

· 基层园地 ·

中西医结合治疗中晚期 癌痛 108 例疗效观察

解放军第 177 医院中西医结合科(广州 510317)

许鉴保 陈茹琴

1995 年 5 月~1997 年 5 月,我们按有关癌症疼痛三阶梯治疗的原则,采用中西医结合治疗 108 例中晚期癌痛患者,获得了良好疗效,报告如下。

临床资料 所选病例均经细胞学和病理学检查确诊为中晚期癌症的疼痛患者,分期标准采用 TNM 分期系统。随机分为两组,对照组 50 例,男 36 例,女 14 例;年龄 22~77 岁,平均(56.7±8.6)岁;其中原发性肝癌 18 例,肺癌 12 例,鼻咽癌 6 例,结肠癌 4 例,食道癌 3 例,乳腺癌 3 例,胃癌 2 例,舌癌 1 例,胸膜间皮瘤 1 例;中、晚期分别为 15 例、35 例;术后复发者 25 例。治疗组 108 例,男 72 例,女 36 例;年龄 16~83 岁,平均(57.1±8.2)岁;其中原发性肝癌 32 例,肺癌 28 例,鼻咽癌 14 例,结肠癌 7 例,食道癌 7 例,乳腺癌 6 例,恶性淋巴瘤 5 例,胃癌 5 例,舌癌 3 例,胸膜间皮瘤 1 例;中、晚期分别为 23 例、85 例;术后复发者 53 例。两组均排除放疗、化疗对镇痛作用的影响,且能合作评价疼痛状态者。

采用 WHO 推荐的线段分级法进行疼痛分级的评定[中国肿瘤与临床 1995;22(7):507],将疼痛用一线段表示,该线段分为 0~10 段:0 为无痛,1~3 段为轻度疼痛,4~7 段为中度疼痛,8~9 段为重度疼痛,10 段为极度疼痛。对照组轻度疼痛者 11 例(22.0%),中度疼痛者 20 例(40.0%),重度疼痛者 16 例(32.0%),极度疼痛者 3 例(6.0%);治疗组轻度疼痛者 21 例(19.4%),中度疼痛者 48 例(44.4%),重度疼痛者 31 例(28.7%),极度疼痛者 8 例(7.4%),两组间疼痛级数无显著性差异($P>0.05$)。

治疗方法 两组患者均参照 1986 年 WHO 规定,按阶梯、按时服用止痛药:轻度疼痛予阿斯匹林 0.6g,每日 3 次口服,加辅助药物(包括泰必利、阿米替林、地塞米松等);中度疼痛予磷酸可待因 30~60mg,每日 3 次口服,加辅助药物;重度及极度疼痛予硫酸吗啡控释片 30~60mg,阿斯匹林 0.6g,每日 3 次口服,加辅助药物。治疗组根据中医理论辨证施治加用中药治疗:湿阻经络型予藿痹汤加减,药用羌活、桂枝、秦艽、当归、川芎、木香、乳香、防风等;湿热型予茵陈蒿汤加减,药用茵陈、青蒿、茯苓、泽泻、大黄等;气滞型予逍遥散加减,药用党参、白术、枳实、厚朴、半夏、干姜、柴胡等;血瘀型予失笑散加减,药用蒲黄、五灵脂、桃仁、川芎等;气虚型患者予四君子汤加减,药用党参、白术、茯苓、甘草等;阴虚型予一贯煎加减,药用沙参、麦冬、生地、枸杞子、甘菊等;每日 1 剂分 2 次水煎服。两组均用药 7 日评定疗效。

结 果

1 疗效标准 完全缓解(CR):完全无痛,划线标记为 0

段;部分缓解(PR):疼痛明显减轻,睡眠基本不受干扰,能正常生活,划线标记为 70% 以上减轻;轻度缓解(MR):疼痛较给药前减轻,但仍明显疼痛,睡眠仍受干扰和划线标记上好转;无效(NP):与治疗前比较无减轻,划线标记上不变或加重。

2 两组疗效结果 见表 1。显著有效率(CR+PR)对照组为 78%,治疗组为 94.4%。治疗前对照组、治疗组的平均疼痛级数(线段)分别为 5.9 ± 0.7 、 6.0 ± 0.7 ;治疗后分别为 4.2 ± 1.5 、 3.1 ± 1.5 ,经统计学处理,两组间有显著性差异($P<0.05$)。

3 生活质量评价 采用 Karnofsky 评分法评分(分):治疗前对照组为 36 ± 10 ,治疗组为 39 ± 11 ,两组间比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后对照组和治疗组分别为 58 ± 9 、 69 ± 10 ,经统计学处理,两组间有显著性差异($P<0.05$)。

表 1 两组患者疗效结果比较 [例(%)]

组别	例数	CR	PR	MR	NP
对照	50	26(52.0)	13(26.0)	6(12.0)	5(10.0)
治疗	108	90(83.3)*	12(11.1)	6(5.6)	0

注:与对照组比较,* $P<0.05$

讨 论 临床上我们经常遇到一些患者在服用 1~2 次硫酸吗啡控释片后,便拒绝再服药,特别是一些用药量较大或对吗啡较敏感的患者,原因是惧怕吗啡所产生的副作用,如便秘、恶心、呕吐、头晕、嗜睡、甚至药物中毒,影响了患者的生存质量。患者拒绝服药,则达不到止痛效果,同样也影响了患者的生存质量。针对这种情况,我们一方面做患者思想工作,鼓励患者继续服药,一方面调整吗啡的剂量及用药时间,同时准确地进行中医辨证施治,调整患者整体状况,减轻吗啡的毒副作用,取得了良好的疗效,使显著有效率提高到了 94.4%。癌痛三阶梯结合中医治疗中晚期癌痛在改善患者的临床症状,提高癌痛患者的生活质量方面具有协同作用。本研究无一例出现药物的心理、躯体依赖,值得广泛推广和使用。

(收稿:1998-01-15 修回:1998-09-30)

中西医结合治疗突发性耳聋 52 例

河南省新野县医院耳鼻喉科(河南 473500)

乔占清 王闰涛 王晓辉

1990 年 1 月~1997 年 12 月,我们采用中西医疗法治疗突发性耳聋 52 例,并与用单纯西药治疗的 45 例作比较,取得了满意效果,现介绍如下。

临床资料

1 病例选择 本病诊断参照有关标准(中华耳鼻喉科杂志 1993;28:304)。所有病例治疗前均作电测听力检查,听阈:轻度聋 ≤ 34 dB,中度聋 35~54dB,重度聋 55~74dB,深度聋 ≥ 75 dB。

2 一般资料 97 例患者随机分为两组。中西组 52 例(55 耳),男 37 例(39 耳),女 15 例(16 耳);年龄 21~74 岁,平均 43.6 岁;病程 3~5 个月,平均 12.3 天;伴耳鸣 41 例,伴眩晕 22 例,伴恶心呕吐 17 例;深度聋 10 例(11 耳),重度聋 32 例(34

耳),中度聋 8 例(8 耳),轻度聋 2 例(2 耳);听力曲线上升型 4 耳,下降型 37 耳,平坦型 9 耳,岛型 3 耳,不规则型 2 耳。西医组 45 例(47 耳),男 31 例(33 耳),女 14 例(14 耳);年龄 19~68 岁,平均 41.7 岁;病程 1 天~3 个月,平均 13.2 天;伴耳鸣 35 例,伴眩晕 16 例,伴恶心呕吐 13 例;深度聋 10 例(10 耳),重度聋 25 例(27 耳),中度聋 9 例(9 耳),轻度聋 1 例(1 耳);听力曲线上升型 6 耳,下降型 31 耳,平坦型 7 耳,岛型 2 耳,不规则型 1 耳。两组资料比较无显著性差异。

治疗方法 西医组用低分子右旋糖酐 500ml,辅酶 A100u, ATP40mg,地塞米松 10mg,生理盐水 250ml,蝥蛇抗栓酶 0.5u, 每天 1 次,静脉滴注。高压氧每天 1 次。肌肉注射维生素 B₁100mg, B₁₂500μg, 每天 1 次,7 天为 1 个疗程,一般需 2 个疗程。中西组在西医组治疗的同时,另加服中药(柴胡、丹参、龙胆草、钩藤各 20mg,半夏、党参、当归、菖蒲各 10g,川芎、黄柏、菊花、夏枯草各 15g,泽泻、葛根、香附各 30g),每天 1 剂,水煎服,1 周为 1 个疗程,连服 15 天。

结 果

1 疗效标准 痊愈:听力恢复至正常水平,眩晕消失,耳鸣减轻或消失。显效:听力提高 30dB 以上。有效:听力提高 15dB 以上。无效:听力无改善或提高不足 15dB。

2 结果 中西组 52 例(55 耳),痊愈 18 例(19 耳,占 34.5%),其中轻度聋 2 例,中度聋 6 例,重度聋 7 例,深度聋 3 例;显效 13 例(14 耳,占 23.6%),其中中度聋 2 例,重度聋 9 例,深度聋 2 例;有效 14 例(15 耳,占 27.3%),其中重度聋 13 例,深度聋 1 例;无效 7 例(7 耳,占 12.7%),其中重度聋 3 例,深度聋 4 例;总有效率 87.3%。西医组 45 例(47 耳),痊愈 8 例(8 耳,占 17.0%),其中轻度聋 1 例,中度聋 6 例,重度聋 1 例;显效 10 例(10 耳,占 21.3%),其中中度聋 3 例,重度聋 5 例,深度聋 2 例;有效 10 例(11 耳,占 23.4%),其中重度聋 9 例,深度聋 1 例;无效 17 例(18 耳,占 38.3%),其中重度聋 10 例,深度聋 7 例;总有效率 61.7%。两组痊愈率及总有效率比较有显著性差异($P<0.05$)。

体 会 中医学认为突聋的发生与肝、胆、心、三焦经脉有关。肝藏精,肝肾同源,肝肾阴虚,肝阳上亢,气血厥于耳而发突聋;心主血脉,其别络于耳。若心气不足,鼓动无力,则血易瘀滞于脉络,耳之脉络被阻,而发突聋。肝与胆相表里,其经脉循环于耳中,肝胆喜调达,若肝胆失于调达,以致气滞血瘀,阻于耳之脉络,而发突聋。我们认为气滞血瘀引起的突聋较为常见,耳之血瘀,则气无以行之,而听失聪,耳之气滞,则血不能自施,而听失聪。故治疗上则宜行气活血,祛瘀通窍。本中药方柴胡具有透表泄热,疏肝解郁之功;丹参等活血祛瘀,养血安神;当归补血活血;菖蒲开窍宁神,化湿和中;党参补中益气;川芎活血行气;香附疏肝理气;夏枯草清肝降火;黄柏清热燥湿、滋阴降火;钩藤、菊花等具有清肝窍、平肝、明目之功效。诸药合用,共奏清肝泻火、理气化痰、通窍聪耳之功效。本文结果表明,中西医结合治疗突发性聋具有提高疗效的优点。

(收稿:1998-06-18 修回:1998-09-28)

中西医结合治疗反流性食管炎 70 例

四川省资中县陈家医院(四川 641222)

段 磊 段 苒

1993 年 2 月~1997 年 6 月,我们运用中西医结合治疗反流性食管炎 70 例,取得了较好的疗效,现总结如下。

临床资料 全部患者均为门诊病例,参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》(北京:人民军医出版社,1987:116)有关标准。临床以有烧心、反胃为主要症状,并经食道钡餐检查而确诊。109 例患者随机(按 2:1)分为两组。治疗组 70 例,男 26 例,女 44 例;年龄 20~62 岁,平均 39 岁;病程 1 个月~4 年,平均 1.9 年;病情程度:轻度 41 例,中度 18 例,重度 11 例;有胃部手术史 21 例。对照组 39 例,男 14 例,女 25 例;年龄 21~62 岁,平均 38 岁;病程 1 个月~4 年,平均 1.7 年;病情程度:轻度 21 例,中度 11 例,重度 7 例;有胃部手术史 13 例。两组资料无显著性差异。

治疗方法 两组患者均在低脂、少食多餐、忌食刺激物、调摄精神心理状态的基础上进行治疗。治疗组用中药三白汤(基本方:白及 10g 白芍 12g 白术 15g 旋复花 15g 半夏 12g 黄连 8g 柴胡 15g 元胡 10g 茯苓 12g 甘草 4g)每日 1 剂,水煎服;西药用多潘立酮片 10mg,每日 3 次,餐前口服;雷尼替丁胶囊 300mg,每晚睡前 0.5h 口服。对照组只用治疗组中的中药治疗,两组观察疗程为 4 周。治疗中观察记录每周两次症状体征,疗程结束后食道钡餐复查,并随访 0.5 年。

结 果 (1)疗效标准参照上述文献有关标准。症状体征消失,食道钡餐复查粘膜正常为治愈;症状体征缓解,食道钡餐复查粘膜有改善为显效;症状体征无改善,食道钡餐复查粘膜无变化为无效。(2)结果:治疗组 70 例,治愈 23 例(32.9%),显效 41 例(58.6%),无效 6 例(8.6%),总有效率为 91.4%。对照组 39 例,治愈 9 例(23.1%),显效 21 例(53.8%),无效 9 例(23.1%),总有效率为 76.9%。治疗过程中两组各有 2 例因并发食管狭窄而转入外科治疗,在此均归为无效。(3)随访 0.5 年中治疗组有 2 例(3.1%)复发,对照组有 2 例(6.7%)复发。经统计学处理治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。

体 会 中医学认为,胃的功能对食管影响极为密切,而脾胃互为表里,共同维护腑气通顺;肝主气机之疏泄,若肝气郁结、犯胃等也将影响到脾胃,故治宜疏肝健脾,和胃降逆。三白汤方中白芍、元胡止痛;白及止血抑菌;白术、茯苓健脾除湿;旋复花理气降逆,使之胃气下引;半夏止呕吐并和胃降逆;黄连消痞满并有杀菌作用;柴胡疏肝气,甘草调和诸药,全方合用共奏疏肝健脾,和胃降逆之功。但由于单用中药,其制酸作用较弱,故用 H₂ 受体拮抗剂——雷尼替丁,其能有效抑制组胺、五肽胃泌素等刺激所引起的胃酸分泌,有效降低胃酸和胃酶的活性,减轻食道的损害;多潘立酮能促进食管蠕动,增强食管下端扩约肌的张力,加强胃的排空。中西医结合治疗反流性食管炎相得益彰,疗效较单用中药好。

(收稿:1998-05-06 修回:1998-10-10)