

BPC $78 \times 10^9/L$; 肾功能 BUN 7.45 mmol/L , SCr 185.2 mmol/L , CCr 89 ml/min 。证属气阴两虚, 浮阳不潜, 兼瘀热互结, 治以益气养阴, 化瘀通络, 滋肾清热, 处原方加桃仁 10 g 、枳壳 15 g 、紫草 25 g 、黄芪 25 g 、炙甘草 15 g 。服 5 剂后, 嘱食清淡易消化之品, 食欲大增, 头目清爽, 脉静身凉, 腰痛减轻, 仅手指时有麻木感, 以上方加地龙、僵蚕、鳖甲各 10 g , 10 剂, 嘱逐渐增加活动量, 随访 2 年未复发。

5 体会

肾综合征出血热后期阶段大多表现为正虚邪恋, 出现气阴两虚, 余热未尽, 肾阴不足, 甚则瘀热互结证。若治疗不当, 则迁延难愈。叶天士云: “治暑首用辛凉, 继用甘寒, 终用酸泄酸敛”, 故自拟益气养阴汤方中用生脉散益气生津; 黄精养阴润肺, 补脾益气; 生地黄、山茱萸补肾养肝; 山药、麦芽平补助运; 诸药合用, 共奏益气养阴, 滋补肝肾, 平补脾胃之效。现代医学认为, 麦冬、黄精均有抗菌消炎的作用; 五味子可改善三羧酸循环, 有利于脾胃的消化功能; 西洋参能增强机体免疫力; 山茱萸有利于降压和促进全身小血管和毛细血管的功能恢复。该方配伍注重酸甘化阴、益气生津, 缩短了出血热恢复期的病程。

中药配合西医疗法综合治疗卵巢癌 48 例

卫生部北京医院(100730)

李明瑞 张 毅 孟庆伟 李 叶

1998 年 1 月~2004 年 6 月, 我们对本院晚期卵巢上皮癌术后 48 例患者采取静脉、腹腔化疗和干扰素配合中药的综合治疗, 取得较好疗效。本文通过分析, 旨在评价其疗效和初步探讨卵巢癌的中医辨证施治。

1 临床资料

78 例患者全部经病理证实为卵巢上皮癌。其中行卵巢根治术 7 例, 行肿瘤细胞减灭术 71 例。治疗组 48 例, 年龄 25~74 岁; 小于 40 岁 7 例, 40~60 岁 33 例, 大于 60 岁 8 例; FIGO 分期: I_c 期 4 例, II 期 20 例, III 期 22 例, IV 期 2 例。对照组 30 例, 年龄 21~73 岁; 小于 40 岁 4 例, 40~60 岁 21 例, 大于 60 岁 5 例; FIGO 分期: I_c 期 3 例, II 期 12 例, III 期 14 例, IV 期 1 例。

2 治疗方法

2.1 给药方法: 治疗组采取静脉化疗、腹腔化疗和干扰素, 并配合全身中药调理。对照组予静脉化疗和腹腔化疗。III、IV 期患者术前给予 2 个疗程的静脉化疗, 为手术切除作准备。治疗组在手术关腹前腹腔给药, 顺铂 $60 \sim 70 \text{ mg}$, 干扰素 900 万单位, 加生理盐水 300 ml , 术后水化 3 天。对照组腹腔给药, 顺铂 $60 \sim 70 \text{ mg}$, 其它治疗同前。术后 10 天开始静脉化疗, 采用 CAP 方案(环磷酰胺 600 mg/m^2 , 阿霉素 45 mg/m^2), 均一次静脉滴注。4 周后, 开始第 2 疗程化疗。两组均以 4 周为 1 个疗程。共化疗 6 个疗程, 休息 3 个月, 再化疗 2 个疗程。化疗呕吐明显者, 给予止吐药, 干扰素引起发热超过 38.5°C 给予对症处理。

2.2 化疗间歇中医辨证分型: (1) 肝郁血虚型: 主症为情绪低落, 忧郁悲观, 易激善怒, 两胁胀满, 暖气呃逆, 神疲乏力, 倦怠

纳差, 心烦失眠, 舌淡红, 脉弦细。治则: 疏肝解郁和血法, 药选: 白芍 20 g , 当归 15 g , 黄精 20 g , 夏枯草 10 g , 合欢皮 15 g , 柴胡 10 g , 鸡内金 10 g , 女贞子 10 g , 茯苓 10 g , 生麦芽 20 g , 绿萼梅 10 g , 栀子 10 g , 旋覆花 10 g , 远志 10 g , 丹参 6 g , 黄芪 9 g 。(2) 脾虚痰湿型主症: 四肢倦怠, 恶心纳呆, 胃腹不适, 大便不调, 或形体肥胖, 肢重身困, 舌胖苔白厚腻, 脉滑或无力。治则: 健脾益气化湿法, 药选: 党参 30 g , 黄芪 30 g , 茯苓 10 g , 白术 10 g , 鸡内金 30 g , 生麦芽 15 g , 山药 20 g , 薏苡仁 10 g , 藿香 10 g , 半夏 10 g , 旋覆花 10 g , 灵芝 10 g , 丹参 10 g , 砂仁、白蔻仁各 5 g , 僵蚕 10 g , 合欢皮 10 g 。化疗结束后 3 天左右开始服中药, 每次 100 ml , 每天 2 次。剧烈呕吐者暂缓。化疗完毕后, 中医辨证分型: (1) 气虚血瘀夹湿型: 主症有面色暗滞, 胸闷短气, 腹部隐痛, 四肢倦怠, 纳呆便溏, 两胁不适, 舌紫暗或有瘀斑, 或舌下静脉迂曲, 苔白或厚腻, 脉细涩。治则: 补气行滞化瘀法, 药选生黄芪 30 g , 太子参 30 g , 莪术 10 g , 茯苓 10 g , 麦冬 10 g , 白术 10 g , 鸡内金 10 g , 瓜蒌 20 g , 草河车 10 g , 合欢皮 10 g , 龙葵 10 g , 佛手 10 g , 灵芝 10 g , 藿香 10 g , 丹参 10 g 。(2) 肝肾阴虚夹热型: 主症有形体消瘦, 口渴咽干, 腰膝酸软, 五心烦热或烘热汗出, 烦躁易怒, 舌红, 脉细数或无力。治则: 滋肝益肾清热法, 药选生地黄 30 g , 墨旱莲 30 g , 女贞子 10 g , 阿胶 10 g , 白花蛇舌草 30 g , 半枝莲 10 g , 盐知母、盐黄柏各 10 g , 淫羊藿 10 g , 干蟾皮 10 g , 浮小麦 10 g , 麦冬 30 g , 丹参 10 g , 合欢皮 30 g 。服法同上。全部中药由中药房代煎。

3 治疗结果

3.1 近期疗效评定标准: 按照 WHO 疗效评价标准分为完全缓解、部分缓解、无变化、病情进展。总有效率 = 完全缓解 + 部分缓解。

3.2 结果: (1) 治疗组与对照组疗效比较: 治疗组 48 例, 完全缓解 30 例, 部分缓解 12 例, 总有效率为 87.5% , 4 年生存率为 52.08% (25 例); 对照组分别为 14 例、6 例, 总有效率为 66.7% , 4 年生存率为 36.7% (11 例)。两组比较差异无显著性 ($P > 0.05$)。 (2) 两组免疫指标术后 1 年比较: 结果显示, 治疗组 CD₄、CD₄/CD₈、NK 细胞值均高于对照组, 差异有显著性 ($P < 0.01$)。 (3) 两组免疫指标术后 2 年比较: 结果显示, 治疗组 CD₄、CD₄/CD₈、NK 细胞值均高于对照组 ($P < 0.01$)。相关资料略。 (4) 两组生活质量比较: 治疗组 3 个月生活质量评分为 (83.14 ± 8.3) 分, 对照组为 (58.7 ± 6.1) 分, 治疗组明显为优 ($P < 0.01$)。

4 讨论

中药在晚期卵巢癌治疗中占有很重要的地位。临床实践表明, 只有坚持辨证用药, 长期调理才能真正奏效。而形成较为固定的方药, 既便于临床操作, 又利于患者长期服用。由于卵巢癌发现较晚, 正虚邪实是其病机, 治疗不可单纯扶正, 亦不可一味攻邪。当患者知道患癌症时, 往往精神压力很大, 或悲观失望, 或烦躁易怒, 这种情绪波动会激发一整套生理反应, 如两胁胀满, 纳食不香, 失眠等。特别是手术后, 气血耗损, 又为七情所伤, 如不及时治疗, 不仅影响术后免疫功能恢复, 也会妨碍化疗的进行。故采用白芍、柴胡、合欢皮、生麦芽等疏肝解郁; 当归、

女贞子、生黄芪益气养血；鸡内金、茯苓、旋覆花健脾和胃，以防止肝郁日久克脾胃；加栀子、远志除烦安神，使肝气调畅，气血平和。通过调理，使身体以最佳的激活状态接受治疗。化疗对消化系统、骨髓造血系统及心肾损害较为严重，表现为恶心呕吐，腹泻或便秘，心悸，血象低等。我们选用党参、黄芪、茯苓、白术、山药、灵芝、鸡内金、藿香、旋覆花等健脾益气，降逆和胃，使消化道副作用减轻；丹参和以补气药，保护心脏；僵蚕化瘀湿药，保护肝肾功能。诸药相配，使化疗产生的毒性反应降低。对于气虚血瘀夹湿者，用补气的黄芪、太子参等配合化痰的莪术，补益人体元气。而元气旺盛又鼓舞活血药发挥其消症之力，补气而不滞，破血不伤正。健脾化湿的白术、鸡内金、藿香等配理气的佛手，使脾气健运，脏腑气机畅通；草河车、龙葵、瓜蒌散结抗癌。诸药相伍，鼓舞正气，使驱邪药直攻病根结聚之处。

癌症是慢性消耗性疾病，中老年患者在进入更年期后，肝肾亏损，冲任二脉枯竭，在因卵巢癌切除附件后，卵巢激素骤失，大多数患者很快会出现不同程度的类更年期症状，如情绪抑郁，或烦躁易怒，烘热汗出，心悸失眠，腰膝酸软，不耐疲劳等。采用中药如墨旱莲、生地黄、淫羊藿等补肝肾益肾；知母、黄柏润燥清热；白花蛇舌草、半枝莲清热解毒抗肿瘤。诸药相配，使肝肾阴虚的症状得以缓解，类更年期症状明显改善，弥补了治疗肿瘤不能用雌激素的不足。

稳心颗粒治疗心肌梗死后无症状 心肌缺血伴室性早搏 35 例

浙江省金华市中心医院内科(321000)

贾连旺 杜永远

稳心颗粒由党参、黄精、三七、甘松、琥珀 5 味中药组成，具有益气养阴、宁心复脉、活血化瘀、定悸安神等作用。本药具有提高冠状动脉血流量、降低心肌耗氧量以及抑制血小板聚集、改善心肌缺血和抗心律失常等作用。为此，近年来我们采用稳心颗粒对心肌梗死后无症状心肌缺血(SMI)伴室性早搏(室早)患者进行治疗，观察该药对 SMI 伴室早的临床疗效和安全性，并评价稳心颗粒治疗老年冠心病的临床应用价值。

1 临床资料

69 例系本院住院或心血管专科门诊患者，其中男性 47 例，女性 22 例。年龄 61~85 岁。冠心病诊断符合 WHO 标准，且既往有急性心肌梗死(心梗)病史。本组患者 SMI 伴室早系依据 24 小时动态心电图检测结果确诊，按“全国心肌缺血再灌注损伤和 SMI 专题研讨会”意见诊断，均属 Cohn III 型(心肌梗死 SMI)。心梗后 3 个月~3.5 年。具有以下情况者不入选：(1)急性心肌梗死近期(心梗后 1 个月内)；(2)失代偿性心功能不全；(3)有明显心绞痛症状；(4)有未控制的高血压；(5)除早搏外，尚有其他严重心律失常。69 例患者按预先编号及随机数字表分为稳心颗粒组和常规治疗组。两组性别、年龄、病程、收缩压、舒张压、基础心率与室早计数以及用药前 SMI、心功能各指标的测定值差异均无显著性($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

将 69 例患者分为两组进行随机单盲试验，其中 35 例在常

规治疗的基础上加服稳心颗粒(山东步长制药有限公司生产)，每次 9g，每日 3 次。常规治疗组 34 例口服硝酸异山梨酯片(消心痛)，每次 10mg，每日 3 次；美托洛尔，每次 6.25mg，每日 2 次；阿司匹林每日 75mg，普伐他汀每晚 20mg。两组疗程均为 8 周，疗程开始及结束时分别以 24 小时动态心电图监测 SMI，并对室性早搏进行计数。同时以多普勒超声心动图评定用药前后心功能的变化。SMI 标准按 1992 年“全国心肌缺血再灌注损伤和 SMI 研讨会”意见，ST 段水平型或下垂型压低 $\geq 0.1\text{mV}$ ，持续时间 ≥ 1 分钟，并与上次缺血发作时间至少间隔 1 分钟，即为 1 次发作。除外其他影响 ST-T 因素，参照受检者日志记录，出现 ST-T 改变时，如无心绞痛发作，亦不伴有其他相关症状，则为 SMI。

3 治疗结果

3.1 两组药物对 SMI 的影响：结果显示，两组药物均能明显减少 SMI 发生次数与缩短 SMI 持续时间。稳心颗粒组用药前后比较差异有显著性($P<0.01$)，常规治疗组用药前后差异亦有显著性($P<0.05$)。组间比较，以稳心颗粒组为显著($P<0.05$)。相关资料略。

3.2 两组药物对血压、心率与室性早搏的影响：稳心颗粒组用药后血压无显著变化，但心率有轻度减慢，治疗前后心率分别为(78±10)次/分、(73±10)次/分($P<0.05$)。本组病例在 SMI 改善的同时室性早搏随之减少，治疗前后分别为(701±60)次/24 小时、(108±27)次/24 小时，与用药前比较，差异有显著性($P<0.01$)。常规治疗组治疗前后室性早搏分别为(698±62)次/24 小时、(598±96)次/24 小时，用药后虽有减少，但差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 两组治疗前后心功能变化比较：两组患者用药前资料显示射血分数(EF)和心输出量(CO)正常，提示收缩功能代偿，但输张早期血流峰值(E)降低，心房收缩期血流峰值(A)升高，输张早期充盈速度(DC)减慢，E/A 降低，说明存在舒张功能不全。用药后收缩功能与用药前比较，稳心颗粒组 EF、CO 值虽有增加，但无统计学意义($P>0.05$)；常规治疗组显示无显著变化($P>0.05$)。而舒张功能各指标(E、A、E/A、DC)稳心颗粒组用药后与治疗前比较，差异非常显著($P<0.01$)；常规治疗组用药前后差异亦有显著性($P<0.05$)。两组比较，稳心颗粒组优于常规治疗组($P<0.05$)。相关资料略。

4 讨论

本组资料表明，稳心颗粒能有效地改善左室舒张功能。我们观察发现，本组患者用药后 SMI 改善的同时，室早减少或消失，心率减慢，舒张功能亦随之好转。近年来文献指出，心率减慢后使舒张期延长，改善左室充盈和左室顺应性，使心肌氧耗减低，可改善心肌缺血和心肌活动的不一致性，从而改善左室舒张功能。我们体会，加用稳心颗粒有助于心梗后左心舒张功能不全患者的治疗。初步观察，稳心颗粒对心梗后 SMI 和室性早搏均有良好的治疗作用。由于我们应用病例数较少，且观察时间不长，故仅作初步报道。至于稳心颗粒对心梗后左心舒张功能不全的长期疗效及其确切机制，尚得更多的临床实践来加以客观地评价及进一步研究。