

引用:陈四明,刘仁权,谢辉,赵媛,蔡美,蒋益兰.牛角地黄汤联合穴位敷贴治疗阴虚火旺型非霍奇金淋巴瘤29例[J].湖南中医杂志,2020,36(7):43-45.

牛角地黄汤联合穴位敷贴 治疗阴虚火旺型非霍奇金淋巴瘤29例

陈四明,刘仁权,谢辉,赵媛,蔡美,蒋益兰
(湖南省中医药研究院附属医院,湖南长沙,410006)

[摘要] 目的:评价牛角地黄汤联合穴位敷贴治疗阴虚火旺型非霍奇金淋巴瘤的临床疗效。方法:选取阴虚火旺型非霍奇金淋巴瘤患者58例,将其随机分为治疗组和对照组,每组各29例。对照组接受CHOP化疗方案治疗,治疗组在对照组的基础上给予牛角地黄汤联合穴位敷贴治疗,比较2组实体瘤疗效和毒副作用发生率。结果:总有效率治疗组为93.1%(27/29),对照组为72.4%(21/29),2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);毒副作用发生率治疗组为13.7%(4/29),对照组为37.9%(11/29),2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:牛角地黄汤联合穴位敷贴能够有效降低阴虚火旺型非霍奇金淋巴瘤患者化疗后的毒副作用发生率,并提高实体瘤的临床疗效,值得推广应用。

[关键词] 非霍奇金淋巴瘤;阴虚火旺证;中西医结合治疗;牛角地黄汤;穴位贴敷

[中图分类号] R273.31 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.07.017

非霍奇金淋巴瘤为我国临床较常见的一种恶性肿瘤,主要发生部位包括淋巴结、胸腺、脾脏等,也可发生于淋巴结以外的器官和系统。由于非霍奇金淋巴瘤的病理分型多,临床表现复杂,故在治疗上实现个体化分层的难度较大,患者获得的临床

疗效也有限^[1]。该病具有高度治愈的可能性,因此探索有效、安全的治疗方案具有重要意义^[2]。本研究在使用CHOP化疗方案的基础上对29例阴虚火旺型非霍奇金淋巴瘤患者采用牛角地黄汤联合穴位贴敷治疗,获得了较满意的疗效,现报告如下。

第一作者:陈四明,男,医学硕士,副主任医师,研究方向:中西医结合治疗肿瘤

通讯作者:谢辉,女,医学硕士,副主任医师,研究方向:中西医结合临床,E-mail:2451360933@qq.com

健脾、宣肺以治水湿。TDP理疗仪的热效能使药气经神阙穴入腹内,从而达到湿邪去而泻止的作用。中药药理研究显示苍术在胃肠运动功能正常或低下时,能促进胃肠运动,在脾虚泄泻或胃肠功能呈现亢进时,则显示出明显的抑制作用^[6]。Chan等^[7]研究发现,厚朴中的厚朴酚在离体豚鼠回肠中能抑制乙酰胆碱,具有抗痉挛作用。李杰萍等^[8]研究发现厚朴酚可明显影响白细胞的功能,并对炎性介质白三烯B₄和5-羟二十碳四烯酸的生物合成有较强的抑制作用,从而起到止泻、缓解疼痛的作用。

本研究结果显示,治疗组在治疗结束时及结束6个月后,综合疗效及症状改善情况均优于对照组,差异均有统计学意义,表明基于古方所研制的中药脐舒散外敷联合TDP治疗仪照射治疗腹泻型肠易激综合征脾虚湿阻证患者,近期及远期疗效均满意,值得临床推广。

参考文献

- [1] 罗马委员会.功能性胃肠病罗马Ⅲ诊断标准[J].胃肠病学,2006,11(12):751-756.
- [2] 中华中医药学会脾胃病分会.肠易激综合征中医诊疗共识意见[J].中华中医药杂志,2010,25(7):1062-1065.
- [3] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科学技术出版社,2002:139-143.
- [4] 叶任高,陆再英.内科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2004:422-423.
- [5] 李超.中医外治法类编[M].武汉:湖北科学技术出版社,1977:125.
- [6] 王金华,薛宝云,梁爱华,等.苍术有效成分 β -桉叶醇对小鼠小肠推进功能的影响[J].中药学杂志,2002,37(4):266.
- [7] CHAN SS,ZHAO M,LAO LX. Magnolol and honokiol account for the anti-spasmodic effect of Magnolia officinalis in isolated guinea pig ileum[J]. Plant Med,2008,74(4):381-384.
- [8] 李杰萍,梁统,周克元.厚朴酚对大鼠白细胞5-脂氧合酶活性和细胞内钙离子浓度的影响[J].广东医学院学报,2002,20(3):177-178.

(收稿日期:2019-12-26)

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2017 年 12 月至 2019 年 6 月由我院收治的阴虚火旺型非霍奇金淋巴瘤患者 58 例作为研究对象,根据收治先后顺序将其分为治疗组和对照组,每组各 29 例。治疗组中,男 16 例,女 13 例;年龄 26 ~ 70 岁,平均(49.8 ± 4.3)岁。对照组中,男 15 例,女 14 例;年龄 23 ~ 71 岁,平均(49.3 ± 4.2)岁。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《临床肿瘤学》^[3]中关于非霍奇金淋巴瘤的诊断标准制定。1)滤泡性淋巴瘤:瘤细胞由中心细胞、中心母细胞构成,即有核裂和无核裂细胞。2)套细胞淋巴瘤:起自滤泡周套细胞内层 CD5、CD23 的 B 细胞。肿瘤细胞由单一套细胞组成,缺乏母细胞,为惰性淋巴瘤中最具侵袭性的淋巴瘤。3)弥漫大 B 细胞淋巴瘤:正常的淋巴结构或结外组织被弥漫性的肿瘤组织取代,病变可累及整个或部分淋巴结,淋巴结周围组织常有浸润,可见宽或窄的硬化性纤维条带。肿瘤细胞为大的转化淋巴细胞,体积在不同的病例或同一病例中可有较大不同。

1.2.2 中医辨证标准 根据《中华肿瘤治疗大成》^[4]及《实用中医内科学》^[5]制定阴虚火旺型辨证标准:手足心热,潮热盗汗,舌红、苔少,脉细数。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄 > 18 岁;3)自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)其他重大躯体疾病;2)化疗禁忌证。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用 CHOP 化疗方案治疗。注射用环磷酰胺(Baxter Oncology GmbH,批准文号:国药准字 H20160467,规格:0.2 g/支)750 mg/m²,d1。注射用盐酸吡柔比星(深圳万乐药业有限公司,批准文号:国药准字 H10930105,规格:10 mg/支)40 mg/m²,d1。酒石酸长春瑞滨注射液[齐鲁制药(海南)有限公司,批准文号:国药准字 H20093078,规格:10 mg/支]25 mg/m²,d1。醋酸泼尼松片(华中药业股份有限公司,批准文号:国药准字 H42021526,规格:5 mg/片)100 mg/d,d1 ~ d5。以 21d 为 1 个周期,连续治疗 6 个周期。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用牛角地黄汤联合穴位敷贴治疗。牛角地黄汤药物组成:水牛角 30 g,龙葵 30 g,生地黄 30 g,生黄芪 30 g,浙贝母 10 g,山慈菇 10 g,牡丹皮 10 g,赤芍 10 g,西洋参 5 g。水煎,取药液 300 ml,每天 1 剂,分早晚服用,至化疗周期全部结束。穴位敷贴药物组成:海藻 30 g,昆布 20 g,夏枯草 20 g,雄黄 6 g,沉香 6 g,冰片 6 g。取穴:颈百劳、脾俞、三阴交、丰隆、章门,左右交替敷贴,每次 25 ~ 30 min,每天 2 次,至化疗周期全部结束。

3 疗效观察

3.1 观察指标 比较 2 组实体瘤疗效和化疗毒副作用发生率,化疗毒副作用包括消化、神经、血液系统症状。

3.2 疗效标准 根据实体瘤治疗疗效评价标准(RECIST 1.1)^[6]制定。完全缓解:病灶彻底消失,且持续时间至少 1 个月;部分缓解:肿瘤最大直径 × 最大垂直直径减少超过 50%,其余病变并无明显扩大,且持续 1 个月以上;稳定:肿瘤最大直径 × 最大垂直直径减少或提高在 50% 及以下,且持续 1 个月;进展:肿瘤最大直径 × 最大垂直直径扩大 25% 及以上,或发现新病灶。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计学软件进行统计分析,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组实体瘤疗效比较 总有效率治疗组为 93.1%,对照组为 72.4%,2 组比较,差异有统计意义($P < 0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组实体瘤疗效比较[例(%)]

组别	例数	完全缓解	部分缓解	稳定	进展	总有效
治疗组	29	15(51.7)	12(41.4)	1(3.4)	1(3.4)	27(93.1) ^a
对照组	29	13(44.8)	8(27.6)	6(20.7)	2(6.9)	21(72.4)
χ^2 值						4.022
P 值						0.040

3.4.2 2 组化疗毒副作用发生率比较 化疗毒副作用发生率治疗组为 13.7%,对照组为 37.9%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表 2)

表 2 2 组化疗毒副作用发生率比较[例(%)]

组别	例数	消化系统症状	神经系统症状	血液系统症状	总发生
治疗组	29	2(6.9)	1(3.4)	1(3.4)	4(13.7)
对照组	29	5(17.2)	4(13.8)	2(6.9)	11(37.9)
χ^2 值					4.552
P 值					0.038

4 讨论

流行病学调查结果显示,近年来我国各年龄阶段人群的非霍奇金淋巴瘤发病率均呈现上升趋势,不仅严重危害患者的身心健康,也造成了较严重的社会经济损失^[7]。CHOP化疗方案是非霍奇金淋巴瘤的一线化疗方案,为改善非霍奇金淋巴瘤患者预后,本研究在使用CHOP方案化疗的基础上给予阴虚火旺型非霍奇金淋巴瘤患者牛角地黄汤联合穴位敷贴治疗,并与单用化疗进行比较。结果显示,实体瘤疗效临床总有效率治疗组高于对照组,且化疗毒副作用发生率低于对照组。

现代中医研究认为,非霍奇金淋巴瘤的主要病机为正气不足、邪气汇聚、情志内伤等,导致阴阳失调、血气不顺、毒邪蕴结,治疗上应以解毒散瘀为原则。牛角地黄汤出自《外台秘要》,为临床常用的清热剂。方中以水牛角为君药,重用有清热解毒之功,赤芍、牡丹皮清热凉血、活血散瘀,生地黄养血凉血,浙贝母清热化痰、散结消肿,龙葵、山慈菇清热解毒,西洋参配伍黄芪以补气生血。我院自拟的敷贴药方中,海藻和昆布有软坚散结之功,共为君药,夏枯草具有清火散结之功,雄黄攻毒、燥湿祛痰,沉香行气止痛、降逆止呕,冰片开窍醒神、清热止痛。诸药合用具有清热解毒散结之功效。由此,内外兼治,能有效消除患者症状,获得满意疗效。中药不仅能增效,而且能减少化疗产生的毒副作用。

综上所述,本研究在化疗的基础上运用牛角地黄汤联合穴位贴敷治疗阴虚火旺型非霍奇金淋巴瘤患者,在实体瘤疗效及毒副作用发生率方面,治疗组均优于对照组,差异有统计意义($P < 0.05$)。因此,本研究采用的治疗方案具有一定的临床应用价值,值得推广。

参考文献

- [1] 张洪,吕玲玲,朱伟峰,等. 芩黄合剂治疗虚实夹杂型非霍奇金淋巴瘤的临床疗效评价[J]. 中国实验方剂学杂志,2018,24(4):167-173.
- [2] 张丽,包祖晓,冯长伟,等. 芪胶升白胶囊对非霍奇金淋巴瘤患者化疗后骨髓抑制的治疗作用观察[J]. 中华中医药学刊,2017,35(6):1533-1535.
- [3] 张贺龙,刘文超. 临床肿瘤学[M]. 西安:第四军医大学出版社,2015:492.
- [4] 潘敏求. 中华肿瘤治疗大成[M]. 石家庄:河北科学技术出版社,1996.
- [5] 张雷. 实用中医内科学[M]. 西安:西安交通大学出版社,2018:119.
- [6] KEAM B, HA H, KIM TM, et al. Neutrophil to lymphocyte ratio improve prognostic prediction of International Prognostic Index for patients with diffuse large B-cell lymphoma treated with rituximab, cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine and prednisone [J]. J. Clin. Oncol., 2015, 33(7):2032-2038.
- [7] 刘凯,杨曼曼,刘德果,等. 六味地黄丸联合CHOP方案治疗非霍奇金淋巴瘤的临床观察[J]. 中医药导报,2017,23(3):56-58.

(收稿日期:2020-01-07)

刮痧的基本方法:刮痧的步骤

刮痧板的种类 刮痧板的品种各种各样,有玉石类的,还有牛角类的刮痧板、刮痧梳等。

刮痧的介质 可选择水、植物油、刮痧油,或者精油、凡士林。这些介质均具有滋润皮肤、清热解毒、活血化瘀的功效。只要无过敏反应,均可以使用。

刮痧部位与方向 一般选择颈椎、后背、腰部。用刮痧板蘸取适量刮痧油,均匀涂抹在刮痧部位上。刮痧方向是:先头面,后手足;先腰背,后胸腰;先上肢,后下肢;先内侧,后外侧;由里向外,由上向下。每个部位一般刮20~30次,局部刮痧一般5~10min。

刮痧的力度 刮痧始终保持按压力,作用力传至深层组织,力度大小根据患者病情和承受力决定。对一些不易出痧或出痧少者不可强行出痧。重点穴位刮痧应以穴位为中心,上下总长度为10~15cm,比如颈椎刮痧要以风池、大椎穴为中心。风池穴在后枕部两侧入发际1寸的凹陷中;大椎穴在后正中线上,第7颈椎棘突下凹陷处。肩部刮痧以肩井穴为中心。肩井穴在肩上,大椎穴与肩峰端连线的中点上。经络较长可分段刮痧,比如督脉、膀胱经。

刮痧的注意事项 刮拭过程中,应询问患者有无不适,观察局部皮肤颜色,并及时调整手法和力度。刮痧后可饮温开水1杯,休息20~30min,注意保暖。(http://www.cntcm.com.cn/yskp/2020-07/13/content_78212.htm)