

是一种很有经济价值的方法。有的也可不放置营养管,我们主张放置营养,它可较早的从胃肠道给营养物质,较经济,特别对年龄大恢复较慢,有并发症的病人更为实用。

2.3 术后治疗

2.3.1 早期治疗 各种处理为的是使病人在术后能顺利恢复。预防感染,术后应根据具体情况,给强有力的抗生素,应用抗需氧菌和厌氧菌的抗生素,预防伤口感染及肺部等处的感染。营养支持:在胃肠功能没有恢复前,主要靠静脉内营养。根据病人的具体情况给适当的治疗。如输血、血浆、白蛋白(清蛋白)、脂肪乳、氨基酸、葡萄糖、盐类等。每日热卡应在 2000卡~2500卡。只要营养支持好,各吻合口易愈合,瘘的机会极少,本组手术切除 142例中,仅 1例发生肠瘘,(可能是术中误肠小肠而不是肠吻合口瘘)。当胃肠功能恢复后,可从营养管注入营养物质。我们根据病人术后恢复情况,一般 2~3天胃肠功能恢复后胃肠道开始进食。先给盐水,从少量开始逐渐增加量,后给 10%要素,15%要素,最后给牛奶,大约到术后 10天以后,无不良反应可从口进流质饮食,如无不适方可拔除营养管。在从营养管注入营养液后,可逐渐减少静脉内给液。有些病人对牛奶不适应,可引起腹泻症状,可用其它营养液代替。也可用安素、能全利等营养物质,要根据情况应用。继续治疗并存病:术前已治

疗的一些疾病,术后继续加以治疗,如心血管病变,肺部疾病,糖尿病等等,使病人能很快康复,如有并发症发生可影响恢复,甚至发生不良后果。本组发生伤口裂开 3例,肺部感染 5例,伤口感染 1例,较严重腹泻 1例,均积极治疗而痊愈,另一例小肠瘘继发腹膜炎,最后全身衰竭死亡。

2.3.2 后期治疗 当病人术后恢复健康,已能进食,应针对肿瘤的后续治疗,可用化疗,免疫治疗,中西医结合治疗等。有些病人可带口服化疗药物出院,经济情况较好病人可住院治疗,也有的病人口服其它抗癌药物。手术彻底除了病变,但术后的综合治疗是非常重要的,对提高和巩固疗效起很大作用,因此术后的综合治疗是一个不可忽视的问题。

【参考文献】

- [1] 彭叔. 晚期胃癌不要轻易放弃手术机会 [J]. 中国实用外科杂志, 2001, 7: 400~401.
- [2] 王德臣, 袁炯, 宋世兵, 等. 48例胃癌根治术的临床体会 [J]. 中国普通外科杂志, 2006, 2: 147~149.
- [3] 黄祥成, 巴明臣, 卿三华, 等. 全胃切除后三种消化道重建术式对生活质量的影 响 [J]. 中华普通外科杂志, 2005, 10: 654~656.
- [4] 李荣. 胃癌全胃切除术及重建术式的选择 [J]. 中国实用外科杂志, 2001, 1: 25~27.

开普拓 + 希罗达方案介入及全身化疗治疗大肠癌肝转移的临床疗效

王 馨, 吴炜新, 吕 霞, 苏 安, 肖 莉

Effects of systemic and interventional chemotherapy with CPT-11 + xeloda for the liver metastasis from colorectal carcinoma

WANG Xin, WU Wei-xin, LV Xia, SU An, XIAO Li

Department of oncology, Xiamen Zhongshan Hospital Xiamen University 361004, China

【Abstract】 Objective: To evaluate the therapeutic effects of systemic and interventional chemotherapy with CPT-11 + xeloda (XEL LI regimen) for the liver metastasis from colorectal carcinoma **Methods:** Among the 50 cases with pathologically diagnosed colorectal carcinoma, there were 45 cases found liver metastasis after curative surgical operation treating with FOLFOX4 chemotherapy regimen treatment, and 5 cases undergone no prior chemotherapy. All patients were treated with XEL LI regimen by intravenous injection and transhepatic arterial chemoembolization with XEL LI regimen: CPT-11 180mg/m², the cycles was 21 days; xeloda 2000mg/m² divided into 2 shares for orally taking for 14 days, followed with 7 days interval The effect was evaluated after 2 cycles by blood routine, hepatic function, renal function and abdominal CT scan Cases with liver metastasis CR were treated with CPT-11, ivgtt and xeloda, po, PR with hydrochloric acid injection in the liver metastasis; PD with avastin-based regimen **Results:** Among the total 50 cases, there were CR 8 PR25, SD10, PD7, with an overall response rate of 66% (33/50), TTP 7 months, MST 25 months The main adverse effects were post-chemoembolization syndrome, 5 cases were undergone mild (slight to middle) hepatic function damage in therapeutic group. **Conclusion:** Systemic and interventional chemotherapy with XEL LI regimen for the liver metastasis from colorectal carcinoma is safe and effective, but the

【收稿日期】 2006-10-17

【修回日期】 2006-12-14

【作者单位】 厦门大学医学院中山医院肿瘤科, 福建 厦门 361004

【作者简介】 王馨 (1965-), 男, 安徽人, 副主任医师, 在读博士, 主要研究消化道肿瘤化疗及介入治疗。

standard regimen composed of XEL LI is remained to be studied

【Key words】interventional therapy; colorect carcinoma; liver metastasis; chemotherapy

Modem Oncology 2007, 15 (8) : 1153 ~ 1155

【摘要】目的:评价开普拓+希罗达方案(XEL LI方案)介入及全身化疗治疗大肠癌肝转移的疗效及毒副作用。方法:病理确诊的大肠癌患者50例,其中45例为根治术后FOLFOX4方案化疗后出现肝转移,5例为初治者。术前常规检查除外治疗禁忌症并CT扫描测量肝转移灶大小,予以开普拓+希罗达方案介入栓塞化疗序贯全身化疗,开普拓用量:180mg/m²,碘化油10ml~20ml,希罗达2000mg/m²,分两次口服,连服14天,休息7天,21天一周期。2周期后复查血常规、肝肾功能、腹部CT,判断疗效及是否进一步介入治疗,若肝转移灶及原发灶CR,继续静脉点滴开普拓,口服希罗达化疗至6个周期;PR者经皮肝穿瘤内注射盐酸;PD者改含贝伐单抗方案化疗。结果:CR8例,PR25例,SD10例,PD7例,总有效率为66%(34/50),主要毒副反应为栓塞后综合征、急性胆碱能综合症及骨髓抑制,5例出现轻中度肝功能损害,4例迟发性腹泻。随访3年,疾病进展时间为7个月,中位生存期为25个月。结论:开普拓+希罗达方案介入结合全身治疗大肠癌肝转移是安全、有效的,但两者配合的标准方案尚待研究。

【关键词】介入治疗;大肠癌;肝转移;化学治疗

【中图分类号】R735.3⁺4

【文献标识码】A

【文章编号】1672-4992-(2007)08-1153-03

大肠癌术后发生肝转移者占50%以上,尽管术后绝大多数患者均行辅助化疗。而大肠癌肝转移的治疗主要为TACE术及全身化疗,较好的方案为XEL LI方案,但两种治疗方法如何配合尚无标准,两者联合运用的疗效及毒副作用如何报道不多^[1],现将我科应用XEL LI方案介入及全身化疗大肠癌肝转移的体会报道如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料

病理确诊的大肠癌患者50例,其中男性23例,女性27例;年龄31岁~76岁,平均50.2岁;45例为根治术后FOLFOX4方案化疗后,5例为初治者;病理检查46为腺癌,4例为未分化癌;45例行根治术者术后病理分期为II期17例,III期28例,另外5例就诊时发现多发肝转移放弃手术。

1.2 方法

所有患者常规检查除外治疗禁忌症后应用XEL LI方案行TACE术,CPT-11 180mg/m²,肝动脉注入,碘化油10ml~20ml,xeloda 2000 mg/m²,分2次口服,连服14天,休息7天,21天1周期。2周期后复查血常规、肝肾功能、腹部CT,判断疗效及是否进一步介入治疗,若肝转移灶及原发灶CR,继续静脉点滴开普拓,口服希罗达化疗至6个周期;PR者经皮肝穿瘤内注射盐酸;PD者改含贝伐单抗方案化疗。平均介入治疗3次,全身化疗4次,4例转移瘤经2次TACE术仍少量残留者予以CT引导下经皮肝穿瘤内注射盐酸达CR,随后相同方案全身化疗4周期。为减轻化疗的毒副反应所有患者均加用艾迪50ml每天静脉点滴,直至化疗结束。

2 结果

2.1 临床疗效

CR8例,PR25例,SD10例,PD7例,总有效率为66%(34/50),疾病进展时间为7个月,中位生存期为25个月。其中8例获CR者,4例为肝内孤立性小转移灶,4例为TACE术后少量残留再予以CT引导下经皮肝穿瘤内注射盐酸;7例PD者均为多发大小不等肝内转移,且肝动脉供血不明显。

2.2 毒副作用

治疗组所有患者均出现栓塞后综合征,表现为中低度发热,恶心呕吐,上腹部胀痛;17例出现急性胆碱能综合症,表现为24小时内出现视物模糊,腹痛腹泻;18例出现骨髓抑

制,其中3度以上者8例。另外,46例出现脱发,3度以上者15例;5例出现轻中度肝功能损害,4例出现迟发性腹泻,2例患者行原发灶介入治疗后出现黑便。

3 讨论

3.1 优先介入治疗的优点

介入治疗有如下优点:肝转移性肠癌介入治疗有效率较高,总有效率可高达70%,较小病灶肝段超选择化疗栓塞或经皮肝穿转移灶内注射盐酸溶液或无水酒精有效率可达100%而全身毒副反应较轻,经过一到二次介入治疗后肝内病变明显缩小甚至消失,减小了肿瘤负荷,杀灭部分耐药菌株,从而使全身化疗更有效^[2]。

3.2 全身化疗的必要性

虽然介入治疗有较好的疗效,但介入治疗有以下不足:介入治疗主要为局部治疗,对肝内转移灶控制率高,但对全身其它部位播散的亚临床瘤灶杀灭能力弱。介入治疗的主要机制是碘化油栓塞肿瘤供血血管,使肿瘤缺血坏死。而较大的转移灶往往是双重供血,肿瘤中心部位为肝动脉供血,肿瘤周围部位为门静脉供血,故经肝动脉化学栓塞术可使肿瘤中心部分缺血坏死,而肿瘤周围部位的癌细胞仍可存活,从而导致肿瘤复发;口服希罗达及静点开普拓可到达肿瘤周围部位,杀死残存癌细胞,和介入治疗有互补作用。

3.3 XEL LI方案的优点

转移性肝癌TACE术,没有标准化疗方案,介入科医师一般用5-FU,MMC,DDP,EPI等,而希罗达作为新一代口服抗代谢化疗药,具有细胞内激活的特点,该药本身无抗癌活性,最终在肿瘤内由TP酶转化为5-FU而具化疗作用,具文献报告口服后肿瘤内5-FU药物浓度为血液的127倍,具有一定的靶向性,毒副反应轻微;开普拓为第三代化疗药,毒副反应较轻,患者耐受性好,对胃肠道癌疗效突出,开普拓联合希罗达方案构程强强联合方案,总有效率达55%,是有效率较高的方案。但在大肠癌肝转移瘤的介入治疗中的运用效果有待扩大样本随机对照研究^[3]。

3.4 多种治疗方法结合的模式合理应用

合理运用多种有效治疗模式即首选TACE术或经皮肝穿转移灶内注射盐酸溶液这些有效率较好、全身不良反应低的方法,即可最大限度杀灭肿瘤细胞,提高局控率,减少耐药



发生,更重要的是保护患者的免疫力和体力状况,为序贯全身化疗和提高化疗反应率作准备,但目前还没有不同治疗模式治疗的大样本、多中心、随机对照研究。

3.5 影响疗效因素

影响疗效因素很多,包括 肝转移灶血供情况:富血供的病灶由于药物及碘化油易于进入病灶而具有较好疗效;乏血供或少血供病灶则相反。 转移灶数目:单病灶疗效优于多病灶。 肿瘤组织类型及分化程度:分化程度低近期疗效好,但易于远处转移。 患者一般状况:患者一般情况好,KPS \geq 60分,对治疗耐受好,能完成多周期介入治疗序贯全

身化疗者疗效较好。

【参考文献】

- [1] 管忠震,刘冬耕,郁宝铭,等.希罗达一线治疗晚期或复发性结肠癌[J].中华肿瘤杂志,2004,26(2):119~121.
- [2] 赵洪亮,李伟,范英杰,等.介入治疗在转移性肿瘤综合治疗中的作用[J].河南肿瘤学杂志,2004,17(6):446~447.
- [3] Makastoris T, Kabfonos HP, Aramantions G, et al A phase II study of capecitabine plus CPT-11 (XELOX): a new first-line option in metastatic colorectal cancer[J]. Int Gastrointest Cancer, 2005, 35(2): 103~109.

高原地区食管癌、胃癌及大肠癌合并糖尿病的围手术期处理 (附 86例报告)

张广钰

【摘要】目的:探讨高原地区食管癌、胃癌及大肠癌合并糖尿病的特点及围手术期处理方法。方法:回顾性分析 86例食管癌、胃癌及大肠癌合并糖尿病病人的围手术期处理资料。结果:本组 86例患者血糖控制满意,无手术死亡,术后并发切口液化感染 3例,肺部感染 5例,尿路感染 7例,腹腔感染 1例,左心衰 2例,严重低血糖 4例次,酮症酸中毒 1例。结论:高原地区因经济、文化及习惯等原因食管癌、胃癌及大肠癌合并糖尿病入院前糖尿病确诊率低,围手术期采用短效胰岛素微量泵静脉泵入控制血糖效果满意。

【关键词】食管癌;胃癌;大肠癌;糖尿病;围手术期

【中图分类号】R735

【文献标识码】A

【文章编号】1672-4992-(2007)08-1155-02

食管癌、胃癌及大肠癌均是我国常见的恶性肿瘤,地处青藏高原的青海省消化道肿瘤发病率居我国之首。手术是当今治疗的首选方法,高原地区平均海拔高,气候相对干燥,空气稀薄,氧分压低,病人手术耐受力降低,合并糖尿病将严重影响外科治疗。本人总结自 2002年 7月至 2005年 6月间在青海大学附属医院肿瘤外科观察治疗的 86例食管癌、胃癌及大肠癌合并糖尿病病人的围手术期处理的成功体会,现报告如下:

1 材料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 一般资料 本组 86例,男 65例,女 21例,年龄 30岁~81岁,平均年龄 59.2岁,其中食管癌 15例,胃癌 59例,大肠癌 12例,既往有糖尿病史 33例占 38.4%,入院时无糖尿病史 53例,占 61.6%,住院后因常规检查发现空腹或餐后血糖高或行 OGTT试验后明确诊断。

合并冠心病 21例、高血压 13例、脑血栓、脑出血及肺功能不全各 3例、糖尿病肾病 2例。

术后并发切口液化感染 3例,肺部感染 5例,尿路感染 7例,腹腔感染 1例,左心衰 2例,严重低血糖 4例,酮症酸中

毒 1例。

糖尿病诊断标准按 1997年 ADA 建议,1999年 WHO 评议的标准:有糖尿病症状且随机血浆葡萄糖浓度 \geq 11.1mmol/L;空腹血浆葡萄糖浓度 \geq 7.0mmol/L;OGTT 2小时血浆葡萄糖浓度 \geq 11.1mmol/L。

食管癌、胃癌及大肠癌的诊断经术前消化道造影、内镜检查、病理活检及术中探查、术后病理证实。

1.2 方法

1.2.1 术前处理 严格执行糖尿病饮食和监测血糖,详细了解胰岛素及其降糖药的应用情况,请内分泌专科医师协作,供给足量糖以满足基础代谢需要和应激状态下的能量消耗,供给胰岛素有利于糖的利用,维持适当的血容量和电解质平衡,使术前血糖控制在 7~9mmol/L之间,纠正酮症及电解质紊乱,对糖尿病人不管原来是否口服降糖药或长效胰岛素,均应在术前 3d~1w使用短效胰岛素控制血糖。

1.2.2 术中处理 术中静点加短效胰岛素的 5%葡萄糖液(胰岛素:葡萄糖 = 1u:3~5g)为主,术中每 1h测血糖一次,根据血糖值调整补液维持血糖在较稳定水平,波动不超过 2mmol/L,使病人平稳渡过手术关。

1.2.3 术后处理 由于食管癌、胃癌及大肠癌术后禁食时间较长,每日应提供葡萄糖 150g~200g以满足机体需要,术后仍按短效胰岛素:葡萄糖 = 1u:3~5g比例输入加有短效胰岛素的 5%~10%葡萄糖液,同时,将加短效胰岛素的生理盐水(1u:1ml)经另一静脉输液通道用微量泵泵入,起始速度为 1u/h,根据病情,每 2~4h及每瓶含糖液输完后,用快速血糖

【收稿日期】 2006-08-08

【修回日期】 2006-11-17

【作者单位】 桂林医学院附属医院普外科,广西 桂林 541001

【作者简介】 张广钰(1966-)男,河南开封人,医学硕士,主治医师,从事普外科工作,侧重消化道肿瘤的诊治。