

脾亢最易致血小板减少,其次是白细胞,再其次是红细胞。PSE 术后反应最敏感的是白细胞,一般术后 24~48h 开始升高,其初常升高超过正常范围。本组病例在术后 24h 白细胞明显升高,5~7d 降为正常范围。血小板升高常在 PSE 术后 1~3d 开始,术后 7~14d 升高达最高峰并稳定在这一水平^[8]。本组病例血小板在术后第 3 天开始升高,5~7d 明显升高,至术后 10~14d 达最高峰。至于红细胞常在术后 1 周左右开始变化,而且变化幅度不大。本组病例中合并红细胞减少的 1 例在术后 14d 出现明显升高并达正常范围,其它术前正常者,术后都没有明显变化。

四、肝癌治疗方案的选择

由于此类患者大多伴有肝硬化,血细胞都有不同程度的降低,考虑化疗药物的骨髓抑制作用,所以首次手术尽量少用化疗药,而且选择骨髓抑制作用较轻的化疗药,介入手术以栓塞为主。本组病例中有 1 例(肝功能为 B 级)治疗方案选择 LP-MMC-PYM-5Fu-DDP,术后第 3 天出现消化道出血,考虑大剂量化疗药诱发应激性溃疡所致,经抢救后好转。其它 6 例首次都选用 LP-MMC-PYM 方案治疗肝癌,待血细胞、肝功能恢复正常后,再选择肝癌常规介入治疗方案:LP-MMC-5Fu-ADM(THP、EPI)-DDP-GF(明胶海绵)。

五、并发症

双介入治疗肝癌合并脾亢手术后最常见并发症就是发热,一般为中低热,其次是脾区疼痛。但是对于高热和剧烈腹痛要慎重,要警惕脾脓肿、败血症的发生,所以双介入术前要行肠道准备,栓塞脾动脉要混合应用抗生素,术后要加强抗感染治疗 10~14d。

本组病例术后半个月至 1 个月内出现持续性低热 5 例,中度发热 1 例,体温正常 1 例(脾脏栓塞程度较轻),术后均加强抗感染治疗 2 周。

六、临床意义

我国肝癌患者多数是在乙型肝炎、肝硬化基础上并发的,很多肝癌患者有不同程度的脾亢和门脉高压,对于 I、II 期肝癌本身有外科手术指征,可是如果合并严重的脾亢、肝硬化、血细胞降低及免疫功能低下,这时外科手术有很大风险,而常规全身化疗因血细胞低下,不能进行,这时最佳治疗方案就是双介入治疗。待脾亢缓解、肝癌缩小后,再二期切除肝癌,将可提高肝癌的临床疗效^[7]。综上所述,双介入可以治疗不能行常规手术切除或化疗的原发性肝癌合并脾亢患者,具有临床重要性。

参 考 文 献

1. 韩铭均,赵促春,任克,等.部分性脾栓塞在肝癌介入治疗中的应用.中华放射学杂志,1996,9:616-619.
2. 单鸿,罗鹏飞,李彦豪.临床介入诊疗学.广东科学技术出版社,1997.214-215.
3. 高中度,茅爱武,邵维诚,等.肝动脉及部分脾动脉栓塞治疗肝癌伴脾功能亢进.临床消化病杂志,1999,4:149-150.
4. 李桂芳,谢松柏,周有喜,等.肝动脉栓塞加部分脾栓塞治疗原发性肝癌伴脾亢的临床研究.中国肿瘤临床,1998,1:47-50.
5. 龚高全,王小林,王建华,等.门静脉高压病人部分脾栓塞术对门静脉及其分支压力的影响.介入放射学杂志,1999,4:193-194.
6. 李志宏,王颖,徐景,等.原发性肝癌合并脾功能亢进的介入治疗观察(附 37 例报告).实用肿瘤杂志,1999,6:371-372.
7. Roversi R, Ricci S, Gambari PI, et al. Splenic embolization and hepatic chemoembolization: combined transcatheter treatment of hepatocellular carcinoma in cirrhosis with hypersplenism. Radiol Med Torino, 1993, 4:444-449.

(收稿日期 2001-04-17)

· 临床经验 ·

留置导管化疗灌注术治疗中晚期宫颈癌的疗效观察

徐兆龙 张文伟 李梅秀 雷松年 周金伟 刘建平

随着介入治疗技术的发展,宫颈癌的介入治疗技术在临床已得到广泛应用。我院采用超选择性患侧子宫动脉及髂内动脉前支药物灌注栓塞,对侧留

管化疗治疗中晚期宫颈癌取得了较满意的效果。现报道如下。

材料与方 法

一、临床资料

1998 年 1 月至 2000 年 10 月,我院行经股动脉

穿刺插管,超选择患侧子宫动脉及髂内动脉前支药物灌注栓塞、对侧子宫动脉及髂内动脉前支留管化疗,治疗中、晚期宫颈癌63例。其中,Ⅱ期45例,Ⅲ期18例,全部病例有病理检查作诊断。其中,高分化鳞癌40例,中分化鳞癌15例,低分化鳞癌8例。患者年龄为26~74岁,40岁以下7例,40~69岁51例,70岁及以上5例,平均年龄51岁,有39例接受二期根治术。28例术后随访1年,均存活。

二、动脉插管及给药方法

采用 Seldinger 法行股动脉穿刺插管,置入 5F 导管鞘,将 5F Cobra 管或 SIM 管分别置入双侧髂内动脉,行数字减影血管造影(DSA)检查,明确肿瘤发生部位及供血动脉情况,了解肿瘤血管部位及丰富程度,决定导管置入部位。先将导管超选择插入肿瘤血管偏少侧的子宫动脉(图1)或者髂内动脉前支(图2),先动脉灌注 2%利多卡因 2ml 加生理盐水 2ml 预防化疗药物刺激,降低疼痛等症状。再行平阳霉素(BLM)16mg 加生理盐水 40ml,顺铂霉素(DDP)40mg 加生理盐水 80ml 缓慢灌注,最后用 10mm×2mm×2mm 高压灭菌明胶海绵 2~4 条进行栓塞;拔出导管,然后将导管插入对侧子宫动脉或髂内动脉前支,用同样方法动脉内先灌注 2%利多卡因 2ml 加生理盐水 2ml,再将 BLM 8mg 加生理盐水 20ml,DDP 20mg 加生理盐水 40ml 进行缓慢动脉灌注完毕,最后用肝素盐水进行导管抗凝封闭,用缝线固定导管鞘及导管,纱布包扎术毕。

三、导管留置给药

BLM 16mg 加生理盐水 20ml 隔日 1 次×3 次, DDP 20mg 加生理盐水 50ml,每日 1 次×6 次,用微

泵分别在 2h 内注完,每次注药后行枸橼酸钠封闭,1 周后拔管包扎,留管期间适当给予抗生素预防感染。

结 果

一、近期疗效

本组 63 例中晚期宫颈癌进行子宫动脉插管栓塞加留管化疗(简称介入治疗)76 例次,其中 5 例行 2 次插管化疗。有 4 例行介入治疗,按第 1 次介入治疗结束后 1~2 周(平均 10d)行常规妇科检查,根据 WHO 实体瘤治疗标准观察疗效。结果显著有效 21 例,占 33.3%,有效 38 例,占 60.4%,无效 4 例占 6.3%。其中有 39 例进行二期子宫全切加盆腔清扫根治术。术后病理检查 1 例肿瘤完全坏死脱落,未找到癌细胞,3 例为原位癌。临床症状不同程度好转,有 53 例治疗后即出血停止,分泌物减少,疼痛缓解。

二、不良反应

主要表现为不同程度发热,恶心、呕吐,骨髓抑制(白细胞、血小板减少),臀部刺痛;重者有不同程度膀胱刺激症(2 例),阴唇小溃疡(1 例),拔管后症状消失,呕吐一般在术后 3d 消失。或者术中应用枢丹 8mg 肌注,可减轻消化道反应。发热为低热,体温在 37.5℃~38.5℃。有骨髓抑制症状适当应用提升白细胞、血小板药物,很快可恢复正常。

讨 论

近 10 年来由于介入放射学的广泛开展,双侧髂内动脉灌注化疗已被临床所接受。近几年来子宫动脉药物灌注和栓塞治疗中晚期宫颈癌已有较多的



图 1 将导管插入右侧子宫动脉作 DSA,示肿瘤血管丰富,行动脉药物灌注后明胶海绵栓塞



图 2 将导管插入左侧子宫动脉作 DSA,示肿瘤血管较右侧更丰富,进行留管药物灌注,1 周后行明胶海绵栓塞

报道。

选择性肿瘤供血动脉的药物灌注加栓塞,是治疗中晚期恶性肿瘤姑息疗法之一。有人报道经髂内动脉插管药物灌注,局部药物浓度为全身化疗的 89 倍。一定范围内局部药物浓度增加 1 倍,杀伤肿瘤的能力可增加 10 倍^[1]。Harima 等^[2]对兔子移植 VX2 肿瘤模型采用 DDP 进行单纯动脉化疗,单纯栓塞和动脉栓塞化疗的研究,结果治疗组的化疗栓塞效果最为显著。Matsui 等^[3]采用碘油 ADM 和明胶海绵混合超选择栓塞治疗了 7 例宫颈癌,结果出血停止,数天后肿瘤开始坏死。还有人认为动脉点滴较单次冲击性给药效果好,尤其是应用超选择性动脉插管,使导管尽可能接近或到达耐药病灶的供血动脉,使肿瘤局部的血药浓度大大增高,势必提高其抗癌作用^[4]。宫颈癌的血供主要来自子宫动脉,少部分为髂内动脉前支多支供血。先将导管超选择置入供血动脉(子宫动脉或髂内动脉前支)一侧行药物灌注后栓塞,然后将导管插入对侧子宫动脉或髂

内动脉前支进行留管化疗 1 周后,再行动脉栓塞,这样可中断肿瘤的血供,又提高了局部药物的浓度,延长了高药效时间,显著增加化疗药对肿瘤细胞的杀伤力。使本组治疗有效率高达 93.7%;有 39 例中晚期患者,又获得二期根治术的机会,较以往的单纯冲击性髂内动脉化疗有效率有了显著提高。

参 考 文 献

1. 詹晓星.介入放射学中的药物代谢动力学研究.国外医学.临床放射学分册,1989,6:327.
2. Harima Y, Harima K, Hasegawa T, et al. Histopathological changes in rabbit carcinoma after transcatheter arterial embolization using cisplatin. Cancer Chemother Pharmacol, 1996, 38:307-322.
3. Matsui Y; Kanoh H, Okudarira Y, et al. Superselective transcatheter arterial-chemoembolization in uterine cervical cancer. Gan Kagaku Ryoho, 1989, 16:2801-2804.
4. 岳天孚, 杨秀玉.血管性介入技术在妇科肿瘤领域中的应用.中华妇产科杂志,1995,30:435.

(收稿日期:2001-06-18)

· 临床经验 ·

介入性导管药盒系统废用的原因及预防措施

姜建威 程洁敏 李新胜 吴震海

用介入方法植入导管药盒系统(PCS)治疗晚期肿瘤已广泛应用于临床^[1,2]。我院 1996 年 9 月~2000 年 5 月共应用 39 例,其中 6 例患者 7 个 PCS 废用,本文着重分析引起 PCS 废用的原因及预防措施。

材料与方 法

一、临床资料

胸部、腹部、盆腔及髓白恶性肿瘤患者 39 例,其中男 26 例,女 13 例,年龄为 32~72 岁,平均 44 岁。诊断为原发性肝癌 9 例,转移性肝癌 13 例,胰腺癌 5 例,转移性肺癌 7 例,卵巢癌 2 例,膀胱癌 2 例,右髓白恶性巨细胞瘤 1 例。其中经左锁骨下动脉植入 PCS 者为 21 例,经右锁骨下静脉植入者 7 例,经股动脉植入者 11 例。

一、操作方法

(一)PCS 置入技术 进针部位:1.以左锁骨下中外 1/3 向下 3~4cm 为皮肤穿刺点,穿刺左锁骨下动脉^[3]。2.以右锁骨下中外 1/3 向下 3~4cm 处为进针点,行右锁骨下静脉穿刺。3.为双侧股动脉,即 Seldinger 技术。穿刺成功后置入 0.035 寸超滑导丝,经导丝直接置入 5F Cobra 导管或 RH 导管。经右锁骨下静脉导管通过上腔静脉、右心房、右心室插到肺动脉,因经过心脏,所以必须在心电监护下进行^[4]。行选择或超选择性血管造影了解肿瘤供血及血管解剖。明确导管到位后,行首次化疗或栓塞,再用交换导丝将留置管引入。其后冲洗或更换干净手套,在穿刺点下方或内下方局麻后切开皮肤,作一约 3cm×4cm 大小的皮下囊腔,用隧道针或止血钳将留置管引至囊腔,并与药盒连接,试注肝素生理盐水证实 PCS 通畅和无渗漏,缝合皮肤。术后常规抗生素治疗 5d,一般 7~9d 后拆线。

(二)术后治疗及随访 PCS 置入术后,每隔

留置导管化疗灌注术治疗中晚期宫颈癌的疗效观察

作者: [徐兆龙](#), [张文伟](#), [李梅秀](#), [雷松年](#), [周金伟](#), [刘建平](#)
作者单位: [323000, 浙江省丽水市中心医院, 温州医学院附属第五医院放射科](#)
刊名: [介入放射学杂志](#) [ISTIC](#) [PKU](#)
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)
年, 卷(期): 2002, 11(2)
被引用次数: 2次

参考文献(4条)

1. [詹晓星](#) [介入放射学中的药物代谢动力学研究](#) 1989
2. [Harima Y.](#) [Harima K.](#) [Hasegawa T](#) [Histopathological changes in rabbit carcinoma after transcatheter arterial embolization using cisplatin](#) 1996
3. [Matsui Y.](#) [Kano H.](#) [Okudaira Y](#) [Superselective transcatheter arterial-chemoembolization in uterine cervical cancer](#) 1989
4. [岳天孚.](#) [杨秀玉](#) [血管性介入技术在妇科肿瘤领域中的应用](#) 1995(07)

引证文献(2条)

1. [周素军.](#) [乐涛.](#) [徐国斌.](#) [龙清云.](#) [胡金香.](#) [刘骏方](#) [盆腔动脉数字减影血管造影的技术因素探讨](#)[期刊论文]-[实用医学杂志](#) 2007(2)
2. [刘蒙娜.](#) [陈勇](#) [19例子宫颈癌晚期的介入治疗](#)[期刊论文]-[内蒙古医学杂志](#) 2005(5)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200202018.aspx

授权使用: qkahy(qkahy), 授权号: e0a4962c-cb34-42af-bd6f-9e38016013c5

下载时间: 2010年11月24日