

应用。

从中西医结合治疗周围血管疾病整体来看,我们注重于肢体动脉疾病研究,还应加强对下肢静脉疾病和下肢淋巴管疾病的治疗研究。

(收稿 2004-05-10)

多发性大动脉炎中西医结合 治疗现状与展望

哈尔滨医科大学附属第二医院(哈尔滨 150086)

初洁秋



多发性大动脉炎是一种自身免疫性血管炎,占我国动脉闭塞性疾病的第 3~4 位。至今病因尚未完全清楚,治疗相当困难。

1 早期诊断与鉴别诊断

大动脉炎临床表现视受累动脉部位不同和临床分期(活动期、慢性炎症期、瘢痕

期)而不同,活动期有全身中毒症状,诊断并不困难,但对某些首发症状特殊的病例,常常误诊。笔者曾统计 309 例大动脉炎患者中,有 40 例因首发症状特殊而误诊,占 13%。有些青年女性患者常被诊断为植物神经功能紊乱而久治不愈,但若仔细追问病史常于早年有感染或结核病引起的全身中毒症状或风湿病史,进一步仔细检查后方确诊。40 岁以上发病者,往往是早年发病轻,未引起重视,现已是瘢痕期加上动脉硬化而加重了缺血症状,需结合漫长的病史与多发性节段性动脉狭窄改变而确诊。因此,临床上注意以下几点(1)凡是年轻人尤其女性,突发偏瘫、心绞痛、白内障、心衰、高血压、雷诺征等(2)年轻女子有下肢动脉狭窄时,如发现伴有其他部位大动脉狭窄症,不能轻易诊断为血栓闭塞性脉管炎(3)大动脉炎侵犯肠系膜动脉(约占 2%~5%),表现腹痛、腹泻、便血,腹痛多在脐部,饭后 0.5h 加重,易误诊为急腹症,鉴别要点是血管造影(4)大动脉炎侵犯肺动脉时,表现咳嗽、咯血,但缺少呼吸道体征,可做肺 ECT 扫描或支气管镜检查进一步确诊。

2 临床辨证论治 大动脉炎在中医学无此病名记载,据其临床证候,应属“脉痹”范畴。笔者总结大动脉炎临床辨证论治如下。

2.1 热毒阻络型(活动期) 清热解毒、活血化瘀,内服四妙勇安汤加味等,应用脉炎消注射液静脉滴注。中西医结合治疗,主要是控制感染和抑制免疫反

应。有明确感染或结核活动者,给予有效的抗生素或抗结核药物,用至全身中毒症状消失,白细胞正常,抑制免疫反应以肾上腺皮质激素为主,辅以免疫抑制剂如环磷酰胺,对控制活动期疗效快。

2.2 湿热郁阻型(活动期) 清热利湿、活血通脉,内服甘露消毒饮加减等。

2.3 气血虚弱型(慢性期) 益气补血、活血通脉,内服黄芪桂枝五物汤加味等。

2.4 气滞血瘀型(慢性期) 疏肝理气、活血化瘀,内服血府逐瘀汤加味等。

2.5 肝肾阴虚,肝阳上亢型(慢性期) 滋阴潜阳、活血通脉,内服镇肝熄风汤加味等。

2.6 脾肾阳虚型(慢性期) 温肾健脾、活血通脉,内服阳和汤加味等。

中西医结合治疗大动脉炎,应根据寒、热、虚、实辨证论治,结合其他疗法,以提高疗效,防止复发。活动期,用西药和清热解毒或清热利湿、活血通脉法中药治疗,不宜手术治疗。慢性期,以活血化瘀通脉法为主,并根据辨证论治,佐以补气养血、滋阴潜阳、疏肝理气、温肾健脾法等中药治疗,以调整机体免疫功能,防止病变进展,维持病情稳定。瘢痕期,应重用软坚散结通脉中药治疗,如鳖甲、虫、穿山甲等。此期只用中药治疗即有效。手术治疗可改善血供维持功能,但术后中西医结合治疗巩固疗效很重要。

3 展望 早期诊断和早期中西医结合治疗是取得疗效和控制病情发展的关键。只要把控制病情发展的治疗放在首位,多数患者预后较好。必须强调辨病与辨证相结合,使现代医学的辨病整体化与中医学的辨证微观化向更深发展,以病为纲,病证合参,充实临床诊断的完整性和治疗的全面性,掌握病证变化规律,进一步提高认识疾病、防治疾病的水平。

由于大动脉炎的病证比较复杂,目前,对大动脉炎的临床辨证论治尚未深入研究,未能得到统一。应通过临床实践,应用现代科学新知识、新技术,开展多方面研究,宏观辨证与微观辨证相结合,总结中西医结合辨证论治规律。这不仅是提高疗效,将使大动脉炎的中西医结合治疗取得突破性进展。

目前大动脉炎仍是难治性疾病,临床治愈率为 30% 左右,病死率为 10.2%。应当把重点放在提高临床疗效,更好的解除患者疾病痛苦。这是中西医结合治疗大动脉炎的发展基础。在取得疗效的基础上,积极开展治疗作用机理的研究,以取得新的进展。

(收稿 2004-05-10)