

肝肾功能指标出现异常或原有异常指标上升 > 20%。

表 1 两组患者化疗后不良反应比较 [例(%)]

组别例数	用 G-CSF 时间 (d, $\bar{x} \pm s$ )	心血管 事件	肝功损伤	肾功损伤	感染	出血
治疗 23	5.2 ± 2.5*	4(17.4)*	2(8.7)*	0*	10(43.5)*	3(13.0)*
对照 20	8.5 ± 5.6	7(35.0)	4(20.0)	2(10.0)	13(65.0)	5(25.0)

注:与对照组比较, \* P < 0.05

### 讨 论

老年白血病患者作为一个特殊的群体,治疗效果差,病死率高,目前正越来越为人们所关注。他们最显著的特点是化疗耐受性差和耐药性高,一旦耐药或复发,若用常规的二线化疗药物如米托蒽醌、大剂量阿糖胞苷、鬼臼毒类等化疗药物,患者往往出现严重的骨髓抑制、出血,从而被迫中止化疗甚至造成严重后果。故对于这类患者我们选用小剂量 Ara-c 进行化疗,辅以榄香烯乳联合治疗,取得了较满意的疗效,并且降低了治疗相关的不良反应,取得了令人满意的效果。

榄香烯乳是从中药莪术中提取的,其主要活性成分为 β-榄香烯乳,是一种非细胞毒性的广谱抗肿瘤药物,其抗肿瘤作用机理是:(1)直接抑制肿瘤细胞生长,对正常细胞影响较少;(2)对多种肿瘤细胞的 DNA、RNA 及蛋白质合成均有抑制作用,影响癌细胞的糖、脂代谢;(3)作用于细胞周期 S 期与 G<sub>2</sub> 期及 M 期的调控点,阻滞 S 期细胞进入 G<sub>2</sub> + M 期,降低肿瘤细胞分裂能力,抑制其增殖,并迅速导致其凋亡;(4)榄香烯乳剂与肿瘤细胞的多药耐药基因表达关系不大,它不仅对 multidrug resistance 1(MDR1)基因高表达的耐药肿瘤细胞株有较强的杀伤作用,而且长期应用榄香烯乳剂作用于肿瘤细胞也未能诱导 MDR1 mRNA 的高表达及其蛋白产物 p-gp 的大量产生。榄香烯乳对高度耐药的白血病 K562 细胞具有较强的诱导凋亡作用。

β-榄香烯乳作为天然中草药的有效提取成分,有着化学合成药物所不具备的特性,其临床应用具有良好前景。

(收稿:2004-05-20 修回:2004-07-26)

## 瘫痪胶囊及泼尼松联合治疗 重症肌无力 20 例

太原钢铁集团公司总医院(太原 030003) 骆国胜  
武警 8670 部队医院 熊绍权  
成都中医药大学临床医学院 刘福友

重症肌无力(myasthenta gravis, MG)是较为明确

的自身免疫性疾病,是一种比较常见的神经肌肉疾病,激素是治疗 MG 的一线药物。然而,皮质激素全面抑制免疫反应,在治疗的同时,也带来了难以克服的缺点。鉴于重症肌无力目前的治疗难点,本研究的目的是探讨在激素治疗的基础上加用中药制剂,以提高和巩固疗效,减少复发,缩短激素疗程并减轻激素的不良反应。

### 临床资料

1 诊断标准 重症肌无力参照侯熙德主编的《神经病学》(第 3 版.北京:人民卫生出版社,2000:204—205),中医辨证标准参照 1995 年卫生部制订颁布的新药治疗 MG 的临床研究指导原则。纳入标准:(1)符合《神经病学》中的 MG 的诊断;(2)CT 和(或)X 线检查未发现胸腺肿瘤;(3)符合 Osername 分型的 I、II<sub>A</sub> 型(侯熙德.神经病学.北京:人民卫生出版社,2000:204—205)患者。(4)绝对评分 > 5 分, < 36 分;(5)中医辨证属脾肾亏虚兼络脉瘀阻证。

2 资料 严格选择 2001 年 1 月—2003 年 4 月在成都中医药大学神经内科及四川省人民医院神经内科就诊的符合纳入标准的重症肌无力患者 40 例,采用随机数字表法分为两组。治疗组 20 例,男 6 例,女 14 例,年龄 5~45 岁,平均(27.8 ± 5.4)岁;病程 2 个月~3 年,平均(1.53 ± 0.45)年;I 型 14 例,II<sub>A</sub> 型 6 例。对照组 20 例,男 8 例,女 12 例,年龄 6~44 岁,平均(29.70 ± 8.51)岁;病程 1.5 个月~2.5 年,平均(1.49 ± 0.37)年;I 型 15 例,II<sub>A</sub> 型 5 例。两组资料比较,差异无显著性(P > 0.05),具有可比性。

### 方 法

1 治疗方法 对照组:采用泼尼松中剂量冲击、小剂量维持的隔日递减疗法。中剂量泼尼松成人 1~1.5mg/(kg·d),儿童 1mg/(kg·d),晨 8:00 顿服,隔日 1 次,服用 1 个月;然后每周递减 5mg,直至隔日服 5mg/d 的小剂量维持。治疗期间口服氯化钾和钙片。治疗组:在对照组的基础上加用成都中医药大学生产的瘫痪胶囊(由黄芪 30g 紫河车 10g 丹参 30g 马钱子 1g 甘草 6g 组成,批号:CDTCM1999010)2 粒(每粒 0.6g),每天 3 次口服。以上两组治疗 4 个月为 1 个疗程。以 4 月末的评分作为疗效判定标准。

2 统计学方法 采用 SPSS 10.0 软件,两组间的均数比较用配对 t 检验;计数资料用 χ<sup>2</sup> 检验。

### 结 果

1 疗效评定标准 重症肌无力评定标准参照王秀云等的方法[中华神经科杂志 1997;30(2):87—90]。

2 两组疗效比较 治疗组 20 例,痊愈 2 例

(10%), 基本痊愈 9 例(45%), 显效 7 例(35%), 好转 2 例(10%); 对照组 20 例, 痊愈 1 例(5%), 基本痊愈 3 例(15%), 显效 6 例(30%), 好转 8 例(40%), 无效 2 例(10%)。两组痊愈及基本痊愈率比较, 差异均有显著性( $P < 0.05$ )。

3 两组治疗前后临床评分比较 绝对评分(分) 治疗组治疗前、后分别为  $18.7 \pm 3.5$ 、 $3.3 \pm 0.9$ , 对照组分别为  $17.5 \pm 3.1$ 、 $5.7 \pm 1.8$ ; 两组分别与治疗前比较, 差异有显著性( $P < 0.05$ ); 两组治疗后比较, 差异亦有显著性( $P < 0.05$ )。相对评分(分) 治疗组为  $0.806 \pm 0.233$ , 对照组为  $0.601 \pm 0.252$ , 两组比较, 差异有显著性( $P < 0.01$ )。

4 两组肌无力症状反复出现情况比较 治疗组有 1 例, 出现在激素减量过程中。对照组有 6 例, 其中 1 例为中剂量冲击早期出现, 3 例出现在激素减量过程中, 2 例出现在发生上感过程中。两组比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。

### 讨论

糖皮质激素是治疗 MG 的一线药物, 虽其近期疗效较为确切, 但在治疗的同时也带来了难以纠正的缺点: (1) 初期大剂量冲击治疗可导致的肌无力一过性加重现象; (2) 长期应用不良反应较大, 易产生耐药; (3) 停药后常常复发。

我们根据多年的临床经验及中医学理论认为, 脾肾亏虚是引起 MG 的主要原因, 病机以脾肾气血两虚为主, 兼有血瘀, 以此为组方原则, 研制了瘫痪胶囊, 全方调补脾肾、气血, 兼活血通络, 使气血两旺、肾精充足、脉络通畅、肌有所养, 则重症肌无力症状改善。本临床研究未设瘫痪胶囊单独应用组且样本量较小, 又未做双盲对照及远期随访, 但研究结果初步显示 MG 在泼尼松治疗的基础上加用瘫痪胶囊是可以提高疗效, 减少复发, 缩短疗效并减轻泼尼松的不良反应。

(收稿: 2003-09-15 修回: 2004-07-25)

## 参芪扶正注射液治疗不稳定型 心绞痛 46 例

湖南省益阳市人民医院(湖南 413001) 姜义武

我们采用参芪扶正注射液治疗不稳定型心绞痛(UA)取得较满意的疗效, 现报道如下。

### 资料与方法

1 临床资料 86 例患者均符合我国 UA 诊断和治疗建议, 且符合下列条件: (1) 50 岁以上。 (2) 心绞痛日发作 3 次以上。 (3) 持续时间 5min 以上。 (4) 静息

心电图有明显 ST-T、T 波异常, ST 段抬高者除外。 (5) 排除严重心肝肾肾功能异常。 86 例分为治疗组和对照组, 治疗组 46 例, 男 30 例, 女 16 例; 年龄 50~78 岁, 平均 64.23 岁, 病程 8 个月~10 年, 平均 6.53 年。 对照组 40 例, 男 25 例, 女 15 例; 年龄 51~81 岁, 平均 64.9 岁; 病程 9 个月~9 年, 平均 6.44 年。 两组性别、年龄、病程比较, 差异无显著性( $P > 0.05$ )。

2 治疗方法 对照组采用常规治疗, 予低脂饮食, 肠溶阿司匹林 100mg 口服, 每天 1 次; 消心痛 10mg 口服, 每天 3 次; 心绞痛发作时吸氧, 舌下含化硝酸甘油 1 片, 若无效, 在 3~5min 之内追加 1 次, 到 3~4 片仍不能控制疼痛症状则应用强镇痛剂并随即采用硝酸甘油静脉滴注; 美托洛尔(倍他乐克) 25mg, 每天 2 次口服。 治疗组在常规治疗的基础上加用参芪扶正注射液(丽珠集团利民药厂生产, 每瓶 250ml, 含党参、黄芪各 10g, 批号 20000627A), 静脉滴注, 每天 1 次, 连用 10 天为 1 个疗程。 观察治疗前后心绞痛发作次数及持续时间、静息 12 导联心电图(ECG)、血小板聚集率(PAR)、血浆黏度(PV)、纤维蛋白原(Fg)含量及硝酸甘油日用量。

3 统计学方法 采用  $t$  检验和  $\chi^2$  检验。

### 结果

1 疗效评定标准 显效: 同等劳力程度不引起心绞痛或发作次数及硝酸甘油日用量减少 80% 以上; 静息 ECG 恢复正常。 有效: 心绞痛发作次数及硝酸甘油日用量减少 50%~80% 或静息 ECG 未完全恢复正常, 但 ST-T 段较原来下移  $\geq 1$ mm 恢复到  $\leq 0.5$ mm 或 T 波倒置变浅 50% 以上, 或 T 波由平坦变为直立。 无效: 心绞痛发作次数及硝酸甘油日用量均减少不到 50% 或增加, 静息 ECG 较前相同或 ST 段下降  $< 0.5$ mm 或倒置 T 波加深 50% 以上, 或 T 波由直立变为倒置。

### 2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗组 46 例中显效 30 例(65.2%), 有效 14 例(30.4%), 无效 2 例(4.3%), 总有效率 95.7%; 对照组 40 例中显效 12 例(30.0%), 有效 22 例(55.0%), 无效 6 例(15.0%), 总有效率 85.0%。 两组比较, 差异有显著性( $P < 0.01$ )。

2.2 两组硝酸甘油日用量治疗前后比较 治疗组治疗后较治疗前硝酸甘油日用量平均少用 4.43mg。 对照组治疗后较治疗前硝酸甘油日用量平均少用 3.85mg。 两组比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。

2.3 两组治疗前后 Fg、PAR 和 PV 比较 见表 1。

2.4 不良反应 对照组血压下降 5 例, 有灼烧感、面部潮红 3 例; 而治疗组仅 1 例低热。