

结 果

1 客观疗效比较 近期疗效根据 WHO 抗癌治疗客观效果判定标准(孙燕主编.临床肿瘤内科手册.第3版.北京:人民卫生出版社,1998:33,25—26)。完全缓解(CR)部分缓解(PR)无变化(NC)进展(PD),有效率为CR率和PR率之和。治疗组140例,CR48例,PR65例,NC19例,PD8例,有效113例,有效率80.7%;对照组140例,CR29例,PR73例,NC29例,PD9例,有效102例,有效率72.9%,治疗组疗效比对照组高,但差异无显著性($P>0.05$)。

2 免疫功能变化 见表1。两组治疗前差异无显著性,治疗组治疗前后无差异,两组治疗后差异有显著性($P<0.05$),对照组治疗前后比较差异有显著性($P<0.05$)。提示治疗组放、化疗后免疫功能基本无变化。

表 1 两组患者治疗前后 T 淋巴细胞亚群比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CD3(%)	CD4(%)	CD8(%)	CD4/CD8
治疗	140	治前 54.30±5.78	32.27±7.04	20.49±8.87	1.57
		治后 56.90±8.13 [△]	32.80±9.28 [△]	20.10±9.02 [△]	1.63
对照	140	治前 54.20±4.76	32.01±6.04	20.34±6.87	1.60
		治后 51.20±7.89*	24.72±8.90*	16.93±4.39*	1.53

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$

3 毒性反应评价 按 WHO 抗癌药急性和亚急性毒性表现与分级标准(同前述文献),严密观察治疗过程中可能出现的各种不良反应,两组放、化疗近期毒性反应,主要为恶心、呕吐,白细胞减少及疲乏,其中主要分析恶心、呕吐反应(Ⅲ~Ⅳ度),粒细胞抑制(Ⅲ~Ⅳ度)及疲乏发生率。治疗组恶心、呕吐75例(53.6%)粒细胞抑制65例(46.4%)疲乏70例(50%);对照组恶心、呕吐121例(86.4%)粒细胞抑制119例(85%)疲乏99例(70.7%),两组比较差异有显著性($P<0.01$),提示艾迪注射液有减轻放化疗毒性的作用。

4 生活质量评价(按卡氏评分)治疗后卡氏评分增加 ≥ 10 分为显效,增加 <10 分为有效,减少 ≥ 10 分为无效。治疗组显效10例(7.1%)有效78例(55.7%)无效52例(37.1%),总有效率62.9%;对照组显效5例(3.6%)有效68例(48.6%)无效67例(47.9%),总有效率(52.1%)。两组总有效率比较差异有显著性($\chi^2 \approx 4.66, P<0.05$)。

讨 论 艾迪注射液是以人参、黄芪、刺五加和斑蝥为主要成分,应用现代科学技术精制提取的一种双相、广谱抗癌药。本研究表明治疗组的近期疗效较之对照组差异无显著性。同时显示治疗组免疫功能在放、化疗后虽略有下降,但均在正常范围内,而对照组则明显下降。本组资料还表明治疗组的血象下降,消化道反应及全身疲乏症状的发生率较对照组低。

综上所述,艾迪注射液不仅能够提高放、化疗后的机体免疫功能、升高白细胞,并能改善患者的生活质量,从而保证放、化疗的顺利进行,是一种安全有效,值得推广的药物。

(收稿 2003-01-20 修回 2003-06-10)

针刺治疗脑出血的临床观察

河南省安阳安钢职工医院(河南 455004) 刘晓辉

2001 年 8 月—2002 年 9 月,笔者在常规治疗的同时早期配

合针刺治疗脑出血患者,疗效满意。现将结果报告如下。

临床资料 入选的60例均是我院神经内科住院患者,均经头颅CT证实确诊为脑出血,并排除破入脑室的出血及脑叶、小脑出血、蛛网膜下腔出血,出血量小于50ml。将60例患者按住院先后随机分成治疗组和对照组,每组30例。其中,治疗组男18例,女12例,年龄43~77岁,平均60.5岁;文化程度初中及以下学历16例,高中及以上学历14例;发病时间2~72h,平均12h。对照组男17例,女13例,年龄39~78岁,平均59.5岁;文化程度初中及以下学历18例,高中及以上学历12例;发病时间2~60h,平均14h。

治疗方法 治疗组在应用脱水剂、神经营养剂、细胞活化剂及对症处理的同时,加用针刺治疗。针刺以头针为主体针为辅,头针选穴运动区、感觉区、足动感区、言语二区、晕听区等,据临床症状加减选区,用30号1.5寸毫针,针刺得气后以180~200r/min的频率捻转2min,留针30min,中间行针1~2次,起针后再随症选体针经穴8~12个,强刺激,不留针。每日1次,12次为1个疗程,疗程间隔5天,共治疗2个疗程。对照组单用脱水剂、神经营养剂、细胞活化剂及对症处理,用药、用量、用法均同治疗组,30天评定疗效。

比较两组治疗前后神经功能缺损积分值及患者总的生活能力。治疗前后分别进行头颅CT检查,比较两组出血灶周围水肿及血肿吸收情况。

结 果

1 疗效评定标准 参照全国第四届脑血管病会议制定的脑卒中神经功能缺失评分标准[中风与神经疾病杂志2001;(4):240]。基本痊愈:功能缺损评分减少91%~100%,病残程度0级;显著进步:功能缺损评分减少46%~90%,病残程度1~3级;进步:功能缺损评分减少 $<18\%$;恶化:功能缺损评分增加 $>18\%$ 。

2 临床疗效 治疗组基本痊愈7例,显著进步15例,进步6例,恶化2例,总有效率93.3%;对照组基本痊愈3例,显著进步8例,进步11例,恶化8例,总有效率73.3%。

3 两组治疗前后神经功能缺损积分值比较 见表1。两组治疗后神经功能缺损积分均降低($P<0.01$),两组治疗后比较差异有显著性($P<0.01$)。

表 1 两组神经功能缺损积分比较 (分 $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	神经功能缺损积分
治疗	30	治前 17.20±8.90
		治后 5.67±2.65* [△]
对照	30	治前 16.32±6.30
		治后 7.33±2.60*

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

4 头颅CT 治疗后7天,治疗组出血灶周围水肿带不明显,对照组有轻度的水肿;治疗后15天,治疗组血肿完全吸收5例,部分吸收10例,血肿周围水肿带较7天时明显,对照组血肿完全吸收2例,部分吸收10例,周围水肿明显;治疗后30天,治疗组血肿完全吸收18例,部分吸收7例,血肿周围水肿带明显缩小,有的甚至未见水肿,对照组血肿完全吸收5例,部分吸收

23 例,大部分血肿周围水肿明显。

讨 论 脑出血的基本病理改变为血肿及其周围的水肿带,脑出血后血肿周围缺血是引起水肿的重要因素。许多动物实验、临床及影像学研究均证实:血肿周围局部脑血流量下降,其所累及的范围远远大于出血区,且水肿区域与脑血流下降范围基本一致。针灸能有效治疗脑血管病,它可以改善脑缺血患者的脑血流量,从而减轻因缺血而导致的神经功能损害和恢复已经受到损害的脑神经。尤其是头针更能反射性增加皮质的血流量,改善皮质缺氧状态,促进皮质功能的恢复。笔者对符合入选标准的 30 例脑出血患者进行针刺观察,并设对照组比较,结果发现脑出血早期在常规应用脱水剂、神经营养剂、细胞活化剂及对症处理的同时,配合针刺治疗确能收到良好的效果,不但完全无任何副作用,且无论从临床症状体征还是影像学对比,均较对照组疗效显著且差异明显。早期配合针刺治疗确实不失为治疗脑出血的新途径。

(收稿 2002-12-15 修回 2003-03-06)

中西医结合治疗慢性前列腺炎的 疗效分析

天津市第三医院天津市职业病防治院泌尿科(天津 300250)
宁 刚 王佩军 刘 杰

自 1997 年 2 月—2002 年 3 月,笔者对 318 例慢性前列腺炎患者用不同方法分组治疗,观察疗效,现将治疗结果报告如下。

资料与方法

本组 318 例,随机分为西药组 102 例、中药组 93 例及中西医结合组 123 例。西药组年龄 17~45 岁,平均 30 岁,病程 2~60 个月,平均 8 个月。中药组年龄 20~43 岁,平均 29 岁,病程 2~63 个月,平均 8.7 个月。中西医结合组年龄 19~49 岁,平均 33 岁,病程 3~72 个月,平均 8.5 个月。3 组患者均主诉有会阴、睾丸、腰骶、腹股沟及耻骨上区疼痛坠胀,尿道不适等症状,经肛门指诊、前列腺液常规及 B 超等检查,诊断为慢性前列腺炎。

西药组口服阿夫唑嗪(杭州赛诺菲圣德拉堡民生制药有限公司)5mg 2 次/d,美满霉素(苏州立达制药有限公司)0.1g 2 次/d。中药组中药每日 1 剂,早晚 2 次煎服,方药组成:知母、丹参、山萸肉、女贞子、王不留行各 15g,黄柏 10g、败酱草、木通、车前子、滑石、牛膝、鳖甲各 10g。另用中药布包(败酱草、三棱、莪术、白花蛇舌草等)煎洗坐浴。中西医结合组采用上述两组治疗方法。均治疗 4 周。

观察指标:前列腺炎症状改变、前列腺液检查及尿动力学检测,并记录药物不良反应。

统计学方法:采用 SPSS 统计软件。计量资料用 t 检验,以均数±标准差表示,计数资料用 χ^2 检验。

结 果

1 疗效评定标准 临床近期治愈:症状消失,前列腺液检

查 2 次(禁欲 4 天后检查,间隔 1 周),白细胞每高倍视野少于 6 个,卵磷脂小体 75% 以上。有效:症状显著减轻或白细胞每高倍视野少于 10 个,卵磷脂小体 50% 以上。无效:症状无减轻,前列腺液检查 2 次无改变或加重。

2 临床疗效 西药组 102 例,临床近期治愈 43 例(42.2%),有效 27 例(26.5%),无效 32 例(31.4%),总有效率 68.6%。中药组 93 例,临床近期治愈 50 例(53.8%),有效 19 例(20.4%),无效 24 例(25.8%),总有效率 74.2%。中西医结合组 123 例,临床近期治愈 79 例(64.2%),有效 35 例(28.4%),无效 9 例(7.3%),总有效率 92.7%。中西医结合组总有效率较西药组及中药组明显提高($P<0.05$)。西药组与中药组比较差异无显著性($P>0.05$)。

3 尿流率 见表 1。西药组和中西医结合组治疗后最大尿流率(MFR)、平均尿流率(AFR)均有所提高($P<0.05$),且与中药组治疗后比较,差异有显著性($P<0.05$);中药组治疗前后 MFR、AFR 无明显变化($P>0.05$)。

表 1 3 组治疗前后尿流率变化情况 (ml/s, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数		MFR	AFR
中西医结合	123	治疗前	19.2±3.7	10.7±2.8
		治疗后	23.5±4.2*△	13.4±2.5*△
西药	102	治疗前	19.0±4.3	10.5±3.2
		治疗后	23.1±3.9*△	13.7±3.1*△
中药	93	治疗前	19.3±5.1	10.4±2.6
		治疗后	19.9±4.6	10.6±3.4

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与中药组治疗后比较,△ $P<0.05$

4 药物不良反应 3 组患者在治疗期间除西药组 1 例、中西医结合组 2 例出现头晕外,余未见明显不良反应。

讨 论 慢性前列腺炎是泌尿科最常见疾病,因其表现形式多样也称慢性前列腺炎综合征。主要包括慢性细菌性前列腺炎、慢性非细菌性前列腺炎和前列腺痛。但由于慢性细菌性前列腺炎在慢性前列腺炎患者中仅占 5%~20%,所以临床上单用抗生素治疗效果不佳。有学者认为本病可能与前列腺内尿液反流有关。前列腺反复受到反流尿液的刺激及所携带病原体的侵犯,形成结石后还可产生化学性刺激,是慢性前列腺炎治疗效果欠佳的另一原因。

美满霉素对前列腺有很强的渗透力,在前列腺组织中能维持较高的杀菌浓度。同时结合中药内服使之疗效具有叠加作用。有资料证明败酱草、黄柏、丹参、白花蛇舌草具有抑菌、消炎、增强免疫力作用,丹参、王不留行、牛膝、鳖甲具有扩展末梢循环,抑制结缔组织增生,软化前列腺组织,既降低了后尿道压力,减少前列腺内尿液反流;又促进前列腺组织的血液循环,提高组织中的药物浓度,增强抗菌效应。由于会阴部皮肤对药物吸收率高,中药坐浴、局部热敷可促进血液循环,使药效成分很快进入前列腺组织,并达到较高浓度。

(收稿 2003-04-20 修回 2003-06-10)