

· 基层园地 ·

恩丹西酮并用小半夏汤预防肿瘤化疗所致呕吐的临床观察

南京军区福州总医院肿瘤中医科(福州 350025)

欧阳学农 戴西湖 陈曦 倪敏

恶心、呕吐是恶性肿瘤患者化疗最常见的不良反应之一,可导致部分患者延迟或放弃治疗,甚至可引起严重的并发症。笔者将恩丹西酮与小半夏汤联用,预防化疗引起的恶心、呕吐,取得较好疗效,现报道如下。

临床资料 1999 年 10 月~2001 年 4 月,在本院进行化学治疗的恶性肿瘤患者 145 例,均符合以下标准:(1)所有病例经 X 线、B 超、CT、手术、细胞学或(和)病理组织学及其他特殊检查明确诊断;(2)化疗前 24h 无恶心、呕吐以及未使用其他止吐药物;(3)无颅内高压症;(4)一般状况卡氏评分 ≥ 60 分。所有病例随机分成观察组和对照组,观察组 73 例中男性 50 例,女性 23 例;年龄 17~78 岁,平均 52.5 岁;食道癌 17 例,胃癌 30 例,结肠癌 15 例,鼻咽癌 7 例,淋巴瘤 4 例。对照组 72 例中男性 43 例,女性 29 例;年龄 20~75 岁,平均 50.3 岁;食道癌 14 例,胃癌 27 例,结肠癌 13 例,鼻咽癌 14 例,淋巴瘤 4 例。两组资料比较差异无显著性。所有患者化疗前血常规、肝、肾功能正常。

治疗方法 食道癌采用 BFP 方案,胃癌采用 PF 或 FAM 方案,结肠癌采用 FCF 和(或)PF 方案,鼻咽癌采用 PF 方案,淋巴瘤采用 CHOP 或 CMOP 方案。每例均连续化疗两个周期。两组均于每次化疗前 15min 静脉滴注盐酸恩丹西酮(每支 8mg,西南合成制药厂生产,生产批号 990715)8mg。而观察组还于化疗前 2 天至化疗结束后 2 天加服小半夏汤。小半夏汤具体用药为制半夏 15g,生姜 20g,每天 1 剂,以水 800ml 文火煎取 300ml,每次 100ml,1 日 3 次。

结果

1 疗效判断标准 完全缓解(CR):无恶心呕吐;部分缓解(PR):每天呕吐 1~2 次;轻度缓解(MR):每天呕吐 3~5 次;无效(F):每天呕吐 6 次以上。完全缓解率加部分缓解率为有效率(RR)。

2 两组药物止吐疗效 观察组 73 例,CR 47 例,PR 23 例,MR 3 例,RR 95.89%;对照组 72 例,CR 28 例,PR 23 例,MR 19 例,F 2 例,RR 71.83%。两组有效率比较,差异有显著性($P < 0.01$)。

3 两组药物毒副反应 观察组与对照组比较,患者便秘(分别为 25、45 例)、腹部不适(分别为 27、48 例)明显减少,头痛(分别为 15、18 例)、头晕(分别为 10、14 例)略有减少,提示小半夏汤无明显毒副反应,在一定程度上还可减少恩丹西酮的副反应。

讨论 目前预防和治疗化疗所致的恶心、呕吐,西医常用康泉、枢复宁、盐酸恩丹西酮等药物。康泉价格昂贵。枢复宁、盐酸恩丹西酮虽然价格较低,但止吐作用较前者弱,且易产生便秘、腹胀等不良反应。

秘、腹胀等不良反应。

小半夏汤由半夏、生姜组成。功能祛痰降逆,为“呕家圣剂”。主治痰饮停胃,胃气上逆所致的呕吐。现代药理试验证明,制半夏有抑制呕吐中枢和胃液分泌的作用,还能抑制癌细胞生长。佐以温胃和中、降逆止呕的生姜,不仅能增强和胃降逆之功,还能制半夏之毒。两药相配,使胃气得降,诸证悉平。恩丹西酮联用小半夏汤预防肿瘤化疗所致的恶心呕吐,具有价格较低、疗效显著、副反应小等优点,值得推广应用。

(收稿 2001-06-25 修回 2001-12-28)

针药结合治疗室性早搏的临床观察

江苏省中医院(南京 210029)

苑志军 艾炳蔚

心律失常可见于各种器质性心脏病,亦可见于单纯性功能障碍。笔者在 1998 年 8 月~2001 年 7 月的临床工作中,通过针药结合治疗室性早搏取得了较好的疗效,兹报道如下。

临床资料

1 诊断标准 根据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》中室性早搏的诊断标准拟定:(1)提前出现 QRS-T 波群,其形态宽而畸形;(2)室性早搏之前无提前发出的 P 波;(3)室性早搏之后常有完全性代偿间歇;(4)可呈多源性、多形性、联律性。

2 病例选择 凡患者自觉胸痛、心悸、胸闷、头晕等症状,心电图(ECG)示室性早搏,24h 动态心电图,按 Lown 氏分级(0 级:无;I 级甲:偶尔发现(30 次/h,1 次/min);I 级乙:偶尔发现(30 次/h,>1 次/min);II 级:经常出现(>30 次/h);III 级:多源性;IV 级甲:反复出现连续 2 次;IV 级乙:反复出现短阵成串,最长的 7 次连在一起;V 级:提早出现的 R 波落在 T 波上,24h 中 1h 连续出现 3 次者),除去 I 级、IV 级乙和 V 级以及急性心肌梗死、严重心力衰竭的病例,凡有用口服抗心律失常药物指征者均可纳入,共计 66 例,采用随机单盲法将患者分为 2 组。针药结合组 35 例中,男性 19 例,女性 16 例;年龄 40~65 岁,平均(49.2 $\pm$ 4.3)岁;病程 0.5~15 年,平均(5.6 $\pm$ 1.4)年;药物治疗组 31 例中,男性 16 例,女性 15 例;年龄 41~60 岁,平均(47.8 $\pm$ 3.9)岁;病程 8 个月~13.5 年,平均(5.2 $\pm$ 1.7)年。

方法

1 针刺治疗 选取(1)内关、神门;(2)华佗夹脊穴 T4、T5;配穴足三里(双侧)。每次选 1 组穴位,配足三里,每日 1 次,交替选穴,每次留针 30min,症状明显的患者内关穴埋针。手法以平补平泻为主,足三里穴施以补法,共治疗 1 个月。

2 药物治疗 药物治疗组选用盐酸美西律片(慢心律片,每片 50mg,上海九福药业有限公司生产)口服治疗,每次 150mg,每天服 3 次,共治疗 1 个月。针药结合组:慢心律口服,每次 150mg,每天服 3 次,但用药 1 周后药量减为每次 100mg,每天服 3 次。本组服药与针刺治疗同步开始,共治疗 1 个月。

3 观察项目和方法

3.1 心电图及动态心电图检测。

3.2 两组症状积分测定 按(0~3)4 级记分。心悸(无为

0 分、偶尔为 1 分、时常为 2 分、经常且剧烈为 3 分) 乏力(无为 0 分、轻度为 1 分、中度为 2 分、重度为 3 分) 头晕(无为 0 分、偶尔为 1 分、时常为 2 分、经常且明显为 3 分) 心绞痛(无为 0 分、偶尔且短暂为 1 分、时常但休息可缓解为 2 分、经常且需服硝酸甘油方可缓解为 3 分)。采用 t 检验。

结果

1 疗效制定标准 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》中室性早搏的治疗疗效标准拟定:显效:治疗后经动态心电图检测早搏消失,心电图恢复正常;好转:治疗后经动态心电图检测早搏次数减少 50% 以上;无效:治疗后动态心电图检测早搏次数没有或仅少量减少。

2 两组疗效比较 治疗后,针药结合组 35 例中,显效 10 例,好转 21 例,无效 4 例,有效率为 88.6%;药物治疗组 31 例中,显效 6 例,好转 15 例,无效 10 例,有效率为 67.7%。表明针药结合组有效率明显优于药物治疗组($\chi^2 = 4.268, P < 0.05$)。

3 两组患者治疗前后室性早搏症状积分比较 针药结合组治疗前为 (10.03 ± 1.07) 分,治疗后为 (4.70 ± 0.57) 分;药物治疗组分别为 (9.87 ± 0.96) 、 (5.85 ± 0.64) 分,两组治疗后与治疗前比较,差异均有显著性($P < 0.01$),而治疗后针药结合组与药物治疗组比较,差异亦有显著性($P < 0.05$)。说明针药结合治疗心律失常较单纯药物治疗疗效好。

讨论 心律失常(室性期前收缩)属中医学“惊悸”的范畴。其主要病机为气血虚弱、痰火扰心、瘀血阻络等。近年来采用针灸疗法治疗心律失常取得了一定疗效。一般认为,针刺对心律失常疗效肯定,针刺对冲动起源异常的疗效优于冲动传导障碍;对室性早搏及房性早搏疗效较满意;而对房颤及各类传导障碍则疗效较差。但针刺治疗疗效的个体差异较大,针效维持时间不够长。因此我们采用针药结合治疗室性早搏,以期达到提高疗效,减少用药量,减少用药时间。内关阳维脉所系,善治心胸痛,对心悸、胸闷有良效;华佗夹脊穴 T4、T5 为经外奇穴,支配心脏的脊神经即由此发出;足三里健运脾胃以资生化之源而补养心血。诸穴共用,可达养心安神定惊之功。配合小剂量药物治疗可发挥药物和针刺的协同作用。

(收稿 2001-11-28 修回 2002-01-07)

降纤酶为主治疗不稳定型心绞痛 30 例

天津红十字会医院(天津 300130)

王化鹏 侯孟竹 高爱荣 邹 兰 张津亭

不稳定型心绞痛是指稳定型心绞痛和心肌梗死的中间状态,如不及时有效治疗极易发生心肌梗死。笔者于 1998 年 6 月~2000 年 10 月采用降纤酶为主治疗不稳定型心绞痛 30 例,取得满意疗效,现报道如下。

临床资料 所有患者符合 WHO 的冠心病不稳定型心绞痛诊断标准(初发劳累型心绞痛、恶化劳力性心绞痛及自发性心绞痛)。采用分层配对法设计,按心绞痛严重程度分为 4 层。将患者分配到各层中再随机分为治疗组、对照组。治疗组男性 18 例,女性 12 例,年龄 48~71 岁,平均 59.2 岁,病程 1 周~2 年,

平均 0.8 年,其中合并高血压者 10 例;对照组男性 18 例,女性 12 例,年龄 49~71 岁,平均 58.2 岁,病程 1 周~4 年,平均 1 年,其中合并高血压者 11 例。

治疗方法 入院后两组患者均完善各项化验检查,治疗组给予降纤酶治疗,第 1 天给予 10u,然后于发后第 3、5 日分别再给予 5u,均溶于 0.9% 氯化钠注射液 250ml 中,在 60min 内静脉滴注完,间隔期间应用 5% 葡萄糖注射液 250ml(糖尿病患者改用生理盐水)加入血塞通 0.4g 静脉滴注。对照组给予 5% 葡萄糖注射液 250ml(糖尿病患者改用生理盐水)加入复方丹参注射液 12ml、盐酸川芎嗪 150mg 静脉滴注,每日 1 次。两组于治疗期间均应用 10% 葡萄糖注射液 500ml、氯化钾 10ml、普通胰岛素 8u、硝酸甘油 5mg 静脉滴注,每日 1 次。两周为 1 个疗程。两组在治疗过程中除肝素等抗凝药物外,消心痛、地尔硫、卡托普利等扩张冠状动脉和降压药物可继续应用。

所有患者均于入院当时查心电图,出、凝血时间,凝血酶原时间,血小板计数,纤维蛋白原。治疗组在每次应用降纤酶后,于次日复查上述项目,对照组亦于相应日数复查有关检查。采用 χ^2 检验。

结果

1 疗效评定标准 采用 1993 年卫生部药政局制定的《心血管系统药物临床研究指导原则》评定。心绞痛症状疗效标准:用药后心绞痛消失或基本消失,硝酸甘油耗量减少 80% 以上为显效;心绞痛发作次数减少 50%~80% 及硝酸甘油耗量减少 50%~80% 为有效;心绞痛发作次数无明显减少,硝酸甘油耗量减少不足 50% 为无效;心绞痛发作次数增多,硝酸甘油耗量增加为加重。心电图疗效评价标准:治疗后静息心电图原有 ST 段压低或 T 波倒置恢复正常或 ST-T 改变有明显改善为显效;心电图缺血性 ST 段下降治疗后回升 1.5mm 以上但未正常,主要导联倒置 T 波变浅达 50% 以上或 T 波由平坦转为直立为有效;治疗前后无明显改变为无效;治疗后较治疗前有 ST 段下移 $>0.5\text{mm}$,主要导联 T 波倒置加深 $\geq 50\%$ 或直立 T 波变为平坦或倒置为加重。

2 治疗效果 心绞痛症状疗效:治疗组显效 10 例,有效 15 例,无效 5 例,总有效率 83.3%;对照组显效 4 例,有效 6 例,无效 12 例,加重 8 例,总有效率 33.3%。两组比较,差异有显著性($\chi^2 = 15.43, P < 0.01$),心电图疗效:治疗组显效 6 例,有效 18 例,无效 6 例,总有效率为 80.0%,对照组,有效 10 例,无效 12 例,加重 8 例,总有效率 33.3%。两组比较,总有效率差异有显著性($\chi^2 = 13.30, P < 0.01$)。

讨论 冠心病心绞痛是冠状动脉供血不足、心肌缺血及缺氧所引起的临床综合征。

降纤酶具有降低血浆纤维蛋白原、血液粘稠度和血小板聚集作用,血塞通具有增强冠脉血流量,扩张血管,降低冠状动脉血压,降低心肌耗氧量,抑制血小板聚集,降低血液粘稠度等作用,两药合用共同起到溶解血栓,改善微循环的作用,使濒临梗死的冠状动脉血管再通,使心肌缺血、缺氧得到根本改善。到目前为止,我们还没有发现降纤酶有严重的出血并发症。这与我们采用隔日给药方法不无关系的。认为降纤酶与血塞通注射液