

中药治疗吉非替尼所致肢体麻木 4 例临床观察

桑平

【摘要】 目的 研究分析黄芪桂枝汤治疗吉非替尼所致肢体麻木的临床效果。**方法** 选择我院自 2009 年 3 月至 2010 年 7 月所收治的非小细胞肺癌患者共 4 例,对其采取吉非替尼治疗后出现的肢体麻木症,则采用中药黄芪桂枝汤治疗及物理微波治疗,将患者按照不同的治疗法分成观察组与对照组,各 2 例。观察组为黄芪桂枝汤治疗,对照组为微波物理治疗。**结果** 观察组的治疗有效率达 100%。对照组 60%,观察组的效果明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 采用中药黄芪桂枝汤治疗吉非替尼导致的肢体麻木症效果明显,临床值得使用推广。

【关键词】 吉非替尼;黄芪桂枝汤;微波治疗

吉非替尼的使用过程中,不良反应较多,如腹泻、呕吐等,其中肢体麻木症较为严重,在临床上对于肢体麻木症的定义即为,具有迟钝感和蚁行感。严重患者则对冷热失去感觉,在中医上将肢体麻木称之为“不仁”^[1],在《伤寒明理论》中有所提及,其中称:寒不知也,痛不知也,任其屈伸炙刺,不知所以然。而在使用吉非替尼治疗非小细胞肺癌过程中,其产生的肢体麻木在中医上应为气血瘀滞,血脉循环出现阻碍,故此四肢极难得到濡养,本文就针对这一症状采取了中药黄芪桂枝汤进行治疗,现具体总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选自我院自 2009 年 3 月至 2010 年 7 月所收治的非小细胞肺癌患者共 4 例,其中男 3 例,女 1 例,年龄 56~78 岁,平均(60.1±2.4)岁,入选标准为:通过组织与细胞学均证实为非小细胞肺癌,通过了基础化疗与放疗,但病情仍处于进展状态,肝肾功能基本正常。所有患者在治疗前均通过了 CT 与肝肾功能及血常规检查。患者在采用吉非替尼治疗后,出现了肢体麻木症,所有患者均存在有局部性的或者间接性的麻木症状,出现了疼痛感减退现象,甚至于丧失,严重者肌力出现减退现象,所有患者中,双侧麻木患者 1 例,单侧麻木患者 3 例,上肢麻木 2 例,下肢麻木 2 例,根据治疗方法将其分成观察组与对照组,各 2 例,两组患者在年龄、性别及病况差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法 观察组:对患者采用黄芪桂枝汤治疗,辨证加减,

中药方:白芍与桂枝各 9 g,大枣 6 g,生姜 12 g,黄芪 20 g,对于因使用吉非替尼而造成气血亏虚,临床症状以肢体麻木,四肢绵软乏力,呕吐,心悸,且酸困头晕为主,此时在原中药方的基础上,着重对黄芪加量,选黄芪 40~60 g,并加配党参 18 g,当归 12 g,鸡血藤 18 g,白术 15 g,对在患者用吉非替尼后出现的痰湿阻络,临床症状以肌肤麻木,关节疼痛较严重酸楚,活动不方便,手足十分困重。则在上述方剂中删减白芍,加配云苓与苍术及半夏各 12 g,白附子与白芥子各 9 g,薏苡仁 20 g,而因使用吉非替尼而出现瘀血阻滞症,则应对患者使用方剂为,将原有方剂中的白芍替换成赤芍 12 g,丹参 20 g,当归 15 g,对于肢体麻木较为严重患者则加配僵蚕 9 g,对于上肢麻木较为严重患者则加桑枝 15 g,若为下肢麻木症严重则加 15 g 牛膝。

对照组:给予患者行微波治疗,再给予患者 20 mg 维生素 B₁ 片,10 mg 地巴唑片,B₁₂ 片 1 mg,口服,3 次/d,若患者伴有疼痛症状则给予芬必得片 300 mg 剂量,2 次/d,对于微波的治疗,所选择仪器为奥瑞电子治疗仪,将圆形辐射器放于患者的麻木部位^[2],实施 40 W 的功率,当患者感觉麻木部位有温热感时为宜,25 min/次,1 次/d,1 个疗程为 10 次。

1.3 统计学方法 使用 SPSS 13.0 进行统计学分析组间数据比较采用 *t* 检验。 $P < 0.05$ 为差异统计学意义。

2 结果

对患者采取不同治疗方法,具体疗效比较见表 1。

表 1 两组患者疗效比较(例,%)

组别	例数	显效 %	有效 %	无效 %	有效率 (%)
观察组	2	1(50)	1(50)	1(0)	100
对照组	2	0(0)	1(50)	1(50)	50
<i>P</i> 值		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

吉非替尼可以对表皮生长因子受体酪氨酸激酶的活性产生抑制作用,可以对肿瘤的生长产生阻滞作用,可以将其称之为酪氨酸激酶抑制剂,其主要应用于非小细胞肺癌的治疗,但在临床应用过程中,吉非替尼的副作用也不可忽视,尤其是吉非替尼所导致的肢体麻木症,必须给予患者及早的治疗。

一般来说可采取物理西药治疗或者是中药治疗,在中医上,肢体麻木症应属血痹之症,其多有药物副作用产生^[3],或者是一些慢性疾病的并发症,本文中的肢体麻木症是由于使用吉非替尼药物所导致。在中医典籍《诸病源候论》中^[4],

指出肢体麻木的根本是体虚,故易受风湿之邪所侵,而吉非替尼治疗的患者为非小细胞肺癌,患者久病,血脉不通,气虚凝滞,此外吉非替尼的使用剂量不当也可以增加肢体麻木症的发生概率。

本文中对照组采用的是物理微波治疗,微波属电磁波,具有穿透性,电磁波会作用于患部,而产生生物效应,从而使患部组织温度增加,血流随之加速,从而改善营养,代谢加速,组织恢复加快,使用微波治疗对神经功能的恢复与血管的恢复都有很大的作用,能够解痉,消炎与止痛。而本文中采用的中药黄芪桂枝汤,则是应对患者气血亏虚,血脉循环受阻,四肢得不到濡养,再加上吉非替尼的副作用,造成了气血亏虚,黄芪桂枝汤可以益气合营^[5],能够温养经络,通过本文的研究

表明,黄芪桂枝汤的辨证加减使用,对吉非替尼药物副作用造成的肢体麻木有很好的疗效,同时可增强患者体质,在临床上有很重要的应用价值,值得推广使用。

参考文献

- [1] 王彬,张湘茹,储大同. 易瑞沙在晚期非小细胞肺癌化疗失败后的作用. 中华肿瘤杂志, 2004, 26: 742-745.

- [2] 应利安. 微波治疗颈动脉炎 89 例疗效观察. 中国全科医学, 2005, 7(13): 1100.
- [3] 向永国. 中西医结合治疗肢体麻木 50 例临床观察. 中医药信息杂志, 2010, 27(3): 179-180.
- [4] 巢元方. 四库全书·子部·诸病源候论·卷一. 上海: 上海人民出版社, 2005: 21.
- [5] 郭吕瑜. 黄帝内经. 重庆: 西南师范大学出版社, 1993: 47-48.

主动脉夹层致截瘫 1 例

杨晰晰 曹东

1 临床资料

患者男, 67 岁, 主因“胸部以下痛觉消失, 双下肢不能活动 4 d”就诊。患者于就诊前 4 d 上午 7 点左右晨练向前弯腰后自觉腰部扭伤, 同时出现双下肢乏力、行走不稳, 10 min 后双下肢完全不能活动, 伴有小便不能, 休息半小时后无缓解, 就诊当地医院, 查体胸部以下痛觉消失, 触觉正常, 拍胸腰椎片: 胸腰椎退行性改变, 右上腹部钙化密度影, 颅脑 CT 提示未见异常, 胸部 CT 提示降主动脉夹层; 胸脊髓 MRI 提示未见明显异常。为进一步治疗来我院行胸腹部 CTA 提示: 降主动脉壁间血肿, 未发现破口。既往: 2 型糖尿病病史, 一直口服消可胶囊 1 粒/次, 3 次/d, 平时血糖 6.5 左右, 餐后 7.2 左右, 高血压病 10 余年, 平时血压 150/90 ~ 95 左右未规律服用降压药物卡托普利, 高血脂病史, 吸烟 4 ~ 5 支/d, 饮白酒半斤/d。查体: 血压 152/79 mm Hg, 心率 98 次/min, 呼吸 20 次/min, 神清, 对答切题, 双侧瞳孔正大等圆, 对光反射灵敏, 双肺呼吸音清, 未闻及干湿性啰音, 心率 98 次/min, 律齐, 腹部查体未见异常。双上肢肌力 5 级, 肱 2、3 头肌反射亢进, 双侧 Hoffmann 征(-), 双下肢肌力 0 级, 双侧胸 5 以下痛觉消失, 触觉减退, 腹壁反射, 踝反射, 膝反射, 髌阵挛未引出, 双侧巴氏征(-), 双下肢皮温可, 足背动脉可扪及。肌红蛋白 126 $\mu\text{g/L}$, CK 823 U/L, CK-MB 6.9 U/L, 肌钙蛋白 0.16。胸椎 CT 提示: 主动脉弓至降主动脉(T12)左右, 夹层腔隙已闭, 破口看不到, 腹主动脉未受累, 胸椎 MRI 提示 T7 ~ 9, T10 ~ 12 脊髓缺血改变, 椎管无占位, 出血改变。初步诊断: 胸主动脉夹层动脉瘤, 脊髓梗死, 给予降压治疗, 血压控制在 110 ~ 115 mm Hg/60 ~ 70 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa) 左右。经多学科会诊综合分析认为主动脉夹层诊断明确, 考虑是一个慢性病变过程, 发病已经超过 24 h, 神经受累不可逆, 放置支架也不能解决脊髓血供问题, 目前注意足下垂问题。双下肢截瘫多见于椎管狭窄, 而该患者双下肢截瘫可能与根动脉闭塞有关, 此过程较慢, 原有根动脉代偿支梗塞与主动脉夹层有关, 导致脊髓缺血性病变。目前辅助检查不支持脊髓血管破裂, 占位压迫引起, 且检查结果未提示脊髓占位, 对于缺血性脊髓病变, 无更好的处理。家属协商后放弃继续治疗。

2 讨论

主动脉夹层(aortic dissection, AD)是主动脉腔内的血液通过内膜的破口进入主动脉壁中层而形成的血肿, 并沿着主动脉壁延伸剥离的严重心血管急症。年发病率 10/100 万 ~

20/100 万, 80% 以上的主动脉夹层患者患有高血压, 少数患者有囊性中层坏死^[1]。AD 产生的机制是由于升主动脉和降主动脉转折处受血流的冲击最大, 加上高血压、糖尿病、中膜变性、滋养血管供血障碍、先天性发育不全等因素易引起上述部位自内向外的创伤, 表现为内膜及中膜不同程度的穿破、撕裂、壁间血肿及其破裂, 血流进入壁间将主动脉分裂形成大范围的夹层^[2,3]。主动脉夹层的基本病理改变为囊性中层坏死, 其临床表现复杂, 对于以剧烈胸痛、胸背痛、腹痛及胸闷、气急、恶心、呕吐等典型症状为主者易考虑主动脉夹层; 以神经症状为首发表现者不易早期诊断, 极易误诊。AD 引起神经系统病变发生率在 18% ~ 29%, 其神经系统病变可以归纳为 3 个方面: 脑缺血、脊髓缺血、周围神经缺血^[4]。AD 合并神经系统损害的机制如下^[5]: ①累及主动脉弓部的大分支, 造成分支血管狭窄或附壁血栓脱落, 堵塞远端血管, 从而引起脑部的缺血性损害。②累及腹主动脉, 影响下肢供血, 出现下肢单瘫、麻木。③影响脊髓前动脉、根动脉供血, 出现神经根疼痛、截瘫、大小便障碍、感觉异常等症状。④累及主动脉瓣、心脏造成心输出量下降, 脑供血不足引起晕厥。⑤压迫喉返神经、食道、胸交感神经引起相应神经系统症状。脊髓血供主要来自椎动脉发出的脊髓前动脉和脊髓后动脉以及一些节段性动脉如肋间后动脉、根动脉、腰动脉、骶外侧动脉的脊髓支。在夹层形成过程中主动脉分支血管的阻塞使局部血供受影响, 如冠状动脉、头臂干动脉、肋间动脉、肾动脉及肠系膜动脉等, 引起相应组织灌注不良、缺血。本例患者主动脉夹层急性起病后早期检查出夹层未考虑其与截瘫有关, 与致病过程为慢性且不伴典型临床表现有关。主动脉夹层导致根动脉闭塞, 原有根动脉代偿支梗塞亦与主动脉夹层有关, 从而引起脊髓缺血, 导致双下肢截瘫、感觉障碍和大小便障碍。因此, 对于有高危因素且出现神经系统损害的患者需注意主动脉夹层累及所致, 以提高主动脉夹层的早期诊断, 减少误诊和漏诊。

参考文献

- [1] 孟庆义. 急性主动脉夹层的急诊救治. 中国临床医生杂志, 2008, 36: 11-12.
- [2] 崔胜春, 王鹤飞. 主动脉夹层动脉瘤误诊分析. 河南实用神经疾病杂志, 2003, 6(2): 962-971.
- [3] 王国华. 主动脉夹层 18 例误诊分析. 中国实用神经疾病杂志, 2006, 9(6): 1572-1581.
- [4] 朱祖福, 韩伯军, 杜春艳, 等. 主动脉夹层并发神经系统损害的临床和影像学特征. 临床神经病学杂志, 2008, 21(5): 346-350.
- [5] 朱祖福, 韩伯军, 王庆广. 首发以缺血性脑血管病为表现的主动脉夹层分析. 中国实用神经疾病杂志, 2008, 11(10): 78-79.