

·非血管介入 Non vascular intervention·

大肠癌肝转移的射频消融治疗

范卫君, 张亮, 顾仰葵, 张福君, 黄金华, 李传行, 赵明, 肖鹏, 吴沛宏

【摘要】目的 研究大肠癌肝转移射频消融(RFA)治疗近期局部疗效和不良反应。方法 大肠癌肝转移患者 32 例,病灶总数 71 个,其中直径小于 4.0 cm 的病灶 41 个,4.1~5.0 cm 者 14 个,5.1~6.0 cm 者 9 个,大于 6.1 cm 者 7 个。经 RFA 治疗 1 个月后行螺旋 CT 双期增强扫描评价肿瘤治疗效果。结果 不同大小瘤灶经消融治疗后达到完全坏死者分别为 41 个(41/41),13 个(13/14),4 个(4/9),2 个(2/7)。无严重不良反应和并发症。结论 RFA 安全可靠,不良反应小,是治疗大肠癌肝转移的有效方法之一。

【关键词】 射频消融;大肠癌;肝转移

中图分类号:R730.59;R735.34 文献标识码:A 文章编号:1008-794X(2006)02-0075-03

Percutaneous radiofrequency ablation in the treatment of liver metastasis caused by colorectal cancer FAN Wei-jun, ZHANG Liang, GU Yang-kui, ZHANG Fu-jun, HUANG Jin-hua, LI Chuan-xing, ZHAO Ming, XIAO Peng, WU Pei-hong. Radiology Department, Cancer Center, Sun Yat-Sen University, 510060, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To analyze the local therapeutic efficacy, side effect and complication of 32 patients with liver metastasis caused by colorectal cancer treated by percutaneous radiofrequency ablation (RFA). Methods RFA was performed on 71 tumors in 32 patients under the guidance of CT scanning. The results were evaluated by the double-phase CT scanning. Results The complete coagulative necrosis rates were 100%, 92.8%, 44%, 28% in tumor with diameters of less than 4.0 cm, 4.1~5.0 cm, 5.1~6.0 cm and large than 6.1 cm respectively.

Conclusions RFA is safe, effective and reliable in the treatment of liver metastasis caused by colorectal cancer. (J Intervent Radiol, 2006, 15: 75-77)

【Key words】 Radiofrequency ablation; Liver metastasis; Colorectal cancer

大肠癌是常见恶性肿瘤之一,易于发生肝脏转移。据称 35% 的大肠癌患者发生肝转移,其中 10%~20% 就诊时已有肝转移,晚期更有 60% 的患者合并肝转移。不作治疗的大肠癌肝转移患者中位生存期仅 4~6 个月。有效地控制肝转移与延长生存期密切相关。

射频消融(RFA)作为一种局部治疗手段已运用于临床,对不能切除的肿瘤及对化疗反应不敏感的肿瘤尤其能起到较好的治疗作用。我们通过对本组 32 例大肠癌肝转移经 RFA 治疗结果观察,评估 RFA 在大肠癌肝转移治疗中的临床疗效、不良反应、安全性,现总结如下。

1 材料与方法

作者单位:510060 广州,华南肿瘤学国家重点实验室,中山大学附属肿瘤医院影像介入中心
通讯作者:吴沛宏

1.1 一般资料

2000 年 9 月至 2003 年 12 月间住院治疗的大肠癌肝转移患者 32 例,接受了 RFA 治疗,其中,男 19 例,女 13 例,年龄 31~69,平均 54 岁。32 例患者,原发病灶均经手术切除并病理证实。肝内单个病灶者 2 例,2 个病灶者 17 例,3 个以上病灶者 13 例。肝内病灶直径为 3.1~9.2 cm,平均直径 4.6 cm。

1.2 仪器设备

本组使用设备 Marconi CT-Twin flash,扫描条件是 120 kV,265 mAs,层后 5~10 mm,螺距(pitch)1。RFA 治疗仪为 W7568 多极肿瘤消融治疗仪,脉冲功率 200 W,脉冲频率为 290 KHz,消融电极为 WHK-4 多极肿瘤 RFA 电极,电极前方有测温传感器,其测量温度误差为 $\pm 0.5^{\circ}\text{C}$ 。

1.3 治疗方法

根据病灶位置,患者取仰卧位或俯卧位,CT 扫描确定病灶部位,选择穿刺点及进针方向。常规消

毒铺巾,在穿刺点及进针路径行局部浸润麻醉,在穿刺点作 2~3 mm 小切口,在 CT 导向下以消融电极穿刺肿瘤组织,并根据病灶大小,将子针打开至合适直径,治疗完毕对针道行电凝,以避免出血及种植。术中根据患者反应酌情使用镇静剂或镇痛剂,病灶靠近胆囊者,使用阿托品预防胆心反射。对于病灶在 5.0 cm 以下者,治疗时间为 10~15 min,5.1 cm 以上者,治疗时间为 15 min 以上,并可酌情行多位点叠加治疗,使消融范围超过病变区延伸至正常组织 0.5~1.0 cm,确保肿瘤组织充分坏死。(图 1~4)

1.4 疗效评价

治疗后 1 周复查血象、肝功能,评价 RFA 的不良反 应,1 个月 后 行 CT 双 期 增 强 扫 描 以 评 价 疗 效:如病变区密度降低,CT 增强扫描无强化,为肿瘤完全坏死,如病变区仍有强化,根据强化范围确定,肿瘤坏死范围在 90 % 以上为不完全坏死,坏死范围在 50 % ~ 90 % 之间为部分坏死。

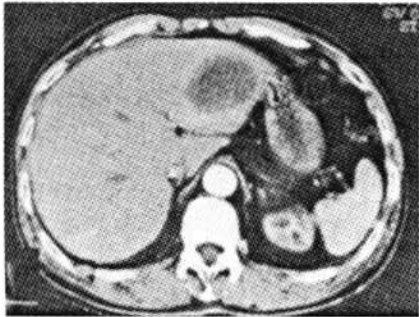


图 1 大肠癌肝转移瘤患者,病灶位于肝左叶

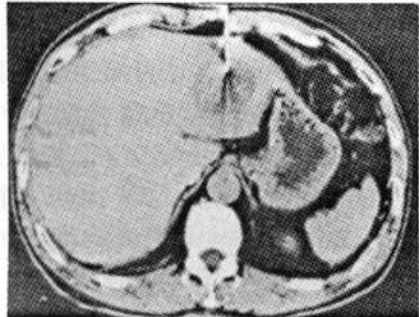


图 2 采用 CT 导向下经皮 RFA 术进行治疗

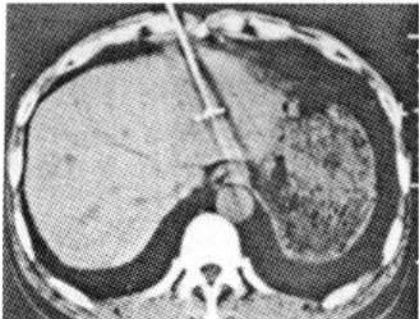


图 3 采用 CT 导向下经皮 RFA 术进行治疗

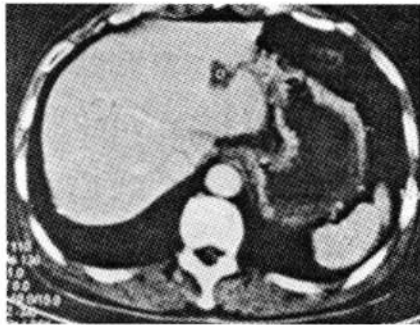


图 4 治疗后 CT 复查显示病灶完全坏死并且缩小

2 结果

1.2 肿瘤坏死情况

本组 32 例患者,术后 CT 检查结果见表 1。

表 1 29 例患者共 61 个病灶射频消融治疗后肿瘤坏死情况

肿瘤坏死程度	肿瘤直径(cm)			
	< 4.0	4.1~5.0	5.1~6.0	≥6.1
完全坏死	41	13	4	2
不完全坏死	0	1	4	3
部分坏死	0	0	1	1
合计	41	14	9	7

2.2 不良反应

① 疼痛:在治疗过程中,所有患者均有消融区域的发热感。22 例消融区域有明显疼痛感,但经使用镇静剂或镇痛剂后可忍受至治疗结束。1 例患者病变位于肝包膜下,使用镇静剂及镇痛剂后,仍无法继续治疗,遂经由侧孔注入 2 % 利多卡因 5 ml,疼痛缓解,得以完成治疗;② 出血:2 例患者在术后例行 CT 扫描中见肝包膜下微量出血,生命体征平稳,未作特殊处理;③ 气胸:1 例患者穿刺路径经过胸腔,术后例行 CT 扫描见少量气胸,生命体征平稳,未作特殊处理;④ 肝功能损害及其他:术后 1 周患者复查血象、肝功能,1 例患者白细胞轻度增高,未作特殊处理,3 例病灶较大、消融范围较广者 ALT 较术前升高 20~50 U/L,经护肝治疗 3~5 d 后恢复。

3 讨论

RFA 是近年出现的一种新的微创治疗方法,最初用于治疗心脏传导系统疾病,后来应用于实质脏器肿瘤,包括肝脏肿瘤和肺肿瘤^[1,2]。其治疗肿瘤的原理是:① 高温效应:高频率的射频电流,使靶区组织细胞离子震荡摩擦产生热量,局部温度达到 80~90 ℃,足以使肿瘤组织产生凝固性坏死,并最终形成液化灶或纤维组织,同时可使肿瘤周围的血管组

组织凝固形成一个反应带,使之不能继续向肿瘤供血和有利于防止肿瘤转移;② 瘤苗效应:高温灭活的肿瘤组织由于其细胞免疫表型的变化而具有瘤苗作用,从而发生特殊的抗肿瘤免疫作用^[3];③ 凋亡效应:当温度不足以引起坏死时可以导致另一种形式的细胞死亡——凋亡^[4];④ 免疫增强效应:射频的热效应可以增强机体免疫力,从而抑制残留或原发肿瘤组织的生长^[5-7]。RFA 是治疗实质脏器肿瘤的有效方法,也用于肿瘤切除后局部有残留病变、复发或作为介入等综合治疗中的一部分。

本组病例中直径小于 4.0 cm 的肿瘤病灶共 41 个,经消融治疗后达到完全坏死者 41 个(41/41);肿瘤直径在 4.1~5.0 cm 者 14 个,经消融治疗后达到完全坏死者 13 个(13/14),不完全坏死者 1 个(1/14);肿瘤直径在 5.1~6.0 cm 者 9 个,经消融治疗后达到完全坏死者 4 个(4/9),不完全坏死者 4 个(4/9),部分坏死 1 个(1/9);肿瘤直径大于 6.1 cm 者 7 个,经消融治疗后达到完全坏死者 2 个(2/7),不完全坏死者 3 个(3/7),部分坏死 1 个(2/7)。部分病灶未能达到完全坏死的原因考虑有以下几点:① 病灶形态欠规整,消融针未能与之充分造型,且叠加消融不充分;② 病灶邻近血管,由于血液流动将射频产生的热量带走,降低了对局部肿瘤的杀灭效应^[9];③ 病灶靠近胆囊或肠管等器官,限制了消融范围及叠加程度。

本组 32 例患者中,22 例在消融治疗过程中产

生了不同程度的疼痛感,使用镇痛剂及镇静剂后,疼痛缓解,治疗得以继续。出血是消融治疗中不常见的并发症,因为消融的热效应及术后的针道电凝具有止血作用,本组 32 例患者中,仅 2 例出现肝包膜下微量出血。对于穿刺路径经过胸腔的患者,气胸也是并发症之一,本组 1 例患者出现气胸,因此对肝肿瘤患者,应尽量避免穿刺路径经过胸腔。如不能避免,也应尽量减少穿刺次数,以减少气胸的发生概率。

[参 考 文 献]

- [1] 吴沛宏,赵明,范卫君,等.肺部实体肿瘤射频消融治疗的近期疗效观察[J].中华放射学杂志,2002,36:321-324.
- [2] 赵明,吴沛宏,张福君,等.92 例 CT 导向下射频消融治疗肝脏肿瘤——并发症观察处理与体会[J].介入放射学杂志,2005,14:599-602.
- [3] 黄皎琳.高温——固化瘤苗研究新进展[J].中国肿瘤临床,1997,24:27-31.
- [4] 陈涛,蔡忠红,田伏洲,等.B 超引导局部介入射频治疗肝脏肿瘤近期疗效观察[J].中华肝胆外科杂志,2001,7:662-664.
- [5] 马庆久,赵柏山.B 超引导下多弹头射频治疗肝癌 100 例[J].中华外科杂志,2000,38:272-274.
- [6] 许圣献,苗凤君,张宪生,等.集束多电极射频治疗肝癌(附 56 例报告)[J].中华肝胆外科杂志,2001,7:661-662.
- [7] 王军华,罗葆明,潘景升,等.射频消融治疗肝肿瘤及其对机体免疫功能的影响[J].中国超声医学杂志,2001,17:607-610.
- [8] Tsuzuki T, Sugioika A, Ueda M, et al. Hepatic resection hepatocellular carcinoma[J]. Surgery, 1990, 107:511-520.

(收稿日期 2005-09-14)

· 消息 ·

重庆抗癌协会第二届肿瘤介入诊疗专委会改选

根据重庆抗癌协会首届肿瘤介入诊疗专委会和重庆相关医院推荐名单,经民主选举、重庆抗癌协会批准,于 2005 年 12 月 26 日完成重庆抗癌协会第二届肿瘤介入诊疗专委会的改选工作。选出本届委员 23 位,游箭任荣誉主任委员,王健任主任委员,邹利光、牟玮、罗小平、岳伟东任副主任委员,黄学全任秘书。新一届专委会研究决定每年举行 2 次学术活动,1 次学术年会及介入新技术学习班,以推动重庆及周边地区肿瘤影像诊断和介入新技术学术的开展和普及工作。

作者: [范卫君](#), [张亮](#), [顾仰葵](#), [张福君](#), [黄金华](#), [李传行](#), [赵明](#), [肖鹏](#), [吴沛宏](#), [FAN Wei-jun](#), [ZHANG Liang](#), [GU Yang-kui](#), [ZHANG Fu-jun](#), [HUANG Jin-hua](#), [LI Chuan-xing](#), [ZHAO Ming](#), [XIAO Peng](#), [WU Pei-hong](#)

作者单位: [510060, 广州, 华南肿瘤学国家重点实验室, 中山大学附属肿瘤医院影像介入中心](#)

刊名: [介入放射学杂志](#) [ISTIC PKU](#)

英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)

年, 卷(期): 2006, 15(2)

被引用次数: 5次

参考文献(8条)

1. [吴沛宏](#), [赵明](#), [范卫君](#) [肺部实体肿瘤射频消融治疗的近期疗效观察](#)[期刊论文]-[中华放射学杂志](#) 2002
2. [赵明](#), [吴沛宏](#), [张福君](#) [92例CT导向下射频消融治疗肝脏肿瘤—并发症观察处理与体会](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2005
3. [黄皎琳](#) [高温—固化瘤苗研究新进展](#)[期刊论文]-[中国肿瘤临床](#) 1997
4. [陈涛](#), [蔡忠红](#), [田伏洲](#) [B超引导局部介入射频治疗肝脏肿瘤近期疗效观察](#)[期刊论文]-[中华肝胆外科杂志](#) 2001
5. [马庆久](#), [赵柏山](#) [B超引导下多弹头射频治疗肝癌100例](#)[期刊论文]-[中华外科杂志](#) 2000
6. [许圣献](#), [苗凤君](#), [张宪生](#) [集束多电极射频治疗肝癌\(附56例报告\)](#)[期刊论文]-[中华肝胆外科杂志](#) 2001
7. [王军华](#), [罗葆明](#), [潘景升](#) [射频消融治疗肝肿瘤及其对机体免疫功能的影响](#)[期刊论文]-[中国超声医学杂志](#) 2001
8. [Tsuzuki T](#), [Sugioika A](#), [Ueda M](#) [Hepatic resection hepatocellular carcinoma](#) 1990

相似文献(10条)

1. 会议论文 [刘树佳](#), [袁湘瑜](#), [王彤](#), [王在国](#), [陈建华](#), [黄石川](#), [叶振伟](#) [大肠癌肝转移第一肝门区转移癌的射频消融治疗](#) 2007
本文研究目的: 探讨大肠癌肝转移位于第一肝门区的肝肿瘤行B超引导经皮穿刺射频消融(PRFA)治疗的可行性、疗效和应注意的问题。
研究方法: 2003年12月至2006年5月选择肿瘤位于第一肝门区、病理或临床证实为大肠癌肝转移的6例患者进行PRFA治疗。治疗后1个月复查MRI、彩超或CT确定肿瘤是否完全坏死, 以后每3个月定期复查。计算肿瘤原位复发率和累积生存率。
研究结果: MRI或CT显示第一肝门区肿瘤完全凝固坏死率为66.7%(4/6)。0.5、1年肿瘤原位复发率分别为16.7%(1/6)、33.3%(2/6)。1、2、3年累积生存率分别为80.0%(4/5)、66.7%(2/3)、50.0%(1/2)。无胆管狭窄、胆囊坏死发生。
研究结论: 位于第一肝门区的肝转移癌并非PRFA治疗的禁忌症, 只要治疗时穿刺点选择恰当、穿刺路径合理、超声监测下电板展开确切、热凝固范围控制恰当, 对于位于第一肝门区的肝肿瘤PRFA+EI治疗是一种行之有效的治疗方法。
2. 期刊论文 [翟博](#), [李晓燕](#), [刘晟](#), [陈夷](#), [吴孟超](#) [大肠癌肝转移射频消融后局部复发影响因素的分析](#) -[中国微创外科杂志](#)2007, 7(5)
目的 探讨射频消融(radiofrequency ablation, RFA)治疗大肠癌肝转移后局部肿瘤复发的风险因素。方法 回顾性研究213例347个肿瘤实施RFA治疗后局部复发的临床资料, 对可能影响RFA局部治疗效果的临床因素进行统计学处理。结果 175例(82.2%)298个肿瘤(85.9%)得到CT或MRI随访资料。大肠癌肝转移灶RFA后肿瘤局部复发率为36.9%(110/298), 局部复发的平均时间为16.4月(2~57个月)。单因素分析显示肝脏转移灶的部位、大小和射频针类型与肿瘤射频后的局部复发相关(P值分别为P=0.000, P=0.021和P=0.026), 但Cox多因素分析则显示只有瘤大小和转移灶部位是大肠癌肝转移射频消融后局部复发的独立预后因素(x²=8.522, P=0.000; x²=1.321, P=0.022)。结论 肝脏肿瘤的大小和部位是RFA治疗效果的独立影响因素, 正确的电极选择和布针是获得肿瘤完全坏死的关键。
3. 会议论文 [刘树佳](#) [大肠癌肝转移的手术与射频治疗](#) 2009
大肠癌肝转移极为常见, 约20%~40%的结直肠癌患者在临床确诊时就发生同期肝转移, 在原发灶治疗后, 异时性的肝转移发生率多达50%。肝转移是影响结直肠癌预后的主要因素, 结直肠癌肝转移患者自然生存期为4~18个月。目前, 手术切除仍是结直肠癌肝转移唯一可能治愈的方法, 手术可以使大肠癌肝转移患者获得最佳的远期疗效。本文介绍了大肠癌转移手术治疗的适应症, 阐述了手术的时机, 浅谈了各种引导方式的特点。
4. 期刊论文 [孙义锋](#), [杨玉贵](#) [腹腔镜射频消融治疗大肠癌肝转移的临床研究](#) -[中国医师杂志](#)2007, 9(2)
目的 探讨腹腔镜射频消融(LRFA)治疗大肠癌肝转移的可行性、安全性及疗效。方法 对30例大肠癌肝转移患者在进行了LRFA治疗, 并分析其临床病例资料。结果 30例患者腹腔镜及术中超声共发现瘤体42个。所有病例均顺利完成LRFA治疗, 同时行胆囊切除6例。手术时间(73.5±28.7)min。未出现出血、胆道、胃肠道及膈肌损伤等并发症。术后1个月螺旋CT扫描证实, 肿瘤完全坏死率达100%。随访5~33个月(中值19个月), 1例发现肝内新病灶, 2例射频治疗部位复发, 1例死于肿瘤复发及肝功能衰竭。结论 大肠癌肝转移行LRFA治疗是安全可行的, 可提高大肠癌肝转移灶的射频消融治疗效果, 减少并发症。
5. 会议论文 [刘树佳](#), [袁湘瑜](#), [叶振伟](#), [王在国](#), [王彤](#) [大肠癌肝转移胆囊旁肝肿瘤的射频消融治疗](#) 2006
目的: 探讨对于位于胆囊旁的肝肿瘤行B超引导经皮穿刺射频消融(PRFA)联合瘤内无水酒精注射(PEI)治疗的可行性、疗效和应注意的问题。方法: 2002年2月至2004年12月选择肿瘤位于胆囊旁、病理或临床证实为大肠癌肝转移的18例患者进行PRFA+EI治疗。治疗后1个月复查MRI、彩超或CT确定肿瘤是否完全坏死, 以后每3个月定期复查。计算肿瘤原位复发率和累积生存率。结果: MRI或CI显示胆囊旁肿瘤完全凝固坏死率为77.8%(14/18)。0.5、1年肿瘤原位复发率分别为33.3%(6/18)、38.9%(7/18)。1、2、3年累积生存率分别为88.9%(16/18)、66.7%(10/15)、41.7%(5/12)。无胆管狭窄、胆囊坏死发生。结论: 位于胆囊旁的肝转移癌并非PRFA治疗的禁忌症。只要治疗时穿刺点选择恰当、穿刺路径合理、超声监测下电板展开确切、热凝固范围控制恰当, 对于位于胆囊旁的肝肿瘤PRFA+EI治疗是一种行之有效的治疗方法。
6. 期刊论文 [黄昌保](#), [江晓红](#), [江晓华](#), [HUANG Chang-bao](#), [JIANG Xiao-hong](#), [JIANG Xiao-hua](#) [大肠癌肝转移的治疗进](#)

[展 -中国现代手术学杂志2009, 13\(6\)](#)

肝脏是大肠癌最常见的远处转移器官, 正确地处理肝转移是提高大肠癌总体疗效的主要措施之一. 手术切除为治疗肝转移的首选, 随着相关技术的发展、并发症的减少, 手术指征逐步放宽, 对手术时机掌握的认识也在发生着变化; 对肝转移不能切除的病人, 术前化疗是使病人获得手术切除机会的重要方法, 术后辅助治疗降低了术后复发率和转移率; 肿瘤射频消融与手术联合应用, 能使初始不可切除的肝转移癌病人获得长期生存机会. 因此, 积极的多学科综合治疗, 能有效延长病人的生存期, 改善患者的预后.

7. 期刊论文 [超声引导射频消融联合门静脉化疗治疗大肠癌肝转移 -广东医学2005, 26\(11\)](#)

目的探讨联合超声引导射频消融和门静脉化疗治疗大肠癌肝转移的临床疗效. 方法对不能手术治疗的大肠癌肝转移患者24例(50个病灶)行超声引导射频消融和门静脉化疗. 结果治疗后1个月复查彩色超声多普勒血流显像(CDFI)或CT增强扫描, 显示46个病灶完全灭活, 有效率达92%. 2例患者肝内其他部位再发, 行第2~4次治疗, 全部病例经3~24个月随访, 存活20例. 并发症包括治疗区腹胀感、疼痛和轻度发热. 结论联合超声引导射频消融和门静脉化疗治疗大肠癌肝转移具有创伤小、疗效好、并发症少、可反复治疗等优点.

8. 期刊论文 [张广平. 史秋生. 冯笑山. 陈登庭 超声引导下经皮穿刺射频治疗大肠癌肝转移32例 -郑州大学学报\(医学版\) 2003, 38\(5\)](#)

近年来, 由于射频消融(RFA)治疗肝癌创伤小、效果好, 临床上得以广泛应用. 本院自2000年8月至2001年10月采用RFA治疗大肠癌肝转移32例, 效果满意, 现报道如下.

9. 期刊论文 [朱晓彤. 麦金妹. 刘伟燕. 成染兰 超声引导射频治疗大肠癌肝转移的护理 -现代临床护理2006, 5\(5\)](#)

目的 总结超声引导射频治疗大肠癌肝转移的护理要点. 方法 对24例大肠癌肝转移无法手术的患者进行超声引导射频治疗, 术前给予健康教育及心理护理, 术后给予病情观察及相应的护理. 结果 除1例患者在治疗过程中无法耐受疼痛而中断治疗外, 其余患者顺利通过治疗, 肿瘤灭活率92. 0%. 无发生严重并发症: 全部患者治疗后, 均出现肝区胀痛感及疼痛, 21例患者治疗后有发热. 结论 术前给予健康教育及术后严密观察病情, 掌握射频消融术后并发症的原因及特点, 给予针对性的预防处理, 使患者有良好的心理状态接受治疗及配合术中的操作, 保证治疗顺利进行, 减少并发症的发生.

10. 期刊论文 [国内信息 -中国肿瘤2001, 10\(3\)](#)

国内信息
中国学者在第23届圣安东尼奥国际乳腺癌大会上演讲
第23届圣安东尼奥国际乳腺癌大会于2000年12月6日~9日在美国德克萨斯州的圣安东尼奥召开, 来自世界60多个国家的3000余名临床医生和科学家参加了会议. 大会共收到论文400余篇, 38篇入选大会演讲. 复旦大学医学院肿瘤医院乳腺外科沈坤炜副主任的论文“乳头溢液患者的乳管内视镜检查”是中国唯一被大会选中演讲的报告论文, 该论文是代表我国多年来开展这项工作的总结. 秦孟家
朱庆生副部长视察山西省肿瘤医院
2000年10月18日, 卫生部副部长朱庆生、纪检组组长张凤楼一行在山西省卫生厅厅长李俊峰的陪同下, 视察了山西省肿瘤医院. 朱副部长肯定了该院在医疗质量、学科建设、人才培养、信息化建设、医院文化建设和后勤社会化改革等方面取得的成绩后, 参观了该院设施齐全的住院大楼和庭园环境; 还同医疗一线的医护人员座谈, 交流了该院新近提出的“医生患者换位工作制”、“护士秘书工作制”等一系列改革措施. 并指出: 提高医护质量是根本, 降低医药价格是关键.

霍仕俊闫敬华
两项血管瘤淋巴瘤管瘤研究成果
山东省临沂市肿瘤医院血管瘤淋巴瘤特色专科近期完成了两项科研成果, 并通过了技术鉴定.
该专科秦中平副主任医师等经过8年的研究, 在“颌面部先天性血管病变, 淋巴瘤病变新分类与综合治疗研究”中, 通过病理组织学、彩超、DSA影像学以及临床综合系列研究, 在Mulliken先天性血管病变的分类基础上, 对血管瘤畸形和淋巴瘤病变进行了更精确和细致的分类, 针对各类病变的特点, 创用多项新的治疗技术, 使过去某些治疗中的难题得以有效解决. 其主要技术创新有: ①采用现代免疫组化——增殖细胞核抗原检测及细胞特染技术对先天性血管病变进行准确分类, 并确立了小儿血管瘤和血管瘤畸形的临床区分要点. ②将无创性彩色多普勒超声用于血管瘤畸形的检测, 减少了盲目性有创检查, 并提高了诊断的准确性. ③通过DSA瘤体造影确定回流静脉流速的高低, 采用静脉栓塞治疗. ④对高流速血管瘤畸形采用供血动脉和瘤体双重栓塞治疗, 有效地解决了微瘘复通或复发. ⑤运用分段超选栓塞技术进行治疗获得成功, 打破了过去颅内外交通支禁忌栓塞的“禁区”.
另一项课题“空气压迫疗法治疗小儿血管瘤”, 采用自行设计研制的国家专利产品“间隙性气压式血管治疗器”, 对小儿的四肢、躯干、乳腺区等部位的血管瘤进行气压治疗. 通过对瘤体实行局部均匀施压, 接单项阀测压并控制压力, 可对传导至瘤体及组织的压力进行量化调试, 避免了因压力不足影响疗效, 或因压力过大造成正常组织缺血. 由于该疗法属无创性治疗, 治疗器械舒适方便, 疗效确切而无副作用.

刘勇
国家级抗肿瘤药物临床试验研究中心通过验收
2001年1月15日, 国家科技部有关领导及专家组对中山医科大学肿瘤防治中心筹建的国家级抗肿瘤药物临床试验研究中心进行现场考核, 一致通过了验收. 参加验收会议的还有国家教育部、国家药品监督管理局及省、市科委等有关部门领导以及中山医科大学、中山医科大学肿瘤防治中心等领导. 该研究中心是1997年由国家科技部经过评估论证后, 决定由中山医科大学肿瘤防治中心筹建的. 管忠震、何友兼教授分别担任正副主任. 忠科

《中国肿瘤病理学分类》出版
由中华医学会肿瘤学会组织编写的《中国肿瘤病理学分类》被国家出版署列为“建国50周年献礼项目”, 最近由科学技术文献出版社出版发行. 该书由中国医学科学院肿瘤医院、中国协和医科大学刘复生教授主编, 中华医学会肿瘤学会主任委员张友会教授任名誉主编. 全书25个分册, 分上、下卷, 共270万字, 其中有近4000幅照片. 既有肿瘤的大体分型与组织学分型, 又密切结合临床, 有相应的X线照片. 既有常见肿瘤, 又有罕见肿瘤或疑难病例. 除常规病理检查外, 还包括电镜、免疫组化、自显影技术、包括DNA分析在内的图像分析技术、流式细胞技术、原位杂交技术以及PCR等分子病理学的新技术.

该书系统地介绍了我国的分类方案, 也介绍了目前国外的主要分类, 有利于我国肿瘤的诊断、治疗、治疗后结果的判断. 不仅对医生的临床工作, 而且对医药院校教学, 及肿瘤的基础理论研究, 都有重要参考价值. 郭力

青年放射肿瘤科学论坛第四次学术研讨会简报
青年放射肿瘤科学论坛第四次学术研讨会暨年会于2000年12月29日在北京召开. 会议由中日友好医院放射肿瘤科唐颈天主任及中国医学科学院肿瘤医院放疗科副主任王绿化主持. 中华放射肿瘤学会副主任委员余子豪教授致词祝贺. 来自北京、内蒙、山东、河北等地从事放射肿瘤专业的代表近200人参加了会议.

有关专家及与会学者就放射肿瘤基础及临床方面的新进展和热点问题进行了报告和交流. 内容有“p53基因在食管癌与邻近非癌组织的突变分析”、“体部伽玛刀的临床应用”、“PTX”增强FMdc对宫颈癌的细胞毒性和放射增敏作用”、“PCANA表达与鼻咽癌预后的关系”、“腺病毒携带抑癌基因p53提高放射敏感性的研究”、“脑转移瘤立体定向和全脑照射的临床随机分组研究草案”、“射线对血管平滑肌的抑制作用”、“III期非小细胞肺癌放疗化疗结合疗效观察”等.

吴长鸿
多弹头导向治疗肝癌
对于不宜手术或无法进行手术切除的肝脏肿瘤, 实行多弹头自动导向射频消融技术是有效的局部治疗手段. 山西省肿瘤医院引进这一技术一年来, 已成功地为20多位肝癌病人实施了治疗.
多弹头自动导向射频消融术是一种微创性肿瘤原位治疗技术, 借助超声波或CT等影像技术引导, 将梅花瓣式的多头电极导向针直接插入肿瘤内, 通过射频能量产生高温, 凝固肿瘤, 杀死癌细胞, 达到治疗目的. 该院自成立多弹头射频治疗小组以来, 专家教授、技术人员钻研操作技艺, 攻克技术难题. 对于单发病灶小于5cm或3至4个多发病灶小于3cm的肝癌患者治疗取得显著的效果. 日前, 该院已将射频消融技术运用于肺癌的治疗. 霍仕俊闫敬华
复发性卵巢癌再次手术可提高生存率
第四军医大学西京医院妇产科主任辛晓燕教授等, 对近10年间收治的38例复发性上皮性卵巢癌的临床资料进行回顾性分析后认为, 复发性卵巢癌再次手术和化疗, 可进一步提高患者的生存率.

38例复发性卵巢癌中,20例接受了再次剖腹探查复发肿瘤细胞减灭术,9例因惧怕手术而采用单纯化疗,另9例采用了中药或放弃治疗。结果显示,20例再次手术后2至5年生存率分别为69.8%、52.4%、42.7%和26.4%;9例单纯接受化疗的2至5年生存率分别为68.9%、13.8%、8.7%和6.9%,再次手术与单纯化疗5年生存率有显著差异(P<0.01);9例采用中药抗癌或放弃治疗的2至5年生存率分别为29.4%、18.9%、16.8%和2.9%,与再次接受手术者5年生存率比较,差异极显著(P<0.01)。

据辛晓燕教授介绍,复发癌再次手术后仍要坚持足量规范的联合化疗。研究中有部分病例采用了卡铂与紫杉醇联合化疗,所以5年生存率达到26.4%,紫杉醇与卡铂联合用药为复发性卵巢癌的治疗开辟了新途径。

张中桥
大肠癌与CA242、CA50含量相关
第四军医大学西京医院检验科主任于文彬教授等完成的一项研究证实,大肠癌转移及病理分期与CA242、CA50含量密切相关,对病情的监测及预后有一定的临床价值。他们检测了38例大肠癌患者手术前后的血清CA242、CA50及LN含量,结果显示,38例大肠癌患者术前CA242、CA50和LN血清含量明显高于术后;27例有淋巴结转移者CA242、CA50及LN血清含量明显高于11例无淋巴结转移者;Dukes'病理分期中,CA242血清含量Ⅳ期组(16例)高于Ⅲ期组(11例),Ⅲ期组高于Ⅰ+Ⅱ期组(11例),差异均有非常显著意义;CA50血清含量,Ⅲ期组和Ⅳ期组均明显高于Ⅰ+Ⅱ期组;LN血清含量,Ⅲ期组高于Ⅰ+Ⅱ期组。结果说明,CA242、CA50含量与大肠癌的病理分期和转移密切相关。研究人员认为,动态监测大肠癌患者手术前后及病程中CA242、CA50的血清含量变化,对判断患者的病情、观察疗效及预后均有一定的参考意义。张中桥

同位素标记诊断肺癌
山西省肿瘤医院利用一种叫亚锡甲氧异脒的药物通过同位素锝99标记,从静脉给患者注射20ml左右的剂量,半个小时后在ECT下进行静态和断层显像,一个小时再重复一次,然后根据ECT的两次显像结果,依据有关数据做出正确诊断。该方法属功能性检查,既能看出肿瘤大小和边缘清晰度,更能跟踪肿瘤的动静态变化,比传统CT、X光片形态学诊断手法更符合人体生理特点,而且该方法适用于软组织和单发的骨病变的良恶性肿瘤鉴别,灵敏度和特异性达85%以上。该院自2000年5月应用这种方法以来,通过40多例病例观察,诊断准确率与理论值吻合,达国际诊断标准。霍仕俊

齐鲁制药集团妇科肿瘤研究基金会成立
中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会与齐鲁制药厂已签署合作协议,成立“齐鲁制药集团妇科肿瘤研究基金会”,以促进我国妇科肿瘤防治工作及开展学术交流。并决定每年进行“齐鲁杯”优秀论文评奖。首次颁奖将于2001年第三季度在沈阳举办的中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会第六次全国学术会议上进行,优秀论文评奖包括2000年度各有关杂志刊登妇科肿瘤论文及第六次全国学术会议上的论文。

引证文献(5条)

1. 张亮, 王立刚, 范卫君, 唐田 CT导向下水循环冷却式微波刀消融治疗结直肠癌肝转移瘤[期刊论文]-当代医学 2009(11)

2. 蔺武, 李力军 射频消融联合缓释化疗粒子植入治疗结直肠癌肝转移[期刊论文]-临床荟萃 2009(10)

3. 范卫君, 张亮, 王立刚, 欧阳育树 CT导向125I粒子植入治疗结直肠癌肝转移[期刊论文]-中华普通外科杂志 2008(11)

4. 范卫君, 张亮, 王立刚, 欧阳育树 CT导向下高频介导热治疗在肝脏乏血供肿瘤治疗中的价值[期刊论文]-中华生物医学工程杂志 2008(2)

5. 孙崇启, 赵静 射频消融技术临床应用现状[期刊论文]-介入放射学杂志 2007(7)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200602005.aspx
授权使用: qkxb11(qkxb11), 授权号: ffb8757b-ca8c-4e1e-abde-9e1f00002d17

下载时间: 2010年10月30日