

脑外引流管,其引流管质地柔软,前端有多个侧孔,盲端圆钝,对脑组织损伤小。到血肿腔后通过脑组织的“膨胀”,复位过程中将经尿激酶液化的血肿排出颅外,使得脑组织复位与血肿清除同时进行。与开颅手术相比,微创钻孔血肿清除术的优点包括:医疗设备要求低,操作简单,手术时间短,在CT普及的县级医院都能开展;对正常脑组织损伤较小,术后疗效肯定;对心、肺、肾等重要脏器功能不全,全身状况不能耐受手术者尤为适用;不受年龄限制,治疗费用低,容易被患者及家属接受;几乎适用于除脑干出血以外的所有高血压脑出血类型^[4]。

但是,微创穿刺血肿属于盲穿,因此有可能出现血管及神经的损伤,因此,在选择穿刺点时,要熟练掌握穿刺路径的神经解剖结构,避开可能存在的重要血管和神经结构。尤其在锥颅时要注意颅钻的深度,尽量减少对脑皮层的损伤。本组病例中尚未发现因穿刺造成的出血及神经功能损伤。综上所述,微创手术治疗高血压脑出血操作简单、创伤小、手术费用

低,疗效确切,对于经济条件落后,医疗设备条件较差,医务人员技术水平有限的偏远贫困地区,开展此类手术较为实用,值得推广。

参 考 文 献

- 1 郭志强. 高血压脑出血术后再出血的原因及对策 [J]. 徐州医学院学报, 2010, 30(7): 438-439.
- 2 孙波, 刘展会, 张睿, 等. 超早期手术治疗高血压脑出血的疗效分析 [J]. 陕西医学杂志, 2010, 39(6): 685-686.
- 3 张帆, 游潮. 高血压脑出血手术治疗的研究进展 [J]. 中国脑血管病杂志, 2010, 7(4): 210-213.
- 4 田立杰, 赵鹏, 巴拉, 等. 基层医院脑出血微创手术治疗体会 [J]. 包头医学院学报, 2010, 26(3): 59-60.

(收稿日期:2011-01-28;修回日期:2011-03-23)

文章编号:1671-2897(2011)10-277-02

· 病例报告 ·

肺癌脑转移非手术治疗 1 例

王红* 汤传昊 刘晓晴 (北京丰台东大街解放军 307 医院肺部肿瘤内科,北京 100071)

关键词 厄洛替尼; 肺癌脑转移瘤; 机制
中国图书资料分类号 R 734.2 文献标识码 B

患者女性,48岁,无吸烟史;主因“左肺腺癌1年”于解放军307医院诊治。既往治疗经过:患者缘于2009年12月体检时发现左肺上叶占位,当时无胸闷、气短,无咳嗽、咳痰,无痰中带血,无发热、盗汗,未予重视。2010年1月就诊于医科院肿瘤医院,胸部CT示左侧肺部占位,查体左侧锁骨上淋巴结肿大。于该院行淋巴结穿刺活检,病理结果回报:腺癌,EGFR基因突变监测EGFR 19外显子可疑缺失。2010年2月至2010年6月在该院进行DC+泰欣生方案(多西他赛100mg, d1;顺铂130mg分3d;泰欣生400mg, d1、8、15(第1、8、15天)一线诱导化疗6个周期,最佳疗效部分缓解。2010年7月始序贯胸部放疗30次。2011年10月15日患者出现头痛、头晕,11月12日于医科院肿瘤医院做脑部MRI平扫未见明显异常;复查胸部CT:左肺上叶后段结节较前缩小,右上肺胸膜下小结节,双肺散在淡片状模糊大致同前,纵隔多发小淋巴结;B超示:肝多发囊肿、双侧腹股沟淋巴结探及一个0.8cm

×0.3cm肿大淋巴结。当日癌胚抗原(CEA)149.2ng/ml;神经元特异性烯醇化酶(NSE)18.66ng/ml。2010年11月19日头部增强MRI提示:左侧顶叶点状影,提示脑转移。在我院诊断为:左肺腺癌IV期(T1N2M1)左锁骨上淋巴结转移 脑转移。患者头痛、头晕症状进行性加重并出现呕吐。12月17日做腰穿查脑脊液:糖、蛋白、氯化物正常;CEA759.4ug/L,血CEA295ug/L。经科内会诊并征得患者和家属同意后,于2010年12月22日给予二线特罗凯(Tarceva)150mg/d靶向治疗,同时给予对症治疗,7d后临床症状明显缓解,服药1月后,复查疗效评价病情稳定(stable disease, SD),血CEA92.5ug/L。主要不良反应为Ⅱ度皮疹。患者服药2月时无进展生存期(progression-free survival, PFS)评分由3分上升为1分,血CEA82.5ug/L。自觉无头痛、头晕、呕吐等,临床症状完全缓解,生活自理。此后每月随访,至今已5个月,疗效评价仍为SD。2011年5月19日复查头部增强MRI提示:颅内未见转移征象。患者一般情况良好,生活自理,可以从事轻度家务。

讨论:肺癌是全世界癌症相关死亡的最主要原因^[1],肺癌病例中大约85%~90%为非小细胞肺癌(NSCLC)。目前认为标准化疗只能小幅改善总生存率,不到30%的转移性NSCLC患者对铂类为基础的化疗有疗效反应,只有3.5%的转移性

作者简介:王红,副主任医师,博士,电话:(010)66947164, E-mail: wanghong56@hotmail.com

*通讯作者:王红,副主任医师,博士,电话:(010)66947164, E-mail: wanghong56@hotmail.com

NSCLC 患者在诊断后可生存 5 年。于是将人们注意力转向新的治疗方法。

一半以上的 NSCLC 患者出现表皮生长因子受体 (epidermal growth factor receptor, EGFR) 信号通路的激活, 这种激活可以是 EGFR 蛋白过表达、基因拷贝数增加或基因突变的结果^[2,3]。分泌性生长因子如表皮生长因子 (EGF) 及其他 EGF 样生长因子的结合, 可导致诱导受体二聚体形成, 从而造成激酶域内酪氨酸残基的磷酸化。这些磷酸酪氨酸主要通过促分裂原活化的蛋白激酶 (MAPK) 和磷脂酰肌醇 3-羟激酶 (PI3K) 通路 (诱导细胞增殖、抑制凋亡) 来招募触发细胞内信号级联反应的协调蛋白。

厄洛替尼 (商品名: 特罗凯) 和吉非替尼均为可逆性、高特异性的 小分子酪氨酸激酶抑制剂 (tyrosine kinase inhibitors, TKI), 他们竞争性阻断三磷酸腺苷与其位于 EGFR 酪氨酸激酶域上的结合位点的结合, 从而抑制自磷酸化并阻断下游信号传导。对于存在基因突变 (激活 EGFR) 的肿瘤, 这些肿瘤的存活可能转而依赖于 EGFR 通路的激活。

治疗: 最初临床试验的亚组分析显示, 具有某些特定临床和组织学特性的患者 (女性、东亚血统、无吸烟史的患者以及腺癌患者), 接受这种治疗有较高的反应率和总生存率^[4]。因此, EGFR 酪氨酸激酶抑制剂已经成为有疗效反应的 NSCLC 患者亚组的一线治疗用药。对于产生基因突变的非鳞癌肺癌患者, 小分子酪氨酸激酶抑制剂已经是美国国立综合癌症网 (National Comprehensive Cancer Network, NCCN) 一线标准方案。但对于另外行标准全身化疗 (接受经典化疗药物: 如吉西他滨或紫杉类药物) 的患者, 临床上经常以它为二线治疗方

案, 其患者受益情况有待于进一步探讨, 本病例就是二线治疗患者明显受益的典型例子。患者服药 2 月时临床症状完全缓解, 生活自理; 5 个月时疗效评价仍为 SD, 至今仍在随访中。

预后和展望: 特罗凯, 作为小分子的靶向治疗药物, 对 NSCLC 合并脑转移的恶性肿瘤疗效比较明显, 能改善症状、大大提高了患者的生活质量, 延缓了病程进展, 本病例目前稳定时间达到 6 个月, 远期效果还有待进一步观察。以上治疗经过提示: 针对特罗凯开展的临床观察和研究结果使癌症患者看到新的希望。但是真正的作用机制与疗效还有待于进行长期、大样本、随机、多中心的临床研究。

参 考 文 献

- 1 Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2008 [J]. CA Cancer J Clin, 2008, 58(2): 71 - 96.
- 2 Yarden Y, Sliwkowski MX. Untangling the ErbB signalling network [J]. Nat Rev Mol Cell Biol, 2001, 2(2): 127 - 137.
- 3 Citri A, Yarden Y. EGF-ERBB signalling: towards the systems level [J]. Nat Rev Mol Cell Biol, 2006, 7(7): 505 - 516.
- 4 Mitsudomi T, Kosaka T, Endoh H, et al. Mutations of the epidermal growth factor receptor gene predict prolonged survival after gefitinib treatment in patients with non-small-cell lung cancer with postoperative recurrence [J]. J Clin Oncol, 2005, 23(11): 2513 - 2520.

(收稿日期: 2011 - 05 - 06; 修回日期: 2011 - 05 - 28)

