·高聚金葡素专栏·

高聚金葡素配合介入治疗原发性肝癌临床观察

陆建国 韦照永 宁业蜀 石春玉
柳州地区医院内四科 (广西壮族自治区柳州市 545002)

摘要 治疗组术前应用高聚金葡素治疗,实体肿瘤缩小近期有效率 93.3%,较对照组 55%有显著性差异($P<0.01$)。并观察到术后消化道症状和血白细胞下降率明显改善,较对照组有显著性差异($P<0.01$)。表明高聚金葡素作为生物抗癌剂,具有明显抗癌、改善消化道症状和稳定白细胞的作用。配合介入治疗,两者有协同作用,明显增强抗癌功能,提高生存质量。

关键词 高聚金葡素 介入治疗 生物抗癌剂 超抗原

原发性肝癌的生物免疫治疗已逐渐成为临床综合治疗的重要措施,介入治疗被广泛用于不能手术的肝癌患者。本文应用高聚金葡素配合介入治疗肝癌,对占位病变、临床症状及白细胞数等进行对照观察。取得显著疗效,现报告如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

50 例病例均经临床、影像学及细胞学诊断,确诊为原发性肝癌(Ⅱ期),符合诊断标准[1]。治疗组 30 例,男 27 例,女 3 例。年龄 21～67 岁。术前检查无肺、脑、骨等转移,常规查心电图、肝肾功能、血常规及凝血机制均正常。对照组 20 例,男 18 例,女 2 例。年龄 25～65 岁。病理分类、临床症状、化疗方案相同。

1.2 治疗方法

治疗组病例确诊后即予高聚金葡素 2 000U 静滴,每天 1 次,每月 1 疗程。对照组予支持疗法。两组病例按改良 Seldinger 法[2]经股动脉穿刺进导管入肝动脉造影,对肝占位部位经导丝选择供应的血管缓慢注入 CDDP 100mg、5－FU 1 000mg、ADM 40mg,并混合碘油进行栓塞。介入治疗 8～12 周重复 1 次。

1.3 疗效评价

介入治疗前后均检查 CT、B 超,肝肾功能,每周 1 次血常规。根据 WHO 实体肿瘤疗效标准分为:完全缓解(CR),部分缓解(PR),稳定(NR),进展(PD)。临床症状(包括疼痛减轻、睡眠改善、食欲体重增加、体力增强)观察标准分为:完全改善,显著改善,部分改善,无改善。血白细胞数术前后对照:稳定,下降。

2 结果

2.1 介入治疗后 4 周 CT、B 超检查观察

治疗组实体瘤 CR 1 例(3.3%),PR 24 例(80%),NR 3 例(10%),PD 2 例(6.7%)。对照组实体瘤 CR 0 例,PR 5 例(25%),NR 6 例(30%),PD 9 例(45%)。表明治疗组肿块明显缩小,两组相比具有显著性差异。

2.2 介入治疗后 1 周临床症状观察

治疗组完全改善 10 例(33.3%),显著改善 17 例(56.6%),部分改善 3 例(10%)。对照组经对症处理后:完全改善 1 例(5%),显著改善 2 例(10%),部分改善 7 例(35%),无改善 10 例(50%)。两组有显著性差异($P<0.01$)。表明治疗组消化道症状不明显且较快改善。

2.3 介入治疗后 1 周血常规观察

治疗组 28 例(93.3%)稳定,2 例(6.7%)下降。对照组 1 例(5%)稳定,19 例(95%)下降。两组有显著性差异。表明高聚金葡素对升高和稳定白细胞数有显著的作用。

3 讨论

本文治疗组术前后应用高聚金葡素,观察实体肿瘤缩小近期有效率 93.3%,较对照组有效率 55%有显著性差异($P<0.01$)。表明治疗组用高聚金葡素配合介入治疗,能够明显提高疗效。有研究表明,T 淋巴细胞亚群是反映宿主抗癌免疫功能的主要指标,董永华[3]对肝癌外周血淋巴细胞亚群监测表明肝癌患者免疫功能低下。介入治疗又有一定的免疫抑制作用,所以介入治疗的疗效与机体免疫功能状态有密切关系[4]。Olaham 于 1984 年提出肿瘤治疗第四方法或程式—生物治疗。有资料显示,治疗前

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

肝癌患者 T 淋巴细胞(CD3)和辅助性淋巴细胞(CD4)明显下降,抑制性淋巴细胞(CD8)明显上升,导致 CD4/CD8 值下降或倒置。高聚金葡素治疗后,患者 CD3、CD4 上升,CD8 下降,CD4/CD8 比值上升,抗癌免疫功能增强,与本文治疗组实体瘤明显缩小疗效相符。本资料显示,治疗组临床症状完全改善和显著改善为 33.3%、56.6%。对照组为 5%、10%。治疗组血白细胞稳定和下降分别为 93.3%、6.7%,对照组分别为 5%、95%。两组相比具有显著性差异。表明高聚金葡素作为超抗原(SE)抗癌生物剂[5],术前治疗提高了机体的免疫功能,并局限病灶。术中增强了化疗药物的疗效,减轻了化疗药的副作用,两者有协同作用,且明显减轻消化道反应和血白细胞下降率,为术后综合治疗打下良好的基础,提高生存质量,值得临床进一步推广。

参考文献

1 中华人民共和国卫生部医政司编 · 中国常见肿瘤诊治规范,第二分册 · 北京:北京医科大学,中国协和医科大学联合出版社,1991:2

2 李振 · 恶性肿瘤的化学治疗与免疫治疗 · 北京:人民卫生出版社,1990:63

3 董永华,袁弥满 · 介入治疗对原发性肝癌患者外周血淋巴细胞亚群的影响 · 中华放射杂志,1995;29(12):876

4 杨秉辉 · 全国肿瘤治疗进展学术讲座会议纪要 · 中华肿瘤杂志,1991;13(2):157

5 王蓝田 · 世界上第一个超抗原抗癌生物制剂—高聚金葡素的临床效果 · 中国肿瘤临床,1998;25(5):395

(1999—03—01 收稿)

(杨红欣校对)

·短篇及病例报告·

十二指肠残端瘘诊治体会

李　强　卞守华①　章德昆①

天津医科大学附属肿瘤医院腹科　(天津市　300060)

胃癌根治术特别是肿瘤累及十二指肠时,其十二指肠残端处理尤为重要,预防和合理治疗残端瘘是提高胃癌疗效的一个环节。我院自 1985 年 1 月至 1996 年 12 月行全胃切除和根治性胃大部切除毕Ⅱ式吻合术 327 例,其中发生十二指肠残端瘘 16 例,发生率为 4.8%,本文报告如下。

16 例中男 11 例,女 5 例;年龄 45～77 岁,平均为 52 岁。胃窦癌累及十二指肠 12 例,胃体癌 4 例。其中手术缝合 7 例,残端闭合器闭合 9 例,所有病例均行常规浆肌层包埋缝合。残端瘘 3 例发生在术后 4 天,13 例发生在术后 5～9 天,即患者肠功能恢复并开始进食后。临床表现为上腹疼痛,有时放射至腰背部,并有局限性腹膜炎,体温升高,白细胞及中性粒细胞增高。腹引流量和内容的改变对十二指肠残端瘘有确诊价值,术后 1～3 天引流物可为少量血性液,3 天后应逐渐减少。若在 5 天左右引流量无减少反而增多,颜色转为胆汁或混浊淡黄色,均提示瘘已发生。对已确诊或高度怀疑十二指肠残端瘘时,一般不主张行上消化道造影,根据临床表现参考血象变化及 B 超即可确诊。治疗一般以非手术治疗为主。本组 13 例经非手术治愈,主要保持引流通畅同时加强营养,以肠外营养为主。3 例行再手术,2 例局部积液引流不畅,重新放置引流,1 例合并出血缝扎止血。对引流量大,瘘口直径在 0.5cm 以上应自残端向十二指肠内放置引流。本组非手术治疗 12 例愈合时间为 15～35 天,平均 21 天,另 1 例也于术后 50 天内愈合。随访 2 个月至 2 年无因瘘而死亡病例或引起严重并发症发生。

小结　胃癌根治术全胃切除或大部切除术后毕Ⅱ式吻合,特别是肿瘤累及十二指肠时,十二指肠残端瘘是术后较常见的并发症,发生率为 4.5%～12%。一般认为十二指肠残端癌肿浸润、血运不良、局部水肿、缝合技术欠佳是残端瘘的易发因素。本组发生率为 4.8%,分析可能与癌肿累及十二指肠、十二指肠切除较多、清扫淋巴剥离面较大、残端血运不良等有关。文献报道十二指肠残端瘘多发生在术后 3～8 天,表现为腹痛、发热、腹膜炎或经切口破溃流出十二指肠液。术后发生在 5～9 天为 13 例。认为开始进食后由于神经、内分泌作用,胆汁、胰液和十二指肠液分泌增加,十二指肠内压增高使潜在愈合不良转为瘘。通畅引流和负压引流是非手术治疗的关键。瘘口较大引流量大,有出血或有全腹腹膜炎时应果断再手术,能够修补的可缝合后用结肠系膜缝盖。瘘口较大在十二指肠内放置减压引流。预防残端瘘较治疗更为重要,术中缝合或闭合器松紧适度,缝合困难时应向残端内放置引流不必勉强缝合,输入袢空肠长短按不同术式合理设计,不易过长以免排出不畅增加内压。此外加强围手术期营养也是预防残端瘘的重要措施。

(1998—07—17 收稿)(1999—04—12 修回)

(杨红欣校对)

①进修生

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net