

晚期肺癌并胸腔积液的双介入治疗

--附 40 例报道

瞿幼存 李玉梅 刘子江 袁建华

摘要: 采用胸腔穿刺抽去胸水后,腔内注射顺铂,联合支气管动脉化疗治疗肺癌并胸腔积液 40 例。结果 10 例完全缓解,20 例部分缓解,总有效率 75%。对延长患者生存期,减轻痛苦,提高生活质量,是一种较好的治疗方法。国内未见报道过,值得临床应用。

关键词: 肺癌 胸腔积液 顺铂

Double Interventional Therapy in Advanced Lung Cancer with Pleural Effusion (Report of 40 Cases)

Qu You-cun et al. Department of Radiology, Zhejiang Provincial people's Hospital, Hangzhou

ABSTRACT: 40 cases of primary lung cancer with metastatic pleural effusion were treated by both of bronchial arterial infusion (BAI) of anticancer drugs and intrapleural injection of CDDP after drainage. The result of the studies showed as follows: The complete remission (CR) in 10, partial remission (PR) in 12, thus the response rate (CR+PR) was 75% (30/40). This method can prolong survival period, relieve pain, raise life qualities. Therefore a valuable palliative therapy.

Key words: Lung cancer Pleural effusion Cispatin treatment

胸腔积液是晚期肺癌常见的并发症之一,亦是造成患者胸闷气促,甚至呼吸衰竭而死亡的重要原因。有效地控制晚期肺癌所致的胸腔积液对改善症状和提高患者生存质量甚为重要。我院采用腔内注射顺铂联合支气管动脉化疗治疗肺癌并胸腔积液 40 例。本文就其治疗方法、疗效及临床价值加以分析讨论。

一般资料

本组 40 例,男性 23 例,女性 17 例。年龄 33~67 岁,平均 53 岁。肺鳞状细胞癌 5 例。肺腺癌 21 例,小细胞肺癌 1 例,未定型 13 例。同侧胸腔积液 39 例,双侧胸腔积液 1 例。胸水中

查到癌细胞 15 例(37.5%)。根据 X 线胸片评估:大量胸腔积液 14 例;中等量积液 18 例;少量积液 8 例。所有病例均经 CT、胸部 X 线摄片及血管造影证实。

治疗方法

患者先行胸腔穿刺抽液,每次抽出 300~1300 ml 后即予顺铂 50~100 mg 加生理盐水 20~40 ml 稀释后注入胸腔内。其中 8 例注入顺铂 1 次,19 例注入 2 次;9 例注入 3 次;1 例注入 4 次。顺铂腔内注射后协助患者变换体位,以利药物与胸腔内残留胸水混合并均匀分布于胸膜表面。腔内注射二周至三周后,予股动脉穿

作者单位: 310014 浙江省人民医院放射科

刺插管至供血癌肿的支气管动脉灌注抗癌药物,选用阿霉素 30 mg、5-氟尿嘧啶 0.5~0.75 g,丝裂霉素 10 mg、顺铂 50~100 mg,一般选用以顺铂为主的三种抗癌药联合应用。并发肺部感染者则酌情灌注抗生素。腔内注射和支气管动脉灌注化疗间隔二周,交替进行。上述患者共行支气管动脉插管化疗最少 2 次,最多 8 次不等。

疗效评价:胸水按 Millar 制定的标准:^[1]完全缓解(CR):只需一次穿刺抽液并注药后,胸水减少或不再增加,症状缓解持续四周以上者;部分缓解(PR):经二次抽液并注药后才能控制胸水不再增长,症状缓解持续四周以上者;无效(NC):经二次穿刺抽液及注药后胸水仍不能控制和症状加重者。

结 果

一、一般情况均见好转。完全缓解 10 例(占

25%);部分缓解 20 例(占 50%);无效 10 例(占 25%)。

二、用化疗药后均有不同程度的恶心、呕吐等胃肠道症状及外周血粒细胞一过性降低。个别患者腔内注射顺铂后感胸部轻微疼痛不适,少许脱发,大都不需特殊处理能自行好转。

典型病例介绍

例 1 男性,46 岁,因发热、咳嗽,右胸痛一周入院。X 线胸片示右肺中心型肺癌伴肺不张,胸腔积液。胸水中查到癌细胞。予右支气管动脉灌注顺铂 50 mg,丝裂霉素 10 mg,林可霉素 1.8 g。一周后再予胸腔穿刺抽液 800 ml 后注入顺铂 50 mg。经治疗二次后症状明显好转。X 线胸片示胸腔积液减少伴右肺中叶部分肺不张。继续介入治疗 5 次,病情稳定。五年后 X 线胸片复查示:右肺肿块消失,遗留胸膜增厚(图 1~3)。至今已生存六年,正常工作。

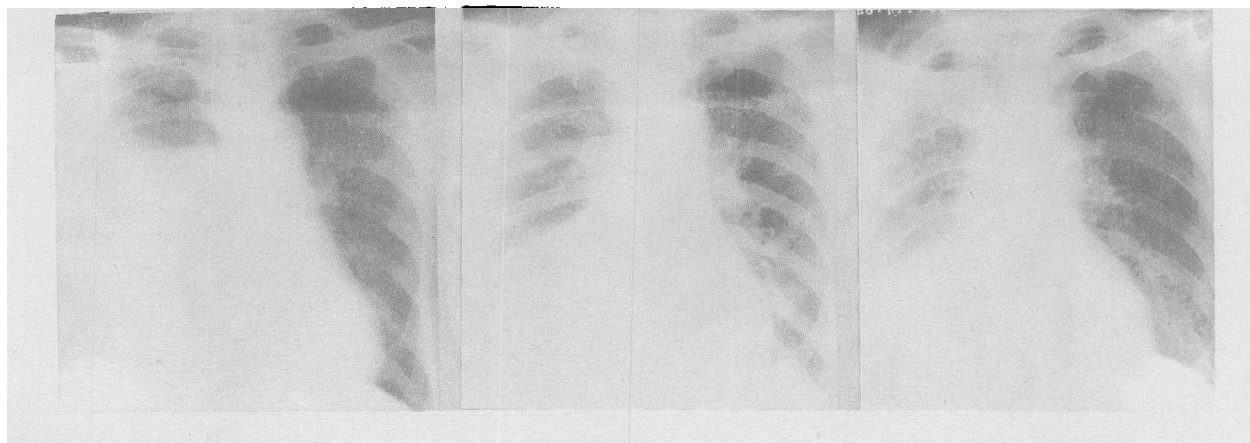


图 1. 例 1 治疗前右侧大量胸腔积液

图 2. 例 1 治疗后二个月,右侧胸腔积液大部吸收,右中叶部分肺不张。

图 3. 例 1 治疗后随访 4 年 9 月胸片仅见右侧胸膜增厚粘连,未见肿块及胸腔积液,至今成活 6 年仍健在。

例 2 男性,47 岁。因咳嗽咳痰月余伴发热气急半月入院。X 线胸片示右肺门块影,右中下肺不张伴积液。纤支镜示右肺中下支气管前壁塌陷。予胸穿抽液后注入顺铂 50 mg。二周后用顺铂 50 mg,丝裂霉素 10 mg、阿霉素 30 mg 右

支气管动脉灌注。治疗一月后症状缓解。X 线胸片复查胸腔积液明显减少。共胸腔内治疗二次,右支气管动脉灌注化疗四次。九个月后复查胸片见胸腔积液吸收,肿块缩小(图 4~6)。

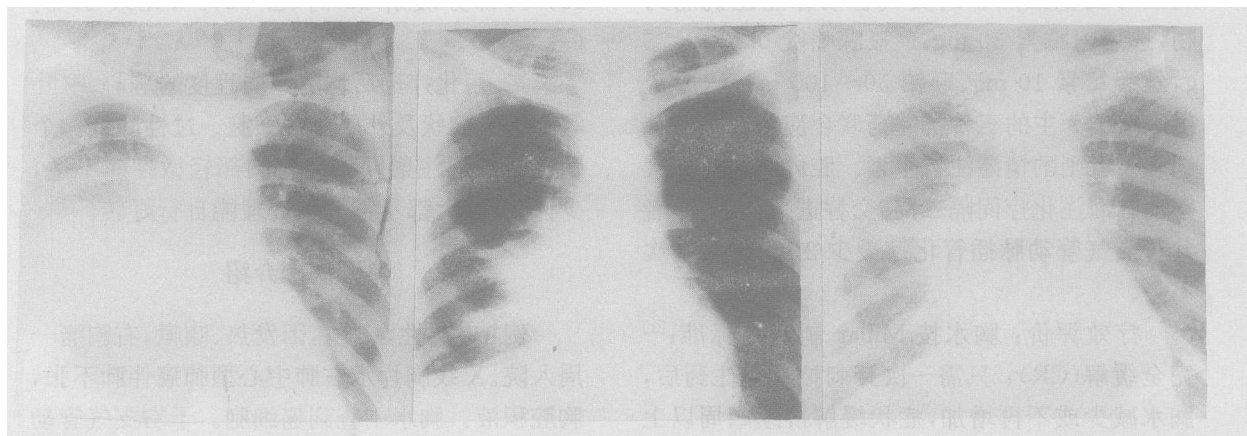


图 4. 例 2 治疗前右侧中等量胸积液。

图 5. 例 2 治疗后 1 月右侧积液基本吸收, 可见仍有肿块。

图 6. 例 2 治疗 9 月, 右侧胸积液吸收肿块有缩小。

例 3 女性, 38 岁。因反复咳嗽、气急二月余入院。X 线胸片示右下肺块影伴胸腔积液。胸穿抽出血性胸水并查到癌细胞。予顺铂 60 毫克右胸腔内注入, 再作右支气管动脉灌注化疗, 二

者交替, 共作胸腔内注射三次, 右支气管动脉内灌注四次。症状缓解。但右胸痛, X 线胸片示胸水明显减少, 胸膜增厚(图 7, 8)。给以对症治疗和免疫治疗, 生存二年九个月。



图 7. 例 3 治疗前右侧中等量胸积液。

图 8. 例 3 治疗后 14 个月胸片示右侧广泛胸膜增厚明显, 经 B 超检查未见积液存在。

讨 论

晚期肺癌并发胸腔积液严重影响患者预后, 常用的方法是反复抽吸胸水注入抗癌药, 如丝裂霉素、阿霉素、顺铂等, 但疗效均不理想^[2]。癌性胸腔积液局部治疗的目的是要排除胸腔积

液, 缓解压迫症状, 杀伤胸膜表面及积液中游离的癌细胞, 造成间皮细胞纤维化, 使脏壁层胸膜产生广泛的无菌粘连, 闭锁胸膜腔, 阻止积液再产生。顺铂在胸腔内注射后, 不易通过胸膜腹膜及心包膜腔, 这些腔内浓度高于血浆浓度, 而腔内顺铂的清除率远低于体循环^[3]。故可在腔内维

持较长时间的有效杀伤浓度,长时间直接作用于癌细胞。再者它可以反复多次用药,待坏死肿瘤组织脱落后再次给药则可继续杀伤癌细胞。由于癌性胸腔积液的出现标志恶性肿瘤已处于晚期,在采取有效措施控制积液的同时,积极治疗原发癌亦极为重要。晚期肺癌患者全身情况较差,难以耐受大剂量静脉化疗带来的毒副反应。而肺癌的血供主要来自支气管动脉,支气管动脉内灌注抗癌药物治疗中晚期肺癌的疗效已得到肯定。刘子江报道治疗 227 例中晚期肺癌,以顺铂为主,兼用 MMC、ADM、5-Fu 或 MTX,有效率为 93.4%^[4]。根据造影发现部分支气管动脉分支也可直接供血胸膜的转移灶。我们采用腔内注入顺铂和支气管动脉灌注化疗,二种方法交替进行,通过联合用药,既可通过肿瘤营养血管直接注药造成病灶局部高浓度以控制原发灶,又可通过腔内注药,让抗癌药渗入肿瘤表

面的一定厚度,杀伤肿瘤细胞和胸水中游离的癌细胞以控制转移灶。二者起协同作用,从而提高疗效。它优于其他单一治疗的效果。对延长患者生存期,减轻痛苦,提高生活质量,无疑是一种较好的治疗方法。

参考文献

1. Millar J W. Hunfer AM. Horne N W. Intrapleural immunotherapy With c p in recurrent malignant effusions. Thorax 1980;35:856~858.
2. 王泽球,等。短小棒状杆菌治疗癌性胸水的临床价值。实用内科杂志 1993;13:217.
3. 谢幸。顺铂经腹腔给药。卵巢癌化疗的新途径。国外医学妇产科分册,1987;(4):210.
4. 刘子江,周文解,袁建华,等。支气管动脉灌注抗癌药物治疗中晚期肺癌 227 例疗效观察。中华放射学杂志 1990;24(增刊):1.

(上接第 60 页)

丝通过鞘拉出,以减少胆管和肝脏损伤。术后疼痛有时很严重,可行一个或多个肋间神经封闭。

(五) 支架与并发症 金属支架和塑料支架植入后都可产生异位和移行。应正确选择支架的长度及最佳放置位置,特别是金属支架,可缩短操作时间。金属自展式支架放入后就难以改变,更应特别小心。金属支架移行的可能性较小。如果支架进入十二指肠一段较长,肠管的蠕动可使支架从胆道脱出。少见的支架侵蚀并穿过胆管壁和胸壁病例曾有报道。十二指肠内支架远侧的尖端可导致十二指肠溃疡形成。

二、迟发并发症

胆管炎是最常见的。通常发生于外引流夹闭而只行内引流时,这时可迅速恢复外引流。放置管径稍大的导管能明显降低夹闭所致胆管炎的发生。同导管或支架的堵塞与异位亦有关。

导管堵塞,脱出或胆道狭窄扩张后再狭窄几乎在所有的患者中最后都会出现。导管或支

架堵塞可继发于胆汁过于粘稠凝固或肿瘤生长过快。一般可在门诊重新更换失灵的导管。导管脱出后可沿原通道放回,越早越容易成功。支架堵塞处理比较麻烦,要重新穿刺放进导管,然后可用一根导丝通过堵塞的支架,同时操纵一根金属丝或刷子,使支架再通。塑料支架移行可把球囊在其中,通过导丝重新移动之。支架也可能被推入十二指肠。如果肿瘤生长过快,可用一根较长的设备把移动的支架重新放置。如果支架不能移动或不能再通,可把一根导管通过支架的边上或放在其上行内/外引流。

总结

经皮胆道引流和狭窄扩张术是非常有用的技术,特别是那些身体条件差不能接受外科手术的患者,术前应充分考虑各种情况,包括手术类型,途径,患者的身体状况,预后,社会环境,患者和家属的愿望,吸取失败的教训,总结经验,把一切潜在的并发症减到最低限度。