

小承气汤加味治疗中毒性肠麻痹

上海市长宁区中心医院内科 徐 济 群*

对于急性细菌性痢疾所引起的中毒性肠麻痹,目前尚无特异性疗法,一般都主张保守治疗,其存活率较低。近年来,笔者应用小承气汤加味治疗本病,疗效较佳,现报道如下。

一、临床资料

本组7例,男3例,女4例;年龄3~5岁。7例患儿经细菌培养证实为弗氏痢疾杆菌感染,临床表现均具有急性细菌性痢疾的典型经过,中毒性肠麻痹多发生于起病后7~10日(多因症状未能及时控制或治疗不当);本组患儿临床均有全腹高度膨胀、腹部持续性胀痛、肠鸣音减少或消失、无排便排气、呕吐胃肠内容物、烦躁、口渴、尿少、脉细数等症状体征,严重者甚至出现虚脱;7例患儿经X线检查均示大小肠、结肠、直肠广泛胀气和扩张(以大肠胀气尤显),胃内亦有胀气,肠腔内无阶梯样液平面,钡灌肠检查时钡剂可直达盲肠;实验室检查,外周血象白细胞总数及中性粒细胞比例增高,红细胞与血小板比例相应减少。

二、治疗方法

均予小承气汤加味,厚朴、枳实、熟大黄(研末,后下)、陈皮各2克,黄连、木香、砂仁、藿香、大腹皮各3克,川芎、瓜蒌皮各4克,柿蒂3枚。将上药水煎、浓缩、过滤,取汁200毫升鼻饲;鼻饲前应先抽取胃内容物,首次鼻饲40毫升,以后每隔2小时注入药汁20毫升。

三、治疗结果

7例患儿均于间断用药20小时后,肠麻痹消失,肠蠕动功能恢复,肠鸣音恢复,开始排气排便,停止呕吐,腹部胀痛基本消除而愈。

四、典型病例

冯×,女,3岁,1983年6月25日入院,

住院号113535。患儿发热,交替排脓血便与果酱便无法计数,伴里急后重、脱肛、腹胀痛,已有2日,经多次粪便细菌学培养,证实为弗氏痢疾杆菌,粪常规检查符合细菌性痢疾诊断,并发现阿米巴滋养体、蛔虫卵,予广谱抗生素、复方新诺明、灭滴灵与支持疗法治疗无效。患儿病情加重,持续高热,高度腹胀,全腹压痛,肠鸣音消失,停止排便,呕吐粪便、胆汁及蛔虫,经外科会诊及X线腹透后,确诊为中毒性肠麻痹,因非手术适应症,故采取保守疗法,予胃肠减压、肛管排气、松节油热敷及肌注新斯的明,病情仍无缓解,腹胀加剧,呕吐频作,神疲气衰,呼吸急促,血压下降,脉疾而细,改用中药治疗。证属湿热痢,治宜清热解毒,行气利湿,急下存阴,软坚散结。方用小承气汤加味(药物与用法同上)。经20小时间断用药后,肠蠕动开始恢复,出现肠鸣音,自行排气并排出脓血便、果酱便及蛔虫,腹痛痞满基本消失,体温下降,血压回升,患儿安静入睡。改用扶正养阴,健脾益胃之剂善后。

五、讨论

本病多并发于严重肠道感染、全身感染、急性腹膜炎及腹腔大手术后水电解质紊乱。因为本病并无肠腔狭窄,而是由于肠道处于麻痹状态导致肠内容物通过障碍,故非手术之适应症。现代医学对本病的基本治疗原则是控制肠道感染等因素造成的肠道功能失常,纠正全身代谢紊乱,解除梗阻的原因;临床多采取广谱抗菌素联合应用、解痉止痛、胃肠减压、纠正水电解质紊乱等保守治疗措施,但疗效不满

* 笔者原在武汉市传染病医院工作

意。

细菌性与阿米巴痢疾等属于中医痢疾的范畴。小儿急性痢疾中以湿热痢最为常见，其病因与小儿脾胃嫩弱、荣卫不固、易受病邪侵袭有关。本病传变迅速，易出现腹胀痛痞满拒按、大便不通、频发干呕或呕吐粪便、持续高热等脾胃功能紊乱、气机衰败之危重症候（即现代医学之中毒性肠麻痹阶段）。笔者根据本病的传变过程、证之虚实与伤阴伤阳的不同，采取“荡涤肠胃”之法，以攻下热毒秽浊壅积，急下存阴。药物配伍注意到本方中苦寒药（如熟大

黄、黄连）用量适中，选用木香、砂仁醒脾和胃，厚朴、枳实、陈皮、川芎行气化痰，以大腹皮、藿香除湿，瓜蒌皮、柿蒂理气，解痞，散结止呕，药证相符，故能迅速扭转病机，化险为夷。服药后邪毒秽浊将尽，应中病即止，及时改用扶正养阴、补益脾胃之剂。笔者体会应用小承气汤加味治疗中毒性肠麻痹，能够阻止病情继续恶化，避免引起中毒性休克及循环衰竭。应用的关键在于掌握本病传变迅速的特点，判断准确，适症而施，适可而止，方能取得疗效。

下鼻甲粘膜下注射丹参液治疗过敏性鼻炎

四川省部队门诊部 张冠生 兰一荣 房丽云 王昌德

我们应用丹参液下鼻甲粘膜下注射治疗过敏性鼻炎，收到一定效果，现介绍如下：

一、临床资料：本组50例中，病程1~2年21例，2~3年20例，3~4年9例。常见症状有剧烈的喷嚏，鼻内发痒，鼻阻，有多量的水样清涕，定期或不定期的反复发作。鼻腔检查，鼻粘膜水肿、苍白，有水样粘液呈丝状的清涕，鼻腔分泌物涂片发现有嗜酸性细胞。

本组50例中，慢性单纯性过敏性鼻炎25例，季节性过敏性鼻炎12例，混合性过敏性鼻炎（含过敏性鼻炎副鼻窦炎）10例，慢性复发性过敏性鼻炎（顽固性）3例。

二、治疗方法：病人取坐位，用1/5000洁尔灭液洗涤鼻腔，再以4%可卡因棉片置于下鼻甲粘膜处，作局部浸润麻醉，5分钟后取出，分别于双侧下鼻甲粘膜下各注射1毫升丹参液（上海第七制药厂生产，为丹参、降香提取制成的灭菌溶液，每1毫升含相当丹参、降香生药各1克）。每周2次，6~8次为一疗程。若第一疗程疗效不满意，可隔1周后开始第二疗程，其药量每侧增加到1.5毫升，注射后用1%麻黄素棉片压迫注射部位，以防出血。并给患者口服适量的维生素C和B₁，氯麻卡合剂（氯霉素、1%麻黄素、卡那霉素）点鼻，一日三次。

三、治疗结果：本组50例，按以上方法治疗，在2周内临床症状消失，功能障碍恢复，鼻腔检查正常或好转，3~6个月内鼻腔分泌物涂片阴性，发作次

数显著减少或偶有发作但症状明显减轻，评为显效者33例；2周内症状及发作次数虽有明显减轻，但客观检查不满意，评为好转者10例；评为无效者7例。总有效率为86.0%。显效、好转者第一疗程占26例，第二疗程占17例。慢性单纯性过敏性鼻炎25例，获显效23例，好转2例；季节性过敏性鼻炎12例，获显效7例，好转3例，无效2例；混合性过敏性鼻炎共10例，获显效3例，好转5例，无效2例；慢性复发型过敏性鼻炎3例，均无效。

四、体会：本法临床观察效果满意，可能与下列因素有关：丹参能解除局部微循环障碍，恢复微循环的灌注，改善细胞代谢，减少生物活性物质的释放，阻断由生物活性物质释放而导致的恶性转换的病理过程；减轻或阻断对效应器的刺激；恢复鼻腔粘膜细胞的钠泵正常过程。通过直接将丹参液注射在下鼻甲粘膜下，对局部血管的渗透性有调节作用，促进淋巴细胞的转化作用。丹参液对鼻粘膜的分泌腺有抑制作用，这样不但输送了抗体而且还提高了鼻腔粘膜的抵抗力，联合全身和局部用药对改善病变的病理过程，机体的抗病效应也有积极的作用。

在下鼻甲粘膜下注射时，操作宜轻，避免损伤粘膜。同时，药液一定注射在粘膜下，所以进针不可深，以1~1.5毫米为宜。

本文承成都部队军医学校外科教研室刘泰民同志指导，谨此致谢。