

永久栓塞组与单纯明胶海绵组相比,经统计学检验差异有显著性意义($P < 0.05$),证明永久栓塞治疗肺咯血优于明胶海绵组,值得临床推广。

为了避免误栓造成严重并发症,在操作时要注意:DSA 或造影时一律用非离子对比剂(如 Omnipaque);认真仔细阅片,了解有无异常血管如动-静脉瘘、脊髓动脉共干等;导管必须在支气管动脉内固定,要超选择性插管,必要时应用 SP 微导管。栓塞前必须做利多卡因试验,除肺癌患者 SBAE 前先行支气管动脉灌注化疗外,均注射立止血 1~2U,栓塞过程一定要透视下进行,特别栓塞后期防止返流。

超选择性支气管动脉永久栓塞作为治疗咯血的一种有效手段,其适应证广泛,疗效肯定。一般认为,任何肺部疾病所致咯血,经内科治疗无效,怀疑出血来自支气管动脉而无

血管造影禁忌证者,均可行支气管动脉永久栓塞。

参考文献

- 1 Remy J, Arnaud A, Fardou H, et al. Treatment of hemoptysis by embolization of bronchial arteries[J]. Radiology, 1977, 122(1): 27-33.
- 2 李麟荪. 临床介入放射学[M]. 南京: 江苏科技出版社, 1994. 310-312.
- 3 Mal H, Rullon I, Mellot F, et al. Immediate and long-term results of bronchial artery embolization for life-threatening hemoptysis[J]. Chest, 1999, 115(2): 912-914.
- 4 陈晓明. 支气管动脉栓塞术治疗大咯血[J]. 国外医学: 临床放射学分册, 1990, 5(2): 76-78.

(2002-10-04 收稿 2002-11-19 修回)

气管内错构瘤一例

• 病例报道 •

何波 韩丹 吴岩

【中图分类号】R445; R734.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2003)04-0271-01

病例资料 患者,男,54岁。因声嘶40余年伴呼吸困难2年就诊。体检:吸气性呼吸困难,吸气时可见胸骨上窝、肋间隙凹陷,余未发现异常。

CT 平扫:气管内声门下区以下见一约1.5cm×1.0cm肿块,边界清楚光滑,CT值约-15~40HU之间(图1)。肿块以广基底附于右侧气管壁,内见脂肪样密度,经MPR冠状位与矢状位重建见肿块形状不规则,位于气管上段,气管壁未见明显浸润(图2)。CT诊断气管内良性肿瘤。

喉镜检查发现距声门约0.8cm处一约0.4cm×0.3cm结节,色鲜红,表面光滑,未取活检。

手术所见:肿块位于声门下,环状软骨右后方,光滑、圆形,约1.0cm×0.5cm大小,呈鲜红色,蒂位于环状软骨右后方,基底宽约3mm。病理诊断:气管内脂肪平滑肌瘤(错构瘤)。

讨论 肺错构瘤分为肺内型和管内型两类,前者常见,而后者少见,国内报道管内型仅约占0%~10.9%。管内型中多位于支气管内,位于气管内者极罕见(国内未见报道)。管内型错构瘤,其病理成分与肺实质内错构瘤相同,均起源于支气管粘膜下的未分化间叶组织,故错构瘤中除有增生的支气管粘膜成分外,还可见到由原始间叶组织化生形成的骨、软骨、脂肪及平滑肌等成分。管内型患者其症状往往为肿块阻塞引起的阻塞性感染。支

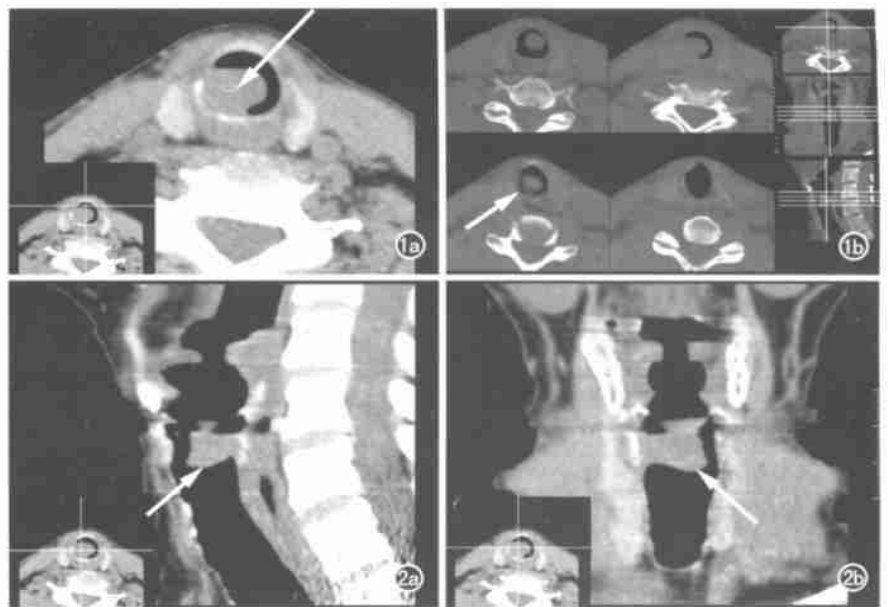


图1 a) 右侧后气管内见一结节状物突入管腔,以广基底附于右侧气管壁(箭); b) 肿块内密度不均,见脂肪样密度灶(箭)。图2 a) MPR矢状位重建示肿块形状不规则(箭); b) 冠状重建示不规则肿块附于右侧气管壁(箭),气管未见明显浸润。

气管镜检查管内型错构瘤通常不理想,因支气管内错构瘤表面易感染,很难与支气管肺癌鉴别,加上疏松的纤维组织介于病灶软骨组织与被覆上皮之间,亦很难应用支气管镜钳取到软骨标本。当病灶伴有鳞状上皮化生时,支气管镜活检可致误诊,故术前CT检查尤为重要。CT诊断要点:肿块局限于管腔内,无外侵,内见脂肪

密度和/或钙化。当位于支气管内时需与中央型肺癌鉴别,位于气管内时需与气管内其它肿瘤鉴别。本例CT检查见肿块局限于气管内,无外侵,其内见CT值约-15HU的脂肪密度影,无钙化,提示本病可能。

总之,管内型错构瘤术前CT检查可观察肿块与气管、支气管的关系,并可观察肿块内有无脂肪或钙化,对正确诊断有重要意义。

(2002-09-12 收稿 2002-11-01 修回)