

升板合剂治疗激素依赖的 ITP 36 例疗效观察

贾树才

(天津南开医院 天津 300100)

关键词: 特发性血小板减少性紫癜; 激素依赖; 升板合剂; 中医药疗法

中图分类号: R 554.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0053-01

对于激素治疗有效但撤退激素后又反弹的慢性特发性血小板减少性紫癜(ITP), 而又不肯接受脾切除的患者, 成为治疗难题。对这部分病人, 积极开展中医药治疗, 并探讨卓有成效的方剂, 是非常必要的。本文旨在介绍这方面的情况, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 诊断标准 36 例均符合以下诊断标准^[1]: (1) 多次检查血小板计数减少; (2) 脾不大或轻度大; (3) 骨髓巨核细胞增多或正常, 有成熟障碍; (4) 具备下列五项中任何一项: 泼尼松治疗有效, 脾切除治疗有效, 血小板相关抗体 (PAIg) 阳性, 血小板相关补体 (PAC3) 阳性, 血小板寿命测定缩短; (5) 排除继发性血小板减少。

1.2 一般资料 本组 36 例, 皆为慢性型。全部经泼尼松正规治疗有效 (短期使用大剂量并维持治疗达半年甚至 1 年), 病情改善 (完全缓解与部分缓解), 但停用泼尼松后复发。其中男 7 例, 女 29 例; 年龄 19~53 岁; 病程 1~8 年; 皮肤紫癜 28 例, 鼻衄、齿衄 26 例, 月经过多 10 例; 脾不大者 33 例, 轻度肿大者 3 例; 血小板计数均 $<50 \times 10^9/L$, 其中 $10 \times 10^9/L$ 以下者 2 例, $20 \times 10^9/L$ 以下者 6 例, $50 \times 10^9/L$ 以下者 28 例; 继发缺铁性贫血者 16 例。全部骨髓象为巨核细胞增多或正常并伴成熟障碍, 脉象为弦滑数或细数; 舌质红或暗红, 舌苔黄或黄腻或苔少, 辨证皆为血热挟瘀、气血两虚型。

1.3 治疗方法 全部用自拟升板合剂治疗。方剂组成: 当归 10g, 生地 15g, 白芍 10g, 川芎 10g, 桃仁 10g, 红花 10g, 旱莲草 30g, 女贞子 15g, 地骨皮 15g, 鸡血藤 30g, 生黄芪 15g。加减: 兼湿热者加茵陈 30g、蒲公英 30g、小蓟 20g、车前子 15g, 瘀血明显者加三七 6g、生蒲黄 10g, 伴出血者加乌贼骨 15g、煅龙骨 15g、煅牡蛎 15g、五倍子 10g、茜草 10g。服法: 水煎服, 日 1 副。疗程为半年~1 年, 服升板合剂至半年时, 完全缓

解与无效病例均停药, 有效病例继续服至 1 年。对于严重病例 (血小板计数 $<20 \times 10^9/L$ 者), 积极给予输血小板等支持治疗, 以预防颅内出血。

2 疗效标准与治疗结果

显效: 血小板计数恢复正常 ($>100 \times 10^9/L$), 无出血症状, 持续 3 个月以上者, 共 5 例, 占 14%; 有效: 血小板上升至 $50 \times 10^9/L$ 以上, 出血症状有所改善者, 共 17 例, 占 47%; 无效: 血小板计数及出血症状无改善者, 共 14 例, 占 39%。总有效率为 61%。

3 讨论

ITP 属于中医“肌衄”范围, 中医学认为, 慢性 ITP 始发因素乃由于血热, 热邪迫血妄行, 发为肌衄, 形成紫癜。热邪煎熬血液而致瘀, 形成瘀血, 瘀血阻于脉络, 又导致血不循经而外溢, 使紫癜加重。热邪耗伤阴血则血虚, 病程迁延日久, 累及气分, 则气血两亏, 气虚不能摄血更加重出血。其治疗大法是凉血止血、化瘀散血、益气养血。自拟升板合剂专为血热妄行、瘀阻脉络、气血两虚型而设, 方中生地、白芍、地骨皮、旱莲草凉血止血; 生地、白芍、当归、川芎为著名方剂四物汤, 四物汤养血活血, 补血而无留瘀之弊, 活血而无伤正之虞; 桃仁、红花增加化瘀之力; 女贞子、旱莲草、鸡血藤增加养血即提升血小板之作用; 大补元气之黄芪给补血增加了动力。

本组治疗前, 血小板计数均 $<50 \times 10^9/L$, 经升板合剂治疗后, 多数病人能维持在 $50 \times 10^9/L$ 以上, 这无疑有着实际意义。如果说使用激素与切脾是治疗 ITP 行之有效的方法, 那么采用中药则是获效较好的另一种方法。

参考文献

[1] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 674~676

(收稿日期: 2006-05-11)

颅脑外伤并发精神障碍 126 例临床分析

罗忠

(浙江省台州市黄岩第三人民医院 台州 318020)

关键词: 颅脑损伤; 精神障碍; 并发症; 临床分析

中图分类号: R 651.15

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0053-02

颅脑外伤并发精神障碍在临床上较为多见, 早期表现常被颅脑外伤症状所掩盖而延误治疗。我院于 1995~2004 年共收住院颅脑外伤并发精神障碍 126 例。现将有关资料分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 男性 94 例, 女 32 例; 年龄 11~75 岁, 平均 31.7 岁。致伤原因: 车祸伤 77 例, 击伤 31 例, 坠落伤 18 例。家族中有明确精神病史 2 例, 所有病人原无精神疾病史。

中西医结合治疗腰椎间盘突出症 48 例

何正全

(四川省自贡市第四人民医院 自贡 643000)

摘要:目的:观察中西医结合治疗腰椎间盘突出症的疗效。方法:对 48 例腰椎间盘突出症患者采用牵引、推拿、中药、理疗、局部神经阻滞、对症等治疗。结果:痊愈 25 例,显效 17 例,有效 5 例,无效 1 例;总有效率 97.9%。结论:中西医结合治疗腰椎间盘突出症是一种有效的治疗方法。

关键词:腰椎间盘突出症;中西医结合疗法;中药煎剂;电针;推拿;局部神经阻滞

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0054-02

腰椎间盘突出症是由于在外力作用下,纤维环破裂,髓核突出压迫神经根或脊髓引起的以腰腿痛为主要症状特征的一种病变。我科于 2005 年 1~10 月共收治 48 例,取得满意疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共 48 例,男 29 例,女 19 例;年龄最大 73 岁,最小 16 岁,平均 42.4 岁;病程最长 9 年,最短 10d;有明显外伤史 15 例,无外伤史 33 例。

1.2 诊断标准 参考 1994 年国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》:(1)有外伤史或积累性损伤史;(2)反复发作腰腿痛,呈典型的坐骨神经分区域的疼痛;(3)脊柱侧弯,腰生理性弧度消失;(4)直腿抬高试验或加强试验阳性,腱反射减弱或消失;(5)CT 检查显示椎间盘突出。

1.3 治疗方法 (1)卧床休息:治疗期间卧硬板床休息,保持舒适。急性治疗期绝对卧床休息;缓解期,腰痛消失后,在腰

1.2 精神症状 伤后原发性意识障碍 <30min 者 63 例 (50.0%),≥30min 者 54 例 (42.9%),无意识障碍 9 例 (7.1%)。1 周内出现精神症状 103 例 (81.7%),1 月以上出现者 16 例 (12.7%)。症状表现为意识障碍 117 例 (92.9%),记忆障碍 98 例 (77.8%),其中错构 31 例,虚构 17 例,情感障碍 93 例 (73.8%),激惹 26 例,情绪不稳 21 例,冲动行为 18 例,思维障碍 11 例,贪食症 7 例,痴呆样表现 14 例,癔症性失听 7 例,失语 5 例,失眠 2 例。精神症状的发生与颅脑损伤程度关系见表 1。

表 1 精神障碍发生与脑外伤程度关系 例		
GCS 评分	并发例数	精神障碍百分比(%)
13~15	19	15.1
9~12	46	36.5
3~8	61	48.4

表 1 提示颅脑损伤越重并发精神障碍比例越高。

1.3 辅助检查 所有病人均行颅脑 CT 扫描,脑挫裂伤 37 例,伴颅内血肿 42 例,单纯颅内血肿及积液 21 例,颅骨骨折 11 例,无异常发现 15 例。脑电地形图异常者 113 例。

1.4 治疗及转归 本组 46 例行开颅手术治疗,其余均行保守治疗,包括原发病及并发症治疗和抗精神病药物的应用等。结果精神障碍持续时间 1~57d 120 例 (95.2%),致痴呆、人格改变 6 例,持续 6 月以上未完全康复。

2 讨论

引起头部外伤后精神障碍的因素很多,而且相互作用。Davison 等认为外伤因素是本病直接的病因,其精神症状的

围保护下逐渐下床活动。(2)电针推拿:针刺:取肾俞、委阳、足三里、阴陵泉等穴,通电 30min;推拿按摩:手法应轻,采用揉、揉、按、叩等手法按摩腰部。(3)腰椎牵引:患者俯卧于牵引床上,牵引重量为 30~60kg,每天 1 次。(4)理疗:采用纳米治疗仪或多源频谱治疗仪,每天 1 次。(5)中医治疗:基本药物:枸杞 30g,寄生 15g,川芎 12g,乳香 10g,没药 10g,当归 10g,杜仲 15g,五加皮 15g。再根据辨证论治进行加味,如阴虚寒盛者加附片、桂枝,阴虚热盛者加生地、黄柏,湿热盛者加滑石、薏苡仁。每日 1 剂,水煎服,每日 3 次。(6)神经阻滞:用 2%利多卡因 10mL 或布比卡因 5mL 加地塞米松 5mg 膜外神经阻滞,椎旁治疗,每周 1 次。(7)对症治疗:根据病情,采用消炎、镇痛或支持治疗。

2 疗效观察

2.1 疗效判定标准 痊愈:症状体征、消失,能正常工作,生活自理。显效:症状、体征明显改善,生活基本自理,直腿抬高早期出现与外伤严重程度有关。本文提示,脑外伤后出现意识及记忆等早期精神障碍与脑外伤直接相关,但不是唯一因素,脑外伤后出现的智能、感知、人格改变等远期精神障碍多为素质性的,脑外伤仅是诱发因素。本组资料表明精神症状的严重程度与脑损害的严重程度关系密切,GCS 评分在 3~8 分和 13~15 分 2 组,病人的精神症状持续时间有显著差别,病情越重,精神症状持续时间越长。本组资料还显示脑组织损伤的部位与精神障碍的类别有一定的关系,痴呆样表现 14 例病人,有 8 例额叶中重度挫裂伤;11 例并发癫痫病人,5 例有颞叶损害,并有严重的冲动行为,有人认为颞叶损害者精神病状相对严重,不但出现人格改变,且颞叶癫痫可进一步造成人格的改变。

颅脑损伤并发精神障碍,强调早诊断、早治疗,并制订长期治疗原则。详细询问病史,观察意识状态与生命体征,及时行影像学检查,病人清醒后行精神检查。在治疗原发病的同时,针对不同类型的精神障碍给予不同的抗精神病药物治疗。病程中适时应用高压氧等综合治疗方法,增进大脑功能恢复,加速脑水肿消退,尽量减少脑外伤后精神障碍的发生基础,大多可见效并能减轻、减少后期症状发生。病人意识好转后继续使用促进脑细胞代谢的药物,部分症状因脑组织受损致脑机能紊乱所致,在脑组织逐渐恢复过程中这些症状可能逐步缓解。本文提示颅脑外伤并发精神障碍,及时行有效的治疗,大多愈后良好。

(收稿日期:2006-06-23)