

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, Knudy 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 4 h 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。

(二) 部分缓解 在相隔 4 周以上, 检查 2 次, 测出肿块缩小 50% 或以上。

(三) 稳定 肿块总面积缩小不到 50%, 而且没有 1 个或 1 个以上的可测量病变之面积扩大 > 25%。

(四) 进展 1 个或 1 个以上的可测量病变之面积扩大 > 25% 或有新病变出现。

结 果

一、肿瘤血管造影所见

本组患者行血管造影时可显示中心型肺癌以支气管动脉或肋间动脉供血居多; 周围型肺癌以支气管动脉、肋间动脉、锁骨下动脉或内乳动脉供血, 均可显示丰富的肿瘤血管及肿瘤染色, 呈团块状或多个结节融合形态, 边界尚清, 少数呈少血管型表现, 造影时可见肺门及纵隔淋巴结同时显示多个结节状染色。在造影过程中, 患者可有胸部热感, 阵发性胀满, 喉部发干等症状, 随即很快消失。

二、疗效

中心型肺癌经介入治疗 1 次后病灶缩小 2.5~2.0cm, 经 2、3 次治疗后病灶基本消失, 肺门及纵隔肿大淋巴结均消失, 阻塞性肺炎及肺不张均消退, 总缓解率 72%; 周围型肺癌均在介入治疗 2 次以后病灶明显缩小, 胸腔积液逐渐吸收, 总缓解率在 65%, 从病理上, 小细胞未分化癌最为突出, 1 次即可临床治愈, 鳞癌也十分明显, 腺癌次之, 临床症状均大部分改善或消失, 与国内报道相似, 术后患者无明显恶心呕吐及其它不良反应出现。

讨 论

一、中晚期肺癌的血供特点

目前国内外对肺癌血供问题存在争议: 肺动脉是否参与供血一直存在不同意见, 多数人认为, 肺癌由支气管动脉供血, 肺动脉供血则以肿瘤边缘为主^[2]。支气管动脉除营养气管、支气管、支气管周

围结缔组织外, 还营养肺内、肺门和纵隔淋巴结, 对多路供血肿瘤应对所有供血动脉进行插管灌注以提高疗效。对少血型肺癌应采取 BAI 治疗与放疗相结合方法, 为克服肿瘤耐药性, 采取剂量递增法与交替联合给药^[3]。但原发性肺癌除支气管动脉供血外, 尚可有其它胸部体循环血管供血, 上叶病灶常接受锁骨下动脉及胸廓内动脉供血, 肺门附近病灶常由纵隔内其它体循环发出副支供血^[4], 位于下叶者可有食管固有动脉和膈下动脉等供血。我们所做 80 例肺癌中大部分与上述相符, 其中有 9 例左右支气管动脉共干, 13 例可见支气管动脉与肋间动脉分别供血, 6 例胸廓内动脉、锁骨下动脉供血。在肺癌介入治疗中, 选择相应的导管准确地寻找出肿瘤的一支或多支供血是治疗成功的关键所在。本组无脊髓损伤。

二、动脉灌注药物选择与预后

文献报道, 支气管动脉化疗灌注治疗肺癌近期疗效满意, 有效率达 50% 以上; 多供血肺癌有效率可达 70% 以上^[5]。一般认为, 中央型、多血供、单支气管动脉供血, 体积较小的肿瘤经多次治疗, 疗效优于周围型。从目前支气管动脉灌注化疗结果来看, 疗效与肿瘤血供丰富与否关系很大, 而与组织类型关系差异不大, 即肿瘤区域有丰富的新生血管, 血管湖 B-P 分流及肿瘤浓染者疗效较好, 而少血管型或肿瘤染色不显著者疗效差。支气管动脉灌注化疗的远期疗效有待于进一步观察及提高。

参 考 文 献

1. 马俊良主编. 现代肿瘤内科手册. 辽宁科技出版社, 1996. 89.
2. 张希全, 等. 肺癌血管构型及组织类型与支气管动脉灌注疗效的关系. 实用放射学杂志, 1995, 11: 328.
3. 刘日洪. 选择性内乳动脉造影及其临床意义. 中华放射学杂志, 1993, 9: 610.
4. 查人俊. 现代肺癌诊断与治疗. 北京: 人民军医出版社. 1993, 152.
5. 单鸿, 罗鹏飞, 李彦豪. 临床介入诊疗学. 广东科技出版社, 1997, 81.

(收稿日期: 1999 08 18)