

600130

# 臨床經驗匯集

(國慶獻禮)

山西省晉北專區忻定人民醫院

1960, 丁酉, 1.

## 前 言

我院全体医务人员，在党的领导下和在总路线的光辉照耀下。破除了迷信，解放了思想，以敢想，敢干的共产主义精神，积极地投入了科学研究的洪流。掀起了“人人搞科研，个个写论文”的竞赛热潮。并初步取得一些成绩，汇编成册，以资交流经验，巩固成果，做为向国庆节的献礼。

由于，我们经验还不多，学识浅薄，水平有限，时间仓促。在内容和编排上还存在着不少的缺点和错误，谨希读者多加批评指导。

1960年10月1日

## 目

## 錄

|                              |      |
|------------------------------|------|
| 1、子防医学在腸梗阻發病上的意义             | (1)  |
| 2、中医治療血栓閉塞性脉管炎               | (7)  |
| 3、針刺治療急性尿瀰留                  | (12) |
| 4、应用骨癆合剂配合病灶清除術治療骨關節結核58例分析  | (14) |
| 5、保护性血凝塊治療慢性骨髓炎方法和体会         | (18) |
| 6、中医治療急性慢性蘭尾炎35例报告           | (21) |
| 7、肛門直腸瘻挂綫療法与手術切除初步报告 附115例分析 | (25) |
| 8、痔核的辯証論治                    | (30) |
| 9、針刺治療腮腺炎6例报告                | (34) |
| 10、治療大面積燒傷总结附兩例报告            | (35) |
| 11、小腸外薄膜包繞症                  | (39) |
| 12、急性局限性迴腸炎                  | (41) |
| 13、小腸囊泡性气腫                   | (43) |
| 14、前列腺良性肥大及其治療               | (48) |
| 15、小儿桡骨小头半脫臼                 | (50) |
| 16、胰腺头部病                     | (52) |
| 17、鷄眼的封閉療法                   | (53) |
| 18、西瓜子引起的腸梗阻                 | (55) |
| 19、脾曲蘭尾炎1例报告                 | (56) |
| 20、非穿孔性胆汁性腹膜炎合併蛔虫性腸梗阻急性蘭尾炎   | (58) |
| 21、自發性胃瘻                     | (60) |
| 22、中西医结合治療破傷風                | (61) |
| 23、乙狀結腸扭轉                    | (63) |
| 24、蘭尾类病                      | (64) |
| 25、中药治療功能性子宮出血效果初步观察         | (65) |
| 26、穿顱術的改進                    | (67) |
| 27、联体双胎难產1例报告                | (69) |

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| 28、胎膜外注射雷夫奴尔人工流产初步观察.....     | ( 71 ) |
| 29、維斯涅夫斯基局麻在妇产科临床应用的初步观察..... | ( 73 ) |
| 30、換髓注射法治療小儿葡萄球菌腦膜炎輔助作用.....  | ( 76 ) |
| 31、在医療設備簡陋条件下如何診治小儿黑熱病.....   | ( 79 ) |
| 32、小儿重症支气管肺炎治療經驗介紹.....       | ( 85 ) |
| 33、中葯治療小儿腎炎的体会.....           | ( 87 ) |
| 34、針刺急救小儿衰竭虛脫.....            | ( 89 ) |
| 35、針刺治療小儿麻痺症的初步体会.....        | ( 91 ) |
| 36、針刺治療小儿單純性消化不良初步体会.....     | ( 93 ) |
| 37、胆道蛔虫症診斷与治療.....            | ( 95 ) |
| 38、用中葯治療腎臟炎的体会.....           | ( 99 ) |
| 39、青霉素過敏反应的机制与防治措施.....       | (101)  |
| 40、鴉胆子治療阿米巴痢疾观察.....          | (106)  |
| 41、針刺角膜潰瘍 7 例报告.....          | (107)  |
| 42、針刺治療小儿急性咽喉支气管炎.....        | (108)  |
| 43、醋炒豆腐治療痔出血.....             | (109)  |
| 44、子宮外口粘合致分娩障碍 1 例报告.....     | (110)  |
| 45、蜂毒注射液試制初步成功.....           | (111)  |
| 46、針刺麻醉拔牙 1 5 例报告.....        | (112)  |

# 預防医学在腸梗阻發病上的意義

## (附 115 例 臨 床 分 析)

李正宏、閻尚德、李全時

腸梗阻為外科常見疾患之一，在腹部外科疾患中僅次於蘭尾炎居於第二位，然其損害之嚴重死亡率之高則遠甚於蘭尾炎，所以腸梗阻仍為當代外科範疇重要課題之一，近年來國內外文獻，屢有報導，然多着重探討，早期診斷、治療方法術前術後的正確處理以及降低死亡率等等，且多限於各大都市及各大醫院之病例分析，對腸梗阻之預防則鮮有討論。

我國古代學者即很重視預防医学，如內經素問中即有：“聖人不治已病治未病不治已亂治未亂。夫病已成而後藥之，亂已成而後治之，譬猶渴而穿井，斗而鑄錐，不亦晚乎”黨的衛生工作方針也一再強調預防之重要意義，預防医学不僅適用於一般疾病，也適用於外科疾病，甚至腸梗阻，本文擬就我所收之腸梗阻115例加以分析。並討論其與預防的關係，以供同志們參考。

### 病 例 分 析

1、發病率：我院於1956年1月至1958年12月三年中外科住院總人數為：1994人，急腹症病人482人其中腸梗阻115例。占外科住院總人數5.7%，占急腹症患者23.8%，機械性者76例占66%，動力性者28例占24.3%，其中麻痹性者23例，癱瘓5例，腸系膜血栓性者1例(1%弱)，其中10例8.7%原因不明。(表1)根據黃氏(2)等收集北京市各醫院之腸梗阻1024例，屬於麻痹性腸梗阻者僅5例，劉氏(8)等之210例中

表一：  
115例腸梗阻之病因分類

|             | 病 因    | 例 數 |
|-------------|--------|-----|
| 機<br>械<br>性 | 嵌頓疝    | 19  |
|             | 腸蛔蟲症   | 13  |
|             | 腸粘連    | 13  |
|             | 腸管腫瘤   | 17  |
|             | 腸扭轉    | 6   |
|             | 腸憩室    | 6   |
|             | 肛門閉鎖   | 4   |
|             | 局限性迴腸炎 | 3   |
|             | 腸套疊    | 3   |
|             | 巨結腸    | 1   |
| 動力性         | 異物紗布   | 1   |
|             | 腸穿孔    | 10  |
|             | 腸穿孔    | 10  |
|             | 腹部外傷   | 3   |
|             | 痙攣性    | 5   |
|             | 腸系膜血拴性 | 1   |
|             | 其他原因不明 | 10  |
|             | 小 計    | 115 |

表三：  
115例之年齡分佈

| 年 齡    | 病 的 數 |
|--------|-------|
| 0——1   | 6     |
| 1——10  | 9     |
| 11——20 | 13    |
| 21——30 | 35    |
| 31——40 | 22    |
| 41——50 | 15    |
| 51——60 | 15    |

表二：腸梗阻之性別與發病原因之關係

|    | 機 械 性 | 痙 攣 性 | 血 拴 性 | 其 他 | 小 計 |
|----|-------|-------|-------|-----|-----|
| 性別 | 例 數   | 例 數   | 例 數   | 例數  | 例 數 |
| 男  | 63    | 21    | 1     | 7   | 92  |
| 女  | 13    | 7     |       | 3   | 23  |

占80例39.9%，其中急性腸膜炎所收最多，急性蘭尾炎穿孔次之，本文則蘭尾炎腸穿孔為最多各10例，機械性腸梗的病因是多样的，各報告不同，所占比率如黃氏1024例中占334例，劉氏等占18.4%，何氏(4)占54.9%，徐31.5%，均居第一位，與本文符合。B.N.CTPYHKOB<sup>(6)</sup>占19.8% M·N·KOJIOMNN HEHKO<sup>(7)</sup>占20.3%，各居第二位。

近年來由於腹部手術類數的增加，粘連所致之腸梗阻有所增加，報告之254例中，粘連及帶狀物者躍居第一位，占44.8%，本文，粘連及腸蛔蟲症各13例居第二位。

2、性別，男多於女，男性92例，女性23例，男：女等於4：1，各家報告略同，其性別與發病原因之關係（表三）。

3、年齡：最小者2月，最老者60歲，其中以21——40歲者為最多57例占

50%。

4、職業：因本院面對農村，所以絕大多數患者為農民農婦共61例，占53%。

## 討 論

(一) 腸梗阻之預防，由於腸梗阻之病因複雜，部位不定，發病機制尚未獲得統一認識，對部分類型，腸梗阻的預防目前尚無良策，但對部分腸梗阻則肯定可以預防避免發生，正如大家所熟知，腸梗阻一但發生其病程發展非常迅速，在短時間內即可造成嚴重損害，甚至危及生命，如果不能得到及時治療，或者由於處理不當，給以嗎啡等鎮痛劑，延誤診斷，或由於距離醫院太遠，在途中耽誤時日，均可使病情加重，其或失掉治療時機，這在我國占80%人口的廣大農村中，尤為重要。至解放十年來，我國廣大人民生活、經濟、衛生知識，都有了顯著的提高，就醫機會大大增加，但廣大人民對腸梗阻這一嚴重疾病的危害性仍然認識不足。以致其發病率，仍很高，這就要求我們醫務工作者，貫徹愛國衛生運動，通過已經建立的保健網，深入群眾，廣泛的進行宣傳教育。從闡明腸梗阻的病程及嚴重後果和死亡率等方面進行宣傳，定期進行體格檢查，預防治療。一但發病進行早期的診斷治療，對急腹症的途中運送給以優先權等，必須採取有效措施，為降低腸梗阻的發病率而奮鬥。現就嵌頓疝、蛔蟲症、粘連性等可預防之腸梗阻56例（占總數之48%），分別討論於下：

1、嵌頓疝：本文機械性腸梗阻，76例中嵌頓疝，19例占16.5%，此19例均為腹股溝斜疝，本院同期治療之腹股溝斜疝僅60例為3.2:1，根據作者了解在廣大農村中，農民均參加繁重的體力勞動，故疝的發病率是比較高的。但到醫院就醫者并不太多。此中原因雖有種種；但主要由於患者無嚴重自覺症狀，經常可以還納，對其嚴重後果又無足夠的認識，致有發生數年數十年而不加治療。直至嵌頓發生疼痛劇烈，自己試行還納，不能成功。始往醫院就治。這在門診工作中也能深深体会到動員一名疝患者手術，須進行很多的解釋才能獲得同意。所以國內文獻報告嵌頓疝居第一位，其原因即在此。本文19例經手術治療者15例，3例行腸切除腸吻合術，12例行嵌頓性緩解還納，疝修補術。1例腸切除后因中毒腹膜炎而死亡。保守療法之四例中，1例死於中毒休克，其他三例經行0.25%奴夫卡因兩側腎囊封閉，安靜臥床，未加任何壓力而自行還納，於休息數日後始行疝修補術。此類病人如能在嵌頓前進行預防性手術治療，無疑的可免於許多人力物力之損失，也可減少痛苦免於死亡。

2、腸蛔蟲症共13例，6例經0.25%奴夫卡因兩側腎囊封閉，腹部按摩及灌腸等保守治療而治癒。另外7例均行切開腸管取出蛔蟲，蟲數介於32——86條之間，蛔蟲不僅可以形成腸梗阻，且可引起其他嚴重外科疾患：如胆道蛔蟲症，腸管穿孔等，如能改善群眾之衛生習慣，杜絕蟲卵播散，預防蛔蟲之孳生或早行驅蟲治療則此類病例當也可避免。

3、腸粘連，近年來腸粘連之發病率顯著增高，腸部手術類凡增加固有關，但剖腹時之操作粗暴，保護組織不夠也不能說無關，故作為一個外醫師來說，在手術時之愛護

組織、確有头等重要意义。本文13例无一例死之。由於近年來剖腹手術類數增加，腸粘連之發病率也有顯著上升，目前對腸粘連之預防雖未能根本解決，但手術時之操作輕柔保護組織仍為重要措施，且近年來有不少學者提出一些有效的預防辦法，腹腔放置及注射藥物如：油類膠行物、消化酶，腎上腺皮質激素、羊膜、胎盤組織液、羊水等，如能多方面的進行綜合措施加以預防，當可使術後腸粘連之發病率有顯著降低，本文屬於腸粘連性之腸梗阻者13例，幸无一例死亡。

4、腹腔遺留紗布塊所致之腸梗阻一例，系於兩週前在某衛生院行剖腹產術，腹腔遺留紗布塊，經手術後轉回衛生院治療，後經通訊問，結果死亡。此例純系人為之腸梗阻。不僅完全可以預防也不應發生。每一外科工作者不可不慎。

5、麻痺性腸梗阻中有10例為蘭尾穿孔，導致腸麻痺，其就病時間距發病時間一般均較長，且絕大部分病例均經過嗎啡注射及內服瀉劑等，顯系處理不當所致，10例中全部進行了手術治療，蘭尾切除術及腹腔引流等，一例於手術後死於腹膜炎及中毒。未能挽救。

6、其他原因不明的10例中，除三例因入院較晚，腹膜炎現象嚴重，全身衰竭，於入院很短時間內即發生死亡。其餘7例或為本人或為家屬堅決拒絕手術治療。出院或轉院。其主要原因為對手術之恐懼，對疾病嚴重性認識不足。其預後想不會更好，若能充分進行宣傳教育工作，則此7例也可進行手術治療。

(二)腸梗阻之診斷：腸梗阻固由其病因複雜，部位不定，早期診斷確有一定困難，但本組病例就治均較晚。(表四)固有大部症狀出現，除部分嵌頓疝外，其餘全部進行了胸腹部X綫透視，証明有積氣，階梯狀液面，腹膜脂肪綫消失等現象，在鑑別診斷為機械性或動力性者方面，全部病例採用了0.25%奴夫卡因兩側腎囊封閉，因其對於神經系統有抑制作用與微弱的刺激作用，可使痙攣變為弛緩，麻痺的變為增強。

表四：115例發病到就診時間之分佈

| 發 病 到 就 診 時 間 | 病 例 數 |
|---------------|-------|
| 1——6 小时       | 11    |
| 9——12 小时      | 6     |
| 13——24 日      | 21    |
| 2——3 日        | 31    |
| 4——5 日        | 21    |
| 6——8 日        | 8     |
| 9 日 以上者       | 17    |

表五：手術方法与死亡率之关系

| 手 術 種 類   | 病 例 數 | 死亡例數 | 百 分 率 % |
|-----------|-------|------|---------|
| 腸切除吻合術    | 12    | 5    | 61.6%   |
| 穿孔縫合術     | 11    | 4    | 36.3    |
| 蘭尾炎腸憩室切除術 | 16    | 1    | 6.2     |
| 粘連松解切斷術   | 10    |      |         |
| 痛緩解修補術    | 12    |      |         |
| 切開腸管取虫術   | 7     |      |         |
| 肛門形成術     | 4     |      | 100     |
| 腸造瘻       | 1     |      |         |
| 其 他       | 7     |      |         |
| 小 計       | 80 例  | 11   | 13.7    |

(手術总死亡率)

强，經观察30—60分鐘后，若为动力性則症狀开始逐漸減輕，甚至在15分鐘后即有排气，排糞等腸梗阻緩解情况。

(三) 治療：115例中80例進行手術治療，手術类种見(表五)，35例進行保守療法，不論手術与否都同时行進水与电解質的补充，輸血、胃腸減压、氧氣吸入，青霉素、鏈霉素、維生素等应用及对症治療，部分病例進行了藥物睡眠治療等。

表五：手術方法与死亡率之关系

(四) 死亡率及死亡原因：

在115例中死亡16例，死亡率为13.9%，進行手術治療80例中，死亡11例，死亡率为13.7%，保守療法之35例中死亡5例，死亡率为14.3%分析其死亡

原因，由於多數患者已達晚期，均有全身衰竭腹膜炎中毒，以及程度不同的脫水或休克等，故不易明確分別其原因，然其死亡率似與下列幾點關係密切，發病時間愈長死亡率愈高，以2……8日間死亡率最高12例占75%，但8日以上者死亡率反減少，此等病例包括腸道腫瘤及肛門閉鎖之不全梗阻在內。

2、死亡率與梗阻之病因有關本組以腸扭轉及腸穿孔死亡率較高，腸蛔蟲症肛門閉鎖等則死亡率。

3、腸切除術也是增加死亡率之原因；本文腸切除術共12例，死亡即有5例，腸穿孔者術後腹膜炎之症狀未能減輕，神經系統的嚴重紊亂未得到調整致死亡4例，另1例腸造瘻術也於術後死亡。

## 總 結

本文就1959年1月——1958年12月治療之腸梗阻115例分析，說明預防醫學在腸梗阻發病率上之重要意義，並指出部分腸梗阻，占本組病例之48%是完全可以預防的，關於診斷治療及死亡原因等也略加討論。

# 中医治療血栓閉塞性脈管炎

李正宏 閻尙德 李全时

血栓閉塞性脈管炎，為我國北方諸省常見疾病之一，遠在兩千年前祖國醫學文獻即有記載，稱：手足脫疽或脫骨疽，十指零落等，近代醫學則在1908年始由BUERGER氏將此病進行了較詳細的報導，故又稱BUERGER氏病，其病理變化，主要為侵犯四肢血管的原發性病變，特別是下肢的中小型動脈更易受侵表現為非化膿性全層血管炎。同時有血栓形成，繼而血管發生機化，且可能再形成若干小管通過機化的血管。血管壁則無死壞現象。病變常程明顯的節段性，血管形成之節段間，血管內膜往往正常，隨着病程的進展，血管內膜增厚，細胞浸潤，血栓機化纖維組織增生，血管外膜及血管周圍組織纖維化，由於血管阻塞側枝循環不能完全代償其功能，故引起遠端缺血營養不足而發生壞死，至於治療則依其病程早晚的不同，治療方法為保守療法與手術療法兩大類。保守療法如奴夫卡因股動脈封閉，腎脂肪囊封閉，腰交感神經封閉，高滲鹽水注射，硫酸鎂靜脈注射，組織療法，皮下氧氣注射。傷寒菌苗靜脈注射，足部運動等；手術方法則有動脈周圍交感神經切除術，動脈切除術，交感神經節切除術，腎上腺切除術，血管內膜切除術，血管移植術，截肢術等，雖各有一定效果，但保守療法，效果多不能滿意，手術療法則複雜，需有一定技術水平與醫療設備，甚至犧牲患肢失掉勞動力，我院自一九五八年四月初至一九五九年三月底一年中应用中藥四妙勇靈湯治療本病六例，均收卓越之療效，特報導於下：

## 祖國醫學對本病之認識

祖國醫學遠在兩千年前即發現此病而有記載，黃帝內經靈樞痛疽篇：發於足指名曰脫疽，其狀赤黑死不治，不赤黑不死，不喪急斬之否則死矣，外科正宗：“夫脫疽者外腐而內壞也，此因平昔厚味膏粱熏蒸臟腑丹石補藥，清醇膏水，房事過度，氣血精傷凡此患者多生於手足，手足及五臟枝干，瘡之初生形如粟米，頭暈一點黃泡其皮如棗熟紅棗，黑氣浸漫傳遍五指，傳至脚面，其病由濕滯火燃，其形則骨枯筋縮，其歲異者難解，其命仙方難治”外科真詮中有：“人身氣血周流於上下而毒氣不能結聚於一處，火毒之聚於一處者，亦乘氣血之虧也。”醫宗金鑑“然脫疽遍生屬陰經之指者居安履危如此。”外科大成有：“此毒積於骨髓，不紫黑者生，未過節者不治，若黑浸五趾上傳足踝形枯筋縮疼痛氣穢者死是症也在肉則割之在指則截之”醫方新論：“黑色不退，久則潰爛，節節脫落，延至手足背腐爛黑陷，痛不可忍”由此可見祖國醫學對本病之病因病理症狀，治療預後，病程轉歸，好發部位等均有正確的記載和認識。

## 藥物介紹

我們所用之主藥四妙勇要湯，包括當歸二兩，元參三兩，金銀花三兩，甘草一兩，

1、當歸含0.2%精油，40%蔗糖及一種鹼性結晶，丁炔甾草碳酸，味甘溫，主諸惡瘍瘡，金瘡溫中止痛，活血補血可使血循改善，身體溫暖對四肢冷感及疼痛有良效，循環障礙均能活之，且可弛緩子宮肌，對血管也有弛緩及擴張作用故在血栓閉塞性脈管炎之治療上起主要作用。

2、元參，含元參素，味苦微寒，下寒血消腫痛滋陰清熱，小量有強心血管收縮作用，使血壓上升，大量則可擴張血管，使血壓下降，緩解血管之痙攣，改善血循環，且能使血糖下降，對已發生。坏疽及感染者則有消炎解毒作用。

3、金銀花，含有皂素，六羟基环己烷，花有纖維糖，主治諸腫毒，痛疽疥癬，楊梅諸惡瘡寒熱可解，能殺菌，消炎，解毒。

4、甘草，含甘草糖，甘草露糖，葡萄糖，醇醇及類動情毒物質，味甘平為調血解毒藥，堅筋骨長肌肉，倍氣力有強壯作用，清熱解毒強心祛痰，協和諸藥，使之不爭，生肌定痛。解百草毒故在炎症制止與修復上都有一定作用。

## 四物二陳湯

當歸二錢 川芎二錢 牛夕二錢 柴胡二錢 白茯苓二錢

木瓜二錢 牛膝二錢 熟地三錢 白朮三錢 白芍三錢

薏米三錢 威靈仙三錢 紅花三錢 陳皮二錢 防風三錢

防己二錢 姜活二錢 半夏二錢 秦艽二錢 炙草一錢

生姜三片 紅棗三枚 煎服。

## 人參養榮湯：

白芍、人參、陳皮、生芪、枳心、當歸、白朮、甘草、熟地、遠志、五味子、生姜三片紅棗一枚、水煎服。

## 陽和湯：

熟地、鹿角膠、白芥子、甘草、杜仲、紫油桂、炮姜、麻黃。煎服。

煎服方法，為將四藥加水1200毫升煎至約300毫升，紗布過濾為頭汁，再加水約600毫升煎至約300毫升用紗布濾過，并擠出落渣中所含液汁為二汁，日服一劑早晚各一次。

## 。病例報告：

例一：崔紅病歷號35494，年令33，發病時間5年。

症狀：左足陣發性疼痛已五年并有間歇性跛行，左足輕度腫脹，色紫褐有光澤第五

趾黑褐色坏死，足背动脉搏动消失，患肢发凉，疼痛甚剧，左则桡动脉搏动亦消失。

### 曾經治療：

- 1、0.25%奴夫卡因股骨封閉。
- 2、10%硫酸鎂靜脈注射。
- 3、25%葡萄糖股動脈注射。
- 4、5.25%奴夫卡因兩測腎半封閉。
- 5、左測腰交感神經切除術。
- 6、左小腿上三分之一截肢術。

療效：疼痛減輕仍留有患肢殘端麻木，傷口不癒合，持續達六個月，左則桡動脈搏亦恢復，患肢有肌萎縮現象。

### 中藥治療：

服四妙勇安湯共16劑

治療效果：患肢疼痛消失，殘痛傷口完全癒合，左桡動脈搏動亦恢復，全身情況好轉。

例二：田×病歷號3887，年令42，發病時間10年。

症狀：於10年及6年前分別有一段時間的右足疼痛，間歇性跛行，近四日疼痛加劇，夜間痛尤劇，抱足而坐徹夜不眠，右足發冷，足背動脈消失，右足趾甲脫落，色黑褐，潰爛有惡臭。并有感染征，患趾腫脹，右側腓動脈較健側減弱。

### 曾經治療

- 1、10%硫酸鎂靜脈注射。
- 2、0.25%奴夫卡因股骨封閉。
- 3、小腿下三分之一截肢術。

療效：疼痛減輕夜間疼痛仍存，睡眠不佳，食慾不振。

### 中藥治療

內服四妙勇安湯10劑

治療效果：疼痛消失，精神食慾均好轉。睡眠亦正常，痊癒出院。

例三：王×偉，病歷號17953年令42，發病時間兩月。

症狀：兩足跗趾內側疼痛已兩個月，夜間痛著明，行路后加重，兩足趾暗赤，并於趾甲旁有米粒樣水泡破潰，兩側足背動脈搏動均微弱，有冷感。

### 曾經治療：

- 1、10%硫酸鎂靜脈注射。

2、0.25%奴夫卡因封閉。

3、組織療法。

療效：疼痛減輕，能參加部分工作，夜間痛仍存，需經常內服安眠藥，局部破潰癒合。

### 中藥治療：

四妙勇安湯10劑。

夜間痛也消失，能參加日常工作，足背動脈搏動有力。

例四：張×章病歷號40351，年令53，發病時間三月。

症狀：右足有四、五趾疼痛、發冷，足背部動脈搏動微弱，無汗，趾甲脫落。

曾經治療：未作任何治療。

療效：

### 中藥治療：

四妙勇安湯35劑。

治療效果：疼痛消失，坏死趾脫落，傷口癒合，足背動脈搏動良好。

例五：劉×小病歷號48812，年令34，發病時間5年。

症狀：左足麻木疼痛，漸加重，腫脹，發涼每晚痛加重，坐臥不安，足背動脈搏動消失，左足第一、二趾發黑坏死，不能步行。

### 曾經治療：

1、10%硫酸鎂靜脈注射。

2、1%奴夫卡因10西西股動脈注射。

療效：左足發冷減輕。

### 中藥治療：

1、四妙勇安湯15劑，

2、四物二陳湯3劑，

3、人參養榮湯2劑，

4、陽和湯 2劑，

療效結果：疼痛消失，坏死趾節脫落，已能行走。

例六：趙×保，病歷號51882，年令30，發病時間2年。

症狀：於2年前有右足疼痛，腫脹，右足第二趾脫落一節後好轉，近三個月又有疼痛，間歇性跛行，近來已不能步行，第一趾發黑趾甲脫落，破潰有感染征，足背動脈消失。

### 曾經治療：

1、10%硫酸鎂靜脈注射。

2、1%奴夫卡因股动脉封閉。

療效：无明顯進步。

## 中藥治療：

四妙勇安湯23劑

四物二陳湯2劑

療效結果：疼痛消失，坏死組織脫落，傷口癒合，已能自己步行。

## 臨床分析及討論：

1、本文報告之六例除一例有左側桡动脉搏動消失但无劇痛，其余均为下肢与一般文献所記載之好發部位相同。

2、性別年齡，6例全为男性，年齡最大者53歲，其余均为30—142歲間，当就其初發年齡时較此为年青。

3、关於病因，僅一例有明顯之受冻史，全部有較多的吸烟，其他原因則不明顯。

4、六例中五例晚期病例，足背对脉消失，已有一至二趾坏死，病程最長者持續10年，一例發病僅两个月亦有趾旁破潰。

5、經六例的治療全部得到滿意之結果，特別如一例，虽經保守治療，及手術切除腰交感神經節，截肢后疼痛仍未消失，且截肢殘端之潰瘍經6个月而不癒，亦用四妙勇安湯后僅14日傷口即癒合，其足趾坏死者亦均迅速脫落而自行复修，未行截肢手術，說明四妙勇安湯对脫期之血栓閉塞性脉管炎具有卓越之療效。

6、文献報告服藥需50—100劑一般亦在30劑以上，并強調必須持續不間斷的服藥否則无效。本組病例則因有出現腹瀉全身發熱不適等感觉，或葯物供应中斷而致停葯。服葯最多者35劑，最少者僅10劑，療效并未見明顯影响。因本組病例中五例均曾接受过次数不等的硫酸鎂靜脈注射，股动脉、股骨封閉及組織療法。唯例四未接受其它任何治療，而內服中葯劑数最多达35劑，其它保守治療与中葯治療似有協同作用。唯病例太少尚不能完全証明此点。

7、例五例六，因全身情况欠佳，服葯后有患肢發麻現象，曾服四物二陳湯、人參養榮湯，陽和湯等輔助治療。

8、本組大部病例均应用了青霉素，維生素及鎮靜鎮痛剂等对症治療，作为輔助療法，縮短了治療時間，因系对症治療故表中未將此等治療列入。

### 結論：

1、本文介紹我院一年來应用中葯四妙勇安湯治療血栓閉塞性脉管炎6例之方法，并簡要介紹主要葯物及祖國医学对本病之認識。

2、說明中葯治療本病有卓越之療效，用葯劑数不一定在50—100以上。

3、提出討論如用中西医結合來治療或可收更快更好的療效。

# 針刺治療急性尿瀰留

• 李正宏、閻尙德、李全時 •

急性尿瀰留為腰椎麻醉手術後常見的併發症之一，尤其在會陰部肛門內手術後其發病率愈高，由於引起急性尿瀰留的原因眾說紛紛所以在治療上也是多種多樣的，一般經腹部熱敷熱水，坐浴，低壓灌腸，及第二信號刺激，使患者听流水聲，都可以自動排尿，一部分病例則必須經過導尿或藥物治療才能自行排尿，甚或需持續導尿相當時日，治療方法雖多但各有優缺點，本院至一九五六年初至一九五九年六月底應用針刺治療57例急性尿瀰留效果均甚滿意，今介紹如下：

## 病 例 分 析：

本組57例中全部為腰椎麻醉手術之後的病例，手術種類為痔核環狀切除後25例占91%，蘭尾切除術後2例，疝修補術後3例，尿瀰留時間最長者持續11日，插導尿管次數最頻者達10次，此等病例均係在應用針刺治療初期，結果均經針刺而能自動排尿，在性別方面57例中全部為男性病例无一例女性病例，年齡則最多者為25歲—30歲之間，最老者58歲最小者19歲，初期病例多為經應用多種方法促其排尿而失敗後，始行針刺故導尿次數多，且有一例因導尿時消毒不嚴密造成膀胱炎，拖延二月余始治癒。由於針刺治療之病例均得迅速排尿，所以以後病例，則僅用針刺而放棄了其他方法，於手術後6至8小時患者有尿意而不能排出，且膀胱呈中等度充盈以上者即認為屬於急性尿瀰留常規的進行針刺，經針刺1—3次後均能自動排尿，於三例膀胱高度充盈，膨脹不安進行針刺而留針5分鐘左右而自行排尿。

## 針 刺 部 位 及 方 法：

- 1、穴位：中極、曲骨、關元、三陰交，陰陵泉。
- 2、方法：患者取仰臥位，兩膝關節屈曲至140度160之間，兩腳窩置小枕，使患者感到自然舒適為度。穴位處碘酒酒精消毒後取消毒的毫針以輕刺激手法捻捻進針，使感發麻，如為中極、曲骨、關元麻感放射至陰莖根部即可留針，若為陰陵泉與三陰交在刺入時針尖微向上，每隔五分鐘左右捻捻針柄，加強刺激留針15—30分鐘，一般在第一次針刺後即可排尿，若未尿出則2小時後重復行之。

## • 討 論：

- 1 針刺治療法為一設備簡單，操作方便之治療方法一般醫護人員均可掌握，但在刺入

提捻的手法上也还不是开始就能做的很好，穴位的定位固为一问题，同时刺激的轻重提捻的快慢、进针的方向角度的大小也还是与疗效有着直接关系的，在初期的病例中，部份同志掌握的并不熟练，针刺后效果不著。而有经验的医师针刺后即能立即排尿，说明针刺的手法是有极其重要意义的。

2、针刺治疗急性尿潴留的机制，根据巴甫洛夫氏神经学说的原理，针刺后激发机体内部的神经过节机能和管制机能，对大脑皮层起着更好的刺激作用。

3、关于造成急性尿潴留的原因，众说纷纭，如腰推麻醉后膀胱感觉神经受到抑制而发生膀胱麻痹，骨盆内手术时副交感神经系的盆神经受到损伤，而使逼尿肌松弛，膀胱内括约肌收缩以及会阴部肛门外手术剧烈疼痛而引起反射性的膀胱括约肌痉挛及会阴部肌肉的松弛等致形成尿潴留。根据本组病例57例全部为男性且52例为肛门外手术，痔疮环状切除术，由于肛门外解剖的特点，其前方为前列腺手术当中木棒的压迫，以及手术的牵拉刺激，很容易造成前列腺的损伤而致肿胀甚至变形而将尿道压迫，形成急性尿潴留，这从前列腺肥大的病例亦可看出，部份前列腺经摘除后其重量仅不过10克，尿道阻塞症状却很严重，以治疗效果来看本院近来见到一例前列腺肥大而形成急性尿潴留，已三日不能排尿，经针刺双侧阴陵泉及三阴交后，即能自行排尿，所以我们认为：前列腺的损伤肿胀亦为造成手术后尿潴留的原因之一。

4、根据本组病例指出，针刺疗效是确实可靠的，针次数不等多为1—3次全部病例均可能自行排尿，其疗效达100%而且较导尿、热水坐浴等方法为优，不仅减少患者的痛苦，亦避免了膀胱炎等并发症之产生，本法则只要注意消毒一般不会引起不良反应，本组病例中无一例有不良反应。

## 结 论

1、本文介绍我院三年来用针刺治疗，腰推麻醉手术后之急性尿潴留57例全部治愈，其疗效为100%。

关于形成急性尿潴留之原因进行了探讨，并提出前列腺的损伤为造成尿潴留的原因之一。

3、对针刺的方法，穴位进行了简单的介绍。