peutic endpoint[J]. Ultraschall Med, 2003, 24(3): 162-174.
[10] Lim T K, Lim E, Dwivedi G, *et al*. Normal value of carotid intima-media thickness--a surrogate marker of atherosclerosis: quantitative assessment by B-mode carotid ultrasound[J]. J Am Soc Echocardiogr, 2008, 21(2): 112-116.
[11] Fernandez M L. The metabolic syndrome[J]. Nutr Rev, 2007, 65(6 Pt 2): S30-S34.
[12] Brooks N L, Moore K S, Clark R D, *et al*. Do low levels of circulating adiponectin represent a biomarker or just another risk factor for the metabolic syndrome? [J]. Diabetes Obes Metab, 2007, 9(3): 246-258.
[13] Szmitko P E, Wang C H, Weisel R D, *et al*. New markers of inflammation and endothelial cell activation: Part I[J]. Circulation, 2003, 108(16): 1917-1923.
[14] Verma S, Szmitko P E, Ridker P M. C-reactive protein comes of age [J]. Nat Clin Pract Cardiovasc Med, 2005, 2(1): 29-36.
[15] Pepys M B, Hirschfield G M, Tennent G A, *et al*. Targeting C-reactive protein for the treatment of cardiovascular disease[J]. Nature, 2006, 440(7088): 1217-1221.
[16] Norman P E, Davis W A, Bruce D G, *et al*. Peripheral arterial disease and risk of cardiac death in type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study[J]. Diabetes Care, 2006, 29(3): 575-580.
[17] Pilz S, Horejsi R, Moller R, *et al*. Early atherosclerosis in obese juveniles is associated with low serum levels of adiponectin[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2005, 90(8): 4792-4796.
[18] Lo J, Dolan S E, Kanter J R, *et al*. Effects of obesity, body composition, and adiponectin on carotid intima-media thickness in healthy women[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2006, 91(5): 1677-1682.
[19] Nilsson P M, Engstrom G, Hedblad B, *et al*. Plasma adiponectin levels in relation to carotid intima media thickness and markers of insulin resistance[J]. Arterioscler Thromb Vasc Biol, 2006, 26(12): 2758-2762.
[20] Dullaart R P, de-Vries R, van-Tol A, *et al*. Lower plasma adiponectin is a marker of increased intima-media thickness associated with type 2 diabetes mellitus and with male gender[J]. Eur J Endocrinol, 2007, 156(3): 387-394.
[21] Behre C J, Brohall G, Hulthe J, *et al*. Are serum adiponectin concentrations in a population sample of 64-year-old Caucasian women with varying glucose tolerance associated with ultrasound-assessed atherosclerosis? [J]. J Intern Med, 2006, 260(3): 238-244.

(**收稿**:2009-09-29;**修回**:2009-11-22)
(编辑 汪勤俭)

文章编号:1000-5404(2010)04-0375-01

个案与短篇

小细胞肺癌合并胰腺病变的治疗体会

李作生,郑贸根,王国臣 (063000 河北 唐山,华北煤炭医学院附属医院胸心外科)

[关键词] 小细胞肺癌;胰腺癌;胰腺炎
[中图法分类号] R734.2 **[文献标志码]** B

2008年3月,我科收治1例小细胞肺癌合并胰腺病变患者,病情复杂,报告如下。

1 临床资料

患者,男性,52岁,首发症状为无明显诱因腹痛。入院查血淀粉酶及尿淀粉酶均高,胰腺CT及MRI均提示胰头增大,直径约6 cm,考虑胰腺炎,不除外胰腺癌。按照急性胰腺炎治疗。腹部症状好转,淀粉酶恢复至正常。住院期间常规胸片提示左肺门占位,行胸部CT检查提示左肺门占位,考虑中心型肺癌。气管镜病理示小细胞肺癌。遂按小细胞标准治疗方案开始治疗,首先行EP方案(足叶乙甙+顺铂)化疗2个疗程。2疗程后复查胸部CT提示左肺门占位明显缩小,但胰头区病变无明显变化。2个疗程化疗后行胸部放疗1个疗程。之后给予4疗程化疗。经放化疗后左肺门占位消失。第6疗程化疗结束后腹痛再次发作,性质同前。查胰腺CT提示胰头区病变较前略增大,考虑胰腺转移癌或胰腺原发癌,给予胰腺放疗。放疗后腹痛症状消失。胰腺放疗2个月后出现头痛,行颅脑CT检查提示颅内多发转移癌,给予全脑放疗1个疗程。全脑放疗期间再次出现剧烈腹痛呕吐,查腹部CT提示胰头占位增大,并出现胰尾占位、腹腔及腹膜后多发淋巴结肿大。全脑放疗结束后试给予GP方案(吉西他滨+顺铂)化疗1个疗程,腹痛呕吐等腹部症状好转,考虑化疗有效,按标准疗程再次给予GP方案化疗1个疗程。之后复查腹部CT提示胰头占位明显缩小,胰尾占位消失,腹腔及腹膜后淋巴结明显缩小。考虑GP方案效果理想,之后再次应用GP方案化疗1个疗程。化疗后进行休养2个半月。之后于首次化疗后间隔1年复查头胸腹部CT未发现复发及转移征象。2个月后再次出现腹痛,并有黄疸,查腹部CT提示胰头占位,胆总管梗阻,腹腔及腹膜后淋巴结肿大。给予对症治疗,1个月后患者死亡。确诊后生存期15个月。

2 讨论

同一个体先后发生2种及以上原发性恶性肿瘤,称为多原发恶性肿瘤。研究表明,癌症患者发生新肿瘤的机会远高于正常人群[1]。对于多原发恶性肿瘤,文献多以个案形式报道。王伟峰等[2]报道了16例异源性双原发癌,其中多为异时性(时间间隔>半年[3])。李威等[4]报道了156例双原发癌,其中34例为同时发生。鼻咽、肺、大肠及乳腺是多原发癌较为常见的发病部位,第一原发癌的发病部位以鼻咽最为常见,其次是大肠、肺、宫颈、乳腺。第二原发癌的好发部位依次为肺、大肠、鼻咽、乳腺、胃,并谈到"值得注意的是本组资料很可能仅为6年间所收治的部分患者,而相当一部分的患者复诊时被误诊为转移或复发,而未能纳入本组,造成误、漏诊,延误了适当的治疗。"

[通信作者] 李作生,电话:(0315)8900355,E-mail: zuoshengli@126.com

(下转394页)

Wintermark 等[9]通过对 33 例 SAH 的患者分别进行 CTP 和 DSA 检查来评价有无 CVS。统计分析的结果表明,除了 MTT,CBF 也与 DSA 有较高的相关性,其敏感性和特异性分别达到 92% 和 86%(MTT)、75% 和 95%(CBF),并提出 MTT 图可用来筛查 CVS, CBF 可用于确诊 CVS。而我们研究发现,MTT 和 CBF 的改变在 CVS 组和 nCVS 组、sCVS 组和 asCVS 组之间的差异显著。因此,CTP 的相关参数可能对 CVS 的认识以及诊断 CVS 具有重要的研究和临床应用价值。

本研究尚有一些不足之处,如由于受到 CTP(CTA)和 DSA、TCD 设备放置地点的影响,虽然尽量缩短了上述检查之间的间隔时间,但仍可能对 CVS 的评价有所影响。

3.3 CTP 在 SAH 后的 CVS 的应用前景

本研究发现,SAH 后脑微循环的改变能够通过 CTP 检查来揭示,且与 CVS 和临床表现之间存在着密切的联系。下一步的研究将对 SAH 患者进行动态 CTP 检测,以期进一步认识 CVS 前后脑血流动力学的改变。由于本组研究的样本较少,以上结论还需要更多的病例来进一步证实。

参考文献:

[1] Macdonald R L, Pluta R M, Zhang J H. Cerebral vasospasm after subarachnoid hemorrhage: the emerging revolution[J]. Nat Clin Pract Neurol, 2007, 3(5): 256-263.

[2] 陈果,马颖,程远,等. 蛛网膜下腔出血后 S100B 蛋白表达增加与脑血管痉挛有关[J]. 第三军医大学学报, 2008, 30(18): 1736-1738.

[3] 黄 巍,周 政,刘 俊,等. 蛛网膜下腔出血脑脊液不对称二甲基精氨酸水平与脑血管痉挛的相关性研究[J]. 第三军医大学报, 2009, 31(18): 1766-1769.

[4] 吴锦英. 原发性蛛网膜下腔出血后的脑血管痉挛[J]. 中国医学文摘:内科学, 2004, 25(4): 538-540.

[5] Gonzalez N R, Boscardin W J, Glenn T, *et al*. Vasospasm probability index: a combination of transcranial doppler velocities, cerebral blood flow, and clinical risk factors to predict cerebral vasospasm after aneurysmal subarachnoid hemorrhage[J]. J Neurosurg, 2007, 107(6): 1101-1112.

[6] Greenberg M S, Arredondo N. Handbook of Neurosurgery[M]. 6th ed. New York: Thieme Medical Publishers, 2006: 785.

[7] Uhl E, Lehmberg J, Steiger H J, *et al*. Intraoperative detection of early microvasospasm in patients with subarachnoid hemorrhage by using orthogonal polarization spectral imaging[J]. Neurosurgery, 2003, 52(6): 1307-1317.

[8] Turowski B, Haenggi D, Wittsack J, *et al*. Cerebral perfusion computerized tomography in vasospasm after subarachnoid hemorrhage: diagnostic value of MTT[J]. Rofo, 2007, 179(8): 847-854.

[9] Wintermark M, Dillon W P, Smith W S, *et al*. Visual grading system for vasospasm based on perfusion CT imaging: comparisons with conventional angiography and quantitative perfusion CT[J]. Cerebrovasc Dis, 2008, 26(2): 163-170.

(收稿:2009-08-31;修回:2009-09-26)

(编辑 龙 亮)

(上接 375 页)

小细胞肺癌是一种恶性程度很高的肿瘤,广泛期患者的中位生存时间仅 7~10 个月,生存 2 年者少见[5]。本例患者生存期 15 月。小细胞肺癌胰腺转移出现黄疸症状的病例在临床上罕见[6],与胰腺转移相关的急性胰腺炎在临床上亦不常见[7,8]。本例患者以"胰腺炎"起病,并且至病程末期出现梗阻性黄疸。胰腺癌较难获得病理诊断,而单纯依靠影像学进行诊断却又不充分。小细胞肺癌胰腺转移文献多为个案报道,并且大多没有胰腺转移癌的病理证据。刘雨桃等[9]报道了 14 例小细胞肺癌胰腺转移的病例,肺癌均获得病理诊断,但胰腺转移癌均依靠影像学诊断。本例患者起病时即发现胰头增大,影像学诊断不除外胰腺癌。因获得小细胞肺癌的病理诊断,所以起初考虑胰腺为转移癌。但经小细胞肺癌标准方案化疗,胰腺占位并未缩小,反而增大,且经过胰腺放疗后很快出现局部复发,并出现胰尾及腹腔、腹膜后广泛转移,因此考虑胰腺病变本身可能为原发癌,并且文献报道癌症患者发生新肿瘤的几率远高于正常人群[1,4,10]。遂选用胰腺癌化疗药物吉西他滨联合顺铂进行化疗。经过化疗患者症状明显缓解,影像学显示胰腺及腹腔淋巴结明显缩小甚至消失,说明化疗效果明显。在对小细胞肺癌合并有胰腺占位的病人,要考虑到双原发癌的可能。

参考文献:

[1] 郝纯毅, 王怡, 黄信孚. 121 例双原发癌临床分析[J]. 中国肿瘤临床, 1999, 26(7): 507-510.

[2] 王伟峰, 庄业忠, 黄棉生, 等. 异源性双原发癌 16 例分析[J]. 肿瘤防治杂志, 2005, 12(15): 1183-1184.

[3] Lee T K, Barringer M, Myers R T, *et al*. Multiple primary carcinomas of the colon and associated extracolonic primary malignant tumors[J]. Ann Surg, 1982, 195(4): 501-507.

[4] 李威, 詹友庆, 李国辉. 双原发癌 156 例临床分析[J]. 中华肿瘤杂志, 1996, 18(4): 296-298.

[5] 蒋国梁, 仇德惠, 谭黎杰, 等. 肺癌[M]//汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 第 2 版. 上海: 上海医科大学出版社, 2000: 859-897.

[6] Sakar A, Kara E, Aydede H, *et al*. A case of a small cell lung carcinoma presenting with jaundice due to pancreatic metastasis[J]. Tuberk Toraks, 2005, 53(2): 181-184.

[7] Yeung K Y, Haidak D J, Brown J A, *et al*. Metastasis-induced acute pancreatitis in small cell bronchogenic carcinoma[J]. Arch Intern Med, 1979, 139(5): 552-554.

[8] Chowhan N M, Madajewicz S. Management of metastases-induced acute pancreatitis in small cell carcinoma of the lung[J]. Cancer, 1990, 65(6): 1445-1448.

[9] 刘雨桃, 张湘茹, 屈凤莲, 等. 小细胞肺癌胰腺转移临床分析[J]. 中国肿瘤临床, 2006, 33(20): 1173-1176.

[10] 付尚志. 双原发癌 45 例临床分析[J]. 肿瘤防治研究, 2001, 28(2): 142-143.

(收稿:2009-11-08;修回:2009-12-05)

(编辑 邓强庭)