

健脾渗湿抑瘤法联合XELOX化疗治疗结肠癌根治术后疗效观察

吴健瑜, 杨海淦, 陈育忠, 潘远元, 卢蔚起, 李阳, 周海玲

广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 观察健脾渗湿抑瘤法联合XELOX化疗治疗结肠癌脾虚湿蕴证的临床疗效。方法: 将结肠癌根治术后患者60例随机分为2组, 各30例; 治疗组采用健脾渗湿抑瘤法联合XELOX化疗, 对照组仅予XELOX化疗, 每疗程21天, 连续治疗4疗程; 比较2组治疗前后患者生活质量评分(QOL)及毒副作用情况。结果: 治疗后2组QOL评分均较治疗前明显升高($P < 0.01$), 且治疗组QOL评分升高较对照组更显著($P < 0.01$)。治疗后治疗组骨髓抑制程度明显轻于对照组, 经秩和检验, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后治疗组骨髓抑制程度轻于对照组, 但经秩和检验, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 健脾渗湿抑瘤法能有效改善结肠癌根治术后辅助化疗患者的生活质量, 减轻化疗毒副作用, 值得临床推广应用。

[关键词] 结肠癌; 健脾渗湿抑瘤法; 根治术后; XELOX化疗方案

[中图分类号] R735.3+5 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0183-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.082

据我国32个肿瘤登记点从2003—2007年的数据显示, 我国结肠癌的发病率是14.68%, 死亡率是6.66%, 农村明显低于城市^[1]。结肠癌手术根治是最有效的治疗, 但5年生存率为50%~60%左右。随着第三代化疗药物如奥沙利铂、卡培他滨的问世, 化疗成为延长生存期, 增强治愈率的重要手段。奥沙利铂以其抗癌谱广, 水溶性高而被广泛运用于临床。卡培他滨作为新型口服化疗药, 以其对肿瘤细胞高识别力, 杀伤力强也被广泛运用临床。基于药物的协同作用, 奥沙利铂结合卡培他滨化疗(XELOX方案)成为临床上治疗结肠癌标准的一线治疗方案^[2-4]。然而, 部分患者由于无法忍受化疗药物带来的副作用, 被迫中止化疗, 无法完成全部的化疗周期, 最终达不到有效的治疗目的。本研究旨在观察健脾渗湿抑瘤法对结肠癌XELOX化疗后脾虚湿蕴证患者的临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 年龄18~75岁, 符合结肠癌西医诊断标准, 已行结肠癌根治手术后, 符合术后病理Ⅱ期(具有高危因素)及Ⅲ期, 并同意接受化疗的结肠癌患者; 入组前1月未接受除手术外其他治疗; KPS评分达到60分及以上者; 无严重的肝、肾、心脑血管、内分泌等其他系统疾病; 理解并签署知情同意书。

1.2 排除标准 不符合纳入病例标准者; 对试验药物过敏者; 治疗期间因严重不良反应, 被迫中断治疗者; 合并严重胸腔积液、心包积液、肝肾功能障碍、神经系统损害, 不

能接受XELOX方案化疗者; 孕妇、哺乳期妇女或有生育要求的育龄妇女; 精神病患者, 或认知功能障碍; 依从性较差, 不能进行定期访视; 近3月内参加其他临床试验; 研究者认为存在不适合参加该试验的其它情况。

1.3 脾虚湿蕴证诊断标准 以目前通行的结直肠癌全国会议制定的辨证参考标准为基础, 参照《中医临床诊疗术语证候部分》拟定。主症: 食少纳呆, 体倦乏力; 大便频数, 稀烂或便形变细; 食后或午后腹胀。次症: 神疲懒言, 面色萎黄; 口淡不渴, 脘腹沉闷; 舌质淡胖或齿印、苔白; 脉细弱或弦涩。具备主症2项次症1项, 或主症1项加次症2项即可诊断脾虚湿蕴证。中医辨证分型判定由高年资主治医师负责在入院时完成。

1.4 一般资料 观察病例为2013年9月—2014年12月广州中医药大学第一附属医院和广东省中医院胃肠外科符合筛选标准结肠癌根治术后患者共60例, 女34例, 男26例; 年龄18~75岁。将所有患者随机分为2组。治疗组男12例, 女18例; 年龄(61.63 ± 7.80)岁; TNM分期Ⅱ期16例, Ⅲ期14例; 生活质量(QOL)评分(50.76 ± 1.22)分。对照组男14例, 女16例; 年龄(59.43 ± 9.31)岁; TNM分期Ⅱ期15例, Ⅲ期15例; QOL评分(50.7 ± 0.92)分。2组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 化疗方法 2组均采用XELOX方案化疗(奥沙利铂130 mg/m², 静脉滴注2h以上, 第1天; 卡培他滨1000 mg/m²,

[收稿日期] 2015-09-04

[作者简介] 吴健瑜(1983-), 男, 主治医师, 研究方向: 中西医结合诊治胃肠及甲状腺疾病。

口服,早晚各 1 次,第 1~14 天,疗程间停药 1 周),3 周为 1 疗程。

2.2 对照组 单纯采用 XELOX 方案化疗。

2.3 治疗组 XELOX 方案化疗的同时口服健脾渗湿抑瘤中药。处方:党参、茯苓、白术、白扁豆、山药、薏苡仁、白花蛇舌草、半枝莲各 15 g,陈皮、莲子、砂仁各 10 g,甘草 5 g。每天 1 剂,煎取汁 200 mL,连续服用 2 周后停药 1 周为 1 疗程,共 4 疗程。

3 观察项目与统计学方法

3.1 肿瘤病人 QOL 评分 参照我国于 1990 年制定的肿瘤病人生活质量评分量表草案,评价患者 QOL 评分,生活质量满分为 60 分,生活质量极差为 <20 分,差为 21~30 分,一般为 31~40 分,较好为 41~50 分,良好为 51~60 分。

3.2 化疗毒副反应评定 参照 WHO 制定的抗肿瘤药急性及亚急性毒性反应分级标准^[5],观察患者骨髓抑制及肝损程度。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件包建立数据库,计数资料采用例数、百分比进行描述;计量资料采用均数、标准差、中位数进行描述,应用 *t* 检验、秩和检验进行组间比较。

4 治疗结果

4.1 2 组治疗前后 QOL 评分比较 见表 1。治疗后 2 组 QOL 评分均较治疗前明显升高($P < 0.01$),且治疗组 QOL 评分升高较对照组更显著($P < 0.01$)。

表 1 2 组治疗前后 QOL 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗组	30	50.76±1.22	57.37±0.72 ^{①②}
对照组	30	50.70±0.92	56.67±0.71 ^①

与本组治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,

② $P < 0.01$

4.2 2 组治疗后骨髓抑制情况比较 见表 2。治疗后治疗组骨髓抑制程度明显轻于对照组,经秩和检验,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗后骨髓抑制情况比较 例

组别	<i>n</i>	0 度	1 度	2 度	3 度	4 度
治疗组	30	23	5	1	1	0
对照组	30	12	8	5	3	2

4.3 2 组治疗后肝损程度比较 见表 3。治疗后治疗组肝损程度明显轻于对照组,经秩和检验,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 3 2 组治疗后肝损程度比较 例

组别	<i>n</i>	0 度	1 度	2 度	3 度	4 度
治疗组	30	26	3	1	0	0
对照组	30	20	6	2	1	1

5 讨论

结肠癌是常见的消化道恶性肿瘤,属于中医学积聚、锁肛痔等范围,严重危害人们的健康。目前结肠癌的中医证候尚未有统一标准,临床上随意性较大,大多为自拟标准。司富春等^[6]利用中国期刊数据库统计了 1979~2010 年收录的关于中医诊治的文献,结果发现脾虚湿困证型的出现频次达到 10.08%。脾是中医学脏象学说的核心,脾胃受损,脾失健运,水谷精微不能输布,导致湿浊内生,酿湿生热,湿热淤毒,壅滞肠道,积聚成块,导致肿瘤的形成。陈锐深^[7]认为大肠癌治疗中健脾为首重。中医学认为,结肠癌的产生多由于正气虚弱,邪毒入侵等原因,使得脏腑功能失调,产生血瘀、痰凝等病理产物积聚大肠而形成的。患者机体受癌毒侵袭,正气已伤,加之手术大伤元气,而化学药物本身又属邪毒,诸多因素导致患者气血损伤,脏腑功能失调,特别是脾胃功能的失调,临床上常以健脾渗湿,益气抑瘤为主,标本兼治。

健脾渗湿抑瘤法所治之证,乃由脾胃虚弱,运化失司,湿浊内停,壅滞肠道,聚而成块。方中以党参补益脾胃之气,茯苓健脾补中、利水渗湿,白术补气健脾祛湿,共为君药。白扁豆健脾利湿,陈皮理气健脾燥湿,山药补脾益阴,莲子健脾涩肠、薏苡仁健脾祛湿,砂仁化湿行气温中,共为臣药。佐以白花蛇舌草和半枝莲清热抑瘤,甘草调和诸药。诸药合用,共奏益气健脾、渗湿抑瘤之功。

近年来,铂类药物和氟尿嘧啶联合化疗治疗结肠癌已经成为主流。然而,化疗的毒副作用常常使得患者难以耐受,而被迫终止化疗,丧失治疗机会,影响生活质量。本项目通过观察健脾渗湿抑瘤法联合 XELOX 化疗治疗结肠癌根治术后患者的疗效中发现,治疗组和对照组均能够改善患者症状,使患者体力状况好转。治疗组相对于对照组能明显提高患者生活质量,不良反应较少,患者的耐受能力更强,取得更好的疗效。化疗的同时加用健脾渗湿抑瘤法是一种有效的干预方案,但其远期疗效尚待进一步随访观察。

[参考文献]

- [1] 陈琼,刘志才,程兰平,等. 2003~2007 年中国结直肠癌发病与死亡分析[J]. 中国肿瘤, 2012, 21(3): 179-182.
- [2] 崔恒官,曹秀峰. 手术为主的大肠癌综合治疗[J]. 世界华人消化杂志, 2008, 16(16): 1774-1780.
- [3] 孙永臣,钱晓萍,刘宝瑞,等. 小剂量奥沙利铂抗肿瘤血管生成作用的体内实验研究[J]. 实用临床医药杂志, 2009, 13(2): 33-36.
- [4] Duran AO, Karaca H, Besiroglu M, et al. XELOX plus bevacizumab vs. FOLFIRI plus bevacizumab treatment for first-line chemotherapy in metastatic colon cancer: a retrospective study of the Anatolian Society of Medical

- Oncology[J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2014, 15(23): 10375-10379.
- [5] 抗癌药急性及亚急性毒性反应分度标准(WHO 标准)[J]. 癌症, 1992(3): 254.
- [6] 司富春, 岳静宇. 近 30 年大肠癌中医证型和用药规律分

- 析[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(7): 1929-1931.
- [7] 曹洋, 刘展华, 陈志坚. 陈锐深教授治疗大肠癌的经验[J]. 中医药学刊, 2005, 23(10): 1750-1751.
- (责任编辑: 冯天保)

参芪扶正注射液联合化疗治疗胃癌临床观察

董珍

绍兴市中医院, 浙江 绍兴 312000

[摘要] 目的: 观察参芪扶正注射液联合化疗治疗胃癌的临床疗效。方法: 将 86 例胃癌患者随机分为对照组和观察组, 对照组给予单纯化疗治疗, 观察组给予参芪扶正注射液联合化疗治疗。观察 42 天。观察 2 组临床疗效、T 细胞亚群的变化情况和不良反应的发生情况。结果: 总有效率观察组 95.3%, 对照组 76.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺观察组与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。恶心呕吐、乏力失眠、白细胞减少 度以上、血小板减少 度以上观察组与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 参芪扶正注射液联合化疗治疗胃癌的临床效果显著, 可显著提高 T 细胞亚群的活性, 缓解和稳定胃癌病灶。

[关键词] 胃癌; 参芪扶正注射液; 化疗; 临床效果

[中图分类号] R735.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0185-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.083

胃癌是我国最常见的恶性肿瘤之一, 在我国其发病率居各类肿瘤的首位, 每年约有 17 万人死于胃癌。由于胃癌起病隐匿, 大多数患者确诊时已为胃癌晚期, 需通过全身化疗进行综合治疗, 化疗虽然可以抑制肿瘤细胞的增殖作用, 但对机体的正常细胞也会造成影响, 且化疗副作用大, 患者往往不能耐受^[1]。笔者采用参芪扶正注射液联合化疗治疗胃癌, 以减少毒副作用, 增强化疗效果, 收到较好的疗效, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2011 年 1 月—2014 年 1 月本院胃癌患者, 共 86 例。随机分为 2 组各 43 例。对照组男 23 例, 女 20 例; 年龄 45~79 岁, 平均(32.6±3.1)岁; 病程 2~12 年, 平均(5.2±2.1)年; 高分化癌 6 例, 中分化癌 19 例, 低分化癌 18 例。观察组男 24 例, 女 19 例; 年龄 43~76 岁, 平均(31.4±5.2)岁; 病程 2~9 年, 平均(4.8±2.2)年; 高分化癌 5 例, 中分化癌 15 例, 低分化癌 23 例。2 组患者年龄、性别、病程经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有

可比性。

1.2 病例选择 均符合胃癌的相关诊断标准^[2], 并经细胞学、临床病理学确诊为胃癌; 患者均无化疗禁忌症, 其 KPS 评分超过 70 分, 预计生存期大于 6 月。排除心肝肾严重疾病者, 病灶发生转移者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予单纯化疗治疗。化疗方案以 FM C 为主: 环磷酰胺 1.5 mg, 丝裂霉素 4 mg, 5-氟尿嘧啶 500 mg, 行静脉滴注, 每周 2 次, 治疗 10 次为 1 疗程。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予参芪扶正注射液 250 mL 行静脉滴注治疗, 每天 1 次, 治疗 21 天为 1 周期, 2 周期为 1 疗程。

2 组患者在治疗期间均给予止吐药、胃黏膜保护剂等药物治疗, 根据患者的情况给予对症处理措施。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2 组临床疗效, 2 组治疗前后 T 细胞亚群

[收稿日期] 2015-07-05

[作者简介] 董珍 (1980-), 女, 主治医师, 研究方向: 肿瘤。