

常规、肝肾功能及心电图测定结果正常,无化疗禁忌证,KPS 评分 ≥ 60 分。将患者随机分为观察组 19 例和对照组 20 例,两组一般资料具有可比性。

治疗方法:两组均予 CHOP 方案:第 1 天,环磷酰胺 700 mg/m²,阿霉素 40 mg/m²,静注;第 1~8 天,长春新碱 1.4 mg/m²,静注;第 1~5 天,强的松 100 mg,口服。观察组在此基础上第 1~5 天,Vp-16 100 mg/m² 静注。21 d 为 1 周期,一般完成 4~6 周期,如达完全缓解者加用 1~2 个周期。化疗时常规予恩丹西酮或托烷司琼、胃复安止吐,化疗后白细胞下降至 $1.0 \sim 1.5 \times 10^9/L$ 时应用细胞集落刺激因子。疗效评定标准:按 WHO 疗效评定标准分为完全缓解(CR,可见的肿瘤完全消失超过 1 个月),部分缓解(PR,病灶最大直径及其最大垂直直径的乘积减少 50% 以上,其他病灶无增大,持续超过 1 个月),稳定(NC,病灶两径乘积缩小不足 50% 或增大不超过 25%,持续超过 1 个月)及进展(PD,病灶两径乘积增大 25% 以上,或出现新病灶)。毒副作用按 WHO 抗癌药物毒性评定标准分为 0~IV 度。

统计学方法:采用 SPSS 9.0 统计软件。应用 χ^2 检验进行分析。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

结果:①临床疗效:观察组 CR 12 例、PR 4 例、NC 2 例、PD 1 例,总有效率为 84.2%;对照组分别为 8、5、5、2 例及 65.0%。两组总有效率比较 $P < 0.05$ 。②毒性反应:血像下降:观察组 0~IV 度分别为 5、5、5、4、0 例,对照组分别为 7、5、5、3、0 例;消化道反应:观察组分别为 9、4、4、2、0 例,对照组分别为 11、4、5、0、0 例;肝能损害:观察组分别为 15、2、2、0、0 例,对照组分别为 16、3、1、0、0 例;肾功能损害:观察组分别为 15、3、1、0、0 例,对照组分别为 17、2、1、0、0 例;心电图异常:观察组分别为 14、4、0、1、0 例,对照组分别为 17、3、0、0、0 例;神经炎:观察组分别为 6、6、5、2、0 例,对照组分别为 7、8、4、1、0 例。两组各种不良反应发生率比较 P 均 > 0.05 。

讨论:NHL 是免疫系统的包括淋巴结、骨髓、脾脏和消

化道的淋巴瘤样细胞恶性单克隆增殖,淋巴组织的恶性肿瘤,NHL 发病可见于各年龄组,但随年龄增长而发病增多。男较女为多。大多也以无痛性颈和锁骨上淋巴结肿大为首见表现。血液和骨髓发病时白细胞数多正常,伴有淋巴细胞绝对和相对增多。可并发抗人球蛋白试验阳性的溶血性贫血等。NHL 的诊断依赖于对病变淋巴结或相关组织的活检。诊断时须与霍奇金病、反应性滤泡增生等区分。NHL 还可以多中心起源,所以临床一旦确诊,常已播散全身。

化学治疗是治疗 NHL 治疗的重要手段之一,CHOP 方案作为 NHL 的一线化疗标准方案已经有 30 余年,虽然其应用之初大幅度提高了 NHL 的有效率和远期生存率,但多年来再未有新的突破,仍有约半数病例出现复发。长期无病生存率约为 30%~35%,可见仍有高达 60%~70% 的患者不能治愈,而且对于中高危 NHL,标准的 CHOP 方案治疗效果不够理想,虽然其应用之初大幅度提高了 NHL 的有效率和远期生存率,但多年来再未有新的突破,仍有约半数病例出现复发。Vp-16 是一种半合成的鬼臼毒衍生物,为细胞周期特异性药物,抑制有丝分裂,使细胞分裂停止于晚 S 期或早 G₂ 期。Vp-16 与 DNA 拓扑异构酶 II 形成复合物,干扰拓扑异构酶 II 修复 DNA 断裂链作用,从而导致 DNA 链断裂,使细胞分裂停止于 S 期或 G₂ 期,为细胞周期特异性药物,成为临床有效的抗肿瘤药物,对多种肿瘤均有杀伤作用,选择性杀伤增殖期肿瘤细胞。在与 CHOP 方案联合使用时,理论上可以提高治疗方案对癌细胞的杀灭作用。有文献报道,连续应用 Vp-16 和地塞米松可以逆转由多药耐药基因过度表达产生的耐药现象,对于中高度恶性的 NHL,Vp-16 联合 CHOP 方案可以作为一种比较有效的 CHOP 替代方案。本研究显示,观察组总有效率高于对照组,且毒性反应两组无统计学差异。提示 Vp-16 联合 CHOP 方案可作为治疗中高度 NHL 的 CHOP 替代方案,值得临床借鉴。

(收稿日期:2009-09-19)

三七通舒胶囊辅助治疗糖尿病肾病 67 例临床观察

程英琳,郝桂荣

(济南钢铁集团总公司总医院,济南 250101)

糖尿病肾病(DN)是糖尿病常见的严重微血管并发症,最终可发展至慢性肾衰竭、尿毒症,是糖尿病患者主要死亡原因之一。随着糖尿病患病率的增加,DN 的防治已成为肾病学界普遍关注的问题。2005 年 1 月~2008 年 1 月,我们应用中药制剂三七通舒胶囊辅助治疗 DN 临床蛋白尿患者 35 例,疗效满意。现报告如下。

临床资料:同期收治的 DN 临床蛋白尿患者 67 例,男 40 例,女 27 例;年龄(62.6 ± 8.23)岁,病程(10.5 ± 5.0) a。均符合 WHO 规定的 2 型糖尿病诊断标准及《实用内科学》12 版 DN 诊断标准,24 h 尿蛋白定量 0.5~4.5 g,血清白蛋

白 15~35 g/L,血尿素氮、肌酐在正常范围,并排除由发热、剧烈运动、泌尿系统感染、心衰及药物所致蛋白尿。将 67 例患者随机分为观察组 35 例和对照组 32 例,其一般资料具有可比性。两组均予常规治疗:控制饮食,每天蛋白摄入量不超过 0.8 g/kg;监测血糖,皮下注射胰岛素严格控制空腹血糖 < 7.0 mmol/L,餐后血糖 < 10.0 mmol/L,并稳定 1 周;口服血管紧张素转换酶抑制剂将血压控制在 140/90 mmHg 以下;口服他汀类药物控制 LDL-C < 2.59 mmol/L。在此基础上,观察组予三七通舒胶囊餐后口服,1 粒/次,3 次/d,28 d 为一疗程,连用 2 个疗程,疗程间隔 1 周。两组治疗前后分

别记录 24 h 尿蛋白定量,抽取空腹静脉血测定血浆白蛋白水平,同时观察不良反应发生情况。采用 SPSS 12.0 统计软件,符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用方差分析, $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。结果:两组治疗前后 24 h 尿蛋白定量及血浆白蛋白水平见表 1;两组均未见明显不良反应。

表 1 两组 24 h 尿蛋白定量及血浆白蛋白水平 (g/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	24 h 尿蛋白定量	血浆白蛋白
对照组	32		
治疗前		1.80 ± 0.61	26.4 ± 3.3
治疗后		1.19 ± 0.26*	28.6 ± 2.5*
观察组	35		
治疗前		1.86 ± 0.72	25.4 ± 3.0
治疗后		0.75 ± 0.18 [△]	30.1 ± 2.1 ^{△*}

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$,[△] $P < 0.01$;与对照组比较,[#] $P < 0.01$

讨论:广义的 DN 包括糖尿病性肾小球硬化症及肾小动脉硬化症,前者为糖尿病特有,是糖尿病全身微血管病变表现之一,可以广泛累及肾脏毛细血管和肾小球的基底膜,糖蛋白沉积导致基底膜增厚,蛋白通透性增加,形成蛋白尿,肾小球硬化;毛细血管内皮细胞损伤,引起血小板聚集,微血栓

形成,管腔狭窄、部分闭塞,滤过率下降,加速肾小球硬化。后者虽非糖尿病特有,但在糖尿病中常见且多伴高血压,在 DN 发生、发展过程中亦起重要作用。以上两种情况下肾小球内均存在明显微循环及凝血机制障碍,肾血流速度减慢,大量血细胞凝集及襻周渗出,致使血液黏稠度增加,处于高凝状态。因此,改善 DN 患者肾小球内血流动力学异常及高凝状态,可减少尿蛋白排出而达到治疗目的。三七是五加科人参属植物三七的干燥根,三七通舒胶囊为第四代三七制剂,主要成分为三七三醇皂苷。研究显示,三七皂苷具有活血化痰、活络通脉、抗血小板聚集、防止血栓形成及改善微循环、降低全血黏度等多种功效,在治疗脑血管病方面已取得一定疗效;三七通舒胶囊能改善 DN 肾脏慢性缺血、降低尿蛋白水平、延缓 DN 的发展,且无明显毒副作用。本资料显示,治疗后观察组 24 h 尿蛋白定量显著低于对照组,血浆白蛋白水平显著高于对照组。可能因为三七通舒胶囊具有下列药理作用:①抗血小板聚集,防止血栓形成,降低血黏度,抑制血栓素 A₂ 释放,但对前列环素 I₂ 活性无影响,作用更有针对性;②对抗自由基,增强血管内皮生长因子的表达;③扩张血管、降低血脂和改善微循环及抗炎。

综上所述,三七通舒胶囊辅助治疗 DN 安全、有效,且价廉易得。 (收稿日期:2009-08-11)

自制玄归止痛滴丸治疗气滞血瘀型痛经 100 例疗效观察

李 鸣¹,邱财荣¹,逢 帅¹,杨 玄¹,张 琰²

(1 解放军第三医院,陕西宝鸡 721004;2 第四军医大学唐都医院)

痛经是临床常见的妇科病,主要采用对症止痛治疗。2006 年 7 月~2008 年 6 月,我们使用自制玄归止痛滴丸治疗气滞血瘀型痛经 100 例,取得满意效果。现报告如下。

资料与方法:200 例门诊或住院痛经患者,16~25 岁 156 例,26~35 岁 35 例,>36 岁 9 例;病程 1~3 d 150 例,4~6 d 42 例,>7 d 8 例。经前或经期小腹剧痛拒按,经血量少,经行不畅,血色紫暗有块,块下痛暂减;经前乳房胀痛,胸闷不舒;舌质紫暗或有瘀点,脉弦。均符合 2000 年《妇科专病》气滞血瘀型痛经诊断标准。疼痛为 1 级(轻度,经期或其前后小腹疼痛明显,但能坚持工作,有时需服止痛药)72 例,2 级(中度,经期或其前后小腹疼痛难忍,或恶心呕吐,四肢不温,用止痛措施疼痛暂缓)108 例,3 级(重度,经期或其前后小腹疼痛难忍,坐卧不安,严重影响工作和生活,必须卧床休息,冷汗淋漓,采取止痛措施无明显缓解)20 例。排除腹部恶性肿瘤、子宫肌瘤等重病及外科情况所致的腹部疼痛者,妊娠或哺乳妇女及对本药过敏者,合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者,精神病者。将患者随机分为观察组及对照组各 100 例,其一般资料具有可比性。观察组

予温开水送服自制玄归止痛滴丸(30 mg × 100 粒/瓶),10 粒/次,3 次/d。对照组温开水送服元胡止痛片(0.668 g × 20 片/袋),5 片/次,3 次/d。疗程为 1~7 d,疼痛级别降为 0 级,症状完全消失 8 h 即停止用药。观察用药期间不良反应,参照《中药新药治疗痛经的临床研究指导原则》拟定止痛疗效评定标准:服药后疼痛级别达到 0 级,症状完全消失为治愈;腹痛明显减轻,治疗后疼痛积分降至治疗前的 1/2 以下,症状基本消失为显效;腹痛减轻,疼痛积分降至治疗前的 1/3 以下为有效。服药后疼痛级别无改变或加重为无效。服药后止痛效果主要由患者自诉,医生分析记录,服药后疼痛开始缓解的时间为起效时间;开始用药至当天内下次疼痛发作的时间为药效维持时间。服药后疼痛消失未再发作者,药效维持时间记为 8 h。应用 SPSS 12.0 软件进行统计学处理,组间疗效比较用 χ^2 检验,起效、维持时间及给药次数组间比较用 t 检验,检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

结果:观察组治愈 43 例,显效 27 例,有效 27 例,无效 3 例,有效率 97%;对照组分别为 10、30、35、25 例和 75%,两组有效率比较 $P < 0.01$ 。观察组与对照组起效时间分别为