

或好转比对照组稍高,经 *Ridit* 分析,差异无显著性($P>0.05$),相关资料略。

3.4 两组症状体征改善情况比较:治疗组腹水、食欲减退、腹胀、疲乏、肝痛改善有效率分别为 100%(3/3 例)、68.75%(11/16 例)、66.67%(10/15 例)、64.29%(9/14 例)、50.00%(10/20 例);对照组分别为 62.50%(5/8 例)、60.00%(12/20 例)、50.00%(7/14 例)、31.25%(5/16 例)、10.34%(3/29 例);2 组经治疗后症状体征均有改善,但差异无显著性($P>0.05$)。

4 讨论

全身化疗药物的比较除观察其效果外,更重要的还是要比较生活质量指征改善及毒副作用大小,有效及低毒副作用的治疗方案是近年研究的重点。本文结果表明,生活质量指标的改善,治疗组明显比对照组好,但未取得统计学的证实。治疗组毒副反应的发生率均比对照组低(相关资料略),但经统计学检验差异均无显著性($P>0.05$)。近年来有中药配合化疗的联合用药的报道,中药具有清热解毒、消肿止痛、活血化瘀、软坚散结功效,能提高免疫功能,杀伤肿瘤细胞,抑制肿瘤生长、减轻毒副反应,提高生活质量。这与本文分析结果类似,因而消癌平值得在临床推广应用。

中医辨证结合膀胱灌注 治疗膀胱癌 31 例

河南省中医院肿瘤科(450002)

马 纯 政

河南省新蔡县人民医院肿瘤科

柏 龙

我们通过 10 余年临床观察,以中药辨证施治为主,结合膀胱灌注治疗,治疗中晚期膀胱癌 31 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:治疗组 31 例,其中男 26 例,女 5 例;年龄 43~78 岁,平均 61.3 岁。门诊患者 3 例,住院患者 28 例。术后复发 21 例,病变侵犯膀胱多个区域和/或转移而未做手术者 8 例。所有病例均经病理(组织或脱落细胞学)或其他检查综合确诊,其中移行上皮细胞癌占 27 例,鳞形细胞癌占 3 例,1 例未做病理检查。病变发生部位:三角区 16 例,前壁 8 例,后壁 6 例,颈部 3 例,侧壁 19 例,其中 15 例为两个区域以上发病。病变大小均在 3cm×3cm 以上,器官转移 5 例,淋巴结转移 6 例。对照组 15 例,其中男 13 例,女 2 例;年龄 50~76 岁,平均 62.1 岁。门诊患者 6 例,住院患者 9 例。术后复发 12 例,病变侵犯膀胱多个区域和/或转移而未做手术者 3 例。所有病例均经病理(组织或脱落细胞学)确诊,其中移行上皮细胞癌 14 例,鳞形细胞癌 1 例。病变发生部位:三角区 8 例,前壁 4 例,后壁 4 例,颈部 5 例,侧壁 10 例,其中 9 例为两个区域以上发病。病变大小均在 3cm×3cm 以上,器官转移 1 例,淋巴结转移 1 例。临床分期:按照国际抗癌联盟(UICC)1988 年拟定的《膀胱癌的 TNM 分期标准》,治疗组Ⅰ期 1 例,Ⅱ期 16 例,Ⅲ期 14 例。对照组Ⅰ期 3 例,Ⅱ期 8 例,Ⅲ期 4 例。

1.2 主要症状:尿血 27 例,尿痛 5 例,尿急 8 例,尿液浑浊 5 例,少腹肿块 6 例,排尿困难 8 例,腹痛 10 例。

2 治疗方法

2.1 辨证分型标准:依据郁仁存《中医肿瘤学》中膀胱癌的辨证分型标准进行调整,对治疗组进行辨证分型,湿热下注为主 11 例,证候特点:血尿、尿急、尿痛、尿频、腰背酸痛、下肢浮肿,或纳呆食少,或心烦口渴、夜寐不安、舌苔黄腻,舌质红,脉滑数或弦数。脾肾两虚为主 8 例,证候特点:间歇性、无痛性血尿,腰膝酸软,神疲乏力,或伴腹胀、纳呆、消瘦,舌淡红、苔薄白,脉沉细无力。湿瘀毒蕴为主 12 例,证候特点:血尿,尿中有血块、腐肉,味恶臭,排尿困难或闭塞不通,少腹坠胀疼痛,舌质暗有瘀点,脉沉细。

2.2 治疗方法:门诊及住院患者随机分成 2 组,治疗组采用中药加灌注化疗,对照组只采用灌注化疗。湿热下注证基本方:车前子 10g,萹蓄 15g,滑石 30g,瞿麦 20g,淡竹叶 30g,生薏苡仁 30g,生侧柏叶 15g,栀子 12g,甘草梢 60g,生地黄 20g,生艾叶 20g,小蓟 15g,土茯苓 15g,蒲公英 30g,每日 1 剂,水煎服。脾肾两虚证基本方:熟地黄 15g,山药 30g,山茱萸 12g,茯苓 12g,牡丹皮 12g,泽泻 15g,菟丝子 12g,血余炭 20g,仙鹤草 30g,制附子 3g,肉桂 6g,每日 1 剂,水煎服。湿瘀毒蕴证基本方:龙葵 30g,半枝莲 30g,土茯苓 30g,苦参 15g,黄柏 15g,连翘 15g,赤小豆 30g,车前草 30g,白茅根 30g,每日 1 剂,水煎服。随症加减。膀胱灌注化疗用顺铂 30~60mg,或丝裂霉素 10~20mg,每周 1 次,连用 12 次;后改为每月 1 次,连用 6 次;再改为每 3 个月 1 次,连用 4 次结束化疗。所有患者灌注化疗均超过 12 次。

3 治疗结果

对所有 46 例观察病例随访 0.5~3 年,超过半年失访者按死亡计,本组失访共 1 例。

3.1 生存率比较:治疗组 31 例,半年生存 30 例(96.77%),1 年生存 26 例(83.87%),2 年生存 19 例(61.29%),3 年生存 16 例(51.61%);对照组分别为 14 例(93.33%)、10 例(66.67%)、7 例(46.67%)、5 例(33.33%)。

3.2 缓解率:根据国际抗癌联盟(UICC)制定的《实体瘤的疗效标准》,两组患者无一例完全缓解(CR),治疗组局部缓解(PR)率 51.61%(16/31 例),对照组 PR 率 40.00%(6/15 例)。

3.3 主要症状变化情况:两组以尿血为主要症状,其变化以尿常规检查尿潜血由阳性转为阴性,并持续 6 个月以上为有效,治疗组有效率为 80.64%(25/31 例),对照组为 46.67%(7/15 例)。两组差异具有显著性($P<0.05$)。

3.4 生活质量评价:以 Karnofsky 标准评分,经治疗分数提高 10 分为有效,提高 20 分为显效,治疗组有效率为 96.77%(30/31 例),显效率为 87.90%(27/31 例);对照组有效率为 80.00%(12/15 例),显效率为 53.33%(8/15 例),两组有明显差异($P<0.05$)。

4 讨论

中西医结合是治疗膀胱癌的方向,可以提高临床缓解率及缓解时间,减轻患者痛苦,提高生存率。从以上观察中可以发现,治疗组 1、2、3 年生存率均明显高于对照组;PR 率 51.61%,

高于对照组(40.0%)。此外,在主要症状缓解率、生活质量评价方面,治疗组均优于对照组,而毒副作用均不明显,与文献报道相符。

健脾益气法配合肝动脉化疗栓塞 治疗中晚期肝癌 75 例

山东大学山东省立医院老年消化科(250021)

梁铁军 秦成勇 王爱武 张才肇

我们于 2000 年 1 月~2001 年 12 月采用健脾益气法配合肝动脉化疗栓塞(TACE)治疗中晚期肝癌 75 例,疗效满意,现总结如下。

1 临床资料

146 例患者均符合国际抗癌联盟(UICC)1997 年制定的原发性肝癌 TNM 分期标准,分为Ⅲ期或Ⅳ期肝癌,并符合中医脾气虚证辨证参考标准。按随机数字表法分为两组,健脾益气法配合肝动脉化疗栓塞组(治疗组)75 例,男 61 例,女 14 例,年龄 21~72 岁,平均 50.1 岁。病程 1~4 个月,平均 2.7 个月。Ⅲ期 47 例,Ⅳ期 28 例。其中巨块型 44 例,结节型 14 例,弥漫型 17 例。肝功能 Child 分级 A 级 37 例、B 级 26 例、C 级 12 例。单纯肝动脉化疗栓塞组(对照组)71 例,男 59 例,女 12 例,年龄 20~74 岁,平均 51.3 岁。病程 1~5 个月,平均 2.9 个月。Ⅲ期 54 例,Ⅳ期 17 例。其中巨块型 40 例,结节型 12 例,弥漫型 19 例。肝功能 Child 分级 A 级 28 例、B 级 35 例、C 级 8 例。两组性别、年龄、病情等差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗方法:TACE 采用 Seldinger 穿刺技术,经股动脉插管至肝总动脉或肝固有动脉,行腹腔动脉造影,了解血管解剖、肿瘤血管的数目类型等情况,再选择血管灌注化疗。化疗方案为表阿霉素 60mg/m²、丝裂霉素 6mg/m²、卡铂 300mg/m²。表阿霉素与碘化油配成乳剂,缓慢注射至肿瘤血供明显减慢至停止。根据 TACE 术后恢复情况,每 4~10 周重复治疗,平均每人 1.0 次,最多治疗次数为 12 次。治疗组在第 1 次行 TACE 当天开始应用补中益气汤加减治疗,方药为党参、茯苓、白术、黄芪、白花蛇舌草各 30g,枳壳、猪苓、生薏苡仁各 15g,柴胡 10g,全蝎、蜈蚣各 2 条,甘草 6g。第 1~3 个月每日 1 剂,第 4~6 个月每周 2 剂。

2.2 观察指标:生存时间自治疗第 1 天起每 2~3 个月随访 1 次,随访终止时间为 2004 年 12 月 31 日。计算治疗后半年、1 年、2 年、3 年生存率及疗效。于治疗前及治疗后 3 个月、6 个月各取外周静脉血检测 NK 细胞活性、T 淋巴细胞亚群、血清白介素 2 受体(sIL-2R)水平、白细胞介素 2(IL-2)含量。NK 细胞活性检测采用¹²⁵I-udR 释放试验,T 细胞亚群检测采用 CD 系列单克隆抗体标记直接荧光法,sIL-2R 表达水平及 IL-2 含量检测采用双抗体夹心 ELISA 法。

2.3 疗效评价:使用 UICC 标准。完全缓解(CR):肿瘤病灶完全消失并至少维持 4 周以上;部分缓解(PR):肿瘤病灶的最大径及其最大垂直径(两径)的乘积减少 50%以上,并维持 4 周以上,无新的病变出现;稳定(NC):肿瘤病灶的两径乘积减少

50%以下或增大 25%以下,无新的病变出现;进展(PD):肿瘤病灶的两径乘积增大 25%以上或出现新的肿瘤病灶。有效率为 CR+PR。

3 治疗结果

3.1 随访:嘱患者出院后每 2~3 个月定期复查甲胎蛋白(AFP)定量、肝脏 B 超或 CT。随访截止至 2004 年 12 月 31 日;随访期为 0.5~12 个月,中位随访期为 20 个月。治疗组失访 6 例,随访率 92%;对照组失访 10 例,随访率 85.9%。

3.2 两组患者生存率比较:治疗组治疗后 6 个月、1 年、2 年、3 年生存率为 89.3%(67/75 例)、76.0%(57/75 例)、50.7%(38/75 例)、26.7%(20/75 例),对照组分别为 83.1%(59/71 例)、60.6%(43/71 例)、33.8%(24/71 例)、9.9%(7/71 例),寿命表分析发现,两组 1 年、2 年、3 年生存率差异显著($P<0.05$)。

3.3 两组患者疗效比较:治疗组治疗后 6 个月、1 年、2 年、3 年总有效率为 71.6%、61.4%、57.9%、60.0%,对照组分别为 54.2%、39.5%、29.2%、14.3%,治疗组 0.5 年、1 年、2 年、3 年有效率均优于对照组($P<0.05$)。

3.4 两组外周血 NK 细胞活性和 T 淋巴细胞亚群变化比较:治疗组治疗后 3 个月、6 个月 NK 细胞活性及 CD₃、CD₄、CD₁/CD₈ 水平均高于治疗前($P<0.05$),CD₈ 水平低于治疗前($P<0.01$);对照组治疗前后 NK 细胞活性、CD₃、CD₄、CD₁/CD₈、CD₈ 水平均无显著变化($P>0.05$)。两组比较,治疗组治疗后 3 个月、6 个月 NK 细胞活性、CD₄ 水平显著高于对照组($P<0.01$),CD₈ 水平显著低于对照组($P<0.01$),相关资料略。

3.5 两组治疗前后 sIL-2R 表达水平及 IL-2 含量变化比较:治疗组治疗后 3 个月、6 个月 sIL-2R 表达低于治疗前($P<0.05$),IL-2 含量高于治疗前($P<0.05$);对照组治疗前后 sIL-2R 表达水平及 IL-2 含量均无显著变化($P>0.05$),相关资料略。

4 讨论

手术切除目前仍是治疗早期肝癌的主要手段,而对不能 I 期手术切除的中晚期肝癌,TACE 是非手术治疗方法中疗效最好的方法之一。但由于门静脉参与了肿瘤的部分血供,且这种血供在肿瘤供血动脉栓塞后代偿性增加,使疗效受到明显影响,单纯术后仅有 20%~50%的肿瘤组织呈完全坏死,即使多次重复治疗仍有癌细胞残存^[9,10]。因而其远期疗效不够理想。研究表明,对不能 I 期手术切除的中晚期肝癌,通过综合治疗,可以减少术后复发和转移,提高远期生存率和生存质量。

中国中医研究院培训中心 2005 年下半年招生

1. 周易与养生高级班 7 月 25~29 日,主讲张其成教授。2. 颈肩腰腿痛特效疗法班 8 月 2~9 日,11 月 1~8 日。3. 肛肠科新技术班 8 月 15~22 日。4. 名中医临证经验汇报 9 月 5~12 日,11 月 14~21 日,各学派名中医辨证组方用药经验、病例分析。5. 外固定技术与 Ilizarov 生物力学理论培训及科研协作班 9 月 15~18 日。骨科微创微创治法,能补切开复位内固定手术不足。6. 穴位诊断独到技术高级培训班 10 月 10~14 日。独到穴位诊断技术,实用性强。7. 中医传统制药技术培训班 10 月 20~30 日,丸散膏丹等传统制药方法,与操作结合。

联系电话:(010)64062096 或 64028399