

• 农村基层园地 •

泻下通瘀法治疗流行性出血热 少尿期102例

江苏东海县人民医院 徐德先 吴志红 林俊如
张 铭 纵瑞森 周 珉* 符为民* 金妙文*

我们于1984~1986年,对收治的102例出血热少尿期患者,采用中西医结合治疗,以泻下通瘀法为主,取得了较为满意的疗效,现总结如下。

临床资料 以泻下通瘀为主(下称治疗组),其中男70例,女32例。年龄12~73岁,其中21~40岁占86.3%。44例以西药导泻为主(下称对照组),其中男26例,女18例。年龄14~68岁,其中21~40岁者占75%。治疗组发热期入院19例,发热、少尿两期重迭入院45例,少尿期入院25例,低血压、少尿两期重迭入院5例,发热、低血压、少尿三期重迭入院8例。对照组各为19、14、5、4、2例。临床分型:治疗组重型52例、危重型50例;对照组重型24例、危重型20例。治疗组实验室检查:(1)尿蛋白++15例,+++42例,++++45例。(2)血尿素氮为 $24.73 \pm 3.71 \text{ mmol/L}$,肌酐为 $561.35 \pm 76.91 \mu\text{mol/L}$ 。(3)血液流变学变化:全血比粘度 4.72 ± 0.47 ,血浆比粘度 1.78 ± 0.18 ,红细胞压积 $45.2 \pm 3.2\%$ 。(4)甲皱微循环观察:少尿期可见管袢数明显减少,长度缩短;动脉痉挛,静脉扩张;血流缓慢,有团块状血细胞聚集;常见渗出、出血。对照组与治疗组实验室检查结果相似,无明显差别。

治疗方法 对照组:(1)严格控制入水量,每日所需液量为显性失水加400~500ml。(2)给予高糖、维生素、能量合剂、胰岛素,保证800~1600热卡,必要时输新鲜血。(3)20%甘露醇100~150ml,每6小时1次,口服或鼻饲。重者加硫酸镁20g,溶于20%甘露醇液中,每日2次,口服或鼻饲。(4)利尿剂:速尿20~100mg,稀释于50%葡萄糖20~40ml中,每6小时1次,静脉推注,用至尿量正常。治疗组:在以上(1)、(2)治疗的基础上,口服泻下通瘀合剂,每剂50ml,每日2剂,重者每6小时1剂。不能口服者则鼻饲或灌肠(灌肠剂量加倍),直至尿量正常为止。

结 果 疗效标准:治愈:连续服药2~3天,

临床症状消失,尿量恢复正常。显效:连续服药3~5天,临床症状消失,尿量恢复正常。无效:连续服药3~5天,临床症状未改善,仍为少尿或死亡。结果:治疗组治愈84例,显效13例,无效(死亡)5例,总有效率为95.1%,病死率为4.9%。对照组治愈30例,显效6例,无效(死亡)8例,总有效率为81.8%,病死率为18.18% ($P < 0.01$)。

讨 论 出血热病人有邪热、瘀血和两道通降功能失调之候,完全适用泻下通瘀法,即中医导泻疗法。泻下通瘀合剂由桃仁承气汤、导赤承气汤、增液承气汤、猪苓汤等方组合而成。以大黄、芒硝、枳实为主药,导滞泻火,祛瘀通下;桃仁活血化瘀;生地、麦冬清热生津,滋阴凉血;木通利水导热;白茅根凉血止血,滋阴利尿;茯苓利水渗湿。泻下通瘀合剂是治疗急性肾衰行之有效的基本方。但由于个体的差异,既可一剂分数次服,又可日服数剂。辨证时应掌握邪热、瘀血、阴伤等不同情况适当配药,方能取得良效。

西药导泻往往是量多次少,主要为水样便,随后才解小便,易致水、电解质紊乱的副作用及二次休克、二次肾衰等并发症。由于剧烈腹泻还可导致或加剧消化道出血,故有消化道出血者不宜使用。中药导泻是量少次多,主要为黑色稀便,同时有尿排出,一般不出现水、电解质平衡失调的副作用和并发症,相反通瘀还能止血。

转移因子合并复方树舌片治疗 慢性乙型肝炎36例

安徽池州地区医院 王百龄 田济民 谢树莲
安徽省医学科学研究所 沈宏开

近两年来,我院使用转移因子合并复方树舌片治疗慢性活动性乙型肝炎(简称慢活肝)36例,取得一定的疗效,现报告如下。

一般资料 108例慢活肝患者,男79例,女29例,年龄12~60岁,平均29岁。随机将其分成3组。甲组36例单用转移因子,乙组36例单用复方树舌片,丙组36例两药联用。全部病例经B型超声波或肝穿证实,均符合1984年全国病毒性肝炎南宁会议制订的慢活肝诊断标准。HBsAg、HBeAg检测均为阳性。

治疗方法 甲组肌肉注射转移因子(安徽省医学研究所制药厂产品)4u/次,每周两次。乙组口服复方树舌片(吉林省中医中药研究所和洮安联合制药厂生