

例如不少经过手术或放、化疗取得疗效的患者,要求用中药巩固和提高疗效,预防或减少肿瘤的复发和转移。我们发现不少手术后及放、化疗的肿瘤患者的舌质青紫、红紫、晦暗的现象加重或不见好转,或舌质光红而经久不愈者,多有复发转移的危险性。无诱因的血沉明显增快者也有肿瘤的复发和转移的可能。对这些患者均应当进行积极的预防治疗,因此,对于抗复发、抗转移的中草药的研究也应当进一步引起重视。此外,还应当在整体观念的指导下,研究“正气存内,邪不可干,避其毒气”的预防思想以及具体的预防方法,让中西医结合预防肿瘤的工作发挥更大的作用。

四、疗效的评定标准也要体现中西医结合

既然中医有自己的理论体系和特色,疗效的评定就要体现出整体观念。因为中医证型的本质可能是人体对病邪的生理、病理的综合反映,所以,评定中医药的疗效也要以反映整体生理、病理变化的指标为标准,不应单纯强调瘤体的消失或缩小。临床上不少因手术切除了瘤体以及放疗后瘤体消失或缩小的患者出现了复发或转移,导致五年生存率不易提高。相反,

中西医结合治疗的病例虽然瘤体消失的比较少,但是确有些病例生存的时间比较长,还有些带瘤生存者,有些能参加一定的劳动。应当改变那种单纯强调以瘤体消失或缩小作为疗效指标的局部观点,全面地考虑机体状况,用整体恒动观来评定疗效,以基本症状消失,生存时间延长、生活质量提高和瘤体情况的变化为标准。衡量生活质量可以参考Karnofsky的患者活动状况分级标准,进一步研究制定出能够真正全面地反映中西医结合防治肿瘤的效果的评定标准。上述设想并不是降低了标准,而是更实事求是地体现了中西医结合的疗效。为了提高科研质量,从科研设计到评定疗效,都要有严格的要求,如诊断明确,指标可靠,观察细致,对照组的可比性强,观察指标的定量化和敏感性以及统计学处理等。但是临床观察的对象是人,应当灵活地选择适宜的方法,不能机械地搬用。

总之,在中西医结合防治研究肿瘤的工作中,必须突出中医特色,发挥中西医结合的优势,探索新的方法,为防治研究肿瘤作出新贡献。

(本文承河北医学院李恩教授审阅,特致谢)

肾炎Ⅰ号治疗慢性肾小球疾病48例分析

湖北医学院附属第一医院肾内科 贾汝汉 王学玉 胡海云

1985年12月~1987年12月,我们用本院自制肾炎Ⅰ号治疗48例慢性肾小球疾病患者,结果如下。

临床资料 观察组48例,男33例,女15例,年龄19~68岁;对照组30例,男、女各15例,年龄20~47岁。按照1985年修订肾小球疾病临床分型标准,观察组及对照组分别为:慢性肾炎普通型29,15例;高血压型10,8例;肾病综合征Ⅰ型9,7例。两组氮质血症期患者各为9例。

治疗方法 观察组采用本院自制中药肾炎Ⅰ号:黄芪、川芎各30g,败酱草、益母草各15g,水煎服,每日1剂,60天1疗程。高血压型加用降压西药。对照组常规用强的松(40mg/日,4周后为隔日疗法,以后每2周减10mg,逐渐停药),环磷酰胺(强的松2~4周后用,总量6~8g,150mg/日),消炎痛(75mg/日,进食同时服,疗程2个月)。高血压型加用降压西药,有严重水肿者加用速尿。

疗效分析 疗效标准:完全缓解:尿蛋白定量正常,肾功能正常;基本缓解:尿蛋白定量<1g;部分缓解:尿蛋白定量下降3~5g,或肾功能从氮质血症期逆转至正常期。不符合上述条件者为无效。结

果:总有效率观察组77%(完全缓解11例,基本缓解9例,部分缓解17例,无效11例);对照组33.3%(基本缓解7例,部分缓解3例,无效20例)。经统计学处理,两组差异有显著性意义($P<0.001$)。治疗一疗程后,观察组平均尿蛋白定量自8.16g/24h降至3.46g/24h,较治疗前有明显改善,差异有显著性意义($P<0.05$);对照比较两组各9例氮质血症期患者肾功能检查:观察组有效肾血流量增加7例、减少2例,对照组仅1例增加、8例减少($P<0.005$);观察组Ccr转为正常4例、轻度增加2例、下降3例,对照组Ccr增加2例、下降7例($P<0.01$);观察组BUN下降4例、上升5例,对照组下降3例、上升6例($P>0.1$)。

讨论 肾炎Ⅰ号具有补气、清热解毒及活血化痰作用。黄芪、败酱草能调节细胞免疫、体液免疫功能和清除过剩抗原;川芎、益母草可抗肾脏高凝状态;川芎、败酱草还有抑菌、抗病毒等作用。本组48例患者服药后降低尿蛋白、改善肾血流量和肾功能的作用,可能是通过减轻已形成的循环免疫复合物在肾小球上的沉着,抗血小板聚集,改善了肾小球毛细血管丛血液循环,从而影响基底膜的通透性而实现的。