

讨论 中医学认为,正气不足是癌症发生发展的主要原因之一。即先由人体的正气虚衰、脏腑功能失调,使气血痰湿积聚,邪毒乘虚而入,内外因相结合而形成癌瘤。基于以上对肿瘤的发病机理的认识,据临床所见,癌症患者,无论新发或久病,表现为正虚邪实证候多见。故选用扶正培本、益气养阴的人参、黄芪、白术、女贞子等,又配以祛邪抗癌、清热解毒的半枝莲、龙葵、白花蛇舌草、白英等11味中草药制成冲剂。经临床观察取得了不同程度的症状改善,外周血象及细胞免疫功能有所提高,延长了患者的生存率。本院动物实验室用本冲剂作了C₅₇小鼠对Lewis肺癌的抑癌防癌实验。结果用药组与对照组癌重对比差别显著,治疗组与预防组和生理盐水组比较均有极显著差异($P < 0.01$)。从以上临床观察和实验研究证明,参草扶正抗癌冲剂中的补气养阴(扶正)与清热解毒(抗癌)药合用效果较好。尤其恶性肿瘤,在放化疗间歇或晚期不宜其它治疗的患者,应以扶正抗癌治疗为宜。此外临床观察和动物实验还证明参草冲剂提示不仅有抗癌抑癌功效,还有明显提高非特异性免疫功能的作用,可使网状内皮系统功能增强。从本组病例生存3、5年以上病例分析,服药不宜间断,且间断的时间越长,疗效越差;服药时间也以两个疗程以上疗效最好;服药方法应在饭后冲服为宜。有关本冲剂的作用机理,我们还将深入研究。

中医健脾理气法为主合并阿霉素 治疗晚期原发性肝癌

湖南邵阳市第一中医院(湖南 422001)

胡 滨 袁通威

近年来,我们采用了中医健脾理气法为主合并阿霉素(ADM)治疗晚期原发性肝癌(PHC)16例,取得一定疗效,现报告如下。

临床资料 本组病例均符合1977年全国肝癌防治研究协作会议制定标准(实用肿瘤学,第二册,第1版,北京:人民卫生出版社,1979:125)。男14例,女2例,年龄28~59岁。病理诊断3例,细胞学诊断3例,临床诊断10例。甲胎蛋白(AFP)定量 $> 400\mu\text{g/L}$ 者14例,全部病例均经B超、同位素扫描或CT检查而显示肝内占位性病变。血清酶学检查(AKP、 γ -GT、LDH)异常者12例,HBsAg阳性者5例,肝功能异常者4例。16例中单纯型8例,硬化型7例,炎症型1例。II期10例,III期6例。中医辨证

分型:脾虚型8例,气滞血瘀型5例,痰湿凝聚型2例,肝肾阴虚型1例。

治疗方法 本组病例治疗均历时2月以上,并至少接受ADM150mg以上治疗。主要方药:生芪15g 白术10g 皮尾参12g 白扁豆15g 生贯众10g 茯苓10g 佛手10g 地枯萝30g 八月扎30g 虎杖15g 降香10g。辨证加味:(1)脾虚型:以脾气虚弱者多,见面色无华,倦怠无力,肌肉消瘦,食纳不佳,腹胀,便溏或见浮肿,肝大、质硬,舌淡苔白,舌胖有齿痕,脉濡弱。主方加党参、山药、炒薏苡仁、木香、蔻仁,以健脾益气 and 胃。(2)气滞血瘀型:肋下积块,固着不移,胀痛并见,胸脘胀闷,纳少乏力,舌质紫暗或有瘀斑(点),脉细弦或涩。主方加金铃子、山甲珠、蒲黄、五灵脂,以疏肝理气,活血消癥。(3)痰湿凝聚型:脘腹胀满或痛,便秘,纳呆,乏力,头晕目眩,夜卧欠安,时有条状物聚起在腹部,重按胀痛更甚,通便或矢气则聚消痛减,苔腻,脉弦滑。主方加大黄、槟榔、白蔻仁及苍术,以祛湿化痰,消聚通便,另加沉香和大腹皮通利气机。(4)肝肾阴虚型:头晕目眩,心烦失眠,腰膝酸软,五心烦热,舌红少苔,脉细数。主方加女贞子、生地、枸杞子,以滋补肝肾。上述四型可随证加减:发热者,辨明上中下三焦,分别用黄芩、黄连、黄柏;衄血、呕血者加白茅根、仙鹤草、三七粉;黄疸者加茵陈、金钱草;痛甚则以川椒、细辛止痛。上述方药服用3个月为1疗程,间隔1个月后续服。化疗:阿霉素(ADM)30mg静脉注射1~3天,间隔3周重复一次,反复3个周期为1疗程,疗程结束休息3个月重复,总剂量不超过 450mg/m^2 。因本组病例均有不同程度的血瘀征象,故在采用上述中药治疗的同时均辅以益母草、鳖甲、皂角、丹参及莪术等祛瘀软坚之品。另给予核葵注射液(成都制药一厂出品,主要成份为核桃树枝和龙葵,2ml/支)4ml/天肌肉注射,连续2月为1疗程。

结果 按照1978年全国抗肿瘤药物疗效通用标准(中华肿瘤杂志 1980;2:150)评定。以患者治疗前后B超或CT检查进行比较。完全缓解(CR)2例,部分缓解(PR)3例,稳定(S)8例,恶化(P)3例,缓解率为31.1%。治疗后生存期最短3个月,最长已3年。半年以内者3例,半年~1年者5例,1~2年者6例,2年以上者2例。治疗后半年、1年、2年生存率分别为81.2%、50%、12.5%。中位治疗后生存期为12.6个月。75%(12/16)患者治疗后腹痛、腹胀、发热、纳呆、出血倾向及精神状况等症状得以不同程度的缓

解,亦未见明显的化疗反应及副作用。AFP定量 $<200\mu\text{g/L}$ 者2例,明显下降者5例。AKP降为正常者3例占25%; γ -GT降为正常者3例占22%;肝功能转为正常者2例。而HBsAg阳性者无一转为阴性。

讨论 我们以健脾理气法为主合并单一阿霉素治疗PHC疗效满意,其缓解率达31.1%,和文献报告相似,中位生存期较长,且生存质量较高,显示出中西医结合治疗PHC的优越性。本组病例均属晚期PHC,全身情况衰弱,故以健脾益气类中药,增强机体免疫功能,改善自觉症状,以增强扶正抗邪的能力;同时又辅以疏肝、理气、活血化瘀类药物祛邪,进而起到“以通为补”之作用。扶正固本中药具有提高免疫力,改善代谢状况,增强垂体-肾上腺皮质功能,保护骨髓功能,改善症状和延长生存期的作用。而活血化瘀类药物则能改善血液流变性,扩张血管,提高癌细胞含氧量,增强化疗敏感性,并有直接杀伤肿瘤细胞的作用。因此,采用这类中药并用,并与对PHC较为敏感的ADM合用治疗PHC,不仅患者生存期得以延长,而且有明显的缓解和稳定癌灶作用,生存质量亦得到不同程度提高,且无明显毒、副作用。提示这类中药不仅对患者机体有广泛的调节作用,而且有可能与ADM作用于不同时相,起到直接杀伤癌细胞或使ADM作用加强,或对其有增效作用。我们认为中西医结合治疗肿瘤,其药物组合应满足以下条件:(1)每种方法单独使用应能显示对肿瘤有效;(2)每种方法应具备各自的作用机理;(3)结合使用应具有增敏、增效作用;(4)组合后应能降低毒性反应或至少重叠毒性反应。本文采用的中西医结合方案基本符合上述条件。提示应用有确定抗癌效果的方药及制订合理的中西医结合方案,很可能是提高中、晚期PHC疗效的重要途径。

中西药联用对癌症化疗消化道反应的疗效观察

杭州市第四医院家庭病房科(杭州 310002) 徐祖德

从1986年1月~1989年10月用西药加中药桔皮竹茹汤为主方,中西药联用防治癌症化疗后消化道反应恶心呕吐等症,取得较满意效果,现报道如下。

临床资料 (1)中西药组:21例,男15例,女6例,年龄54~74岁,平均61岁。胃癌9例,肺癌7例,肝癌2例,直肠癌术后3例。(2)西药组:20例,男12例,女8例,年龄53~70岁,平均60岁。

胃癌8例,肺癌7例,肝癌2例,直肠癌术后3例。

以上病例均经X线摄片、B超、CT、手术和病理检查确诊,所用化疗药物:5-氟脲嘧啶、丝裂霉素、阿霉素、顺氯氨铂、阿糖胞苷等。药量根据体质病情而定,采用一种或二种以上药物联合化疗。化疗方案,疗程大致相同。临床常见毒副反应:食欲减退,胃脘饱胀,恶心呕吐,肠鸣腹泻,口干咽痛,口舌糜烂,心悸自汗,四肢无力,皮疹及骨髓抑制等,其中以消化道反应食欲减退,胃脘饱胀,恶心呕吐最早出现。

治疗方法 (1)中西药组:50%葡萄糖注射液40~60ml加维生素B₆50~100mg,每日静脉注射1~2次;口服或肌肉注射氯丙嗪12.5~25mg;或灭吐灵10~20mg肌肉注射。2~4天为1疗程,维生素B₁20mg,每日3次口服。中医以益气清热、理气和胃、降逆止呕为治则,方用“桔皮竹茹汤”化裁:人参3~5g,淡竹茹30g,桔皮10g,甘草10g,生姜20g,红枣30g。浓煎至250ml,分6~8次口服,避免一次多服加剧呕吐,少量多次服药,可以保持药物作用的持续性。方中人参也可用黄芪50g代替(或嘱家属自备人参汁加入同服)。呕吐严重者,可用民间单方食盐炒焦1g,含口中能明显制止呕吐。中药5剂为1疗程,每日1剂,也可在化疗前1天预防性服药。临床加减:呕吐清水,舌苔白腻,脾胃偏寒者,加吴茱萸、丁香;腹泻清稀,舌苔淡白,脾胃气虚者,加白术、淮山药;腹泻浊臭,舌苔黄腻,脾胃湿热者,加黄连、黄柏;腹胀隐痛,脾胃气滞者,加木香、枳壳;口干咽痛,舌苔光剥,阴液亏损,可加西洋参、麦冬、鲜石斛;口舌糜烂,舌质鲜红,胃热亢盛者,加生石膏、知母、玄参,口腔内搽冰硼散(中成药);心悸自汗,心气虚者,加五味子、煅龙牡;舌质光绛,皮疹,血热妄行者,加丹皮、大青叶、广角片等。(2)西药组:只用上述西药,不用中药,疗程大致相同。

结果 (1)疗效标准:显效:恶心呕吐等消化道症状及体征消失,各次化疗均有相同效果;有效:恶心呕吐等消化道症状及体征轻微,各次化疗均有效,不影响下一次化疗的按期进行;无效:恶心呕吐等消化道症状及体征均无缓解,化疗无法进行。(2)治疗结果,按以上标准,中西药组显效8例(38.1%),有效12例(57.1%),无效1例(4.8%),总有效率95.2%;西药组显效4例(20%),有效9例(45%),无效7例(35%),总有效率65%。两组比较,中西药组疗效优于西药组,差异有显著性意义($\chi^2=6.13$, $P<0.05$)。