

中医药治疗放疗口咽粘膜反应回顾

白建平 徐凯 刘伟胜(指导)
(广东省中医院 广州 510120)

关键词:鼻咽癌;放疗;副作用;口咽粘膜反应;中医药疗法;综述
中图分类号:R 781.5 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2005)04- 0092-02

口腔、咽粘膜损伤是鼻咽癌放疗中最常见的急性放射性毒副反应,影响放疗计划的实施或完成、局部病变控制情况、生存质量,因此减轻放疗过程中的口咽粘膜反应甚为必要。现将近年有关中医药治疗放疗口咽粘膜反应概述于下:

1 病因病机

张氏认为放疗所用射线属热毒之邪,可耗气伤阴,损伤机体津液,同时还损害脾胃运化功能,导致气阴两虚或气虚血瘀,或瘀毒热盛等证^①。杨氏等认为放射性口腔炎病因病机的显著特点是虚(气阴两虚)、火(实火、虚火)、瘀(气滞血瘀、气虚血瘀),三者互为因果、相互交结贯穿放射性口腔炎的始终^②。业师认为鼻咽癌患者放疗后基本中医病因病机为热毒瘀凝凝聚,正气受损,正虚邪实贯穿疾病始终,病变可涉及肺、脾、胃^③。

2 分型论治

目前,辨证分型仍未统一,如李氏分为阴虚内热、邪毒内蕴、气滞血瘀、脉络瘀阻,分别以麦门冬汤、普济消毒饮、桃仁煎加减^④。张氏为热毒蕴结、瘀瘀互结、阴虚火旺、气阴两虚^⑤。宁氏认为常见的证型有热毒炽盛、阴虚火旺、气阴两虚、脾虚湿热、气滞血瘀及气虚血瘀等^⑥。徐氏等治疗放疗所致的口咽粘膜反应,治疗组按中医辨证分为阴虚型、湿热型,分别予益胃生津饮、除湿利咽汤;对照组单纯放疗;结果:治疗组口咽粘膜反应明显减轻,有统计学意义^⑦。

3 专方治疗

根据鼻咽癌患者的证候表现,总结出鼻咽癌最常见的临床分型及治法方药(专方专药),如陈氏等用活血生津汤(桃仁、红花、川芎、当归、玄参、麦冬、生地、女贞子、枸杞子、石斛、西洋参、生黄芪)配合放射治疗鼻咽癌 88 例,在提高疗效、机体免疫力的同时,减轻了放疗口腔反应^⑧。徐氏将 116 例鼻咽癌分为 2 组,每组 58 例,均行根治性放疗,实验组服用中药养阴清热方,对照组用维斯科含漱,并用维斯科或雷佛奴尔外敷放疗皮损处。结果:养阴清热方能明显地减轻放射对粘膜、皮肤的急性放射性损伤和放射性呕吐,但不降低放疗对肿瘤病灶的疗效^⑨。王氏将 72 例鼻咽癌患者分成 2 组,各 36 例,均行根治性放疗,实验组(A 组)服用中药活血益气养阴方,对照组(B 组)用维斯科含漱或外敷;结论:活血益气养阴方能明显减轻粘膜皮肤的急性放射损伤及骨髓抑制^⑩。吴氏观察参射汤(中药合剂)配合放射治疗鼻咽癌,以改善患者在放射治疗中的副反应并提高患者的远期生存率。结论:研究显示用参射汤配合放射治疗鼻咽癌,能降低患者放射治疗反应,提高生存率并无远期毒性反应^⑪。

4 中西医结合疗法

如闵氏采用随机分组,四联液组用庆大霉素、地塞米松、黄芪注射液、维生素 B₁₂ 进行雾化吸入,对照组采用含漱、口服或静脉常规用药;结果:粘膜反应程度、出现时间、平均恢复时间 2 组比较, $P<0.01$,差异有显著性,四联液组治疗效果明显优于对照组;认为放射治疗期间用四联液雾化吸入能明显减轻口、鼻咽粘膜放射性损伤和口腔疼痛,增加进食量^⑫。李氏用雾化合剂(双黄连注射液、复方丹参注射液、维生素 K₃ 注射液、氟美松注射液、2%普鲁卡因注射液)防治放射性口腔、咽粘膜反应,116 例鼻咽癌患者被随机分 2 组,每组 58 例,均行根治性放疗,放疗前、后,实验组应用雾化合剂口鼻腔雾化吸入;对照组用复方庆大霉素液(生理盐水、庆大霉素、氟美松注射液、2%普鲁卡因注射液)口鼻腔雾化吸入;结果口腔、咽粘膜急性放射性损伤,实验组为 67.24%(39/58),对照组为 96.55%(56/58)。其损伤出现时的放射剂量,实验组为 (41.154 ± 11.559) Gy,对照组为 (30.321 ± 11.032) Gy。2 组比较,均有非常显著性差异($P<0.01$)。放疗中呕吐发生率,实验组与对照组分别为 8.62%(5/58)、22.41%(13/58),2 组比较有显著性差异($P<0.05$)。疗毕,2 组局部病灶残留率比较有显著性差异($P<0.05$)。实验组应用雾化合剂吸入后未见任何不良反应。结论:雾化合剂能明显减轻口腔、咽粘膜急性放射性损伤和放射性呕吐,但不降低放疗对肿瘤病灶的疗效^⑬。关氏报道用养胃生津、清热消肿之药,配合短期大剂量激素、抗生紊、抗组胺药,治疗鼻咽癌粘膜重度反应患者,无一并发后鼻孔、鼻咽粘连^⑭。

5 其它疗法

穴位敷帖:李氏用吴茱萸、香附、大黄等量研成细末,与陈醋调匀,待患者浴后或泡脚后,分两等份于晚上 7 时敷于双足涌泉穴,并用胶布固定,次日晨 7 时除去敷贴物。敷帖始于放疗第 1 天,直至放疗结束。研究表明中药在减轻口腔粘膜反应方面有一定疗效^⑮。

乳剂:王氏等以粘膜康乳剂(以沙棘籽油、可溶性珍珠粉、白茅根、决明子等为主,辅以维生素类药组成)治疗化疗后口腔溃疡,治疗组 40 例,对照组用锡类散治疗 30 例,10d 为 1 个疗程后,治疗组治愈率为 90.0%,对照组为 66.7%,效果治疗组明显优于对照组^⑯。

原药含服:黄氏观察芦荟治疗放射性口腔炎的疗效,对照组以复方普鲁卡因含服,观察组以复方普鲁卡因和芦荟肉质片含服。结果示:观察组效果优于对照组,经统计学检验,有显著性差异,即芦荟明显减轻放射性口腔粘膜反应,减轻

疼痛,保证放疗顺利进行^[17]。

静脉用药:如吴氏等用毛冬青注射液(毛冬青提取物)加入葡萄糖注射液中静滴,2h 后放疗,每天 1 次,每周 5 次,至放疗结束;结果口腔反应有一定减轻,疗效增加^[18]。

6 作用机制初探

放射线作用于生物体后,直接引起毛细血管的损伤,局部循环障碍,唾液腺受损,致粘膜充血水肿、疼痛,易并发感染;间接作用是指射线在细胞内可能和另一个原子或分子相互作用产生自由基,自由基可以扩散一定的距离,达到一个关键的靶并造成损伤。一些研究揭示了中医药作用的机理,如黄连等清热解毒药物具有广谱的抗病源微生物、消炎作用;丹参能清除自由基,降低脂质过氧化物含量,提高超氧化物歧化酶的活性^[19]。黄芪是一种含硒中药,硒是谷胱甘肽过氧化物的活性中心,试验表明其在辐射损伤中发挥强抗氧化物生成,保护生物膜,从而减轻放疗反应和损伤,提高疗效^[20]。

7 小结

目前,中医认为放疗射线为火热毒邪,对所致口咽粘膜反应的治疗,表现为分型论治、专方、中西药合用、其它治法的应用,显示了在鼻咽癌放疗中,配合应用中医药可以预防和治疗放疗所致的口咽粘膜毒副反应,使患者顺利完成放疗,且提高机体免疫功能、生活质量。中医药作用的机理亦得到初步研究。今后应加强辨证分型、专方、中西医结合的研究,为其它治法的应用提供了研究思路,在临床中,综合应用各种方法,以起到更好的临床效果。

参考文献

[1]张代钊.中西医结合治疗放化疗毒副反应[M].北京:人民卫生出版社,2000.71
[2]杨述特,胡滨.生津玉液合剂预防放射性口腔炎 60 例[J].湖南中医药导报,2000,6(9):27
[3]邓宏,徐凯.刘伟胜教授治疗鼻咽癌经验[J].中国肿瘤,2002,11(6):337~338

[4]李红梅.鼻咽癌放疗后局部反应的辨治[J].新中医,1998,30(3): 51
[5]张悦红.辨证治疗鼻咽癌放疗后口腔干燥症 145 例[J].湖南中医杂志,2002,18(1): 35
[6]宁小明,杨述特.生津玉液合剂预防急性放射性口腔炎的临床研究[J].湖南中医药导报,2002,8(5): 249
[7]徐晓薇,陈家芸,夏英伟.中药治疗鼻咽癌放疗口咽喉粘膜反应临床观察[J].中医药研究,1999,15(1): 24~25
[8]陈焕朝,李长青,杨建国.活血化瘀与养阴生津法对鼻咽癌放疗治疗增效作用的疗效观察[J].北京中医,1995(6): 15
[9]徐伯平,胡丕丽,陈勇,等.养阴清热方防治急性放射性反应的研究[J].癌症,1999,18(4): 457
[10]王炳胜,刘秀芳,王涛,等.活血益气养阴方防治急性放射损伤的研究[J].中国中西医结合杂志,2000,20(3): 180~182
[11]王敬亮,许映卿,李伟雄,等.参射汤配合放射治疗鼻咽癌研究:附 411 例临床观察[J].中华放射肿瘤学杂志,1999,8(1): 32~34
[12]闵兰仙.四联液雾化吸入治疗口鼻咽粘膜放射损伤疗效观察[J].护理学杂志,2000,15(10): 581
[13]李道乾,张强,齐岫芸,等.雾化合剂治疗放射性口腔、咽粘膜反应临床研究[J].中国中医药信息杂志,2001,8(6): 45~46
[14]关志华,沈国明.中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2001,9(3): 148
[15]李树珍,林光忠,王博,等.中药穴位敷贴防治鼻咽癌放疗中口腔粘膜反应的临床观察[J].中华护理杂志,1999,34(10): 619
[16]王瑞平,朱超林,王居详.粘膜康治疗化疗后口腔溃疡临床观察[J].甘肃中医,1997,10(4): 20
[17]黄岱斌.芦荟轻放射性口腔粘膜反应[J].南方护理学报,2002,9(2): 50
[18]吴少雄,张恩黑,吴沛宏.毛冬青作为鼻咽癌放疗治疗增敏剂的临床观察[J].癌症,1992,11(1): 56~59
[19]幸志强,曾旭初,易春涛,等.丹参对冠心病患者血清脂质过氧化物的及超氧化物歧化酶的影响[J].中国中西医结合杂志,1996,16(5): 287
[20]田同荣,芦秀霞,李艳丽.三联液雾化吸入防治鼻咽癌放疗致口咽粘膜损伤的[J].观察中华护理杂志,1999,34(10): 608

(收稿日期: 2004-12-28)

(上接第 56 页)18.7/12.0kPa,双瞳孔正大等圆,光反射存在;颜面、颈前见蜘蛛痣;腹胀大,叩诊呈移动性浊音,腱反射亢进,肌张力稍增高,巴氏征(一),舌质红,苔少,脉细弦。化验:AL T142U/L,AST 96U/L,TBil 48.6 μmol/L,DBil 30.4μmol/L,白蛋白 32g/L,球蛋白 40g/L。B 超示:肝体积缩小,脾大,中等量腹水。脑电图:见每秒 4~5 次的 δ 波。诊断:肝炎肝硬化(失代偿);肝性脑病Ⅲ期。中医辨证为阴虚阳亢,心神失养。治疗给予静滴人血白蛋白、精氨酸、支链氨基酸、乙酰谷酰胺,输液维持水电解质平衡,酌情使用抗生素,同时减少利尿药物用量,保持大便通畅。中医治疗予生脉注射液静滴;汤药予滋阴平肝,安神熄风之剂;羚羊角粉 1g(分冲),白芍 30g,炙龟板 20g,生熟地各 15g,山萸肉 12g,钩藤 15g,煅石决明 30g,柏枣仁各 30g,五味子 15g,牛黄粉 0.6g(分冲),石菖蒲 15g,麦冬 20g,水煎后少量多次灌服。用药 1d 后神识明显好转,已能认身边亲属。继予中西药物治疗 4d,神志已完全转清,精神佳,脑电图检查已无异常。遂针对其腹水给

予中西药物治疗,于 2003 年 12 月 27 日腹水消退后出院。坚持服用滋阴利水、健脾益气活血中药半年,访至 2004 年秋无复发。

按:本例肝硬化患者出现肝性脑病,与其腹水后过度利水有关。肝病日久及脾,健运失司,阴血化源不足,又加利水过度伤阴,或因失血之后血液亏虚,渐致肝阴不足,复累及肾,终致肝肾阴亏,心肾不交,阴虚无以敛阳,虚阳上扰本已失养之心神而见神识不清;虚风扰动经脉,可见肢体震颤。治疗当求其本,以滋阴平肝为主,佐以熄风安神,使肝肾之阴得复,虚阳得敛,方可取效于临床。

小结:

中医向无肝性脑病之名,但据其临床表现可归属“肝厥”、“神昏”等证范畴。临床诊治此证,当辨明病之新久、虚实。一般急性重型肝炎所致者多为实证,慢性肝炎肝硬化所致者则有虚有实。临床上应灵活施治,治其标,求其本,以获更好疗效。