

# 抗瘤增效方联合吉非替尼治疗老年非小细胞肺癌患者及对炎症因子, T细胞亚群水平及血清肿瘤标志物的影响

马东阳\*, 耿良, 胡彦辉, 崔庆丽, 刘怀民  
(郑州大学附属肿瘤医院, 郑州 450008)

**[摘要]** **目的:**探讨抗瘤增效方联合吉非替尼治疗老年非小细胞肺癌及对患者炎症因子, T细胞亚群水平及血清肿瘤标志物影响。**方法:**选取郑州大学附属肿瘤医院肿瘤内科非小细胞肺癌IV期老年患者84例,患者或家属签字同意,积极配合此次研究,按随机数字表法分组,对照组患者(42例)予以单纯吉非替尼治疗,研究组患者(42例)予以吉非替尼联合抗瘤增效方治疗,观察并记录所有患者治疗前后生存质量、炎症因子及T细胞亚群水平,同时对比临床疗效及不良反应状况。**结果:**对照组有效率低于研究组( $P < 0.05$ );与治疗前比较,两组患者治疗后生存质量、炎症因子及T细胞亚群水平均发生变化,研究组治疗后躯体功能,角色功能,社会功能,情绪功能评分高于对照组,研究组治疗后白细胞介素-2(interleukin-2, IL-2),白细胞介素-12(interleukin-12, IL-12)和 $\gamma$ -干扰素(interferon- $\gamma$ , IFN- $\gamma$ )水平高于对照组,研究组治疗后CD8<sup>+</sup>水平低于对照组,CD4<sup>+</sup>及CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>水平高于对照组( $P < 0.05$ );治疗后,对照组血管内皮生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)升高,治疗组VEGF下降( $P < 0.05$ );与治疗前比较,两组患者癌胚抗原(carcinoembryonic antigen, CEA),糖抗原(carbohydrate antigen-125, CA125)及细胞角蛋白19片段21-1(cytokeratin 19 fragments, CYFRA21-1)差异无统计学意义,组间比较差异无统计学意义;两组患者不良反应较轻,无药物不良反应。**结论:**抗瘤增效方联合吉非替尼治疗老年非小细胞肺癌疗效确切,能提高生活质量及免疫功能。

**[关键词]** 抗瘤增效方; 吉非替尼; 非小细胞肺癌; 炎症因子; T细胞亚群; 肿瘤标志物

**[中图分类号]** R287; R734.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2017)07-0173-06

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2017070173

**[网络出版地址]** <http://www.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20170109.1347.046.html>

**[网络出版时间]** 2017-01-09 13:47

## Effect of Kangliu Zengxiao Formula Combined with Gefitinib in Treating Elderly Non-small Cell Lung Cancer and on Inflammation Factors, Level of T Cell Subsets and Serum Tumor Markers

MA Dong-yang\*, GENG Liang, HU Yan-hui, CUI Qing-li, LIU Huai-min  
(Affiliated Tumor Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450008, China)

**[Abstract]** **Objective:** To investigate the effect of Kangliu Zengxiao formula combined with gefitinib in treating elderly non-small cell lung cancer and on inflammation factors, level of T cell subsets and serum tumor markers. **Method:** The 84 cases of elderly non-small cell lung cancer were selected, and the patients or their family members signed the informed consent to actively cooperate with the study. They were divided into 2 groups. The 42 patients in control group were treated with gefitinib alone, while the 42 patients in treatment group received Kangliu Zengxiao formula. Quality of life, inflammatory cytokines and T lymphocyte subsets, and the clinical efficacy and adverse reactions were observed and compared. **Result:** The control group was inferior to treatment

**[收稿日期]** 20160820(002)

**[基金项目]** 河南省医学科技攻关计划项目(201304056)

**[通讯作者]** \*马东阳,副主任医师,从事恶性肿瘤的中西医结合诊断与治疗工作, Tel:0371-65588441, E-mail:mdyzz\_zl71@126.com

group in effective rate ( $P < 0.05$ ). Compared with before treatment, survival quality, inflammatory cytokines and T cell subsets level changed in both groups. Compared with the control group, body function, role function, social function, emotional function score, levels of interleukin-2 (IL-2), interleukin-12 (IL-12) and interferon- $\gamma$  (IFN- $\gamma$ ) were higher in treatment group, with lower CD8<sup>+</sup> level, and CD4<sup>+</sup> and CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> levels were higher in control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, vascular endothelial growth factor (VEGF) increase in the control group, whereas treatment group showed decreased VEGF ( $P < 0.05$ ). Compared with before treatment, the two groups showed no statistically significant difference in carcino embryonic antigen (CEA), carbohydrate antigen-125 (CA125) and cytokeratin 19 fragments (CYFRA21-1), with no inter-group statistical significance. Adverse reactions in two groups were mild, with no adverse drug reaction. **Conclusion:** Kangliu Zengxiao formula combined with gefitinib in the treatment of elderly non-small cell lung cancer was effective, and can improve the life quality and immune function.

[**Key words**] Kangliu Zengxiao formula; gefitinib; non-small cell lung cancer; inflammation factor; T cell subgroup; tumor marker

肺癌是肺部常见的恶性肿瘤之一,发病率高,非小细胞肺癌占 80% 以上<sup>[1]</sup>,其死亡率高、预后较差,对人类的健康和生命造成极大的影响<sup>[2]</sup>。根据我国卫生统计年鉴报道<sup>[3]</sup>,2010 年我国城市居民肺癌死亡率达到 46.46/10 万,是 20 世纪 70 年代中期的 6.55 倍。患者表现出症状时多处于晚期,晚期非小细胞肺癌 (non-small cell lung cancer, NSCLC) 标准化疗方案多采用含铂类化疗药物<sup>[4]</sup>。虽然进行规范放疗可以改善大部分患者的生存状况,然而较高的毒性反应及老年患者免疫功能低下导致非小细胞肺癌的化疗预后状况不良。因此探寻高效、低毒靶向治疗药物是抗 NSCLC 肿瘤治疗的新思路。吉非替尼是一种靶向药物治疗制剂,为 NSCLC 肺癌患者带来治疗的新希望<sup>[5]</sup>,部分患者也存在较大的毒副作用,并不能延长患者的生存年限。中医药在肿瘤治疗中具有减毒增效的功效,对中晚期 NSCLC 患者能起到提高免疫功能的作用,独具特色和优势<sup>[6-8]</sup>。有研究表明中医辨证分型治疗非小细胞肺癌的临床效果优于单纯化疗疗法<sup>[9]</sup>,抗癌增效方是具有益气养精作用的经验方,在临床上用于配合化疗治疗中晚期 NSCLC,该方以益气养精立方,由上海中医药大学附属龙华医院徐振晔教授依据多年临床经验,并参考张仲景《伤寒杂病论》中黄芪桂枝五物汤等经典方剂,取其精华所研制,针对 NSCLC 的主要病机,以精气两亏的体制基础为本,化疗期间出现的湿热阻滞脾胃为标立法而成,药味精简,组方精妙,以益气养精扶正为主,同时兼有清热化湿和胃。邓海滨等<sup>[10]</sup>研究发现,抗癌增效方结合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌可有效提高近期疗效,延长患者生存时间,明显改善患者生存质量,降低化疗药物的毒副

作用。本次研究采用抗癌增效方联合吉非替尼治疗老年非小细胞肺癌,探讨其作用机制。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2013 年 1 月—2015 年 5 月郑州大学附属肿瘤医院肿瘤内科非小细胞肺癌 IV 期老年患者 84 例,按随机数字表法分组,对照组 42 例予以单纯吉非替尼治疗,男 25 例,女 17 例,年龄在 61~75 岁,平均(65.23±7.56)岁,腺癌 27 例,鳞癌 15 例;研究组 42 例予以抗癌增效方联合吉非替尼治疗,男 26 例,女 16 例,年龄在 60~74 岁,平均年龄(65.94±7.48)岁,腺癌 24 例,鳞癌 18 例,两组患者间基本资料无统计学差异,具有可比性。

**1.2 诊断标准** 西医诊断标准参照《中国常见恶性肿瘤诊治规范》<sup>[11]</sup>,胸部胀痛、痰血、低热、咳嗽;存在疲乏、体重减轻、食欲下降,呼吸困难、咳嗽、咯血等局部症状;X 射线检查阳性,支气管镜检查支气管内膜和管腔病变,痰细胞学检查发现癌细胞,发射型计算机断层扫描仪 (ECT) 骨显像阳性。

中医诊断标准参照《原发性肺癌诊疗规范(2011 年版)》<sup>[12]</sup>,主证为咳嗽,咳痰、痰黄稠或血痰,胸闷,胸痛;次证为口苦、口渴欲饮、便秘、尿短赤。舌脉,舌质暗、苔黄腻、脉弦数。凡是主证中有 2 个或 2 个以上表现,且次证中有 1 项表现,舌苔脉象基本符合者即可诊断。

**1.3 纳入与排除标准** 纳入标准,①均经细胞或组织病理学证实,入组患者经分子病理科扩增阻滞突变系统聚合酶链技术 (amplification refractory mutation system PCR, ARMS-PCR) 方法检测 19 外显子缺失突变或 21 外显子点突变,根据 Zolbrod 标准,PS 评分 < 2 分,预计生存年限 > 3 个月;②年龄 60~

75 岁;③经郑州大学附属肿瘤医院医学伦理委员会审核通过,患者或家属知情同意,并签订知情同意书,自愿参与本次研究,且能坚持治疗过程者。

排除标准,①存在心、肝、肾等器质性疾患或免疫功能障碍、凝血障碍患者;②既往 1 个月内服用对研究效果、结局造成影响药物患者;③妊娠期妇女及哺乳期妇女、精神障碍不能正常交流患者。

**1.4 剔除标准** ①难以服从、难以配合试验研究,失随及拒绝参与本次研究者;②研究过程拒绝按照医嘱行常规检测,或研究过程中采用其他对研究结果产生影响药物者;③研究过程中病情突然恶化导致不能继续研究者。

**1.5 治疗方法** 对照组单纯口服吉非替尼治疗,吉非替尼(阿斯利康制药有限公司,国药准字 J20100014)250 mg,1 次/d;研究组予以吉非替尼联合抗癌增效方治疗,每次 150 mL,每日 2 次,吉非替尼服用方法同对照组,抗癌增效方组成:黄芪 30 g,姜黄连 8 g,黄精 30 g,绞股蓝 15 g,苍术 9 g,灵芝 15 g,等,购自郑州大学附属肿瘤医院中药房,并由中药房煎煮,制备方法:中药加水 1 000 mL,浸泡 30 min,煎煮 30 min,取药汁 200 mL;再加水 500 mL,水煎煮 20 min,取药汁 100 mL,2 次煎液进行混合,共得药汁 300 mL,分装 2 袋,每袋 150 mL,生药含量 $1.0 \text{ g} \cdot \text{mL}^{-1}$ 。

**1.6 观测指标** ①生活质量,由郑州大学附属肿瘤医院培训的专业人员于治疗前后采用欧洲癌症研究组织(EROTC)制定的整体生活质量量表(GHS)测定生活质量。②炎症因子水平,于治疗前后晨起 8:00~9:00 采取肘静脉血 5 mL,置于抗凝管中,3 000  $\text{r} \cdot \text{min}^{-1}$  离心 15 min,取上层血清,低温下储存,统一检测,采用酶联免疫吸附试验(ELISA)检测所有患者外周血血清白细胞介素(IL)-2,IL-12 和干扰素(IFN)- $\gamma$  的表达水平,试剂盒均购自美国 BD 公司,参照试剂盒说明进行。③T 淋巴细胞亚群检测,于治疗前后晨起 8:00~9:00 采取肘静脉血 2 mL,置于抗凝管中,Ficoll 密度梯度离心法分离血清,低温条件下,采用流式细胞仪测定 T 淋巴细胞变化情况,主要包括  $\text{CD3}^+$ ,  $\text{CD4}^+$ ,  $\text{CD8}^+$ ,  $\text{CD4}^+/\text{CD8}^+$  细胞活性,试剂盒均购自美国 BD 公司,参照试剂盒说明进行。④血清肿瘤标志物,测定 2 组患者治疗前后血清肿瘤标志物癌胚抗原(CEA),细胞角蛋白 19 片段 21-1(CYFRA21-1),肿瘤抗原 125(CA125)及血管内皮生长因子(VEGF)水平,采用电化学发光方法,用 Elecsys1010 及德国罗氏公司提

供的配套试剂盒,参照说明书进行操作,检测 CEA, CA125, CYFRA21-1 水平,参考值为 CEA,  $0 \sim 5 \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$ ; CYFRA21-1,  $0 \sim 3.3 \mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$ ; CA125,  $0 \sim 35 \text{ U} \cdot \text{mL}^{-1}$ ; VEGF 采用酶联免疫吸附测定法(ELISA),试剂盒由 R&D 公司提供。

**1.7 临床疗效** 测量所有患者病灶,疗效参照《原发性肺癌诊疗规范(2011 年版)》<sup>[12]</sup> 实体瘤标准,完全缓解(CR),肿瘤病变完全消失,临床症状及体征明显恢复;部分缓解(PR),肿瘤目标病灶直径减少 $\geq 30\%$ ,临床症状及体征有所恢复;稳定(SD),肿瘤目标病灶直径总和减少 $< 30\%$ ,未出现新病灶,临床症状及体征无明显改善;恶化(PD),肿瘤目标病灶最大直径总和增大 $\geq 20\%$ ,出现新病灶,临床症状及体征明显恶化。

$$\text{有效率} = (\text{完全缓解} + \text{部分缓解}) / \text{总例数} \times 100\%$$

**1.8 安全性评价** 不良反应判定依据 WHO 药物不良反应评价方法<sup>[13]</sup>,于治疗期间行常规化验检查,观察并记录患者治疗过程中不良反应状况。

**1.9 统计学分析** 采用 SPSS 17.0 软件包,正态性计量资料予以  $\bar{x} \pm s$  表示,两组患者间生存质量、炎症因子及 T 细胞亚群水平对比予以  $t$  检验,临床疗效采用%表示,予以  $\text{RxC}$  卡方检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 治疗后,对照组治疗有效率明显低于治疗组( $\chi^2 = 4.850, P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较( $n = 42$ )

Table 1 Comparison of clinical curative effect between two groups ( $n = 42$ )

组别	完全缓解	部分缓解	稳定	恶化
对照	14(33.33)	12(28.57)	9(21.43)	7(16.67)
研究	20(47.62)	15(35.71)	5(11.90)	2(4.76) <sup>1)</sup>

注:与对照组比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ 。

**2.2 两组患者治疗前后生存质量比较** 与治疗前比较,两组躯体功能,角色功能,社会功能,情绪功能评分均明显升高( $P < 0.05$ );治疗后,研究组躯体功能、角色功能、社会功能、情绪功能评分均明显高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.3 两组患者治疗前后炎症因子水平比较** 治疗后,与治疗前比较,对照组 IL-2, IL-12 水平明显升高( $P < 0.05$ ),研究组 IL-2, IL-12 和 IFN- $\gamma$  水平明显升高( $P < 0.05$ );与对照组比较,治疗后 IL-2, IL-12 和 IFN- $\gamma$  水平明显高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 2 两组患者治疗前后生存质量比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 42$ )

组别	时间	躯体功能	角色功能	社会功能	情绪功能	认知功能
对照	治疗前	59.3 ± 14.7	45.6 ± 17.8	49.4 ± 17.5	62.5 ± 16.8	63.4 ± 16.2
	治疗后	67.5 ± 17.9 <sup>1)</sup>	56.1 ± 19.9 <sup>1)</sup>	58.5 ± 18.1 <sup>1)</sup>	70.2 ± 17.2 <sup>1)</sup>	69.1 ± 14.7
研究	治疗前	60.1 ± 15.7	46.2 ± 18.5	50.2 ± 19.6	61.4 ± 18.9	64.0 ± 15.8
	治疗后	75.8 ± 18.7 <sup>1,2)</sup>	66.5 ± 14.5 <sup>1,2)</sup>	69.8 ± 16.7 <sup>1,2)</sup>	80.4 ± 15.8 <sup>1,2)</sup>	72.3 ± 16.9 <sup>1)</sup>

注:与治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与治疗后对照组比较<sup>2)</sup> $P < 0.05$ (表 3~5 同)。

表 3 两组患者治疗前后 IL-2, IL-12 和 IFN- $\gamma$  水平比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 42$ )

组别	时间	IL-2	IL-12	IFN- $\gamma$
对照	治疗前	61.32 ± 7.34	51.51 ± 6.20	52.37 ± 6.48
	治疗后	67.82 ± 7.15 <sup>1)</sup>	58.75 ± 6.48 <sup>1)</sup>	54.42 ± 5.75
研究	治疗前	60.97 ± 6.92	50.84 ± 6.19	53.20 ± 6.82
	治疗后	71.84 ± 7.91 <sup>1,2)</sup>	68.62 ± 7.24 <sup>1,2)</sup>	74.64 ± 8.57 <sup>1,2)</sup>

2.4 两组患者治疗前后 T 淋巴细胞亚群水平比较  
治疗后,两组患者 CD8<sup>+</sup> 水平明显降低 ( $P < 0.05$ ),研究组 CD4<sup>+</sup> 及 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 水平明显升高

( $P < 0.05$ );与对照组比较,研究组治疗后 CD8<sup>+</sup> 水平低于对照组,CD4<sup>+</sup> 及 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 水平明显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 T 淋巴细胞亚群水平比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 42$ )

组别	时间	CD3 <sup>+</sup> /%	CD4 <sup>+</sup> /%	CD8 <sup>+</sup> /%	CD4 <sup>+</sup> /CD8 <sup>+</sup>
对照	治疗前	63.15 ± 4.93	33.12 ± 4.13	30.76 ± 3.54	1.17 ± 0.21
	治疗后	64.20 ± 4.62	33.73 ± 4.73	29.18 ± 3.10 <sup>1)</sup>	1.16 ± 0.20
研究	治疗前	63.35 ± 5.09	33.15 ± 4.24	30.51 ± 3.39	1.17 ± 0.25
	治疗后	64.22 ± 4.85	37.82 ± 5.12 <sup>1,2)</sup>	27.05 ± 3.83 <sup>1,2)</sup>	1.33 ± 0.21 <sup>1,2)</sup>

2.5 两组患者血清肿瘤标志物变化情况比较  
与治疗前比较,治疗后对照组 VEGF 明显升高,研究组 VEGF 明显下降 ( $P < 0.05$ );治疗后研究组 VEGF 较

对照组明显降低 ( $P < 0.05$ )。治疗后,两组患者 CEA, CA125 及 CYFRA21-1 与治疗前比较差异无统计学意义,组间比较差异无统计学意义。见表 5。

表 5 两组患者血清肿瘤标志物变化情况比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 42$ )

组别	时间	CEA/ $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	CA125/ $\text{U} \cdot \text{mL}^{-1}$	CYFRA21-1/ $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	VEGF/ $\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$
对照	治疗前	19.76 ± 7.75	30.15 ± 9.57	2.98 ± 1.03	104.41 ± 26.28
	治疗后	20.42 ± 8.38	33.05 ± 11.75	3.85 ± 2.23	133.47 ± 41.73 <sup>1)</sup>
研究	治疗前	23.27 ± 9.08	35.72 ± 13.85	4.15 ± 1.12	142.47 ± 38.05
	治疗后	21.72 ± 5.62	33.01 ± 4.90	3.91 ± 0.89	103.86 ± 27.91 <sup>1,2)</sup>

2.6 安全性评价 所有患者均获得随访,未出现病例脱落情况,未出现明显肝肾功能异常等不良反应,两组患者不良反应均较轻,无因药物不良反应停止治疗的病例,两组患者比较差异无统计学意义。

### 3 讨论

肺癌是一种具有极大危害性的恶性肿瘤,其中

大部分为非小细胞肺癌<sup>[14]</sup>,临床早期症状不具有特异性,难以有效的筛查及早期确诊,大部分 NSCLC 患者症状出现时病情已进展到中晚期,失去了进行手术治疗的最佳时机<sup>[15]</sup>。再加上老年患者随着年龄增加,新陈代谢功能减弱,免疫功能也随之低下。因此采取有效的治疗措施来降低治疗过程中的毒副

作用成为临床治疗的关键<sup>[16]</sup>。随着医学技术的不断完善,治疗非小细胞肺癌药物也不断的增多,尤其是中医药在肺癌治疗过程中可以起到显著的作用。虽然中医古籍中并没有肺癌的病名,根据其临床表现及发病特点,其属于“肺积”、“咳嗽”、“咯血”、“胸痛”等范畴<sup>[17]</sup>,病性本虚标实,基本病机为正虚邪实,扶正和祛邪是肺癌中医治疗的两大基本原则。现阶段许多老年 NSCLC 肺癌患者更倾向于选择中西医结合作为治疗手段。中医学辨证论治,采用扶正与祛邪相结合,从整体上来调整阴阳气血、脏腑经络,提高抗病能力<sup>[18]</sup>。因此中西医结合治疗成为肿瘤治疗中具有良好效果的手段之一。

本次研究选用抗癌增效方,该方为徐振晔教授经多年的理论研究和临床实践,对肺癌术后“痰瘀毒结、精气亏损”患者的治疗总结出了抗癌增效方<sup>[19]</sup>,该方具有益气养精、化湿运脾之功效,方中黄芪擅补气,黄精补诸虚、填精髓,二者共为君药;灵芝可益气添髓、滋补强壮,为臣药;黄连、苍术清热燥湿、健脾和胃、助中焦运化,二者合用,共为佐药;诸药合用具有益气养精、顾护脾胃,补而不滞,补而能行之功。配合吉非替尼可以进一步抑制肿瘤生长,并促使肿瘤细胞凋亡,从而达到抗肿瘤的目的<sup>[20]</sup>。本次研究发现经抗癌增效方联合吉非替尼治疗后临床有效率显著升高,说明中药抗癌增效方具有多靶点、多机制的特点,联合吉非替尼对老年晚期肺癌有较好的增效、减毒作用,并有效提高了患者的生存期和生存质量。

晚期非小细胞肺癌患者由于病情进展,加上化疗药物的影响,体质虚弱,免疫功能下降,生活质量降低<sup>[21]</sup>。尤其是老年患者难以得到较好的治疗,治疗效果未能达到满意的程度。研究可行的治疗措施,对于改善患者的生活质量有重要意义<sup>[22]</sup>。本次研究发现经抗癌增效方联合吉非替尼治疗后躯体功能、角色功能、社会功能、情绪功能评分高于对照组,表明抗癌增效方联合吉非替尼治疗老年非小细胞肺癌Ⅳ期能显著提高患者的生活质量,促进恢复。

非小细胞肺癌老年患者年龄较大,新陈代谢及防御能力格外虚弱,部分患者放、化疗过后抵抗力和免疫力进一步被削弱<sup>[23]</sup>,机体内 IL-2, IL-12 和 IFN- $\gamma$ 水平可以刺激 NK 细胞或 CTL 的杀瘤活性,起到抑制和直接杀伤肿瘤细胞的作用<sup>[24]</sup>。当 IL-12 水平减少时,肿瘤老年患者极易出现远处转移或局部组织浸润。据报道 IFN- $\gamma$  水平增高可以延长疾病进展时间及总生存时间。本次研究发现经抗癌增效

方联合吉非替尼治疗后 IL-2, IL-12 和 IFN- $\gamma$  水平高于对照组,说明抗癌增效方联合吉非替尼治疗用于非小细胞肺癌患者的维持治疗,可以促进免疫反应,修复免疫功能,加强自身抗肿瘤能力。

采用药物杀灭肿瘤细胞时需要兼顾保护机体的免疫状态,避免损伤正常细胞功能,尤其是老年患者更需要严格注意。恶性肿瘤的组织浸润和远处转移与老年患者免疫功能失调关系密切,低下的免疫系统难以辨别和抑制肿瘤细胞,肿瘤细胞可以避免机体免疫系统的清除作用<sup>[25]</sup>。因此非小细胞肺癌老年患者的免疫功能对患者的预后具有十分重要的意义<sup>[26]</sup>,近年来中医药在非小细胞肺癌治疗中的作用也越来越受到关注。本次研究发现经抗癌增效方联合吉非替尼治疗后患者免疫水平均升高,说明抗癌增效方联合吉非替尼治疗可改善机体免疫功能、提高生活质量,因而被认为是新一代抗非小细胞肺癌治疗的重要手段。

本次研究发现采用抗癌增效方联合吉非替尼治疗老年非小细胞肺癌Ⅳ期疗效确切,能提高生活质量及免疫功能,值得推广。本次研究时间、样本数有限,关于抗癌增效方联合吉非替尼治疗老年非小细胞肺癌Ⅳ期的有效性需要循证医学来证实。

#### [参考文献]

- [1] 陈立军,李挺建. 中西医结合治疗晚期非小细胞肺癌患者临床研究[J]. 新中医, 2016, 48(5): 202-204.
- [2] 李捷,杨荣跃,李付广. CIK 细胞免疫治疗在中晚期非小细胞肺癌中的应用[J]. 国际医药卫生导报, 2015, 21(18): 2663-2665.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 2011 年中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2011: 270-278.
- [4] 杨样新. 吉非替尼小分子靶向治疗对晚期非小细胞肺癌患者 P-Akt 及免疫功能影响研究[J]. 当代医学, 2015, 21(31): 36-37.
- [5] 张彬,李明春. 吉非替尼治疗非小细胞肺癌的研究进展[J]. 中国药房, 2014, 25(6): 550-554.
- [6] 吴继,徐振晔,王中奇,等. 抗癌增效方治疗晚期非小细胞肺癌的临床研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(2): 137-140.
- [7] 周建伟,潘龙赐,严学维. 扶正固本 I 号方对晚期非小细胞肺癌患者免疫功能及生活质量的影响[J]. 上海中医药杂志, 2010, 44(12): 37-39.
- [8] 叶平胜,叶子,朱玲. 扶正消积汤联合化疗对肺癌骨转移患者细胞因子的影响[J]. 浙江中医杂志, 2011, 46(6): 402-403.
- [9] 赵晓风. 中西医结合治疗 78 例老年晚期非小细胞肺

- 癌的临床疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(7): 161-162.
- [10] 邓海滨, 王中奇, 吴继, 等. 抗瘤增效方结合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌 97 例[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(4): 32-35.
- [11] 中华人民共和国卫生部. 中国常见恶性肿瘤诊治规范[M]. 2 版. 北京: 北京医科大学出版社, 1991: 12-71.
- [12] 中华人民共和国卫生部. 原发性肺癌诊疗规范(2011 年版)[M]. 北京: 中国标准出版社, 2011: 2.
- [13] 王哲海. 肿瘤化疗不良反应及对策[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2002: 4-5.
- [14] 金澄宇, 肖开提, 郭睿, 等. 中西医结合治疗 124 例老年晚期非小细胞肺癌的临床研究[J]. 中医药导报, 2014, 20(6): 64-66.
- [15] 黄礼周. 中西医结合治疗非小细胞肺癌 35 例临床观察[J]. 中医药导报, 2015, 21(10): 36-37.
- [16] 付焯. 中西医结合治疗老年性晚期非小细胞肺癌临床研究[J]. 河南中医, 2014, 34(5): 937-939.
- [17] 齐元富, 李秀荣, 李慧杰, 等. 中西医结合治疗晚期非小细胞肺癌临床优化方案研究[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(11): 2567-2569.
- [18] 游捷, 单孟俊, 赵慧, 等. 中西医结合治疗 91 例老年晚期非小细胞肺癌疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 774-778.
- [19] 邓海滨, 徐振晔, 王中奇, 等. 抗瘤增效方对非小细胞肺癌化疗患者的近期疗效及其对免疫功能的影响[J]. 中医杂志, 2011, 52(10): 848-851.
- [20] 宁加亮, 祝福琼, 高迎春. 吉非替尼联合康莱特治疗对晚期非小细胞肺癌患者免疫功能及生活质量的影响[J]. 现代肿瘤医学, 2015, 23(14): 1976-1979.
- [21] 曾红学, 曾春生, 刘联斌, 等. 康莱特联合吉非替尼对晚期非小细胞肺癌患者免疫功能和生活质量的影响[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2014, 28(9): 930-931.
- [22] 胡振明, 石君, 刘敏娟, 等. 中西医结合治疗老年非小细胞肺癌 60 例临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(5): 90-91.
- [23] 孙琳. CIK 细胞治疗后晚期肿瘤患者免疫状态变化的研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2015.
- [24] 朱婷, 江蓓蕾, 江茜, 等. 自体 CIK 细胞治疗对中晚期非小细胞肺癌患者免疫功能及生活质量的影响[J]. 中国肿瘤生物治疗杂志, 2015, 22(1): 84-88.
- [25] 丁震宇, 韩雅玲, 朴瑛, 等. 自体 CIK 细胞联合化疗一线维持治疗非小细胞肺癌的疗效与安全性[J]. 解放军医药杂志, 2015, 27(1): 31-36.
- [26] 何孙香, 熊泽民, 汪波. 沙参麦冬汤联合吉非替尼对晚期肺癌患者免疫功能影响[J]. 当代医学, 2015, 21(25): 155-156.

[责任编辑 张丰丰]