

推,但经随访发现根治手术后患者 5 年存活率仍很低。为进一步提高外科手术对胃癌患者的疗效,早在上世纪 50 年代起就有学者开始提出在对患者肿瘤部位接触前,先对其肠管远近端、肠段系膜血管进行结扎,目的在于降低肿瘤的扩散。据相关资料对 2 015 例直肠癌手术患者的回顾性研究中发现术前结扎肠腔能降低肿瘤的复发、提高患者存活率,这就为全阻断技术应用于胃癌手术提供了技术依据。最先提出胃癌阻断技术的是日本学者山岸久一,其技术关键点是术前在患者肿瘤远近端胃壁上各夹一血管阻断夹用以断绝肿瘤血供,从而达到预防癌细胞转移的目的。但因癌细胞的转移除血行转移外,还包括淋巴道转移、胃腔内与腹膜播散等方式,因此,采用纱布与血管阻断夹未能全部阻断癌细胞所有转移途径,再加上阻断夹体积较大影响手术操作,因此该技术的应用至今未能在临床上得到普及。

我院本次对实验组 52 例患者进行了全阻断(隔)胃癌根治术,先通过血管阻断夹隔绝患者肿瘤

与外界的联系,使之处于“孤立”状态以断绝癌细胞扩散,然后再切除肿瘤以避免后期操作对其碰压引起癌细胞转移。结果发现:实验组手术所用时间相比对照组更长($P<0.05$),但其住院天数与并发症发生率相比对照组却明显较低($P<0.05$);对照组相比实验组 1、3、5 年的存活率明显更低($P<0.05$)。综上,给予胃癌患者阻断(隔)根治术不仅操作简便,而且能更有效地控制癌细胞的转移,相比传统根治术其并发症发生率低,且患者 5 年存活率较高,具有临床推广价值。

参考文献

- [1]范金阳,孙培春.腹腔镜辅助近端胃癌根治术 48 例临床疗效分析[J].中国实用医刊,2014,41(9):66-67
- [2]严建宇,杨钦清,朱建民,等.影响胃癌根治术患者预后的相关因素分析[J].武警医学,2014,25(3):267-268,271
- [3]郭峰华,罗奋,茅翔,等.全阻断(隔)胃癌根治术与传统胃癌根治术的比较[J].复旦学报,2010,37(1):103-105,123
- [4]陈宏宇.腹腔镜胃癌根治术 71 例临床分析[J].中国现代药物应用,2014,8(3):31-32
- [5]郭晓鹏.全阻断(隔)胃癌根治术与传统胃癌根治术的比较[J].中国医药指南,2012,10(9):89-90

(收稿日期:2014-07-09)

中西医结合治疗晚期肠癌的临床观察*

王丽芬 曹蕊芸[#]

(江苏省常州市武进中医医院 常州 213161)

摘要:目的:观察中西医结合治疗晚期肠癌的临床效果。方法:将 40 例晚期肠癌患者随机分成治疗组与对照组各 20 例。对照组给予替吉奥治疗,治疗组采用健脾益肾补肺法联合替吉奥治疗,21 d 为 1 个周期,共治疗 2 个周期。观察两组近期疗效、临床症状积分、生活质量和不良反应发生情况。结果:治疗组的临床症状、生活质量均优于对照组。结论:健脾益肾补肺法联合化疗治疗晚期肠癌可以改善临床症状及生活质量,延长患者的生命。

关键词:晚期肠癌;中西医结合疗法;临床观察

中图分类号:R735.35

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.020

大肠癌是包括盲肠至直肠整个肠段的癌,是常见的恶性肿瘤。据统计,其发病率占恶性肿瘤的第 7 位,死亡率占第 5 位,在胃肠道中发病率仅次于胃癌^[1]。大肠癌目前的治疗仍以手术切除为主,综合应用放疗、化疗、中医、免疫等多种手段。化疗是晚期肠癌主要的治疗方法,可延长晚期肠癌患者的中位生存期;尤其是随着新药的问世,包括口服氟尿嘧啶类(如替吉奥)、第 3 代铂类、喜树碱类、分子靶向药物等,使晚期大肠癌的中位生存期延长到超过 20 个月^[2]。替吉奥是近年来上市的抗消化道恶性肿瘤药物^[3-4],由于其毒性较低易于管理,在临床上已经越来越多地代替全身静脉化疗。我科从 2012 年 3 月~2014 年 4 月,采用中药结合常规化疗治疗晚期肠癌 20 例,并与单纯化疗组 20 例进行比较。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 40 例病例均选自我科病房和门诊,随机分为治疗组和对照组各 20 例。病例类型均为腺癌,病理分期均为 IV 期。治疗组男性 11 例,女性 9 例;平均年龄 62.6 岁;直肠癌 9 例,结肠癌 11 例;术后复发者 13 例,未行手术者 7 例。对照组男性 12 例,女性 8 例;平均年龄 63.5 岁;直肠癌 7 例,结肠癌 13 例;术后复发者 10 例,未行手术者 10 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入或排除标准 纳入标准:有明确的病理学或细胞学诊断依据;中医辨证符合脾肾亏虚型标准:腹痛喜温喜按,或腹内结块,下利清谷或五更泄泻,或见大便带血,面色苍白,短气自汗,言语无力,畏寒肢冷,腰酸膝冷,苔薄白,舌质淡胖,有齿痕,脉

[#]通讯作者:曹蕊芸,E-mail:mmccff@chinaren.com

*基金项目:江苏省常州市武进区科技项目(编号:WS201227)

况细弱。符合化疗适应证,近1个月内未接受其他抗癌治疗;KPS≥60分;预计生存期≥3个月;常规检查无明显化疗禁忌;依从性好者。排除标准:不符合入选标准;严重感染者;肠梗阻或不全性梗阻,胃肠道穿孔倾向的患者;精神病人不能合作治疗者;妊娠妇女;过敏体质病人;严重的心、肝、肾、脑等脏器实质性或功能性疾患。

1.3 治疗方法 治疗组:给予替吉奥治疗:2次/d,早晚饭后服用,连用2周,休息1周重复,3周为1个周期,观察2个周期,初始剂量按体表面积计算。同时根据病情予对症及支持处理。结合健脾补肾益肺方治疗,组方:太子参12g、生黄芪15g、炒白术12g、云茯苓13g、炒薏苡仁20g、黄精10g、五味子10g、山茱萸10g、菟丝子10g、白花蛇舌草20g、仙鹤草20g、半枝莲20g、陈皮6g、炙甘草3g等。随证加减:腹痛明显者,加川楝子10g、郁金10g、延胡索15g等;大便秘结偏虚者,加火麻仁15g、郁李仁15g、首乌15g等;大便溏稀者,加赤石脂30g、诃子肉15g、石榴皮15g等;腹部肿块者,加夏枯草30g、海藻30g、昆布30g等;便血不止者,仙鹤草用量改为30g,并加用三七6g、艾叶15g等;脓血黏便者,加地榆15g、白头翁10g、槐角10g等;纳呆腹胀者,加砂仁3g(后下)、焦楂曲各15g、谷麦芽各12g等;胸闷呕恶者,加姜半夏10g、竹茹6g、藿香12g、佩兰12g等;口干明显者,加石斛15g、玉竹12g、芦根30g等;阴虚发热者,加青蒿30g、鳖甲30g(先煎)、白薇10g等;心悸失眠者,加柏子仁20g、酸枣仁30g、远志20g等;面萎唇白(血象低)者,加阿胶12g、当归10g、花生衣10g等;白细胞下降者,加骨碎补10g、仙灵脾15g等;腹水少尿者,加猪苓15g、大腹皮30g、泽泻12g等;肾阳虚者,加仙灵脾15g、巴戟天12g、肉桂12g等。该方药于化疗间期每日1剂,煎取300ml,早晚分服,连服8周。对照组:给予替吉奥口服,具体用量用法同治疗组。

1.4 疗效观察 观察指近期疗效(瘤体变化)、临床症状积分(腹痛、腹胀、腹泻、便血)、体重的变化、卡式评分、不良反应(骨髓抑制、胃肠道反应、肝肾功能)情况。

1.5 统计学处理 采用SPSS16.0专用软件进行数据处理,所有数据均用均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示。计量资料采用t检验,计数资料采用卡方检验,等级资料采用Wilcoxon秩和检验、Ridit检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者近期疗效比较 经Wilcoxon秩和

检验, $P > 0.05$,两组差异无统计学意义。见表1。

表1 两组患者近期疗效比较 例

组别	n	CR	PR	SD	PD
治疗组	20	0	5	14	1
对照组	20	0	4	14	2

2.2 两组患者中医证候疗效比较 经Wilcoxon秩和检验, $P < 0.05$,两组差异有统计学意义,显示治疗组的中医证候疗效优于对照组。见表2。

表2 两组患者中医证候疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效
治疗组	20	3	15	2
对照组	20	0	14	6

2.3 两组患者体重变化比较 经秩和检验,差异有统计学意义, $P < 0.05$,治疗组患者体重变化优于对照组。见表3。

表3 两组患者体重变化比较 例

组别	n	增加	稳定	减少
治疗组	20	7	12	1
对照组	20	2	11	7

2.4 两组患者卡式评分变化比较 经秩和检验,差异有统计学意义, $P < 0.05$,治疗组患者卡式评分变化优于对照组。见表4。

表4 两组患者卡式评分变化比较 例

组别	n	升高	稳定	下降
治疗组	20	12	6	2
对照组	20	3	9	8

2.5 两组患者毒副反应比较 治疗过程中,两组出现的骨髓抑制及消化道反应,治疗组明显轻于对照组,两组比较, $P < 0.05$ 。见表5。

表5 两组患者毒副反应比较 例

毒副反应	组别	1度	2度	3度	4度
白细胞减少	治疗组	10	2	1	0
	对照组	15	1	3	0
血小板减少	治疗组	8	3	0	0
	对照组	10	5	0	0
贫血	治疗组	6	0	0	0
	对照组	5	3	0	0
恶心呕吐	治疗组	7	3	1	0
	对照组	5	6	3	0
肝功能	治疗组	4	1	0	0
	对照组	8	1	0	0
肾功能	治疗组	0	0	0	0
	对照组	0	0	0	0

3 讨论

大肠癌最早见于《内经》,在中医学上属于“肠覃、积聚、脏毒、锁肛痔”等范畴,中医文献中无大肠癌的病名,但有类似大肠癌症状的记载,目前多以“肠覃”名之。大肠癌产生的病机以湿热、火毒、瘀滞为病之标,脾虚、肾亏、正气不足为病之本,二者互为因果,正虚邪实、脾虚、湿毒、瘀滞是病理关键所在。陈锐深^[5]认为大肠癌发病较为复杂,总属本虚标实之证,病程中多见虚实夹杂,早期患者其证候特点以湿浊、热毒、瘀阻等表现为主,中晚期患者多以脾肾亏虚、气血不足为主要表现。扶正祛邪法为肿瘤的治疗大法,健脾补肾益肺法以充养先后天之本为基础,结合治肺为原则,主要由太子参、生黄芪、炒白术、云