

永久性,而碘油可以选择性地进入肝脏海绵状血管瘤瘤体内并可以较长期存留在血窦内,两者混匀后,碘油将前者带入瘤区,可以产生广泛硬化作用,再加上明胶海绵可以栓塞瘤体周围的小动脉,明显减少瘤体的血供,更加促进前两者的栓塞作用,这样从微循环到小动脉造成了广泛永久的栓塞,效果自然优于文献报道的单一或两种栓塞剂的合用,而且由于鱼肝油酸钠与碘油混匀后,颗粒明显小于单纯碘油颗粒,镜下观察前者直径 $20\mu\text{m}$,后者 $200\mu\text{m}$,因此混合后栓塞更广泛,更彻底。

文献报道,鱼肝油酸钠有一定刺激性,注射时偶可有瞬间疼痛,但较无水酒精致痛轻^[4],而我们观察的结果是,鱼肝油酸钠与碘油混合后行动脉栓塞时要比单独应用鱼肝酸钠或碘油产生的疼痛更轻,这可能与鱼肝油酸钠呈滴状被碘油包裹,其刺激性减少及两者混合后颗粒变小,栓塞的血管更细小有关,故混合后栓塞剂量可以相对加大。我们的体会是,随着瘤体的增大,栓塞剂的用量,注射速度,栓塞次数均要适当增加。文献报道鱼肝油酸钠可引起过敏反应,如出现皮疹等^[2],对有过过敏体质的患者,必要时术前以微量作试验性血管内注射,可避免严重后果。另外,对于栓塞疗效的观察,单凭腹

部平片碘油聚集区量的变化,并不能准确地判断瘤体大小的变化,而血管造影或 CT 检查能够真正了解瘤体缩小的程度及尚未闭塞的血管多少,因为血管造影可以直接观察血管湖残存的多少和分布范围,而 CT 增强扫描可见平扫时混杂密度中之低密度区往往有增强,说明其正是尚未闭塞的瘤体部分。因此,复查血管瘤动脉栓塞治疗的效果,切不可片面地只凭腹部平片碘油聚集区量的变化来判断瘤体缩小的情况,而应以血管造影和 CT 为准,以免造成假象和错误判断。

本文出现一定的合并症,但都较轻微,经适当处理后均在短期内恢复。

参考文献

1. 赵仲蓉,李国威,王宝太等. 肝脏巨大海绵状血管瘤碘油栓塞治疗及其血供研究. 中华放射学杂志 1994,18:472.
2. 徐域,王建华,颜志平等. 肝巨大血管瘤的动脉栓塞治疗. 临床放射学杂志 1994,13:246.
3. 蒋学祥,彭勃,邹英华等. 巨大肝血管瘤的动脉栓塞治疗. 中华放射学杂志 1992,26:88.
4. 李 豪,李树新. 鱼肝油酸钠动脉栓塞的实验研究. 中华放射学杂志 1987,21:357.

镜面右位心合并肝癌介入治疗一例

唐志全 杨国林 李保权 张金山

镜面右位心的发生率不到 4/10 万,合并肝癌更少见,本院近期收治 1 例,报告如下。

患者男性,41 岁,饮酒 20 年,上腹胀满不适,左上腹隐痛伴乏力、低热 2 个月。查体:体温 37.6°C ,脉率 80 次/分,血压 14/10kPa,巩膜轻度黄染,双手肝掌(+),心尖搏动在右锁骨中线第 5 肋间,肝在左肋下 5cm,剑下 8cm,质硬,边钝,轻度触痛,脾未扪及。胸片示主动脉弓、心尖及胃泡均在右侧,左膈高(图 1);B 超:肝右叶 $9.2 \times 8.2\text{cm}$ 稍强回声团块,肝门部 $3.9 \times 4.2\text{cm}$ 的低回声结节;增强 CT:内脏反位,肝右叶 $8.6 \times 9.2 \times 12.0\text{cm}$ 低密度肿块,造影剂呈快进快出,门静脉主干内低密度占位,门静脉腔内造影剂呈新月形(图 2);心电图:I、avL 导联呈 Qr 型,avR 导呈 Rs 型,V1-V6 导联 R 波逐渐减

小。化验:HBsAg(+),HBeAb(+),抗 HBc(+),AFP>400ng/ml,SGPT139U/L,SGOT297.1U/L,GGT390.2U/L。诊断:镜面右位心,原发性肝癌(右叶),门脉癌栓形成,肝硬化。治疗经过:间隔 2 个月分别二次行肝动脉造影及化疗、栓塞,术中造影见肝动脉、脾动脉及胃左动脉转位,选用胃左动脉导管超选择插入肝固有动脉,造影示肝右叶内肝动脉分支异常扭曲、增多,肿瘤染色明显(图 3),经导管灌注 ADM50mg,卡铂 500mg 化疗,并以碘化油 10ml 与 MMC20mg 的乳化混悬液栓塞肿瘤血管,术后患者自觉症状明显减轻,复查 CT 见肝右叶肿瘤内散在碘油聚集, GPT60U/L, GOT106.5U/L, GGT376.4U/L,体重增加 2kg。(附图见 6 卷 11 页)

作者单位:100017 解放军 305 医院放射科(唐志全,杨国林,李保权); 解放军总医院放射科(张金山)