性差异($P<0.05$)。有效率达88%,与单放组相比有效率提高了14.1%,但差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 同步放化疗的毒副作用

同步放化疗在取得较好疗效的同时,毒副反应也有所增加,但大多数报道认为其毒性可以被大多数患者耐受。Gerald[2]报道放疗同步卡铂化疗与单放组相比除血液系统的毒副反应有显著性差异外,其余如肺纤维化、急性肺炎、食管炎、粘膜炎、神经系统和肾脏的Ⅲ~Ⅳ级毒性无显著性差异。我们的结果显示:同步放化疗组和单放组的毒副反应主要表现在骨髓抑制和胃肠道反应,两组毒副反应无显著性差异。集落刺激因子可预防并纠正白细胞下降,使治疗得以顺利按计划完成。超分割放疗结合每日低剂量化疗,取得了高效低毒的疗效[5]。

3.4 影响同步放化疗疗效的因素

首先同步放化疗与患者的性别、年龄、行为状态平分和体重减轻的程度有关[6]。其次肿瘤的大小(T_1~T_4)也是影响疗效的重要因素,Gerald等[2]采用同步放化疗治疗Ⅲ期非小细胞肺癌,肿瘤$<70\ cm^2$的病人中位生存期是14月,而肿瘤$>70\ cm^2$的病人中位生存期是7.2月,经统计学处理差异显著。另外,临床分期(ⅢA或ⅢB)则与生存率有关。最后,治疗方案的选择也直接影响疗效,放疗方案有常规放疗和超分割放疗,化疗方案多选用铂类药物(顺铂或卡铂)作为基本用药,有的采用放疗同时3~4周化疗1次;有的放疗同时每周1次化疗;还有的采用放疗同时小剂量每日化疗,而总剂量均不低于常规化疗方案。最受瞩目的是超分割放疗同时小剂量每日化疗的方案,Jeremic[5]采用超分割放疗同时低剂量每日卡铂和VP-16治疗131例Ⅲ期非小细胞肺癌取得了92%的有效率和23%的五年生存率。

总而言之,同步放化疗为肺癌的治疗提供了一项新的方法,使肺癌的疗效得到了提高,但为了取得更好的疗效,仍然需要进一步研究,尤其是对不同病期、肿瘤大小和治疗方案进行分层研究,探讨出同步放化疗的最佳方案,从而取得最佳疗效。

关键词:肺癌;非小细胞肺癌;放射疗法;化学疗法
中图法分类号:R730.58;R734.2 文献标识码:B

参考文献:

[1] 陆普选,贺国辉,林德义,等.介入治疗合并手术或放射治疗中晚期肺癌的疗效观察[J].现代诊断与治疗,1994,5(2):83-85.
[2] Gerald Clamon, James Herndon, Robert Cooper, *et al*. Radiosensition with carboplatin for patients with unresectable stage Ⅲ non-small-cell lung cancer: A phase Ⅲ trial of the cancer and leukemia group B and the eastern cooperation oncology group[J]. J Clin Oncol, 2000, 17(1): 4-11.
[3] 胡大武,吉 林,许国辉,等.15例中晚期肺癌大剂量顺铂双路化疗并同步放疗的近期疗效观察[J].中国肿瘤临床,1996,23(4):270-273.
[4] Ozkok S, Aras A B, Esassolak M A, *et al*. Hyperfractionated redio-therapy combined with simultaneous chemotherapy in inoperable non-small-cell lung cancer: A pilot study[J]. Monaldi Arch Chest Dis, 1995, 50(6): 443-447.
[5] Jeremic B, Shibamoto Y, Acimovic L, *et al*. Hyperfractionated radiation therapy with or without concurrent low-dose daily carboplatin/etoposide for satge Ⅲ non-small-cell lung cancer: a randomized study[J]. J Clin Oncol, 1996, 14(4): 1 065-1 070.
[6] Jeremic B, Shibamoto Y, Pre-treatment prognositic factors in patients with stage Ⅲ non-small-cell lung cancer treated with hyperfractionated radiation therapy with or without concurrent chemotherapy[J]. Lung Cancer, 1995, 13(1): 21-30.

(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2001)11-1371-02

经验交流

刺五加注射液对重型颅脑损伤患者的疗效观察

Observation on the therapeutic effect of treating severe head injury with Injectio Acanthopanacis seticosi

陈礼刚[1],曾凡俊[1],魏 东[2],柴建康[1],李开慧[1],曾祥元[3],卢 敏[1],刘波泉[4] (成都军区总医院:[1]神经外科;[2]中医科;[3]临床实验科;成都 610083;[4]四川省剑阁县人民医院外科,剑阁 628000)

重型颅脑损伤(Severe craniocerebral injury, SCI)约占颅脑伤的20%,病死率高达20%~50%,创伤后脑继发性缺血缺氧损害是重要原因,为救治重点[1~3]。为探讨刺五加注射液(Injectio acamthopanacis synticosi, IAS)治疗重型颅脑伤的机制和效果,我们从1997年7月至1998年12月对30例急性期SCI伤者行IAS治疗前后的临床(Glasgow coma scale, GCS)、血液流变指标(HI)、BEAM、TCD及预后(Glasgow outcome scale, GOS)观察研究。现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

全部病例均选自本院神经外科病房1997年7月至1998年12月收治的重型颅脑损伤病人,病例入选标准为:①年龄18~60岁;②GCS评分3~8分;③闭合性颅脑损伤;④伤后6 h以内。排除标准:怀孕或哺乳期妇女;有严重原发疾病,精神障碍等患者。

在实验过程中,符合实验标准的60例病例经手术和/或初期的抢救,待病情平稳后,于伤后3 d,随机选择各30例病例分为传统治疗组(A组)和IAS治疗组(B组)。两组病人临床特征,包括年龄、性别、致伤原因、入院时平均GCS记分、CT扫描发现、开颅清除血肿例数等均无统计学差异($P>0.05$)。

作者简介:陈礼刚(1966-),男,四川省泸州叙永人,博士,副主任医师,主要从事中枢神经系统损伤的再生与修复,儿童颅内肿瘤方面的研究,发表论文50余篇。电话:(028)6570523

收稿日期:2000-01-05;修回日期:2000-11-15

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

1.2 IAS治疗

所用IAS为中美合资黑龙江鸟苏里江制药有限公司生产。B组在传统治疗(脱水、激素、抗炎等)的基础上,给予IAS 60 ml加入5%葡萄糖注射液或生理盐水静脉滴注,每日1次,10 d为1疗程,间隔4 d再行第2个疗程。

1.3 GCS记录、HI及BEAM、TCD检查

两组患者于伤后3 d IAS治疗前、2周(IAS治疗1疗程后)、4周(IAS治疗2疗程后)定期记录GCS,行IH及BEAM、TCD检查。HI为血浆粘度(nb),红细胞压积(HCT),红细胞聚集指数(EAI),红细胞血沉(ESR)。BEAM主要观察δ、σ、β、α波功率的变化,并根据以下标准判定是否异常:①δ波的部分功率值超过5级以下;②σ波功率值分布在局部或全脑超过6级以上;③β波在两半球的分布不对称,部分异常超过2级;④α波两半球功率值分布不对称超过2级或整个功率值增高在4级以上,凡出现上述一条以上者为异常,并分别计算出两组患者的相应的BEAM异常率。TCD主要观察大脑中动脉(门深50 mm)收缩期血流速度(Vs)平均血流速度(Vm)、搏动指数(PI)。

1.4 预后评价及统计学处理

患者伤后6月根据GOS标准评价。数据行两样本χ^2和t检验。

2 结果

2.1 GCS评分结果

B组30例IAS治疗前、1疗程、2疗程后评分均值分别为:4.98、10.6(与治疗前相比$P<0.001$)。对照组分别为:5.01、8.9和10.1。B组2疗程后的GCS评分与A组相同时间GCS评分相比差异显著($P<0.01$)。

2.2 HI变化结果

A组在治疗3 d、2、4周时,nb(CP)、HCT(%)、EAI、ESR(mm/h),分别为1.69±0.12、62±4.0、5.39±0.06、41±12;1.68±0.23、49±0.05、3.1±0.01、3.2±8;1.53±0.24、42±0.06、2.4±0.02、19±6。B组在治疗3 d、2、4 W时,其nb(CP)、HCT(%)、EAI、ESR(mm/h)分别为1.68±0.14、2±6、5.40±0.04、42±110、1.52±0.28、3±2、2.90±0.02、23±7;1.50±0.2、41±5、2.2±0.01、11±8。统计分析发现,B组在各组时间点呈显著差异($P>0.05$);A、B二组比较,治疗后2周有显著性差异($P<0.01$)。

2.3 BEAM检查结果

B组30例BEAM异常率在IAS治疗前为93.8%(27),1疗程为70.1%(19例)($P<0.01$),2疗程为37.2%(8例)($P<0.001$)。而A组30例BEAM异常率分别为:94.2%、90.8%、79.2%。虽有所下降,但无统计学显著性差异。而β组治疗1.2疗程后与A组相同时间相比,则有统计学差异($P<0.01$,$P<0.01$)。

2.4 TCD检查结果

A、B两组在治疗3 d、2、4 W后其Vs、Vm、PI分别为65.7±5.0/65.2±4.70、98.2±15.8/98.4±15.2、0.97±0.26/0.98±0.22;59.8±3.9/52.1±3.8、91.7±13.2/86.4±15.6、0.91±0.21/0.99±0.21;52.6±3.6/51.4±4.0、84.3±15.2/81.8±12.7、0.88±0.19/0.87±0.32。统计分析发现,A、B两组在治疗2周时呈显著性差异($P<0.01$)。

2.5 预后评价结果

伤后6个月GOS预后评价,恢复良好一轻残者:B组25例(83.3%),A组9例(30%),两组有显著性差异($P<0.01$)。中一重残者,B组5例(16.7%),A组21例(70%),两组有显著性差异($P<0.01$)。

3 讨论

刺五加注射液系刺五加茎叶用常规方法制成的灭菌水溶液,主要化学成分有异秦皮定(Isofaiin)、β-谷甾醇、胡罗卜甙、秦皮定甙、紫丁香树酯酶甙、金丝桃甙、腺甙、总黄酮等。具有清除氧自由基作用,能显著提高人体SOD活性,并具有降低血液粘度,扩张脑血管,增加脑血流量,促进血液循环,增加脑细胞的血氧饱和度,增强机体免疫功能等多种作用[4]。本研究证实SCI后全血粘度明显增加,且持续时间较长,以HCT和EAI升高最为明显,在应用刺五加注射液后,B组患者nb、HCT、EAI、ESR等指标均较对照(A组)有明显降低($P<0.01$),有显著性差异。临床观察发现,B组在刺五加注射液治疗后,GCS增高(连续评分)有非常显著性差异($P<0.01$),而A组虽然有所升高,但无统计学差异,且当刺五加治疗2疗程后,BEAM异常率明显降低,治疗前93.8%,降为2疗程后的37.2%($P<0.01$)。伤后6个月GOS,对照组良好一轻残率为30%,刺五加组为83.3%($P<0.01$),中一重残率对照组为70%,刺五加组为1.7%($P<0.01$),由此可见,刺五加确实有利于SCI脑功能恢复,明显改善其GCS、BEAM及GOS。我们认为,刺五加注射液能改善脑细胞微循环灌注,纠正因缺血缺氧而造成的细胞形态、功能和代谢上的紊乱,减轻脑水肿和继发性脑损害,从而保护脑细胞,在抢救SIC病人的治疗中可产生积极而确切的疗效。

研究发现,SCI后脑血流动力学变化可划分为低灌注期(1~24 h)、充血期(1~3 d)、脑血管痉挛期(4~14 d)[5]。Harders等[6]通过TCD等监测发现尼莫地平(Nimodipine)能改善创伤后脑血管痉挛,显著降低创伤性蛛网膜下腔出血病人的死亡率和残废率。本研究动态监测TCD的变化发现在刺五加注射液治疗2周后,治疗组Vs、Vm、PI明显下降($P<0.01$),而对照组Vs、Vm、PI虽有下降,但无统计学意义($P>0.05$)。同时,治疗组与对照组Vs、Vm、PI相比也有显著性差异($P<0.01$)。这可能与刺五加注射液含有黄酮类物质,能扩张脑血管,解除脑血管痉挛有关[4]。结合上述两组患者的HI,GCS、BEAM及GOS等变化,证明早期刺五加治疗,能够通过改善MCA血流速度,降低脑血管阻力,进而迅速改善脑损伤后血管痉挛及脑缺血缺氧所致的继发性脑水肿,脑肿胀及颅内压增高,降低残死率。这也可能是刺五加注射液治疗SCI取得良好疗效的重要机制之一。

关键词:刺五加注射液;脑损伤;多普勒超声;血液流变学;脑电地形图

中图法分类号:R651.150.5 文献标识码:B

参考文献:

[1] 易声禹.重型颅脑损伤救治的几个关键问题的处理[J].中华神经外科杂志,1999,15(1):3.

[2] Gennarlli T A, Spielman G M, Langfitt T W, *et al*. Influence of the type of intracranial lesion on outcome frome severe head injury: A multicenter study using a new classification system[J]. J Neurosurg, 1982, 56(1): 26—32.

[3] Robertson C. Desaturation episodes after severe head injury: influence on outcome[J]. Acta Neurochir Suppl (wien), 1993.5 998—6 101.

[4] 中国医学科学院药物研究所编.中药志[M].北京:人民出版社,1993.462.

[5] Martin N A, Detwaxdhan R V, Alexander M J, *et al*. Characteriation of cerebral hemodynamic phases following severe head trauma: hypoperfasion, hypermia, and vasospasm[J]. J Neurosurg, 1997, 87(1): 9—19.

[6] Harders A, Kakarieka A, Braakman R, *et al*. Traumatic subarachnoid hemorrhage and its tratment with nimodipine[J]. J Neurosurg, 1996 (85): 82—89.

(编辑 薛国文)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net