

黄世林论治过敏性紫癜经验

陈楠楠

(中国人民解放军第二一零医院中医血液科, 辽宁省大连市西岗区胜利路80号, 116021)

黄世林(1933~), 男, 1964年毕业于北京中医学院中医系, 从事中西医结合血液病诊治40余年。国家、军队第一、二、三、四批老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 解放军总医院军医进修学院中医师承制博士、硕士研究生导师, 享受国务院政府特殊津贴。主编专著4部, 发表论文近百篇。先后承担各类课题共7项, 共获各类科技进步与医疗成果奖27项, 其中军队科技进步与医疗成果二等奖9项, 中国中西医结合学会科技进步一等奖1项, 辽宁省科技进步一等奖1项、二等奖2项。2007年荣获全军“国医名师”称号。

【关键词】 紫癜; 过敏性; 老中医经验; 黄世林

过敏性紫癜(HSP)是一种血管变态反应性出血性疾病。本病冬春季易发, 任何年龄皆可发病, 但多见于儿童及青少年, 且并发症多, 复发率高。黄世林教授对过敏性紫癜的中西医结合诊治积累了丰富的丰富经验, 现总结如下。

1 病因病机

现代医学认为, HSP是一种由自身免疫反应介导的全身性血管炎。病因很多, 包括感染、食物、药物、疫苗接种等。中医文献将本病归属于“肌衄”、“葡萄疫”、“血证”、“瘀证”等范畴。

黄世林教授结合多年的临床经验提出, HSP是一种湿热性疾病。患者正气不足, 多种因素, 伤及脾胃, 脾失健运, 胃失和降, 湿浊内生, 湿浊蕴久化热, 热灼血脉, 迫血妄行, 血溢脉外而发病。离经之血瘀阻于肌肤, 则皮肤紫癜, 临床上多表现为皮肤瘀点, 大小不等, 深浅不一, 可融合成片或高出皮肤, 呈出血性丘疹, 多见于下肢及臀部, 常对称分布, 分批出现, 反复发作; 离经之血瘀凝滞于关节, 则四肢关节肿胀、疼痛; 离经之血阻于中焦, 则中焦气机不畅, 不通而腹痛, 胃失和降, 气逆而呕吐, 脾虚湿盛, 肠腑传化失常而泄泻, 甚至湿热灼伤胃肠脉络而便血; 瘀热蓄结下焦、损及肾络, 则有不同程度的蛋白尿、血尿、管型尿, 严重者可导致肾小球肾炎, 而出现少尿、浮肿、高血压, 甚至肾功能衰竭。舌质淡或淡红、淡暗, 苔薄白或白腻、或黄, 舌边多有齿痕, 脉滑。可见, 正气不足、阴阳失调是HSP的病理基础, 而湿、热则是该病的致病因素。

2 治疗经验

黄世林教授提出, 该病治疗的总原则为祛湿化浊、清热凉血。自拟消癜方: 藿香10g, 紫苏10g, 姜半夏20g, 茯苓20g, 连翘10g, 金银花20g, 黄芩10g, 板蓝根20g, 白鲜皮20g, 甘草5g。其中藿香、紫苏辛温芳香, 为黄教授的经验用药, 二者共用有化湿运脾、祛浊解毒作用, 有利于清除湿浊; 伍用姜半夏温化湿浊, 茯苓淡渗利湿, 共奏健脾益气之功, 从根本上阻止湿浊的产生; 连翘、金银花、黄芩、板蓝根、白鲜皮清热解毒、凉血止血, 一方面可清湿浊蕴久之热, 另一方面亦可发挥抗感染及祛浊解毒的作用。另外, 黄教授认为, 过敏性紫癜患者出血的主要原因是湿浊蕴久化热, 热灼血脉, 迫血妄行, 故在治疗时不必大量应用止血药, 通过祛湿凉血, 热退血宁即可达到良好的止血效果。

根据HSP临床表现的不同, 可分为皮肤型、关节型、腹型、肾型及混合型几种, 在消癜方基础上临证化裁。皮肤型伴皮肤瘙痒者加用地肤子, 重用白鲜皮, 以清热利湿、祛风止痒; 腹型加用白芍, 与甘草合用可缓急止痛, 亦可加用延胡索, 活血行气止痛; 关节型加用牛膝、伸筋草、伸筋草解毒通络、舒筋活血; 尿中红细胞可重用白茅根凉血止血、清热利尿, 尿蛋白加用芡实补脾益肾固精; 若合并上呼吸道感染加用百部、白前, 重用金银花、板蓝根、黄芩等以清热理肺解毒。

3 病案举例

纪某, 女, 13岁, 2008年3月初诊。主诉: 患HSP(皮肤型)1个月余, 经维生素C、葡萄糖酸钙以及抗过敏治疗后, 紫癜消退。本次入院前2天因受凉后出现咽痛、咳嗽, 皮肤再次出现紫癜。入院第2天出现腹痛、腹泻, 排暗红色稀便, 每日4~6次。查体: 双下肢皮肤紫癜密集、对称分布, 以小腿为主, 有的融合成片, 高出皮面, 压之不褪色, 咽部中度充血, 扁桃体Ⅱ度肿大, 表面覆盖脓苔, 舌质淡红、苔薄白, 脉滑。血常规: 白细胞 $14.5 \times 10^9/L$, 中性粒细胞0.89, 血红蛋白144g/L, 血小板 $354 \times 10^9/L$; 尿常规: 潜血(±), 红细胞21.15/HP, 白细胞27.74/HP; 大便潜血(+); 肝、肾功能、免疫球蛋白、补体C₃、C₄均无异常。诊断: HSP(混合型), 治以祛湿化浊、清热凉血。方用: 藿香10g, 紫苏10g, 姜半夏10g, 茯苓20g, 黄芩15g, 板蓝根20g, 连翘10g, 金银

花15g,白鲜皮20g,白芍20g,甘草10g,炒地榆10g,桔梗5g。水煎200ml,早晚分服。治疗过程中随症调整或加味,腹痛明显时加大白芍、甘草用量;皮肤紫癜加重、反复时加大白鲜皮用量;便潜血持续阳性时重用炒地榆,并加用小蓟;尿中红细胞增多时加用白茅根。同时酌情配以抗感染、抗过敏等对症治疗。治疗至第7天,患者腹

痛、腹泻症状缓解,下肢皮肤紫癜色泽变深,部分消失;至21天紫癜消退,便潜血转阴;至35天,尿常规正常。此后患者继续服用中药巩固治疗,门诊随诊4个月病情无反复。

(收稿日期:2008-08-27)

[编辑:洪涛]

加味二至煎联合路优泰治疗便秘型肠易激综合征43例

王红霞¹ 张金锋² 张艳霞³ 郑陇军¹ 丁晓坤¹ 指导:郭喜军⁴

(1. 河北医科大学2007级研究生,河北省石家庄市中山路361号,050011; 2. 河北省藁城市

93717部队卫生队; 3. 河北省石家庄市中医院消化科; 4. 河北省中医院)

肠易激综合征(IBS)是临床上最常见的一种肠道功能紊乱性疾病。主要表现为腹痛、腹胀、大便秘结改变,并伴有排便性状改变,持续或间歇发作。临床调查发现,其便秘型中许多患者有心理障碍或精神异常表现,症状的出现或加重常与精神因素或遭遇应激状态有关,我们采用郭喜军老师自拟经验方加味二至煎联合抗抑郁药路优泰治疗便秘型肠易激综合征疗效显著,现总结报告如下。

1 临床资料

所选全部病例均为河北省中医院2006年3月~2008年2月门诊及住院的患者,共80例,病程均超过1年,病例选择标准如下。

1.1 西诊断标准

依据2006年罗马Ⅲ工作委员会正式公布的《罗马Ⅲ诊断标准》中《肠易激综合征便秘型诊断标准》:诊断前症状出现至少6个月,近3个月满足以下标准:反复发作的腹痛或不适,最近3个月内每个月至少3天出现症状合并以下2条或多条:①排便后症状改善;②发作时伴有排便频率改变;③发作时伴有排便性状(外观)改变。以下症状支持 IBS 的诊断:①排便频率异常:每周排便<3次或每天排便>3次;②粪便性状异常:块状便/硬便或糊状便/水样便;③排便费力;④排便紧迫感或排便不尽感;⑤排黏液便;⑥腹胀。便秘型患者有①、③或⑤项的一项或以上,没有②、④或⑥。下列实验室检查均正常:①血常规;②便常规及培养(至少3次)、隐血实验;③甲状腺功能测定;④肝胆胰脾功能及B超检查;⑤血沉。其他检查:①X线钡灌肠无阳性发现;②结肠镜无明显异常或肠腔痉挛黏液增多,黏液活检基本正常。

1.2 中医诊断标准

依据《中医临床诊断疗效标准》^[1]:诊断为便秘——虚秘(阴虚秘)证。主症:大便干结如羊粪状,形体消瘦,头晕耳鸣,心烦少眠,潮热盗汗,腰膝酸软,舌红少苔,脉细数。

1.3 一般资料

按上述标准入选的80例患者,均伴有不同程度精神紧张、焦虑等应激表现。按就诊时间先后随机分为治疗组和对照组,治疗组43例,对照组37例。治疗组中,男20例,女23例;病程1~10年,平均(5.54±1.41)年;年龄32~67岁,平均(52.46±10.24)岁。对照组中,男17例,女20例;病程1年6个月~9年,平均(4.81±1.74)年;年龄33~69岁,平均(55.81±10.36)岁。两组患者性别、年龄、病程及伴发症状经统计学处理差异无显著性

($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组服用加味二至煎治疗。药物组成:女贞子20g,墨旱莲20g,火麻仁15g,枳实15g。加减:肝郁气滞者加木香6g、青皮、陈皮各12g,枳实20g,厚朴20g;肠胃湿热者加黄芩9g,生石膏20g,苦参6g,茯苓6g,黄连6g,半夏12g;瘀血者加丹参12g,水红花子12g;阴虚津亏者加沙参12g,麦冬10g;脾虚湿盛者加白豆蔻12g,砂仁6g;肠燥血虚型加当归9g,白芍30g;脾肾阳虚者加肉苁蓉15g。每日1剂,水煎取汁400ml,早晚各1次温服。治疗组在此基础上同时服用路优泰每次300mg 每日3次,对照组仅服路优泰,服法同治疗组。两组疗程均为8周。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

痊愈:大便正常,或恢复至病前水平,其他症状全部消失。显效:便秘明显改善,间歇时间及便质接近正常,其他症状大部分消失。有效:排便间歇时间缩短1天,或便质干结无改善,其他症状均有好转。无效:便秘及其他症状均无改善。

3.2 治疗结果

治疗组43例,显效27例,有效14例,无效2例,总有效率为95.35%;对照组37例,显效12例,有效9例,无效16例,总有效率为56.76%。两组疗效比较,治疗组明显为优($P<0.05$)。

4 讨论

IBS被认为是一种心身疾病,研究显示,精神心理因素与肠道的感觉运动失调密切相关,40%~50% IBS 患者常伴有焦虑、抑郁等精神障碍,症状发作或加重常和情绪变化有关。常见心理障碍有个性改变、焦虑、抑郁、癔症、精神症状躯体化等。有心理异常的 IBS 患者94%有直肠敏感性异常。我们认为,IBS(便秘型)以肠动力减弱为主,诊断该病必须排除肿瘤等器质性病变,以免漏诊、误诊而延误病情。临床所见本病多为本虚标实之证,以“虚秘”为主,虽有肠道腑实之标实,但究其病因大多因虚而致,或因津血枯燥,肠道失润,无水行舟或因气虚无力,大肠传导失司,推动乏力。临证当详辨,审因论治。治疗宜扶正攻下,在通腑的同时必须注意滋补肾阴,使大肠得以濡润而传导恢复正常。加味二至煎滋阴润燥通便,主用于热邪伤阴的津枯肠燥,大便秘结。

参考文献

[1]王净净,尤俊杰.中医临床诊断疗效标准[M].长沙:湖南科学技术出版社,1993:9.

(收稿日期:2008-10-17)

[编辑:黄健]