

晚期胃癌动脉内灌注化疗栓塞的疗效分析(附 54 例报告)

王新华 杨仁杰 胡书芳

【摘要】 目的:评价动脉内灌注化疗加栓塞治疗晚期胃癌的应用价值。方法:54 例晚期胃癌,男 37 例,女 17 例,胃窦部 8 例,胃大弯侧 8 例。经股动脉穿刺,导管头端置于胃左动脉、胃右动脉、胃网膜右动脉,有肝转移者再超选入肝固有动脉;化疗方案选用 FMC 或 FAC 方案,栓塞剂用碘化油。结果:复查病例中病灶均有不同程度减小,临床症状减轻。治疗后半年、1 年、2 年生存率为 94.4%、50%、40.7%。结论:胃动脉内化疗栓塞术是治疗晚期胃癌有效的方法之一。

【关键词】 胃癌 介入治疗 化疗栓塞

【中图分类号】 R815, R735.2, R730.53 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2002)02-0110-02

材料与方法

材料:本组 54 例患者,男 37 例,女 17 例,年龄 28~72 岁,均经钡餐及胃镜检查诊断为胃癌,其中 36 例经 B 超、CT 检查出同时有其它脏器的转移,病灶位于贲门及胃体上 1/3 处 24 例,胃体小弯侧 15 例,胃窦部 8 例,胃大弯侧 7 例。

技术方法:采用 Seldinger 法行股动脉穿刺,导管选用 RH 管、Cobra 管、肝管,将导管头端经腹腔干由导丝导引入胃左动脉、胃右动脉、胃网膜右动脉,有肝转移者再超选选择入肝固有动脉注药。

化疗方案的选择:常用方案 5-Fu 750~1 250mg、CDDP 60~120mg、EPI 40~60mg 灌注化疗;Lip 10ml+MMC 4~6mg 栓塞或 EPI 60~90mg、卡铂 500mg、VP-16 100~200mg 选用 3 种药物联用。

结果

肿瘤大小的改变:本组经 BAI+BAE 治疗后病灶均有不同程度的缩小,复查 37 例中显著缩小者(缩小程度>50%)21 例,中度缩小者(缩小程度 25%~50%)9 例,轻度缩小者(缩小程度 0%~25%)7 例。

临床改变:54 例患者术后进食状况普遍改善,39 例左上腹

明显疼痛者 30 例显著减轻;贫血状况改善者 27 例。

生存率:治疗后半年、1 年、2 年生存率分别为 94.4%、50%、40.7%。

实验室检查的改变:白细胞及血色素恢复正常或仅有轻度减少 41 例,12 例仍中度降低,1 例因消化道穿孔无改善,大便潜血连续观察 1 周后十以上者仅有 7 例。

不良反应及并发症:腹部疼痛,食欲减退,发热,白细胞数短期减少常见。中度发热 43 例,食欲减退 35 例,白细胞减少 41 例,胃穿孔 1 例,其中白细胞数下降以术后 2~3 周显著,多数于术后 3~5 周左右恢复正常范围。

讨论

胃癌源于胃粘膜上皮细胞,占胃恶性肿瘤的 95%,占人体肿瘤死亡人数的 23.3%,其自然生存期为 3.0~7.4 个月,外科手术根治 5 年生存率 20%。手术治疗早期胃癌疗效比较满意,而对于不能手术者虽采用常规化疗加放疗等多种方法其有效率仍不到 30%。Sato 报道 92 例不能手术切除的胃癌用导管内灌注化疗 1 年生存率为 21.6%,Kiamma 报道其有效率约在 35%左右,国内有报道可达 55%~65%,在控制腹痛、消瘦、贫血、黑便等症状上效果良好,病人生活质量得到提高,但 3 年生存率仍然很低,大部分病例死于恶液质,胃癌动脉内化疗栓塞

作为一种姑息治疗手段是有效和可行的。

化学治疗方案的选择:日本提倡单药交叉运用,欧美多采用 3 种以上化学治疗药物同时运用,国内多采用 FAC 方案或 FMC 方案,化疗栓塞用 Lip 10ml+MMC/EPI, GAI+GAP 明显提高肿瘤区域的化学治疗,同时由于碘化油沉积于瘤体内,其所携带的化学治疗药物缓慢释放可长期作

用于肿瘤细胞,并可直接阻断胃癌的周围血供和主要供血动脉,使其缺血坏死,肿瘤细胞的杀死指数明显高于其他方法。碘化油与化疗药物和乳化方法采用泵式乳化法,将 40%碘化油

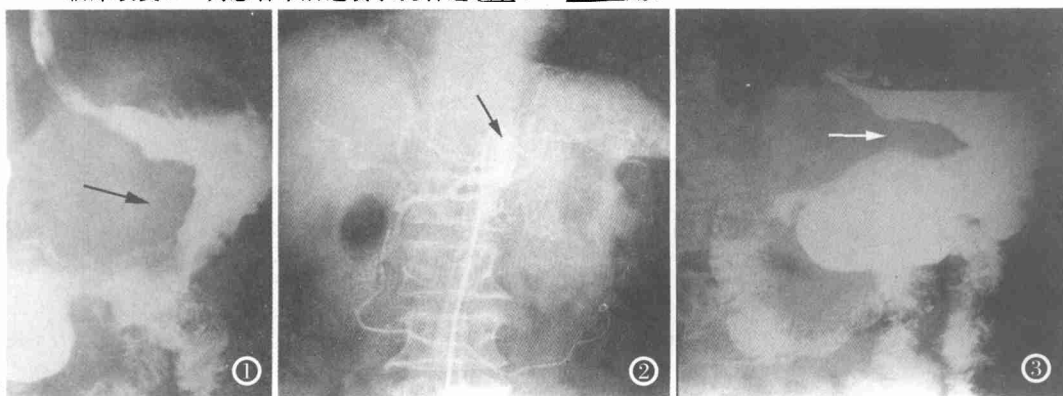


图 1 胃体小弯侧,蠕动消失,粘膜破坏壁僵硬。病理诊断为浸润型癌。

图 2 导管灌注化疗。图 3 四周后胃体小弯侧壁柔软,出现蠕动波。

作者单位:252601 山东聊城市第二医院放射科(王新华);100021 北京大学临床肿瘤学院,北京市肿瘤防治研究所介入治疗科(杨仁杰)
作者简介:王新华(1956~),男,山东人,主治医师,主要从事恶性肿瘤介入治疗。

10~20ml+60%泛影葡胺 5~10ml+ADM 或 MMC 放入 20ml 注射器中与另一支注射器用乳化针头连接,两支注射器反复抽吸 15~20 次,此时碘化油与对比剂及化疗药能充分混合,此方法、显由于传统的搅拌法。

化学性胃炎的防治:GAI+GAE 所造成的化学性胃炎难以避免,只是程度上的差异其治疗将直接影响介入治疗的疗效。首先导管应尽可能的超选择,并尽可能地减少人为返流。此外应根据胃癌细胞对化学治疗药物敏感性选择药物,对化学性胃炎的治疗包括以下几点:①保护胃粘膜,让患者禁食或流质,用奥美拉唑和枸橼酸铋钾等增强粘膜细胞的修复功能;②加强胃动力,改善粘膜细胞的微循环,如多潘立酮或西沙比利等。

关于并发症:由于局部用药全身药物浓度较静脉化疗明显减低,呕吐发生率很低,本组发生率小于 8%,防止措施为术前用枢复宁 8mg 静脉注射一次,术中导管内或术后静脉内推注一次(内加地塞米松 5~20mg 可加强其疗效);或康泉 3mg 术中导管内推注或术后静脉推注一次;此外大剂量胃复安每次

1~2mg/kg 静脉注射,分别于灌注前 30min、后 1.5h 和 4h 各静脉注射一次疗效亦较满意,但要注意其不良反应。胃穿孔为 GAI+GAE 的严重并发症,文献中报道甚少,本组发生一例。推其原因:①明确的溃疡型胃癌史当为其穿孔的病理基础;②灌注栓塞后瘤体缺血,使微循环形成障碍并且随着时间的延长,化疗药物的毒性作用使瘤细胞坏死,最后导致穿孔。因此溃疡型胃癌为 GAI+GAE 的禁忌证。

参考文献

- 1 李麟荪. 临床介入治疗学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,1994. 307.
- 2 李茂全. 不能手术的胃癌介入放射学治疗进展[J]. 国外医学-临床放射学分册,1993,16(1):1-3.
- 3 李春启,张秀荣. 胃癌的化学治疗[M]. 北京:中国医药科技出版社,1995. 369.

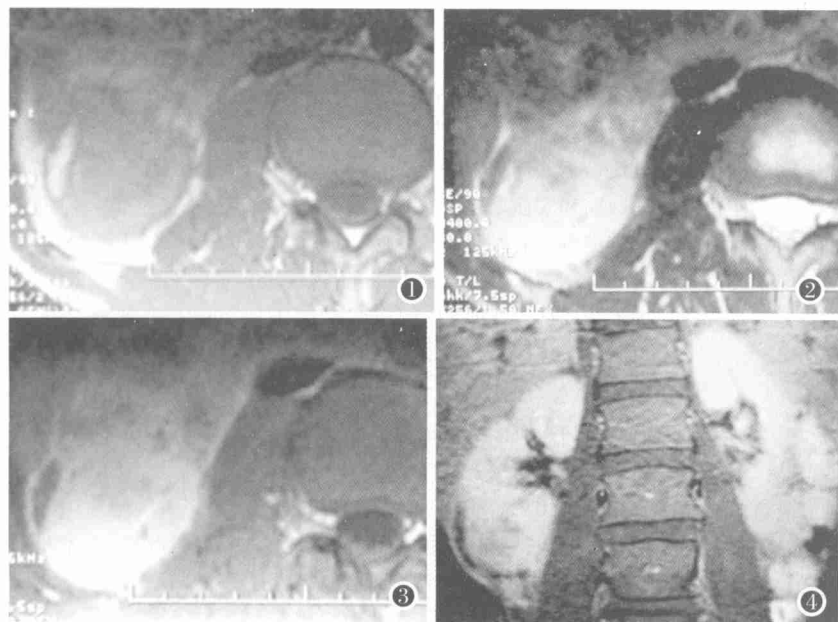
(2001-04-13 收稿)

· 图片读解 ·

图片读解

赵大兵 胡道予

【中图分类号】R737.11 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)02-0111-01



患者,男,28岁,一年多前出现无明显诱因间歇性右腰部胀痛,干体力活时症状明显,无放射痛,有时可自行缓解,未曾作任何诊治。一周前右腰痛加剧,持续存在,曾发热2天,最高

38.2℃。无血尿、脓尿、尿痛、尿频及发热畏寒、盗汗等。

查体:神清,36.4℃。BP 110/70 mmHg,心肺无明显异常,右肾区轻叩出痛,腰部曾受外伤。实验室检查:血 WBC $5.73 \times 10^9/L$, RBC $3.34 \times 10^{12}/L$, 淋巴细胞 $2.08 \times 10^9/L$, PLT $112 \times 10^9/L$;肝功能 AST 36U/L;小便常规未见明显异常。

超声检查:右肾切面失去正常形态,大小约 $11.7\text{cm} \times 4.6\text{cm}$,下级靠外缘处肾包膜回声中断,该处可见一 $4.7\text{cm} \times 4.0\text{cm}$ 大小异常回声区,形态不规则,中心为低回声、无回声;周边靠下为不规则稍强回声,肾积合系统光点群未见分离,下腔内未见异常回声。意见:右肾下极混合性肿块,结合病史考虑为右肾下极血肿。

KUB 及 IVP:未见异常。

MRI:右肾下极形态不规则边界不清晰的混杂信号影。增强扫描(Gd-DTPA)示病灶轻度强化。病灶大小约为 $2.4\text{cm} \times 1.6\text{cm}$,右肾前筋膜明显增厚表现。

意见:右肾下极肿瘤性病变可能。综上所述临床及影像学表现,您将考虑哪种疾病可能性大?请分析病变性质。

(2001-12-12 收稿)

作者单位:430030 湖北省,华中科技大学同济医学院附属同济医院放射科在读研究生(444100 襄樊第一人民医院放射科)
作者简介:赵大兵(1970~),男,湖北襄樊人,在读研究生,主治医师,主要从事影像诊断工作