

# 大剂量黄芪注射液联合化疗治疗恶性肿瘤临床观察

★ 王红 王莉 雷秋模 (江西省南昌市第三医院 南昌 330009)

**摘要:**目的:比较大剂量黄芪注射液联合化疗与单纯化疗对恶性肿瘤患者的近期疗效、毒性及生活质量的改善情况。方法:A组(22例)联合化疗与B组(20例)单纯化疗比较临床效果。结果A、B组有效率分别为68.18%、50%(P>0.05);生活质量降低率,A、B两组分别为18.18%、45%(P<0.05);消化道反应发生率A、B两组分别为63.64%、80%(P<0.05);血液学毒性情况,A组好于B组(P<0.05)。结论:大剂量黄芪注射液联合化疗治疗恶性肿瘤的疗效较好,与单纯化疗比较无显著性差异,但前者毒副反应小,生活质量改善明显,具有显著性差异。

**关键词:**黄芪注射液;化疗;恶性肿瘤;疗效观察

**中图分类号:**R 730.52   **文献标识码:**B

化疗是恶性肿瘤的重要治疗手段之一,但化疗的毒副反应往往是患者难以接受及难以坚持完成的主要原因。同时化疗的免疫抑制作用也可能导致病情控制不理想,因此化疗期间辅助药品的应用,寻求尽可能的减轻化疗反应、提高疗效、改善机体免疫功能的方法,日益受到临床重视。近年来,我们采用大剂量黄芪注射液联合化疗取得了一定的效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 病例选择

干扰,需要止痛药,可伴有植物神经功能紊乱或被动体位。疗效标准:控制:服药后疼痛完全消失;显效:服药后降低两个痛级;好转:服药后降低一个痛级;稳定:疼痛虽未降级,但无进行性加重;无效:疼痛加重。

### 1.5 统计方法

采用t检验和 $\chi^2$ 检验,数据处理采用SPSS11.0统计软件包。

## 2 结果

见表2、表3。

表2 两组癌痛疗效比较 例

组别	n	控制	显效	好转	稳定	无效	缓解率	P 值
A组	38	11	6	11	5	5	74%	<0.05
B组	34	3	5	5	15	6	38%	

表3 两组患者治疗前后

肿瘤大小、AFP 检测结果比较( $\bar{x} \pm s$ , n=38)

	肿瘤面积/cm <sup>2</sup>	AFP/ $\mu\text{g L}^{-1}$
治疗前	43.29±8.45	588.75±69.54
治疗后	34.68±7.84 <sup>▲</sup>	491.31±63.15 <sup>▲</sup>

注:<sup>▲</sup>和治疗前比较 P<0.01。

## 3 讨论

疼痛是中晚期肝癌患者最常见的症状之一,有效地止痛,对提高患者的生存质量尤为重要。止痛

将1999年12月~2001年2月收治到的恶性实体瘤患者42例随机分为两组,治疗组:22例;其中乳腺癌9例,大肠癌6例,肺癌5例,膀胱癌2例;年龄32~61岁,平均50岁。对照组20例:其中乳腺癌10例,大肠癌7例,肺癌2例,膀胱癌1例;年龄35~56岁,平均47岁。全部病例均经病理组织学或细胞学确诊,卡氏评分≥50分,预计生存期≥3个月,且近一个月来未经化疗及生物反应调节剂治疗者。两组经统计学处理无显著性差异,具有可比性。

### 1.2 治疗方法

西药,如强痛定虽然具有一定的镇痛效果,但会产生较多的毒副反应,且易出现成瘾性、依赖性。而中医的外治法源远流长,在肿瘤疼痛的治疗中展示了一定的应用价值。《理瀹骈文》曰:“外治之理,即内治之理。”中医学认为引起肝癌疼痛的病机多为癌毒、痰、瘀阻塞经脉,不通则痛。治则以通利为要。所谓“通则不痛”。在消瘤止痛外敷散中,麝香、蟾蜍等药性峻猛,可以温通止痛;与制乳香、没药共奏化瘀之功,使瘀祛而痛止。冰片辛香走窜,直达病所,使气血通畅而疼痛自消。同时麝香入十二经,走而不守,芳香止痛,借助酒力可以引诸药直达病所。更有雄黄和醋混合后在神灯照射下,使砷离子透达皮肤直达病所。另外,现代药理学研究证实:雄黄、青黛、芒硝、冰片、明矾、蟾蜍等都具有抑制癌细胞生长的药理作用。以上诸药合用,共奏消瘤散结、通络止痛之功。临床观察中,除个别患者在敷药后局部皮肤出现过敏反应:如皮肤瘙痒、红斑、丘疹外,未发现其他毒副作用。

## 参考文献

- [1]中华人民共和国卫生部医政司.中国常见恶性肿瘤诊治规范,第2分册.原发性肝癌[S].第2版.北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1991:2~12

(收稿日期:2006-10-20)

● 临床报道 ●

治疗组给予黄芪注射液 100 mL + 5% GS(或 NS)400 mL 静点, 每日 1 次, 连续 3~4 周, 联合化疗; 对照组单纯化疗。两组均给予相应的对症、支持治疗。化疗第 10~15 天视白细胞下降情况给予集落刺激因子。

### 1.3 评定标准

1.3.1 疗效评定 参照 WHO(1981 年)实体瘤疗效评定标准分为:完全缓解(CR)、部分缓解(PR)、无变化(NC)、进展(PD),有效率(CR+PR)%。生活质量以卡氏评分提高或减低 $\geq 20$  分为阳性或阴性,否则为稳定。

1.3.2 毒副反应标准 参照 WHO(1981 年)毒性反应标准分为 0~IV 度。

1.3.3 统计学处理采用 Ridit 分析与  $\chi^2$  检验<sup>[1]</sup>。

## 2 结果

### 2.1 疗效观察

2.1.1 临床疗效 见表 1。

表 1 两组近期疗效比较

组别	例数	CR(%)	PR(%)	NC(%)	PD(%)	CR+PR(%)
治疗组	22	2(9.09)	13(59.09)	5(22.73)	2(9.09)	15(68.18)
对照组	20	1(5)	9(45)	5(25)	5(25)	10(50)

表 4 骨髓抑制情况比较

组别	例数	红细胞					白细胞					血小板				
		0 度	I 度	II 度	III 度	IV 度	0 度	I 度	II 度	III 度	IV 度	0 度	I 度	II 度	III 度	IV 度
治疗组	22	11	8	3	0	0	6	9	5	2	0	12	7	3	0	0
对照组	20	10	7	3	0	0	1	7	6	6	0	3	10	5	2	0

治疗组外周血白细胞、血小板降低程度明显低于对照组,具有显著性差异( $P < 0.05$ ),红细胞有不同程度下降,无显著性差异( $P > 0.05$ )。

### 3 讨论

机体的免疫功能与肿瘤发生、发展、消退有着密切关系,祖国医学病因理论体系认为,邪之所凑,其气必虚,邪指癌,即恶性肿瘤,气即正气,指机体的免疫、防御机能,它为确立扶正固本治疗恶性肿瘤的治则提供了理论依据,许多学者把它纳入应用中医药增强机体免疫机能的范畴<sup>[2]</sup>,在临床运用中取得了一定的疗效,对改善晚期肿瘤患者的生存质量也受益匪浅。Morikawa 等<sup>[3]</sup>也认为,在肿瘤的治疗过程中,杀伤肿瘤细胞与保护并提高机体的免疫功能具有同等重要的作用。

黄芪生用益卫固表、利水消肿、托毒生肌,炙用补中益气,为补气之长。《神农本草经》把黄芪列为上品,可见黄芪药用价值之广泛。现代研究证明<sup>[4]</sup>黄芪含有 19 种氨基酸、包括 Zn 及硒在内的多种微量元素、黄芪甙类、多糖等多种成分。黄芪多糖、黄芪皂甙类具有多方面免疫增强作用。黄芪注射液能促进抗体形成<sup>[5]</sup>,促进或自身诱生干扰素或具有干扰素样等作用,增强 NK 细胞活性,促进外周血单核细胞分泌肿瘤坏死因子,抑制 Ts 细胞,导致其它 T 细胞亚群功能增强<sup>[6]</sup>。有研究发现,黄芪成份 F3 可增强 IL- II , IL- II 诱导 LAK 细胞活性<sup>[7]</sup>,增加异常低下的 NK 细胞杀伤力,逆转 CTX 对免疫功能的抑制现象;黄芪有效成份尤其是硒可清除有毒自由基及过氧化脂质,防止致癌物质丙二醛的形成,而减轻化疗药物对细胞膜的损伤。黄芪中所含的谷氨酸、甘氨

酸是体内合成谷胱甘肽的前体物质,为重金属清除剂和抗氧化剂,从而减轻化疗药物对肾脏的毒性;黄芪还可以促进蛋白质合成和能量代谢,恢复机体抗癌能力。因此,黄芪注射液具有促进机体非特异性免疫、细胞免疫及体液免疫的多项功能。

本组临床研究显示:黄芪注射液联合化疗组有效率较高(但无显著性差异),生活质量改善明显,毒副反应轻,充分说明了黄芪作为机体免疫功能的双向调节剂,具有消除衰老、变异细胞的倾向,与化疗联合应用,可有效地降低化疗药物的毒性,对机体免疫功能、骨髓造血功能也起到了良好的保护作用,增强疗效。因此,我们认为黄芪注射液价格适中,生物利用度高,减毒增效,不失为一种值得临床推广应用的化疗辅助用药。

### 参考文献

- [1] 医学统计学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1990: 6.
- [2] 建国 40 年中医药科技成就 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 1989: 492.
- [3] Morikawa K, Hoaokawa M, Hamaba J. Possible Panieipaion of t-monicidal macrophage in the therapeutic effect of bieomycin on a transplanted rat fibrosarcoma [J]. Cancer Res 1986; 46(2): 684.
- [4] 刘星皆, 喻正坤等 [J]. 上海医药, 1995; 2.
- [5] 毛小娟. 中国免疫学杂志 [J]. 1988, 3: 158.
- [6] 陈可冀, 李春生. 新编抗衰老中药学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 405.
- [7] 储大同, 林娟如. 中华肿瘤杂志 [J]. 1994, 16(3): 167.

(收稿日期: 2006-09-12)