

1959年貴阳市  
医药科学研究論文选集

YIYAO KEXUE YANJIU LUNWEN XUANJI

內部資料

貴阳市卫生局編

1960年1月

# 目 录

- 向肺结核空洞进军九个月小结 ..... 贵阳市结核病防治院 (1)
- 三黄二花及三黄二花异菸肼注射液治疗浸润型肺结核的疗效初步小结 ..... 贵阳市结核病防治院 (7)
- 伤寒病治疗经验初步总结 ..... 贵阳市穿口工人医院科学研究小组彙总 (11)
- 中医治疗传染性肝炎 105 例的临床分析 ..... 贵阳市中医医院 (32)
- 猪胆汁治疗传染性肝炎 22 例初步疗效观察 ..... 贵阳市穿口工人医院科学研究小组 (43)
- 传染性肝炎中西医治疗 94 例比较 ..... 贵阳市人民医院 李静文整理 (47)
- 风湿性关节炎“痹症” 353 例的疗效初步总结 ..... 贵阳市中医医院风湿性关节炎研究小组 (55)
- 中西医结合治疗骨折 ..... 贵阳市中西医结合研究小组 正骨中医师 唐呈瑞 梁深石 (59)  
贵阳市工人医院外科 袁绍堂执笔
- 贵阳市矽肺治疗研究总结 ..... 贵阳市矽肺治疗研究小组 (70)
- 中医中药治疗阑尾炎 171 例初步总结报告 ..... 贵阳市工人医院外科 梁光亚 杨士俊 (79)  
贵阳市人民医院外科 魏大康
- 八十八例烧伤治疗的几点体会 ..... 贵阳市人民医院 (86)
- 治疗晚期子宫颈癌的阶段小结 ..... 贵阳市妇幼保健院 (94)
- 中医治疗肝硬变腹水 25 例临床报告 ..... 贵阳市中医医院 余祐军 (101)
- 中药炮制略论 ..... 贵阳市中医医院 郭润康 (106)
- 中药红龙夏海汤治疗高血压症 27 例临床疗效初步分析 ..... 贵阳市工人医院内科高血压病科研小组 (116)
- 中药治疗类风湿性关节炎初步疗效观察 ..... 贵州省、市科学工作委员会医药卫生组临床小组 (122)  
贵阳市工人医院内科 汪 瑾整理
- 梅花针治疗菌痢 54 例临床疗效观察 ..... 贵阳市传染病院 (129)
- 试用胎盘粉预防麻疹初步观察 ..... 贵阳市妇幼保健院 贺克明 王德兰 (134)
- 中药治疗胆结石的初步疗效观察 ..... 贵阳市工人医院 (137)
- 对 × × 印刷厂铅中毒初步调查及改进意见 ..... 贵阳医学院卫生学教研组  
贵阳市卫生局医事预防科 (140)  
贵阳市云岩区卫生科
- 小剂量磺胺嘧啶钠二日治疗流行性脑膜炎 46 例的临床观察 ..... 贵阳市传染病院 (144)
- 小剂量合霉素治疗伤寒副伤寒 66 例临床疗效的初步观察 ..... 贵阳市传染病院 (149)
- 贵阳市妇科普查 5607 例报告 ..... 中华医学会贵阳分会妇产科学会 (152)  
霍薇新 叶怀英 唐文丽 胡宝珠 孙佩琴
- 单方雄黄、苦蕒外敷治疗细菌性痢疾 24 例临床观察 ..... 贵阳市传染病院 (156)
- 梅花针治疗妊娠中毒症 30 例临床初步观察 ..... 贵阳市妇幼保健院 蔡志超 (158)
- 支气管哮喘临床治疗观察 ..... 贵阳市工人医院内科, 科研小组 (162)

# 向肺結核空洞進軍九個月小結

## 貴陽市結核病防治院

在總路綫的光輝照耀下，我院全體工休人員在院黨分總支的領導下，破除迷信，解放思想，大開技術革新和學習青島先進經驗，提出了“向肺結核空洞進軍，基本上消滅空洞”的口號，通過大搞群眾運動的進軍高潮，工休人員信心百倍，密切配合，一定要讓肺結核空洞低頭，休養員保證配合治療，醫生找空洞定位，確定滴入藥物，護理工作保證器械準備，插管準確，建立治療卡片，按時檢查和測量臥位，了解滴入後的反應，藥房、化驗、X光室和總務部門等均積極主動配合治療；黨分總支在進軍的過程中及時抓住具體事例召開現場會議，工休人員交流經驗；並按時公布戰果，及時扭轉偏向。因此工作人員一直保持飽滿情緒，九個月來取得了一定的成績。

肺結核空洞嚴重的威脅着病人的身體健康，同時又是結核病播散的源泉，所以在控制和消滅結核病的工作中，消滅肺結核空洞是重要的任務。目前內科方面對肺結核空洞的治療方法中，以支氣管滴入為最理想，療效高、方法簡便，尤其在加強中西醫團結中西結合的治療下，療效更為顯著。我院在黨的教養下，打破了保守的醫療觀點，在治療方法和藥物的使用上，都有了很大的改進，特別是大量的應用中醫中藥，我們有充分的信心和決心，不斷地提高技術，改進治療方法，除去那些代償機能很壞和肺組織有嚴重破壞的患者外，百分之九十的肺結核空洞是可以治癒的。九個月來共治療了378例肺結核空洞患者，其中有99例中途出院而未能堅持治療，茲將279例（其中已出院者138例）初步小結如下：

### 支氣管滴入的操作技術

我們主要是採用鼻導管法，只有少數患者因插管困難而改用口腔內導管插入法，我們應用了以下的操作常規：

#### 1. 操作程序：

(1) 以消毒棉簽蘸冷開水或硼酸水清潔鼻腔。

(2) 插管之鼻孔塗以紅汞水。

(3) 病人取坐位或站立位，以消毒的開水或液體石蠟油滑潤之。8—10號消毒導管自鼻孔經鼻腔至懸雍垂下，讓患者深吸氣或輕咳，此時趁勢插入氣管，病人是驟然一陣劇咳，聲音嘶啞，確定已深入氣管後，固定導管，隨即滴入0.25—0.5的卡因液1—2毫升（已習慣者可不用）。

(4) 按空洞部位，置患者於適當體位，然後於10分鐘左右的時間內徐徐注入藥液。

(5) 滴藥後取出導管，按原體位靜臥 $2\frac{1}{2}$ —3小時。

#### 2. 注意事項：

(1) 滴入治療前均作各種必要的常規檢查，包括查痰、血沉、多軸透視及照胸片（後前位，必要時加側位或前弓位，以確定部位）等。

(2) 滴入開始前一天，向病人解釋清楚治療目的及方法，指導病人作滴入時所採取的體位，並作麻藥的卡因的過敏試驗（用0.25%的卡因溶液4毫升作口內含嗽觀察有無反映）。

(3) 初行治療前可不進早餐。

(4) 滴入時，吸氣時推藥，咳嗽及呼氣時不推藥。

(5) 根据需要每周或每两周肺部透视一次, 空洞闭合时, 即拍小片。

(6) 空洞闭合后及停止治疗后, 作(1)项内之复查。

## 临床分析

279例住院病人, 肺结核病史最短者不足一月, 最长者达20余年, 肺内空洞数目1—4个不等, 279例共有391个空洞, 以空洞为单位计算, 九个月来共关闭了324个洞, 占82.86%, 未关闭者仍在继续治疗中。

一、性别年龄的分布如表一:

表一、 性别年龄的分布

年 龄 分 类	15—19岁		20—29岁		30—39岁		40—49岁		50—60岁	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
人 数	16	6	131	17	62	4	29	1	6	0
总 数	22		154		67		30		6	
%	7.82		55.19		24.01		10.75		2.21	

二、空洞性质与疗效的关系: 见表二

一般空洞282个, 关闭259个, 关闭率为91%, 纤维空洞109个, 关闭65个, 关闭率为59.63%, 从表上材料看蜂窝空洞其闭合率高达93.33%, 有效率达100%; 其次是薄壁空洞。疗效最差的是纤维空洞, 其原因一方面纤维空洞周围纤维组织增生, 不可癒合, 另外它们绝大多数合并有气管移位及扭转, 药物不容易到达洞内, 因此, 它是今后研究的主要方面。

表二、 空洞性质与疗效的关系

空 洞 性 质	关 闭		缩 小		不 变		共 计
	个数	百分率	个数	百分率	个数	百分率	
薄 壁 空 洞	139	92.85%	13	6.25%	2	0.97%	208
厚 壁 空 洞	52	88.13%	6	10.16%	1	1.31%	59
蜂 窝 空 洞	14	93.33%	1	6.66%	0	—	15
纤 维 空 洞	65	59.35%	30	27.52%	14	12.85%	109

三、空洞位置与疗效的关系: 见表三

肺结核空洞属: 上叶多, 以右上叶最多, 本组391个空洞, 右上叶192个, 占48.73%, 左上叶159个, 占40.75%, 上叶中它又多发生于尖后段, 右上叶尖后段共168个, 占空洞总数的42.63%, 左上叶尖后段共143个, 占总数的36.29%, 但在疗效上没有明显的区别。

表三、 空洞位置与疗效的关系

空 洞 位 置	关 闭		缩 小		不 变		共 计
疗 效	个数	百分率	个数	百分率	个数	百分率	
左 上 叶 尖 段	26	74.58%	7	20%	2	5.72%	35

后 段	108	81.20%	22	16.54%	3	2.26%	133
前 段	21	87.50%	2	8.33%	1	4.17%	24
右中叶侧段	8	80%	1	10%	1	10%	10
内 段	6	100%	0	—	0	—	6
右下叶尖段	6	75%	1	12.50%	1	12.50%	8
内 底 段	6	100%	0	—	0	—	6
前 底 段	0	—	0	—	0	—	0
外 侧 段	0	—	0	—	0	—	0
后 侧 段	0	—	0	—	0	—	0
左上叶尖后段	120	83.91%	16	11.18%	7	4.92%	134
前 段	13	81.25%	1	6.25%	2	12.50%	16
上 舌 段	5	100%	0	—	0	—	5
下 舌 段	0	—	0	—	0	—	0
下叶尖段	4	100%	0	—	0	—	4
前 底 段	1	100%	0	—	0	—	0
侧 底 段	0	—	0	—	0	—	0
后 底 段	0	—	0	—	0	—	0
总 計							

#### 四、空洞大小与疗效的关系：见表四

从表四可以看出，空洞越小越容易关闭，百分率越高；四公分以上的关闭率也较高，因其系张力性空洞，经滴入后引起支气管病变改善，空洞易于关闭。

表四、 空洞大小与疗效数的关系

空洞大小 \ 次数	关 闭	缩 小	不 变	共 計
1 公分以下	51   91.07%	2   3.57%	3   5.36%	56
1.1—2公分	178   84.76%	25   11.90%	7   7.34%	210
2.1—3公分	83   81.37%	16   15.56%	3   3.95%	102
3.1—4公分	7   49.66%	6   40%	2   13.34%	15
4 公分以上	5   62.50%	1   12.50%	2   25%	8

五、滴入次数与疗效的关系，见表五

空洞关闭的时间有极大的悬殊，薄壁空洞最短仅三次，最长的空洞关闭 279 次尚未愈合，当然臥位的正确否，药液能否达到都有关系，在一般空洞中关闭最多的是30—50次时，即治疗 1—2 月时，此关闭数占总数的30.5%；10次以下和20次的占7.72%和15.44%；纤维空洞共关65个，在 10 次以上的有21个占总数的32.33%；在51次以下的关闭有14个，仅占总数的21.53%，由此看出一般空洞87.63%可在80次以内关闭，而纤维空洞在80次以内关闭者只占少部分。

表五、滴入次数与疗效的关系

次 数	空 洞 性 质		一 般 空 洞				慢 性 纤 维 空 洞		
	空 洞 数	关 闭 数	总关闭的 百分比	空 洞 数	关 闭 数	总关闭的 百分比	空 洞 数	关 闭 数	总关闭的 百分比
10 次 以 上	21	20	7.25%	0	0	—			
11—20次	40	40	15.54%	1	0	—			
21—30次	48	45	17.37%	8	4	6.15%			
31—50次	82	79	30.50%	13	10	15.38%			
51—80次	54	44	16.60%	20	14	21.53%			
80—100次	10	9	3.49%	19	14	24.61%			
100 次 以 下	27	23	8.88%	48	21	32.33%			

六、滴入用药及疗效的关系，见表六

我們采用滴入用的药品种类很多，兹选择以下四种加以比较，在治疗速度上，石炭酸较好，其次是三黄二花异菸肼，但因病例很少，且病变范围及性质也不一致，很难说明问题。

表六、四种不同药物关闭一般空洞比较表

例 数 及 药 物 类 别	关 闭 次 数								总 数
	10次以下	11—20次	21—30次	31—50次	51—80次	81—100次	100次以上		
异 菸 肼	1 (3.09%)	7 (21.21%)	4 (12.12%)	6 (27.27%)	7 (21.21%)	3 (9.27%)	2 (6.81%)		33
异 链 霉 素	1 (2.85%)	1 (2.85%)	8 (22.85%)	16 (44.7%)	7 (21.05%)	(—)	2 (5.71%)		35
三、黄 二、花 异 菸 肼	0 (—)	12 (18.18%)	15 (22.72%)	23 (34.84%)	14 (21.21%)	1 (1.52%)	1 (1.52%)		66
1% 石 炭 酸 液	8 (33.33%)	3 (12.5%)	6 (25%)	5 (20.83%)	0 (—)	1 (4.17%)	1 (4.17%)		24

七、疾菌与治疗的关系：

279例已出院者：138例中有76例痰菌阴性，62例痰菌阳性，經治疗后有48例阴轉。

八、治疗前后血沉的变化：

279例已出院者：138例中血沉正常者55例，血沉增快者83例，有50例治疗后轉为正常。

九、治疗病例中单独滴入者45例，其余均合併全身用药。

## 滴入藥物種類

主要藥品如下列：

1. 中藥三黃二花支滴液10毫升，或加入鏈黴素0.5克。
2. 0.5—1%石炭酸10毫升。
3. 鏈黴素0.25—0.5克和異菸胂0.4—0.5克，或加1%苏打溶液，1—2毫升溶于蒸餾水10毫升中。
4. 異菸胂0.4—0.5溶于蒸餾水10毫升。
5. 碘酊1毫升加異菸胂0.4克溶于10毫升蒸餾水中。
6. 胃蛋白胃及稀鹽酸共7毫升。
7. 清魚肝油及5%大蒜液各5毫升。
8. 三黃二花異菸胂10毫升溶于鏈黴素0.5克。
9. 1%白芨膠漿10毫升。
10. 1%五倍子液10毫升。
11. 5%鐵包金10毫升。
12. 10%白芨膠漿及異菸胂0.2—0.5克共10毫升。
13. 大濃蒜液1毫升加異菸胂0.4克。
14. 10%白芨膠漿5%大蒜液各5毫升。

註：1. 藥液應根據患者咳嗽、咯痰多少及忍受程度而定，由3—5毫升逐漸增至10毫升，個別增至15毫升。

2. 根據患者對滴入的耐受情況，開始治療時每周三次至六次忍受情況好，兩側有空洞者每周滴入12次。

## 討 論

支氣管滴入抗結核藥物以治療肺結核空洞，在我院使用已有五年半的時間，收到了一些效果。自從黨提出了破除迷信、解放思想以來，我們學習了青島的先進經驗以後，它在臨床應用上有了很大的改進，因而所取得的療效也是非常顯著的。

我們對病例的選擇範圍較廣，除了一部分代償機能很差肺部損壞廣泛的患者外均採用了滴入療法。

肺結核空洞的分類是個複雜的問題。現有的分類法有它一定的缺點，主要的是臨床與病理聯繫不一致，不能作為治療上的依據。我們初步把它分為：1. 一般性空洞：其中已包括薄壁、厚壁、張力、蜂窩、無壁等類型的空洞。2. 慢性纖維性空洞：即空洞及其周圍有明顯的纖維變化，肺門陰影因纖維收縮而提高，肺血管呈垂柳狀陰影，氣管向患側移位，胸膜肥厚及胸膜粘連而使肋間隙受窄，同時有或無支氣管播散現象。另外我們還把一部分兩年以上洞齡周圍有明顯的肯定的纖維變化的空洞也列為慢性範圍。我們認為如果完全按年齡來分類，問題就簡化了，但是我省防癆工作開展的時間不長，很多病例的洞齡在計算上是缺乏依據的。

我們曾在一部分肺部損壞廣泛的損壞肺及肺部絕大部分有硬變性的變化（X線片顯示其中有多數小透明區經碘油造影為支氣管擴張者）的病例進行滴入療法，時間很久滴入的次數也很多但效果不大，其中大部分是因為無法抑止的咳嗽或發燒而經常中斷，病人一般情況是沒有什麼改善的，因此這一部分病例我們認為是不適宜滴入療法的。

## 經驗與體會

1. 開展滴入療法，特別是在有多數病人滴入時，必須作到政治挂帥加強政治思想工作，形成群眾性的運動，工作人員具有百倍的信心堅定的意志，是成功的關鍵，同時要破除迷信，解放思想，刻苦鑽研，敢想敢作，才能進一步提高療效，取得成績。

2. 药液能否流入空洞部位决定于臥位的正确与否，故空洞定位及臥位必須准确，因此在滴入前必須將体位摆好才能进行滴入。且在滴入时及滴入后病人必須在原臥位睡足  $2\frac{1}{2}$ —3 小时，不能有任何移动，（通过碘水造影检查，流入空洞部位的碘水在体位稍有变更后即流至他处）至于臥位的角度垫起必須合乎高度才行，垫臀部不如垫腰部好，因垫臀部時間久很容易落下而影响角度的正确性，垫腰部即无此弊，一般的上叶后段取傾斜  $35^\circ$  臀高用被子叠八层，上叶尖段叠十二层，所成的角度大致近乎  $12^\circ$ — $15^\circ$ ，我們从以臀部离床面一厘米即为一度計算的（以中等身长为标准）。在滴入过程要有专人检查臥位，否則常是开始准确，以后就相差很多了。

3. 滴药时必須是在完成沒有咳嗽的情况下滴注才好，因为在碘水造影下流入空洞部位的碘水，一二声咳嗽药液已全部流入他处。避免咳嗽的方法，在滴入时速度应放慢，大約在15分鐘內將药液滴完最好（少部分病人時間还可延长到半小时），且在吸气时徐徐滴注，但也不可过深的吸气，这也是通过碘水造影的証明。如上叶空洞在头低臀高的情况下，深吸气时碘水流入下叶的比流入上叶的多，盖因病变关系肺內負压降低减少故也。如在滴注时病人有咳嗽或有咳嗽感，則应停止滴注，俟咳嗽及咳嗽感消失后再滴。此外在滴入药液內加入 2—5% 奴佛卡因 2 毫升，或在滴注药液前先滴入 2% 麻黄素 1.2 毫升也有好效。

4. 药物疗效以鏈霉素 0.250. + 5. 一液异菸肼 0.5—5% 小苏打水 2 毫升、5—10% 大蒜（但須新鮮）的）、1% 石炭酸等为好，三黄二花刺激性最小，疗效肯定，但空洞关闭的时间稍慢一些，用石炭酸滴入在空洞关闭后常現病灶周围炎症变化，最好在空洞关闭后改用异菸肼或三黄二花来繼續巩固。其他中药由于例数太少，尚不能作結論。

5. 一般空洞可以滴入两周作一个观察時間单位，如不見效則必須重新考虑体位是否正确，或引流支气管有无变化，特别是慢性纖維空洞引流支气管常有变形或牵引，用一般体位药液不易流入空洞部位，必須用碘水造影来矫正体位。

6. 空洞关闭后巩固時間不能少于 30 次，如病变广泛，空洞時間較久或有支气管內膜结核者，則時間更应加长，巩固時間不能少于 60 次。

## 小 結

1. 本文小結九个月来用支气管滴入治疗肺结核空洞 279 例，共有空洞計 391 个，一般空洞 282 个，关闭 259 个，关闭率为 91%，纖維空洞 109 个，关闭 65 个，关闭率为 59.63%。

2. 一般空洞包括薄壁、厚壁、张力性、蜂窝及无壁空洞，滴入疗法是完全可以治愈的，慢性纖維空洞（包括二年以上洞齡，空洞有肯定纖維变化的空洞）也是大部分可以治愈的。故均应列为滴入疗法的适应症。至于那些代偿机能很坏，肺部損失严重的损坏肺。以及有肺硬变性小透明区的支气管扩张患者，滴入疗效不佳，个别的还可引起病变恶化或散播，故滴入时应謹慎从事。



# 三黃二花及三黃二花異菸胛注射液 治疗浸潤型肺結核的疗效初步小結

貴阳市結核病防治院

在大鬧技术革新的高潮中，我院职工在党的正确领导下，發揮敢想敢作的共产主义风格，按照祖国医学复方用藥的特点，大胆地将黃連、黃柏、黃芩、葎草花、梔子、知母、仙鶴草等中藥制成了三黃二花蒸餾靜脉注射液(簡称三二花，下同)并与异菸胛合併为三黃二花异菸胛注射液(簡称三二异，下同)用以治疗浸潤型肺結核獲得了显著的疗效。該藥液在試管内抑制試驗在現1%浓度时結核杆菌无生长， $\frac{1}{200}$ 浓度时，第二周才生长(Kirchner氏培养基)，証实了它具有强大的抗結核杆菌的生长作用。治疗了浸潤型肺結核108例，其中应用三二异治疗32例，三二花治疗10例，多途径治疗的66例三(二异或三二花靜注、支滴、口服者)病变吸收很好，显著吸收51例，吸收50例，有效率达93.51%。

## 病 例 选 择

浸潤型肺結核不合并其他严重疾病，按时接受治疗，而資料完整的住院病例。

## 用 藥 方 法

分为下列五組給藥：

1. 三二异10—20毫升，靜脉注射每日一次。
2. 靜注三二异，合併支气管滴入三二异。
3. 三二花20毫升，靜脉注射每日一次。
4. 靜注三二花，合併支气管滴入或口服，或三者同时应用。
5. 支气管滴入三二异、三二花，每周六次。

## 疗 效 观 察

1. 临床症状的改善：肺結核常見的症状：咳嗽、咯痰、發燒、盜汗、胸痛、咯血、气喘、瘦弱、食慾不振。应用三二异或三二花后，均有明显的改善。詳見表一：

表一、

临床症状的变化

组别	例数	治疗	咯嗽	咯痰	发烧	盗汗	胸痛	咯血	气喘	疲憊	食慾不好
靜注 三二异	32	前	30	28	7	12	25	19	14	21	12
		后	0	2	0	2	1	0	1	1	0
靜注 三二花	10	前	7	6	2	4	5	2	4	6	2
		后	0	1	0	0	1	0	1	0	0
靜注、支滴 三二异	35	前	27	31	5	10	26	18	4	25	14
		后	5	7	0	1	1	0	1	1	0
靜注、支滴 口服三二花	28	前	25	25	3	15	15	7	8	22	15
		后	3	4	0	1	1	0	0	1	0
支滴 三二异	3	前	3	3	1	1	1	2	0	3	2
		后	2	2	0	0	0	0	0	0	0

2. X 綫表現：(1) 病變的轉歸：治療前後X光片對比下，接受治療的病例均見到病變吸收。其中三二异的療效比三二花者較高。(見表二)(2) 空洞的轉歸：用三二异滴入6个一般空洞(包括厚壁、薄壁等)閉合者三个，縮小者二个。三二花滴入3个空洞，閉合者二个，縮小一个，空洞閉合率为55.55%。(見表三)而空洞大的、小的均見有閉合(見表四)

三二花滴入病例，一例6次空洞閉合，另一例則26次才閉合。

表二、

病變的轉歸

		显著吸收	吸收	无变化	恶化	合計	有效率%	显著吸收的%
三二异	靜注	16	16	0	0	32	100	50.00
	支滴	1	2	0	0	3	100	33.33
	靜注+支滴	20	13	2	0	35	94.29	57.14
三二花	靜注	3	5	1	1	10	80.00	30.00
	(綜合組)	11	14	1	2	28	89.29	39.28
合計		51	50	4	3	108	—	—
%		47.21	46.29	3.73	2.77	100	93.51	47.21

註：吸收 $\frac{1}{2}$ 以上的为显著吸收，虽有吸收但不及 $\frac{1}{2}$ 者为吸收。(綜合組)靜注+支滴、靜注+口服、靜注+口服+支滴。

表三、 空洞的轉归

	閉合	縮小	无变化	合計
三二异	3	2	1	6
三二花	2	1	0	3
合 計	5	3	1	9
%				

表四、 空洞大小与关闭关系

以厘米計	空 洞 数	閉合的空洞
一厘米以下	2	1
1.1×2	1	1
2.1×3	3	2
3.1×4	2	0
4.1厘米以上	1	1

三二异关闭的时间較晚些，一例35次，另二例则为35次及39次。

3. 治疗的时间：接受治疗的病例，少者15天，多者91天，平均接受治疗时间为43天。（見表五）

4. 治疗后体重增加情况（以公斤計）大多見增加。（見表六）

5. 化驗血沉加速的病例，治疗后均見下降和恢复正常，痰抗酸杆菌阳性者，疗后均阴轉，少数痰菌显著減少。（見表七）

表五、 疗程的觀察

		最 少 天 数	最 多 天 数	平均疗程(天)
三 二 异	靜 注	15	91	53
	支 滴	30	48	41
	靜注十支滴	20	70	37
三 二 花	靜 注	30	90	40
	靜(口)十支滴	27	75	46
平 均 疗 程		25	75	43

表六、 疗后体重的变化

体 重	+1	+2	+3	+4	+5以上	減 少	不 变	未 量
三 二 异	7	18	4	2	6	2	20	11
三 二 花	10	6	4	2	3	1	10	2

表七、 化驗的轉归

	血 沉		痰 抗 酸 杆 菌	
	疗 前	疗 后	疗 前	疗 后
三 二 异	26	11	27	13
三 二 花	10	0	11	4
合 計	36	11	38	17

## 藥 物 配 制

三二异是一种由多味中药及异菸肼組成的一种溶液，原料及成分如下：

黃柏200.0 黃連 50.0 黃芩200.0 葶草花200.0 金銀花200.0 仙鶴草200.0  
知母100.0 梔子150.0 氯化鈉适量 蒸餾水9000毫升。

制法：

1. 先将黃連、知母、梔子等研碎，并与其他各药一起放进适宜大小的容器中，加蒸餾水 9000 毫升，放置浸漬24小时后，用紗布过滤（必要时压榨过滤）得滤出液。
2. 将滤出液放入已經洗滌清洁之蒸餾器內蒸餾，待蒸出液达3000毫升左右时（溜出液无药味即可）将滤出液重滴至2300毫升。
3. 加入0.85%的氯化鈉溶液于重滤液中以調节其等渗透压，即得未消毒的三黃二花注射液。（封閉消毒备用）
4. 取异菸肼 1 克于量杯中，加入三黃二花重蒸餾液，攪拌溶解后，再加三黃二花重蒸餾液 至 100 毫升，即行过滤封入安瓶或适宜大小之反口橡皮塞玻璃瓶中，用100°C 消毒30分鐘即得灭菌之三黃二花异菸肼注射液。

註：支滴用三二异为每100毫升內含异菸肼300毫克。

## 討 論

三二花和三二异是按照祖国医学复方的特点配制的注射液，在临床应用上肯定有良好的疗效。表现在較短的时间內（平均43天），临症的改善，病变的吸收上很好。（見表一、二）特別是一般咯血病例，不用止血剂，也能使咯血消失，发燒病例也見退热。

三二花和三二异两者相比，从病变吸收及临床退燒来看，三二异的疗效較高。滴入的一般性空洞，均見到有閉合，除一个无变化外，其余的均有縮小，說明繼續滴入，可以完全閉合。

在制剂方面：藥物浓度的准确性不易掌握，初步規定在蒸餾过程中以溜出液3000毫升时或待溜出液臭至无药味时为准。

另方面，提高疗效及藥物浓度上，准备提取黃芩素来代替黃芩（黃芩的成份）用盐酸黃連素代替黃連、黃柏。至于应用溶解度較大的硼酸黃連素、硫酸黃連素代用黃連、黃柏的工作。是我們准备研究的問題。

这样的結果，三二花及三二异的浓度及治疗可以大大提高。

## 結 論

1. 本文小結三二异及三二花治疗 108 例浸潤型肺結核，其中显著吸收者51例，吸收者50例有效率达93.51%，滴入空洞 9 个，有 5 个閉合，3 个縮小（三二花滴入三个，閉合 2 个）。

2. 三二异的疗效比三二花高，与鏈霉素在退燒上有同等的功效。

3. 如何进一步提高疗效上，在制剂方面作了研討。用黃芩素代替黃芩，进一步用硼酸黃連素、硫酸黃連素或磷酸黃連素代替黃連黃柏。

# 伤寒病治疗經驗初步总结

(窄口滩工人医院科学研究小组彙总)

从本年五月中旬起到十一月底止，我院收治伤寒伤寒病人12名，为了統一观察疗效，总结經驗，曾制訂出各项治疗方案，对部分病人进行了較為詳細的观察，因時間关系，一部分病例，未能統計，現仅将已統計資料分六个部分作出初步总结如下：

## (一)

### 抗菌素、抗菌素合併激素治疗伤寒280例疗效观察

治疗伤寒特效药中，目前仍以谷氨酸和氯霉素疗效較好，但如使用合霉素每日2克——3克，或氯霉素每日1克——2克，則体温降至正常及毒血症消失，一般均在3——5天以后，重症患者往往在体温未降时，即可死亡，且有一定的副作用，最多見者为药疹，其次尚有白血球总数减少及顆粒性白血球减低，故不能認為完全滿意，为了縮短患者的高燒時間及減輕其中毒症状，在我院党組織的鼓励和支持下，我們試用强地松合併合霉素治疗伤寒，疗效非常显著，今将初步結果报导于后：

#### 一、病例选择

我院收治一千多名伤寒患者，前一阶段多为单纯合霉素治疗，自8月份开始，广泛試用强地松合併合霉素治疗，选择其中280例进行分析，83.5%的病例均由血及大小便培养出伤寒杆菌，其余培养阴性者，其肥达氏反应效价“o”“A”均在1：320以上，并有逐渐上升至1：640及1：1280，部分併发腸穿孔病例，于用药24小时以内发生，故未列入。

#### 二、治疗方法

1. 单纯合霉素治疗組中，分为每日2克法及每日3克法，在2克法中，一般为0.5每6小时一次或1克每12小时一次。

在3克法中，为0.75克每六小时一次或1克每8小时一次。

在一段時間合霉素缺药时，部分病例，改为氯霉素減半治疗。

2. 在合併治疗組中，其合霉素用法与上相同。

在强地松的使用上，一部分为强地松与合霉素同时应用，一部分为先用合霉素几天，再加强地松。

强地松的用法一般为5毫克一天三次，体温完全正常两三天停药，改为一天一次或一天两次，維持3——5天。强地松的用量：总量为10215毫克，平均用量68.8毫克，每人每日平均用量16.1毫克，平均用药日数4.3天。

少数病例曾临时加用促腎上腺皮質激素(A.C.T.H)一、二次，及輸血少量。

在强地松治疗过程中，一般均未补充鉀盐类药物。

### 三、合徵素用藥量及用藥日數統計

表一：合徵素用藥量及用藥日數

表一：合徵素大藥量及用藥日數

用藥日及量 組別	用藥量 (克)	用藥日 (天)														總人數	平均每 日用人 量				
		用藥日 (天)																			
		0	1	11	16	21	26	31	36	40	以上	總量	平均量	3	6			9	12	16	20
合徵素	2克	3	7	15	8	6	1	0	0	763	19	4	11	14	11	0	0	381	9.5	40	2.0克
	3克	0	4	14	39	22	8	7	6	2468	24.7	4	53	33	10	0	0	820	8.2	100	3.0克
合+強	2克	5	14	31	12	13	0	0	1	1429	18.7	4	33	31	8	0	0	711	9.3	76	1.9克
	3克	1	8	6	15	16	5	6	8	1741	27.2	9	22	23	8	2	0	571	8.9	64	3.0

由上表可以看出，單純合徵素與合+強組，在用合徵素的量及時間方面，差別不大，單純合徵素組每日2克法中，平均每每人每日用藥量為2.0克總量19克，3克組中，平均每每人每日用藥為3.0克，總量24.7克。

在合+強組中，每日2克法平均每每人每日用藥1.9克、總量為18.7。3克法中平均每每人每日用藥為3.0克、總量27.2克。

在用藥日數上，亦無甚大差異，在單純合徵素治療組中，2克法者，平均用藥日數為9.5天，3克法者為8.2天，在合+強組中，2克法者平均為9.3天，3克法為8.9天。

由此可以得知，用強地松合併合徵素治療傷寒，並不能減少合徵素的用量，亦不能縮短用合徵素的時間，其原因是因為我們為了預防復發，合徵素的用藥均較長，在合+強組中，體溫雖已下降至正常，仍然延長了合徵素的使用。

強地松的用量：總量為 毫克，平均用量 毫克，每人每日平均用量 毫克，平均用藥日數 天。

### 四、療效觀察

表二：療效觀察

表二：療效觀察

療效 組別	用藥量 (克)	痊癒	進步	死亡	病例數	用藥後體溫完全降至正常所需日數										總日數	平均降溫日	復發數
						用藥後體溫完全降至正常所需日數												
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10天以上			
合徵素	2克	40	0	0	40	0	0	5	6	7	8	1	1	8	4	254	6.3	5
	3克	100	0	0	100	0	2	14	19	22	16	15	3	4	5	245	5.5	9
合+強 同時應用	2克	40	0	0	40	3	7	5	5	5	6	4	2	1	2	190	4.8	0
	3克	21	0	0	21	3	1	4	2	2	3	5	1	0	0	96	4.5	2
合+強 強地松用18天	2克	36	0	0	36	18	5	3	2	3	2	1	1	1	0	96	2.8	4
	3克	42	0	1	43	26	2	3	2	2	1	2	0	4	0	113	2.7	3

在上述 280 例中，除 1 例因中毒症状严重致死亡外，其余均于两周内体温完全降至正常，最短者为 3 天，最长者为 14 天。

在单纯合霉素治疗组中，最短者为 2 天，以 4、5 天较多，在 2 克法组中，平均降温日数为 6.3 天，在 3 克组中为 5.5 天，二者差别不大。

在合+强治疗组中，合霉素与强地松同时应用者，在用药后，体温骤然下降，自 40°C 以上降至正常，甚至 35°C 以下，体温不升；一般的体温计亦不能测出，且体温下降极快，有的在 8 小时以内即有骤降，但在降温后 1、2 天，体温又上下波动于 37°C—38°C 之间，唯少有再升至 40°C 者，呈现不规则热型，如此持续 4、5 天，始完全降至正常，在此时期内，患者自觉舒适，无发热感觉，食欲及精神均好。

在合霉素强地松同时应用的 2 克组中，平均降温日数为 4.8 天，3 克组中为 4.5 天，由此可见，2 克与 3 克的应用区别不大。

除同时应用外，我们有部分病例是在用合霉素几天以后，体温持续不退，加用强地松，最短者是在用合霉素两天后，最长有 6、7 天，平均为 1.8 天，一般在用强地松后，体温呈直线式下降，至 35°C 以下，且皮肤大量出汗，但神志清楚，脉搏慢而有力，血压正常，未见血循环机能不全或虚脱的表现，如此持续低温两三天，体温逐渐升至正常。

在后用强地松的 2 克组中，平均退烧日数为 2.8 天，3 克组中平均为 2.7 天，又说明 2 克与 3 克差别不大。

两组病例中，合并治疗者复发率较低，单纯合霉素组 140 例，复发 14 例，占 10%，合+强的 140 例中复发 9 例，占 6.4%。

## 五、病例报告举例

例一，住院号：4960，揭××女性 16 岁工人，于 1959.9.1. 因发烧，头痛 7 天入院，伴有身痛，无力，食欲减退，过去未注射过预防针，入院检查发育正常，营养差，表情淡漠，轻度失水征，头、颈正常，心阴性两肺偶有少许干啰，肝、脾均在肋下半指，白血球 6400 中性 65%，淋巴 33% 单核 2%，血培养伤寒杆菌生长肥达氏反应“O” 1:80, 1:640, 1:320, “H” 1:160, 1:1280, 1:320, 入院诊断伤寒，当即用合霉素 0.75 六小时一次。服并补充 5% 葡萄糖盐水 2000CC，于入院次日（9.2）夜间，出现精神症状，躁动不安，服合霉素后呕吐，于 9.3 日上午即出现昏迷，胡言乱语，大小便失禁，腹部胀气，体温持续在 39° 以上，即停合霉素改氯霉素 0.5 六小时一次肌注，并于 9.4 日下午 4:00，服用强地松 5 毫克一天三次，并输血，因发生反应，输入 50CC，后即停于用强地松后 12 小时内，体温骤然降至 36°，大汗淋漓，神志不清，但血压脉搏均正常，于 9.6 神志转清晰，大小便能自解，但 9.8—9.14 体温又复上升，波动于 38°—39°C，呈不规则热型，14 日以后，体温完全降至正常，住院观察一个月，于 10.9 痊愈，未发生复发。

例一，

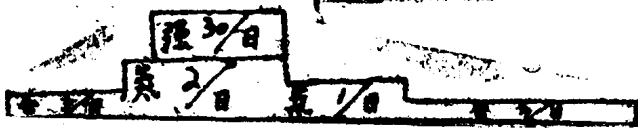
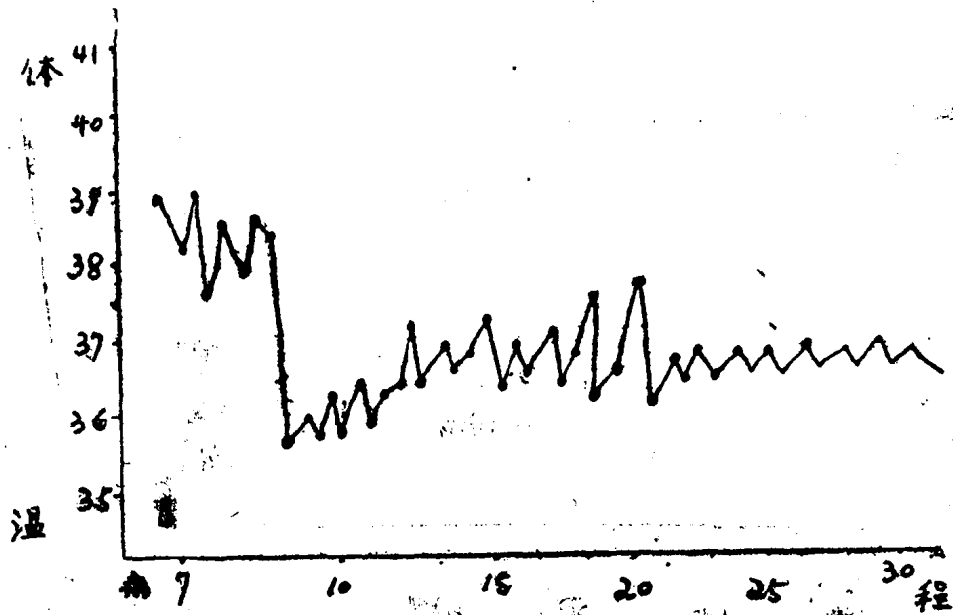
例二，住院号：5616 女性，工人于 1959.10.27. 因发烧 7 天入院，病重时，曾有胡言乱语、精神异常，入院检查，发育营养中等神志清晰，合作心肺（一）、脾在肋下二指，白血球 2,600 中性 50%，血培养伤寒杆菌生长，入院后，即用合霉素 0.75 六小时一次，体温持续 39°—40°C，且出现烦躁，谵语，及幻觉，乃于 10 月 31 日加用强地松 5 毫克，一天三次，于 24 小时内体温骤降，且大量出汗，但脉搏慢血有力，用强地松后第三天，体温升至正常，体温稳定两周，自动出院，随访问察，未见复发。

## 六、讨论

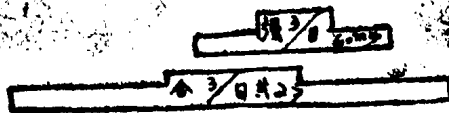
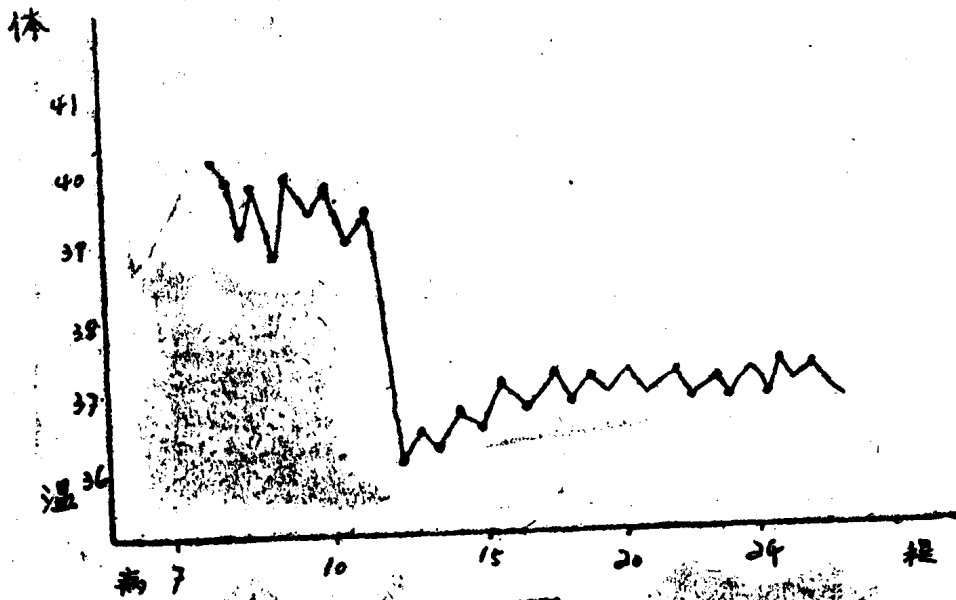
近年来使用合霉素及激素治疗伤寒，逐渐增多，激素在感染性疾病中有抑制机体炎性反应，改善机理的病理状态及使机体对血毒症的耐受性增高，但没有杀菌作用。

在感染性疾病中，特别是暴发型的感染而有凶险症状时，控制毒性反应，比之即刻扑灭细菌还来得迫切，因在此种情况下，应用适量抗菌素与激素合并治疗，是比较合适的。

例一.



例二.





我們使用的强地松，系內分泌物質中的合成类固醇激素，其葯理作用与考地松及氫化考地松相似，但調节醃代謝，抗风湿病作用較皮質素約强 3——5 倍，考地松与氫化考地松长期治疗能引起水鈉的积蓄作用，而引起浮肿，强地松因无水及電解質的代謝作用，故不会发生此种現象。

我們应用合激素强地松合并治疗的140例伤寒中，可以看出，单纯合激素治疗的退热時間，平均 5.5——6.3天，而先用合激素后加强地松，則为2.7——2.8天，大大縮短了患者的发熱時間及減輕中毒症状，亦即縮短了住院日数。

在合并治疗方面，先用合激素，后加强地松，效果似較二者同时应用为佳，在同时治疗时，体温可以即時下降，但短時間內又复上升，形成不規則热型，且持續4.5天始完全降至正常，同时停葯过早或減少葯量均可引起体温复升，这可能是由于激素不能直接杀菌所致，因此我們建議：在合激素合并强地松治疗时，最好先用两天合激素再加强地松，体温降至正常后，强地松可減少葯量，維持4.5天。

在合激素的应用方面，不論单独使用或合并治疗，2克与3克均无显著差别，但为了节省葯物，減少副作用，我們建議，最好采用每日2克法。

## 七、总 結

1. 本文分析了单纯合激素治疗伤寒140例，合激素强地松合并治疗伤寒140例，其中30例重症伤寒，均获得了良好效果。

2. 对280例伤寒患者的年齡、性別、治疗前病程、体温，病型大小便及血培养作了比較。

3. 对两个治疗組中合激素的用量及用葯日数作了統計。

4. 对合激素强地松合并治疗，作了进一步的分析，認為在合并治疗中，先用合激素一、二、天，后加强地松，体温降至正常后，再維持4.5天可以得到滿意效果。

5. 对合激素的用量作了进一步的探討，認為合激素每日2克与3克在疗效上差别不大，为了节省葯物，及減少副作用，最好用每日2克法。

6. 对强地松的葯理作用作一簡單介紹。

7. 对成人伤寒提出以下治疗方案：

- ①合激素 1克 12小时一次 以后两天加
- ②强地松 5—10毫克 一天三次 退热后用
- ③强地松 5毫克 一天一次 一周左右。
- 合激素 0.5克 一天二次 一周左右。

表 1、本組伤寒腸穿孔发生时与病程

病 例	一 周	二 周	三 周	四 周	五 周	六 周
院內	10	0	5	3	1	0
院外	7	1	4	2	0	0

表 2、

原 因	腹 泻	大 便 后	咳 嗽	腹 泻 及 咳 嗽	腹 脹
例 数	6	7	1	2	1