

临床资料 本组44例均为初产妇，顺产，无产后异常出血及其他合并症。年龄在22~27岁之间。舌苔薄白者34例，淡白腻者10例，淡白者28例，淡红者12例；脉濡数者56例，细数者22例，弦数者6例。

治疗方法 方药组成：生黄芪30g 防风8g 白术12g 当归10g 赤芍10g 川芎5g 生地10g 浮小麦30g 五味子5g 乌贼骨10g。1日1剂，3剂为1疗程。鉴于产妇均于分娩48小时后开始自汗，故观察组44例在产后第3天开始服药，共服3剂，对照组不服药。

结果 观察组共服药1疗程，自汗全部消失时间：最短者为产后第4天22例，最长者为产后6天5例；对照组最短为产后10天12例，最长者31天5例。恶露全部消失时间：观察组最短为产后第7天24例，最长为13天4例；对照组最短者为11天3例，最长者为38天3例。

体会 初产过程中因用力及出血而耗气损血，以致卫气不固，腠理不密，而见自汗；气虚失其统摄加之瘀血浊液未尽则致恶露缠绵不绝，故在产后第3天即服用产后无忧散，该方系益气固表名方玉屏风散合调气补血活血的四物汤加味组成。加乌贼骨增强止血之功，浮小麦、五味子甘酸敛汗，全方具有益气补血、活血、固表敛汗之效，故服药3剂，即能达到防治产后自汗及恶露不绝的目的。

中西医结合预防粘连性肠梗阻 术后复发的初步小结

郑州市新密矿务局医院 裴世清 张培芳

我科于1979年12月~1984年10月，对25例严重粘连性肠梗阻患者术后用腹腔灌洗和中药通里攻下法预防肠粘连取得满意效果，现介绍如下。

临床资料 本组25例中，男23例，女2例。年龄20~54岁，其中由肠管破裂术后引起者12例，十二指肠球部溃疡穿孔修补术后引起者3例，肠扭转术后引起者3例，肠套叠术后引起者1例，反复发生肠梗阻经剖腹探查为粘连性肠梗阻者2例，伤寒肠穿孔术后引起者4例。

治疗方法 在右上腹做一切口，将内径0.2cm，长30cm硅胶灌洗管2根紧贴腹膜分别向左右方向插入腹腔内10cm。引流管用硅胶管或橡皮管（内径0.5~1cm，长25~30cm），于右下腹部最低位与腹壁成20~30°角斜入至盆腔右侧最低位后固定。灌洗液的配制：生理盐水2000ml内加肝素12500u、 α -糜蛋白酶

10mg，庆大霉素12~24万u，灌洗液的温度以室温为宜。在手术关腹后立即从灌洗管注入生理盐水250ml，内加肝素12500u、 α -糜蛋白酶10mg和庆大霉素16万u。回病房后接着从灌洗管中滴入配制灌洗液2000ml。然后取半卧位，在胃肠减压同时，每天灌洗一次，持续3~5天，腹腔引流液为透明液时，停止灌洗（肝素用2天，第一天前12小时要灌洗1500ml）。为使患者尽快恢复肠道功能，减少粘连，术后即从胃管中注入由本院自制巴黄丸（巴豆霜，大黄）5g（用温水稀释到20ml）。待排气后，再给扶正理气汤，党参15g 白术10g 陈皮6g 木香10g 赤芍15g 炒莱菔子30g 厚朴10g 大黄10g（后下）。

疗效 本组25例，临床均治愈。两天内腹痛、腹胀消失及排便者8例，3天者9例，4天者7例，5天者1例。其中有3例皮下感染，没有其它并发症。住院最短者11天，最长者24天，平均住院15天。25例患者，随访1年至4年半20例，均未再发生粘连性肠梗阻。

体会 灌洗能不停地清除腹腔内残存的渗液、渗血、纤维蛋白、失去活性的组织及异物，同时也清除新产生的渗液、渗血及纤维蛋白。灌洗液中加入肝素能防止和溶解血块，加 α -糜蛋白酶能溶解纤维蛋白，清洁创面，消化渗液和坏死组织，并能助长新鲜肉芽组织的生长，促进伤口愈合，对未变性的蛋白质无作用，不损伤正常组织。手术后即从胃管中注入巴黄丸：此药有通里攻下之功能，能促进肠道蠕动，使肠腔内积气与积液下行，促使肠道功能早日恢复。中药扶正理气汤能提高机体的抗病能力，方中还有行气止痛和消食之药，能更进一步促进肠蠕动，使肠道功能恢复正常。

甘麦大枣汤加味结合西药治疗 小儿紫癜性肾炎19例

河北省井陘县医院 段群录 王世茹

我院自1977年2月~1987年2月，用中西医结合方法治疗紫癜性肾炎19例，效果满意，现报告如下。

一般资料 本组男8例，女11例。年龄6~10岁5例，11~14岁14例。秋末至初春发病者16例占84%。病前有上呼吸道感染者15例占79%。临床表现有出血性皮疹19例，消化道出血16例，关节病变12例，所有病例均有全身轻微浮肿和轻度高血压。尿常规化验：蛋白尿+++4例，++10例，+5例；红细胞+++3例，++11例，+5例；白细胞++2例，+17例；

颗粒管型+4例。血沉5~20mm/h。抗链球菌素“O”测定1:400以下12例,1:400~1:800 7例。肾功能检查均正常。血常规,血小板化验亦均在正常范围。舌质淡红16例,舌质红3例;苔薄白13例,薄黄6例。脉象细数15例,沉细4例。

治疗方法 中药以甘麦大枣汤为主,随症加减:发热咽痛加银花、黄芩;血压高加夏枯草;浮肿加白茅根、车前草,血尿加三七、大小蓟。药量按年龄不同增减,疗程视病情而定,最短1个月,最长3个月。西药以免疫抑制剂为主,强的松每日1~2mg/kg,视病情应用1~3个月后逐渐减量至停用;氨肽素3~5片1日3次;重症用氟美松1~2mg/kg静脉滴注,每日或隔日1次,3次为1疗程。

结果 疗效标准:症状、体征消失,尿常规化验连续3次以上正常为临床治愈;症状、体征消失,尿常规化验明显改善为显效;连续治疗3个月以上症状、体征有改善,但尿常规化验无明显进步为无效。

本组19例,治愈15例占78.9%;显效3例占15.8%;无效1例占5.3%。其中10例随访1~5年,尚未发现复发及转为慢性肾炎。

典型病例 祇某,男,13岁。患过敏性紫癜一个月,曾用犀角地黄汤加减及强的松等治疗,病情无好转。1983年3月4日来我院就诊。检查:体温36°C,脉搏85次,血压120/80mmHg。颜面无华,轻微浮肿,双下肢伸侧见散在出血性皮疹。尿常规蛋白++,镜检:红细胞5~7个,白细胞2~4个,颗粒管型1~2。血常规:WBC 9200, N56, L44, Hb13.5g,血小板16万;血沉2mm/h;抗链球菌素“O”测定1:400;BUN 15mg%。舌质淡红、舌体胖有齿痕、苔薄白。脉象细数。诊断:紫癜性肾炎。中医辨证为脾虚湿盛。治以运脾利湿,药用甘草15g 淮小麦30g 大枣15枚 党参9g 车前草15g 白茅根9g 大小蓟各9g 三七6g(研末另包冲服),每日1剂。伍用强的松10mg一日三次,氨肽素5片1日3次。6天后皮疹大部分消退,1个月后尿化验明显进步,2个月后症状、体征消失,尿常规化验连续3次阴性。此后停用氨肽素及中药,继续服用大枣,强的松逐渐减量,3个月后停用。至今身体健康,尿常规化验阴性。

讨论 本病现代医学以免疫抑制剂为主,配合对症治疗。中医一般认为本证多系热入营血、迫血妄行,故治以清热凉血,方用犀角地黄汤。我们在临床中体会到,该病与脾失健运、摄血无权有关,治疗当从健脾着手为妥。故用甘麦大枣汤为主,随症加减治疗本病19例,疗效满意。

中西医结合治疗破伤风56例

河北省阜城县卫生局 张洪生

笔者自1977年1月~1983年12月,采用中西医结合方法治疗破伤风56例,效果满意,介绍如下。

临床资料 56例中男47例,女9例;年龄5~82岁,一般外伤48例,冻伤4例,瘰手术后1例,产后1例,烧伤2例;伤后距发病时间,最短3天,最长27天,多数在5~18天;临床分型:轻型16例,中型23例,重型17例。

治疗方法

1.伤口的处理:彻底清创,开放伤口用双氧水纱条湿敷引流,每日换药一次,直至伤口愈合。

2.破伤风抗毒血清(TAT)的应用:(1)TAT 5~10万u加5%葡萄糖液300~500ml静脉滴注,轻型用一次,中型及重型一般每日一次,连用3~5天。(2)早期行TAT蛛网膜下腔注射,必须在有条件的情况下。成人7000~10000u,儿童4000~6000u,用生理盐水稀释成1500u/ml。用药量可根据患者的年龄、体质及病情程度酌情掌握。一般仅用一次,个别重症患者在首次用药后三日可再给一次,剂量为首次的1/2。

3.镇静药的应用:安定5~10mg和复方冬眠灵25~50mg,每4~6小时交替口服,用药间隔期间有痉挛发生时可临时加用10%水合氯醛10~30ml灌肠。随着病情好转可减少药量及延长间隔时间。镇静药给足量的标志:患者安静入睡,呼吸平稳,心率正常,但唤之及刺激时易醒,肌肉保持一定的紧张度,偶尔有轻微的痉挛发生但时间短暂。

4.辨证施治:(1)风毒在表:恶寒、头痛、无汗、张口吞咽困难、肌肉痉挛,苔白、脉浮弦。见于疾病早期,治以祛风解痉,用五真散加减,蝉衣15g,羌活、防风、白芷各9g,白附子6g,胆南星9g,麻黄3g。有汗去麻黄加葛根9g。(2)风毒入里,牙关紧闭,角弓反张,全身性痉挛频繁,轻刺激即诱发周身强烈痉挛,面色青紫,舌红苔黄腻,脉象洪数,多见于中期。治以熄风化痰解毒,方用五虎追风散加味:蝉衣15g 天麻6g 胆南星9g 全蝎3g 僵蚕9g 朱砂1g(冲服) 雄黄0.5g(吞服)。高热口渴加生石膏60g 知母9g;痰涎壅盛加天竺黄、半夏各9g;大便秘结加生大黄、芒硝(冲服)各9g。后期气血亏虚去蝉衣、朱砂、雄黄,加黄芪、党参、当归、熟地各9g。上述中药加水适量煎30分钟,一般煎成200ml左右,