

河南省参加全国外科学术会议

論 文 选 編

第二分册

河南省卫生厅
河南省医药卫生学会 編印

1960年6月

第 二 分 册

目 录

祖 国 医 学

急性腸梗阻坐浴疗法的临床报导.....	(1)
白芨合剂治疗潰瘍病急性穿孔.....	(4)
应用菲菜素治疗严重燒伤綠膿杆菌感染的临床观察.....	(7)
中葯治疗皮肤癌种 4 例报告.....	(9)
昆筋膏治疗大骨节病疗效介绍.....	(11)

顱 脑 外 科

77例顱脑外伤治疗中的点滴經驗与体会.....	(12)
-------------------------	------

胸 外 科

低温直视心室間隔缺損修补术.....	(15)
深低温麻醉下延长阻断时间及心脏复甦問題——动物实验观察.....	(20)
肺切除术治疗肺結核 135 例分析.....	(25)
56例慢性膿胸手术治疗的临床分析.....	(32)

工 业 損 伤

8867例骨折与脫位临床分析报告.....	(40)
83例植骨結果統計.....	(44)

普 通 外 科

机械性腸梗阻526例临床分析.....	(51)
胃大部分切除术治疗胃十二指肠潰瘍.....	(59)
66例甲状腺手术病例分析.....	(66)

急性腸梗阻坐浴療法的

416060140

臨汝縣人民醫院

急性腸梗阻為外科常見疾病之一，一般文獻記載其發病率僅次於蘭尾炎而居第二位。國內關於腸梗阻的報導多偏重於病因及手術治療和死亡原因方面，關於用中醫中藥的治療，目前還沒有更多的報導；我院自1959年7月至9月共收11例腸梗阻，全部採用外地中醫驗方皂角葛根坐浴治療效果良好，大大優越於手術療法。茲將我院所治療的經過和結果報導於后，供同志們參考。

皂角坐浴療法治療腸梗阻11例療效統計表

療法	收治病時間	例數	治愈	治愈率	死亡	死亡率	平均住院日	平均醫藥費用	其它
皂角坐浴	59年7月至 59年9月	11	11	100%	0	0	7.5	30元	

坐浴療法及藥物

(一) 處方：

大皂角一斤，葛根一斤搗碎加水一担（50公斤）。放鍋內煮沸一小時倒入大缸中（大木桶或瓷缸均可）加涼水至溫度40°C左右為適宜，攪均勻後令患者坐浴即可。

(二) 坐浴時間與溫度：

將以上藥物煮好後，坐浴水之溫度一般40°C左右，可因天氣之冷熱加溫至合適為好。坐浴時間，一般坐浴半——3小時，可因病情變化和體質而決定坐浴時間之長短。

(三) 病人坐浴前準備：患者在入浴之前，詳細檢查患者心臟、體溫、呼吸、脈搏、血壓之變化情況，無休克現象時，將病人衣服脫光，護士協助病人坐入缸中，水至病人乳房為準。（附圖片）

(四) 坐浴中期及後期，應有專人負責，每15分鐘觀察記錄一次病人變化和感覺，特別注意心臟、呼吸、脈搏、血壓等情況變化，以防休克。

適應症與禁忌症

(一) 適應症：急性腸梗阻、腸粘連、糞阻滯、動力性腸梗阻（麻痺性、痙攣性腸梗

阻)及原因不明之腸梗阻。

(二)禁忌症、腸腫瘤引起之腸梗阻、腸扭轉、寄生蟲性腸梗阻、腸梗阻引起之腹膜炎、腸梗阻引起之高燒、腸穿孔、有休克現象等均不可坐浴。(以上為我院工作中之初步體會，供參考)。

坐浴注意事項

(一)保持水之溫度在 40°C 左右，不可過高，以免燙傷，亦不可過涼致達不到治療目的。

(二)坐浴前及坐浴中應詳細觀察病人一切變化：每15分鐘記載病人脈搏、呼吸及心臟變化一次，如病人在缸中(或盆內)感到頭昏，立即搶救，如無好轉應即將水放出，使頭放低，用毛巾或被褥包裹，切不可猛烈將病人由缸內或盆內扶出，以免發生休克死亡。

(三)病人坐浴出浴時，必須扶持，以防滑倒，衰弱或有休克危險者應立即急救，醫護人員不可離開病人。

(四)病人在缸內時，不可用沸水加入，以防燙傷。

病例介紹

例一：患者董松林，男，40歲，工人，住院號1979號，發病日期1959年7月1號，病人於55年7月6日下午急診入院，腹疼五天多入院，五天前被車碰傷腹部，當即昏倒不省人事，經急救後清醒，患者感到腹部疼痛，即入工地醫院治療，第三天開始腹部呈陣發性疼痛發脹，急燥不安，不大便不放屁，惡心、嘔吐、吐出黑綠色內容物。檢查：發育正常，營養中等，急燥不安面色蒼白，重病容，四肢發涼，頭部出冷汗，口唇乾燥，眼窩內陷，胸部對稱，心音快弱，二尖瓣可聽到收縮期雜音，兩肺呼吸音粗糙，肝脾未能觸及腹部高度膨脹，全腹有壓痛，有腸型，打診呈鼓音，腸蠕動音減弱，臍周圍有較明顯之氣過水聲，腹壁反射消失。體溫 38.7°C ，呼吸34次，脈搏156次，血壓90/70毫米汞柱，血象：血色素108%，紅血球475萬，白血球11550，中性87%，淋巴13%，經會診確定為機械性腸梗阻。

治療：入院後經洗腸(肥皂水)及腎封均無療效，即用坐浴療法，於1959年7月6日晚12時30分開始坐浴，病人坐入15分鐘後，感到頭昏，出汗，心慌，血壓下降，即給病人打樟腦等強心劑約25分鐘時病人以上症狀減輕，感到腹部疼痛亦減輕，30分鐘時腹內開始發鳴聲，40分時即放屁2個，感到腹疼腹脹減輕，病人共坐浴95分鐘出浴，出浴後病人一連放了數個屁，出浴約3小時開始第一次大便，青泥狀稀便，約500毫升，到5小時又大便一次，同樣大便量較多，感到腹疼腹脹消失。第二天感到飢餓，又經補液及抗生素治療，以上症狀全部消失，而痊癒出院。

例二：張彬，男，19歲，農民，住院號2087，陵頭鄉人，於59年8月24號突然發病，於8月28日急診入院。24日在田間抗旱，感覺腹部疼痛，次日即發脹，疼痛劇烈，呈陣發性，急燥不安，惡心，嘔吐數次為黑綠色內容物，經當地衛生院給洗腸一次，排气一次，便出指頭大之三塊干糞，疼痛仍劇烈，腹脹加重，於第四天到本院門診，體溫 38°C ，脈

搏摸不到，血压测不到，发育营养中等，表情苦闷，两眼内陷，急躁不安，四肢发凉，出大汗，呈严重的脱水现象，口唇干，胸式呼吸，听诊，心音快，弱无力，两肺呼吸粗糙，腹部高度膨胀，有明显之肠型，全腹均压疼，肠蠕动音减弱，右侧可听到轻微之气过水声，叩诊腹部两侧为浊音，中部为鼓音，不大便，不放屁，不断呕吐黑绿水，化验检查血色素94%，红血球523万，白血球16000，中性9%，淋巴10%。

诊断：机械性肠梗阻

治疗：经检查后即开始急救，打抗休克液，补液等治疗，患者血压升到76/60毫米汞柱，脉搏细弱数不清，经会诊确定坐浴，病人坐浴30分钟感到头昏，心慌，起急，30分钟后出浴，卧床约一小时放三个屁，解出一次黄色泥土样便，病情开始好转，血压94/60毫米汞柱，29日下午及夜晚又解同样大便三次，及两条蛔虫，于8月31日开始吃东西痊愈。

例三：黄石头，男，42岁，临汝县郭自庄人，住院号2089，于59年8月29日急诊入院，29日早上因吃三碗南瓜菜，一碗面汤，即出外赶车，约走2小时左右，突然感到腹痛，呈剧烈阵发性疼，急躁不安，就地展转，大喊、大叫、出大汗、剧烈之呕吐食物及黑绿水，当时经医生针灸，吃十滴水，肥皂水洗肠仍不大便不放屁。即到本院就诊，经检查患者腹痛更加剧烈，四肢发凉，头部出凉汗，眼内陷，听诊心音快弱无力，肺呼吸音粗糙，腹部明显膨胀，脐周围看到肠型，腹壁膨胀，全腹有压疼，听诊可听到明显之气过水声，肠蠕动音增强，不放屁不大便，体温37.6℃，呼吸24次，脉搏86次，血压90/60毫米汞柱，血象：血色素78%，红血球400万，白血球10000，中性81%，淋巴19%。

诊断：机械性肠梗阻

治疗：经会诊确定用坐浴治疗，夜11时48分开始，坐浴初开始病人感到不适，约20分钟患者腹痛减轻，12点20分患者在缸内放一个屁，一小时后，感到腹痛增强，又放出三个屁，腹痛减轻，坐浴2小时出浴，卧床后又放数个屁，腹痛腹胀消失，第二天大便二次，稀黄泥样，感到全身舒适，于9月1日痊愈出院，住院三天。

例四：孙运芝，男，46岁，工人，住院号1981，59年7月6日发病，于7月7日急诊入院，6日上午感到腹部不适、并有疼痛，到下午腹部呈阵发性绞痛、并有呕吐，初为食物，中期为清水，后期即呕吐黑绿水内容物，带有粪臭味，不大便，不放屁，经当地医生给打阿托品等及洗肠无效，即到本院检查，体温38℃，脉搏86次，呼吸30次，发育营养一般，急重病容，表情痛苦，急躁不安，心音快弱，两肺呼吸音增强，腹部膨胀，（患者58年11月7日患肠扭转，肠已发紫色，大部肠管已互相粘连，经手术解除扭转及粘连痊愈出院）脐周围可看到明显肠型，打诊呈鼓音，听诊肠蠕动音亢进，可听到明显之气过水声，腹壁反射消失，血象：血色素89%，红血球397万，白血球7350，中性72%，淋巴26%，伊红2%，血压90/60毫米汞柱。

诊断：粘连性肠梗阻

治疗：经一般急救后，用坐浴治疗，坐浴初患者感到头昏，约20分钟疼痛减轻，50分钟时放二个屁，坐90分出浴，大便一次黄泥样，下午又大便一次，第二天即恢复健康，第五天（7月11日出院）痊愈出院。

总 结

(1)腸梗阻的治疗目前多偏重手术方面,对病人的精神和經濟上負担大,且有一定的危险性,如能采用祖国医学中簡单易行而疗效滿意的疗法,实为病家之福音。

(2)采用坐浴治疗腸梗阻,又簡单、又經濟,既可减低死亡,更能减少外科手术痛苦。方法簡单易行,大医院、小医院均可应用。

(3)坐浴一次无效时还可进行第二次或第三次坐浴,坐浴实在无效时仍可行手术治疗。

(4)我們用祖国医学中坐浴疗法,治疗11例全部治愈,治愈率达100%,祖国医学对腸梗阻的疗效显著,經濟、方便,在整体治疗的原则下,内外兼治对改善患者身体情况,均有良好的作用。

体 会

中医皂角坐浴疗法,治疗腸梗阻,所以能够在我院创造性的获得成功,是由于党的中医政策的英明,党支部的重視与支持,以及在实际创造过程中耐心的帮助解决具体问题的結果,我們认为此疗法既經濟又簡便,大大优越于外科手术。

我院采用此法以来,計11例全部治愈,每个病人的全部費用只3元左右,較手术費用为低,且又减少了手术痛苦,避免了因作手术而造成的机体损伤和殘廢;在住院時間上,也較手术疗法大大縮短,这充分說明挖掘祖国医学遺產,使其发揚光大所获得的巨大成就。至于本方法的治疗机制,有待于今后深入学习与探討。

白芨合剂治疗潰瘍病急性穿孔

洛阳市第二人民医院

胃潰瘍病中医名叫“胃痛”,潰瘍穿孔,是潰瘍最常見的并发症之一,通常多采取手术治疗。祖国医学对“胃痛”的并发症穿孔虽无另述,但医宗金鑑外科編中曾論及:体倦气喘作渴,肺氣虛也,补中益氣湯加麥冬五味子补之。此等症狀可能即系穿孔后腹膜炎所致,并查考其他中医書籍,亦未見提到白芨对胃潰瘍病穿孔的治疗問題。在党的发揚祖国医学遺產創造东方新医学派的偉大号召下,我們学习了一些中藥藥性及临床应用观察,发现白芨在肺結核空洞的治疗上有明显的空洞閉合的效果,同时白芨又可外用以疗疮,有解毒生肌的作用。为此使我們想到若內服以治疗潰瘍病穿孔是否亦同样可以达到促使穿孔閉合的目的,于是与中医科几位老大夫商討后,配成了白芨合剂,試用于临床治疗六例,初步观察效果甚为滿意,今将所能找到的四例病例介紹于下:

例一:崔××,男性,36岁,已婚,工人,住院号1719,于1960年3月27日入院。

主訴:突然上腹部劇痛四小时。

現在症：近數日來病者常有惡心、吐酸水現象，但無明顯疼痛，入院前四小時突然發生腹部劇烈疼痛持續不止，且嘔吐二次，經服止痛水注止痛針無效，隨車送來院診治。

既往史：四年來常有噎氣、返酸及上腹疼痛史，無嘔吐及黑便史。

入院檢查：意識清楚，表情痛苦，全身大汗淋漓，腹部平坦，全腹均有壓痛及肌緊張，以上腹為最顯著，肝濁音消失，腸鳴音弱。白血球總數14300，中性73%，淋巴23%，嗜酸性4%，腹部透視見右膈下有游离氣體，呈半月狀。

診斷：潰瘍病急性穿孔。治療經過：予以禁食，生理鹽水1000毫升，5%葡萄糖2000毫升，靜脈滴注，白芨合劑五錢內服一日二次。二十八日自覺疼痛很輕微，腹部已柔軟，上腹部仍有輕度壓痛，腸鳴音亢進，開始進流質。29日已無自覺腹痛，僅上腹部稍有壓痛，腸鳴音恢復正常。30日進半流，停服白芨合劑，唯大便一日四次，色黃較稀，無粘液及膿血，服SG一日即轉為正常便。四月一日改進普食，食後腹部無不適，體溫正常。四日X光腹部透視見右膈下有少量游离氣體，五日出院。

例二：趙××，男，35歲，已婚，住院號2001，理髮師，1960年4月7日因上腹部疼痛已二、三天，初步診斷為潰瘍病入內科治療及觀察，七小時後腹痛加重，吐酸水，腹部無特殊，皮下注射硫酸阿托品0.0005，不見好轉，歷半小時後病者劇痛難忍，呻吟不止，面色蒼白，出冷汗，嘔吐多次。檢查血壓100/80mmHg，體溫38°C，脈搏86次，呼吸22次，腹壁緊張，全腹均有壓痛及反跳痛，以劍突下最為明顯，肝濁音存在，無移動性濁音，腸鳴音消失，白血球總數16800，中性80%，淋巴20%，腹部X線透視，見右膈下有少量游离氣體，呈半月狀，診斷為潰瘍病穿孔轉入外科治療。

治療經過：禁食，每日由靜脈補充5%葡萄糖2000毫升及生理鹽水1000毫升，內服白芨合劑每日二次，每次五錢。服藥後一小時左右，腹痛減輕，患者安靜入睡，八日自覺有輕度腹痛，無嘔吐腹壁柔軟，有壓痛，腸鳴音弱，九日下午體溫下降恢復正常，十日仍有輕度腹痛及壓痛，給鏈霉素0.5克，青霉素20萬u肌注，一日兩次，停服白芨合劑，十一日開始進流質，不再補液，十二日痛停止，改進半流，檢查白血球總數3000，中性70%，淋巴30%，嗜酸性6%，停注抗菌素，十三日吃早粥後胃有膨滿不適感，給服氫氧化鋁症狀減輕，二十二日改善食後腹部無不適感，二十五日痊癒出院。

例三：劉××，女性，18歲，未婚，住院號2664，於1960年5月8日入院。

病史：二十天來常有劍突下疼痛，吐酸水，食欲不振。入院前三小時突然發生上腹部劇痛，并向右肩背部放射，惡心嘔吐吐出食物殘渣，約半小時余，腹痛漸蔓延至右下腹，持續不止，而來院求治。既往有胃部疼痛及吐酸水史，無嘔血史。

體檢：意識清楚，表情痛苦，體溫36.8°C，腹稍膨脹，全腹緊張有壓痛及反跳痛，以劍突下及右下腹最為明顯，腸鳴音極弱，肝濁音界消失，移動性濁音不顯著。

腹部X線透視并拍片，見雙側膈下有大量游离氣體。

診斷：潰瘍病急性穿孔。

治療：禁食，5%葡萄糖及生理鹽水各1000毫升靜脈滴注，鏈霉素、青霉素肌注，白芨八片，每六小時一次，九日腹痛基本停止，腹壁柔軟僅稍有壓痛，開始進流質半量，另由靜脈補充5%葡萄糖及生理鹽水各500毫升，十日腹部壓痛消失，進流質全量，十二日進半流，停服白芨片，十四日檢查白血球總數6000，中性74%，淋巴26%，停注青霉素及

鏈霉素，進善食，食後無不適。十八日腹部透視膈下已無游離氣體，二十日腹部拍片亦未見游離氣體發現，于當日痊癒出院。

例四：張××，男，30歲，已婚，幹部，住院號2999，于1960年5月20日因上腹部劇痛，已六小時入院，二十多天以來每感上腹部不適，常惡心。六小時前突然發生上腹部劇烈疼痛，持續不止，心悸、大汗、有惡心，但無嘔吐，未經治療來院急診，有胃痛及吐酸史，已五年余。

檢查：意識清楚，表情痛苦，面色蒼白，四肢發涼，大汗，體溫 37.2°C ，腹壁緊張如板，全腹均有壓痛及反跳痛，以上腹為明顯，肝濁音存在，腸鳴音消失。白血球計數8400，中性73%，淋巴25%，大單核2%。X綫腹部透視無特殊發現。

診斷：潰瘍病急性穿孔。

治療：禁食，靜脈補充液體及營養，青霉素肌注，內服白芨合劑，每日二次，每次三錢，服藥後二十分鐘腹痛顯著減輕，二十一日腹痛消失，腹壁肌緊張及壓痛顯著減退，開始進流質，食後無任何不適，二十三日腹部柔軟，已無壓痛及反跳痛，腸鳴恢復正常，開始進半流，二十五日痊癒出院。

處方：白芨四錢，黃連三錢，乳香三錢。配制及用法：以上藥物研末內服，一日服2—3次，每次服3—5錢。

討 論

潰瘍病穿孔在中醫的診斷上以前不夠明確，在治療上多用湯劑，從無提到白芨的治療問題。在西醫治療本病，每用手術療法，雖有非手術治療者，然而一般腹腔殘留膿腫形成的機會較多，死亡率亦較高，抗生菌素的应用及靜脈補液的時間均較長，且胃腸減壓也使患者很不舒服。而白芨合劑治療一般用抗生菌素多為二天，僅一例用了五天，三例均第二天進食，進食後即停止補液，一例三天開始進食，四例均無作胃腸減壓，用藥後二十分鐘至二小時內腹痛大減，安靜休息或入睡，2—3天腹部急性症狀消失，以後觀察的時間長短不一而出院，無發現一例腹腔殘余膿腫存在。我們的病例較少，尚不足以作出結論，然而總的來說，我們感到白芨合劑治療潰瘍病急性穿孔，簡單、經濟、療效滿意，給患者減少和避免了注射，胃腸減壓和手術的痛苦，醫務人員方面也可減少人力和精力，且在農村衛生所均可廣泛应用，因此符合于社會主義總路綫多快好省的要求。

關於用了白芨合劑為什麼能夠很快的止痛，我們推測可能是白芨的粘性很強，這樣能使穿孔處很快形成薄膜而封閉。同時白芨有化癰止血、生肌之功效，這樣可完全避免手術補修時局部炎性反應及較大癰痕之弊。穿孔閉塞後，胃內容物即不再外溢，再加乳香有調氣活血，舒筋止痛，并可消癰疽。黃連有消炎、燥濕解毒之功。這樣，根據三種藥的功效來看，流注于腹腔的內容物是完全可以很快被吸收的，同時，我們幾個病例穿孔的時間最長不超過六小時，這也是使腹部炎症很快消除的因素之一。再加之我們使用了抗生菌素作輔助治療，也有助於炎症之消退。總之，關於白芨合劑治療潰瘍病急性穿孔的機制問題，還有待於進一步研究探討。

总 結

一、我院在六〇年三月至五月两个月期間，用白芨合剂治疗潰瘍病穿孔六例，效果滿意，介紹了四例病案之治疗經過。

二、四例中服藥后二十分至两小时內腹痛減輕或停止，二天腹部急性症狀消失，平均住院十三、二十五天，无发现腹腔残余膿腫。

三、介紹了白芨合剂的处方配制用法，和藥理作用，并着重指出使用本办法应在穿孔六小时左右的病历。

四、提出了白芨合剂是治疗簡便、經濟、節約人力物力，減少病人痛苦，又可在設備簡便的医疗机构应用，符合总路綫的要求。

五、討論了对白芨合剂治疗潰瘍病急性穿孔之机制的初步認識。

1960月6月

应用韭菜素治疗严重燒伤綠膿杆菌 感染的临床观察

信阳专区人民医院

自五八年五月上海广慈医院的医务工作者在党的领导下，发扬了共产主义风格，創造了搶救大面积燒伤丘財康的奇蹟，打破了世界医学权威的論断，繼之在我們医务战綫上出現了不少救死扶伤的紅旗，在燒伤防治方面也指出了許多符合于总路綫精神的中西医結合的有效方法，取得了对燒伤休克，感染，植皮三关的宝贵經驗，但到目前为止处理感染仍是燒伤中一項艰巨的任务，特別是綠膿杆菌的感染更为棘手。

由于感染的存在就形成了敗血症的來源地，因而在近二年来燒伤患者死于敗血症的仍占絕大多數。

对控制綠膿杆菌感染的治疗中虽然有部分藥物可以制止，但这些藥物目前生产不多，应用广大农村仍有困难，况且往往由于藥物的副作用引起严重的并发症。如众周知：多粘菌素，新霉素对肾脏都有着不同程度的損害，局部应用的噬菌体，虽然效果很好，但制造出符合每个病人菌株的噬菌体，也有着一定的困难，故在設備技术条件較差的医院就不能办到。

我院今年的三月份到现在，在搶救燒伤中对五例严重綠膿杆菌感染的病人使用了韭菜素治疗，收到了惊人的效果，迅速控制了感染，消灭了敗血症的发生，并对各組綠膿杆菌进行了敏感試驗，发现韭菜素有抑制綠膿杆菌生长的作用，今特将临床和細菌培养的结果报告如下，敬希批評指正。

本組病历中因鋼鐵厂摔到虾渣池形成燒伤的二例，因炸藥爆炸形成燒伤的三例。

(注) 专指綠膿杆菌感染的統計在內；沒有綠膿杆菌感染的未列入在內。

其中烧伤占全身面积的75%一例、65%一例、60%一例、47.5%一例、35%一例，这五例当中绝大部分是二度，例一有5%面积为三度。

由于我们条件所限没有消毒严格的烧伤病房，部分病人因在农村交通不便和初次扩创不够彻底，因而形成较为严重的感染。

例一、例二、例三、例四、例五、例六、例七、例八、例九、例十、例十一、例十二、例十三、例十四、例十五、例十六、例十七、例十八、例十九、例二十、例二十一、例二十二、例二十三、例二十四、例二十五、例二十六、例二十七、例二十八、例二十九、例三十、例三十一、例三十二、例三十三、例三十四、例三十五、例三十六、例三十七、例三十八、例三十九、例四十、例四十一、例四十二、例四十三、例四十四、例四十五、例四十六、例四十七、例四十八、例四十九、例五十、例五十一、例五十二、例五十三、例五十四、例五十五、例五十六、例五十七、例五十八、例五十九、例六十、例六十一、例六十二、例六十三、例六十四、例六十五、例六十六、例六十七、例六十八、例六十九、例七十、例七十一、例七十二、例七十三、例七十四、例七十五、例七十六、例七十七、例七十八、例七十九、例八十、例八十一、例八十二、例八十三、例八十四、例八十五、例八十六、例八十七、例八十八、例八十九、例九十、例九十一、例九十二、例九十三、例九十四、例九十五、例九十六、例九十七、例九十八、例九十九、例一百。

例二、白绿民，信阳钢铁厂工人，男性，21岁，因跌炉渣池内而烧伤，烧伤总面积占全身47.5%，经过扩创抢救休克，一般情况良好，但由于大便的污染在第四天开始臀部及两侧腹股沟处发现绿色脓液，第五天感染迅速扩大，细菌培养为绿脓杆菌，经用菲菜素二次后创面全部干燥，坏死组织脱落发现上皮生长，体温由原来40.5°C降到38°C，逐渐愈合而恢复了健康。

例三、胡士理、例四吴炳荣、例五陈全典与以上大致相同都是感染较重脓液很多，但经过1—2次的菲菜素使用均能迅速控制，创面干燥，上皮新生，从临床上证实效果颇佳，由于我们对各病人的各组绿脓杆菌进行敏感试验，发现菲菜素含量在20%以上的溶液均有抑制绿脓杆菌生长之作用，仅将抑菌试验简述如下：

测定物之准备：将菲菜素以无菌盐水冲洗于无菌乳钵中研成糊状，加等量盐水放置冰箱浸一夜后以无菌纱布过滤制成5%滤液。

实验方法：

将绿脓杆菌接种于蛋白质水中放37°C温箱中6小时孵育为菌液，另将测定物菲菜液稀释成不同浓度（以无菌蛋白质水稀释）最终容量为二毫升滴入该菌液三滴置37°C经24时48小时分别观察结果并分别接种于血平板上观察其生长与否，其结果如下表：

测定物浓度	经37°C24小时结果	经37°C48小时结果	经再分离之结果
50%	—	—	—
25%	—	—	—
20%	—	—	—
10%	±	±	+
5%	+	+	+
2%	+	+	+
1%	+	+	+

注：（一）不生长，（±）轻度生长，（十）生长。

討論：

菲菜对綠膿杆菌之制菌作用經实验証明在含量20%以上均可抑制細菌生长，經玻片法观察細菌虽有存在但部分有破裂现象。

此实验与临床疗效相一致，并且菲菜較一般抗菌素价廉易购效果又高，頗有推广之价值。

菲菜素制菌之机制尚待进一步探討与研究。

总结：

①严重烧伤病人由于对休克发生的机制有了进一步了解，因而对抢救休克似乎問題不大。

②敗血症是致死主要原因之一，也是处理烧伤的中心問題，但敗血症之来源，絕大部分是由局部感染而进入血流。如何控制局部感染，防止敗血症的发生成了治疗烧伤的中心，特别是綠膿杆菌的感染就更为严重。我們將菲菜素应用临床发现，确有良好效果。

③菲菜价廉易购，在设备条件較差的农村易于使用和推广。

④菲菜素的成分和抗菌譜有待进一步研究。

中藥治疗皮肤癌肿4例报告

河南省淮河医院 何湘文

在党的中医政策的光輝照耀下，我院外科用中医中藥，治愈了鳞状上皮癌肿三例，黑色素瘤一例，茲介紹如下：

（一）病例介紹：

例一：何××男，45岁，工人，开封市人。

于1958年8月間，左侧鼻翼生一肿物，約黄豆大小，稍有痒感，不痛，稍有麻木，生长迅速。經某診所切开后无膿液流出，伤口經久不愈，常流血样液体，有臭味。头痛，食欲減退。于1958年11月中旬来我院就診，見左鼻側翼生一肿物，約3×3×4厘米大小，无移动性，已破潰，表面不平，状如菜花，坚硬，触之易出血，有少許膿血性分泌物并有臭味。病理切片檢查，診斷为鳞状上皮癌肿。

例二：郭××男，72岁，兰考县农民。

自訴右手背生一肿物已20多年。初起如刺猴状不痒不痛，增长极緩，未曾就治。近二月来增长較速，自潰，經常有膿性分泌物，极臭难于近人，并向四周蔓延，但无痒痛感。于1959年元月来我院就診見右手背生一肿物，約5×5×3厘米大小，已破潰，如菜花状，有膿性坏死分泌物，恶臭难聞，局部坚硬，不能移动，触之有出血。

例三：朱××，女，8岁，开封市人。

自訴口下唇生一疙瘩已一年之久，初起較小、較硬，逐漸增大，自破潰。近日增长較速，自破潰后常出血，呈外翻如菜花状，且有疼痛感。于1959年7月12日來我院就診，見口下唇右側生一肿物，突起破潰，如菜花状，如顆粒状，約1.5×1.5厘米，周圍硬，有外翻現象，頷下淋巴結肿大，約2×2厘米硬且有压痛，不移动，病理切片診为癌肿。

例四：尹××，女，72岁，开封市人。

自訴右足底生一疙瘩已五年之久，初起如豆大，硬痒流水，似結节状，不痛，逐漸增长，时流血水，有臭味。自1956年起生长較速，該側大腿根部亦出一肿物，不痛未曾治疗。于1959年6月15日來我院就診，見右足底肿物一个如枣大，一个如雞卵大，表面凹凸不平，呈紫色，有分泌物，臭味，硬性不移动，易出血。該側腹股沟淋巴結肿大如雞蛋。組織切片証实为黑色素瘤症。

(二) 鳞状上皮癌的治疗经过：

治疗原則：腐蝕、提毒、生肌、健皮。

具体步骤：

第一日：①首先清創伤面，然后以白降丹粉撒布于疮面，忌撒于健康組織。

②以玉紅膏外敷。

第二日：①打开敷料可看到，伤面呈灰黑色或黃白色（这种現象說明表层組織已坏死），渗液較多。

②以化腐生肌散撒布疮面，以玉紅膏外敷。

第三日：①可見到疮面組織變軟，部份成块状，脫落。

②紅升丹粉撒布疮面，再以玉紅膏外敷，或凡士林紗条蓋之。

第四日：①伤面膿液減少，肿物縮小。

②再以生肌定痛散撒之，处理如第二日。

第五日：①处理同第一日。

以上治疗連續交替应用致肿物完全脫落，暴露正常組織，即可改用生肌定痛散或輕粉散，疮面逐漸愈合。

(三) 黑色素瘤之治疗经过：

1. 局部之治疗原則及具体步骤与鳞状上皮癌肿大致相同。

2. 內服①消遙散。（加減）②清肝解郁湯（加減）。

經治四十天，局部肿物全部脫落，腹股沟肿大之淋巴結消退。

隨訪：第一例治愈后已11月，恢复了正常体力劳动，局部完整无损，不易察出瘢痕。

第二例治愈后返里，失去联系。

第三例唇部潰瘍肿物已愈，但頷下之淋巴結仍肿大未消。

第四例黑色素瘤已痊愈，治愈后已六个月已参加正常之家务劳动。

(四) 小 結

一、上述四例皮膚腫瘤從臨床症狀和病理切片檢查上都已証實為癌腫或黑色素瘤，應用中藥白降丹粉及化腐生肌散撒布和玉紅膏等外敷，並內服中藥皆收到良好效果，痊愈後隨訪半年至11月余無復發征象。

二、我們對中藥性能及其療效機制尚缺乏研究，但從符合多快好省的精神出發可以斷定較之西醫割治甚至須并用放射治療等，優點是很突出的。

三、本文雖僅四例從效果上看已顯示出了中醫中藥攻破癌瘤堡壘的苗頭，從而增加了我們挖掘祖國醫學遺產使之服務於廣大人民的更大信心。

附：處方

外用1.白降丹作用：祛腐生新、克代頑固組織。

2.紅升丹作用：祛腐、提毒、生新。

3.化腐生肌散：

作用：祛腐、生肌、健皮。

配法：紅粉一錢，煅甘石三分，輕粉一錢，梅片五分，共為極細粉末。

4.生肌定痛散：

作用：生肌、止痛、健皮。

配法：白脂粉三錢，輕粉一錢，煅甘石二錢，田三七粉一錢，火煨石膏五分。

5.輕粉散：作用：生肌、定痛、健皮。

配法：輕粉一兩、官粉三錢、紅粉一錢、三七粉一錢、梅片五分。

制法：先將輕粉官粉火煨後，後再與紅粉梅片研極細，入三七粉。

內服：1.加減逍遙散：

當歸（酒洗）一錢、白芍（酒洗）一錢、白茯苓一錢、白朮一錢、香附一錢、柴胡八分、黃芩一錢、陳皮一錢、薄荷五卜、甘草六分，水煎服。

2.清肝解郁湯：

當歸一錢、生地一錢、白芍一錢、牛夕一錢、半夏一錢、久田八寶神八分、遠志八分、薔皮八分、桔梗八分、蘇葉八分、木通五分、甘草五錢、香附一錢、陳皮一錢、半夏一錢、水煎服。

展筋膏治療大骨節病的療效介紹

洛寧縣長水衛生院

展筋膏治療大骨節病有很高的療效，經我們採用治療大骨節病患者702人，均已治愈，現全部走上了生產崗位，茲將治療方法介紹于下并附病案兩例。

展筋膏的處方組成是：大骨草10斤，皂角20斤，益母草10斤，海金砂4兩，松香4兩，

透骨草10斤，三根皮（秋、桐、椿）、五加皮10斤，香油8两。

制作方法：先将上述草皮切碎，皂角碾碎共一处，加水三桶约150斤，煮沸去渣过滤至50斤，再倒入锅内加入松香、海金沙，并将熬好的香油倾入搅匀熬至见铁成珠为度。

使用方法：根据骨骼变形和疼痛面积，剪好大小不等布块，将膏药摊敷于布上，贴于患处5—7日，换药一次，轻者3—5次，重者10余次即痊愈。

例一、患者刘顺成，男，44岁，已婚。

以往身体健康曾服兵役，于一九四五年七月在潮湿地卧后发生全身骨节疼痛，麻木，以后指关节逐渐变粗、肘关节增粗，屈曲性挛缩成90度，膝关节对称性增粗变形为X状弯曲成150度，四肢肌肉明显萎缩，步行困难，匍匐爬行亦感困难，丧失劳动力达两年有余。

五八年冬专门为大骨节患者组织了康福院进行治疗，刘入院后曾用火罐、针灸、火砖、豆腐浆浴等治疗，持续时间近两个月，疼痛缓解，症状减轻，同年春季停治，五九年六月份开始用展筋膏治疗5—7日为一疗程，共计15个疗程，持续三个月全部治愈。改变了两腿X形，两臂能伸直成170度，两腿肌肉显著改变，恢复了强度体力劳动，五九年在生产战线上曾得到320劳动日。

例二、贺太保，男，56岁，已婚。

以往身体健康，于一九五二年因受潮湿而肘、膝、踝关节疼痛。指关节逐渐增粗，膝关节增粗变形，弯曲成130度，下肢肌肉肿胀，腿不能伸直，拐步行达一年半，丧失劳力达一年半。

五九年六月开始用展筋膏治疗，三个疗程后肿胀消失，疼痛减轻，继续试治至7个疗程，疼痛消失，两腿伸直恢复了劳动力，参加了生产，五九年秋季曾得126个劳动日。

类似以上三度重症患者21人，现已全部治愈，都参加了生产。

通过以上病例的观察，证实展筋膏的疗效是显著的，至于它的药理作用和病理机转相互关系，有待进一步的科学分析和研究，以便更系统的完整的整理。

一九六〇年六月

77例顱脑外伤治疗中的点滴經驗与体会

开封市人民医院

顱脑外伤是比较常见的严重外伤之一，病人伴有顱骨折及脑损伤者，及时的适当处理，可以大大降低死亡率和严重后遗症的发生。顱脑外伤在诊断及治疗方面有些特点，我们要了解这些特点，河南省开封市人民医院外科近一年来，在党的正确领导和大力支持下，开展了脑外伤的手术疗法，收到了好的结果，有一例为脑挫裂伤合并急性硬脑膜下出血，经过手术抢救挽回了生命，而且在精神和思维方面，基本恢复到正常状态，这也给了我们很大鼓舞，一年来我们共收治入院顱脑外伤77例，全组患者至少有以下四种情况之一。

①受伤后曾有昏迷的历史。

②至少有一种神經症状存在。

③有顱骨骨折。

④脊髓液內有出血。

(一)在診斷方面：我們除詳細的記載受伤历史外，作好系統全面的檢查，特別是耳鼻、口腔出血各顱神經的功能（特別注意第三顱神經的情况）以及四肢活动及各种反射。这些对于定位診斷和認識病情变化有着重要关系。

瞳孔情况：瞳孔情况对于診斷脑外伤有特別重要关系，但瞳孔的变化很大，需要在书本以外作进一步的詳細观察，以便积累更多經驗，根据本組病例的观察，瞳孔的变化有以下情况值得记录出来，供大家参考。

①例左額骨眶上緣上方的正中綫，左侧凹陷性骨折患者，脑脊液正常，瞳孔两侧对称，縮小为1.5mm，无光反应，視力尚好，伤后15小时手术，取除凹陷的額骨內外板，未找到硬脑膜外或其下的出血，硬脑膜在取內板时伤破約2mm，脑液外流，手术后經過順利，瞳孔恢复正常。

②例張××，工人，被鉄杆打着脑部昏倒枕骨先着地，出现两侧瞳孔对称性散大，各6mm，視力尚好，脑脊液无血染，压力不高，但呼吸为18，脉搏为60，保守疗法4日后瞳孔恢复正常，順利治愈。

③一例左侧顱骨折，伴发左侧硬脑膜外出血（脑膜中动脉）其瞳孔在受伤后初6小时，右瞳3mm，左瞳2mm，均有对光反应，10小时后左瞳散大到5mm光反应消失，右瞳仍为3mm光反应存在。脊髓液血（卅）手术减压止血后，左右均为3mm，对光反应存在。术后10小时脑压又增，右瞳又散大，再次手术放出一些坏死脑組織及血块，瞳孔又縮小，以后恢复正常。

④此外我們有3例瞳孔不等大，对光反射消失，但神志清醒，均采用保守疗法治疗，他們顱脑內的損害情况，因未手术不得而知。

(二)关于脊髓液穿刺的适应症和脊液情况：在下列情况下我們作脊髓穿刺。

①受伤后昏迷半小时尚未清醒者。

②清醒后又曾昏迷者。

③有持久而严重的头痛。

④瞳孔有变化者。

⑤四肢有瘫痪者。

穿刺出的脊髓液我們记录其出血情况为（一）充血染、（+）微血，（++）中度染血，（+++）深染血。同时測定脊液压力，并做常規檢查。

我們得到的初步印象如下。

①硬膜下出血脊液多染血色（++至+++）但压力不一定高，約100—250mm水柱，查根司德氏試驗半数为阴性。

②每日放一定数量的脊髓液，可以減輕病人头痛症状，如一例男28岁（馮某，住院号18750）鉄棍打头脑外伤、昏迷，右侧瞳孔散大，而无光反应，脊液內无血，但压力高达450mm水柱，經保守疗法，患者于伤后三日清醒过来，迅速恢复，每1至2日一次放出脊液25—35毫升，均起到減輕头痛作用。

另一郭××，男27岁，住院号18789，铁棍打头患者，伤后只昏迷约10分钟，瞳孔等大，光反应存在，但头痛严重，有时脉搏慢到54次，脊液血（++），但压力为140 mmHg水柱；保守疗法迅速恢复，每2日一次放出脊液约15毫升，均起到减轻头痛作用。

③脊髓液压力与脑压增高不完全成正比，约有半数病例呼吸18次以下，心跳60次以下，血压高125 mmHg以上，但脊髓液压力正常。

（三）气管切开术与气管内插管的适应症：

在昏迷或半昏迷的头颅外伤患者，若呼吸机能变弱，或因咳嗽反射消失，分泌物过多，呼吸不畅者，我们多做气管切开。以便于清除气管内之分泌物，使呼吸通畅，从而改善病人缺氧现象，有一病人术后带气管导管45日，终于挽救了生命（每次试行取出导管呼吸道即存积分泌物）。

至于气管插管的适应症，是用于呼吸神经功能紊乱者，因这种病人需要正压给气，而气管切开后，不利于正压给气，但有一例呼吸功能近于衰竭的患者，我们经过气管切口插入硬橡皮制的气管导管，正压给氧，也收到一定作用，另外一例为大脑内出血，患者呼吸停止，我们经口作了气管插管，正压给氧三昼夜之久，病人终因心跳渐无力而死亡。

（四）在治疗方面：我们的保守疗法，简介于下：

①严格静卧，除烦躁不安者外，一律不给催眠药物。

②血压在100 mmHg以上者，头部垫高约三寸（用枕头也可），以减低脑压。血压在100 mmHg以下者则平卧或使头微低以防休克。

③静脉注射50%葡萄糖40—100毫升，每4—12小时一次，以防治脑水肿。

④较重病人一律加强护理，每10—30分钟测脉搏及呼吸一次，每30分钟至2小时测血压一次，此外随时注意病情变化、作好护理记录、记出入水量，并每10—30分钟一次唤醒病人，以观察其是否清醒，这一点的执行根据作者意见亦不必过于机械。这些病人一般比较疲乏易于进入正常睡眠，一个细心而有经验的护士，不采取叫醒病人这一办法，也会辨别正常睡眠或进入昏睡之相。

⑤昏迷患者在45—72小时后，即插入鼻胃管按时注入高蛋白液体饮食。

⑥每日注射维生素K及凝血质1—2次，以促进血凝减少出血。

⑦昏迷患者亦可经胃管给予中药，苏合丸，每日1—4次，每次1丸化水注入，此药可连用多日，我们有一例连用15日之久，昏迷情况逐渐好转，现已清醒。

⑧针灸疗法，治疗头昏、头痛及四肢麻痹均有一定效果。

我们的手术疗法：

①昏迷持续不醒者早作手术。

②昏迷清醒后又转入昏迷者早作手术。

③脉搏呼吸逐渐变慢而血压逐渐升高者。

④我们的定位法，在于瞳孔变化，有无偏瘫，及受伤部位等。

⑤我们的手术为：

A、开颅检查，凹陷骨折复位术。

B、颞下部一侧或两侧的减压术。

C、硬膜外血肿清除，及脑膜中动脉结扎术。

D、硬脑膜切开清除，硬脑膜下血肿及血管结扎术。

⑥我们在手术中的点滴体会：

A、头皮切开后，可迅速用乳突自制牵开器，将皮办拉开即可止血，不必特殊的止血夹子，以缩短解压前的手术时间，缝合皮肤前，检查出血点即可。

B、在硬脑膜下出血手术中，破裂内转之脑组织，可任其自行外流，不必顾虑，我们有一例手术中流出脑质约70克，结果病人神志基本恢复正常，硬脑膜的切口不必缝合，在缝合皮肤时，当使引流通畅，并松松的缝。

C、头额外伤手术疗法，以硬膜外血肿的结果为最好，但一方面必须作的及时，另一方面必须是单纯性的，不伴有脑内其它损伤。这一点在手术前不易弄清，如前所述，我们有一例左侧硬脑膜外血肿，就因合并脑内损伤死亡。我们有一例自火车上掉下之青年，右耳持续出血，昏迷不醒，我们诊断为颞底骨折，而未作手术，死后体检为颞底骨折，合并右侧硬脑膜外巨大血肿，这一例若早采用手术或可挽救生命。

例一，罗××，住院号18872，20岁，工人，被汽车将头挤于树上，左眼被挤破裂，头皮右半部呈现大梭形裂口长约13Cm，在顶颞缝下方，有一横行长约10Cm的开放性骨折，骨折下缘向内凹入约2Cm，骨折间隙出血，并有脑液及脑组织约3克流出，手术清理伤口，将骨折间隙内填塞淀粉海绵止血后设胶皮引流，缝合伤口，术后伤口一期愈合，病人顺利痊愈，除右眼失明外，患者未出现任何神经或精神方面的后遗症。

例二，张××，男，27岁，木工，住院号18209，工作中不慎，自高约5米处坠下，当时昏迷，经救护车来院后已微清醒，能认人，呕吐一次，但烦躁不安，入院后2小时又转入昏迷，右侧瞳孔散大，无光反应脊液血(+++)压力不高，右侧颞下开颅手术，未找到硬脑膜外血肿，但硬脑膜下呈紫红色，压力均匀，十字形切开硬脑膜，即有血块约15克及破碎的脑组织约20克流出，清理伤口，找到两个血管出血，丝线结扎，硬脑膜未加缝合，胶烟卷引流于硬脑膜处，松松缝合颞肌膜及皮肤，完结手术，术后右瞳立即缩小，与左侧等大，且恢复光反应，以后因脑压又增高，又经原开口作过两次减压术，放出破裂脑质约50克，三次手术后，患者神智逐渐清醒，至今神志情况基本恢复如常人。

低温直视心室间隔缺损修补术

安阳钢铁公司医院

在先天性心脏病中，以室间隔缺损发病率最高，其中大部分与其他先天性畸形同时存在，而单纯性室间隔缺损则较少见，据阿波特氏统计占5.5%，旺得氏统计占8%，柯米氏将室间隔缺损按其所在的部位分为四型：膜部、室上脊上方，间隔肌部和三尖瓣后方，其中以膜部缺损最多。

外科治疗，正常室间隔左室压力高于右室压力，当有缺损存在时高压的左室血液即向低压的右室分流，随着缺损的大小和分流量的多少，而有不同程度的肺充血，肺动脉扩张，肺循环高压，以及两室性扩大肥厚等病理改变，当肺循环压力特别增高和在运动时，