

3.4 两组患者生活质量改善情况比较

表 3 示, 两组患者生活质量改善情况比较, 治疗组明显为优($P < 0.05$)。

表 3 两组患者生活质量改善情况比较[例(%)]

组别	例数	增高	稳定	下降	改善
治疗组	30	17(56.6)	7(23.4)	6(20.0)	17(56.7)
对照组	30	8(26.7)	9(30.0)	13(43.3)	8(26.7)

3.5 不良反应

两组不良反应情况的发生主要为胃肠道反应、骨髓抑制, 还包括脱发、腹泻, 治疗组胃肠道反应 0 级为 6 例, 1 级为 5 例, 2 级为 10 例, 3 级为 8 例, 4 级为 1 例; 对照组胃肠道反应 0 级为 5 例, 1 级为 6 例, 2 级为 9 例, 3 级为 9 例, 4 级为 1 例。两组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组骨髓抑制 0 级为 6 例, 1 级为 9 例, 2 级为 9 例, 3 级为 5 例, 4 级为 1 例; 对照组骨髓抑制 0 级为 5 例, 1 级为 10 例, 2 级为 10 例, 3 级为 4 例, 4 级为 1 例。两组比较, 差异无统计学意义。脱发及腹泻情况两组比较差异亦无统计学意义($P > 0.05$)。

4 讨论

体外高频热疗机(肿瘤型)内生场肿瘤热疗系统是临床治疗恶性肿瘤的一种新加热治癌设备, 其作用形式是一种高频率干扰电流。采用两种不同相位、不同频率高频电流, 两组两极对置四极交叉, 在人体深部肿瘤部位交叉产生干扰的内生电流, 也产生了内生电场, 主要用于深部肿瘤加热治疗。近年

来发现, 热疗和化疗联合具有协同作用, 高温状态下癌细胞膜流动性增高, 肿瘤血管通透性增高, 化疗药物进入并蓄积于癌细胞内增多, 增强了化疗抗肿瘤作用。热疗和化疗的协同作用也同样见于癌组织内处于静息状态的癌细胞。

我们使用内生场肿瘤热疗系统, 使中心温度稳定在 $41 \sim 43.5^\circ\text{C}$ 恒温状态, 并在每一疗程中化疗 1 周期, 以期能获得较好的疗效, 本观察结果表明, 热疗联合化疗对中晚期非小细胞肺癌在肿瘤客观疗效有效率方面, 两组比较差异无统计学意义; 但是对临床症状的改善和生活质量的提高差异均具有统计学意义, 对于化疗常见的毒副作用, 如胃肠道反应、骨髓抑制, 脱发、腹泻等方面差异无统计学意义。因此, 肿瘤热疗系统, 临床使用安全有效, 局部热疗联合化疗能明显改善患者对化疗的耐受程度, 使其顺利完成化疗, 能明显改善其临床症状, 改善其生活质量, 不增加其毒副作用, 是一种安全、合理、有效的方法, 不失为非手术治疗非小细胞肺癌的有效的综合治疗方法。

参考文献

- [1] 赵春红, 杨志萍. 艾迪注射液联合化疗治疗晚期非小细胞肺癌的近期疗效观察[J]. 中国实用医药, 2009, 4(2): 126-127.
- [2] 王远东, 王建, 赵健, 等. 晚期非小细胞肺癌患者射频毁损治疗的生存质量评价分析[J]. 实用癌症杂志, 2004, 19(2): 176-177.

(收稿日期: 2011-09-26; 修回日期: 2011-11-11)

[编辑: 黄健]

中西医结合治疗湿疹 49 例

甘永康* 刘惠 刘小伟

天津中医药大学, 天津市南开区玉泉路 88 号, 300193

* 通讯作者: channacat@163.com, 15822469603

[关键词] 湿疹; 中西医结合; 清热; 利湿; 养血

近年来我们采用中西医结合疗法治疗湿疹 49 例, 现报告如下。

1 临床资料

本组 97 例均系门诊患者, 按照西医诊断标准诊断为湿疹^[1], 随机分为两组。对照组 48 例, 男 23 例, 女 25 例; 年龄 11~68 岁; 包括急性湿疹 31 例, 亚急性湿疹 11 例, 慢性湿疹 6 例。治疗组 49 例, 男 20 例, 女 29 例; 年龄 8~72 岁; 包括急性湿疹 29 例, 亚急性湿疹 13 例, 慢性湿疹 7 例。两组患者性

别、年龄等方面差异无统计学意义, 具有可比性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 自拟方治疗

①急性湿疹: 中医辨证多属热重于湿。自拟双清汤: 菊花 10g, 连翘 10g, 白鲜皮 15g, 龙胆 10g, 栀子 10g, 黄芩 15g, 生地黄 15g, 车前子 12g, 柴胡 6g, 甘草 6g, 苦参 6g。水煎服 300ml, 每日 1 剂, 分 2 次服。热甚者加牡丹皮 10g, 大便干结加大黄 15g、厚朴 10g。外用: 青黛、滑石(粉)、黄柏各 15g, 冰片 9g

共研细末,用麻油调糊状,外涂患处,每日3次;亦可用苦参、黄柏、白鲜皮各30g,花椒20g,红花、乌梢蛇、蛇床子各10g,加水2000ml,煎后入盆中,以毛巾遮盖患部以热气熏蒸。②亚急性湿疹:多属脾虚湿蕴,湿重于热。自拟除湿止痒汤:(赤)茯苓皮15g,白术10g,黄芩10g,黄柏15g,苦参10g,威灵仙12g,栀子10g,泽泻10g,茵陈10g,枳壳10g,生地黄10g,竹叶6g,灯心草6g,甘草10g。湿重者加苍术8g,痒甚者加白鲜皮15g,纳呆加(焦)山楂、(焦)神曲、(焦)麦芽各20g,腹胀加香附10g。外用柴胡膏:柴胡30g,砂仁2g,白菊花3g,连翘3g,甘草3g,青黛30g。研磨,加凡士林伴成膏状,涂搽,每日1次。③慢性湿疹:多属脾虚血燥,肌肤失养。自拟养血止痒汤:当归30g,生地黄30g,白芍30g,川芎30g,蒺藜30g,防风30g,荆芥30g,何首乌15g,黄芪15g,丹参10g,薏苡仁15g,鸡血藤10g,炙甘草15g。瘙痒剧烈者加乌梢蛇10g。外用同亚急性。

2.2 西药治疗

西药治疗组主要应用 H_1 受体拮抗剂,联合使用第一代和第二代抗组织胺药。白天服用第二代抗组织胺药,西替利嗪每次10mg,每日1次;晚上服用可通过血脑屏障、具有嗜睡副作用的第一代抗组织胺药赛庚啶每次5mg。对工作和学习要求高度集中精力者仅选用第二代抗组织胺药物。对单独使用 H_1 受体拮抗剂疗效不佳者,加用 H_2 受体拮抗剂、抗5-羟色胺、抗炎药物等(如氯雷他定+雷尼替丁+氨茶碱+雷公藤)。疗效不明显者可考虑短期使用糖皮质激素。同时口服维生素C,每次0.2g,每日3次;维生素 B_6 ,每次15mg,每日3次;急性期皮疹广泛者用10%葡萄糖酸钙每次10ml,静脉注射,每日1次。

治疗组以自拟方配合西药治疗,对照组以纯西药治疗。2周为1个疗程,急性患者用药1个疗程,亚急性和慢性患者用药3~4个疗程。

3 结果

3.1 疗效评价标准

以皮损消退程度为评定标准^[4],治愈(完全消退)、有效(消退30%以上)、无效(消退不足30%)。

表1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	有效	无效	总有效
治疗组	49	32(65.3)	16(32.7)	1(2.0)	48(98.0)
对照组	48	12(25.0)	14(29.0)	22(45.8)	26(54.2)

3.2 两组临床疗效比较

表1示,治疗组临床疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

4 讨论

中医学称本病为“湿疮”,因临床特点各异,不同记载中又有不同的名称。浸淫遍体,滋水极多者成“浸淫疮”,如《诸病源候论》中说:“浸淫疮是心家有风热,发于肌肤,初生甚小,痒后痛而成疮,汁出,浸渍肌肉;浸淫渐阔,乃遍体。”以丘疹为主的又称“血风疮”或“粟疮”,如《医宗金鉴》中说:“遍身生疮,形如粟米,瘙痒无度。”发于手部的称“痼疮”,如《诸病源候论》中说:“痼疮者由肤腠虚,风湿之气,折乎气血,结聚所生,递相对,如新生茱萸子,痛痒抓搔成疮,黄汁出,浸淫生长,折裂,时瘥时剧。”发于耳部的称“旋耳疮”,发于乳头部的称“乳头风”,发于脐部的称“脐疮”,发于阴囊的称“肾囊风”,发于四肢弯曲部的称“四弯风”等。

一般认为,湿疮的发生是内因为本,禀赋不耐,又有外因为标,风湿热邪阻于肌肤所致。急性者以湿热为主,常因饮食不节,嗜酒或过食辛辣,伤及脾胃,脾失健运,致使湿热内蕴,复感风湿热邪,阻于腠理,浸淫肌肤而发病;亚急性多属素体虚弱,脾虚不运,湿邪留恋,浸淫肌肤;慢性则因湿热蕴久,耗气伤血,生风生燥,肌肤失于濡养所致。

由于病因和临床分型不同,其治疗方法也不同。赵炳南认为,湿疹早期为病,起于湿热,并有热重于湿的特点,心肝火盛是其重要原因,故早期当以清热利湿为主。随着风湿热邪久滞,病情迁延至亚急性与慢性,主要病变则变成了由于长期耗血伤阴、化燥生风所致的血虚风燥之证,需要养血滋阴、润肤止痒。西医主要是配合使用 H_1 、 H_2 受体拮抗剂,联合使用第一代和第二代抗组织胺药物,也可根据情况加用维生素C、钙制剂及外用止痒药。

通过对49例患者的临床治疗观察可知,根据中医辨证论治组建中药方剂,同时适当使用抗组织胺类药物、外用止痒药、钙制剂等西药进行联合治疗,对湿疹的治疗有效率达98%,疗效肯定。湿疹是一种顽固性的皮肤病,目前尚无特效治疗措施。因此,中西医结合是治疗湿疹的有效途径。

参考文献

[1]中华医学会皮肤性病学分会免疫学组.中国湿疹诊疗指南(2011年)[J].中华皮肤科杂志,2011,44(1):5-6.

(收稿日期:2011-09-20;修回日期:2011-10-18)