

# 起死回生集

第一輯



1960

福建省中医研究所編

## 前



我省于一九五九年五月起，在全省范围内开展征集中医医案医话以来，陆续发现不少由中西医合作治疗危重、疑难病症的医案。这又给我们提出了一个采风运动的新的内容。

用医学科学不断革命论和革命发展阶段论统一的思想，可以看出这个新内容是具有重大的现实意义和丰富的生命力的。因此，我们于今年四月又向全省各地医疗单位征集这类病案。内容要求既须有病因症治方面的中医理论阐明，同时又要西医的检查和诊断记录，使它成为中西医兼备的医案，从而把采风运动推向新的阶段。

由于各地党委的大力支持和中西医师的共同努力，在短短的两个月中，我们就收到上述病案一百多篇。这许多病案中，有的病例直垂垂危，千钧一发；有的则是过去被人认为不治或难治的顽固疑难病症，但通过中西医合作救治后，均转危为安，症状解除。因此我们把它们汇编成册，定名为“起死回生集”。这一辑共采选了五十一篇。

《起死回生集》的编出，它不但在阐扬祖国医学辨证论治精神，帮助临床医师解决某些可能遇见的疑难病症，抢救危重病人方面，起了现实的启发和指导作用，而更重要的意义是在于它反映了我省各地在贯彻党的中医政策的胜利。它是中西医紧密合作的成果，是医务人员“千方百药为病人”的思想指导下的结晶。通过这些许多生动事例，更充分说明了中西医学可以采取多种多样形式，从一种病到多种病，从临床到理论逐步融会合流。只要中西医务人员共同努力，那么，中国新医学的创立，一定会很快实现的。

本册各篇内容，不一定都完全符合我们原来的要求。但是我们认为这是一个新生物。它现在刚在发芽，需要培养培植，不久的未来就会茁壮成长，开花结果。所以还是让它公开交流，并继续征集，积极整理。另外，由于时间匆促，编辑水平有限，缺点更多。这就更有赖大家指正了。

福建省中医研究所

一九六零年七月一日

# 目 录

- 傳染性肝炎引起肝性昏迷.....龍溪专区医院 (1)
- 傳染性肝炎引起亚性昏迷.....莆田医院 内科 中医科 (2)
- 傳染性肝炎并发肝性昏迷.....龍岩专区第二医院 (4)
- 中毒性肝炎合并急性黄色肝萎缩.....龍溪专区医院 (5)
- 溫邪誤治邪陷心包(哥羅奇病毒(?)引起心肌炎)  
.....福建中医学院内科教研组 福建省立医院内科 中医科 (7)
- 严重性脊髓前角灰白質炎.....閩清县医院 張琴松 江其浩 陈吉生 (11)
- 危重伤寒并发肝炎.....福建省人民医院 (13)
- 新生儿中毒性肝炎.....廈門市中山医院 (15)
- 流行性脑膜炎兼華弗氏綜合症.....仙游县协和医院 福建省中医研究所 (16)
- 咽白喉并发肝炎.....龍溪专区医院 (18)
- 白喉并发严重心肌炎.....福州市五傳染病院 (19)
- 敗血癆毒症.....泉州市人民医院 (21)
- 敗血症.....涵江医院 吳寿人 (24)
- 破伤风.....莆田县医院外科 陈路加 (26)
- 鈎端螺旋体病.....晉江县医院 吳世鏗 蔡雪清 (27)
- 胆道蛔虫病.....晉江县医院外科 (28)
- 蛔虫病合并腸梗阻.....閩清六都医院 (29)
- 門靜脉性高血压并发食道下端靜脉出血.....南平专区医院外科 (30)
- 胃穿孔手术后并发严重休克.....惠安县医院 (33)
- 潰瘍病并发急性大出血.....南平专区医院外科 (34)
- 胃潰瘍并发大出血.....南平专区医院外科 (35)
- 十二指腸潰瘍合并大量出血.....閩清六都医院 (37)
- 小儿消化不良性急慢性腸梗阻.....廈門市中山医院小兒科 中医科 (38)
- 腸套迭.....閩清坂东公社医院 刘保高 (41)
- 門脉性肝硬变腹水大出血.....福建省立医院中医科 (42)
- 支气管內膜結核病.....廈門市立第一医院 (43)
- 急性腎炎并发心力衰竭.....龍溪专区医院 (44)
- 慢性腎炎合并尿管炎.....惠安县医院内科 (45)
- 感染性再生障碍性貧血.....閩清中医研究所 黃叔承 張琴松 江其浩 (47)

- 再生障碍性贫血.....晉江专区第一医院内科 (49)
- 食花豆(俗称御豆)引起急性溶血性贫血.....罗源县医院 郑彬华 郑家敏 (51)
- 栓塞性动脉炎(风湿性).....廈門麦浪坞医院 廖永廉 张钦兴 汪竞权 李淑英 (53)
- 急性颅内血肿.....南平专区医院外科 (54)
- 脑动脉瘤破裂引起蜘蛛膜下腔出血.....江江医院 陈金德 李光绪 (56)
- 中风病(脑血栓形成症)..... (57)
- 脑溢血.....南平专区医院 (58)
- 高血压性脑出血偏瘫.....廈門市第一医院 内科 中医科 (60)
- 严重子痫症.....廈門医学院附属医院 妇产科 中医科 (62)
- 难产术后并发亚急性性菌血症.....惠安县医院妇产科 (65)
- 卵巢囊肿扭转手术后麻痹性肠胀.....惠安县医院 妇产科刘瑞金 中医科王硕卿 (66)
- 子宫破裂手术后并发肠水.....仙游协和医院妇产科 (67)
- 子宫破裂及手术后休克.....廈門医学院附属医院 妇产科 中医科 (69)
- 难产引起膀胱漏、腹膜炎、合并肺脓肿.....仙游县协和医院妇产科 (71)
- 脑震荡症.....惠安县医院外科 (72)
- 唇疔并发脓毒败血症.....莆田县医院 (74)
- 多发性脓肿引起败血症.....龙岩专区第二医院 (76)
- 晚期下肢血栓闭塞性脉管炎.....閩清县医院 张翠松 (77)
- 新生儿硬皮症.....廈門市中山医院 小兒科 中医科 (79)
- 外伤并发尿毒症.....南平专区医院 王旭明 (80)
- 烧伤后引起严重尿閉症.....南平专区医院外科 (81)
- 疑似药物中毒.....福建省立医院中医科 (83)

## 傳染性肝炎引起肝性昏迷

龍溪专区醫院

患孩蔡××，男性，五岁，住院号7611。因食欲减退，嘔吐七天，抽搐昏迷一天，于一九五九年十一月十二日急诊入院。据其父称：患孩入院前一周开始发热，食欲差，嘔吐频繁，内容为咖啡渣样液体，小便呈浓茶样，病第三日突然抽搐二次，每次发作仅片刻，随后呈嗜睡状态，今晨神志模糊，乃急诊抱送入院。

入院时检查：神志模糊，营养发育中等，体温肛門 $37^{\circ}\text{C}$ ，脉細弱，每分钟80次，无脱水及全身性淋巴腺肿大，巩膜黄染，全身皮肤微黄。耳鼻正常，咽充血，肺部听診呼吸音粗糙，腹柔軟，肝在左季肋下2公分，具压痛及拳击痛，脾未触及，腹壁反射消失，提睾反射存在，克瓦征弱阳性。

实验检查：血色素10.5克，紅血球398万，白血球22000，中性73%，淋巴21%，单核3%，黄疽指数20单位，凡登白定性直接立即反应，脑絮状，麝浊十四单位，小便深黄色，碱性反应，比重1014，蛋白少許，糖阴性，粒状管型少許，膿細胞(+)，尿胆元阳性，胆紅質弱阳性，血清鈞端螺旋体补体結合試驗阴性。

入院診斷：傳染性肝炎引起肝性昏迷。

入院处理：入院后給予金霉素內服0.125每天四次，維生素乙50毫克，丙250毫克，及 $\text{K}^{1\backslash}$ ，安瓶肌注，并高渗葡萄糖加A. C. T. H (促肾上腺皮质激素) 10毫克靜脈注射。

十一月十四日：二天來仍多次嘔吐咖啡样物，大便亦呈咖啡色，神志时輕时昏迷，嗜睡，今天起停用金霉素，后用青霉素十萬单位，每天二次，并給甲硫胺基酸250毫克，每天三次。

十一月十六日：病性未見好轉，神志不清，不断咬牙，脉細弱而不規則，眼球斜視，有輕度抽搐状，病情十分危重。

十一月十七日：上午神志有些清醒，会叫媽媽，吃东西，脉較有力。

十一月十八日：又在嘔吐咖啡色液七至八次，神志又轉入昏迷状态，脉弱，心律速。

十一月二十日：下午九时，初眼向上斜視，面色蒼黃，脉搏細弱，情况严重，請中医生会診：发热，舌絳，神昏，譫語，脉滑細數，上腹部緊張，大便自利而不暢，小便短赤，診斷为濕熱內蘊，邪陷心包，拟急用芳香开窍解毒之品，給予六神丸六粒內服。

十一月二十一日：神志似較清楚些，但热度仍高 $39^{\circ}\text{C}$ ，嘔吐咖啡色物，为郁熱仍熾，繼用芳香开窍解毒；仍攝六神丸予以茵陈蒿湯加味，以清肝胆熱邪，佐以清心开窍。

处方：龙胆草一錢、石决明四錢、梔子一錢、茵陈三錢、生地三錢、石菖蒲一錢、犀角一錢，連二天。

下午神志有些清楚，能叫媽媽，今天起停用A. G. T. H.，停用維生素乙，丙及K肌注，改用口服，并开始給禁证的流质飲食。

十一月二十三日，体温为38°C，热度轉退，神志清楚，对話正常，訴肚子餓，肝未触及，病情显著进步，繼用上方去胆草。

十一月二十七日，热平，无吐，有时訴肚子痛，黄症明显消退，已能坐起进食，心肺（-）腹平坦，仍繼用清利肝胆湿热开郁止痛。

处方：梔子二錢、茵陈四錢、生地二錢、赤豆四錢、郁金一錢。檢查：脑磷脂絮状廿，麝香草酚浊度管試驗4單位。

十一月二十九日，腹痛止，黄疸未退，其他无特殊，繼用茵陈蒿湯加味：茵陈三錢、梔子二錢、大黃二錢、赤豆三錢。

十一月三十，一般情况好，但大便一天六至八次，化驗檢查发现膿細胞，可能系腸道感染，給予合霉素內服，繼服上方中藥去大黃，十二月三日痊愈出院。

## 傳染性肝炎引起肝性昏迷

莆田醫院內科中醫師

刘××，女性，二十八岁，职业农，住院号66714，門診号188683。于一九五九年三月二十二日。

患者于一九五九年三月十五日，开始头晕、畏冷，伴有不規則发热，經当地医生治疗未效，第三天上腹部有悶脹感，随着疼痛，压时加剧，食欲不振，恶心想吐，于二十一日晚上开始神志不清，譫語，自病后未大便，小便如濃茶样，量一般。

去年十一月間在工地时常觉头晕，发热，脾脏肿大，以往无咳嗽，咯血，心悸。

十九岁結婚，否認爱人冶游史，已分娩三胎，均健在，无流产或死胎史，个人及家庭史无重要参考意义。

入院檢查：发育一般，营养中等，神志不清，妄語，檢查尚合作，体温39.4°C，脉100—120，呼吸28—35/分，血压142/104毫米汞柱，两颊潮紅，无瘀疹色素沉着，全身皮肤稍有黄染，全身淋巴结无肿大，巩膜黄染，头部无畸形或其它异常，上唇干燥潮紅，无疱疹，咽喉紅，扁桃体无肿大，頸部强直，颈背部有压疼，无靜脈怒張，甲状腺无肿大，气管居中，胸部无异常发现，腹部平坦，右季肋部及上腹部有触疼感，肝脏在肿大，边缘因触疼不能捫到，脾脏在肋緣下三横指，无压痛，四肢无畸形。

檢驗：紅血球3200000，血色素73%，白血球总数6800，嗜中性核白血球89%，淋巴球1%（四月六日檢查时白血球总数下降至1600，嗜中性核白血球80%，淋巴球19%，嗜伊紅性

核白血球70%，淋巴球30%）經出血時間4分鐘，黃疸指數50單位，凡登白氏試驗直接迅速反應，腦脊液無異常改變，大便查蛔蟲試驗++，二十五日尿檢查尿管胆元++，尿管素++，二十八日尿檢除有少許上皮細胞白血球及白蛋白外，余正常。

診斷：傳染性肝炎引起肝性昏迷。

入院後即給予低脂半流質飲食，青霉素20000單位（肌）2/日，（至四月九日停用）維生素乙、10毫升3/日，20%葡萄糖液500毫升加維生素丙20毫升靜脈注射1/日（至二十六日停）。

二十三日中醫會診，患者神志仍不太清楚，煩躁不安，舌緣帶有紫黑色，脈沉細而數（120左右），巩膜黃染，語言仍錯亂。中醫診斷：厥陽風熱陽張，水不涵木，陽明熱邪內閉，上扰神明，致令神志昏迷，循衣摸床等症狀，擬予清心通神滋陽清熱之劑。

處方：竹葉二錢、桑葉二錢、元參三錢、生地三錢、知母三錢、明艮三錢、川瀟一錢、火麻仁三錢、柏子二錢、杭芍三錢、連召心一錢五分、甘草一錢、茯神一錢五分、安宮牛黃丸壹粒，以上均分二次服。

同時并予以肥皂水洗腸，三淡合劑10毫升口服。

二十四日神志仍不清楚，服藥後語言錯亂較差，循衣摸床已四晝夜未睡眠，脈沉細而數，此乃毒邪內陷心包，仍予前方出入。

處方：前方去火麻仁、柏子、茯神、加荷葉一錢五分、麥冬二錢、并加強味精5克，每日三次，（至二十八日停）。

二十五日，神志雖見清醒，但舌尖尚紅，惟舌苔轉白，此乃熱邪由營轉氣，脈四至余無力，口不甚渴，大便洗腸後仍未下，皮膚巩膜仍黃染，體溫37.4°C，擬清營透熱，予前方加黑樹二錢，去牛黃丸。

二十六日，昨晚八點體溫上升至38.5°C，精神較前清楚，食欲睡眠亦漸好轉，黃疸稍退，脈四至余，大便三天未下，精神雖清，陽明之熱毒未除，大便閉結，予以清熱解毒，前方中增茵陳三錢，大黃五分，去連召心。

服藥後體溫降至37°C，脈四至、微細、語言不亂，精神較佳，至三十一日體溫一直近乎正常，大便三天未下，熱陰竅閉，故神清氣爽，惟大便干結無津，乃前方去竹葉、川瀟、加火麻仁三錢潤腸滋燥。

四月五日精神已清，體溫逐漸增加，但體溫反有升降自覺沒有熱感，大便日下一次，小便短赤，肝脾縮小，仍有壓疼，脾腫增大，睡後汗出，此乃陽不濟陰，予以清熱、疏肝、滋陰、斂汗，仍就前方出入。

處方：茵陳五錢、炒柏三錢、麥冬三錢、丹皮二錢、歸甲三錢、知母三錢、杭芍三錢、明艮二錢、連召二錢、茯苓三錢、枳實三錢、鹿寶根三錢、生地二錢。

四月七日，熱仍未退，盜汗仍舊，肝區壓疼明顯，但患者自覺症狀尚好，食欲如常，脈微細無力，宜加益氣斂陰藥，前方中去炒柏、明艮、連召、茯苓、枳實、加五味三錢、糖參五分、當歸三錢、黃芪三錢。

四月九日，服上藥仍有盜汗，體溫在晚間仍上升，日天下降，此乃陰虛邪留，故暮熱早

藥。擬用青蒿素甲飲入兩枚邪。

处方：蒸甲五錢、青蒿一錢五分、丹皮一錢五分、知母三錢、生地二錢、党參二錢、白朮二錢、當歸三錢、杭芍二錢、茵陳三錢、黑梔二錢、地骨一錢五分、茯苓二錢、青桂皮各五分、甘草一錢五分。

四月十五日以漸愈出院。

## 傳染性肝炎并发肝性昏迷

龙岩专区第二医院

患者李××，男三十三岁，一九五八年五月一日入院，住院号6860。

主訴：全身发黃，昨晚发热，继有恶心嘔吐。

現在史：約二十余天，感食欲不振，精神疲乏，但仍照常体力劳动，症状日益明显，很少治疗，有时工地吃些消化药未效，至十天全身发黃，小便混茶色，精神更疲乏，有时晚間微热，大便不規則每H3—4次帶粘液样，或每日一次較干，至5—4日大便呈灰白色，伴有惡心嘔吐，飯量更少，仍未休息，勉强体力劳动，近三四日来每日发熱厌食，渾身酸軟，精神极度疲乏，睡眠煩躁，惡心嘔吐更頻繁，至昨晚高热，四肢抽筋麻痺，神志模糊，經工地医生服药打針，治疗未效，今天抬来住院。

既往史：无特殊。

檢查：神志有时模糊，言語紊乱，顏面及全身皮肤有如釘头大出血点，下肢有散在斑状，呈深黃色，发育中等，营养差，急性消耗性重病容，煩躁，呻吟不安，輕度脫水。眼球結膜充血，黃色、瞳孔对称，光反射存在，頸軟，頸靜脉抽動明显，胸对称，肺听診（—），心尖有軟性收縮期什音，心界正常，在上腹較緊張，有压痛及叩击痛，肝大二至三指，軟，脾大二指，軟，无移动性浊音。四肢完全，膝腱反射存在，淋巴腺无肿大，血压110/60毫米汞柱。

化驗：小便色黃、清，酸性、紅血球3900000，血色素10克，白血球15350中性98%，淋巴2%，出血時間1分26秒，凝血37秒，血小板160000，凡登白立即强阳性，胆紅廣6315，黃疸指数60单位，麝香草百分浊度11单位，腦磷脂絮状（+++），血总蛋白7.1，白蛋白3.1克，球蛋白4克，血糖97.5。吞髓液黃色，液，球蛋白（+++），糖（—），多核90%，淋巴10%，色氨基酸阳性，氯化物610.5mg%，細胞数1630，有赤血球。

西医诊断：急性傳染性肝炎，肝性昏迷先兆。

中医诊断：阳黃，熱热內郁。法宜清熱解毒，導瀉兼繼瘴逆風。

处方：茵陳、大黃、梔子、犀角、鈎藤、石臂、天麻、葛根、生地。

西医給以青霉素100000单位，每四小时一次，50%葡萄糖。



液40C C靜脈注射，日一次，維生素乙、丙及K等共六天，神志逐漸清楚，昏睡不醒，皮膚出血點及出血斑也逐漸消失，頸較軟，肝功能仍是強陽性，体温降至接近正常，唯黃疸加深，白血球4200中性77%西藥改用SD+SB一克，日四次，維生素照常。

中藥仍以原方加黃柏、郁金以清熱退黃。

五月八日，因有寒熱往來出汗，所以又加用小柴胡湯，和解少陽胆經之熱，同時用白芍、牡蠣飲以止汗。

五月九日病情大為好轉，食欲亦轉好，肝脾已縮小，不易摸到，在腹脹痛及叩击亦減輕，唯患者遺留有疲倦衰弱等現象，故又以參芪湯，桂枝湯等調和營衛，補益氣血，服有十多劑左右。五月二十五日改用十全大補丸，調補至六月十四日痊癒。

## 中毒性肝炎合并急性黃色肝萎縮

龙潭专区医院

吳××，男性，成人，廈門人，于一九五九年八月三十一日入院。主訴：發熱已六——七天，皮膚發黃伴惡心嘔吐已二天，入院前七天，開始感到倦怠不適，次日即高熱厭食，第三四天仍持續高熱，入院前二天入某中醫院求治，此期間伴持續腹瀉，粘液稀便，每日三——七次，無混血液，解便時伴腹部絞痛，經治療熱稍退，但其他症狀未見減輕，却發現皮膚及巩膜染黃，伴惡心嘔吐，嘔出物為食物殘渣，同時感全身肌肉關節酸痛，尤以腓腸肌為甚，得病前曾與同機關黃疸病人接觸。以往除有上腹部痛嘔酸水外，其他無特殊。

入院時體檢：体温36.8°C，脈搏80次/分，弦數有力，血壓110/60毫米汞柱，發育正常，營養欠佳，精液腺腫大，皮膚巩膜黃染，舌質紅，苔粗厚，有芒刺，干燥無津，五官除有蛀牙外，無特殊發現，頸軟，心肺正常，腹平坦，右上腹有壓痛，肝臟未触及，肝下緣沿肋骨叩診在第八肋間隙以上，肝上緣沿右肋在第五肋間，有撞击痛，脾臟未触及，肛門生殖器正常，無病理反射出現。

化驗：紅血球324萬，血色素8%，白血球18800，中性92%，淋巴8%，黃疸指數140單位，凡登白直接反應，麴油12單位，腦絮(++)，胆紅質測定10.2mg%，鹼性磷酸酶4.9單位，肥達氏反應外斐氏反應均阴性，凝血時間9分鐘。尿，黃色，酸性，比重1.008，蛋白(+)，膿細胞(+)，尿沉渣阴性1:10阴性，胆紅質阳性。糞，培養未行出致病菌。

西醫診斷：中毒性肝炎合并急性黃色肝萎縮，採用金霉素0.25克，每6小時一次，維生素B<sub>12</sub> 15微克，菸鹼100毫克，肌注每天一次，A. C. T. H125單位加入10%葡萄糖1000cc，靜脈点滴，日一次。

中醫診斷：陽黃，熱重于濕，擬以清熱利濕為主，先用清心牛黃散清熱開竅，再以增津止瀉，清熱利濕除煩。處方：清心牛黃散一錢、生地五錢、元參五錢、麥冬五錢、茵陳一兩、梔

芩三錢、車前三錢、甘草一錢半。給以牛乳飲食。

九月二日，病情仍嚴重，常常發作呃逆，經針灸臍俞及注射阿托品未見好轉，擬以清熱利濕理氣止逆。

處方：竹茹三錢、黃芩五錢、梔子三錢、杭菊三錢、桔紅五錢、茵陳五錢、茯苓五錢、甘草一錢。

九月三日，仍然打呃氣促，煩躁不安，惡心嘔吐，除應用以上西藥外，以鐵逆為主兼寧清熱。

處方：黨參三錢、代赭八錢、旋復三錢、法夏三錢、茯苓三錢、川連二錢五分、生姜三錢、枳實一錢五分、茯苓一錢五分。

九月四日，精神較清醒，打呃較輕，其他病狀同上。

處方：柿蒂七錢、竹茹三錢、茯苓三錢、黨參三錢、黃芪一錢五分、茵陳一兩、甘草一錢

九月五日，訴喉痛，全身酸痛，打呃已停，稍能入睡，但仍有口干，擬用清熱利濕生津法。

處方：元參三錢、梔子三錢、茵陳一兩、龍胆草一兩半、麥冬五錢、車前二錢、木通錢半、甘草一錢。

九月六日，患者數天大便秘結，呼吸多痰聲，脈弦有力，擬用茵陳蒿湯清熱利濕，另加礞石滾痰丸清滯其痰。

處方：茵陳一兩、梔子三錢、大黃二錢、另礞石滾痰丸三錢，作三次服。

九月七日，大便已通，精神好轉，皮膚仍黃染，擬用茵陳、梔子、柏皮湯加味，清熱利濕增津。

處方：茵陳一兩、梔子三錢、黃柏一錢五分、龍胆草一錢五分、黨參五錢、茯苓五錢、甘草一錢、生地三錢。

九月八日，昨飲食能進少許，有飢餓及煩渴感，改進全量低油半流質，小便量多色較淡，肝臟管界稍擴大達第九肋間隙，繼用生津止渴為主，兼清熱利濕。

處方：生地三錢、茯苓三錢、茵陳一兩、龍胆草一錢五分、黃芩二錢、麥冬五錢、生瓜蒌一錢、葛根三錢、甘草二錢。

九月十日，本日接受水休克療法，口服開水1500，注射采沙利茶碱1cc，以後每四天作一次，停用金雞素。病情無明顯轉變，仍多痰色黃不易咯出，再用上法兼帶消痰。

處方：生地三錢、元參三錢、二冬各三錢、桑白皮三錢、黃柏一錢五分、知母三錢、陳茵一錢、生瓜蒌一兩、黃芩二兩，另礞石滾痰丸三錢，作三次服。

九月十六日，停維生素B<sub>12</sub>，黃疸指數150單位，凡登白立即直接反應，白蛋白2.25%，球蛋白2.54%。

九月十九日，痰聲已無，自覺肝區不舒，擬用疏肝解法。

處方：茵陳五錢、黃芩二錢、秦艽三錢、杭菊三錢、梔子三錢、甘草一錢。

九月二十二日，情況同上，面色稍為轉青，食欲不佳，此土衰木旺，除上法外，再用人參歸脾及疏肝補脾法繼十。

处方：茵陈五钱、杭菊三钱、藜芦二钱、郁金二钱、茯苓三钱、甘草钱半。另人參白朮丸（十粒），每日服三次。

今天停用A.C.T.H。化驗檢查：黃疸指數30單位，胆紅質測定10mg%。

九月二十九日，情況好轉，精神亦良好，食欲增加，能進食軟質，黃疸消失，其他症狀亦消失，肝區已無叩打痛，再給白朮丸七天。

十月六日，情況更加好轉，體力逐漸恢復。作血驗：黃疸指數14單位，凡登白重接反應，胆紅質0.6mg%，麴法3單位，膽絮（+），球蛋白4.65%，白蛋白2.19%，鹼性磷酸酶1.2，卜登斯基氏單位，凝血酶元6單位。

十月八日痊愈出院。

## 溫邪 換治 邪陷 心包

### 哥薩奇病毒(?)引起心肌炎

福建中医学院内科教研组  
福建省立医院内科、中医科

吳××，女，二十六岁，福清人，已婚，西医学学习中医班學員。患者于一九五九年十月二十一日，因心悸气促，吞咽困难，語言不清，已半个月，前来省立医院治疗，于十一月五日病轉严重，乃配合福建中医学院内科教研组中医師共同抢救，历时九十多天，始轉危为安。

一九五九年九月二十二日，患者突然发冷高热(39.6°C)，咽喉疼痛，颌下部肿大，吞咽困难，即由保健室注射青霉素。次日轉診于省立医院五官科，以“急性坏死性扁桃體炎，合并咽底部蜂窝組織炎”的診斷收住住院。入院后局部檢查，双側扁桃體肿大，表面复盖一層較厚的黃白色坏死物质，双側頸部瀰漫性肿大，表面皮膚有灼热感及触痛，喉拭涂片三次，檢查白喉杆菌阴性，即肌注青霉素十八万單位，每日四次(共七百二十万單位)，鏈霉素零點五克，每日兩次(共四克)。第二天頸部肿大加剧，吞咽仍困难，吐出紫褐色坏死物质，喉头部分泌培养有溶血性金黄色葡萄球菌。第三天体温下降，頸部肿胀消退，但流质飲食，时常噎出，发昏不清，直至第八天局部炎症消失，仍遗留嗜食失管而出院。九月二十九日出院后，体力衰弱，自进鸡羊补品，于第三天又开处午后微热感，伴有恶心想吐，服中药三剂，症狀減輕。又过七天发现舌尖发青，味觉减退，繼则头晕、心跳、气促、倦怠无力、吞咽困难、語言蹇涩。于十月二十日又到省立医院五官科复查，心电图檢查結果，心前导联T波低，T<sub>v5</sub>尤其，診斷“陣发性房性早跳”，指示“心肌損害”，于一九五九年十月二十一日，入該院內科治疗。

体格檢查：体温36.8°C，脈率90/分，呼吸20/分，血压140/90毫米汞柱。发育良好，

營養一般，神識清楚，全身皮膚及淋巴腺無特殊發現，五官無特殊，扁桃體無腫大，咽部充血，咽反射消失，語言含糊不清，頸部無異常發現。肺無異常，心界無擴大，心前區偶可聽到期外收縮， $P_2 > A_2$  亢進。腹部無異常發現，肝脾未触及，膝反射存在，無病理反射。

血常規檢查：紅血球324萬，白血球7600，血色素10克，分類：嗜中性57，淋巴37，嗜基6。

腦脊髓液檢查：透明，糖40—50，球蛋白陰性，細胞數3，病毒分離陰性。

哥薩奇病毒培養：咽喉漱口液分離陽性，大便分離陰性。

心电图檢查：（一）电压低；（二）①心率增快；②STⅡⅢAVF下降，AVR上升；（三）TⅡⅢaVF双向；（四）QT延長。

臨床診斷：（1）哥薩奇病毒（？）引起心肌炎；（2）風疹。

入院後，按內科二級護理，進半流質飲食，並給予維生素乙10毫克，丙100毫克，一日三次，至十月三十日止。

十月二十二日，動時心跳加劇，頭暈、嘔吐。仍按昨日方法處理。

十月二十四日，肌注青霉素十萬單位，一日二次，至十月二十六日止。

十月二十五日，肌注維生素B<sub>12</sub>五十微克，一日一次，至十一月四日止；並給予Prednison 5mg一日三次，至十月二十六日止。

十月二十六日，語言更加不清，咽喉反射消失，舌頭向左斜。用50%葡萄糖液40cc靜注，一日一次，至十月二十九日止；金霉素二百五十毫克，每日服四次，至十月二十九日止。

十月二十九日，病情未見好轉，吞嚥更加困難，滴水不入。改用低鹽半流質鼻飼，停服金霉素，用125%氯霉素2cc肌注，一日四次，於鹽酸一百毫克肌注每日一次，均只注一日；50%葡萄糖液40cc混合腎上腺皮質激素一毫克靜注，一日二次，至十一月五日止。一面并由本院中醫科會診，兼服中藥。

十月三十日，語言不清，吞嚥困難，仍用中藥鼻飼。

十一月一日，自覺胸部有束緊感，心电图檢查結果，符合心肌炎的診斷。因腎上腺皮質激素會反應，改服醋酸考的松二十五毫克，一日三次，至十一月二日止。

十一月四日，三天來頻頻作嘔，口中涎沫甚多，喉間痰聲如曳鋸，胸悶更甚，晚上煩躁不安，通便一次。用維生素B<sub>12</sub>二百毫克注射，一日四次；多巴巴妥一百毫克肌注；上藥均只注一天。

十一月五日上午十一時許，患者呼吸極端困難，神識漸入癡呆，唇紺肢冷，脈搏突然由80/分進至140/分，体温由36.8°升至38°C，血壓140/120毫米汞柱，呼吸34/分，痰涎壅盛，病勢危急，乃配合福建中醫學院內科教研組中醫師進行搶救，除給予可拉明2cc肌注，吸氧及用吸引器吸痰、人工呼吸等緊急處理外，一面应用中藥治療。當時主要症狀：面青，兩額隱紅，唇焦色紺，口噴舌壅，舌絳苔色黃黑而燥，口涌涎注，穉氣難聞，气促鼻煽，目直上視，頭汗如珠，神呆煩躁，搗手擲足，喉中痰聲如曳鋸，四肢冰冷如蠟。六脈沉微，細而且疾，按其胸腹皮膚緊張有灼熱感。

細參厥症，顯系溫邪內陷心包，痰火上壅咽喉，形成內閉外脫危候。

按病者素體陽亢血熱。本病初起時，正值秋令，余氣未盡，燥加陰氣，灼傷肺閉，痰熱壅

結喉喘。虽經一度治疗：症見減輕，但出院時尚遺留有发音不清、吞咽困难等症，說明邪熱內伏，并未全解。復因誤進厚味补品，致使邪熱復萌，諸症加劇。熱結不解，化火化毒，熱火灼液成痰而上壅咽喉；熱毒內陷心包而端塞清靈。為今之計，亟宜先于開閉回脫。用西洋參五錢、煖湯冲紫雪丹五分鼻飼。并針刺人中、十宣、內关、丰隆等穴。

十一月五日下午四時，呼吸漸和緩，神志略有清醒，但病情仍是危急。議用清熱化痰育阴解毒宣竅之法。

处方：羚羊角一錢、鮮石斛八錢、芦根一两二錢、銀花一两、丹皮一錢五分、生地五錢、連翹生黃、鈎藤、川貝、八百光各三錢、紫雪丹五分。

另用普羅斯的明（一毫克）白喉抗毒素每次1.5万單位注射二次；士的年（一毫克）每小時一次，只注一天。

十一月五日晚一時，病情未有變化，仍照午后原方，繼服一劑。

十一月六日晨，痰声略平，脈症略見好轉，神識亦稍清醒，但呼吸仍急促。遂按昨方重加增液清痰之品，一日服二劑。并仿用五汁飲代茶，及針刺百会、內关、丰隆穴。

一面用強心劑50%葡萄糖液200毫升靜注，一日一次，至十一月十一日止；士的年一毫克肌注一日四次，至十一月十一日止。

十一月七日，呼吸略順，發熱已退，但精神倦怠，痰涎仍不時涌出。這是氣液兩亏，痰熱尚未完全消滅。又因患者飲食不進，体虛多汗，營養補充較難。擬給予少量輸血（每日100毫升，共輸600毫升），并按昨方連服二劑。

一面用醋酸考的松五十毫克肌注，一日一次，至十一月十日止；茶海拉明五十毫克肌注，一日一次，至十一月十一日止。

十一月九日，病証同前，但汗不已，這是心熱內迫所致。仍用原法加五心湯以清心火。一日二劑，連服二日。

十一月十一日，汗稍止，脈轉弦數，小便不禁。這是心移熱于小腸之候。用育阴益元辨肺清熱化痰之法。

处方：洋參、麥冬、知母、元參、石膏、地龍干各三錢，金銀斛、生地各八錢，玉竹、銀花各六錢，川貝四錢、胆星二錢、草梢一錢。一日二劑，連服二日。

另用醋酸考的松二十五毫克肌注。一日二次，至十一月十二日止。

十一月十三日，病情繼續好轉，精神亦佳，舌絳、苔黃膩。涎少，詞音仍難出，喉閉嗜食未見輕。脈細弦帶數。這是痰火未清，液亏熱迫所致。仍以滋養阴液，清降熱痰兼平肝火為治。

处方：泡參、川貝各四錢，麥冬、地龍干、鈎藤、元參各三錢，胆星二錢，丹皮、天麻各一錢，玉竹、石膏各六錢，生地、金銀斛各八錢，蠶便一杯。

此外并用維生素丙一百毫克肌注，一日一次，至十一月十七日止；醋酸考的松二十五毫克肌注，一日一次，至十一月十五日止。

十一月十六日，因略進葷味，胃火復熾，有嘔吐、哈氣、咽梗現象。議用降火化痰兼益阴健脾之法。

处方：吉林參、川貝各四錢，麥冬、知母、罗汉果、地龍干、淮山、竺黃各三錢，玉泉散

石膏、甘草各六錢，玉竹、欬解各八錢，石膏五錢，胆星二錢。一日二劑，連服二天。  
并用維生素B<sub>12</sub>二百毫克肌注，一日四次，至十一月二十日止。

十一月十八日，嘔吐已止，發音較大，略能將痰咳出，心悸稍好，汗出已止，小便失禁亦除。并能吞咽面食少許，檢查心率仍100次/分，早跳不存在。根據病情，已趨轉機，故擬恢復體力兼清余邪為治。

處方：吉林參、兔絲子各四錢，麥冬、天冬、川貝、知母、羅漢果、地龍干各三錢，胆星、牛膝各二錢，欬解、玉竹各八錢，芡實、淮山各五錢，重便二杯。

并用滋陰柔肝之品，如龜板、石決明、鱉甲等，出入為方，一日服一劑，連服十劑。

此外針刺胸部任脈，并按摩中府、云門。

十一月二十日，加作皮膚針治療，已能吞食軟質食物，但水份仍不能吞下。

十一月二十九日，近兩日來，因患者心情焦急，啼哭，咽痛嗜食，嘔吐六次。脈細數而弦，舌紅苔黃燥。改用清心火為主的治法。

處方：元參、生地各一兩，欬解八錢，麥冬五錢，吉林參、薤白、山豆根、丹皮各三錢，僵蚕、甘草各三錢，黃芩、梔子各一錢，重便二杯沖。連服五劑。另外用玉樞丹煎服。以上症狀消失。

一面并以青霉素二十萬單位肌注，一日二次，由十一月二十日起至二十三日止，十一月二十三日改注十萬單位至二十四日止；又改用二十萬單位肌注至十二月三十日止。維生素B<sub>12</sub>二百毫克肌注，一日二次，由十一月二十九日起至十二月三十日止。

十二月四日，僅有頭暈心跳，咽喉有輕度粘塞感，發音較正常，咽部反射已出現。惟四肢麻木，較前尤甚，前臂轉動不隨意。這是涎滯病變雖除，而停留于四肢經絡之邪尚未盡清。應以滋養心腎為主，兼清相火蕩滌四肢經絡余邪。

處方：參麥六味加桔梗、甘草、僵蚕等，一日一劑，連服十日，至十二月十一日已停注青霉素（总量二千三百五十萬單位），只用維生素B<sub>12</sub>一百微克，一日一次肌注，由十二月三日起至二十五日止。

十二月十五日，咽部反射已初步恢復，鼻竇取消，手臂不隨意轉動亦消失，僅余手足麻痺。此乃氣血不足，余邪未盡之故。議以攝納真陽，固護元氣為主，用藥更膏加減，一日一劑，連服一個月。

一九六〇年一月十五日，患者已能起床，惟兩腳顫動無力，不能舉步。再按前方加健步虎潛丸，連服十五天。一面并以維生素B<sub>12</sub>十五微克肌注，一日一次，由一月三日起至十六日止。

二月一日，病體恢復正常，已能自動行走。心电图檢查結果，大有進步。中西藥均停止。休養一個階段，已于三月間照常學習。

# 严重性脊髓前角灰白质炎

蘭清县医院 張琴松 汪其浩 陈吉生

XX, 女性, 年十八岁, 未结婚, 无既往特殊病史。于三月十八日起发冷发热伴有(强), 十九日起下肢麻痹不能自动作, 左侧尤甚, 遂到当地医院就診給注射青霉素、  
疗。当日热稍降低, 二十日起又发高热, 二便几天不通, 口渴、胸烦、嗜睡、食欲不振, 症状日趋恶劣, 遂求住院。

入院时, 神識陷入半昏睡状态, 双目紧闭强使张开复合, 頸項强硬稍与搖动叫痛不絕, 舌被黃色厚苔腐赤, 脈搏弦数, 体温 $40.3^{\circ}\text{C}$ , 下半身全部瘫痪不能轉側, 把两足举起尤如死物, 再放平时自然落下。同时腸胃蠕动二回不通。周身疼痛, 小腹隆起成脹痛。腸鳴音消失, 脊柱有压痛4—9胸椎压痛尤甚, 肱二头肌及三头肌反射消失, 腹壁腹間捷反射均消失。无病理反射。听診心肺正常。

鏡檢: 白血球3300, 赤血球342万, 血色素76%, 中性66%, 淋巴32%, KT反应阴性。

腦水: 无色半透明、細胞数320个, 分类: 中性12%, 淋巴88%, 色氮反应(-), 糖(-), 蛋白(-)。

治疗經過: 本病为脊髓前角灰白质炎。

根据病者现有症状, 不恶寒但发热, 口渴, 舌苔腐赤, 項强, 神昏, 下肢麻痹不仁。以病型論属于温病范畴, 热邪已入营分。以六經辨証論属于阳明, 經腑并病。但病者最或难过的處为尿量瀦留不通, 小腹胀, 急欲死。本諸急者凶治其标法則送处猪苓湯。

处方: 猪苓八錢 云苓八錢 澤瀉八錢 滑石一两五錢 阿胶五錢, 服后虽仍不能自动排尿。但已由导尿管逼出小便1500cc, 小腹胀痛立刻緩解, 惟高热头痛昏睡未显明改善。第二天处方, 以病者虽是气营并病, 但舌苔赤尚未轉絳, 应先清泄气分之热为要, 送处白虎湯加清开透泄的紫雪丹。

处方: 石膏二两四錢 知母八錢 粳米四錢 甘草二錢 元参五錢 寸冬五錢

紫雪丹五分 第三天情况已得很稳定, 按照上方紫雪丹減半續服, 第四天神識首先轉清。采取病史时能自对答, 惟大便八天未通, 单热无汗, 如果病毒沒有排泄, 出路勢必再度侵犯神明, 且病者自感心胸不适, 已萌一种先兆, 送处大承气湯。

处方: 大黃八錢 芒硝四錢 枳实四錢 川朴四錢 服后如流水式排出黃褐色臭糞三次, 自訴胸腹一爽。热度亦已降至 $38^{\circ}\text{C}$ , 現在焦点在于下肢底痲痺未改善, 还要經常安放导尿管, 否則小便仍不能自动排出, 大便亦同样不通, 必須使下肢恢复活力, 則二便暢通亦可迎刃而解。遂用滋阴活絡主調宗筋法。

处方: 女貞四錢 从蓉四錢 牛夕二錢 玉竹四錢 生地五錢 桑枝五錢 龟板一两

阿膠四錢 地龍干四條 連服五天，並配合針灸，對下肢麻痺有逐漸好轉。惟大便又幾天未通，雖給以多次灌腸，因失却自行推動能力，仍無積糞排出，遂再給通腸。腹浮脹以傷臍氣，用脾約丸加味化湯給服。

處方：麻仁一兩 郁李仁五錢 杏仁三錢 枳實三錢 白芍四錢 厚朴三錢 木香四錢  
服後排出積糞很多，計住院十八天至此大便才恢復其推動能力。體溫從此起也沒有弛張性不正常。現在前驅症狀大部消失，治療重心已轉移於針灸。口服藥劑仍照上處方精神繼續治療。

對於針灸治療過程分述于下：

第一階段：正氣未虛邪氣亦盛採取重刺激法，留針30分鐘，每日針一次，一星期後改為半度刺激。所取穴位環跳、足三里、委中、承山、風市、解溪、崑崙、絕骨、太溪為主穴。配合腎俞、陽陵、商丘、丘墟、三陰交、行間等輪替使用。

反應結果：初次進針，病者沒有絲毫感覺，也不知針從那穴位刺入，經過第三次扎針後才有痛感。但下肢還是失次知覺并不能動。直到第七次扎針：進針環跳足三里已有酸痛感，足亦稍為轉動。連續針至兩星期，改為補的手法，留針不超過10分鐘，兩側患足均能屈伸。惟排尿管恢復最慢，直到出院前四天始將導尿管撤除，自能小便。一共住院日數僅三十二天。出院時下肢麻痺完全恢復并無後遺症狀。且能學步。而出院。



## 危重伤寒并发肺炎

福建省人民医院仲景楼危重病抢救小组

病者陈某，男性，二十五岁，素体强壮，无特殊病史和不良嗜好。入院前十九天，因向患者的同志借用棉被，次日即发生畏冷、高热和腹泻。每日拉酱色腥性粘便三至五次，伴有腹痛。体温稽留在38—40°C之间。于两星期前发生耳聋，神志不清，食欲锐减，人极疲乏，尿色深黄短少，曾经中西医疗无效。

入院时，神志不清，呈半昏迷状态，时有谵语，耳聋，喉塞痰阻。面色暗灰，口唇发绀，皮肤苍白。体温40.2°C，呼吸28/分。血压130/80毫米汞柱。脉象洪数弹指，右脉尤其，节律规整。额部及手掌出汗。两眼紧闭，瞳孔等大、等圆，反射迟钝，结合膜充血。口臭，唇绀，舌苔黄垢边赤。扁桃腺充血、微肿。颈软。胸部对称，呼吸迫促。两肺叩诊普遍浊音，肺泡音↓，散在干性与湿性罗音以右肺中为著，无磨擦音。心尖搏动不甚明显，触诊无猫喘，叩诊左右心界无明显扩大，心音较弱，节律尚规则（114/分），心尖部可听取收缩期吹风样杂音1级A<sub>2</sub>>P<sub>2</sub>腹部平坦，无静脉曲张，胃腸蠕动，腹软。肝区饱满触诊不满意，脾在右肋缘下触及二指、软、边缘完整，叩诊腹部无移动性浊音，肝浊界无扩大。肠鸣音减弱。膝反射减弱。

化检：白血球三千四百至二千，中性68%，淋巴32%，红细胞三百至二百六十五万，血色素八至七点五克，未检出伊红细胞。小便短赤混浊，比重一〇一四，蛋白微量，脓球小群，赤血球少群，磺酸盐结晶（++++）。大便棕色、带红、稀，红细胞（++），粘液（+），脓球（+），蛔虫卵少群。血肥达氏反应：伤寒“O”1=320，伤寒“H”1=320，血及大便培养检出伤寒杆菌。根据上述及化检结果，西医诊断为恶性型伤寒并发支气管肺炎；中医诊断为湿温化火，有逆传两厥阴之征兆。邪虽在气，已涉及营，拟以辛凉透邪合芳香利窍为治。

处方：鲜竹心六钱、银花、灯草各五钱，连翘、牛蒡、枇杷叶、川贝各三钱，豆豉二钱、射干、郁金各一钱五分，紫雪丹四分。

因逆病情危急，服中药前给予大量静脉补液，补充维生素。当天下午四时左右，体温又升至40.8°C，脉搏120/分，呼吸40/分，全身大量出汗。神志半昏迷，有时躁动。经给予鼻饲口服上中药后，病势逐渐缓和。

1月20日早晨又给予静脉补充大量葡萄糖、盐水、维生素等，并给大量氯霉素鼻饲口服。下午四时左右，体温突然从39.8°C剧降至37.4°C，呼吸呈弱停顿状态，心音微弱不清。脉数近乱，跗蹠不整。两眼常开不闭，神志不清。两肺散在性明显大小水泡音。皮肤极度苍白，肢体厥冷。大小便失禁。此温邪内陷逆传心包，有内闭之危，急取清营通窍为治，以异转机，随用清宫白虎汤加味。