

解,亦未见明显的化疗反应及副作用。AFP定量 $<200\mu\text{g/L}$ 者2例,明显下降者5例。AKP降为正常者3例占25%; γ -GT降为正常者3例占22%;肝功能转为正常者2例。而HBsAg阳性者无一转为阴性。

讨论 我们以健脾理气法为主合并单一阿霉素治疗PHC疗效满意,其缓解率达31.1%,和文献报告相似,中位生存期较长,且生存质量较高,显示出中西医结合治疗PHC的优越性。本组病例均属晚期PHC,全身情况衰弱,故以健脾益气类中药,增强机体免疫功能,改善自觉症状,以增强扶正抗邪的能力;同时又辅以疏肝、理气、活血化瘀类药物祛邪,进而起到“以通为补”之作用。扶正固本中药具有提高免疫力,改善代谢状况,增强垂体-肾上腺皮质功能,保护骨髓功能,改善症状和延长生存期的作用。而活血化瘀类药物则能改善血液流变性,扩张血管,提高癌细胞含氧量,增强化疗敏感性,并有直接杀伤肿瘤细胞的作用。因此,采用这类中药并用,并与对PHC较为敏感的ADM合用治疗PHC,不仅患者生存期得以延长,而且有明显的缓解和稳定癌灶作用,生存质量亦得到不同程度提高,且无明显毒、副作用。提示这类中药不仅对患者机体有广泛的调节作用,而且有可能与ADM作用于不同时相,起到直接杀伤癌细胞或使ADM作用加强,或对其有增效作用。我们认为中西医结合治疗肿瘤,其药物组合应满足以下条件:(1)每种方法单独使用应能显示对肿瘤有效;(2)每种方法应具备各自的作用机理;(3)结合使用应具有增敏、增效作用;(4)组合后应能降低毒性反应或至少重叠毒性反应。本文采用的中西医结合方案基本符合上述条件。提示应用有确定抗癌效果的方药及制订合理的中西医结合方案,很可能是提高中、晚期PHC疗效的重要途径。

中西药联用对癌症化疗消化道反应的疗效观察

杭州市第四医院家庭病房科(杭州 310002) 徐祖德

从1986年1月~1989年10月用西药加中药桔皮竹茹汤为主方,中西药联用防治癌症化疗后消化道反应恶心呕吐等症,取得较满意效果,现报道如下。

临床资料 (1)中西药组:21例,男15例,女6例,年龄54~74岁,平均61岁。胃癌9例,肺癌7例,肝癌2例,直肠癌术后3例。(2)西药组:20例,男12例,女8例,年龄53~70岁,平均60岁。

胃癌8例,肺癌7例,肝癌2例,直肠癌术后3例。

以上病例均经X线摄片、B超、CT、手术和病理检查确诊,所用化疗药物:5-氟脲嘧啶、丝裂霉素、阿霉素、顺氯氨铂、阿糖胞苷等。药量根据体质病情而定,采用一种或二种以上药物联合化疗。化疗方案,疗程大致相同。临床常见毒副反应:食欲减退,胃脘饱胀,恶心呕吐,肠鸣腹泻,口干咽痛,口舌糜烂,心悸自汗,四肢无力,皮疹及骨髓抑制等,其中以消化道反应食欲减退,胃脘饱胀,恶心呕吐最早出现。

治疗方法 (1)中西药组:50%葡萄糖注射液40~60ml加维生素B₆50~100mg,每日静脉注射1~2次;口服或肌肉注射氯丙嗪12.5~25mg;或灭吐灵10~20mg肌肉注射。2~4天为1疗程,维生素B₁20mg,每日3次口服。中医以益气清热、理气和胃、降逆止呕为治则,方用“桔皮竹茹汤”化裁:人参3~5g,淡竹茹30g,桔皮10g,甘草10g,生姜20g,红枣30g。浓煎至250ml,分6~8次口服,避免一次多服加剧呕吐,少量多次服药,可以保持药物作用的持续性。方中人参也可用黄芪50g代替(或嘱家属自备人参汁加入同服)。呕吐严重者,可用民间单方食盐炒焦1g,含口中能明显制止呕吐。中药5剂为1疗程,每日1剂,也可在化疗前1天预防性服药。临床加减:呕吐清水,舌苔白腻,脾胃偏寒者,加吴茱萸、丁香;腹泻清稀,舌苔淡白,脾胃气虚者,加白术、淮山药;腹泻浊臭,舌苔黄腻,脾胃湿热者,加黄连、黄柏;腹胀隐痛,脾胃气滞者,加木香、枳壳;口干咽痛,舌苔光剥,阴液亏损,可加西洋参、麦冬、鲜石斛;口舌糜烂,舌质鲜红,胃热亢盛者,加生石膏、知母、玄参,口腔内搽冰硼散(中成药);心悸自汗,心气虚者,加五味子、煅龙牡;舌质光绛,皮疹,血热妄行者,加丹皮、大青叶、广角片等。(2)西药组:只用上述西药,不用中药,疗程大致相同。

结果 (1)疗效标准:显效:恶心呕吐等消化道症状及体征消失,各次化疗均有相同效果;有效:恶心呕吐等消化道症状及体征轻微,各次化疗均有效,不影响下一次化疗的按期进行;无效:恶心呕吐等消化道症状及体征均无缓解,化疗无法进行。(2)治疗结果,按以上标准,中西药组显效8例(38.1%),有效12例(57.1%),无效1例(4.8%),总有效率95.2%;西药组显效4例(20%),有效9例(45%),无效7例(35%),总有效率65%。两组比较,中西药组疗效优于西药组,差异有显著性意义($\chi^2=6.13$, $P<0.05$)。

中药在溃疡病急性穿孔非手术治疗中的近期疗效观察

海军401医院(山东 266071)

季 兵 李凤池 邵子安

临床资料 全部资料分为两组, 第一组: 1971年1月~1978年6月, 共计68例。其中男性66例, 女性2例; 年龄最小19岁, 最大51岁; 发病至入院时间最短1小时, 最长21小时; 既往有溃疡病史者55例(其中病史最短2个月, 最长11年), 无病史者13例; 空腹穿孔62例, 进食后穿孔9例; 本组均有典型的上腹部突发性剧痛、腹肌强直拒按。其中肠鸣音消失27例, 减弱34例, 正常7例; 入院时腹部X线检查有气腹征者38例。第二组: 1978年7月~1987年3月, 共计98例。其中男性95例, 女性3例; 年龄最小13岁, 最大76岁; 发病至入院时间最短30分钟, 最长24小时; 既往有溃疡病史者74例(其中病史最短1个月, 最长8年), 无溃疡病史者24例; 空腹穿孔76例, 进食后穿孔22例; 本组除2例板状腹不典型外, 其余均有突发性上腹剧痛、腹肌强直拒按。其中肠鸣音消失33例, 减弱51例, 正常14例; 入院时腹部X线检查有气腹征者59例。

治疗方法

一、西医治疗: 入院后均立即持续胃肠减压、禁食、补液、应用抗生素治疗。常用抗生素为青霉素每次80万u, 肌肉注射, 每日2次; 链霉素每次0.5g, 肌肉注射, 每日2次(或庆大霉素每次8万u, 肌肉注射, 每日2次), 平均疗程5~6天。

二、中药治疗: 第1组在上述治疗同时加用中药治疗, 其中32例单用中药治疗。(1)急性穿孔期: 大黄、厚朴、黄芩、莱菔子各15g, 白术、银花各30g, 芒硝、木香各10g, 水煎取汁200ml从胃管内注入, 每次50~100ml, 夹管2小时后再继续胃肠减压, 每日2次。或以汤剂灌肠, 剂量同上。(2)闭合消炎期: 急性症状基本消失, 患者胃肠功能逐渐恢复, 肛门开始排气者, 可拔除减压胃管, 开始进流质饮食。此期用乌贼骨、白芨、厚朴各15g, 大青叶、银花、地榆、黄芩各30g, 元胡12g, 白芍9g, 水煎服, 每次50~100ml, 每日2次。(3)溃疡愈合期: 此期穿孔已牢固闭合, 但溃疡病灶继续存在, 仍有脾胃虚寒或肝气郁滞之证。用本院自制之溃疡散(乌贼骨30g, 白芨、元胡、儿茶、浙贝母、甘草各9g, 白芷12g, 共研极细粉, 2g/次, 3次/日, 温开水送服。2~3个月为一个疗程)或204胃药片(乌贼骨粉3份, 枯矾粉4份, 元胡粉1份, 加蜜制成颗粒后压片, 每片重0.7g, 5~7片/次, 3~4次/日, 3个月为1个疗程)。

结 果 按照天津市南开医院的中西医结合治疗急腹症中疗效标准(人民卫生出版社, 1972:72.), 第1、2组分别为: 治愈率97%、94.9%。平均开始进食时间2.5、4天。平均症状消失(腹痛腹胀缓解, 肠鸣音恢复正常, 肛门排气, 腹部压痛、反跳痛及腹肌紧张消失)时间3、5天。治疗无效中转手术率3%、5.1%。并发症(腹腔脓肿)发生率0.6%。两组均无死亡病例。其中第1组单纯用中药(未用抗生素)治疗的32例全部治愈。

讨 论 我们通过临床观察, 在溃疡病急性穿孔非手术治疗中, 根据病情辨证施治应用中药确有一定疗效。(1)在急性穿孔期, 可加快穿孔闭合, 防止胃内容物继续漏入腹腔, 减少腹膜的化学性刺激, 起到缓急止痛的作用。并通过理气降逆, 促进肠蠕动, 有助于胃肠道功能的恢复。故第一组患者平均进食时间比第二组提前1.5天, 平均症状消失时间比第二组提前2天。(2)溃疡病急性穿孔最主要的并发症是腹腔感染。方中有些中药具有清除湿热、活血化瘀功效, 可起到抗菌消炎、促进腹腔污染物吸收的作用。第1组有32例患者未用抗生素即得到治愈, 无1例发生腹腔感染; 而第2组腹腔脓肿的发生率为6%。(3)在急性穿孔闭合以后, 继续服用溃疡散或204胃药片可促进溃疡病灶愈合, 达到治本目的。