

效,加用大剂量醛氢叶酸后,肿块缩小。1 例盲肠癌病例,在 X 线检查中发现病变范围较大,回肠末端套入回盲部。我们建议先做介入化疗后再行手术,患者未予采纳。结果在手术中发现病灶与腹膜广泛粘连,无法切除。在转入本组的介入化疗后,重新手术切除了病灶。

其次,在动脉介入化疗药物灌注时,超选到供血动脉是非常重要的,能明显提高疗效。本组 2 例效果不明显的患者,主要是由于肿瘤过大,范围广,肝脏腹膜后淋巴转移,造成肿瘤血管的推移,使超选成为困难。另外,血管的变异也能加大超选的难度,导致疗效降低。随着消化道癌的动脉介入化疗的广泛

开展,为患者争取到有效的“二步手术”切除,以往大剂量醛氢叶酸与 5-氟尿嘧啶的增效化疗较常见于静脉滴注法中。我们在采用了动脉介入化疗后,未见明显不良反应发生,化疗药物的消化道反应大大降低,疗效好,患者易于接受。

#### 参考文献

1. 刘华,杨作衡,王蔚. 大剂量醛氢叶酸与氟尿嘧啶治疗晚期胃肠道癌. 癌症, 1996, 3: 201.
2. Highley Ms, Mill Me, Ziras N, et al. High dose folinic acid with 5-fluorouracil bolus and continuous infusion in the treatment of advanced gastric and oesophageal adenocarcinoma. Br J Cancer, 1993, 67: 407.

(收稿: 2000-05-29 修回: 1999-06-15)

## • 临床经验 •

# 原发性肝癌合并糖尿病介入治疗的围手术期处理

郭添胜 姜在波 黄明声 关守海 马壮 曹小龙

在临床上,肝癌合并糖尿病患者有不断增多的趋势。由于糖尿病的存在加重了病情及介入手术前后处理的难度。本文总结我院 15 例原发性肝癌合并糖尿病患者的围介入手术期处理经验,提出该类患者的处理方法。

## 材料和方法

### 一、一般资料

治疗 15 例原发性肝癌合并糖尿病患者,均为男性,年龄 48~70 岁,平均 59 岁。10 例入院前已确诊有 3~10 年糖尿病史,其中 9 例口服降糖药物治疗,1 例注射胰岛素治疗。入院时血糖在 8.0mmol/L 以下,尿糖为  $\pm \sim ++$ 。其余 5 例入院时空腹血糖 8.03~21.11mmol/L,平均 13.57mmol/L,餐后 2h 血糖 11.66~30.10mmol/L,平均 18.49mmol/L。全部患者有乙型肝炎病史,均伴有不同程度腹水。

### 二、治疗方法

15 例患者中 10 例行经股动脉入路化疗栓塞术

(TACE) 30 次,5 例行左锁骨下动脉入路植入化疗药盒(PCS),序贯 TACE 18 次,共进行 48 次 TACE。

(一) 术前处理 糖尿病患者入院后按糖尿病治疗原则,保证每天基本热量供应为 1500~2000 千卡,饮食按 1/5, 2/5, 2/5 三餐或 1/7, 2/7, 2/7, 2/7 四餐分配。术前定时测量空腹血糖、餐后 2h 血糖,每天测定 4 段尿糖。因肝硬化腹水患者需限制钠盐的入量,不可避免地需用葡萄糖输液,此时须在补液中加用常规胰岛素,按 4~6:1 原则配制(4~6g 糖:1U 胰岛素),保持尿糖水平在  $- \sim ++$ 。不需要等待患者血糖水平控制在正常范围才行介入治疗。

(二) 术后处理 TACE 术后患者在 1~3d 内有不同程度恶心、呕吐等不良反应,食欲不佳,处理上采用在停用口服降糖药物,静脉补液中加用胰岛素,待患者病情恢复后按术前方案执行。术后恢复期血糖、尿糖均控制在术前水平。术后常规静脉应用广谱抗生素 3~5d,并口服乳果糖,以控制感染、保持大便通畅及减少肠道内毒素的产生。及时监测血糖、血氨值,对预防和判断低血糖、酮症酸中毒、及肝性脑病有很大帮助。

## 结 果

15 例患者术前血糖基本控制在 9.0mmol/L 以下,尿糖为- ~ + +。术后 2 例患者出现肝昏迷,1 例经治疗好转,1 例死亡。除 1 例死亡外,其余 14 例术后 1~5d 内血糖控制在 10.0mmol/L 左右,尿糖多数为+ + + 以下。5d 以后血糖、尿糖达术前水平。无 1 例出现感染,肝功能多在 7d 内恢复正常水平。生存超过 1 年者 8 例,1.5 年者 3 例,2 年以上者 1 例。

## 讨 论

80% 的肝硬化患者有糖耐量的异常<sup>[1]</sup>,这些患者常伴有高胰岛素血症以及胰岛素抵抗,但患者大多数不发生低血糖,而更易发生肝源性糖尿病,这可能与肝脏代谢胰岛素功能低下有关。

Yanaga 等<sup>[2]</sup>报道肝癌合并糖尿病患者术后并发症发生率约为 75.5%,无糖尿病患者为 51.3%。但术后住院病死率、平均住院天数和长期存活率两者相当。国内罗运权<sup>[3]</sup>报告 25 例肝癌合并糖尿病患者,手术切除前需要严格控制血糖在 5.4~8.6 mmol/L,术后尿糖以 ± ~ +,不超过+ + 为准,强调胰岛素用量个体化。我们资料中,15 例糖尿病患者住院死亡 1 例,同期肝癌不伴糖尿病患者 157 例中

4 例 TACE 后死亡,无统计学差异。作为外科手术,由于创伤大,术前血糖要严格控制正常范围。而介入治疗属微创性治疗,对其要求不甚严格,介入治疗与糖尿病的治疗可同步进行。与外科手术相比,介入手术的创伤小、不良反应少,术后并发症的发生率明显降低。

术后抗生素的合理应用,对于病情的恢复亦是至关重要的。由于介入 TACE 术后影响胃肠道功能,肠道内细菌大量繁殖,释放毒性物质,诱发肝性脑病的发生。因此术后合理使用的肝肾功能影响小的抗生素,如头孢菌素,术前后口服乳果糖,既可通便,又可清除肠道内毒素,预防和治疗肝性脑病。

因此,术前后及时监测血、尿糖指标,并进行个体化调控,术后合理应用抗生素,并保持大便通畅,加强护肝治疗,是我们成功治疗该类患者的基本原则。

## 参 考 文 献

1. 刘新民主编. 使用内分泌学. 北京:人民军医出版社,1997,1:375.
2. Yanaga K, Matsumata T, Hayashi H, et al. Effect of diabetes mellitus on hepatic resection. Arch Surg, 1993, 128: 445-448.
3. 罗运权, 杨甲梅, 吴孟超. 原发性肝癌合并糖尿病病人的围手术期处理. 肝胆外科杂志, 1998, 6: 11-12.

(收稿日期: 2000-07-23)

## • 临床经验 •

# 原发性肝癌合并脾功能亢进的介入治疗

张根山 周胜利 张旭

选择性肝动脉灌注化疗对原发性肝癌的治疗效果已为国内外广大学者公认。选择性部分脾动脉栓塞术可以使脾功能亢进(脾亢)患者白细胞总数及血小板升高,肝功能改善,已部分替代外科脾切除手术。我们近年来对原发性肝癌合并脾亢患者在进行选择性肝动脉栓塞灌注化疗的同时进行选择部分脾动脉栓塞术,收到了较好的近期效果。现将资料完整的 23 例原发性肝癌合并脾亢患者的介入治疗报告如下。

## 材料与方法

### 一、临床资料

23 例患者中,男 18 例,女 5 例,年龄 22~59 岁,平均 41 岁。所有患者均临床结合 B 超、CT 及血常规、血小板计数、肝功能、AFP 等实验室检查确诊为原发性肝癌合并脾亢。其中 15 例经 B 超定位细针穿刺活检诊断为原发性肝细胞癌,另 8 例未做病理检查。肝癌为巨块型者 14 例,结节融合型者 9 例,病灶位于右叶 15 例,左叶 4 例,左右叶均有 4 例。肝功能按 Child 分级 A 级 6 例, B 级 15 例, C 级 2 例。

### 二、治疗方法

作者单位: 222002 江苏省连云港市第一人民医院

© 1994-2010 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>