与 $\Delta^{\triangle}$-5-β还原酶亲和力大于类固醇，故甘草甜素可阻碍醛固酮及皮质醇的灭活，使之具有皮质激素样的抗炎及抗过敏较好免疫调节作用[1]。它能保护肝细胞膜结构，使 ALT 的细胞外释放被抑制，又能加强溶酶体的膜结构，从而减轻肝细胞坏死。它在体内还可以分解出葡萄糖醛酸，以结合血清胆红素，促进胆色素代谢，达到退黄的目的。病毒性淤胆型肝炎可使胆盐生成减少，毛细胆管微绒毛稀疏、消失，内质网胆固醇合成胆酸过程中，羟化作用障碍，单羟基胆酸及其衍生物石胆酸增多导致淤胆。毛细胆管和小胆管壁通透性增加，胆汁内水分外渗，肝细胞内水分主动排入毛细胆管障碍，胆汁浓缩与粘蛋白凝结成胆栓，加重胆管阻塞。甘草甜素还有抗病毒及免疫调控作用，它能诱导免疫活性很高的 γ-干扰素，也可以相应提高 NK 细胞活性，使用后血淋巴细胞，OKT_4/OKT_8 比值增加。可能意味着肝内间质 OKT_8 浸润减少或可引起肝细胞损伤的自身免疫反应受到抑制，从而有效地控制肝细胞的变性坏死，并促进肝细胞再生。另外肝炎病毒侵入人体后，由于人体对感染异常免疫反应，使肝细胞炎症、肿胀，甚至部分可呈点状坏死，同时间质反应增生，使肝窦及毛细胆管受压，变窄，以及胆栓形成导致肝内微循环障碍。加用复方丹参，退黄降酶作用显著，因它具有多种生物活性物质，可降低血液粘滞度，减轻红细胞聚集，加快及改善肝内血流，增加毛细血管网的开放，从而进一步改善微循环，使肝细胞缺血缺氧得到改善，改善了代谢障碍，促进肝细胞再生作用[2]。

本文资料显示，应用甘草甜素注射液治疗二疗程，治愈率和肝安组的治愈率分别为 93.3%和 43%，明显高于肝安组（$P<0.01$）。因此我们认为甘草甜素注射液联合复方丹参是治疗淤胆型肝炎，特别是急性甲型肝炎及并发乙肝后造成高胆红素血症的一种理想药物。

参考文献

1　张风菊，郭辛，张青保 . 山西医药杂志，1991，1：13
2　马学惠，龚爱玉，尹镭 . 肝脏病杂志，1994，2：79

（收稿日期：1998-04-27）

作者简介：郭辛，男，1950 年 11 月生，副主任医师，太原市传染病医院，030012

高聚金葡素联合化疗治疗肺癌疗效分析

太原铁路中心医院（030013）　杨承玉

化疗是治疗肺癌的主要手段之一，但化疗的毒副反应常常影响化疗的顺利进行。我院采用高聚金葡素联合化疗与单纯化疗进行对照的方法进行对比观察，结果发现高聚金葡素联合化疗组毒副反应的发生较单纯化疗组明显减少，取得较好的效果，现报告如下。

1　资料与方法

1.1　病例选择：68 例病例均经胸部 CT 检查或组织病理学证实。随机分为两组，治疗组 32 例，男性 28 例，女性 4 例，年龄 40 岁～85 岁，平均 62.5 岁；其中腺癌 20 例，鳞癌 10 例，未分化癌 2 例；合并胸腔积液 8 例。对照组 34 例，男性 32 例，女性 2 例，年龄 35 岁～85 岁，平均 60 岁；腺癌 14 例，鳞癌 17 例，未分化癌 3 例，其中合并胸腔积液 6 例。

1.2　方法：对照组单纯化疗，治疗组化疗＋高聚金葡素注射液。根据细胞类型尽量采用相同的化疗方案，同时给予一般对症、支持治疗。治疗组同时肌肉注射高聚金葡素每日 1 000 U，30 天为一疗程，合并胸腔积液者行胸腔引流后胸腔注射，每次 2 500 U，每周两次，一月为一疗程。

2　结　　果

2.1　升白细胞作用：两组治疗前白细胞总数均在 4.5×10^9/L 以上，治疗开始后，每周至少化验白细胞一次，以观察其变化，以第四周末所化验白细胞总数与化疗前相比：治疗组白细胞下降 2 例，继续用高聚金葡素可恢复正常，基本不影响下一疗程的进行。对照组有 24 例下降，4.5×10^9/L～4.0×10^9/L 12 例，4.0×10^9/L～3.0×10^9/L 以下 3 例，由于白细胞下降影响了下一疗程化疗。由此可见，高聚金葡素有良好的升白细胞作用。

2.2　临床症状：主要包括瘤体缩小、白细胞增加、疼痛减轻、临床症状好转、睡眠改善、进食增进、体重增加、体力增强等。

临床症状改善标准：完全改善：症状全部消失超过一个月。显著改善：症状基本消失超过一个月。无改善：症状无变化或恶化。

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www

治疗组:完全缓解 5 例,显著改善 17 例,部分改善 7 例,总有效率:90 .6%(29/32)。对照组:完全改善 1 例,显著改善 6 例,部分改善 11 例,总有效率:56 .2%(18/34)。

2 .3 副作用 治疗组 32 例在用高聚金葡素过程中有 6 例出现一过性发热,体温在 37 .5 ℃～38 ℃左右,不需处理,24 小时内可自行缓解。对肝肾功能无明显影响。

3 讨 论

化疗是治疗恶性肿瘤的重要手段之一,但在一定程度上常使患者的免疫功能受到抑制,因出现白细胞减少、消化道症状等副作用,以致不得不终止治疗,对病人极为不利。生物治疗是目前公认的肿瘤治疗中除手术、放疗、化疗之外的第四种治疗方法。高聚金葡素就是一种从高聚集价的金黄色葡萄球菌代谢产物中提取的生物活性物质,临床验证有较高的免疫增强功能和抗肿瘤作用,是常用于恶性肿瘤综合治疗的生物反应调节剂,机制是激活宿主的杀伤 T 细胞,促使效应细胞 NK 和 LAK 细胞活性增强,以达到杀伤肿瘤细胞的目的。本组结果显示,高聚金葡素在联合化疗中,能明显减轻化疗药物对骨髓的抑制,有明显的升高白细胞作用,同时还有减轻消化道副作用及改善生活质量等作用,而且应用以来未见不良反应,值得进一步推广使用和深入研究。

(收稿日期:1998-05-06)

作者简介:杨承玉,女,1964 年 9 月生,医师,太原铁路中心医院,030013

食管贲门癌伴糖尿病 72 例治疗体会

晋中地区第一人民医院(030600)

张 聪 赵仁昌 王 波 王小波

我院自 1988 年－1997 年 5 月共行食管贲门癌手术 405 例,其中合并不同程度的糖尿病 22 例,占同期手术的 5 .4%。现结合临床资料浅谈治疗体会。

1 临床资料

本组 22 例,男性 14 例,女 8 例;年龄 45 岁～73 岁,平均 64 岁;食管癌 9 例,贲门癌 13 例;术前伴有慢性支气管炎、肺气肿者 3 例,伴高血压、冠状动脉供血不足者 4 例;食管癌 9 例中 3 例行食管次全切除,食管胃颈部吻合术,5 例行主动脉弓上吻合,1 例单纯探查。13 例贲门癌均行近端胃大部切除,食管胃主动脉弓下吻合术。

合并糖尿病情况:糖尿病的诊断全部采用 1980 年 WHO 制定的糖尿病诊断标准。空腹血糖值最高 18 .3 mmol/L,最低 8 .3 mmol/L,尿糖(＋～卌)。本组占同期手术治疗食管贲门癌患者的 5 .4%(22/405)。

2 结 果

手术治疗结果:本组手术切除率 95 .5%(21/22),均顺利渡过手术关。术后并发症为 18%,其中肺部感染 1 例,泌尿系感染 2 例,切口感染 1 例,全组无死亡。

3 讨 论

3 .1 糖尿病对食管贲门癌外科手术的影响 糖尿病患者内胰岛素不足,胰高血糖素增多,引起碳水化合物、脂肪和蛋白质代谢紊乱,伴水电解质酸碱平衡失调。两病并存势必导致患者对手术耐受性进一步下降。糖尿病伴有外科手术时病死率达 3 .6%～3 .7%,并发症发生率 17 .2%。造成死亡的原因主要是心肌梗死,其次是感染。本组并发症率为 18%(4/22),均为感染性并发症。这与血糖升高,影响伤口愈合降低机体抗感染力有关。

3 .2 围手术期处理

3 .2 .1 术前准备:①常规了解血糖、尿糖、肝肾功能、电解质、肺功能、心电图及胸部 X 片全面检查。②术前控制血糖在 8 .4 mmol/L 以下,尿糖(＋)以内。口服降糖药控制的患者,术前三天停药,改用普通胰岛素治疗。将整日所需胰岛素量按进食三餐均分,餐前 30 分钟皮下注射,尿糖制表,动态观察。同时注意补钾。③术前三天常规应用抗生素,预防感染。

3 .2 .2 术中处理:麻醉有肯定的致高血糖效果,全身麻醉对大多数糖尿病患者来说是可以耐受的。本组全部采用气管插管静脉复合麻醉。手术力求减少创伤,缩短手术时间。由于脑细胞及红细胞的能量来源均依赖于葡萄糖,故术中术后血糖既不能过高,亦不能过低,最好维持在 7 .5 mmol/L～10 .5 mmol/

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www