

· 基层园地 ·

中药放疗增敏散对鼻咽癌放疗增敏作用的临床观察

广州医学院临床肿瘤研究中心

广州市肿瘤医院(广州 510095)

邬晓东 史建军 刘锦全 王兆武 王远东

笔者从 1999 年 10 月~2001 年 10 月采用中药放疗增敏散配合放射治疗 30 例鼻咽癌患者,并与单纯放射治疗 30 例进行临床对比观察,现报告如下。

临床资料 60 例均是经病理组织学和 CT 检查确诊,分期按“鼻咽癌新分期的研究”(癌症杂志 1992;11:290)执行。一般状况 Karnofsky 评分 ≥ 70 分,平均 76.5 分。无心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,精神病及低分化鳞状细胞癌且有颈淋巴结转移灶的鼻咽癌患者随机分为两组:实验组 30 例,其中男 23 例,女 7 例;年龄 28~60 岁,平均 50.5 岁;临床分期:Ⅱ期 21 例,Ⅲ期 9 例;颈淋巴结转移灶最大 7.2cm $\times$ 7.5cm,最小为 1cm $\times$ 2cm;对照组 30 例,其中男 24 例,女 6 例;年龄 27~60 岁,平均 51.3 岁;临床分期:Ⅱ期 22 例,Ⅲ期 8 例;颈淋巴结转移灶最大 7.0cm $\times$ 7.8cm,最小为 1.5cm $\times$ 2.0cm。两组一般资料比较,差异无显著性($P>0.05$)。

治疗方法

实验组用中药放疗增敏散配合放射治疗。中药放疗增敏散生药组成:丹参 20g 川芎 10g 红花 10g 赤芍 10g 沙参 30g 甘草 10g 金银花 10g。由广东省中医研究所附属一方药厂专门为实验提供的中药合煎浓缩颗粒冲剂,批号 0009148,每包 20g,每克含生药量 5g。实验组患者每天放射治疗前 0.5h 口服放疗增敏散 1 次,每次 1 包。放射治疗:采用本院放疗科钴⁶⁰或直线加速器 6MV 光子线加 X 线(210KV)分段外照射。鼻咽原发灶放射剂量约 70Gy,颈部淋巴结转移灶放射剂量 60~70Gy。全部均作连续放疗,每周 5 次,每次 2Gy,连续 7 周为 1 个根治疗程。

对照组单用放射治疗,方法同实验组。放疗后 3 个月复查鼻咽部 CT 及检查颈部淋巴结转移灶情况。

统计学方法 采用 χ^2 检验和 t 检验。

结果

1 近期疗效 根据 WHO 治疗恶性肿瘤评定标准(汤钊猷主编.现代肿瘤学.上海:上海医科大学出版社,1993:425,625)客观判定疗效,分完全缓解(CR):所有可见的病变完全消失至少 4 周;部分缓解(PR):肿瘤缩小 $\geq 50\%$,至少 4 周;无变化(NC):无明显变化至少 4 周,包括病变稳定,肿瘤扩大 $< 25\%$,缩小 $< 50\%$;病变扩展(PD):新病灶出现或原有病变扩大 $> 25\%$ 。

2 治疗结果 实验组 CR 25 例,PR 5 例,完全缓解率为 83.3%。对照组 CR 22 例,PR 8 例,完全缓解率为 73.3%。两组完全缓解率比较,差异无显著性($\chi^2=0.88, P>0.05$)。

3 两组颈部淋巴结转移灶缩小 50% 及完全消退的放疗剂量与放疗次数的关系 实验组颈部淋巴结缩小 50% 的放疗中位剂量为 29.47Gy,中位次数为 14.7 次;对照组分别为 37.47Gy、18.7 次,两组比较,差异有显著性($t=5.84, P<0.01$)。实验组颈部淋巴结完全消退的中位放疗剂量为 48.67Gy,中位次数为 23.5 次,对照组分别为 57.8Gy、28.9 次,两组比较,差异有显著性($t=6.23, P<0.01$)。

4 毒副反应 根据毒副反应分度标准(成人与儿童肿瘤内科手册.北京:学术期刊出版社,1988:32~35)评定放疗副反应包括恶心呕吐,口腔、咽粘膜反应及口干情况。恶心呕吐(Ⅰ度:恶心,Ⅱ度:暂时性呕吐,Ⅲ度:呕吐需治疗,Ⅳ度:难控制的呕吐)实验组 Ⅰ度 2 例,对照组:Ⅰ度 5 例,Ⅱ度 2 例。口腔、咽粘膜反应(Ⅰ度:红斑、疼痛,Ⅱ度:红斑、溃疡、可进食,Ⅲ度:溃疡、只进流汁,Ⅳ度:溃疡、不能进食)实验组 Ⅰ度 10 例,Ⅱ度 10 例,对照组 Ⅰ度 5 例,Ⅱ度 24 例,Ⅲ度 1 例。口干:实验组 20 例,对照组 30 例。两组比较,实验组放疗毒副反应较轻。

讨论 鼻咽癌是我国南方各省高发的恶性肿瘤之一,放疗治疗是目前最有效的治疗手段,我们观察放疗增效中药合煎浓缩颗粒冲剂对鼻咽癌放疗增敏效果,具有剂量准确、方便快捷的特点。

中医学认为活血化瘀药具有扩张血管、增加血流、降低血管阻力的作用,因而由丹参、红花、川芎、赤芍等组成的放疗增敏散可以使肿瘤区血流量增大,血运改善,加速鼻咽癌局部肿瘤消退。另外放射线作为一种热毒之邪作用于人体具有伤阴的特点,我们兼顾了养阴清热解毒法的运用,选择沙参、金银花、甘草中药配伍能改善和防止伤阴之候,诸药合用能缩短放疗治疗时间,减轻放射治疗副反应,达到对鼻咽癌放疗增敏作用的效果,其结果优于单纯放射治疗。

(收稿 2002-03-01 修回 2002-06-04)

祛脂护肝冲剂治疗酒精性脂肪肝的临床观察

山东省烟台市中医医院(山东 264000)

鞠丽君 鞠传兰 汪 萌

为了控制酒精性脂肪肝的进一步发展,笔者采用本院研制的中药祛脂护肝冲剂,对该病进行了观察治疗,现将观察结果报告如下。

临床资料 130 例均来自本院门诊和住院患者,按就诊序号(约 3:1)随机分为治疗组和对照组。治疗组 100 例中,男 72 例,女 28 例;年龄 30~65 岁,平均 48 岁;病程 1~10 年,平均 4.9 年;轻、中、重度酒精性脂肪肝分别为 8、51、41 例; γ -谷氨酰转移酶(γ -GT)异常 35 例。对照组 30 例中,男 20 例,女 10 例;年龄 32~65 岁,平均 49 岁;病程 1~13 年,平均 4.8 年;轻、中、重度酒精性脂肪肝分别为 3、13、14 例; γ -GT 异常 12 例。所有患者均经 B 超检查,符合酒精性脂肪肝特征,并参照以下标准:(1)饮酒时程 > 5 年,饮酒量 $> 150\text{g/d}$;(2)肝脏明显增大;(3) γ -GT 明显增高;(4)除外乙型肝炎病毒感染;(5)超声检

查 肝大,近场回声密集增强,远场回声衰减;(6)肝穿刺活检:肝细胞脂肪变性大于 $1/3$;(7)戒酒后肝脏缩小,超声检查脂肪肝变图像改善。其中达到(1)、(2)、(4)、(5)即可做出临床诊断。两组病例在年龄、性别及病程方面差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

治疗方法 治疗组:口服祛脂护肝冲剂(由虎杖、黄芩、郁金、茵陈蒿、何首乌、泽泻、白芍、丹参 8 味中药组成,按 3:1:1:1.5:1:1:1:3 比例水煮浓缩、烘干制颗粒装袋,每袋 10g,每克含生药量 9g,本院制剂室制备),每次 10g,每日 3 次。对照组:服用非诺贝特(每片 0.1g,广州威尔曼药业生产),每次 0.1g,每日 3 次。两组疗程均为 1 个月。凡经确诊患者均于治疗前 7 日始忌酒并停服其他药物,治疗前 1 日晚上不进高脂饮食,次日晨空腹抽取静脉血查肝功能、血脂,并做血、尿常规检查,同时固定操作人员应用德国西门子小狮王黑白 B 超仪(探头频率为 3.5MHz),常规探查肝脏,肝脏 B 超积分参照《超声医学》制定,分 0~3 分计分。疗程结束后上述检查重复 1 次。服药其间临床症状及体征每周记录 1 次,不良反应随时记录。组间百分率比较采用 χ^2 检验,组间均数比较用方差分析 t 检验。

结 果

1 疗效标准 治愈 症状及体征消失,B 超检查肝脏形态及实质恢复正常, γ -GT 正常,血脂正常;有效 症状、体征好转,B 超积分至少有 3 项指标每项比治疗前下降 1 分或 1 分以上, γ -GT、血脂正常或好转;无效 未达到好转标准或加重者。

2 疗效 治疗组 100 例中治愈 60 例,有效 32 例,无效 8 例,总有效率为 92.0%。对照组 30 例中治愈 10 例,有效 10 例,无效 10 例,总有效率为 66.7%,两组总有效率比较,差异有显著性($\chi^2 = 10.9, P < 0.01$)。

3 两组治疗前后 γ -GT 测定结果比较 见表 1。 γ -GT 治疗组治疗后与治疗前及对照组治疗后比较,差异均有显著性($P < 0.01$)。

表 1 两组治疗前后 γ -GT 测定结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	异常例数		γ -GT(U/L)
治疗	35	治疗前	96.0 $\pm$ 12.3
		治疗后	31.0 $\pm$ 6.4 * Δ
对照	12	治疗前	89.0 $\pm$ 10.7
		治疗后	58.0 $\pm$ 7.6 *

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$

4 两组治疗前后血脂变化比较 见表 2。两组患者治疗后血脂均有明显下降($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前后血脂变化比较 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	TC	TG	LDL-C	HDL-C
治疗	6.60 $\pm$ 1.12	3.32 $\pm$ 1.22	3.86 $\pm$ 0.76	0.82 $\pm$ 0.16
(100)	5.64 $\pm$ 0.86 *	2.46 $\pm$ 0.86 *	2.86 $\pm$ 0.70 *	1.74 $\pm$ 0.24 *
对照	6.58 $\pm$ 0.97	3.34 $\pm$ 1.28	3.68 $\pm$ 0.78	0.86 $\pm$ 0.18
(30)	5.49 $\pm$ 0.82 *	2.34 $\pm$ 0.88 *	2.88 $\pm$ 0.66 *	1.68 $\pm$ 0.18 *

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;()内数据为例数

5 不良反应 治疗后两组均未发现明显的不良反应。

讨 论 中医学认为,酒精性脂肪肝其形成之主因为长期

饮酒无度及过食肥甘厚味。酒为大热有毒之品,嗜酒日久,热毒内生,可损及脾胃,伤及肝胆。祛脂护肝冲剂选用虎杖来清泄中焦瘀滞,选用善于走散通行、活血化瘀之丹参来祛除肝经之瘀结,配以郁金既能活血,又能行气解郁;黄芩、茵陈蒿可增加本方清热燥湿解毒之功;另选用泽泻利水化浊,增加补肝血、敛肝阴之何首乌、白芍,以防利湿伤阴耗血之弊。诸药相配,共奏清热解酒、祛痰化瘀之功效。

现代医学认为,酒精性脂肪肝的形成,主要因为:(1)脂质在肝内氧化减少;(2)肝内甘油三酯合成增加;(3)外周脂肪动员和肝利用循环脂肪增加;(4)肝脂蛋白的释放减少。现临床上常用的治疗酒精性脂肪肝的药物有血脂调节药、胆碱、维生素 B 族和维生素 E 等,均缺乏特异性,且不良反应和局限性较大,远非理想。而本观察效果显示,中药祛脂护肝冲剂能祛除肝脂,保护肝功能,明显改善临床症状和体征,体现了中医药治疗酒精性脂肪肝的优势,有进一步研究的价值。

(收稿 2002-01-17 修回 2002-05-21)

中西医结合治疗食道异物的效果观察

广西北海市人民医院耳鼻喉科(广西 536000)

刘雄光

1990 年 1 月~2000 年 1 月,我们将因鱼刺所致的食道异物而来院就诊的 300 例患者,随机分成 3 组,采用中药、西药、中西医结合 3 种不同的方法进行治疗,现报告如下。

临床资料 300 例患者按就诊先后,分成 A、B、C 3 组,每组 100 例,A 组男性 57 例,女性 43 例,年龄 9~88 岁,其中 9~18 岁为 21 例,18~60 岁为 43 例,60 岁以上为 36 例,平均(42.1 $\pm$ 17.9)岁,病程 0.5~24h,平均(3.0 $\pm$ 5.2)h。B 组男性 62 例,女性 38 例,年龄 11~78 岁,其中 11~18 岁为 16 例,19~60 岁为 46 例,60 岁以上为 38 例;平均(36.5 $\pm$ 19.8)岁,病程 0.5~24h,平均(2.8 $\pm$ 6.2)h。C 组男性 63 例,女性 37 例;年龄 10~81 岁,其中 10~18 岁为 23 例,19~60 岁 37 例,60 岁以上为 40 例,平均(38.7 $\pm$ 16.7)岁,病程 0.5~24h,平均(2.6 $\pm$ 4.6)h。以上大部分患者鱼刺卡喉后未做任何处理而就诊,少数在家曾服用过食用醋无效而就诊。所有患者均有吃鱼类史,吃鱼时即觉鱼刺卡喉,觉颈段或胸骨后疼痛,进食时疼痛加剧,随时间推移,上述症状加重,食道吞棉钡透视阳性。异物停留位置:A 组位于食道第一狭窄 78 例,第二狭窄 16 例,第三狭窄 6 例;B 组分别依次为 81 例、17 例及 2 例;C 组分别依次为 83 例、8 例及 9 例。3 组停留位置比较差异无显著性。

治疗方法 A 组(采用中西医结合治疗方法):用阿托品 0.5mg 皮下注射,安定 10mg 肌肉注射,同时口服中药汤剂 200ml(威灵仙 30g,乌梅 15g,先加水 200ml 慢火煎 20min 剩 150ml 汤剂后盛入容器中,然后把其药渣再加水 100ml,慢火煎 20min 剩 50ml 后,把药汤倒入原药液混和),慢慢吞服。30min 后在 X 光监视下吞棉钡 1~3 次(即第 1 次吞棉钡时异物未能咽下,则再吞第 2、3 次);B 组(采用西药治疗):用上述西药加