

肺癌介入治疗若干问题探讨

萧 湘 生

肺癌是最常见的恶性肿瘤。一经发现,多数已失去手术机会。近年来,国内广泛开展对肺癌的介入治疗,其中主要是经支气管动脉灌注化疗,取得了较为满意的疗效。但是也存在一些值得注意的问题,现讨论如下。

一、必须明确诊断

最好对每一例肺癌病人,在介入治疗前作出组织学诊断并进行组织学分类,因为不同组织类型的肺癌对不同的抗癌药物敏感性不同,正确分类不仅有利于选择最敏感的化疗药物提高疗效。也有利于总结经验提高水平。但尚存在在胸部平片上发现肺部肿块,没有取得组织学证据,甚至缺乏典型的影像学征象就进行介入治疗。还有发现胸水就经胸腔灌注抗癌药的情况,不仅给病人造成痛苦而且造成很大的浪费,这是必须纠正的倾向。虽然对每一例肺癌病人作出组织学诊断并非易事,但只要认真采用下述方法,绝大多数病人是能够作出明确诊断的:(1)重视主诉,临床症状和体征;(2)常规X线检查,包括透视、X线平片和体层片;(3)CT或/和MRI检查。通过这些检查应明确:(1)病灶的数目、大小;(2)起源部位和侵犯范围;(3)有无支气管狭窄、阻塞和肺不张;(4)有无血管侵犯如腔静脉癌栓;(5)有无胸膜侵犯和胸水;(6)有无肺门、纵隔淋巴结及远处转移。这些都利于术后进行准确的疗效评价。例如,要明确有无远处转移,有条件者除进行胸部CT检查外,必要时应行头、肝、肾、肾上腺等器官的CT检查,国内外有些单位规定,对怀疑肺癌者胸部CT扫描应常规扫到肾上腺。血管造影虽不能作为肺癌的常规诊断手段,但当上述非创伤性检查不能明确诊断时,也不失为一种有价值的诊断方法,数

字减影血管造影(DSA)更为有效。在介入治疗前应常规先进行支气管动脉造影,肺癌的血管造影表现是:(1)供血的支气管动脉增粗、增多、扭曲;(2)肿瘤血管形成,即在绝大多数肺癌肿块内出现无数新生的、扭曲的和杂乱无章的小血管和毛细血管;(3)肿瘤染色,即在毛细血管充盈期肿瘤的密度均匀深浓染,把肿瘤的大小形态清楚勾划出来,但其中的坏死区密度不增浓;(4)血管短路与分流,由于肿瘤对血管的侵蚀与破坏,加上体循环压力高于肺循环,使肿瘤内支气管动脉与肺动、静脉直接沟通,并通过肺动、静脉分流;(5)转移的淋巴结出现类似上述的肿瘤血管和肿瘤染色等表现。获得组织学诊断的方法主要有三种:(1)反复进行痰细胞学检查;(2)对中央型肺癌行支气管镜检查;(3)对周围型肺癌行经皮穿刺活检,对距胸壁较远的肿块,一般作细针抽吸活检以减少并发症,对靠近胸壁者可用粗针活检提高阳性率。有胸水者可抽水作细胞学检查。

二、关于治疗途径的选择

目前肺癌的介入治疗多选用支气管动脉,但由于肺有双重血供,故有的医师选择肺动脉或经支气管动脉及肺动脉双向给药。笔者对几十例肺癌病人在介入治疗前分别行支气管动脉及肺动脉数字减影血管造影,发现虽然正常肺组织为双重供血,并以肺动脉为主。但肺癌的血供却主要来自支气管动脉,造影未见有肺动脉分支的参与,可能因为肺循环压力低于体循环压力,也可能因为肿瘤的肺动脉供血成分较

作者单位: 200003 上海市,第二军医大学长征医院影像科

少。因此认为,肺癌的灌注或栓塞治疗应选用支气管动脉为主。

三、治疗方法与药物的选择

目前肺癌的介入治疗,主要采用经支气管动脉灌注化疗药物的方法,较少采用栓塞。因为支气管动脉可能有小分支供应脊髓,担心栓塞引起脊髓损伤。但是众所周知,肝动脉灌注加栓塞对肝癌的疗效大大优于单纯肝动脉灌注。肺癌的治疗是否也如此?笔者对 70 多例肺癌进行支气管动脉灌注加栓塞治疗,未发生脊髓损伤,一次治疗后疗效优于单纯的一次灌注化疗,但是由于支气管动脉管径小,栓塞以后常不易再通,失去继续治疗的通路。因此,治疗肺癌是否采用栓塞,如何栓塞,用什么物质栓塞等问题值得进一步研究。抗癌药物的选择,原则上应根据肿瘤的组织学类型选择最敏感的化疗药物,至少要分出小细胞和非小细胞肺癌。由于部分从事介入治疗的医师用药经验不足,可与肿瘤专家和肺科专家协商。至于如何联合用药,疗效

最佳,副作用最小的剂量是多少,是否应与静脉化疗等量等问题,仍是一个应探讨的课题。

四、关于并发症的预防

支气管动脉灌注与栓塞治疗最严重的并发症是脊髓损伤,重者造成永久性截瘫。据报道,国内发生率约为 2%~5% 甚至更高。我们治疗的几百例病人除一例发生下肢肌张力减退无力外,尚未发现有截瘫者。主要措施是:(1)尽可能采用非离子型造影剂。据认为,高渗的离子型造影剂是造成脊髓损伤的最主要原因。但是并非离子型造影剂一定不能用,我们几年前也用离子型造影剂,不过应稀释到 40% 以下。无论何种造影剂,造影时均用手推注,不用高压注射器,防止压力过高造成损伤;(2)抗癌药要尽量稀释,并缓慢推注,避免浓度过高造成血管损伤;(3)无论造影剂或抗癌药的温度要接近体温,防止物理损伤;(4)操作要轻巧,避免损伤血管壁造成栓塞;(5)术后水化(足量输液);(6)适当用抗凝剂或中药的活血化瘀治疗。

髂内动脉栓塞治疗妇科恶性肿瘤阴道转移灶大出血二例

周胜利 曹 刚 房 瑜

两例妇科恶性肿瘤阴道转移病灶破溃出血中,年龄分别为 31 岁、34 岁,均为农民。

例 1,葡萄胎刮宫 5 月,下腹胀 2 月入院,妇科检查,右侧穹窿至阴道上 1/3 一片浸润,稍高出阴道粘膜,宫体增大如孕 5 月, B 超检查及血 β -HCG 大于 50ng/ml 提示恶性葡萄胎。入院后曾行 2 次全身化疗,子宫及阴道转移灶无明显缩小且大便时,阴道转移灶破溃大出血约 1000ml。

例 2 葡萄胎刮宫术后 1 年余,子宫角绒毛癌病灶破裂,行子宫次全切除术后 2 月,阴道出血 8 小时入院。重度贫血貌、阴道后壁见 3.5cm×3.5cm×1cm 肿块,表面破溃有活动性出血,血 β -HCG 大于 50ng/ml、诊断绒毛膜上皮癌阴道转移失血性休克。以阴道纱布填塞压迫止血,效果较差。

治疗方法:两例均采用 Seldinger 技术,经皮股动

脉穿刺,将 6.5F Cobra 导管至腹主动脉分叉处,注入 60% 泛影葡胺 40ml,行血管造影、肿瘤侧髂内动脉脏支有明显团片状造影剂外溢,经导管注入化疗药物及 2×2mm 和 2×10mm 明胶海绵颗粒适量,栓塞后再行髂内动脉造影,病理性血管影消失,无造影剂外溢。拔管,穿刺点加压包扎。栓塞化疗过程中无不良反应,阴道出血立即停止。例 2 术后 24 日,阴道病灶再次破溃出血,给予第二次髂内动脉栓塞化疗。4 周后,子宫及转移病灶明显缩小,破溃处愈合,3 月后,子宫恢复正常大小,阴道转移病灶为疤痕组织替代,粘膜颜色恢复正常。血 β -HCG 下降至 3.1ng/ml 以下。两例术后均伴轻微消化道症状、发热、体温波动于 38~39℃ 之间,平均持续 7 天,随访 18 月未见阴道病灶出血。

作者单位:222000 江苏省连云港市第一人民医院