

推拿大肠经与脾经治疗婴幼儿腹泻 157 例

吴友贵

(江苏省泰州市第四人民医院 泰州 225300)

关键词:推拿;婴幼儿;腹泻;大肠经;脾经

中图分类号:R 723.11

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0058-01

1 临床资料

1.1 一般资料 本文病例 157 例系选择 2004 年 6 月以来在我院就诊的婴幼儿腹泻患儿,均符合 1992 年全国腹泻病协作组《中国腹泻病诊断治疗方案》之腹泻病诊断标准,年龄在 2 个月~3 周岁,其中男 87 例,女 70 例,门诊患儿 98 例,住院患儿 59 例,伴发热、咳嗽、流涕等呼吸道症状者 37 例,病程 4h~2 个月,部分伴有呕吐、腹胀、脱水。大便秘性状多为稀水便或黏液便,镜检多数无异常,或偶见红、白细胞及脂肪。其中 37 例作大便培养均无细菌生长。

1.2 治疗方法 所有病例均采用直推法按摩双侧大肠经及脾经。取穴采用《幼科推拿秘书》所注位置,即大肠经:食指桡侧边缘一线;脾经:拇指内侧缘一线。以滑石粉为介质,快速轻推 200~300 次,以皮肤不发红为准。一般用补法,热甚、痰食诸症则先泻后补。每日推拿一次至泻止。如原发病有消化道外症状,予对症治疗。部分有脱水症状者予补充水和电解质。

2 疗效观察

2.1 治愈标准 以大便性状及次数恢复正常为痊愈。

2.2 治疗结果 见表 1。

表 1 157 例腹泻病人疗效与病程情况 例						
疗程	1d	2d	3d	4d	5d	5~7d
治愈病例	93	114	132	145	153	157
总治愈率(%)	59.2	72.6	84.1	92.4	97.4	100

3 讨论

婴幼儿胃肠道发育不成熟,酶活性差,各系统功能不完善,抗病能力较差,加之小儿寒暖不能自调,饮食不能自节,

故最易为饮食所伤,造成胃肠功能紊乱,引起腹泻。

推拿疗法具有调节神经功能、增加身体抵抗力等作用。通过手法的作用,反射性地影响神经功能,使神经的兴奋和抑制过程达到相对平衡即阴阳平衡^[1]。推拿大肠经补则涩肠固脱、温中止泻,清则清利肠腑、除湿热、导积滞;补脾经能健脾胃、补气血,清脾经能清热利湿、化痰止呕。近代研究认为补脾经可促进蛋白质及淀粉的消化^[2]。

传统中医推拿治疗腹泻大都穴位繁多,几乎遍及全身,治疗时婴幼儿不易配合,如在寒冷的冬天暴露身体穴位时易受凉,极不方便。本方法仅采用简单的两个四肢穴位——大肠经、脾经进行推拿,取穴方便,伸出手脚来即可操作,免除了患儿脱衣的不便,减少了恐惧心理,且无痛苦与不适。由于推拿可迅速改善腹胀、肠痉挛,对腹部症状的改善“立竿见影”^[3],大部分原本哭闹不安的患儿在推拿过程中即能安静下来,也增添了患儿及家长的信心。操作穴位的减少直接缩短了操作时间,保证了操作的有效性,从治疗效果看,1d 治愈率达 59.2%,3d 治愈率达 84.1%,仅有 4 例疗程超过 5d,均为迁延性腹泻患者,经治疗 1 周内均治愈,其中 2 例就诊时原有营养不良体征也明显改善。疗效相当满意,无任何副作用,是一种安全、方便、经济的治疗方法,值得推广。

参考文献

[1]俞大方.推拿学[M].上海:上海科学技术出版社,1990.191
[2]丁季峰.中国医学百科全书·推拿学[M].上海:上海科技出版社,1992.5.8~9
[3]方鹤松,段恕诚,董宗祈,等.中国腹泻病诊断治疗方案[J].临床儿科杂志,1994,12(3):148

(收稿日期:2006-12-28)

中西医结合治疗阑尾脓肿 64 例体会

梁鑫鸿

(杭州钢铁集团公司职工医院 浙江杭州 310022)

关键词:阑尾脓肿;中西医结合疗法;先锋 VI;甲硝唑;阑尾清解汤

中图分类号:R 574.61

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0058-02

我院自 1994 年 1 月~2005 年 1 月对 64 例阑尾脓肿患者进行中西医结合治疗,结果疗效良好。现报道如下:

1 临床资料

实验组 64 例,男 26 例,女 38 例,年龄 14~72 岁,平均 36 岁。对照组 88 例,男 48 例,女 40 例,年龄 12~78 岁,平均 34 岁。所有病例均可在右下腹触到有压痛的包块或者经 B 超检查显示右下腹不均质有液暗区包块,白细胞总数升高或中性粒细胞升高,均无明显肠梗阻表现。

2 治疗方法

对照组用先锋 VI+ 甲硝唑,并予一般治疗和对症处理。实

验组在对照组基础上,加用阑尾清解汤加减(金银花或连翘 30g、蒲公英 30g、败酱草 30g、冬瓜仁 30g、丹皮 15g、赤芍 10g、木香 10g、生大黄 30g 后下),1 剂/d,分 2 次服,1 周为 1 个疗程。加减:如大便干结加甘遂末 1g 冲服,如体温高于 38℃加用生石膏 30g,如纳差可加用鸡内金 15g、焦三仙各 15g。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈:腹痛消失,腹部包块缩小或消失,白细胞总数和中性粒细胞正常。

3.2 治疗结果 实验组 64 例中 61 例(95.3%)治愈,3 例中

多元化治疗病毒性角膜炎疗效观察

李玲 张慧芳 李红

(邯郸钢铁有限责任公司职工医院 河北邯郸 056001)

关键词:角膜炎;雾化;病毒唑针;庆大霉素;维生素 C;无环鸟苷眼液;中药煎剂

中图分类号:R 772.21

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0059-01

病毒性角膜炎是眼科常见疾病、多发病,有眼部刺激症状重、病程长、易复发、对视力损害严重的特点,是我国常见的致盲眼病之一。典型表现:睫状充血,角膜点状、星状、树枝状、地图状溃疡,着色阳性,重者合并虹膜炎症。临床诊断并不困难,我院自 2001 年 1 月~2005 年 3 月共医治 130 只眼,取得了满意疗效,并进行了对照观察。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 按患者就诊的先后顺序设治疗组和对照组,诊断标准参照《现代眼科学》。治疗组:52 例(65 眼),男 30 例,女 22 例;年龄 3~78 岁;65 眼中表浅型 40 眼,基质型 25 眼;病程:表浅型 1d~2 个月,平均 13d,基质型 11d~2 年,平均 5 个月;患者均有不同程度眼痛、畏光、流泪、异物感、视力减退症状;65 眼中混合充血 63 眼,角膜后沉着物 26 眼,角膜知觉敏感减弱 42 眼、迟钝 17 眼、消失 6 眼;65 眼角膜荧光染色均为阳性。对照组:42 例(65 眼),男 23 例,女 19 例;年龄 5~68 岁;65 眼中表浅型 42 眼,基质型 23 眼;病程:表浅型 3d~6 个月,平均 27.5d,基质型 50d~6 年,平均 6 个月;65 眼均有不同程度眼痛、畏光、流泪、异物感、视力减退症状;混合充血 49 眼,角膜后沉着物 18 眼,角膜知觉敏感减弱 37 眼、迟钝 14 眼、消失 5 眼;65 眼角膜荧光染色均为阳性。

1.2 治疗方法 对照组:用抗病毒滴眼液,如无环鸟苷眼液、病毒唑滴眼液及抗生素滴眼液点眼。球结膜下注射病毒唑、干扰素,每周 3 次,每次 0.3~0.5mL,一般 3~4 次为 1 个疗程。口服或静滴维生素 C、抗生素等药物。如溃疡面大,在充分散大瞳孔(1%阿托品膏涂眼)的基础上包扎患眼。根据角膜上皮是否修复及深层浸润、虹膜炎反应和 KP 的多少,用氟美松 0.3mL 球结膜下注射,隔日 1 次,视病情变化用量递减。治疗组:在上述西药治疗的基础上,另加(1)眼部雾化:蒸馏水 10mL+ 病毒唑针 0.5g+ 维生素 C1g,30min,1d 2 次,使眼局部处于抗病毒大环境中。(2)热敷,1d 2 次,促进眼部血液循环。(3)同侧眉弓部注射庆大霉素 4 万 U,连用 3d,杀灭潜伏三叉神经内病毒。(4)刺激症状重者同侧颞封治疗,减轻刺激

症状,改善恶性循环。(5)中医药治疗:炎症初期用明目汤,组方:川芎、归尾、栀子、石膏、白芍、菊花、连翘、黄连、黄芩、荆芥、防风、蔓荆、蒺藜、生地、羌活、薄荷、草决明、桔梗、甘草;中期用甘露消毒饮,组方:滑石、绵茵陈、石菖蒲、黄芩、夏枯草、连翘、薄荷、白蔻仁、藿香、菊花、木通、蝉蜕;后期用补益汤,组方:黄芪、党参、菟丝子、枸杞子、山萸肉、五味子、女贞子、黄精、丹参、川芎、陈皮、升麻、柴胡。

转手术。对照组 88 例中 74 例(84.1%)治愈,14 例中转手术。经 χ^2 检验, $P<0.05$,2 组治愈率差异有统计学意义。

4 体会

阑尾脓肿一般采用保守治疗或脓肿切开引流^[1],亦有一期手术治疗^[2]和穿刺抽脓治疗等方法^[3]。本人采用中西医结合治疗,临床观察效果良好,而且经济方便,患者易接受,方法可取。中医认为阑尾脓肿属“肠痈”之毒热期,易变证,治疗主要以通里攻下为主,辅以清热解毒,行气活血。对病程长、体质差、生命体征不稳、全身中毒症状较重者可急诊行阑尾脓

症状,改善恶性循环。(5)中医药治疗:炎症初期用明目汤,组方:川芎、归尾、栀子、石膏、白芍、菊花、连翘、黄连、黄芩、荆芥、防风、蔓荆、蒺藜、生地、羌活、薄荷、草决明、桔梗、甘草;中期用甘露消毒饮,组方:滑石、绵茵陈、石菖蒲、黄芩、夏枯草、连翘、薄荷、白蔻仁、藿香、菊花、木通、蝉蜕;后期用补益汤,组方:黄芪、党参、菟丝子、枸杞子、山萸肉、五味子、女贞子、黄精、丹参、川芎、陈皮、升麻、柴胡。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 (1)治愈:临床症状消失,裂隙灯检查角膜浸润吸收,云翳形成,荧光染色阴性。(2)好转:临床症状减轻,裂隙灯检查角膜浸润基本吸收,角膜水肿不明显,角膜溃疡基本修复,荧光染色范围缩小或弱阳性,角膜水肿消失。(3)无效:治疗后自觉症状及眼部症状加重或无改善。

2.2 结果 2 组疗效比较及 2 组治疗前后视力变化见表 1、表 2。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

表 1 2 组疗效比较 眼

	n	治愈	好转	无效	治愈率(%)	复发(1 年)	复发率(%)
治疗组	65	60	3	2	92.3	8	12.3
对照组	65	40	15	10	61.5	15	23.1

表 2 2 组治疗前后视力比较 眼

	视力	<0.1	0.1~0.5	0.6~1.0
治疗组	治疗前	18	33	14
	治疗后	3	8	54
对照组	治疗前	15	35	15
	治疗后	5	17	43

3 讨论

病毒性角膜炎是由单纯疱疹病毒 I~II 型感染所致,感染后病毒潜伏在三叉神经节细胞核内,在感冒、发热、劳累、情绪激动、糖皮质激素应用等诱因作用下,病毒活化下行于角膜繁殖且破坏角膜发病。多元化结合治疗单纯疱疹病毒性角膜炎是在西医基础上,通过调整脏腑功能,提高了机体免疫力,增强了机体抗病毒能力,有效地促进了单纯疱疹病毒性角膜炎的痊愈,为临床治疗单纯疱疹病毒性角膜炎提供了新的思路。

(收稿日期: 2006-12-11)

肿切开引流,千万不可拖延,以免发生意外^[4]。

参考文献

[1]刘金刚,余序.阑尾脓肿 508 例诊治分析[J].中国实用外科杂志,1994,14(5): 291~292
[2]张志学.阑尾穿孔脓肿包裹一期手术[J].中华外科学杂志,1997,35(8): 458
[3]宋伟勇.经皮穿刺抽脓治疗阑尾脓肿 41 例分析[J].实用外科杂志,1992(4): 184~185
[4]李俊海,李晓峰.中西医结合治疗阑尾脓肿 260 例观察[J].中华现代中西医杂志,2004,2(9): 231

(收稿日期: 2006-10-30)