

16周大小。舌黯红有瘀斑、苔黄腻，脉细涩。于入院第2天接受治疗，第6天即感腹痛，第7天宫缩加强，当夜12点阴道流血量增多，在常规消毒下窥视宫口，宫口开大6cm，死胎呈折叠状嵌顿宫口，随用卵圆钳换出一完整的男性死胎及胎盘组织。死胎呈黯绿色，身长14cm；胎盘呈烂柿子状，黯绿色，直径10cm，较完整，产程中共出血约300ml。

体会 方一是根据王清任“扶正祛邪”之意，在脱花煎与开骨散化裁的基础上加党参而成。先服此方活血化瘀、软坚消癥、滑利通窍、兴奋子宫肌，目的使机化变性的胎盘组织与子宫壁剥离，并提高子宫肌的敏感性；方二使已剥离的胎盘组织及胎块进一步软化，另一方面借以加强肠蠕动从而诱发宫缩，促进死胎排出。此法较静脉点滴催产素引产安全有效，且所需时间短。催产素引产的过程中，需严密观察宫缩强度和掌握静滴速度，以防子宫强直性收缩而致胎盘早剥或子宫破裂，而中药加针灸引产死胎则无此弊。

中西医结合治疗蛔虫性 肠梗阻 541 例

山东省沂水医学专科学校外科 冯培勤

山东省沂水中心医院外科 杨宝林

山东省莒县人民医院外科 于法来

我院自1966年~1984年共收治蛔虫性肠梗阻739例，采用中西医结合治疗541例，单纯西医治疗198例，总结如下。

临床资料 中西医结合治疗组：男324例，女217例。年龄最小10个月，最大54岁，7~12岁265例，占49.0%。发病1~2天就诊468例，3~4天73例。不完全性肠梗阻521例(96.3%)，完全性肠梗阻20例(3.7%)。85例伴有不同程度脱水酸中毒。单纯西医治疗组：男120例，女78例。年龄最小1岁，最大48岁，7~12岁94例，占47.5%。发病1~2天就诊168例，3~4天30例。不完全性肠梗阻191例(96.5%)，完全性肠梗阻7例(3.5%)。30例伴有不同程度的脱水酸中毒。

诊断依据 (1)均有阵发性脐周绞痛及恶心、呕吐、吐蛔虫者占85%。(2)均有脐周条索状可塑性肿

物。(3)376例(50.9%)发病前1~2天有服驱虫药史，286例(38.7%)有不洁饮食史。

治疗方法 单纯西医治疗组：(1)采用支持及对症治疗；(2)温等渗或2%盐水加阿托品肛门滴注；(3)抗胆碱药；(4)不完全性肠梗阻病情较轻者腹部热敷、按摩。中西医结合治疗组：在上法基础上加姜汁、蜂蜜：鲜生姜30g，捣碎绞汁加蜂蜜60ml，搅拌为一剂。每次内服量：1~2岁1/4剂，2~4岁1/3剂，4~7岁1/2剂，7~14岁2/3剂，15岁以上一剂，每日三次；植物油（本组多数用豆油，少数用花生油）50~100ml，14岁以下50ml，14岁以上100ml。插入胃管者可由胃管滴入，经胃管注入后需夹管2~3小时。以上方法每4~6小时后再重复一次，可反复进行。4~6次后无效者，应改用手术治疗。

在治疗过程中如出现：(1)突发性剧烈腹痛伴有频繁呕吐；(2)全身中毒症状明显加重；(3)便血；(4)腹部明显膨胀；(5)原腹部条索状肿块消失；(6)体温突然升高，血白细胞计数明显增高；(7)X线检查有明显的气腹或完全性肠梗阻，均应考虑有肠绞窄或肠穿孔，应立即手术。

结果 中西医结合治疗组12~24小时梗阻缓解410例，缓解率87.6%，单纯西医治疗组12~24小时缓解128例，缓解率72.6%，经统计学处理有非常显著差异($X^2=9.44$, $P<0.01$)。说明早期采用中西医结合治疗优于单纯西医治疗。

体会 姜汁、蜂蜜和植物油，不需配药、煎药。药源广、经济、易服、作用缓和，副作用小，无其他攻下中药可能引起腹痛加重的缺点，尤其是小儿或年老、体弱的患者更为适宜。生姜性辛、微温，有解表散寒、温中止呕、解毒作用。蜂蜜性甘、平，有润肠、滋养、缓痛、解毒作用。植物油有润滑作用，但临床使用同样具有润滑作用的石蜡油，却不能产生类似的疗效。

温盐水加阿托品肛门滴注可使局部肠蠕动增加，肠壁血管扩张，有利于肠功能恢复。阿托品可阻断迷走神经对胃肠道的兴奋而解除痉挛。盐水一定要加温，否则刺激直肠、乙状结肠发生痉挛，加重病情。阿托品用量不宜过大，一般幼儿0.2~0.3mg，儿童0.3~0.4mg，成人0.5~1mg/每次。腹部按摩法仅适应于不完全性梗阻，病情较轻者，重症不宜使用。