

## • 农村基层园地 •

### 安宫牛黄丸治疗门脉高压症术后

#### 脑病49例临床观察

广东省德庆县人民医院 谢锐光 郑维榕

门脉高压症术后肝性脑病是指门脉断流或分流术后一种危重临床综合征，其发病机理尚未完全明了，治疗困难，预后不良。我们自1982~1986年运用中西医结合的方法(观察组)治疗49例患者，并与1976~1981年采用单纯西医(对照组)治疗的29例作对照。现报告如下。

**一般资料** 观察组：男40例，女9例，年龄17~54岁，平均40.7岁；对照组：男24例，女5例，年龄20~57岁，平均38.6岁。因大出血急症门奇静脉断流手术：观察组40例，其中失血性休克8例，轻度黄疸11例，肝功能损害7例；对照组25例，黄疸7例，肝功能轻度异常5例。经治疗后血止施行择期手术：观察组9例，对照组4例，术后出现肝性脑病时间：观察组最短8小时，最长54天，平均16.4天；对照组最短19小时，最长36天，平均11.5天；术后发热：观察组27例，高热6例，超高热4例；对照组发热16例，高热5例。诊断标准：按邱贺龄(新医学，1984；4：212)修正Sherlock分级分成五级：一级：观察组和对照组分别为9和6例，二级：分别为12和7例，三级：分别为14和7例，四级：分别为9和5例，五级：分别为5和4例。

**治疗方法** 两组患者术前常规留置鼻胃管，术后鼻饲肠道杀菌剂、泻药及钾盐，应用谷氨酸、精氨酸、左旋多巴、护肝药物，能量合剂及输液。观察组在使用以上西药的同时加用安宫牛黄丸，视病情轻重，应用2~3次/日，每次一丸(每丸净重3g)，捣烂用开水稀释至50ml，从胃管鼻饲。对照组单纯使用上述西药治疗。

**结果** 治愈标准：神志完全清醒，定向、对答及行为正常。观察组治愈37例，占75.51%；对照组治愈15例，占51.7%。按肝性脑病分级的治愈例数比较：一级观察组和对照组分别治愈9和6例，二级为11和4例，三级为10例和4例，四级为5和1例，五级只有观察组2例治愈。肝性脑病清醒平均时间观察组为2.05天，对照组为3.27天，经统计学处理，二者差异有非常显著性意义( $t=3.24, P<0.01$ )。平均住院时间观察组为22.5天，对照组为24天。死

亡分析：观察组死亡12例，其中死于肝衰竭10例，肾功能衰竭2例；对照组14例，死于肝衰竭7例，肝肾综合征6例，肝衰竭并呼吸衰竭1例。两组病死率分别为24.49%和48.28%，经统计学处理，二者差异有显著性意义( $X^2=4.64, P<0.05$ )。

**体会** 我们认为门脉高压症术后肝性脑病的神昏谵妄，狂躁壮热是出血后津伤火生，热入营血，邪侵心包，阻遏中阳，上扰神明所致。在应用西药的同时使用安宫牛黄丸，能开窍清营，泄热解毒，使用时宜早不宜迟；在昏迷前期即可使用，如患者已进入昏迷应连续使用至苏醒，本组患者昏迷的清醒时间和病死率，观察组均明显优于对照组。

### 足副舟骨损伤47例治疗观察

广州市市政工程公司职工医院正骨科 钟士元

近年来我们治疗47例足副舟骨损伤患者，效果满意，现报告如下。

**一般资料** 47例中男19例，女28例。年龄：12~67岁，平均34岁。病程：1小时~20天38例，1个月~17年9例。病因：足内翻扭伤41例，撞伤4例，冷冻伤2例。合并伤：踝外侧韧带损伤13例，足第五跖骨基底骨折6例。症状：足部疼痛、肿胀、跛行。体征：足副舟骨突出、压痛、足内翻时副舟骨痛、足内收抗阻痛。损伤较重或慢性病者，足内侧弓下陷。X线征：足舟骨内侧近端有圆形或三角形的副舟骨一个(正常人中约14%有此变异)，部分患者有2~3个。

**治疗方法** 推拿敷药法：患者取坐位(以右侧为例)，术者站于患侧，用左手拇指放在踝关节前方的解溪穴，食指放在内踝后方的太溪穴，点按一分钟。术者右手握足趾作跖屈牵引；左手拇、食指夹持内外踝间隙，在右手牵引下使足内、外翻各2次，而后右手再将踝关节伸屈，背伸时左手拇、食指向下推，跖屈时左手拇、食指向上提。按摩后在患部敷活血祛瘀、消肿止痛的药膏(大黄、黄柏各10g，生川乌、生南星各5g，芙蓉叶、乳香、没药、红花各3g，共研为末后混合均匀。再将40g凡士林加热熔化，把药末加入搅拌均匀)。并用3cm宽，50cm长的胶布3条，把踝关节固定于轻度背伸外翻位，用绷带包扎。每2~3天换药1次，5次为1疗程。

慢性损伤可用理疗(红外线、超短波)，每天1次。或在敷药治疗的基础上(不用胶布固定)，用活血散瘀、舒筋通络的中药熏洗(威灵仙、川芎、海桐皮、

宽筋藤、伸筋草各45g,制川乌、三棱、当归各10g),每天1次,10次为1疗程。

**结果** 本组47例均用推拿敷药法治疗,少数患者配合理疗或中药熏洗。痊愈37例(症状和体征消失),进步10例(症状和体征明显减轻,在久行或走不平路时有酸痛感)。1个疗程见效34例,2个疗程11例,3个疗程以上2例。经半年~4年随访了痊愈中的29例,28例无复发,其中1例于1年后再次受伤,经推拿敷药3次后肿痛消失,随访半年无复发。

**体会** 足副舟骨是发生在舟状骨结节的先天变异,按Geist统计,正常人约14%有此变异。有副舟骨者是内翻扭伤时,使副舟骨与胫骨内踝相互撞击,把两骨之间的连接组织和胫后肌肌腱挤伤而出现症状。有时还合并踝部韧带扭伤和跗骨骨折,容易被合并症掩盖。因此足内翻扭伤时要注意检查足内侧,当足副舟骨损伤与合并伤同时存在时,治疗重点应以前者为主,而采用推拿敷药法进行治疗,则是一种较有效的方法。

## 中西医结合治疗肱骨干骨折210例

解放军一八七医院骨科 聂岁锋 陈永光

1979年5月~1985年5月,我院采用中西医结合疗法,收治肱骨干骨折210例,取得较好的效果,报告如下。

**一般资料** 本组210例,男性157例,女性53例,年龄9~45岁,以19~30岁青壮年最多,占85%。骨折部位:肱骨上1/3 74例,中1/3 93例,下1/3 43例。闭合性骨折175例,开放性骨折35例。骨折类型:横断73例,粉碎82例,螺旋42例,斜型13例。早期主要合并症:血管损伤1例,桡神经损伤4例,尺神经损伤1例。合并其他骨折及关节脱位、同侧尺、桡骨干双骨折4例,尺骨鹰嘴骨折3例,肱骨髁上骨折10例,肘关节脱位5例,肩关节脱位3例。来院就诊时间:最早2小时,最迟3天,8小时内就诊者207例,占98%。

**治疗方法** 本组除有1例开放性骨折合并血管损伤行切开复位、修复血管内固定外,其余209例均采用臂丛麻醉手法复位小夹板外固定及内服中药治疗。对闭合性骨折在复位时力争一次成功,用纸垫和小夹板外固定。对开放性骨折,伤口小于0.5cm者,行清创缝合后按闭合性骨折处理。伤口大于0.5cm者给予伤口彻底清创,手法复位一期缝合,将开放性骨折转为闭合性骨折,先行石膏托外固定,待伤口愈合后

改小夹板外固定。中药治疗根据骨折愈合过程的特点分为早、中、晚三期论治,方剂由我院自配。早期(骨折10天,局部肿胀已逐渐消退,X线片可见断端有少量外骨痂生长)以活血祛瘀、舒筋通络为主,处方:归尾、红花、木通、赤芍、泽兰、防风、木香、丹皮、青皮、甘草各9g,白芷、生地各12克。每日1剂煎服,小儿可酌情减量,7剂为1疗程,一般不超过两个疗程(下同)。中期(骨折10天后,肿胀已基本消失,X线片可见断端已有较多骨痂生长连接)以用活血生新、续筋接骨为主,处方:当归、川断、骨碎补、云苓、赤芍、党参各12g,生地、陈皮、灵仙、土鳖虫、甘草各9g。晚期(骨折已临床愈合)以用补益肝肾、强壮筋骨为主,处方:杜仲、川断、白术、党参、骨碎补、菟丝子、当归、熟地各12g,黄芪14g,甘草9g。对开放性骨折患者适当使用抗菌素预防感染。在功能锻炼方面,早期采用患肢手指及腕关节活动。对闭合性骨折小夹板固定2周后和开放性骨折解除石膏托改为小夹板固定后,在健肢的帮助下可以逐渐作肩关节上下运动与肘关节活动。4周后照片复查,根据骨痂生长情况决定是否除去夹板。

**结果** 根据1975年在天津召开的“全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会”讨论通过的骨折疗效评定标准,符合优良者,闭合性骨折164例占93.71%,开放性骨折32例占91.43%。本组患者中得到及时处理、入院后第一天进行复位及内服中药治疗者,消肿时间最快4天,最迟8天。4周后照片复查有大量骨痂生长骨折线模糊共181例,占86.2%。除1例骨不连外,平均临床愈合时间36天。

**体会** 本组病例对肱骨干开放性骨折与闭合性骨折都采用中西医结合治疗,优良率均在91%以上。说明中西医结合治疗不仅对闭合性骨折适宜,对开放性骨折也适宜。采用小夹板外固定及内服中药治疗,我们认为是外治与内治的结合,是局部和整体的统一,既符合机体的生理要求,也符合骨折局部的病理生理要求,并能早期进行功能锻炼,减少并发症。缩短了住院时间,很受患者欢迎,在基层医疗单位值得推广应用。

## 产后无忧散防治产后自汗及恶露44例

浙江省余姚市江中卫生院 孙幼立

为防治产妇产后自汗及恶露不绝,笔者用产后无忧散作预防性治疗44例,并以40例产妇不服药作对照进行观察。