DOI:10.16016/j.1000-5404.1989.05.022

院。出院后进行了门诊随访和信访。3例随访1年半和3年。症状和体征基本治愈；1例信访12年，现在四肢强直，关节变形，肌肉萎缩，全身皮肤多处出现包块，并有些包块已破溃化脓，借助拐杖慢行；2例信访3月至1年半后死于呼吸衰竭和继发感染。

参 考 文 献

1. 白汉玉。小儿皮肌炎30例临床分析。中华儿科杂志 1983；21（2）：98
2. 白汉玉。儿童皮肌炎。国外医学儿科分册 1981；（3）：139
3. 施宗义，等。135例皮肌炎的分析报告。中华皮肤科杂志 1983；16（3）：143
4. 俞宝田，等。成人皮肌炎血清酶变化和病情关系的研究。中华皮肤科杂志 1983，16（2）：91

（收稿：1987.11.26；修回：1989.6.8）

VAD方案治疗多发性骨髓瘤的临床观察

王正万 胡小电 陈世旭 张林生（西南医院 血液内科）

我院自1988年以来，采用VAD[长春新碱（Vincristin，VCR）、阿霉素（Adriamycin，ADR）、地塞米松（Dexamethasone DXM）]联合化疗方案，治疗多发性骨髓瘤患者有一定疗效，现报道如下。

材 料 与 方 法

一、病例资料

9例患者的诊断，均符合下列3项条件或其中任何2条：1．骨髓检查中浆细胞比例10%以上；2．血清中出现单株球蛋白（M成分）；3．骨骼X线检查，可见溶骨性病变或／及弥散性骨质疏松。

临床分型、分期标准，按1985年邓家栋主编《临床血液学》中的标准确定[1]。治疗前之分期检查，包括病史，全身物理学检查，血、尿、粪常规及骨髓检查，肝肾功能，免疫球蛋白，血、尿蛋白电泳，血脂，血沉等检查。头颅、胸部、腰椎、骨盆X线摄片。3例病人接受CT检查。

9例中3例资料不全，可供分析者6例，男4例，女2例，其中IgG型3例，IgA型2例，IgD型1例。Ⅰ期4例，Ⅰ—Ⅱ期2例，6例中1例是复发，曾接受过卡氮芥、环磷酰胺、马法蓝、强的松、长春新碱治疗，未缓解，其余5例均为初治。

二、治疗方法

诱导缓解方案：VCR 0.5mg，静脉注射，每日1次，第1～4天；ADR15mg，静脉注射，每日1次，第1～4天；DXM20～40mg，静脉注射，每日1次，第1～4天、9～12天、17～20天。然后休息20～30天再进行下一疗程。每例患者接受2～6个疗程。

结 果 与 讨 论

疗效判断采用1987年孙燕主编《肿瘤化学治疗新进展》中应用的标准评定[2]。

6例患者临床资料及结果见表1。未缓解2例中，1例为复治，另1例治疗2个疗程后自动出院。

表1 6例多发性骨髓瘤的临床资料

病例	年龄/性别	分型/分期	疗程/疗效	开始CR（天）
1	59/男	IgG/Ⅰ	4/CR	120
2	54/女	IgG/Ⅰ—Ⅱ	5/CR	160
3	66/男	IgG/Ⅰ	3/PR	
4	58/男	IgA/Ⅰ	2/PR	
5	65/男	IgA/Ⅰ—Ⅱ	4/CR	150
6	55/女	IgD/Ⅰ	6/CR	160

多发性骨髓瘤的化学治疗，当前国内外较常用的是M_2方案，其总反应率（完全缓解率＋部分缓解率）为87%[2]。但经我们试用，成绩却未有这么理想。其原因可能为免

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

疫型、临床期不同之故。近来国外有人应用大剂量马法蓝、干扰素合并化疗，以及以阿霉素为主的治疗方案，有一定疗效。

本文应用VAD方案治疗多发性骨髓瘤，效果尚佳，虽然病例较少，追踪时间不够长，但初步的结果显示了此一联合化疗一定的优越性。

在症状治疗方面，止痛迅速、确切、肯定。6例中5例均以主诉腰痛入院，其性质大部分为剧痛，且均有活动受限，疼痛因身体活动而加重，既往对此无有效治疗，不仅患者痛苦万分，就是家属、医护人员也都为之苦恼。本文应用VAD联合化疗，仅使用3天，病人开始感觉骨痛明显减轻，活动能力增强，其中3例1疗程后疼痛基本消失，余3例在2疗程后也全部消失。

血清中骨髓瘤蛋白或尿本周氏蛋白含量的测定，是观察化疗反应的一个重要指标。本文资料提示用VAD方案一般化疗开始约2～3疗程时，其含量开始缓慢下降，至4～5个疗程或停药后，才能达到较原来减少50～75%以上的水平。此外血清钙浓度一般升高持续时间较短，恢复正常也较快。骨髓检查：化疗前后按常规于髂前、髂后抽取骨髓，有记录者32次疗程，增生活跃者24次疗程，增生低下者8次疗程，初步说明本病或/及化疗后对增生程度影响较小。

毒性反应　本组治疗之副作用很轻微，仅1例疗程中出现轻度腹泻，其次脱发较重。6例中有4例出现不同程度的脱发。常见之血液学毒性也较轻，用药后血象下降不显著，原有贫血者停药后平均血红蛋白上升至10g需55天，最长者需160天，最快者仅需10天。白细胞血小板均无显著变化（见表2）。

表2　6例多发性骨髓瘤化疗前后血象及骨髓象主要改变

病例		血象			骨髓象（百分比）				总计
		白细胞 $\times10^9$/L	血红蛋白 g/L	血小板 $\times10^9$/L	原浆	幼浆	成熟浆	瘤C	
1	化疗前	2.70	51	164	1.5	9.5	11.5		22.5
	化疗后	4.80	110	114		5	7		13
2	化疗前	6.90	78	105			1	42.5	43.5
	化疗后	4.30	105	92	4.5	7	1		12.5
3	化疗前	2.30	84	151	20.5	10	4		4.5
	化疗后	4.40	106	128	3.5	5.5	3		12.0
4	化疗前	6.70	86	76	10.5	17.5	6.5		34.5
	化疗后	4.20	109	94	4.5	8	1.5		14
5	化疗前	6.20	102	102	4	42	14.5		60.5
	化疗后	4.50	100	120			1		1
6	化疗前	6.50	68	72	23	13	6		42
	化疗后	9.60	96	80			0.6	1.4	2

我们体会，大剂量地塞米松不但能改善毛细血管的功能，促进造血功能及微粒体酶的活力，利于止血，保护造血功能，而且还可促进药物进入肿瘤，具有抗肿瘤的作用。另一体会是为防止其副作用起见，其剂量在应用过程中可作适当调整。

阿霉素是最有效的癌症化疗药物之一。但对心脏有毒性作用，心电图异常发生率达41%以上。对心肌病的致死性心力衰竭发病率也较高。同时还发现引起的心律失常可造

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

成猝死，故在临床上限制了其应用，这已是众所周知的事实。本组病例在治疗中，无1例产生心脏并发症，且有3例治疗前心电图提示明显异常（见表3），在治疗过程中病情不但未恶化，且日趋好转。这可能与使用ADR分次给药，毒性较轻，累积剂量较小及病变本身侵犯心脏有一定关系。我们的初步体会是，病组织累及心脏所致心率紊乱，在密切观察下，应用VAD对浆细胞脏器浸润、心肌受损者，难治性“预后不良”的多发性骨髓瘤，也可获得较好的效果，为进一步增强疗效，阿霉素剂量可否再作适当调整，尚待观察。

表3 6例多发性骨髓瘤的心电图改变

病例	次数	治疗前EKG改变	治疗后转归
1	15	偶发房早、T波改变、QT延长、频发房早伴短暂房速、I^0AVB	11个月始正常
2	3	正常	
3	5	2次窦速	
4	1	正常	
5	13	偶发室早、I^0AVB低钾	5个月后始正常
6	10	偶发房早、多发房早、房内传导阻滞	5个月后始正常

参考文献

1. 邓家栋，主编。临床血液学。第1版，上海：上海科学技术出版社，1985：786～787
2. 孙燕，主编。肿瘤化学治疗新进展。第1版，山东：山东科学技术出版社，1987：293

（收稿：1989.4.11；修回：1989.9.15）

油菜花粉预防小儿呼吸道反复感染的评价

李为明 崔凤文 崔守信 杨 颖（新桥医院 儿科）

油菜花粉为含有丰富氨基酸、微量元素和其它生理活性物质的黄色颗粒，动物实验证明有促进生长发育、增强耐力、提高造血和免疫功能等作用[1]-[4]。近年花粉广泛作为1种保健药品，并开始辅助治疗一些疾病[5]-[7]。迄今儿科临床应用资料报道甚少，现将油菜花粉预防小儿呼吸道反复感染的效果作初步评价。

资料与方法

一、观察对象

从1986年7月至1987年6月，凡呼吸道感染≥1次/月，连续3个月以上者均为治疗观察对象。病人随机分花粉防治组和对照组。对照组服用葡萄糖、核黄素胶囊安慰剂，但由于本组无效，极少坚持服“药”2个月者，故只能用花粉组自身对照来进行评价。

二、油菜花粉

系成都地区当年春季所产，由我科实验室低温（<50℃）灭菌、破壳加工之黄色细末，分装为每粒胶囊含花粉0.2g，低温贮藏每人每天服花粉剂量：<3岁为0.4g，3岁—0.6g，7岁—0.8g。花粉忌用烫水调化，避免花粉中生理活性物质灭活。服花粉以3个月为1疗程，可连续服用，平均应用4.7个月（3～7月）。

三、观察方法

应用花粉前及3个月后分别作临床观察、植物血凝素皮试反应（PHA）、淋巴母细胞转换率（LT），非特异酯酶法测T淋巴细胞（TL），血清免疫球蛋白测定（IgA、IgG、IgM），头发经我室常规预处理后送我校中心实验室，用IL-951型原子吸收光谱仪测定发锌、发铜、计其铜/锌比率。

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net