

临

床

报

道

温经通络、豁痰开窍法救治银环蛇咬伤致呼吸麻痹 19 例

福建省泉州市中医院(362000)

林伟民

银环蛇咬伤继发呼吸麻痹,发生率高,救治难度大。我科在林金长主任医师指导下,以泉州蛇药、中医辨证施治为主,配合西医药对症支持治疗该病 19 例,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

本组男性 17 例,女性 2 例,均为青壮年。咬伤部位:掌指 6 例,足踝趾 13 例。咬伤后就诊时间:2~3 小时 5 例;3~4 小时 8 例;4~5 小时 4 例;5 小时 2 例。咬伤后经切开排毒等处理 11 例;未切开排毒 8 例;就诊前出现呼吸麻痹者 10 例;入院后出现呼吸麻痹者 9 例。治疗中经气管切开者 4 例。呼吸麻痹持续时间为 45~92 小时。

2 治疗方法

局部处理:若未作切开排毒者,再予常规消毒切开挤压排毒,后用生理盐水调泉州蛇药冲剂如糊状外敷,勿封住伤口,保持湿度。保持呼吸道通畅,吸痰、吸氧,纠正缺氧状态,必要时作气管切开术、人工呼吸。立即口服或鼻饲泉州蛇药冲剂,首次 2 包,以后每 4~6 小时 1 次,每次 1 包。若呕吐频繁者,改为生理盐水溶化稍加温约 20~25℃,予结肠滴入给药。

中医辨证施治,基本方药:桂枝 15g,细辛 6g,白芷 30~45g,石菖蒲 15g,胆南星 9g,陈皮 10g,半夏 12g,郁金 9g,全蝎 9g(研末冲服),徐长卿 24g,甘草 6g,加水 1200ml,浓煎至 400ml,分次鼻饲,2~4 小时给完,重型病例,每日 2 剂,第 2 剂分 4 次,每 3~4 小时给药 1 次。若呕吐频繁者,改为结肠分次滴入给药,亦可与泉州蛇药冲剂混合给药。随症加减:若痰涎著减,减去陈皮、半夏、胆南星;若痰由白转黄稠,去桂枝、细辛,加鱼腥草 30g,银杏 15g,瓜蒌皮 15g;若见唇甲紫绀加重,额头汗出,四肢厥冷,血压下降,脉微欲绝,急回阳固脱,改用四逆汤合参附汤,或用生脉饮注射液 4 支、参附注射液 3 支加入 10%葡萄糖溶液静脉滴注;若呼吸麻痹基本缓解,而脘腹痞胀者,于基本方去桂枝、细辛、石菖蒲、胆南星、全蝎,加制大黄 10~12g、枳实、厚朴各 10g。适当输液,给抗生素、皮质激素、镇静剂、神经营养剂等。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:全身中毒症状与局部症状消失、呼吸功能恢复正常,或仅遗留患肢轻微麻痹乏力为痊愈;经治疗病情继续恶化,死亡或中断治疗及转院者为无效。

3.2 治疗结果:本组 19 例全部治愈,治愈天数 7~23 天,平均 16.4 天。

4 讨论

林师根据近 40 年实践经验,初步认为该类毒素应属“风寒毒邪”,且以“寒毒”为重,寒为阴邪,寒性凝滞,主收引,而损人阳气。若病至中、后期,阳气被耗、正气大亏,则转为“虚寒”证,极易发生“厥脱”终致心、肺、肾之气暴脱、阴阳离决。在应用泉州蛇药或抗蛇毒血清解毒的基础上,再用较大剂量温经通络、豁痰开窍的汤剂,并配合西医药对症支持治疗,获较为满意的临床疗效。初步观察认为,能较好延缓、控制呼吸麻痹的发生和发展,促进呼吸麻痹较早恢复。

中药配合西药治疗急性有机磷农药中毒 154 例

湖南省临武县医院(424300)

陶建华 熊柳亚

本文共总结经口服有机磷农药中毒者 231 例,其中 154 例采用中西药结合的方法治疗,与另 77 例只用西药治疗者比较,现报道如下。

1 临床资料

231 例均系因误服或其他原因经消化道致有机磷农药中毒,其中敌敌畏 138 例、乐果 69 例、敌百虫 24 例。年龄 2~79 岁,以 16~35 岁居多,平均年龄 30.4 岁;女性 139 例,男性 92 例;中毒后入院时间 10 分钟~7.5 小时。两组病人均具有经口入有机磷农药病史,并有急性有机磷农药中毒的症状、体征,符合急性有机磷农药中毒之诊断标准。轻度[血清胆碱酯酶(CHE)小于正常值的 50%~70%]58 例,中度(CHE<30%~50%)132 例,重度(CHE<30%)41 例,231 例患者按 2:1 的比例随机分为治疗组(154 例)和对照组(77 例)。两组之间在性别、年龄、病程、有机磷农药中毒程度、临床表现等方面差异无显著性意义($P>0.05$)。

2 治疗方法

治疗组采用中西药结合的方法。患者入院后一律用清水反复洗胃,直至洗出液清晰,无农药气味为止。洗胃的同时给予足量特效解毒药,轻度单独给予阿托品或胆碱脂酶复能剂;中度和重度中毒者两药并用,阿托品用量可适当减少,如用胆碱酶复能剂效果不佳,当加大阿托品用量。洗胃结束即灌入中药甘露承气汤(自拟方):大黄 10~30g,枳实 10g,厚朴 10g,芒硝 30g,甘遂 1~3 克(研末兑服)。将大黄加沸水 200ml 泡 30 分钟后待用;枳实、厚朴二味药入罐后用冷水泡 30 分钟,先武火后文火熬 30 分钟取药汁,再重复 1 次,两次药汁总量约 150~200ml;将药汁混合(包括大黄水)加芒硝 30g,再煮沸 5 分钟,经用纱布过滤后备用。待患者洗胃结束,即将制作好的中药汁兑入甘露末一次从胃管内灌入。以后每间隔 8 小时再按前述制作

方法,令患者服下(病人拒食或因处于昏迷状态无法服下,则采取从鼻饲管灌入的方法),直至患者各项检查恢复到正常状态。对照组:不服中药,其他治疗方法同治疗组。

3 疗效标准与结果

治愈:经治疗 3 天症状、体征消失,CHE 恢复正常;好转:经治疗 3 天症状、体征大部分消失,CHE 较正常值低 10% 以内;无效:经治疗 3 天症状、体征及 CHE 无明显变化。

治疗组治愈 141 例(91.56%);好转 10 例(6.49%);无效 3 例(1.95%)。对照组治愈 33 例(42.85%);好转 40 例(51.95%);无效 4 例(5.19%)。治疗组与对照组比较,治疗组治愈率明显优于对照组($P < 0.01$)。

4 讨论

急性有机磷农药中毒,仅凭洗胃要完全消除胃肠道残留的有机磷农药是非常困难的,尤其是中度以上中毒者,这是因胃肠道有非常多的皱襞之故。因此笔者设想,通过下泄的办法,可促使胃肠道皱襞中的有机磷农药快速排出体外。甘遂承气汤具有强大的荡涤胃肠积滞之作用,经临床实践,屡用屡效,较之单纯用西药大大提高临床疗效。

安神舒郁疗法治疗中风后焦虑状态 60 例

河南中医学院第一附属医院(450000)

杜玉玲 钱仁义

中风病伴发焦虑状态临床发病率较高,严重影响中风病患者的康复。我们采用安神舒郁疗法治疗,获良好疗效。

1 一般资料

选择 90 例我院中风科诊断为中风病伴发焦虑状态的住院病人,按 2:1 比例随机分为治疗组 60 例,对照组 30 例。其中治疗组男 41 例,女 19 例;平均年龄 56.47 岁;脑梗塞 52 例,脑出血 8 例。对照组男 22 例,女 8 例;平均年龄 54.62 岁;脑梗塞 27 例,脑出血 3 例。两组具有可比性($P > 0.05$)。90 例均为急性中风中经络患者,符合国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》关于中风病诊断标准,全部病例均经脑 CT 或 MRI 检查。焦虑症的诊断符合《精神病学》制定标准。

2 治疗方法

治疗组在中风病常规治疗基础上,采用安神舒郁疗法,基本方药:朱砂 1g,珍珠母 30g,栀子 12g,黄芩 12g,川牛膝 30g,丹参 20g,川芎 15g,郁金 12g,半夏 12g,石菖蒲 15g,香附 15g,合欢皮 15g。肝风盛者加天麻、钩藤;大便秘结者加生大黄、桃仁、枳实。水煎服,每日 1 剂,分早晚 2 次温服。对照组仅对中风进行常规治疗。两组均 4 周为 1 疗程。

3 结果

采用 Zung 氏焦虑自评量表(SAS)于治疗前后对两组病例分别测评。疗效标准:临床治愈:SAS 积分减少 50% 以上;显著:积分减少 25%~50%;无效:积分减少 25% 以下。

两组治疗前后 SAS 变化:治疗组疗前 SAS 标准为 61.83 ± 9.46 ,对照组 60.73 ± 10.80 ,经 t 检验,两组无明显差异($P > 0.05$)。治疗组疗后 SAS 标准分为 39.67 ± 7.52 ,与疗前相比,有极显著性差异($P < 0.01$);对照组为 48.36 ± 9.75 ,与疗前比

差异显著($P < 0.01$)。疗后两组对比,差异极显著($P < 0.01$),治疗组明显优于对照组。

临床疗效:治疗组治愈 38 例,好转 17 例,无效 5 例,总有效率 91.7%;对照组治愈 9 例,好转 11 例,无效 10 例;总有效率 66.7%,经 Riddit 分析, $u = 3.07$, $P < 0.01$,两组差异显著,治疗组明显优于对照组,治疗中未发现不良反应。

4 讨论

中风后其病理产物风、火、痰、瘀等邪毒郁积体内,不得正常疏泄,上犯清窍而发病。方中朱砂镇心安神、泻心火,珍珠母平肝潜阳、安神定惊;栀子、黄芩清心肝之热,解火郁,助朱砂、珍珠母清热除烦,平抑肝阳。川牛膝引血下行,滋补肝肾,助珍珠母平郁之逆;川芎行气活血,丹参活血化痰、养血安神,治血瘀;郁金行气解郁、香附疏肝理气、合欢皮安神解郁,治肝郁;清半夏燥湿化痰,石菖蒲化痰开窍,解痰郁,与栀子、黄芩、郁金配伍尚有豁痰开窍、凉血清心之功。诸药配伍共奏安神舒郁之效。

泻心汤加味治疗足癣 120 例

河南省驻马店地区中医院(463000)

刘天骥 吴积华

足癣以足丫白斑湿烂或足跖、趾间起水泡为特征。常反复发作,缠绵难愈。我们根据《内经》“诸痛痒疮,皆属于心”的理论治疗本病 120 例,疗效明显优于对照组,小结如下。

1 临床资料

依据国家中医药管理局 1994 年 6 月 28 日发布的《中医病证诊断疗效标准》(以下简称《标准》)选择病例,并按其证候分类:(1)湿热下注:密集水泡,糜烂流水,浸淫成片,瘙痒疼痛或有发热。舌苔薄黄,脉滑数。(2)血虚风燥:皮肤增厚,粗糙干裂,瘙痒不流水。舌红,苔薄,脉细。按就诊顺序将患者随机分为两组。治疗组 120 例,男 54 例,女 66 例;年龄 10~79 岁,平均 39.3 岁;病程 3 个月~16 年,平均 3.5 年。中医辨证湿热下注证 88 例,血虚风燥证 32 例。对照组 60 例,男 29 例,女 31 例;年龄 12~68 岁,平均 36 岁;病程 2 个月~13 年,平均 3.3 年。中医辨证湿热下注证 40 例,血虚风燥证 20 例。两组一般资料相似,具有可比性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

治疗组内服泻心汤加味,基本方:大黄(后下)、黄芩、黄连各 10g,丹参、茵陈各 15g,川牛膝 6g。每日 1 剂,水煎 2 次取汁 600ml,分 3 次温服。随症加减:湿热下注证加蒲公英、白鲜皮各 30g,以清热解毒祛湿止痒;血虚风燥证采用基本方去茵陈,加黄精、白芍各 30g。外用:湿热下注证,用前内服药方煎汁湿敷,湿敷后根据渗液多少,用黄连研末干撒或香油调涂。约治疗 1 周后糜烂缩小或愈合,改用泻心汤加味浸泡剂(前内服方加苦参 30g,花椒 15g,用陈醋、凉开水各 1000ml,浸泡 24 小时后煎煮,沸后 20 分钟,约取药液 1000ml 左右备用),每天浸泡患足 1 小时左右,连用 7 天后弃去。伏天使用效果最佳,若春、秋季节使用,用前需将药液加温,以利药物渗透。若药液耗损,不能淹没患足时,可加入适量陈醋。血虚风燥证,用前内服方加乌梅、山茱萸各 30g 制成浸泡剂(制用法同前)。以上内服、外用同步