经验交流

文章编号:1000-5404(2010)13-1484-02

31例髓母细胞瘤临床诊治分析

史建涛,储卫华,孟 辉,林江凯,冯 华 (430038 重庆,第三军医大学西南医院神经外科,全军神经系统疾病微创诊治专科中心)

[关键词] 髓母细胞瘤;手术;放射疗法;化学疗法
[中图法分类号] R739.41 [文献标志码] B

髓母细胞瘤(medulloblastoma)多见于儿童,发病年龄高峰在10岁以前,占儿童颅内肿瘤的18.5%[1]。髓母细胞瘤易复发,单纯手术效果较差,我科采用手术加放化疗综合治疗的方法,取得一定疗效,现就我科自2001年1月年至2009年3月收治的31例髓母细胞瘤患者的临床资料分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

31例髓母细胞瘤患者,其中男性16例,女性15例。年龄3~54岁,平均16.6岁。18岁以下21例,占67.7%,18岁以上10例,占32.3%。病程1周至1年5个月,平均2.5周。主要症状表现为头痛、头晕、恶心、呕吐、行走、持物不稳强迫等。体征:Romberg征阳性、视乳头水肿、共济失调等。

1.2 影像学检查

术前均行头部MRI检查:肿瘤形状为圆形或卵圆形、分叶状或不规则形,边界清,少数边界不清或瘤内出现囊变。大小:2.0 cm×2.5 cm×3.5 cm~5.5 cm×6.5 cm×6.0 cm,肿瘤部位:小脑蚓部8例,四脑室内5例,小脑蚓部和四脑室内者18例。肿瘤居中线者25例,偏侧6例。幕上脑室系统均有不同程度梗阻性脑积水,桥脑、延髓受压变形。23例行头部CT扫描,在平扫及加强扫描中均未见钙化及出血。

1.3 治疗方法

手术治疗31例,28例镜下全切,3例镜下次全切除或大部分切除,手术切除标本均送病理检查,术后均建议放射治疗。15例患者仅接受单纯手术治疗;16例患者于术后2周至3个月内接受放射治疗,全脑+病灶+全脊髓照射至20~30 Gy,原发灶区再追加剂量20~30 Gy,由于放疗易导致3岁以下患儿严重的发育迟缓而未行放疗;8例患者在术后1周至半年内接受化疗,化疗药物采用司莫司汀、尼莫司汀或顺铂加替莫唑胺化疗。10例术前行脑室外引流。2例术后行脑室腹腔分流术。术后均建议患者定期复查颅脑核磁共振平扫加增强,检查有无复发及确定复发部位,生存时间从术后开始计算。

2 结果

2.1 近期疗效

本组31例患者均经病理证实为髓母细胞瘤,28例全切除,2例次全切除,1例部分切除,术后死亡1例,后颅窝成形10例。术前的症状及体征大部分明显好转。12例术后行持续脑室外引流,2~7 d拔除引流管;1例术后脑疝形成去骨瓣减压;1例术后气管切开;2例急性硬膜外血肿,其中1例再次手术,另1例经保守治疗吸收;术后出现肢体偏瘫1例;复视1例;面瘫2例;切口皮下积液5例;切口脑脊液漏4例;精神障碍1例;经对症处理均好转。

2.2 术后随访

本组31例患者随访6个月至8年,随访病例中,目前最长存活时间8年,15例单纯手术治疗,16例术后接受放疗,8例行放疗加化疗。单纯手术3年生存率为13%(2/15),手术+放疗3年生存率为43.8%(7/16),手术+放疗+化疗3年生存率为63.5%(5/8)。其中术后辅以放疗者患者疗效明显优于单纯手术治疗患者,手术+放疗+化疗者优于手术+放疗者。本组18岁以上3年的生存率是60%(6/10),18岁以下3年的生存率是14.3%(3/21),成年患者预后明显好于未成年人。

3 讨论

髓母细胞瘤为起源于髓帆的原始神经外胚叶肿瘤,恶性度较高,根据肿瘤好发年龄[2,3]、颅内高压症状、共济失调体征及典型的影像学表现,髓母细胞瘤诊断多不困难,但由于其起始症状多为头痛、呕吐,儿童主观感受及客观症状难以表达清楚,常常被儿科、消化内科、感染科等科室收治,造成误诊,故当儿童患者有后颅窝占位症状体征时应及时行影像学检查以明确诊断。

髓母细胞瘤以颅内压增高为突出症状,本组病例术前均有不同程度的脑积水,重度脑积水过半。颅内高压引起长期呕吐,营养不良及水电解质平衡紊乱,导致患者手术耐受性差,这种情况下宜先行脑室外引流术,改善患者一般情况,增强手术耐受性,再择期手术,但增加了颅内感染风险,故在引流后患者一般情况改善应尽早手术。本组10例患者术前脑积水严重,一般情况差,先行脑室外引流术,术后3~5 d行肿瘤切除术,取得良好效果。

手术切除是治疗此病的主要方法,手术目的是尽量将肿瘤全切除,恢复正常脑脊液循环通路,且不影响周围重要的神经组织。本组肿瘤全切28例,术后脑积水都能得到不同程度缓解或不继续加重。本组有2例术中大部分切除的患者,术后复查CT提示脑积水无缓解,患者颅内压增高症状不缓解,行脑室腹腔分流术后缓解。

影响髓母细胞瘤患者预后的一个重要因素是肿瘤的病理类型,Kleihues等[2]把髓母细胞瘤分为:经典型(约占80%),多纤维性髓母细胞瘤(约占15%)、大细胞髓母细胞瘤、其他(肌母髓母细胞瘤和黑色素性髓母细胞瘤约占1%)。多纤维性髓

[通信作者] 冯 华,电话:(023)68765761, E-mail:fenghua8888@yahoo.com.cn

母细胞瘤表现局限于后颅窝,而很少发生转移,5年存活率可以达到70%,大细胞髓母细胞瘤常有转移,而且预后差,3年存活率低于20%。本组5例多纤维性髓母细胞瘤患者3年存活率80.0%(4/5),2例大细胞髓母细胞瘤3年内死亡。患者根据影像学和细胞学检查通常把髓母细胞瘤分为低危组和高危组,本组病例中高危组的1年生存率为12.5%(1/8),低危组1年生存率为69.5%(16/23),和国内外同期报道大致相当[4,5]。

髓母细胞瘤易于侵犯小脑半球、第四脑室并沿蛛网膜下腔播散,但髓母细胞瘤对放疗敏感并具有一定治愈率[5]。单纯手术疗效差,本组单纯手术3年生存率为13%(2/15),手术+放疗3年生存率为43.8%(7/16)。单纯手术患者多为脊髓全脑播散。在放疗中仅行全脑放疗或全脊髓放疗是不可取的。放疗能有效延缓肿瘤复发,提高生存率,但复发率仍很高,我们认为除放疗外,应采用能透过血脑屏障的化疗药物进行规范的化疗。

综上,我们认为,通过手术切除,再辅以术后放疗及化疗,能显著的延长髓母细胞瘤患者的生存期。

参考文献:

[1] 王忠诚. 王忠诚神经外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,2005:550.
[2] Abacioglu U, Uzel O, Sengoz M, *et al*. Medulloblastoma in adults: treatment results and prognostic factors[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2002, 54(3): 855-860.
[3] Stavrou T, Bromley C M, Nicholson H S, *et al*. Prognostic factors and secondary malignancies in childhood medulloblastoma[J]. J Pediatr Hematol Oncol, 2001, 23(7): 431-436.
[4] Kleihues P, Louis D N, Scheitauer B W, *et al*. The WHO classification of tumors of the nervous system[J]. J Neuropthol Exp Neurol, 2002, 61(3): 215-229.
[5] 舒凯, 雷霆, 厉春琳, 等. 儿童髓母细胞瘤的显微手术治疗[J]. 中华小儿外科杂志, 2003, 24(4): 298-300.

(**收稿**:2009-11-30;**修回**:2010-02-04)
(编辑 吴培红)

文章编号:1000-5404(2010)13-1485-02

经验交流

帕瑞昔布钠超前镇痛对骨科患者术后血IL-1β、IL-6和IL-8水平的影响

蒋宗明,陈忠华,郑美河,张昌锋 (312000 浙江 绍兴,浙江省绍兴市人民医院麻醉科)

[关键词] 细胞因子;帕瑞昔布钠;超前镇痛;白介素
[中图法分类号] R971.1 **[文献标志码]** B

手术创伤会产生神经内分泌变化、疼痛和炎症反应,镇痛或缓解疼痛对于减轻应激反应和促进术后恢复有重要的作用。目前关于局部麻醉咬合阿片类超前镇痛的研究较多,而非甾体类抗炎药研究较少[1]。帕瑞昔布钠是新近用于临床具有高效镇痛作用的药物,本研究将探讨其超前镇痛能否降低血浆IL-1β、IL-6和IL-8水平。

1 资料与方法

1.1 病例选择

选择本院骨科2009年5月至2009年11月行全膝关节或髋关节置换术患者60例,选择标准:无阿片药物滥用史;无长期使用阿片药物治疗慢性疼痛史;3周内无服用单胺氧化酶抑制剂类药物史。ASA Ⅰ~Ⅱ级。排除标准:心律失常;对非甾体类药物过敏;充血性心力衰竭;急性胃肠出血或急性胃十二指肠溃疡史;凝血时间异常(国际标准化比值大于1.5);肝功能损伤(Child-Pugh评分大于9分)等。将入选病例分为A组(麻醉诱导前30 min静脉给予生理盐水5 ml),B组(缝皮结束前30 min静脉给予帕瑞昔布钠40 mg,稀释为5 ml),C组(分别于麻醉诱导前30 min和手术结束前各静脉给予帕瑞昔布钠40 mg,稀释为5 ml)($n=20$)。

1.2 麻醉方法

术前访视患者,禁食10 h以上,禁饮4 h,无术前用药。常规麻醉诱导后气管插管机械通气,维持脑电双频指数(BIS)值40~60。术中间断追加罗库溴铵维持肌松,追加芬太尼维持适度镇痛。

1.3 标本采集与测定

分别于术前、手术结束时、术后6 h、术后12 h和术后24 h 5个时间点采末梢静脉血6 ml,分别注入预冷的试管内(内含EDTA-N和抑肽酶),每个试管内2 ml,以3 000 r/min、4 ℃离心10 min,取血浆-70 ℃保存待测。酶联免疫吸附双抗体夹心法测定IL-1β和IL-6浓度,用放射免疫法测定血清IL-8含量。

1.4 监测指标

(1)在术前、手术结束时、术后6 h、术后12 h和术后24 h血IL-1β、IL-6和IL-8含量测定。(2)视觉模拟评分(VAS):术后4、6、8、12 h和24 h随访患者并进行VAS(完全无痛0分;剧痛为10分)。(3)术后镇痛药的应用和并发症处理:术后患者接受静脉镇痛:配方芬太尼0.8 mg+阿扎司琼10 mg,用生理盐水稀释为100 ml(镇痛泵:背景剂量2 ml/h,负荷量2 ml,总容量100 ml)。手术结束后即开始使用静脉镇痛,患者诉疼痛难忍或剧烈时,可静脉追加芬太尼10 μg/次并观察患者反应和呼吸,记录术后镇痛药使用情况和次数。

1.5 统计学处理

计量资料以$\bar{x}\pm s$表示,用Stata 10.0统计软件对数据进行单因素方差分析和t检验,对分类变量用χ^2检验。

2 结果

2.1 芬太尼用量和使用次数比较

3组在术后2、4、8和12 h芬太尼累计使用次数和使用量

[通信作者] 蒋宗明,E-mail:jiangzhejiang@163.com