

程的放、化疗治疗。

目前在 allo-HSCT 治疗恶性肿瘤这项研究领域中,尚存在许多亟待解决和探讨的问题,如移植时机的选择;控制移植前、后免疫抑制强度;最佳预处理方案的选择以及合理应用 DLI 等。另外 allo-HSCT 治疗实体瘤的临床疗效也需较长时间和更多病例的观察。

参考文献

- 1 达万明,裴雪涛,主编.外周血干细胞移植[M].北京:人民卫生出版社,2000.1~12
- 2 熊文杰,李娟,罗绍凯.造血干细胞移植后植入状态的评价[J].国

外医学内科学分册,2003,30(3):118~120

- 3 吴德沛,马骁,孙爱宁,等.以氟达拉滨为主的预处理行非清髓异基因造血干细胞移植 17 例临床观察[J].中华血液学杂志 2003,24(8):410~412
- 4 Cardella AM, Champlin R, Savin S, et al. Mini-allografts: ongoing trials in humans [J]. Bone Marrow Transplant, 2000, 25 (4) 345~350
- 5 Savin S, Or R, Aker M, et al. Nonmyeloablative stem cell transplantation for the treatment of cancer and life-threatening non-malignant disorders: past accomplishments and future goals[J]. Cancer Chemother Pharmacol, 2001, 48 Suppl 1 S79~S84

(2007-04-02 收稿)

(董恒磊校对)

58例进展期胃癌的介入治疗

万里新 王阳 惠双

南阳市中心医院肿瘤一科 (河南省南阳市 473009)

关键词 胃癌 介入治疗 疗效观察

胃癌在我国属高发肿瘤,且大部分患者就诊时已属进展期,早期胃癌患者不足 50%^[1]。进展期胃癌治疗效果并不理想,文献报道疗效仅为 5%~40%^[2]。改善进展期胃癌的治疗方法和手段,已成为改善和提高整个胃癌生存现状的重要部分。自 20 世纪 80 年代起介入放射学涉足于胃癌治疗领域以来,进展期胃癌的生存质量有了很大的提高^[3]。我科自 2001 年 1 月至 2005 年 11 月对 58 例经检查确诊为胃癌的患者,采用选择性胃动脉化疗灌注(GAI)和化疗栓塞(GAE)疗法,取得较满意效果,现报告如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 病例入选标准 1)所有病例均经上消化道气钡双重造影、CT、胃镜、病理检验,明确诊断。2)所有病例均未行手术治疗。3)所有病例均未行放射治疗。4)经血常规、肝、肾功能,出凝血等实验室检验,无介入及化疗禁忌。5)均为 TNM 分期 II 期以上病例。

1.1.2 临床表现 58 例患者中,男 42 例,女 16 例;年龄 30~77 岁,中位年龄 53.5 岁。49 例有上腹饱胀不适、疼痛,43 例有吞咽困难或梗阻感(其中 25 例只能进流质饮食),恶心、呕吐 25 例,后胸痛 15 例,腹部肿块 9 例,腹水 2 例。病理分类:贲门腺癌 15 例,胃腺癌 43 例。腹腔淋巴结转移 22 例,肝转移 10 例,左锁骨上淋巴结转移 6 例。根据 TNM 国际分期

标准(UICC, 1997)^[4], II 期 42 例, III 期 16 例。

1.2 介入治疗方法

对 58 例患者采用 Seldinger 法,常规经股动脉穿刺,行选择性胃左或胃右动脉插管造影,全面观察肿瘤的血管、肿瘤大小及染色等。后行区域性灌注 5-FU500~1000mg, CF100~200mg, PDD50~100mg, MMC4~12mg, ADM30~70mg, 加超液化碘油 10~20ml, 再加明胶海绵颗粒行靶动脉栓塞。对肝左叶动脉、膈下动脉、胃网膜动脉、胃十二指肠动脉参与供血动脉,也同时给予灌注;对所有伴有肝转移的病例,行选择性肝动脉灌注栓塞化疗,治疗结束时造影复查肿瘤血管消失情况,满意后拔管止血(根据个体化原则,尽量达到完全阻断血供,如受限制,尽量达到大部分阻断血供 80%以上)。每次治疗前常规检查血象、肝、肾功能、CEA、胃肠气钡双对比造影、胃镜、CT。4~6 周治疗 1 次,2 次结束后评价疗效。

1.3 评价疗效

1.3.1 近期疗效 采用 WHO 实体瘤疗效评价标准(1981 年)^[5]分为:完全缓解(CR):局部肿块完全消失;部分缓解(PR):肿块缩小率 50%;稳定(SD):肿块缩小率<50%;进展(PD):肿块增大>25%或出现新病灶。

1.3.2 不良反应判定 参照 WHO 毒副反应分级标准^[6]。

2 结果

2.1 临床症状改善

58例患者治疗后,上腹饱胀、疼痛缓解46/49例(93.88%),吞咽困难及梗阻感缓解40/43例(93.02%),恶心、呕吐缓解25/25例(100%),后胸痛缓解12/15例(80.00%),腹部肿块缩小6/9例(66.67%),腹水2例,未缓解,总缓解129人次,平均缓解率为90.20%。

2.2 近期疗效

CR3/58例(5.17%),PR45/58例(77.59%),SD5/58例(8.62%),PD3/58例(5.17%);总有效者48例,近期有效率为82.76%(48/58例)。

2.3 转移病灶、腹水情况

治疗后22例腹腔转移淋巴结:CR0例,PR7例,SD12例,PD3例;有效7例,有效率为31.82%(7/22例)。肝转移患者10例:肝内肿块CR1例,PR7例,SD2例,PD0例;有效8例,有效率为80.00%(8/10例)。左锁骨上淋巴结转移6例,治疗后肿块大小无变化。腹水2例治疗后SD1例,PD1例。

2.4 不良反应

58例患者治疗后,发热41例(70.69%),体温最高达39.8℃,上腹部疼痛35例(60.34%),上述发热、疼痛均于化疗后局部肿块坏死引起,经对症处理后,1周左右自行缓解。58例中,Ⅰ度胃肠反应40例(68.97%),Ⅱ度胃肠反应12例(20.69%),Ⅲ度胃肠反应6例(10.34%)。Ⅰ度骨髓抑制48例(82.76%),Ⅱ度10例(17.24%),无Ⅲ、Ⅳ度骨髓抑制发生。

2.5 生存期

对58例患者进行随访,随访率100%,无失访发生,治疗后半年、1年、2年生存率为55例,94.83%;29例,50.00%;26例,44.83%。

3 讨论

3.1 推荐介入化疗

中晚期胃癌治疗与全身化疗有效率不高,约为20%~50%,且不良反应较大^[7]。随着介入放射学技术的发展,选择性或超选择性进入肿瘤的供血支,经导管灌注大量药物并联合化疗栓塞技术已广泛应用于身体各部分肿瘤,并取得很好疗效。其作用原理有以下几点:1)提高肿瘤内药物的首次通过浓度,从而杀灭或抑制肿瘤细胞;2)结合栓塞剂的使用可使化疗药物在肿瘤内缓慢释放,延长化疗药物的作用时间;3)高浓度化疗药物和栓塞剂可造成小血管炎和血管闭塞导致肿瘤细胞缺血坏死;4)消除了静脉给药中药物尚未到癌肿部位就被肝、肾等组织破坏、排泄的因素;5)消除了某些抗癌药物在静脉给药时被血液

某些成分结合而失效的可能^[8]。本组治疗后,有效率为82.76%(48/58例),显示其有较好的疗效。

3.2 不良反应

进展期胃癌患者大部分有吞咽困难或梗阻感,长期的进食障碍导致患者营养状态较差,甚至为恶病质状态,并且大部分患者年龄较大,全身化疗应用后,不良反应较大,患者难以耐受;而胃癌的介入治疗将化学药物直接灌注到肿瘤局部,既增加了药物在肿瘤局部的浓度和停留时间,又减少了全身不良反应,患者免受了痛苦,生活质量明显提高。本组患者不良反应大部分为Ⅰ度~Ⅱ度(消化道反应Ⅰ度~Ⅱ度,52例,89.66%;骨髓抑制Ⅰ度~Ⅱ度,48例,82.76%),更证实了这一点。

3.3 应用碘油栓塞术

长期以来,人们对胃癌的碘油栓塞存在争议,认为胃为空腔器官,末梢动脉的栓塞易造成或诱发胃坏死和穿孔^[9]。近年来,实验和临床研究表明,碘油能选择性沉积于瘤体内,并作为一种载体,有利于提高所携带的化疗药物与肿瘤接触时间和局部血管浓度,有效地杀伤胃癌细胞,而对正常胃组织的损伤较小,并不造成胃坏死或穿孔^[10,11]。GAI和GAE治疗对胃的损伤主要位于粘膜及粘膜下层,而肌层及浆膜层基本正常,少量碘化油进入胃组织很快被吞噬细胞吞噬;另外胃的血供非常丰富,存在着多支血管供血及侧支吻合,故正常胃组织损伤易恢复。再则,因肿瘤侵蚀胃壁造成的溃疡出血,腹腔转移淋巴结也可因靶血管被栓塞而起到迅速有效的止血作用^[12,13]。在行胃癌介入治疗的同时,对伴有肝转移的病例,可同时行肝动脉灌注栓塞化疗,对肝内转移起到有效抑制作用。

胃癌介入治疗后,经皮肤灌注的化疗药物经动、静脉循环后,可再次对肿瘤组织进行治疗,使肿瘤组织坏死缩小而起到静脉化疗的作用。本组22例腹腔淋巴结转移患者治疗后,7例有不同程度缩小,有效率达到31.82%。但本组伴有左锁骨上淋巴结转移及腹水等患者治疗后效果不佳,故本方法还是以局部治疗效果较好,对伴有远处转移患者,可适当辅以全身化疗。

参考文献

- 1 金懋林,陈强,程凤歧,等.奥沙利铂联合亚叶酸钙和5-氟脲嘧啶治疗晚期胃癌的研究[J].中华肿瘤杂志,2003,25(3):172~174
- 2 de Gramont A, Figer A, Seymour M, et al. Leucovorin and fluorouracil with or without oxaliplatin as first-line treatment in advanced colorectal cancer [J]. J Clin Oncol, 2000, 18 (16): 2938~2947
- 3 颜志平,王平,进展期胃癌介入治疗的疗效评价[J].中国肿瘤,2002,11(1):36~39
- 4 周际昌,主编.实用内科肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,

- 2003,45~47
- 5 沈琳,金懋林,张晓东,等.奥沙利铂联合表阿霉素 5-FU/CF 治疗晚期胃癌的临床探讨[J].中国肿瘤临床,2005,32(8):472~475
- 6 刘巍,吕雅蕾,王瑞琴,等.氟脲嘧啶脂质体注射液取代 5-氟脲嘧啶注射联合化疗转移性胃癌近期疗效的评价[J].中国肿瘤临床,2004,31(8):425~434
- 7 邓奇平,庞尊中,王华义.中晚期胃癌的介入治疗[J].贵州医药,2002,26(7):652~653
- 8 王桂琦,翟瑜,张君,等.胃癌的血管内介入治疗[J].实用癌症杂志,2002,1(6):670~671
- 9 Tao HQ, Zou SC. Effect of preoperative regional artery chemotherapy on proliferation and apoptosis of gastric carcinoma cells[J]. World J Gastroenterol, 2002, 8(3): 451~454
- 10 Yoshimura K, Nunomura M, Takiguchi N, et al. Evaluation of endoscopic pirarubicin-Lipiodol emulsion injection therapy for gastric cancer [J]. Gan To Kagaku Ryoho, 1996, 23 (11): 1519~1522
- 11 Ohyama T, Yamasaki J, Imanishie, et al. Endoscopic injection of methotrexate bound to activated carbon particles in the treatment of gastric cancer[J]. Gan To Kagaku Ryoho, 1995, 22(11): 1632~1634
- 12 林浩东,朱赤,张爱萍.晚期胃癌的介入治疗[J].安徽医学,2003,24(2):42~43
- 13 赵渝,时德,蒲庆华.泰素、奥沙利铂动脉介入治疗进展期胃癌[J].肿瘤,2006,26(12):1139~1140
- (2007-04-07 收稿)
- (2007-06-20 修回)
- (孙慧校对)

· 短篇及病例报告 ·

膀胱嗜铬细胞瘤骨转移 1 例

柯庆华 蔡君 周世琼 蒋代文 杨继元
荆州市肿瘤医院肿瘤科 (荆州市 434000)

关键词 膀胱 嗜铬细胞瘤 转移

患者女,49岁,于20年前患阵发性高血压,面色潮红,原因一直不明,仅对症处理。2001年5月膀胱B超:膀胱左侧壁6cm×5cm占位性病变,至外院行膀胱肿物切除。术后病理诊断:膀胱嗜铬细胞瘤。2007年1月患者感左下肢麻木行走不便,至外院行腰椎MRI平扫:腰5椎体椎弓根骨质破坏,压迫相邻神经根,考虑转移性病变。2007年1月4日行全身骨ECT检查:第5腰椎,左侧第2后肋与胸椎交界处骨质代谢活跃,6~7颈椎骨质代谢活跃。同年1月17日行“腰5肿瘤前路切除椎骨+后路椎弓根钉棒固定”,术后病理:腰5椎体转移性膀胱嗜铬细胞瘤。术后转入我院行腰椎局部放疗30Gy/10次。目前患者下肢活动受限,定期行双膦酸盐治疗。

小结 嗜铬细胞瘤90%生长于肾上腺内,10%生长于肾上腺外^[1]。肾上腺外嗜铬细胞瘤多为恶性,可发生于任何部位。嗜铬细胞瘤发生于膀胱内者少见报道^[2~4]。诊断恶性嗜铬细胞瘤的标准是在无嗜铬细胞部位和内脏发现肿瘤转移^[5]。治疗恶性嗜铬细胞瘤的基本原则是尽可能切除复发及转移病灶,并应用α受体阻滞剂治疗高血压。骨转移可通过¹³¹I-MIBG扫描或骨核素扫描诊断。放疗对骨转移所致的骨痛效果好,放疗剂量在40Gy或以上时,对软组织及骨肿瘤疗效

好。化疗对恶性嗜铬细胞瘤的疗效欠佳。已发生转移的恶性嗜铬细胞瘤5年生存率为45%左右^[6]。

参考资料

- 1 董志伟,谷锐之,主编.临床肿瘤学[M].北京:人民卫生出版社,2002.1087
- 2 陈淑苹,魏克明.膀胱嗜铬细胞瘤1例[J].中国肿瘤临床,2001,28(6):453
- 3 宫大鑫,王侠,李泽良,等.嗜铬细胞瘤诊疗对策[J].中国肿瘤临床,2005,32(19):1112~1115
- 4 杨春明,孔垂泽,孙志熙.复发性嗜铬细胞瘤的诊治分析[J].中国肿瘤临床,2005,32(23):1364~1366
- 5 徐从高,张茂宏,杨兴季,等.主译.见:De Vita VT, Hellman JS, Roseneg SA,主编.癌-肿瘤学原理和实践[M].下卷.第5版.济南:山东科学技术出版社,2001.1728~1729
- 6 陈家伦.嗜铬细胞瘤.见:叶任高,陆再英,主编.内科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2004.759~763

(2007-05-08 收稿)

(2007-06-21 修回)

(孙慧校对)