

南平專區中醫藥學術研究

參考資料

內 部 文 件

創 刊 號

贈

南平专区中医研究所編

1959年10月1日

創 刊 詞

閩北重巒疊翠，沃肥千野，綠茵茵的青草藥，叢生在起伏的峻嶂。而在漫長的舊時代里，由於反動統治者的殘酷統治，使得瘴癘橫纏的、貧困和分散的山区人民，過着“火籠當棉襖，地瓜當飯飽”的生活；保護勞動人民健康的中醫藥，也遭受到摧殘，命運幾乎奄奄一息。

解放後，在黨的陽光哺育下，中醫藥真是朝氣蓬勃，欣欣向榮地發展。不論愛國衛生運動中，或是在醫療機構的臨床上，都顯示着它旺盛的生命力。現在山区每個角落，聳立着嶄新的醫療保健機構，他們在這些機構里，最充分地發揮着他們的作用；尤其是1958年大躍進和進一步貫徹黨的中醫政策後，全區掀起了發掘祖國醫學遺產，西醫學習中醫的高潮，許多醫院實行了中西會診、中西合治，並作出不少成績，為今後實現中西合流，貢獻了一分力量。這裡所選刊的十餘篇臨床報告論文，僅是其中的一小部分，這些成績，都是中西醫師們與廣大羣眾，在黨的領導下，孜孜不倦地向疾病鬥爭的結晶。

南平專區中醫研究所，還準備陸續不定期的出刊，“南平專區中醫藥學研究參考資料”。這些僅僅是提供參考，交流經驗與心得，不能說它是白玉無瑕，請大家批評指導，使它結出更豐碩的果實。

南 平 專 署 衛 生 局

一九五九年十月一日



46805

目 录

刊
創刊詞

各科病例报告

- 中医治疗腎臟炎30例的初步报告.....郑溫柔(1)
- 枯管釘治疗肛門瘻管483例的报告.....林占元(8)
- 中藥冬葵子湯治疗瘰癧四例初步观察报告.....毛胜忠(11)
- 柴虎湯治疗暑症16例初步观察报告.....張秋宗(15)
- 中医治疗消化性潰瘍併发急性大出血三例报告.....林显祖(19)

經驗介紹

- 用中藥乳癌丸治癒乳癌的經驗介紹.....黃錦清(23)
- 試用承气白虎混合加減法取得治疗噤口痢特效的經驗介紹.....金雪溪(25)
- 寒疝腹痛治驗介紹.....劉亞元(26)
- 三黃散治疗急性痢疾的經驗介紹.....占子衡(26)
- 西瓜皮草治疗乳癰的体会介紹.....邱品榮(27)

理論研究

- 疟疾的研究.....周紹芝(29)
- 健身灸对補体的研究.....李亦鵬(31)

講座

- 鍛煉气功有效的指導.....黃錦清(33)

中医治療腎脏炎30例的初步报告

南平專区医院 内科: 郑溫柔

腎臟炎又名血管球性腎炎,在臨床上有急性與慢性之別。其主要症狀與變化為:血尿、蛋白尿及管型尿,且有水腫、高血壓、眼底變化及腎功能損害等。發病原因尚未十分肯定,據多數學者均認為急性腎炎與某些傳染病特別是與溶血性鏈球菌感染有關,常繼發上呼吸系統感染而引起。若能及時得到注意並作充分治療其完全恢復健康,每可預期;如果未予重視而不爭取早日求治或治療不徹底,據文獻報導統計約有20%左右病例因紆綽時日而轉入慢性。慢性腎臟炎除一部份如上述是由急性演變而來,但大部份的發病原因每不了解,臨床上往往多是隱匿無顯著症狀存在,終因急性感染後而暴發。既往一般在臨床上均認為慢性腎臟炎乃屬難治疾病之一。患者久久輾轉,每束手無策,終併發尿毒症或心力衰竭而死亡,故預後多屬惡劣。數年來黨号召我們積極學習中醫,發掘祖國醫學遺產,經臨床醫家的多方努力,在採用中醫中藥的方法進行治療,腎臟炎方面已開闢了光明道路,而且內容是極其豐富多彩。我院內科几年来在黨委的正確領導下,積極貫徹黨的中医政策,通過中西醫協作,對於急性與慢性腎臟炎均根據病人症狀與體質等的不同,以辨証論治方法採用中醫中藥進行治療,初步獲得較滿意效果。茲為了本着互相交流學習心得與發揚祖國醫學,更好地為社會主義建設事業而服務為目的。特將我院1956年1月至1959年6月間在臨床上共治療觀察急性與慢性腎臟炎30例,作了初步小結報導如下,以供同道參考,並希指正。

(一)病例選擇

我院自1958年1月至1959年6月止的這一階段中,共收容了急慢性腎臟炎68例,計急性22例,慢性46例,其中急性14例與慢性17例共31例,係採用西醫療法,余均用中醫治療,其中有急性1例及慢性6例共7例,由於部份病歷不全,或檢查記錄不詳,或中途自動要求出院中斷治療,或治療時間較短而無法作較詳盡觀察外。本文共報告急性腎臟炎7例,慢性腎臟炎23例,共30例,均以西醫作出明確診斷,然後採用中醫中藥進行治療,其選擇診斷依據如下:

- 1.具有全身水腫現象者。
- 2.具有蛋白尿、管型尿或血尿等出現者。
- 3.具有高血壓者(舒張壓95毫米水銀柱以上)。
- 4.腎功能檢查有損害變化者(包括血液化學檢查)。
- 5.眼底檢查具有腎性變化者。

以上五項標準中除第一第二兩項為不可缺少外,其餘三項都兼有或具有兩項呈陽性者,同時可以排除其他心、腎及血管疾病。如原发性高血压症,腎盂炎、腎變性及心力衰竭等。

(二)病例分析

茲將本組30例之臨床觀察分析如下:

1. 年齡：本組以青、壯年最多，計24人佔80%，其中最小者13歲，最大者52歲。
 13—20歲4人，21—30歲18人，31—40歲6人，41歲以上2人。

2. 性別：男姓18人，女姓12人，男女比例為3：2。

3. 職業：本組以農民最多計13人，佔43.3%，家庭婦女次之計8人，佔26.6%，工人6人佔20%。干部3人佔10%。

4. 發病期限：1個月以下者10人，1—3個月12人，3—6個月2人，7個月—1年3人，1年以上者3人，其中最長者為七天共3人，最長者3年多計1人，此例有反覆發作病史。

5. 住院日數：本組住院觀察時間，一個月以內者17人，1—2個月9人，2—6個月者4人，平均住院日數為34天，其中最短9天，最長者152天此二例均治癒。

6. 病狀與體征：本組30例中全部均有全身浮腫，尿量減少，與尿中含有蛋白與管型出現。且絕大部份有血壓增高（舒張壓達90毫米汞柱以上）發熱、食慾減退等主要變化（見表一）

症狀與體征統計表

表一

症狀	尿減	發	腹	食減	腰	視障	頭暈	咳嗽	氣	疲	惡嘔	咽	腹	昏	抽	心	排
	量少	熱	脹	慾退	痛	力疲	暈痛	嗽	緊	乏	心吐	痛	瀉	迷	搐	悸	尿痛
例數	38	17	11	17	9	5	14	12	8	9	4	5	1	1	1	1	1
百分率%	93.3	36.6	36.6	65.6	63.0	16.6	64.6	64.0	24.4	30.0	13.3	16.6	3.3	3.3	3.3	3.3	3.3
體征	貧	腹	水	肺變	血增	眼異	咽	甲腫	扁桃	扁桃	子宮	肝腫	胸				
	血	水	腫	部化	壓高	底常	充血	狀腺大	腺大	腺大	體大	大	水				
例數	13	22	11	23	23	9	8	3	4	4	2	1	2				
百分率%	23.3	13.3	36.6	76.6	76.6	30.0	26.6	10.0	13.3	6.6	3.3	6.6	6.6				

7. 實驗檢查：本組病例中絕大多數有血尿現象，部份病例尤其急性者，有白血球增多及中性多核增多的血象出現，這可能與感染有密切關係。此外我們並曾作腎功能試驗及血液化學檢查。（見表二、三）

血象變化表

表二

白血球計算	病例數	百分率	紅血球計算	病例數	百分率%
6000—9000	10	33.3	<200萬	1	3.3
9010—15000	16	53.3	200—300萬	4	13.3
15010—20000	3	10	300—400萬	22	73.3
>20000	1	3.3	>400萬	3	10

血清蛋白分析表

表三

血清總蛋白量	病例數	百分率%	血清白蛋白定量	病例	百分率%
4.0—4.0	2	18.2	1.0—1.5	3	27.5
4.1—5.0	4	36.4	1.6—2.0	1	9.1
5.1—6.0	0	0.9	2.1—2.5	1	9.1
6.1—7.0	4	36.4	2.6—3.5	3	27.3
7.1以上	1	9.1	3.6—4.0	3	27.4

在腎功能檢查中，本組有21例作酚酞紅試驗（靜脈注射法），其中呈極度損害者（2

小时内排出0—10%)有2例(9.5%)重度损害者(11—24%)7例(33.3%)，中度损害者(25—39%)4例(19%)，轻度(40—59%)7例(33.3%)，正常者1例(5%)(排出65%)。有11例曾作尿浓缩试验，其中除3例在正常范围(比重均达1030以上)外，其余8例均属有不同程度损害现象，甚至有一例却低至1004—1008之间。此外有19例进行了血液的非蛋白氮测定，属于正常范围者(25—35毫克%)5例(26.4%)，轻度增加者(36—45毫克%)，7例(36.8%)，中度增加者(45—65毫克%)4例(21%)，重度增加者(66—90毫克%)，1例(5.2%)，极度增加者(91毫克%以上)2例(10.5%)。有3例作了爱迪斯氏有机沉淀物计数，均符合肾脏炎诊断。

本组之血液化学检查中，计血沉降9例，全部呈显著加速现象，低者在38毫米/一小时，高者达150毫米/一小时。有3例高度水肿病例作了血胆固醇测定，分别为386420及612毫克%，这3例均属为肾变性期。又9例分别作了二氧化碳结合力测定，除2例外，其余7例均有不同程度的酸中毒现象，其中最低者为28体积%，有4例临床出现尿毒症之症状。

在尿常规检查中，以蛋白、管型及白血球的出现最明显。本组的30例中均有不同程度的出现，但红血球仅有19例于尿中出现，11例多次检查均属阴性。(见表四)

尿 液 常 規 檢 查 表

表 四

变化程度	蛋	白	管	型	白	血	球	红	血	球
四十	8	26.6%	2	6.6%	0	0%	0	0	0%	
三十	11	36.6%	10	33.3%	2	6.6%	2	3	9.9%	
二十	8	26.6%	4	13.3%	8	26.6%	3	11	10%	
十	3	10%	14	46.6%	19	63.3%	11	64.6%		
○	0	0%	0	0%	0	3.3%	14	36.6%		

8. 合併症与并发症：本组有14人发生合併症与并发症存在，计尿毒症4人，胸膜炎3人，高血压脑症1人，视网膜炎1人，妊娠2人，支气管扩张症1人，丝虫病1人。

(三)疗效观察

1. 疗效分析：本组所有病例，除3例急性肾脏炎住院后作出明确诊断，立即用中医疗法外，其他27例均曾经入院后採用西医治无效或效果不显著而轉用中医疗法。在30例中有2例急性肾脏炎入院前未接受過治疗，其余28例均先后受到西医或中医疗法而无效才轉来住院。本组的30例，在接受中医疗法后經观察结果，我們感到尚称满意，其疗效标准如下：

痊愈组：水肿完全消退，血压恢复，化验检查已正常者(少部份尚有蛋白少許)。

满意组：水肿完全消退或显著消退，血压恢复或近正常，化验检查显著进步者。

进步组：水肿减退，血压有下降或变化不大，化验检查有进步者。

无效组：临床症状不消失，化验检查无进步或一切均无变化者。

根据以上标准，本组以急性肾脏炎的疗效较理想，慢性肾脏炎虽无对照组比较，但从過去实践的体会，其疗效远优于西医疗法。(见表五)

治療效果分析表

表五

組別	急性腎臟炎	慢性腎臟炎	總計	百分比
痊癒組	6人	2人	8人	26.6%
滿意組	1人	12人	13人	43.3%
進步組		6人	6人	20%
無效組		2人	2人	6.6%
死亡		1人	1人	3.3%

2.水腫消退：本組30例中全部均普遍存在有全身水腫現象，其中28例有腹水征，2例兼有胸水。所有病例經治療后，完全消退者14例（46.6%），顯著減退者11例（36.6%）減輕者2例（6.6%），無效者3例（10%），尤其水腫越重者，消退效果愈好，反之則較差。

3.血壓變化：本組有血壓增高現象者共23例，其餘7例均在正常範圍內。在23例高血壓中，最高2例達230/150及210/150毫米汞柱，前者降壓現象不著，可能與妊娠有關，後者伴有高血壓腦症，經125天治療后，完全恢復出院。在23例中經治療后有13例（56.5%）完全恢復正常，3例（13%）顯著下降，而接近正常。4例（17.4%）下降不明顯，3例（13%）無變化。

4.尿的變化：本組30例中全部均有蛋白尿及管型尿現象，19例有血尿出現，在尿的變化中，以管型消退最顯著，經治療后11例（36.6%）完全消失，7例（23.3%）顯著減少，8例（26.6%）消失不著，4例（13.3%）無變化。19例的血尿中，紅血球完全消失者11例（58%），4例（21%）僅偶可發現，3例（15.8%）尚常可發現。1例（5.2%）無變化，在蛋白方面，則效果較差，完全消退者2例（6.6%），18例（60%）顯著減退，6例（20%）消退不著，4例（13.3%）無變化。29例有白血球存在，由於12例女姓無進行導尿檢查而不明確，故不能作分析。

5.血象變化：紅血色素下降者8例（26.6%），增加者3例（10%），其餘多無明顯變化。

6.腎功能改變：尿濃縮試驗顯著惡化者1例，酚酞紅試驗好轉者1例。惡化者2例，血非蛋白氮測定惡化者2例，恢復及繼續改善者8例。

綜合以上仅有的病例作初步分析觀察結果，我們認為中醫治療急慢性腎臟炎的近期療效是滿意的且可肯定的。但由於病者不能久住觀察，同時出院后我們均無聯係作追蹤觀察，所以對遠期效果如何無法加以分析，實感遺憾。

(四) 討論

腎臟炎是現代的醫學名詞，在祖國醫學文獻中，沒有這個名稱，但根據文獻上所記載有關，“水腫病”與“水氣病”的病因，証候治療等資料來分析研究，其中部份與腎臟炎是很符合的。這些有關記載，遠在二千多年前的呂氏春秋時代，即有較詳盡的敘述。考查祖國醫學文獻中有关类似本病的記載是很多的茲扼要的分別節略記述如下：

1. 祖國醫學對本病的認識：

病因與機轉：內經靈樞水脹篇說：“肤脹者，寒氣客于皮膚之間”。內經素問真要大論說：“寒氣大來，水之勝也，寒水受邪腎病生焉”。內經素問水熱穴論篇說：“男而勞甚則

腎汗出，腎汗出達於風，內不得入於臟府，外不得越於皮膚，容於玄府，行於皮里，傳為附腫，本之於腎，名曰風水”。又說：“腎者至陰也，至陰者，藏水也。肺者，太陰也。少陰者，冬脈也。故其本在腎，其末在肺，皆積水也”。又說：“腎者，胃之關也，關門不利，故聚水而從其類也。上下溢於皮膚，故為附腫。附腫者，聚水而生病也”。又說：“腎者，牝藏也，地氣上者屬於腎，而生水液也”。內經素問問陽別論篇說：“三陰結謂之水”：（三陰結謂脾肺之脈俱寒結也，脾肺結則氣化為水）巢元方氏諸病源候論水腫病諸候篇說，“腎者主水，脾胃俱主土，土性尅水，脾與胃合，相為表里，胃為水谷之海。今胃虛不能得化水氣，使水氣滲溢，經絡浸漬府藏，脾得水濕之氣，加之則病，脾病則不能制水，故水氣蜀歸腎，三焦不瀉，經脈閉塞，故水氣溢於皮膚而令腫也”。又說：“水病者，由腎脾俱虛故也，腎虛不能宣通水氣，脾虛又不能制水，故水氣盈溢滲液皮膚，流遍四肢，所以通身腫也”。又說：“由脾腎氣虛弱所為也，腎勞則虛，虛則汗出，汗出達風，風氣內入還客於腎，脾虛又不能制於水，故水散溢皮膚，又與風濕相搏，故云風水也”。又說：“故肺為喘呼，腎為水腫，肺為逆不得臥分為相輔俱受者，水氣之所留也”。王焘氏外台秘要，水病篇及孫思邈氏備急千金要方水腫篇，均有以上類似記載。難經四十九難說：久坐湿地，強力入水，則傷腎”。東醫寶鑑什病篇說：“腫者鍾也，寒熱氣所鍾聚也”。又說：“諸濕腫滿，皆屬脾土”。

綜合上述文獻記載，古人認為本病的发生有內外兩因。內因與脾、肺、腎三臟有密切關係，其中尤以腎的關係最為重要，蓋脾為水之制，輸布津液，肺為水之標，治節氣化；腎為水之本，主引水氣。若脾虛則土不制水而反尅，肺虛則氣不化精而化水，腎虛則水无所主而妄行，水不歸經，散溢皮膚、流注四肢，因而附腫。外因每由疲勞，風邪外感，寒氣暑濕內犯，致孔竅閉防，水氣容於玄府，行於皮里，而令水腫。

証候：內經靈樞水脹篇說：“水始起也，目窠上微腫，如新臥起之狀，其頸脈動，時欬，陰腹間寒，足腫，腹乃大，其水已成矣，以手按其腹，隨手而起，如囊水之狀，此其候也”。內經素問水熱穴論篇說：“故水病，下為附腫，大腹，上為喘呼，不得臥者，標本俱病”。內經素問問齊氣法時論說：“腎病者，腹大脛腫，喘欬身重，寢汗出，槽風”。巢元方氏諸病源候論水腫病諸候篇說：“其狀目上微腫，如新臥起之狀，頸脈動時欬股間冷，以手按腫處，隨手而起，如物囊水之狀。口苦舌干，不得正偃偃則欬清水，不得臥，臥則驚，驚則欬甚，小便黃澀是也”。王焘氏外台秘要水腫病篇及孫思邈氏備急千金要方水腫篇，均有上述記載，張仲景氏金匱要略水氣病脈証篇說：“腎水者其腹大臍痛，腰痛，不能溺”。以上為古人似對腎臟炎的一般概括描述。但張仲景、巢元方、王焘及孫思邈等氏，另對水腫分為五水及十水等，如金匱要略水氣病，脈症篇說：“病有風水，有皮水，有正水，有石水，有黃汗。風水其脈自浮，外証骨節疼痛，惡風，皮水，其脈自亦浮，外証附腫，按之沒指，不惡風，其腹如鼓，不渴，當發其汗。正水，其脈沉遲，外証自喘。石水，其脈自沉，外証腹滿不喘。黃汗，其脈沉遲，身發熱，胸滿，四肢頭面腫，久不愈，必致癰脹”。以上分類由於過繁，繼後為了臨証便於辨証及治療，後人又有陽水與陰水之分。如葉天士臨証指南醫案，腫脹篇說：“腫分陽水、陰水，其有因風，因濕，因氣，因熱，外來者為有余，即為陽水，因於大病後因脾肺虛弱，不能通調水道，因心火尅金，肺不能生腎水，以致小便不利，因腎經閉虧，虛火爆肺金而溺少，誤用行氣分利之劑，漸至喘息急或，小水短赤，難成腫証。內發者為不足即為陰水”。東醫寶鑑什病篇說：“陽水多外因涉水冒雨或感風寒、暑濕，

其証先腫上体，肩背手腎熱渴而二便閉。陰水多內因飲水及茶酒飢飽，勞役房勞，其証先腫下体，腰腹腫肘，身涼大便利”。又說：“脈浮數煩渴，小便赤澀，大便秘結，此為陽水。脈沉遲，不煩渴，大便溏，小便不赤澀，此為陰水。茲為便利臨床的實踐，根據各家有關記載資料，綜合列表如下：（表六）

陽水陰水鑑別表

表六

	陽	水	陰	水
病因	以內有水氣，外感風邪所致（主外因）		因情志勞傷，酒色過度或大病後等而脾肺腎俱虛所致（主內因）	
八綱	屬陽、表、熱、實証		屬陰、里、寒、虛証	
証候	1. 病起不久，体尚壯健		1. 病起已久，体力衰弱	
	2. 多發熱，惡風		2. 身涼不熱	
	3. 煩渴喜涼飲		3. 不渴，喜熱飲	
	4. 舌不嫩潤		4. 舌嫩潤或浮腫	
	5. 面目鮮澤，潮紅		5. 气色枯白	
	6. 声音高爽		6. 語言低怯	
	7. 腫先行于上体，水腫处按之即起		7. 腫多先于下体，水腫处按之不能即起	
	8. 小便赤澀，便秘		8. 小便清利，大便多溏瀉	
脈象	浮數		沉遲且細緊	
治法	通經走濕，滲利膀胱		溫腎行水，扶中制水	

張仲景氏等將水腫分為五水與十水等不同類別，不可否認的其中還包括腎臟炎一病。根據古人所敘述的病因証候與治法等，來分析研究，在五水中之風水及正水似較符合腎臟炎這一病，繼後如叶士天等氏又有將水腫分為陽水與陰水的記載，這種敘述又是腎臟炎更進一步且明確的分類。根據文獻有關以上的敘述，我們認為可與現代的急性腎臟炎相符合一致。這種看法是否確當，尚有待今後同道們進一步考查研究與指正。

治療：內經湯液醴論篇說：“去宛陳莖開鬼門，潔淨府”。又陰陽應象大論說：“其在皮者汗以發之”。又說：“其下者行而瀉之”。金匱要略水氣病脈治症說：“諸有水者腰以下腫當利小便，腰以上腫當發汗，乃愈”。關於治療方劑，祖國醫學文獻中燦然大備，相當廣博，各家有所不同，茲不多述。

以上為古人对水腫病治療的總則，後人在臨床上雖对本病各有不同方劑，與方法的應用，唯至今尚認為以上發汗利水攻瀉等治療原則，仍有實際指導意義。但不能例外的，必須按“辨証論治”的法則，根據各自不同情況來靈活運用。中醫認為本病的發生，是由於“脾、肺、腎”三臟俱虛所致，故在治療上應補腎扶脾為主的根本方法，並根據臨床上所表現的不同症狀，兼用益氣利尿通陽逐水等治標方法。

此外古人对水腫病的禁忌問題亦很重視，如孫真仁氏千金萬水腫篇說：大凡水腫病難治，瘥後，須慎予口味，不則腹病水”。孫思邈氏備急千金要方水腫篇說：“大凡水病難治，蓋後特須慎於口味，又復病人多嗜食不廉所以此病難愈也”。又說：“凡水病忽腹上出水，出水者月死，”。以上在王焘氏外台秘要書亦有類似記載，得效方說：“凡水腫惟忌鹽，薑葱不得入口”。

關於禁忌問題：祖國醫學文獻中亦詳見記載。其對忌口慎限飲食等，大意方面均與現代醫學認識是一致的，足見古人对疾病的治療方法是非常細緻而無不全面考慮的。因此，只有我們虛心學習，深入鉅研，團結中西醫，共同發掘整理，祖國醫學對世界醫學將有更大的貢

缺。

2. 治疗方法:

我們除注意休息和飲食，特別忌口如鹽類及刺激性食物外，並根據古人所記載的發汗，利尿及逐水等根據勢利治療水腫原則與經驗，以標本兼治，採用濟生腎氣丸、桂附八味丸及黃芪小建中湯等作為補腎扶脾，另以胃苓湯、五皮飲、防己黃耆湯等作為利尿通導膀胱。從“整體觀念”及“辨證論治”的原則，決定治療的規律。

方劑組成如下：

1. 濟生腎氣丸：石朮、山藥、茯苓、熟地、丹皮、澤瀉、車前、牛膝、川附子、肉桂。
2. 桂附八味丸：肉桂、附子、山藥、石朮、茯苓、熟地、丹皮、澤瀉。
3. 黃芪小建中湯：桂枝、白芍、炙草、紅棗、生姜、飴糖、黃芪。
4. 五皮飲：陳皮、茯苓皮、生姜皮、桑白皮、腹皮。
5. 胃苓湯：茯苓、白朮、豬苓、澤瀉、桂枝、蒼朮、川朴、陳皮、甘草。
6. 防己黃耆湯：防己黃耆、白朮、生姜、大棗、甘草。

(五) 体 会:

1. 通過臨床的實踐及本文的療效觀察分析，我們認為中醫中藥治療慢性腎臟炎是有它一定的良效。特別是本組的病例絕大部分曾經西醫長期治療無效，住院後繼續採用中醫中藥治療後收到顯著效果，雖然我們無對照組，但根據我們臨床的實踐及文獻上西醫療法的報導來看，足証中醫療效確較西醫為佳，如能不斷的交流及深入鉅研，中醫中藥治療腎臟炎將得到更大與理想效果。

2. 通過中西醫對本病診療的協作，使我們深深的認識到要達到中西醫合流與建立我國新醫學，當前主要任務是團結中西醫與西醫應當更好地學習中醫的理論，這充分地說明了黨的領導英明與黨的中醫政策的正確性。

3. 本文初步地總結了一年來中醫治療腎臟炎的臨床觀察，並肯定了中醫中藥對腎臟炎的療效，本組的近期有效率為90%，其中完全痊癒率為26.6%，遺憾的是由於未能作出較長期的治療與觀察，我們相信如果能作較長時間與更充分的治療，部分病例亦可達到完全痊癒的，因此，其实际有效率與痊癒率當更高。另一方面，我們對追蹤隨防工作還沒有做到，這對近期觀察療效方面存在缺點，今後將予糾正。

4. 本組的治療結果，其療效以消腫利尿為最顯著，其有效率達90%，其中水腫越明顯者，效果越好，反之則較差，足見中藥的消腫利尿作用為西藥所不及，且其種數亦多，故有待我們今後詳細的研究，特別是關於作用與機轉方面。

5. 根據本組的療效分析急性腎臟炎的治療較滿意，可達100%的治癒率，慢性腎臟炎的治療則較難，故須耐心地教育病人，通力合作，密切配合，不能因一時效果不著而半途而廢，如果長期繼續及充分治療，必能收到預期效果。

6. 古代文獻對水腫之禁忌，均有詳盡記載，其認識與現代醫學是一致的，我們認為藥物治療固然重要，但對腎臟炎的禁忌問題，尤不可忽視，必須嚴格禁止攝取如鹽、醬油及刺激性食物，特別是慢性腎臟炎的患者，否則必事轉徒勞，一無成就。

7.发汗、利尿及逐水是治疗肾脏炎的总则，根据“整体观念”及“辨证论治”的原则，我们摸索出“标本兼治”以“补肾扶脾，及利尿通导膀胱”的治疗规律。

(六)总 结

本文初步地报告了我院内科採用中医对30例肾脏炎的臨床疗效分析，其效果感到滿意，有效达到90%，并对祖国医学有关文献作了学习，使我们对有关肾脏炎的问题有了更多的認識，同时进一步証明了祖国医学的丰富多彩。因此，欲求得祖国医学发扬光大，早日达到中西医结合与建立我国新医学，当前主要任务是团结中西医与西医应当更好的学习中医学理論，这使我们深深体会到党所提出：“团结中西医”“組織西医学习中医”及“系統学习，全面掌握，整理提高”等指示的正确性。因所学有限，經驗知識肤淺，内容錯誤必在，愿与同道們共同努力，繼續深入学习祖国医学。並衷心要求同道們給以指正。

参 考 献 文

- 1.黃帝內經。
- 2.巢元方氏諸病源候論。
- 3.王素氏外台秘要。
- 4.秦越人難經。
- 5.孙思邈氏备急千金要方。
- 6.許凌氏东医宝鑑。
- 7.張仲景氏金匱要略。
- 8.叶天士氏臨証指南医案。
- 9.孙真人的千金方。
- 10.危亦林氏得效方。

枯管釘治疗肛門瘻管483例的报告

南平專区医院痔瘻科

林占元

肛門直腸瘻管是在肛門附近及直腸下部发生疾病，一端是通入肛門或直腸，一端通於皮下或其他器官，在肛門外科中除痔疾外，此病占相当比例。常因肛門直腸周圍发生膿腫自然穿破或手术切開出膿后，膿腔收縮形成管狀，管壁由肉芽組織或結締組織形成經常膿水从瘻管内流出。一旦瘻管閉塞只覺肛門脹痛局部症狀，周圍皮肤受到刺激引起不舒服，体温及脈搏正常，常有便秘，創口时好时发，反复不愈，紆綿歲月，严重影响身体健康，直接妨碍劳动生产力。本专区地处閩北山区，過去受封建制度压迫，人民生活痛苦，致罹病日增。解放后农村生活逐步提高，就医者日漸增多。本科經過二年来治疗初步体会，患者對於个人衛生有很大的关系，例如：建築工人、搬運工人及农民等罹病者佔病例中相当比重。茲将本科在臨床上采取枯管釘治疗肛門瘻管的体会，提出一些意見，請同道共同探討，希望本着一切为病人精神，本着为发扬祖国医学遺產，为創造中西合流的共同願望，請乞指正。

病源概述

根据中医学說陳远公曰“肛門邊先生小瘡，因不戒酒色以致腐爛變成痔漏，不能收口者長成肉管，每年生一管，淌流膿血甚以為苦”。顧練江曰：“既潰之后，每每多成漏管，不能收口。致成漏后，有串腎者、有串阴者、有串腸者，有移从疮而出者”。以上所述前輩对肛瘻研究均有卓著之功。

枯管釘的來源

枯管釘是我三代祖傳的秘方，它能夠治療各種瘻管。在我父來臨床四十多年來採用本藥治療許多瘻管中，都能得顯著的療效，但是以往由於半封建半殖民地社會制度束縛，使這個祖傳秘方得不到公開，這不能不算是個遺憾。解放以來由於黨的中醫政策的感召，由於社會主義優越性的引導，特別在黨直接不斷教育之下，使我認識到這個具有臨床治療，能夠治病救人的方法必須予以公開推廣，因此我在臨床上開始採用它，進行對肛門瘻管的治療。

枯管釘的內容和配制方法

本法系根據祖傳秘方經過研究改良後，而成目前治療的新方法，祖傳秘方原方如下：

主劑：水銀九錢 牙硝八錢 明礬八錢 綠皂礬一兩 胆礬一兩 白鹽一兩

付劑：生糯米粉、白米粉、粳米粉。

制法：先將主劑照方標準，研成細末，而後放在銀鍋內，令其自動溶化，再將其中水分燒干，以後將銀鍋倒懸在磁碗上面（磁碗要大的，及能耐火）。將銀鍋磁碗縫隙，用白紙條封固，再用石膏及石灰封塞，在磁碗下面再放一大盤，盤中保持水份，以免干涸，在銀鍋底面先以溫火燒灼二小時，再以烈火燒灼三小時。

配藥：以煉成後的主劑粉二錢，稍研細，加付劑一兩（生糯米粉四錢、白米粉四錢、粳米粉二錢），再加蒸餾水少許。在溫火下蒸成粉狀，再製成火柴棒狀藥條，陰干後密封，半年後方能應用，同時取一條插于創口。

根據臨床使用經驗，發現此藥對創口有強烈刺激，使病者感到劇痛，同時不能在短期內制用及偶然還有中毒現象。

為了克服上述缺點，及能更好地解除病人痛苦，經過長期時間反復研究及試驗，發現以二氯化汞為主劑對各型舊瘻管治療，效果比上述主治佳，腐蝕力強，三小時後管壁周圍即發現治療效果，管壁異物三日即行脫落，肉芽新鮮，一般在十四日左右即能愈合，另外此藥疼痛較輕，僅1——2小時，同時可用止痛片止痛，為病者所歡迎。

改良後處方及方法如下：

主劑：二氯化汞一錢

付劑：生糯米粉四錢、生白米粉四錢、粳米粉二錢

制法：二氯化汞系成藥，不必須制煉。

配藥：先將付劑蒸熱成為糊狀候冷加入主劑製成火柴棒狀藥條，陰干後即能使用。

治療：甲：配合掛錢療法；乙：配合切開療法。

根據臨床應用結果，發現配合掛錢療法優點無出血，無大便失禁。缺點：療程長，疼痛及妨礙病人工作。配合切開法優點：痛少不傷害工作，療程短。缺點偶有出血。

自1957 1月至1959年7月約二年半的時間，本科治疗肛門瘻管中，可供統計的病例483例分析如下：

一、病例选择：

經門診檢查診斷确定肛瘻，即決定使用枯管釘配合掛綫疗法等进行治疗茲將483例列表如下：

肛門瘻管 表一

病 例	型 數	內 外 口	單 純 性	復 什 性	合 計
	111	231	141	483	
%	23.0	27.8	29.2	100	

二、病型分析統計：

483例病員年齡、性別、职业、患病時間 表二

性 別		年 齡						職 業					患 病 時 間											
男	女	小 計	20 以 下	21 — 30	31 — 40	41 — 50	50 以 上	合 計	干 部	工 人	農 民	學 生	合 計	一 年 以 內	2	4	6	8	10	12	14	16	合 計	
															3	5	7	9	11	13	15	20		
321	162	483	11	276	91	86	19	483	73	214	175	21	483	152	119	73	65	41	16	6	4	7	483	

三、治疗方法：

在进行掛綫疗法因疗程較長和收綫時比較疼痛，为了減輕患者痛苦，採用外科手術療法，這不仅效果較好，而且大大地縮短疗程。

掛綫疗法和外科手術療法統計 表三

疗 法	掛 綫 術	切 開 術	合 計
例 數	162	321	483
%	33.54	66.46	100

四、治疗結果：

治疗效果的判定根据每日檢查創口肉芽情况以及病人主訴，但內中有不明系因病人未来換藥檢查致无法依据。

疗效統計 表四

治 疗 結 果	全 癒	進 步	不 明	合 計
例 數	413	49	21	483
%	85.5	10.2	4.3	100

五、治疗天数：

一般肛瘻，如单纯性无其他症狀在短期中可以全愈，或因患者生活关系中断治疗致影响疗程，經採用外科手術后，效果更为显著，做到多快好省，使病人早日参加生产建設。治疗

483例中疗程最短为10天(計67人),平均天数为21天。

疗 程 統 計

表五

天 数	1—10	11—20	21—30	31—40	合 計
例 数	67	153	187	76	483
%	13.9	31.6	38.7	15.8	100

小 結:

根据我們治疗肛瘻483例的經驗有下列七点:

- 1.用二氧化汞为主剂的枯管疗法对肛瘻治疗有相当的效果。
- 2.在治疗肛瘻的方法中,争取切開手术,不仅可以縮短疗程,同时也提高了疗效,並能减少患者的痛苦。
- 3.单纯性瘻管使用枯管釘疗法,管壁會自然脫落勿須切開,經敷药膏数日后痊癒,方法簡單而且經濟,可以在門診施行。
- 4.单纯性瘻管管口距離肛門較远者用枯管疗法,使管壁脫落之后,再配合局麻切開敷药10日創口即能痊癒,患者勿須住院,可在門診施行。
- 5.复杂性瘻管必須按具体情况分期施行。
- 6.据483例臨床观察尚无术后出血及大小便失禁等合併症出現,但随访有二例復发。

按 語:

中医林占元醫師,所公開的密方——以二氧化汞为主剂的枯管釘,治疗肛門瘻管經驗,1958年曾得到中華人民共和國衛生部奖状及奖章等奖励。

中藥冬葵子湯治疗癰閉症四例初步观察报告

南平專区中医师資班医师 毛胜忠

一、祖国医学有关癰閉的理論:

1.經义:灵蘭秘典論曰:小腸者受盛之官、化物出焉,三焦者决渎之官,水道出焉,膀胱者州都之官,津液藏焉,气化則能出矣。

宣明五气篇曰:“膀胱不利为癰”。“生气通天論曰:阳不胜其阴,則臟气爭九窍不通”。本輸篇曰:“三焦者,足少阴太阳之所,將太阳之別也,並太阳之正入络膀胱下焦,实則閉癰,虛則遺溺”。

2.凡癰閉之症,其因有四,最当辨其虛实,有因火邪結聚小腸膀胱者,此以水寒乾涸,而气門熱閉不通也,有因熱居肝腎者,則或以敗精,或以藕血阻塞水道而不通也,若此者本非无水之証,不通癰而然,病因有餘,可清可利,或用法以通之,是皆癰閉之輕症也,惟是气閉之症,則尤为危候,然气閉之义有二焉,有气实而閉者,有气虛而閉者,夫膀胱为藏水之腑,而水之入也,由气以化水,故有气斯有水,水之出也,由水以达气,故有水始有溺,經

曰：“气化则能出矣”，盖有化而入，而后有化而出，无化而出，必其无化而入，是以其入其出者，皆由气化，此即本经气化之义，非单以出者言气化也，然则水中有气，气即水也，气中有水，水即气也，今凡病气虚而闭者，必以真阳下竭，元海无根，水火不交，阴阳否隔，所以气自气，而气不化为水，水自水，而水蓄不行，气不化水，则水膀胱渴者有之，水蓄不行，则浸渍腐败者有之，气既不能化，而欲强为通利果能行乎，阴中已无阳而再用苦寒之剂能无甚乎，理本甚明，何知之者之不多见也，至若气实而闭者，不通肝强气逆，移碍膀胱或破其气，或通其滞，或提其陷而壅者，自无不去，此治实者无难，而治虚者，必得其化为不易也，故凡临此证，不可不辨其虚实。

3. 诸病源候论：“小便不通者，由肾虚而膀胱热故也，膀胱与肾为表里，俱主水，水入小肠下於胞，行於阴为溲便也，肾气通於阴，阴津液下流之道也，若饮食不洁，喜怒不时，虚实不调，则府脏不和，致肾虚而膀胱热也，膀胱津液之府，热则津液内溢，而流於茎，水道不通，水不上不下，停积於胞，肾虚则小便数，膀胱热则水下涩，则淋瀝不宣，故成癃闭”。

二、關於癃閉的病因：

癃閉是小便不能排出的一种疾患，致病的成因，有肾气燥热，致膀胱不利，心火旺盛致小肠多热，蓄留下焦，影响水道涩滞而致病，亦有肺中伏热，肺金不能生水，而不施清肃之气化，或因脾经湿热，清气郁滞，清气不降而致者，或因痰涎凝结，尿中沉淀异物阻碍气道尿道不畅，久病或汗出过多，津液枯耗而致者，此外如肝气忿怒之气郁结，脾脏虚弱调运失宜，以及内外关格营卫失调和致下焦积热，决渎不利，均能构成小便不通的癃闭病因。

三、一般的症狀：

新病溺閉者：有小便点滴难通，脉搏寸关弦滑，两尺数，尿意频急，排尿时痛苦万状，颜面潮红，身热，小腹膨脹气急上逆，心胸痞闷，燥热不安，口渴喜饮冷不止，久病溺閉者，小便虽欲排出而短少，少腹脹满，甚则肺气壅遏，横行脐中小肠为之突出，軀体振戰不定，脉搏尺部浮滑緩，口虽渴喜温饮，排尿时除澀頻数，痛楚号呼，臥不着席，精神萎靡，顏面憔悴。

四、四例症狀附表 1：

例数	性別	年齡	中医诊断	脉型	症狀	中药治疗	复診处方	治疗日数	备注
1	男	41	癃閉石淋	寸关浮滑尺数	排尿頻数，小腹脹滿痛	冬葵子湯	照原方	2	人參
1	男	24	癃閉膀胱熱蓄水症	寸关尺数	排尿困難不通，叫号欲絕	同上	原方加猪苓滑石	1	西洋參
1	男	37	癃閉兼下元腎虛症	关弦寸尺虛浮	尿意頻急不通，引起后墜感	同上	无	2	人參
1	男	48	癃閉膀胱濕熱小便不通症	两寸关浮数，尺緩滑	小便点滴不通腹脹硬如鼓号叫重	同上	照原方	2	外貼石韋骨內服西洋參

五、方劑組成：

冬葵子三錢，石葦五錢，通草五錢，車前子四錢，澤瀉四錢，甘草四錢，瞿麥四錢，篇蓄四錢，人參（虛實症臨床處方酌用）

六、用量和服法：

按照上方合一劑，開水炖，人參另炖湯，臨服時沖下調勻，稍冷服下，一劑分二次服完。

七、藥味性能：

冬葵子：性味淡平，功效養胃行津，利水道，有利尿作用，並有滑潤性，治小便不利，小便疼痛。

石葦：性味苦，清香平，功效利水，通淋化濕熱，為利尿，適用於尿道炎症，膀胱有熱，小便淋痛等症，專用于下焦濕熱。

通草：性味淡，平，功效滲化濕熱，利水通淋，有利尿作用，熱性病煩渴，小便不利等症狀。

車前子：性味甘、平、淡，功效利水道，除濕痺，清化濕熱，用于小便不利，排尿困難，尿道障礙，癰閉，淋濁，遺少等症。

澤瀉：性味甘，淡，鹹，微苦，功效風寒濕痺，消水，止渴，通水道，利小便及煩渴，停痰蓄飲等症。

甘草：性味甘平，功效五臟六腑寒熱邪氣，堅筋骨，長肌肉，解毒，溫中下氣，煩滿短氣，傷胸咳嗽，止渴解毒，清熱，小便熱痛等。

瞿麥：性味苦平，利水道，通淋閉，化濕熱，兼有涼血消炎，適用於膀胱炎，淋病，小便疼痛，小便困難，膀胱出血等症。

篇蓄：性味苦，香，平，功效利濕熱，通淋閉，殺蟲，為利尿，消炎劑，適用於尿道炎，淋病，膀胱炎，小便不利等症。

人參：性味甘，微苦，微溫，功效補五臟，安精神，定魂魄，止驚悸，五勞七傷，虛損瘦弱，補肺氣，健脾胃，安神定驚，為興奮強壯劑，恢復疲勞，陽虛肢冷，適用於心、肺、腦，三部之急慢性衰弱，少氣，促進新陳代謝機能之作用等症。

八、病例介紹：

茲將四例患癰閉症，症狀比較重篤經過治療效果顯著，簡介報告于后，以供參考。

例一：謝××男41歲，已婚，業木匠半農，住尤溪縣管前區東坑村，於1958年春因出外工作，三月間因還家心急，趕趕途程，到家后当晚突發生小便排出困難，翌日緩步來我所診治。

主訴：因往外地做手工，因還家路遠，天未明動身，肩挑重担，爬山過岭，大汗熱淋，口渴欲水，日暮抵家，當睡時忽排便困難，繼則尿意頻數，欲解不得出，用力排擠，僅得渡一滴，莖中疼痛，痛切心肺，欲昏倒需人扶持，輾轉床第，一夜不得安寧，莫可言狀。

体检主要发现：營養中等，言語清晰，精神欠佳，呼吸減弱。

症状：小腹胀满微热，拒按，排尿频数，欲解不得出，茎中疼痛，解便时头手要俯壁，声嘶叫号，头微有小汗，脉搏寸关浮滑两尺虚数。

诊断：癰閉石淋症：

处方：冬葵子湯一劑，開水炖，高麗參一錢五分另炖調冲，日服二次。

二診：翌日上午八時來所，據稱昨服一次藥之後，時聞腹中漉漉如鳴，晚飯時將第二次藥服下，至臥時腹膨甚急欲小便，排便時覺茎中（尿道）有移動，如有物阻塞，即用手搓撻其陰莖，用力擠出，忽一聲澎湃，則小便隨即湧出，尿約一小桶（已閉一日一夜之尿量），當時腹中舒暢，精神奮發，將尿桶撻一小粒的類似沙石，現已好很多，惟排尿時茎中稍有痛感，擬照原方再服一劑，第三日來市買物，來所歡喜道謝，自稱症狀消失而愈。

例二：蕭××，男性，24歲，已婚，並農，住尤溪縣鳴基鄉。于1953年6月間。

其父代訴：其因農忙過勞，病小便不通已三天，曾請西醫服藥後，均未見效，病更加重，于六月十七日邀我出診。

體檢主要發現：營養尚佳，顏面憔悴，精神疲癯，言語啞亮，大聲叫不停。

症狀：小便急頻，臥不着席，起坐不安，排尿困難不通，腹中脹痛，氣悶心胸，口大渴飲不止，舌紅絳，大聲疾呼，四肢煩燥發熱，出汗，解小便時手扶牆壁，痛苦萬狀，觸診，臍中突出，左腹部膨隆凸起堅硬甚大，右腹部平坦稍軟，脈搏寸關尺數。

診斷：癰閉膀胱熱蓄水症。

处方：冬葵子湯一劑開水炖，西洋參一錢另狀調冲，候稍冷服二次完。

二診：次日其父來所稱，昨服藥後，小便已通利，左腹部較軟，晚間能睡，夜半腹飢，飲稀粥一碗，今早能起床，惟口尚渴，常欲飲茶，因經濟困難，無法延醫，求余問診擬方，照原方減去西洋參加豬苓三錢，滑石八錢，越數日路遇其父，據云服藥二劑後，諸恙息平，已參加勞動。

例三：余××，男性，37歲，農業，住尤溪縣管前鄉，于1954年8月自稱患小便不通已五天，服草藥未見效，來我所問診。

體檢主要發現：營養中等，精神尚佳，面帶愁容。

症狀：尿量頻急，每登廁排尿時便起后墜感，用力擠之，僅能擠出点滴，腹中陣痛引起閉塞，心胸郁悶，似下部氣逆上冲，頭眼覺眩暈，排尿時聲呻吟，莫可言狀，出廁后又欲登廁，輾轉無時，口微干渴，脈搏關弦寸尺虛浮。

診斷：癰閉症兼下元腎虛。

处方：冬葵子湯一劑開水炖，高麗參一錢另炖冲服，二次服完。

效果：據其妻云，服一次後，小便稍利，二次暢通，僅服一劑，即獲全愈，第二天已去勞動云云。

例四：蔣××，男性48歲，已婚，並農，住尤溪縣洪坑鄉，于1957年6月間去勞動，中午返家，即發生小便排尿疼痛，入晚稍重，當晚起坐不安，第二天清早即延××診所老中醫診治，服中藥數劑無效，又改延西醫注射葡萄糖和撒利米等，內服磺胺類葡萄糖粉連三次，症狀加重，復請其戚詹某某診治，服中藥草藥均未見效，病勢趨危，已準備作善後事，其家屬和子輩等見父病篤，欲多方求醫營救，由詹某某中醫介紹來延余往診，以試一決。

症狀：小便点滴不通，身熱，口大渴喜飲冷，不能上床臥，用眠椅軟墊高靠，欲令人用