

鼻部症状上均有明显的疗效,但对于术后出血量大的鼻腔填塞来说,凡士林纱条因其压迫止血效果好应首先使用。总之,理想的止血材料有利于鼻内镜术后恢复,需根据患者不同病情选择合适的填塞材料。

4 参考文献

- [1] 许庚,李源.内镜鼻窦外科学[M].广州:暨南大学出版社,1994:117-148.
- [2] 胡要飞,张建斌,肖慈然,等.鼻内镜术后填塞止血材料藻酸钙与凡士林比较的 Meta 分析[J].浙江临床医学,2012,14(6):756-758.
- [3] 吴家森,殷海,何引,等.鼻内镜术后两种鼻腔填塞材料的效果比较[J].微创医学,2013,8(3):320-322.
- [4] 范彩云,王坤.不同鼻腔填塞物用于慢性鼻窦炎鼻内镜术后临床观察[J].现代医学卫生,2013,29(4):502-503.
- [5] Lee H M, Lee S H, Hwang S J. A giant pyogenic granuloma in the nasal cavity caused by nasal packing [J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2002, 259: 231-233.
- [6] 苏惠芹.膨胀止血海绵在鼻内镜术后鼻腔填塞中的应用[J].四川医学, 2014, 35(10): 1335-1336.
- [7] 李元庆.不同填塞材料在鼻内镜术后对患者止血效果和伤口疼痛的影响[J].中外医学研究, 2013, 11(32): 62-63.
- [8] 杜娟,孙敬武.鼻内镜术后两种鼻腔填塞材料的应用比较[J].安徽医学, 2010, 31(4): 1090-1091.
- [9] Shoman N, Gheriani H, Flamer D, et al. Prospective, double-blind, randomized trial evaluating patient satisfaction, bleeding, and wound healing using biodegradable synthetic polyurethane foam (NasoPore) as a middle meatal spacer in functional endoscopic sinus surgery[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2009, 141(1): 112-118.

(收稿日期:2014-11-27)

(本文编辑:沈叔洪)

甲状腺未分化癌 5 例诊治分析

梅林航 蔡杨俊

甲状腺未分化癌(ATC)是最具侵袭性的甲状腺肿瘤,其发病率虽然较低,但病死率很高。根治性手术有利于控制局部病情并延长患者的生存时间,但效果不理想。以手术联合放疗、化疗、靶向及其他生物治疗的综合性治疗措施有望提高其疗效。2013 年 1 月至 2015 年 1 月我院肿瘤外科收治 ATC 患者共 5 例,现对其诊治情况总结报道如下。

1 临床资料

本组 5 例患者中男 2 例,女 3 例;年龄 49~77 岁,平均约 63 岁。均因颈部肿块入院,其中伴有不同程度的呼吸困难 3 例,声音嘶哑 2 例。术前行细针穿刺细胞学检查(FNAB)1 例,涂片找到恶性肿瘤细胞,但未能明确诊断;粗针穿刺细胞学检查 3 例,均明确诊断为 ATC。3 例确诊患者均接受“紫杉醇针 80mg/m²,每周 1 次”方案行术前化疗;其中 2 例经化疗后肿瘤缩小,随后行甲状腺全切除术,术后继续接受化疗及放疗;另 1 例化疗后效果不佳,因合并严重支气管狭窄且难以行支气管支架植入术,患者及家属要求放弃放、化疗等进一步治疗。2 例患者直接接受手术治疗,其中 1 例行甲状腺腺叶及峡部切除术加

患侧中央区淋巴结清扫术,术后明确诊断后接受“紫杉醇针 80mg/m²,每周 1 次”方案化疗,因化疗效果不佳,后续接受放疗;另 1 例行甲状腺全切除术加双侧中央区淋巴结清扫术,术后明确诊断后直接接受放疗。5 例患者均得到随访,1 例放弃治疗 3 个月后因疾病进展死亡;1 例术后确诊 ATC 接受放、化疗后效果不佳,疾病复发 1 个月后死亡;1 例术后病理学检查诊断为 ATC 合并甲状腺乳头状癌,目前正接受放疗,余 2 例均健在。截止本文收稿,5 例患者最长存活时间 1 年半,最短 5 个月。

2 讨论

ATC 是最具侵袭性的甲状腺上皮性肿瘤,是人类最致命的恶性肿瘤之一。ATC 约占临床确诊甲状腺恶性肿瘤的 5%,但其病死率高达 90%,平均生存时间为 6 个月^[1]。ATC 被 WHO 定义为高度恶性肿瘤,全部或部分由未分化细胞构成,从免疫组织化学或超微结构层面上看,其细胞具有上皮来源的特性。ATC 通常以老年人多见,女性多发,平均年龄在 60 岁。患者常因肿瘤巨大并迅速侵犯喉返神经引起声音嘶哑而就诊,且往往由于侵犯周边组织(如食管和气管等)或远处转移使得手术难以达到根治目的。手术切除范围广、年龄小(<60 岁)、肿瘤小(长径<7cm)、接受高剂量放疗、无远处转移以

及采取综合性治疗的患者,预后较好^[2-3]。其中 ATC 的疾病分期是最重要的预后因素,且起源于分化型甲状腺癌的 ATC 其预后相对较好^[4]。本组患者的资料显示,5 例患者平均年龄约 63 岁,其中女性 3 例,与上述文献报道基本一致。其中 2 例合并有分化型甲状腺癌的 ATC 患者其生存时间相对更长。

ATC 因失去摄碘能力,导致放射性碘治疗以及抑制促甲状腺激素的内分泌治疗均无效。基于 ATC 的高侵袭性、高恶性程度,单纯手术、放疗、化疗往往不能控制疾病进展。为了延长患者生存时间,探索手术、放疗、化疗、生物治疗的综合性治疗措施非常重要,诊治时应注意以下几方面。(1)正确并快速诊断:正确的组织病理学诊断在区别其他相对低侵袭性和高治愈性的肿瘤中至关重要。组织病理学标本可通过 FNAB、粗针穿刺细胞学检查或手术中获得。本组患者资料显示,1 例行 FNAB 者病理未能明确诊断,说明该法具有一定的局限性。FNAB 的诊断效能可能受穿刺方式、穿刺次数、操作医师经验等诸多因素影响,多点、重复穿刺、超声引导及操作技术熟练都能提高 FNAB 诊断水平^[5]。(2)手术治疗:首先决定肿瘤是否可切除。根据 TNM 分期,所有 ATC 均为 IV 期甲状腺癌。IVa 期病灶局限于甲状腺腺体内,IVb 期肿瘤突破甲状腺组织,IVc 期肿瘤已发生远处转移。IVa 期肿瘤可切除,而 IVb 期肿瘤可能可以切除或不可切除。不可切除的 ATC 几乎是致命的,如果技术上可行,最好进行手术,以避免不可手术导致的死亡。(3)放疗治疗:完全或近全切除的无远处转移患者应该接受放疗。(4)化疗:有助于延长患者的中位生存时间。常用于 ATC 的化疗药物有阿霉素、顺铂、博来霉素、依托泊甙和米托蒽醌等,近年来一些新的化疗药物也开始应用,如泰素、泰索帝、吉西他滨等^[6]。(5)生物治疗:虽已有研究表明综合性治疗能够延长 ATC 患者的生存时间,但结局仍不容乐观。甚至这些对人体有毒的方案是否对患者的

生活质量和生存时间,尤其是对晚期转移的患者有真正的好处尚证据不足。因此,研制能改善预后且毒性低的新药物已至关重要。目前 ATC 分子靶向治疗主要以抗肿瘤新生血管和抑制肿瘤细胞增殖为主,药物有考布他汀 A4 磷酸酯(CA4P)、伊马替尼、索拉非尼、阿西替尼、吉非替尼和帕唑帕尼等^[7],其疗效尚需临床进一步验证。

总之,ATC 的治疗目前仍然是临床上所面临的挑战,尽管已有针对该疾病的手术、放疗、化疗及生物治疗的综合性研究,但仍未找到标准且有效的治疗方法。目前,根治性手术能够控制局部病情,明显改善患者的预后,同时辅以放疗、化疗及其他生物治疗的综合性治疗有助于提高疗效。

3 参考文献

- [1] Ragazzi M, Ciarrocchi A, Sancisi V, et al. Update on anaplastic thyroid carcinoma: morphological, molecular, and genetic features of the most aggressive thyroid cancer[J]. Int J Endocrinol, 2014,2014:790834.
- [2] 陈国芳,刘超. 2012 年美国甲状腺学会甲状腺未分化癌诊治指南解读[J]. 中华内分泌代谢杂志,2014,30(4):284-287.
- [3] O'Neill J P, Shaha A R. Anaplastic thyroid cancer[J]. Oral Oncol, 2013,49(7):702-706.
- [4] Parenti R, Salvatorelli L, Magro G. Anaplastic Thyroid Carcinoma: Current Treatments and Potential New Therapeutic Options with Emphasis on Tfr1/CD71[J]. Int J Endocrinol, 2014, 2014: 685396.
- [5] 詹维伟,倪晓枫. 细针穿刺抽吸活检在甲状腺结节诊断中的应用[J]. 诊断学理论与实践,2014,13(5):472-475.
- [6] 何震云. 甲状腺未分化癌的综合治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(5):401-404.
- [7] 陈静,何震云. 甲状腺未分化癌的治疗进展[J]. 中国癌症杂志,2014, 24(4):310-315.

(收稿日期:2015-02-16)

(本文编辑:李媚)

《浙江医学》对作者署名的一般要求

同时具备以下 3 项条件者方可署名为作者:(1)参与选题和设计或资料的分析与解释者;(2)起草或修改论文中关键性理论或其他主要内容者;(3)能对编辑部的修改意见进行核修,在学术界进行答辩,并最终同意该文发表者。仅参与研究项目资金的获得或收集资料者不能列为作者,仅对科研小组进行一般管理者也不宜列为作者。对文章中的各主要结论,均必须至少有 1 位作者负责。作者中如有外籍作者,应征得其同意,并在投稿时向编辑部提供相应证明材料。集体署名的文稿,在题名列出署名单位,于文末列出整理者姓名,并须明确该文的主要负责人,在论文首页脚注通信作者姓名、单位、邮政编码及 E-mail 地址。通信作者一般只列 1 位,由投稿者确定。如需注明协作组成员,则于文末参考文献前列出协作组成员的单位及姓名。作者的具体排序应在投稿前即确定,在编排过程中不应再改动,确需改动时必须出示单位证明。

本刊编辑部