

## • 肿瘤介入 •

## 介入化疗结合外放射治疗晚期淋巴结转移癌

## 27 例分析

夏士安 郭伟剑 吴国华 林清 蒋马伟 姚原

【摘要】 目的 评价介入化疗结合外放射对淋巴结转移癌的疗效。方法 对 27 例淋巴结转移癌进行介入化疗,每日 1 次,平均 2~3 次,同时结合直线加速器局部治疗,平均剂量 40~50Gy/20~25 次/4~5 周。结果 治疗结束后 2 个月评价近期疗效,总有效率(CR+PR) 77.8%,病人都能耐受治疗。结论 介入化疗结合外放射是治疗淋巴结转移癌的有效方法。

【关键词】 淋巴结转移癌;介入化疗;放射治疗

**Treatment of lymphatic nodes metastasis in advanced cancer with interventional chemotherapy combined radiotherapy** XIA Shian, GUO Weijian, WU Guohua, et al. Department of Radiation Oncology, Xinghua Hospital, Shanghai Second Medical University, Shanghai, 200092, China

【Abstract】 **Objective** To evaluate the clinical effects of treatment with interventional chemotherapy combined radiotherapy for lymphatic nodes metastasis in advanced cancer. **Methods** Treated with interventional chemotherapy for 27 cases of lymphatic nodes metastasis once a month with average 2~3 times totally. Simultaneously treated with linear accelerator radiotherapy with average dose of 40~50Gy/20~25 times/4~5 weeks. **Results** To evaluate the clinical effects after finished the whole treatment program two months later. CR+PR reached 77.8% (24/27). All patients showed tolerance to accept the treatment. **Conclusion** Treatment for lymphatic node metastasis in advanced cancer with interventional chemotherapy combined radiation therapy seems to be a valuable way.

【Key words】 Interventional chemotherapy; Radiotherapy; Lymphaden metastasis

晚期淋巴结转移癌缺乏有效的治疗方法,单纯放疗或化疗,疗效不明显,而不良反应大。为了提高治疗效果,我们探索以介入化疗法联合外放射治疗 27 例淋巴结转移癌患者,取得了相对满意的疗效。

## 材料与方法

## 一、一般资料

1996 年 1 月~1999 年 2 月,我科收治 27 例经病理确认为癌肿淋巴结转移的病人。其中男 19 例,女 8 例,平均年龄 49 岁(28~29 岁)。其中鼻咽癌放疗后 3 年内颈部淋巴结转移 11 例,喉癌术后颈淋巴结转移 3 例,进展期胃癌根治术全身化疗中出现后腹膜淋巴结 10 例,胰腺癌术后腹部淋巴结转移 3 例。肿块测定方法,位于体表者根据触诊,位于体内者根据 B 超、CT 和(或)MRI 检查确诊。转移淋巴结肿块最大径平均 5.3cm, (2.8~8.5cm), <3cm 4

例, 3~6cm 20 例, >6cm 3 例。病人一般情况尚可,卡氏评分 80 分以上,血常规、肝肾功能正常,无其他脏器实质转移病变。

## 二、治疗方法

介入化疗采用 Seldinger 法,经皮股动脉穿刺,通过数字减影成像(DSA)确定介入动脉,颈部淋巴结转移癌通常经颈外动脉介入,后腹膜淋巴结通常经肠系膜上动脉介入,用药 5-Fu 1.0g,表阿霉素 40~60mg, MMC(丝裂霉素)10mg。

外照射采用由加速器产生的电子线或高能 X 线,根据肿块深度选择使用,鼻咽癌放疗后颈部淋巴结转移癌再放疗,放疗剂量不能很高,一般 40~50Gy/20~25 次/4~5 周,喉癌术后颈淋巴结转移者放疗剂量 70Gy/35 次/7 周,后腹膜淋巴结根据 CT 或 MRI 局部设前后或再加左右对穿野,剂量 40~50Gy/20~25 次/4~5 周。

颈部淋巴结转移癌通常在放疗结束后 2~4 周行介入化疗。腹部淋巴结转移癌先行介入化疗,休

息 3~ 5d 再行放疗, 放疗结束后 2~ 4 周再行介入化疗。其中接受 1 次介入 3 例, 2 次介入 11 例, 3 次介入 9 例, 4 次介入 4 例。

三、疗效评价方法

根据世界卫生组织 (WHO) 可测量的病灶评定标准: 完全缓解 (CR): 肿瘤经治疗后完全消失, 消失时间不少于 4 周。部份缓解 (PR): 肿瘤缩小 50% 以上, 缓解 4 周以上。肿瘤稳定或无变化 (NC): 治疗后肿瘤缩小不超 50% 或增大不超过 25%。肿瘤进展 (PD): 肿瘤增大超过 25% 以上。

四、统计学方法

采用  $\chi^2$  检验比较组间差别,  $P < 0.05$  为有统计学意义。

结 果

一、近期疗效

以病人接受最后一项治疗后 2 个月观察评价病人疗效。CR 26% (7/27), PR 51% (14/20), 总有效率 (CR+ PR) 77% (21/27), NC 23% (6/27), 无 PD。

二、疗效影响因素

肿块大小, 不同病理、不同生长部位, 介入化疗的次数对疗效有一定的影响 (详见表 1)。

三、不良反应观察

食欲下降普遍存在, 恶心呕吐 25 例, 白细胞下降 17 例。此外, 腹痛、腹泻 9 例见于腹部淋巴结转移癌病人。通常给予对症支持治疗。一般病人都能恢复正常, 耐受治疗。本组 27 例病人都完成治疗。

表 1 影响疗效的因素

影响因素	例数	有效率	P 值
肿瘤最小径			
< 3cm	4	100% ( 4/ 4)	> 0.05
3~ 6cm	20	80% ( 16/ 20)	
> 6cm	3	33% ( 1/ 3)	
肿瘤病理( 部位)			
鳞癌( 颈部)	14	86% ( 12/ 14)	> 0.05
腺癌( 腹部)	13	69% ( 9/ 13)	
介入化疗次数			
1 次	3	0% ( 0/ 3)	< 0.05
≥2 次	24	77. 8% ( 21/ 24)	

讨 论

一、介入化疗结合外放射的治疗价值及机制探讨

晚期淋巴结转移癌的病人, 大多数接受过不同形式的治疗, 如放疗或化疗, 继续这样的治疗疗效差, 不良反应明显, 进展期胃癌术后的病人, 在全身化疗持续进行的情况下, 反而出现后腹膜淋巴结转移癌, 有作者改变化疗用药, 有效率仅 17% ~ 18%<sup>[1,2]</sup>, 还有作者给予介入化疗, 疗效略有提高, 为 28.6%<sup>[3]</sup>。对于鼻咽癌放疗后颈部淋巴结转移癌再次放疗敏感性下降, 局部耐受量降低。增大放疗剂量使毒性作用明显增加, 皮肤、肌肉纤维化程度更加严重。通常剂量只能给予 40~ 50Gy。即使是首次放疗, 颈部淋巴结直径 > 3cm 者, 70Gy 后缓解率亦仅在 25% ~ 80%<sup>[4]</sup>。而喉癌的颈淋巴结转移癌缓解率更低。

介入化疗结合外照射, 则可弥补各自的不足, 起到相加或协同的效果。本组 27 例淋巴结转移癌患者经过介入化疗结合外放射治疗, 总有效率 (CR+ PR) 77.8% (21/27), 初步显示了结合治疗的价值, 值得作进一步前瞻性随机对照研究。

二、影响疗效因素的分析

(一) 肿瘤大小 不论放疗或化疗, 都存在一个肿瘤负荷问题, 肿瘤小者, 血供好, 对化疗来说药物易进入瘤体, 对放疗来说氧合程度好, 放射治疗敏感, 肿瘤大者相反。本文 27 例病人, 肿瘤最大径 < 3cm 的 4 例肿瘤全部消退 (CR), 而瘤径 > 6cm 的 3 例中仅 1 例 PR。但有效率的差别无统计学意义, 可能与病例数过少有关, 尚待积累更多的病例。

(二) 生长部位与病理 颈部淋巴转移癌与鳞状细胞癌为主, 而后腹膜淋巴结转移癌以腺癌为主, 不论放疗或化疗, 鳞癌的敏感性要好于腺癌。本组 14 例颈部淋巴结转移癌全为鳞癌, 13 例后腹膜淋巴结转移癌为腺癌, 颈部略好于腹部 (见表 1), 但差异无显著性 ( $P > 0.05$ ), 估计与病例数少有关。

(三) 介入化疗次数对疗效的影响 一般认为重复多次的介入化疗可提高疗效<sup>[6]</sup>, 本组介入 2 次或 2 次以上者的有效率明显高于仅行一次介入者 ( $P < 0.05$ ), 但对病人最适宜的介入次数尚待进一步研究。一般认为介入化疗最迟不能晚于放疗后 6 个月, 因为放疗后血管产生闭塞, 血供趋差。

三、不良反应

综合治疗并不加重全身的不良反应。全组 27 例病人都耐受治疗, 但腹部淋巴结转移癌介入结合外放射治疗可能增加病人的局部反应, 如本组 9 例出现腹痛、腹泻。因此, 介入化疗后宜休息 3~ 5d, 放疗范围尽量小, 或适当降低每次分割剂量可使反

应减轻。另外,治疗前对病人的体质评估对是否耐受治疗也有一定的帮助。

### 参 考 文 献

1. Lacave BA, Wil ST, Bleiberg H, et al. AN EORTC gastrointestinal group phase III evaluation of combination of methot CCNDS Fu and adrianycin in advanced gastric cancer. J Clin Oncol, 1987, 5: 1387.
2. 萧树东,李德华,张德中,等.应用 ACNU 与 MECCNU 联合化疗治疗进展期胃癌的随机研究.中华肿瘤杂志,1996,18: 30.

3. 虞喜豪,金健行,程永德,等.综合免疫治疗在中晚期肿瘤介入化疗中的应用意义.中华肿瘤杂志.1998,20: 159.
4. 谷酰之,殷尉伯,刘泰福,等.肿瘤放射治疗学.北京医科大学中国协和医科大学联合出版社.1993.467.
5. 吴国华,林清,姜燕,等.阿霉素与放疗对细胞周期的协同作用.上海第二医科大学学报,1998,18: 315.
6. 贾雨辰,刘崎,贺佳,等. Cox 模型对肝癌预后的因素分析.中华放射学杂志,1996,30: 80.

(收稿日期:2000-02-21)

## • 护理论坛 •

# 气管内支架置入术的护理

张玉侠 祖茂衡

介入治疗为气管内肿瘤的患者提供了一个治疗的机会,对患者在有限的时间内提高生命质量起到非常重要的作用。气管内支架置入术术前和术后的护理对整个介入治疗过程能否顺利进行,防止和减少术后并发症起到非常重要的作用。现将 2 例气管内肿瘤行气管内支架置入术的护理经验介绍如下。

### 一、临床资料

1999 年 11 月份收治 2 例气管内肿瘤患者,均为女性,年龄 46 和 68 岁,临床表现为呼吸困难,严重憋喘,伴咳嗽,2 例均经 CT 确诊,狭窄的范围较广,程度较重,由于无法进行气管插管和麻醉,不宜行外科手术治疗,实验室肺功能检查表现为中度阻塞性通气功能障碍,血气分析  $PO_2 < 80\text{mmHg}$ ,  $PCO_2 > 35\text{mmHg}$ 。

### 二、介入治疗方法

患者取半侧卧位,地卡因咽喉表面麻醉,经环甲膜穿刺注 0.1% 地卡因 2ml,行气管表面麻醉,经口腔插入 5F 单弯导管及导丝至气管支气管,经导管注入 0.1% 地卡因 2ml 表面麻醉支气管,保留导丝插入 14F 导管鞘保持气道通畅,经鞘置入直径 20mm,长约 6cm 气管支架 1 枚,透视下见支架扩张良好,定位准确。

### 三、术前护理

(一) 患者入院时病情危重,患者及家属均处于高度紧张状态,我们配合医师立即做好抢救工作,准备气管插管和各种抢救器材,抢救药品,遵医嘱静脉输入抗炎药物和雾化吸入治疗。

(二) 和医师一起做好患者及家属的思想工作,消除顾虑,精神放松,对我们的医疗放心,并向患者宣教介入方面的知识,使他们对用介入方法治疗气管内肿瘤有初步了解。

(三) 为患者作详细而全面的术前检查,如肝肾功能,血常规和凝血时间等。

(四) 手术前晚让患者充分休息,术前 30min 肌注鲁米那和阿托品各 1 支,起到镇静放松作用。

(五) 手术前要排空小便。

(六) 导管室内空气消毒,防止感染,同时备好氧气,吸痰器,气管切开包,无菌手术包,并检查其性能,保障手术顺利进行。

### 四、术后护理

(一) 气管内支架置入术后主要的并发症是喉头水肿,异物感,局部疼痛,气管损伤出血。2 例均有异物感,1 例有气管内损伤出血。

(二) 针对以上并发症,术后立即备好吸引器,并给患者吸  $O_2$ ,应用抗炎药物和止血药物,雾化吸入每日 2 次,以减轻局部水肿,并告知患者手术的情况,消除患者顾虑,让患者轻松呼吸。

(三) 观察患者的血压,脉搏,呼吸及咯血情况,发现异常及时报告医师。

(四) 术后为患者创造一个良好的休息环境,生活方面,给予协助。

术后 2 例均通气良好,血气分析  $PO_2 > 90\text{mmHg}$   $PCO_2 < 35\text{mmHg}$ 。

(收稿日期:2000-01-31)