大剂良劑与山枝、板兰根等清涼解毒三剂，大便已解数次，情况全部好转，已能吃粥二碗，繼服清熱養陰藥善后，竟痊。

中藥秘方“猪胆膏”治疗蜂窠炎

110例病例报告

江苏省常州市医院 赵新华

蜂窠炎一症，祖国医学文献記載为痈疽之总称，以部位而定名，因其多孔形若蜂房，如蜂窠疽、蜂窠发、蜂窠疮、蜂窠癰等，不外乎内外二因。无非血气壅滞，营卫稽留所致。

經云：“諸痛痒癢，皆屬於心。”又云：“營氣不從逆於肉里，乃生癰腫。”凡治癰腫，当先別其虛實陰陽，尤宜辨其是疔、是疽、是发，然后施治，庶不致於差謬。

清郁坤編著“外科大成”辨別痈疽謂：“痈发六腑，为发为阳，为热为实，其发迅猛，热痛高肿，侵长广大，多有微眼”。

又云：“疽发五脏，为疽为阴，为冷为虚，其发停蓄，无热肿痛，形如痞色淡而坚，見七恶逆症者死。”

又云：“阴中之阴者，似热非热，虽肿而虚，赤而不燥，痛而不膿，浮而复消，外盛而内腐”。

又云：“阴中之阳者似冷非冷，不肿而尖，赤微而燥，痛而有膿，外不盛而内頽凹”。

又云：“痈疽不論上中下，惟在辨陰二字推”其源之淺深不同，而症之輕重亦異，如腦疽、对口、发背，感於六淫之邪而发者，为順为阳。伤於七情而发者，为逆为阴。一般治疗以七天为一候或形，二候成膿，三候脫腐，四候生肌，五善七恶，变化多端，各宜隨証施治。

綜上所說，此症一起，即无法消散，重症治之不得法即有生命危險，适或輕症，疗程亦无法縮短，妨碍生产，損失巨大。

本院在党的正确领导下，通过整风运动和总路线的学习，思想解放，破除迷信，以多快好省建设社会主义为目标，并认识到支援工农业生产，面向工农的重要意义。我院外科门诊病例中，经常发现蜂窝炎患者更好更快的恢复健康，因而促进了对此症有迫切研究的必要，由于我院领导下对此项工作重视研究，特从民间收集得本方，交外科室进行研究临床试验，经试用结果，疗效显著，非但能缩短疗程，并且能迅速的愈合，可称为特效药膏。兹集得病例110例，今抽出其中典型病例三例，作出报导，以供同道参考。例：其中以对口疽有奇效，为特郑重介绍。请各同道重视。

兹以典型病例七例，记录如下：

典型病例

1. 湯查茂 男 21岁 益丰昌染織厂职工，於1958年8月6日來本院門診治疗
門診号 60774号

体温 37.8°C 自觉形寒发热已三天，頸后偏右起瘰已四天，始而为粟米样二天后即肿脹，多孔陷約，破而无膿，根盘紅肿坚硬，疼痛頸强，轉側不利。

診斷 偏对口

用“猪胆膏”塗布敷上，隔次日來換药，为了要观察疗效，不与打針、吃藥和任何消炎片。

7日來复診

体温 36.8°C 主訴頸項轉側已舒揭去药膏有膿隨之而出，旁圍收束，根盘見松，紅色亦退。該病員因急需工作要求帶回药膏自換。於13日前去了解，已完全痊愈。

2. 馮金芝，女23岁武進县厚余乡十四社。

於1958年9月7日來本院門診治疗，門診号65031。

体温 36.8°C ，正对口，粟米为始，主訴已一星期，形寒入暮发热，疼痛，頸項轉側不利，根盘紅肿坚硬疼痛。用猪胆交塗布敷上，隔明日來換药。

8日來复診

体温 36.5°C ，主訴疼痛大减，頸項轉側亦利，晚間未发热。退紅，根盘見松，有膿头出現。病員要求，因乡間农忙，不能留城，帶回药膏自換。在15日有該病員同村人帶口信，自帶药回乡每天換药一次，在第二天即去膿，現已完全痊愈。

3. 張琴琴，女13岁，住常州北門張家村，系搬运工人張炳海之女於1959年11月5日，來本院門診治疗。門診号12522号。

体温 36.8°C 正对口疽。主訴起已三天頂破有膿，頸項痛，敷上猪胆膏。連換药三日，即已消散。

4. 張煥福，男33岁，常州西門日暉街2号，制糖社工人，現轉业鼎恆元醬園。於1958年10月21日來本院門診治疗。門診号7914号。

体温 37°C ，对口疽。頂破有膿，疼痛已五日，形寒，敷上猪胆膏，每日來院換药一次，不过九日，膿尽完口。

5. 顏产根，男，50岁常州东方豆制品厂工人，於1958年11月2日來本院治疗。門診号57880号。

体温37°C，对口疽，頂破有膿，脹打已五日，敷上豬胆膏，於三日來換藥，膿頭已現，每日來院換藥一次，未過一星期，膿出盡而告痊癒。

6王友惠，男，45歲，北門裝卸站搬運工人，於1958年7月30日來本院門診治療，門診號53120號

体温37°C，右肩上端起癰已三天，腫脹甚痛，頂現多孔。診斷：上搭手。

用“豬胆膏”塗布敷上，既明天來換藥。

8月1日因初診原醫生下鄉巡迴醫療，代理醫生隔手，敷上消炎軟膏，病員在8月2日停一天未來復診。

8月3日來復診，上搭手疽腫巨大，疼痛甚劇，重行敷上“豬胆膏”。

8月4日來換藥，概因中途脫粘，醫現而粘固不易脫，敷上“豬胆膏”。

8月5日來換藥，與4日情形相仿，稍見鬆動。

8月6日來換藥，大見鬆頭，膿出甚多，高突而根盡收束，逐日換藥，至15日完全痊癒，恢復工作。

7. 叶雅萍，女，2歲北門裝卸工人家屬，於1958年8月11日來本院治療，門診號59635號。

体温38°C背部正脊椎上下兩寸許連起二枚，紅腫多頭母癰已四天，疼痛日夜啼哭。

診斷：發背疽

用“豬胆膏”塗布敷上：喇明天來換藥。

12日來換藥：紅腫收束，疽眼高突膿現，敷“豬胆膏”仍照上敷。

13日來換藥，膿出甚多，仍敷上藥。

14日來換藥，如上

15日來換藥，膿出將盡，仍敷上藥。

16日來換藥，膿出已盡，勢將完口，帶藥膏回去自換，此症療程不過一星期。

藥膏成份

牛膝、生薑、葱、白膠、松香、豬胆、藤黃、末藥、凡士林2%苯甲酸鈉。

藥膏療效：

有三大特點：

1. 初期三天內可消散。

2. 中期五天外排膿。

3. 晚期七天后脫腐生新。

根據我們治療情況來看，“豬胆膏”確有可稱蜂窠炎的特效藥膏。

小 結

1. 我們在此次收集秘方，發掘秘方，所得的效果和價值，促進我們全院同志，重視中央指示，加強了對秘方的研究工作

2. 初步試制“豬胆膏”藥膏，粘性太重，且易乾燥，塗布不開，再則會發酵，經過

討論研究，加入适量凡士林及其他藥物后，以上缺點，得以解決，病員用上后亦較舒適。

3*为了观察疗效，除用“猪胆膏”涂布敷上患处外，不用任何中西药内服消炎，以減輕病人經濟負擔。

4. 我院經過了猪胆膏的研究試用，說明收集民間秘方和驗方的重要性，並加強了我院收集研究秘方的信心，今后当繼續加強這項工作。

“金陀僧膏”治愈臃瘡11例报导摘要

常州市中医院 赵新华

試用金陀僧膏治疗臃瘡11例，（其中一例病期为四〇余年，另一例症期为三十余年）均治愈，疗程不满二个月。

方剂制法：金陀僧一斤（研細），麻油一斤，先将麻油熬透，放入金陀僧粉搗成胶状。

用法：将清淨之紙裁成小方块、与瘡口一样大小，将上交堆如薄貼样膏药貼瘡口上，一日一換，至愈为止。

中藥十三太保湯矯正胎位不正初步報告

南京鐵道醫學院婦產科

妊娠期矯正胎位不正的方法很多，最常用的辦法為外倒轉術，近年來國內文獻又報導用膝胸臥位，側臥位，蓖麻油矯位法及飲水法法等，都有一定的療效，但亦各有不同之為害性，我科在黨的中國政策光輝照耀下，廣泛開展西醫學習中醫，發掘祖國醫學寶貴遺產，自今年五月間開始在門診應用中藥十三太保湯矯正胎位36例，其中三例服藥後未來復診，今就33例作一簡單總結，以供參考。

(一)十三太保湯系我國民間流傳已久的良方，用以矯正胎位，並能治療胎氣不安，習慣性早產，產時遲緩等，服藥後不會引起早產，故又名保產無忱散，據上海第二婦幼保健院曾用以矯正胎位不正100例，成功率77%，我院共用於33例，成功率為66.5%，較上述效果為低，但由於例數太少，成功率尚不準確，有待今後繼續觀察。

(二)服藥次數：

33例中服藥一次者29例，其中21例胎位轉正，占64%，8例未轉正，占36%；服藥二次者4例，1例轉正，3正無效；由此可見一般服藥一次胎位即可轉正；若一次無效，服藥多次亦難奏效。

表一 發生療效日數

(三)服藥後發生療效日期：

以上日數為孕婦服藥後未院复查間隔日期，開展此法之初，我們多半預約孕婦於於服藥後一周复查，孕婦自述於服藥後當日及次日即感胎動加劇，以後又逐漸減少。此後乃預約其服藥三天至五天後复查，3—4天內复查者10例，6例已矯正，4例行外倒轉術矯正。

服藥後轉正日期	例數	成功率%
4天內	6	27
5—7天	11	50
8天至1月	5	23

例一：王××，20歲，門診號35718，

1959年5月1日求診，第一胎一產，閉經7月，預產期為59年6月25日，胎位為左髖前，先露已部份銜接，於5月15及17日各服藥一次，於17日夜覺胎兒活動劇烈，18日來复查，胎位已為右枕前，7月1日在本院以右枕前位順產一女嬰。

例二：李××，25歲，門診號50146，於1959年6月1日求診，第三胎三產，閉經7個月，胎位為左髖前，當時行外倒轉術未成功，服藥一劑後覺胎動不劇烈，6月22日及26日复查，仍為臀位，7月10日再行外倒轉術而成功，後於本院順產一女嬰。

表二 成功率與產次關係

由以上情況，我們認為一般服藥後3—4天即可出現療效，如未轉正，5天後可再服第二次，但效果仍微，惟可能使胎兒路活動，有助於外倒轉術。

產次	初產	二胎	三胎以上
效果	轉正 未轉正	轉正 未轉正	轉正 未轉正
例數	8 4	10 2	4 5
%	24 12	33 6	12 15

(四)成功率與產次關係：

由表二看來，成功率與胎次無明顯關係，初產婦成功率亦不低。

(五)33例中有18例曾先後外倒轉術未成功，繼服中藥，其中9例轉正，即外倒轉失

敗例中有一半經服藥后矯正，因此在外倒轉失敗時，不應放棄機會，亦即此藥有補助外倒轉不足之處。

(六)服藥時間：

33例中29例於妊娠第7—8月服藥，4例於妊娠足月時服用，無論何時服藥，均有轉正之可能。

例三：于××，23歲，門診號57160，於1959年7月28日求診，第一胎一產，閉經9月，胎位為左骶前位，服藥一次后於8月1日復查，胎位已矯正為頭位。

(七)分娩時胎位情況：

33例中有21例在本院分娩，17例為頭位分娩，其中12例，經服藥矯正者，占70.5%，5例服藥后未轉正，繼以外倒轉術矯正，占29.5%，總矯正率為81%，4例雖經服藥及手術均未矯正而以臀位分娩，占19%。

院外分娩者12例，其中10例於服藥后矯正，2例未矯正，分娩時胎位情況不明。

(八)先露銜接情況：

33例中先露已部分銜接或完全銜接者共11例，經服藥矯正者8例，占72%，（其中8例曾行外倒轉術而未成功），故對先露已銜接者成功率仍很高。

(九)藥方

炒黃芪一錢五分	川羌活一錢
炒當歸一錢五分	炒荆芥七分
白芍一錢	蘇叶七分
炒枳殼六分	姜川朴七分
菟絲子一錢五分	炒艾叶七分
川芎一錢五分	炙甘草一錢
川貝母七分沖服。	每次一劑。

討 論：

1. 十三太保湯是民間流傳已久的良方，孕婦服藥后除覺胎兒活動增加而略有短時的不適外，无任何痛苦，而一般常用的外倒轉術在操作中孕婦往往感覺腹壁疼痛，術者費力，同時又有引起胎盤早剝離的危險，膝胸臥位姿勢特殊，孕婦頗感吃力而不能堅持，飲水療法又需飲用大量水份，孕婦也難以忍受，蓖麻油矯正往往引起腹瀉，不但增加孕婦痛苦且有引起早產的危險；而本法對孕婦及嬰兒均无任何痛苦及危害，故一般樂於接受。

2. 服藥后胎兒自然迴轉，完全順乎自然，不加任何強力，故無臍帶拉扯危險，對嬰兒无不良影響。

3. 此法簡單易行，應用方便，可於門診處方，回家服用，不需多花費醫生及孕婦時間，價錢便宜，每劑約0.25元，是符合於多、快、好省的原則。

4. 對於先露已固定而不適於行外倒轉術者亦有效，因此若二者併用則成功率更高，

表三 胎次與外倒轉失敗關係

胎次	例數	成功	失敗
初產	8	4	4
經產	10	5	5

为本报告中9例外倒轉失敗后服藥矯正，又有5例服藥失敗而行外倒轉成功，故33例中应用二法仅有6例未成功，其共同成功率為81.9%，为了降低难产率，保証母嬰健康，在矯正胎位方面宜采取积极态度，而本法又為最安全者，因而有推广試用之必要。

結 論：

1. 本文介紹中药十三太保湯用於矯正胎位不正，共33例均為臀位，其中22例經服藥后矯正，占66.5%。11例未轉正占33.5%。服藥后再輔以外倒轉木矯正率為81.9%。

2. 此藥用於妊娠7、8月間療效高，足月時較差，但因病例尚未少不能斷言，初产經产之療效区别不大。

3. 服藥后即晚及次日，孕妇即覺胎動加劇，以后減少，据观察服藥后3—4天内即能轉正，一次未成可間隔5天再服一次。

4. 此藥對於母体，胎兒都无不良影响，33例中无一例发生死胎，並且产婦无任何不適感，此点是优越於手术外倒轉术，及膝胸臥位，产婦一般乐于接受。

5. 此藥价廉，应用方便，可於門診治疗，療效佳，为減少难产发生率是較好方法，值得推广試用。

参考文献：

上海市立第二妇嬰保健院中医門診室，中药矯正胎位，《中华妇产科杂志》，1:14,1959

艾条灸“至阴”穴矯正臀位法

无锡市妇幼保健院

臀位分娩是新生儿死亡的原因之一，其不但常造成孕妇的思想负担，也易致早期破水脐带脱出等，故历来在产前检查时发现臀位，产科医师們多愿在适当孕期内，設法矯正，目前所用的臀位矯正法如外倒轉术，膝胸臥式，糖水矯正法，蓖麻油矯正法等，有的对母子有一定的危害，很多产科医生，不乐于使用，有的又因療效較差，方法較煩，孕妇不乐于接受，故尋求一种簡單有效，对母子双方均绝对安全的臀位矯正法，实屬必需，我院於今年8月份起运用祖国医学，使用灸“至阴”穴來矯正臀位获得滿意的效果，特於报导。

一、病例选择，不論經产初产妇，产前检查确定为臀位(横位亦可应用)时即可使用。

二、孕期，初产妇以妊娠30个星期，經产妇以妊娠34星期为宜。

三、至阴穴部位，居足太阳膀胱經部位：在小趾外侧爪甲根部离爪甲为約1分许。

四、方法：先嘱孕妇排空膀胱，取坐位，放松褲带，脫去鞋袜，双足平放椅上，取已点燃之艾条悬距“至阴”穴表面一寸处薰灼，至灸处紅潤烙热为止，每側各灸15分

神,每天一次連續3天,如未見效,可繼續灸二次,灸時亦可先灸受孕胎令其自行灸活。

五、效果:自1959年8月份起,我院產科門診共治療52例有43例恢復活潑效果,有效率達82.6%。

病案分析

一、年齡:最低年齡20歲,最高年齡35歲,以20—25歲者為最多,共36例,占69.2%。

表1 年齡的分布

年 齡	例 數	病 例	百 分 數 %
20—25	36	36	69.2%
26—30	12	12	23.1%
31—35	4	4	7.7%
合 計	52	52	100%

二、胎次及灸次數:

成功的43例中,第一胎25例,灸治一次即矯正者共12例,僅一例灸四次,其他2—5胎,大都在灸一次即告成功,最多灸2次。

表2 灸“至閉”穴矯正腎位43例成功的胎次與治療次數分析

胎 次	灸 次 數				總 計	百 分 率
	一 次 成 功	二 次 成 功	三 次 成 功	四 次 成 功		
第一胎	12	5	7	1	25	58.1%
第二胎	4	0	0	0	4	9.3%
第三胎	5	1	0	0	6	14%
第四胎	4	0	0	0	4	9.3%
第五胎	3	1	0	0	4	9.3%
總 計	28	7	7	1	43	100%

三、孕 期:

艾灸以在妊娠28—32週間為好,最遲可到妊娠38週,本組艾灸在妊娠28—31週者,共29例,治療成功者24例,占82.7%,失敗5例,占17.3%。

妊娠32—35週者19例,治療成功17例,占87.4%,失敗2例,占10.6%,妊娠36週以上者4例,2例成功,2例失敗。

表3 58例“至阴”穴臀位转正法孕期的分析

妊娠结果	妊娠期限			百分%
	28—31週	32—35週	36—38週	
成功	24	17	2	82.6%
失败	5	2	2	17.4%
总计	29	19	4	100%

四、失败原因：

失败的9例中其原因有以下几点：

1. 治疗时间过晚，有2例治疗时间已近产期故无效。
2. 先露已入盆者3例。
3. 腹壁过紧者4例。

总 结

艾灸“至阴”穴臀位转正法，简单有效，对母子双方都绝对安全，故值得临床广泛应用。

2. 本文分析352例成功43例，失败9例疗效达82.6%，43例中艾灸一次即成功者28例，占65%。
3. 孕期在28—38週間的臀位（横位亦可使用）均可使用，38週后先露已入盆者无效，使用时应予注意。

針灸治疗410例子宮脫垂病的初步观察

南京中医学院附属針灸实验医院于雲慶堃研究小组

子宫下陷病是广大农村中比较常见的一种疾患。我院四年來在各地展开針灸巡迴教學时，为配合实习，都开放了針灸門診，先后共治疗本病6000余例，疗效相当显著。我們为了适应社会主义經濟建設、工农业生产大跃进的高潮，自58年秋即在南京市孝陵卫、安徽滁县与宣城三处的巡迴門診中，作了重点治疗，本年二月份更專門組織了研究小组，至安徽当塗大公圩人民公社办理簡易住院治疗，茲将上述四处410例的初步观察，作如下介紹以供参考。

一、病 名

本病由於地区的不同，时代的演变，名称很多，象民間所称的“掉茄子”、“顏葫

芹”、“沙果”等等，都是象征子宫脱出於阴戶部分的形态而定的，皖南一带，又以妇女小肠气称之，想系与男子的疝气相彷彿而取名。

从历代医学文献来看，在甲乙经、千金方、外台秘要、诸病源候论等书中，就有“阴挺出”、“阴下脱”的记载。晋唐而后的医家，大多以下坠程度的轻重、形态不同的譬喻等等，而在命名上置有出入。如丹溪心法、薛氏医案、景岳全书、外科证治全书、叶氏女科、竹林女科等书，又有“阴挺”、“阴茄”、“阴菌”、“阴瓣”、“子宫脱出”等不同的名称；关于病情的描写，治疗的方法，也是多种多样的。究其实际，大多是指子宫下移的疾患，其中“子宫脱出”这一名称虽然明确了是子宫的疾患，但是患病的程度有轻重，并非所有患者都是整个子宫脱出於阴道之外。因此我们采用“中国医学大辞典”所载“子宫下坠”这一名称，既能概括轻重不同的程度，又显而易见是子宫疾患。

二、病因

本病的病原，古人各就所见，从症测因，说法很多，可分如下几点。第一：大多数认为由於临盆过早，产中用力太过，或产后劳动过早，以致下坠而不能恢复原状，或则劳动即坠。如宋陈无择“三因经一方”说：“妇人产劳力努嘿太过、致阴下脱……举重房劳，皆能发作”，第二：认为由於气血虚弱，不能收摄胞宫所致。如外科证治全书说：“阴瓣，即妇人子宫脱出，乃气虚下陷所致”。中国医学大辞典，也曾说“产后子宫下坠，此症乃气血大虚，不能收摄所致”的记载。第三：则为胞络受伤，子宫虚寒。如巢元方“诸病源候论”载：“胞络损伤、子宫虚冷，气下冲则令阴挺出，谓之下脱”。陈自明“妇人良方”也曾说：“妇人阴挺脱，或因子宫虚冷，或因胞络受伤”。第四：还有由於肝火湿热为病的，医学心悟说“妇人隐疾、有阴肿、阴痒、阴疮、阴挺下脱……而推其因，总不外乎湿热也”。薛立斋在妇人良方所附治验中说：“妇人阴中突出如菌，此肝火湿热而肿痛，脾虚下陷而重坠也”。这是说下坠虽由肝火湿热，但必挟脾虚，就更较为具体。

总之，就一般常见的祖国医学文献看来，导致子宫下坠的原因，大体都不外乎上述产时、产后努力过度、气血虚弱，子宫虚冷，以及肝火湿热四种。实际上前三者又往往互为因果。例如产时产后、失血过多、血虚血脱，而气无以附，气亦随之而虚，於是努力劳动则下坠，同时也有素体气血不足，并非因产时失血过多而下坠的，又如子宫虚冷者大多血气不足、而气血损伤之后，又可导致子宫虚冷。因此总起来只是虚寒与湿热之分，至於文献记载还有“所淡不遂”与“房劳”等等，虽也都是诱因之一，但归根结蒂，仍不出虚寒或湿热的范畴。

我们在临床所见，最多的首推新产后气血虚弱，劳累过早，其次就是临产前的劳累过度，往往引起产后诱发本病，少数是由於产后咳嗽及杂病引起的。此外，过去农村中的早婚多产，以致气血虚弱产道松弛与旧法接生的不懂得保护会阴，造成会阴严重裂伤，也是形成劳累后诱发本病的一个主要原因。综合以上原因，多数是屬於气血不足，劳力伤气，气虚下陷所致。部分是由胞络等损伤而引起的，至於因湿热而造成的子宫下坠，则比较少见。

三、症 状

本病主要症状，是阴户中挺出一物，下腰部有坠感或痛，由於体质的强弱，下坠程度的轻重与患病时间的长短等等不一，因而历代医家就其所见的记载也有所不同，茲将阴挺、阴菌、阴瘤三者举例如下。

1. 阴挺：景岳全书说“阴中挺出如菌如芝，或挺出数寸，谓之阴挺”。冯鲁瞻说：“阴挺逼迫肿痛，举重房劳皆能发作，清水淋漓，小便淋漓”金鑑说：“阴中突出一物，如蛇如菌，如鸡冠者，即古之漏疝类也，属热者必肿痛，小便赤数。属虚者必重坠，小便清长。”

2. 阴菌：薛立斋说：“妇人阴中突出如菌、菌围肿痛，小便重坠”张氏医通说：“……有翻突如饼，俗呼阴菌，亦有如鸡冠花，如鼠乳，亦有生诸虫，肿痛湿痒溃烂流水，服阴脱坠者”。

3. 阴瘤：外科証治全书说：“阴瘤即如女子子宫脱出如气虚下陷，小便似有堵塞之意，因之努力，久之随努而下”。

从这些记载来看，古人对于子宫下坠病已有如此认识，真是难能可贵了，因为限于时代条件，在封建社会里，对于妇科隐疾，只能凭病人主诉，根本谈不到视诊，更不要说用手指内诊了，所以不可能做出更精确的观察。因此很可能将现代所称的某些兼证，如膀胱膨出，阴道膨出等等牵涉在内。

根据我们临床体会，上面所说阴挺症状，可能是子宫下坠而兼有膀胱膨出者，阴菌是近似子宫脱出，宫颈肥大而有糜烂现象的，阴挺概括二三季度子宫下坠及其他伴发症状，如膀胱膨出，直肠膨出等等。

我们为了临床上便于研究治疗起见，因此将子宫下坠分轻症、重症、极重症三种。相当于现代医学的分类，分为Ⅰ°Ⅱ°Ⅲ°三种，同时将共兼症如膀胱、直肠、阴道壁膨出及会阴破裂等等。附述于后以资鉴别。

1. 子宫下坠：

①轻症(Ⅰ°)：子宫下降，但子宫颈仍在阴道内，常自觉少腹或阴部有坠感或痛，行路劳动时更甚，但亦有不劳动时毫无感觉的。

②重症(Ⅱ°)：子宫颈下坠至阴道口外，但子宫体仍在阴道内、自觉有物突出阴道口，如鸡子大，阴部有坠感或痛，静卧时能上升，行路劳动则下坠，间或有带下腰痠的现象。

③极重症(Ⅲ°)：整个子宫露出在阴道口外，大如鹅卵，或如茄子、葫芦、最大的有婴儿头大，坠感或痛甚，卧时上升，起则下坠，最严重的虽静卧亦不能上升。还有因行动摩擦而致潮红，糜爛，以及疼痛与淌水的现象，日久也有不甚疼痛，只见淌水，惟子宫粘膜已经粗糙，如皮肤样，兼见头昏、带下、腰酸等症状，除了有杂病的患者外，大多数育龄是正常的。

2. 膀胱膨出，小便时有膨胀感觉，或小便不畅，膀胱在阴道前壁部膨出，分轻、中、重三种：

①轻度：膨出不明显，阴道壁凸出，小便时微胀，以手指检查，阴道前壁内可以

触到膀胱。

②中度：膨出明显，下垂及於阴道口。

③重度：膨出及於阴道口外，視診時可以看到如小皮球大。

3.直腸膨出：病人大便排出困难或不暢，直腸在陰道后壁部膨出。分輕、中、重三種：

①輕度：膨出不明显。

②中度：膨出較明显。

③重度：膨出四道口。

4.阴道壁膨出：分前壁与后壁膨出兩種，一般多伴見於子宮下墜膀胱直腸膨出的時候，也有單純阴道壁膨出的，多見於多产婦与会阴三度旧裂的患者，本症分輕、中、重三種：

①輕度：阴道壁膨出三分之一。

②中度：阴道壁膨出三分之二。

③重度：阴道壁全部膨出。

5.会阴旧裂：分娩时引起，去旧接生，既不知保护会阴又不能缝合会阴而造成，也分一、二、三度：

①Ⅰ°：只伤害粘膜未及肌肉者。

②Ⅱ°：旧裂已及肌肉，但伤势还不严重。

③Ⅲ°：旧裂已伤及肌肉，会阴全部断裂，伤势严重，甚至延肛門外括约肌亦为伤害者。

四、治法

治疗本病，我們是以針灸为主，並适当地用了藥物与运动来輔助，决定治疗的原则是以經絡学說与上述的虛寒濕熱为主来辨証論治的。現在先将我們处理本病的根据和認識，扼要介紹如下：

子宮古称为女子胞，位於少腹，为冲任督三脈之源，而少腹又是足三阴、阳明所过之处。如內經說：“脾足太阴之脈，……上膝股內前廉，入腹……”；“足少阴之筋……循阴股，結於阴器……”；“肝足厥阴之脈……循阴股入毛中，过阴器，抵小腹……”；“任脈者，起於中极之下，以上毛际，循腹里，上关元……”；“督脈者，起於少腹以下骨中央，女子八系廷孔，其孔溺孔之端也，其絡循阴器……”；“冲脈者，起於气街，並少阴之經挟臍上行……”；“胃、足阳明之脈……下挟臍，入气街中其支者……下循腹里，下至气街中而合……”，十四經發揮更明确的說：“任脈者与冲脈皆起於胞中……”。由此可見，本病在病位上是与肝、腎、脾、胃、任、冲、督諸經都有关系的，其中尤以任、冲与肝、腎四經更为重要。历代諸家，在針灸取穴上都体现了这个原则，多以冲任与肝腎四經俞穴为主，同时在用針、用灸的方面，則是以虛寒者多灸或針用补法，濕熱者多針而用泻法，腹部穴多灸，四肢部多針。另一方面，在服藥治疗上，虽然用藥名不相同，但是归納起来，阳虛气陷者，以补气升提为主，兼用温中，血虛阴亏者以补血养阴为主。並佐益气，濕熱下注者以清肝利湿为主，兼顧其脾。

附 古人对子宫下坠针灸用穴法(摘录)

书 名	穴 位 与 针 灸
甲 乙 經 千 金 方 外 台 秘 要 針 灸 大 成 針 灸 集 成 中国医学大辞典	上脘 1 照海 1 中极△, 曲泉 1△, 然谷 1△, 照海 1△, 阴陵泉 1△ 脐下横纹△ 曲泉 1 照海 1 次髎 1 脐下横纹△ 照海 1 曲泉 1 曲骨 1 大敦 1 太谿 玉泉△ 玉泉旁三寸△ 神阙△ 身交△
附 註	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1代表针 △代表艾炷灸。 2. 穴名下未载针灸者是原书未曾说明。 3. 玉泉即中极穴, 身交可能是阴交之误。

我院几年来治疗子宫下坠,就是在上述这个认识的基础上实践的,现将主要的针灸治疗与辅助的药物和运动,分别介绍如次:

(一) 针灸疗法:

前二年多根据古人经验,采用以上穴位随症加减。於58年就重点应用了维胞(维道斜下一寸。)维宫(维道斜下二寸)两个新穴,最近(2—4月份)在当班,又发现了子膈穴(中极旁三寸半),疗效都很显著,从这三个穴位的部位来看,都在肝经的循行通路上,便进一步证明了经络学说的价值。在孝陵卫、滁县、宣城、三处巡回门诊中重点实验本病的处方,少腹部是以维胞、维宫、归来、子宫四穴为主,每次用一二穴其次的取水道、中极、气海、关元为辅,每次一二穴,同时在四肢循经取穴,则以肝肾两经为主,如照海、大敦、曲泉,每次取一二穴,其它如然谷、阴陵泉、太谿、三阴交、足三里等,则酌前配用。关于併发证的随症配穴:如患者面黄肌瘦,肢体无力,则多灸关元、气海、足三里(或针刺)。白带绵绵的则配带脉、志室、次髎,如腰背酸甚则针灸大髎、阳关及肾俞、关元俞。腹部痛痕则针灸关元,中极。如小便频数,清白无热者则灸肾俞、膀胱俞,小便闭塞则加针阴陵泉、曲泉,如阴户肿痛糜烂,小便淋漓,口渴发热则用针刺心俞、膀胱俞。大便闭结针灸支沟、天枢。最近在安徽当涂经过140个子宫下坠住院病例的临床研治观察,进一步又确定了三个常规处方,轮流使用:

1. 气海 1× 大赫 1× 三阴交 1
2. 中极 1× 子膈 1× 足三里 1
3. 关元 1× 归来 1× 照海 1

(註: 1代表针, ×代表艾条灸)

关于併发症除按上述病情加减法外,对膀胱膨出是以:

1. 中极 1× 次髎 1× 膀胱俞 1×, 2. 关元 1× 肾俞 1× 小腸俞 1× 轮流取用。对直腸膨出是以天枢 1× 大腸俞 1× 为主。

这些处方的制订,是根据临床体会与经络学说的俞募配穴法为依据的。

至於用针用灸,或针灸并用,在前面已经说过,是以病情的虚实来决定的。一般門

診病人，隔日針灸一次、住院病人連續針灸二日，休息一日，這樣既可避免病員疲勞，又可縮短療程。

今將本院治療子宮下墜的穴位歸納如下：

附：本院治療子宮下墜要穴表

經脈	穴	主	配
冲	腧	大赫	气海 关元
任	腧	中極	百会
督	腧		曲泉 大敦
肝	經	維胞 維宮 子腸	阴陵泉 三阴交
脾	經		照海 太谿
腎	經	大赫	足三里
胃	經	归来	

針灸除了處方配穴外，操作的是否適當，對療效也起決定性的作用，我們對針灸治療子宮下墜方面的一般操作是這樣的：

1. 針術：一般采用緩慢捻轉進針法，至得氣後停止捻轉，當針20—30分鐘，在留針期間，每隔一定時間行針一次，先後共針三次，針刺方向除了維胞、維宮、子腸穴，向內下方斜刺外，余均直刺，至於針刺深淺度，列表如下：

穴	針刺深度
气海、关元	針1寸—1寸4分
中極	針1寸—1寸2分
子腸	針1寸—1寸4分
維胞、維宮	針1寸2分—1寸5分
大赫 归来	針1寸—1寸2分
曲泉	針5分—1寸
大谿	針5分
照海	針3分—5分
三阴交、足三里	針1寸—1寸2分
膀胱俞、小腸俞、大腸俞	針8分—1寸2分

2. 灸術：用艾條溫和灸15分鐘—20分鐘，不作癰瘻灸，如果有濕熱及便秘症狀，都是針而不灸的。

3. 注意事項：除針灸操作常規外，治療前還需注意幾點：

(1) 針灸前必須小便。

(2) 嚴重症(Ⅲ°)必須用帶消毒橡皮手套的手指，或用消毒紗布，將子宮托上後再

(3) 懷孕患者，不宜針治，須待生產後再進行治療。

(二) 藥物療法：

1. 虛寒証：子宮下墜，面色既白，怯寒神疲，心悸氣短，大便清薄，小便頻數，舌

淡少苔，脈象緩弱或虛大，屬於氣虛下陷者，當宗“內經”下者舉之義，治宜補氣升提法，以補中益氣湯為主。如虛寒症中兼有腹痛的，可酌加杜仲、續斷、桑寄生等補腎以止腰痛。

2. 濕熱証：子宮下墜、小便淋漓、心煩內熱、胸悶胃呆、或身熱自汗、口苦干膩、夜寐不安、舌苔黃膩、脈象滑數、治宜清肝火，利濕熱法，如龍胆瀉肝湯為主。若子宮頸體有腫大糜爛滲水情況，一般可加外用藥薰洗，如川黃柏、二寶花、生甘草之清熱解毒，枳殼、烏梅、五倍子的收斂固澀，大多經過三五次薰洗，滲水即會停止，糜爛情況，好轉很快，即覺輕鬆舒適，如果子宮脫出而沒有糜爛的，可單用枳殼、烏梅、五倍子薰洗。也能起到一定的輔助作用。

附方：

(1) 內服藥：

1. 補中益氣湯（李東垣方）

潞黨參四錢 白朮三錢 炙甘草三錢 黃芪五錢 白朮三錢 升麻二錢 柴胡一錢 熟地黃五錢 生白朮三錢 綠升麻二錢 炙甘草三錢，腰痛可加川杜仲三錢鹽水炒，川續斷三錢鹽水炒，桑寄生四錢。

2. 龍胆瀉肝湯（局方）

龍胆草酒拌炒黃 澤瀉各一錢 車前子炒 木通 生地黃酒炒 柴胡 當歸酒拌 山梔炒 黃芩炒 甘草各五分水煎服。

3. 青麟丸（藥店中有售）三錢至五錢，一次空腹開水吞服。

(2) 外用藥：

1. 烏梅三錢 五倍子三錢 炒枳殼五錢 煎湯薰洗。

2. 烏梅三錢 五倍子三錢 炒枳殼五錢 川黃柏三錢 二寶花三錢 生甘草三錢 煎湯薰洗。

(3) 運動療法：

提肛運動與膜肌運動，對針灸治療子宮下墜，可起到輔助作用。提肛運動是每日早中晚做三次：每次收縮肛門二、三十遍，膜肌運動也是每日早中晚三次，就是囑咐病人仰臥床上，兩足伸直後不用手撐。不屈雙膝，作起坐運動，每次做五、六遍至九、十遍都可。

(4) 適當休養：

治療結束後，發給出院手續書，給以休息二十天的假期，以及六個月內不做重活。如不拉磨，不挑担，不行遠路，不做下蹲工作等，以便鞏固療效，不使復發。

五、效 療

我院實驗治療本病的療效，現在以58年在南京市孝陵衛，安徽濉縣與宣城縣的門診病例為一組。於本年2至4月份在安徽當塗大圩人民公社住院病例為一組，分別介紹於下：

1. 在孝陵衛、濉縣、宣城巡迴門診共治病320人，其中有50個人因僅針一次情況不明除外，初步觀察270人中，痊癒者75人，顯著進步與進步者154名，無效者41名，有些輕症，只治療二三次就完全恢復了，一般重症在治療期間，如能注意休養者，針灸10至20次即能鞏固不脫，但有些極重症，下墜一二十年，身體虛弱，針灸後也能恢復但動勞即發，門診開放期，僅兩星期至一個月，部分患者又是在後期才來就診的。因此說上述

的显著进步与进步的病例，如繼續治下去，絕大部份还是治愈希望很大的。

附：孝陵卫、黟县、宣城門診疗效統計表

总例数	痊癒	显著进步与进步	无效	合計有效数
270人	75	154	41	229
100%	27.8%	57%	15.2%	84.8%
附註	上表包括輕症、重症、极重症三类型			

2. 於本年2—4月份在安徽当塗大公圩人民公社办理簡易病床，將子宮下墜重症及极重症作为住院治療对象，第一期計77人，第二期63人（本期兼收經症病員13人，作为与門診經症病員的研究对比），經過4至20余次的治療，有效率占96%以上，其中痊癒占46.410%，显著进步的有29.27%，进步的有20.7%，中斷1.43%，无效2.14%（无效是會阴三度破裂，下面失去支持的原故），这一組住院病例，与上述三地的門診疗效对比，还提高了有效率，足見住院治療比門診治療的优越性，今將1.2期子宮下墜住院病例疗效分类統計，及子宮下墜兼膀胱直腸膨出的疗效統計表附列於下：

当塗大公圩子宮下墜住院病例疗效統計表

疗效类别		痊癒	显著进步	进步	中斷	无效	合計
I°	人数	12			1		13
	百分比	29.3%			7.7%		100%
II°	人数	29	20	11			60
	百分比	48.3%	33.3%	18.3%			100%
III°	人数	24	21	18	1	3	67
	百分比	55.8%	31.3%	26.8%	1.5%	4.5%	100%
总计	人数	65	41	29	2	3	140
	百分比	46.4%	29.3%	20.7%	1.4%	2.1%	100%
附註	<ol style="list-style-type: none"> 1. 痊癒：指子宮下墜自觉症狀完全消失，妇科檢查，宮頸位置正常，用力时不下移的。 2. 显著进步：指自觉症狀消失，未經妇科檢查，或經妇科檢查，宮頸下移不显，并有膀胱直腸等膨出而引起少腹痠脹感者。 3. 进步：指兼患疾病的病例，妇科檢查时，宮頸尚有显著下移現象的兼有重慶膀胱膨出而引起的明显少腹痠脹症狀者 4. 中斷：系治一二次后，因其它原因停止治療者 5. 无效：指治療前后无变化，大部体弱而兼會阴三度破裂者。 						

当涂大公圩子宫下坠兼膀胱膨出住院病例疗效统计表

疗效类别	人数百分比	人 数	百 分 比
全 愈		20	36.4%
进 步		15	27.2%
无 效		20	36.4%
合 计		55	100%

当涂大公圩子宫下坠兼直肠膨出住院病例疗效统计表

疗效类别	人数百分比	人 数	百 分 比
全 愈		10	41.7%
进 步		9	37.5%
无 效		5	20.8%
合 计		24	100%

附註:

1. 痊愈: 經妇科检查, 已經不見膨出症状者。
2. 进步: 經妇科检查, 由重度或中度轉为輕度者。
3. 无效: 指膨出症状沒有改变者。

至於患者的年齡大小与病程长短, 同疗效是有密切关系的, 大体以年龄在 35 岁以下, 病程在 10 年以下的痊愈率较高, 这就說明了年龄, 病程与疗效是成正比例的。茲附年龄与病程的統計表如下:

当涂大公圩住院病例年岁統計表

病 型	年 齡	20—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—60	61—65	合 計
		人数 %	人数 %	人数 %	人数 %	人数 %	人数 %	人数 %	人数 %	
I°	人数	1	2	3	4	3				13
	%	7.69%	15.38%	23.07%	30.76%	23.07%				100%
II°	人数	5	7	18	11	9	9	1		60
	%	8.3%	11.62%	29.88%	18.26%	14.94%	14.94%	1.66%		100%
III°	人数		7	12	17	21	5	4	1	67
	%		10.43%	17.88%	25.33%	31.29%	7.45%	5.96%	1.49%	100%
总 計	人数	6	16	33	32	33	14	5	1	140
	%	4.28%	11.43%	23.56%	22.85%	23.56%	10%	3.57%	0.714%	100%

当涂大公社住院病例患病时间统计表

病 型	患病时间												合 計
	1	2	3	4	5	6—10	11—15	16—20	21—25	26—30	31—35	42	
I°	人数	2	1	5	1		2	1	1				13
	%	15.38%	7.69%	38.45%	7.69%		15.38%	7.69%	7.69%				100%
II°	人数	7	1	5	2	8	21	6	4	1	4	1	60
	%	11.62%	1.66%	8.3%	3.32%	13.28%	34.86%	9.96%	6.64%	1.66%	6.64%	1.66%	100%
III°	人数	9	2	2	2	3	16	14	13	2	2	1	67
	%	13.41%	2.98%	2.98%	2.98%	4.47%	23.84%	20.86%	19.37%	2.98%	2.98%	1.49%	100%
总 計	人数	18	4	12	5	11	39	21	18	3	6	2	140
	%	12.85%	2.85%	8.57%	3.57%	7.85%	27.85%	14.99%	12.85%	2.14%	4.28%	1.43%	100%

註：患病時間以年計算

六、典型病例

病例一：

徐×× 三十六岁，住宜城长桥乡，初診日期58.8.3

主訴：病起於19年前，因产后劳动过早，現覺阴道中有物垂下如茄子大，时上时下，过劳则下坠五寸余，經常流黄水。

处方：次膠1× 关元¹ 归来¹ 三阴交¹

二診：8月5日

主訴：未見效

处方：次膠1× 气海1× 維宮¹ 足三里¹

三診：8月6日

主訴：茄状物縮小，阴道感到舒松，黄水亦減少。

四診：8月7日

主訴：从昨天針灸后，下垂物全部縮入，行动自如，阴部恢复正常，並無痕感。

处方：关元1× 曲泉¹ 足三里1×

病例二：

朱大福：六十四岁，当涂大公社人民公社万济大队，病历号2—336号，极重症III°

18岁結婚，生五胎，小的孩子已35岁；患病已42年，在22岁产第二胎后，因蹲下洗衣服太久引起，有物脫出如婴儿头大，托之可上，不托不能縮回，在家已不做重活，帶領四个孩子，一般体质尚好，无杂病，腰緩苔薄，胃納尚佳。

妇科檢查：今天特別厉害，外口子宫全部脫出，右側有糜爛而5×1厘米大小，其它結膜均呈角化状，会阴三度旧裂。

印象：子宮脫垂Ⅲ°

會陰Ⅲ°旧裂。

建議：高年可試一療程，針灸十運動，無效恐需手術。

處方：依照子宮下墜三個處方輪流使用。

針第一次後，子宮即上升不墜，少腹也不脹，但在大便時有墜脹感，除針灸外，每日給予外用葯薰洗加做運動，曾服三錢補中益氣丸，因胃部不適停服，後來未曾再服。前後共計針治23次，自覺症狀全部消失，如外科檢查與位置正常，子宮Ⅲ°脫垂已癒，四月二十五日出院返家（3月18日門診，4月6日住院，4月25日癒出院）。

病型三：

童翠英：二十六歲，當鎮大公圩人民公社三農大隊，重症Ⅱ°—Ⅲ°，病歷號1—219號18歲結婚，生產二胎，患本病已六年，得於新產勞累，勞動即易脫出，下墜如拳頭大，體質很好，脈來有力，舌色薄紅，經針治一次後即上升不墜，針四針後，返家步行15里子宮不下墜，少腹亦無不適感，繼續針治至7次後，婦科檢查，子宮下墜已痊癒，隔三星期病者介紹鄰人前來診治染病，見面色紅潤，精神充沛，少腹部舒適如常。（2月18日入院，3月6日癒出院）

七、体会

1. 針灸治療子宮下墜的療效顯著，這是應該肯定的，至於療效的鞏固與否，關鍵在於調養與充分的休息，在治療期中，應避免重活，禁忌房事，以及行走運路和下蹲工作等，治療後半年內，禁忌同。但仍須調配適當的輕活與充分的休息，方能鞏固療效。但是不少的患者積極性很高，才經針治子宮上升後，便又投入緊張的勞動，而又下墜。因此必須當鎮人民公社密切配合，妥善安排，如能做到調治與養息並重這一點，從95%的有效率基礎上，治療率也必然大大提高，同時如果能夠取得妇幼保健機構與產科手術的密切配合，爭取基本上消滅本病，也是完全可能的。

2. 治療子宮下墜之前，必須經過詳細的婦科檢查，才能達到理想的療效，如會陰三度破裂及單純的陰道壁鬆弛突出等是必須手術治療的。

3. 子宮下墜患者如身體虛弱或兼咳嗽等雜病，必須先將雜病治好，然後再治療本病，否則事倍功半，療效是不會令人滿意的。

4. 針灸治療子宮下墜，如能配合提肛運動與腹肌運動，對治療是有助的。

5. 我們經過幾個月時間，用針灸治療410例子宮下墜病初步獲得了一定的成績，這是在黨的正確領導下，大力貫徹中醫政策，團結中西醫，發揚祖國醫學遺產的結果，但是由於我們學識經驗不足，所以距離要求還遠，今後一定要在這個基礎上，進一步鑽研，並希望廣大的中西醫同志們共同為消滅子宮下墜病而努力。

中藥配合針灸治療

“子宮脫垂”的初步療效觀察

南通市中醫院

“子宮脫垂”是農村婦女常見的一種疾病，對保護農村婦女勞動力方面有較大的影響。黨和政府對於廣大勞動婦女的健康，是一貫重視的，最近中央衛生部關於開展農村婦女子宮脫垂的防治工作又作了明確的指示。我們醫務工作者，應對此深入研究，提出具體有效的治療措施，為農業的大躍進而貢獻力量。

我市在黨政的正確領導下，以南通醫學院和我院為主的組織了“子宮脫垂防治小組”，由市婦幼保健所協作，在五山人民公社醫院進行試點工作，茲將中藥、針灸治療本病的初步療效和有關問題簡介於下：

(一)病名：歷代文獻所稱之“陰脫、下脫、閉茄子”等病名，均系指本病而言。在產後出現的，則呼之為“子宮下脫”、“子宮不收”、“兒腸落”，至於“陰癰”、“閉挺”、“閉菌”等，當亦概括本病在內。

(二)病因：本病之主因歸納有下列兩點：①勞實或勞力太過：宋陳無擇說：“婦人難產、勞力、勞熱太過，致因下脫，若脫肛狀，……舉重勞，皆能作”。②氣虛血損，清陽下陷，正虛氣弱，胞宮失共固攝，而致下垂墜迫，如外科証治全書所說：“陰癰即婦人子宮脫出，乃氣虛下陷所致”。至於子臍虛冷及胞絡損傷，則亦包括在此類中。此外或謂肝火濕熱亦能引起，明薛立齋曾說：“婦人臍中突出如菌，此肝火濕熱而腫痛，脾虛下陷而重墜也”，是很確當的。

南通專署在如皋縣丁埭公社十大隊檢查的結果，和我們在五山公社所接觸的情況，基本是一致的。發病的原因，具體說共有四點：①會陰破裂：由於解放前舊法接生，掌握不住產程，用力過早、過猛，又不知保護會陰，造成重度會陰撕裂，失去收托子宮應有的作用。②產後勞動太早，未作充分休息：在產後沒有按照規定時間休息，勞動太早，致使子宮韧带及盆底肌肉的張力，沒有能夠全部恢復，再加上強力的重體力勞動，如推車、挑担等，而促使腹壓增加，子宮被迫脫垂。③超體力的勞動：經常干超過力所勝任的勞動，腹壓增加，而迫使子宮下垂。④體質衰弱，全身性的貧血衰弱，而致子宮的韧带張力減弱，也會引起子宮脫垂。

(三)辨證：在脫垂程度上分為三類：①輕者：僅感下腹及陰部有下墜感（宮體在坐骨棘水平，相當於一度）；②重者：則迫阻阴道（相當於二度）；③極重者：宮體半脫出或完全脫出阴道之外，小腹頻數不爽，脂水淋漓，墜痛不安，不能勞動，甚則因摩擦而腐爛腥臭（相當於三度或四度）。在証候類型上亦可區分為三類：①偏於陽虛氣陷者：兼見面色萎白無華，肢倦乏神，心悸氣短，納呆或便溏，苔薄質淡，脈細軟等症

象；②偏於陰虛血虛者：兼見面容萎黃，頭目眩暈，耳鳴腰痠，口干便燥，輕度發熱，舌光剝無苔，脈搏弦細等症象；③偏於肝火濕熱者：兼見胸膈，分泌腥穢，溼瀉不爽，口苦而干，苔黃，脈滑數等症象。根據我們在五山公社工作中的初步印象，一度或二度者多為陰虛或陰虛類型，三度恆為陰陽俱虛的混合類型，至於肝火濕熱型則較為少見，偶或兼見於併發子宮及其附屬器官炎症的病例。

(四) 論治：总的治則是“升補元氣”，以固攝下元，而升舉其陷，余則隨証施治：一般多選用補中益氣、十全大補等方劑，但藥價昂，療效長，殊難滿意。為了多、快、好、省的開展工作，我們認為中藥配合針灸，其效最佳，單項治療，互有不足。

甲、中藥：

① 芪首升陷湯：適用於子宮脫垂之一度或二度者。

處方：生黃芪四錢，制首烏四錢，益母草四錢，生枳壳四錢，炙升麻一錢半，軟柴胡一錢半，粉甘草二錢。

加減法：腰痛而帶水分泌多者加續斷、杜仲各四錢；血虛者加黨參、當歸各三錢，肝旺者加白芍、牡蠣各三錢；濕熱甚者加龍胆草五分、知母三錢。

② 加味桑螵蛸散：適用於三度子宮脫垂已久，體質虛弱，心悸，溼瀉，宮體糜爛，滲液淋漓者。

處方：生黃芪五錢，黨參四錢，柴胡二錢，升麻二錢，龍骨四錢，生龜板五錢，茯神三錢，菖蒲二錢，當歸三錢，桑螵蛸四錢，遠志一錢，炙草二錢。

加減法：津水多者加續斷、芫絲子各四錢；發熱者加防風二錢、知母三錢。

③ 外用熏洗方：煎湯外洗，每日二次。

處方：五倍子，烏梅各四錢，蕪艾二錢，蛇床子三錢，枯凡一錢。

按：以上一、二方分別選用，每日一帖，連服五帖，以後視具體情況，可間日一帖，或以補中益氣丸或歸脾丸每服三錢，一日二次，調理巩固之。外用熏洗方，適用於三度者，如已縮入阴道內，即可停用。

乙、針灸：根據河南省及安徽省妇联的經驗介紹，以及我們的体会，選穴在精而不在于多，腹部主穴如能配合艾灸，則效更顯。河南省妇联在開封縣隔海公社所搞的試點的總結中提出“現在我們治療子宮下垂病，不但不服藥，並且減少刺激穴位，時間縮短到5—7天，治療效果提高兩倍”。是很寶貴的經驗，值得我們的參考。

甲組：关元（針后用艾條懸灸，倘換火罐則效更好）子宮、三陰交、

乙組：曲骨、归来、关元（同上）

按：兩組之穴位均有顯效，可交替使用，下針后有少腹及前後阴收縮上提感，不少病例均在針后即行回縮，增強了病員治療的信心。針后應靜臥，不宜立即行走，否則仍會隨時落下，將影響治療，動搖信心。

用輕刺激手法，如留針（其時間以不超過5分鐘為度），每日一一次，回縮后可間日一次，連針6—7次，腹部穴位針入宜稍深，以有感應為度，淺則無效。

(五) 療效：1959年8月份，我們在五山公社醫院共用中藥和針灸治療十例，除一例因患者不能放棄家務，中斷治療外，其餘均獲顯效，特別是部分三四度的患者因脫垂糜爛嚴重，暫不能施用水酒精注射，改用中藥與針灸，均能奏效，基本滿意。茲將所治九例情況列表如下：

年 齡	發 原	病 因	病 程	生 產 胎 數	說 明	垂 度	候 型	香 菩	照 像	治 結	療 果
四 十 六 歲	五 十 六 歲	五 十 六 歲	五 十 六 歲	五 十 六 歲	五 十 六 歲	五 十 六 歲	五 十 六 歲	五 十 六 歲	五 十 六 歲	五 十 六 歲	五 十 六 歲
1	2	3	3	4	2	3	2	1	1	1	3
四十六歲	五十六歲	五十六歲	五十六歲	五十六歲	五十六歲	五十六歲	五十六歲	五十六歲	五十六歲	五十六歲	五十六歲
四十五歲	五十五歲	五十五歲	五十五歲	五十五歲	五十五歲	五十五歲	五十五歲	五十五歲	五十五歲	五十五歲	五十五歲
1	2	3	3	4	2	3	2	1	1	1	3

註：①因部分病員念家心切，未能作較多時間的連續治療，其症狀顯著改善，宮體回縮者，均列為“好轉”，倘能持續治療，治愈率是可提高的。

註②：服中藥五帖，針一次，已感覺痛苦回縮，但又併發肺感亦發，而致中止治療，宮體加劇，已為先行治療病期，病癒後再治。

這種中藥和針灸的療法，九、十月份編秀人民公社醫院治療子宮脫垂二百餘例，均獲佳效，証實這個方法是值得推行的，為徹底治愈子宮脫垂症而提供了可靠的資料。

(六) 病案舉例：

病例一：任××，五十九歲，住五山公社七大隊十分隊，三等勞動力。

病史摘要：17結婚，翌年生第一胎，產後因勞動太早，經常端馬桶、搗水，此時子宮韧带和盆底肌肉的張力尚未恢復，因勞動又使腹部壓力加強，而致造成子宮下垂；此後每產一胎，即加重一成。因在反動統治時期，生活困難，無力治療，也恥於向人道說，以致逐漸加劇，精神日衰，行走不便，勞動力大大減弱，因脫於阴道之外，連坐凳也不能正坐，極為苦痛。

檢查所見：膀胱膨出，子宮約如嬰兒頭大，脫墜於阴道之外達四寸多長，宮頸糜爛，接觸出血，面色萎黃，形容消瘦，小腹脹痛，小腹淋瀝，心悸氣短，津水淋漓，舌質光剝而淡，脈細軟。

診斷：子宮脫垂四度，屬於陰陽虛型。

治療：內服加味桑螵蛸散，外用薰洗方，配合針灸，第二日即見縮入，且會便感勞苦而復脫出寸許，但靜臥即復，第五日所有自覺症狀，均告消失，第七日經附屬醫院婦產科復查，宮體已在坐骨棘水平以上，无任何自覺症狀，患者極感愉快，這人便道：“四十年的苦痛，不是毛主席和共產黨，怎能脫身！”由於她的宣傳，影響了不少怕羞、懷疑的人，都來接受治療。

病例二：許××，五十九歲，住五山公社二大隊六分隊，二級勞動力。

病史摘要：2929年生第一胎後，因產後即行勞動，并因羊只失竊而追跑，致子宮脫垂，休息時做好，勞動後即感小腹墜痛不通。先後共八胎，以致體質日虛。

檢查所見：膀胱膨出，宮頸口閉，輕度糜爛，子宮下垂在阴道內，面色萎黃，形容消瘦，小腹墜重，頭暈心悸，帶下腰痠，舌苔薄淡，脈象細軟。

診斷：子宮脫垂二度，屬於陽虛氣陷型。

治療：給予莖首升陷湯四帖，外用薰洗，配合針灸，次日即感愉快，逐步好轉，第四日復查：宮體已回縮正常，无任何自覺症狀，第七日回家，因精神好轉，在第九日即參加田間勞動，以致在四日後又復脫下，思想苦悶，數日後始來復治，經予前法，服共

好好休息一月后，再参加劳动，以资巩固。

討論：

①中医对子宫脱垂发病原因和病理机制的论述，与现代医学在措詞上虽有所不同，但实质上是一致的，特别是“气虚下陷”，与子宫韧带及盆底肌肉的张力松弛，是完全可以理解沟通，相互阐发的，这也证明中西合流的道路是充分有利而可以实现的。

②在治疗上必须按辩证论治的法则进行，如不辨阴阳，不分气血，以一方而统治，其疗效是不佳的，这充分反映了祖国医学辩证论治的正确和重要。

③在效果上是中药奏效慢，费用大，但较巩固；针灸见效速，费用省，但体虚者容易复发；因此两者结合，可相得益彰，缩短疗程，巩固疗效。通过实践，可以肯定这一点。

④针灸穴位在精而不在多，这样既能减少病员的恐惧顾虑，又能节省时间，也便于观察研究。

⑤从九例的病程上看，三分之二的病员都是解放以前就发病的，这说明不是大跃进所带来，至于三分之一的病员最近几年才起的，多是产后未按产假休息，劳动过早而形成。从病因上来看：强力劳动也是主要原因之一，今后对妇女劳力需注意其特点，加以合理安排，“三调三不调”是很好的办法，必须队真贯彻；对年龄较高，体质较弱的更宜斟酌。

治疗397例子宮脫垂疗效

兴化县卫生局

子宫下垂为劳动妇女常见疾病之一，如何防治子宫下垂症，实为当前农村工作的一个重要问题，我县在党委正确领导下，采用针灸配合简单药品，治疗子宫下垂症，获得满意效果，现将我县安丰、舍陈、大垛、陶庄等公社治疗397例初步小结如下：

一、病例分析

1. 397例子宮下垂患者年龄大多为18—45岁，不满18岁与超过45岁的很少，说明本病以成年妇女患者最多。

2. 患者病程：绝大部分为4—10年，少数患者已有20年以上之病史，说明本病为一慢性疾患，但病程在3年以内，有31.4%说明近年来本病仍有发展，值得注意。

病 程	1 年 以 内	1 — 3 年	4 — 6 年	7 — 10 年	11 — 15 年	16 — 20 年	21 年 以 上	合 計
人数	66	58	84	91	40	33	25	397
%	16.7	14.7	21.2	22.7	10.1	8.3	6.3	100.0

3. 病情：依下垂程度分为3度：

第一度：子宮下降但子宮頸仍在閉邊內，並不降至外閉部。

第二度：子宮頸降在閉道口外，但子宮體仍在閉邊內。

第三度：整個子宮全露出閉邊外面。

按此三度病情統計如下：

病情	一 度	二 度	三 度	合 計
人 數	135	135	127	397
%	34.0	34.0	32.0	100.0

4. 併發症：以子宮頸病變為最常見。

併發症	子宮頸炎	子宮頸糜爛	分泌增多	便秘	子宮肌變硬	小便難排	不孕	行路不便
人數	98	104	119	26	85	93	25	145
%	25.0	26.0	34.0	7.0	21.0	23.4	6.3	37.0

5. 對勞力之影響：根據舍陳公社的重点調查，患本病后，勞動能力每有下降，下降的程度與病情發展程度成正比。

下垂程度	訪問人數	其中：患病前 整勞動力數	患病后整 勞力數	勞力下降 百分數
一度	34	27	13	51.8
二度	44	35	12	65.7
三度	66	45	10	77.7
計	144	107	35	67.30

二、治療方法：以針灸為主，配合中藥，有併發症的再用藥物外治。

(1) 針灸（|表示針，×表示灸）百會灸，氣海|×，關元×，三陰交|×，中極|×，大赫|×，其餘隨症狀配穴，頭昏耳鳴者，加風池|×，翳風-×，腰酸者加腎俞或膽陰關|×，白帶多者加帶脈|×，帶赤氣移者加行間|，陰白灸，胸悶脘脹、氣血不振，加內關|，中脘|×，是三里|×。

(2) 內服藥：氣虛久病者，服補中益氣丸，早晚各服三錢，針后回縮較慢的枳殼、益母草，各五錢煎湯，一日數次，黨參、當歸、黃耆，升麻各三錢煎濃湯服。

(3) 外用藥（薰洗）：用於白帶多，子宮頸糜爛患者，外方有如下四種：

① 五倍子，黃柏，烏梅，生甘草，煎湯薰洗，一日數次。

② 冬青叶煎水洗。

③ 魚腥草三錢，葱一束，煎湯薰洗，一日數次。

④ 用0.2%過錳酸甲液洗滌，一日數次。

三、治療效果：

1. 疗效及观察标准: 397例患者治疗效果, 均很显著, 經針灸治疗, 完全痊愈者230例, 占58%, 其余亦有显著好转, 无效者仅10人, 占总人数2%, 住院治疗者, 效果更好, 可能与休息充分有关, 痊愈率可达73%, 疗效观察标准如下:

痊愈: 下垂之子宫全部回缩, 恢复正常。

显效: 下垂之子宫显著回缩, 但未完全。

好转: 症状减轻, 回缩不显著。

无效: 全无改善。

治疗方式	治疗人数	痊 愈		显 效		好 转		无 效	
		人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
門診	195	82	42	71	37	32	16	10	5
住院	202	148	73	48	24	6	2		
計	397	230	58	119	30	38	10	10	2

2. 疗效与病情之关系: (並不明显)

病 情	治疗人数	痊 愈 数	痊 愈 率
一 度	135	69	51
二 度	135	75	70
三 度	127	66	52

3. 疗效与病程之关系: 也沒有显著的差别, 病程在六年以内的, 疗效似较好。

病 程	一 年 以 内	一 一 三 年	四 一 六 年	七 一 十 年	十 一 一 十五 年	十 六 一 二 十 年	二 十 一 年 以 上
治疗人数	66	58	84	91	39	34	25
痊 愈 数	43	39	53	45	17	16	17
痊 愈 率 %	65.1	67.2	63.1	49.4	43.5	47.0	68.0

四、病案举例:

例一、万翠英36岁住安丰公社生铁生产大队, 於1959年8月10号入院, 自訴分娩三胎, 从1956年生第二个孩子产后参加治水过劳, 发生子宫下垂现象。自觉行路有障碍, 并有腰酸小便频而不畅现象。

检查患者营养欠佳, 发育正常, 体温正常, 子宫頸下垂在阴道口外, 鸭蛋大有少量分泌。

治疗: 第一次針刺后, 即感子宫有显著收缩, 針第二次全部回缩, 大小便时不感下垂, 当晚小便次数减少且通畅, 行动自如, 精神愉快, 續針五次出院。

例二、韓蓮第40岁住舍陈公社桥头生产小队, 於8月22日入院, 自訴21年前妊娠

第一胎因常期做重活，引起子宮全部脫出，如嬰兒頭大，托之不可能上，不可能縮回，行路和勞動時感到極其痛苦，坐也不能，在家已不能做重活。燒火怠睡在灶門口燒，縫衣服用棉花胎墊在桌上俯伏着做。

現在病史常腰痛，小腹脹痛，子宮完全脫出，月經不正常，閉血分泌很多，小便困難，食慾欠佳。

檢查子宮脫出三度，大如兒頭，子宮下段呈糜爛而潮紅。

針第一次後子宮脫出部分，當即縮至陰道口，第二次縮至陰道內，續針兩次，全部上縮大小便時亦無壓塞感覺，小便通快，晚上全無便意，腰痛腰酸全消失，陰道乾淨，行動自如，自覺已好，續針十次出院。

病例三、董施氏，53岁，住舍陈公社三合大队，27年前生第一胎产后干重活，子宮脫出，大如茄子，以手托扶，也不能上，严重影响生产，腰酸，分泌物多有恶味，夏天由於局部不清洁，生蛆，經常痛苦而哭，眼睛視力均哭瞎了。

檢查子宮脫出三度大如茄子，糜爛潮紅如球，分泌多，針一次後子宮有回縮感覺，次日分泌即減少，續針兩次，分泌全無，子宮下垂已回縮至陰道內，四次全部治癒，繼續針五次出院。

小 結

(1) 用針灸配合中藥，治療子宮下垂症397例，獲得滿意之效果，痊癒率達58%，有效率達98%。

(2) 住院治療較門診治療效果好。

(3) 療效與病情輕重，病程長短，關係不太明顯，亦即針灸治療，子宮下垂不受病情及病程之限制。

(4) 子宮下垂症對婦女勞力有顯著影響，故應積極開展防治工作。

推拿治療小兒腹瀉70例的療效觀察

南京中醫學院

一、引言

推拿療法是我們在長期的實踐生活中與疾病鬥爭所積累起來的經驗產物，是不用任何藥物與器械的一種物理療法，由於方法簡便，療效顯著，因此受著廣大勞動人民的愛戴。

根據文獻考證，推拿淵源於按摩，在秦漢三國時代，韓詩外傳記載扁鵲有一個弟子名叫子游，善於按摩，因孔疏曰：“扁鵲治趙太子暴疾尸蹙之病，使子明吹湯子儀脈神子游按摩”，其他在內經里亦有很多的散在記載，如血氣形者黑里，形數驚恐經絡不通病生於不仁，治之以按摩膠藥，暴痛隨說“按之則熱氣至，熱氣至則痛止”，可見這一療法在祖國的醫療方法上早已有其悠久的歷史了。

在目前民間流行的推拿，有大推拿與小推拿二種。前者專治成人，施術者大都擅長氣功，這種方法多由口傳心授，很少有文獻記載，后者即小兒推拿療法的文獻記載，始於明代，清代最為豐富。

我科在一九五八年增聘了小兒推拿室，並重點的選擇了單純性消化不良病例作為臨床實驗。

二、臨床療效觀察

(一) 腹瀉病例來源：

本文70例腹瀉病例絕大部分是年齡幼小，服藥困難，或經藥物治療無效而轉為推拿治療，作為重點實驗觀察。

(二) 一般分析：

① 性別、年齡：

性別年齡統計表

性別		年 齡				總 數
男	女	2—5	6—10	11—18	19—24	2歲以上
41	29	15	20	19	12	4

从上表看来，腹瀉患兒男性41例，女性29例，男多於女，年齡大多在二歲以內的小兒，6—10月和11—18月的病例最多，其次為2—5月和19—24月，最少為二歲以上。

②病程:

病程統計表

病 程	1天	3天	7天	15天	1月 以上	2月 以上	3月 以上	4月 以上	6月 以上	共 計
例 數	2	5	9	9	12	4	4	6	19	70

从上表可以看出,本組小儿腹瀉病例的病程以15天以上者較多,最长的已在5月以上有19例占25.7%。

③推拿次数与疗效:

推拿次数与疗效統計表

次 数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	合 計	有 效 率
痊 癒	5	9	6	16	7	6	1	3	3	1	57	81.42%
改 善	1	4	7	--	--	--	--	1	--	--	13	18.57%

从上表看来,推拿治疗小儿腹瀉有效率达100%,其中痊癒率达81.42%,改善率达18.57%,对无效者尚未发现,一般在推拿1—6次的痊癒率和改善率最高,仅有少数病例推拿次数在7次以上到10次。

三、病案举例

病例一:患儿周玉飞,男性,4月,門診号189626,1959年8月17日初診。

母代訴:腹瀉已二十余天,并有几次在××医院門診治疗未效,現腹瀉每日5—10次,水样,粘膩或乳片,色黄帶綠,小便不多,苔薄膩,胃納尚可。

診斷:此系脾虛湿困,健运失職,清阳不升之候,治以健脾滲湿。

推拿取法:补脾土,动土入水,推腎水,揉臍,运腹,揉龟尾,推側大腸。

上述各法,連推5次,大便即由稀轉干,由綠轉黄,面色轉华而恢复正常。

病例二:患儿齐××,男性,18月,門診号128563,1958年11月28日初診。

保母代訴,便瀉已一周,患儿素有咳嗽,七天前,因不慎而多吃糕餅后,始腹瀉稀水,色黄,有酸臭味,日行7—8次,瀉前腹鳴,腹痛样,胃納不食,瘦少色黄。

診斷:此乃素体本弱,飲食不慎伤於脾胃,运化失職,治从健脾导滯。

推拿取法:运腹,推腹阴阳,分摩左右兩肋,推脾土,推腎水,推側大腸,运水入土,揉龟尾。

一周后因咳嗽病发作,来院門診問悉,上次腹瀉,經推治一次即愈。

病例三:患儿丁××,男性,15月,門診号117604,1958年10月17日初診。

母代訴,腹瀉已有半月,起於断乳后多进飲食之后,曾有省委医疗所治疗二次,××医院治疗四次服过氯霉素以及其他西药未效,現大便稀薄色黄,有残渣,日行4—5次,白天轉多,面黄,精神不振,时作恶心,舌苔白。此乃乳儿脾胃嬌嫩,断乳后多进飲食量。

診斷:伤脾胃,治以健脾消运。

推拿取法：推脾上，推側大腸，運土入水，運腹，揉臍，揉龜尾，揉中腕。

第二次來診云，推後未有腹瀉，精神轉佳，胃納增多，第三次來診云，大便二日未解，胃納增旺，小便多，一般症狀悉部消失而痊癒。

四、推拿對腹瀉的辨證取法

推拿治療疾病，其取法與針灸藥物一樣，也是從望、聞、問、切的診斷方式，分辨出陰陽，表裏寒熱虛實，結合五行生克的整體觀而取法運用的，以達到機體的經絡溝通，氣血調和，統一平衡的目的，並將本病辨證取穴的方法敘述如下：

(一) 從“脾胃”一般取法：

無論何種腹瀉，其基本病理機制在“脾胃”，蓋脾的功能如運化水谷及輸布津液。胃的主要功能為受納水谷而下降，二者之間分工合作，共同完成後天給養的任務，一旦由於外來或內在的各種因素，使脾胃失却正常運化受納的時候，即發生腹瀉，因此推拿的取法必須似以脾胃著手，如運脾土，推側大腸，揉臍及揉涌泉等，因為這些手法都有直接健脾運化和間接的使脾胃功能調整到正範圍，也就是能起到的作用，如並有其他臟腑病變，乃就再根據臨床症候羣的變化，而加用其他手法。

(二) 從“五行生克”取法：

1. 火不生土：這種腹瀉，如命門火衰，不能生土，一般都为五更瀉，其症狀胃呆少納，無腹痛，面色蒼白，四肢不溫，推拿以補火生土法，借以壯火生土腹瀉自止。除一般取法外，宜重中治補心經。

2. 木克土：這種腹瀉為肝木太過，脾土受犯而為腹瀉，症狀的特點腹痛不因瀉利而痛減，推拿以柔肝健脾法，除一般取法外，揉外勞宮，重推无名、肝經，與腹部運腹，借以肝木得平，脾土得運，腹瀉自然停止。

3. 水反侮土：腹痞滿，四肢無力，食後即瀉，這是脾陽不振運化失職，水濕困脾的腹瀉。

推拿治療以健脾滲濕法，除了一般取法外，以重推脾土，運土入水，推腎水，借以脾土得運，水濕得利，腹瀉即止。

(三) 從“病因”取法：

中寒瀉：過食生冷或腹部感寒，寒邪凝結，所瀉澄清，腹痛喜按，乳食不化，精神萎靡，面色蒼白，肢冷不溫，小便清白，推拿以溫中運化，除一般取法外，重推側大腸及用掌心搓熱按臍，暑熱瀉，盛夏氣候炎熱受暑而為腹瀉，瀉下暴注下迫，色黃，有熱臭味，口渴，煩躁，發燒，溲少而黃，推拿以清暑泄熱，和脾消運，除一般取法外，重推天河水，水底撈月，退下六腑等。

乳食瀉：乳食不化，脾胃失運，而致腹瀉，腹脹痛疼，瀉後痛減，大便酸臭，稀薄帶水，或瀉出物敗卵，苔青垢或膩，推拿以健脾運化消食導滯，取法除一般取法外，重分摩左右兩肋，推腹兩陽等。

五、推拿的作用機制

推拿治療疾病，根據各有关小兒推拿專書的記載，都認為是凭借着經絡的傳導轉輸

作用，盖“经络”是人体气血运行经过的联络通道，分布于全身各个部分，象网一样的包罗联接，如环无端，使气血因流不息，阴阳维持平衡，内外相互协调，正如内经灵樞论说“夫十二经脉者，内属于五脏，外络於肢节。”跟内经也说明“经络是内脏与体表联接的重要通路”，正由於这个原理的存在，推拿於体表各部位，就可治疗内脏的各种疾病，在临床上所运用的手法，其所起的作用，我們概括地把它綜合成为远离取穴与直接取穴两个方面。

(1) 远离取穴：在四肢各部施行手术，作用在头部軀干内脏，如一个脾虛腹瀉病人运用推脾土、运上入水等，对内脏就很快地起到健脾渗湿的作用，又如一个惊厥患儿运用推推心經掐小天心，对拿精靈，对內腑心、肝很快的起到平肝熄风开窍，豁痰的作用，类似这一些的很多，所以我們叫它远离作用。

(2) 直接取穴：在头部、軀干各部位所进行的手法直接对头部軀干内脏发生作用，如一个头痛病人运用开天门，分推两太陽，头痛就很快地得到緩解或消失，又如腹痛或板滯病人，我們使用运腹、分摩左右两肋，馬上就能起到和中健运导滯通脏的作用，再如陰閉小便不通病人，运用推腹阴兩摩丹田，小便就能很快的得到通利，所有这一些的疗效和方法，我們是由於在病变部位和附近取法，因此称它为直接作用。

六、小 結

(1) 小儿推拿疗法，是祖国医学中物理疗法的一种，其历史悠久，内容丰富，操作方便，效果确实，很符合於多快好省的原则，值得我們重視和推广，使这一疗法能在各个人民公社中遍地开花結果。

(2) 本文70例的小儿腹瀉病儿大都年龄幼小或經过藥物治疗无效，病程达15天，甚至5个月以上的頑固性的小儿腹瀉，运用推拿1—6次后，差不多七分之二六的病例得到了痊愈和改善，有力的証实了推拿治疗小儿长期的頑固性的腹瀉确实有其独特的疗效。

(3) 我們在临床上使用推拿疗法，治疗小儿任何疾病感到年龄愈小其收效愈大，根据这次腹瀉年龄的統計，还是比较符合的。

(4) 推拿治疗小儿腹瀉的取法和針灸藥物一样，也是利用中医“望、問、聞、切”的診斷武器来辨断出阴阳表里寒熱虛实，結合五行生克的整體观而取法运用的。

(5) 推拿的治疗作用：主要是借着经络的傳導轉輸，而达到机体气血調和，阴阳平衡的目的。一般在四肢，各部的操作，作用在头部軀干的叫远离作用，相反在头部軀干各部的操作，直接作用在头部軀干内脏的叫“直接作用”。

七、附推拿手法

一、推脾土：

部位：大指第一背掌面。

操作：左手握儿二、三、四、五指及手背面，右手大指側面按定部位施推。

二、推側大腸：

部位：食指第二节外侧到虎口尽处。

操作：左手握住小儿手背，使指伸直，露出食指，然后以右手大指侧面靠食指外侧缘第二节起推到虎口尽处。

三、运土入水：

部位：由大指侧掌指交界处到小指侧掌指交界处呈一半圆形。

操作：儿掌上用左手一把握儿的五指微仰下使儿五指不能向里卷曲，然后用右手二、三、四、五指扶於儿的手背下，最后用大指掌面从大指根下面运到小指根下面。

四、揉外劳宫：

部位：在手背中央、正对掌心内劳宫。

操作：使儿掌心向下，左手握住儿五指，露出手背，以右手大指面按定手背外劳宫揉之。

五、推肾水：

部位：小指掌面第一节。

操作：用右手握住儿手指，掌心向上，露出小指，再用右手大指於肾穴上推。

六、推天河水：

部位：大横纹到曲泽。

操作：左手握住儿五指，掌心向上，使臂伸直，用凉水点在大横纹处，以右手大指将水同时推到曲泽。

七、水底捞月：

部位：小指第三节起，经坎卦入内劳宫成一弧线。

操作：以左手握住儿手背，露出掌心点水内劳宫，轻提起，如井底捞明月状。

八、推肝法：

部位：於食指面第一节。

操作：使儿掌手背向上，左手一把握儿五指背面，露出食指，以右手大指面接儿食指第一节肝经推动之。

九、推心经：

部位：手中指第一节。

操作：操作手法同上推肝经。

十、摩丹田：

部位：在脐至耻骨的五分之三处。

操作：令儿仰卧，用左右二手二、三、四、五指扶於小腹二侧，然后以二大指，从肚脐起，自上而下的直摩之，或用右掌心直往下摩之。

十一、揉脐：

部位：肚脐当中。

操作：使儿仰卧，用右手大拇指面接定肚脐揉动，其他四肢扶於儿腹左侧，也可用二手掌搓热而按之。

十二、推腹阴阳：

部位：在上腹部的二侧。

操作：使儿仰卧，用左右二手四指指扶小儿腹部二侧，两大指置腹上左右两侧，然

后自上而下的交互直推。

十三、分摩左右二肋：

部位：胸腹左右二旁的脾处。

操作：令儿仰卧，二手扶助儿胸肋的左右二旁，然后左右大指面从胸骨剑突下八字分摩。

十四、摩龟尾：

部位：在脊椎骨端。

操作：使儿向里侧卧，左右扶住儿左侧臀部用右手大指面在该穴位揉之。其余四指扶住儿之右侧臀部。

十五、运腹：

部位：在脐眼周围。

操作：令儿仰卧向上，左手扶住上腹部，右手二、三、四指并紧，於肚脐周围运转。

十六、揉涌泉：

部位：是心陷中央。

操作：将儿呈半卧位，左手握住儿足跟部，使之固定不动，右手二、三、四、五指握住足背，大指面按穴揉转之。

十七、开天门：

部位：在前额天庭下。

操作：用二手二、三、四、五指捧住儿枕部二侧，二大指外侧面，从眉心推向额上，交替直推。

十八、分推二太阳：

部位：左右肩外梢陷处（太阳穴）。

操作：二手姿势同上开天门法，二大指外侧面从眉心分推向日肩外梢（经过眉上缘）空陷处，每一下略加按捺片刻。

十九、退下六腑：

部位：由少海到神门（小指侧）。

操作：左手握儿二、三、四、五指，掌心向上，以右手大指侧面从少海推到神门。

挑四缝穴治療小儿哮喘病的初步报告

大丰县中医院 朱遇春

小儿哮喘是一种普通常见的病症，农村中俗称“喘病”，因冒风寒而引起的称为“风胸”，因多食鹹物而引起的称为“鹹胸”，一般多見於两岁到十余岁的儿童，往往在得病后經常发作，张口息肩，痛苦万状，严重的影响儿童身体健康。

本病一般疗法，多属制止临时发作，很难根治，一向民間流傳有挑鬍子一法，但經多方面訪問並沒有人知道是怎样挑法，我院同志們在党的总路綫的光輝照耀下，發揚了四敢精神，根据采訪中获得的綫索，大胆試用了挑四縫穴的办法，一年来治疗小儿哮喘

病十四例，获得了极为满意的疗效。

四缝穴是在两手各四指（拇指除外）内侧第一指节与第二指节交界处的横纹中央，两手共八处，挑时以三棱针或26号粗针，由缝中刺入一分许，轻刺疾出，挤出黄色透明粘液少许（间或也有流出的不是粘液而是血液的），一般我们取液每隔一星期挑一次，路远的病例也有两星期挑一次的。

我们所治疗的14例中间，患儿年龄最小的十岁，最大的13岁，发病最短的仅有半年，最长的有六、七年，一般多在二、三年之间。治疗效果，最快的两次全愈，最慢的也不过五、六次，例如：本县大丰县电厂职工马忠汉的小女孩马建华一例，年四岁，患哮喘病已一年余，大概一个月中间要发两三次，于58年10月份来我院医治，连续挑了四缝穴两次哮喘病即不再发作，追察访问，至现在止，已有一年未发。

一年来，以十一个病例中，我们感觉到挑四缝穴一法治疗小儿哮喘病，操作简便，疗效迅速可靠，符合于多快好省的原则，惟治疗病例不多，个别病例尚在治疗或继续观察中，仅将初步取得的成就，介绍出来，希望批评与指正。

交感性眼炎病例报告

南京铁道医学院

苏联Миганербах院士說：“在全部人体病理学的疑难問題中，未必有比交感性炎症更为莫测的問題。”普通外科医生从未看见过成对的器官中，仅有一側损伤而招致兩側患病的。但眼科医生則見过一眼受伤而引起另一眼发病的例子。这就是交感性眼炎。今将一例交感性眼炎报导如下，以供参考。

病例报告：刘某，男性，18岁，山东人，鉄路工厂的学徒工，住院号1777。患者在1958年10月8日的炼鉄工作中，不小心被鉄錘打伤右眼后，疼痛、流淚、視力丧失。当在某医院检查是：右眼球外側巩膜裂伤，並有色素膜脫出，前房积血。劝患者摘除受伤眼珠，未获同意。乃作虹膜切除，球結膜瓣复盖术。因巩膜伤口未閉合，有色素組織暴露，又於10月25日行伤口縫合术，並开始作发燒疗法，預防交感性眼炎。11月22日，患者突覺左眼視力減退，轉入本院檢查：右眼仅对强光有光感，中度睫状充血，外側球結膜及巩膜有瘰癧組織形成，角膜透明，外側虹膜有大片缺損，晶体向颞側移位，玻璃体内有白色机化物，眼压显著降低，眼底看不见。左眼視力0.05，有睫状充血，房水混浊，角膜后壁沉着物，虹膜呈污棕色，瞳孔光反应迟钝，晶体透明，眼底象比較模糊，視乳头发充血，鞣膜視网膜上有散在淡黃色点状物。次日取得病人同意后，摘除受伤的右眼珠，並送病理檢查。左眼局部治疗：散瞳、热敷、球結膜下注射肾上腺皮质激素。請中医会诊是：左眼病內障，神水綠色，拟平肝滋水。第三日，开始服中药：石决明、决明子、夏枯草、当归、杭芍、沙苑子加減丹皮、五味子、菴絲子、生地及夜明砂等煎剂。自11月30日起，除繼續服中药外，又以ACTH靜脈滴注，每日25毫克。12月5日，发现左眼底下方周边部呈灰色，疑有鞣膜剝离。12月10日停ACTH，改用0.25%奴佛卡因靜脈封閉。检查眼或黄斑部有放射状条纹。視力开始进步到0.1。12月25日停服中药，检查眼底时发现鼻側視网膜有点状出血，視力0.7—2。1959年1月13日，左眼視力1.2—3，外眼部不充血，房水清稀，瞳孔散大，視乳头发边缘清楚，顏色正常，黄斑部有色素沉着。視网膜除周边部有少数黄白点外，无其他变化。病人出院。3月20日，病人来門診观察，左眼視力1.5，眼底检查：視网膜上的黄白点消失，但黄斑部色素沉着依然。患者在患病过程中，沒有头痛、耳鳴、毛发脫落、皮肤白斑等現象。

右眼珠病理切片檢查：角膜后壁边缘处有单核細胞附着，有的已吞噬色素。前房内有浆液及纖維素性渗出物。虹膜水肿，色素小胞增多，色素上皮波浪消失。基质內散在浆細胞、淋巴球和单核細胞浸潤，結締組織增生。晶体移位。睫状体水肿，淋巴細胞浸潤，以血管层为密。从扁平部开始至全脈絡膜有濃密的淋巴球和少数浆細胞浸潤，其間有类上皮細胞巢，呈紅相間，类上皮細胞有的吞噬色素。脈絡膜組織完全为这些細胞浸潤所占据，毛細血管层也未例外。后部脈絡膜較前部約厚5—6倍。脈絡膜上腔和巩膜管道均有同样的細胞浸潤，以致巩膜和脈絡膜的界限难以分清。在类上皮細胞巢中，有郎罕氏型巨細胞。色素上皮和玻璃膜，有的破坏，有的尚完整。但細胞浸潤並未侵入

視網膜和視神經。視網膜剝離。眼腔內全為蛋白液所充滿，病理診斷為交感性眼炎。

交感性眼炎的病因尚未完全明了。現在被多數人接受的有病毒感染學說和色素過敏學說二種。交感性眼炎多發生在眼穿孔性外傷患者。以往文獻記載其發生率占所有穿孔性眼外傷病例的2%左右，且多數發生在受傷后3—8周內。被交感眼的病理改變和引致交感眼的變化是一模一樣的。適時地摘除不能恢復視力的受傷眼，對預防交感性眼炎有着重大的意義。問題的複雜性就是外傷性色素膜炎在臨床症狀上沒有特別的體征能說明該炎症是具有交感性的或該眼對另外一眼是有危險性的。這給應不應該摘除傷眼的決定帶來了一些困難。如受傷眼萎縮，沒有視力，又有觸痛，摘除眼球的問題是容易解決的。當受傷眼尚有一些視力時，則使醫生猶豫不定，一般認為受傷眼經過二星期的嚴密觀察，仍有持續性刺激症狀及疼痛，視力沒有恢復的可能者，應及時摘除受傷眼球。當第二只眼已經得病，摘除受傷眼只能在該眼已盲的情況下，為了診斷，始可行之。如受傷眼尚有一些視力，就不應該摘除，因有第二眼失明而受傷眼的炎症現象消失後仍能保存一定視力的。本例的右眼受傷后，沒有及早摘除，僅用結膜填查蓋，又沒有將玻璃體傷口癒合，色素組織變黑在傷口內27天，是引起交感性眼炎的因素之一。

關於健眼已經發生交感性眼炎的治疗問題，國內外文獻介紹的資料很多。局部療法：一致取用散瞳劑、熱敷及腎上腺皮質素滴眼或球結膜下注射。全身治療方面：用發燒療法及奴佛卡因靜脈封閉，治療四側有效。四川醫學院眼科以中藥石決明、磁石、菊花、蟬花、同刺藜、木賊、生地、丹參、赤白芍、菟藟子、龍胆甘草等劑內服，獲得良好效果。Jsverek氏報告一例用ACTH每日25毫克靜脈滴注，經過总量150毫克的治疗后，患者痊癒。但Pdipinto氏報告一例，使用抗菌素，ACTH等治療無效，改用Irgapyrin 1.5毫升肌肉注射收效。Zpauisic氏報告25例，用914合併青霉素、速癩素治療后只有7例進步。

交感性眼炎的病原，在目前尚未十分肯定的時候，現有的療法，難免有些探索性。作者鑒於本病發展的嚴重性，為了抓緊時間控制炎症，搶救病人的視力，故同時採用中藥內服，ACTH靜脈滴注及奴佛卡因靜脈封閉，加上局部使用散瞳劑、腎上腺皮質素等幾種有效療法。本例經過中西藥治療后，效果很好。

小結：本文報告一例交感性眼炎，用中西藥合併治療，炎症完全消退，視力恢復正常。並對交感性眼炎的預防和治療問題，略加討論。

承上海第一醫學院眼耳鼻喉科醫院眼科病理室為本例作病理診斷，謹此致謝。

利用針刺及穴位封閉療法治療電光性

眼炎摘要

市立第一醫院 張 厚

方法：患者平臥位，常規消毒，針刺穴位：睛明、太陽、合谷。

封閉穴位：睛明。

封閉方法：於睛明穴位注射0.25%—0.5%奴佛卡因0.5—1C.C.

結果：病員多在20—30分鐘後，其眼瞼痙攣、怕光、流淚、結膜充血、水腫等症狀消失或15分鐘後以上症狀大減，絕大多數病員出院時由旁人扶持伴送，半小時後自己愉快返家。

效價測定：與過去採用其他療法比較，提高效率48—192倍。

討論及結果：我們學習了中醫，初步體會針灸之循經取穴，由於經絡的傳導，使人體內、外、上、下恢復平衡和協調，是和巴甫洛夫高級神經活動學說觀點一致的，即通過皮膚感受器而調整大腦皮層的平衡障礙，使局部組織營養好轉，從而使疾病恢復健康。神經受針刺的良性刺激後所發生的調整神經機能作用，常不限於穴位附近，而可影響範圍很大，我們取穴睛明、太陽、合谷三個穴位。此療法簡便、經濟、迅速、確實，觀察百餘例效果均佳良，值得我們繼續研究與推廣。

中醫消沙化鐵丹眼藥水

鹽城中醫院 盧心壽

江蘇中醫雜誌一九五九年第六期報道了中藥消沙化鐵丹的療效觀察，其結語稱它有吸收疤痕，促進顆粒消失等優點，（見42頁）並經南京第一醫學院衛生系、南京鼓樓區衛生防疫站臨床証實。

本人在五十餘年所得到的臨証經驗，用自己配制的消沙化鐵丹，對於輕微沙眼日滴一至三次，一個月內可得到全部根除的效果，其療效能達到100%。延至二至三期的沙眼，只要能繼續持久的使用此藥水，亦能逐步消失，而達到痊癒。現值黨和政府號召消滅地方病和防治傳染病，患沙眼的人實為數不少，對人民身體健康為害不淺，沙眼亦為傳染病之一，為了防治沙眼的发展和根除，這個眼藥水便於製造和應用，療效高而準確，實乃治沙眼要藥。

消沙化鐵丹的起源

原名化鐵丹，方劑出於古未驗方新編，其中沒有雄雞化骨，經本人制用對於消失沙粒尚有療效，後來又加入雄雞化骨，其療效又優於以前，但對於沙眼併發血管翳無大效果，本人遂在敢想敢作敢為之下，又於原方加入芦甘石、烏鴉骨、月石三味，用於臨床更得到滿意的療效，對沙眼併發之血管翳都能得到治癒，故冠以“消沙”二字。作建國十周年獻禮，今將原方抄奉作為科學研究，是否合乎科學之處，敬乞指謬為荷。

方劑組成

雄雞化骨三個，川椒打碎一錢，杏仁十個，制甘石三錢，青鹽一錢，烏枝打碎三個，

风化硝三錢，真銅綠一錢，新錐針三根，烏鬮骨三錢，淨月石三錢。

將以上各藥放入磁瓶內或有色玻璃瓶，以蒸餾水一斤浸泡。

夏用冷蒸餾水，冬用沸蒸餾水，春秋用溫蒸餾水以錐花針溶化為標誌，然後過濾澄清，即得濃化鐵丹溶液。

化鐵丹眼藥水配制法的改進摘要

南京第一醫學院徐州分院 王建华 鄧雄偉 張繼芬

化鐵丹眼藥水是一良好的治療眼藥，單獨點眼時有較強刺激性(因溶液PH為2.2)，加入硼酸緩沖液，調節PH至7.6左右時，雖然避免了刺激性，但往往有沉淀發生。

我們發現，沉淀之發生乃調節PH至7.6時銅離子發生沉淀所致，根據枸橼酸鈉可保護銅離子在鹼性環境中不致沉淀這一原理出發，對化鐵丹眼藥水的配制法作了一些改進。

濃化鐵丹及硼酸緩沖液均採用北醫第三附屬藥房的配制法(參看“藥學通報”1959年第1期20頁“介紹中藥沙眼藥水——化鐵丹”)，不同處即配制濃化鐵丹液時，一直用冷蒸餾水浸泡，容器只要緊閉，毋需密封。

取濾得的濃化鐵丹液100毫升，加10%枸橼酸鈉20毫升，邊加邊攪拌，然後加入硼酸緩沖液350毫升，過濾即得。我們認為枸橼酸鈉的量不應太少。

成品透明澄清，PH7.8。成品經徐州市少數中學試用，尚稱滿意，除剛點眼時略有疼痛外，無其他不良反應。

針灸治癒角膜潰瘍13例初步報告

淮陰醫專附院 趙 靖

角膜潰瘍可由外生或內生感染所引起，內生潰瘍多半是過敏性反應的表現，其中以疱疹性角膜炎為典型之一。外生是外傷後繼發感染形成的潰瘍。如“匍行性角膜潰瘍”等即是。

角膜潰瘍雖有各種治療方法：燒灼，X線照射，封閉，自血，抗生素，發熱療法，均不能令人滿意，尤其是深部而又帶有致菌性浸潤的潰瘍，治療更為困難。

從59年1月份起，我院應用針灸治療角膜潰瘍13例，獲得令人滿意的療效。平均治療六次後，潰瘍即獲痊癒。

(一)操作方法：

(1)病人體位：取坐或臥位，以病人舒適，施術方便為原則。用75%酒精消毒穴位

区皮肤，在消毒睛明穴时令病人将眼闭起，以免酒精刺激眼球。

(2) 针刺手法：可分强刺激、弱刺激两种方法：

① 强刺激法：以一寸针，缓缓将针捻入。务使取穴准确。刺激要强，例如刺合谷时。必使该臂发麻，在找到发胀的感觉部位，将针捣动，达到病人有上述感觉后留针。此后每隔15分钟或半小时捣动主穴（四白、睛明），各一次。

② 弱刺激法：进针找到敏感点后轻轻捣动几下停针，以后每隔15分钟将针轻轻捣动或将针尾摆动几下即可。

(二) 疗效观察：

13例患者中，5例针灸5次；4例针灸6次。4次，7次，8次，9次各1例，溃疡基本痊愈。平均5.9次。其中10例均经药物治疗无效，改用针刺治疗获愈。一般在下针后，疼痛，怕光等刺激症状减轻，作用最快者半分钟，最慢者30分钟，一般均在10—15分钟左右。经针刺后，溃疡迅速痊愈，（见附表）；

(三) 讨论：

关于针灸疗法的机理至今尚未能确切的阐明，一般认为是起“疏通经络，调和气血”的作用。依据巴甫洛夫的高级神经活动学说，认为人体发病时，在大脑皮层有一个与病灶相应之兴奋点。针刺是一个物理性刺激，作用于神经末梢受纳器而传向中枢，在大脑皮层中形成另一个强的兴奋灶，产生负诱导，引起抑制过程而将原有之疾病兴奋灶掩盖。临床上常可见到用针刺穴位不准确或刺激未达到一定的强度时，效用就不显著。这是因为针刺对大脑皮层形成的兴奋灶不够强，不足以引起负诱导的缘故。我们体会到用强刺激针刺抑制眼痛，脸痉挛，怕光，流淚，充血等症状有显著效果。

(四) 体会：

① 根据溃疡的部位，深浅，大小，而变更穴位。② 对刺激症状较重，流淚，痛，眼昏不开的患者，可针“四白，睛明”可立时见效或症状减轻，同时病人在接受治疗时，尚可感觉到眼部作热、发麻等特异的舒服感觉。③ 用强刺激，留针时间可长达1—3小时，留针时间越长，病人刺激减轻越快，溃疡痊愈越早。

本文病例观察2—3个月，未见有复发。从以上治疗体会：针刺治疗角膜溃疡具有较高的疗效，使用简便迅速经济等优点。

門診號	性別	年齡	診斷	主要病狀及眼部情況	曾經治疔	針 刺			配合治疔	療效觀察	治疔結果
						日期	取穴	手法			
住 59105	男	25	外傷性角膜炎 （右）	竹枝刺破一月，余3劑後痊愈。州角膜外上方約4×3毫米處潰瘍。	口服磺胺嘧啶，抗菌素，滴眼及青梅毒，封閉疔法。	1月16日下午開始疔	四白、睛明（右）、合谷（雙）	強刺激 2個小 留針 2時	抗菌素 點眼	針刺七次，潰瘍痊癒，視力恢復1.0弱。二個月，未見復發。	
住 5988	女	47	1. 慢性角膜炎 （左） 2. 慢性眼變性 （雙）	二眼視物連有二年多，左眼紅，痛3個月。中外方角膜外上方約6×6毫米，深層潰瘍，前房積膿。	眼內荷及眼藥藥品。	1月17日	睛明、四白、睛竹、大迎	強刺激 1—3個 小時	1. 滴除淚液 + (2) 用藥 2. 點眼 抗菌素	術後第二日針刺，下針後，眼痛，羞明，症候，經針後，第二日，見淚液平復。	針刺六次，潰瘍痊愈，視力恢復4×3毫米，視力0.06。現影80天未復發。
5991	男	34	表淺性角膜炎 （左）	自帶左眼紅，潰瘍有2個月，角膜外上方3×2毫米處潰瘍。	曾在工廠醫治，經多種疔法無效。	1月23日	四白、睛明、睛竹（左）、合谷（雙）	強刺激 1—3個 小時	眼點用 抗菌素	下針後，前房積膿，眼痛，羞明，視力恢復0.8，現影80天未復發。	針刺5次，潰瘍痊愈，視力恢復0.8，現影80天未復發。
2713	女	34	點狀表淺性角膜炎 （左）	眼痛，怕光，視力差有2個月，角膜近四白處及二點鐘處有2×2毫米表淺潰瘍。	一般對症處理。	1月23日	四白、睛明、睛竹、合谷	強刺激 1—3個 小時	眼點用 抗菌素	第一次針刺後，至第二日，眼痛，羞明，視力恢復0.8，現影80天未復發。	針刺九次，潰瘍痊愈，視力恢復0.8，現影80天未復發。
2908	男	30	慢性角膜炎 （左）	角膜12點處有潰瘍，2×2毫米，前房積膿。	當地醫院治療，二個月無效。	2月17日	四白、睛明、魚尾、睛竹、合谷	強刺激 1—3個 小時	眼點用 抗菌素	按第一式針刺後，至第二日，眼痛，羞明，視力恢復0.8，現影60天未復發。	針刺五次，潰瘍痊愈，視力1.0，現影60天未復發。
2963	男	52	表層角膜炎 （左）	眼痛，怕光，眼力減，眼有3個月，角膜12點處，9點鐘處潰瘍，5.6毫米，深層。	作過抗菌素，青梅毒，封閉疔法。	2月18日	四白、睛明、魚尾、合谷 雙配合	強刺激 1—3個 小時	眼點用 抗菌素	進針後15分鐘，左眼痛，羞明，視力1.0，現影90天未復發。	針刺八次，潰瘍痊愈，視力1.0，現影90天未復發。

門診號	性別	年齡	年	診	斷	情況	主要症狀及眼部	治療經過	針	日期	取	刺	操作		配合	療效	現	聚	治	果
													手法	留針						
3476	女	36		角膜炎在性濾過(左)	眼痛、怕光、紅、腫、有2、3、6、8、10、12、14、16、18、20、22、24、26、28、30、32、34、36、38、40、42、44、46、48、50、52、54、56、58、60、62、64、66、68、70、72、74、76、78、80、82、84、86、88、90、92、94、96、98、100、102、104、106、108、110、112、114、116、118、120、122、124、126、128、130、132、134、136、138、140、142、144、146、148、150、152、154、156、158、160、162、164、166、168、170、172、174、176、178、180、182、184、186、188、190、192、194、196、198、200、202、204、206、208、210、212、214、216、218、220、222、224、226、228、230、232、234、236、238、240、242、244、246、248、250、252、254、256、258、260、262、264、266、268、270、272、274、276、278、280、282、284、286、288、290、292、294、296、298、300、302、304、306、308、310、312、314、316、318、320、322、324、326、328、330、332、334、336、338、340、342、344、346、348、350、352、354、356、358、360、362、364、366、368、370、372、374、376、378、380、382、384、386、388、390、392、394、396、398、400、402、404、406、408、410、412、414、416、418、420、422、424、426、428、430、432、434、436、438、440、442、444、446、448、450、452、454、456、458、460、462、464、466、468、470、472、474、476、478、480、482、484、486、488、490、492、494、496、498、500、502、504、506、508、510、512、514、516、518、520、522、524、526、528、530、532、534、536、538、540、542、544、546、548、550、552、554、556、558、560、562、564、566、568、570、572、574、576、578、580、582、584、586、588、590、592、594、596、598、600、602、604、606、608、610、612、614、616、618、620、622、624、626、628、630、632、634、636、638、640、642、644、646、648、650、652、654、656、658、660、662、664、666、668、670、672、674、676、678、680、682、684、686、688、690、692、694、696、698、700、702、704、706、708、710、712、714、716、718、720、722、724、726、728、730、732、734、736、738、740、742、744、746、748、750、752、754、756、758、760、762、764、766、768、770、772、774、776、778、780、782、784、786、788、790、792、794、796、798、800、802、804、806、808、810、812、814、816、818、820、822、824、826、828、830、832、834、836、838、840、842、844、846、848、850、852、854、856、858、860、862、864、866、868、870、872、874、876、878、880、882、884、886、888、890、892、894、896、898、900、902、904、906、908、910、912、914、916、918、920、922、924、926、928、930、932、934、936、938、940、942、944、946、948、950、952、954、956、958、960、962、964、966、968、970、972、974、976、978、980、982、984、986、988、990、992、994、996、998、1000	未	2月24号	睛明、四白、配合谷	強刺激	1小时	点用抗菌素	进針10分钟后，一句自覺紅眼輕，並覺眼作熱，麻感。	針灸5次，滯留半夏，視力0.8。							
7518	男	37		畏眼性角膜炎(右)	有眼痛、紅、腫、不閉、怕光、多淚、近視、眼內有翳、外障、3×3毫米表膜斑。	口服磺胺嘧啶、磺胺嘧啶、青霉素、慶大霉素。	4月2号	睛明、四白、配合谷	強刺激	1-2小时	点用抗菌素	进針10分钟后，眼痛、怕光、流淚、眼內翳、外障減輕。	針灸5次，滯留半夏，視力0.6，傳教90次未復發。							
4136	女	37		角膜炎(右)	眼痛、怕光、流淚、眼內翳、外障、2×2毫米表膜斑。	口服一般眼藥。	3月2号	睛明、四白、配合谷	強刺激	1-2小时	点用抗菌素	进針10分钟后，眼痛、怕光、流淚減輕。	針灸4次，滯留半夏，視力1.0，未復發。							
4664	男	47		1.角膜炎(右) 2.角膜炎(左)	眼痛、怕光、流淚、眼內翳、外障、2×2毫米表膜斑。	口服一般眼藥。	3月7号开始	睛明、四白、配合谷	強刺激	1-2小时	点用抗菌素	进針5分钟后，眼痛、怕光、流淚減輕。	針灸6次，滯留半夏，視力0.1，未復發。							
5452	女	39		1.慢性角膜炎(右) 2.角膜炎(左)	眼痛、怕光、流淚、眼內翳、外障、2×2毫米表膜斑。	口服一般眼藥。	3月15号	睛明、四白、配合谷(左)	強刺激	1-2小时	点用抗菌素	进針10分钟后，眼痛、怕光、流淚減輕。	針灸6次，滯留半夏，視力0.5，未復發。							
3186	女	47		1.角膜炎(左) 2.進行性肉芽腫(右)	眼痛、怕光、流淚、眼內翳、外障、2×2毫米表膜斑。	口服一般眼藥。	3月30号	睛明、四白、配合谷(左)	強刺激	1-2小时	1.內反矯正 2.弱症療法	下針后，眼內翳、外障、肉芽腫減輕。	針灸6次，滯留半夏，視力0.1，未復發。							
7126	女	36		1.角膜炎(右) 2.角膜炎(左)	眼痛、怕光、流淚、眼內翳、外障、2×2毫米表膜斑。	口服一般眼藥。	4月28号	睛明、四白、配合谷(左)	強刺激	1-2小时	1.弱症療法 2.乙型腦炎疫苗	进針5分钟后，眼痛、怕光、流淚減輕。	針灸70天，未復發。							

应用枯矾治疗慢性单纯性化脓性中耳炎 的临床观

徐州市立第二医院耳鼻喉科

慢性单纯性化脓性中耳炎是较常见的一种疾病，它在临床治疗上至今还没有一种价廉而疗效高的治疗方法。目前所用的药物，如4%硼酸酒精、氯霉素、金霉素、磺胺粉、硼酸粉及1%甲醛溶液等，其收效不一，且有些药价昂贵。

在党的中医政策的号召下，为了发扬宝贵的祖国遗产，我们应用枯矾来治疗慢性单纯性化脓性中耳炎，经初步观察，获有良好疗效。现报导如下，供同道参考：

枯矾的性能及其作用机理：

枯矾是明矾脱水而成，明矾是硫酸铝钾的盐类，分子式为 $Al_2K_2(SO_4)_6 \cdot 24H_2O$ ，为无色透明之结晶，能溶于水，其水溶液呈酸性反应，不溶于酒精，它能使蛋白质及胶质凝结成难溶性的化合物而沉淀，故有收敛作用。同时它可引起局部组织收缩，减少渗出物，另外它对局部能产生轻度的腐蚀作用，因此明矾具有收敛、干燥及腐蚀等作用，而枯矾不但具有以上的同样的作用，并在程度上比明矾为强。由以上可知枯矾作用于中耳炎的机理在枯矾不但可使中耳腔干燥，并可利用它凝固蛋白质及胶质的收敛作用，对细菌产生抑制效能。另外枯矾使中耳腔由湿润薄为干燥，也是不利于细菌的繁殖，使炎症消退。

此外，慢性单纯性化脓性中耳炎，有时中耳腔有肉芽组织新生，它会妨碍已损坏了的神经营养调节机能恢复，因此仅仅依靠抑制细菌的生长，往往不能使炎症消退，必须清除这些肉芽组织，使它缩小，以往曾应用腐蚀剂如硝酸银等来腐蚀肉芽组织。而枯矾本身同时具有干燥和腐蚀作用，可使肉芽组织干燥紧缩，其机理即在枯矾有收敛、干燥、腐蚀等作用。

枯矾的制法与保藏：

枯矾乃明矾脱水而成，可将明矾加以高热失去水分而膨胀成白色疏松类如海绵样物质，研细过筛后即成枯矾粉末，由于枯矾易受潮而凝结成块，因此在贮藏时须放于密闭的贮粉瓶中，应用时随取随用。

应用方法:

先用无菌棉拭子拭净脓液,后用双氧水洗耳,再拭干,这种清洁方法要力求彻底,否则会影响疗效,残存的脓液会将药粉凝集,不能将药喷入中耳腔内,而且药粉凝集在外耳道会妨碍脓液流出,不利于炎症的消退。因此耳部清洁必须加以注意,吹入少许枯矾粉,不宜过多,否则会有碍脓液的引流。

据我们临床观察,喷入枯矾粉无其它副作用,有的患者在喷入时有轻微的疼痛感,但很快消失,此操作最好由医生执行。

临床观察:

从一九五六年十月起到现在为止,我们应用枯矾治疗慢性单纯型化脓性中耳炎共127例(内男性94例、女性33例)共172只患耳,双侧患者45例,右耳53例、左耳29例,病期均在6个月以上,最长在五年左右,一般均在六个月至一年半之间;经用枯矾后,127例患者172只患耳有128只患耳流脓停止,获得痊愈占74.4%,44只患耳无效,占25.6%。治愈数最少者3次,最多者26次,一般都在6—14次之间。

总 结

1. 本文介绍应用枯矾治疗慢性单纯型化脓性中耳炎,并对枯矾的性能及其治疗中耳炎的作用机理略加叙述。

2. 枯矾治疗慢性单纯型化脓性中耳炎的疗效达74.4%,且此药取材方便、价廉、易保藏、操作简易、无副作用,值得加以推广,尤其是我们祖国的宝藏及经验,更应给予发扬推广。

针灸治疗聾哑病 48 例报告

淮南医学院附院 于凌云 王守德

聾哑疾患是生理上的一种缺陷,世人习称为哑吧,形成哑吧的原因有先天、后天性两个方面,除了先天性的聾哑外,而后天性的哑吧,多由在幼时罹患了苛烈的傳染热病而造成的。本病在现代医学中尚无妥善的治疗方法,但是在丰富多彩的祖国医学典籍中,确有较详细的记载。如针灸大成:“听会兼之与听宫,三分针耳中颞”,“耳聾气闭痛难言,须刺鬲风穴始痊”,“偶尔失音言语难,瘰疬一穴两筋间”等记载,这都是前辈在临床实践中的宝贵经验。我们在党委的支持下,根据祖国医学文献的记载,运用针灸疗法,前后治疗聾哑病 48 例,效果尚称满意。今将治疗经过介绍如下,以供同道们参

考。

(一) 診 斷:

聾啞病的診斷是很容易的，但是区分其病變部份在於何側則較為困難。由於我們設備條件和技術條件的限制，只能根據患者的家屬對病史的陳述，和結合外耳道、鼻、咽部的一般檢查來確定診斷，我們所治的48例中對上述的部位均無異常現象。根據主訴分為三類：1.曾患熱性病，病後即聾啞者42名。2.因頭部受傷以後成為聾啞者2名。3.先天性，出生以後對聲音即無反應者4名。

(二) 治 療:

1.操作——我們第一批治療18例，只有三例痊癒。痊癒率不到20%。以後我們在操作方法上加以研究改進，確定主穴和配穴，主穴為癰門、風池、翳風、听會，配穴為外關、太谿、足三里、三陰交。主穴每次皆針，配穴每次輪用1—2處。選用34號不銹鋼質細針，針刺時輕輕捻入，上述頭部的主用穴位，針刺深度是1.0—1.5寸（同身寸）。每次留針時間為1—3小時，在留針時間內每10分鐘將針輕輕捻一次。確定了這種治療方法後，在30例中就有19例痊癒。通過這次實踐，我們体会到深刺、輕捻、留針時間長等操作方法是提高治癒率的关键性問題。

2.療程——每隔日治療一次，以十次為一個療程（20天）。痊癒的病例皆在一個療程內听力即恢復正常（能听到手表聲）。有的病例如治療一個療程，听力毫無進步的，即算無效病例，就不再進行治療。

(三) 病例分析:

四十八例中痊癒22例，平均治癒率為45.8%；進步14例，占29%；無效12例，占11.7%。

1.病期：患病一年者一例，治癒。6—10年者兩例，痊癒一例，11—20年者41例，痊癒20例，21—30年者4例，无一例痊癒。病期和年齡成正比，因此病期越長（35歲以上）治癒率越低。

2.性別：男性32例，痊癒15例。女性16例，痊癒9例。性別與療效無關。

(四) 治癒標準:

本文所載的病例，來診治的時候，其家屬皆訴又聾又啞，有43例連雷聲皆不能听到，只有五例能听到靠近耳邊的高聲呼喊聲，因此治癒標準規定如下：

1.痊癒——經治療後能听到靠近耳邊的手表聲音，和普通談話聲，並能學寫簡單字和短句。

2.無效——經十次治療後，听力毫無進步，即算無效，不再治療。

(五) 典型病例:

支××, 男性22岁, 淮安河下鎮五福。其父代訴: “在兩歲以前聰明活潑, 會說一般日常語言。三歲時夏季突發高熱, 抽搐, 昏迷5天, 診斷為腦膜炎。治癒後, 發現患兒耳聾, 呼之不應。以後逐漸將從前所會的語句遺忘, 至10歲時, 由其父以實物教其認字, 能認1000餘字, 但仍不會講話。

檢查: 發育營養良好, 表情無癱瘓現象。兩耳鼓膜完整光亮, 鼻咽部無異常, 氣傳導無反應(靠耳大聲呼喊)骨傳導亦無反應。印象為熱性病後遺聾。

治療: 針陰陽翳風, 听会, 深度1.5寸, 配外关, 輕針一小時, 第二次除針上穴以外又加風池, 合谷, 留針兩小時。治療四次復診時, 聽說在其後面大聲呼喊已能知道回頭觀望, 尋找聲音。檢查時左耳能听到普通呼喊聲, 患者自己亦將大拇指伸出, 表示見好。第七次治療時左耳亦能听到普通呼喊聲, 並能隨人誦一二三四五等數字, 和“毛主席万岁”。治療到第九次把手表錶在他的耳边, 他即說嗒嗒的聲音。試以空手放之(不給他看到)他即搖頭表示沒有聲音。

治愈 22 例 統計

姓名	性別	年齡	患病治療		治療前後 听力程度		姓名	性別	年齡	患病治療		治療前後 听力程度	
			年數	次數	前	后				年數	次數	前	后
徐×发	男	16	12	11	+	○	沈×氏	女	17	12	10	+	△
楊×貴	女	16	12	11	+	△	孫×如	男	15	1	8	+	△
陳×元	男	14	11	15	+	△	齊×富	男	18	17	10	+	○
李×章	女	23	12	8	+	△	張×良	男	24	20	6	+	○
唐×凤	女	23	20	12	+	○	曹×发	男	18	12	11	+	△
支×寬	男	22	20	11	+	○	顏×	女	13	12	8	+	○
郭×英	女	19	19	12	+	○	許×龙	男	20	16	7	+	○
沈×鋼	男	16	12	6	+	○	史×貴	男	17	11	3	+	○
張×詳	男	16	10	9	+	△	刘×兰	女	19	17	6	+	○
蔭×巴	男	26	22	5	+	○	張×	女	19	12	9	+	○
姜×生	女	14	11	7	+	○	朱×芬	女	16	11	10	+	○

符号說明:

1. 治療前

- ①任何大聲皆听不見的, 定为卅。
- ②能听见响雷声或靠近耳边大喊声的, 定为+。

2. 治療后

- ①能听到手表声, 能說簡單語言的定为○。
- ②能听见一般說話音响的定为△。

(六) 哑吧学习講話的關鍵:

針刺療法, 可使某些聾哑恢复听力, 是毫無疑問的。但恢复听力后, 再教其講話,

是一个艰巨的过程。一些病例虽听力恢复，因为他长时期一贯用手势来表达他们的意思，所以一时还不可能自动会讲话，他们对唇、齿、喉、舌的运用根本不习惯，因此必须严格耐心的教导，方能如幼儿学话一样，慢慢的学着说，开始尽量以简单的字句来教导，逐渐便会讲常用的短句。

现将以上点滴体会提出，以供同志们研究治疗本病时的参考。

中医中药治疗“走马牙疳”951例初步

总结

无锡市第四人民医院 喉科

(一)前言

我们在党的正确领导下，破除迷信、解放思想，学习敢想、敢做、敢为的共产主义精神发扬祖国医学遗产，一年来，在口腔恶性坏死性溃疡“走马牙疳”的治疗上作出一些成就，现在初步总结，提供同道研究。

(二)症状简述

走马牙疳是一种发展很快，危险很大的恶性坏死性溃疡，患者以2—7岁的小儿为多，常为麻疹及其他热性病之继发症，而由于麻疹后火毒结聚所成者居多。此症初起，即为牙龈边缘腐碎出血，或口腔粘膜发生水疱样碎点；很快即成溃疡，严重者半日之内多大片组织坏死，向四周及深层发展，口内发出极臭恶之秽气，继则齿牙脱落，唇颊红肿，不旋踵即唇破腮穿，甚至一侧面颊全部腐去，严重病例或身体过分虚弱者，可迅速危及生命。此症具有一特点，即患处不感疼痛而觉奇痒，症愈重则痒愈甚，病者常以手指地患处，因此尤易促使症状恶化。

(三)治疗方法（包括方法介绍）

1. 局部药物治疗：

患处先用药棉拭净，即以清疳去腐丹搽擦，每隔二小时搽擦一次，不可间断。

2. 局部手术治疗：

严重病例，如患处已有大片组织坏死，必须用手术除去坏死组织后搽药。

3. 内服汤剂治疗：

如身热不退，火毒熾盛者，即须内服加味犀角地黄汤，以清热凉营解毒。

方法介紹

清疳去腐丹处方：

西黃 西月石 明腰黃 蒲黃 黃柏 煨中白 百草霜 甘草 冰片 枯白矾
薄荷叶

劑量及配制：

將以上藥品單味研成細末，分別存貯，其中如黃柏、蒲黃、甘草、薄荷叶四味系植物藥，有多量纖維，不易研細，必須粗研細研，過篩去渣，反復重研，方能研成細末，冰片為一種結晶品，質松易碎，不耐熱，富揮發性，不必先研，可於配制時加入。配制時，先將西黃末一分，腰黃末二分研和，次入煨中白末三分，西月石一錢，枯矾末一分，再研，再加入黃柏末一分，蒲黃末一分，甘草末一分，百草霜末一分，薄荷末一分同研，最後加入冰片三分共研至極細無聲，貯於磁瓶內，用燻仗塞緊，勿使洩氣。

注意事項：各藥均須選擇上品，冰片尤須道地，最好用百壽牌大梅片。劑量均按市秤計算。

犀角地黃湯处方：

烏犀尖三——五分水磨先用開水調服。

鮮生地——二兩，赤芍二——四錢，丹皮二——四錢煎服。

加減法：如熱甚者與白虎湯合用，有積熱者可與承氣湯合用。此外如清熱解毒之銀花，連翹，板藍根，山豆根等均可隨症酌加。

附註：白虎湯主藥為石膏，知母等。

承氣湯主藥為大黃，芒硝等。

(四)統計圖表

(表一) 591例走馬牙疳類型症狀統計表

症 狀 類 型	高 熱	昏 迷	腮 穿 唇 缺	齒 落	頰 骨 壞 死	燥 躁 不 安	聲 啞 喉 干	消 瘦	無 淚	衰 竭	腐 肉 如 干 醬	白 出 惡 臭	眼 黑 睛 爛 流血	齒 牙 搖 動	腮 癢 磨 牙	面 頰 腫 脹	便 秘 澀 少	
極嚴重型	10	10	7	10	10	10	10	10	10	8	10	10	10	10	10	10	9	
嚴重型	35	30	6	31	31	35	30	35	12	11	23	35	35	35	32	35	35	
重 型	59	37		6	3	59	21	43	9		7	59	59	52	49	57	59	
輕 型	847	459				831	17	763	2			843	847	232	243	134	561	
總 計	951	536	13	10	47	44	955	78	851	33	19	40	947	951	329	334	376	664

註：極嚴重型：為昏迷，高熱，腮穿，唇缺，齒落及牙床骨坏死，消瘦衰竭命在旦夕。

嚴重型：為高熱，面唇赤腫，堅硬，齒落及牙床骨坏死，口內大片黑色腐肉如干醬樣穢臭難聞，勢將腮穿唇缺。

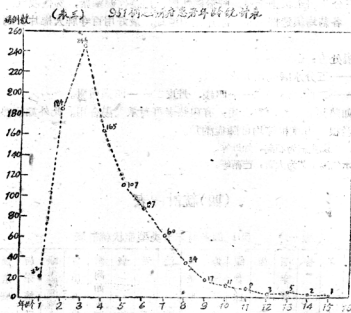
重 型：為發熱，煩躁不安，面唇腫脹，齒肉腐唇，出血，口臭，牙齒搖動，齒落及

牙床骨坏死不多，势防穿溃。

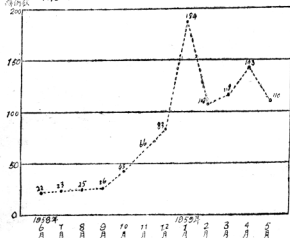
輕 型：为发热，烦躁，牙龈发紫黑，腐爛，流血，口臭，溲少，齿牙搖动，而唇微肿，势防齿落之險。

(表二) 591例走馬牙疳疗效統計表

类 型	病例数	平均治疗次数	治愈人数	死亡人数	治愈率	死亡率
极严重型	10	4.28	7	3	70%	30%
严重型	35	2.23	35		100%	
重 型	59	1.59	59		100%	
輕 型	847	1.10	847		100%	
总 計	951	1.159	948	3	99.68	0.30%



(表四) 951例走馬牙疳全年發病情況統計表



(五) 病案例舉

舉例一：患者錢××，女4歲，無錫縣人，於1959年4月14日初診，門診號為22529號。因未及早治療，以致左側口角坏死一大塊，腮頰部赤腫堅硬，齒牙動搖，出血口臭，體溫39°C，精神迷惘，病勢極為嚴重。診斷為痧后結毒走馬牙疳。治法先清除坏死組織，然後將清瘡去腐丹敷於患處，並內服加味犀角地黃湯三劑。

附處方：烏犀尖二分，鮮生地一兩，川石斛四錢，南沙參三錢，生知母三錢，西赤芍二錢，粉丹皮三錢，南查炭三錢，桑瓜蒌六錢，銀花炭三錢，生甘草一錢。

於4月17日復診，體溫正常，神志清楚，腐肉脫淨，口臭出血已除，腮頰部腫脹消退，新肌逐見生長，病情大見轉機。仍用清瘡去腐丹搽敷，經10日即告全瘳。於7月1日訪問患者，一切良好，只左側口角略呈畸形。（見圖）

舉例二：患者童××，女4歲，無錫縣人，患痧后走馬牙疳，於1959年2月21日初診。門診號13118，因早期未得適當治療，致左側下唇離口角五分處，潰爛洞穿，齒牙搖動脫落，牙床骨呈黑色坏死，出血口臭，左側面唇腫脹，體溫38.5°C，神志清楚。

治法：先洗清潰處，清除坏死組織，然後將清瘡去腐丹敷於患處，內服加味犀角地黃湯二帖（處方略）。於2月24日復診，體溫36.5°C，腐肉已脫，洞穿處未見擴大。



仍敷清瘡去腐丹，停止內服。於3月27日復診，體溫正常，爛出的坏死牙床骨已浮動，即以手術取出，該骨長約3公分，穿破處周圍縮小。於4月13日復診：體溫正常，腐肉脫淨，新肌生長，穿破區域接近愈合收口。此症前後共計來院治療9次，經53日，至5月30日訪問，患者一切良好，惟左側口角下略呈畸形現象（見圖片）。

舉例三：患者丁××，男4歲，無錫縣人，患穿后走馬牙疳，因未及早給予適當治療，以致病勢十分危險，在右側口角處大片組織坏死，齒牙脫落三枚，面腮腫脹。於59年2月8日，方來院就診，門診號17024號，體溫40.1°C。形癯、無淚，啼哭聲啞，右唇口角已穿。病勢垂危。

治法：先將患處洗淨，清除坏死腐肉。然后在潰爛處敷以清瘡去腐丹，並內服加味犀角地黃湯。

附處方：烏犀尖二分，鮮生地一兩，川連六分，玉泉散一兩，粉丹皮三錢，西赤芍二錢，板藍根三錢，銀花炭三錢，炙雞金三錢，冬瓜蔓五錢，百寶丸五錢。於2月11日復診，體溫正常，潰爛已停，腐肉已脫，惟牙床骨已枯黑，症勢已脫高險境。仍守前法治療，湯劑內減去犀角一味。於2月14日復診，體溫正常，症狀大好。患處新肌大部生長，口角洞穿處已見縮小。惟坏死的牙床骨尚未脫落，仍用前法治療。至2月26日復診：體溫正常，體重增加，口角潰處已收口，坏死牙床骨已搖動，即以手術取出，再以清瘡去腐丹搽敷。以後每隔三日來院檢查一次，未几症狀全癒，小兒已肥胖活潑，唯右側口角已略呈畸形現象（見圖片）。

舉例四：患者陳××，男6歲，無錫縣人。初診於59年1月11日門診號14395。

檢查：挪回五日，口內出血，口臭，并有黑色腐肉吐出。下唇腫脹，兩腮腐爛，牙齦黑色潰爛，齒牙搖動，體溫40°C，便秘，神志清楚，啼哭聲嘶，勢有唇穿，齒落之險。診斷為疔后結毒走馬牙疳。治法：清洗潰處；手術除去坏死組織，並除去下頰右側第一白齒及犬齒各一只，左側下頰犬齒一只。然後以清瘡去腐丹敷於潰處，並內服加味犀角地黃湯。

附方：烏犀尖一分半，鮮生地一兩，川連六分，黑山梔三錢，蓮香三錢，淡子芩二錢，人中黃二錢，板藍根三錢，銀花炭三錢，西赤芍二錢，丹皮三錢，生知母三錢，炙雞金三錢。

於1月12日復診：體溫38.3°C，服藥后，大便通，黑色腐肉較退，下唇腫脹見消，症勢好轉，按上法治療，還防穿唇之險。於1月13日復診：體溫37°C，兩腮腐肉已退，呈白色板薄的潰瘍。出血、口臭已除。下唇腫脹亦消，症勢已脫高穿唇之險。治法：



停服煎葯，繼續以清瘡去腐丹搽擦。於59年1月17日復診，体温正常，腐肉脫淨，新肌生長，精神佳，飲食增，嗣后相隔一月，其母來院告云，該孩已一切正常，體重增加，口腔良好，惟失去牙齒三個。

舉例五：患者王××，女3歲，牙錫市人。患牙疳后走馬牙疳，因早期未得及時治療，直至牙齒鬆落四只，方來院就診。初診於58年12月28日，体温38.8°C，口出穢臭，上下頰門齒已脫落，左邊上頰犬齒搖動將落，左側頸部赤腫，并有大片黑色腐肉；有抓癢，磨牙，啼哭齊斷，勢將穿頰之險。治法：先將洗滌處，刮除黑色腐肉，然后在潰處敷以清瘡去腐丹，每二小時一次，并內服解毒地黃湯。

附方：鮮生地一兩，用鹽六分，玉泉散五錢，黑山楊三錢，追骨三錢，淡芥二錢，丹皮三錢，西赤芍二錢，南玄參三錢，炙甘草三錢，板藍根三錢，生知母三錢，冬瓜葉六錢。於58年12月30日復診：体温38.°C，左側頸部赤腫較退，腐肉浮動，左上側犬齒脫落，莖勢尚在險境中。治法前方，繼續用清瘡去腐丹。於59年1月2日復診，体温正常，口臭出血已除，腐肉腐落，呈紅色新肌，左側頸部腫脹已消，已無搔癢，恆牙床骨已見枯黑，并有動搖，患兒精神尚佳，穿頰之險已除，但牙床骨勢將脫落。治法：停服中葯，以清瘡去腐丹搽擦，於59年1月4日復診：体温正常，精神良好，飲食增加，二便正常，腐肉已清，新肌生長，惟坏死床骨搖動。治法：手術除去坏死牙床骨，并繼續搽敷清瘡去腐丹。嗣后相隔一月，來院復查，見口腔良好，一切正常，惟上頰缺齒三只及牙床骨一塊，下頰缺齒二只及牙床骨一大塊，牙齦及腮腺正常。

(六) 治療經驗和探討

1. 文獻根據和治療經驗探討

“內經”以牙齒是少陽經，素問曰：腎熱者色黑而齒槁。上齒屬胃，下齒屬脾。素問曰：邪客於足陽明之經，令人齲頰而齒槁。口唇屬於脾胃，素問曰：脾胃者倉廩之本，營之居也，其榮在口，其華在唇四白。靈樞曰：陽明所生病者口喎、唇腫。（註診，唇腐也）。

王肯堂“齒病証治”云：腎主骨，齒乃骨之余，髓之所榮也，足陽明之支者入於上齒，手陽明之支者入於下齒。其結語肯定齒病皆由陽明經所致。

明代龔延賢“壽世保元”，論齒病，簡括扼要其言曰：牙齒者乃骨之萃也，骨乃腎主之，血旺則涼，涼則骨堅固，血虛則熱，熱則齒浮動。兩頰上下及環口屬陽明二經，故牙床屬土，齒之於頰，猶如木栽土上，土涼則根固，土熱則根搖。又曰：牙齦肉脫者胃火也。

歷來醫家，對於齒齲疾患，論述雖多，而其主要精神，皆在上述范畴以內，故從簡略，不再煩述。

從上述文獻探索，可獲得幾點体会：①血涼則齒固，血熱則齒浮。②土涼則根固，土熱則根搖。③胃火盛則齲肉腐脫。因此，在治療齒齲疾患，用涼營、清熱、解毒、是最適當的治療方法。但根據我們的經驗，体会到走馬牙疳，為一種惡性坏死性潰瘍，治療方法、除內服、外敷葯物外，還須注意患處的消毒工作，如有坏死組織者必先用手術清除后，然後敷葯，蓋坏死組織如果不加以清除，則不但搽敷之葯不易發揮葯力，而且

坏死組織可以迅速蔓延，所以治疗此症，必須重視这一点。

解放以來，我們在党的正确领导下，認真学习了各項文獻理論，並結合家傳八代的治疗經驗，對於走馬牙疳一症，已獲得疗效很好的治疗方法。近年來共治疗 951 个走馬牙疳病例，除 3 例因就診过晚，已有严重衰竭，及併发肺炎，抢救无效而死亡外，其他 948 例都获痊愈。

2. 心得和体会

根据近年統計，所治的走馬牙疳，絕大多數，是由於麻疹后結毒所致，麻疹后之所以易发此症，其主要原因是由於麻疹透发时期护理失当，如對於飲食寒暖未加注意，致邪火內蘊，聚結成毒，循經上竄，遂发此症，故凡患麻疹时必须严密注意有无併发疾患，並須有适当的护理，方能避免发生此症。走馬牙疳为一种极其迅速之症，故有走馬之称，症象一有发现，即当及早治疗，稍一延誤，即至危險。治疗后虽能免于死亡，但往往造成畸形現象，抱憾終身。上述几点，在預防方面，很重要，故特为提出。

(七) 小 結

我們认为治疗走馬牙疳，采用內服涼營、清熱、解毒的加味犀角地黄湯，外搽消腫去腐的消疳去腐丹，並用手术清除坏死組織等方法，是一个疗效可以肯定的治疗方法。不过觉得方剂中采用犀角、西黃等珍貴藥品，不但使病家負担貴重药費，而且在現在中藥材供应緊張情况下，这些藥品往往不易購到。因此，我們現在正在研究，如何来克服这个困难，准备一方面利用其他性味功用相同的藥品来代替，另一方面，还須繼續研究，在祖國医学宝库里发掘出更好、更理想的治疗方剂和方法，为发揚祖國医学更尽一分力量！

梅花針治療某些皮膚病的療效觀察

徐 州

梅花針又名七星針，是祖國醫學的一部分，自貫徹黨的中醫政策以來，梅花針得到了進一步的推廣使用，給病人帶來了不少福音。

梅花針在現代醫學稱之為神經刺激療法，其治療效果及操作手法，已見於專科雜誌，我科自1959年4月起試用於神經性皮炎，慢性濕疹的治療，由於缺乏完正的統計資料，僅治療中的體會簡述如下：

療效問題：我科治療神經性皮炎，慢性濕疹共十多例，除一例毫無好轉外，其餘病例均全愈，或有顯著好轉，且未發生任何意外情況，據我科的經驗，療效的高低與病損的時間有關，病損年根越長，治療越久，好轉越慢，一例無好轉的病例是右大腿的側神經性皮炎，及下肢中等度大隱靜脈曲張，該患的神經性皮炎，經過各種治療，包括局部封閉，紫外線照射，局部浸潤藥物的使用，久治無效綿延十多年，改用梅花針治療，連續叩打四十多次，仍未見好轉，是否與靜脈曲張有關尚難斷言，據理穴斷，局部血管神經的營養比較差，範圍又廣，可能影響神經性皮炎的痊癒，除此以外，其餘病例用梅花針治療均能日見好轉。療效甚高，一般平均在十次左右，即可看出明顯進步，二十次左右，即可顯著好轉，或痊癒。

手法問題：我科採用每天叩打一次，叩打部位僅限於局部，由病損的外圍向中央叩打，叩打的時間一般在3—5分鐘，叩打的輕重以病人的感覺為主，過輕，過重可根據病人訴說而改變，關於叩打問題按梅花針的使用方法，多感不便，我科免除不便之處，僅採用局部叩打，關於叩打的時間按梅花針的使用以叩打遍數為準，我科則以時間為準，比叩打遍數為時要長。

理論推測，神經性皮炎及慢性濕疹，均為不明原因的慢性頑固性皮膚病，臨床表現主要為瘙癢及皮膚苔癬化，由於瘙癢抓搔較劇苔癬化更加重，兩者成為惡性循環，雖使用各種止癢劑，及浸潤藥物，但無法改善局部瘙癢，故難以治療，採用梅花針治療以後，患者最為滿意的就是解除瘙癢，一般在叩打的當天沒有瘙癢，但也有持續2—3天沒有瘙癢的，由於瘙癢的消失，患者自覺及不自覺的搔爬可以避免，皮膚苔癬化，即不在加重，再由於瘙癢消失，局部的刺激向大腦發出的沖動減少以致大腦皮層得以調整，大腦皮層中的興奮灶得以消失，局部病灶得到改善，逐漸痊癒。

典型病例介紹：李某公安局幹部，兩側大腿內側，神經性皮炎已一年多，治療無效，使用梅花針十多次後全部治療。

高某：大馬路小學教員，頸部神經性皮炎已數月，使用多種方法治療未見好轉，使用梅花針十多次後即全部治療。

李某：市委幹部，頸部神經性皮炎已數月治療未見好轉，使用梅花針治療未足十次

即痊愈。

根据梅花针的臨床疗效，我认为为能愈，使用此种方法既节约又能迅速减少病人痛苦，並且解决了皮肤病中最难治最顽固的二种慢性皮肤病。

今后在慢性荨麻疹局限性皮肤神经性皮炎等方面，作进一步的摸索治疗，並做好統計資料。

用白駱丸內服，配合煤焦油、魚石脂、焦性沒食酸軟膏外搽治疗白殿风效果报告摘要

南京市立第一医院皮肤科 許 德

自吉林边延齡中医师报导应用白駱丸，外搽黃灵粉治疗本病获得满意效果以后，作者亦应用同样方法来治疗本病，但由于黃灵粉对皮肤刺激太大，往往引起皮肤发炎，故改为仅內服白駱丸，經過数例观察，效果不似边延齡医师报告那般高，后来，作者在观察煤焦油吹风治疗神經性皮炎病人中，发现了病员往往有暂时性色素沉着現象，因此作者試以內服白駱丸，同时配合外搽煤焦油、魚石脂、焦性沒食子酸軟膏用来治疗本病，效果十分令人满意。

內服白駱丸成分及服法：柴草50克，降其香50克，重樓50克，白药子20克，白薇50克，蒼朮20克，海浮石35克，紅花50克，桃仁50克，生首烏50克，胆草20克，甘草35克，刺蒺藜750克，以上共为細末，搗成丸。成人每人每天服二次每次10克，白开水送下，小儿酌減。

外搽药膏处方：煤焦油20.0，焦性沒食子酸10.0，魚石脂10.0，凡士林加至100.0，外搽白瘰外一日两次。作者认为服药总量不应少为300克，外搽药膏至少要在一月以上。

疗效：作者观察12例中，痊愈及基本痊愈者7例，治愈率58.4%，进步者4例33.3%，无效者只一例，有效率为91.3%。

作者並认为12例病例中，疗效与損害面积大小，病程长短，无明显关系，並需面部病變收效最快，軀干收效要慢或无效。是否因为面部部为露出部位与光綫有关尚待研究。文章最后並对目前国内对白瘰治疗概况作了一般敘述。

中药治疗荨麻疹(风疹块)摘要

无锡市第五人民医院 周鏡華

荨麻疹俗名风疹块，該病虽少，但奇痒难忍。治疗荨麻疹中西药物虽多，但特效药

很少，尤以慢性反复发作者最为难治。我们在解放思想、破除迷信的号召上，认为慢性发作的荨麻疹是由营卫之气失调，营卫主要在于脾胃，采用补脾和中的方法。应用药枣汤先后在住院患者4例及门诊患者8例的实践中，（以上病例都经过西医采用考的松，苯海拉明，葡萄糖酸钙，肾上腺素等药物疗效不显后，转中医科治疗）取得了完满的疗效。

药枣汤处方：

黄白朮 制首烏 淮山藥 炒當歸 赤芍藥 扁豆花 杭白芍 炙甘草 紅棗
煎湯服，輕者5—10劑，重者10—15劑，頑固者15—30劑，如風疹塊消失后再服5—10劑，以后可以不再反复发作者。

地榆油治疗湿疹初步观察

南通医学院皮肤性病教研组 张拯楮 陆惠生

湿疹是一种常见的皮肤病，经常反复发作，而且顽固难治，目前对此病，尚无特效治疗。我们根据文献上报导(1)地榆油治疗烫伤的成就，亦大胆试用地榆油外擦治疗湿疹，共治疗了约30余例，皆获得令人满意的结果，现将较完整的详细记载的13例，试用所得之临床结果报告如下：

地榆油的配制及治疗方法

处方配制：生地榆4份，大黄1份将此两药研成细末，再以麻油10份调匀外擦，每月涂2—3次。

我们的病人，除局部涂地榆油外，全身方面，我们尚采用一般抗过敏疗法，如内服苯海拉明或解热封闭疗法等。

治疗情况

我们的13例病人中，男性10例，女性3例，年龄10—58岁之间，病期最长将10年；最短有10余天，在慢性长期病人，都是由最近期间急性发作，呈现急性炎症现象而求院治疗的。其慢性症状很不明显，治疗中，9例住院治疗，门诊治疗者4例，现将治疗的情况，表列如下：（附表）

病历号	年龄	性别	诊断	发病部位	皮肤主要症状	患病时间	治疗日期	治疗结果
34523	23	男	湿疹	西上肢、 手	西上肢潮红，肿胀 糜烂渗液，干燥为 特征性。	2周	4日(上 肢用)	临床痊愈
33997	32	男	湿疹	下肢、臀 部	潮红、糜烂、渗液	一年半以 复急性发 作	6日	临床痊愈
31499	58	男	湿疹	两下腿、 臀部	大片潮红，轻度糜 烂，渗液。	6个月	一个月	临床痊愈
33437	33	女	湿疹	胸背部	红斑、糜烂、渗液	一年 近一星期 急性发作	6日	临床痊愈
33785	44	男	湿疹	头部	糜烂、渗液、结痂	2个月 近一星期 急性发作	3日	渗液停止呈现苔 癣化
33932	52	男	湿疹	足背、踝 部	肿胀、渗液、脓性 分泌物。	一年半 反复发作	7日	渗液停止呈现苔 癣化
31969	34	男	湿疹	颈部、胸 背部	糜烂、渗液。	6个月 反复发作	6日	渗液停止呈现苔 癣化
32751	10	女	湿疹	颈窝及下 腿	糜烂、渗液、潮红	5--6年 近十余日 急性发作	6日	糜烂、渗液、潮 红消退呈现苔癣 化。
33326	28	男	湿疹	两下腿、 阴、脊背 部	片状苔癣滑皮其上 有散在性脓泡及 糜烂渗液	2年	10天	脓泡糜烂消退、 浸潤減輕。
施××	49	男	湿疹	大腿	片状红斑，渗液脓 泡结痂。	20天	5天	临床痊愈
周××	36	男	湿疹	左下腿	渗液、糜烂。	10年 最近急性 发作	13天	渗液糜烂消退呈 现苔癣化
郭××	51	男	湿疹	背部	红斑丘疹糜烂渗液	3个月	8天	糜烂渗液消失
邓××	20	女	接触性 皮炎	面部、手 背	肿胀丘疹水泡糜烂	6天	4天	临床痊愈

△因我院当时改用保健卡，故门诊病人无病历号可查，我们是采用特殊治疗单记录的。

讨 论

一、疗效问题：由上表可以看出，全部病人皆有疗效。就13例病人，临床痊愈即有6例约近半数，其余病人亦有显著好转，治疗日期，最短3天即见显效，最长期一个月，平均为8.3天我们认为此治疗时间并不太长，疗效尚算迅速，我们见到很多病人，在涂该油后，渗液现象很快停止，病损部即表现得很干燥，不隔几日，潮红肿胀亦随之消退，而脱屑痊愈，无慢湿急性发作着，而呈现无有之慢性苔癣化现象，若再继续用药，

对苦毒化的浸潤現象，疗效即不显著，故我們认为地榆油的收敛作用很强，且无刺激。再者，此药亦有很好的杀菌防止感染的的作用，在新試用的病例中，未見有續发感染現象，即使9、10例，原先有膿泡的情况，敷該药后，膿泡亦很快消退。

二、药性作用的探討：

地榆：是蓼科蓼属，药用其根，性凉苦微寒无毒，中医主为凉血，止血内服作为凉血收敛用，但亦作为外用，如千金方，“治大指肿痛，地榆煮水渍之，半日愈。”“治小儿湿疮，地榆煮漿汁，日洗2次”卫生宝鑑方“小儿疮赤肿痛，地榆八两水一斗，煎五升，温洗之。”李时珍：“諸疮痛着加地榆，痒者加黄芩”根据这些記載，古人早就利用地榆作为治疗嬰兒湿疹，消炎及痒痒时止痛之用，据苏联 M. Ашулинецар 等氏对地榆成分分析之結果，証实其有效成分含鞣酸25%，維生素10%及植物杀菌素，对革兰氏阴性菌，綠膿杆菌及革兰氏阳性球菌，金葡萄球菌，溶血性鏈球菌都有杀菌作用。

大黃：属蓼科的年生草本，須用其根莖，剝其皮部大半称为大黃作为药用。性苦寒，无毒。大黃含有两类化合物②，一类为泻下性成分称为大黃葑我系蒽醌类化合物，另一类为收敛性成分称为大黃鞣质类。

1. 蒽醌化合物：从大黃中分得的蒽醌化合物，約有下列多种：

①大黃酚 ②芦荟泻素 ③大黃酸 4 大黃泻素 5 大黃泻素一甲醚及其配糖物。

上列各化合物的总含量約2—4.5%。

2. 收敛成分主要为 i——沒食子酸B—葡萄糖經水解产生沒食子酸及葡萄糖，此外尚含沒食子酸儿茶素等。因大黃葑我中的大黃酸及大黃泻素等成分至腸道刺激腸之蠕動，使积粪泻下，但因又有大黃鞣质类的收敛性成分，故有收涩之功，复利便秘，有书上以大黃外用之記載有：卫生宝鑑方：治冻疮破潰，大黃末調水渍之”“治湯火灼伤，大黃生研密調塗之，不惟止痛，又且天癢。”时后方治酸肿发热，大黃醋調之，燥即易，不过敷易即退，甚驗神方也。”根据这些記載，古人亦知道外用大黃来治疗冻疮，燙伤，痲疹等症等疾病。刘国宾氏报告：大黃煎剂生入体外，有抑制細菌生长；其稀釋液对各种赤痢菌，伤寒菌、副伤寒菌A型B型，大腸菌，变形菌、鼠疫菌，金黄色葡萄球菌，溶血性鏈球菌A型B型、白喉菌、肺炎双球菌人型結核菌，其抗生力有杀菌作用。

麻油（芝麻油）系由脂麻科植物芝麻（脂麻）的成熟种子用汽压法压出的脂肪油，其主要成分为亚油甘油酸35.2%，油酸甘油酸46%，软脂酸甘油酸7.3%，硬脂酸甘油酸4.4%，花生酸甘油酸0.4%并含芝麻素0.25%—1%；及芝麻酚0.1%等，由上列成分看来，麻油是含有非常多的不饱和脂肪酸：1928年Rorab及Rahsep氏首先称不饱和的脂肪酸为維生素F，維生素的化合物中，含有三种成分，即麻仁油酸头亚麻仁油酸及花生油酸，前二者存在於植物油，花生油酸是存在於动物脂肪中，在人类根据某些学者的意見当不饱和脂肪酸摄取不足时，是引起嬰兒湿疹的原因之一，Ханзен氏指出：在食物中增加不饱和脂肪酸（植物油）見有好轉。Ханзенког，氏④用富有不饱和脂肪酸的脂肪，（牛油及植物油）作为唯一的治疗的药物，治疗了225例湿疹病人，有90例临床痊愈79例好轉，56例无效，Гичмаер氏⑤在40%的湿疹病人血清中，亚麻仁油酸的含量显著减低，50%病人的花生油酸的含量減少氏⑥A.Егчсаива由亚麻油所提炼出来的亚麻仁油及次亚麻仁油的乙醚（維生素F）配成2—5%維生素F的乳剂（鯨骨油5%，甘油

12%，乳劑結5%，維生素F2—5%，水加到100%）外用，治療27例真性濕疹，25例脂漏性濕疹及4例神經皮膚，結果26例臨床痊癒，15例好轉，15例無效，因此認為2—5%維生素乳劑是治療濕疹有效的藥物。回顧我國祖國醫學中，在各種用藥配製中，都是用麻油或其他植物油調劑，此可能就是利用其不飽和脂肪酸之效，至於維生素F的作用機制，根據多數學者的意見，維生素F是影響皮膚的生化過程，但決不影響他本身的过程。也就是說，維生素F是皮膚及皮下組織脂肪新陳代謝的生物觸媒，它加速皮膚的水解及氧化過程，再者維生素F在細胞表面能形成類脂質樣膜，因此可以防止細胞表面水分的干透，此對細胞的再生起着很重要的作用。

根據上藥的有效成分及實驗結果來看，與我們的臨床觀察結果，完全相同，其所以有強烈的收斂止滲滲溢的作用，可能是由於地榆及大黃皆含有鞣酸之效。此兩藥皆為很好的抗菌藥物故可以防止濕疹痊癒的繼發感染以治療膿胞的作用。同時麻油中的不飽和脂肪酸，發揮其塗抹的生物觸媒作用，在細胞表面形成類脂肪的膜，從而促進皮膚的新生。

結 論

1. 地榆油對急性濕疹及慢性濕疹急性發作時，有很好的收斂，制止滲溢，消腫的作用，故作者認為地榆油可作為此種病症有效的局部療法，在很大程度上可以代替冷濕敷。

2. 地榆油可防止急性濕疹時的續發感染，同時對已有的感染，並有良好的殺菌作用。

应用中藥嬰兒濕疹膏

治療嬰兒濕疹100例初步總結報告

常州市聯合中醫院 張伯清

前 言

解放後由於黨中央一貫重視婦幼衛生保健工作，已取得了巨大成績，嬰兒的死亡率亦大大的降低，我們為了更好的保護兒童健康地成長，故對嬰兒的各種多發性的疾病，特別是比較難治的一些疾病進行重點的研究發揚。

嬰兒濕疹是向來認為頑固而比較難以治癒的一種常見疾病，它雖沒有直接損害嬰兒的生命危險，可是由於病程長久，對嬰兒的發育生長是會受到障礙的，尤其會影響帶孩子的媽媽身體健康，因為患濕疹的嬰兒晚上睡了皮膚受了熱，就會引起濕疹作癢，嬰兒痒了不能安睡而啼哭，也就引起大人不得睡眠，大人白天在生产上辛苦了，而晚上沒有適當的休息，身體的健康是受到一定的損失，因此這種疾病是有積極治療的必要性。

發病原因

嬰兒濕疹多發生於二、三個月以後的嬰兒，有的頑固的甚至蔓延至五六歲不愈。其原因多數與對某些食物的變態反應有關，常見的食物如牛乳、雞肉、豬肝、魚、蝦、蟹、雞蛋等能使濕疹加重。由於母親的食物也能影響乳汁的成分，故母親的飲食對嬰兒濕疹也有關係，有的嬰兒皮膚受到外界刺激如冷風、用力洗澡、用肥皂水暴力摩擦、衣服穿得太緊太髒或皮膚直接與羊毛製品的衣物等物接觸均可發生濕疹，也有的將嬰兒長久睡在陰暗的室內，室內沒有太陽光直接照射，也容易發生濕疹。

發病年齡性別統計表

年齡 性別	年齡					合計
	2月至1岁	1岁至2岁	2岁至3岁	3岁至4岁	4岁至5岁	
男	47	18	16	11	8	167
女	32	11	10	6	5	64
合計	15	7	6	5	3	36

症狀及發病部位

嬰兒濕疹的好發部位在頰部、額部、下頰部、耳前、耳後，也可以擴展至頭皮四肢曲側軀干、腋窩、腹股溝等處。症狀有淺紅色斑、有痒感紅斑，大小不一，境界不整，較大嬰兒常自行抓搥，故可見線形上皮剝脫，嬰兒抓頭與枕磨擦，後頭部頭髮常折斷，較重的嬰兒濕疹紅斑顯著，斑內常有密集的針尖大的小丘疹或水泡，痒感明顯，抓後表皮容易剝脫及有較多的滲出液，而成濕潤面。耳前後區域、頰部或頭髮中常結成較厚黃痂，或有裂隙及糜爛，有續發感染時可見膿性分泌物或局部淋巴腺炎。濕疹如不及時治療，多成為慢性，時輕時重，嬰兒啼哭後或室溫較高時，局部充血現象會加重。

發病部位分布表

病例	頰部	額部	下頰部	頸部	耳前部	四肢	軀干	臀部
100	41	8	6	12	14	8	5	6

嬰兒濕疹膏的制劑與用法

本人在臨床實驗中創造出中藥制劑嬰兒濕疹膏外用治療濕疹應用20年，療效發100%，今願將處方製法、用法介紹於後，以供廣泛應用。

(一)處方：寒水石五兩 地夫子二兩 頂青黛二兩 煨銀石膏五兩 川黃柏二兩
止癢皮二兩 嫩蘆薈二兩 金伊底二兩 枯凡二兩 掃益三錢 嫩苦參二兩 老松香

二兩 百部一兩 方八一兩 飛滑石二兩 五倍子二兩

(二)制法：將上藥共研極細末，加入麻油調成厚糊狀各用（如無麻油以凡士林調亦可）

(三)用法：如濕疹部有痂，須先用2%硼酸溶液或3%过氧化氫溶液拭去，再用消毒棉花球吸干腐爛面的滲出液，再把嬰兒濕疹膏厚塗上，蓋上紗布包裹，每日換藥一次，如濕疹發在頸部或其他露出的部位，塗藥后可暴露之，待自然干燥，不必用紗布包紮。

(四)注意事項：需結合一般的管理，必須考察其發病的因素是什麼，加強皮膚護理，主要是保護局部不受搔抓，並注意清潔，避免外物刺激，禁止用水或肥皂水盥洗患處，如濕疹發在臀部，應常換尿布。

藥理作用（本草綱目記載）

寒水石：味辛、性寒、無毒、涼血降火、皮膚熱赤、湯火傷灼。

石膏：味辛、性微寒、無毒、解中諸毒、油傷火灼、刀瘡燥濕、瘡口不斂。

金爐底：味鹹辛、性平、有小毒、治面上癩疥、諸瘡腫毒、阴汗濕痒。

飛滑石：味甘、性寒、無毒、治諸瘡腫毒、風毒熱瘡、阴下濕汗、腳趾縫爛。

扫盆：味辛、性寒、有毒、杀瘡疥癬虫、風瘡搔痒、毒瘡、小兒头瘡惡癬。

枯凡：味酸、性寒、無毒、治阴觸惡瘡、癩癬疥癬、燥濕解毒、止血定痛、痛疽疔腫惡瘡。

地夫子：味苦、性寒、無毒、去皮膚中熱氣、散惡瘡癩癬、治客熱丹腫、解惡瘡毒。

五倍子：味酸、性平、無毒、治風濕癬疥瘡膿水、小兒面鼻瘡瘡、眼赤濕爛、消腫毒、斂潰瘡金瘡。

川黃柏：味苦、性寒、無毒、治諸瘡痛不可忍、除濕清熱、治口舌生瘡、敷小兒头瘡膿瘡。

頂青黛：味鹹、性寒、無毒、解諸毒、磨斂熱瘡惡腫、瘡痛蛇虺螫毒。

嫩苦參：味苦、性寒、無毒、疗惡瘡下部膿、治疥杀虫、皮肌煩燥生瘡、赤癩眉脫。

嫩藜蘆：味辛、性寒、有毒、治头瘍疥癬惡瘡、杀諸虫毒、去死肌、馬刀、爛瘡、疥癬。

百部：味甘、性微溫、無毒、治疥癬、去虫蚤咬毒。

方八：味甘、性溫、有毒、消結腫惡瘡、生肌除粉刺、濕瘡脚腫。

土槿皮：味甘、性平、無毒、治腫痛疥癬、消瘡腫、黃水膿瘡。

老松香：味苦甘、性溫、無毒、治痛疽惡腫、头瘍白秃疥癬風氣、生肌止痛、排膿祛風。

典型病例介紹

例一：患者居耀成，男性，8个月，住常州解放东路326号，於出生后两个月在前額部头皮耳前頰部臀部及足脛部患有濕疹癩爛，滲黃水，有時結痂，越發越多，經××醫院治療，曾用西藥膏藥外搽無效，延至今年3月1日來本院治療，即用嬰兒濕疹

膏外搽，每日換葯一次，連續一星期，少部痊癒，并無其他葯物輔治。

例二：患者朱知勇，男性，2個月，住常州東倉橋下塘85號、在頰部及臀部透發濕疹，皮膚焮紅，滲黃水、作癢、來院治療，連續外用嬰兒濕疹膏塗敷，三天即愈。

例三：患者楊建坤，男性，3歲，住武進潞城街，在初生時顏面皮膚即發濕疹，時發時愈，屢經治療未能根除，來院治療，用嬰兒濕疹膏塗敷五天即愈，迄今三月，未見復發。

例四：患者周衛星，男性，2歲，住常州郊區紅梅鄉廟灣村，在頰部及胸腹部發生濕疹，延已年餘，來院治療二次，搽嬰兒濕疹膏旬日即愈。

例五：患者夏芬娜，女性，6個月，住常州木匠街53號，在頰部發生濕疹，來院治療，由嬰兒濕疹膏塗敷三天即愈。

經驗与体会

本人臨床應用嬰兒濕疹膏20年，屢用屢效，嬰兒濕疹膏優點很多：①價錢便宜，②取材便利，③配制簡單，④無毒性反應，⑤用法易，療效快，一般用後三天即有顯效。

針鼻療法

南京市中醫院

(一) 前 言

用針灸療法的高針刺人的鼻部一定地傳刺激從而治療疾病，叫做針鼻療法。這個療法和在耳部針刺，背部針刺一樣，都是在祖國針灸療法基礎上發展出來的。這種療法可以配合應用，也可以單獨使用，可以治局部的病，也可以治全身的病，所以形成了一種特殊療法。

在鼻部本有好幾個正經穴位，也有好幾個常用的奇穴。在臨床上也經常也採用鼻部穴位以治療疾病。凡是老手針灸的醫生，皆莫不有這種經驗。

由於黨的英明中醫政策的光輝照耀下，各地都在開展了針耳部療法的同時，針鼻部治病也引起了重視。浙江中醫藥雜誌1959年5月號刊登了一例針鼻部治療關尾炎報導，在這個鼓舞下，我們將鼻部的正經穴和奇穴彙集起來，結合我們的臨床體驗，補充了一些穴位開展“針鼻療法”。

(二) 定 義

由於用毫針在鼻部刺刺激以治療疾病，又為了符合事實，所以定名為“針鼻療法”。

(三) 作用及機制

針鼻部的作用機制較針耳部更明顯，因為鼻部直接影響“督脈”，也可能是直接影響大腦，所以與祖國經絡學說有密切的關係。

1. 從經絡學說來說：

①手陽明脈上挾鼻孔再交與足陽明，連接於鼻竇額中。

②足陽明脈起於鼻竇額中，下循鼻外。

③手太陽支者抵鼻。

④足太陽起於睛明與手太陽支於鼻者交會。

⑤任脈與督脈連接於顴交，翹基。

⑥督脈從顛下頰繞鼻以至顴交。

⑦十二經皆上繞鼻而上注於目。

⑧頭為眾陽之宗，諸陽脈皆會於顛。

⑨足陽明之筋結於鼻。

④足太陽之筋結於鼻。

由此可見經絡與鼻的關係，經絡之氣能維持平衡則不病，疾病的產生是由於經絡之氣失去平衡所致，經絡既有障礙則在鼻部必表現反應。

2. 以中醫學理論來說：

①素問脈象論曰：“宗氣上出於鼻而為臭”。

②素問經絡篇曰：“肺氣通於鼻則鼻能知香臭”。

③素問脈象篇曰：“鼻入通於肺，開於鼻”。

④素問脈色篇曰：“鼻者肺之官也”。

⑤素問運氣篇曰：“肺主臭，開於鼻”。

⑥素問解精微論曰：“故腦滲為涕”（鼻與通腦故腦滲為涕，流於鼻中）。

⑦榮氣之行，首出於手太陰肺，循環一周而復還於手太陰肺，通於鼻，終而復始。

可見肺氣通於鼻而整個經絡之氣皆通於鼻。

由此可以知針刺鼻部穴位即可以治療全身疾患的道理。

又內經靈樞五色篇曰：“明堂骨高以起，平以直，五臟次為中央，六腑挾其兩側。首面上於闕庭，王宮在於下極，五臟安於胸，真色以致，病色不見，明堂潤澤以清。五色之見也各出其色部，部骨陷者，必不免於病矣”。

祖國醫學遺產注意鼻部及其周圍氣色以鑑診候全身的疾患，可見鼻部及其周圍實關係人的全身。在內經又有詳細的分析如下：

“庭者首面也，闕上者咽喉也，闕中者肺也，下極者心也，直下者肝也，肝左者胆也，下者脾也，方上者胃也，中央者大腸也，挾大腸者腎也，當腎者驛也，面王以上者小腸也，面王以下者膀胱，子處也，顴前者腎也，顴后者腎也，腎下者手也，目內眦上者膈乳也，挾額而上者背也，循牙車以上股也，中央者膝也，膝以下者脛也，當脛以下者足也，互分者股里也，互闕者膝臑也，各有部分，用陰和陽，用陽和陰，當明部分，方舉方當”。

由於內經的启发，又吸取了杭州第一醫院的先進經驗，再結合古人的經驗以及我們在臨症上的經驗，更學習各方面的先進報導，將所有穴位彙集成為一種初步的專針鼻部療法。

(四) 穴位的作用

穴 名	部 位	主 治
1. 天庭(又名額中)	在印堂上一寸	治頭痛，鼻塞
2. 太陽	在天庭兩旁各五分。	治頭昏痛，鼻塞
3. 陽白	在眉毛之中央直上一寸與瞳子相直	治頭昏，目眩，鼻塞
4. 顴上	與眉心平在兩眉之中	治咽喉痛
5. 枯竹	在眉頭內陷中	治頭昏，目眩，鼻塞
6. 睛靜	在枯竹與睛明之間	治小兒驚風
7. 睛明	在目內眦外一分宛宛中	通治目病，亦治鼻病

穴 名	部 位	主 治
8. 鼻交 (又名鼻交頤中)	以指从眉心沿鼻基按下至鼻骨最高处微上陷中。	治角弓反张, 中风, 人事不省, 鼻病。
9. 肺区	在脑额之中	治鼻病, 肺部疾患
10. 山根	在鼻交之上	治胸悶肺胀, 小儿惊风, 大人中风。
11. 心区	在鼻交之两旁鼻边缘	治鼻病, 心区疾患
12. 肝穴	在鼻交之下	治鼻病, 肝气痛
13. 胆穴	在肝穴之两旁鼻边缘	治鼻病, 胸胁痛, 胆疾患
14. 年上	在肝区之下	治鼻疾, 少腹痛, 肩臂痛
15. 寿上	在年上之下	治腰腿痛, 鼻疾
16. 小颞穴	在年上之两旁鼻边缘	治少腹痛, 肩臂痛, 鼻疾
17. 大颞穴	在寿上之两旁鼻边缘	治腰痛, 腿痛, 鼻疾
18. 坐骨	在大颞穴之下, 闾尾穴。	治坐骨痛, 鼻病
19. 闾尾穴	在穿鼻之上	治腹痛, 鼻疾
20. 明堂	在鼻翼上之正中	治胃痛, 疔疮
21. 穿鼻	鼻翼边靠近面部与鼻樑	治头面疔疮, 鼻痔, 鼻生恶肉。
22. 面王	在鼻翼中	治胃痛, 鼻疾, 疔疮
23. 鼻环	在鼻翼之半月形纹中間接面部之处	治酒渣鼻, 疔疮
24. 鼻流	在鼻孔中	治中风, 鼻病
25. 胃区	在面王之下方	治胃病, 鼻痔
26. 兰台廷尉	在鼻翼边, 兰台在左边, 廷尉在右边	治胃病, 鼻痔
27. 素髻	鼻尖端骨边下陷中	治鼻塞, 鼻蛆, 鼻息肉鼻赤, 疔疮。
28. 迎香	鼻孔旁	治口眼喎斜, 牙痛, 鼻塞
29. 内迎香	在鼻孔内上端, (以三稜針出血)	治鼻息肉, 鼻痔, 目赤肿痛。
30. 散笑	在迎香穴旁尖量中間	治牙痛, 口眼喎斜, 鼻塞, 疔疮。
31. 脑宁	在鼻孔中央微下, 禾胶之上	治小儿惊风, 大人中风
32. 禾胶	在人中旁五分	治口噤, 鼻蛆, 鼻痔。
33. 兑门 (又名灶门)	在鼻孔内边缘	治小儿惊搐, 大人中风, 口噤。
34. 人中	在鼻柱下水沟三分之一处。	治中风, 口噤, 癫狂, 口噤, 消渴, 面肿, 昏迷, 小儿惊风, 腰痛。
35. 兑端	在上唇尖端赤白肉际	治鼻塞, 鼻痔, 鼻血, 牙齿痛。
36. 唇里	在下唇之里, 外直承浆穴, 与齿龈接近之唇沟中。	治口臭, 口噤, 面颊肿, 齿龈肿, 肝病。
37. 承浆	圆前唇下宛宛中, 唇唇沟之中央, 开口取。	治偏风, 口噤, 面肿, 牙痛, 鼻痔。
38. 左、右承浆	承浆两旁各一寸	治齿齲溃烂, 唇口疔疮, 面颊浮肿。
39. 燕口	口吻两旁, 赤白肉际, 接近地仓。	小儿抽风, 便闭, 尿闭。
40. 地仓	口吻旁四分, 直对隰子	口喎斜, 流涎, 口噤, 失音。
41. 颞中	地仓旁颞凹中。	治口喎斜, 口噤, 流涎。

(六) 方 法

与一般针灸法相同。

1. 消毒严密。
2. 刺入适当的深度。
3. 留针或不留针，各随部位以及疾病情况而定。

(七) 临床病例

1. 浙江中医杂志报导，针鼻部穴治阑尾炎。

2. 以1959年4月11日到21日正共治愈了三个急性阑尾炎病人，平均疗程为四天多。其中一例刺鼻部阑尾穴留针，病人即不腹痛而安静入睡，共针三次，留针最长达12小时，三天就痊愈出院了。

2. 本院治慢性阑尾炎数例，已获近期疗效，其典型病例有：

(一) 患者朱××，女性，30岁，门诊号114795，患慢性阑尾炎，右少腹部步氏点有压痛。6月17日针左“阑尾穴”，留针二十分钟，疼痛消失。

(二) 患者万××，男性，15岁，门诊号150600。

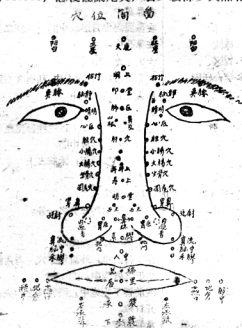
患阑尾炎，臍周压痛，步氏点压痛明显，白血球12,000，针灸药物并用，同时针鼻部阑尾穴，每次留针一小时，五次即愈。

(八) 小 结

针鼻部穴位治疗全身疾病的方法和针耳部穴位治疗疾病一样，同是祖国医学遗产，以往在民间是常用的，这在老练针灸的医师也是经常使用的，而且所取的部位仍属于经络的范围，因而研究针耳针鼻的同时，应结合经络学说作进一步的研究。

只是针鼻部穴位治痛症，可以单独采用，也可以配合应用，且穴位不多，容易掌握，符合多快好省的原则，大可以研究试用

(附针鼻穴位简图)



用威灵仙叶作冷灸发泡疗法的初步报告

句容县石谿人民公社医院科学小组

在党的中医政策光辉照耀下，各地都掀起了深入的采风运动，在这一个伟大的群众运动中，我们发现了黄梅公社新圩管理区罗恆喜用威灵仙叶发泡治疗鹤膝风，南巷管理区韩铸彦用威灵仙叶治疗牙痛，石谿公社赵大林医生用威灵仙叶治疗走马牙疳以及疥疮等等，使我们对此一味药，引起了注意。

后来，在11月9日郭庄公社召开卫生工作现场会，县委戎书记蒞会作了指示，他在告报里，介绍一位老农用一种草药敷贴蛇咬处，发泡后，可以治疗毒蛇咬伤，这样，又引起了我们使用发泡药物治疗一些疾患的联想。

我院罗昌华同志，患痔疮下血，已有六年，近一年来，便后下血较多，病情日趋严重。3月8日曾在三里穴处试用直接灸法，竟将痔疮下血治愈，至今已10个月，未曾复发。后来又遇到一位女病人王桂珍，也患痔疮下血，遂用威灵仙叶在足三里穴处涂敷，后亦治愈。因此法和艾叶直接灸相似，但不用火燃，故定名为“冷灸”。

现将我组对此一疗法初步研究小结报告如下：

(一)“灸料”的配制方法

采取威灵仙叶（以嫩为佳）捣成泥状，再加入少量的红糖，捣融。如冬日无嫩叶，可在深秋时采来备用。就是将干蒸的威灵仙叶用水泡透再捣烂即可。该叶收藏在室内，夏日易被虫蚀去，故宜藏在通风处。其根也有引赤，发泡的作用，但效力较缓耳。

(二)对威灵仙叶的引灸发泡作用的观察

第一度“灸疮”：当威灵仙叶附着于肌肤后，接触面觉有风行蠕动感时，即行除去（最多不超过五分钟）。除去“灸料”后，肉眼观察，接触“灸料”的皮肤表面，除有沉淀样的一些叶绿素质所染成的色斑外，其它别无所见（有的虽然可以看到局部皮肤因吸收了水分而略呈高起，但很快就会平伏下去）。用洗净的水冲洗后，皮肤也无异常改变。一般在十二小时后，可以观察到接触面有类似水肿样变的发生，高出于周围皮肤，边缘清楚。以后逐日水泡形成，三日后，呈复状半球形，内容物呈半透明液体。在观察中，感到这种液体吸收是较慢的。在水泡的周围，略有炎性浸润，有痒感，不痛。后期，常因发痒被搔破。如无污染，即结痂，痊愈。痂上，留有色素沉着。从发泡到结痂通常在十五天左右。在十个月后，仍留有色素边缘。

第二度“灸疮”：当被敷局部觉有风行蠕动感后，忍耐时间超过五分钟以上（不

到十分鐘)，除去“灸料”后，局部有不明显的高起和似空如天的充血現象。水泡的形成，比第一度“灸症”要加速。在自我感覺上，除有痒感外，有不明显的痛感。其癒合常在20天左右。

第三度“灸症”：当灸料接觸的局部有風行蟻動感后，忍耐時間超过十分鐘以上乃至更长的時間，則在“刺痛”感过的十分鐘之后，局部就可看到明显的水泡現象，略高出於皮膚，兩、三天后，就有大水泡形成，并易招致局部的破潰，周圍的炎性浸潤比較大，除有痒感外，并产生使人可以忍受的疼痛。水泡破潰后，在皮膚深層常有淺在性的平面潰瘍，分泌出白色膠樣物。如无继发感染，其癒合時間，通常在25—30天左右。

在臨床的觀察中，体会到“灸瘡”的深淺程度，依觀察着后時間的長短而決定。肉眼觀察，与燙傷的一、二、三度分类是極其相似的。其与燙傷的最大不同点，是无灼热性疼痛，而水泡的吸收要比灼傷的水泡慢得多。

(三)对“冷灸”善后处理的点滴体会

(1)“冷灸”的預期發燙時間已到，应立即除去“灸料”，用淨洁的水清洗局部，不必涂布消毒藥水。

(2)在“冷灸”的当天，因为无菌性的炎症变化尚不明显，故不須采取保护措施。

(3)从第二天起，局部的水泡逐漸形成，可听其自然吸收，不可刺破，以防感染。如自动或被抓破潰后，可用已消过毒的紗布垫加扎保护即行。

(4)第三度以上的“灸症”，以及受感染后有轻度发烫現象时，可用黄連軟膏或三黃軟膏外敷，加紗布垫固定，或用稀薄軟水溶液濕敷亦可。發燙似有影响癒合的可能性，有待於在臨床研究工作中再进一步作对比研究。

(四)对控制“灸症”泡面的初步經驗

“灸泡”或“灸瘡”的大小，以1—1.5公分为宜，最多以不超过2公分为宜。因为被“灸料”液汁浸染的皮膚，經厚层灸液厚皮而加重局部的刺激。因此，如何控制“灸料”及其液汁与皮膚的接触，是一件很重要的事。在試“灸”中，我們接受了不少的經驗教訓。我們的体会，是以眼膏壳（是一种圆形的紙質壳壳，里层衬有烏金紙），套“灸料”加扎，固定为好（只須注意不移动即行）。如紙壳變大，可将邊緣剪去一些。

(五)“灸料”附着時間的初步体会

当“灸料”附着於皮膚后，必須多少時間，才产生局部的刺激反应，我們經過了多次的試“灸”，观察到時間的長短和短暫是不太一致的。最短者在二十分鐘內，即發生風行蟻動感，最长的超过六小时。有一次在两个小时內即形成第三度“灸症”。这也許是不同株的鼠疫杆菌的毒力成份和浓度的方法或皮膚区域敏度，有着密切关系。我們

體驗：掌握“冷灸”時間的可靠方法，是依據接受“冷灸”病員的主訴，在“冷灸”部位風行蟻動感產生後，略停兩、三分鐘就可除去“灸料”。如在某些必要情況下，一定要達到無菌性的化膿“灸”時，才可以延長時間。

一般說來，決定“冷灸”程度的深淺，可以根據如下的時間來掌握：

第一度“灸瘡”，當局部發生風行蟻動感後，最多不超過五分鐘，必須除去“灸料”。

第二度“灸瘡”，當局部發生風行蟻動感後，最多不超過十分鐘，必須除去“灸料”。

第三度“灸瘡”，當局部發生風行蟻動感後，應延長到十分鐘以上，乃至更長的時間。

(六) 初步確定臨床研究的病種

(1) 驅除風：

治則來源：民間。

冷灸點：患側的內、外膝眼（槽骨穴）。

冷灸度：一度。

(2) 走馬牙痛：

治則來源：民間。

冷灸點：印堂（兩眉之間）。

冷灸度：一度

變通試用：可試用於口腔炎、鵝口瘡、白喉（與碘紗巴豆膏對比分析研究）。

(3) 牙痛、神經性牙痛：

治則來源：民間。

冷灸點：對準痛牙處的頰部。并可加施於下關及頰車穴上。

冷灸度：一度。得效時，立即除去，謹防起瘡。

(4) 三叉神經痛：

治則：在三叉神經的局部，誘發抑制作用。

冷灸點：上夾穴。上枝痛加太陽，下枝痛加頰車，中枝痛加顴髎。

冷灸度：一度。得效，即速除去，謹防起瘡。

(5) 調整胃腸機能：

治則：依據針灸療法的傳統理論：“欲要安，三里常不干”進行對消化系統疾病的臨床觀察。

冷灸點：主穴：足三里。并選用上巨虛、下巨虛、丰隆等穴進行臨床觀察。

冷灸度：一度。

(6) 消化性潰瘍：

治則：根據針灸取穴法演變而來。

冷灸點：在上腹部任脈經穴敏感處的中心點。

冷灸度：一度。

(7) 痔瘡下血：

治則：本療法試用於痔瘡下血病例。

冷灸点：三里穴。

冷灸度：一度。

(8) 瘰癧：

治則根據某文獻記載：鐵砒威靈仙敷一夜、全消。

冷灸点：瘰癧的頂部。

冷灸度：三度以上和更深程度的化膿灸。

(9) 肝脾腫大：

治則：依據“中醫雜誌”報道關於肝脾腫大的化膿灸法演繹而來。

冷灸点：肝、脾腫大部份的周圍穴位。配穴：大推、陶道。

冷灸度：三度。

(10) 眼結膜炎（暴赤腫痛）。

治則：借鄰近取穴誘導眼壓降低。

冷灸点：太陽穴。

冷灸度：一度。

(11) 百日咳：

治則：依據文獻介紹的民間療法按火罐療法（郁血療法）演繹而來。

冷灸点：身柱穴。

冷灸度：一度。

(12) 疝疾：

治則：依據民間療法用毛茛菪或大蒜泥引炎灸法演繹而來。

冷灸点：主穴：大樞、陶道；配穴：內关。

冷灸度：二度。

(13) 急慢性扁桃體炎：

治則：依據喉科異功散外用后引起灸胞的方法演繹而來。

冷灸点：腮項部分，指压可觸及扁桃體疼痛處。

冷灸度：一度。

(14) 毒蛇咬傷：

治則：依據民間的刺蝟反應作用的方法演繹而來。

冷灸点：被咬傷的傷口處。

冷灸度：二度（止痛后，少待片刻）。