

食管癌术后使用参麦注射液 37 例临床观察

程宇星 王继勇 赵艳

(广州中医药大学第一临床医学院 广东广州 510405)

摘要:目的:通过观察静脉使用参麦注射液对食管癌术后患者临床疗效的影响,探讨参麦注射液在胸外科应用的优缺点。方法:采用 I 型设计方案的随机对照试验、双盲法,治疗组使用参麦注射液静滴,对照组使用能量合剂静滴。结果:治疗组患者食管胃吻合口瘘和其他并发症的发生率、RBC、血浆 Hb、ALB 和 TB 均比对照组有不同程度的改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。结论:参麦注射液能促进和改善食管癌术后患者的一般状况,减少患者术后并发症的发生率,缩短患者的康复时间,值得在胸外科临床应用和推广。

关键词:参麦注射液;食管癌;术后

中图分类号:R 735.1 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2007)04-0038-01

我科自 2001 年 10 月~2005 年 4 月对 37 例食管癌术后患者静脉使用参麦注射液进行治疗,并对患者术后的一般临床情况进行观察,取得了一定效果。现将观察结果报道如下:

1 一般资料

所有病例均为我科食管癌术后的患者,共计 69 例,按简单随机的方法分为治疗组和对照组,治疗组 37 例,对照组 32 例。治疗组中男 26 例,女 11 例;年龄最大的 77 岁,最小的 36 岁,平均(56.7±7.2)岁;癌肿所处位置:食管下段癌肿 20 例,食管中段癌肿 11 例,食管上段癌肿 6 例。对照组中男 23 例,女 9 例;年龄最大的 75 岁,最小的 53 岁,平均(55.4±9.1)岁;癌肿位置:食管下段癌肿 19 例,食管中段癌肿 9 例,食管上段癌肿 4 例。2 组患者一般临床资料比较无显著性差异($P>0.05$)。

2 实验方案

2.1 临床分组 采用 I 型设计方案的随机对照试验、双盲法:简单随机法分组,医生、患者双盲,只有接诊护士知情,设计方案为患者食管癌术后回返病房后,接诊护士通过拆开已有设计信封的方式随机临床分组。计划样本选择例数为 80 例,实际实验共 69 例。

2.2 治疗方法 2 组除常规使用静脉补液抗感染及纠正酸碱水电解质平衡外,治疗组补液中加用 5%GNS 500mL+参麦注射液(国药准字 Z13020888)30mL,对照组补液中加用 10%GNS 500mL+Vit C 1.0g+Vit B₆ 100mg。治疗疗程为 7d。其他治疗方法治疗组则和对照组一样,由主管医生按病情需要处理。

2.3 观察指标 (1)食管胃吻合口瘘、并发症的发生率,其中并发症包括术后出血、伤口感染不愈合;(2)患者生化指标的变化(血浆 Hb、RBC、ALB、TB)。所有资料统计采用 SPSS10.0 软件包进行处理,计数资料的比较采用 Independent-t 检验,率的比较采用 χ^2 检验。

3 结果

所有患者均完成治疗,治疗组有 3 人觉得略有不适,经处理后均缓解,完成治疗。治疗组:(1)食管胃吻合口瘘和其他并发症的发生率为 5.4%(2 人);(2)红细胞 RBC $(3.98\pm 0.41)\times 10^{12}/L$;(3)血红蛋白 Hb $(130.2\pm 20.1)g/L$;(4)白蛋白 ALB $(38.4\pm 7.1)g/L$;(5)总蛋白 TB $(70.0\pm 15.6)g/L$ 。对照组:(1)食管胃吻合口瘘和并发症的发生率 9.4%(3 人);(2)红细胞 RBC $(3.01\pm 0.43)\times 10^{12}/L$;(3)血红蛋白 Hb (100.5 ± 22.1)

g/L;(4)白蛋白 ALB $(29.1\pm 6.5)g/L$;(5)总蛋白 TB $(61.2\pm 11.3)g/L$ 。详见表 1。

表 1 2 组临床疗效观察 ($\bar{X}\pm S$)		
	治疗组	对照组
食管胃吻合口瘘、并发症的发生率/%	5.4**	9.4
RBC/ $\times 10^{12}\cdot L^{-1}$	3.98± 0.41*	3.01± 0.43
Hb/ $g\cdot L^{-1}$	130.2± 20.1*	100.5± 22.1
ALB/ $g\cdot L^{-1}$	38.4± 7.1**	29.1± 6.5
TB/ $g\cdot L^{-1}$	70.0± 15.6**	61.2± 11.3

注:2 组间比较 * $P<0.05$, ** $P<0.01$ 。

4 讨论

参麦注射液是由红参、麦冬组方制备而成的中药复方注射剂,呈微黄色或淡棕色,是在古代名方“生脉散”的基础上,经现代科学技术研究而成的纯中药注射液,主治气阴两虚,自汗暴脱,虚咳喘促,气短肢冷,脉虚及食少倦怠,惊悸健忘,气血津液不足之症。广泛用于各种疾病的临床治疗,具有起效迅速、疗效确切的特点,受到医生和患者的肯定。中医学认为:红参味甘苦性温,可大补元气、益气生津、安神益智,麦冬味微苦、性凉,具有养阴益胃、润肺清心之功效,两药联合使用更具大补元气、益气固脱、养阴生津、复阳生脉之功效^[1]。现代医学研究认为参麦注射液含有人参皂甙、麦冬皂甙及微量人参多糖、麦冬多糖等有效成分,能增强肿瘤患者的抗肿瘤能力,对造血系统有保护作用。动物实验证明:参麦注射液能明显改善心、肝、脑等重要脏器的营养性血流量,增强机体的耐缺氧能力,具有增强心肌收缩力、降低肺血管阻力、消除氧自由基、增加心肌灌注、提高心肌抗氧化的能力,故能增强心肺功能、预防心肺功能不全,同时也具有扩张血管、改善微循环和调节免疫功能的作用^[2]。刘鹏^[3]选取女性乳腺癌治疗性手术患者 80 例,随机分为 2 组,治疗组术后静脉注射参麦注射液治疗 7d,结果治疗组的伤口愈合时间、手术并发症均少于对照组,血红蛋白恢复明显优于对照组($P<0.05$),NK 细胞、CD4、CD4/CD8 比值治疗组术后比对照组有显著性升高($P<0.05$)。程宇星^[4]也报道 45 例腹部外科术后患者经静脉使用参麦注射液,其肛门排气时间、伤口拆线时间、并发症的发生率、术后平均住院时间、术后平均住院费用均比对照组有改善($P<0.01$, $P<0.05$)。并认为参麦注射液作为纯中药注射液,具有起效迅速、疗效确切的特点,在腹部外科临床使用上有其独特的效果,对患者术后的康复起到促进作用,缩短了患者的住院时间和住院费用。

总之,目前的临床试验表明,参麦注射液(下转第 62 页)

菌药(阿莫西林、甲硝唑、克拉霉素、阿奇霉素)4~8 周。

2.2 随访 随访半年~6 年。非手术和溃疡穿孔单纯修补术 66 例中随访 51 例,其中溃疡复发 35 例(68.6%)。胃大部切除术 88 例,随访 71 例,溃疡复发 3 例(4.2%),显著低于前者, $P<0.01$ 。

3 讨论

3.1 诊断 溃疡病穿孔是指胃、十二指肠溃疡穿破使胃、十二指肠内容物进入腹腔,这是溃疡病最常见而严重并发症之一。穿孔的发生率约占 5%~10%^[2],文献报道,十二指肠穿孔占有消化性溃疡穿孔的 90%~93.8%^[3,4]。本组十二指肠球部溃疡穿孔占 69.1%,幽门前溃疡占 11.4%。消化性溃疡穿孔大多数临床表现较典型,主要表现为突然刀割样或撕裂样剧烈腹痛,开始为上腹部,很快扩散至全腹,腹肌紧张,板状腹,全腹压痛、反跳痛,移动性浊音阳性,肝浊音界消失或缩小,肠鸣音减弱或消失,结合腹部 X 线检查、B 超及腹穿阳性,均可明确诊断。本组 154 例术前确诊 143 例(92.8%),误诊 11 例(7.1%)。主要误诊原因:(1)过分相信 X 线检查,“肠胀气、有液气平”而诊断为肠梗阻,而对体格检查腹肌紧张重视不够,最后剖腹探查才确诊。(2)对病史询问不够详细,以及对“转移性右下腹痛”认识不足。溃疡穿孔后,胃十二指肠液沿右结肠旁沟流至右下腹,使腹痛由上腹部扩散到右下腹,但仍以上腹痛为重,而急性阑尾炎的疼痛转移一般于发病后数小时才至右下腹,上腹痛则减轻,且右下腹疼痛加重而固定,右下腹压痛、反跳痛局限。文献报道,20 min 后发生疼痛“转移”阑尾炎的可能性小^[5]。(3)对于透视膈下无游离气体,而病史及体征符合消化性溃疡穿孔,因过分强调“既往无溃疡病病史”而延误诊断,据报道 17%可无溃疡病史^[6],结合腹部 B 超和腹穿阳性而确诊。本组无溃疡病史 42 例(27.3%),笔者的经验是:(1)重视病史及体征,结合辅助检查 X 线、B 超,一般可确诊;(2)重视诊断性腹腔穿刺,本组腹腔穿刺阳性率 85.2%;(3)腹部 X 线检查阴性,应结合 B 超提高术前确诊率,B 超检查较 X 线敏感,且准确率高,二者结合尤佳。

3.2 治疗

3.2.1 非手术治疗 随着现代医学的发展,特别是近年来对消化性溃疡发病机理的研究,幽门螺杆菌及胃酸分泌机制的阐明,确立了消化性溃疡的病因。胃黏膜保护剂、强效制酸药、质子泵抑制剂以及抗幽门螺杆菌药物的出现,使溃疡病的治愈有了可能^[7-9]。非手术治疗适应征:(1)患者年轻,代谢旺盛,组织愈合能力强;(2)溃疡病史短,溃疡周围瘢痕组织少,有利于愈合;(3)空腹穿孔,腹腔内胃、十二指肠液较少,污染轻,有利于炎症局部吸收;(4)腹膜炎体征较轻且局部,提示穿孔直径小。据报道^[10]严格掌握保守治疗指征,成功率

(上接第 38 页)可用于或辅助用于多种常见病的治疗,作用确切,患者易耐受。尽管尚有许多问题需要大规模、长时间的临床对照研究解决,但参麦注射液在临床疾病中的应用会有更好的前景^[5]。

参考文献

[1]卢克盛.参麦注射液在肿瘤化疗中的作用[J].浙江中西医结合杂志,1996,6(4):245
[2]李国伟,朱永根.参麦注射液在腹部外伤低血容量性休克至多脏器

可达 95.2%,本组非手术治疗 31 例,在治疗过程中无中转手术病例,全部治愈出院。

3.2.2 手术治疗 手术是溃疡病穿孔的主要治疗方法,分为单纯性穿孔修补术和彻底性胃大部切除术。(1)单纯穿孔修补术操作简单,危险性较小,对病情重,不能耐受溃疡切除术或病史较短,穿孔小,瘢痕少,轻壮年病人,修补术后积极内科治疗可治愈,对穿孔周围组织较硬或水肿严重者不宜缝合,可将大网膜填入穿孔处^[11],周围用细丝线缝合固定于胃壁或十二指肠壁。穿孔修补只闭合溃疡而不是治愈溃疡,复发率较高,约 50%~80%^[9],需再次手术,本组非手术和修补术复发率为 68.6%(35/51)。(2)彻底性胃大部切除术:消化性溃疡穿孔多主张胃大部切除术,因为其既治愈穿孔又治愈溃疡,但对术者手术技术要求高,操作复杂。本组行胃大部切除术 88 例(57.1%),术后无十二指肠残端瘘、吻合口瘘等近期并发症,疗效满意,远期效果也较好。随访的 71 例中只有 3 例复发,占 4.2%,远远低于非手术或单纯修补术组。既往认为溃疡根治术仅适用于穿孔<12 h 者,我们认为,>12 h 不能将其作为手术禁忌证,如果腹腔污染轻,穿孔部位瘢痕小、水肿轻,即使>12 h 也可手术。本组 25 例>12 h 行胃大部切除,均顺利出院。

总之,非手术治疗、单纯穿孔修补术和胃大部切除术近期疗效及并发症无明显差异,但彻底性手术远期疗效明显优于非手术治疗和单纯穿孔修补术。我们主张,在条件允许的情况下,尽可能作彻底性手术,以达到对溃疡病及穿孔彻底治疗,提高病人的生存质量。

参考文献

[1]葛步军.青少年消化性溃疡的治疗[J].陕西医药杂志,2001,30(9):522~523
[2]陈志平.消化性溃疡并发症的外科治疗[J].胃肠病学,2004,9(1):44~45
[3]张震华,张国政.胃外科学[M].北京:人民卫生出版社,1993.140
[4]吴孟超,仲剑平.外科学新理论与新技术[M].上海:上海科学教育出版社,1996.225~226
[5]叶庆华,林启锐,曾灏.老年人消化性穿孔 108 例临床分析[J].河北医药,2000,22(10):746~747
[6]方喜,陈进新,温思奇.老年人消化性穿孔手术治疗 165 例[J].河北医药,2001,23(9):658~659
[7]丁建勋,王学峰.急诊 B 型超声在上消化道溃疡穿孔诊断上的应用[J].中华消化杂志,1997,17(5):293~295
[8]王强.胃肠外科学[M].北京:人民军医出版社,2001.104~122
[9]谭毓铨.溃疡病外科治疗的展望[J].中国现代手术学杂志,2000,4(2):150~152
[10]马进,蔡秀军.消化性溃疡穿孔保守治疗的定量指标探讨[J].中国普通外科杂志,2002,11(12):725~727
[11]陈道达,陶凯雄.消化性溃疡外科治疗的手术方式[J].中国普外基础与临床杂志,2000,7(3):172~173

(收稿日期:2006-09-25)

功能失常综合征中的防治作用[J].中西医结合实用临床急救杂志,1999,6(1):26~27
[3]刘鹏,曹迎明,乔新民,等.参麦注射液促进乳腺癌患者术后恢复的临床观察[J].中国中西医结合杂志,2000,20(5):328~329
[4]程宇星,姚睿智,徐发彬.腹部术后使用参麦注射液 45 例临床观察[J].河北中医,2004,26(7):492~493
[5]吕爱琴,闫双银,王丽芳,等.参麦注射液的临床应用进展[J].天津药学,2004,16(4):31~35

(收稿日期:2006-09-05)