

肠。用于痰壅气逆、咳嗽气喘、肠燥便秘；桔梗宣肺、祛痰、利咽、排脓，可治咳嗽痰多、咽喉肿痛、肺痈吐脓、胸满肺痛等证。诸药合用共奏“清热化痰、止咳平喘”之功。

研究显示：降逆止咳汤治疗痰热郁肺型慢性支气管炎急性发作有显著的临床疗效，明显优于对照组。

## [参考文献]

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药治疗慢性支气管炎的临床研究指导原则[S]. 第2辑. 北京: 中华人民共和国卫生部, 1995: 1.

# 益气活血汤剂配合介入治疗 早期原发性肝癌影像学疗效分析

侯智通\*, 马晓霞, 仪孝臣

(牡丹江医学院第二附属医院影像科,  
黑龙江 牡丹江 157009)

肝动脉化疗栓塞术(TACE)作为治疗不能手术切除的肝细胞肝癌首选方法在临床已经得到广泛应用<sup>[1]</sup>,但介入治疗常伴有严重的副反应和并发症,影响患者的生存质量。研究表明,中西医结合治疗肝癌有效率高、副作用小、可显著改善患者的生存质量,是治疗肝癌的有效方法<sup>[2-3]</sup>。本院采用益气活血汤剂辨证配合TACE治疗早期原发性肝癌(PHC),并进行影像学疗效评估。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2007年12月至2010年12月早期PHC患者56例,男31例,女25例,年龄22~57岁,平均43岁;肿瘤<5 cm者35例,≥5 cm者21例;I期7例,II期34例,III期15例;肿瘤血供量评价:I级10例,II级30例,III级16例。

**1.2 诊断标准及纳入标准** 本组患者均于TACE治疗前1周内行彩色多普勒超声(CDFI),CT平扫、灌注扫描及增强扫描或磁共振(MRI)等影像学检查,经穿刺活检病理等确诊为早期PHC,符合《中国常见恶性肿瘤诊治规范》关于原发性肝癌诊断标准<sup>[4]</sup>。经CDFI,CT,AFP及肝动脉造影检查确诊为不能(或不愿)手术的PHC住院患者,卡氏评分≥60分,UICC分期为I~III期。

**1.3 病例排除标准**<sup>[5]</sup> 继发性肝癌,弥散性肝癌及合并严

重肝硬变或腹水者,合并严重重要脏器功能障碍者,呕吐频繁或厌服中药者,未按规定治疗、无法判断疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断者。

**1.4 治疗方法** 所有患者均接受益气活血汤剂辨证配合介入治疗(TACE),**方法:**采用Seldinger技术穿刺方法,经股动脉穿刺后插管,将导管插入肝固有动脉、肝左动脉或右动脉,行肝动脉造影定位后再行栓塞化疗。注入顺铂(云南个旧生物药业有限公司,批号070801)100 mg,5-氟尿嘧啶(上海旭东海普药业有限公司,批号070108)1 000 mg,表阿霉素(表柔比星,辉瑞制药无锡有限公司,批号20071002)60 mg与超液化碘油混合乳剂,或加用少量明胶海绵栓塞。每次TACE间隔30 d,3~4次为1个疗程。中药汤剂辨证分型治疗基本方<sup>[6]</sup>:黄芪35 g,喜树果、赤芍30 g,党参18 g,莪术、郁金各18 g,云苓25 g,川芎、丹参各12 g,当归20 g,炒白术15 g。肝郁血瘀型(17例)给予基本方加莪术、田七;肝郁脾虚型(16例)给予基本方加薏苡仁、布渣叶、茯苓皮、炒山楂、木香;肝胆湿热型(13例)基本方加茵陈蒿、蒲公英、白花蛇舌草、茜草根、虎杖;肝肾阴虚型(10例)给予基本方加鳖甲、女贞子、枸杞。水煎服,1剂/d,服药时间视介入疗程而定,配合介入治疗至结束。

**1.5 疗效评价标准** 所有患者于疗程结束后45 d行CDFI检查,CT平扫、灌注扫描及增强扫描检查。

**1.5.1 疗效评价标准**<sup>[7]</sup> 显效:肿瘤消失或缩小50%以上,维持1个月以上;有效:肿瘤缩小20%~50%,维持1个月以上;稳定:肿瘤大小无变化;无效:肿瘤体积增大或病情恶化。有效率=显效+有效。

**1.5.2 肿瘤血供量评价标准**<sup>[8]</sup> 根据肿瘤血流CDFI显像特征分级,III级:血流量多,瘤体周围红、蓝血流包绕,瘤体内有稀少树枝状分支或2个以内较长血管;II级:血流量中等,瘤体周围仅有短棒状红蓝血流或瘤体内仅有一个较长血管;I级:血流量少,瘤体周围或内部可见点状或短棒状彩色血流;0级:血流未探及,瘤体周围及瘤体内部未显示血流信号。

**1.6 观察指标** 观察治疗前后肿瘤大小的变化情况,肿瘤内部及周边血流变化情况,肝固有动脉峰值流速。

**1.7 统计学处理** 实验数据均以 $\bar{x} \pm s$ 表示,应用SPSS 13.0统计分析软件进行统计分析,计数资料的比较采用 $\chi^2$ 检验,计量资料采用 $t$ 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 肿瘤大小变化情况** CT显示:显效16例,占28.6%;有效24例,占42.9%;稳定12例,占21.4%;无效4例,占7.1%;有效率为71.4%。

**2.2 肿瘤血供量变化** 治疗后0级和I级共39例,占69.6%;治疗前0级和I级仅10例,占17.9%;治疗后肿瘤血供量降低显著( $P < 0.01$ )。见表1。

**2.3 肝固有动脉血流速度变化** 治疗后肝固有动脉血流速度降低,有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

[收稿日期] 2011-03-31

[通讯作者] \*侯智通,大学本科,主要从事临床放射线物理诊疗及教学工作, Tel: 13836303788, E-mail: houzh163@163.com

表 1 肿瘤血供量变化 例

组别	血流分级			
	0	I	II	III
治疗前	0	10	30	16
治疗后	23 <sup>1)</sup>	16 <sup>1)</sup>	11	6

注:与治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ (表 2 同)。

表 2 肝固有动脉血流速度变化( $\bar{x} \pm s, n = 56$ )

组别	血流速度/ $\text{cm} \cdot \text{s}^{-1}$
治疗前	91.3 ± 21.5
治疗后	78.8 ± 23.6 <sup>1)</sup>

### 3 讨论

临床主要以肿瘤变化和血流变化程度来评价 TACE 疗效<sup>[9]</sup>。血管化程度做为独立危险因素,是 PHC 诊断、治疗、预后判断的一个重要指标;而 CDFI 能精确评价 PHC 患者 TACE 后血流动力学变化,可监测临床治疗过程中的反应,并指导治疗方案的选择,及评价治疗效果<sup>[10]</sup>;CDFI 可观察治疗前后肿瘤内部的血流信号变化,血流信号的多少及评价治疗效果<sup>[11]</sup>。本研究从影像学评价的角度探讨益气活血汤剂辨证配合介入治疗 PHC 的疗效,旨在探索中西医结合治疗肿瘤疗效的影像学评价方法,为临床提供疗效评价可行的标准。

### [参考文献]

[1] 刘健. 超声评价原发性肝癌肝动脉化疗栓塞后疗效的价值及前景[J]. 放射学实践, 2005, 20(12): 1106.

[2] 贾梦山. 肝癌的中西医结合治疗[J]. 医药论坛杂志, 2010, 31(18): 177.

[3] 章继民. 健脾解毒汤配合介入疗法治疗中晚期肝癌 31 例[J]. 中国中医药科技, 2010, 17(2): 173.

[4] 中国肿瘤防治办, 中国抗癌协会. 中国常见恶性肿瘤诊治规范[M]. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1991: 16.

[5] 吴恩惠, 刘玉清, 贺能树. 介入治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 277.

[6] 王雄文, 陈日辉. 吉西他滨配合辨证中药汤剂治疗原发性肝癌的疗效分析[J]. 中医中药, 2009, 47(4): 73.

[7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 215.

[8] 张慧颖. 彩色多普勒超声对肝动脉栓塞介入治疗肝癌的疗效评价[J]. 右江医学, 2009, 37(4): 420.

[9] 刘允怡. 经肝动脉化疗栓塞治疗原发性肝细胞肝癌概述[J]. 中华外科杂志, 2004, 42(5): 257.

[10] 杨林, 张小明, 周翔平, 等. 原发性肝癌介入治疗后血流动力学变化的多层螺旋 CT 灌注成像[J]. 中华肝脏病杂志, 2009, 17(1): 76.

[11] 沈智勇. 吴名凤彩色多普勒超声对肝癌介入治疗后的疗效评价[J]. 肿瘤基础与临床, 2006, 19(6): 499.

## 慢性阻塞性肺疾病血 LTB<sub>4</sub> 测定的临床意义

董亚琼, 杜娟\*, 龙启钟

(贵阳医学院附属医院呼吸科, 贵阳 550004)

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种具有气流受限为特征的疾病,气流受限不完全可逆、呈进行性发展,与肺部对香烟、烟雾等有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关<sup>[1]</sup>。激活的炎症细胞释放多种炎症介质破坏肺的结构和(或)促进炎症反应,白三烯 B<sub>4</sub> (LTB<sub>4</sub>)是强有力的中性粒细胞趋化因子,使中性粒细胞在气道组织聚集<sup>[2-4]</sup>。本文检测血 LTB<sub>4</sub> 在 COPD 急性加重期及稳定期的变化,探讨 LTB<sub>4</sub> 在 COPD 病情发生发展中的作用。

### 1 资料与方法

**1.1 临床资料** COPD 组:2007 年 8 月至 2008 年 2 月我院呼吸科住院的 COPD 急性加重期男性患者,资料完整 48 例,年龄 > 45 岁,平均(73.07 ± 11.94)岁。诊断标准均符合 2007 年中华医学会制订的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》<sup>[1]</sup>。对照组:25 例均来自于门诊男性健康体检者,平均年龄(72.90 ± 10.20)岁,两组年龄差异无统计学意义。均排除其他系统慢性疾病及感染性疾病。

### 1.2 检测指标

**1.2.1 血浆 LTB<sub>4</sub>** COPD 组入院于第 1 天(急性期)、经治疗 10 ~ 14 d,其症状明显缓解后(稳定期)以及对照组体检时,各取清晨空腹静脉血 5 mL,离心分离血浆,存于 -80 °C 冰箱中保存备测,采用 ELISA 法测定血浆 LTB<sub>4</sub> 水平,操作严格按试剂盒说明书进行,用酶标仪在 450 nm 处测吸光度(A),从绘制的标准曲线计算 LTB<sub>4</sub> 浓度。

**1.2.2 外周血白细胞(WBC)总数及中性粒细胞百分值(N%)**。于急性期、稳定期各测 1 次。

**1.3 统计学方法** 采用 SPSS 11.5 统计软件,数据以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较用  $t$  检验,  $P < 0.05$  有统计学意义。

[收稿日期] 2011-01-21

[第一作者] 董亚琼,副主任医师,临床医学硕士,从事呼吸系统疾病研究, Tel: 13809429665, E-mail: dongyaoqiong1971@qq.com,

[通讯作者] \* 杜娟,教授,从事呼吸系统疾病研究, E-mail: dujuan 08888@tom.com