

及 10g, 白花蛇舌草 10g, 天冬、麦冬各 10g, 杏仁 10g, 桔梗 10g, 水煎服, 每日 1 剂。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

依照实体瘤疗效判断标准即 RECIST 标准进行评价, 分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、稳定(SD)和进展(PD)。无进展生存期(TTP)和总生存期则以患者开始化疗起计算。不良反应评价按照 WHO 不良反应评价标准记录和评价, 并按照最高分级进行分析。治疗开始后每 2 个周期进行疗效评价。

3.2 客观疗效

每例患者至少完成 2 个周期, 最多 4 个周期, 17 例患者均可评价疗效。无 CR 病例, PR 3 例(17.6%), 均为初治病例, SD 9 例(52.9%), PD 5 例(29.5%), 客观有效率(CR+PR)17.6%, 疾病控制率(PR+SD)70.5%。

3.3 生存时间

17 例患者中目前仍存活 12 例, 死亡 5 例, 中位生存期 14 个月(2~24 个月)。中位 TTP 4 个月(1~8 个月)。一年生存率为 29.4%。

3.4 不良反应

17 例均可评价不良反应, 无治疗相关死亡。I、II 度副反应有: 乏力 6 例(35.2%), 脱发 5 例(29.4%), 厌食 3 例(17.6%), 转氨酶升高 3 例。血液学不良反应主要为白细胞减少, 以 I、II 度多见, 发生 III~IV 度白细胞下降 1 例(5.8%), 无 III~IV 度血小板减少及血红蛋白下降。

4 讨论

多西他赛是细胞周期特异性药物, 主要通过抑制微管的解聚和细胞有丝分裂来发挥抗肿瘤作用。其稳定微管作用比紫杉醇大 2 倍。体外细胞毒作用是紫杉醇的 1.3~12 倍, 诱导细胞凋亡的能力是紫杉醇的 100 倍, 体外实验对 5Fu、DDP、VCR 或 VP16 获得性耐药的细胞株对多西他赛无耐药性, 对紫杉醇耐药的细胞株不会自发地产生对多西他赛的交叉耐药性^[1]。来自国外的临床研究均证实, 单药多西他赛治疗老年非小细胞肺癌安全有效。

我们在临床上发现老年患者不能耐受长期化疗, 在化疗期间及化疗后给予中药维持治疗, 可以延长生存期。李佩文教授根据多年中西医结合防治肺癌的临床经验, 认为老年晚期 NSCLC 患者虽然存在着正虚与邪实两个方面, 但以正虚为主, 且以气阴两虚型为多见, 因而将益气养阴、解毒散结作为治则, 筛选出疗效确切、毒副作用较小的党参、沙参、五味子、鱼腥草、桑白皮、川贝母、白及、白花蛇舌草、天冬、麦冬、杏仁、桔梗组成平肺方, 全方在清肺热的同时又兼顾滋养肺阴, 攻补兼施, 既扶正又祛邪。我们的研究发现, 对于老年进展期 NSCLC 患者, 中药平肺方配合单药多西他赛 3 周方案能够延长患者的生存期, 提高患者的生活质量。

参考文献

- [1] 邓燕明, 卫光宇, 林耀东, 等. 多西他赛二线治疗 23 例晚期非小细胞肺癌[J]. 中国癌症杂志, 2004, 14(3): 279-281.

(收稿日期: 2011-07-18; 修回日期: 2011-07-28)

[编辑: 黄健]

锡类散加味灌肠治疗溃疡性结肠炎 29 例

周继勇^{1*} 陈振华¹ 曹泮悬¹ 熊之焰²

(1. 海宁市中医院肛肠科, 浙江省海宁市干河街 145 号, 314400; 2. 湖南省中医院肛肠科)

* 通讯作者: yongzi20082008@sina.com, 13757341539

[关键词] 锡类散加味; 溃疡性结肠炎; 临床观察

溃疡性结肠炎(UC)又称慢性非特异性溃疡性结肠炎, 其病程迁延, 易反复发作, 且有癌变倾向, 已被 WHO 列为现代难治病之一。UC 病变主要限于大肠黏膜与黏膜下层, 范围多累及远端结肠、直肠, 临床以腹泻、黏液脓血便、腹痛为主要表现。由于本病病因不明, 治疗手段比较单一, 目前主要采用内科保守治疗, 但效果不理想。2008 年 9 月至 2011 年 1

月, 我们在海宁市中医院及湖南省中医院肛肠科运用锡类散加味灌肠治疗轻、中度溃疡性结肠炎患者 29 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照“2000 年全国炎症性肠病学术研讨会(成都会议)”制定诊断标准^[1]及 2002 年《中药新药临床研究指导原则》中关于慢性非特异性溃疡性结肠炎

的中医证候诊断标准^[2]。

1.2 纳入标准

①中医辨证属湿热内蕴证。②符合溃疡性结肠炎的西医诊断标准。③选择经电子结肠镜检查病变部位位于直肠、乙状结肠。④入选病例以轻、中度溃疡性结肠炎为主。

1.3 排除标准

①溃疡性结肠炎中急性暴发型伴有中毒性结肠扩张、肠穿孔败血症等并发症者。②年龄在 18 岁以下,70 岁以上者。③合并有心、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者、妊娠与哺乳期妇女、恶性肿瘤与传染病患者。

1.4 一般资料

所观察 61 例病例分别来自浙江省海宁市中医院和湖南省中医院,2008 年 9 月至 2011 年 1 月期间的肛肠科住院患者,所有患者均经电子结肠镜确诊,经中医辨证为湿热内蕴型。随机分为治疗组 29 和对照组 32 例。其中治疗组 29 例,其中男 17 例,女 12 例;平均年龄(51.1±11.3)岁;平均病程(3.22±1.53)年;病变部位:左半结肠(不含乙状结肠)8 例,乙状结肠 12 例,直肠 9 例。对照组 32 例,其中男 18 例,女 14 例;平均年龄(52.1±12.2)岁;平均病程(3.20±1.63)年;病变部位:左半结肠(不含乙状结肠)7 例,乙状结肠 14 例,直肠 11 例。两组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗过程中两组均充分休息,并给予易消化、少刺激、低渣饮食。治疗组以败酱草 30g、三七 3g(以上两中药由湖南省中医院药剂科用现代工艺加工成颗粒剂)用沸水冲化至 150ml 左右,再加锡类散 1.2g(南通精华制药有限公司,批号:050101),待温至 38℃左右灌肠。对照组:柳氮磺胺吡啶(SASP)2g(0.25g/片,上海三维制药有限公司,国药准字 H31020450)研成粉末,用 38℃左右的温水配成 150ml 左右的混悬液保留灌肠。灌肠方法:嘱患者每晚睡前排空大便,将 38℃左右的药液倒入灌肠袋内,患者取左侧卧位,臀部稍垫高,将涂有润滑油的灌肠器的导管缓慢插入患者肛内,据临床诊断插入相应的深度。一般病变局限于直肠者,插入 10cm 左右,发生于乙状结肠者 20~30cm,缓慢灌入药液。术毕,嘱患者左侧位卧床休息,灌肠药物应保留 2h 以上。15d 为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程,每两个疗

程之间间歇 2d。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

①溃疡性结肠炎结肠镜诊断标准^[3],主要观察结肠黏膜的充血、水肿糜烂、溃疡等,其标准为:结肠黏膜无充血、水肿、糜烂、溃疡记 0 分;轻度充血、水肿,无或轻度糜烂,溃疡无或散在分布,数量<3 个,周边轻度红肿记 1 分;中等度充血、水肿,中等度糜烂或伴出血,溃疡散在分布≥3 个,周边明显红肿记 2 分;重度充血、水肿,重度糜烂,触之有明显出血,溃疡分布多,表面布满脓苔,周边显著红肿记 3 分。②西医疾病疗效评定:参照“2000 年全国炎症性肠病学术研讨会”《炎症性肠病诊断治疗规范》^[1]:临床痊愈:临床症状消失,结肠镜检查肠黏膜恢复正常,停药后 6 个月无复发。显效:临床症状基本消失,结肠镜检查黏膜轻度炎症反应及部分假息肉形成。有效:临床症状好转或结肠镜检查黏膜病变有好转。无效:临床症状及结肠镜等检查无改变。

3.2 两组患者结肠镜检查积分

两组治疗后肠镜积分结果进行统计学分析,差异有统计学意义($P>0.05$),提示治疗组对肠黏膜的改善效果优于对照组,见表 1。

表 1 患者结肠镜检查积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	29	5.69±1.28	2.65±0.94*△
对照组	32	5.09±1.44	3.06±1.16*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

3.3 两组中医证候总积分比较

两组治疗后结果进行统计学分析,差异有统计学意义($P<0.05$),提示治疗组对中医证候的改善明显优于对照组,见表 2。

表 2 两组中医证候总积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前总积分	治疗后总积分
治疗组	29	18.41±3.83	6.00±2.54*△
对照组	32	18.34±3.58	6.47±3.61*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

3.4 两组临床疗效比较

两组患者治疗后疾病疗效比较经秩和检验差异有统计学意义($P<0.05$),提示在疾病疗效比较方面,治疗组优于对照组,见表 3。

表 3 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	29	2(6.9)	13(44.9)	12(41.3)	2(6.9)	27(93.1)
对照组	32	1(3.1)	7(21.9)	17(53.1)	7(21.9)	25(78.1)

3.5 随访结果

分别对两组中有效以上患者进行约诊随访半年,如就诊者治疗组有效 27 例,有 5 例复发,对照组 25 例,复发者 15 例,复发率为 18.5% 和 60%。两组随访结果经进行统计学分析,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示治疗组在降低复发率方面优于对照组。

3.6 不良反应

治疗组在用药期间未出现任何不良反应及毒副作用。对照组在用药期间共有 11 例出现不良反应,发生率为 34.4%。早期以胃肠道反应为主,主要表现为食欲减退、恶心、呕吐。均经适当处理好转,未影响治疗。

4 讨论

UC 在中医属于“肠癖”、“泄泻”、“痢疾”等疾病范畴。临床以湿热瘀阻证最为多见,因大肠为湿浊聚集之所,变化出运之府,湿浊久蕴化热,气滞久成血瘀,而导致湿热瘀阻之机,故治宜清热除湿、活血化瘀。本灌肠方是由锡类散加败酱草、三七组合而成。锡类散源于清代尤在泾的《金匱翼》中的烂喉痧

方,由象牙屑、珍珠、牛黄、青黛、冰片等 7 味药组成,原为治疗咽喉腐烂、唇舌肿痛的古典名方,具有清热解毒、祛腐生肌功效。锡类散清热解毒、化腐生肌的药物作用恰与溃疡性结肠炎湿热下侵、血瘀肉腐的机制相吻合,虽病有在上、在下之别,其病因病机均属湿热内蕴,损伤络脉、肌膜所致。从现代医学病理解释,咽喉糜烂和溃疡性结肠炎分别为上、下部黏膜糜烂或溃疡,病理上几无差异。败酱草、三七可以弥补锡类散无祛湿、化瘀之效。以上药物疗效确切,采用灌肠疗法能使高浓度药物直达患处,避免药物在肝脏的首过效应和胃肠道消化酶的破坏,提高结肠内局部血药浓度,因而临床收到较好效果。溃疡性结肠炎的发作期多有体液免疫亢进的表现,中医辨证属邪气有余范畴,通常选用清热活血解毒的药物。这些药物一般具有不同程度的免疫抑制的作用,同时中药灌肠对肠黏膜能起到直接的修复和保护作用,从而解除结直肠动力紊乱的状态。

参考文献

- [1] 郑家驹. 炎症性肠病基础与临床[M]. 北京: 科学出版社, 2001: 195.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 129-134.
- [3] 翟兴红. 益气活血解毒法治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 中国医药学报, 2000, 15(4): 32.

(收稿日期: 2011-06-20; 修回日期: 2011-07-26)

[编辑: 黄健]

利湿解毒清热凉血活血法治疗病毒性肝炎高胆红素血症 60 例

侯光华^{1*} 胡启江¹ 汪卉兰¹ 杜祥兵¹ 时昭红² 郝建军²

1. 武汉市黄陂区人民医院肝病科, 湖北省武汉市黄陂区前川街板桥大道 61 号, 430300;

2. 武汉市中西医结合医院消化内科)

* 通讯作者: huhuqijing@126.com, 18971520852

[关键词] 利湿解毒; 清热凉血活血法; 病毒性肝炎高胆红素血症

血清总胆红素(TBiL) 大于 $171 \mu\text{mol/L}$, 称为高胆红素血症。高胆红素血症是病毒性肝炎常见的一种并发症, 临床治疗难度较大。我们自 2009 年 6 月至 2011 年 7 月期间采用利湿解毒清热凉血活血法联合西药治疗病毒性肝炎高胆红素血症 60 例, 现报道如下。

1 临床资料

所选 119 例均来源于武汉市黄陂区人民医院肝病科的住院患者, TBiL 均大于 $171 \mu\text{mol/L}$, 诊断标

准符合 2000 年中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会联合修订的《病毒性肝炎诊断标准》^[1]。随机分为治疗组 60 例和对照组 59 例。治疗组 60 例, 男 34 例, 女 26 例; 年龄 17~59 岁, 平均年龄 (36.0 ± 11.30) 岁; 其中甲型病毒性肝炎 15 例, 戊型病毒性肝炎 20 例, 慢性乙型病毒性肝炎 25 例。对照组 59 例, 男 31 例, 女 28 例; 年龄 18~61 岁, 平均年龄 (37.2 ± 11.54) 岁; 其中甲型病毒性肝炎 16 例, 戊型病毒性肝炎 21 例, 慢性乙型病毒性肝炎 22 例。两组患者的 PTA 均 $> 30\%$ 。两组患者的性别、年龄、病程与肝功能指标等一般资料比较差异均