

西药配合自拟方治疗秋季腹泻 40 例

洪旭平 项代凤

(江西省婺源县人民医院儿科 婺源 333200)

关键词:秋季腹泻;中西医结合疗法

中图分类号:R 256.34

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)05-0041-02

2003 年 11~12 月我们对 40 例秋季腹泻患儿采用西药治疗的同时加用自拟方药治疗, 并与西药治疗的 32 例进行比较, 现报告如下:

1 临床资料

72 例均来自本院儿科住院患儿。诊断标准参照《诸福棠实用儿科学》^[1]第 6 版。发病于 2003 年 11~12 月上旬, 具有暴发流行性特点, 起病急, 病室 1~8d 不等。其中 43 例有恶心、呕吐症状, 38 例合并有呼吸道症状(急性上呼吸道感染 32 例, 急性支气管炎 6 例), 41 例合并有发热(37.6~40.8℃), 43 例合并脱水(中度脱水 28 例, 轻度脱水 13 例, 重度脱水 2 例), 电解质测定均为等渗性脱水(血清钠 130~150mmol/L)。所有病例均有程度不等的腹胀、肠鸣和口渴、烦躁。大便每天数次至数十次不等, 呈蛋花样水便或白色米汤样, 常规化验除少数有脂肪球外, 均无粘液、白细胞。按

入院顺序随机分为 2 组, 治疗组 40 例, 男 24 例, 女 16 例; 年龄 5~24 个月, 平均(12±6.5)个月; 中度脱水 17 例, 重度脱水 1 例, 发热 21 例, 恶心、呕吐 21 例, 合并呼吸道症状 20 例。对照组 32 例, 男 21 例, 女 11 例; 年龄 6~24 个月, 平均(14±4.3)个月; 中度脱水 12 例, 重度脱水 1 例, 发热 20 例, 恶心、呕吐 22 例, 合并呼吸道症状 18 例。2 组资料比较差异无显著性($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2 组患儿有恶心、呕吐症状者禁食、禁水 6~8h, 无恶心、呕吐症状者给予母乳、牛奶或米汤等喂养, 但减少入量以使消化道适当休息。2 组均静点 3:2:1 液(3 份葡萄糖, 2 份生理盐水, 1 份 1.4%碳酸氢钠)以补充累积损失量, 脱水不明显或轻度脱水者按 50mL/kg·d⁻¹, 中度脱水者给予 75mL/kg·d⁻¹。重度脱水者先给予 2:1 液(2 份生理盐水, 1 份 1.4%碳酸氢

穴位注射, 于止泻穴(位于足外踝向下作垂线, 与赤白肉相交处), 行常规消毒, 与足底平行进针, 深 1cm 左右, 注入 654-2 剂量 0.2~0.5mg/kg, 分注于双穴, 每日 1 次。其它治疗措施同西医对照组。

2.2 对照组 按脱水的不同程度给予补液(口服或静点), 应用抗生素, 助消化、止泻药, 维生素类药物及对症处理, 控制饮食, 服用酸奶(脱脂牛奶+乳酸)。

3 疗效观察

3.1 疗效评定 治愈: 临床症状消失, 便次及性状正常。好转: 便次减少一半, 粪便性状好转。无效: 服药穴位注射 4d 后便次及粪便性状无改善。

3.2 结果 以治疗后 4d 内止泻率和平均止泻天数作为疗效观察指标, 结果见表 1。

表 1 4d 内止泻情况			
	例数	止泻例数	止泻率(%)
结合组	220	220	100
对照组	270	170	62.9

注: 2 组的止泻率、平均止泻天数, 经统计学处理 $P<0.01$, 有显著差异。

4 讨论

中医学认为“泄泻之本, 无不由于脾胃”, 小儿时期, 脾常不足, 常因外邪与伤食导致脾胃功能失调, 水湿滞留, 从而发生泄泻, 中医辨证为外感型偏寒泄泻。现代医学证明, 秋泻多为轮状病毒感染。目前尚无高效的抗病毒药物, 抗生素对此病毒无效。因此, 我们在治疗本病过程中, 将秋泻分为 2 期, 急性期和恢复期, 并据此 2 期拟定秋泻 I 号、II 号方。

急性期用秋泻 I 号方, 恢复期用 II 号方, 并随症加减, 同时给予双侧止泻穴注射。秋泻 I 号、II 号方中, 葛根解表透热, 使热蒸于外者从表而解; 黄芩清热燥湿, 祛除在里之湿热; 藿香辛温, 芳香化湿, 理气和中, 外散表邪, 内去湿浊; 车前子清热利湿; 内金消食化积, 健脾止泻; 茯苓、白术、甘草、山药健脾去湿, 扶助正气; 乌梅涩肠止泻。全方解表和中, 清热祛湿, 健脾止泻。现代药理学研究: 葛根芩连汤可能与提高免疫力、促进肠粘膜的绒毛上皮细胞功能成熟有关, 车前子有降低肠内渗透压、保护肠粘膜及吸附解毒作用。止泻穴是对腹泻高敏的穴位, 注入 654-2 后局部充盈, 产生较长时间的机械刺激, 同时强化了针刺效果; 654-2 为抗胆碱药物, 有兴奋心血管、松弛平滑肌、扩张小血管、抑制腺体分泌的作用, 可改善胃肠功能; 用 654-2 穴位注射, 集药物及穴位之所长, 从而协同了针刺效果而产生事半功倍之力。

我们发现, 秋泻 I、II 号方及穴位注射治疗秋泻可明显缩短疗程, 减少药物剂量。一般治疗 1d 后, 腹泻次数与前 1 天比较均有不同程度减少, 全身情况有明显改善。有些病例在治疗 1d 后腹泻停止, 说明两者联合使用具有协同作用, 能有效控制腹泻。显效快, 疗效确切。本方法安全可靠, 无副作用, 尤其适用于基层医疗单位。但需注意的是, 病儿腹胀明显或体温 39℃以上者, 暂延迟穴位注射时间, 同时在治疗过程中, 饮食疗法不可忽视, 在疾病早期暂禁食 4~6 h, 给予肌注氯丙嗪, 可使胃肠道适当休息, 有利于胃肠道紊乱的恢复, 以后据病情逐步调整恢复到正常饮食。

(收稿日期: 2004-05-10)

中西医结合治疗慢性湿疹 48 例

吴国根

(江西省南昌县人民医院皮肤科 南昌 330200)

关键词:慢性湿疹;中西医结合疗法;皿 治林片;去炎松尿素软膏;健脾润肤汤
中图分类号:R 743.32 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2004)05- 0042-01

1 资料和方法

1.1 一般资料 将 96 例慢性湿疹随机分成治疗组和对照组各 48 例,患者均有典型皮损和瘙痒,病程半年至 10 年。治疗组 48 例,男 28 例,女 20 例,年龄 20~70 岁;对照组 48 例,男 26 例,女 22 例,年龄 22~70 岁。

1.2 方法 治疗组:皿 治林片 10mg,每天 1 次;去炎松尿素软膏,外用,每天 3 次;健脾润肤汤(茯苓 10g,苍术 10g,白术 10g,当归 10g,丹参 10g,鸡血藤 15g,赤芍 20g,白芍 20g,生地 15g,陈皮 6g),每天 1 剂水煎服。对照组:皿 治林片 10mg,每天 1 次;去炎松尿素软膏,外用,每天 3 次。2 者疗程均为 1 个月。

2 结果

治疗前,2 组患者的性别、年龄等因素差异无显著性。治疗 1 月后,治疗组显效(皮损消退 80% 以上,瘙痒完全消失或重度转为轻度)36 例,有效(皮损消退 50%以上,瘙痒由重度转为中度,或中度转为轻度)10 例,无效(临床症状未见缓解或加重)2 例。对照组分别为 16、14、18 例。治疗组临床

总有效率 95.8%,对照组临床总有效率 62.5%,治疗组临床总有效率明显高于对照组($P<0.05$),有显著性差异。

3 讨论

慢性湿疹由急性湿疹及亚急性湿疹迁延而成,或自一开始炎症不重,暗红斑上有丘疹、抓痕及鳞屑。患者皮肤肥厚,表面粗糙,呈苔藓样变,有色素沉着或色素减退。中医认为湿疹主要是由于素体脾弱或饮食不节伤脾,湿热内蕴,加之外感风毒邪气相搏于皮肤所致。慢性湿疹治疗以养血祛风、健脾利湿为主。现代医学认为湿疹是由多种内外因素引起的一种皮肤炎症,治疗主要是抗过敏。笔者采用健脾润肤汤和皿 治林口服,方中茯苓、苍术、白术健脾益气燥湿以治本;当归、生地、丹参、鸡血藤、赤白芍养血活血;陈皮调中和胃。皿 治林是新一代 H_1 受体拮抗剂,有较强的抗过敏作用。两者结合运用,患者瘙痒明显减轻或消失,再以去炎松尿素软膏外用,皮损明显减轻或消退。采用中西医结合治疗慢性湿疹,值得临床上应用。

(收稿日期: 2004 -05 -26)

钠)20mL/kg, 在 0.5h 内推注, 然后再静点 3:2:1 液 160mL/kg $\cdot$ d¹,其中半量(80mL/kg)于 10h 左右输入,其他于 14 h 左右滴入。患儿排尿后常规静脉点滴 10%氯化钾(加入 3:2:1 液中),浓度为 0.2%。低血钙、低血镁者补充钙、镁。恶心、呕吐止后继续丢失量口服 ORS(口服补液盐,稀释 1/3 后口服)补充。发热并血象高者静推头孢噻肟钠(100mg/kg $\cdot$ d¹,分 2 次),热退后即停用。2 组患儿恶心、呕吐止后均给予金双歧口服(每日 2 次,每次 2 片)。治疗组在上述治疗的基础上(恶心、呕吐止后)同时加用自拟中药方:葛根 8~10g,双钩藤 6~8g(后下),防风 3~5g,煨木香 3~5g,陈皮 3~5g、炒白术 4~5g,炒薏苡仁 8~10g,白茯苓 6~8g,无发热或热退后,无呼吸道症状者加诃子肉(煨)3~5g、石榴皮 3~5g、乌梅炭 8~10g。每日 1 剂,浓煎 30~60mL,分次频服,疗程 3~5d。

3 结果

3.1 疗效标准 痊愈:体温正常,口渴、烦躁、腹胀、肠鸣、呼吸道等症状、体征消失,脱水纠正,腹泻止。好转:体温正常,口渴、烦躁、腹胀、肠鸣、呼吸道等症状、体征减轻,脱水纠正,大便次数减少。无效:症状、体征无改善,腹泻同前。

3.2 疗效比较 治疗组 40 例,痊愈 32 例(80.0%),好转 5 例(12.5%),无效 3 例(7.5%),总有效率 92.5%;对照组 32 例,痊愈 16 例(50%),好转 8 例(25%),无效 8 例(25%),总有效率 75%: 2 组总有效率比较有显著性差异($P<0.01$)。

3.3 泻止时间的比较 2 组退热时间均在治疗后 1~2d 内,恶心、呕吐止均在禁食、禁水后 8h 内,无明显差异($P>0.05$)。口渴、烦躁、腹胀、肠鸣与腹泻程度呈正相关,随着腹泻的好转或泻止,上述症状、体征随之好转或消失。治疗组泻止时间($\bar{X}\pm S$)为(27 $\pm$ 0.78)d,对照组泻止时间为(4.1 $\pm$ 1.6)d,2 组比较有显著差异性($P<0.01$)。

4 讨论

秋季腹泻主要由轮状病毒引起,本地区以每年 11 月份最多,多发生在 2 岁以下小儿。多数患儿能够自愈,但体质差者或饮食未适当控制者病情往往迁延不愈。秋季腹泻季节性强,多伴有发热和呼吸道感染症状,具有暴发流行性,笔者认为与“风”邪关系密切。小儿肌肤柔脆,肠胃薄弱,易感风寒,致使脾胃功能失调而发生泄泻。葛根辛凉,解肌表之邪,又能升津液,升发脾与胃清阳之气而治下利;钩藤、防风祛风解表,以除致病之因,又风药多燥,燥能胜湿,三药共为君药;白术、薏苡仁、白茯苓燥湿渗湿健脾运,用作臣药;木香、陈皮理气调中,乌梅、诃子,石榴皮酸涩生津止泻,用作佐使药。笔者运用本方治疗秋季腹泻多年,疗效显著,能够明显缩短病程,提高治愈率。

参考文献

[1]吴瑞萍,胡亚美,张载芳.诸福棠实用儿科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,1996.1 245

(收稿日期: 2004 -03-24)