

- 查研究[J]. 山东中医杂志, 2006, 25(1): 18.
- [7] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M]. 山西: 山西科学技术出版社, 2002: 1.
- [8] 于淼, 王晓先. 山茱萸的药理作用研究进展[J]. 东南国防医药, 2010, 12(3): 240.
- (责任编辑: 骆欢欢)

九味消瘤散辅助治疗恶性肿瘤疗效观察

邹旭晓, 沈丹

浙江省嘉善县第一人民医院, 浙江 嘉善 314100

[摘要] 目的: 观察九味消瘤散辅助治疗恶性肿瘤临床疗效。方法: 将 186 例恶性肿瘤者按照随机数字表法分为 2 组各 93 例, 对照组在基础治疗上给予消癌平片治疗; 观察组在对照组基础上给予九味消瘤散治疗。2 组治疗前后中医证候积分变化、中医疗效、肿瘤进展情况、生活质量及不良反应。结果: 中医证候积分总有效率观察组为 86.0%, 对照组为 61.3%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组中医证候积分较治疗前均改善 ($P < 0.05$), 且观察组改善较对照组明显 ($P < 0.05$)。肿瘤控制有效率观察组为 82.8%, 对照组为 79.6%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。生活质量有效率观察组为 93.5%, 对照组为 72.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 九味消瘤散辅助治疗恶性肿瘤疗效肯定、安全。

[关键词] 恶性肿瘤; 九味消瘤散; 中西医结合疗法

[中图分类号] R73 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0229-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.109

恶性肿瘤是一种全身性难治性疾病, 随着临床医学及药物不断研究, 使得该疾病治疗效果得到极大提高。但单纯西药治疗不良反应较多, 患者难以耐受, 甚至中断或放弃治疗。中医药治疗具有毒副作用少及疗效显著的优点。笔者采用九味消瘤散辅助治疗恶性肿瘤, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2012 年 5 月—2014 年 11 月本院治疗的 186 例恶性肿瘤患者按随机数字表法分为 2 组各 93 例, 男 100 例, 女 86 例; 年龄 49~75 岁, 平均 (60.5 ± 1.5) 岁; 病程 0.2~1.0 年, 平均 (0.7 ± 0.1) 年; 疾病类型: 食道癌 20 例, 肺癌 80 例, 肠癌 40 例, 子宫癌 20 例, 乳腺癌 11 例, 其他类型肿瘤 15 例。2 组一般资料经统计学处理, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 经细胞学检查或组织病理切片检查确诊; 符合《中医内科学》^[1] 中气虚血瘀证辨证标准。主症: 面色淡白、腰酸、头晕眼花、疼痛、咳嗽、气短声怯、口唇紫暗、脉细等。次症: 失眠、懒言、食欲不振等。

1.3 排除标准 心、肝、肾等器质性疾病, 过敏体质、精神

疾病、手术切除或放疗者, 放、化疗治疗 < 2 月者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予基础治疗, 水溶性维生素 (国药准字 H20055735, 北京利祥制药有限公司), 复方氨基酸注射液 (国药准字 H20070381, B. Braun Melsungen AG); 同时给予消癌平片 (国药准字 Z22022495, 通化神源药业有限公司, 每片 0.63g) 治疗, 每次 4 片, 每天 2 次。

2.2 治疗组 在对照组基础上给予九味消瘤散治疗, 处方: 蚤休、红参、冬凌草、白花蛇舌草各 20g, 山慈姑 15g, 半枝莲 40g, 炙穿山甲、龙葵各 10g。每天 1 剂, 水煎, 取汁 200 mL, 分早晚 2 次口服。

2 组以 15 天为 1 疗程, 治疗 2 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 比较 2 组治疗前后中医证候积分变化、中医疗效、肿瘤进展情况、生活质量及不良反应。中医证候积分: 0 分: 正常; 异常记 1 分, 每周记录 1 次。疗效指数 = [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] × 100%。采用腹部 B 超或 CT 检测来评价其肿瘤变化情况。采用 KS 评分评价其生活质

[收稿日期] 2015-01-11

[作者简介] 邹旭晓 (1970-), 女, 主治中医师, 研究方向: 中西医结合治疗肿瘤。

量,分提高、稳定、降低。以提高、稳定计算有效。

3.2 统计学方法 数据采用 SPSS20.0 统计学软件分析,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中有关标准评价其临床疗效。中医证候疗效:显效:疗效指数 $>70.0\%$;有效:疗效指数 $30.0\% \sim 70.0\%$;无效:疗效指数 $<30\%$ 。肿瘤控制情况评价分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、稳定(SD)、进展(PD),有效以 CR、PR、SD 计算。

4.2 2组中医证候疗效比较 见表1。总有效率观察组为 86.0% ,对照组为 61.3% ,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组中医证候疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	93	35(37.6)	22(23.7)	36(38.7)	61.3
观察组	93	52(55.9)	28(30.1)	13(14.0)	86.0 ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组中医证候积分变化比较 见表2。治疗后,2组中医证候积分较治疗前均改善($P < 0.05$),且观察组改善较对照组明显($P < 0.05$)。

表2 2组中医证候积分变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	中医证候积分
对照组	93	治疗前	21.03 \pm 10.87
		治疗后	12.63 \pm 5.75 ^①
观察组	93	治疗前	20.89 \pm 10.91
		治疗后	4.63 \pm 2.76 ^②

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

4.4 2组肿瘤控制情况比较 观察组:CR 0例、PR 12例、SD 65例、PD 16例;对照组:CR 0例、PR 10例、SD 64例、PD 19例。肿瘤控制有效率观察组为 82.8% ,对照组为 79.6% ,2组比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.78, P > 0.05$)。

4.5 2组生活质量情况比较 观察组:提高 58例、稳定 29例、降低 6例;对照组:提高 42例、稳定 25例、降低 26例;生活质量有效率观察组为 93.5% ,对照组为 72.0% ,2组比较,差异有统计学意义($\chi^2=8.82, P < 0.05$)。

4.6 安全性 2组均未发生明显不良反应。

5 讨论

中医学认为肿瘤是在正气虚弱的基础上,由多种致病因素相互作用,致使脏腑气血阴阳失调,痰、湿、气、瘀、毒等相互搏结,日久渐积而成。病程发展至中晚期,正气渐虚,邪气

更实,痰瘀相凝,结为肿块。人体生命活动均赖于气的运行,上焦受病肺气虚,中焦受病胃气虚,下焦受病元气虚,而诸气之虚皆因于脾胃之气虚损。气虚不能推动血液运行则成瘀;气虚失一于温煦,则生寒湿,寒、湿、瘀互结,则生积聚。对肿瘤的治疗,临床多采用手术、放疗、化疗等方法,易耗气伤血伤阴,临床表现多为气虚、阴虚,尤以气虚多见。气虚血瘀证普遍存在于肿瘤患者中,尤其在晚期患者,化疗后患者以及肺癌患者中出现机会更多,癌症气虚血瘀证的主要病理基础是免疫功能低下以及血液高凝倾向^[3-4]。

中医学认为临床主要以扶助肿瘤患者体质来提高其生存质量,以减少不良反应发生,提高其生存期^[5]。经现代药理学研究发现,九味消瘤散中人参可增强其免疫功能;黄芪多糖还可抑制肿瘤生长,改善患者因肿瘤所致免疫低下情况,从而杀伤肿瘤细胞。白花蛇舌草与半枝莲具有抑癌效果;山慈姑对乳腺癌等具有较好抑制效果^[6]。全方共奏扶正破瘀解毒功效。经研究发现,2组患者中医证候积分较治疗前均明显变化,且观察组下降较对照组显著($P < 0.05$);由此而说明采用九味消瘤散辅助治疗,其可促进患者各项症状改善。观察组治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$);说明九味消瘤散辅助虽可提高临床疗效,但在肿瘤控制方面,消癌平与其效果相当。观察组生活质量改善情况优于对照组($P < 0.05$);进一步说明九味消瘤散经提高患者临床疗效后,可减少不良反应的发生,最终减轻患者痛苦,提高其生活质量。

总之,采用九味消瘤散辅助治疗虽不能彻底改善患者的临床症状而使其痊愈,但可最大限度提高临床疗效,以提高患者的生活质量,且较为安全,值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 446.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 216.
- [3] 雷载权. 中药学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1998: 83-85.
- [4] 陈夫. 辨证用药配合九味消瘤散治疗恶性肿瘤 60 例临床研究[J]. 国医论坛, 2013, 28(3): 27-28.
- [5] 蒋莉娅, 唐志放, 房文峰. 消瘤散辅助治疗原发性颅内肿瘤临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(3): 296-297.
- [6] 刘森. 影响妇科恶性肿瘤患者生活质量的 因素分析[J]. 现代预防医学, 2011, 38(21): 4381-4382, 4384.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)