

科學研究論文彙編

第二期

上海中醫學院

1959.10.1.

序 言

我們选集了1959年的科学研究論文中的59篇，彙編成册，向偉大的国庆十周年献礼。它是1958年上海中医学院科学研究論文摘要彙編第一輯的繼續，在順序上算第二輯。我院科学研究工作，在党的领导下，青老年中西医师紧密合作，共同努力，已取得了一定成就。

1959年的选题，截至九月中旬止，已完成112項，其中理論机制，重点是經絡本質的探討，針灸机制的研究26項，临床研究47項，文献整理、著作等31項，其他8項。

經絡与針灸机制的研究，是我院的一个重点，論文也較多，虽还不能得出全面的、肯定的結論，但对今后繼續研究提供了重要的資料。临床研究，也取得了显著的成效，如針刺治疗聾啞有效率84.7%，針刺治疗小兒麻痺症有效率达95.8%，推拿治疗椎間盤突出有效率达91.2%，治癒率75%，中医中药治疗高血压有效率达74.6%，中医中药治疗矽肺，疗效亦較理想，症狀改善88.2%，肺功能恢复85%，X綫胸片的观察，在23例中有7例矽結节阴影及網狀阴影吸收好轉。

这些成就，是党的正确领导，坚决贯彻了党的中医政策，广大羣众对繼承发揚祖国医学遺產的积极性空前提高的必然产物。

1959年的科学研究工作，無論从量或質方面來說，都有所提高，但我們并不滿足这些成果，相反的，我們应在新的基础上，更加努力，对人民作出更大的貢獻。

因時間匆促，不及仔細地审訂、修正，錯誤之处，恐在所难免，請批評指正。

目 录

理論探討和机制研究

阴阳五行学說在临床上的应用

經絡学說的研究

針刺对加强孕妇子宫收縮的作用

灸石門穴对小白鼠生殖系統（性週期及受孕率）影响初步报告（摘要）

針刺对人心臟动作电流的影响

艾灸对高血压患者手指容积影响的初步观察（摘要）

X綫下观察針刺对胃蠕动的影响以及穴位選擇性問題的初步探討

正常人胃蠕动的描記及針灸对胃蠕动的描記波的影响

針刺“足三里”对兔胃运动机能的影响及其机制的初步探討

12經脈循行部位及其穴位与人体結構关系的解剖观察

手太阴肺經循行部位解剖結構的观察

手三里穴解剖結構的观察

关于“关元”、“三阴交”穴位臨床針刺感应和解剖結構的关系

皮肤穴位导电量与温度正常值的測定及其周身分布情况的研究

电极面积、电极与皮肤接触的压力以及接触時間的長短对皮肤穴位导电量的研究

几种經絡仪的測定（直流电阻器的設制）

皮肤电位測定器的設制

“蒺藜”經不同方法处理后的毒性和对家兔血吸虫病疗效的进一步观察

針灸对血清中白血球数量、补体、抗体影响的初步試驗

中藥对流感病毒的抑制作用

臨 床 研 究

高血压病的中医理論和治疗（摘要）

中医对慢性腎炎的理论机制及其治疗（摘要）

石斛銀翹湯治疗20例腎盂炎初步观察

中医治疗慢性腎炎20例初步小結

中医中藥治疗子宮頸癌的研究

25例矽肺的中医治疗

中藥治疗21例支气管扩张初步疗效观察

运用中医中藥治疗再生障碍性贫血的体会

中医中藥对糖尿病的疗效

中醫對慢性泄瀉的認識和治療
雷丸治療鉤蟲病的初步療效觀察
驅鉤合劑治療鉤蟲病的療效觀察
驅鉤煎劑治療鉤蟲病的初步分析
祖國醫學治療晚期血吸蟲病

中醫治療小兒傳染性肝炎的臨床報告
麻疹併發肺炎臨床總結

中醫中藥治療急性闌尾炎和闌尾膿腫 138 例病案分析
中醫外科手法治愈慢性復發性伴有乳頭內縮的乳部瘻管 24 例臨床觀察報告
海藻玉壺湯加減治療瘰癧（甲狀腺腫及囊腫）33 例臨床觀察
藥烘療法治療神經性皮炎 50 例初步報告

針刺治療聾啞症 301 例的初步總結
針刺治療精神分裂症的臨床觀察
針刺治療小兒麻痺症後遺症 214 例的臨床觀察
針刺治療遺尿症
針刺治療視神經萎縮
針刺治療慢性痹痛
針刺治療膽囊炎
針刺治療肺結核
針刺治療 127 例高血壓病療效總結
針刺治療癲癇 61 例報導
兒科指針治療應用子午流注法的經驗介紹
針刺治療視網膜色素變性
“失眠症”的水針療法

推拿治療腰推間盤突出症的臨床觀察與探討

其 他

若干中藥中鐵、鈣與磷含量的測定
黃芩的藥理作用

肝臟疾病時血清轉氨酶活力的測定
雙縮脲反應測定血清蛋白質的研究
蜂蟻對於腎上腺皮質的作用

檢查全院寄生蟲的感染
利用溫差電偶溫度計測定循環時間

針刺治疗小兒麻痺后遺症 214 例的臨床观察

上海中医学院
上海市針灸研究所

1959年7月

針刺治療小兒麻痺後遺症 214 例的臨床觀察

上海中醫學院 上海市針灸研究所臨床研究組

前 言

小兒麻痺症的病名，雖在祖國醫學文獻上無此記載，但據其發病情況，病程經過，以及後遺症的出現，則可推斷本病應屬於祖國醫學中的痿症之內。

近幾年來隨着科學的發展，對本病的病理機制雖有了進一步認識，而對後遺症的有效療法，則仍付諸闕如。由於後遺症的肢體麻痺的恢復緩慢，常留下了終身的殘疾，嚴重地影響着兒童的健康。因此研究小兒麻痺症的治療問題，是一項具有重要意義的工作。

我院在發揚祖國醫學遺產的前提下，對本症後遺症的針刺治療問題，進行了初步研究，並取得了一定成績，故特作介紹，以供參考和指正。

一、祖國醫學對小兒麻痺症的認識

祖國醫學的文獻中，對於本病雖無明文記載，但根據本病的症狀及體征，下列引証的資料，可能與本病有關：

素問刺熱篇：“五藏之熱，皆能成痿。而五藏之痿，皆始於肺”；又曰：“其本藏自有所合。其成痿各有其由，其驗之有色有証，治之有法有穴”。而在五藏之中，尤以肺為之長，故又曰：“五藏因肺熱葉焦，發為痿躄”。從肺熱葉焦的程度，亦可決定痿症之輕重，如下經上說：“骨痿生於大熱……”。由於大熱而渴，陽氣內灼，因而水不勝火、水虧於下，遂為腎熱骨痿，因而引起帶脈不引。由於大熱的結果正如生氣通天論上所說：“因子濕首如裹，濕熱不攘，大筋縴短，小筋弛長”的一類嚴重症狀。

千金方小兒驚癇中記載：“病在五藏，內在骨髓，極其難治也。”

衛生寶鑑說：“小兒身體熱蒸，薄入經絡，入於骨髓……”

醫林改錯一書中論小兒半身不遂：“自週歲至童年皆有突然患此症者，少年半由傷寒瘧疹、癩疫吐瀉等症，病後元氣漸虧，面色清白，漸漸手足不動，甚至手足筋攣，週身如泥塑，皆是氣不達於四肢”。此論頗似小兒麻痺症或其他熱性病所引起之後遺症狀。

古人論痿症之原因多以足陽明胃經濕熱上蒸於肺，肺熱葉焦皮毛焦悴，因而成痿。

二、治療原則

一年來我們以針刺療法共觀察了 214 例小兒麻痺症患者。初步分析於后：

1. 理論依據：根據內經上治痿獨取陽明，以陽明為主，結合他經為輔，再以各補其榮，各通其命，調其虛實，和其逆順的方法，達到陰陽平復。

2. 穴位選擇：

(1) 面部：

常用穴：地倉、頰車、翳風、合谷（合谷交叉取）。

備用穴：睛子器、四白、陽白、巨髎、下關、水溝、承漿。

註：眼瞼不能閉合，加四白、陽白、瞳子髎。唇溝消失，加水溝、迎香、巨髎。下唇縱，加承漿、俠承漿。

(2) 頸項部麻痺：

常用穴：天柱、大椎、后谿。

備用穴：風池、大杼。

(3) 上肢麻痺：

常用穴：肩井、肩髃、曲池、手三里、外關、合谷。

備用穴：大椎、缺盆、大杼、秉風，肩貞、肩髃、臂臑、尺澤、少海、支正、間使、神門、太淵、陽池、腕骨。

(4) 軀干部麻痺：

腰以上：常用穴：大椎、大杼、肩井、脾俞、中脘、梁門。

備用穴：天突、膈窗、膈俞、幽門、期門。

腰以下：常用穴：腰陽關、八髎、腎俞、氣沖。

備用穴：帶脈、天樞、氣海、關元、大巨、府舍、腹結、居髎、命門、大腸俞、委中。註一：音低氣短乏神（胸膈肌麻痺）加天突、膈窗、關元、照海。

註二：大便秘結加天樞、大腸俞，次髎。

註三：小便不禁加氣海，關元。

註四：軀干部的常用穴與備用穴的使用，應按照帶督二脈的癱瘓部位來決定，主要根據肌膚的色澤和肌肉張力的反應來決定。

(5) 下肢部麻痺：

常用穴：氣沖、環跳、陽陵泉、足三里、上巨虛、條口、丰隆、解谿。

備用穴：髀關、伏兔、梁丘、犢鼻、風市、陽交、光明、丘墟、殷門、委中、承山、崑崙、申脈、陽陵泉、三陰交、商丘、陰谷、復溜、太谿、照海、然谷、陰廉、曲泉、鶴頂*、氣端*、跟腱、趾腱*。

有關備用穴的應用，我們曾作下面一般規定。如單側下肢或上肢輕度麻痺，只需採取常用穴。若陰陽經絡俱虛或偏証，關節拘攣或弛緩，則應考慮擇取備用穴。

雙側下肢麻痺，或涉及上下肢交叉麻痺，在臨床上一般常見到軀干部伴有輕重不同的癱瘓，除了應取四肢患側常用穴位外，並應注意軀干癱瘓部的穴位，首先明部定經，這樣既可照顧到局部，又能符合于循經的原則，其收效較著。

至于用穴的多少，須視病兒的體質來決定。在使用“半刺”時對穴位的多少并無限制。但是身體比較虛弱的病兒應考慮簡要為主，如全身廣泛性麻痺體虛的病兒，認為需要。可作輪番使用，不宜全部採用。“分刺”疾進徐發針，雖然不是過于強烈的手法，但是由于兒童肉脆，血氣弱的緣故，一般不應超過6穴（單穴）。體質過于虛弱者，尚須酌減。

8. 操作手法：

主要採用“五刺”中的“半刺”法刺得淺而出針快。靈樞逆順肥瘦篇說：刺嬰兒者，其肉脆，血氣弱，刺此者，以毫針“淺刺而疾發針日再可也”。是一種適合淺刺多針的手法。如因病程較久，經絡凝滯，配合“疾進徐發針”，進針後稍加捻撚出針，或由虛實引起經

* 鶴頂穴是經外奇穴，在膝蓋骨上。氣端穴亦經外奇穴，是十趾之端。跟腱，系經穴，在足跟骨奇穴女膝穴上五分大筋之中，可緩解關節拘急。趾腱，亦經穴，在伸趾肌的腱端（包括伸拇長肌、伸趾肌）部位平趾端，可緩解外關足及仰趾足，針刺深淺，視病勢的尤傷骨的原則謹慎進行。

气偏胜 则进针较深 必要时留针10分钟。灵樞終始篇又說：补須一方实。深取之……。 “久病邪气入深。刺此者：深内而久留之……”。

4. 疗程规定：

隔日治疗一次，二十四次为一个疗程。第一与第二疗程之間 間歇兩星期，第二与第三疗程之間，間歇三星期。以下疗程中的間歇時間照此推算。

三、病例分析

病例选择：本文 214 例之年龄为二个月以上十岁以下的儿童，一般在急性期后經其他医疗机构診斷明确后轉至我院。

(一) 本組病例，男性多于女性，为 1.3 : 1。(見表一)

表一 性別分析表

性 別	男	女	总 計
病 例 数	120	94	214
%	56.1	43.9	100

(二) 214 例患者中的发病年龄最多为 1~2 岁的乳嬰兒，共計 93 人，占总数的 43.5%，6~12 个月次之。2~3 岁又次之。3 岁以上和 6 个月以下尤較少見。(見表二)

表二 年齡分析表

年 齡	6 个月以下	6—12 个月	1—2 岁	2—3 岁	3—5 岁	5—10 岁
病 例 数	2	62	93	41	11	5
%	0.9	29	43.5	19.2	5.1	2.3

(三) 根据本文統計，来所就診者早期为最多(在麻痹的三个月以內)，占总数的 64.9%，6~12 个月較次之。1 年以上更少。(見表三)

表三 病程分析表

发 病 期	15 天以內	16—30 天	1—3 个月	3—6 个月	6—12 个月	1—2 年	2 年以上
病 例 数	11	51	77	46	27	1	1
%	5.1	23.8	36	21.5	12.6	0.5	0.5

(四) 在 214 例中麻痹部位最多为下肢，占总数的 84.1%。(見表四)

表四 麻痹部位分析表

麻 痹 部 位	上 肢			下 肢			上 下 肢			其 他
	左 側	右 側	双 側	左 側	右 側	双 側	全 側	交 叉	四 肢	
病 例 数	6	4	3	47	51	82	1	2	8	10
%	2.8	1.9	1.4	22	23.8	38.3	0.5	0.9	3.7	4.7

四、疗效分析

疗效之估计，系根据如下标准：

全愈——经针刺治疗后已恢复行动如常人者。

好转——经针刺治疗后虽有显著好转，或接近全愈，但肢体行动仍未完全恢复正常者。

无效——经针刺治疗后无迅速进步，症状无明显改善者。

(一) 根据以上标准，本文 214 例的治疗结果。总的有效率为 96.8%。(见表五)

表五 疗效分析表

疗效	全愈	好转	无效	总计
病例数	41	164	9	214
%	19.2	76.6	4.2	100

(二) 从本文 214 例性别与疗效来看，全愈率为男性高于女性。(见表六)

表六 男女与疗效之分析表

疗效	病例数	性别		%	
		男	%	女	%
全愈		26	21.67	15	15.96
好转		91	75.83	73	77.66
无效		3	2.5	6	6.38
总计		120	100	94	100

(三) 年龄与疗效，本组病例看不出有明显关系。(见表七)

表七 年龄与疗效分析表

	6月以下	6—12月	%	1岁以上	%	2岁以上	%	3岁以上	%	5—10岁	%	总数
全愈		9	14.51	20	21.51	9	21.95	2	18.18	1	20	41
好转	2	50	80.65	70	75.28	29	70.73	9	81.82	4	80	164
无效		3	4.34	3	3.23	3	7.32					9
合计	2	62	100	93	100	41	100	11	100	5	100	214

(四) 病程与疗效关系很大，本文虽病例不多，不足以说明问题，但可以体会到在 6 个月以内进行治疗的效果最佳。6 个月以上一年以内的效果较差，一年以上的，全愈机会较少，但通过针刺治疗，仍能获得一定疗效，这是值得注意的。(见表八)

表八 病程与疗效分析表

	15天以内	16—30天	1 月以上	3 月以上	6 月以上	1 年以上	2 年以上	总 数
全 愈	6	11	14	6	4			41
好 轉	5	38	58	38	23	1	1	164
无 效		2	5	2				9
合 計	11	51	77	46	27	1	1	214

(五) 部位与疗效的关系，乃为下肢麻痹的疗效远较上肢为高。(見表九)

表九 病患部位与疗效分析表

	上 肢	下 肢	上下肢	其 他	总 計
全 愈	1	37	2	1	41
好 轉	10	138	8	8	164
无 效	2	5	1	1	9
合 計	13	180	11	10	214

(六) 本文 214 例小兒麻痺症的共計治疗次数为 11113 次，在全愈病例中治疗次数平均为 41 次，好转病例中的治疗次数平均为 54.6 次，无效病例中的平均治疗次数为 48 次。(見表十)

表十 疗效与次数分析表

	病 例 数	治 疗 总 数	平均治疗次数
全 愈	41	1689	41
好 轉	164	8995	54.5
无 效	9	429	48

五、典型病例介紹

例一：袁××，女，1岁，門診第 53562 号，初診日期 1958 年 3 月 31 日，发病日期为同年 1 月 18 日，发烧引起左下肢麻痹。經仁济医院诊断为小兒麻痺症，初診情况右下肢軟弱无力；左下肢不能行立，膝趾屈曲，腓腸肌比右腿萎縮一公分。經 14 次治疗便显著好转，一个疗程后已可单独行走，两个疗程结束后行走便完全正常。

例二：罗××，女，7岁，門診第 63027 号，初診日期 1958 年 7 月 8 日，发病日期为同年 6 月 16 日，主訴：高热 40°C，連續六天，热退后全身呈广泛性癱瘓，既不能伸縮站立，又不能举臂和端坐。精神不佳，遍体自汗，頸項痿軟，口眼喎斜，眼臉不能閉合，小便失禁。經我院門診治疗五次后小便基本已能控制，面部歪斜亦見改善。右侧肢体开始能伸动，12 次后头項可以直立，腰部亦見有力，可端坐几分鐘，17 次后二手可以上举，面部歪斜基本恢复，治疗一个疗程时已可攙扶行走几步，41 次时已能单独行走，57 次后痊愈。

例三：刘××，男，11个月，門診第 68257 号，初診日期 1958 年 8 月 13 日，发病日期同

年7月19日，因高热引起左侧颜面喎斜，經紅十字医院腦脊液檢查結果，診斷為小兒麻痺症。症狀：口角斜向左侧牽引唇溝消失，右眼不能閉合，經我門診治療一次後即見顯著改善，治療三次後基本恢復。

討 論

治療獨取陽明，陽明痿症在生理和病理上的重要性已早詳於內經痿論篇：“陽明者五臟六腑之海，主潤宗筋，束筋骨而利機者也。沖脈者經脈之海，主滲灌溪谷，與陽明合于宗筋，陽明總筋之會，會于氣沖。而陽明脈獨為之長，皆屬於帶脈，而絡于督脈，故陽明脈虛者宗筋縱，帶脈不引，故足痿不用。”另外從陽明經的分布情況來看，對小兒麻痺後遺症常見麻痺部位頗相一致，如面部容易麻痺的口輪匝肌、眼輪匝肌等。腹部容易遭到麻痺的腹直肌、膈肌等。上肢容易受損部分為三角肌、橈側伸腕肌等，下肢的股四頭肌、脛骨前肌伸趾長肌等受損最為常見。

至於其它經絡的受損主要由於帶脈不引（胸腹肌麻痺）又因絡于督脈的關係，故可影響諸經，是以陰陽諸經俱可受損，主要表現於一些嚴重病例。所以我們在治療上雖以陽明為重，仍須結合太陽、少陽、足三陰、沖任、督、帶、蹻，諸經為輔，為治療準則。

針刺的操作手法，在療效上頗有關係。根據中醫理論痿症形成以後本屬於虛象，宜補不瀉。但由於恢復期的緩慢，往往由於陽經虛而表現陰經亢，或陰經虛而表現陽經亢，在這種情況下應根據內經：“有余者瀉之，不足者補之”的原則來進行治療，所謂調氣之方必在陰陽，陰虛陽實者補陰瀉陽，陽虛陰實者補陽瀉陰，或陰陽俱虛俱實，皆隨其所見而調之。靈樞終始篇說：“明虛而陽虛，先補其陽後瀉其陰而和之，陰虛而陽盛，先補其陰後瀉其陽而和之。”這種促進陰陽平復的基本方法，值得重視。如刺瀉跟腱、崑崙等穴，可以緩解踝關節的拘急，從而減少馬蹄形的出現。刺瀉解谿、足三里、伸趾短肌腱等穴，可以緩解足外翻等的形成和發展，刺瀉委中穴可緩解膝關節的拘急不伸，刺瀉三陰交，復溜，然谷，等穴，可以緩解內翻足的形成和發展。

本症的預後，通過四診八綱的分析可以獲得正確的推斷。凡發病期體溫高，稽留時間長，或病發急驟，發病前後煩躁不安，或身疹自汗，表情淡漠無神，發音量低，哭聲尖長無力，甚則背部出現一片紅暈兼多斑狀粒疹，皮膚溫度顯著降低，足背紅腫者，常因帶脈不引，而形成胸背膈肌和腰腹肌的麻痺，故其療程較長，療效較差。

凡胸廓擴大，季肋部隆起，或整個上腹部膨大，肌肉張力弛緩，發病期無上列症狀，在此項病例中較多見於先天營養不良的乳嬰感染本病所致，其二下肢雖呈不完全癱瘓，但容易產生陽虛陰亢，引起關節攣縮。（最多為馬蹄足）

在腹肌癱瘓的病例中，其左右麻痺程度一般為不對稱（一側重，一側輕）。如癱瘓比較嚴重的一側，往往在三四星期後出現似半個球體樣凸出于體外，其凸出範圍愈大，預後更差。其腹部癱瘓程度恰與下肢的癱瘓程度相反，如右側腹肌癱瘓比較嚴重，則其左側的下肢必為完全性癱瘓，而其腹肌癱瘓的同側（右）下肢反呈不完全癱瘓。若二側下肢听任發展的結果，也就成為內經痿論中的：“小筋弛長，弛長為痿，大筋繃短，繃短為拘”的二種長短不一的形狀。在治療過程中就應施以補瀉不同的二種手法。以上這些情況在二歲以內的較易發生，而二歲以上的較少。同時在恢復期的估計，年齡大的比較迅速，年齡小的比較緩慢。這可能與發育條件有關。

對一般病例的預後估計：凡單側麻痺或雙側及上下肢同時麻痺而未損及帶督二脈，則一

般容易恢复，预后多数佳良，下肢麻痹比上肢麻痹容易治愈。單侧下肢较双侧下肢更易治愈。双侧上肢麻痹最易造成一侧上肢残廢，凡見上肢呈现完全性癱瘓，肩关节松弛，腕关节动摇，手指軟拘，則其预后每致殘廢。再有單侧下肢完全性癱瘓，皮肤温度显著降低。而其外表并无帶脈不引迹象可見，可能直接影响督脈。治疗期往往須經年累月才能蹣跚行步。且容易出现膝关节反屈，对肌肉萎縮并不显著，但病例不多，其病理机制尚待进一步研究。

結 語

1. 針刺治疗小兒麻痺症有肯定的疗效。本組214例的有效率达95.8%。
2. 治疗的原則，是根据治痿独取阳明的理論，再結合他經为輔。手法方面以补为主同时根据情况配合治标方法的瀉法为輔。調其阴阳，达到阴阳平复为原则。