

脉滴注或皮下注射,第1~7d所有患者在诱导治疗期间,中医治疗给予凉血解毒汤剂为主,常用方剂为清瘟败毒饮,水煎服,每日1剂。所有缓解后患者均使用 As_2O_3 或与化疗交替巩固维持治疗3~5年。同步给予益气补肾颗粒(西苑医院院内制剂,13g/袋),每次2袋,每日2次,口服。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

完全缓解(CR):①临床:无白血细胞浸润所致的症状和体征,生活正常或接近正常。②血象:血红蛋白(Hb) $\geq 100g/L$,或 $\geq 90g/L$ (女性及儿童),中性粒细胞绝对值 $\geq 1.5 \times 10^9/L$,血小板 $\geq 100 \times 10^9/L$;外周血细胞分类中无白血细胞。③骨髓象:原始细胞加早幼粒细胞 $\leq 5\%$ 。

复发:有下列三者之一称为复发:①骨髓原始加早幼粒细胞 $> 5\%$ 而 $\leq 20\%$,经过有效的抗APL治疗1个疗程仍未达骨髓象完全缓解标准者。②骨髓原始加早幼粒 $> 20\%$ 者。③骨髓外白血细胞浸润。

3.2 各组缓解率、达缓解时间(TC)及生存率比较

①56例患者均达CR,各组CR率为100%。失访8例,余48例至随访结束(2009年12月)时,5例死亡,3例随访时间 < 4 年,处于持续CR状态,3年RFS率和总体生存(OS)率分别为85.4%和89.6%,5年预计RFS和OS分别为79.2%和83.3%。②3组平均TC分析结果显示有统计学意义,提示各组间TC不等。组间多重比较结果显示,单用 As_2O_3 组TC比单用ARTA组和ATRA联合化疗组少11.8天和8.5天,差异具有显著性($P < 0.05$)。各组2年内复发率和5年预计RFS和OS差异均无统计学意义($P > 0.05$)。③56例CR患者,其中 $TC \leq 30$ 天26例,失访5例, $TC > 30$ 天缓解患者30例,失访3例,至随访结束时, $TC \leq 30$ 天组患者无一例复发和死亡, $TC > 30$ 天组患者复发8例,死亡5例。两组5年预计RFS差异具有显著性意义($P < 0.05$);两组5年预计OS差异无显著性意义($P > 0.05$)。

4 讨论

APL属于中医“急劳”范畴,初发病时多合并凝血功能障碍,曾是病死率极高白血亚型。ATRA和砷剂应用,显著提高了APL的CR率和长期生存率,中西医结合治疗进一步提高了APL的临床疗效。Ades等^[2]报道,LPA99组和APL2000组的CR率分别为83.6%和95.1%,中位随访6个月,3年预计无事件生存率(EFS)OS分别为67.3%和82.2%、80.1%和91.5%。协和医科大学血液学研究所报道^[3],170例CR患者中位随访36个月,5年预计RFS和OS分别为71.0%和80.9%。本研究中总体CR率为100%。中位随访15年,3年RFS和OS分别为85.4%和89.6%,5年预计RFS和OS分别为79.2%和83.3%。我院自1993年15年间治疗的APL与近年国外APL2000组的疗效相当,高于PLA99组和血液研究所。

参考文献

- [1] 张之南,沈悌.血液病学诊断及疗效标准[M].北京:科学出版社,2007:169.
- [2] Ades L, Sanz M A, Chevret S, et al. Treatment of newly diagnosed acute promyelocytic leukemia (APL): a comparison of French-Belgian-Swiss and PETHEMA results [J]. Blood. 2008, 111(3): 1078-1084.
- [3] 李新,赵耀中,李增军,等.急性早幼粒细胞白血病170例长

期生存分析[J].中国实验血液学杂志,2006,14(3): 437-441.

活血消抗汤治疗抗子宫内膜抗体 阳性免疫性不孕40例

蔡仁燕 詹新林 指导:冯宗文

(广东省妇幼保健院,510010)

不孕症患者中有10%~13%是免疫因素引起的。抗子宫内膜抗体(Em Ab)是其中因素之一。我们采用冯宗文主任医师应用多年的经验方活血消抗汤,在其指导下治疗Em Ab阳性不孕症40例,现将我们临床观察结果总结如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

观察病例来自2006年1月~2008年1月广东省妇幼保健院妇科门诊就诊患者,共80例,病例随机分活血消抗汤治疗组和盐酸泼尼松对照组。治疗组40例,年龄24~36岁,平均(28.76±3.43)岁;不孕时间2~8年,平均(3.78±2)年。对照组40例,年龄23~38岁,平均(30.72±4.42)岁;不孕时间2~6年,平均(3.28±1.36)年。原发性不孕症治疗组26例,对照组25例;继发不孕症治疗组14例,对照组15例。两组患者的年龄、病程及孕产史比较,差异均无显著性($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

有不孕史,Em Ab连续2次检查均为阳性。所有不孕症患者经检查无盆腔和生殖道炎症,双侧输卵管通畅,生殖内分泌测定在正常范围内,排卵功能正常,其配偶精液检查在正常范围内,并排除了血清抗精子抗体(AsAb)及血清抗心磷脂抗体(ACA)阳性、双方染色体核型异常、凝血功能异常及生殖道器质性病变的患者;治疗组中医辨证分析符合肝郁气滞、血瘀肾虚证型的非孕患者。

1.3 中医辨证分型标准

根据多年观察,发现Em Ab阳性患者的主要病机为肝郁气滞、血瘀肾虚。治疗组所有入选病例均属本证型。临床表现有:经期腹痛或无腹痛,经血有块,经前乳胀,胁痛,情志抑郁,头晕耳鸣,腰酸膝软,舌暗有瘀点或瘀斑,苔薄,脉弦或弦细^[1-2]。

2 方法

2.1 治疗组

全部病例均采用冯老师的经验方活血消抗汤治疗。药物组成包括:生地黄12g,当归12g,川芎10g,赤芍15g,桃仁10g,红花10g,丹参30g,鸡血藤30g,柴胡6g,枳壳10g,马鞭草30g,菟丝子30g,甘草6g。上药加水浸泡,文火煎至300ml,早晚分2次服,45天为1个疗程,连服1个疗程后复查Em Ab。Em Ab转阴后停药,未转阴者继续服1个疗程,若仍未转阴则不再观察。随证加减:兼阴虚加旱莲、女贞子;兼气虚者加黄芪;兼湿热者加黄芩、黄柏;痛经较重者加蒲黄、五灵脂、延胡索;兼阳虚加淫羊藿、仙茅、熟地黄,去生地黄。

2.2 对照组

每次醋酸泼尼松5mg,阿司匹林5mg,每日1次,45天为1个疗程,共观察2个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

治愈:血清 Em Ab 转阴性后又 3 个月以内妊娠;有效:血清 Em Ab 转阴性后 3 个月以内未妊娠;无效:血清 Em Ab 未转阴,未妊娠。

3.2 两组 EmAb 转阴情况比较

治疗组 40 例,第 1 个疗程 Em Ab 转阴 12 例,第 2 个疗程转阴 20 例,转阴率为 80%;对照组 40 例,分别为 8 例、19 例、67.5%。两组比较,治疗组 Em Ab 转阴率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。

3.3 两组临床疗效及妊娠率比较

治疗组 40 例,治愈 14 例,有效 18 例,无效 8 例,总有效率为 80%,妊娠率为 35%;对照组 40 例,分别为 4 例、23 例、13 例、67.5%、10%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

冯宗文主任医师通过长期的临证实践,认为 Em Ab 阳性免疫性不孕的临床主要表现为经期腹痛或无腹痛,经血有块,经前乳胀,胁痛,情志抑郁,头晕耳鸣,腰酸膝软。舌暗有瘀点或瘀斑,苔薄,脉弦或弦细。其主要病机是以肝郁气滞血瘀为主,兼肾虚。多因七情所伤,或经期、产后感受寒邪,或人流手术损伤胞脉所致气血不调,瘀血阻滞冲任、胞脉、胞络,日久肾气受损以致不能纳精成孕。方中柴胡疏肝解郁,枳壳理气,四物汤、鸡血藤养血调经。桃仁、红花、丹参、马鞭草活血化瘀。菟丝子益精补肾,甘草调和诸药,缓急止痛。本方具有疏肝活血化瘀兼以补肾的功能,有改善周身血液循环,提高机体免疫功能的作用。

参考文献

- [1] 沈自尹,王文健.中医虚证辨证参考标准[J].中西医结合杂志,1986,6(10): 598.
- [2] 血瘀证研究国际会议.血瘀证诊断参考标准[J].中西医结合杂志,1989,9(2): 111.

水针注射、针刺运动配合作业训练治疗 小儿脑瘫精细运动功能障碍 73 例

李恩耀 娄元俊 郭鑫 介小素 梁东林

(河南省中医院, 450002)

小儿脑性瘫痪 (CP) 是指出生前到生后 1 个月,由各种原因引起的非进行性、永久性脑损伤,表现为中枢性运动障碍及姿势异常,常伴有智力低下、癫痫、语言障碍、行为异常等。精细运动功能障碍是 CP 中最常见的症状,它与视感知觉及手的功能密切相关,临床表现为手功能障碍,其抓握能力、操作能力低下,手眼协调能力差,不能进行有效的手部活动,明显减少了获取外界感觉信息的机会,最终导致认知发育受到影响和智力下降。采用针刺运动、水针注射治疗不仅能改善手的功能状态,提高精细运动能力,而且也能促进小儿智力的发育。

1 临床资料

73 例 CP 患儿均来自本院康复门诊及病房,纳入标准为:① 诊断符合 1988 年全国小儿脑瘫座谈会制定的标准及分型;② 年龄 < 4 岁;③ 治疗前后均经过《婴幼儿精细运动发育量表》(《PDMS-FM》)评估。

73 例患儿中,男 47 例,女 26 例;年龄 5 个月 ~ 4 岁;足月产 41 例,其中顺产 2 例,剖腹产 18 例,低体重儿 ($< 2500\text{g}$) 32 例;痉挛

型四肢瘫 38 例,痉挛型双瘫 26 例,痉挛型偏瘫 6 例,手足徐动型 1 例,混合瘫 2 例。高危因素:窒息缺氧 36 例,颅内出血 11 例,黄疸 5 例,新生儿感染 6 例,低血糖 2 例,母孕期感染 4 例,母孕期患有各种疾病 (包括高血压、糖尿病、贫血等) 16 例,孕早期有先兆流产、经保胎治疗 19 例。

2 治疗方法

2.1 水针注射

根据所选穴位及用药剂量的不同,选择合适的注射器 (一般采用 5ml 注射器) 和针头 (常用口腔科 5 号针头),局部皮肤常规消毒后,将针头刺入皮下组织,然后缓慢推进针头或上下提插,探求“得气”针感,回抽无回血,即可将药液推入。穴位注射一般采用营养脑神经及肌肉的药物:头部穴位采用脑蛋白水解物注射液、神经节苷脂注射液或神经生长因子注射液,每穴注入 1~2ml;四肢躯干穴位选用维生素 B_1 、 B_{12} 、胞二磷胆碱注射液,每穴注入 1~1.5ml。隔日治疗 1 次,每周 3 次,周日休息,10 次为 1 个疗程。休息 7~10d 后再重复上述方法治疗,一般 3 个疗程 (约 3 个月左右) 为 1 个总观察疗程。

2.2 针刺运动

采用“靳三针”^[1] 治疗,主穴采用“四神针” (百会穴前后左右旁开 1.5 寸共 4 针)、“颞三针” (耳尖上 2 寸为第 1 针,前后旁开 1 寸各 1 针)、“脑三针” (后发际正中直上 2.5 寸为第 1 针,左右旁开 1.5 寸各 1 针)、“智三针” (前发际与头部正中线交界为第 1 针,左右旁开 3 寸各 1 针)。配穴根据肢体运动障碍部位及其他伴随症选穴:语言障碍配语言 1、2、3 区,上肢运动障碍加手三针 (曲池、外关、合谷)。操作方法:选用 30~40 号长 40mm 的不锈钢毫针,患者取坐位,由家长固定好患儿头部,医者将针体与头皮成 15~30° 快速进针,刺入帽状腱膜下,将针与头皮平行推进一定深度后留针 2h。留针期间,进行作业治疗,并半小时捻针 1 次,每次捻针 3min,速度 160~200r/min。

2.3 作业疗法

根据患儿的病情和精细运动发育年龄,有针对性地制定训练计划,进行规范的作业治疗,主要包括手的抓握和放松、抑制异常运动和姿势、促通正常运动、视觉跟踪、手眼协调、双手中线控制、伸手、认知理解、手指单独及协调活动、手部操作活动等。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

采用《PDMS-FM》^[2] 在治疗前后对患儿各进行 1 次评估。评定结果以原始分和发育商表示,原始分包括抓握能力指数 (Gr) 和视觉感知能力指数 (Vi);发育商根据上述两个能区的原始分计算得出,代表该个体总的精细运动发育水平,称为精细运动发育商 (FMQ)。

评估应在安静舒适、房间独立、采光较好的环境中进行,室温控制在 20~30℃,患儿衣服不可过厚,以免影响患儿水平的发挥,一般为 1~2 层。2 次均由 3 名专业康复评估医师分别进行评估,各项的平均分为最后所取值,在不违反各项评估要求的情况下,两次评估尽量安排相同的家属在场,鼓励患儿发挥出最佳水平。

3.2 结果

经过 3 个月左右的治疗,患儿的智力及肢体瘫痪症状均有不同程度的好转,精细运动障碍也明显改善。《PDMS-FM》评估