

表1 两组治疗前后生活质量评分 (x±s)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	21	30.6±7.5	45.0±9.53 [△]
对照组	20	32.2±8.3	35.3±4.26

注:与对照组治疗后比较,△t=6.254, P<0.05

5 讨论

近年来,国内外肿瘤学家越来越重视肿瘤患者的生活质量的改善^[3]。2000年2月,在法国召开的全球首届抗癌峰会上签署了巴黎宪章,第1次以文件的形式正式指出:“应该把改善病人的生活质量作为肿瘤治疗的首要指标”,其意义十分重大。今天医学模式已不仅仅是依靠单纯的生物学指标,而加入了心理学、社会学、经济学等因素;从以“病”为中心向以“人”为中心转变。肿瘤治疗的目的不应仅局限于延长患者的生命,而且要提高生活质量,延长生存时间,降低并发症。中医药治疗肿瘤是多种因素共同作用的结果,与单纯放化疗相比,在肿瘤病灶的客观缓解率(CR、PR)方面优势并不明显,但在改善患者症状、提高生存质量、延长生存期方面起到的作用值得重视^[4-8]。

对于晚期癌症患者,目前的治疗手段对延长生命并无肯定的疗效,而且化疗、放疗本身引起的严重生理、心理反应,某些手术对患者体力、功能有损害而生活质量下降。因此治疗目标应以关怀生命质量为主。对癌症患者而言,生活质量至少包括反映癌症患者生活中功能的、经济的、社会的、心理的及情绪的各个方面与疾病或治疗相关症状控制的满意程度。对于癌症患者的治疗,全面评价疗效才更有意义。

结直肠癌患者脾肾本虚,再经手术、放化疗后,脾肾运化、腐熟水谷的功能严重受损,湿浊内生,常见面色萎黄、神

疲乏力、纳谷不香、大便稀溏等症状。脾肾气虚为基本病因病机,以湿滞癌毒为主要病理变化。健脾补肾化湿解毒方中黄芪、党参、白术、山药益气健脾、扶助正气,苍术燥湿健脾,茯苓、猪苓、薏苡仁利水消肿、渗湿健脾,女贞子滋补肝肾,补骨脂补肾壮阳,败酱草清热解毒、活血止痛,仙鹤草、龙葵清热解毒。诸药合用,共奏益气健脾补肾、化湿解毒之功,故效果较好。

【参考文献】

- [1] 中国抗癌协会. 新编常见恶性肿瘤诊治规范[M]. 北京: 北京医科大学·中国协和医科大学联合出版社, 1999 12-15.
- [2] 郝元涛, 方积乾, 李彩霞, 等. 世界卫生组织生命质量量表及其中文版[J]. 生物学分册, 1999 16(3): 18-36.
- [3] 颜江瑛. 生命质量—健康评价的发展方向[J]. 国外医学·社会医学分册, 1999 16(1): 9-10.
- [4] 钟锡明. 草酸铂为主联合化疗方案治疗晚期大肠癌的临 床观察[J]. 现代肿瘤医学, 2004 12(1): 33-34.
- [5] 王家晓, 荣震, 薛庭新, 等. 健脾益气中药对晚期肿瘤脾 虚病人生活质量的影响[J]. 中医药临床杂志, 2004 16 (): 33-35.
- [6] 陈黎莉. 大肠癌的中医治疗概况[J]. 实用中西医结合临 床, 2008 8(3): 93-94.
- [7] 杨宇飞, 吴煜, 许云. 大肠癌中医临床研究方法学探讨 [J]. 中国肿瘤, 2006 15(6): 354-355.
- [8] 王小宁, 霍介格. 中医治疗大肠癌的思路与方法探讨 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2007 13(9): 681-682.

中西药合用对肝移植术后胆道并发症预防作用观察

孙百军¹, 潘 淼², 袁红霞², 刘振文¹

(1. 中国人民解放军第三〇二医院肝胆外科, 北京 100039; 2. 天津中医药大学, 天津 300193)

[中图分类号] R575.7 [文献标识码] B [文章编号] 1004-2814(2009)03-165-02

尽管原位肝移植术的疗效不断提高, 然而肝移植术后胆道并发症仍是影响患者长期生存及生活质量的重要因素, 80%的胆道并发症发生在术后3个月, 其发生率为7.0%~30.0%, 与其相关的病死率为6.0%~12.5%^[1]。故肝移植手术后, 严格进行肝功能监测, 早期预防胆道并发症的出现有着重要的临床意义。我们对出现肝功能异常的3例肝移植患者给予中药干预, 疗效满意, 介绍如下。

1 临床资料

3例均为2007年10月~2008年3月在我院因乙型慢重行肝同种异体原位肝移植术者。男2例, 女1例; 年龄47

岁1例, 56岁1例, 57岁1例。受、供体的年龄, 热、冷缺血时间, 手术时间, 术中失血, 术后早期急性排斥反应发生率等均无明显差异。均为尸体供肝, 热缺血时间4~6 min, 冷缺血时间8~12 h。均行经典原位肝移植术, 胆道吻合均行胆总管端端吻合术, 未放置T管。

肝移植术后多有乏力纳差或伴发热, 面目发黄, 脘腹胀满或痛, 口干苦而粘, 大便粘滞不爽或不通, 舌暗红或伴瘀点苔黄腻, 脉沉弦或弦数等症表现。辨证为肝胆热盛证为主, 兼有脾胃湿热及肝郁血瘀之象。

2 术后治疗

肝移植术后除常规治疗外, 均给予思美泰及熊去氧胆酸口服。免疫抑制为四联(FK506+骁悉+强的松+赛尼哌或舒莱)方案。FK506起始剂量为0.06~0.10 mg/kg, 术后早

[收稿日期] 2008-12-10

[基金项目] 国家自然科学基金资助项目(30772692)

期 H₂O₆浓度控制为 8~12 ng/ml,于移植术后第 5周始加用疏肝利胆汤(柴胡 10g 黄芩 15g 茵陈 20g 栀子 10g 大黄 10g 枳壳 15g 赤芍 15g 木香 10g 金钱草 15g 等),水煎 2次,合并滤液,浓缩沉淀,分装灭菌。每次 50ml,每日 2次口服。

3 观察方法

术后每日抽取静脉血检测肝功能,分析每周周末日肝功能变化情况。监测指标包括丙氨酸转氨酶(ALT)、总胆红素(TBIL)、直接胆红素(DBIL)、碱性磷酸酶(ALP)和γ-谷氨酰基转移酶(GGT)等。

4 治疗结果

患者何某检查指标见表 1。

表 1 患者何某各项检查指标

	ALT(U/L)	DBIL($\mu\text{mol/L}$)	TBIL($\mu\text{mol/L}$)	ALP(U/L)	GGT(U/L)
术后 1周	88	47.5	77.6	67	61
术后 2周	42	17.7	24.2	234	219
术后 3周	57	13.3	22.1	472	387
术后 4周	53	10.9	21.7	529	397
用药 1周	41	7.7	19.3	238	156
用药 2周	29	5.7	16.5	55	46

患者张某检查指标见表 2。

表 2 患者张某各项检查指标

	ALT(U/L)	DBIL($\mu\text{mol/L}$)	TBIL($\mu\text{mol/L}$)	ALP(U/L)	GGT(U/L)
术后 1周	64	35.6	62.6	58	70
术后 2周	40	21.7	32.9	199	178
术后 3周	47	17.5	20.7	398	305
术后 4周	50	13.3	20.5	541	334
用药 1周	37	8.9	16.5	303	179
用药 2周	33	5.0	17.1	91	38

患者秦某检查指标见表 3。

表 3 患者秦某各项检查指标

	ALT(U/L)	DBIL($\mu\text{mol/L}$)	TBIL($\mu\text{mol/L}$)	ALP(U/L)	GGT(U/L)
术后 1周	57	39.6	67.3	79	59
术后 2周	39	12.4	19.2	223	220
术后 3周	69	11.9	20.3	459	368
术后 4周	60	11.3	20.7	534	385
用药 1周	36	8.7	17.1	265	187
用药 2周	32	6.9	15.3	116	34

3例术后用药 1周后 ALT、DBIL、TBIL、ALP 指标数值均较术后 4周数值有所下降,其中 ALT 于用药后 1周降至正常值水平,在用药第 2周后各项指标均降至正常值。

5 讨论

供肝切取及胆道重建过程中对胆管血运的破坏、胆道重建方式等多种因素均与术后胆道并发症的发生有关^[2,3]。肝移植术后早期,供肝的热、冷缺血及再灌注会损伤肝细胞和胆道上皮细胞,临床上表现为 ALT、AST、TBIL、DBIL 及 TB 等指标升高或肝内胆道狭窄^[4],肝生化指标能灵敏地反映移植肝的功能状况,故检测移植肝生化指标具有重要意义。

肝移植术后胆道并发症属中医“胁痛”、“黄疸”等范畴。胆为六腑之一,输胆汁以传化水谷而行糟粕,以通为用,以降为顺,泻而不藏。湿、热、瘀、毒为本病的基本病机,为肝移植术后肝胆气滞血瘀,湿热薰蒸、蕴结胆道、瘀阻血络、脉道不通而致胆汁排泄不畅,或因湿热瘀相互交阻、日渐形成痞块积、阻塞胆道而致。病久致脾失健运、湿热蕴脾、肝郁血

瘀、湿热久稽、肝肾阴虚,而成本虚标实之证。

临床观察发现,肝移植术后若出现 ALT、TBIL、ALP、GGT 升高等肝功能异常情况,尤其是后三者升高程度与 ALT 升高程度不成比例时,提示有发生胆道并发症的可能。所治 3 例患者术后 4 周内肝功能指标,其中血中 ALP 显著升高, TBIL 于术后 2 周始停止下降, GGT 于术后第 3 天停止下降,术后第 2 周开始升高。研究表明,各种肝内、外胆道阻塞性疾病时血清 ALP 排泄受阻,活性明显升高,且与胆红素升高相平行,转氨酶仅轻度增高。若术后 4~5 d TBIL 仍逐渐升高, 3~4 周后 TBIL 不下降或下降后又上升,则应警惕胆道并发症的可能。GGT 多数情况下与 ALP 的变化一致,在胆汁排出受阻时,血清 GGT 升高,亦有助于诊断肝移植术后胆道并发症^[5]。因此推断此 3 例患者有发生术后胆道并发症的危险,其临床症状多有乏力纳差或伴发热、面目发黄、脘腹胀满或痛、口干苦而粘、大便粘滞不爽、舌暗红或伴瘀点苔黄腻、脉弦数等表现,属肝胆热盛为主兼脾胃湿热及肝郁血瘀之象。疏肝利胆汤加减方中茵陈清热利湿,除诸黄;栀子苦寒,清解三焦邪热,可使湿热从小便而出;大黄泄热涤肠,化痰破结,可使瘀热从大便而解;三药相合,清利降泄,引湿热从二便而去,使邪有出路,则湿热易除。柴胡、黄芩疏解少阳胆经之热,赤芍活血化瘀、清泻肝火、散瘀止痛,木香行气理脾、疏利肝胆,金钱草除湿退黄、利胆化石。诸药合用,共奏理气活血、清热利胆、疏肝止痛之效。药理研究表明,黄芩、茵陈清热利湿,具有抗炎、利胆、退黄作用。大黄、金钱草可促进肝细胞分泌胆汁并使奥狄氏括约肌松弛。柴胡皂甙、黄芩甙、黄芩素等具有抗炎性渗出作用。大黄中所含蒽醌衍生物有明显的泻下、解痉作用,并能促进胆汁的分泌与排泄,能显著地降低奥狄氏括约肌的紧张性,使其松弛并促进胆囊收缩,并有较强的抗炎作用。此外,大黄素可降低转氨酶,还具有保护肠黏膜屏障、提高机体防御作用等。赤芍具有消退黄疸,抑制血浆中血栓素 B₂ 产生,促进肝脏水解,抗肝纤维化,促进肝细胞再生作用^[6]。

中药治疗本着因人而异,因势利导、标本兼顾的原则,着眼于术后整体机能改善的特点,有利于促进机体建立新的相对稳态,从而提高肝移植术后患者的生存率和生活质量。

[参考文献]

- [1] Moser M A. Management of biliary problem after liver transplantation [J]. Liver Transpl, 2001 7 (Suppl): 46
- [2] 黄磊,朱继业,栗光明,等.原位肝移植术后胆道并发症的预防与处理 [J]. 中国实用外科杂志, 2003 23 (5): 285.
- [3] 汪树根,陈规划.原位肝移植术后胆管狭窄的诊治进展 [J]. 肝胆外科杂志, 2005 13 (1): 77-78.
- [4] 戚晓升,彭志海,陈国庆,等.肝移植术后早期应用熊去氧胆酸疗效观察 [J]. 肝脏, 2005 3 10 (1): 31-32
- [5] 李勇,张培建.肝移植术后免疫排斥反应和肝功能监测 [J]. 医学研究生学报, 2008 3 21 (3): 313-316.
- [6] 张永艳,赵文霞.赤芍防治肝病的作用及机制研究 [J]. 陕西中医, 2003 24 (7): 655-656