

科技资料

(医药卫生专刊)

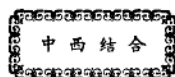
江苏省镇江地区行政公署科委
江苏省镇江地区行政公署卫生局
中华医学会江苏镇江地区分会

一九七九年

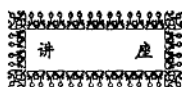
目 录



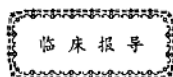
浅谈中医治疗心力失常·····	曹永康	(1)
辨舌诊治流行性出血热的体会·····	丹阳县人民医院中医科	(3)
胃苓汤加减治疗肝硬化腹水的体会·····	施佩清	(6)
32例肝病深度黄疸养肝活血汤加减退黄疗效观察·····	镇江市传染病院	(8)
威羌针夹脊穴位注射治疗肥大性脊柱炎疗效观察·····	夏廉清	(11)
运用中药治疗伤寒的初步体会·····	凌百斌	(13)
祛风活血散治疗面神经麻痹79例·····	镇江地区人民医院针灸科	(15)



血栓性脉管炎的治疗·····	溧阳县溧城镇人民医院中医外科	(18)
----------------	----------------	--------



脑血管病变的进展·····	韩泰然	(20)
---------------	-----	--------



新生儿硬肿症37例临床分析·····	张志清 马光琳	(29)
额筛窦粘液囊肿术后并发脑脊液鼻漏·····	刘庭模 平尧生	(30)
总气管原发性癌肿·····	赵建陆	(39)
巨大胃溃疡合并霉菌感染·····	巢正善	(42)
滤帘切除术临床观察·····	贾宝文 赵明利	(45)
三例胃癌病人的细胞染色体研究·····	南京医学院镇江分院	(49)
三碘季铵酚静注引起心电图酷似急性心肌梗死改变·····	虞有为	(54)
T形管造影50例分析·····	韦元杰	(56)
“七仙条”治疗腹壁窦道的体会·····	邓荫南	(60)



浅谈治疗心律失常

曹永康

现代医学的心律失常，属于中医的心悸范畴。有关心悸的发病原理，《伤寒论》提到“脉结代，心动悸”，徐灵胎注曰“……皆气血两虚；而经隧不通，阴阳不交之故。”个人按徐氏之说，在辨证上将心悸分为两类，一为“经隧不通”，一为“阴阳不交”。并结合现代医学作如下设想：经隧不通相当于冲动传导失常，阴阳不交相当于冲动起源失常。通过多年来的临床实践，初步体会出：在临床上表现为气滞血瘀的，则归属于“经隧不通”的类证，相对地结合“心动过缓”及“冲动传导失常所引起的心律失常”；同样对临床上表现为阴虚心阳亢的，则归属于“阴阳不交”的类证，也相对地结合“心动过速”，及“冲动起源失常所引起的心律失常”，从这几方面相互参证，进行辨证分析，探索其规律，大致前者的病理机制，一般偏于心气、心阳亏虚，推动不力，血行失畅，治法宜侧重温养气血，理气活血。从炙甘草汤、桂枝龙牡汤、丹参饮等方加减，自订桂枝复脉汤：（川桂枝、炙甘草、党参、麦冬、白术、丹参、川芎、当归、制香附、龙骨、牡蛎、生姜、大枣）。后者的病理机制，则偏于心阴、心血不足，心阳偏亢，心神失于调节，治法宜侧重滋阴养血，镇静安神。从生脉散、百合地黄汤、淮麦甘枣汤、珍珠母丸等方化裁，自订龙珠生脉汤：（龙齿、珍珠母、太子参、麦冬、五味子、生地、百合、炙甘草、白芍、丹参、淮小麦、大枣、沉香）。根据个人积累资料分析，掌握上述以心的“主血”和“藏神”的基本功能及基本病变这两个病理机制，通过“温养气血”与“燮理阴阳”这两个治疗途径，来调整心脏冲动规律，是能够收到“复律”的效果的。

再者，个人还认为：治疗心悸，处方时应尽可能用上桂枝、甘草。观《伤寒论》治心动悸有：“心下悸欲得按者用桂枝甘草汤”（64条），“厥而心下悸用苓桂甘姜汤”（256条），“心下逆满身为振振摇者用苓桂术甘汤”（67条），“脐下悸用苓桂甘枣汤”（65条），“心下悸而烦用小建中汤”（102条），“脉结代，心动悸用炙甘草汤”（177条）。以上诸证，皆用桂枝，作为助心阳，行血气，平冲逆，定悸动的主药，近阅国外医学报导桂枝甘草汤的使用经验：日本大冢氏在伤寒论解说的《临床要点》指出，桂枝甘草汤原方用于突然发生的剧烈心悸，顿服，本方加茯苓、大枣为苓桂甘枣汤，加茯苓、白术为苓桂术甘汤，都用于治疗心动悸。据中国《伤寒论讲义》记载，本条文是发汗过多而致心阳受损的证治，由本方加味组成的桂枝甘草龙骨牡蛎汤亦用于因心阳受损出现烦躁不安，其症状较桂枝甘草汤证更为严重。作者报告应用此方治疗二例，收到良好疗效，例一女性58岁，体型瘦弱，体质差，当冬天室内取暖时，如迅速离开暖炉，则出现剧烈心悸，坐立不安，卧位时心悸更严重，服桂枝末0.6克，甘草末0.3克后，心悸逐渐消失，30分钟左右即能自由活动。这种症状经常出现，服桂枝甘草末均可使之迅速好转；若发病不用此药则心悸愈益严重，并出现呕吐。例二

女性,87岁,体型瘦弱,因关节痛用桂枝附子汤好转,患者于疼痛稍减开始工作时,感到剧烈心悸,并常出现浮肿,用甘草附子汤加茯苓无效,改用苓桂术甘汤亦无效。由于患者浮肿,颇恶寒、倦怠、关节痛、乃交替使用附子汤和十全大补汤,但对心悸无效。最后使用桂枝末0.6克、甘草末0.8克,服二次心悸即好转。(《国外医学、中医中药研究分册》(2):39,1979)以上《伤寒论》所载及日本医家所述治例,均可作为佐证。个人习惯上桂甘龙牡同用,因桂甘合用能助阳补虚,养血复脉,促进心脏活力,再伍以龙牡之镇静,使回复之心律不至过于亢奋,是为有制之师,而尤注重于发挥心脏本身的能动作用。这一论点,通过较多病例的实践检验,初步予以肯定。今后当在再实践中进一步验证。

辨舌诊治流行性出血热的体会

丹阳县人民医院中医科

流行性出血热（简称出血热）多发于秋冬，是一种急性传染病，属中医温病范畴。我们通过 202 例出血热患者的临床观察，体会到辨舌诊对治出血热具有重要的临床意义。出血热邪热炽盛，最易伤津劫液，耗气动血，损及心肾。舌为心之苗，舌根为肾所主，从经络上看，肝脾肾三经也与舌体相连系，故察舌苔之润燥，辨舌质之荣枯，可知津液之盈亏，气血之盛衰和心肾之病变。且温病热毒壅盛，尤须依赖舌诊的帮助。正如前人吴坤安所说：“病之经络脏腑，营卫气血，表里阴阳，寒热虚实，皆形于舌”。

辨舌包括舌和苔，望舌是观察舌的色泽、形态和质地，以候内脏的虚实；望苔是观察苔的颜色、厚薄、润燥，以察病邪之深浅。

出血热的病程分五期，即发热、低血压休克、少尿、多尿和恢复期。临床上我们以辨舌按温病卫气营血进行分型治疗，分为卫气型、气营型、气营血型及肾虚型四型。因本病来势急，演变快，在它的发生发展过程中，往往发热期与低血压休克期，甚至与少尿期同时并见，而在卫气营血的分型上也多混同并见，不能截然划分；但以营血为病机重点，心肝肾三脏为病变关键。病程中由表入里、由实致虚的证候传变，既迅速且明显。因此临床上表里俱热、虚实重叠的复杂局面极易出现。兹将辨舌分型与治疗分述如下：

一、卫 气 型：

多见舌苔薄白、薄黄或白黄相兼，舌边尖红，脉浮数或滑数；畏寒发热，面色潮红，上腭及腋下疹点，头痛腰痛，口干作呕。此为外感温热疫毒之邪，邪在卫气之象。舌苔白者、薄者主表，候卫分之邪；黄者、厚者主里，候气分之邪；舌边尖红为温病邪热较盛渐袭营分之征。治宜辛凉解表，清热解毒，用出血热Ⅰ号方：

柴胡10g，黄芩15g，豆豉10g，栀子10g，苏梗10g，薄荷10g，银花10g，连翘15g，板蓝根30g，陈皮10g，竹茹10g。

加水煎取200毫升，分二次服。

本方用柴胡、豆豉、苏梗、薄荷以发汗解表；黄芩、栀子清热凉血；银花、连翘、板蓝根清热解毒；陈皮、竹茹清热和胃降逆。此型共 110 例，经服用Ⅰ号方二至三剂后，体温渐退，症状减轻，以后各型不明显 89 例，病邪仍在进展，出现气营型者 16 例，气营血型者 55 例。

二、气 营 型：

多见舌质红欠荣、苔燥黄，脉细小数、甚或欲绝，发热持续 5~6 天不退，或体温骤退而

内热口渴，胸闷作呕，或烦躁吃语，或口鼻衄血，或二便出血，血压下降。此为邪盛正虚，正不胜邪，热毒内陷，气阴大伤而致。舌红欠荣为热入营分，气阴耗伤之征，舌苔燥黄为热毒炽盛，灼伤阴津之象。气营型常与气营血型同时发生，严重威胁病者生命，需中西医结合抢救。中医用生脉散合白虎、清营汤加减益气养阴、清热凉营。

太子参100g，麦冬80g，生石膏60g，知母15g，鲜生地60g，黄芩15g，黄连5g，丹参15g，元参15g，生甘草10g。

本方用大剂量太子参、麦冬以益心气、养心阴，辅助稳定血压；石膏、知母清气热，生地、黄芩、黄连、元参清热凉血养阴，丹参去瘀生新，甘草和中解毒。如有烦躁吃语，则加服安宫牛黄丸2粒，动风抽搐加用紫雪丹2支。通过对16例气营型的治疗，尚能起到一定的作用。

三、气营血型：

多见舌质红绛，舌苔燥黄或灰黄，舌根部为甚，甚或舌红干枯、短强，苔灰黄无津，脉细数或弦数，口渴心烦，或吃语，腹胀痛，大便闭结，或自利臭秽，少尿（小于400ml/24小时），甚至尿闭（小于100ml/24小时），或尿有膜状物进入气营血型，病势多危重。舌质红绛为热邪已入营血，舌苔燥黄或灰黄，为热毒炽盛，灼伤阴津之征，舌根部为甚是热结下焦，肾阴被劫之象；至于舌红干枯短强，苔灰黑无津，乃热毒极盛，肾阴欲竭的危象（此种舌象多致死亡）。温邪温热内灼，肾阴大伤，膀胱气化不利，故少尿甚至尿闭。我们根据前人“温病下不嫌早”、“急下存阴”之说，拟大剂量清热通腑，用Ⅰ号方：

生石膏100g，知母20g，大黄15g（后下），芒硝（冲）20g，黄连5g，黄芩15g，鲜生地100g，栀子10g，通草15g，车前子30g。

加水煎取200毫升，分二次服。

本方由白虎、承气、泻心汤三方加减而成。用石膏、知母清热，大黄、芒硝通便泄热，通草、车前子清湿热、利小便，使热毒从二便排出，鲜生地、黄连、黄芩、栀子养阴清热、凉血止血，如舌干燥无津，再加元参、麦冬仿增液承气汤以增水行舟。经132例气营血型患者的临床运用，在服用Ⅰ号3～4剂后，一般在大便畅通的同时，小便也逐渐增多，向肾虚型移行。

四、肾虚型：

多见舌苔由老黄转淡黄，舌质由红绛转淡红，脉细或细缓，尿水增多，或自汗、盗汗，神疲乏力。舌苔转淡黄，为病邪已衰，舌质转淡红，为肾气已虚。由于热病之后，气阴两伤，肾虚不固，故多尿，甚者每日在8000ml以上，乃膀胱制约失职。治宜益气养阴、补肾固摄。

太子参30g，天麦冬（各）10g，熟地15g，山药15g，复盆子30g，煅龙牡（各）30g（先煎），兔丝子15g。

本方用太子参、天麦冬益气养阴，熟地、山药、兔丝子、复盆子、煅龙牡补肾固摄；如

口渴甚者加天花粉、石斛以养胃阴，大便秘结加瓜蒌仁、麻仁以润肠通便，自汗盗汗加浮小麦、糯稻根以养心敛汗。

此外，出血热病后，多见舌质淡、苔薄白，为病邪已退，气血两亏，一般无需服中药，嘱其加强营养。如有少数患者不思饮食、食入作胀，或有呕吐、便秘等，再予对症治疗。

体 会

体 会

1. 以辨舌分型诊治出血热具有极为重要的实用价值。舌苔薄者白者主表，候卫分之邪，治宜辛凉解表；舌苔黄者厚者主里，候气分之邪，治宜清热通腑；舌边尖红，为温邪初袭营分，犹可透热转气；舌质红绛，为热邪侵入营血，直须凉血散血。此可为辨舌诊治出血热的准则。我们通过202例出血热患者的临床实践，认为是行之有效的。舌苔又有润燥的不同，舌苔薄白而干，为表邪未解，津液已伤；舌苔黄厚尚润，为温邪入里，阴津未伤；舌苔厚浊粘腻，为兼有湿痰秽浊；舌质红绛而兼有黄白苔垢，是热邪虽入营血，而气分之邪未净；舌质红绛较润，为热邪初入营分，而阴液未伤；舌质红绛而干，为热入营血，热盛而阴津受损；舌红不荣，为气阴耗伤之征，舌绛苔黑，为热毒极盛之象，舌红干枯，为肾阴欲竭之危候。从舌苔的润燥，舌质的荣枯，测知其津液之盈亏，气血之盛衰，内脏之病变，以有利于针对性地随证加减，我们感到十分重要。如在发热初期即见舌质红绛，舌苔燥黄，多为病势凶猛，演变迅速，常会卫气、气营、气营血型，混同并见；对此，必须早有准备，及时采取措施。

2. 出血热的病因属外感温热疫毒之邪，最易由卫气侵入营血，对心肾的损害较捷，其中尤以伤络动血最为突出。为此我们认为诊治本病的重要关键在于卫气型的早期治疗，如卫气型处理得当，就能不使病情发展，可减少或减轻以后各型症状的发生。如见有出血，是热毒入血、伤络动血，则表现出血诸症，肺胃阴络受损，血从上溢则衄血、咯血、呕血；肠道阴络受损，血从下溢则便血；热毒窜于肌肤血络受损，则斑疹显露，稠密分布，皮肤粘膜到处可见出血点，甚至大片紫斑。故欲止其血，必先清泄其热，清其血热即所以止其血。我们按照《金匱要略》，惊悸吐衄“心气不足，吐血衄血，泻心汤主之”，在Ⅰ号方中用泻心汤的三黄加鲜生地泄热凉血，对本病全身性出血均有良效。气营血型为本病的危重关头，采用中药Ⅱ号方，早期导泻，重用大黄、芒硝、通草、车前子等通利二便，使热毒从二便排出（但对病情复杂者，必须根据病情随证加减灵活运用）。我们感到效果尚满意。病至肾虚型，为病邪已衰，而气阴大伤，肾虚失固，宜益气养阴补肾固摄，用固肾汤加减，疗效显著。

3. 出血热的气营型常出现血压骤降，甚者多见肢冷脉伏之危候。有人误认为是阳脱，妄用参附回阳、桂枝通阳，这无异抱薪救火，促其死亡。我们从舌诊上见其舌干红绛，苔燥黄或灰黄，知是邪热炽盛，邪盛正虚，热毒内陷，而致内闭外脱，是内真热而外假寒。正如前人说：“热深厥深者”。我们在西医抢救的同时，用大剂量生脉散合白虎、清营汤，补心气、养心阴、清气凉营。对有神昏嗜语者，再加用安宫牛黄丸开窍。如用之得当，也能多有生者。

（病案举例从略）

胃苓汤加减治疗肝硬化腹水的体会

溧水县人民医院 施佩青

肝硬化形成腹水，在祖国医学上称为“臌胀”或“单腹胀”。在病机变化上前人主张气、血、水为病者，有主张唯在气、水二字而气、水又本为同类者。如喻嘉言说：“胀病亦不外水裹、气结、血瘀”。《医扁》说：“唯在气、水二字足以尽之……然水、气本为同类，故治水者，当兼理气，盖气化水自化也，治气者，亦当兼水，以水行气亦行也。”本证虽历来有气、水、血、痰之分，但三者常相兼为患，虽各有侧重，总不离乎“水停”。近年出版的中医书籍，大都以气滞湿阻、寒湿困脾、湿热蕴结、肝脾血瘀以及脾肾阳虚、肝肾阴虚等辨证施治。验之临床实践，本证既以水湿停阻为主要表现，而在治疗上亦以利水的机会为最多，我用胃苓汤加减为基本方，临床证稍予加味，常获得较满意的效果。凡主要表现为脘腹胀满，纳食少，或很少，食后饱胀不适，或有恶呕，小便少，大便溏，腹水或多或少，或有下肢肿，肌瘦疲乏，及有肝硬化的其它症状与体征，而无严重的合并证（如呕血、高热、昏迷等），均可用胃苓汤加减的基本方为主方。

平时我们用胃苓汤的证候，应该舌苔白腻厚浊。但是肝硬化病人，往往是口唇粘膜、牙龈、舌体均呈红色或深红色。可有腻苔或薄或厚，但舌面洁净无苔的很多，并可有口渴。现代医学认为肝硬化患者的性激素紊乱，雌激素增多，雄激素减少，蜘蛛痣，手掌发红，毛细血管扩张等与雌激素增多有关。而舌红即是与舌粘膜固有层中血管扩张充血有关的，舌红少苔则与机体某些营养物质缺乏（如蛋白质、维生素等）有密切关系。在中医称为阴虚，早先，我对于腹水而舌红少苔的，认为既有阴虚征象，虽有水湿停阻、脘腹胀满、尿少、便溏等证，也不敢用苍术、厚朴等温燥之药，而是用生地、阿胶、龟板、必甲或沙参、麦冬、石斛等，配合偏凉性的淡渗利水药治疗，大都不但得不到养阴而改变舌红少苔的效果，反使脘腹胀满、纳呆、恶呕、便溏等证，更为加重，甚则能致病人完全不想进食，体力更加不支，而鼻衄齿衄出血等照样发生。因思中医治病，本应急则治标、缓则治本，水湿停阻而脘腹胀满，不能进食，以致体力不支，必须首先解决。又思中医治病还有掌握舍脉从证、舍证从脉的机动灵活性。那末依此隅反，又何以不能舍舌苔从证状呢？再细察肝硬化腹水病人，除唇、舌、牙龈、口颊粘膜往往色红而有齿印，而且大便不是燥结，而是溏泄，反映了“湿”的存在（一般阴虚津枯的病人，口颊粘膜是不会有齿印的。且大便燥结，不溏泄）。腹水病人有口渴的，也往往是浊水不去，清津不生所致。因此，搁置养阴的治法，小心审慎地试用胃苓汤加减来治疗，却能较快地收到脘腹胀满减轻，食欲增加，尿量增多，便溏改善，病人感到舒适，体力好转，以渐腹水消失，最后唇、舌、牙龈、口颊粘膜色红也渐转淡，逐渐恢复健康，走向工作岗位。在实践中，我逐渐将胃苓汤加减作为肝硬化腹水的首选方剂，较广泛地应用于临床治疗。

常以平胃散合四苓散加大伏皮、车前子为基本方。腹水多者加葫芦、腹水草，腹胀甚、大便干而不溏者，可加商陆、二丑（此二药不宜多用久用，剂量均以5g左右为宜）；如祛水

效不显，可合并用西药安体舒通或双克(同时加服氯化钾)若干天。对有气滞、血淤、夹寒、夹热或阳虚。阴虚者，随证加药，而利水消肿在所必用。因为气滞者，“水行气亦行”，血淤者，祛水亦有利于祛淤。湿热、寒湿，均离不开行水化湿，阳虚者化湿祛水(水为阴邪)有益于助阳。惟腹水与阴虚是相矛盾的。但如置腹水于不顾，而用养阴，实无益有害。在阴虚不甚而腹水多，腹胀甚，纳少便溏的情况下，宜阴虚而不顾，专用利水消肿，却能有效。前面已经说过，腹水而有阴虚者，一般常用基本方加生地、石斛、麦冬等，在腹水存在的情况下，养阴药不宜久用，而苍术、厚朴等所组成的基本方，却可以持久应用，以至腹水治愈(当然有严重合并证时应另行辨证施治)。其他如鼻衄、牙龈出血、酌加茅根、藕节、茜草等止血药，而苍、朴照用无妨。黄疸加茵陈或再酌加山栀、黄柏。寒热如疟，选加柴胡、黄芩、青蒿、必甲等，在治程中腹水肿胀已减，食欲已增，可加丹参、当归、赤芍、必甲等活血化淤药。

用西药利尿剂消除腹水，常初服有效，久用则效不显，且停药后大都易于很快复发。用胃苓汤加减消除腹水，停药后很少复发。据现代科学研究报道，苍术有明显的排钾、钠作用，但无明显的利尿作用。白术有明显持久的利尿作用，且能促进钠的排出；还有保护肝脏，防止肝糖元减少的作用。厚朴对动物病毒性肝炎，似有改善肝脏实质病变的作用。考古人学说，丹溪说苍术能“总解诸郁”。《纲目》说它能“治湿痰留饮，或挟淤血成窠囊”。李中梓说它能“化一切结块”。甄权说厚朴能“破宿血”。然则苍、朴不但能利水而且有治气郁、血淤、破宿血，消结块，保护肝脏，改善肝脏实质损害的作用。平胃、四苓等诸药配成的方剂，具有西医利尿剂所不具有的作用，是否能通过调整机体某些功能的途径，改善门静脉高压，改善肝脏代偿功能，以至使肝脏实质损害得以恢复的作用，有待中西医同志，通过科学实验和临床验证，来进一步研究。

(病案举例从略)

32例肝病深度黄疸养肝 活血汤加减退黄疗效观察

镇江市传染病医院

肝病的深度黄疸在肝病中比较多见，病情复杂，病情长，比较难治，给病人带来了很大的痛苦。中医所述的肝病深度黄疸与西医所述的肝硬化、重症肝炎、毛细胆管肝炎、急性肝炎等胆汁淤滞内容相同。我院在认真学习了毛主席关于“中国医药学是一个伟大宝库，应当努力发掘，加以提高”的伟大教导，翻阅了前人关于治疗肝炎的有效方剂，采用了养肝活血汤加减治疗肝病的深度黄疸，取得了较好的效果，现仅将32例病例总结如下：

一、一般情况：

32例中：男25例，女7例，小于18岁2例，大于60岁1例。急性肝炎胆汁淤滞5例，肝硬化胆汁淤滞12例，重症肝炎15例，其病程均在四周以上黄疸而加深者。其诊断标准均按1978年全国杭州肝炎会议规定。

32例中胆红素大于6mg%以上共有31例，其中大于10mg%以上者24例。仅有1例为5.2mg%而小于6mg%以下者。SGPT大于40^u有30例，SGPT小于40^u者2例，伴有脾大者9例，腹水者17例，舌质有紫斑或出血点者12例。以上病例均有不同程度的乏力、食差、腹胀等症状。

32例均全部排除了肝外阻塞疾患和肝内占位性疾病，并在我院使用清热利湿方剂（如虎茵汤、肝炎冲剂等）无效之后，而使用养肝活血汤加减治疗。在使用该方的同时，如有其他合并症和病情，均一律给予对症处理。对重症肝炎和不能进食而精神极差的，加用必要的能量，输液甚至输血等。

二、养肝活血汤组成和加减法：

1.组成基本方：

茵陈10~15g，桃仁红花各10g，生地（熟地）10g，当归10g，赤芍10g，川芎5g，丹参15g，泽兰15g，玉金10g。

2.加减法：

（1）腹胀：去生地，加沉香5g，莪术三棱各10g，香附10g。

（2）食差：去生地，加山楂10g，内金10g。

(3)脾大：加别甲（先煎）30g，莪术三棱各10g，山甲（先煎）15g，柴胡3g。

(4)浮肿：加党参10g，白术10g，汉防己10g。

(5)便溏：去当归、生地，加益智仁10g，补骨脂10g。

3. 方义分析：

本方是以茵陈桃红四物汤为基本方。桃红四物汤为养肝而活血的方剂。加入丹参、泽兰、玉金之后，不但活血作用加强了，还同时有利胆作用。同用后可以相得益彰，既能活血又不伤正，真可谓补而不滞，通不伤正。

三、疗效观察：

在治疗期间，每半月查一次肝功能，以观察动态。其结果列表如下：

退 黄 疗 效

		肝 炎 胆 汁 淤	肝 硬 化 胆 汁 淤	重 症 肝 炎
病	例	5	12	15
退 黄	有 效	4	11	10
	无 效	1	1例放弃治疗，但出院时黄疸已下降。	5例（死亡）
	退 黄 时 间	平均32.2天	平均44.7天	平均55.7天

疗效观察结果，肝病深度黄疸使用养肝活血汤加减治疗后，总有效率81.2%。其中肝炎胆汁淤滞退黄时间29~37天。肝硬化退黄时间27~70天。重症肝炎退黄时间28~72天。对重症肝炎的暴发性肝炎、亚肝效果比较差，但其可喜的一面就是大大地降低了该病的死亡率为33.3%，死亡原因多为大出血、感染性休克、昏迷、无尿等等。

四、体 会：

养肝活血汤加减治疗深度黄疸肝病，是从养“正”角度出发，在扶正达邪的基础上加用活血药而建立的方剂。其所以要扶正，是因为深度黄疸肝病者病程长，病情一般比较重，正气已衰，所谓“久病则虚”，“重病有虚羸”，已不同于一般急性肝炎病人湿热为患，邪盛正旺，正邪交争之治法。在这32例病人中，检查了2例病人的免疫学情况，均发现凡深度黄疸病人其免疫功能有障碍或不足，T淋巴细胞和B淋巴细胞功能低下，这就为养肝活血汤从“养”字出发提供了理论根据。其所以要“活血”，是因肝炎病初为湿热为患，湿热阻滞中焦，肝胆疏泄无权，胆汁外溢；由于正气不足，湿邪久阻气血运行失畅而成淤血，故深度黄疸者，淤血已转化为主要矛盾，所以使用活血药在所必需。此前人所谓“久病入络入血”之谓也。从这32例病例中，我们深深地体会到，活血者必须要时时顾护正气，只有正气得到恢复和顾护，才能更好地推动活血药作用的发挥，两者有互为依存，互为因果的密切关系。内

经云“邪之所凑，其气必虚”、“正气存内，邪不可干”，只有活血和养肝有机的结合在一起，才能收到预期的好效果。

2.在使用养肝活血汤过程中，绝大多数人无反应，肝功能有好转，仅有个别人有恶心想，但坚持服用即可适应。多数人服用中药后，有食欲增进、精神转好、腹胀减轻、黄疸渐退，重症肝炎的部分病人可有小便增多现象，继后腹水亦逐渐吸收。在治疗中未见象激素那样会引起水和电解质紊乱、高血压、出血及黄疸反跳不良现象，比较安全有效。

3.在治疗肝病深度黄疸病中，我们认为只要急性肝炎黄疸有加重趋势，就可以立即用养肝活血汤药。可不必等待必须有舌质紫斑等淤血症状全部出现后再加用活血药。根据目前现代科学研究，肝病黄疸使用活血祛淤确有疗效。其疗效机制（指本方养肝活血汤加减）是否与如下作用有关：①活血养肝药有促使肝细胞再生、复活及其代谢作用；②能抑制纤维母细胞形成以阻止肝硬化作用；③有调整肝病免疫功能障碍作用，使免疫功能改善有利于肝内清除病素外邪，所谓“扶正达邪”；④有调整和作用于血纤维蛋白酶元之合成、消存，达到延长凝血酶元时间作用。从而既可以在肝内低凝状态下可以用活血药，即是在高凝状态下同样可以用活血药。此所谓“祛淤生新”也。以上这些因素是否正确，有待今后进一步研究和探讨。

4.在治疗肝病深度黄疸病中，我们还体会到，使用破血逐淤药要慎重。同样是活血药，因其药猛伤正，在正气不足情况下不适合使用，如大黄、矛虫、水蛭、新绛等，不但效果不好，还发现其对肝功能有损害，不利于深度黄疸肝病的恢复。

5.在治疗深度黄疸病中，我们还发现养肝活血汤若与某些西药如V—A·D针、鲁米那合用有加速退黄作用，其原因可能是养肝活血汤在提高了肝细胞再生、复活和代谢之后，从而提高了西药V—A·D针、鲁米那等作用有关，这为今后中西医结合开创了好的途径。由于病例不多，不能作最后定论。

威羌针夹脊穴注射治疗肥大性脊柱炎疗效观察

宜兴县人民医院针灸科 夏廉青

“肥大性脊柱炎”是一种退行性病变，一般外伤后引起，老年为多见。多由慢性损伤而变性引起骨增生、形成骨刺（所谓唇样变）。由于骨刺压迫了腰部或骶部的神经，就产生腰部酸痛和活动受限、甚至有放射性的坐骨神经痛，如任其发展下去脊柱也会变形（强直或驼背）。

祖国医学对肥大性脊柱炎的认识：“腰为肾之府，肾阴不足，命门火衰则腰脊不举。”（说明是髓核水分不足），“举身不能俯仰、动摇不能转侧者挫也。”（说明是由外伤所引起的）。

症状：腰部经常酸痛，有时会扩散到整个腰背部或臀部，疼痛常因受冷或阴雨天加重，静止较久自觉腰脊僵硬，但稍加疲劳，疼痛加重，检查脊柱可畸形改变，压痛明显，X光正侧位摄片，可见到椎体改变（唇样变）。

治疗：用威羌注射液注入肥大性脊柱的上方两侧夹脊穴，每穴注入 1^{cc} — 2^{cc} （以居高临下为好）。

据中药理论：“威灵仙”的功能有祛风湿，通络止痛，并有化鱼骨作用。“羌活”的功能，能祛风胜湿，并能升太阳经和督脉经的阳气。

治疗方法：先看X摄片找准有骨刺椎体的下方找夹脊穴（定位）然后用 5^{cc} 注射器和6号针尖抽 4^{cc} 威羌注射液以常规消毒皮肤后，对准两侧夹脊穴注入，如无回血即可按量注入药液。（如有两处椎体有骨刺即在二处椎体夹脊穴的上方两侧各注入 1^{cc} （双），如仅一处骨刺两侧每穴注 2^{cc} （双），一般不超过 8^{cc} ）。

威羌注射液的制法：取鲜威灵仙1.5公斤，鲜羌活1.5公斤，（或干品各1公斤），洗净切碎，浸泡15分钟，置蒸馏器中，加水平药面，直火蒸馏，收集粗蒸馏液1500毫升，重行蒸馏，收集蒸馏液1000毫升，加入注射用的氯化钠8.5克，吐温—80，10毫升，加热溶解，乘热过滤二次，灌封于2毫升安瓿中，灭菌消毒每 $100^{\circ}C$ 30分钟，灯检印字即可。（本品每毫升相当于原生药3克）。

典型病例：1.凌×，男，58岁，宜兴体委，主诉：患腰脊肥大性脊柱炎已十余年，每遇阴雨天冷候即发，甚时整个腰脊僵硬，俯仰转侧困难，稍加操劳并有放射性向臀部、大腿部抽痛，如站立或坐下姿势不当，会脊痛如折，严重时喷嚏均涉及痛，在78年曾摄过腰脊正侧位片，见胸11—腰1—5椎均有不同程度骨质增生，西医无甚好办法治疗，于76年我们给予威羌注射液相应夹脊穴注射，注射10次后症状逐见减轻，共注射110次，经治疗后77年摄片与73年对比，见骨刺有不同程度的控制和改变。

魏××，男，57岁，宜兴商业局局长，主诉：在中年时代由高处摔下，致成压缩性骨折，

此后经常腰背疼痛如折，俯仰翻身受限制，遇阴冷天或工作疲劳疼痛加剧，并有向上肢和下肢放射性痛，经X光摄片，见颈、胸、腰脊柱均有不同程度的骨质增生，脊柱变形成驼，步履似跛而行。经用威羌注射液相应夹脊穴注射95次，腰能挺直而行，阴冷天也有所好转。再经摄片对比，见骨刺均有不同程度的控制和改变。

小结：我科在湖州医院郑荣华同志的大力协作下，由他们制成威羌注射液（2⁰⁰1支）帮助我们搞科研，我们治疗肥大性脊柱炎共30例，内有男性23例，女性7例，一般以腰脊柱为多，治疗前都经X光腰部正侧位摄片，都确诊为肥大性脊柱炎，如属轻度的脊柱炎，经我们三、五次治疗疼痛若失，较重的都注射十余次症状改变，严重的背已成驼，经近百次的治疗，也会挺直而行，在这许多症状获得改变的同时，我们又进一步给予摄片对比，见术后摄片的骨刺较术前的骨刺均有不同程度的改变，从这30例实践证明，威羌注射液治疗肥大性脊柱炎，确有它的有效成份。根据肥大性脊柱炎的发展趋势来看，也只有随着年龄的增长而增长，绝不可能自行短小和变钝的。以上仅是一些窥管之见，定有不当之处，望同志们指教。

运用中药治疗伤寒初步体会

扬中县人民医院中医科 凌百斌

伤寒是伤寒杆菌所引起的急性肠道传染病，儿童、青年发病率较高。根据其发病季节及临床特点，属于祖国医学“湿温”病范畴，书籍中虽有“伤寒”的名称，但它系热性病的总称，和这里所述之伤寒不同。《内经素问》热论篇有“今夫热病者，皆伤寒之类也”说明。

本病全年均可发生，但多发于长夏初秋季节，以湿热郁遏于脾胃为其临床特征，与其他消化道传染病相似。吴鞠通说：“湿温者，长夏初秋，湿中生热，即暑病之偏湿者也。”因夏秋之交，炎热多雨，人在这样的湿热交蒸的气候中，若恣食生冷，感受湿热之邪，郁遏于脾胃，就易引起本病。

几年来，我们采用西医诊断、中医辨证治疗的方法，治疗伤寒患者，取得了较好的效果。现将典型病例介绍如下，抛砖引玉、敬希不吝指正。

例一：患儿姚××，女，6岁，家住丰裕公社勇气大队。72年12月30日住入我院内科治疗。患者发热头痛、胸闷、不思饮食已10余日。入院血检：白细胞2600，中性46，淋巴50，单核4，肥达氏反应：“O”和“H”凝集比价1:80，“A”在1:80，“B”在1:160。根据临床体征及实验室检查，确诊为乙型付伤寒。患者壮热不退、胸脘痞闷作恶，不思饮食、面色垢滞，口渴欲饮，小便短赤，苔黄腻，脉濡数，中医临床辨证，诊断为湿温病（热重于湿型）。治法：苦寒清热为主，佐以化湿淡渗。拟方五苓散加味、炒黄连、厚朴、法半夏、淡豆豉、炒山枝、石菖蒲、炒黄芩、柴胡、滑石、芦根。方中黄芩、黄连苦寒清热；半夏、厚朴理气化湿；山枝、豆豉、柴胡清宣在上之热；菖蒲芳香化湿；滑石、芦根清热利湿、生津止渴；共奏清热利湿、行气化浊之效。每日一剂，日服四次，连服四天。五天后热度由40℃逐渐降到正常，精神好转，口味略开，给以流汁、半流汁。根据病情变化，守原方出入，共服18剂中药，半月治愈出院。

例二：张××，男，24岁，学生，家住油坊兴武8队。78年7月4日来我院中医科门诊。患者发热头痛、胸闷不饥已10余日。在公社医院治疗未见效果。入院血检：白血球3400，中性52，淋巴44，单核4；肥达氏反应：“H”凝集价1:80，“O”、“A”、“B”都在1:160。根据临床体征及实验室检查，确诊为伤寒。患者壮热头痛、汗出热稍退但继而复热，胸脘痞闷、口干苦而粘、渴饮不多、小便黄赤，大便二日一介，舌苔垢腻而黄、脉濡而滑数。中医辨证，诊断为湿温病（湿热并重型）。治法：清热化湿，佐以淡渗。拟方黄芩滑石汤合连朴饮加减：黄芩、滑石、制半夏、茯苓、大腹皮、白扣仁、通草、柴胡、黄连、淡豆豉、炒山枝。患者连服5剂后，热度由40℃逐渐降到38℃，并能渐进流汁。依原方加减，精神好转，半月痊愈而入。学。

例三：患者何××，女，28岁，洗玉厂工人，于77年7月15日来我院中医科门诊。入院前

发热，身重疼痛、乏力，不思饮食已五天。近二天来病情加重。血检：白血球：4700，中性47，淋巴49，单核4。根据临床体征、参考血象，诊断为伤寒。患者发热不甚，朝轻暮重，身重疼痛、乏力、脘痞腹胀、面色淡黄、口渴不欲饮、苔白腻、脉濡。中医辨证诊断：湿温病（湿重于热型）。治法：苦芳化浊，佐以辛开。拟方藿朴夏苓汤加减：藿香、制半夏、猪茯苓、杏仁、白扣仁、泽泻、川朴、苍术、陈皮、厚朴、大腹皮。服5剂后，身重疼痛减轻，脘痞腹胀好转。但热度反有上升趋势，下午达39.6℃，口干作饮，苔转黄腻、舌边尖红，此为湿浊化热之象。治法转以清热化湿、佐以淡渗。拟方黄芩滑石汤合连朴饮加减：黄芩、滑石、制半夏、茯苓、大腹皮、白扣仁、通草、柴胡、川连、藿香、淡豆豉、炒山枝。再服上方5剂后热度渐降到38℃，随后诸症缓解。先后调治一月余而痊愈（第二周肥达氏反应：“O”凝集价在1:160，“H”在1:160，“A”和“B”都在1:160。出院诊断：确诊伤寒）。

例四：患者王××，女，7岁，家住永胜胜利10队。患儿77年8月30日下午入院，入院前已发热10余天，热高达40℃，日轻夜重，伴神昏谵语、稍有抽搐。血检：白血球4890，中性46，淋巴3。肥达氏反应：“O”和“H”凝集价都在1:320，“A”和“B”都在1:160。根据临床体征及实验室检查确诊为伤寒。患者身灼热有汗不退、口渴不甚，舌红少津、小便黄，大便三日未介，脉细数。湿邪久郁化热，热灼营阴，治法：清营泄热、佐以开窍镇惊。拟方清营汤加减：牛角（代犀角）、生地、元参、竹叶、麦冬、银花、连翘、黄连、丹皮、生石决。另加服牛黄清心丸，羚羊角粉分吞。服上方三剂后热渐退、抽搐亦止，神志转清。守原方出入，继服5剂后热退清。续以养正和胃、调治二周痊愈出院。

体会：（1）本病的病理特点为湿热交蒸，湿与热互结肠胃，蕴酿熏蒸而成，故治疗原则当以清热化湿为主，但湿和热两者往往有所偏重，即使在同一患者病程中，也可由前者逐渐转化为后者，所以必须注意湿和热的主次及其转化情况，区分热重于湿、湿重于热、湿热并重之不同，若湿重于热的，应以清宣化表化湿畅中。若湿从热化，热重于湿的，则以清热化湿，佐以淡渗。若邪已化燥，伤津传入营血，则宜清热生津或清营凉血。后期邪退正虚，又当养正和胃。

（2）现代医学对本病的治疗，药物以氯霉素为主，但是，氯霉素作用能抑制骨髓造血系统，产生粒细胞减少症。而伤寒患者粒细胞绝大部分都偏低，一般都在5000以下，如果很低，再使用氯霉素就有可能造成不良后果的风险。因此，用中药治疗伤寒，可以弥补西药治疗伤寒患者不足之处，尤其对粒细胞特别低患者，有重要治疗意义。

（3）在湿已化热的伤寒患者，使用连朴饮一类清热化湿剂，通过临床实践，加入柴胡、黄芩，退热效果更显著。柴胡、黄芩合方中制半夏，取小柴胡汤义，有和解之功，有利于达邪外出，缩短病程。

（4）本病易并发肠出血、肠穿孔，故在治疗过程中，尽量避免使用攻下剂。

（5）对长期高热、不思饮食患者，应酌情补液，注意水和电解质平衡，加强护理，给予流汁。

因条件限制，报导病例均未作血粪培养，尤其是肥达氏反应的动态变化未作观察，存在工作中的缺点，不妥之处请予指正。

祛风活血散治疗面神经麻痹(周围性)

79例临床观察

镇江地区人民医院针灸科

我科于一九七六年以来用中草药制成粉药，通过经穴外贴治疗面神经麻痹79例取得了较好的疗效。由于中草药经穴外贴，无痛苦，药源充足，配制简便，化钱少，疗效高，因此深受贫下中农及小孩患者的欢迎，现将治疗情况初步总结如下：

病 因 和 症 状

病因：大都由于外感风、寒、湿，侵袭或耳道感染等症引起。一般发病之前3~5天或一周耳朵前后疼痛及偏头痛，不厉害，这时为潜伏期。后受外感因素而导致面神经炎突然发病，耳道湿疹合并感染也可引起。

症状：多起于一侧，患者额上没有皱纹，眼睑不能闭合，流泪，口角向健侧歪斜，食物常嵌在患侧齿颊间，也有舌前三分之二感觉麻木，知觉异常，腮腺漏气。发病一周称急性期，一周以后恢复期，如果病程长者，患侧面肌变浅，而局部发生瘫痪，同时出现口角反歪向患侧称为“倒错”现象，肌肉跳动，面部发板不适，这称为后遗症期。

治 疗 方 法

祛风活血散组成：全蝎、蜈蚣各21克，僵蚕、路路通、红花、防风各30克。以上六味药共研成细粉末。

方法：用伤湿止痛膏一张的二分之一，把祛风活血散0.15克（即150mg）放在伤湿止痛膏中间，按耳前下关穴，耳后翳风穴贴上，药粉一定要对正穴位处，不能偏差，不然药性不能从经穴渗透进去。而影响疗效。一般贴四天换一次，在二天或第三天时药性起渗透作用，局部发生痒感，因此到第四天换一次药同时贴膏药处要注意不能着水，否则膏药易脱落影响疗效。连续贴3~5次，如果病程长者或比较严重者，可结合其它药物和针刺治疗。

治 疗 观 察

在79例面神经麻痹患者中，男性45人，占57%，其中儿童4例，青年16例，中年9例，壮年6例，老年10例。女性34人，占43%，其中儿童5例，青年14例，中年7例，壮年5例，