

撫順衛生

FUSHUN WEI SHENG

第三輯

內部刊物

注意保存

撫 順 市 衛 生 局

1961.5

目 录

治疗肝硬化临床经验初步总结.....	1
针灸治疗75例聋哑症初步总结.....	13
小儿桡骨头半脱位 595 例分析报告.....	20
慢性肝炎 214 例临床分析.....	25
四黄素治疗小儿肺炎30例临床分析.....	34
在門診使用茵陈煎剂治疗 124 例传染性肝炎疗效观察.....	39
球结膜下羊肠线移植治疗砂眼血管翳的疗效观察.....	43
294 例 保托儿童佝偻病诊疗探讨.....	45
腹腔积液内酯定量检验诊断法的探讨.....	55
灼伤救治早期物理疗法.....	59
强化器轉胎30例之統計观察.....	62
耳診2079例統計分析报告.....	65
鉄制臍带夹处理臍带的几点体会.....	67
脊髓神經刺激疗法合併氯硫二苯胺治疗30例精神分裂症临床疗效观察.....	69
外伤性截瘫病人及結核性截瘫病人护理.....	74
三硝基甲苯动物試驗病理研究.....	76
新法測定大气中的氟.....	87
三磷酸腺苷 (A.T.P) 試制初步总结.....	90
500 例 正常人肝功統計分析.....	92
撫順健康人体白血球分类常值的調查报告.....	96
撫順地区 239 例健康成人四項血液生理常数統計分析.....	101

治疗肝硬化經驗初步总结

撫順市中医院
撫順市祖国医药研究所

前 言

肝硬化及肝硬化所致腹水，是属于祖国医学的“臌胀”或“单腹胀”的病名，是一种危害人民身体健康的严重疾病。頗难制服，既往医患之間缺乏信心，均视为不治之症。由于党对人民身体健康的关怀，我所（院）在党的正确领导下，以及三面紅旗的光輝照耀下。高举毛泽东同志思想紅旗，充分的将毛泽东同志的战略战术思想运用于研究中。在“战略上藐視困难”，在“战术上重視困难”，从而对这种頑固的疾患在治疗上进行了探討研究，打破了陈規旧律。以“敢于革命，敢于斗争”的精神，坚定医生信心，調动了病人主动作用。消除了治病不治人的资产阶级思想。因此在門診与病房接受治疗的131例肝硬化病人中，近癒23例，有效82例，无效11例，死亡15例。在131例中有腹水者87例，其中腹水消失69例，占79.3%。收到一定效果。

本文是将我所（院）131例肝硬化病人的治疗点滴經驗作以下介紹。因我們認識肤浅，不当及錯誤之处在所难免，望同志們多加指正。

祖国醫學對肝硬化的認識

肝硬化是在临床常見的一种慢性疾病，从中医文献記載来看是属于臌胀，单腹胀，痞积这几个病名。病名虽然不同，而其发病原因及其出現症状还是一致的。古人所說臌胀，单腹胀，即是現代所說肝硬化的腹水期。如內經水胀篇云：臌胀何如？歧伯曰：腹胀皆身大，大与腹胀等也，色蒼黄，肤筋起，此其候也。这一段話。可以說把肝硬化的主要症状全部描写出来，古人所說痞积也就是現代所說的初期肝硬化。如难經說：肝之积名曰肥气，在左肋下如复杯有头足。脾之积名曰痞气，在胃脘大如盘，按其部位与現在肝右脾左不同，盖因古人以肝左脾右之配属有关，实际上与現代所說肝脾肿大相同。从临床检查無論肝硬化的初期和末期均有肝肿大或脾肿大或肝脾皆肿大。特別是四十五岁以下病人大多数都是脾肿大。可見喻嘉言說：凡是癥瘕积聚痞块，即是胀滿之根源，尤在涇，靜香樓医案說：“左肋宿痞，腹漸胀大”。这里可以說明癥瘕积聚是臌胀，单腹胀的一个前驅症状，也就是說腹水多是晚期肝硬化的一个主要症状。所以說肝硬化之腹水消退不等于治癒。病人往往认为腹水消失疾病就好了，在各方面不加以注意，但不久又复发。正如內經腹中論篇說：帝曰：“其病有复发者何也”师曰：“此飲食不节，故时有病也。虽然其病且已时，故当病气聚于腹也”。这段經文說明病气聚于腹中，肝脾发生病变决不是一个很短的时期。如病根不除，絕對有复发之可能。根据临床观察，不仅飲食不节为复发的原因，其他如精神刺激、房室、劳动等。均是复发的因素。由于

反复复发，最后乃至死亡。若想肝硬化痊愈，必须彻底消除两肋下的痞积，这是一个根本问题。但是这种疾病最容易影响其他各个脏器，所以其他症状很多。因此，临床医生往往在症状（腹水）消失后，急于治疗其他合并症，忽略根本，这就是从标不从本的治疗方法。迁延时日以致病情不久复发。总的来说这种疾病的远期效果是不够良好。

病因與病機

此病主要是肝脾二脏受到损害，其原因是内伤七情，外感六淫及饮食房劳所伤，其中最主要的是郁怒伤肝饮食伤脾两个方面。由于忧郁暴怒而伤肝，肝的机能是主疏泄，性喜条达。肝气郁结不舒，失其条达之性，则横逆而犯脾胃，就要出现肋下不舒或疼痛，食纳不佳，胃堵恶心，吐酸大便不调等，形成了肝木乘土之症。又肝为藏血之脏，血液运行必赖气化为之先导。若肝气郁结则不利血行，久则气滞血凝，络脉瘀积，死血内着，逐渐形成痞积。由于饮食不节而伤脾，脾的机能是主运化，性湿而喜燥。若脾土虚，则肝木容易侵犯，致成脾虚木乘之症。又脾主统血，气不运化血不暢行，日渐瘀积亦形成痞积，以上是属于内因及饮食所伤。也有很多属于外因，如：伤寒、温病、瘧疾、痢疾等，热邪传里郁于肝脾二脏而引起痞积，以上所说肝木乘土与脾虚木乘的结果是一致的能以引起痞积（肝脾肿大）。按古人论述，这种疾病在起因上则多责之于肝，在病机上则多责之于脾。现代医学更能进一步的提出肝机能减损及门静脉循环障碍谓之门静脉性肝硬化，脾脏肿大的谓之脾大性肝硬化。可见门静脉性肝硬化即是肝先病，脾大性肝硬化即是脾先病。这仅是指病的初期而言，其后果是肝脾二脏皆伤。

关于臌胀的成因，是由于肝脾受害失其疏泄运化之功能，于是气滞血瘀，则不能升清而降浊。清阳不升，则不能充分化水谷之精微以灌溉脏腑百骸。浊阴不降则水湿不能暢通以排泄于体外，于是清浊相混乃生胀满。同时亦影响了其他的脏器。如脾土虚弱不能生养肺金，肺虚失去制节通调水道的功能，以致水饮内停。脾虚不能制水水湿泛滥，以致肾阳衰微不能化气以行水。肾为胃之关，关门不利，渠道壅塞，使水越积越多，腹围渐大即形成了臌胀。

治 則

在治疗上，主要是辨证论治。虚则补之，实则泄之，热则清之，寒则温之。并掌握急则治其标，缓则治其本的治疗规律，而施以不同的治法。

根据中医对肝硬化的发病机制认为是肝郁脾滞，气滞血瘀而水停。并结合临床表现分为“早期肝硬化”、“肝硬化腹水”、“晚期肝硬化”三个阶段。

（1）“早期肝硬化”可相当于中医病名的痞积，在这个时期病人的体质大部不甚虚弱。主要是治以舒肝健脾活瘀之法，着重消除痞积（肝脾肿大）。

（2）“肝硬化腹水期”可属于中医的“臌胀”病名，腹水压迫以致其他症状加重，必掌握急则治标的原则，先解决腹水问题。根据肤水的积度不同而治以攻补兼施。标本齐治之法。

（3）“晚期肝硬化”是正气虚极，邪气大盛的阶段。治以扶正驱邪或多补而少攻的办法。

在治疗上，首先必須辯明寒熱虛實及氣、水、血分之不同。在虛實方面：此病既属于肝郁脾滯，氣滯血瘀停水，當然都是實証；但病邪日久正氣受傷，食納減少、營養不足，到後來多兼虛象，此即所謂正虛邪實。在寒熱方面：古人說法也有些不同。朱丹溪說：“郁久生熱”。李東垣說：“始受熱中，未傳寒中”。這些不同的論斷，根據我們的臨床體會，都是由于病人既往有瘀熱或虛寒及地區和其他原因與脈象症狀之不同而定。

在鑑別上：大都陽症多熱，熱症多實，陰症多寒，寒症多虛。脈弦滑有力多實，脈微細多虛。舌苔黃厚多實，舌苔薄白多虛，大便秘結，尿色赤黃多實。大便溏泄，尿色白者多虛。腹脹不減者為實，腹脹時減者為虛。如金匱云：“腹滿不減，減不足言，當下之，宜大承氣湯。腹滿時減復如故，此為寒也，當與溫藥”。從這段經文來看：腹滿不減也不單主于實症，也是主于水分。腹滿時減不單獨主于寒症，也主于虛症和主于氣分。至于血分的辯別，如“萬病回春”說：“身上有血絲縷者為血臌”。但此病既属于氣滯血瘀，為門脈循環障礙，勢必有青筋暴露的症狀出現，以此鑑別也不完全。金匱說：

“病有水分血分何也？師曰：‘經水前斷及病水名曰血分，此病難治；先病水後經水斷，名曰水分，此病易治’”。這僅指婦人而言。現代醫學鑑別水臌、血臌的最好辦法是抽出腹水檢查。雖如上述，但在虛實方面還有因病致虛因虛致病的不同。如系因病致虛必須先驅病邪而正氣自復。如系因虛致病必須先扶正而病消退。

在治法上大体可以分为：

(1) 舒氣治瘀法與化瘀軟堅法：

适于初期肝硬化及肝脾腫大之患者。

(2) 利尿法與活瘀泄下法：

适于輕微腹水病人。

(3) 峻泄法：

适于高度腹水之患者。

(4) 補益法：

适于體質衰弱和已腹水消失而恢復肝功者。

治療時必須根據病人體質和症狀採取先攻後補，先補後攻，攻補兼施的各個不同措施，不可拘泥一法。

治療方劑

根據臨床檢查結合四診八綱，使用成方，秘方，自擬方隨症加減靈活運用。

1. 舒氣活瘀法：

① 血府逐瘀湯：當歸3、桃仁3、紅花3、赤芍3、生地3、只壳3、才胡2、川芎2、吉更3、牛夕3（單位：錢）

② 肝1號

2. 化瘀軟堅法：

① 別甲飲加減：白朮3、白芍3、川芎2、草果2、榔片4、玉金3、厚朴3、別甲4、甘草2、青皮2、只十3

② 肝6号

③ 肝7号

④ 瘰癧丸：川軍2两、白芍2两、杏仁1两、元芩6、水蛭4两、虻虫4、地龙1两、甘草3、桃仁2两、生地3两、瘰癧1两、干漆4、水丸每服5分

3. 利尿法：

① 胃苓湯：白朮2、泽夕2、猪苓3、云苓4、官桂1.5、蒼朮3、厚朴3、陈皮3、甘草2、

② 五苓散：白朮2、泽夕2、猪苓3、云苓3、官桂1.5

③ 五皮飲：陈皮3、肤皮4、姜皮2、桑皮3、茯苓皮6

④ 八正散：木通3、車前3、篇蓄3、巨麦5、滑石5、甘草2、支子3、灯草1

⑤ 二陈湯麻杏石甘湯合用：

清下2、陈皮3、云苓3、甘草2、麻黄1.5、杏仁2、竹叶2、石膏6、榔片3

4. 活瘀泄下法：

① 桃仁承氣湯加減：

桃仁2、榔片4、川軍4、芒硝4、厚朴3、只十3、李仁5

② 肝5号

5. 峻攻法：

① 四香消臌丸：豆双4.5、雄黄0.5、玉金2.5、沒药2.5、乳香2.5、沉香2.5、木香2.5、公丁香2.5、珠砂2.5

② 碑記丹：石榴 三棱 灵脂 芫花 葶力 豆豉 皂角 只壳 木香 神曲
陈皮 豆双 大戟 甘遂 川軍 烏梅 青皮 麦芽
各等分为末面糊丸如綠豆大每服15丸

③ 大承氣湯：厚朴3、只十3、川軍4、芒硝4

6. 补益法：

① 济生腎氣湯：生地4、山药4、云苓3、萸肉3、粉丹3、泽夕3、牛夕3、車前3、附子1、內桂1

② 香砂六君子湯：人參2、白朮3、云苓3、甘草2、木香1.5、砂仁2、

③ 六味地黃湯：熟地3、云苓3、山药4、萸肉3、粉丹3、泽夕3

④ 丹枝逍遙散：当归3、白芍、才胡2、云苓3、白朮2、甘草2、粉丹3、枝子3

病例來源

病例大部份系經我市各医疗单位轉診来院及本院門診病人，均經中西医确診为肝硬化者，个别病例并做腹腔窺視及肝脏活体組織檢查，病人按病情分別于門診、病房共同治疗觀察。

診斷標準

1. 有腹水体征者。
2. 有腹水体征并出現腹壁青筋暴露者。
3. 肝脾肿大者。
4. 有蜘蛛痣者。
5. 腹水为漏出液者。
6. 食道有靜脉曲胀者。
7. 肝脏活体組織穿刺确診者。

具备有以上五項者，或仅有第7項者即确診为肝硬化。

一般分析

职业状况

职业	农民	工人	职员	营业员	學生	家务	其它	合計
例数	5	84	23	2	1	12	4	131
百分比 %	3.8	64.1	17.6	1.5	0.8	9.2	3	100

本文观察131例中职业分布关系，工人发病率高84例，占64.1%，学生发病率最低1例占0.8%，工人发病率高可能与我市工业城市有关，学生发病率低可能与年龄有关。

患者发病年龄与性别关系

年龄	性别及 %	男 %	女 %	小計 %
11—20	1	0.19	0	0.76
21—30	17	15.6	7	17.2
31—40	45	40.6	7	35.1
41—50	29	26.6	3	22.1
51—60	16	14.2	5	16.02
61—70	1	0.91	0	0.76
計	109		22	131

※ 之%系占总患病数之百分比。

本文131例观察中，发病最小年龄为11岁，最高年龄为70岁，发病率最高者30—40岁之間綜合平均年龄21—60岁，发病最多，男女之比，男多于女。

舌苔(舌质)与腹水疗效关系表:

舌苔(质)类别 \ 疗效	腹水消失	腹水减少	无 效	恶 化	計
薄 白 舌 苔	14	2	0	1	17
厚 白 舌 苔	30	3	1	1	35
黄 苔	15	0	10	5	21
舌 质 紅	2	1	1	2	6
舌 质 青	1				1
合 計	62	6	13	9	80

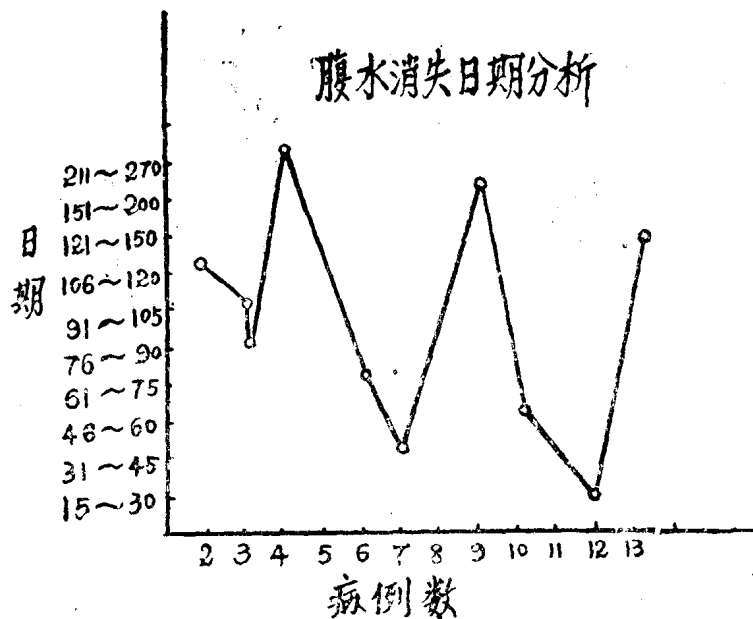
本文以80例,有舌苔者,厚白舌苔者疗效好,邪热过胜和阴虚内热都是对于本病不利可参看上表。

脉象与腹水疗效关系:

质 象 \ 疗效	腹水消失	腹水减少	无 效	恶化(死亡)	計
弦 脉	4				4
弦 細 脉	12	1	1	3	17
弦 有 力 脉	23	3	1	2	29
弦 数 脉	18	1			19
弦 滑 脉	12	1			13
沉 澀 脉				1	1
沉 細 无 力 脉			1	3	4
合 計	69	6	3	9	87

本文87例腹水病例中,弦,沉弦,弦滑脉疗效好,沉澀,沉細无力脉多于死亡。

腹水消失日期分析:



本文69例腹水消失者, 最短日期15—30天占12例, 31—45天7例, 46—60天10例, 61—75天6例, 76—90天3例, 91—105天3例, 106—120天2例, 121—150天13例, 151—200天9例, 211—270天4例。

腹水型与无腹水型蛋白分析:

例 别	蛋白分类		总蛋白平均数值	白蛋白平均数值	球蛋白平均数值
	例	数			
腹水例	19	6.3	3.354	3.029	
无腹水例	8	6.37	3.625	2.774	

131例肝硬化即往史统计表:

既往史	瘧疾	痢疾	黄疸	伤寒	胃病	腎結核	肺結核	胸膜炎	高血压	肝炎	梅毒	舉丸炎	关节炎	水肿	膀胱炎	脾摘出
例数	29	7	2	14	16	1	7	1	1	11	2	3	2	1	1	5

本文在既往史观察中, 瘧疾占29例, 伤寒占14例, 胃病占16例, 肝炎占11例, 痢疾占7例, 肺結核7例, 脾摘出5例, 其它例数少可参看上表, 仅131例病人观察尚不足说明既往史与发病关系。

临床体征分析:

体 征	腹 水	消 瘦	腹 壁 静 脉 怒 张	肝 大	脾 大	肝 脾 肿 大	下 肢 浮 肿	蜘 蛛 痣	黄 胆	脾 突	肝 掌	胸 腔 积 水	出 血 現 象	顏 面 浮 肿	面 黃	面 色 黧 黑	睪 丸 肿 大	面 色 蒼 白	皮 膚 干 燥	皮 下 出 血	面 色 晦 暗
治疗 前例	87	7	35	46	49	26	51	45	8	10		1		6	8	4	2	2	1	2	2
%	66.4	5.3	26.7	35.1	37.4	19.8	39	34.4	6.1	2.6		0.8		4.6	6.1	3	1.5	1.5	0.8	1.5	1.5
治疗 后例	18	7	11	46	49	26	4	38	2	3		1			3	4		1	1		2
%	13.7	5.3	8.4	35.1	37.4	19.8	3	29	1.5	2.3		0.8			2.3	3		0.8	0.8		1.5

本文 131 例中有腹水体征 87 例，占总人数 66.4%，在疗后仅有 18 例未消，（包括无效死亡），下肢浮肿疗前 51 例，在疗后仅 4 例未消退，其它各项在疗后也有不同的差异，惟肝脾肿大疗后虽然有多数病例显著缩小，或缩小与软，但无一例完全恢复正常。

症 状 分 析

对比 症状	食 慾 不 振	体 弱 无 力	腹 胀	小 便 少	腹 痛	鼻 衄	腰 痛	齒 齦 出 血	恶 心	呕 吐	头 暈	胃 堵 塞	皮 膚 发 痒	两 肋 下 痛	便 血	呕 血	发 热	气 短
治疗前例数	51	16	101	85	10	14	10	16	2	5	21	28	4	59	1	2	10	21
%	28.9	12.1	77.1	64.9	7.6	10.7	7.6	12.2	1.5	3.8	16	21.4	3	45	0.8	1.5	7.6	16
治疗后例数	4	7	23	18	0	0	1	0	0	0	0	2	2	24	0	0	0	8
%	3	5.3	17.5	13.8	0	0	0.8	0	0	0	0	1.5	1.5	18.3	0	0	0	6.1

症 状 分 析

对比 症状	大 便 干 燥	大 便 塘 泄	精 神 不 振	寒 熱 往 來	胃 疼	吐 酸 水	咳 嗽	口 嗅	失 眠	咽 干	打 咯	視 力 模 糊	胸 痛	四 肢 震 顫	全 身 痛	尿 頻	心 跳	目 干
治疗前例数	39	23	11	10	10	4	10	3	9	11	9	8	7	1	1	3	4	3
%	29.8	17.6	8.4	7.6	7.6	3.0	7.6	3.3	6.9	8.4	6.9	6.1	5.3	0.8	0.8	2.3	3.0	2.3
治疗后例数	0	2	4	1	1	0	3	0	2	2	2	0	2	0	1	0	1	0
%	0	1.5	3	0.8	0.8	0	2.3	0	1.5	1.5	1.5	0	1.5	0	0.8	0	0.8	0

療 效 分 析:

我組60年1月——10月末，共接受治疗肝硬化腹水 157 例，其中有 26 例接受治疗 3

—5次者即未再来院求治，列入中断例，未予统计在内，故本文以131例始终接受治疗者，做为统计分析病例，尤以87例肝硬化腹水为观察疗效主要对象。

本文131例肝硬化，接近治愈者23例，占总数17.6%，有效82例，占总数62.6%，无效11例，占8.4%，死亡15例，占总数1.4%（见表1）

療效標準：

1. 接近痊愈者：腹水完全消失，全部自觉症状及体征消失，肝功试验正常，（肝脾肿大缩小者）。

2. 腹水消失者：腹水完全消退，无腹水体征者。

3. 有效：腹水显著消退，肝功试验有进步，一般症状减轻者。

4. 无效：腹水不消或增剧，自觉症状及体征不减，肝功试验无进步者。

131例肝硬化总的疗效情况。

治 疗 效 果	例 数 及 %	例 数	%
接 近 全 愈		23	17.6%
有 效		82	62.6%
无 效		11	8.4%
死 亡		15	1.4%
合 計		131	

87例腹水治疗结果：

轉 归	例 数 及 %	例 数	%
消 失		69	79.3
好 轉		6	6.9
无 效		3	3.45
死 亡		9	10.35
合 計		87	100

本文87例腹水，其消失率为79.3%，好转率为6.9%，无效率为3.45%，死亡10.35%。

死亡原因分析 (15例)

死亡原因	例数及 %	例数	※ %
肝性昏迷		7	5.3
循环衰竭		3	2.3
肝性昏迷兼呕、便血		5	3.8
合 計		15	11.4

※ 系总患病之百分比

本文131例肝硬化死亡15例，其中死于肝性昏迷7例，占总数5.3%，死于肝性昏迷兼呕血便血5例，占总数3.8%，死于循环衰竭3例，占总数2.3%，可看出大部分死于肝性昏迷。

类型与腹水消退的关系：

类型	疗效	腹水消退	%	有效	%	无效	%	死亡	%	合 計	%
寒 型		14	16	1	1.15			1	1.15	16	18.3
热 型		7	8	1	1.15			4	4.6	12	13.9
虚 型		7	8			2	2.3	2	2.3	11	12.9
实 型		29	33.3	4	4.6					33	37.9
虚 寒 型		1	1.1							1	1.1
实 热 型		11	12.9			1	1.15	2	2.3	14	16
合 計		69	79.3	6	6.9	3	3.45	9	10.35	87	100

本文87例腹水病例中，实型33例，占37.9%，其腹水消失者29例，消失率占总数的33.3%，有效4例，占总数4.6%，无死亡及无效在上表看出本型效果良好，热型及虚型效果较次。

87例腹围与治疗效果关系：

腹围(公分)	疗效	腹水消失	腹水减少	无 效	死 亡	計 (例数)
70—80		12				12
81—90		46	4		4	54
91—100		10	2	2	2	16
101—110		1		1	2	4
111—120						
120 以 上					1	1
合 計		69	6	3	9	87

本文观察肝硬化腹水87例中，腹围70—80公分12例全部消失，效果最佳，腹水81—

90公分者54例消失46例，腹水減少4例，死亡4例，效果次之。腹围91—100公分者16例，腹水消失10例，腹水減少2例，无效2例，死亡2例，效果再次。腹围101公分以上效果最次，說明腹水最少者易治，腹水量多者效果不佳。

肝功能試驗治疗前后关系对比

例數	項目 結果	腦磷脂絮狀試驗						麝香草酚絮狀試驗						范登伯試驗										
														直接反应					間接反应					
		-	±	+	++	+++	++++	合計	-	±	+	++	+++	++++	合計	-	±	+	++	合計	-	±	+	++
疗前	2	2	9	23	13	3	52	11	3	20	26	9	2	71	5	1	8	4	18	2	2	7	0	11
疗后	17	8	14	11	2	0	52	20	4	29	18	0	0	71	9	3	5	1	18	6	2	3	0	11

項目 結果 例數	黃疸指數					高田氏反應						麝香草酚濁度						碘反 應							
	6	12	20	100	合計	-	±	+	++	+++	合計	5	6	11	16	20	合計	-	±	+	++	+++	++++	合計	
療前	24	11	5	2	42	4	4	24	45	20	97	0	0	4	3	3	10	3	4	20	30	23	3	83	
療后	33	8	1	0	42	31	15	17	28	6	97	1	0	7	2	0	10	19	8	18	29	9	0	83	

肝功能的改变：經我們治疗，肝功能普遍均有不同程度恢复，从上表可看出，請参看。

討 論

1. 中医治疗肝硬化的疗效討論：

① 腹水方面：

本組69例腹水消退全部通过利尿和泄下二个办法，凡是經過利尿有效一概不使用泄下法，因为久經泄下对于腸胃消化机能有所损伤，但泄水法消腹水的效果較快，利尿法較緩，有的病人經泄下后一、二日內腹水即开始消滅，利尿法常在一周前后腹水开始消滅。

泄水法的使用，在腹水組經泄下消失腹水者53例，占肤水病人总数的76.8%都属于体质强壮脉象弦数，或弦而有力的实証，有3例患者病久体弱，經過多方利尿法始終无效，但見其尿赤便秘即施以泄下，結果，二例无效一例死亡，可見陈修園說：“虛脹悞攻則坏，实脹悞补則增”，这个道理是正确的，这个問題的出現其原因病人腹水实不能忍，我們同情心切，不忍視其腹胀痛苦在无可奈何情况下，急于求效所致，今后是值得我們注意。利尿法的使用，虽然不是泄下，但实际上也是一个攻下的性质，使用日久也能使人气虛体弱。虽然这样但它仍为消失腹水的最稳妥的一个办法，虛症实症都可使

用，經利尿法消失腹水的病人中，腹水再發率較少，即使再發腹水程度亦較輕微，有一例高度腹水，腹圍99公分合併喘息症，用二陳湯麻杏石甘湯二方加減，服藥35劑，腹水完全消失，（腹圍75公分），經過觀察7個月，腹水沒有再發，說明利尿腹水消失後在療效上比較鞏固一些。

脈象與腹水消失的關係，以脈弦有力為療效較高，細弱無力脈為療效最低，詳見表，因為脈見實象是正氣未虛能經攻泄，如果脈見虛象是正虛邪盛的階段，補之無效又不耐攻泄，因此在療效上有些顯然不同，但有極少數的病人脈象與治療成反比例，有一例患者遲××脈見遲細無力，補益無效，使用峻攻法大量泄下，結果腹水全部消失，並未引起不良現象，這種現象在臨床上也往往見到，病脈不相符合，所以在辨證上必須結合四診詳細檢查除辨明真假寒熱，虛實，相反外應該有的含脈從症，和含症從脈的靈活治法，我們在臨床活動中是充分注意到這點故獲得較好效果，從而也認識到中醫在診斷上雖以切診為主，但也不是決定的，也更不可以牽強符合憑空臆造或視為千古不變的金科玉律。

非汞利尿劑雙氫克尿塞的使用在本組病人有2例使用克尿塞初步效果較好，尿量增多，腹圍無明顯的消滅，並出現病人體質虛弱的現象，兩周後停止使用，尿量仍然減少，說明克尿塞有強制刺激腎臟和起到一過性的作用。

通過上述膚淺的探討，我們認為祖國醫學的辯證施治的優越性及中藥的療效是可以肯定的。

結 語：

1. 本文介紹了中醫治療肝硬化131例，近癒率17.6%，有效率62.6%。其中肝硬化腹水87例，腹水消失率（79.3%）。

2. 初步介紹了中醫治療肝硬化腹水臨床經驗，並加以初步討論，論述了中醫辨證施治的整體原則。

針灸治療75例聾啞症初步總結

撫順市中醫院
撫順市祖國醫葯研究所

我們應用針灸治療聾啞症由1953年至今曾經治療一百多例，其顯效率頗高。今年三月起，我們與市聾啞學校合作，共治療聾啞學生75名，顯效率達73.3%進步者占25.3%，無效僅1.4%現將初步總結報導于后，供同志參考并請指正。

聾啞病的病因

祖國醫學對聾啞症早已被認識與治療，如內經通天論：“陽氣者煩勞則脹，使人煎厥……耳閉不可以听。”

素問論“邪氣入于陽則瘡。”巢元方諸病源候論云“發驚癇后，六、七歲不能言語。”劉完素素問玄機原病式云：“諸熱腎癰暴音暴味耳鳴耳聾皆屬火。”朱震享丹溪心法云：耳聾者皆屬於熱，張介賓景岳全書云：蓋風火邪、風邪皆會氣壅，壅則閉也。”均指出聾啞原因，皆為風火邪氣，古代所謂風火邪氣，均為某種疾病，這是完全正確的。

按現代醫學認識，聾啞症分為先天性及後天性二類；先天性者，多屬胚胎發育過程中，耳蝸發育不全，故多屬二側性，亦并有前庭器發育不全，而多數患者前庭器發育正常。後天性者大多為傳染病引起，如麻疹、白喉、猩紅熱等，由于螺旋器及神經纖維和神經節，發生病變而致。凡聾啞症大多均有某種共同程度的殘余听力，啞是由于听觉从幼年起了損害，而不能學習說話，實際上說話器官沒有病變。

治療方法

我們祖先對聾啞症，在二千年前已開始用針刺治療，如內經云，“耳聾刺手陽明不已，刺其脈通出于耳前者，針刺穴位主要在耳周圍。”如內經經脈篇中指出循行耳能听的經脈有病的而聾，如手陽明大腸經，手少陽經，足少陽經等是動則耳聾，所以針灸穴位主要就在这几条經脈上選擇，聾啞症原因是听觉失常，所以我們取穴亦從治耳聾症為主，必要時配合針治啞症的發音不清。

1. 針刺穴位見附表

2. 針刺手法：

進針：進針時中等加速刺捻入，待進入皮膚即止捻，而直刺到適當深度，有酸麻脹感，并向周圍擴散時止，一般深度見附表。

留針：我們用單刺術，不留針，用興奮雀啄捻轉等手法。

出針：出針時不捻，即輕輕提出即可。

針刺次數：隔日針一次，十次為一療程。

中間休息三天，二、三療程后，中間休息5—10天，如四個療程不見好轉，則停止

治疗。

我們除了針刺外，尚有学校配合口語教学，这样就加强了效果，二者配合效果尤为更佳；我們认为口語教学为針刺治疗聋哑症不可少的一个环节。

	穴 名	經 絡	位 置	針 刺 方 向	針 刺	深 度
主 穴	翳 风	手少阳三焦經	耳前根部后方凹陷中	針尖向前略朝上	古 0.3	今1.5
	听 宫	手太阳小腸經	耳前小长瓣的前方	針尖斜向后下方	0.3	1.5
	耳 門	手少阳三焦經	耳前小长瓣之前上方稍凹陷处	針尖斜向后下方至耳道下方	0.3	1—1.5
	瘰 脉	"	耳廓根的后部医风穴上一寸前方与外耳孔平高	針尖斜向前下方	0.1	0.5
	听 会	足少阳胆經	耳前小尖瓣的前下方凹陷中	針尖向右斜度极微	0.3	1.5
	百 会	督 脉 經	两耳尖直上当头之正中	針尖略朝后斜	0.2	0.3
	耳 尾	新 奇 穴	耳垂下一分	針尖斜前上方		1—1.5
	音 根	"	承浆直下二寸	向上斜刺		1—1.5
配 穴	合 谷	手阳明太阳經	拇指食指岐骨之間靠近食指边缘	針尖斜向食指	0.3	1—1.5
	瘰 門	督脉經	項中央入发际五分	針尖与皮肤垂直	0.3—0.54	1.5—2.5
	中 樞	新奇穴	在大額瘰門中間	直尖		1.0
	客主人	足少阳胆經	耳前額骨上开口有孔	"	0.1	1.5
	夾 車	足阳明胃經	在下曲頰端陷中	向前方斜刺	0.4	1—1.5
	地 仓	"	挟口吻旁四分	針刺針刺向頰車	0.2	0.4
	大 椎	督脉經	第一椎与第七頸椎之間	微斜刺	0.5	1.0
	腎 俞	足太阳膀胱經	第十四椎下旁开一寸五分	直刺	0.5	1.5—2.5
	心 俞	"	第五椎下旁开一寸五分	直刺或斜刺	0.3	1.0
	后 谿	手太阳小腸經	在小指外側本节后陷中	直刺	1.3—1.7	1—1.5
	水 沟	督脉經	鼻柱下沟中央上三分之一	直刺或斜刺	0.2	0.3—0.5
	承 浆	任脉經	下唇下面中央陷中	"	0.2	0.3—0.5
	金 津	奇穴	舌下系代左側	卷舌取之	刺 血	刺 血
	玉 液	"	舌下系代右側	"	"	"
奇 穴						

外地經驗穴	发音	奇穴	甲状腺旁开一寸五陷中	直刺		
	枕旁	"	风池穴上旁开五分	向下斜刺		0.8
	耳聾	"	角外穴下三分	"		0.8
	耳后	"	在耳垂后上 $\frac{1}{2}$	"		0.8
	迷走	"	在后走壁下耳后 $\frac{1}{2}$	向上斜刺		0.8
	耳大	"	医风下五分	"		0.8

註：1. 主穴每次必用；2. 配穴輪番使用；3. 奇穴視情况酌加；如发音低而較少者加廉門和发音；舌强吐語不灵活者加舌根中枢；4. 針刺深度根据患者年龄大小适当应用；5. 对初診病人有的患者有畏惧心理和避免量針起見，只須針刺医风、耳尾、听宮、百会等穴，以后繼續增添。

療效標準

聋哑症的病理，先天性者，耳蜗管发育不全，后天性耳蜗管或听觉神經有病变所致，由此可知欲恢复如正常人一样是极少的，如能听到普通讲话声，并能简单答話者即是非常滿意的。我們为了判定針刺效果，暫定療效标准如下：

1. 显效：能在10公尺远，听到吹哨搖鈴，以及能在几步內听到一般讲话声，并能說10字以上的話。

2. 进步：能听到3—5公尺內的搖鈴声及吹哨声，能說2—5字的話。

3. 无效：治疗后无进步者。

病例分析

1. 性別与年龄

市聋哑小学校学生共75名，其中男生49名，女生26名，男与女之比为2:1.6，其中10岁以上男女共53名，占总人数70.7%，10岁以下男女共22名，占总人数29.3%，13岁及14岁为多，分别为15名与14名，最幼者为8岁，最长者16岁。

一、75例年龄性別表

年 令 \ 性 別	男	女	計	百 分 比
8	6	2	22	29.3%
9	2	4		
10	5	3		