

研究中,治疗组中有 5 例开始时出现大便次数轻度增加或上腹部不适,但能够耐受,2 d 后症状消失。不良反应较少,且很快消失,与膳食纤维的作用密不可分。

综上所述,在积极抗心力衰竭治疗的基础上给予合理的肠内营养支持治疗,可以改善心肌能量代谢及营养状况,减轻炎症反应,改善心功能。因此,对于老年 CHF 患者,加强肠内营养支持治疗,纠正营养不良作为综合治疗的一部分,可能起着不可或缺的作用,期待更多的老年 CHF 患者从中获益。

参考文献

[1] 林红,孙国珍,李新立.营养评价对于慢性心力衰竭患者的临床意义[J].中华心血管病杂志,2015,43(12):1100-1102.
 [2] Ponikowski P,Voors AA,Anker SD,et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure:the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology

(ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC [J]. Eur J Heart Failure, 2016,18(8):891-975.

[3] 韦军民.老年临床营养学[M].北京:人民卫生出版社,2011:201.
 [4] Arques S,Ambrosi P.Human serum albumin in the clinical syndrome of heart failure [J]. J Card Fail,2011,17:451-458.
 [5] Lourenco P,Silva S,Frioes F,et al. The nutritional marker prealbumin is strongly associated with adverse outcome in heart failure [J]. European Heart,2013,34:2734.
 [6] 朱翠英,李培成.脂毒性的形成机制及其干预策略[J].国际检验医学杂志,2006,27(1):24-26.
 [7] 张尧,唐其柱,李芳芳,等. ω -3 多不饱和脂肪酸治疗慢性心力衰竭效果的 meta 分析 [J]. 临床误诊误治,2014,32(11):109-113.

(收稿日期:2018-12-17)

同步放化疗联合脾多肽治疗中晚期食管癌的疗效分析

武 静 靳保利 任筱璐 李 波 陈 飞 李晓敏

食管癌是消化道肿瘤中相对常见的恶性肿瘤^[1]。新辅助化疗后食管病灶的手术切除是 II/III 期食管癌的标准治疗方法,而同步放化疗是对于希望保留食管、拒绝手术或因内科疾病无法手术的食管癌患者的标准治疗。同步放化疗也是 IV 期食管癌患者的治疗方式^[2]。在放化疗过程中很容易引发各种并发症,例如消化道反应、骨髓抑制以及放射性食管炎等^[3],为了减轻这些毒副作用,通常在放化疗过程中会应用一些药物,从而达到预期疗效。本研究在同步放化疗治疗中晚期食管癌患者过程中应用脾多肽注射液,观察其临床疗效及毒副作用,报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

选择 2016 年 1 月至 2017 年 12 月在山西省肿瘤医院进行治疗的初治食管癌患者为对象,依据相应的纳入标准和排除标准,选择其中的 48 例进行研究,全部研究对象都依据胃镜、钡餐造影和胸部 CT 检查进行确诊,经病理组织学确诊为鳞状细胞癌。依据最新的《非手术治疗食管癌的临床分期标准(草案)》^[4],分期为 II 期、III 期和 IV 期。应用随机数字表法将患者分为干预组及对照组,每组 24 例。干预组男性 14 例,女性 10 例,II 期 7 例,III 期 14 例,IV 期 3 例;对照组男性 13 例,女性 11 例,II 期 8 例,III 期 12 例,IV 期 4 例。2 组年龄、KPS 评分之间的差异无统计学意义 ($P>0.05$),可进行对比分

析。

1.2 治疗方法

2 组患者放疗及化疗方法相同。放疗:采用三维适形调强放疗,定位前于胃镜下钛夹标记食管病变位置,或者在透视机下吞钡透视确定病变的位置,然后进行标记。采用 CT 模拟机对病变区域进行扫描,且传输结果至 Pinnacle 系统,在此系统中勾画大体肿瘤靶体积 (GTV)、临床靶体积 (CTV) 及计划靶体积 (PTV),处方剂量 95%PTV:DT 50~60Gy/25~30 次,每日 1 次,每周 5 次。主要正常组织受量的最高耐受标准为:脊髓最大剂量 <45 Gy;心脏 $V40 \leq 30\%$;双肺 $V20 \leq 28\%$, $V5 < 65\%$,平均剂量 (MLD) ≤ 16 Gy。化疗:化疗方案为 FP,具体用药为:治疗第 1~5 天静注氟尿嘧啶及顺铂,二者每周期的剂量分别为 2.4 g/m^2 和 75 mg/m^2 ,根据患者的体质及体表面积调整用药剂量,21 d 为 1 个周期,放疗中予以 2 个周期化疗。干预组在同步放化疗期间同时给予脾多肽注射液(吉林丰生制药有限公司,2 ml/支)。用法及用量:将 6 ml 的脾多肽注射液加入到 500 ml 的 0.9%氯化钠注射液或 5% 葡萄糖注射液中静脉点滴,每天静点 1 次,每 2 周为 1 个疗程,持续治疗 3 个疗程,各疗程间隔时间为 7 d。

1.3 观察指标

1.3.1 近期疗效:对 2 组患者的近期疗效根据实体瘤疗效评价标准 (RECIST) 来进行判断。疗效可以分为完全缓解 (CR)、部分缓解 (PR)、稳定 (SD) 和进展 (PD)。在治疗结束后完善胸部 CT 及上消化道造影等影像结果进行疗效评价。

DOI:10.11655/zgywylc2019.11.055

作者单位:030013 太原,山西省肿瘤医院放疗胸部二病区

1.3.2 毒副反应:对 2 组患者治疗过程中的放射性食管炎发生情况进行记录。依据美国肿瘤放射治疗协作组和欧洲肿瘤治疗协作组 (RTOG/EORTC) 放射反应评分标准对放疗毒性进行评价并进行分级。定期复查血常规,观察 2 组患者的骨髓抑制(白细胞降低)情况。

1.3.3 外周血 T 淋巴细胞亚群分析:在治疗结束后,对 2 组患者的外周血进行采集,然后分析 T 细胞亚群,针对其中的 CD3⁺T 淋巴细胞、CD4⁺T 淋巴细胞、CD8⁺T 淋巴细胞进行检测,并确定出 CD4⁺/CD8⁺T 淋巴细胞比值。

1.4 统计学方法

通过 SPSS 19.0 软件进行统计分析,其中的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间差异的对比进行 *t* 检验;计数资料采用%表示,组间差异对比进行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表 2 2 组患者放射性食管炎及骨髓抑制的比较

组别	例数	放射性食管炎					骨髓抑制(白细胞)				
		0级	1级	2级	3级	4级	0级	1级	2级	3级	4级
干预组	24	0	4	9	8	3	0	4	9	8	3
对照组	24	5	9	5	5	0	5	9	5	5	0
χ^2 值		13.60					11.76				
<i>P</i> 值		0.009					0.019				

2.3 外周血 T 淋巴细胞亚群分析:干预组经过治疗后 CD3⁺T 细胞、CD4⁺T 细胞及 CD4⁺/CD8⁺T 比值均比对照组高,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);而 2 组的 CD8⁺T 细胞差异无统计学意义 ($P > 0.05$),见表 3。

表 3 2 组治疗后 T 淋巴细胞亚群 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CD3 ⁺ (%)	CD4 ⁺ (%)	CD8 ⁺ (%)	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
观察组	24	72±7	42±5	30±9	1.5±0.5
对照组	24	65±13	28±5	35±12	0.9±0.4
<i>t</i> 值		-3.03	41.45	2.03	-5.94
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05	0.054	<0.05

3 讨 论

大多数癌症患者在治疗前的免疫功能就比较低,越到治疗后期免疫功能抑制越严重,放化疗过程中免疫抑制很可能会更加严重。T 淋巴细胞亚群及自然杀伤 (NK) 细胞百分比在晚期食管癌患者的外周血中明显下降,可在一定程度上反映肿瘤的恶性程度以及患者的预后^[5]。放疗及化疗可以杀灭肿瘤细胞,但同时也会损害机体自身的免疫功能,造成 T 淋巴细胞亚群的再分布从而进一步紊乱机体的免疫功能。食管癌患者外周血 T 细胞亚群和 NK 细胞活性的变化,是反映患者体内细胞免疫功能状态和判断食管癌放化疗疗效的重要指标^[6]。免疫强化治疗应用到放化疗过程中,可以有效地降低放化疗过程中 T 细胞增殖和活化功能受到的抑制,从而提高机体的抗肿瘤免疫效应,更好地满足治疗要求。

多项研究均证实了脾多肽调节免疫的作用^[7,8]。本研究还表明,在同步放化疗过程中添加脾多肽可以提高这些患者 T

2 结 果

2.1 治疗后 2 组近期疗效:治疗后,干预组有效率 (CR+PR) 为 88%,疾病控制率 (CR+PR+SD) 为 100%。对照组有效率为 79%,疾病控制率为 96%。统计结果表明,2 组的有效率和疾病控制率差异无统计学意义 ($\chi^2=1.276, P=0.735$),见表 1。

表 1 2 组患者治疗后近期疗效的比较

组别	例数	CR		PR		SD		PD	
		例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
干预组	24	5	21	16	67	3	12	0	0
对照组	24	5	21	14	58	4	17	1	4

2.2 毒副反应比较:干预组骨髓抑制(白细胞减少)发生率低于对照组,并且放射性食管炎的发生率更低,2 组差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 2。

淋巴细胞亚群的各项免疫指标,和对照组相比有显著的差异,可以达到免疫调节的作用。和干预组相比,对照组的骨髓抑制发生率显著增加,且易引发机体感染。本研究还发现脾多肽可降低放射性食管炎的发生率,究其原因可能是其调节了免疫功能,加速了骨髓功能的恢复,有效的预防感染。不过在实际应用中,脾多肽不能显著改善中晚期食管癌近期疗效,远期疗效还有待进一步观察。

综上所述,对中晚期食管癌患者在同步放化疗过程中联合应用脾多肽注射液,患者的免疫功能显著,骨髓抑制减弱,并发症和毒副作用也减少,生活质量有所提高。因此在临床应用中,脾多肽可用于中晚期食管癌放化疗过程中的辅助治疗。

参 考 文 献

- [1] 左婷婷,郑荣寿,曾红梅,等.中国食管癌发病状况与趋势分析[J].中华肿瘤杂志,2016,38(9):703-708.
- [2] Makoto S, Hiroyuki K. Current Status and Future Prospects for Esophageal Cancer Treatment [J]. Ann Thorac Cardiovasc Surg, 2017,23:1-11.
- [3] Ohe Y. Chemoradiotherapy for lung cancer: Current status and perspectives [J]. Int J Clin Oncol, 2004,9(6):435-443.
- [4] 乔雪,朱雅群,田野.食管癌临床分期与病理分期分布合理性和预后判断价值比较 [J]. 中华放射肿瘤学杂志,2014,32(4):307-311.
- [5] 倪金星,王康.放疗对肿瘤患者免疫功能影响的研究进展 [J]. 齐齐哈尔医学院学报,2015(7):1037-1039.
- [6] Ouyang W, Kolls JK, Zheng Y. The biological functions of T

helper 17 cell effector cytokines in inflammation [J]. Immunity, 2008, 28 (4): 454-467.

[7] 马艳苗, 杨欣欣, 袁叶, 等. 脾多肽注射液联合化疗治疗非霍奇金淋巴瘤的临床疗效观察 [J]. 山西中医学院学报, 2015, 16

(6): 51-53.

[8] 孟利峰, 任侯奴. 脾多肽在肺癌化疗患者肺部感染的疗效观察 [J]. 中国药物与临床, 2015, 15 (10): 1456-1458.

(收稿日期: 2018-12-17)

健胃清化法治疗 2 期慢性肾炎湿热证的临床研究

李晓政 关坤萍 闫彩香

慢性肾炎持续性蛋白尿, 肾小球滤过率减退和/或肾单位毁损的慢性进展, 其临床预后差异显著, 延缓或阻止慢性肾炎渐进性肾功能减退仍然是临床亟待解决的问题。临床已经证实清热利湿和络法治疗慢性肾炎蛋白尿可以获得可靠的长期疗效, 肯定了湿热深蕴于肾是慢性肾炎湿热证的病理特点之一。为此, 我们以蛋白尿, 肾功能和肾小管损伤指标评价行健胃清化法治疗慢性肾脏病湿热证疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料: 2018 年 6 月至 12 月 39 例研究病例均来自我院门诊。肾损害类型均经肾活检病理确诊, 慢性肾炎诊断符合 2 期慢性肾炎诊断标准, 证候符合中医湿热证诊断标准。随机纳入 20 例自愿接受中药治疗的受试者。年龄 18~65 岁。其血肌酐 (Scr) <180 μmol/L, 所有病例均有高血压表现, 或口服种类不同的降压药。试验初始, 肾功能和蛋白尿变异性 <20%, 近 2 月内血压水平稳定, 至少 6 个月内没有使用激素和免疫抑制剂。①男性 12 例, 女性 8 例; 平均年龄 (50±10) 岁; ②都不同程度地伴有高血压, 用抗高血压药控制后, 收缩压平均 (141±8) mmHg; 舒张压平均 (84±6) mmHg。③20 例均具有肾病理诊断, 系膜增殖性肾炎 8 例, 膜增殖性肾炎 4 例, IgA 肾病 5 例, 局灶节段性肾小球硬化 3 例。20 例肾活检资料均没有发现小管间质重度病变。④病情都有不同程度的反复, 主要表现为血肌酐 (Scr) 和血尿素氮 (BUN) 异常, Scr 130~177 μmol/L, BUN 7.1~12 mmol/L。⑤排除合并有心、脑、肝和造血系统等严重原发性疾病及药物性肾损害等继发性因素所致者。

1.2 诊断标准: 根据肾脏病预后质量指南分级标准, CKD 2 级 [肾损害伴肾小球滤过率 (eGFR): 60~90 ml·min⁻¹·1.73 m⁻²]

中医湿热证诊断标准: 参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》诊断标准: 身重困倦, 脘腹胀满, 食少纳呆, 口中黏腻, 小便赤浊, 舌苔腻。症状轻重分 3 级^[1]: 0 分: 无症状; 1 分: 偶有症状但不明显, 不影响日常工作生活; 2 分: 症状较为常见, 轻度影响日常工作生活; 3 分: 症状严重, 频繁出现, 且影响工作生活。

DOI: 10.11655/zgywylc2019.11.056

作者单位: 030013 太原, 山西省中西医结合医院治未病科 (李晓政); 山西医科大学第二医院检验科 (关坤萍、闫彩香)

1.3 研究方法: 试验采用同病例前后对照设计, 每个受试者经过两个阶段的不同复方治疗。第 1 阶段施以清热化湿, 泻浊通腑之法, 第 2 阶段施以升清降浊之法, 两阶段分别治疗 12 周。2 个阶段之间不设洗脱期。观察健胃清化法改善肾功能结果。均采用江苏天江制药提供的颗粒剂。用法: 1 剂/d, 早晚分服。

复方 1: 土茯苓 30 g, 车前子 20 g, 草薢 20 g, 炒杜仲 20 g, 怀牛膝 20 g, 郁金 10 g, 赤芍 10 g, 牡丹皮 12 g, 桃仁 15 g, 肉桂 3 g, 炙甘草 6 g, 生大黄 6 g, 生地黄 15 g。

复方 2: 杏仁 10 g, 白豆蔻 6 g, 生薏苡仁 30 g, 凌霄花 10 g, 篇蓄 20 g, 瞿麦 20 g, 连翘 20 g, 郁金 10 g, 怀牛膝 20 g, 生地 20 g, 泽兰 15 g, 木瓜 15 g, 苍术 10 g, 黄柏 12 g。

1.4 观察指标与方法: 每个阶段治疗结束时采集证候和实验室数据。治疗前后湿热证积分差值及各阶段积分下降值差值。实验室指标: 尿微量白蛋白肌酐比值 (ACR)、Scr、BUN 评价肾功能指标。以血清高灵敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、尿 α₁ 微球蛋白 (α₁-MG)、尿 N-乙酰-β-D 氨基葡萄糖苷酶 (uNAG) 作为评价肾小管损伤指标。湿热证积分值和实验室指标在每个阶段治疗前及治疗后各记录 1 次。

1.5 统计学方法: 采用 SPSS17.0 统计软件。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 各阶段治疗前后湿热证积分差值和各阶段积分下降值的差值均采用配对 *t* 检验。Scr、BUN、ACR、hs-CRP、α₁-MG、hs-CRP、uNAG 各阶段治疗前后差值比较采用单因素方差分析的 Student's *t* 检验。以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

20 例受试者按照试验要求完成治疗, 经过第 1 阶段和第 2 阶段连续治疗后, 各阶段湿热证积分值和肾功能损害参数改善明显。

2.1 3 组肾损害参数改变情况: 见表 1。

2.2 湿热证积分改变情况: 见表 2。

3 讨论

有研究表明: 慢性肾脏病存在肠道微生态失调和肠道上皮屏障障碍。肠上皮屏障损害和肠道微生态失调产生的亚临床内毒素血症是慢性肾脏病迁延或加重的潜在免疫炎症因素, 免疫应答功能失调和持续产生的前炎症细胞因子导致全身性免疫性炎症, 构成促进或加重慢性肾脏病肾功能不全代