

1961年科研論文摘要匯編

(內部資料)

上海第二醫學院

1962年6月

目 录

高血压病

1. 气功治疗高血压病长期疗效及其对调节机体异常反应性的研究..... 1
2. 中西医结合高血压病分型分期的研究(临床和机制规律的探讨)..... 2
3. 空气离子化对高血压患者疗效的初步分析..... 4
4. 高血压病患者气功时尿中氨基酸的排出..... 5

伤 骨 科

5. 中西医结合治疗长管状骨折及其机制之研究..... 6
6. 股骨颈囊内骨折的手法嵌顿治疗..... 7
7. 胫腓骨骨折的中西医结合治疗..... 8
8. 辨证施治在骨折内治法中的临床应用..... 9
9. 从动静结合探讨骨折愈合..... 10
10. 理气药物对骨折愈合的影响和作用..... 11
11. 对祖国医学伤科手法的体会..... 12
12. 骶髂关节脱位(不全脱骶)及劳损祖国医学魏氏手法整复的机制..... 14
13. 改良沙氏手术治疗先天性髋关节脱位..... 15
14. 豚鼠睾丸摘除后内服补肾药物对骨折愈合的影响..... 16
15. 手部创伤早期皮肤复盖的探讨..... 17
16. 代四头肌手术之疗效探讨..... 17
17. 关于树脂粘合骨折的几点体会..... 17
18. 小儿股骨干骨折的中西医综合治疗..... 18
19. 脊髓前灰白质炎下肢畸形的手术治疗..... 18
20. 脊椎结核压迫性截瘫的手术治疗..... 18
21. 骨折后关节固定引起的关节变化..... 19
22. 红外线照射对豚鼠骨折愈合过程的影响..... 20
23. 电流刺激对家兔骨折愈合过程的影响..... 21
24. 磷³²对豚鼠骨折愈合过程的影响..... 21
25. 肌腱愈合过程以及中药对肌腱愈合的影响..... 21
26. 家兔块状截骨术后愈合过程的形态学观察..... 22
27. 豚鼠块状截骨术后愈合过程的形态学观察..... 23
28. 阴道涂片与辨证..... 23
29. 肩关节脱位合并筋络瘫痪中医疗法(附4例疗效观察)..... 24

灼 伤

30. 灼伤病房的細菌感染与抗菌素的关系..... 25
31. 新抗菌素(万古霉素、新霉素、杆菌胜、卡那霉素)治疗严重灼伤后敗血症的临床疗效及副作用..... 25
32. 灼伤感染中抗菌素的应用与細菌抗药性的探討..... 26
33. 冬眠药物应用于严重灼伤休克期及其他創伤、出血性休克..... 26
34. 大面积灼伤焦痂切除問題的探討..... 27
35. 中西医结合搶救严重灼伤的体会..... 27
36. 1960—1961年灼伤中常見病原菌对抗菌素联合作用之体外試驗..... 28
37. 21例严重灼伤的病理学观察..... 29
38. 灼伤后骨与关节的X綫改变..... 30

心血管疾病

39. 二尖瓣狹窄症中西医结合分类及辨証論治的初步报告..... 31
40. 經左心室擴張器二尖瓣分离术(附 83 例报告)..... 31
41. 主动脈瓣狹窄症的直視手术..... 33
42. 大心脏二尖瓣狹窄症的外科治疗..... 34
43. 424 例二尖瓣分离术的併发症..... 35
44. 慢性縮窄性心包炎外科治疗的探討..... 36
45. 对低溫下心內直視手术的体会..... 37
46. 二尖瓣再度狹窄的探討..... 39
47. 橫置轉盘式氧合器(上海 II 型)临床应用的初步报告..... 41
48. 橫置轉盘式氧合器性能之研究..... 41
49. 低溫下控制性心搏停止的动物实验..... 42
50. 以体外循环法施行心脏直視手术时, 动靜脈导管插入部位之研討及各种导管与零件制造方法之介紹..... 43
51. 对冠状動脈硬化性心脏病发病原因的新看法..... 44
52. 冠状動脈硬化性心脏病与高血压病之比較..... 44
53. 初步从中医辨証来討論冠状動脈硬化性心脏病..... 45
54. 細菌性心內膜炎 100 例的临床分析..... 45
55. 418 例二尖瓣分离术的疗效随訪..... 46
56. 法魯氏三联症与四联症的鑑別診斷..... 47
57. 法魯氏三联症(附 10 例分析)..... 48
58. 对心室間隔缺損分級的探討(附 84 例单纯性室間隔缺損血液动力学改变的分析)..... 49
59. 单纯性室間隔缺損 154 例临床分析..... 50

60. 国产卵磷脂治疗 173 例冠状动脉粥样硬化性心脏病患者之初步报告…… 50
61. 心脏血管系统疾患应用气功与太极拳对劳动力恢复疗效观察…… 51
62. 伴有房室传导阻滞及心房率不恒定的呼吸周期性阵发性心房性心动过速…… 52
63. Hydroxyzine (Atarax) 对心律紊乱的疗效观察…… 52

血吸虫病

64. F 30066 及 F 30069 治疗急性血吸虫病的观察…… 53
65. 晚期血吸虫病和门脉性肝硬变有腹水患者的辨证和其实质以及与机体机能分级关系的探讨…… 54
66. 急性日本血吸虫病的病理变化…… 55
67. 化学脾切除动物实验研究, 棕榈酸乙酯 (Ethylpalmitate) 对正常大白鼠脾脏之作用实验…… 55
68. 晚期血吸虫病巨脾的实验性研究
 I 巨脾抽提液对年幼小白鼠生长影响的初步观察…… 56
 II 巨脾抽提液对年幼家兔生长影响的初步观察…… 56
 III 家兔实验性血吸虫性脾肿大的初步报告…… 57

菌 痢

69. 痢疾杆菌菌型的消长及其在流行病学与临床学上的一些特点…… 58
70. 人工冬眠应用于中毒型痢疾…… 59
71. 治疗中毒型痢疾的关键…… 59

基础医学

72. 麻疹活毒(弱毒)组织培养疫苗临床应用的初步报告…… 60
73. 唾腺“混合瘤”的形态发生机制…… 60
74. 实验性动物肾上腺皮质的组织化学 I 肾上腺皮质硷性磷酸酶的问题…… 61
75. 卵巢勃勒纳氏瘤…… 62
76. 电刺不同穴位对听阈及闪光临界融合频率的影响…… 62
77. 对位取代硫代苯甲酰硫基乙酸衍生物…… 63

祖国医学(包括针灸经络)

78. 100 例阴虚光红舌之临床分析及形成机制初步探讨…… 65
79. 经络学说对膀胱生理病理的论治…… 65
80. 子午流注针法简介及临床运用法…… 66
81. “代针丸”临床功效的初步探讨…… 67
82. 对“十二经脉气血多少”的探讨…… 67

卫生学

83. 上海地区住宅的居室净高卫生学研究…… 68
84. 居民食堂在蔬菜烹调过程中维生素丙的损失调查…… 69

85. 上海市××区 270 名接触三酸工人的慢性三酸中毒調查…………… 71
86. 关于健全城市地段保健組織的探討…………… 71

同位素应用

87. 放射綫同位素在眼科的应用…………… 72
88. 国产磷³² 在皮肤病上应用的初步观察…………… 72
89. 碘¹³¹ 化三油酸甘油酯吸收試驗在冠状动脉硬化患者临床应用的初步估价…………… 73
90. 三年来用碘¹³¹ 治疗甲状腺功能亢进症的疗效分析…………… 73
91. 应用胶体磷³² 酸絡測定肝脏血流量的初步报告…………… 74
92. 用放射性同位素进行經絡研究的初步資料…………… 74
93. 碘¹³¹ 化蛋白測定循环血量(方法介紹及初步測定小結)…………… 75
94. 用放射性磷³² 治疗眼科疾患的初步报告…………… 75
95. 应用放射性碘¹³¹ 定位診斷顱內占位性病變十例的报告…………… 76

內 科

96. 阳虛的实驗造型及助阳葯作用的初步研究…………… 77
97. 尿醛固酮的測定…………… 77
98. 尿液中腎上腺素与正腎上腺素的測定…………… 78
99. 甲状腺机能亢进症的研究 I 祖国医学辨証及病机探討…………… 80
100. 甲状腺机能亢进的症研究 II 神經內分泌机能变化…………… 80
101. 甲状腺机能亢进症的研究 III 綜合疗法, 快速控制…………… 80
102. 原发性甲状旁腺机能亢进症(报告 4 例甲状旁腺腺瘤)…………… 81
103. 血清素与浮肿病的关系初步探討…………… 81
104. 肺切除术和肺切除术合併胸廓成形术后肺功能的影响…………… 81
105. 肺結核空洞导管滴葯治疗的随訪研究…………… 83
106. 肺部疾病手术后的 X 綫随診观察…………… 84
107. 40 例白血病中淋巴結象的观察…………… 85
108. 上海各医院三年来(1958—1960 年)綜合治疗白血病的临床疗程观察治疗上的一些体会…………… 86
109. 內科門診神經衰弱 135 例快速綜合治疗总结…………… 87
110. 大白鼠四氯化碳实驗性肝炎的各种葯物疗效观察…………… 87
111. 肝硬化頑固性腹水的抗醛固酮葯物治疗…………… 88
112. 普魯卡因耳部肺区注射治疗肺結核的初步观察…………… 89
113. 气功疗效与綜合性治疗对肺結核的短期观察…………… 90
114. 中西医綜合疗法的临床疗效总结(附 高血压 152 例、潰瘍病 138 例、慢性肝炎 137 例、急性肝炎 15 例、神經衰弱 20 例、低热 16 例、支气管哮喘 10 例, 共 488 例疗效总结)…………… 92

115. 无黄疸型肝炎之超声诊断及与其与临床、病理之间的关系	94
116. 中毒型肺炎80例临床病历分析	95
117. 82例无黄疸型肝炎穿刺活組織檢查的分析及其与祖国医学分型的关系	97
118. 異菸肼气管内滴入治疗肺結核空洞 722 例分析	96
119. 綜合性医院工厂防癆工作的体会	99
120. 成年人中吐不張临床和病理綜合研究(附15例病理分析, 73例临床分析)	101
121. 抗結核葯物經由气管内滴入以治疗肺結核空洞十年总结	101
122. 維生素 B ₁₂ 与肝脏的关系	102

儿 內 科

123. 腸原性青紫的病因与防治	103
124. 上海市楊浦区集体机构儿童中佝偻病及营养不良調查防治工作总结	103
125. 上海市 376 个托儿所調查报告	104
126. 816 例正常新生儿初生五天內之血象分析	104
127. 从一个市区看上海市托儿所工作的提高	105
128. 介紹一个綜合性儿童医院的建筑設計和使用意見	106
129. 小儿結核性脑膜炎后遺症的观察	106
130. 保健推拿对唾液分泌的作用	108
131. 背脊按摩	109
132. 捏脊疗法治疗营养不良的机制探討	110
133. 捏脊疗法的疗效及作用机制初步探討(初稿)	111

傳染病学、流行病学

134. 从肝功能試驗看菌陈合剂治疗小儿傳染性肝炎的疗效	112
135. 麻疹肺炎經絡測定研究初步报告	113
136. 中葯对白喉的疗效机制的研究 第一部分: 二种中葯复方与土牛膝根等 20种单味中葯对白喉杆菌抗菌作用的观察	114
137. 中葯对白喉的疗效机制的研究 第二部分: 中葯清金消白飲与养阴清肺 湯复方对白喉杆菌外毒素作用的动物实验观察	114
138. 托儿所中傳染性肝炎流行病学調查	114
139. 托儿所灰髓炎暴发的若干流行病学观察	116
140. 麻疹的透发問題	116

神經病科

141. 气功練功过程的脑电图变化	117
142. 脑血管意外的脈象、舌象与血液化学的关系	118
143. 几种抗癲癇中葯驗方的动物試驗	118

皮膚病科

144. 实验性湿疹, 第一次报告: 咖啡因、魯米那对豚鼠实验性湿疹的影响……119
145. 实验性湿疹, 第二次报告: 四种安宁剂 (Reserpin, Atarax, Phenergan, Chloropromazin) 对豚鼠实验性湿疹的影响……119
146. 上海市××炼钢厂制砖工段急性皮炎调查分析……120
147. 瀝青防护膏的研究……120
148. 血清对組織胺附着能力的研究……122
149. 湿疹及过敏性皮炎中西医结合辨证分类、发病机制及治疗规律的初步探讨 (附 66 例湿疹过敏性皮炎病例分析)……123
150. 蕁麻疹 120 例病因探讨及疗效分析初步报告……124
151. 皮质激素治疗 334 例皮肤病之疗效分析……125
152. 带状疱疹的超声波治疗……125
153. 上海地区稻农皮炎的调查和防治研究……126
154. 中医中药治疗硬皮病 20 例报告……126
155. 瀝青工人的某些实验室检查的初步观察……127
156. 60 例结节红斑的中西医结合临床资料分析……128

外科

157. 长效局麻药的研究和应用……129
158. 人工冬眠麻醉临床应用的若干体会……129
159. 急性阻塞性胆管炎……129
160. 以白芨为主的中西医综合疗法治疗潰瘍病急性穿孔……130
161. 頑固性腹水埋置塑胶管皮下引流法……130
162. 脾切除腹膜后大网膜固定手术方法及 234 例的手术体会……131
163. 观眼識痔及枯痔丁插药疗法 100 例的分析报告 (介绍一种新的痔核诊断法)……131
164. 肺結核肺部分切除后殘腔預防与处理方法之研讨……131
165. 針刺穴位对胆道压力改变的研究……132
166. ××船厂一九五九年工业外伤统计分析……132
167. 門靜脈高压症外科治疗的麻醉问题……133
168. 坐式气管鏡和食管鏡 247 例检查体会……134
169. 应用超声治疗术后腸粘連的初步报告……134
170. 丙烯酸酯塑胶修复顱骨缺損……135
171. 結直腸多发性腺瘤症外科治疗的研讨 (介绍一种一期联合手术疗法)……135
172. 針灸疗法防治失血性休克作用机制的研究(一)……138
173. 針灸疗法防治失血性休克作用机制的研究(二)……138

174. 灸的抗休克作用研究.....139
175. 針刺治疗急性闌尾炎的臨床經驗总结与机制探討.....139
176. 胃內降温法——动物实验及临床应用.....140

儿 外 科

177. 急性坏死性小腸炎.....141
178. 空气灌腸治疗小儿腸套叠.....141
179. 結腸切除直腸后結腸拖出术治疗先天性巨結腸的探討.....141
180. 水針治疗膝关节結核.....142
181. 小儿急腹症非手术疗法.....142

妇 产 科

182. 慢性盆腔炎合并附件肿块之綜合治疗及治疗中部分病例經絡測定观察.....144
183. 性激素近展.....145
184. 上海县以枳壳、丹参为主的綜合疗法治疗子宫脫垂的資料分析.....145
185. 超声诊断对妇产科肿块的估价(60例).....147
186. 奉賢县子宫脫垂普查普治 1076 例資料分析及临床机制初步探討.....148
187. 上海市 1960 年 35 个医院子癩之調查分析.....149
188. 透明質酸酶与奴勿卡因抗菌素合作直接注入盆腔治疗慢性盆腔炎.....150
189. 567 例早期血吸虫病青年妇女調查报告.....150
190. 安乃痛穴位注射对产程的影响小結.....151
191. 針灸再輔用乙底酚引产 20 例效果初步观察.....151
192. 中葯矯正胎位 20 例临床观察.....151

放 射 科

193. 在控制性低血压下插管作逆行左心室或主动脈造影的动物实验和临床应用
摘要.....152
194. 手术时胆道造影术及 230 例的体会.....152
195. 国产鈷 400 型远距离 γ 綫治疗机的安装及使用的初步經驗.....153
196. 縱隔充气造影术.....153
197. 下頷骨肿瘤的 X 綫诊断.....154
198. 小儿腸套叠結腸注气的诊断和整复(210 人次的分析).....155
199. 祖国医学及王浆治疗放射性反应的疗效观察.....155

眼 科

200. 青光眼的病因探討及辨証分型(附 235 例病案分析).....156
201. 儿童眼底检查方法研究.....157

耳鼻喉科

202. 美尼尔氏病的辨証探討……………158
203. 鼓室修建术……………158
204. 常見急性傳染病耳部併发病總結……………159
205. 癩病性失音的針刺治疗……………160
206. 麻疹耳部併发病的調查报告……………160
207. 717 例猩紅热耳部併发病調查报告……………160
208. 耳聾預防措施設想……………161

口腔科

209. 齲病病因和发病机制的探討……………162
210. 粘性自凝塑胶性能測定及临床应用初步报告……………162
211. 上海地区 1,449 名唇裂与腭裂病例分析和疗效观察……………163
212. 369 例頤面部急性蜂窩組織炎临床分析……………163
213. 头皮撕脫伤(附 11 例报告)……………163
214. 中医中藥应用于齲下頤关节功能障碍綜合征的情况介紹……………164
215. 复发性口瘡綜合治疗……………164
216. 全部托牙二次完成法……………165
217. 100 例頤骨缺損修复病例分析……………165
218. 口腔頤面部急性炎症辨証論治初步报告……………165
219. 腭部混合瘤……………166
220. 176 例舌癌的分析报告……………167
221. 頤骨成釉質細胞瘤 54 例分析报告……………167
222. 祖国医学对口腔頤面部肿瘤的認識及临床实践初步体会……………168
223. 上海市区 10,178 例錯頤調查統計分析及分类……………168
224. 105 例牙周病患者的治疗分析……………169
225. 口腔頤面部肿瘤 2,481 例的統計分析……………170
226. 口腔頤面血管瘤 529 例临床报告(着重有关处理問題的討論)……………170
227. 齲下頤关节功能扰乱症外科手术治疗 29 例的临床疗效初步观察……………171
228. 齲下頤关节功能障碍綜合征的病因探討及治疗意見……………172
229. 中医中藥辨証論治牙周出血……………173
230. 上頤骨化纖維瘤……………173
231. 中医火罐疗法治疗三叉神經痛(附病例报告)……………174
232. 下頤骨中心性巨細胞瘤……………174
233. 口腔門診治疗中儿童心理状态分析及其处理方法……………175
234. 儿童口腔疾病預防治疗原則……………175

高血压病

气功治疗高血压病长期疗效及其对 调整机体异常反应性的研究

上海市高血压研究所 病理生理学教研组 卫生学教研组
上海市高血压研究所各协作单位

本文目的为通过临床及机制研究探讨：①以气功为主的综合疗法的长期疗效；②高血压病患者机体反应性的某些特点，高血压病患者机体阴阳失调的客观指标；③气功治疗高血压病长期疗效的机制。

临床研究及结果：高血压病患者 415 例，以气功为主的综合疗法治疗半年至二年半，按气功疗法情况分为坚持气功组（200 例）、中间组（115 例）及不坚持气功组（100），分析三组的疗效。结果坚持组的疗效属于稳定者达 56.5%，有效者 24.0%，无效者 19.5%；不坚持气功疗法组疗效属稳定者仅 7.0%，有效者 10.0%，而无效者达 83.0%。疗效与年龄、性别及合并用药与否无关。米氏分期较早的疗效比之较晚者疗效好。

机制研究及结果：可分为以下几方面：

1. 以前庭时值及升压反应研究高血压病患者机体反应性的特点，发现高血压病患者的前庭时值较正常人为短，但较甲状腺机能亢进者为长；紧张、心算、情绪刺激升压反应试验较正常人、溃疡病人及甲亢者均高。

2. 以前庭时值、升压反应研究一次气功前后机体反应性改变，发现一次气功可使前庭及植物神经兴奋性减低，升压反应有明显改善。

3. 比较疗效稳定与无效组的机体反应性，结果前组的升压反应远较后组者为低，稳定组交感神经反应性相对降低，而付交感神经反应性相对增高。眼心反射试验结果，稳定组心率变慢较无效组明显。24 小时血压变化也指出稳定组较无效组波动小。

4. 性格修养与升压反应的关系，研究结果发现性格变为温和、耐心的患者，升压反应降低，有的接近正常，而性格仍急躁、易激动的患者升压反应高。

作者最后总结指出：①坚持气功治疗高血压病不仅可以获得极高的近期疗效，而且可以得到良好的长期疗效，在气功治疗高血压病的过程中，“练养结合”是提高疗效的重要措施；②前庭时值缩短，植物神经中樞机能失调，高升压反应是高血压病患者机体反应性异常的特点之一，可作为高血压病机体阴阳失调的具体指征；③调整机体有些异常反应性是气功治疗高血压病获得长期疗效的主要机制之一；④测定机体反应性，以估计高血压病的疗效是否巩固，远较一次测压为优。

中西醫結合高血壓病分型分期的研究

(臨床和機制規律的探討)

上海市高血壓研究所

本文收集 183 例高血壓病患者臨床病誌以及臨床機制實驗室檢查材料，擬提出中西醫結合高血壓病的分型分期法，為進一步提高療效，探索高血壓病發病機制的規律打下基礎。根據臨床病因、個性特點及神態，初步歸納為思慮緊張型（長期、短期驚恐）、郁型（長期抑鬱、短期抑鬱、長期郁怒、短期郁怒）、未定型（有誘因、無誘因）及混合型等四型九亞型。在各亞型中又分別以陰虛陽亢、陰陽二虛分類及米氏早期（Ⅰ₂、Ⅱ₁）、米氏晚期（Ⅱ₂、Ⅲ₁、Ⅲ₂）相互參照。今介紹其材料及結果如下：

一、臨床研究部分

(一)新分型的臨床特點：各型個性以思慮緊張型多見緊張、思慮；郁型多見易郁及胆怯；未定型以急躁為最明顯。

遺傳因素在 183 例中占 46.7%，而以郁型為最少。平均發病年齡以郁型為最低。病程以郁型遠較其他二型為短。

(二)三種分型分期法間的關係：米氏分期與中醫分類法間的關係；本文資料加上前二年病例共為 833 例，其中陰陽二虛中，米氏晚期的分佈多於米氏早期，米氏早期中陰虛陽亢分佈多於陰陽二虛，說明中醫分類與米氏分期間成一定相對平行關係。

本文 183 例新分型與中醫分類的關係，其中思慮、緊張、抑鬱、郁怒等長期亞型之陰陽二虛百分率均各該亞型短期者為高。

(三)症狀分析：症狀改善與血壓的關係在新分型中，郁型患者二者不成正比，人數遠多於其他各型。

季節對病情的影響：發現病情的惡化不一定在冬天，有 40% 左右在夏天加重，而以郁型及未定型在夏天加重者大於思慮緊張型，而又以郁型中陰虛陽亢者在夏天加重多，陰陽二虛者在冬天加重多，是符合祖國醫學理論的。

本文論述了陰虛陽亢、陰陽二虛二大綜合征羣各症狀分佈情況，並對二者作了比較，發現在陰陽二虛中“腎虛”症狀多於陰虛陽亢，在新分型各亞型中，陰虛陽亢、陰陽二虛二大綜合征羣各症狀的分佈情況，亦有不同的差別。

經治療以後陰虛陽亢、陰陽二虛二大綜合征羣各症狀好轉亦作了細致的敘述及比較，發現陰虛陽亢中治後症狀惡化或無變化者主要是“腎虛”症狀，而陽亢症狀消失較易，可見“腎虛”是本，“陽亢”是標，陰陽二虛中治療後症狀惡化或無變化者主要也是“腎虛”的症狀，新分型中各亞型的中醫分類，亦均示“腎虛”症狀較不易好轉，其中又以驚恐亞型為最嚴重，符合祖國醫學“恐傷腎”的理論。從郁怒亞型中所示症狀及其好轉情況分析，主要病變為肝腎二臟，符合祖國醫學“郁怒傷肝”的理論，而此型所產生的“肝陽亢”症狀較“腎虛”的症狀易治，因此，其根本還在於“腎虛”，亦符合“在標的症狀易治，在本的症狀難治”理論。

从本文183例症状分析，其发病最初征候群以肝阳亢为最多，随着病程演进渐次出现心阴虚、脾阳虚、肾阳虚等症群，而挟风发生最晚。

(四)脉象舌诊：阴虚阳亢145例、阴阳二虚36例二者比较，前者以滑脉、数脉较后者多见，以细脉(大部分为弦细)、濡脉较后者为少见。

舌质：在阴虚阳亢145例中以正常与质红者最多，但舌质胖者亦不少。在阴阳二虚36例中质胖多而质红者较少。在新分型中胖舌者于长期各亚型多于其他各型。

舌苔：阴虚阳亢黄腻苔者多于阴阳二虚病例。

二、临床机制研究部分：

主要通过神经生理检查、机体反应性、内分泌、肾功能等方面的研究。

(一)神经生理检查：本文运用条件反射、脑电反应、前庭时值以及血管容积。在所述各型典型病例中，分别研究其高级神经活动、植物神经中枢，以及血管运动中枢等方面的功能性变化，初步获得如下的印象：

阴虚阳亢患者高级神经活动兴奋过程强者较多，植物神经中枢兴奋性较阴阳二虚为更高，血管运动中枢反应性增强，而阴阳二虚患者高级神经活动兴奋性减弱，植物神经中枢兴奋性较阴虚阳亢为低(但较正常人仍高，并其交感反应性增高，付交感反应性相对降低)，血管运动中枢反应性减弱。

本文在新分型中仅就其高级神经活动二信号系统的研究，初步观察到思虑紧张型第二信号系统不易向第一信号系统传递，郁型易于传递，而未定型二者均相差不大。

(二)机体反应性研究：运用屏息试验、心算试验、情绪试验、紧张试验、冷压试验、体位变异试验以及24小时血压波动程度等方法的观察，探索各型患者在内外环境改变时，对机体血压反应性的变化初步获得结果如下：

1. 心算试验及紧张试验：主要为加强皮层负荷以及信号冲突引起皮层细胞兴奋性，通过诱导法则致使皮层下加压中枢升压作用。

本文资料：上述二测定高血压患者均较正常人为高，而新分型思虑紧张型较其他二型又高。

2. 屏息试验及冷压反应：主要通过血液化学的变化及皮肤温度觉对冷刺激的反射，观察皮层下加压中枢的兴奋性，本文资料所示以郁型为最明显。

3. 情绪试验：主要通过往事的回忆(精神创伤性事蹟)，激起情感中枢兴奋性增高，导致皮层下加压中枢的升压作用，本文资料以郁型为最明显。

4. 体位变异：通过颈动脉窦压力感受器反射性的改变，引起升压或降压机制以分别判断加压或降压反射反应性，亦间接可测知交感与迷走神经兴奋性，本文所示郁型降压反射反应性低于其他各型，未定型升压反射低于其他各型。

5. 24小时血压波动情况：由于高血压患者在一昼夜之间接受外来及内在各种因素变动，血压可以有明显变化，本文所示郁型患者24小时血压波动程度较小于其他各型。

从以上机体反应性变化来看，新分型思虑紧张型病变主要环节在皮层细胞功能改变，郁型病变主要通过皮层精神创伤性痕迹反应，激起皮层下情感中枢反应性升高，最终导致加压中枢兴奋性升高。

(三)內分泌：由于測定病例較少，本身分泌功能波动較大，因此，較难提出分型分期的关系，但总的印象是高血压病患者肾上腺皮質糖皮质激素及醛固酮有不同程度升高，而17-酮类固醇在正常范围低閫。

(四)腎血液动力学及腎功能：本文以腎血流量、尿素廓清等，分別观察分型分期間的关系，提示未定型(原因待查亚型)其功能較其他各型为低，可能未定型与腎的关系較为密切。

(五)心电图、眼底及脈波速度：所示心血管病变障碍在阴阳二虛較阴虛阳亢为严重，可能認为前者是后者的发展。

(六)胆固醇：新分型中以长期抑郁亚型較其他各型血中含量为低。

三、討論

1. 新分型于临床及机制研究有某些不同的差別。

2. 从临床分析高血压病患者虽有不同的病因及其始动机制，但从症状及其治后症状好轉情况来看，其基本点还在于“腎虛”。

3. 从机制初步观察，思慮緊張型其病变主要环节可能在皮层，郁型主要可能在皮层下，未定型与腎的关系較为密切。

4. 探索了新分型，中医分类及米氏分期三者的关系，并提出高血压病新的分型分期法的建議。

空气离子化对高血压患者疗效的初步分析

卫生学教研組 陈邦宪 章怀璞

对于空气离子化应用于預防与治疗方面的問題。近年来国外医学方面研究很多，据文献記載人工离子化的环境，特别是阴离子化的空气具有良好的生物学作用，其中特別对 I、II 期高血压病可使血压下降，症状改善，是一良好的物理疗法，由于国内在这方面的研究还未看到有过报告，因此曾在国棉十七厂高血压病人中試行离子化治疗，得出了初步疗效分析。研究方法为选择二組病人各14—18人，病期基本相仿，一組为空气离子化与气功，另一組为单纯气功組，观察時間10天，接触空气离子化时间为每天1小时，观察結果空气离子化的降压效果非常显著，特别是收縮压的降低在10天結束时，平均比第一天开始时降低20—30毫米汞柱，舒張压降低10毫米汞柱，而单纯气功組收縮压平均降低10毫米汞柱，而舒張压的降低很少結果比較无差。以血压的绝对值表示时，离子化結合气功使血压改变情况平均为 $172/96$ 降为 $140/87$ ，而单纯气功組降压情况平均自 $158/97$ 降为 $150/95$ 毫米汞柱。选择二者中血压較高者4—5人进行比较时(舒張压 >100 毫米汞柱)，更可以观察到离子化环境对血压越高者降压效果愈显著。这与文献某些学者所提出的意見是相符合的。此外，还观察二組患者脈搏、呼吸方面的变化，离子化能使脈搏、呼吸有減慢的趋势。同时，我們又观察了不同气象条件与离子化濃度的互相影响，測定項目有溫湿度、CO₂与空气細菌，这方面由于測定离子濃度在技术上还不够精确，因此沒有能得出肯定的結論。

但是有一点是能說明問題的，即在空气离子化情况下，空气中的細菌量是大大減少了。

高血压病患者气功时尿中氨基酸的排出

生物化学教研组 孔良曼 高祈珍 丁宗武等

高血压病的发病机制虽至今尚无定论，但可以认为神经因素（高级神经或植物神经）在发病机制中占相当重要的地位，例如根据上海市高血压研究所的报告，高血压病人前庭时值较正常人低许多，说明其植物神经中枢机能失调。已知氨基酸代谢与神经活动有密切关系，例如对交感或付交感神经兴奋有关的正肾上腺素与乙酰胆碱，对大脑活动有关的 γ 氨基丁酸与5-羟色胺等，都是从氨基酸生成的，因此，我们想到高血压病患者的氨基酸代谢是否可能与正常有所不同。

另一方面，根据上海市高血压研究所的报告，认为气功是治疗高血压病的基本方法，可以改善植物神经中枢的反应性；气功的作用是否在于纠正了患者的氨基酸代谢，这是一个有待探讨的问题。

为取样方便并易于得到病人的合作，我们先从病人尿液的氨基酸分析着手，共分析了6名典型高血压病患者清醒静卧，但不做功时与气功时所排两次尿及夜间睡眠所排尿中的氨基酸种类、每小时氨基酸排出量及总氮量；并以患者本人另一天相同时间但不做功的尿样作为对照。尿样皆先经 Zeo-Karb 225 H⁺ 型树脂除去非氨基酸物质，然后用双向纸层析分析氨基酸种类，并用茚三酮颜色反应测定氨基氮总量。总氮量的测定则用未经树脂处理的尿，用 Kjeldahl 氏定氮法。

实验结果指出：气功时尿中所排出的氨基酸种类与不做气功时无甚差别。在点样总量为 $15 \gamma \text{NH}_2\text{N}$ 的条件下，主要氨基酸斑点为甘、丝、丙、谷氨酰胺、赖、精等，在图谱右上角区不出现氨基酸斑点。

从平均值（2—6天之平均值）来看，除一人外，另五人在气功时尿中每小时氨基氮排出量较不做功或睡眠时为低。因此，气功对高血压病患者的氨基酸排出量是起了一定的影响的，但我们取样的天数仅2—6天，不符合统计学上的要求，因此，只能说是初步结果，要肯定它还须继续增多试验天数。此外，氨基酸排出量的改变有两方面的可能性：肾脏对氨基酸重吸收能力的改变，或体内氨基酸代谢的改变。如果肯定了气功对高血压患者氨基酸的排出有影响，则尚须进一步分析血液中的氨基酸，以肯定是由于肾脏重吸收的改变还是代谢方面的改变。

伤 骨 科

中西医結合治疗长管状骨折及其机制之研究

上海市伤科研究所 执笔者 过邦輔

骨折治疗有其悠久的历史，数千年的經驗累积，不論是祖国医学或现代医学，对治疗都有一套完整的原則和方法。由于客觀的条件，发展的方向有所不同，但总的原則相差不大。为了吸取两者之长，我所自1958年开始摸索中西医結合的骨折疗法，并冀图从理論上来加以闡明。

我所自1960年11月至1961年9月共治疗长管状骨折231例。我們处理的原則是：①局部治疗是以力爭一次正确整复，确实固定；②貫徹动静結合的精神，早期开展功能鍛鍊；③在分期疗法的基础上，进行辨証施治。肢体的活动度是根据垂直压力和剪式力量的大小来决定，再配合临床X綫檢查，决定不同的活动範圍。临床癒合标准是以(1)局部无压痛，无叩击痛；上肢能自动地外展至60°，下肢能自动地直腿上举30°；(2)骨折处无異常活动；(3)患肢剪式力量为健側的 $\frac{1}{2}$ ，挤压力量为健側的 $\frac{1}{2}$ 依据。若符合上述条件的任何三項，即为临床癒合。231例长管状骨的平均固定或牵引時間以及临床癒合時間如下表：

长管状骨干固定与临床癒合時間

	阶段	病例	固定時間 (平均日数)	牵引時間 (平均日过)	临床癒合時間 (平均日数)
肱 骨	I	6	40.7	—	57.7
	II	7	31	—	32
尺 桡 骨	I	18	50.6	—	59.2
	II	27	36.2	—	38
股 骨	I	12	44.3	42.8	67
	II	11	26	24.7	55.5
脛 腓 骨	I	17	60.2	—	64.8
	II	30	34	—	39.95
庫 列 氏	I	25	36.2	—	32.3
	II	51	14.1	—	19

疗效之所以能提高，这与我們加强三个环节，即整体治疗，局部治疗和动静結合分不开的。

整体治疗是祖国医学的独特部分，是辨証施治在骨折处理上的具体应用。目前虽尚难肯定其特异性作用，但从症候的改善来看，它可以調节机体平衡，糾正因损伤而引起的体内紊

乱，这就将骨折癒合的过程处于有利地位。外敷药主要是用我所魏家祖傳的碎骨丹，他可以通过机械性刺激，使局部血行增加；至于有否化学作用，尤待进一步研究。此外，外敷药硬干后，形成一硬壳，是良好的局部固定物。内服药的应用是在分期疗法的基础上进行辨証。早期的主要症候表现为热証、实証，是因瘀血而产生。治疗是以活血化瘀为主。中期是以补肝肾强筋骨为主，同时再用一些活血化瘀药物。通过肾上腺皮质功能和性腺功能的检查，初步认为补肾很可能与调节内分泌功能，有利于糖代谢，蛋白代谢有关；其机制于睾丸素的促进同化作用和硫化作用类似。从辨証角度来看，应从素质、气血、五脏症候来进行八綱归納。从素质上可以对体质素虛或神經紧张类型者，调节各期用药。气血两伤是骨折后的必有现象，应按不同程度用药。我們首先对理气药物进行分析，认为它的作用与枸橼酸有关。枸橼酸不但与代谢过程中的能量有关，亦即是气的溫熙作用，同时对后期的骨痂鈣化有密切的关系。五脏辨証是找出主要矛盾，便于施治。

局部处理首先是在改善全身情况下进行的，争取早期一次正确整复。在麻醉下，联合採用祖国医学拔、伸、捺、正和骨折后的解剖特点进行整复。整复有困难时，并不勉强求得解剖复位，以日后的功能恢复为重。固定是以改良的木片夹板进行，基本上不超过上下两关节，再配合压垫。目的是使断端保持止动，但不妨碍肌肉的活动，同时还能发挥肌肉活动的有利因素，来增加骨折断端的纵向挤压力量，加速骨折的癒合。此外，有些干骺端骨折，如庫列氏骨折，肱骨外科頸骨折和股骨頸囊內骨折採用嵌頓方法可促进临床癒合，便于早期功能鍛鍊。

最后，固定与活动之間的协调是非常重要的关键之一。过久的固定不但引起关节强硬，粘連和肌肉攣縮等后遗症，这已用实验得到証实，同时将使骨折的癒合延迟。因此我們对动静結合有下列几点看法：①保持局部肌肉的活动，可以保持其生理張力，协助肿胀的消除。肿胀的消除肯定对骨折癒合有利。②經常功能鍛鍊可以改善骨折的整复情况。有些对位对綫較差的尺桡骨和脛腓骨骨折，可以通过上下关节的活动和肌肉舒縮活动，得到进一步的糾正。③在夹板压垫的控制下，肌肉的活动可以产生骨折断端的纵向压力，促进骨折的癒合。这亦已用动物实验获得証实。根据我們的意見，“动”不是断端間的活动，而是通过肌肉的活动，造成断端間的纵向生理性压力，使局部更好地“靜”；正由于局部更好的“靜”，所以更能发挥肌肉的“动”，造成对骨折有利的良性循环，④通过动静結合，更能发挥病人的主观能动性，改变病人对骨折后不能活动的錯誤看法，就能积极开展自动性活动，有利于骨折癒合，减少日后的併发症。

股骨頸囊內骨折的手法嵌頓治疗

上海市伤科研究所 柴本甫 張沪生 錢不凡 蔡体栋 陈正中 湯华丰

股骨頸囊內骨折的治疗比較复杂。目前的临床資料仍說明疗效还不够滿意，因此甚需找出一个比較简单而有效的方法。我們应用手法使內收型骨折中的骨片互相嵌頓，使較垂直的骨折綫变成較平橫的骨折綫，Pauwel氏角得以减小，如此剪式力量可以消灭或减小，轉而为挤压力量；并且骨片挤压在一起，可以减少囊內骨折所特有的关节液对癒合不良的作用。这些不利因素的消除对內收型骨折癒合甚为有利。即使对外展型骨折來說，原来癒合条件已經很好，通过嵌頓可以使骨片更紧密地挤在一起，癒合条件更为优越，同时也可以因此而减少

外展型骨折骨片滑脫的可能性。病員也可以更早起床練習負重行走。嵌頓手法操作：對內收型骨折先在靜麻下整復，使骨片在正側位X綫中都顯示復位滿意，然後在股骨大粗隆及足跟處叩擊，造成骨片的相互嵌入。嵌頓完成以後，根據骨片嵌入情況，用石膏袴或者用石膏鞋固定一個時期，再逐漸起來練習行走。對外展型骨折中，一般不需整復，嵌頓後也不需要外固定，在短期內即可起床負重。在已進行的15例病例中，內收型骨折都可造成骨片相互嵌入，自0.4厘米至1.5厘米不等。外展型骨折一般可以在原有嵌入情況，再增加0.5厘米，大大地增加了穩固性。

外展型骨折效果甚為穩定，而內收型骨折在嵌頓後觀察過程中，因當時受傷與嵌頓相隔時期太長，嵌入不夠緊，外固定不夠，或者下地負重過早，使部分病位已經獲得的嵌頓重新喪失，骨片開始逐漸滑脫。若這些因素能夠防止，療效必能進一步提高。

此外在嵌頓和復位過程中，患髁不宜屈曲太多，外展也不宜太多，以免引起股骨頭血循環的損害而造成無菌壞死。

脛腓骨骨折的中西醫結合治療

上海市傷科研究所 柴本甫 錢不凡 張滬生 蔡體棟 陳正中 湯華丰

根據我所在過去治療新鮮骨折的病例來看，脛腓骨是較常見的骨折，共有47例。小腿骨有其解剖特徵，在治療時可加以利用。脛骨位於皮下，內側面較平整，是提供外固定的良好條件。腓骨四週雖有較多的肌肉附屬，但其外側面還是比較平整，亦可有利於外固定。在脛腓骨之間有脛前筋膜和骨間筋膜，兩者之間有四塊肌肉。這些組織結構亦為斷端的固定提供良好條件。若脛骨整復，通過脛骨間隙間組織的推擠，腓骨亦能恢復解剖關係，並且可以利用腓骨來保持整復。此外，骨折後，往往有一側的軟組織較完整，可作為整復和保持的支點，這對旋轉傷力而引起的螺旋骨折的整復尤為重要。

在整復時，穩定骨折與不穩定骨折應分別對待。在麻醉下，可以減少因整復而給予的軟組織損傷。整復後，對穩定骨折可用夾板和壓力墊維持；對不穩定骨折，則必須依賴軟組織完整的一面來起槓桿作用。對容易移滑的病例，短時期的牽引仍是必要的。成角是脛腓骨骨折常發現的畸形。這可利用夾板和壓力墊來糾正。向兩側成角可用內外夾板和壓力墊控制。若向前後成角，可以利用後夾板和壓力墊放置位置來加以糾正。固定後，對穩定骨折可以早期協助病人起床，扶杖負重，使骨片進一步緊密接觸；對不穩定骨折需待三星期左右才能下地，以防止重新移位和縮短。

臨床癒合時間是根據我們的骨折四項標準來衡定的。第一階段的固定平均時間為90.2天，臨床癒合平均時間為64.8天。第二階段的療效有所提高，固定平均時間為34天，臨床癒合平均時間為39.95天。療效的測定主要是根據X綫檢查，因為自開展中西醫結合以來，關節的活動都較好，肌力亦強，故意義不大。結果分三類，以成角、對位、縮短和旋轉情況來分“良好”，“滿意”和“差”三級。屬良好者占88%，滿意者和差者各占6%。不論是滿意和差的病例，功能均良好。

在治療脛腓骨折的過程中，我們認為如何能控制旋轉畸形，同時又不限制上下兩關節的活動是值得考慮的，尤其是斜形和螺旋骨折，這畸形非常常見，我們曾用石膏條做反傷力的螺旋式固定，療效滿意，僅提出以供參考。