

• 介入放射学 •

动脉灌注化疗联合栓塞治疗晚期膀胱癌大出血

陈华, 曹野, 黄新阶, 陈立岩, 彭荣, 龚万庆

【摘要】 目的: 探讨晚期膀胱癌大出血的介入栓塞治疗的临床效果。方法: 对 29 例晚期膀胱癌大出血行膀胱动脉及双侧髂内动脉栓塞术, 术中经动脉灌注抗癌药。结果: 29 例中 28 例术后第 2 天出血开始减少, 3~5 d 后出血停止, 追踪 3~4 个月未复发; 1 例 2 周后复发出血, 再行栓塞后 3 d 出血停止。26 例 (89.6%) 肿瘤范围有不同程度缩小。结论: 采用动脉化疗栓塞治疗晚期膀胱癌大出血疗效显著, 可推广使用。

【关键词】 膀胱肿瘤; 出血; 化疗栓塞; 治疗性; 放射学; 介入性

【中图分类号】 R815; R737.14; R730.53 【文献标识码】 A 【文章编号】 1000-0313(2004)06-0428-02

Chemoembolization of internal iliac artery for the hemorrhage of advanced bladder carcinoma CHEN Hua, CAO Ye, HUANG Xin-jie, et al. Department of Interventional Radiology, the First People's Hospital of Yichang, Hubei 443000, P. R. China

【Abstract】 **Objective:** To evaluate the effectiveness of internal iliac artery chemoembolization (IIACE) for the hemorrhage of bladder carcinoma (BC). **Methods:** 29 cases of hemorrhage of BC were treated by IIACE with anti-tumor drugs. **Results:** In 28 of 29 cases the bleeding was reduced at the second day after IIACE, and stopped in 3~5 days after the procedure. Follow up for 3~4 months showed there was no hemorrhage again. **Conclusion:** IIACE is a fast, safe and effective method to treat the hemorrhage of BC.

【Key words】 Bladder neoplasms; Hemorrhage; Chemoembolization, therapeutic; Radiology, interventional

膀胱癌是泌尿系统最常见的肿瘤, 临床多采用手术切除。由于膀胱癌术后易复发, 再次手术切除难度加大, 风险增加, 尤其是合并大出血时, 更是失去手术切除的机会。我科自 1998 年 2 月~2002 年 6 月共接诊膀胱癌大出血 29 例, 行介入治疗后取得了良好的治疗效果, 现报道如下。

材料与方法

本组 29 例, 男 19 例, 女 10 例, 年龄 52~84 岁, 平均 66 岁。本组病例临床表现 29 例均有血尿, 平均出血量 500~600 ml/d, 最多出血量达 800 ml/d, 其中 22 例行膀胱大部切除术后复发, 因大出血而行急诊介入治疗。

采用 Arcosi 数字减影血管造影机, 高压注射器, 对比剂为 60% 泛影葡胺, 6F 导管鞘, 5F 猪尾导管, 及 Cobra 或 Yashino 导管, 超滑泥鳅 J 型导丝。术前留置导尿管。

采用 Seldinger 法穿刺右股动脉, 引入 5F 猪尾导管, 置于腹主动脉分叉上方造影, 显示双侧髂总动脉、髂内动脉及其分支走行情况。换入 5F Cobra 导管, 超

选择插入对侧膀胱动脉造影, 显示出血部位后, 先注入化疗药, 后采用明胶海绵颗粒和真丝线段交替注入靶血管内栓塞, 直至复查造影栓塞满意后为止, 然后利用导管成袢技术下拉导管至同侧靶血管内, 同法行化疗灌注及栓塞。术中若未见对比剂外渗等典型出血征象, 或超选择膀胱动脉有困难时, 则经双侧髂内动脉主干化疗和栓塞 (图 1~3), 化疗药物采用 5-Fu 1000 mg、阿霉素 30~50 mg、丝裂霉素 10 mg, 根据病变部位和血管造影情况选用。

结 果

29 例中有 28 例术后第 2 天出血开始减少, 3~5 d 后出血停止, 追踪 3~4 个月未复发。1 例 2 周后复发出血, 再行栓塞后 3 d 出血停止; 有 2 例化疗栓塞后 3 d 随尿液排出灰白色组织, 病理检查为膀胱癌坏死脱落组织。术后 1 个月复查 B 超、膀胱镜等, 29 例中有 26 例肿瘤范围有不同程度缩小。本组病例术后均未出现严重并发症。

讨 论

1. 膀胱癌大出血介入治疗方式的选择

膀胱癌是一种血供丰富的泌尿系恶性肿瘤, 其血供来自于髂内动脉的膀胱上动脉和膀胱下动脉, 盆腔

作者单位: 443000 湖北, 宜昌市第一人民医院介入放射科
作者简介: 陈华 (1971-), 男, 湖北宜昌人, 主治医师, 主要从事介入放射学工作。

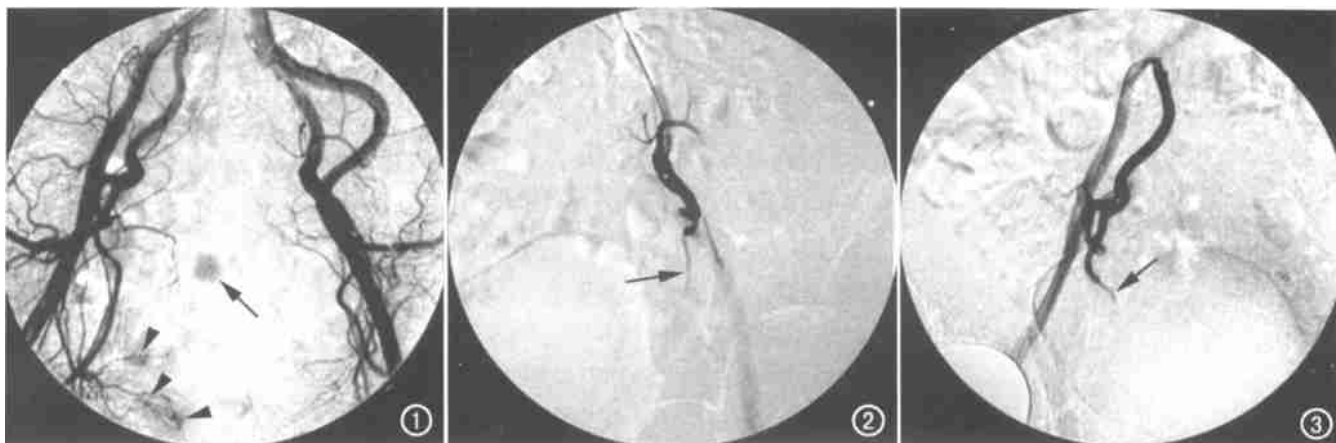


图 1 腹主动脉下段造影, 右侧膀胱动脉分支增多迂曲, 并见肿瘤染色(箭), 对比剂外溢呈团状(箭头)。图 2 行左侧髂内动脉栓塞后, 无分支血管显影(箭)。图 3 行右侧髂内动脉栓塞后, 对比剂无外溢, 亦无肿瘤血管显影(箭)。

动脉造影可显示增多、增粗、扭曲的肿瘤血管、肿瘤染色和动静脉瘘, 无痛性血尿是最常见最主要的临床症状。文献报道肿瘤血管生成后, 不再进一步分化或改建成相应的动脉和静脉^[1], 即新生的肿瘤血管无平滑肌成分, 不具有收缩功能; 肿瘤新生血管缺乏神经支配, 对血管活性物质不产生反应。这也是膀胱癌大出血保守治疗大多无法控制的原因。故一旦发生大出血应尽快采用动脉栓塞治疗, 控制出血。

当出血速率达到每分钟 0.5~1.0 ml 时, 血管造影才会表现出对比剂外渗的征象; 而且导管所处的位置、高压注射器速率及 DSA 成像质量也与出血检出率有关。所以膀胱癌大出血血管造影中未见对比剂外渗者也不少。本组 29 例中仅有 6 例见到这一征象。笔者认为在此情况下行双髂内动脉栓塞, 辅以灌注化疗是一种操作简便、止血迅速的姑息性治疗手段。

王健等^[2]采用多次插管动脉灌注化疗的方法治疗 76 例膀胱癌, 疗效满意, 其总有效率为 73.68%, 本组 89.6% (26/29) 的病例肿瘤范围缩小, 比例略高于前者, 其主要原因可能是动脉灌注化疗的同时行肿瘤血管栓塞的缘故。近年来埋植式皮下药盒已广泛应用于肝癌及各种转移性癌的灌注化疗。单鸿等^[3]设想保留导管埋植药盒的长时间灌注治疗, 疗效可能会优于多次插管灌注化疗, 这也是治疗晚期膀胱癌的一种有效方法。有文献报道超选择两侧膀胱动脉灌注化疗和栓塞治疗中晚期膀胱癌可在膀胱肿瘤及盆腔区域内保持较长时间较高浓度的抗癌作用, 有利于杀伤局部和周围癌细胞^[4]。本组 29 例晚期膀胱癌均合并不同程度大出血, 病情紧急, 故未逐一行超选择插管, 临床治疗

效果尚令人满意。

对于晚期膀胱癌大出血, 只要根据不同的部位、程度选择适当的介入治疗方法, 均能取得满意效果。本组 29 例中有 28 例止血效果相当满意, 另 1 例复发出血, 经再次栓塞, 亦达到止血目的。

2. 注意事项及主要并发症的处理

选择合适的器材, 细心操作。膀胱癌多为老年患者, 大多伴有不同程度动脉硬化、迂曲, 插管较为困难, 应选用长导管鞘, 以防止导管无法进入靶血管。另外, 由于血管脆性增加, 操作中应轻柔, 密切观察, 避免损伤甚至闭塞髂外动脉。

行髂内动脉栓塞后, 大多数患者出现臀部胀痛, 少数甚至出现单侧或者双侧下肢烧灼感, 为采用臀上动脉栓塞及栓塞剂返流至髂外动脉所致。对前者可不作特殊处理, 或局部给予热敷, 改善血液循环, 一般 3~5 d 后可消失; 对于后者应密切观察下肢皮温、足背动脉搏动情况, 给予对症处理。另外栓塞后复查造影时, 应小心谨慎, 注射对比剂时压力不宜过高, 一般可避免栓塞剂返流入髂外动脉。

参考文献:

- [1] 王贵齐, 董志伟. 肿瘤与血管[J]. 中国肿瘤临床, 1995, 22(10): 741-745.
- [2] 王健, 邹英华, 蒋学祥, 等. 经导管动脉灌注化疗治疗膀胱癌的研究[J]. 实用放射学杂志, 1999, 15(5): 258-260.
- [3] 单鸿, 罗鹏飞, 李彦豪. 临床介入诊疗学[M]. 广州: 广东科技出版社, 1997. 143-145.
- [4] 夏进东, 代山霞, 徐霖, 等. 超选择膀胱动脉化疗栓塞治疗中晚期膀胱癌[J]. 放射学实践, 2001, 16(2): 82-83.

(收稿日期: 2003-06-04 修回日期: 2003-12-22)