

力骤减;外伤和胎膜早破等引起宫腔内压力改变,由于胎盘的舒缩性较宫壁差而不能同步变形导致胎盘早剥。本组胎膜早破引起 10例,外伤引起 8例,有资料^[2]显示,胎膜早破为胎盘早剥的常见并发症,Major^[3]报道为 5%。(3)其他因素:增大的子宫压迫下腔静脉,回心血量减少,子宫静脉淤血导致蜕膜层血管破裂可能与之有关。子宫畸形时可能与宫腔内压力不均有关。

3.2 诊断 轻型胎盘早剥因其剥离面积小,临床表现不典型,诊断较困难。本组有时间完善检查的确诊率高,产前诊断率高的原因主要是重视胎盘早剥的发生及超声检查,B超表现为液性暗区或低回声区,面积大小不等。如早剥位于胎盘中部,多无阴道出血,但常有腰痛、子宫张力高等,典型的血性羊水不多见。此外轻型胎盘早剥发生的时间较早,平均为孕 29周,与先兆早产不易鉴别,所以对于怀疑胎盘早剥的病例应注意:(1)详细询问病史,注意有无发病诱因,如妊娠期高血压疾病、胎膜早破、外伤等;(2)注意与先兆早产、难免流产、卵巢囊肿蒂扭转、阑尾炎、前置胎盘等相鉴别;(3)常规 B超检查有助于早期诊断;(4)对于难以解释又不缓解的间歇性腰腹部痛或子宫局部压痛予以警惕;(5)血性羊水应高度警惕;(6)CA125水平升高^[4];(7)胎心减慢伴 NST或 CSI异常,羊水粪染同时伴腰腹痛阴道出血应重视。

3.3 处理 本组资料中胎盘早剥围生儿死亡率,轻型为 15.2%,重型为 43.7%;围生儿死亡率除与胎盘剥离面积大小有关外,还与孕周有直接关系,本组产后出血率,轻型为 17.4%,重型为 87.5%;肾衰、DIC均发生于重型胎盘早剥中,且均以重度妊娠高血压疾病为诱因,双重因素共同作用,母儿危险性增加。因此,胎盘早剥的诊断一旦确立,应迅速终止妊娠,立即剖宫产,以争取胎儿存活,如胎儿已死,产程未开始或为初产妇短期内不能结束分娩者,仍应积极施行剖宫产术,避免发生 DIC;对于已处于休克状态者,应积极补液、升压、输血,尽快剖宫产,以挽救产妇生命。对于轻型胎盘早剥、经产妇、胎儿无窘迫、宫口明显扩大者,可在严密观察下阴道试产。

[参 考 文 献]

- [1] 乐 杰主编.妇产科学 [M].第 5版.北京:人民卫生出版社,2000:139
- [2] 夏恩兰.正常位置胎盘早期剥离的病因及分类 [J].实用妇产科杂志,1992,8(3):124
- [3] Major CA, de Veciana M, Lewis DF, et al. Preterm premature rupture of membranes and abruption placentae: Is there an association between these pregnancy complications? [J]. Am J Obstet Gynecol, 1995, 172(2 Pt1): 672-676
- [4] Williams MA, Hickok DE, Zingheim RW, et al. Maternal serum CA125 levels in the diagnosis of abruption placentae [J]. Obstet Gynecol, 1993, 82(5): 808-812

[文章编号] 1000-2200(2006)05-0559-03

。 临 床 医 学 。

中老年结肠癌术后全植入式动脉灌注化疗疗效观察

黄德胜,胡霜久

[摘要] 目的:观察中老年结肠癌患者术后全植入式 (drug delivery system, DDS) 动脉灌注化疗的 1~5 年生存率。方法:61 例中老年结肠癌患者随机分成两组。治疗组 31 例,在行结肠癌根治术的同时植入 DDS 术中术后经 DDS 灌注化疗。对照组 30 例,不植置 DDS 术后行静脉化疗。结果:治疗组 1、2、3、4 和 5 年生存率分别为 93.55%、80.64%、64.52%、51.61% 和 41.94%。对照组 1、2、3、4 和 5 年生存率分别为 83.33%、56.67%、36.67%、23.33% 和 16.67%。两组 1 年生存率差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 2、3、4 和 5 年生存率差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:全植入式动脉灌注化疗能提高中老年结肠癌患者术后生存率,疗效明显优于静脉全身化疗,且并发症少,副作用轻,尤其适用于中老年结肠癌患者。

[关键词] 结肠肿瘤; 肿瘤 药物疗法; 全植入式

[中国图书资料分类法分类号] R 735.35 R 730.53 [文献标识码] A

如何提高中老年结肠癌患者术后生存率,延长生存期,是外科医师致力探讨的课题之一。我们尝试在行结肠癌根治术的同时植入全植入式 (drug delivery system, DDS) 化疗泵,术中、术后经 DDS 行腹腔动脉灌注化疗,取得较好疗效,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1995 年 1 月 ~2000 年 6 月,我院共收治 61 例中老年结肠癌患者,全部行结肠癌根治术。其中男 39 例,女 22 例;年龄 40~72 岁。随机分成两组:治疗组 31 例,男 21 例,女 10 例。按肿瘤 Duke's 分期法:A 期 5 例, B 期 20 例, C 期 6 例。癌肿部位:回盲部及升结肠癌 9 例,横结肠癌 (肝曲及

[收稿日期] 2006-04-04

[作者单位] 安徽省安庆市第一人民医院 外科, 246003

[作者简介] 黄德胜 (1967-), 男, 主治医师。

脾曲) 8例, 降结肠及乙状结肠癌 14例。病理类型: 乳头状腺癌 10例, 管状腺癌 12例, 黏液腺癌 8例, 印戒细胞癌 1例。对照组 30例, 男 18例, 女 12例; 年龄 42~71岁。按 Duke's分期法: A期 4例, B期 21例, C期 5例。癌肿部位: 回盲部及升结肠癌 10例。横结肠(肝曲、脾曲)癌 8例, 降结肠及乙状结肠癌 12例。病理类型为乳头状腺癌 7例, 管状腺癌 15例, 黏液腺癌 8例。两组中性别、年龄、临床分期及病理类型均具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组在结肠癌根治术中, 选择胃网膜右动脉游离后切断, 经近心端插入 DDS导管直至腹腔动脉, 结扎血管断端以固定导管。经 DDS药盒注入氟尿嘧啶 0.5 g 丝裂霉素 8 mg 再将 3~5 m肝素稀释液(125 ku/L)注入 DDS内, 预防导管阻塞。关腹时将 DDS药盒埋于切口旁皮下。术后第 2周经 DDS行腹腔动脉灌注化疗, 用药同前, 每 2~3周 1次, 3个月后改为每月 1次, 连续 9次。对照组于术后 1个月开始静脉化疗, 每日静脉滴注氟尿嘧啶 0.5 g 共 5天, 第 1天及第 5天加用丝裂霉素 6 m静脉推注, 每月 1疗程。化疗过程中, 应监测白细胞数量, 必要时给予升白细胞药物治疗或延期化疗。

1.3 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 疗效 61例随访均满 5年。治疗组 1、2、3、4和 5年生存率分别为 93.55%、80.64%、64.52%、51.61%和 41.94%; 对照组 1、2、3、4和 5年生存率分别为 83.33%、56.67%、36.67%、23.33%和 16.67%。两组 1年生存率差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但 2、3、4和 5年生存率差异均有统计学意义 ($P < 0.05$) (见表 1)。治疗组平均无病生存期 42.9个月, 平均带病生存期 4.2个月; 对照组平均无病生存期 31.4个月, 平均带病生存期 4.6个月。两组平均无病生存期差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 平均带病生存期差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.2 副作用 61例化疗后均有恶心、呕吐、头晕表现。其中治疗组呕吐症状明显较对照组轻, 且持续时间短, 经甲氧氯普胺或恩丹西酮治疗好转, 两组患者均有不同程度白细胞降低。因此, 化疗期间应监测白细胞数量, 必要时给予升白细胞药物治疗。

3 讨论

3.1 理论依据 结肠癌患者尽管已行结肠癌根治术, 即使术中采取严格的无瘤接触技术, 仍有部分结肠癌患者的腹腔和肠腔内有脱落的癌细胞^[1]以及

表 1 两组病例随访生存率(%)比较

分组	n	生存例数及生存率(%)				
		1年	2年	3年	4年	5年
治疗组	31	29(93.55)	25(80.65)	20(64.52)	16(51.61)	13(41.94)
对照组	30	25(83.33)	17(56.67)	11(36.67)	7(23.33)	5(16.67)
合计	61	54(88.52)	42(68.85)	31(50.82)	23(37.70)	18(29.51)
χ^2	—	0.72	4.09	4.73	5.19	4.68
P	—	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

微小的种植灶。这些残余在腹腔内的游离癌细胞及微小种植灶将最终导致肿瘤复发^[2]。应用何种措施阻止、预防和杀灭腹腔内可能存在的脱落癌细胞尤为重要。我们自 1995年以来, 采用经 DDS动脉灌注化疗, 取得良好效果。氟尿嘧啶和丝裂霉素注入 DDS药盒后, 经导管进入腹腔动脉, 随腹腔动脉内的血流迅速分布至腹腔内各器官, 肝脏、结肠等脏器内氟尿嘧啶、丝裂霉素的浓度比周围静脉的浓度高出数倍是全身静脉化疗时 4~200倍^[3], 且药物有效浓度持续时间延长。而局部化疗药物浓度增加 1倍, 杀灭肿瘤细胞的数量可增加 10倍^[4]。因此, 腹腔脏器内高浓度的氟尿嘧啶和丝裂霉素可以很好地杀灭术中脱落或转移的结肠癌细胞。传统的静脉化疗时, 药物经外周静脉进入腔静脉到达右心房, 高浓度的化疗药物首先作用于心脏和血液系统, 因而对心脏及血液系统的副作用较大。经 DDS动脉灌注化疗时, 高浓度的氟尿嘧啶和丝裂霉素首先作用于腹内脏器, 再由肠系膜上、下静脉和脾静脉回流入门静脉, 经肝脏进入下腔静脉到达右心房, 此时化疗药物已经肝脏代谢, 药物浓度大大降低, 对心脏、血液系统的影响明显减少。因此, 我们在结肠癌根治术中即行第一疗程化疗, 可在腹腔内脱落的结肠癌细胞增殖前将其杀灭, 提高疗效, 延长生存期, 而对患者术后恢复基本无影响。我们采用该种化疗方式, 患者在化疗期间可如正常人生活。在增加局部药物浓度的前提下, 减少了化疗的副作用^[5]。所以全植入式药物输注装置用作腹腔肿瘤术后化疗已逐渐广泛应用^[6]。

3.2 优点 (1)术中直视下操作, 方法简单, 基层医院即可开展。(2)毒副反应较静脉化疗轻, 安全可靠。(3)经皮下注药盒可以反复多次注药化疗, 比介入化疗损伤小, 彻底避免了 Seldinger方法反复股动脉穿刺所至损伤。(4)化疗时不需住院, 费用低廉, 患者易于接受。(5)因化疗药物直接扩散至腹腔内各脏器, 对心血管系统及造血系统影响较小, 极少造成白细胞数明显下降。

[参 考 文 献]

- [1] 林国乐, 邱辉忠, 张太平, 等. 结肠癌患者手术中腹腔及肠腔脱落细胞学研究[J]. 中华普通外科杂志, 2000 15(7): 396—398
- [2] 花亚伟, 张鉴哲, 李天心, 等. 腹腔免疫化疗预防胃癌术后腹腔复发的临床研究[J]. 中国实用外科杂志, 1999, 19(6): 358—359
- [3] 朱志东, 蒲永东. 氟尿嘧啶经胃左动脉和外周静脉化疗的药代动力学比较[J]. 中国胃肠外科杂志, 2003, 3(1): 28—30
- [4] 邹寿椿, 裴华森, 陈方宏, 等. 胃癌血供与供血动脉插管化疗的临床观察[J]. 中国实用外科杂志, 1996, 16(11): 658—659
- [5] 白文启, 郝彦凤. 皮下埋藏式腹腔化疗泵在大肠癌中的应用体会[J]. 山西医药杂志, 2005 34(3): 232—233
- [6] 高宗科, 贾同文, 张少华, 等. 全植入式给药装置 128 例临床应用体会[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(3): 173

[文章编号] 1000-2200(2006) 05-0561-02

。 临床 医学 。

川芎嗪治疗动脉血栓性脑梗死 23 例临床观察

朱德新, 张景华, 张爱荣

[摘要] 目的: 探讨川芎嗪注射液治疗动脉血栓性脑梗死的临床疗效。方法: 选择适合进行临床观察的动脉血栓性脑梗死 42 例, 随机分为 2 组, 治疗组 23 例静脉滴注川芎嗪注射液 120 mg 每天 1 次加常规西药治疗; 对照组 19 例常规西药治疗, 疗程均在 2 周或以上。结果: 治疗组疗效与对照组差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组治疗 2 周后神经功能缺损评分优于对照组 ($P < 0.05$), 且使用川芎嗪未出现任何不良反应。结论: 川芎嗪治疗动脉血栓性脑梗死安全有效。

[关键词] 脑梗死; 脑血栓形成; 川芎嗪; 神经功能缺损评分

[中国图书资料分类法分类号] R 743.33 [文献标识码] A

动脉血栓性脑梗死是神经内科的常见病, 约占各类脑卒中的 30%, 其最主要的病因是脑动脉粥样硬化^[1]。本文采用常用的对动脉血栓性脑梗死有公认疗效的治疗方法与加用川芎嗪针剂对比治疗结果, 以探讨中西药结合治疗动脉血栓性脑梗死与常规西药治疗的疗效差别。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2002 年 11 月 ~ 2005 年 12 月, 我们采用常规西药加用川芎嗪针剂治疗动脉血栓性脑梗死。(治疗组) 23 例, 男 16 例, 女 7 例; 年龄 51 ~ 78 岁。治疗组中合并高血压 16 例, 糖尿病 7 例, 冠心病 5 例。对照组 19 例, 其中男 16 例, 女 6 例; 年龄 54 ~ 77 岁。对照组中合并高血压 12 例, 糖尿病 6 例, 冠心病 4 例, 两组临床资料均具有可比性。

1.2 病例选择标准 全部病例符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议修订的动脉血栓性脑梗死诊断标准^[2]。均经头颅 CT 证实, 且均在发病 72 h 内住院治疗。所有患者无可导致心源性脑栓塞的心脏疾患, 且均为初次发病。对照组中有 1 例治疗 5 天后发生应激性溃疡, 停用阿司匹林肠溶片后, 予以剔除。

1.3 治疗方法 (1) 治疗组: 川芎嗪针剂 120 mg 加入 5% 葡萄糖注射液 250 ml 中静脉滴注 (静滴), 每日 1 次, 连续静滴 14 天或以上。如有高血压、感

染、糖尿病时给予相应处理。治疗组观察期间不使用抗凝药、扩血管药等, 其它治疗同对照组。(2) 对照组: 即按西医常规治疗, 主要给予甘露醇等控制脑水肿, 胞二磷胆碱营养脑细胞, 肠溶阿司匹林抗血小板聚集, 防止酸碱及电解质平衡紊乱, 控制血压、降温、镇静、抗感染等。

1.4 疗效标准 疗效评定标准依据中华医学会全国第 4 届脑血管病学术会议制定的脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准^[3]。显效及有效为神经功能缺损评分减少 18% ~ 100%, 无效为神经功能缺损评分减少低于 18% 或死亡

1.5 统计学方法 采用 检验和 χ^2 检验。

2 结果

治疗组与对照组治疗前和治疗 3 天后及 1 周后神经功能积分差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 而治疗 2 周后两组差异有统计学意义 ($P < 0.05$) (见表 1)。两组临床疗效差异有统计学意义 ($P < 0.05$) (见表 2)。经临床观察及血常规、尿常规、肝、肾功能、心电图等检查表明, 应用川芎嗪静脉滴注未发现任何不良反应。

表 1 两组患者神经功能缺损评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	治疗前神经功能积分	3 天后	1 周后	2 周后
治疗组	23	28.39 ± 6.79	27.57 ± 5.38	20.57 ± 6.31	14.04 ± 7.66
对照组	19	27.74 ± 5.99	27.42 ± 6.06	22.68 ± 6.52	19.47 ± 6.27
t	—	0.33	0.08	1.06	2.48
P	—	> 0.05	> 0.05	> 0.05	< 0.05

[收稿日期] 2005-12-12

[作者单位] 安徽省怀远县人民医院 内科, 233400

[作者简介] 朱德新 (1967—), 男, 主治医师。