

专家论坛

恶性肿瘤中西医结合治疗临床研究 现状与展望

贺用和, 李道睿

(中国中医科学院广安门医院肿瘤科, 北京 100053)

[关键词] 恶性肿瘤; 中西医结合; 临床研究



恶性肿瘤是当前危害人类健康的最严重的疾病之一, 预计到 2020 年全球新发肿瘤病例将达 2 000 万, 我国癌症发病率也呈逐年上升趋势, 如不采取措施, 到 2020 年发病人数将上升至 400 万^[1]。中医学历史悠久, 对肿瘤的治疗具有独特的理论和明确的疗效, 中医学理论及临床思维与现代医学方法有机的结合, 是中国肿瘤防治的一大特色。

1 中西医结合肿瘤学发展历程

《黄帝内经·灵枢·上膈》是最早记载“瘤”的文献, 其中“喜怒不适, 食饮不节, 寒温不时……下管虚则邪气胜之, 积聚以留”是我国古典文献中最早有关肿瘤病因的文字; 而宋代东轩居士的《卫济宝书》首次把“癌”作为一个特定的病名使用。虽然我国历代中医药著作也有防治肿瘤的论述, 但普遍认为我国现代肿瘤学科的发展开始于 20 世纪 30 年代, 直到 1958 年我国才建立第一个肿瘤医院即中国医学科学院肿瘤医院, 这是我国肿瘤学发展史上的一个重要标志。1959 年冬, 在天津市召开了全国第一届肿瘤工作会议, 这次会议制订的恶性肿瘤研究规划(1960~1962 年)提到了“中医中药治疗恶性肿瘤规划”。中国中医科学院广安门医院的余桂清、段凤舞和张代钊等教授经过不懈地努力, 得到了上级领导的支持和批准, 终于于 1963 年春在北京成立了中医研究院广安门医院肿瘤科, 这是我国第一个中医肿瘤科, 也是中西医结合肿瘤学形成的起点。紧接着全国各地中医肿瘤科纷纷成立。50 余年来, 中医肿瘤学经过几代人的努力, 在理论研究、基础研究及临床研究方面都取得了突出成绩^[2], 使中西医结合肿瘤学在我国恶性肿瘤防治体系中占据重要位置。

2 中西医结合肿瘤学发展现状

近年来中医在应用辨证论治、专方专药及新药新剂型等方法治疗恶性肿瘤方面均有一定的进展。中西医结合治疗肿瘤基本趋向于辨证与辨病结合; 扶正与祛邪结合; 重视病期及治疗阶段, 各阶段对应用药且逐步规范治疗; 以中医多种治疗方法的综合应用提高疗效。中西医结合治疗肿瘤在减轻肿瘤患者临床症状、稳定瘤灶、提高患者生存质量及延长生存期等方面已显示出一定的效果和优势, 积累了大量的循证医学证据, 并在 2016 年形成了《恶性肿瘤中医诊疗指南》^[3]。

结合 50 余年来的临床实践及实验研究结果, 笔者认为中西医结合治疗在恶性肿瘤综合治疗中的作用主要体现在以下几个方面: ①恶性肿瘤放疗及内分泌治疗期间应用中医药可减轻毒副作用, 提高治疗完成率及疗效; ②恶性肿瘤术后应用中医药治疗可改善临床症状、促进患者康复, 长期应用还可在一定程度上减少肿瘤术后的复发与转移; ③晚期肿瘤放疗期间, 进行中医维持治疗, 可延长患者无进展生存期, 改善生存质量; ④肿瘤靶向治疗中应用中医药可减轻靶向治疗毒副作用, 延缓靶向治疗耐药时间。总之, 中西医结合治疗肿瘤可协同控制肿瘤, 提高患者生存质量, 延长生存时间, 减轻临床症状。

3 中西医结合肿瘤治疗临床研究

自 20 世纪 80 年代开始, 中西医结合肿瘤治疗临床研究逐渐规范, 初步验证了中西医结合肿瘤治疗的疗效特点。宁春红等^[4]采用我科研制的健脾益肾冲剂治疗了 326 例胃癌, 观察该药对化疗毒副作用的防控作用。结果显示, 治疗组完成化疗占 95%, 高于对照组; 且该药能增加患者体质量, 减少消化道反应, 防止白细胞及血小板下降, 有效降低化疗毒副

DOI: 10.3969/j.issn.1672-0512.2018.02.001

[基金项目] 国家自然科学基金(81302963)。

[作者简介] 贺用和(1964-), 男, 湖南常德人, 硕士研究生导师, 主任医师, 研究方向: 恶性肿瘤的中医、中西医结合基础和临床研究。

[通信作者] 李道睿, E-mail: lidaorui@sina.com。

作用。在放疗减毒增效方面,中日友好医院肿瘤科采用扶正增效方(药物组成:生黄芪、太子参、白术、枸杞子、苏木、红花、茯苓、鸡血藤、沙参、石斛、金银花)结合肺癌的放疗,治疗有效率为 69.9%,高于对照组的 40.7%;而颈部转移淋巴结的缩小率治疗组也明显优于对照组;治疗组近期不良反应率低,血黏度下降,且 1、2、3 年生存率有所提高^[5]。朴炳奎等^[6]报道中药复方肺癌平膏治疗 399 例肺癌,结果显示中药组在改善症状、生存质量及免疫功能方面有一定优势;在瘤体方面,肺癌平膏组的稳定率明显高于化疗组;在生存期方面,肺癌平膏组 1、2、3 年生存率为 50.00%(14/28)、15.38%(4/26)、20.00%(3/15),平均生存期 15 个月,中位生存期 11 个月,化疗组 1、2、3 年生存率为 17.65%(3/17)、0(0/13)、0(0/8),平均生存期 7.6 个月,中位生存期 6 个月,2 组 2 年生存率差异显著($P<0.001$)。刘嘉湘等^[7]以益气养阴为主,佐以清热解毒治则的益肺抗癌饮(基本组成:黄芪、天门冬、北沙参、女贞子、重楼、石上柏等)治疗 127 例非小细胞肺癌,结果显示部分缓解(PR)为 14 例,无变化(NC)89 例,进展(PD)24 例,临床受益率[(PR+NC)/总例数]为 81.10%(103/127),1、3、5 年生存率分别为 73.21%、13.93%、11.17%,中位生存期为 406 d;化疗组[丝裂霉素+阿霉素+顺铂(MAP)方案]64 例,PR 7 例,NC 39 例,临床受益率为 71.88%(46/64),1、3、5 年生存率分别为 40.54%、11.06%、5.53%,中位生存期为 267 d。此外,治疗后健康状况评分、症状改善及免疫指标改善等益肺抗癌饮组也均优于化疗组。李佩文等^[8]采用平肺方(基本组成:鱼腥草、贝母、桑白皮、白及、白花蛇舌草、五味子等)治疗非小细胞肺癌 109 例,并以 40 例单独化疗患者作为对照,结果显示,治疗组胸部 X 线片病灶稳定率为 67%,高于对照组的 35%,且进展患者较少($P<0.001$)。109 例单纯中药治疗患者中,19 例从治疗开始随访至死亡及失访,生存期 1 年以内 5 例,1 年以上 14 例,平均 13.7 个月;化疗组死亡及失访 8 例,生存期在 1 年以内 6 例,1 年以上 2 例,平均 9.2 个月,2 组差异有统计学意义($P<0.05$)。

陈志峰等^[9]采用 Meta 分析,对国内 7 年间单纯采用中医药治疗非小细胞肺癌的研究文献与单纯化疗相对照,进行定量合并分析,共 1 909 例。结果显示,中医药治疗肺癌虽有效率较低,但瘤体稳定率较高,适用于肿瘤的维持治疗。于明薇等^[10]采用随机对照试验法评价针刺治疗对乳腺癌患者康复期因性疲乏的影响;针刺治疗组治疗方案为针刺百会、内关、气海、足三里、三阴交;假穴浅刺组浅刺非经非

穴,在整体疲乏评分和感觉维度、认知/情绪维度评分方面,针刺治疗组治疗前与治疗及随访期比较差异显著(均 $P<0.05$)。林洪生等^[11]采用以“固本清源”为指导的中医药综合治疗方案治疗非小细胞肺癌,并依托多项国家科技支撑计划课题对该方案进行了多年的大样本、多中心的循证医学研究,对 2 606 例非小细胞肺癌患者的系列临床研究结果提示,以“固本清源”为指导的中医药综合治疗方案明显提高了非小细胞肺癌患者的临床疗效,中晚期患者的中位生存时间由单纯西医疗疗的 13.13 个月提高到 16.60 个月;同时降低了非小细胞肺癌术后的复发转移率,其中 2 年复发转移率从 24%降至 18%。在中药联合靶向治疗方面,张双科等^[12]观察益气解毒中药联合靶向药物治疗 Her-2 阳性晚期乳腺癌患者疗效及其对患者多重耐药相关蛋白水平、免疫功能等的影响发现,治疗后 2 组气短、神疲、乏力、脉络瘀血、刺痛且痛有定处、皮下瘀斑积分及癌症治疗功能评价系统-乳腺癌(FACT-B)量表评分均显著低于治疗前(均 $P<0.05$),同时观察组治疗后各项积分均显著低于对照组($P<0.05$),从而得出结论益气解毒中药联合靶向药物治疗 Her-2 阳性晚期乳腺癌可有效提高患者生活质量,缓解临床症状,下调多重耐药相关蛋白水平,改善免疫功能。

综上所述,中西医结合治疗可提高恶性肿瘤患者的生存率和生活质量,且疗效明显优于单纯中医或西医组。中西医结合治疗肿瘤是一种取长补短的综合治疗手段,今后应进一步探索中西医结合的规律,采用多学科、多途径,进行系统的前瞻性临床研究,进一步找出切实有效的防治肿瘤的中药组方和中西医综合治疗的最佳方案。

[参考文献]

- [1] 周晓梅,刘杰,林洪生. 国内外癌症康复研究现状[J]. 中国肿瘤临床与康复,2017,24(9):1148-1149.
- [2] 林洪生,张英. 中医药防治恶性肿瘤回顾与展望[J]. 环球中医药,2009,2(5):321-326.
- [3] 林洪生,刘杰,张英. 《恶性肿瘤中医诊疗指南》的内涵及其意义[J]. 中国肿瘤临床与康复,2016,23(3):257-260.
- [4] 宁春红,王桂绵,赵田雍. 健脾益肾方剂治疗晚期胃癌术后化疗毒副反应的疗效观察[J]. 中西医结合杂志,1985,5(11):668.
- [5] 张代钊,徐君东,李佩文,等. 扶正增效方对肺癌放射增效作用的临床和实验研究[J]. 中国中西医结合外科杂志,1998,4(2):71-75.
- [6] 朴炳奎,唐文秀,张宗歧,等. 肺癌平膏治疗晚期原发性肺癌临床观察[J]. 中医杂志,1991,32(4):21-23.
- [7] 刘嘉湘,徐振晔,施志明,等. 扶正治疗 122 例晚期原发性非小细胞肺癌的前瞻性研究[J]. 中华医药学报,1987,2(1):11-16.

[8] 李佩文,张代钊,郝迎旭,等. 平肺方治疗非小细胞肺癌 109 例临床观察[J]. 中医杂志,1995,36(2):87.
 [9] 陈志峰,李成柱,刘少翔,等. 中国中医药治疗原发性非小细胞肺癌的 Meta 分析[J]. 中医杂志,1999,40(5):87.
 [10] 于明薇,李道睿,杨国旺,等. 针刺治疗康复期乳腺癌患者癌因性疲乏的随机对照研究[J]. 中国医药导报,2017,14(19):89-93.

[11] 林洪生,张英. 从“扶正培本”到“固本清源”——中医药治疗肿瘤理论的传承与创新[J]. 中医杂志,2016,57(4):295-298.
 [12] 张双科,任明慧,王伟. 益气解毒中药联合靶向药物治疗 Her-2 阳性晚期乳腺癌疗效及对免疫功能和多重耐药相关蛋白水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2017,26(26):2878-2881.

(收稿日期 2017-10-29)

病例报告

超声诊断胸腹联体双胎并多发畸形 1 例

韩菲燕,张 姍,田 力

(河南中医药大学,河南 郑州 450000)

[关键词] 超声检查;妊娠,多胎;双生,联体

女,23 岁,孕 13⁺2 周,孕 1 产 0,彩色多普勒超声检查疑为联体双胎。超声所见:宫内可见 2 个胎头回声,位于同一水平面(图 1),双顶径分别为 21 及 22 mm,颅骨光环完整,颅内结构未见明显异常。多切面扫查显示 2 个胎儿自胸部至腹部相连,相连胸腔内可见共用 1 个心脏(图 2),右侧胎儿心脏四腔心及“十”字交叉可见,为完全型大动脉转位,左侧胎儿心脏为单心室,两胎儿的心房及心室相通,心室相通处宽约 3.0 mm,心房相通处宽约 1.6 mm,心率 169 次/min。相连腹腔内可见 2 个肝脏相融合(图 3)。2 个胎儿颈部背侧均可见囊性回声(图 4),内可见分隔,右侧胎儿颈部囊性回声大小 26 mm×11 mm,左侧胎儿颈部囊性回声大小 25 mm×10 mm。可见 2 条脊柱回声,右侧胎儿脊柱骶尾部连续性中断并向外凸起,范围 4.6 mm×1.8 mm,左侧胎儿脊柱连续性完整。两胎儿四肢独立,均可显示。胎盘位于后壁,厚约 22 mm,羊水最大深度为 36 mm。超声诊断:胸腹联体双胎并多发脏器畸形,双胎颈

部淋巴管水囊肿,一胎骶尾部脊柱裂。引产后证实超声诊断。入院终止妊娠后,娩出两联体女性死胎,两胎全身水肿并胸腹部联体,剖开胸腔可见仅 1 个心脏结构,四肢独立完整,符合产前超声诊断。

讨论:联体双胎是罕见的畸形,其发生率为 1/(50 000~100 000)^[1],是由于在受精第 13 天后胚盘未能完全分离所致。其超声诊断要点为两胎儿胸腹部处皮肤延续;胎儿宫内位置总处于一相对位置,胎头总在同一水平,胎动亦不会发生改变;仅有 1 条脐带,但脐带内血管数达 3 条以上;大多数联体双胎在腹侧融合,胸部联胎 90%共用心包,75%心脏共用,脐部联胎 81%肝脏共用^[2]。

总之,产前超声诊断联体双胎可通过直接检测胎儿融合相连的部位及融合程度作出正确诊断,当超声仅显示 1 个胎盘、1 个羊膜囊时,应警惕联体双胎的可能。

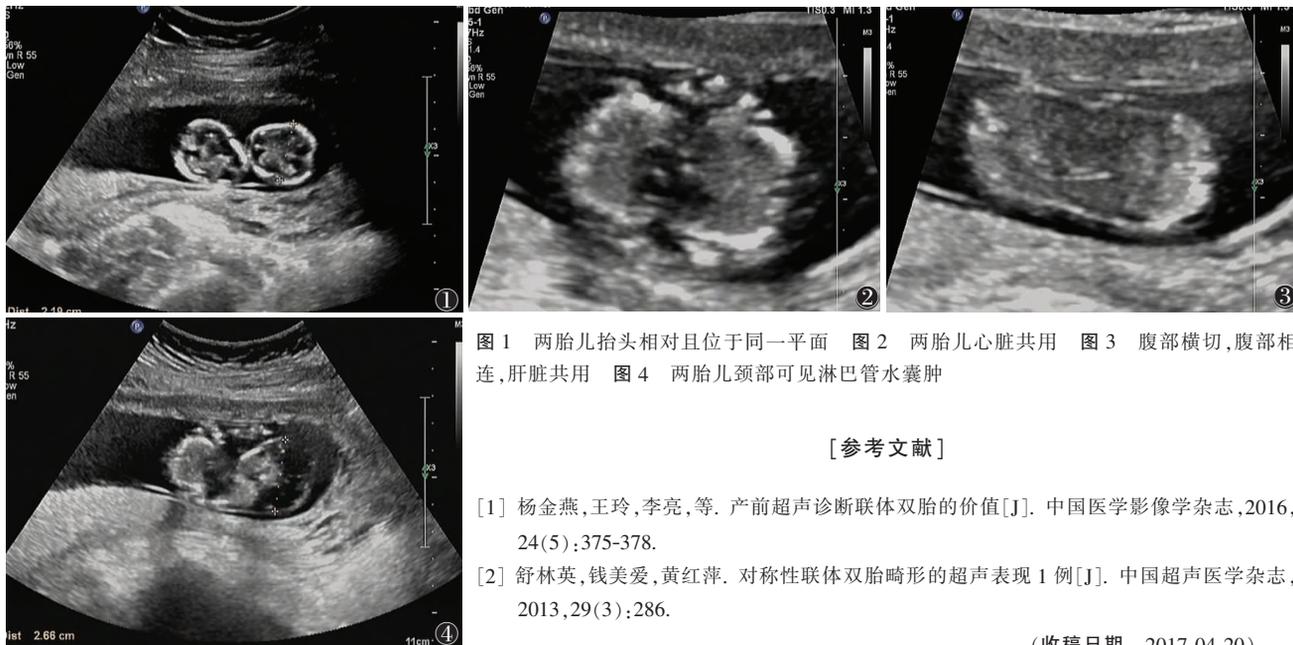


图 1 两胎儿抬头相对且位于同一平面 图 2 两胎儿心脏共用 图 3 腹部横切,腹部相连,肝脏共用 图 4 两胎儿颈部可见淋巴管水囊肿

[参考文献]

[1] 杨金燕,王玲,李亮,等. 产前超声诊断联体双胎的价值[J]. 中国医学影像学杂志,2016,24(5):375-378.
 [2] 舒林英,钱美爱,黄红萍. 对称性联体双胎畸形的超声表现 1 例[J]. 中国超声医学杂志,2013,29(3):286.

(收稿日期 2017-04-20)