

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

79.2% ,总有效率为 93.8% ;对照组 35 例分别为 12 例 (34.3%)、9 例 (25.7%)、8 例 (22.9%)、6 例 (17.1%)、6.0%、82.9% ,两组愈显率和总有效率比较 ,差异均有显著性( $\chi^2$  检验 , $P < 0.01$ ) ,治疗组优于对照组。

3 血液流变学指标 两组在治疗前后其全血比粘度切变率、血小板粘附率、红细胞聚集指数均有明显统计学意义(数据略)。

讨论 缺血性脑血管病的早期治疗 ,是目前研究的一大热门。我们严格选择于发病 2~24h 的缺血性脑血管病患者 ,配合清开灵注射液治疗 ,获得较好的效果。急性缺血性脑血管病在中医辨证分型较多 ,其主要为阴阳失调 ,气血逆乱 ,血瘀痰阻。而清开灵由多种名贵中药提取而成 ,具有调整阴阳、理气活血、化痰开窍醒神之效 ,我们通过临床观察及血液流变学的改善 ,说明清开灵注射液具有明显改善全血粘度 ,降低血小板粘附率 ,改变红细胞聚集指数 ,该注射液并能明显降低脑组织耗氧量 ,提高缺氧条件下脑细胞的存活率 ,并有较强的清除自由基的功能 ,对受损的脑细胞具有较强的保护功能 ,同时还可改善病变部位的血液循环 ,促进中心坏死区及周围半暗带代谢的改善 ,加速神经功能恢复 ,从而改善缺血细胞的生存环境 ,减少缺血区脑组织损害及周围水肿的吸收 ,从而提高临床治疗效果 ,且未见毒副反应。

(收稿 2002-01-04 修回 2002-03-28)

## 甲瘤胶囊和川黄液辅助治疗桥本氏甲状腺炎 43 例

天津第一中心医院(天津 300192) 任 众

1999 年 2 月~2001 年 12 月 ,我院采用中西医结合治疗桥本氏甲状腺炎 43 例 ,并与单用西医治疗的 41 例作对照 ,现总结报告如下。

临床资料 桥本氏甲状腺炎诊断标准参照《协和内分泌与代谢学》史轶懿主编.北京:科学出版社,1999:1059。84 例患者均为我院甲状腺专科门诊的初诊患者 ,用抽签法随机分为两组:治疗组 43 例,男 7 例,女 36 例;年龄 22~72 岁,平均 41.2 岁,病程 2 个月~15 年,平均(6.0±3.9)年,病情程度:轻度(甲状腺球蛋白抗体(TG-Ab)、甲状腺微粒体抗体(TM-Ab)滴度 <40%) 9 例,中度(TG-Ab、TM-Ab 滴度 40%~60%) 22 例,重度(TG-Ab、TM-Ab 滴度 >60%) 12 例。对照组 41 例,男 6 例,女 35 例;年龄 20~68 岁,平均 43.0 岁,病程 3 个月~20 年,平均(6.8±4.1)年,病情程度:轻度 9 例,中度 20 例,重度 12 例。两组患者资料比较差异均无显著性,具有可比性。

治疗方法 两组均口服甲状腺片(每片含甲状腺 0.04g,天津第二生化制药厂生产),每次 20~40mg,每日 1~3 次,或左旋甲状腺素钠(德国默克公司生产)每次 25~50 $\mu$ g,每日 1~3 次,连续服用 1 年为 1 个疗程,治疗组用 1 个疗程者 26 例,用 2 个疗程者 17 例;对照组用 1 个疗程 16 例,用 2 个疗程 25 例。对照组对甲状腺明显肿大且伴有压迫症者,可使用强地松每次 10mg,每日 3 次口服,以后每月递减 1/3,用 3~4 个月。治疗

组同时合用甲瘤胶囊(主要成分:穿山甲、皂角刺、制天南星、三棱、莪术、大戟等。每粒含生药 0.4g,本医院制作)每次 3 粒,每日 2 次口服。川黄液(主要成分:丹参、川芎、当归、何首乌等。每毫升含生药 90mg,中国中医研究院中汇制药公司生产)每次 10ml,每日 3 次口服。

观察指标 (1)临床症状(颈粗、咽堵、憋气)及体征。(2)TG-Ab 和 TM-Ab 的定性及定量滴度采用放射免疫法测定。

统计学方法:计量资料采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验。

### 结 果

1 疗效评定标准 根据《甲状腺疾病》高绪文、李继莲主编.北京:人民卫生出版社,1999:136)显效:症状明显好转,甲状腺及其结节明显变软变小,TG-Ab 或 TM-Ab 转阴或滴度下降大于 50%。有效:症状有所好转,甲状腺及其结节变软,TG-Ab 或 TM-Ab 滴度下降  $\geq 20\% \sim \leq 50\%$ 。无效:未达到有效标准。

2 两组患者疗效 治疗组 43 例中显效 14 例(32.6%),有效 24 例(55.8%),无效 5 例(11.6%),总有效率 88.4%;对照组 41 例中显效 9 例(22.0%),有效 20 例(48.8%),无效 12 例(29.3%),总有效率 70.7%。两组总有效率比较差异有显著性( $\chi^2 = 4.045, P < 0.05$ ),表明对桥本氏甲状腺炎中西医结合治疗疗效优于西医常规治疗。

3 两组患者治疗前后 TG-Ab、TM-Ab 测定结果 见表 1。TG-Ab 或 TM-Ab 滴度两组治疗前比较,差异无显著性( $P > 0.05$ )。两组治疗后较治疗前显著下降( $P < 0.05$ ),且治疗组下降幅度优于对照组( $P < 0.05$ ),表明中西医结合治疗优于西医常规治疗。

表 1 两组患者治疗前后 TG-Ab 及 TM-Ab 测定结果比较 (%  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数		TG-Ab	TM-Ab
治疗	43	治疗前	54.10±11.3	45.91±7.34
		治疗后	32.13±10.58* $\Delta$	21.97±8.12* $\Delta$
对照	41	治疗前	53.99±10.69	41.33±9.23
		治疗后	44.89±11.11*	35.07±9.67*

注:与本组治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

讨论 桥本氏甲状腺炎属于中医学“瘰疬”的范畴,多属石瘰及息肉瘰,病位在颈部络脉,与肝之关系最为密切,肝失疏泄可横逆犯脾致湿生痰,终则痰热瘀互结为患,结于颈前则为颈项肿大。六淫邪毒经口鼻或皮毛侵入机体内伤脏腑,生痰致瘀,上犯络脉,结聚颈前,则成本病。甲瘤胶囊由穿山甲、皂角刺、制天南星、三棱、莪术、大戟等组成,以疏肝行瘀,化痰散结。同时合用川黄液(由丹参、川芎、当归、何首乌等组成),其有效成分为丹参酮、川芎嗪、藁本内酯、大黄素等,用于气血两虚,肝肾不足。本方有提高免疫力的作用,促进组织修复和再生,以及抗炎的功能。加上西医常规治疗可共同达到软化缩小肿大的甲状腺及其结节,减轻甲状腺的自身免疫反应,使甲状腺细胞功能得以恢复,且中西医结合治疗可减少肾上腺糖皮质激素的临床用量,进而可减少激素的副反应。故中西医结合治疗对桥本氏甲状腺炎是较理想的临床治疗方法。

(收稿 2002-01-14 修回 2002-04-08)