

·基层园地·

中西医结合治疗 26 例恶性肉芽肿生存率分析

河南医科大学第一附属医院(郑州 450052) 师国珍

河南省人民医院 王琳 师娟

恶性肉芽肿病理上的命名繁杂多样,有的叫坏死性肉芽肿,致死性肉芽肿,不愈性中线肉芽肿,多形网状细胞增生症,特发性中线肉芽肿,呼吸道血管炎,进行性鼻坏疽等。临床上以鼻塞、发热、恶臭为主要症状。1982~1992 年河南医科大学第一附属医院放疗科收治的恶性肉芽肿资料完整的 52 例,现将结果报告如下。

资料与方法 52 例患者经病理诊断均为恶性肉芽肿,分为两组。单纯放疗组 26 例,男 16 例,女 10 例。中西医结合组 26 例,男 15 例,女 11 例。两组患者年龄 15~56 岁,中位年龄 36 岁。

1 两组病例均采用钴 60- γ 线外照射,靶区剂量 DT:40~55GY/4~6 周,每周 5 次常规分割,每次剂量 DT:18~20GY,照射野据病变侵犯部位和范围而定,多用双侧耳前野加鼻前品字野。

2 中西医结合组放疗前加服中药辛夷清肺饮,6 剂,水煎服,每日 1 剂。其方药:辛夷 1g 黄芩 10g 栀子 10g 麦门冬 10g 百合 15g 石膏 6g 知母 10g 甘草 6g。放疗治疗 1 周后再服中药扶正宣肺汤,6 剂,水煎服,每日 1 剂。其方药:人参 3g 黄芪 6g 沙参 6g 枸杞子 15g 冬虫夏草 10g 鱼腥草 10g 白花蛇草 10g 黄连 10g 黄芩 10g 柴胡 10g 甘草 6g。

结果 52 例患者常年随访,失访 5 例,按失访之时为死亡计算,随访率 90.4%,两组的 1,3,5,10,15 年生存率,见表 1。

表 1 两组生存率比较 (%)

组别	例数	1 年	3 年	5 年	10 年	15 年
单纯放疗	26	58(15/26)	35(9/26)	31(8/26)	10(2/20)	25(1/4)
中西医结合	26	88(23/26)	69(18/26)	50(13/26)	33(6/18)	40(2/5)
P 值		<0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

讨论

中医学认为恶性肉芽肿属鼻渊类鼻痔、鼻息肉、控脑沙等,属风寒郁结,经络壅塞,或湿热壅盛所至。鼻属肺窍,又为气主,鼻中生瘤妨碍气息,肺经湿热上蒸与脑入鼻而生息肉。放疗治疗前给辛夷清肺饮以清肺热,通鼻气为主治。

放疗治疗后机体受到严重的打击和损伤,免疫机制下降,元气大伤,骨髓抑制,红细胞、白细胞降低,此时给扶正宣肺汤,用人参、黄芪、沙参、枸杞子扶正养阴,增强机体的免疫功能,提高单核巨噬细胞系统及白细胞的吞噬能力,使环磷腺苷的含量增加,甚至使肿瘤细胞逆转。因黄芪含有大量的硒,有明显抗恶性肿瘤的作用,机理可能为:(1)抑制恶性肿瘤的代谢活化酶

系,激活解毒酶系,加速致癌物的灭活排泄。(2)清除致癌剂活性分子防止作用与 DNA 分子。(3)与致癌剂竞争靶位点,保护 DNA 免受损害,或 DNA 受损害后促进其修复。(4)提高癌细胞内增殖抑制因子的水平。(5)选择性抑制癌细胞的能量代谢,阻碍核酸与蛋白质的生物合成。方中白花蛇草、鱼腥草是目前公认的抗癌中药。枸杞子含有丰富的有机锗,有提高机体内干扰素水平,活化 NK 细胞并使休止期的巨噬细胞变为抗肿瘤的巨噬细胞发挥抗癌作用。方中黄连、黄芩用以清肺热,柴胡用以舒肝血。

总之放疗治疗前加服辛夷清肺饮,放疗治疗后加服扶正宣肺汤能提高治疗恶性肉芽肿的效果。

(收稿:1998-03-20 修回:1999-11-08)

大剂量复方丹参注射液治疗急性白血病并发弥散性血管内凝血 24 例

河北省廊坊市中医院(河北 065000)

杨淑莲 李达 阎金玉 梁冰

李振丽 田洪波 侯伟 赵小民

弥散性血管内凝血(DIC)是急性白血病(AL)严重并发症之一。临床以出血、溶血、栓塞、休克为主要特征,如不及时治疗,常常导致内脏出血而死亡,与 AL 的预后密切相关。自 1991 年 7 月~1998 年 10 月,我院应用大剂量复方丹参注射液治疗 AL 并发 DIC 24 例,疗效满意,现报告如下。

临床资料

1 病例选择 24 例均为住院患者,其中男 8 例,女 16 例,年龄 16~46 岁,平均 21.9 岁;AL 亚型各为 M_2 2 例, M_3 17 例, M_4 1 例,急性淋巴性白血病(ALL)3 例,白血病前期 1 例。临床表现:均有严重的皮肤粘膜自发性大面积紫斑,穿刺部位渗血不止,合并皮下血肿者 9 例,阴道出血者 8 例,尿血者 8 例,消化道出血者 8 例,颅内出血者 3 例,伴黄疸者 4 例。实验室检查:血小板计数(BPC)均低于正常, $\leq 20 \times 10^9/L$ 者 18 例, $(20 \sim 50) \times 10^9/L$ 者 6 例。凝血酶原时间(PT)延长 $> 3s$ 者 20 例,凝血酶时间(TT)延长 $\geq 5s$ 者 14 例。纤维蛋白原定量(I)均低于正常, $\leq 60mg\%$ 者 10 例, $60 \sim 100mg\%$ 者 7 例, $100 \sim 200mg\%$ 者 7 例。优球蛋白溶解时间(ELT)均缩短, $\leq 30min$ 者 3 例, $30 \sim 60min$ 者 14 例, $60 \sim 90min$ 者 7 例。3P 试验除 3 例阴性外,余均为阳性。

2 DIC 诊断符合 1987 年首届中华血液学学会全国血栓与止血学术会议诊断标准[中华血液学杂志 1987;(8):183]。AL 符合《血液病诊断与疗效标准》(张之南主编,第 2 版,北京:科学出版社,1988:171~184)关于 AL 的诊断。

3 观察方法 全部患者在用药前均进行了 DIC 的实验室检查(BPC、PT、TT、I、3P、ELT 等),并常规做血、尿、便及肝、肾功能、胸透、心电图等检查,用药过程中密切观察患者的出血倾向,每 3~6 天复查 DIC 检测项目。

治疗方法

- 1 积极治疗原发病。
- 2 加强成分输血等支持疗法。

3 复方丹参注射液(上海市新冈制药厂, 2ml/支, 含丹参、降香各 2g) 10~20ml/d, 加入生理盐水 100~200ml 中静脉滴注, 观察 2~7 天, 如无不良反应, 症状稳定, 出血倾向减轻者, 可将药量逐渐增至 30~60ml/d, 静脉滴注, 直至痊愈。如出现过敏反应者, 予以对症处理, 甚者停药。

结 果

1 疗效判定 依《血液病诊断及疗效标准》(张之南主编, 第 2 版, 北京: 科学出版社, 1988: 321.) 关于 DIC 疗效标准进行判定, 治疗满 7 天者均纳入统计。有效 22 例(其中痊愈 19 例, 显效 3 例), 无效 2 例, 总有效率 91.67%。

2 疗效与时间关系 22 例有效病例, DIC 实验室指标显效时间 5~10 天。PT 达正常所需时间为 5~18 天, 平均 10.5 天; I 达 200~400mg% 所需时间 10~29 天, 平均 21.5 天; 3P 试验转阴时间 12~30 天, 平均 21.8 天; TT 恢复正常所需时间 10~17 天, 平均 14.5 天; ELT > 90min 所需时间 10~23 天, 平均 17.5 天。痊愈时间 5~29 天, 平均 16.06 天。

3 疗效与剂量关系 达显效、痊愈标准时用药剂量 160~930ml, 平均 437.5ml。

4 副反应 24 例患者应用该药未发现明显毒副作用, 仅 2 例患者用药过程中出现轻微皮肤过敏反应, 经对症治疗后症状得到缓解, 无 1 例患者因不良反应而终止用药。

讨 论 目前对 DIC 的治疗, 国内外多采用肝素静脉滴注, 虽有一定疗效, 但其副作用大, 剂量不易掌握, 需在血液学监测条件下进行, 给临床用药带来了诸多不便。我院根据 DIC 的临床表现, 将其归属于中医“血证”的范畴。瘀血阻络、血不循经是主要病理机制, 治疗则采用活血化瘀为大法, 选用复方丹参注射液静脉滴注, 剂量逐渐递增, 治疗 AL 并发 DIC 24 例, 获得了明显疗效, 且方法简便, 无明显毒副作用。尤其是剂量达到 30~60ml/d 时, 效果更著。无论对 DIC 的早期高凝状态, 还是中晚期的继发纤溶亢进阶段都有很好的治疗效果。强调早期、大剂量应用是治疗见效的关键, 但因病例尚少, 还需进一步研究。

(收稿: 1999-08-16 修回: 1999-11-18)

针刺为主治疗甲状腺机能亢进 稳定期浸润性突眼症的临床观察

福建医科大学附属协和医院(福州 350001)

沐 榕 陈美爱 邱登科

甲状腺机能亢进性眼球突出症(简称甲亢突眼症), 属自身免疫性疾病。以非浸润性突眼多见, 浸润性突眼虽较少, 但病情较严重, 一般抗甲状腺药物治疗, 效果多不满意, 还有毒副作用。自 1998 年以来, 我们采用针刺为主, 配合小剂量的抗甲状腺药物治疗甲亢稳定期浸润性突眼症, 取得较好的疗效, 现小结如下。

临床资料 由本院内分泌专科门诊提供患者。所有患者

均接受他巴唑和甲状腺片等治疗 0.5 年以上, 甲亢症状基本控制, 血清 T_3 、 T_4 含量和基础代谢率测定值正常, 但眼球突出继续存在或加重, 既往未作过其他治疗。突眼度 ≥ 18 mm, 并伴有不同程度的目胀、畏光、流泪、结膜充血、甚至复视等症状。

53 例患者随机分为观察组和对照组, 观察组 23 例, 男 1 例, 女 22 例; 其中单眼突出 9 例, 双眼突出 14 例, 合计 37 只眼; 年龄 18~65 岁, 平均 34.2 岁; 突眼病程 0.5~5 年, (<1 年 9 例, 2~3 年 9 例, >4 年 5 例); 突眼度 <20mm 13 只眼, 20~22mm 15 只眼, 23~25mm 9 只眼。对照组 30 例, 男 3 例, 女 27 例; 其中单眼突出 12 例, 双眼突出 18 例, 合计 48 只眼; 年龄 20~62 岁, 平均 35.4 岁; 突眼病程 0.5~4.5 年(<1 年 11 例, 2~3 年 15 例, >4 年 4 例); 突眼度 <20mm 16 只眼, 20~22mm 20 只眼, 23~25mm 12 只眼。两组资料有可比性($P > 0.05$)。

治疗方法

1 观察组以针刺治疗为主, 配合口服他巴唑每次 5mg, 每日 1 次, 甲状腺片每次 20mg, 每日 2 次。

针刺取穴: 上天柱(天柱穴上 0.5 寸处)、风池、内关、太冲。(1)上睑收缩, 眼睑闭合不全者, 加攒竹、阳白、丝竹空 3 穴向鱼腰穴透刺;(2)眼结膜充血者, 加太阳、蠡沟;(3)畏光, 流泪者加睛明、三阴交;(4)上睑下垂, 眼睑肥厚者加足三里;(5)复视者加睛明、太溪。针刺方法: 患者先取坐位, 针上天柱、风池穴, 用 40mm 毫针向鼻尖作内斜刺, 针深一般不超过 35mm, 用徐入徐出的导气手法, 力求针感向眼部扩散。仍坐位, 或平卧位(上天柱、风池穴仍留针)再针眼周及四肢各穴。用 32 号 25mm 毫针刺眼周各穴, 主要作沿皮横刺, 平补平泻法。最后取四肢穴位, 按补虚泻实的原则作提插补泻。隔 2~3 日在颈部拔火罐 3~5 个。每次留针 30min, 每隔 10min 行针 1 次, 每日或隔日针刺 1 次, 30 次为 1 个疗程, 疗程间休息 3~5 天, 观察 3 个疗程。

2 对照组单予小剂量他巴唑、甲状腺片, 剂量与服法同观察组, 30 天为 1 个疗程, 观察 3 个疗程。治疗前及治疗 3 个疗程后, 由同一人检查眼球突出度(用同一架仪器)。

结 果

1 疗效标准 临床治愈: 眼部自觉症状消失, 眼球明显回缩, 眼球突出度 <18mm, 或较前减少 3mm 以上者。显效: 眼部自觉症状消失, 眼突明显好转, 眼球突出度较前减少 2mm 者。有效: 眼部自觉症状好转, 眼突稍好, 但眼球突出度较前减少不足 2mm 者。无效: 眼部自觉症状略有改善, 但眼球突出度较前减少不足 1mm 者。

2 治疗结果 (1)两组治疗前后突眼度测定结果比较(mm, $\bar{x} \pm s$)。观察组突眼度治疗前为 20.40 ± 0.25 , 治疗后为 18.50 ± 0.23 , 治疗后突眼度较治疗前明显下降($P < 0.01$); 对照组突眼度治疗前为 20.24 ± 0.29 , 治疗后为 20.04 ± 0.31 , 治疗后突眼度无明显变化($P > 0.05$); 观察组与对照组治疗后突眼度比较有显著性差异($P < 0.01$)。(2)两组疗效比较。观察组 23 例(37 只眼), 临床治愈 8 只, 显效 14 只, 有效 10 只, 无效 5 只, 总有效率为 86.5%; 对照组 30 例(48 只眼), 临床治愈 3 只, 显效 9 只, 有效 15 只, 无效 21 只, 总有效率为 56.3%。经 χ^2 检验, $P < 0.05$, 有显著性差异, 说明观察组疗效明显优于对