

化疗结合中药在晚期胃肠道肿瘤手术后的应用

浙江省丽水市中心医院(浙江 323000) 周月芬

1997 年 3 月—2001 年 4 月,我们应用化疗结合中药治疗晚期胃肠道肿瘤手术后患者 46 例,并与单用化疗治疗的 33 例作对照,现报告如下。

临床资料

1 病例选择 79 例经病理学确诊为晚期胃肠道肿瘤患者,均行手术治疗,并在术后 1 个月内接受辅助化疗,预计生存时间 >3 个月, KPS 评分 ≥ 60 分,均有不同程度排便困难;中医辨证属伤阴耗津或胃肠燥结型。排除胃肠道非上皮来源的恶性肿瘤术后及中医辨证属痰湿中阻或阳虚气陷型患者。

2 一般资料 全部病例均为本院住院患者,按就诊顺序(4:3)随机分为两组。治疗组 46 例,男 31 例,女 15 例;年龄 18~73 岁,中位年龄 52.4 岁;组织学分类:腺癌 22 例,黏液腺癌 8 例,印戒细胞癌 9 例,未分化癌 7 例;临床分期:胃癌 III a 期 8 例,III b 期 10 例,IV 期 5 例,大肠癌 Duke's C1 期 7 例,Duke's C2 期 11 例,Duke's D 期 5 例;手术方式:根治性手术 31 例,姑息性手术 15 例;中医辨证:伤阴耗津型 29 例,胃肠燥结型 17 例。对照组 33 例,男 23 例,女 10 例;年龄 31~74 岁,中位年龄 54.2 岁;组织学分类:腺癌 18 例,黏液腺癌 7 例,印戒细胞癌 5 例,未分化癌 3 例;临床分期:胃癌 III a 期 7 例,III b 期 9 例,IV 期 2 例,大肠癌 Duke's C1 期 5 例,Duke's C2 期 8 例,Duke's D 期 2 例;手术方式:根治性手术 24 例,姑息性手术 9 例;中医辨证:伤阴耗津型 23 例,胃肠燥结型 10 例。两组患者上述资料比较差异无显著性,具有可比性。

3 治疗方法 两组化疗方案相同,均采用 CF/5-FU+DDP 方案:CF 200mg/m² 静脉滴注(第 1~3 天);5-FU 0.5g/m² 静脉滴注(第 1~3 天);DDP 30mg/m² 静脉滴注(第 1~3 天)。每 3 周为 1 个周期,共 4~6 个周期为 1 个疗程。腹腔化疗用 DDP 80~100mg 加入 1 500~2 000ml 生理盐水腹腔内灌注,每周 1 次,共 4~6 次为 1 个疗程(其中对照组 8 例,治疗组 11 例曾行术后腹腔化疗)。治疗组同时加服自拟中药方:桃仁 12g 栝蒌仁 30g 麻子仁 15g 赤芍 30g 白芍 15g 八月札 30g 白花蛇舌草 30g 生黄芪 30g 女贞子 12g 石斛 12g。阴津亏损者加生地 30g 玄参 30g 麦冬 12g;胃肠燥结者用大黄 10g 厚朴 10g 枳实 10g。每天 1 剂,每周化疗前后各服 3 天。统计学方法采用 χ^2 检验。

结果

1 疗效评定 排便困难及化疗不良反应和疗效均在治疗 1 个疗程后 2 周评定。(1)排便困难疗效评定:有效:1 天排便 1~2 次或 1~2 天排便 1 次,质软,胃肠通畅;好转:2~3 天排便 1 次,便质转软,无排便困难;无效:超过 3 天仍未排便或排便不通畅。(2)化疗不良反应,按 WHO 抗癌药物不良反应分度(0-IV)标准评定(汤钊猷.现代肿瘤学.上海:上海医科大学出版社,2000:612-615)。

2 两组患者排便疗效 治疗组 46 例,有效 30 例(65.2%),好转 10 例(21.7%),无效 6 例(13.0%),总有效率为 87.0%。对照组 33 例,有效 10 例(30.3%),好转 8 例(24.2%),无效 15 例(45.5%),总有效率为 54.5%。两组总有效率比较差异有显著性($P < 0.05$)。治疗组 40 例患者除排便困难情况得到改善外,其他中医症状也相继得到改善。

3 两组患者化疗不良反应 见表 1。主要表现为骨髓抑制、胃肠道反应、肾功能损害等,经对症处理后均可缓解,未见中药不良反应。对照组有 2 例并发术后粘连性肠梗阻,其中 1 例再行手术。

表 1 两组患者化疗后不良反应情况(例)

组别	分期	不良反应				
		白细胞↓	血小板↓	恶心呕吐	肌酐↑	尿素氮↑
治疗	0	10	32	15	42	41
	I	15	7	11	2	3
	II	11	5	10	2	2
	III	9	2	9	0	0
	IV	1	0	1	0	0
对照	0	4	21	1	31	30
	I	7	6	7	0	0
	II	14	5	11	1	3
	III	7	1	12	1	0
	IV	1	0	2	0	0

注:↓表示下降,↑表示升高

4 随访疗效(按 WHO 标准) 79 例患者均随访 2 年以上。治疗组 2 年生存率 56.5%(26/46 例),2 年无瘤生存率 23.9%(11/46 例)。对照组 2 年生存率 45.5%(15/33),无瘤生存率 15.2%(5/33),两组比较差异无显著性。

讨论 晚期胃肠道肿瘤患者即使已接受根治性手术,但仍有较多患者肿瘤复发或转移,预后较差。中药配合辅助化疗在晚期胃肠道肿瘤患者综合治疗和姑息性治疗中起到缓解患者症状、减轻化疗不良反应,提高生活质量、延长生存期的作用。晚期胃肠道肿瘤术后的患者常因伤阴耗津或胃肠燥结而造成排便困难,故可用通下之法。然术后多病体虚损,临床辨证如非阴伤燥结或胃肠腑实,则不可任意通下。自拟方中以

桃仁、栝蒌仁、麻子仁、赤芍、白芍润肠缓下通便；生黄芪、女贞子、石斛养阴扶正；八月札、白花蛇舌草等具有抗胃肠道肿瘤作用。胃肠燥结药用大黄、厚朴、枳实散结除满，通腑排便。晚期胃肠道肿瘤术后患者终究本虚难复而标急又不可缓，故通用之法虽为共同之治法，但临床应用总以通畅为宜。配合化疗前后各服 3 天，令其通腑而不伤正，润养而不滞邪为原则。

(收稿 2003-07-04 修回 2003-10-06)

大黄内服、芒硝外敷辅助治疗重症急性胰腺炎 23 例

浙江省台州医院急救中心(浙江 317000)
顾慧珍 徐颖鹤 张锐利 林荣海
单仁飞 周贤斌

2000 年 9 月—2003 年 3 月，我们对 23 例重症急性胰腺炎(下简称胰腺炎)患者行内科综合治疗的同时予大黄内服，芒硝腹部外敷等辅助治疗，并与单行内科综合治疗的 22 例作对照。现报告如下。

临床资料 55 例均为本科住院患者。诊断参考 2000 年全国第八届胰腺外科会议修订的《重症急性胰腺炎诊治草案》标准，APACHE II 评分 ≥ 8 分，Balthazar CT 分级系统 \geq II 级。按入院先后顺序数字表法将入选病例随机分为两组，治疗组 23 例，男 10 例，女 13 例，年龄 40~79 岁，平均(59.3 \pm 11.7)岁；病程 4~96h，平均(8.9 \pm 7.9)h；胆源性 15 例，饮食不当 4 例，饮酒 2 例，高脂血症 1 例，胃癌手术后 1 例；并发症：腹膜炎 4 例，肠梗阻 5 例，胸腔积液 4 例，腹水 7 例，休克 1 例，低氧血症 1 例。对照组 22 例，男 13 例，女 9 例；年龄 23~86 岁，平均(57.9 \pm 12.8)岁；病程 4~96h，平均(9.2 \pm 7.6)h；胆源性 11 例，饮食不当 5 例，高脂血症 2 例，胸部外伤手术后 1 例，原因不明 3 例；并发症：腹膜炎 4 例，肠梗阻 4 例，胸腔积液 4 例，腹水 6 例，低钾血症 1 例，肾功能不全 1 例。两组资料经统计学处理差异无显著性($P > 0.05$)，具有可比性。

治疗方法 两组均用内科综合治疗，即患者入院后立即予监护生命体征，禁饮水，持续胃肠减压，抑制胰腺外分泌，即用施他宁针剂(瑞士雪兰诺大药厂生产)3mg 加入生理盐水 50ml 中，静脉输液泵维持 250 μ g/h(持续应用 3~5 天)；解痉止痛；改善微循环，即用丹参与低分子右旋糖酐(均由上海长征富民药业有限公司生产)；抗生素：头孢三嗪针剂(浙江永宁制药厂生产)加来立信针剂(浙江医药股份有限公司新昌制药厂生产)加甲硝唑针剂(安徽双鹤药业生产)；维持水

电介质平衡，营养支持(静脉或肠内营养，每天补液量为 3 000~3 500ml)。治疗组在内科治疗的基础上加用胃管内注入大黄(浙江中医学院中药饮片厂提供)10~15g 开水浸泡 30min 约 150ml，分 2~3 次注入，每次注入后夹胃管 30min，同时予芒硝(四川省川眉芒硝有限责任公司眉山芒硝厂提供)100g 装于棉布袋(约 25cm \times 25cm)中平敷于中上腹部，每 12h 更换 1 次。根据病情连用 3~5 天。对照组仅用内科综合治疗。

观察指标 在治疗过程中严密观察患者症状及体征变化，每隔 12~24h 测血糖、血钙、血、尿淀粉酶，周围血白细胞计数，2~5 天复查 B 超或 CT(病情有变化随时复查)。统计学方法：采用 *t* 检验。

结果 治疗组腹痛、腹胀、腹肌紧张等缓解时间分别为(15.00 \pm 6.10)h、(2.18 \pm 1.82)d、(2.76 \pm 2.52)d；对照组分别为(25.4 \pm 8.65)h、(4.67 \pm 2.61)d、(4.39 \pm 3.10)d；两组比较差异有显著性($P < 0.01$)。退热时间：治疗组为(4.0 \pm 3.9)d，对照组为(5.0 \pm 1.9)d($P < 0.05$)；血、尿淀粉酶恢复正常时间(d)治疗组分别为 3.78 \pm 2.27、6.07 \pm 3.48，对照组分别为 4.47 \pm 2.56、7.76 \pm 3.85，两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。血白细胞计数、血糖、血钙等指标恢复正常的平均天数两组比较差异均有显著性($P < 0.05$ ，数据略)均以治疗组为优。APACHE II 评分：治疗组治疗前为(14.6 \pm 4.4)分，治疗 3 天后为(10.4 \pm 2.9)分($P < 0.05$)；对照组治疗前为(13.9 \pm 3.2)分，治疗 3 天后为(11.5 \pm 4.9)分($P > 0.05$)。治疗组患者全部治愈，其中 1 例发生腹腔炎性包块，抗炎治疗 6 周消失(腹部 CT 证实)，平均住院 11 天。对照组治愈 20 例，平均住院 14 天，其中 1 例因并发急性肾功能衰竭死亡，1 例自动出院。两组治疗过程中均无不良反应发生。

讨论 促进肠道正常蠕动，消除腹胀，减轻肠道郁积，增加肠道粘膜的抵抗力，保证胆汁、胰液的引流通畅，控制肠道、胆道炎症及防止并发症成为治疗胰腺炎的重要措施。我们在早期积极内科综合性治疗的同时采用大黄内服、芒硝腹部外敷，其中大黄具有泻下功能，能促进肠道有序蠕动，并有抑菌、抗感染和对肠粘膜屏障的保护和利胆作用。芒硝主要成分为硫酸钠，具有泻下、利尿、消肿、抗炎等功效，芒硝粉敷于腹部数小时后即成结晶块，说明其有吸附腹部水分的作用，而使肿胀的腹壁及肠管得以消肿。由于本法能改善胰腺及肠道血液循环，增强机体的抵抗能力，使其病程缩短，提高了治愈率。综上所述，该方法是辅助治疗胰腺炎的一种简便易行、疗效可靠而且无毒副作用的方法，