

继发性再生障碍性贫血60例临床疗效分析

山东中医学院附属医院血液病科

焦中华 顾振东 李 琰 宋茂美 唐由君 朱海洪

我科自1970~1986年共收住院治疗继发性再生障碍性贫血(再障)患者60例,用中西医结合方法治疗,现将结果报告如下。

临床资料

一、一般资料:本组60例中,男36例,女24例。<15岁3例,15~35岁36例,36~59岁20例,60岁以上1例。60例皆经外周血、骨髓及实验室检查结合临床而确诊,并作溶血试验排除溶血性贫血。部分病例作全骨髓 γ 闪烁照相检查。依照1981年4月廊坊会议制订的再障诊断标准⁽¹⁾,急性再障14例,慢性再障(包括严重再障)46例,其中1例为纯红细胞再障。

临床表现多有头晕、乏力、心悸及出血等症状。急性再障者贫血及出血的症状皆较重,都伴有高热。外周血象血红蛋白 ≤ 3 g者5例,3.1~6g者28例,6.1~8g者23例,>8g者4例,以中、重度贫血为主;白细胞 ≤ 2000 者26例,2010~3990者29例,>4000者5例;血小板<3万者30例,3~6万者21例,>6万者9例。骨髓象增生低下和重度低下者46例,未见巨核细胞者48例,非造血细胞(淋巴细胞、浆细胞、网状细胞、组织嗜碱细胞)>50%者34例,其中>70%者14例。

二、辨证分型:参照1982年全国首届中西医结合血液病学术会议上拟定的再障分型标准⁽²⁾,将再障分为肾阳虚型20例,肾阴虚型26例,急劳温热型14例。

三、致病因素:致病因素中以继发于服用氯(合)霉素者13例(21.67%),服用最小剂量为4.5g,服药至发病最短时间为15天,10例在服药后3年内发病。接触农药致病者11例(18.33%),接触农药至发病最短3个月,3年以内发病者8例。因用安乃近致病者10例(16.67%),服用最小剂量为2g,2年内发病者7例。本组有8例(13.33%)因服马利兰(300~1000mg)而发病,其中3例原发病为慢性粒细胞白血病,5例原发病为银屑病。因服用解热止痛药、异烟肼、保泰松等药物者11例(18.3%);因接触苯类者5例(8.33%);本组有2例(3.33%)因从事电焊工作而致再障,此致病因素一般文献较少提到。

治疗方法

一、中医中药:肾阳虚型治以温肾助阳、兼补脾胃,药用黄芪、党参各30g,当归15g,肉桂6g,补骨脂24g,淫羊藿、女贞子、枸杞子各18g,白术15g,阿胶12g,甘草6g;肾阴虚型治以滋阴补肾、清热凉血,药用黄精、菟丝子各30g,丹皮、五味子、当归、首乌各15g,旱莲草24g,女贞子30g,阿胶12g,甘草6g;急劳温热型治以清热解毒、凉血止血,药用犀角(粉)1g(冲)、板蓝根、蒲公英、小蓟、太子参各30g,贯众12g,赤芍、知母各15g,紫草18g,石膏45g,甘草6g。均为水煎服,每日一剂,连服3~6个月。

二、西医治疗:丙酸睾丸酮50~100mg,肌肉注射,每日1次,或康力龙每日6~12mg口服,连用3~6个月;硝酸一叶萩碱每日肌肉注射8~16mg,或硝酸土的宁间断用药,每日肌肉注射2~6mg,20日为一疗程,休息数日再开始用药,疗程半年以上。血红蛋白<6g者给予输血。本组急性再障14例均采用中西医结合治疗,慢性再障46例主要采用中药为主治疗,高热严重者加用抗生素。

结果与疗效分析

一、按1981年4月廊坊会议所订再障疗效标准⁽¹⁾,本组慢性再障46例,基本治愈14例,缓解13例,明显进步14例,无效5例(其中死亡4例)。急性再障14例,基本治愈3例,缓解3例,明显进步1例,无效7例(其中死亡3例)。急、慢性再障60例,治愈缓解率55%,总有效率80%。

二、不同致病因素的疗效比较:氯霉素者13例,基本治愈2例,缓解2例;农药者11例,缓解4例;安乃近者10例,基本治愈5例,缓解2例;马利兰者8例,基本治愈5例,缓解3例;解热止痛药6例,基本治愈1例,缓解1例;苯类者5例,基本治愈2例。其余致病因素引起的12例,虽例数较少,经治疗后皆有效。本组致病因素中治愈缓解率最高的是马利兰所致再障(100%),最差的是氯霉素所致再障(30.77%)。

三、辨证分型与疗效比较:肾阳虚型20例,基本

治愈8例,缓解6例,治愈缓解率70%;肾阴虚型25例,基本治愈6例,缓解7例,治愈缓解率52%;急劳温热型14例,基本治愈3例,缓解3例,治愈缓解率42.86%。

讨 论

一、本组致病因素中以继发于氯(合)霉素居多,占继发性再障的21.67%,与文献报道的33%相近⁽⁸⁾。因农药引起再障者居第二位,占18.33%,随着农药应用的扩大,可能会成为再障的主要致病因素之一,应引起高度重视。

二、本组60例急慢性继发性再障,总的治愈缓解率为55%,总有效率为80%,与国内近几年中西医结合治疗再障的文献进行比较^(4~6)疗效较好。说明继发性再障经过合理治疗,其预后是较好的。

三、再障属中医学的虚劳、血证范畴,其发病机

理多与脾肾有关。因此再障贫血多责之于脾肾虚损。治疗当以健脾补肾为主,重在补肾。从疗效看,肾阳虚型治愈缓解率较高。

参 考 文 献

1. 关于再生障碍性贫血的病因诊断、分型及治疗问题。中华血液学杂志 1981; 2(3):199.
2. 杨崇礼,等。再生障碍性贫血急慢性分型的进一步研究。中华血液学杂志 1986; 7(4):194.
3. 余 莉,等。继发性再生障碍性贫血71例临床分析(摘要)。中华血液学杂志 1985; 9(6):553.
4. 马献图,等。再生障碍性贫血100例的病因及疗效分析。医师进修杂志 1985; 9:48.
5. 靳怀建,等。再生障碍性贫血93例临床分析。中华血液学杂志 1983; 4(5):291.
6. 苏尔云,等。中西医结合治疗再生障碍性贫血37例疗效观察。中华内科杂志 1984; 23(11):687.

射频温控电热针治疗乳腺增殖症40例临床观察

北京中医学院附属东直门医院 王 广 滕占庆 李乃卿

1986年7~12月,我院以射频温控电热针治疗乳腺增殖症40例,获得初步疗效,报告如下。

临床资料 本组病例通过症状、体征、红外热图、钼靶软X线片、B型超声波等综合检查而诊断。40例均为女性。年龄最大37岁,最小21岁。病变部位:单侧27例,双侧13例。其中片块型21例,结节型14例,混合型5例。肿块最大长径超过5cm3例,3~5cm11例,1~3cm24例,1cm以下者2例。本组患者全部伴有经前期乳腺胀痛加重和情绪性诱发因素。

治疗方法 (1)仪器:热源发生器采用北京医疗器械厂XW-I型射频温控热凝机。该机射频为300KHE,控温范围50~90°C,测温范围37~90°C,电热针长5~10cm,外涂聚氟乙烯绝缘层,前端裸露治疗部分长0.5~1cm,内部导针前端装有特制热电偶,可反馈治疗时病灶中心温度。(2)方法:患者仰卧,局部常规消毒、铺巾、戴无菌手套,按无菌操作进行肿块穿刺。治疗方法的选择是根据活体动物实验数据确定。温度自控范围65~75°C,中心反馈温度62~72°C。治疗时间4~6分钟,正负极电热针间距1cm。由肿块边缘进针,直达肿块中心部位,使电热针前端裸露治疗部分全部进入肿块。治疗过程中除有轻度可耐性胀、痛、热感觉外,无其他不适症状。其中治疗1次者32例,2次6例,3次2例,两次治疗间隔14天。

结 果 (1)疗效标准:痊愈:肿块完全消退,连续观察3个月经周期,疼痛完全消失。显效:肿块最大直径与其最大垂直径(简称两径)的乘积缩小50%,疼痛消失或明显减轻。有效:肿块两径乘积缩小不足50%,疼痛减轻。无效:肿块无缩小,疼痛无减轻。(2)结果:电热针治疗术后随访时间,3~5个月30例,2个月10例。其中痊愈2例(5%),显效15例(37.5%),有效20例(50%),无效3例(7.5%),总有效率92.5%。

讨 论 本疗法对直径5cm以下的肿块疗效更佳。

射频疗法主要利用电场的能量转变而达到加热治疗的目的,但存在难于聚焦、穿透度差的问题。微波疗法热效能虽高,但因穿透浅也不适于深部肿物的治疗。射频内植电极疗法,属侵袭性病灶热疗,利用传导电流,可获得均匀、可控的热能,我院所用射频温控电热针治疗即属此种疗法。

在临床应用中,如何选择治疗温度、控制时间和电极针间距,尚属探索性问题。我们通过活体动物及离体肌肉组织加热试验,认为温度在70°C上下,电极针间距1cm左右,加热时间4~6分钟,即可达到治疗乳腺增殖症的需要;但由于细胞可产生耐热性及电极针置入的偏误,可影响治疗效果。