

· 经验交流 ·

中医药结合腹腔动脉插管化疗治疗晚期食管癌、胃癌 130 例临床观察

浙江省中医院(杭州 310006)

吴良村* 沈敏鹤* 周维顺* 郭勇* 王泽时*

刘鲁明* 杨维泓* 钱明山** 李来友**

我科于 1988 年 6 月~1990 年 2 月,与放射科合作用中医中药结合腹腔动脉插管化疗治疗晚期食管癌胃癌 130 例,近期疗效较为满意。现报告如下。

临床资料

一、一般资料 本组 130 例,男性 102 例,女性 28 例;年龄最大 74 岁,最小 35 岁,平均 57.9 岁。本组食管癌 44 例,男性 38 例,女性 6 例。有病理证实 20 例,其中鳞癌 16 例,腺癌 4 例,其余均为食管造影证实。共插管化疗 90 次。胃癌 86 例,男性 64 例,女性 22 例,其中贲门部癌 19 例,67 例为其它部位癌。有病理证实 55 例,其中腺癌 40 例,鳞癌 6 例,印戒细胞癌 6 例,淋巴肉瘤 1 例,平滑肌肉瘤 2 例,其余均经胃镜活检检查证实。其插管 178 次。

二、病例选择 凡在本院或外院检查明确诊断为晚期食管癌和胃癌,包括术后复发转移,高龄不愿手术者,经患者或家属同意,白细胞总数在 $3500/\text{mm}^3$ 以上者。根据 AJCC 提出的 TNM 新分类方法,均为 III 期、IV 期患者。

治疗方法

分插管前中后三个阶段五个步骤。

一、插管前 以中医药治疗为主。本组病例,一是病程日久,或经手术或其它疗法后脾胃虚弱,气血不足,运化失司,湿痰瘀血凝结成积。症见面色萎黄,或晄白无华,形体消瘦,全身乏力,头昏目眩,心悸气短,食欲不振,肠腹积块,痞满疼痛,呕吐清水,或朝食暮吐,暮食朝吐或食物梗阻,便溏浮肿,舌淡或胖,苔腻或白滑,脉象细弱或沉细。血常规检查三系偏低,大便潜血阳性,免疫指标低下。此类病例居

多,首先宜中医辨证治疗,治法取健脾助运,补益气血,扶正抗癌。方用生黄芪 15 g 西党参 15 g 苍白术各 12 g 生薏仁 30 g 猪茯苓各 15 g 全当归 10 g 淡附片 6 g 补骨脂 10 g 仙鹤草 30 g 槐木 30 g 广木香 10 g 制半夏 10 g 鸡内金 10 g 焦三仙各 15 g 三七粉 3 g(冲或吞)。每日 1 剂。

另一类是病情进展迅速或静脉化疗后,放疗后热毒内蕴,灼伤津液,阴虚血热。症状表现为发热、口干、咽燥或五心烦热,胃脘疼痛,食后加剧,大便秘结,脉弦或数或滑,舌质红绛或紫暗或裂纹,苔黄或无苔或黑苔。治法取养阴生津,清热解毒。组方:鲜生地 30 g 鲜石斛 30 g 水牛角 30 g(先煎) 北沙参 30 g 麦门冬 30 g 乌玄参 10 g 山豆根 10 g 炒黄连 10 g 半枝莲 30 g 三叶青 12 g 白花蛇舌草 30 g 生大黄 10 g 川楝子 30 g 生甘草 10 g 西洋参 3 g(炖服或泡茶饮) 真西黄粉 0.3 g(冲或吞服)。便秘加元明粉 10 g(冲)。

二、腹腔动脉灌注抗癌药物 采用 Seldinger 氏法,经皮股动脉穿刺插管,用 TF cordig 导管(头部形态自制)。根据病变位置选择性插入腹腔动脉或胃左动脉、或支气管动脉食道支,经造影证实无误后,将 5-FU 或 5 FUDR 1~2 g[鳞癌加用博莱霉素(BLM) 30 mg] 稀释后直接注入,然后将顺铂(DDP) 60~100 mg 溶解在 60 ml 生理盐水中缓慢注入,约注射 3~5 min,注射完毕,拔出导管,局部压迫 15 min,待无出血,包扎结束手术。本组 130 例共插管 268 次,平均每例 2 次,最多 3 次。

三、插管后

1. 水化与利尿 由于本组均使用疗效较好的化疗药物 DDP,因其毒性较大,尤其以消化道毒性及肾毒性最明显。为了增加 DDP 的肾脏清除率,降低尿中 DDP 浓度,减少与肾小管细胞结合,从而减少 DDP 的

*肿瘤科, **放射科

肾毒性。所以凡DDP剂量 ≥ 60 mg, 都应水化与利尿, 时间3天。水化过程如下: NS 500 ml+Paspertine 50 mg+10%KCl 10 ml, iv gtt, qd $\times 3$ d; 20% Mannital 125 ml, iv gtt, qd $\times 3$ d; NS 1000 ml+VitB₆300 mg+VitC 2000 mg+10%KCl 10 ml, iv gtt, qd $\times 3$ d; 20%Mannital 125 ml, iv gtt, qd $\times 3$ d; NS 1000 ml, iv gtt, qd $\times 3$ d; Lasix 40 mg+NS 10 ml, iv gtt, qd $\times 3$ d。

2.疏肝和胃、降逆止呕 由于化疗药物消化道毒性大, 引起肝胃不和, 功能紊乱, 出现恶心、呕吐, 不能饮食, 脘腹胀满, 大便失调, 多涕或次数增多, 脉弦或细, 舌淡或嫩红, 苔腻或糙, 治取疏肝和胃, 降逆止呕。方用姜竹茹 10 g 清半夏 10 g 橘皮 10 g 枇杷叶 12 g(包) 柿蒂 30 g 炒川连 6 g 吴茱萸 3 g 旋复花 12 g(包) 代赭石 15 g 乌梅 12 g 焦三仙 各 15 g 炒白芍 12 g 生甘草 6 g。3~7 剂, 每日 1 剂。如不能进中药者, 宜针刺足三里、内关、膈俞穴, 或胃复安 30~50 mg 静脉滴注。

3.益气养血、滋补肝肾 由于大剂量联合化疗药物灌注体内都有不同程度的骨髓抑制, 肝肾中毒症状, 常见为血象低下, 神倦乏力, 头昏耳鸣, 视物模糊, 食欲不振, 脘腹饱胀, 腰脊酸痛, 大便溏薄或秘结。中医认为脾虚胃弱, 肝肾两亏, 气血不足所致。治疗原则以益气养血, 滋补肝肾为主, 兼顾脾胃。方用生黄芪 30 g 全当归 10 g 绞股蓝 15 g 清阿胶 12 g(烔冲) 生熟地各 12 g 炒薏仁 30 g 虎杖根 30 g 仙鹤草 30 g 猪茯苓各 15 g 鹿含草 15 g 石韦 15 g 广木香 12 g 紫丹参 15 g 鸡内金 10 g 红枣 30 g 炮姜 3 g, 每日 1 剂。

结 果

一、疗效判断标准 (1)显效(CR): 治疗后肿瘤缩小 $\geq 50\%$, 症状明显好转, Karnofsky级数提高 $> 30\%$ 。(2)有效(PR): 治疗后肿瘤缩小 $\geq 25\%$, 但不足 50%, 症状好转, Karnofsky级数 $> 20\%$ 。(3)稳定(S): 治疗后肿瘤缩小不足 25%, Karnofsky级数提高 $> 10\%$ 。(4)无效(NR): 治疗后肿瘤增大, 症状恶化。

二、统计方法 生存率统计采用寿命表法, 组间比较采用卡方(X^2)检验。

三、结果

1.动脉插管化疗加中药组 130 例中, CR 5 例, PR 86 例, S 27 例, NR 12 例总有效率为 90.77%。其中胃癌 86 例, CR 2 例, PR 56 例, S 21 例, NR 7 例,

有效率为 91.86%。130 例中食管癌 44 例, CR 1 例, PR 32 例, S 6 例, NR 5 例, 总有效率为 88.64%。

2.86 例胃癌中贲门癌与其它部位癌疗效经统计学处理无显著差异, 见表 1。

表 1 86 例胃癌中贲门癌与其余部位癌疗效比较

	总例数	CR	PR	S	NR	X^2	P 值
贲门癌	19	2	14	1	2	0.0022	> 0.05
其余部位癌	67	0	42	20	5		

3.130 例中食管癌 44 例, 胃癌 86 例, 疗效比较统计学处理无显著差异, 见表 2。

表 2 130 例中胃癌与食管癌疗效比较

	总例数	CR	PR	S	NR	X^2	P 值
食管癌	44	1	32	6	5	0.1383	> 0.05
胃 癌	86	2	56	21	7		

4.生存率观察 130 例患者治疗半年生存率为 84.68%, 1 年生存率为 43.98%。

讨 论

一、晚期胃癌、食管癌患者, 中医主要通过辨证论治或分型治疗, 一般能改善症状, 提高生存质量。本组病例都是中医中药结合腹腔动脉插管化疗, 所以在治疗原则和方法上, 主要分插管化疗前后二个阶段: 化疗前扶正与抗癌相结合, 化疗后针对化疗药物引起的各种毒副反应而采用疏肝和胃、降逆止呕和益气养血, 滋补肝肾二种不同方法。本组病例近期疗效较为满意, 有效率明显高于未用中药组($P < 0.001$)。提示中医中药的良好作用, 并说明中医辨证正确, 方法灵活, 有效率就提高。

二、本组所用方药, 主要起调整机体脏腑功能和免疫系统功能, 减轻化疗毒副反应, 增加食欲, 滋补气血, 振奋精神, 改善症状, 但对实体瘤缩小作用较弱。腹腔动脉插管化疗药物剂量大, 且集中灌注, 杀伤力强, 能使实体瘤迅速缩小, 使梗阻食管很快通畅, 且毒副反应时间相对较短。

三、本组病例治疗既能发挥中西医各自优势, 又能有机地把两种不同方法——取效—快—慢, 药力—大—小紧密结合起来, 扬长避短, 能够提高临床疗效, 经 130 例临床观察, 近期疗效较好, 且操作方便, 并发症少, 毒副反应时间短, 是治疗晚期食管癌、胃癌的有效方法, 值得推广应用。