

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

1,图 2)。诊断为先天性心脏病,左冠状动脉-右房瘘,引流血管较特殊呈巨大瘤样改变。

此患者于我院外科行冠状动脉瘘结扎术。术中所见:心脏增大,双心室及右房大;主动脉左窦明显扩张,左冠状动脉主干粗 3mm,前降及对角,回旋支正常;上腔静脉入右房处深方有 4×4cm 的瘤样结构;内壁光滑,与右房有两处连通(直径为 2mm 和 1mm),与冠状动脉藉直径 2.5mm 小孔连通。术中于低温和体外循环下切开右房壁,连续缝合右房内瘘口;切开瘤样结构,于内壁修补同冠状动脉相通的瘘口。术后恢复良好,顺利出院。

先天性冠状动脉瘘是一种少见的心血管畸形。本例冠状动脉瘘系由左冠状动脉发出,其供应血管较为特殊,与前降支或回旋支无关而单

独起自左主干近端,行走于主动脉的后方,部位深在;动脉瘤样结构在正侧位观察,都与左房影有重叠,故超声探查有一定限度(曾诊为房间隔瘤),难以发现其确切的引流部位而只能定性诊断。心血管造影则能清晰显示异常血管全貌,起始及终端定位准确,是诊断该类疾病的首选方法。

大多数冠状动脉瘘都可合并动脉瘤样改变。Steinberg 等认为这是由于分流的存在,冠脉内容量负荷增加而导致的继发性血管扩张,而非真正意义上的动脉瘤(Circulation 1958; 17:372)。Harris 等则认为由于局部血管壁弹力组织发育不良,或合并远端流入心腔处的相对狭窄,有可能发生血管壁的局限性膨凸而形成真性动脉瘤(AmJ Path 1937;13:89)。

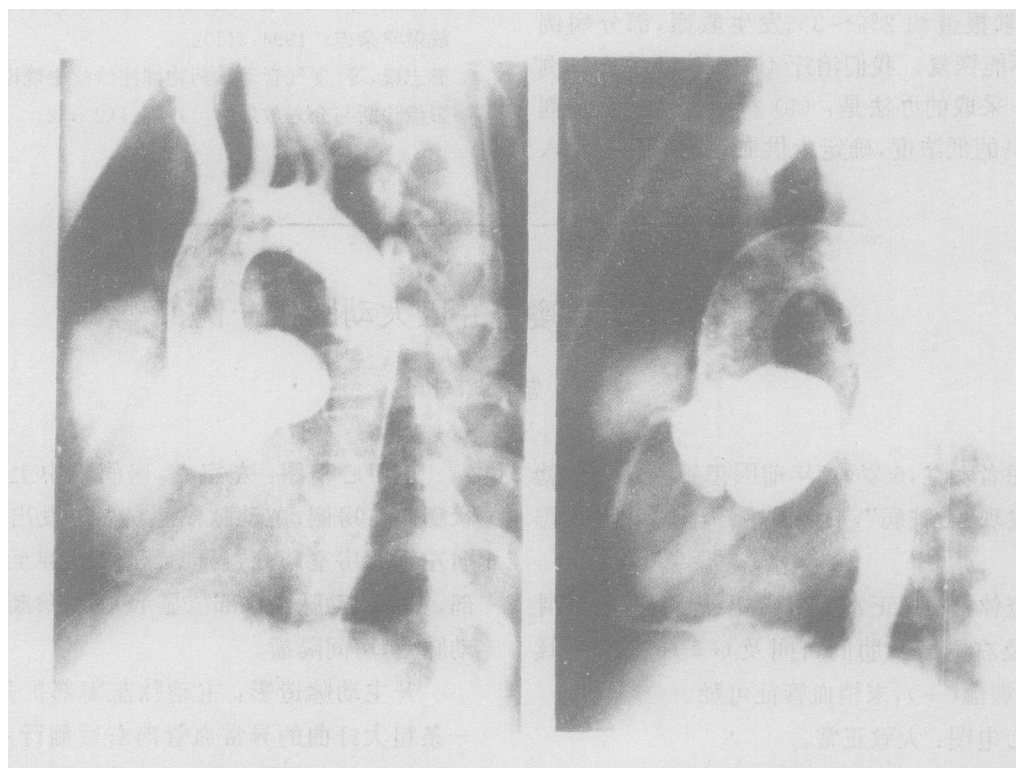


图 1 起自左冠窦的粗大动脉瘘血管向右后下方行走

图 2 所示巨大动脉瘤,远端流入右心房