

中西医结合治疗中晚期老年非小细胞肺癌的临床观察

吴燕波

(江苏省肿瘤医院 南京 210009)

摘要:目的:应用中西医结合,探索中晚期老年非小细胞肺癌的最佳耐受治疗方法。方法:选择老年中晚期非小细胞肺癌病人,治疗组 26 例,对照组 30 例。治疗组在给予中药健脾益气的基础上辨证论治加静脉或口服化疗,对照组采用单纯静脉或口服化疗。结果:瘤体变化比较,治疗组、对照组有效率 15.4%、16.7%;治疗组生活质量提高;体重变化增加;近期综合评价提高;主观症状改善($P<0.05$);化疗前后毒副反应减轻。远期疗效:治疗组中位生存期 13.8 个月,对照组 9.4 个月。结论:对老年晚期非小细胞肺癌患者应用中西医结合的方法是必要而且可行的。

关键词:肿瘤;肺癌;中西医结合疗法;化疗;放疗;中药煎剂

中图分类号:R 734.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)02-0018-03

肺癌居男性肿瘤发病及死亡第一位,女性肿瘤发病第三位。在已诊断的肺癌中,非小细胞肺癌占 80%左右,肺癌一经病理确诊 80%左右已属晚期^[1]。肺癌患者年轻人少见,45 岁以上者占绝大多数,达 95.5%,发病高峰年龄为 70~74 岁,其中 45%的肺癌患者年龄 ≥ 70 岁,80 岁以上的患者占 10%,因此肺癌有“老年癌”的别名^[2]。本人对老年中晚期肺癌采用中西医结合治疗,现回顾性分析 2000~2006 年的病例资料,报告如下:

1 临床资料

1.1 病例选择标准 明确诊断的老年非小细胞肺癌(III~IV 期,初治或复治)患者,年龄 65~85 岁。诊断标准参照中国卫生部医政司《中国常见恶性肿瘤诊疗规范》^[3],经病理组织学或细胞学确定诊断的原发性非小细胞肺癌。所有病例均为本院门诊和住院病人。

1.2 一般资料 治疗组 26 例,对照组 30 例。治疗组:男性 21 例,女性 5 例;腺癌 9 例,鳞癌 9 例,腺鳞癌 6 例,肺泡细胞

癌 1 例,肺腺、胃黏液腺双原癌 1 例;静脉化疗加中药 8 例,放疗加中药 3 例,口服小剂量化疗加中药 15 例;IIIa 期 11 例,IIIb 期 9 例,IV 期 6 例;其中肝转移 2 例,脑转移 1 例,肺内转移 2 例,骨转移 2 例。对照组:男性 22 例,女性 8 例;腺癌 10 例,鳞癌 13 例,腺鳞癌 6 例,肺泡细胞癌 1 例;IIIa 期 13 例,IIIb 期 11 例,IV 期 6 例;其中肝转移 3 例,脑转移 1 例,肺内转移 1 例,骨转移 2 例。所有患者,Karnofsky 评分均在 60 分以上,估计自然生存期 >3 个月。

2 治疗方法

2.1 治疗组 静脉化疗采用吉西他滨加顺铂、紫衫醇加顺铂、多西他赛加顺铂的方案,口服采用依托泊苷胶囊或紫杉胶囊;放疗均是姑息性放射治疗。并根据老年患者的体质状况、客观指标进行中药治疗。在健脾益气的基础上辨证论治分型,大致可分四型:

2.1.1 气滞血瘀 主证:咳嗽不畅,胸痛如锥刺,痛有定处,或胸闷气急,或痰血暗红,便秘口干,口唇紫暗,舌暗红或紫

异,但在治愈时间上治疗组明显短于对照组。因此,针药治疗该病有一定的优势。

表 1 两组临床疗效比较 例				
组别	n	治愈	好转	无效
治疗组	29	19	10	0
对照组	27	15	11	1

表 2 两组治愈时间比较 例			
组别	<14d	>14d	合计
治疗组	13	6	19
对照组	5	10	15

4 讨论

麻痹性斜视中医又称为“目斜视”,古代医籍中又根据其偏视的程度,位置不同而分别命名为“坠睛”、“神珠将反”、“瞳神反背”、“目仰视”等^[4]。《诸病源侯论》载:“睛不正则偏视”,因其常出现视一物为二物的现象,而又称为“视歧”。《类经》曾注云:“目系急则目眩睛斜,故左右之脉,互有缓急。视歧失正,则两睛之所中于物者不相比类,而各异其见。”中医治疗的理论依据是根据《内经·灵枢大惑论》“斜中于项,因逢其身之虚,其入深,则随眼系以入于脑,入于脑则脑转,脑转则目系急,目系急则目眩以转矣,斜其精,其眼所中,不相比也,则精散,精散则视歧,视歧则见两物”的论述,认为该病病因多为邪入经络,血行受阻引起,其发病多与痰阻、气滞、血瘀相关,治疗原则以祛风、活血、通络为主,目的在于驱邪通

络,使气血运行复常。方以防风、羌活祛风,当归、川芎、赤芍活血通滞、调理血道,配以丝瓜络、桔络清热、理气、化痰通络,络石藤、海风藤舒经活血、搜风通络,桑枝、桂枝透达营卫、温经活络,全方共奏疏通经络的目的。

针灸治疗有调节神经、舒经活络、行气活血、改善局部血液循环、促进新陈代谢的作用^[5]。我们选择枕上旁线(即视区属膀胱经),既对视觉中枢有调节功能,又可疏通太阳经气,球后乃是治疗眼疾要穴,风池、瞳子髎疏通少阳,加太阳、合谷祛风通络,取之疏通三阳经气,共同促进眼肌功能的恢复。

从我们的临床观察来看,中药结合体针治疗该病有较好的疗效,临床治疗最长 2 个疗程,最短 5 次。往往不满 1 个疗程即可取得较好的疗效,在见效快上明显优于对照组,有助于促进眼肌功能的恢复,值得提倡。另外我们还注意到年龄小、发病时间短者易治愈,发病时间长、年龄大者难恢复。从病程与疗效的关系分析,病程愈短则疗效愈好,提示此病要及早治疗。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.114-115
[2]杨钧.现代眼科手册[M].北京:人民出版社,1993.23
[3]彭崇信.针刺治疗麻痹性斜视 68 例[J].广西中医药,2006,12(6): 29

(收稿日期:2007-09-19)

暗,有瘀斑、瘀点等,舌苔薄,脉细涩或弦细。治法:活血化瘀,行气散结。方药:桃红四物汤加减:桃仁 15g,川芎 20g,白芍 15g,红花 15g,生地黄 12g,当归 10g,莪术 20g,香附 10g,延胡索 20g,丹皮 15g。

2.1.2 痰瘀蕴结 主证:咳嗽,咳痰,痰白黏稠,或黄黏痰,伴气喘,胸闷胸痛,舌质暗红或紫暗,苔白腻或黄厚腻,脉弦滑或滑数。治法:健脾行气,化痰祛瘀。方药:涤痰汤加减:生半夏 10g,陈皮 10g,甘草 6g,枳实 10g,胆南星 10g,茯苓 20g,麦冬 20g,黄连 6g,人参 15g,桔梗 10g,竹茹 15g,川芎 15g,姜黄 20g,红花 15g。

2.1.3 阴虚毒热 主证:咳嗽无痰或痰少而黏,或痰中带血,或咯血量多不止,伴胸痛气急,心烦少寐,潮热盗汗,或壮热不退,口干渴,小便黄赤,大便干结,舌质红,苔干黄,或光剥无苔,脉细数或数大。治法:滋阴清热,解毒散结。方药:沙参麦冬汤加减:沙参 15g,麦冬 20g,玉竹 15g,甘草 6g,天花粉 20g,桑叶 20g,扁豆 20g,金银花 15g,野菊花 15g,蒲公英 10g,紫花地丁 10g。

2.1.4 气阴两虚 主证:咳嗽痰少,或痰稀黏稠,咳声低弱,气短喘促,神疲乏力,微恶风寒,或有胸背部隐痛,自汗或盗汗,口干少饮,舌质红,少苔,脉细弱。治法:益气养阴。方药:人参养荣汤加减:人参 15g,白芍 20g,当归 10g,陈皮 10g,黄芪 10g,肉桂 2g,白术 10g,炙甘草 6g,熟地黄 8g,五味子 10g,茯苓 10g,远志 8g,生姜 3g,大枣 5g。

2.2 对照组 静脉化疗、放疗方案同治疗组。白细胞降低、肝肾功能异常者西药对症治疗。

3 疗效观察

3.1 近期疗效评价标准

3.1.1 肿瘤瘤体变化 按照卫生部《中国常见恶性肿瘤诊治规范》,以患者入院治疗前及治疗后 1 个月胸片或 CT 进行对照比较,两周期治疗后作疗效评价。实体瘤疗效标准分为完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、稳定(SD)、进展(PD),有效:CR+PR。

3.1.2 中医证候 症状按轻、中、重分别记为 1、2、3 分;疗前症状与疗后症状分别相加,并进行比较。显效:治疗后积分比治疗前降低 2/3 以上。有效:治疗后积分比治疗前降低 1/3 以上,但不足 2/3。无效:治疗后积分比治疗前降低不足 1/3,甚至增加。

3.1.3 临床主要症状 观察患者临床主要症状,根据临床观察分为 4 级:(0)无症状、(1)轻度、(2)中度、(3)重度。治疗前后症状分数分别相加总计积分情况比较。显效:症状消失,或症状积分减少 $\geq 2/3$;有效:症状减轻,积分减少 $\geq 1/3$,不足 2/3;无效:症状无减轻或减轻不足 1/3^[4]。

3.1.4 生活质量 采用 Karnofsky 评分标准,治疗前后生存质量判定。显效:治疗后比治疗前提高 ≥ 20 分;有效:治疗后比治疗前提高 ≥ 10 分;无效:治疗后比治疗前无提高。

3.1.5 体重变化 治疗前后均测体重 2 次(连续 2 d)取平均值。显效:治疗后较治疗前体重增加 ≥ 1.5 kg;有效:治疗后较治疗前体重增加 ≥ 1.0 kg;无效:治疗后较治疗前体重无增加或增加不足 1 kg。所有患者均无胸腔或腹腔积液的状态等^[4]。

3.1.6 血象 包括白细胞总数、血小板、血红素,按 WHO 急

性亚急性毒性标准(五级)疗后做统计学处理。

3.1.7 近期综合评价 显效:肿瘤病灶缩小达到 CR 或 PR,症状和 Karnofsky 评分有变化或无变化,或肿瘤病灶缩小达到 SD 而肺癌症状明显改善,Karnofsky 评分提高 ≥ 20 分者。有效:肿瘤病灶缩小达到 SD 而肺癌症状明显改善,Karnofsky 评分提高 ≥ 10 分者。无效:肿瘤病灶进展,肺癌症状加重,Karnofsky 评分下降者。

3.2 远期疗效评价 采用寿命表法累积生存率,研究各项指标的变化,进行组间治疗前后对比统计学处理。

3.3 疗效比较

3.3.1 治疗后肺癌病灶变化情况比较 见表 1。

表 1 治疗后肺癌病灶变化情况比较 例						
组别	n	CR	PR	SD	PD	有效率(%)
治疗组	26	0	4	19	3	15.4
对照组	30	0	5	14	11	16.7

3.3.2 治疗后中医证候积分比较 见表 2。

表 2 治疗后中医证候积分比较 例				
组别	n	显效	有效	无效
治疗组	26	8	12	6
对照组	30	1	8	21

3.3.3 治疗前后肺癌症状情况比较 见表 3。

表 3 治疗后肺癌症状改善情况比较 例						
证候	治疗组(n=26)			对照组(n=30)		
	治疗前	治疗后	有效率(%)	治疗前	治疗后	有效率(%)
乏力	20	3	85.00	26	25	3.85*
气短	19	4	78.95	25	22	12.00*
咳嗽	24	5	79.17	28	7	75.00**
发热	4	1	75.00	5	2	60.00**
汗出	21	4	80.95	20	29	-45.00*
食少	23	3	86.96	20	30	-50.00*
咳血	2	1	50.00	3	1	66.67**

注:两组有效率比较,* $P<0.05$,** $P>0.05$ 。

3.3.4 治疗后生存状况情况比较 见表 4、表 5。

表 4 两组治疗后生存质量 Karnofsky 评分比较 例					
组别	n	提高 ≥ 10 分	提高 ≥ 20 分	稳定	下降
治疗组	26	8	4	10	4
化疗组	30	4	0	12	14

表 5 两组治疗后体重变化情况比较 例				
组别	n	提高	稳定	下降
治疗组	26	6	18	2
对照组	30	4	10	16

3.3.5 治疗后血象变化情况比较 见表 6。

表 6 两组治疗后血象情况 例												
毒性反应	治疗组(n=26)						对照组(n=30)					
	0	I	II	III	IV	III+IV	0	I	II	III	IV	III+IV
WBC	15	8	3	0	0	0	2	3	12	10	3	13
Hb	12	12	2	0	0	0	4	5	17	4	0	4
PLT	14	9	3	0	0	0	5	4	11	9	1	10

注:治疗后两组分布比较, $P<0.05$ 。

3.3.6 近期综合评价结果 见表 7。

表 7 治疗前后近期综合评价结果 例				
组别	n	显效	有效	无效
治疗组	26	14	8	4
对照组	30	7	9	14

3.3.7 远期疗效观察结果 治疗两个周期以上评价疗效,时间大于 60d。做肺癌治疗后生存期的比较。

表 8 肺癌治疗后生存期的比较 例(%)						
组别	n	<1 年	1 年	2 年	3 年	中位生存期(月)
治疗组	26	4(15.38)	17(65.38)	4(15.38)	1(3.85)	13.8
对照组	30	17(56.67)	11(36.67)	2(6.67)	0(0)	9.4

健脾复肝汤配合介入治疗中晚期肝癌 31 例临床研究

章继民 马高祥 赵瑛
(浙江省绍兴县中医院 绍兴 312065)

摘要:目的:观察健脾复肝汤配合介入治疗中晚期肝癌的临床疗效。方法:将 64 例患者随机分为两组,对照组 33 例,采用单纯介入治疗;治疗组 31 例,在介入治疗的基础上同时服用健脾复肝汤(处方:太子参、炒白术、茯苓、山药、薏仁、枸杞子、赤白芍、三叶青、猫爪草、蜈蚣、八月扎、鸡内金、谷麦芽)。结果:在近期疗效方面,两组有效率比较,差异无显著性意义($P>0.05$);生存质量方面,治疗组生存质量提高率为 54.84%,对照组生存质量提高率为 24.24%,两组比较,差异有显著性意义($P<0.05$);带瘤生存时间方面,两组比较,治疗组亦明显优于对照组($P<0.05$)。结论:健脾复肝汤配合介入治疗中晚期肝癌,可改善病情,提高患者生存质量,延长带瘤生存时间,优于单纯介入疗法。

关键词:肝肿瘤;中西医结合疗法;健脾复肝汤;介入治疗

中图分类号:R 735.7 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2008)02-0020-02

随着介入医学的快速发展,介入疗法用于中晚期肝癌的治疗已得到了医学界及广大患者的认可。该方法能较好地抑制癌灶,近期疗效明显,但也存在一些不足之处,例如化疗药物的毒副作用,常常影响患者的生存质量,并不能有效地延长生存期。2003 年 9 月~2007 年 5 月,我科以健脾复肝汤配合介入疗法治疗中晚期肝癌,取得了较好的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 入选病例均经 B 超、CT 或 MRI 等影像学检查,结合甲胎蛋白(AFP)测定,符合原发性肝癌的诊断^[1],其中 15 例得到病理学检查确诊(肝穿刺活检 11 例,术后病理确诊复发 4 例,腹水中找到癌细胞 2 例)。根据国际抗癌联盟(UICC)肝癌 TNM 分期,所有病例均属于 II~IV 期,最大瘤体 11cm×13cm,最小瘤体 3cm×4cm,卡氏评分在 60 分以上,预期生存期超过 2 个月。根据入选顺序随机将病例分为两组:治疗组(健脾复肝汤配合介入)31 例,其中男 21 例,女 10 例;年龄 39~73 岁;癌灶最大的横径小于 10cm 的 26 例,大于

3.3.8 治疗结果分析 笔者对全部病人进行了远期随访,并通过瘤体变化、症状改善、卡氏评分、体重变化、血象变化、近期综合评价、1~3 年生存期、中位生存时间进行分析。结果显示:近期疗效显示,治疗组瘤体缩小有效率低于对照组,但无统计学意义($P>0.05$)。在症状改善、生存质量提高、治疗前后血象变化、近期综合评价方面,治疗组优于对照组($P<0.05$)。远期疗效表明,治疗组 1~3 年生存期均高于对照组,中位生存时间提高了 4.4 个月。说明在化、放疗的基础上加用中药治疗提高了生存质量,延长了生存时间。

4 讨论

老年人常有组织、细胞的退行性变,影响器官功能,其中和肺癌较密切的是心、肺功能,这些都降低了化疗、放疗等各项治疗的耐受性,故易并发呼吸道感染和呼吸衰竭,所以老年患者对化疗、放疗的承受力均逊于年轻患者。老年非小细胞肺癌手术治疗适合于 IIIa 期以前,且无严重的基础病、无手术禁忌证的患者。老年人由于肺功能或多或少都有减退,放射治疗时患放射性肺炎、肺纤维化相对较多,大多只能作姑息性放疗。化学药物治疗,由于老年人体质多数较差,因此化疗剂量和疗程均应小于年轻患者。目前对老年患者理想的化疗剂量和疗程尚需进一步探讨,高龄不是化疗禁忌证,应视具体情况而论,老年 NSCLC 患者,在条件许可的情况下也可给予全身化疗^[2]。中药治疗对化疗中病人减毒增效,放疗中病

10cm 的 5 例;单个病灶 11 例,多发病灶 20 例;门静脉癌栓 7 例,腹水 5 例;II 期 9 例,III 期 13 例,IV 期 9 例。对照组(单纯介入治疗)33 例,其中男 22 例,女 11 例;年龄 41~71 岁;癌灶最大的横径小于 10cm 的 29 例,大于 10cm 的 4 例;单个病灶 14 例,多发病灶 19 例;门静脉癌栓 7 例,腹水 6 例;II 期 9 例,III 期 16 例,IV 期 8 例。两组一般资料经统计学处理,差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用单纯多次介入治疗,Seldinger 法常规经皮股动脉穿刺后,在 DSA 操作下将 4F 肝动脉导管插至肝固有动脉,DSA 造影后进一步确定肿瘤靶血管,随之将导管送至肿瘤供血动脉后进行化疗及栓塞。化疗采用 HFP 方案进行肝动脉灌注,即从动脉导管内注射化疗药物 5-氟脲嘧啶 1g、羟基喜树碱 30mg、顺铂 60mg 或奥沙利铂 100mg,灌注结束后应用 40%碘化油 10mL 进行肿瘤供血动脉近端栓塞。介入次数 2~6 次,间歇 3~4 周后进行第 2 次相同方案的介入治疗。人减轻放射反应,间隙期扶正祛邪,可有效地提高治疗效果,改善生存质量^[6]。

中医药及中西医结合治疗肿瘤是具有中国特色的治疗方法。笔者经过临床观察表明,把中医和西医两种医学理论和治疗方法进行有机结合,取长补短,充分发挥两者之长,在提高疗效、延长患者生存期及维护和改善癌症患者生存质量方面,可取得比单纯中医或西医治疗更佳的疗效。因此,必须从整体观念出发,同时根据病变部位、癌细胞类型、TNM 分期和患者全身状况,进行综合考虑,制定出针对每一位老年肺癌患者的最佳个体化治疗方案,使治疗老年肺癌的有效率得以提高,生存期得以延长,生存质量得以进一步提高。

参考文献

[1]周林.徐宇.156 例老年肺癌诊治分析[J].中国全科医学,2005,8(14): 1 187-1 188

[2]陈克能 徐光炜.衰老与癌症[J].中华老年医学杂志,2001,20(1): 76-78

[3]中华人民共和国卫生部医政司.常见恶性肿瘤诊治规范[S].北京:中国协和医科大学出版社,1999.773-781

[4]万崇华,张灿珍,宋元龙,等.肺癌患者生存质量测定量表 FACT-L [J].中国肿瘤,2000,9(3): 109-110

[5]孙燕.内科肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2001.995-998

[6]孙映可.老年肺癌治疗的心得体会[J].江西中医药,2006,11(37): 51-52

(收稿日期: 2007-11-14)