

大量合成和释放铁蛋白,有学者将人肿瘤移植于裸鼠发现血清铁蛋白(SF)增加,并随肿瘤的增大而增高,肿瘤摘除后随之下降,且 SF 值及阳性率在肝癌早期<中期<晚期<sup>[4]</sup>。本组资料显示 A 组 SF 值增高率为 61.2%,B 组 SF 值增高率为 22.2%,比较有显著差异性( $P<0.05$ )。原因可能为肿瘤的生长引起部分肝细胞破坏,导致贮存的铁蛋白释放入血,同时活跃的癌组织加紧合成和释放铁蛋白增加所致,因此 TACE 后 SF 升高揭示了肿瘤组织可能在增殖和生长,病情在发展,则 AFP 不易下降。

(2) 门静脉癌栓:AFP 释放入血的过程受多种因素影响,如血供和细胞膜破坏程度等。TACE 后 A 组分别有 9 人和 11 人出现了黄疸和腹水。其中 11 人有门静脉癌栓,已知门静脉癌栓是原发性肝癌肝内转移的主要方式,肝癌血液循环在瘤内是由肝动脉经假血窦流向门静脉,出瘤血被入肝的门静脉血液带到附近肝实质,造成肝内转移灶<sup>[5]</sup>。门静脉癌栓和肝内转移

灶致使门静脉压升高及肝细胞受损程度加重,临床出现黄疸和腹水。一般情况下,AFP 升高总是反映病情恶化,因此为了减低肝癌的转移率,减缓病情发展,可考虑在进行 TACE 同时,联合进行门脉抗癌药灌注,可能比单纯肝动脉化疗和栓塞更有效。

### 参考文献

1. 王建华,林贵,顾正明.肝动脉化疗栓塞术治疗中晚期肝癌.中华肿瘤杂志.1992;14:278.
2. 王易伦,杨静华,何开跃.甲胎蛋白对肝癌细胞生长的影响 1.人 AFP 对小鼠腹水型肝癌细胞 RNA 合成的促进作用.中国肿瘤临床 1989;16:293.
3. 王培英,孙黎明,郭培志.甲胎蛋白与非肝细胞癌恶性肿瘤.中华肿瘤杂志 1991;13:61.
4. 杨鸿钧,高炎,高政.血清铁蛋白测定诊断肝癌的临床价值.中国肿瘤临床 1988;15:96.
5. 陆才德.肝脏肿瘤血供.国外医学肿瘤学分册 1991;1:21.

## 在基层医院探索和实践开展介入放射学治疗几点体会

刘传方 于光随 周亚军

近年来国内介入性放射学发展迅速,我院放射科设备较为落后,没有高压注射器和快速换片机,因陋就简积极开展介入性放射工作已近四年,所有病例均由放射医师操作,以治疗为重点,在院领导和其他临床各科配合下,建立起了一支专业队伍,开设了专科门诊和病房,此后治疗病种和人数迅速增高,现在开展的项目已有 15 余种,包括选择性插管灌注抗癌药物和动脉栓塞各类肿瘤。选择性栓塞治疗咯血,肾外伤大出血,四肢动脉插管溶栓,脾机能亢进,消化道狭窄自制气囊导管扩张等。1991 年 4 月~1994 年 12 月就治疗各种疾病 1300 人次,现在介入放射学科在我院初具规模。放射科已打破

单纯作为辅助科室的传统观念,转为兼具诊治功能的名符其实的临床科室。我院在这方面进行了一些尝试,取得了较好效果。

### 一、自我奉献,艰苦创业

介入放射工作是在一台匈牙利 500mA 多功能 X 光机上进行的,血管造影用手推法,摄取动脉期和静脉晚期两张 X 线照片。因此介入放射学对“介入医师”要求高,要求在具备影像知识和内外等科知识的基础上还要熟练掌握导管操作技巧。搞“介入”的医师要有一个知识更新和自我完善过程,因此必须刻苦钻研新业务,新技术;介入治疗是在曝光条件下进行操作

(下转第 83 页)

作者单位:223700 江苏泗阳县人民医院放射科

(1) 超选失败,药物不能有效的灌注至靶血管。(2) 用药不合理:化疗药物理论上选择对 M 期、S 期有效的药物,以及细胞周期非特异性药物,联合应用最理想。尤其在操作中各种药物应分别注入,避免混合应用。(3) 治疗不正规:部分患者不能定期复查,不能按治疗方案实施,直接影响疗效。(4) 身体一般情况较差,如血小板、白细胞较低等。

#### 五、并发症

介入化疗的并发症较全身化疗明显减轻。因同一种药物由于使用方法不同毒性表现亦不一样。单次大剂量比多次小剂量的毒性小<sup>[6]</sup>。所以本组未发生严重毒副反应,少数有轻度胃肠道反应,两例术后体温升至 38.5℃ 左右,经对症处理后恢复。优于放疗所致的皮肤损伤,放射性肺炎等并发症。认为对失去手术机会的晚期

食管癌患者,介入治疗不失为一个新的治疗手段,对减轻症状,提高生存质量,延长生命有重要意义。

#### 参考文献

1. 河南医学院主编.食道癌.第一版,北京:人民卫生出版社,1983;290.
2. 顾大中,陈志贤,钱图南,等.84 例腔内型食管癌的放疗疗效分析.中华放射学杂志 1984;18:55.
3. 王德元编著.胸部肿瘤学,第一版,天津:天津科学技术出版社,1994;240.
4. Kelsen DP. Chemotherapy of esophageal carcinoma. Semin Oncol 1984;11:159.
5. Kelsen DP. Chemotherapy of esophageal cancer. Eur J Cancer Clinic Oncology 1985;1:5.
6. 张志义,孙燕主编.恶性肿瘤化学治疗学.第一版,上海:上海科学技术出版社,1981;52.

(上接第 79 页)

的,对患者操作过程也是操作医生同时遭受 X 线损伤过程,对患者诊治的操作时间越长,接受 X 线损伤就越大。介入治疗是因医生辛勤劳动的汗水和自我牺牲来换取患者的幸福,因此要求介入医生要搞好自我防护,对患者要具有爱心和自我奉献精神。

#### 二、成立介入治疗组

在基层医院开展放射学工作需要原放射科医师经过专门训练和刻苦钻研,并要有一定程度的实践经验积累。我院放射科在近年来的发展中逐渐培养和造就了一支专门的技术队伍。这支队伍已在医、教、研中发挥了重要作用,已治疗了一批操作难度较高的病例。与介入放射有关的多项科研,不断开拓新领域。事实证明建立起这样一支队伍是保证高质量医疗水平和促进介入工作不断发展的重要基础。

#### 三、设立介入性放射学门诊和病室

介入放射学就象放射诊断一样,几乎涉及全身各个系统,然而也象放射诊断一样,由独特的诊治手段带来了本学科的明显特殊性。设立介入性专科门诊和病室可以学科规律处理患者

对于放射科介入医师来说不熟悉临床处理这是对从事介入性放射学工作的不利因素,为弥补这个缺陷我们的病室由介入医师操作和主持日常医疗处理,由临床负责术后护理。

#### 四、与各科室建立良好的合作关系

介入性放射学治疗手段在某种程度上解决了有关临床学科中的一些难题,就介入性放射学科而言,也需得到有关学科在技术上的支持。与各学科间存在着广泛的合作基础,基于这样认识,我们与各有关科室建立了良好的合作关系,有关科室也积极帮助我们克服某些技术困难,许多病人是由兄弟科室介绍而来。这种良好的科室关系是我们工作得到顺利开展的重要条件之一。

总之,我们的主要体会是:设备简陋的一般医院都可以开展介入性放射学科诊疗工作,并且可以较大规模的开展,为此需要领导的重视与支持,全院各方面的协作和放射工作者的创业精神。我们的工作还处于初级阶段,很不完善,需要向各方面学习,不断充实自己,提高自己。