



## 目 录

### 各科病例报告

中医治疗30例肝硬化腹水期临床初步总结.....	周末生 柳增荣 (1)
以中草药治疗肝硬化病的初步总结报告.....	林惠孙 (4)
针刺治疗急性阑尾炎23例的观察报告.....	翁华芝 刘慈珊 (10)
针刺代替麻药施行扁桃体摘除术的报告.....	李逸民 刘慈珊 翁华芝 (13)
中西医合作抢救尿毒症一例报告.....	王旭明 (16)
中医治疗急、慢性肾炎的初步总结.....	林惠孙 (17)
我对古方奔豚汤治疗奔豚气病二例初步观察报告.....	毛胜忠 (19)
中西合流治疗骨折160例的初步分析报告.....	南平专区医院外科 (21)
以茵陈为主治疗传染性肝炎二十例报告.....	吴福财 (31)
痰迷似死症辨证论治.....	黄锦清 (51)

### 經驗介紹

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

### 理論研究

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

### 講座

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





⑤本組7例發生吐血或便血，其中4例因大量吐血住院二例中醫治療中發生吐血或便血者，均經中醫主治，西醫補助以葡萄糖水或少量輸血等處理，都在一週內停止出血現象。其中一例患者不聽勸告，早期過度活動及飲食不注意引起四次反覆大量吐血或便血，經過中醫為主治療，亦得停止吐血，7例均無死亡。說明中醫對肝硬化食道靜脈曲張出血的治療，有顯著的效果。

⑥本組15例發熱，體溫均在 $37.5^{\circ}\text{C}$ 以上，都有肺部繼發感染的症狀與體征，經抗生素與磺胺消炎藥物等處理，除一例誘發肝性昏迷死亡外，其他發熱均3——4天內退至正常，可以說明本組7例發熱原因是由肺部感染引起，並非肝硬化的發熱。

⑦本組30例腹水，均有腹腔大量積液的體征，經過中醫治療，有三例腹水基本消失，佔總病例10%，腹水消失的標準是腹部無膨脹現象和腹水體征。21例腹水不同程度減輕，佔總病例70%，減輕腹水的標準是腹部膨脹比治前顯著縮小或腹水體征減輕，或不易側倒。6例腹水無變化，甚至增加，佔總病例20%。在我們30例肝硬化腹水中，曾施行放腹水一次者計3例，因為腹部過度膨脹引起氣緊或呼吸困難等症狀，為着緩解急迫症狀，減輕病人的痛苦，才施行放腹水，計3例；均在中醫治療無變化組中。在一般情況下未經適當治療的病例，雖施行放腹水，但是腹水在短時間內迅速再聚。我們認為放腹水對本組中醫治療肝硬化腹水的療效無關。本文30例肝硬化腹水，都經過外面中西醫治療無效，而且腹腔積液甚多。才求送我院。由(表三)可見中醫治療肝化腹水的療效達80%，可以肯定中醫消除肝硬化腹水的顯著療效遠超過西醫的效果。

⑧23例脾腫大和肝腫大，佔總病例76.6%和30%。因住院時腹部過度膨脹，多因浮沉診法或腹水減退時才觸及本文無法肯定肝脾腫大，在中醫治療後，有否縮小現象。無明顯縮小者都歸無變化組。

⑨3例黃疸都全部消失，其中一例胆汁性肝硬化，皮膚和巩膜明顯黃疸，可惜在第一次肝功能試驗中發生溶血現象，未曾即刻複製黃疸指數，但在患者基本好轉出院時復查黃疸指數只10單位。可以說明經過中醫治療後黃疸可以完全消失，而對胆汁性肝硬化黃疸也有同樣的療效。

⑩6例鼻衄或皮下出血現象，經過中醫治療後3例完全消失，3例完全消失，但3例在治療中舊皮下出血消失，新皮下出血又出現或發生鼻衄現象。

⑪17例下肢浮腫，佔總病例56.6%，5例治療後消失，6例減輕，6例無變化，療效達64.7%。

⑫6例蜘蛛痣和18例腹壁靜脈曲張，在我們觀察病例均無明顯改變，在(表三)中2例腹壁靜脈曲張，減輕者是由明顯靜脈曲張，減輕後仍然可見靜脈擴張的現象。

⑬本文30例中有一例死亡，在住院經過中醫治療，症狀有進步，不幸後發生肺部感染併發症，雖經中西醫配合治療，但不見效。終於誘發肝性昏迷而死亡，可以肯定並非中醫治療無效，因而肺部感染誘發肝性昏迷而死亡。

#### (五)化驗檢查：

①血液常規治療前后的白血球，白血球分類，紅血球及血色素均未發現明顯改變。

②肝功能試驗在治療前后我們觀察均無明顯改變。

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

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

### 治 疗 体 会：

①通过治疗观察，临症体会，首需慎重考虑患者体质、強弱、邪正之盛衰，而断定本病为实、虚两大类型，以为治疗之关键性問題。否則就會犯了虚虚实实的錯誤。特别是潘川丸中破气消积逐水之力較強，如体虚不胜攻伐者，誤用之虽見腹漸減，終因正衰而趨恶化者有之，是以治疗中应严重观察邪正状况，而灵活採用先攻后補，先補后攻或攻補兼施等不同办法，方可提高疗效。

②本病患者多数体质衰弱，削瘦，食慾減退等，可借助維生素葡萄糖內服和注射，亦合符中医肝柔疏肝滋補之意义，以为攻下腹水做好准备或水去正虚以扶正。有見於治疗期間腹水暴脹气喘症状，严重者可採取少量腹腔排液而暫緩解病情之急迫。是即急則治其标之措施。然后再等待中藥發揮其作用，因此体验在治疗中之中西医密切合作，取长补短在医疗上可以获得良好之效果。

### 总 結

①本文报告肝硬化腹水30例的中医疗效。

②中医对腹水疗效达80%，对症状改善为70至80%，对肝功能蜘蛛痣，肝脾腫大等无明显改变。

③介绍我們运用攻補兼施的治疗方法。

## 以中藥草藥治疗肝硬化病的初步总结报告

建阳县医院 中医科林惠孙

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

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

茲將典型病例摘錄如下：

①由南京空军政校特來我院治疗肝硬化患者袁××，男性，30歲，职业軍官，籍貫东北。

主訴：57年8月間初起仅眼睛巩膜发黄，在政校医院檢查血液，黃疸指数，麝香草酚等項均正常，並不覺得有肝病，嗣后繼續檢查发现凡登白試驗定量有变化而生肝病，乃赴南京医院治疗，58年2月經該院作肝穿刺手术，取出肝块作肝組織研究，乃决定为肝硬化，症状：头发脹痛，神疲体倦，手足发脹，右侧季肋及腰部疼痛，牙龈时有出血，溺黄，大便不正常，先服西药八个余月未效，于10月間改服中藥，用柴、芍、归、沉之属，无甚进步，

於同年12月13日出院，59年3月27日在南京医院抽血化验结果：

黄疸指数	8单位	凡登白试验	阴性
麝香草酚浊度	8——9单位	麝香草酚絮状	阳性卅
脑磷脂固醇絮状	阳性十十十	高田氏试验	十十十

於4月23日来到建阳住院治疗，症状如前，我們亦用“田茶菊根”为主随症加减，共治疗48天中症状逐渐减轻，而至完全消失，前后也进行了三次肝功能检查，均有显著好转，最后于六月八日肝功检查结果如下：

黄疸指数	5单位	凡登白试验	间接反应
麝香草酚浊度	10单位	麝香草酚絮状	阴性
脑磷脂固醇絮状	十	高田氏试验	十

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

①徐品泉，男性，60歲，籍貫江西，职业：竹器厂，住院号码1205·2

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

黄疸指数	60单位	凡登白试验	直接快速反应
麝香草酚浊度	17单位	麝香草酚絮状	十
脑磷脂固醇絮状	十	高田氏试验	卅

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

②徐香珠，女性，29歲，建阳黃坑，經內科医师检查診斷为肝硬化，轉中医科治疗。

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

黄疸指数	50单位	凡登白试验	直接快速反应
麝香草酚浊度	10单位	麝香草酚絮状	卅
脑磷脂固醇絮状	卅	高田氏试验	卅
碘液试验	卅		卅

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

揮祖國醫藥作用。

④林寶泉，男性，18歲，職業學生

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

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

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

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

⑤翁致喜，男性，39歲，籍貫建陽，職業幹部

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

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

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

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

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

尚未恢复健康，现尚在继续治疗中。

④丁德良，男性，27岁，籍贯江苏，住建阳兵役局，职业军官

主诉：得肝病已三年左右迄未全愈，今春在南平某军区医院住院治疗，经诊断系肝硬化，得到我院对肝病治疗有显著疗效消息，故特由南平出院赶回建阳前来商治，于今年五月四日先在我院门诊内科治疗，门诊号码16232。诉手足心发热、头晕神疲，眼目巩膜及皮肤均显淡黄色，肝臟捫及有肿大二横指，右侧季肋缘下有压痛，行走均感难遇，饮食欠佳，骨节疼痛，溲赤时有头晕失眠现象，经我院肝功检查结果：

黄疸指数	5单位	凡登白试验	间接反应
麝香草酚浊度	14单位	麝香草酚絮状	阴性
脑磷脂固醇絮状	卅	高田氏试验	卅

於今年五月二十七日起商用中药治疗，检查症状如前，我们亦採用丹施道遥散及田茶蒲根固定剂等随症加減治疗，上列症状逐渐好转，眠食均佳，肝区压痛消失，小溲清长，計服药二周，續行肝功检查报告如下：

黄疸指数	5单位	凡登白试验	阴性
麝香草酚浊度	10单位	麝香草酚絮状	阴性
脑磷脂固醇絮状	十	高田氏试验	阴性

患者經服药后精神甚感愉快，能够下乡积极参加工作，自訴上级批准医药费40元，现仅用一半左右，請再給药續服中。

⑤占庆年，男性，32岁，籍贯建阳将口镇，职业农民，门诊号码51279号。

今年5月20日到门诊内科治疗，經检查心肺（一）腹无膨大，触診时显肌防禦腹壁硬肝脾未能触知，眼睛巩膜及皮肤均成棕黄色，尿深黄，主訴前三年八月間发生黄疸病，經將口中西医治疗及服青草药均无效，則停止医疗，感到神疲乏力，只能参加輕劳动，到現在更加難遇，不能劳动，飲食難进，胸部现有蜘蛛痣，头晕欲睡，懶于走动，診斷为肝硬化，由内科轉中医科住院治疗，尿检查三胆均阳性，五月二十四日进行肝功检查结果：

黄疸指数	100单位	凡登白试验	快速反应
麝香草酚浊度	16单位	麝香草酚絮状	十
脑磷脂固醇絮状	卅	高田氏试验	十

於五月二十一一起用草药“田茶蒲根”固定剂加上茵陳，枣礬丸等配合内服后，症状逐見好转，小便較多，黄疸色泽逐渐隐退，小便多轉为淡黄色，飲食較佳精神亦感舒暢，於六月十日再經肝功检查结果：

黄疸指数	30单位	凡登白试验	直接快速反应
麝香草酚浊度	10单位	麝香草酚絮状	（一）
脑磷脂固醇絮状	（士）	高田氏试验	（十）

該患者經医治后感到病状好转，已有显著疗效，因家庭观念重，經濟困難，要求帶药回去續服在家休息治疗。

⑥陳柳泉，男性38岁，籍贯建阳水吉青田乡，职业农民，门诊号码：55951

今年7月9日到本院门诊部内科求治，主訴腹部腫腹，下肢浮腫，大小便不通，食慾不振已月余，呼吸淺短，检查心音亢进，肺（一）腹部膨脹，腹壁静脉怒張，脾腫大在肋下五指余，肝腫大在肋緣下三指有明显腹水，兩腿部均有压凹性浮腫，膝腱反射消失，診斷



为肝硬化，转中医科住院治疗，据上述今年农历四月未起床，因在田间耕种，喝饮冷泉水所致，曾服青草药及×医院治疗无效，故来潭求治，现在症状如上检查，瘦短而赤便难，饮食后腹部更感胀满难遇，肝区有压痛，气紧行时更剧，脉沉弱舌绛乏苔，牙龈出血症严重，难



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

（此方主治肝硬化初期無腹水者確有奇效，加減法如上，於臨床上酌予加減）。

三、自製消臌散方（主治肝硬化腹水嚴重，大小便不利者）。

大戟四錢、小茴香六錢、巴戟六錢、芫花四錢、義米四錢、甘遂八錢、商陸六錢、黑丑六錢、澄茄六錢、當歸六錢。

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

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

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

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

## 針刺治療急性蘭尾炎23例的觀察報告

南平專區醫院 翁華芝 劉慈珊

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

### 病 例 統 計

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

1. 確診為急性蘭尾炎發作初期，沒有穿孔可疑者。

2. 取得病人合作与同意。

### 針灸穴位与方法

針刺治疗急性兰尾炎，我們是採用以下部位：

1. 足三里（取双侧穴）或足四里（三里下一寸）双侧。

2. 盲俞（取右侧穴）。

3. 气海俞（取右侧穴）。

4. 大腸俞（取右侧穴）。

5. 压痛点（取右下腹压痛点最明显馬氏点）。

6. 曲池（取双侧穴）有发热者加此穴。

針后留針30分钟到2小时左右，在留針期間，可捻針数次至病人感覺酸、脹、麻为度。

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

### 一般治疗情况

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

第一次針刺后即感覺酸痛減輕。

第二次針后已无自覺腹痛，仅有輕度压痛和跳痛，体温与白血球都恢复正常。

第三次針后腹部有不适感，或有极輕微压痛。

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

### 典型病例

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

病歷摘要：患者主訴陣发性下腹部疼痛，伴有恶心已6小时，

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

确诊：急性兰尾炎。

針灸治疗：当日下午5时給針刺兰尾穴，馬氏点，天樞，足三里，留針2小时。每5分钟捻轉一次，次日能自行步走，繼續給針刺日一次，共刺四次，8月1日痊愈出院，治疗过程中，除用針刺外，沒有施用任何药物配合治疗。

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

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

化验检查：白血球总数11800中性%，小淋巴12%，紅血球30.3万。

**确诊：**慢性兰尾炎急性发作。

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

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

**主訴：**6月22上午开始发作，下腹部持续性疼痛。

**体检：**右下腹及臍下有轻度压痛及明显反跳痛。

**化验检查：**白血球14300，中性，淋巴17%。

**初診：**兰尾炎

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

**例四：**饒××，門診号44157。

**主訴：**原住院診斷急性兰尾炎，住門应用中药治疗，於前20日痊愈出院，現又复发，症狀与前同。

**門診診斷：**再发性兰尾炎，轉針灸科治疗。

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

**例五：**黃××，男性31岁，病案号22669。

**入院日期：**1958年11月13日。

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

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

**确诊：**急性兰尾炎。

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

第二天穴位同上自覺腹部仅有輕微反跳痛，白血球及体温恢复正常。

第三天穴位加大腸穴，自覺仅有輕微压痛。

第四天取穴同上，針后症狀消失。

### 初 步 小 結

从我們治疗23例的患者中，得出如下体会供参考。

一、針刺对急性兰尾炎有显著疗效，特別对白血球減低有明显效等。

二、針刺治疗兰尾炎，一般要留較長時間必須与患者說明，使其与医师配合治疗。

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

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

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

## 針刺代替麻藥施行扁桃體摘除術的報告

南平專區醫院 李逸民 劉慈珊 翁華芝

### 前 言

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

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

### 病 例 情 況 介 紹

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

### 術 前 准 備

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

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

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

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

五、準備一杯涼藕粉，待术后給病人飲用，使之意識到术后仍能飲食自如，安定情緒提高信心。

## 取穴部位及作法

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

## 术，后 护 理

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

## 臨床經驗與比較

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

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

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

## 一 些 体 会

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

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

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

## 討 論

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

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

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

## 小 結

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

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

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

表一 針刺代替麻藥行扁桃體摘除術的病例登記

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



16	范××	男	27	干部	26699	59.7.13	无痛	无	
17	陳××	男	18	學生	28743	59.7.15	无痛	无	
18	彭××	男	16	學生	28951	59.7.27	輕痛	无	加局麻
19	魏××	男	19	學生	29664	59.8.10	无痛	无	輕度昏針
20	呂××	男	21	小教	25408	59.8.10	疼痛	无	初學者執行針刺术
21	李××	女	26	小教	29632	59.8.24	无痛	无	
22	叶××	男	25	技工	29742	59.8.24	无痛	无	
23	林××	女	19	技工	29746	59.8.28	无痛	无	
24	邱××	女	21	护士	29758	59.8.28	疼痛	无	加局麻
25	何××	男	22	工人	26393	58.4.22	无痛	无	輕度昏針
26	陳××	男	23	工人	26364	58.4.22	輕痛	无	加局麻
27	郑××	男	24	工人	26188	58.4.22	无痛	无	

## 中西医合作抢救尿毒症一例报告

南平专区医院 王旭明

患者：鍾江華男性，18歲，住院号26929

入院日期：1959年5月9日，出院1959年6月4日

病史摘要：入院前20小时在山坡下工作，因泥土崩潰，全身埋於土中，約2小时后被他人救出，当时昏迷不省人事，醒后感气悶，有胸部、上腹部，及有前臂下段剧痛，自从傷后未解過大小便。

体检：神志尚清，不願回答问题血压98/70水銀柱，面色稍蒼白瞳孔兩側等大，对光反射存在，头部无特殊，右前胸近乳头处皮肤擦破微有腫压痛，心肺（一），腹柔軟，上腹部有压痛，肝脾未触及，肝浊音界存在腹部无移动性浊音，腸鳴音減弱，前臂下1/3有明显腫脹压痛。

化驗：紅血球458万，紅色素12克，色标80%，白血球11600，中性90%，淋巴10%，血型“A”型。流血時間5分，凝血時間1分，尿白黃色混濁碱性，蛋白（卅），紅血球（一），白血球（卅），上皮細胞少許，粘絲（十），醋酸（阴性）。

診斷：⊖胸腹部挫傷，⊕尿毒症，⊕麻痺性腸梗阻。

治疗經過：患者入院时，精神較煩躁，呻吟不安，两天后神志不清，呈昏睡状态，腹部稍膨脹，腸蠕動音減弱，尿少，全身漸浮腫，无放屁及大便，經中西医會診認為尿毒症病情危險，在中西医緊密合作全力搶救下，終於使得患者轉危為安，中医治疗原則是清心開竅，涼血、清熱方劑，如清瘟敗毒飲加減，生地、黃芩、元參、丹皮、赤芍、銀花、連召、梔子、大青叶、甘草、另加牛黃清心丸，配合西药治疗，給以注射抗生素、維生素、靜脉注射10%葡萄糖水及少量5%葡萄糖鹽水，口服重碳酸鈉，毒此南，兩側腎囊封閉，腰部熱敷等。於5月20日以后神志清醒，患者嗜眠时而煩躁，叫喊不安，5月24日起神志清楚，食慾增進，一般情况显著改善，出院时能步行回家，血非蛋白氮，及二氧化碳結合恢复正常。（附表）

患者於5月16日从面部起漸蔓延到全身的紅色斑丘疹，出院时已完全退屑全愈。

日 期	5月12日	5月13日	5月14日	5月15日
血 压	98/70→100/78	100/80→124/80	40/80→150/90	145/100→160/110
尿 量	○	60西西	258西西	500西西
非 蛋 白 氮		198毫克%		240毫克%
(O <sub>2</sub> 结合力)		29.6体积%		29.1体积%

日 期	5月16日	5月17日	5月18日	5月19日
血 压	140/80→140/110	130/80→144/100	120/80→140/84	118/80→140/80
尿 量	1060西西	900西西	2050西西	3000西西
非 蛋 白 氮		240毫克%	180毫克%	171毫克%
(O <sub>2</sub> 结合力)		24体积%	24体积%	24.9体积%

日 期	5月20日	5月21日	5月22日	5月23日
血 压	110/80→120/80	110/70→130/80	120/80→130/80	110/70→130/80
尿 量	2650西西	1900西西	2100西西	1700西西
非 蛋 白 氮			108.6毫克%	
(O <sub>2</sub> 结合力)			34.3体积%	

### 小 結

尿毒症的患者死亡率是很高的，本例因尿毒症持續昏迷達十天之久，病情危險，經中西醫合作搶救，終於使患者恢復健康，本病例不多，仅作为介紹，供同道們參攷。

## 中医治疗急、慢性腎炎的初步总结

建阳县医院中医科 林惠孙

我院中医科治疗急、慢性腎臟炎病症，多数在門診治疗，虽有显著疗效，但缺乏詳細病歷記錄，遲時已久，難予查攷总结，自今年三月份起我院党支部领导下及院长重視中医政策，發揮祖國醫學遺產，特設病床收容肝硬化，傳染性肝炎和腎炎患者觀察病情总结疗效，俾資團結中西醫共同研究号召下，茲将半年来在病房及門診上所治疗腎炎情况初步总结於下：

### 一、关于中医对腎臟炎水腫的認識及疗法：

腎臟炎病西医分急慢两种。在祖國醫學上根据金匱水气篇所載分为四种类型：風水——皮水——正水——石水——四种，在本人臨床上體會，風水、皮水多数是感有外因而发生病情驟速，其治疗較易，屬於急性腎臟炎範圍。

正水之症：系由腎水自感上泛于脾，故目窠先腫，繼而四肢周身皆腫，更溢于肺則喘咳短气，发病虽緩，因体质已衰，故治疗難以速效。

石水一症：有許多同志認為系屬腎炎範疇，但据巢氏及喻嘉言所指系屬鼓脹之症例，医治亦難，有待今后共同研究之。

⊙腎炎治疗方法：中医理論均以肺、脾、腎三臟为主，急性腎炎主用宣肺发表通利小便等法。慢性腎炎，則采用補土滲湿，溫運腎陽法，治疗較緩，在臨床上觀察病症，遵照四診八

網原則，隨症加減，囑咐患者及家屬對飲食嚴格禁鹽以及忌食物品均收到滿意的效果，茲將我科自今年3月份起至八月底止先后在門診及病房治療腎炎共13例（其中急性3例、慢性10例），慢性腎炎多具一年以上的病史，至治療前後概經過尿檢查，至症狀完全消失自覺愉快，小便蛋白消失，恢復健康，並經過長時間的觀察和訪問，一切情況良好而無復發者，茲將典型病例三例介紹于下：以供同志們研究參攷，俾進一步提高療效，縮短療程。本文差錯之處，尚希同志們不吝賜予指正。

## 病 例 簡 介

例一：陳文習，男性23歲，籍貫福建寧德，職業：林業局工人。

主訴：於今年2月間曾經住××醫院治療，診斷為亞急性腎炎，經治療後而浮腫症狀消失而出院，但為時不久，周身皮膚又復浮腫，且較前為重并感有腰痛下肢脹痛，小便短少。

體格檢查：周身皮膚蒼白並有凹性浮腫，特別表現於腹部及下肢，胸部心肺正常、腰部有壓痛，其他無異常變化，診斷：腎炎、尿檢查，蛋白十十十，白血球十。上皮細胞十，管型：透明十，腊樣少，粗顆粒十，細顆粒十。紅血球十。自四月二十三日起至五月二十四日，先經內科治療用青霉素、維生素丙、枸橼酸鈉等並輸血四次計1100毫升，病情雖有好轉，但腹脹小便不利，下肢浮腫仍未消除，故於五月二十五日轉用中醫治療，細察脈息沉弱，舌苔白滑，腹部腫大有時氣鼓作痛，食慾不振，體溫38.8度，按系病久體衰，心虛不運，土不制水，腎水上泛，兼有感冒而引起發熱，治宜調氣健胃佐之疏解利尿之劑。

處方：藿香二錢，蘇葉三錢，防風二錢，神曲三錢，枳殼二錢，川朴二錢，玉苓散16片，分兩次服。五月二十六日昨藥服後，腹痛業已減輕，體溫正常食慾較佳，大小便較利。

處方：田茶菊根三兩，腹皮三錢，苓皮三錢，五加皮一錢半，化皮一錢，生薑皮一錢，川朴一錢半，白扣殼一錢，防杞三錢，商陸根一錢半，連服六劑。

服前藥後小便通利，每天尿量登記在2000毫升以上，腹脹完全消失，飲食尚佳但肝區據按作痛，尿檢查蛋白（少），白血球、紅血球，管型均少。主用逍遙散片連服三天，肝區壓痛消失，訴腹部有些微脹，有時嘔酸現象，繼用桂附香砂六君子湯及金匱腎氣丸，附子理中湯等互相交換內服共六天，全部症狀痊癒。於六月十二日出院，用中醫治療前後共十九天。耗用醫藥費不及20元。

例二曾美存，男，43歲，籍貫建陽將口胡巷，職業農民。

於今年五月二十九日到門診部內科治療，主訴全身皮膚浮腫已五月余，食慾尚佳，近二天來腹痛泄瀉，顏面蒼白有營養不良現象。

檢查：心音亢進，肺（一）腹大脚腫，腹壁軟無壓痛，肝脾未觸知，血壓158/114，水銀柱毫米。檢查尿、色澤、暗赤、比重不夠，蛋白：十十，白血球十，紅血球：十，透明度：半透明，反應：鹼、糖：微、管型：透明（十）粗顆粒等（少）。

診斷：腎炎，轉中醫科治療，檢查症狀：如前，因有腹痛泄瀉，脈沉弦，舌苔渾膩帶黃色，診有濕邪挾積，先以健胃整腸化濕之劑，以藿香正氣片16片分二次服，翌日腹痛泄瀉告愈，繼用金匱腎氣丸六錢，一日分兩次早晚空心服（連服六天），六月四日檢查尿蛋白陰性，比重1002。其他正常，腹脹足腫均消失，小便清長，患者要求出院，帶回金匱腎氣丸返家休息繼服，住院僅七天，耗用僅十元左右，兩個月後觀察，並無復發，已恢復健康參加勞動生產。

例三、陳家富、男性籍貫浙江、職業林業局工人門診號48290

今年三月九日到門診內科治療，訴全身浮腫已半月余，食慾不振，大小便少，尿赤。

尿檢常規報告：色澤深黃，比重不夠，蛋白卅，白血球少，上皮細胞十，反應：酸，糖；微管型：（透明十，脂樣少，粗顆粒十，細顆粒十）紅血球少，診斷：亞急性腎炎。

轉中醫科住院治療，中醫診斷：患者面色皖白，目如臥蚕，四肢浮腫，腹脹如鼓，腰感痠楚，周身皮膚均腫，按則凹陷，頭暈，食慾不振，脈息沉細無力，舌苔白滑，診屬脾腎雙虧，土不制水，腎水上溢，堤防失固所致，治宜溫中調氣佐之健脾利尿之劑，主用金匱腎氣丸，連服三天，服後自感小便多，周身水腫亦有漸退，但感到耳鳴，脈轉沉數，舌赤，有些怕風現象。繼用消脹行水佐之疏表，以五皮飲加防杞三錢，黃芪三錢、地肤子二錢、商陸一錢半。連服二劑後，腫脹更覺消退，小便清長，但有咳嗽。再用五皮飲加蘇葉三錢，杏仁二錢，防風二錢。翌早訴怕風、咳嗽已愈，食慾較佳，面部尚有微腫、腹部、腿部均消退、小便清長，脈沉遲，舌微赤，用五皮飲加蘇葉三錢、防風三錢、杏仁一錢，附子一錢半、煨姜一錢半、川椒一錢半、木香、生芪四錢，服一劑后面部即消退，後仍轉用金匱腎氣丸及香砂六君子湯。經尿檢查蛋白消失，其他均正常，患者感到腫已全消，小便清利，精神舒暢，要求出院帶藥回去在家休養續服，前後住院僅16天，經訪問迄今無復發，業已參加原單位生產勞動。

小

結

我院中醫科自今年三月份起住院病床收容腎炎患者三例，求治前都經內科醫師檢查診斷及尿檢查等手續，後轉用中藥治療至水腫全消，精神愉快，食慾增加，小便清長，尿檢查正常。第一例19天，第二例7天，第三例16天。均能於短時間內治愈出院，余十例患者均在門診治療，大部份亦經內科診斷後轉用中藥治療，在十例當中亦能取得同樣顯著的效果，說明祖國醫學對腎炎療效，豐富多采的，至治療方法遵照四診八綱，根據病情，對症下藥，病變藥變，靈活運用為要。惟腎炎患者病雖治愈，而飲食及禁鹽問題，對治療上有密切的關係，病後必須嚴囑患者特別留意，方免復發。

## 我对古方奔豚湯治療奔豚氣病二例初步觀察

南平專區中醫師資班醫師 毛勝忠

奔豚亦作奔馳，也有作賁豚或憤狹的，是一種陣發性的上沖氣病，早見于祖國醫學經典著作內經中：“靈樞邪氣臟腑病形篇曰”。“腎脈微急，為沉厥奔豚，足不收，不得前後”。秦越人難經五十六難云：“腎之積，名曰奔豚，發于少腹，上至心下，若奔豚狀，或上或下無時，久不已，令人喘逆，骨疼，少氣”。巢氏諸病源候論賁豚候云：“夫賁豚氣者，腎之積氣，起於惊恐思慮所生，若惊恐則傷神，心藏神也，思慮則傷志，腎藏志也，神志傷，動氣積於腎而氣下，上遶走如豚之奔，故曰賁豚，其氣乘心，苦心中顛顛，如事所驚，如人所恐，五臟不定，飲食輒嘔氣滿，胸中狂癡不定，妄言妄見，此惊恐奔豚之狀，若氣滿支心，心下悶亂，不欲聞人聲，休作有時，乍瘥乍發，吸吸短氣，手足厥逆，內煩結痛，溫溫欲嘔

此忧思责脉之状，診其脉来触祝触祝者，病责脉也、肾脉微急沉厥、责脉其足不收，不得前后”。張仲景的金匱要略云：“病有奔豚，有吐膿，有惊怖，有火邪，此四部病，皆从惊发得之，病从少腹起，上冲咽喉，发作欲死，所以叫奔豚气病”。

但奔豚一証，属气病也，总由風寒直中腹中，故时結时散，結則併力以上冲，散則潰散而匿蹟，其病之在体内，无一定之处所，聚散无常，既不在肾、膀胱，又不在胃腸，既不在子宫，又不在腹膜，痛无定处，古人无以名之，其特征因其气在腹中而起，如豚豕之奔突，忽然而来，忽然而去，故名之曰奔豚也。

本病的主要証状：就是在发作的时候，病人覺得有一股气由少腹漸漸向上冲起，直冲咽喉，覺得喉間有物堵塞，全身疲軟，四肢乏力，昏沉如醉，非常難過，劇者更有腹痛雷鳴、四肢厥冷，面色蒼白，欲言不出，有时发作严重，出現昏厥脉伏等危險証候，一阵发過了，其气便从喉間漸漸下降以至消失於无形，恢复以后如无病人一样，在反复发作次數的多少，和時間的長短，則視其病的淺深不同而有所差別、当发作时病人所受的痛苦号叫，莫可言狀，所以古人对此病早有認識，這是值得我們进一步来研究。

### 茲將二例奔豚症介紹于下：

例一：患者蕭××之子，男性，26歲，業農，已婚，住尤溪縣新橋區尤上鄉，于1957年10月間患奔豚病，初起发寒惡熱、腹痛，歷經中西醫治療四十多天無效，症狀逐漸加深，其发作时腹中雷鳴，且有气由少腹冲起冲至咽喉而上，並須覆臥，双手緊按其腹，翻來覆去，痛苦叫号，莫可名狀，四肢厥冷，過了三分鐘，那气漸漸下降，平复后，痛頓減，此后頻发，時間較長，乃於同年11月間延我往診。

主訴症狀：发病已40多日，均在延醫吃藥，未見功效，且日見严重，不能飲食，頗欲作嘔，仅吃些流汁食物，肌体瘦削，有微熱稽留。

診斷：当我初到時已发過一次，其症狀悉如上述，脉搏寸关數而有力，尺則稍弱，斷其為奔豚症。

处方：金匱奔豚湯一劑，開水炖，溫服二次完。

二診：据云药后，昨晚发作較輕，時間亦較短，能安睡两个小时，今早進稀粥一碗，沒有嘔吐，診得脉搏略緩，仍然原方加重沉香木香，囑服二劑，沉香用至一錢，广木香用至二錢，各研細末，勻分二次冲煎藥調服。

三診：諸症悉退，已能下床行走，脉搏寸关已緩，尺則細弱，飲食稍增，口淡无味，少腹微冷，四肢乏力，精神疲困，处以真武湯使服一劑，全愈后，飲食恢复正常，后十余日来來我所复診，遂投以十全大補湯，嗣后逢遇其父，謂已參加勞動，至今已經二年，未見复发。

例二：患者陳××男性，43歲，農業，已婚，住尤溪縣管前區東上鄉萬善村，1958年7月間，因勞動回家，当日下午覺得身体不爽，上床休息，未久忽覺腹中發生輕微悶痛，即用生姜紅糖泡開水服，認為可以散寒，服后不久，痛漸頻增，入晚更覺厉害，有气由少腹冲起至心窩部，一夜发作十余次，不能成寐，次晨來所延余往診。

症狀：当我到达病家，病者臥于床上，正在診察，他病又開始发作，两手按压腹部，那痛苦号叫，在床上翻來覆去，面色青白，手足厥冷，頭額微汗，昏昏沉沉，連話都說不出，脉沉伏，用手摸其小腹，似有块隆起，重按之好像气球，可聞到腹中响聲，口不渴，約過十几分鐘，气才下降，病者漸漸恢复過來，痛也停止，如平常人一样，但是全身軟而无力。

診斷：為奔豚病症。

處方：金匱奔豚湯一劑，開水炖二次服，下午又服一劑痊癒。

### 金匱奔豚湯組成：

枯黃芩 芍藥 川芎 當歸 炙草 姜半夏 生姜 粉葛  
李根白皮

加減方：照上方（奔豚湯）加正貢沉香，廣木香。

### 結語：

金匱奔豚湯：君以芍藥甘草真安中氣，臣以半夏，生姜開其結氣，當歸，川芎入血以和心氣，黃芩粉葛李根白皮性大寒，以折其衝逆之氣，雜以生葛者，寓將欲降之，必先升之之理，再按奔豚氣有三犯，肺之奔豚屬心火，犯心之奔豚屬腎寒，臍下悸欲作奔豚屬水邪，証自分途，治亦各異。

本文第一例患者，因患病日久，雖然服奔豚湯一劑後，痛已減輕，第二劑照原方加沉香廣木香，亦是折其衝逆之氣化，至第三診，症已大減，但少腹冷，臍下悸，故改用真武湯以除其殘余水邪，第二例只連服二劑，使重病得到很快的恢復。

綜上二例治療經過，是本人一點肤淺的體會，使我深感祖國醫學是有他豐富的内容，高貴的价值，值得我們今後深入發掘和研究的，祇因水平有限，内容當然不夠全面，謬誤之處，在所難免，希望同道們指正。

## 中西合流治療骨折160例的初步分析報告

### 南平專區醫院 外科

一、概況：幾年來隨着工業建設的迅速發展，如興建工廠、修建鐵路公路、水電站等，工傷人數，日益增加，南平處開闢北於交通要道，開北地區的特点是山多，森林多，是本省林業的重點區，林業系統外傷是相當常見的。因而我院外科的住院病員中，以外傷居首位，其中骨折和脫位更常見，從1959年1月至1959年8月，8個月的時間中共住院160例，佔同期外科住院人數 $\frac{1}{3}$ ，其中多發性骨折10例，佔6.2%，單發性骨折150例，佔93.8%，開放性骨折23例，佔14.4%，閉合性骨折137例，佔85.6%，平均住院時間34.2天，治愈150人，治愈率93.8%，好轉10人，佔6.2%，治療過程中，我們採用了中西醫相結合的方法，以中為醫為主，西醫為輔，獲得良好效果，經觀察骨折部疼痛與腫脹消退較快，骨痂愈合良好，功能得到早期恢復，縮短了住院日期，出院時一般下肢骨折扶杖行動或負重活動，無疼痛，上肢骨折，活動時無疼痛，能滿足日常生活要求。

#### 二、病例分析：

1.性別：本組病例中男性149例，佔93.1%，女性11例佔6.9%，男女之比13.5:1，因林業系統與基本建設單位的工人絕大多數都是男性。

2.年齡：多發生於青壯年，16歲至35歲計113人，佔本組病例總數的70.6%

，因此期間好运动，劳动强度大有关。

骨折年齡分析表

(表一)

年 齡	1—15	16—25	26—35	36—45	46—55	56以上	总 共
病 例 数	12	57	56	25	6	4	160
百 分 数	7.5%	35.6%	35%	15.6%	3.7%	2.5%	100%

3.职业：本病的发生与工作性质有关，多見於劳动人民，工人126例，佔本組病例总数78.7%，农民11例，佔6.9%，見表二。

骨折職業分析表

(表二)

職 業	工 人	农 民	幹 部	民 警	學 生	居 民	幼 兒	总 共
例 数	126	11	77	2	9	4	1	160
百 分 数	78.7%	6.9%	4.4%	1.3%	5.6%	2.5%	0.6%	100%

4.受傷距入院時間：絕大多數病員於24小时内入院計94例，佔64.4%能得到及时处理，但也有一部份病員住在山区，交通不便，入院較迟，因而影响了治疗的效果，尤其是開放性骨折病例，由於急救时处理不够妥当，入院时已发生感染，延长了住院時間。(表三)。

受傷距入院時間統計表

(表三)

受傷距入院時間	6小时	12小时	24小时	48小时	3至4天	5至10天	11至20天	20天8个月	总 共
例 数	40	17	37	11	10	26	11	7	160
百 分 数	25%	10.6%	23.1%	6.9%	6.2%	16.3%	6.9%	4.4%	100%

5.受傷原因：本組病例中，林业系統工人为数最多，其受傷原因主要是由於直推暴力引起，树木或砍竹等压傷69例，佔43.1%，其次是因高处掉下有32例，佔20%。見表四。

受傷原因分析表

(表四)

受傷原因	树木等压傷	高处掉下	跌倒	負重跌倒	汽車撞傷	翻車摔傷	土堆倒塌	机器压傷	斧头砍傷	槍彈傷	共 計
例 数	69	32	14	8	8	6	6	5	2	1	160
百 分 数	43.1%	20%	8.7%	5%	5%	3.7%	3.7%	3.1%	1.3%	0.6%	100%

6.骨折部位：本組病例中有10例为多发性骨折，因而在部位的統計上有170例，其中上肢骨折61例，下肢骨折56例，相差不多，脊柱骨折21例，佔12.3%。見表五

骨折部位統計表

(表五)

骨折部位	上 肢	下 肢	脊 柱	其 他	脫 臼	共 計
病 例 数	61	56	21	19	13	170
百 分 数	35.9%	32.9%	12.3%	11.2%	6.6%	100%

7.骨折类型：本組病例中受傷原因多为直接暴力引起，因而開放性骨折和粉碎性骨折较为常見。開放性骨折23例，佔病例总数14.4%，粉碎性骨折23例，佔14.4%。見表六。

骨折类型统计表

(表六)

骨折类型	部 位	肱骨	尺骨	桡骨	桡尺骨	股骨	胫骨	腓骨	脊柱
粉碎骨折		2	1	1	3	3	3	8	2
斜形骨折		1				2	1	5	
横断骨折		1	1	3	9	4		6	
螺旋骨折						1	1	2	
压缩性骨折									17
不全骨折				1	1				
脱 位									2

8. 上肢骨折：桡尺骨骨折最多計24例，佔上肢骨折39.3%。肱骨骨折16例，佔26.2%，柯雷氏骨折16例，佔26.2%，鎖骨骨折11例，佔18%，鎖骨中段骨折較為多見，因多數是由於直接暴力引起，對位情況不夠滿意，重疊者有7例。附表七。

9. 下肢骨折：腓骨骨折31例，佔下肢骨折總數55.4%，股骨骨折16例，佔28.6%，下肢骨折平均住院日數，都較長，因住院病人中，絕大多數是工人，其單位在山区或工地，醫療設備和條件較差，一般病人都休養到能扶拐杖自由行動（包括上、下樓）或負重行動才出院。股骨骨折中有一例為粉碎性骨折，住院143天，另一例對位不準確癒合不良，住院130天。腓骨骨折中有11例為開放性骨折，佔病例數1/3，其中有4例入院時已發生感染，因而延長了住院日期。髌骨骨折中有一例合併腓總神經損傷，致延情長治療時間。附表八。

10. 脊柱骨折：由於胸腰段脊柱活動度最大，骨折損傷亦以該段為多見。本組發生於第12胸椎，第1腰椎和第2腰椎的骨折損傷17例，佔總數80.9%，有7例合併脊髓神經損傷，其中有5例出院時兩下肢活動及大小便恢復正常，但肌力較差，有兩例合併脫臼。附表九。

脊椎骨折統計表

(表九)

骨折部位	胸椎	腰	腰	腰	胸椎	胸椎	胸12	腰	腰
部 位	12	1	2	3	7.8	11.12	腰 1	1.2	2.3
病 例 數	1	7	4	1	1	1	3	2	1
總 平 均 住 院 日 數	43.3天								

11. 關節脫位：肩關節脫位3例，其中兩例為喙突下脫位，一例為肩峰下脫位，肘關節後脫位2例，髌關節後脫位3例，恥骨聯合分離一例，肱骨頸骨折合併肩關節脫位2例，桡尺骨下端骨折合併腕關節脫位2例。附表十。

關節脫位部位統計表

(表十)

部 位	肩關節	肘關節	髌關節	恥骨聯合	肱骨頸骨折 肩關節脫位	尺桡骨下端骨 折腕關節脫白
病 例 數	1	2	3	1	2	2
平均住院日數	4天	3.5天	28.6天	6.7天	2.5天	1.4天



表7 上肢骨折統計表

部	位	骨折統計										柯雷氏	掌骨	指骨									
		頸		肩	肱			骨		尺					桡		尺						
		外	中		內	外	上	中	下	屈	伸	內	鷹	上	中	下	同	平	面	不同	平	面	
病例數	1/31/3	4	7	1	1	6	1	1	2	1	1	4	2	1	2	2	1	5	6	1	16	2	3
對	4/5			1	6	1	1	2	2	1	4	1	1	3	7					10	2	1	
		3			1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3			3			
位	2/3																						
		1	1																				
情	1/2																						
		1	1																				
况	1/3																						
		7																					
重疊	不詳																						
平均	院																						
		12.6天	8天	25天	27.5天	18.2天	95天	6天	11天	10.8天	18天	2天	13天	20.5天	10天								
住	數																						

表8

下肢骨折統計表

部 位	服		骨			髌		腿			腓			踝部		趾		骨		腸				
	頸 內收	外展	粗隆間	粗隆下	大粗隆	上 1/31/31/3	中 2/31/31/3	下 2/31/3	內 髌	骨	上 端	上 1/31/31/3	中 3/31/31/3	下 3/31/3	同 上 1/31/31/3	平 中 9/31/31/3	兩 下 11/31/3	不同 平兩	外 旋/展	內 收	膝	趾	骨	盤
例		2	1	1	1	1	2	2	6	1	4	1				9	11	1	2	3	4	1	3	4
對	4/5	1			1		5		100%	100%		4			5				4		2		正	正
1/3	1		1	1			2				1				6				1		2	切 除	確	確
1/2															1									
1/3							1								1									
重 疊							2								對100% 5例									
不 詳															3									
平均住院日數	5	7.5天	28天	95天	9天	8	1.9%	52天	46.2天		62天				6	4.9天	31.6天	23.5天	16天	33天	12天			
備 考						其中一例粉碎 骨折住院143 天另一例對位 2/3成角畸 形住院130日			三例切 除						有兩例開放性粉碎 性骨折含併發症住 院124日，114 日一例因對位不良 作切開復位住院 112日							其中一例含 尿道損傷		

## 12. 骨折对位情况：

⊖良好：对位4/5以上者为良好，共70例，59.8%。

⊖满意：对位2/3以上者为满意，共32例，佔27.3%。

⊖不满意：对位在1/2以下者或重叠错位以后成角畸形者，均为不满意，共15例，佔12.9%。

鎖骨骨折大多數对位均不满意，本組对位不满意的15例中有8例为鎖骨骨折。

脊椎骨折21例及关节脱位13，沒有統計对位情况，另外髌骨骨折有3例施行髌骨切除术，一例肱骨内髁骨折施行内髁切除术，一例開放性粉碎性趾骨骨折施行截趾术，因而統計对位情况的病例共計117例。附表十一。

骨折对位情况统计表

(表十一)

病 例 对 位 情 况	骨折部位	骨折部位			
		肱骨	桡骨	股骨	脛腓骨
良	好	60%	59.1%	53.3%	94.6%
满	意	26.7%	36.3%	33%	28.5%
不	满	13.3%	4.6%	13.3%	6.9%

13. 治疗方法：我們采用中西医结合的办法，照X光片，以手法复位为主，牵引及内固定为次，局部外敷及内服中药，骨折早期內服接骨散或乳沒散，后期改服壮筋骨丸或養米丸，部份病例同时服人參山漆酒或十全大補丸等。

1. 閉合性骨折病員住院后，立即在X光透视下，施行手法复位，於血腫內注入1%奴佛卡因15——3.0 C.C. 牵引对位准确后，敷上白馬散(包括骨折部上下各2寸)。用竹片4——6片緊緊固定，然后再用夹板固定(包括骨折上下两关节)，术后抬高患肢，严密观察肢体血液循环情况，如血循环不好，应給予松解，术后每隔一个月照片复查一次。

2. 開放性骨折病員住院后，立即施行扩創术，以夹板固定，合併重叠错位者采用骨牵引，待傷口痊癒后，再給予外敷白馬散。

3. 股骨骨折病員有重叠错位者，多采用骨牵引，外敷白馬散，四星期后改用夹板固定。

### 4. 骨牵引部位：

⊖股骨髁上鋼針牵引：股骨上段或中段骨折。

⊖脛骨結节鋼針牵引：股骨下段或中段骨折。

⊖脛骨下端鋼針牵引：脛腓骨上段或中段骨折。

⊖跟骨鋼針牵引：脛腓骨下段或中段骨折。

5. 皮肤牵引：股骨粗隆間或粗隆下骨折，股骨頭骨折，无明显错位病例，我們采用皮肤牵引，外敷白馬散效果良好。

6. 脊椎骨折病例：輕者睡硬床板，局部除擦正骨水，內服中药，較重者腰部加軟墊，使脊柱位於過伸位置，使逐漸恢复位，並在床上进行功能鍛鍊。

### 14. 併发症：

脊柱骨折合併脊髓神經損傷7例，其中5例出院时已恢复合併脊柱脱位2例。

骨折合併腦震盪8例。

骨折合併感染者8例，其中5例入院時已發生感染（傷後2—11天入院）。

骨骨折合併氣胸一個。

骨盆骨折合併尿道破裂一例。

#### 15. 治療結果：

治癒150人，治癒率95.8%。

好轉10人，佔6.2%，因自動出院或需門診繼續治療。骨癒癒合情況附病例說明：

例一、陳文祥，男，23歲，住院號28178

1959年6月20日入院，1959年8月13日出院，住院55天。病史摘要：挑一百多斤重糧食摔倒，右大腿腫痛，不能行動已一天。

診斷：右股骨下3/1橫斷骨折。

治療過程：內服乳沒散及壯筋骨丸，外敷白馬散，每隔10天換一次，共敷三次，傷後35天扶拐起床活動，傷後35天能負重行動（包括上下樓）。骨癒癒合情況良好。

例二、陳由平，男，33歲，住院號22009

1958年10月5日入院，1959年2月26日出院。

病史摘要：入院前6小時，推手車從一丈多高的橋上摔下，右下肢撞於石頭上，當時昏迷不省人事，約數分鐘後清醒，感右大腿劇痛，腫脹不能活動。

診斷：右股骨中3/1粉碎骨折。

治療過程：入院後曾作手術復位，石膏固定，一個月後拆石膏，局部塗擦正骨水，服接骨散，出院時能負重行動，骨癒癒合良好。

例三、張樹玉，男，27歲，住院號24078

於1959年1月8日入院，1959年2月20日出院，住院49天。

病史摘要：入院前9天，左小腿被樹木壓傷，腫脹劇痛，不能行動，當時曾暈厥片刻。

診斷：左脛腓骨中3/1橫斷骨折。

治療經過：入院後服接骨散，壯筋骨丸，外敷白馬散，每隔10天換一次，共敷三次，住院後34天開始扶拐行動，48天后能負重行動。骨癒癒合良好。

例四：吳宏禎，男，24歲，住院號2749

於1959年5月23日入院，1959年6月8日出院，住院15天。

病史摘要：跌倒左手著地，感左腕部劇痛，逐漸腫脹，不能活動已五小時。

診斷：左柯雷氏骨折。

治療經過：入院後給予外敷白馬散，服乳沒散及壯筋骨丸，2天后局部腫脹消退，無疼痛，手指活動良好，骨癒癒合良好。

#### 七、藥物治療：

外用藥：白馬散：

外方：地別虫八錢、紅花一兩、白芷二兩、南星一兩、羌活二錢、升麻一兩、血竭一兩、石葛蒲二錢、沒藥一兩六、當歸二錢、川芎三錢、乳香二兩、龍骨二錢、防平一兩、透骨葉二錢。

共研成細末。

主治：骨折与脱臼等。

效用：有消腫、鎮痛作用。

用法：將以上藥粉加黃酒調成糊狀，攤貼於紗布上，敷患處妥善包紮每7—10天換藥一次。

內服藥：

(1) 接骨散：

處方：當歸二錢、乳香二錢、沒藥二錢、三七一錢、紅花二錢、骨碎補二錢、礪砂二錢、續斷一錢、血竭二錢、硃砂一錢、防風二錢、自然銅二錢、南星一錢半、兒茶一錢、麝香三錢、地別虫二錢。

主治：骨折及跌打損傷等。

效用：舒經、活血、促進經絡血液循環、生肌，鎮痛，消腫等。

用法：早晚飯後以黃酒調服，每次服一錢。

禁忌：腥冷，孕婦忌服。

說明：自然銅醋炒，地別虫要雄虫焙干，去足翅淨用，貯存必須密封，忌高溫。

(2) 乳沒散：

處方：乳香珠、明沒藥、自然銅、土虫、血竭、白芷、川斷、降香各等分。

主治：骨折及跌打損傷等。

效用：舒經活血、鎮痛、消腫、接骨等。

用法：早晚飯後一小時每次服一錢，以黃酒二兩調服。

(3) 蒼朮丸：

處方：當歸、防風、羌活、白芷、天麻、小茴、土虫、乳香、自然銅各一兩，芳朮四兩，為一料。

主治：跌打損傷、筋麻、腰酸、骨痛。

效用：散瘀活血，祛風鎮痛。

用法：早晚飯後一小時，每次黃酒二兩送服1—2丸（每丸重一錢）。

(4) 壯筋骨丸：

處方：當歸一兩、川芎六錢、白芍六錢、熟地六錢、木香一兩、丹皮八錢、炒乳香一兩、炒沒藥一兩、碎補六錢、紅花六錢、硃砂一兩、丁香四錢、青林參一錢、虎脛骨四兩、自然銅八錢。

效用：生肌、接骨。

用法：煉密為丸，全丸重一錢，每日服2—3次，每次1—2丸。

#### 八、16. 討論：

(1) 中西醫相結合問題：我們通過臨床上8個月的點滴經驗與體會，認為骨折的處理問題，以中西醫相結合是較為有效而滿意的，這也說明黨提出西醫學習中醫政策是完全正確的，是我們今後努力的方向，本組160例對關閉性骨折絕大部份都是在X光下，進行手法復位，局部外敷中藥固定及內服中藥治愈率是非常滿意的，達到93.8%，骨痂生長好住院時間也大大地縮短，減輕患者的負擔，達到早日恢復健康，有部份病例配合西醫治療，如股骨骨折用骨牽引，陳舊性骨折，畸形癒合或不癒合則採用手術作內固定或植骨。

(2) 固定問題：我們對固定方面，認為除局部敷藥固定外，還加上副木固定，包括骨折部的上下兩關節，經過這樣處理後，因固定不足而引起再移位的現象是沒有的。

(3) 早期活動：祖國醫學對早期活動是非常重視與注意，認為通過活動，可以直達制









肥料在途中失足跌了一跤，晚上即发高烧，3月1日早上起床往食堂就发现精神恍惚，不省人事，大吵大闹，胡言乱语，沿街乱跑，至5日精神愈发错乱，见人就打，见物就掷，群众见之四处逃避，其母亲被打后口吐鲜血，並亂种庄稼，因此乡干部便叫群众十余人用铁链将其脚手绑起，绑在床上，歷廿余日不但很少进食，且大小便亂拉，經当地中西医治疗均无效果，四月十日带来我院求医，經体验营养发育还好，四肢无畸形，仅顏面憔悴，神經錯亂，現出极不安症状，心肺无异常发现，經會診后初步断定为精神分裂症，故决定用針灸治疗，未配合药物，歷三次施术，休息12日即痊癒参加劳动，至今已六个月，都没有复发。

第一次針灸穴位：合谷双，十宣，大陵双，人中，風府，心俞双，肝俞双，足三里双，委中双，經施上述穴位，病人当晚即能安眠。翌日已稍安定，能向母亲要飯吃。

第二次針灸穴位：風府，風池双，百會，承漿，肺俞，鳩尾，中脘，神門双，合谷双，丰隆双，通過第二次施針术后，神志已安定了，不會有啼哭，歌唱及亂打人的現象发生，並會与医生亲属作一般對話，認識母亲和亲属。

第三次施針灸穴位：肺俞双，足三里双，委中双，丰隆双，大陵双，神門双，肝俞双。

經第三次施針术后，医师即囑松绑，病人不但未亂动亂打，且能安定坐在椅子让医生診脉和施針术。自此以后，每天都能安靜睡眠，飯量不断增加，休息12天后和平常人一样参加劳动。

手法：先瀉后補，留針半小时至1小时，上述穴位能使病人安神，达到睡眠疗法的目的。

## 針灸治疗脊髓灰白質炎六例的經驗介紹

建甌县医院門診部針灸科 林秀梅

針灸治疗脊髓灰白質炎六例其中三例获得全癒，三例显著进步茲介紹二例如下：

例一：患者陳秀珍，女性，一周歲半，住建甌城关中山路33号，門診068号，于1959年5月12日发高烧，高温39.5，来我院内科求医，給打青霉素4針，及复方奎宁肌注1CC，和服合霉素每4小时一次一天量，同时盐水300CC洗腸但出汗多热不退。檢查心肺（一）腹（一）舌尖潰瘍。5月13日热稍退，但左腿不能站立也不能活动，只有被动會动。5月16日轉来針灸治疗，經針灸六次恢复正常。

第一次針灸穴位：环跳、風市、足三里、拔火罐。針灸后脚轉有力，扶着稍會站，但站时脚不能端正，並且左脚向外彎曲，不能提步。

第二次針灸穴位：环跳、風市、足三里、崑崙、委中，經針灸显著进步，扶杖已能提步行走，双脚恢复端正，但没有力。

第三、四、五次針灸穴位：环跳、阴市、阳陵泉、太谿、委中，經針灸后不需左右扶杖已能行走，但脚尚无力，走了一段路就要坐下休息。

第六次針灸穴位：环跳、委中，殷門、涌泉、風市、丰隆，經針灸后完全恢复健康，灸的穴，大椎、命門、腎俞、气海、关元。每次穴位一样。

手法：進針後給瀉針，連續搖動感覺一分鐘即起針。

灸法：每次灸穴位，先塗上凡士林預防小孩不能告訴感覺，避免燙傷皮膚，後再給施行燒灸，溫度掌握適當，灸至皮膚稍為見紅為止，因為小孩不能說話，皮膚見紅做為標準。

據臨床經驗，此症手法，需要先瀉後補，因小孩不懂恐怕亂動，出意外事故，不給留針，需給每針穴位瀉針一分鐘，後再取補，穴位加灸，使其增強體質作用。

二例：患者姚翠珍，女性，5周歲，住建甌電廠，門診號13685號，於1957年10月下旬，因發高燒，即來門診內科治療，治療後，發高燒已癒，但左腳麻痺而無力，不能站立，也不能行走失去感覺，不能行動。後又經門診治療，醫生診斷為小兒麻痺症，經服藥及打針治療無效，經歷一個多月，患者營養不良，面黃肌瘦，於1957年11月6日病人家屬要求針灸三次恢復健康。

第一次針灸穴位：環跳、風市、崑崙、足三里。灸：氣海、關元、腎俞。通過針灸後雙腳知覺恢復，能自由活動並會站立，扶着能夠提步行走。

第二次針灸穴位：環跳、風市、崑崙、委中、足三里、丰隆，用皮膚針扣打背部雙側俞穴，從大杼起至白環俞為止。同時再給針穴位和打穴道加灸。此穴是補穴，能夠強心補體，保健作用。經針灸後自己能夠獨立放手行步，但因力氣不足走了一段就會跌倒。

第三次針灸按照第二次穴位，施行治療，取得恢復正常。

手法：瀉針每穴位一分鐘左右或給手助針柄，一般給留針4至5分鐘。因小孩不能反映感覺我們為使小孩能夠反應感覺作目標，給留針一分鐘未見病孩啼哭，給搖動手補平瀉手法，患孩一般啼一下。為給瀉針搖動患孩啼哭非常厲害，據此證明可能達到神經一定之感覺為目標。這是我個人之體會，能否確定提出供給同道共同研究。

灸：取主穴和誘導補穴。加以艾捲放在部位皮膚上燃燒，集中溫度來刺激穴位的末梢神經（感受器）使傳導神經纖維及其中樞神經經過各種反射的能力起着一種調節神經機能作用，起一定保健作用。

## 腫 瘤 驗 方 介 紹

將樂縣醫院中醫科 林文正 武清儒

一、中醫對腫瘤的認識：中醫對於腫瘤的認識分：癰、八癰、癰瘡、食癰、血癰、血瘰，等七種，多婦科下部症，但以上七種男子間亦有之，除此七種外尚有陽瘰及石瘰（子宮癌）。

二、分類：（1）瘰者近臍左右各有一條筋起急痛因氣而成如弦狀故名曰瘰。

（2）癰者在兩脅間有時而痛故名曰癰。

（3）癰瘡者小腹氣聚成塊或上逆或下墜。

（4）八癰有黃、青、燥、血、脂、孤、蛇、驚等各皆胎產經行氣血不調所生。

（5）癰者積聚不可推移（為急性腫瘤）。

（6）瘡者氣壅不得宣通傷食成積，堅而難移名食癰，瘀血成塊堅而難移，名血癰（多屬胃癌之症）

(7) 石瘕生胞中(为子宫癌)

(8) 腸覃生腸外詳載內經亦瘕瘕之類：總之，瘕为瘕，瘕为瘕是也。

三、病因：以上瘕瘕連石瘕腸覃共成九類不贅今日我們首先研究的是胃癌及子宮癌的病因即瘕和瘕的病因。

(1) 子宮瘕(石瘕)據內經云：生胞中由寒客子門、子門閉塞惡血當瀉不瀉，血不以留止，日益大狀如孕堅如石，月事不下，尚有血瘕症由于產後惡露凝結，胞宮致生劇痛。

(2) 子宮瘕(八瘕)經云：瘕皆生左胞宮，右子戶多由經行交合小腹滿急經血瘀阻因成瘕聚如懷孕停經弱瀉痛苦如淋令人無子。

(3) 瘕胃(食瘕)脾胃虛弱，飲食失調，生冷不化，日漸成塊觸之硬結於中脘多由氣壅，血滯脾虛血不暢行或由于氣郁肝脾血燥不行。

(4) 胃癌：屬於痰痞氣道壅滯為痞結中脘心下痞發熱而嘔或心下積，冷如覆杯按之有木聲，熱手按之如冰，脈沉遲。

#### 四、驗方及治法：

1. 子宮瘕，以見睨丸加減或以坐藥下之。

(1) 見睨丸方：附子四錢，鬼箭羽、紫石英各三錢，澤瀉，肉桂，延胡、木香各二錢，楝柳一錢五分，血竭一錢五分，大黃三錢，桃仁30粒，三棱三錢，水蛭一錢糊丸。

(2) 坐藥：皂角一兩，去皮子、川椒一兩，炒去汁細辛一兩五錢，糯米紡布包指長二寸納陰中惡水出盡，以溫湯洗之。

2. 血瘕：亦子宮瘕類：經水不調結而成塊臍下冷痛，以五物煎即四物湯和桂心，情志郁損氣血不達以加味歸脾湯志怒傷肝加味道遙散。產後惡露失笑散，血和脹滿，當歸活血湯，肝脾虛損芎歸六君湯。

3. 子宮瘕：治同血瘕，以坐藥導之。

4. 胃癌：飲食失調，生冷不化，日漸成塊，治之主疏導佐以和中。

(1) 大和中飲：查、朴、枳、夏、陳、姜、澤瀉、木香、麦芽、砂仁。

(2) 消食丸：查、曲、麦芽、萊菔子、青皮、陳皮、香附、阿魏脂質糊丸。

氣虛血滯形寒者：烏藥散，脾氣虛血不行，芎歸四物湯，脾氣郁血不行歸脾湯，肝脾血燥不行加味道遙散。

(1) 烏藥散：烏藥、莢朮、桂心、當歸、木香、桃仁、青皮等分為末每服二錢。

(2) 加味道遙散即道遙散加丹梔。

五、胃癌：涎沫凝結為痰，氣道壅滯為痞中脘痰氣不利，砂枳二陳湯、痰結、胸滿順氣導湯心下痞，發熱而嘔，半夏瀉心湯，心下積冷如覆杯按之有水聲，熱手按如冰，三聖散吐之次服白朮調中湯。

(1) 順氣導痰湯：即二陳湯加星、枳、木香、厚朴。

(2) 半夏瀉心湯：半夏、干姜、人參、黃連、苓、甘草。

(3) 防風，藜蘆、甜瓜蒂(三聖散)

(4) 白朮調中湯：白朮、茯苓、澤瀉、肉桂、砂仁、藿香、干姜、甘草桔紅、為末蜜服。

以上為僅就子宮瘕及胃癌症候羣列方其他尚有經絡腫痛及淋巴硬結，我院中醫科曾以阿和湯及小金丹治癒多例上述症候、姑予列方以供參考。

(1) 阳和湯：治一切阴疽及鹤膝風附骨疽、熟地、白芥子、鹿角胶、姜炭、麻黄、肉桂、甘草。

(2) 小金丹：白胶香、草烏，五灵脂、地龙、木鳖、乳香、沒药、归身、麝香、墨炭、炼蜜为丸。(以上皆外科金生稟方)，以上两方是否可用于治疗子宫癌及胃癌尚待进一步的研究。(附註) 1957年5月份曾治疗一例多发性肿瘤，但用阳和湯及小金丹二方效果很大其原因，由于靜脈注射氯化鈣，引起靜脈潰瘍，開刀結紮，后影响血流障碍。

## 蛇 藥 驗 方 介 紹

### (一)、蛇藥驗方：

主治：毒蛇咬傷

处方：观音竹(天竹根)，苦瓜叶，苦苣叶，魚腥草(竹茶)，鉄線藤，地枇杷。

用法：用隔餐飯同上药搗烂敷患处

献方人：尤溪县城关蛇医 熊宝林

### (二)、蛇藥驗方

主治：毒蛇咬傷

处方：絲瓜叶，草头苦苣，一枝香，田茶菊，山蘿菔菜，醉魚草。

用法：将上药搗烂敷患处

献方人：尤溪县馬坪保健站医师 罗龙翔

### (三)、蛇藥驗方

主治：毒蛇咬傷

处方：田茶菊，草头苦苣，一枝香，絲瓜叶，山蘿菔菜，叶下紅，醉魚草，魚腥草。

用法：先将患腫处用針刺破放出毒水，用适当濃茶汁将上药搗烂取渣擦患处，自上而下，擦干后，仍加茶汁再擦，一日擦五、六次。

禁忌：酒

献方人：尤溪县管前公社蛇医 郑士德









