

狭窄、梗阻 发生率 3% ~ 20% 为防止癌组织或肉芽组织腔内生长期, 可采用被覆支架一般应超过病变两端各 20mm, 以防癌组织向支架两端生长造成再狭窄, 但有效的方法是支架置

入后给予规范性放疗或化疗, 一旦出现狭窄可再置入一根支架。

(五) 球囊扩张及支架置入后均有轻度胸痛、少量出血对症处理即可。

巨型肝海绵状血管瘤栓塞治疗

强万本 蔡东顺 朱望东

肝海绵状血管瘤(简称血管瘤)是肝脏最常见的良性肿瘤, 可单发, 可多发和多囊肿。以单发多见。肿瘤小, 临床无症状, 不需治疗。肿瘤巨大可压迫周围脏器引起相应症状。因肿瘤巨大, 致肝脏张力过高, 隐存着肝破裂的危险。我院于 1993 年 ~ 1997 年对 28 例肝巨型血管瘤行栓塞治疗取得满意疗效, 现报告如下。

材料与方 法

28 例巨型肝血管瘤均单发。男性 22 例, 女性 6 例。年龄 52 ~ 73 岁, 平均 58 岁。肿瘤分布肝右叶 17 例, 肝左叶 2 例, 9 例跨越左右叶。肿瘤最大直径 13 ~ 23cm。临床主要表现: 上腹包块, 腹胀、腹痛、食欲不振、消瘦。5 例出现进食后呕吐。28 例做了 45 次栓塞。

采用改良 Seldinger 法穿刺, 用泰尔冒公司产 5.5F Rh 导管。先行腹腔动脉造影, 根据造影血管走行超选择将导管尖置于最接近肿瘤的供血血管内。栓塞剂为 40% 超液化碘化油和明胶海绵微粒。栓前、栓中、栓后经导管分次推注 1% 利多卡因 15ml。依 2ml/mm 速度经导管推注碘化油 20ml, 在此基础上再用 1mm × 1mm 的明胶海绵微粒栓塞, 依推注造影剂流速减慢为限, 然后经导管推注庆大霉素 16 万 U, 结束手术。术后常规静脉补液 1500ml/d +

VC300mg + 氨苄青霉素 6g, 连续 4 ~ 7 天。2 月后复诊 24 例, 两次栓塞 17 例, 2 ~ 4 月后复诊 11 例, 复查方法 CT 平扫, 术前、后扫描片对照, 由 2 名副主任医师阅片。

结 果

疗效判断依据肿瘤缩小分为四级, 即 0、I、II 和 III 级。0 表示肿瘤大小无变化; I 表示肿瘤缩小 $< \frac{1}{4}$; II 表示肿瘤缩小 $\geq \frac{1}{4}$; III 表示肿瘤缩小 $\geq \frac{1}{2}$ 。依临床症状的改善程度分三级, 即 0、I 和 II 级。0 表示症状无改善, I 表示症状明显改善; II 表示症状基本消失。

本组 28 例术后住院观察 7 ~ 21 天, 于出院时临床症状均有不同程度的改善, 有效率 100%。随访 24 例, 一次治疗的 7 例, 临床症状基本消失, 术前肿瘤直径 $< 15\text{cm}$, 4 月后 CT 复查肿瘤缩小 $\geq \frac{1}{3}$ 。对 17 例 $> 15\text{cm}$ 直径的肿瘤行 2 次栓塞。4 月后复诊, 11 例临床症状基本消失, 肿瘤直径 $< 20\text{cm}$, CT 复查肿瘤比术前缩小 $\geq \frac{1}{3}$ 2 例, $\geq \frac{1}{4}$ 9 例。6 例始终存在轻度的腹胀痛, 肿瘤直径 $> 20\text{cm}$, CT 复查肿瘤缩小 $< \frac{1}{4}$ 。II、III 级显效率为 75%, I 级有效率

作者单位: 710054 解放军第 451 医院放射科

25%。

讨 论

一、肝血管瘤栓塞治疗的机理

经供血的肝动脉行碘化油 + 明胶海绵微粒栓塞,一方面切断或减少肿瘤的供血来源,可预防肿瘤的扩大,同时造成部分组织缺血坏死,纤维组织修复、收缩使肿瘤缩小。另一方面栓塞剂充填血管瘤的微血管和血窦内,由于栓塞剂的滞留,血栓形成,后机化收缩使肿瘤缩小。同时栓塞剂刺激血管(窦)内膜,造成炎症纤维增生,随着栓塞剂的缓慢吸收机化,纤维组织的收缩,使微血管腔及血窦腔缩小、闭塞,从而使整体肿瘤缩小。肿瘤的缩小一方面使肝脏张力减轻,可免除肝破裂的危险,另一方面消除或减轻对周围脏器的压迫,随之症状消失或减轻。

观察认为,临床症状的改善与原发肿瘤的体积成负相关;与肿瘤缩小程度成正相关;临床症状的消失或减轻和肿瘤的缩小程度与治疗次数成正相关。故对肿瘤巨大者可行多次栓塞。通常认为,肿瘤直径 <8cm 一般不需治疗。8~14cm 多数一次性栓塞即可;>14cm 多数需 2 次以上栓塞治疗。

二、与疗效和并发症有关的问题

超选择插管使导管头端距肿瘤尽量靠近是治疗的关键。达不到超选择插管就会影响疗效,增加并发症。本组病例疗效较好,术后肝功能未受影响,无严重并发症,就是因为每例做了超选择插管的缘故。灌注栓塞剂速度一定要缓慢,我们认为以 2ml/min 的速度为宜,碘油

总量不超过 20ml,明胶海绵微粒栓塞量以供血管流速减慢为宜。过快的速度易导致栓塞剂的反流,误栓正常组织,影响正常脏器功能,并发症增加。如栓胃肠道供血血管引起胃肠道坏死郁血、穿孔等。一次栓塞剂用量过大,组织反应过量,术后发热持续向太长,易发生脓肿等。过量的明胶海绵栓塞还为再次治疗造成困难。

三、术中、术后疼痛的预防

我们采取栓前、栓中、栓后分别经导管推注 1%利多卡因 15ml,可有效的预防术中、术后剧烈疼痛的发生。

本组病例最严重的并发症是术后高热,为了降低温度,缩短发热时间,除术中严格无菌操作外,术后给予足量抗生素和适量激素,85%以上患者体温均能控制在 38.5°C 以下,一周内体温恢复正常。

肝巨型血管瘤外科手术治疗危险性很大,死亡率很高,内科保守治疗无效。而介入栓塞治疗是一种操作简单、安全、并发症少、痛苦小、费用低,疗效显著很有推广价值的治疗方法。

参 考 文 献

1. 蒋学祥,等. 巨大肝血管瘤的动脉栓塞治疗. 中华放射学杂志,1992,26:88.
2. 余蓉,等. 肝癌碘油栓塞后的碘油沉积与肿瘤坏死. 中华放射学杂志,1992,22:302.
3. 林贵,等. 肝动脉化疗栓塞治疗中晚期肝癌疗效和影响因素,中华放射学杂志,1992;26:311.
4. 屈国林,等. 脾动脉栓塞治疗原发性血小板减少性紫癜. 中华放射学杂志,1992,26:663.