

3.2 疗效标准

治愈:疮面完全愈合;显效:疮面缩小 $>1/2$;有效:疮面缩小 $1/4\sim 1/2$;无效:疮面缩小 $<1/4$ 或扩大。

3.3 两组临床疗效比较

治疗组56例,治愈23例,显效18例,有效9例,无效6例,总有效率89.3%;对照组23例,分别为4例、5例、9例、5例、78.3%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.4 两组Ⅱ度褥疮治疗前后溃疡面积情况比较

两组Ⅱ度褥疮治疗20天后面积都有所缩小,与治疗前比较差异均有显著性,两组治疗后比较,差异有显著意义($P<0.01$),治疗组疗效明显优于对照组。

3.5 两组肉芽生长情况比较

第20、40、50天肉芽生长情况两组比较,差异均有显著性意义($P<0.05$),治疗组肉芽生长速度明显快于对照组。

4 讨论

中医学认为,褥疮属于气血运行不畅,日久血脉瘀塞,络脉闭阻,湿热外邪趁机侵入所致。治疗上内治应以活血化瘀为主,外治应以祛腐生肌为主。褥疮患者长期卧床,其多为气虚血瘀脉络瘀阻。血府逐瘀胶囊可活血祛瘀行气止痛。活血化瘀治法的作用原理即改善血液循环,调节代谢,促进组织修复,抗炎,调节免疫功能,对褥疮患者起到内外兼治的效果。

在疮面有脓时,应用外用中药祛腐生肌的方法将坏死组织清除,在疮面愈合的后期阶段,运用中药黄连纱条,经皮肤和疮面对药物的吸收,促进局部的气血通畅,增强防御能力,使疮面脓液增多,载邪外出,从而达到促进疮面生长的目的。西医换药的特点是清创较勤且频频清除分泌物。中药外敷可使局部毛细血管通透性增强,此时脓液中含有大量血浆内各种成分,如单核巨噬细胞、中性粒细胞、淋巴细胞、成纤维细胞等。中药外敷增加脓液渗出,从免疫学角度研究,它可以通过调整机体,增强机体抗病能力。中药内服外敷,使疮面肉芽加速生长,促进伤口愈合,疗效明显优于单纯西药治疗。

前列逐瘀汤联合微波治疗 Ⅲ型前列腺炎110例

鹤煤(集团)公司总医院(458000)

李喜顺

河南省安阳市肿瘤医院

洪永贵

根据1995年美国国立卫生研究院(NIH)前列腺炎分类法,慢性非细菌性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征(CPPS)属于Ⅲ型前列腺炎,占前列腺炎总数的90%~95%。患者主要的临床表现为盆腔区域的疼痛或不适,大多数患者药物治疗效果不佳,自2004年6月~2007年10月,我们采用中药前列逐瘀汤配合经直肠微波照射治疗CPPS,取得了一定的效果,现将结果报告如下。

1 临床资料

所有病例均来自我院男科门诊,选择年龄在18~50周岁之

间,经病史、体检及前列腺液检查符合诊断标准,并排除符合排除标准的病例。全部共215例,随机分为治疗组110例,平均年龄(35.3 ± 13.4)岁;病程3个月~12年,平均(4.8 ± 3.8)年;症状积分5~41分,平均(25.7 ± 6.4)分。对照组105例,平均年龄(34.8 ± 14.1)岁;病程6个月~11年,平均(4.7 ± 3.9)年;症状积分5~41分,平均(25.8 ± 6.6)分。经统计学处理,两组构成差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

纳入标准:依据NIH CPPS诊断标准:病程 ≥ 3 个月,患者具有盆腔区域的疼痛或不适,伴随各种排尿和性生活方面症状,无反复发作者泌尿系统感染病史。

排除标准:(1)下尿路其他疾病:急性前列腺炎,前列腺增生,神经源性膀胱,尿道畸形、狭窄,泌尿系结石等;(2)以局部疼痛为主要表现的其他疾病:附睾炎、精索静脉曲张、腹股沟疝等;(3)肛门直肠疾病:痔疮、肛裂、肛瘘、直肠炎等;(4)合并严重的心脑血管疾病者;(5)其他无法配合治疗的疾病:如精神病、喹诺酮类药物过敏等。

2 治疗方法

治疗组采用自拟前列逐瘀汤治疗,方药组成:知母、黄柏各12g,草薢15g,篇蓄、泽泻各12g,延胡索、五灵脂各6g,当归12g,川芎、制乳香、制没药各9g,赤芍12g,蒲黄6g。每日1剂,水煎,分两次服。同时配合微波治疗,频率为2450MHz,治疗辐射器 $10\text{mm}\times 12\text{cm}$,治疗时用避孕套套住辐射器,外涂石蜡油,经肛门置入直肠内8~10cm,治疗功率13~17W,温度以患者感觉温热而不烫为度。每次治疗30分钟,每日1次,每周治疗5天休息2天。对照组给予左氧氟沙星片,每次0.2g,每日2次;盐酸特拉唑嗪片每次2mg,每晚睡前1小时服1次,必要时每次加用西咪替丁0.2g,每日3次,每次维生素B₆20mg,每日3次,口服。两组均连续治疗4周,患者治疗期间均禁酒,禁食辛辣刺激性食物,避免久坐、骑车,保持适度 and 规律的性生活。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

参照《中药新药治疗慢性前列腺炎(非特异性)的临床研究指导原则》制定。治愈:症状积分减少 $\geq 90\%$,触诊时前列腺压痛消失,质地变软或改善,前列腺液镜检白细胞数 ≤ 10 个/HP,并连续检查2次以上正常。显效:症状积分减少 $\geq 60\%$ 而 $< 90\%$,触诊前列腺正常或改善而 $< 60\%$,前列腺液镜检白细胞数仍 > 10 个/HP。有效:症状积分减少 $\geq 30\%$ 而 $< 90\%$,前列腺液镜检白细胞数较治疗前有好转。无效:症状积分减少 $< 30\%$,前列腺液镜检白细胞数较治疗前无改善。

3.2 结果

治疗组110例,其中完成治疗107例,治愈57例,显效26例,有效16例,无效8例,总有效率为92.5%;对照组105例,其中完成治疗102例,分别为29例、20例、20例、33例、67.6%,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

3.3 两组主要观察指标治疗前后比较

两组疼痛、排尿症状、生活质量影响评分,慢性前列腺炎症状指数(NIH-CPSI)、前列腺液常规中白细胞计数(CPS-WBC)治疗后较治疗前均有明显改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$),两组治疗后比较,治疗组改善程度明显优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

前列腺疾病为“精室”之疾，前列腺其应属“奇恒之腑”，生理功能主要为生精、藏精、泻精，以通降为顺。前列腺位居下焦，既与膀胱气化之水相通，又与生精助欲之火相连，易为湿热之邪所困。凡湿热流注、性欲失控、纵欲手淫、忍精憋尿、久坐骑行等均可致残精败血瘀滞精室，精室脉络瘀阻。因此，其病机应当是湿热流注与精室瘀阻并重。前列逐瘀汤由清代王清任的少腹逐瘀汤化裁而来，去少腹逐瘀汤中辛温大热而用于温经的小茴香、干姜、肉桂等，代之以清热利湿的知母、黄柏、牡丹皮、萆薢、篇蓄、泽泻，方中清热利湿与理气散瘀并重，切合Ⅲ型前列腺炎病机，既能清热利尿，又能散瘀祛痛。

现代研究表明，Ⅲ型前列腺炎患者存在尿道括约肌压力增高、前列腺内尿液反流、盆底交感神经紧张、盆底肌肉痉挛，前列腺腺管周围炎性细胞浸润。方中清热利湿药物知母、黄柏、萆薢、篇蓄、泽泻具有抗菌、利尿、缓解肌肉痉挛等作用，其中萆薢还具有改善各种膜通透性的作用，同时活血化瘀药物能够改善微循环，促进血流，降低血液黏稠度，并可减轻前列腺炎的炎性细胞浸润和纤维组织增生，具有促进腺细胞分泌作用，前列逐瘀汤组方能显著改善Ⅲ型慢性前列腺炎患者的症状。

医用微波作用于人体组织后产生的热效应使前列腺组织血管扩张，血流加速，血管内压力升高，前列腺管扩腺脂膜通透性增加，药物更容易透入前列腺脂膜进入腺泡扩腺管。同时由于高温作用和微波的共振效应，前列腺腺管的脓栓会溶解，使前列腺液分泌通畅，有利于毒素的排出。

中药配合肝动脉化疗栓塞治疗 中晚期原发性肝癌35例

兰州军区总医院中医科(730050)

闫向勇 燕忠生 孟庆常

丁辉 裴海玲 魏千程

目前，原发性肝癌的治疗手段仍以早期手术为主，然而90%以上患者确诊后已属中晚期，不能手术切除，肝动脉化疗栓塞术(TACE)是该病主要的治疗方法。但TACE治疗肝癌毒副作用较大，且生活质量的改善并不明显，因此，我们在采用TACE治疗的同时，配合中药自拟保肝消癌汤辅助治疗，减轻其毒副作用，报告如下。

1 临床资料

2003年1月~2008年1月我科及我院肿瘤科收治的中晚期原发性肝癌患者70例，全部病例均经腹部B超、CT、MRI、AFP、肝脏穿刺病理活检等检查确诊，全部患者按国际抗癌联盟(UICC)1997年制定的原发性肝癌TNM的分期标准诊断为Ⅲ期或Ⅳ期。随机分为两组，保肝消癌汤配合肝动脉化疗栓塞组(治疗组)35例，男26例，女9例；年龄28~71岁，平均年龄51.5岁；肝功能Child分级：A级8例，B级18例，C级9例；其中巨块型24例，结节型8例，弥漫型3例；AFP阳性者31例；KPS评分50~70分，平均分值为60.0分。单纯肝动脉化疗栓塞组(对照组)35例，男24例，女11例；年龄32~69岁，平均年龄53.0岁；肝功能Child分级：A级7例，B级18例，C级10例；其中巨块型21例，结

节型10例，弥漫型4例；AFP阳性者24例；KPS评分50~70分，平均分值为65.0分。两组患者性别、年龄、疾病分期、KPS评分等方面差异均无显著性($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

两组患者均采用Seldinger技术，经皮股动脉穿刺插管至肝总动脉造影，确定肿瘤供血动脉后，再超选择至供血动脉，行灌注化疗和栓塞术。两组化疗方案：5-氟脲嘧啶750~1000mg，卡铂400mg，阿霉素40mg，丝裂霉素12mg，表柔吡新40~60mg，亚叶酸钙0.1g，并混合碘化油进行栓塞。根据患者身体情况，TACE治疗4~8周重复1次，一般进行2~4次。治疗组在每次行TACE的同时给予自拟保肝消癌方(柴胡、郁金、砂仁、白芍、五味子、沙参、黄芪、白术、茯苓、薏苡仁、穿山甲、半枝莲、红花、蜂房、连翘、鸡内金等)，每日1剂，早晚服用。治疗前后观察每位患者临床症状，并分别行血常规、肝、肾功能、腹部B超或CT检查。

3 疗效观察

3.1 疗效及毒副作用判断标准

疗效及毒副作用均按照WHO制定的疗效评价标准及抗癌药物毒副作用评价标准，以Karnofsky评分评价生活质量改善情况，治疗前后评分增加 ≥ 20 分者为显著改善，增加 ≥ 10 分而 < 20 分者为改善，未增加者为稳定，减少者为下降。

3.2 两组治疗前后症状及体征变化比较

治疗组治疗前肝区疼痛17例，治疗后2例；治疗前食欲不振16例，治疗后2例；治疗前腹胀11例，治疗后2例；治疗前发热4例，治疗后1例；治疗前黄疸7例，治疗后1例。对照组分别为17例、8例、10例、5例、12例、5例、5例、3例、6例、3例。治疗组疗效明显高于对照组($P<0.05$)。

3.3 生活质量评分比较

治疗组Karnofsky评分有效率为65.7%(23/35)，对照组有效率为31.4%(11/35)，两组比较，治疗组明显优于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.4 治疗后毒副作用比较

治疗组白细胞下降、AFP下降及恶心呕吐的发生率方面略低于对照组，差异无统计学意义($P>0.05$)。

4 讨论

TACE是对不能手术切除的肝癌患者最有效的方法，但其引起并发症及不良反应也不能忽视，TACE后出现急性肝功能衰竭者高达2.1%。TACE的不良反应如恶心、呕吐、发热、纳差、上腹痛或不适，尤其多次治疗后，由于血管床部分堵塞，碘油可反流至胃肠道血管，导致较持久的“胃痛”，可降低患者的生活质量。本观察显示，自拟保肝消癌汤对患者症状体征好转率及Karnofsky评分优于对照组。其柴胡、郁金、砂仁疏肝理气；白芍、五味子、沙参养肝柔肝；黄芪、白术、薏苡仁、鸡内金、茯苓扶正固本；穿山甲、蜂房、连翘、红花解毒化瘀。因此，在采用TACE治疗中晚期原发性肝癌的同时，应用中药辅助治疗，可提高患者生活质量，减轻不良反应。

[编辑：黄健]