

慢性严重型再生障碍性贫血20例疗效观察

上海医科大学华山医院 施赛珠 林果为 陈剑秋 牛惠志 石志芸 沈自尹

慢性严重型再生障碍性贫血(以下简称重型再障)的病死率高,治疗效果差,单用雄激素等药物治疗及脾切除治疗效果常不满意。我们从1979年始采用中西医结合治疗20例重型再障,取得较好的疗效,报道如下。

临床资料 20例重型再障患者均符合1987年6月全国再生障碍性贫血学术会议制订的诊断标准〔中华内科杂志 1987; 26(8):494〕,其中男14例,女6例;年龄12~75岁,平均34岁。病程为6个月~7年,平均2.4年。病程中合并感染发热者14例(70%)。20例均伴出血倾向,其中皮肤瘀点、瘀斑20例,牙龈出血15例,鼻衄明显者8例,上消化道出血2例,血尿1例,月经过多5例。

血液学情况:中性粒细胞平均值为 $0.9 \times 10^9/L$, 65%患者 $<1.0 \times 10^9/L$, 35%患者 $<0.5 \times 10^9/L$ 。血红蛋白平均值为41.5g/L。血小板计数均 $<20 \times 10^9/L$, 平均为 $9 \times 10^9/L$, 40%患者 $<10 \times 10^9/L$ 。网织红细胞平均值为0.34%, 95%患者 $<1\%$ 。骨髓有核细胞数90%患者重度减少, 10%患者中度减少, 伴非造血细胞 $>70\%$ 。

中医辨证:参考1982年全国首届中西医结合血液学术会上拟定的慢性再障中医辨证分型标准,分为三型。阳虚型:除血虚症状外,并有怕冷,手足发凉,腰酸,夜尿多,便溏,出血轻,感染少,脉细,舌质淡,舌体胖,边有齿痕。阴虚型:除血虚症状外,并有口渴,低热,手足心热,盗汗,出血明显,常有感染,脉稍数,舌尖红,苔少。阴阳两虚型:除血虚症状外,兼有前述阴虚及阳虚症状。本组属阳虚型10例(50%), 阴虚型4例(20%), 阴阳两虚型6例(30%)。

治疗方法

一、中医治则宜补肾填髓,根据阴阳偏胜,用温肾或滋肾,并适当助以补益气血及活血、止血类汤药。温肾药用仙灵脾15~30g 补骨脂10g 肉苁蓉10g 鹿角片10g 锁阳10g等。滋阴补肾药用菟丝子30g 女贞子10g 枸杞子12g 熟地12g 桑椹子12g 麦冬10g 黄精30g等。补益气血药用党参15g 黄芪15g 当归10g 阿胶10g等。其中3例加用人胎干粉,每日3g,装入胶囊吞服。活血、止血药用川芎10g 丹参15~30g 茜草15~30g 墨旱莲10g 仙鹤草30g。其中3例加用三七15g 蒸鸡服用。均系连续服用,缓解后适当减少剂量或隔日服用一剂,维持巩固。

二、西药治疗以雄激素为主,除1例仅用大力补外,余19例采用丙酸睾酮50~100mg/日,肌肉注射(肌注),治疗至少三个月以上,待血象有所改善后改用隔日肌注维持。其中13例还加用康力龙口服,2~4mg/日,分三次服,6例加服大力补5~10mg/日,分三次服,发生肝功能异常时暂停或减量服用,但丙酸睾酮继续肌注。雄激素的治疗一直坚持到缓解然后减量维持。如丙酸睾酮停用后,小剂量17- α 烷基睾酮类药物可继续维持使用。根据病情,加用654-2 50mg/日静脉滴注(疗程3个月)及心得安90mg/日(疗程3个月)各1例;加用一叶萩碱16mg/日肌注(疗程6个月)及加用士的宁5天疗法(疗程6个月)各1例;加用一般剂量强的松15~30mg/日者(疗程3~9个月)6例;大剂量糖皮质激素包括氢化考的松静脉滴注200~400mg/日(每次半个月,共2疗程),间隔期及疗程结束后继用强的松60mg/日口服1例。2例作脾切除治疗,术后继续综合治疗。

结 果

一、疗效:基本治愈2例(10%),缓解11例(55%),明显进步5例(25%),无效及死亡各1例。疗效评定标准按1987年全国再障会议制订的标准。

20例治疗后血象上升的幅度:(1)血红蛋白:治前平均值41.5g/L, 治疗后平均值为103g/L($t=7.52$, $P<0.001$)。 (2)白细胞总数:治前平均值为 $1.797 \times 10^9/L$, 治疗后平均值为 $4.445 \times 10^9/L$ ($t=7.49$, $P<0.001$)。 (3)血小板计数:治前平均值为 $9.650 \times 10^9/L$, 治疗后平均值为 $46.850 \times 10^9/L$ ($t=5.47$, $P<0.001$)。

二、随访情况:有效的18例中,随访14例时间为1~5年,其中2例继续治疗三年达到基本治愈标准。10例缓解和2例治愈的病例达到缓解所需时间为8~24个月。缓解的10例中,有4例停药后复发;2例分别于缓解半年和二年后复发,再次治疗又取得了缓解;1例缓解一年后因妊娠停药而复发;1例达到缓解后半年停药复发,再次继续治疗,血象虽有回升,但难以再次缓解;2例仍维持在明显进步。

讨 论

一、中西医结合治疗可提高重型再障的疗效,使治愈、缓解率达到65%,有效率达90%。因为再障是多种病因引起的综合征,临床上不同类型,因此治疗中应强调综合性,我们选用雄激素、654-2

或一叶萩碱、心得安、肾上腺皮质激素和中药等综合治疗,对某些可能有免疫机理或有髓内溶血者,则加用大剂量糖皮质激素短期应用,对脾切除术后无效的患者仍继续采用综合治疗(不同病情采用不同的药物组合)。

二、早期治疗和坚持治疗是提高慢性严重型再障疗效的关键。本组再障治疗的疗效与治前病程长短有关,治愈及缓解组的平均病程为1.9年,明显进步组为2.6年,无效和死亡者,平均病程为5年,因此我们认为早期采用中西医结合治疗,是提高疗效的重要因素。对于慢性严重型再障宜长期坚持治疗,才能取得一定的疗效,本组缓解和治愈病例达到缓解时间中位数为12个月,血象达到缓解后仍需继续巩固治疗,维持缓解时间的中位数为24个月。停药过早、过快易引起复发。文中4例原已缓解者均因停药导致复发。对雄激素也必须坚持长程足量的应用。要坚持大剂量雄激素治疗必须要正确对待雄激素引起的肝功能损害,凡口服17- α 烷基睾酮引起GPT升高时,我们主张改

用丙酸睾酮治疗,丙酸睾酮对肝脏的毒性作用要比17- α 烷基睾酮类药物为轻,并对前者短期停药后再减量继续使用,多数病例可耐受治疗。本文20例中曾有8例先后出现过GPT升高,都仍坚持长期使用雄激素,并未引起严重的后果。

三、中医中药治疗宜着重补肾治疗,并须调整好补阳与补阴的关系。一般慢性严重型再障以脾肾虚为主,先脾后及肾,重型再障宜以补肾为主,健脾为辅。现代医学研究已证实补肾药对骨髓造血组织有一定的刺激作用。在治疗中我们体会到阴阳偏胜与病情有一定的关系,一般阳虚证为主者,出血、感染等较轻,病情相对稳定,治疗效果较好;阴虚为主者常伴有发热、出血、感染,病情相对较复杂。对于阴虚为主者主张先标后本,先滋阴清热,待发热、出血、感染控制后主张阴阳并治。我们认为肾阴虚与肾阳虚是疾病的不同阶段或有某些并发症夹杂而致,温肾填髓法是治疗的根本大法。

97例心肌梗塞患者的耳垂褶纹分析

中国中医研究院西苑医院 戴梅芳 许祖铎* 张若妍**

本文就冠心病心肌梗塞和非冠心病患者各97例的耳垂褶纹及有关资料,进行比较分析,报道如下。

一般资料 冠心病心肌梗塞组(简称冠心病组)为1982~1983年住院患者,共97例,男82例,女15例。年龄40~59岁61例,60岁以上36例。心肌梗塞根据世界卫生组织对缺血性心脏病的命名及诊断标准确定。非冠心病组(简称对照组)为同期的住院患者,共97例,男67例,女30例,年龄条件同冠心病组。

观察方法 (1)耳垂褶纹(简称耳纹)标准:单侧或双侧耳垂有由屏间切迹向耳垂边缘斜行走向、深或明显的皮肤褶纹者列为阳性,不符合上述条件者为阴性。和英 Frank ST 提出的耳纹标准一致。(2)由两名医师对以上两组患者仔细观察耳纹有无,并采集有关冠心病、高血压病、糖尿病及吸烟等病史。(3)各组观察结果均经统计学处理比较。

结果 (1)耳纹阳性率:冠心病组耳纹阳性率为66.0%,对照组为37.1%,两组比较差异有非常显著性意义($P < 0.001$)。(2)耳纹与年龄及性别的关系 冠心病40~59岁和60岁以上两年龄组的耳纹阳性率分

别为63.9%及69.4%($P > 0.50$);对照组分别为31.1%及47.2%($P > 0.10$)。冠心病组男女耳纹阳性率分别为68.3%及53.3%($P > 0.25$);对照组男女各为44.8%及20.0%($P < 0.05$)。(3)耳纹与高血压及吸烟的关系:冠心病伴吸烟与不伴吸烟者的耳纹阳性率分别为65.2%(45/69)及67.9%(19/28)($P > 0.75$),对照组相应为47.2%(25/53)及25.0%(11/44)($P < 0.05$)。冠心病组伴吸烟与对照组伴吸烟的耳纹阳性率的比较略有差异($P = 0.05$)。冠心病伴或不伴高血压的耳纹阳性率为62.7%及69.6%($P > 0.25$);对照组相应为54.2%及31.5%($P < 0.05$)。冠心病组伴高血压与对照组伴高血压的耳纹阳性率比较无统计学意义($P > 0.05$)。

讨论 耳纹形成的原因不明,耳纹与冠心病的关系目前尚有争论。本文资料表明冠心病组耳纹阳性率明显高于对照组。其阳性率不受年龄、性别、高血压及吸烟等因素影响,冠心病组伴高血压或吸烟与对照组相应比较也无差异,提示耳纹不是以上冠心病的危险因素影响的结果。我们认为耳纹作为冠心病的一个客观指标容易受到人们注视,对早期防治冠心病有探讨的价值。