

低剂量介入治疗加中医药调理—— 中晚期肿瘤的克星

◆ 张闰光

近年来,恶性肿瘤的诊断与治疗水平得到极大提高,在手术、化疗和放疗等常规治疗手段的基础上,出现了许多有效的新的治疗方法,推动了肿瘤治疗学的发展,其中介入性诊疗技术现已成为恶性肿瘤临床治疗学的重要组成部分之一。

介入治疗学是20世纪70年代开始发展起来的一门医学影像学和临床治疗学相结合的新兴边缘学科,以其微创、局部高效的治疗为显著特点,被称为与内科、外科并列的第三大诊疗技术。介入治疗已成为许多临床上认为不治或难治性恶性肿瘤的重要治疗手段之一。

恶性肿瘤的介入治疗主要包括血管性和非血管性介入治疗。

血管性介入治疗

血管性介入治疗是在肿瘤供血动脉内灌注抗癌药物及堵塞血管的药物,使药物直接作用于肿瘤并阻断肿瘤供血。恶性肿瘤化疗的疗效取决于很多因素,其中一个重要因素就是肿瘤局部的药物浓度及作用时间。大部分化疗药物浓度越高,药物与癌细胞接触时间越长,杀灭癌细胞的作用就越大,疗效越好。恶性肿瘤生长快,需要大量的血液供应,血管丰富,栓塞剂可以阻塞供血动脉,使肿瘤坏死,从而控制肿瘤生长,起到高效的化疗作用。

介入化疗栓塞是把一根很细的特制导管在影像设备的引导下插到肿瘤的供血动脉内,将搭配在一起的最有效的化疗药物直接注射到肿瘤局部,使肿瘤局部达到很



高浓度,提高治疗效果;而全身其他部位药物浓度很低,从而降低了化疗药物的全身毒副作用。注射化疗药物后,如果条件允许,必须栓塞肿瘤供血动脉,即采用血管栓塞剂,如碘化油、明胶海绵、不锈钢圈等暂时或永久地栓塞肿瘤供血动脉,阻断肿瘤的营养供应,使瘤体坏死、体积缩小,可以提高手术切除可能性和减少术中出血,对不能手术的晚期恶性肿瘤患者可以起到较好的姑息治疗效果,同时可缓解病人的疼痛,延长生存时间。

还可以将抗癌药物和栓塞剂有机结合

在一起直接注入肿瘤动脉,既栓塞肿瘤组织末梢分支,阻断血供,同时药物停留于肿瘤区可缓慢释放起到局部化疗作用。这种疗法主要有两大优势:一方面将高浓度的药物直接作用于局部,发挥最大的抗肿瘤作用,对全身毒副作用小,使绝大部分患者能接受治疗;另一方面,将肿瘤的供血血管阻塞,使肿瘤失去血供而“饿死”。这种技术特别适用于那些失去手术机会或不宜手术的肝、肺、胃、肾、盆腔、骨与软组织恶性肿瘤。

中晚期恶性肿瘤患者,往往体质较差,免疫力下降,不能耐受高剂量化疗药物的

冲击,或在几次高剂量化疗后,患者身体虚弱、食欲不振、白细胞下降、免疫力低下,不得不停止治疗,恶性肿瘤发展更快。

低剂量动脉介入化疗、栓塞即降低化疗药物剂量,充分栓塞肿瘤供血动脉,且多次介入治疗,可以达到高效治疗肿瘤的目的,又充分保护了病人的免疫力和体质,使治疗肿瘤和保护病人体质达到平衡,从而达到延长患者生命的目的。

即使低剂量,化疗药物对机体还是有一定的毒副作用,中医药的调理可以有效地减轻患者的副反应,协助延长患者的生命,提高患者带瘤生存期间的生活质量。

非血管性介入治疗

非血管性介入治疗是指在医学影像设备如X射线、CT、B超、MRI的导引下,利用各种器械,通过血管以外的途径,如经人体生理腔道的自然开口或直接经皮穿刺脏器,对许多疾病进行诊断和治疗的技术。经皮非血管介入技术对肿瘤的诊断和治疗具有安全、有效、并发症少等优点。肿瘤非血管介入诊疗技术主要包括经皮穿刺活检技术、管腔扩张和内支架成形术、经皮穿刺瘤内注射术、经皮多电极射频消融术等。活检术主要应用于全身各部位肿瘤性疾病的诊断和鉴别诊断,其他技术主要应用于胆道系统、消化系统和泌尿系统梗阻的治疗及实体瘤的治疗。

主要适应症

血管性介入:肺癌、食管癌、肝癌、肝转移癌、胃癌、肾癌、结肠癌、胰及十二指肠肿瘤、宫颈癌、卵巢癌、膀胱癌、肢体肿瘤等。

非血管性介入:实体瘤经皮活检,肺癌、肝癌瘤体内注射、食道癌食管内支架置入及胆管癌胆道支架置入等。

(作者为上海市中医医院放射科主任,教授;专家门诊:周一上午)

众所周知,卡介苗接种是用于预防结核病,怎么能治1型糖尿病呢?有些糖尿病专家也有这样的想法。可是今年8月8日在网上出版的《PLoS ONE》杂志却有这样一篇论文,认为可能治1型糖尿病(T1DM),而且是美国哈佛医学院麻省总院的工作。

他们的想法并非毫无根据。近二十年来动物自身免疫病(包括非肥胖糖尿病)的研究发现细胞因子——肿瘤坏死因子(TNF)可能作为新的免疫治疗。TNF可对T1DM导致选择性针对胰岛素的自身反应性T细胞死亡,但对健康的T细胞并无损伤。如此可使胰岛细胞再生。作者在10年前用糖尿病小鼠作过实验,可使血糖正常。但文章发表时编辑部不同意用胰岛细胞“再生”,只好改为“恢复”。以后就进行了这次人的研究。但大剂量TNF对人有害,只能用产生TNF的卡介苗来代替。

由于缺少基金资助,本文只有6例病程较久的T1DM病例,但方法严格是双盲、随机、安慰剂对照。卡介苗接种2次,间隔4周,0.1毫升皮肉注射于三角肌区,共3例,另3例用生理盐水。过去治疗用的胰岛素照旧。从研究开始起每周抽血一次,第8周起改2周一次,直至20周。

检查的指标有:①调节性T细胞(Tregs);②针对胰岛素的自身反应性T细胞,这些都由流式细胞仪测定;③谷氨酸脱羧酶(GAD),这是诊断T1DM的重要指标;④C肽,因为病人已用胰岛素,测胰岛素是分不清注射的还是自己产生的。

用卡介苗的3例中已死亡的针对胰岛素的自身反应性T细胞增加,Tregs增加,有2例C肽明显但暂时(约一周)增加,一例为

卡介苗能治1型糖尿病吗

◆ 张家庆



3.49pmol/L,另一例为2.57pmol/L。在盐水对照组中有一例偶然感染急性E-B病毒(疱疹病毒),因此病毒也能产生TNF,故也有轻度以上变化,但C肽增加很少。

作者的结论是卡介苗或E-B病毒暂时改变了T1DM的自身免疫,靠的是刺激病人的先天免疫反应。这说明卡介苗或其他对先天免疫的刺激物有助于治疗病程较久的T1DM。

但糖尿病学界不少人对此持不同意见,认为证据不足,只有3例而且1例C肽没有反应,也不能肯定为TNF所起作用。

他们正在请求慈善基金中扩大病例数并增加注射卡介苗的次数以作进一步研究。

但请我们的读者注意,即使他们下一步研究成功,那也是有利于约占5%的T1DM。而占我们糖尿病友中绝大多数的T2DM并不适用。切勿乱用卡介苗!

助力中国医疗器械研发

◆ 林涛

全球领先的医疗科技公司美敦力近日宣布,美敦力上海创新中心在上海浦东新区张江高科园正式成立。这是美国和欧洲之外的第一家美敦力创新中心。

美敦力上海创新中心将通过与中国科研机构和中国临床医生的合作,开发适合广大中

国病患的产品。

作为医疗科技行业的创新领导者,美敦力致力于革新慢性疾病的治疗手段。为此,上海创新中心设立了高水平的研发实验室,创新中心将成为医疗科技的孵化器,帮助渴望将创意理念转化为临床方案的中国医师在这里实现梦想。

从肾源紧缺谈“亲属活体供肾”

◆ 王立明

尿毒症是终末期肾脏疾病的共有的临床综合征,被称为“肾脏病中的癌症”。根据最新的统计数据,目前上海的尿毒症发病率约为万分之1.8,比20年前的发病率翻了一番。肾移植是根本改变尿毒症患者命运的唯一办法,由于肾源短缺,不少患者只能在血透治疗的同时经历漫长的等待。其实,亲属供肾已成为全世界缓解肾源短缺问题的主要途径。

随着生活习惯的改变,工作压力、精神因素、污染等原因导致越来越多的中青年人患上了尿毒症,其中男性更多。大多数病人不得不进行血透治疗。但血透治疗不能完全代替肾功能,即使接受治疗,病人仍处于半病状态,不能正常工作、学习,随着时间的积累,病人会出现体内各器官衰竭的情况,危及生命。

肾脏移植是公认的尿毒症患者的最佳治疗方法,但在实施过程中却要面临一个不可逾越的世界性大难题——肾源极度匮乏。从长征医院的情况来看,登记在册的患者中,仅十分之一左右的人能等到肾源,而这在国内已经是非常高的比率了。

至2005年,美、日等国的亲属间活体肾移植数已上升至年肾移植总数的50%左右。然而亲属供肾,在我国内许多人看来,少了一个肾脏会让自己“折寿”。对于这个问题,世界各国包括我国,我院大量专业工作者的长期科研总结结果早已证实,一个健康的肾脏是足以负担人体日常的生理需要的。只要严格按照标准筛查,供肾者绝不会因为少一个肾脏而影响自身的健康和生活。

为确保取肾手术技术安全,长征医院首创了“开放腹腔镜”取肾术,即结合了传统的“开放式取肾术”和新近的“后腹腔镜取肾术”的优点,既确保了“开放式手术”的安全性,又做到了手术创伤与“后腹腔镜取肾术”相似的要求,这样就最大限度地保障了供肾者的生理利益。

亲属间活体肾移植作为尿毒症患者优先选择的理想治疗方法,其安全性和有效性是完全能够得到保障的。

(作者为上海长征医院器官移植中心教授;专家门诊:周四下午)

讲座
咨询

9月6日(周四)下午1:30,上海市中医医院开展“前列腺与男性健康”

科普讲座咨询活动,地点:芷江中路274号门诊六楼第一教室。(罗云)