

参 30g 黄芪 15g 茯苓 15g 淮山药 30g 白术 12g 生地 15g 熟地 15g 天冬 15g 麦冬 15g 甘草 6g。胸痛者加玄胡 20g 郁金 15g 佛手 12g; 发热者加半枝莲 30g 大青叶 30g 石膏 30g 鱼腥草 30g; 恶心呕吐者加砂仁 10g 佩兰 12g 神曲 12g 麦芽 30g。每天 1 剂, 分早、晚煎服。TACE 前后各服药 1 周。

2 观察项目 胸痛(无痛、轻度:可以忍受的轻微疼痛;中度:疼痛较剧烈,须服用消炎痛或口服宁方能缓解;重度:疼痛剧烈,不能忍受,须用杜冷丁方能缓解)、发热(轻度:37.1~38℃,中度:38.1~39℃,重度:39℃以上)、恶心呕吐(按 WHO 抗癌药急性及亚急性毒性反应分级标准)。

3 统计学方法 采用 χ^2 检验。

结果

1 两组疗效比较

1.1 两组患者胸痛发生率(按无痛、轻度、中度、重度顺序):中西组分别为 25%(16/64 例)、50%(32/64 例)、23.4%(15/64 例)、1.6%(1/64 例);对照组分别为 10.2%(6/59 例)、39.0%(23/59 例)、42.4%(25/59 例)、8.5%(5/59 例),两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

1.2 两组患者发热发生率(按正常、轻度、中度、重度顺序):中西组分别为 3.1%(2/64 例)、29.7%(19/64 例)、48.4%(31/64 例)、18.8%(12/64 例);对照组分别为 1.7%(1/59 例)、13.6%(8/59 例)、44.1%(26/59 例)、40.7%(24/59 例),两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

1.3 两组患者恶心呕吐发生率(按 0、I、II、III、IV 度顺序):中西组分别为 23.4%(15/64 例)、37.5%(24/64 例)、29.7%(19/64 例)、9.4%(6/64 例)、0 例;对照组分别为 6.8%(4/59 例)、22.0%(13/59 例)、49.2%(29/59 例)、20.3%(12/59 例)、1.7%(1/59 例)。两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

2 不良反应 中西组在临床使用时未发现明显不良反应。

讨论 中医学认为,肺癌的发生、发展与人体正气虚有关,与脾脏也有密切联系。TACE 后不良反应的发生与药物的直接和间接毒性有关。因此,我们在西药对症处理的基础上,中西组在 TACE 前、后服用健脾益气养阴中药,以扶助正气,提高机体对 TACE 的耐受性,再根据 TACE 后综合征的不同症状选药,取得较好疗效。基本方中党参、黄芪、茯苓、淮山药、白术、甘草健脾益气,生地、熟地、麦冬、天冬养阴。TACE 后疼痛者加玄胡、郁金、佛手以行气止痛,发热者加半枝莲、大青叶、石膏、鱼腥草以清热解毒,恶心呕吐者加砂仁、佩兰、麦芽、神曲以醒脾、消食止呕。诸药配伍,使患者临床症状改善,生活质量提高。

(收稿 2003-06-03 修回 2003-08-05)

贞芪扶正颗粒用于急性白血病患者完全缓解后强化及维持化疗期辅助治疗的临床观察

浙江省绍兴市人民医院 浙江 312000)

封蔚莹 钮易蓓 钟永根 邵剑峰

1998 年 2 月—2003 年 2 月,我们对 45 例急性白血病患者

完全缓解后强化及维持化疗期联合应用贞芪扶正颗粒,并与单用强化及维持化疗的 30 例作对照,报道如下。

临床资料 75 例急性白血病为我院确诊住院患者,均处于初治缓解后强化及维持化疗阶段,按入院前后顺序随机分为两组。治疗组 45 例,男 21 例,女 24 例,年龄 15~72 岁,中位年龄 37 岁;急性髓系白血病(AML)28 例,急性淋巴细胞白血病(ALL)17 例。对照组 30 例,男 14 例,女 16 例,年龄 18~70 岁,中位年龄 38 岁;AML 19 例,ALL 11 例。两组资料比较差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

治疗方法 两组患者均常规化疗缓解后强化及维持化疗,即采用每月 1 次化疗,AML 以 DA(柔红霉素+阿糖胞苷)或 HA(高三尖杉酯碱+阿糖胞苷),与 MA(米托蒽醌+阿糖胞苷)、EA(足叶乙甙+阿糖胞苷)、AA(阿克拉霉素+阿糖胞苷)等交替化疗;ALL 以 VDR(长春新碱+柔红霉素+强的松)或 VDLF(VDP+左旋门冬酰胺酶)与 EA、HD-MTX(大剂量甲氨蝶呤)等交替化疗,并行 MTX 鞘内化疗预防脑膜白血病,化疗结束后服西药利血生 20mg/次,每日 3 次。治疗组加用贞芪扶正颗粒(由贞芪子、黄芪组成,为黄棕色颗粒,15g/袋,由吉林通化白山药业股份有限公司生产),每次 1 袋冲服,每日 2 次。对照组不加其他药物。两组均连用 3 个月统计疗效。

观察指标 (1)临床症状观察:食欲、睡眠、疲乏、精神状态、感染发热、出血等的发生率及严重程度;一般生活(食欲、睡眠、疲乏、精神状态)质量评分,每个因素按照正常向不良分化,分 5 个等级(分别为 1、2、3、4、5 分)进行总分评价,满分为 20 分。(2)化疗过程中每 3~5 天检查 1 次血常规,院外随访每周 1 次血常规,每次化疗前检查骨髓常规。(3)免疫功能观察:1 个疗程前后各以流式细胞仪检测 1 次 T 淋巴细胞亚群。

统计学方法 计量资料采用 t 检验。

结果

1 两组患者临床情况观察 治疗组发生感染共 9 例次,其中上呼吸道感染 7 例次,肠道感染 1 例次,尿路感染 1 例次,感染至恢复正常时间(5.7 ± 1.6)天;对照组发生感染共 11 例次,其中肺部感染 8 例次,急性肠道感染 1 例次,败血症 1 例次,严重肛周感染 1 例次,感染至恢复正常时间(10.1 ± 3.4)天,两组感染时间比较差异有显著性($P<0.05$)。一般生活质量评分:治疗组为(15.1 ± 1.9)分,对照组为(9.1 ± 2.1)分,治疗组生活质量明显优于对照组($P<0.05$)。

2 两组患者外周血情况 化疗后外周血 WBC:治疗组为(0.73 ± 0.35) $\times 10^9/L$,对照组为(0.69 ± 0.40) $\times 10^9/L$,两组比较差异无显著性;化疗结束至 WBC 恢复正常持续时间:治疗组为(11.1 ± 2.3)天,对照组为(17.1 ± 2.3)天,治疗组优于对照组($P<0.05$)。外周血 Hb 及 PLT 比较差异无显著性(具体数据略)。

3 两组患者治疗前后 T 细胞亚群测定结果 见表 1。治疗前两组患者 CD_3^+ 、 CD_4^+ 、 CD_8^+ 、 CD_4^+/CD_8^+ 比较差异无显著性,治疗后治疗组 CD_3^+ 、 CD_4^+ 、 CD_4^+/CD_8^+ 均明显升高($P<0.05$ 或 $P<0.01$),且优于对照组($P<0.05$)。而 CD_8^+ 治疗前后比较差异无显著性。对照组治疗前后上述指标比较差异无显著性。

表 1 两组患者治疗前后 T 细胞亚群测定结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	CD ₃ ⁺ (%)	CD ₄ ⁺ (%)	CD ₈ ⁺ (%)	CD ₄ ⁺ /CD ₈ ⁺
治疗组	53.5±10.0	30.0±8.0	29.0±8.7	1.2±0.5
治疗前	53.5±10.0	30.0±8.0	29.0±8.7	1.2±0.5
(45)治疗后	69.5±3.8**△	39.5±7.1*△	27.0±3.2	1.5±0.3*△
对照组	53.6±9.1	30.7±9.2	29.4±8.4	1.1±0.6
(30)治疗后	52.5±3.8	30.5±7.5	28.5±3.1	1.1±0.2

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$ ()内数据为例数

4 不良反应 治疗组在服药过程中均未见明显的不良反应发生。

讨论 急性白血病中医将其归属“虚劳、血症”等范畴,不同病期表现不同征候,早期常正盛邪实,应祛邪为主,佐以扶正,化疗后完全缓解期多因气血耗伤,有明显虚象,宜扶正。贞芪扶正颗粒由黄芪、女贞子组成,具益气、扶正、补肾、保护骨髓之功效。药理研究发现,女贞子具升高白细胞、增进免疫功能作用;黄芪能刺激骨髓粒单系、红系造血祖细胞增殖和分化以及骨髓基质细胞增殖,使降低的骨髓有核细胞数及外周血象回升,并增强 T 淋巴细胞活性,削弱或消除抑制性淋巴细胞活性,促进机体细胞免疫功能。本研究观察 45 例急性白血病完全缓解期强化及维持化疗同时服用贞芪扶正颗粒,细胞免疫功能均有不同程度增强,与对照组比较,外周血白细胞上升较快,感染率减少,感染期缩短,明显改善患者的临床症状,平安渡过化疗期,并提高生活质量。

(收稿 2003-04-20 修回 2003-07-26)

尿毒清配合腹膜透析治疗尿毒症 40 例

广西百色地区人民医院肾内科(广西 533000) 王三亨

1999 年 8 月—2002 年 8 月,我院采用尿毒清配合腹膜透析治疗尿毒症 40 例,并与单行腹膜透析治疗的 40 例作对照观察,现报告如下。

临床资料 80 例均为住院患者。尿毒症符合透析指征诊断标准(叶任高等主编,肾脏病诊断与治疗,北京:人民卫生出版社,1999:568—570)。根据入院先后次序随机分为两组。治疗组 40 例,男 22 例,女 18 例;年龄 32~72 岁,平均(38.3±8.4)岁;病程 5~23 个月,平均(13.8±6.2)个月;原发病:慢性肾小球肾炎 19 例,高血压肾病 6 例,糖尿病肾病 6 例,狼疮性肾病 5 例,多囊肾 3 例,梗阻性肾病 1 例。对照组 40 例,男 21 例,女 19 例;年龄 34~69 岁,平均(37.6±9.3)岁;病程 6~25 个月,平均(13.6±5.8)个月;原发病:慢性肾小球肾炎 17 例,高血压肾病 7 例,糖尿病肾病 8 例,狼疮性肾病 4 例,多囊肾 2 例,梗阻性肾病 2 例。两组资料比较差异无显著性($P>0.05$)具有可比性。

治疗方法 两组均采用 Baxter 公司生产的双联腹膜透析装置及双联腹透液(每袋 2 000ml,浓度为 1.5%、2.5%、4.25%),置管后先作间歇性腹膜透析(IPD)7 天,每天 8~12 组,每组 700ml,后作持续不卧床腹膜透析(CAPD),每天 4 组,

每组 2 000ml。均采用相同的食谱和西药对症治疗。治疗组同时加用尿毒清冲剂(由黄芪、胡芦巴、鱼腥草、鹿衔草、制大黄、川芎、黄连、枳实、半夏、茯苓等药物组成,每包 5g,含生药 3.5g,第一军医大学广州康臣制药厂生产),每日 4 次,早、中、晚各 1 包,夜间 2 包冲服。两组疗程均为 2 个月。观察并记录治疗前后的临床症状、透析次数,测定尿素氮(BUN)、内生肌酐清除率(CCr)、血清总蛋白、血红蛋白(Hb)、电解质、肝功能、血糖等。统计学方法:计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

结 果

1 两组患者临床症状改善情况 治疗组治疗后消化道症状(恶心、呕吐)均消失(100.0%)精神好转(90.0%),乏力改善(87.5%)水肿减轻(82.4%),对照组分别为 75.0%、65.0%、65.0%、60.6%,两组间比较差异有显著性($\chi^2=5.59\sim11.42$, $P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

2 两组患者肾功能和部分生化指标变化 见表 1。BUN、CCr、血清总蛋白和 Hb 两组患者治疗后均较治疗前改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$),且治疗组治疗后 BUN 较对照组明显下降($P<0.01$),CCr、血清总蛋白、Hb 均较对照组升高($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表 1 两组患者治疗前后 BUN、CCr、血清总蛋白及 Hb 测定结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	BUN (mmol/L)	CCr (ml/min)	血清总蛋白 (g/L)	Hb (g/L)
治疗组	45.1±7.8	9.6±5.3	49.1±3.1	65.8±6.5
治疗前	45.1±7.8	9.6±5.3	49.1±3.1	65.8±6.5
治疗后	14.1±2.1**△△	19.2±2.3**△△	75.1±4.5**△	97.8±8.7**△
对照组	44.1±6.9	10.1±4.9	48.5±3.2	64.1±6.5
治疗后	22.2±2.3**	11.6±2.1**	67.3±5.1*	79.1±8.7*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$,两组均为 40 例

3 两组患者所行的腹透次数比较 对照组 2 个月共行腹透 10 440 例次,治疗组为 6 786 例次。治疗组腹透次数较对照组减少了 35%。

4 不良反应情况 治疗组服用尿毒清后可有大便稀烂,每日 2~3 次,尿量稍增多,未见有电解质紊乱、肝功能受损及血糖升高等现象。

讨论 尿毒症的病机复杂,中医学可概括为虚、瘀、浊毒,脾肾亏虚是其病机关键,治疗上必须立足于这两方面。尿毒清方中黄芪补脾气、消水肿,胡芦巴温肾阳,鱼腥草、鹿衔草清热除湿解毒,凉血活血又温阳,能扩张肾小球毛细血管,增加肾血流量,既能减少蛋白漏出,又能降低血压[河北中医 2002;24(6):432],制大黄通腑泄浊,使浊毒之邪从大便而解,可改善氮质代谢,纠正脂质紊乱,清除自由基,黄连、半夏、枳实、茯苓等对浊毒犯胃引起的胃脘不适、恶心、呕吐等症有良效,黄芪尚具有提高机体免疫力,促进蛋白质合成,减少蛋白漏出作用。尿毒清能降低 BUN,提高 CCr,延缓肾功能衰竭进展与腹膜透析疗效协同,还可改善胃肠道症状,增加食欲,提高血清总蛋白及血红蛋白,补充了腹膜透析的蛋白丢失。另一方面,使用尿毒清后腹透次数可减少,从而进一步减少了蛋白丢失,降低了腹膜炎的发生,明显地改善了尿毒症患者的生活质量。因此,尿毒清配合腹膜透析治疗尿毒症优于单行腹膜透析,不失为治疗尿毒症的一