

率明显高于对照组,  $P<0.05$ , 差异具有统计学意义。见表 1。

| 表 1 两组患儿临床疗效比较[例(%)] |    |           |           |           |           |
|----------------------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 组别                   | n  | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效       |
| 观察组                  | 41 | 20(48.78) | 19(46.34) | 2(4.88)   | 39(95.12) |
| 对照组                  | 41 | 16(39.02) | 14(34.15) | 11(26.83) | 30(73.17) |
| $\chi^2$             |    |           |           |           | 5.719     |
| P                    |    |           |           |           | <0.05     |

2.2 两组血清 IgG 和 IgA 水平及症状积分比较  
治疗前, 两组患儿血清 IgG、IgA 水平及症状积分比较无显著性差异,  $P>0.05$ ; 治疗后, 两组血清 IgG 和 IgA 水平均较前明显改善, 且观察组血清 IgG 和 IgA 水平高于对照组, 症状积分低于对照组,  $P<0.05$ , 差异具有统计学意义。见表 2。

| 表 2 两组血清 IgG 和 IgA 水平及症状积分比较( $\bar{x} \pm s$ ) |    |                           |                          |                          |  |
|-------------------------------------------------|----|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| 组别                                              | n  | IgG(g/L)                  | IgA(g/L)                 | 症状积分(分)                  |  |
| 治疗前 观察组                                         | 41 | 7.16± 0.57                | 0.98± 0.32               | 6.38± 1.45               |  |
| 治疗前 对照组                                         | 41 | 7.22± 0.46                | 0.96± 0.41               | 6.50± 1.62               |  |
| 治疗后 观察组                                         | 41 | 12.16± 1.04 <sup>##</sup> | 1.38± 0.47 <sup>##</sup> | 2.01± 0.33 <sup>##</sup> |  |
| 治疗后 对照组                                         | 41 | 11.47± 1.15 <sup>*</sup>  | 1.17± 0.24 <sup>*</sup>  | 4.87± 1.05 <sup>*</sup>  |  |

注: 与治疗前比较,  $^*P<0.05$ ; 与对照组治疗后比较,  $^{\#}P<0.05$ 。

3 讨论

抗感染加止咳等对症治疗是临床治疗小儿呼吸感染的常用方式, 应用抗生素治疗后的呼吸道感染症状基本消失, 但感染导致气道上皮的完整性受到破坏, 或纤毛柱状上皮细胞的鳞状化生, 或持续性的气道炎症伴有暂时的气道高反应性, 使患儿出现反复持久性咳嗽<sup>[9]</sup>。中医认为, 小儿呼吸道感染后咳

嗽属于肺脾气虚证, 脾虚及肺, 肺脾气虚则卫表不固, 易受外邪入侵。治疗原则应以扶正固本驱邪为主, 健脾益气固表为宜。小儿具有稚阴稚阳的生理特点, 对其进行特有穴位及手法的推拿可通络活血、调理肺腑, 其中捏脊法广泛涉及督脉、足太阳膀胱经等经络及重要的脏腑腧穴。本研究中取肺俞、大椎、肾俞、脾俞穴进行肺经、脾经推拿, 可有效固本培元, 达到健脾、强肾、补气益血、提高人体免疫力的作用<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示, 观察组治疗总有效率明显高于对照组 ( $P<0.05$ ); 治疗后, 观察组血清 IgG 和 IgA 水平均明显高于对照组, 症状积分低于对照组 ( $P<0.05$ )。说明在西医治疗基础上辅以推拿治疗小儿呼吸道感染后久咳, 可有效提高临床疗效, 改善临床症状, 增强机体免疫力, 临床应用价值较高。

参考文献

[1]李霞.推拿肺俞穴为主治疗小儿急性上呼吸道感染(外感咳嗽)的临床研究[D].济南:山东中医药大学,2013.1-53  
[2]中华医学会儿科学分会呼吸学组.第 13 届全国儿科呼吸系统疾病学术会议纪要[J].中华儿科杂志,2013,51(2):115-116  
[3]汪受传.中医儿科学[M].北京:中国中医药出版社,2004.126-127  
[4]沈英鹏,孟庆祝,孟玲斋,等.推拿辅助治疗小儿反复呼吸道感染的疗效及对血清免疫球蛋白的影响[J].山东医药,2015,55(17):82-84  
[5]宋金华.维生素 A 辅助治疗小儿呼吸道感染后咳嗽 75 例疗效观察[J].中国基层医药,2012,19(12):1899-1900  
[6]陈秀珍.推拿疗法治疗小儿反复呼吸道感染 68 例临床观察[J].河北中医,2009,31(9):1355-1356

(收稿日期:2017-10-07)

艾迪注射液配合化疗方案治疗食管癌术后的疗效分析

郭鸿超

(河南省安阳市第六人民医院胸外科 安阳 455000)

摘要:目的:分析艾迪注射液配合化疗方案治疗食管癌术后的疗效及对血清炎症因子水平的影响。方法:选取 2011 年 7 月~2017 年 1 月在我院就诊的 60 例食管癌患者作为研究对象,按就诊编号随机分为观察组与对照组,每组 30 例。对照组采用 5-氟尿嘧啶进行化疗,观察组在对照组的基础上加用艾迪注射液,比较两组的疗效及对血清炎症因子水平的影响。结果:观察组的总有效率和白介素-2(IL-2)水平均高于对照组,白介素-6(IL-6)水平和不良反应发生率均低于对照组,差异均有统计学意义,  $P<0.05$ 。结论:艾迪注射液配合化疗方案治疗食管癌术后疗效更佳,并能有效改善血清炎症因子水平。

关键词:食管癌;艾迪注射液;化疗;疗效

中图分类号:R735.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.022

食管癌是危及人类生命健康的恶性疾病,其临床治疗多采用手术结合同期放化疗的方式,因受术前潜在转移风险、手术或放化疗导致的机体免疫功能不佳和化疗不耐受等因素影响,食管癌术后仍有较高的局部复发、血行转移或淋巴转移率,据统计,该类群体占比高达 20%<sup>[1]</sup>。艾迪注射液是临床使用

的广谱抗癌药物,联合化疗用于直肠癌、原发性肝癌等恶性肿瘤疾病时,不仅具有抗癌作用,还能提升机体免疫力,减轻化疗引起的毒副反应,对血清炎症因子表达水平亦有显著的改善作用,但罕有将其用于食管癌术后的文献报道。因此,笔者选取了 60 例食管癌手术患者作为研究对象,分别给予不同的术后

治疗方案进行了对照研究,着重明确了艾迪注射液配合化疗方案治疗食管癌术后的疗效及对血清炎症因子水平的影响。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 7 月~2017 年 1 月在我院就诊的 60 例食管癌患者作为研究对象,按就诊编号随机分为观察组与对照组,每组 30 例。观察组中男 20 例,女 10 例,平均年龄(51.28± 17.34)岁,Ⅱ期 19 例,Ⅲ期 11 例;对照组中男 18 例,女 12 例,平均年龄(52.01± 17.15)岁,Ⅱ期 20 例,Ⅲ期 10 例。两组患者的性别、年龄和癌症分期等一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ ,具有可比性。所有患者均符合食管癌手术指征<sup>[2]</sup>,并自愿签署研究同意书。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 术后给予单一化疗,化疗方案为 5-氟尿嘧啶(1 000 mg/m<sup>2</sup>) + 顺铂(100 mg/m<sup>2</sup>);单个化疗周期为 4 周,疗程为 2 个化疗周期。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上加用艾迪注射液,将 100 ml 艾迪注射液溶于 0.9%氯化钠注射液中,静脉滴注;单个治疗周期为 15 d,每次治疗需间隔 3 d,连续治疗 2 个周期。若有恶化倾向,可依据病情适当调整延长治疗周期。

1.3 观察指标 分别于治疗前后测定血清炎症因子水平,包括白介素 -2 (IL-2)、白介素 -6 (IL-6),并统计治疗期间的不良反应发生率。

1.4 疗效标准 参照实体瘤疗效评价标准<sup>[3]</sup>将临床疗效分为,完全缓解:瘤体完全消失,经食管 X 线片可见边缘光滑,造影剂通过未见阻滞,管腔内无狭窄或病变部位狭窄程度<食管上端正常部位的 1/3;部分缓解:瘤体基本消失,未见极明显的扭曲及成角现象,造影剂通过相对顺利,管腔内有明显狭窄,病变部位狭窄程度占食管上端正常部位的 1/3~2/3;进展:瘤体增大,造影剂通过受阻,官腔明显狭窄,且病变部位狭窄程度>食管上端正常部位的 2/3;稳定:疗程结束后仍可见参与瘤体,伴明显充盈缺损,或官腔狭窄加重。总有效率=(完全缓解+部分缓解)/总病例数× 100%。

1.5 统计学方法 数据处理采用 SPSS19.0 统计软件,计数资料采用  $\chi^2$  检验,计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,采用  $t$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的疗效比较 观察组的总有效率为 60.00%,明显高于对照组的 40.00%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者的疗效比较

| 组别       | n  | 完全缓解<br>(例) | 部分缓解<br>(例) | 稳定<br>(例) | 进展<br>(例) | 总有效<br>[例(%)] |
|----------|----|-------------|-------------|-----------|-----------|---------------|
| 对照组      | 30 | 2           | 10          | 13        | 5         | 12(40.00)     |
| 观察组      | 30 | 5           | 13          | 10        | 2         | 18(60.00)     |
| $\chi^2$ |    | 1.455       | 0.634       | 0.634     | 1.455     | 4.285         |
| P        |    | 0.227       | 0.425       | 0.425     | 0.227     | 0.038         |

2.2 两组的血清炎症因子水平比较 治疗前两组的 IL-2 和 IL-6 血清炎症因子水平比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ ;治疗后观察组的 IL-2 水平高于对照组,IL-6 水平低于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组的血清炎症因子水平比较 (ng/L,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | IL-2       |             | IL-6       |             |
|-----|----|------------|-------------|------------|-------------|
|     |    | 治疗前        | 治疗后         | 治疗前        | 治疗后         |
| 对照组 | 30 | 3.20± 0.49 | 3.41± 1.27  | 4.69± 1.85 | 4.25± 1.33  |
| 观察组 | 30 | 3.31± 0.58 | 6.09± 1.85* | 4.71± 1.83 | 3.04± 0.71* |
| t   |    | 0.800      | 6.541       | 0.042      | 4.395       |
| P   |    | 0.426      | 0.000       | 0.966      | 0.000       |

注:与同组治疗前比较,\* $P<0.05$ 。

2.3 两组的不良反应发生率比较 两组的血液毒性、恶心呕吐、厌食和乏力等不良反应等级均为Ⅲ级或Ⅳ级,观察组的不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组的不良反应发生率比较[例(%)]

| 组别       | n  | 血液毒性      | 恶心呕吐      | 厌食        | 乏力       |
|----------|----|-----------|-----------|-----------|----------|
| 观察组      | 30 | 2(6.67)   | 2(6.67)   | 5(16.67)  | 4(13.33) |
| 对照组      | 30 | 10(33.33) | 11(36.67) | 16(53.33) | 9(30.00) |
| $\chi^2$ |    | 6.667     | 7.954     | 8.864     | 5.182    |
| P        |    | 0.006     | 0.004     | 0.002     | 0.022    |

3 讨论

食管癌术后化疗虽可有效杀伤残余肿瘤细胞,对肿瘤细胞复发和转移有一定的抑制作用,但常累及周围正常组织,破坏机体免疫屏障,这也是食管癌术后病情恶化的主要危险因素之一<sup>[4]</sup>。因此,在确保化疗疗效的基础上,尽可能降低药物毒副反应,维持良好的化疗耐受性,提升机体免疫力尤为重要。艾迪注射液<sup>[5]</sup>是由人参、斑蝥、刺五加等多种中药精制而成的双相广谱抗癌制剂,有临床报道指出,艾迪注射液与化疗配伍,不仅能协同抑制肿瘤细胞的复发和转移,还能提升机体免疫功能,提高白细胞水平,减轻化疗所致骨髓抑制和血液毒性等的副反应。本研究将其与化疗配伍用于食管癌术后治疗,结果发现艾迪注射液联合化疗对肿瘤细胞的抑制作用更佳,并能改善血清炎症反应,减少毒副反应。究其原因,艾迪注射液中人参的有效化学成分之一人参皂苷,对 T 细胞和 B 细胞功能有显著促进作用,继而诱导 IL-2 大量释放,还能通过调节细胞组织的代谢和免疫机制来增强机体抵御屏障,从而抑制肿瘤细胞的

生长；而黄芪多糖同具增强 T 细胞功能的作用，并作用于 IL-2，可提升抗癌活性，达到抗癌目的；斑蝥具有抗癌作用，而且不产生骨髓抑制作用，还能促进骨髓干细胞分化，从而升高血小板和白细胞的水平，减少因化疗产生的血液毒性反应<sup>[6]</sup>。综上所述，采用艾迪注射液联合化疗方案治疗食管癌术后疗效更佳，不仅能协同抗癌，还可改善血清炎症反应，降低毒副反应的发生风险。

参考文献

[1]黄文,曾茹雪,钟辉,等.艾迪注射液对肝癌患者 TACE 术后血清炎

性因子及免疫功能的影响[J].实用癌症杂志,2015,30(5):658-661  
[2]中国抗癌协会食管癌专业委员会.食管癌规范化诊治指南[S].第 2 版.北京:中国协和医科大学出版社,2013.1-171  
[3]杨学宁,吴一龙.实体瘤治疗疗效评价标准 -RECIST[J].循证医学, 2004,4(2):85-90  
[4]任清泉,杨扬,张孟斌,等.食管癌根治术后患者预后的相关研究[J]. 湖南师范大学学报(医学版),2015,12(4):34-37  
[5]李娟娟,李超英,梁硕,等.艾迪注射液的临床研究[J].长春中医药大学学报,2016,32(4):878-879  
[6]毛海燕,汪竹,袁昕,等.艾迪注射液联合放疗治疗食管癌的临床效果观察[J].实用临床医药杂志,2016,20(24):97-99

(收稿日期: 2017-08-27)

# 腹腔镜全直肠系膜切除术对中低位直肠癌老年患者术后胃肠功能及切口感染发生率的影响

苏智锋

(河南省栾川县人民医院普外科 栾川 471500)

**摘要:**目的:观察腹腔镜全直肠系膜切除术对中低位直肠癌老年患者术后胃肠功能及切口感染发生率的影响。方法:选取 2015 年 4 月~2017 年 7 月我院收治的 92 例中低位直肠癌老年患者作为研究对象,根据治疗方案的不同分为对照组和观察组,每组 46 例。对照组采用开腹全直肠系膜切除术,观察组采用腹腔镜全直肠系膜切除术。比较两组患者的住院时间、手术时间、术中出血量、切口感染发生率及术前 12 h 和术后 24 h 胃动素和胃泌素水平。结果:观察组的住院时间和手术时间短于对照组,术中出血量少于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ ;术后 24 h 观察组的胃动素和胃泌素水平高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ ;观察组的切口感染发生率为 0.00%,低于对照组的 15.22%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:采用腹腔镜全直肠系膜切除术治疗中低位直肠癌,能有效减少术中出血量,缩短手术时间和住院时间,促进患者胃肠功能恢复,降低切口感染发生率。

**关键词:**中低位直肠癌;腹腔镜全直肠系膜切除术;胃肠功能;切口感染发生率

中图分类号:R735.37

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.023

直肠癌是临床常见的消化道恶性肿瘤,主要是指发病于齿状线至直肠乙状结肠交界处的肿瘤,具有复发率高、预后差和病死率高等特点。据统计,我国每年新发直肠癌患者>10 万例,其中 70%~80% 为中低位直肠癌<sup>[1]</sup>。中低位直肠癌临床表现为大便次数增多、便血和肛门坠胀等,随着病情的进展,患者会出现消瘦、排便梗阻、恶病质及肿瘤远处转移等,严重影响患者的身体健康及生命安全<sup>[2]</sup>。目前,临床主要采用手术治疗,但传统的开腹全直肠系膜切除术创伤大,术后恢复缓慢,复发率高且易发生切口感染。本研究选取我院收治的 92 例中低位直肠癌老年患者作为研究对象,分组比较了腹腔镜全直肠系膜切除术和传统开腹全直肠系膜切除术对患者术后胃肠功能及切口感染发生率的影响。现报告如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2015 年 4 月~2017 年 7 月我院收治的 92 例中低位直肠癌老年患者作为研究对象,根据治疗方案的不同分为对照组和观察组,每组

46 例。观察组中男 26 例,女 20 例,年龄 61~76 岁,平均年龄 $(67.03\pm 4.76)$ 岁;对照组中男 25 例,女 21 例,年龄 62~77 岁,平均年龄 $(66.89\pm 4.53)$ 岁。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ ,具有可比性。

## 1.2 手术方法

**1.2.1 基础治疗** 两组均于术前 3 d 口服甲硝唑,进食无渣流食;术前 1 d 晚 7 点开始口服复方聚乙二醇电解质散清洁肠道;当晚 12 点开始禁水禁食,留置术前导尿管,取头低足高改良截石位。

**1.2.2 对照组** 采用开腹全直肠系膜切除术。分离乙状结肠左侧及右侧系膜,汇合两边,分离骶前间隙、直肠后壁、直肠前壁和侧壁,使用吻合器和荷包关闭器进行肠段吻合。

**1.2.3 观察组** 采用腹腔镜全直肠系膜切除术,于左侧绕脐行一长约 5 cm 切口,置入手助器,于左侧腹部置入直径约 12 mm Trocar,建立气腹,于腹腔镜下探查腹腔,确认肿瘤是否浸润、转移;于右侧腹部置入直径约 12 mm Trocar,以超声刀游离乙状结肠,