

• 临床报道 •

体若康胶囊辅助治疗晚期肺癌患者 30 例

李 忠¹ 孟 文² 张雅月¹

- (1. 北京中医药大学东直门医院肿瘤血液中心, 100700;
2. 北京六和医方生物医药科技发展有限公司研发中心)

临床中, 我们根据晚期肺癌的特点, 采用体若康胶囊辅助治疗中晚期肺癌, 对改善患者临床症状, 提高生活质量, 纠正癌症营养不良(恶病质)具有较好的作用。

1 临床资料

1.1 诊断及排除标准

诊断标准根据《新编常见恶性肿瘤诊治规范》^[1]制定。所有患者均为具有明确病理学及影像学诊断的Ⅲ~Ⅳ期肺癌患者, 一般情况 KPS 评分 > 30 分(即生活严重困难, 但未到病重)。排除合并有其他系统, 如循环功能、肝、肾功能衰竭、中风后遗症等严重疾患者和伴有精神障碍者。

1.2 一般资料

60 例均来自北京中医药大学东直门医院门诊和住院患者, 采用抽签法将患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 30 例。其中治疗组男性 20 例, 女性 10 例; 平均年龄(62.5 ± 9.44)岁; KPS 评分为(73.17 ± 7.25)分。对照组男性 21 例, 女性 9 例; 平均年龄(60.2 ± 10.54)岁; KPS 评分为(72.33 ± 6.48)分。两组在性别、年龄、生活质量等方面比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

两组均采用常规治疗, 主要包括化疗和营养支持治疗, 化疗主要采用 NP 方案或 TP 方案。治疗组在常规治疗基础上配合体若康胶囊(北京六和医方生物医药科技发展有限公司生产, 由黄芪、灵芝、乌梅、枸杞子、全蝎组成, 按 2:1:1:1:0.5 配制, 每粒 0.5g)口服, 每次 4 粒, 每日 3 次。2 个月为 1 个疗程。

治疗前后分别观察①瘤体大小的变化(CT 值)。②营养指标: 体重、血清总蛋白、血清白蛋白等。③人体机能状况测定: 以 KPS 评分法评定。④中医证候积分采用中医症状评分表计分, 包括咳嗽、胸闷气短或喘促、咯痰、咯血、吞咽困难、口吐黏液、胸背灼痛、倦怠乏力、纳呆、腹胀、眩晕、腰膝酸软, 以及发热、胸(腹)水等, 共 30 个症状, 依症状严重程度由重而轻分别计 3~0 分。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

疗效标准根据《实用肿瘤内科学》^[2]制定。①完全缓解(CR): 可见的肿瘤病变完全消失, 维持 4 周以上。②部分缓解(PR): 肿块缩小 50% 以上, 时间不少于 4 周, 测量可采用双径测量或单径测量。双径测量: 单个病变时肿瘤面积(指肿块两个最大垂直径的乘积)缩小 50%; 多个肿块时选最大肿瘤的两个最大垂直径乘积之和减少 50% 以上。单径测量: 线状肿块测得数值减少 50% 以上。③稳定(SD): 肿块病灶的两径乘积缩小不及 50% 或增大不超过 25%, 无新病灶出现, 维持 4 周以上。④进展(PD): 肿块病灶的两径乘积增大 25% 以上或出现新病变。

3.2 两组患者瘤体变化比较

治疗组治疗后 CR 0 例, PR 10 例, NC 15 例, PD 5 例 CR + PR + NC 为 83.3%; 对照组治疗后 CR 0 例, PR 5 例, NC 17 例, PD 8 例, CR + PR + NC 为 73.3%, 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.3 两组患者治疗前后机能状况变化比较

治疗组治疗前后 KPS 评分分别为(73.17 ± 7.247)分、(79.83 ± 7.01)分; 对照组分别为(72.33 ± 6.475)分、(76.17 ± 9.04)分, 两组治疗后较治疗前均有明显改善($P < 0.01$), 治疗组改善程度优于对照组($P < 0.05$)。

3.4 两组患者治疗前后主要症状评分变化比较

治疗组治疗前后中医证候积分分别为(18.45 ± 4.61)分、(13.23 ± 4.65)分; 对照组分别为(19.22 ± 5.84)分、(15.5 ± 6.34)分, 两组治疗后均较治疗前有明显改善($P < 0.01$), 治疗组改善程度优于对照组($P < 0.05$)。

3.5 两组患者治疗前后营养指标变化比较

治疗组治疗前后血清总蛋白平均数值分别为(62.39 ± 7.35)g/L、(68.65 ± 3.26)g/L; 对照组分别为(62.57 ± 6.78)g/L、(65.36 ± 5.71)g/L, 两组治疗后均较治疗前有明显改善, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗前后血清白蛋白平均数值分别为(30.56 ± 4.85)g/L、(34.33 ± 2.71)g/L, 对照组分别为(31.03 ± 4.28)g/L、(32.14 ± 3.88)g/L, 两组治疗后均较治疗前有明显改善, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组患者治疗后体重增加 13 例、稳定 14 例、减轻 3 例, 对照组分别为 10 例、12 例、8 例。两组患者治疗前后体重变化有统计学差异($P < 0.05$), 治疗组对患者体重的维持和改善优于对照组。

4 讨论

我们认为, “癌”应该是一种状态, 是一种人与自然、人体内部五脏六腑之间失衡的状态。在这种状态下, 呈现出气滞、血瘀、痰凝的病理环境, 加之癌毒内生, 耗伤正气, 正气不能内守, 导致正从邪化, 使正常的气血转化为“恶气”、“恶血”, 从而出现“癌瘤”。

肺癌的形成与“癌状态”有密切的关系。这种状态下, 正气不足, 脏腑功能失调, 邪毒滞于肺, 致肺气壅郁, 宣降失司, 津液失布, 停滞为痰, 痰凝气滞, 瘀阻络脉, 痰瘀胶结, 日久形成积块。正如《医宗必读》所云: “积之成也, 正气不足而后邪气踞之。”《杂病源流犀烛》云: “邪积胸中, 阻塞气道, 气不宜通, 为痰为食为血, 皆得与正相搏, 邪即胜, 正不得而制之, 遂结成形而有块。”可见, 肺癌的发病机制中, 正虚与痰瘀毒邪互相影响。本病是因虚而得, 因虚致实, 全身属虚, 局部属实的疾病。虚、瘀、痰、毒贯穿了肺癌的整个发病过程。治疗上强调扶正为主, 佐以祛邪为基本治疗原则^[3]。针对这种状态, 我们研制了具有固本扶正, 化痰散结、解毒抗癌功效的体若康胶囊临证取得了较好的效果。本研究结果显示, 体若康胶囊辅助治疗肺癌, 能调节机体阴阳平衡, 增强机体的细胞免疫功能, 从而调动体内外的抗病能力, 提高患者生活质量, 改善癌症患者的营养不良。

参考文献

- [1] 中国抗癌协会. 新编常见恶性肿瘤诊治规范[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 1999: 771.

- [2]周际昌·实用肿瘤内科学[M]·北京:人民卫生出版社, 1999:33.
- [3]李忠·肺癌中医临床研究进展与用药思路[J]·中国医药学报, 2004, 19(3):176-178.

前列活血汤治疗气滞血瘀型慢性前列腺炎 120 例

孙 哲 常宝忠 黄 诚

(大庆油田总医院中西医结合科, 163001)

中医药在治疗慢性前列腺炎方面有其独特的优越性, 2008 年 1 月~2009 年 6 月期间, 我科采用前列活血汤治疗气滞血瘀型慢性前列腺炎 120 例, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照中华医学会泌尿外科分会主编的《2007 年前列腺炎诊断治疗指南》中的慢性前列腺炎的诊断标准。①临床症状: 局部疼痛(骨盆区域的疼痛, 可见于会阴、阴茎、肛周部、尿道、耻骨部或腰骶部等部位); 排尿异常(可表现为尿急、尿频、尿痛和夜尿增多等)。②前列腺触诊: 前列腺表面不平或不对称; 质地不均匀, 可触及炎性结节; 有局限性压痛。③实验室检查: 前列腺按摩液(EPS)镜检: 白细胞(WBC) > 10 个/HP, 或见成堆脓细胞, 卵磷脂小体减少。中医诊断标准参考第 5 版《中医外科学》教材。气滞血瘀型: ①病程较长, 小腹、会阴、睾丸坠胀隐痛不适, 或有血尿、血精; ②前列腺压痛明显, 质地不均, 大小不等, 可触及结节; ③舌质紫暗、或有瘀斑、或舌下脉络曲张、苔薄白, 脉弦滑或弦紧。

1.2 纳入及排除病例标准

纳入标准: ①符合西医慢性前列腺炎的诊断标准; ②病程在 3 个月以上; ③符合中医辨证分型标准。排除标准: ①年龄在 20 岁以下和 50 岁以上者。②有良性前列腺增生症、前列腺肿瘤、尿路疾病及严重神经官能症患者。③合并有心血管、脑血管、肝肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者。④急性前列腺炎及前列腺脓肿患者。⑤离心尿 WBC > 5 个/HP, EPS 细菌培养阳性。⑥以局部疼痛为主要表现的患者应注意排除下腹、会阴、腰骶等部位的其他病变, 如输尿管结石、膀胱结石、隐性腹股沟疝和股疝、耻骨炎、精索静脉曲张、阴囊内疾病、直肠结肠疾病、腰背肌筋膜炎等。

1.3 一般资料

选择大庆油田总医院男科门诊符合慢性前列腺炎诊断标准、中医辨证为气滞血瘀型的成年男性(20~50 岁)患者 224 例, 随机分为治疗组和对照组, 其中治疗组 120 例, 年龄 23~49 岁, 平均 32 岁; 病程 6 个月~5 年。对照组 104 例, 年龄 21~47 岁, 平均 31 岁; 病程 8 个月~4 年。两组患者一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

治疗组口服中药前列活血汤, 每日 1 剂, 分早晚两次, 饭前半小时服。药物组成: 草薢 15g, 黄柏 12g, 石韦 15g, 川芎 15g, 白芷 10g, 生黄芪 15g, 白芍 12g, 川牛膝 10g, 延胡索 10g, 川楝子 10g, 炙甘草 6g。疼痛明显者加乳香、没药; 情志郁闷者加柴胡、赤芍、白芍; 烦躁易怒、口苦者加龙胆草; 失眠多梦者加生龙骨、生牡蛎、合欢花; 尿线细或排尿困难者加莪术、皂角刺; 阳痿者加九香虫、青皮。同时每天中药熏蒸 1 次, 每次 30min。对照组用

环丙沙星片每次 500mg, 每日 2 次, α 受体阻断剂可多华(美国辉瑞公司生产) 1 粒(4mg), 每晚 1 次口服。治疗过程中应遵从医嘱, 按时复诊。同时应注意戒酒, 忌辛辣刺激食物, 多饮水; 避免憋尿、久坐和疲劳; 注意保暖, 加强体育锻炼; 可进行规律的性生活; 停用其他一切治疗前列腺炎的方法。两组均治疗 4 周为 1 个疗程, 1 个疗程后进行疗效评定。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

治愈: 临床症状消失, 慢性前列腺炎症状指数评分(CPSI)较治疗前减少 $> 90\%$, WBC < 10 个/HP。有效: 临床症状有所好转, CPSI 较治疗前减少 $10\% \sim 90\%$, WBC 较治疗前减少, 仍在 $10 \sim 40$ 个/HP 范围。无效: 症状无改善, CPSI 评分较治疗前无减少或减少 $< 10\%$, WBC 较治疗前无改变。

3.2 治疗结果

治疗组 120 例, 治愈 32 例, 有效 77 例, 无效 11 例, 总有效率 90.83%; 对照组 104 例, 治愈 19 例, 有效 63 例, 无效 22 例, 总有效率 78.84%。两组总有效率差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组疗效明显优于对照组。

4 讨论

慢性前列腺炎是一种发病率较高的疾病, 接近 50% 的男子在其一生中的某个时期将会受到前列腺炎的影响^[1]。中医理论认为, 慢性前列腺炎属“精浊”、“淋浊”、“癃闭”等范畴。临床上慢性前列腺炎多以肝气郁结、气滞血瘀为其主要病机。因肝郁气滞, 病久致瘀, 瘀血阻滞, 不通则痛, 故该病多见会阴坠胀, 少腹不舒, 或阴囊、睾丸疼痛、胸胁胀满等症。因此, 我们依本病病机, 确立以疏肝理气、活血化瘀为治疗法则, 方中草薢清热利湿通络; 黄柏清下焦湿热; 石韦利尿通淋; 川芎活血行气; 川楝子与延胡索行气止痛; 白芍配甘草, 酸甘化阴又能缓急止痛; 白芷行气止痛; 川牛膝通导血瘀, 引药下行; 生黄芪补益中气。现代药理研究表明, 活血化瘀药可以抑制纤维母细胞过度增生, 促进增生病变的细胞软化和吸收^[2]。

参考文献

- [1]郭应禄, 李宏军·前列腺炎[M]·北京: 人民军医出版社, 2002: 79.
- [2]易发银·中医瘀血证诊疗大全[M]·北京: 中国中医药出版社, 1996: 181.

加味十枣汤联合胸腔化疗治疗恶性胸腔积液 33 例

马纯政¹ 周世繁¹ 赵丽娜² 周旭荣²

(1. 河南省中医院肿瘤科, 450002;
2. 新疆维吾尔自治区阿克苏地区第二人民医院肿瘤科)

自 2006 年 3 月~2009 年 3 月我们应用中药加味十枣汤结合局部给药治疗恶性肿瘤合并胸腔积液患者, 兹报道如下。

1 临床资料

所有病例随机分为两组, 治疗组 33 例, 其中男 18 例, 女 15 例; 年龄 33~78 岁, 平均 61.7 岁。对照组 30 例, 其中男 17 例, 女 13 例; 年龄 38~77 岁, 平均 62.1 岁。所有病例均经病理结果证实, 或有明确原发病灶, 胸水中发现癌细胞, 或原发病灶不明, 但胸水中已发现癌细胞。所有病例预计生存期 > 2 个月。两组基本情况相似, 具有可比性($P > 0.05$)。