

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 $\mu$ 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. 凌锋. 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.