

• 思路与方法学 •

中西医结合防治肿瘤的思路与方法

河北省医学科学院 王济民

河北省肿瘤研究所 刘少翔 阎付荣

我们以中医理论为基础,结合现代医学方法,对食管、贲门、胃、肺等部位癌症进行了比较系统的观察研究,摸索出一些防治肿瘤的思路和方法,体会如下。

一、辨证论治需要不断发展

1. 辨病和辨证相结合是当前肿瘤治疗的发展趋势。随着医学科学的发展,中医传统的辨证论治遇到了新的问题。例如在癌症普查中发现的早期癌症患者,有些没有明显症状,给辨证带来一定困难。由于手术和放、化疗,使肿瘤患者出现了一些新症候,故辨证论治的内容也随之增多。有些“药源性证”也需与肿瘤病的本质变化相区别。有些医生在辨证的同时采用了现代医学诊断病名,因而出现了辨证和辨病相杂的情况。此外,不同部位、不同性质的肿瘤患者会以某一突出的症状成为主诉,例如食管癌、贲门癌患者出现严重梗噎,胃癌患者有大量便血,肺癌患者有高热和大咯血等,必须采用对症治疗方法,这就构成了辨病与辨证结合论治的新形式。

2. 重新认识某些症状和证型的形成机理,区别反映整体的证与反映局部的症,可以有助于提高疗效。如以往将食管癌、贲门癌患者的气体上逆列入暖气或呃逆范畴,实际上此症与暖气或呃逆大不相同,它是由于癌体使管腔狭窄所造成,只有使癌体缩小或消失,才能缓解这些症状。又如吐大量粘液也和管腔狭窄有关,过去认为是脾虚痰湿或湿聚,但是用开管散使癌体坏死脱落、梗噎减轻后,患者吐粘液的现象也随之减少。虽然中西医学由于体系和术语不同,对此病的认识各异,但通过实践可在一定程度上达到统一。

3. 提高中医四诊水平,采用中西医双重诊断方法,为辨证论治的发展提供条件。近年来,中西医结合在肿瘤患者的舌象研究方面已取得了较大的进展,在诊断、辨证分型、指导用药、判断疗效和估计预后上均起了一定作用,并用于肿瘤高发区的初筛普查。问诊也充实了早期症状等新的内容。但是,仅通过四诊,进行早期和深部肿瘤的诊断尚有一定的困难。因此,要在提高四诊客观化、定量化、规范化的基础上,参考西医的现代诊断方法,取长补短,提高辨

证、辨病的水平。

二、治则和方药的研究应当基础与临床相结合,以提高疗效为目标

1. 治则的研究要正确处理扶正和祛邪的辩证关系,立足抗癌,着眼整体。依据中医治则中“祛邪不忘扶正,扶正不忘祛邪”,“扶正不助邪,祛邪不伤正”等基本原则,既要注意早期以攻为主,晚期以补为主,中期攻补兼施的一般规律,又要根据具体情况遣方用药。例如有的早期患者体质素虚,抗病能力低下,就应当攻补兼施。对中期患者的攻补兼施也不一定要平分秋色。在应用有毒的抗癌药物时,既要注意祛邪,又要照顾正气;既不要畏毒如虎,又不要用量过大或久服,带来不良的后果。

2. 方药的研究要基础和临床相结合,以提高临床疗效为目标。例如我们使用鲜半夏或生半夏治疗食管梗阻,临床取得了较好的疗效,但是还需要通过基础研究阐明其作用机理,进一步指导临床用药。在中药研究中不能一律要求提取和注射,因为有些抗癌有效的中草药经提取后反而降低疗效。对于文献报道的既能抑制癌细胞又不损伤正常细胞的仙鹤草以及能扶正抗癌的人参等,均应当进一步验证,并要发掘高效的抗癌中草药。

3. 研究中药对放、化疗的减毒和增效作用方面,已经积累了不少临床经验,看到了可喜的苗头,应当结合基础研究进一步阐明其作用机理,筛选出最佳方药。对放疗有增效作用的活血化瘀药物的研究,也需在改善循环功能和血液理化性状的基础上再进一步。

三、重视预防研究,扩大预防领域

1. 应当扭转重治轻防的倾向。战略研究的发展既有全局性和长远性,又有阶段性和层次性。但从哪个方面来看,预防工作都是非常重要的。虽然肿瘤的病因尚未完全阐明,导致一级预防(即通过改变人体本身或其环境因素,防止肿瘤的发生)的困难较多,但是二级预防(即通过对高危人群的普查,发现癌前病变和早期癌症患者并进行治疗,降低发病率和死亡率)已经取得了不少成绩,还需要大力支持,继续研究中草药对肿瘤的预防作用。

2. 预防工作要扩大领域,增加内容,普及知识。

例如不少经过手术或放、化疗取得疗效的患者,要求用中药巩固和提高疗效,预防或减少肿瘤的复发和转移。我们发现不少手术后及放、化疗的肿瘤患者的舌质青紫、红紫、晦暗的现象加重或不见好转,或舌质光红而经久不愈者,多有复发转移的危险性。无诱因的血沉明显增快者也有肿瘤的复发和转移的可能。对这些患者均应当进行积极的预防治疗,因此,对于抗复发、抗转移的中草药的研究也应当进一步引起重视。此外,还应当在整体观念的指导下,研究“正气存内,邪不可干,避其毒气”的预防思想以及具体的预防方法,让中西医结合预防肿瘤的工作发挥更大的作用。

四、疗效的评定标准也要体现中西医结合

既然中医有自己的理论体系和特色,疗效的评定就要体现出整体观念。因为中医证型的本质可能是人体对病邪的生理、病理的综合反映,所以,评定中药的疗效也要以反映整体生理、病理变化的指标为标准,不应单纯强调瘤体的消失或缩小。临床上不少因手术切除了瘤体以及放疗后瘤体消失或缩小的患者出现了复发或转移,导致五年生存率不易提高。相反,

中西医结合治疗的病例虽然瘤体消失的比较少,但是确有些病例生存的时间比较长,还有些带瘤生存者,有些能参加一定的劳动。应当改变那种单纯强调以瘤体消失或缩小作为疗效指标的局部观点,全面地考虑机体状况,用整体恒动观来评定疗效,以基本症状消失,生存时间延长、生活质量提高和瘤体情况的变化为标准。衡量生活质量可以参考Karnofsky的患者活动状况分级标准,进一步研究制定出能够真正全面地反映中西医结合防治肿瘤的效果的评定标准。上述设想并不是降低了标准,而是更实事求是地体现了中西医结合的疗效。为了提高科研质量,从科研设计到评定疗效,都要有严格的要求,如诊断明确,指标可靠,观察细致,对照组的可比性强,观察指标的定量化和敏感性以及统计学处理等。但是临床观察的对象是人,应当灵活地选择适宜的方法,不能机械地搬用。

总之,在中西医结合防治研究肿瘤的工作中,必须突出中医特色,发挥中西医结合的优势,探索新的方法,为防治研究肿瘤作出新贡献。

(本文承河北医学院李恩教授审阅,特致谢)

肾炎 I 号治疗慢性肾小球疾病48例分析

湖北医学院附属第一医院肾内科 贾汝汉 王学玉 胡海云

1985年12月~1987年12月,我们用本院自制肾炎 I 号治疗48例慢性肾小球疾病患者,结果如下。

临床资料 观察组48例,男33例,女15例,年龄19~68岁;对照组30例,男、女各15例,年龄20~47岁。按照1985年修订肾小球疾病临床分型标准,观察组及对照组分别为:慢性肾炎普通型29, 15例;高血压型10, 8例;肾病综合征 I 型9, 7例。两组氮质血症期患者各为9例。

治疗方法 观察组采用本院自制中药肾炎 I 号:黄芪、川芎各30g,败酱草、益母草各15g,水煎服,每日1剂,60天1疗程。高血压型加用降压西药。对照组常规用强的松(40mg/日,4周后为隔日疗法,以后每2周减10mg,逐渐停药),环磷酰胺(强的松2~4周后用,总量6~8g,150mg/日),消炎痛(75mg/日,进食同时服,疗程2个月)。高血压型加用降压西药,有严重水肿者加用速尿。

疗效分析 疗效标准:完全缓解:尿蛋白定量正常,肾功能正常;基本缓解:尿蛋白定量<1g;部分缓解:尿蛋白定量下降3~5g,或肾功能从氮质血症期逆转至正常期。不符合上述条件者为无效。结

果:总有效率观察组77%(完全缓解11例,基本缓解9例,部分缓解17例,无效11例);对照组33.3%(基本缓解7例,部分缓解3例,无效20例)。经统计学处理,两组差异有显著性意义($P<0.001$)。治疗一疗程后,观察组平均尿蛋白定量自8.16g/24h降至3.46g/24h,较治疗前有明显改善,差异有显著性意义($P<0.05$);对照比较两组各9例氮质血症期患者肾功能检查:观察组有效肾血流量增加7例、减少2例,对照组仅1例增加、8例减少($P<0.005$);观察组Ccr转为正常4例、轻度增加2例、下降3例,对照组Ccr增加2例、下降7例($P<0.01$);观察组BUN下降4例、上升5例,对照组下降3例、上升6例($P>0.1$)。

讨论 肾炎 I 号具有补气、清热解毒及活血化痰作用。黄芪、败酱草能调节细胞免疫、体液免疫功能和清除过剩抗原;川芎、益母草可抗肾脏高凝状态;川芎、败酱草还有抑菌、抗病毒等作用。本组48例患者服药后降低尿蛋白、改善肾血流量和肾功能的作用,可能是通过减轻已形成的循环免疫复合物在肾小球上的沉着,抗血小板聚集,改善了肾小球毛细血管丛血液循环,从而影响基底膜的通透性而实现的。