

纳少未见改善，头痛症状反见加重，遂仍采用第一方为基础加用白术、竹茹、陈皮各 15g，服药 4 剂后头痛症状明显改善，胃纳日增，恶心渐减，舌质由青紫转淡红，涩脉消失，病情基本恢复。

三、亚急性硬膜下血肿的治疗

李某，男，51岁，住院号 46264。患者于一周前头部碰伤，近一日来头痛、呕吐、嗜睡。入院检查：意识模糊，呼之能应，颈部有抵抗。克氏征阳性。双侧巴氏征阳性。左侧瞳孔略大于右侧瞳孔(3.5mm:3.0mm)，光反射迟钝，两眼底正常。右上肢轻瘫。CT扫描示：3~9cm层面，左额顶部内板下方有新月形，高密度形，厚度1.2cm。诊断左额顶部硬膜下血肿。脉搏68次/分，血压130/90mmHg。辨证：舌质红、苔薄白，脉弦滑。证属：颅内瘀血内阻，治宜活血化瘀、破血散结、颅内消瘀。应用血府逐瘀汤加减：川芎、赤芍、丹参、鸡血藤、黄芪各 25g，桃仁、红花、三棱、莪术、香附各 15g 水煎，甲珠粉 10g，血竭 6g(冲剂，另包)。每日一剂，分两次鼻饲给药。临床观察服药 5 剂后患者神志清醒，两侧瞳孔等大，头痛、呕吐、嗜睡症状明显好转。继服 5 剂后患者颈强直和克氏征为阴性，仅留有轻度头痛，舌淡红，脉弦。经过 20 天的中药治疗，患者右上肢能做抬举活动，肌力恢复正常。CT扫描复查左额顶部硬膜下血肿消失。

体会 颅脑损伤后多见瘀血表现，如瘀血性头痛。其特点是：痛处固定，久痛不愈，反复发作，夜间加重，其性质多为锥刺状痛或钝痛，用其他药物治疗效果不明显。因外伤引起出血，如颅内或外窍出血，眼结合膜下出血等明显的瘀血病症，应用活血化瘀方药，可收到较好的效果。虽然本文治疗的病例尚少，但我们体会到这是一种简便易行，安全可靠的有效方法。它免除了手术、麻醉、输血等一系列措施，从而减轻患者痛苦，减少手术的危险性，患者乐意接受，适用于不具备开颅和钻孔条件的基层医院。但是要严格掌握治疗的适应症。凡临床征象未表现脑疝综合征，颅内无活动性出血，病情稳定的患者均可试行中药活血化瘀治疗。对于急性颅内血肿伴有严重脑挫裂伤，病情危重的患者仍以手术治疗为宜。

慢性重型肝炎合并糖尿病的治疗体会

江苏省徐州市第二传染病医院 魏嘉勤

刘××，男，57岁，干部，住院号 5797。因纳

呆，乏力，尿黄 13 天，于 1983 年 8 月 16 日入院。患者于 8 月 2 日出现食欲减退，乏力，尿黄。次日就诊，查肝功能异常，门诊按“肝炎”治疗，症状逐渐加重而住院。既往于 1972 年曾患“肝坏死”，当时出现腹水、昏迷，住院 6 个月，病情缓解出院。自 1981 年起患糖尿病，现仍在治疗。

入院体检：神清，面色黧黑，皮肤轻度黄染，未见出血斑点及蜘蛛痣。巩膜中度黄染，舌质淡红，舌苔薄黄少津。心肺(—)。舟状腹，未见腹壁静脉曲张。肝在右肋缘下 2.5cm，剑突下 4cm，表面未触及结节，边缘略钝，质硬，脾侧卧位可及 1.5cm，腹水征(±)。脉细缓，肝掌(+)。实验室检查：黄疸指数 30u，麝香草酚浊度试验(TTT)8u，硫酸锌浊度试验(ZnTT)13u，谷丙转氨酶(SGPT) > 200u(正常值 < 40u)，乙型肝炎表面抗原(HBsAg) 1:16 阳性，血白蛋白 1.3g%，球蛋白 2.7g%，空腹血糖 410mg%。初步诊断：1. 慢性重型肝炎，肝炎后肝硬化(活动期)；2. 糖尿病。

治疗经过：入院后西药给极化液加能量合剂静脉点滴，每日一次。中医辨证为：湿热毒邪壅滞，肝肾脾胃阴亏。宜清热解毒化湿养阴。处方：茵陈 30g，黄柏、生山栀、青黛、赤芍、石斛、麦门冬各 10g，金银花、生地黄、天花粉、金钱草各 20g，白茅根 15g。每日 1 剂煎服。经上述治疗 6 天后，患者出现嗜睡，虚呃，不能进饮食，黄疸加深，腹水征(+)，两下肢浮肿。查胆固醇 152mg/dl，空腹血糖 460mg/dl，尿酮体(—)，血氮 142μg%。血总胆红素 11.3mg%，直接胆红素 5.5mg%，SGPT 57u。中医辨证属湿热毒邪壅盛，胃气衰败。亟宜保胃气为本。暂拟益气养胃养阴镇逆法，旋覆代赭汤合竹叶石膏汤加味。两剂尽，虚呃止，胃纳开，舌苔渐化，但黄疸未见消退。从解毒泻热凉血养阴柔肝利水立法。处方：茵陈、白茅根、金银花、车前子各 20g，生大黄 18g，生山栀、黄柏、丹皮、沙参、麦冬、赤芍各 10g，石斛 12g。继续静脉补充葡萄糖 100~150g/日。普通胰岛素 60~74u/日，静脉给药 20~24u，其余根据每餐前尿糖变化，皮下注射。上述治疗共 3 周后，停止输液。共住院 8 周，症状缓解，黄疸、水肿消退。复查血总胆红素 1.5g%，TTT 8u，ZnTT 18u，SGPT 42u，HBsAg(—)，血白蛋白 4.2g%，球蛋白 2.05g%，空腹血糖 204mg%。遂带方出院，以滋阴养肝健脾处方善其后。经随访，出院半年后恢复正常工作至今。

体会：患者本次肝病活动后一周内血总胆红素上升约 10mg%，转氨酶急剧下降，腹水形成并伴有精神神经症状，慢性重型肝炎可以诊断。补充足量

的葡萄糖供给热能必不可少；然而患者合并有糖尿病，降低血糖势在必行，与西药治疗形成了尖锐的矛盾。因此采取了边补糖边降糖的方法，并把胰岛素分静脉与皮下两途径用药，既有效地保证了热能供给，又积极地改善了血糖，未发生低血糖及血糖持续上升等不良反应。根据辨证与辨病相结合的方法认为本病是急黄合并消渴（下消），证属肝肾脾胃阴虚，湿热毒邪壅盛。正虚邪实，治疗颇难，扶正则助邪为虐；祛邪则更耗津液。整个治疗过程坚持祛邪（药如：茵陈、山栀、黄柏、银花等）以退黄，扶正（药如沙参、麦冬、石斛、生地、白茅根等）以降糖的原则，而当胃气衰败，则全力保护胃气，体现了中医辨证施治的原则性与灵活性。由于中西医各自发挥自己的优势，从而使病情恢复快，预后较佳。

“胃力宝”胶囊治疗胃溃疡 125例疗效观察

广东潮州市潮州医院 黎 镜

1981年6月～1984年12月，笔者用自制“胃力宝”胶囊（自拟方）治疗胃、十二指肠溃疡125例，疗效较为满意，现报告如下。

一般资料 本组男92例，女33例；年龄10～64岁，其中16～30岁者93例，占74.4%；病史最长者28年，最短者58天，其中6个月～2年者85例，占68%。本组病例均有明显的溃疡病症状及体征，经胃镜检查证实有溃疡病灶者38例，X线钡餐透视有溃疡龛影而确诊者87例。其中胃溃疡31例，十二指肠溃疡90例，复合溃疡4例。合并出血者16例，同时存在胃炎者6例，幽门梗阻3例，胃粘膜脱垂2例。

治疗方法 （1）方药组成：元胡粉72g，鸡蛋壳炭粉90g（鸡蛋壳洒95%酒精烧成炭），广木香粉36g，痢特灵粉9g，阿托品粉27mg，维生素B₂粉1.8g，维生素B₁粉1.8g，维生素B₆粉1.8g，采用串研法混匀后，分装在“零”号胶囊内，每粒重0.5g。（2）服药方法：每天3次，每次2～4粒，饭前半小时温开水送下，30天为1疗程，一般1～2个疗程，本组病例均服满2个疗程。服本药期间，一律停用治疗溃疡病的其他药物或方法。服药期间每周记录1次症状及体征的变化，每个疗程前后作胃镜或X线钡餐检查，以作对照比较。

结 果 1. 疗效标准：痊愈：症状及体征消失，胃镜检查原有溃疡病灶已愈合或X线钡餐提示原有溃疡

龛影消失，无激惹现象；好转：主要症状及体征基本消失，胃镜或X线钡餐所见原有溃疡而明显缩小；无效：服药满2个疗程，临床征象及胃镜或X线象无明显改善者；复发：经治愈后1年内临床症状及体征又复明显，胃镜或X线钡餐检查原溃疡部位又出现溃疡病灶者。

2. 结果：本组病例服药均满2个疗程，痊愈103例，占82.4%（其中十二指肠溃疡90例全部治愈）；好转20例，占16%；无效2例（均是同时存在胃粘膜脱垂者），占1.6%，总有效率达98.4%。上腹疼痛消失时间：十二指肠球部溃疡3～18天；胃溃疡7～24天。胃镜或X线钡透所见溃疡病灶消失时间：十二指肠球部溃疡28～54天；胃溃疡31～51天。初诊时16例合并出血者，均在用药5天内大便潜血检查转为阴性。治愈病例中对50例进行1年随访，有4例治愈7个月后复发，其余无变化。

体 会 胃力宝胶囊是根据中西医结合的理论，针对溃疡病的发病机理采用中西药物组方制成，无副作用。方中元胡疏肝理气、活血化瘀，镇静止痛；鸡蛋壳炭制酸消炎，收敛生肌；广木香理气消胀；痢特灵对实验性大鼠的胃溃疡有促进愈合作用，并能明显地抑制基础胃酸分泌；阿托品能解除平滑肌痉挛；维生素B₂能促进粘膜溃疡的修复；维生素B₁及维生素B₆可增强消化功能，促进饮食。方中中西药物伍用，相得益彰，具有疏肝理气，活血化瘀、制酸止痛，镇静解痉，收敛生肌和增强消化功能的综合协调作用。数年来用于治疗各型溃疡病收效较满意，尤对于新发表浅性溃疡病和无其他慢性胃肠疾病者疗效显著。复发病例再应用本药治疗，仍然有效。

穴位注射引起医源性疾病7例报告

河北保定地区医院 舒敬宗 舒世敏 李金章

穴位注射中、西药液治疗某些疾病，有一定疗效，但如选穴不当或注射药液浓度较高，刺激性较强，可导致功能障碍或终身残废等严重后遗症。现将我们近年巡回医疗及门诊观察的7例报告如下。

一、合谷穴注射引起拇、示指畸形3例：3例均因发热经乡村医生双侧合谷穴注射安痛定（药量不详）、百尔定0.5ml、安乃近0.3ml。分别于注射后半年、1年、4个月发现拇、示指功能障碍，检查确诊为拇、示指内收畸形（1例仅为右手），经整形外科手术治疗治愈。