

$\times 10^9/L$ 2 例, $< 20 \times 10^9/L$ 4 例, 肝、肾功能不正常及颅内出血 4 例; 骨髓检查: 急性再障 5 例, 慢性再障 1 例。中医辨证为肾阳虚型 4 例, 肾阴虚型 8 例。

治疗方法 首先停服马利兰。(1) 中医治疗: 根据中医辨证论治以滋肾阴温肾阳为主的基本方: 菟丝子 30g 何首乌 20g 女贞子 15g 枸杞子 15g 旱莲草 15g 补骨脂 20g 桑椹子 15g 肉苁蓉 15g 黄芪 20g 当归 15g 紫河车 15g 鹿茸 4g 生地 20g 熟地 20g 仙灵脾 10g 仙茅 10g 阿胶 10g 肉桂 10g。气血双虚者重用黄芪、党参、当归; 出血者加服白茅根、茜草、藕节、仙鹤草等, 每天 1 剂, 分 2 次早晚空腹时服。20 天为 1 个疗程。(2) 西药治疗: 地塞米松磷酸钠注射液(闽清制药厂生产) 每次 40~60mg 溶于 5% 葡萄糖液中静脉滴注, 每天 2~3 次, 连用 3~5 天, 然后按原剂量隔日 1 次, 共 1 周, 继以醋酸地塞米松每天 4.5~7.5mg, 分 2~3 次口服, 维持 20 天逐渐减量至停药, 胎肝、胸腺脾细胞混悬液(本院血液研究室自制) 200ml 静脉滴注(均主要用于急性再障), 输血用于 $Hb < 40g/L$ 者, 丙酸睾丸酮 50mg 肌肉注射, 每天 1 次, 15 天后每周 1 次; 东莨菪碱每次 10mg, 普萘洛尔每次 10mg, 左旋咪唑每次 25mg, 康力龙每次 10mg, 均每天 3 次口服, 中西药同时并用, 20 天为 1 个疗程, 停药 3~4 天进行血象等有关检查后再用 4~8 个疗程; 急性严重患者, 延长中西药应用时间。

结 果

1 疗效标准 基本治愈: 自觉症状完全消失, Hb 上升(男 $> 120g/L$, 女 $> 100g/L$), $WBC > 4.0 \times 10^9/L$, $PLT > 90 \times 10^9/L$; 骨髓检查正常, 随访 1 年无复发。缓解: 自觉症状消失, Hb 上升(男 $120g/L$, 女 $100g/L$), $WBC 3.5 \times 10^9/L$, PLT 有不同程度上升, 随访 6 个月病情稳定或继续好转。无效: 经充分治疗后症状、血象不能达到明显进步或死亡。

2 疗效 基本治愈 5 例(原发病为银屑病及骨髓炎患者, 马利兰日用量小, 病情较轻, 随访 10~20 年均健在), 缓解 3 例(原发病慢粒 2 例及恶性淋巴瘤 1 例, 随访 2~5 年继续缓解), 死亡 4 例(原发病均为慢粒, 马利兰日用量大, 病情严重, 肝、肾功能不全, 颅内出血死亡)。

体 会 马利兰口服吸收好, 主要在肝脏进行代谢, 代谢产物经肾脏排泄, 24h 排出 1/3, 常规服用马利兰引起再障机理, 主要是蓄积性中毒。为了减少马利兰应用后引起严重的副作用, 我们认为: (1) 该药应以治疗慢粒为主, 其他疾病不用或慎用; (2) 用量宜小, 日量不宜超过 6mg, 根据白细胞、血小板计数而定, 避免蓄积中

毒; (3) 用药后白细胞下降太快, 白细胞计数若 $\leq 15 \times 10^9/L$ 时, 应停服马利兰, 必要时作骨髓检查; (4) 用药后多动态观察周围血象, 有出血倾向时, 即检查眼底有无出血, 以预防颅内出血; (5) 疑颅内出血, 应早处理, 早用脱水剂、地塞米松磷酸钠注射液静脉滴注、镇静剂, 大量输血和抗感染; (6) 根据辨证施治早用中药。

中医学认为再障属“血虚”、“血枯”、“虚劳”、“血证”等范围, 其发病与心、肝、脾、肾有关, 补肾阳及补肾阴中药可促进骨髓粒、巨核系统祖细胞增殖, 活血化瘀方可提高骨髓基质功能, 改善微循环, 茜草等可加速贮存池白细胞释放, 反馈性促进造血干细胞增殖和分化。中西医结合治疗, 可取长补短, 发挥中西药各自优势, 缩短疗程, 提高疗效, 延长寿命或达到治愈。

(收稿: 1997-10-13 修回: 1998-02-16)

中西医结合治疗海绵状血管瘤 30 例

浙江省杭州市第一人民医院(杭州 310006)

周国汉 赵 正

1992 年 1 月~1996 年 10 月, 我们采用铜离子单向直流电解术加内服中药及单用电解术治疗海绵状血管瘤各 30 例, 疗效佳, 现报告如下。

临床资料 全部病例出生时即见皮肤病损, 经病理切片证实符合海绵状血管瘤的特异性改变。随机分为两组。中西组 30 例, 男 12 例, 女 18 例; 年龄 4~43 岁, 平均 18.76 岁; 病灶分布: 颜面部 14 例, 躯干四肢 9 例, 其他部位 7 例。对照组 30 例, 男 14 例, 女 16 例, 年龄 6~45 岁, 平均 19.48 岁; 病灶分布: 颜面部 12 例, 躯干四肢 11 例, 其他部位 7 例。两组资料经统计学处理无显著性差异($P > 0.05$)。

治疗方法

1 两组均采用铜离子直流电解术: (1) 制备铜离子电极(下称铜电极), 直径 1~1.5mm, 长 5~10cm, 一端锐利, 经高压灭菌消毒后备用。(2) 操作步骤: 患部局部麻醉(儿童基础麻醉), 严格无菌消毒, 在瘤体与正常皮肤交界处沿皮纹将铜电极插入瘤体血窦中 3~5cm, 每隔 1~2cm 插入 1 根, 每 2 根为 1 对, 分别接上正负电极, 然后给予 4~12V 直流电, 持续通电 10~30min, 电极粗细及通电时间长短随病灶部位、大小及耐受程度而定。每个病灶插入 1 对或数对, 最长达 15 对。(3) 通电 3~5min 后即可看到正极插入处有深绿色泡沫冒出, 负极插入处有乳白色含气泡沫冒出, 随着通电时间延长, 可见瘤体逐渐缩小, 颜色变灰, 治疗结束后, 拔去铜电

极,创面用酒精纱布加压包扎。

2 中西组手术后当天服中药:当归 10g 生白芍 10g 生黄芪 30g 黄连 10g 黄芩 10g 生地黄 30g 生蒲黄 10g 川芎 5g 红花 5g 地骨皮 10g 侧柏叶 10g 知母 10g。每天 1 剂,连续 15 天。

3 观察方法 观察两组瘤体色泽、大小及创面愈合变化情况,术前及术后 24h、2、4、8 周在相同部位取标本进行病理切片检查,MPIC-1 型万能显微镜图像分析仪扫描,以观察超微结构的变化。统计学采用 t 检验。

结 果

1 疗效标准(自拟) 治愈:瘤体基本消失,皮肤外观正常,抽吸试验(-),结节硬变+++;随访 0.5 年以上无复发;显效:瘤体缩小 1/2 以上,皮肤稍有着色,抽吸试验(-),结节硬变++;有效:瘤体缩小 1/3 以上,皮肤有着色,抽吸试验(+),结节硬变+;无效:治疗前后无变化。

2 两组临床疗效比较 中西组 30 例,治愈 21 例,显效 3 例,有效 4 例,无效 2 例,总有效率 93.3%;对照组 30 例,治愈 18 例,显效 5 例,有效 4 例,无效 3 例,总有效率 90.0%,两组无统计学差异。

3 两组创面愈合时间比较 愈合时间:中西组为 12.46 ± 2.50 天,对照组为 15.63 ± 2.90 天,两组统计学处理有显著性差异($P < 0.05$)。提示中西组创面愈合速度快,疗程短。

4 两组病理检测指标比较 对两组病理标本进行 DNA 含量的面积、光密度、形状测定,借助计算机电子扫描数字化处理后提示:面积(μm^2)中西组为 11.616 ± 8.053 ,对照组为 18.211 ± 7.321 ($P < 0.05$);光密度(光的吸收率):中西组为 6.583 ± 1.102 ,对照组为 2.978 ± 1.118 ($P < 0.01$);形状(光的吸收率):中西组为 1.501 ± 0.377 ,对照组为 1.892 ± 0.486 ($P < 0.05$);说明中西组标本内 DNA 含量即细胞数增加,光密度增高,瘤体面积及形状缩小,瘤体实变加快。对两组治疗有效的病例随访 0.5 年以上,中西组部分复发 1 例,对照组部分复发 3 例。

讨 论 目前常用的治疗本病的方法有放疗、手术切除加硬化剂、YAG 激光、CO₂ 激光、冷冻、平阳霉素注射等,但均不理想,主要缺点是治疗不彻底且容易复发,尤其是放疗可导致皮肤萎缩、影响骨骼发育。我们采用中西医结合治疗海绵状血管瘤取得良好效果,其治疗机理是铜离子电解术在正负极之间形成单向直流闭合电路,引起一系列非生理强化刺激,诱发电渗、电解、电泳等反应,患部逐渐变性,凝固,组织纤维化而治愈。值得指出的是,该方法仅在病灶部位形成单向直流电路,不

损及周边组织,所以治疗准确、安全。

中医称该病为“血瘤”、“红丝瘤”,由先天肾中伏火,精有血丝,与气相搏生子,故有此疾。铜离子电解术具有拔毒祛瘀化腐的作用,电解使血瘤内蓄之火毒得以排出,陈腐迅速脱落,所谓“祛瘀化腐”是也。再配合滋阴清热凉血、托毒排脓的中药,故中西医结合疗效优于对照组。两组在治疗过程中仅见术后局部有轻度水肿,1 周后可自行消退,个别病例术后 24h 内有低热,一般于 3 天内体温降至正常,不需服药。本组病例经 0.5~3 年随访,未见有完全复发者,部分复发仅 4 例,说明远期疗效可靠,该方法为治疗海绵状血管瘤开辟了新的途径。

(收稿:1997-09-05 修回:1998-01-20)

芪蛭散预防顽固性心绞痛 溶栓后复发 24 例

山东省禹城市人民医院(山东 251200)

周国忠 郭雅琳 宋爱芹 孙景华

1992 年 1 月~1996 年 6 月,我们对顽固性心绞痛(用常规药物治疗无效的不稳定型心绞痛者)溶栓治疗有效的患者应用中药芪蛭散以预防溶栓后的复发,获满意效果。报道如下。

临床资料 选择顽固性心绞痛经尿激酶(1.7 万 IU/kg)静脉溶栓有效(心绞痛在溶栓后 24h 内完全缓解;心电图抬高的 ST 段恢复正常或下移的 ST 段上升 $\geq 1\text{mm}$,倒置 T 波变浅 $< 2\text{mm}$)的 46 例患者随机分为两组。治疗组 24 例,男 19 例,女 5 例;年龄 39~69 岁,平均 61.2 岁;心绞痛史 0.5~6 年,平均 3.2 年;辨证属气虚血瘀证 14 例,气阴两虚血瘀证 6 例,阳虚寒凝血瘀证 4 例。对照组 22 例,男 18 例,女 4 例;年龄 41~70 岁,平均 63.1 岁;心绞痛史 5 个月~6 年,平均 3.4 年;辨证属气虚血瘀证 12 例,气阴两虚血瘀证 5 例,阳虚寒凝血瘀证 5 例。两组临床资料具有可比性。

治疗方法 两组均于溶栓后口服抗血小板类、硝酸酯类及钙拮抗剂等药物,治疗组另加用中药芪蛭散(黄芪 3 份,水蛭 3 份,川芎 3 份,桂枝 1 份,烘干粉碎,过 100 目筛),每次 5g,每日 2 次温开水冲服。两组患者均服药至溶栓后 6 个月。每月复查患者心绞痛及心电图变化;治疗前后分别测定血小板聚集率、凝血酶原时间(PT)及血液流变学指标。统计学处理采用 t 检验和 χ^2 检验。

结 果

1 溶栓后心绞痛复发情况 溶栓治疗有效的患者,心绞痛消失或减轻,原有的心电图 ST-T 缺血性改变