

害仅 15%~27%^[1]。

而传统的多发性骨髓瘤的治疗多集中于杀伤瘤细胞本身,很少顾及到骨病的治疗,且化疗的骨髓抑制往往使患者的免疫力更低,更易合并感染。但无论是化疗、放疗、外科手术治疗均不能改变多发性骨髓瘤的进行性骨溶解改变,复查 X 线发现,骨质很难恢复,甚至骨质破坏仍在增加^[4]。

双磷酸盐类能抑制破骨细胞活性并介导其凋亡,骨磷最早被用于临床,新一代抗骨溶解剂帕米磷酸二钠其作用强度是 etidronate 的 100 倍,是 clodronate 的 10 倍,目前普遍认为它是多发性骨髓瘤患者骨溶解病变的有效辅助治疗手段,它能尽快缓解疼痛,抗骨溶解、抑制骨质进一步破坏,促进骨质修复,有较好疗效^[5]。但其对骨痛的止痛效果、活动能力改善的有效率也仅为 47.7%^[6]。

参附注射液是由红参、黑附片的提取物制成,其有效成分含有人参皂甙、水溶性生物碱。能益气补阳,为回阳救逆之首选,功擅益气壮阳以顺接阴阳之气,使气机通畅,脉络得畅,而收止痛效果^[7]。药理研究也表明参附注射液具有镇痛,提高痛阈之功效,且能促进骨髓造血,对抗化疗的骨髓抑制作用,促进巨噬细胞的吞噬功能,提高机体的免疫功能,还具有减轻化疗对心脏的毒性作用。

从本研究可看出,两药联合无论是对多发性骨髓瘤骨痛,还是在预防感染,提高患者的化疗耐受性方面均有良好的协同作用,且用药方便,值得临床推广应用。

参 考 文 献

1 姚尔固. 多发性骨髓瘤临床研究进展. 白血病·淋巴瘤 2002;

11(4):230—232.

Yao EG. Progress of clinical study on multiple myeloma. Leukemia·Lymphoma 2002;11(4):230—232.

2 张之南. 血液病诊断及疗效标准. 天津:天津科学技术出版社,1999:373—379.

Zhang ZN. Standard for diagnosis and therapeutic efficacy evaluation of hematopathy. Tianjin:Tianjin Science and Technology Publishing House, 1999:373—379.

3 Deschamps M, Band PR, Coldman AJ, et al. Assessment of adult cancer pain: Shortcomings of current methods. Pain 1988;32:133—134.

4 Kanis JA, McCloskey EV, Taube T, et al. Rationale for the use of biphosphonates in bone metastases. Bone 1991;12(Suppl):13—18.

5 李春迎,徐正慧,王景明. 15 例多发性骨髓瘤患者骨病变临床分析. 白血病·淋巴瘤 2002;11(4):224—225.

Li CY, Xu ZH, Wang JM. Clinical analysis on pathological changes of bones in 15 patients with multiple myeloma. Leukemia·Lymphoma 2002;11(4):224—225.

6 高文斌,尹良伟. 双磷酸盐类药物治疗骨转移的临床观察与研究. 中国肿瘤临床与康复 2002;9(3):101—102.

Gao WB, Yin LW. Clinical observation and study on di-phosphate compounds in treating metastatic carcinoma of bone. Chin Clin and Rehabil of Tumor 2002;9(3):101—102.

7 宋欣伟,骆永忠. 参附注射液对 65 例急性重度疼痛镇痛作用观察. 中国中西医结合杂志 2001;21(4):314—315.

Song XW, Luo YZ. Observation of analgesic effect of Shenfu Injection on 65 patients with acute severe pain. Chin J Integr Tradit West Med 2001;21(4):314—315.

(收稿 2003-03-10 修回 2003-05-30)

活化增视冲剂治疗玻璃体出血的疗效观察

李志红 牟国营 周锦慧 王立群

玻璃体出血是由全身性疾病、眼底病,眼外伤、手术所致的眼科常见病。笔者采用增视冲剂治疗玻璃体出血 84 例,现报告如下。

资料和方法

1 诊断标准 裂隙灯显微镜检查,玻璃体见红细胞或鲜红色血块,或玻璃体纤维支架间有深浅不同

灰褐色点状混浊,或玻璃体后部有索条状黑影。直接眼底镜检查按《眼科全书》(李凤鸣主编.北京:人民卫生出版社,1996:2417—2420)的玻璃体出血分级标准分为 4 级:Ⅰ级,少量出血,但是不影响眼底观察。Ⅱ级,眼底红光反射明显,可朦胧窥见视盘和血管。Ⅲ级,眼底有红光反射,看不见眼底血管。Ⅳ级,瞳孔区看不到红光反射。

2 一般资料 1996 年 6 月—2002 年 12 月于我院就诊的因眼底病、眼外伤、手术所致的玻璃体出血患者 129 例(糖尿病视网膜病变除外),采用随机数字表法分成两组,其中观察组 84 例(84 眼),男 50 例,女 34

作者单位 济南市中心医院眼科(济南 250013)

通讯作者 李志红 Tel:0531-5268620, E-mail: lizhong827@hotmail.com

万方数据

例 年龄 21~74 岁,平均 49 岁;发病至开始治疗时间 7~90 天,平均 18.3 天;玻璃体出血眼外伤 42 眼,视网膜脱离术后 10 眼,玻璃体切割术后 10 眼,视网膜静脉阻塞 22 眼。玻璃体Ⅳ级混浊 13 眼、Ⅲ级混浊 47 眼、Ⅱ级混浊 24 眼。视力:光感阳性者 10 眼、眼前手动者 17 眼、眼前数指者 21 眼、0.02~0.1 者 20 眼、0.2~0.5 者 16 眼。

对照组 45 例(45 眼),男 27 例,女 18 例;年龄 30~70 岁,平均 45.6 岁;发病至开始治疗时间 7~80 天,平均 15.8 天。玻璃体出血 眼外伤 23 眼,视网膜静脉阻塞 11 眼,视网膜脱离术后 6 眼,玻璃体切割术后 5 眼。玻璃体Ⅳ级混浊 7 眼、Ⅲ级混浊 25 眼、Ⅱ级混浊 13 眼。视力:光感阳性者 5 眼、眼前手动者 10 眼、眼前数指者 12 眼、0.02~0.1 者 11 眼、0.2~0.5 者 7 眼。两组在年龄、性别、病程、及玻璃体混浊的程度方面基本匹配,差异无显著性($P>0.05$)。

3 治疗方法 观察组,出血静止后 1 周开始治疗。口服活化增视冲剂(组方为丹参、当归、桃仁、川芎、熟地、昆布、甘草、黄芪、三棱,淄博第二制药厂加工,每袋 15g),每次 1 袋,每天 2 次,1 周后病情无变化,可增加至每天 3 次,治疗时间 1 个月。对照组用安妥碘针剂 2ml,每日 1 次肌肉注射,治疗 1 个月。实验期间不加用其他影响疗效的药物。

4 观察内容 两组患者均于治疗前后观察患者裸眼视力变化和裂隙灯显微镜下玻璃体混浊的程度,直接眼底镜观察眼底。每组随机各取 30 例患者治疗前后用彩色多普勒进行 B 超检查,测定视网膜中央动脉(CRA)、睫状后短动脉(PCA)的收缩期峰值速度(PSV),舒张末期血流速度(EDV),阻力指数(RI)。

5 随访时间 随访期 3~62 个月,平均 20.8 个月,其中随访 1 年以上者 28 眼。

6 统计学方法 采用两样本均数差别的 t 检验和卡方检验,对数据进行统计学分析。

结 果

1 疗效标准 显效:玻璃体混浊改善 2 级以上者。有效:玻璃体混浊改善 1 级。无效:玻璃体混浊不

变或加重。

2 两组疗效 观察组 84 眼中显效 52 眼(61.9%),有效 24 眼(28.6%),无效 8 眼(9.5%),总有效率 90.5%。对照组 45 例中显效 11 眼(24.4%),有效 18 眼(40.0%),无效 8 眼(17.8%),总有效率 64.4%。观察组优于对照组,两组比较差异有显著性($P<0.01$)。

3 两组治疗前后 CRA 和 PCA 血流动力学指标比较 见表 1。观察组治疗后较治疗前视网膜中央动脉和睫状后短动脉的 PSV、EDV 均增加,RI 减小,差异有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$),且两组治疗后比较差异有显著性($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

4 不良反应 观察组 84 例患者均未见明显不良反应。

讨 论

玻璃体出血属中医学“暴盲”“视瞻昏渺”或“云雾移睛”等病症的范畴。中医学认为肝肾不足,阴阳两虚,精气耗损,目失荣养,神光耗散、或因热邪伤及眼内血络,气血瘀滞、或因眼外伤、眼部手术等造成瘀血停滞眼内,日久失治,使之不辨明睛,因此,治疗原则应予活血化瘀为主。

活化增视冲剂中以丹参为君药,活血化瘀,养血清热。当归补血调经,活血止痛。桃仁活血化瘀,祛瘀力强,川芎活血行气,祛风止痛,为血中之气药。当归、桃仁、川芎 3 味共助丹参活血化瘀之功,为臣药。熟地功效为养血滋阴,补精益髓,使君臣药物活血而不伤正。昆布功效为消痰软坚,有助于丹参等活血化瘀,除雾复明,熟地、昆布共为佐药。甘草性味甘平,通行十二经,调和诸药而为使药。

经现代医学研究表明,丹参具有舒张末梢血管、增加外周血流量的作用,昆布含碘的成分有帮助吸收之功能,当归具有改善血液循环的作用。丹参溶液中有多种酚酸化合物,该物质具有较强的抗脂质过氧化和清除自由基作用,有较强的抗血小板聚集活性,改善微循环的作用。动物实验发现,活血化瘀中药可使兔眼内的巨噬细胞含量增加,吞噬作用增强,从而加快细胞

表 1 两组治疗前后 CRA 和 PCA 血流动力学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	眼数	CRA			PCA		
		PSV(cm/s)	EDV(cm/s)	RI	PSV(cm/s)	EDV(cm/s)	RI
对照	30	治前	9.78±2.97	3.08±1.02	0.68±0.23	8.65±2.76	2.57±1.65
		治后	10.01±1.79	3.42±1.31	0.75±0.31	9.43±2.43	2.98±2.03
观察	30	治前	9.86±2.18	3.42±1.52	0.70±0.23	8.97±3.43	3.31±1.54
		治后	11.98±3.35**△	4.09±1.45*△	0.57±0.27*△△	11.07±2.62**△	4.23±1.96*△△

注:与本组方数相比,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$

碎片和炎性物质的清除。本研究中血流动力学指标的改善说明脉络膜和视网膜血管床供血改善,有利于血液的流动。活化增视冲剂治疗玻璃体出血的机制可以从两个方面分析:一是增强了巨噬细胞对红细胞碎片、含铁血黄素、炎性细胞、以及色素颗粒的吞噬能力,加

快对有害物质的清除。二是扩张末梢血管,增加毛细血管床的开放,改善微循环和局部组织血供,同时也加速了代谢产物的排泄和吸收,从而达到治疗玻璃体出血的目的。

(收稿 2003-03-10 修回 2003-10-23)

犀地颗粒防治中风病先兆证 39 例临床观察

常富业

中风病相当于现代医学的脑血管病,具有发病、死亡、致残、复发率均高的特点,中风病先兆证是与中风病有密切联系的临床综合征,笔者自 1998 年 12 月—2001 年 2 月运用验方犀地颗粒治疗中风病先兆证 39 例,并与阿司匹林治疗做比较,现报告如下。

资料与方法

1 病例来源 全部病例均来源于山东中医药大学附属医院、山东医科大学第二附属医院门诊及住院患者。

2 病例选择

2.1 中医诊断标准 参照 1993 年国家中医药管理局脑病急症协作组第二次会议通过的《中风病先兆证的诊断与疗效评定标准》^[1],证属肝胆火旺、痰瘀闭阻及风痰内盛、瘀血阻络者。

2.2 西医诊断标准 参照 1986 年中华医学会第二次全国脑血管病学术会议第三次修订的《各类脑血管疾病诊断要点》中短暂性脑缺血发作(TIA)的诊断标准^[2]。

排除急性脑出血、蛛网膜下腔出血者;偏头痛、癫痫、周围神经炎、梅尼埃病、急性脑梗死等疾病;合并有肝肾、造血系统等严重原发性疾病及精神病患者。不符合诊断纳入标准,或资料不全者。

3 一般情况 78 例中风病先兆患者采用随机数字表法分为两组,验证组 39 例,男 21 例,女 18 例;年龄 40~82 岁,平均 67 岁;病程 10 天~6 个月,平均 82 天;合并病:合并高血压者 26 例,高脂血症者 19 例,高粘血症 17 例,冠心病 13 例,糖尿病 8 例,其他 4 例。对照组 39 例,男 24 例,女 15 例,年龄 40~79 岁,平均 66 岁;病程 11~6 个月,平均 80 天;合并高血压者 22 例,高脂血症者 11 例,高粘血症 15 例,冠心病 9 例,糖

尿病 7 例,其他 6 例。两组性别、年龄、病程、合并病方面,经统计学处理,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

4 治疗方法 验证组:犀地颗粒(山东中医药大学附属医院制剂药厂生产,由水牛角、生地黄、白芍、牡丹皮、丹参、川芎等组成),15g/次,1 天 3 次,14 天为 1 个疗程,连服 2~3 个疗程。对照组:阿司匹林肠溶片(ASP,济南永宁制药股份有限公司生产)50mg/次,1 天 2 次,早、晚饭后 0.5h 服用。服药天数及疗程同验证组。两组患者均停服其他药物,均嘱低盐、低脂饮食,忌烟酒,劳逸结合,心情舒畅。

5 观察指标 (1)临床有关症状、体征的变化观察。(2)统计治疗前后的临床积分,进行疗效比较。(3)血流变学检查。(4)药物不良反应。

6 统计学方法 数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,样本均数比较采用单侧或双侧 t 检验,样本率比较采用 χ^2 检验,疗效比较采用 Ridit 分析。

结 果

1 疗效评定标准 参照 1993 年国家中医药管理局脑病急症协作组第二次会议通过的《中风病先兆证诊断与疗效评定标准》^[1]。主症按 4 级评定,次症按 2 级评定。疗效评定方法:以疗效百分数为主要依据。

疗效百分数 = [(治疗前症状总分数 - 治疗后症状总分数) / 治疗前症状总分数] × 100%

临床治愈:疗效百分数 ≥ 95%;显效:疗效百分数为 60%~94%;有效:疗效百分数为 20%~59%;无效:疗效百分数 < 20%,乃至疗效百分数为负数,甚至发生中风。

2 疗效比较 验证组 39 例,临床治愈 17 例(43.59%),显效 13 例(33.33%),有效 7 例(17.95%),无效 2 例(5.13%),总有效率为 94.87%。对照组 39 例,依次为 9 例(23.08%)、8 例(20.51%)、12 例(30.77%)、10 例(25.64%),总有效率为 74.36%。验证组临床治愈率、显效率及总有效率均明