

# 急性红白血病缓解期心肺包膜白血病细胞浸润 1 例

张辉阳 黄斯文

(江西省宁都县中医院 宁都 342800)

关键词:急性红白血病缓解期;中西医结合疗法;益气生血

中图分类号:R733.73

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2003)05-0058-01

黄某,女,26岁,林业建筑公司职工。因头昏、乏力、纳差1月,于1998年3月18日入院。体检:体温37°C,脉搏86次/min,呼吸22次/min,血压12/6kPa;贫血貌、发育正常,浅表淋巴结不肿大,心肺无异常,肝脾未触及。血象:血红蛋白50g/L,红细胞 $2.1 \times 10^{12}/L$ ;白细胞 $28.6 \times 10^9/L$ ,其中原粒0.02、早幼粒0.05、中幼粒0.18、晚幼粒0.09、杆状核0.13、分叶核0.25、单核0.05、淋巴0.23,有核红细胞计数 $13 \times 10^9/L$ ,其中原红0.10、早幼红0.18、中幼红0.52、晚幼红0.20。骨髓象:有核细胞增生极度活跃,粒:红=0.7:1,原粒0.12,早幼粒0.05,中幼粒0.08,晚幼粒0.07,杆状核0.05,分叶核0.02;原红0.17,早幼红0.15,中幼红0.13,晚幼红0.10;有核细胞核浆发育不平衡;巨核细胞每片1~3个,血小板罕见。诊断:急性红白血病。给予AAP方案治疗,同时配合服用中医益气生血药物后,取得完全缓解。1999年4月6日,患者因呼吸困难、胸闷、气促、心悸、浮肿、胸腹壁疼痛再次住院。查体:体温38°C,脉搏78次/min,律齐、心尖区可闻及2~6Sm,双肺呼吸音粗糙,腹平软,血压15/8kPa,B超肝胆未见异常,脾大1.9cm。血象:血红蛋白123g/L,红细胞 $4.2 \times 10^{12}/L$ ,白细胞 $5.4 \times 10^9/L$ (中性0.68,淋巴0.29,单核0.03),血小板 $120 \times 10^9/L$ 。骨髓

象:有核细胞增生明显活跃,原粒0.05,早幼粒0.10,中幼粒0.05,晚幼粒0.09,嗜酸性晚幼粒0.01,中性杆状核0.18,嗜酸性杆状核0.02,中性分叶核0.16,嗜酸性分叶核0.02;原红0.01,早幼红0.04,中幼红0.21,晚幼红0.12;幼稚单0.015,单核细胞0.04;巨核细胞每片30个以上,血小板成堆出现。结论:白血病缓解。胸片提示:两肺纹理增粗,左肺见片状均匀致密影,其心影肋角消失,心影扩大,心胸比例>1/2,心弧度略见。意见:心包积液并左侧胸膜炎。分别行心包及胸膜腔穿刺,穿刺液均为血性,并见大量原始及幼稚粒细胞。结论:白血病细胞浸润。多次复查血象和骨髓象,仍为完全缓解期,但病人呼吸困难、胸壁疼痛等症状加重。于1999年4月29日病死。

讨论:本例患者确诊为红白血病后,采用阿糖胞苷、安乐霉素、强的松和中药治疗。从患者症状和多次复查血象及骨髓象结果来看,应该说治疗效果满意(应为完全缓解期)。然而,1年以后,完全缓解期白血病细胞浸润心包和胸腔浆膜。提示:AAP方案治疗过程,血象和骨髓象虽完全缓解,但白血病细胞仍可浸润其他组织。

(收稿日期:2003-08-01)

# 心痛定诱发心肌梗死 1 例报告

刘芳

(山东省乳山市人民医院 乳山 264500)

关键词:心肌梗死;心痛定;副作用;化学诱导

中图分类号:R972.3

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2003)05-0058-02

心痛定,为临床有效治疗心绞痛的主要药物之一,而同时出现诱发心肌梗死的不良反应,较为少见。报告1例如下:

患者,女,74岁。因“头痛头晕30min”于2003年1月3号上午10点入院就诊。患者于30min前生气后感头痛头晕,无视物旋转及恶心呕吐。发病后无肢体活动不利、二便失禁,无胸闷憋气、心慌心悸,未经特殊处理急诊入院。既往有高血压病史10年,间断服药治疗。查体:BP 250/150mmHg, T 36.5°C P 80次/min, R 20次/min。神志清,精神不振,营养发育正常,皮肤粘膜无黄染及皮疹,浅表淋巴结未触及肿大;颜面潮红,头颅五官端正,双侧瞳孔等大等圆,直径约3mm,对光反射存在;耳鼻无异常,口唇无紫绀,口角无歪斜,伸舌居中,咽部无充血,扁桃体无肿大,颈软,气管居中,甲状腺无肿大;胸廓对称,双肺呼吸动度相等,语颤无差别,听诊双肺呼吸音清,未闻及干湿性罗音;心界左向扩大,心尖搏动无弥

散,心音有力,心律规则,主动脉第2心音亢进;腹部平坦,未见肠型及包块,触软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及,叩诊呈鼓音,移动性浊音(-),听诊肠鸣音正常;脊柱、四肢无畸形,双下肢无浮肿,四肢肌力肌张力正常,生理反射存在,病理反射未引出。辅助检查:(1)颅脑CT:未见异常。(2)心电图:窦性心律RV5+SV=3.8mV、V3~5T波倒置。(3)血常规:WBC  $6.0 \times 10^9/L$ , N 0.70, L 0.30, RBC  $4.5 \times 10^{12}/L$ , HGB 130g/L, PLT  $195 \times 10^9/L$ 。入院诊断:高血压危象。立即给予心痛定10mg舌下含化以降血压,约15min后,患者感剧烈胸痛、憋气、大汗、烦躁。查体:BP 140/90mmHg,心律尚规则,律速。床边急查心电图:窦性心律,心率130次/min, V<sub>1-6</sub>ST段凸面向上抬高0.3~0.4mV,支持急性广泛前壁心肌梗死,急入抢救室吸氧、扩张冠状动脉、溶栓等抢救治疗。病情稳定后收入心内科住院治疗4周痊愈出院。(下转第67页)

(14/30)、甘草(11/30)、山药(9/30)、五味子(9/30)、知母(9/30)、天花粉(9/30)。徐氏<sup>[12]</sup>总结现代 1、2 类报道中所使用药物,重复 10 次以上的有:黄芪(38 次)、山药(31 次)、天花粉(26 次)、人参(包括西洋参、太子参 24 次)、五味子、麦冬、丹参(18 次)、枸杞(16 次)、玄参(14 次)、山萸肉、葛根(12 次)、黄连(11 次)、黄精、知母(10 次)。黄氏<sup>[13]</sup>总结 2000 年医学期刊,最大特点是在传统益气养阴治疗基础上,更注重活血化瘀。糖尿病患者均有不同程度的血液流变及甲皱微循环、血小板凝聚功能异常,纤维蛋白原含量升高,发生血瘀证的比率极高。没有血瘀表现的病人也处于一种隐性血瘀或微观血瘀状态,在治疗糖尿病过程中,应把活血化瘀贯彻始终。北京东直门医院吕仁和教授更提出“微型症瘕形成”<sup>[14]</sup>学说来概括糖尿病微血管并发症,强调其防治关键贵在早治,在重视活血化瘀的基础上强调软坚散结,以阻止“微型症瘕”的形成。基本治法是益气养阴清热,益气养阴法居突出地位。临床常用降糖药物中既能降血糖又能防治糖尿病并发症的药物是目前最理想的选择,活血化瘀中药在这方面有非常显著的优势。

#### 4 药理研究

中医对高脂血症、高血压、动脉硬化等疾病的治疗已取得公认的成果,而这些疾病又与糖尿病慢性并发症有共同的病理生理基础。近来实验研究还证实,葛根、柴胡、人参、地黄对人血清白蛋白及大鼠晶状体蛋白糖基化反应均有抑制作用<sup>[15]</sup>;甘草、黄芪、丹参、龙胆草、黄芩、黄连、芍药、苍术及水飞蓟、葛根素、槲皮素具有醛糖还原酶抑制作用;其中水飞蓟、槲皮素还同时具有抑制蛋白非酶糖基化作用<sup>[16]</sup>;大黄能明显增加尿中 BUN 的排泄,改善脂质代谢紊乱,降低血糖和糖化血红蛋白水平,改善糖尿病肾病的肾功能<sup>[17]</sup>;葫芦巴种子提取物可使糖尿病动物的高血糖、游离脂肪酸、胆固醇、甘油三酯明显下降,降低 BUN、Cr,在改善氮质血症方面显示出优于大黄的作用<sup>[18]</sup>;黄连素能改善大鼠高脂饮食的胰岛素抵抗,使肝糖原合成增加。临床报道,单独应用黄连素治疗糖尿病,最大剂量为 0.5g,3 次/d,治疗后空腹血糖、餐后 2h 血糖、高胰岛素血症均明显下降。有作者观察到黄连素的降糖作用和用量成正比,而一旦血糖达正常水平,加大剂量也不会出现低血糖,且对体重、血压、肝肾功能均无明显影响。

#### 5 治疗展望

征服糖尿病仍然是一项难度很大的工作,单纯依靠中药,目前看来降糖幅度不大,起效缓慢,但能有效改善症状,调节整体代谢紊乱,使病情逐渐稳定;西药降糖效果迅速,便

(上接第 58 页)心痛定,即硝苯地平,为钙离子拮抗剂,具有抑制钙离子内流作用,能松弛血管平滑肌,扩张冠状动脉,增加冠脉血流量,提高心肌对缺血的耐受性,同时扩张周围小动脉,降低外周血管阻力而使血压下降。小剂量扩张冠状动脉并不影响血压,有较好的抗心绞痛作用。临床适用防治冠心病心绞痛,尤其是变异心绞痛,对各型高血压有较好疗效。不良反应一般较轻,初服常见面部潮红,其次有心悸、窦性心动过速,个别有舌根麻木、口干、发汗、头痛、恶心、食欲不振等。引起心绞痛发作较为少见,诱发急性心肌梗死更为

于服用,但作用单一,增加胰岛负担,易继发失效,副作用较多(磺脲类降糖药理想达标率约 30%,有效率约 80%)。尤其是噻唑烷二酮类药物的临床应用使人们认识到单独降血糖的局限性,血脂代谢紊乱、高胰岛素血症等综合因素造成血管内皮和神经纤维损害,单一控制血糖无法阻止病情进展。而中医的整体观和辨证施治原则有其独到的优势。在中医辨证施治的基础上配合西药降糖,可起协同作用,增加降糖药的敏感性,减少降糖药剂量,减少副反应和继发失效,达到减轻或延缓慢性并发症发生的目的。中医药正在被世界上越来越多的人所关注,中医药治疗糖尿病必将有广阔的前景。

#### 参考文献

- [1]乔富渠.2 型糖尿病发病“二本”学说探讨[J].中国中医基础医学杂志,1999,5(8):38
- [2]邢玫.从脾论治糖尿病[J].中医药研究,1998,13(5):18
- [3]黄佳娜.糖尿病从气阴两虚论治的理论探讨[J].中国中医基础医学杂志,2000,6(9):1
- [4]程汉桥.肝气郁结与消渴病关系的理论研究[J].江苏中医,1997,18(9):35
- [5]王智明.从肝论治消渴(糖尿病)的理论探讨[J].中国中医基础医学杂志,1999,5(4):34
- [6]曹忠贞.论消渴与痰[J].中医药研究,1997,13(2):8
- [7]吴童.马伟.糖尿病从痰论治探赜[J].安徽中医临床杂志,1998,10(1):50
- [8]何晓兰.近年活血化瘀治疗糖尿病的研究概况[J].北京中医,1997,16(3):44
- [9]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第一辑)[M].1993.110
- [10]高彦彬,吕仁和.中医药治疗糖尿病临床研究述评[A].见:吕仁和.糖尿病及其并发症中西医结合治疗学[M].北京:人民卫生出版社,1997.524
- [11]丁学屏.历代消渴名方治疗糖尿病的疗效述评[A].见林兰.中西医结合糖尿病研究进展[M].北京:海洋出版社,2000.79
- [12]徐厚谦.中医药治疗糖尿病临床研究分析[J].中医研究,1997,13(2):29
- [13]黄幼民.中医药治疗糖尿病文献分析[J].中国中医药信息杂志,2001,8(7):85
- [14]吕仁和.糖尿病及其并发症的临床研究[J].新中医,2001,33(3):33
- [15]段有金.五种中药对蛋白非酶糖基化的抑制作用[J].中国糖尿病杂志,1998(4):227
- [16]梁晓春,郭赛珊.中西药抑制醛糖还原酶在治疗糖尿病周围神经病变中的作用[J].中国中西医结合杂志,1999,19(7):442
- [17]李宗友.葫芦巴的抗糖尿病和降胆固醇作用[J].国外医学·中医中药分册,1999,21(4):9
- [18]Yokozawa.大黄提取物对大鼠糖尿病肾病的治疗作用[J].国外医学·中医中药分册,1998,20(3):44

(收稿日期:2003-04-06)

罕见。本例病人含服心痛定 15min 后出现急性心肌梗死,其间未用其它药物,考虑为心痛定诱发。发病机理考虑主要与以下 3 个方面有关:(1)患者有 10 年高血压病史,平时治疗不规范,合并有冠状动脉粥样硬化,冠状动脉狭窄已较为严重;(2)服用心痛定后血压下降,导致冠状动脉相对供血不足;(3)心率反射性升高,心肌耗氧量增加。心痛定为抗心绞痛药物,但是又出现诱发心肌梗死的不良反应,故需引起临床医生的警惕。

(收稿日期:2003-03-31)