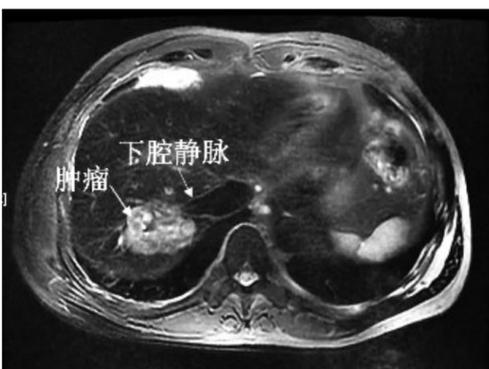


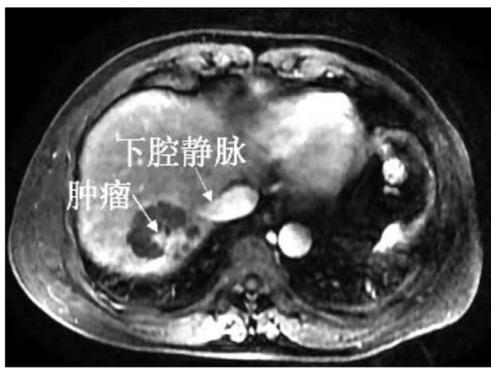
临床技术

载药微球栓塞序贯射频消融治疗大肝癌

□李方坤 李惠子



治疗前,肿瘤距离下腔静脉较近



载药微球栓塞后,肿瘤边缘较治疗前远离下腔静脉

临床病例

对于肝癌,手术切除是首选治疗方式,但不是所有的肝癌都能手术切除。如果无法切除,该怎么办呢?

今年66岁的杜先生因上腹部疼痛在当地医院就诊。经过检查,医生发现肝右叶占位,肿瘤标志物甲胎蛋白升高(36.7纳克/毫升)。杜先生有乙型肝炎病史。肝穿刺活检病理结果提示:肝细胞癌。

因为肿瘤较大且生长的位置特殊,在当地医院医生的推荐下,杜先生来到河南省肿瘤医院微创介入科,以寻求进一步治疗。

微创介入科主任医师郑琳接诊了杜先生。经过会诊,专家认为,杜先生的肿瘤直径大于5厘米,属于大肝癌,中国肝癌临床分期为1b期。虽然杜先生是单发肿瘤,但是肿瘤的内缘已邻近下腔静脉。专家评估后,认为直接手术切除不能保证肿瘤内侧有效的切缘,不能作为首选治疗方法。

郑琳分析,杜先生的肝肿瘤血供较为丰富,可对其实施

介入栓塞术,缩小肿瘤的活性区域,后续联合进行射频消融治疗,达到根治目的。根据多学科专家的会诊意见,郑琳医疗团队决定为杜先生进行载药微球栓塞序贯射频消融治疗。

在载药微球栓塞术后,肿瘤的活性区域缩小,且边缘较治疗前远离下腔静脉。

郑琳医疗团队在评估后,对肿瘤残存区域进行全麻下经皮肝穿射频消融治疗。

接受射频消融治疗1个月后,杜先生进行磁共振成像复查,结果提示:肿瘤已经完全灭活,肿瘤标志物甲胎蛋白降至1.7纳克/毫升。

专家分析

郑琳说,在我国,肝癌是常见的恶性肿瘤。多数肝癌患者就诊时肿瘤直径大于5厘米(称为大肝癌)或多结节,手术切除难度较大。

肝动脉化疗栓塞是肝癌非外科重要治疗手段,通过动脉超选择插管,将化疗药物精准地递送到肿瘤区域并封堵肿瘤供血血管,从而起到治疗肿瘤的作用。化疗栓塞分为传统碘

油化疗栓塞和载药微球化疗栓塞。化疗栓塞也有不足之处,虽然可以有效缩小肿瘤,但是不易达到根治目的。

射频消融是肿瘤根治性方法,但因为消融范围的限制,单纯的消融治疗要求肿瘤直径

不超过3厘米,数目不超过3个。

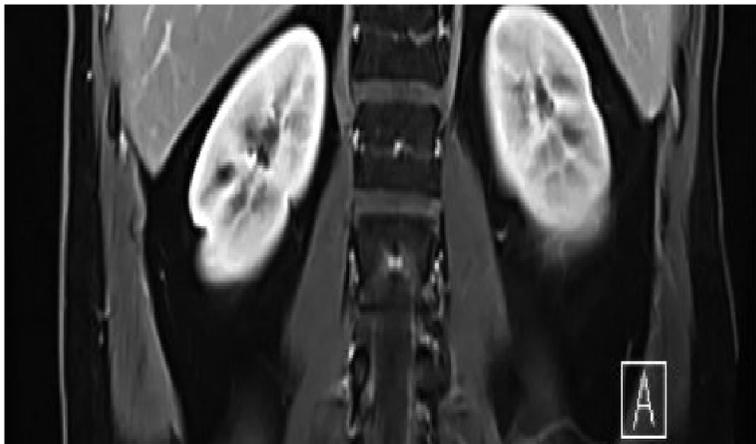
对于大肝癌,如果不适合进行外科手术,怎样才能做到根治性治疗呢?先进行化疗栓塞以缩小肿瘤,再联合射频消融,根治性灭活残留活性区域。

以肝动脉化疗栓塞术为基础的微创介入治疗具有微创、副作用小等优点,可使肿瘤坏死、缩小、截断其血供来源,从而大大延长肝癌患者的生存期,是治疗肝癌的主要手段。

载药微球化疗栓塞是由动脉灌注化疗药物混合小颗粒的栓塞载体治疗实体肿瘤演变而来,是将微球当作载体,使之与药物相结合,同时达到肿瘤供血动脉栓塞和化疗药物精准释放的一种介入治疗技术。

微创介入科主任医师胡鸿涛说,近年来,微创介入治疗技术快速发展,提高了肝癌介入治疗在肝癌治疗中的重要性。未来,介入与外科联合,通过术前新辅助或转化治疗,可使更多潜在可切除的肝癌患者获得外科手术的机会。

(作者供职于河南省肿瘤医院;本文图片由郑琳医疗团队提供)



射频消融治疗1个月后进行磁共振成像复查,可见肿瘤已经完全灭活

技术·思维

儿童肾移植术后外科并发症的处理(下)

□李军 邓荣海 吴成林 王长希

尿管治疗

保持引流通畅,预防感染,修复漏口。

1.保守治疗。通常术后早期发生的尿漏以吻合口和膀胱漏居多,由于支架管留置,一般不需要手术修补,可先进行保守治疗。只要保持引流通畅,充分膀胱引流,多可自行愈合。

2.手术修补。根据尿漏的程度、尿管的时间长短等,采取不同的手术方式。(1)输尿管膀胱再吻合术。术后早期因输尿管与膀胱吻合不严密或漏缝者,漏尿的量较大且超过膀胱引流量者,估计尿漏难以自愈,应急诊探查手术,明确上述原因后行输尿管与膀胱重新再植术并内置双J管引流。(2)输尿管与输尿管吻合术。对于供者的输尿管与膀胱吻合张力导致的尿漏,可改为供受者输尿管与输尿管吻合术,在输尿管内置置双J管引流。

(3)膀胱瓣替代缺损输尿管吻合术。由于供体输尿管部分或全段缺血性坏死,局部炎性水肿严重,周围组织有严重的粘连和瘢痕,在自体输尿管难以寻找的情况下,可做膀胱瓣替代缺损输尿管与移植肾残留输尿管或肾盂吻合。应确保再次吻合后无张力,可用膀胱代膀胱瓣与腰大肌前筋膜固定缝合,以减少吻合口张力。

尿路梗阻

尿路梗阻可以发生在术后

的任何时间,根据发生时间分为早期梗阻和晚期梗阻。

原因

1.早期梗阻多发生于术后7天内,原因有:(1)肾盂输尿管出血,凝血块堵塞输尿管膀胱吻合口。

(2)吻合口狭窄:输尿管-膀胱吻合口缝合过密、过紧,致使输尿管与膀胱吻合口狭窄。

(3)输尿管保留过长,术后扭曲、折叠所致。

(4)输尿管包埋于膀胱肌层缝合过紧,外隧道压迫隧道内输尿管等。

(5)腹壁下动脉、静脉及精索、引流管压迫输尿管。

2.晚期梗阻多发生于术后3个月以后,常见原因有:(1)输尿管及吻合口炎性水肿后纤维化。

(2)BK病毒(多瘤病毒)感染致输尿管周围炎症形成瘢痕性狭窄。

(3)输尿管内结石等阻塞。

(4)肾盂、输尿管反复或长期感染,导致输尿管壁增厚而形成狭窄。

诊断

由于移植肾已去除神经支配,自体输尿管常见的症状(疼痛和肾绞痛)在儿童肾移植术后并不存在。尿路梗阻最主要的临床表现是尿量减少或无尿。

1.早期梗阻一般为急性梗阻表现,突然无尿或少尿,B超等影像学检查可见肾盂、输尿管扩张不明显但张力增高。肾肌酐水平升高或不降,并伴有电解

质紊乱。

2.晚期梗阻多为慢性梗阻表现,移植肾区有胀痛感,尿量逐渐减少或减少不明显,肾肌酐水平缓慢升高。

治疗

根据梗阻发生的时间、程度、进展速度及有无并发症,进行相应处理。

1.一旦发生早期急性梗阻,应手术治疗,根据梗阻的类型,去除梗阻原因,一般需要进行输尿管膀胱再吻合术。必要时,需先行移植肾造瘘尿液改道,待伤口愈合良好后再进行移植肾输尿管膀胱再吻合术。

2.对于晚期梗阻,可进行以下处理:

(1)膀胱镜或输尿管镜下实施输尿管口扩张或剪开置入单J导管。内镜下通过吻合口输尿管植入支架或扩张。若治疗失败或患者有明确的手术指征,可进行开放手术,切除狭窄段后重新吻合。

(2)移植肾积水,经皮肾造口逆行肾盂造影后置入双J管。逆行对输尿管膀胱吻合口狭窄进行气囊扩张,短期成功率达到50%-90%,长期疗效尚不确定。

(3)经腹寻找自体输尿管,进行同侧自体输尿管与移植肾肾盂或输尿管吻合术。

尿路结石

原因

供肾内原先就有结石,或移植肾术后肾内发生结石。

常伴有甲状旁腺功能亢进症和高钙血症。

2.其他易发因素包括尿路梗阻、反复尿路感染、高钙尿症、高草酸盐尿、碱性尿、酸性尿等。

诊断

一般移植肾结石的临床症状不明显,多在复诊时进行B超或X线检查时被发现。患结石者,应查明是代谢问题还是输尿管末端狭窄等原因导致的。儿童肾移植术后患者一般食欲改善,大量进食高蛋白饮食易导致尿酸结石。如果腹部平片未发现阳性结石而有血尿、疼痛等症状,可做B超或尿常规检查。

治疗

根据结石的部位、大小,可进行ESWL术(体外冲击波碎石术)、经皮输尿管镜下激光碎石术或服用中药排石,一般很少需要做开放手术治疗。

淋巴漏、淋巴囊肿

儿童肾移植术后,淋巴系统并发症主要有淋巴漏、淋巴囊肿两种。

原因

淋巴漏主要是术中分离血管时损伤淋巴管所致,或是对供肾修剪时肾门淋巴管未被结扎所致。术后早期漏出的淋巴液可从引流管中引出。一旦拔除引流管,漏出的淋巴液可在腔窝处形成积液或淋巴囊肿,若范围较大,可压迫移植肾或输尿管。有时漏液量较多,需要与尿漏、腹水外渗相区别。晚期发生的淋巴漏多与切口感染等有关。

诊断

1.临床表现。淋巴漏的表现是术后伤口引流管持续引出透明、乳糜色或淡黄色液体,或移植肾区出现进行性逐渐增大的囊性包块。术后早期的淋巴漏容易与尿漏、血肿等肾周积液相混淆。

2.体征。囊肿压迫输尿管,可引起肾积水,移植肾区饱满;压迫血管,会造成静脉血栓和下肢肿胀;压迫膀胱,可出现尿频、尿失禁;精索受压,可导致阴囊肿大等。

3.实验室检查。对引流液或穿刺液进行化验,可发现蛋白质含量高,乳酸试验结果可能呈阳性,而肌酐浓度明显低于尿液浓度,与血浆水平相当。

4.B超检查。可发现圆形、孤立的液性暗区。

治疗

1.一般情况下因手术疏忽而漏扎被离断的淋巴管,淋巴液漏出量不会很多。只要引流通畅,不发生感染,随着创面的愈合,淋巴漏会自行消失。

2.肾周小而无症状的淋巴囊肿,一般能逐渐自行吸收机化,不需要特殊处理。对较大的淋巴囊肿,可进行穿刺或切开引流,囊内注射硬化剂。

3.当怀疑合并尿漏、尿路感染或梗阻时,可进行囊肿局部穿刺抽吸,对穿刺液做生化分析和细菌学培养,之后进行相应处理。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

临床笔记

都是治胃癌,治疗顺序换一换,疗效大不同。下面,我以近期对一位局部晚期胃癌患者的治疗为例,讲一下具体是如何做的。

这位患者的第一次CT(计算机层析成像)增强检查结果提示:胃肿瘤较大,T4期(这里的T指的是肿瘤侵犯的深度),胃周肿大淋巴结较多。对于这位患者,如果直接手术,可能做不到R0切除(手术中将肿瘤完全切除,并且在镜下观察时切缘是阴性的),甚至要做全胃切除。

我和同事经过讨论,遵循循证医学依据,改变治疗顺序,制订了综合治疗方案:术前先做4个周期的化疗(新辅助化疗),在评估原发性肿瘤和淋巴结明显退缩后,再进行远端胃癌根治切除手术(保留近端1/3胃),术后再补充4个周期的辅助化疗,就是化疗+手术+化疗,即所谓的“三明治”法。近几年,这种治疗方法的应用,给一部分中晚期胃癌患者带来了生的希望。这位患者的术后病理检查报告提示:胃原发性肿瘤完全退缩,周围淋巴结只有1枚阳性。术后再进行4个周期的辅助化疗,他能有更多的生存获益。

“三明治”法改变了传统的治疗方案(手术+术后8个周期的辅助化疗)。在中国,绝大部分胃癌在确诊时已经失去了R0切除的机会,单靠手术已经无法解决问题。因此,外科医生要改变治疗理念,遇到胃癌患者,不要一味地推崇手术,要用先进的治疗方法,为患者制订科学的治疗方案。

相关专家共识强调治疗肿瘤患者应遵循“三要三不要”原则,治疗肿瘤的医生都应坚持此原则。“三要”:要以患者为中心;要以疗效为目的;要以循证医学为依据。“三不要”:不要以自己的专长决定患者的治疗方案;不要过多的单一治疗;不要以经济利益来决定治疗方案。当然,患者也要充分信任医生,积极配合医生进行治疗。

(作者供职于焦作市第二人民医院)

用『三明治』法治疗胃癌的体会

□王银中

相关链接

胃癌共分4层,从内到外依次为黏膜层、黏膜下层、肌层和浆膜层。

中晚期胃癌又称进展期胃癌。在这个阶段,癌细胞转移至黏膜下层及以下的胃壁组织。由于早期胃癌无明显临床症状,故多数患者就诊时已是中晚期。目前,我国80%的患者属于中晚期胃癌。

中晚期胃癌有以下几种类型:

革伞型(或息肉样型):主要向腔内生长,呈结节状、息肉状,表面粗糙如菜花,中央有糜烂、溃疡,周围黏膜未见明显浸润。

溃疡型:分为局限溃疡型和浸润溃疡型。前者常有较大而深的溃疡,常伴出血、穿孔。后者常形成明显向周围及深部浸润的肿块,中央坏死形成溃疡,常较早发生淋巴结转移。

浸润型:分为局限浸润型和弥漫浸润型两种。浸润局限于胃的一部分,称为局限浸润型。弥漫浸润型又称皮革胃,癌细胞在黏膜下扩展,侵及各层,范围广,使胃腔变小,胃壁厚而僵硬,黏膜仍可存在,可有充血、水肿而无溃疡。

混合型:同时存在上述类型的两种或两种以上病变。

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等,请您关注,并期待您的提供稿件。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话:16799911313

投稿邮箱:337852179@qq.com

邮编:450046

地址:郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室