

中医辨证分型治疗小儿传染性 单核细胞增多症 23 例的疗效分析

上海中医学院附属龙华医院儿科 赵 政 钟美娟 孙秀兰*

传染性单核细胞增多症是 EB(Epstein Barr) 病毒引起的急性或亚急性感染, 以免疫系统的全身性刺激为其特征的良性淋巴细胞增殖性疾病。本病易在婴儿、儿童及青年集体中形成流行⁽¹⁾, 也常见散发病例⁽²⁾。大部分病例预后良好, 部分病例病程长, 绵延数月, 也有少数病情危重导致死亡。治疗上迄今无特效疗法⁽²⁾。中医辨证属温疫, 不同于一般外感病。1979 年 7 月至 1980 年 8 月我们收治了 23 例, 按中医辨证分型探索中医中药的治疗收到了较好的疗效。

临 床 资 料

一、病例分析:

23 例中, 男 14 例, 女 9 例。最小的 9 月, 最大的 12 岁。2 岁以下 3 例, 2~4 岁 3 例, 5~6 岁 4 例, 7~8 岁 6 例, 9~10 岁 6 例, 12 岁 1 例。以 1979 年 8 月收治最多。

诊断根据临床表现、血象和血清学检查等三个方面。其临床表现为发热、咽炎、浅表淋巴结肿大、肝肿大和脾肿大。外周血象为异形淋巴细胞占白细胞总数的 10% 以上。血清学检查包括嗜异性凝集试验和 EB 病毒抗体测定。嗜异性凝集试验: (1) 羊红细胞凝集效价在 1:56 以上, 经豚鼠肾吸附后达 1:28 以上; (2) 马红细胞凝集试验 (快速玻片法) 阳性。EB 病毒抗体测定⁽³⁻⁵⁾, 病毒壳抗体 (VCA-IgG) 和病毒早期抗体 (EA-IgG) 同时增高。

本组病例的诊断标准为典型的临床表现加血象或血清学检查中的一项阳性。23 例外周血象中异形淋巴细胞均 $\geq 10\%$, 最高 46%; 嗜

异性凝集试验阳性 6 例。EB 病毒抗体测定 11 例, VCA-IgG 1:40~1:160, EA-IgG 1:10~1:40。

二、中医的辨证分型和治疗:

分五型: (1) 实热型 13 例 (咽炎 8 例, 肺炎 5 例), 基本方: 柴胡 9 克, 白花蛇舌草 30 克, 黄芩 9 克, 板蓝根 9 克, 银花 12 克, 丹皮 9 克, 赤芍 9 克, 茅根 60 克。(2) 阴虚型 5 例, 基本方: 生地 15 克, 玄参 9 克, 黄芩 9 克, 银花 9 克, 连翘 9 克, 蒲公英 15 克, 青蒿 9 克, 白薇 9 克, 黄芪 9 克, 生甘草 3 克。(3) 毒热紫癜型 (血小板减少性紫癜) 1 例, 基本方: 生地 15 克, 知母 9 克, 白花蛇舌草 30 克, 黄芩 9 克, 赤芍 9 克, 银花 9 克, 侧柏叶 9 克, 黄芪 9 克, 茅根 30 克。(4) 湿热蕴积型 (急性肾小球肾炎) 2 例, 基本方: 银花 9 克, 竹叶 9 克, 黄芩 9 克, 夏枯草 9 克, 泽泻 9 克, 猪茯苓各 9 克, 车前草子各 15 克, 甘露消毒丹 15 克。(5) 血虚型 (重度贫血) 2 例, 基本方: 黄芪 9 克, 党参 9 克, 白术 9 克, 白芍 9 克, 当归 9 克, 山查肉 9 克, 炒谷麦芽各 9 克, 生熟地各 9 克, 陈皮 3 克, 炙甘草 3 克。

全组病例基本上均用中药治疗。遇个别婴儿服药困难或呕吐重者给予小剂量强的松 1~2 天; 扁桃体炎较重或有肺炎患儿加青霉素注射。

三、治疗结果:

痊愈 17 例, 热退, 淋巴结、肝、脾缩小, 出院时症状全消, 门诊随访 1 个月未复发; 好

转6例,热退,体温不稳定,症状显著减轻。痊愈的17例中包括实热型13例,阴虚型2例,湿热蕴积型2例;好转的6例中包括阴虚型3例,血虚型2例,毒热紫癜型1例。

从痊愈的实热型和阴虚型15例中统计,平均开始治疗日是发病后的第6天,平均3.6天后热退,总热程9.6天。其中8例单纯用中药治疗者,在发病后的平均第7.3天开始治疗,2.7天退热,总热程10天;7例加用强的松治疗者,在发病后的平均第4.7天开始治疗,4.6天退热,总热程9.3天。

四、典型病例:

病例一:潘×,女,9岁,住院号46900,1979年8月22日入院。高热4天。体温39.5℃,全身荨麻疹,烦躁,呼吸急促,咽红,舌红苔薄黄,脉滑数,双侧颈后淋巴结蚕豆大成串状,肺部两侧均有湿罗音,肝在肋下3厘米,脾刚摸到,X线胸片提示左侧肺炎,血培养(-),SGPT 65单位。外周血象:白细胞9900,嗜中性56%,嗜酸性2%,淋巴细胞26%,异形淋巴细胞16%。嗜异性凝集试验(-)。EB病毒抗体测定:VCA-IgG 1:40, EA-IgG 1:40。诊断为传染性单核细胞增多症。中医辨证属热毒炽盛,血热发斑兼夹风邪,治宜清热解毒、活血祛风。处方:荆芥9克,防风9克,青蒿9克,野菊花9克,银花12克,地肤子9克,蝉衣6克,晚蚕砂30克,丹皮9克,茅根60克,徐长卿6克,甘草4.5克。服药2剂,皮疹退,体温38.8℃,淋巴细胞转化率65%,E玫瑰花结形成率34%,活性玫瑰花结形成率19%,IgG 1680毫克%,IgA 200毫克%,IgM 188毫克%,继续治以清热解毒。处方:黄芩9克,板蓝根9克,银花12克,菊花9克,丹皮9克,赤芍9克,蝉衣6克,茅根60克。2剂后体温正常,去蝉衣,加黄芪9克,继续服5剂。然后治以养阴清热,处方:银花、黄芩、菊花、沙参、麦冬、白术、云茯苓各9克,甘草4.5克。至9月5日痊愈出院。开始治疗时加服强的松5毫克,日3次,2天;青霉素1周。出院时外周血异形淋巴细胞10%,SGPT正常,胸透肺炎吸收。1个月后门诊复查:淋巴结、肝脏均缩小,淋巴细胞转化率61%,E玫瑰花结形成率51%,活性玫瑰花结形成率20%,IgG 920毫克%,IgA 168毫克%,IgM 68毫克%。显示玫瑰花结形成率增加,免疫球蛋白下降至正常。

病例二:沈×,女,9岁,住院号46762,1979年8月7日入院。低热(37.4~37.8℃)20天,干咳,

面色少华,咽红、多滤泡,舌质红、苔薄,脉细数,颌下及颈后二侧均摸到黄豆样大小淋巴结各5~6个,二侧腹股沟淋巴结均肿大,心尖区听到I~II级收缩期杂音,肺部呼吸音清晰,肝、脾刚摸到,结核菌素(1:1000)阴性,肝功能正常,X线胸片未见异常,血沉29毫米/1小时末。外周血象:白细胞18000,嗜中性42%,嗜酸性1%,淋巴43%,异形淋巴细胞14%。嗜异性凝集试验(-)。EB病毒抗体测定:VCA-IgG 1:40, EA-IgG 1:10。部分免疫检查:淋巴细胞转化率58%,E玫瑰花结形成率37%,活性玫瑰花结形成率15%,IgG 880毫克%,IgA 180毫克%,IgM 124毫克%。诊断为传染性单核细胞增多症。中医辨证属阴虚内热,治宜养阴清热兼益气。处方:银花9克,连翘9克,黄芩9克,生地15克,玄参9克,蒲公英30克,青蒿9克,白薇9克,生甘草4.5克。煎服。另加黄芪片,每次5片,每片0.3克,日服2次。服药后第6天体温正常。连服2周,于8月20日痊愈出院。出院后继续服黄芪片1个月,门诊复查:淋巴结缩小,肝脾摸不到。淋巴细胞转化率56%,E玫瑰花结形成率50%,活性玫瑰花结形成率21%,IgG 960毫克%,IgA 220毫克%,IgM 70毫克%。显示IgM较急性期降低,而玫瑰花结形成率和其他免疫球蛋白上升。

讨 论

一、近年研究证明^[6,7],传染性单核细胞增多症的病原体是EB病毒。感染谱很广,包括不显性感染、轻症咽炎和上呼吸道感染乃至轻重不等的临床疾病。EB病毒侵入B淋巴细胞激起了T淋巴细胞的非常广泛的细胞毒性效应,因此本病的病理变化能侵及各脏器,临床表现呈多样化。按祖国医学观点本病属温疫范畴,受热毒或疫毒而致病。我国各地发病季节不一致^[1,2],比较好发于夏秋季。本组23例以1979年8月收治最多。中医认为温疫初起,首先侵犯肺胃,临床表现为发热、咳嗽、咽痛、恶心、腹部不适等。高热不解,肺胃热盛,引起痰火瘀结则淋巴结肿大。热毒又使体内气血运行受阻引起血瘀,临床表现为肝脾肿大,舌质暗红。热毒不解,伤津耗液,出现阴虚火旺症候。热入营血损伤血络,迫血妄行,皮下出血成为紫癜。热结下焦可以出现血尿。热毒不

解,瘀血不去则新血不生,导致血虚,表现为面色苍白、心悸、舌质淡等症。在气虚基础上又可出现气阴二虚,表现为低热、盗汗、舌质红、脉细数。本病的特征是邪毒热久耗气伤阴而正虚,故病程比一般外感病为长,高热或低热常绵延不去。本组 23 例病程最短的是 5 天,最长的 3 个多月。

二、本组 23 例都是住院病人,病情都比较重。按中医辨证基本可分两大类型,即病邪较重正气未衰的实热型和邪气已衰正气亦虚的阴虚型。前者 13 例,后者 5 例。其他较少的类型,有毒热紫癜型 1 例,湿热蕴积型的急性肾小球肾炎 2 例和血虚型的重度贫血 2 例。实热型的治疗是清热解毒化瘀佐以扶正,阴虚型治宜益气养阴兼以清热祛邪。二者治疗中都必须注意化瘀,使气血疏通,防止病情反复,促使病体康复。我们采用的清热解毒化瘀药物,经过近年来的观察,发现均有不同程度的免疫促进作用。其中白花蛇舌草的清热抗炎效果可能与提高免疫作用有关⁽⁸⁾,它能使淋巴组织中网状细胞显著增生,并增强白细胞及吞噬细胞的吞噬功能。黄芩有增强白细胞的吞噬功能并促进淋巴细胞转化,黄芪能增强网状内皮系统的吞噬功能⁽⁹⁾,玄参能延长抗体的存在时间。鉴于本病的发病与细胞免疫的损害有关,我们企图用扶正的中药调整病体的免疫机能来提高疗效。

三、在本病的治疗中强的松等激素虽然能减轻危重症状,但是不适当的应用可能会损伤 T 淋巴细胞的效应而导致不良后果,这是用激素治疗中的顾虑。在本组 15 例痊愈的实热型和阴虚型病例中,有 7 例在开始治疗时因恶心、呕吐较重而在中医辨证施治的基础上加 1~2 天强的松治疗,其平均退热日是 4.6 天。单纯中药治疗的 8 例平均退热日是 2.7 天。在阴虚型的 5 例中有 2 例经单用中药治疗得到痊愈,另 3 例因热度退净后有时仍有低热反复,判为好转。在治疗过程中,对异形淋巴细胞的消失情况,单纯中药治疗与加用强的松治疗的

无差异。

四、传染性单核细胞增多症的病程呈自限性,病情轻重悬殊,轻型的咽炎和上呼吸道感染不医自愈;而典型病例中相当一部分病例高热或低热均难退。急性期高热平均在 2 周左右,康复期热减低后仍表现乏力、食欲不振,且为期颇长,可达 2~3 月不等。本组痊愈的病例,热退后一般情况好转,健康恢复,门诊随访 1 个月均无上述康复期症状。出院时好转的病例在门诊随访治疗 1~2 个月也完全恢复健康。痊愈的实热型和阴虚型病例中平均开始治疗日是发病后的第 6 天,平均退热日是 3.6 天。好转的 3 例阴虚型病例开始治疗在各发病后的半月、1 月、3 月以后,治疗后病情好转均在 2 周以上,这说明早期诊断、早期中药治疗很重要。

本组病例不多,以上小结初步反映出典型传染性单核细胞增多症的中西医结合辨证施治能减轻病情,缩短疗程,促使康复。

参 考 文 献

- (1) 萧伟等:传染性单核细胞增多症的调查分析。湖南医药杂志 (5):9, 1979。
- (2) 吕善根等:传染性单核细胞增多症 137 例临床分析。中华儿科杂志 17(2):88, 1979。
- (3) 上海第一医学院儿科医院:小儿传染性单核细胞增多症 8 例临床分析。上海医学(血液病专辑) 117 页, 1978。
- (4) Niederman JC, et al: Infectious mononucleosis, clinical manifestation in relation to EB virus antibodies. J. A. M. A. 203:205, 1968。
- (5) Ginsburg CM, et al: Infectious mononucleosis in children evaluation of Epstein-Barr virus-specific serological data. J. A. M. A. 237:781, 1977。
- (6) Sumaya CV, et al: Primary Epstein-Barr virus infections in children. Pediatrics 59:16, 1977。
- (7) Tamir D, et al: Infectious mononucleosis and Epstein-Barr virus in childhood. Pediatrics 53: 330, 1974。
- (8) 钱瑞生:中草药免疫促进剂。中医杂志 (3):75, 1980。
- (9) 刘天培:中草药在免疫治疗中的作用。中草药通讯 (12):33, 1976。

上海第一医学院耳鼻喉科医院免疫实验室协助测定 EB 病毒抗体,谨此致谢。