DOI:10.16662/j.cnki.1674-0742.2009.32.140

置管抽液心包腔内化疗联合生物反应

程红平[1] 孙宾[1] 罗兰英[2] 彭锦标[1]
（1.江西省鹰潭市人民医院肿瘤科；2.江西省鹰潭市人民医院院感办 江西鹰潭 335000）

【摘要】目的 探讨置管抽液心包腔内化疗联合生物反应调节剂治疗恶性心包积液的疗效。方法 将21例经病理组织学或细胞学确诊为心包积液的患者排尽积液后,注入化疗药物(顺铂或卡铂）加生物反应调节剂(白介素-2或金葡素)。结果 有效率95.23%(20/21),完全缓解率(CR)为71.42%(15/21),部分缓解率(PR）为23.80%(5/21)。结论 置管抽液心包腔内化疗联合生物反应调节剂治疗恶性心包积液简便安全,有效率高。

【关键词】恶性心包积液 置管抽液术 腔内化疗 顺铂 白介素-2 金葡素
【中图分类号】R730.5 【文献标识码】A 【文章编号】1674-0742(2009)11(b)-0076-02

恶性心包积液是癌症患者常见并发症之一,其发生率在恶性肿瘤尸检患者为10%～15%[1],最高可达21%[2～3]。心包积液的化疗患者有一半以上心包压塞为并发症状,这其中1/2的患者心脏积液是显示其恶性疾病的首发体征[3],早期诊断和治疗可明显改善症状,我院自2002年6月至2007年12月采用seldinger法经皮心包腔内置入中心静脉导管引流并腔内化疗联合生物反应调节剂治疗恶性心包积液21例,取得良好的近期疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

21例恶性心包积液患者中男性14例,女性7例;年龄45～75岁,中位年龄58岁。原发肿瘤均有病理组织学或细胞学诊断依据。其中,肺癌13例,乳腺癌5例,胃癌1例,非霍奇金淋巴瘤1例,卵巢癌1例。全部病例术前均经B超、胸部CT检查诊断合并有心包积液,其中中等量积液12例,大量积液9例。

1.2 方法

1.2.1 置管材料 采用北京天地科技公司出品的一次性使用中心静脉导管包1个,内装7F20cm长双腔中心静脉管1根及配套应用材料。

1.2.2 穿刺部位及置管方法 所有患者取半卧位,先经B超探查心包积液量,取积液量最深处为皮肤定位穿刺,确定进针深度,常规消毒后铺巾,穿刺点2%利多卡因局部麻醉后,穿刺针在负压吸引下缓慢进针,注射器中有积液涌入即证明进入心包腔,穿刺成功后,立即经穿刺针侧孔缓慢送入J型短导丝20cm,保留导丝退出穿刺针,循导丝置入中心静脉导管约15cm,退出导丝,将导管与引流袋或负压吸引器相接。

1.2.3 放液方法和腔内给药方案 病人腔内置管成功后,首次引流量控制在300mL以下,夹闭导管并用1∶2500肝素液0.5mL封管。以后每天引流1次,引流量逐渐增加到每次300～500mL,速度宜慢,当心包积液引流量小于50mL/d时,经导管向心包腔内注入0.9%氯化钠50mL+顺铂40～60mg(或5%葡萄糖50mL+卡铂400mg)+地塞米松5mg,另0.9%氯化钠20mL+白介素-2 200万U(或金葡素10mL)。注药后夹闭导管,嘱患者多变换体位以利药液在心包腔内与心包广泛接触,1周后如积液量仍多,则再次注入化疗药物和生物反应调节剂,为防止呕吐注化疗药前30min,静脉滴注昂丹司琼8mg。

1.2.4 拔管标准 积液压迫或栓塞症状消失,复查B超证实心包积液消失或微量,停止腔内给药后并在保证导管通畅情况下1周无液体抽出后拔管。

1.3 疗效评价标准

参照WHO制定的肿瘤疗效评价标准及RECIST(2000)非靶病灶的评价方法[4]。治疗后按照如下疗效标准:(1)完全缓解(CR):心包积液完全消失,临床症状明显缓解,维持30d以上;(2)部分缓解(PR):心包积液减少50%以上,临床症状体征部分缓解,维持30d以上;(3)无效(NC):不达到上述标准,心包压塞症状无缓解或加重;总有效率为完全缓解例数+部分缓解例数/总例数×100%,进行评价。

2 结果

21例患者均一次穿刺置管成功,引流液17例呈血性,4例呈黄色,引流过程中未出现导管堵塞现象,引流导管保留12～31d,治疗后疗效评价CR15例,PR5例,总有效率95.23%。主要不良反应,胃肠道反应Ⅰ～Ⅱ度10例(47.6%),骨髓抑制Ⅰ度4例(19.03%),Ⅱ度1例(4.76%),低至中度发热4例(19.04%)未见其他明0显毒副作用,拔管后3例(14.92%)导管表面有磨损现象,无导管堵塞现象。

3 讨论

恶性心包积液是晚期肿瘤常见的并发症,已严重影响患者的生存质量,如不及时处理常常因心包填塞导致患者在短期内死亡。单纯心包穿刺抽液只能暂时缓解心包填塞症状,2～3d后心包积液就会增长至抽液前水平,而且反复穿刺抽液增加了心肌血管损伤和感染的机会。采用Seldinger技术经皮心包腔内置入中心静脉导管,该方法简便快捷,创伤小,易操作,保留时间长,而且引流速度可控,引流效果好,注射药物方便,患者易接受,活动不受限制。控制积液复发方面,腔内局部用药优于全身静脉给药治疗。临床上腔内可以使用的药物众多,如顺铂、卡铂、5-氟尿密腚、丝裂霉素因无心脏毒性而被选用腔内化疗恶心心包积液,其中顺铂具有高效、渗透力强、抗癌谱广的特点,不仅能杀灭心包积液内的肿瘤细胞,还能渗入一定的肿瘤组织进一步杀灭瘤细胞,并使心包腔产生粘连,从而抑制心包积液的发生[4～5]。而卡铂比顺铂具有更小的肾毒性和胃肠道反应,更适用于一般状况欠佳的老年患者,腔内注药可提高局部药物浓度,并不引起严重的全身反应。

腔内化疗联合注射生物反应调节剂治疗恶性心包积液是近几年的

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

重组人表皮生长因子衍生物滴眼液治疗软性角膜接触镜所致的角膜上皮病变的疗效观察

王淑玲 许曼
(江苏省常州眼耳鼻咽喉医院 江苏常州 213001)

【摘要】 目的 观察因戴软性角膜接触镜引起的表层角膜上皮病变滴用重组人表皮生长因子衍生物的疗效。方法 试验组用重组人表皮生长因子衍生物眼液和氧氟沙星眼液交替滴眼各每日5次。对照组用氧氟沙星眼液滴眼各每日5次。结果 重组人表皮生长因子衍生物有明显促进角膜上皮缺损痊愈的作用,角膜上皮愈合时间明显短于对照组(P<0.01)。治疗过程中无局部及全身不良反应。结论 重组人表皮生长因子衍生物眼液治疗软性角膜接触镜所致角膜上皮缺损安全有效。

【关键词】重组人表皮生长因子衍生物眼液 角膜上皮缺损
【中图分类号】R765.2 【文献标识码】A 【文章编号】1674-0742(2009)11(b)-0077-01

由于软性角膜接触镜的广泛使用,使得角膜上皮擦伤、上皮斑点状脱落等表层角膜上皮病变成为非常常见的并发症之一。临床上患者表现为眼部刺激症状明显,荧光素染色阳性,局部抵抗力下降,部分合并感染,影响工作和学习。近年来,有了重组人表皮生长因子衍生物滴眼液,能促进角膜上皮细胞再生,加速伤口愈合,明显缩短了病程。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2006年10月至2007年10月在我院眼科门诊就诊的配戴软性角膜接触镜所致的表层角膜上皮病变的患者126例(142眼)。年龄19～35岁,平均24岁,男20例(25眼),女106例(117眼),多数是单眼发病。

1.2 诊断标准

发病前配戴软性角膜接触镜史。 症状:眼部明显疼痛、畏光、流泪。体症:角膜上皮弥漫的点状或片状上皮缺损,荧光素染色阳性。排除有角膜基质浸润的患者。

1.3 治疗方法

将患者随机分为2组,治疗组71眼,用重组人表皮生长因子衍生物眼液和氧氟沙星眼液滴眼各每日5次,对照组71眼用氧氟沙星眼液滴眼每日5 次。

2 结果

角膜上皮愈合时间:3d内愈合者试验组45眼(63.38%),对照组25眼(35.21%);6d内愈合者试验组20眼(28.17%),对照组24眼(33.80%);10d愈合者试验组6眼(8.45%),对照组22眼(30.99%)。2组经统计学处理差异有显著统计学意义(P<0.01)。

3 讨论

表层角膜上皮病变是软性角膜接触镜所致的常见并发症,它在组织形态学上表现为由于未成熟的细胞受到损害在角膜上皮表面形成小凹,患者表现为眼部刺激症状明显,角膜荧光素着色。治疗主要是去除病因,防止继发感染,促进角膜上皮修复。重组人表皮生长因子衍生物其受体分布于人角膜上皮,基质和内皮细胞膜上,能明显促进上皮细胞的增殖移行,促进上皮修复。本组结果表明重组人表皮生长因子衍生物眼液对软性角膜接触镜所致的角膜上皮损伤的修复有显著的促进作用。2组比较差异有显著统计学意义(P<0.01),在治疗过程中未见有不良反应。

参考文献

[1] 刘祖国.眼表疾病学[M].北京:人民卫生出版社,2003:288～291.
[2] 林跃生,王敏华,陈家琪,等.重组人表皮生长因子促进角膜上皮损伤修复的研究[M].中国实用眼科杂志,2000,18(11):700～704.

【收稿日期】2009-07-25

新热点,疗效确切,无明显不良反应,并能减轻化疗反应,总之,置管抽液心包腔内化疗联合生物反应调节剂治疗恶性心包积液是一种方便安全,副作用小,患者耐受性好,且疗效满意的治疗措施。优点明显,值得临床推广使用。

参考文献

[1] Brigden ML.Hemotologic and oncologic emergencises. Doing the most good in the least time[J].Postgrad Med,2001,109:143.
[2] Shepherd FA.Malignant Pericardial effusion[J].Curr oPin oncol,1997,9(2):170.
[3] Decamp MMJr.Mentzer sJ,Swanson SJ,et al.Malignant effusive disease of the plearu and pericardium[J].Chest,1997,112(4):291.
[4] 吴艳芳.恶性心包积液的内科治疗进展,[J].癌症进展2007,5(4):353.
[5] 年华萍,徐颖鹤,林荣海.心包引流及腔内注射化疗药物伴填塞症状的恶性心包积液17例分析[J].临床荟萃,2001(21).

【收稿日期】2009-04-27

(C)1994-2024 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net