

自拟益气养阴汤治疗鼻咽癌放疗反应 30 例临床分析

陈黎莉 龙浩

(江西省肿瘤医院中西医结合科 南昌 330029)

关键词 :鼻咽癌放疗反应 ;中医药疗法 ;益气养阴汤

中图分类号 R 739.6

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)04-0028-02

笔者采用中药治疗鼻咽癌放疗反应 30 例,并与 20 例对照组进行比较,现将疗效观察结果报告如下:

1 临床资料

本组病例均为 1996~2002 年期间我院住院患者,经病理学诊断为鼻咽癌,均接受放射治疗。治疗组 30 例,其中男性 22 例,女性 8 例;最大年龄 71 岁,最小年龄 16 岁,平均 47 岁;发病时间最长 3 年,最短 2 个月,平均 18 个月;卡氏评分,最高 90 分,最低 60 分,平均 76.35 分。对照组 20 例,其中男性 18 例,女性 2 例;最大年龄 50 岁,最小年龄 26 岁,平均 39 岁;发病时间最长 3 年,最短半年,平均 16 个月;卡氏评分最高 90 分,最低 60 分,平均 78.5 分。伴有颈部淋巴结肿大者,治疗组 12 例,对照组 4 例。

2 治疗方法

自拟益气养阴汤,方剂组成:黄芪 30g,党参 30g,南、北沙参各 10g,麦冬 15g,天花粉 10g,女贞子 10g, 丹参 15g,金银花 15g。在上述主方基础上,辨证施治,随症加减:口干便秘,选加大黄、桃仁、麻仁;夜寐不安,选加酸枣仁、煅龙牡、五

味子;食欲不振,选加茯苓、苡仁、白术、炒谷麦芽;鼻塞,选加辛夷花、苍耳子;低热盗汗,选加青蒿、凤凰衣、生地;头痛选加川芎、白芷、防风。放疗期间,每天服 1 剂,每剂煎 3 次,代茶饮用。服用最长者 4.5 个月,最短者 22d,平均服用 45 剂;对照组单纯放疗,未配合中药。

3 疗效观察

治疗组有效(顺利完成放疗,未间断)30 例,无效(间断 3d 以上,不能如期完成放疗)0 例;对照组分别 15、5 例。前者总有效率 100%,后者 75%。经统计学处理, $P < 0.01$,2 组间比较差异有显著性意义。

4 讨论

中医学无鼻咽癌病名,但类似鼻咽癌症状的描述散见“鼻衄”、“鼻渊”、“石上疽”、“真头痛”^[2]。鼻咽癌治疗首选放疗。放疗期间,口咽、鼻咽、鼻腔、副鼻窦内粘膜放射 40Gy 后,血管壁变薄,通透性增强,可出现粘膜水肿或充血,甚至形成溃疡。腮腺照射 2Gy 后,即可发生腮腺肿胀,当照射 40Gy 后,唾液分泌明显减少,组织学上有实质细胞增生变

与传统的后位内括约肌切断术比较具有疗程短、治愈率高等优点。

该术式特点是:(1)采用侧位手术,目的是减轻后正中位(Minor 三角)最大创伤,尽量避开该部位的乏血管区,避免了后位供血不良,愈合迟缓,以及后位手术形成锁孔样畸形的弊端。(2)在直视下挑出内括约肌切断,并控制切断范围不超过 2cm,这样既解除了内括约肌的痉挛,又保证了术后肛门括约肌功能的完整性。(3)切口作褥式外翻缝合,止血充分,避免了术后切口处血肿的发生。(4)外翻缝合,引流充分,减少了大便对创面的摩擦,降低了感染率,同时减轻了术后疼痛,缩短了愈合时间。(5)术后指法扩肛,可将手术中未分离彻底的病理性纤维组织断离,保证了手术效果,同时使内括约肌充分松弛,提高了远期疗效。

本术式既有效解除内括约肌痉挛,又保证了术后肛门括约肌功能的完整性,且具有术中出血少、痛苦小、感染机会少、疗程短等优点,是目前治疗陈旧性肛裂的理想术式,值得临床推广应用。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.132
[2]张东铭.肛裂的现代概念[J].大肠肛门病外科杂志,2001,7(4):3
[3]Pitt J,B80 oulos PB.Chemical sphincterotomy for anal fissures [J].Colorectal Dis,1999,1(1):2~8

(收稿日期 2004 - 04 - 19)



表 1 2 组术后指标比较($\bar{X} \pm s$) 例

组别	疼痛缓解时间 /d	感染	复发	溃疡愈合时间 /d	肛门控制功能障碍
治疗组	0.85 $\pm$ 0.40 [▲]	0 [△]	2 [△]	9.51 $\pm$ 0.47 [▲]	0 [▲]
对照组	2.53 $\pm$ 0.57	0	3	13.23 $\pm$ 0.38	4

注:与对照组比较,▲ $P < 0.05$,△ $P > 0.05$ 。

表 2 2 组疗效比较 例

组别	治愈	好转	未愈	治愈率(%)
治疗组	100 [▲]	0	0	100
对照组	85	13	2	85

注:与对照组比较,▲ $P < 0.05$ 。

从表 1、2 中可以看出,2 组术后感染和复发率差异无统计学意义($P > 0.05$),而 2 组在疼痛缓解时间、溃疡愈合时间、肛门控制功能障碍、治愈率方面比较差异均有显著统计学意义($P < 0.05$),治疗组明显优于对照组。

3 讨论

现代概念^[2]认为肛裂的本质是缺血性溃疡,是内括约肌痉挛诱发肛管后供血不足,日久难以愈合而成溃疡。内括约肌痉挛是肛裂的病因而不是结果,如何解除内括约肌痉挛是治疗肛裂的关键。国外报道用硝酸甘油膏(GTN)局部外用和肉毒素(BT)局部注射具有暂时性降低内括约肌张力,从而促进肛裂愈合的作用,称为化学性括约肌切开术^[3]。但该方法副作用大,疗程长,复发率高。故手术治疗仍是慢性肛裂治疗的理想选择。根据肛门解剖学特点,我们自行设计了侧位部分内括约肌切断、扩肛、切口作褥式外翻缝合治疗陈旧性肛裂,

苦参对心脏腔内电生理影响研究

蒋树中 张毅刚 付强

(江苏省徐州市第四人民医院心内科 徐州 221009)

关键词 :电生理 ;心脏内 ;苦参煎剂 ;心律失常 ;心房有效不应期

中图分类号 :R 541.7

文献标识码 :B

文献编号 : 1671-4040(2004)04-0029-02

苦参,含苦参碱(Matrin,C₁₅H₃₄N₂O)及金雀花碱(Sylisie,C₁₁H₁₄N₂O),性味苦寒。“苦入心,寒除火”,利用苦参性味苦寒、清热除湿的作用,可治疗“火”、“热”引起的心律失常。实验研究及临床疗效观察证实其有良好的抗心律失常作用^[1,2]。我们对 31 例口服苦参煎剂后的房室折返性心动过速病人在射频消融(RFCA)前进行了电生理检查,并同我们既往已做的 30 例电生理检查者(正常或 RFCA 前房室折返性心动过速病人)作了对比分析,以研究苦参对心电生理的影响,进一步了解其抗心律失常的内在机制。

1 资料和方法

1.1 临床资料

1.1.1 一般资料 对照组 30 例,为我院 1993 年 2 月~2003 年 6 月间心电生理检查者,男 18 例、女 12 例,平均年龄(32.5依0.2)岁(14~59 岁)。苦参组 38 例,实际完成 31 例,为我院 2003 年 7 月~2004 年 2 月间进行的心电生理检查者,男 14 例、女 17 例,平均年龄(38.7依0.8)岁(24~62 岁)。所有被检查者常规体格检查,检查血、尿、大便常规,肝、肾功能,心电图,心脏彩超,活动平板试验。

1.1.2 退出研究病例标准 (1)显性预激综合征。(2)经检查证实为冠心病急性心肌梗死及其他严重器质心脏疾病,合并重度高血压,心肺功能不全,恶性心律失常,肝、肾、造血系统等严重原发性疾病。(3)精神病患者、重度神经官能症、更年期症候群。(4)妊娠或哺乳期妇女。(5)过敏体质及对多种药物过敏者。(6)心导管手术禁忌症。(7)不能耐受全套程序刺激者。

1.1.3 对照组停用抗心律失常药物 5 个半衰期,苦参组服用苦参煎剂(含原药 20g)1/d,5d 后行电生理检查。

1.2 设备及材料 X 线机:SIEMENS Koordinat 3D II (HICOR) 1250mA C 型臂。生理记录仪:SIMENS-ELEMA Minggograph 7 型、美国 Cardic Pathways 8001 32 导联生理记录仪。电生理刺激仪:中国长虹电子仪器厂 CF-2、CF-4。记录

性,血管炎性反应及间质纤维化。颞颌关节受到照射亦引起不同程度的纤维化,出现张口困难。以上即中医所属之热毒炽盛,伤阴耗气,气不固血。故临床上按其辨证,分别治以益气养阴、活血化瘀、清热解毒、健脾和胃为主。因此在选方中应以益气养阴方取玉屏风散合沙参麦冬汤加减,佐以桃红四物汤宁络化瘀止痛,仙方活命饮、五味消毒饮清热解毒,软坚散结,参苓白术散健脾和胃。选方中需注意慎用苦寒药,以免败胃;慎用虫类活血药,以免加重出血,戕伐正气;慎用滋腻药,以免碍脾。

关于中医药在肿瘤放疗反应中所发挥的重大作用,临床

电极:WEBSTR、EPT 等 6F 电生理标测电极、冠状窦标测电极。

1.3 电生理检查

1.3.1 常规消毒、局部麻醉后,经股静脉穿刺后,送入电生理标测电极(4 极)于高位右房(HRA)、希氏束(HIS)、右室心尖(RVA);经左锁骨下静脉穿刺后,送入冠状窦标测电极(4 极)于冠状静脉窦(CS)。同步纪录体表 I、AVF、V1、腔内 HRA、HIS、RVA、CS12、CS23、CS34 电图。

1.3.2 程序刺激 (1)SNRT 测定:采用 Burst 分级递增 S1S1 法,CSNRT=SNRT-SCL (SCL 即 PP 间期)。SACT 测定:Narula 连续刺激法。(2)心室 S1S1、S1S2 刺激,心房 S1S1、S1S2 刺激。

1.4 观察指标 (1)窦房结功能:窦房结恢复时间(SNRT)、校正后窦房结恢复时间(CSNRT),窦房结传导时间(SACT)。(2)心房电生理指标:PA(心房内传导时间)、心房有效不应期(A-ERP)、心房功能不应期(A-FRP)、心房相对不应期(A-RRP)。(3)房室结电生理指标:清楚记录 HIS 束电图各波后测量 A-H 间期、H-V 间期,房室结文氏点、2:1 阻滞点;房室结不应期:有效不应期(AVN-ERP)、功能不应期(AVN-FRP)、相对不应期(AVN-RRP)。(4)心室电生理指标:心室有效不应期(V-ERP)。

1.5 统计学处理 实验数据以均数依标准差($\bar{X} \pm s$)表示,计量资料采用 t 检验。

2 结果

2.1 对窦房结功能无影响 见表 1。

表 1 窦房结功能($\bar{X} \pm s$)			ms
组别	SNRT	CSNRT	SACT
对照组(30 例)	1218依90	431依22	140依9
苦参组(31 例)	1243依14	456依7	156依8
P	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 延长心房不应期 见表 2。对房内传导无变化(P 无统计上屡见不鲜^[3]。但我觉得此方在临床上运用后效果尚佳,故在此抛砖引玉,与各位同仁共同探讨。

参考文献

[1]徐萌.恶性肿瘤化疗及其对策[M].北京:军事医学科学出版社,2002.275
[2]刘嘉湘.实用中医肿瘤手册[M].上海:上海科技教育出版社,1996.71
[3]李佩文.中医药在肿瘤长期伴随治疗中的应用探讨[J].实用中西医结合临床,2001,1(创刊号):1~2

(收稿日期:2004-02-10)