

中医药治疗Wilson病的研究进展*

李宗亮^{①②} 胡纪源^② 杜益刚^②

【摘要】近年来，中医药治疗肝豆状核变性较纯西药相比疗效显著，特别是中西医结合、专病专方等研究备受关注。本文从病因病机、辨证分型、辨证论治、中西医结合治疗、专病专方及中医药治疗机理等方面，简述中医药治疗肝豆状核变性研究概况，探讨肝豆状核变性治疗的新方法、新思路，以期进一步提高治疗肝豆状核变性的疗效。

【关键词】肝豆状核变性； 辨证论治； 中医药疗法

doi: 10.3969/j.issn.1674-4985.2014.04.062

肝豆状核变性又称 Wilson 病（Wilson’s disease, WD），是一种常染色体隐性遗传的铜代谢障碍性疾病，由于 ATP7B 基因突变引起体内铜异常沉积，从而出现进行性加重的肝、脑损害等临床表现，严重者可危及生命^[1-2]。本病多为隐匿起病，缓慢进展，易被长期误诊、漏诊，如不积极治疗，患者常致残、致死，故早期诊断和及时治疗对预后至关重要，治疗愈早预后愈好^[3]。对于本病西医主要用青霉胺等铜络合剂治疗，因治疗手段单一，部分患者在治疗过程中可出现病情恶化或出现严重的不良反应，其使用受到限制，目前尚缺乏疗效好且不良反应少的理想药物。近年来有较多中医治疗 WD 有效的报道，显示出对本病治疗的良好前景。

1 病因病机

中医学将 WD 归于臌胀、黄疸、颤症、肝风、癫狂等范畴^[1, 4]。现已知本病的根本病因是先天禀赋不足，但本病临床表现复杂多变，对其病机认识至今仍未取得一致。杨任民等^[5]根据部分患者出现眼黄、尿黄、口苦口臭、舌质红、苔黄腻、脉弦数或弦滑等证候，据《内经》：“诸逆冲上，皆属于火；诸痉项强，皆属于湿”，认为铜毒内聚、肝胆湿热内蕴为本病主要病因病机。吴登山^[6]则提出 WD 病机为肝血不足，筋脉失养，血虚风动。童康尔^[7]认为，WD 与血瘀有关，发病早期为湿热炽盛、瘀血内蕴；中晚期为气血亏虚、瘀血阻滞。焦永琴^[8]认为 WD 为肝的阴阳失调、气滞血瘀、气阴两虚、血运行不畅所致。董其谦等^[9]提出 WD 病因病机为“胆之气液不泄，胆气逆每挟铜毒累及全身各脏腑组织”。王共强等^[10]依据络病理论结合现代医学认为 WD 病机包括毒邪伏络、毒损肝络、肝络瘀阻、毒邪逆传四个时期，毒邪逆传可以损害脑络、肾络、骨络、胞络，且虚、瘀、痰、毒夹杂的本虚标实是 WD 毒损脉络的基本病机，铜毒只是毒邪致病的始动因素。综上所述，结合西医已明确 WD 为常染色体隐性遗传病，笔者认为该病禀受于父母，属先天不足，肾中精气素亏，由于肝肾同源，肾精不足则肝血亦虚，肝血亏虚，致血运气机不畅，胆汁不泌，铜毒不泄，致铜毒内聚、生湿化热，病久则血瘀痰凝，变生诸证：积聚日久，经隧不通，

津液不能输布，聚津为湿为水，发为膨胀；火灼肝胆则胆热液泄，发为黄疸；肾阴素亏，精不化血，精血两虚，筋脉失养，乃至火生风动，故肢体震颤、拘急僵直；肝失条达肝气横犯脾土，脾失健运，痰浊郁毒内生，上泛阻于舌本，乃见口涎唾滴，构音不清；虚火内生，火性炎上，心神被扰，则神志癫狂；肾阴不足，精不生髓，脊骨失濡，故出现佝偻、骨折；肾阴不足，湿毒循血脉上注于目，角膜呈色素之环。

2 中医治疗

迄今国内很多医院对 WD 的治疗仍沿用国外经验使用青霉胺、硫酸锌等西药，杨任民等先后使用二巯基丙醇、二巯基丁二酸钠、二巯基丙磺酸、葡萄糖酸锌等药物治疗本病取得较好的临床疗效^[11-14]，但观察到部分西药不良反应较多，且依从性差影响其后续治疗，而传统的“平肝熄风”法多用含铜量极高的虫类药物，对 WD 的治疗有害无益。为了探求新的治疗方法，国内一些学者陆续尝试中医、中西医结合等方法治疗本病，经过数十年的临床研究，中医治疗 WD 积累了大量的宝贵经验。

2.1 辨证分型 虽然 WD 的临床表现差别较大，但其中医辨证却有规律可循。洪铭范等^[4]根据中医八纲及脏腑气血辨证理论将本病初步分为肝肾阴虚、气血两亏、湿热内蕴、痰蒙心窍、痰火扰心等五种常见证型。孙怡等^[1]则将本病归总为肝肾阴虚，虚风内动型；肾阴不足，枯骨髓减型；湿热内蕴，积聚鼓胀型；火灼肝胆，胆热液泄型；阴血火旺，火扰心神型。叶群荣等^[15]回顾性分析了 410 例住院 WD 患者的中医辨证分型的构成比，由高到低分别为肝肾不足型、湿热内蕴型、肝肾阴虚型、肝风内动型、气血两亏型、痰蒙清窍型、痰火扰心型七型。为了规范 WD 的中医证型，指导临床遣方用药，王共强等^[16]归纳总结提出了本病的 13 个临床证型：肝胆湿热型、肝肾阴虚型、肝风内动型、痰湿阻络、气血两虚、痰瘀互结、肝郁脾虚、脾肾阳虚、气滞血瘀、痰火扰心、气阴两虚、痰蒙心窍、肝肾不足。近年关于 WD 的辨证分型还进行了现代实验研究，杨斌等^[17]分析 90 例 WD 患者的基因突变与中医证型的关系，观察到 34 例存在 Arg778Leu/Gln 点突变，而证型属肝风内动者在 Arg778Leu/Gln 点突变占 20 例，提出肝风内动证型可能与 Arg778Leu/Gln 点突变相关。杜益刚等^[18]分析了 142 例 WD 患者基因突变类型（69 例 Arg778Leu 突变、8 例 Thr935Met 突变、35 例 Pro992Leu

* 基金项目：安徽省卫生厅重大项目（2010A016）

①安徽中医药大学研究生部 安徽 合肥 230038

②安徽中医药大学神经病学研究所附属医院

通讯作者：胡纪源

突变)与中医证型的关系,其 Arg778Leu 发生突变的患者中,肝肾阴虚型 32 例,气血两虚型 13 例,湿热内蕴型 21 例;Pro992Leu 发生突变的患者中,肝肾阴虚型 12 例,气血两虚型 9 例,湿热内蕴型 11 例,提出 Arg778Leu 突变类型与肝肾阴虚型存在相关性。蔡永亮等^[19]对 37 例 WD 患者进行中医辨证分型,分别为痰湿阻络型 18 名、肝肾阴虚型 10 例、湿热内蕴型 9 例,并研究各型与对照组血浆胆囊收缩素(CCK)、血管活性肠肽(VIP)、生长抑素(SS)及胃动素(MTL)水平的相关性,观察到 3 种证型患者血浆 CCK、VIP、SS、MTL 均高于对照组;肝肾阴虚型、湿热内蕴型患者血浆 CCK、VIP、MTL 均高于痰湿阻络型,而 SS 低于对照组,认为本病中医证型与脑肠肽具有相关性。

2.2 辨证论治 赵政等^[20]提出 WD 证属肝肾阴虚、湿热内蕴、痰热瘀阻、气滞血瘀,应以养阴清热、化痰利湿、活血通络法,治疗 7 例患者,持续观察 4 个月,其中 5 例患者病情基本稳定。刘铁新等^[21]对 45 例 WD 患者进行辨证论治:肝气郁结、气滞血瘀型(12 例),治以疏肝理气、通络消积;脾胃积热、痰湿阻络型(11 例),治以清热燥湿,化痰通络;肝肾不足、肝风内动型(22 例),治以滋养肝肾、柔肝熄风,其中 1 例症状完全缓解,33 例病情基本稳定,11 例早期症状改善。于鸿沟^[22]将 WD 按“内中风”进行辨证论治,以滋阴平肝熄风为治法,用镇肝熄风汤化裁,治疗 1 例患者,随访 1 年,其临床症状逐渐改善,生活基本自理。王殿华等^[23]从铜浊内生毒邪为 WD 病因病机,认为本病中医施治应分疏肝利胆排毒、通腑利尿排毒、清热泻火解毒、升清降浊排毒、通络活血排毒,强调整体调节机体脏腑功能,增强机体代谢排毒的机制,勿使铜在体内过多蓄积变毒成患。孙怡等^[1]则通过大量的临床实践归纳总结提出 WD 的辨证分型论治:肝肾阴虚,虚风内动证,治以滋补肝肾、息风定振,拟大定风珠加减;肾阴不足,枯骨髓减证,治以填精补气、益气益血,拟补天大造丸加减;湿热内蕴,积聚鼓胀证,治以清热燥湿、行气消胀,拟中满消丸加减;火灼肝胆,胆热液泄证,治以清肝利胆、通腑渗湿,方用肝豆汤合茵陈四苓散加减;阴血火旺,火扰心神证,治以滋阴降火、安神定志,方用二阴煎和生铁络饮加减。

2.3 专病专方 近几十年来对 WD 的中医专方研究文献较多,杨任民等^[24]率先提出清热处理、佐以通腑利尿疗法,并自拟肝豆汤治疗 37 例 WD 患者,近期疗效为显效 25 例,好转 5 例,无效 7 例,其临床有效率达 81.08%。韩咏竹等^[25]采肝豆片用于治疗 32 例 WD 患者 4 周,显效 3 例,好转 20 例,总有效率达 71.87%。胡文彬等^[26]则应用肝豆片 I 号方治疗 34 例 WD 患者 4 周,有效率达 70.59%,并观察到本方对流涎、构音障碍、肢体水肿及皮肤变黑等临床症状改善较明显。袁学山等^[27]采用疏肝排毒汤治疗 WD 患者 36 例,结果显效 7 例,好转 21 例,无效 8 例,总有效率为 77.8%。谭子虎等^[28]采用补肾健脾汤加减治疗 32 例,参照改良 Goldstein ADL 分级法^[1]评价,结果显效 7 例,好转 17 例,无效 8 例,总有效率为 75.0%。

2.4 中西医结合治疗 杨任民等^[29]用肝豆汤配合西药治

疗 418 例 WD 患者,显效 103 例,好转 286 例,有效率 93.06%;用更新后的肝豆片联合西药排铜治疗 WD 198 例 2 个月,临床痊愈率 11.11%,有效率 84.85%,随访 6 个月~24 年,临床痊愈率及显效率均增高^[30]。任明山等^[31]对 80 例 WD 患者随机分中西医结合组(DMSA+肝豆汤)和对照组(DMSA)各 40 例,并按临床表现的不同分为肝型和脑型,治疗 1 个月,中西医结合组的总有效率(85.0%)高于对照组(62.5%);中西医结合组中肝型的有效率显著优于对照组;中西结合组副反应发生率(7.5%)低于对照组(22.5%),得出中西医结合治疗肝型患者的疗效优于单纯西医治疗的结论。许圣弘等^[32]采用二巯基丁二钠配合肝豆汤治疗 63 例 WD 患者并行治疗前后脑干听觉诱发电位(BAEP)检测,治疗后患者在临床症状明显改善的同时,BAEP 也显示各波潜伏期和峰间期较治疗前显著好转。陈怀珍等^[33]将 106 例患者随机分为 A 组 32 例予肝豆灵片, B 组 31 例予凯西莱, C 组 43 例同时应用肝豆灵片合凯西莱治疗。观察到 A 组有效率(88.37%)、C 组有效率(84.38%)优于 B 组(58.06%);治疗后 24 h 尿铜量均有显著增加,且 C 组>A 组>B 组;A、C 组丙氨酸转氨酶、总胆红素及总胆汁酸均有较 B 组明显降低。认为肝豆灵片合凯西莱可以显著增加 24 h 尿铜排泄及改善肝功能。张红博^[34]将 40 例 WD 患者随机分成中西医结合组(青霉胺合大黄肝豆汤)和对照组(青霉胺)各 20 例,观察到中西医结合组有效率(95%)明显高于对照组(65%),且前者 24 h 尿铜含量较后者明显增高。

2.5 中医药治疗机理 近年来中医药治疗 WD 的机理研究有部分报道。汤其强等^[35]和刘康永等^[36]分别在细胞水平探讨中药肝豆汤治疗 WD 的机理,观察到含肝豆汤的兔血清细胞内铜含量明显减少,锌含量明显增加,均得出肝豆汤具有使细胞内锌的含量显著增高和排铜的作用。石元洪等^[37]则对肝豆汤进行拆方分析,观察到肝豆汤及其所用各中草药均具有使细胞内锌含量增加和排铜作用,提出肝豆汤的组方是合理的。蔡永亮等^[38]研究证实肝豆汤中黄连、萆薢含锌量较高,既可在胃肠道内抑制食物中铜离子的吸收,又促进体内铜离子的排泄。薛本春等^[39-40]对存在肝纤维化及肝硬化的 WD 患者用二巯基丙磺酸驱铜的同时分别加用肝豆汤 II 号、IV 号方,证实其均能明显改善患者的肝功能及其肝纤维化指标。胡文彬等^[41-42]进一步研究证实肝豆汤(片)除具有较显著的尿排铜作用外,还具有明显的胆汁排铜及粪便排铜等作用,其肝豆汤 I 号不仅能降低 WD 患者的总胆红素,而且也无西医抑制外周血象及损害肝、肾功能等不良反应,提出该方安全、有效,可长期用于治疗 WD。

综上所述,中医药治疗 WD 疗效显著,与纯西药的金属络合剂相比,其优势表现在既可增加尿中铜的排出量,也可促进胆道排铜;既有活血通腑、抗肝纤维化、阻止和延迟肝硬化发生的作用,也有促进肝、肾等功能恢复,并减少体内铜蓄积的作用,且不良反应极少;缺点为尿排铜效果较差,起效较慢。采用中医药治疗 WD 还应注重:(1)对于 WD 的中医治疗要重视整体观念、辨病与辨证相结合,WD 的中医治疗既要符合中医辨证理论,也应根据本病为铜中毒的现代

机理,遣方用药时避免使用含铜量高的中药。(2)中医的“证”是一个动态的概念,年龄、病程、临床症型等因素在 WD 发展的不同阶段其中医证候不同,且随证变化用药。变化的关系尚待进一步研究。(3)由于 WD 临床证型的多样化特点,给 WD 的中医诊疗带来了一定困难,需采用循证医学的观点,积累大样本的中医证型和论治本病的资料,统一其证候标准,为合理的遣方用药打下基础,以进一步提高中医药治疗 WD 的疗效。

参 考 文 献

[1] 孙怡,杨任民,韩景献.实用中西医结合神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2011:736-756.

[2] Valentin Militaru, Nicolae Miu, Tudor L. Pop, et al. Diagnostic particularities in Wilson’s disease as related to age, sex and clinical presentation[J]. Human & Veterinary Medicine, 2012, 3 (2): 119-124.

[3] 胡纪源,吕达平,王共强,等.肝豆状核变性的临床误诊研究[J].中华医学杂志,2001,81(11):642-644.

[4] 洪铭范,胡纪源,胡文彬,等.肝豆状核变性的中医辨证分型[J].安徽中医学院学报,1998,17(1):10-11.

[5] 杨任民,韩咏竹,任明山,等.中药治疗肝豆状核变性 107 例疗效观察[J].中医杂志,1993,34(11):676-677.

[6] 吴登山.中药治疗肝豆状核变性 1 例[J].浙江中医杂志,1996,1(6):283.

[7] 童康尔.中医治疗肝豆状核变性[J].中国乡村医生杂志,1996,12(4):22-23.

[8] 焦永琴.综合治疗肝豆状核变性 28 例[J].现代中医药,2007,4(27):5-6.

[9] 董其谦,郑国庆.肝豆状核变性从胆腑论治[J].中华中医药学刊,2008,7(26):1391-1393.

[10] 王共强,叶群荣,马心锋,等.从络病论探讨肝豆状核变性的发病机制[J].中西医结合肝病杂志,2011,21(4):218-220.

[11] 杨任民,鲍远程,杨兴涛,等.5 种驱铜药对肝豆状核变性病患者排铜效果的比较[J].新药与临床,1987,6(6):341-343.

[12] 张颖冬,杨任民.二巯丁二酸胶囊对肝豆状核变性的治疗评价[J].新药与临床,1990,9(2):73-76.

[13] 胡纪源,吴君霞,何志超,等.二巯基丙磺酸钠驱铜治疗对肝豆状核变性铜代谢的影响[J].放射免疫学杂志,2011,14(1):1-2.

[14] 杨任民,鲍远程,胡纪源,等.葡萄糖酸锌治疗肝豆状核变性 31 例[J].新药与临床,1989,8(4):201-202.

[15] 叶群荣,胡纪源,王共强.Wilson 病临床症状特征和中医证型分析[J].安徽中医学院学报,2013,32(4):34-37.

[16] 王共强,王伟,薛本春,等.Wilson 病中医证候文献分析[J].安徽中医学院学报,2011,4(30):5-7.

[17] 杨斌,胡纪源,洪铭范,等.中国人 Wilson 病 ATP7B 基因 Arg778Leu/Gln 点突变中医证型的相关性研究[J].中国中西医结合杂志,2002,22(4):280-282.

[18] 杜益刚,胡纪源,程楠,等.肝豆状核变性基因高频位点与中医证型关系的探讨[J].西部中医药,2013,26(10):1-4.

[19] 蔡永亮,徐磊,陈怀珍,等.肝豆状核变性中医证型与脑肠肽相关性探讨[J].中医杂志,2008,49(7):638-640.

[20] 赵政,俞美玉.小儿肝豆状核变性 7 例的疗效分析[J].中医杂志,1982,23(9):35.

[21] 刘铁新,林莲梅,郭振飞,等.中药为主治疗肝豆状核变性 45 例[J].辽宁中医杂志,1995,22(4):168-169.

[22] 于鸿沟.浅谈中医药治疗肝豆状核变性[J].新中医,1996,28(6):54-55.

[23] 王殿华,陈金亮.肝豆状核变性从毒邪论治探讨[J].中医杂志,2006,47(6):461-463.

[24] 杨任民,鲍远程,杨兴涛.肝豆汤对 37 例肝豆状核变性症的驱铜治疗[J].安徽中医学院学报,1983,2(3):41.

[25] 韩咏竹,王训,胡纪源,等.肝豆片治疗 32 例肝豆状核变性的临床观察及其对体液微量元素的影响[J].中医药研究,1998,14(4):19-22.

[26] 胡文彬,杨任民.肝豆片 I 号治疗肝豆状核变性临床疗效观察[J].中国中西医结合杂志,1998,18(1):12-13.

[27] 袁学山,苏卫东.疏肝排毒汤治疗肝豆状核变性 36 例[J].河北中医,2005,27(7):510.

[28] 谭子虎,程俊敏.补肾健脾汤治疗肝豆状核变性 32 例[J].湖北中医杂志,2008,4(30):44-45.

[29] 杨任民,杨兴涛,鲍远程,等.中西医结合治疗肝豆状核变性 418 例分析[J].中西医结合杂志,1990,10(3):134.

[30] 杨任民,程楠.中西医结合治疗 198 例肝豆状核变性患者的近期疗效及随访观察[J].中国中西医结合杂志,2002,22(9):657.

[31] 任明山,张波,杨任民,等.中西医结合治疗肝豆状核变性临床研究[J].中国中西医结合杂志,1997,17(3):136-138.

[32] 许圣弘,蔡永亮,杨任民.肝豆状核变性中西医结合治疗前后脑干听觉诱发电位的对比分析[J].中国中西医结合杂志,1997,17(1):17-18.

[33] 陈怀珍,蔡永亮,王艳沂,等.肝豆灵片合凯西莱治疗肝豆核变性 43 例临床观察[J].中医药临床杂志,2007,19(4):385-386.

[34] 张红博.大黄肝豆汤联合青霉胺治疗肝豆状核变性的疗效观察[J].国际中医中药杂志,2007,29(3):141-143.

[35] 汤其强,杨任民,韩咏竹.肝豆汤对肝豆状核变性皮肤成纤维细胞模型铜代谢的影响[J].中国中西医结合杂志,2000,20(1):37-39.

[36] 刘康永,韩咏竹,杨任民.中药肝豆汤对遗传性肝豆状核变性患者铜锌代谢的影响[J].现代康复,2001,5(7):49-50.

[37] 石元洪,洪永春,杨任民,等.肝细胞体外培养对肝豆汤排铜作用的拆方研究[J].陕西中医,2006,26(9):1145-1147.

[38] 蔡永亮,杨任民,许圣弘,等.中西医结合治疗肝豆状核变性患者智商影响的前瞻性研究[J].中国中西医结合杂志,1996,16(1):6.

[39] 薛本春,杨任民,胡纪源,等.肝豆汤 II 号干预治疗 Wilson 病患者肝纤维化机制探讨[J].安徽医学,2007,28(4):296-299.

[40] 薛本春,杨任民,胡纪源,等.肝豆汤 IV 号联合短期驱铜治疗

宫颈癌新辅助化疗的临床应用及其疗效的评价

张晓霞^{①②} 刘萍^③ 郭海荣^③

【摘要】 宫颈癌的新辅助化疗（NACT）是宫颈癌治疗的主要措施之一。近年来，对宫颈癌 NACT 前后细胞标志物水平变化的研究日益增多。结果显示其水平高低确与宫颈癌的治疗及预后相关，其表达差异可以用来预测宫颈癌对 NACT 的敏感性，为宫颈癌患者的治疗方案提供依据。

【关键词】 宫颈癌； 新辅助化疗； 细胞标志物

The Clinical Application of Neoadjuvant Chemotherapy for Cervical Cancer and the Prediction of Efficacy/ZHANG Xiao-xia, LIU Ping, GUO Hai-rong//Medical Innovation of China, 2014, 11 (04): 144-146

【Abstract】 Cervical cancer neoadjuvant chemotherapy (NACT) is one of the main measures in cervical cancer. In recent years, research of the changes in the cervical cancer cell markers before and after the NACT is increasing. These markers’ changes are close to treatment and prognosis of cervical cancer, which also can be used to predict the efficacy and sensitivity of NACT for cervical cancer. Provide the basis for treatment program of patients with cervical cancer.

【Key words】 Cervical cancer; Neoadjuvant chemotherapy; Cell markers

First-author’s address: Inner Mongolia Medical University, Hohhot 010059, China

doi: 10.3969/j.issn.1674-4985.2014.04.063

宫颈癌是女性生殖道最常见的恶性肿瘤之一，极大威胁着女性健康。发病年龄逐年减轻。宫颈癌的手术治疗常受到肿瘤大小、转移途径等的影响而得不到彻底的切除，复发率高；放疗效果较确切，但其副反应常可造成宫颈周围组织的纤维化，致使阴道挛缩，影响生活质量，年轻患者较难接受。一路走来，不断优化手术方式及更新放疗设备均未达到令人满意的效果。直至上世纪末，美国 NCI 建议将同期放化疗（CRT）共同应用于宫颈癌的治疗，由此新辅助化疗在宫颈癌治疗方面逐渐步入正轨，研究显示，在手术或放疗之前对宫颈癌患者实施化疗，有效率可达 95%，且约有 20% 的患者可表现为临床无症状^[1]。

随着化疗逐渐应用于临床，抗癌药物也相继问世，化疗已成为恶性肿瘤的重要辅助治疗，其在宫颈癌治疗中的作用也进一步得到肯定。

1 新辅助化疗

1.1 概念 新辅助化疗（NACT）是指局部晚期恶性肿瘤，

在局部治疗（手术或放疗）开始前进行的化疗。

1.1.1 NACT 的预期目标 （1）使瘤体缩小，手术时更易切除；（2）降低癌细胞的活性，预防术后转移；（3）减少宫旁浸润，降低肿瘤分期；（4）消除潜在病灶，防止远处转移，改善预后；（5）协同增加放疗敏感性；（6）探测化疗敏感性，为术后患者的治疗提供依据。

1.1.2 目标人群 （1）局部晚期宫颈癌。包括宫颈癌 I b~ IV a 期或肿瘤直径≥ 4 cm 的宫颈癌，此类患者直接手术常存在病灶遗留现象，术前先期化疗，再施行手术效果更佳；（2）组织学分化差的鳞癌、腺鳞癌、小细胞癌等特殊类型的子宫颈癌，其预后较差。

1.2 实施方案及疗效 研究主张宫颈癌 NACT 为 2~3 个疗程，遵守“见好就收”原则。常用的有效药物有顺铂、卡铂、紫杉醇、环磷酰胺、异环磷酰胺、博来霉素、丝裂霉素、氟脲嘧啶、长春新碱、足叶乙苷、甲氨喋呤等，以顺铂疗效较好，一般采用联合化疗。FIGO 推荐的是 PVB（顺铂 + 长春新碱 + 博来霉素）方案，其他方案如 PI（顺铂 + 异环磷酰胺）、DF（顺铂 + 氟脲嘧啶）及 FIP（氟脲嘧啶 + 异环磷酰胺 + 顺铂）等。新辅助化疗后手术机会增加，手术率增高，患者手术后病理证实完全缓解者增多^[2]。

①内蒙古医科大学 内蒙古 呼和浩特 010059

②内蒙古北方重工业集团医院

③内蒙古医科大学第三临床附属医院

通信作者：刘萍

对肝豆状核变性患者肝纤维化血清学指标的影响 [J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27 (9): 785-788.
[41] 胡文彬, 杨任民. 肝豆片 I 号对肝豆状核变性患者胆汁微量元素影响的前瞻性研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2001, 21 (7):

507-509.
[42] 胡文彬, 杨任民. 肝豆片 I 号治疗肝豆状核变性对铜生化及外周血象等的影响 [J]. 中国实用内科杂志, 1997, 17 (5): 181-182.
(收稿日期: 2013-12-18) (本文编辑: 王宇)

中医药治疗Wilson病的研究进展

作者：[李宗亮](#)，[胡纪源](#)，[杜益刚](#)

作者单位：[李宗亮\(安徽中医药大学研究生部 安徽 合肥 230038; 安徽中医药大学神经病学研究所附属医院\)](#)，[胡纪源, 杜益刚\(安徽中医药大学神经病学研究所附属医院\)](#)

刊名：[中国医学创新](#)

英文刊名：[Medical Innovation of China](#)

年，卷(期)：2014(4)

本文链接：http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zgyxcx201404064.aspx