

原发性血小板减少性 紫癜40例的辨证施治

徐州医学院附属医院 郝 朴

我们自1978年以来应用辨证施治原则治疗原发性血小板减少性紫癜40例,收到一定疗效,现作初步报道。

一、临床资料

40例中男16例,女24例。年龄7~50岁,20岁以内者20例。病程1周~5年,4个月以内者22例。发病与职业无明显关系。3例于上感之后发病,4例有慢性肝病史。

主要症状为皮下出血(40例)、粘膜出血(26例)、包括鼻衄、齿衄及月经过多14例。伴有头晕、心悸、乏力、纳差。10例肝大(肋下2厘米以内),2例脾大(肋下3厘米以内)。血小板计数全部在10万/立方毫米以下,最低者为2万/立方毫米。出血时间多数延长,>3分钟者32例,其中>8分钟者8例(表1)。34例作束臂试验,全部阳性。3例作血块退缩试验,24小时均未退缩。4例作骨髓涂片检查,示血小板罕见。

表1 40例患者的血化验结果

血小板 (万/立方毫米)			血红蛋白 (克%)			白细胞 (千/立方毫米)			出血时间 (分)		
<4	4~8	8~10	<8	8~12	>12	3~6	6~10	>10	1~3	>3	
10	23	7	4	16	20	9	21	10	8	32	

二、辨证施治

(一) 血热型(16例):起病较急,可有发热,继之皮下出血,鼻衄、齿衄,紫斑红润明亮,往往密布成片。伴面红目赤、心烦口渴、溲黄便秘、舌红苔黄、脉数有力。多见于急性患者。治以清热凉血为主,犀角地黄汤加减。生地、丹皮、赤芍、山栀子、银花、连翘、仙鹤

草、槐花、知母、生石膏。

(二) 阴虚型(9例):起病缓慢,病程较长,或由血热型迁延所致。出血症状时有反复,皮下瘀斑时轻时重,多呈散在,色红浅润。伴头晕、心悸、乏力、肌肤作热或五心烦热、盗汗、口渴不饮、舌红无苔或花剥、脉细而数。治以养阴清热止血,茜根散加减。玄参、生地、麦冬、阿胶、茜草、丹皮、白芍、槐花、墨旱莲。

(三) 气虚型(15例):起病缓慢,过劳加重,紫斑时起时消,多为散在,亦有针尖样分布较密者,色紫暗淡。伴乏力、气短、头晕、面眺、舌淡苔白、脉弱。以慢性患者多见。治以益气健脾止血,归脾汤加减。党参、黄芪、山药、当归、熟地、白芍、炒白术、茯苓、甘草。

加减:衄血加仙鹤草、藕节、蒲黄炭、茅根;尿血加大小蓟、墨旱莲;皮下紫癜加紫草、茜草、益母草。

三、疗效观察

(一) 疗效判断标准:临床痊愈:症状消失,紫癜全部消退,血小板升至10万以上;显效:症状消失,紫癜基本消退,血小板升至8万以上;好转:症状显著好转,紫癜大部消退,血小板上升但未及8万者;无效:症状、体征无显著改善,血小板无上升者。

(二) 治疗结果与分析:本组40例中,临床痊愈13例(32.5%),显效10例(25%),好转12例(30%),无效5例(12.5%),总有效率87.5%。三型中以血热型疗效较好,气虚型次之,阴虚型较差(表2)。症状的变化以止

血效果明显,紫癜消退稍慢,血小板上升较慢。血热型出血症状及血小板回升情况易有反复。40例中服药最少38剂,最多210剂,平均64剂。痊愈病例中6例随访4个月有2例复发。无效病例中有4例口服强地松获效,但停药即有反复。

表2 40例患者治疗结果

分型	总例数	临床痊愈	显效	好转	无效
血热型	16	9	2	4	1
阴虚型	9		3	4	2
气虚型	15	4	5	4	2
合计	40	13	10	12	5

四、讨论及体会

原发性血小板减少性紫癜是一种与免疫有关的综合症,主要特点为血小板大量减少和由此而引起的皮肤粘膜及其它器官内的自发性出血。其临床表现类似中医的“发斑”,病因有外感、内伤之分。一般以出现在温热病当中由热郁阳明迫及营血所致者,称“温病发斑”。然亦有因内伤所致者,如明·李挺在《医学入门》中说:“内伤发斑,轻如蚊迹疹子者,多在手足,初起无头痛身热,乃胃虚火游于外……”与本病相类似。其病因系素体阳热偏盛,饮食辛辣,情志内郁,或兼感阳热之邪,以致热迫损络而发斑,此属实证;抑或内热伤阴,虚火损

络,或劳倦伤脾,气不摄血而致血溢络外者,此属虚证。虚实病理每可转化,病理重点以实热伤络、阴虚火盛、气失统摄为主。故临床辨证应从全身情况结合出血症状及紫癜特点加以综合分析,并着重察看紫斑色泽、明暗、分布情况及舌脉变化。治疗分别采用清热凉血、滋阴清热、益气摄血诸法,每能奏效。临床体会,随症选用仙鹤草、茜草、益母草、紫草等具有止血和化瘀作用的药物,对止血和消退紫斑及提升血小板有一定疗效,提示止血和化瘀药物配伍应用具有相辅相成作用。资料表明,活血化瘀药物对血流、血管及免疫功能方面有一定影响,对本病的治疗具有积极意义。但也有部分病例,经辨证治疗虽症状有所改善,但血小板始终未能回升至正常范围。提示在辨证施治同时,努力寻找升高血小板的有效治法和药物,也是临床值得研究的课题。

从临床治疗来看,中医对本病的治疗具有一定疗效,但还存在着起效较慢、疗程较长、疗效机制不够明确等不足之处。西医治疗本病虽具有针对性强、作用明确、起效较快等特点,但也存在着疗效不够稳定,易于反复,而且某些药物(如激素及免疫抑制剂等)副作用较大等缺点。因此,通过中西医结合,取长补短,将对提高本病疗效具有积极意义,值得进一步研究。

外用验方一则

江苏省海门县江滨公社医院 陈南棠

本方系我公社已故老中医盛树松经验方。即九一丹加青黛按下列比例配制:煅石膏6份,红昇3份,青黛1份。共研细末,装瓶备用。功用:拔毒消肿,去腐生肌。适用于一切溃破的疮、疔、疽、肿毒。

(1) 疔肿、乳腺炎:如已化脓未破溃,先切开排脓后,按切口大小和脓腔深浅,用相应纸钉条蘸本药置脓腔内,外盖油膏纱布,每日或隔日换药一次。

(2) 蜂窝织炎:一般不需切除坏死组织,用探针

在各个脓头上刺个小孔,把蘸药小纸钉插入各个小孔,外盖油膏纱布,隔日换药一次。待脓栓全部脱落,在创面上撒少量本药,盖上油纱布。

(3) 化脓性骨髓炎、骨结核瘻管:先用探针探查瘻管深浅,然后用蘸药纸钉插入瘻管内。开始药钉宜逐次增粗并伸到管道底部,以便排毒或死骨片排出。隔日换药一次,十余次后,瘻管口周围组织塌陷,分泌物减少,改二日换药一次,药钉可渐变细,插入渐浅,以至痊愈。如流脓终不减少,是内有死骨片残存,须取出死骨片,然后依法换药。

(4) 下肢溃疡:因创面腐肉不去而久不收口者,创面上撒上本药,同时用棉球填在创口内,换药二三次即可使腐肉全部干净,以后再更换它药治疗。