

中西医不同疗法治疗过敏性紫癜

山东省淄博市临淄医院儿科(山东 255400) 袁保同

自1983年我科采用中西医不同疗法治疗过敏性紫癜(S-HP)48例,中药和中西医结合治疗者疗效满意,现将资料分析如下。

临床资料

本组48例,男30例,女18例;年龄5~14岁,平均9.5岁;入院前病程1~30天,平均7.4天;皮肤型13例,关节型15例,腹型11例,混合型5例,肾型4例。诊断和分型依据,系参照《临床血液学》^[1]。据住院时间先后次序随机分为3组,每组16例,即中药组、中西医结合组和激素组。3组年龄、病程、类型大致相同,唯中药组皮肤型和关节型例数较多(11/16)。

治疗方法

中药组:用中药和对症、支持疗法治疗。皮肤和关节型用连翘败毒散加减:荆芥、防风、牛蒡子、蝉衣、白芨、川芎、当归、丹参、生地、急性子、金银花、连翘、甘草等各10g(年龄小者酌减),每日1剂,水煎服;腹型加木香、姜半夏、元胡等;肾型则加麻黄、白茅根、赤小豆、车前子、泽泻、大小蓟等。服至症状体征消失再适当巩固后停药。

中西医结合组:用皮质激素(同激素组)加中药(方药和用法同中药组)和对症、支持疗法治疗。

激素组:地塞米松5~10mg,每日1次,或强的松1~2mg/kg,每日1次,以及对症、支持疗法治疗。

对症和支持疗法:3组基本一致,如维生素、钙剂、止血剂、镇痛剂和静脉输液等;部分腹型和混合型用0.05~0.1%普鲁卡因200~500ml静脉滴注,每日1次;肾型加服消炎痛和潘生丁各25ml/次,1日3次。

结果

疗效标准:临床治愈:症状、体征消失,尿检阴性或基本阴性,3个月内不复发;好转:症状、体征消失后偶尔又出现或明显减轻,尿检基本阴性;无效:症状、体征不减或反复出现或发生紫癜性肾炎(S-HN)。

结果:中药组,临床治愈率100%,疗程 8.6 ± 3.52 天($\bar{x} \pm S$,下同);中西医结合组,临床治愈率100%,疗程 17.5 ± 9.11 天;激素组,临床治愈率62.5%,好转1例,无效5例,疗程 20.8 ± 22.19 天。激素组

临床治愈10例中,1例5个月后复发并发生S-HN,改用中药加雷公藤多甙治愈;1例好转者自动转院;无效5例中2例入院时为S-HN,另3例在治疗中发生S-HN,其中4例自动转院,1例改用中药治愈。

分析:三组病例的条件无显著差异,用中药(中药组和中西医结合组)较激素组疗效差异非常显著(χ^2 检验, $P < 0.01$);中药组较中西医结合组和激素组疗程分别缩短了8.9和12.2天($P < 0.01$),似说明中药组疗效更优,激素有延长疗程趋势,但此可能和中药组中皮肤和关节型例数较多有关,其临床意义有待继续探讨。

讨论

近代医学认为,S-HN属免疫复合物损害小血管、干扰免疫功能引起的变态反应,因此多采用皮质激素治疗,虽多数可治愈或自愈,但易复发和发生S-HN,如重要器官出血或大量便血可危及生命。国内资料约1/3复发,1/3发生S-HN^[2],并可损害心肌^[3]。国外报告S-HN发生率更高,可达25~50%或20~100%^[4]。本文激素组中S-HN发生率37.5%,和国内文献基本一致,这是目前S-HP治疗中需认真对待的问题。

中医学认为,S-HP属风热犯血所致,临床有风热型、湿热型、热毒型、气滞血瘀型、气血亏损型、阴虚火旺型等。但不论哪种类型,均以风热损害为主导,故笔者以驱风、清热解毒、凉血、活血、止血为治则,采用连翘败毒散加减组方施治,初步取得了理想的效果。用中药的两组临床治愈率达100%,虽随访时间尚短,远期疗效尚难定论,但至今未发现复发和发生S-HN者,疗效尚属满意。连翘败毒散加减对皮肤紫癜和关节症状疗效肯定,而且巩固,绝大多数服2~3剂即见消退,4~5剂全部消退,7~10剂即可临床治愈出院。故笔者认为,对皮肤型和关节型仅用中药即可,不需再加其他治疗;腹型和混合型因胃肠症状严重,口服中药受限制,宜先用激素,待胃肠症状有所缓解后再加服中药,并联合用至症状消失再用中药巩固治疗3~5天或5~7天。如激素停用过早,胃肠症状可重新出现,使疗程延长,同时此两型单用中药疗效也不理想,不宜放松激素的应用;肾型本组共发生8例,4例自动转院,4例虽经中药治愈,但均属临证组方,疗程甚长,有待继续探讨。

实践证明,皮质激素对症状和体征仅能暂时缓解,远期疗效不好,对S-HN也无预防和治疗作用,但能迅速解除胃肠症状和减少出血,故对出血严重、腹痛剧烈、便血或口服中药暂有困难者,仍不失为首选和必选药品,但不能缩短疗程,需配合中药才可收到更好疗效。

参 考 文 献

1. 邓家栋 临床血液学 第1版. 上海: 上海科学技术出版

社, 1985:974.

2. 诸福棠, 等. 实用儿科学. 上册. 第4版. 北京: 人民卫生出版社, 1985:671—672

3. 钱镜秋, 等. 过敏性紫癜心肌损害的临床观察. 第九届全国儿科学术会议论文摘要 1985:257.

4. 潘儒若. 儿童时期的紫癜性肾炎. 国外医学儿科分册 1982; (6):306.

中医药治疗骶骨肿瘤术后二便失调2例报告

北京积水潭医院(北京 100035) 刘家祺

骶骨肿瘤常侵犯支配大小便的骶神经, 骶骨肿瘤切除时常须切除或损伤该神经以及骶前神经丛, 术后常出现不同程度的二便排泄困难或失禁。我们采用辨证施治对两例患者进行治疗, 获得满意疗效, 报道如下

例1 张某, 男, 32岁; 住院号221866。因骶骨巨细胞瘤于1988年9月1日住院。主诉: 骶骨部胀痛1.5年, 二便困难半年余。入院检查: 左侧提睾反射减弱, 双膝腱、跟腱反射消失, 左踝背伸肌力减弱。X线片示骶₂以下膨胀性、溶骨性破坏。同年9月19日行骶骨次全切除术。肿物位骶₂以下, 约25×15×15cm大小, 与骶₄、骶₅神经粘连, 不能分离, 遂将肿物与骶₄、骶₅神经一并切除。术后两下肢功能尚正常。有明显排便困难, 便干如球状, 4~5日一行; 排尿不畅, 须用手按压下腹部始有细尿线排出, 并有尿失禁, 经常尿湿裤褥。术后近两个月, 二便功能无改善, 乃于11月14日邀中医会诊: 患者除上述症状外, 一般情况尚好。舌暗红, 苔薄黄, 脉弱。辨证: 气虚肾亏, 二便不调。立法: 益气行气、润肠攻下以通便、补气滋肾以调尿。方用: 生黄芪、山药各30g, 白术、乌药、益智仁、仙灵脾、山萸肉、当归、肉苁蓉各15g, 桑螵蛸12g, 枳实10g, 大黄5g。每日1剂, 水煎分2次服。4剂后大便稍软, 稍易排出, 尿失禁无改善。生黄芪增至45g, 并加鹿角镑、菟丝子、枸杞子各15g, 苡仁米30g, 丹参18g, 五味子10g, 又服8剂, 排便完全正常, 尿失禁及排尿困难亦有好转, 再服8剂, 排尿顺利, 尿失禁基本消除。

例2 龚某, 女, 20岁; 住院号217608。因骶骨巨细胞瘤于1987年12月26日住院。主诉: 骶骨部疼痛近一年, 近半年发现该处隆起一小包块。入院检查: 骶骨部可触到一隆起肿块, 约5×4×3cm, 轻压痛, 右下肢肌力差, 感觉正常。大小便正常。于1988年1月14日行骶骨切除术。肿瘤约15×15×10cm, 几

乎破坏整个骶骨, 与骶₄、骶₅神经粘连难剥, 遂将肿瘤及整个骶骨连同骶₄、骶₅神经切除(骶₁、₂、₃神经均被分离、保存)。术后两下肢感觉及肌力稍差, 并逐渐恢复。大便无知觉, 干燥如小球状, 不能自排, 需用开塞露, 1周1行。小便亦困难, 需用手压下腹部才能缓缓排出, 过3个月仍无恢复, 乃于4月11日中医会诊: 除上述症状外, 一般情况尚好。舌淡红, 苔薄白, 脉沉弱。辨证: 气虚肾亏, 二便不行。立法: 益气补肾, 通便利尿。处方: 生黄芪45g, 白术、茯苓、猪苓、当归、肉苁蓉各15g, 厚朴、枳实、大黄、火麻仁、泽泻、补骨脂、仙灵脾各10g。每日1剂, 水煎, 分2次服。4剂后排便较易, 小便变化不大。生黄芪增至60g, 加菟丝子15g, 枸杞子15g, 川牛膝15g, 桂枝10g, 又服20剂, 症状渐有好转, 大便已无困难, 小便不用手按也能排出少许, 乃按上方带药出院继服, 不一月, 小便亦完全正常。

体会: 骶骨肿瘤切除术后最常出现的二便失调(排便困难和尿失禁合并排尿困难), 此乃乙状结肠及直肠收缩排空功能减弱, 以及膀胱收缩及尿道括约肌功能减弱所致。对此, 中医认为: 气虚气滞则排便困难, 膀胱气化无力则尿不行; 又肾开窍二阴, 肾虚亦致二便失调。故重用益气补肾之品, 辅以行气通便之药则大便易行, 辅以利水通淋之药则小便得利。如例2患者, 术后三个月二便困难无改进, 而服中药24剂即见功效。至于尿不利和尿失禁共存, 似矛盾, 实一致, 两者均为气虚肾亏所致, 故均适用益气补肾之法。一般二者并存时, 尿失禁对患者痛苦较大, 故可酌加固涩止尿之品, 如用乌药、山萸肉、五味子、桑螵蛸等, 较易见效。仅有排尿困难, 则酌加通利之品, 如茯苓、猪苓、泽泻、桂枝、川牛膝等, 其效亦佳。

(本文承蒙骨科徐万鹏主任审阅, 谨谢)