

病例选择

本组全部为我院1988年10月~1989年12月收治的腹泻患儿，随机分为观察组及对照组。观察组90例，男67例，女23例；年龄最小1个月，最大3岁，平均9个月。治疗前病程1~32天。对照组60例，男42例，女18例；年龄最小1.5个月，最大3岁，平均9.5个月。治疗前病程2~13天。两组腹泻主要为蛋花汤样或黄水稀便，每日5~20余次不等。大便镜检：未见异常或以脂肪球为主，或白细胞1~2个；大便未行细菌及病毒培养。观察组伴发热者9例；伴呕吐者14例；伴脱水者26例。对照组伴发热者7例；伴呕吐者9例；伴脱水者17例。两组病情接近，无显著差异。

治疗方法

观察组采用中药敷脐。(1)药品制备：将干姜、肉桂、丁香分别研末过筛，取三种药粉各等量混匀，装瓶密封备用。(2)用药方法：先用生理盐水棉球将患儿脐窝擦净，将药粉置于脐窝内，稍加压，以填平脐窝为度，再用约4.0cm×4.0cm胶布覆盖固定。每2日换药1次，伴脱水者给予口服或静脉补液，停用其他药物。

对照组常规口服乳酶生、胃酸蛋白，肌肉注射庆大霉素，伴脱水者给予口服或静脉补液。

治疗结果

治疗4日时判定结果。大便恢复正常，症状、体征消失为痊愈；症状、体征减轻或无变化为未愈。观察组90例中，治愈89例(其中2日内治愈63例)，未愈1例，治愈率98.8%。对照组治愈22例(其中2日内治愈5例)，未愈38例，治愈率36.67%。两组疗效经统计学处理有显著性差异($\chi^2=72.43$, $P<0.001$)。

讨论

婴幼儿腹泻是因婴幼儿脏腑娇嫩，脾胃运化功能尚不完善，感受外邪及乳食不节易引起脾胃功能紊乱所致。目前认为多系轮状病毒感染。干姜、肉桂、丁香研末敷脐，能温中散寒，健脾和胃，促进气血运行；脐为神阙穴，药物敷于脐，尚有穴位刺激作用。现代医学认为，本方具有扩张血管，改善胃肠血液循环，刺激胃液分泌，促进肠粘膜的吸收，可能还有抗菌及提高机体对病毒的免疫力作用。由于婴幼儿皮肤通透性强，干姜、肉桂、丁香均含有挥发油，故药物敷脐易于吸收。据观察，患儿敷脐8h即可出现作用，治愈后最好再继续敷药1~2日，以巩固疗效。此法治疗婴幼儿腹泻效果好，疗程短，简便易行，不受呕吐等因素影响，未发现不良反应，门诊、病房均可采用。

中药保留灌肠治疗婴儿 秋季腹泻42例观察

浙江省永康县人民医院(浙江 321300)

朱东波 应福余

浙江省永康县中医院 沈 鹏

婴儿秋季腹泻西医无特殊疗法。我们采用中药保留灌肠治疗该病取得一定效果。现报告如下。

一般资料

病例选择：婴儿秋季腹泻78例(按照1986年10月长沙全国第二届小儿腹泻防治会议制定的诊断标准)，随机分治疗组42例，对照组36例。病例均选1周岁以下，秋、冬季流行性腹泻，发病在3日内，大便呈水样或蛋花汤样，无脓血。大便常规仅见脂肪球，无白细胞。大便培养全部病例未见细菌生长。病例分型：根据林峰、陈家洲主编《儿科疾病诊断标准及治疗方案》关于婴儿腹泻的分型标准，轻型：腹泻少于每日10次，每次粪便含水量少，患儿无脱水或仅有轻度脱水；重型：腹泻多于每日10次或便次不多，但含水量很多，伴中、重度脱水。两组病例可比性分析：治疗组男30例，女12例；轻型10例，重型32例；平均月龄 8.4 ± 2.77 月，平均发病 2.1 ± 0.64 天。对照组男25例，女11例；轻型12例，重型24例；平均月龄 8.9 ± 2.70 月，平均发病 2.3 ± 0.69 天。两组性别、年龄、病情及发病日比较，经统计学处理，无显著差异($P>0.05$)，两组有可比性。

治疗方法

治疗组均采用中药保留灌肠。中药组成：藿香6g 紫苏6g 半夏6g 茯苓10g 白术10g 陈皮6g 扁豆10g 淮山药10g 泽泻10g 车前子10g。上药加水煮沸约20min，煎汤至50ml左右待用。灌肠方法：患儿侧卧位，两膝屈曲。选用14~16号导尿管，用石蜡油润滑管头，轻轻插入肛门约10~15cm，然后将50ml药液用注射器缓慢注入。药液温度以38~40℃为宜，每日1次，每次1剂。灌肠后嘱患儿抬高臀部30min，再采取侧卧位，尽量使药液保留2h以上。对照组给予复方苯乙哌啶，同时加服多酶片和病毒灵。两组凡有脱水者，轻度给予口服补液，中、重度给予静脉补液。

结果

疗效判断标准：(1)显效：经治疗3天，体温正常，脱水完全纠正，无腹泻者。(2)有效：经治疗3天，体温正常，脱水基本纠正，大便次数比原来减少

50%或含水量明显减少变稠者。(3)无效:经治疗3天,无明显好转者。

治疗结果:治疗组42例中,显效27例,有效12例,无效3例,总有效率92.9%。对照组36例中,显效8例,有效16例,无效12例,总有效率66.6%,经统计学处理,两组显效率比较有非常显著性差异($\chi^2=13.87$, $P<0.01$),总有效率也有非常显著性差异($\chi^2=8.56$, $P<0.01$)。证明治疗组疗效明显优于对照组。

讨论

秋季腹泻为小儿常见病之一,发病率高,对婴幼儿的健康危害甚大。大便水样或蛋花汤样,属分泌型腹泻,主要由轮状病毒引起。目前在缺乏特效抗病毒药物情况下多使用抗分泌、抗动力药治疗。此病属于中医学“小儿泄泻”范畴。病因有:脾胃素虚,喂养不当,内伤乳食;感受暑湿时邪,损伤脾胃。两者常互为因果。因此,辨证论治应着重于健脾化湿,消食导滞。我们应用的中药白术、茯苓、扁豆、淮山药等均有较好的健脾功能。但中药味苦,药量多,且腹泻患儿多伴有呕吐,因此喂药困难,影响疗效。我们采用中药保留灌肠法治疗,与西药组比较,显效率和总有效率都明显增高。治疗组42例中有13例经1次灌肠后即止泻或大便次数明显减少变稠,因此1次有效率31.0%。该治疗方法能缩短病程,提高治愈率,疗效显著,无副作用,适合基层医院,值得推广应用。

中药消痔灵治疗慢性鼻炎126例观察

河北丰南县医院(河北 063300)

高日新 董俊义

我院于1988年初开始将中药消痔灵试用于慢性鼻炎的治疗,初见成效。现报告如下。

临床资料

对126例门诊慢性鼻炎患者进行了治疗。其中,男性85例,女性41例。年龄最大52岁,最小13岁,病程最长15年,最短0.5年。其中慢性单纯性鼻炎56例,慢性肥厚性鼻炎70例。

治疗方法

通过临床症状及X线照片,排除副鼻窦炎后即可进行该法治疗。用的卡因棉片行下鼻甲粘膜表面麻醉,用5ml注射器配5号针头,由下鼻甲前端刺入,直抵后端(不可穿透后端粘膜),抽吸无回血时,边注射药,边退针。根据下鼻甲大小不同,注入1.5~

3.0ml消痔灵注射液。为减轻患者疼痛,可于注射液中加入2%利多卡因1ml。拔针后用无菌干棉球压迫止血即可。1周后复查,如未愈,可查下鼻甲,在未硬化缩小之处重复注射。

治疗结果

一般在治疗1~3次后检查,如症状消失,下鼻甲硬化、缩小,通气良好者为治愈;症状明显减轻,下鼻甲硬化,有不同程度缩小,通气明显改善者为好转;症状无减轻,通气无改善,下鼻甲虽硬化,但缩小不明显者为无效。治疗126例中,慢性单纯性鼻炎56例,治愈48例占85.7%,好转8例占14.3%;慢性肥厚性鼻炎70例,治愈49例占70%,好转17例占24.3%,无效4例占5.7%。总有效率为96.9%。

我们对其中84例治愈患者随访,最长18个月,最短6个月,复发6例,症状均较轻。查下鼻甲粘膜未能彻底硬化,再次治疗后2例治愈,4例好转。

讨论

消痔灵注射液中五倍子内含大量鞣酸,对组织有较强的收敛作用,能使蛋白凝固,血管内血栓形成,有直接收缩血管及较强的抗渗出作用和抑菌作用;明矾中的铝离子则对局部组织产生较强的致炎作用,使组织硬化。单纯性鼻炎主要以鼻粘膜充血,海绵体血管扩张,粘膜下有浆液滞留,为其病理改变。故用消痔灵下鼻甲注射疗效甚佳。而肥厚性鼻炎除以上病理改变外,尚有粘膜下组织增生、骨质增生,有些病例也有鼻中隔粘膜肥厚,故有时虽下鼻甲粘膜硬化收缩,但总鼻道间隙亦无明显增大,故疗效不如前者。这可能也是本组4例肥厚性鼻炎治疗无效的原因。而复发病例,可能因鼻甲较大而注射药量少,下鼻甲粘膜未能彻底硬化,虽于治疗后由于血管收缩、海绵体缩小,通气改善;经过一段时间后,部分血管再次扩张,海绵体又有不同程度增大,而至复发。

通过临床观察,我们认为消痔灵治疗慢性鼻炎的疗效确切,方法简便易行,无副作用,痛苦小,患者易于接受,可供参考。

· 启 事 ·

安徽省高校联合培训部中医函授部开始招生。该校学制二年,选用全国统编高校函授教材,针对自学考试开设12门中西医课程,各科均由中医专家教授辅导教学。凡初中以上文化程度者均可报名。报名费3元汇款至合肥市阜阳路48号高函部,即寄简章和登记表。