

三、栓塞治疗原则, 对于仅采用介入栓塞治疗, 无需手术者, 要注意保留正常的肢体供血动脉, 防止造成肢体的坏死。不可盲目注入栓子, 应尽可能地超选, 将导管尽量接近拟栓塞血管。本组例 1 超选将尺、桡返回动脉分别栓塞; 例 2 超选避开正常的供血动脉, 然后进行栓塞治疗, 均未出现肢体坏死。

应该指出的是, 对于上肢动静脉畸形, 目前应以栓塞+手术治疗为最佳方案。

参 考 文 献

1. 刘作勤主编. 血管内介入治疗学. 第一版, 济南: 山东大学出版社, 1995. 247.
2. 凌峰主编. 介入神经放射学, 第一版, 北京: 人民卫生出版社, 1991. 117.
3. 王颂章, 魏崇健, 朱燕霞, 等. 广泛性动静脉畸形介入治疗的临床应用. 临床放射学杂志, 1995, 14: 302.

• 临床经验 •

脑膜瘤术前颈外动脉选择性栓塞 34 例

蔡东顺 李哲

脑膜瘤因瘤体供血丰富, 手术中出血多, 给手术视野造成很多困难。我院自 1992 年 3 月至 1998 年 8 月共进行脑膜瘤术前颈外动脉选择性栓塞 34 例。现将这一结果进行报道。

材料与方法

一、临床资料

本组患者男 15 例, 女 19 例, 年龄 21~62 岁, 平均 43 岁。肿瘤位于上矢状窦者 12 例, 大脑镰旁 9 例, 蝶骨嵴 5 例, 大脑凸面 5 例, 后颅凹 3 例, 右侧 21 例, 左侧 13 例, 均为手术和病理证实。

二、治疗方法

采用 Seldinger 插管法, 分别作颈内动脉, 颈外动脉造影, 全面了解瘤体供血情况, 确认适应证后, 用 5F 导管插入到脑膜瘤供血动脉的近端(颌内动脉, 枕动脉或颞浅动脉), 用约 250 μ m 直径的明胶海绵颗粒与 30% 泛影葡胺充分混合, 采用低压缓注, 在电视严格监视下, 掌握栓塞剂流动方向, 在流入部分栓塞后, 即注入造影剂复查, 观察血流速度, 肿瘤染色以及是否有返流, 栓塞结果指征: 1. 肿瘤染色消失。2. 肿瘤供血动脉的血流明显减缓, 并已出现逆流。3. 保留颈外动脉分支主干。

结 果

手术选择均在栓塞后 3~4 天进行, 术中发现肿瘤包膜水肿, 瘤体萎缩塌陷, 瘤体较易分离, 肿瘤全切除者 29 例, 次全切除者 5 例。术中出血均在 600ml 以下, 输血量均在 700ml 以下。栓塞后 7 例

患者发生并发症。表现为同侧头皮痛, 耳屏前面颊疼痛, 经用地塞米松治疗好转, 未发现其他并发症。

讨 论

脑膜瘤是血液供应十分丰富的肿瘤。不同部位的肿瘤, 其供血动脉有所不同。本组病例, 87.5% 为脑膜中动脉供血。颅内外血管系统常存在危险通道, 在行颈外动脉栓塞时, 栓塞常可迷途误入颅内动脉系统, 引起严重并发症。海绵颗粒栓子具有许多优点: (1) 价格便宜。(2) 栓子大小因人而异, 自行剪制, 容易掌握。(3) 具有可吸收性。所以脑膜瘤术前栓塞最好采用明胶海绵颗粒栓子。

瘤体手术切除时间应在栓塞后 3、4 天内进行, 这期间栓子在肿瘤组织内能充分产生效应, 使瘤体内部血液供应减少而致坏死, 并在肿瘤包膜水肿下而易剥离, 减少术中出血。使术中视野清楚, 便于彻底切除肿瘤, 缩短手术时间。栓塞与手术时间超过 7 天, 循环有再通的可能。

参 考 文 献

1. 沈天真. 幕上脑膜瘤脑血管造影的定性诊断. 中华放射学杂志, 1978, 12: 26.
2. 李树新. 脑膜瘤术前颈外动脉栓塞的 CT 监测. 中华放射学杂志, 1990, 4: 237.
3. 凌峰. 介入神经放射学. 颅内脑膜瘤. 第一版, 北京: 人民卫生出版社, 1992, 149-159.
4. Keber CW. Flow controlled therapeutic embolization: a physiologic and safe technique AJP, 1980, 134: 557.
5. Doppman JL. Bile duct scarring following ethanol embolization of the hepatic artery: an experimental study in monkeys. Radiology 1984, 152: 621.