

最大限度地保留脊柱的后柱结构;可节约手术时间、减少术中出血量;具有创伤小、出血少、疼痛轻、恢复快、住院日短等治疗效果<sup>[8]</sup>。患者术前VAS评分为 $8.0\pm 0.83$ ,术后第5天为 $2.63\pm 1.11$ ,术后2周VAS评分 $1.30\pm 0.99$ ,患者疼痛较术前好转是由于弹性按压复位能够有效地恢复椎体高度,复位伤椎,其优良率达80.70%<sup>[9]</sup>,同时微创椎弓根系统对患者康复有利,患者疗效良好,恢复快。

该术式为新方法,手术创伤小,术后患者无并发症发生,术后所有患者椎体高度恢复满意,内固定位置良好。术前通过细致的术前准备,对合并症患者进行对症护理,使患者以最佳的状态进行手术。术后通过观察患者的病情变化、监测生命体征,使患者安全地度过围手术期。为患者制定康复计划,指导患者进行正确有效的功能锻炼,是促进患者康复的重要手段之一,是术后患者康复,重返工作的重要保证。

弹性按压复位结合微创治疗胸腰椎骨折临床效果良好,应用前景广阔。术前准确的护理评估、心理护理、体位训练及术后细致的病情观察及合理的功

能锻炼是手术成功和功能恢复的重要保障。

### 【参考文献】

- [1] 杨国栋,张相弟,朱杰鹏,等.经伤椎椎体内植骨结合内固定治疗胸腰椎骨折[J].浙江中医药大学学报,2014,16(4):442-444.
- [2] 李青忠,姚志宏,王君,等.经椎旁肌间隙入路内固定治疗中青年胸腰椎骨折的临床分析[J].浙江实用医学,2014,19(3):186-188.
- [3] 何德英.经皮微创椎弓根内固定术围手术期的护理[J].护理研究,2014(4):349-350.
- [4] 张志珍.胸腰椎骨折的微创手术治疗围手术期护理[J].医学美容,2015(5):9.
- [5] 韩芳,许晓莺.胸腰椎骨折后腹胀原因分析及护理[J].实用心脑血管病杂志,2012,20(1):165.
- [6] 夏天,王雷,董双海,等.182例下腰椎骨折特点的描述性分析[J].中国矫形外科杂志,2012,11(4):298-302.
- [7] KAWAGUCHI Y, MATSUI H, GEJO R, et al. Preventive measures of back muscle injury after posterior lumbar spine surgery in rats [J]. Spine, 1998, 23: 2282-2287.
- [8] 陆孟旭,熊波.经皮椎弓根螺钉治疗胸腰椎骨折[J].吉林医学,2012,33(2):344-346.
- [9] 何升华,彭俊宇,赵祥.按压法治胸腰段压缩性骨折的临床研究[J].中国骨伤,2007,20(11):572-573.

· 短篇报道 ·

文章编号: 1002-0217(2016)06-0611-02

## 2 例阿帕替尼致蛋白尿的中医辨证治疗

许林利, 查名宝, 李 晟

(芜湖市中医医院 肿瘤科, 安徽 芜湖 241000)

**【摘要】**目的: 报道阿帕替尼致蛋白尿的中医治疗经验。方法: 通过中医辨证论治方法治疗2例阿帕替尼后出现蛋白尿的晚期胃癌患者。结果: 口服中药后蛋白尿、血尿症状均缓解, 保证阿帕替尼维持治疗。结论: 中医辨证论治能有效缓解分子靶向药物毒副作用, 从而发挥中医特色。

**【关键词】**阿帕替尼; 不良反应; 蛋白尿; 中医

**【中图分类号】**R 735.2; R 273 **【文献标识码】**A

**【DOI】**10.3969/j.issn.1002-0217.2016.06.032

阿帕替尼是晚期胃癌有效的小分子抗血管生成靶向药物,也是晚期胃癌标准化疗失败后,明显延长生存期的单药,被推荐为三线治疗晚期胃癌药物,常见不良反应有血液学毒性和非血液学毒性(高血压、蛋白尿等)<sup>[1]</sup>,因应用于临床时间尚短,临床上针对这些不良反应还没有丰富临床经验,多数不良反应仅通过被迫减量或停药来控制 and 缓解。作者在临床上针对口服阿帕替尼所引起蛋白尿2例,通过

中医临床辨证论治均得到很好控制,现报道如下。

### 1 临床资料

例1,男,76岁,2013年1月确诊胃腺癌,后行根治术,临床分期 $T_4N_1M_0$ 。术后行辅助化疗六程,2015年8月患者感腰酸胀,CT提示腹膜后淋巴结肿大,CEA 58 ng/mL,CA-199 39.63 U/mL,临床考虑肿瘤进展,后行口服替吉奥单药四程,因不能耐受而

收稿日期: 2016-05-05

作者简介: 许林利(1982-),男,主治医师,硕士。(电话)13625531876。(电子信箱)38828056@qq.com。

放弃,于2015年12月15日行口服“阿帕替尼 500 mg qd”治疗 2 周后出现血压升高(最高至 190/110 mmHg) 经对症处理后降至 140/80 mmHg 3 周后尿常规提示:尿蛋白(++) 红细胞(++) 考虑为阿帕替尼副作用,予以减量口服(250 mg qd) 1 周后尿常规:尿蛋白(++) 红细胞(+) 临床腰酸胀缓解,CEA 9.1 ng/mL,CA-199 35.3 U/mL,CT 检查腹膜后转移淋巴结稳定。疗效评价为稳定,为缓解阿帕替尼所致蛋白尿,后尝试口服中药治疗。患者临床有口渴,身微热不畏寒,纳、眠差,双下肢轻度浮肿,小便短少,色较深,舌红,苔厚腻,脉滑数;中医辨证为湿热蕴结 治则以清热泻火,利水通淋,方以八正散联合小蓟饮子加减。方药如下:车前子 9 g,瞿麦 9 g,篇蓄 9 g,川木通 6 g,焦山栀 10 g,生地黄 20 g,小蓟 15 g,蒲黄 9 g,藕节 9 g,淡竹叶 9 g,当归 9 g,白茅根 15 g,炙甘草 6 g。上方水煎服,日 1 剂,分早晚,服 5 付。5 日后尿常规:尿蛋白(+) 红细胞(-) 效不更方 继上方服用 14 付,复查尿常规指标转阴。

例 2 男,68 岁,2013 年 4 月确诊贲门腺癌,后行根治术,临床分期 T<sub>4</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>。术后行 FOLFOX 方案化疗六程,2014 年 12 月查 CA-199 439.5 U/mL,二线以 TOF 方案化疗四程,2015 年 6 月份上腹部 MRI:肝脏多发转移,予以 IS 方案化疗六程及肝脏局部治疗,2016 年 2 月 CT 提示肝脏转移灶增大增多。后口服阿帕替尼(500 mg qd) 3 周后手足皮肤色素沉着,查尿常规:尿蛋白(++) 红细胞(-) 未予以减量处理,4 周后尿常规:尿蛋白(++) 红细胞(+) CT 提示肝脏病灶明显缩小,疗效评价为 PR,家属拒绝减量或停药处理,并要求尝试口服中药处理;患者临床上常有右侧肋部隐痛,口干欲饮,口苦,偶有泛酸、胃脘部嘈杂感,纳、眠差,大便难解,小便短少,舌红苔黄,脉弦数。中医辨证为肝郁化火,湿热下注;中医治则以清肝泻火,清利湿热。方以龙胆泻肝汤和八正散加减:龙胆草 15 g,黄柏 10 g,焦山栀 12 g,泽泻 9 g,川木通 6 g,瞿麦 9 g,滑石包 15 g,生大黄 5 g,当归 9 g,生地 15 g,柴胡 9 g,车前子 10 g,小蓟 15 g,生甘草 6 g。上方水煎服,日 1 剂,分早晚,服 7 付。1 周后复查尿常规示:尿蛋白(+) 红细胞(-),大便调,将上方去大黄,加篇蓄 9 g,×7 付,1 周后尿常规基本正常。

## 2 讨论

阿帕替尼是口服小分子血管内皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂,临床试验中显示较好疗效,临床

用于晚期胃腺癌或胃-食管结合部腺癌三线治疗<sup>[2]</sup>。研究表明阿帕替尼最常见不良反应有血压升高、蛋白尿及手足综合征,其中蛋白尿发生率为 47.73%,高血压发生率为 35.23%,手足综合征为 27.84%<sup>[2]</sup>,蛋白尿为阿帕替尼最为常见非血液学毒性反应,其引起机制尚未完全阐明,蛋白尿多在服药 3 周左右出现,一般为无症状性蛋白尿,3 级以上较为少见,发生 3 级蛋白尿后推荐:暂停药,药物干预及药物减量,观察 24 h 尿蛋白定量。

笔者长期工作于肿瘤临床一线,认为中医处理分子靶向药物所引起副反应有很大优势,祖国医学即有关于蛋白尿、血尿认识;中医认为肾职司水液的分清别浊,膀胱贮藏和排泄尿液。一脏一腑互为表里,两者功能正常则开合有度,水液排泄正常。若膀胱为湿热侵袭,或肾气亏虚,肝气郁结等致使气化功能失司水道不利,均能发生淋证。《证治准绳》云“膀胱为水脏,热甚则生湿,湿生则水液浑,凝结而为淋。”《景岳全书》曰“淋之初病,无不由于热剧,无容辩矣”,淋证初起皆湿热为患,日久及肾,由实转虚或虚实夹杂<sup>[3]</sup>;阿帕替尼引起蛋白尿,大多同时提示镜下血尿,且 2~3 周后出现,停药或减量后可缓解,根据起病特点及临床表现,行辨证分型,例 1 辨证湿热内蕴型,蕴结于下焦;中医治则清热泻火,利水通淋;例 2 辨证肝郁化火,湿热下注;中医治则清肝泻火,清利湿热;以上 2 例均通过中医辨证论治获得奇效,避免因药物副作用而停药,控制肿瘤进展。综上所述,阿帕替尼所致蛋白尿,中医认为发病可能机制为标实为主,标实可能与湿热、湿浊及瘀血阻滞兼毒邪有关,且可相互影响。由于疾病演变,可能存在本虚的症状,根据“急则治其标,缓则治其本”原则,抓住主次,辨证论治,控制蛋白丢失及血尿症状,减少阿帕替尼副反应,提高耐受性。以上辨证论治及遣方用药的观点为我们临床治疗心得,后期应通过大量临床应用,使其在临床实践中得到不断的检验、提高和完善。

## 【参考文献】

[1] 秦叔逵,李进.阿帕替尼治疗胃癌的临床应用专家共识[J].临床肿瘤学杂志,2015,20(9):841-846.  
 [2] LI J,ZHAO X,CHEN L.Safety and pharmacokinetics of novel selective vascular endothelial growth factor receptor-2 inhibitor YN968D1 in patients with advanced malignancies[J].BMC Cancer,2010(10):529-531.  
 [3] 卢富华.辨病辨证结合治疗蛋白尿方法探讨[J].世界中西医结合杂志,2009,5(4):368-369.