

小不等的“小棉球”或“爆米花”状。血窦染色常维持到肝实质后期(约 10~15s),持续不退,呈“早出晚归”征象;供血动脉与肝血窦两者表现为“树上挂果征”^[1]。栓塞后造影示巨大肝血管瘤的供血动脉全部中断,造影剂不再进入血管瘤内。

二、疗效观察

4 例术后 1 周 CT 复查,瘤体内碘油积聚,瘤体缩小约 30%~48%,其中 1 例术后 1 个月 CT 复查,瘤体缩小约 81%。全部病例术后 1 周右上腹疼痛、腹胀等症状明显改善。

三、栓塞术后反应

全部病例均表现为不同程度的右上腹疼痛、低热,其中 2 例伴有恶心、呕吐,对症治疗 4~7d 恢复正常,未出现其他不良反应及并发症。

讨 论

巨大肝血管瘤的治疗,由于瘤体大,手术切除困难,且多数患者惧怕手术。而经动脉栓塞治疗巨大肝血管瘤,创伤小,反应轻,并发症少,疗效可靠。栓塞治疗的机制为:平阳霉素作为一种温和的血管硬化剂,与碘油混合乳化后注入肝血管瘤血窦内,可造成血窦内皮坏死和血栓形成,闭塞血管,终止血管瘤生长,促进其纤维化,防止破裂出血,改善症状,从而达到治疗目的。由于平阳霉素对血管内皮的破坏是个缓慢的过程,无即时严重刺激性,所以它与无水乙

醇、鱼肝油酸钠等液态栓塞剂比较,反应较轻、安全可靠。为了进一步提高疗效,我们还应用高压消毒后的明胶海绵颗粒,栓塞血管瘤供血动脉主干,以减少血流对平阳霉素碘油乳剂的稀释和冲击,从而达到治愈的目的。

平阳霉素的主要不良反应为轻度可逆的肝功能损害及轻度的化疗药物反应,多不需特殊处理,对症治疗后即可恢复正常^[2]。

本组病例未出现并发症,我们认为预防并发症,减轻栓塞后反应的措施有:1. 导管尽可能超选择至血管瘤的供血动脉内,防止栓塞剂进入正常肝组织;2. 根据血管造影显示血管湖大小估计栓塞剂用量,血管湖越大,用量越多,一般当栓塞剂流入瘤体速度明显减慢或一旦出现返流时立即停止栓塞;3. 较大肝血管瘤可适当考虑分次栓塞;4. 术后密切观察病情,保护肝功能及其它对症治疗。

综上所述,经动脉栓塞治疗巨大肝血管瘤是一种创伤小、疗效显著、患者容易接受的好方法。

参 考 文 献

1. 单鸿,罗鹏飞,李彦豪,等.临床介入诊疗学.广东科技出版社,1997.11.
2. 曾庆乐,李彦豪,陈勇,等.平阳霉素碘油乳剂动脉灌注在富血管肿瘤介入治疗中的应用.介入放射学杂志,1999,8:213-215.

(收稿日期:2000-01-31)

• 临床经验 •

插管致医源性假性动脉瘤的术中治疗

王扬 朱世平 王建平 侯鲁强 孙秋德

自 1989 年开展介入工作以来,因动脉插管致医源性假性动脉瘤 4 例。均于术中予以栓塞治疗,治疗效果良好。现报告如下。

材料与方法

本组男 3 例,女 1 例,年龄 44~62 岁,3 例因肝癌行 TAE,1 例因巨大子宫肌瘤行子宫动脉栓塞,均于超选择插管后造影发现医源性假性动脉瘤。1 例位于肝总动脉,2 例位于肝固有动脉,1 例位于左侧子宫动脉。表现为囊袋样突出于血管外的造影剂滞

留,边缘清晰 1 例,毛糙 3 例。随时间推移,囊内造影剂逐渐转淡或向周围弥散,于术中将导管适当后撤,重复小剂量手推造影,见远端血管显影后,以明胶海绵碎粒(2mm×2mm~3mm×3mm)栓塞,直栓至假性动脉瘤的近端。

结 果

3 例肝癌 TAE 治疗的患者,在后续的治疗中造影见,栓塞血管已再通,原假性动脉瘤已完全闭塞。1 例子宫肌瘤患者栓塞后,生命体征平稳,术后 1 个月行盆腔 CT 检查,未发现有造影剂外溢致异常密度影,多次 B 超,彩色多普勒复查随访未见异常。

讨 论

随着介入治疗在临床中的应用日益广泛,由此而产生的医源性假性动脉瘤也随之增多。据我们的经验,医源性假性动脉瘤多发生在超选择插管过程中,由于靶血管走行迂曲,导管、导丝应用不当或配合不当,术者操作粗暴或经验不足,导管、导丝多次重复使用等因素造成。

假性动脉瘤形成后,常因术者的经验不足或判断失误,在进一步的操作中或常规剂量造影后,使创道或瘤腔进一步扩大。故在插管过程中,应强调先于主干动脉造影,明确血管的大致走行后,进一步超选择操作,导管与导丝在插管过程中应合理应用,相互配合。一般情况下,导丝应先通过欲通过的迂曲段,在导管跟进过程中,应适当回撤导丝,使头端位置相对固定,且在血管内的可移动性良好。一旦导丝或导管头端卷曲固定,成襻异常增大,应引起高度警惕,此时应撤出导丝,注入少量造影剂观察。

一旦经造影证实医源性动脉瘤形成后,应适当回撤导管,再次注入少量造影剂,证实导管头端位于血管腔内后,以明胶海绵碎粒栓塞直至动脉瘤的近端。栓塞用明胶海绵碎粒应足够大,以使主干血管闭塞为主,为下次介入治疗留下通道。

在介入插管过程中,只要操作得法,医源性假性动脉瘤是可以避免的。一旦假性动脉瘤发生,由于介入治疗插管的特殊便利条件,可进行积极有效的栓塞治疗,一般不会造成严重的并发症,介入工作者提高对这一并发症的认识,是预防和有效治疗的关键。

参 考 文 献

1. 田建明,孙飞,叶华,等. 医源性肝动脉假性动脉瘤的血管造影诊断与栓塞治疗(附 24 例报告). 中华放射学杂志, 1994, 28: 593.
2. Long JA Jr, Knudt A, Dunnick NR, et al. False aneurysm formation following arteriographic intimal dissection: Serial studies in 2 patients. Radiology, 1980, 135: 323.

(收稿日期: 1999 11 15)

• 临床经验 •

中晚期肺癌的介入治疗

马起民 高顺卿 李立国

中晚期肺癌发现时均已失去外科根治性切除的机会,而其它治疗方法也难以奏效。我院自 1994 年 12 月至 1998 年 12 月开展选择性支气管动脉灌注药物(BAI)治疗中晚期肺癌 80 例,经追踪观察,现将疗效报告如下。

资料与方法

一、一般资料

男性 60 例,女性 20 例,年龄 32~80 岁,平均年龄 59 岁。

临床表现:所有病例均有不同程度的阵发性咳嗽,少量痰中带血,胸闷,气短,胸痛,乏力,进行性消瘦。其中腺癌还可伴有不同程度的胸腔积液。

二、病灶部位及分型

中心型肺癌 68 例,周围型肺癌 12 例,以单侧、单发为多。病变最大直径 9cm,最小直径 3cm。病理学检查中,鳞癌 40 例,腺癌 20 例,小细胞未分化

癌 20 例。

三、介入治疗方法

采用 Seldinger 技术经股动脉穿刺,选用 5F~7F 的左冠脉导管进入胸主动脉寻找左、右支气管动脉,以非离子造影剂(欧乃派克)8~10ml 手推显示确认肿瘤血管后,先经导管推注枢复宁 8mg,然后依次注入抗癌药:顺铂 100mg,卡铂 600mg,丝裂霉素 20~40mg,表阿霉素 20~40mg,足叶乙甙(V-P16)0.1~0.2g,以生理盐水 50ml 分别稀释后缓慢推注,最后以洁霉素 1.0g 或头孢拉定 1.0g 经导管注入,术毕拔出导管,穿刺点压迫 15min 后加压包扎 4h 静卧 24h,并行输液水化 3d,即可出院,每 3~4 周 1 次,3 次为 1 个疗程。本组病例行 BAI 2~12 次,共行 203 例次。术后随访 6~32 个月,CT 或胸片观察肿块大小及纵隔淋巴结,肺部病灶,胸腔积液吸收变化。

三、疗效判断标准^[1]

(一) 完全缓解 在相隔 4 周以上,检查 2 次,可见的病变完全消失。