

两组患者术后并发症发生率、随访期间局部复发率、淋巴结复发率、远处转移率及 5 年生存率均无显著差异 ($P>0.05$)，观察组患者乳房外观美学优良率 94.3% 与对照组乳房外观美学优良率 0 有显著差异 ($P<0.01$)；观察组患者术后生理功能、生理职能、躯体疼痛、社会功能、精神健康、情感职能、活力、一般健康状况积分均显著高于对照组 ($P<0.01$)。综上所述，保乳手术治疗早期乳腺癌效果与改良根治术相当，且具有良好的乳房美学效果，显著提升患者生存质量，值得临床推广应用。

参考文献

[1] 邓宏武,周征宇,万能斌,等.早期乳腺癌保乳手术与改良根治术的临床疗效及生活质量比较[J].中国普通外科杂志,2012,21(9):1123-1126

[2] 孔雷,杨华丽,李炜,等.早期乳腺癌保乳手术与根治术的临床疗效分析[J].上海交通大学学报(医学版),2009,29(10):1266-1271
 [3] 朱运新,龚建军,翟新发,等.乳腺癌保乳手术 38 例临床分析[J].中华内分泌外科杂志,2010,4(5):314-315
 [4] 李伟,王冰涛,尚宏清,等.保乳手术与改良根治术治疗早期乳腺癌的临床疗效比较[J].局解手术学杂志,2014,23(1):79-81
 [5] 李金明,姜井颂,刘琛.早期乳腺癌保乳手术 196 例回顾性分析[J].中国现代普通外科进展,2010,13(8):621-623
 [6] 蒋正顺,尤祥正,王贵清.早期乳腺癌保乳治疗与改良根治术的疗效对比[J].中国现代医生,2012,50(10):41-43
 [7] 陆国建,曹福寿.早期乳腺癌保乳术与改良根治术治疗乳腺癌的比较研究[J].中国妇幼保健,2011,26(27):4286-4287
 [8] 张保宁,张斌,唐中华,等.中国乳腺癌手术治疗 10 年的发展与变迁[J].中国肿瘤杂志,2012,34(8):582-587

(收稿日期: 2016-04-09)

中医药辅助 FOLFOX-4 化疗方案治疗晚期直肠癌效果及对 KPS 评分的影响

蔡洪 李捷萌 黄桂锋

(福建省泉州市中医院 泉州 362000)

摘要:目的:研究中医药辅助 FOLFOX-4 化疗方案治疗晚期直肠癌的效果及对 KPS 评分的影响。方法:选择 2015 年 5~10 月于我院肿瘤科住院治疗的晚期直肠癌患者 80 例为研究对象,随机分为对照组和辅助治疗组各 40 例。对照组予以 FOLFOX-4 化疗方案全身化疗,辅助治疗组在对照组治疗基础上同时予以中医药辅助治疗。比较两组的治疗效果和 KPS 评分变化。结果:治疗两个周期后,对照组有效率为 35.0%,辅助治疗组有效率为 60.0%,辅助治疗组有效率明显高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。对照组 KPS 评分升高率为 27.5%,辅助治疗组升高率为 60.0%,辅助治疗组升高率明显高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:中医药辅助 FOLFOX-4 化疗方案治疗晚期直肠癌有助于增强疗效、提高 KPS 评分、增加患者体力,有临床推广使用价值。

关键词:晚期直肠癌;中医药疗法;FOLFOX-4 化疗方案;KPS 评分

中图分类号:R735.37

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.05.017

直肠癌是指发生于齿状线至乙状结肠末端的上皮性恶性肿瘤,其发病率仅次于肺癌和胃癌,位居第三^[1],其发病率和死亡率呈逐年上升趋势。直肠癌的治疗方式和大多数肿瘤相同,采用以手术为主,结合放疗、化疗等多种治疗方式为主的综合治疗方法。晚期直肠癌由于多发生远处转移,可以采用手术进行姑息治疗,同时必须结合放化疗以控制肿瘤发展^[2]。但是,化疗有恶心、呕吐、神经系统反应等不良反应,导致患者不能承受足够周期的化疗,最终中断治疗,影响疗效。很多研究证明中医药有减轻化疗不良反应的效果,可以作为化疗的辅助疗法^[3]。本文研究了中医药辅助 FOLFOX-4 化疗方案治疗晚期直肠癌的效果及对 KPS 评分的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 5~10 月于我院肿瘤科住院治疗的晚期直肠癌患者 80 例为研究对象,其

中男 46 例,女 34 例,平均年龄 (65.2 ± 16.2) 岁。所有患者均被诊断直肠癌,均有病理学证据,其中腺癌 63 例,黏液腺癌 17 例;临床分期 III 期 48 例,IV 期 32 例;行直肠癌根治术 35 例,未行手术 45 例。排除标准:(1) 对所用化疗药物过敏者;(2) 患者精神疾病者;(3) 严重肝肾功能不全者;(4) 全身衰竭或恶病质者;(5) 造血功能不全者^[4]。用随机数表法将 80 例患者分为两组,每组 40 例,对照组男 24 例,女 16 例;平均年龄 (63.8 ± 17.1) 岁;腺癌 32 例,黏液腺癌 8 例;临床分期 III 期 25 例,IV 期 15 例;行直肠癌根治术 18 例,未行手术 22 例。辅助治疗组男 22 例,女 18 例;平均 (66.6 ± 15.3) 岁;腺癌 31 例,黏液腺癌 9 例;临床分期 III 期 24 例,IV 期 16 例;行直肠癌根治术 17 例,未行手术 23 例。两组在性别、年龄、疾病等一般情况方面无差异 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 所有患者均予以营养支持及对症

治疗。在此基础上,对照组予 FOLFOX-4 化疗方案治疗。FOLFOX-4 化疗方案:奥沙利铂 85 mg/m², iv, h0-h2, d1; LV 200 mg/m², iv, h0-h2, d1, d2; 5-FU 400 mg/m², 推注; 5-FU 600 mg/m², iv, h2-h22, d1, d2。每 2 周 1 次, 4 周为 1 个周期。辅助治疗组在对照组的基础上, 予中药加味六君子汤辅助治疗, 组成: 党参 20 g、半夏 12 g、陈皮 12 g、白术 15 g、茯苓 15 g、白芷 10 g、甘草 10 g、木香 8 g、砂仁 8 g、黄芪 20 g、麦芽 15 g, 水煎服, 每日 1 剂, 每剂 300 ml^[9]。8 周后评价两组的疗效及 KPS 评分。

1.3 疗效评价 完全缓解(CR): 原发灶消失, 没有新病灶出现; 部分缓解(PR): 病灶减小三分之一以上; 稳定(SD): 病灶变化位于部分缓解和进展标准之间; 进展(PD): 原病灶增大 20% 以上或出现新病灶。有效率为(完全缓解 + 部分缓解) / 例数 × 100%。

1.4 KPS 评分 KPS 评分即卡氏体力状况评分, 满分 100 分, 表示患者的体力状况, 得分越高, 体力状况越好, 越能耐受化疗的副作用。对患者治疗前后进行 KPS 评分, 治疗前后相比, KPS 评分增加大于 10 分定为升高, 减少大于 10 分定为降低, 变化 10 及以内定为稳定^[9]。

1.5 统计学分析 使用 SPSS19.0 统计软件对获得的数据进行处理, 用卡方检验比较两组计数资料, 以 *t* 检验比较两组计量资料, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗 2 个周期后, 对照组有效率为 35.0%, 辅助治疗组有效率为 60.0%, 辅助治疗组有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较

组别	n	完全缓解(例)	部分缓解(例)	稳定(例)	进展(例)	有效率(%)
对照组	40	1	13	17	9	35.0
辅助治疗组	40	7	17	12	4	60.0
P						<0.05

注: 两组有效率比较, $\chi^2=5.012, P=0.025$ 。

2.2 两组 KPS 评分变化比较 治疗 2 个周期后, 对照组 KPS 评分升高率为 27.5%, 辅助治疗组升高率为 60.0%, 辅助治疗组升高率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组生活质量评分比较

组别	n	降低(例)	稳定(例)	升高(例)	升高率(%)
对照组	40	13	16	11	27.5
辅助治疗组	40	4	12	24	60.0
P					<0.05

注: 两组升高率比较, $\chi^2=8.584, P=0.003$ 。

3 讨论

直肠癌是常见的消化系统恶性肿瘤, 其发病率逐年升高, 大有超越肺癌和胃癌成为肿瘤发病率第一位的趋势。直肠癌的病因与饮食密切相关, 研究表明, 摄入过多高脂肪高蛋白食物, 纤维摄入不足者直肠癌发病率明显高于正常人^[7]。早期直肠癌症状不明显, 肿瘤增大至一定程度时才会出现便血、排便习惯改变、大便性状改变等症状, 因此大多数患者就诊时就已经发展为局部浸润或伴有远处转移的中晚期肿瘤, 即使诊断为早期的患者手术后复发率也较高, 因此直肠癌的治疗通常采用手术为主, 化疗、放疗及其它治疗方式的综合治疗^[8]。中医认为肿瘤是脾胃气虚, 气血运化失调, 湿热聚积于体内而形成的。化疗是晚期直肠癌患者常用的治疗方式, FOLFOX-4 化疗方案是常用方案之一, 主要药物是奥沙利铂和 5-氟尿嘧啶, 其有效率可达 35% 左右。奥沙利铂是第三代铂类化疗药物, 作用靶点为 DNA, 可引起 DNA 链内和链间交叉连结, 抑制 DNA 作用较顺铂和卡铂更强, 其与 5-FU 有协同作用, 可增强疗效^[9]。5-FU 是尿嘧啶 5 位上的氢被氟取代的衍生物, 其可抑制脱氧胸苷酸合成酶, 阻止 dUMP 甲基化转变为 dTMP, 从而抑制 DNA 的合成。但由于化疗药物的不良反应如胃肠道反应、免疫力降低、感觉神经病变等严重影响患者的生活质量, 使他们不能完成计划周期的化疗, 严重影响化疗的疗效。中医认为化疗损伤人体正气, 致脾胃不和。香砂六君子汤由党参、白术、茯苓、木香、陈皮、半夏、砂仁、甘草等中药材组成, 具有调节脾胃, 扶本固正的功効^[10], 对化疗的不良反应具有调节作用, 可以作为晚期直肠癌的辅助药物。此方在香砂六君子汤的基础上加用黄芪和麦芽, 黄芪益气补中, 麦芽健脾和胃, 增强方剂健脾开胃降逆及理气消胀之功效, 使胃气得降, 脾气得升, 脾胃受纳而运化得以恢复。

本研究对两组患者在营养支持及对症治疗基础上, 予以 FOLFOX-4 化疗方案治疗, 辅助治疗组同时予以中药方剂为加味六君子汤辅助治疗, 治疗两个周期后发现辅助治疗组有效率明显高于对照组, 辅助治疗组 KPS 评分升高率明显高于对照组。有研究已经证实, 香砂六君子汤有减轻胃黏膜瘀血、水肿等病理变化, 抑制胃黏膜炎症反应, 从而起到促进胃黏膜慢性损伤恢复的作用。本实验观察到加味香砂六君子汤辅助化疗可以明显减轻化疗的毒副作用, 改善患者生活治疗, 从而提高患者的治疗耐受程度。综上所述, 对于晚期直肠癌患者予以 FOLFOX-4 化

疗方案治疗时,加用中医药辅助治疗,有助于提高疗效并提高患者的 KPS 评分,使患者体力得到恢复,具有临床研究和推广使用价值。

参考文献

[1]陈琼,刘志才,程兰平,等.2003~2007 年中国结直肠癌发病与死亡分析[J].中国肿瘤,2012,21(3):179-182

[2]石会勇,徐忠法.结直肠癌化疗的研究进展[J].中华肿瘤防治杂志,2012,19(24):1915-1918

[3]桂林,刘云肖,马惠荣,等.补中益气汤加味治疗结直肠癌化疗便秘的疗效观察[J].中国药房,2010,21(27):2574-2575

[4]吴崇杰,余雄,万焱华,等.术中局部植入氟尿嘧啶缓释剂对结直肠癌化疗的安全性研究[J].海南医学,2010,21(12):76-77

[5]冯华越,赵权.加味香砂六君子汤治疗化疗致胃肠道反应疗效观察[J].广西医学,2011,33(9):1241-1242

[6]秦丹梅.中西医结合治疗对脑转移瘤患者 KPS 评分影响[J].湖北中医杂志,2013,35(4):37-38

[7]钟林,李强,陈飞,等.结直肠癌基因治疗研究进展[J].岭南现代临床外科,2014,14(2):207-210

[8]朱艳虹,孙晓南,许靖,等.放射治疗联合奥沙利铂与卡培他滨治疗局部晚期直肠癌的疗效观察[J].肿瘤,2010,30(6):539-542

[9]王建中,柯友辉,刘鹏程,等.宜肠宁方联合 FOLFOX-4 方案治疗晚期结直肠癌 30 例临床研究[J].福建中医药,2011,42(5):23-24

[10]肖兵,孙月梅,郭宏珺.肠内营养联合香砂六君子汤对结直肠癌患者术后营养状态及免疫功能的影响[J].河南中医,2015,35(12):3030-3032

(收稿日期:2016-04-28)

微切口超声乳化联合人工晶体植入术对白内障的治疗价值评析

潘竹娟

(广州医科大学附属第五医院眼科 广东广州 510700)

摘要:目的:分析微切口超声乳化联合人工晶体植入术对白内障的治疗价值。方法:本研究对象为我院 2014 年 12 月~2015 年 12 月收治的白内障患者 100 例 120 眼,根据患者入院顺序分为对照组和观察组,每组 50 例 60 眼。对照组采用主切口为 3.2 mm 的传统超声乳化吸除白内障联合人工晶体植入手术,观察组采用主切口为 2.2 mm 的微切口超声乳化联合人工晶体植入术,观察并记录两组患者手术前后的角膜散光、最佳矫正视力、角膜内皮细胞密度。结果:观察组患者的中央角膜内皮细胞密度的减少值和丢失率均明显少于对照组, $P<0.05$ 。两组患者治疗前角膜散光比较差异无统计学意义($P>0.05$);在术后 1 d、1 周、3 个月,观察组角膜散光度数小于对照组($P<0.05$)。观察组术后早期最佳矫正视力优于对照组。结论:微切口超声乳化联合人工晶体植入治疗白内障对角膜形态有较小影响,手术源性散光小,术后患者愈合时间短,恢复快,但手术操作难度大,2.2 mm 微切口超声乳化联合人工晶体植入术可根据患者病情和实际情况在临床中广泛应用。

关键词:白内障;微切口超声乳化;人工晶体植入;疗效评价

中图分类号:R776.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.05.018

随着我国老年人越来越多,白内障患者也越来越多。在药物未取得良好效果之前,手术仍是治疗白内障的主要手段^[1]。多年来白内障超声乳化手术不断得到改进,切口从 3.2 mm 减小到 1.8 mm,连续环形撕囊到飞秒激光撕囊。随着白内障超声乳化器械的改进,为减少术后散光,目前临床上流行微切口超声乳化技术联合人工晶体植入治疗白内障^[2]。

1 资料和方法

1.1 临床资料 本研究对象为我院 2014 年 12 月~2015 年 12 月收治的白内障患者 100 例 120 眼,其中男 77 眼,女 43 眼;年龄 16~77 岁,平均年龄 65.2 岁;根据白内障晶状体核分级标准对患者进行分级^[2]: II 级 20 眼、III 级 84 眼、IV 级 16 眼。根据患者入院顺序随机分为对照组和观察组,每组 50 例 60 眼。两组患者在性别、年龄、晶状体分级等一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。排除术眼有青光眼、眼底出血等影响视力的疾病及高血压、糖尿病等

严重全身疾病的患者。

1.2 治疗方法 对照组采用传统超声乳化白内障联合人工晶体植入手术,眼球表面麻醉后在角膜缘 11 点钟位置,应用 3.2 mm 角膜穿刺刀进行隧道式透明角膜切口,在 2 点钟位置做侧面切口,在前房内注入黏弹剂,环形撕囊后进行充分水利,用自动灌吸系统抽出残留皮质,在负压下进行后囊抛光,然后植入折叠人工晶状体,再清除囊袋和前房内的黏弹剂。观察组采用同轴 2.2 mm 微切口超声乳化联合人工晶体植入术,术中使用与切口相配的手术器械及超声乳化系统,手术步骤与对照组一致。两组患者手术均由同一名医师进行操作。术后第 1 天给予妥布霉素地塞米松滴眼液、妥布霉素地塞米松眼膏、重组牛碱性成纤维细胞生长因子滴眼液,连续用药 4 周。

1.3 观察指标 观察并记录两组患者术前及术后 1 d、1 周、3 个月角膜散光变化,两组患者手术前后中央角膜内皮细胞密度变化及术后 1 d、1 周、3 个月