

手术加粒子植入治疗中、下段胆管癌探讨

陕西省榆林市第二医院外三科(榆林 719000) 杨 峰 杨忠民 张 哲

主题词 胆管肿瘤/治疗 外科手术/利用 @ 植入法

自 2001 年 7 月起我们应用手术加粒子¹²⁵I 植入治疗中、下段胆管 4 例, 现报告如下。

材料与方法

1 一般资料 4 例患者中, 男性 2 例, 女性 2 例, 年龄 52~ 76 岁。患者都因上腹部饱胀不适, 皮肤黄染、发痒入院。入院前患者均行腹部 B 超及 CT 检查: 提示胆总管中、下段占位, 肝内胆管扩张。肝功能检查示: TBIL、DBIL 均明显高于正常值。手术后病理证实为: 胆总管中、下段腺癌。1 例行根治性切除, 1 例姑息切除内引流, 1 例因肿瘤无法切除行胆囊-空肠吻合内引流术。1 例行外引流术, 4 例患者术中均行粒子¹²⁵I 植入。

2 治疗方法

2.1 手术根治或姑息切除、内引流或外引流术: 本组 1 例行胰十二指肠切除术 Whipple 手术, 1 例行姑息切除, 空肠-胆管 Roux-en-Y 吻合术, 1 例行胆囊-空肠吻合内引流术, 1 例行胆总管切开“T”型引流术。

2.2 植入粒子¹²⁵I 根据术前选定好合适的粒子, 直视下使用上海亚医商贸有限公司制做的简单、全封闭防辐射植入器, 穿刺刺入拟定植入部位将粒子¹²⁵I 植入。

结果与随访

患者术后均无异常反应, 复查血常规、白细胞及粒细胞无明显下降, 无明显放射性损害表现。7 月后复查腹部 B 超及 CT, 未发现肿瘤复发及淋巴结转移, 未切除瘤体无增大或扩散。

讨 论

胆总管中、下段癌好发于 58~ 69 岁, 其特征为无痛性、梗阻性黄疸。中段胆管癌合并结石率最高 35.3%, 在结石的基础上发生的胆管癌, 症状常不典型, 致常不能作出早期诊断, 当黄疸明显时就诊, 胆管已有较长一段受侵犯或合并有周围组织的转移, 此时已不属早期或已失去根治性切除

的机会。胆管下段癌, 需行胰、十二指肠切除术, 病人多有重度黄疸和营养不良、体质消耗及免疫功能低下, 若手术创伤较大, 往往术后并发症较多, 病死率极高。胆总管中、下段癌预后一般较差, 过去唯一可能治愈的机会是通过根治性的手术切除, 但手术切除中、下段癌的机率约 10%~ 18%。由于上述原因许多患者行姑息切除, 胆管-空肠 Roux-en-Y 吻合, 胆囊-空肠吻合内引流术或外引流术。术中, 直视下将微型放射线粒子¹²⁵I 植入肿瘤或肿瘤侵犯的组织中, 包括淋巴转移、扩散途径的组织, 通过微型放射源发出持续、低能量的 X 线及 γ 射线, 使肿瘤组织遭受最大程度毁灭性杀伤, 而正常组织不损伤或仅有微小损伤, 避免在了化疗产生的副作用。将无法切除部位的肿瘤、手术后没有切干净的部位以及可能转移的淋巴途径永久埋入粒子¹²⁵I, 进行持续治疗。其优点: 创伤小, 靶心准低剂量, 持续伽玛放射线照射, 无污染, 符合环保, 局部肿瘤控制率可达 90% 以上, 射线能量低, 平均能量只有 31.4keV, 对病人正常组织和工作人员辐射危害小, 操作方便。手术加¹²⁵I 粒子植入治疗中、下段胆管癌适用范围较广, 根治切除、姑息切除及内、外引流术皆可同时施行粒子植入。对腹水较多、有广泛转移患者可在 C 形臂、磁共振、定位下经体外穿刺植入肿瘤组织中。

手术加¹²⁵I 粒子植入治疗中、下段胆管癌必须注意选用¹²⁵I 放射源, 因其半衰期比镭短, 放射强度适中, 对肿瘤的杀伤力强, 而不产生损伤正常组织的过热点, 且易于防护粒子制成 0.8mm × 4.5mm 外壳用钛合金密封, 用消毒液浸泡后即可使用。放射剂量、通过三维图像内放射治疗计划软件 (TPS) 系统能将 CT 或 (MR) 磁共振分层扫描的资料精确计算, 用中文版面绘出立体图标, 微型放射源的放置剂量, 制订出精确的治疗计划表, 使治疗剂量适当。

(收稿: 2003-08-21)