

愈 5 例 (25.00%), 显效 10 例 (50.00%), 有效 5 例 (25.00%)。乳突型 6 例, 显效 2 例 (33.33%), 有效 3 例 (50.00%), 无效 1 例 (16.67%)。经 Ridit 分析, $P < 0.05$, 说明炎症程度越轻, 疗效越好。

讨 论

目前, 治疗宫颈糜烂的外用中药制剂之剂型颇多, 如丸剂、粉散剂、胶囊、栓剂、油膏、膜剂等, 但各有利弊。粉散剂之药粉易于脱落, 不但造成药品的浪费, 药效也不能更好地发挥作用。因此, 必须用有尾棉球上药, 又易造成异物感染。单用膜剂, 虽然安全、

简便, 但疗效不甚理想。于是我们将散剂与膜剂有机地结合起来, 使其互相取长补短。该方法既能确保药物分布均匀, 减少用药次数; 又无药粉脱落、有尾棉球导致上行感染之虞, 且疗效好 (与爱保疗相近似), 表明这种新型疗法在临床上的应用是可行的。本组病例经上药 2~3 次后, 白带明显减少, 糜烂面逐渐变浅、缩小。修复后的宫颈光滑、平坦、柔软, 并恢复正常子宫颈形态。本疗法与物理疗法相比较, 不会产生宫颈弹性下降、宫颈粘连及疤痕形成, 不影响避孕措施, 适用于各年龄段妇女患者。

(收稿: 1996—12—23 修回: 1997—02—24)

非何杰金淋巴瘤 41 例临床观察

罗秀素 林圣云 虞荣喜 沈一平 胡致平

恶性淋巴瘤在血液疾病中较多见, 我们自 1986~1996 年共收治Ⅲ、Ⅳ期非何杰金淋巴瘤 41 例, 采用中西医结合治疗, 并经过 3 年以上的随访, 取得了较为理想的疗效, 现报告如下。

资料和方法

1 一般资料 41 例患者均符合《血液病诊断及疗效标准》(张之南, 第 1 版, 天津: 天津科学技术出版社, 1991: 295, 301), 其中男 24 例, 女 17 例; 年龄 12~74 岁, 平均 44 岁; 病程 13 天~19 个月, 病理活检按 Lukes—Collins 分类法, 呈低度恶性的 9 例, 中度恶性的 14 例, 高度恶性的 18 例; 按照 Ann Arbor 分期法, 其中ⅢA 5 例, ⅢB 16 例, ⅣA 3 例, ⅣB 17 例; 全部患者均有全身多处淋巴结肿大, 伴腹内结块, 形体消瘦, 发热盗汗, 口咽干燥, 或胃纳差, 胸闷不适, 大便溏, 舌淡苔白腻或舌红绛苔薄, 脉细滑或脉细数或两胁疼痛, 腰膝酸软, 中医辨证分为两型, 寒痰凝滞型 24 例, 阴虚火旺型 17 例。

2 治疗方法 中医均按分型治疗, 寒痰凝滞型以温运湿浊, 软坚散结为法, 方用甘草干姜茯苓白术汤合二陈汤加减。药用甘草 6g 干姜 6g 茯苓 12g 白术 9g 姜半夏 12g 橘络 9g 象贝 9g 天竺黄 12g 白芥子 9g 夏枯草 9g 皂角刺 12g 白花蛇舌草 30g。阴虚火旺型以滋阴降火, 软坚散结为法, 方用大补阴丸合消瘰丸加味。药用黄柏 12g 知母 12g 熟地黄 12g 炙龟板 (先煎) 15g 玄参 12g 生牡蛎 (先

煎) 30g 象贝 12g 枸杞子 12g 制首乌 15g 三棱 15g 白花蛇舌草 30g。以上处方用药若另有兼症者, 应作适当增减。每日 1 剂, 分 2 次煎服, 坚持长期服药治疗, 大多在 1 年以上。在化疗期和化疗后期可根据出现的症状随证加减。西医采用 COPP 方案和 CHOP 方案化疗。有 19 例患者在缓解后进行放疗, 采用⁶⁰Co 照射, 剂量随个体而定, 一般总剂量 4500~5500CGY, 分次照射, 每周量 1000CGY 左右, 4.5~5.5 周完成。

结 果 (1) 疗效评定标准: 参照前述文献标准, 分为肿瘤客观疗效和生存时间两种。(2) 治疗结果: 肿瘤客观疗效, 寒痰凝滞型获完全缓解 (CR) 9 例, 部分缓解 (PR) 10 例, 有效率 79.2%; 阴虚火旺型获 CR 8 例, PR 6 例, 有效率 82.4%, 两型比较无显著差异。生存时间, 寒痰凝滞型生存 1 年以上 20 例, 2 年以上 14 例, 3 年以上 6 例; 而阴虚火旺型分别为 15 例、12 例, 10 例。两型比较 3 年以上生存率阴虚火旺型显著高于寒痰凝滞型 ($P < 0.05$), 且已有 6 例生存 5 年以上, 近有 1 例复发, 而生存已达 9 年余。

讨 论 恶性淋巴瘤分何杰金病 (HD) 和非何杰金淋巴瘤 (NHL) 两大类。对 HD 及 NHL 的 I、II 期患者疗效已达较高水平, 但对 NHL Ⅲ、Ⅳ期患者预后仍不理想, 呈中、高度恶性者预后更差。本组病例用中西医结合治疗, 总缓解率达 80.5%, 提示中西医结合治疗Ⅲ、Ⅳ期 NHL 疗效较好。而且, 阴虚火旺型的预后比寒痰凝滞型好。