

促进病情改善, 提高患者生活质量, 且安全性较好。

[参考文献]

- (1) Mittal R, Vaezi MF. Esophageal Motility Disorders and Gastroesophageal Reflux Disease (J). *N Engl J Med*, 2020, 383(20): 1961-1972.
- (2) 程艳梅, 王倩影. 疏肝和胃方治疗非糜烂性胃食管反流病疗效观察及对患者焦虑、抑郁状态的影响 (J). *上海中医药杂志*, 2021, 55(4): 63-65.
- (3) 中华医学会消化病学分会. 2014年中国胃食管反流病专家共识意见 (J). *中华消化杂志*, 2014, 34(10): 649-661.
- (4) 中华中医药学会脾胃病分会. 胃食管反流病中医诊疗专家共识意见 (2017) (J). *中国中西医结合消化杂志*, 2017, 25(5): 321-326.
- (5) 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃食管反流病中西医结合诊疗共识意见 (2017年) (J). *中国中西医结合消化杂志*, 2018, 26(3): 221-226, 232.
- (6) Sakurai K, Suda H, Fujie S, et al. Short-Term Symptomatic Relief in Gastroesophageal Reflux Disease: A Comparative Study of Esomeprazole and Vonoprazan (J). *Dig Dis Sci*, 2019, 64(3): 815-822.
- (7) 宋宁, 唐丽明, 袁红霞. 基于聚类分析的难治性胃食管反流病中医证型分布规律研究 (J). *江苏中医药*, 2018, 50(10): 58-61.
- (8) 李点. 基于“木郁达之”探讨化肝煎之临证运用 (J). *广州中医药大学学报*, 2021, 38(4): 842-845.
- (9) 张文静. 疏肝和胃法联合雷贝拉唑治疗老年人胃食管反流病的临床疗效观察 (D). 南京: 南京中医药大学, 2019.
- (10) 叶悟, 胡晔, 沈莹, 等. 自拟疏肝泄热和胃汤联合四联疗法治疗 Hp 阳性慢性胃炎的疗效及对 Hp 根除率的影响 (J). *四川中医*, 2020, 38(10): 106-109.
- (11) 陈昶洲, 张雯, 李熠萌, 等. 柴胡疏肝散联合质子泵抑制剂治疗胃食管反流病临床研究 (J). *安徽中医药大学学报*, 2020, 39(2): 42-45.
- (12) 孙彩芬, 赵琼. 吴茱萸汤联合柴胡疏肝散治疗胃食管反流病临床观察 (J). *山西中医学院学报*, 2019, 20(6): 447-448, 451.

[文章编号] 1007-0893(2022)11-0038-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.11.010

益胃消癌汤治疗脾虚痰瘀型胃癌临床疗效

高冬冬¹ 张静²

(1. 驻马店市中心医院, 河南 驻马店 463000; 2. 黄淮学院医学院, 河南 驻马店 463000)

[摘要] **目的:** 探讨益胃消癌汤对脾虚痰瘀型胃癌患者中医证候及 T 淋巴细胞亚群的影响。**方法:** 选择 2020 年 3 月至 2022 年 1 月驻马店市中心医院收治的 86 例脾虚痰瘀型胃癌患者, 按随机数字表法分为对照组与观察组, 各 43 例。对照组患者仅采用化疗方案治疗, 观察组患者在对照组基础上加服益胃消癌汤, 以 21 d 为 1 个周期, 疗程为 3 个周期。比较两组患者的临床疗效、中医证候积分、T 淋巴细胞亚群、生存质量 [生命质量测定量表 (QLQ-C30)] 及不良反应发生情况。**结果:** 两组患者的总有效率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组患者的疾病控制率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者各项中医证候积分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 高于对照组, $CD8^+$ 低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者生命质量测定量表 (QLQ-C30) 中功能领域、整体生活质量评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者在恶心呕吐、白细胞减少、血红蛋白减少、神经毒性反应发生率均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 益胃消癌汤用于脾虚痰瘀型胃癌患者治疗中, 能降低中医证候积分, 改善 T 淋巴细胞亚群, 提升临床疗效, 减少化疗毒副作用, 进而提升患者生存质量。

[关键词] 胃癌; 脾虚痰瘀型; 益胃消癌汤

[中图分类号] R 735.2 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2022-04-19

[作者简介] 高冬冬, 男, 主治医师, 主要研究方向是肿瘤内科。

胃癌在我国发病率居各类肿瘤的首位，由于现代人饮食习惯改变，人们对油腻、辛辣刺激性食物无节制，对胃的损伤较大，导致胃癌发病率逐年增加^[1]。由于胃癌早期症状不明显，多数患者确诊时往往已经错失最佳的手术治疗时间。对于中晚期胃癌，临床主要采取放化疗为主要治疗手段，并综合应用靶向、免疫治疗等方式来控制病情发展^[2]。但化疗药物杀伤作用较强，会对正常组织功能造成影响，导致不同程度的副作用，严重影响患者生存质量^[3]。研究表明，中医药在减轻化疗不良反应、增强机体免疫力方面具有一定效果^[4]。中医将胃癌归为“胃反”“噎膈”“翻胃”“积聚”“胃脘痛”等病证范畴，与脾胃失和相关。中医方剂益胃消癌汤具有驱邪扶正、补益脾胃等作用。基于此，本研究探讨益胃消癌汤对脾虚痰瘀型胃癌患者中医证候及 T 淋巴细胞亚群的影响，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 3 月至 2022 年 1 月驻马店市中心医院收治的 86 例脾虚痰瘀型胃癌患者，按随机数字表法分为对照组与观察组，各 43 例。对照组男 26 例，女 17 例；年龄 36~74 岁，平均年龄 (55.21 ± 7.47) 岁；病程 5 个月~2 年，平均病程 (1.13 ± 0.22) 年；肿瘤分期：IIIa 期 17 例，IIIb 期 12 例，IV 期 14 例；肿瘤分型：分化型 11 例，低分化腺癌 14 例，黏液腺癌 13 例，印戒细胞癌 5 例。观察组男 24 例，女 19 例；年龄 34~75 岁，平均年龄 (57.04 ± 7.22) 岁；病程 4 个月~2 年，平均病程 (1.09 ± 0.38) 年；肿瘤分期：IIIa 期 19 例，IIIb 期 14 例，IV 期 10 例；肿瘤分型：分化型 10 例，低分化腺癌 10 例，黏液腺癌 15 例，印戒细胞癌 8 例。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 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1)符合胃癌西医诊断相关标准^[5]，并经影像学、病理学确诊，于胃癌中晚期，Borrmann 分期 III~IV 期；(2)符合《中药新药临床研究指导原则》^[6]中胃癌相关诊断标准，辨证为脾虚痰瘀型：证见神疲乏力，泛吐黏痰，食少纳呆，胃脘胀痛，口淡不渴，腹部包块，面色黄，舌暗红，苔腻微黄，脉细滑或细涩；(3)入组前未接受过化疗，或距上次化疗时间超过 3 个月；预计生存期 ≥ 3 个月。

1.2.2 排除标准 (1)无可测量靶病灶；(2)重要器官衰竭者；(3)有严重的其他系统疾病者；(4)伴有感染性、精神性疾病者；骨髓功能异常者；(5)妊娠、哺乳期妇女。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用 LFEP 化疗方案治疗：亚叶酸钙（广东岭南制药有限公司，国药准字 H20013091）静滴， $200 \text{ mg} \cdot \text{m}^{-2}$ ，滴注时间 2 h，每周第 1~5 天；表柔比星（辉瑞制药有限公司，国药准字 H20000496）静滴， $50 \text{ mg} \cdot \text{m}^{-2}$ ，每周第 1 天；氟尿嘧啶（天津太河制药有限公司，国药准字 H12020675）持续静滴 24 h， $600 \text{ mg} \cdot \text{m}^{-2}$ ，每周第 1~5 天；顺铂（德州德药制药有限公司，国药准字 H37020523）静滴 4 h， $20 \text{ mg} \cdot \text{m}^{-2}$ ，每周第 1~5 天。21 d 为 1 周期，疗程为 3 个周期。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上服用益胃消癌汤：党参 30 g，炒白术 12 g，山药 30 g，薏苡仁 30 g，鸡内金 12 g，茯苓 12 g，藤梨根 30 g，红藤 30 g，莪术 30 g，白花蛇草 30 g，谷芽 15 g，麦芽 15 g，甘草 6 g。由驻马店市中心医院中药煎制室统一煎煮，于每次化疗结束后服用， $1 \text{ 剂} \cdot \text{d}^{-1}$ ，水煎服，取汁 400 mL， $200 \text{ mL} \cdot \text{次}^{-1}$ ，分早晚服用，21 d 为 1 周期，疗程为 3 个周期。

1.4 观察指标

(1) 临床疗效：按照国际实体瘤疗效评价标准进行近期疗效评估，完全缓解（complete response, CR）：所有靶病灶完全消失，病理淋巴结的短直径减少至 10 mm 以下，维持 1 个月以上；部分缓解（partial response, PR）：靶病灶直径减少 30% 以上，维持 1 个月以上；进展（progressive disease, PD）：靶病灶直径增加 20% 以上，直径和增加 5 mm 以上，或出现新病灶；稳定（stable disease, SD）：靶病灶缩小程度未达到 PR，增加程度也超过 PD。总有效率 = $(\text{CR} + \text{PR}) / \text{总例数} \times 100\%$ ，疾病控制率 = $(\text{CR} + \text{PR} + \text{SD}) / \text{总例数} \times 100\%$ 。治疗 3 个周期后评估。(2) 中医证候积分：参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]，将神疲乏力、泛吐黏痰、食少纳呆、胃脘胀痛、口淡不渴等证候按严重程度分别计 0、1、2、3 分，得分越高表示症状越严重。评价时间选取治疗前、治疗 3 个周期后。(3) T 淋巴细胞亚群：采集患者空腹外周静脉血 3 mL，经处理有得到外周血单核细胞，通过流式细胞仪测定血清 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 等 T 细胞亚群细胞数，并计算 CD4⁺/CD8⁺。检测时间选取治疗前、治疗 3 个周期后。(4) 生存质量：采用生命质量测定量表（quality of life questionnaire-core 30, QLQ-C30），包括 5 个功能（躯体、认知、角色、社会、情绪）领域和 1 个整体生活质量领域，得分越高越好。评价时间选取治疗前、治疗 3 个周期后。(5) 不良反应：记录患者治疗期间出现的胃肠道、循环系统及其他不良反应。

1.5 统计学方法

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 两组患者的疗效比较

两组患者的总有效率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。观察组患者的疾病控制率高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者的疗效比较 (*n* = 43, *n* (%))

组别	CR	PR	SD	PD	总有效	疾病控制
对照组	2(4.65)	14(32.56)	5(11.63)	22(51.16)	16(37.21)	21(48.84)
观察组	4(9.30)	18(41.86)	8(18.60)	13(30.23)	22(51.16)	30(69.77) ^a

注：CR—完全缓解；PR—部分缓解；SD—稳定；PD—进展。与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患者各项中医证候积分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后观察组患者各项中医证候积分低于对照组，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* = 43, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	神疲乏力	泛吐黏痰	食少纳呆	胃脘胀痛	口淡不渴
对照组	治疗前	2.03 ± 0.37	2.33 ± 0.29	2.60 ± 0.14	2.14 ± 0.36	2.51 ± 0.21
	治疗后	1.42 ± 0.62	1.87 ± 0.54	1.28 ± 0.35	1.33 ± 0.42	1.86 ± 0.46
观察组	治疗前	2.10 ± 0.42	2.30 ± 0.25	2.63 ± 0.17	2.10 ± 0.32	2.55 ± 0.17
	治疗后	1.05 ± 0.48 ^b	1.12 ± 0.46 ^b	1.02 ± 0.41 ^b	0.96 ± 0.38 ^b	1.30 ± 0.31 ^b

注：与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后 T 淋巴细胞亚群比较

治疗前两组患者 T 淋巴细胞亚群比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后观察组患者 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 高于对照组，CD8⁺ 低于对照组，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 T 淋巴细胞亚群比较 (*n* = 43, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CD3 ⁺ %	CD4 ⁺ %	CD8 ⁺ %	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组	治疗前	53.35 ± 6.79	31.67 ± 4.22	32.91 ± 5.68	0.96 ± 0.25
	治疗后	52.94 ± 6.23	28.16 ± 4.01	33.14 ± 4.02	0.88 ± 0.27
观察组	治疗前	51.19 ± 7.42	30.48 ± 3.65	33.60 ± 4.34	0.91 ± 0.30
	治疗后	64.15 ± 8.31 ^c	35.27 ± 4.54 ^c	28.55 ± 5.59 ^c	1.24 ± 0.36 ^c

注：与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后 QLQ-C30 评分比较

治疗前两组患者 QLQ-C30 各维度评分比较，差异无

统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后观察组患者 QLQ-C30 中功能领域、整体生活质量评分高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 QLQ-C30 评分比较 (*n* = 43, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	功能领域	整体生活质量
对照组	治疗前	56.13 ± 7.41	48.33 ± 7.67
	治疗后	63.75 ± 6.63	57.93 ± 6.12
观察组	治疗前	55.20 ± 5.38	46.61 ± 6.02
	治疗后	69.50 ± 7.34 ^d	65.31 ± 5.88 ^d

注：QLQ-C30—生命质量测定量表。与对照组治疗后比较，^d*P* < 0.05。

2.5 两组患者不良反应发生率比较

观察组患者在恶心呕吐、白细胞减少、血红蛋白减少、神经毒性反应发生率均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 5。

表 5 两组患者不良反应发生率比较 (*n* = 43, *n* (%))

组别	恶心呕吐	白细胞减少	血红蛋白减少	口腔溃疡	神经毒性反应	肝毒性	肾毒性
对照组	24(55.81)	15(34.88)	17(39.53)	10(23.26)	20(46.51)	7(16.28)	5(11.63)
观察组	11(25.58) ^e	6(13.95) ^e	7(16.28) ^e	4(9.30)	11(25.58) ^e	3(6.98)	2(4.65)

注：与对照组比较，^e*P* < 0.05。

3 讨论

胃癌的发病原因尚未明确，可能与饮食、环境、生活习惯、慢性胃炎、胃息肉、长期幽门螺杆菌 (*helicobacter pylori*, Hp) 感染等有关^[7]。由于早期胃癌症状不明显，随着病情持续发展才会逐渐出现上腹疼痛、泛酸、恶心、呕吐等症状，确诊时病情多已进展至中晚期，临床主要通过化疗控制病情进展。受疾病侵袭影响，胃癌患者体液免疫及细胞免疫较低，而化疗亦会对免疫功能造成损

伤，致使机体免疫力进一步降低，难以抵抗癌细胞侵袭，不利于病情的控制^[8]。

胃与外界相通，胃受损则易受戕伐，脾胃损伤后胃失和降、脾失健运，不能腐熟水谷、生化气血，日久因虚生邪，渐致变生坏病。胃癌是由气及血、由经入络的病理变化过程，多为本虚标实证，脾胃虚弱为本，气虚血瘀为标，脾虚痰瘀者痰湿内阻，治疗当补益脾胃、祛瘀化痰^[9]。本研究中观察组患者治疗后疾病控制率明显

提升, 各项中医证候积分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示在化疗基础上采用益胃消癌汤治疗能增强临床疗效, 降低中医证候积分。益胃消癌汤是四君子汤和四藤方为基础, 其中四君子汤是由人参、白术、茯苓、甘草组方而成, 本研究将人参换为党参, 党参性能较为温和, 与白术配伍可健脾益胃、加强补气作用, 也可以治疗脾气虚所致的神疲乏力、食少纳呆、腹胀等症状; 茯苓可利尿祛湿、补益心脾, 并具有抗肿瘤作用; 甘草具有镇咳祛痰、解毒利尿、缓解镇痛、补益中气等作用, 并可调和诸药^[10]。四藤方中藤梨根、红藤、菝葜、野葡萄藤具有清热解毒之效, 由于野葡萄藤的抗癌作用并不明显, 故本研究将其换为白花蛇草, 不仅可清热解毒, 还可增强消肿、抗癌之效。益胃消癌汤中山药有健脾益胃、补肾固精之效; 薏苡仁能够健脾益胃、清热排脓; 鸡内金、谷芽、麦芽可健胃消食, 疏肝解郁助脾运化。全方各药物配伍, 兼顾补益脾胃、驱邪扶正, 进而有效缓解胃癌患者临床症状。

T 细胞介导的免疫应答在抵抗肿瘤侵袭中具有不可替代作用, 与胃癌的发生、发展及患者预后密切相关^[11]。本研究治疗后, 观察组 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 高于对照组, $CD8^+$ 低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示益胃消癌汤能够改善脾虚痰瘀型胃癌患者的免疫功能。其原因益胃消癌汤中党参、白术、茯苓、甘草可增强胃黏膜免疫功能, 可用于消化系统疾病的免疫调节; 藤梨根、红藤、菝葜、白花蛇草有抑制胃癌细胞的增生与转移的作用, 可显著降低肿瘤细胞的侵袭能力; 薏苡仁中含有油脂类、多糖类、甾醇类等成分, 具有解热镇痛、抗肿瘤等作用; 山药多糖可增强免疫, 提高机体抗肿瘤能力^[12]。本研究结果还显示, 与对照组治疗后相比, 观察组 QLQ-C30 中功能领域、整体生活质量均较高, 恶心呕吐、白细胞减少、血红蛋白减少、神经毒性反应发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。化疗会损耗患者气血, 造成脏腑功能损伤。在同步化疗基础上采用益胃消癌汤治疗, 不仅可发挥消癌解毒之效, 还可调理脾胃功能, 佐治兼症, 进而提升患者对化疗的耐受性, 减轻胃癌患者出现的相关毒邪症状, 进而提高其生存质量。

综上所述, 益胃消癌汤治疗脾虚痰瘀型胃癌可获得确切疗效, 能够增强患者免疫功能, 改善中医证候, 减轻化疗引起的不良反应, 提升生存质量, 安全有效。

〔参考文献〕

- (1) 丁小娟, 李丽圆, 张韶辉, 等. 党参消癌祛瘀汤联合 OFL 化疗方案治疗晚期胃癌(脾虚血瘀证)40 例(J). 环球中医药, 2021, 14(3): 522-524.
- (2) 张新庆, 张永智. 补中益气汤联合辨证刮痧治疗消化道肿瘤癌因性疲劳疗效及对 T 淋巴细胞亚群的影响(J). 现代中西医结合杂志, 2022, 31(8): 1100-1104.
- (3) 秦素娟, 孙昌君. 自拟抑癌汤联合化疗对胃癌术后血清肿瘤标志物, T 淋巴细胞亚群的影响(J). 湖北中医药大学学报, 2019, 39(3): 27-29.
- (4) 张学娟, 吴冬寒, 王玮莉, 等. 子午流注穴位按摩联合神阙灸对癌因性疲乏的晚期大肠癌患者 T 淋巴细胞亚群和生活质量的影响(J). 长春中医药大学学报, 2021, 37(5): 1122-1125.
- (5) Ajani JA, Bentrem DJ, Besh S, et al. Gastric cancer, version 2. 2013: featured updates to the NCCN Guidelines (J). J Nation Compr Cancer Net Jn, 2013, 11(5): 531-546.
- (6) 国家中医药管理局. 中药新药临床研究指导原则(S). 北京: 中国医药科技出版社, 2002, 349-353.
- (7) 赵景文, 毛刚, 王巨良, 等. 自拟消癌汤合四君子汤治疗晚期转移性直肠癌疗效及对生活质量, 血清肿瘤标志物水平的影响(J). 现代中西医结合杂志, 2020, 29(3): 308-310, 330.
- (8) 高雪, 李岩, 汪楠. 补气方联合肠内营养对胃癌患者术后免疫功能和肠道功能的影响(J). 广州中医药大学学报, 2020, 37(11): 2103-2108.
- (9) 谢燕华, 李琳婵, 苗文红, 等. 补中益气汤对晚期胃癌患者癌因性疲乏及生存质量的影响(J). 检验医学与临床, 2020, 17(23): 3455-3458.
- (10) 黄美琴, 王小红, 倪建刚, 等. 益胃消癌汤联合化疗治疗进展期胃癌的增效, 减毒及生存期观察(J). 世界中西医结合杂志, 2020, 15(4): 597-600, 608.
- (11) 邹煜明, 穆颖, 杨萌. 胃肠安方治疗胃癌前病变的疗效及对患者外周血 T 淋巴细胞亚群和生活质量的影响(J). 上海中医药大学学报, 2019, 33(2): 19-22.
- (12) 李云霞. 益胃消癌汤治疗脾虚痰瘀型胃癌疗效及对免疫功能和血清 LAG-3、DKK-1 的影响(J). 现代中西医结合杂志, 2020, 29(9): 962-967.