

百口开关饮联合常规化疗治疗食管癌所致吞咽困难临床观察

姜玲

衢州市柯城区人民医院肿瘤内科, 浙江 衢州 324000

[摘要] 目的: 观察百口开关饮联合常规化疗对食管癌所致吞咽困难患者的近期疗效。方法: 将食管癌所致吞咽困难患者 72 例随机分为 2 组各 36 例, 对照组采取常规化疗干预, 观察组在对照组的基础上加用百口开关饮治疗, 比较 2 组临床疗效、不良反应、治疗前后中医症状积分及卡氏评分。结果: 有效率观察组为 55.6%, 对照组为 50.0%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组吞咽困难分级均明显下降 ($P < 0.05$); 2 组组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组中医症状积分均明显下降 ($P < 0.05$), 卡氏评分均明显上升 ($P < 0.05$); 且观察组上述指标改善较对照组更显著 ($P < 0.05$)。观察组出现恶心呕吐观察组为 9 例, 对照组为 20 例, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 百口开关饮联合常规化疗能明显改善食管癌所致吞咽困难症状, 显著降低恶心呕吐发生率, 提高患者生存质量。

[关键词] 食管癌; 吞咽困难; 化疗; 百口开关饮

[中图分类号] R735.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 07-0202-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.088

据统计, 食管癌患者 5 年生存率不足 15%, 预后较差^[1]。吞咽困难作为食管癌一种常见并发症, 主要由食管癌致食管腔狭窄引起, 患者难以正常进食, 患者十分疼痛且治疗难度大, 同时易引发焦虑等不良情绪, 严重影响患者生存质量^[2]。为此早期积极治疗食管癌所致吞咽困难十分必要。中医学认为食管癌所致吞咽困难多与正气不足有关, 致使痰瘀互结而发病, 治疗关键在于扶正祛邪。临床中, 笔者采用百口开关饮联合常规化疗治疗食管癌所致吞咽困难患者, 效果令人满意, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 ①符合《实用肿瘤内科学》^[3]相关诊断标准, 经组织或细胞病理学证实为中晚期食管癌; ②中医诊断为气滞痰阻型: 表现出吞咽困难、食欲减退等症状, 伴腹胀、胸痛等, 大便溏薄, 舌苔白腻且脉弦滑。

1.2 纳入标准 ①符合诊断标准; ②不能手术治疗或术后复发者, 满足化疗要求; ③预期生存时间 3 月以上; ④经医院伦理委员会批准, 患者及其家属知情同意。

1.3 排除标准 ①肝肾功能异常; ②妊娠期或哺乳期妇女; ③精神异常、认知障碍等致使患者依从性差; ④相关药物过敏者; ⑤病例资料不完整、因各种原因中途退出研究者。

1.4 一般资料 抽取本院 2013 年 2 月—2015 年 2 月收治的食管癌所致吞咽困难患者 72 例, 随机分为 2 组各 36 例。对照组男 26 例, 女 10 例; 年龄 46~77 岁, 平均(55.7±8.3) 岁; 病理类型: 腺癌 5 例, 鳞癌 31 例; 临床分期: III 期 16

例, IV 期 20 例。观察组男 24 例, 女 12 例; 年龄 44~75 岁, 平均(55.3±10.1)岁; 病理类型: 腺癌 6 例, 鳞癌 30 例; 临床分期: III 期 18 例, IV 期 18 例。2 组患者年龄、病理类型、临床分期比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予单纯化疗。TP 化疗方案: 紫杉醇 150 mg/m² 静脉滴注, 3 h 内匀速滴完, 第 1 天使用; 顺铂 40 mg/m² 静脉滴注, 第 2~3 天使用, 1 周期 21 天, 共化疗 2 周期。

2.2 观察组 化疗方案同对照组。加用百口开关饮治疗。处方: 代赭石、川牛膝、鹅管石、威灵仙、柿霜、急性子各 10 g, 硼砂、紫硃砂各 6 g, 青礞石 5 g。川牛膝、威灵仙、急性子先水煎煮取汁, 其他成分均碾成粉末后加入汁液中, 同时趁热放入蜂蜜、藕粉混合均匀至糊状, 勺子慢慢吞服, 3 h 分服完。每天 1 剂, 化疗第 1 天开始服用, 分 2 次服。共治疗 2 周期。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察记录 2 组临床疗效(肿瘤病灶疗效、吞咽困难分级)、不良反应、治疗前后中医症状积分及卡氏评分。其中吞咽困难分级: 0 级: 不存在吞咽困难; 1 级: 可进食固体食物; 2 级: 半流质食物摄取; 3 级: 流质食物摄取; 4 级: 仅能通过唾液。卡氏评分主要用于生存质量评价, 分数越高表明患者生存质量越高。

3.2 统计学方法 采用统计学 SPSS19.0 软件处理数据, 计数资料比较采用 χ^2 检验, 多数据 Z 检验, 计量资料行 t 检验。

[收稿日期] 2016-03-28

[作者简介] 姜玲 (1979-), 女, 主治医师, 研究方向: 肿瘤内科学。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 依据新实体瘤疗效评价标准。完全缓解(CR)：目标病灶消失且维持 4 周及以上；部分缓解(PR)：病灶最大径和减少 30% 以上，且维持 4 周及以上；进展(PD)：病灶最大径和增加 20% 以上或新病灶出现；稳定(SD)：病灶最大径和减少未至 PR，或增加未至 PD。有效率 = CR 率 + PR 率。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。有效率观察组为 55.6%，对照组为 50.0%，2 组比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	CR	PR	SD	PD	CR+PR
观察组	36	4(11.1)	16(44.4)	13(36.1)	3(8.3)	20(55.6)
对照组	36	2(5.6)	16(44.4)	13(36.1)	5(13.9)	18(50.0)

4.3 2 组吞咽困难分级变化比较 见表 2。治疗后，2 组吞咽困难分级均明显下降($P < 0.05$)；而 2 组间比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 2 组吞咽困难分级变化比较 例

组别	n	时间	0 级	1 级	2 级	3 级
观察组	36	治疗前	0	19	7	10
		治疗后	23	9	3	1
对照组	36	治疗前	0	18	9	9
		治疗后	14	11	7	4

注：与同组治疗前比较，观察组组内 $Z=35.535$ ， $P < 0.05$ ；对照组组内 $Z=17.863$ ， $P < 0.05$ ；治疗后 2 组间比较， $Z=5.789$ ， $P > 0.05$

4.4 2 组中医症状积分及卡氏评分比较 见表 3。治疗后，2 组中医症状积分均明显下降($P < 0.05$)，卡氏评分均明显上升($P < 0.05$)；且观察组上述指标改善较对照组更显著($P < 0.05$)。

表 3 2 组中医症状积分及卡氏评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	时间	中医症状积分	卡氏评分
观察组	36	治疗前	8.3 ± 2.4	63.4 ± 6.2
		治疗后	3.5 ± 1.5 ^{①②}	74.9 ± 7.5 ^{①②}
对照组	36	治疗前	8.5 ± 2.2	63.7 ± 6.4
		治疗后	6.0 ± 1.9 ^①	68.8 ± 7.0 ^①

与同组治疗前比较，^① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，^② $P < 0.05$

4.5 不良反应 观察组白细胞下降 27 例，血小板下降 7 例，恶心呕吐 9 例。对照组白细胞下降 32 例，血小板下降 11 例，恶心呕吐 20 例。2 组恶心呕吐发生率比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

5 讨论

食管癌临床就诊时多处于中晚期状态，失去手术机会，临床常采取化疗、放疗或放化疗联合干预^④。常见化疗方案为 TP，但长时间化疗干预易引发较多毒副作用，加上食管癌本

身存在吞咽困难等症状，患者痛苦大，易影响患者化疗依从性，严重时甚至中断化疗，影响化疗疗效^⑤。中医学认为食管癌属于噎膈范畴，最早记载源自《济生方》中，指的是吞咽梗阻、饮食减退。《症因脉治·噎膈论》中则提到：“内伤噎膈之证，饮食之间渐觉难下，或下咽稍急……只食稀粥，不食干粮。”可见食管癌患者易出现吞咽困难症状，为此解决患者吞咽问题至关重要。

河南省名老中医张鹤一认为，食管癌发病常虚实相间，病理变化复杂，治疗以扶正祛邪为主；其中扶正为益气，祛邪在于和胃通降，化痰祛瘀。陈沫金(李时珍肿瘤研究所所长)老中医认为，食管癌吞咽困难与正气不足、痰瘀互结密切相关，治疗以扶正、祛痰化瘀为主。本研究主要借鉴陈沫金“百口开关饮”治疗食管癌所致吞咽困难。方由代赭石、川牛膝、鹅管石、威灵仙、柿霜、急性子、硼砂、紫硃砂、青礞石等组成。其中紫硃砂最初记载于《唐本草》，具有软坚、化痰祛瘀功效，为君药；硼砂清热化痰，适用于咽喉肿痛等病症；鹅管石温肺、壮阳；伍以硼砂、鹅管石可增强化痰祛瘀功效，且能促使药物直达病所；青礞石祛痰下气；代赭石降逆下气、凉血止血；川牛膝活血化痰；威灵仙祛风除湿、通络止痛，适用于骨哽咽喉等病症；柿霜清热润燥、益气化痰；急性子(即凤仙子)破血软坚、消积破瘀，适用于噎膈等病症。诸药合用，共奏益气软坚、化痰祛瘀功效。本研究结果显示，2 组治疗后吞咽困难分级较治疗前均明显改善($P < 0.05$)，表明百口开关饮联合常规化疗与单纯化疗治疗均能明显改善患者吞咽困难症状，这与吞咽困难本身为食管癌主症有关，但也反映出加以中药干预效果更佳。另外，本结果还显示，百口开关饮联合常规化疗能明显改善食管癌临床症状，减少恶心呕吐症状，显著提高患者生存质量，值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 李志刚, 谷宁, 王凤丽, 等. 培正散结通膈汤联合 TP 方案治疗中晚期食管癌的临床研究[J]. 中国肿瘤, 2013, 22(2): 138-142.
- [2] 陈万军, 汪冰, 韩秀丽, 等. 中药清瘤亮喉方辅助治疗喉咽癌的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(7): 892-895.
- [3] 周际昌. 实用肿瘤内科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 573-574.
- [4] 陈高阳, 陈珏. 健脾消痰中药联合同步放化疗治疗中晚期食管癌 25 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2015, 47(9): 39-40.
- [5] 陈树山, 贾永森, 秦丽娟, 等. 通膈汤联合微波热疗治疗老年中晚期食管癌[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(4): 585-587.

(责任编辑: 冯天保)