

3 讨论

3.1 NSCLC 大多数患者临床确诊时已是晚期,失去手术机会,化疗成为 NSCLC 主要的治疗方法之一。近年来,一些新的化疗药物与铂类化合物联合用于治疗 NSCLC 显示出较好疗效,已成为目前一线治疗方案。紫杉醇是从紫杉树皮中分离提纯的天然抗肿瘤新药,它具有独特的化学结构和作用机理,它是唯一能促进微管聚合的药物,结合位点聚合状态微管上,可促进微管蛋白聚合成团块和成束并使其稳定,从而抑制微管网的正常重组,阻断肿瘤细胞的分裂、增殖,具有广谱的抗肿瘤活性,使用紫杉醇单药治疗 NSCLC 有效率为 25%,且对耐药病例有效^[1,2];顺铂为铂类抗癌药,它作用于 DNA,与 DNA 碱基产生链内及链间交叉连接,阻止 DNA 的转录与复制,单用顺铂对 NSCLC 有效率为 16%^[3]。紫杉醇与铂类联合应用有协同作用,本组应用紫杉醇加顺铂方案治疗晚期 NSCLC 近期总有效率为 39.13% (18/46),初治者有效率为 50.0% (9/18),复治者有效率 32.14% (9/28),取得了较好的疗效,与国内文献报道总有效率为 47.2% (17/36) 和 39.53% (17/43) 相近似^[4,5]。58.7% (27/46) 患者 KPS 评分有不同程度提高。

3.2 紫杉醇加顺铂方案的主要毒性反应是剂量限制性骨髓抑制和脱发,骨髓抑制以白细胞减少为主,本组白细胞减少发生率为 89.12%,应用 G-CSF 支持治疗后均可恢复并能顺利完成治疗,脱发发生率达 100%。另外,本组消化道反应发生率比较高(82.6%),考虑与预防用药少及支持、对症治疗

跟不上有关,其他副反应有肝肾功能损害、肌肉关节疼痛和神经毒性,大都为一过性,对症处理后短期内可恢复,不影响下一周期的化疗。早期应用紫杉醇所遇到的严重问题是急性过敏反应,本组病人在使用紫杉醇前后均给予常规的预防过敏反应用药,没有观察到严重的过敏反应,仅有 2 例出现一过性皮肤过敏反应,经抗过敏治疗后症状很快消失,不影响继续治疗。

3.3 本组治疗结果表明,紫杉醇联合顺铂治疗晚期非小细胞肺癌,无论初治或复治病例,均有较好疗效,且安全性好,毒性反应患者多能耐受,对于延长晚期 NSCLC 患者生存时间、改善生活质量有较大意义,为目前治疗晚期 NSCLC 的首选方案之一,尤其适合老年体弱患者。

参考文献

- 1 孙 燕主编. 内科肿瘤学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:431.
 - 2 吴海鹰,管忠震,林桐榆,等. 国产紫杉醇治疗恶性肿瘤的Ⅱ期临床研究[J]. 中华肿瘤杂志,1998,20(2):148-152.
 - 3 孙 燕,石远凯,主编. 临床肿瘤内科手册[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2008:416.
 - 4 杭达明,谢国栋,张葆春. GP 方案与 TP 方案一线治疗晚期非小细胞肺癌的临床观察[J]. 临床肿瘤学杂志,2008,13(2):133-136.
 - 5 贺 欣,曹水军,余普乐,等. 国产紫杉醇联合化疗治疗非小细胞肺癌 43 例疗效观察[J]. 实用临床医药杂志,2009,10(4):62,70.
- [收稿日期 2010-02-04][本文编辑 刘京虹 吕文娟(见习)]

经验交流

肝细胞肝癌伴胆管癌栓的外科处理 10 例分析

利仕文, 徐 旭, 方富义

作者单位: 535000 广西,钦州市第二人民医院普通外科

作者简介: 利仕文(1971-),男,大学本科,学士学位,主治医师,研究方向:肝胆胰脾外科疾病诊治。E-mail:LSW0504@126.com

[摘要] **目的** 探讨肝细胞肝癌(HCC)伴胆管癌栓的诊断和治疗方法。**方法** 回顾性总结和分析 10 例肝细胞肝癌伴胆管癌栓的临床资料。**结果** 6 例行原发灶根治性切除术加胆管癌栓取出术,术后平均中位生存时间为 2.5 年;4 例单纯行胆管切开取栓术,术后生存时间均 <6 个月。**结论** 原发灶根治性切除术加胆管癌栓取出术是治疗肝细胞肝癌伴胆管癌栓的有效方法,可延长患者生存时间。

[关键词] 肝肿瘤; 胆管癌栓; 外科治疗

[中图分类号] R 735.7 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)07-0665-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.07.26

Surgical treatment of 10 cases of hepatocellular carcinoma with bile duct tumor thrombus LI Shi-Wen, XU Xu, FANG Fu-Yi. Department of General Surgery, Qinzhou Second People's Hospital, Guangxi 535000, China

[Abstract] **Objective** To investigate the diagnosis and treatment of hepatocellular carcinoma (HCC) with bile duct tumor thrombus. **Methods** The clinical data of 10 cases of HCC with bile duct tumor thrombus were ana-

lyzed retrospectively. **Results** Six cases patients received primary tumor radical resection combined with bile duct tumor thrombus removal, their median survival time was 2.5 years; 4 cases patients received simple bile duct tumor thrombus removal, their median survival time was less than 6 months. **Conclusion** The primary tumor radical resection combined with bile duct tumor thrombus removal for the treatment of HCC with bile duct tumor thrombus was the effective ways to prolong survival time.

[**Key words**] Hepatocellular carcinoma; Bile duct tumor thrombus; Surgical treatment

肝细胞性肝癌合并胆管癌栓临床上较少见,约占肝细胞肝癌(HCC)患者总数的1.66%~4.9%^[1~3]。诊断及治疗上存在一定差别,过去认为已属晚期而放弃外科治疗。本院2000-01~2009-02共诊治HCC合并胆管癌栓患者10例,就其诊断、病理及治疗作一回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例10例,男7例,女3例,年龄35~78岁,中位年龄50岁。临床症状主要为黄疸、腹痛、胃纳差、腹胀、皮肤瘙痒、大便陶土样,其中2例有畏寒发热,1例大便潜血(+)。血清胆红素明显升高,直接胆红素升高为主,甲胎蛋白升高5例(50%),乙肝患者7例(70%)。全组常规行B超检查及增强CT检查,考虑胆管阻塞,明确为肝脏占位6例,可疑为4例。

1.2 治疗方法 术前明确考虑为HCC 5例,另有5例考虑为胆管癌,可疑并肝内转移或壶腹部癌。10例均行剖腹探查手术,术中见肿瘤位于右叶6例,肝内多发病灶3例,1例位于肝左外叶。位于右叶6例肿瘤均<7cm,需要术中B超帮助寻找病灶2例。行右半肝切除+胆管切开取癌栓+T管引流5例,左半肝切除+胆总管切开取癌栓+T管引流1例,3例由于肝脏内转移并单纯胆总管切开取癌栓+T管引流,1例由于肝硬化严重肝功能极差(C级)也仅作单纯胆总管切开取癌栓+T管引流。

2 结果

10例均顺利手术,全组无死亡病例,术后无严重并发症,术后后续治疗辅以肝动脉栓塞化疗(TACE)。术后随访,能行原发病灶切除者平均中位生存时间达2.5年,与不伴有胆管癌栓的肝癌病人生存率相近,不能切除而单纯行肝动脉栓塞化疗者生存期均不超过半年。

3 讨论

3.1 HCC并胆管癌栓的诊断 其主要的临床表现一般为进行性加重的黄疸,有时亦无黄疸,有腹痛及畏寒发热,伴胃纳差、腹胀、消瘦等。应与胆石症、胆管炎相鉴别。增强CT是重要的影像学检查,平扫可见区别于阳性结石高密度影的胆管低密度占位,可与肝脏原发病灶相连,也可分离;肝外胆管内的异常占位与胆管有相对清楚界限,与肌肉病灶密度相近或相同,当胆管内癌栓位于胆总管中下段时可合并胆总管扩张,动静脉期可见癌栓不均匀强化的胆管壁。ERCP或MRCP可见胆管内充盈缺损,狭窄以上胆管扩张。HBsAg(+)者占70%,AFP(+)者占50%。本组术前能明确诊断者不足50%,术中需借助B超寻找原发病灶者2例。

3.2 HCC并胆管癌栓的病理分析 HCC癌细胞可呈浸润

性生长,侵犯邻近的胆管壁或破坏胆管腔阻力最小的胆总管,或因肝纤维化引起肝组织挤压,受胆汁流的影响向下蔓延。胆道系统为流出性管道,是胆汁排泄的通道,癌肿若脱落或侵入小胆管后,可顺流而下在肝总管或胆总管内形成癌栓,或胆管内癌栓也可直接侵入形成带蒂的癌息肉,或栓子进入肝总管或胆总管引起梗阻性黄疸、胆管出血、胆管炎等表现。术中所见栓子多呈紫黑色、条索状,质软、易碎、易与胆管壁分离,镜下见其内有多少不等的癌细胞、红细胞及间质细胞,癌栓脱落时可出现黄疸及胆道感染症状。

3.3 治疗分析 胆管癌栓不是HCC的晚期表现,梗阻性黄疸也并非手术禁忌,积极的外科手术治疗,可获得较好的治疗效果。HCC是否伴有胆管癌栓,在生存率方面没有明显差别,关键在于原发病灶彻底切除及取净癌栓。本组6例行胆总管切开取癌栓并作同侧肝叶规则性切除,随访1~3年行单纯取癌栓、T管引流者均存活不超过半年时间,中山市博爱医院程国何^[4]报道2例仅作T管引流术后生存时间2.5~4.5个月,14例原发病灶切除者生存时间为1~4.5年不等。Shromi等^[5]报道HCC伴胆管癌栓患者术后3、5年生存率分别为47%和28%;Peng等^[6]报道术后1、3年生存率分别为73.3%和40%,其中2例生存超过5年。王海东等^[7]报道HCC伴胆管癌栓患者根治术后生存最长达5年9个月。Peng等^[8]报道HCC伴胆管癌栓患者根治性治疗中位生存期达23.5个月,肝癌体积与胆管癌栓无直接关系^[9]。本组病例有5例属小肝癌(<5cm),其中2例术中难以发现病灶而采取实时B超检查发现。至于是否需要作胆管切除,Shiomi^[5]等比较了HCC合并胆管癌栓行胆管切除与未行胆管切除者的存活率,结果两者无明显差异。胆管癌栓不同于门静脉癌栓,往往与胆管壁无紧密粘连,癌栓质软,易坏死、出血、脱落,不向胆管壁侵犯,较易清除干净,但有时梗阻时间长后,黏膜会被破坏,癌栓可从胆管壁获得营养血供,不易与胆管壁分离,此时被认为是晚期的表现。

参考文献

- 1 Chen MF, Jan YY, Jeng LB, et al. Obstructive Jaundice secondary to ruptured hepatocellular carcinoma into bile duct. Surgical experiences of 20 cases[J]. Cancer, 1994, 73(5): 1335-1340.
- 2 Ueda M, Takeuchi T, Takayasu T, et al. Classification and surgical treatment of hepatocellular carcinoma (HCC) with bile duct thrombi[J]. Hepatogastroenterology, 1994, 41(4): 349-354.
- 3 王锦波, 何振平. 肝癌胆道转移手术方式对预后的影响[J]. 肝胆外科杂志, 1998, 6(1): 26-27.
- 4 程国何, 徐思立, 等. 原发性肝癌伴胆管癌栓诊断[J]. 中国医师杂志, 2003, 5(9): 1217.

- 5 Shiomi M, Kamiya, Nagino M, et al. Hepatocellular carcinoma with billiary tumor thrombi: aggressive operative approach after appropriate preoperative management[J]. Surgery, 2001, 129(6): 692-698.
 - 6 Peng SY, Wang JW, Liu YB, et al. Hepatocellular carcinoma with bile duct thrombi: analysis of surgical treatment[J]. Hepatogastroenterology, 2004, 51(57): 801-804.
 - 7 王海东, 郑进方, 吴奕强, 等. 原发性肝癌并胆管癌栓的手术治疗: 附 13 例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2007, 16(3): 291-292.
 - 8 Peng BG, Liang LJ, Li SQ, et al. Surgical treatment of hepatocellular carcinoma with bile duct tumor thrombi[J]. World J Gastroenterol, 2005, 11(25): 3966-3969.
 - 9 彭宝岗, 罗时敏, 梁力建. 肝细胞癌合并胆管癌栓的外科治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2004, 24(2): 94-96.
- [收稿日期 2010-03-08][本文编辑 刘京虹 吕文娟(见习)]

经验交流

经睫状体平坦部切口行后囊膜切开治疗后发性白内障

阳 昇, 陈光胜, 李 欢

作者单位: 545001 广西, 柳州市红十字会医院眼科

作者简介: 阳 昇(1976-), 男, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 玻璃体视网膜。E-mail: yscxabcde. @ 163. com

通讯作者: 李 欢(1981-), 女, 大学本科, 医学学士, 住院医师, 研究方向: 葡萄膜炎及视网膜疾病。E-mail: muziyouqian@msn. com

[摘要] **目的** 探讨透明角膜切口插管灌注经睫状体平坦部切口行后囊膜切开治疗后发性白内障(PCO)的疗效。**方法** 对 23 例(27 眼)行角膜切口插管灌注经睫状体平坦部切口行后囊膜切开治疗的 PCO 患者进行回顾性分析, 随访 6~18 个月。**结果** 后发性白内障切开成功率为 100%, 全部术后后囊膜均形成 3.0~6.0 mm 的圆形透明区; 术后能配合视力检查患者最佳矫正视力均明显提高; 术后随访无切口渗漏、人工晶体损伤或再次发生 PCO 等并发症发生。**结论** 透明角膜切口插管灌注经睫状体平坦部切口行后囊膜切开治疗 PCO 安全、有效。

[关键词] 后囊膜切开术; 睫状体平坦部; 后发性白内障

[中图分类号] R 779.66 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)07-0667-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.07.27

Posterior capsulotomy via pars plana for posterior capsule opacification YANG Sheng, CHEN Guang-sheng, LI Huan. Department of Ophthalmology, Liuzhou Red Cross Hospital, Guangxi 545001, China

[Abstract] **Objective** To investigate the effect of pars plana capsulotomy and vitrectomy with infusion through the limbus to remove the posterior capsule opacification (PCO). **Methods** The data of 27 eyes of 23 patients with PCO, who were undergone pars plana capsulotomy and vitrectomy with infusion through the limbus, were respectively analysed. All the patients were followed-up for 6~18 months. **Results** The central opaque posterior capsule and anterior vitreous were successfully removed in all patients without complication. A round hole with 3.0~6.0 mm diameter was obtained at the posterior capsule. The visual acuity in all patients was improved; There were no complication during the postoperative follow-up period, such as dislocation or damage of the IOL, retina detachment and PCO again. **Conclusion** Pars plana capsulotomy and vitrectomy with infusion through the limbus is a safe and effective to remove the PCO.

[Key words] Posterior capsulotomy; Pars plana; Posterior capsule opacification

后发性白内障 (posterior capsule opacification, PCO) 又称后囊浑浊或继发性白内障, 简称后发障^[1,2], 是指白内障摘除术后或晶状体外伤后, 晶状体皮质未能完全吸收, 晶状体前囊下残留的晶状体上皮细胞变性、增殖、移行至视轴所致, 是

影响白内障术后效果和视力下降的主要原因, 甚至再次致盲。目前对于后发性白内障临床多采用 Nd:YAG 激光晶状体后囊膜切开治疗, 该方法简单、快捷。可是对于一些患者就难以实施, 如小儿、卧床患者或后囊膜机化增厚患者。我