

## ● 临床报道 ●

## 旋覆代赭汤加减配合富米汀预防化疗后恶心呕吐临床观察

胡广银

(江苏省兴化市肿瘤医院 兴化 225700)

关键词 旋覆代赭汤;富米汀;化疗反应;恶心呕吐;预防和控制

中图分类号 R 730.59

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)01-0029-02

从 2000 年 9 月~2003 年 3 月,我们采用旋覆代赭汤加减配合富米汀控制含顺铂方案化疗所致的恶心呕吐,疗效满意。现报告如下:

## 1 材料与方法

1.1 临床资料 82 例中男性 44 例,女性 38 例;年龄 30~71 岁,平均年龄 51 岁;肺癌 25 例,食管癌 14 例,胃癌 28 例,鼻咽癌 9 例,肝癌 3 例,原发灶未明的转移癌 3 例。所有患者均经 CT、细胞学和(或)组织病理学确诊,满足以下条件:(1)无肠道梗阻及中枢神经系统转移或其它严重并发症者;(2)化疗前 24h 内无呕吐及未用过止吐药者;(3)肝肾功能正常,Karnofsky 评分 70 分以上。随机分对照组和治疗组各 41 例,经统计学处理 2 组在性别、年龄等方面无显著性差异,具有可比性。

1.2 治疗方法 联合化疗方案因病种不同而各异,但均含顺铂,其它如阿霉素、盖诺(NVB)等,顺铂 30~40mg/次,iv,d1-d3,联合化疗药物大多集中在第 1 天给予,并于每次化疗前给予 1 次富米汀 8mg 静注。对照组采用单纯富米汀控制呕吐,治疗组除采用上述治疗外,还口服健脾和胃、降逆止呕之中药,即旋覆代赭汤加减:旋覆花、代赭石(先煎)各 15g,半夏、生姜、太子参、陈皮、茯苓、苏梗、厚朴 10g,砂仁 3g(后下),山楂 15g,炙甘草 5g,大枣 4 枚。恶心明显加藿香、佩兰,呕吐较重代赭石、半夏用量酌加,食欲不振加鸡内金、谷麦芽,便秘加瓜蒌仁、火麻仁,骨髓抑制明显加黄芪、女贞子、仙灵脾、鸡血藤等。在接受化疗前 1 天开始到化疗结束,每日 1 剂,水煎 2 次,取汁 300mL,分早晚 2 次服。

## 2 疗效观察

2.1 疗效标准 化疗 24h 内恶心呕吐为急性反应,24h 后发生的恶心呕吐为迟发性反应。根据 1990 年欧洲临床肿瘤会议推荐的标准进行疗效评价。恶心 0 度,无恶心;I 度,有恶心但不影响进食及日常生活;II 度,有恶心并影响进食及日常生活;III 度,因恶心而卧床。呕吐:0 度,无呕吐;I 度,呕吐 1~2 次/d;II 度,呕吐 3~5 次/d;III 度,呕吐 >5 次/d。恶心 0

度和 I 度为有效,II 度和 III 度为无效;呕吐 0 度和 I 为有效,II 度和 III 度为无效。2 组疗效对比采用  $\chi^2$  检验。

## 2.2 治疗结果 见表 1、2。

表 1 2 组方案预防恶心呕吐有效率(0+I 度)比较 例(%)

组别	例数	第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天
对照组	41	38(92.7)	34(82.9)	32(78.4)	32(78.4)	33(80.5)
治疗组	41	39(95.1)	38(92.7)*	38(92.7)*	39(95.1)*	40(97.6)*

注:\*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

2 组预防急性恶心呕吐有效率无显著性差异,但对迟发性反应 2 组有显著性差异,第 2~5 天  $P < 0.05$ ,治疗组优于对照组。

表 2 2 组方案预防恶心呕吐 0 度率比较 例(%)

组别	例数	第 1 天	第 2 天	第 3 天	第 4 天	第 5 天
对照组	41	37(90.2)	29(70.7)	27(65.9)	26(63.4)	31(75.6)
治疗组	41	38(92.7)	37(90.2)*	35(85.4)*	36(87.8)*	36(87.8)

\*与对照组比较, $P < 0.05$ 

2 组在完全控制(CR)恶心呕吐急性反应方面无显著性差异,在迟发性反应方面第 2~4d,2 组比较  $P$  值均  $< 0.05$ ,治疗组优于对照组。

## 3 讨论

化疗药物诱发恶心呕吐的机理包括药物对消化道粘膜的直接刺激、药物经血循环直接作用于呕吐中枢,但主要为抗肿瘤药物刺激消化道粘膜的嗜铬细胞(EC 细胞释放 5-羟色胺,即 5-HT<sub>3</sub>),刺激周围及中枢的 5-HT<sub>3</sub> 受体而引起呕吐<sup>[1]</sup>。富米汀是一种高度选择性 5-HT<sub>3</sub> 受体拮抗剂类止吐药,临床已广泛使用,该药在临床使用中对急性恶心呕吐效果较好,但迟发性反应控制有效率尤其是完全控制率不尽如人意<sup>[2]</sup>,特别是用顺铂第 2~4 天,几乎有一半以上的患者其恶心尚未得到完全控制<sup>[3]</sup>。

中医认为化疗药物之所以引起患者消化道反应是因为化疗药物(毒邪)损伤了脾胃,而脾胃为后天之本,胃主受纳,脾主运化,共同完成饮食物的消化吸收及其精微的输布,从而滋养全身。脾胃受损后运化功能失常,使得清阳不升,浊阴不降,导致一系列的消化系统反应。故脾胃失和、升降失常为

# 食管贲门癌术后吻合口漏三管疗法

陈建华 程祖耀 杨浩

(浙江省湖州市中医院 湖州 313000)

关键词:食管贲门癌;吻合口漏;手术后并发症;三管疗法

中图分类号:R619<sup>+</sup>.9

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2004)01-0030-02

食管、贲门癌切除术后并发的吻合口漏是一种严重并发症,死亡率很高,应尽早确诊,妥善处理。我们共治疗了 8 例,主要是采用三管疗法,取得较好的疗效。现报告如下:

## 1 材料与方法

1.1 一般资料 1985 年 3 月~2002 年 6 月共施行食管癌、贲门癌根治术 612 例,术后并发吻合口漏 8 例(食管上段癌 2 例,中段癌 2 例,食管下段及贲门癌 4 例),发生率为 1.32%。致漏的原因:胃壁或代胃肠坏死、穿孔 3 例;术后插入的胃管滑脱,重新插管致吻合口破裂 1 例;颈部食管胃吻合口胃端脱入胸腔,致吻合口撕裂 2 例;术后进食致吻合口穿破 1 例;吻合器吻合不全致漏 1 例。吻合口漏发生最早者为术后 24h,最迟者在术后 7~8d。

1.2 处理原则 (1) 禁食。(2) 三管(胃肠引流管、胸腔闭式引流管、空肠造口管) 疗法,即:以胃肠减压管行有效胃肠减压;胸腔闭式引流管行胸腔引流,使肺完全膨胀,必要时进行胸腔冲洗和引流;空肠造口管行肠道内管饲营养。(3) 营养支持疗法,即行深静脉高能营养。(4) 选择有效抗生素。(5) 纠正水、电解质代谢紊乱,纠正贫血和低蛋白血症。(6) 必要时尽早再次剖胸手术缝闭漏口,并充分引流。

## 2 结果

6 例经三管疗法获愈,1 例再次手术获愈,1 例因营养极差,继发感染而死亡。

## 3 讨论

3.1 吻合口漏的诊断 食管癌、贲门癌、胃癌术后并发的吻合口漏是一种严重并发症。对术后 2 周(第 7~10 天)进食后,出现 39℃ 左右高热、白细胞计数升高(中性粒细胞 0.90 以上)、脉搏频数、患侧呼吸音降低或消失者就应高度怀疑并发了吻合口漏,应及时进行 X 线检查,如发现患侧胸腔有液化胸,尤其包裹性积液,或口服造影剂(稀钡亦可)后有外溢,口服美蓝后胸液中呈现蓝色,胸液中有消化液或食物残渣等,则可确诊有吻合口漏。

3.2 处理 吻合口漏的处理应取决于发生时间、部位、漏口基本病机,治当健脾和胃,降逆止呕。方中以人参易太子参,既能补气又能健胃,且补而不腻,有利于增加降逆之功;重视健脾、运脾,不主张应用大量苦寒之品包括清热解毒药、攻下药,即使大便干结,许多患者应用滋阴、润肠通便药后会见效。从提高生存质量方面讲,中医辅助治疗化疗后迟发性恶心呕吐值得进一步研究

大小以及患者的全身情况。一般而言,术后较晚期(术后 1 周以上)发生的吻合口漏多较小且局限,因而采用保守治疗(引流抗炎、营养)有成功的机会。而早期发生的吻合口漏,其造成的生理紊乱及感染较重或漏口较大,保守治疗的成功机会较小;颈部的小漏口多易处理,颈部切口表面为局部红肿和压痛、轻度皮下气肿或有腐臭的脓汁溢出,经切开引流,保持创面清洁干燥,漏口多可逐渐闭合,若间置的肠袢坏死,则须切除其坏死部分,重新吻合才能控制感染,然后再重建上胃肠道,使患者能经口进食。

吻合口漏发生在胸腔者,若感染只局限于纵隔,或发病时间已久,且高龄体弱,无法耐受开胸手术者,可采用引流治疗。纵隔形成脓肿,可在相应部位经椎旁行胸膜外纵隔引流(引流时需保护壁层胸膜,不要破损,以免感染蔓延至胸腔),对已形成脓肿者,可行胸腔引流,必要时加负压持续吸引,使患侧肺尽快膨胀贴靠和粘连于漏口。对于术后早期发生且及时确诊的胸内吻合口漏,可以根据具体情况选择下列处理措施:(1) 及时再次剖胸手术切除原吻合部,并在稍高部位重新进行吻合术。这一措施胸腔感染未明显发展以及食管和胃仍有一定长度可供再吻合时,成功的机会还是有的;(2) 再次剖胸切除原吻合部,将食管在颈部外置,并将胃还纳入腹腔,同时进行胃或空肠造口以维持营养,待情况稳定后再作胸骨后成胸骨前结肠代食管术,使患者能经口进食;(3) 如果总的情况不佳,或胸腔感染严重不适于再次剖胸手术,则应及时充分引流脓气胸,并给于足量抗生素,以控制胸腔感染。在多数情况下,如果脓胸得以充分引流,急性感染得到控制,吻合口漏会逐渐缩小以致闭合,只是需要较长的时间。发生较晚或延误确诊的吻合口漏多因胸膜粘连而不适于再次剖胸手术,其处理原则如上述。

吻合口漏的治疗棘手,多数患者由于周身情况欠佳,又继发急性感染,加重生理紊乱,又不能进食,致营养障碍而严重影响吻合口漏的愈合。维持营养和补充蛋白质很重要,要较长期静脉输液、输血及输入白蛋白和肠胃外营养支持以补

## 参考文献

[1]李玉升,赵龙妹,李俊岭,等.枢复宁预防化疗所致呕吐 103 例临床观察[J].中华肿瘤杂志,1996,19(SO):40~42

[2]蒋芹,杨喜成,张为民,等.恩丹西酮对恶性肿瘤化疗所致呕吐的防治效果[J].癌症,1996,15(6):456~457

[3]曹培国,章又群,章正.单剂欧必停加地塞米松预防大剂量顺铂所致的恶心呕吐[J].中国肿瘤临床与康复,2002,9(4):92~93

(收稿日期:2003 - 11 - 12)