

〔文章编号〕 1007-0893(2021)05-0051-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.05.020

葶苈大枣泻肺汤合苓桂术甘汤治疗晚期肺癌合并恶性胸腔积液的临床研究

徐国森

(洛阳市第三人民医院, 河南 洛阳 471000)

〔摘要〕 目的: 探索葶苈大枣泻肺汤合苓桂术甘汤加减治疗晚期肺癌合并恶性胸腔积液的效果。方法: 选取 2017 年 3 月 21 日至 2018 年 3 月 21 日期间洛阳市第三人民医院收治的 100 例晚期肺癌合并恶性胸腔积液患者, 采用奇偶数法分组, 对照组的 50 例患者进行化疗, 观察组的 50 例患者在对照组化疗基础上, 进行葶苈大枣泻肺汤合苓桂术甘汤加减治疗。观察比较两组患者的疗效。结果: 观察组患者的 CD8⁺、CD4⁺、CD3⁺ 均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 经治疗, 观察组患者各时间段的中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的用力肺活量 (FVC)、第 1 秒用力呼气容积占用力肺活量比值 (FEV1/FVC)、最大呼气流速 (PEF)、第 1 秒用力呼气容积 (FEV1) 水平优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的头痛、胃肠道反应、骨髓移植率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对晚期肺癌合并恶性胸腔积液患者实施葶苈大枣泻肺汤合苓桂术甘汤加减联合化疗效果显著。

〔关键词〕 晚期肺癌; 恶性胸腔积液; 葶苈大枣泻肺汤; 苓桂术甘汤

〔中图分类号〕 R 734.2 〔文献标识码〕 B

肺癌属于临床常见恶性肿瘤, 具有病死率高、预后差、进展快、病残率高等特点, 早期可引起乏力消瘦、胸痛、咳嗽、气喘、胸闷等症状, 随着病情恶化, 还可累及胸膜, 引起恶性胸腔积液, 对患者生活质量造成严重影响^[1]。目前常运用化疗干预, 虽可延长患者生存时间, 但不良反应较多。从中医角度分析, 肺癌合并恶性胸腔积液属于“悬饮”范畴, 主要是因肝肾功能失调引起水液代谢障碍, 因此治疗关键在于扶正补虚、去除饮邪, 各种中药汤剂中, 以葶苈大枣泻肺汤合苓桂术甘汤加减效果显著, 可发挥抗肿瘤、利尿、提高免疫力等功效^[2]。而为了探索有效的治疗方案, 本研究在治疗晚期肺癌合并恶性胸腔积液时, 运用了不同治疗方案, 现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 3 月 21 日至 2018 年 3 月 21 日期间本院收治的 100 例晚期肺癌合并恶性胸腔积液患者, 采用奇偶数法分为对照组与观察组, 各 50 例。观察组患者年龄 45~78 岁, 平均年龄 (62.86 ± 3.74) 岁, 平均病程 (13.41 ± 2.33) 个月, 胸腔积液 (785.56 ± 52.39) mL; 性别: 男性 27 例, 女性 23 例; 肺癌类型: 4 例为小细胞癌, 12 例为鳞癌, 34 例为腺癌。对照组患者年龄 45~79 岁, 平均年龄 (62.52 ± 3.62) 岁, 平均病程 (13.78 ± 2.22) 个月, 胸腔积液 (785.98 ± 52.42) mL; 性别: 男性 28 例, 女性 22 例; 肺癌类型: 3 例为小细胞癌, 11 例为鳞癌, 36 例为腺癌。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: (1) 患者治疗前 1 个月均未进行胸腔内药物注射; (2) 患者预计生存时间超过 3 个月, 卡氏评分 ≥ 50 分; (3) 患者经病理活检, 确诊为晚期肺癌合并恶性胸腔积液; (4) 患者经 B 超检查, 胸水 ≥ 4 cm。排除标准: (1) 对本研究所用药物不能耐受患者; (2) 造血功能不全或心肺肝肾功能障碍患者; (3) 存在本研究药物过敏现象或中药抵触现象患者; (4) 存在免疫系统疾病患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用多西他赛联合卡铂化疗干预, 化疗第 1 天静脉滴注 75 mg · m⁻² 多西他赛 (深圳万乐药业有限公司, 国药准字 H20052068), 控制在 60 min 内, 化疗第 2 天静脉滴注 5 mg · mL⁻¹ · min⁻¹ 卡铂 (昆明贵研药业有限公司, 国药准字 H20053908), 每隔 3 周化疗 1 次; 3 周为 1 个疗程, 共治疗 4 个疗程。

1.2.2 观察组 在对照组基础上, 采用葶苈大枣泻肺汤合苓桂术甘汤加减治疗: 葶苈子 15 g, 大枣 10 枚, 炙甘草 6 g, 白花蛇舌草 30 g, 泽漆 10 g, 法半夏 10 g, 桂枝 10 g, 炒白术 15 g, 茯苓 15 g, 生黄芪 20 g; 对于胸痛患者, 加用枳壳 10 g、延胡索 15 g; 对于咳嗽患者, 加用桑白皮 15 g、白果 9 g、紫苏子 10 g; 对于口干苦, 神疲乏力患者, 加用麦冬 15 g、北沙参 15 g; 对于形寒肢冷患者, 加用仙茅 9 g、淫羊藿 15 g; 对于痰多患者, 加用百部 10 g、紫菀 12 g; 对于低热盗汗患者, 加用五味子 10 g、地骨皮 10 g, 1 剂 · d⁻¹, 水煮取汁 400 mL · 剂⁻¹, 200 mL · 次⁻¹, 分早晚 2 次温服; 3 周为 1 个疗程, 共治疗 4 个疗程。

〔收稿日期〕 2020 - 11 - 26

〔作者简介〕 徐国森, 男, 主治医师, 主要研究方向是中医肿瘤。

1.3 观察指标

比较两组患者的 CD8⁺、CD4⁺、CD3⁺、中医证候积分^[3]、用力肺活量 (forced vital capacity, FVC)、第 1 秒用力呼气容积 (forced expiratory volume in one second, FEV1)、第 1 秒用力呼气容积占用力肺活量比值 (forced expiratory volume in one second/forced vital capacity, FEV1/FVC)、最大呼气流量 (peak expiratory flow, PEF)、不良反应发生情况。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后免疫指标比较

治疗前, 两组患者的各项免疫指标比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后两组患者各项指标均有所改善, 且观察组患者的 CD8⁺、CD4⁺、CD3⁺ 均优于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后免疫指标比较 (*n* = 50, $\bar{x} \pm s$, ng · mL⁻¹)

组别	时间	CD8 ⁺	CD4 ⁺	CD3 ⁺
对照组	治疗前	0.85 ± 0.18	0.25 ± 0.09	0.55 ± 0.11
	治疗后	0.76 ± 0.15	0.31 ± 0.06	0.67 ± 0.11
观察组	治疗前	0.89 ± 0.17	0.24 ± 0.07	0.53 ± 0.10
	治疗后	0.15 ± 0.02 ^a	0.68 ± 0.35 ^a	0.89 ± 0.34 ^a

与对照组治疗后比较, ^a*P* < 0.05

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

经治疗, 观察组患者各时间段的中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (*n* = 50, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后 1 周	治疗后 3 周
对照组	5.92 ± 2.31	3.84 ± 0.74	2.79 ± 0.61
观察组	5.86 ± 2.48	2.55 ± 0.31 ^b	1.16 ± 0.54 ^b

与对照组同一时期比较, ^b*P* < 0.05

2.3 两组患者治疗前后肺功能比较

治疗前, 两组患者的各项肺功能指标比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后, 两组患者各项指标均有所改善, 且观察组患者的 FVC、FEV1/FVC、PEF、FEV1 水平优于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后肺功能比较 (*n* = 50, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	FVC/L	FEV1/FVC/%	PEF/L · s ⁻¹	FEV1/%
对照组	治疗前	1.43 ± 0.26	54.23 ± 4.11	2.89 ± 0.39	39.66 ± 3.55
	治疗后	1.77 ± 0.40	65.14 ± 5.16	3.41 ± 0.27	57.22 ± 4.22
观察组	治疗前	1.55 ± 0.28	55.26 ± 4.26	2.93 ± 0.36	38.52 ± 3.35
	治疗后	2.23 ± 0.44 ^c	71.65 ± 5.20 ^c	4.35 ± 0.31 ^c	62.72 ± 4.68 ^c

与对照组治疗后比较, ^c*P* < 0.05

注: FVC—用力肺活量; FEV1—第 1 秒用力呼气容积; PEF—最大呼气流量; FEV1/FVC—第 1 秒用力呼气容积占用力肺活量比值

2.4 两组患者的不良反应发生率比较

观察组患者的头痛、胃肠道反应、骨髓移植率低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 4。

表 4 两组患者的不良反应发生率比较 (*n* = 50, *n* (%))

组别	骨髓抑制	胃肠道反应	头痛	总发生
对照组	8(16.00)	6(12.00)	4(8.00)	18(36.00)
观察组	0(0.00)	1(2.00)	1(2.00)	2(4.00) ^d

与对照组比较, ^d*P* < 0.05

3 讨论

肺癌诱发因素包括基因改变、遗传、营养、饮食、空气污染、电离辐射、吸烟、职业致癌因子等, 属于临床常见恶性肿瘤, 近年来随着环境污染日益加重和人口老龄化的到来, 其发病率呈上升趋势^[4]。目前通过多西他赛联合卡铂化疗干预, 虽可延长生存时间, 但可降低患者生存质量, 甚至引起副毒反应, 为了进一步提高用药安全性和疗效性, 部分学者提议联合运用中药治疗^[5]。

葶苈大枣泻肺汤合苓桂术甘汤主要由大枣、炙甘草、白花蛇舌草、泽漆、法半夏、桂枝、葶苈子、炒白术、茯苓、生黄芪等药材组成, 其中白术具有益气健脾等功效; 茯苓具有补益脾气、利水等功效; 半夏具有健脾消痰; 大枣具有益气补血等功效; 黄芪具有益气健脾等功效; 蛇舌草具有利尿除湿、清热解毒等功效; 甘草具有调和作用, 诸药合用, 可达到清热解毒、益气健脾利湿等功效^[6-7]。从现代药理学角度分析, 葶苈大枣泻肺汤合苓桂术甘汤能够有效改善患者咳嗽、尿少、呼吸困难等作用, 发挥镇静、祛痰、强心、利尿等功效, 提高机体免疫功能, 发挥明显抗肿瘤活性作用^[8-9]。

本研究结果提示, 观察组患者的 CD8⁺、CD4⁺、CD3⁺ 均优于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05); 经治疗, 观察组患者各时间段的中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05); 观察组患者的 FVC、FEV1/FVC、PEF、FEV1 优于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05); 观察组患者的头痛、胃肠道反应、骨髓移植率低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。

综上所述, 葶苈大枣泻肺汤合苓桂术甘汤加减联合多西他赛和卡铂能够发挥扶正抗癌、利水渗湿、健脾益气等功效, 用于晚期肺癌合并恶性胸腔积液患者效果显著。

[参考文献]

- 冯瑜. 葶苈大枣泻肺汤合苓桂术甘汤加减联合顺铂治疗肺癌恶性胸腔积液的疗效观察 (J). 当代医学, 2016, 22(19): 158-159.
- 罗洁. 中西医结合治疗恶性肺癌胸腔积液 80 例临床疗效研究 (J). 检验医学与临床, 2013, 32(22): 2962-2963.
- 李枋霏, 王维, 张仲妍, 等. 葶苈大枣泻肺汤辅助化疗治疗肺癌恶性胸腔积液临床研究 (J). 国际中医中药杂志, 2018, 40(3): 214.
- 窦永起, 陈慧彬, 陈超, 等. 扶正散结汤拆方配伍中药抑制 Lewis 肺癌生长和对肿瘤细胞周期的影响 (J). 环球中医药,

2015, 22(3): 320-323.

(5) 张伟东. 中药肺癌方联合化疗对痰瘀阻肺型肺癌的疗效观察 (J). 实用中西医结合临床, 2017, 17(9): 45-47.

(6) 李文举. 葶苈大枣泻肺汤合导痰汤联合化疗治疗痰瘀阻肺型肺癌 20 例的疗效观察 (J). 中医临床研究, 2014, 32(30): 131-132.

(7) 尤杰. 六君祛痰解毒汤联合 GP 化疗方案治疗非小细胞肺癌的临床疗效及对血清血管内皮生长因子水平的影响研究 (J). 实用心脑血管病杂志, 2016, 23(1): 88-91.

(8) 李玉森, 苏广军. 益气解毒养阴汤对肺癌放疗患者肺功能及生活质量的影响 (J). 河北中医, 2016, 38(7): 976-980.

(9) 陈孟峰, 段小华, 蒋合蓓, 等. 中药益气养阴汤联合 TKI 方案对晚期非小细胞肺癌患者 PFS 及 OS 的影响 (J). 中国中医药科技, 2017, 24(1): 74-75.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)05-0053-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.05.021

滋肾育胎丸联合氯米芬治疗排卵障碍性不孕症

谷 风 谷周蓉

(清远市中医院, 广东 清远 511500)

〔摘要〕 目的: 研究排卵障碍性不孕症患者采用滋肾育胎丸联合氯米芬治疗的临床效果。方法: 选取清远市中医院 2019 年 1 月至 2019 年 12 月期间收治的 60 例排卵障碍性不孕症患者。随机数字表法将其分为对照组与观察组, 各 30 例。对照组单用氯米芬口服治疗, 观察组采用滋肾育胎丸联合氯米芬治疗, 比较两种治疗方案用于临床治疗的效果。结果: 观察组患者的排卵率和临床妊娠率均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前两组患者的子宫内膜厚度、卵泡直径比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后观察组患者的子宫内膜厚度、卵泡直径均大于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前两组患者的性激素水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组患者的性激素水平均有不同程度改善, 且观察组的促黄体生成素、促卵泡生成素均低于对照组, 雌二醇高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 临床上采用滋肾育胎丸联合氯米芬治疗排卵障碍性不孕症的效果显著, 可提高排卵率和临床妊娠率, 同时可促进子宫内膜和卵泡生长, 改善性激素水平。

〔关键词〕 排卵障碍性不孕症; 滋肾育胎丸; 氯米芬

〔中图分类号〕 R 271.14 〔文献标识码〕 B

排卵障碍是导致女性不孕的一个重要原因, 主要是因下丘脑垂体释放激素出现异常, 致使卵巢无法正常排卵, 故形成不孕症^[1]。目前临床上主要采用药物治疗排卵障碍性不孕症, 但不同治疗方案获得的临床疗效依然存在差异性。氯米芬是常用的治疗排卵障碍性不孕症药物之一, 有诱发排卵、调节月经的作用。中医上对于此类疾病, 以调节内分泌紊乱为主要治疗原则, 而滋肾育胎丸作为中药制剂, 有补肾健脾、养血安胎的作用。本研究共选取 60 例排卵障碍性不孕症患者, 旨在进一步研究氯米芬与滋肾育胎丸联合的治疗效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2019 年 1 月至 2019 年 12 月期间收治的 60 例排卵障碍性不孕症患者, 所有患者均确诊^[2]。随机数字表法将其分为对照组与观察组, 各 30 例。观察组年龄 20~37 岁, 平均年龄 (27.49 ± 2.33) 岁; 病程 0.5~3 年, 平均病程

(1.44 ± 0.26) 年。对照组年龄 21~38 岁, 平均年龄 (27.76 ± 2.41) 岁; 病程 0.6~3 年, 平均病程 (1.45 ± 0.27) 年。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 于患者月经来潮第 5 天开始服药, 口服氯米芬 (通化仁民药业股份有限公司, 国药准字 H22022100), 每日 1 次, 每次 50 mg, 共治疗 1 个月。

1.2.2 观察组 给予氯米芬联合滋肾育胎丸治疗, 氯米芬的用药方案同于对照组; 同时增加滋肾育胎丸 (广州白云山中一药业有限公司, 国药准字 Z44020008) 口服, 每日 3 次, 每次 5 g, 共治疗 1 个月。

1.3 观察指标

(1) 对两组患者进行随访, 随访时间为 1~3 个月, 对两组的排卵率和临床妊娠率进行计算, 并进行组间比较。

(2) 在治疗前 1 d 和治疗后 5 d, 采用 B 超监测两组患者的子宫内膜厚度和卵泡直径。(3) 于治疗前 1 d 和治疗后

〔收稿日期〕 2021-01-12

〔作者简介〕 谷风, 女, 副主任医师, 主要从事女性不孕不育的诊治工作。