

· 临床经验 ·

介入化疗配合中药治疗肝转移癌疗效观察

沈德美 乔德林 章宏靖

临床发现胃癌时伴有肝转移者约占 5%~8%; 结、直肠癌 10%~25% 在治疗时已有肝转移^[1]。大部分病人早期诊断困难, 失去了手术机会。我院从 1994 年 2 月~1999 年 12 月, 将因胃、结、直肠癌在根治术后或姑息术时证实的肝转移癌 36 例, 给予介入化疗加中药治疗后的疗效分析, 报告如下。

一、临床资料

本组肝转移癌 36 例, 男 25 例, 女 11 例; 年龄 30~76 岁, 平均年龄 57 岁。36 例中胃癌 9 例, 结肠癌 14 例, 直肠癌 13 例; 病理类型属低分化腺癌 11 例, 未分化腺癌 10 例, 管状腺癌 9 例, 粘液腺癌 6 例。11 例是术中发现肝内转移灶, 做了原发肿瘤的姑息切除术, 余 25 例是在做了根治术或姑息术后, 通过腹部 B 超、CT 等检查发现肝转移。发现转移灶病程最短 2 个月, 最长 39 个月, 平均 15 个月; 肝内肿块直径 1.5~7.6cm, 平均 2.7cm, 全部为多发灶; 肿块在半肝者 14 例, 左右半肝均有 22 例。

二、治疗方法

(一) 介入化疗方案 采用 Seldinger 技术经皮股动脉穿刺插管, 在 X 线电视监视下, 将导管插至肝固有动脉, 经造影显示后将导管超选至肝左动脉或肝右动脉, 然后灌注化疗药物 5-Fu 1000mg, CBP 300mg, E-ADM 或 THP 60mg, MMC 16mg 加 40% 碘化油乳剂 10ml 作为栓塞剂。介入化疗后 1~3 d 辅以静脉输液及止吐对症治疗。本组病例均进行 2 次或 2 次以上的治疗。每次间隔 28~42 d 后重复 1 次。

(二) 中药治疗 采用益气健脾、理气化湿、疏肝柔肝、活血软坚等治疗原则组成基本方: 党参 15 克、白术 15 克、茯苓 10 克、砂仁 10 克、米仁 30 克、陈皮 10 克、白芍 15 克、柴胡 12 克、广玉金 15 克、炮山甲 10 克、浙贝母 20 克、鸡血藤 15 克、莪术 10 克、甘草 6 克, 并根据病情随证加减, 1 日 1 剂, 水煎早晚分服, 连服 2 个月以上。

三、观察指标

(一) 近期有效率 按 WHO 治疗客观疗效评

定标准^[2], 分完全缓解 (CR), 部分缓解 (PR), 无变化 (NC) 和恶化 (PD); 各种不良反应按 WHO 标准分级评价^[2]。

(二) 生活质量和生存期 治疗前的平均生活质量 (Kamofsty) 评分为 60 分。治疗前作血常规、肝肾功能、心电图、B 超等检查; 治疗后 7~10 d 复查。并随访生存期。

结 果

一、近期疗效

本组 36 例中 CR 1 例, PR 17 例, NC 10 例, PD 8 例, 有效率 (CR+PR) 为 50%。

二、不良反应

出现恶心, 食欲不振 6 例; 出现白细胞下降 5 例。为 I 度毒性反应, 均不低于 $3.0 \times 10^9/L$; 4 例介入化疗后 1~3 d 出现发热 38.5℃ 左右, 给予对症治疗后缓解。

三、生活质量和生存期

生活质量由于肝病灶有所控制而明显改善, 由治疗前平均 60 分升至 70 分, 少数病人达 80 分。随访观察生存期最短 3 个月, 最长 56 个月, 平均 20 个月; 观察 1、2、3 年生存率, 分别为 55.6%, 27.8%, 16.7%。

讨 论

选择性动脉灌注化疗具备准确的靶向给药, 使大剂量、高浓度的化疗药物集中于肿瘤局部, 充分发挥化疗药物杀灭瘤细胞的浓度效应。肝转移灶的血供主要来自肝动脉, 本组采用肝动脉栓塞化疗, 是通过阻断了转移灶 90% 以上的血供, 而造成其缺血缺氧坏死; 加之碘化油不但是良好的栓塞剂, 而且是良好的载体, 可将化疗药物选择性载入瘤体, 高浓度化疗药物持久地作用于瘤细胞而达到治疗目的^[3]。

本组 36 例肝转移癌经介入化疗配合扶正培本为主的中药治疗, 近期有效率 (CR+PR) 50%; 平均生存期 20 个月; 生活质量由治疗前 60 分上升至 70 分; 1、2、3 年生存率分别为 55.6%, 27.8%, 16.7%; 与 Corhon 等报道的全身化疗其近期疗效 10%~20%, 中位生存期 10~16.7 个月明显提高^[4]。说明中医中药配

合介入化疗既发挥中医中药的扶正作用,又充分发挥了介入化疗抗癌、使肿瘤缩小或消失的作用;并能预防和减轻消化道反应;促进骨髓造血机能的恢复和重建;避免了化疗时心、肝、肾等脏器功能损害;保护机体免疫功能和抗病能力;从而使化疗顺利完成,提高治疗疗效;延长肿瘤病人的生存期。

参 考 文 献

1. 汤钊猷主编. 现代肿瘤学. 第 1 版, 上海: 上海医科大学出版社.

1993, 513, 574, 382.

2. 中国常见恶性肿瘤诊治规范. 第 9 分册. 第 2 版. 北京: 北京医科大学. 中国协和医科大学联合出版社. 1991. 11-13.
3. 韩有志. 术中导向化疗与栓塞治疗不能切除的肝癌 40 例报告. 实用外科杂志, 1991, 11; 251.
4. 孙燕, 周际昌主编. 临床肿瘤内科治疗手册. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 217, 442.

(收稿日期: 2000 03 21)

• 临床经验 •

CT 引导下穿刺注射硬化剂治疗甲状腺囊性肿物

结果分析

周洪超 王东 徐涛 思仲诚 王守波

自 1995 年 3 月以来,我们在 CT 引导下选择性对 12 例甲状腺囊性肿物进行硬化剂治疗,取得良好效果,报告如下。

资料和方法

一、一般材料

本组 12 例,男 8 例,女 4 例。年龄 17~ 64 岁,平均 40 岁。肿物位于甲状腺左叶 5 个,右叶 7 个,计 12 个囊腔。全部经 B 超检查测值,CT 引导穿刺抽液确诊。囊肿最大径达 7cm,最小为 3cm。局部有压痛且活动度较差 9 例,无明显症状 3 例。B 超表现腺体内无回声液性暗区,囊壁完整而呈强回声。CT 为囊肿包膜完整且内部密度均匀,其中 1 例内有分隔,CT 值在 5~ 8Hu 左右。

二、技术方法

使用日本东芝 TCT-300S 全身 CT 机。病人仰卧位,先在颈部突出包块处横断扫描。层厚、层距均为 5mm,选出最佳层面,一般在囊肿的最大径。因囊肿局部距外皮较薄,甲状腺囊液一般较稠,不需选择特殊的穿刺针。我们采用局麻直接穿刺法。即取 2ml 注射器,用 9 号针头,抽吸 1.5ml 利多卡因。皮肤消毒,行定点局麻,直接穿入囊腔后抽尽囊液,取

少许送实验室检查。抽尽囊液后注入生理盐水,反复冲洗囊腔 3、4 次,再往腔内注入无水乙醇。每次注入量应少于抽出量的 1/2。10 min 后抽尽腔内液。拔针时可将针退至囊壁外缘,注入 2% 利多卡因 0.5~ 1ml,防止术后药液(硬化剂)顺针眼溢出而引起疼痛。拔针后针眼用敷料覆盖,胶布固定。观察半小时,无特殊不适可回病房或离院。每隔 1 个月、半年 B 超复查一次,需连续治疗者每隔 1 个月重复一次。

结 果

12 个囊性肿物,抽出囊液外观无色透明 9 个,淡黄微混浊 3 个。有 2 例行了第 2 次穿刺治疗,10 例 1 次治疗 1 个月后复查囊腔消失。经过半年至 3 年复查无复发征象。

讨 论

甲状腺囊性肿物按过去传统的治疗方法,一般多采取手术切除,据文献报道,因施行手术而损伤喉返神经或颈部大血管时有发生。我们应用在 CT 引导下穿刺,囊腔内注入硬化剂取得了良好疗效,且囊外组织不损伤。其治疗原则主要是通过硬化剂(无水乙醇)对囊腔内壁细胞产生较强的破坏作用,使囊壁上皮细胞的蛋白凝固变性,细胞坏死。失去分泌