

3.3 各组毒副作用比较

表 2 示, A 组毒副反应发生率明显低于其他两组($P<0.05$)。

表 2 各组毒副作用评估比较[例(%)]

组别	例数	恶心	呕吐	腹泻	膀胱炎	直肠炎
A 组	75	8(10.7)	5(6.7)	5(6.7)	2(2.7)	8(10.7)
B 组	54	22(40.7)	9(16.7)	11(20.4)	4(7.4)	9(16.7)
C 组	63	40(63.5)	15(23.8)	23(36.5)	8(12.7)	15(23.8)

4 讨论

宫颈癌是常见的妇科恶性肿瘤,且 80% 以上为外生型肿物,大多数失去手术机会,放射治疗是最主要的治疗方法。但盆、腹腔放疗患者易出现倦怠乏力、恶心欲吐及泄泻等症状,辨证为热毒内盛,津液受损、气血不和、脾胃失调等。临床多遵循清热解毒、补气养阴、健脾和胃等原则。

加减八珍汤为名老中医裴正学教授的协定处方,八珍汤来源于《正体类要》,由四物汤加四君子汤组成,以上 8 味药在现代药理研究中不同程度具有抑制肿瘤细胞脱氧核糖核酸合成,增强杀伤肿瘤细胞作用。依据中医理论,放射线对机体的损伤是热毒耗气伤阴,损及津液脏腑。根据随症加减的原理将八珍汤原方剂中的人参减去,改为党参,将熟地黄减去改为生地黄,两方并用从整体角度调节患者机

体免疫力,发挥气血双补功效,再加丹参、黄芪、地龙、木瓜、阿胶、女贞子、枸杞子等,兼有补气滋阴养血作用。该方中赤芍、当归、党参、阿胶、白术、茯苓为君药,主要发挥补气血、健脾胃之效;生地黄、川芎、黄芪、丹参助党参、当归之补气养血、活血行气功能为臣药;女贞子、枸杞子、地龙、木瓜为佐药;炙甘草为使药,具有益气和中、调和诸药等功效。

研究结果表明,宫颈癌放疗中配合口服加减八珍汤可明显减少胃肠道毒副反应,使既定放疗计划如期完成,明显提高了肿瘤近期有效率。虽然顺铂与紫杉醇均有抗肿瘤作用,但放疗、化疗同步其胃肠道毒副作用会显著叠加,部分患者无法耐受,治疗过程中断达 9 天。肿瘤放疗中断 1 周其有效率下降 6%~9%,而放疗推迟 1 天肿瘤局部控制率降低 1.4%。本研究中加减八珍汤在宫颈癌常规放疗剂量或低于此剂量的情况下,肿瘤缓解率与毒副反应明显优于单纯放疗及放疗配合化疗。

参考文献

[1]谷铎之,殷蔚伯. 肿瘤放射治疗学[M]. 4 版. 北京:中国协和医科大学出版社,2008:1012-1015.
[2]孙燕,周际昌. 临床肿瘤内科手册[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2003:106-113.

(收稿日期:2011-11-15;修回日期:2012-03-14)

[编辑:黄 健]

肾衰方治疗慢性肾功能衰竭 50 例

陈兴强* 孙恒聪 陈运忠 陈运春 邱胜卫

三亚市人民医院中西医结合科,海南省三亚市解放三路 558 号,572000)

* 通讯作者:13322065686

[关键词] 肾衰方;慢性肾功能衰竭;中西医结合疗法

慢性肾功能衰竭(CRF)是由于多种原发或继发的慢性肾脏疾病发展到晚期,肾功能受到严重损害而出现的一种常见的临床危重综合征,尿毒症的年发病率为 100~150/100 万。资料表明,慢性肾脏病肾小球滤过率下降至正常的 25% 左右时,肾功能衰竭就会通过一个共同途径,呈进行性而且是不可逆地向前发展,直到出现终末期肾病(ESRD)^[1]。根据 CRF 存在着“湿、浊、毒、瘀、虚”的病理特点,采用肾衰方联合西医的治疗,在降低血肌酐(SCr),尿素氮(BUN)及提高血浆白蛋白、血红蛋白及改善患者整体状况、稳定肾功能或延缓 CRF 患者进入透析的

时间方面,收到较好疗效。现将观察结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

100 例均为我院 2005 年 3 月至 2010 年 9 月门诊和住院患者,随机分为两组:治疗组 50 例,男 28 例,女 22 例;年龄 35~72 岁,平均 53.2 岁;病程 3~13 年;原发性肾小球肾炎 28 例,糖尿病肾病 8 例,慢性肾盂肾炎 3 例,高血压良性肾小动脉硬化 7 例,多囊肾 3 例,痛风性肾病 1 例。对照组 50 例,男 29 例,女 21 例;年龄 32~70 岁,平均 49.6 岁;病程 2~12 年;原发肾小球肾炎 27 例,糖尿病肾病 7 例,慢性肾盂肾炎 6 例,高血压良性肾小动脉硬化 6 例,多囊肾 2 例,痛风性肾病 2 例。两组临床资料差异

无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 排除标准

合并严重心功能衰竭、消化道出血、合并肿瘤、严重营养不良者。

2 治疗方法

两组患者均给予治疗原发病,低盐、低蛋白($0.6\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$)饮食,降压。罗钙全 $0.25\mu\text{g}$,每日 1 次;促红细胞生成素(EPO)3000U,每周 2 次,皮下注射;福乃得每次 1 片,每日 1 次;纠正电解质、酸碱平衡,控制感染对症治疗。治疗组患者另加用肾衰方煎剂[黄芪、(制)附子、淫羊藿、大黄、当归、川芎、丹参、白术、茯苓],采用自动煎药机,分装为 80ml/袋。每日 1 袋,口服 3 个月。治疗前及治疗后记录患者症状及检查血常规、肾功能、血浆白蛋白等。

中医症状及体征变化:以症状明显且持续存在,患者主动诉说的计 3 分;症状较轻,持续存在,经医生问及而说出的计 2 分;症状时有时无,不明显计 1 分。

3 疗效观察

3.1 疗效判断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》规定的标准

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	50	18(36)	23(46)	9(18)	41(82)
对照组	50	13(26)	18(36)	19(38)	31(62)

结合临床实际进行评定。显效:自觉症状体征基本好转或基本消失,BUN 或 SCr 分别降低 30% 以上,白蛋白(Alb)上升,营养状况改善;有效:自觉症状体征减轻,BUN、SCr 分别降低 20% 以上;无效:自觉症状和体征不减轻或加重,BUN、SCr 无明显改善或上升。

3.2 两组临床疗效比较

表 1 示,两组疗效比较,治疗组明显为优($P<0.05$)。

3.3 两组实验室检测指标比较

表 2 示,治疗组治疗后各项指标改善较治疗前明显($P<0.05$ 或 $P<0.01$),对照组各项指标改善不明显($P>0.05$)。

3.4 两组治疗前后中医症状积分比较

表 3 示,治疗组除面浮肢肿外,治疗后其余项目积分均有明显改善($P<0.01$),对照组改善不明显($P>0.05$)。

4 讨论

CRF 的形成是多种原因引起的严重危害人体健康的综合征。其病程缠绵,久治难愈,导致脾肾功能严重受损,肾失气化开阖之职,脾失通调水道之能,以致当升不升,当降不降,当泄不泄,当藏不藏,水湿内蕴,日久化浊,浊腐成毒,毒滞成瘀,而形成浊、毒、瘀、虚的病理特点。肾衰方正是根据慢性肾功能衰竭这一病理特点而设置的有效方剂,主旨在于温养脾肾之阳,补气健脾,运化水湿,清除浊毒。方中黄芪补气振奋机体功能;(制)附子、淫羊藿温

表 2 两组治疗前后实验室检测指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	SCr($\mu\text{mol/L}$)	BUN(mmol/L)	Alb(g/L)	Hb(g/L)
治疗组	治疗前	50	432.94 $\pm$ 128.39	21.76 $\pm$ 6.01	28.17 $\pm$ 4.31	78.76 $\pm$ 23.76
	治疗后	50	358.43 $\pm$ 102.73**	15.69 $\pm$ 4.26**	30.69 $\pm$ 3.86**	88.84 $\pm$ 22.57*
对照组	治疗前	50	425.79 $\pm$ 131.58	19.64 $\pm$ 5.59	27.52 $\pm$ 4.35	77.12 $\pm$ 26.85
	治疗后	50	408.98 $\pm$ 131.55	17.88 $\pm$ 5.48	28.95 $\pm$ 3.51	78.54 $\pm$ 24.45

注:与治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

表 3 两组治疗前后中医症状积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

证候	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
面浮肢肿	1.50 $\pm$ 0.52(16)	1.38 $\pm$ 0.50(16)	1.46 $\pm$ 0.52(13)	1.38 $\pm$ 0.51(13)
神疲乏力	1.91 $\pm$ 0.55(46)	1.37 $\pm$ 0.64(46)*	1.84 $\pm$ 0.48(43)	1.63 $\pm$ 0.54(43)
腰膝酸软	1.84 $\pm$ 0.61(43)	1.28 $\pm$ 0.45(43)*	1.76 $\pm$ 0.49(38)	1.55 $\pm$ 0.50(38)
纳差腹胀	1.86 $\pm$ 0.54(36)	1.11 $\pm$ 0.32(36)*	1.79 $\pm$ 0.59(34)	1.65 $\pm$ 0.54(34)
畏寒肢冷	1.68 $\pm$ 0.47(32)	1.25 $\pm$ 0.44(32)*	1.69 $\pm$ 0.47(36)	1.64 $\pm$ 0.49(36)
恶心呕吐	2.08 $\pm$ 0.39(26)	1.38 $\pm$ 0.49(26)*	1.97 $\pm$ 0.33(29)	1.76 $\pm$ 0.51(29)

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$

阳,恢复肾脏气化行水之功;白术健脾除湿,使脾能运化水湿;配茯苓淡渗利水,通调水道,使水湿从小便而去;宗“六腑以通为用”之旨,取大黄疾行善走之力,以荡涤阴霾之气,同时大黄又有活血化瘀之力。然肾功能衰竭,脾阳亦日趋衰败,此时选用冲墙倒壁之大黄,实出权宜之计,而配黄芪、(制)附子、淫羊藿、白术,补气、温肾、健脾相互为伍,荡涤水毒浊邪不伤正,厚肠胃而不留湿,通补兼施,恰合病机;当归、川芎、丹参养血活血化瘀。

现代医学认为,细胞因子在 CRF 进展起到关键作用。血小板源性生长因子(PDGF)、转化生长因子(TGF- β)和胰岛素样生长因子(IGF-1)等细胞因子均参与 CRF 的发病过程,其中 TGF- β_1 是核心因

子,TGF- β_1 可促使肾脏细胞大,增加系膜细胞和细胞外基质(ECM)的产生,并通过增加基质降解酶抑制物活性、抑制基质降解酶合成而减少 ECM 降解,从而导致肾小球硬化。黄芪、丹参能明显降低患者血栓素 B_2 (TXB₂) 内皮素(ET)水平,使尿白蛋白明显下降,肾功能改善。

参考文献

- [1]沈清瑞,叶任高,余学清.血液净化与肾移植[M].北京:人民卫生出版社,1992:2.
- [2]叶任高,陈裕盛,方敬爱.肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论纪要[J].中国中西医结合杂志,2003,4(6):355-357.

(收稿日期:2011-11-15;修回日期:2012-03-10)

[编辑:黄健]

抑癌散结汤联合化疗治疗中晚期胰腺癌 30 例

陈丽芝 金昌凤* 陈素玉

黑龙江中医药大学研究生院,哈尔滨市香坊区和平路 24 号,150040)

* 通讯作者:chenlizhi2005@163.com,18645905261

[关键词] 胰腺癌;抑癌散结汤;中西医结合治疗;临床观察

胰腺癌是我国临床上常见的消化道恶性肿瘤之一,其发病率在全世界范围内呈上升趋势,早期缺乏消化道特有症状和体征,发病隐匿、迅速,易侵犯胰腺周围组织和转移,导致早期诊断困难从而失去手术机会。随着外科手术和围手术期的改进对胰腺癌手术切除疗效已获较大的提高,手术联合放疗、化疗或化疗联合姑息手术针对局限晚期及转移性胰腺癌的治疗效果也有明显的提高,但不能提高患者的总体生存率,不能降低并发症和改善预后。近年来,我们采用中西医结合疗法治疗中晚期胰腺癌患者,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2009 年 10 月至 2011 年 6 月我院胰腺癌患者 60 例,随机分为治疗组与对照组各 30 例,年龄 30~70 岁,治疗组中位年龄(48.35±4.51)岁,男女比例 21:9;对照组中位年龄(46.80±4.93)岁,男女比例 19:11。两组临床病程分期 II~IV,其中胰头癌 26 例,胰体癌 16 例,胰尾癌 11 例,全胰腺癌 7 例。两组临床资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

中医诊断按照《中医病证诊断疗效标准》^[1]进行

辨证分型。西医诊断符合《实用肿瘤内科学》^[2]胰腺癌诊断标准,即有确切的 CT、MRI 影像学、病理检查、肿瘤标志物证据,符合 2002 年国际抗癌联盟(UICC)TNM 分期标准^[3]。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:Karnofsky 评分(KPS)>60 分;预计生存期>2 个月;既往未接受过任何放疗、化疗和激素治疗;对本研究知情同意者。

排除标准:广泛远处转移;伴有严重的心血管疾病、精神疾病、严重的肠梗阻或其他系统疾病;伴有急性感染。

2 治疗方法

治疗组以抑癌散结汤联合 GEM 方案。抑癌散结汤组成:毛慈菇 15g,八月札 30g,猫爪草 15g,重楼 30g,白花蛇舌草 60g,大黄 6g,三七 10g,丹参 15g,三棱 10g,莪术 5g,夏枯草 30g,海藻 20g,昆布 20g,全蝎 10g,蜈蚣 1 条,侧柏叶 40g,柴胡 30g,山药 50g,白术 20g。每日 1 剂,水煎分早晚两次服,服 3 周停 1 周为 1 个周期,连服至少 6 个周期。GEM 方案:吉西他滨(江苏豪森药业有限公司生产,国药准字:H20030104)1000mg/m²,加入生理盐水 100ml,每日 1 次,静脉滴注 30min,第 1、8、21 天,连续用 7 周停 1 周,再用 3 周停 1 周,再用 2 周停 1 周,至少 6 个月,