

南平專區中醫藥學術研究

參考資料

內部文件

第貳期



南平專區中醫研究所編

1960年3月1日

目 录

各科病例报告

中医治疗30例肝硬化腹水期临床初步总结.....	周末生 柳增荣 (1)
以中药草药治疗肝硬化病的初步总结报告.....	林惠孙 (4)
针刺治疗急性阑尾炎23例的观察报告.....	翁华芝 刘惠珊 (10)
针刺代替麻醉施行扁桃体摘除术的报告.....	李逸民 刘惠珊 翁华芝 (13)
中西医合作抢救尿毒症一例报告.....	王旭明 (16)
中医治疗急、慢性肾炎的初步总结.....	林惠孙 (17)
我对古方奔豚汤治疗奔豚气病二例初步观察报告.....	毛胜忠 (19)
中西合流治疗骨折160例的初步分析报告.....	南平专区医院外科 (21)
以茵陈为主治疗传染性肝炎二十例报告.....	吴福财 (31)
痰迷似死症辨证论治.....	黄绵清 (31)

經驗 介紹

针灸治疗精神病一例的经验介绍.....	任进平 (32)
针灸治疗脊髓灰白质炎六例的经验介绍.....	林秀珍 (33)
腫痛驗方介紹.....	林文正 武清儒 (34)
蛇药驗方介紹(一).....	熊保林 (36)
蛇药驗方介紹(二).....	罗龙翔 (36)
蛇药驗方介紹(三).....	郑大德 (36)

理 論 研 究

学习伤寒论的一些体会.....	唐际雄 (36)
-----------------	----------

講 座

中医内服药物的治疗八法概述.....	周绍芝 (38)
--------------------	----------

中医治疗30例肝硬化腹水期臨床初步总结

南平專区医院 周东生 柳增榮

解放后，党和毛主席号召我們学习中医，几年来，文献发表了許多关于中医治疗肝硬化腹水报导，疗效令人满意，远超过西医疗效，我院自1957年7月至1959年7月，40病例，採用中医治疗，均收到一定的疗效。茲将记录比較完整，观察比較全面，选出30例，作为病例分析与疗效的初步总结，以供同道参攷。

病 例 选 擇：

在臨床上腹水形成的原因很多，我們採用西医診斷的七种方法，作为診斷肝硬化腹水的依据。

- (一)消化系統紊亂症狀，如食慾不振，惡心、腹脹、黃疸，排便異常等。
- (二)腹水体征試驗，穿刺化驗檢查等証實。
- (三)門靜脉高在征象，如脾腫大，腹壁或食道靜脉曲張。
- (四)皮肤蜘蛛痣的發現。
- (五)肝功能檢查，見有損害的改變。
- (六)肝活体組織病理檢查証實。
- (七)肝硬化不伴有其他严重疾病，如肝癌，結核性腹膜炎，腎炎，或心力衰竭等。

治 疗 計 划：

- (一)所有病例，經過住院期西医确诊，为肝硬化腹水，中医师會診，同意轉中医治疗。
- (二)住院期中，由中西医共同观察，中医員診斷治疗，西医協助病歷和病程记录，及各項化驗檢查。
- (三)在中医治疗期中，全部病例，都用低盐飲食，大部份照常口服維生素乙、丙，少数病例，加用汞利尿剂，高渗葡萄糖或放腹水。

处方：

(一)早期：攻水劑（權用法）

⊖ 瀉川丸——大黃，風化硝，甘遂，牽牛，郁李仁。

⊖ 十枣湯——芫花，甘遂，大戟。

⊖ 烏柏根皮——以開水泡米湯浸服。

(二)中期：用化气运中渗湿利水法：

⊖ 本院常用方劑組成——郁金，檳榔，青皮，木香，蒼朮，川朴，砂壳，鷄內金，茵陳。

⊖ 加味道遙散——毛柴胡，丹皮，黑梔，茅朮，赤芍，茯苓，当歸，青皮，香附，炙草。

(三)恢复期：

⊖ 黃芪建中湯——黃芪，桂枝，白芍，炙甘草，生姜，紅棗，飴糖。

①香砂六君子湯——党参，白朮，茯苓，陳皮，泡半夏，炙草，木香，砂仁。

治疗分析：

(一)性别：本文介绍肝硬化腹水，共30例，其中男26例，女4例，男女之比为65:1。男比女高出6倍，符合一般文献記載男多于女的报告。

(二)年龄：本文各例中，年龄最小者为22岁，最大者为53岁，其中30—49岁占最多，为总病例之63.3%，符合文献記載多发生于中年及中年后期。

年 龄 分 布 (表一)

年 龄	男	女	合 计	百分比
20—29	9	1	10	33.3%
30—39	6	2	8	26.7%
40—49	10	1	11	26.7%
50—59	1	0	1	3.3%
合 计	26	4	30	100%

(三)职业：本文各例农民发病者最高，佔总病例之86.7%符合南平地区的钩虫、营养不良等主要因素。

职 业 分 布 (表二)

职 业	农 民	工厂工人	职 员	伐木工人	家 务	船 民
病 例	11	7	5	4	2	1
百 分 比	36.7%	23.3%	16.7%	13.3%	6.7%	3.3%

症 状 体 征 的 疗 效 (表三)

症 状 体 征	治 疗 前 例 数	治 疗 后				例 数	
		消 失	百 分 率	減 輕	百 分 率	无变化	百 分 率
食 慾 不 振	24	7	29.2%	12	50%	5	20.8%
惡 心 嘔 吐	3	3	100%				
腹 部 膨 脹	29	6	20.7%	17	58.6%	6	20.7%
上 腹 部 鈍 痛	12	3	25%	5	41.6%	4	33.3%
小 便 短 赤	28	6	21.4%	17	60.7%	5	17.8%
嘔 血 便 血	7	7	100%				
发 熱	15	5	33.3%	6	40%	4	26.7%
脾 腫 大	23					23	100%
肝 腫 大	9			1	11.1%	8	88.9%
腹 水	30	3	10%	21	70%	6	20%
黃 疸	3			2	66.7%	1	33.3%
蜘蛛痣	6					6	100%
真的皮下出血等	6			3	50%	3	50%
腹部靜脉曲張	18			2	11.1%	16	88.9%
下 肢 浮 腫	17	5	29.4%	6	35.3%	6	35.3%

(四)症状体征：

①从(表三)可以说明中医治疗肝硬化的症状有較好的疗效，如79.1%病例的食慾不振減輕或消失，66.6%上腹部鈍痛減輕或消失，100%恶心嘔吐消失，72.1%小便增加或恢复正常。由此可见中医可以解除肝硬化的症状，並能解决病人长期疾病的痛苦，是无可否認。一例西医外理中发生吐血，所有7例吐血与便血。

(2)

②本組7例發生吐血或便血，其中4例因大量吐血住院二例中醫治療中發生吐血或便血者，均經中醫主治，西醫補助以葡萄糖水或少量輸血等處理，都在一週內停止出血現象。其中一例患者不聽勸告，早期過度活動及飲食不注意引起四次反覆大量吐血或便血，經過中醫為主治療，亦得停止吐血，7例均無死亡。說明中醫對肝硬化食道靜脈曲張出血的治療，有顯著的效果。

③本組15例發熱，體溫均在 37.5°C 以上，都有肺部繼發感染的症狀與體征，經抗生素與磺胺消炎藥物等處理，除一例誘發肝性昏迷死亡外，其他發熱均3——4天內退至正常，可以說明本組7例發熱原因是由肺部感染引起，並非肝硬化的發熱。

④本組30例腹水，均有腹腔大量積液的體征，經過中醫治療，有三例腹水基本消失，佔總病例10%，腹水消失的標準是腹部無膨脹現象和腹水体征。21例腹水不同程度減輕，佔總病例70%，減輕腹水的標準是腹部膨脹比治前顯著縮小或腹水体征減輕，或不易側倒。6例腹水無變化，甚至增加，佔總病例20%。在我們30例肝硬化腹水中，曾施行放腹水一次者計3例，因為腹部過度膨脹引起氣緊或呼吸困難等症狀，為着緩解急迫症狀，減輕病人的痛苦，才施行放腹水，計3例，均在中醫治療無變化組中。在一般情況下未經適當治療的病例，雖施行放腹水，但是腹水在短時間內迅速再聚。我們認為放腹水對本組中醫治療肝硬化腹水的療效無關。本文30例肝硬化腹水，都經過外面中西醫治療無效，而且腹腔積液甚多。才求送我院。由(表三)可見中醫治療肝硬化腹水的療效達80%，可以肯定中醫消除肝硬化腹水的顯著療效遠超過西醫的效果。

⑤23例脾腫大和肝腫大，佔總病例76.6%和30%。因住院時腹部過度膨脹，多因浮沉觸診法或腹水減退時才觸及本文無法肯定肝脾腫大。在中醫治療後，有否縮小現象。無明顯縮小者都歸無變化組。

⑥3例黃疸都全部消失，其中一例胆汁性肝硬化，皮膚和巩膜明顯黃疸，可惜在第一次肝功能試驗中發生溶血現象，未曾即刻復驗黃疸指數。但在患者基本好轉出院時復查黃疸指數只10單位。可以說明經過中醫治療後黃疸可以完全消失，而對胆汁性肝硬化黃疸也有同樣的療效。

⑦6例鼻衄或皮下出血現象，經過中醫治療後3例完全消失，3例完全消失，但3例在治療中舊皮下出血消失，新皮下出血又出現或發生鼻衄現象。

⑧17例下肢浮腫，佔總病例56.6%，5例治療後消失，6例減輕，6例無變化，療效達64.7%。

⑨6例蜘蛛痣和18例腹壁靜脈曲張，在我們觀察病例均無明顯改變，在(表三)中2例腹壁靜脈曲張，減輕者是因明顯靜脈曲張，減輕後仍然可見靜脈擴張的現象。

⑩本文30例中有一例死亡，在住院經過中醫治療，症狀有進步，不幸後發生肺部感染併發症，雖經中西醫配合治療，但不見效。終於誘發肝性昏迷而死亡，可以肯定並非中醫治療無效，因而肺部感染誘發肝性昏迷而死亡。

(五)化驗檢查：

①血液常規治療前後的白血球，白血球分類，紅血球及血色素均未發現明顯改變。

②肝功能試驗在治療前後我們觀察均無明顯改變。

初步總結，我院中醫治療肝硬化腹水30的短期療效，我們認為中醫對改善症狀，消退腹水減輕浮腫的效果良好。但對肝脾腫大、蜘蛛痣、腹壁靜脈曲張，血象及肝功能等均無明

星改变，又病人多因經濟等關係，早期出院及沒有作到隨訪工作，对中医治疗肝硬化腹水的延期疗效无法預計。

治 疗 体 会：

⊙通过治疗观察，临症体会，首需慎重考虑患者体质、強弱、邪正之盛衰，而断定本病为实、虛两大类型，以为治疗之关键性問題。否則就會犯了虛虛實實的錯誤。特別是瀘川丸中破气消积逐水之力較強，如体虛不胜攻伐者，誤用之虽見腹漸減，終因正衰而起恶化者有之，是以治疗中应严重观察邪正状况，而灵活採用先攻后補，先補后攻或攻補兼施等不同办法，方可提高疗效。

⊙本病患者多数体质衰弱，削瘦，食慾減退等，可借助維生素葡萄糖內服和注射，亦合符中医肝系耗肝滋補之意义，以为攻下腹水做好准备或水去正虛以扶正。有見於治疗期間腹水暴脹气喘症狀，严重者可採取少量腹腔排液而暫緩解病情之急迫。是即急則治其标之措施。然后再等特中藥發揮其作用，因此体验在治疗中之中西医密切合作，取長補短在医疗上可以获得良好之效果。

总 結

⊙本文报告肝硬化腹水30例的中医疗效。

⊙中医对腹水疗效达80%，对症狀改善为70至80%，对肝功能蜘蛛痣，肝脾腫大等无明显改变。

⊙介绍我們运用攻補兼施的治疗方法。

以中藥草藥治疗肝硬化病的初步总结报告

建阳县医院 中医科林惠孙

建阳医院中医科在党的领导和上級贯彻中医政策重視下，通过总路綫光芒的照耀和技术革新运动，兹今我院中医科採用中藥、草藥。自今年三月份起至九月上旬止，治疗肝硬化病初步总结于下。

（一）用草藥“田茶蒲根”为主治疗肝硬化11例，治愈7例，余4例症狀亦显著減輕。处方：田茶蒲根二两，川朴二錢，桔核二錢，麦芽二錢，谷芽二錢（为固定主要剂），同时採用錫內金，棉茵陳、郁金，腹皮，白朮，黄芩等隨症加減之。

茲將典型病例摘錄如下：

⊙由南京空軍政校特來我院治疗肝硬化患者袁××，男性，30歲，職業軍官，籍貫东北。

主訴：57年8月間初起眼瞼巩膜發黃，在政校醫院檢查血液，黃疸指數，膽甾醇等項均正常，並不覺得有肝病，嗣後繼續檢查發現凡登白試驗定量有变化而生肝病，乃赴南京醫院治疗，58年2月經該院作肝穿剌手术，取出肝块作肝組織研究，乃決定为肝硬化，症狀：头发脹痛，神疲体倦，手足发脹，右侧季肋及腰部疼痛，牙龈时有出血，弱黃，大便不正常，先服西藥八个月未效，于10月間改服中藥，用柴、芍、归、沉之属，无甚进步，

於同年12月13日出院，59年3月27日在南京医院抽血化验結果：

黄疸指数	8单位	凡登白試驗	阴性
麝香草酚浊度	8——9单位	麝香草酚絮状	阳性卅
腦磷脂固醇絮状	阳性十十十	高田氏試驗	十十十

於4月23日来到建阳住院治疗，症状如前，我們亦用“田茶菊根”为主随症加減，共治疗48天中症状逐渐減輕，而至完全消失，前后也进行了三次肝功能檢查，均有显著好轉，最后于六月八日肝功檢查結果如下：

黄疸指数	5单位	凡登白試驗	間接反应
麝香草酚浊度	10单位	麝香草酚絮状	阴性
腦磷脂固醇絮状	十	高田氏試驗	士

該患者因单位中公務繁忙，懸待返京处理，自感精神愉快，諸恙消失，决于六月十日出院返京，續帶“田茶菊根”十余劑及处方回去續服。八月二日接其来信云在南京医院曾經肝功檢查已恢复健康，对我院治疗肝硬化病症甚感滿意。

②徐品泉，男性，60歲，籍貫江西，职业：竹器厂，住院号码1205·2

今年3月20日住建阳医院内科治疗，主訴：去年十月份起經常有畏冷失热如疟疾，雖而經常感到腹脹不欲食，近一个月后眼睛发黄，尿呈如濃茶，疲倦、食慾不振，檢查腹部膨脹、肝腫大，在右肋緣下四公分质硬，肝区有輕度扣击痛，並有明显腹水形成，疑为肝硬化，三月二十八日进行肝功檢查：

黄疸指数	60单位	凡登白試驗	直接快速反应
麝香草酚浊度	17单位	麝香草酚絮状	十
腦磷脂固醇絮状	十	高田氏試驗	卅

於4月10日由内科會同外科會診，建議剖腹探查，4月17日經外科进行剖腹探查，診斷为甲、肝硬化，乙、胰头腫瘤，經用各种西药治疗，但腹水逐日增多，難于消除，由是于5月13日邀同會診改用中药治疗，我們也採用“田茶菊根”固定劑加腹皮，芥皮五加皮，內金、茵陳等加減共服24劑，腹水逐漸消失，黄疸隱退，食慾增加，大小便通暢，經肝功檢查亦显著好轉減輕，於六月一日出院，自己步行到門診中医科繼續治疗。

③徐香珠，女性，29歲，建阳黃坑，經内科医师檢查診斷为肝硬化，轉中医科治疗。

症状：腹部脹滿有明显腹水，下肢浮腫，訴已五月余，眼睛巩膜及皮肤色泽均发黄肝脾腫大，胃感脹悶不欲食，大小便欠利，咳嗽气促，面腫，脉沉弦，舌苔淡紅，于五月八日收入中医科病床进行治疗，測量腹圍80公分，进行肝功檢查报告如下：

黄疸指数	50单位	凡登白試驗	直接快速反应
麝香草酚浊度	10单位	麝香草酚絮状	卅
腦磷脂固醇絮状	卅	高田氏試驗	
碘液試驗	卅		卅

我們採用“田茶菊根”固定劑，及五皮飲合劑加茵陳，內金，苏子等隨症加減治疗，由五月九日起開始服藥至十五日止，腹水完全消失，食慾增加，大小便通暢，黄疸色泽亦逐渐隱退，諸恙均見好轉，測量腹圍仅70公分，嗣因經濟關係，家庭子女四个，最小尚在哺乳，其爱人前來商求返舍給方續服，並照顧家庭子女料理家務等，俾其夫能夠全力參加劳动生产，出院时結算医疗及住院費數仅15元左右，其夫妻同声感戴党对中医政策的英明方針，发

揮祖國醫藥作用。

④林宝泉，男性，18歲，職業學生

于1958年12月間發黃，食慾不振，全身困倦乏力，小便黃赤，經門診診斷為傳染性肝炎，轉住院治療2月余出院，但症狀仍然存在，于今年五月十日進行第一次肝功檢查結果於下：

黃疸指數	15單位	凡登白試驗	間接反應
麝香草酚濁度	16單位	麝香草酚絮狀	++
腦磷脂固醇絮狀	++	高田氏試驗	+++

于5月18日到中醫科住院治療，主要症狀，頭暈神疲嗜睡，兩腿軟乏力，食慾不佳，記憶力減退，夜晚失眠，滑精，遺精，腹脹，肝區有時脹滿作痛，肝有腫大二公分，口苦，脈細而數，苔白，面容及皮膚色澤微黃，大便欠暢，診系肝硬化，我們採用鮮“田茶菊根”固定劑，配合逍遙散加減治療，于5月18日起開始治療至五月底，在一周多時間內患者感到症狀逐日好轉，精神食慾均佳，于六十五日進行第二次肝功檢查結果：

黃疸指數	5單位	凡登白試驗	間接反應
麝香草酚濁度	6單位	麝香草酚絮狀	陰性
腦磷脂固醇絮狀	陰性	高田氏試驗	陰性

⑤翁歡喜，男性，39歲，籍貫建陽，職業干部

本年三月二十九日住我院治療，住院號數12169號，住院記錄訴：於六月前即感到有右上腹部痛，據云當時昏迷而抬送本院，經治療後出院，近來走路及咳嗽時即感右上腹部痛，並感有發熱，大小便正常，近有腹脹，既往有飲酒史，並會吸煙，身體一向健康。

體格檢查：體質營養良好，神志有些錯亂，有熱候，周身皮膚無黃染及蜘蛛痣，頭部器官正常，胸對稱心肺（一）腹部右上腹部有顯著之壓痛，肝腫大肋緣下三橫指質硬，表面似有結節不平，脾亦腫大二橫指，其他未見有異常。當時印象，肝，肝腫大。

于五月五日由內科轉外科，於五月八日給診斷性剖腹探查，發現肝臟左右葉均呈暗褐色，表面為大小不等之結節隆起，質硬，肝臟在肋緣下三橫指給右葉邊緣切除組織一小塊，送病理檢查，報告診斷為肝硬化，肝組織內未現瘤細胞組織，患者手術後，經過良好，但症狀如舊，臨床診斷：結節性肝硬化，嗣又轉內科進行治療，患者肝區疼痛繼續存在，甚至臥床轉側均感困難，用西藥乏效，於五月二十八日邀同會診，改服中藥，採用丹梔逍遙散片服用一周，患者肝區疼痛頓感差減，能夠起床行走，遂於六月七日出院返家休息，到中醫科門診進行治療，症狀逐漸好轉，後亦採用“田茶菊根”固定劑配合治療，經進行肝功檢查結果如下：

日 期	三月三十一日	六月二十六日	八月五日
黃疸指數	10	8	5
凡登白試驗	直接陰性間接弱陰性	間接反應	間接反應
麝香草酚濁度	10	12	12
麝香草酚絮狀	+	+	+
腦磷脂固醇絮狀	+	+	+
高田氏試驗	+	+	+

根據上列報告肝功尚未復原，但患者感到精神愉快，睡食俱佳，肝區壓痛消失，惟體膚

尚未恢复健康，現尚在繼續治療中。

④丁德良，男性，27歲，籍貫江蘇，住建陽兵役局，職業軍官

主訴：得肝病已三年左右迄未全愈，今春在南平某軍區醫院住院治療，經診斷系肝硬化，得到我院對肝病治療有顯著療效消息，故特由南平出院趕回建陽前來商治，於今年五月四日先在我院門診內科治療，門診號碼16232。訴手足心發熱、頭暈神疲，眼目巩膜及皮膚均呈淡黃色，肝臟扪及有腫大二橫指，右側季肋緣下有壓痛，行走均感難過，飲食欠佳，骨節疼痛，溲赤時有頭暈失眠現象，經我院肝功檢查結果：

黃疸指數	5 單位	凡登白試驗	間接反應
麝香草酚濁度	14 單位	麝香草酚絮狀	陰性
腦磷脂固醇絮狀	卅	高田氏試驗	卅

於今年五月二十七日起商用中藥治療，檢查症狀如前，我們亦採用丹梔逍遙散及田茶菊根固定劑等隨症加減治療，上列症狀逐漸好轉，眠食均佳，肝區壓痛消失，小溲清長，計服藥二周，續行肝功檢查報告如下：

黃疸指數	5 單位	凡登白試驗	陰性
麝香草酚濁度	10 單位	麝香草酚絮狀	陰性
腦磷脂固醇絮狀	十	高田氏試驗	陰性

患者經服藥後精神甚感愉快，能夠下鄉積極參加工作，自訴上級批准醫藥費40元，現僅用一半左右，請再給藥續服中。

⑤占克年，男性，32歲，籍貫建陽將口鎮，職業農民，門診號碼51279號。

今年5月20日到門診內科治療，經檢查心肺（一）腹無膨大，觸診時顯肌防禦腹壁硬肝脾未能觸知，眼睛巩膜及皮膚均成棕黃色，尿深黃，主訴前三年八月間發生黃疸病，經將口中西醫治療及服青草藥均無效，則停止醫治，感到神疲乏力，只能參加輕勞動，到現在更加難過，不能勞動，飲食難進，胸部現有些蛛痣，頭暈欲睡，懶于走動，診斷為肝硬化，由內科轉中醫科住院治療，尿檢查三胆均陽性，五月二十四日進行肝功檢查結果：

黃疸指數	100 單位	凡登白試驗	快速反應
麝香草酚濁度	16 單位	麝香草酚絮狀	十
腦磷脂固醇絮狀	卅	高田氏試驗	十

於五月二十一一起用草藥“田茶菊根”固定劑加土茵陳，參鬻丸等配合內服後，症狀逐見好轉，小便較多，黃疸色澤逐漸隱退，小便多轉為淡黃色，飲食較佳精神亦感舒暢，於六月十日再經肝功檢查結果：

黃疸指數	30 單位	凡登白試驗	直接快速反應
麝香草酚濁度	10 單位	麝香草酚絮狀	（一）
腦磷脂固醇絮狀	（十）	高田氏試驗	（十）

該患者經醫治後感到病狀好轉，已有顯著療效，因家庭觀念重，經濟困難，要求帶藥回去續服在家休息治療。

⑥陳柳泉，男性38歲，籍貫建陽水吉青田鄉，職業農民，門診號碼：55951

今年7月9日到本院門診部內科求治，主訴腹部腫脹，下肢浮腫，大小便不通，食慾不振已月余，呼吸淺短，檢查心音亢進，肺（一）腹部膨脹，腹壁靜脈怒張，脾腫大在肋下五指余，肝腫大在肋緣下三指有明顯腹水，兩腿部均有壓凹性浮腫，膝腱反射消失，診斷

助肝硬化，轉中醫科住院治療，據上述今年農曆四月未起床，因在田間耕種，喝飲冷泉水所致，曾服青草藥及×醫院治療無效，故來津求治，現在症狀如上檢查，瘦短而赤便難，飲食後腹部更感脹滿難過，肝區有壓痛，氣緊行時更劇，脈沉弱舌絳乏苔，牙齦出血症嚴重，難於起床行走，腹圍94公分，足腫49公分，7月10日第一次進行肝功檢查報告：

黃疸指數	15單位	血 檢	
凡登白試驗	直接反應	血色素量：	10.5克%
麝香草酚濃度	20單位	紅血球數：	310萬立方毫米
麝香草酚絮狀	+	白血球：	6000立方毫米
腦磷脂固醇絮狀	++	嗜中性粒分核：	77%
高田氏試驗	++	淋巴細胞：	23%

我們採用“田茶菊根”固定劑配合五皮飲，加茵陳，木通，防己，三稜，義術等藥隨症加減治療連服，並用自製消膨散間服，截至九月二日為止，該患者大小便較暢，下肢凹性浮腫及牙齦出血，氣緊均愈，飲食較佳，精神愉快，已能健步及自赴廁所蹲下大小便，腹水業已愈半，但尚未全消，脈息亦較有力，現尚在住院治療觀察中，曾經第二、三次肝功檢查報告比較亦較感好轉列下：

肝功檢查日期	八月十七日	九月二日
黃疸指數	6	8
凡登白試驗	直接遲緩反應	直接緩慢反應
麝香草酚濃度	15	8
麝香草酚絮狀	+	陽性+
腦磷脂固醇絮狀	+	+
高田氏試驗	+	(-)
碘液試驗		(-)

(二)用丹梔逍遙散症加減法治療肝硬化三個病例介紹如下：

①祝厚明，年26歲，男性，職業干部（縣人委會秘書），住建陽縣人委會，已婚病歷記載日期：1959年3月13日，門診號碼：10757。

主訴右季肋部疼痛已將有年，胃部有時脹疼，過去認為胃病，飲食佳頭暈，工作緊張，公務繁忙時超過午夜則不能入睡，面部兩頰微赤，體溫常在37.5度左右，有時出現鼻衄齒齦出血，小便微黃，體檢肝臟腫大2.5公分，肝區有壓痛，經主治醫師診斷為初期肝硬化。

3月16日進行肝功能檢查結果：

黃疸指數	30單位	凡登白試驗	直接緩慢反應
麝香草酚濃度	6單位		
腦磷脂固醇絮狀	+	高田氏試驗	+

治療經過：自3月13日起我們採用丹梔逍遙散加味逐日觀察病情隨症加減，服至4月8日，上列症狀完全消失，4月17日再進行肝功能試驗，恢復正常，嗣後每月檢查一次均正常。

②潘志超，31歲，女性，職業干部，住建陽永安街，門診號碼：13498

病歷摘要：1958年2月20日，右側季肋部疼痛，咳嗽氣促，勞動時尤甚體檢皮膚萎黃色，消瘦，右側肝區可扪及，叩打疼痛，肺呼吸粗糙，經用西藥醫治年余未見顯著效果

，今年2月22日进行肝功能检查结果报告：

黄疸指数	10单位	凡登白试验	直接反应
麝香草酚浊度	21单位	麝香草酚絮状	+
脑磷脂固醇絮状	+	高田氏试验	+

于今年4月9日转用中医治疗，主诉肝区经常跳动压痛，头眩，睡眠欠佳，午后发热，经行腹部痛，量少，採用星羣提炼厂出品丹梔逍遥散片，連服每天16片，日服二次，共廿天，至4月25日止，上列各项症状均見逐漸減輕消失，經行亦暢，4月26日再行肝功能檢查結果如下：

黄疸指数	5单位	凡登白试验	間接反应
麝香草酚浊度	9单位	麝香草酚絮状	阴性
脑磷脂固醇絮状	阳性	高田氏试验	阴性

②鮑玉亭，女性25歲，職業干部，住水南林业局，門診號碼：42613

於去年12月26日在門診治疗，主訴走路运动后則感右季肋部疼痛不適，食慾減退，头晕，腹部时有脹滿不適，体检右季肋部叩打疼痛，過去有發黃病史，进行肝功能檢查結果。

黄疸指数	8单位	凡登白试验	間接阳性
麝香草酚浊度	20单位	麝香草酚絮状	+
脑磷脂固醇絮状	+	高田氏试验	+

經用西药治疗保肝疗法，採用酵母片，肝精葡萄糖等注射，至本年二月底止，未見效果，於三月六日起，改用中药治疗，採用舒肝丸及丹梔逍遥散等劑隨時按症候羣加減，症狀逐漸見效，于4月29日再行肝功能檢查結果：

黄疸指数	5单位	凡登白试验	間接反应
麝香草酚浊度	10单位	麝香草酚絮状	阴性
脑磷脂固醇絮状	+	高田氏试验	+

但其肝功能尚未完全恢复，精神已感愉快，已能参加工作，經两个月后，胃經檢查已恢复正常。

药 物 介 紹

一、田茶菊根固定劑：

鮮田茶菊根三两（干一两）正名馬兰、土名嬌麒麟，田茶菊。

麦芽二錢、谷芽二錢、川朴二錢、桔核二錢。

（1）大腹皮，（腹部脹滿或有腹水者加），茯苓皮，五加皮，陳皮，白扣等。

（2）肋痛加、桃仁、香附、鬱金、元胡等。

（3）小便不利者加，赤苓，猪苓，泽舍，白朮，木通，車前子等。

（4）便秘加重大黃。

（5）食慾不振加鬱金。

（6）黄疸加土茵陳，妙山梔，大黃

（7）腕肋脹甚者加，三棱莪朮莖甲等。

（8）下肢腫甚者加防己，牛夕。

二、丹梔逍遥散：

抗芍三錢、當歸二錢、白朮二錢、柴胡二錢、茯苓三錢、薄荷二錢、丹皮二錢、梔子二錢、甘草一錢。

(此方主治肝硬化初期無腹水者確有奇效，加減法如上，於臨床上酌予加減)。

三、自制消腹散方(主治肝硬化腹水嚴重，大小便不利者)。

大戟四錢、小茴香六錢、巴戟六錢、芫花四錢、義棗四錢、甘遂八錢、商陸六錢、黑丑六錢、澄茄六錢、當歸六錢。

上藥用醋妙共研細末後，再用槐樹二重皮四兩濃煎將汁拌藥末晒干候用，體實者每天用一錢五分用開水吞服。體虛者每天用一錢，服後發生大吐大瀉無妨至服用劑數若干天，應在臨床上觀察病情的需要靈活掌握而用之。

四、肝硬化善後調理方法，如腹水已消脅痛等症狀消失，可採用六君子湯加味常服之，或金匱腎氣丸等劑。

說明：上列所舉藥物極為簡略，只能作為參攷。但我們中醫治療原則，仍當根據臨床症狀按四診八綱來辨證論治，隨症選用方藥，能夠掌握了這一點，定能收到滿意的效果。

結語：我院自今年三月份起至九月份止共治療肝硬化患者計11例(去年治療肝硬化病例已有報導外，不列在內)，根據上列病例，臨床症狀，體征，化驗室檢查結果，大部份都能夠很快地獲得滿意的療效，說明祖國醫學對肝硬化的治法豐富多采，我們也深刻體驗到必須在黨的領導下，加強中西醫合作，根據科學診斷，採用中醫辨證施治原則，細心觀察病情，耐心和嚮地對患者解釋，務使安心醫治，才能夠收到滿意的效果，在肝硬化症狀消失，肝功能恢復後，仍再休息服藥，特別注意飲食，防止忧虑動怒等，以免復發。但本人對科學水平及經驗很差，其中病歷介紹不夠全面，茲為拋磚引玉起見，希望同道們加以指正與批評。

針刺治療急性蘭尾炎23例的觀察報告

南平專區醫院 翁華芝 劉慈珊

中醫針灸治療是祖國醫學遺產中珍貴技術的一部，我院雖於1955年於門診及病房即已採用，但尚未大力推廣，1958年隨著大躍進的形勢在院黨委與行政的重視和號召下，西醫學中醫，中西醫合作，人人學針灸形成高潮。大搞技術革新，大膽嘗試，發揮敢想、敢做的精神。廣泛的採用針灸治療各種疾病，針灸治療急性蘭尾炎也於同時開始。病例雖不多，但效果顯著，這裡我們僅總結以針刺治療急性蘭尾炎的點滴經驗，與同道者交流。

病 例 統 計

我院於1958年開始在門診和病房中對急性蘭尾炎的患者，除用外科手術與中藥治療外，部份患者也採用針灸治療。到1959年8月止共治療23例，治愈19例，佔86.2%。無效4例，佔17.39%，此四例因患者發病症狀已近晚期，可疑有穿孔現象，改用手術治療。為了達到針刺治療急性蘭尾炎的效果，我們是根據以下原則來決定的。

1. 確診為急性蘭尾炎發作初期，沒有穿孔可疑者。

2. 取得病人合作与同意。

针灸穴位与方法

针刺治疗急性兰尾炎，我们是採用以下部位：

1. 足三里（取双侧穴）或足四里（三里下一寸）双侧。

2. 盲俞（取右侧穴）。

3. 气海俞（取右侧穴）。

4. 大腸俞（取右侧穴）。

5. 压痛点（取右下腹压痛点最明显馬氏点）。

6. 曲池（取双侧穴）有发热者加此穴。

针后留针30分钟到2小时左右，在留针期间，可捻针数次至病人感觉酸、胀、麻为度。

我們对于急性兰尾炎患者，无兼患其他疾病的患者，除施用针刺治疗外，不用抗生素和其他辅助治疗。症状患者第一天，施行针刺2次，一般每天针刺一次，至症状完全消失为止。

一般治疗情况

从我們治疗的19例患者，一般經针刺2——3次后症状消失痊愈。针刺治疗过程是这样的：

第一次针刺后即感觉酸痛減輕。

第二次针后已无自觉腹痛，仅有輕度压痛和跳痛，体温与白血球都恢复正常。

第三次针后腹部有不适感，或有极輕微压痛。

第四次针后症状消失，患者对这种治疗相当滿意，他們都说不用開刀可以治好病，真是太好了。

典型病例

例一，患者薛××，男性17歲，病号29112，发病於59年7月27日，入院於7月28日下午5时。

病歷摘要：患者主訴阵发性下腹部疼痛，伴有恶心已6小时，

体检：营养中等，除神志清楚外，腹部检查右下腹近臍旁有明显压痛及反跳痛，无腫块触及。化验检查：白血球总数9800中性76%小淋巴20%单核1%。

确诊：急性兰尾炎。

针灸治疗：当日下午5时给针刺兰尾穴，馬氏点，天樞，足三里，留针2小时。每5分钟捻搏一次，次日能自行步走，繼續給针刺日一次，共刺四次，8月1日痊愈出院，治疗过程中，除用针刺外，沒有施用任何药物配合治疗。

例二：患者韓××，女性21歲，病案号25507，发病日期：1959年3月7日，当即入院。

病歷摘要：营养中等，利志清楚，腹膨起、呼吸运动輕，右下腹部馬氏压痛，及反跳痛。

化验检查：白血球总数11800中性%，小淋巴12%，紅血球303万。

确诊：慢性兰尾炎急性发作。

治疗经过：由於患者伴有体温 40.4 度，感冒等，因此給青霉素配合治疗。针灸穴位：足三里，馬氏点，三阴穴。3月10日体温開始下降，白血球逐日减小3月8日白血球总数 10400 ，中性 80% ，淋巴球 27% ，患者於同月15日痊癒出院。

例三：患者董××，男性21歲，門診号132747，1959年6月24日住入門診簡易病房。

主訴：6月22上午開始发作，下腹部持續性疼痛。

体检：右下腹及臍下有輕度压痛及明显反跳痛。

化验检查：白血球 14300 ，中性，淋巴 17% 。

初診：兰尾炎

针灸治疗：针灸穴、天樞、足三里、馬氏点、盲俞，大腸俞，留針一小时，計針四次，每日一次，6月27日痊癒出院。

例四：饒××，門診号44157。

主訴：原住院診斷急性兰尾炎，住門应用中葯治疗，於前20日痊癒出院，現又复发，症狀与前同。

門診診斷：再发性兰尾炎，轉針灸科治疗。

治疗经过：經用天樞，足三里，馬氏点等穴，共刺針四次大有好轉，但由於患者沒有再來診，最終治疗效果不明。

例五：黃××，男性31歲，病案号22669。

入院日期：1958年11月13日。

主訴：5天來有畏冷发热，全身及上腹部疼痛，昨晚10时間痛轉移右下腹部，有惡心无嘔吐，大能自解量不多，无粘液。

检查：体温 40 度，白血球 9500 ，中性 77% ，淋巴 23% ，心肺正常，腹尚軟，仅有下腹迴盲部有紧张及明显压痛，反跳痛。

确诊：急性兰尾炎。

治疗经过：第一天取穴足三里、足四里，（双侧穴）盲俞（右侧），馬氏点，自觉腹部減輕。

第二天穴位同上自觉腹部仅有輕微反跳痛，白血球及体温恢复正常。

第三天穴位加大腸穴，自觉仅有輕微压痛。

第四天取穴同上，針后症狀消失。

初 步 小 結

从我們治疗23例的患者中，得出如下体会供參攷。

一、針刺对急性兰尾炎有显著療效，特別对白血球減低有明显效等。

二、針刺治疗兰尾炎，一般要留較長時間必須与患者說明，使其与医师配合治疗。

三、不須施行外科手术，減輕患者的經濟負担，适合羣众的要求，即少花錢、治好病，的原則。

四、兰尾炎經用中葯或針灸治疗后，出院后沒有訪問，根据四例是否还有复发可能，今后还須再作詳細調查和分析。

五、1959年内由於多數採用大黃牡丹湯試用效果也很好，採用針刺治療扁桃體炎較少。

針刺代替麻藥施行扁桃體摘除術的報告

南平專區醫院 李逸民 劉慈珊 翁華芝

前 言

扁桃體摘除術是五官科常做手術之一，我院以往採用1%奴佛卡因局部麻醉，一九五八年十一月，根據文獻上的報導，以中醫針刺手術代替局部麻醉行扁桃體摘除術。經管鏡檢查，或小手術前後，計有上海市第一人民醫院74例，上海中山醫院59例，~~經~~蘇州第一醫院11例和19醫院3例等的有關經驗介紹。

去年大躍進的形勢下，在社會主義總路線的鼓舞下，以及院黨委與行政領導的重視與支持下，西醫學中醫，人人學習針灸運動，形成一個高潮，發揮了敢想、敢說、敢做的共產主義風格，大膽嘗試，我院於一九五八年十一月開始以針刺術代替1%奴佛卡因局部麻醉進行摘除扁桃體手術，到一九五九年八月止。共進行了二十七例。基本上是成功的，效果良好，這給針灸學得到進一步的發展，增加新的內容，同時在臨床麻醉學習上亦指出新的道路，證明了這是在黨與毛主席領導下發掘了祖國幾千年寶貴的醫學遺產迅速的發展，中西醫合流所創造出的奇蹟。

病例情况介绍

我院施行27例的患者，男21例，女6例，年齡最大的30歲，最小的16歲。職業工人、幹部、教員、醫務人員、學生都有。在手術中完全成功即無痛的19例佔70.4%，輕痛的6例佔22.2%，無效的2例佔7.4%，輕痛的6例在術中另加局部麻醉，無效因為初學者對針灸穴位不準確，手法不熟練，患者的酸麻脹不能達到預期的效果，以致爪鉗夾住扁桃體時即感疼痛。一般平均住院五天。在27例中均無併發症如出血等現象，（附表一）

术 前 准 备

一、對病人的思想動員，詳細說明針刺進行局部麻醉的優點，增進病人的信心，消除恐懼心理。目的使患者在術中與醫師取得合作。

二、按扁桃體摘除術前的一般常規，系於前一天晚上臨睡時服25公絲氯普馬賽，或苯巴比妥0.03克，另有鎮吐作用。

三、术前二小時給患者以葡萄糖100克加100西西開水飲服，增加病人体内血糖和減輕腹飢等作用，避免因此而引起休克或暈針。

四、术前一小时阿托品0.0005克肌肉注射，不加嗎啡，以免在術中產生惡心作嘔，防碍術者的不安情緒及引起創口感染。

五、准备一杯凉藕粉，待术后給病人飲用，使之意識到术后仍能飲食自如，安定情緒提高信心。

取穴部位及作法

穴位：取合谷，頻率為主，內庭為輔，术前15分鐘頻率合谷進針，术時頻率起針因會妨碍手術，強刺激5分鐘側捻一次，合谷穴後可再留針5分鐘，以防术后局痛，經試驗七例，內庭穴取穴可有可無。

术後護理

患者手术畢，用鹽水漱口，飲以术前准备的冷藕粉湯後，即送回病房休息，並用冷流質飲食，三天後，改半流質飲食，第二天囑患者起床活動，但大多數患者，于當日即已起床活動。

臨床經驗與比較

一、臨床經驗所得以針刺代替局部麻醉效果是肯定的，我院雖僅施行27例，完全成功的即達70.4%，其中若除以因操作不熟練取穴位不準確，而無效的二例不計外，則成功率即佔76%，今後繼續努力提高技術與患者配合好，效果將更令人滿意。

二、用1%奴佛卡因行局部麻醉時，患者首先即會感到刺痛，咽喉腫脹，呼吸不舒暢，术野標誌模糊，因而前後腮弓不清，初學者難以分別造成前後腮弓損傷過多，愈合後疤痕收縮，影響吞嚥，說話均有不自然之感，且术后因組織水腫產生逆流現象，患者不敢飲食延遲創口愈合。

三、以針刺代替局麻手術的患者除均無上述的第二點現象外，方法簡便、省藥、术野標誌清晰，扁桃體之包膜與周圍組織在進行手術時較易於分離，減少患者前後腮弓的損傷，手術過程中流血术后流血機會也很少，我院所觀察的27例中，术后均無併發症出血現象的發生。這是針刺術的優點，术后飲食自如，無異常感覺，特別是一、二、三、五、十九、二十二等六例，尤為典型，這對早日恢復健康起決定作用，因此，以針刺代替局麻進行手術，患者樂於接受。

一些體會

一、與病人的合作，术前對患者的充分解釋與思想動員是主要的，我們採取“民主手術”即术前對患者詳細的講解以針刺代替藥麻的好處及整個手術的過程，使患者完全領會為止，並了解术中應如何與醫師配合好，這對患者本身和醫師的施行手術都有很大好處。剷除患者因對手術不了解而產生的恐懼思想，加強對手術的信心。

二、穴位的準確與手法的熟練：從我們失敗的二例來看，深深地體會到穴位的準確與手法的熟練是決定能否達到局麻作用的主要因素。根據中醫學的理論觀點有虛實之分“虛則補”、“實則瀉”所謂瀉相當於持久的強刺激，補相當短暫的輕刺激，在某情況下雖然針刺穴位相同，但因手法“補”“瀉”不同所引起效果亦異，因輕重刺激的不同即捻轉的強度所引起中樞神經系統機能的規律性變化亦不同，其達到局麻的效果亦不同，成功與否關鍵在此。

三、患者每人的疼痛感高低不同，在手術中產生的敏感性亦各不同，而患者扁桃體經常性的炎症會使扁桃體包膜與咽部組織粘連，手術時產生輕痛係由牽引而來，加局麻而作誘導，我們不能因此否定針刺代替麻醉的作用。

討 論

中医針灸學有十四經脉，但在解剖學，則无痕可尋，日本科學家“長濱善夫”和丸山昌朗”等對我國的經絡都作了深入的研究，利用針刺入体時受刺者述說脹、麻、酸的感覺所記錄與十四經絡所定路徑大約相同。我們從針刺時的脹、麻、酸等感覺體會確有路徑可証，所以針刺應用在麻醉上，无須按經取穴的方法，才能達到驚人的效果。

從解剖學上看，有扁桃體神經分佈，我們取穴於合谷處，作為桡神經所分佈，兩者似差無不大，然而從經絡理論來分析，則合谷穴是屬於手陽明經，其脈起自大指次指之端，從手臂上循行到面部而止於鼻側的迎香穴，又如頻車穴系屬於足陽明胃經脉，起於鼻樑凹部旁納是大腸經脉入上齒齦內，復出環繞口唇交於唇下溝的承漿穴，再退沿腮下后方出大迎穴，沿頻車上行耳前過客主人穴處沿髮際到達額顙，其支枝從大迎前下入迎部沿喉嚨入缺盆，下膈膜入屬胃臟聯絡脾臟等。在治療方面對耳、鼻、喉科疾病都能獲得滿意效果。

以現代巴甫洛夫氏神經學理論來解釋，這與蘇聯的人造紅斑的治療法原理呈相同。即以中樞神經內另建立一個更強興奮灶來抑制末梢感受器——V A T E V—P U O C I M 氏的興奮小体及神經游離末梢傳向中樞大腦皮質以達到麻醉的效果，抑制疼痛的機制以巴氏的興奮集中以及烏赫透姆斯基氏的優勢法則來理解，我們認為是確當的。

小 結

一、我院五官科自1958年11月起至1959年8月止以針刺代替1%奴佛卡因局部麻醉行扁桃體摘除術共27例，初步感到效果滿意。无痛成功的達70.4%，輕痛的占22.2%，无效的佔7.4%。

二、針刺代替局部浸潤麻醉的好處，是局部組織無水腫現象，術後反應輕，手術標誌清晰，對前後腭弓粘膜的保留更有把握。術後出血機會少，我們所進行的27例患者，術後均無併發出血現象的發生，飲食自如，無逆流現象。恢復健康，創口的愈合亦快。

以上只是我們肤淺的體會與經驗，僅能介紹供作參攷，相信仍存在有缺點，尚待今後繼續努力研究，請同道們提出寶貴意見，以便更好的糾正。

表一 針刺代替麻藥行扁桃體摘除術的病例登記

病例数	姓名	性别	年龄	职业	住院号	手术日期	麻醉效果	併发症	附 註
1	張××	男	24	干部	23062	58.11.28	无痛	无	
2	沈××	男	19	工人	22267	58.11.28	无痛	无	
3	羅××	女	20	小教	23626	58.12.9	无痛	无	
4	莊××	男	24	干部	23463	58.12.14	无痛	无	
5	陳××	女	21	小教	24518	59.1.31	无痛	无	
6	戴××	男	22	工人	25249	59.1.2	无痛	无	
7	林××	男	20	工人	25621	59.1.21	輕痛	无	加局麻
8	王××	女	23	医士	25782	59.1.21	輕痛	无	加局麻
9	陳××	男	21	工人	25738	59.1.21	輕痛	无	加局麻
10	潘××	男	20	工人	26612	59.4.3	无痛	无	
11	徐××	男	22	工人	26631	59.4.3	无痛	无	
12	許××	男	23	工人	45907	59.4.30	輕痛	无	加局麻
13	吳××	男	20	學生	28251	59.6.25	无痛	无	
14	周××	男	30	工人	25296	59.6.25	无痛	无	
15	賴××	男	23	干部	26699	58.7.6	无痛	无	