

• 临床经验 •

动脉化疗治疗晚期妇科恶性肿瘤

高文斌 刘伟 黄媛阳

化疗在晚期妇科恶性肿瘤的治疗中占有重要的地位^[1]。对于无法手术切除和术后复发等晚期病例,我们采用动脉化疗治疗,取得了满意的疗效。报告如下。

资料和方法

一、一般资料

收集资料完整的晚期妇科恶性肿瘤病例 52 例。年龄 36~68 岁,平均年龄 49 岁。其中卵巢癌 41 例,(剖腹探查见肿瘤无法手术切除者 29 例,术后复发 12 例)。宫颈癌 11 例(无手术指征 5 例,术后复发 6 例)。卵巢癌病例除 12 例根据临床检查 CT、B 超和盆腔血管造影诊断以外,其余病例均经手术病理证实。

二、方法

全部病例均采用 Seldinger 改良法行股动脉穿刺、插管。首先行肠系膜下动脉造影,以明确肿瘤是否已侵犯直肠、膀胱等盆腔重要脏器,然后再分别超选择至双侧髂内动脉造影检查。对于肠系膜下动脉供血区域出现肿瘤侵犯、播散的病例,化疗药物采用双侧髂内动脉及肠系膜下动脉各三分之一量动脉灌注化疗,其余病例则于双侧髂内动脉各半量应用。3~4 周后重复。化疗药物选用 5-氟尿嘧啶(5-Fu) 1 000mg、表阿霉素(EPIADM) 60mg、环磷酰胺(CTX) 800mg 和顺铂(DDP) 100mg。52 例病人中,治疗 5 次 4 例,4 次 9 例,3 次 5 例,2 次 10 例,1 次 4 例,平均治疗 3 次。

介入化疗疗效评价按 WHO 标准评定^[2]。

结 果

动脉化疗术后疗效评价:CR 4 例,PR 40 例,NR 6 例,PD 2 例,有效率(CR+PR)为 84.6%。12 例卵巢癌(均获得 PR 疗效)在动脉化疗术后施行了 2 次手术,清扫了残留肿瘤病灶及部分淋巴结。二期手术切除率为 23.1%(12/52),其中 2 例分别于术后 7 个月,11 个月再次复发,余 10 例未见肿瘤复

发征象。1 例卵巢癌术后复发病经化疗后存活时间超过 5 年,期间经动脉化疗五次而未行手术再切除,疗效属 CR^[1]。

病人现存活 34 例,其中施行第 2 次手术的 12 例病人中存活 11 例,术后至今已存活了 2~63 个月,其中存活 5 年以上 2 例,3 年以上 3 例,1 年以上 2 例,1 例于术后 10 个月死亡;单纯化疗病人中存活 23 例,至今已存活 1~61 个月,存活 5 年以上 1 例,3 年以上 0 例,1 年以上 10 例,死亡 17 例,其中 4 例治疗后存活 1 年以上,9 例存活 6 个月以上,4 例半年内死亡。争取二次手术病例的存活期明显长于非手术病例。两者差异显著($P < 0.05$)。

并发症:全部病例除一过性化疗后消化道轻度反应外,无其它严重不良反应。

讨 论

由于目前对妇科肿瘤仍缺乏早期诊断的方法,晚期病例又大多丧失了手术的时机。使化疗在妇科恶性肿瘤的治疗中占有重要的地位。传统的静脉化疗副反应较大,疗效亦不甚满意。自应用双髂内动脉化疗治疗妇科恶性肿瘤取得了十分满意的效果以来,显著地提高了肿瘤的二次切除率,延长了生存期。

在晚期妇科恶性肿瘤中,发生广泛盆腔转移的情况十分多见,在化疗中则加用肠系膜下动脉的造影及化疗,可以更加有效地控制包括转移灶在内的全部肿瘤病灶区域,这也为后期的手术切除提供了方便的条件,而作为一项常规诊疗措施具有积极的作用,值得推广。

双侧髂内动脉化疗及肠系膜下动脉化疗可以最大限度地使肿瘤缩小,降低临床分期,以争取二次手术的时机。本组病例均为晚期,动脉化疗后,有效率达 84.6%,部分病例还获得了二次手术的机会,二次手术率达 23.1%。而且术后生存期,疗效均优于非手术动脉化疗病人,差异显著($P < 0.05$)。

化疗药物对恶性肿瘤组织的作用效果取决于作用时间与药物浓度。化疗药物的作用浓度提高 1 倍,可以增加疗效 10~100 倍,动脉给药所取得的血

药浓度高于同等剂量的静脉化疗的 10 倍甚至 100 倍以上^[4]。动脉给药使癌组织暴露于药物作用之下。这种给药方式的改变,亦可弥补全身化疗的非选择性,从而使化疗具有了选择性、导向性,增大了抗癌效果,减少了毒性反应。可以逐步替代静脉化疗。

参 考 文 献

1. 连利娟. 卵巢癌治疗新进展. 见: 郎景和主编. 卵巢肿瘤的基础与

临床研究. 第一版, 北京医科大学和中国协和医科大学联合出版社, 1995, 344.

2. 汤钊猷主编. 现代肿瘤学. 第一版, 上海医科大学出版社, 1993, 425.

3. 汤钊猷主编. 现代肿瘤学. 第一版, 上海医科大学出版社, 1993, 378.

4. 李麟荪主编. 临床介入治疗学. 第一版, 科学技术出版社, 1994, 3.

(收稿: 1999-09-10)

· 临床经验 ·

介入技术治疗输卵管妊娠的临床研究

董峰 陈广英 颜世菊

输卵管妊娠属于妇产科常见的异位妊娠, 传统的治疗方法是剖腹切除患侧输卵管。这不仅给患者带来痛苦, 增加其经济负担, 同时也使有生育要求的患者减少或丧失再孕的机会。80 年代以来, 由于放射免疫测定及超声、腹(宫)腔镜等检查手段的出现, 使异位妊娠的早期诊断成为可能, 为药物保守治疗创造了条件, 各种肌注、静注杀胚药物治疗输卵管妊娠的技术相继开展^[1, 2], 但是都存在着疗程长、副作用大的缺点。近年来, 随着腹(宫)腔镜诊断和治疗技术的发展, 传统手术治疗输卵管妊娠的方法逐步被用腹(宫)腔镜穿刺输卵管注入杀胚药物这一技术所取代^[3-5]。然而, 这种设备造价昂贵、操作复杂, 并仍属于侵入性操作, 应用仍受限制, 吸取腹(宫)腔镜治疗输卵管妊娠的经验, 结合介入治疗的特点, 我们总结出应用同轴导管系统治疗输卵管妊娠的新方法。现将我们临床治疗的 11 例情况报道如下。

材料与方法

一、材料

5.5F、3.5F 导管各一条, 0.038"、0.018" 超滑导丝各一条。杀胚药物氨甲喋呤(MTX)。

二、方法

让患者取膀胱截石位。在 X 线影象监视导向下, 将 5.5F 导管用 0.038" 导丝引导插入宫腔内, 轻轻探及患侧输卵管内口, 将导管送入输卵管内 1~2cm 深度, 抽出导引导丝, 注入造影剂, 观察输卵

管形态及管内充盈缺损情况。如有充盈缺损证实为孕囊所在。随后再把 3.5F 导管用 0.018" 导丝引导沿 5.5F 导管送至孕囊部位, 抽出导丝。将溶于 10ml 注射用水的 30mg MTX 经 3.5F 导管缓慢注入此段输卵管内, 并留置 5 分钟后拔出。同时注意观察患者的腹部症状和生命体征, 每 2 天测定患者血中 β -HCG 一次, 注意其动态变化, 直至降到非孕水平。1 周内未降至 50% 以下者, 行同法第 2 次治疗。

临床结果

本组 11 例, 年龄为 24~39 岁, 平均 29 岁。停经 32~55 天, 平均 41 天。除 1 例在治疗后第 3 天大出血随即施行手术外, 其余 10 例均用该方法治愈。其中 6 例系未破裂型, 3 例破裂型, 1 例为流产型。全部病例术前肝肾功能测定正常, 无明显贫血和生殖器官的畸形。血中 β -HCG 在 241~1147kIU 水平, B 超宫旁(输卵管)包块(孕囊)均小于 5.0cm, 明确除外宫内妊娠。流产型和破裂型的部分病例有不规则阴道流血或下腹坠痛感。4 例 B 超盆腔液性暗区在 0.7~2.3cm。8 例系使用宫内节育器避孕期的经产妇, 3 例为首次妊娠的初产妇。术后每 2 天测定血 β -HCG 一次, 降至 20kIU/L 为杀胚成功, 但最终治愈仍为月经恢复。4 例 1 周内血 β -HCG 下降不到原来水平的 50%, 重新同法第 2 次治疗后治愈, 其余 6 例血 β -HCG 分别在 4~7 天转降至正常, 月经恢复在治疗后 26~57 天, 平均 40 天。

作者单位: 276100 山东省郯城县第一人民医院(董峰, 陈广英); 山东省郯城县计划生育服务站(颜世菊)