

目 录

一、中医治疗“流行性乙型脑炎”83例初步报告	晋江专区第一医院 泉州市联合中医院 (1)
二、“流行性乙型脑炎”中医治疗总结	莆田医院“乙型脑炎”治疗小组 (18)
三、中医治疗白喉52例初步报告	林守銓 (38)
四、中药复方治疗传染性肝炎54例的临床分析	燕國荣 (47)
五、白毛藤治疗血吸虫病伴发黄疸六例初步报告	嚴守正 (58)
六、敗醬草治療晚期血吸虫病伴发腹水9例 初步报告	林恒春 (62)
七、中药瓦楞子丸治疗晚期血吸虫病肝脾肿大92例 疗效观察初步报告	翁充輝 (66)
八、用针灸处理内服较大剂量海群生而引起的反应的 初步观察	李学耕 (78)
九、凤尾草治疗细菌性痢疾80例初步报告	王子野 刘慶清 (81)
十、小儿痢疾51例中医治疗初步总结	福建省立医院 小兒科 (83)
十一、野麻草治疗阿米巴痢疾的初步报告	曾秉熙 (104)
十二、黄药子流浸膏治疗甲状腺中毒症26例 初步报告	福建省人民医院 (109)
十三、中医治疗慢性多发性神经炎一例报告	王福寿 陈应龍 朱希亭 戴天啓 (118)
十四、甘草烏賊骨粉剂治療胃及十二指腸潰瘍病的疗效 初步观察	潘麟士 陈白鷺 郭存銓 柯汝器 庄子長 (123)
十五、中医治疗慢性肾炎60例的初步报告	福建省人民医院慢性肾炎中医治療小組 (132)
十六、紫癜病十三例的中医治療报告	吳味雪 陈桐雨 李楚鑾 (142)

一、中医治療“流行性乙型腦炎”

83例初步报告

晉江專區第一醫院
泉州市聯合中醫院

自1956年7月至9月整整三個月中，我們就所收容的經西醫根據臨床症狀及部分血清診斷肯定是乙型腦炎的98例，無選擇地對83個病例（15例是在7月上旬中醫師尚未常住院負責治療的期間收容的）採用中醫治療。茲將治療經過，作初步報告如下：

（一）工作情況

1. 病者入院後即由西醫詢問病史，進行檢查（包括腦脊液及血清檢查），在肯定診斷後，由中西醫共同觀察病情，每日最少巡視病人兩次。中醫主要根據四診及辨症處方，西醫則進行體溫、脈搏、全身狀態、化驗結果及神經系統的檢查和觀察。所用的藥物盡量避免用西藥或者中西藥同時并用。所有處理都是經過中西醫兩方同意才進行，在護理上也是如此。

2. 我們特約了兩家靠近醫院的中藥鋪專門配藥和代煎，以代替1955年所用的成藥和提煉藥。用暖水壺裝藥汁，按時分給病人服下，不能吞服者用鼻飼法。

3. 中西醫巡視病人時，互相介紹檢查結果及對治療的意見，主要是由中醫師根據中醫的脈理及病症對西醫進行講解。

对一些极重型的病例，我們都是从各方面密切配合来进行急救；对死亡病例，也进行一番分析，求得經驗教訓。在整个过程中，我們曾召开过数次小組會議，以及时解决有关治療的一些問題。

(二) 98例的一些統計材料的分析

晉江专区以泉州市为中心的这一地区，几年来流行性乙型脑炎的流行病学上的特点，是比較一致的。

1. 在性別方面：男性患者是占多数（74.79%），和1955年的70.7%相差不多，但如何来解释男性患者較多，尙待进一步調查研究。

2. 在年齡方面：10歲以下的儿童占71.43%，比去年的52.73%为多，可以肯定，流行性乙型脑炎是一种小孩較易被感染的疾病。

3. 至于职业及季節的情况，一般和以前相类似。我們肯定，乙型脑炎在这个地区是終年都可以出現的，而以七、八、九月为流行的主要季節。

4. 在19个死亡病例中，有9例是1—5歲，8例是6—10歲，1例是11—14歲的儿童。說明絕大多数死亡患者都是在14岁以下的儿童。这和其他地区所报告的小孩死亡率較低的情况不同。

(三) 治疗結果

应用中藥治療的83例，死亡率是15.66%（死亡13例），如果进院不足24小时者除外（4例），則校正后的死亡率为10.84%，比去年治療20例的死亡率12.5%有了降低。这就不

是过去一般应用西药治疗所能取得的效果。

83例中，有后遗症者仅两例，均为失语兼痉挛性瘫痪，显然比过去用西药治疗时少得很多。

83例中死亡的13例，死亡原因全部是呼吸中枢麻痹，未发现因为其他并发症致死者。

从疗效的观察，我们注意到如下情况：

1. 病程日数：以发病后起至体温恢复正常时止，作为病程期限的标准，平均在7.65日，有22例在五日内结束病程。

2. 服药后退热日数：应用中药治疗后，平均在3.83日内退热，有24例是在三日内退热。

(四) 經驗和体会

1. 对于高热病者的处理，我们认为一般应重用石膏、犀角，并以金汁代茶。石膏重用至四两，一直用到热退，头有微汗，病情渐解。此外，可以兼用酒精擦浴及针刺辅助，一般不采用头部冷敷。针刺穴位除大椎外，如涌泉、合谷、十宣等也可用，均以刺激末梢神经诱导方法，帮助退热。

2. 对于痉挛或抽搐剧烈、角弓反张等的处理，除应用镇痉药外（如双钩藤、天麻、天竺、牡蛎、石决、生芍），重者每日服止痉散两三次，同时针刺十宣、曲池、手三里、合谷、涌泉（留针）、外关、崤崤、劳宫等穴（每次适当选用几穴）。角弓反张则加针大椎、身柱，有良好而迅速的效果。我们于急救时也配合应用鲁米那、水化氯醛、付醛及氧气。

3. 对于完全昏迷的病者，应用足量的安宫牛黄丸为主，至三四日之久，再加针刺（穴如前法加减），用留针法。

4. 对于精神症狀表現煩躁者，則先用紫雪丹、承氣湯、白虎湯合清瘟敗毒飲出入。

5. 对于失語的病例（在此次83例中共有5例，都是在精神意識恢復時呈現失語症），我們主要是采用針刺法（取穴為神門、內關、頰車等），并予所服方藥中加金蟬10個，效果頗佳。

6. 我們所应用的主要藥物如羚羊、犀角等，均用大量，每劑至少用一錢五分，最多用至三錢；但都是用價格便宜的安南羚羊及廣犀角，事實證明效果亦不亞于正貨。同時我們認為煎劑比提煉藥的效果好。藥的服法及劑量，采用大量頻飲方法，可以减少嘔吐，保持藥效。

7. 在治療過程中，我們認為汗法及下法對乙型腦炎不是絕對禁忌，這和石家莊的經驗有所不同。至于腰椎穿刺，如果目的是採取一兩次作化驗之用，有時也可以解除腦壓過高所致的嚴重症狀，是許可的；但過多過頻的穿刺，我們認為對病情是不利的。

8. 完全应用中醫方法來治療乙型腦炎是可靠的治療方法，沒有并發病，青霉素或其他抗生素是可以完全不用或極少应用。

9. 西醫是可以通過中醫的經驗，學會用中醫方法來治療乙型腦炎的。

（五）治療方法

我們這次所采取的治療方法，是依照1955年的治療方法，并在某些方面加以變通。

1. 1955年的治療方法：

第一期（初期）惡寒發熱、頭痛、嘔吐、項強、無汗或有汗、嗜臥，用辛涼解表法，如葛根、石膏、桂枝、生芍、黃芩、甘草（葛根湯加減，適用於腦炎初起第一天）。

第二期（初中期）發高熱、抽搐、神志昏迷、項背強直，用清涼解熱鎮肝熄風法，如羚羊、石膏、黃連、鉤藤、知母、山梔、黃芩、生芍、竹葉、荷葉、連翹、丹皮、甘草（清瘟敗毒飲加減，適用於腦炎初中期）。

第三期（極期）發高熱、角弓反張、神志昏迷、小便失禁、牙關緊閉、兩目直視，用清涼解熱鎮痙熄風法，如紫雪丹、安宮牛黃丸合清瘟敗毒飲、止痙散加減（適用於腦炎危重期）。

第四期（後期）熱退或稍退，或呈弛張熱，角弓反張已緩解，或抽搐已停止，用養陰清熱法，如鱉甲、牡蠣、元參、生地、生芍、黃芩、石決、麥冬、甘草（二甲復脈湯加減，適用於腦炎恢復期）。

如個別病例症狀複雜，則採用隨症治療法：

（1）高熱、神昏、抽搐兼見大便不通者，用紫雪丹合大承氣湯（大黃、芒硝、枳實、厚朴）。

（2）熱降，神志清醒，而大便不通者，用石膏、知母、大黃、元明粉、甘草等。

（3）熱度稍降，項背強直尚未恢復者，用牡蠣、生地、生芍、黃連、石膏、鉤藤、天麻、羚羊等。

（4）四肢顫抖轉甚，用鎮靜藥無效者，用地龍、鮮絲瓜藤（重用）、海風藤、生芍、羚羊、生地、威靈仙、黃連、蜈

蛇、全蝎、当归、川芎等，并行刺合谷、曲池、大椎、风池、阳陵、三里、涌泉、人中、崑崙等穴（用重刺激留針法）。

2. 1956年治療方法（与1955年稍有不同）：

初期：虽有嗜睡、头痛、嘔吐、发热等症狀，但須注意到有挟湿偏热之不同。挟湿者舌苔白膩、脉滑，用芳香化秽，辛温逐湿，佐以辛凉清解，如藿香、茵陈、佩兰、白蔻、朴根合銀翹散；偏热者舌苔黄、脉数，用辛凉清解法，如清瘟敗毒飲等（我們这次未遇到这种病例）。

中期：神昏、譫語、高热、項强等，大都挟风燥内热。輕型者用清瘟敗毒飲（用其主药），加羚羊、犀角；中型或重型者，应用紫雪丹来防止火邪入脑。若已昏迷則用安宮牛黃丸以引热外出，若至抽搐、角弓反張、項背强直者，則用羚羊、止痉散合清瘟敗毒飲，并加針刺療法。

后期：热度在 37°C 左右，而病症属于輕型者，則用养阴法，如三甲复脉湯、增液湯等加減；如热度在 38°C 左右而病原属于重型者，則用复脉湯及少許紫雪丹。

（六）特殊病例的分析

例一：顏××，男性，9歲，住院号14696，住院日期1956年7月18日。

症狀：发热头痛，伴有恶心嘔吐，时有譫語，发病4天始住院。住院前一天晚上有抽搐，随后現人事不省，大小便尚正常，无咳嗽。檢查：体温 40°C （肛），脉搏150次/分，呼吸40次/分，昏迷状态，时作抽搐，眼睛向左斜視，角弓反張，喉間有痰声，頸强硬（卅），肺有痰音，心搏动快，无杂音，

腹軟，肝脾未触及，提舉反射消失，膝腱反射消失，克氏征（+++），巴氏征（—），踝痙攣（—）。

腦脊髓液：液清，細胞數190，中性54%，糖五管陽性，潘迪氏反應陽性（+）弱。

血液象：白血球12,700，中性92%，淋巴8%。

處理：西藥用青霉素20萬單位/日、水化氯醛及副醛；中藥用安宮牛黃丸。

7月19日，西醫：情況同上，但全身有紅色皮疹，壓之全消退。

中醫：面痙攣，左手抽搐，高熱40°C（肛），神志昏迷，全身紅疹，角弓反張，系極重型之乙型腦炎並發毒疹，至危急之症，重用安宮牛黃、九清瘟敗毒散合併止痙散。

處方：停用青霉素，用安宮牛黃丸，烏犀角、生石膏、知母、銀花、連召、生地、黃連、蜈蚣、全蝎、甘草。

7月20日，西醫：情況差不多，僅較少抽搐及嘔吐，但有輕度煩躁，疹子仍未退。

中醫：高熱40°C，神昏，但呼之能應，疹子未退，項強，搖止。

處方：安宮牛黃丸，烏犀角、生石膏、知母、元參、赤芍、連召、銀花、甘草、山梔，金汁代茶。

7月20日下午，西醫：情況如舊。

中醫：今午檢查情況仍見嚴重，斑疹有內陷的趨向。

處方：生石膏、知母、烏犀角、紫草、丹皮、銀花、連召、生地、赤芍、甘草。

7月21日，西醫：體溫降至38°C以下，時有震顫及輕度

惊厥，便秘，疹子仍未退，体征同上。

中医：热退，仍有抽搐，神未复，全身斑疹渐次消退。

处方：安宫牛黄丸、烏犀角、地黄、丹皮、生芍、銀花、竹叶、連召、元参、生石膏、紫草、甘草，金汁代茶。

7月22日，西医：体温仍在 38°C 以下，嗜睡，呼之稍能应答，大便仍未通解，无再抽搐及呕吐，疹子大部分已消退，体征同上。

中医：热退，斑疹退，神志未清，項尚强硬。

处方：安宫牛黄丸、紫雪丹、犀角、生芍、元参、蜈蚣、全蝎、銀花、連召、川連、大黃、甘草，金汁代茶。下午再进一剂。

7月23日，西医：体温降至正常，神志尚未完全清醒，神經系症狀、仅腱反射恢复，其他同上。

中医：角弓仍存，热退，疹亦退，主养阴存津退热法。

处方：安宫牛黄丸、紫雪丹、生地、元参、生芍、麦冬、丹皮、犀角、川連、甘草、牡蠣、龙骨、鳖甲。下午处方：銀花、連召、紫草、甘草、丹皮、生地。

針刺：曲池、合谷。

7月24日，西医：体温正常，神志较清，但仍嗜睡，其他还好，神經系症狀，除頸还硬及克氏征(+)外，其他反射等恢复正常，左侧上下肢瘫痪，左眼斜視。

中医：热退，神清，左半身不遂。

处方：紫雪丹、銀花、連召、川連、生芍、生地、丹皮、石决明、牡蠣。

7月25日，西医：上午体温升至 38.8°C (肛)，下午又

降正常，其他檢查同上。

中医：热有微升，神清，疹退，能言語。

处方：牡蠣、龙骨、鱉甲、生芍、麦冬、生地、元參、川連、銀花、連召、甘草。

7月26日，西医：一般情况良好，一切恢复正常。

中医：热退，神清。

处方：三甲复脉湯加減。

7月27日，痊愈出院。

按：本病乙型脑炎症狀齐备，兼見斑疹，以中医診斷系为疫疹，正合“疫疹一得”清瘟敗毒飲散症，虽病势严重，尚可运用中藥治療。其次病人斑疹鮮紅，故运用清瘟敗毒飲为主，重用犀角、生地，兼用金汁解內毒。又虽以清瘟敗毒飲为主，中間又恐瘟邪持久不解，兼用銀翹、紫草，托邪外出，其病故能順序治愈。

例二：丘××，女性，6歲，住院号15332，住院日期1956年8月10日。

症狀：住院前7日感疲乏，食慾不振，翌日发热，伴有嘔吐（是否有头痛未明，因患儿不会說），并現惊厥，反复发作，住院前两天抽搐更頻繁，且呈昏迷状态，大小便失禁，有輕度咳嗽，在外服藥未見效而住院。

体温：39.5°C（肛），脉搏124次/分，呼吸25次/分，昏迷，时有抽搐。心肺正常，腹部軟，肝脾未触及。

神經系統症狀：項强（+++），深淺反射消失，克氏征（+），巴氏征（+）。（住院第一天在小儿科由西医处理，給与青霉素及磺胺嘧啶，于11日轉本科。）

8月11日，西医：症狀檢查同上。

中医：昏迷不省4天，体温 39.5°C ，重型之症逆而难治！

处方：安宫牛黄丸、止痉散、牡蛎、龙骨、石决、钩藤、川葛、远志、川连、川贝、连翘、甘草。下午病仍不解，前方加辛夷芳香以开窍。

8月12日，西医：体温稍降，在 $38-39^{\circ}\text{C}$ 之間，症狀及体征同上。

中医：症仍不解，前方加减再进。

处方：安宫牛黄丸、止痉散、龙骨、牡蛎、川葛、石决、川连、川贝、钩藤、生地、连翘、甘草。

8月13日，西医：体温在 $37.5-38^{\circ}\text{C}$ 間，仍神昏，但眼球較活动，今天小便潴留。体检：心跳不規則，其他同上。給樟腦水。

中医：病仍不解，前方加减再进。

处方：安宫牛黄丸、龙骨、牡蛎、川葛、黄乙金、石决、川贝、钩藤、生地、生芍、龟板、甘草。

針刺：涌泉、神門。

8月14日，西医：体温在 $37-38^{\circ}\text{C}$ 間，仍嗜睡，眼球較会动，脉搏不規則，小便仍潴留。檢查：巴氏征消失，余同上。

中医：体温 $37-38^{\circ}\text{C}$ 之間，无再嘔吐，仍嗜睡，推之稍会出声，眼神較好，以潜阳养阴之法为主。

处方：安宫牛黄丸、石决、牡蛎、川葛、远志、石斛、元参、淮山、川贝、龟板、甘草。

針刺：神門、涌泉。

8月15日，西医：体温在37—38°C之間，不嘔吐，但仍嗜睡，时会微出声。

神經系症狀：除項強（+）及克氏征（+）外，其他皆恢复正常。停用樟腦水。

中医：神不甚清，稍有知覺。

处方：生地、石斛、川貝、龟板、鱉甲、金蟬、川葛、麦冬、甘草、牡蠣、淮山、粳米、紫雪丹、安宮牛黃丸。

針刺：神門、涌泉。

8月16日，西医：情况同上。

中医：热仍在37—38°C之間，情况如昨。

处方：紫雪丹、生地、川貝、龟板、鱉甲、金蟬、川葛、麦冬、甘草。

8月17日，西医：体温下降至37.5°C以下，神志較清，会說要拉大便。

中医：热清神复，尙不能大声言語。

处方：去紫雪丹，只用鱉甲、龟板、元參、石斛、牡蠣、生芍、麦冬、甘草。

8月18日，西医：体温在37.5°C以下，神志清醒，大便秘結，今天开始吃飯。

檢查：頸稍強，其余正常。

中医：热退神清，能言語一两句。

处方：前方再进。

8月19日，西医：一般情况好，一切恢复正常。

中医：情况如上。

处方：前方加党參。

8月20日，西医：一般情况好，能吃、能笑、能言語。

中医：病愈，停药一日。

8月21日，情况同昨日。

8月22日，中医：体温稍升，在 38.5°C 左右。

处方：银翘散。

8月23日，痊愈出院。

按：本患者系为极重型，自8月11日起，处方皆用安宫牛黄丸，并重用龙骨、牡蛎、石决、川芎、川贝、远志、连翘、川连、龟板，至13日病未见好转，仍昏迷不醒，病家要求出院，经我们耐心说服后留下。14日起加针刺涌泉、神门，同时仍持前方出入，加龟板、淮山、元参等以养阴祛痰。至15日病情有好转，眼珠能转动，偶能出声，即转用生地、石斛、川贝、龟板、金蝉、麦冬、甘草、牡蛎、淮山、粳米，以补脾养阴为主，同时再用紫雪丹、安宫牛黄丸以促进甦醒。至17日热降至 37.5°C ，知觉已复，尚不大会言語，即停紫雪丹，专用三甲复脉之类以养阴，18日已能言語一两句，以后逐日好转，于23日出院。

本病始终未用过石膏一味，因本病于入院时已无阳明症，初以强心、醒神、镇痉药，继即养阴、醒神兼以芳香透邪，以养阴补脾为主，至里邪消净，正气恢复而愈。其所以不用石膏者，症不见阳明，脉不见洪、大、数，又防止痰涌，故多用川贝、川芎、远志等药。

例三：汪××，女性，4岁，住院号015955，于1956年9月6日住院。

西医：发热7日，嗜睡、神昏、并有抽搐，眼球斜视，经

在外治療未見效而來住院。

檢查：體溫 39.8°C （肛），昏迷狀，作不隨意運動，肺（-），心搏動快、無不規則，頸強硬（+++），深淺反射消失，克氏征（+），巴氏征（+）。

注射安納加，每四小時一次。

中醫：發熱一星期，嗜睡，喘促，六脈見促，危急之症，面色灰敗，喉間痰鳴。

處方：安宮牛黃丸4分，每日4次。生石膏、竹葉、天竺、銀朮、川連、川薑、川貝、知母、鉤藤、荷蒂、生竹茹、甘草，水二碗煎一碗，渣再煎頻服。

9月7日，西醫：患兒病情更惡化，體溫 38°C 左右，時有抽搐，仍呈昏迷不醒，脈微弱，時摸不清。檢查：心似有奔馬調，其他體征同上。處方：安納加與樟腦水，每4小時輪換注射，並皮注射氧氣200毫升。

中醫：熱 38°C ，神昏，眼能動，六脈見促，面色蒼白，有痰聲，防止痰涌，預后不良，危！

處方：安宮牛黃丸，服法同上。犀角、丹皮、連朮、生芍、地黃、元參、石斛、川貝、天竹、川薑、遠志、石膏、甘草。

9月8日，西醫：情況如旧，抽搐更甚（自早上11—12時許抽多次，因某些中藥缺乏，故用西藥止癇）。體檢：同上。

處方：水化氯醛口服二次；副醛保留灌腸兩次；強心劑照用；每小時輸送氧氣一次，每次10分鐘，計6次。

中醫：熱稍退，六脈沉促，神昏驚厥，危急難治。

處方：安宮牛黃丸，服法同上。生石膏、知母、川連、川

菖蒲、天竹、黃蠶衣、川貝、生海石、元參、甘草，水二礮煎一礮，渣再煎頻服。

下午抽搐轉甚。處方：蜈蚣、全蝎、川貝、石膏、鉤藤、天竹、梔子、甘草，水二礮煎一礮，渣再煎頻服。

9月9日，西醫：病情更惡化，體溫上升（ 40°C ），角弓反張，小便失禁，呼吸急促，時有抽搐，牙關緊閉。

檢查：心律不整，快速。神經系症狀同上。

處方：強心劑同上，繼續輸入氧氣。

中醫：抽搐不止，角弓反張，熱反上升。

處方：安宮牛黃丸，服法同上。全蝎、蜈蚣、石膏、大黃、天竹黃、川連、鉤藤、知母、川貝、杏仁、瓜蒌、川葛、甘草，水煎頻服。

9月10日，西醫：情況稍好轉，體溫降至 38°C （肛）左右，抽搐減少，角弓反張較輕，心律稍慢，神經系症狀同上。

處方：強心劑（去安納加，加用樟腦水）。

中醫：體溫降至 38°C ，現角弓反張，心脈均好。（前因無羚羊，致效果減低，又無全蝎，致解抽搐甚緩。）

處方：羚羊、天竹、鉤藤、生芍、元參、石斛、麥冬、鱉甲、牡蠣、甘草。

針刺：曲池、大椎、合谷、身柱。

9月11日，西醫：神志清醒，會說話，無抽搐，角弓反張消失，體溫 38°C 左右，深淺反射恢復，巴氏征消失，其餘同上。停用強心劑。

中醫：情況好轉，前方加生地，停用安宮牛黃丸。

針刺：前穴加三里、關元。

9月12日，西医：情况好转，仍有微热，头部生痈疮，神经系统症状恢复正常。处方：注射青霉素（两万单位）；吃半流质食物。

中医：神清能言，角弓反张消失，舌净，体温 38°C 。

处方：犀角、石膏、知母、牡蛎、生芍、麦冬、甘草。

9月13日，西医：情况很好，有微热，青霉素照给。

中医：热尚稽留在 38°C ，一切均好，头部生痈疮。

处方：银翘散片4片，每日三次。

9月14日，西医：情况同上。

中医：前方再进，可出院。

9月15日，停药中药，出院。

按：汪××中西医均认为凶危难治。西医认为是乙型脑炎重症，又兼见心有奔马调，是心脏衰弱；中医谓见促脉，亦是心脏衰弱，此种看法是一致的。病人经历七天终转危为安，可以说是在中西医努力救治的结果。此外，针刺也有显著效果，如最后刺大椎、身柱两穴，当日角弓反张即愈；西医用强心剂和输氧等，也有很大帮助。

例四：蔡××，男性，6岁，住院号14605，于1956年7月15日住院。

西医：患儿于住院前两日头痛、发热，但无呕吐，翌日体温不降，伴有抽搐，食欲不振，治疗未见效而来本院。检查：体温 38°C ，脉搏120/分，呼吸38/分，嗜睡状，颈有些强直，心肺（-）。

神经系统：腹壁反射（-），提睾反射（+），克氏征（+），巴氏征（+）。脑脊髓液：无色微混，细胞数172，中

性94%，淋巴6%，糖五管阳性，潘地氏反应(+)弱。

处方：每日注射青霉素20万单位、二合磺胺。

7月16日，西医：由儿科轉来隔离室。昨夜发高热，常惊厥，仍时訴头痛，今天嘔吐一次，不想吃，嗜睡状态，呼之才能应。

检查：同上。

处方：青霉素，氧气，哥拉，副醛，魯米那鈉。

中医：发烧 40.5°C ，头痛項强，足强直，汗出煩躁，极重型病，危！

处方：羚羊、知母、石膏、山梔、葛根、生芍、香薷。安宫牛黄丸3分，每3小时一次，計3次。

7月17日，西医：仍有发烧，在 $40.2-40.3^{\circ}\text{C}$ ，轉入昏迷，时有惊跳。神經系統：除巴氏征消失外，其余同上。

处方：輸入氧气数次，每日注射青霉素20万，用副醛灌腸。

中医：服前方热不退，更增神昏、口噤，邪热內閉，升騰入脑，病反剧，給与紫雪丹、安宫牛黄丸合調胃承气湯加石膏，以开邪外出，速降十二經火热下行。

下午：再进清瘟敗毒飲加減，重用羚羊。

7月18日，西医：情况如上，体温在 $39.5-40^{\circ}\text{C}$ 之間。曾給哥拉合剂，及輸入氧气。

中医：病仍不解，脉沉微而热高，邪深入心，神志昏，抽搐厉利。

处方：安宫牛黄丸合清瘟敗毒飲加減，以引邪外出。

針刺：合谷、涌泉。

7月19日，西医：情况同上。检查亦同上，体温39—40°C之間。每日注射青霉素20万。

中医：抽搐少，发烧不退（40°C），神昏，痰多微汗。

处方：清瘟败毒饮加减合安宫牛黄丸、止痉散，以镇痉、清脑、平肝，导十二经火热下行。

针刺：神门、人中、涌泉、少商。

7月20日，西医：提睾反射恢复，体温于午后退至正常。

中医：抽搐较轻，热退。

处方：清瘟败毒饮合三甲，以养阴退热。

7月21日，中医：热在38°C，能叫人，但尚嗜睡。

处方：同上。

7月22日，西医：情况基本上已好转，能言语。

中医：热退，神尚不了了，拟三甲复脉法以养阴清热善后。

7月23日，以前方再进，服4日。

7月30日，痊愈出院。

按：本病入院后情况即恶化，转入昏迷不省。依中医看法是温邪侵入心包（入脑），主以清瘟败毒饮加安宫牛黄丸，同时针刺合谷、涌泉等穴，并多用羚羊镇痉，虽在三四日内未见好转，但坚持上述的用药原则，终于一星期内热度逐步下降。揣其大体热度不退的原因有二：一是病势发展迅速，体力不支；一是用药不得法。我们能就这两种原因加以注意，自可收到宏效。

二、“流行性乙型腦炎”中医治療总结

莆田医院“乙型腦炎”治療小組

陈文英 李國英

林友廷 張元熹 刘金沐

1956年7、8、9三个月，流行性乙型腦炎在莆田县許多地方都有发现。在这一段时间內，本院連續收容73例，均采用中医治療。本病例的診斷，主要以临床症狀、体征及腦脊髓液的变化为依据；未举行血液补体結合試驗、中和試驗或病毒分离。茲將治療結果初步报告如下：

(一) 病例分析

1. 地区分布情况(表1)

区	别	黄 石 区							
乡	别	潤口	五星	木兰	水南	壺山	閩阳	清霞	黄石鎮
人	数	8	7	3	2	1	1	1	1
区	别	梧 塘 区							
乡	别	双溪	四华	辰郊	紫霞	林江	霞寨	鎮阳	哆 头
人	数	4	4	3	3	2	2	2	1
区	别	笏 石 区							
乡	别	珠 山	埕 营	霞 岭	岩 西	西 林	錦 南		
人	数	2	1	1	1	1	1		

区 别		忠 門 区				埭 头 区		
乡 别		双 忠	石 塘	石 江	西 山	东 美	西 塘	东 前
人 数		2	2	1	1	2	1	1

区 别	常 泰 区			华 亭 区		庄 边 区	前 沁 区	城 厢 鎮	
乡 别	坑 坪	松 楓	三 潭	紫 壺	拱 星	騰 阳	渚 江	城 北	城 南
人 数	2	1	1	2	1	1	1	1	1

根据上表所示，本病在我县流行面积很广，而且散在发生，共計分散9个区36乡及一个鎮。发病人数最多者为黄石区潤口乡（八例）及五星乡（七例），其他乡則只有一、二、三例不等。尙有两个区及两个鎮未詳，可能因路途遙远沒有送来治療或因靠近涵江鎮，由涵江医院收容治療。

2. 流行季节 (表 2)

月	份	七 月 份			八 月 份			九 月 份			合 計
旬	别	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	
人	数	0	7	32	7	15	7	5	0	0	73
百	分 率	0	9.6	43.8	9.6	20.6	9.6	6.8	0	0	100

依上表所示，在7月中旬开始发病計七例，占9.6%，下旬急剧上升，达最高峯，計32例，占43.8%；8月上中旬次之，共計22例，占30.2%，8月下旬逐漸少，計7例，占9.6%；9月上旬計5例，占6.8%，9月中下旬沒有发现病例。

3. 性別 (表 3)

性	别	男	女	合 計
人	数	49	24	73
比	例 数	2	1	

73例患者中男性占49例，女性占24例，男与女之比约为2比1。

4. 发病率、死亡率与年龄的关系

(1) 发病率与年龄关系 (表4)

年 龄	1岁以内	1—5岁	6—10岁	11—15岁	16岁以上	合 计
发病人数	5	35	22	6	5	73
百 分 数	6.9	47.9	30.1	8.2	6.9	100

(2) 死亡率与年龄关系 (表5)

年 龄	1岁以内	1—5岁	6—10岁	11—15岁	16岁以上
发病人数	5	35	22	6	5
死亡人数	1	4	1	1	1
百 分 数	20.0	11.4	4.5	16.7	20.0

依上二表所示，1—5岁发病率最高，占47.9%，其次是6—10岁，占30.1%；1岁以内及成人发病率较少，但死亡率较高，预后不佳。

5. 症状与体征

(1) 症状 (表6)

症状	发热	嗜眠	呕吐	惊厥	烦躁	头痛	震颤	昏迷	便秘	语言	咳嗽	腹痛	腹泻	咬齿	谷咽困难	小便失禁
人数	73	56	54	44	34	33	33	30	18	13	13	11	9	6	5	3
百分数	100	76.7	74.0	60.3	46.6	45.2	45.2	41.1	24.7	17.8	17.8	15.1	12.3	8.2	6.9	4.1

(2) 体 征 (表 7)

体 征	人 数	百 分 数
项 强 直	64	87.7
布 氏 征 阳 性	49	67.1
克 氏 征 阳 性	47	64.4
巴 氏 征 阳 性	26	35.4
腹 壁 反 射 消 失	23	31.6
瞳 孔 缩 小	25	34.3
提 睾 反 射 消 失	21	28.8
瞳 孔 对 光 反 应 消 失	16	21.9
牙 关 紧 闭	14	19.2
瞳 孔 对 光 反 应 迟 钝	12	16.4
结 合 膜 充 血	5	6.9
肢 体 强 直	5	6.9
感 觉 过 敏	5	6.9
角 弓 反 张	4	5.5
肢 体 僵 硬	4	5.5
前 囟 突 出	2	2.7
眼 球 斜 视	2	2.7
面 瘫	2	2.7
小 便 潴 留	2	2.7
瞳 孔 散 大	1	1.4
眼 球 震 颤	1	1.4

(3) 入院时体温的情况 (表 8)

体 温	37°C _{以下}	37.1-38°C	38.1-39°C	39.1-40°C	40.1°C _{以上}
人 数	1	2	23	33	14
百 分 数	1.4	2.7	31.5	45.2	19.2

依上表所示, 症状中以发热为最多, 所有的病例都有发热。入院时体温在40.1°C 以上者计14例, 占19.2%, 其中体温

最高者达41°C。一般以39.1—40°C为多数，計33例，占45.2%，38.1—39°C次之，占31.5%，其中无热一例，系在外經治療，热退而症狀未好轉而入院治療（見表8）。其次为嗜眠，占76.7%，嘔吐較为常見，占74%，而且早期多不剧烈，惊厥多見于小孩（余詳見表6）。体征以項强直为最多，計64例，占87.7%，布氏征阳性次之，計49例，占67.1%，克氏征阳性47例，占64.4%，巴氏征阳性28例，占38.4%（余詳見表7）。

6. 血液檢查

（1）白血球計算（表9）

白血球數 (立方毫米)	1万以下	1-2万	2-3万	3-4万	4万以上	合計
人 数	21	34	6	5	3	69
百 分 数	30.4	49.4	8.7	7.2	4.3	100

（2）白血球分类（表10）

多型核 白血球	40% 以下	41-50 %	51-60 %	61-70 %	71-80 %	81-90 %	90% 以上	合計
人 数	3	1	15	9	21	19	1	69
百 分 数	4.3	1.5	21.7	13.1	30.4	27.5	1.5	100

血液檢查：在69例中，白血球計算多数均在1万以上，尤其以1—2万占最多，計34例，占49.4%，1万以下計21例，占30.4%，2—3万計6例，占8.7%，3—4万計5例，占7.2%，4万以上計3例，占4.3%（見表9）。

白血球分类：在69例中，多型核細胞增加在81—90%以上者計20例，占29%，51—80%者計45例，占55.2%，50%以下者4例，占5.8%（見表10）。

7. 腦脊髓液檢查

(1) 腦脊髓液細胞計算 (表11)

細胞	0-10	11-20	21-40	41-60	61-100	101-200	201-300	301-400	401-500	500以上	合計
人數	5	3	7	5	8	14	11	7	2	7	69
百分數	7.3	4.4	10.1	7.3	11.6	20.3	15.9	10.1	2.9	10.1	100

在69例腦脊髓液檢查中，細胞數最少者為2，最多者為1,020，在400以下者計60例，占87%，在100以下者計28例，占40.6%，10以下者計5例，占7.3%。

(2) 腦脊髓液糖的五管試驗 (表12)

糖五管試驗	+++ ++	++ +	++ +	++ +	++ +	合 計
人 數	60	4	1	0	3	68
百 分 數	88.2	5.9	1.5	0	4.4	100

在腦脊髓液糖五管試驗的68例中，四管以上陽性者計64例，占94.1%。

(3) 腦脊髓液的球蛋白試驗 (表13)

試 驗	強 陽 性	陽 性	弱 陽 性	陰 性	合 計
人 數	1	14	14	40	69
百 分 數	1.4	20.3	20.3	58.0	100

在用潘迪氏法對腦脊髓進行試驗的69例中，陰性反應者計40例，占58%，陽性反應者計29例，占42%，強陽性反應者僅一例。

(二) 治疗结果

自7月下旬至9月底連續收容的73例，均采取中医治療，除4例自动出院，不知其結果外，其余69例中，死亡8例，占11.6%，10例有后遺症，占14.5%，其中有7例逐漸恢复，3例无好轉。茲將死亡病例及后遺病例分述如下：

1. 死亡病例分析統計表 (表14)

病 例	性別	年齡	住院前发病日数	住院日数	死 亡 原 因	备 注
卓××	男	14	16天	7天	心力衰竭及呼吸中樞发生障碍	并发褥疮
林××	男	2	14天	3天	呼吸中樞发生障碍	并发肺炎
林××	男	6月	1天	8小时	心力衰竭及呼吸中樞发生障碍	
朱××	男	6	12天	5小时	呼吸中樞发生障碍	百日咳已两个月
林××	男	4	1天	12小时	心力衰竭	脫 水
郭××	男	5	2天	17小时	呼吸中樞发生障碍	
吳××	男	5	2天	1天	失 血	消化道出血
柳××	男	33	7天	2天	呼吸中樞发生障碍	并发肺炎

依上表所示，有50%是发病在家的時間过长，延誤了治療时机，预后不佳；有50%虽然在发病一、二天内送院治療，但因病情严重，均在一天以內死亡。所以爭取早期治療，且能度过两天以上的预后較好。在死亡的病例中大多数是呼吸中樞发生障碍，其次为循环系发生障碍，仅一例是并发消化道內出血而死亡。

2. 后遺症統計表 (表15)

姓 名	性別	年齡	住院前發病日數	住院日數	后 遺 症	結 果
陳××	女	2	4天	19天	失語，左側偏癱	進步
林××	女	4	2天	11天	失語，右單癱	進步
鄭××	女	5	2天	27天	失語，右單癱，吞嚥困難	恢復
陳××	男	14	3天	40天	失語，癱瘓，吞嚥困難	恢復
康××	女	7	4天	31天	失語，雙手震顫	無進步
林××	女	8	4天	28天	失語	恢復
馮××	男	10	6天	67天	失語，角弓反張，咽下困難，體強直，足躁癢，癱瘓	無進步
郭××	女	8	9天	44天	失語，角弓反張，四肢強直，吞嚥困難	無進步
蔡××	男	10	7天	44天	失語，吞嚥困難	恢復
傅××	男	22	6天	40天	雙手震顫，精神異常（住院兩次）	恢復

依上表所示，晚期治療的后遺症較多，恢復亦較困難。

(三) 病例摘要报告

例一：鄭××，女性，5岁，住院号数44688，于1956年7月23日入院。

主訴：病儿于入院前20余天，时有微嗽，前两天开始发热、嘔吐，今晚神志昏迷、痙厥、抽风而入院。

体檢：体温40.8°C，神志不清，頸項强直，牙关紧閉，心律增快，呼吸呈間歇性，腸音亢进，可見蠕動波，腹部微脹，布魯辛斯基氏征、克匿格氏征、巴彬斯基氏征均阳性，对光反应、腹壁反射均存在。

脑脊髓液：无色透明，細胞数154，糖超过50毫克%，氯化物測定760毫克%，潘氏反应阴性，細菌沒有找到。

血檢：白血球24,200，中性76%，淋巴球24%，寄生蟲沒有找到。

大便檢查：蛔蟲卵(+)，其他陰性。

病兒入院後，仍發高熱、昏迷，痙攣、抽搐頻繁，呼吸短促，喉中痰鳴，牙關緊閉，湯藥不下，脈象細數，病情險惡萬分。在內科內服金靛素，並注射可拉明、阿托品、魯米那鈉，轉到隔離室，又用全血、阿托品、魯米那鈉各注射一次，還施行肛門放氣及酒精擦浴等處理；同時，中醫用鼻飼法灌進清熱鎮痙破積祛痰方藥。在中西醫協同治療下，當晚的痙攣略得控制，以後由中醫主治，體溫持續於 40.8°C ，經過三天才下降，痙攣、咳嗽、痰鳴等症也隨之而減輕，但仍昏迷不語，目眴竄視，左手抽搐，左脚擺動時常發作，此時右肢已呈癱瘓現象，其後各症逐漸消除。在好轉的過程中，曾伴發過小便瀰留，面目浮腫及因蛔蟲引起的腹痛，反復不安，均先後用中藥利尿劑與西藥山道年治療。住院共27天，還有不語和右肢偏癱症而出院。

例二：翁××，男性，5歲，住院號數44678，於1956年7月21日入院。

主訴：病兒於6日前右脛部被犬咬傷，繼而發熱日半，熱退日半後又發熱已兩日，肢厥、嗜睡，初有嘔吐兩次，昨晚呈昏迷狀態，且發生痙攣五次，每次約經40分鐘左右，發作時眼翻頭仰，四肢抽搐，呼吸迫促，喉中痰鳴，面唇發紺。傷口早已愈合。

體檢：體溫 40.5°C ，頸項強直，牙關緊閉，布氏、克氏、巴氏征均陽性，對光反應、提睪反射均存在，腹壁反射消失，

心律稍快，呼吸音粗糙。

脑脊髓液：无色透明，細胞数 610，糖超过 50 毫克%，潘氏反应阴性，无发现細菌。細胞数分类是中性占多数。

血檢：白血球 38,600，中性 92%，淋巴球 8%。

病儿入院后仍高热，瘧厥时作，头仰眼翻，四肢搐搦，面唇紫紺，喉中痰鳴，脉搏細弱而数，有内闭外脱之危。經用清热鎮痙、强心祛痰之剂，并用芭蕉叶与沙盐拔热法，第二天瘧厥发作渐輕、漸短，唇无紫紺，脉有神气，至第四天体温下降至正常，当天晚上又微升高，突然摇头弄舌，神情煩乱不安，四肢搐搦又甚，时且大声喊叫，喉闭，湯水不下。經檢查，发现咽壁扁桃体充血、水肿，服用养阴清热解毒消炎剂及注射青霉素后，瘧厥抽搦完全停止，摇头弄舌、大声喊叫、吞咽困难等症，也在两日内消除，神識清楚，惟在初醒微有不不了了。住院八日，痊愈出院。

例三：李××，男性，11岁，住院号数 44798，于 1956 年 7 月 26 日入院。

主訴：五日来发热头痛，神識不清，时有瘧厥抽筋，近两日精神昏乱，煩躁譫語，捻衣摸床，坐臥不安。

体檢：体温 40.4°C，頸部强直，牙关紧闭，瞳孔縮小，对光反应、腹壁反射均消失，布氏、克氏、巴氏征均阳性。

脑脊髓液：无色透明，細胞数 200，糖超过 50 毫克%，分类是单核細胞占多数，无发现細菌，潘氏反应阳性。

血檢：白血球 13,000，中性 71%，淋巴球 27%，嗜伊紅 2%。

患者入院后，头身灼热，四肢厥冷，精神昏乱，煩躁譫

語，捻衣摸床，睡臥不安，六脉細弱而數，病勢嚴重，險象畢呈，投以安宮牛黃丸、人參白虎湯加味。越日則上述諸症均得減輕，因小便不通而加入導赤散等藥，藥力未到，則小腹膨隆緊脹，患者反復不安，病勢更加險惡，經西医用導尿管導尿后，其險惡情況迅即轉變。第四日體溫降至正常，煩躁譫語、捻衣摸床等均除，随后意識清楚，各症亦逐漸消失。住院九天，痊愈出院。

例四：林××，女性，4岁，住院号数45105，于1956年8月11日入院。

主訴：病儿于前天开始发热，并說头痛，昨天嘔吐一次，下午发生痙攣抽风，左肢震顫，口涌痰涎。

体檢：體溫40°C，頸部輕度強直，面部和四肢痙攣，牙关緊閉，結合膜充血，瞳孔縮小，对光反应、腹壁反射均消失，布氏、克氏（左足）、巴氏征均阳性，心律快，呼吸音粗糙。

腦脊髓液：微霧狀，半透明，細胞248，糖超过50毫克%，分类是嗜中性占多数，潘氏反应阳性，沒找到細菌。

血檢：白血球32,500，中性86%，淋巴球14%。

病儿入院后，发高热，面赤昏迷，痙攣、咬牙頻繁，口、眼、左肢抽掣为甚，六脉弦而稍数，經鼻飼法灌入清熱解毒鎮肝熄風之剂，相繼注射魯米那鈉及硫酸鎂各一次，同时迁移到樓下阴涼病房內，施行芭蕉叶与沙盐拔热法，體溫迅速下降。第三天即降至正常，头身无热，口、眼、左肢抽掣得除，面赤、咬牙亦漸減，当晚湯藥得下，去掉鼻飼管；惟左手常上下举动，如搔痒狀，还有震顫現象，左足亦常屈伸屏动。至第五日諸症逐漸消除，第六日意識漸恢复，醒睡如常，能随意笑哭。

在治療过程中曾經应用葡萄糖生理食盐水，还用肥皂水洗腸及針灸等輔助治療，都能收到很大的效果。共住院11天，遺有失語及右肢輕度癱瘓等症而出院。

(四) 治療方針和原則

乙型腦炎在祖國醫學文獻里是无其名的，惟其症狀與中醫所稱的癎病、急驚風和濕熱病中的伏暑、暑厥、暑風等症狀極相似。中醫過去和現在都是按照這些文獻記載的方法，來治療與乙型腦炎相似的病症，並採取隨症施治的法則，大多數都得到一定的效果；惜其理論深奧，治法浩繁，直至清代葉天士、吳鞠通二氏才把致病的原因、病情的變化和治療的方針與原則，逐漸地加以系統化、具體化。本院即根據上述文獻的內容，參考現代有關論述乙型腦炎的书本，把病型分類擬治如下：

1. 病型分類及治療原則：

(1) 典型病例：按臨床症狀輕重，大致分為三類：

①輕型：發熱或微惡寒，頭痛項強，嘔吐或嗜睡，苔白，脈浮弦而數等，宜用辛涼透表法，如用桑菊飲、銀翹散等加減。

②重型：頭痛項強，發高熱，昏睡，譫語妄言，或震顫抽風，脈弦滑洪大而數，或沉實，苔黃，眼睛、面部發赤等，應用清熱解毒法，如用白虎湯、羚羊白虎湯、清宮湯、萬氏牛黃清心丸或安宮牛黃丸等加減。

③極重型：頭痛項強，高熱肢厥，煩渴昏迷，煩躁不安，譫語妄言，角弓反張，口眼喎斜，震顫搖擗等，脈象沉、弦、細、數，或弦、強、遲、伏，或弦、實、洪、大等，應用養陰

清熱、鎮肝熄風、清心宣竅等法，如用清瘟敗毒飲、局方至寶丹、紫雪丹、安宮牛黃丸、神犀丹、止癇散等加減。

(2) 暴发型病例：起病急驟，可在數小時或一、二日內死亡，按其臨床症狀分為兩類來擬治：

① 癇厥型：突然發高熱、頭痛、嘔吐，很快就出現頭仰眼翻，口喎咬牙，震顫痙攣，牙關緊閉，痰涎壅塞，不省人事等癇厥現象，宜用降熱鎮癇宣竅導痰等法，可擇用局方至寶丹、安宮牛黃丸、止癇散等，用羚羊角汁、生薑汁、調開水或適合的湯藥送下。

② 內閉外脫型：由癇厥型發展成的，出現了呼吸困難，脈搏不整，面色紫紺或蒼白，汗出，喉中痰鳴等內閉外脫現象，應靈活運用癇厥型的方藥或專用人參湯送下局方至寶丹、羅氏牛黃丸、千金保命散等以救治之。

2. 主要症狀的處理：

本病現在已知是慮過性病毒侵害腦質及中樞神經所發生的病變，因而出現了劇烈的腦症狀；中醫認為是熱陷心包，熱極生風所致，名曰癇厥症狀。熱陷心包就是精神失常，熱極生風就是神經病變，所致的癇厥，就是腦的症狀。中醫對癇厥的治療，有兩個原則：一是清心宣竅，一是鎮肝熄風。前者是恢復其精神，後者是鎮靜其神經，在用藥上要加以嚴格的選擇。詳分述如下：

(1) 精神方面的症狀和用藥：嗜睡昏迷用局方至寶丹，煩躁不安、譫語妄言、捻衣摸床用安宮牛黃丸，癇厥便秘用紫雪丹，神昏譫語、舌紅或絳用神犀丹。以上諸藥，也可視其病症的所宜而交互配合應用。

(2) 神經方面的症狀和用藥：項背強直、目睛睜視、口眼喎斜、咬牙震顫、抽搐癱瘓等，主要用羚羊角、石決明、天麻、鉤藤、僵蚕、蚱蜢等，甚則用全蝎、蜈蚣，一般的可加入絲瓜絡、絲瓜藤、白芍、桑枝、地龍、牛膝等藥。

3. 伴發症和併發症的處理：

本病在發作時及病程中，有時會伴發嘔吐、腹瀉、咳嗽、小便滯留、大便不通，或併發肺炎及其他病症，可隨症加入所需要的藥物以兼治，但其病症不一，方藥眾多，不能一一加以列舉，由醫師靈活運用。

4. 轉輕期的處理：

本病得到適當的治療，病症由重轉輕時，用藥的原則，是以養陰清熱為主，佐以滋潤藥，如竹葉石膏湯、增液湯、三甲復脈湯等，均可加減應用。

5. 後遺症的處理：

本病為腦部受傷，神經功能不能恢復正常，因此，病後常留後遺症。處理方法應視其症狀而施以對症的方藥，用藥原則應以清養滋補為主，同時應用針灸療法。

6. 恢復期的處理：

本病由轉輕期漸趨痊癒的時期，除按照上述的治療原則外，尚須注意其飲食起居，以促進病體的恢復。

(五) 護 理 問 題

病人的護理大部分按照一般熱病護理常規執行，唯在高熱時不用濕冷敷，而代用以下諸法以拔其熱。

1. 將鮮芭蕉葉拭淨攤于床上，讓病人臥于其上。2. 將淘淨

的細沙凉干后，加以食盐攪勻（每五十斤沙配三斤盐）平鋪在地上，加盖芭蕉叶或薄布，让病人臥于其上。3.用冷水袋为枕。以上三种方法可交互配合使用。

飲食方面：为适应病人的情况和营养的需要，可分为两类。

流质：分为甲乙两种。甲种：米湯、薏米湯、綠豆湯、蛋白湯、豆浆、牛乳等；还可視其需要，加以西瓜湯、菜服湯等。乙种：藕粉、百合粉三餐为主，可选用甲种为点心。

半流质：米糊、粳米粥、薏米粥、綠豆粥、山东粉等为主食，选用流质諸物为点心；挂面、面簽有时也可食用。以上那些食品，应适当地調入盐、糖、油类等。至于瓜果菜蔬（辛辣之类不用）、蛋类、魚类、肉类等，也可視其需要而采用。

（六）改进中药煎法与增加服藥的次数

本病进展迅速，病情凶恶，須有齐全的藥味和足够的劑量，才能应付，才能挽救重危的生命；因而把本县俗例一剂藥煎两次分服的方法，改为一剂藥一次煎分数次服的方法。这样不但能保全藥物的性味，而且可以大量多次分服，以維持和增强藥物的疗效。現在把煎法和服法介紹如下：

1.短煎：煎辛凉透表之剂，時間宜短，火应急些，如加水1,000cc,煎至減半而止。这种藥湯气味輕清，才能发生清透的效能。

2.久煎：煎清热解毒之剂，時間宜长，煎养阴清热之剂，应更久些，火力也当慢一点，如加水1,200cc,煎至三分之一而止。这种藥湯气味較為濃厚，才能奏其清热解毒或养阴清热的

效用。

3.先煎后煎：同煎的藥，因其中藥品的性能不同，有的宜短煎，有的應久煎，則須分別先後投入藥罐內。例如：薄荷、蟬衣、龜板、石膏同劑，應先煎龜板、石膏，然後加入薄荷、蟬衣同煎，才能濃淡相宜，一同發揮它的效能。

4.分煎合服：這種煎法有兩種作用：一是煎貴重藥品，如羚羊、犀角等，應予分煎後和入同劑藥湯合服，以免損耗；一是某種藥不能與同煎藥連續服用，應予分煎合服。例如用清熱攻實的藥方，內有大黃，則大黃應予分煎合服，如服藥一、二次後，大便得通，痞脹已除，則大黃可以少用或不用，仍繼續服下清熱的藥湯。

服藥時間與次數：輕型病例，每天服四次至六次，每四至六小時服一次。重型病例，每天服藥六至八次，每三至四小時服一次。板重型病例，每天可以服藥八次以上。至於丸、膏、丹、散的服法，在情況危急時，可以先用白開水送下；若湯藥已備，即用湯藥送下，以省分服的麻煩。不論是用開水或藥湯送下時，必須將丸散放在碗內，先調入開水或藥湯二、三匙，溶勻後先服下，然後再服完藥湯，以免丸散損失。

（七）在治療過程中的點滴體會

1.本病發高熱、頭痛、脈大時，若外無濕的郁遏，內無痰飲的停滯，雖然苔白口不渴，也可用生石膏。因為生石膏具有清熱、解肌、治頭痛的效能，但必須佐以薄荷等透達的藥品，以助其疏解的力量，且須多次溫服，才能發揮其療效。

2.本病在未發現煩躁、譫語、驚厥之前，就可早期將安宮

牛黃丸調入辛涼透表或清熱解毒之藥中同服。因為安宮牛黃丸具有清熱解毒、消炎、鎮痙的效能，早期應用能抑制腦炎病變的發展。

3.在這次治療過程中，覺察到本病在發病二、三天即進院治療的，雖病勢凶險，但能度過24小時者，沒有一例死亡；體溫也大多在二、三天後下降。這說明本病應爭取早期治療。早期治療不但可以減低死亡率，也可以減少後遺症。

4.鼻飼、導尿、灌腸諸法，在治療過程中也起了很大的作用，如鄭××等牙關緊閉，吞嚥困難，湯藥不下，經持續鼻飼，乃得轉危為安。又如李××病勢險惡，小便瀰留，小腹膨脹，煩躁不安，經用導尿後病勢得以逐漸好轉。又如吳××等20余例，大便三日以上不通，均經使用灌腸而洗出惡濁糞便，不但對扭轉病機有幫助，而且也可少用瀉劑。

5.在劇烈抽風時，注射魯明那鈉；有脫水現象時皮下或靜脈小量或大量輸入葡萄糖生理食鹽水；有并发感染時，注射青霉素及內服磺胺類藥；呼吸困難，脈搏不整時，注射氨鈉咖等，對中藥治療起了很大的輔助作用。

6.在治療過程中，沒有用過羚羊、犀角及針灸療法。因為羚羊、犀角又貴又缺，沒有使用，可能對療效有影響，但是大大減少了病家的經濟負擔。針灸療法是通過刺激反射于大腦皮質而產生了管制和調節作用，我們認為腦部已經發生病變，而出現了腦的刺激症狀，針灸療法應該避免，在後遺症中才可應用。在後一段中，有7個劇烈抽風的病例，曾經試用普羅卡因靜注。每次注射時均完全或不完全得到控制，除一例死亡，一例很快治愈外，其餘五例在好轉過程中較為遲緩，且有輕重

不等的后遗症，这或許与注射普罗卡因有关。这三点究竟利弊如何，我們体会不深，特附于此，請大家研究指正，以幫助我們提高。

(八) 总 結

1. 中西医和护理人员能够紧密团结合作，各尽所能，发挥集体力量，才能够完成这次的治疗任务。

2. 在連續用中医治疗的过程中，挽救和治疗了許多重危的病例，証明中藥的治疗率是高的，同时，也証明了西医的檢查診斷、器械、輔助葯物等也起了很大的作用。

3. 根据这次治療的病例来分析，更証明了本病能愈早治療，則死亡率愈低。

4. 本病应早期适当地使用石膏及安宮牛黃丸等葯物，借其清熱解毒消炎的作用，可以防止或抑制腦部病变的发展。

三、中医治療白喉52例初步报告

福州市傳染病医院主任 林守銓

白喉是由白喉杆菌所引起的一种急性傳染病，各地都有流行，以秋、冬两季发病率为最高；1—5岁的小儿最容易受到傳染，成人得病也常見。自从有了白喉抗毒素，大大減輕白喉对人們健康的威脅，得到极高的評價。按照 Kev 氏的統計，于发病第一天即注射足量的抗毒素，死亡率为1.52%，延至第二天注射的为3.39%，第三天为6.85%，第四天为10.91%，第五天以后为14—17%；但是注射抗毒素会发生血清病和休克。这說明了抗毒素对白喉还不是完全理想的藥物。1955年11月我院配合福建省卫生防疫站及省人民医院成立小組，划出專門的病室，对中医治疗白喉的疗效进行观察，截1956年3月止共收治白喉病人57名，选出其中的52名。这些病例都是根据流行病学、咽部白膜、化驗室咽拭抹片或培养白喉杆菌为阳性和少数病例血中毒力測定为阳性等确診为白喉的。其中咽喉白喉的3名，因为病情严重，合并注射白喉抗毒素，其余49名均用中医治療，沒有注射抗毒素。治療結果除中西配合治療的咽喉白喉3名及1名咽門白喉合并心肌炎死亡外，其余48名就診時間，平均在发病后4天左右开始，經服用中藥完全治愈出院，死亡率为7.69%；除去进院2小时即死亡的1例，修正死亡率为5.76%。这說明中医治療白喉有很高的療效。茲将这52名的治療結果，提出初步的报告如下：

(一) 病例分析

1. 性别和年龄: 年龄最小的为2岁, 最大的为58岁, 3—8岁最多。在52个病例中, 男性占38.4%, 女性占61.6%(表1)。

表1 性别和年龄统计表

年 龄	3 岁 以 下	3—5岁	6—8岁	9—11岁	12—14岁	15 岁 以 上	共 計
病 例 数	2	11	13	5	2	19	52
百 分 率	3.8%	21.2%	25.0%	9.6%	3.8%	36.5%	100%
男 : 女				20: 32			

2. 临床症状: 本组病例中以扁桃体及咽门白喉占大多数, 有26名, 其他的是咽喉白喉4名, 鼻咽白喉1名, 未发现白膜而咽拭抹片和培养是阳性的1名。开始治疗的日期最早的为第一病日, 最迟的为第十病日, 绝大多数为第二至第五病日, 占全组76.9%, 平均是在发病4.2天后接受治疗(表2)。入院时有咽痛的39名, 吞咽困难的25名, 流涎的22名, 胃口减退的19, 声哑的8名, 衄血的1名, 颈淋巴腺肿大的29名, 局部白膜: 单侧的扁桃体8名, 双侧的27名, 延及咽部的10名, 延及其他部位的6名(表3)。体温上升的27名, 正常的25名; 最高的达39.5°C, 多数不超过39°C(表4)。

表2 开始治疗的病日统计表

发病天数	1	2—3	4—5	6—7	8—9	10	共 計	平 均
病 例 数	1	20	20	6	4	1	52	4.2天
百 分 率	1.9%	38.5%	38.5%	11.5%	7.7%	1.9%	100%	

表3 症狀和体征分析表

症 狀	病 例 數	百 分 率
咽 痛	39	75.0%
吞 嚥 困 難	25	48.1%
流 涎	22	42.3%
胃 口 減 退	19	36.5%
聲 啞	8	15.4%
齲 血	1	1.9%
頸 淋 巴 腺 腫 大	29	55.8%
局 部 白 膜		
單 側 扁 桃 體	8	15.4%
雙 側 扁 桃 體	27	52.7%
延 及 咽 部	10	19.2%
延 及 喉 頭	5	9.6%
延 及 鼻 腔	1	1.9%

表4 體 溫 分 析 表

體 溫 (c)	正 常	37.7-38	38.1-39	39.1-39.5	共 計
病 例 數	25	8	12	7	52
百 分 率	48.1%	15.4%	23.1%	13.4%	100%

3.白血球計數及分類：詳見表5。

4.咽拭抹片及培養白喉桿菌檢出率：詳見表6。

5.病人血內毒力測定：詳見表7。

表5 白血球計數及分類統計表

白血球數 (每立方毫米)	5,500— 10,000	10,001— 20,000	20,001— 30,000	30,001— 37,300	共 計
病 例 數	16	34	1	1	52
百 分 率	30.90%	65.2%	1.9%	1.9%	100%

白血球分類 %	<50	51—60	61—70	71—80	81—90	>90	共 計
病 例 數	1	4	10	28	8	1	52
百 分 率	1.9%	7.7%	19.2%	53.8%	15.4%	1.9%	100%

表6 咽拭抹片及培養白喉桿菌檢出率統計表

檢 驗 方 法	咽 抹 片			咽 培 養		
	陽 性	陰 性	共 計	陽 性	陰 性	共 計
病 例 數	22	30	52	38	14	52
百 分 率	42.3%	57.7%	100%	73.1%	26.9%	100%

注：52例中咽拭抹片及培養都为陽性的有18名，占总数34.6%。

表7 病人血內毒力測定統計表

測 定 結 果	進 院 時		出 院 時	
	陽 性	陰 性	陽 性	陰 性
病 例 數	7	19	2	4

注：26例未做毒力測定。進院時陽性的7例中有1例出院時還漏檢查。

(二) 使用方劑

本病所服用的方劑，大部分使用養陰清肺湯加減，局部處理用漱喉散和吹喉散。如果病人年幼，不能漱喉，可改用調養散。

1. 养阴清肺湯：生地三錢、薄荷一錢、麦冬三錢、甘草一錢、白芍三錢、銀花五錢、丹皮三錢、連翹五錢、元參三錢、蒲公英六錢、川貝三錢、板兰根三錢，水煎，分數次溫服，每日服1—2劑。

加減法：便結加大黃、元明粉；利尿加灯草、車前；健胃加南楂、神麴、砂仁；強心加吉林參、黃耆、六神丸；嘔吐加半夏、枳壳、竹茹。其他隨症加減黑梔、茅根、瓜蒌、葛根、青蒿等。

2. 吹喉散：三黃散一兩、真珠粉二錢、青黛三錢五分、冰片二錢、煅硼砂一錢五分、麝香一錢、白矾二錢、元明粉三錢五分、鹿角霜五錢、雄黃一錢、甘草二錢，研末，用噴霧器吹入咽腔，每日吹入數次。

3. 漱喉散：桔梗、薄荷、蒲公英、黃花草、五倍子、甘草、砂仁各二兩五錢，研末，每次用1—2錢泡開水漱口，每日漱數次。

4. 調蜜散：桔梗、薄荷、甘草、三黃散、元明粉各二兩，研末，用蜜調成如糊狀，每次口服4—8分（1—2克）。

（三）治療效果

本組52例中，治愈的48例，治愈率达94.24%。治愈是根據臨床症狀減輕、局部的白膜消退和咽培養轉陰性等確定的。臨床症狀減輕最快的為開始治療後1天，最慢的為開始治療後10天，大多數是在3—4天（表8）。

表8 治療后一般症狀減輕日數

治療開始一般症狀減輕的日數	1—2天	3—4天	5—6天	7—8天	9—10天	共計	平均數
病 例 數	10	26	9	2	1	48	3.8天

治療后局部的白膜開始消退最快的為1天，最慢的為7天；完全消退最快的為3天，最慢的為22天。平均開始消退日數為3.2天，完全消退日數為7.2天（表9）。此外，咽拭培養轉陰的情況詳見表10。

表9 治療后局部白膜消退的日數

治療后白膜消退的日數	開 始 消 退					完 全 消 退						
	1—2天	3—4天	5—6天	7—8天	共計	平均天數	3—4天	5—6天	7—8天	9—10天	10天以上	共計
病 例 數	20	18	8	1	47	3.2天	12	15	11	1	8	47
百 分 率	42.6%	38.3%	17.0%	2.1%	100%		25.5%	31.9%	23.5%	2.1%	17.0%	100%

注：4例死亡，1例進院時沒有發現白膜。

表10 白喉桿菌陽性患者治療后轉陰的日數

白喉桿菌培養轉陰的日數	3—4天	5—6天	7—8天	9—10天	10天以上	共 計	平均天數
病 例 數	6	4	7	5	16	38	9.8天
百 分 率	15.8%	10.5%	18.4%	13.1%	42.2%	100%	

注：52例中咽拭抹片和培養陽性的共計42例，4例死亡的咽拭抹片和培養均為陽性。

（四）典型病例

例1：李××，女，6歲，進院前4天開始發熱，2天來咽喉疼痛，特別是吞嚥時痛得更厲害。

體檢：體溫36.5°C，神志清楚，頸淋巴腺腫大，並略有壓痛。局部症狀：咽腔充血，兩側扁桃體腫大，並有片狀的白

膜，延及咽腔后壁，鼻腔也发现白膜，有膿血样的分泌物溢出。血液检查：白血球是10,400立方毫米；血球分类是中性细胞73%、淋巴细胞24%、嗜伊红细胞3%。咽拭抹片没有发现类似白喉杆菌，鼻及咽拭培养24小时后都有白喉杆菌；血清毒力动物测定为阴性反应。

治療經過：入院后，即內服养阴清肺湯加減，并局部噴用吹喉散，同时因有严重的局部炎症，合并注射青霉素，4天后全身症狀減輕，局部炎症消退，伪膜漸次隱沒。住院18天痊愈出院；出院診斷为鼻咽白喉。

例1 李××，1955年12月29日入院，1956年1月15日出院。



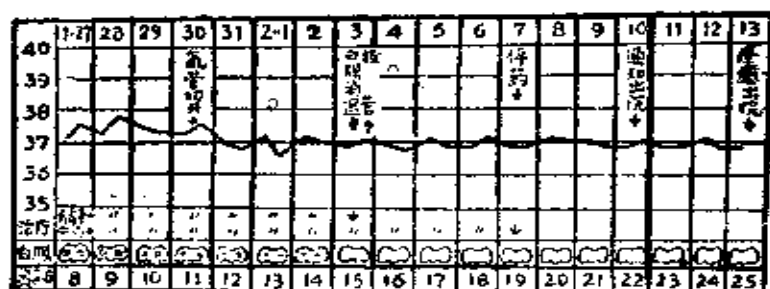
例2：刘××，女，5岁，于1956年1月27日入院。主訴8天前有輕度发热，繼而有喉痛，吞嚥困难，但不严重，昨天突然声音变嘶，呼吸气迫，伴有犬吠样的咳嗽。

体檢：肛門体温37.1°C，神志清楚，皮肤蒼白，呼吸稍有困难，腹上部及鎖骨附近部分略現吸气性的陷沒，兩側頸淋巴腺肿大，无压痛。局部症狀：咽部有显著充血，兩側扁桃體肿大，并被有灰白色的伪膜，約蚕豆大小。血液检查：白血球是13,400立方毫米，分类是中性细胞79%、淋巴细胞20%、嗜伊

紅細胞 1%。咽拭抹片及培養檢出白喉桿菌；血清毒力試驗是陽性。

治療經過：入院後給中藥內服及局部用藥，並合併注射青霉素，經過 3 天，一般症狀均有改善，白膜亦開始消退；但第四日晨突然劇烈咳嗽，繼而出現呼吸梗阻的現象，遂即進行氣管切開術，取出白膜數小塊，呼吸困難解除。以後繼續服用中藥，病情日益好轉。住院 18 天痊癒出院；出院時血清毒力測定是陰性，出院診斷為咽喉白喉。

例 2 劉 × ×，1956 年 1 月 27 日入院，2 月 13 日出院。



例 3：梁 × ×，女，21 歲，於 1956 年 2 月 7 日入院。主訴 4 天前開始發熱，繼而咽喉疼痛，吞嚥困難，連日來還有頭痛、噁心、嘔吐、腹痛及胃口不好等症狀。

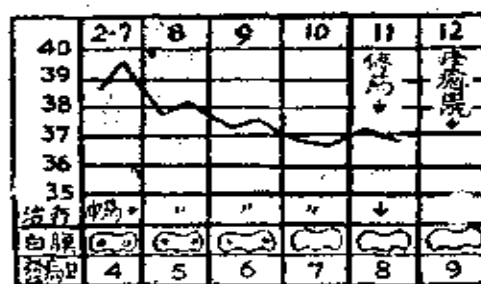
體檢：體溫 38.7°C ，神志清楚，呼吸平順，兩側頸淋巴腺腫大，有顯著壓痛。局部症狀：咽部充血，雙側扁桃體腫大，並附着黃白色片狀約黃豆大的偽膜，這種膜不易擦去。

血液檢查：白血球是 10,500 立方毫米；分類是中性細胞 80%、淋巴細胞 12%、大單核細胞 8%。咽拭抹片未發現白喉桿菌；咽液培養有白喉桿菌。

治療經過：入院後內服及局部施用中藥，第二天體溫漸次

下降，全身症狀显著減輕，白膜于治療开始后4天完全消退。住院6天痊愈出院；出院診斷为咽門白喉。

例3 梁××，1956年2月7日入院，2月12日出院。



(五) 討論及体会

1. 在祖国医学典籍中，早在1874年已有辰善吾“时疫白喉捷要”記載了中医治療白喉，多少年来民間都相信中医能治療白喉，也积累了不少丰富的經驗；可是都不能得到比較正确的整理。这是很可惜的。我們这次采用养阴清肺湯等治療白喉还是初試的，所以大多数是选择3岁以上患咽門白喉的病人。中药內服、噴咽和漱口等用藥的次数比較頻繁，对年幼的病儿似乎是有一定的困难；其实根据我們的体会，只要耐心劝导，細心操作，大多数病孩都能接受。配合治療，要保証藥物的療效，做到这一点是很重要的。

2. 白喉预后好坏与病人年齡的大小，治療時間的早晚，局部病灶的大小，以及合并症的有无均有关系。本組病例开始治療的時間，大都在第四病日以后，临床症狀的表現亦非輕症。按照我們的經驗，对这种病例，如果采用注射白喉抗毒素，一般約要3—5万单位；但經過中医治療以后，都能很快好轉，平均治療后3—4天症狀就減輕，3—7天白膜消退，治愈率达94.2%，比同时期我院收容的168名用白喉抗毒素治療的白喉病人的治愈率90.9%还要高。这說明了中医治療白喉确实有

很高的療效，并且治療費用經濟，比用抗毒素治療的平均要便宜一半以上，購買方便，能符合群眾的需要。至于本組死亡的4例，臨床診斷為合併心肌炎的有3例，另外1例經病理解剖証實是治療過晚，毒素已與組織結合，亦不能完全歸咎于中藥的療效。由4例中有1例進院不及2小時就死亡，3例平均的發病日達5.7天，也可以証明這一點。

3. 白喉死亡的主要原因，除喉白喉白膜梗阻和併發肺炎外，就是白喉桿菌外毒素侵犯而引起心力和血循環衰竭。以往的治療原則是爭取早期注射抗毒素，來中和血液中游離的毒素，以防止毒素與組織結合。本組病例除死亡的4例外，其餘的病例虽然有21例因局部炎症嚴重曾合併注射青霉素，但並沒有發現心臟、血管循環系統被毒素侵犯的征象，其治病的机理何在，難加推測。我們測定病人血中毒素的存在情形時，發現2例病人在臨床症狀治愈出院後，血中仍有毒素存在，繼續觀察也未再發生被毒素侵犯的病狀；而注射抗毒素治療的病例均無發現這種情形。這是否可暗示中醫治療的机理主要不在於中和毒素，而是通過神經機制，改變機體機能的狀態，使組織發揮抵抗的功能，很難與毒素結合，尙有待同志們的研究証實。

4. 我們採用的藥方中的主要藥物如銀花、連翹、丹皮等，經在試管內試驗，已証明對白喉桿菌及鏈球菌等有抵抗作用；但對局部炎症嚴重的病例，還是合併注射青霉素的療效較為顯著。此外，對於喉頭有梗阻現象的病例，仍然需要配合氣管切開術。這和注射抗毒素時需要配合氣管切開術是一樣的，以保證病人的安全。

(六) 总 結

1. 根据这次用中医治療52例白喉病人的初步結果，死亡率为7.69%，修正死亡率为5.76%，可以肯定中医治療白喉有很好的療效，并且費用便宜、购买方便，能符合群众的需要。

2. 对炎症严重的白喉患者，服用中藥并合并注射青霉素（肌肉注射），療效較佳；喉头有梗阻現象的患者，配合气管切开术仍然是必要的，这样可以保证病人的安全。

四、中藥复方治療傳染性肝炎 54例的臨床分析

廈門市第一醫院 盛國榮

(一) 前 言

在祖國醫學中，最早記載黃疸病的要算內經，直到後漢張仲景才把黃疸病分類，並提出各種療法，其中以茵陳蒿湯為治療黃疸病的主要藥方，後代依此療法而增減。中醫在臨床上發現病人巩膜發黃和全身黃染症狀者，則謂之“黃疸”，大多數應用茵陳蒿湯，因此，我們認為中醫之黃疸病應包括傳染性肝炎在內。

我院中醫科自1955年1月到1956年12月，應用茵陳蒿湯加減和甘露消毒片治療傳染性肝炎54例，現將療效報告如下：

(二) 54例的臨床分析

1. 年齡、性別和職業：54例中患者年齡以21歲至30歲為最多（22例）。男性45例，女性9例，男性多於女性（表1）。

職業以學生、工人為最多（44例）。根據本文分析其發病年齡、性別與職業，與黃銘新、潘瑞彭等的病毒性肝炎1,749例分析報告是符合的（1）（表2）。

表 1 年 齡 与 性 别

性 别 \ 年 齡	10岁以下	11—20岁	21—30岁	31—40岁
男	3	10	22	10
女	4	5	0	0
共 計	7	15	22	10
百 分 率	12.93	27.78	40.74	17.54

表 2 职 業

职 業	学 生	职 員	工 人	农 民	教 师
人 数	31	4	13	2	4
百 分 率	68.89	7.41	28.89	3.7	3.41

2. 发病季節：根据本文之分析，以秋季为最多（表 3），与北京丘福禧等 77 例，南京和西安馬挺光、張学甫 100 例的报告正相符合（2,3）。以上这些情况說明，这种病可能与气候、职业、生活环境、接触傳染等因素有关。

表 3 發 病 季 節

月 份	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二
病 例 数	1	1	2	4	2	2	11	10	5		6	10
季 計	4 (春季)			8 (夏季)			23 (秋季)			16 (冬季)		
百 分 率	7.41			14.81			48.15			29.63		

3. 临床症狀：一般发病較緩，病程經過可分为三期，即（1）黄疸前期、（2）黄疸期、（3）恢复期。本文患者在黄疸发生前大部分的主要症狀是精神疲乏、四肢无力、食欲不振、上腹部不适、黄疸、肝脏肿大等。据本文分析，畏冷发热

01例，腹部脹痛50例，厭食54例，全身無力50例，黃疸50例，惡心嘔吐52例，右季肋部疼痛47例，大便秘結37例，大便灰白色7例，頭暈51例，腹瀉10例，全身發癢12例。

4. 体征：巩膜發現黃染者50例，占92.59%，肝腫大者45例，占83.33%（其中大約在右肋緣下1.5—4公分、柔軟、有壓痛者44例）。

5. 化驗室檢查：黃疸指數多在50—75之間（表4）。

表4 黃 疸 指 數

黃 疸 指 數	31—50	51—80
病 例 數	20	34
百 分 率	37.03	62.95

麝香草酚混濁試驗以9至16單位為最多（表5）。

表5 麝香草酚混濁試驗測定

麥 氏 單 位	9—12	13—16	17—20
人 數	20	21	13
百 分 率	37.03	46.53	28.89

白血球一般不高，在5,000—10,000之間（表6）。

表6 白 血 球 總 數

白 血 球 總 數	5,000—10,000	10,000—12,000
病 例 數	42	12
百 分 率	77.78	22.22

6. 病程及療效：本組病例发病开始至黃疸消退（黃疸指數在10以下）平均為14—21日，症狀減輕一般都在兩星期（表7），

最短的六天（有六例）。

本院用中藥治療傳染性肝炎，大多數採用協議處方，整個療程，藥味加減不多。甘露消毒片，每日服12片，每餐飯後服4片，日服三次，並服用茵陳60片、木通20片、梔子20毫升、車前30毫升、澤瀉25片、川連12毫升，混合复制成的，本院名為“瀉黃湯”，每次服20毫升，飯後服，日服三次。以上系成人量，小兒可酌減。成品系用汕頭星群中藥提煉廠提煉藥，甘露消毒片系該廠根據葉天士處方制成的片劑，其他提煉藥，片劑每片含原藥一錢，液劑每毫升含原藥一錢（依此類推）。

表 7 茵陳蒿湯復方和甘露消毒片療效

療 效	病 例 數	百 分 率
三 星 期 痊 愈	54	100
二 星 期 見 效	48	88.89
一 星 期 內 見 效	6	11.11

茵陳蒿湯復方和甘露消毒片療效的病例报告：

病例一：陈××，住院号15744，男性，23歲，已婚，于1955年4月13日入院。主訴：心窩部悶痛，倦怠14天，巩膜黃染，皮肤發黃已五天。

現在症：入院前14天，突然感到心窩部異常悶悶不適，晚上腹部疼痛，覺得渾身無力，精神不振，有輕微畏冷發熱，腹上部飽脹，胃口不佳。這些症狀，持續三天，有惡心，曾服西藥兩天無效。4月4日發現巩膜有輕度黃染，5日小便量少，均呈濃茶色，小便時尿管有些燒灼感覺，9日巩膜黃染加深，伴有全身皮膚黃染。過去症：八年前經常患瘧疾，有遺精病

史。体格檢查：体温 37.5°C ，脉搏76，血压118/82汞柱。一般情况：发育营养中等，精神疲倦，皮肤有烧灼感，神志清醒，全身皮肤黄染，巩膜和眼结膜均有黄染，咽部有轻度充血，胸部对称，肺两侧呼吸运动及扩张度相等，右背上打診較轻度浊音，呼吸音正常，心跳正常，心尖可听到吹嘘性收缩期杂音，腹部柔软，肝可触及，在右季肋下三横指，表面平滑，边缘钝而软，明显压痛，脾可触及，肠蠕动音正常，其他无特殊发现。化验室检查：血色素12.5克，白血球5,800，中性70%，嗜伊红4%，淋巴球26%，血沉4毫米/小时，血清康氏反应阴性，黄疸指数50单位，凡登白氏试验即速直接反应。尿：馬尿酸试验“0”，尿胆元和尿胆素均为阳性。诊断为傳染性肝炎。5月11日給予泻黄湯20毫升，加甘露消毒片4片，每飯后服，日服三次。5月18日尿检查：胆色素、尿胆元和尿胆素均阴性。5月24日血检查：凡登白氏反应間接阳性，黄疸指数10单位，肝肿縮小至一横指。患者出院已繼續工作。

病例二：吳××，住院号11750，男性，17歲，未婚，于1956年3月27日入院。主訴：疲倦无力，食欲不振已一周，右上腹部覺痛，眼睛发黄已三天。現在症：一周前感到易倦厭食，尿短色深，三天后發現双眼发黄，右腹部鈍痛，有恶心、嘔吐，吐出物为胃内容，不帶綠色与血絲。过去症：四年前曾时有上腹部悶痛、吐酸水，飲食后即愈，一年前曾患疟疾一次。体格檢查：体温 36.5°C ，脉搏80，呼吸20，血压120/50汞柱。一般情况：发育营养中等，神志清楚，精神較疲倦，无重病容，全身皮肤轻度黄染。胸部对称，呼吸舒展无受阻，心脏視診心尖搏动于第四肋間，右鎖骨中綫內，触診无貓喘，听診心尖

区，聞及柔軟性吹嘯性收縮期雜音，其他无异常发现。腹部平坦柔軟，无靜脉怒張与异常搏动；肝輕度肿大，肋下一橫指，質軟，邊緣鈍，平滑，輕度压痛，肝区輕敲痛，脾未触及，无移动性浊音，腸鳴音正常。化驗室檢查：血色素12克，赤血球420万，白血球5,200，中性75%，嗜伊紅2%，淋巴球23%。血液：凡登白氏試驗双相反应，胆紅質3.6毫克，黃疸指數31，胆固醇186毫克，麝香草酚混浊度試驗11单位，麝香草酚絮状試驗++，脑磷脂絮状試驗+，总蛋白量6.79克，白蛋白3.95克，球蛋白2.84克，白球白比例135：1。尿：馬尿酸試驗3.45克，胆紅質阴性，尿胆元弱阳性。給予泻黃湯20毫升及甘露消毒片4片，飯后服，日服三次。病者食欲良好，精神甚佳，4月2日体重增加二公斤，4月10日，黃疸指數6，麝香草酚混浊試驗4单位，其他都正常，痊愈出院。

本文54例傳染性肝炎无一例死亡，經复查亦无后遺症，可能所患症状較輕，病例不多，尙难得出結論。

据張維汉57例傳染性肝炎之療效报告，以1954年前半年度患傳染性肝炎13例中死亡4例⁽⁴⁾，張孝騫北京协和医院肝炎病人之死亡率7.8%，日本村上荣氏1951年岡山一度有傳染性肝炎流行，死亡率高达15%⁽⁵⁾。由以上这些材料来看，傳染性肝炎死亡率还是相当高的。

(三) 討 論

傳染性肝炎无特殊療法。据錢桐蓀氏对傳染性肝炎58例的临床分析是：自发病开始至黃疸消退(血清胆紅素在1毫克以下及黃疸指數在13以下)平均为25—30日，黃疸持續日期20—25

日，最短一例为15日(6)。本文应用茵陈蒿复方和甘露消毒片一般都在两星期内症状消退，黄疸指数降低，最快的一例黄疸指数每日降低10单位。

錢嶽年、裴政氏的傳染性肝炎100例分析报告中，談到經過及預后病程以无黄疸患者較短，最短者15日痊愈；在有黄疸之病例中最短者16日，一般約在4—7周恢复，最长达97天(7)。

又据吳益生氏傳染性肝炎126例临床分析，經過治療后調查66例之結果，在一个月以内症狀消失者17例(25.8%)，在二个月以内症狀消失者32例(48.5%)，在三個月以内症狀消失者12例(18.1%)，在六個月內痊愈者三例(4.5%)(8)。据本文54例治療觀察，一般都在三星期痊愈，食欲和体重有显著增加。

伍汉文、鄒若楠等氏的傳染性肝炎140例临床分析及金霉素对严重病例的療效的初步报告中，談到三例严重病例，一例发生肝昏迷的，当日內以金霉素治療，效果良好，两例慢性傳染性肝炎，逐漸惡化，黄疸指数增多至221，經金霉素治療，很快好轉而痊愈。三例暴风式的急性傳染性肝炎，用金霉素治療后十余小时，有显著进步，結果良好(9)，这就說明金霉素对严重的傳染性肝炎，療效很大。但茵陈蒿复方和甘露消毒片应用于严重傳染性肝炎，是否有效，尙待同志們試驗。

中医历来对黄疸的治療，多数以茵陈蒿为主药，据筆者以图集成医部全錄疸門，初步統計，由汉到明15家所載治療黄疸共111方，应用茵陈蒿就有37方，占总数三分之一，这就說明处方無論如何变动，主药大都离不开茵陈蒿。

茵陈蒿应用于黄疸，最早見于神农本草經，而后汉張仲景伤寒論和金匱要略于茵陈蒿湯方后有“小便当利，尿如皂角汁狀，色甚赤”。这就可見茵陈蒿至少有利胆和利尿作用。至于梔子、木通、車前子、澤瀉、川連等消炎利尿葯亦有适当配合的必要。

由于用茵陈蒿复方（泻黄湯）和甘露消毒片治療傳染性肝炎有效，因此，我們认为內經之“黄疸”，后汉張仲景之“谷疸”，后世之所謂“阳黄”，至少包括現代之傳染性肝炎在內。

（四）总 結

1. 本院1955、1956两年治療傳染性肝炎54例，本文对患者年齡、性別、发病季節、症狀、体征及中医的治療方法等加以分析和討論。

2. 本文患者中，男性有45例，占83.33%，女性9例，占16.67%，男性多于女性。病例中以学生、工人为最多。

3. 本文54例，应用同一方剂，治療結果，大部分两星期見效，四星期痊愈。根据临床观察，療效尚好，唯病例較少，分析肤淺，今后尚須进一步研究。

参 考 文 献

（1）黃銘新、潘瑞彭、陆正偉、金向壽、馮鑑庭：病毒性肝炎1,749例分析，中华內科杂志11：837，1956。

（2）丘福緒、刘曉昌、張学德：北京所見急性傳染性肝炎及同种血清肝炎之临床分析，中华医学杂志3：163，1953。

(3) 馬挺光、張學甫：傳染性肝炎一百例的臨床分析，中華內科雜誌¹：853，1956。

(4) 張維漢：茵陳蒿治療傳染性肝炎之療效分析，中醫雜誌3：18，1955。

(5) 我國醫學專家與日本岡山县文化學術代表團村上榮醫學博士舉行傳染性肝炎座談會，中華醫學雜誌2：143，1957。

(6) 錢桐荪：傳染性肝炎58例分析報告，中華內科雜誌3：163，1955。

(7) 錢嶽年、裴政、楊詠高：傳染性肝炎一百例分析報告，中華內科雜誌3：167，1955。

(8) 吳益生：傳染性肝炎126例之臨床分析，中華內科雜誌3：466，1955。

(9) 伍漢文、郭若楠、沈澤霜、鄭維立、熊宏恩：傳染性肝炎140例的臨床分析及金霉素對嚴重病例的療效的初步報告，中華內科雜誌3：176，1955。

五、白毛藤治療血吸虫病伴發 黃疸六例初步報告

福建省人民醫院 嚴守正

血吸虫病伴發黃疸，在臨床上常常遇見，且因出現黃疸而阻礙銻劑治療者為數亦不少。準備大規模開展消滅血吸虫病，治療伴發黃疸，給應用銻劑創造有利條件，這是中醫中藥研究治療血吸虫病的任務之一。古人治療黃疸，以陰陽虛實為分，屬陽屬實，以茵陳蒿湯為主，屬陰屬虛，以茵陳五苓散為主，“按病施治”為中醫治病的原則。治療血吸虫病出現黃疸，採用茵陳蒿湯，文獻曾有提及，而採用白毛藤治療，則未見報道。

應用白毛藤治療黃疸，為福建省人民醫院門診醫師常用得意的藥，在臨床上與茵陳蒿湯對比，有它獨特的好處。1956年3月中旬，福建省血吸虫防治所所屬专科医院，在黨及領導重視下成立中醫治療小組，與西醫緊密配合，互相轉移治療，取得一定成績。在治療黃疸方面，6例經用白毛藤，均獲得顯著的效果。雖病例不多，但先作初步報告，以便今後與血吸虫病鬥爭的同志們作進一步的研究，並多加指導。

（一）藥物制劑和用量

白毛藤古籍別名天燈籠、和尚頭草，福州土名叫金綫綠毛龜草，福清叫做壺蘆草。形態：白毛藤為蔓草類之一種，莖葉

皆有白毛。八、九月开花，藕合色。结子小如豆而软，生青熟红，红如珊瑚。霜后叶枯，惟赤子累累，缀悬墙壁间，鸟雀喜食之。其藤可供药用。性质：热无毒（中国药学大辞典）。主治：活血，生血，追风清湿热。治黄疸水肿，小儿蛔结腹痛，除骨节风湿痛（本草纲目拾遗）。

配合应用：治黄疸初起，用百草镜、白毛藤、神仙对坐草、大茵陈、三白草、车前草各等分，白酒煎服（本草纲目拾遗）。

我们采用的是白毛藤煎剂（福建省人民医院出品），每次7—20公撮（每1/2公撮相当于原生药1钱），一日三次，饭前服用。

关于白毛藤的学名、成分及药理作用，目前尚不明白，有待药理学家进一步研究。

临床上的应用：

我们应用白毛藤治疗的6例患者，其诊断系根据病史、临床症状、大便检查和皮内抗原反应，且化验室黄疸指数超过正常者，方予应用。全疗程一般暂定为10—20天（但可视病情轻重，缩短或延长）。

我们共计治疗血吸虫病伴发黄疸6例，其中有的系早期给锑剂治疗创造条件（计2例），有的系晚期腹水或肝脾肿大者（计4例），均应用白毛藤加减。

（二）治疗结果

治疗的6例中，治疗后黄疸指数均显著下降。5例恢复正常，1例7日内自20单位下降至10单位，因没有继续检查，转治腹水，故未得出结论。（附表）

— 58 —

4	男25岁	左胸肋缘下有痞块已6-7年，曾黄疽指数20单位，卢氏阴性反应，有呕血史，四肢倦怠无力，脾脏20公分，边硬不整齐。无压痛，腹水中度，静脉等现。	曾黄疽指数20单位，卢氏阴性反应，凡登白直接反应阳性。白血球1,800，红血球193万，血色素34%。尿胆元弱阳性，胆红素阴性。	10	5	50	新方 商陆 丸	第7 天 10	以后每治 服水。
5	男23岁	四年前海发生寒热，此后，身体逐渐瘦弱，劳动时四肢酸楚，头昏眼花，不时鼻衄及发生痢疾，大便含粘液，並有里急后重感，巩膜发黄，脾脏16公分。	体温38°C，脉88。黄疽指数11单位，凡登白直接反应阳性，高田氏强阳性，卢氏(片)，高田氏18阳性。白血球6,100，赤血球383万。血色素31%。凝血时间2.5分钟，赤血球304万，白血球4,100，血色素60%，中性40%，淋巴40%，嗜伊红20%。尿胆元阴性。	14	12	108	茵陈、 黄、 栀子、 黄、 茜草	第14 天 4	粉砂剂治 療，並凡 完成长程 治療。
6	男25岁	前八、九年曾患寒热，时愈时作。近几年来发作次数虽减，犹有两次，大便伴有粘液，有里急后重感，经常刺痛，下周围有疼痛，肝脾12公分，质硬，表面无结节，肝膜黄染。	黄疽指数8单位，凡登白氏直接弱阳性，卢氏(片)，高田氏18阳性。白血球6,100，赤血球383万。血色素31%。凝血时间2.5分钟，赤血球304万，白血球4,100，血色素60%，中性40%，淋巴40%，嗜伊红20%。尿胆元阴性。	7	5	35	复方 维生素乙 片	第5 天 4	同上

注1.新方解毒丸方：蛇酥二钱，雄黄三钱，铜绿四钱，枯矾一钱，寒水石五分，片子黄八钱，黄鬱金八钱，绿矾一钱，乳香一钱，没药钱半，冰沙三钱，蜗牛21个，麝香五分。

注2.新方胜毒丸：鲜猪胆两个，猪脾两个，紫河车一具，内金二两，鬱金一两，山查一两。

副作用：

在觀察的 6 例中，未發現任何副作用，且應用該藥也沒有什麼禁忌。

(三) 討 論

1. 黃疸不是一種獨立的病，有許多疾病都會引起黃疸的症狀。其皮膚粘膜及其他組織有發黃現象，乃由於血液內存在過量的膽紅素所致。

黃疸發生原因有三，這些原因有時系單獨發生，但常互相關連而共同存在。

(1) 由於血內膽紅素、蛋白量增加，超過肝細胞排泄功能的限度。屬於這類原因的主要是溶血——溶血性黃疸。

(2) 由肝細胞受損傷，所排出的膽紅素直接流入肝小葉周圍的淋巴間隙，從而進入血液，引起黃疸——中毒或肝細胞性黃疸。

(3) 排泄膽紅素的通路發生障礙，使膽紅素又回入血循環——阻塞性黃疸。

血吸蟲病出現黃疸的原因，想亦不出以上三種因素，或兩種以上因素共同存在。

2. 在上列 6 例中，有 4 例凡登白直接反應陽性，2 例直接反應陰性，間接反應陽性；但是間接反應陽性的 2 例，其血象 1 例為紅血球 4,100,000、血色素 84%，另 1 例紅血球 3,560,000，血色素 84%。對一般血吸蟲病晚期患者來講，貧血尚不那樣嚴重。這 6 例黃疸，由化驗室檢查情況來看，可能屬於肝細胞性及阻塞性黃疸。而白毛藤的作用對溶血性黃疸是否也同樣有效，則尚有待以後繼續觀察和研究。

3. 在上列6例中，有2例給錫劑治療創造條件，並完成療程治療。

福清血吸蟲病防治所的西醫師們，已把白毛藤作為預防錫劑治療引起黃疸之用。他們對凡登白直接反應陽性的血吸蟲病患者，一面內服白毛藤，一面注射錫劑，如果也有效果，則白毛藤對治療血吸蟲病將有更大的作用。

4. 研究藥物治療疾病的價值，要從療效、副作用和經濟等方面來考慮。中藥治療黃疸的有效藥物雖多，但以這些條件來比較，都不及白毛藤。白毛藤藥性穩定，無副作用，價格便宜（一日大劑量用費不及二角），而且在臨床上西醫亦容易掌握。

黃疸指數在15單位以下，臨床上往往難以發現黃疸症狀。中醫治療晚期血吸蟲病，雖然伴發黃疸，但其治療的重點仍放在腹水或肝脾腫大。所以在6例中都配合其他方劑，如新方商陸丸或新方臟器丸。其中除臟器丸、茵陳、片子黃及黃郁對黃疸有作用外，其他如商陸丸、八珍片之屬，主要還在利尿、補體。

白毛藤究竟須服多少日才見效，因為觀察病例尚少，且農民對多抽血檢查有意見，所以未得結論。實驗室方面僅檢查黃疸指數，對其它肝功能究竟有否影響，因限于條件，尚未作詳細檢查。

（四）總 結

本文初步介紹白毛藤對血吸蟲病伴發黃疸6例的療效。

六、敗醬草治療晚期血吸虫病伴 發腹水9例初步报告

林 恆 春

晚期血吸虫病常伴发腹水，治療此病的中藥各地报道頗多，但求其副作用小、疗效高，尚难滿足临床家的要求。1956年8月我們試用了“敗醬草”治疗晚期血吸虫病伴发腹水9例，疗效很高，5例取得了显著效果，3例腹水減輕，只1例无效，而副作用甚小。现将初步效果报告如下，供参考，并希望同志們指教！

报告的9例都經過一般檢查（包括病史、体征、化驗室檢查和皮內抗原反应等），确診为血吸虫病晚期的肝硬化腹水。这些病例都应用敗醬草治疗，其治疗效果，如附表：

效 果 服藥日数(天)	腹 水 消 失	腹 水 減 輕	无 变 化
5 — 6	2		
8 — 9	3		
14		1	
24 — 25	5	2	
总 計	5	3	1

从上表可以看出，9例中除1例无效外，5例都有显著效果，3例腹水減輕。奏效的5例自治疗开始后5—9天，腹水即行消失，而且用藥期間未發現有何不良的副作用，即使在下痢的病例亦可应用。

茲舉一例比較典型患者做個簡單介紹：

林××，男性，年42歲，職業農，已婚，出生地點本省福清縣茶亭區晉西鄉，門診號數1282號，住院號數11117號。

主訴：左腹部痞塊已十餘年，腹水約已二個月。現在症：前十幾年隔三天發冷發熱一次，持續三年時間，後左腹部結一痞塊，日益增大，當時體格尚好，還能勞動。前四、五年又一次發寒熱，請醫師治療了幾天後，轉閩侯××醫院治療，診斷為肝炎病，住院20餘天後回家，感腹部漸漸膨大。前三年曾下痢一次，歷5—6天，每天拉十幾次，便帶粘液，無帶血。經常出鼻血，每次量約兩酒杯，近年來很少復發。由1956年6月開始，腹部膨脹而硬，經常下肢浮腫并延至膝上，自感肚子脹硬壓迫很難受；入院前一星期，每到下午五點鐘左右，下腹部作痛，過一小時就消退，勞動力減退，食欲不振。

既往史：無咳血吐血史，有哮喘病史，未曾患過急性傳染病。

個人史：9歲開始下田工作，經常到溝塘洗腳，幼年曾在塘中洗澡，經常喝山溝生水（他家庭系本病流行區），28歲結婚，沒有到過他地，無烟酒嗜好。

家庭史：父早亡，死因不明。母51歲年老病故。妻身體健康，結婚14年，未曾生育。

體格檢查：體重61.5公斤，身高171公分，體溫36.6°C，脈搏90/分，呼吸18/分，血壓112/78毫米水銀柱。

一般情況：發育正常，營養中等，神志清醒，檢查合作，皮膚無發紺、黃疸、癬疹等現象，無蜘蛛痣。淋巴腺：右側頰下的淋巴腫大，約黃豆大。頭部：頭顱無畸形，毛髮分布均勻，眼巩膜有黃染，耳鼻均無異常發現，舌苔黃色，扁桃腺無

肿大。頸部：无强直、頸靜脉怒張和肿瘤；甲狀腺无肿大。胸部：胸廓正常，兩側呼吸运动相称。听診、触診无貓喘震顫，听診四个瓣区均有收縮期杂音。腹部：腹圍臍平92公分，臍上7公分为96公分；腹靜脉与胸靜脉有怒張。腹部甚膨隆，有腹水征。因腹部膨滿，肝、脾未能滿意触診。肛門与生殖器未檢，膝反射正常。

化驗室檢查：尿常規檢查：色黃、反应酸、比重不够，白蛋白（-），糖（-），尿胆元阳性，上皮少許，粘液少許。粪常規檢查：鈎虫卵（+），鞭虫卵（+），集卵孵化阴性。血常規檢查：赤血球2,440,000，血色素8克，白血球1,850，中性57%，淋巴28%，嗜伊紅15%，血小板60,000。凝血時間半分钟，出血時間 $1\frac{1}{2}$ 分。血清黄疸指数10单位，凡登白氏試驗直接反应阳性，卢氏試驗（+++），高田氏阳性，皮內抗原注射反应阳性。

治療經過：服敗醬草9天后腹水消退，体重減輕5市斤，腹圍縮小8公分。

藥物介紹：

敗醬草因其根作陈敗豆腐气味，故名。古籍別名鹿阳（本經）、澤敗、鹿首、馬草（別錄）、苦菜、苦蕒（綱目），外国名詞是*Patrinia scabiosaefolia* Link（拉丁）。时珍曰：

“南人采嫩者，暴蒸作菜食，味微苦，而有陈醬气，故又名苦菜。”（本草綱目）

形态：敗醬草为多年自生之宿根草木，莖高三、四尺。叶对生，下部者，为类菊叶之羽狀复叶或羽狀裂叶；上部者，为細长草叶或三裂。秋季于梢上簇生黄色小花，形如蒸栗，根作

紫白色，狀类柴胡（中国药学大辞典）。全株都可供药用。

气味：苦平、无毒。（本草綱目。）

主治：暴热、火疮赤气、疥疮、疔疮、馬鞍热气（本經），
除痈肿、浮肿、結热、风痹不足、产后痛（別錄）。

張山雷謂能清热泄結、利水消肿，破瘀排膿，惟宜于实热
之体（中國药学大辞典）。

我們所用的敗醬草，是采取福建省人民医院的制剂，即每
斤敗醬草加2两带梗的薄荷叶（或加其他防腐剂都可以）作为
清凉性芳香矯味防腐剂，每1毫升等于生药量1錢。用法：日
服三次，每次30毫升（等生药3两）。应用該药后有显著的利
尿作用。至于該药的有效成分，及应用后腹水消退的机轉，均
有待今后繼續研究。

七、中藥瓦楞子丸治療晚期血吸虫病 肝脾腫大92例療效觀察初步報告

福建省血吸虫病防治所专科医院 翁允輝

(一) 前 言

“瓦楞子丸”对晚期血吸虫病肝脾肿大和輕度腹水的病人进行試治，經過中西医互相协作，取得一定的疗效。从1956年5月开始至去年5月止，在我所专科医院、福清血防站小組治疗92个病例，分为两批：第一批从1956年5月至10月底止治疗55例；第二批从1956年11月至去年5月止治療37例。在这两批治療过程中，前后葯物制法有些不同，其效果也不同，因而分为两批作观察分析和追踪病例分析。分別报告如下：

(二) 处 方

1. 葯物組成：瓦楞子（蚶壳）六錢、山甲二錢、生雷丸三錢、生水蛭三錢、桃仁二錢、莪朮二錢、三棱二錢、澤泻六錢、枳实三錢、白朮二錢五分、鳖甲五錢、鶴虱四錢、阿魏二錢五分、北柴胡一錢五分、生黃芪三錢、当归二錢、杭芍三錢、海藻六錢。

2. 制法：（1）瓦楞子（蚶壳）、鳖甲、山甲三味先用砂炮后，再用醋浸烘干，并和葯研粉。

（2）莪朮、三棱两味醋制，阿魏醋泡另炖至溶解，桃仁帶皮，水蛭晒干研粉（不用炒的）。

(3)除阿魏醋泡另炖外，其他各药研粉先炼，然后用蜂蜜再炼为丸，如绿豆大。

3.服法：每日三次，每次五钱（15克），开水送下，空腹服。15岁以下的小孩减半。

4.适应症范围：晚期血吸虫病患者面色苍黄，食慾不振，肝脾肿大，两脅痛，腹胀满，轻度腹水，舌苔白，脉浮紧、沉实。

5.药物的效能：消除积块、癥瘕（肝脾肿大），利水道，下血蠱，能泻肝经血分，破瘀血而不伤新血，有消痞补正之功，并能促进病人机体恢复，使肝脾缩小并恢复机能。

6.应注意的事项：

(1)服药丸时只能用低盐饮食。

(2)孕妇忌服。

(3)服药九十天后要停药三天，在三天之内可服补血汤（生芪一两、当归二钱）三剂，然后再继续服瓦楞子丸。

(4)凡体质虚弱的病人要慎用或不用，用药丸前应先服补血汤几剂后方可服用。

(5)有出血史的病人要追查出血时间的远近。在一、二年内有出血者可先服补血汤几剂，然后服瓦楞子丸；如果在最近半年有出血，要根据病人体质、病情等情况，慎重考虑少用或不用。

(6)一般无副作用，但有些体质虚弱的病人会感到头眩、全身疲。这种情况很少发生。

(三)临床分析

1.病例选择和检查结果：

(1) 患血吸虫病人到了晚期体征发现有肝脾肿大和轻度腹水，劳力减退或消失，不合锑剂治疗的，就用中药瓦楞子丸进行治疗。

(2) 年龄：92例中年龄最小者10岁，最大者60岁，其中以16—35岁占大多数。

(3) 性别：男性70人，女性22人。

(4) 职业：农民88人，学生3人，军人1人。以劳动农民最多，均有下水接触史。

(5) 症状：见表1。

表1 92例临床症状

症状	头痛	发热	咳嗽	气喘	吐血	鼻衄	呕吐	食欲不振
例数	39	55	36	29	10	36	7	28
百分率	42.3	59.7	39.1	29.3	10.8	39.1	7.6	30.4

浮肿	腹痛	腹泻	下痢	恶心	面色 黧黑	面色 苍白	面色 萎黄	月经 不正常
15	52	47	33	10	3	6	9	7
16.5	56.5	51.1	35.8	10.8	3.3	6.5	9.5	7.6

(6) 体征：

①肝脾：肝脾肿大的时间从1—20年不等，其中以1—15年最多，20年较少。

肝脾肿大人数和肿大程度（分两批治疗分析）：第一批55例中，肝脏在剑突下肿大者37人，在右锁骨中綫肋缘下肿大者13人。肿大程度2—13厘米，其中在剑突下以4—9厘米最多，在右锁骨中綫肋缘下以2—7厘米最多。

第一批55例脾脏全部肿大，从左锁骨中綫肋缘下起，肿大

程度从6—25厘米，其中以12—21厘米最多。

第二批37例中肝脏在剑突下肿大者25例，在右锁骨中綫肋緣下肿大者3例。肿大程度1—12厘米，其中3—8厘米最多。

第二批37例中脾肿大者37例；肿大程度6—22厘米，其中8—11厘米、16—19厘米最多。

②腹水：92例中有輕度腹水者31人，中度腹水12人，重度腹水1人。

(7) 化驗室檢查：

①血象：92例的血液沒有全面做出檢查，只在条件許可下檢查58例。他們血色素平均数5.68克，紅血球平均数3,001,724，白血球平均数2,321。嗜伊紅54例平均数9.74%。

②黃疸指数：92例中有檢查黃疸指数只有22例，平均数6.1单位。

③糞便檢查：92例中糞便檢出血吸虫卵，孵化阳性者36例，不能檢出血吸虫卵者56例，可能是晚期血吸虫病病人，因腸壁組織增厚，不易檢出之故。

2.療效觀察：92例分兩批治療，治療后一般症狀均有好轉。在臨床療效分析方面，重點觀察肝脾變化，治療后肝脾都有不同程度的縮小，但兩批的有效率不同。第一批效果大，肝腫大的有37例，治療后縮小的有30例，有效率达81.69%；脾腫大55例，縮小了39例，有效率达70.91%。主要原因有兩點：一是第一批治療的55例，大部分集中在专科医院和小组治療，便于掌握服藥時間和作各方面觀察；二是第一批藥物是用冬蜜制煉為丸，可能冬蜜對肝臟有一定的保護作用。第二批治療37例，效果比較差，肝臟腫大有25例，治療后，縮小的只

有15例，有效率60%；脾肿大37例，縮小了23例，有效率62%。其主要原因也可能有两点：一是在小組集中治療一部分，送藥上門治療一部分，但送藥上門的不能达到治療程（30天）的要求；二是第二批藥物改变制法，去了冬蜜，藥丸外面用“洋滑石粉”为衣，这样藥丸无味，可使病人容易接受吞服；同时因“水蛭”缺貨一次，就加上“阿魏”的分量。总的看来，“瓦楞子丸”对縮小肝脾有一定的效果。

腹水：92例中，治療后輕度腹水消退者17人，中度腹水消退者4人，这可能說明“瓦楞子丸”对輕、中度腹水的療效起到一定的作用。腹水病例虽然不多，也值得研究。

其中重度腹水一人，治療后消退，是配合服用消水、利尿中藥，以后再服补藥几剂，身体健康后即轉錫剂治療。

血象：92例中，檢查血液有58例，血色素总平均数比治療前有些降低，可能跟藥丸中有帶破瘀散血的藥物有关系。但紅血球总平均数比治療前稍有增多，因中途有配合补血湯的補助作用。

糞便檢查：92例中，有32例糞便檢查血吸虫卵，阳性者21人，治療后6例轉錫剂治療，完成了錫剂療程。服藥丸后檢查有16例轉为阴性（在阳性21例中），是否是藥丸起了杀虫作用，尚待今后进一步研究。

3. 追踪观察：

92例經過两批治療，出院時間不一致，而且都是农民，散居在村庄，地点分散，追查人数不能如数完成，追踪日期亦不能一致。92例中仅追踪了45例：計有出院六个月9例，七个月19例，八个月17例。追踪方法：由专科医院派出专責人員与中医

师到福清血防小组配合中医师到各乡村进行访问检查，重点检查患者自觉症和测量肝脾缩小程度。兹将追查结果分析如下：

(1) 症状：经过复查一般症状都有了好转，劳动力增加(见表2、3)。

表2 療效复查統計表 (追踪45例)

劳动力				体 重				食 欲				面 色			
总人数	增加	减少	不变	总人数	增加	减少	不变	总人数	增加	减少	不变	总人数	好转	转坏	与不前多差
45	42	0	3	45	39	0	6	45	42	0	3	45	33	0	15

附注：劳动力增加指治疗前劳力丧失或减退。如治疗前劳力丧失，治疗后经过六个月以上复查能挑60—80市斤；治疗前劳力减退，治疗后经过六个月以上复查能挑30—120市斤。

表3 复查时各种症状与治疗前各种症状的比较

	症 状	发 热	咳 嗽	咳 血	吐 血	鼻 衄	恶 心
治疗前	例 数	55	36	5	10	36	10
	百分数	59.7	39.1	5.4	10.8	39.1	10.8
复查时	例 数	2	4	0	0	3	1
	百分数	2.2	4.3	0	0	3.3	1.1

呕 吐	腹 痛	腹 瀉	下 痢	浮 肿	气 喘	头 痛	月 經 不 正 常
7	52	47	33	15	29	39	7
7.6	56.5	51.1	35.8	16.2	29.3	42.3	7.6
0	6	6	1	0	3	2	3
0	6.5	6.5	1.1	0	3.3	2.2	3.3

附注：治疗前各种症状，是在入院时间记录的情况，经过六个月以上复查才能确定症状的变化。

(2) 体格检查：肝脾变化，远期观察的療效，較出院时更显著。追踪45例中，肝脏肿大29例縮小的有27例，有效率达

93%。可以看出“葯丸”对远期療效有更大的作用。中医所謂“丸者緩也”，其意思是能使机体內的机能稳步地轉變，逐漸地恢复健康。現在获得了証明。

(四) 典型病例摘要

病例一 黃××，男性，45歲，农民，福清茶亭区人。1956年4月1日入院，自訴前年至今断續发冷、发热，左上腹部发现有坚硬的痞塊已八、九年，現在逐漸增大，体力漸弱，勞動力丧失，头晕，食欲不振，面色黧黑，貧血，舌苔白浊，腹脹大，臥床不起。每天大便四、五次，便稀无濃血。脉象：数中带虛。糞便檢查阴性，皮內反应阳性。血液檢查：紅血球271万，血色素55%，白血球9,200，中性51%，淋巴40%，嗜伊紅9%。黃疸指数5单位。肝脏肿大5厘米，脾脏肿大27厘米（过臍向右伸）。4月9日开始服“瓦楞子丸”，經過16天，諸症狀逐漸改善，腹脹消失。糞便檢查阴性，紅血球271万，血色素55%，白血球3,300，中性52%，淋巴31%，嗜伊紅1%。黃疸指数5单位。肝脏摸不着，脾脏縮小了16厘米，并变軟。連服葯丸29天，食欲增加。出院后一个月，再来院一次，自訴体力增强，能挑100斤重担，顏面潮紅，全身肥胖。再經六个月追踪观察，在洋中农业社参加生产，得了全勞力工分；自訴能挑120斤重担。檢查脾脏，左鎖骨中綫肋緣下縮小了22厘米。

病例二 何××，女性，44，福清东張鎮道桥村人。入院时自訴腹脹，結塊已十年。十年前下田耕作，接触河水后，发冷、发热，現在經常腹瀉腹痛，結塊慢慢增大；肌肉消瘦、勞動力丧失、头晕、眼花、耳鳴、气促、全身无力、腹部膨隆、脾坚硬有压痛、顏面蒼白、有严重貧血現象。大便檢查阳性。

紅血球334萬，血色素9克，白血球2,400，中性69%，淋巴19%，嗜伊紅9%。肝臟腫大劍突下5厘米，脾臟腫大20厘米。用“瓦楞子丸”治療30天，大便檢查陰性，紅血球385萬，血色素70%，白血球2,500，中性66%，淋巴29%，嗜伊紅5%。脾臟縮小了14厘米，肝臟摸不着。出院後一個月檢查，效果顯著，面色潮紅，自訴體力增加，能挑100斤重擔。患者感動地說：“感謝毛主席關心人民疾苦，挽救了我的生命。”經過這次追蹤復查，知道她參加了勞動生產，精神愉快，一切症狀好轉，恢復了健康。檢查脾臟已完全恢復正常。

病例三 刘××，男性，19岁，未結婚，农民，福清漁溪上郑村人。入院時自訴流鼻血，四肢痠軟，身體疲倦，潮熱，腹脹大，每天大便三、四次，小便少。1956年5月，由上郑血防小組檢查有血吸蟲卵，因不合錫劑治療條件，經當地平業中醫治療六次，腹脹滿未見效，仍再增大。至1956年6月開始來小組門診檢查，入院治療。檢查腹圍71厘米，靜脈怒張，中度腹水，肝臟腫大劍突下10厘米，右鎖骨中綫肋緣下6厘米，脾腫大左鎖骨中綫肋緣下11厘米。紅血球330萬，血色素65%，白血球6,100，中性62%，淋巴30%，嗜伊紅6%。服用“瓦楞子丸”30天，總劑量630克後，自訴精神好，食欲增加。腹水消退，靜脈怒張消失。血液檢查：紅血球300萬，血色素60%，白血球5,000，中性62%，淋巴30%，嗜伊紅5%。肝臟縮小了6厘米，脾臟縮小了3厘米。糞便檢查陽性。診察一般症狀都好轉，轉錫劑治療。經過半年來追蹤復查，開始發育，面色潮紅，肌肉丰满，食欲增加。過去勞力喪失，現在能挑40斤以上。

病例四 吳××，女性，23岁，农民，福清漁溪區下里乡双当村人。入院时主訴經常与河水接触，就覺皮肤发痒、发紅疹，并發冷、發热，四肢痠，心悸、腹瀉、下血，十五岁时就發覺脾脏肿大。現在尚未发育，面色黧黑，貧血，食欲不振。每日大便三、四次，混黑色，有粘液。糞便檢查有血吸虫卵。血液檢查：紅血球325万，血色素65%，白血球4,250，中性62%，淋巴34%。腹部靜脉怒張，腹圍65厘米，肝肿大劍突下4.5厘米，脾肿大10厘米。經服“瓦楞子丸”一个療程后，自訴一切症狀好轉，沒有黑色样糞便和粘液，体力日見恢复。糞便檢查有血吸虫卵。血液檢查：紅血球347万，血色素65%，白血球5,300，中性68%，淋巴24%。靜脉怒張消失，脾脏縮小測不到，肝脏摸不着。全身肥胖。轉錫剂治療。追踪复查，自訴开始发育，乳房长大，食欲增加，勞力增加，挑70市斤尙感輕松。

病例五 何××，女性，30岁，农民，福清东張鎮人。入院时腹部膨脹，面色蒼白，貧血，自訴常与河水接触，12岁时因發冷、發热后，腹部开始結塊，至今19年。現在走路时感到脾脏疼痛，头眩、四肢无力、气喘、心悸、腹痛、腹瀉。大便每日四次，并有下血。糞便檢查：找不出血吸虫卵。腹部靜脉怒張，肝脏肿大13厘米，脾脏肿大21厘米。服“瓦楞子丸”后，腹痛、腹瀉、气喘都消失，面色轉为潮紅，人也比以前肥胖。过去月經不定期，有七、八个月一次，有的三、四个月一次，現在已恢复正常。肝縮小5厘米，脾縮小8厘米。

病例六 郑××，男性，28歲，未結婚，农民，福清茶亭區普西乡下河村人。入院时面色蒼黃，形容瘦小，自訴食欲不

振，腹部脹滿，脾腫大有十多年，不能勞動，經常腹痛、腹瀉。檢查糞便有血吸蟲卵。血液檢查：紅血球292萬，血色素8克，白血球5,800，中性19%，嗜伊紅7%，肝腫大8厘米，脾腫大24厘米，腹圍84厘米，靜脈隱現，輕度腹水。不合錫劑治療條件。內服瓦楞子丸一個療程（計30天），腹痛、腹瀉、脹滿均消除，身體逐漸恢復。血液檢查：紅血球250萬，血色素8克，白血球5,300，中性68%，嗜伊紅18%。糞便檢查有血吸蟲卵，孵化陽性，轉為錫劑治療。經過六個月追蹤復查，知道他參加生產，得了半勞力工分。自訴身體恢復了健康，同時也結了婚。肝臟縮小4厘米，脾臟縮小7厘米，靜脈隱現消失。

病例七 李××，女性，18歲，農民，福清縣龍鄉東山村人。入院時面色暗黃，貧血，腹部脹滿，尚未發育。自訴全身無力，氣喘，惡心嘔吐，食欲減退，腹痛，脾腫大有八年。脾腫區膨隆突起。糞便檢查陰性。血液檢查：紅血球165萬，血色素45%，白血球6,050，中性81%，淋巴16%，嗜伊紅2%。肝腫大9.5厘米，脾腫大20厘米。用“瓦楞子丸”治療40天（中途服補血湯三劑），各種症狀消失，食欲增加。糞便檢查陰性。血液檢查：紅血球235萬，血色素50%，白血球3,650，中性66%，淋巴24%，嗜伊紅10%。肝臟縮小5厘米，脾腫區突起已平，脾臟縮小11厘米。經過六個月以上追蹤復查，病者面色潮紅，同時乳房發育。自訴四肢有力，能挑50斤（過去挑30斤會喘），也能上山砍柴。

（五）小 結

1. 本文92例血吸蟲病患者，肝脾腫大的時間從1—20年，

其中1—15年占最多数。

2. 使用瓦楞子丸治療晚期血吸虫病肝脾肿大有一定的療效。經過追踪复查，其中肝脏縮小有效率达到93%，脾脏縮小有效率达86.6%。

3. 使用瓦楞子丸治療肝脾肿大的同时，也能使各种症狀消失或減輕。如食欲有显著增加，勞动力也有显著提高，最少挑50斤，最多能挑120斤，比治療前增加一倍以上。

4. 92例患者中，12例伴有中度腹水，用瓦楞子丸治療后消退8例；輕度腹水34例，治療后消退17例。

5. 服藥后对血液的影响：92例中58例做血液檢查，其中血色素有些降低，从总平均来看沒有多大变动。紅血球总平均有增加，可能是使用瓦楞子丸一个療程后，服补藥二、三剂而增加些。說明治療晚期血吸虫病肝脾肿大，不能单纯使用瓦楞子丸，在中途必須加給一些补藥，才不致影响血液。

6. 在临床上主要以中医診斷和治療原則为基础进行治療，92例中体質虛弱者先用补血湯二、三剂，然后服瓦楞子丸。依“先补后攻”、“先攻后补”、“攻补兼施”等法則进行。

7. 瓦楞子丸第二批治療37例療效不高，可能因制瓦楞子丸时沒有煉蜂蜜为丸而影响。蜂蜜对肝脾肿大是否有作用，尙值得討論。

8. 瓦楞子丸服法：临床上一般每次5錢，每日三次，开水送下，飯前服。个别体質虛弱的病人，每次暫以3錢量，一星期后沒有多大变化，就改为5錢量。15岁以下的小孩照全量減半。治療程一般20—30天，肝脾肿大時間長久而頑固的需服两个療程。

9. 治療结束后，患者开始只能作輕微劳动，不宜作过重的劳动。特別要注意的是服瓦楞子丸后，必須吃些富有营养的食物，如蔬菜、雞蛋和禽类等，帮助恢复健康。

附注：本文报告的92个病例，一部分是福清血防站各位中医师努力試驗結果，唐幼麟、叶大进、郑秀欽、刘天荣中医师等协助追踪观察，陈淑卿医士对本文提供有关資料，特此致謝！

八、用針灸处理內服較大劑量海 羣生而引起的反应的初步观察

福建省人民医院針灸科 李 学 耕

較大劑量海群生一月短程療法，治療絲虫病，目前正在研究試行。这种療法，簡便易行，值得重視；但較大劑量內服海群生后，会普遍引起各种反应，如发热、头痛、腹痛等。临床上对于这些反应症狀，均采用各种中西药內服的对症療法。筆者鑒于針灸療法，对处理錫剂反应的效果显著，因此特对較大劑量海群生的治療反应，亦采用針灸療法来处理。茲將27例初步观察的結果，报告于下，以供大家研究参考：

(一) 用海群生治疗方法与反应情况

凡血液檢查，絲虫幼虫阳性病人均給予服海群生1.5克（午飯后服0.5克，晚飯后服1克），小儿酌减。

服藥后所呈現的反应症狀，較普遍的是服藥后約6小时左右，开始发现寒战，繼而高热不退，头昏、头痛、恶心、嘔吐、食欲不振、腹痛，肌肉和关节痠痛，有时大便排出蛔虫等。除个别外，均臥床不起，不能参加工作。反应的全程为3—5天。

茲將27例发生反应的情况列表于下：

表 1

反 应 症 状	寒 战	发 热	头 昏	头 痛	恶 心	嘔 吐	食 欲 不 振	腹 痛	皮 痒	皮 疹	肌 肉 和 关 节 痛	其 他
病 例 数	20	27	26	25	6	21	27	4	—	—	22	—

表 2

溫度(攝氏)	37.5—38	38.1—38.5	38.6—39	39.1—39.5	39.6—40
例 數	2	5	5	8	7

(二) 針灸處理的過程及方法

按上述規定服藥后，均于当天晚上或午夜后出現各种反应症狀，第二天清早（服藥后第一天）即測量體溫，并进行針灸；針灸后5—10分鐘左右再測一次體溫。第二天、第三天繼續觀察反应症狀存在的情況。針灸取穴及方法如下：

主穴：曲池（雙側）、太陽（雙側）、印堂。

配穴：腹痛和食欲不振严重者加足三里；腰部或下肢肌肉、关节痠痛者酌加腎俞或环跳；恶心、嘔吐剧者加內关。

方法：印堂用針刺法入二、三分泻針。太陽采用三稜針在兩側穴的周圍，用淺、輕、快手法点刺各六針，成“⋈”，以不出血为度。曲池用泻針針入1.5—2寸；其他的配穴均用平补平泻法。每穴捻轉時間平均为1—2分鐘，以覺得痠麻为度。

(三) 針灸處理結果

絕大多數的患者，經針灸后，自覺症狀如头昏、头痛、恶心、嘔吐、腹痛、肌肉和关节痠痛等，均迅速消失或显著減輕；絕大多數反应症狀于針后24—36小时內消失。同时針后5—10分鐘，重測一次體溫，多数比針前下降0.4°C—1°C左右。

在27例中，有22例于发生反应后即行針灸，症狀消失甚速，列表于下：

表 3

反应消失日程	反应 症状	发	头	头	恶	呕	食不	腹	肌节
		热	昏	痛	心	吐	欲振	痛	肉痠 和关
针 前		22	21	20	5	17	22	2	18
针 后 第 一 天		19	21	20	5	17	21	2	18
针 后 第 二 天		3	0	0	0	0	1	0	0

有的患者因害怕针刺，拒绝针灸，结果服药后第二天反应均增重（包括发热及其他症状）。如：一例原来是 37.5°C ，第二天增为 40°C ；一例原为 38.8°C ，第二天增为 39.6°C ；一例从 38.7°C 增至 39.3°C ；一例从 38.4°C 增至 39.4°C ；还有一例服药后第一、二两天均为 38.5°C 。此五例在反应加重后始行针灸，针后第一天均退热。举其中一例简介如下：

林××，女，16，未婚，学生。

服药后约数小时即发寒热，体温 38.8°C ，自觉症状有头昏、呕吐、食欲不振、腹部隐痛，卧床休息。第二天因害怕针灸，不接受针灸，服药后体温升高至 39.6°C ，且有头痛，膝关节痠痛及腹痛亦增重，经劝说后用针灸处理。

取穴：曲池（双侧）、印堂、太阳（双侧点刺）、足三里（双侧）。

经针灸后诸症消失，仅感头尚微昏，体温则下降至 38.9°C ，针灸后第二天体温仅 37.5°C ，饮食正常，在家休息一天后，完全恢复。

九、鳳尾草治療細菌性痢疾 80例初步報告

福州市傳染病醫院 王子野 劉慶清

鳳尾草 (Pteris serrulata) 又名井口邊草，系多年生常綠植物，屬水龍骨科羊齒類，多生在陰濕的山岩、太陽直射少的牆壁上和水井里。它長五、六寸至一尺余，根和莖質硬而短，密生褐色的茸毛；葉是羽狀複葉，有實葉和裸葉之分。實葉較長，裂片較多較細，葉沿向裏面反捲，內生子囊群；裸葉呈羽狀分裂，如雞爪狀，邊緣有微齒。鳳尾草好象本草綱目中所記載的石長生，因未得到充分的證明，尚不敢確定。

我院1956年7月間，試用鳳尾草治療細菌性痢疾80例，得到良好的療效，全部治愈出院。現將治療的情況作初步的報告，以供參考。

(一) 診斷的根據及病例選擇

鳳尾草系民間用作治療痢疾的一種草藥，在中醫藥書籍和雜誌中，未找到可以治療痢疾的記載。我院採用此草治療細菌性痢疾，系試用性質，故病例的選擇先以成人為對象，預備在獲得一定療效後，再用來治兒童痢疾。

診斷的根據是瀉痢，用肉眼觀察及鏡檢大便，都可發現其中有粘液、膿球和血液；同時有發熱、噁心、嘔吐、腹痛、里急

后重等症狀。在細菌培養上，沒有全部都檢出痢疾桿菌，但根據上述的一般臨床症狀和鏡檢，診斷為細菌性痢疾是沒有疑問的。

（二）用藥情況

我們系採用煎劑，成人每日以25—30克鳳尾草，加水約200—250毫升（水淹過草藥面即可），煎至約剩100毫升藥液為止，再加入5克白糖或冰糖，分三次口服。亦可預先煎好較多的藥液，放在冰箱里，供數日服用。藥用部分根莖葉全部。

本組病例中，除一例在治療過程中并用香連丸一天，三例在未入院前曾用3—9克磺胺類藥品，一例在未入院前曾服用中藥兩天以外，其餘的全系單用鳳尾草治療。其他的輔助藥品是維生素乙、丙，有嚴重腹痛的，加用蘇茄酞、三溴合劑，中毒深、呈失水狀態的，補充葡萄糖水或葡萄糖鹽水等。

（三）病例分析

性別：本組80个病例中，男性有64例，占80%，女性16例，占20%。年齡：最小的是1 $\frac{1}{3}$ 歲，最大的是67歲，大多數在20—40歲之間。發病季節：包括夏、秋、冬三季。職業：有工人、農民、機關幹部、學生、店員和家庭婦女等。入院時間距發病時間：平均為2.4日，最短的是當日，最長的是12日，大多數是在發病後1—3日內入院的。發熱：有60例，占75%，熱度最高者達40°C以上。每日大便次數：10次以上者有53人，占66.25%，最多者每日達50—60次以上。幾乎全部患者都有程度不同的里急後重和腹痛的症狀。痢疾桿菌培養，陽性者有51

例，占63.7%，其中弗氏痢疾杆菌者47例，宋氏痢疾杆菌者4例。

(四) 治疗效果

本組病例，全部在临床症状消失、大便成形和連續两次大便阴性培养后出院，治愈率为100%。現将其主要症状消失的平均日数等分述如下：

1. 退热日数：平均为1.6日，最短者1日，最长者4日。

2. 大便被控制在每日两次之内的日数：平均为2.4日，最短者1日，最长者7日。

3. 大便鏡檢正常的日数：平均为4.3日，最短者1日，最长者10日。

4. 腹痛和里急后重消失的日数：平均为2.9日，最短者1日，最长者7日。

5. 大便培养轉为阴性的日数：平均为3.7日，最短者2日，最长者12日。（見表1）

(五) 典型病例报告

病例5：男性，20歲，于1956年10月28日入院。主訴：昨日起病，发热、腹痛、里急后重，大便为粘液膿样，每日20余次。

体格檢查：体温39°C，脉搏108，呼吸28，心肺无变化，肝脾未触到，腹部柔軟，左下腹部有压痛，摸到乙狀結腸索状物。

表1 单独使用鳳尾草煎剂的病例统计表

病 例 号 数	性 别	年 龄	发 病 距 入 院 日 数	治 疗 前 后 病 情 轉 变 的 情 况											粪 便 培 养	治 疗 结 果	
				体 温 °C		大 便 次 数		腹 痛 里 急 后 重		大 便 镜 检			消 失 日 数	阳 性 菌 型			轉 阴 性 日 数
				治 疗 前	疾 常 复 日 正 数	治 疗 前	控 制 在 每 日 的 日 数	治 疗 前	症 失 状 日 消 数	治 疗 前	粘 液	膿 球					
1	男	23	1	39.3	2	18-20	4	+	4	卅	卅	卅	5	弗氏	3	愈 注 1 愈	
2	男	24	2	40.2	4	50-60	7	+	6	卅	卅	卅	8	弗氏	8		
3	男	20	1	40.4	3	18-20	7	+	5	卅	卅	卅	8	弗氏	3		
4	男	20	1	38.6	2	18-20	3	+	3	卅	卅	卅	3	宋氏	3	注 1 愈	
5	男	20	1	39.0	1	25-30	4	+	4	卅	卅	卅	6	弗氏	4	注 1 愈	
6	男	42	3	39.5	2	25-30	2	+	3	卅	卅	卅	3	宋氏	2	注 1 愈	
7	男	48	2	39.6	2	35-40	2	+	3	卅	卅	卅	4	/	/	注 1 愈	
8	男	26	当天	38.5	1	3-4	2	+	2	卅	卅	卅	3	/	/	注 1 愈	
9	女	30	1	37.8	1	20-25	3	+	3	卅	卅	卅	3	弗氏	5	注 1 愈	
10	男	67	1	38.4	2	14-15	2	+	/	卅	卅	卅	5	弗氏	5	注 1 愈	
11	男	40	2	37.0	/	5-6	2	+	3	卅	卅	卅	3	弗氏	12	注 1 愈	
12	男	43	2	37.3	1	18-20	2	+	3	卅	卅	卅	5	弗氏	8	注 1 愈	
13	男	47	3	36.8	/	5-6	1	+	/	卅	卅	卅	3	/	/	注 1 愈	
14	男	24	1	39.0	1	14-15	4	+	3	卅	卅	卅	5	弗氏	5	注 1 愈	
15	男	23	2	38.3	1	18-20	3	+	2	卅	卅	卅	5	弗氏	3	注 1 愈	
16	男	27	2	37.8	2	5-6	2	+	3	卅	卅	卅	4	弗氏	4	注 1 愈	
17	男	19	7	38.0	2	7-8	3	+	5	卅	卅	卅	5	弗氏	2	注 2 愈	
18	男	17	10	36.8	/	18-20	2	+	4	卅	卅	卅	6	弗氏	3		
19	女	25	2	38.2	1	7-8	2	+	2	卅	卅	卅	3	弗氏	3	注 2 愈	
20	男	22	3	37.6	1	18-20	4	+	4	卅	卅	卅	6	弗氏	4	注 2 愈	
21	女	60	2	38.0	1	5-6	1	+	2	卅	卅	卅	2	/	/	注 2 愈	
22	男	64	4	38.2	3	25-30	3	+	7	卅	卅	卅	7	弗氏	8	注 2 愈	
23	男	21	3	37.5	1	11-12	2	+	2	卅	卅	卅	4	/	/	注 2 愈	
24	男	45	2	37.0	/	6-7	1	+	2	卅	卅	卅	3	/	/	注 2 愈	
25	男	21	12	36.8	/	5-6	2	+	1	卅	卅	卅	1	/	/	注 2 愈	
26	男	21	1	38.0	1	7-8	1	+	1	卅	卅	卅	4	/	/	注 2 愈	
27	男	47	1	39.6	2	20-22	3	+	3	卅	卅	卅	5	弗氏	3	注 2 愈	
28	男	27	3	38.6	1	18-20	2	+	4	卅	卅	卅	5	弗氏	4	注 2 愈	

病 例 号 数	性 别	年 龄	发 病 距 入 院 日 数	治 疗 前 后 病 情 转 变 的 情 况										粪 便 培 养	转 阴 性 日 数	治 疗 结 果	
				体 温 °C		大 便 次 数		腹 痛 里 急 后 重		大 便 镜 检			消 失 日 数				阳 性 菌 型
				治 疗 前	恢 复 正 数	治 疗 前	控 制 在 的 每 日 数	治 疗 前	症 失 伏 日 消 数	治 精 液	粪 球	血 球					
29	男	38	1	38.6	1	10—12	2	十	2	卅	卅	卅	3	弗氏	3	愈	
30	男	26	2	39	1	10—12	2	十	3	卅	卅	卅	3	卅	5	卅	
31	男	3	当天	39.9	3	6—8	3	十	2	卅	卅	卅	3	宋氏	4	卅	
32	男	20	1	39.6	2	25—30	3	卅	3	卅	卅	卅	5	/	/	卅	
33	女	56	7	37.5	1	8—9	2	十	2	卅	卅	卅	3	/	/	卅	
34	男	18	2	37.5	1	18—20	2	卅	3	卅	卅	卅	5	弗氏	2	卅	
35	男	20	2	37.4	1	8—9	1	十	3	卅	卅	卅	5	卅	4	卅	
36	女	21	1	38	1	15—16	3	卅	5	卅	卅	卅	5	卅	5	卅	
37	男	18	3	35.8	/	9—10	3	十	4	卅	卅	卅	5	卅	3	卅	
38	男	18	1	38.5	1	7—8	1	十	4	卅	卅	卅	4	卅	3	卅	
39	女	39	1	37	/	18—20	2	卅	2	卅	卅	卅	2	/	/	卅	
40	男	43	3	49	2	9—11	2	十	3	卅	卅	卅	3	/	/	卅	
41	男	37	3	36.7	/	5—6	1	十	2	卅	卅	/	2	弗氏	4	卅	
42	男	45	2	37.5	1	10—12	1	一	/	卅	卅	/	3	/	/	卅	
43	男	33	2	38	2	2—3	2	十	2	卅	卅	卅	2	/	/	卅	
44	女	24	2	37.9	2	3—4	1	十	2	卅	卅	卅	3	/	/	卅	
45	男	42	当天	39.3	1	5—6	2	十	2	卅	卅	卅	3	/	/	卅	
46	男	16	卅	37.8	1	6—7	1	十	2	卅	卅	卅	3	/	/	卅	
47	男	27	5	37.0	/	9—10	1	十	1	卅	卅	卅	3	/	/	注3愈	
48	男	25	1	38.4	3	7—8	3	十	3	卅	卅	卅	3	/	/	愈	
49	女	61	6	39.3	3	10—12	3	卅	4	卅	卅	卅	4	/	/	卅	
50	男	23	2	35.7	/	9—10	2	十	3	卅	卅	卅	3	/	/	卅	
51	男	46	1	37.6	1	25—30	3	十	1	卅	卅	卅	4	/	/	卅	
52	男	41	3	37.0	/	7—8	1	十	3	卅	卅	卅	3	/	/	卅	
53	男	35	4	33.0	2	25—30	4	卅	5	卅	卅	卅	10	/	/	卅	
54	男	28	6	36.5	/	8—9	1	十	2	卅	卅	/	5	弗氏	3	卅	
55	男	29	2	37.1	/	20—25	1	十	1	卅	卅	卅	4	卅	2	卅	
56	男	40	3	37.1	/	4—5	1	十	3	卅	卅	卅	4	宋氏	2	卅	
57	男	45	2	37.0	/	18—20	2	卅	3	卅	卅	卅	2	/	/	卅	

病 例 号 数	性 别	年 龄	发 病 距 入 院 日 数	治 疗 前 后 病 情 转 变 的 情 况										粪 便 培 养	治 疗 结 果		
				体 温 °C		大 便 次 数		腹 痛 里 急 后 重		大 便 镜 检			消 失 日 数			阳 性 菌 型	转 阴 性 日 数
				治 疗 前	恢 复 日 正 数	治 疗 前	控 制 在 的 每 日 数	治 疗 前	症 状 伏 日 消 数	治 疗 前	凝 球	血 球					
58	男	18	4	37.5	1	9—16	1	十	4	卅	卅	卅	5	弗氏	3	愈	
59	男	20	1	38.5	3	10—12	1	十	3	卅	卅	卅	6	弗氏	3	愈	
60	男	23	当天	37.8	2	14—15	2	卅	3	卅	卅	卅	4	弗氏	3	愈	
61	男	24	1	37.5	1	4—5	1	十	3	卅	卅	卅	3	弗氏	2	愈	
62	男	35	4	37.6	1	8—9	2	十	2	卅	卅	卅	3	/	/	愈	
63	男	26	2	37.6	1	10—12	3	十	4	卅	卅	卅	5	/	/	愈	
64	男	29	当天	37.8	1	9—10	6	十	1	卅	卅	卅	9	/	/	愈	
65	男	24	3	37.8	1	5—6	1	十	1	卅	卅	卅	4	弗氏	2	愈	
66	男	21	3	36.9	/	28—30	2	卅	3	卅	卅	卅	4	弗氏	2	愈	
67	男	24	2	38.2	1	20—21	3	卅	3	卅	卅	卅	5	弗氏	3	愈	
68	男	38	1	39.0	2	18—20	4	十	4	卅	卅	卅	4	弗氏	4	注4	
69	男	27	7	39.4	2	10—12	2	卅	3	卅	卅	卅	3	弗氏	4	愈	
70	男	29	2	37.8	1	20—25	2	卅	2	卅	卅	卅	3	弗氏	4	愈	
71	女	2	当天	39.6	2	10—12	1	十	2	卅	卅	卅	2	/	/	愈	
72	男	20	2	37.1	/	9—10	1	十	3	卅	卅	卅	3	弗氏	2	愈	
73	男	24	2	37.6	1	24—25	5	卅	5	卅	卅	卅	10	弗氏	3	愈	
74	男	25	7	36.8	/	4—5	1	一	/	卅	卅	卅	3	弗氏	2	愈	
75	男	29	2	36.5	/	16—17	2	十	2	卅	卅	卅	3	弗氏	2	愈	
76	男	24	当天	39.8	3	9—10	1	十	6	卅	卅	卅	8	弗氏	2	愈	
77	男	20	1	38.2	1	8—10	1	十	3	卅	卅	卅	5	弗氏	2	愈	
78	女	1 $\frac{4}{12}$	1	39.7	1	24—25	6	?	/	卅	卅	卅	8	弗氏	8	愈	
79	男	19	1	36.5	/	21—22	3	卅	3	卅	卅	卅	5	弗氏	3	愈	
80	男	31	2	38.5	1	25—30	3	卅	3	卅	卅	卅	4	弗氏	5	愈	

注1. 患者入院第一日曾加服香连丸。

注2. 患者入院前曾服中药两天，并曾服磺胺类药品9克。

注3. 患者入院前曾服磺胺嘧啶6克。

注4. 患者入院前曾服磺胺类药品3克。

化驗檢查：血液：血色素70%，紅血球450萬，白血球8200（中性多形核82%、淋巴球18%）。大便：粘液膿樣，粘液+++，膿球+++，紅血球++，蛔蟲卵（+），阿米巴（-）。大便培養：檢出弗氏痢疾桿菌。

治療經過：入院後即給服用鳳尾草煎劑，每日三次，每次35毫升，還兼服維生素乙、丙。第二天（29日）大便13次，便中仍含多量的粘液和膿血，還有腹痛、里急後重等症狀，體溫已降至常溫。第三天大便4次，尚含有少量的粘液、膿血，腹痛、里急後重已消失，患者自覺有顯著的進步。第六天大便一次，為黃色成形便，鏡檢亦沒有發現粘液、膿球等。自第五天（31日）起連續培養兩次陰性，出院。

病例6：男性，42歲，于1956年7月30日入院。主訴：前日起發燒，有劇烈腹痛和里急後重，大便量少，為粘液膿樣，每日約20—30次。過去曾患過痢疾。

體格檢查：體溫39.5°C，脈搏108，呼吸22，臍周和左下腹部有壓痛，肝脾未觸及。患者現出疲乏痛苦的状态，并有失水現象。

化驗檢查：血液：血色素75%，紅血球380萬，白血球7100（中性多形核74%、淋巴球24%、單核2%）。大便：紅色粘液膿樣，粘液卅，膿球卅，紅血球卅，寄生蟲卵（-），阿米巴（-）。大便培養：檢出宋氏痢疾桿菌。

治療經過：入院後即給服用鳳尾草煎劑（每日三次，每次35毫升）、維生素乙、丙及巰茄甙等，并靜脈注射5%葡萄糖鹽水1,000毫升。第二天體溫降至38.5°C，大便次數顯著減少，一日夜只有三次，便中尚有少許的粘液、膿血，腹痛、里

急后重也有減輕。第三天體溫降至常溫，大便只有一次，仍有些血液，無里急后重，但腹部尚感到不舒服。第四天無大便，一切症狀均消失。第五天排便1次，為黃色成形便，肉眼和鏡檢均無粘液、膿球、血球等。自第三天（8月1日）起連續兩次作大便培養是陰性后就出院。

病例2：男性，24歲，于1956年10月21日入院。主訴：于前日晚上突然發高燒，下腹部有陣發性的疼痛，大便量少，含有粘液和膿血，一日約60余次，便時有劇烈里急后重。以前曾患過痢疾。

體格檢查：體溫 40.2°C ，脈搏124，呼吸24，舌被白色的厚苔；脾臟腫，有兩橫指大，肝臟未觸及，腹部柔軟，左下腹部有壓痛，并可觸到乙狀的結腸索狀物。患者呈急性痛苦的面容，及有失水狀態。

化驗檢查：血液：血色素80%，紅血球510萬，白血球8000（中性多形核67%、淋巴球31%、嗜伊紅細胞2%），寄生蟲（-）。大便：粘液膿樣，粘液卅，膿球卅，紅血球卅。大便培養：檢出弗氏痢疾桿菌。

治療經過：入院后即給服用鳳尾草煎劑（每日三次，每次35毫升）、維生素乙、丙、蘆荊酊和三溴合剂等（在入院該日曾服香連丸三錢），并肌肉注射敗熱速一支、靜脈注射5%葡萄糖鹽水1,000毫升（共二次）曾因腹痛和里急后重嚴重，于皮下注射阿多品一支。第二天大便48次，仍含有粘液、膿血，便時有劇烈的腹痛和里急后重，體溫降至 37.4°C 。第三天大便56次，其他症狀如前，但下午四時體溫復上升至 39°C 。第四天大便40次，體溫仍持續在 39°C 之間，腹痛、里急后重有減

輕。第五天體溫降至常溫，大便20次，便中的粘液、膿血減少，腹痛，里急後重亦有減輕。第六天大便9次，仍含有少量的粘液、膿血，無里急後重，尚有輕微腹痛。第七天大便4次，量多，仍有少數粘液；無里急後重和腹痛。第八天大便兩次，為黃色軟便。第九天大便一次，為黃色條狀，鏡檢亦無粘液、膿血。從第九天(29日)起，大便培養連續兩次陰性出院。

病例78：女性，16個月，於1956年1月9日入院。主訴：昨日下午突然煩躁不安、發高燒，繼而腹瀉，便為粘液水樣狀，至本日早晨止約有20多次，並于七時起發生持續性的痙攣和昏迷。

體格檢查：體溫39.7°C，呼吸淺表，脈搏不能觸知，病人呈昏迷狀態，心跳微弱，顏面蒼白，眼窩凹陷，口吐白沫，腹部柔軟，肝脾未觸到，有明顯的脫水和酸中毒現象。

化驗檢查：血液：血色素70%，紅血球400萬，白血球9,800（中性多形核52%、淋巴球36%、單核細胞10%、嗜伊紅細胞2%），寄生蟲（-）。大便：粘液膿樣，粘液+++，膿球+++，紅血球（-），寄生蟲卵（-），阿米巴（-）。大便培養：檢出弗氏痢疾桿菌和副大腸桿菌。

治療經過：入院後即給服用鳳尾草煎劑（每日三次，每次10毫升）、維生素乙、丙、小蘇打等，在接診室時注射1/2支可拉明，于入院後即從骨髓腔中滴入5%葡萄糖鹽水400毫升、乳酸鈉20毫升和維生素丙100mg，當日下午二時，患兒顏面轉紅，脈搏較強，四時神志逐漸恢復。第二天（10日）大便13次，為綠色粘液膿樣，患兒仍呈嗜眠狀態，體溫已降至常溫。第三天大便7次，性狀和前一天一樣，但量較多，患兒神志完全恢復，一般情況良好。第四天大便6次，為軟便，無粘液。第五

天大便3次，性狀如第四天，食欲轉佳，一切症狀均已消失。第六天大便一次，外觀正常，但鏡檢仍有些粘液、膿球。第七、八、九三日每日大便2—3次，但鏡檢均有些粘液、膿球。第九天將鳳尾草煎劑增量至每次15毫升。第十天鏡檢結果，粘液、膿球均消失。从第九天（17日）起大便連續培養兩次陰性后就出院。

（六）討論及總結

1. 鳳尾草對於細菌性痢疾的療效，據我院臨床試用的結果，認為是肯定可靠的，而且不亞于國內文獻所報告的，用磺胺類、鏈霉素、氯霉素、痢疾嗜菌體、黃連、鮮馬齒莧，大蒜等治療（見表2）。特別是要指出的，是它能迅速地退熱和制止腹瀉。在本報告80例中發燒的有60例中，服藥后一日內體溫即降至正常者有33例，達55%；腹瀉在服藥后兩天被控制在每日二次之內者有52例，達65%。

表2

藥名	大便次數 正常日數	鏡檢正常 日數	腹痛急重 消失日數	退熱日數	培養轉 陰日數	報告者	備 注
磺胺類	3.7天強	7.5天弱	5.5天	3天	7天	駱龍江	全部系小兒病例。
鏈霉素	3天	7天	4.5天	3.6天	7.6天	駱龍江	
氯霉素	2.5天	2天	/	1.5天	/	張彩英 張祖云 蘇祖慶	
痢疾嗜菌體	3.5天	7.2天	5.2天	3.2天	7天	駱龍江	全部系小兒病例。
黃連	3.9天弱	6.7天	5.8天	32天	4.7天	駱龍江	
鮮馬齒莧	2.8天	4.95天	/	2天	/	劉韻運	
大蒜	/	4.8天	3.8天	2.4天	/	戴庆麟	
鳳尾草	2.4天	4.3天	2.9天	1.6天	3.7天		

2. 所有服用凤尾草煎剂的患者，均无任何不适感，亦无发现任何副作用。不象磺胺类药物对胃和肾有刺激作用，氯霉素会引起颗粒状白血球减少症，黄连会引起恢复期便秘等副作用。这说明凤尾草的毒性甚低，是较安全的药品；同时药味不很苦，加糖后病者喜欢服用。

3. 我院最近试用凤尾草治疗两例小儿细菌痢亦得到很好的疗效。如病例78号的患儿，入院时有发高烧、痉挛、昏迷等症，一日大便20多次，有高度酸中毒和失水状态。在口服凤尾草煎剂的同时，治疗酸中毒并补充水分病情很快地得到好转，最后治愈。这说明了小儿急性菌痢，在失水状态及酸中毒等进行急救处理下，使用凤尾草治疗，亦是同样有效的。同时凤尾草煎剂，味道不象服用黄连、氯霉素有奇苦，难于下咽，常引起呕吐，较容易为小儿，特别是不会吞服丸片的小儿所接受。在78号病例治疗过程中，开始时，每日服三次，每次服10毫升，虽然腹泻、发高烧和其他症状好转了，但大便镜检尚有小许粘液、脓球存在，并持续三、四天还不能消失。药量增加至每次15毫升后，只有一天镜检即为正常，这说明服用大量剂效力较好。药量增加至每次15毫升后，每日的用量就达45毫升（约生药12克），将近成人用量的一半，亦无发生任何中毒现象和副作用。这初步说明了，此药的毒性低，可以考虑较大量地使用。

4. 此草终年均有，在墙基旁、水井内和低洼阴湿的地方均可采到，草药铺也可买到；同时价格便宜，用法简单。据我院计算成人一日的药费，包括煎煮的柴火费和糖等，还不到一角五分，比链霉素、氯霉素、磺胺类及黄连等，均要低廉得多，

更符合于广大群众的需要。

5. 至于凤尾草的成份、化学和物理性质的测定，及它在人体内的作用机转，药用量的确定，用法方面除口服外，灌肠是否有效，及配合禁忌等，都是未解决的问题，尚有待于今后继续观察和探讨。希望前辈及同志们多给予协助，以便作进一步的研究。

参 考 文 献

- (1) 路龙江：黄连治疗菌痢的经验，中华医学杂志5：452，1955。
- (2) 张彩英、张祖云、苏祖斐：氯霉素治疗儿童杆菌性痢疾，中华儿科杂志1：40，1953。
- (3) 刘韻廷：黄连合剂及鲜马齿苋治疗小儿急性杆菌痢疾50例的初步报告，中华儿科杂志2：98，1956。
- (4) 戴庆麟：大蒜液治疗杆菌痢疾及肠炎的初步报告，中华医学杂志9：742，1954。

十、小儿痢疾51例中医治療初步总结

福建省立医院 小儿科
中医科

痢疾在我国流行已久，因此中医实践的机会較多，所积累的經驗甚为丰富。近代治療痢疾的藥物（如磺胺藥、抗生素等），因細菌抗藥性的产生，而有逐漸失去療效的趨勢。以往对中医藥治療痢疾的研究居多采用单味藥或单方等，事实上中医治療痢疾仍是依据辨証（表、里、寒、热、虛、实）施治法則，在治療上是要随症应变，如果局限于单味藥物或单方来研究中医藥療效，是不够全面的。同人等有鉴及此，特于1957年5月間組織研究小組，划分一定床位，以中医用中藥治療为主，西医配合一般治療工作，如輸液及飲食管理等，并負責一切化驗及臨床記錄工作，以观察療效。有关菌种鑒定及細菌对藥物敏感試驗的工作，由省流行病研究所微生物科配合。所有藥物品种的选擇及配制工作，均由省立医院中藥房負責。

（一）臨床資料

本文51例均經西医确診后再由中医治療，其中糞便培养阳性者共計23例（占43.1%），其余29例的診斷是依据臨床症狀及糞便鏡檢。为着便于观察，不包括具有严重合并症迅速死亡者及合并使用其它磺胺藥、抗生素治療的病例。同时，曾将分离出菌株作藥物对細菌敏感試驗，以与臨床療效对比。

使用的中藥以白头翁湯为主，佐以几种常用中藥，依照辨

証情况，予以加減，平均療程為六日。使用的方劑藥品及用量（2—5歲）如下：

白朮三錢 秦皮三錢 黃連一錢 黃芩錢半 人荳
二兩 馬齒莧二兩 龍芽草五錢 木通一錢

治療年齡以3歲以內占絕大多數（82.6%），其中1—3歲小兒為數最多，占總數61.5%；性別以男稍多於女（見表1）。

表1 年 齡 與 性 別

年 性 別	1歲以下	1—3歲	3—5歲	5歲以上	合 計
男	9	15	2	3	29
女	4	16	2	0	22
合 計	13	31	4	3	51

臨床症狀：51例中絕大多數為急性起病早期治療的（占92.3%），主要症狀為腹瀉（94.2%）、發熱（82.6%）、神經症狀（34.6%）及嘔吐（25%）；在發燒病例中，體溫超過39°C以上者占總數一半（51.9%）。51例中，重症者計12例（27.5%），中等重者23例（45%），輕症者16例（31.5%）。

合併症：具有合併症者12例，其中合併營養不良者9例，合併氣管炎者3例。

（二）療效觀察

經中藥治療的51例中，約半數小兒在服藥後一日內退熱（52.5%），平均退熱時間為2.2日。大多數病例在服藥後三日內腹瀉停止（79.5%），平均腹瀉停止時間為2.8日。在服藥後三日內糞便鏡檢正常者占67.3%，平均鏡檢正常時間為

· 3.1日 (見表2。)

表2 中藥療效觀察

療效 \ 所需日數	1	2	3	4	5	5 日 以 上	總例數	平均所需 時間(日)
熱度退到正常	21	5	8	1	2	3	40	2.2
腹瀉停止	3	17	14	3	4	2	43	2.8
糞便鏡檢正常	1	21	10	10	2	4	48	3.1

治療結果：51例中治愈38例(74.5%)，有進步10例(19.6%)，無效3例(5.9%)。在有進步10例中，6例住院治療時間均在5日以內，因家屬要求自動出院。無效3例均為營養不良重症病例，糞便培養全為福氏痢疾杆菌，經改用合霉素或鏈霉素治療6—10日后，2例體溫尚未退到正常，一例大便次數未恢復正常，均因住院日數較長要求出院。

(三) 療效與其它因素的关系

1. 療效與主藥加減的关系：為着觀察主要藥物加減的療效，在研究期間曾不加選擇將病例分為3個小組。第一小組有23例，使用的主藥為黃連、黃芩；第二小組有14例，主藥為白頭翁、黃連、黃芩、人蔞；第三小組有14例，主藥為白頭翁、秦皮、人蔞。各組治療經過的比較是：退熱平均日數以第二及第三小組較短，腹瀉停止及鏡檢正常的平均日數均以第二小組為短，而且有效病例絕大多數是在服藥后3日內見效，无一例超過5日以上(見表3)。總的來看，療效以第二小組主藥黃連、黃芩等與白頭翁、人蔞伍用比較更為良好。

表3 不同主药的疗效比较

所需日数 疗效		1	2	3	4	5	5日 以上	总例数	平均所需 的时间(日)
热到 度正 退常	第一组	5	4	5	1	1	2	18	2.7
	第二组	7	1	2	0	1	0	11	1.8
	第三组	0	0	1	0	0	1	11	1.7
腹停 泻止	第一组	1	7	8	1	2	1	20	2.9
	第二组	1	7	3	1	0	0	12	2.3
	第三组	1	3	3	1	2	1	11	2.9
粪检 便正 镜常	第一组	0	9	6	3	0	3	21	3.3
	第二组	1	7	3	1	1	0	13	2.5
	第三组	0	5	1	6	1	1	14	3.7

2. 疗效与病型的关系: 中药对一般中等重症型病例疗效甚佳, 在23例中, 治愈21例(91.3%); 对重症型病例疗效也还好, 治愈率为66.6%; 对轻症型病例疗效较差, 治愈率较低(56.2%)。原因是绝大部分轻症型病例住院时间甚短, 热度下降、腹泻次数减少后即要求出院, 少数是起病缓慢, 疗效也较差(见表4)。

表4 疗效与病型的关系

病型	治愈	有进步	无效	合计
重 型	8 (66.6%)	1	3	12
中 等 重 型	21 (91.3%)	2	0	23
轻 型	9 (56.2%)	7	0	16
合 计	38	10	3	51

3.療效与病孩营养的关系：营养佳良4例全部治愈，营养中等的32例中治愈26例(81.2%)，营养较差及营养不良的15例中仅治愈8例(60%)，无效3例均为营养不良者(见表5)。一般营养情况不好的病例，机体反应力差，故药物療效也差。(编者按：无效三例，均属营养不良，以中医辨证論，当为虛証，此时单用本文上述的方剂来治療，自难收效。如果能加以辨证治療，不固定于一个方剂，当可变无效为有效。营养不良会影响療效，但未按中医辨证治療，亦会影响療效。)

表5 療效与病孩营养的关系

营养情况 \ 治療結果	治 愈	有 进 步	无 效	合 計
佳 良	4	0	0	4
中 等	26	6	0	32
不 良	8	4	3	15
合 計	38	10	3	51

4.療效与菌型的关系：在粪便細菌培养阳性22例中，計福氏菌痢12例，宋內氏菌痢10例，治療結果以宋內氏菌痢療效为佳，10例全部治愈。福氏菌痢12例中治愈7例(58.3%)，有进步者2例，无效者3例。这可能与1957年流行重型痢疾以福氏菌型較多有关(见表6)。

表6 療效与菌型及病型的关系

菌型	病型	治療結果			
		治 愈	有 进 步	无 效	合 計
福氏痢菌	重 型	1	0	3	4
	中 等 重 型	3	0	0	3
	輕 型	3	2	0	5
宋内氏痢菌	重 型	2	0	0	2
	中 等 重 型	7	0	0	7
	輕 型	1	0	0	1

(四) 細菌学檢驗

本文51例中，經細菌証实者共計22例，其中福氏型12例，宋内氏型10例。

1. 对中藥合剂煎液的敏感試驗：將病人糞便分离出的菌株22株，作对中藥合剂及氯霉素敏感試驗比較。操作方法：中藥系按中藥合剂(給病人服用)的煎液作成100%濃度，然后按双倍稀釋法稀釋成50%、25%、12.5%、6.25%等不同濃度；氯霉素系按重点稀釋法。同时，为了准确起見，实验时均用敏感菌作对照，結果見表7。

表7 22株痢菌对于中藥合剂及氯霉素的敏感度

	中 藥 合 剂 (按抑制菌株)				氯 霉 素 (敏感度)		
	原 复 方 煎 液 为 100%				微 克 / 毫 升		
	50%	25%	12.5%	6.25%	<4	4—6	>6
福 氏	0	7	3	2	2	8	2
宋 内 氏	0	6	3	1	2	7	1
总 計	0	13	6	3	4	15	3

从上表中可看出对氯霉素有抗药性的福氏痢菌两株及宋内

氏菌一株，它們在中藥合劑煎液中的抑制試驗結果與敏感菌對照管的結果相接近，在25%濃度的被抑制者福氏痢菌及宋內氏菌各一株，而在6.25%被抑制者福氏痢菌一株。這樣看來，這些氯霉素抗藥菌，在中藥合劑煎液中未見有何抗藥性。

2. 試驗管結果與臨床療效對比（見表8）。

表8 痢菌在試管中對中藥合劑的敏感度與臨床療效對比

	福 氏	宋內氏	總例數	%
試管內（12.5—50%濃度）細菌能被抑制，臨床有效	9	10	19	86.3%
試管內（12.5—50%濃度）細菌不能被抑制，臨床無效	0	0	0	
試管內（12.5—50%濃度）細菌能被抑制，臨床無效	3	0	3	

從表中可看出試管結果與臨床療效對比有86.3%是符合的，試管內敏感而臨床無效3例，均因營養不良的關係。

（五）討 論

1. 痢疾古代的名稱為腸澼、鶩瀉、注下、下沃、大瘕泄、下痢、便腸垢、魚腦痢等。內經通評虛實論云：腸澼下膿血。素問六元正紀大論云：風濕交爭；民病注下赤白。素問至真要大論云：少腹痛下沃赤白。難經五十七難云：大瘕泄者，里急后重，數至圊而不能便。張仲景云：大腸有寒者多鶩瀉，有熱者便腸垢。巢氏病源論云：狀如脂腦，世謂之魚腦痢也。這些都是文獻上的記載。

2. 小兒之病痢疾者，傷食最多，內有宿食停積，更受外感，則成痢疾。其証里急后重，或垢或血，或見五色，或痛或不痛，或嘔或不嘔，或有發熱或兼惡寒，証之寒熱虛實要宜詳審，庶不差誤，仍當以脈証辨之。張景岳全書記載：痢疾是夏

炎畏熱食涼，應時而為下痢。程鍾齡醫學心悟記載：痢為積熱在中或為風寒所閉，或為飲食生冷所遏。劉純玉機微又記載：一家之內上下傳染是疫毒痢也。此為祖國醫學有關痢疾症狀及其發病機制的論述。

3. 辨證加減法：中醫辨證施治法則如下：

(1) “寒”症狀：身涼不渴，脈沉無力，不思食者為寒，以本方加木香、炒北查等（或平胃散）。按小兒寒痢的治療與用藥較之成人不同，宜芳香化運為主。

(2) “熱”症狀：身熱作渴，脈數有力，尚能食者為熱兼表證，宜發散之，加葛根。

(3) “虛”症狀：病久不止，脾胃受傷，中氣下陷，不思飲食，謂之噤口，以本方加參苓白朮散。

(4) “實”症狀：初起腹中苦痛，里急後重為實，宜下之，以本方加枳殼二錢、川朴錢半、大黃一錢、杭菊二錢。按本病用大黃只宜小量為佳。

小兒屬於稚陽，很少寒痢，且夏日傷暑，食物不潔入口引起痢疾，發熱、煩躁、嘔吐等實熱症候較多，也有虛實寒熱錯雜者，茲將51例辨證結果列表如下。

辨 証	表 証	里 証	寒 証	熱 証	虛 証	實 証
人 數	44	51	0	51	13	38

4. 中藥與抗生素療效對比：1957年5—10月間研究中藥療效的同時，曾另分兩組使用合霉素及地霉素治療，療效對比結果見表9。

表9 中藥与抗生素療效对比

治 疗 药 物	治 疗 例 数	治 愈 例 数	減 輕 例 数	无 效 例 数	平均退 热日数	平均止 泻日数	粪便鏡檢 正 常 日 数
中 藥	51	38 (74.5%)	10 (19.6%)	3 (5.9%)	2.2	2.8	3.1
合 霉 素	47	36 (76.5%)	11 (24.5%)	0	1.8	2.7	3.5
地 霉 素	46	41 (88.8%)	4 (8.6%)	1 (2.6%)	1.8	3.2	3.0

从上表可看出：中藥療效与合霉素对比，除退热時間稍长些外，治愈率与止泻日数大体相同，而粪便鏡檢恢复正常的日数較短；与地霉素对比，治愈率較低、退热日数稍长，粪便鏡檢正常時間大体相同，但止泻日数較短。三組療效比較，除地霉素治愈率較高外，其它各項无懸殊的差別。故中藥对小儿細菌性痢疾的療效是肯定的。一般中等及重症病例療效并不比抗生素差，并且在治療中除个别病例有嘔吐外，未見有其他副作用，这是中藥的优点，也是值得推广的地方。

5. 中藥合剂与单味療效对比：治療痢疾有效的中藥頗多，但黃連有其代表性。为着了解合剂与单味療效的差別，特收集国内近年有关文献記錄与本文療效列表对比如下（見表10）。

表10 中藥合剂与黃連療效对比

著 者	发表年月	治疗例数	治疗药物	平均退 热日数	平均止 泻日数	粪便鏡檢 正 常 日 数
湖南医学院 儿 科 教 研 組	1957年 10月	47	单味黃連	2.4	3.7	4.2
刘 韻 远	1956年 4月	25	黃連合剂	1.25	2.5	4.5
本 文	1958年 5月	51	中藥合剂	2.2	2.8	3.1

本文51例采用中藥合剂治療的療效，与单味黃連对比，不論是退热、止泻，或是粪便鏡檢正常所需的日数，均較黃連稍

短；与刘韻远氏使用的合剂也大体相同。虽然治療的例數不多，各年度流行病情稍有不同，但相比之下，复方較之单味葯稍为优越。从葯理方面來說，數种有效葯物伍用，較之单味，可降低副作用，并能提高療效。何况中医治病与西医稍有不同，是采取辨証施治法則，采用复方随症应变，更能發揮中医葯的療效。

黃連治療痢疾的療效已為世所公認，唯一的缺点是味苦難服，特別是乳幼兒不樂意接受。為了克服這個困難，本文研究中葯療效時，曾將三組中的一組除去黃連，以白头翁、秦皮、人參為主葯（第三組），治療效果與使用黃連的其它兩組（第一、二組）對比，除糞便鏡檢正常所需日數稍長外，並無其它顯著差別（見表3）。故對乳幼兒不易吞服黃連合劑者，可使用無苦味的白头翁、秦皮等主葯，也能同樣收到一定效果。

本組的成立，是我院中西醫第一次全面合作，所有病例均由西醫先作診斷，再收留住院，由中醫處方。在治療期間，中西醫共同觀察病情變化，中醫除辨証施治外，還根據臨床各種化驗及檢查記錄作為用葯的參考。治療是以中醫為主，西醫配合一般輔助治療和護理工作，如遇疑難問題，中西雙方洽商解決。由於中西醫密切配合，在縮短病程及提高治療率方面都起了很大作用。通過這次合作，西醫初步學會了一些中醫治療痢疾的基本處方，中醫也能掌握一些痢疾的化驗檢查、急救、護理等基本方法。所以，我們對這次合作感到滿意，在整理和發揚祖國醫學遺產方面是向前走了一步。

（六）總 結

1. 本文報告中醫葯治療小兒細菌性痢疾51例的初步總結，

文中各病例均由西医诊断，中医主治，共同管理，互相配合。

2. 51例治疗主药为白头翁汤，再佐以几种常用中药，辨证施治，平均疗程为6日，疗效达74.5%，与地霉素及合霉素对比，除退热时间稍长外，其它无显著的差别。

3. 由细菌对中药及氯霉素敏感试验，说明了中药对痢疾疗效。并将试管中的敏感试验与临床疗效对比，绝大多数是相符合的（86.3%）。

4. 分析主药加减、痢疾病型、病孩营养情况、菌型跟中药疗效的关系。

5. 简单介绍古代医籍有关痢疾的记载、中医辨证加减法则及痢疾发病机理。

6. 疗效对比的结果，说明中药合剂较单味更佳，中药合剂中使用黄连与不用黄连疗效相差不大。黄连味苦，乳幼儿不易接受，可采用无苦味的白头翁、秦皮等主药。

7. 中西医密切配合对缩短疗程、提高治愈率所起的作用很大。

十一、野麻草治療阿米巴痢疾的初步報告

福州市立前大众醫院內科主任 曾秉熙

(一) 前 言

在抗日戰爭期間，福建省某后方醫院，曾採用野麻草治療赤痢，頗為廣泛，但未加總結。

我院于1953年10月，一位职工因患阿米巴痢疾，服本劑治療後，遂加以研究并提出应用。先由住院患者开始試用該藥，发现療效很好，随后遂推广应用于門診的阿米巴痢疾患者。

我們是利用野麻草煎劑來治療阿米巴痢疾，經過一年多的臨床實驗应用，已經收到了良好的效果，其治療效力超过了現在治療阿米巴痢疾的特效藥——吐根素。吐根素是一向依靠外國進口，效力既不大而價格又高，現在野麻草煎劑不仅可以代替，而且療效也超过了它。这样，可節省相当数量的醫藥費，用野麻草治療阿米巴，每日仅需六分左右，全療程的醫藥費不超过六角。同时，它的治療日程比吐根素縮短三分之二以上，病人就能很快地恢复健康。

野麻草土名叫玉碗捧真珠，产于福州近郊山沟低处水草丛中，市区園內亦有，但長得不高。它春夏生長，入冬枯萎，怕霜雪。莖圓，微帶紅色，無茸毛，高約兩尺余；葉端尖，形似香椒，邊緣無鋸齒，葉至秋末呈微紅；五、六月開花，花托為兩

瓣，呈肾脏形，生于茎旁，中含三粒小球，圓如珠花，故名玉碗捧真珠。五、六月采集，阴干后以作药用。民間用此药来治紅白痢疾：紅痢以野麻草一两另加馬齒莧一两、龍芽草一两煎；白痢单用野麻草一两煎服，加以冰糖調味。

(二) 野麻草的制法及其应用經過

茲將我們实验野麻草煎剂的过程及結果概述如下：

1. 性狀和制法：

煎剂呈褐色，味澁苦，石蕊紙試驗呈酸性，据省防疫站分析，初步报告，含少量有机砒。

制法：将阴干的野麻草連根帶叶用清水冲洗，除去泥土，取一两以开水300cc，用文火煎蒸发至200cc，亦可濃縮至100cc，分作两次一日服完；最近将煎剂濃縮到30cc，分作两次一日服用。鮮的也可以用，但須倍量。保存方法：煎后放在冰箱內，天热时最多可經三天，冷天則一星期。如內加1%苯甲酸鈉，不要放在冰箱內可保存一个月以上。該草如長期保存須晒干。

2. 临床上应用（暫規定）：

凡內服野麻草煎剂的患者，均作体格及化驗室詳細檢查，大便中檢出阿米巴变形虫者，方予应用。

用野麻草治療的患者，除維生素、葡萄糖外，一般不用其他治痢藥品、解热剂、收斂剂及泻下剂等。

煎液剂量：每日两次，每次100cc，大多数的患者服完第一日的剂量，腹痛、里急后重等症狀均即見減輕，大便次数也減少。在服藥期間并无发生其他副作用，治療期間在症狀未消

失前，一般采取流質或半流質飲食，飲水不加限制。

服用時每日或隔日檢查大便一次，直至大便恢復正常，變形蟲消失為止，以連續三次陰性為治愈出院標準。截至目前為止，未曾發現用野麻草治愈的病例復發而再來本院治療者。全療程為5—10天。

我們共計治療了27例的阿米巴痢疾患者，多系病情較重予以住院，詳細觀察病情；但經門診部用野麻草煎劑治愈的阿米巴痢疾患者，尚有18例未算在內，其用劑量與住院的相同。

據本院小兒科報告，以野麻草煎劑治療小兒阿米巴痢疾有13例，均獲治愈，并無副作用，用量按湯式計算，服法與成人同。

3. 用野麻草煎劑治療后的成績：

27例阿米巴痢疾應用野麻草治療后結果列表如下：

治 療 后 結 果	例 數	%
症狀完全消失，便中檢查變形蟲三次以上均系陰性	27	100 %

27例在應用野麻草煎劑后症狀消失所需的日數統計列表如下：

所 需 日 數	例 數	%
治療二日消失者	13	48.1
治療三日消失者	10	37
治療四日消失者	3	10.1
治療六日消失者	1	3.7

用野麻草煎剂治療阿米巴痢疾，主要症狀消失（腹瀉停止），腹痛，里急后重消失，呈便秘或便狀恢復的日數平均為3.75天，這較吐根素治療12日縮短了三分之二。

糞便檢查阿米巴變形蟲消失日數統計列表如下（27例）：

所 需 日 數	例 數	%
治療兩日后變形蟲檢查陰性者	4	14.8
治療四日后變形蟲檢查陰性者	7	25.9
治療六日后變形蟲檢查陰性者	4	14.8
治療九日后變形蟲檢查陰性者	1	3.7
治療三日后變形蟲檢查陰性者	1	3.7
治療五日后變形蟲檢查陰性者	9	33.3
治療八日后變形蟲檢查陰性者	1	3.7

變形蟲在便中 陰性所需日數平均為5.2天

4. 野麻草治療阿米巴痢疾臨床病例報告（詳見附表）。

（三）總 結

1. 本草藥系屬大戟科，學名叫榿草（*Ac. alvpha australis*），土名叫玉碗捧真珠、野麻草。

2. 我們應用野麻草作成煎剂實驗應用於阿米巴痢疾，收到顯著的效果。45例患者（包括門診患者在內）多來自公費醫療單位，經治愈出院后一年左右未見再就診。服藥后尚無副作用及中毒現象。

3. 27例住院患者經過野麻草煎剂治療后，症狀完全消失及便中檢查阿米巴變形蟲及包囊體連續2—3次以上陰性者27例，治愈率達100%。

4. 用野麻草煎剂治療阿米巴痢疾，症狀完全消失，所需日數

最长6天，最短2天，平均日数为3.75天。

5.用野麻草治療阿米巴痢疾，粪便中阿米巴变形虫消失所需日数最长9天，最短2天，平均日数为5.2天。

6.用野麻草治療阿米巴痢疾，功效是超过吐根素。吐根素治療后症状消失率仅56.5%，所需日数为12天；本剂治療消失率达100%，所需日数为3.75天。同时吐根素会妨碍心肌，应用时須每日檢查脉搏血压等，又不能內服必須注射。野麻草則无这些麻煩。

7.27例阿米巴痢疾患者，除了应用野麻草煎剂外，沒有用任何其他治療痢疾藥品。

8.27例阿米巴痢疾患者中，有的病例血中白血球的計数頗高，体温达到39°—40°C，治療后均恢复正常。

9.該草分布遍及本省各地，草藥鋪有出售，价甚便宜，合大众使用。

1953年12个住院病例用野麻草治療，治療日数共計83天，所耗医藥費共計28.4元，与我們过去用吐根素以及大蒜瀉腸等療法，治療同样的12个病例，共住院日数229天，所消耗医藥費共計需177.6元对比，用野麻草治療的12例可縮短病期146天，節約医藥費149.2元，并且服用簡便。如在門診部治療則費用更省。

10.本报告仅属临床初步实验，关于野麻草的藥理作用及化学成分，尙要进一步加以探討，今后希望同志們广泛应用并加以指导。

十二、黃藥子流浸膏治療甲狀腺 中毒症26例初步報告

福建省人民醫院

甲狀腺中毒症發生的原因，頗為複雜，目前尚缺乏充分的研究。發病原理的主要環節是甲狀腺機能亢進。П.И.Фрильберг氏曾提出關於甲狀腺中毒症的臨床和病理資料，主要是關於運動失調方面的資料，認為本症的臨床現象，基本上是由腦脊髓的植物性與動物性運動性成分的損害來決定的(1)。由於本症的發病原理十分複雜，因此在治療上目前還未有滿意的方法。

我院在今年(1956)2—5月的4個月中，曾應用了中藥黃藥子治療甲狀腺中毒症26例，其中4例臨床症狀消失，21例臨床症狀各有不同程度的進步。這些病例都在門診治療，因此觀察是不全面的。茲先作初步報告如下，希望同志們指教，以便今後作進一步的研究。

(一) 病例選擇

最初，我們對各種類型的甲狀腺腫病例都應用了黃藥子流浸膏治療，也都取得了一定的療效；但對於甲狀腺中毒症的效果特別顯著。因此便選擇了臨床症狀比較明顯的甲狀腺中毒症26例作初步報告。

診斷的主要根據是：甲狀腺腫兼畏熱，多汗，疲乏，食欲

旺盛而体重反見減退，心悸，脈急，氣促，手足震顫，易于激怒，失眠，突眼症等病象，和基礎代謝率（除個別病例測氣體代謝率外，一般均採用李特氏計算法）增高。

本文所報告的 26 例主要是依靠臨床症狀，也就是臨床症狀比較明顯的甲狀腺中毒症。

（二）藥品及其用法、用量

黃葯子古籍別名赤葯（圖經）、木葯子、火苦、紅葯子（綱目），產于山野間，為蔓草類之一種。莖高二、三尺，柔而有節，形似籐，實非籐，葉大作掌狀，長三寸許，開細白花，其根長尺許，大者圍二、三寸，外褐，內黃赤，可供葯用（中國葯學大辭典）。

根，氣味苦、平、無毒。主治諸惡腫瘡癰喉痹，蛇犬咬毒，研水服之，亦含亦塗（開寶）。涼血降火，消癰解毒（時珍）。

我們採用的是黃葯子流浸膏（湖北宜昌民康制葯廠出品），每日服 3—6 毫升（每 3 毫升相當于原生葯 1 錢），分三次，飯後服用。

關於黃葯子的學名、成分及葯理作用，目前尚不明白。

（三）治療結果

治療的 26 例中，4 例（病例 2、4、8、11）臨床症狀均于治療後第 2—3 天消失，21 例臨床症狀平均于治療後 4—6 天有顯著進步，一例治療 20 天均無見效（參考附表 1）。症狀改善平均 2—4 天內出現。從附表 1 可見，26 例中基礎代

謝率增高者 21 例(3 例不能測), 服藥后 18 例有不同程度的降低。26 例中 24 例頸圍都有不同程度的縮小。心悸減輕或消失者 20 例。有手足震顫病征的 24 例, 減輕或消失者 19 例。一般病例服藥后, 都覺精神轉佳, 睡眠轉好, 力氣轉強。病例 4、6、7、16、23 的 5 个病例, 突眼也稍見減輕, 視力轉佳, 可惜我們沒有予以精確的測量。

附表1 治療前后臨床主要症狀分析

病 例	基礎代謝 %		頸 圍 (厘米)		心悸		突眼		震顫		畏熱		多汗		善飢		疲乏		服藥后 凡 天 見 效	總共服 藥日數
	前	后	前	后	前	后	前	后	前	后	前	后	前	后	前	后	前	后		
1	+33.8	+24.3	37	35	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	4	17
2*	+23.4	+15.5	35	30.2	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	2	19
3	+41.7	+24.1	32	31	+	+	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	4	45
4	-15.7	+1.4	31	29.5	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	+	-	+	-	2	20
5	+10.6	+26.2	33	33	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+	无 效	20
6*	+24.5	+16.2	32	31	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	4	60
7	-2.7	+3.5	33	31.3	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	3	17
8	+5.6	+5.7	31	29.8	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	3	34
* 9	脉83血 脉84血 H250/H220		33.3	32.7	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	3	23
10	+23.3	+3.8	34	31.8	+	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	4	31
11	+22.5	+11.1	31.5	31.5	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	2	16
12	+32.3	+22.6	31.5	30	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	1	53
13	+39	+27.4	33.5	30	+	+	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	2	30
14	+58.1	+53.9	37.5	35.7	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	10	35
15	+58.2	+9.3	34	31.5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	3	27
16*	+15.5	+15.3	31.5	30.0	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	3	24

病 例	基础代谢%		頸 圍 (厘米)		心悸	突眼	震顫	畏熱	多汗	嗜飢	疲乏	服藥后 凡見	總共服藥 天數	總共服藥 日數
	前	后	前	后	前	后	前	后	前	后	前	后		
17*	+23.4	+9.0	30.3	30.0	+	+	+	+	+	+	+	+	7	44
18	+14.5	+7.9	33.2	30.4	+	+	+	+	+	+	+	+	9	30
19	+30.9	+24.9	31.5	30.5	+	+	+	+	+	+	+	+	3	31
20***	-2.4	+5.7	32	31.0	+	+	+	+	+	+	+	+	7	17
21	+35.3	未測	30.5	30.2	+	+	+	+	+	+	+	+	3	31
22	+49.3	+26.2	33.7	33.3	+	+	+	+	+	+	+	+	4	32
23	+38.9	+17.8	31.0	29.0	+	+	+	+	+	+	+	+	7	28
24	+59.9	+35.8	30.5	30.0	+	+	+	+	+	+	+	+	3	10
25	脉不能 准数血 压140/ 70	脉100 血正 120/70	28.0	27.0	+	+	+	+	+	+	+	+	5	12
26	脉不能 准数血 压125/ 68	脉94血 压120/ 70	32.0	31.7	+	+	+	+	+	+	+	+	7	7

注：各栏“前、后”指服藥前后。“+”指症狀陽性，“-”指症狀陰性，“+”指症狀劇烈，“+”指症狀不明顯。表中“*”系過去曾受手術割治者；“***”并發嚴重的心脏病變；“***”伴時常暈厥和癇病發作。

附表2 性別、年齡與療效

性 別		療 效	症狀消失	進 步	無 效
		年 齡			
男	18 — 30			2	
	31 — 40			1	
	41 — 50				
	51以上			1	
女	18 — 30		2	8	
	31 — 40		1	4	1
	41 — 50		1	4	
	51以上			1	
總 計			4	21	1

自附表2可看到，臨床症狀消失的4例中2例年齡在18—30歲。症狀進步的21例中年齡在18—30歲者占10例，由此可以推測，年青者治療較易。

附表3 患病期限与療效

療 效 患 病 期 限	症 伏 消 失	進 步	无 效
1 年 以 下	1	7	
2 — 3 年	3	8	
4 — 5 年		2	
6 — 9 年		1	1
10 年 以 上		3	
总 計	4	21	1

从附表3来看，患病期限在3年以下者，療效較著。

(四) 副 作 用

治療26例中，虽然有的病例每日用流浸膏达6.0公撮（原生药2錢），或长期連續服用（例12連服53日），都未曾发现过任何不良反应。

根据本草綱目記載：“气味苦，平，无毒”。

我們試用的病例，除甲狀腺中毒症外，还試用于单纯性甲狀腺肿和甲狀腺癌，总共試用了67例。除单纯性甲狀腺肿2例发现服药后腹鳴、腹瀉外，其余均未見任何副作用。腹瀉的2例，每日服药量为流浸膏6.0公撮（原生药2錢），但仍繼續服用，2—3日后腹鳴、腹瀉便即消失。

(五) 討 論

李时珍本草綱目的黃药子条下（卷18）已有“消癭解毒”的記載，并且錄有頌曰：孙思邈千金月令方，療忽生癭症一、二年者、以万州黃药子半斤，須紧重者为上、如輕虛即是他州者，力慢，須用加倍。取无灰酒一斗，投药入中，固济瓶口，以糠火燒一伏时，待酒冷方开，时时飲一盃，不令絕酒气，經

三、五日后，常把鏡自照，覺消即停飲，不尔便令人項細也。刘禹錫傳信方亦著其效……复試其驗如神。其方并同，惟小有异处、是燒酒候香外出，瓶头有津出即止，不待一宿，火不可过猛耳”。

按照本草綱目的記載，黃葯子治瘰，确实有奇效。我們治療的26例，部分效果并不以本草綱目所描写的“其驗如神”，是否由于我們选择的病例临床病象均較显著，也就是說病情已較严重的关系。或是由于我們的制剂系采用流浸膏，并没有如古法泡制，以致影响了療效。因为有許多中葯，往往剂型改变療效亦异。所以这些值得进一步研究。但是根据傅再希先生于江西中医葯杂志上曾报告一例，用黃葯子治療甲狀腺肿（但可惜未有詳細的报导，也未指明是那种甲狀腺肿），“只照平常一样用水熬服，誰想第二天早上起来穿衣，久已扣不上的領扣居然扣上了，拿鏡子一照，頸項縮減了很多，再服一回就全好了”（2）。按照这一报导看来，又似乎其療效与制剂无关。

根据目前通用的对甲狀腺中毒症的療法，除了遵守合理的一般生活制度和飲食制度外，早期用的X射綫照射甲狀腺療法，因其他療法的进步，故在实际治療中已放弃不用。內服葯有碘剂、硫尿类（包括硫尿素Thiourea、硫尿硷Thiouracil、甲烷硫尿硷 Methyl thiouracil 及丙烷硫尿硷 6—N—Propylthiouracil）和放射性碘等。手术治療方面，以甲狀腺次全截除常被采用。

微量的碘剂，可暂时使本病临床症狀改善。但单独使用碘剂，很少能达到滿意的永久性控制，又如用量过大，則反而引起本病的各种症狀。另外，有些病人对碘是過敏的。一般均

認為碘劑的給予，只能作手術前的準備。

自從1943年硫脲素與硫脲嘧被用為甲狀腺中毒症的治療以後，頗受學者們的注意，曾有人考慮是否可以用以替代外科手術而使患者獲得痊癒。

硫脲素及硫脲衍化物，都具有防止甲狀腺內碘的貯存和甲狀腺素產生的作用。但它們對於已形成的甲狀腺素，却起不了作用。應用於甲狀腺中毒症，可使震顫、運動過敏及循環症狀減輕或完全矯正。它們使基礎代謝率恢復正常，增高血中膽固醇的含量，並矯正肌酸的缺損，以及氮和鈣的負平衡。它們將減輕或控制眼瞼痙攣，但不能減輕眼球的突出。Astwood氏曾報告數例經小量硫脲嘧治療幾個月以後，然後完全停止服用，數月後其健康狀態仍保持正常⁽³⁾。根據Eaton氏報告，最久的，可以延長到八個月不必給藥。但是其餘的病人，在停止給藥，或劑量減少時，症狀又復發⁽⁴⁾。Hunt氏也發現許多病例不是因為抗藥性，便是因為不充分治療，因而不能取得滿意的效果⁽⁵⁾。

硫脲素及許多種的硫脲衍化物治療的最大缺點，尚在於會由過量而引起的中毒反應和對該藥的特異性反應（如發熱、皮疹以及骨髓抑制現象等）。硫脲嘧是硫脲衍化物中最早廣泛試用的一種，它使2.5%左右受試的病例發生嚴重的顆粒白血球減少症或顆粒白血球缺乏症⁽⁶⁾。以後同類新的藥物陸續發現。目前一般均認為丙烷硫脲嘧為比較理想藥物，不但其毒性低，而且療效也較可靠。不過對每一病人，必須加以仔細的觀察，才能確定抗甲狀腺的最佳劑量及維持量。同時該藥排洩迅速，且過量投藥，會引起粘液性水腫。最後，該藥也並不能根治甲狀

腺中毒症。因为它并不能除去甲状腺机能亢进的原因。因此，也不能使每个病人都能免于手术治疗。

放射性碘主要作用于腺体之内，倘投以足量，可以抑制甲状腺组织的活动甚或加以破坏，因而剂量必须仔细计算。目前对其后作用尚未确定，且难以计算其正确剂量。而测定腺体对碘接受量的工具，也不是各地都能具备的。

因此，在各种治疗方法中，甲状腺次全截除术尚最受重视。Jackson氏对100例手术后追踪观察20年，只发现一例无效，五例再发，四例再次手术及一例再用了X射线治疗⁽⁵⁾。Tinker氏报告手术的39例，31例手术后经过良好⁽⁵⁾。Hunt氏对100例手术后观察五年，六例有不同程度的再发，二例无效⁽⁵⁾。此外，手术治疗，也并非绝对安全。且尚有一些病例，碘剂和硫尿类无疗效，而又不适于施行手术。所以多数医学者仍希望能从其他药物治疗上获得解决。

可见，对于甲状腺中毒症的治疗，困难颇多。这样便激起了我们发掘祖国丰富医学宝藏的兴趣。

在祖国古代医学文献中，有关治疗的方药颇多，其中记载较为普遍的就是昆布、海藻之类，另外还有针灸治疗等。经我们初步试用的结果，认为黄药子的疗效显得较突出。它不但能够使临床症状显著改善，而且较重症的26例中的25例迅速好转或消失，而且在我們治疗的26例中，6例曾经碘剂治疗无效，8例曾用硫尿类治疗无效，4例手术后复发，5例曾经海藻、昆布及针灸等治疗无效。此外，应用中并未发现有何副作用，且用法简便，价格低廉（每斤原生药只须二角多，每日只用1—2钱）。这样看来，黄药子对甲状腺中毒症的治疗，有

它一定的价值。

本草綱目早有黃葯子治瘰的記載，但竟未被后人应用。現在通过我們臨床的初步實踐，証實了它確有良好的效果，這樣更使我們進一步地體會了黨對發揚祖國醫學遺產及貫徹中醫政策的正確，以及重視祖國醫學遺產每一点一滴經驗的重要性。而在祖國文獻中繼續探索甲狀腺機能亢進治療葯物，應算是我們探討本病治療方法中的一個重要途徑。

(六) 總 結

本文初步介紹了黃葯子流浸膏治療甲狀腺中毒症26例的療效，並與目前通常的療法作了簡單的討論和比較，認為其對臨床症狀確有顯著的改善，並無副作用。其治療價值，並不亞於現今所有其他的葯物。同時使用簡便，價格低廉。（黃葯子是否含有機碘還須進一步加以研究。）

本文目的在於引起同道注意，希望能夠共同進一步來研究黃葯子及其他中葯對甲狀腺腫及甲狀腺機能亢進病的治療。

參 考 文 獻

(1) 原著者：Л.И.Фрильберг，廖賀齡譯：甲狀腺中毒症的神經學分析。中華內科雜誌，12：946，1955。

(2) 傅再希：從瘰癧治療談到“黃葯子”的療效。“江西中醫藥”，8月號，1954。

(3) Astwood, E.B.: Association for the study of internal secretion. 27th. meeting, Chicago, 1944。

(4) Eaton: Lancet, i., 171, 1945。

(5) Claude J, Hunt: Controversial thyroid Condition. J.A.M.A. 155: 5, 1954。

(6) Cecil—Loeb: Textbook of Medicine, 8th Ed. 1223—1224, 1951。

十三、中医治療慢性多發性 神經炎一例報告

廈門市中醫院 王福壽 朱希亨
陳應龍 戴天啟

本院于1957年9月收治慢性多发性神經炎一例，前后患病已五年，曾在福建省福州市各医院及上海第一医学院附属医院詳細診斷和治療，均未見效。来院时，患者已臥床三年，不能走路，并須洗腸始得大便；經本院应用祖国医学療法进行治療，三星期后即可自己排便，一日一次，三个月后可以照常走路。

（一）祖国医学对本病的認識

內經痹病篇：“风寒湿三气杂至，合而为痹，风胜为行痹，寒胜为痛痹，湿胜为着痹”。寿夭則剛柔篇：“病在阳者名曰风，病在阴者名曰痹，阴阳俱病名曰风痹”。說文解字：“痹湿病也”。汉书艺文志顏书古注云：“痹风湿之病”。汉張仲景金匱要略中风历节篇：“夫风之为病，当半身不遂，或但臂不遂者，此为痹”。又痿湿喝篇：“太阳病，关节疼痛而煩，脉沉而細者，此名湿痹”。又血痹虚劳篇：“問曰，血痹病，从何得之？师曰，夫尊荣人，骨弱，肌肤盛，重困疲勞……”。又：“血痹，外症身体不仁，如风痹狀……”。从这些記載可看出古人所說的痹病至少包括現代的“神經炎”和“风湿性关节炎”在內。又唐王燾外台秘要列諸痹于脚气門中，益可証明“神經炎”很可能屬於古人所称的“痹病”。

(二) 現代醫學對本病的認識

多發性神經炎主要是由於各種感染及各種中毒引起的。前者所引起的病程經過較為良好，後者則比較緩慢，甚至久達數年；因此該病有急性、亞急性及慢性的分別。

主要的症狀是四肢麻痺、運動障礙、肌肉緊張降低并萎縮、腱反射消失及共濟失調等。

(三) 病例概述

患者男性，34歲，山東人，未婚，解放軍某部軍官，1957年9月17日入院。主訴：四肢疼痛，兩下肢麻木，不能下地走路已三年多。據云，病者於1952年8月兩小腿開始輕度浮腫、痠麻而發病，當時曾以腳氣治療，服用大量維生素乙後浮腫消失，但痠麻仍存在，並且下肢皮膚的知覺逐漸減弱。1953年3月起兩下肢又覺重感，走路頗困難，曾在本市市立醫院門診治療無效，轉至軍區醫院休養一年，病況仍舊。於1954年開始慢慢感覺兩下肢無力，不能下地走路，並發現周身皮下有散在性蚕豆至雞蛋大之結節，經物理檢查，可疑是神經性麻風，住麻風院一個時期，後來因服藥有嚴重反應，故停藥出院，但病情還是沒有進步。1956年轉上海第一醫學院附屬醫院，經各種分析檢查，確診為多發性神經炎，治療兩個多月不見好轉。後回閩在福州市康復醫院休養一年多，仍長期臥床，一切活動均由醫務人員幫助，兩下肢完全無力，並極度痠痛，不能在地站立；大便要每兩天洗腸一次，方得排出。因聞知本院曾用針灸治愈類似病者，故自動要求到本院治療。

过去身体一向健康，无急性傳染病史。十多年前冶游一次，否認性病发作史。有疟疾及阿米巴痢疾发作史。头部曾受刀刺伤，无中毒史。个人于1947年以前，有大量飲酒及抽烟的习惯。

体检：体温37°C，脉搏82，呼吸20，血压112/74汞柱毫米，发育正常，营养一般，神志清楚，能合作。全身皮肤于左胸部、右臂部、两大腿外侧有蚕豆大或鸡蛋大的结节，质软与基底无粘着，无压痛。周身淋巴结，除两侧腹股沟有2×3公分大并有轻度触痛外，其余未摸及。头部、眼、鼻、耳等无异常发现。口腔有蛀牙，扁桃腺体于1956年已摘除，颈软。心肺正常。腹柔软，肝脾未摸及。脊柱无见异常。四肢肌肉有压痛，两侧均称，无畸形。右手握力差。右小腿肌小于左侧约一公分。两下肢肌肉均呈极度松软紧贴于床，难以自动抬举，但能起坐。

神经系统检查：十二对脑神经正常，浅反射存在，膝反射左侧迟缓，右侧似乎消失，左侧跟腱反射略显出，右侧消失，肱二头肌反射存在，病理反射均阴性。感觉系统检查：右臂、大小腿及左大腿后触觉均减退，左臂、大小腿、左肘窝处的皮肤，边界不清，略呈长条状，对冷热感觉障碍。

化验：血、粪、尿常规未发现异常。血液康氏反应阴性，幼丝虫阴性，非蛋白氮45毫克，尿培养淋球菌阴性，脊液华氏及康氏反应均阴性。

特查：结节摘出物作病理检查，系脂肪纤维瘤。

X光：胸透视心肺正常，胃腸钡餐透视无异常发现，脊髓正侧摄影未见异常。

住院经过：住院初诉头晕、肢体痠痛，能起床稍坐，但不

能下地行走，大便每兩日洗腸一次，針刺時病人無任何感覺。住院後第十天起，每次針刺時，皮膚才開始有痠痛感覺，以兩下肢日見明顯。三星期即停止洗腸，大便能自主，保持每天一次；膝反射左側正常，右呈遲緩狀態，右小腿略有力量。再隔三天，兩下肢檢查較以前有力，能從床平面抬高25—50公分，但右腿支持不久，就發抖立即墜落，由人陪伴能站立并行走數步。于住院後22天起，就能自己下床倚牆走出室外休息，走路逐漸顯出有力，但走路時右足尚不能屈起，呈拖地現象。經過5天的初步鍛煉，于10月14日由人陪伴能下樓梯到門診部散步，兩下肢有伸踢力，抬舉時間較久也不發抖，膝反射正常。至11月4日，走路全如常態，右足不拖地，自此經常下樓到室外散步。出院時除皮膚感覺未完全恢復正常外，其餘均轉好。

(四) 治療方法

我們的治療方法是採用針灸和湯藥配合應用。針灸均採取多針，并以左右兩穴同時進針；湯藥均以祛風、利濕、溫腎、益陰為主。

針灸的穴位：上肢以肩外俞、肩髃、曲池、手三里、合谷為主穴；以支溝、內關、外關、尺澤、少海、消燄、清冷淵、陽池為配穴。下肢以腎俞、大腸俞、八髎、環跳、陽陵泉、足三里為主穴；以關元、風市、伏兔、梁丘、委中、絕骨、崑崙、解谿、照海、太沖為配穴。

針灸手法：我們是根據病情的轉變靈活運用，開始時病人感覺非常遲鈍，大便秘結，手法均採用輕刺激，并以多針多灸；一個月後病人已能起床倚步，排便正常，但反而感到肩胛

部、肩关节、腰部和四肢有游走性的痠痛，手法就改为强刺激；并以多針久留。

选用的方剂：

1. 杞沙合剂：

茵陈三錢、苡仁五錢、芦根三錢、梔子二錢、防风二錢、半夏一錢、銀花三錢、桑枝三錢、防己三錢。

2. 风湿合剂：

木瓜二錢、灵仙二錢、独活二錢、羌活二錢、杭芍二錢、天麻二錢、白芷三錢、防风二錢、蒼术二錢、川芎一錢、續断二錢、桑枝三錢、防己三錢、当归二錢。

3. 补腎合剂：

熟地二錢、甘杞二錢、当归二錢、杭芍二錢、党参二錢、黃耆二錢、牛膝二錢、肉苁蓉二錢、淫羊藿二錢。

4. 四藤片：汕头星群提炼厂出品成药。

(五) 小 結

中医对慢性多发性神經炎的療效，通过本病例临床观察是肯定的。用古人治痹病的方法应用于本病，已取得一定效果，这一点可以說明祖国医学值得我們研究发揚的。

西医对慢性多发性神經炎的治療，到目前为止尚无滿意的办法，亦頗少在文献上看到关于本病治療的报告。因此，目前虽只有一例，我們认为尚有介紹的价值；但經驗不多，今后除繼續研究外，請医务界同志們指正。

十四、甘草烏賊骨粉劑治療胃及十二指腸潰瘍病的療效初步觀察

福建省人民醫院 潘麟士

福州市立第一醫院內科 陳自馨 郭壽鈺

福州市立第一醫院放射科 柯汝器

福建省中醫研究所 莊子長

胃及十二指腸潰瘍病是內科最常見的疾病之一，但直到目前為止，還沒有理想的根治辦法。在黨的中醫政策啓示下，我們開始認識到，祖國的醫學遺產是很豐富的，有辦法治療這種疾病，加上看到了國內許多有關用中醫治療本病的文獻，我們的信心就更強了。

潰瘍病的一般的內科療法，不但療效不能令人滿意，而且常需配合比較長期的休息和嚴格的飲食控制。這樣，不管是对社會的勞動力和國家經濟的負擔說來、或者是对病員本身說來，都是不利的。因此在祖國醫學遺產中尋找有效、簡便、經濟和易于推廣的治療潰瘍病的辦法，是我們進行這一研究工作的目標。

甘草不但是我國最常用的生藥之一，即在東西洋各國也是常用的藥物。祖國醫學常用為“緩中、和百藥，療急迫、攣痛，止咳、潤痰”（1）。“而諸藥以之為君，治72種乳石毒，解1,200般草木毒，功能調和諸藥，遂有‘國老’之稱號”（2）。

这也可看出其常用的程度。至于甘草治療潰瘍病的报道也頗不乏例。如：1946年有Revers氏甘草浸膏治療本病收到显著效果的报告⁽³⁾；1954年魏龍驤氏介紹中医治療胃潰瘍的单方，其中有甘草浸膏一方⁽⁴⁾；1951年德国Schulge等氏曾应用甘草浸膏及甘草根的精制品Sucasin治療胃及十二指腸潰瘍同样認為有显著效果⁽⁵⁾；在日本，有平田幸正⁽⁶⁾、八木均⁽⁷⁾、布施川乔氏等的报告⁽⁸⁾；刘夕惕氏于1957年也报导了甘草浸膏对胃及十二指腸潰瘍病20例的治療效果⁽⁹⁾。至于烏賊骨，它具有制酸、止血和收斂等作用，王葯雨氏也曾介紹作为本病的治療剂⁽¹⁰⁾。因此，我們决定以甘草粉为主药，佐以烏賊骨粉，于1957年下半年在福州市立第一医院内科进行临床观察。茲将初步观察結果，簡單报告如下：

(一) 病例选择

胃及十二指腸潰瘍病的診斷方法甚多，虽各有优点，但目前还没有一种绝对可靠的診斷方法，可以解决一切潰瘍病的診斷問題。为了便利分析起見，我們选择观察对象的标准是：除了临床上有明显典型的症狀和体征外，所有病例都經過X綫檢查，确証有胃、十二指腸壁龕過敏或畸形等阳性征者。实际服药的病例約有30例以上，部分因病历或檢查記錄不詳或中途中断治療，因此，仅能对接規定療程服药、檢查和記錄較完整的20例进行分析。

本組所有20个病例在治療过程中，均不并用其他任何藥物和其他療法。治療期間除少数病員早期住院外，大部分均在門診治療，有部分病員仍照常工作，并摄取普通飲食，抽烟亦不

加以限制。

本組的20例，其年齡、性別和发病時間見表1、2。

表1 患者年齡、性別統計表

患者年齡	男	女	總數
20歲以下	1		1
20—30	8	2	10
30—40	5	1	6
40—50	3		3
總數	17	3	20

表2 发病時間統計表

发病時間	男	女	總數
1—3年	6	1	7
3—5年	5	1	6
5—10年	3		3
10年以上	3	1	4

(二) 藥物的來源、用法及用量

我們所应用的藥物是采用福建省中医研究所中藥提煉廠所供应內蒙古产的甘草經該廠加工的粉劑和福建产的烏賊骨經該廠加工的粉劑。甘草粉每日服三次，每次服一克，飯前15分鐘口服；烏賊骨粉每日也服三次，每次服2克，飯前半小时口服。

(三) 治疗效果

治療前后主要的自覺症狀、体征及化驗結果見表3。

表3 服藥前后阳性征比較表

	自 覺 症 狀										体征及化驗						
	打 呃	吐 酸	惡 心	嘔 吐	嘔 逆	疼 痛 輕微鈍痛	疼 痛 劇烈灼痛	食 欲 不振	食 欲 增加	食 欲 平常	腹 脹	腹 瀉	腹 瀉	大 便 色 澤	大 便 形 狀	大 便 血	
服藥前 阳性例數	13	11	4	6	4	19	4	7	0	13	14	6	2	13	14	3	12
服藥兩周后 阳性例數	8	2	0	0	0	11	0	1	7	12	6	4	1	3	8	0	4
服藥一月后 阳性例數	1	2	0	0	0	2	0	0	10	10	0	0	0	0	0	0	1

1. 自覺症狀:

(1) 疼痛消失: 全部的20个病例, 治療前皆有不同程度的心窩等部疼痛, 其中少数病例尚有向背部等处放射的疼痛。于治療开始后两周內疼痛消失者有9例; 治療开始后一个月仅有2例遺留輕微的疼痛, 其余的均完全消失。个别病例在服藥4日后好轉, 7日即完全消失。(2) 吐酸与腹脹: 20例中, 在治療前有吐酸者11例, 有腹脹者14例。治療开始后两周內有吐酸者仅余2例, 有腹脹者仅余6例。治療开始一个月后吐酸者仍有2例, 腹脹則全部消失。

(3) 食欲: 治療前食欲不振者有7例, 食欲平常者有13例。治療开始后两周內, 食欲增加者有7例; 治療开始后一个月, 有10例食欲增进。

(4) 其他自覺症狀均有显著的改善与消失(見表3)。

2. 体征:

(1) 体重增加: 20例中, 14例服药后一月内每人体重平均增加3.7市斤, 增加最少者是1市斤, 最多者达8市斤。一例因初期有剧烈呕吐, 并有腹泻, 故体重减轻20市斤, 其余的无明显变化。

(2) 大便褐色: 20例中, 自述大便褐色者有13例, 治疗开始后两周内仅余3例, 治疗开始一个月后全部消失。

(3) 心窝部压痛: 治疗前有心窝部压痛者14例, 治疗开始后两周内仅余8例, 治疗开始一个月后全部消失。

3. 化验室检查:

(1) 胃液和胃酸: 治疗前分析胃酸多有增高, 尤以有畸形影响排空者, 有胃液滞留现象。治疗后由于病员的症状已消失或改善, 多数拒绝复检, 因此不能做出比较分析。

(2) 大便潜出血: 治疗前阳性者有12例, 治疗开始后两周内仅余4例, 治疗开始一个月后仅余一例。

4. X线检查(见表4): 治疗前20例均发现胃或十二指肠有壁龛、畸形、过敏和痉挛等阳性征。治疗开始后一至两个月内复查, 有9例的壁龛、过敏、痉挛等现象完全消失(其中胃溃疡2例均消失), 有5例壁龛、过敏等现象均已消失, 仅畸形现象尚存在, 有5例不变(均为十二指肠溃疡), 一例因故未能及时进行复查。

表4 治疗前后X线检查情况比较表

治 疗 前				治 疗 后			
部位及 检查情况	胃壁龛	十二指 肠壁龛 畸形等	胃及十二 指肠壁龛 畸形等	壁龛过 敏痉挛 等消失	改 善	不 变	未复查
例 数	3	15	2	9	5	5	1

5. 副作用：治療過程中沒有一例因服藥后發生副作用而需要停藥。雖然當時我們也曾對血壓、血鈉等項進行觀察，但由於記錄不夠全面，故不分析。

(四) 討 論

1. 在祖國醫學典籍里沒有胃及十二指腸潰瘍病的名稱，當然也就沒有明確地記載該病的治療方法。但是經過詳細搜索，是發現了一些線索的。例如傷寒論小建中湯証中就有“法當腹中急痛，先与小建中湯”的記載；陸淵雷氏“傷寒論今釋”一書，在該條下曾引有“蘇沈良方”云，此藥（謂小建中湯）治腹痛如神。……此藥偏治腹中虛寒，補血，尤止腹痛……”。小建中湯中就有甘草一味。陳謬岐氏在論甘草對於消化性潰瘍的治療作用時，曾認為“古人認為，‘辛甘化陽’、‘苦甘合化’的藥理作用，當然不能說甘草僅是小建中湯調味和賦形的藥……”；而且本草綱目的甘草條下也有“降火”、“止痛”的記載。

近十余年来國內外關於應用甘草治療胃及十二指腸潰瘍病的報道頗多(3)(4)(5)(6)(7)(8)，結合我們的臨床觀察，其療效諒已可確信無疑。烏賊骨有制酸、止血、收斂之效。王葯雨氏曾報道作為消化性潰瘍的治療劑(10)；俞尙德氏也曾介紹烏芡散（烏賊骨粉3.0克、白芡粉6克）治療消化性潰瘍(11)。因此，我們把甘草和烏賊骨合併應用。

2. 關於甘草治療胃及十二指腸潰瘍病的機轉問題，今尙不明。自Revers氏(3)發現服用較大量的甘草浸膏者有20%病例發生水腫以後，Mulhuysen等氏(12)通過臨床觀察認為有似

去氧皮質酮的藥理作用。刘士豪⁽¹³⁾等氏应用甘草流浸膏治療柯狄森氏病，認為是甘草次酸(Glycyrrhetic acids)的似去氧皮質酮的作用。但是一般文獻均認為去氧皮質酮有抑制肉芽組織和結締組織增殖的作用，因此會延緩潰瘍的愈合，在治消化性潰瘍時應列為禁忌。

甘草的主成分除了甘草次酸以外，尚有甘草黃素(Liquiritin)等，藤卷昭氏⁽¹⁴⁾認為甘草黃素有強大的阻止潰瘍發生的作用。西生哲生氏⁽¹⁵⁾通過動物實驗，認為甘草有阻止潰瘍發生的作用。赤星三彌氏⁽¹⁶⁾認為甘草有象阿托品(Atropin)一樣的作用。但詳細的作用機轉及其有效成分，尚有待今后的研究。

3. 我們所觀察的病例，据X綫复查所見，其潰瘍愈合率較高，尤以胃潰瘍為佳（內复查2例均已消失）。Schulze氏等給病人服用甘草浸膏，每日服20—25克，持續6星期后，胃潰瘍38例經X綫証明潰瘍完全愈合者有32例，61例十二指腸潰瘍X綫証明潰瘍完全愈合者有18例⁽⁵⁾。刘夕惕氏報告給病人服用甘草浸膏，每日服15—40克，連用6星期后，胃潰瘍6例中有2例复查壁龕消失，十二指腸潰瘍4例中有一例复查壁龕消失⁽⁹⁾。布施川乔氏等应用甘草鋁膠片治療，14—58天后复查結果，胃潰瘍8例，壁龕消失者有2例，十二指腸潰瘍4例，壁龕消失者有1例⁽⁸⁾。我們所使用的甘草量遠較以上諸氏為少，而潰瘍愈合率似乎較以上諸氏所報告的高，是否由于我們所使用的是甘草粉，而以上諸氏所使用的均為甘草浸膏，甘草粉含有甘草的所有成份，這或者與療效有關。此外，我們并用了烏賊骨粉，是否也增加了療效。由于我們所觀察的

病例尚少，同时未曾分組对照观察，这些問題現在难以断言。

值得注意的是，Schulze 氏等曾报告38例胃潰瘍患者中，3例于治療4星期后，X綫复查結果，潰瘍大小不变，手术时証明为癌性改变。并认为如果用甘草浸膏治療胃潰瘍无效时，应疑为恶性变化(5)。

4.我們所观察的病例，他們的体重增高率頗高，与諸文献所报道者亦頗相一致。我們同意其原因系食欲的改善和嘔吐等的減輕或消失的結果。

5.我們所观察的病例中，全部未見有任何副作用，固然病例不多，但是否与甘草使用量較少有关，这值得进一步加以研究。

6.甘草烏賊骨粉剂治療胃及十二指腸潰瘍病，其療效显著，服用方便，无不良的副作用，而且药价极廉，服用一个月，仅需数角。同时在治療期間不需要严格地控制飲食和休息。因此，我們认为值得推广。

(五) 总 結

1.本文报告了甘草烏賊骨粉对临床上有显著自觉症狀及体征，并經X綫确証有胃、十二指腸壁龕或過敏、畸形等阳性征的胃及十二指腸潰瘍病20例的療效，并略加討論。

2.甘草烏賊骨粉系国产藥物，产量丰富，对胃及十二指腸潰瘍病有显著的療效，服用方便，并无副作用，治療期間也不需严格地控制飲食和休息，值得推广。

参 考 文 献

- (1) 叶桔泉: 现代实用中药 第98頁 上海卫生出版社 1953
- (2) 中国药典大辞典 第342頁 人民卫生出版社 1956
- (3) Revers: Nde, Tsch, Geneek, 90, 135 1946 轉引于日本“临床内科小兒科” 12: 87 1957
- (4) 魏龙驤: 中医治疗消化性潰瘍的介紹 中华医学杂志 40: 613 1954
- (5) E. Schulze et al: uber die Behandlung des Magengeschwurs mit Succus Liguiritiae
75: 988—990 1951
- (6) 平田幸正等: 甘草末による消化性潰瘍の治療経験 日本内科学会杂志 43卷4号 P.40 1954
- (7) 八木均: 甘草アルミゲル錠の治療経験 日本内科学会杂志 44卷8号 P.130 1955
- (8) 布施川乔等: 消化性潰瘍に与える(甘草アルミゲル)錠の効果 临床内科小兒科12: 87 1957
- (9) 刘夕惕: 甘草浸膏对胃及十二指肠潰瘍病20例的疗效初步观察 中华内科杂志 5: 441 1957
- (10) 黄药雨: 国藥烏賊骨治疗消化性潰瘍介紹 北京中医 3: 9 1954
- (11) 俞尚德: 治疗胃、十二指肠潰瘍病23例的疗效观察 中医杂志 10: 538 1957
- (12) J. A. Mulhuysen et al: A Liguorice extract Mith: Deoxycortone Like action The Lancet 295: 381—186 1950
- (13) 刘士豪等: 甘草对阿狄森氏病的疗效 中华医学杂志 42: 635 1956
- (14) 藤卷昭: 消化性潰瘍の实验的研究, 第一篇消化性潰瘍の治愈演ずる甘草の机械しを就いてマ三亞薬品株式会社学术部, 未公表。引自日本“临床内科小兒科” 12: 91 1957
- (15) 西生哲生: Shay rat における甘草の抗潰瘍作用 日本内科学会杂志 44卷8号 P.130 1955
- (16) 赤星三弥: 甘草の成份について 日本薬剂师协会杂志 8: 2—6 昭和31年

十五、中医治療慢性腎炎60例 的初步报告

福建省人民医院慢性腎炎中医治療小組

我院病房自1955年4月至1958年2月，計收治慢性腎炎患者60例，茲將治療經過初步报告于后。

(一) 病例选择

我們所选择的病例，都是按照西医診斷确定的，凡是西医診斷为慢性腎炎者，均为观察对象。

我們診斷慢性腎炎的根据，主要是无腎外病变，而尿变化（蛋白尿、圓柱尿、血球尿）却长期存在，但有时与急性腎炎难以鑒別，特别是急性发作期症狀輕微的患者。本文所报告的部分病例，急性与慢性的鑒別就存在以上的困难，但由于血液化学变化比較显著（低蛋白和高肥醇），腎功能不良，而且治療比較困难；所以我們仍列之为慢性腎炎。

(二) 一般分析

1. 性別及年齡：60例中男性46例，女性14例。年齡最小者15岁，最大者50岁（本院未設小儿科病床，故未有儿童患者）。15—20岁者8例，21—30岁者27例，31—40岁者17例，41—50岁者8例。

2.病期：病期在一个月以下者4例，一个月以上2个月以下者6例，2—6个月者13例，7个月至一年者4例，1—2年者13例，3—4年者11例，4年以上者9例（病期最长一例达5年3个月）。

（三）治疗及方剂

治療方法都按中医辨証施治的原則，將慢性腎炎分为阳証与阴証，对水肿也分为阳水与阴水两个类型，然后根据不同类型、不同病期和不同症狀选用下列方剂（附表1）。

附表1 方剂及其应用范围

	消除水肿	健脾利水	温补脾肾
阴証	五苓散、小青龙湯、 旋脾飲、济生腎气丸、 五皮飲。	六君子丸、枳朮丸、 防己黃耆湯、四苓 散。	金匱腎气丸、当归 补血湯、青娥丸、 六君子丸。
阳証	十枣湯、疏凿飲、麻黃 連翹赤小豆湯、導水扶 苓湯、通關散腎丸、甘 草麻黃湯、五皮飲。	防己黃耆湯、四苓 散、六君子丸、二 金湯。	六味丸、六君子 丸、青娥丸。

此外，所有病例均配合飲食療法，部分病例还配合西医的支持療法。

（四）疗效分析

1.利尿消肿：在60个病例中，53例入院时有不同程度的水肿，经过治療，31例水肿全消，13例水肿有不同程度的減輕，9例治療无效。利尿作用开始的时间多数在服藥后的2—5天，随着利尿，水肿亦逐漸消退。在水肿全消的31例中，有23例利尿开始的时间在2—5天内，8例在6—15天内。水肿減

輕的13例，服藥期間均顯著地延長，而水腫也只有不同程度的減輕，其中開始利尿的時間最慢者1例達72天。無效的9例中有兩例服藥期間達100天以上，另兩例分別於開始治療後的兩個月及5個月內死亡。

我們從臨床上可以明顯地看出，利尿消腫作用的快慢與腎功能受損的程度大有關係。

2. 酚紅排出試驗：從治療前後曾檢查酚紅排出試驗的45例看來，治療前酚紅排出率（酚紅排出率一律以靜脈注射後兩小時計算）在55%以上者2例，治療後增加至9例；治療前酚紅排出率在0—10%者11例，治療後僅余6例。45例中排出率增加者25例，不變者11例，減少者9例。

3. 尿變化：治療前後尿蛋白的變化不甚顯著，60例中僅2例自治療前的（++）及（++++）轉為陰性，減輕者21例，不變者33例，增加者4例。膿球、赤血球及圓柱多数的病例各有不同程度的減輕。

4. 其他：通過治療，自覺症狀如乏力、腰酸痛、頭暈、食欲不好等，多数有所進步。治療前有38例血壓增高，治療後有15例恢復至正常值。血漿蛋白、非蛋白氮的改變不甚顯著。

5. 治療效果：根據治療前後水腫的變化，以及症狀、體征和化驗室檢查的改變，將治療效果分為以下幾種：（1）症狀、水腫完全消失，化驗室檢查有顯著進步者，列為顯效；（2）症狀、水腫消失，化驗室檢查略有進步者，列為有效；（3）症狀、水腫顯著減輕，化驗室檢查未進步者，列為好轉；（4）症狀、水腫未減輕，化驗室檢查無進步者，列為無效；（5）症狀加劇和死亡者，分別列為惡化和死亡。各類所

占的数入附見表2。

附表2 治 療 效 果

效 果	顯 效	有 效	好 轉	无 效	惡 化	死 亡	共 計
例 数	2	25	17	13	1	2	60

至于远期效果，由于观察時間尚短，未行詳細調查研究。据初步了解，其中有3例于治療出院后2—3个月复发。

(五) 病案举例

例一：鞠××，女性，24岁，已婚，山东籍，干部，住院号600，于1957年3月5日入院。主訴：有間歇性全身浮肿和尿量减少已四月余。患者于1956年10月間在工作过度疲劳后，发现下肢小腿逐渐浮肿，数月后眼臉及全身均浮肿，尿量减少（每天約2—3次），色赤，食欲不振。同年10月15日住入本市某医院治療，診斷为慢性腎炎，經服中藥治療約一个月及輸血两次（約400毫升），还注射向腎上腺皮質素（ACTH）、大量葡萄糖，以及其他对症療法共12天，但浮肿还是时輕时重，乃于1957年1月26日出院休养。出院后患者稍有活动則浮肿增剧，目前全身浮肿、尿量减少、厭食、无力、腰疼、咳嗽等。过去于1956年2月患过急性扁桃腺炎；无咳血史，月經正常，无流产史。个人史及家族史中无特殊可記。

体檢：体温及血压正常，脉象沉紧，舌苔薄，发育正常，营养欠佳，神志清醒，顏面蒼白，全身有輕度浮肿，皮肤除水肿外无其他异常。体表淋巴腺无肿大，五官无特殊发现，頸軟，甲狀腺无肿大。心头处可听到柔軟狀收縮期杂音，心比較

浊音界无扩大，肺无异常发现。腹部柔软，肝脾未触及，无移动性浊音。脊柱、下肢及其他均未发现异常。胸部X光检查无特殊发现。

化验室检查：入院时红血球925万，血色素8.2克，白血球属正常范围。大便（-），尿黄色透明，比重1.018，尿蛋白（++++），脓球（+++），赤血球（+），颗粒圆柱（++++），透明圆柱（++）。两小时酚红排出率8%。血检：非蛋白氮49毫克%，血浆蛋白6.1克，总胆固醇379毫克%，肌肝1.2毫克%，血沉速度132毫米/1小时。

中医医案：浮肿始于下肢，继而目窠，脉息沉紧，舌苔淡薄，小便不利，大便如恒。责在脾不转输，水气失约，肾水泛滥，治节不行，其本在肾，其标在肺，认为阴水。

入院后治疗经过情况见附表3。

附表3 例一 治疗经过

处 方		服药	症 状 改 变	备 注
主 方	加 减	天数		
五皮饮	防己、黄耆、川贝、麻黄。	8	浮肿稍退，咳嗽未减，尿量增加。	脾不转输，水气上逆，浮肿咳嗽，所由来矣，取麻黄开肺气，佐以健脾化湿而行水。
防己黄耆汤	茯苓、泽泻、车前、牛膝、腹皮、麻黄、连翘、赤小豆。	50	浮肿基本消退，临床症状显著减轻，化验室检查未进步。	咳嗽未泯，小便增长，仍从脾肺两经着手。
金匱腎氣丸、当归补血汤	吉林参、补骨脂、杜仲、枸杞、黑豆。	170	症状完全消失，肾血状况有改善，尿常规多次检查均为阴性，酚红排出率增加至42%。出院休养。	浮肿虽消，但面色不荣，四肢瘦弱，脉息细软，肾病久延，气血两虚，故宜温肾助阳，健脾补血，以善其后。

患者计住院239天出院，除浮肿消退、症状消失、食欲

增加外，化驗室檢查亦有改善。紅血球358萬，血色素10.1克。尿色黃清，比重1.015，蛋白(—)，膿球(—)，赤血球(—)，圓柱(—)。兩小時酚紅排出率42%。血檢非蛋白氮50毫克%，血漿蛋白6.8克，總肥醇253毫克%，肌肝1.5毫克%，血沉速度60毫米/1小時。其他的檢驗正常。出院後5個月復查無復發現象。

例二：賴××，男性，14歲，福建惠安籍，學生，住院號1141，於1957年1月1日入院。主訴：有間歇性全身浮腫和尿少已兩個月。患者於1956年4月初，先有輕度咳嗽、咽痛，於9月3日發現面部及眼瞼輕度浮腫，繼之腹部與下肢亦發生輕度浮腫，但尚能照常上學。至9月中旬，曾因服草藥而水腫稍減，但不久又加劇。後經某醫給注“汞撒利”而引起血尿，從此尿量更少，浮腫更增。於10月20日住入某醫院治療，住院期中無發現發燒，檢尿有蛋白、管型、紅血球等，診斷為“慢性腎炎”，經治療無好轉而轉來本院。罹病期中常伴腰部及全身疼痛、疲勞乏力（但無頭暈、眼花的現象），食欲減少，咳嗽氣促，偶有便秘。過去素健，無慢性咳嗽史。個人及家庭史無可記述。

體檢：體溫和血壓均正常，脈象沉數，舌苔赤，發育中等，營養不良，神志清楚，呈慢性病容。全身皮膚均有明顯的凹陷性浮腫，無腫大的淋巴腺能觸及。面部浮腫，眼球結合膜稍充血，耳鼻無異常，無蛀牙，扁桃腺輕度腫大，咽稍充血，頸軟，甲狀腺無腫大。心無雜音，肺動脈第二音亢進，心音無擴大，兩側肺底部均可聽到微水泡音，兩側背下部打診濁音。腹部膨隆，腹圍80公分，有波動感及移動性濁音，腸蠕動音存

在，肝脾未触及。包皮有水肿，四肢、脊柱无异常发现，膝反射极端迟钝。胸部X光透视有横膈高位，其余无特殊发现。

化验室检查：红血球460万，血色素12.2克，白血球10,200，多核球63%，杆状球1%，淋巴球24%，伊红球12%。尿黄色透明，比重1.016，尿蛋白(+++)，颗粒圆柱(++)，透明圆柱少许，脓球少许，赤血球(+)。两小时酚红排出率30%。血检：非蛋白氮394毫克%，血浆蛋白5克%，白蛋白2.4克%，球蛋白2.6克%，总胆固醇352毫克%，肌肝1毫克%，血沉速度24毫米/1小时。

中医医案：始从面部及目窠浮肿，延及周身和下肢，按之胥而不起。腹胀如鼓，阴茎肿大，咳嗽气促，口干，舌赤，脉息沉数，小便涩少，大便难通。经云：“肾为胃之关，关门不利，水溢皮肤而作肿，肺失通调水道，脾肺气结不行，酿成水肿为患，认为阳水。入院治疗经过情况见附表4。

附表4

例二治疗经过情况

处 方		服药	症 状 改 变	备 注
主 方	加 减	天数		
疏凿饮	麻黄、 芩、麝子。	7	腹胀稍弛，口渴面浮，痰由减少，夜能安寐，舌苔黄润，脉息沉数，大便自调，尿仍少。	水湿内蕴，运行失职，面目浮肿，腹大如鼓。取疏凿饮加麻黄达表疏导分利，以驱水气。
五皮饮	茵陈、连翘、赤小豆、羌活、车前。	4	面部浮肿稍消，腹胀仍有。	肿胀未消，仍以化肿消湿为佳。
导水茯苓汤	茵陈、连翘、车前、羌活。	7	浮肿逐渐消退，腹胀减轻，小便自调。	肿胀之病，实在脾肺肾三脏。肾司开阖，脾主转输，肺理通调，宜化气利湿，取导水茯苓汤加减法。
四苓散	腹皮、内金、淮山、桑白、六味丸。	62	水肿全消，食量增加，体力恢复，酚红排出率70%。	肿胀既消，遂从脾胃两脏扶持正气。

出院时检查：血常规未作。尿色黄清，比重1.008，尿蛋白(++++)，颗粒圆柱(++)，透明圆柱少许，脓球(++++)。两小时酚红排出率70%。血总蛋白4.3克%，白蛋白2克%，球蛋白2.3克%，总胆固醇520毫克%，血沉速度106毫米/1小时。其他未检查。浮肿已完全消退。因患者经济困难，于1958年2月8日回家休养。

(六) 討 論

1. 中医没有肾炎的名称，仅有水肿或水气病的记载，而水肿或水气病含义较广，确也包括了肾炎这个疾病。中医认为水之为病，惟肾与肺主之。肾肺之经脉上下相通，故内经以肾为水之本，而肺为水之标，认为肾能滤水而肺能行水。另外，内经经脉别论载有：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”至于水病的发生机转，巢氏病源候论载有：“水病者，由肾脾俱虚故也，肾虚不能宣通水气，脾虚又不能制水，故水气盈溢，渗溢皮肤，流通四肢，所以通身肿也。”因此，治疗的主要原则，也就在于温肾补脾。

2. 中医治病总的原则是辨证论治，也就是“虚则补之，实则泻之”，水病的治疗也不例外。中医辨证总不离八纲（阴、阳、表、里、寒、热、虚、实），而阴阳又为八纲的纲领，所以水病的治疗也就必须先辨阴阳，而后随证下药。区别阴水与阳水的标准如下：

阳水（实证）：身热，恶风，烦渴，皮薄而光，按之即起，气粗息逆，小便赤澀，大便多秘，面色红亮，声音高爽，

脉浮数，舌不嫩潤，病起不久，体格尚壯者。

阴水（虛証）：身不热，不渴，喜热飲，水肿处按之不能即起，气怯喘咳，小便虽少但不赤澀，大便自調或溏泻，面色枯白，語音低怯，脉沉迟或細紧，舌嫩潤或浮肿，病起已久，体力衰弱者。

3. 中医对本病的治疗方法方剂頗多。如內經載有：“去菀陈蒸”（攻泻）、“开鬼門”（发汗）、“洁淨府”（利尿）；金匱：“諸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗”；景岳全书：“凡治肿必先治水，治水必先治气”；丹溪心法：“水肿因脾虛不能制水，水漬妄行，必須补中行湿”等等。我們所采用的治法，就是綜合采用以上諸法，对証施用。一般說来，我們的治法是以利尿和溫补脾腎为主，治療过程大体上可以划分为三个阶段：水肿显著者，最初着重消除水肿；其次，利水与健脾兼施；最后，如水肿大体已消，則治療偏重于溫补脾腎，也就是着重促使腎机能的恢复。

4. 根据上述的辨証施治原則，对60例慢性腎炎患者进行治療，肯定了祖國医学对慢性腎炎的近期療效，其療效較显著者为利尿消肿。固然我們沒有适应地建立对照治療組，以作对比观察，但絕大多数病例都是經過多种療法长期无效者。

我們所观察的病例，水肿的消退主要是通过利尿而完成的，而且較严重的患者利尿特別显著。这就說明了中藥确有良好的利尿作用。

病案举例一的患者，通过中医治療后，不但水肿消退，一般症狀轉好，而且尿变化消失，酚紅排出率由8%增加至42%；追踪观察五个月，未見有不良的变化。虽然这样的病例

不多，療效的巩固程度未能肯定，但由此也加強了我們的信心，使我們堅信發揚祖國醫學遺產確能豐富現代醫學的內容，中西醫合流為我國新醫學發展的必然方向。

5.辨證施治、靈活掌握，是中醫治病的原则和特點，這在慢性病的治療上表現得更為突出。我們也曾對某些病例試用過單味草藥治療，而不依辨證論治，但效果不佳。因此我們深深感到學習中醫，首先應了解其理論、法則，然後才能靈活運用方劑，從而取得較好的療效。

(七) 總 結

本文總結了本院收治的60例慢性腎炎的中醫療效，從中可看出中醫對慢性腎炎消腫的療效較佳，部分病例的尿變化、血液化學、腎功能等也有不同程度的好轉。這也說明了發揚祖國醫學遺產，足以豐富和充實現代醫學的內容。此外對於辨證施治的理論和法則也略加討論。

十六、紫癰病十三例的中医治療報告

福州市人民醫院 吳味雪 陳桐雨 李楚鑒

紫癰是一種症狀，亦稱紫斑，臨床上所見到的是皮下、粘膜及內臟的出血，或僅見小瘀點，或呈大片瘀斑。其發生原因有各種各樣，如感染、食物或藥物中毒等所致過敏，及其他原因不明的原发性紫癰。在臨床現象上又可因血小板有無減少，分為血小板減少性紫癰和非血小板減少性紫癰兩類。

中醫對發斑病的認識，古往的文字簡略，在素問上雖已提出“丹痧”的病名，卻沒有詳細的記述。比較具體的還是金匱要略，對陰陽毒的病狀記載以“面斑斑如錦文”為本病的特有症狀。雖然所述的發斑是屬於那一種“斑”“痧”或“疹”，現在無法了解，可是所採用的“升麻鳖甲湯”卻成為後代治斑方藥的主要淵源，而且在臨床上收到一定的效果。具體的方藥朱肱的傷寒活人書最為齊全，以後續有發展。不過所指的“斑”雖也包括“紫斑”在內，但所討論的斑病，一般是指由急性熱病（如傷寒、暑溫等）所導致的；原發的並不述及。現在對血小板減少性的紫癰病的認識和治療沒有整套的理論和方藥可承襲，只可能根據中醫的醫療體系，把各個症候聯成一個症候群，依據八綱，選用古方，把其中以治療急性熱病的部分揚棄，留下治療紫斑的部分，加以綜合充實。這就是我們用以作嘗試治療紫斑病的根據。

我院自1957年3月至1958年4月所收治的紫癰病13例，計

血小板减少性紫癜五例、过敏性紫癜七例、结核病并发紫癜病一例，都应用上述的原则治疗，兹将治疗的效果报告于后，以供同道研究及指正。

现将13例病案的临床观察与中医治疗结果列表附后（见表1），并选各类典型病例共三则分别叙述如下，以供参考：

血小板减少性紫癜典型病例（病号1）：患者陈×芬，女性，46岁，已婚，门诊号4187，于1957年3月16日来我院门诊求治。

主诉：下肢、臀部、腹部发现紫斑8个月。患者近五、六年来常感下肢沉重，行走无力，夏天尤甚；1955年因下肢乏力，一时瘫软下跪于地达数次，认为“脚气”，经单位医师注射强心针及维生素而渐渐好转。但无浮肿史。1956年春季，全身皮肤发现小瘀点，同年7月下旬发现右膝盖内侧有一青紫块，继而发现皮中出血点增多。即经××医院检查，束臂试验阳性，血小板31,000，康氏、华氏反应阴性，血糖107%毫克，氯化物550%毫克，红血球359万，血色素16克，白血球5,200，中性65%，淋巴35%，网状细胞计数0.4%，伊红计数55，大便潜在血（-）。住入该院经服维生素乙、丙，络通片等，并静脉滴注向肾上腺皮质激素（A.C.T.H）一疗程（十天，总量50毫克）。在治疗期中，紫斑消退，但一周后下肢及背部又陆续出现小瘀点及瘀斑，血小板仍在32,000，改服中药一周后出院。出院后继续在该院中医科治疗半年未愈，入院前两日血小板38,000，近来每日下午有腹痛，至晚饭后始减。

过去身体健康，但有脱肛已20余年，家族中无遗传病及出血史，月经13⁴⁻⁵/₂₈-43，量中等。

表1 紫癜病十三例的临床观察与中医治疗效果

病姓名	門診号	性年病期	症 状	血 液 檢 查		最后診斷	治 療 方 案		隨訪
				血 小 板	出 血 凝 固 時間		主 藥	加 減	
1 陳	4187	女 46 个	齿衄，腹部及下肢 15有大小不等的紫 斑、丘疹，下肢沉重 無力，經A.T.C. H ₂ ，輸血等治療及 中醫治療八个月无 效，劝其作脾臟除 术不同意。脉象：沉 一微弦。	38,000 ↓ 82,000	未做 未做(+)	原发性血 小板减少 性紫癜	前阶段： 仙鳳草、 赤芍、 当归、 生地、 板櫚、 黃芪、 阿膠。 后阶段： 女科八 珍丸。	服丸剂后血小 板升至146,000已 一年未发，並 加工作，如 常人。	
2 黃	1263	女 29 个	小便淋急疼痛、血 尿已兩日，下肢有 豆大的瘀斑四、五 块（其女亦患血小 板减少性紫癜）， 脉象弦数，舌灰、 淡。	93,000	2' 1 1 2 2' 1 2	原发性血 小板减少 性紫癜	生地、 阿膠、 仙鳳草、 赤芍、 当归、 板櫚、 黃芪、 阿膠。 后阶段： 女科八 珍丸。	服丸剂后血小 板升至136,000， 34剂后血小板 升至146,000， 不发现，服45 剂后血小板升 至17万。	
3 黃	2005	女 29 个	齿衄、阴道流血不 止、黑便、全身皮 肤有大小出血点，外 現青血，肝脾无肿 大。脉象：弦数， 曾注射A.T.C. H ₂ ，輸血，并劝作脾 臟除术不同意。	84,000	2' 1 2 2' 1 2	原发性血 小板减少 性紫癜	高麗参、 龙眼肉、 阿膠、 艾叶、 当归、 生地、 板櫚、 黃芪、 阿膠。 后阶段： 女科八 珍丸。	治服半个月后 血改善，血小 板上升至17 万，但不稳定， 波动于10—6 万之間。三次 大出血。三 次大出血。	

張	4	男	4070	3	三年前拔牙流血不止，而輸血急救，平日有齒齦，脚瘡，皮下有出血點，大發，黑便，動作年脾臟除不滿意。	45,000	$4\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$	未	做	原發性血	升麻、 小 板 減少 元參、 紫 癍	生地、仙 膠、艾 葉、 當歸、 柏、 冬、 歸脾 片。	仙 膠六 劑后 血小 板8 萬， 流血 已 止， 脚 瘡 已 癒。 因工 作到 他 省， 無 法 追 訪。
楊	5	女	16923	14	齒齦，皮下有大小不一之出血點，經X醫院作脾臟切除，未後症狀消失，一個月後血小板又下降至11-13萬之間，皮下仍有小紅點。緣象左肢右弱，月止。	110,000	$1\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$	(-)	紅血球438萬，血色素30%，白血小，板減少，元參，紫癍	原發性血	升麻、 小 板 減少 元參、 紫 癍	生地、仙 膠、艾 葉、 當歸、 柏、 冬、 歸脾 片。	服藥兩個月后已癒，血小板32萬，訪至4月30日血年，手並繼發，仙膠小，板49萬，手並繼發，仙膠小，板49萬，手並繼發，仙膠小，板49萬，手並繼發。
王	6	男	4702	5	兩下肢皮下有紫紅色斑點，光止痛，有痒感，過一、二天變為紫斑，經X醫院住院治療100天未愈。	211,000	$2\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$	$2\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$	(-)	紅血球340萬，血色素65%，白血小，板5,400,中，性(過敏性)紫癍，淋巴21%。	出血性毛	升麻、 小 板 減少 元參、 紫 癍	李 氏、 牛 蒡、 青、 天、 地、 甘 草。	治療兩個月，已癒，紫癍退而復發，訪一、四次，以後隔年，3個月又發作未復發。
黃	7	男	3516	3	劇烈腹痛，兩下肢有許多紫紅色的斑點，惡心、嘔吐，失書盛痛。	200,000	$2\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$	$2\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$	(-)	白血球500,中性75%,淋巴22%。	出血性毛	升麻、 小 板 減少 元參、 紫 癍	李 氏、 牛 蒡、 青、 天、 地、 甘 草。	治療18次，紫癍未癒，不再發作。訪。

游	8	×	157	女	10	19	两膝关节疼痛，不能走路，腹微痛，两下肢皮肤有紫点，点如针头大，大便黄色，有呕吐，急不佳。××医院诊断过敏性紫癜。	240,000	1 ¹	3 ² (—)	白血球 出血性 细血管中 毒病 (过敏性紫癜)	升麻、 元参、 青地、 天葵。	李环干、 生药、 仙鹤、 环干、 草、大 青、地、 天葵。	服一剂后紫癜不 完全消退，不 复发。	
林	9	×	18363	男	23	75	两个月前因熬夜失眠，引起恶寒、感冒，继而下肢发现小斑点，或数时痒，发作多时自觉腹痛，大便黑色。	130,000	1 ¹ 1 ²	1 ¹ 1 ²	未做	出血性毛 细血管中 毒病 (过敏性紫癜)	升麻、 元参、 紫甲	李环干、 凌霄草、 阿膠、 当归、 仙鹤、 草、大 青、生 地、中 黄、 御桂。	未服中药都是 有规律的：每 周发作一次， 一—3天后消 退。服中药中 西剂后紫癜消 退，不再发作。
陈	10	×	17233	男	7	月	膝关节疼痛，两下肢有大小不等紫点，微红，经××医院住院治疗12天未见效，诊断为过敏性紫癜。体温37.5—38.5°C。	92,000	1 ¹	2 ² (+)	白血球 出血性 细血管中 毒病 (过敏性紫癜)	升麻、 元参、 紫甲	李环干、 生药、 仙鹤、 环干、 草、大 青、地、 天葵。	前阶段紫十剂 后紫退而复 发，改用后除 阶段剂服十二 剂后紫斑已不 再发。	
梅	11	×	14593	女	25	3	常有齿衄，下肢皮下有紫斑三、四块，手足痿痹，心悸，膝反船消失，曾注射维生素乙及士的宁两周，不见进步。	180,000	1 ¹ 1 ²	1 ¹ 1 ²	白血球 出血性 细血管中 毒病 (过敏性紫癜)	升麻、 元参、 紫甲	生药、 仙鹤、 环干、 草、大 青、地、 天葵。	服药一、二周后， 手足痿痹减轻， 三个半月后血小 板增至35万， 接反期恢复正 常，四肢无凝 块。	

12	X	3592	男	6	天	14	<p>微熱(37.2°C), 腹痛,兩脚脛有紫 斑。尿常規蛋白150,000 (++),粒狀少許。 膿球少許。</p>	未做	未做	未做	<p>紅血球340 萬,血色素 70%;白血 球7,000,中 性60%,淋 巴32%,伊 紅8%。</p>	<p>出血性毛 升麻、 元參、 紫甲 (過敏性 紫癍)</p>	<p>生癆、李 環干、 桑白、 銀 柳衣、 銀 花。</p>	<p>服藥五劑后紫 斑已退,尚遺 留有掌皰疹, 再服三劑后, 皰疹亦全 消。</p>	未隨 訪。	
13	X	2760	女	12	个	1	<p>去年九月間右側腰 部生肿块,皮色如 常,經開刀排膿迄 今未收口,膿汁呈 清水及下糖伏液。 十餘日前下肢及腹 部皮膚有很密的紫 斑,常腹痛,下午微 熱,半夜泄瀉,腹 拒按,狀如蛙,腹 圍74公分。X光透 視右肺結核。</p>	118,000	1 1/2	5	(+)	<p>紅血球285 萬,血色素 50%;白血 球6,500,中 性68%,淋 巴30%,大 單核1%。</p>	<p>結核病升 前階段 : 升麻、 元參、 紫甲 后階段 : 元參后 改用補 中益氣 丸。</p>	<p>桑白皮、 茯苓皮、 海桐皮、 大腹皮、 芝麻葉、 龜壳。</p>	<p>結核性病合併 內服異菸肼,并 外科用澤漆膏 。服藥十劑后紫 癍漸消,腹圍 減為85公分, 泄瀉及腹痛亦 消失。</p>	繼續 治療 結核 性原 發病 灶。

体检：体温36.9°C，脉搏76次/分，呼吸16次/分，发育正常，神志清楚，四肢皮肤有很多小瘀点、瘀斑，头颈、五官均无异常，心肺（-），脾肿大約一横指，束臂試驗阳性，脉象沉微弦。

治療經過：开始給升麻、元参、鳖甲、香附、木香、当归、赤芍、仙鶴草，四剂后覺舒服些；第五剂加板榔、草果，至第九剂血小板升至146,000（3月28日）；服18剂后加山甲，血小板为11万（4月6日），皮肤之紫斑亦漸减少；第19剂后又加黄芪、阿膠、香陈、煮夏、甘草；服至40剂时（約治療两个月）紫斑已完全不見，血小板在82,000（5月11日）；至44剂后用女科八珍丸加六味丸或归脾丸等，血小板升至13万，而且各临床症狀完全消除，能参加劳动，如常人。

过敏性紫癜典型病例（病号6）：患儿王×权，男性，8岁，福建閩南人，門診号4702，于1957年3月23日到本院門診治療。

主訴：发现前臂及下腿皮下出斑点已四个月多。該孩子于1956年10月間，在下腿兩側突然发现有散在性的紅色皮疹，无痛及痒感，亦无发热及发冷等症狀。在皮下出血前一两星期曾吃过南瓜，服过A.P.C和胺噻唑，涂过冬青油，在发疹前数天，下腿曾浸在黃土水中游玩数分钟。发现皮下出血后不久，到市立××医院外科門診，曾給魚肝油涂擦，未見效，隔二、三日后，到××医院皮花科檢查，发现血小板仅70,000，并給青霉素油注射一針，次日在市立××医院檢查血小板27万。1956年12月13日住入市立××医院，当时体检：体温正常，脉搏112，呼吸平順，面色蒼黃，前臂外側、下腿等处皮肤現鮮紅

色大小不等的斑点，蛙齿两个，心肺（-），肝脾未摸及，腹部柔軟。

檢驗：血小板154,000，出血時間 $1\frac{1}{2}$ 分，凝血時間 $3\frac{1}{2}$ 分，凝血酶元時間10分鐘，紅血球354萬，血色素70%，白血球3,400；分類是多核79%，淋巴21%，血塊退縮時間24小時內，部分收縮。大便蛔虫卵（+），隱血（+）；小便膿球少許，赤血球少許。東臂試驗陰性。在該院住院100天。住院期中曾給輸血80毫升，注射母血，內服乳酸鈣、鹽酸苯、海拉明、維生素乙₁、乙₆、丙等，注射0.25%氯化鈣、促腎上腺皮質激素（A.C.T.H）及腎囊封閉等，其紫斑曾消退，后又不斷新生；曾服中藥七劑，症如上述。出院前檢驗：血小板211,000，出血時2分，凝血時2分，凝血酶元時間 $9\frac{1}{2}$ 分，紅血球340萬，血色素65%，血塊退縮時間在2小時後。

治療經過：在門診內服中藥，主要也是用升麻、元參、鱉甲各劑計24次，經過五個月的觀察，可分為三階段：第一階段自3月25日至4月8日服中藥升麻、元參、鱉甲、牛蒡、大青、芋環干、天葵、紫草、地丁等，服10劑後紫斑時發時退（約24小時內就可退掉）；第二階段由4月11日至5月24日，服藥第20劑後紫斑基本上減輕，發作時間相距較長，發作過程短，發斑密度稀；第三階段由6月12日至8月26日三個月內僅發作一次，服中藥一劑後紫斑即消退，迄今未復發。

結核病并發紫癜病典型病例（病号13）：患孩胡×英，女性，12岁，門診2760号，今年3月10日来門診治療。

主訴：下肢及下腹部發現紫斑已10余日，右腰部瘻管流稀膿汁已半年。自去年9月右腰部生硬結塊，皮色如常，在××

診所開刀排膿，迄今不能收口，在瘻孔中常流稀膿液，其中含有干酪樣殘渣。10余日前下肢及腹部皮膚密生紫斑，并有輕度浮腫，常腹痛，下午有微熱，黎明常洩瀉，亦常咳嗽。家族史：其兄于6岁时患結核性腦膜炎致死。

檢查：顏面蒼白，下肢及腹部皮膚有呈針頭大至芝麻大不等的紫紅色丘疹紅斑及神經性浮腫，致手不能握拳。心臟心尖區可聽到第一度吹風樣收縮期雜音，右肺鎖骨呼吸音減弱，X光透視右肺第一、二肋間見斑塊結核病灶，全腹部膨隆如蛙腹，拒按，無移動性濁音，腹圍74公分，肝脾不能触及（拒按）。東臂試驗陽性。右腰部在髂骨脊上方10公分處有一瘻孔，創口呈桃紅色肉芽組織，以探針檢查瘻管深有12公分，直達右骨盆髂骨部，流出淡黃色稀膿液。

化驗：紅血球285萬，血色素50%，白血球6,500，中性69%，淋巴30%，大單核1%，血小板118,000，凝血時5分，流血時1分30秒，大便檢查無蛔蟲卵。

治療經過：除結核病內服異菸肼，每日150毫克，結核性瘻管由外科處理外，起初四天用升麻、元參、鱉甲、細生地、芋環干、當歸及五皮飲、芝麻羹等，紫斑退而復發。第五天以後除去升麻、元參、鱉甲、細生地等主藥，改用補中益氣丸（升麻、柴胡、人參、黃芪、白朮、當歸、陳皮、甘草），再加五皮飲（桑白皮、茯苓皮、海桐皮、大腹皮）及芝麻羹、匏殼，服四劑後紫癰消退，腹脹及浮腫都漸消退，下午潮熱、夜間泄瀉均告愈；再服兩劑（總共10劑），腹圍漸小（只有65公分），食欲好轉，面色亦轉紅潤，紫斑不再起。紫斑症的治療告一段落，所余結核性瘻管仍繼續內服異菸肼，益配合外科繼

續治療中。

为了明确治愈紫癍病所采用的中藥中最有效的主藥問題，特將13例的用藥情况，及使用次数較多的藥品，列表于下：

表2 13例使用中藥治愈的疗程及藥品种类和次数

病号	姓 名	治疗天数	总剂次	升麻	元参	鳖甲	芋环干	生地	赤芍	阿膠	艾叶	当归	侧柏	丹皮	甘草	牛蒡	大青	归脾	仙鶴
1	陈	×	×	147	70	52	52	52	25	13	52			17				8	51
2	黄	×	×	92	49	42	46	46	6	12	13	46		17				31	
3	黄	×	×	115	89	63	66	64	70	27	23	37		22				35	
4	張	×	×	9*	19	19	19	19	19	19	19							8	19
5	楊	×	×	150	8	8	8	8	8	8	8			8			4	4	8
6	王	×	×	52	28	17	13	12	19	3				5	6	13	9		
7	黃	×	×	15	18	13	13	14	16	4				5					
8	游	×	×	20	10	7	9	9	8							9			7
9	林	×	×	15	14	11	11	11	12	7	3	9	9	5			12		
10	陈	×	×	4	26	12	18	10	14	5	4			6	3	17	14		4
11	楊	×	×	54	50	48	48	48	43	44	16		16	25	33	2	36	31	
12	崔	×	×	15	8	2	4	4	4				2			5			
13	胡	×	×	45	10	8	4	6	2	4	2		7						

*病号在門診只治疗九天，后因調动工作不能繼續治疗，帶藥十剂去服，未得到联系情况不明。

由上表初步可以看出：治愈紫癍病有效主藥确定是升麻、元参、鳖甲三味，其余仙鶴草、赤芍、阿膠、艾叶、当归、牛蒡、大青、甘草亦較常用，亦有一定的佐使作用。对于过敏性紫斑七例，有六例都使用芋环干，为消除体内过敏原可能有一定作用机轉，有待于今后繼續研究。

討 論

1. 从上述13病例报告中，說明根据金匱升麻鳖甲湯再参酌

古代文献及临床经验，采用升阳、散火、凉血、消瘀等方法，治疗现代所谓紫癜病收到良好的效果。

2. 主药升麻古代有不少文献记载，对于齿衄、鼻衄、发斑有一定的作用，固然也有人反对（吴鞠通）；但是他们所讨论是属急性热病，如肠伤寒、斑疹伤寒之类所引起的“紫癜病”，而不是指非急性热性病所发生的“紫癜病”，所用的解毒、凉血、泻火药物与我们现在所采用的完全相同。

3. 升麻和鳖甲的作用，可能与肝脏有很大的关系。专治脾胃的李东垣先生最善用升麻，他所创造的如升阳散火、补中益气汤等无不选用升麻。鳖甲用来治疗脾脏肿大，至少已有一千年以上，金匱要略治痞母脾脏肿大的鳖甲煎丸，就以鳖甲为主。许多“紫癜病”的病人都有脾脏肿大，现在只知道脾脏虽非紫癜病发病机制的主要因素，但却也有很大关系。升麻和鳖甲是否只作用于脾脏或另有作用，尚有待于我们研究。

4. 主药元参，在许多文献内常用来治疗齿衄、浮肿和腐烂出血，据药理试验小剂量对血管有收缩作用，可促成止血和消炎的机转。本草纲目记载：“元参滋阴降火能解斑毒利咽喉通小便，血带”，朱颜著的中药药理与应用中说：“……对营养不良者尤宜……”。可能元参本身亦含有丰富的营养物质及各种维生素，对出血性疾病的复杂机转有微妙的关系，这也有待于今后研究。

几点体会

1. 过敏性的紫癜治疗日程比较短，如病例七、九、十二都只15天就结束治疗。而血小板减少性紫癜都需要三个月以上至半

年才能巩固疗效，如病例一、二、三、五等四例（見附表二）。

2. 过敏性紫癜在发作期间血小板亦可能减少，如病例十一，在发作时血小板仅18万，而治愈后恢复至35万，如病例十，在发作时血小板也只有9.2万，病例十三，血小板只有11.8万，病例九，只有13万。这与Ackroyd氏的意见相符合。

3. 对血小板减少性紫癜采用脾摘除术是可以恢复健康，也可能再复发，以往学者说是因有副脾的关系，须再割去副脾（约占1/3病例）。如病例五在手朮后一个月后血小板又下降至11万，临床上紫斑再发生，給服升麻、元参、鳖甲合剂后症状消退，血小板恢复至49万。此证明了中药的疗效。其他如病例一、三，西医都建议要作脾切除术的根治療法，因患者不同意，改服中药，在三至六个月后都完全恢复健康。

总 結

本文报道血小板减少性紫癜病5例、过敏性紫癜病7例及結核病并发紫癜病1例的中医疗效，并略述討論意見与体会。