自拟止汗汤治疗肿瘤化疗后汗证的临床观察

杨 薇
(贵阳医学院附院 肿瘤科, 贵州 贵阳 550004)

[摘 要] **目的:** 观察自拟止汗汤治疗恶性肿瘤患者化疗后汗证的临床疗效,并通过观察对免疫指标的影响,探讨其作用机理。**方法:** 将符合诊断的52例化疗伴明显汗证的恶性肿瘤患者随机分为治疗组和对照组各26例。对照组予谷维素治疗,20 mg/次,3次/d;治疗组在谷维素治疗基础上加服自拟止汗汤,100 ml/次,3次/d。观察治疗前后两组症状及T淋巴细胞亚群的变化。**结果:** 治疗组有效率高于对照组($P<0.05$),治疗组在治疗后外周血中$CD3^+$T细胞、$CD4^+$T细胞、$CD8^+$T细胞比例及CD4/CD8比值与治疗前比较差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组无变化。**结论:** 自拟止汗汤治疗恶性肿瘤患者化疗后汗证临床疗效确切,可改善机体细胞免疫功能。

[关键词] 多汗症; 肿瘤; 化学疗法; 中草药
[中图分类号] R242 [文献标识码] B [文章编号] 1000-2707(2011)04-0396-03

汗证作为一个症状在许多疾病中都能出现。祖国医学将其归纳为自汗和盗汗。肿瘤患者化疗后,大多机体正气亏虚,阴阳失调,频发自汗盗汗,有的患者因长期大量出汗影响其生活质量,并使其体质进一步虚弱而影响下一步的治疗。现代医学认为出汗异常增多为植物神经功能紊乱所致,对其无较好的治疗方法。中医对其有比较系统、完整的认识,若辩证用药,一般有较好的疗效。2010年3月~2010年12月,采用自拟止汗汤治疗肿瘤化疗后汗证26例,取得了较满意的疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

52例诊断明确的恶性肿瘤化疗后伴自汗盗汗患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组26例,男15例,女11例,年龄31~67岁,平均52岁。其中肺癌12例,乳腺癌6例,肠癌4例,淋巴瘤4例。中医证型:阴虚内热9例,气阴两虚8例,气虚不固6例,气血两虚3例;对照组26例,男17例,女9例,年龄30~69岁,平均51岁。其中肺癌13例,乳腺癌5例,肠癌3例,淋巴瘤5例。中医证型:阴虚内热8例,气阴两虚9例,气虚不固5例,气血两虚4例。两组患者性别、年龄、化疗方案、肿瘤分期及中医证型分布等一般资料经统计学检验差异无统计学意义($P>0.05$),具可比性。

1.2 入选标准

(**1**)经病理组织学或细胞学确诊为恶性肿瘤患者;(**2**)根据《中医病证诊断疗效标准》分型属阴虚、气阴两虚、气虚、气血两虚者[1];(**3**)年龄18~70岁,性别不限;(**4**)身体一般状况评分KPS≥60分,预计生存期≥3个月者;(**5**)理解本试验,并自愿用药。

1.3 诊断标准

不因外界环境影响而在头面、颈胸或四肢全身出汗者,白昼汗出涔涔,动则益甚为"自汗"。睡眠中汗出津津,醒后汗止者为"盗汗"。排除肺结核、风湿病、甲亢及糖尿病等,排除伴随癌性疼痛及各种原因疼痛所致的应激及受环境影响、发热等原因所致的出汗[2]。

1.4 治疗方法

两组病例均根据各自病种、病情选用相应的化疗方案,对照组服用谷维素,20 mg/次,3次/d,连用14 d。治疗组在谷维素治疗的基础上加服自拟止汗汤(黄芪15 g,党参15 g,白术15 g,大枣18 g,白芍12 g,麦冬15 g,生地12 g,熟地12 g,煅龙牡各30 g,浮小麦30 g,五味子6 g),由贵阳医学院附属医院统一使用高压浓缩煎药机煎煮药物后,将药液浓缩分装,每日剂量分为3袋,100 ml/袋,口服,1袋/次,3次/d,连用14 d;治疗期间,2组均不口服与本病治疗相关的其他中西药物。

1.5 观察项目

(**1**)临床疗效:每日早中晚各查房1次,观察患者汗出及伴随症状的变化情况;(**2**)服药后止汗

时间;(3)两组治疗前后 T 淋巴细胞亚群的变化;(4)治疗前后检测两组血常规、尿常规及肝、肾功能,并记录不良反应。

1.6　疗效评定标准

1.6.1　止汗判定标准　参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》。痊愈:出汗停止、其他症状基本消失;有效:出汗减少、其他症状改善;无效:出汗及其他症状无变化。

1.6.2　T 淋巴细胞亚群变化的评价　分别于治疗前及治疗后采用流式细胞仪检测患者外周血中 T 淋巴细胞膜表面分子(CD_3、CD_4、CD_8)表达情况,通过分析 T 细胞亚群的情况来评价免疫功能的变化。

1.7　统计学分析

利用 SPSS 11.5 统计学软件包进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　止汗疗效比较

治疗组 26 例中,痊愈 15 例,好转 8 例,无效 3 例,总有效率为88.46%;对照组26例中,痊愈7例,好转 10 例,无效 9 例,总有效率为 65.38%;治疗组总有效率高于对照组,经 χ^2 检验差异有显著性($P<0.05$)。见表 1。

表 1　两组治疗前后止汗疗效比较(n,%)

Tab. 1　Comparison of hidroschesis results between the 2 groups before and after treatment

	例数	痊愈	有效	无效	总有效率
治疗组	26	15(57.69)	8(30.77)	3(11.54)	88.46[(1)]
对照组	26	7(26.92)	10(38.46)	9(34.62)	65.38

[(1)] 与治疗前比较,$P<0.05$

2.2　止汗时间比较

治疗组最短 1 d,平均(2.5 ± 1.6)d;对照组最短 4 d,平均(5.7 ± 2.4)d。治疗组起效时间明显快于对照组,两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

2.3　T 淋巴细胞亚群的变化

两组比较治疗前后进行外周血中 T 淋巴细胞亚群的变化情况,见表 2。治疗组在治疗后 $CD3^+$T 细胞、$CD4^+$T 细胞及 $CD8^+$T 细胞比例较治疗前明显增加($P<0.05$),CD4/CD8 比值也较治疗前有明显增加,差异有统计学意义($P<0.05$)。对照组治疗前后 $CD3^+$T 细胞、$CD4^+$T 细胞、$CD8^+$T 细胞比例及 CD4/CD8 比值与治疗前比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2　两组治疗前后 T 淋巴细胞亚群的变化($\bar{x} \pm s$,%)

Tab. 2　Changes of T lymphocyte subsets of the 2 groups before and after treatment

组别	时间	CD3	CD4	CD8	CD4/ CD8
治疗组	治疗前	52.46 ± 8.81	36.24 ± 8.23	37.93 ± 6.28	0.97 ± 0.22
	治疗后	64.93 ± 7.15[(1)]	39.51 ± 7.11[(1)]	35.11 ± 5.72[(1)]	1.29 ± 0.33[(1)]
对照组	治疗前	54.19 ± 9.35	36.87 ± 8.82	34.31 ± 8.42	1.25 ± 0.63
	治疗后	55.79 ± 9.91	36.15 ± 8.76	34.93 ± 9.68	1.23 ± 0.62

[(1)] 与治疗前比较,$P<0.05$

2.4　毒副作用　两组患者在治疗前后均作血常规、尿常规及肝肾功能检查无异常发现。

3　讨论

汗证是肿瘤化疗后常见的临床症状,对应于现代医学的多汗症(Hyperhidrosis),是指在安静状态下全身或某些部位皮肤出汗异常过多的现象,是人体出汗异常的表现形式之一。

在临床治疗恶性肿瘤的过程中,常见患者同时伴有自汗或盗汗症状。化疗引起汗证的原因可能为化疗药物进入人体后导致神经系统、免疫系统、内分泌系统等功能紊乱,内环境失平衡,汗腺功能异常。尽管该症状绝大部分并不影响化疗的临床疗效及疾病的预后,但确实给患者的情绪康复,自觉舒适度以及临床护理(更换衣物、被褥等)工作带来不便。现代医学治疗多汗症,一般使用调节自主神经功能的药物如谷维素、维生素 B1 等,收效欠佳,停药后易复发,长期疗效较差,且有失眠、尿潴留、胃肠反应等副作用,患者耐受性差[3]。祖国医学认为,汗是人体五液之一,是由阳气蒸化津液而来。“汗发于阴而出于阳,此其根本”。人体正常的汗出可以调和营卫,疏通腠理,调节体温,调节机体的内环境,维持机体内阴阳的相对平衡。化疗

所致的自汗盗汗,多由正气不足、脏腑亏虚,以致热毒内蕴、痰湿结聚、气滞血瘀而成。恶性肿瘤患者化疗后,易正气耗伤,或气阴两伤,致阴阳失调,腠理不固,汗液外泄,容易出现自汗、盗汗,甚至自汗合并盗汗的多汗症候,治疗宜益气养阴,收敛止汗。

本方中黄芪、党参、白术、大枣益气健脾、扶正固本;白芍、五味子、浮小麦、煅龙骨、煅牡蛎益阴潜阳、收敛止汗;麦冬润肺养阴,清心除烦;中医认为"汗血同源",若出汗过多,必伤其血,故以生地、熟地滋阴养血敛汗。诸药合用共奏益气养阴、固表止汗之功。现代药理研究证实,本方多味单药有增强机体免疫功能、补血护肝、诱导肿瘤细胞凋亡作用[4~14]。本研究结果提示,自拟止汗汤治疗恶性肿瘤患者化疗后汗证能缩短病程,改善临床症状,提高生活质量,疗效好,起效快,临床运用未发现毒副反应,同时能提高机体的免疫功能,减少化疗所致的毒副作用,从而减轻病人的痛苦,保证化疗的顺利进行,值得临床进一步研究应用。

4 参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准—中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:20.

[2] 田德禄. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:131 - 133.

[3] 李伟华,杜兆霞. 谷维素不良反应[J]. 中国误诊学杂志,2008(6):1504 - 1505.

[4] 李燕玉,徐丽梅,刘又宁. 黄芪的药理作用及其在呼吸系统疾病中的应用[J]. 空军总医院学报,2007(2):99 - 103.

[5] 何晓燕,李真贞. 白芍对血虚小鼠的补血作用[J]. 时珍国医国药,2009(4):999 - 1000.

[6] 陈克克,王喆之. 党参多糖的研究进展[J]. 现代生物医学进展,2007(4):635 - 636.

[7] 白明学. 白术的现代药理研究与临床新用[J]. 中国中医药现代远程教育,2008(6):609 - 610.

[8] 刘德义,孙运. 大枣多糖对小鼠红细胞免疫功能的影响[J]. 中国中医药科技,2009(3):202 - 203.

[9] 阳美平,吴皓. 麦冬皂苷和多糖类成分的研究进展[J]. 中华中医药学刊,2008(10):2169 - 2171.

[10] 闫舒,仰榴青. 五味子多糖的最新研究进展[J]. 江苏大学学报,2009(4):366 - 368.

[11] 李光华,周旭. 龙骨免疫作用的实验研究[J]. 江苏中医药,2003(4):54 - 55.

[12] 李萌,杜国威. 牡蛎糖胺聚糖对小鼠腹腔巨噬细胞免疫功能的影响[J]. 河北医学,2008(2):127 - 129.

[13] 季宇彬. 中药复方化学与药理[M]. 北京:人民卫生出版社,2003(5):226 - 2333.

[14] 夏庆华,路千里. 熟地黄药理研究进展[J]. 江西中医学院学报,2008(6):96 - 97.

(2011 - 06 - 14 收稿,2011 - 06 - 27 修回)

(上接第 395 页)

张的导管内液体的衬托下更易显示,因此在检查前不应挤压病变排空积液[6]。采用以乳头为中心的放射状扫查符合乳腺导管的解剖走行,应为观察乳腺导管疾病的最佳方法,放射状扫查能够显示导管的长轴,利于导管内瘤体检出,扫查者必须耐心仔细观察腺体内有无导管扩张及扩张的部位、程度,应沿导管追踪至末端及其周围,仔细寻找有无可疑肿块,并观察导管壁有无中断,在可疑肿块部位叠加彩色多普勒,观察肿块有无血流显示、血供丰富程度及频谱特征。

总之,导管内乳头状瘤彩超检查有其独特优势,但有一定的误诊率,要根据不同类型和临床表现,把握其超声特征,提高阳性诊断率和符合率[7]。

4 参考文献

[1] 骆成玉. 乳腺导管内乳头状瘤:现实的诊断手段及外科处理[J]. 临床外科杂志,2007(6):371 - 372.

[2] Xu LZ. Breast Pathology[M]. Shanghai:Shanghai Medical University of Publishing Company,1999:54 - 55.

[3] 蒋天安,赵君康,陈芬,等. 乳腺导管内乳头状瘤的高频彩色多普勒超声诊断[J]. 中国超声医学杂志,2000(8):593 - 594.

[4] 赵芳,陈忠民,高秀娟,等. 乳腺导管疾病的价值[J]. 实用肿瘤学杂志,2003(2):126 - 218.

[5] 吕柯,傅先水,张缙熙,等. 浆细胞性乳腺炎的超声诊断[J]. 中国超声影像学杂志,2000(2):42 - 43.

[6] 陈红艳,卢强,彭玉兰,等. 乳腺导管内乳头状瘤的高频超声表现特征[J]. 华西医学,2005(4):671 - 672.

[7] 刘玮. 乳腺导管内乳头状瘤病癌变 5 例临床分析[J]. 实用临床医药杂志,2008(8):109.

(2011 - 04 - 26 收稿,2011 - 06 - 03 修回)