

## 2 结果

WBRT组30例1年生存率18.6%,中位生存期7个月;RT+CT组26例1年生存率58.7%,中位生存期18个月。行脑部放疗后又配合全身化疗者平均生存期显著高于单纯行脑部放疗者。生存时间以脑转移瘤确诊之日起不同时间统计存活人数,生存率为统计的不同治疗组存活人数与本组总病人数的比例。

## 3 讨论

脑转移是肺癌的主要并发症之一,一旦脑转移发生,就意味着肿瘤进入晚期,预后差,中位生存时间3~5个月<sup>[1]</sup>。发生脑转移之后,其治疗目的是减轻症状,提高生活质量,延长生存期,改善神经症状。

全脑放疗是肺癌脑转移瘤的主要治疗方法,它能迅速地缓解脑转移灶引起的神经症状,控制转移灶的局部进展,有效改善患者的神经功能,提高生活质量及延长生存时间。全脑放疗目前常用的方案是2周进行10次照射,总剂量为30Gy,或1周进行5次照射总剂量为20Gy。本研究显示单纯全脑放疗患者的1年生存率18.6%,中位生存期7个月。单纯放疗虽然可以取得较好的近期疗效,但全脑放疗的剂量有限,一般不超过40Gy,达不到肿瘤的致死剂量。这表明单纯放疗治疗手段对提高脑转移患者的生存期是有限的。脑转移的发生表明患者体内已存在癌细胞的血行转移,并且还常伴有颅外其他脏器的转移,因此化疗是必需的。以往认为化疗药物难以通过

血脑屏障,但近年来研究表明<sup>[2]</sup>,脑转移过程中血脑屏障已被破坏,而且全脑放疗及甘露醇等脱水药物还会使血脑屏障有不同程度的开放,因此很多化疗药物可以通过血脑屏障,化疗疗效较好。有报道<sup>[3]</sup>顺铂联合鬼臼噻吩甙、鬼臼乙叉甙、环己亚硝脲、长春瑞滨、吉西他滨、紫杉醇等对肺癌脑转移均有一定的疗效。此外,还有托泊替康、替莫唑胺等治疗肺癌脑转移的报道<sup>[4]</sup>。同时,通过放疗可以增加血脑屏障的通透性,有利于化疗药物进入脑部,改善化疗效果。本研究显示全脑放疗联合化疗患者的1年生存率58.7%,中位生存期18个月,生存率好于单纯放疗患者,与有关报道相近<sup>[5]</sup>。这表明全脑放疗联合化疗能有效延长患者的生存时间,提高生活质量,是肺癌脑转移合适的治疗方法之一。

### 参考文献

- [1] 殷蔚伯,余子豪,徐国镇,等.肿瘤放射治疗学.第4版.北京:中国协和医科大学出版社.2008.1200
- [2] Peacock KH, Lesser GJ. Current therapeutic approaches in patients with brain metastases. *Curr Treat Options Oncol*, 2006, 7(6): 479
- [3] Kim DY, Lee KW, Yun T, et al. Efficacy of platinum-based chemotherapy after cranial radiation in patients with brain metastasis from non-small cell lung cancer. *Oncol Rep*, 2005, 14(1): 207
- [4] Lornso V, Galetta D, Giotta A, et al. Topotecan in the treatment of brain metastases. A phase II study of GOIM. *Anticancer Res*, 2006, 26(3B): 2259
- [5] Schuette W. Treatment of brain metastases from lung cancer: chemotherapy. *Lung Cancer*, 2004, 45(Suppl1): 253

(收稿日期 2009-06-24)

# 健儿消食口服液治疗小儿厌食症临床观察

王文红

**[摘要]** 目的 评价健儿消食口服液治疗脾运失健型厌食症的临床疗效。方法 对84例脾运失健型厌食症患儿给予健儿消食口服液2周,中医量化评价厌食症改善情况。结果 厌食症痊愈率为31%,总有效率为89.3%,安全性高,患儿依从性好。结论 健儿消食口服液具有运脾助消化的功效,能较好改善小儿厌食症状。

**[关键词]** 小儿厌食症;脾运失健;健儿消食口服液

**[中图分类号]** R725.4

小儿厌食症(anorexia)是指排除全身性和消化器质性疾病,较长时间食欲减退、厌恶进食,甚至拒食的一种疾病<sup>[1]</sup>,是儿科的常见病、多发病,各个年龄都可发病。小儿厌食症,中医学分类主要有:脾运失健型、胃阴不足型、脾胃气虚型等。由于厌食症的长期存在,造成机体营养失调,免疫力下降,导致各种疾病的发生,严重影响儿童的正常生长发育。近年

作者单位:330029 南昌,江西省肿瘤医院

来,小儿厌食症的发病率日趋增高,特别是城市独生子女中尤为突出,故受到家长及医学界的广泛重视。中医药治疗本病具有一定的优势,临床疗效好,不良反应少。笔者从2008年2月以来,应用健儿消食口服液治疗小儿厌食症84例,现报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 2008年2月以来门诊脾运失健型厌

食儿科患者 84 例, 诊断标准参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》并结合文献<sup>[2,3]</sup>制定。不思饮食, 食而不化, 大便偏稀夹不消化食物, 面色少华, 形体消瘦, 神疲乏力, 体重不增、发疏无华, 舌质淡, 苔薄白, 脉缓无力。对于符合以上中医标准, 年龄 3~12 岁儿童, 签署知情同意书后方入选。整个试验过程符合 2003 年版《药物临床试验质量管理规范》。对于严重心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等原发性疾病; 已使用治疗小儿厌食药物治疗, 致药物疗效难以判断者; 年龄 <3 岁及 >12 岁者; 或已知对该药成分过敏者; 近 3 个月内参加其他药物临床试验等患儿予以排除。男 46 例, 女 38 例, 平均年龄 6 岁, 病程 2 个月~1 年。

1.2 用药方法 健儿消食口服液由葵花药业生产, 所有患儿均服用本药。每次 10ml, 每日 2 次, 饭前 15~30min 服用, 疗程均以 2 周为观察时限。疗程结束后进行疗效评价。

1.3 观察指标 诊断性指标为精神不振、面色无华、食欲减退、食量减少、嗝气反酸、恶心呕吐、腹部饱胀、大便异常(或干或稀)。

1.4 厌食疗效判定标准<sup>[4]</sup> 参照国家中医药管理局《中医病证诊断及疗效标准》中厌食的疗效评价标准修订临床控制: 痊愈: 食欲与食量均恢复到正常水平。显效: 食欲明显恢复, 食量恢复到原有水平的 3/4, 原有症状基本消失者; 有效: 食欲有改善, 食量有所恢复, 但未达到原有水平的 3/4, 原有症状减轻者; 无效: 食欲与食量均无改善。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

1.5 中医证候疗效标准 痊愈: 中医临床症状、体征消失; 显效: 中医临床症状、体征明显改善, 积分值减少≥70%; 有效: 中医临床症状、体征均有好转, 积分值减少≥30%~<70%; 无效: 中医临床症状、体征未见改善, 甚或加重, 积分值<30%。

## 2 结果

2.1 临床疗效评价 结果见表 1。

表 1 临床疗效评价表

	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
厌食疗效	84	26	33	16	9	89.3
中医证候疗效	84	20	35	16	13	84.5

2.2 临床疗效 治疗前, 患者出现不同程度的临床症状, 主要表现为精神不振、面色无华、食欲减退、食量减少、嗝气反酸、恶心呕吐、腹部饱胀、大便异常(或干或稀)等。经治疗, 症状大为改善, 食量减少、食

欲减退、恶心呕吐、腹部饱胀四项指标改善明显。结果见表 2。

表 2 临床疗效治疗前后评价比较

症候	治疗前		治疗后		积分改善率(%)
	n	总积分	n	总积分	
食量减少	84	168	6	12	92.90
食欲减退	84	168	6	12	92.90
腹部饱胀	43	86	5	10	88.40
恶心呕吐	26	52	4	8	84.60
大便异常	65	130	20	40	69.20
嗝气反酸	33	66	11	22	66.70
精神不振	28	56	15	30	46.40
面色少华	24	48	13	26	45.80

2.3 不良反应 在治疗过程中, 未发现治疗药物的明显不良反应, 对血、尿、粪常规, 心电图, 肝肾功能, 均未见明显影响。

## 3 讨论

脾运失健是小儿厌食常见病型, 发病原因主要是因多为饮食不节, 喂养不当, 或父母缺乏育儿保健知识, 食物过于精细或给予过多肥甘厚味, 损伤脾气。也有因婴儿期未按时添加辅食, 断奶后不能适应普通饮食或因小儿时期生活无规律, 不按时进食, 挑食, 脾胃损伤, 脾运失健而造成。中医认为: 脾健不在补贵在运, 脾的主要生理功能是主运化, 脾病则常出现运化失健的证候。小儿脾常不足, 易受各种病理因素的影响而造成运化功能失健。又据目前儿科饮食所伤的实际情况, 饮食不足者少而失调者多, 故形成的病证亦以运化功能失健证候多于虚弱证候。因此, 治疗小儿脾胃病必须充分重视运脾法的应用, 即使是脾胃气虚证和脾胃阴虚证, 虚象一般不重, 往往同时伴有运化功能失健, 故通常也应取补脾养胃与运脾开胃配合使用。健儿消食口服液由炙黄芪、白术(麸炒)、麦冬、陈皮、莱菔子(炒)、山楂(炒)、黄芩组成, 其中黄芪、白术(麸炒): 健脾益气, 重在扶正, 增强脾运功能, 补气固表, 对脾胃虚弱所致虚汗乏力有治疗作用; 陈皮、山楂(炒)、莱菔子(炒): 理气消食, 对因饮食不节所致中焦停滞, 产生脘腹胀满, 纳呆食少以至厌食、恶食等症, 有良好的改善作用; 麦冬、黄芩养胃阴清热之品, 对因中焦食积化热, 有清热之功。以上三类药物相辅相成, 既扶正、补脾、补气, 又理气、消食、化滞, 同时对中焦食积可能产生的化热又有清热养胃阴之功, 三者相结合, 对脾虚食积所产生的纳呆食少, 脘腹胀满, 手足心热, 自汗乏力, 大便不调, 以至厌食, 恶食等症, 有良好的治疗作用, 疗效显著。

# 绝经后妇女宫内节育器两种取出方法的比较

钟阳

**[摘要]** 目的 寻求一种有效、简易、快捷的绝经后妇女宫内节育器取出方法。方法 将 60 例绝经后妇女宫内节育器取出困难者随机分甲、乙两组各 30 例。甲组宫颈注射利多卡因,乙组口服米索前列醇,比较两组取环所花时间及出血量。结果 经处理后甲乙两组经常规取器操作成功,取器成功率 100%。甲组取环所花时间平均为 12min,出血量约 5ml;乙组取环所花时间平均为 6min,出血量约 2.2ml。两组比较经统计学检验有统计学差异( $P<0.05$ )。结论 对于绝经后妇女宫内节育器取出困难者口服米索前列醇可明显缩短时间,减少出血量,减轻病人痛苦。

**[关键词]** 绝经后;宫内节育器;利多卡因;米索前列醇

**[中图分类号]** R169.41

目前,宫内节育器避孕是我国妇女较常用采用的避孕方法。绝经后妇女应取出宫内节育器。妇女绝经后其内生殖器萎缩,宫颈组织变硬,弹性差,使绝经后取宫内节育器难度增大。为了寻求一种简便、易行、安全、可靠的取器方法,我们将利多卡因宫颈注射和米索前列醇口服用于绝经后宫内节育器取出困难者,均取得较好疗效,现总结如下:

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2002 年 2 月~2006 年 2 月行首次常规取环失败绝经者 60 例,随机分两组。甲组 30 例,年龄 42~55 岁,平均 48.5 岁,绝经时间平均 1.1 年,安置宫内节育器年限 12~25 年,平均 18.5 年;乙组 30 例,年龄 41~53 岁,平均 47 岁,绝经时间 1 年,安置宫内节育器年限 12~23 年,平均 17.5 年。上环时间经统计学分析无明显差异。比较两种方法的宫颈口扩张程度、取环所费时间和术中出血量。

## 1.2 方法

1.2.1 甲组用 2%利多卡因 5ml 分别在宫颈 3 点、9 点位置距宫颈外缘 1cm 处各注射 2.5ml,5min 后取环。

1.2.2 乙组于清晨空腹米索前列醇 600ug,2h 后取器。

1.3 统计学处理: $\chi^2$  检验。

## 2 结果

60 例经上述处理后行取宫内节育器,发现环嵌顿于浅肌层 5 例,其中甲组 2 例,乙组 3 例,用取环

钩将环成角钩至宫口处,钳夹并剪断环丝,沿钳夹环丝一端抽出全部环;其余 55 例均全部顺利取出。患者感取器过程中疼痛明显较首次取器减轻。详见附表。

附表. 两组取器时间和出血量比较

	宫口松弛程度	取器时间均植(min)	出血量均值(ml)
甲组	通过 5 号扩宫条	12	5
乙组	通过 6 号扩宫条	6	2.2

注:甲组乙组宫口松弛程度,比较经统计学检验有统计学差异( $P<0.05$ );甲组乙组取器时间长短,比较经统计学检验有统计学差异( $P<0.05$ );甲组乙组出血量多少,比较经统计学检验有统计学差异( $P<0.05$ )

## 3 讨论

3.1 导致绝经后取宫内节育器困难的主要因素 宫颈由结缔组织平滑肌、血管和弹力纤维组成,其感觉神经丰富,特别是压力感受器丰富。绝经后的妇女,由于内分泌、生理、解剖等改变,生殖器发生萎缩,宫颈变硬变短,甚至穹隆消失。据文献报道<sup>[1-3]</sup>,从近绝经期起至绝经后 1 年血  $E_2$  急剧下降至 110pmol/L,以后下降缓慢,至绝经后 4 年达 80 pmol/L 以下,说明子宫萎缩在绝经前已经开始,提示妇女进入围绝经后存在因卵巢功能减退,雌激素水平低落,出现子宫萎缩,宫腔缩小,容易引起环嵌顿。另一方面,宫颈管狭窄,宫颈组织变硬,宫口紧、弹性差及容受性下降,故导致取宫内节育器困难。

3.2 取宫内节育器困难时两种方法比较 利多卡因是酰胺基类中等药效局部麻醉药,具有起效快、弥散广、穿透性强、无明显扩张血管的特点。2%利多卡因

## 参考文献

- [1] 石艳红,肖达民.小儿厌食症的中医治疗概况.中医儿科杂志,2007,3(6):43
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社.2002.263

- [3] 李贵.小儿肺虚证、脾虚证、血瘀证及肾虚证诊断标准.中国中西医结合杂志,2007,27(4):568
- [4] 王霞芳,丁惠玲.厌食灵颗粒治疗儿童厌食症 112 例.浙江中医杂志,2007,42(5):276

(收稿日期 2009-07-20)