

临

床

报

道

活血利咽汤防治鼻咽癌同期放化疗中 口咽急性毒性反应 51 例

中山大学附属肿瘤医院(510060)

张 蓓 黄国贤 胡丕丽

丘惠娟 钱穗毅 陈徐贤

我们在防治鼻咽癌单纯放疗所致的急性放射性口咽炎的临床研究中取得较好的疗效,本研究是专门针对局部晚期鼻咽癌同期放疗、化疗患者,前瞻性配合中药以预防口咽急性毒性反应,现将结果报告如下。

1 临床资料

经组织病理学确诊无远处转移的原发鼻咽癌患者,临床分期Ⅲ~Ⅳa期,年龄20~75岁,无严重的心脏疾患,无全身感染的临床表现,肝、肾功能正常,治疗前血象正常,从未因恶性疾病接受过放疗、化疗或手术治疗。采用随机数字表法将入组患者分为试验组和对照组。2000年1月~2002年1月共100例患者入组本研究,其中试验组51例,男41例,女10例;年龄20~70岁,中位数年龄45岁;临床分期Ⅲ、Ⅳa期分别为35例、16例。对照组49例,男40例,女9例;年龄21~70岁,中位数年龄46岁;临床分期Ⅲ、Ⅳa期分别为31例、15例。两组病例一般资料差异无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

两组患者均进行根治性放疗,放射源为直线加速器6~8MV光子线和8~12MeV电子射线;照射野按我院放疗科规范设计,采用常规分割照射的方法,每次2Gy,每天1次,每周5次,鼻咽靶区中心总剂量68~72Gy;颈部根治剂量60~66Gy,预防剂量50~52Gy。两组患者均采用顺铂(DDP)进行同期化疗。DDP剂量及用法:30mg/m²,加入3%氯化钠溶液500ml静脉滴注,从放疗第1周开始,每周1次,共6次。试验组服中药活血利咽汤,组成:丹参15g,赤芍15g,金银花15g,板蓝根25g,太子参20g,玄参15g,生地黄15g,麦冬15g,射干15g,牛蒡子12g,蝉蜕6g,甘草6g。给药剂量及方法:每日1剂,水煎成汁约150ml,分5~8次含服,从放疗开始至放疗结束。对照组用朵贝氏液含漱,每日5~8次,从放疗开始至放疗结束。

3 治疗结果

3.1 两组口咽急性毒性比较:两组病例均出现口咽急性毒性,试验组51例,I级28例,Ⅱ级18例,Ⅲ级5例,Ⅳ级0例,对照组49例分别为2例、17例、22例、8例,两组口咽急性毒性比较差异有统计学意义($P<0.01$),试验组口咽急性毒性明显轻于对照组。

3.2 两组血液急性毒性比较:两组病例均无Ⅳ级血液毒性发生。两组白细胞急性毒性、中性粒细胞急性毒性、血小板急性毒

性相比较,差异无统计学意义($P>0.05$,资料略)。

3.3 放疗疗程总时间比较:试验组和对照组患者平均治疗时间分别为48.89±1.83天和51.00±4.16天,两组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。但在治疗过程中,试验组因急性毒性较轻,患者耐受性好,除2例出现Ⅲ级毒性需暂停放疗4天和7天后再行放疗外,其余患者均按计划完成治疗;对照组患者口咽急性毒性较严重,有9例患者(1例Ⅲ级毒性,8例Ⅳ级毒性)因口腔粘膜糜烂严重,合并感染,需暂停放疗,给予抗炎、对症处理并分别休息7~15天后,才继续放疗。

3.4 近期疗效比较:试验组完全缓解(CR)率78.43%(40/51),部分缓解(PR)率21.57%(11/51),对照组CR率69.39%(34/49),PR率30.61%(15/49),两组患者均无无变化(NR)、恶化(PD)病例;两组疗效比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

4 讨论

根据中医学理论,鼻咽癌口咽急性毒性反应属中医的“嗌肿”、“喉痹”、“乳蛾”等范畴。放射线属性热毒,随着放疗剂量的逐渐增加,热毒循经上升,致气血瘀滞,直接灼伤口咽粘膜。加上本研究的患者除行放疗外,还同期进行化疗,更加重了放疗的毒副反应,故临床表现为咽干疼痛、吞咽困难、口腔粘膜溃疡等。中医治疗应以活血利咽为治则,方中丹参、赤芍具有活血祛瘀之功,金银花、板蓝根、射干、牛蒡子、蝉蜕等具有清热解毒、利咽止痛的作用,能减轻炎性水肿及感染,减轻组织受损程度,从而减轻口咽粘膜损伤,太子参、玄参、生地黄、麦冬等具有养阴生津功效。

利坤冲剂治疗小子宫 76 例

江苏省沭阳县成桂中医妇科医院(223600)

张 成 桂

从1998~2002年我们用自制利坤冲剂治疗小子宫90例,剔除了不达诊断标准和中断治疗病例共14例,剩余76例。现将此76例小子宫的治疗结果报道于下。

1 临床资料

诊断标准(自订):正常子宫比例为长≥4.5cm(系子宫体,不包括子宫颈),宽≥3.5cm,厚≥2.5cm。子宫体长<正常子宫0.5cm或0.5cm以上,或长宽厚相加<正常子宫0.5cm或0.5cm以上者称为小子宫。

此76例小子宫均为我院门诊治疗病例,经西医妇产科检查和B超检查确诊,符合诊断标准,有完整的病历记录。其年龄18~20岁6例,21~25岁48例,26~31岁20例,31岁以上2例,平均23岁;未婚6例,已婚70例;原发71例,继发5例;子宫小于正常子宫0.5~1cm 51例,小于正常子宫1.1~2.5cm 18例,幼稚子宫6例,畸形子宫(扁长)1例。其中月经基本正常

10例,月经稀发或闭经10例,月经失调(包括月经先期、月经后期、月经愆期、痛经、崩漏等)56例。

2 治疗方法

本组76例小子宫患者均口服利坤冲剂,每次1袋,每日3次,饭前用开水冲服。本方主要成分:桂枝、茯苓、牡丹皮、赤芍、白芍、桃仁、当归、海藻、昆布、夏枯草、制香附、炮穿山甲等。上药由我院制剂室用煎煮浓缩工艺制成颗粒冲剂,袋装,每袋重10g(含原生药10g)。30天为1个疗程。子宫小于正常比例0.5~1cm服药1个疗程,子宫小于正常比例1.1~2.5cm服药2个疗程;幼稚子宫及畸形子宫亦服药2个疗程。治愈后再服药10天,以巩固疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:治愈:子宫增大至正常标准或大于正常标准。好转:子宫有增大,超出正常比例0.5cm以上,但未达到正常标准。未愈:与治疗前比较,子宫无变化,或增大未达到正常比例0.5cm。

3.2 治疗结果:76例小子宫中服药20天治愈26例,服药30天治愈10例,服药60天治愈5例,共治愈71例(93.42%),其中有幼稚子宫3例。好转1例(1.32%),总有效率为94.74%。未愈4例(5.26%),其中幼稚子宫3例,畸形子宫1例。在6个月内怀孕26例,占33%。

4 讨论

从利坤冲剂治疗小子宫的总有效率94.74%看,说明该复方制剂有显著促进子宫发育的作用。本方只有当归、白芍是养血和血药,没有其他补肾、养血、益气药,而是以桂枝茯苓丸为基础加理气、活血、软坚散结之品,为何能收到如此殊效?其作用机制尚待今后进一步探讨。

中医药配合体外受精—胚胎移植技术 治疗不孕症2例

广东省妇幼保健院中美合作遗传与不育诊疗中心(510010)

刘 颖

近1年来在临床中将中医药理论运用于体外受精—胚胎移植(IVF-ET)技术中,协助其治疗不孕症,取得了一定的疗效,现将临床治疗中的点滴体会介绍如下,供同道参考。

1 重补脾肾、安胎防坠

患者张某某,女,24岁。因不孕症在本中心行IVF-ET,移植后9天及14天出现下腹正中疼痛,如平时痛经状,持续半小时后自行缓解,就诊时为移植后16天,妊娠试验已为阳性。自述昨晚疼痛剧烈至汗出,无腰痛及阴道出血,为痉挛痛。夜尿多。深恐流产,要求中药保胎。查舌质淡红,边有齿痕,苔后根黄腻,脉弦滑。辨证为脾肾两虚,兼有湿热,治宜补脾益肾清热、固冲安胎。予安奠二天汤加减。处方:党参15g,白术30g,山药15g,熟地黄30g,山茱萸9g,桑寄生15g,枸杞子15g,白扁豆9g,续断9g,杜仲9g,白芍24g,黄芩9g,甘草6g,服药1剂腹痛即明显缓解,3剂后腹痛消失。继守原方加减治疗1个月余,观察患者怀孕4个月余,胎儿发育良好。

按:IVF-ET患者因移植胚胎是在人工条件下受精、分裂,

普遍存在肾精不足,先天亏虚,其与自然受孕相比较,流产率较高,胚胎易停止发育。由于胚胎移植后全赖母体气血滋养,胞宫受纳并供给营养,才能正常生长发育。故其治疗应重补脾肾、安胎防坠。《傅青主女科》谓:“夫胎动乃脾肾双亏之症,非大用参、术、熟地补阴补阳之品,断不能挽回于顷刻。”并制有安奠二天汤治妊娠腹痛。临床观察患者移植后常在早期表现腹痛,阴道少量出血等流产先兆,如不治疗很易造成流产。我们根据名老中医刘云鹏用此方加减治疗滑胎的机理,用该方防治ET后流产及停育,取得了较好疗效。若内有湿热者加黄芩、黄柏,阳虚者加淫羊藿、肉苁蓉等。阴道出血者选加墨旱莲、地榆炭、阿胶、艾叶炭等。如用药得当,确有良好的缓解子宫痉挛、止血止痛、促进胚胎发育功效。

2 益气温阳、渗利腹水

周某某,女,31岁。因不孕症在本中心行IVF-ET。2003年2月27日行取卵术,共取出卵子28个,3月1日行胚胎移植,共植入胚胎3个。并于2月28日开始肌肉注射黄体酮,3月4日开始腹胀,腹部逐步膨隆,体重逐渐加重,伴恶心、烦躁,睡眠欠佳,且于近日尿量较前减少。于3月10日、3月12日、3月11日分别行腹水穿刺,放出腹水1500ml,并每日静脉滴注白蛋白100~150ml,同时予低分子右旋糖酐、佳乐施等补液,监测发现血尿素氮(BUN)升高,拟“卵巢过度刺激综合征(OHSS)”收入院。入院后出现尿量少,仅250ml/日,总蛋白低,腹围89cm,腹胀进一步加重。诊为“重度卵巢过度刺激综合征(OHSS)”。于3月14日请中医会诊。诊时腹部胀大,少尿,小便不利,精神差,烦躁,短气,不思饮食。舌淡红,苔薄,脉弦软。中医辨证为脾虚失运,水湿内停,膀胱气化失司。治宜健脾益气,温阳利水。予全生白术散合五苓散加减:桂枝6g,茯苓10g,泽泻10g,白术15g,大腹皮10g,陈皮10g,通草10g,车前子10g,生姜皮10g,服药1剂后尿量即增多,小便通利,3剂后腹胀减轻。因在西医妇科住院,继续予西医对症治疗,未再服中药。直至3月28日4周时又出现腹痛,阴道少量出血,查血生化已证实妊娠,再次请中医会诊,要求保胎。诊时仍有中等量腹水,小便通利,舌质淡红,苔白,脉弦滑。此为脾肾双亏,冲任失固,并脾失运化,水湿内停。治宜补肾健脾,益气安胎兼以利水。处方:党参15g,黄芪15g,白术30g,山药15g,桑寄生15g,熟地黄30g,菟丝子24g,山茱萸15g,枸杞子15g,续断12g,杜仲9g,白芍8g,阿胶10g,陈皮10g,砂仁10g,茯苓10g,甘草3g。服药5剂后,阴道出血停止,腹痛消失,但仍感胃胀,因经济原因要求出院。出院时腹胀同前,腹部膨隆,腹围84cm(患者形体偏瘦),尿量正常。继续予原方加香附12g,带药5剂出院。1周后来诊,腹胀消失,B超腹水仅27mm,可见胎心管搏动,继续予原方治疗月余,随访患者至孕3个月余,胎儿发育良好。腹水完全消失。

按:IVF-ET患者在超促排卵过程中易诱发OHSS,常规给予白蛋白静脉滴注及对症治疗,多能很快好转。但此患者移植后发生重症OHSS,反复多次抽腹水及对症治疗,效果不显。又出现少尿、BUN上升、尿常规比重 ≥ 1.030 等肾功能损害表现。并于3月14日查血 β -HCG200IU/L。此时西医治疗较棘手,中医方面考虑以利小便、消腹水为第一要务,所谓急者治其标,