

周缘的侧支循环迅速建立、碘油排空、明胶海绵吸收等因素、栓塞治疗常常收不到彻底杀灭癌细胞,完全控制癌灶发展的效果,使远期效果很不尽人意。分段栓塞法在以碘油加抗癌药和不同直径的明胶海绵栓塞毛细血管及毛细血管前动脉的基础上,对中心供血动脉也行栓塞,较大幅度地阻断了肿瘤血供。34 例患者分段栓塞治疗结果显示,本法较常用栓塞治疗,患者生存期有一定延长。适当的超范围栓塞延缓了侧支循环建立的时间。超范围栓塞使肿块周围的正常肝组织也处于缺血状态,使之对肿瘤无血可供。正常肝组织的缺血是可逆的,而癌组织的缺血则是不可逆的^[3]。但超范围栓塞在结节型和弥漫性病例较难掌握,本组 11 例在栓塞剂不再进入肿瘤,中心动脉内栓子流动缓慢时即停止栓塞,以避免正常肝组织因大范围栓塞而促发肝衰。分段栓塞治疗结果显示栓塞剂在肿瘤灶内沉积愈多,滞留时间愈长,肿瘤缩小愈明显。

在分段栓塞和超范围栓塞的同时,加入栓塞剂中的化疗药物缓慢释放,对已处于缺血状态的癌细胞起着继续杀灭的作用。

分段栓塞法虽然较彻底地阻断了肿瘤的血供,但仍不能彻底控制肿瘤发展,这可能与肿瘤的双重供血及两次栓塞间隔较长,中间有一段血管再通的空档有密切关系,另外,混入碘油的抗癌药种类、剂量及其效果有待进一步研究。

参考文献

1. 韩铭钧, 张景荣, 徐克, 等. 油水型碘油丝裂霉素乳剂肝动脉化疗栓塞术治疗中晚期肝癌. 中华放射学杂志, 1992, 26: 298.
2. 涂蓉, 郭俊渊, 王承缘, 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, 26: 302.
3. 贾雨辰. 肝癌介入治疗的进展. 介入放射学杂志, 1995, 2: 112.

经皮穿刺椎间盘抽吸术疗效分析

吴畏 陈彤 许良森

经皮穿刺椎间盘切割术 (PLD) 治疗腰椎间盘突出症是近年来开展的一项新的介入技术。我院自 1995 年 4 月至 1997 年 5 月应用国产电动式椎间盘抽吸仪治疗腰椎间盘突出 101 例获得了较好效果。

材料和方法

一、资料

101 例术前均经临床、X 线摄片、CT 检查确诊。男 52 人、女 49 人, 年龄最大 72 岁, 最小 16

岁, 平均 43 岁。病程半年以内 27 例, 半年至两年 35 例, 两年以上 39 例。101 例中 32 例做了腰 5 - 骶 1 椎间盘 PLD。使用西门子具有影像增强及监视器的 800mA 的 X 线机, 国产电动经皮穿刺腰椎间盘治疗仪及负压吸引器, 0.9% 生理盐水为冲洗流动水。

二、手术方法

患者侧卧于 X 线机床面, 椎间盘突出的一方置于侧卧的上方, 常规消毒, 无菌操作。透视下确定穿刺点 (棘突椎间盘平面旁开 8 ~ 12cm), 取水平夹角 35° ~ 45°, 局麻下诱导性穿

刺(切忌套管过深或脱出椎间盘组织外)。穿刺成功后,左手固定套管,右手持切割器经套管进入髓核,反复切割抽吸,待抽出髓核组织约 2g 即停止。术毕局部包扎平卧 24 小时,预防性抗生素治疗三天。

结 果

术后半年随访,显效 58%,症状及体征完全或基本消失;有效 31%,症状及体征较术前改善;无效 11%,症状及体征无好转。101 例无术后椎间感染,无大血管或神经损伤并发症。

讨 论

一、术后近期症状分析

除术后当日和次日手术部位的局限性和暂时性疼痛外,术后出现的不同于术前的症状主要是有两种。

1、腰部酸胀一般在术后第二天出现,一周内消失。症状以酸为主,同时有胀感,仅有轻度疼痛 83 例,占 82%。PLD 后神经根受压缓解,无需采用被动体位,这打破了原有被动体位的病态平衡,暂时的不适应产生酸、胀、痛,随着薄弱的肌肉逐渐强壮,新的平衡建立,症状自然消失^[1]。

2、坐骨神经痛大部份消失后,沿坐骨神经分布的部份区域出现刺痛、跳痛或胀痛,区域较局限。一般术后 3~5 天出现,持续 1~3 个月消失,共 23 例占 23%。有报道认为可能是神经根受压尚未完全解除或变性的神经细胞正在修复所致。疼痛在 1~2 个月逐渐缓解的原因是纤维环的缓慢回缩及受损神经细胞的复原^[1]。

二、术前病例选择与疗效对照分析

1、本组椎间盘及后纵韧带钙化 8 例,其中 1 例无效,2 例显效,5 例有效。椎间盘或后纵韧带钙化可能会影响 PLD 疗效^[2]。

2、本组 CT 示真空征 10 例,3 例无效,其中 2 例有重度椎间盘膨隆。真空征可能会影响 PLD 疗效,但作者据临床实践认为并非绝对禁忌症,大多数有真空征的椎间盘中可抽出不少变性的髓核组织,且患者术后症状改善^[2]。

3、CT 示椎间盘脱出(即重度突出)可能会影响疗效,但不是禁忌证^[2]。本组 12 例脱出有 3 例无效。

4、平片示椎间隙明显狭窄的 3 例均无效。

5、CT 示椎间盘后突伴有骨性椎管狭窄者 1 例无效。患者再次行椎弓根开窗减压术后效果较满意。

经皮穿刺椎间盘切割术治疗机理是将部分髓核切割吸出,降低椎间盘内压力,从而减轻对神经根及椎间盘痛觉感受器的刺激,手术并未切除椎间盘的突出部分,但由于后纵韧带或纤维环的反压力作用能减少突出物的数量或使突出物还纳,从而减轻或消除对神经根的压迫,使症状减轻以致消失^[3,4]。

参考文献

1. 季博青. 经皮腰椎间盘切除术后的腰痛释析, 介入医学杂志, 1997, 2: 30.
2. 滕皋军. 利用自制电动旋切式椎间盘摘除器行经皮腰椎间盘摘除术. 中华放射学杂志, 1994, 28: 237.
3. Hijikata S. Percutaneous nucleotomy: a new concept technique and 12 years experience. Clin Orthop, 1989, 238: 9.
4. Monteiro A, Lefevre R, Pieters G, et al. Lateral decompression sciatica. Clin Orthop, 1989, 238: 56.