

电视C型臂X线机的透视下定位突出椎间盘的相应椎间隙,并作体表标记。选择穿刺点距棘穿约8~12cm,常规消毒铺巾,穿刺点局部麻醉后,在X线监视器下,穿刺针对准病变椎间隙的后1/3处进针,正侧位透视证实穿刺针进入椎间盘内,依次插入扩张管和工作套管;拔除穿刺针和扩张管,保留工作套管,通过工作套管用切割器切开纤维环组织,再送入髓核钳钳取椎间盘髓核组织,直至髓核钳钳不到髓核;然后送入切割器,用500ml生理盐水加庆大霉素16万U,冲洗和切吸同时进行。拔管,创口缝1针,局部加压包扎。对照组返回病房作术后处理;治疗组作手法治疗。

2.2 手法方法:术后患者都改为仰卧位,在助手帮助下术者双手握住患者双足踝部,助手双手拉住患者双侧腋部持续牵引5~10分钟;直腿抬高至90°并保持5分钟,将患者屈髋屈膝的同时摇摆双下肢(近似扳腰手法),双下肢分别用力蹬直,每侧反复6次,再屈髋压腿,每侧反复6次。

2.3 术后处理:术后患者仰卧,腰部垫高4~6cm,绝对仰卧1天,3天后开始用仰卧位作双下肢自主练习屈髋屈膝,即“蹬车法”和直腿抬高活动,并可适当下床活动。常规抗生素静脉滴注1周预防感染。

### 3 治疗效果

3.1 疗效评价:术后即刻、1周、1个月、3个月、半年和1年进行随访,观察疗效。疗效评价根据《中医病证诊断疗效标准》。治愈:腰腿痛消失,椎旁压痛并放射痛消失,脊柱活动自如,直腿抬高70°以上,能恢复原工作和劳动;有效:腰腿痛明显减轻,椎旁压痛并放射痛基本消失,脊柱活动改善,直腿抬高45°以上,能从事一般轻体力劳动;无效:症状及阳性体征无改善。

3.2 结果:治疗组48例中痊愈41例,有效5例,无效2例。手术和手法治疗后即刻症状改善者45例(直腿抬高70°以上),占93.75%。46例(95.83%)治愈和有效的患者,在术后5天~3个月症状消失或部分消失,而2例无效的患者反而在术后2周和3周出现原症状。2例均为50岁以上患者,3个月后1例作CT、1例作MRI检查均示,手术椎间盘变窄,残留髓核仍突出(术前检查无椎间隙变窄)。对照组40例中痊愈25例,有效8例,无效7例。手术后即刻症状改善者31例(直腿抬高70°以上)占77%。

### 4 讨论

经皮穿刺腰椎间盘切吸术后即予牵引和手法治疗是我们通过临床观察和研究总结出的治疗方法。腰椎间盘突出症的发病机理主要为牵引性机制和压迫性机制,手法治疗腰椎间盘突出症,通过椎间盘的形态改变来改变突出的椎间盘与被压神经根的位置关系,是手法治疗腰椎间盘突出症的主要机制。中医学有“矫枉过正”的观点,其内涵是有阳性体征治疗其临床症状的方法,而行APLD术后椎间盘内压已降低,髓核或神经根被压减轻或解除,压迫性机制已解除,以腰椎牵引来对抗脊柱双侧肌力的不平衡,纠正腰椎侧弯,增大椎间隙的宽度,又有使椎间盘内压进一步降低,同时使后纵韧带和纤维环的张力增大,牵引性机制减少,腰肌痉挛解除。直腿抬高能使神经根的粘连得以分离。如直腿抬高30°以上,坐骨神经在椎间孔的移动度有

0.5~1cm。有人曾对尸体脊柱模型进行旋转手法的试验,发现椎间盘在旋转过程中的压力变化,由于纤维环和后纵韧带的扭转和牵拉,张力加大,可使部分椎间盘髓核回纳。同时脊柱侧弯得到纠正;屈髋屈膝,压腿扳腰,也同样能增大后纵韧带的压力,即增大椎间盘外压,使相对固定的突出物在腰椎摇摆中发生滑动移位而回纳。而治疗组的2例复发患者,复查示手术椎间盘变窄,估计为取出髓核后,纤维环变性无法回纳,盘内空虚而塌陷,故选择手术适应症在此疗法中仍极为重要。

## 消癌平联合化疗治疗中晚期肝癌22例

福建省肿瘤医院中西医结合科(350014)

陈乃杰 金源 赖义勤 陈云莺

原发性肝癌(PLC)发病率已是肿瘤的第2位,首诊时中晚期肝癌约占85%。近年对中晚期肝癌失去手术指征的患者,采用多种不同治疗方法的联合序贯应用及生物治疗为代表的新综合治疗已引起学者重视。本文采用消癌平(乌骨藤提取物制剂)配合化疗治疗PLC患者22例,现将临床观察结果如下。

### 1 临床资料

22例均为我科1993年1月~2003年10月,经甲胎蛋白、肝超声及肝CT检查,确诊不能手术切除的中晚期原发性肝癌,16例经细胞学检查确诊。诊断符合1977年全国肝癌防治协作会议拟定的标准。消癌平配合化疗为治疗组,同时以我科ADM+PDD+5-FU方案治疗的PLC患者的回顾资料30例为对照组。两组要求性别、年龄、病期、卡氏评分、肝瘤频数、淋巴结及脏器转移项目等均衡,其差异无显著性( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 2 治疗方法

治疗组:第1~14天,消癌平注射液100ml加入5%葡萄糖注射液500ml静脉滴注;FUDR0.5g加入5%葡萄糖注射液500ml静脉滴注;第1~3天PDD40mg加入生理盐水40ml静脉推注;21天为1个周期,2~3个周期为1个疗程。对照组第1天采用ADM60mg加入注射用水40ml静脉推注;第1~3天PDD40mg加入生理盐水40ml静脉推注;第1~5天5-FU0.5g加入5%葡萄糖注射液500ml静脉滴注;21天为1个周期,2~3个周期为1个疗程。

### 3 治疗结果

3.1 疗效标准:治疗前后B超或CT测量肝癌病灶的变化,按世界卫生组织制定的疗效判断标准,分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、稳定(NC)、进展(PD)。毒副反应:测定治疗前后的白细胞、血红蛋白、血小板、总胆红素、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、尿素氮及肌酐等,按世界卫生组织制定的毒副反应分度标准,毒副反应以 $\geq 1$ 度为明显毒性;生活质量的常见症状和体征,在治疗以后的有效率进行比较。

3.2 两组近期疗效比较:治疗组22例,CR1例,PR6例,NC13例,PD2例,总有效率为31.82%;对照组30例,CR0例,PR4例,NC22例,PD4例,总有效率为13.33%。两组比较差异无显著性( $P>0.05$ )。

3.3 两组甲胎蛋白变化情况比较:治疗后治疗组转为正常值

或好转比对照组稍高,经 *Ridit* 分析,差异无显著性( $P>0.05$ ),相关资料略。

3.4 两组症状体征改善情况比较:治疗组腹水、食欲减退、腹胀、疲乏、肝痛改善有效率分别为 100%(3/3 例)、68.75%(11/16 例)、66.67%(10/15 例)、64.29%(9/14 例)、50.00%(10/20 例);对照组分别为 62.50%(5/8 例)、60.00%(12/20 例)、50.00%(7/14 例)、31.25%(5/16 例)、10.34%(3/29 例);2 组经治疗后症状体征均有改善,但差异无显著性( $P>0.05$ )。

#### 4 讨论

全身化疗药物的比较除观察其效果外,更重要的还是要比较生活质量指征改善及毒副作用大小,有效及低毒副作用的治疗方案是近年研究的重点。本文结果表明,生活质量指标的改善,治疗组明显比对照组好,但未取得统计学的证实。治疗组毒副反应的发生率均比对照组低(相关资料略),但经统计学检验差异均无显著性( $P>0.05$ )。近年来有中药配合化疗的联合用药的报道,中药具有清热解毒、消肿止痛、活血化瘀、软坚散结功效,能提高免疫功能,杀伤肿瘤细胞,抑制肿瘤生长、减轻毒副反应,提高生活质量。这与本文分析结果类似,因而消癌平值得在临床推广应用。

## 中医辨证结合膀胱灌注 治疗膀胱癌 31 例

河南省中医院肿瘤科(450002)

马 纯 政

河南省新蔡县人民医院肿瘤科

柏 龙

我们通过 10 余年临床观察,以中药辨证施治为主,结合膀胱灌注治疗,治疗中晚期膀胱癌 31 例,现报告如下。

#### 1 临床资料

1.1 一般资料:治疗组 31 例,其中男 26 例,女 5 例;年龄 43~78 岁,平均 61.3 岁。门诊患者 3 例,住院患者 28 例。术后复发 21 例,病变侵犯膀胱多个区域和/或转移而未做手术者 8 例。所有病例均经病理(组织或脱落细胞学)或其他检查综合确诊,其中移行上皮细胞癌占 27 例,鳞形细胞癌占 3 例,1 例未做病理检查。病变发生部位:三角区 16 例,前壁 8 例,后壁 6 例,颈部 3 例,侧壁 19 例,其中 15 例为两个区域以上发病。病变大小均在 3cm×3cm 以上,器官转移 5 例,淋巴结转移 6 例。对照组 15 例,其中男 13 例,女 2 例;年龄 50~76 岁,平均 62.1 岁。门诊患者 6 例,住院患者 9 例。术后复发 12 例,病变侵犯膀胱多个区域和/或转移而未做手术者 3 例。所有病例均经病理(组织或脱落细胞学)确诊,其中移行上皮细胞癌 14 例,鳞形细胞癌 1 例。病变发生部位:三角区 8 例,前壁 4 例,后壁 4 例,颈部 5 例,侧壁 10 例,其中 9 例为两个区域以上发病。病变大小均在 3cm×3cm 以上,器官转移 1 例,淋巴结转移 1 例。临床分期:按照国际抗癌联盟(UICC)1988 年拟定的《膀胱癌的 TNM 分期标准》,治疗组Ⅰ期 1 例,Ⅱ期 16 例,Ⅲ期 14 例。对照组Ⅰ期 3 例,Ⅱ期 8 例,Ⅲ期 4 例。

1.2 主要症状:尿血 27 例,尿痛 5 例,尿急 8 例,尿液浑浊 5 例,少腹肿块 6 例,排尿困难 8 例,腹痛 10 例。

#### 2 治疗方法

2.1 辨证分型标准:依据郁仁存《中医肿瘤学》中膀胱癌的辨证分型标准进行调整,对治疗组进行辨证分型,湿热下注为主 11 例,证候特点:血尿、尿急、尿痛、尿频、腰背酸痛、下肢浮肿,或纳呆食少,或心烦口渴、夜寐不安、舌苔黄腻,舌质红,脉滑数或弦数。脾肾两虚为主 8 例,证候特点:间歇性、无痛性血尿,腰膝酸软,神疲乏力,或伴腹胀、纳呆、消瘦,舌淡红、苔薄白,脉沉细无力。湿瘀毒蕴为主 12 例,证候特点:血尿,尿中有血块、腐肉,味恶臭,排尿困难或闭塞不通,少腹坠胀疼痛,舌质暗有瘀点,脉沉细。

2.2 治疗方法:门诊及住院患者随机分成 2 组,治疗组采用中药加灌注化疗,对照组只采用灌注化疗。湿热下注证基本方:车前子 10g,萹蓄 15g,滑石 30g,瞿麦 20g,淡竹叶 30g,生薏苡仁 30g,生侧柏叶 15g,栀子 12g,甘草梢 60g,生地黄 20g,生艾叶 20g,小蓟 15g,土茯苓 15g,蒲公英 30g,每日 1 剂,水煎服。脾肾两虚证基本方:熟地黄 15g,山药 30g,山茱萸 12g,茯苓 12g,牡丹皮 12g,泽泻 15g,菟丝子 12g,血余炭 20g,仙鹤草 30g,制附子 3g,肉桂 6g,每日 1 剂,水煎服。湿瘀毒蕴证基本方:龙葵 30g,半枝莲 30g,土茯苓 30g,苦参 15g,黄柏 15g,连翘 15g,赤小豆 30g,车前草 30g,白茅根 30g,每日 1 剂,水煎服。随症加减。膀胱灌注化疗用顺铂 30~60mg,或丝裂霉素 10~20mg,每周 1 次,连用 12 次;后改为每月 1 次,连用 6 次;再改为每 3 个月 1 次,连用 4 次结束化疗。所有患者灌注化疗均超过 12 次。

#### 3 治疗结果

对所有 46 例观察病例随访 0.5~3 年,超过半年失访者按死亡计,本组失访共 1 例。

3.1 生存率比较:治疗组 31 例,半年生存 30 例(96.77%),1 年生存 26 例(83.87%),2 年生存 19 例(61.29%),3 年生存 16 例(51.61%);对照组分别为 14 例(93.33%)、10 例(66.67%)、7 例(46.67%)、5 例(33.33%)。

3.2 缓解率:根据国际抗癌联盟(UICC)制定的《实体瘤的疗效标准》,两组患者无一例完全缓解(CR),治疗组局部缓解(PR)率 51.61%(16/31 例),对照组 PR 率 40.00%(6/15 例)。

3.3 主要症状变化情况:两组以尿血为主要症状,其变化以尿常规检查尿潜血由阳性转为阴性,并持续 6 个月以上为有效,治疗组有效率为 80.64%(25/31 例),对照组为 46.67%(7/15 例)。两组差异具有显著性( $P<0.05$ )。

3.4 生活质量评价:以 Karnofsky 标准评分,经治疗分数提高 10 分为有效,提高 20 分为显效,治疗组有效率为 96.77%(30/31 例),显效率为 87.90%(27/31 例);对照组有效率为 80.00%(12/15 例),显效率为 53.33%(8/15 例),两组有明显差异( $P<0.05$ )。

#### 4 讨论

中西医结合是治疗膀胱癌的方向,可以提高临床缓解率及缓解时间,减轻患者痛苦,提高生存率。从以上观察中可以发现,治疗组 1、2、3 年生存率均明显高于对照组;PR 率 51.61%,