

• 经验交流 •

# 中西医结合治疗带状疱疹脊髓炎

安徽中医学院附属医院

杨任民 姜宗盘 鲍远程 胡纪原 衡月茹 江停战

我院自1984年7~10月收治3例带状疱疹脊髓炎患者,用中西医结合治疗获得显著疗效,报告如下。

**例1** 男性,32岁。左肋部疱疹伴刺痛,进行性两下肢麻木、无力8天,近2天畏寒发热、呕吐、腹泻,并出现胸部束带感与排尿不畅,于1984年7月23日入院。体检: T37.8℃。左胸部可见与肋骨平行的水疱簇及结痂。舌红,苔薄白,脉细滑。神经系统检查:两下肢肌张力减低、肌力Ⅰ°;左侧提睾反射消失;双侧膝反射亢进,左踝阵挛(+);胸5水平痛觉过敏,胸5以下皮肤浅感觉减退;左足趾关节位置觉减退。脑脊液:细胞11个,蛋白78mg%, IgG 9mg%, IgA 2mg%。诊断:带状疱疹脊髓炎。中医辨证属湿热浸淫兼肝经风火,拟清热祛湿,兼泻肝经风火。方选四妙丸合龙胆泻肝汤加减:炒黄柏9g 焦苍术12g 川牛膝9g 薏苡仁15g 茯苓12g 龙胆草9g 当归12g 黄芩9g 车前草12g 生地9g 独活9g 生甘草9g,水煎服,每日一剂。服5剂后体温正常,左胸肋部疱疹消失。服20剂后两下肢肌力恢复正常,行走自如,仅胸肋部遗有轻度刺痛及束带感,深浅感觉恢复正常,踝阵挛(-)。予带药出院。

**例2** 男性,17岁。左胸部疱疹,局部奇痒及灼痛,伴胸背部皮肤麻木1周,两下肢麻木、无力3天,小便困难1天,于1984年8月18日入院。体检: T38.2℃,沿左胸第七肋间簇集小水疱,舌尖红,苔薄黄微腻,脉细滑数。神经系统检查:两下肢肌张力减低;肌力左下肢Ⅰ°,右下肢Ⅱ°;腹壁及提睾反射均消失;双侧膝反射亢进;双侧巴彬斯基征(+),胸4水平以下皮肤浅感觉减退并无汗;两下肢关节位置觉减退。脑脊液:白细胞7个,蛋白82.4mg%; IgG 10.5mg%, IgA 3mg%。尿常规:蛋白(++),红细胞(+),白细胞0~3。诊断:带状疱疹脊髓炎并发尿路感染。入院后予静脉滴注氢化可的松琥珀酸钠酯400mg/日及抗感染治疗,用药三天病情未见改善而停用激素。按湿热下注,治以清利湿热。方取四妙丸加味:炒黄柏9g 苍、白术各6g 川牛膝15g 薏苡仁15g 黑玄参15g 板蓝根15g 金银花15g 蒲公英15g 滑石15g 桔梗9g,水煎服,每日一剂。服4剂时体温正常,疱疹结痂,两下

肢麻木无力明显好转,能缓步行走,小便能自解。服25剂时两下肢麻木感消失,行走如常,排尿顺利,遗有胸6以下浅痛觉减退,双侧巴彬斯基征(+).脑脊液及尿常规复查均正常出院。

**例3** 女性,43岁。突然胸背部剧痛、束带感及胸闷气促,伴双下肢活动障碍,尿失禁及便秘3天,1984年10月30日入院。体检: T37.5℃。贫血貌。舌质淡,苔黄腻,脉细数。神经系统检查:两下肢肌张力减低,肌力0°,腹壁反射消失,双下肢腱反射消失,趾反射消失,胸3水平以下浅感觉消失,两下肢关节位置觉消失。血常规:红细胞295万,血红蛋白7.8g。骨髓细胞检查符合恶性贫血。尿常规:脓细胞(+),白细胞(+);尿培养出大肠杆菌。曾在当地医院查脑脊液为血性(穿刺损伤)。入院第5天,右上臂出现带状疱疹。诊断:带状疱疹脊髓炎并发尿路感染;恶性贫血。中医辨证属气虚血亏,湿热浸淫。急则治标,拟清热渗湿解毒,佐以健脾益气。方用四妙丸合六君子汤加减:炒黄柏9g 苍、白术各9g 薏苡仁18g 法半夏6g 陈皮6g 云苓12g 生黄芪20g 党参9g 淮山药12g 泽泻15g 车前草12g 板蓝根20g 虎杖12g 金银花20g,水煎服,每日一剂。外用仙人掌捣泥加少许梅片敷疱疹局部,每日3~4次。同时用氢化可的松琥珀酸钠酯400mg及环孢苷100~200mg静脉滴注,每日一次;青、链霉素抗感染;维生素B<sub>12</sub>、叶酸纠正贫血;以及保留导尿、吸氧等对症治疗。用药1周,体温正常,带状疱疹结痂及疼痛缓解。激素及环孢苷减量,入院两周后停用,而中药及其他药物仍同前。治疗40天,胸5水平以下感觉渐恢复;双下肢肌张力折刀样增高,肌力Ⅱ°;双膝反射亢进;便意恢复。复查脑脊液常规及免疫球蛋白均正常;尿常规正常;血常规:红细胞320万,血红蛋白8.5g。要求带药出院。

**讨论** 本文3例患者为长夏前后时节发病。湿为长夏之主气,外感湿邪,湿遏化热,湿热搏结而成疾。湿热下注,浸淫筋肉经脉,造成下肢痿弱迟缓而废用;风火挟湿热走窜肝脾二经,则腰肋间疱疹累累如串珠,痛如火燎;湿热滞塞胸膈,则胸脘痞闷如有带束;湿热痹阻经络肌肤,则胸背腰腿麻木钝木;湿热

下注膀胱，气化不利，开阖失司，则见小便赤涩癃闭之候。

本病诸证皆由湿热所致，故治宜清热祛湿为主，或加清泻肝经风火之品。四妙丸中，黄柏苦寒清热，苍术苦温燥湿，二者合用湿去热清，加之薏苡仁甘淡渗湿，牛膝载诸药下行，则清化下焦湿热相得益彰。

另结合现代医学的病毒感染之说，选用具有抗病毒作用的黄柏、苍术、黄芩、板蓝根、虎杖、金银花及蒲公英等药，是为本病施治之要点。

本病缺乏特效治疗，本组3例患者用中西医结合治疗，2例基本治愈，1例重症好转。值得试用和进一步探讨。

## 中西医结合抢救严重血小板减少1例

江苏省泰州市中医院 钱利斌 王靖

赵×，女，57岁，住院号83--1252。因全身皮肤出现密集紫斑点一天，解柏油样便2次于1983年11月24日急诊入院。17天前在他院行左11肋软骨瘤切除术，术后予庆大霉素预防感染，注射8天后右侧臀部红肿，即停用之，改为复方新诺明口服，于8天前出院。出院次日因发热而自服扑热息痛一片，体温降至正常。入院前一日面部出现少许紫点，此时仍服复方新诺明（共8天，总量32片）。翌晨见全身皮肤密集紫斑点，口腔左侧颊粘膜有一小胡桃大小血肿，并解柏油样便2次，约500g，遂来我院急诊。查：血红蛋白9g，红细胞325万，白细胞3700，分类：中性38% 淋巴33%，单核6%，嗜酸性23%，血小板0.08万（复查后仍为0.08万），拟诊“继发性血小板减少性紫癜”而收住院。体检：T37.1℃，P100次/分，R24次/分，BP104/70mmHg。急性重病容，全身皮肤密集细小紫点及紫斑，口腔左侧颊粘膜有一2.5×2.5cm血肿，软腭粘膜亦可见散在新鲜出血点；浅表淋巴结不肿大；心肺（-），右腋前线后第11肋间可见约12cm手术切口疤痕、腹平软，肝脾肋下未触及，肠鸣音活跃；病理反射（-）。实验室检查：X线胸透及心电图均正常。大便隐血试验（++++）。束臂试验阳性。出血时间（Duke法）8min，凝血时间（玻片法）16min，凝血酶原消耗试验<20s，血块退缩试验：24h收缩不完全。

中医辨证属热毒内蕴，迫血妄行，急予清热解毒、凉血止血。化斑汤加味：广角（先煎）、丹皮、赤芍药、知母各10g，鲜生地、玄参、生石膏（先煎）各30g，紫珠草、茅根各15g，水煎服。同时用地塞米松20mg、血宁1号（常州制药厂生产）40ml、维生素C 3g加入10%葡萄糖注射液中静脉滴注，并输A型血400ml。治疗后次日皮肤未见新的出血点，口腔中血肿未消，解柏

油样便2次。舌尖光红，根部薄白苔。复查血红蛋白9.8g，红细胞357万，白细胞4000，血小板1.82万。患者有阴伤之象，宜于方中增加益阴之品：西洋参10g煎汤代茶频饮，犀角（另磨服）1.5g，鲜生地、玄参、生石膏（先煎）各30g，丹皮、赤芍药、阿胶（烊冲）、知母各10g，紫珠草15g。经积极抢救，住院第6日血小板升至9.8万，大便隐血试验连续3天阴性。全身皮肤斑点次第变暗变淡，口腔粘膜血肿亦消。中药改投归脾汤，每日一剂，微素量递减，改为口服，巩固半月后痊愈。此后三年内多次随访复查血小板均在正常范围。

### 讨论

一、本病例为继发性血小板减少性紫癜，急性期查血小板仅有800，且有广泛皮肤、粘膜和消化道出血。追问其发病前有药物应用史，故很可能为复方新诺明所致的药物性急性血小板减少性紫癜。

二、复方新诺明的不良反应常见皮疹、胃肠反应、偶见血小板减少、粒细胞减少、再障及肾损害等。本病例系由急性血小板减少所致，和原发性血小板减少性紫癜同样是一种与免疫有关的出血性综合征。西药治疗则每以大剂量皮质激素为首选药物。

三、本病以全身皮肤粘膜呈现紫斑点为特征，伴有消化道出血，从中医观点来看，属于“发斑”、“血证”范畴。其初起为热毒内盛，迫血妄行，薰发于肌表，内溢于胃肠。故投以中药化斑汤加味清热火解毒，清胃凉血，离经之血即是瘀血，“瘀血不去，血不归经”，方中又有丹皮、赤芍清热散瘀以止血。由于阳热内盛，血失阴伤，入院翌日即见舌尖光红、少苔诸象，遂于原方中增入西洋参、阿胶以益其阴。火降血止之后，转从益气摄血方法，以善其后。