

基于临床病理特征，开展肿瘤 “一病一主证”研究的思考

周阿高

(上海交通大学医学院附属第九人民医院, 上海 上海, 200011)

中图分类号: R212 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0302-02

长期以来,全国中医肿瘤学会一直想对各种肿瘤的临床证型进行研究,以便能够统一各种肿瘤的临床证型。对各种肿瘤的临床证型进行归并、统一,有利于开展多中心、大样本的循证医学研究。无奈各地的认识不一致,很难统一。那么,问题的症结何在?

辨证论治是中医学的基本特点和精华,几千年来一直指导着中医的临床实践。但各家在临床中体会不同,认识不同,公、婆说法不一,较难达到高度统一。

半个世纪来,西医辨病和中医辨证相结合,已成为中医、中西医结合肿瘤界“病证结合”的辨证论治模式。我们应该在此基础上,建立中西医临床“病证结合”新模式,以推动全国中医、中西医结合肿瘤界临床证型的研究,为建立全国统一的各种肿瘤临床证型而努力。各种疾病自有其临床病理特征,肿瘤病也不例外。基于各种肿瘤的临床病理特征,开展中西医结合的“一病一主证”研究,能有利于达到肿瘤病的中医证型的统一,也能促进中西医两种医学在诊断领域的有机结合。

一种疾病,或疾病的某一阶段,总有一个基本的病理特征,应该而且可以提出一个基本证型。至于每

个病人临床表现的差异性可作为兼证处理,即矛盾的主要方面和次要方面,主要的特征即为疾病的主证。一种疾病,或一种疾病的某一阶段,就可以凝练出一个主证,在深层次上推动和促进中医、中西医结合肿瘤界的证型研究,在临床病理特征的基础上,统一大家的认识。

该思考希望能达到抛砖引玉的作用,引起大家的思考,以期达到在全国范围内建立肿瘤的统一证型的目的。

附举例:

癌前疾病(慢性萎缩性胃炎):

一般分为六个证型:脾胃虚弱、脾胃虚寒、肝胃不和、脾胃湿热、胃阴不足、气滞血瘀。

慢性胃炎的发病多与幽门螺旋杆菌感染等有关。

主要病理学特征是炎症、萎缩和肠化生。

慢性胃炎以炎症为主的,其基本病理特征应为脾胃湿热型;以萎缩和肠化生为主的,应为气虚阴亏、夹血瘀型。

相关文献:

女性鼻腔鼻窦畸胎瘤肉瘤一例

患者女,71岁,因右侧渐进性鼻塞,伴少量脓涕及血性分泌物20余天,于2009年8月24日入院。患者查体未见明显异常。专科检查见双侧下鼻甲不大,鼻中隔居中,右侧鼻腔可见灰白色息肉样新生物,表面有少量血迹,略不平,左侧鼻腔未见明显异常,鼻窦区无压痛。CT显示右侧鼻腔及筛窦密度增高影,无骨质破坏。

浅谈民族民间舞蹈与养生

裴蓓¹ 杨建宇^{2,3*} 李彦知^{2,3} 张文娟^{2,3} 郑黎^{2,3}

(1.北京中医药大学针推学院,北京,100029; 2.中国中医药现代远程教育杂志社,北京,100021;
3.北京知医堂中医专科门诊,北京,100031)

中图分类号: R212 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0303-02

【摘要】介绍舞蹈及养生的起源与发展。从历史文献和现代研究角度阐述民族民间舞蹈与养生、健康之间的密切联系。揭示民族民间舞蹈健康养生的功能及作用。结尾提示舞蹈养生的注意事项。

【关键词】民族民间舞蹈; 中医养生学; 艺术养生

中国文化有五千年的历史,民族民间舞蹈和中医理论均是这灿烂文化保留下来的民族瑰宝。而民族民间舞蹈是各民族人民以他们自己的聪明才智,共同创造的灿烂文化奇葩,以其浓郁的民族特色深入人心。随着时代的发展,生活节奏的加快,人们对健康意识的逐渐提高,中医养生学凭借其完善的知识理论体系,为中国人民的身体健康和生活质量的提高贡献了巨大的力量。二者之间有着密不可分的联系。

1 民族民间舞蹈及养生起源与发展

1.1 养生溯源 《易经》最早提出了“养”和“生”的概念,即:“养生者,调生养息也”。《内经》所认为其良好的生活方式“法于阴阳,和于术数,饮食有节,起居有常,不妄作劳”是人类尽天年的必要条件^[1]。儒家认为中和是宇宙万物赖以生成之根据,也是治国与养生的根本原则。“中和”即是指一种居中不偏,兼容两端的态度。能以中和态度规范自己的人,不会喜怒无常,从而创造出一种人与人、人与物相互统一的和谐气氛^[1]。华佗:“人体欲得劳动,但不当使极耳,动摇则谷气消,血脉流通,病不得生,譬如户枢,终不朽耳”。他模仿禽兽运动的特点,创造出五禽戏以锻炼身体。以仿生运动增强机体的灵敏与柔韧,使机体得到锻炼,进而强健体魄,所谓“流水不腐,户枢不蠹”就是这个道理^[1]。

祖先提出的有关养生的各种方法,为后代积累了很多养生经验。使中医养生文化是我国古老而博大精深的中医药文化的一个重要分支^[1]。“未病先防,已病防变”的科学思想是中医的健康观^[1]。其目的都是建立一个健康的医学社会养生系统,不断提高人类的健康水平^[1]。现代的科学养生的理论和方法,为提高人类的健康水平和人类生命的长度和质量,做出了有益的贡献^[1]。

1.2 民族民间舞蹈溯源与发展 舞蹈是八大艺术之一,是于三度空间中以身体为语言作“心智交流”现象之人体的运动表达艺术,一般有音乐伴奏,以有节奏的动作为主要表现手段的艺术形式。它一般借助音乐,也借助其他的道具。舞蹈本身有多元的社会意义及作用,包括运动、社交、求偶、祭祀、礼仪等。民间舞不乏朴实无华、形式多样、内容丰富、形象生动等特点,历来都是各国古典舞、宫廷舞和专业舞蹈创作不可或缺的素材来源。

据艺术史学家的考证,人类最早产生的艺术就是舞蹈。在远古人类尚未产生语言以前,人们就用动作、姿态的表情来传达各种信息和进行情感、思想的交流。有的学者认为,人由模仿的本能,舞蹈是人用有节奏的动作对各种野兽动作和习性的模仿。随着社会的发展,舞蹈的形式也变得多种多样,舞蹈可分为生活舞蹈和艺术舞蹈两大类。

就中国的民族民间舞蹈健身来看,木兰拳、梅花剑等武术也具有舞蹈的质素,而大秧歌、扇子舞、打腰鼓、圈舞、霸王鞭等健身舞也含有体育锻炼的成分^[1],舞蹈已由剧院舞台解放出来,走向天然舞场:公园、绿地、街头、广场,已成为大众文化潮流和养生文化热点,因此最早兴起于上古时代的健身舞风,经过千万斯年发展到了今天,已经蔚为引人注目的舞蹈养生景观^[1]。

2 民族民间舞蹈与养生的联系

《荀子·乐论》:“曷以知舞之意?……治俯仰诘(屈)信(伸),进退迟速,莫不廉制,尽筋骨之力以要钟鼓俯会之节,而靡有悖逆者。”^[1]尔后,《乐记》、《乐律全书》等也均有类似说法,直至鲁迅在《破恶声论》中还说:“舞人屈申以舒体”。这从某种意义上说都是“劳筋骨”。这种“俯仰屈伸”的健身功能是显而易见的。中国具有古老传统的健身方法—导引术,也以“俯仰屈伸”为主要特点。抱朴子《祛惑》就说过:“或伸屈,或俯仰……皆导引也。”可见舞蹈和导引有着异曲同工之妙。在《吕氏春秋·仲夏纪·五曰》中有记载:昔阴康氏之始,阴多,滞伏而湛积,阴道壅塞,不行其序,民气郁瘀而滞著,筋骨瑟缩不达,故作为舞以宣导之。可见创造舞蹈的目的非常明确,就是为了解决人们的情绪抑郁和筋骨不适。

而且舞蹈的很多动作富于超常性。舞蹈动作打破了人们在是日常的筋骨关节活动习惯,是一种“反常态健身运动”,如爬行、倒立、倒退走、赤脚步行等,这些与常态相悖的动作可以收到特殊的健身效果。

3 民族民间舞蹈的养生功能

民族民间舞蹈有其自身的运动特征和审美特征,不同民族的舞蹈和不同风格的舞蹈,都会给身心健康带来巨大的养生效果^[1]。例如:维吾尔族舞蹈:维族舞蹈是在欢快跳跃的音符中载歌载舞的一种很有民族特

色的民族舞蹈,维族舞的“一步一点”、“三步一抬”、“跔步组合”等,对足底的穴位都起到了不同程度的刺激作用,对脚腕、小腿、膝盖等部位的锻炼和运动也有其独特的作用。藏族舞蹈侧重的是双臂、双肩和双腿和腰部的养生运动。“长靠”……“踢步”、“踏步”、“三步一撩”等等对于腰部、髋关节、膝关节、脚踝骨关节、肘关节、腕关节等,都有很好的通经活络作用。蒙古族舞蹈:“提腕”、“压腕”对于腕部关节的活动是很好的锻炼,而“抖肩”、“晃肩”等对于肩部的运动和背部肌肉的活动也十分有益,至于“跑马步”,更是一项全身运动,它需要全身关节、肌肉的配合,大脑支配全身在强有力的节奏感中完成动作,全身有氧运动随着舞蹈的不断展开而深入和完成。

4 舞蹈对人体生理和心理的作用

4.1 增强心肺功能,促进新陈代谢 舞蹈可以促进心肌收缩,增加心脏排血量,血流速度增加,能起到预防冠心病的作用。张春美^[1]指出心脏具有一定的储备能力,平时心输出量大约只有最大输出量的1/4。有氧运动可增大这种力量,即增大心肌力量,进而增加心输出量,提高人体的活动能力。长期坚持有氧运动能使心率保持在较低水平。有代谢性疾病的患者也可以通过跳舞得到防治,对超重者起到减肥作用。

4.2 锻炼骨骼肌肉,增加身体柔韧性 舞蹈在音乐的伴奏下,通过人体各关节有节奏的变化而塑造出不同难度的形体动作和造型,表现不同的情感和技艺,达到自娱自乐和增强体质的一项体育运动。舞蹈对肌肉的刺激则是全面性、综合性的,它的动作兼顾到头、颈、胸、腿、髋等部位。练习者还可以根据自身的身体状况和运动基础,选择不同节奏的音乐来调整运动的强度^[2]。

4.3 调整人体节律,安定神智 音乐的旋律与节奏可以影响大脑与生物电流,调整人体生物节律,使之恢复平衡,利于人体健康。人们在高兴的时候往外动作舒展、开放;悲伤的时候动作缓慢、收缩。所谓情动于衷而形于外,舞蹈疗法正是运用了这种人类所共有的情形关系机制。舞蹈治疗发挥作用的机制在于,所有的生命功能都有动作,也包括思想。心理内容也必然要以动作为载体而形之于外,就是说,一切心理活动都可以通过动作表情传达出来^[3]!

4.4 改善内分泌系统,提高免疫力 坚持长期的舞蹈艺术活动,人体机能会得到良好的改善。对于调节人体机能的垂体—肾上腺系统以及胰腺等消化腺系统,都会产生很好的养生作用。目前国内外学者一致认为,运动可以调节人的免疫系统。使人的免疫功能得到增强,提高免疫力,舞蹈既是运动能够养身,又是艺术陶冶能够养心。

舞蹈也十分适用于老年人,它可以给人们健康,使老年人的肌体功能得到锻炼,还能通过音乐和节奏解除社会的孤独感和寂寞感,增加生活乐趣,成为心

理健康的保护剂。长期锻炼可以作为一种健身方式^[4]。

5 注意事项

舞蹈养生需要因人而异,由于各人的体质不同,要根据自己的情况而定,需要注意两点:①保持心率在最高心率的70%以上,②舞蹈最好连续25分钟以上,③每周要进行3次以上,才有较好的效果。

以下人群不建议采用舞蹈养生,如:高血压、冠心病患者不宜跳舞,以免因情绪激动或过于劳累诱发心绞痛、心肌梗塞与中风等;流感、活动性肺结核、病毒性肝炎以及其他传染病患者不宜参加跳舞,以免因劳累而加重病情和影响舞伴与舞场其他人的健康与被传染;凡患有癫痫者也不宜参加跳舞,因舞台上灯光与音乐会刺激患者中枢神经而引发病症;胃下垂、脱肛、肾下垂、糖尿病患者也不宜参加跳舞;早期妊娠的妇女,尤其是有习惯性流产的妇女,以免因劳累或情绪波动导致腹痛,甚至流产^[5];经期与产期的妇女不宜舞蹈,以免因情绪激动与劳累,导致月经失调、妇科病发生等不良后果。

总之,舞蹈艺术的健身功能是值得肯定的和推广的,这种养生方法正在被广大群众接受。因此,舞蹈养生必将在现在得到很大的发展。

参考文献:

[1]刘碧山,陈俊祥,王建芳.《黄帝内经》对中医学养生学的贡献[J].中国中医药现代远程教育.2008,6(10):1298.
 [2]赵力.儒家养生观对中医养生理论的启示[J].中国中医药现代远程教育.2009,7(11):83-84.
 [3]先秦诸子在养生学方面的卓越见识[J].中国中医药现代远程教育.2003,1(3):44-45.
 [4]孔凡涵.刍议中医“治未病”浅谈中医养生保健[J].中国中医药现代远程教育.2009,7(2):82-84.
 [5]沈小满,林汉钦.介绍几种与中医养生有关的中药[J].中国中医药现代远程教育.2011,9(6):91-92.
 [6]尹德辉,郭敬礼.开拓创新构建中医养生学科理论体系——《中医养生学概论》述评[J].中国中医药现代远程教育.2011,9(5):16-18.
 [7]石君杰,徐发莹.浅谈中医养生康复学的概念及其特点[J].中国中医药现代远程教育.2010,8(16):64-65.
 [8]石海,刘嘉柱,曾健.社区健康教育效果评估与工作反思[J].中国中医药现代远程教育.2010,8(18):105-106.
 [9]金学智,陈本源.舞蹈养生功能简论[J].艺术百家.1999,1:101-107.
 [10]温长路.对孙真人《养生铭》的现代诠释(三)[J].中国中医药现代远程教育.2006,4(6):40-42.
 [11]赵杰.艺术养生的最佳选择——试论民族民间舞蹈的养生功能[J].中国中医药现代远程教育.2011,9(6):3-5.
 [12]张春美.有氧运动对中老年人体形态和机能的影响[J].辽宁体育科技.2005,27(4):21-22.
 [13]朱晓峰.族舞及汉族秧歌舞对中青年女性的身心保健作用[J].中国民康医学.2007,19(10):900.
 [14]李璞民.心理学与艺术[M].北京:首都师范大学出版社,1996:383.
 [15]孔凡涵.新世纪中医养生保健[J].中国中医药现代远程教育.2006,4(4):49-50.
 [16]倪卫东,高丽华.健康教育对原发性高血压患者的影响[J].中国中医药现代远程教育.2010,8(1):124.

中医药治疗肿瘤的前景展望

李 戈

中图分类号: R730.5 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0305-02

【摘要】在肿瘤防治领域,以中医学“未病先防,既病防变”理论为导向,针对肿瘤发病原因,到防治现状结合临床经验体会。笔者阐述了中医学理论在治疗癌症的前景与展望。

【关键词】中医学;“未病先防,既病防变”;治癌新路;前景展望

肿瘤,现代医学的名称,也习惯称癌症。中医范畴内的积聚、癥瘕也属此类。称呼不同,其防治方法也不同,康复结果也不同。

随着社会的进步,工农业现代化的飞速发展以及其他方面的发展同时,也导致了人类赖以生存的大环境(自然界),小环境(体内脏器)不同程度的在饱受着工矿企业排出的废气、废水、废料及各种工业垃圾的熏染。在农业方面日益增量使用的化肥,农药,除草剂等残留无不时刻危害着人体的脏器和机体功能。加之现代人不正确不规范的饮食习惯,以致使现代各种癌症呈高发趋势,据世界卫生组织(WHO)统计,现,年发病人数逾千万,我国占诸国之最,年增发病患者200多万,况处于飙升状态。

怎样解决目前之现状,控制降低发病率,笔者根据自己临床治疗病例的总结,以及近年所进行的社区调查结果综合分析有体会如下。

目前,现代临床医学对肿瘤的病因,众说不一,诸如“病毒说”,“遗传说”,“基因说”,“慢病演变说”,“精神因素”、“饮食因素”、“环境因素”、“理化因素”等,搞得现代人在日常生活中无所适从,举足无措,诚惶诚恐,谈癌色变。其实,运用中医学辩证施治的理论就能去繁就简。按中医学理论认为由于人体正气不足,外邪内侵加之情志不畅,致使机体失衡,脏腑失和,气血失调,经络阻滞,而引发内邪,无论是内邪,外邪,客于人体经久不去,积而成之则为肿瘤,因此“正气存内,邪不可干”,这一中医经典理论,不失为中医防癌抗癌的前瞻性金言。可以说已早把抗癌防癌的要害给言简意赅的点化出来了。

现代对癌症的传统疗法基本是都是所谓“三板斧”疗法,这种疗法存在着诸多误区,和不足。如手术切

除,放射治疗,化学药品治疗。三板斧耍完,便没了招数,社会上流行一种说法,就是有癌症有三种死法,一种是吓死的,就是被诊断出癌症以后有惧怕感,心里崩溃导致免疫力下降,癌细胞迅速扩散致死。一种是所谓治死的,也就是在治疗当中,手术伤了正气,体能没得恢复又被放疗,化疗伤害了相邻脏器的正常生理功能,导致机体功能紊乱。免疫力低下。癌细胞乘虚迅猛蔓延。致使患者正常机能被癌肿所困而亡。第三种才是真正因癌症没治而死的。其中第二种“三板斧”疗法虽然不失为治疗癌症的积极措施,但这种疗法敌我不分,乱砍齐杀的做法有祛邪伤正之弊端,尤其是身体衰弱的晚期患者,有时不但不能延长病人的生命,反而起到了加速病人死亡的速度,临床上的实例比比皆是。此类病患如若用中医的扶正祛邪法则能有效避免了这种现象的发生,提高康复生存指数。

笔者在临床诊疗上也正是在这种理论的引导下对一些癌症病例取得了突破性进展。如黄某,40岁,河南南阳人,于2008年3月,在当地某权威医院确诊为小细胞肺癌,医院采取“三板斧”疗法(即手术,放射疗法,化学疗法)每况愈下,遂托人转至北京某权威医院,治疗月余,告病危,院方称无药可治,遣返回乡,静待时日,亲属无望,本着能让吃药死,不让断药亡的概念,经朋友介绍到我处用中医药调治,先扶正抗虚祛邪,继活血化瘀,利水解毒,月余后,恶化病情得到控制,三个月后病情好转,后继续调治十个月。到原就诊权威医院查体鉴定,癌细胞消失,原主治专家愕然,现患者已康复如故。

又患者,郭女士,48岁,河南邓州人,文艺工作者,患子宫颈癌,在新乡某三甲医院采取介入疗法,效果不佳,患者心情颓废拒绝治疗,后经朋友劝解,

介绍到我处用中医药调治,用扶正抗虚祛邪,活血化痰解毒方法,三个月后症状好转,继续九个月后经原就诊医院查体鉴定癌细胞全无,现已回归单位上班,参加演出。

患者王女士,36岁,湖北襄樊人,患乳腺癌,在当地医院用三斧头疗法,双乳切完,又产生淋巴转移,骨瘦如柴,疼不欲生,几欲自杀未遂,经友人劝说后介绍到我处用中医药方法调治,扶正抗虚,补血活血,化痰解毒,软坚散结,加心理调理,月余病情控制,继续治疗六个月后,病情稳定,坚持治疗九个月查体癌细胞消失。

经过临床实例验证,中医理论扶正祛邪法确对一些癌症患者有独到的疗效。癌症患者致病是一个漫长而复杂的过程,在这个漫长的过程中病魔悄无声息侵蚀着身体的正气,一旦出现症状,查体发现时大部分患者已到中晚期,所以采用中医扶正祛邪疗法往往要比单纯的手术、放疗、化疗的祛邪伤正法相比较,往往会收到意想不到的较好疗效。

随着近年来对肿瘤这一顽症发病机理的探讨与剖析,总结出恶性肿瘤虽然凶恶,但是他的发展规律是

有一定特点的,早期慢,晚期快,最后形成暴崩状态。世界卫生组织{WHO}癌症顾问委员会曾在1981年就指出:“如能采取正确的措施,利用足够的资源并持续开展有目的性的研究工作,在现有癌症的三分之一是可以预防的。”致癌原因虽然复杂,但防癌抗癌措施如若运用中医药方法却简便易行,如祖国医学理论中的“精神内收”、“和于术数”、“谨知五味”、“节欲葆精”、“避其毒气”等治病防病的养生之道,均不失为预防癌症的重要措施。再之,有不少肿瘤均有癌前期病变。如乙肝、肝硬化与肝癌,萎缩性胃炎与胃癌,食道上皮重度增生与食道癌,宫颈炎与宫颈癌,白斑与皮肤癌等。如在癌前期病变进行有效的中医药治疗,均能防止其癌变,这更是彰显了中医学理论“既病防变”的精辟之处。

祖国中医药理论使我国人民长期与疾病进行斗争的有力武器,也是防治癌症的新路。她充满着战胜病魔的希望之光。我们广大中医药工作者一定要立足本位,以中医药经典理论为基础,认真总结临床经验,加强与各学科的贯融旁通,掘理出中医药治疗癌症的特色特效方法,造福人类。

相关文献:

纵隔平滑肌肉瘤1例

<篇首> 病人 女,48岁.无明显诱因出现呼吸困难、前胸痛1月余.胸部增强 CT 示右纵隔心脏旁软组织肿物,大小约10 cm×8 cm,右侧胸腔少量积液(图1).胸腔积液细胞学检查未找到恶性细胞.CT 引导下穿刺活检诊断为间叶组织肿瘤.腹部超声及全身骨 ECT 未发现转移性病变.

作者

韩敬泉(哈尔滨医科大学附属第四医院胸外科,150001) ; 崔键(哈尔滨医科大学附属第四医院胸外科,150001) ; 张凯(哈尔滨医科大学附属第四医院胸外科,150001) ; 刘成(哈尔滨医科大学附属第四医院胸外科,150001) ; 赵桂彬(哈尔滨医科大学附属第四医院胸外科,150001) ; 辛衍忠(哈尔滨医科大学附属第四医院胸外科,150001) ;

刊名

中华胸心血管外科杂志 2011 年27卷04期

肿瘤根治唯有中医

谢卓邦

(广东广州海珠区谢卓邦中医药馆, 广东 广州, 610031)

中图分类号: R273.05 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0307-03

肿瘤于然是当今医学上一大难题,世界头号科技。经济大国总统尼克松十年的总统生涯,立下的诺言都力不从心。当今中国对肿瘤的治疗有西医、中医和中西结合。具体疗法:手术切除、物理和药物疗法,为患者减轻疾苦,改善生活质量、延长生命、甚至有时报刊上亦见有根本逃脱癌魔的幸运儿报道。笔者是位民间中医,许多有关医疗报刊都订阅。2011年8月23日,健康报第3版刊文“肿瘤外科治疗的四个问号”说:“当肿瘤被确诊时,有些肿瘤细胞已离开局部,潜存于其他部位,成为周身性疾病。”所以靠手术切除肿瘤病灶手段战胜不了肿瘤病魔。

笔者是位民间中医,从六十年代赤脚生涯开始,都是以纯中药为父老乡亲治疗各种疑难痼疾:从哮喘、风湿心、急慢性肝坏死,摸到癌老虎的屁股,笔者打虎策略如何呢?趁此机遇,披露如下,望同道大师斧正。

1 临床资料

24例。其中:肝癌10例、肺癌1例、胰头癌1例、腹膜癌1例、转移肝癌1例、胆管癌1例、胰头癌肝脾转移1例、子宫癌术后卵巢多发转移1例、乳腺癌术后转移多例、脑瘤2例、高AFP5例。

2 治疗方法

2.1 健脾护肝丸

药物组成:核桃仁、春砂仁、碱砂、枣肉等组成。

功能:健脾化湿、补血和滋肝补肾的功效。从现代医学观察:可提高血色素、血小板和白蛋白。使AFP、癌胚抗原(CEA)、糖类抗原125(OVIVO)转阴。

服法:每天三次,每次服10克,饭后用米汤送下。

2.2 双龙化癌丸1号

药物组成:天龙、地龙、炮甲、斑蝥、蟾酥、川足、全虫、水蛭。

功效:消散肝癌包块。

服法:每天服三次,每次10克,饭后用米汤送下

2.3 双龙化癌丸2号

药物组成:天龙、地龙、炮甲、土狗、地必虫、水蛭、重楼、田七、白芥子。

功效:消散肺癌、脑癌、肠癌、卵巢肿瘤和腹膜肿瘤等

服法:每天服三次,每次服10克,饭后用米汤送下。

2.4 柴胡疏肝化痰软坚汤

药物组成:柴胡25克、白芍30-100克,枳实20克、姜黄30克、郁金10克、三棱15克、莪术15克、白芥子15克、生牡蛎50克、半枝莲50克、蛇舌草30克、重楼30-70克白术100-150克、茯苓50-100克、附子、炮姜、桂枝扶阳必用,余药辩证诊治加减治疗。

用法:煎服,每天一剂,分3次服

2.5 解毒破结汤

药物组成:角刺120克、生半夏150克、了哥王100克、山慈菇50克、猫爪草、大茶根10克。青皮鸭蛋一个。

煎法:先把蛋击裂外壳,放煲底,刚滚时慢火(防壳裂蛋白流出)。煲干为度,只吃蛋,次日又用鸭蛋一个如此重煲一次(两天服一剂)

功效:消散肺、脑、淋巴、腹膜、卵巢疾病聚积包块。

3 肿瘤类别疗法

3.1.1 肝癌

案例一:刘义崇、男、41岁、电白县人,一九八九年九月一日,因消瘦、乏力、右肋疼痛,到电白县人民医院检B超,右肝前叶下段相当第一肝门正附近可见一个6.4-3.9CM实性光团,AFP267NG/M,诊断为肝癌,住院7天,病情呈进行性加重,无法控制,患者要求出院,于一九八九年九月十八日就诊。治法:健脾护肝丸2号和双龙化癌丸1号,每天服三次,每

次各服 10 克，汤剂用柴胡疏肝化痰软坚汤，按肝痛和舌苔厚加味，每天一剂，治疗 28 天，3 剂基本无痛，7 剂临床症状痊愈，按原方治疗 28 天，身体基本恢复病前，只服丸剂治一个月，于 1989 年 12 月 29 日，电白人民医院复查 B 超：原实性光团完全消失，现观察二十一年，安然无恙。

案例二，郑长湘、男、43 岁，广州市人，2005 年 5 月 23 日就诊，症见：腹胀如抱瓷，足肿，小便艰难，无法触诊肝包块。陪诊太太说：半年前中山医肿瘤医院已诊断为晚期肝癌，当时还没有腹水，在广州中医药大学第三附属医院用药治疗了半年，才呈现现状，不带病历，亦无影象和生化检查，只按中医肝癌腹水肿胀辩证诊治，亦不作重检。治法：健脾护肝丸 2 号和双龙化癌丸 1 号，每天服 3 次，每次各服 10 克，汤剂柴胡疏肝化痰软坚汤腹水肿胀类型加味，重用附子 50 克（先煎 2 小时）、干姜 20 克、桂枝 50 克。服药治病后，小便增多，临床症状明显好转，肿胀消减。治疗两个多月，返原治疗医院复查，原为其治疗的黄大夫说：“哎呀”包块比原来缩小三分之二，超声提示：右肝径 22.1 CM，明显增大，仍大量腹水。因病情复查明显好转，患者大大增强对治疗的信心。持续治疗 5 个月，于 2006 年 1 月 11 日，腹不胀，临床症状痊愈，复查 B 超：右肝径缩为 16 CM，肝不大、肝内结节回声稍高，肝功各项指数正常，多年肝掌完全消失，现停药观察三年，重操旧业，身体胜病前。

案例三：陈美丽、女、27 岁、茂港区人，随夫经商广州，自觉乏力、消瘦、渐至卧床不起，2004 年 4 月 5 日，到广州市白云区第一人民医院就诊，于肝后叶可见 15.5 X 15.0 CM 混合回声区，主诊医生见包块如此大，患者体质又弱，不作病理检查，主张返回家乡。回家后父母意见：到电白县人民医院查 MRL，诊断为原发性肝癌，包块 13.5 X 11.0 CM，并少量出血和少量腹水，右侧胸水，就诊医生观其结果见其症状，说回去算了，不幸消息传出，即有村民介绍找我治疗（我已出诊广州，是儿子去为其治疗），疗法：服健脾护肝丸 2 号和双龙化癌丸 1 号，每天服三次，每次各服 10 克米汤送下，汤剂服柴胡疏肝化痰软坚汤合防己汤和苓桂术甘汤加：麻黄 30 克，苏子 15 克，白芥子 15 克，服药治疗后，体质虚弱迅速改善，治疗一个星期可起床，自理生活，一个月可料理家务，查 B 超：包块缩 10.1 X 9.6 CM，成液化状，后只服丸剂治疗 4 个月，临床症状痊愈，肝功各项指数正常，B 超诊断：肝右叶囊肿（感染已控制）现观察五年多，

安然无恙。

3.1.2 转移性肝癌

案例：陈明儒、男、66 岁、电白五中教师，2006 年 12 月 20 日，在茂名市人民医院肿瘤科，作直肠癌肝转移手术切除（主刀张奕文主任），肠癌全切除，肝散布大小不等肿瘤，只切大包块，小包块术后化疗，因患者体质弱，年龄偏高，儿子闻声找我治疗。到医院为其就诊。先用五味异功散，调节肠胃功能，可进食后，服用健脾护肝丸 2 号和双龙化癌丸 1 号，每天三次，每次服 10 克。饭后用米汤送下，服药治疗后临床症状明显好转，治疗两个月检 B 超，未切包块比原来缩小，治疗四个月已无明显包块，持续治疗半年，包块全消，体质恢复正常，观察快四年，体质胜病前。电话：13302514838（儿子）

3.1.3 胆管癌

案例：梁焕荣，男、64 岁、茂港区小良人，1998 年 12 月 8 日就诊：陪诊儿子陈述：父亲患胆管癌，电白人民医院手术治疗，因病灶呈散发型，只可部分切除。余下小包块化疗，但见黄疸不退反而出现腹水肿。疗法：服健脾护肝丸 2 号和双龙化癌丸 1 号，每天服 3 次，每次各服 10 克，饭后用米汤送下。汤药用柴胡疏肝化痰软坚汤裁减疏肝类药，加通调胆管退黄的作用的，木香、内金，合五苓散治疗，服药见临床症状明显好转，治疗 40 天黄疸基本消退，无腹水。续服丸剂治疗半年，现观察 12 年，安然无恙。

3.2 胰头癌肝脾转移

案例：黄其光，男、56 岁，农民，1995 年 9 月 12 日从电白县人民医院出院直送到来就诊；儿子说：12 天前因吐血，送医院治疗，当时主诊医生以为是胃出血，直接剖腹治疗，后发现为胰头癌已向肝脾转移（经活检），关腹出院。疗法：服健脾护肝丸 2 号和双龙化癌丸 1 号，两种丸，每天服 3 次，每次各服 10 克，用米汤送服。治疗 40 天，症状大为好转。活动如常，到茂名人民医院查 B 超，胰头包块 2.6 X 17 CM，肝包块 3.3 X 2.4 CM，脾包块 5.6 X 5.5 CM，续治，丸剂服法不变，结合临床症状，以柴胡疏肝化痰软坚汤裁减法治疗 145 天，身体状况不亚病前，查 B 超：胰头、肝、脾包块全消散，脾消大。五年前手术大夫（现任电白人民医院副院长）问病者儿子：“你父亲回家后怎样”儿子说：“服中药治疗，经检查其肝、脾、胰头包块全消散了，”院长说：“中医治癌有奇迹！”

3.3 肺癌

案例：黎柏枢，男、34岁、茂港区人，1980年8月13日，胞胀，呼吸困难，到县医院诊断为：大量胸积液，每隔两天抽一次，未能控制病情，到广州中山医肿瘤医院，经抽胸水检验，诊断“肺癌”。只好拉回家准备后事，经邻村民介绍找我治疗。治法：以健脾护肝丸2号扶正控制胸水。双龙化癌丸2号，消散癌细胞块，结合皂莢丸加：葶力子30克，川椒30克，防己50克、麻黄50克，细辛30克，附子50克。每天一剂，从治疗起始，即无抽水，原胸水胀不能卧床，只好用棉被垫在背部躺着睡，经治疗一个月可平卧睡床，后只服两种丸剂治疗半年，身体完全康复，到医院复查，胸水全消，两肺清晰至今身体健康。

3.4 腹膜后肿瘤

案例：黄成忠，男、67岁、茂南区人，1996年4月8日，茂名市人民医院诊断为腹膜肿瘤，包块为4.5 X 3.5 CM回声团，边缘清楚，在茂名市人民医院肿瘤科化疗，年纪偏大，化疗副作用，头发脱、贫血、骨瘦如柴，坚持不住，找我治疗，只服健脾护肝丸2号和双龙化癌丸1号两丸治疗3个月，病情日渐好转，治疗3个月查B超，腹膜后肿瘤已消散。5年前儿子黄金全见我。还说“家父身体健康。”

3.5 卵巢癌

病例：黄佩珍，女、53岁、三水区交警队，子宫癌术后卵巢多发性转移，手术再切，其中一瘤生于血管底下，无法手术，化疗4个月无效

加上化疗的副作用大，支持不住，经亲人介绍找我治疗，服健脾护肝丸2号和双龙化癌丸2号4个月，体质恢复病前，复检未切其瘤全消散，现观察10个多月。安康自如。

3.6 乳腺癌

病例：刘思思，女、47岁、广州市人，2008年1月11日就诊，乳腺癌术后不作化疗，经类同患者介绍，找我治疗。服健脾护肝丸2号和双龙化癌丸2号，每天三次，每次各服10克，治疗半年，现观察两年多，健康良好。

3.7 脑瘤

许月基，女，40岁，电白领门人，2010年10月30日发觉左则头痛，服止痛药20多天无缓解，曾到广东医学院附属医院脑颅科诊断为：左颞膜脑膜瘤(1.0×0.8×0.9cm³)，医生认定手术治疗。她说：“陈晓红曾患此病是你治愈的，特请带来找你治疗。见患者体质如常，只见左偏头痛。治法：攻毒破结汤，按方说明服法（两天服一剂）。健脾护肝丸和双龙化癌丸2号，按说明服法，并服川芎茶调散药合补阳还五汤治标，一剂头痛缓解，治疗37天，复检头颅CT：原脑膜瘤已消失。现观察快一年，安然无恙，其实引导者患同一疾病，治愈已20年。中医治瘤连根拔掉，不会复发。

4 体会

4.1 肝癌多由慢肝硬化恶变而成，从笔者临床体会，护肝控制蛋白倒置，提高患者自身免疫功能，降低甲胎蛋白指数，或转为阴性是控制肝癌的病情发展，争取治疗痊愈的病理指标。笔者研制的健脾护肝丸2号对此疗效显著。如肝癌病例一，甲胎蛋白转阴，包块消散，观察21年，安然无恙。

4.2 肝癌是癌中之王，笔者治肿瘤是肝癌探索起始逐渐向其它脏腑或躯体的肿瘤治疗，而笔者都是以健脾

护肝丸2号贯穿所有肿瘤的治疗，因可提高血浆白蛋白、血小板疗效显著，对体质虚弱者有神奇疗效，如胰头癌向肝转移患者黄其光，在医院手术，十二天输血六次，毫无疗效（不可起床），仅服健脾护肝丸一星期即坐起来吃药无需喂服。肝癌陈美丽，疗效亦见如此。

4.3 笔者从治疗肿瘤二十多年的临床体会，术后转移来的肿瘤一般比原发易治。如上文列举病例陈明儒直肠癌肝广泛转移，术后肝未切除包块，只服健脾护肝丸2号和双龙丸1号半年，肝未切包块全消，观察3年安然无恙。

4.4 当今对肿瘤研究认为，肿瘤被确诊时，有些肿瘤细胞已离开局部，潜伏于其它部位，成为全身性疾病，故手术很快又在其它脏腑或躯体其它部位出现转移病灶。笔者研制的二丸可控制肿瘤患者术后转移，加乳腺癌术后患者刘思思，观察两年多，无转移的迹象。更有县城水东镇法庭干部家属，婚后13年未生育，患乳腺癌术后服二丸半年，当年还产了一男婴，现十九年，安然无恙。

4.5 从笔者二十余年治疗肿瘤体会：随着动物饲养内类食物的激素增加(特别是饲料添加剂)不但引起肿瘤发病率增高，并出现年轻化(曾见8岁一例、13、14岁各一例)，对治疗痊愈难度也大。如病例中，八十年代刘义宗的肝癌四十多天就治疗痊愈，至今安然无恙。当今一些肝癌，一发现AFP高达数万，甚至十万以上，包块已达10CM以上，而且手感坚硬，所以纯中草药治疗痊愈确实太难了。

4.6 中医治肿瘤占有极大优势，如黄佩珍子宫癌术后卵巢复发转移，化疗未见包块消散，我用中药治疗包块消散，又如腹膜肿瘤患者黄忠诚亦相同，中药治肿瘤疗效好，无毒副作用，医药价便，患者普遍乐于接受，我不是什么肿瘤专科研究者，但当今肿瘤的发病率增高，凭患者对我的信任依赖，有当地民众的良好口碑，我一定要在有生之年与癌魔搏个分晓。

尾声

当今治肿瘤，我算是个黄绿中医（骗子）。打假一号英雄方丹子的雄心壮志：“不灭中医死不休！”，“废医验药”他“放狗屁！”被打应该！但肖传国领了五个半月拘役。治肿瘤院士孙燕都说：“中医治疗不能消散肿瘤包块，只有护助疗效。”当今占医疗市场的西医大夫遇到检查出的肿瘤患者，都急催促立即开刀手术治疗、化疗。不能服中药，中医没有治肿瘤药物，更不可信黄绿医生，会上当受骗。香港一患者何礼荣，男63岁，肝肿瘤：12×9.9cm，AFP10789.0iv/ml。我治疗70天，体重未减1斤，治40天时查包块缩小四分之一。仍在治疗中。我是位民间医生，当今中国的中医学府不少，高档科研院听起来让有人心花怒放！什么大师！院士日益！但中医的实际水平未见升高，中医失去的市场未见逆转，啊！我是一位民间医生，不到长城非好汉，不遭妒忌是庸才，寡不敌众，我永远是失败者。

浅谈肿瘤治疗的疗效标准及相关理论 在治疗中的应用

李贺贤

(沈阳市沈河区邢军中医诊所, 沈阳 沈河, 110015)

中图分类号: R730.5 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0310-01

【摘要】目的: 规范肿瘤治疗的疗效标准, 提高肿瘤的治疗水平。方法: 使用一元回归或多元回归方法计算相关系数, 使中药组方客观化、标准化、优选化。结论: 肿瘤不是不治之症, 只要思路客观、锲而不舍、不断求新, 总有金鸡破晓的一天。

1 疗效标准

肿瘤的治疗不应另立标准, 应视同其它疾病一样, 即: 分为无效、有效、显效、痊愈(治愈)(由于肿瘤是较为特殊的慢性病, 是否可细分为初步痊愈和痊愈)

无效: 患者用药一个月内相关肿瘤的血检指标继续呈上升趋势者。

有效: 患者用药一个月内相关肿瘤的血检指标稳定, 即未上升者。

显效: 患者用药一个月内相关肿瘤的血检指标下降, 影像学指标亦同时减少者。

初步痊愈: 患者的相关肿瘤血检指标进入正常值, 影像学报告肿块消失。

痊愈: 患者治愈后 10 年内未复发, 同时未出现新的其它肿瘤者。

在我的治癌过程中, 何××, 直肠癌, 沈阳市人。

朱××, 升结肠癌, 术后一年复发, 改中药治疗, 沈阳市人。

朴××, (韩国人, 在韩国大邱医院子宫癌术后切口癌)。

史××, 肺癌骨转, 沈阳市人。

张××, 胃癌, 内蒙通辽人。

以上患者均治疗 2-4 个月, 至今 10 余年未复发, 仍健康生活着。

2 相关分析在肿瘤治疗中的应用

2.1 对肿瘤的认识:

原来停留在一般性的定性认识阶段, 即认为肿瘤是由于气滞、血瘀、水阻、热毒而造成的, 具体到器官上, 肝、肾功能不好, 造成免疫功能下降等等。治疗上也处于自在的阶段, 努力提高肝、肾功能, 恢复气血, 提高免疫, 如是而已。

在医疗实践中, 发现了药物的增长是按代数级数进行 $\sum_{n=0}^{\infty} 2^n$ 而肿瘤细胞的生长是几何级数变化的。

即 $\sum_{n=0}^{\infty} 2^n$ ($n \geq 0, n \in \mathbb{N}$)

这样, 一部分人的疗效差是必然的, 所以, 现在用药常根据肿瘤的大小, 有否转移, 几处转移来决定, 其公式为: $2^k \times$ 相关药物量 [(K-1) 为转移位置数]

2.2 相关药物的确定:

相关药物, 原来只是依据药理, 药性入药, 虽然治好了一些人, 但总有不尽人意的時候, 这时, 将相关理论应用于药物的筛选, 计算其相关系数, 发现有的药

$$r = \frac{\sum xy - \frac{1}{n} \sum x \sum y}{\sqrt{\sum x^2 - \frac{1}{n} (\sum x)^2} \sqrt{\sum y^2 - \frac{1}{n} (\sum y)^2}}$$

若 $r > 0$, 说明药品正相关, 该药品与疗效是同方向变化, 即, 增加这种药物会使疗效增强。

若 $r < 0$, 说明药品与疗效负相关, 即, 此种药品使用会使疗效呈反方面的变化, 即使用的越多, 则疗效愈不好。

在 $r > 0$ 的情况下, 其值域在 $0 < r < 1$

当 $0.6 < r < 0.8$ 时, 呈高度相关, 此药物当入药。

$0.8 < r < 1$ 时, 呈强相关, 此药必须入药, 药量越多, 疗效越好。

当 $r = 1$ 时, 相关关系变成函数关系, 说明此一味药单味入药即治病, 且疗效最佳。

3、组方:

依上述方法: 确定了 r_1, r_2, \dots, r_s 共 s 位中药入药, 此为治癌的基础药, 其广谱适于各种癌的治疗, 此药为第一锅的药。

还用上述方法, 计算出治疗相关器官的疾病的药, 例如: 肺癌, 将平常治疗肺部疾病的所有药物, 逐一计算相关系数, 将强相关与高度相关的药入药, 组成了第二锅的药。

再将防淋巴转移和提高免疫功能药逐一计算精选, 分别组成了预防淋巴转移和提高免疫功能的为第三、四锅药。

(治癌基础药) \cup (相关器官药) \cup (防淋巴转移药) \cup (提高免疫功能的药) 即为药品的组方。[\cup 为并集]。

健脾扶正汤择时用药联合时辰化疗

治疗晚期胃癌对生存质量的影响

黄智芬¹ 韦劲松¹ 黎汉忠¹ 曾爱屏² 谭志强¹

(1. 广西医科大学附属肿瘤医院中医综合内科, 广西 南宁, 530021;

2. 广西医科大学附属肿瘤医院化疗2科, 广西 南宁, 530021)

中图分类号: R273 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0311-03

【摘要】 目的: 观察健脾扶正汤择时用药联合草酸铂方案时辰化疗治疗晚期胃癌对生存质量的影响。

方法: 将60例晚期胃癌随机分成两组, 各40例, 治疗组采用健脾扶正汤择时用药联合草酸铂方案时辰化疗, 对照组采用健脾扶正汤非择时用药联合草酸铂方案常规化疗。观察两组治疗前后生存质量量表EORTC-QLQ-SF-36调查问卷评分和临床症状积分情况。结果: 两组生存质量量表EORTC-QLQ-SF-36调查问卷评分比较, 治疗组躯体功能, 角色功能、情绪功能、物理症状及整体健康状况均优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 而认知功能、社会功能差异无统计学意义($P>0.05$)。两组治疗前后临床症状缓解情况比较, 治疗组治疗后疼痛、乏力、食欲不振、腹泻较治疗前有显著改善($P<0.05$); 对照组治疗后较治疗前症状有所改善, 但差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗组优于对照组($P<0.05$)。两组生存质量比较, 治疗组与对照组6、12个月生存率分别为76.3%(29/38)、67.6%(25/37)和52.6%(20/38)、45.3%(17/37), 两组间比较($P>0.05$); 两组毒副反应比较, 治疗组毒副反应明显低于对照组($P<0.05$)。结论: 健脾扶正汤择时用药联合草酸铂方案时辰化疗治疗晚期胃癌能稳定瘤体, 改善临床症状, 缓解疼痛而达到“带瘤生存”的目的, 提高生活质量, 延长生存期。

【关键词】 晚期胃癌; 健脾扶正汤; 择时用药; 时辰化疗; 生存质量

胃癌是发病率和死亡率较高的肿瘤之一, 其多药耐药问题常导致术后化疗失败。近年来, 虽然早期胃癌诊断率有所提高, 加上积极改进手术方法及放化疗等综合治疗的应用, 疗效有所提高, 但大多数研究报道的胃癌5年生存率为20%~30%^[1]。中医药在提高机体免疫功能、减轻症状、延长生存期、改善生活质量等方面显示较大的优势, 它与化疗联合运用治疗肿瘤是当前研究的热点^[2]。2007年6月~2010年12月, 我们应用健脾扶正汤择时用药联合草酸铂方案时辰化疗治疗晚期胃癌40例, 并与健脾扶正汤非择时用药联合草酸铂方案常规化疗40例对照观察, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组80例均为2007年6月~2010年12月在广西医科大学附属肿瘤医院中医科及化疗2科住院的晚期胃癌患者。按《中国常见恶性肿瘤诊治规范》^[3]进行细胞学和病理组织学检查确诊为胃癌。按TNM分期^[3]: 属于III B~IV期; Karnofsky评分 ≥ 60 分^[3], 预

计生存期 ≥ 3 个月。有临床观察指标, 无过敏体质, 心、肝肾功能及血常规正常, 近1个月内未作过其他抗肿瘤治疗。按数字表法随机分为治疗组(40例)与对照组(40例), 治疗组男26例, 女14例; 年龄34~67岁, 平均(47.4 \pm 7.5)岁; 病程1~7个月, 平均(38.2 \pm 2.32)个月; 病理类型: 腺癌30例, 印戒细胞癌6例, 未分化癌4例; 其中III B期23例, IV期17例; 初治24例, 复治16例。对照组男29例, 女11例; 年龄29~69岁, 平均(46.7 \pm 6.5)岁; 病程1.5~6个月, 平均(4.2 \pm 1.8)个月; 病理类型: 腺癌32例, 印戒细胞癌5例, 未分化癌3例; 其中III B期25例, IV期15例; 初治27例, 复治13例。两组资料经统计学处理, 差异无显著性($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

治疗组采用草酸铂(LO-HP)联合方案以时辰化疗法给药: 草酸铂(L-OHP, 注射用奥沙利铂, 齐鲁制药(海南)有限公司产, 国药准字H20093167, 批号AIE0909003, 50mg/瓶)25mg/m², 第1天, 持续静滴12h(从10:00至22:00, 其中75%的剂量于15:00~17:00内滴入), 第1~4天; 5-FU(氟尿嘧啶注射液,

上海旭东海普药业有限公司产, 国药准字 H31020593, 批号 090709, 0.25g/支) 700mg/m², 第 1 天, 持续静滴 12h (从 22:00 至次日 10:00, 其中 75% 的剂量于 3:00~5:00 内滴入), 第 1~4 天; CF (亚叶酸钙注射液, 江苏恒瑞医药股份有限公司产, 国药准字 H20000584, 批号 1002932, 0.1g/支) 300mg/m², 第 1 天, 持续静滴 12h (从 22:00 至次日 10:00, CF 与 5-FU 从 Y 管同时输注), 第 1~4 天; 21 天为 1 周期; 每 3 周重复。两个周期评价疗效。时辰化疗第 1 天起开始服用健脾扶正汤, 药物: 黄芪 30g, 党参 15g, 白术 12g, 茯苓 12g, 陈皮 6g, 半夏 12g, 竹茹 9g, 薏苡仁 30g, 枳壳 12g, 女贞子 18g, 石斛 12g, 甘草 6g。随证加减: 腹痛加木香 9g (后下), 延胡索 12g; 纳差加麦芽 15g, 炒山楂 12g。每日 1 剂, 清水煎至 200ml, 择时上午 10:00 服用; 14 天为 1 个疗程, 2 个疗程评价疗效。

对照组采用健脾扶正汤非择时用药联合草酸铂方案常规化疗, 草酸铂联合方案: L-OHP (奥沙利铂, 草酸铂) 200mg/m², 静脉滴注 3h, 第 1 天; CF (亚叶酸钙注射液) 100mg/m², 静脉推注, 第 1~5 天; 5~FU (氟尿嘧啶) 300mg/m², 静脉滴注 6h, 第 1~5 天; 21 天为 1 周期; 每 3 周重复, 两个周期评价疗效。健脾扶正汤, 药物同治疗组; 每日 1 剂, 清水煎至 200ml, 常规化疗第 1 天起, 非择时早晚分两次服用; 14 天为 1 疗程, 两个疗程评价疗效。两组均采用相同的西药对症支持治疗。两组在整个观察期间未使用其他任何生物反应调节剂或对免疫功能有影响的药物。

1.3 观察指标

表 1 两组生存质量量表 EORTC-QLQ-SF-36 调查问卷评分比较 (分, ±s)

组别	n	时间	躯体功能	角色功能	情绪功能	认知功能	社会功能	物理症状	整体健康状况
治疗组	30	治疗前	7.9±1.4	3.1±0.6	5.5±2.6	4.2±1.1	2.7±1.2	18.4±2.5	5.6±0.6
		治疗后	6.9±1.6*	3.7±0.5*	5.8±2.3	4.4±1.3	2.5±1.0	17.6±2.8*	4.4±0.8*
对照组	30	治疗前	6.1±1.3	3.2±0.4	5.2±2.3	4.1±1.6	2.9±1.2	18.6±1.6	4.9±0.4
		治疗后	11.4±1.2	4.6±0.6	8.8±1.6	4.8±0.6	3.2±1.3	24.3±1.2	3.7±0.7

注: 与对照组比较, *P<0.05

表 2 两组治疗前后临床症状积分比较 (分, ±s)

组别	n	时间	疼痛	乏力	食欲不振	腹胀
治疗组	30	治疗前	2.36±1.0.6	2.73±0.64	2.41±0.62	1.86±0.54
		治疗后	1.08±0.76*	1.68±0.58*	0.82±0.12	1.41±0.76*
对照组	30	治疗前	2.12±0.62	2.76±0.68	2.46±0.14	2.10±0.48
		治疗后	1.68±0.32 [△]	2.52±0.52 [△]	1.73±0.48 [△]	1.81±0.66 [△]

注: 与对照组比较, *P<0.05; 与本组治疗前比较, [△]P<0.05

应用生存质量量表 EORTC-QLQ-SF-36, 生活质量调查问卷评价^[4], 包括 5 个功能量表: 躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能; 几项物理症状: 疲劳、恶心呕吐、疼痛、睡眠紊乱、食欲下降、腹泻等, 分 4 个量组, “没有”为 0 分; “有一点”为 1 分; “有一些”为 2 分; “非常多”为 3 分。整体生活质量量表 (1~7 分), 得分越高表明功能越好。症状缓解按《中药新药临床研究指导原则》症状分级量表^[5]评定。

1.4 统计学处理方法

采用 SPSS10.0 统计软件包, 计量资料治疗前后及两组间比较采用 t 检验, 计数资料采用 X² 检验。生存率计算采用 kaplan-meier 法, 生存期综合比较采用 Log-raNR 检验, 两时点生存率比较采用 U 检验。

2 结果

2.1 两组生存质量量表 EORTC-QLQ-SF-36 调查问卷评分比较 见表 1。

2.2 两组治疗前后临床症状积分情况比较 见表 2。

2.3 两组毒副反应比较 见表 3。

2.4 两组生存率比较

所有病例治疗后生存均满 1 年, 并随访至 2010 年 1 月, 治疗组失访 2 例, 随访率为 95.0%; 对照组失访 3 例, 随访率 92.5%。治疗组 6、12 个月生存率为 76.3% (29/38)、52.6% (20/38); 对照组为 67.6% (25/37)、45.3% (17/37), 两组间比较差异无统计学意义 P>0.05。

表3 两组毒副反应比较 (例)

毒副反应	治疗组 (40 例)						对照组 (40 例)					
	0	I	II	III	IV	发生率(%)	0	I	II	III	IV	发生率(%)
红细胞下降	18	10	8	4	0	55.0*	11	13	9	6	1	72.5
血小板下降	29	6	4	1	0	27.5*	21	10	7	2	0	47.5
恶心呕吐	16	12	9	3	0	60.0*	8	13	12	6	1	80.0
腹泻	25	8	4	3	0	37.5*	19	9	7	4	1	52.5

注：与对照组比较，* $P<0.05$

3 讨论

生存质量包含了患者的生理功能，心理活动方面的问题，也包含了患者家庭、社会等多种因素。自上世纪 30 年代正式提出这个术语，直到上世纪 80 年代真正掀起了研究热潮。目前，生存质量评价体系已经成为国际大型临床试验的观察评价指标之一，正趋于方兴未艾之势^[6]。晚期胃癌患者即使已接受手术，但仍有较多患者肿瘤复发或转移，预后较差。胃癌治疗目前是以手术切除为主，辅以化疗、免疫治疗的综合治疗模式，中医药综合治疗对提高胃癌疗效和远期生存率，有明显的的作用；中医药治疗肿瘤已经取得了较好的疗效^[7]。

扶正抗癌相结合是治疗晚期胃癌的理想途径，中西医结合可相互取长补短。中医扶正通过调整机体、平衡阴阳，预防和治疗由抗癌治疗引起的毒副反应，提高机体免疫功能，改善生活质量。中医时间医学有几千年的历史，中医时辰用药可根据药物的性质、方剂的类型和子午流注纳支法等来择时用药；子午流注纳支法认为某经脉处于功能活动的“旺时”，是其驱除本脏腑外邪最有利及最有效之时，此时服药最有效。选择上午 10 时脾经“旺时”为健脾扶正汤服药时间以补其脾胃不足，使脾气旺盛。健脾扶正汤方中黄芪、党参、白术、茯苓、甘草益气健脾、燥湿和中；陈皮、半夏、枳壳、竹茹健脾理气、和胃止呕；薏苡仁健脾益胃、利湿消肿；女贞子、石斛补肾益胃，养阴生津。诸药合用，具有益气健脾，理气和胃的功效。现代药理研究证实，四君子汤（党参、白术、茯苓、甘草）能提高机体抗氧化酶活性，调节代谢、内分泌及免疫功能等，能拮抗自由基损伤，增加机体免疫功能，调节代谢功能等^[8]；黄芪中的多糖成分，能增加网状内皮系统的吞噬功能，促进抗体形成，促进 T 淋巴细胞转化，增强 NK 细胞的细胞毒活性，从而增强机体免

疫力；动物实验显示对骨髓造血功能有明显保护作用，对白细胞、血小板数、网织红细胞数和巨核细胞数下降有明显回升作用^[9]。女贞子具有升高血红细胞，增强免疫功能作用。健脾理气中药能提高机体免疫力，能抑制肿瘤细胞的生长，同时能提高机体生理功能，缓和其他化疗药带来的一系列的毒副反应，提高生存质量，因而有着不可忽视的作用。临床结果表明，两组生存质量量表 EORTC-QLQ-SF--36 调查问卷评分比较，治疗组躯体功能，角色功能、情绪功能、物理症状及整体健康状况均优于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，而认知功能、社会功能差异无统计学意义 ($P>0.05$)。两组治疗前后临床症状缓解情况比较，治疗组治疗后疼痛、乏力、食欲不振、腹泻较治疗前有显著改善 ($P<0.05$)；对照组治疗后较治疗前症状有所改善，但差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗组优于对照组 ($P<0.05$)。两组生存质量比较，治疗组与对照组 6、12 个月生存率分别为 76.3%(29/38)、67.6%(25/37)和 52.6%(20/38)、45.3%(17/37)，两组间比较($P>0.05$)；两组毒副反应比较，治疗组毒副反应明显低于对照组 ($P<0.05$)。提示健脾扶正汤择时用药具有提高机体免疫功能，稳定瘤体，能缓解疼痛症状，达到“带瘤生存”的目的；改善临床证候，减轻化疗毒副反应，择时用药联合时辰化疗具有减毒增效的作用；提高生存质量，延长生存期。通过研究中医，挖掘中医药治疗晚期肿瘤的深刻内涵，结合现代研究结果，提高了肿瘤治疗效果；中药的抗肿瘤疗效确切，并且低不良反应，部分中药还有调节机体免疫功能，抑制肿瘤转移等作用^[10]；在抗肿瘤治疗中的优点尤为突出，体现了中西医结合治疗肿瘤的特色优势。

参考文献：

- [1]秦叔逵,龚新雷.晚期胃癌的化疗的现状和新进展[J].临床肿瘤学杂志,2006,11(9):641~652.
- [2]殷东风,董宝强.中医药在恶性肿瘤综合治疗中的作用与意义[J].中医药学刊,2003,21(10):1636~1637.
- [3]中华人民共和国卫生部医政司,中国常见恶性肿瘤诊治规范(合订本)[M].第4,9分册.第2版,北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1991:5~12,10~15.
- [4]许军,胡敏燕,杨云滨,等.健康测量量表 SF-36[J].中国行为医学科学,1999,4(4):540~545.
- [5]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(S).北京:人民卫生出版社,1993:70~71.
- [6]薛栋,李亚东,谈振国.老年食管癌手术前后生存质量和临床研究[J].临床肿瘤学杂志,2010,15(6):537~540.
- [7]李勇,凌昌全.中药对肿瘤发生过程中信号转导异常的调整作用[J].中国中西医结合杂志,2003,23(11):876~879.
- [8]杨靖,詹向红,孙晔,等.四君子汤对 D-半乳糖衰老模型小鼠心、肝、脑组织 MDA 含量及端粒酶活性的影响(J).中国中西医结合杂志,2005,25(6):531~533.

相关文献:

扶正消膨汤治疗肝硬化失代偿期32例

目的:探讨自拟扶正消膨汤治疗肝硬化失代偿期的临床疗效.方法:57例肝硬化失代偿期患者随机分为两组,对照组(25例)予以西药保肝、降酶、利尿等常规综合治疗,治疗组(32例)在西医药基础上加用扶正消膨汤治疗,疗程3个月,观察两组治疗前后临床症状、体征、肝功能、影像学、控制腹水疗效及远期随访疗效,并进行安全性观察.结果:治疗组在缓解临床症状、体征、改善肝功能及影像学结果、控制远期腹水复发方面均优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$),且无明显不良反应.结论:扶正消膨汤对肝硬化失代偿期疗效显著,复发率低.

作者 高征(南阳医学高等专科学校,河南,南阳,473000); 张翠月(南阳理工学院张仲景国医学院,河南,南阳,473004);

刊名 中国实验方剂学杂志 2011 年17卷08期

英文期刊名 CHINESE JOURNAL OF EXPERIMENTAL TRADITIONAL MEDICAL FORMULAE

关键词 肝硬化失代偿期鼓胀益气健脾活血利水扶正消膨汤

MeSH 主题词 肝硬化(Liver Cirrhosis)肝(Liver)腹水(Ascites)观察(Observation)对照组(Control Groups)复发(Recurrence)目的(Goals)利尿(Diuresis)

分类号 R287

- [9]邹雨荷,刘雪梅.黄芪注射液配合化疗对晚期非小细胞肺癌患者生存质量的影响[J].中国中西医结合杂志,2003,23(10):733~735.

- [10]李秀荣,王民和,中药抑制肿瘤血管生成抗转移的可行性探讨[J].山东中医药大学学报,2007,31(4):386~387.

*基金项目:广西壮族自治区中医药管理局自筹经费科研课题 [gzzc0974]

作者简介:

黄智芬(1952—),男,广西灵山人,主任医师,硕士研究生导师,广西名中医,广西中医药学术经验继承工作指导老师,中华中医药学会肿瘤分会常务委员,中国医师协会中西医结合分会肿瘤病学专家委员会执行常委、中国中西医结合学会肿瘤分会委员,广西中西医结合学会肿瘤分会副主委、消化系统分会副主委、活血化瘀分会副主委、肝病分会副主委。从事中西医结合治疗肿瘤临床与研究工作。

扶正消瘤丸治疗恶性肿瘤化疗后 胃肠道反应 101 例临床报告

张影 蔡小平 罗银星 魏征 胡皓

(河南省中医药研究院附属医院肿瘤血液科, 河南 郑州, 450004)

中图分类号: R273 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0315-02

近年来,恶性肿瘤的发病逐年上升,且由老龄化向青年化发展的趋势。据世界卫生组织统计,目前全世界每年新发生的癌症患者约 1000 万,死于癌症的人数约 600~700 万。在我国,每年新发生的癌症病例约 160 万,死于癌症的病例约 130 万。我国癌症的病死率与 20 年前相比增加了 29.4%。恶性肿瘤患者化疗过程中常因消化道反应,迫使化疗减量或延期甚至中断,从而影响化疗效果。我们科运用扶正消瘤汤配合化疗治疗恶性肿瘤 101 例,取得满意效果,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《实用肿瘤内科学》。中医辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》辨证为脾胃虚弱证,临床表现为恶心呕吐,食欲不振,头晕,乏力,气短懒言,脘腹胀满,大便溏薄,舌淡有齿痕,脉细弱。

1.2 一般资料

101 例恶性肿瘤患者均为我院住院或门诊病人,均有病理学诊断。其中男 59 例,女 42 例;年龄最大 87 岁,最小 41 岁,平均年龄 64 岁;其中肺癌 25 例,胃癌 26 例,大肠癌 17 例,肝癌 22 例,肾癌 5 例,前列腺癌 3 例,膀胱癌 2 例,卵巢癌 2 例。常规化疗方案为 CAP、NP、TP 等方案。

1.3 扶正消瘤丸组成

2.3 结果

人参 10g; 白术 10g; 云苓 10g; 黄芪 30g; 当归 10g; 鳖甲 10g; 内金 15g; 砂仁 10g; 焦三仙 10g; 炒谷芽 10g; 半枝莲 15g; 生苡仁 15g; 山慈姑 6g。上述药物按比例,研细末,制成水丸。

1.4 治疗方法

每服 6g,一日两次,口服,每 14 天为一个疗程。

1.6 统计学处理

所得数据采用 SPSS 软件包处理,治疗前后血象变化及中医症候积分变化采用 t 检验。 $P<0.05$ 表示有统计学意义, $P<0.01$ 表示有显著统计学意义。

2 疗效标准与结果

2.1 观察指标

- ①化疗所致的消化道反应等;
- ②病人精神、体力、食欲、面色等。
- ③血象的改善,肝肾功能的恢复。

2.2 疗效标准

显效:毒副反应完全消失,精神好,食欲佳,乏力消失,无不适感,肝肾功能及血象正常;积分改善 $>70\%$

有效:有轻微毒副反应,精神一般,食欲增加,乏力减轻,肝肾功能及血象基本正常;积分改善 $\geq 30\%$;无效:有较重毒副反应,精神差,时有恶心欲吐,食欲差,乏力,肾功能异常,血常规异常;积分改善 $<30\%$ 。

2.3.1 症候积分改善情况

	治疗前	治疗中	治疗后
中医症候积分	20.4±2.5 ^a	20.2±2.0	19.6±1.7 ^a

a 表示 $F=3.6$, $P<0.05$, 差异有统计学意义。

2.3.2 治疗前后血象变化

	WBC($\times 10^9/L$)	RBC ($\times 10^{12}/L$)	PLT($\times 10^9/L$)	HGB(g/L)
治疗前	3.57±0.79 ^b	3.38±0.33	123±47 ^c	111.7±26.5
治疗后	4.59±0.87 ^b	3.45±0.42	146±49 ^c	115.3±21.2

b 表示差异有显著统计学意义, $t=10.7$, $p<0.01$; c 表示差异有显著统计学意义, $t=5.2$, $p<0.01$.

3 讨 论

在中医学上,“痰”、“瘀”、“毒”作为重要的内生邪和主要的病理因素之一,在癌症的发病机制中,占有十分重要的地位。自古以来,凡是“痰”、“瘀”、“毒”邪作祟引起的病证,大多都是疑难顽症,而且为害甚广,可见于各系统,各脏腑器官的病证。这是因为,痰生于病体,既生而为异质,异质必损正,损正必伤气,气伤必乱,气乱血液难以顺行,气不顺血必乱,血乱或流速而成涌,或流滞而成瘀。在气乱血涌的同时,所生之痰伺机作祟,阻遏气机,加剧气乱血涌,最终形成气乱、血涌成壅、痰结甚至日久蕴毒,正气亏虚、先后天失养,形成毒踞正虚的复杂病机。随其不同的病程和病机演变,而凸显某一个或几个病理因素。同时,在上述病理因素的作用下,正气虚亏,气机因虚愈乱,又反使诸邪又生,形成正气愈虚愈乱、邪气愈损益加的局面。只有四诊细腻,辨证准确,方法合理,厘定用药,才使众邪难结,顽邪势孤,正气有复,可图癌瘤夭折,病势图缓。

恶性肿瘤疾病的发生及肿瘤病人在手术、放化疗过程中所引起的体质虚弱,脏腑功能减退,气血亏虚,免疫功能下降,是正气虚弱,邪气乘虚而入的结果;而病人免疫功能的下降及脏腑功能减退是导致肿瘤复发

和远处转移的重要因素。方中运用扶正健脾益气的黄芪、人参为君,辅以白术、云苓、生苡仁、砂仁、焦三仙、炒谷芽健脾益气和胃,佐以当归、鳖甲、半枝莲、山慈姑活血散结解毒消瘤,诸药合用,共奏健脾益气、扶正消瘤之功。

现代药理也证实了许多中药有扶正抑瘤的双重作用,可增强 T 细胞群的活力,激发巨噬细胞的功能,诱导产生干扰素和细胞介素;另一方面,又能改善体内的微循环,增强肿瘤组织血液灌注量,减少乏氧细胞;同时,通过神经内分泌免疫调节网络整体作用来控制、调节机体内部的防御功能(包括细胞免疫和体液免疫),达到扶正祛邪,阻止肿瘤生长及扩散的目的。研究表明黄芪、人参、当归的有效成分为皂苷、多糖及其他成分,均有促进巨噬细胞吞噬功能,提高机体免疫功能,达到抗肿瘤作用,是治癌的重要手段。因此,化疗后病人,服用扶正消瘤丸后食欲增加,精神好转,乏力减轻,体质增强,一般状况改善。运用祖国传统医学提高恶性肿瘤病人的免疫功能,价格低,疗效好,无明显不良反应,无疑是一条增强病人体质、改善病人生存质量、延长病人生存年限的康复之道。

央芪膏外敷配合高频热疗治疗胃癌的临床研究

唐万和 孙易娜 王国金 王熙 余智勇 蔡昂 吴迪 周勇

(武汉市中医医院肿瘤科, 湖北 武汉, 430014)

中图分类号: R735.7

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0317-03

【摘要】目的: 观察央芪膏外敷配合高频热疗对胃癌患者的临床疗效。方法: 63例确诊为胃癌患者随机分为对照组(单纯高频热疗组)31例、治疗组(央芪膏外敷配合高频热疗组)32例, 连续治疗30天后, 观察两组患者的近期疗效、生活质量、疼痛的变化等。结果: 央芪膏外敷配合高频热疗较单纯高频热疗能显著改善患者生活质量、明显减轻疼痛水平, 而在近期疗效方面无明显差异。结论: 央芪膏配合高频热疗产生了协同增敏的作用, 疗效确切, 可作为一种新治疗方案为胃癌患者所应用。

【关键词】胃癌; 央芪膏; 高频热疗; 中医外治

胃癌是我国最常见的恶性肿瘤之一, 在世界范围内我国也是胃癌的高发国家, 全世界约35%的胃癌发生在中国。我国每年死于胃癌的患者超过26万, 占恶性肿瘤死亡的20%^[1]。尽管随着新药的运用及临床检测手段的不断提高, 胃癌死亡率近年有所下降, 但年发病率仍未减少。文献报道III—IV胃癌患者姑息或根治术后5年生存率仅为11.3%—22%^[2]。近年来, 中医药治疗胃癌取得了可喜的成果, 其在改善患者的生存质量、延长生存期、控制病情发展等方面起到重要作用。热疗是用加热的方法使肿瘤病灶局部温度超过癌细胞的阈值, 使其凋亡坏死的一种治疗方法。其作用机制主要是应用高频震荡电流, 利用空气作为人体和电极之间加热的介质, 产生高频电磁场, 作用于肿瘤组织, 电磁场的能量被肿瘤组织吸收, 转变为热能, 并使肿瘤组织温度升高, 是近年来的研究热点。央芪膏是我院肿瘤科在长期临床实践中总结出来的经验方, 具有健脾益气, 清热解毒, 抑癌控癌之功效。临床上, 我们运用央芪膏外敷配合高频热疗治疗胃癌取得了一定的疗效, 现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

全部病例均为武汉市中医医院肿瘤科2009年9月—2011年4月住院患者。63例胃癌均经胃镜活检或术后组织学证实为胃癌患者, 并有可测量的病灶。其中男性患者39例, 女性患者24例, 年龄在40至82岁之间。高分化腺癌13例, 低分化腺癌25例, 中分化腺癌17例, 黏液腺癌8例。其中伴腹腔淋巴结转移34例, 肝脏转移14例, 肺转移4例, 多处转移11

例。初治患者36例, 复治患者27例。两组性别、年龄、临床分期、卡氏评分等情况经统计学处理无显著性差异($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 药物制备

央芪膏制备方法: 猪殃殃500g、生黄芪500g、白及500g、蒲公英500g、党参500g、白花蛇舌草500g、败酱草500g、半枝莲500g、白英500g、猴头菇300g等, 上药共研细末, 过800目细筛, 搅匀, 贮罐备用, 治疗前自贮缸中取该药200克加等份量的开水和适量(约1/10份量)蜂蜜、凡士林混匀调成糊状, 将其均匀涂覆在医用纱布上制成药纱布, 待凉至50℃左右时外敷肿瘤体表投影区, 外用胶布固定。若外敷局部出现发红、瘙痒、皮疹者, 则停用1-2天, 症状好转后继续使用。药物制备由武汉市中医医院药学基地完成(该基地为国家中医药管理局中药学重点研究基地)。

1.3 治疗方法

治疗组采用央芪膏外敷于肿瘤体表投影区, 每日换药1次(治疗完毕后药物保留4小时以上)。同时予高频热疗局部照射: 以大连奥瑞科技有限公司W2102(频率27MHz)高频治疗仪对肿瘤体表投影区加温, 辐射器距皮肤2-4cm, 采用先低温后高温的加热方法, 在3~5min内使肿瘤中心温度上升到有效治疗温度(38℃以上), 并根据病人耐受力对温度进行微调($\pm 5^\circ\text{C}$), 由温度控制主机的功率输出使温度恒定。输出功率200~300W, 每日40分钟。对照组予单纯高频热疗局部照射。根据病情需要两组均予支持对症治疗, 包括静脉滴注肌苷、胸腺肽、维生素等, 疼痛按照世界卫生组织推荐的三阶梯止痛原则进行控制。连

续治疗 30 天。

1.4 观察项目和方法

1.4.1 近期疗效

按 WHO 统一评价标准^[3]观察近期疗效并进行组间对比。完全缓解 (CR): 可见的病灶完全消失, 至少维持 4 周以上。部分缓解(PR): 肿瘤病灶的最大直径和

最大垂直横径的乘积缩小 50%以上, 维持 4 周以上, 无新病灶出现, 无任何病灶的增长恶化。稳定 (SD): 肿瘤病灶的最大直径和最大垂直横径的乘积缩小不到 50%或增大未超过 25%, 至少维持 4 周以上, 并且无新病灶出现。进展(PD): 至少有一个肿瘤病灶的最大直径和最大垂直横径的乘积增大 25%以上或出现新病灶。客观有效率=CR +PR, 稳定率为 CR +PR +SD。

1.4.2 生活质量

按卡氏 (Karnofsky) 评分标准记分: 治疗后较治疗前提高 10 分为有效, 提高 20 分为显效, 无提高或下降为无效。有效率为显效加有效例数计算。

1.4.3 疼痛

根据世界卫生组织推荐的疼痛分级方法^[4], 将疼

痛分为四级; 0 级为无疼痛; I 级为轻度疼痛, 虽有疼痛但可以忍受, 能正常生活, 睡眠不受干扰; II 级为中度疼痛, 疼痛明显, 不能忍受, 要求服用止痛剂, 睡眠受到干扰; III级为重度疼痛, 疼痛剧烈, 不能忍受, 需要止痛剂, 睡眠受到严重干扰, 可伴有植物神经紊乱或被动体位。疗效标准: 控制: 服药后疼痛完全消失; 显效: 服药后降低两个痛级; 好转: 服药后降低一个痛级; 稳定: 疼痛虽未降级, 但无进行性加重; 无效: 疼痛加重。

1.5 统计方法

应用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析, 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验;

2 结果

2.1 近期疗效比较

全组 63 例患者治疗组 32 例, CR 0 例, PR 13 例, SD 8 例, PD 11 例。对照组 31 例, CR 0 例, PR 12 例, SD 7 例, PD 12 例。

表 1.两组近期疗效比较

	CR	PR	SD	PD	有效率 (%)
治疗组	1	12	8	11	40.6
对照组	0	12	7	12	38.7

两组有效率比较, 差异无统计学意义($P=0.877$)。

2.2 生活质量评定

治疗后两组生活质量评定相比, 治疗组的有效率为 78.12%, 对照组为 48.38%。

表 2.两组生活质量比较

	有效	有效率 (%)
治疗组	25	78.12
对照组	15	48.38

经 χ^2 检验, $\chi^2=6.00$, ($P<0.05$), 差别有统计学差异。

2.3 疼痛疗效

表 3.两组疼痛疗效比较

组别	控制	显效	好转	稳定	无效	缓解率*
治疗组	12	13	4	3	0	78.1%
对照组	7	9	6	5	4	51.6%

经检验, $P=0.027$ ($P<0.05$), 两组疼痛缓解率有统计学差异

* 缓解率是指 (控制+显效/总数) $\times 100\%$ 。

3 讨论

胃癌早期以手术切除为主, 中晚期病例采用手术、化疗、免疫、放疗和中医中药的综合治疗是提高疗效的

较好办法。中医对胃癌的治疗积累了非常丰富的经验。胃癌属于祖国医学“胃脘痛”、“痞满”、“呃逆”等范畴。胃为水谷之海，百物聚集之所，多气多血之脏，饮食药物，先伤于胃，物聚类杂，最易壅塞。故外邪内阻，致使清气不得升，浊气不得降，营气不从，逆于肉里，日久腐蚀胃腑致胃失和降，脾胃升降功能失常。运化失司，痰凝气滞，交阻于胃，积聚成块是胃癌的主要病因，而正气亏虚，脏腑功能失调是发病的内在因素。

中药外敷是中医常用外治法之一，其能避免药物对胃肠道、肝脏等的损害，同时也避免了胃肠道、肝脏对药物的影响，从而提高药物的利用度。明代吴师机所著的《理渝骈文》中指出“外治之理即内治之理，外治之药即内治之药，所异者法耳。”通过腹部外敷药物，可以调理脾胃，活血化瘀，清解热毒。

胃癌热疗是指用加热的方法使胃癌病灶局部温度超过癌细胞的阈值，使其凋亡坏死的一种治疗方法。其作用机制主要是应用高频震荡电流，利用空气作为人体和电极之间加热的介质，产生高频电磁场，作用于肿瘤组织，电磁场的能量被肿瘤组织吸收，转变为热能，并使肿瘤组织温度升高，能有效通过皮肤将药物有效成份敷布肿瘤大致靶区，在热疗及药物双重有效作用下阻滞肿瘤的增殖和凋亡。本实验中，我们发现央芪膏外敷配合体外高频热疗较单纯热疗治疗胃癌有更高的近期疗效，患者生活质量更高，疼痛控制效果更好，体现了两者的结合产生了扶正，抗癌的协同作用。

通过结果分析，我们认为：①人体作为介质在电磁场作用下，组织中带电离子高速运动，相互摩擦产生高频能量，促使局部毛细血管扩张，毛窍开合增加，在电磁波离子运动整合下，使央芪膏基质药物有效成分，经皮透入，随离子运动粘附直达肿瘤部位，热疗使细胞膜蛋白变性、细胞膜稳定性破坏、通透性明显升高、物质转运障碍、呼吸抑制、酸中毒^[5]，促使局部肿瘤细胞更为有效的凋亡，达到治疗目的。②与正常组织相比，肿瘤组织血管结构不规则扩张、扭曲、受压闭塞，且神经感受器不健全，对温度反应差。这些血管形态学特点致使肿瘤血流速度缓慢，因而肿瘤组织受热后散热不良，热量聚集，温度往往高于临近组织3~7℃^[6]。这种差别使肿瘤处于杀伤温度时，正常组织温度低而不受损^[7]，从而形成高温作用于肿瘤组织

的选择性。热疗对肿瘤细胞的这种靶向性作用，促使央芪膏经皮透入，靶向标定直达肿瘤部位，在肿瘤局部产生了更高的药物浓度，能更好的发挥中药的清热解毒，抗癌、抑癌作用。③高温增加了央芪膏抗肿瘤的活性，增强药物疗效。研究表明高温可增加肿瘤细胞对药物的摄取，高温与药物相互作用加重了对肿瘤细胞DNA的损害，同时高温可增加温度依赖型药物的抗肿瘤活性^[8-10]。热疗对细胞的杀伤作用取决于热疗的温度及热疗的时间，在这方面有待于进一步的探索。央芪膏配合体外高频热疗产生了协同增敏的作用，较传统热疗治疗方法，患者受益更大，且对胃癌患者来说易于接受，疗效较确切，具有广泛的前景，可以作为一种新治疗方案为胃癌患者所应用，值得进一步探索研究。

参考文献:

- [1]董志伟,谷铎之.临床肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2002:876.
- [2]王冠庭.胃癌早期诊断与治疗的新进展[J].世界华人消化杂志,1998;6:62-64.
- [3]孙燕.内科肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2001:994.
- [4]孙燕,顾斐萍.癌症三阶梯止痛指导原则[M].北京:北京医科大学出版社,1999:29
- [5]刘宝瑞,钱晓萍.肿瘤热化疗的基础与临床研究进展[J].国外医学肿瘤学分册,2004,31(1):34.
- [6]张中冕,刘萍,王健等.腹腔灌注顺铂射频热疗联合EF方案治疗晚期胃癌临床观察[J].肿瘤防治杂志,2005,12(12):931-932.
- [7]An dear Zee J.Heating the patient:a promising approach[J].Ann Oncology. 2002;13(8):1173-1784.
- [8]Li elms,Poona RT,Lo CM.et al.Out come of transurethral chemoembolization in patients with inoperable hepatocellular carcinoma eligible for radiofrequency ablation[J].World J Gastroenterol, 2005,11(29):4465-4471.
- [9]Cabassa P,Donato F,Simeone F,et al.Radio- frequency ablation of hepatocellular carcinoma: longterm experience with expandable needle electrodes[J].AJR Am J Roentgenol,2006,186 (5):316-321.
- [10]Molinari M,Kachura JR,Dixon E,et al.Tran arterial chemoembolisation for advanced hepatocellular carcinoma:results from a North American cancer center[J].Clin Oncol,2006,18 (9):684-692.

协康颗粒含药血清对胃腺癌 SGC-7901 细胞株生长和转移的影响

戴小军¹ 刘为为^{2,3} 张晓春¹ 高鹏¹ 刘延庆²

(1.江苏省扬州市中医院, 江苏 扬州, 225009; 2.扬州大学, 江苏 扬州, 225001; 3.铜山中医院, 江苏 徐州, 221116)

中图分类号: R285.5

文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0320-06

【摘要】目的: 观察协康颗粒含药血清对人胃腺癌细胞株 SGC-7901 增殖、转移能力的影响。方法: 制备协康颗粒含药血清, 细胞体外培养, 不同浓度含药血清进行干预, 采用 MTT 法及细胞黏附法检测含药血清对 SGC-7901 细胞生长抑制率、侵袭、黏附能力和 SGC-7901 细胞与 HUVECS 之间细胞黏附作用的影响, 采用 ELISA 法检测含药血清对胃癌细胞 VEGF-C 表达的影响。结果: 不同浓度的药物组含药血清对 SGC-7901 细胞的生长均有抑制作用, 其中联合组抑制作用最强; 协康颗粒组、联合组均可抑制 SGC-7901 细胞对基底膜成分 Matrigel 的侵袭, 且与作用时间及浓度成正相关; 协康颗粒组、联合组含药血清亦能抑制 SGC-7901 细胞与 HUVECS 细胞的黏附, 明显下调 VEGF-C 的表达, 且呈一定的量效关系。结论: 抑制肿瘤细胞增殖、侵袭转移, 下调 VEGF-C 的表达可能是协康颗粒抑制胃癌生长和转移的作用机制之一; 协康颗粒与顺铂合用在一定程度上可以增强疗效。

【关键词】 协康颗粒; 胃癌细胞; 转移; 血清药理学

协康颗粒(又称扶正消瘤颗粒)是扬州中医院将原经验方扶正消瘤液改制成的复方颗粒剂, 由黄芪、灵芝、紫草、薏苡仁、土茯苓等组成, 具有补气健脾、活血化瘀、清热解毒等作用^[1]。在长期的临床实践中证实协康颗粒对胃癌早、中、晚各期的患者均有较好的疗效。本实验从该颗粒剂对胃癌 SGC-7901 细胞增殖、侵袭及对血管内皮生长因子的影响等角度探讨协康颗粒治疗胃癌的可能机理。

1 材料与方

1.1 实验材料

1.1.1 实验细胞株

人胃癌细胞株 SGC-7901 购自中国科学院上海细胞生物学研究所。

表 1: 实验用 Wista 大鼠用药分组

Table 1-1: The groups of mice

分组	给药	用法	周期	动物数 (只)
空白组	Control	0.1 mL bid gavage + 0.1 mL qd Injection	7 day	10
中药组	CM	0.5 g/ kg bid gavage	7 day	10
阳性组	DDP	5.0 mg/ kg qd Injection	7 day	10
联合组	CM+DDP	0.5 g/ kg bid gavage + 5.0 mg/ kg qd Injection	7 day	10

连续给药一周, 末次一次性给一天药量, 给药后 1 h, 以 0.2% 戊巴比妥钠麻醉, 腹主动脉无菌采血,

1.1.2 实验药品

协康颗粒(又称扶正消瘤颗粒) 委托江苏江阴天江药业有限公司制备, 每袋 2.5 克, 含生药 55 克。

1.1.3 主要实验试剂

RPMI-1640 培养基, 美国 GIBCO 公司; 小牛血清, 杭州四季青公司; MTT 粉剂, 美国 Sigma 公司; 胰蛋白酶, 美国 Sigma 公司; Matrigel 基底胶, 美国 BD 公司; 二甲基亚砜, 生工生物工程(上海)有限公司; ELISA 试剂盒, 美国博士德公司。

1.2 实验方法

1.2.1 含药血清的制备 含药血清的制备参照文献[2]进行, 将 Wista 大鼠 40 只随机分为 4 组, 具体分组情况见表 1。

置于无菌离心管中离心 5 min (2000r/min), 无菌分离血清, 重复离心 3 次, 56 °C、30 min 灭活, 0.22 μm 微孔滤膜过滤除菌, 分装, 置于-20°C 冰箱备用。

1.2.2 对胃癌 SGC-7901 细胞增殖的影响 取对数生长期 SGC-7901 细胞, 调整细胞浓度至 1×10^4 个/mL。按每孔 8×10^3 个接种于 96 孔培养板, 含 10% 小牛血清培养基培养 24 h。细胞贴壁后, 吸去上清液, 37°C, 体积分数 5% CO₂ 条件下, 无血清培养基培养 24h。control 组、CM 组、DDP 组、CM+DDP 组含药血清分别加入培养液, 稀释成浓度为 10%、15%、20% 的含药血清培养液, 加入细胞培养板中。每组重复 6 复孔, 置于 CO₂ 孵箱中培养 24 h、48 h、72 h。每孔加入 5mg/mL MTT 工作液 20 μL, 37°C 继续培养 4 h。弃去上清, 终止培养; 每孔加入 DMSO 150 μL, 37°C 振荡 10 min, 使结晶充分溶解。酶标仪选择 490 nm 波长, 测定各孔光吸收度 (OD 值)。计算各组细胞的生长抑制率, 试验重复 3 次。细胞抑制率计算公式为: 细胞抑制率=(对照组 OD 均值-实验组的 OD 均值) / 对照组 OD 均值×100%。

1.2.3 胃癌 SGC-7901 细胞对细胞外基质侵袭试验 取 96 孔培养板, 每孔中加入无血清培养基, 以 1: 8 比例稀释的 Matrigel 胶液 25 μL 铺于培养板底层, 37°C 过夜干燥。37°C 预热的 PBS 溶液洗 2 次, 室温干燥 1 h, 各孔中加入 2% 牛血清白蛋白 (BSA) 封闭液 20 μL, 37°C 封闭 30 min, PBS 洗 2 次。每孔加入 100 μL, 细胞浓度为 104 个/mL, 经含药血清作用过 48 h 的胃癌 SGC-7901 细胞 (分组同上)。37°C, 5% CO₂ 培养箱中孵育 1 h 后, PBS 洗去未粘附细胞, MTT 法检测 (同上)。按照以上方法, 孵育时间定为 2 h, 再次检测细胞侵袭能力。每组 6 复孔, 试验重复 3 次。

1.2.4 胃癌 SGC-7901 细胞同质黏附试验 细胞瓶中的胃癌 SGC-7901 细胞, 分别以三种浓度含药血清培养液培养 48 h (方法及分组同上), 无血清培养基制备成

104 个/mL 的待测细胞悬液, 共十二组。取对数生长期胃癌 SGC-7901 细胞传代至 96 孔培养板中, 细胞生长至融合。无血清培养基培养 24 h。以上待测细胞悬液加入该培养板, 每孔 100 μL, 每组 6 复孔。37°C, 5% CO₂ 孵箱培育 1 h, 后倾去上清, PBS 洗 2 遍, 除去未黏附细胞。每孔加入 5 mg/mL MTT 工作液 50 μL, 继续培养 4 h。弃去上清, MTT 法检测 (同上)。按照以上方法, 孵育时间分别定为 2 h、3 h、4 h, 检测细胞粘附作用。每组 6 复孔, 试验重复 3 次。

1.2.5 胃癌 SGC-7901 细胞与血管内皮 HUVECS 细胞黏附试验 将处于对数生长期的 HUVECS 细胞, 以每孔 8×10^3 个接种于 96 孔板。37°C、5% CO₂ 培养箱孵育 24h, 细胞融合成单层, 无血清培养基培养 24h。弃去上清液, 每孔中加入 100 μL 待测细胞液 (同上)。37°C、5% CO₂ 培养箱再孵育 2h, PBS 洗 3 次, 除去未黏附细胞, MTT 法检测 (同上)。

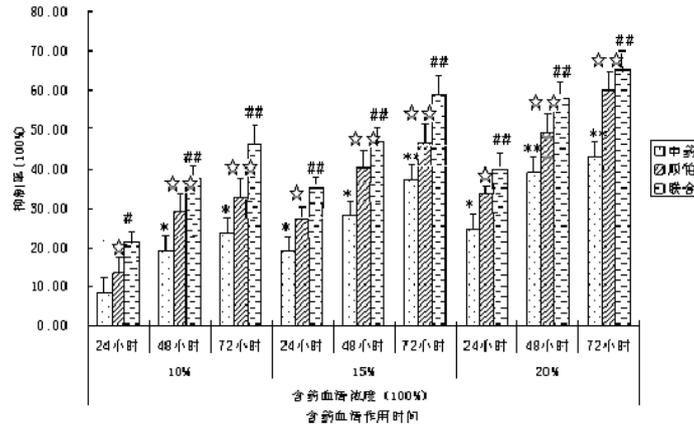
1.2.6 ELISA 法检测对 VEGF-C 表达的影响 取对数生长期胃癌 SGC-7901 细胞, 以 3×10^6 个接种于细胞瓶内, 37°C、5% CO₂ 培养箱, 含 10% 小牛血清培养基培养 24 h。倾去上清液, 以不同浓度含药血清继续培养 48 h (含药血清分组同上)。按试剂盒说明书进行。

1.3 统计 采用 SPSS13.0 统计软件分析, 数据用 $\pm s$ 表示, 组间比较用 t 检验。

2 结果

2.1 协康颗粒对胃癌 SGC-7901 细胞增殖的抑制作用 20 % 的联合组含药血清作用过 72 h 的胃癌 SGC-7901 细胞较正常对数生长期, 数量明显减少且细胞形态不规则, 显微镜下可见较多凋亡小体。

由图 1 可以看出, 各组含药血清对胃癌 SGC-7901 细胞的抑制率随含药血清浓度的增加而增加, 作用时间越长抑制率越高, 与浓度、作用时间呈正相关。MTT 法检测结果显示: CM、DDP、CM+DDP 组含药血清对胃癌 SGC-7901 细胞增殖均有一定抑制作用。



10%、15%、20%三个浓度梯度含药血清：与正常组比较：*/☆/#P<0.05 **/☆☆/## P<0.01

注：*/☆/# 表示差异显著； **/☆☆/## 表示差异极显著。

Note: */☆/# refer to significance at 5% level, **/☆☆/## refer to significance at 1% level.

图 1： 含药血清培养 24 h、48 h、72 h 对胃癌 SGC-7901 细胞生长的抑制率

Figer1: relation among time(24 h.48 h.72 h).concertration and effect among the groups

2.2 对胃癌 SGC-7901 细胞与细胞外基质侵袭的影响

含药血清培养 48 h 对胃癌 SGC-7901 细胞对细胞外基质侵袭能力的影响: 侵袭作用 1 h, 10%, 15%, 20% 的联合组含药血清均显著降低胃癌细胞的侵袭能力, 与空白组比较差异极显著; 作用 2 h, 浓度为

15% 的中药组含药血清可显著降低胃癌的侵袭能力; 当浓度为 15% 的联合组与阳性对照组比较差异显著, 浓度为 20% 的联合组与阳性组比较差异极显著。10%、15%、20% 的联合组与空白组比较差异均极显著。

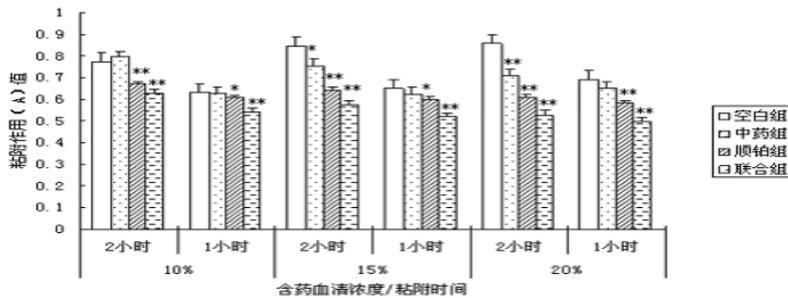


图 1-4: 含药血清培养 48 h 对 SGC-7901 细胞侵袭基底膜能力的影响($\bar{x} \pm s, n = 6$)

Figer 1-4: Effect of Xiekang Decoction on adhesive ability of SGC-7901 cells ($\bar{x} \pm s, n = 6$)

注：10%、15%、20%表示三个浓度梯度含药血清。

2.3 含药血清作用 48 h 对胃癌 SGC-7901 细胞之间同质粘附的影响

含药血清作用过 48 h 的胃癌 SGC-7901 细胞与正常对数生长期胃癌细胞之间同质粘附作用随着含药血清的浓度的升高以及粘附时间的延长而升高。粘附时间为 1 h, 2 h, 3 h, 4 h, 联合组对 SGC-7901 细胞之间同质粘附作用的增加与空白组比较均有极显著差异, 与阳性组比较均有显著差异。

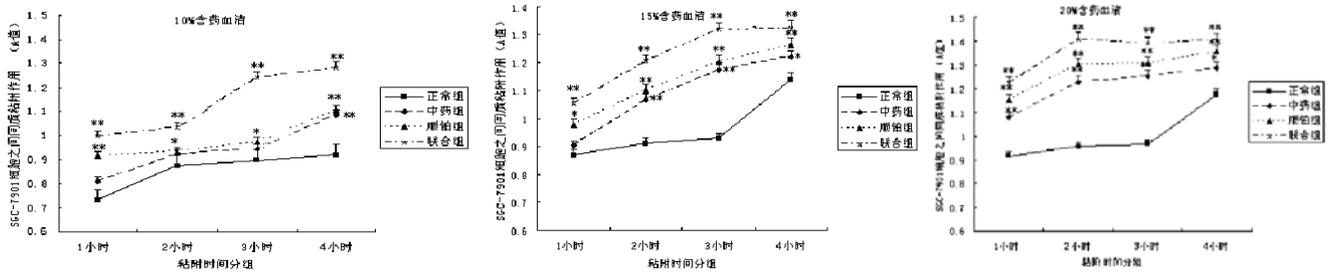
影响见图 5: 含药血清浓度为 10%: 中药组含药血清对其作用过的胃癌细胞同质粘附作用影响不明显, 随着粘附时间的推移, 粘附 3 h 时, 其同质粘附作用较空白组显著增强; 联合组含药血清组对同质粘附增强的作用与空白组比较差异极显著(图 A); 浓度为 15%: 中药组作用过的 SGC-7901 细胞在粘附 2 h 时, 即显示出其显著增强胃癌细胞同质粘附作用的能力(图 B); 浓度为 20%: 中药组含药血清可显著增强胃癌细胞同质粘附作

用的能力(图C)。

图 1-4: 含药血清培养 48 h 对 SGC-7901 细胞侵袭基底膜能力的影响(±s, n = 6)

Figur 1-4: Effect of Xiekang Decoction on adhesive ability of SGC-7901 cells (±s, n = 6)

注: 10%、15%、20%表示三个浓度梯度含药血清。



C

图 1-5: 不同浓度含药血清作用 48 h 对 SGC-7901 细胞之间同质粘附作用的影响 (±s, n = 6)

Figur 1-5: Effect of Xiekang Decoction on adhesive ability between SGC-7901 cells (±s, n = 6)

注: 10%、15%、20%表示三个浓度梯度含药血清。与正常组比较: *表示差异显著; **表示差异极显著。

2.4 对胃癌 SGC-7901 细胞与血管内皮细胞黏附作用的影响

中药组含药血清对胃癌细胞与血管内皮细胞的粘附作用, 作用不明显; 联合组能显著抑制胃癌 SGC-7901 细胞与血管内皮细胞的黏附能力,含药血清浓度为 10%、15%、20%时与空白组比较差异均极显著 (P<0.01); 10% 的联合组含药血清可显著降低 SGC-7901 细胞与血管内皮细胞的黏附能力, 与阳性组比较 P<0.01, 15%、20% 时与阳性组比较差异均显著 (P<0.05)

2.5 对胃癌 SGC-7901 细胞 VEGF-C 分泌量的影响

ELISA 试剂盒检测结果显示: 各组细胞上清中 VEGF-C 的表达量随着含药血清浓度由 10%、15%、到 20% 的递增而逐渐减少,与含药血清浓度存在一定的量效关系。同时三个浓度梯度的联合组含药血清对 VEGF-C 分泌的抑制作用与空白组比较, 有极显著差异; 单纯中药组浓度为 15%时对 VEGF-C 的分泌有显著抑制作用, 20% 时其对 VEGF-C 分泌量的抑制作用极显著; 相同浓度的联合组含药血清于阳性组对细胞上清中 VEGF-C 表达的抑制作用差异显著, 联合组优于阳性组。

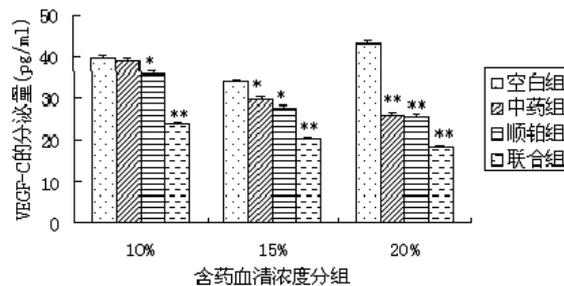


图 1-3: 含药血清培养 SGC-7901 细胞 48 h 对其 VEGF-C 分泌量的影响 (±s, n = 6)

Figur 1-3: Effect of quercetin on the expression of VEGF-C in human cancer SGC-7901 cells (±s, n = 6)

注: 10%、15%、20%表示三个浓度梯度含药血清。

3 讨论

体外实验是研究中药抗肿瘤机理的重要方法之一, 但对于抗肿瘤复方中药来说, 因其配伍的多样性, 煎制中化学反应的不确定性和胃肠吸收入血的随机性等因素影响, 使其有效成分构成复杂^[4], 因此体外实验方法一直是一个难题, 原因是中药粗制品中含有大量杂质, 如直接加入离体反应系统, 其 PH 值、渗透压、糝质、无机盐离子等非特异性理化因素将会严重干扰

实验的结果, 科学性差, 难以反映实验的真实性。八十年代中期日本学者 Iwama H 等率先提出了“血清药理学方法”, 它是将中药或复方经口给动物灌服一定时间后, 采集动物血液, 分离血清, 用含药物成分的血清进行体外实验^[5], 这一方法实现了体外与体内实验的较为完美的结合, 因为含药血清中包含^[6]: ①直接作用于机体的药物成分; ②药物在机体内的代谢产物; ③药物诱生的内源物质。而这些最终产物可能能够通

过细胞毒作用损伤癌细胞 DNA, 可以促进癌细胞分化, 诱导细胞凋亡, 可以影响肿瘤细胞基因表达, 也可以阻滞肿瘤细胞增殖周期, 最终抑制肿瘤生长。不仅反映了药物中可吸收部位的直接作用, 而且能反映药物成分在机体的作用下所形成的代谢产物和药物诱生的机体内源性物质的间接效应, 这些体内作用过程都能够被含药血清真实的反映出来^[7]。

肿瘤转移(measttasis)是一个多环节、多因素参与的连续复杂过程, 是恶性肿瘤的基本生物学特征之一, 是决定癌症预后的关键因素。血管内皮生长因子(vascular endothelial growth factors, VEGFs)在肿瘤的转移中起着举足轻重的作用^[7], 是与肿瘤血管、淋巴管生成关系最为密切的生长因子, 特异性的作用于内皮细胞, 由 VEGF-A、B、C、D、E 及胎盘生长因子(PIGF) 6 个成员组成。其中 VEGF-C 是第一个被证实具有促进淋巴管生成作用的淋巴管内皮生长因子, 多种恶性肿瘤组织中均可见 VEGF-C 的表达, 且与区域淋巴结转移显著相关^[7]。近年来研究表明^[1, 10], 细胞黏附贯穿于肿瘤转移的整个过程, 对肿瘤的转移发挥着重要作用。恶性肿瘤细胞同质黏附性降低, 瘤细胞从母体瘤上脱落下来, 异质黏附是肿瘤细胞侵袭周围组织和侵入及穿出血管所必需的, 进而通过血道、淋巴道和直接蔓延等方式向远端转移。自身黏附性降低是肿瘤细胞从母体瘤脱离的重要条件, 异质黏附性增高是肿瘤转移的重要因素^[8]。同时肿瘤血管的结构缺乏完整性, 内皮细胞间缝隙大, 通透性强, 血管网状结构紊乱, 有大量的血管盲端和动静脉短路, 这种异常的结构导致渗出增加及组织间高压, 易于使癌细胞发生转移^[6, 11]。

协康颗粒(又称扶正消瘤颗粒)是委托江苏江阴天江药业有限公司将原经验方扶正消瘤颗粒改制为复方颗粒剂, 由黄芪、灵芝、紫草、薏苡仁、土茯苓等组成的纯中药复方制剂, 该方紧扣胃癌本虚标实的病理特点, 将健脾、补气、活血、化瘀、清热、解毒等治法有机地融为一体, 具有扶正而不恋邪, 祛邪而不伤正的特点, 在长期的临床实践中该颗粒剂对胃癌有着确切的疗效。

从本部分研究可以看出, 中药复方协康颗粒制备的含药血清能够抑制胃癌 SGC-7901 细胞的增殖, 与顺铂联合应用对 SGC-7901 细胞增殖的抑制作用明显优于单纯应用顺铂。研究发现, 含药血清对胃癌细胞侵袭能力的抑制作用随着含药血清浓度的升高逐步增强, 并与作用时间呈正相关; 协康颗粒能够增强胃癌细胞的同质粘附作用, 与浓度及粘附时间呈正相关, 联合顺铂使用, 效果增强; 还能够降低胃癌细胞与血管内皮的粘附作用, 下调 VEGF-C 分泌量。

综上所述, 中药复方协康颗粒可以抑制胃癌 SGC-7901 细胞的增殖; 降低胃癌细胞对基底膜的侵袭能力, 同时能够增强其自身同质粘附作用、降低与血管内皮细胞的异质粘附作用; 从而阻断或者抑制肿瘤细胞的转移。VEGF-C 与癌细胞的淋巴道转移密切相关, 同时反应癌细胞的增殖能力。协康颗粒下调胃癌细胞 VEGF-C 的分泌量, 也说明其具有抑制癌细胞增殖及转移的作用。协康颗粒与西药顺铂联合使用, 效果增强, 这可能与中药和顺铂联合使用产生的协同作用有关。

参考文献:

[1] Tosetti F, Ferrari N, De Flora S, et al . Angioprevention: angiogenesis is a common and key target for cancer chemopreventive agents [J]. FASEB ,2002,16(1):2-14.

[2] Nishioka Y, Kyotani X, Miyamura M, et al. Influence of time of administration of a shosaiko-to extract granule on blood concentration of its active constituents [J]. Chem Pharm Bull, 1992, 40(5): 1335-1337.

[3] Shim H Y, Park J H, Paik H D, et al . Acacetin-induced apoptosis of human breast cancer MCF-7 cells involves caspase cascade , mitochondria-mediated death signaling and SAPK/JNK1/2-c-Jun activation [J]. Mol Cells , 2007, 24(1): 95-104.

[4] Carmeliet P. Angiogenesis in health and disease. Nat Med, 2003,9(6) : 653-660.

[5] Iwama H. Effect of Shosaikoto, a Japanese and Chinese traditional herbal medicinal mixture on the mitogenic activity of lipopolysaccharide; A new pharmacology testing method [J]. J Ethno pharmacol, 1987, 211 : 45.

[6] Klagsbrun M, Eichmann A. A role for axon guidance receptors and ligands in blood vessel development and tumor angiogenesis[J]. Cytokine Growth Factor Rev, 2005, 16(4-5) : 535-548.

[7] 雷燕. 关于中药血清学的若干思考[J]. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(5) : 263.

[8] Takahashi Y, Kitadai Y, Bucana C D, et al. Expression of VEGF and its receptor KDR, Correlates with vascularity metastasis and proliferation of human colon cancer[J]. Cancer Research, 1995, 55 : 3964-3968.

[9] Ogawa E, Takenaka K, Yanagihara K, et al. Clinical signical of VEGF-C status in tumour cells and stromal macrophages in nonsmall cell lung cancer patients [J]. Br J Cancer, 2004, 91(3) : 498-503

[10] 杨庆伟, 刘延庆, 刘丽等. 南蛇藤总萜提取物对肝癌 7721 细胞侵袭转移能力的影响[J]. 中草药, 2009, 40(3): 434-437.

[11] Carmeliet P. Angiogenesis in life, disease and medicine. Nature, 2005, 438(7070): 932-936.

“中医调胃、强肾、止血治癌法”的治疗实践与思考

董吉香

(山东省滨州市中医院肿瘤特色专科, 山东 滨州, 256600)

中图分类号: R273 文献标识码: A 文章编号: CCAC(2011)-08-0325-04

【摘要】目的: 探讨“中医调胃、强肾、止血治癌法”在癌症治疗中的重要作用。方法: 通过采用本人独创的“中医调胃、强肾、止血治癌法”治疗多癌种的典型病例进行疗效分析, 并加以总结, 评估。结果: 放化疗期间配合“中医调胃、强肾”治疗, 不仅可以明显减轻胃肠道反应和骨髓抑制, 为放、化疗顺利进行保驾护航, 还能提高放、化疗的疗效; 经手术及放化疗后病灶基本消失的病人, 及时采用“中医调胃、强肾、止血治癌法”一边改善体质, 增强机体抗癌能力, 一边止血阻断残癌的供血、供养, 饿死残癌, 可有效避免复发和转移, 提高远期疗效; 病灶较小的早期病人, 或治疗后出现小灶转移的病人及时采用“中医调胃、强肾、止血治癌法”治疗可有效灭活原发癌瘤和转移癌瘤, 提高远期疗效, 使病人获得长期生存。结论: “中医调胃、强肾、止血治癌法”在癌症治疗中有以下两大作用: 1、中医“调胃”、“强肾”, 不仅可以全面改善体质, 增强机体抗癌能力, 还能有效减轻放化疗引起的严重胃肠道反应和骨髓抑制, 同时可为放、化疗增敏增效 2、中医“止血治癌法”, 不仅能够有效灭活术后及放、化疗后的残存癌瘤, 还能有效灭活治疗后小转移癌灶, 提高远期疗效, 使病人获得长期生存。

【关键词】 中医 调胃 强肾 止血 治癌

1 资料和方法:

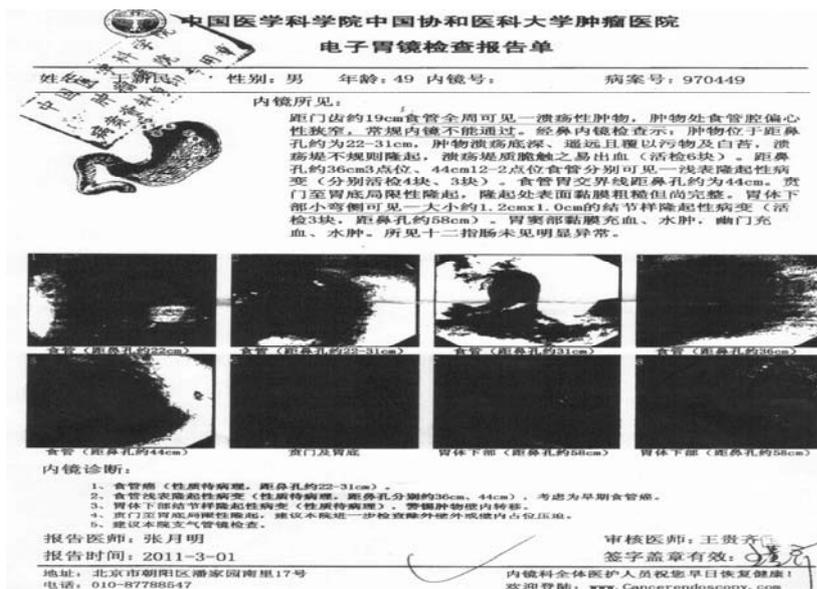
通过对 2008——2011 年我接诊的 50 例配合“中医调胃、强肾、止血治癌法”治疗的多癌种典型病例进行疗效随访后, 加以分析、总结并进行评估, 同时通过多癌种典型案例进行分析以进一步认证该方法在癌症治疗中的重要作用。

多癌种典型案例举例:

治疗前胃镜报告:

例一: 晚期食道癌。

患者于新民, 男, 50 岁, 滨州市中医院业务副院长, 于 2011 年 2 月 25 日在北京中国医学科学院经电子胃镜、病理、PET—CT 等相关检查确诊为食道癌晚期, 胃癌, 肺及纵膈淋巴结转移, 腹腔淋巴结转移, 可疑脊椎多发转移。



治疗前钡透: 放化疗配合“中医调胃、强肾”治疗 2 个月后钡透

病理报告:

中国医学科学院肿瘤医院
Cancer Hospital Chinese Academy of Medical Sciences

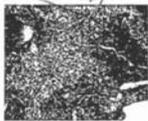
病理报告单

病理号: 389880
病案号: 970449

患者姓名: 于新民 性别: 男 年龄: 48 科室: 肛肠科 病区: 床号:

送检材料: 胃体等4个标本 接收日期: 2011-03-01

图像:



肉眼所见:

(1) 灰白组织四粒, 直径0.1cm。(2) 灰白组织三粒, 直径0.1cm。(3) 灰白组织三粒, 直径0.1cm。(4) 灰白组织七粒, 直径0.1cm。

病理诊断:

(胃体) (食管44cm) (食管36cm)
鳞状细胞癌, 分化较差。
(食管22-31cm)
食管黏膜组织, 部分鳞状上皮中-重度不典型增生, 另见一块高度恶变的异性细胞伴坏死。

报告医师签名: 张辉/侯建明
诊断日期: 2011-03-02

中国医学科学院肿瘤医院
PET-CT 诊断报告单

检查日期: 2011-2-25 报告日期: 2011-2-25 病案号: 970449

姓名: 于新民 科室: 肛肠科
性别: 男 床号:
年龄: 49岁 检查部位: 全身PET-CT

病史及检查目的: “影像学考虑食管癌”行PET-CT检查评估肿瘤情况和放疗定位。
检查前准备及检查方法: 受检者空腹6hr以上, 测血糖值6.1mmol/L, 体重60kg, 静脉注射显像剂 F-18 FDG, 89mCi, 安静休息60min后, 行胸部+腹部PET-CT断层显像(8个投射野), 先行CT扫描, 层厚3.75mm, PET采用3D采集, 层厚3.27mm, 行胸部屏气CT扫描。

检查所见:

食管上段肿物并管壁增厚, 最大截面约5.0x3.3cm, 伴放射性摄取增高, 最大SUV11.6, 近端食管明显扩张, 肿物侵犯上纵膈大血管、气管, 左侧气管食管旁淋巴结摄取增高, 最大SUV8.4, 与肿物与融合成团, 食管下段摄取增高灶, 最大SUV2.8, 腹腔淋巴结肿大, 伴摄取增高, 最大SUV7.5, 约2.6x2.3cm, 纵膈多发小淋巴结, 部分伴轻度摄取, 最大SUV2.5(4L), 冠状动脉钙化, 双肺下叶基底段类结节, 左肺下叶基底段钙化灶, 未见异常放射性摄取, 肝右叶钙化灶, 前列腺内摄取增高灶, 最大SUV3.5, 膀胱、胰腺、胆囊、双肾、双侧肾上腺及双侧肾上腺未见异常放射性摄取增高, 同机CT扫描未见明显异常, 腹股沟、盆腔及双侧腹股沟未见明确肿大淋巴结。

右侧肺及上颌窦炎性病变, 未见摄取增高, 鼻咽轻度摄取增高, 最大SUV3.4, 双侧扁桃体饱满, 舌根饱满, 一并摄取增高, 最大SUV4.9, 双侧下颌窝可见生理性摄取, 最大SUV2.7, 右侧上颌窦及双侧下鼻道炎性病变, 伴摄取增高, 最大SUV2.5, 下颌、喉部、甲状腺未见异常放射性摄取, 双侧颈部及锁骨上区小淋巴结, 部分伴轻度摄取, 最大SUV2.1, 脑实质未见异常放射性摄取, 同机CT扫描未见明显异常。

枕骨斜坡、脊椎摄取增高灶, 最大SUV4.4(腰椎), 未见明显骨质破坏。

诊断意见:

- 食管上段肿物, 伴代谢增高, 为恶性, 考虑食管癌, 肿物侵犯上纵膈大血管、气管。
- 左侧气管食管旁、腹腔淋巴结肿大, 伴摄取增高, 考虑为转移。
- 纵膈多发小淋巴结, 部分伴轻度代谢活性, 目前诊断恶性证据不足, 请密切随访。
- 双侧颈部及锁骨上区小淋巴结, 部分伴轻度代谢活性, 炎性淋巴结? 请密切随访。
- 双肺下叶基底段类结节, 未见代谢增高, 请CT确诊, 冠状动脉钙化。
- 前列腺内代谢增高灶, 生理性摄取? 请结合PSA检查。
- 鼻咽轻度摄取增高; 双侧扁桃体饱满, 舌根饱满, 并代谢增高, 以上改变为炎性病变? 请结合临床。
- 枕骨斜坡、脊椎多发代谢增高灶, 未见明显骨质破坏, 目前诊断恶性证据不足, 请随访。

报告医师: 梁颖 审核医师: 梁颖
本报告仅供临床医师参考 签字有效

PET—CT 报告:

经放疗、化疗, 同时予以“中医调胃、强肾”治疗 2 月余, 放化疗结束后又予以“中医止血治癌法”
例二 胃癌中晚期。

杨贵金, 男, 65 岁, 家住黑龙江鸡西, 胃癌术

病理报告:

鸡西矿业集团总医院

长期医嘱单(粘贴式)

姓名: 科室: 床号: 住院病案号:

病理编号: 091568 病理检查报告单 编码: QRJ-0008

送检医院: 鸡西矿业集团总医院 科室: 外科 1016-1 送检医师: 杨和强

患者姓名: 杨贵金 年龄: 65 性别: 男 门诊或住院号: 0237658

送检物: 胃 接收日期: 2009 年 5 月 6 日 前次病理编号: -

病理诊断:

(胃) 溃疡型中-低分化腺癌, 侵及胃壁全层, 肿瘤大小: 7x6x2cm, 周围淋巴结 1/6 转移, 两切缘, 食管旁, 第 8 组淋巴结 3 枚及第 12 组淋巴结 1 枚, 均未见转移癌。

报告日期: 2009 年 5 月 12 日 报告医师: 杨和强

附注: 1. 本报告只对此标本负责;
2. 详细报告见病理档案, 如有疑问及时与病理科联系

继续治疗近 3 个月, 现患者体重已由生病时的 120 斤增至 145 斤, 恢复工作, 现仍在中药治疗中。

后刀口长期不愈合, 骨转移

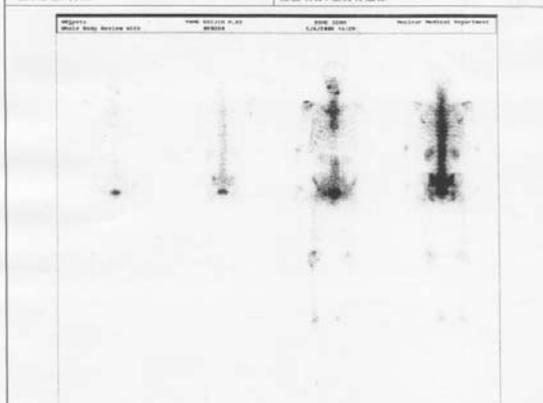
ECT 报告:

鸡西矿业集团总医院检查图文报告

检查号: 090330

姓名: 杨贵金 性别: 男 年龄: 65 岁 病历号: 0237658 检查日期: 05/06/2009

临床诊断: 胃Ca 检查项目: 全身骨显像



检查方法及所见:

静脉注射骨代谢显像剂99mTc-MDP3.5小时, 取前位, 后位全身骨平面显像, 全身骨代谢良好, 影像清晰, 于上下颌骨及双侧髌骨均可见异常放射性浓聚, 余未见明显异常, 双肾略显影, 胆囊、膀胱大小正常。

诊断意见:

上下颌骨及双侧髌骨异常放射性浓聚, 建议定期复查。
双侧甲状腺肿大, 此报告为辅助诊断, 仅供参考不作为参考。

报告医师: 程向军 审核医师: 魏淑娟 报告日期: 05/07/2009

黑龙江鸡西矿业集团总医院核医学科 电话: 2734662-5162 地址: 和平北大街50号

因糖尿病及体质差，食欲差，术后 40 余天刀口持续不愈合，采用“中医调胃、强肾、止血治癌法”治疗 6 个月后彻底停药，患者病情获得了长期稳定。

例三 胃癌晚期。

将喜斌，男，42 岁，胃癌术后，于 2 年半前复

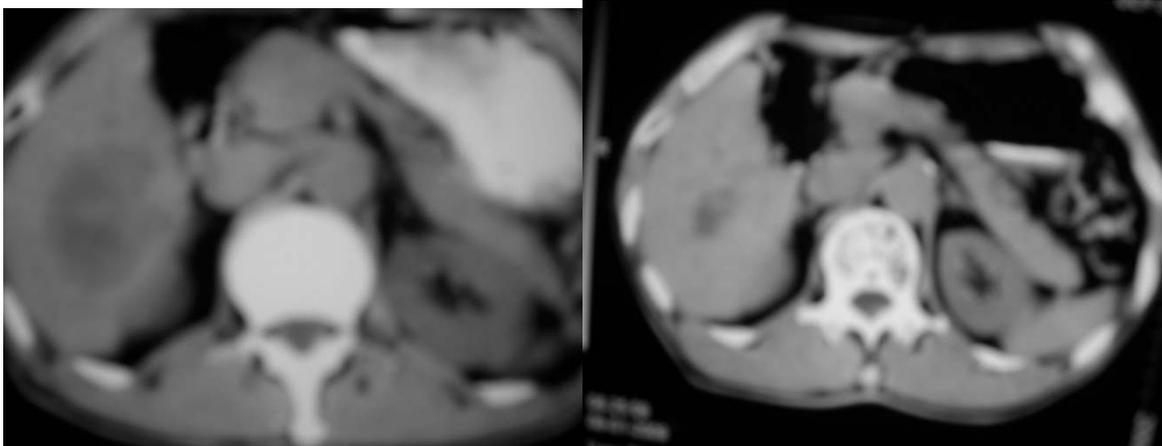
发，于北京 301 医院再次手术时，发现已广泛转移，手术无法进行而关腹。术后采用“中医调胃、强肾、止血治癌法”治疗 8 个月，因出现不完全肠梗阻而停药，因不完全肠梗阻长期得不到解决，机体状况越来越差，但于 2011 年查 PET—CT 示：



例四 肝癌晚期。

患者杨春浦，男，69 岁，家住黑龙江鸡西，三年前在哈医大行肝左叶癌切除术，术后三个月出现右叶转移，又在鸡西矿物局总医院行血管介入化疗栓塞术，术后三个月再次出现肝右叶转移，大小为 5 厘米左右，患者 CT 图片：

又在鸡西市中医院行射频消融治疗一次，然后采用“中医调胃、强肾、止血治癌法”继续巩固治疗，以防继续复发和转移结果竟获得了临床痊愈，至今已有近三年。



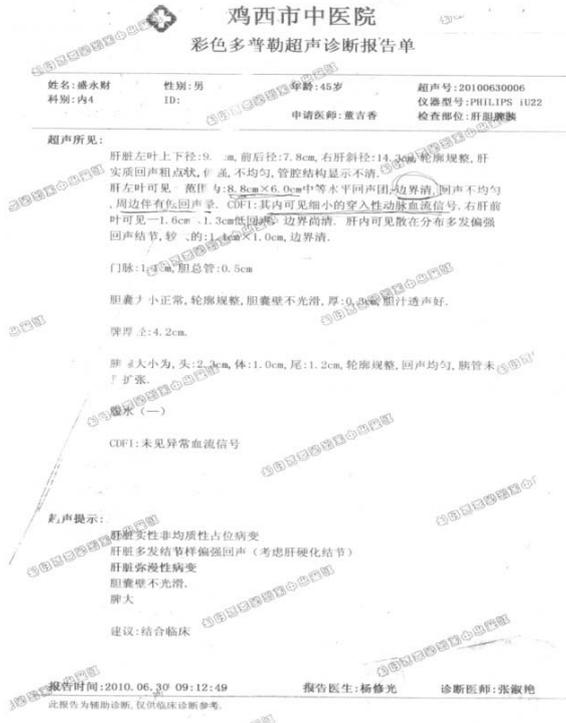
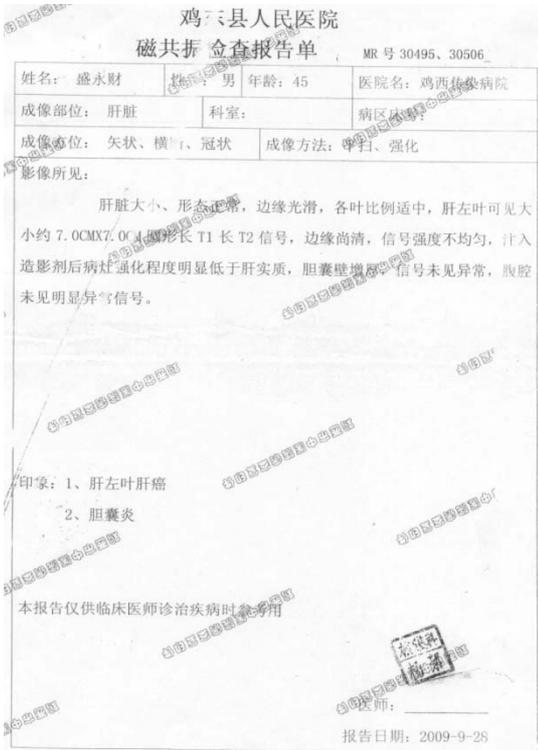
例五 肝癌中晚期。

患者盛永才，男，47 岁，家住黑龙江省鸡西市，患原发性肝癌近二年，单独采用“中医调胃、强肾、止血治癌法”治疗 8 个月停药，患者边治疗边工作已

近 2 年，病灶稳定，多次查彩超未发现新的转移病灶。于 2 个月前从装煤的大货车上掉下来造成右腿粉碎性骨折，术后正在养伤。

患者 CT 图片及报告:

患者复查彩超报告:



例六 早期乳腺癌。

患者李月云, 女, 49岁, 家住黑龙江鸡西恒山, 乳腺治疗过程的图片

乳腺癌。单独采用“中医调胃、强肾、止血治癌法”治疗获得了痊愈。



鸡西矿业集团总医院
长期医嘱单(粘贴式) 编号:QRJ-009

姓名: 科室: 床号: 住院病案号:

病理编号: 093716 病理检查报告单 编号: QRJ-009

送检医院: 本院 科室: 外科(1020-3) 送检医师: 于化宇

患者姓名: 王月云 年龄: 43 性别: 女 门诊或住院号: 0248313

送检部位: 右乳 检查日期: 2009年11月1日 前次病理编号: -

病理诊断:
大体: 穿刺组织送检,
镜下: 导管及炎细胞
(右乳穿刺)少许乳腺导管伴慢性炎

报告日期: 2009年11月6日 报告医师: 杜国培

附注: 1. 本报告只对此标本负责;
2. 详细报告见病理科档案, 如有疑问及时与病理科联系

鸡西矿业集团总医院
医技(实验室)报告粘贴单 编号: QRJ-009

姓名: 科室: 床号: 住院病案号:

病理编号: 093981 病理检查报告单 编号: QRJ-009

送检医院: 本院 科室: 外科(1020-3) 送检医师: 柏和强

患者姓名: 李月云 年龄: 41 性别: 女 门诊或住院号: 0248313

送检部位: 乳腺组织 检查日期: 2009年11月27日 前次病理编号: -

病理诊断:
镜下: 炎细胞
(右乳穿刺)慢性炎。

报告日期: 2009年12月1日 报告医师: 杜国培

附注: 1. 本报告只对此标本负责;
2. 详细报告见病理科档案, 如有疑问及时与病理科联系

例七 乳腺癌下淋巴结转移。

患者王玉珍,女,52岁,患乳腺癌近2年,采用“中医调胃、强肾、止血治癌法”配合外科保乳术及放疗
乳腺照片

治疗后近2年。



例八, 乳腺癌根治术后放化疗后多发转移。

患者庄敏,女,56岁,家住黑龙江鸡西。
1999年行乳腺癌根治术,术后行常规放化疗及口服三苯氧胺
进行内分泌治疗,于2009年末开始腰痛。

2010年1月查ECT示:

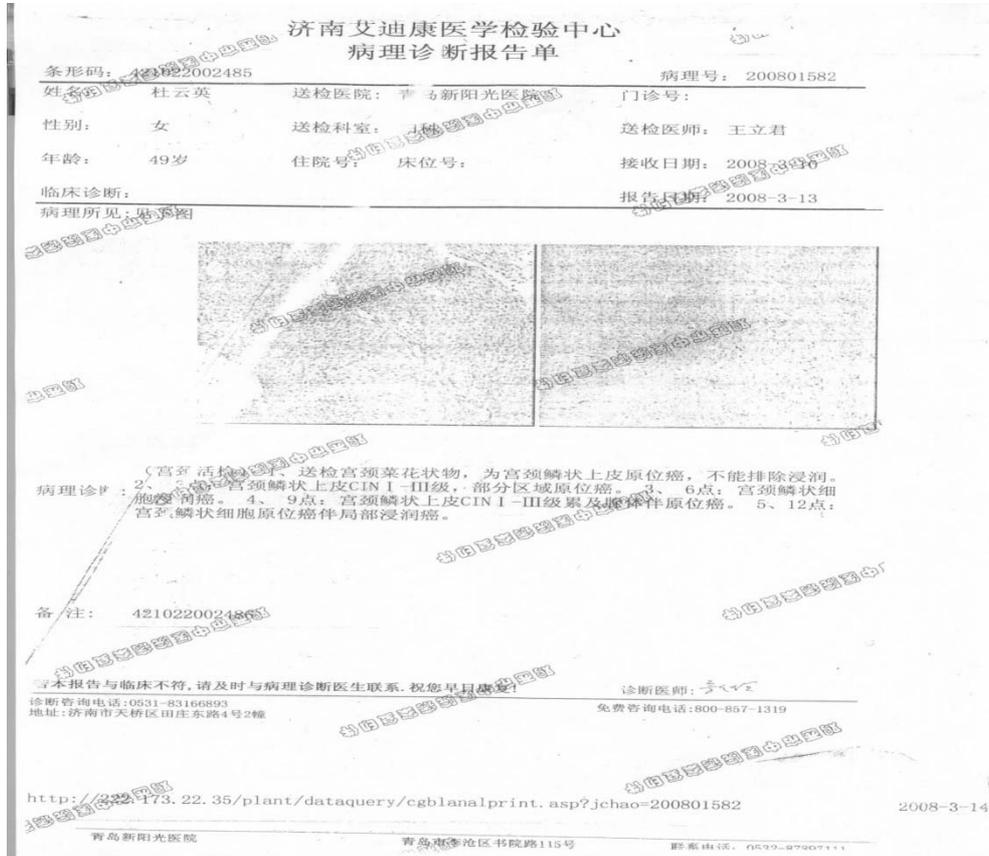
2010年2月4日查PET—CT报告示:

经化疗4个周期同时配合“中医调胃、强肾、于2011年4
止血治癌法”治疗三个月后复查PET—CT示:

月复查腰椎骨窗CT示:

小便失禁，因离不开卫生间而整日无法出门，苦不堪言，而且于2008年7月份再次出现阴道不规则流血，于是决图示患者病理报告

定求治于中医。采用“中医调胃、强肾、止血治癌法”治疗6个月后停止用药，患者痊愈近3年未再复发。



2 结果

通过对以上50例病人中的典型治疗案例进行分析可以看出：

- 2.1“中医调胃、强肾、止血治癌法”在以上多癌种的典型案例治疗中，不仅可以改善体质，增强抗病能力，还能明显减轻放化疗过程中引起的严重胃肠道反应及骨髓抑制，同时为放化疗增敏、增效。
- 2.2“中医调胃、强肾、止血治癌法”与现代医学手段的合理配合，优势互补，既可以获得较快、较好的近期疗效，又可以获得理想的远期疗效。
- 2.3“中医调胃、强肾、止血治癌法”配合或不配合外科保乳术，可为乳癌保乳保驾护航。
- 2.4“中医调胃、强肾、止血治癌法”可有效阻断癌瘤供血，供养，灭活残存癌灶和转移小癌灶，提高远期疗效，使中晚期癌症病人获得长期生存。

3 讨论

“中医调胃、强肾、止血治癌法”是本人在多年临床实践中独创的中医治癌法。

所谓“调胃”即调理脾胃之意，中医认为“脾胃为后

天之本”，“气血生化之源”“有胃气则生，无胃气则亡”，《张氏医通.积聚》篇：“善治者，当先补虚，使血气壮，积自消也，不问何脏，先调其中，使能饮食是其本也”，因此调理脾胃应是癌症治疗必须重视的一个原则！

所谓“强肾”即补肾填精，鼓舞肾气之意，中医认为“肾为先天之本”，肾内寓元阴、元阳，具有激发和推动脏器生理功能的作用，由于先天不足，或后天久病失养，或因年老体衰，而致肾内元阴、元阳耗损，肾气衰退，肾气对各脏器的激发和推动作用也会随之减弱，正如《外科启玄》：“癌发四十岁以上，血亏气衰，厚味过多所生，十全一二”，因此“强肾”也应是癌症治疗必须引起重视的一个重要原则！

所谓“止血治癌法”即是通过某些具有止血作用的中药的特殊止血机制，阻断癌瘤内再生血管的供血、供养，使癌瘤逐渐停止代谢、增殖，最终被“饿死”之意，癌性出血是临床常见症状，由于癌内再生血管具有形状不规则，迂曲，循环不畅，管壁缺损不完整，

缺少神经感受器等缺点，因此西医强力止血药有时用于慢性癌性出血效果并不理想，而中药止血往往更容易收效，在反复采用中药控制癌性出血的多年实践中，我逐渐发现，某些止血中药在有效控制癌性出血的同时，也能有效阻断瘤内再生血管的供血供养，使癌瘤因缺血、缺氧而逐渐发生坏死，甚至灭活，这一作用可通过彩超及 PET—CT 等现代设备得到证实。

该方法总结于多年临床实践，又反复验证于实践，经多癌种临床验证发现具有可重复性，通过以上多癌种典型病例的分析验证，应该能给我们以下几点启示：

- 1、“中医调胃、强肾”治疗，不仅能改善体质，增强抗癌能力，还能明显减轻化疗引起的严重胃肠道反应和骨髓抑制。
- 2、“中医调胃、强肾、止血治癌法”治疗，不仅能激发、调动机体内在的抗癌机制抗癌，还可能有效减少并逐渐阻断有形癌瘤内再生血管的供血、供养，使癌瘤逐渐被饿死，提高远期疗效，为癌症的中医治疗创造了新的思路，使部分癌症病人获得彻底根治成为可能。
- 3、乳癌根治性切除与保乳治疗，通过大样本的临床观察，远期疗效没有显著差异，但为获得安全保命，在我国乳癌根治术较保乳术开展更广泛，其实乳腺切除伤害的不仅是广大乳癌病人的肉体，更重要的是心理，通过上述典型案例分析，该方法的应用可能会为乳癌保乳术多上一份保险，为多数乳癌病人实现安全保乳多提供一份保障！

该方法虽然在多癌种的临床治疗中取得了较好的治疗效果，甚至是意外收获，但临床应用中还有很多难点问题需要解决，很多方面需要完善，如中医疗效的客观认

定，解决治疗难点的具体办法等。

关于该治疗方法的疗效认定本人初步思考了一下几点：

- 1、通过彩超对病灶处血流信号进行动态观察，血流信号逐渐减少为有效，无变化或逐渐增多为无效。
- 2、通过 PET—CT 及 ECT 对病灶进行动态观察，病灶处放射性摄取逐渐减低为有效（但因价格昂贵，不能被普遍使用），性摄取无变化或逐渐增高为无效。
- 3、治疗过程中及治疗后发现新的转移灶为无效，不再继续转移为有效。
- 4、实际生存期明显超过预计生存期为有效。

关于治疗难点及解决办法进行如下初步探讨：

1、采用“中医止血治癌法”阻断癌瘤内再生血管供血过程中，会出现病灶处疼痛或原有疼痛加重现象，主要应是瘤灶供血不畅所致，可按三阶梯止痛原则对症治疗，也可以通过中药局部外敷帮助缓解疼痛。

2、病灶较大或较多，采用“中医止血治癌法”治疗过程中，癌瘤逐渐发生缺血坏死溶解过程中，会出现较重的“肿瘤溶解反应”，出现发热、头晕、神疲乏力，食欲差，甚至恶心等症状，可以通过手术及放疗迅速使病灶缩小甚至消失后，再采用该方法治疗，就可以减轻上述反应，同时嘱病人多喝水以助毒素排泄，必要时可静脉输入碳酸氢钠或口服，还可以大剂量蒲公英熬水服以消内毒。体质差不能通过西医的杀伤性治疗手段缩小病灶的应慎用该方法治疗。

综上所述，中医“调胃”、“强肾”、“止血”应是中医抗癌的三个重要机制，在癌症治疗中起着不可忽视的重要作用，很值得我们进一步观察、挖掘和探讨！

相关文献：

短程间歇预防性给予重组人血小板生成素治疗肺癌化疗诱导的严重血小板减少的疗效

目的 评价短程间歇预防性给予重组人血小板生成素(rhTPO)治疗肺癌化疗诱导的严重血小板减少的临床疗效。
 方法 前一个化疗周期(对照周期)发生严重血小板减少的 24 例非小细胞肺癌(NSCLC)患者,在进入下一个化疗周期时(预防用药周期)短程间歇预防性给予 rhTPO,即化疗开始后的第 2、4、6、9 天给予 rhTPO 300 U·ks-1·d-1 皮下注射,监测患者的血小板计数变化,并进行对比分析.结果 预防用药周期中患者血小板计数最低值为(56±16)×10⁹/L,对照周期为(28±13)×10⁹/L(P<0.001).预防用药周期中患者血小板减少的持续时间为(8.4±2)d,对照周期为(12±3)d(P<0.001).预防用药周期中患者血小板计数曲线下面积为(3517±685)×10⁹/L,对照周期为(2063±436)×10⁹/L(P<0.001).预防用药周期和对照周期中患者化疗后血小板计数最低值出现时间和血小板计数恢复最大值之间差异均无统计学意义(均 P>0.05).结论 对于既往有化疗诱导的严重血小板减少发生史的 NSCLC 患者,短程间歇预防性给予 rhTPO,可降低患者血小板减少的严重程度,并缩短血小板减少的持续时间。

中西医结合治疗化疗后血小板减少症 150 例

周维顺 刘振东 林胜友 谢长生

(浙江省中医院, 浙江 杭州, 310006)

中图分类号: R730.52 文献标识码: A

文章编号: CCAC(2011)-08-0333-01

恶性肿瘤化疗后易出现骨髓造血功能障碍导致血小板减少症, 我们近 5 年来采用中西医结合治疗 150 例取得了满意疗效, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 150 例中, 男 100 例, 女 50 例, 年龄 20~30 岁 20 例, 31~40 岁 70 例, 51 岁以上 60 例, 其中血小板总数在 $30 \times 10^9/L$ 以下者 50 例, $30 \times 10^9 \sim 50 \times 10^9/L$ 者 100 例。

1.2 治疗方法

本病中医根据辨证分型治疗, 脾肾两虚型, 用升血小板 1 号方(黄芪 30g 党参 30g 赤小豆 30g 当归 20g 女贞子 12g 仙茅 12g 仙灵脾 12g 补骨脂 15g 水牛角 30g 仙鹤草 30g 红枣 30g 紫河车 12g); 气血双亏型, 用升血小板 2 号方(黄芪 30g 党参 30g 赤小豆 30g 当归 15g 鸡血藤 30g 生熟地各 15g 杭白芍 10g 女贞子 15g 补骨脂 15g 紫河车 12g 水牛角 30g 仙鹤草 30g 炙甘草 5g)。方中党参根据病情可改用红参 6~10g, 每日一剂, 二次煎服。在应用中药同时加用利血生 20mg 每日三次; 肌苷片 0.4g, 每日三次; 强的松片 10mg 每日四次; 氨肽素片 1g 每日三次。如果血小板低于 $30 \times 10^9/L$, 有时加输血小板治疗。

2 结果

经中西医结合治疗, 血小板升至 $50 \times 10^9/L$ 以上者为有效。化疗后血小板达 $30 \times 10^9 \sim 50 \times 10^9/L$ 者为 100

例, 用药 5~10 天升至 $50 \times 10^9/L$ 以上者为 40 例, 用药 10~15 天升至 $50 \times 10^9/L$ 以上者 60 例; 血小板 $30 \times 10^9/L$ 以下者 50 例, 用药 7~10 天升至 $50 \times 10^9/L$ 以上 20 例, 用药 15~20 天升至 $50 \times 10^9/L$ 以上者 30 例。

3 讨论

恶性肿瘤病人化疗后骨髓造血功能受到抑制, 尤其是骨髓巨核细胞受损, 循环血中血小板生存时间缩短, 从而引起血小板减少。中医辨证归属血虚和虚劳范畴。化疗后脾肾受损, 脾虚则气血生化乏源, 肾亏则精血生化无根, 基于五脏相关, 气血同源, 阴阳互根, 气虚不能生血, 血虚不能化气, 气虚者阳渐衰, 血虚者阴渐亏之理, 治疗应以“损者益之, 劳者温之, 形不足者温之以气, 精不足者补之以味”为原则, 治疗宜用健脾益肾、补益气血之法。升血小板 1 号、2 号方中, 党参、黄芪、红枣、炙甘草健脾补气生血, 当归、白芍、鸡血藤、生熟地、水牛角、仙鹤草补血生血、凉血活血, 女贞子滋肾养阴。补骨脂、紫河车、仙茅、仙灵脾温补脾肾。现代药理研究提示党参、黄芪、红枣、炙甘草均能稳定红细胞膜, 升高外周血细胞作用, 尤其对放化疗所引起的血细胞下降有提升作用。当归、熟地、仙鹤草、女贞子、水牛角含有多种维生素和氨基酸等, 也能升高实验动物外周血细胞、增加和延长血细胞生存时间及缩短血凝时间, 使血小板数增加。仙茅、仙灵脾、补骨脂、紫河车能刺激骨髓造血干细胞增殖百分比, 促使血细胞增长, 提高全身免疫功能的作用。