DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.12.049

拓扑替康其骨髓抑制和消化道反应为主要不良反应,其毒性强度与剂量相关;顺铂主要不良反应为消化道反应和肾脏损害。二者合用,在当协同细胞毒性增强的同时,其毒副反应亦明显增加。本组病例使用拓扑替康的剂量较小,且在化疗的同时给予高聚金葡素辅助治疗,以防治骨髓抑制;化疗前30 min静注恩丹西酮以减轻恶心、呕吐;静滴顺铂时给予水化,以减轻肾脏损害,故毒副反应明显下降,骨髓抑制、胃肠道症状皆不严重,通过适当的对症处理后症状均能缓解,病人耐受性良好,不影响化疗进程。

综上所述,小剂量拓扑替康联合顺铂化疗方案对初治及复治肺鳞癌患者均有较好疗效,不良反应能够耐受,结果令人满意,值得进一步探讨。

参考文献:

[1] Schiller J H. Current standards of care in small-cell and non-small-cell lung cancer[J]. Oncology, 2001, 61(Suppl 1): 3—13.
[2] Chevalier T, Brisgand P, Douillard J Y, *et al*. Randomized study of vinorelbine and cisplatin versus vindesine and cisplatin versus vinorelbine alone in advanced non-small cell lung cancer: results of a European multicenter trial including 6 patients[J]. J Clin Oncol, 1994, 12(2): 360—367.
[3] 陈龙帮, 王靖华, 褚晓源, 等. 三组不同联合化疗方案治疗晚期非小细胞肺癌病例的比较[J]. 中华肿瘤杂志, 1999, 21(2): 151—152.
[4] Paul A, Bunn PA Jr, Kelly K. New chemotherapeutic agents prolong survival and improve quality of life in non-small cell lung cancer: a review of the literature and future directions[J]. Clin Cancer Res, 1998, 4(5): 1 087—1 100.
[5] 张 力, 李 苏, 廖 海, 等. HCPT Ⅰ期药代动力学及人体耐受性临床研究[J]. 癌症, 2001, 12(12): 1 391—1 395.
[6] Landonio G, Sartore-Bianchi A, Giannetta L. Controversies in the management of brain metastases: the role of chemotherapy[J]. Forum (Genova), 2001, 11(1): 59—74.
[7] Pujol J L, von-Pawel J, Tumolo S, *et al*. Preliminary results of combined therapy with topotecan and carboplatin in advanced non-small-cell lung cancer[J]. Oncology, 2001, 61(Suppl 1): 47—54.
[8] Stupp R, Bodmer A, Duvoisin B, *et al*. Is cisplatin required for the treatment of non-small-cell lung cancer? Experience and preliminary results of a phase I/II trial with topotecan and vinorelbine[J]. Oncology, 2001, 61(Suppl 1): 35—41.
[9] Eckardt J R. Feasibility of oral topotecan plus intravenous paclitaxel in advanced non-small-cell lung cancer[J]. Oncology, 2001, 61(Suppl 1): 30—34.
[10] Perez Soler R, Fossella F V, Glisson B S, *et al*. Phase Ⅱ study of topotecan in patients with advanced non-small-cell lung cancer previously untreated with chemotherapy[J]. J Clin Oncol, 1996, 14(2): 503—513.
[11] Shinomiya N, Shinomiya M, Wakiyama H, *et al*. Enhancement of CDDP cytotoxicity by caffeine is characterized by apoptotic cell death[J]. Exp Cell Res, 1994, 210(2): 236—242.
[12] American Society of Clinical Oncology(ASCO). Clinical practice guideline for the treatment of unresectable non-small-cell lung cancer[J]. J Clin Oncol, 1997, 15(9): 2 996—3 018.
[13] 姜 洁, 梁华茂, 孔北华, 等. 小剂量金喜素与顺铂、VP16、5-FU对人卵巢癌细胞株生长抑制作用的实验研究[J]. 现代妇产科进展, 2001, 10(4): 282—284.
[14] Miller A A, Niell H B. Phase Ⅰ and pharmacologic study of sequential topotecan, carboplatin, and etoposide[J]. Lung Cancer, 2001, 33(2—3): 241—248.
[15] Rinaldi D, Lormand N, Brierre J, *et al*. A phase Ⅰ-Ⅱ trial of topotecan and gemcitabine in patients with previously treated, advanced non-small cell lung cancer (LOA-3)[J]. Cancer Invest, 2001, 19(5): 467—474.

(编辑 王 红)

个案与短篇

文章编号: 1000-5404(2002)12-1480-01

CT和MRI诊断食管血管瘤1例

CT and MRI diagnosis of 1 case of esophageal angioma

王玉锦[1], 孙清荣[1], 张 冬[1], 张哉根[2] (第三军医大学附属新桥医院: [1] 放射科; [2] 病理科; 重庆 400037)

患者,男性30岁,反复发作性刺激性干咳,无痰伴喉部不适1年,近1个月加重,并出现进粗食时有吞咽困难。查体未发现异常。纤维支气管镜见气管上段后壁有一外压性凸起,气管粘膜正常。食管吞钡摄片和食管纤维内镜检查未见食道粘膜异常。

CT表现:食管上段入口处,相当于颈6椎体平面见类圆形软组织块影与食管相连,肿块约1.9 cm×2.8 cm,CT值29 Hu,边缘光滑,分界清楚,肿块向前突向气管,致气管后壁前移。MRI示食管肿块T1WI与食管壁呈等信号,T2WI块内见半弧形高信号,与周围分界清楚。手术所见:肿块约1.2 cm×2.0 cm位于食管上端入口3 cm处粘膜下层,肿块呈海绵状,质稍韧,挤压时有血液流出,食管局部肌层稍增厚,粘膜光滑完整。病理诊断:黄豆大的暗红色的组织,食管壁肌内见大量大小不等的血管,有的有红细胞,并有出血,符合血管瘤的病理性改变。

讨论

血管瘤可以发生任何器官或组织,最常见皮肤。胃肠道血管瘤发生率低[1]。文献报道1 400 000例胃肠道病变中仅106例血管瘤,而食管血管瘤更为罕见,文献[2]报道发生率<3%,国内外仅有个案报道,国内未见CT、MRI诊断血管瘤的报道。本例经影像检查提示诊断,并经手术病理证实。食管血管瘤好发于粘膜下层,粘膜肌层多完整,表面覆盖着正常的食管粘膜。本例早期瘤体小,主要向壁外生长,食管腔内无肿块突入,故内

(下转1483页)

作者简介: 王玉锦(1951—),女,山东省荣城市人,副主任技师,主要从事影像技术学方面的研究,发表论文20篇。电话: (023)68754358
收稿日期: 2002-07-05; 修回日期: 2002-09-23

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

例严重左髂静脉及腘静脉血栓栓塞患者, 行血栓切除, 但残留神经损害症状。

对于 PE、DVT, 目前尚无安全有效的预防措施, 高弹性长袜、间歇压力绷带的效果并不理想, 而抗凝治疗往往带来其它严重并发症[11], Resnick 等[8] 报道 1 例在应用肝素抗凝时发生胃肠出血。Cain 等[10] 主张应用腔静脉滤网而不是肝素化, 他报道肝素化的并发症高达 67%, 包括伤口深部感染、上消化道出血、硬膜外出血导致的马尾功能障碍、甚至瘫痪等严重并发症。而应用腔静脉滤网的并发症仅为 0.12% ~ 10.1%。

一旦疑有 DVT 或 PE, 应及早检查、确诊。普勒超声和肺通气灌注扫描均为安全、可靠的诊断技术, 诊断 DVT 和 PE 有较高的敏感性和准确性, 但在早期诊断和亚临床型 PE、DVT 病人中效果不理想, Dearborn 等[11] 建议选用非侵入性的磁共振静脉成相技术诊断盆腔内(髂内、髂总静脉)血栓栓塞。

3.4　气胸

气胸原因是修补膈肌不严密, 特别是在膈肌角处, 手术操作不方便, 易遗漏。如果上有内固定, 钉棒上极可能正位于膈肌角处而缝合困难。McAfee[1] 在 185 例病人中发现 2 例气胸, 1 例张力性血气胸, 占 1.1%。本例气胸患者行 Kaneda 内固定, 上极已位于 T_{10} 的下缘, 关闭切口前未经麻醉师正压吹气检查是否缝合可靠就关闭切口, 负压引流, 术后 6 h 突感呼吸困难, X 片提示气胸, 经抢救脱离危险。

预防该并发症最简单有效的方法是在关闭伤口前, 对疑有气胸患者的伤口内注满生理盐水, 嘱麻醉师向肺内正压吹气, 看是否有气泡从膈肌修补处溢出, 若有必须再次修补加强。术后发生气胸, 通过胸腔闭式引流, 半卧位, 咳嗽、大便时注意保护伤口, 抗炎治疗防肺部感染等措施可以治愈, 不需要再次手术。Kim 等[13] 强调经 11 肋胸膜外、腹膜外入路可以有效避免这类肺部并发症。

胸腰段脊柱前路手术少见并发症大多数和术者对该段解剖知识, 手术操作、认识程度和经验有关, 可以避免或及早发现。认识这些并发症有利于提高我们胸腰段脊柱前路手术的水平, 充分发挥前路手术的优势。

参考文献:

[1] McAfee P C. Complications of anterior approaches to the thoracolumbar spine. Emphasis on Kaneda instrumentation[J]. Clin Orthop, 1994, 306(2): 110—119.

[2] Propst S L, Rinsky L A, Bleck E E. The cisterna chyli in orthopaedic surgery[J]. Spine, 1983, 8(7): 787—792.

[3] Shen Y S, Cheung C Y, Nilsen P T. Chylous leakage after arthrodesis using anterior approach to the spine[J]. J Bone Joint Surg[Am], 1989, 71(8): 1 250—1 251.

[4] DeHart M M, Lauerman W C, Conely A H. *et al*: Management of retroperitoneal chylous leakage[J]. Spine, 1994, 19(6): 716—718.

[5] Nagai H, Shimizu K, Shikata J. Chylous leakage after circumferential thoracolumbar fusion for correction of kyphosis resulting from fracture. Report of three cases[J]. Spine, 1997, 22(23): 2 766—2 769.

[6] Kirkpatrick J S, Wilber R G, Likavec M, *et al*. Anterior stabilization of thoracolumbar burst fractures using the Kaneda device: A preliminary report [J]. Orthopedics, 1995, 18(7): 673—678.

[7] Carl A L, Matsumoto M, Whalen J T. Anterior dural laceration caused by thoracolumbar and lumbar burst fractures[J]. J Spinal Disord, 2000, 13(5): 399—403.

[8] Resnick D K, Benzel E C. Lateral extracavitary approach for thoracic and thoracolumbar spine trauma: operative complications[J]. Neurosurgery, 1998, 43(4): 796—802; discussion 802—803.

[9] Schnee C L, Ansell L V. Selection criteria and outcome of operative approaches for thoracolumbar burst fractures with and without neurological deficit[J]. J Neurosurg, 1997, 86(1): 48—55.

[10] Cain J E Jr, Major M R, Lauerman W C. The morbidity of heparin therapy after development of pulmonary embolus in patients undergoing thoracolumbar or lumbar spinal fusion[J]. Spine, 1995, 20(14): 1 600—1 603.

[11] Dearborn J T, Hu S S, Tribus C B, *et al*: Thromboembolic complications after major thoracolumbar spine surgery[J]. Spine, 1999, 24(14): 1 471—1 476.

[12] Hackenberg L, Liljenqvist U, Halm H, *et al*. Occlusion of the left common iliac artery and consecutive thromboembolism of the left popliteal artery following anterior lumbar interbody fusion[J]. J Spinal Disord, 2001, 14(4): 365—368.

[13] Kim M, Nolan P, Finkelstein J A. Evaluation of 11th rib extrapleural-retroperitoneal approach to the thoracolumbar junction. Technical note[J]. J Neurosurg, 2000, 93(1 Suppl): 168—174.

(编辑　谢义霞)

(上接 1480 页)

镜或食道吞钡检查, 甚至活体组织学检查均可阴性。随着时间延长, 瘤体可压迫食管壁向气管突入产生刺激性咳嗽或呼吸困难。CT 或 MRI 均显示食管壁局限性外突肿块, 肿块呈匐行状, 边缘光滑, 与周围组织分界清楚, 易误诊为平滑肌肿瘤, 后者肿块多较大、分叶, 中心有液化坏死。血管瘤无坏死, 强化明显, MRI 为均匀性高信号, 结合内镜显示肿块的起源或血管结构, 应提示少见的食管血管瘤[3], 必要时可行内镜穿刺活检, 达到早期诊断, 早期治疗, 避免并发症。

关键词: CT; MRI; 食管血管瘤

中图法分类号: R812　　文献标识码: B

参考文献:

[1] Gilbert H W, Weston M J, Thompson M H. Cavernous haemangioma of the oesophagus[J]. Br J Surg, 1990, 77(1): 106.

[2] Konstantakos A K, Douglas W I, Abdul F W, *et al*. Arteriovenous malformation of the esophagus diagnosed as a leiomyoma[J]. Ann Thorac Surg, 1995, 60(6): 1 798—1 800.

[3] Yoshikane H, Suzuki T, Yoshioka N, *et al*. Hemangioma of the esophagus: endosonographic imaging and endoscopic resection[J]. Endoscopy, 1995, 27(3): 267—269.

(编辑　薛国文)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net