

凉血解毒除湿散瘀法治疗 系统性红斑狼疮急性期皮肤损害的体会

孙凤琴* 瞿 幸* 孙 玫* 指导:李秀敏*

主题词 红斑狼疮,全身性/中医药疗法 皮肤/病理学 @ 凉血解毒除湿散瘀

系统性红斑狼疮(SLE)是一种自身免疫性疾病。急性活动期多因面部蝶形红斑、皮肤红斑或结节等皮肤损害,先就诊于皮肤科。从急性期皮损形态及伴有发热等证候特征,一般归属于“温毒发斑”,故多从清营解毒、凉血护阴治疗。1993年以来,在病房及门诊治疗十数例患者,均以不同程度的面部和全身水肿性鲜红斑、紫红斑或皮下结节为主,伴有不同程度的发热,关节痛,淋巴结肿大,全血减少,血沉增快及脏器损害,且大部分病人服激素效果不显,且不愿增加激素量而求助中医治疗。根据证候表现,皆有血分热毒炽盛、夹湿夹瘀之特点,治法以凉血解毒、除湿散瘀为主,多数病例在治疗1周内精神转佳,体温降至正常,1~2周内关节不痛,淋巴结消退,1~3周内皮肤损害转暗至消退,各项化验指标亦随皮损消退而趋于正常。现举一典型病案,以总结临证体会。

赵××,女,26岁,工人,病案号70089。因上臂及头部皮疹1年余,面部红斑伴发烧关节痛半年,头痛恶心呕吐渐重1周而收住本院。入院时低热乏力,关节串痛难耐,活动受限,头痛剧烈,时有恶心呕吐,纳差,心悸,多梦易惊,面部皮疹痒痛。查体:体温37.5℃,脉搏100次/分;血压14/10kPa,精神抑郁,时而烦躁,全身浅表淋巴结均肿大,颜面鼻翼两旁、双颊及双耳轮紫红夹有暗红色水肿性斑,鼻唇翼沟附近分布7、8个1cm×2cm皮下结节,触痛明显,双上臂外侧散在数十个1cm×3cm皮下痛性结

节,前胸数个相同结节,多为褐色。舌尖红、瘀斑、苔黄腻,脉细数。化验:血红蛋白10g%,红细胞 $3.6 \times 10^{12}/L$,白细胞 $3.1 \times 10^9/L$,血沉58mm/小时。肝功能、心肌酶谱较正常高出1倍,抗核抗体(ANA)1:320。病理诊断为红斑狼疮。脑电图示广泛轻度异常。脑CT示:“右基底节弥漫略低密度影”。诊断:系统性红斑狼疮。证属血热毒盛,湿瘀互结,拟凉血解毒,活血利湿,兼以益气。药用:白花蛇舌草30g,连翘15g,黄芩15g,丹参20g,丹皮15g,赤白芍各10g,玫瑰花10g,车前子(包)10g,茯苓20g,秦艽15g,鸡血藤30g,生黄芪30g。3剂,水煎服,每日1剂。3天后热退,头痛呕吐止,诸症减轻,继服1周,关节痛消失,活动自如,精神转佳。皮肤红斑色暗,结节痛减。住院半月,除活动后心悸外,其余症状均缓解,面部红斑及部分结节消退,上臂及前胸结节变软渐小,无新结节,全身浅表淋巴结除右股尚存1个1cm×2cm外,余均消退,舌红少津,腻苔已化薄。故前方加用益气养阴之品以扶正。住院3周,上臂、前胸处皮下结节基本消退,面部仅剩1个近消退结节。1月后皮损痊愈,症状消失,各项化验(包括ANA)均正常,4个月后随访未复发。

体会:本病病因皆为感受阳毒之邪所致,皮损兼夹不同,病机也非单一。其一,至夏遇热毒之邪,外感创伤热毒之邪,中药毒热之邪,入里燔灼营血而发红斑,灼伤血络,血溢肌肤所发紫斑,即温毒发斑。其二,热毒夹湿,或寒湿郁久化热,湿毒蕴阻中焦气分,见斑色暗红,伴低热,纳差,舌苔黄腻,且缠绵难愈。其三,湿热毒邪与气血相互结聚,瘀阻经脉,不通则痛,发于皮肤者,或见痛性瘀血斑块,或见痛性结节。因此,系统性红斑狼疮患者皮肤损害多斑、疹、结节互见,实证为主者,其病机不外温毒发斑与湿毒瘀

* 北京中医药大学东直门医院皮肤科,北京东直门内海运仓(100700)

收稿日期:1994-10-07

结。有严重肝肾损害伴下肢肿虚羸者,斑色多晦暗,黧黑或色淡浮肿,当属阴斑范畴,不在此列。

针对以上论述,治法以解毒除湿以祛邪,凉血以消斑,活血以散瘀,凉血解毒为先,除湿散瘀兼之,散结则在其中。凉血解毒、除湿散瘀为本病皮损治疗大法,宜贯彻始终,但需注意以下几个方面:(1)勿忘调和阴阳。实热有羸候,邪胜必伤其正。系统性红斑狼疮病人多先天禀赋不足,方易感湿热毒邪,进而导致机体阴阳失调。因此祛邪必兼顾其本,故佐使生黄芪益气扶正,走而不滞,且托毒外出,兼助行血化生。鲜石

斛健脾护阴,鸡血藤温通活络,寒下温升并用,使之达到阴平阳秘,精神乃治之目的。(2)初期毒盛,重在凉血解毒,辅以除湿散瘀。毒热甚重尤伴高热神昏、抑郁烦躁时,宜早用重用凉血之品以清营、解毒之味以清热,每日1~2剂,分3~4次服,逼邪外出。临证根据患者病情可酌情减少激素用量,脏器损害轻者,可以缓用或不用激素。(3)热退后重在除湿散瘀,皮损色暗勿略凉血解毒。在皮损消退期应加重除湿散瘀药之力,促使皮肤修复,但不能忽视凉血解毒,一防复受外邪,二为激素减量保驾。

化瘀宁坤液灌肠治疗慢性盆腔炎 160 例

陈艳* 郭志强*

我科近几年来应用中药化瘀宁坤液保留灌肠治疗慢性盆腔炎 160 例,取得了较好的疗效,现总结如下:

1 临床资料

病例选择:本组病例系我科收治的慢性盆腔炎住院患者,按中医辨证属寒湿瘀阻型及气滞血瘀型,住院期间应用化瘀宁坤液 1 个疗程以上的病例。

一般资料:年龄:21~30 岁 47 例;30~40 岁 78 例;40~50 岁 33 例;50 岁以上 2 例。病程:1 年以内者 92 例;1~5 年者 59 例;5~10 年者 6 例;10 年以上者 3 例。疗程:1~2 疗程者 52 例;3~4 疗程者 91 例;5~6 疗程者 17 例。临床表现:小腹部不同程度疼痛、坠胀者 146 例,占总病例数的 91.25%。腰骶部或腰部酸痛、坠胀者 116 例,占 72.5%。带下量多色白者 75 例,占 46.9%。经期、行经前后小腹及腰骶部疼痛加重者 56 例,占 35%。月经后期、量少、带经时间延长等 35 例,占 21.9%。由于输卵管本身受到炎症损害,造成输卵管阻塞而致不孕者 28 例,占 17.5%。妇科检查:一侧或双侧附件增厚、压痛者 160 例;一侧或双侧附件可触及包块者 38 例;骶韧带增粗、触痛者 63 例;子宫压痛者 86 例。B 超提示盆腔炎者 160 例。

2 治疗方法

本组病例均以行气活血、化瘀消症之法治之,选用化瘀宁坤液,组成如下:三棱 15g,莪术 10g,水蛭 5g,红藤 15g,昆布 15g,槟榔 12g,桂枝 10g,丹皮 15g,赤芍 15g,败酱草 20g,虎杖 15g,没药 10g,附子 10g。用法:

上药经制剂室浓煎后,制成 100ml 一瓶。灌肠前将药液温至 38℃~41℃,用 14 或 16 号导尿管插入肛门 12~15cm,缓慢注入药液,每次 100ml,保留 40 分钟以上,每日 1 次,15 次为一疗程,经期停用。

3 治疗结果

疗效标准:临床治愈:症状消失,妇检附件无增厚、压痛及包块,B 超提示盆腔正常。显效:症状消失,妇检附件增厚明显减轻,无压痛或附件包块明显缩小,B 超提示附件增厚减轻或包块减小 1cm 以上。有效:症状明显减轻或基本消失,妇检附件增厚有所减轻、无压痛,B 超提示附件增厚有所减轻或包块稍缩小。无效:治疗前后症状、体征未见改变。

治疗结果:临床治愈 49 例,占 30.6%;显效 62 例,占 38.7%;有效 43 例,占 26.9%;无效 6 例,占 3.8%。总有效率为 96.2%。

4 讨论

慢性盆腔炎临床上辨证属湿热瘀阻型者居多,但也有相当一部分患者属寒湿瘀阻或气滞血瘀型,湿热征象不明显,故不能概以清热解毒法治之。该病程较长,容易反复发作,周围组织器官容易有粘连,中药灌肠治疗,药液经直肠局部吸收,能很快发挥作用,既避免了中药对胃肠的刺激、减轻了肝脏的负担,又减少了对药力的影响,并且药液局部热敷,有利于炎症的消退。灌肠时药液的温度应控制在 38℃~41℃,不可过高或过低。肛管插入亦不应过浅或过深,否则将会影响治疗效果。本病的好发年龄为 20~40 岁,占总病例数的 78.1%,而且常继发痛经、不孕、月经不调等疾病。所以治疗本病为治疗继发病的根本。从临床观察,病程短则治愈率高,故慢性盆腔炎患者及早治疗可尽快痊愈。

* 北京中医药大学东直门医院妇科,海运仓 5 号 (100700)

收稿日期:1995-03-17;修回日期:1995-04-10