

中西医结合治疗重症结节性 多动脉炎 1 例体会

贵州省人民医院内科 罗亮丞 高瑞珍

结节性多动脉炎为较少见的结缔组织病，尚无满意的治疗方法，一般采用激素治疗，但多数病例在停用激素后即见复发⁽¹⁾。最近报告激素治疗的5年生存率为53%，激素加免疫抑制剂治疗者为80%⁽²⁾，激素及免疫抑制剂均可产生不良反应，而中西医结合可能在治疗上带来希望。我们曾诊治1例，先后用激素及丹参治疗，收效较好，现报道如下。

病例介绍

男，27岁，工人。因持续性腹痛伴左腰痛及血尿20天，于1978年9月27日入我院外科，经除外科情况于10月18日转入内科。患者于入院前20天，餐后感胃区饱胀恶心，次日左腰疼痛，尿呈淡红色，但无尿频、尿急、尿痛。继之左腰及胃区疼痛加重难忍，伴脐周右上腹阵发性绞痛，注射吗啡阿托品仅能短暂缓解，在当地医院疑“部分性肠梗阻”，疼痛扩展至胸部及四肢内侧，呈烧灼样痛，并出现面及四肢浮肿，发热(38~39℃)，多汗。于1978年9月27日转入我院外科，剧痛如故，注射安依痛、度冷丁等无效。尿常规：蛋白+，红细胞++~+++，白细胞+~++。非蛋白氮42毫克%，尿素氮27毫克%。腹部平片双肾、输尿管、膀胱区未见结石影。静脉肾盂造影双肾均未显影。同位素肾图示双肾呈梗阻曲线。因除外科情况而于10月18日转入内科。自发病后，食欲锐减，体重减轻20余斤，大便秘结。

过去体健，无长期发热、慢性咳嗽、咯血及浮肿史，无药物过敏史。3年前，左腰部跌伤住某院诊为“左肾挫伤”。

检查：体温40℃，脉搏120次/分，血压150/100毫米汞柱，发育正常，营养差，慢性病容，神志清楚。皮肤苍白，未见出血点。无全身性浅表淋巴结肿大。头部及其器官无特殊，颈软，气管居中。胸对称，心

肺无特殊发现。腹平，肝脾未扪及，全腹均有压痛，以脐周为著，无肌紧张。脊柱四肢无畸形，双侧胸大肌、腹肌、上下肢内侧肌肉及腰骶棘肌有明显压痛。膝反射存在，克氏征阴性。

实验室检查：血红蛋白9.5克%，白细胞21600/立方毫米，中性多核91%，嗜酸性细胞计数132/立方毫米，血小板计数30万/立方毫米，血沉60毫米/第1小时。尿常规：蛋白+，糖-，镜检红细胞+++，白细胞+++，颗粒管型、细胞管型、蜡样管型各0~1/高倍。尿培养无细菌生长。血糖88毫克%，血清钠135毫当量/升，钾4.4毫当量/升，氯化物100毫当量/升，钙8毫克%，磷4.6毫克%，二氧化碳结合力16毫当量/升。非蛋白氮89毫克%，尿素氮53毫克%，肌酐3.6毫克%。尿酸0.19毫克/24小时尿。谷丙转氨酶105单位(正常<50单位)，黄疸指数、麝浊、麝絮正常，总蛋白6.9克%，白蛋白3.8克%，球蛋白3.1克%，总胆固醇150毫克%。康氏反应阴性。心电图检查：窦性心动过速，左心优势。胸部照片双肺未见实质性病变。10月20日作胸大肌活检结果：肌肉组织间中小动脉炎，管腔内层及壁间有纤维素样坏死，腔内有纤维素，中性白细胞及脱落细胞凝块堵塞，内皮细胞增生肿胀，管壁间与管周有多量中性白细胞及少量嗜酸性细胞、淋巴细胞浸润，纤维母细胞增生；肌肉纤维有轻度嗜硷性变，横纹清楚。病理诊断：结节性多动脉炎。

治疗经过：入内科后仍有广泛剧烈疼痛，并出现腹水征。10月25日于右肘外侧发现2~4毫米大小之皮下结节，稍活动，压痛。于入内科的第8天(10月26日)开始用激素治疗，首用强的松40毫克/日，分4次服，氢化可的松100毫克/日静滴1周。继以氢化可的松300毫克/日静滴，剧烈疼痛稍减轻并能耐受，体温下降，但有低热(37.5~37.7℃)，血压降至130/90毫米汞柱，非蛋白氮55毫克%，尿素氮24毫克%。在治疗的第4周，将氢化可的松静滴改为强的松40毫

克/日分4次服时,全身疼痛立即加剧,难以忍受,血压升至150/104毫米汞柱,非蛋白氮及尿素氮分别升至81及24毫克%,考虑为激素减量所致之反跳现象,3天后将强的松量增至60毫克/日,分4次服,剧痛减轻。鉴于口服疗效不理想,于治疗第5周改用氟美松10毫克/日静滴(共用8天),此时患者感四肢及腰痛,但能耐受,于用氟美松的次日,以丹参注射液16毫升(每毫升内含生药1克),加入5%葡萄糖液500毫升中静滴,当即疼痛锐减,仅感腰痛,因出现荨麻疹而暂停,疼痛又如故。治疗第6周时出现医源性肾上腺皮质机能亢进之表现(向心性肥胖,皮肤菲薄,纳亢,欣快,失眠),且血压升至170/100毫米汞柱,乃将激素减量,改为强的松30毫克/日,分3次服,此时尿蛋白及血尿增多,考虑亦为激素减量所致之反跳现象,故又加丹参注射液2毫升/日,肌注1周亦无效。于治疗第7周时,每日静滴丹参注射液16毫升(共17天)。自滴入丹参之日起,剧痛霍然消失,在此17天内,强的松从30毫克/日渐减至10毫克/日,患者保持无疼痛,血压130/90毫米汞柱,尿蛋白+,红细胞+。在治疗第10周时,患者因静滴为时过久,不愿静滴,遂将丹参改为每日肌注4毫升,此时强的松从10毫克/日减至5毫克/日,遂又出现腰痛,血压升至170/100毫米汞柱,尿中红细胞增至++,且有低热(37.5℃),考虑与丹参用量不足及激素减量有关。在治疗的第10周末(即丹参4毫升/日肌注1周后),又每日静滴丹参注射液16毫升,并于2天后停用强的松,症状持续完全缓解。连续静滴16日,继续观察,疼痛消失,血压120/80毫米汞柱,非蛋白氮32毫克%,尿素氮15毫克%,尿常规正常,于治疗后第14周,即1979年元月27日出院。

随访:患者出院后休息1个月,未服任何药物,能胜任日常工作,亦无何不适。1981年6月随访时,无何症状及体征,实验室检查,血红蛋白14.5克%,白细胞6800/立方毫米,中性多核61%。尿常规蛋白阴性,镜检白细胞0~1/高倍。血沉3毫米/第1小时,非蛋白氮37.5毫克%,尿素氮18毫克%,肌酐1.3毫克%。谷丙转氨酶、黄疸指数、麝浊、麝絮均正常。总蛋白7.0克%,白蛋白4.7克,球蛋白2.3克%。

讨 论

一、结节性多动脉炎的治疗,在西医主要用激素。一般须大剂量强的松(40~60毫克/

日)才能使症状缓解⁽³⁾,有些暴发型病例甚至大于80毫克/日亦无效⁽⁴⁾。本例在治疗的前3周用氢化可的松300毫克/日后症状渐有所减轻,肾功亦有改善,表明激素有一定效果。但治疗过程中出现医源性肾上腺皮质机能亢进症、高血压及因激素减量所致之反跳现象。在此情况下继续用激素治疗将给患者带来不良影响。

二、本例肌肉活检所见动脉之改变符合中医“血瘀”的病理基础⁽⁵⁾,血管管腔变窄、闭塞造成“不通则痛”。本例疼痛剧烈,痛有定处,痛处拒按,长期血尿,皮下结节等,在中医辨证上也符合血瘀症。对血瘀的本质及丹参的活血化瘀之研究,各地已作了大量工作,并取得了可喜的苗头^(6,7)。从本例临床实践看出丹参的镇痛作用显著。患者在未用丹参静滴时,激素减量都产生反跳现象;在停用丹参静滴时,激素减量亦出现反跳现象,这似非偶然。与此相反,在丹参静滴的17天中(即在治疗的第7、8周),强的松能顺利地由每日30毫克渐减至10毫克。这些现象似可表明,本例在足量丹参静滴过程中激素可顺利减量及在防治反跳现象上可能有一定作用,从而缩短了使用激素的时间,减少了激素的副作用。

三、从治疗的第7周开始每日静滴丹参,强的松用量从日30毫克递减至5毫克以至停用后,患者血压、尿常规、肾功能仍异常,在前后用丹参静滴5周后,以上指标均恢复正常,患者在出院后未用何药,保持持续缓解,3年后随访情况良好,表明应用足量丹参静滴对结节性多动脉炎是有效的。

四、有肾功能损害时,丹参静滴未见不良反应,故从临床上看丹参是毒性小、安全性大的药物,这与文献报道相符⁽⁸⁾。但在治疗中观察到,小剂量丹参(本例2、4毫升/日各用1周)肌注对重症结节性多动脉炎,无论在解除症状或防治反跳现象上均无明显效果,此外,对疗程的时间尚难决定,但宜较长,似不宜少于1个月,或根据病情而定,并须有一定的巩固时间。

五、结节性多动脉炎是否须激素加丹参结

合治疗?许多缺血性疾病都是血脉瘀滞不畅所致,从病理学上看,与局部组织缺血有关,这是活血化瘀,异病同治的机理之一⁽⁹⁾,也是结节性多动脉炎与这些缺血性疾病在病理方面的共性。然结节性多动脉炎尚有其特性,如中小动脉各层均有炎症,常有血栓及栓塞,病变可侵犯多个内脏并以肾为多见,其发病机理可能与免疫复合物有关等。因此在未证实单味丹参对重症结节性多动脉炎有肯定疗效之前,似以激素与丹参结合治疗为宜,因本病在临床上有61%呈急性暴发型的经过⁽²⁾,故在起病的前3个月是本病治疗的关键时刻,与预后息息相关⁽³⁾。因此对此种危重病人来说,早期的冲击治疗实属必要,激素与丹参结合治疗似可达到此目的,从效果及副作用上看都较激素加免疫抑制剂治疗者为优。激素与丹参结合应用,可扬长避短,增强疗效,挽救重危。

参 考 文 献

- (1) 中华内科杂志编委会综合: 结节性多动脉炎23例报告。中华内科杂志 12:740, 1984。
- (2) Leib ES, et al: Immunosuppressive and corticosteroid therapy of polyarteritis nodosa. Am J Med 67:941, 1979.
- (3) Beesons PB, McDermott W: Cecil Textbook of Medicine, 15th ed, p180, WB Saunders Company, Philadelphia, 1979.
- (4) Hughes GRV: Connective Tissue Disease. 1st ed, p 177, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1977.
- (5) 秦万章等:活血化瘀法的临床应用及其原理的初步探讨。新医学杂志(6):11, 1975。
- (6) 金惠铭等:丹参制剂的临床应用及其活血化瘀原理的研究。中华医学杂志 58:180, 1978。
- (7) 秦万章:血瘀和活血化瘀的研究进展及其前景。中医杂志 21(9):73, (10):75, 1980。
- (8) 周良桐:中药丹参在临床上的应用。新中医 (3):51, 1976。
- (9) 中国医学科学院药物研究所活血化瘀治则研究组:研究活血化瘀药物,联系中西医理论的初步尝试。新医学杂志 (2):33, 1976。

针刺攒竹穴终止室上性心动过速

昆明陆军学校门诊部 王明华 张 焜

我们采用针刺攒竹穴终止室上性心动过速,获得较好的疗效,现介绍如下:

一、治疗方法

1. 攒竹穴:眉头内侧凹陷处。

2. 针刺手法:患者取坐位或仰卧位,局部常规消毒后,医者以左手拇指、食指固定其穴位,然后用1~1.5寸毫针斜刺进入皮下3~5分深,得气后留针3~15分钟。留针时每隔2~3分钟捻转一次,其强度根据患者的体质强弱决定,一般多采用中等强度刺激为宜。

二、病例介绍

例一:许××,女,52岁,职工。

患者心悸一小时,突感头晕,心前区不适,并伴有恶心,面出冷汗,手脚发冷。既往有冠心病史。

检查:急性病容,烦躁不安,神智清楚,面色苍白,血压测不出,脉搏细弱,呼吸20次/分,心率200次/分,头颅五官无异常,颈软,胸廓对称,两肺呼吸音无异常,腹软,肝脾未触及。

心电图检查:1. 室上性心动过速;2. 左前半支传

导阻滞。

该患者以往发生室上性心动过速时,使用新斯的明、升压药物等治疗,约需12~24小时方能终止发作。而我们采用针刺攒竹穴,5分钟后心率开始减慢,10分钟后即恢复正常。

例二:胥××,男,23岁,战士。

患者突感心慌心跳,全身乏力,恶心想吐。

检查:心率180次/分,血压96/62毫米汞柱。

心电图检查:诊断为室上性阵发性心动过速。

采用针刺攒竹穴,3分钟后心率开始减慢,8分钟后即恢复正常。

三、体会

针刺攒竹穴终止室上性心动过速简便而有效,较使用压迫眼球、压迫颈动脉窦及药物治疗安全。其治疗的作用原理,可能是刺激眶上神经,反射性地引起迷走神经兴奋,而释放出乙酰胆碱,从而使冲动的传导减慢。同时,迷走神经的兴奋性增高,也会使心脏起搏点的兴奋性降低,而终止室上性心动过速。