

# 中西医结合治疗过敏性紫癜 46 例疗效观察

张枫

(河南省偃师市中医院 偃师 471900)

关键词:过敏性紫癜;中西医结合疗法;辨证分型

中图分类号:R 554.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0059-02

笔者自 2004 年 5 月~2008 年 5 月,采用中西医结合治疗过敏性紫癜患者 46 例,并与同期单纯常规西药治疗的 30 例进行临床对比观察。现报告如下:

## 1 临床资料

76 例均为我院皮肤科门诊患者,所有病例均符合《皮肤性病学》过敏性紫癜诊断标准,排除重度危重症患者。随机分为两组:治疗组 46 例,其中男 34 例,女 12 例;年龄 8~38 岁,平均 16.8 岁;病程最短 3d,最长 4 个月。对照组 30 例,其中男 22 例,女 8 例;年龄 7~36 岁;病程最短 4d,最长 5 个月。两组资料在性别、年龄、病程、病情轻重程度方面比较均无显著性差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 采用西替利嗪片 10mg,1 次/d,安络血片 5mg,3 次/d,复方芦丁片 2 片,3 次/d,葡萄糖酸钙片 1.0g,3 次/d,均口服。

2.2 治疗组 除用以上西药治疗外,依据中医辨证分为四型施治:(1)风热伤络型(19 例):起病急,皮肤紫斑点,色鲜红,腰以下对称分布,略高出皮肤,伴发热、腹痛、关节痛,舌尖红,苔薄黄,脉浮数。治以散风清热,凉血消斑,方用凉血五根汤加减。(2)血热伤络型(10 例):皮肤骤见青紫或鲜紫色点状或斑块,此起彼伏,身热烦渴,面赤,舌质红绛,苔黄燥,脉数有力。治以清热凉血,解毒消斑,方用犀角地黄汤加减。(3)脾不统血型(8 例):病程长,皮肤紫斑点反复发作,色暗,分布稀疏,伴腹胀、便溏、纳呆,面色苍白,神疲乏力,头晕目眩,心悸少寐,舌淡,苔薄白,脉细弱。治以健脾益气,活血消斑,方用归脾汤加减。(4)阴虚火旺型(9 例):皮肤青紫斑点电监护条件的医院一定要在医生监听心率的情况下使用,一旦转复立即停止推注;静脉推注的速度一定要缓慢,至少 5~10min。本组有 1 例患者在用药过程中快速推注出现胸闷、心电监护示窦性心动过缓(心率 46 次/min),停药后好转,提醒我们静脉推注时一定要注意速度,以防发生严重的、不可逆的心律失常或心脏停搏。普罗帕酮有窦房结抑制及负性肌力的作用,对窦房结及心功能差的患者应慎用。

或斑块,时发时止,手足烦热,口干咽燥,潮热盗汗,腰膝酸软,舌红少苔,脉细数。治以滋阴降火,活血消斑,方用知柏地黄汤加减。以上诸型中,若伴腹痛可酌加延胡索、川楝子、白芍、木香等;若伴关节痛可酌加木瓜、秦艽、鸡血藤、络石藤等;若伴血尿可酌加白茅根、生地炭、小蓟等。日 1 剂,水煎,分二次服。两组均以 10d 为 1 个疗程,治疗 2 个疗程后进行疗效对比,对痊愈者随访半年,观察复发情况。

## 3 疗效观察

3.1 疗效判定标准 治愈:皮疹完全消退,症状消失,实验室检查正常;显效:症状消失,皮疹消退 $>70%$ ;好转:症状显著减轻,皮疹消退 $>30%$ ;无效:症状改善不明显,皮疹无变化。总有效率以治愈率加显效率计。

3.2 治疗结果 两组临床疗效比较见表 1。

组别	n	治愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	46	40	4	2	0	95.65*
对照组	30	10	9	6	5	63.33

注:与对照组比较,\* $P<0.01$ 。

3.3 复发情况 治疗组半年内复发 1 例,复发率 2.5%,对照组半年内复发 3 例,复发率 30.0%,治疗组复发率明显低于对照组。

## 4 讨论

过敏性紫癜,西医又称亨诺-许兰紫癜,是一组由各种致敏原引起的累及毛细血管及细小动脉的白细胞碎裂性血管炎,临床表现为非血小板减少性紫癜,伴或不伴有有关节痛、腹痛和肾脏改变,病因复杂,细菌、病毒、食物、药物、寄生虫等均可促使发病,好发于儿童及青少年,男性多于女性,治疗常采用抗组胺、降低血管壁通透性、糖皮质激素类药物

### 参考文献

- [1]伍子琳,顾复生,沈璐华,等.心律平治疗阵发性室上性心动过速的临床电生理研究[J].中华心血管杂志,1990,18(3):160-163
- [2]诸骏仁,李志善,陶萍,等.普罗帕酮、莫雷西嗪、美西律的疗效和安全性再评价[J].中华心血管杂志,1998,26(3):170-171
- [3]周杰,朱正芳,程久佩.心律平致心脏停搏 1 例[J].临床心血管杂志,2001,17(6):251
- [4]王兵,许顶立,惠海鹏.静脉注射心律平治疗室上性心动过速致室颤 1 例[J].临床心血管杂志,2001,17(7):330

(收稿日期:2008-10-14)

# 雷贝啦唑联合西沙比利治疗反流性食管炎 50 例 临床观察

黄宝根<sup>1</sup> 杨少华<sup>2</sup>

(1 江西省吉安县人民医院 吉安 343100; 2 江西省中医药研究院 南昌 330077)

关键词: 反流性食管炎; 雷贝啦唑; 西沙比利

中图分类号: R 571

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0060-02

反流性食管炎(RE)是消化系统常见的疾病,临床表现多样,轻重不一。其发病机制是由于多种因素导致的上消化道运动障碍,胃、十二指肠内容物反流入食管而引起食管黏膜破损所致。我院自 2004 年 6 月~2008 年 6 月应用雷贝啦唑联合西沙比利治疗 50 例反流性食管炎,取得了较好疗效。现报道如下:

## 1 资料与方法

1.1 内镜诊断标准<sup>[1]</sup> 正常,食管黏膜没有破损;A 级,一个或一个以上食管黏膜破损,长径小于 5mm; B 级,一个或一个以上黏膜破损,长径大于 5mm,但没有融合性病变;C 级,黏膜破损有融合,但小于 75%的食管周径;D 级,黏膜破损融合,至少达到 75%的食管周径。

1.2 一般资料 92 例均为 2004 年 6 月~2008 年 6 月来我院就诊患者,具有反酸、烧心、胸骨后疼痛等症状,经电子胃镜检查并经病理确诊为 RE,排除食道肿瘤、消化道溃疡及其他原因引起的食管病变,并能定期来我院复诊治疗和复查胃镜者,全部病例均无心、肝、肾功能不全者,无妊娠和哺乳期妇女。92 例患者随机分为两组,治疗组 50 例,男 31 例,女 19 例,年龄 21~65 岁,平均 43 岁;对照组 42 例,男 28 例,女 14 例,年龄 20~64 岁,平均 42 岁。两组患者年龄、性别、胃镜分级、病程差异无显著性,具有可比性。

1.3 治疗方法 治疗组用雷贝啦唑 10mg,口服,每天 1 次,西沙比利 10mg,口服,每天 3 次。对照组用法莫替丁 20mg,口服,每天 2 次,西沙比利 10mg,口服,每天 3 次。两组疗程均为 8 周,并观察

等,但疗效不甚理想,治愈率低,复发率高<sup>[1]</sup>。本病属中医学“血证”、“肌衄”、“葡萄疫”等范畴。病因分内、外两个方面,内因禀赋不足,脏腑阴阳气血失调,外因多为六淫侵袭,如《外科正宗》所述:“感受四时不正之气,郁于皮肤不散,结成大小青紫斑点”,风邪热毒、脾虚气弱、阴虚内热等是其病机,根据临床症状辨证分型论治,能收到较西医更为显著

临床症状改善情况和 8 周后内镜下变化。

1.4 疗效判断 显效:临床症状完全消失,镜下反流性食管炎消失。有效:临床症状明显改善,镜下食管炎改善 1 个级别以上。无效:症状无变化,镜下无改变。

1.5 统计学方法 两组疗效比较用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗结果比较 见表 1、表 2。两组总有效率比较,  $P < 0.05$ , 有显著差异,治疗组优于对照组。

表 1 两组治疗 8 周后临床疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	26	23	1	98.0
对照组	42	16	18	8	81.0

表 2 两组治疗 8 周后内镜检查结果比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	25	22	3	94.0
对照组	42	15	17	10	76.2

2.2 不良反应 治疗组服药期间有 1 例头晕, 2 例稀便。对照组 3 例头晕、乏力、恶心。症状均不严重,不影响治疗。

## 3 讨论

胃食管反流病主要指反流性食管炎,主要发病机制是抗反流防御机制减弱和反流物对食道黏膜攻击作用的结果<sup>[1]</sup>,促胃肠动力药和抑酸治疗被公认是治疗 RE 的主要方法。西沙比利是强效选择性 5-羟色胺受体激动剂,通过兴奋肌间神经丛的 5-羟色胺受体,促进神经末梢的乙酰胆碱释放,增加食管下括约肌压力,改善食管蠕动功能,促进胃排空,从而减少胃、十二指肠内容物食管反流及减少其在食管内暴露时间,正常用量时无明显不良反应。雷贝啦唑是质子泵抑制剂(PPD),可作用于壁细胞胃酸疗效。笔者在临床中根据西医学病因病机结合中医学辨证施治,采用中西医结合治疗,在改善微循环、修复病灶等方面,能在多靶点上充分发挥作用,不仅能降低西药的不良反应,而且提高了治疗效果,故治疗组疗效显著优于对照组。

### 参考文献

[1]张学军,何春涛,张建中,等.皮肤性病学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.156-157