

## 中药治疗睑板腺癌2例报告

湖南省人民医院眼科 周跃曾

湖南中医学院第二附属医院眼科 肖国士

眼睑睑板腺癌是一种原发于皮脂腺的恶性肿瘤。本文介绍的2例,均有典型的临床表现,并经病理切片证实。例1病情严重,无法手术;例2因术中发现癌肿广泛粘连球壁,乃中止手术。两例均用抗癌Ⅲ号与蟾酥丸治疗,并随访观察2~8年,未见复发。整理报道如下,以供参考。

### 病历摘要

例1:李××,女,22岁,农民。病历号:23630。门诊日期:1973年1月13日。患者于1972年10月,因左眼流泪,作泪道探查术感染,经用青、链霉素治疗未愈。1973年1月病情加重,伴恶寒、头痛、头昏、恶心呕吐,左下睑皮肤高度红肿,可扪及一蚕豆大肿块,压痛明显,眼睑外翻,在当地医院作肿块穿刺、眶骨照片、胸透等检查均属正常,白细胞15000/立方毫米,多核82%,淋巴18%,诊断为“左眼眶蜂窝组织炎”。用四环素静滴、庆大霉素肌注及中药治疗,血象虽恢复正常,但眼部病情恶化而急转来长沙医治。

检查:左眼眶下缘内可触及一乒乓球大的肿块,中等硬度,无明显压痛,球结膜突出于睑裂外,眼球未能看到。于1973年1月11日在湖南医学院附属第一医院做活检(病理号:37451),见肿块有较完整包膜,切开包膜后有脂肪样物质,部分切除,内有2个黄豆大色灰白的肿块,报告为左眼睑板腺癌Ⅲ级。当时患者病情日趋严重,出现神志迟钝、恶心呕吐,要求服中药治疗,经会诊给予抗癌Ⅲ号及蟾酥丸内服。观察治疗10天后,病情大有好转,左眼肿块缩小至黄豆大,继服20天,肿块逐渐消失,外观完全正常,但仍流泪。1975年4月随访检查,见病人面色红润,身体健壮,双眼视力均为1.5,左下眼睑皮肤靠鼻侧有1厘米长的水平线状瘢痕,泪道冲洗时,从上泪点流出少量白色粘性分泌物,其他未见异常。1978年11月随访追踪,一切正常。

例2:曾××,男,31岁,农民。因左眼下睑长一硬块,为时6年,于1979年2月1日入院。住院号:200630。患者于1973年9月,左眼下睑长一个硬结,约火柴头大,稍痛痒,无红肿。1974年10月经当地医院切除,未作活检。1975年2月下睑又长一黄豆大肿块。同年3月在湖南医学院第一附属医院检查,发现左下睑穹窿部有增生组织,与穹窿结膜和球结膜粘连,外观似浆细胞瘤,并于3月5日活检(病理号:38675),证明左眼球结膜片状增生,鳞状上皮乳头层见有浆细胞,符合浆细胞瘤的诊断,给予放射治疗两个疗程,效果不显著,至1977年肿块增大,且有胀痛感。

入院检查:视力右眼正常,左眼远近均为0.7。右眼外部正常,左眼无突出,眼球运动向下受限,眶缘整齐,下睑皮肤微红,中央有约1.5×2厘米大的肿块,质较硬、无压痛,下睑结膜轻度充血,显得模糊粗糙,下穹窿部组织增生,其余无异常。眼底检查:屈光间质清晰,视乳头椭圆形,色红,边缘整齐,血管比例正常,黄斑部中心凹反光点较暗,有陈旧性渗出物。初步诊断为浆细胞瘤。1979年2月21日在局麻下行切除术。当切开眼睑皮肤时,见肿块表面光滑,呈囊状,易分离,向下分离时,见睑板组织粗糙不平,下直肌与球壁粘连,向眶内分离愈深,肿块愈大,呈结节状,边缘不清,质硬,广泛侵犯球壁,几乎占球壁1/2。取出部分肿块组织,其余因粘连太紧,恐球壁穿破,故停止手术。当即将取出组织送湖南省人民医院病理科活检(病理号131/79),诊断为“左眼睑板腺癌低度恶化”。给予抗癌Ⅲ号与蟾酥丸联合治疗,连服3个月。1980年1月2日复查,诉左眼视力进步,眼胀痛消失。视力:右眼1.5,左眼1.2;眼球突出度:右14毫米,左15毫米;眼球运动:右正常,左向下运动仍受限;视野:双眼正常。眼底检查:右眼正常,左眼除黄斑部周围有几条放射状反光带外,其余正常;三面镜检查:左眼下方视网膜周边部无脱离及其他病变。

### 药物介绍

抗癌Ⅲ号：白花蛇舌草、半边莲、半枝莲、仙鹤草各90克，七叶莲、白英、藤梨根各45克，元参、山豆根各30克。水煎2次，每次煎1小时。将两次滤液浓缩成500毫升，加红糖180克，分3天服完。可连服2~3月，直至肿块缩小或消失为止。据临床观察，此方具有活

血化瘀、滋阴降火、解毒止痛、抗癌消肿之功。

蟾酥丸：制乳没、明雄黄、蟾酥各180克，蜗牛60克，血竭20克，朱砂10克，胆矾、轻粉、寒水石各6克，牛黄、冰片、麝香各3克，蜈蚣30克。上药共研细末，水泛为丸，如芥菜子大，每服5~10粒。每日早晚各服1次。此方具有通窍活血、清热止痛、解毒散结的作用。

## 中药治愈系统性红斑狼疮肢端坏死1例报告

北京空调器厂医务室 范世中

系统性红斑狼疮(Systemic Lupus Erythematosus)缺血性骨坏死，表现为肢端坏死的病例，较少见到，现将我们治疗的1例报告如下。

周×，女，40岁，工人，住院号194912。

患者于1979年5月始因高热，右上腹部剧痛，恶心，手指发冷，麻木，皮肤颜色苍白，入当地医院诊治。诊断为“胆道感染”。用抗菌素治疗一个时期，病情渐有好转出院。1980年1月出现全身关节疼痛，双手麻木并向上发展。当地医院诊断为“关节炎”而收住院。投与肾上腺皮质激素，收效甚微。当时考虑为胶原性疾病，做了化验检查。血沉98~110毫米/第1小时末；血白细胞3900/立方毫米；抗核抗体(+)，查到狼疮细胞。肝功能检查：麝香草酚浊度试验12单位，脑磷脂胆固醇试验(++)。尿蛋白(+)，白细胞15~20/高倍视野，红细胞1~3/高倍视野。病情发展较快，体温波动在38℃左右。手指已开始出现青紫，肢端疼痛剧烈，患者失去活动能力。1980年3月25日患者来京住某医院。查体：慢性病容，皮肤发黑，面部有黑斑，口唇更为明显，全身淋巴结均明显肿大。心肺未见异常，肝扪及于肋下1.5厘米，边钝，质中等，表面光滑，脾未触及。已闭经3个月。双手手指呈青紫色，右手拇指、食指、无名指及小指均有明显干性坏死，坏死部分呈黑色。双脚趾甲床均青紫，双脚拇趾也呈干性坏死。所有坏死部位剧痛，活动受限。实验室检查：血白细胞3900/立方毫米，红细胞396万/立方毫米，血红蛋白11.0克%，血沉110毫米/第1小时末；血浆蛋白：A 2.81克%，G 3.56克%，A/G比值倒置。血浆蛋白电泳： $\alpha_1$  3.36%， $\alpha_2$  6.7%， $\beta$  8.65%， $\gamma$  33.29%；免疫球蛋白定量：IgG 340 (正

常140±40)单位/毫升，IgA 264 (正常120±40)单位/毫升，IgM 246 (正常160±70)单位/毫升。E-玫瑰花结总数36%，活性13%。三次查到狼疮细胞，抗核抗体(+)，类风湿因子凝聚试验(+)。肝功能检查：麝香草酚浊度试验12单位，脑磷脂胆固醇试验(++)，谷丙转氨酶<50单位。尿常规：蛋白(+)，白细胞15~20/高倍视野，红细胞1~3/高倍视野。确诊为系统性红斑狼疮，于同年3月26日投以强的松40毫克/天及杜冷丁等药物还不能控制病情恶化，4月3日强的松加量至60毫克/天，干性坏死肢端继续上行发展，4月10日又加环磷酰胺300毫克/天，也不能控制病情恶化。4月16日强的松减量至15毫克/天，患者家属邀余处方并用中药治疗。治以活血化瘀之法。处方：生芪100克，当归、连翘各20克，川芎10克，丹参、益母草各60克，元参、板蓝根、赤芍、桑枝各30克，蜈蚣3条。每日一剂煎服。

上方服完五剂后，双脚趾甲床青紫、疼痛消失，肢端坏死停止发展。药已见效，上方加减，再服五剂，坏死肢端开始恢复，双脚拇趾较手指恢复迅速。又继续服上方至5月24日，坏死肢端除右手食指、无名指、小指最后一节因感染未能恢复外，其它全部恢复正常，功能也正常。经实验室复查，血沉5毫米/第1小时末。血常规：白细胞5100/立方毫米，血红蛋白11克%，血浆白蛋白3.25克%，球蛋白2.13克%。蛋白电泳： $\gamma$ -球蛋白17%，免疫球蛋白IgG 134单位/毫升，IgA 120单位/毫升。抗核抗体(-)，狼疮细胞数次未查到，类风湿因子凝聚试验(-)，E-玫瑰花结试验总数65%，肝功能正常，尿常规正常。患者续服中药40余剂，肢端坏死达到完全缓解。