

肝喜片配合介入治疗原发性肝癌 30 例疗效观察

傅剑锋, 潘 博, 蔡 美

(湖南省中医药研究附属医院, 湖南 长沙, 410006)

摘要 目的: 观察肝喜片配合介入治疗原发性肝癌的临床疗效及毒副反应。方法: 将 60 例本病患者随机分为治疗组和对照组各 30 例, 治疗组采用肝喜片配合介入治疗, 对照组单纯采用介入治疗。结果: 治疗组临床证候、卡氏评分均明显改善, 其总有效率与对照组比较有明显差异 ($P < 0.05$)。结论: 肝喜片配合介入治疗原发性肝癌确能减轻介入治疗的毒副作用, 延缓肿瘤进展。

关键词 原发性肝癌; 中西医结合疗法; 介入治疗; 肝喜片

原发性肝癌是我国最常见的恶性肿瘤之一, 临床上中晚期肝癌病情进展迅速, 临床缺乏有效的治疗手段。因此, 研究适合我国肝癌患者治疗的有效方法具有重要意义。笔者采用肝喜片配合介入治疗本病 30 例, 疗效较好, 并与单用介入治疗的 30 例作对照观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 两组 60 例患者均为我院 2007 年 3 月~2010 年 3 月的住院患者。治疗组 30 例中, 男 25 例, 女 5 例; 年龄 35~70 岁, 平均 (54 ± 12) 岁; 分期: II 期 14 例, III 期 16 例。对照组 30 例中, 男 26 例, 女 4 例; 年龄 34~69 岁, 平均 (54 ± 11) 岁; 分期: II 期 12 例, III 期 18 例。两组性别、年龄、临床分期、分型、卡氏评分等资料比较均无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照 2011 年 9 月第八届全国肝癌学术会议上制定的“原发性肝癌临床诊断与分期标准”拟定。(1)病理诊断: 肝内或肝外病理学检查证实为原发性肝癌。(2)临床诊断: ① AFP $\geq 400 \mu\text{g/L}$, 且排除妊娠、生殖系胚胎源性肿瘤、活动性肝病及转移性肝癌, 并能触及肿大、坚硬并有结节状肿块的肝脏, 或影像学检查有肝癌特征的占位性病变者。② AFP $< 400 \mu\text{g/L}$, 且排除妊娠、生殖系胚胎源性肿瘤、活动性肝病及转移性肝癌, 并有 2 种影像学检查有肝癌特征的占位性病变或有 2 种肝癌标志物阳性及 1 种影像学检查有肝癌特征的占位性病变者。③有肝癌的临床表现并有肯定的肝外转移病灶(包括肉眼可见的血性腹水或在其中发现癌细胞), 并可排除转移性肝癌者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用介入方法治疗。具体方法为: 肝癌的血管介入治疗采用经肝动脉化疗栓塞术(TACE), 抗癌药物选用顺铂(DDP)40~60mg/次, 吡柔吡星 30~40mg/次, 氟脲嘧啶(5-Fu)750mg~1000mg/次。化

疗灌注完毕后, 序贯注入明胶海绵、超液化碘油进行栓塞治疗。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加服肝喜片, 主要由柴胡 香附 黄芪 人参 白术 鳖甲 土鳖 大黄 茯苓 半枝莲 白花蛇舌草等药物组成。由本院制剂室提供。每天 3 次, 每次 10 片内服。

两组均以 30 天为 1 疗程, 每 30 天介入治疗 1 次, 共观察 2 个疗程。

3 治疗结果

3.1 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件包进行统计学分析; 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验; 等级资料采用 Ridit 分析; 检验水平 $\alpha = 0.05$ 。

3.2 疗效标准 (1)中医证候疗效标准参照《原发性肝癌症状分级量表评分》拟定。显著改善: 治疗后临床证候积分值比治疗前积分值下降 $\geq 70\%$; 部分改善: 积分值下降 $\geq 30\%$, 但 $< 70\%$; 无改善: 积分值无下降或下降 $< 30\%$ 者。(2)瘤体客观疗效标准参照 WHO 实体瘤近期疗效标准。完全缓解(CR): 可见肿瘤消失并持续 1 个月以上; 进展(PD): 肿瘤病灶两个最大的相互垂直的直径的乘积增大超过 25%, 或出现新的病灶。

3.3 治疗结果(见表 1)

表 1 两组治疗结果及疗效比较

组别	n	CR	PR	NC	PD	总有效率 %
治疗组	30	5	6	10	9	33.3*
对照组	30	2	4	12	12	20.0

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

3.4 两组治疗前后中医证候改善情况比较(见表 2)

表 2 两组治疗前后中医证候改善情况比较

组别	n	显著改善	部分改善	无改善	改善率 %
治疗组	30	15	7	8	73.3*
对照组	30	8	6	16	46.7

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

3.5 两组治疗前后肝功能变化情况比较(见表3)

表3 两组治疗前后 ALT、AST、TBIL 值比较($\bar{x} \pm s$)

指标	组别	n	治疗前	治疗后	差值
ALT	治疗组	30	37.0 ± 20.1	53.6 ± 24.2	16.6 ± 9.8*
	对照组	30	48.6 ± 18.9	58.3 ± 23.0	11.7 ± 10.0
AST	治疗组	30	51.6 ± 22.4	70.7 ± 34.0	19.1 ± 11.1*
	对照组	30	58.8 ± 24.7	68.6 ± 50.8	9.8 ± 7.4
TBIL	治疗组	30	17.9 ± 10.0	26.9 ± 18.7	9.0 ± 6.4*
	对照组	30	26.2 ± 14.5	30.7 ± 23.5	4.5 ± 3.9

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

3.6 不良反应 治疗组有2例白细胞减少,8例出现明显的胃肠道反应。对照组有10例白细胞减少,15例出现明显的胃肠道反应。治疗组出现不良反应的患者明显少于对照组。

4 讨 论

原发性肝癌是我国最常见的恶性肿瘤之一,目前手术切除仍然是治疗肝癌的首选方法。但由于其起病隐匿,恶性程度高,发展变化快,早期即有肝内播散,故患者就诊时往往已进入中晚期,加之其多合并有肝硬化,因此能获得手术治疗的病例仅占10%左右。在全身给药治疗方面,由于晚期肝癌患者体质较差,且癌组织中多种耐药基因产物P糖蛋白的过度表达,化疗及生物因子未能显示明显的疗效。局部治疗方面,TACE目前已被视为非手术疗法中的首选方法^[1]。但单纯TACE治疗肿瘤边缘仍有癌灶残存,杀灭癌细胞不彻底。况且中晚期原发性肝癌80%~90%病例合并不同程度肝硬化与肝功能损害,由于肝功能储备较差,患者行TACE治疗后,机体免疫力下降,加快了残存癌灶的生长。另外介入采用的药物的毒副作用和肝动脉栓塞化疗后,均可加重肝功能损害及诱发或加重

肝硬化,影响肝癌的治疗和预后。因此单纯的TACE治疗,疗效尚不能令人满意,尤其是远期疗效。笔者通过临床观察发现,原发性肝癌的治疗效果取决于对癌灶的杀灭和对正常肝功能组织的保护两方面,只有综合治疗才可能提高其总体疗效。导师潘敏球教授提出“瘀、毒、虚”是肝癌的基本病机。瘀因肝瘀气滞、邪热壅滞诸因所致,上腹肿块、肝区疼痛是“瘀”的客观表现;毒包括热毒、湿毒、瘀毒、寒毒等,以腹胀为主者多湿毒,以黄疸为主者多热毒,以肝区疼痛为主者多为瘀毒,这些都属中医“毒”的范畴。肝癌病人常见纳差、腹胀、神疲、乏力、恶心、呕吐、腹泻、消瘦等为脾虚之症。瘀、毒、虚三者始终并存,互为因果,恶性循环,贯穿于肝癌整个病程。基于“瘀、毒、虚”乃肝癌的基本病机这一具有代表性的观点的认同,笔者认为中晚期肝癌的基本治则以“健脾理气、化瘀软坚、清热解毒”较为合理,同时注重补益肝肾和利水。根据这一治则,导师研制出治疗肝癌专药肝喜片,经多年临床使用,表明肝喜片治疗肝癌疗效确切。本组观察病例中,采用介入手术与肝喜片内服相结合,确能缓解中晚期原发性肝癌患者的主要症状,减轻介入后综合征,在一定程度上保护术后肝肾功能和骨髓造血功能,起到减毒作用,能改善围介入期患者生活质量,稳定瘤体,在一定程度上延缓肿瘤进展,起到增效作用。良好的肝功能储备是肝癌病人长期生存的关键,改善肝功能即是间接地延长了生存期。因此,特别是介入术后,使用中药肝喜片治疗具有重要意义。

参考文献

- [1] 孙在典,张才兴.肝动脉介入化疗结合中药治疗中晚期原发性肝癌85例[J].实用中西医结合杂志,1997,10(7):616.

(收稿日期 2011-10-12)

(上接第5页)治疗、化疗、介入治疗、免疫治疗相结合,既能增加疗效,减轻毒副作用,并能减轻癌症患者的痛苦,提高生活质量,延长生存期,从而提高疗效。

参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为.实用内科学(第13版)[M].北京:人民卫生出版社,2009 2104,2112.
[2] 中华人民共和国卫生部.中药(新药)临床研究指导原则(第1辑)[S].1993.
[3] 中医药学名词审定委员会.《中医药学名词(2004)》[M].北京:科学出版社,2005 92-115.
[4] 季绍良,成肇智.中医诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2005:126-158.
[5] 徐迪华,徐剑秋.中医量化诊断[M].南京:南京出版社,1997:34-94.

- [6] 姚乃礼.中医症状鉴别诊断学[M].北京:人民卫生出版社,2004:30-102.
[7] 李锦毅,黄飞,李德新.中医药诱导肿瘤细胞凋亡的免疫学机制[J].中国中医基础医学杂志,2001,7(3):40-41.
[8] 李达,刘瑞萍.中医药诱导肿瘤细胞凋亡的可行性探讨[J].中国中西医结合杂志,1996,16(7):433-434.
[9] 麦时任,阮佩英,刘毅波.中药治疗肿瘤概述及体会[J].天津中医药,2006,23(3):252-254.
[10] 瞿道荡.直接灸调节癌症患者细胞免疫功能的观察[J].针灸临床杂志,1994,10(1):25-27.
[11] 元建.针灸对恶性肿瘤外周血T细胞及亚群的影响[J].针刺研究,1993,18(3):174-177.

(收稿日期 2011-11-15)