

• 农村基层园地 •

超小剂量甲氰咪呱穴位注射治疗 消化性溃疡病50例

牡丹江医学院附属医院消化内科(黑龙江 157011)

刘惠环 庆彦华 赵立波 王 颖

自1988~1989年,我们应用超小剂量甲氰咪呱进行穴位注射治疗50例消化性溃疡病,并以胃镜判定疗效,结果满意,现报告如下。

一般资料 经胃镜确诊的胃及十二指肠球部溃疡活动期,病灶直径在0.5cm以上(用活检钳测量),无其它器官系统并发症,并未接受过系统治疗的患者为观察对象共50例,其中男46例,女4例;最小年龄18岁,最大年龄65岁,平均年龄37岁;病史最长30多年,最短9个月。胃溃疡27例,其中多发胃溃疡3例,合并急性上消化道出血2例;十二指肠球部溃疡21例,其中合并不全梗阻3例,合并急性上消化道出血1例;复合性溃疡2例。

治疗方法 甲氰咪呱注射液每支0.3g/2ml,用带4.5~5.5号针头的1ml注射器抽取0.3ml(45.g加0.85%生理盐水0.7ml,作为一个穴位一次的注射剂量,固定医生作穴位注射。针法平补平泻(进针后均匀地提插,捻转,得气后注药出针)。第1天取穴中脘、右胃俞、左足三里,第2天取穴左胃俞,右足三里,交替进行,连续4周为1疗程。2周复查一次胃镜,血常规,谷草转氨酶,血肌酐,便潜血。病人全部住院,除口服维生素B₁₂20mg/次,每日3次外,不用任何其它药物。

结 果 疗效判定标准:(1)溃疡病灶瘢痕形成治愈。(2)溃疡病灶较治疗前缩小50%以上者为好转。(3)溃疡病灶缩小50%以下或不变为无效。根据疗效判定标准,经2周治疗好转45例(90%),治愈5例(10%);4周好转1例(2%),治愈44例(88%),全部有效。患者上腹痛,返酸,嗳气,烧心,上消化道出血等症状,最短2~3天明显减轻,出血停止,2周基本消失,体重增加,梗阻解除,精神状态改善,未见任何副作用。

体 会 本组50例,4周总治愈率98%,显著提高了疗效。目前国内外治疗消化性溃疡甲氰咪呱是首选药物,但副作用的发生率国外统计占14~35%,国内统计占9.6~24.9%,而且临床表现多种多样,涉及消

化、血液等多个系统,且可造成室颤、呼吸暂停、抽搐等严重并发症,甚者可导致死亡。用药引起并发症,停药机率为1.4%,而副作用的出现及严重程度与甲氰咪呱剂量有关。为更好的应用这一有效药物,避免副作用的发生,本组所用剂量,每例患者用甲氰咪呱0.09~0.135g/日,完成1个疗程,治疗总量仅3.15g,远比常规应用剂量1.0~2.4g/日,4周需总量28.0~67.2g为小,是常规用量的1/9~1/21,实属超小剂量,无1例出现副作用。

中脘穴有治心痛、腹胀、吞酸、返胃、饮食难化等作用,是治胃病的主穴;足三里是胃经下合穴,合治内腑,又有全身性强壮作用,故选为第2穴;胃俞有和胃,健运脾胃,补益中州,以资气血生化之源。阴阳沟通,调节失衡。用平补平泻法,交替注射,使溃疡病灶局部以至全身得到适度温和的经络的良性刺激,使超小剂量甲氰咪呱通过经络加强了制酸、解痉、止血作用,溃疡病灶得以代谢更新,加速愈合,初步取得显著疗效。通过50例观察,我们认为对溃疡病采用超小剂量甲氰咪呱穴位注射治疗,可能是最佳选择,但例数尚少,有待进一步临床证实。

莨菪浸膏大量多次治疗秋季 小儿肠炎49例

福建省诏安县医院(福建 363500)

沈云生 徐平池 杜淑英 沈建箴*

近年来有关研究认为小儿肠炎应用抗生素弊大于利,不但增加耐药菌株的产生;且对产毒性大肠杆菌肠毒素引起的分泌性腹泻难以奏效;而病毒已被证实为主要病原,抗生素更是无能为力。目前国际上尚缺乏特异有效的抗病毒药物,国内正致力于中草药疗效探讨。我们根据以往应用莨菪类药的经验,在1988年秋季采用莨菪浸膏片大剂量多次给药治疗秋季小儿肠炎,疗效显著。

临床资料 观察对象为1988年11~12月住院的秋季小儿肠炎病例(除外食物中毒、喂养不当及胃肠道外感染因素,共99例。男75例,女24例;年龄5个月1例,~1岁32例,~1.5岁66例。全部为母乳喂养或混合喂养,主要临床表现有发热,呕吐或上呼吸道感染症状;粪便为水样或蛋花汤样,少数早期为一

* 福建医学院附属协和医院

过性乳汤样便，镜检白细胞阴性或少许，红细胞阴性，可见不同程度的脂肪球。入院前腹泻天数为1~2天72例，3~12天27例；入院时体温正常53例，发热46例（其中38℃以下者15例，39℃以上者16例）；入院前1天腹泻次数为每天10次以下67例，每天10次以上32例；轻度脱水66例，中度脱水33例；并发急性支气管炎3例，低钙惊厥1例，营养不良Ⅰ°4例。按入院顺序随机分为两组，治疗组与对照组平均入院前腹泻天数分别为2.39±1.98和2.34±1.62天。

治疗方法 治疗组49例：采用莨菪浸膏片每次10~15mg/kg体重，每3小时口服1次，首次加倍，昼夜可各停服1次，每24小时给药6~7次，泻止后减量继服1~2天，按每次5~10mg/kg体重，每日4次。对照组50例，采用维生素、助消化药及抗生素口服，均按常规剂量。为便于对照，两组均采用静脉补液纠正脱水，体温在39℃以上给予肌注安痛定或口服扑热息痛。两组的并发症及并存病均按常规治疗。

结果 疗效标准：大便每日≤3次，性状正常，镜检正常，或超过24小时未排大便为痊愈。结果：治疗组与对照组平均止泻天数分别为1.43±0.65、2.48±1.25天， $P<0.01$ ；住院1天止泻率分别为65.3%、24%， $P<0.01$ 。选择其中发病≤2天的病例进行分析：治疗组与对照组各36例，平均入院前腹泻天数分别为1.61±0.49、1.64±0.54天，平均止泻天数分别为1.44±0.65、2.64±1.32天， $P<0.01$ ；住院1天止泻率分别为63.9%、22.2%， $P<0.01$ 。

讨论 小儿肠炎发病机理复杂，近年观察到本病有微循环障碍现象。莨菪浸膏之所以能较快起到止泻作用，主要在于可迅速改善胃肠道微循环，使损伤的肠粘膜的功能迅速得到代偿；促进肠粘膜的修复，对植物神经的双向调节作用既抑制肠道分泌，又可促进肠壁粘膜的吸收，对平滑肌的解痉作用及抗胃肠道超敏作用，使肠蠕动亢进被抑制，有利于肠液的吸收，而病理状态下，大剂量给药可抑制兴奋的M受体及α受体，活化β受体，有利于肠粘膜功能的代偿。

虽然近年来认为“莨菪化”是显效标志，不应理解为中毒，但目前常用的几种莨菪类药“莨菪化”量与中毒量常不易掌握，使临床应用受限，我们观察到莨菪浸膏在采用大于儿童常规量（每天1~3mg/kg体重）的数十倍治疗秋季小儿肠炎而获显著疗效的情况下，仍未见明显的“莨菪化”或毒副反应，显示莨菪浸膏的优越性，这与莨菪浸膏为天然制剂有关，莨菪浸膏的主要成分为莨菪碱，及少量东莨菪碱、阿托品，而后二者的部分副作用可互相拮抗使制剂的副作用降低。

本治疗组49例仅4例服药后出现一过性轻度面色潮红。近年来发现莨菪类药对植物神经有双向调节作用，在病理状态下高热病人用药后体温可以下降，本治疗组观察表明绝大部分发热病例，体温均可在入院24小时内降至正常（包括部分采用物理降温及退热剂），个别出现反复高热，通过常规剂量口服扑热息痛，体温均可在48小时内被控制，在未达止泻前莨菪浸膏不必减量。

本疗法如能在密切观察下，按个体化、莨菪化给药，其疗效还可望进一步提高。

丹参注射液治疗小儿重症肺炎50例临床观察

广西钦州地区医院儿科（广西 535000） 潘洁超

小儿重症肺炎仍是当前儿科尤其是基层儿科最常见的危重症，我科自1987年开始用丹参注射液治疗重症肺炎取得较好疗效。现将用该药治疗的50例（治疗组）与同期用常规方法治疗的34例（对照组）对照观察，总结报告如下。

临床资料 诊断标准参照《小儿肺炎》（叶培等著，广西人民出版社1984年第1版）。84例住院患儿，随机分为两组，治疗组50例，男39例，女11例。年龄13天~2岁，其中6个月以内34例，7个月~1岁11例，1+~2岁5例。对照组34例，男25例，女9例，6个月以内16例，7个月~1岁13例，1+~2岁5例。有心衰、呼衰等并发症或严重伴发病者治疗组45例，占90%；对照组30例，占88%。有发热者治疗组46例，占92%；对照组30例，占88%。两肺罗音密集者治疗组42例，对照组16例。

治疗方法 两组抗感染、吸氧、强心、平喘、雾化吸入等综合治疗相同。治疗组加用丹参注射液（每支2ml含丹参3g），少数用复方丹参注射液（每支2ml含丹参、降香各2g），每次2ml，每日1~2次加入10%葡萄糖内静脉滴注，连续用药3天以上，一般连用5~7天，少数用8~12天。

结果 治疗组痊愈47例，对照组痊愈31例，两组各有2例好转自动出院，各有1例死亡。现就两组痊愈病例分析对比如下。

1. 呼吸困难缓解时间：以心衰、呼衰纠正，呼吸较平顺，停氧后无发绀、苍白、发灰等缺氧症为标准。治疗组呼吸困难缓解时间最短为1天，3天内缓解者42例占89%，最长5天，平均2.40天；对照组3