

超选择性动脉栓塞治疗巨大肝血管瘤

靳海英 张和平 索智敏 孙嵩洛 贺祥 郭胜利

【摘要】 目的:评价超选择性动脉插管栓塞治疗肝血管瘤的应用价值。方法:本组20例,男8例,女12例。肝血管瘤瘤体最大直径5cm~23cm,将导管超选择插入血管瘤供血动脉,一次或分次输注平阳霉素和超液化碘油乳剂。最后用明胶海绵颗粒栓塞供血动脉。术后定期复查。结果:介入手术成功率90.5%总有效率90%(18/20),并发症少,术后复发率低。结论:超选择动脉插管栓塞是治疗肝血管瘤的很有价值的方法,可作为首选。

【关键词】 肝肿瘤 血管瘤 栓塞 治疗性 平阳霉素

Hyper-selective hepatic artery embolization in treatment of large hepatic cavernous hemangioma Jin Haiying, Suo Zhimin, Zhang Heping, et al. Huaihe Hospital, Kaifeng Medical College. Kaifeng 475000.

【Abstract】 Objective: To study the effects of hyper-selective hepatic artery embolization(HAE) in treatment of large hepatic cavernous hemangioma. **Methods:** 20 patients with large cavernous hemangioma of liver(CHL) were treated by hyper-selective hepatic artery embolization, including 8 male and 12 females. Bleomycinum-A5 and iodized oil was used as main embolic materials. **Results:** Success rate of embolization was 90.5%, total effective rate was 90% (18/20). The complication rate and recurrence rate was low. **Conclusions:** HAE is a safe and effective method. It may be considered as method of choice in treatment of large hepatic cavernous hemangioma.

【Key words】 Hepatic tumour Hemangioma Embolization Therapeutic Bleomycinum-A5

肝海绵状血管瘤(Cavernous Hemangioma of Liver; CHL)是最常见的肝脏良性肿瘤。发病率为7%左右^[1],占肝脏良性肿瘤的41.6%^[2]。直径大于5cm者为巨大肝血管瘤^[2],该型血管瘤有潜在破裂出血的危险,而且外科手术切除困难。超选择性肝动脉栓塞为肝血管瘤的治疗提供了一种安全、有效的全新途径。本组报道超选择性动脉插管超液化碘油+平阳霉素栓塞治疗巨大CHL 20例,并对其疗效进行评价。

材料与方法

男8例,女12例。年龄30~68岁,平均46岁。全部病例均经B超、CT+增强扫描,血管造影证实,10例行核素扫描进一步确诊。其中2例术前误诊为肝癌,外科手术探查为巨大肝血管瘤,无法切除,手术直视下肝动脉支插管栓塞治疗。肿瘤分布:肝右叶12例,肝左叶5例,两叶分布3例。大小:瘤体最大直径5~10cm 5例,≥10cm 15例。最大者22.5×23cm。分型:单一巨块型16例,多发肿块型4例。病人一般情况:腹胀、腹痛、腹部包块18例,B超偶然发现靠近肝包膜需介入治疗者2例。20例AFP均阴性,肝功能正常18例,轻度异常2例。

Seldinger法右股动脉穿刺插管造影,明确CHL的诊断并了解其供血动脉,然后将Cobra导管超选择性

插入CHL供血动脉,导管尖尽量靠近肿瘤。经管注入1%利多卡因5~10ml。在电视监视下缓慢推注40%超液化碘油+平阳霉素,防止误栓其它血管,肿瘤填充满意后用明胶海绵微粒栓塞供血动脉,疼痛剧烈者可肌注强痛定或杜冷丁。肿瘤≥15cm,多支供血,肝功能轻度异常,患者年龄60岁以上者可先选择其主要供血动脉栓塞,择期分次治疗。术后1月、3月、6月复查B超、CT,3~6个月作血管造影复查。

40%碘化油+平阳霉素,比例约为1ml:1mg。碘油用量与肿瘤直径1ml:1cm,平阳霉素一般用量8~24mg。

结果

疗效:①栓后即刻造影见肿瘤供血动脉中断。②栓后3~6月,肝动脉造影见供血动脉无再通或明显变细,肝血管瘤无染色,分支栓塞病例栓塞区域肿瘤不显影。③栓后1~3月腹平片,CT、B超复查:栓塞后肿瘤不同程度缩小,并可见碘油积聚。④临床症状改善或消失(见表1)。

20例病人栓塞25次,其中4例2~3次分支栓塞。1例病人未能超选择性插入供血动脉,仅用40%超液化碘油栓塞,术后肿瘤变化不明显。

并发症 肝功能轻度异常3例,低热2例,疼痛3例,经对症治疗症状消失。未发现误栓其它血管。

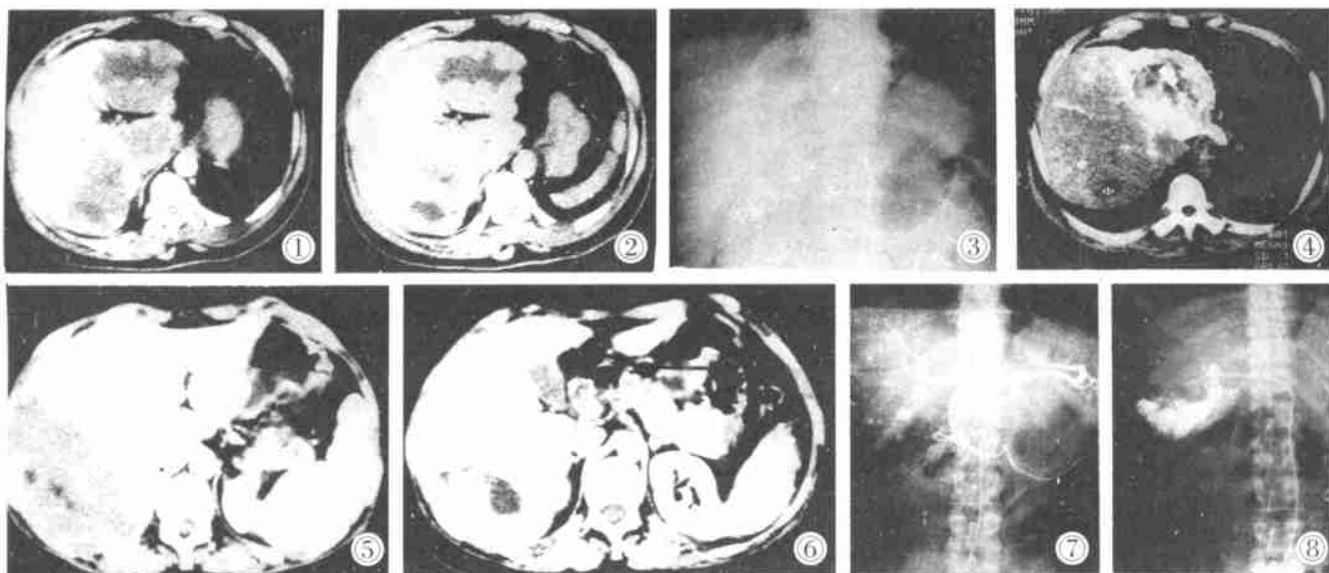


图 1-4 患者,男 45 岁,病理证实:肝血管瘤(针吸活检) 图 1 肝左叶、尾叶及右叶大片低密度影,其中左叶及右叶内有更低密度区。增强早期:病变从周边开始增强 图 2 11min 后,左叶中央裂隙状、右叶中央卵圆形低密度灶无强化。其余均等密度 图 3 肝动脉插管造影,肿瘤呈多发棉团状 图 4 碘油平阳霉素栓塞左叶肝血管瘤 图 5-6 肝右叶巨大血管瘤,早期周边团絮状强化。5min 后:病灶大部分呈等密度。低密度为病灶中央血栓或纤维化 图 7 血管造影,肝血管受压伸展,肝右动脉旁多发小片状影,呈“雪树征” 图 8 栓塞后见病灶碘油沉积。图 5-8,女 67 岁

表 1 20 例肝血管瘤介入治疗效果(例)

栓塞次数	肿瘤染色消失		栓后瘤体缩小			成功率
	单次	多次	全部	部分	≥50% 30%~49% 无变化	
16	4	16	4	11	7 2	90.5%

讨 论

肝血管瘤是一种先天性肝血管发育畸形,病原学尚不清楚。赵仲蓉^[3]等通过对 CHL 的血供研究认为:CHL 为肝动分支畸形,与门静脉无关。为经肝动脉栓塞治疗提供了理论依据。

1. CHL 介入治疗的适应证^[2]

①病变巨大(> 5cm) 并有继续增大趋势者。②病变破裂引起腹腔出血者或病变位于肝包膜下等有潜在出血可能。

2. 超选择性肝动脉插管超液化碘油+ 平阳霉素栓塞治疗 CHL 的原理

①超选择性动脉插管可将碘化油和平阳霉素液态栓塞剂直接推注到 CHL 的异常肝血窦内起到根治效果。②平阳霉素为博莱霉素的单一组分 A5, 为国产抗癌药物。其治疗 CHL 的机理是: 药物在 CHL 异常血窦内积聚破坏其血管内皮细胞, 使瘤体钙化和纤维化达到治疗 CHL 的目的^[4]。③碘化油栓塞治疗肝癌应用于临床多年。它对 CHL 的栓塞疗效尚有争议, 未完全肯定。但其不透 X 线, 可作为一种载体将平阳霉素选

择性带到 CHL 血窦内。便于电视透视下监视, 防止栓塞剂返流栓塞正常组织。④最后用明胶海绵颗粒栓塞供血动脉, 阻断了 CHL 的血液供应, 介入疗效进一步提高。本组 20 例, 成功 19 例, 成功率为 90.5%。随访 3~ 6 个月疗效稳定。基中 10 例随访 1~ 3 年肿瘤大小稳定在治疗后水平, 无复发。

3. 肝动脉栓塞治疗 CHL 的并发症和副作用

①栓塞剂误栓其它器官, 徐^[5]等报道 CHL 无水酒精栓塞治疗 5 例, 无水酒精反流误栓胆囊发生胆囊坏死行急诊外科手术 1 例。本组 20 例未发现误栓非靶器官现象。超选择性插管到最靠近瘤体处, 电视监视缓慢推注栓塞剂能够有效预防该现象发生。②部分患者可出现低热和肝区疼痛及肝功能轻度异常。平阳霉素对血管内皮的破坏是个缓慢过程, 刺激性较小, 该副作用较少。推注栓塞剂前注入 1% 利多卡因, 5~ 10ml, 既可以止痛, 又可以防止血管痉挛^[6]。③瘤体 > 15cm, 多支血供, 肝功能轻度异常、年龄 60 以上者可栓塞其主要供血动脉, 多次分支栓塞治疗。减轻其副作用。

4. 当 CHL 供血动脉迂曲, 超选择性插管困难时不宜推注平阳霉素, 因为可引起误栓其它器官。单独使用碘化油疗效不肯定^[7], 本组单纯注入 40% 超液化碘油栓塞 CHL 1 例, 瘤体无明显变化。病体 < 8cm, 无动静脉瘘, 瘤体不靠近肝包膜时经皮肝穿注入瘤体平阳

霉素碘化油乳剂也是一种很好的办法。必须注意穿刺针退出肝脏前应用明胶海绵颗粒栓堵针道、防止肝脏出血。

超选择性肝动脉插管超液化碘油+ 平阳霉素栓塞治疗巨大肝血管瘤疗效肯定, 损伤小, 并发症少, 复发率低, 可为巨大肝血管瘤的首选治疗手段。

参考文献

1 王志高, 李国威. 肝海绵状血管瘤研究的现状. 中国实用外科学杂志, 1994, 15: 53-55.

2 单鸿, 罗鹏飞, 李彦豪, 等. 临床介入诊疗学. 广州: 广东科技出版社, 1997, 123-125.
3 赵仲蓉, 李国威, 王宝太, 等. 肝巨大海绵状血管瘤碘油栓塞治疗及血供研究. 中华放射学杂志, 1994, 28: 472-474.
4 徐叔云. 临床用药指南. 合肥: 安徽科技出版社, 1994, 1154.
5 徐, 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.
6 金洪, 张金山, 赵长青, 等. 肝海绵状血管瘤肝动脉栓塞治疗. 中国医学影像技术, 1997, 13: 390.
7 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: 89-90.

(1999-09-12 收稿)

多发性星形细胞瘤一例

胡洪斌

患者, 男, 53 岁。因头痛伴左侧肢体乏力 20 余天入院。查体: 神志清, 精神可, 双眼瞳孔等大等圆, 对光反射灵敏, 左侧肢体肌力稍弱, 右侧 Babinski 氏征(+)。

颅脑 CT 平扫: 右侧颞顶叶见 5cm×5cm×6cm 圆形混杂密度影, 周边轻度水肿, 左额叶见 1cm×1cm×1cm 圆形稍高密度影, 周边轻度水肿(图 1, 2)。

CT 增强扫描: 右颞顶叶病灶呈环状强化, 环壁不均, 左额叶病灶呈均一强化, 右侧侧脑室受压变扁, 中线偏左(图 3, 4)。

手术: 术中见左颞顶部中央后回后方约 5cm×5cm×6cm 质脆之肿瘤, 边界不清, 肿瘤呈多形性, 质地混杂, 无明显囊壁, 血供丰富, 肿瘤中央坏死呈半液化状。

病理报告: 星形胶质细胞瘤(Ⅰ~Ⅱ级)。同时行左额开颅切除左额病灶。病理报告为星形胶质细胞瘤(Ⅰ级)。

讨论: 脑胶质细胞瘤临床上较多见, 约占颅内肿瘤的 40%, 而星形细胞瘤占胶质细胞瘤的 45%, 多为单发, 多发极少见。肿瘤可发生于任何部位, 常见于大脑半球与小脑。CT 扫描表现为脑内低、略高或混杂密度影, 形态常不太规则, 边界可部分或完全不清, 可有点状钙化或肿瘤性出血, 占位表现与脑水肿常较显著, 增强扫描可无强化, 也可明显强化, 强化呈环状或均匀强化, 环壁形态与厚度不一, 有时可见壁结节。本例位于大脑半球, 平扫分别为混杂密度和稍高密度, 水肿均较轻, 增强扫描分别为环状和均匀强化, 与文献报告吻合。

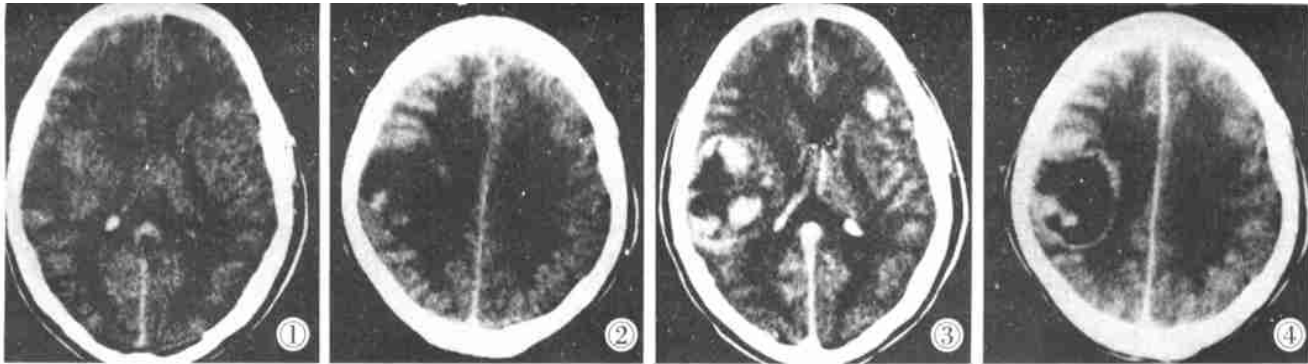


图 1, 2 平扫右颞顶叶见 5cm×5cm×6cm 圆形混杂密度影, 周边轻度水肿; 左额叶见 1cm×1cm×1cm 圆形稍高密度影, 周边轻度水肿 图 3, 4 增强扫描右颞顶叶病灶呈环状强化, 环壁不均; 左额叶病灶呈均一强化

(1999-06-20 收稿)