

不利于发挥结肠镜检查预防结肠癌的作用。(2)以乙状结肠镜或左半结肠镜检查的结果来决定是否需要全结肠镜检查的观点,认为若发现左半结肠肿瘤,应进一步行全结肠镜检查,否则可不再检查<sup>[9]</sup>。但在另一组研究中显示,若以此为标准,则仅有66%的入选者需要全结肠镜检查,而将漏掉56%的近段或右半结肠肿瘤<sup>[1]</sup>。本组资料显示结肠息肉中73.4%为多发,34.6%的结肠癌与息肉共存,仅26.6%的结肠息肉为单发。若按此观点虽可节约医疗资源、减少医疗费用和患者的痛苦,但会增加右半结肠肿瘤的漏诊率。(3)一有阳性发现就忽视了对其他病灶的寻找以及对所见的结肠息肉样病变不逐个取活检,这种倾向极易造成漏诊和误诊。因为活检本身已存在着局限性,并不能反映病变的全貌,已有一定的误诊率,若不逐个取活检则会增加误诊率。本组资料中非肿瘤性息肉与肿瘤性息肉共存占11.5%;结肠癌与息肉共存占结肠癌的34.6%,占结肠息肉的17.5%;同时性多原发性结肠癌占3.2%;73.4%的结肠息肉为多发等都是有力的证据,说明了上述倾向或观点的不可取性。

通过本组资料的分析,我们可以得出如下结论:(1)结肠息肉和结肠癌是年龄相关性疾病,其发生存在着年龄、性别、部位的差异,在研究时应分别对待。(2)对息肉状病变应重视其病理学检查,逐个取活检,以减少不必要的误诊和漏诊。(3)对40岁以上有肠道症状的人群最好行全结肠镜检查。

#### 4 参考文献

- 1 Gondal G, Grotmol T, Hofstad B, Bretthauer M, Eide TJ, Hoff G. Grading of distal colorectal adenomas as predictors for proximal colonic neoplasia and choice of endoscope in population screening: experience from the Norwegian Colorectal Cancer Prevention study(NORCCAP). *Gut* 2003;52:398-403
- 2 Jass JR, Sobin LH, Watanabe H. The World Health Organization's histologic classification of gastrointestinal tumors. A commentary on the second edition. *Cancer* 1990;66:2162-2167
- 3 永田宽. HR T与卵巢癌和大肠癌. 廖宏(译), 庄祥云(校). 日本医学介绍 2004;25:217-218
- 4 This P, De La Rochefordiere A, Clough K, Fourquet A, Magdelenat H; Breast Cancer Group of the Institut Curie. Phytoestrogens after breast cancer. *Endocr Relat Cancer* 2001;8:129-134
- 5 Bresalier RS, Kim YS. Malignant neoplasms of the large intestine. In Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH(ed). *Gastrointestinal and liver disease*. 6<sup>th</sup> edition. Philadelphia WB Saunders 2001:1906-1942
- 6 Vogelstein B, Fearon ER, Hamilton S, Kern SE, Preisinger AC, Leppert M, Nakamura Y, White R, Smits AM, Bos JL. Genetic alterations during colorectal-tumor development. *N Engl J Med* 1988;319:525-532
- 7 Christenson J. Intestinal motor physiology. In Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH(ed). *Gastrointestinal and liver disease*. 6<sup>th</sup> edition. Philadelphia WB Saunders 2001:1437-1450
- 8 Atkin WS, Morson BC, Cuzick J. Long-term risk of colorectal cancer after excision of rectosigmoid adenomas. *N Engl J Med* 1992;326:658-662
- 9 Hofstad B, Vatn MH, Andersen SN, Huitfeldt HS, Rognum T, Larsen S, Osnes M. Growth of colorectal polyps: redetection and evaluation of unresected polyps for a period of three years. *Gut* 1996;39:449-456

编辑 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## 晚期胃癌区域性热灌注化疗 10 例

李玉莲, 于友涛

李玉莲, 于友涛, 哈尔滨医科大学附属肿瘤医院 黑龙江省哈尔滨市 150040  
通讯作者: 李玉莲, 150040, 黑龙江省哈尔滨市南岗区哈平路 150 号, 哈尔滨医科大学附属医院. liyulian1@yahoo.com.cn  
电话: 0451-86298116 传真: 0451-86663760  
收稿日期: 2005-04-11 接受日期: 2005-04-27

### 摘要

目的: 观察晚期胃癌区域性热灌注化疗的疗效。

方法: 选取我院 2002-2003 共 10 例晚期胃癌的患者, 采用了选择性胃动脉化疗泵留置热灌注化疗术。应用 E-ADM+5-Fu+CDDP 方案, 加热至 52℃灌注, 21 d 为 1 个周期, 共行 6 个周期。

结果: 10 例患者肿块均有缩小, 总有效率为 60%(CR+PR)。临床症状的减轻, 腹痛、腹胀缓解等。

结论: 晚期胃癌的选择性胃动脉化疗泵留置热灌注化疗术提高胃癌患者的生存期与生存质量。

李玉莲, 于友涛. 晚期胃癌区域性热灌注化疗 10 例. 世界华人消化杂志 2005; 13(10):1238-1240  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1238.asp>

### 0 引言

胃癌是我国最常见的消化道恶性肿瘤之一, 其预后差,

在治疗上面临很大的挑战. 手术切除是早期胃癌的首选, 但胃癌的血供非常的复杂多变, 血行传播是继胃癌淋巴腹腔转移的又一重要转移途径, 尤其早期胃癌由于血行转移而复发率高. 而多数进展期胃癌手术预后局部复发、远处转移发生率高, 故术后亦需进行辅助治疗其中以化疗为主. 化疗中以介入化疗为常用. 所以发展有效的治疗方案寻找新的治疗方法是提高生存率的主要途径.

为提高胃癌患者的生存期及生存质量, 我院自2002-6/2003-6对10例晚期胃癌的患者采用了选择性胃动脉化疗泵留置热灌注化疗术, 取得了较好的治疗效果.

## 1 材料和方法

1.1 材料 我院2002-6/2003-6治疗的中晚期胃癌的患者共10例, 男性8例, 女性2例. 年龄33-65岁, 平均 $49.2 \pm 7.6$ 岁, 10例均经纤维胃镜活检病理, 均证实为腺癌, 病变部位包括胃窦, 胃幽门, 胃体及胃底贲门. 根据国际抗癌联盟制定的胃癌TNM分期标准, III期4例, IV期6例. 全部病例治疗前后均查血像、CEA、肝肾功能、心电图、全腹超声、腹部CT等.

### 1.2 方法

1.2.1 动脉插管与化疗泵的放置 采用Seldinger法, 经皮穿刺股动脉插管, 将导管选择性插入肿瘤主要供血动脉造影, 胃左动脉7例, 胃右动脉1例, 胃十二指肠动脉2例, 将可留置化疗导管留置, 将化疗泵埋置于右侧股动脉穿刺点下方皮下, 固定后, 缝合皮肤, 化疗泵长期存留. 用药方案为: 表阿霉素50 mg、顺铂50 mg、5-Fu 1000 mg、加生理盐水1 000 mL加热至52℃, 持续灌注48 h. 灌注化疗前给予格拉斯琼3 mg、地塞米松10 mg, 加生理盐水100 mL静点. 每21 d重复热灌注一次, 共行6次. 灌注后严密观察患者生命征, 腹部情况等, 注意给予保护胃黏膜及预防溃疡治疗.

1.2.2 评价标准 按照全国胃癌协作组制定的胃癌化疗判定标准. (1) 基本缓解(CR) 主要病变缩小70%以上或基本消失, 症状显著减轻或接近减轻; (2) 部分缓解(PR) 主要病变缩小50%左右, 症状明显减轻; (3) 稳定(SD) 主要病变缩小25%左右或无明显缩小, 症状减轻维持1 mo以上; (4) 无效(PD) 治疗后内镜及X线表现与症状无明显好转和进展.

## 2 结果

2.1 治疗效果 化疗泵留置热灌注化疗术后, 10例患者均有临床症状的减轻, 腹痛、腹胀缓解等. 患者症状明显减轻, 食欲增加, 患者完成6个周期化疗泵留置热灌注化疗术后, 复查消化道钡透、胃镜检查来评价疗效, 6例PR, 3例SD, 1例PD. 患者在再次血管造影可见肿瘤血管减少和肿瘤染色面积减小. 本组病例总有效率为60%(CR+PR).

2.2 不良反应 灌注初期全组病例均有食欲下降, 恶心, 腹部不适, 疼痛等, 对症治疗后好转. 未出现消化道大出血和胃肠穿孔等严重并发症.

## 3 讨论

手术切除是胃癌治疗的首选方案, 但由于大部分患者来就诊时已是进展期胃癌, 单纯手术的疗效差. 化疗成为当今综合治疗胃癌的重要手段之一. 然而胃癌对于常规静脉化疗效果不佳且该类患者在治疗后有较大的毒副作用及免疫功能的下降, 患者不能很好的耐受, 且延长生存期及改善生活质量的效果不佳. 近年来国内外的临床实验研究显示高选择动脉插管化疗治疗胃癌由于药物直接进入肿瘤血管局部浓度高且能避免常规静脉化疗时药物同血浆蛋白结合失去抗癌活性故可明显提高抗癌效果, 且毒副作用低. 晚期胃癌的治疗仍以外科手术切除为主. 随着介入放射学技术的发展, 介入治疗越来越显示出其优越性<sup>[1-2]</sup>. 选择性的肿瘤的供血支热灌注化疗技术取得了很好疗效. 在短期内达到缩小肿瘤, 改善患者状态. 其作用原理是提高肿瘤内药物的首次通过浓度<sup>[3-5]</sup>, 从而杀灭或抑制肿瘤细胞. 高浓度化疗药物和栓塞剂可造成小血管炎和血管闭塞导致肿瘤细胞缺血坏死. 而插管灌注、栓塞化疗相对全身化疗的毒副作用相对较轻<sup>[6-10]</sup>. 温热疗法目前已进行大量的临床及基础的探讨, 单独应用其疗效有一定限度, 但与化疗联合应用有相加、相乘的效果. 即温热疗法可通过调节这些疗法的作用而提高疗效, 同时无明显毒副作用. 因此温热疗法近年已成为癌综合治疗的一部分. 体外研究表明, 42.5℃是细胞维持功能的危险点, 这种现象正常细胞与肿瘤细胞没有差异. 施行温热疗法后肿瘤部位热感受性明显增高. 这是由于肿瘤本来具体环境决定的, 即低氧、低营养及低pH状态对温热的耐受性差. 另外在此基础上肿瘤血管与正常血管不同, 加温后血流量减少, 加热处理后相当于肿瘤部位高温<sup>[11]</sup>. 顺铂, 5-Fu等药物温热疗法体外、体内均证实可增强上述药物的疗效. 温热疗法后使肿瘤内药物浓度区域曲线提高约1.6倍<sup>[12]</sup>. 温热化疗组的肿瘤抑制作用明显强于单纯温热疗法组及单纯化疗组. 温热疗法对S期细胞的细胞杀伤作用强, 5-Fu可阻止G<sub>1</sub>/M, 增加S期细胞, 由于温热疗法而产生抗肿瘤相加效果. 温热疗法如前所述没有严重的毒副作用, 可作为局部疗法, 与化疗联合应用以增强疗效. 对胃癌介入治疗后引起的恶心, 呕吐等并发症, 经对症处理, 一般3 d左右多能缓解. 即术前可比较安全地施行, 经我院体外及动物体内实验证明, 52℃温热药物经导管灌注到病变部位, 温度降至44℃左右, 为适宜的灌注温度, 热灌注效应较强. 作为胃癌综合治疗的重要措施之一. 于失去手术机会的晚期胃癌或胃癌术后复发患者进行选择性胃动脉化疗泵留置热灌注化疗术治疗, 对提高胃癌患者的生存期及生存质量是有效的, 是较为安全的、较为积极的姑息性治疗, 对胃癌手术本身无大影响, 期望能增强疗效.

## 4 参考文献

- 1 Overgaard J, Bichel P. The influence of hypoxia and acidity on hyperthermic response of malignant cells in vitro. *Radiology* 1977;123:511-514

- 2 Yonemure Y, Ninomiya I, Kaji M, Sugiyama K, Fujimura K, Sawa T, Katayama K, Tanaka S, Hirono Y, Miwa K. Prophylaxis with intraoperative chemohyperthermia against peritoneal recurrence of serosal invasion-positive gastric cancer. *World J Surg* 1995;19:450-454
- 3 Okada K, Suda T, Kito F, Imada T, Yamamoto Y, Takemura H, Okukawa T, Rino Y, Kobayashi O, Sairenji M. The efficacy of semiselective intraarterial infusion therapy in advanced or recurrent gastric cancer. *Gan To Kagaku Ryoho* 1993;20:1661-1664
- 4 Taguchi T. The theory and practice of chemotherapy by arterial infusion-the importance of pharmacokinetic research. *Gan To Kagaku Ryoho* 1984;11:1717-1728
- 5 詹晓星, 颜小琼. 介入放射学中的药代动力学研究. 国外医学·临床放射学分册 1989;12:327-329
- 6 程英升, 尚克中. 胃肠道肿瘤的影像诊断和介入治疗. 世界华人消化杂志 2003;11:1269-1272
- 7 陈宏伟, 黄裕新. 胃癌化学治疗的进展. 新消化病学杂志 1996;4:102-103
- 8 吴云林. 胃癌化疗及免疫治疗. 新消化病学杂志 1996;4:109-110
- 9 秦建民, 李荫太. 胃癌的介入放射学治疗. 新消化病学杂志 1997;5:399-400
- 10 刘福坤, 陈忠豪, 李国立, 祁晓平, 许哲, 黎介寿. 胃癌术前介入治疗后血管变化与癌组织坏死的关系. 华人消化杂志 1998;6:686-688
- 11 Schilling MK, Redaelli C, Friess H, Blum B, Signer C, Maurer CA, Buchler MW. Evaluation of laser Doppler flowmetry for the study of benign and malignant gastric blood flow in vivo. *Gut* 1999;45:341-345
- 12 Stehlin JS Jr, Giovanella BC, de Ipolyi PD, Anderson RF. Results of eleven years' experience with heated perfusion for melanoma of the extremities. *Cancer Res* 1979;39(6 Pt 2):2255-2257

编辑 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

## MRCP 对婴儿梗阻性黄疸的诊断价值

王晓燕, 李子平, 张中伟, 范 淼, 许达生, 刘钧澄

王晓燕, 李子平, 张中伟, 范 淼, 许达生, 中山大学附属第一医院放射科 广东省广州市 510080

刘钧澄, 中山大学附属第一医院小儿外科 广东省广州市 510080

通讯作者: 李子平, 510080, 广东省广州市, 中山大学附属第一医院放射科. liziping163@tom.com

电话: 020-87755766-8467 传真: 020-87615805

收稿日期: 2005-03-22 接受日期: 2005-04-13

### 摘要

目的: 评价 MRCP 检查对婴儿梗阻性黄疸的诊断价值。

方法: 临床诊断为梗阻性黄疸的患儿 14 例, 5 例非肝胆道疾病患儿作对照。所有患儿扫描序列包括快速自旋回波 LOTAT<sub>1</sub>WI 序列、半傅立叶采集单次激发快速自旋回波 (HASTE) 和 2D 快速自旋回波的 MRCP 水成像序列。在分析对照组 5 例婴儿正常的胆道系统 MRI 表现的基础上, 将梗阻性黄疸患儿的 MRI 征象与手术、病理结果对照, 重点评价 MRCP 诊断的敏感性和特异性。

结果: 5 例非肝胆道疾病 MRI 表现肝脏大小正常, 肝门区未见异常信号, 胆囊充盈 4 例, 胆囊未见显示 1 例; MRCP 肝内一级胆管、肝外胆管均可见完整显示。MRI 诊断的 9 例胆道闭锁, 表现为肝脏增大, 以右下叶增大为主; 肝门区门静脉周围有异常信号, T<sub>1</sub> 呈较低信号, T<sub>2</sub> 呈较高信号 6 例, 1 例可见肝门部的三角形 T<sub>2</sub> 呈高信号影; 胆囊细小 5 例, 未见显示 4 例; MRCP 肝内外胆管均未见显示。MRI 诊断的 5 例婴儿肝炎综合征, 表现为肝脏增大, 肝门区未见异常信

号; 胆囊充盈 3 例, 胆囊细小 2 例; MRCP 肝内一级胆管、肝外胆管均见显示 5 例。14 例梗阻性黄疸患儿, 最后手术证实胆道闭锁 9 例、婴儿肝炎综合征 5 例。术前 1 例胆道闭锁误诊为婴儿肝炎综合征, 1 例婴儿肝炎综合征误诊胆道闭锁。MRCP 对婴儿梗阻性黄疸诊断的敏感性 100%, 特异性 85.7%。

结论: MRCP 是诊断婴儿梗阻性黄疸, 尤其是胆道闭锁和婴儿肝炎综合征敏感的检查方法, 可为临床鉴别胆道闭锁和婴儿肝炎综合征提供依据。

王晓燕, 李子平, 张中伟, 范淼, 许达生, 刘钧澄. MRCP 对婴儿梗阻性黄疸的诊断价值. 世界华人消化杂志 2005;13(10):1240-1243  
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1240.asp>

### 0 引言

婴儿梗阻性黄疸的主要病因是胆道闭锁 (biliary atresia, BA) 和婴儿肝炎综合征 (neonate hepatitis, NH), 二者的鉴别诊断一直是个难题<sup>[1-4]</sup>, 核素扫描在婴儿梗阻性黄疸的鉴别诊断中起重要作用, 其敏感性虽高达 100%, 但特异性仅 60%<sup>[3]</sup>, 且难以直接观察解剖关系; 彩色多普勒超声可以显示门静脉周围的纤维块, 但也对肝内外胆管显示差<sup>[5]</sup>; MRI 可多序列、多平面扫描, 又无电离辐射, 还可以显示肝门周围的纤维块, MRCP 可以显示胆道系统的全貌, 因此国外有关婴儿梗阻性黄疸的 MRI 检