维普资讯 http://www.cqvip.com

给予降压药或多巴胺控制血压,给予多巴酚丁胺调整心排出量及心脏指数,脑灌注压维持在 > 55 mmHg。术后脑血管造影证实8例AVM全切除。术后6个月随访恢复良好6例,5例预后良好,1例预后差且遗有偏瘫。

三、讨论

AVM自发性出血系静脉破裂所致,血管造影无法预测,且与其部位、大小供血动脉数目无关。本组继发于栓塞后,2例为凝胶渗入一大引流静脉而阻塞其回流所致,余者可能与栓塞后正常灌注压突破或其供血动脉栓塞后血流、血压及血液分布改变致AVM微循环改变有关。本组术前及术中处理重点为控制ICP,予急诊插管,过度通气、高渗脱水是必需的,大剂量巴比妥有助于控制ICP,应尽量使用,术后持续应用至ICP恢复正常。巴比妥治疗中,仅能以ICP观察有无术后出血或脑疝发生,因此ICP监测是必需的。本文认为自发性或继发于栓塞治疗后AVM出血引起病情突变时,应急诊手术,只要(1)快速行血肿清除减压;(2)围手术期间以巴比妥积极控制颅内压;(3)同时切除AVM,可获得良好疗效。对巨大AVM、脑深部AVM者,本文不主张清除血肿时同时切除AVM。

(收稿日期:2002-04-21)

肝动脉-门静脉联合栓塞化疗治疗巨块型肝癌

刘振玉* 赵海峰** 徐 剑***

一、资料与方法

1.临床资料:巨块型肝癌12例(男10例,女2例),年龄35~79岁,平均52.3岁。都经临床、USG、CT、AFP、MRI及DSA检查确诊,肿瘤直径12~20 cm,肿瘤均为孤立性,无门脉癌栓、也无腹水和远处转移。

2.材料与方法:采用Seldinger技术,经股动脉穿刺插入4.0~6.0 FRH导管,先置于腹腔动脉或肠系膜上动脉造影,然后将导管尽可能超选至肝固有动脉以远,经证实肿瘤供血动脉后注入CDDP 40~60 mg,MMC 10~14 mg,5-Fu 750 mg,ADM 20~30 mg,及超液化碘油10~20 ml,即所谓TACE治疗。然后再将导管置于脾动脉,注入CDDP 20~40 mg,MMC 6~8 mg,5-Fu 250 mg,ADM 10~20 mg。治疗2~5次不等。多次介入治疗的病人前3次的间隔时间为1~2月,以后各次间隙时间3~6月不等。

二、结果

1.本组12例病人症状均有不同程度的缓解。肿瘤缩小者占58.3%(7/12)。

2.AFP变化:本组7例AFP阳性。联合治疗后均有下降,4例降为正常,2例降为原有数值的30%。

3.生存率:联合治疗的6月、12月、18月的生存率分别为100%、91.7%(11/12)、66.7%(8/12)。其中有4例患者生存超过两年。

4.并发症:所有患者经联合治疗后均有不同程度的腹痛、发热,体温在38~39 ℃之间。术后3天内缓解,1周后消失。大多数患者经联合治疗后转氨酶有一过性升高,多在2周内恢复正常。本组无肝破裂、消化道应激性溃疡及腹膜炎等严重并发症。

三、讨论

巨块型肝癌患者绝大多数失去手术机会。从我国肝癌的发病率高与手术切除数相差显著来看,外科手术远远不能使广大肝癌患者受益。实践证明,TACE是治疗肝癌最有效的非手术疗法,1、3年生存率为50%~75%和15%~27%。国外多把肿瘤体积超过全肝的60%和70%作为TACE的禁忌证,这在日本或欧美或许是可行的,因他们经治的肝癌多为 < 5cm的早期癌。而我国申请作介入治疗的均为不能手术的巨块型肝癌,长海医院621例经介入治疗的肝癌平均大小约为14 cm,其中 > 10 cm的占82%,肿瘤在肝内占据率 > 60%的也在80%以上,如此作为禁忌,则势必把大部分肝癌拒之门外。

巨块型肝癌先行TACE治疗,栓塞肿瘤周边末梢血管或中、小动脉,使肿瘤缺血坏死,体积缩小。但由于肝癌是双重供血,一半以上的癌结节具有门静脉和肝动脉双重血供,这时动脉分支常伸入到肿瘤中心,而门静脉分支则分布于肿瘤周边,以细小分支向中心延伸。在较大癌块中,肝动脉和门静脉分支互相吻合,并有"血管湖"形成,门静脉癌栓也有双重血供。因此,TACE不可能彻底阻断肝癌供血。即使瘤体显著缩小,也仍会有癌细胞残存。此时,把化疗药物总量的2/3在肝动脉内注入,1/3在脾动脉注入,使其脾静脉—门静脉回流,行门静脉化疗,有效地杀死由门静脉供血的肿瘤细胞,为巨块型肝癌的综合治疗提供一种行之有效的方法。

(收稿日期:2002-04-26)

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院放射科
** 佳木斯大学第一附属医院肿瘤外科
*** 佳木斯大学第一附属医院普通外科