

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