

碧玉散加味汤治疗 37 例慢性砷中毒的疗效观察

叶清美¹ 刘淑波¹ 何小凤²

中药的排砷作用,早有报道^[1]。为进一步说明中药合理组方及其综合疗效,笔者应用碧玉散加味汤治疗慢性砷中毒患者,现将结果报告如下。

临床资料

1 慢性砷中毒诊断依据 参考职业性慢性砷中毒分级法^[2],以及本地区尿砷的正常值,确定诊断标准为:(1)晨尿尿砷 $>0.135\text{mg/L}$ ^[3];(2)有皮肤粘膜方面的变化,如鼻膜干燥、结膜炎、齿龈炎、皮肤色素沉着、角化过度或丘疹等;(3)有神经系统和消化系统症状。

2 一般资料 69 例均为环境、水源污染调查发现的某市(县级)郊区的长住居民,根据住地、年龄进行随机抽样分为碧玉散加味汤治疗组(简称中药组)和二巯基丁二酸治疗组(简称对照组)。中药组 37 例,男性 16 例,女性 21 例,年龄 9~65 岁,平均 32.4 岁;对照组 32 例,男性 13 例,女性 19 例,年龄 11~63 岁,平均 33.2 岁。两组患者的饮食习惯、年龄和性别均无明显差异。

方 法

1 治疗方法 中药组服用碧玉散加味汤,基本方药为滑石 30g 甘草 6g 青黛 12g 防风 15g。以鼻膜干燥、齿龈炎、咽干、皮炎、色素沉着和皮肤过度角化等粘膜、皮肤症候为主,伴有少数胃肠道症状者,用基本方加桑叶 15g 玄参 10g 赤芍 10g 苍耳子 10g 白鲜皮 10g 肉豆蔻 10g 治疗;以恶心、食欲不振、腹胀和腹隐痛等消化系统症状为主,伴有色素沉着和皮肤过度角化者,用基本方加山楂 10g 陈皮 6g 肉豆蔻 10g 桑叶 10g 赤芍 10g 白鲜皮 10g 治疗;均为 2 天 1 剂,水煎 3 次,混匀,早晚各服 1 次,一共用药 10

剂。对照组用络合剂二巯基丁二酸(DMSA,上海新亚药业有限公司生产)治疗,每天口服 3 次,每次 0.5g,用药 3 天停药 4 天为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程即 21 天。

2 观察方法 设计统一的体检观察表,由专业医生负责治疗前后的体检、观察和登记,详细记录粘膜皮肤病变程度。治疗前后均测定晨尿的尿砷(应用二乙基二硫代氨基甲酸银盐比色法),检查双眼视野。

3 统计学处理 计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

结 果

1 两组常见症状体征的变化 见表 1。经 3 周治疗后患者的部分症状体征基本消失,手掌、足跖部的皮肤由厚变薄、干燥和粗糙转向正常,过度角化和指甲米氏纹有所好转,易受磨擦部位的皮肤色素沉着面积缩小,色泽变淡。其中鼻膜干燥、齿龈炎、腹胀、皮肤瘙痒和皮疹的治愈率,中药组优于对照组,差异有显著意义。

2 两组治疗前后的尿砷测定结果 见表 2。所有患者的尿砷值均降至 0.125mg/L 以下,中药组与对照组的排砷效果相近,差异无显著性($P>0.05$)。

表 2 两组治疗前后尿砷测定结果比较 (mg/L , $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	尿砷
中药	37	治前
		治后
对照	32	治前
		治后

3 两组治疗前后视野检查结果比较 见表 3。中药组治疗后的左眼平均视野增加 3 度以上,右眼平均视野增加近 3 度;对照组无明显变化。两组比较差异无显著性($P>0.05$)。

表 1 两组常见症状与体征治愈率比较 [% (例)]

组别例数	头晕头痛	心烦失眠	结膜炎	鼻膜干燥	齿龈炎	食欲不振	腹胀	腹隐痛	皮肤瘙痒	皮疹
中药 37	69.6(16/23)	88.0(22/25)	68.4(13/19)	78.6(22/28) *	87.1(27/31) *	77.8(14/18)	80.0(16/20) *	80.1(17/21)	68.2(15/22) *	66.7(10/15) *
对照 32	71.4(15/21)	84.2(16/19)	70.6(12/17)	52.0(13/25)	63.0(17/27)	53.5(8/15)	47.1(8/17)	62.5(10/16)	38.9(7/18)	38.5(5/13)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 括号中数字分母为治疗前例数,分子为治疗后治愈例数

表 3 两组治疗前后的视野检查结果 (度, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数		视野	
			左眼	右眼
中药	37	治前	54.38±0.56	54.49±0.61
		治后	58.23±0.62	57.81±0.59
对照	32	治前	56.18±0.76	57.21±0.68
		治后	56.27±0.54	57.59±0.63

讨 论

国内不仅有职业性砷中毒的报道,且有生活环境因素引起的地方性砷中毒的报道^[2]。碧玉散加味汤的基本方含有滑石、防风两味,据《本草纲目》记载,滑石能够伏砷,据《洗冤录》记载,防风可解砷毒。本研究结果显示,碧玉散加味汤的排砷结果与我国研制的 DM-SA 络合剂相近。方中的滑石、甘草为六一散,是清暑利湿良药,加凉血消斑的青黛,为碧玉散,具有治疗目

赤、咽痛、口舌生疮等暑热症功效。有关消化系和皮肤粘膜病变治疗,基本宗砷中毒多属热、湿、燥的诊治原理,故有强于络合剂单纯排砷作用的疗效。对中药组增加视野度数,尚需加大观察例数证实。服用中药期间,少数患者稍有胃部不适、便溏等症状,停药后好转。因为皮肤角化、色素沉着等体征均属慢性病理过程,可能需延长治疗时间。

参 考 文 献

1 成都中医学院主编. 中药学. 上海:上海人民出版社,1997: 37.
2 王 莹,顾祖维,张胜年,等主编. 现代职业医学. 北京:人民卫生出版社,1996:248—249.
3 北京医学院第三附属医院职业病科编. 金属中毒. 北京:人民卫生出版社,1997:145.

(收稿 2002-03-13 修回 2002-10-28)

黄连素联合抗甲状腺药物治疗甲状腺机能亢进疗效观察

田焕云¹ 田 鲁²

笔者采用黄连素联合抗甲状腺药物治疗甲状腺功能亢进(甲亢)42例,疗效满意,现报告如下。

临床资料 病例选择 1999年1月—2001年1月内分泌科门诊和病房初诊为甲亢的患者78例,均有心慌、出汗、消瘦、多食、怕热等高代谢症状。随机分为治疗组和对照组。治疗组42例,男18例,女24例,年龄19~53岁,平均35岁,甲状腺肿大Ⅲ度2例,Ⅱ度18例,Ⅰ度13例,不肿大9例。对照组36例,男13例,女23例,年龄15~65岁,平均45岁,甲状腺肿大Ⅲ度3例,Ⅱ度16例,Ⅰ度10例,不肿大7例。两组资料比较差异无显著性,具有可比性。

治疗方法 治疗组口服黄连素(山东沂蒙新华制药厂生产)0.4g,每天3次;丙基硫氧嘧啶每天300mg(或甲疏咪唑30mg),普萘洛尔30mg,多抗甲素30mg,分3次口服。待甲状腺功能转正常时,同时加服甲状腺片,每天20mg,并维持治疗,总疗程1.5年。对照组除不用口服黄连素外,其余药物、剂量、用法、总疗程,均同治疗组。观察指标:两组病例分别在用药前、用药2个月、总疗程结束时抽取清晨空腹静脉血,采用放射免疫法测定,血清游离三碘甲状腺氨酸(FT₃)、游离甲状腺素(FT₄)、促甲状腺激素(TSH)(试剂盒由山东省3V诊断技术公司提供)。统计学处理:组间比较采用 t 检验。

结 果

1 两组治疗前后血清 FT₃、FT₄、TSH 水平比较 见表 1。治疗前血清 FT₃、FT₄ 水平治疗组与对照组比较差异无显著性

($P>0.05$),治疗结束时,FT₃、FT₄ 均比治疗前明显下降,TSH 明显上升($P<0.05$)。

2 临床症状基本控制时间治疗组平均(37.0±19.7)天,对照组平均(48.0±24.3)天,两组比较差异有显著性($t=2.7076, P<0.05$)。甲状腺肿大加重,治疗组5例(11.90%),对照组17例(47.22%),两组比较差异有显著性($\chi^2=11.940, P<0.05$)。突眼加重,治疗组9例(21.43%),对照组19例(52.75%),两组比较差异有显著性($\chi^2=8.279, P<0.01$)。

表 1 两组治疗前后血清 FT₃、FT₄ 及 TSH 水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	FT ₃ (pmol/L)	FT ₄ (pmol/L)	TSH(mu/L)
治疗	42	治疗前	24.3±7.2	57.0±8.2	1.2±0.8
		治疗 2 个月	9.5±5.2 *	30.2±6.3 *	2.8±1.4 *
		治疗结束时	8.9±4.7 *	11.1±5.2 *	3.1±1.4 *
对照	36	治疗前	21.2±6.3	49.7±6.8	1.9±0.9
		治疗 2 个月	11.2±4.6 *	26.1±6.8 *	3.1±1.2 *
		治疗结束时	8.9±2.8 *	13.1±5.4 *	2.9±3.1 *

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$

讨 论 黄连素是从黄连根茎中提取的生物碱,现已能人工合成,具有清热、解毒和抗菌作用。黄连素口服吸收差,不宜用于全身感染,主要用于胃肠道感染,从本治疗情况观察,治疗后血清 FT₃、FT₄ 下降明显,TSH 上升明显($P<0.05$),从临床症状控制时间、甲状腺肿大及眼突加重程度观察,两组均差异有显著性($P<0.05$)。由此可见应用黄连素治疗甲亢的重要性。其机制不明,可能是由于治疗肠道的耶尔森菌的感染后有利于甲亢的控制。

(收稿 2002-12-09)

1. 山东省肥城市人民医院(山东 271600) 2. 山东省肥城市安庄镇人民医院

万方数据