症肺炎肺心等各脏器间相互影响的恶性循环，为婴幼儿重症肺炎的治疗提供重要支持。

做好护理工作是 NCPAP 顺利有效实施的重要保障。选择大小柔软度合适的鼻塞，并固定好，使鼻塞与患儿鼻腔保持严密接触，防止松动漏气；保持设备正常运行，防止鼻塞和患儿鼻腔因分泌物堵塞；防止空气进入胃肠引起胃肠胀气，必要时胃肠减压；定时拍背吸痰，及时清理呼吸道分泌物；密切监测生命体征，定时监测血气，观察疗效，及时调整参数；注意防止 CO₂ 潴留、鼻前庭损伤、腹胀压力过高、心脏负荷过重以及肺泡过度扩张造成的肺容量损伤等并发症。总之，NCPAP 是婴幼儿重症肺炎极为有效的治疗手段，且设备简单，操作方便，费效比高，无创安全，降低了气管插管机械通气的使用率及并发症，适合广大基层医院使用，值得推广。

参考文献

[1]薛辛东,杜立中,毛萌.儿科学[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2011.275

[2]温荣华.经鼻持续气道正压通气治疗婴幼儿重症肺炎的疗效观察[J].中外妇儿健康,2011,19(9):94-95

[3]翟淑芬,田宝丽,郝贵竹,等.经鼻持续气道正压通气治疗新生儿肺炎临床疗效评定[J].中国全科医学,2005,8(24):2 029-2 030

[4]何蓉.小儿呼吸衰竭实验性治疗现状[J].中国实用儿科杂志,2003,18(1):50-52

[5]马沛然,黄磊.婴幼儿肺炎并心力衰竭的争议与发病机制研究进展[J].中国小儿急救医学,2006,13(3):279-281

[6]赵欣.鼻塞式持续气道正压通气治疗小儿重症肺炎疗效观察[J].中国初级卫生保健,2009,23(3):91-92

[7]沈娜君,甄宇峰,欧阳彬海.肺炎患儿血清内源性洋地黄样因子检测及分析[J].中国实用儿科杂志,2004,19(9):563

(收稿日期:2014-06-20)

伤力,防止肺损伤^④。减少呼吸肌做功,缓解呼吸疲劳,改善肺功能。(2)合理的 NCPAP 减轻心脏前后负荷,缓解治疗心力衰竭。NCPAP 增加胸腔内压力,降低左心室跨壁压,降低左心室后负荷,增加每搏心输出量;持续正压通气能减少体循环回流,降低右心室前负荷;NCPAP 能改善缺氧,降低肺血管痉挛,缓解肺动脉高压,降低右心室后负荷^⑤;缺氧得到改善,心肌自身能量代谢好转,心肌收缩力增强,搏出量增加,心率下降,从而对心力衰竭起到直接和间接治疗作用。(3)NCPAP 能打破肺、心、胃肠、中枢神经系统、泌尿系统等全身各脏器系统间相互影响的恶性循环。重症肺炎的重要因素之一是心肺相互影响^⑥。NCPAP 使呼吸功能好转,缺氧改善,肺血管痉挛缓解,降低右心后负荷;心肌氧供改善,心肌代谢好转,心肌收缩力增强^⑦,心率下降,心功能好转,这些均是因肺脏呼吸功能改善而有利于心功能好转的因素。心脏功能改善,能够减轻肺部淤血和水肿,改善肺顺应性,减少肺部渗出,促进肺部罗音吸收,改善肺部通气和换气功能,进而使呼吸困难、呼吸衰竭得以纠正。另外,肺脑间、心脑间、肺胃肠间、肺肾间等脏器系统间均存在着相互影响关系。婴幼儿肺炎是由致病微生物或其他因素引起肺部炎症,激发全身炎症反应综合症,造成缺氧,引发一系列并发症而成为重症肺炎。因此,NCPAP 促使心肺功能改善,尤其是呼吸功能的好转、血氧饱和度提高及全身供氧改善有利于其它各脏器功能的好转,打破了婴幼儿重

补肺散结方联合同步放化疗治疗Ⅲ期非小细胞肺癌的临床研究

陈国庆 梁惠

(安徽省六安市中医院肿瘤放疗科 六安 237006)

摘要:目的:探讨补肺散结方联合同步放化疗治疗Ⅲ期非小细胞肺癌的近期疗效及毒副反应。方法:将 100 例Ⅲ期非小细胞肺癌患者随机分成实验组(同步放化疗+补肺散结方)与对照组(单纯同步放化疗)各 50 例,比较两组患者的治疗效果。结果:实验组近期总有效率为 80.0%,与对照组(78.0%)比较无统计学意义(P>0.05)。实验组在放射性肺炎、放射性食管炎、骨髓抑制、胃肠道反应方面与对照组对比有统计学意义(P<0.05)。结论:补肺散结方联合同步放化疗治疗近期疗效比较无统计学意义,但可减轻放化疗的毒副反应,值得临床进一步推广。

关键词:Ⅲ期非小细胞肺癌;补肺散结方;同步放化疗;疗效比较

中图分类号:R734.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.022

肺癌是世界范围内最为常见的恶性肿瘤之一,国内肺癌的发病率和死亡率占城市恶性肿瘤之首位。非小细胞肺癌(NSCLC)占全部肺癌病例的 80%,可手术病例仅占全部肺癌病例的 20%~30%。肺癌的治疗需要采用综合治疗手段,放射治疗是肺癌治疗的重要手段之一。同期放化疗优于序贯化放疗,但毒性反应也相应增

加。我科观察了 2012 年 10 月~2013 年 10 月科内制剂(补肺散结方)联合同步放化疗治疗Ⅲ期非小细胞肺癌的疗效及减轻放化疗毒副反应的作用。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 100 例Ⅲ期非小细胞肺癌患者,无远处转移及放化疗禁忌证,不具备手术条件或

拒绝手术。肝肾功能及血常规正常,卡氏评分 >70 分。非小细胞肺癌的 TNM 分期采用 2002 年 AJCC 肺癌第七版 TNM 定义标准。预计生存期超过 3 个月,知情同意,能连续完成 2 个疗程的化疗。按照随

表 1 两组病例一般资料比较 例

组别	n	男	女	中位年龄	鳞癌	腺癌	大细胞癌	其他	IIIA 期	IIIB 期
实验组	50	38	12	62	23	22	2	3	24	26
对照组	50	36	14	64	24	21	3	2	28	22

1.2 治疗方案

1.2.1 EP 方案化疗 依托泊苷(VP-16)100 mg,第 1~3 天静脉滴注;顺铂(DDP)20 mg,第 1~5 天静脉滴注。28 d 为 1 个周期,均完成 4 个周期 EP 方案;其中 2 个周期与放疗同步应用,其余 2 个周期在放疗后应用。化疗期间均常规予止吐、护胃、保肝等对症处理。

1.2.2 放疗 采用调强放射治疗(IMRT 技术),定位及靶区勾画:(1)体位及固定:患者仰卧位,选择适当头枕,热塑体膜固定胸部。(2)CT 扫描:连续增强扫描,层厚 5 mm,扫描范围从下颌至肾上极范围。(3)GTV:肺窗中所见的肺内肿瘤范围以及纵膈窗中所见的纵膈受累范围,包括病变的毛刺及转移淋巴结区。CTV:对组织学类型为鳞癌者 GTV 外放 6 mm,腺癌外放 8 mm,除非确有外侵存在,CTV 不应超出解剖学边界;影像学无受侵证据时预防淋巴结照射;若隆突下淋巴结或纵膈淋巴结受侵,则同侧肺门应包入;对于右中下叶或左舌叶、左下叶病变,若纵膈淋巴结受侵,隆突下淋巴结应包入;对于左上叶病变,若纵膈淋巴结包括隆突下淋巴结受侵,5 区淋巴结应包入。PTV:CTV+ITV+ 外放 5 mm 摆位误差。(4)危及器官:脊髓 <45 Gy,心脏:V30 $<40\%$,V40 $<30\%$;肺:V20 $\leq 28\%$;食管:V50 $<50\%$;肝脏:V30 $<30\%$;肾脏:V20 $<40\%$ 。(5)治疗剂量:60~66 Gy/2 Gy/30~33 fx。

1.2.3 治疗方法 实验组:同步放化疗开始后同时给予科内制剂补肺散结方(炙黄芪 30 g、白术 15 g、茯苓 15 g、法半夏 12 g、炒薏仁 20 g、半枝莲 20 g、川贝 10 g、炙甘草 6 g),水煎服,1 剂/d,分 2 次服用。贯穿整个放化疗过程中。对照组:单纯采用同步放化疗。观察近期疗效及毒副反应。

1.3 疗效标准 治疗结束后 1 个月进行近期疗效评定。按 WHO 实体肿瘤疗效评价标准^[1]评定近期疗效,分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、稳定(SD)、进展(PD)。有效率(RR)根据 CR+PR 计算。

1.4 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件包。采用卡方检验对比两者近期疗效、毒副反应。 $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

机分组的方法分为实验组(同步放化疗+补肺散结方)与对照组(单纯同步放化疗)各 50 例。两组病例的一般资料比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

2 结果

2.1 近期疗效 两组患者近期疗效比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者近期疗效比较 例(%)

组别	n	CR	PR	SD	PD	RR
实验组	50	3(6.0)	37(74.0)	4(8.0)	6(12.0)	40(80.0)
对照组	50	4(8.0)	35(70.0)	5(10.0)	6(12.0)	39(78.0)
P 值		0.5840	0.5360	0.210	0.783	0.621

2.2 毒副反应 毒副反应按 WHO 毒副反应评定标准^[1]分为 0、I、II、III、IV 度。从表 3~表 6 中可以看出,放射性肺炎、放射性食管炎、骨髓抑制、胃肠道反应方面两组均有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 两组患者的放射性肺炎 例

组别	n	0 度	I 度	II 度	III 度	IV 度
实验组	50	3	30	17	0	0
对照组	50	4	29	16	1	0
P 值		0.032	0.051	0.026	0.037	0.058

表 4 两组患者的放射性食管炎 例

组别	n	0 度	I 度	II 度	III 度	IV 度
实验组	50	10	12	20	8	0
对照组	50	10	11	19	9	1
P 值		0.036	0.021	0.052	0.047	0.278

表 5 两组患者的骨髓抑制 例

组别	n	0 度	I 度	II 度	III 度	IV 度
实验组	50	2	22	18	8	0
对照组	50	1	20	19	10	0
P 值		0.036	0.027	0.039	0.040	0.690

表 6 两组患者的胃肠道反应 例

组别	n	0 度	I 度	II 度	III 度	IV 度
实验组	50	1	19	26	4	0
对照组	50	3	23	18	5	1
P 值		0.031	0.032	0.052	0.047	0.027

3 讨论

放射治疗与化疗的综合治疗是目前局部晚期 NSCLC 的标准治疗策略,以顺铂为基础的化疗联合放疗治疗局部晚期 NSCLC,较单纯放疗提高 2~3 个月的生存时间^[2]。同时,越来越多的学者认为同步放化疗的总生存率优于序贯放化疗^[3]。依托泊苷对 S 期和 G2 期细胞有较强的杀伤作用,抑制细胞有丝分裂,为细胞周期特异性药物,使细胞停止于有丝分裂期。顺铂为细胞周期非特异性药物,可作用于细胞周期的任一时相,对有丝分裂及 DNA 合成期杀灭作用较强。在欧美国家,依托泊苷加顺铂(EP)方案已成为治疗晚期非小细胞肺癌的一线方案。研究表明,EP 方案结合同步放疗治疗局部晚期非小细胞肺癌,中位生存时间 16.6~18 个月,但出现 III~IV 级毒

科大学出版社,2008.578-609

[2]Pritchard RS,Anthony SP.Chemotherapy plus radiotherapy compared with radiotherapy alone in the treatment of locally advanced, unresectable, non-small-cell lung cancer: A meta-analysis [J].Ann Intern Med,1996,125(9):723-729

[3]Bunn PA Jr,Kelly K.New combinations in the treatment of lung cancer: a time for optimism[J].Chest,2000,117(4 Suppl 1):138-143

[4]Zalloukal P,Petruzelka L,Zemanova M,et al.Concurrent versus sequential chemoradiotherapy with cisplatin and vinorelbine in locally advanced non-small-cell lung cancer: a randomized study[J].Lung Cancer,2004,46(1):87-98

[5]Semrau S,Bier A,Thierbach U,et al.Concurrent radiochemotherapy with vinorelbine plus cisplatin or carboplatin in patients with locally advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC) and an increased risk of treatment complications. Preliminary results [J].Strahlenther Onkol,2003,179(12):823-831

[6]马剑波,季斌,仇晓军,等.NP 方案同步化疗加放射治疗局部晚期非小细胞肺癌[J].陕西医学杂志,2004,33(11):1 024-1 125

[7]Cü neyt Ulutin H,Pak Y.Preliminary results of radiotherapy with or without weekly paclitaxel in locally advanced non-small-cell lung cancer[J].J Cancer Res Clin Oncol,2003,129(1):52-56

[8]Ratanatharathorn V,Lorvidhaya V,Maoleekoonpairoj S,et al.Phase II trial of paclitaxel, carboplatin, and concurrent radiation therapy for locally advanced non-small-cell lung cancer[J].Lung Cancer,2001,31(2-3):257-265

[9]Robert F,Spencer SA,Childs HA 3rd,et al.Concurrent chemoradiation therapy with cisplatin and paclitaxel for locally advanced non-small-cell lung cancer: long-term follow-up of a phase I trial[J].Lung Cancer,2002,37(2):189-199

(收稿日期:2014-06-26)

性反应明显高于单纯放疗或续贯放化疗^[4-6]。放射性食管炎是同步放化疗的主要限制因素之一,尤其多见于每周方案同步放化疗^[7-8]。本实验组放射性食管炎反应轻、恢复快,无远期Ⅲ级以上放射性食道梗阻,明显优于每周方案同步放化疗。本实验组急性放射性肺炎Ⅲ~Ⅳ级 17.5%, 远期放射性肺损伤Ⅲ级 2.9%, 与 Robert 等^[9]报道的结果相似。本组病例采用科内制剂补肺散结方联合 EP 方案同步放化疗方法治疗局部晚期 NSCLC, 近期疗效与对照组比较无统计学意义, 但毒副反应较对照组相比有所减轻。两组治疗过程中的主要不良反应为骨髓抑制、胃肠道反应、放射性食管炎以及放射性肺炎, 实验组Ⅲ~Ⅳ级骨髓抑制、胃肠道反应、放射性食管炎发生率低于对照组, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。研究结果表明补肺散结方可以降低依托泊苷 + 顺铂联合同步放疗治疗局部晚期非小细胞肺癌的毒副作用, 使患者的生存质量得到提高。因此对于非小细胞肺癌难以耐受同步放化疗的患者, 采用补肺散结方是一个新的治疗手段, 值得临床进一步探索应用。

参考文献

[1]殷蔚伯,余子豪,徐国镇,等.放射肿瘤治疗学[M].北京:中国协和医

穴位注射治疗肿瘤患者顽固性呃逆临床疗效观察

李龙芬¹ 尹国良¹ 杨毅红²

(1 湖北省鄂州市中心医院 鄂州 436000; 2 湖北省中医院 武汉 430061)

摘要:目的:探讨穴位注射治疗顽固性呃逆的疗效。方法:将 40 例顽固性呃逆患者随机分为治疗组和对照组各 20 例;根据中医辨证取穴,对照组予单纯针刺治疗,治疗组则予穴位注射治疗,1 次/d,共 7 d;观察并比较两组的治疗效果。结果:治疗组总有效率为 95.0%,对照组为 85.0%,两组间疗效有显著性差异, $P < 0.05$ 。结论:在治疗顽固性呃逆方面,穴位注射较单纯针刺更为有效。

关键词:顽固性呃逆;针刺;穴位注射

中图分类号:R246.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.023

顽固性呃逆大多继发于肿瘤、脑血管等疾病,表现为呃逆发作持续常超过 48 h^[1],严重影响患者说话、饮食及睡眠。针刺是临床上治疗呃逆的有效方法,但效果常难维持。穴位注射针感刺激强度大,作用较为持久,故在治疗顽固性呃逆方面越来越受重视,笔者自 2010 年 2 月~2013 年 5 月应用穴位注射法治疗顽固性呃逆 20 例,取得较单纯针刺更为理想的效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 40 例研究病例均来自鄂州市中心医院住院部患者。入选标准:呃逆频发或间歇发作持续 48 h 以上,并能配合针灸治疗者。将患者随机分为治疗组(穴位注射组)和对照组(针刺组)各 20 例,两组患者在性别、年龄、呃逆程度等方面比较,差异无显著性意义, $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 辨证取穴 主穴取攒竹(双)、内关(双)、天突、翳风(双)、中脘、膻中、膈俞、足三里(双)、太冲(双)、涌泉(双)、关元。配穴随症选用:外伤血瘀者配血海、气海;食滞或痰阻者配胃俞、建里、丰隆、内庭;气机阻滞者取气海、天枢、支沟等。

1.2.2 操作方法 对照组:选用苏州医疗用品厂生产的“华佗牌”一次性无菌 0.35 mm× 40 mm 毫针,穴位常规消毒后,常规针刺,行强刺激施手法,均以得气为度。针刺治疗每次留针 30~50 min。治疗组:穴位常规消毒,以 5 mL 注射器套 7 号针头,抽取 100 mg 维生素 B₁、50 mg 维生素 B₆,垂直刺入穴位,得气后回抽无血快速推药,每穴注射 1.5 mL。两组均每天治疗 1 次,共治疗 7 d。

1.3 注意事项 所有患者同时进行原发病对症支持治疗,维持水、电解质及酸碱平衡等治疗。治疗期间,指导患者养成良好的生活习惯,进流质易消化的