

散能力强,在肝癌化疗栓塞中,经扩散作用进入血管支配组织内,作用于内感受器无髓鞘的游离神经末梢,从而减弱或消除兴奋冲动达到止痛的目的。据报道^[4],通过碘化油载体作用,肝脏内化疗药物浓度为全身 100~400 倍,肝肿瘤组织与正常组织药物浓度之比也达到 5~20:1。因此,引起肝动脉化疗栓塞术后疼痛的主要原因是肿瘤部位的高浓度化疗药物和聚集的碘化油所致。所以我们应用碘化油作为利多卡因载体,增加化疗栓塞部位的利多卡因浓度而起到止痛作用,同时延缓利多卡因的释放而使其止痛作用延长。据强万本报道^[1]在肝癌治疗术前、术中和术后灌注利多卡因取得了术中止痛有效率 26.1%,术后止痛有效率 64.9% 的疗效,与本文 B 组止痛总有效率 77.5% 不一致,可能与其疼痛疗效评价标准和灌注利多卡因方式不一样有关,但是两者均明显低于本文 C 组止痛总有效率 88.4% 的疗效。这可能与没有碘化油载体有关。单纯灌注利多卡因时,一方面化疗栓塞部位利多卡因浓度不高,另一方面不能延缓利多卡因的释放。

同时,也有许多因素可以影响利多卡因的止痛疗效。如利多卡因对肝癌肿块在不同部位时化疗栓塞术中止痛疗效不相

同,比如位于肝包膜下的肝癌,特别是位于膈下,其止痛疗效差,其原因可能是肝组织缺血坏死对邻近包膜的刺激,另外肿瘤有动静脉瘘或动-门脉瘘时,利多卡因的止痛疗效也较差。

综上所述,利多卡因在肝癌化疗栓塞中止痛有效,且乳化利多卡因止痛疗效优于单纯利多卡因。我们认为在肝癌化疗栓塞术中应用乳化利多卡因止痛具有很大价值,但有许多因素影响它的止痛疗效。故在肝癌化疗栓塞术中,利多卡因尚不能完全替代常规应用强止痛剂的止痛作用,但在结合强止痛剂的基础上应用利多卡因止痛取得了较好的临床疗效。

参考文献

- 1 强万本,朱望东,蔡东顺.利多卡因在介入栓塞治疗中的应用[J].实用放射学杂志,2000,16(12):752-753.
- 2 赵俊.新编麻醉学[M].北京:人民军医出版社,2000.176-175.
- 3 Tollison D. Hand book of chronic pain management[M]. Baltimore: Williams & Wilkins,1989.1-9.
- 4 王建华,王小林,颜志平.腹部介入放射学[M].上海:上海医科大学出版社,1998.58.

(2001-09-06 收稿 2001-12-10 修回)

胰腺鳞癌一例

蔡杰 涂建飞

【中图分类号】R735.9 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2002)04-0306-01

发生于胰腺的鳞癌极为罕见,我院发现 1 例,报道如下。

病例资料 患者,女,34 岁。因反复左上腹痛 5 个月,加重 2 个月入院。患者 5 个月前无明显诱因出现左上腹疼痛,放射至左腰背部,能自行缓解,未予诊治。近 2 个月来疼痛加剧,性质为绞痛,遂入院。查体:T 38.4℃,P 120 次/分,BP 16/9kPa,面色苍白,左上腹压痛明显。实验室检查:血清淀粉酶 53IU/L,尿淀粉酶 686IU/L,血清脂肪酶 1569IU/L,癌胚抗原 2.29ng/ml,胰腺癌相关抗原 142.01IU/ml。

CT 检查:胰尾 8.0cm×7.0cm×5.5cm 分叶状略低密度肿块,其内部见不规则更低密度液化坏死区,肿块后缘侵犯左肾前筋膜,左侧缘侵犯脾脏,脾门部血管被肿块包绕。脾脏增大,占据 7 个肋单元。增强扫描示肿块强化不明显,脾内见不规则未强化区(图 1)。**CT 诊断:**①胰尾癌侵犯脾脏、脾门部血管、左肾旁筋膜;②脾梗塞。

手术及病理:胰尾部见直径 8cm 分叶状肿块,质硬,肿块向后侵犯至肾包膜,脾脏与肿块粘连致密。病理诊断:胰腺鳞癌

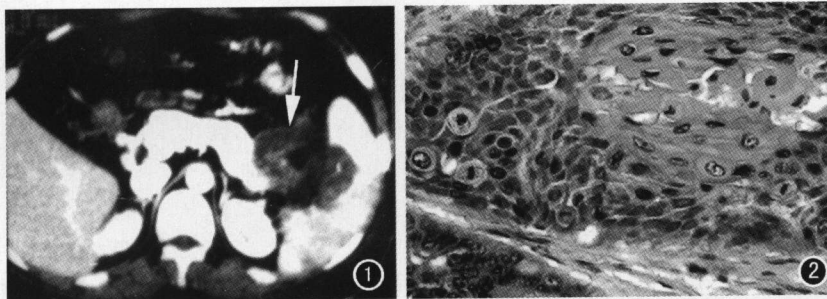


图 1 CT 增强:胰尾见 8.0cm×7.0cm 分叶状肿块(⇨),其内见不规则液化坏死,肿块与脾脏粘连致密,肿块未见明显强化,脾脏增大,脾内见三角形及片状未强化区。图 2 肿瘤细胞多边形,巢状排列,核异型性明显,可见核分裂像,部分区域见角化。

(图 2)。

讨论 胰腺癌组织学分类繁多,80% 以上为腺癌,并以胰头部多见,本例发生于胰尾的鳞癌实属罕见,一般认为是由胰腺导管上皮鳞状化生后癌变所致。笔者认为 CT 表现及临床资料对于胰腺癌的组织学分类无重大参考意义。

参考文献

- 1 周康荣.腹部 CT[M].上海:上海医科大学出版社,1993.113.

(2001-12-10 收稿)

作者单位:323000 浙江省,丽水市中心医院放射科
作者简介:蔡杰(1972~),男,浙江缙云人,医师,主要从事放射诊断工作。