

病例讨论

头晕、左侧肢体麻木、巨脾、血小板增高病案

孙 斐* 顾振强* 整理

主题词 头晕/中医药疗法 脾大/中医药疗法 血小板增多/中医药疗法

1 病例摘要

杜某某,男,65岁,住院号:97-722、97-887。因头晕、左侧肢体麻木入院。患者既往无明显高血压及糖尿病史。1994年7月曾有缺血性中风病史,当时经CT证实为左侧枕顶叶梗塞。表现症状以头晕、右侧肢体麻木为主,诊断为中风、中经络。以化痰熄风通络等治疗两月余,出院时头晕肢麻改善,无明显后遗症。但平时仍常出现头晕肢麻。1997年4月9日因头晕阵作、左侧肢体麻木加重、伴乏力、活动欠利,于4月14日再次入院。检查:体温36.2℃,脉搏66次/分,呼吸20次/分,血压12.35/8kPa。神志清楚,精神欠佳,面色少华,形体偏瘦,两耳重听,全身浅表淋巴结未及肿大;双瞳孔等大等圆,直径0.35cm,对光反射存在;双鼻唇沟对称,口舌无歪斜;颈软,无抵抗;心肺体检无异常;腹尚软,无压痛;肝肋下1.5cm,剑突下3.5cm;脾肋下达脐水平,表面光滑,质地较硬;移动性浊音(-)。左上肢抬举过肩,左下肢抬腿>45°,左侧肢体屈伸自如,但肌力稍减约为IV度,生理反射存在,病理反射未引出。实验室检查:血常规红细胞计数 $5.9 \times 10^{12}/L$,血红蛋白132g/L,白细胞计数 $14.5 \times 10^9/L$,中性0.88,血小板计数 $436 \times 10^9/L$ 。大便、小便常规均无异常。血电解质:钾4.2mmol/L,钠143mmol/L,氯103mmol/L,二氧化碳结合力25mmol/L。肝功能正常。总蛋白61g/L,白蛋白

39g/L,球蛋白22g/L,白/球为1.8:1。尿酸 $497 \mu\text{mol}/L$,肌酐 $147 \mu\text{mol}/L$,尿素氮 $5.1 \text{mmol}/L$,血糖 $3.2 \text{mmol}/L$ 。X线胸片报告无异常。心电图为低电压倾向。脑血流图:(1)右侧脑血管弹性欠佳,(2)脑血管临界压增高。B超示:肝硬化、巨脾症(脾肋下平脐)。头颅CT:(1)左枕顶叶陈旧性病灶,(2)老年性脑改变。入院诊断:中医:中风、复中、中经络(风痰瘀血痹阻脉络);西医:脑血管疾病:脑梗塞?

2 诊疗经过

诊断方面:患者主症为头晕、左侧肢体麻木乏力、平时有初期脑卒中(TIA)症状,无神志障碍,无偏瘫,病理反射未引出。头颅CT复查为左枕顶叶陈旧灶。提示无新发病灶,应排除复中可能。入院后发现患者巨脾症,脾达脐水平,质较硬,表面光滑。血小板明显增高,从 $436 \times 10^9/L$ 至 $586 \times 10^9/L$,尿酸增高到 $497 \mu\text{mol}/L$,白细胞计数及中性粒细胞增高,又无明显合并感染征象。因家属拒绝而未能作骨髓穿刺。根据本例患者临床表现及实验室检查,对原因不明的血小板增高结合脾肿大、血栓形成,诊断当考虑原发性血小板增多症。其血小板计数尚未达到 $800 \times 10^9/L$ 以上,属轻证。原发性血小板增多症是一种骨髓增生性疾病,其特征为骨髓巨核细胞过度增生,血小板数量持续性明显增高,功能也不正常,临床表现为出血倾向或血栓形成及脾肿大。本例患者目前无出血倾向,而以血栓形成表现为主。

治疗方面:中医以往对本病的认识不多,依据其肢体局部麻木之主症,可归于血痹范畴,辨证根据舌暗红、苔少、少津、口干、脉细软、寸口脉弱,考虑为气阴亏虚,营分郁热,瘀阻脉络。治予益气养阴清热、活血化瘀之汤剂。药用:白花

* 上海市南市区中西医结合医院,上海市黄家路163号(200010)

收稿日期:1997-07-08

蛇舌草 30g, 半枝莲 30g, 太子参 30g, 石斛 12g, 天麦冬各 12g, 赤白芍各 10g, 鸡血藤 30g, 莪术 30g, 僵蚕 12g, 川芎 12g, 红花 6g, 仙鹤草 30g, 白茅根 30g。静滴丹参注射液 20ml/日, 并加用干扰素 100 万 U 每周 2 次肌注, 以抑制巨核细胞生成和缩短血小板生存期, 肠溶阿斯匹林 50mg 每晚 1 次, 潘生丁 75mg/日 (分 3 次), 口服, 以防止血小板聚集, 治疗血栓并发症。

治疗半月后, 患者头晕肢麻改善, 于 1997 年 4 月 30 日出院, 但出院前复查血小板计数仍在 $586 \times 10^9/L$ 。出院后旬日, 患者又出现左侧肢体麻木乏力加重, 头晕膝软欲跌, 休息片刻症状能缓解, 而于 1997 年 5 月 12 日再次入院, 复查 CT: 左枕顶部斑片状脑梗塞, 部分已形成软化灶。血小板计数为 $(400 \sim 480) \times 10^9/L$, 脾肿大达脐, 白细胞计数 $12.6 \times 10^9/L$, 故仍按原发性血小板增多症治疗, 静滴丹参注射液, 加用参麦针剂 20ml/日静滴以加强益气化瘀之

功, 仍辅以干扰素、肠溶阿斯匹林、潘生丁治疗, 中药方基本同前。经治疗 1 个月, 血小板计数下降至 $310 \times 10^9/L$, 脾肿大稍有改善, 约在脐上一指, 质地也较前稍软, 临床症状明显改善, 于 1997 年 6 月 14 日出院。

3 讨论

患者于 1994 年 7 月曾有缺血性中风病史, 查阅 1994 年病例, 当时 CT 证实为左侧枕顶叶梗塞。同时, 体检已发现有脾肿大, 为肋下 2 指, 但血小板计数未查。患者既往无高血压病史, 当时发病主症为右侧肢体麻木, 而体检病理反射未引出。原发性血小板增多症大多进展缓慢, 中位生存期常在 10~15 年以上。患者 1997 年 4 月、5 月及 1994 年三次发病均以血栓症状表现为主, 其诊断是否能以原发性血小板增多症一病来解释? 以上治疗是否恰当? 是否有更理想的治疗方案? 恭请各位同道指正。

编者按: 欢迎大家来稿分析和讨论这类病例。

苦柏散外用治疗慢性宫颈炎 200 例临床观察

贺小林*

1 临床资料

本组 200 例, 均由我院妇科确诊。其中门诊病人 140 例, 住院病人 60 例。年龄 24~40 岁 120 例, 41~55 岁 80 例。病程 6 月~1 年 80 例, 1~3 年 100 例, 3 年以上者 20 例。宫颈中度糜烂 80 例, 重度糜烂 50 例, 宫颈肥大 30 例, 宫颈腺囊肿 30 例, 宫颈口裂伤 10 例。

2 治疗方法

全部病人均以苦柏散局部宫颈上药。药物组成: 苦参 500g, 黄柏 400g, 苍术 50g, 明矾 200g, 白花蛇舌草 300g, 大黄 500g。将上药烘干研成粉末, 先用苦参、黄柏各 50g 煎水 500ml 局部阴道冲洗, 暴露宫颈口, 然后用棉球将苦柏散药粉粘附宫颈口局部, 每日 1 次, 每次 10g, 24 天为一疗程。用药期间禁止坐浴和性交, 阴道流出白色膜状物属正常现象。月经期间停止用药。治疗期间停用其他药物。

3 诊断标准及结果

参照全国中医妇科学会制定的宫颈炎疗效标准:

症状消失, 妇科检查宫颈光滑, 糜烂、宫颈腺囊消失, 停药观察 1 年以上不复发为治愈; 症状消失, 宫颈光滑, 1 年之内有复发, 但再次用药症状消失为显效; 治疗前后症状无变化为无效。本组 200 例经 1~3 个疗程治疗, 治愈 160 例, 显效 30 例, 无效 10 例。

治疗前白带量多 100 例, 治愈 82 例, 显效 13 例; 腰骶痛 60 例, 治愈 49 例, 显效 10 例; 盆腔下坠痛 30 例, 治愈 21 例, 显效 6 例; 痛经 10 例, 治愈 8 例, 显效 1 例。治疗前宫颈中度糜烂 80 例, 重度糜烂 50 例, 宫颈肥大 30 例, 宫颈腺囊 30 例, 宫颈裂伤 10 例, 治疗后分别为 3 例, 2 例, 4 例, 0 例和 1 例。

4 体会

慢性宫颈炎, 其主要病机为湿、热、毒邪互为搏结, 湿邪乘虚而入, 蕴而化热, 伤及任、带脉, 发为带下。笔者对此病治以燥湿清热解毒, 采用自拟苦柏散宫颈局部上药, 使糜烂面柱状上皮坏死脱落, 长出新生的肉芽组织而痊愈。方中苦参清热燥湿解毒, 佐黄柏、大黄更增清热解毒之力, 苍术、白花蛇舌草、明矾增强燥湿解毒之力。局部外用治疗, 可直达病所, 故收效甚佳。

* 湖南省衡阳市中医院(421001)

收稿日期: 1997-09-26; 修回日期: 1998-01-06