

# 参麦汤联合吡柔比星膀胱灌注治疗膀胱癌术后气阴两虚证临床研究

李向齐

临洮县人民医院泌尿外科, 甘肃 临洮 730500

**[摘要]** 目的: 观察自拟参麦汤联合吡柔比星膀胱灌注治疗膀胱癌术后气阴两虚证患者的临床效果。方法: 将膀胱癌术后气阴两虚证患者 68 例随机分为 2 组各 34 例, 对照组患者给予吡柔比星膀胱灌注治疗, 观察组在对照组治疗的基础上加用参麦汤内服, 均连续治疗 1 年。观察治疗过程中的不良反应, 用 QLQ-C30 量表对患者生活质量进行评价。结果: 用药后 2 组患者生活质量量表中的躯体功能、认知功能、角色功能、社会功能、感情功能评分均较治疗前升高 ( $P < 0.05$ ); 且治疗组各项评分升高较对照组更显著 ( $P < 0.05$ )。总不良反应率观察组为 11.8%, 对照组为 35.3%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 参麦汤联合吡柔比星膀胱灌注利于降低膀胱癌术后气阴两虚证患者的毒副作用, 提高生活质量。

**[关键词]** 膀胱癌术后; 气阴两虚证; 中西医结合疗法; 参麦汤; 吡柔比星

**[中图分类号]** R737.14 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0197-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.087

膀胱癌是临床常见的泌尿系统肿瘤之一。流行病学研究显示, 随着工业化水平增加、烟草消费的提高及人口老龄化进程的加剧, 近 10 年来膀胱癌的发病率在我国逐年增长<sup>[1]</sup>。手术治疗为临床所首选, 但是手术操作造成的创伤不仅会导致机体产生应激反应, 还会使患者产生不良心理障碍, 从而严重影响患者的生理功能、社会交往和生命质量<sup>[2]</sup>。因此, 生命质量已经成为肿瘤临床研究的热点。结合膀胱癌术后患者的病机特点, 笔者采用自拟参麦汤联合吡柔比星膀胱灌注对膀胱癌术后气阴两虚证患者进行治疗, 探讨其对患者生命质量的影响, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择 2011 年 1 月—2015 年 3 月于本院就诊的行经尿道膀胱肿瘤切除术治疗的表浅性膀胱癌患者共 68 例, 患者自愿参与研究, 认真阅读知情同意书并签字。患者术后预后良好, 预计生存期  $> 2$  年。主症表现为明显乏力倦怠, 腰腿痠楚, 跨步欠利, 胃纳可, 口干, 舌淡红, 苔薄白, 舌下纹略暗, 脉弦, 中医辨证为气阴两虚证。按照随机数字表法分为对照组和观察组。对照组 34 例, 男 19 例, 女 15 例; 年龄 43~80 岁, 平均  $(65.2 \pm 4.3)$  岁; 初发膀胱癌者 26 例, 复发者 8 例; 肿瘤单发者 27 例, 多发者 7 例; 肿瘤平均直径  $(1.03 \pm 0.17)$  cm。观察组 34 例, 男 20 例, 女 14 例; 年龄 41~80 岁, 平均  $(64.8 \pm 4.5)$  岁; 初发膀胱癌者 28 例, 复发者

6 例; 肿瘤单发者 29 例, 多发者 5 例; 肿瘤平均直径  $(1.01 \pm 0.20)$  cm。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 排除标准** ①药物耐受性欠佳、依从性差、存在药物禁忌症、资料完整性差者; ②术前生存质量明显低下者; ③合并有严重肝肾功能异常、造血系统、免疫系统病变者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 给予吡柔比星膀胱灌注治疗。术后将注射用盐酸吡柔比星(浙江海正药业股份有限公司)30 mg 加入无菌蒸馏水 50 mL 中进行膀胱灌注, 保留 30~60 min, 每周 1 次, 8 次后改为每月 1 次, 用药持续至术后 1 年。

**2.2 观察组** 在对照组治疗的基础上加用参麦汤内服。处方: 太子参、黄精、女贞子、旱莲草、生地黄、郁金各 15 g, 麦冬、黄芪各 20 g, 茯苓 30 g, 石斛、山萸肉、蒲公英各 12 g, 马鞭草 9 g, 天花粉、半枝莲、车前子、陈皮各 8 g, 牡丹皮、甘草各 6 g。随症加减: 倦怠乏力甚者加炒白术 15 g; 阴虚甚者加枸杞子 12 g, 熟地黄 8 g; 恶心甚者加姜半夏 15 g, 竹茹 6 g; 烦躁甚者加合欢皮 10 g, 淡竹叶 9 g; 眠差者加炒酸枣仁 15 g, 夜交藤 30 g; 尿频、尿痛甚者加白茅根 15 g。每天 1 剂, 连续治疗 1 年。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①观察治疗过程中的不良反应。②参照

**[收稿日期]** 2016-02-15

**[作者简介]** 李向齐 (1967-), 男, 副主任医师, 研究方向: 泌尿外科。

EORTC QLQ-C30量表<sup>③</sup>评价生活质量相关的躯体、认知、角色、社会、感情等5个功能领域,评分最高100分,各项功能随着评分的升高而提高。

3.2 统计学方法 采用SPSS20.0分析数据,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 $t$ 检验。

#### 4 治疗结果

4.1 2组术后生活质量量表评分比较 见表1。用药后2组患者生活质量的躯体功能、认知功能、角色功能、社会功能、感情功能评分均较治疗前升高( $P < 0.05$ );且治疗组各项评分升高较对照组更显著( $P < 0.05$ )。

表1 2组术后生活质量量表评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	时间	躯体功能	认知功能	角色功能	社会功能	感情功能
对照组	34	用药前	35.32±5.21	45.63±10.54	24.35±11.24	21.75±7.84	27.25±9.63
		术后1年	60.17±10.85 <sup>①</sup>	65.17±12.36 <sup>①</sup>	51.16±15.30 <sup>①</sup>	44.52±20.23 <sup>①</sup>	61.45±14.27 <sup>①</sup>
观察组	34	用药前	35.20±5.13	44.82±9.78	23.95±12.11	21.82±7.93	27.12±10.03
		术后1年	79.66±16.73 <sup>②</sup>	81.65±14.45 <sup>②</sup>	63.40±26.42 <sup>②</sup>	56.05±25.94 <sup>②</sup>	72.59±21.14 <sup>②</sup>

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组术后1年比较,② $P < 0.05$

4.2 2组术后不良反应比较 见表2。2组患者治疗过程中未见严重不良反应,肝肾功能、血常规、心电图等检查均未见明显异常。副作用以膀胱刺激征、胃肠不适、外周白细胞减少为

主,个别患者出现发热、口腔黏膜炎、脱发之象。总不良反应率观察组为11.8%,对照组为35.3%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组术后不良反应比较

组别	n	膀胱刺激征	胃肠反应	发热	口腔黏膜炎	外周白细胞减少	脱发	总发生率(%)	$\chi^2$ 值	P值
对照组	34	3	3	2	1	2	1	35.3	5.231	0.043
观察组	34	2	1	0	0	1	0	11.8		

#### 5 讨论

膀胱癌是发病率居我国泌尿生殖系肿瘤首位的恶性肿瘤,患者以排尿时不适、疼痛感、血尿伴尿频为主要临床表现。现代医学认为,免疫因素、吸烟、职业等与膀胱癌的发病存在相关性<sup>④</sup>。临床治疗常给予经尿道膀胱肿瘤电切术,其肿瘤切除效果明确,且手术创伤小。术后为防止复发多给予辅助性膀胱灌注治疗。本研究用吡柔比星为新型萘环类抗肿瘤药物,其相对分子量大,腔内灌注时膀胱黏膜难以吸收,故全身不良反应发生率相对较低,治疗安全性较高<sup>⑤</sup>。吡柔比星其能够直接嵌入肿瘤细胞DNA双链间,抑制DNA聚合酶,从而对肿瘤细胞DNA复制及转录进行抑制,使肿瘤细胞有丝分裂停留周期停留在G2期<sup>⑥</sup>。但是,临床研究发现,膀胱灌注的刺激会使患者出现尿频、尿急、血尿、低热、胃肠不适、发热、口腔黏膜炎、脱发等不良反应,降低患者生活质量,甚至影响到灌注的顺利完成<sup>⑦</sup>。中医学认为,膀胱癌属于尿血、溺血、血淋等范畴,为本虚标实之证。患者多因机体正气不足,抵抗力低下,邪气乘虚入侵机体,伤及脏腑功能,导致机体阴阳失衡,并产生瘀、湿、痰、毒等病理产物于体内积聚,久则生癌变。结合患者手术中耗津伤血、术后膀胱灌注过程中产生乏力倦怠,腰腿痠楚,口干,舌淡红,苔薄白之象,为中医典型的气阴两虚之证。临床治之须以扶正祛邪为治则。参麦汤中太子参体润性和,为益气养阴、生津润燥之品,善补气阴;麦冬重在滋阴生津、养阴润燥;黄芪主入气分,可补气行气,增强机体

抵抗力,鼓舞气机;茯苓健脾燥湿、宁心安神;黄精主入肺肺,可补脾益气、润肺养阴,为癌术后补益佳品;女贞子、旱莲草合为二至丸,重在补益肝肾、滋阴止血;石斛益胃生津,滋阴清热;山萸肉滋肾填精、养阴润燥;牡丹皮、生地黄益阴生津、滋阴凉血、清热止血;天花粉清热生津、排脓消肿;蒲公英、半枝莲、马鞭草重在清热解毒、祛邪排脓;郁金可疏肝解郁、清热燥湿;车前子清热利湿,使邪有出路;陈皮健脾行气,燥湿化痰,防止药物过于滋腻脾胃;甘草健脾养胃、调和诸药。全方配伍,扶正与祛邪并举,攻邪而不伤正,养正而不助邪,共奏益气养阴以固本、解毒祛湿以抗癌之功。

本次研究结果显示,观察组患者治疗过程中的不良反应发生率显著降低,而生活质量显著提高。可见参麦汤可降低膀胱癌术后气阴两虚证患者的毒副作用,提高生活质量,值得临床推广。

#### [参考文献]

- [1] 韩苏军,张思维,陈万青,等.中国膀胱癌发病现状及流行趋势分析[J].癌症进展,2013,11(1):89-95.
- [2] 程欣.循环改进护理对膀胱癌患者尿道膀胱肿瘤电切术后应激状态、心理状态以及生命质量的影响[J].中国医药导报,2015,12(22):153-155.
- [3] Maringwa JT, Quinten C, King M, et al. Minimal important differences for interpreting health-related

- quality of life scores from the EORTC QLQ- C30 in lung cancer patients participating in randomized controlled trials[J]. Support Care Cancer, 2011, 19(11): 1753-1760.
- [4] 胡吉梦, 姜昊文. 免疫相关因素在膀胱癌发病机制与免疫治疗中的研究进展[J]. 现代泌尿外科杂志, 2015, 20(7): 520- 521.
- [5] 韩兴涛, 杨锦建, 霍庆祥, 等. 电切术联合吡柔比星膀胱灌注对浅表性膀胱癌疗效[J]. 中国内镜杂志, 2015, 21(5): 494- 496.
- [6] Bhattacharya A, Li Y, Shi Y, et al. Enhanced inhibition of urinary bladder cancer growth and muscle invasion by allylthiocyanate and celecoxib in combination[J]. Carcinogenesis, 2013, 34(11): 2593- 2599.
- [7] 赵文硕, 张青, 杨霖, 等. 八正散加味预防注射用盐酸吡柔比星膀胱灌注不良反应临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 20(10): 70.
- (责任编辑: 冯天保)

# 胃肠间质瘤的中医证型与免疫组化及生物学特性的研究

林益群, 罗明艳, 钟子劭

广东省中医院 (广州中医药大学第二附属医院), 广东 广州 510120

**[摘要]** 目的: 探讨胃肠间质瘤患者中医证型与间质瘤免疫组化及生物学特性的关系。方法: 收集本院经手术后病理诊断证实的胃肠间质瘤患者的临床和病理资料, 共 66 例, 由高年资主治医师或副主任医师参照《中医常见证诊断标准(上)》对患者进行中医辨证分析, 统一其中医证型; 分析各中医证型在各组免疫表型、病理及在各年龄、性别、肿瘤部位等之间分布特点, 探讨胃肠间质瘤中医证型分布规律。结果: 胃肠间质瘤以脾虚湿瘀型证最多; 大于 60 岁者以脾胃气虚虚证为主, 小于 60 岁者以脾胃湿热实证为主, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 各中医证型与性别、肿瘤部位、出血坏死与否、核分裂数、肿瘤恶性程度等生物学特性及免疫组化无明显相关性 ( $P > 0.05$ )。结论: 胃肠间质瘤的中医证型分布与年龄有相关性, 其产生本质为脾虚, 其标有痰湿、热毒、瘀血等, 初期多以湿热瘀实证为主, 病久可导致正气亏虚, 形成虚实夹杂之证。

**[关键词]** 胃肠间质瘤; 复发; 证型分布; 相关性

**[中图分类号]** R735.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0199-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.088

胃肠间质瘤是一组起源于胃肠道间质干细胞的肿瘤, 由未分化或多能的梭形或上皮样细胞组成, 属于消化道间叶性肿瘤。发病率约为 1~2/10 万, 占胃肠道肿瘤的 1%~4%<sup>[1-2]</sup>。手术切除是目前治疗本病的主要方法, 但术后复发率以及腹腔内脏器转移发生率仍较高。研究报道, 胃肠间质瘤完全切除后 5 年生存率为 40%~65%, 但术后复发转移率为 40%~80%<sup>[3]</sup>。本研究对本院住院且经病理诊断为间质瘤的患者的中医证型分布做一初步探析, 拟在中医药防治胃肠间质瘤尤其是复发方面提供依据。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 收集本院 2007 年 3 月—2014 年 11 月经手术后病理诊断证实的胃肠道间质瘤的临床和病理资料进行分

析。本组共 66 例, 男 26 例, 女 40 例; 年龄 26~80 岁, 平均(58.3±18.3)岁。原发肿瘤部位包括胃(贲门)36 例(54.5%); 小肠 20 例(30.3%), 大肠 8 例(12.1%), 食管 1 例(1.5%), 腹膜后 1 例(1.5%)。有首发临床症状 58 例(87.9%), 无症状 8 例(12.1%); 首发临床表现为腹痛 23 例(34.8%), 其次为消化道出血 27 例(40.9%), 其他症状 8 例(12.1%)。

**1.2 方法** 由高年资主治医师或副主任医师参照《中医常见证诊断标准(上)》<sup>[4]</sup>术前对其进行中医辨证分析, 统一其中医证型; 收集患者肿瘤免疫组化酪氨酸激酶受体 CD117、骨髓干细胞抗原 CD34、平滑肌肌动蛋白(SMA)、可溶性蛋白-100(S-100)及病理(包括肿瘤大小、核分裂数、是否出血坏死等), 并收集患者年龄、性别、肿瘤发生部位等资料, 分析各中医证

**[收稿日期]** 2016-01-13

**[基金项目]** 广东省中医药局资助项目 (20132162)

**[作者简介]** 林益群 (1976-), 女, 主治医师, 主要从事中医治疗胃肠道疾病的研究。