

临床资料 100例中男71例,女29例。年龄最小5个月,最大6岁,1岁以下81例。发病时间最短5小时,最长48小时。诊断标准:(1)临床表现:阵发性腹痛(哭闹)、呕吐、血便、腹部扪及包块。(2)B型超声腹部检查图象:具有靶征或假肾征或同心圆征及管状图象者。具上述两象即可确诊。

治疗方法

一、治疗前准备:(1)对患者家属作好解释,以求合作。(2)配制灌肠液500~1000ml(以生理盐水每500ml内加庆大霉素8万单位和阿托品0.5mg组成)。并加温至37℃为宜。(3)输液瓶、吊管各一套(如用遥控自动双对比灌肠器更好)。Foley管一支,橡皮手套一付,滑石粉少许,尿布一块。

二、操作过程:先作腹部超声检查确定肠套叠部位。擦去患儿腹部接触剂,检查者戴手套在患儿腹部轻轻按摩,其方向可自非包块区移向套叠部位,待患儿感舒适时,应用右手推挤、左手试行牵拉的推拿法在局部往返数次。5~10分钟后再行灌肠(即使已复位,灌肠也可巩固疗效,防止复套),即先将Foley管插入患者肛门内(为使患儿适应灌肠疗法可不充气囊,同时灌肠液能及时排出也起清洁肠道作用),将配好的灌肠液倒入输液瓶内,松开管夹,液体便缓缓流入,此时在超声下观察液体进入的情况和套叠复位的情况。当液量达肛门括约肌不能自控时液体便自行流出。部分患儿因套叠时间短,套入部较松,经一次疗法可自行复位。如未复位,可在灌肠液完全排出后行第二次推拿按摩并再次灌肠。此时应将Foley管气囊充气阻塞肛门,以保持一定压力继续灌注,同时在超声观察下注意液体进入情况。液量以350ml左右为宜,一般限在500ml以内,并保留1小时左右。大多数患儿在二次推拿按摩及灌肠后复位。如仍不复位可在排出灌肠液后片刻再次重复。极个别患儿经多次治疗无效可手术。

三、复位鉴定:(1)临床上包块消失,患儿安静。(2)超声下套叠图象消失,部分患儿小肠内见少量液体。

结果 100例中96例完全复位,复位率为96%。经统计在第一次推拿按摩及灌肠后9例复位;第二次治疗后47例复位;第三次后34例复位;第四次治疗的10例中有6例复位,4例未完全复位而手术。

讨论 中西医结合诊治肠套叠是对祖国医学的继承和发展。小儿肠套叠是农村常见的急腹症,在采用推拿按摩及灌肠治疗时应做到:(1)选择适应症:①发病时间一般限在32小时以内,超过者视病情而定。

②患儿一般情况好,腹软,无腹胀及腹膜炎。(2)操作中注意点:①严密观察病情,推拿按摩动作要轻柔,并按一定方向自远端移向近端。②每次推拿按摩及灌肠后可间歇10分钟左右,让患儿得以恢复肠管自身调节机能的机会。③灌肠液的悬挂高度以距床面80cm为宜,不要太高。④保留灌肠液的量即使较大患儿也应限在500ml以内。

中西医结合治疗肠套叠复位的可能机理:(1)推拿按摩的机械作用。(2)灌肠液的压力作用。(3)推拿按摩及温灌肠液对肠管均能起到温和的刺激作用并能改善局部血运和功能状况,促进肠道自身调节机能的恢复,从而使套叠复位。(4)灌肠液能减轻肠壁水肿,同时有解痉、抗炎、补液作用,更利于肠套叠复位。

治疣灵擦剂治疗扁平疣、寻常疣及跖疣188例

空军总医院皮肤科

徐延春* 程大发* 韩德奎 任继军

我们自1985~1987年,试用自制治疣灵擦剂(以下简称疣灵),对扁平疣、寻常疣及跖疣进行治疗观察,现将资料完整的188例总结报告如下。

一般资料 188例中扁平疣94例(男32例,女62例)。皮损在面部者40例,手背者21例,手、面皆有者33例。寻常疣79例(男55例,女24例)。皮损在手背手指者53例,足背足部两侧者21例,手足皆有者5例。跖疣15例(男12例,女3例)。皮损均分布于足底。年龄5~38岁,平均年龄22岁。病程3个月~4年。治疗前曾有52例口服病毒灵、左旋咪唑,30例采用中药内服和外洗,23例冷冻治疗,12例激光治疗,71例未做任何治疗。

药物组成及制备方法 将生香附500g、黄药子250g,粉碎成粗颗粒与龙葵250g、木贼500g、红花100g共置一容器内,加入60%乙醇4000ml,浸泡1周,过滤取上清液,每100ml滤液加入二甲基亚砜30ml,即成疣灵。分装每瓶50ml,密闭备用。

治疗方法 治疗扁平疣用棉签直接将疣灵涂于皮损上。治疗寻常疣及跖疣,第一次用药前先用温水浸泡,待疣组织变软,用刀削去部分疣状增生物,以不出血为度,然后涂药。每日2次,2周为1个疗程,观察2~4个疗程,4个疗程无效停止用药。所有观察病例在治疗期间停用其它治疗药物。疗效标准:痊

愈：疣状皮损消退，局部有或无色素沉着；显效：疣状皮损消退2/3以上；有效：疣状皮损消退1/3以上，但不足2/3或皮损较前变平；无效：治疗前无变化或有新的皮损出现。

结 果 扁平疣94例，痊愈60例，显效18例，有效9例，无效7例，总有效率92.6%。寻常疣79例，痊愈51例，显效11例，有效12例，无效5例，总有效率93.7%。跖疣15例，痊愈5例，显效8例，无效2例，总有效率86.7%。扁平疣用药10天左右，开始出现炎症反应，局部发红、发热或脱屑，皮损开始脱落，亦有无炎症反应而消退者，多在第二疗程痊愈。60例痊愈患者中，第一疗程18例，第二疗程30例，第三疗程12例。寻常疣和跖疣一般不出现炎症反应，疗效缓慢，多在第三疗程痊愈。寻常疣患者痊愈51例，其中第一疗程6例，第二疗程12例，第三疗程25例，第四疗程8例。跖疣患者痊愈5例，其中第三疗程3例，第四疗程2例。随访40例治愈患者，在半年至1年中，有1例扁平疣，1例寻常疣复发，经再次治疗痊愈。副作用：部分面部扁平疣患者外用疣灵后，有轻微刺痛发热，可忍受，不影响治疗。仅有1例用药2天后，在皮损基础上出现水疱，停药1周，对症治疗水疱消失，再次应用未见类似皮损出现。治愈后部分患者留有色素沉着，可在3~6个月内消退。

讨 论 近几年来，我们在应用5-FU注射液外涂治疗各种疣的启发下，选用中药抗肿瘤，抑制细胞增生的黄药子、龙葵和抗病毒改善血液循环的香附、木贼、红花为原料，配入二甲基亚砷增强渗透作用，治疗各种疣，疗效肯定，且药物配制简单，使用方便，副作用小，复发率低，不受医疗条件所限制，值得推广使用。

直肠点滴法治疗乙型脑炎38例

江苏盱眙县医院

张三川 陆为民 崔正霞 张亚文

我们于1987年7月至9月用西药加自拟乙脑合剂直肠点滴法给药，治疗乙型脑炎（以下简称乙脑）38例，并与单纯西药治疗的96例作对比，兹报告如下。

一般资料 治疗组38例，男23例，女15例，年龄最大10岁，最小8个月，平均年龄2.8岁；对照组96例，男58例，女38例，年龄最大12岁，最小10个月，平均年龄3.1岁，乙脑的诊断标准和分型按王季午主编的《传染病学》（第二版，人民卫生出版社，1986：105—106）

的标准，对照组和治疗组分别为：轻型18、10例，中型59、22例，重型19、6例，各型别之间所占比例无显著差异（ $P>0.05$ ），治疗组和对照组病程分别为：最长29、34天，最短4、4天，平均10.4、14.3天。

治疗方法 对照组：控制高热、物理降温，同时配合应用安乃近、糖皮质激素等；控制抽搐和呼吸衰竭，视病情而定。脑水肿者快速脱水，抽搐频繁者加安定、水合氯醛等；呼吸困难和呼吸衰竭者则保持呼吸道通畅，危急时插管给氧或气管切开，并配合应用呼吸兴奋剂、东莨菪碱等，以上药物均用常规剂量。治疗组：在上述西药综合治疗的基础上予以中医治疗。自拟乙脑合剂：生石膏120g 肥知母10g 大生地15g 京赤芍10g 粉丹皮10g 双钩藤12g 僵蚕15g 全蝎3g 九节菖蒲10g 生军（后下）10g，将每剂浓煎成500ml装入灭菌空瓶内，加入10ml防腐剂，冷藏备用。采用开放式输液法，将针头换成导尿管，3岁以上患儿每日1剂，3岁以下酌减，1剂均分为两次直肠点滴，每次间隔6~8小时，重型者1日2剂，6小时1次，患儿取左侧卧位，双膝稍屈曲，臀部垫以治疗巾，液体石蜡油润滑导管后插入肛门15~20cm，胶布交叉固定，滴速：30~50滴/分，点滴完毕后更换体位，使药液充分吸收，待热退、痉止、清醒后2~3天停药。

结 果 疗效标准：痊愈：症状、体征消失，血象恢复正常；好转：主要症状消失，但留有恢复期症状，如：失语、吞咽困难、视神经萎缩、舞蹈样运动等；无效：死亡。治疗组和对照组治疗结果分别为：痊愈32、62例，分别占84.2%、64.6%；好转4、19例，分别占10.5%、19.8%；无效：2、15例，分别占5.3%、15.6%。治疗组和对照组治疗后热退、痉止、清醒天数分别为：0.96、1.74天，1.25、2.15天，0.82、1.5天，经统计学处理有显著性差异（ $P<0.01$ ），治疗组恢复较快。

体 会 乙脑病初即见高热、抽搐或昏迷，常规西药疗效欠佳，口服中药难度较大，而直肠点滴给药，不受剂型限制和胃酸影响，生物利用度大，副作用少，尚能刺激肠壁，促进排便，泻火降温，适于推广。

众所周知，西药水合氯醛等，虽能降温止痉，但作用维持短，并能抑制呼吸，诱发周围性呼吸衰竭。而乙脑合剂则无以上缺点，却有较强的解热、镇静、止痉、开窍等作用，维持时间长，控制高热、惊厥作用持久而稳定，两者合用，效果更著。中药直肠点滴法给药，对于一些病情重，难以口服的病例，更能显