

# 综合疗法治疗重型斑秃临床疗效观察

吴元胜 李红毅 禩国维

(广州中医药大学第二临床医学院皮肤性病科 广州 510120)

**关键词:**斑秃;综合疗法;肝肾不足;益发口服液;益发外用酊;穴位注射;梅花针;神灯;疗效观察

**中图分类号:**R 644

**文献标识码:**B

**文章编号:**1671-4040(2003)06-0021-02

重型斑秃是指脱发面积大于头皮面积的 1/3 或病程超过 1 年仍无好转趋势的斑秃<sup>[1]</sup>。本型斑秃来势凶猛、脱发面积大,治疗后易于复发,是斑秃治疗中的重点和难点。我们应用本科室自创的脱发综合疗法治疗 35 例肝肾不足型重型斑秃患者,取得了较好的临床疗效。现报道如下:

## 1 临床资料

**1.1 诊断及辨证型标准** 均参照《中药新药临床研究指导原则》第 3 辑有关内容。突然或短期内头发片状脱落,单发或多发,脱发面积大于头皮面积的 1/3 或病程超过 1 年仍无好转趋势。处于脱发活动期(拔发试验阳性或经治疗后头发反复脱落),脱发区皮色正常,无明显炎症反应,脱发区皮肤未见萎缩及瘢痕。肝肾不足证:多见于中年以上或发于久病后,头发焦黄或花白,片状或弥漫性秃落,伴有腰膝酸软,头昏耳鸣,舌质淡、苔少,脉沉细。

**1.2 一般资料** 入选病例全部来自本院皮肤科脱发专科门诊,共 65 例,男 40 例,女 25 例;年龄 12~56 岁,平均 35.8 岁;病程 6 个月~3 年;采用简单随机法,通过 casio fx-3600 计算器随机键(INV,RAN)得出随机数字,分为脱发综合疗法组 35 例、对照组 30 例。2 组治疗前一般资料性别、年龄、病程、斑秃区、主要中医症状,差异均无显著性意义,具有可比性。

**1.3 治疗方法** 综合疗法组:(1)益发口服液(我院制剂室生产),每次 10mL,日 3 次。(2)梅花针合 TDP 神灯(高效电磁波治疗仪)照射疗法:先用 75%酒精在秃发区常规消毒,再用梅花针轻巧而均匀地叩刺皮损区穴。根据秃发区局部的皮肤变化情况,灵活选择弹刺手法,头皮微红轻度肿胀的脱发(上接第 13 页)好转)1 例,总有效率 92%。服药期间未发现任何不良反应及毒副作用。

## 4 典型病例

杨某某,男,51 岁,1998 年因全身浮肿在当地医院尿检蛋白+++ ,诊断为慢性肾炎,经服用中西药治疗后,浮肿基本消失,但尿蛋白未完全消失,患者未坚持服药。此后症状反复发作,2001 年又因症状加重而在某省级医院诊治,尿蛋白++++,血肌酐(Scr)847 $\mu$ mol/L,血尿素氮(BUN)28.5mmol/L,诊断为慢性肾炎、慢性肾功能不全(尿毒症晚期)、肾性贫血、肾性高血压。经治疗后,症状无缓解,患者因拒绝血透而转入我院治疗。症见:全身浮肿,神疲乏力,时感胸闷气逼、恶心,呕吐,腹胀,纳差,大便结,小便量每日 1 200mL,舌质淡、苔白腻,脉沉细。入院后予以爱西特片 5 片口服,1 d 3 次;肾药 III 号保留灌肠,每晚 1 次;其他治疗以对症治疗为主。15d 后患者症状有明显改善,精神好转,无明显胸闷气逼,纳可,腹胀减轻,大便每日 3 次,小便每日 1 300mL,尿检蛋白++,Scr 467 $\mu$ mol/L, BUN 179mmol/L。治疗 30d 后,患者临床症状基本消失,尿蛋白为 $\pm$ ,Scr 234 $\mu$ mol/L, BUN 10.2mmol/L。以后仍然每晚灌肠 1 次,爱西

区采用轻叩手法;头皮无明显变化者采用中等刺激量叩刺,使局部头皮潮红充血;头皮凹陷表面苍白光亮应用重手法叩刺至少量渗血,每区 3~5min。继以神灯(高效电磁波治疗仪)预热后,照射患部,距离 20~30cm 或以患者自我感觉舒适为宜,每次 15~20min,每周 2 次。(3)足三里穴位注射法:患者坐位,取双侧足三里穴,用 6 号针头抽取人参注射液 2mL,局部皮肤常规消毒后,用无痛快速针法将针刺入皮下组织,然后缓慢推进或上下提插,探得酸胀等“得气”感应后,回抽无血,即可将药物缓慢推入 1mL,然后更换针头,将剩余药物依法注射另一足三里穴,间隔 2~3d 1 次。(4)益发外用酊外搽疗法:益发外用酊(我院制剂室生产,内含人参叶、川椒、黄芪、红花、冰片等成分)用时摇匀,以鲜生姜片蘸点上述药液外搽斑秃区,轻推压并擦至局部潮红,日 3 次。西医对照组:(1)予以胱氨酸 25mg,1 d 3 次口服;维生素 B<sub>6</sub> 20mg,1 d 3 次口服;维生素 E50mg,1 d 3 次口服。(2)0.02%盐酸氮芥液,外搽,1 d 3 次。上述治疗以 1 个月为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程判定疗效。

## 2 疗效观察

**2.1 疗效标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》第 3 辑有关内容。临床痊愈:毛发停止脱落,脱发全部长出,其分布密度、粗细、色泽与健发区相同,皮脂分泌恢复正常。显效:毛发停止脱落,脱发再生达 70%以上,其密度、粗细、色泽均接近健发区,皮脂分泌明显减少。有效:毛发停止脱落,脱发再生达 30%以上,包括毳毛及白发长出。无效:脱发再生不足 30%或仍继续秃落。详细询问病史,记录发病因素,检测脱发特片每次 5 片,每日 3 次,血肌酐控制在 200 $\mu$ mol/L 左右。患者出院后坚持服用爱西特片及中药清热解毒通腑之品,随访至今未见反复。

## 5 体会

慢性肾功能衰竭是临床一种常见病、多发病、难治病,当前现代医学多以对症治疗及透析疗法为主,其费用昂贵,且疗效不稳定,很难为患者所接受。而中药的廉价及稳定的疗效正越来越受到患者的青睐。本治疗方法是根据慢性肾功能衰竭多属中医脾肾亏虚,湿浊内停。肾药 III 号灌肠液是本院采用中药生大黄、槐花、煅龙牡等制成,具有明显的通腑降浊功能,能有效降低血肌酐、尿素氮,提高肾小球的滤过率;爱西特片是高分子材料经无氧高温炭化及活化而成,具有发达的孔隙结构和巨大的比表面积,在肠道内有高度的吸附力,能有效对肠道内非蛋白氮及尿酸进行吸附,使上述物质加速排出体外。肾药 III 号灌肠液配合爱西特片可以减少患者腹泻次数,提高药物在体内停留时间,充分发挥药效,达到最佳疗效,是值得推广和使用的。

(收稿日期:2003-07-29)

的范围、毛发稀疏程度、色泽、油脂分泌情况等。

2.2 治疗结果 见表 1。

表 1 2 组治疗结果比较 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	10	13	8	4	31*
对照组	30	3	8	7	12	18

注:治疗组总有效率优于对照组, P < 0.05。

3 讨论

斑秃是一种损害容颜的疾病,尤其是重型斑秃往往给患者带来极大的心理压力。随着人民生活水平日益提高,对本病的治疗已引起广泛的重视。很多证据表明斑秃是一个组织限制性的自身免疫性疾病,机体免疫功能的紊乱是其发病的主要原因,与精神神经因素、血管舒缩功能、遗传、内分泌失调等有关<sup>[2]</sup>。皮质类固醇激素全身治疗对本病有比较确切疗效,但其临床运用却有争议,原因在于斑秃只是一个损害容颜的疾病,激素的长期、全身应用难以避免各种各样副作用的发生。有学者在本病治疗上改以激素局部封闭治疗,但此疗法在秃发区面积大于头皮面积 50%且处于活动期时,疗效明显降低<sup>[4]</sup>。部分病例封闭治疗后非但头发未长出,并见有头皮萎缩副作用。我科经多年的努力,逐渐形成了以综合治疗为主的中医特色医疗优势。我科学术带头人禩国维<sup>[5]</sup>教授认为肝肾不足,血虚不能上荣,以致毛孔开张,风邪乘虚而入,风胜血燥;或肝气郁结,气机不畅,乃致气滞血瘀,发失所养为斑秃的主要病因。禩教授通过长期的临床实践发现,斑秃尽管中医辨证分型复杂多样,但临床特别是重型斑秃患者仍以肝肾亏虚证多见,补益肝肾、疏风通络、养血活血等为本病的主要治则,临床结合中药外涂、外洗、针灸等方法有利本病疗效的提高<sup>[6]</sup>,并为此研制了益发序列口服液、益发外用酊等。本研究表明,对肝肾不足型重型斑秃患者,综合治疗组与对照组 2 组疗效差异有显著性意义。可能不同作用机制的药物与疗法联合应用在斑秃治疗中有协同作用,综合治疗对提

高本病治愈率、缩短疗程等方面有着重要意义。

脱发综合疗法中梅花针合 TDP 神灯照射疗法可疏通经络,运行气血,改善斑秃区血液循环;足三里穴位注射法可健脾胃,益气血生化之源,使气血充盛,经络通畅,毛发得以濡养,是脱发诊治中药物疗法的补充;益发外用酊是我院生产的系列生发剂之一,内含人参叶、川椒、黄芪、红花等成分,实验研究表明,该类制剂外用能扩张家兔真皮浅层毛细血管,增加血流量,改善局部微循环,加强毛囊营养,促进毛发生长和再生,临床应用取得了比较满意疗效<sup>[6]</sup>;益发外用酊外搽运用生姜片摩擦外搽可加强局部吸收,并提高局部头皮组织的浓度,从而提高益发外用酊生发效能。难治性毛发病不仅是局部代谢紊乱的表现,同时亦是机体全身内分泌功能失调的具体体现,治疗上以内外结合的疗法,可调节机体免疫功能,提高本病治愈率。益发口服液中,制首乌、女贞子、菟丝子、桑椹子补益肝肾,填精养血,乌发生发;黄芪、白术、山楂益肺气、健脾胃,补后天生发之源,兼防补品之滋腻;蒲公英、崩大碗、丹参清热凉血,养血活血,血精互化以利毛发生长。全方合用滋而不腻,温而不燥,清补兼用。本疗法既重视整体观念,又重视局部搽药及针灸等的综合治疗,在生发方面有着比较确切的疗效,值得临床推广。

参考文献

[1]张景政.长压定、强的松治疗重型斑秃对比观察[J].临床皮肤科杂志,1990(6):299  
 [2]陈炜.斑秃病因的研究进展[J].国外医学·皮肤性病学分册,2001,27(1):16~19  
 [3]陈达灿,禩国维.皮肤性病专科专病中医临床诊治[M].北京:人民卫生出版社,2000.301  
 [4]禩国维.皮肤性病中医治疗全书[M].广州:广东科技出版社,1998.126  
 [5]范瑞强,禩国维.中西医结合治疗皮肤病性病[M].广州:广东科技出版社,1996.321

(收稿日期:2003-05-14)

# 中西医结合治疗非淋菌性宫颈炎 36 例

吴瑞芳

(江西省上饶市人民医院 上饶 334000)

关键词:非淋菌性宫颈炎;中西医结合治疗法

中图分类号:R 978.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2003)06-0022-02

非淋菌性宫颈炎(简称 NSGI)由性接触传播。我们采用中西医结合治疗,收到满意的效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般情况 观察病例 68 例,其中年龄最小 18 岁,最大 48 岁,平均年龄 31 岁;病程最短 3d,最长 1 年,平均 3 个月。随机分成 2 组,治疗组 36 例,对照组 32 例。

1.2 诊断标准 参照《皮肤性病学》<sup>[1]</sup>,患者有非婚性接触史或配偶感染史;临床表现为带下量增多、色白或黄,质清稀如水或粘稠,气腥秽;宫颈充血,水肿。实验室检查:宫颈粘液

分泌物,在油镜下平均每视野多形核细胞 5 个,而排除淋球菌感染即可作出诊断。

2 治疗方法

2.1 治疗组 内服方以健脾疏肝、清热利湿法为主,基本方:山药 12g,苍术 9g,黄柏 6g,车前子 12g,芡实 12g,白果 5g,虎杖 12g,柴胡 6g,黑荆芥 6g,白芍 12g,陈皮 6g,甘草 3g。根据临床症状酌情加减。每天 1 剂,水煎分 2 次服。外洗方以清热利湿杀虫为主,基本方:黄柏 15g,土茯苓 25g,蚤休 15g,蒲公英 25g,蛇床子 15g,苦参 15g。每天 1 剂,煎水冲阴道,每日