

径  $20 \pm 39\text{mm}$  ,平均  $(25 \pm 8)\text{mm}$ 。两组资料比较差异无显著性,具有可比性。

**治疗方法** 治疗组服用自拟顽溃汤:半夏 15g 黄连 6g 党参 10g 厚朴 15g(便秘者用枳壳 10g) 马槟榔 15g 白及 15g 黄芪 12g 甘草 5g。随症加减:疼痛重者去黄芪,加青核桃、九香虫;呕吐重者选加花椒、代赭石(焦虑型者代赭石加量)旋复花;有出血、黑便或溃疡壁如凿或溃疡周边隆起不平、成结节状,或见出血点者加三七;暖气发胀者加佛手、炒香附;吐酸重者加瓦楞子;食积暖腐者加神曲、山楂肉;苔黄燥、便干者加大黄;疼痛、胀、吐等症减退后每剂黄芪用量递增 5g,可加至 60g,尤其是 X 线钡透见龛影持续不能消失或胃镜下见溃疡深而大或溃疡周围边缘或粘膜颜色浅淡苍白者,黄芪不可少),每日 1 剂,水煎分 3 次服。同时每晨口服洛赛克(奥美拉唑) 20mg;饭前口服阿莫西林胶囊 500mg,1 日 3 次;克拉霉素 500mg,1 日 2 次。对照组只服用西药,方案同治疗组。两组均以 4 周为 1 个疗程,共服 2 个疗程。以上两组患者治疗过程中停用其他药物。治疗前后作临床观察记录(临床症状、舌象、脉象和胃镜检查、HP 检查、大便常规及大便潜血检查)。临床症状观察中以胃脘疼痛、胃脘部灼热、呕吐、呕血或黑粪为主要症状;泛酸、流涎、暖气、纳差、口苦、焦虑等其他症状为次要症状。

**结果**

**1 疗效标准** 参照《中药新药治疗消化性溃疡的临床研究指导原则》制定。

**1.1 中医证候疗效判定** 临床治愈:临床主、次症状消失,食欲正常;显效:临床主、次症有明显改善,或个别主要症状轻度改善,但其他症状消失;有效:临床主、次症状均有改善,或主要症状未改善,但次要症状全部消失;无效:未达到有效标准者。

**1.2 胃镜疗效判定标准** 临床治愈:溃疡完全消失,局部轻度充血,无明显水肿;显效:溃疡基本消失,仍有部分炎症;有效:溃疡面缩小 50% 以上;无效:溃疡面缩小不及 50%。疗效判定以胃镜疗效判定为主,参考中医证候疗效标准,综合分析。

**2 疗效** 治疗组 30 例,临床治愈 26 例,显效 3 例,有效 1 例,总有效率 100%。对照组 30 例,临床治愈 22 例,显效 1 例,有效 1 例,无效 6 例,总有效率 80%。总有效率两组比较,差异有显著性( $\chi^2 = 4.63, P < 0.05$ )。

**3 HP 根除率比较** 治疗前两组患者 HP 均为阳性,治疗后治疗组根除 29 例(96.7%)。对照组有 2 例因交通不便未复查 HP 外,28 例完成诊治复查全过程,其中根除 26 例(92.8%)。两组比较差异无显著性( $\chi^2 = 0.428, P > 0.05$ )。

**4 两组副反应对比** 两组治疗前后均检测了血、尿、粪常规和肝肾功能及心电图,治疗组有 2 例(6.7%)在服药第 1 周内口苦、轻度头晕和恶心,经对症加用中药坚持服药后 1 周内症状消失,其余未见药物不良反应。对照组有 2 例有轻度恶心,1 例在治疗中出现轻度皮疹及轻度 ALT 升高,1 例出现轻度腹胀,经对症治疗 5 天后症状消失,2 周后 ALT 转正常,均未影响治疗,不良反应发生率为 10%,两组不良反应比较差异无显著性( $\chi^2 = 0.740, P > 0.05$ )。

**5 远期随访疗效** 在治疗结束后的 6 个月追踪观察中,治疗组 30 例,复发 1 例(3.3%),对照组 30 例,复发 6 例(20.0%),两组比较差异有显著性( $\chi^2 = 4.043, P < 0.05$ )。

**讨论** 难治性 GU 症状具有反复性和长期性,多属中医胃痛或痞证等范畴,往往虚实夹杂,临床尤重辨证施治,即使是对“不通则痛”的理解也需牢记叶天士所谓“通字须究气血阴阳”的含义,不能简单地理解为“通下”。由于本病的“巨大”和“难治”的共性,特别要重视其“胃损过重、日久难愈”的特点。方中半夏止呕、散结、除痞,黄连苦寒泄热,黄芪、党参、甘草补中益气,枳壳行气、祛积推陈,厚朴除胀,虚实皆宜;马槟榔功能清热利咽、消肿化痰、生津消积(孕妇忌服);《中医大辞典》和《中国医学百科全书》两书的中药分册均有记载;白及制酸、止血敛疮,特别是黄芪,徐灵胎谓“为外科生肌长肉之圣药”。青核桃治“心腹疝痛”(本草纲目),民间常用其泡酒治胃痛。方中多味药分别具有抑酸、抗溃疡、利胆、助消化、抗菌、抗炎、麻醉止痛、止吐、驱虫、止血、祛瘀生新、提高免疫功能等作用。通过本文前瞻性的临床验证说明此方组合合理,与奥美拉唑和克拉霉素、阿莫西林等药伍用不仅能提高疗效,还能减少其副反应。对顽固而难治的大面积胃溃疡中西医结合治疗具有一定的优势。

(收稿 2001-09-12 修回 2001-11-30)

## 白血康治疗复发及难治性急性早幼粒细胞白血病 20 例

解放军 100 医院 江苏苏州 215007)

吴天勤 蒋复高 王网珍 沈红石

钱雅静 秦龙梅

苏州大学附属第一医院 仇红霞

全反式维甲酸(ATRA)诱导分化治疗急性早幼粒细胞白血病(AML)完全缓解(CR)率虽高达 85% 以上,但较易复发,且对复发患者再次治疗 CR 率极低。1996 年 10 月~2001 年 10 月,我们采用白血康治疗复发及难治性 APL 20 例,现报告如下。

**临床资料** 20 例均为住院患者,经临床、血象和骨髓象确诊为 APL,19 例均存在特异染色体易位  $t(15;17)$  或 PML/RAR $\alpha$  融合基因,1 例难治患者为非  $t(15;17)$ ,且 PML/RAR $\alpha$  融合基因阴性。男 9 例,女 11 例,年龄 16~63 岁,中位年龄 30 岁,复发 14 例,均经 ATRA 诱导至 CR,在单用 ATRA 维持治疗或单用 HA(高三尖杉酯碱、阿糖胞苷)、DA(柔红霉素、阿糖胞苷)等方案巩固治疗或 ATRA 与 HA、DA 等方案交替治疗过程中复发,平均复发时间为 16.4 个月,其中 1 例复发 3 次,CR<sub>1</sub> 16 个月,CR<sub>2</sub> 6 个月,第 3 次复发时合并中枢神经系统白血病(CNSL)。难治性 6 例,其中 5 例为 ATRA 诱导治疗 40~60 天无效,1 例为 ATRA 治疗 20 天,血象、骨髓象未改善,且 DIC 指标持续阳性,而改用白血康 20 例中伴 DIC 7 例。

**治疗方法** (1)白血康(天康药业公司产品,原名:复方青黛片,每片 0.25g,主要成分为雄黄、青黛、丹参及太子参),开始每次 3 片,每天 3 次,3 天后渐增至每次 5~8 片,每天 3 次,直

至 CR。(2)对症支持治疗:对伴有 DIC 患者予适量肝素治疗;酌情予抗感染、止血治疗及输血、血小板等支持治疗;对出现肝损害的患者予保肝治疗。(3)CR 后用白血康及联合化疗(HA、DA 等方案)交替治疗,并定期鞘内化疗预防 CNSL。

## 结果

1 疗效评定标准 按 1987 年苏州全国白血病化学治疗讨论会制定的标准。

2 疗效 20 例中 CR 18 例(90.0%),NR 2 例(10.0%)。NR 患者中复发性及难治性各 1 例,1 例两次复发均用白血康治疗获 CR,但第 3 次复发时合并 CNSL,1 周内死于颅内出血。

3 治疗时间 本组获 CR 所需时间为 28~62 天,平均 37 天,其中复发与难治患者获 CR 的平均时间分别为 36 天与 39 天。7 例伴 DIC 患者中,6 例治疗 1~2 周后,DIC 指标恢复正常,1 例治疗 4 周 DIC 被纠正。

4 外周血象及骨髓象 18 例 CR 患者中有 14 例治疗前白细胞低于正常,治疗后 1 周左右白细胞渐升至正常。3 例治疗前白细胞高于正常,治疗 9~18 天白细胞渐降至正常。治疗早期外周血早幼粒细胞减少,但出现中、晚幼粒细胞,2 周后逐渐消失。早期血小板数变化不明显,2 周后回升较快。治疗过程中骨髓象见粒细胞呈退行性改变,胞体变小,核染色质固缩,核碎裂,红系及巨核系增生逐渐恢复,无骨髓抑制。

5 不良反应 大部分患者有轻度消化道反应,表现为纳差、腹胀及上腹部不适,均能耐受,有 2 例出现腹泻,白血康减量后好转,有 3 例出现 ALT 升高,经保肝治疗降至正常,但其中 1 例 CR 后维持治疗中肝损加重,出现腹水而停药,11 例有皮肤色素沉着。

讨论 由于 APL 对 ATRA 易产生耐药,严重影响患者长期生存。以往对难治或复发 APL 的治疗方案采用(1)ATRA 再次诱导治疗,但效果较差。(2)挽救化疗,常由与一线化疗无交叉耐药的化疗方案或大剂量阿糖胞苷为主的方案治疗,但常有严重骨髓抑制、感染、出血及 DIC 等副反应。(3)骨髓移植。近年我国学者报告砷剂能有效治疗 APL,白血康为纯中药制剂,治疗 APL 的关键成分是雄黄和青黛。雄黄有效成分为二硫化二砷,能诱导和促进 APL 细胞凋亡,加用青黛则有协同作用。我们应用白血康治疗复发及难治性 APL 20 例,CR 率 90%,其中 1 例 2 次复发均获 CR,表明有较好的疗效,且与 ATRA 无交叉耐药。由于砷剂与 ATRA 作用机制不同,因此无交叉耐药性,从而解决了 APL 对 ATRA 原发或继发性耐药而导致治疗失败的难题。

白血康中雄黄虽属砷剂,但其不良反应主要表现为轻度消化道反应,无类维甲酸综合征、高白细胞综合征;不引起骨髓抑制,从而避免了与治疗相关的感染、出血及 DIC 的发生;对伴有 DIC 的患者,治疗过程中均逐渐被纠正,而无加重过程;仅少数患者出现肝损害,经保肝治疗均好转;白血康又具有口服方便等优点,使 APL 患者易于接受。因此我们认为对复发及难治性 APL 的治疗可考虑首选白血康。

本组 2 例 NR 患者中,1 例为难治性 APL 患者,其形态学为典型 APL,免疫分型为髓系表达,但染色体为正常核型,无

APL 分子生物学特征,对 ATRA 及砷剂治疗均不敏感,因此该患者的发病机制如何,应该怎样进一步分类,以及采取怎样的治疗策略,需进一步研究。

(收稿 2001-12-17 修回 2002-03-28)

## 清开灵注射液辅助治疗急性缺血性脑血管病 48 例

北京大学第三医院神经内科(北京 100083)

班勇 谢汝萍 孙庆利

2001 年 9~12 月,我们在常规用药的基础上,加用清开灵注射液治疗急性缺血性脑血管病 48 例,并与单用常规治疗的 35 例作对照,现介绍如下。

### 临床资料

1 病例选择 (1)出现神经缺失症状持续 2~24h;(2)通过临床症状体征,再经头颅 CT 或头颅 MRI 等除外其他疾病,或经弥散/灌注成像(DPI)确诊为急性缺血性脑血管病;(3)患者均以突发性偏身肢体活动障碍,偏身触痛觉减弱,或伴有面舌瘫、言语障碍;(4)患者上、下肢肌力偏瘫均在 3 级以下。

2 一般资料 83 例按入院前后顺序随机分为两组,治疗组 48 例,男 31 例,女 17 例,年龄 55~78 岁,平均 63.5 岁,病程 2~24h,平均 12.6h,病变定位:颈内动脉系统 37 例,椎基底动脉系统 11 例,肢体肌力(上、下肢或)单肢)0~3 级,言语障碍:运动性失语 1 例,感觉性失语 7 例,混合性失语 2 例;意识状态:浅昏迷 3 例,嗜睡 8 例。对照组 35 例,男 23 例,女 12 例,年龄 53~76 岁,平均 61.4 岁,病程 2~24h,平均 13.2h;病变定位:颈内动脉系统 19 例,椎基底动脉系统 4 例,肢体肌力(上、下肢或)单肢)0~3 级,言语障碍:运动性失语 1 例,感觉性失语 4 例,混合性失语 2 例;意识状态:浅昏迷 1 例,嗜睡 3 例。两组资料比较差异无显著性,具有可比性。

治疗方法 两组均常规用药,即 20% 甘露醇(由连云港正大天晴制药有限公司生产)250ml,6~12h 快速静脉滴注;丹参注射液(每毫升相当于丹参 1.5g,由杭州青春宝药业有限公司生产)30ml 加 0.9% 生理盐水 250ml,每天 1 次,静脉滴注;脑复康(为 N-乙酰吡咯烷酮加适量氯化钠等渗水溶液,规格 100ml:10g,由长春天诚药业有限公司生产)10g,每天 1 次,静脉滴注。治疗组加用清开灵注射液(主要成分胆酸、水牛角、黄芩、金银花、栀子等,规格 10ml/支,含黄芩苷 50mg,总氮 25mg,由北京中医药大学药厂生产)40ml 加 0.9% 生理盐水 250ml,每天 1 次,静脉滴注,疗程为 7 天。观察两组临床疗效及治疗前后血流变学的结果。

### 结果

1 疗效标准 基本治愈:肌力恢复接近正常,感觉障碍、言语障碍均恢复正常,显效:肌力恢复 $\geq 2$ 级,感觉障碍、言语障碍改善明显,有效:肌力恢复 $< 2$ 级,感觉障碍、言语障碍有所减轻,无效:未达到有效标准或死亡者。

2 疗效 治疗组 48 例,基本治愈 23 例(47.9%),显效 15 例(31.2%),有效 7 例(14.6%),无效 3 例(6.2%),愈显率为