

中医药治疗结节性血管炎的临床观察

中国医学科学院血液学研究所 王书桂 刘杰文

结节性血管炎是一种病因不明的周围血管病(可能为血管变态反应性疾病),中医称之为“瓜藤缠”。我们从1981年5月起用清热解毒、活血化瘀、软坚散结中药治疗本病取得了较好的疗效,现报道如下。

一、临床资料

本组30例患者,男13例,女17例。年龄21~30岁者7例,31~40岁者13例,41~50岁者7例,51~60岁者3例,大部分在20~40岁之间。病程1年以内者11例,1年者4例,3年者3例,4、5年者各2例,6、7、9年者各1例,10年以上者5例,病程不超过1年者占50%。

本组30例患者均可见皮肤出现大小不等的结节,以下肢为多,亦可游走性出现于四肢,与周围组织无粘连,不发生溃烂;部分患者伴有局部肿胀(17例)、疼痛(17例)和压痛(6例);少数患者伴有色素沉着(13例)及低烧(5例)。多数患者中性粒细胞(17/21,受检21人中17人异常,下同)及淋巴细胞(16/20)增高,但白细胞总数(2/21)多在正常范围内;少数患者血沉(5/21)、抗“O”(1/19)、类风湿因子(1/8)异常;部分患者免疫球蛋白IgA增高(8/14)、稳定性E玫瑰花环试验异常(7/12),但抗核抗体(0/14)、γ球蛋白(4/14)、总E玫瑰花环试验(2/10)、活性E玫瑰花环试验(2/12)多在正常范围内,说明该病对于机体免疫系统有一定的影响;绝大部分患者肝肾功能检查均在正常范围内。本组有18例患者进行皮肤活检均发现病理形态及超微结构的改变。

二、治疗方法

30例患者均服用清热解毒、活血化瘀、软坚散结的中药进行治疗。处方:青黛6克,穿

心莲9克,牛黄2克,白及1克,玄参12克,牡蛎18克,象贝母3克,丹参30克,郁金12克,鸡血藤12克,黄柏9克,牛膝12克,薏米30克,苍术12克。每日1剂,水煎分3次服;或制成片剂,每片0.3克,每日3次,每次4片。均以3个月为一疗程。

三、治疗结果

显效(结节完全消失,低烧完全消退,疼痛、压痛及肿胀完全消失)9例,占30%;有效(结节消退50%以上,有时有低烧,疼痛、压痛及肿胀未完全消失)18例,占60%;无效(经3~6个月治疗,症状及体征无变化)3例,占10%。总有效率达90%。一般于1个月左右开始见效。症状与体征的改善情况见附表。

附表 症状与体征的改善情况

疗 效	结节	肿胀	疼痛	压痛	色素沉着	低烧
消 失	18	12	10	3	4	5
缩 小	9	5	7	3	9	0
无 效	3	0	0	0	0	0
合 计	30	17	17	6	13	5

四、典型病例

患者,张××,女性,23岁,工人。1982年6月发病,双下肢游走性红肿、硬结,曾用地塞米松等治疗未效,于1983年1月23日来诊。体检:双下肢踝部红肿热痛,小腿下1/3处有红肿硬结。化验检查:肝功能锌浊15单位;白细胞总数8700/立方毫米,杆状15%,中性70%,淋巴细胞15%;血沉45毫米/1小时;抗“O”1:600;总E玫瑰花环试验降低(46%);γ球蛋白增高(21.87%)。病理检查:结节性血管炎。予上药治疗3个月后,临床症状、结节肿胀完全消失,疼痛及压痛亦消失,只遗

留少数色素沉着。化验检查: 中性粒细胞 60%; 血沉 10 毫米/1 小时; 抗“O” 1:200; 总 E 玫瑰花环试验恢复正常(61.5%); γ 球蛋白降低(15.02%)。疗效评定为显效。

五、讨论

我们根据本病的病理形态改变及电镜观察结果, 拟定了清热解毒、活血化瘀、软坚散结三法合用的治疗方案。本病是在皮下小血管壁高度增厚、闭合、复层化、胶原纤维增生硬化的基础上, 出现以血管为中心的结节性改变, 从祖国医学的角度观察, 似可认为是因气滞血瘀而逐渐形成的症瘕积滞之症, 我们选用了丹参、郁金、鸡血藤及消瘰丸等以活血化瘀、软坚散结; 又因其病灶周围有高度炎细胞浸润, 可认为是热毒炽盛之象, 故选用了青黛、穿心莲、牛黄、白及等以清热解毒、消肿止痛, 并佐以四妙散清利湿热。

对于结节性血管炎的诊断问题, 我们认为有必要商榷。从病理形态及超微结构来分析, 这是一种累及皮肤及皮下脂肪组织小血管的疾病, 常以毛细血管、小动脉、小静脉的管腔闭合, 管壁增厚, 周围炎细胞浸润为特征, 在真皮下层或脂肪层可见大小不等的以血管为中心

的结节形成。临床表现、病理形态及免疫机制的表现往往不同于结节性动脉周围炎、坏死性血管炎及过敏性血管炎, 其区别主要在于发生的部位、细胞反应类型及免疫荧光反应均有不同之处。结节性动脉周围炎, 病灶波及全身的动脉; 以小动脉受累为主的坏死性血管炎, 其病灶主要累及毛细血管及小静脉而不是小动脉。二者均表现为较持续的中性粒细胞浸润。过敏性血管炎的病变主要在毛细血管及小动脉、小静脉, 并常有较多的肥大细胞、嗜酸性细胞浸润; 而结节性血管炎则表现为慢性肉芽肿反应, 没有明显的中性粒细胞及浆细胞反应。临床表现也有所不同, 结节性动脉周围炎结节发生较少, 而有全身脏器损伤; 坏死性血管炎发生部位相同, 但结节以白色脓点、破溃、疤痕形成特点; 过敏性血管炎表现以局部炎性斑块为主, 有一定的过敏因子, 同时周围血象白细胞分类, 嗜伊红细胞计数增高; 结节性血管炎局部见有数个至数十个结节, 结节炎症反应不明显, 但外周血象白细胞分类, 中性粒细胞约有 80% 左右是增高的。如果能够初步进行分类, 采取不同的治疗方法, 同病异治, 就有可能收到较好的治疗效果。

· 消 息 ·

《中医证候规范》编写会议在京召开

受卫生部中医司委托, 由中医研究院牵头, 1984 年 4 月 3 日~7 日在北京召开了《中医证候规范》第一次编写会议和学术讨论会。全国有 20 个省、市、自治区的 59 名代表与会。卫生部中医司田景福司长和中医研究院施奠邦院长到会, 就“中医证候规范”的意义讲了话。认为证候规范是中医学术的一项基本建设, 对于中医的医疗、教学、科研, 乃至国内外学术交流等具有重要意义, 并带有一定的法规性质。会议通过认真的学术讨论, 大家对本专题研究的意义有了较一致的认识。在此基础上, 提出了证候概念、证候命名原则, 产生了“中医证候规范”编写大纲及体例。

会议初步认为: 证候是疾病本质的反映, 在疾病发生、发展的某过程中, 它以一组相关脉症表现出

来, 能够不同程度地揭示病位、病性、病因、病机, 为治疗提供依据。对证候规范编写体例, 提出包括正名、异名、证候概念、临床表现、诊断要求等五项内容。并认为“诊断要求”是其中的核心部分, 需要“从该证候实际情况出发, 根据病人的病史、临床表现以及病因、病机, 全面综合分析, 确定诊断要点”。

会议认为, 开展本课题研究, 虽然难度较大, 但有基础、有条件, 只要动员全国中医界力量, 加强领导, 群策群力, 贯彻“百花齐放、百家争鸣”的方针, 逐步统一认识, 采取稳妥的步骤, 是可以分期分批完成的。并相信中医证候的规范化, 必将使中医证候学的研究, 有进一步的发展。(陆寿康)