

中药结合胃镜下局部治疗上消化道癌性狭窄疗效分析

金春晖¹, 胡萍萍¹, 隆晓江¹, 戈晓岚², 周教颖²

(无锡市中医医院①肿瘤科, ②内镜室, 江苏 无锡 214001)

【关键词】 综合治疗; 上消化道癌性狭窄; 瘤体注射

中图分类号: R242 文献标识码: B DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2009.04.022

对比观察 2005 年—2008 年用中药结合内镜下局部治疗与单纯内镜下瘤体注射化疗药物 5-氟尿嘧啶(5-Fu)治疗上消化道癌性狭窄患者的近期疗效, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料: 按随机原则将患者分为综合治疗组与单纯治疗组。两组患者一般资料比较差异无统计学意义(表 1), 有可比性。单纯治疗组按常规检查内镜, 到达病变部位后于活检孔插入内镜注射针瘤体基底, 进针 5 mm, 在瘤体中央及周围每点注射 5-Fu 约 1.0~1.5 ml, 注射 4~6 点。每周注射 1 次, 连续 2~4 次。综合治疗组内镜下治疗同单纯治疗组, 所用药物为 5-Fu 注射液 4 ml, 鸦胆子乳剂 4 ml。同时加用扶正和胃合剂(由党参、白术、茯苓、枳壳、半夏、枇杷叶、谷芽、麦芽、紫苏梗、莱菔子、五味子、炙甘草等组成), 每日 2 次, 每次 100 ml, 10~14 d 为 1 个疗程; 口服开道散(由青黛、硼砂、卤砂、冰片组成) 1 g, 每日 2 次, 10~14 d 为 1 个疗程。

1.2 评价标准: ①抗肿瘤疗效评定标准: 按 RECIST(2000) 新的实体瘤疗效评价标准评为完全缓解、稳定/无效、进展、有效(完全缓解+部分缓解)。②按吞咽困难及消化道梗阻分级标准分为 0~3 级: 经治疗凡能提高 1 级者为有效, 提高 2 级以上者为显效, 无变化或降级者为无效。总有效为显效+有效。③生活质量评定标准用卡氏评分表示。④毒副反应: 按世界卫生组织(WHO)抗癌药物毒副反应分度标准评价^[1]。

1.3 统计学方法: 应用 SPSS 13.0 软件基金项目: 江苏省无锡市科技局社会发展项目(CLZ00626)

作者简介: 金春晖(1978-), 男(汉族), 浙江省人, 硕士研究生, 主治医师, Email: jickim@163.com。

表 1 两组患者一般情况及治疗后卡氏评分变化比较

组别	例数	性别		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	卡氏评分($\bar{x} \pm s$, 分)	
		男	女		治疗前	治疗后
单纯治疗组	21	19	2	69±11	67.1±7.1	63.8±9.7 ^a
综合治疗组	24	20	4	66±11	67.9±10.6	80.0±12.5 ^{ab}

注: 与本组治疗前比较, ^a $P < 0.05$; 与单纯治疗组比较, ^b $P < 0.05$

表 2 两组患者治疗后实体瘤缓解及吞咽症状改善情况比较

组别	例数	实体瘤缓解率(%)				吞咽症状改善率(%)				
		完全缓解	部分缓解	稳定/无效	进展	有效	显效	有效	无效	总有效
单纯治疗组	21	0	47.6	42.9	9.5	47.6	4.8	38.1	57.1	42.9
综合治疗组	24	0	79.2	20.8	0	79.2 ^b	20.8	58.4	20.8	79.2 ^b

注: 与单纯治疗组比较, ^b $P < 0.05$

包进行统计学处理, 计数资料采用 χ^2 检验, Fisher 精确概率法, 计量资料符合正态分布用 t 检验, 生存随访资料处理采用 Kaplan-Meier 法, 组间生存曲线比较用对数秩检验(log-rank test), $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

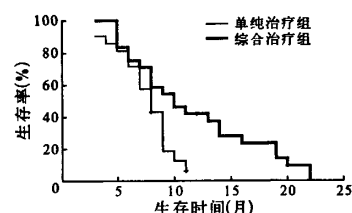
2 结果

2.1 实体瘤缓解及患者吞咽症状改善情况(表 2): 两组经治疗后均无瘤灶消失病例, 但综合治疗组实体瘤缓解的有效率和吞咽症状改善的总有效率均显著高于单纯治疗组(P 均 < 0.05)。

2.2 生活质量评定(表 1): 单纯治疗组治疗后卡氏评分较治疗前下降, 生活质量尚稳定; 综合治疗组治疗后卡氏评分较治疗前提高, 生活质量提高。两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 生存率比较: 所有患者均采用电话随访, 随访时间从治疗开始至死亡截止, 末次随访时间为 2009 年 2 月 20 日, 失访病例的最后 1 次随访日期按死亡日期计算, 共有 2 例失访, 随访率为 95.6%。全组可获随访共 43 例患者, 2 例失访患者均治疗 2 个周期。单纯治疗组 21 例患者的中位生存期为 8 个月[95% 可信区间(CI) 6.5~9.5], 1 年生存率 10.0%;

综合治疗组 24 例患者的中位生存期 10 个月(95% CI 6.4~13.6), 1 年生存率为 40.0%。图 1 结果显示, 随时间延长, 两组生存率均逐渐下降, 单纯治疗组明显低于综合治疗组($P < 0.05$)。



注: 图中“+”, 为截尾, 即生存或失访的状态, 录入数据以“0”表示

图 1 两组患者生存曲线图

2.4 不良反应: 除少数患者注射部位局部疼痛外, 均未发现肝、肾功能损害及骨髓抑制, 以及严重的并发症。

3 讨论

目前国内外西医多借助内镜治疗, 其手段主要有腔内支架成形术、内镜下瘤体注射化疗药物、内镜下微波治疗等, 但总体疗效并不满意。对于晚期癌症患者, 综合治疗显得尤为重要。

上消化道癌性狭窄属于中医“噎膈”

范畴。以往治疗该病多采用散剂吞服、汤剂口服疗法,由于散剂进入消化道后可以滞留在黏膜上,时间长,黏膜层分布浓度高,可发挥其局部清热解毒、化痰散结功效,巩固内镜下瘤体内注射化疗药物的效果。

本院所采用的治疗上消化道癌性狭窄的中药散剂、汤剂均为著名中医肿瘤专家、江苏省名中医赵景芳主任医师的验方,开道散中青黛、硼砂、卤砂、冰片均有清热解毒、化痰散结的功效,其中青黛

有效成分靛玉红对动物移植性肿瘤有中等强度的抑制作用,而硼砂则对皮肤黏膜有收敛保护作用。扶正和胃合剂具有补气健脾、和胃降逆的作用,方中党参、白术补气健脾;茯苓健脾渗湿;半夏、枇杷叶化痰降逆;紫苏梗、枳壳理气导滞;茯苓、五味子宁心安神;莱菔子、谷芽、麦芽和胃消食;五味子与党参为伍,共奏益气养阴之功效;甘草调和诸药。本合剂能降低化疗后的消化道反应和骨髓抑制的不良反应,提高化疗效果。周菊芬等^[2]曾

使用益气健脾的方法治疗肿瘤收到了良好的效果,通过临床观察,我们也发现扶正和胃合剂能够抑制肿瘤生长,延长患者生存时间。

参考文献

- [1] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 上海:上海医科大学出版社,1993:427.
- [2] 周菊芬,蒋旭宏. 浅谈益气健脾法治疗肿瘤[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003,10(2):126-128.

(收稿日期:2009-05-05)
(本文编辑:李银平)

• 经验交流 •

中青年缺血性脑血管病患者颈动脉超声检查结果分析

李朝阳¹, 张佳东², 张 颖³

(1. 黑龙江省医院神经内科, 黑龙江 哈尔滨 150036; 2. 哈尔滨市第一医院神经内科; 3. 黑龙江省医院特护办)

【关键词】 脑血管病, 缺血性; 彩色超声; 检查

中图分类号:R743 文献标识码:B DOI:10.3969/j.issn.1008-9691.2009.04.023

对 412 例中青年缺血性脑血管病(ICD)患者颈动脉超声检查结果进行分析,探讨颈动脉超声对中青年 ICD 发病危险的预测。

1 临床资料

1.1 一般资料:选择 2002 年 11 月—2006 年 12 月门诊和住院的中青年 ICD 患者,剔除有心房颤动等可致心源性脑栓塞者。412 例中男 282 例,女 130 例,年龄 19~59 岁,平均(38±11)岁;均符合 ICD 的诊断标准;其中短暂性脑缺血发作(TIA)143 例,脑梗死 269 例。以同期门诊偏头痛、紧张性头痛患者 102 例作为对照组。

1.2 检测指标及方法:使用彩色多普勒超声诊断仪检测颈总动脉根部、主干、分叉处以及颈内动脉、颈外动脉颅外段,观察血管走行、管壁光滑程度、内膜-中层厚度(IMT)以及颈动脉斑块部位、大小、回声及形态特点。测量记录管腔内径、IMT 及血流动力学特点,观察频谱形态,评估狭窄程度。

1.3 统计学方法:采用 SPSS 12.0 统计软件,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.4 结果:412 例 ICD 患者中颈动脉颅

外段异常 316 例,占 76.7%;其中内膜增厚 122 例,占 38.6%;内膜增厚伴斑块形成 194 例,占 61.4%。对照组颈动脉颅外段异常 18 例,占 17.6%,与 ICD 组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 9.72, P < 0.01$)。412 例 ICD 中,颈动脉轻度狭窄占 53.2%,中度狭窄占 38.6%,重度狭窄占 8.2%。脑梗死组斑块检出率为 50.9%,TIA 组为 39.9% ($P < 0.05$)。脑梗死组以脂质斑为多,占 44.7%,钙化斑次之,占 35.6%;而 TIA 组脂质斑占 44.1%,钙化斑占 35.3%;两组均以混合斑最少,分别占 8.7%和 5.9%。412 例 ICD 患者中共有 28 例(占 6.8%)患者有两处或两处以上斑块,其中一侧颈动脉多处狭窄 15 例(占 3.6%),左侧 8 例,右侧 7 例,TIA 组与脑梗死组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2 讨论

颈动脉硬化是全身动脉硬化的重要组成部分,作为进展性动脉硬化标志的纤维斑块早在 25~40 岁即可在颈动脉出现,但椎动脉和颅内动脉出现较晚(40~50 岁)^[1],颈动脉斑块导致的管腔狭窄、血流动力学改变及斑块脱落形成栓子是引起脑缺血的主要机制。目前颈动脉狭窄的诊断技术日趋完善,彩色超声以其经济、简便、直观、无创、可重复的

特点而极具普及价值,且和高清晰磁共振成像(MRI)或磁共振血流成像(MRA)及金标准数字减影血管造影(DSA)具有较好的一致性。

本研究中,中青年 ICD 颈动脉硬化占 76.7%,斑块检出率为 47.1%,低于卫华等报道的 63.0%^[2],考虑与中青年较老年动脉硬化程度轻有关。本研究中 ICD 组颈动脉斑块检出率明显高于对照组,且中青年 ICD 硬化斑块以不规则斑、脂质斑为主,钙化斑、纤维斑次之,混合斑最少。提示中青年颈动脉出现不规则型斑、脂质斑、混合斑是 ICD 的 I 级危险信号,应给予积极的干预处理。笔者还认为在有症状性颈动脉狭窄时就积极给予药物干预治疗,防治斑块的增大、裂解、溃破,配合治疗高血压等其他危险因素,是中青年预防卒中的有效措施。

参考文献

- [1] Yuan C, Zhang SX, Polissar NL, et al. Identification of fibrous cap rupture with MRI is highly associated with recent TIA or stroke[J]. Circulation, 2002,105(2):181-185.
- [2] 卫华, 华杨, 王拥军. 脑卒中患者颈动脉超声检查[J]. 中国医学影像技术, 2000,16(4):267-269.

(收稿日期:2009-02-01)
(本文编辑:李银平)

作者简介:李朝阳(1965-),男(汉族),黑龙江省人,副主任医师。