



治夜尿症方

处方及用法：益智仁、淮山、山萸肉、五味子、麻黄根。7岁以下各2钱，7岁以上各3钱。水煎服，每日1剂。

疗效：共治9例，年龄2~12岁，均收到良好效果。

〔摘自《广西卫生》(3):6, 1975〕

皮内揸针治疗夜尿症

我们对数十例7~24岁患夜尿症的病人，用皮内揸针穴位埋藏法治疗，取得了较满意的效果。

取穴：长强、三阴交(双)。

方法：局部消毒后，将揸针埋在上述穴位上，外用胶布固定，如不脱落可隔2~3天换1次，一般1~3次即见效。夏天，因多出汗，揸针易脱落，效果就不满意。

〔摘自《医学情况交流》(2):48, 1976〕

科研简讯

鞘内抗破伤风血清(马)治疗破伤风 Lancet I : 974, 1977

本文用鞘内注射200单位抗破伤风血清(ATS)治疗破伤风，并比较鞘内注射1,500单位ATS和腰椎及小脑延髓池鞘内注射ATS的疗效。

选择322例成人型破伤风病例(1岁以上者)，分为A、B两组，其中可用于统计学分析的有295例。A组：鞘内注射200单位ATS+常规治疗共38例，另38例只用常规治疗作为对照。B组219例：比较鞘内注射200单位与1,500单位ATS以及腰椎与小脑延髓池鞘内注射ATS的疗效。腰椎、小脑延髓池鞘内注射ATS和对照组各73例，其中72例给予200单位，74例给予1,500单位。在给病者镇静和倍他米松后的30~60分钟，在床边作腰椎或小脑延髓池鞘内注射ATS。这些操作无不良反应和合并症。

由于破伤风毒素影响全身多系统，故还要包括下列多系统的常规治疗：镇静，成人给丙噻或氟丙噻25~50毫克，安定(Diazepam)10毫克，肌注或静注。严重痉挛者给予哌替啶50~100毫克。用安定10毫克维持治疗，每8、6、4或2小时1次；丙噻或氟丙噻25毫克，每8或6小时1次。皮质激素：初剂量

“耳压法”治疗遗尿症

取耳穴：肾、膀胱、枕、皮质下。

方法：用耳压棒或火柴头轻轻按压两耳上述区域，每天1次，每次按压10分钟左右，连续5~7天为1疗程。

疗效：一般经按压1~2次后即见效，当晚不再遗尿。按压1个疗程，大多数患者均痊愈。本法简便易行，深受欢迎。

〔摘自《医学情况交流》(3):30, 1976〕

补骨脂末治疗小儿遗尿

方药：补骨脂

用法：用补骨脂炒研末，每夜用温开水吞服。3~9岁服5分药末，10~12岁服8分药末。

疗效：共治6例，均痊愈。

〔摘自《新中医》(1):57, 1976〕

针刺治疗夜尿症

一年来，我们应用针刺八髎、秩边、肾俞穴治疗夜尿症23例，其中男18例，女5例，年龄5~20岁，治疗次数大多为1~3次，均收到满意效果。

〔摘自《天津医药》4(3):123, 1976〕

倍他米松8毫克，静注。维持剂量8毫克，每12或8小时1次。入院后给750单位ATS，肌注或静注，以后2天，每天给750单位。入院50小时内总量为750单位×3。用抗菌素控制继发感染，并做好补液与护理。

鞘内注射组高死亡率病例(重症)占47%(86/184)，对照组为39%(43/111)。

治疗结果：在A、B两组295例中，鞘内注射ATS的死亡率明显下降，鞘内注射200单位ATS病者的死亡率最低，为4.5%(5/111)，对照组为14.5%(16/111)。

比较鞘内注射200单位和1,500单位ATS的死亡率，鞘内注射200单位为3/72(4%)，而1,500单位为8/74(11%)。在高死亡率组中的死亡率分别为2/35(6%)和4/35(11%)。上述差别无统计学意义。

在B组中，腰椎与小脑延髓池鞘内注射ATS的死亡率分别为5/73(7%)和6/73(8%)，高死亡率组的死亡率分别为3/34(9%)和3/36(8%)，表明腰椎和小脑延髓池鞘内注射ATS的疗效相同。

作者认为破伤风是多系统疾病，需要作多系统的治疗，鞘内ATS可作为常规治疗的辅助疗法。本组为在农村进行治疗的病人，其疗效优于设备良好和有专长的医生的医疗中心，后者的死亡率达13%以上。

〔郑谋信稿 潘敬运校〕