剂视冲剂明显降低实验性PVR的发生率,又显著降低视网膜的IL-6、PDGF的表达,从而充分证实具有化瘀调血作用的活化增视对于实验性PVR的良好疗效。

参考文献:

[1] Ando A, Ueda M, Uyama M, *et al*. Enhancement of dedifferentiation and myoid differentiation of retinal pigment epithelial cells by platelet derived growth factor[J]. Br J Ophthalmol, 2000, 84(11): 1306-1311.

[2] Kon C H, Occleston N L, Aylward G W, *et al*. Expression of vitreous cytokines in proliferative vitreoretinopathy: a prospective study[J]. Invest 0phthalmol Vis Sci, 1999, 40(3): 705-712.

[3] 郝延蕾, 满晓飞, 李志红, 等. 活化增视颗粒对实验性PVR中MCP-1和TGF-β2的影响[J]. 山东大学学报: 医学版,2011, 49(4): 61-64.

[4] Hui Y N, Sorgente N, Ryan S J. Posterior vitreous separation and retinal detachment induced by macrophages[J]. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 1987, 225(4): 279-284.

[5] Ando A, Ueda M, Uyama M, *et al*. Enhancement of dedifferentiation and myoid differentiation of retinal pigment epithelial cells by platelet derived growth factor[J]. Br J Ophthalmol, 2000, 84(11): 1306-1311.

[6] Nagarajan G, Swami S K, Ghorui S K, *et al*. Cloning and phylogenetic analysis of Interleukin-6 (IL-6) and tumor necrosis factor-α (TNF-α) from Indian dromedaries (Camelus dromedarius)[J]. Comp Immunol Microbiol Infect Dis, 2011, 34(3): 291-298.

[7] 惠延年, 石一宁, 杨琨, 等. 巨噬细胞诱发的实验性PVR中玻璃体内四种早期炎源性细胞因子[J]. 临床眼科杂志, 2000, 8(4): 307-310.

(**收稿**:2011-08-24;**修回**:2011-10-10)

(编辑 张 维)

短篇论著

文章编号:1000-5404(2012)02-0180-03

CPT-11+DDP治疗局部晚期食管癌的临床观察

张孟伟,张伟杰,王留兴,薛 磊,王 楠 (450052 郑州,郑州大学第一附属医院肿瘤科)

[**摘要**] **目的** 评价伊立替康联合顺铂化疗对局部晚期食管癌患者的疗效及其毒副反应。**方法** 选取本科2008年6月至2010年11月收治的52例初治食管癌患者资料,病理证实为鳞状细胞癌或腺癌,无远处转移。伊立替康65 mg/m^{2}d1、8;顺铂25 mg/m^{2}d1、2、8、9;21 d为1周期,化疗期间常规积极对症支持治疗,每个患者完成至少2周期化疗后评价疗效。**结果** 52例均接受至少2周期的化疗,共完成186个周期的化疗。病例均可评价疗效及不良反应,完全缓解(CR)1例(1.9%),部分缓解(PR)21例(40.4%),有效率为42.3%;中位疾病进展时间5.8个月,中位生存时间为11.6个月。主要不良反应为粒细胞减少、腹泻、恶心、呕吐等,Ⅲ~Ⅳ级不良反应发生率较低。**结论** 伊立替康联合顺铂化疗对局部晚期食管癌效果较好,且患者对副反应的耐受良好。

[**关键词**] 伊立替康;局部晚期食管癌;不良反应

[**中图法分类号**] R730.53;R735.1 [**文献标志码**] A

食管癌是我国常见的恶性肿瘤之一,预后较差。早期食管癌可以手术切除,单纯切除的食管癌患者5年生存率约20%,常规放疗患者5年生存率为8%~10%[1-2]。对于一些不能手术切除的局部晚期食管癌患者主要采用化疗。传统化疗方案为5-FU+DDP,该方案有效率较低,为15%~25%。Muhr-Wilkenshoff等[3]在Ⅱ期临床研究中证实了CPT-11+DDP方案对食管癌的疗效,有效率为14%~22.2%。收集我科2008年6月至2010年11月应用CPT-11+DDP方案的初治晚期局部食管癌患者资料,观察其临床疗效及副反应。

1 资料与方法

1.1 研究对象

入组标准:治疗前均经上消化道造影、电子显微胃镜证实为食管癌,病理为鳞状细胞癌和腺癌;CT扫描双径测量至少为2 cm^2;Karnofsky评分≥80;预计生存期≥3个月;CT及MRI证实无远处转移;血常规、肝功能、肾功能、心电图无明显异常,无化疗禁忌;胸外科会诊后无手术指征;患者均签署化疗同意书。最终入组52例,均为初治患者,其中男性29例,女性23例,中位年龄58.4(37~78)岁;鳞癌29例,腺癌23例。

1.2 治疗方法

伊立替康(CPT-11,商品名艾力,江苏恒瑞制药厂)65 mg/m^2,静滴第1、8天,顺铂(DDP,商品名诺欣,江苏豪森制药厂)25 mg/m^2,静滴第1、2、8、9天;21 d 1个化疗周期,至少应用2个周期后评价疗效。在应用化疗药物前常规应用地塞米松、苯海拉明预防过敏,应用托烷司琼预防消化道反应,同时予以充分的支持治疗。在应用CPT-11前应用阿托品针0.25 mg皮下注射,预防胆碱能综合征,化疗后若出现延迟性腹泻予以洛哌丁胺口服;应用DDP时要大量水化,静脉输注液体量至少2 000 ml,同时也在DDP前后应用甘露醇150 ml利尿,保护肾脏。

1.3 疗效及毒副反应的评价标准

化疗的疗效根据WHO实体瘤疗效评价标准分为完全缓解

[**通信作者**] 王留兴,E-mail:wlx2246@yahoo.com.cn

(CR)、部分缓解(PR)、病情稳定(SD)、病情进展(PD),以 CR + PR 计算有效率(RR),疾病进展时间(TTP) 从开始治疗的第 1 天至疾病进展计算,总的生存期从开始治疗的第 1 天至死亡。不良反应根据美国国家癌症研究所分级进行评定,分为 0 ~ Ⅳ级。

1.4　统计学方法

应用 SPSS 17.0 统计软件,疗效评价采用 χ^2 检验,生存资料用 Kaplan-Meier 法, 其显著性检验用 Log-rank 检验。

2　结果

2.1　疗效及生存情况

至少完成 2 个化疗周期的病例方可评价疗效,入组全部病例均可评价疗效。全组 52 例共完成 186 个周期的化疗,其中完全缓解 1 例,部分缓解 21 例,有效率为 42.3%,中位疾病进展时间 5.8 个月,中位生存时间为 14.1 个月。2 种病理类型对此化疗方案的有效率无统计学差异($P = 0.551$,表 1)。生存曲线见图 1。

表 1　CPT-11 + DDP 化疗对两种不同病理类型局部晚期食管癌的疗效 [例(%)]

病理类型	n	完全缓解	部分缓解	病情稳定	病情进展	有效
鳞癌	29	1(1.9)	11(21.2)	8(15.4)	8(15.4)	12(23.1)
腺癌	23	0(0)	10(19.2)	5(9.6)	9(17.3)	10(19.2)

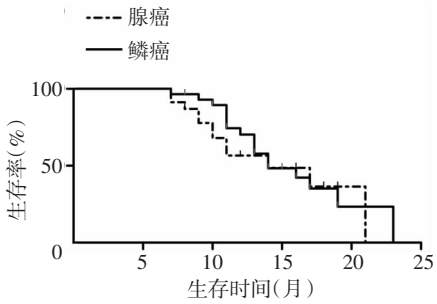


图 1　两种不同病理类型食管癌化疗的生存时间

2.2　毒副反应

52 例患者经 CPT-11 + DDP 方案治疗后主要不良反应为血液学毒性及消化道反应(表 2),其他还有过敏反应、手足综合征、肝功能损害及心电图的改变等。

表 2　CPT-11 + DDP 方案治疗局部晚期食管癌的主要不良反应 (例)

不良反应	n	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ
血小板减少	20	9	7	3	1
腹泻	26	12	9	5	0
肝功能损害	21	14	7	0	0
脱发	36	18	10	6	2
恶心、呕吐	30	14	11	5	0
粒细胞减少	22	9	7	6	0

3　讨论

我国是食管癌的高发区,又是食管癌死亡率最高的国家之一,其病理学类型以鳞状细胞癌较多,早期食管癌的治疗以手术为主,术后根据病变范围决定是否行辅助治疗;中晚期食管癌的治疗以联合化疗为主。传统的化疗以 5-FU + DDP 为主,但其有效率较低,缓解期短,且副反应大,因此在临床上需要找到更有效的药物来控制食管癌的进展或复发。

伊立替康是属于喜树碱类药物,是 S 期周期特异性药物,在体内通过转化为活性代谢产物 SN-38 发挥细胞毒作用,目前已被批准治疗大肠癌,但对食管癌、小细胞肺癌及胃癌也有一定疗效。Enzinger 等[4]采用单药伊立替康治疗食管癌的有效率为 14%;Burkart 等[5]应用伊立替康治疗铂类药物化疗失败的食管癌患者,CPT-11 100 mg/m^2 第 1、8、15 天静滴,每 4 周为 1 个周期,中位生存时间 5 个月,近期有效率 35.7%;Ajani 等[6]对胃、食管结合部的晚期肿瘤应用 CPT-11 + DDP 化疗,效果满意,中位生存时间 9 个月,总效率 58%;Pozzo 等[7]利用伊立替康 200 mg/m^2,顺铂 60 mg/m^2 第 1 天静滴,3 周为 1 周期,总有效率为 32.1%,此实验有效率较低,可能与用药时间及剂量有关系。国内梅齐等[8]应用伊立替康 65 mg/㎡静滴,第 1、8 天;顺铂 30 mg/㎡静滴,第 1、8 天;每 3 周为 1 周期,总有效率为 44.4%。本组有效率为 42.3%,与国内外报道有效率 30% ~50% 相吻合。

CPT-11 + DDP 在治疗局部晚期食管癌中最常出现的副反应是延迟性腹泻和骨髓抑制,但出现Ⅲ ~ Ⅳ级的毒副反应少见,Ⅲ ~ Ⅳ级延迟性腹泻、血小板减少及粒细胞减少的发生率分别为 6.89%、7.69% 及 11.54%,经对症处理后均可缓解。因此患者对该方案的毒副反应耐受良好,化疗依从性好。

综上,CPT-11 + DDP 治疗局部晚期食管癌疗效确切,且不良反应可以耐受,患者依从性好,可以作为局部晚期食管癌治疗的选择方案,但在剂量和不良反应间还应进一步探索,以求在较小的副反应下取得最好的治疗效果。

参考文献:

[1] 王瑞林. 晚期、复发转移性食管癌姑息性药物治疗进展[J]. 肿瘤基础与临床, 2009, 22(1): 83 - 90.

[2] Mariette C, Finzi L, Fabre S, *et al*. Factors predictive of complete resection of operable esophageal cancer: a prospective study[J]. Ann Thorac Surg, 2003, 75(6): 1720 - 1726.

[3] Muhr-Wilkenshoff F, Hinkelbein W, Ohnesorge I, *et al*. A pilot study of irinotecan (CPT-11) as single-agent therapy in patients with locally advanced or metastatic esophageal carcinoma[J]. Int J Colorectal Dis, 2003, 18(4): 330 - 334.

[4] Enzinger P C, Kulke M H, Clark J W, *et al*. A phase II trial of irino-

tecan in patients with previously untreated advanced esophageal and gastric adenocarcinoma[J]. Dig Dis Sci, 2005, 50(3): 2218-2223.
[5] Burkart C, Bokemeyer C, Klump B, *et al*. A phase II trial of weekly irinotecan in cisplatin-refractory esophageal cancer[J]. Anticancer Res, 2007, 27(4C): 2845-2848.
[6] Ajani J A, Baker J, Pisters P W, *et al*. CPT-11 plus cisplatin in patients with advanced, untreated gastric or gastroesophageal junction carcinoma: results of a phase II study[J]. Cancer, 2002, 94(3): 641-646.
[7] Pozzo C, Barone C, Szanto J, *et al*. Irinotecan in combination with 5-fluorouracil and folinic acid or with cisplatin in patients with advanced gastric or esophageal-gastric junction adenocarcinoma: results of a randomized phase II study[J]. Ann Oncol, 2004, 15(12): 1773-1781.
[8] 梅齐, 汪勇, 李睿, 等. 伊立替康联合顺铂治疗晚期食管癌27例[J]. 世界华人消化杂志, 2008, 16(20): 2300-2303.

(**收稿**:2011-08-24;**修回**:2011-09-21)
(编辑 汪勤俭)

经验交流

文章编号:1000-5404(2012)02-0182-01

31例剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠声像图特征分析

王 慧,李丽蟾,孙立群,牛建梅,刘 峰,陈 炯,施立晔 (200030 上海,中国福利会国际和平妇幼保健院超声科)

[**关键词**] 剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠;彩色多普勒超声
[**中图法分类号**] R719.8 [**文献标志码**] B

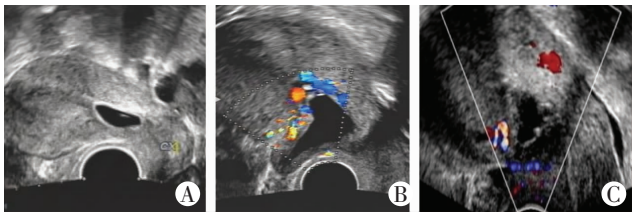
剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是指孕卵种植在剖宫产后子宫瘢痕处并在此处生长发育[1],是一种特殊类型的异位妊娠,占剖宫产后异位妊娠的0.045%[2]。因其在妊娠早期侵入子宫肌层,易发生子宫破裂及相关并发症,所以被认为比前置胎盘危险性更高[3]。近年来随着剖宫产率的上升其发病率有明显增加趋势。本研究对我院经临床手术证实的31例剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠进行总结分析,探讨彩色多普勒超声诊断剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠的声像图特点,为临床诊断与治疗提供依据。

1 资料与方法

收集2010年6月至2011年7月在本院确诊剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠患者31例,年龄(27.8±4.0)岁。均有停经史,停经时间37~71 d;血尿β-HCG均为阳性,病理检查见绒毛组织。停经后不规则阴道出血19例,停经后不规则阴道出血伴腹痛9例,无明显临床症状3例。使用Philips 11AX, HDI4000型彩色多普勒超声诊断仪,探头频率4.0~8.0 MHz。经阴道超声检查前排空膀胱,取膀胱截石位,探头加套无菌避孕套经阴道检查。常规检查子宫及双侧附件区,重点观察子宫峡部异常回声区的位置、大小、形态、前缘与子宫前壁浆膜层的距离、内部及滋养层血流情况,并检测血流动力学指标。

2 结果

31例剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠患者超声表现:宫腔正常部位未见孕囊回声,其声像图类型:①典型孕囊型9例,宫腔及宫颈管内未见孕囊,于剖宫产术后子宫瘢痕处见典型孕囊。在B超监护下高危诊刮6例,孕囊大小2~3 cm,形态规则,其中4例孕囊内可见胚芽及原始心管搏动,前缘距子宫前壁浆膜层≥5 mm,周边见点状血流信号,术后B超随访宫内未见明显残留。天花粉治疗3例孕囊大小2~5 cm,前缘距子宫前壁浆膜层3~5 mm,周边见短棒状、点状或散在血流信号,部分周边见较丰富低阻力血流信号,RI:0.40~0.60,治疗期间随访血β-HCG下降明显,包块缩小明显。子宫颈形态正常(图1A)。②不典型孕囊型:孕囊嵌入切口处3例,孕囊部分位于子宫下段宫腔内,部分位于瘢痕处,孕囊形态欠规则或被拉长变形,内见胚芽及原始心管搏动,深入切口处孕囊与宫腔线成角,子宫峡部前壁肌层明显变薄,前缘距前壁浆膜层≤3 mm,孕囊与前壁肌层见丰富低阻力血流信号(图1B),RI:0.35~0.50。均行子宫动脉栓塞术后24 h超声下刮宫,术后随访血β-HCG进行性下降,B超随访包块逐渐缩小。③混合回声型19例,剖宫产术后子宫瘢痕处见混合回声包块,大小18~66 mm,内呈强弱不均回声,其内可见不规则低回声、无回声、等回声。B超监护下高危诊刮2例包块较小,前缘距前壁浆膜层5 mm,滋养层血流呈散在分布,术后B超随访宫内未见明显残留。天花粉治疗4例包块2~5 cm,前缘距前壁浆膜层3~5 mm,滋养层血流较丰富,血β-HCG≤10 000 IU/L,治疗近1个月,包块明显缩小,血β-HCG下降满意。子宫动脉栓塞后超声下刮宫13例,包块3~7 cm,部分向膀胱突出,子宫前壁浆膜层厚度1~2 mm,甚至达前壁浆膜层,周边见丰富低阻力血流信号,RI:0.25~0.54(图1C),血β-HCG>10 000 IU/L,术后随访血β-HCG进行性下降,B超随访包块逐渐缩小。



A:典型孕囊型,瘢痕处见典型孕囊;B:不典型孕囊型,孕囊被拉长变形,部分位于下段宫腔内,部分位于瘢痕处;C:混合回声型,瘢痕处见混合回声包块

图1 剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠患者超声表现

[**通信作者**] 王 慧,E-mail:huiwang0415@163.com

(下转185页)