

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。