

一 九 六 二 年

南宁医学论文选集

南 宁 市 卫 生 局

中华医学会南宁分会

一九六四年二月

前 言

中华医学会南宁分会，在党的正确领导下，认真贯彻了党的“百花齐放，百家争鸣”的方针，开展各种学术活动，活跃了我市医学的学术风气，推动了医学科学研究工作，并取得了一定成绩。

为了总结交流经验，进一步提高技术水平，使医疗技术工作更好地为工农业生产和劳动人民健康服务，现将中华医学会南宁分会1962年年会论文编成“论文选集”（不包括广西医学院及区直医疗单位的论文）。由于时间短促、经验不足、缺点难免，请读者多提出批评指正，以便改进，并致以衷心的感谢。

南 宁 市 卫 生 局

中华医学会南宁分会

目 录

肠梗阻 405 例分析报告	南宁市第一医院	李明义 (1)
疏肝消痰汤加減治疗肝硬化及慢性肝脾肿大临床观察		
初稿	南宁市第二医院	王书鸿 (10)
532 例正常成人肝脏上下径之测量摘要	南宁市第一医院	内 科 (18)
干酪性鼻炎与干酪性上颌窦炎	南宁市第一医院	宋鸿基、邱燕兴 (24)
肠原性紫紺的探讨		
广西南宁医学专科学校	严需享、赵 一、李 洁、李淑平、刘金秀	(30)
颅脑损伤 78 例综合分析报告	南宁专区人民医院	黎化新 (44)
肝脏穿刺活体组织检查 43 例临床报告		
	南宁专区人民医院	张庆三、陆毓华 (49)
雪口症 80 例分析	南宁市第一医院	马文彩 (55)
菠萝过敏反应 24 例分析报告摘要	南宁市第一医院	内 科 (60)
野荔枝核中毒临床报告 (摘要)	南宁专区人民医院	张庆三、陆毓华 (61)
大面积烧伤 35 例临床分析	南宁市第一医院	欧德光 (64)
食管癌及胃贲门癌的早期诊断与治疗讨论 (摘要)	南宁市第一医院	潘华新 (67)
奇穴针封治疗小儿支气管肺炎缺氧的临床观察	南宁专区人民医院	姚 龙 (68)
考地松对 20 例乳幼儿肺炎的辅佐疗效观察	南宁铁路医院	王河清、徐文云 (73)
无水酒精注射治疗子宫脱垂引起膀胱阴道瘘并修补成功一例		
报告	南宁医学专科学校	唐以谦 (77)
单纯软组织割裂伤的火棉胶胶合疗法	南宁市红十字会	杨尊义 (79)
“癒肺丸”治疗肺结核效果的探讨	南宁专区中医药研究所	黎志恭 (82)
祖国医学对崩漏的辩证论治	南宁铁路医院	董仙桃 (85)

腸梗阻 405 例分析报告

南宁市一医院外科 李明义

腸梗阻是一种外科常见疾病,由于有些病例变化复杂,治疗效果还不很满意,因此特将南宁市第一医院外科近几年来病例加以分析总结,作为今后工作中的参考。

(一)发病率:本院自1956年1月至1962年10月,6年另10个月的时间,外科住院总人数有6814例,在同时期内有腸梗阻405例,因此腸梗阻的发病率为5.94%。

(二)分类:腸梗阻的分类方法很多,一般是根据梗阻的部位,发生梗阻的基本原因,腸壁血运有无障碍,梗阻的程度,病情的缓急或造成梗阻的病因等来分类。本组采用黄家驷氏外科各论所引用的病因分类,以便与国内资料作比较。(表一)

根据病因分类,本组由蛔虫团引起的腸梗阻计有122例,占腸梗阻总数的之30.1%居第一位,其次为外疝引起的腸梗阻,包括脐频性腹股沟斜疝及股疝,共有100例,占24.9%,再次为粘连有64例占15.8%,扭结有29例,占7.17%,套叠有24例占5.92%,其它较少见的如先天性畸形占1.97%,结核占1.23%,肿瘤及粪便。异物各占0.99%,内疝占0.25%。

表一 病因分类比较

本		组		国内文献综合病例				
病	因	例	数	%	例	数	%	
蛔	虫	团	122	30.14	375	5.10		
外	疝		100	24.71	1994	27.11		
粘	连		64	15.79	1458	20.19		
扭	结		29	7.17	751	10.21		
套	叠		24	5.92	1358	18.46		
先	天	性	畸	形	8	1.96	271	3.68
结	核		5	1.23	205	2.80		

肿 瘤	4	0.99	211	2.87
粪便、异物、胆石	4	0.99	35	0.48
内 疝	1	0.25	36	0.73
狭 窄			54	0.73
系膜血管梗塞			17	0.23
其 它			196	2.66
不 明	44	10.85	367	4.98
总 计	405	100	7355	100

(三) 性别: 本组肠梗阻病例男性有275例占67.9%, 女性有130例占32.1%, 一般男女之比为2.12:1, 但根据病因也有所不同, 如肠扭转腹股沟斜疝引起的肠梗阻共有83例, 其中男性的有79例, 占95.2%, 女性仅有4例, 占4.8%, 显然男性占多数。相反在17例肠扭转性腹股沟疝中, 女性有14例占82.4%, 女性则居多数。

(四) 年龄: 从本组全部病例看来, 年龄在10岁以下的儿童发病较多, 有146例, 占36.1%, 其次在30—39岁之间, 计有67例占16.54%。从病因与发病年龄来看(表二): 蛔虫团肠梗阻及肠扭转性腹股沟斜疝多发生于1—10岁的儿童, 腹股沟疝多发生于年老妇女, 粘连多发生于20—39岁之间, 扭转多发生于40—59岁之间, 套叠多发生于1岁以下的婴儿, 先天性畸形多发生于新生儿期间。

表二 年 龄 与 病 因 关 系

例数 病因	年 龄	1岁 以下	1—9岁	10—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60岁 以上	最小 年 龄	最大年 龄
蛔 虫 团			86	18	4	8	3	3	0	2	59岁
外 腹 疝			1			2	4	2	8	2 $\frac{1}{2}$	74岁
疝 斜 疝	7	23	3	7	16	10	4	13	2个月		92岁
粘 连	1	2	5	15	18	8	12	3			65岁
扭 结	1	2	1		6	8	8	3	12天		60岁
套 叠	11	3	1	3	1	3	2	0	3个月		59岁

先天畸形	5	0	1	1	1	0	0	0	5天	36岁
结 核	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0
肿 瘤	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0
粪便异物胆石	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
内 疝				1						
不 明		4	6	11	10	7	2	4	3	72岁
总 计	25	121	35	46	37	45	34	32		
%	6.17	29.85	11.35	16.53	11.01	8.40	7.92			

(五) 发病时间: 本组发病时间在一日之内者为数最多, 计有194例占47.9%。最短为半小时 (表三)

表三 发 病 时 间

发病时间	例 数	%	发病时间	例 数	%
1—6小时	64	15.8	3—4天	31	7.66
6—12小时	75	18.5	4—5天	16	3.96
12—24小时	55	13.58	5—6天	4	0.99
1—2天	63	15.55	6—7天	15	3.71
2—3天	47	11.6	7天以上	25	6.17

(六) 过去历史: 在69例蛔虫团梗阻病例中, 有肠蛔虫病史者有62例占90%。在粘连性肠阻塞中有手术史者43例, 占67.2%, 在铅毒性病例中有铅病史者91例, 占91%。

(七) 临床症状: 本组所见一般肠梗阻主要临床症状为腹痛、呕吐、不排气、便秘、腹胀、肠型、包块、肠鸣音增强, 此外还根据不同病因及病情轻重而異, 蛔虫团及肠套叠病例腹部可扪到包块, 外疝则可找到疝块。病情严重者则有脱水腹部压痛, 中毒及休克等现象。(表四)

(八) X线检查: 本组经X线腹部透视者2.4例, 发现有肠充气者161例占71.3%, 肠腔内有水平面者115例占51.7%, 仅可为诊断的一种参考, 肠套叠或乙状结肠扭转可作

钡剂灌肠检查，可见特殊的充盈缺损，本组应用这种检查阳性率几达百分之百。在肠套叠病例钡剂灌肠检查既是一种诊断也是一种治疗方法，本组有一例用钡剂腹位从而避免了手术。

表四 临 床 症 状

症 状	蛔虫团	外疝	粘连	扭转	套叠	其它	不明原因	总数	统计例数	%
腹 痛	122 0	90 1	61 0	28 0	22 0	17 0	44 0	384 1	385	99.9
呕 吐	97 17	60 24	57 7	27 2	19 3	18 0	33 4	311 57	368	84.7
不放屁	20 3	27 7	27 3	19 0	2 0	6 1	21 0	113 14	127	89.1
便 秘	40 3	35 10	25 11	13 0	4 3	3 0	26 0	146 27	175	83.5
腹 胀	58 15	37 12	42 6	25 0	10 3	17 0	37 0	226 36	262	86.4
肠 型	48 20	17 17	27 10	15 5	7 3	11 2	11 7	136 64	200	65.2
包 块	90 11	0 9	9 29	5 9	15 2	7 7	3 12	129 70	199	64.8
肠 鸣	68	38	39	13	11	10	29	208	345	60.3
肠鸣正常或减弱	28	39	14	10	11	5	11	118	345	34.2
肠鸣消失	0	5	5	3	1	2	3	19	345	5.5
脱 水	6 11	18 16	13 5	5 2	1 2	6 0	4 0	53 36	89	59.6
压 痛	0 122	37 24	48 4	21 0	13 3	15 0	32 4	129 157	286	45.2
疝 块		93 0							93	100
便 血					14 1				15	94.2

(九) 化验：本组化验包括三大常规，血沉，出血及凝血时间，二氧化碳结合力，非旦白氮，钾、钠、氯等等测定。一般血象白血球计数偏高，有些病例有血液浓缩现象，(表五) 本组血生化检查做得较少，在29例肠扭转病人中仅有9例做了生化检查。

表五 血 象

血红蛋白	例数	%	红血球计数	例数	%	白血球计数	例数	%
50以下	10	2.48	200			5000以下	17	4.67

50—60	50	14.1	200—300万	29	8.46	5000—8000	95	26.10
60—70	100	24.89	300—400万	206	60.2	8000—11000	94	25.8
70—80	118	33.3	400—500万	105	30.6	11000—14000	85	23.6
80—90	49	13.8	500万以上	3	0.87	14000—17000	38	10.4
90—100	25	7.07				17000—20000	19	5.23
100以上	2	0.56				20000以上	16	4.4
总 计	354			343			364	

(十) 治疗：肠梗阻的治疗有非手术及手术疗法两类。蛔虫因肠梗阻多采用非手术疗法，在 122 例中只有三例用手术治疗，非手术治疗一般采用解痉药物如注射阿托品或口服颠茄酊，此外还加上 (1) 豆油 (2) 灌肠 (3) 驱虫药物 (4) 热敷 (5) 减压等，单独使用或两种或三种合并使用 (表六)，豆油每次使用 40—60CC，灌肠用等渗或高渗盐水，驱虫药用枸橼酸哌嗪，每日每公斤体重 160 毫克，总量不得超过 3.2 克，顿服或分两次口服，这种药物能使蛔虫麻痹，安全排出，毒性轻微，可以直接使用，不必等待梗阻症状消除后才用。对于不明原因的肠梗阻也都采用非手术疗法。肠套叠的治疗以手术复位为主，钡剂灌肠复位者仅有一例，空气注入复位有一例未得成功以后又做手

表六

蛔虫团治疗方法

治 疗 方 法	例 数	治 疗 方 法	例 数
豆油	13	灌 肠	14
豆油+驱虫	19	灌肠+热敷	7
豆油+热敷	7	热 敷	7
豆油+灌肠	5	减压+热敷	2
豆油+减压	4	减 压	4
豆油+热敷+驱虫	3	驱虫+热敷	5
豆油+减压+驱虫	2	驱虫+灌肠	4
豆油灌肠+减压	1	驱虫+减压	4
驱虫	17		

术, 本组除以上所提的治疗外, 其余病例均以手术治疗为主, 总共有 205 例占 50.7% (表七)。术前处理, 一般为补液及减压。至于早输血及补钾钾盐则做得很少, 本组手术方法视病变的情况而定, 一般以复位、修补、分离或松解等简单方法为主, 有 32 例肠切除吻合手术之中 8 例死亡, 占 25%, 死亡率较大, 肠外置术有 4 例, 3 例死亡, 占 75%, 死亡率也大, 本组术后治疗输血人数仅有 78 例。

(十一) 病理发现: 本组病理变化。在手术中或尸体解剖时发现者, 有如病因分类所示。此外发现肠管坏死的有 20 例有一例剖腹产时纱布遗留腹腔, 以后引起肠梗阻, 在第二次手术时发现该纱布已经进入肠腔中发生阻塞, 实属少见。

表七

手术方法与死亡关系

腹疝外疝		腹股沟斜疝		粘连		扭结		套叠	
手术方法	例数	手术方法	例数	手术方法	例数	手术方法	例数	手术方法	例数
复位+疝修补	14 1	复位+疝修补	78	分离术	20	松解术	13 2	复位	8
复位+肠切除+吻合	1 1	复位+肠切除+吻合	3	分离+肠切除+吻合	13 3	迴转	6 4	复位+固定	8
外置	0 0	外置	1 1	外置		迴转+肠切除+吻合	7 1	复位+穿孔修补	1
其它	0 0	其它	0 0	其它	0 0	外置	1	复位+肠切除+吻合	4 1
腹内股疝修补	1 0	造瘘	0 0	造瘘	1 1			外置	2 2
剖腹探查+腹疝修补	1 1			剖腹探查	1				
总计	17 3	总计	82 1	总计	35 4	总计	27 7	总计	23 3

先天性畸形		结核		肿瘤		异物及粪便		内疝	
手术方法	例数	手术方法	例数	手术方法	例数	手术方法	例数	手术方法	例数
		粘连分离	1 1	肿瘤切除+肠切除+吻合	3 1	异物取出+肠切除+吻合	1 1	复位+修补	1
其它	6 1	其它	2	其它	1	其它	1		
造瘘	2 1								
总计	8 2	总计	3 1	总计	4 1	总计	2 1	总计	1

(十二) 治疗效果, 本组总共死亡24例, 死亡率为5.93% (表八), 手术治疗死亡人数有23人, 手术死亡率为11.2%, 从病因来看, 蛔虫团肠梗阻无死亡, 外疝死亡4例占4%, 粘连死亡4例占6.25%, 扭结死亡8例占27.5%, 套叠死亡8例占12.5%。本组住院日数平均为10日。住院8日出院者为最多占56.8%。蛔虫团梗阻平均住院日数为5.35日, 外疝为19.9日, 粘连为14.5日, 扭结为15.17日, 套叠为12日。

表八 病因与治疗及死亡的关系

病 名	例数	非手术例数	手术例数	手术死亡数	手术死亡率	死亡总例数	死亡率	国内资料
蛔虫团	122	113	3	0	0	0	0	
外 疝	100		99	4	4.4	4	4	4.9
腹股沟斜疝	83	1	82	1	1.22			
股 疝	17		17	3	17			
粘 连	64	29	35	4	11.4	4	6.25	6—8
扭 结	29	2	27	7	25.9	8	27.5	15—40
套 叠	24	1	23	3	13.1	3	12.5	3—10
先天性畸形	8		8	2	25	2	25	
结 核	5	2	3	1	33.3	1	20	
肿 瘤	4		4	1	25	1	25	
异物粪便	4	2	2	1	50	1	25	
内 疝	1		0					
其 它			1					
不 明	44	44						
总 计	405	200	205	23	11.2	24	5.93	10±%

讨 论

(一) 本组病因的发病率有一个特点就是蛔虫团肠梗阻占第一位, 较报导的一般发病率为高, 与全国文献综合7355例的分类外疝占第一位及蛔虫团占第五位比较, 相差很大, 是一个值得注意的问题, 考其原因有两个可能的因素, (1) 本组对象为市民及市郊

儿童患者较多，卫生习惯较差。(2) 南宁地区气候温暖，生食蔬菜多用来加处理的人粪尿作肥料，因此蛔虫病感染率较高，所以必需积极预防肠道蛔虫病，重视卫生及饮食习惯，尤其是对儿童应加强卫生教育，养成良好卫生习惯，此外还要定期检查大便，一经发现患有肠蛔虫病即应进行驱虫，以免发生肠梗阻。至于治疗肠梗阻的方法计有17种之多，主要为豆油、灌肠、驱虫药物，热敷及胃肠减压等，单独或综合使用，这些治疗方法有一定治疗效果。其中最好而且简便的就是直接应用驱蛔虫药枸橼酸哌嗪，这种药物能使蛔虫麻痹安全排出，而且毒性低，没有什么副作用，是值得推荐的。

(二) 急性肠梗阻的死亡率过去曾高达40—60%，近年来降低达10%左右，本组肠梗阻死亡率为5.93%，似乎较一般为低，但因其中有约占41%的蛔虫团及原因不明的肠梗阻病例，多为单纯性及不完全性肠梗阻，病情较轻，经过非手术治疗之后也都痊愈，因此这数字仍不能令人满意。从不同病因的死亡率来看，如粘连，扭结及套叠等肠梗阻的死亡率实际数字也较国内为高，因此今后在我们的工作中如何降低死亡率。还是一个重要任务，一般死亡原因是由于病情延误和治疗不当所致，所以除了加强预防之外，今后在治疗工作上应该更加做得及时和细致，根据病情，针对病理及病理生理的发展，如肠管变化，水及电解质的紊乱，失血，中毒及休克等来进行处理，术前准备极为重要，尤其是在严重的病例。一般常规术前准备工作：首先插入胃管减压，积极抽出胃肠道内容物，肌注广谱抗菌素，迅速静脉输入5%葡萄糖盐水，同时抽血做生化检查，如患者排尿正常可在输液中加入3克的氯化钾溶液，然后根据生化检查的结果，结合临床情况迅速纠正脱水及电解质的紊乱，并补充维生素及蛋白质，有的作者认为术前适量输血可以降低死亡率，为此一面进行准备，一面观察。然后手术，可以大大提高治疗效果。但以腹痛急剧，早期出现呕吐休克，有腹膜刺激症状，有血性液体排出，腹胀不对称，有压痛包块，经胃肠减压腹痛未减轻，补液后脱水改善不明显者等等的肠绞窄症状出现时则应争取及早手术，术前准备不宜超过两小时，术中扩大的肠腔内容物有毒素存在，要小心以粗针头尽量吸出，同时注入氯霉素溶液，病变查明之后，再根据病情采取较简单的解除梗阻的手术方法，任何过于复杂或时间过久的手术对患者是不利的。肠坏死应根据颜色变化，蠕动及血管搏动情况而定，不能轻易作肠切除，因手术的死亡较大，一般认为肠管切除长达33.3%时可以不致影响营养的吸收，如遇坏死过多，需切除较长的肠管，为了避免术后引起营养障碍，有些作者主张将残留的肠段倒转吻合，以便造成逆蠕动，使肠内容物经过的时间延长以利养份的吸收，又在手术中对肠系膜的封闭能减少毒素的吸收，预防术后中毒性休克，术后治疗主要以补充水份及各种营养，预防感染及术后合并症，至于多次少量输血能促进术后患者体力的恢复应加以重视。

(三) 本组有一例肠腔纱布因肠梗阻，一件医疗事故，值得提高警惕，而且在施术时发现纱布已经进入肠腔，亦属罕见，所以提出讨论。该患者是女性，36岁（住院号27813）因胎盘早期剥离，施行剖腹产术，术后有不规则发热，间歇腹痛，子宫底较高（待包块误诊），最后发生肠梗阻。在术后二个月另10日再施行第二次手术，发现右腹部小肠粘连但尚可分离，只有一段距迴盲瓣15公分处，小肠攀扩大，直径约10公分，后面与另一肠攀紧密粘连无法分离，扩大的肠攀扪之有实性感似蛔虫团，因此切开肠壁，乃知为一手术用之纱布垫，大小为 $33 \times 28 \text{ cm}^2$ 之双层纱布，已经全部进入肠腔，明确了肠梗阻是由于手术遗留纱布所致。据 Beugebauer 氏的统计，在169例肠腔异物中，有64例死亡，其原因，多数是死于化脓性或腐臭性腹膜炎，少数死于异物引起的肠梗阻或动脉刺伤。有18例异物缓慢的穿入肠中而从肛门排出，但未排出之前，常有很严重的肠绞痛发生。J. P. zumBwssh氏也曾报告一例腹腔异物由肛门排出而不引起严重症状，该患者是子宫肌瘤剖腹手术后18小时，私自离床取食物，以后有腹痛，体温高达 38.5°C ，数日内呕吐及大便秘结，因为症状轻微，没有考虑到肠梗阻的可能，术后 $2\frac{1}{2}$ 月，又发生一次呕吐及便秘，医生给予泻剂后，排出大量粪便，同时在直肠内抽出一条纱布垫，此外妇产科医师也曾发现腹腔妊娠病例，其胎儿遗骸也可逐渐进入肠腔由肛门排出，以上说明腹腔异物可以进入肠腔而排出，至于如何进入肠腔，根据推测，可能当异物遗留腹腔，首先引起肠管粘连包围异物，因肠壁较薄，容易引起穿孔，变成为脓疡，此后积脓日多，张力增大，因此便向弱点穿破，加上肠管蠕动作用，异物便逐渐进入肠腔，正如肠间或盆腔脓疡向肠腔穿破一样，所以临床表现，患者往往有发热及腹绞痛，又鉴于腹腔异物有自然排出的可能，假如确定异物不大，症状不严重，期待疗法也可以考虑，但本例纱布块较大，自然由肠道排出机会较少，故需手术治疗。

总 结:

本文对405例肠梗阻的发病率，病因分类，性别，年龄，发病时间，过去历史，临床症状，X线检查，化验，治疗，病理及治疗效果等进行分析，并对蛔虫团的发病及治疗，肠梗阻的治疗效果及严重病例处理方法及腹腔异物进入肠腔的肠梗阻等进行讨论。

主要参考书目

1. 黄家驹主编，外科学各论，308页起，1960年人民卫生出版社。
2. 张忠等译现代外科处理，123页起 1962年上海科学出版社

3. 鄭公道译外科手术时的错误及其危险305页起1959年上海科学出版社

4. 何亮家等译腹部外科手术学890页起1962年上海科学技术出版社

疏肝消瘀湯加減治疗肝硬化及慢性肝脾腫大臨床觀察初稿

南宁市第二医院内科 王书鸿

自从党在医药卫生系统贯彻了中西医合作的方针，使医疗方面出现了很多奇迹。在对肝硬化及慢性肝炎方面，开辟了一条良好的途径。如在1958年全国医药卫生技术革命经验交流大会上，河北省中医研究所錢祺光同志，用加減逍遙散，按阴阳水辨症施治，取得了良好效果，值得学习；我院在党支部大力支持下，我们参考了一些古方时方及全国各地治疗肝硬化经验的规律，综合中西医理论，加以分析定出一方，并承蒙本院中医前辈支持，提出意见，再经过临床中体会效果，反复摸索加以修改，成为一湯头，定名为疏肝消瘀湯。在治疗肝硬化和慢性肝脾腫大上，起了初步良好效果。

病例选择及治疗方法：

我们在1959年元月份至61年共选择了16例肝硬化和8例慢性肝脾腫大。16例肝硬化均有相当时间之衰弱消化不良腹胀的自觉症状，以及肝脾腫大、硬、轻度黄胆，皮肤蜘蛛痣，不同程度之腹水，部分食道静脉曲张，消瘦之体征；肝功能明显受损（包括血清蛋白分析低量及白球蛋白比例倒置，麝香草酚混浊度，脑磷脂胆固醇絮状试验阳性等）；8例慢性肝脾腫大病例，有明显之肝脾腫大，腹水（1例），黄胆轻度或无，有早期传染性肝炎历史，久久治疗不愈，自觉胁痛、消化不良等；有3例有梅毒史，血清检查康氏反应阳性，肝功能轻度受损。

治疗方法均以疏肝消瘀湯为主，并按病人不同症状病情，辨证加減，如偏热偏寒，有腹水的分阴阳，有自觉症状的如软倦、口味不开、胁痛等，对症施治，按病原如梅毒性的中毒性的营养性的加減药味，均以煮饮片一付，每天二次服完，并给予休息营养之照顾，（部份在门诊病人对此往往有困难，有时病人不自觉遵守休息，营养有困难，一个时候无肉吃，后请求上级给予每天约二两猪肉之供应。）治疗时均按常规操作，检查

肝功能、X光透视、小便常规、体检；对肝脾肿大程度，在治疗前后和第二位医生参加共定大小，以右肋缘中部为标准，或与X光透视422参照，有腹水的量腹围。

治疗效果观察：

16例肝硬化在治疗后，有15例明显之自觉症状之改变，如口味转好，疲乏消失，最快在一星期后，肝脾明显缩小或稍缩小及肝功能改善，最快十天，5例在治疗1—3月后，蜘蛛志明显减少或消失。

8例慢性肝脾肿大，有5例系患传染性肝炎一年多历史，有3例系梅毒引起的慢性肝炎。5例服药一周后，自觉症状迅速好转，肝功能转佳及恢复正常，肝脾随之缩小；3例一月治愈。一例梅毒性肝炎（有腹水），五付药后腹水渐消，20天腹水消尽，肝脾亦随之缩小。

16例肝硬化8例慢性肝炎治疗结果：

基本治愈：6例（肝硬化慢性肝炎各三例）占25%，指自觉症状、体征、肝功能恢复正常，并恢复工作能力，观察1—2年未见复发。

显效：9例（肝硬化4例，慢性肝炎5例）占37.5%，指腹水明显减少或消失，蜘蛛志消失一部分，肝功能改善，肝脾缩小在3Cm以上，自觉症状消失，能担任轻工作，观察1—2年无恶化。

有效：8例肝硬化，占33.3%，腹水减少，肝脾缩小1—3Cm，肝功能轻度改善或不变，自觉症状消失。

无效：肝硬化一例，占4.2%，自觉症状略减轻，腹水消而又迅速复起，肝脾肿大，肝功能不改善，攻泻时病人发热，死亡。

典型病例报告：

一、徐××、男性，54岁，本市某厂厨工，近半年来乏力消瘦，口味不佳，小便黄，腹胀，胸部出现红点半年多，平时嗜酒，无黄疸及梅毒史。检查：慢性病容、消瘦、皮肤巩膜微黄、脉弦细，舌苔黄腻，体检心肺正常，血压112/90mmHg，全身淋巴结不肿大，肝触诊在肋缘下三指半，脾指半均中等硬度，边缘平滑，腹部有移动性浊音，腹围79Cm，左胸发现二粒蜘蛛志，右前臂三颗蜘蛛志，均经两个医生检查，X光透视肝影在肋下三指，化验KT（一）小便尿胆元（+）蛋白（+）、肝功能：黄疸指数8，凡登白氏直接反应（+），胆红素定量0.8mg，总蛋白7.6g、白蛋白3.6g、球蛋白4g、脂香草酚浊度（+），脑磷脂胆固醇絮状反应（+）。诊断为肝硬化。59年4月28日开始

用疏肝消癥湯治療，五天後自覺精神口味好轉，五月十日病人自覺舒適，小便較多，腹圍76cm，肝在肋緣下大2指，脾一指較軟；肝功能檢查：黃疸指數5、凡登白氏間接反應（+）、胆紅質定量0.2mg、總蛋白8.2g、白蛋白5.01g、球蛋白2.98g、白蛋白比球蛋白為1.7:1、麝香草酚濁度（-）、腦磷絮反應（+）。五月二十日檢查腹圍70cm，肝大一指半，軟、脾大一指，左右手蜘蛛志漸變為模糊，成灰褐色；五月二十五日右手二粒蜘蛛志漸變淡消失一部；七月十八日蜘蛛志全部消失，肝脾摸不到，肝功能正常。觀察二年無變化。

二、李××，男性，35歲，本市某廠木工，近半年腹脹下肢微腫，精神不振，口味不良，四肢抽搐，小便短少，每日尿量只約200cc；體格檢查：西醫方法——營養不良，發育正常，體格消瘦，神智清楚，精神疲乏，五官無異常發現，全身淋巴不腫大，氣管居中，甲狀腺不腫大，心肺正常，腹部隆起，臍周及側腹壁淺層靜脈明顯，腹圍84cm；肝觸診（採取沖擊法）可觸知三厘米（在右乳錢肋弓下）、硬、邊緣清楚，表面無結節；脾大三厘米、硬；下肢輕度浮腫，皮膚巩膜黃疸不明显，面頰發現蜘蛛志二個，四肢、生殖器肛門神經反射均正常。中醫方法——面黃白，體質消瘦，舌苔薄白而膩，脈弦有力，腹實可見青筋，食欲不佳，精神燥急，便秘，小便黃少，系肝脾不合，單腹癥瘕。

化驗：肝功能：黃疸指數3，凡登白氏直接間接反應（+）、總蛋白5.48%、白蛋白1.937g%、球蛋白3.463g%、白球蛋白比例倒置、麝香草酚濁度（+）、腦磷絮反應（+）；小便尿胆元（+++）、胆素（+）、胆紅質（-）；x光鎖支透視：食道靜脈曲張。西醫診斷為門靜脈性肝硬化；中醫診斷為單腹脹。

59年6月26日入院即採取治療，西醫除以低脂、免鹽普通餐，外加每日半斤牛奶，全休；中醫則以疏肝滲濕和絡消癥益脾法，每日以疏肝消癥湯加車前子、大腹皮及商陸，甘遂等一付；6月29日小便加多至1280cc，腹脹減輕，腹圍76cm；7月15日後，合併使用溫補腹水丸、健脾消積丸、交替使用消蜘蛛志方等；59年7月29日食欲良好，精神振作，腹圍68cm，肝大肋下二指半，軟些，肝功能好轉，蜘蛛志顏色變淡；11月2日，病人精神良好，食欲亢進，腹水全消（腹圍68cm）體重大增，蜘蛛志消失，肝在肋下只可觸知1厘米，軟，脾大0.5厘米，肝功能恢復正常，小便三胆（-）。即出院工作，再以逍遙散四君化裁加減服用至60年1月停藥，迄今一年多工作未見不良變化而治癒。

三、張××，男，56歲，本市刻字工人。自訴58年初感腹脹，口味欠佳，右肋下疼，小便黃少，有梅毒史，服中藥未見好。

检查:慢性病容, 皮肤苍黄, 脉弦, 舌苔腻白, 心肺正常, 腹隆起, 中等腹水, 腹围84cm, 肝脾触诊均在肋下三厘米, 稍硬, 平滑, x光透视心肺正常, 肝影在季肋下三横指, 化验kT(卅), 小便尿胆元(+); 肝功能: 黄疸指数3, 凡登白氏间接反应(+), 总蛋白8.4g、白蛋白5.2%, 球蛋白3.%, 麝香草酚浊度(+), 脑磷脂絮状反应(+), 诊断为病毒性慢性肝炎。三月七日给疏肝消痰汤加土茯苓治疗, 服药五天后, 小便大增, 腹胀减轻。三月十五日检查: 腹围72cm, 肝脾均在肋缘下一指半。五月六日病人精神好多, 肝只大0.5厘米, 软, 脾已摸不到, 腹围72cm, 肝功能与前无何变化。KT(+).

四、苏××、男28岁, 吉林某军人。自诉一年前患传染性肝炎, 经治黄疸消退, 但常感疲乏, 口味不佳, 右肋下痛, 去年曾在吉林某医院诊断为慢性肝炎, 经中西医结合治疗半年多未愈, 因闻我院用鸡骨草治肝炎效好, 远道求治。检查: 营养中等, 精神疲倦, 脉略弦数, 舌苔微黄, 巩膜轻度黄疸, 体检心肺正常, 肝区压痛, 肝大在肋缘下二指, 软, 脾大在肋下二指半, 稍硬; 化验: 小便尿胆元(+); 肝功能: 黄疸指数15单位, 凡登白氏间接反应(+), 胆红素定量1.2mg%, 总蛋白7.38g、白蛋白4.6g、球蛋白2.7g、比例2: 1、麝香草酚浊度(+), 脑磷脂胆固醇絮状反应(+). 诊断为慢性传染性肝炎。于3月20日开始用疏肝消痰汤加减治疗。4月3日, 病人自诉精神口味转好, 肝摸不到, 脾大一指、软。4月28日病人精神很好, 肝不大, 脾只半指很软; 小便尿胆元(-); 肝功能: 黄疸指数5、凡登白氏间接反应(+), 胆红素定量0.1mg%、麝香草酚4个单位、脑磷脂胆固醇絮状反应(+), 白蛋白4.8g、球蛋白1.75g。一切恢复正常, 病人返吉林部队工作, 来信联系二年无变化。

讨论及总结:

1. 经治16例肝硬化、8例慢性肝炎均有明显之症状、体征, 并经化验证实: 应用疏肝消痰汤加减治疗均有明显之效果。如例一、例二症状、体征、肝功能恢复方面, 都有显明之进步直达到治愈; 例三, 对肝脾缩小、腹水消失也很良好; 例四, 对一年多之慢性传染性肝炎, 一月多基本治愈。上述某些病例虽然仍继续治疗, 但从疗效观察上很值得注意, 且本24例病人16例在门诊治疗, 在营养休息上, 常受客观因素影响。有些病人中断服药, 但疗效仍尚良好, 值得研究。

2. 疏肝消痰汤加减结合辨证施治肝硬化及慢性肝脾肿大, 主要是通过学习研究, 初步掌握了祖国医学对“膨症”“单腹胀”“痞块”“肥气”“症瘕”之疏肝, 和络、消症、攻利、益脾、扶正等法。我们认为: 初在消腹水是一个重要环节, 消腹水不仅在攻利, 而疏肝、理气、和络、消症、益脾亦甚重要, 巩固阶段扶正尤不可缺。腹水消失顺

利，为一般病情良好之征，痊愈可能性很大。古人认为单腹胀病机主为气聚不散，水湿停留，肝脾不和，如“诸湿肿满，皆属于脾”（内经）。又说：“脾土受伤，转运之官失职，……清浊相混，隧道壅塞，气化浊血，瘀郁而成热，热留而久，气化成湿，湿热相生，遂成胀满”。（丹溪心法附余）沈金鳌说：“怒气伤肝，渐触其脾，脾虚至极，故阴阳不交，清浊相混，隧道不通，郁而为热，热留为湿，湿热相生，故其腹胀大。”从治法推想，病机膨胀病在肝脾，肝宜疏散，脾宜培补。故益脾渗湿，疏肝理气和血以及化瘀生新，实为一原因综合而治疗；在西医看肝硬化腹水，也是多方面的，如肝组织受损，结缔组织增生，致门静脉压增高，血浆蛋白降低，血浆胶体渗透压降低，血浆液体向外渗出，内分泌障碍，水钠潴留，加以腹水机械压迫肾脏，引起利尿困难，形成一恶性循环。因而西医亦着重恢复肝功能，降低门脉压，增高血浆蛋白，保持内分泌平衡，排除体内钠和水分。但处理上甚感棘手，迄今尚无良法解决这些问题，只消极地放腹水，利尿泻水，结果病人无望。中医采取了原因综合疗法，确是一个好办法。根据我们的经验，在攻利之时，结合使用疏肝行气之柴胡、陈皮，和络之丹参，化瘀生新消胀之三棱、莪术、别甲、红花、桃仁、蒲黄等，对肝功能改善，消除腹水，消除蜘蛛痣等效果是满意的。腹水消除之后，更应着重这些办法，及扶正气补血液；治疗时，我们体会丹参、别甲、牡蛎、当归消肝脾肿大很有帮助。安庆专区医院晚期血吸虫病治疗研究组，用一味丹参治疗肝脾肿大有效②；我们有同样之体会。柴胡、甘草对肝脏功能是有恢复之效的，柴胡疏肝调养肝脾，甘草解毒补脾胃；据日本小島喜久男等动物试验，认为柴胡对细菌原虫毒，甘草对四氯乙烯引起肝脏障碍有效，二者对酒精性肝障碍均有效③；特别是甘草有似皮质激素作用，对肝脏某方面亦有一定好处。有些同志认为柴胡劫肝阴，不喜应用，是否值得考虑。黄耆、党参、当归补气血，白术、内金、茯苓主健脾，在巩固阶段促进病人恢复健康，增进食欲起一定良好作用。据经利彬氏研究，党参能加增血色素及红血球④。日本寺田氏等研究，黄耆可防止毛细血管渗透性增加，使皮肤血管扩张，加强循环畅盛，营养佳良，扩张冠状血管、肾血管而强心利尿⑤。这些药品对肝脏血流改善、代谢、营养恢复及血液血浆蛋白增加，胶体渗透压增高似有一定作用；我们参考古方时方及现代人治疗肝病，对上述药物都不同程度使用到一部分。这些药品值得多加研究。当然，各种药物合成，又起另一种作用，中药辨证药物组合更应探讨。

3. 兹因病例不多，观察时间不久，个人理论水平低，经验不足，使用方法错误必多，目前虽有一定疗效，仍需进一步证实，尚待大家共同研究。

4. 本法使用时，所以取得了一定疗效主要是依靠了党，特别是党支部及院长的大力