

广泛关注。根据其临床表现,可归属于中医之“牙宣”、“齿衄”、“齿动”等病的范畴。其病位在牙周组织,病因却与肾、脾、胃三脏相关。中医认为,“肾主骨,齿为骨之余”,当肾阴虚衰,精亏髓少,骨失所养,则齿疏松动,咀嚼无力。若阴虚火旺,虚火上炎,则龈肿溢脓。“脾主肌肉”,当肾虚及脾,脾虚不运,精血不生,龈肉失于充养,则龈肉萎缩,齿根暴露。因而笔者认为,脾肾两虚,虚火上炎是本病之基本病机。补肾固齿汤以熟地黄、山茱萸、山药、骨碎补、女贞子等补肾气,益肾精,精气充实,齿得所养,则齿固弗动;以黄芪、党参、焦白术等益气健脾,生精化血,精血充盛,齿龈得养,则龈肉渐充。纵观本方,有补肾固齿,健脾生肌之功效,用于治疗牙周炎甚为合拍。

固金散浓缩颗粒配合治疗晚期肺癌 168 例

吉林省四平市中心人民医院(136000)

秦丽颖 吴品林

1999 年以来我们采用中西医结合方法治疗晚期肺癌 168 例,并与单纯化疗 116 例作对照,取得一定疗效,现报告如下。

1 临床资料

全部病例共 168 例,均为Ⅲ、Ⅳ期肺癌患者,未经过手术或放疗,治疗前检查无化疗禁忌症,入院后随机进行分组,并拟定治疗方案。患者均经 CT、X 线胸片、纤维支气管镜活检、肺穿刺等病理学或细胞学检查证实为原发性肺癌。本组 168 例,对照组 116 例。均按国际抗癌联盟(UICC)制定的 TNM 分期标准划分。

治疗组 168 例,Ⅲ期 108 例,Ⅳ期 60 例;年龄 32~78 岁,平均 61 岁。对照组 116 例,Ⅲ期 86 例,Ⅳ期 30 例;年龄 30~76 岁,平均 58 岁。各组性别、年龄分布、病理及临床分期差异无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

治疗组用固金散浓缩颗粒(黄芪、青蒿、山豆根、野菊花、茯苓、黄精、山慈菇、昆布、牛黄等),每日 3 次,每次 10g。3 周为 1 个周期。3 个周期为 1 个疗程。化疗方案:肺鳞癌用 POED 方案,腺癌用 EP 方案,小细胞肺癌用 COEP 方案化疗,每 3 周为 1 个周期,3 个周期为 1 个疗程。对照组单纯化疗方案及给药方法同治疗组。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:肺癌的疗效评定参照中华人民共和国卫生部医政司《实体瘤定期疗效的分级标准》,分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、轻度缓解(MR)、稳定(SD)和进展(PD),生存质量评定按 Karnofsky 评分法进行状态评分。化疗毒性反应评定标准按照 WHO 制定的《抗癌药急性及亚急性反应分度标准》。

3.2 近期疗效:治疗组 168 例中 CR18 例,PR49 例,MR32 例,SD49 例,PD21 例;对照组 116 例中 CR7 例,PR18 例,MR14 例,SD28 例,PD49 例。两组有效率(CR+PR+MR)分别为 58.9%(90/165)、33.6%(39/116)。两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

3.3 毒性反应:治疗组 168 例中,出现胃肠道反应 95 例,白细胞下降 63 例,心脏毒性反应 11 例,脱发 77 例;对照组 116 例中

出现胃肠道反应 63 例,白细胞下降 70 例,心脏毒性反应 11 例,脱发 77 例,显示治疗组毒副反应较对照组为轻。

3.4 临床疗效:治疗组 168 例中显效 52 例,有效 60 例,无效 56 例,总有效率 66.7%;对照组 116 例中显效 21 例,有效 32 例,无效 63 例,总有效率 45.7%,两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

3.5 生存期:生存期从患者住院治疗之日起至死亡或最后一次随访时间进行统计,治疗组 168 例中死亡 95 例,其中位生存期为 9 个月,存活 9 例,最长 2 例分别已存活 30 个月、32 个月;对照组 116 例中死亡 56 例,中位生存期为 4 个月,无一例存活,两组死亡病例、中位生存期相比较差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

据报道,化疗治疗晚期非小细胞肺癌中,EP 方案已经被反复证实,疗效可靠,其治疗后的中位生存期为 25 周左右,1 年生存率为 75%左右,因而将其视作一种标准治疗,但其临床有效率也仅在 10%~40%,而且极少能达到完全缓解。所以我们在临床中应用固金散浓缩颗粒与化疗同时进行,以扶正固本、清热解表、滋阴补肺为基本原则,以减轻毒副反应为主要目的。本文治疗组中西医结合治疗后有效率 58.9%,而对照组单纯化疗有效率则为 33.6%,两组差异有显著性($P<0.05$),治疗组中位生存期 9 个月,化疗组为 4 个月,两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

加味导赤散内外合治小儿手足口病 34 例

广州市中医医院儿科(510130)

徐 雯

手足口病是一种感染肠道柯萨奇病毒 A-16 型和埃可病毒 71 型而引起的发疹性流行性疾病,以手足皮肤及口腔粘膜发生斑疹、水疱和口腔粘膜形成溃疡为主要特征。部分病例可并发心肌炎、脑膜脑炎、无菌性脑膜炎。2000 年 5 月~2002 年 6 月,笔者以加味导赤散内服与外洗相结合治疗小儿手足口病 34 例,并与 30 例利韦巴林颗粒组作对照,进行临床观察,现报告如下。

1 临床资料

64 例均为门诊患儿,所有病例均符合周长江主编的《口腔、皮肤科疾病诊断标准》的诊断标准;全部病例年龄均≤5 岁,发热、口痛、口腔粘膜及舌面可见小疱疹或溃疡,手足心出现斑丘疹及疱疹,血常规中白细胞(WBC) $<10\times 10^9/L$,按就诊先后随机分成两组,治疗组 34 例,女 14 例,男 20 例;1~3 岁 10 例,3~5 岁 24 例;病程≥3 天 5 例,病程<3 天 29 例;有手足口病患儿接触史 3 例。对照组 30 例,女 14 例,男 16 例;1~3 岁 16 例,3~5 岁 14 例;病程≥3 天 14 例,病程<3 天 16 例;有接触史 16 例。各组年龄、性别、病史、病程、临床表现差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组予加味导赤散口服后,复渣外洗。基本方:金银花、蒲公英、夏枯草、生地黄、牛膝、知母、石膏、苦参、地肤子、灯心

花各 10g, 竹叶 6g, 甘草 3g, 水煎服, 每日 1 剂, 复渣煎后外洗手足, 每日 1 次。对照组给予口服利巴韦林颗粒(四川百利制药有限公司生产, 150mg/袋, 按每日 15~30mg/kg, 分 3 次口服, 两组均服药 4 天后统计疗效。两组治疗期间无合并其他方法治疗。

3 治疗结果

3.1 疗效标准: 参考刘伟兴主编的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》。显效: 体温正常, 皮疹消退, 口腔粘膜溃疡愈合; 有效: 体温正常, 皮疹减退, 口腔粘膜溃疡减轻但未完全愈合; 无效: 症状、体征无改善, 发热、皮疹及口腔溃疡仍存。

3.2 两组疗效: 治疗组 34 例, 显效 17 例(50%), 有效 15 例(44.1%), 无效 2 例(5.9%), 总有效率为 94.1%; 对照组 30 例, 显效 11 例(36.7%), 有效 10 例(33.3%), 无效 9 例(30%), 总有效率为 70%, 两组总有效率比较差异有显著性意义($P < 0.05$), 治疗组总有效率明显优于对照组。

3.3 两组临床症状消退时间比较: 治疗组发热、口腔溃疡手足疱疹消退时间分别为 2.50 ± 0.86 天、 2.88 ± 0.59 天、 2.76 ± 0.65 天; 对照组分别为 3.17 ± 0.87 天、 3.33 ± 0.76 天、 3.70 ± 0.60 天。治疗组发热、口腔粘膜溃疡、手足疱疹症状的消退时间明显短于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3.4 药物不良反应: 治疗组腹泻 4 例, 呕吐 2 例, 不良反应总发生率为 17.6%; 对照组腹泻 3 例, 呕吐 6 例, 皮疹 2 例, 不良反应的发生率为 36.7%。经统计学处理, 治疗组药物不良反应总发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。

4 病案举例

黄某, 女, 4 岁, 因“发热 3 天, 伴口腔溃疡”于 2000 年 7 月 28 日就诊。患儿于 3 天前始发热, 体温持续在 $38.0 \sim 39.7^\circ\text{C}$ 之间, 流涕, 口痛, 流涎, 无咳, 纳差, 大便干结, 烦躁不安。曾服用阿莫西林干糖浆未愈。体检: 体温 38.5°C , 咽充血(++) , 双扁桃体肿大 II 度, 口腔粘膜可见多处溃疡, 心肺(-), 腹(-), 手足心可见密集小疱疹, 舌红苔黄厚, 脉滑数。血常规: WBC $7.6 \times 10^9/\text{L}$, 中性 0.42, 淋巴 0.58。诊断: 手足口病, 证属心脾积热, 以清心泻脾, 解毒利湿为治则。方药: 金银花 10g, 蒲公英 10g, 夏枯草 10g, 牛膝 10g, 知母 10g, 竹叶 6g, 生地黄 10g, 苦参 10g, 地肤子 10g, 甘草 3g, 水煎服, 每日 1 剂, 并以中药渣复煎后外洗手足, 服药 2 剂后患儿热退, 症状渐减, 大便通畅, 服药 4 天后小儿体温正常, 口腔溃疡及手足心疱疹消失而告愈。

5 讨论

手足口病俗称“口蹄疫”, 最早发现于新西兰、加拿大, 具有较强的传染性, 可在幼儿园和学校中引起流行, 主要通过唾液、污染物品或食物进行传播。本病属热证、实证, 是内蕴湿热、外感时邪而致, 病位在心、在脾, 病邪多在气分。治疗当以清心泻脾、解毒利湿为原则, 运用加味导赤散治疗。导赤散源自《小儿药证直诀》, 具上清心火、下利小便的功效, 方中生地黄清热凉血, 竹叶清心降火而利水, 能引热下行, 从小便而泄, 加入灯心花以加强清心火之力, 金银花、蒲公英、夏枯草清热解毒, 石膏、知母清泻脾胃之热, 牛膝引火下行, 通利大便, 苦参、地肤子可

清热解毒、利湿, 甘草调和诸药。诸药相合, 共奏清心泻脾、解毒利湿之功效, 本方煎服后复渣外洗, 可加强局部的清热解毒利湿的功效, 促进手足皮疹的消退。

桂枝茯苓胶囊配合药物流产 80 例

浙江省长兴县中医院妇产科(313100)

徐 珠 凤

在药物流产的同时加用中药, 可提高药物流产的成功率和缩短出血时间以及减少出血量, 在一定程度上可弥补药物流产的不足。因此, 我们对早孕妇女药物流产者加用桂枝茯苓胶囊取得了满意的效果, 现报告如下。

1 临床资料

我院自 2002 年 1 月~2003 年 6 月选择早孕年龄 18~38 岁, 停经 50 天内, 尿妊娠试验阳性或经 B 超检查证实为宫内早期妊娠, 3 个月内无药物流产史, 无心、肺、肾、肾上腺皮质功能不全、青光眼、高血压等药物流产禁忌症, 自愿要求药物流产者, 共 160 例, 随机分为治疗组和对对照组各 80 例, 两组年龄、平均停经天数、孕次、产次各方面比较无统计学差异($P > 0.05$), 有可比性(资料略)。

2 治疗方法

对照组给予米非司酮配伍米索前列醇药物流产, 于早、晚 9 时各口服米非司酮 25mg, 连服 3 天, 第 4 天晨空腹服米索前列醇 0.6mg, 治疗组从第 3 天晚开始加服桂枝茯苓胶囊(江苏省康缘药业生产), 每日 3 次, 每次 3 粒, 连服 7~14 天为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 两组孕囊排出率与孕囊排出时间比较: 治疗组与对照组 6 小时内排囊率分别为 80%(64 例)和 75%(60 例), 两组间无明显差异($P > 0.05$)。孕囊排出时间: 治疗组 $65 \pm 10.90\text{h}$, 与对照组 $74 \pm 4.17\text{h}$ 两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。

3.2 流产效果: 治疗组在加服桂枝茯苓胶囊后完全流产人数 77 例, 达 96.3%, 不全流产人数 2 例, 达 2.5%, 失败 1 例, 占 1.2%。而对照组完全流产人数 70 例, 达 87.5%, 不完全流产人数 8 例, 达 10.0%, 失败 2 例, 占 2.5%, 两组之间差异有显著性($P < 0.05$)。

3.3 出血量: 治疗组流产后少于月经量 40 例, 占 50%, 等于月经量 36 例, 占 45%, 大于月经量 4 例, 占 5%。对照组少于月经量 30 例, 占 37.5%, 等于月经量 40 例, 占 50%, 大于月经量 10 例, 占 12.5%。治疗组流产后阴道出血量明显少于对照组, 差异有显著性($P < 0.05$)。

3.4 出血时间: 治疗组平均出血时间为 7.50 ± 3.15 天, 对照组平均出血时间为 12.09 ± 5.62 天, 经统计学处理两组出血量差异有显著性($P < 0.05$)。

4 讨论

桂枝茯苓胶囊由桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、芍药组成, 具有活血化瘀、缓消症块的作用。方中桂枝温经通阳, 以促血脉运行而散瘀; 赤芍能活血化瘀, 去除症瘕; 桃仁破血消瘀, 牡丹皮活血散瘀, 二者相须以加强化瘀消症之效。