

再切出髓核时,加用“蛇吞式”切割器其髓核切出量(既往尸体实验证明)可增加 4 倍,并能在突出物后根部抓、拉、抽、吸,更有益于突出物还纳。4. 尸体实验证明能切除不完全的干涸髓核但切不断富有弹性的正常纤维环。该器械可谓安全、高效、实用、价廉。

参考文献

1. 尹超,周祖刚,陈久贵等经皮穿刺椎间盘切除术治

疗腰椎间盘突出症(附 63 例分析)。中华放射学杂志 1993;27:593。

2. 郭俊渊。为促进和提高经皮椎间盘切除术而努力。中华放射学杂志 1993;27:585。

3. Onik G, Marron J, Helms C, et al. Automated percutaneous discectomy: initial patient experience. work in progress Radiology. 1987;162:129。

158 例中晚期肺癌 BAI 疗效分析

郭卫平 王执民 王锁才

我们从 1989 年 1 月~1993 年 12 月,采用支气管动脉灌注抗癌药物(BAI)的方法治疗 158 例中晚期肺癌病人,取得了较好的疗效,现报道如下。

材料和方法

158 例病人中,男 124 例,女 34 例,年龄 23~74 岁。全部病例均有影像检查(CT,正侧位胸片)和病理检查证实。中央型 86 例,周围型 72 例。Ⅱ期 19 例,Ⅲ期 A54 例,Ⅲ期 B50 例,Ⅳ期 35 例。男性病人鳞癌为主(占 34.7%),女性以腺癌为主(占 47.1%)。

全部病例均采用 Seldinger 技术,经股动脉插管,将 6~7F 端孔导管置于病侧支气管动脉,先行数字减影血管造影(DSA),确定肿瘤供血动脉后,即行 BAI 治疗。将顺铂 40~80mg 或卡铂 300~500mg,阿霉素或表阿霉素 30~50mg,丝裂霉素 8~12mg,足叶乙甙(VP-16) 200mg,环磷酰胺 800~1000mg,用生理盐水稀释后依据细胞类型不同,以不同的组合方案,注入病侧支气管动脉。合并有纵隔淋巴结、脑、肝、骨等其它脏器转移的病例,同时进行相应部位供血动脉的 DSA 与 BAI。4 周后重复治疗。

结 果

一、疗效

158 例病人共做 BAI492 次,最少 1 次,最多 8 次,平均 3 次。治疗后以胸片,CT 及 DSA 显示肿瘤变化情况。依据国家卫生部药物审评委员会制定的实体肿瘤客观疗效评定标准进行疗效判定。CR5 例(3.1%);PR102 例(64.6%);MR29 例(18.4%);SD10 例(6.3%);PR12 例(7.6%)。总有效率(CR+PR)67.7%;总缓解率(CR+PR+MR+SD)95.0%。

二、副反应及并发症

1. 消化道反应:BAI 后病人的消化道反应与化疗药物种类,剂量有关。顺铂,环磷酰胺可致严重呕吐,可用胃复安、康泉、激素,输液对症处理,很少发生水电解质紊乱。除一例病人术后合并严重的心律紊乱发生心源性休克死亡外,未发现其它严重毒副反应。3. DSA 与 BAI 引起的副反应:高压注入泛影葡胺与推注足叶乙甙时,病人常有胸骨后灼痛,咽部刺激,咳嗽。个别病人出现轻度双下肢感觉障碍与胸背部一过性疼痛,背部皮肤局限性潮红,肿痛,水泡等。无一例发生脊髓损伤等严重并发症。

讨 论

BAI 治疗中晚期肺癌较之以前的静脉化疗,有许多优点,取得了显著疗效。我们体会 1. 绝大多数中晚期肺癌病人只要不合并严重的呼

吸困难,没有严重的动脉硬化,血管扭曲,意识清楚,没有明显的凝血时间延长及血小板白细胞降低等情况的各期肺癌病人均可接受 DSA 检查与 BAI 治疗。2. 但以下情况可影响疗效。晚期肺癌合并纵隔转移,肺门巨大肿块压迫支气管动脉,插管不能到位;多处脏器转移,在总药量不超过机体毒性耐受范围内多次灌注,疗效低,预后差;合并脑转移者,疗效差。3. 由于肿瘤供血动脉增粗,“血管池”的蓄积作用与虹吸作用使抗癌药物高浓度长时间作用于肿瘤细胞,可减少药物用量,减轻了对消化道的刺激和对肝、肾、心脏等脏器的损害。4. BAI 疗效与肿瘤生长部位和病理细胞类型无明显相关,与临床分期关系密切。I 期与 III 期 A 组总缓解率明显高于 II 期 B 与 IV 期组。5. 关于 BAI 导致脊髓损伤的问题,是影响 BAI 广泛开展的重要因素,文献报道约 2%~3% 发生截瘫,部分病例永远不能恢复。我们治疗 492 例次未发生一例截瘫。采取的办法是:(1) 稀释离子型造影剂至 38% 的低浓度,确定为供血动脉后高压注入

0.5ml/s, 4~6ml/次行 DSA。经济条件允许尽量采用非离子型造影剂。(2) 操作熟练,轻柔,随时注意病人反应,术后密切观察下肢神经系统反应,及时对症处理。(3) 用足够量生理盐水稀释抗癌药,灌注足叶乙甙,丝裂霉素等对血管刺激性大的药物时,速度必须缓慢。6. 胸背部皮肤红肿,疼痛,水疱等 BAI 后合并症,可采用湿热敷,频谱治疗及黄连素氧化锌油外涂的方法对症治疗。

参考文献

1. 廖美琳,等. 中国常见恶性肿瘤诊治规范第六分册 原发性支气管肺癌。1991 至 6 月第 2 版。
2. 刘子江,等. 支气管动脉内灌注抗癌药物治疗中晚期肺癌 227 例疗效观察。中华放射学杂志 1990;24:(增刊)1。
3. 萧湘生,等. 支气管动脉灌注并栓塞治疗肺癌。介入放射学杂志 1994;3(1)。
4. 彭志康,等. 支气管动脉药物灌注治疗中晚期肺癌 影像诊断与介入放射学 1992;1(2);72。

先天性冠状动脉瘘合并巨大动脉瘤一例

张 岩 戴汝平

患者女性,6岁,二年前因患感冒在当地就医时发现“心脏病”,平素易感冒,无紫绀及踮踞病史。

查体:发育正常,无紫绀及杵状指,在胸骨正中及右侧第二肋间可闻及 G_{II}/6 双期连续杂音,震颤(+),末梢血管征可疑。

心电图:大致正常。

X 线平片:双肺纹理重,主动脉结小,肺动脉段轻凸;心脏增大,左侧房室大为主,心胸比例 0.63,透视下左前斜位心前缘上段见局限性隆起。

超声心动图:左室大,房间隔中上部呈瘤状膨向右房侧;主动脉根部左后方发出一血管向左行至房室环处,再向后上方延伸至左房上部,左冠状动脉开口部位显示欠佳,诊断为冠状动脉瘘,房间隔瘤。

升主动脉造影:主动脉左窦部扩张,发出一条粗大迂曲的异常血管向右后侧行走,其远端管腔呈巨大瘤样扩张,最大直径处约 6cm,腔内可见膜性分隔,造影剂排空延迟,其终端引流入右心房;左冠状动脉前降支及回旋支走行部位大致正常但发育偏细小,右侧房室增大(见图

作者单位:100037 中国医学科学院阜外医院放射科