

人听诊患者右上腹、右下腹、左上腹、左下腹 4 个区, 每个区每次听诊 1 ~ 2 min, 如在 2 个区听诊发现肠鸣音, 在每 1 min 4 次或 4 次以上则为肠鸣音恢复, 并记录其最早时间)。

**1.2.3 统计学方法** 采用 SPSS 10.0 统计分析软件对两组患者肠鸣音恢复时间、首次主动排气时间、首次排便时间进行统计分析。计数资料的比较采用  $\chi^2$  检验, 计量资料的比

较采用 t 检验。

**2 结果**

两组患者术后肠鸣音恢复时间、肛门排气时间和首次排便时间比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 治疗组肠鸣音恢复时间、肛门排气时间和首次排便时间均较对照组提前。见表 1。

表 1 两组患者术后胃肠功能恢复情况比较 ( $\bar{x} \pm s, h$ )

组别	n	肠鸣音恢复时间	肛门排气时间	首次排便时间
治疗组	50	20.20 ± 2.0	40.15 ± 2.10	59.35 ± 2.42
对照组	50	29.35 ± 3.52	65.25 ± 1.85	112.12 ± 3.12
t 值		5.536	5.632	5.558
P 值		0.002	0.001	0.001

**3 讨论**

**3.1 老年人主要器官系统的功能储备减退, 疝修补手术后, 手术及麻醉使部分神经支配被阻断, 胃肠神经激素调节紊乱, 导致术后肠功能受到一定的抑制, 肠腔及腹腔压力增高, 严重时可使膈肌上升, 呼吸困难, 下腔静脉血液回流受阻, 运动受限, 导致各类并发症出现, 如下肢静脉血栓、腹壁切口裂开等, 直接影响患者的预后。目前常规方法主要是使用促进胃肠动力的药物。但往往是患者出现了腹痛、腹胀、恶心、呕吐等症状后才对症用药, 是被动的。术前口服中药迎合了老年患者的情志调护, 并通过术前用药主动干预, 促进老年疝修补术后胃肠功能的恢复。**

**3.2 补脾益肠汤的药理特点。** 中医认为麻醉和手术的创伤, 导致脏腑生理机能失调, 阴阳平衡和气化机制破坏而阻滞不通、气血不畅、脾胃不和或内伤、气血瘀滞、气机升降失宜因而出现术后的胃肠功能紊乱。因此, 健脾燥湿、行气散滞、疏通气机是本病治疗的关键。补脾行气汤中党参、白术、

茯苓、炙甘草, 健脾益气, 温中利湿; 山楂、神曲、麦芽、莱菔子具有消食化积的功能; 肉苁蓉能显著提高小肠推进速度, 缩短通便时间, 同时对大肠的水分吸收也有明显的抑制作用, 从而促进粪便的湿润和排泄; 火麻仁能润肠通便、滋阴补虚。枳壳, 理气宽中, 行滞消胀, 增强小肠平滑肌紧张度和收缩功能, 抑制肠道非生理性收缩<sup>[3]</sup>。术前煎汤饮用能明显促进胃肠功能的恢复。

**参考文献**

[1] 黄朝. 辨证治疗 240 例术后胃肠功能紊乱的临床观察. 上海中医药杂志, 1996, 30(6): 40.  
 [2] 陈勇彤, 方文, 褚蕊玉, 等. 腹部手术术后早期锻炼对胃肠蠕动功能恢复的影响. 中华护理杂志, 2001, 36(11): 834-83.  
 [3] 王锦鸿, 王桂芳. 新编常用中药手册. 北京: 金盾出版社, 1997: 103-118.

**吉非替尼治疗晚期非小细胞肺癌的临床疗效及安全性评价**

张大悦

**【摘要】 目的** 观察吉非替尼治疗晚期非小细胞肺癌的临床疗效及毒副反应情况, 探讨其临床应用价值。**方法** 回顾性分析 2010 年 6 月至 2011 年 6 月在我院接受治疗的 70 例非小细胞肺癌患者的临床资料, 观察吉非替尼与 GP 方案的临床疗效及安全性, 并进行对比分析。**结果** 吉非替尼临床控制率明显高于 GP 组, 组间比较有统计学差异 ( $P < 0.05$ ); 吉非替尼组皮疹和腹泻发生率明显高于 GP 组, 组间比较有统计学差异 ( $P < 0.05$ ), 其他毒副反应发生率均低于 GP 组, 组间比较有统计学差异 ( $P < 0.05$ )。**结论** 吉非替尼治疗晚期非小细胞肺癌安全、有效, 是目前治疗晚期非小细胞肺癌一种较佳药物, 值得临床推广应用。

**【关键词】** 非小细胞肺癌; 吉非替尼; 毒副反应

晚期非小细胞肺癌 (NSCLC) 是临床常见的恶性肿瘤, 治疗多以联合化疗为主, 以往常用的含铂类联合化疗方案由于毒副反应较大, 给患者带来巨大痛苦和不便, 严重影响患者的生活质量。因此, 需要寻求一种有效、安全的新型化疗方案。吉非替尼是新型的抗肿瘤药物, 为了探讨该药治疗晚期 NSCLC 的临床价值, 我们将吉非替尼方案与 GP 方案治疗晚期 NSCLC 的临床疗效及毒副反应进行了对比分析, 现报告如下。

**1 资料与方法**

**1.1 一般资料** 2010 年 6 月至 2011 年 6 月在我院接受治疗的晚期 NSCLC 患者 70 例, 均经临床病理证实, 肝肾功能均在正常范围, 预计生存期均  $\geq 3$  个月, 病例分期均为 III ~ IV 患者, 根据化疗方案不同随机分为吉非替尼组和 GP 组各 35 例。吉非替尼组男 19 例, 女 16 例; 年龄 41 ~ 76 岁, 平均 (57.5 ± 5.9) 岁; 其中腺癌 14 例, 鳞癌 7 例, 腺鳞癌 6 例, 肺泡细胞癌 8 例。GP 组男 18 例, 女 17 例; 年龄 42 ~ 78 岁, 平均 (59.5 ± 6.4) 岁; 其中腺癌 12 例, 鳞癌 8 例, 腺鳞癌 7 例, 肺泡细胞癌 8 例。两组患者在年龄、性别、病例类型及分期

等方面比较无统计学差异 ( $P < 0.05$ ), 具有可比性。在接受本次治疗前均未接受任何抗癌药物治疗, 且签署治疗知情同意书。

**1.2 治疗方法** GP 组: 分别在第 1 天、第 8 天给予吉西他滨  $1250 \text{ mg/m}^2$  加入 100 ml 生理盐水中静脉滴注, 0.5 h 内滴完; 在第 1~3 天给予顺铂  $75 \text{ mg/m}^2$  加入 500 ml 生理盐水中静脉滴注, 在此期间常规给予水化和利尿。吉非替尼组在早餐后 1 h 给予吉非替尼 250 mg 口服, 1 次/d, 若患者不能耐受, 停止继续用药。两组患者均在治疗期间常规给予止痛、止吐、营养支持等相关治疗。21 d/1 疗程, 在治疗 2 个疗程后进行疗效和毒副反应评价。

**1.3 疗效评价** 按照 WHO 抗肿瘤药物疗效评定标准进行评价: 完全缓解 (CR): 病灶完全消失; 部分缓解 (PR): 肿瘤

缩小在 30% 以上; 稳定 (PD): 肿瘤缩小在 30% 以下或增大不足 20%; 进展 (SD): 肿瘤最大径之和增大在 20% 以上。以 (CR + PR)/总例数  $\times 100\%$  为有效率, 以 (CR + PR + SD)/总例数  $\times 100\%$  为控制率。毒副反应参照 WHO 抗肿瘤药物毒副反应评价标准: 分为 I~IV 级, 级别越高表明毒副反应越大。

**1.4 统计学处理** 使用 SPSS 13.0 软件进行统计分析, 检验方法采用  $\chi^2$  检验, 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组临床疗效比较** 两组有效率比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 吉非替尼组疾病控制率为 74.29%, 明显高于 GP 组的 45.71%, 组间比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 详见表 1。

表 1 两组近期临床疗效比较 (n, %)

组别	例数 (n)	CR	PR	SD	PD	有效率 (%)	控制率 (%)
吉非替尼组	35	1(2.86)	11(31.43)	14(40.00)	9(25.71)	34.26	74.29*
GP 组	35	1(2.86)	9(25.71)	6(17.14)	19(54.29)	28.57	45.71

注: 与 GP 组比较有统计学差异 \*  $P < 0.05$

**2.2 毒副反应情况** 治疗期间两组均未发生死亡病例, 转氨酶升高及口腔溃疡发生率比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 吉非替尼组皮疹和腹泻发生率均明显高于 GP 组, 组间比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ), 其他毒副

反应均低于 GP 组, 组间比较均差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 详见表 2。吉非替尼组发生的皮疹和腹泻患者均经对症处理后好转, 未能影响继续治疗。

表 2 两组毒副反应比较 (n, %)

毒副反应	吉非替尼组 (n=35)		GP 组 (n=35)	
	I~II	III~IV	I~II	III~IV
血小板减少	2(5.71)*	0*	16(45.71)	11(31.43)
贫血	1(2.86)*	0*	9(25.71)	12(34.26)
粒细胞减少	1(2.86)*	0*	10(28.57)	14(40.00)
转氨酶升高	3(8.57)	8(22.86)	7(20.00)	6(17.14)
口腔溃疡	4(11.43)	0	5(14.29)	1(2.86)
恶心、呕吐	6(17.14)*	5(14.29)*	7(20.00)	16(45.71)
腹泻	8(22.86)*	16(45.71)**	1(2.86)	0
皮疹	7(20.00)*	18(51.23)**	2(5.71)	0

注: \* 与 GP 组比较 ( $P < 0.05$ ); \*\* 与 GP 组比较 ( $P < 0.01$ )

## 3 讨论

非小细胞肺癌 (NSCLC) 是肺部肿瘤最为常见的一种疾病, 有关调查显示<sup>[1]</sup>: NSCLC 占整个肺癌发病率的 80% 以上, 而且此类患者早期症状隐匿, 多数患者在就诊时正属中晚期, 从而失去最佳手术时期, 即使手术, 也有较高的复发率。因此, 对于晚期 NSCLC 只能采取药物联合化疗进行维持, 以往临床多以含铂类药物联合化疗为主, 但因毒副反应较大, 患者生存质量较低, 其中位存活时间也仅在 2 年左右, 尽管临床采用多种联合化疗方案, 其系统化疗的临床疗效及受益率已经达到一个稳定水平, 强化方案化疗只会增加毒副反应, 并不能增强疗效和改善患者生活质量<sup>[2-3]</sup>。因此, 寻求一种更为有效、安全的化疗药物具有重要意义。目前, 国内外诸多学者已经对表皮细胞生长因子受体 (EGFR) 途径靶向治疗进行了大量研究, 而吉非替尼 (IRESSA) 是一种 EGFR 酪氨酸激酶的选择性抑制剂, 它可有选择性的与 EGFR 受体 M9-ATP 相结合, 从而起到降低肿瘤细胞信号传导能力的作用, 在抑制肿瘤繁殖与转移的同时, 促使肿瘤细胞凋亡<sup>[4]</sup>。临床也对吉非替尼抗肿瘤的疗效及安全性进行了大量研究, DEALI<sup>[5]</sup> 观察了吉非替尼 250 mg/d 与 500 mg/d 的缓解率及安全性, 结果显示, 去肿瘤反应率 (RR) 为 18.4%、19.0%; 疾

病控制率 (DCR) 为 54.4%、51.4%; 症状缓解率为 40.3%、37.0%; 其毒副反应多在用药 1 个月内出现, 以皮疹和腹泻最为常见, 提示吉非替尼 250 mg/d 与 500 mg/d 的疗效相当, 而增大药量不会提高疗效, 只会增加其毒副反应, 250 mg/d 是吉非替尼的最佳剂量。对于晚期 NSCLC 的治疗, 应在不减轻疗效的同时, 减轻其毒副反应, 提高生活质量。我科近年来对晚期 NSCLC 患者给予了吉非替尼 250 mg/d 口服治疗方案, 在积极抗肿瘤的同时, 减少了其毒副反应。本文将吉非替尼方案与 GP 方案治疗晚期 NSCLC 的临床疗效及毒副反应进行了对比分析, 结果显示: 在治疗 2 个疗程后两组有效率比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 吉非替尼组疾病控制率为 74.29%, 明显高于 GP 组的 45.71%, 组间比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组转氨酶均有不同程度的升高, 但组间比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 吉非替尼组皮疹和腹泻发生率均明显高于 GP 组, 组间比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ), 其他毒副反应均低于 GP 组, 组间比较均差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 吉非替尼组积极对症处理后均好转, 未影响进一步治疗。以上结果说明吉非替尼治疗晚期 NSCLC 时, 在不降低其疗效的同时, 降低了其血液毒副反应。但由于皮疹及腹泻仍较为严重, 临床应用时应给

予积极的对症处理措施,以保证用药的安全性。

总之,吉非替尼治疗晚期非小细胞肺癌安全、有效,是目前治疗晚期非小细胞肺癌一种较佳药物,值得临床推广应用。

#### 参考文献

- [1] 吴一龙,蒋国樑,陆舜,等.中国抗癌协会肺癌专业委员会 2007 中国肺癌临床指南.北京:人民卫生出版社,2007:73-74.  
[2] 王存良.吉非替尼治疗晚期非小细胞肺癌临床疗效分析.中国医药导报,2009,6(23):35-36.

- [3] Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin, 2005, 55(2):74-108.  
[4] Govindan R, Page N, Morgensztern D, et al. Changing epidemiology of small-cell lung cancer in the United States over the last 30 years: analysis of the surveillance, epidemiologic, and end results database. J Clin Oncol, 2006, 24(28):4539-4544.  
[5] Fukuoka M, Yano S, Giaccone G, et al. Multi-institution a randomized phase II trial of gefitinib for previously treated patients with advanced non-small-cell lung cancer (The IDEAL1 Trial). J Clin Oncol, 2003, 21(12):2237-2246.

## 西药联合中成药治疗乳腺增生症疗效观察

张月珍

**【摘要】** 目的 观察红金消结胶囊治疗乳腺增生症的疗效。方法 选择乳腺增生症患者 180 例,随机分为 2 组,治疗组 90 例口服维生素 E 及维生素 B1 片,局部外用 25% 硫酸镁水溶液热敷及口服红金消结胶囊,对照组 90 例口服维生素 E 及维生素 B1 片,局部外用 25% 硫酸镁水溶液热敷。两组均以 3 个月经周期为 1 个疗程。结果 两组疗效比较( $P < 0.05$ )有统计学意义。结论 常规西药联合红金消结胶囊能有效消除乳房疼痛及肿块,疗效好。

**【关键词】** 乳腺增生症,红金消结胶囊

乳腺增生是一种多因素导致的内分泌紊乱性疾病,居女性乳腺疾病的首位。其病理基础为乳腺组织结构紊乱,乳腺纤维组织及上皮增生伴囊性形成,以乳房胀痛及肿块为主要临床表现,且随月经周期发生变化,给患者带来极大的痛苦。笔者采用西药联合口服红金消结胶囊治疗乳腺增生症,取得满意疗效,现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 180 例患者均为我院 2009 年 1 月至 2010 年 5 月妇科门诊病例,全部符合诊断标准。将患者按就诊顺序编号,用随机数字表分组,奇数分入治疗组,偶数分入对照组。治疗组 90 例,全部为女性,年龄 21 ~ 53 岁,病程 1.5 ~ 12 年,平均 4 年 1 个月;对照组 90 例,全部为女性,年龄 20 ~ 54 岁,病程 2 ~ 13 年,平均 4 年 5 个月。年龄及病程长短在统计学上差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.2 治疗方法** 治疗组口服维生素 E 胶囊 1 粒,1 次/d,维生素 B1 片 2 片,3 次/d,局部外用 25% 硫酸镁水溶液浸毛巾热敷,1 次/d,20 min/次,口服红金消结胶囊(云南佑生药业有限公司生产),每次 4 粒,3 次/d,对照组口服维生素 E 胶囊 1 粒,1 次/d,维生素 B1 片 2 片,3 次/d,局部外用 25% 硫酸镁水溶液浸毛巾热敷,1 次/d,20 min/次,两组均以 3 个月经周期为一疗程,一般治疗 1 ~ 3 疗程。

**1.3 疗效标准** 根据中华全国中医学外科学乳腺病专题组制定的疗效标准:(1)临床治愈:乳痛或乳块消失,停药后 3 个月不复发;(2)显效:肿块最大直径缩小 1/2 以上,疼痛消失;(3)有效:肿块最大直径缩小不足 1/2 以上,疼痛减轻,或肿块最大直径缩小 1/2 以上,疼痛减轻不明显;(4)无效:肿块无缩小或反而增大变硬者或单纯乳痛缓解,而肿块不缩小。总有效为临床治愈 + 显效 + 有效。

### 2 治疗结果

治疗组治愈 27 例。显效 43 例有效 18 例,无效 2 例,总有效率 97.8%,对照组治愈 20 例,显效 27 例,有效 28 例,无效 15 例,总有效率 83.3% 两组总有效率比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 3 讨论

乳腺增生症又称乳腺结构不良,是乳腺主质和间质不同程度地增生和复旧不全所致的乳腺结构在数量和形态上的异常,现代医学认为其主要是与体内雌激素的分泌失调以及乳腺组织对雌激素的敏感性有关<sup>[1]</sup>。中医学认为其病机与肝肾脾三经有密切关系,情志不遂,忧郁不解,久郁伤肝;或精神刺激,急躁恼怒,致肝气郁结,气机郁滞;或冲任失调,气血瘀滞,形成乳腺肿块及乳腺疼痛。红金消结胶囊由香附、大红花、柴胡、金荞麦、五香血藤、黑蚂蚁、八角莲、鼠妇虫、鸡血藤等组成。其中香附能抑制组织内单胺氧化酶活力,抑制胶原纤维的形成,从而促使乳腺增生组织及纤维的吸收;香附还具有雌激素样作用,为植物雌激素受体调节剂,是一种可以与雌激素受体结合的化合物,在体内具有双向调节作用,避免纯激素类药物的乳腺增生具有治疗作用。八角莲、金荞麦除了具有很强的消炎、抗菌和活血功效外,尚有抗肿瘤作用,鼠妇虫有强效的止痛功能,且无药物依赖性。三七具有抗炎、抗肿瘤、活血化瘀及增强免疫力等功效。综上所述,红金消结具有疏肝理气、软坚散结、活血化瘀、消肿止痛、提高机体免疫力等作用。临床观察表明,常规西药联合红金消结胶囊治疗乳腺增生症具有疗效好,副作用小等特点,值得临床推广。

#### 参考文献

- [1] 周永昌,郭万学.超声医学.第 5 版.北京:科学技术文献出版社,2006:153.