

6. 孙伟正, 原发性血小板减少性紫癜患者血小板相关抗体变化与中医辨证分型的关系. 黑龙江中医药 1991; (6): 14.
7. 杨宇飞, 周霭祥, 麻 柔. 免疫性血小板减少性紫癜免疫学改变与中医证候分型的关系. 中国中西医结合杂志 1992; 12(5): 263.
8. 薛芳芳. 辨证加商陆治疗原发性血小板减少性紫癜 23 例临床观察. 湖南中医杂志 1993; 9(3): 10.
9. 黄振翘, 黄松龄, 薛志中. 原发性血小板减少性紫癜 20 例从气火脾肾论治. 上海中医药杂志 1988; (8): 9.
10. 叶 明. 重用仙鹤草、生地治疗慢性型原发性血小板减少性紫癜 30 例疗效观察. 江西中医药 1992; 23(3): 147.
11. 吴英琦. 江南卷柏片治疗血小板减少性紫癜疗效观察. 中华血液学杂志 1993; 14(3): 153.
12. 洪文德, 庞江元, 谭恩勋. 昆明山海棠治疗原发性血小板减少性紫癜 32 例报道. 广东医学 1988; 9(2): 24.
13. 叶金梅, 朱宇明, 李龙云. 血宁胶囊的升血小板作用及毒性观察. 吉林中医药 1991; (2): 36.
14. 王会仍, 张丽珍, 马寿恩. 绞股蓝治疗血小板减少症的临床观察. 浙江中医学院学报 1991; 15(2): 29.
15. 沈茂泉, 朱鹏飞. 血康口服液治疗血小板减少性紫癜症 100 例总结. 浙江中医学院学报 1993; 17(4): 14.
16. 李南夷, 唐众瑞, 杨嗣明. 复方锁阳冲剂治疗激素依赖性原发性血小板减少性紫癜 28 例临床观察. 湖南中医学院学报 1989; 9(4): 181.
17. 李 戈, 刘爱菊, 严小梁. “90 增血剂”对特发性血小板减少性紫癜患者的 T 细胞亚群的作用. 临床血液学杂志 1992; 5(4): 148.
18. 姜建珍. 归脾汤合四生丸原发性血小板减少性紫癜 46 例. 北京中医杂志 1993; (3): 27.
19. 展昭民, 秦克力, 刘正贤. 清热凉血益气法治疗原发性血小板减少性紫癜临床观察. 中医药学报 1991; (2): 26.
20. 段 或, 赵秀勤, 徐秀琴. 小柴胡汤加减治疗原发性血小板减少性紫癜. 中医杂志 1992; (9): 524.
21. 王加元, 王淑兰, 王 启. 牛西西注射液治疗 61 例原发性血小板减少性紫癜. 辽宁中医杂志 1992; (2): 29.
22. 李元善. 癌灵注射液并用中药治疗原发性血小板减少性紫癜临床及实验研究. 第三届全国中西医结合血液和学术会议论文汇编 1992: 219.
23. 王卫中, 张永建, 汪履秋. 慢性原发性血小板减少性紫癜临床观察. 中医杂志 1993; 34(4): 229.
24. 吕瑞民, 刘静霞. 中药对 ITP 血小板抗体的影响. 中医药信息 1991; (3): 31.
25. 周永明, 薛志忠, 姚楚芳. 生血灵对原发性血小板减少性紫癜患者骨髓体外培养巨核系祖细胞的影响. 中西医结合杂志 1991; 11(1): 23.
26. 杨宇飞, 周霭祥, 麻 柔. 免疫性血小板减少性紫癜动物模型的建立. 中华血液学杂志 1994; 15(3): 160.

(收稿: 1993-08-31 修回: 1994-08-27)

山莨菪碱治疗鹅口疮 27 例

赵晓志 郭 平 张春芳

我们自 1990 年以来采用山莨菪碱(654-2)治疗鹅口疮收到较满意效果, 现报告如下。

临床资料 患儿分两组: 治疗组 27 例中, 男 20 例, 女 7 例; 对照组 27 例中, 男 18 例, 女 9 例。两组年龄均为 1~3 岁, 平均年龄 1.10 岁, 均符合有关诊断标准(中国人民解放军总后卫生部. 临床疾病诊断依据、治愈标准. 北京: 人民军医出版社, 1987; 1150); 患儿口腔粘膜见片状斑膜, 周围有散在的白色小点, 涂片培养可见白色念珠菌, 伴有低热、烦躁、拒食等症状。

治疗方法 治疗组用 654-2 片剂每日 1.25~2.5 mg/kg 体重, 分 2~3 次口服; 对照组用克霉唑片剂每日 20~60 mg/kg 体重, 分 2~3 次口服。两组均同时口服维生素 B₂ 片, 每次 2.5 mg, 每日 3 次; 有继发感染者用乙酰螺旋霉素片, 每次 25 mg, 每日 4 次口服。

结 果 两组病例均治愈(体温、精神、食欲恢复正常, 口腔病损消退, 粘膜恢复正常, 涂片培养无白

色念珠菌)。经统计学比较, 2 天退热例数治疗组(21 例)明显多于对照组(6 例); 平均退热天数治疗组 2.15 天, 对照组 3.50 天, 两组有明显差异($t=2.590$, $P<0.01$); 口腔白色斑膜平均消退天数, 治疗组(3.50 天)短于对照组(6.50 天); 白色斑膜经涂片培养为阴性时间治疗组 3.50 天, 明显短于对照组 6.50 天, 两组有明显差别($t=2.672$, $P<0.01$)。烦躁、口痛、拒食等症状也随体温正常及口腔粘膜斑膜消退而消失。

体 会 我们采用 654-2 治疗鹅口疮, 在退热、促进病损消退、粘膜恢复正常, 减轻中毒症状及涂片培养阴性方面均优于克霉唑组, 且无明显副作用。654-2 为合成的山莨菪碱类药物, 根据报告它具有扩张微血管改善微循环作用, 可以改善血液对组织灌注, 提高对组织供氧量, 降低毛细血管通透性和促进创伤愈合。中医学认为鹅口疮是由于血液瘀滞所致, 此时给予活血化瘀药, 可改善口腔粘膜的血液循环, 加速病损部位的愈合。

(收稿: 1993-12-30 修回: 1994-04-20)