

偏高, 40例外观清亮, 8例微浊, 43例WBC 50~500个/mm³, 5例500~800个/mm³, 48例蛋白定性+~+++, 25例糖80~100mg%。氯化物基本正常。临床分型: 轻型11例, 普通型23例, 重型17例, 极重型4例。

治疗方法

一、控制高热: 对极期患儿, 保持体温在37~38°C之间。头颈部连续冷敷, 直至极期过后撤除。超高热者加用冷盐水灌肠和颈动脉冰敷。周身体表用中药煎剂(麻黄、薄荷各30g煎水200ml)加等量95%酒精趁温热(约37~38.5°C左右)多次擦浴。同时将患儿放在沙床(细河沙适量, 加3%食盐混匀, 沙厚3寸左右, 表面铺一层垫单)上, 并用凉井水洒地面降低室温。睡沙床的患儿, 每30分钟测体温一次, 降到38°C左右即离开沙床。中医治疗以“下法”为主: 大黄15g, 芒硝9g, 枳实9g, 板蓝根30g, 甘草5g煎水200ml, 每日1剂, 分4~6次口服、鼻饲或保留灌肠, 体温降到38.5°C以下停药。必要时使用解热剂、镇静剂、短程激素(一般不超过3天)。

二、控制痉挛: 常规应用苯妥英钠每次3~5mg/kg, 用0.9%氯化钠10~20ml稀释后缓慢静脉注射。抽搐停止两天后停药。安定每次0.4~0.8mg/kg肌肉注射或鼻饲。水合氯醛每次50mg/kg或副醛每次0.3ml/kg保留灌肠。抽搐严重者用副醛每次0.2ml/kg肌肉注射。上药交替使用, 间隔时间视病情而定, 以惊厥停止, 不影响咳嗽反射为宜。

三、防治呼吸衰竭和脑水肿: 随时吸痰, 如果痰液粘稠, 可使用蒸气面罩(用较厚的聚乙烯塑料薄膜, 缝制两个漏斗, 中间以软塑管相连, 管长约50~70cm, 直径2~3cm左右), 面罩的一端罩住正在煮沸的中药(麻黄30g, 加水300ml)的罐口, 另一端罩住患儿的口和鼻, 侧卧张口吸入蒸气, 15分钟后, 将患儿翻身并拍打胸背, 然后平卧吸痰(昏迷患者有时需用气管插管吸引)。若上法无效时须迅速作气管切开, 在气道通畅的基础上给氧。脑水肿时低流量给氧难以达到治疗的目的, 应加大流量(每分钟3~5L), 与蒸气面罩同时进行, 可形成一个较高浓度的氧气帐, 还可预防呼吸道干燥。在应用脱水剂的基础上, 同时以中药麝香0.5~1g加安宫牛黄丸鼻饲, 每日2次。共3~5天。

四、精心护理, 及早处理并发症。

结果 55例患儿中52例治愈, 死亡3例均系极重型, 病死率为5.5%。4例出现后遗症, 其中2例单肢活动轻度受限, 2例智力轻度障碍。

讨论 高热时采用麻黄、薄荷煎剂温浴能使毛

孔扩张, 达散热目的, 可避免周身冷敷可能出现的寒战。沙床与低室温配合有较好的协同降温作用。运用中医“下法”泻热排毒, 可使体内部分毒素从肠道排出, 减轻毒血症所致的发热。据临床观察, 应用下法后, 患者高热很少回升。苯妥英钠有稳定细胞膜, 降低脑细胞耗氧量, 改善脑细胞钠钾泵功能和脑微循环等作用。自苯妥英钠常规应用以来, 后遗症中未发现癫痫, 其他后遗症也较过去为轻。我们根据麻黄能舒张支气管平滑肌、消除粘膜肿胀作用和其药效易挥发的特点, 蒸气能稀化粘稠分泌物等原理, 自制蒸气面罩, 对保持呼吸道通畅有一定的作用。麝香有明显减轻脑缺氧, 增强机体对缺氧的耐受性, 改善脑微循环, 对抗脑水肿等作用。临床观察可减轻脑水肿和减少停用脱水药的“反跳”现象。

内服阑尾丸外敷消炎散治疗急性阑尾穿孔性腹膜炎

湖北省天门市中医院 刘武荣

1977年3月~1987年3月, 我们试制了阑尾丸与消炎散, 治疗急性阑尾炎穿孔性腹膜炎320例, 疗效满意, 现报道如下。

临床资料 本组320例, 男176例, 女144例。年龄最小11岁, 最大64岁, 平均年龄38.5岁。病程: 1天以内105例, 2天以内120例, 3天以内60例, 4天以内15例, 5天以内20例。体温: 入院时38°C以下74例, 38~39°C165例, 39.1°C以上81例。实验室检查: 白细胞10 000~15 000者105例, 15 000~20 000者152例, 20 000以上者63例。局限性腹膜炎195例, 弥漫性腹膜炎125例。

诊断依据参照有关文献[董守元, 等, 中西医结合杂志 1983; 3(1):16]。

适应症选择: (1)年老体弱或有夹杂疾病者, 患者与家属拒绝手术, 以及病情较重者, 在严密观察下以本法治疗。(2)小儿、妊娠后位阑尾炎性腹膜炎以及中毒症状重, 伴有休克倾向手术治疗者。

治疗方法 局限性腹膜炎, 内服阑尾丸加外敷消炎散Ⅰ号为主治疗, 弥漫性腹膜炎采取内服阑尾丸外敷消炎散Ⅰ号及综合治疗措施(含纠正水电解质紊乱、维持酸碱平衡、静滴抗生素等)。

阑尾丸药物组成: 蒲公英90g, 皂角刺、大黄、厚朴各15g, 为1日用量。先将蒲公英洗净, 连同皂角刺、厚朴放入锅内, 加水1000ml, 煎熬2小时后去渣

过滤,将滤液倒入锅内煎熬成胶质状即停火待冷却后,再将生大黄碾成粉末放入熬好的冷液内混合,做成黄豆粒大小之丸备用。第1天口服量加倍,分4次服。第2天起每日1剂分4次服。为了调节肠道功能,减缓肠蠕动,可加服阿托品0.3mg与维生素B₁30mg 1日3次。

消炎散Ⅰ号:大黄、白芷各40g,三棱、莪术各20g,乳香、没药各20g。消炎散Ⅱ号:姜黄、栀子、连翘、桃仁、乳香、没药各20g。将以上药物混合碾成粉末后加食醋调成糊状敷于患处(麦氏点或脓肿处),敷药干后可取下药末再加食醋调敷,1剂可反复外敷1~2天后更换新药。个别病例敷药处皮肤发痒,出现小丘疱疹,停敷药物,可自行痊愈。

结果 疗效标准:痊愈:自觉症状与腹部体征完全消失,体温及白细胞恢复正常;显效:症状和体征基本消失,仅右下腹有深压痛及条索状硬块,体温及白细胞恢复正常;无效:自觉症状与体征不减轻或反加重,而中转手术治疗。本组痊愈235例占73.44%,显效81例占25.31%,无效4例占1.25%,有效率为98.75%,无1例死亡。本组住院天数最短者3天,最长者20天。

讨论 阑尾炎中医学称为“肠痈”,其发病机理是“气滞血瘀,气有余便成火”,发展为腹膜炎时热毒炽盛或热腐成脓,治则为清热解毒,通里攻下,活血化瘀。方用阑尾丸同时选用消炎散,其中Ⅰ号方有活血散瘀、消积止痛之功,Ⅱ号方有下气破血去瘀、清热解毒、消肿止痛之能。阑尾丸与消炎散两者联合应用,收到了满意的效果。

中西医结合治疗急性肾炎80例

铁道部浦镇车辆厂医院 王柳青 张惟祖

自1979年3月~1987年1月用中西医结合方法治疗急性肾炎80例,效果较好,报道如下。

临床资料 本组80例均为住院患者,按照1979年10月北戴河肾炎座谈会制定的“关于原发性肾小球疾病的临床分类标准”确诊为急性肾炎。其中男性45例,女性35例;14岁以下62例,14岁以上18例;病程:一个月以内者47例,一个月以上者33例。80例患者入院时都有少尿和浮肿,其中69例为单纯颜面浮肿,11例兼有下肢浮肿;高血压26例;尿常规检查红细胞(+++)12例,(++)42例,(+)26例;80例患者尿中都有程度不等的蛋白和颗粒管型。

治疗方法 80例患者按照辨证与辨病相结合的原则分三期用药治疗。

1.浮肿少尿期:麻黄9g,桂枝6g,杏仁9g,银花15g,车前子15g,此期3~5日,肿消换方。

2.肿消康复期:黄芪30g,防己10g,芍药18g,甘草9g,银花15g,红花9g,车前子15g,此期20~25天,尿常规检查三次正常后停药。

3.巩固期:黄芪30g,连壳蚕豆30粒,红枣10枚,此期用药3个月。

随证加减用药:发热加石膏、竹叶;高血压加夏枯草、蝉蜕;尿中红细胞(+++)以上加鹿含草、六月雪;尿蛋白(+++)以上加芡实、桑螵蛸;尿素氮增高加生大黄、山楂。

西医治疗:主要加强抗感染和增加维生素。80例患者入院时均肌肉注射青霉素7~14天,每日量80~160万u,适当补充维生素C和B。

结果 疗效标准:临床症状和体征消失,肾功能正常,连续三次尿常规检查均正常者为治愈;临床症状和体征消失,肾功能正常,尿常规检查有微量蛋白和少数红细胞者为好转;治疗前后体征和尿液检查无变化者为无效。结果:80例患者平均住院28天。治愈76例,好转4例。治愈率为95%,总有效率为100%。出院后每周在门诊复查尿常规一次,随访2~6个月,无一例复发。80例患者入院时均有浮肿,经治疗浮肿全部消退,肿消时间平均为3~5日;26例高血压患者,治疗后血压全部恢复正常;治疗后有76例患者尿中红细胞全部消失占95%,4例尿中红细胞(+)占5%。

讨论 急性肾炎是内儿科常见病,往往以上呼吸道感染为先驱症状。本病初起患者出现浮肿少尿,此期时间短暂,我们定为浮肿少尿期,用麻黄、桂枝、杏仁之类发汗解表,同时以银花、红花、车前子消炎、活血、利水,一般3~5日尿量增肿消;当患者出现无力、食欲不振、易汗盗汗时应立即停止发汗解表,选用芍药、甘草和黄芪之类和营健脾方药,从而促进康复;待临床治愈后连服三个月黄芪、连壳蚕豆和红枣,旨在进一步健脾利湿扶助正气,达到巩固前效和防止复发的目的。

急性肾炎是免疫反应性疾病,治疗中正确有效地提高机体免疫功能不容忽视。中药参、术、芪、灵芝等多种药都能增强人体免疫功能,而治疗急性肾炎时黄芪最佳,它既能增强免疫功能,又有降低血压和消除尿中蛋白作用,值得重视和探索。