

补中益气汤加减联合化疗治疗胃癌术后 50 例

孟燕 曹凤军 陈萍

【摘要】 目的 观察中医药联合化疗治疗胃癌术后患者的疗效。**方法** 选取 2011 年 2 月 ~ 2013 年 2 月期间来本院门诊和病房治疗的胃癌术后患者 100 例,按照随机数字表法分为观察组与对照组各 50 例。对照组患者单纯应用化疗治疗,观察组患者在化疗的基础上联合补中益气汤加减中药口服。3 个月后将两组患者的临床疗效以及服药期间的不良反应作对比。随访 2 年,观察两组患者的 6 个月、12 个月、18 个月以及 24 个月的生存率和复发率。**结果** 应用 SPSS 18.0 进行数据统计,采用卡方检验,统计结果表明:治疗 3 个月后,统计完全缓解率和总有效率,观察组患者的临床疗效明显优于对照组 ($P=0.001<0.05$);观察组与对照组相比,服药期间的不良反应发生率明显减低,差异有统计学意义 ($P=0.00<0.05$);观察组的生存质量明显优于对照组,差异有统计学意义 ($P=0.00<0.05$)。随访 2 年,两组患者在 6 个月和 12 个月的生存率无明显差异;18 个月和 24 个月时,与对照组相比,观察组患者的生存率更高,2 年期间的复发率更低,差异有统计学意义 ($P=0.01<0.05$)。**结论** 中医药联合化疗治疗胃癌术后的临床疗效较单用化疗理想,不良反应发生率更低,且能有效地提高患者生存率,改善生存质量,降低疾病复发率,是一种较好的治疗方案,值得在临床上推广应用。

【关键词】 中医药治疗; 化疗; 胃癌术后; 临床观察

【中图分类号】 R735.2 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.08.033

胃癌是常见的恶性肿瘤,因其临床早期常无明显症状,等确诊时往往已到了晚期,所以病死率高居所有恶性肿瘤的首位^[1]。目前临床上治疗胃癌普遍采用外科手术切除,辅以术后化疗,但是化疗药物在杀死肿瘤细胞的同时,对机体也有较大的损害,因而限制了其临床运用。如何控制治疗药物的不良反应,有效的提高患者生存率,逐渐成为临床上关注的问题^[2]。本研究采用补中益气汤加减口服联合化疗治疗胃癌术后患者,临床证明取得了较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

本研究选取了 2011 年 2 月 ~ 2013 年 2 月期间来本院门

诊和病房治疗的胃癌术后患者 100 例,均符合国际抗癌联盟制定的 1997 年胃癌诊断标准。所有患者中包括男性 64 例,女性 36 例;年龄为 46 ~ 78 岁,平均年龄为 51.2 ± 7.8 岁;TNM 分期属于 I 期的有 8 例,II 期的有 36 例,III 期的有 42 例,IV 期的有 14 例;心、肝、肾等重要脏器均无明显病变。经统计学分析,两组患者在年龄、性别、TNM 分期、重要脏器疾病等方面无明显差异 ($P>0.05$),研究资料具有可比性。

1.2 研究方法

按照随机的原则,将 100 例患者分为观察组与对照组各 50 例。对照组患者单纯应用常规化疗治疗。化疗方案:第 1 ~ 5 日静脉滴注氟尿嘧啶 500 mg/m^2 、亚叶酸钙 100 mg/m^2 ,第 1 天静脉滴注奥沙利铂 130 mg/m^2 ,每个疗程 4 周,2 年内完成 6 个疗程。观察组患者在化疗的基础上联合我院自拟中药治疗(补中益气汤加减)。黄芪 30 g、茯苓 20 g、白术 15 g、枳壳 30 g、桔梗 10 g、党参 10 g、天麦冬各 10 g、半夏 10 g、陈皮 10 g、柴胡 10 g、生薏苡仁 30 g、当归 10 g、赤芍 10 g、半枝莲 30 g、白花蛇舌草 10 g。气血两亏的加阿胶、人参补气养血;胃火炽盛者酌加黄芩、黄连清热泻火;胃阴不足者酌加玉竹、石斛滋阴清热;胃气上逆者酌加竹茹、代赭石、

作者单位: 442000 十堰,湖北医药学院附属人民医院肿瘤科医师

作者简介: 孟燕(1969-),女,本科,主治医师。研究方向:肿瘤临床。E-mail:1363001879@qq.com

通讯作者: 曹凤军(1970-) 硕士,主任医师。研究方向肿瘤临床。E-mail:hbsycfj@126.com

旋复花降逆止呕;气机郁滞者酌加厚朴、香附行气解郁;脾失健运者酌加鸡内金、山楂、山药健脾消食;脾阳不振者酌加干姜、制附片温阳健脾;脾不统血者酌加地榆炭、侧柏炭收敛止血。每天 1 剂,煎取 300 mL,早晚分服。

两组患者均嘱清淡饮食,从流质开始,到半流质,最后过渡到普通饮食坚持定时进餐,少食多餐;同时嘱其坚持适当活动。3 个月后将两组患者的临床疗效以及服药期间的不良反应作对比。随访 2 年,观察两组患者的 6 个月、12 个月、18 个月以及 24 个月的生存率和复发率^[3]。

1.3 临床疗效评价标准

采用腹部 CT、MRI、B 型超声等影像学检查结果评估肿瘤负荷,来判断临床疗效。完全缓解:患者所有的症状及体征消失,肿瘤负荷减少 70% 以上,至少保持 4 周;部分缓解:患者症状和体征得到了一定程度的减轻,肿瘤负荷至少减少 50%,保持 4 周以上;病情稳定:患者症状和体征无明显改变,估计肿瘤负荷减少不足 50%,增大不足 25%;病情恶化:患者症状和体征较前加重,肿瘤负荷增大超过 25%,或发现新的病灶^[4]。完全缓解率=完全缓解数/总人数;总有效率=(完全缓解数+部分缓解数)/总人数。

采用 Karnofsky 评分(卡氏评分)评估治疗前后患者的生存质量:治疗后卡氏评分较治疗前提高 ≥ 20 分提示显效, ≥ 10 分提示有效,治疗前后评分无改善或降低为无效。

1.4 统计学处理

本研究采用 SPSS 18.0 软件进行统计学分析,本试验设计为计数资料,采用卡方检验比较组间等级资料,以 $P < 0.05$ 作为判断两组有统计学差异的标准。

2 结果

2.1 临床疗效比较

在接受 3 个月的药物治疗和饮食、运动疗法之后,两组患者的临床疗效有明显的差异($P < 0.05$),差异有统计学意义。

其中观察组患者的完全缓解率为 16%,总有效率为 72%。相较而言,对照组完全缓解率为 6%,总有效率为 36%。观察组患者的临床疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P = 0.00 < 0.05$)。详见表 1。

2.2 生存质量评估

在接受 3 个月的药物治疗后,两组患者生存质量的改善亦有明显的差异($P < 0.05$),差异有统计学意义。其中观察组的显效率为 18%,有效率为 64%,无效为 18%;而对照组的显效率为 16%,有效率为 38%,无效为 46%。详见表 2。

2.3 不良反应发生率对比

在接受 3 个月的药物治疗后,两组患者的不良发应发生率亦有明显的差异($P < 0.05$),差异有统计学意义。其中观察组患者中有 16 例出现恶心呕吐、腹泻等胃肠反应,有 4 例出现了碱性磷酸酶升高、肝肾功能损害的情况。而对照组患者中有 21 例出现胃肠反应,有 7 例出现了肝肾功能损害的情况。同时,观察组骨髓抑制、血小板、粒细胞减少的情况亦明显少于对照组。观察组不良反应发生率明显优于对照组,详见表 3。

2.4 生存率对比

随访 2 年,观察组患者 6 个月和 12 个月的生存率分别为 96% 和 84%,对照组患者 6 个月和 12 个月的生存率分别为 94% 和 80%,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组 18 个月和 24 个月的生存率分别为 76% 和 66%,明显高于对照组的 62% 和 50%,并且差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表 4。

2.5 复发率对比

随访 2 年期间,观察组患者 6 个月、12 个月、18 个月、24 个月的复发率分别为 6%、14%、22%、32%,而对照组患者的复发率分别为 16%、32%、46%、62%。观察组患者在这四个时间段内的复发率均明显低于对照组($P < 0.05$),详见表 5。

表 1 两组患者治疗 3 个月后临床疗效对比(n,%)

组别	例数	完全缓解	部分缓解	病情稳定	病情恶化	完全缓解率	总有效率
观察组	50	8	28	12	2	16%	72%
对照组	50	3	15	24	8	6%	36%

表 2 两组患者生存质量改善对比(n,%)

组别	例数	显效	有效	无效
观察组	50	9(18%)	32(64%)	9(18%)
对照组	50	8(16%)	19(38%)	23(46%)

表 3 两组患者服药期间不良反应发生率对比(n,%)

组别	例数	骨髓抑制	肝肾受损	胃肠反应	血小板、粒细胞减少	不良反应发生率
观察组	50	5	4	16	8	66%
对照组	50	8	7	21	12	96%

表 4 两组患者生存率对比(n,%)

组别	例数	生存率			
		6 个月	12 个月	18 个月	24 个月
观察组	50	48(96%)	42(84%)	38(76%)	33(66%)
对照组	50	47(94%)	40(80%)	31(62%)	25(50%)

表 5 两组患者复发率对比(n,%)

组别	例数	复发率			
		6 个月	12 个月	18 个月	24 个月
观察组	50	3(6%)	7(14%)	11(22%)	16(32%)
对照组	50	8(16%)	16(32%)	23(46%)	31(62%)

3 讨论

中国是胃癌的高发地,居高不下的病死率和复发率是其临床特征之一,目前临床上采用的外科切除联合术后化疗的临床疗效尚不十分理想。国外一些研究发现,70%左右的胃癌患者在 2 年内即复发或发生转移死亡^[5],其主要原因多归结于患者身体条件限制,难以规范的完成化疗,严重威胁了患者的生命和健康^[6]。目前临床上采用中医药联合化疗,越来越受到重视^[7]。中医学没有胃癌这一病名,从临床症状分析,基本属于“胃脘痛”“噎膈”“反胃”“积聚”等病症的范畴^[8]。胃癌的病因病机具有多样性,其中脾胃虚弱导致气血生化失源、升降失调、正不御邪为其主要病机^[9]。此外饮食不节导致脾胃受损,痰浊内生、脉络瘀阻,加之七情内伤,外感六淫导致体内气机不畅、痰瘀搏结成毒,更加重了其病情^[10]。制定治则时,应首先参照《黄帝内经》中“坚者消之”“结者散之”“留者攻之”“损者益之”的基本原则,以扶正为主兼以祛邪,同时痰饮作为病理产物能流窜于经络之中,阻滞气血运行,妨碍脏腑功能。因此,肿瘤的发生和转移与痰饮的流动和聚集密切相关,而痰饮的生成除了与脾不健运、肝气不舒有关外,还责之肺失宣肃^[11]。“诸气郁郁,皆属于肺”“脾为生痰之源,肺为储痰之气”^[12],所以本病的治则当为健脾益气、疏肝养血、宣肺祛痰。

本院自拟方中以黄芪补脾肺之气,以茯苓、白术、党参健脾益气;黄芪配合当归补气生血;陈皮与半夏构成二陈汤燥湿化痰;生薏苡仁健脾渗湿,兼能祛痰;柴胡、枳壳疏肝行气,枳壳配伍桔梗又能通调肺气;天冬、麦冬合用滋阴润燥;半枝莲和白花蛇舌草清热解毒。诸药合用使脾运得健、气血得充、肝肺升降有序、痰饮无法停聚,治疗胃癌术后取得良效。

本研究发现采用中药联合化疗治疗的观察组的临床疗效优于对照组,患者生存质量的改善亦优于对照组,且不良反应的发生率低于对照组,差异有统计学意义。并且,观察组 4 个时间段随访的复发率均明显低于对照组。而观察组前两个时间段(6 个月、12 个月)的生存率与对照组无明显差异,后两个时间段(18 个月、24 个月)的生存率均高于对照组,差异有统计学意义。

综上所述,运用中药联合化疗治疗胃癌术后患者疗效可靠,生存质量改善明显,不良反应发生率低,患者依从性较高,且能有效地提高患者生存率,降低疾病复发率,是一种较好的治疗方案,值得在临床上推广应用。

参 考 文 献

[1] 孙秀娣,牧人,周有尚,等. 中国胃癌死亡率 20 年变化情况分析及其发展趋势预测[J]. 中华肿瘤杂志,2004,26(1):6-11.

[2] 崔红海,蒋士卿. 精元康胶囊对胃癌术后转移抑制作用及对白细胞影响的临床观察[J]. 中医学报,2010,25(2):208-209.

[3] 胡少明,涂胜豪,董慧,等. 加味四君颗粒联合化疗治疗胃癌 40 例临床研究[J]. 中医杂志,2006,47(4):274-276.

[4] 李栋. 健脾克癌宁联合化疗治疗胃癌术后的临床疗效观察[D]. 南京:南京中医药大学,2009.

[5] Chou-chik Ting,Shu-Ren Zhang. Studies of the mechanisms for the induction of in vivo tumor immunity VII: development of specific antitumor immunity in progressors and regressors[J]. Int J cancer,1983,3(32):385-391.

[6] 周阿高,李琰,洪声,等. 中医药联合化疗治疗胃癌疗效的 Meta 分析[J]. 世界中西医结合杂志,2010,5(5):376-378,381.

[7] 秦英刚. 花宝金教授防治胃癌术后复发转移经验[J]. 中医学报,2013,28(4):473-475.

[8] 徐振晔,郑展. 中医药分阶段防治恶性肿瘤术后复发转移优化方案探讨[J]. 中西医结合学报,2007,5(1):7.

[9] 李明. 健脾补肾方对胃癌术后化疗患者贫血的影响[J]. 河南中医,2008,28(11):58-59.

[10] 曾宝珠,杜明泽. 益气活血法应用于胃癌术后 66 例[J]. 河南中医,2014,34(9):1788-1789.

[11] 倪德良. 半夏泻心汤加味对胃癌术后消化道反应和免疫功能的影响[J]. 河南中医,2014,34(6):1013-1014.

[12] 蒋红妹,蒋立新,周锦仪,等. 中医药联合化疗治疗胃癌术后的临床疗效分析[J]. 中医临床研究,2011,(22):21-22.

(收稿日期: 2015-05-27)

(本文编辑: 董历华)