

间。

1.2.2 甘露醇的应用 200g/L 甘露醇溶液 250 ml, 每 6~8 h 1 次静滴, 持续应用到化疗结束后 2~3 d, 如颅脑症状较重, 仍需要应用可视病情而定。

1.2.3 化疗药物的选择 MVP 方案: MMC 8~10 mg/周期(下同); VP16 0.5 g, 分 2~3 d; PDD 50 mg, 连续 3 d。EP 方案: PDD 50 mg, 连续 2~3 d; VP16 0.5 g, 分 2~3 d; 其它: CCNU 0.1 g, 口服; VM26 150 mg; IFO 2.0 g, 连续 5 d; 威克 50 mg, 2 次/d, 口服, 5~10 d; VDS 8 mg^[1], 分 2 次用。21 d 为 1 周期, 2~3 为 1 疗程。记录病人症状的变化, 1 个疗程后复查头颅 CT 或 MRI。

1.3 疗效判断标准 影像学(WHO 统一标准): CR (完全缓解), PR (部分缓解), NC (无变化), CR+PR (有效)。临床症状: 原有颅内高压和局部症状缓解程度。

2 结果

CR: 6.4%, PR: 35.5%, NC: 58.0%, CR+PR: 41.9%; 临床症状改善 100%, 37.5% 的病人不能停用甘露醇, 否则症状改善不满意。

3 讨论

脑转移癌如果主要痛苦症状是由颅脑局部所致, 通常以放疗、 γ -刀以及化疗药物椎管内注射等局部治疗的方法为主, 能较快地缓解症状, 达到满意的治疗效果。但因脑转移癌患者常伴有全身播散性病变, 故用化疗提高全身治疗效果, 同步控制颅脑

内、外病变非常重要。但许多抗癌化疗药物较难透过血脑屏障, 颅脑内达不到有效的治疗浓度, 从而影响化疗对脑转移癌的治疗效果。选择通透性较好的化疗药物如 VP16、VM26^[2]、CCNU 等或伍用改变血脑屏障通透性的药物和方法已受广泛关注, 放射和手术治疗可以变血脑屏障的通透性, 但该方法副反应较大, 病人较难接受, 地塞米松、甘露醇也可增加血脑屏障对化疗药物的通透性, 促进化疗药物进入颅内, 故地塞米松起到颅脑肿瘤化疗的“增效”作用。脑转移癌肿块周边有较大的水肿带, 这是颅内压较高的主要原因之一, 而地塞米松等起到较好的脱水作用。有效的化疗以后, 肿瘤细胞均坏死、水肿, 致化疗期间颅内压反跳, 地塞米松可预防和减轻化疗所致的短暂的颅内压增高症状。绝大多数化疗药物均有消化道反应, 加上颅内压增高所致的呕吐, 频繁呕吐致胸腔内压增加, 影响脑血回流而增加颅内压, 地塞米松可预防因频发呕吐所致的颅内压增高。本组资料表明, 地塞米松、甘露醇静滴配合化疗药物治疗脑转移癌能减轻病人的颅内高压和占位症状, 改善病人的生存质量。

参 考 文 献

- 1 孙 燕, 王金万, 叶加南, 等. 新抗肿瘤药长春花碱酰胺对实体瘤的临床疗效. 肿瘤防治研究, 1983, 10: 237
- 2 栾福玉, 藏守明, 张清华. 应用以威克为主的化疗方案配合放疗治疗肺癌脑转移 22 例分析. 潍坊医学院学报, 1997, 19(2): 117

(收稿: 1999-02-14 修回: 1999-04-28)

(本文编辑: 李 昕)

原发性小肠肿瘤并发消化道出血 24 例临床分析

吴复庆

(锡山市人民医院消化科 214011)

关键词 肠肿瘤 并发症 肠出血 小肠
分类号 R735.32

消化道出血是原发性小肠肿瘤常见并发症之一。在 1988~1996 年我院及无锡市二所医院收住经手术及病理证实的原发性小肠肿瘤共 55 例, 其中消化道出血 24 例, 现分析如下。

1 临床资料

本文原发性小肠肿瘤合并消化道出血 24 例, 其中男 13 例, 女 11 例; 良性肿瘤 10 例, 恶性肿瘤 14 例; 年龄 19~80 岁, 平均 50.9 岁, 其中 40 岁以上 20 例, 占 83.3%。肿瘤类型见表 1。

出血时间最长 15 a, 最短 17 h, 平均 19 月。仅仅黑便 10 例, 黑便同时呕血 5 例, 最少出血量仅大便

表 1 24 例原发性小肠肿瘤的病理类型及部位(例)

| 病理类型 | 十二指肠 | 空肠 | 回肠 | 小肠多部位 |
|---------|------|----|----|-------|
| 良性 | | | | |
| 血管瘤 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 腺瘤 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 平滑肌瘤 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| 黑斑息肉综合征 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 平滑肌母细胞瘤 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 恶性 | | | | |
| 腺癌 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| 平滑肌肉瘤 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 淋巴瘤 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 类癌 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 脂肪肉瘤 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 未分化癌 | 0 | 1 | 0 | 0 |

隐血阳性, 5 例出血量多并出现休克, 1 例输血达 6 000 ml; 另 1 例失血休克 30 余小时后紧急手术, 术毕心跳停止。14 例良性肿瘤患者血红蛋白最低 30 g/L, 最高 132 g/L, 平均 74 g/L; 恶性肿瘤患者最低 43 g/L, 最高 97 g/L, 平均 63 g/L。24 例原发性小肠肿瘤的其他临床表现见表 2。

表 2 24 例原发性小肠肿瘤的临床表现(例)

| 临床表现 | 良性 | 恶性 |
|-------|----|----|
| 腹痛 | 5 | 12 |
| 腹胀 | 1 | 6 |
| 腹部不适 | 2 | 0 |
| 呕吐 | 1 | 4 |
| 腹块 | 0 | 5 |
| 肠梗阻 | 1* | 2* |
| 肿瘤穿孔 | 0 | 1 |
| 体重减轻 | 0 | 3 |
| 阻塞性黄疸 | 0 | 1 |
| 休克 | 2 | 3 |

* 为肠套叠

24 例并发出血的原发性小肠肿瘤中由胃镜检查出者 5 例, 均为十二指肠肿瘤; 钡剂造影发现肿瘤 4 例; 血管造影检出空肠平滑肌瘤 1 例; B 超发现 1 例肿块并经手术证实为空肠淋巴瘤; CT 检出 1 例; 余 12 例术前均未明确诊断, 经手术及病理检查确诊。

2 讨论

原发性小肠肿瘤是罕见的, 临床表现各异。本组并发消化道出血者 24 例, 占同期原发性小肠肿瘤 55 例的 43.6%, 高于李继光等报告的 35% 的消化道出血率^[1]。本组消化道出血病例中良恶性之比为 1:1.4。消化道出血的良性肿瘤中以平滑肌瘤居多(6/10), 与文献报告相似^[2,3], 这与平滑肌瘤富于血

管有关, 在选择性动脉造影时可见较多的异常肿瘤血管进入瘤体, 或包绕瘤体并有分支进入瘤体^[3]。本组恶性肿瘤中平滑肌瘤仅占 21.4%(3/14)。

原发性小肠肿瘤出血轻则大便隐血阳性, 重则发生失血性休克。本组 5 例有休克表现, 平滑肌瘤占 3 例, 其中 1 例瘤体的粘膜面有一小溃疡, 中央有一火柴梗粗细并已栓塞的小血管断面, 推测出血量较大与此有关, 亦说明平滑肌瘤血管丰富。本组恶性肿瘤血红蛋白低于良性者, 除考虑出血量多外, 亦可能与恶性肿瘤影响造血系统功能有关。

本组中 5 例肿瘤患者黑便与呕血同时存在, 3 例为球部肿瘤, 2 例为空肠上段肿瘤(分别离屈氏韧带 7 cm 和 60 cm, 排除其他引起出血的原因), 说明伴有呕血者除出血量大外, 与出血部位高也有关。

十二指肠降部以上部位病变, 胃镜和十二指肠镜不仅能发现病灶且可进行活检及治疗。但毕竟小肠长而多弯曲, 至今仍无十分理想的检查方法。本组 8 例曾作钡剂造影检查, 其中 5 例诊断为小肠肿瘤。但消化道钡餐检查诊断率大多 < 50%^[4], 这是因为钡剂口服后进入小肠充盈不连续, 通过小肠时间较长, 此间钡剂易在肠内发生凝集, 加之随着蠕动小肠可相互重叠而使病变部位不能显示。为提高诊断准确率, 凌贞等报告在十二指肠镜引导下作小肠双重造影, 对不明原因出血者经胃镜及结肠镜检查又未发现出血灶可协助明确病因, 并指出该检查方法简便, 病变显示清晰, 诊断定位较正确^[5]。

本组中 2 例作了肠系膜动脉造影, 1 例发现局部呈多血管病灶, 染色明显, 边界不规则, 密度欠均匀, 术后病理诊断符合空肠平滑肌瘤。对疑有小肠肿瘤而常规 X 线及内镜检查未能发现病变, 或由于急性消化道大出血无法作上述检查时, 适时作选择

性动脉造影是必要的,尤其是血管丰富的肠道平滑肌肿瘤和血管瘤更是适用^[6]。

在CT检查中,各种小肠肿瘤的特征是不同的,这有助于诊断^[7]。本组CT检查发现2例小肠肿瘤,其中1例CT诊断并经手术证实为溃疡型腺癌;另1例CT检查发现空肠上段肿瘤,后曾作钡餐证实CT的诊断。CT检查有助于发现肿瘤,甚至出血时仍能显示病变及其他并发症,况且CT扫描还可以提供肿瘤穿过肠壁向腔外生长的形态和蔓延的范围,以及淋巴结转移等情况,这对制定治疗方案有很大的价值。

小肠肿瘤中大部分是恶性肿瘤,由于小肠肿瘤的临床表现不具特异性,因此常延误诊断,以致失去手术机会。能否提高术后生存率,关键是及早诊断。临床上对一些间歇性下消化道反复小量出血或长期大便隐血阳性的患者,应提高对小肠肿瘤的警惕,及时作上述检查,必要时应剖腹探查,术中检查应全面仔细,即使发现胃十二指肠有病变也不能放弃全小肠的探查。对于一些肉眼观察或扪诊难以发现的小

肿瘤,可术中進行小肠内纤维镜检查,配合强灯光下透照观察,也许能帮助发现小的腺瘤性息肉、血管瘤病变。

参 考 文 献

- 1 李继光,滕仁智,沈魁,等.原发性小肠肿瘤8组(277例)摘要报告.实用外科杂志,1985,5(3):131
- 2 王南下,尹朝礼,王天才,等.小肠良性肿瘤临床分析——附70例报告.中华消化杂志,1997,17(2):73
- 3 王炳生.小肠平滑肌肿瘤.上海医学,1989,12(3):149
- 4 张维麟,王吉甫,王成恩.原发性小肠肿瘤102例分析.中华肿瘤杂志,1988,10(5):370
- 5 凌贞,王同明,赵建华.十二指肠镜引导下小肠双重造影的临床诊断价值.中华消化杂志,1998,18(2):78
- 6 陆玮,苗华玲,孙大裕,等.选择性动脉造影对肠道肿瘤的诊断价值——附病理证实的32例报告.中华消化杂志,1993,13(3):159
- 7 Buckley JA, Fishman EK. CT evaluation of small bowel neoplasms: Spectrum of disease. Radiographics, 1998, 18(2):379

(收稿:1999-02-01)

(本文编辑:吴进)

老年十二指肠球部溃疡 68 例临床分析

丁怡同 赵润民

(宿迁市人民医院内科 223800)

关键词 十二指肠球部溃疡 老年

分类号 R573.1

为分析老年十二指肠球部溃疡患者的临床特点,对我院1991年~1998年收治的68例老年十二指肠球部溃疡病例进行回顾性分析,并于同期收治的60例非老年十二指肠溃疡患者进行对比研究。

1 资料和方法

1.1 一般资料 十二指肠球部溃疡患者12例,均经内镜检查和(或)手术病理证实,按年龄分为2组。(1)老年组:68例,男42例,女26例;年龄60~78岁,平均年龄68.4岁;病史2周~0.5a。(2)对照组:60例,男37例,女23例;年龄17~46岁,平均年龄36.6岁;病史0.5月~1.0a。

1.2 方法 对2组患者临床症状、幽门螺杆菌(HP)感染情况、发病诱因、内镜表现等进行对比分析。HP检测经内镜活检,采用尿素酶法和(或)PCR法。

1.3 统计学处理 组间比较采用 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 临床症状 老年与非老年十二指肠球部溃疡患者临床症状对比见表1。老年十二指肠球部溃疡患者的临床表现除恶心呕吐、胃潴留与对照组无显著差异外,余均明显低于对照组,表明老年患者临床

表1 2组患者临床症状对比

| 症状 | 老年组(n=68) | | 对照组(n=60) | |
|--------|-----------|--------------------|-----------|------|
| | 阳性(例) | % | 阳性(例) | % |
| 上腹痛 | 23 | 33.8 ^{##} | 41 | 68.3 |
| 暖气反酸 | 26 | 38.2 ^{##} | 43 | 71.7 |
| 恶心呕吐 | 18 | 26.5 [*] | 19 | 31.7 |
| 上消化道出血 | 36 | 52.9 [#] | 23 | 38.3 |
| 胃潴留 | 16 | 23.5 [*] | 13 | 21.7 |
| 食欲减退 | 38 | 55.9 ^{##} | 18 | 30.0 |
| 消瘦 | 37 | 54.4 ^{##} | 16 | 26.7 |

组间比较: * $P > 0.05$, # $P < 0.05$, ## $P < 0.01$