

动脉栓塞作为癌灶破裂出血的紧急治疗措施,较常规手术方式有明显的优势。在生命体征不稳定的情况下手术止血常会给患者带来很大的风险。选择性动脉插管止血具有简便、迅速、有效、对患者创伤小、安全的优点,它既可以止血挽救患者的生命,同样重要的是为患者提供进一步化疗治愈的机会。这和一般意义上的恶性肿瘤姑息止血的意义不同,是提高整体治愈率的重要因素之一^[6]。本组 6 例盆腹腔或阴道大出血的患者除 1 例肝转移灶破裂出血,后因广泛转移死于恶液质外,其余 5 例均经化疗后得到完全缓解。

本组 54 例患者选择性子宫动脉保留导管化疗,除 1 例发生动脉导管附壁血栓外。无严重并发症发生。附壁血栓的发生可能和操作过程中损伤血管壁或/和导管保留时间相对较长有关^[7]。

参 考 文 献

1. 成文彩,蔡桂茹,顾美皎,等. 髂内动脉插管化疗提高妇科恶性肿瘤疗效的探讨. 中华妇产科杂志, 1993, 27: 270-272.
2. Scarabelli C, Tumolo S, Paoli AD, et al. Intermittent pelvic arterial infusion with peptichemio, doxorubicin, and cisplatin for locally advanced and recurrent carcinoma of the uterine cervix. Cancer, 1987, 60: 25.
3. Yamada T, Ohsugi F, Irie T, et al. Extended intraarterial cisplatin ir-

fusion for treatment of gynecologic cancer after alteration of intrapelvic blood flow and implantation of a vascular access device. Cardiovasc Intervent Radiol, 1996, 19: 139-145.

4. Tanaka N, Takeda K, Ono M, et al. Arterial infusion chemotherapy for uterine cervical carcinoma: embolization of the ovarian artery for improved drug distribution. J Vasc Interv Radiol, 1997, 8: 900.
5. Seldinger SL. Catheter replacement of needle in percutaneous arteriography: new technique. Acta Radiol, 1953, 39: 368.
6. 杨秀玉, 杨宁, 宋鸿钊, 等. 超选择性动脉插管持续灌注化疗治疗绒毛耐药患者的分析. 中华妇产科杂志, 1996, 31: 199-202.
7. 文泽清. 腹腔动脉造影诊断子宫恶性滋养细胞肿瘤. 中华妇产科杂志, 1986, 21: 25-27.
8. 宋鸿钊, 吴宝桢, 王元萼, 等. 滋养细胞肿瘤的诊断和治疗. 北京: 人民卫生出版社, 1981, 226-231.
9. Shepherd JH, Monaghan JM. Clinical Gynecologic oncology, second edit. Oxford, 1990, 315-317.
10. 沈铿, 杨秀玉, 宋鸿钊, 等. 选择性动脉栓塞治疗滋养细胞肿瘤并发腹腔内出血. 中华妇产科杂志, 1994, 29: 71-73.
11. Maroulis GB, Hammond CB, Johnsrude IS, et al. Arteriography and infusional chemotherapy in localized trophoblastic disease. Obstet Gynecol, 1975, 45: 397-406.
12. O'Hanlan KA, Trambert J, Rodriguez Rodriguez L, et al. Arterial embolization in the management of abdominal and retroperitoneal hemorrhage. Gynecol Oncol, 1989, 34: 131-135.
13. 冷金花, 杨秀玉, 杨宁, 等. 选择性盆腔动脉插管化疗致附壁血栓形成. 中华妇产科杂志, 1995, 30: 218-221.

(收稿: 1998-08-10)

• 病例报告 •

气管支架植入术导致肿瘤堵塞右主支气管一例

卢秀仙 张传生

男性, 66 岁。1997 年 10 月 10 日因右上肺癌行根治性切除术, 病理诊断: 鳞癌 II 级。术后分别用 CAP、EAP 方案化疗 2 次。1998 年 3 月 1 日患者因明显吸气困难、胸闷、刺激性咳嗽, 咳出粘稠血痰入院。当日晚 8:30 突然出现紫绀, 急诊支气管镜检查见隆突上方 1cm 气管右侧壁有一个 2cm×2cm 新生物, 表面糜烂、渗血, 堵塞约 4/5 气管腔。经吸痰、冰盐水冲洗; 垂体后叶素 20U+5% 葡萄糖液 500ml 静脉滴注等处理后, 呼吸道梗阻症状缓解。3 月 5 日患者气道梗阻症状又加重, 血氧饱和度降至 82%~85%, 决定做急诊气管支架植入术。纤维支气管镜观察, 肿块与气管左侧壁之间腔隙呈弯月型, 在气管镜引导下分别引入导丝和气管支架输送器。由于肿块靠近气管隆突, 为了避免支架(镍钛合金)一端触及气管

隆突, 因此将支架远端置于左支气管。支架释放完毕后, 撤除气管支架输送器, 患者通气状况明显改善。当即行纤维支气管镜复查发现由于肿瘤为支架斜行挤压, 肿瘤下移将右主支气管完全堵塞, 患者诉胸骨后胀痛, 对疼痛能忍受。胸透示左右膈肌矛盾运动。气管支架植入术后, 给予抗炎、支持疗法。第二天患者咳出较多量粘稠血痰及坏死物。5 日后胸片复查, 右肺野清晰, 透亮度正常, 未见肺部感染和肺不张 X 线表现。3 月 19 日给予放射治疗。放疗结束后, 5 月 18 日再行纤维支气管镜检查, 支架紧贴气管壁, 无移位, 未见肉芽组织形成, 右主支气管开口稍充血, 原气管腔内肿瘤消退, 右中间支气管开口清晰可见, 左支气管开口正常。

(收稿: 1999-08-09)

作者单位: 210002 南京市 解放军第八一医院