

贈閱

一九六四年
年會論文選輯

成都市中醫學會編

样 本 库

前 言

由于党的中医政策的正确，省、市党政领导的关怀，我会于1964年元月份召开了成立大会暨首届学术年会，得到有关部门及全市中医药人员的热情支持，共收到论文83篇，内容兼赅各科，具体地反映了我市近几年来在整理发扬祖国医学方面，取得了初步的成绩。

为了交流学术经验，扩大研究成果，特编印年会论文选辑一册，作内部资料发行，藉供参考。惟以篇幅有限，不能一一备载，在选印的26篇中，有16篇只摘留了文章的重要论点及资料，在文字上作了适当压缩。

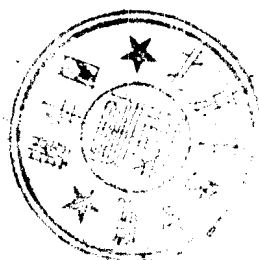
由于付印仓促，错误难免，请批评指正。



成都市中医学学会

1965年元月

目 录



全 載

无黄疸型钩端螺旋体病 115 例临床分析

- 和辨証施治的討論.....成都中医学院钩端螺旋体病治疗小組 (1)
- 治疗 7 例神經系統疾病的体会.....張澄菴 (23)
- 治癒解顱一例.....徐梓柏 徐广德 (26)
- 对郑怀賢教授治疗股骨干骨折的体会
- 附二十七例的分析.....成都体育学院附属医院門診小組整理 (27)
- 針刺手法“燒山火”、“透天涼”对局部皮肤溫度影响的觀察.....林通国 楊紀曾 (35)
- 对中药“四气(性)五味”的探討.....杜德楠 (40)
- 古代理学疗法“大膏药”的制作与应用.....王育仁 (49)
- 論亡阴亡阳.....陆聞鴻 (53)
- 瘀血論.....李明富 (71)
- 阴虛和阳虛的临床初步觀察.....罗建仲 (82)

摘 要

- 关于腎結石的治疗經驗.....廖冀阶 (84)
- 中医治疗钩端螺旋体病的体会.....王文雄 (86)
- 湿溫的发病机理及証治.....何伯壩 (90)
- 慢性肝炎治疗的体会.....王渭川 (92)
- 成都工学院金花膏治疗慢性肝炎42例总结.....黃筱荃 (93)
- 四十八例慢性腎炎临床疗效觀察.....張德修 (95)
- 破伤风治疗的初步总结.....解德甫 (97)
- 中西医結合治疗八十一例晚期妊娠中毒症.....胡鴻宾 (102)
- 治疗崩漏在临床上的点滴体会.....黃紹芝 (109)
- 談妇女白帶症有效外治法.....張覺人 (111)

麻疹之我見.....	謝銓鎔(遺稿)	(112)
試論(小兒)急性腎炎的病機和治療		
及其轉歸為慢性症的關係.....	陸仲鶴 陸干甫 蘇煜文	(117)
肩凝症的按摩治療.....	杜琮書 陳重芸	(121)
唇痛35例臨床分析.....	何體乾 代鳳儀	(123)
足針對痛症治療的療效初步觀察.....	成都市第一人民醫院針灸科	(124)
五倍子流浸膏止血的初步探討.....	何體乾 楊淑柔 余明滔	(128)

无黄疸型鉤端螺旋体病 115 例临床 分析和辨証施治的討論

成都中医学院鉤端螺旋体病治疗小組

(赵立勳 执笔)

1958年以来,我院曾先后三次参加了鉤端螺旋体病的防治工作,就中医中药对本病的治疗进行了系統的臨床研究和观察。通过臨床实践,取得了一定的成果,也积累了一些經驗,其中的一部分已經报道①②。为了深入認識本病和进一步提高疗效,特将历年資料加以重新整理与綜合分析,同时在經驗总结的基础上,依据祖国医学有关文献对本病的辨証施治加以討論。

我院前后共收治无黄疸型鉤端螺旋体病 127 例,其中包括1958年所收治的36例,1960年所收治的51例,1961年所收治的40例。由于1958年的病例中有12例資料欠缺,故茲就資料較為完整的 115 例进行系統分析。但在文中有关部分,則又分別以該項資料完备的病例数进行綜合統計。

本文所报告的病例,系依据以下几方面而确定診斷者:

1. 流行病学資料:居住本病流行地区,发病時間在 7—10 月的农忙季节,有参加田間劳动等与污染水源接触史,或于发病季节到过流行地区并曾与污染水源接触者;
 2. 典型的臨床表現:起病急驟,头痛头昏,全身作痛,尤以小腿痛甚,小便短黃,咳嗽咯血,鼻衄,食欲不振等,体征方面有眼結合膜充血,淋巴結肿大压痛及腓腸肌触痛者;
 3. 部分病例經血清凝集溶解試驗和补体結合試驗以及菌种檢定証实者。
- 由于历次均系地处农村,設備条件欠缺,故診斷依据 1、2 兩項为主。

(一)

一、一般資料分析

1. 发病季节与傳染方式:本組病例的发生時間为 7 月上旬至 10 月下旬,其中尤以 8—9 月者最多,約占全部病例的 80% 左右,由于此时气候炎热潮湿,又正值溫江地区稻谷收割时期,因此感染机会增多,而发病率較高。在傳染方式方面,本組病例一般均系因于直接与污染水源接触而致病,但有两例例外,此两例系粮庫保管員,于翻运被鼠尿污染之粮食时,直接沾染鼠尿而感染发病。在接触污染水源方式上,有因于水田劳动、在渠水中洗滌衣物蔬

菜、或在其中洗澡、捕魚、嬉戲等不同情况。

2. 性别与年龄

表 1

年龄分布統計 (总例数115)

年龄(岁)	8 ~ 14	15 ~ 20	21 ~ 30	31 ~ 40	41 ~ 50	51 ~ 60	60 以上
例 数	15	28	39	22	6	4	1
%	13.0	24.3	33.9	19.1	5.2	3.5	0.87

本組病例中, 男性 66 人, 女性 49 人, 男女之比約 1.3:1, 二者在发病率上无何显著差别。年龄方面, 最小者 8 岁, 最大者 73 岁, 而以 15—40 岁者最多, 共 89 例, 占总病例数的 77.3%, 因青壯年系农村中主要劳动力, 参加田間劳动最多, 故其感染发病率也最高 (詳見表 1)。

3. 职业分布

表 2

职业分布統計表 (总例数115)

职 业	农 民	学 生	工 人	干 部	市 民	軍 人
例 数	72	16	8	13	4	2
%	62.6	13.9	6.9	11.3	3.5	1.8

从表 2 可以看出, 本組病例以农民为最多、将及总数的三分之二。此外, 农村学生和农村干部, 由于参加农事劳动較多, 或因临时支援秋收, 故其感染发病率亦較高。至于其他职业, 大多系因参加临时劳动而感染, 故其发病率亦显著降低。

4. 住院前发病天数

本組病例自开始发病至住院治疗, 最短一天, 最长八天, 根据 90 例的統計材料, 住院前发病天数平均为 3.58 天。其中一日者 9 人, 占总病例数的 10.0%, 二日者 16 人, 占 17.8%, 三日者 28 人, 占 31.1%, 四日者 14 人, 占 15.5%, 五日者 8 人, 占 9.0%, 六日者 7 人占 7.8%, 七日者 5 人, 占 5.5%, 八日者 3 人占 3.3%。发病五日以内就診者共 75 例, 占 83.4%。由于本病发病急驟, 病情开始亦比較沉重, 故患者多能于短期内来院就医, 入院較晚者多系起病較輕而重視不足或曾經他处治疗无效者。

二、临床表现分析

本部分拟从一般症状、体征、舌苔、脈象和出血現象等方面分別加以討論。在統計分析时, 以將資料欠缺之病例剔去, 故均未能符合 115 例之总数。其中表 3 表 4 的症状和体征統計, 只包括 60 年和 61 年两年的材料, 而 61 年 40 例中, 一例因肺大出血于入院后六小时内死亡, 故未統計在內, 因此其总例数即以 90 例計。同理, 表 5 按 70 例計算, 至于出血現象的觀察統計 (表 6), 則按 115 例計算。

1. 一般临床症状

关于本組病例的一般临床証状詳見表 3, 仅就其中主要者加以分析討論。

表3

临床症状统计 (总例数90)

年 别 症 状	1960	1961	合計
	51	39	90
恶寒	45(88.2%)	26(66.5%)	71(78.8%)
发热	51(100%)	38(97.4%)	89(98.8%)
出汗	14(27.5%)	27(69.2%)	41(45.6%)
头痛头昏	48(94.1%)	39(100%)	87(96.7%)
全身无力	49(96%)	39(100%)	88(97.8%)
咳嗽	33(64.7%)	30(76.9%)	63(70.0%)
气紧	7(13.7%)	17(43.6%)	24(26.7%)
心累心慌	6(11.7%)	21(53.3%)	27(30.0%)
喉痛		4(10.2%)	4(4.4%)
胸痛	4(7.8%)	9(23.0%)	13(14.4%)
全身酸痛	45(88.2%)	31(79.5%)	76(84.4%)
关节痛	3(5.9%)	8(20.5%)	11(12.2%)
腰痛	28(54.9%)	14(35.9%)	42(46.7%)
腿痛	47(92.0%)	35(89.7%)	82(91.1%)
口渴	23(45.0%)	38(97.4%)	61(67.3%)
食欲不振	43(84.5%)	35(89.7%)	78(86.6%)
恶心呕吐	6(11.7%)	11(28.2%)	17(18.9%)
腹痛	10(19.6%)	13(33.3%)	23(25.6%)
腹泻	11(21.6%)	9(23.0%)	20(22.2%)
耳鸣		5(12.8%)	5(5.56%)
听觉迟钝	2(3.9%)		2(2.2%)
手足发冷	2(3.9%)	1(2.6%)	3(3.3%)
小便短黄	36(70.5%)	38(97.4%)	74(82.2%)
合併症疾者	0	15(38.4%)	15(16.6%)

(1) 发病情况: 本组病例于发病前一般无何特殊感觉和诱发因素可寻, 往往于发病前夕或发病当时, 患者仍正在劳动, 仅在部分病例有全身不适, 头昏重胀闷或隐隐作痛之感, 其余大都以突然恶寒, 寒战或但热不寒而急速起病, 但轻重之间相差甚为悬殊, 轻者与一般风热外感相仿, 重者则于当日即卧床不起。继即高热稽留, 头痛头昏, 咳嗽身痛, 呕恶不食, 每因腿痛难以行走而须人扶持或抬送至医院就诊, 但起病即神昏不醒者尚未见到。

(2) 恶寒、发热: 为本病最常见的症状, 恶寒多见于病之初起, 程度多不甚严重, 在

少数病例呈凛凛恶寒之状，同时伴有体温升高，亦有自始至终并无恶寒出现者，在本组病例的发病率为78.8%，持续时间较为短暂，自数小时至2—3日不等，很少超过三日以上。伴随恶寒出现的症状除发热外，多有头痛头昏，全身酸痛，软弱无力，以及目赤流涕，鼻流清涕和咳嗽等症状，极似外感风热的初起。

发热为本病必见的症状，在本组的发生率为98.8%，乃由于个别病例于入院前已经过其它治疗，或迁延过久方始就医，因而于入院时体温已行减退，如除外这一情况，则100%的病例在发病的过程中均有发热的出现和存在。

发热亦为本病的早期症状之一，多于发病当日伴随恶寒而出现，或起病即但热不寒，后者比较少见。热势多为温温发热，仅于少数病例呈现壮热烦渴。体温一般在 38°C — 39°C 之间，个别可高达 39.5°C 至 40°C ，超过 40°C 者极为少见。热型以稽留型者居多，少数病例呈弛张型，后者全身症状亦较严重，一般多呈朝轻暮重，入夜转凉，至翌日午后又行加重之象。

发热的持续时间自3—7天不等，经治疗后，短则于服药当日即行消失，一般于2—3日内可降至正常，仅个别长达7日左右。于体温正常后，其它症状多亦随之迅速好转和消失而行痊愈，个别病例于体温正常1—2日后，又出现回升现象，但多不再超过 39°C ，亦不伴有恶寒，其它症状虽有再发，但较为轻微，如此持续1—2日后又逐渐降至正常。90例中出现第二次发热者共3例，占全体病例数的3.3%。

发热过程中，患者神志均始终清醒，无神昏谵语现象发生，伴随发热的常见症状为出汗和口渴。

(3) 出汗和口渴：多于发热过程中出现，但亦有在体温正常后仍存在者。出汗多为连续不断的自汗，遍及全身，而尤以头面胸腹部为甚。汗出多呈粘滞油腻之状，且有特殊的臭味。汗量一般仅及浸湿衣衾而止，很少大汗淋漓。个别病例于病情危重时曾出现冷汗和髮汗如珠的征象，但于治疗后即迅速停止。出汗的发生率为45.6%。

口渴在本组的发生率为67.8%，其程度均不严重，一般得饮即止，多呈渴而不欲饮水之状，大渴引饮者仅见于个别病例。口渴与发热并无何平行关系，有体温颇高而并不口渴或仅微渴者，亦有渴虽甚而体温并不甚高或竟为正常者，后者见于病程的恢复期。口渴与出汗二者亦无何平行关系，这从二者的发生率即可清楚看出。

(4) 咳嗽：亦为常见，发生率为70.0%，多于起病不久即行出现。初起常为不连续的轻咳，咯少量粘液泡沫痰，或为干咳，以后逐渐转变为频繁的、较重的咳嗽，痰量增多并渐趋粘稠。若有肺出血之存在，则痰中即带有血液或咯咯血痰（见后），但并非所有咳嗽病例都出现咯血。于咳嗽经过中，往往伴随胸痛的出现（14.4%）。

(5) 肠胃症状：最常见者为食欲不振，发生率达86.6%，其表现多呈胸痞脘闷之状。部分病例出现恶心呕吐，腹痛、腹泻等肠胃症状，其发生率分别为18.9%、25.6%和2.2%。恶心呕吐多发生于病程之早期，每因此而厌食拒食，呕出物为少量食物和其它胃内容物，往往一过即止，不需特殊治疗，很少持续至三天以上者。腹痛的性质为无定位性的钝痛或扭痛，多出现于脐周围，压痛不明显，其中部分系蛔虫所致而常见于发热期间，于加用驱蛔药物后即行消失。腹泻次数一般日内不超过五次，为水样稀粪或未消化之食物，量不多，中夹少量粘液或泡沫，无脓血，泄泻程度虽不至于严重，但常可引致患者体力的衰耗，一般于治疗后2—3日即止。

本病患者一般多現便溏或軟便，日1—3次，虽于高热时部分病例出現大便干燥，但秘結不解者則极少見。

(6) 疼痛：最为常見和显著，其中以全身疼痛和小腿疼痛最多(84.4%、91.1%)，后者在疼痛程度上最为严重。其次为腰痛(46.7%)。关节疼痛則較为少見(12.2%)，程度亦不剧烈。

身痛的性质为全身肌肉持續性的酸痛，并伴有沉重酸困和軟弱无力，(96.7%)，常于起病或病后不久即行出現，可持續存在于整个疾病經過中，但除腓腸肌外并无明显压痛可見，每因此而使患者精神萎靡，困臥不起。一般在热退后即行減輕，但軟弱无力之感常需周余方行消失。

腿痛为腓腸肌剧烈而持續的切割样疼痛，多出現于起病后1—2日，严重者呻吟不安，行动困难，飲食入廁，均須人扶持，以手按之則痛不可忍，持續時間一般在五天左右。本症的出現和存在，为早期診斷的重要依据，亦常为迫使患者早期就医的主要原因。

(7) 小便短少：亦属本病較为普遍的症狀之一，在本組的发生率为82.2%，多出現于发病后2—3日左右。不仅尿量減少，尿色轉深，且于小便时尿道常有浸灼瀉痛之感，即使增加飲水量亦不致明显好轉，一般在发热減輕和全身症狀好轉后，乃漸趨清亮以至正常。

(8) 其他症狀：本組病例中，有少数患者曾出現气紧、心累、心慌和手足发冷等症狀(見表3)。根据观察，这些症狀多发生在大量咯血和病程較久的病例中，尤以咯血者为热。此时患者病情危重，情緒緊張，不但呼吸迫促，且多同时出現顏面蒼白、口唇发紺、冷汗淋漓等症象，多为肺大出血的前兆和心力衰竭的表現，亟須分別情况予以降火止血，宁肺强心或回阳救脫的处理，否則每致大量出血，甚至不救。

除上述常見症狀外，部分病例由于忧惧、緊張而常出現煩躁、失眠等現象。还有个別病例出現耳鳴、耳聾、听力迟鈍等症狀，均不甚严重且于病情好轉后即行恢复和消失。

2. 主要体征

关于本病的体征，詳見表4，仅就其主要和常見者加以討論。

(1) 腓腸肌触痛：为本病最易出現、最为显著的一种体征，在本組病例中，发生率达90%。不特腿痛剧烈者具有压痛，即在缺乏自觉疼痛和仅有微痛的病例中亦有出現。严重者即使用指端輕触皮肤，亦可获得显著的阳性結果，且于双腿接触床板被褥时，亦覺疼痛难忍。此种患者常多屈膝仰臥或側臥，以尽量避免与外界压力接触，为本病最大特点之一。触痛的出現較早而消失較晚，但恢复甚快，一般在热退病減后迅即減輕，或代之以酸軟困脹之感而漸趨痊癒。

(2) 淋巴結肿大压痛：最常見者为腹股沟部淋巴結，大如豌豆或黃豆大小，有自觉痛和压痛，无粘連，表面皮肤正常。其发生率为67.8%仅次于腓腸肌触痛，于疾病好轉和恢复中自行消失。

(3) 眼結膜充血：亦属常見，发生率为66.7%。程度自輕度充血以至深赤不等，但以輕度和中等度充血者为多。除双目发紅外，多伴有目睛光澤瑩然之狀，但并无强烈的羞明畏光，亦极少伴随流淚。常于病程早期出現，消失亦較快，多在体温下降后迅速恢复至正常，不貽留任何后遺症狀。

(4) 顏面发紅：发生率为26.7%。其表现为整个面部充血发紅，且有油垢粘膩之狀，并不局限于双頰，鉴于本病患者面色一般多現黃浊晦黯之色，故二者常呈明显的对比。面赤

表4

体 征 統 計 (总例数 90)

年 别 例 数	1960	1961	合 計
体 征	51	39	90
顏 面 发 紅	8(15.6%)	16(41.0%)	24(26.7%)
結 膜 充 血	29(56.7%)	31(79.5%)	60(66.7%)
发 紺		1(2.56%)	1(1.1%)
口 唇 泡 疹	1(1.9%)		1(1.1%)
皮 疹		1(2.56%)	1(1.1%)
淋巴結肿大压痛	38(74.5%)	23(58.9%)	61(67.8%)
咽 部 充 血	——(注)	13(33.3%)	13(14.4%)
腹 部 压 痛	——	12(30.8%)	12(13.3%)
肝 区 压 痛		10(25.6%)	10(11.1%)
肝 脏 肿 大		7(17.9%)	7(7.7%)
脾 脏 肿 大		3(7.68%)	3(3.3%)
腓 腸 肌 触 痛	46(90.0%)	35(89.7%)	81(90.0%)

注：表中有“——”符号者、表示缺乏該項資料，下同。

多見于热象較盛、体温較高之患者，同时口渴較甚，脈象多現弦数或浮数，舌苔多薄白或薄黃。

(5) 肝脾肿大：共有7例出現肝脏肿大，并伴有肝区压痛，其中三例同时出現脾脏肿大，分別占病例数的11.1%和7.7%。肿大程度不超过三指，质地柔軟而不坚硬，外观无明显黃疸可見，其他全身症状亦不显著加重，于病情痊愈时即行消失。

此外，咽部充血亦属本病常見体征之一，根据61年40例的統計，其发生率占14.4%。此类患者常自觉咽部燒灼或隱隱作痛，但飲食則无何障碍。至于发紺一征，仅見于咯血較重之患者。

3. 舌苔和脈象

本文所談的舌苔和脈象，系指于患者发热期中檢查时所得者而言。根据70例的統計資料来看，舌苔方面以白苔为最多，共53例，占75.8%，其中又以白薄苔为常見，次之为白厚苔，再次为白而滑膩者。黃苔共計10例，占14.3%，多为黃白相兼或黃厚而膩。亦有舌紅无苔和舌苔正常者。舌质則多属正常，部分病例呈嫩紅、淡紅或紅絳、或仅舌边尖略現紅赤而舌心正常。脈象則以濡数为多見，共20例，占28.6%。其次为数脈、浮数和弦数，个别病例現細数，弦細或緩、濡等脈象，后者合計不过11.5%（詳見表5）。

大抵病之初起，苔多白薄，脈多浮数，以后舌苔逐漸轉为白厚、白膩或黃白相兼和黃膩，脈象亦变弦数或濡数。恢复期和病程較久者，則多現舌紅无苔和濡、緩、細数之脈。

在二者相互关系方面，一般白薄之苔，多現浮数之脈，見于病之初起和病程的早期；白厚、白膩之苔，多現濡数或濡、緩之脈，見于病程的中期和恢复期；黃苔則多現洪数、弦数之脈，出現于病程中期，热象較盛之际，舌紅无苔主要見于恢复期中而多現細数、弦細之脈，但这仅系一般規律，并非所有病例都是如此。

表5 舌苔脈象統計(总例数70)

苔 脈		舌 苔						脈 象								
种 类		白薄	白厚	白膩	黃白	黃厚	舌紅无苔	正常	濡数	数	浮数	弦数	細数	緩	濡	弦細
例 数		26	16	11	6	4	6	1	20	15	13	11	3	3	3	2
%		37.1	23.0	15.7	8.6	5.7	8.6	1.4	28.6	21.4	18.5	15.6	4.3	4.3	4.3	2.9

4. 出血現象和肺出血

出血証象为本病經過中最易发生和最为严重的症状，根据历年的观察和統計，其发生率从29.4%—65.6%不等，平均为45.2%。其中以鼻衄和咯血二者最为常見。在115例中，以出血部位而計的总例数达69例，其中皮肤出血者1例，便血者2例，鼻出血者20例，咯血者46例，詳见表6。

表5 出血現象統計(总例数115)

年 别	病 例 数	出 血 例 数 %	出 血 部 位 及 发 生 率 (%)					备 注
			以出血部位計的总例数	皮肤出血	鼻出血	肺出血	便 血	
1958	24	11(46.0)	14		3(21.4)	10(71.0)	1(7.1)	※
1960	51	15(29.4)	21		5(24.0)	15(71.4)	1(4.7)	
1961	40	26(65.0)	34	1(2.9)	12(35.3)	21(61.7)		※
合 計	115	52(45.2)	69	1(1.4)	20(28.6)	46(66.6)	2(2.8)	

鼻衄見于病程的早期，多在发病第三日左右出現。出血量較少，一次量不超过10毫升，总量不超过50毫升，多系点滴淌出或突然流出，一般一次即止，或每日1—2次，連續2—3日停止。出血时于局部施以机械压迫即可制止，而不需作特殊的处理。

便血和皮肤出血多发生于病程的中期，发病第5—6日左右，后者为散在性的皮下瘀斑。前者多夹杂于粪便之中，很少为單純的下血，极易誤认为痢疾而相混淆，出血量不多，于治疗后1—2日内即行消失。

肺出血最为多見，其发生率高达出血例数的66.6%，临床表現有咯痰帶血，血痰和大量

咯血等三种不同情况，以前二者占絕大多數，預后一般良好，后者仅系个别現象。咯血見于病程早期和中期，一般发生在病程第2—5日，至发病6日后方見咯血者尙无发现。

咯血多見于热势較重的病例，常多伴有鼻衄，在出血程度較重的病例，还可同时出現咳嗽頻繁、呼吸迫促和口渴嗜飲等証，此时患者多情緒緊張恐惧、煩躁不安、心悸、心慌、脈搏頻数，甚者尙可出現顏面蒼白，口唇发紺，汗出气喘等証，在进行及时处理和适当治疗后，一般均能逐漸減輕，于3—5日內即完全停止，不至釀成肺大出血的危証。

本組2例肺大出血均系突然发生，于入院时出血現象即已十分严重，不仅大口咯血，呼吸淺促，鼻攝气喘，而且顏面蒼白，口唇发紺，手足发冷、汗出如油，脈搏細数沉伏，于积极搶救中，血由口鼻大量噴湧而出，来势兇猛，不可遏制，終因窒息缺氧和心力衰竭而于入院6小时內死亡。但患者神智則一直清醒，直至瀕死时方現昏迷。

根据我們历年来的观察，在发生較严重的肺出血之前，临床上常有一定的征兆和前驅症状出現，此时多見咳嗽強烈頻繁，咽喉干燥，气息喘逆，心慌煩乱，躁扰不宁，面紅目赤，口燥不欲飲水等症状，患者情緒緊張恐惧，若大难將临，舌质多現紅嫩，苔多白薄不膩，脈象則多洪大躁盛。此时若能及时予以积极合理的治疗，即可防止和減輕出血，否則很快即見大量咯血，每致难以挽救而死亡。

最后應該交待清楚的是，本組病例每年发病情况和病情輕重均有所不同。对比三年的資料，則以60年的病例較輕，而58年和61年者則較重，这从表3、表4和表6中都可以清楚的看出。例如在肝、脾肿大和合併症方面，61年病例中分別为7例、3例和15例，而60年病例則无一例出現；关于出血症状方面，58年的出血例数占总病数的46%，61年为65%，并各发生肺大出血及因此而死亡一例，而60年的出血例数不过29.4%，且均屬輕度和中等度出血。其次，1960年的病例系直接在公社医院所收治，一般于发病初期即行入院就医，治疗及时，因而整个病情較輕，并以輕型患者为多，而58年和61年的病例則是在专区和县医院所收治者，当时一般輕型病例多在公社医院治疗，病情严重或公社医院治疗无效者，方便轉来区、县医院而由我們收治，因此即多为較重型病例，而輕型病例所占比例較少。

5. 实验室檢查

本組病例中，1958年者未进行实验室檢查。1960年病例中有20例进行了凝集溶解試驗和菌种鑑定。1961年病例中，20例进行了血清补体結合試驗。

血液标本的采取時間为入院当日，住院一周或出院時各一次，而以最后一次的反应結果为准。20例鈎端螺旋体补体結合試驗和20例凝集溶解試驗結果全部为阴性反应，且效价均在1:160和1:300以上。

20例菌种鑑定結果，以秋季型者最多，共12例，占60%，秋季型十大型4例（20%），澳洲B型2例（10%），黄疸型十犬型以及黄疸型十秋季型十犬型者各1例（各5%），尙无单纯黄疸型及犬型者。

其它实验檢查未能进行。

三、辨 証 分 型

1. 鈎端螺旋体病属于溫病学中暑溫、湿溫一类外感热病的范畴

有关各种流行性和傳染性外感疾病的論述，主要見于祖国医学 伤寒和溫病一类的著作中，尤以后者更为系統和詳备。历代医家对于这类外感热病的发生季节及其与气候的关系均

与以足够的重视，认为由于四时主气的不同，即可发生不同的疾病，并依此定出病名和治疗原则。对发生于夏、秋季的外感热病，则统称为暑湿和湿温，但二者实际上并非单一的病种，而系包括了多种夏秋季急性热病在内。根据有关温病学记载，暑湿侵袭人体，每因湿、热的感受多少而出现不同的症状。其临床共同表现，暑热偏盛者有高热身痛、气粗而喘、烦渴自汗、脉洪数有力、甚则鼻衄咯血等证；湿邪偏盛者则现恶寒发热、汗出胸痞、头身重痛，脘闷不饥、四肢倦怠、肌肉烦疼、脉濡细，濡数等证。严重时，二者均可出现昏谵溲厥和上下失血。可见暑湿、湿温虽为二种病类，实同为暑湿郁蒸所致。至其发病情况，亦不仅于少数人感受而已。清代喻嘉言说：“湿温一病，即藏疫癘在内。一人受之则为湿温，一方受之则为疫癘。”已明确指出了这类疾病具有传染性和流行性，而在发病上有散在性和大流行的不同情况。

根据上述有关文献论述，结合流行地区钩端螺旋体病的发生和流行季节，正当夏至以后白露以前的炎暑蒸逼和湿土主令之时，其临床表现从六淫的属性加以分析和归纳，亦系属于暑湿之邪为病，而在证候类型上又有湿热偏盛的不同情况，具体症状亦与暑湿、湿温有极相吻合之处。因此，可以初步肯定，钩端螺旋体病属于祖国医学温病学中暑湿、湿温一类疾病的范畴，亦即感受暑湿之邪所致的一种急性热病。

2. 临床证型和病情的划分——“暑湿型”、“湿温型”

根据临床所见，本病由于感受湿热多少和患者体质的不同，因而发病后在临床表现上，即可出现暑、湿偏盛的显著差别和轻重不同的病情程度。吴鞠通说：“暑兼湿热，偏于暑之热者为暑湿，多手太阴证而宜清；偏于暑之湿者为湿温，多足太阴证而宜温。”薛生白亦谓：“中气实则病在阳明，中气虚则病在太阴。”章虚谷明确指出：“外邪伤人，必随人身之气而变”。我们依照这些论述，结合临床症状，将本病的临床证型划分为“暑湿型”和“湿温型”两种，并再就病情轻重、发病部位和病程阶段的不同，将每一证型又分作轻、中、重三等。

暑湿型亦即偏热型，其临床表现与暑湿症相似。在致病因素方面，暑热较盛而湿邪较轻，或湿邪郁久而从热化；发病时间正值夏令或长夏气候亢热之季，患者多属阳旺之体而中气较盛，病从阳明热化而多现手太阴肺及阳明胃肠的证象。临床上多现壮热不退、口渴思饮、面垢目红、咳嗽气急、咯血鼻衄、心烦溺赤等症。舌质初起多红，苔多白薄干燥或黄厚，脉多弦数、洪数之象。本型患者较易发生肺部出血，至疾病后期多易出现津伤阴亏之征。病程较短，治疗较快。但如由于火盛伤金、肺络灼损。因而出现肺部出血不止等证，则常多预后不良。

湿温型亦即偏湿型，发病情况与一般湿温、湿热症基本相同。致病因素和病机演变以“湿”为主，而暑热之邪较轻；发病时间多在长夏初秋、气候潮湿、阴雨连绵之际。患者体质多属阳虚而中气较衰，或则先有饥饱劳役、湿饮停聚等内伤因素。病从太阴湿化而多现足太阴脾的证象。临床上多现头目昏重、肌肉酸痛、痿软无力、热势稽留起伏、汗出热臭、面黄胸闷、口不渴或渴而不饮、呕恶不食、便溏腹泻、甚则大便下血等症。亦可出现咳嗽、咯血或鼻衄，但较少而程度亦轻。舌质多为淡红，苔多白厚滑腻或黄腻，脉象多濡细、濡缓，湿渐化热，则脉亦弦数。本型患者多易发生便血，至恢复期多现湿伤脾阳、神气困顿之征。病程较长而治疗缓慢，但预后则一般良好。

根据58年和60年70例的分析统计，属暑湿型者51人，湿温型者19人，二者之比约2.7:1，

說明在临床上以暑湿型为多見。

我們再按照卫气营血的不同病程和証狀的輕重情况，將上述每一証型划分为輕、中、重等三种不同程度。輕型系指病在卫分和由卫轉气之际，体温在 38.5°C 以下，无血痰，全身症狀輕微，有表証可見。中型系指卫分之証已罢，病在阳明太阴气分，暑、湿偏盛明显或湿熱已趨合化，体温在 38.5°C 以上至 39.5°C 之間，咯少量血痰，全身症狀較重。重型系指湿熱化燥化火，病已入营入血，体温高达 39.5°C 以上，咯血量多，全身症狀严重，甚至可有昏迷譫妄、瘧厥动风以及肺大出血傾向等危証出現。以上为不同病情的一般表現，而在每一証型中則又各有特点，詳見后敘。病情的划分，主要依据全身症狀和出血現象的輕重有无等两方面情况，参考体温的高低而定，后者不作为划分病情的主要条件。在具体治疗上，即按照不同証型和不同病情而立法遣方。

四、治 疗 方 法

根据祖国医学辨証理論和臨床表現分析，本病属于暑溫、湿溫一类疾病的范疇，主要显现暑、湿合化的湿熱証象，因此，我們在辨証論治的基础上，依照溫病学的理論指导，辨別卫气营血和三焦的不同病程，以清热、除湿、解毒、扶正为总的治疗原則。由于本病在臨床表現和病理机轉上，又有明显的暑、湿偏盛的不同証型和輕、中、重等不同程度，因而在上述总的治疗原則下，再根据不同証型和病情而采用不同方药，辨証分型以施治。除少数病例因病情需要参用了葡萄糖、維生素等輔助药物外，其余全部应用中药治疗。对部分合併疟疾的病例，加用了中西抗疟药物。

由于我們对于本病的認識和治疗，是一个逐步深入和逐步提高的过程，因而在历次治疗中的方药运用上，存在着一些差別。其中1958年和1960年两次基本一致，1961年在治疗中則有所改变。其差別主要表现在对暑溫型的治疗方面，湿溫型的治法方药則基本相同。其具体差別和在疗效方面有无不同，詳見后文有关部分。

1. 暑湿型的治疗

本型系暑溫之邪从阳明熱化，主要显现手太阴肺和阳明胃腸的証象。一般臨床表现为发病急驟，熱勢較盛。初起多不惡寒或微惡寒，但历时短暫，继即高热不退，午后熱甚，汗出熱臭，口秽噴人，胸腹熱悶，按之灼手，目赤心煩，小便短少，甚則尿如濃茶，溺時澀痛。大便多現干燥或溏泻秽垢而不爽利。咳嗽气紧，咯血鼻衄，面色多紅而帶油垢狀。舌質嫩紅或边尖紅赤，苔白薄干燥或黃多白少，脈象洪数或弦数。

本型的治疗，在1958年，根据当时发病情况和臨床所見，决定主用辛涼甘寒和苦寒清热之品以解表熱、敗瘟毒为治，方用清瘟敗毒飲合銀翹散加減①。1960年治疗中仍本此法則，但于实际运用时，已参照当时臨床所見，酌用辛涼、淡滲、芳化之品，而很少使用其全方。根据以上两次的臨床体会，結合61年病例的发病特点，决定以苦寒清热为主，佐以淡滲芳化以清氣化湿，制訂“加減消毒散”（据叶天士“甘露消毒丹”化裁組成）为本証型始終必用的方剂，再就本型中区别輕、中、重的不同病情程度而分別施以治疗。加減消毒散的方剂組成如下：

黃芩(生用) 4—6錢 滑石 4—6錢 茵陳 3—5錢 連翹 3—5錢 銀花 3—5錢 生桑皮 3—5錢 佩蘭 1.5—3錢
藿香 1.5—3錢 木通 1.5—3錢 薄荷 1—2錢 淡竹葉 1—3錢 白叩仁 1—2錢 石菖蒲 1—1.5錢 貫仲 5錢—1兩

以上为煎剂量，一日三次分服。病重者可日服两剂，每四小时内服一次。如作散剂，宜生研细末，筛过，不宜火焙，每次三钱，日服3—4次，开水冲下或煎服。

本方可连续服用，直至热退为止。于体温及症状有显著减轻时，黄芩及滑石二味可酌减剂量，余药亦依比例减少。

(1) 暑温轻型：发病不久，呈现恶寒发热、无汗或有汗不多、头痛肢酸、咳嗽流涕等卫分表证，苔白薄，脉浮数。治疗宜先用辛凉透解，佐以淡渗利湿。方用银翘散加杏仁滑石渴（有汗去芥穗、淡豉）。表解后再酌情用加减消毒散而减轻其剂量。

(2) 暑温中型：病在阳明太阴气分，主要出现肺胃气分暑湿蕴蒸的证象（症状详见前述），和因暑伤肺络而兼现咯咯血痰的出血症状。舌质深红或嫩红，苔白腻或黄白相兼或黄腻，脉弦数或洪数。治疗以清气化湿而保肺津为主，方用加减消毒散（方见前）。

(3) 暑温重型：高热烦渴，面红目赤，咳嗽剧烈，咯血量多，小便短黄，躁扰不宁。舌质红绛或嫩红，苔黄厚、黄腻，脉弦数有力。病属气分热熾，燔及营血。治疗以苦寒直折火毒而止血，予加减消毒散加重黄芩剂量（8钱—1两），再与1号或2号止血散配合使用（方见后）。

2. 湿温型的治疗

本型系暑湿之邪从太阴湿化，主要显现脾湿内郁、热难透达的证象。一般临床表现多发病较缓，恶寒发热、或寒多热少，热势最初多不太甚，头目胀痛昏重，四肢倦怠乏力，肌肉酸痛，汗出不畅，或现汗后复热，朝轻暮重的湿热胶结证象。自觉热盛，但按其肌肤并不甚热。两耳略见昏蒙，胸痞脘闷，渴不思饮或欲热饮，或竟不渴。小便短少不畅，大便多溏而不爽，间有嘔吐腹泻、便血和足冷不温。面色黄滞，舌苔白润或白厚而腻，脉多濡数、濡缓或弦细而濡。

治疗以芳化淡渗为主，兼以清透邪热、宣利肺气，主用“加味三仁汤”（以吴鞠通三仁汤与藿朴夏苓汤化裁组成）。

藿香3钱 紫油朴2钱 法夏3钱 云苓3钱 白叩仁1钱 苦杏仁3钱 生苡仁3钱 滑石4钱
猪苓2钱 淡竹叶3钱 泽泻3钱 淡豆豉3钱 鲜芦根1—2两

煎服方法同加减消毒散。

(1) 湿温轻型：病在阴阴太阴之表，证现恶寒发热，热不甚高，午后较甚，头目昏重作痛，肌肉酸痛而少汗，胸痞脘闷，口不渴等湿郁肌表，阻遏卫阳之象。舌淡红，苔白滑或白薄而腻，脉濡细而缓或濡数。治以宣化肺气而清利表里之湿热为主，用加味三仁汤本方去猪苓、泽泻、茯苓等味。

(2) 湿温中型：本型为暑温偏湿的正局，病在足太阴脾，主要显现气分湿多于热和热为湿遏的证象（症状详见前述）。治宜苦温利湿、芳化淡渗为主，以宣利气分之湿邪而兼清其热，用加味三仁汤全方。

(3) 湿温重型：湿热在气分不解而化燥化火，即将有陷入营血之势，湿热郁蒸，伤及肺络，即可导致咯血，其他全身症状表现与暑温重型相同，治疗方药亦同。

临床上以中型为最多，因此治疗即以气分为主，而以加减消毒散和加味三仁汤为主方。

3. 肺出血的治疗

(1) 本病肺出血证属于温病学中的“暑瘧”。

关于本病经过中所现的肺出血一症，属于温病学中“暑瘧”的范畴。其发生机理，主要

是由于暑热之邪损伤肺络所致，肺络被伤，血即湧溢而出。吳鞠通說：“暑溫寒熱，舌白不渴，吐血者（包括咯血），名曰‘暑瘵’，為難治。”雷少逸較詳的敘述了暑瘵的主要症狀為“驟然吐血（即咯血）、衄血，頭目不清，煩熱口渴，咳嗽氣喘。”並指出其發病原因是由於“盛夏之月，相火用事，火灼肺金，復燃陽絡，絡血上溢”所致。依病機病程而論，本証初起，仍在上焦氣分或由氣轉營之際，若再進一步發展，即可陷入營血，而致肺之絡脈受到損傷。証之臨床所見，本証亦常發生于起病後不久的暑溫型病例，故其致病機理不出暑傷肺絡、熱陷營血的範圍。

此外，臨床上亦有于發病或經過治療數日之後，始見咯血鼻衄者，部分濕溫型的患者也可出現本証，對於這樣的病例，即應作再進一步的考慮。由於病程既久，則濕熱兩合，郁遏蒸騰，燔灼營血，在所難免；同時濕郁過久，又可化燥化熱，熱極則化火成毒，火盛必刑肺金，馴至肺氣壅閉。傷津損絡，則氣血俱病而致出血。此類病人多系素有內熱蘊積，元氣虧乏，陰分較弱，而又未能得到及時合理的治療，以致邪熱蘊結陰明，肺本受生于陰明，二經氣脈常通，今陰明胃熱燔灼，于是肺津傷殘，肺氣壅閉，肺之絡脈受損，熱邪逼迫血液上溢清道，遂致湧決而出。

因此，就本病肺出血証而言，無論由於暑邪上逼或濕熱郁蒸，其最終機理均系火盛刑金、肺津枯涸、肺絡傷損而致出血。

（2）肺出血的治療：分別按以下情況，予以不同方藥：

①出血前期的治療

關於肺出血的前驅症狀已見前述。治療以清暑滌熱、肅清肺胃而預保肺津為主，並不早用滋膩止血之劑，以免助濕留瘀之弊。此時可暫停原用方藥，改投甘寒清肅肺胃之品，如桑皮、兜鈴、荷葉以及梔、豉、翹、蘗、貝、通草、滑石、苡仁等，酌情選用。

②已經發生出血時的治療：血量較多，熱勢較盛，全身症狀嚴重者，于治療方藥中加用“1號止血散”（自制方）：

炒山梔1兩 生黃芩1兩 真黃連1兩 炒黃柏1兩 炒蒲黃2兩 共為極細末，每次1—2錢，一日3—4次，藥湯或開水送服。

若血量較少，熱勢不重，全身症狀較輕，或于服用1號止血散後，出血已經減輕者，則于治療方藥中加用“2號止血散”（自制方）：

生黃芩8錢 茜根1兩 阿膠5錢 五倍子1錢 炒山梔5錢 蒲黃炭5錢 青黛2錢 白礞5分

制法同前，每次1—3錢，一日三次，藥湯或開水沖服。本方可連續服用，直至血淨為止。

以上二方，在使用時，如為暑溫型者，應與加減消毒散同用，濕溫型者，應與加味三仁湯同用。若為便血，則再加入地榆炭、棕櫚炭各5錢為末兌服。

若身熱已退，肺胃邪熱已清，舌苔已淨，而仍咯痰帶血者，始可在治療方劑中加入生地、藕節、阿膠、白芨等補絡止血之品。

4. 出現虛脫証象時的處理

對於個別出現呼吸迫促，心慌、氣喘，口唇指甲發紺，冷汗淋漓，煩亂不堪，脈細數無力，甚則神識昏迷等氣虛欲脫的危重病例，以扶正固脫，回陽救逆為治，分別採用加減復脈湯、生脈散、參附湯等（方略），並同時配合西醫西藥積極搶救。

5. 恢复期調理

根据不同情况，分別予以善后調理：对于湿伤脾胃，阳虛气弱而現口淡不食，神疲体弱者，以健脾益氣为治，方用四君子湯、参苓白朮散等加減；对于热久伤阴，肺胃津亏、肌肉瘦削而現微热燥咳、心煩少眠者，以益胃生津为治，方用益胃湯加減；对余邪未淨、头目不清者用清絡飲或桑菊飲加減；一身及四肢肌肉酸痛者，用加減木防己湯化裁（方均見溫病条辨，茲从略）。

五、疗 效 观 察

1. 观察方法及痊癒标准

病人入院后进行詳細的体格檢查，填写钩端螺旋体病专用病历，此后逐日观察和記錄病情变化与治疗反应，直至出院为止。出院后半月，嘱患者来院复查一次。对于其中的51例，間接或直接地追踪訪察达半月到两月之久，平均一月左右。

痊癒标准依照四川省钩端螺旋体病防治方案所规定的条件：

- (1) 重病人体溫正常，临床症状基本消失，无心力衰竭症状达5—7天者；
- (2) 輕病人体溫正常，临床症状基本消失达3—5天者。

2. 治疗效果

(1) 体溫下降時間：本組病例入院时体溫多在 38°C — 39.5°C 之間，个别高达 41°C ，經治疗后，快者于一日內即下降至正常，一般均于两三日內退燒。根据90例的統計資料，24小时內体溫降至正常者，共18例，占总病例数的20.0%，三日內降至正常者合計61例，占67.7%，三日以上至六日內者共25例占27.6%，仅有4例长达六天以上，占4.4%。退燒時間最 shortest 8小时，最長者8天，平均为2.36日（詳見表7）。

体溫下降規律，根据对51例的观察，呈阶梯型而逐漸下降者共38例，占74.5%，呈分利型下降者共10例，占19.6%，此型体溫每于12—24小时內即恢复至正常，同时多伴有泔然汗出，其余3例于体溫已行降至正常后一二日，又再行上升至 38°C — 39°C ，并持續1—2天始逐漸下降而呈馬鞍型体溫，占5.9%，此型病例多属于湿熱胶結，或于治疗中过早地撤除苦

表7 治疗后体溫降至正常時間（总例数90）

年 別	天 數 (天)	一天 以內	+	+	+	+	+	+	+	平均退燒 時間
1 6 6 0 (51例)	7	10	15	10	3	4	2			2.4天
1 9 6 1 (39例)	11	12	6	4	2	2	1	1		2.3天
总 計 (90例)	18	22	21	14	5	6	3	1		2.36天