

支气管动脉介入治疗肺鳞状细胞癌一例

杨林, 任元亮*, 仇松, 林罗强

梓潼县人民医院 四川绵阳

【摘要】 病史摘要 患者, 男, 73 岁, 因“反复咳嗽、咳痰 8+年, 间断痰中带血半年”入院。入院后拟行支气管镜检查, 明确病理类型, 支气管镜检查前反复咯血, 给予止血治疗后无好转, 为减少活检出血风险及止血, 给予经导管支气管动脉栓塞 (BAE), 栓塞后患者咯血停止, 行支气管镜检查, 术中出血少, 活检顺利; 支气管镜病理检查: (右下叶) 非小细胞恶性肿瘤, 鳞状细胞癌。明确诊断后转肿瘤科静脉化疗。后期随访: 患者在肿瘤科静脉化疗 5 次后出现化疗副作用, 因不愿继续静脉化疗, 给予经导管支气管动脉灌注化疗 (BAI), 副作用小, 效果良好。

【关键词】 支气管镜检查; 鳞状细胞癌; 导管支气管动脉灌注化疗

A case of bronchial artery interventional therapy for pulmonary squamous cell carcinoma

Lin Yang, Yuanliang Ren*, Song Qiu, Luoqiang Lin

Zitong County People's Hospital Mianyang, Sichuan, China

【Abstract】 Medical history summary: The patient, male, 73 years old, was admitted to the hospital for "repeated coughing, sputum coughing for more than eight years, intermittent sputum with blood for half a year". Bronchoscopy is proposed after admission to determine the type of pathology. In order to reduce the risk of bleeding on biopsy, we given transcatheter bronchial artery embolization (BAE), after transeMBOLIZATION, patients stop hemoptysis, Bronchoscopy was performed with little intraoperative bleeding and smooth biopsy. postoperative bronchoscopy: (lower right lobe) non-small cell malignancy, squamous cell carcinoma. After a definitive diagnosis, the patient underwent intravenous chemotherapy in the oncology department. Later follow-up: patients who had chemotherapy side effects after 5 intravenous chemotherapy sessions in the oncology department were reluctant to continue intravenous chemotherapy, he was given transcatheter bronchial artery perfusion chemotherapy (BAI), which had few side effects and good results.

【Keywords】 bronchoscopy; squamous cell carcinoma; catheter bronchial artery infusion chemotherapy

病史摘要: 患者, 男, 73 岁, 因“反复咳嗽、咳痰 8+年, 间断痰中带血半年”入院。入院后拟行支气管镜检查, 明确病理类型, 支气管镜检查前反复咯血, 给予止血治疗后无好转, 为减少活检出血风险及止血, 给予经导管支气管动脉栓塞 (BAE), 栓塞后患者咯血停止, 行支气管镜检查, 术中出血少, 活检顺利; 支气管镜病理检查: (右下叶) 非小细胞恶性肿瘤, 鳞状细胞癌。明确诊断后转肿瘤科静脉化疗。后期随访: 患者在肿瘤科静脉化疗 5 次后出现化疗副作用, 因不愿继续静脉化疗, 给予经导管支气管动脉灌注化疗 (BAI), 副作用小,

效果良好。

症状体征: 体温: 36.8℃ 脉搏: 122 次/分 呼吸: 22 次/分 血压: 132/68mmHg, 双肺呼吸音低, 闻及中量干湿鸣及痰鸣, 心率 122 次/分, 律齐, P2>A2, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。

诊断方法: 胸部 CT: 右下肺门软组织密度肿块影, 右肺中叶及右肺下叶部分支气管狭窄; 右肺下叶片结、片状密度增高影, 考虑阻塞性炎变。支气管镜诊断: 右下叶内、外、前、后亚段支气管开口见 0.5*1.5cm 灰白色不规则肿块。病理检查: (右下叶) 活检小组织, 非小细胞恶性肿瘤, 鳞状细胞癌。

*通讯作者: 任元亮

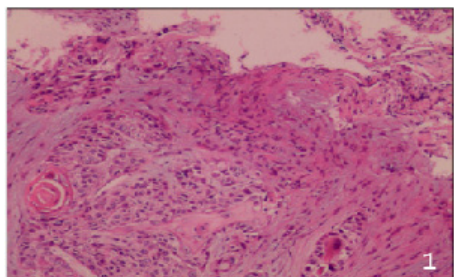


图 1

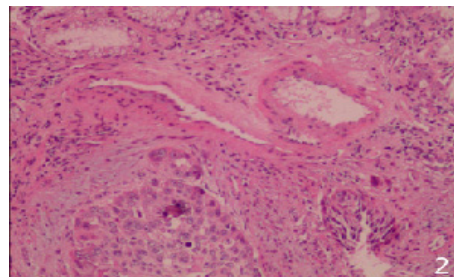


图 2

图 1、2 (HE 40 倍) (右下叶) 活检小组织, 非小细胞恶性肿瘤, 鳞状细胞癌

治疗方法: 患者取平卧位、予以心电监护、吸氧、常规消毒、铺巾后 2%利多卡因局部麻醉, 穿刺右侧股动脉行改良 Seldinger 氏术置入 5F 血管鞘, 用 0.035-150cm 引入各型导管行胸主动脉、支气管动脉造影, 造影见右侧支气管动脉与肋间动脉共干, 支气管动脉增粗、迂曲, 支气管动脉畸形伴支气管动脉肺动脉瘘形成, 右肺肿块染色明显。以微导管超选择置管于右侧支气管动脉, 并以 PVA 颗粒 1 瓶栓塞, 复造影肿块血供减少。治疗结束后拔出导管及鞘组, 穿刺点压迫 15 分钟后加压包扎。

临床转归: BAE 治疗后患者咯血停止, 支气管镜活检出血少, 病检确诊: 鳞状细胞癌。转肿瘤科静脉化疗。

背景: 该患者胸部 CT 发现右下肺门区软组织密度肿块影, 临床常规行支气管镜取病理标本, 以明确诊断。患者反复咯血, 常规止血治疗效差, 活检时易导致大出血, BAE 可以减少肿块供血, 达到止血及缩小肿块目的, 亦可以降低气管镜活检引起大出血风险, 后期对患者进行随访, 患者在肿瘤科静脉化疗 5 次后因副作用, 不愿继续静脉化疗, 复查胸部 CT 显示肿块增大, 遂给予 BAI, 副作用小, 效果良好。现报道一例肺肿瘤伴咯血病人支气管镜活检前 BAE 止血, 后期 BAI 治疗的个案。

1. 临床资料

1.1 一般资料

患者, 男, 73 岁, 因“反复咳嗽、咳痰 8+年, 间断痰中带血半年”入院。查体: 体温: 36.8℃ 脉搏: 122 次/分呼吸: 22 次/分血压: 132/68mmHg, 双肺呼吸音低, 闻及中量干湿鸣及痰鸣, 心率 122 次/分, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。胸部 CT: 右下肺门软组织密度肿块影, 右肺中叶及右肺下叶部分支气管狭窄; 右肺下叶片结、片状

密度增高影, 考虑阻塞性炎变。

1.2 检查治疗方法

经导管支气管动脉栓塞术: 患者取平卧位、予以心电监护、持续低流量吸氧、常规消毒、铺巾后 2%利多卡因进行穿刺部位局部麻醉, 穿刺右侧股动脉行改良 Seldinger 氏术置入 5F 血管鞘, 用 0.035-150cm 引入各型导管行胸主动脉、支气管动脉造影, 造影见右侧支气管动脉与肋间动脉共干, 支气管动脉增粗、迂曲, 支气管动脉畸形伴支气管动脉肺动脉瘘形成, 右肺肿块染色明显。以微导管超选择置管于右侧支气管动脉, 并以 PVA 颗粒 1 瓶栓塞, 复造影肿块血供减少。治疗结束后拔出导管及鞘组, 穿刺点压迫 15 分钟后加压包扎。介入治疗后患者咯血停止, 第二天行支气管镜活检, 术中出血少, 活检顺利。

1.3 治疗与转归

支气管镜病检确诊: 鳞状细胞癌。转肿瘤科静脉化疗。

1.4 随访

该患者在肿瘤科静脉化疗 5 次后出现头昏、全身乏力、恶心、纳差, 不愿继续静脉化疗, 给予 BAI, GP 化疗方案: 注射用盐酸吉西他滨 1.0+顺铂注射液 45mg。介入化疗后第 1-2 天有轻度恶心、呕吐、发热, 经对症治疗后症状缓解。

2. 讨论

肺癌常见咯血原因: 肿瘤组织侵犯支气管粘膜, 这种咯血量一般较少, 常为持续痰中带血; 肿瘤因为血供丰富, 质地较脆弱, 剧烈咳嗽后血管破裂, 这种咯血量一般较多; 肿块持续生长, 达到一定体积, 需要较多营养, 营养缺乏, 肿瘤细胞坏死, 造成痰中带血。而肿瘤血供丰富, 钳夹时可能导致大出血从而危及病人生命, 活检时如出血量不多, 可

给予冰肾上腺素止血, 出血量大的患者可通过支气管镜介入止血, 比如氩气刀和冷冻技术, 有时还需要支气管动脉栓塞术。氩气刀和冷冻技术投入高,

基层医院病人少, 基层医生技术缺乏等因素, 一般不能常规开展。

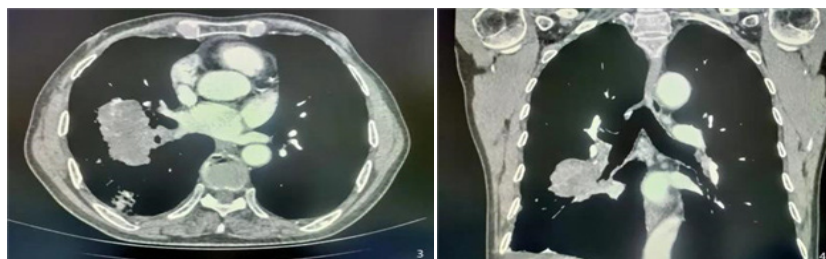


图 3

图 4

图 3、4 右侧肺门肿块

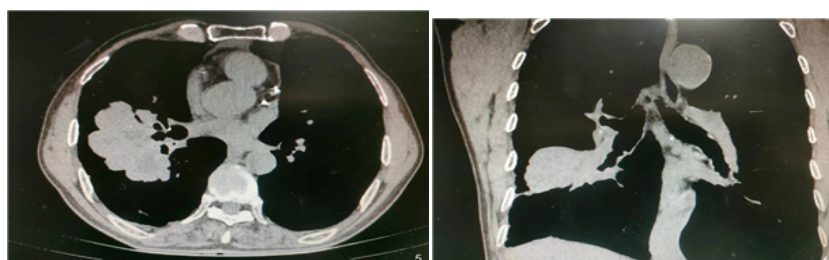


图 5

图 6

图 5、6 静脉化疗肿块增大

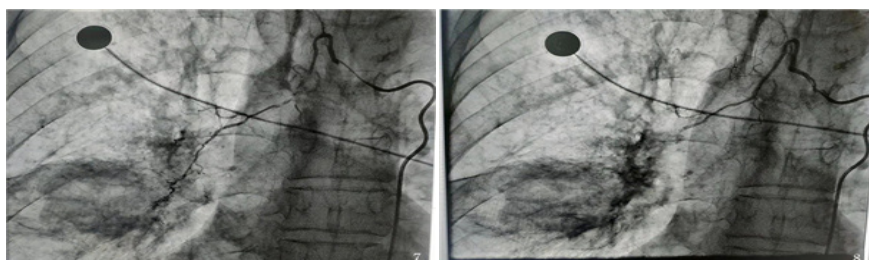


图 7

图 8

图 7、8 支气管动脉栓塞术

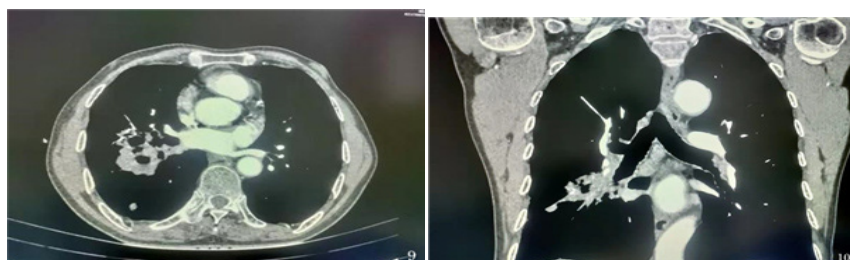


图 9

图 10

图 9、10 支气管动脉栓塞术后 2 月复查肿块坏死、缩小

原发性肺癌多以综合治疗为主, 临床常见治疗方式: (1) 早期手术, (2) 放化疗, (3) 靶向治疗, (4) 肿瘤免疫治疗, (5) 介入治疗, (6) 中 医中药等。部分病人就诊时已失去手术及放化疗机

会; 靶向治疗主要针对基因突变阳性的患者; 肿瘤免疫治疗费用昂贵, 基层医院开展较困难。

BAE 是一种微创手术, 其目的: 治疗各种原因引起的支气管动脉损害所造成的咯血; 阻断胸部肿

瘤的血供。动脉内化疗及栓塞可同时进行,对肺结核、支气管扩张、肺癌等导致的大咯血或反复咯血可行该项治疗;肺癌合并咯血者,可行灌注+栓塞术,栓塞剂对目标血管进行栓塞,达到止血及阻断肿瘤供血目的,化疗药可以直接到达肿瘤部位,达到抗肿瘤和止血的双重疗效。

BAI是一种比较安全的治疗方法,经支气管导管直接注入肿瘤靶血管内,高浓度化疗药物与肿瘤细胞接触,直接进入肿瘤组织被充分吸收,阻止肿瘤细胞DNA的合成,达到破坏癌细胞的目的。随着血液循环,瘤体内的部分药物还可进入全身血液循环,循环药物再次进入肿瘤,对癌细胞进行第2次杀伤。之外,化疗药还能进入肺门及纵隔的淋巴结转移灶内,抑制肿瘤生长,清除了肺癌的近处转移,使瘤体及淋巴结缩小,减轻了对支气管的压迫,使肺不张、阻塞性肺炎明显改善,疗效确切。^[1]BAI可以减少药物与血红蛋白结合,增加血中游离药物浓度,从而增加药物杀伤能力,减少药物浓度损失,而静脉化疗中药物血红蛋白结合率较高,药物浓度较低,因此静脉化疗疗效远不如BAI^[2]。

BAI属于短时间高浓度的局部冲击化疗,药物作用时间相对较短,同时由于血流冲击药物浓度下降快,疗效可能不稳定,特别是肿块较大时,药物负荷量大,有时难于达到较好疗效,在BAI的基础上加用BAE,将肿瘤供血动脉栓塞,肿瘤处于相对缺血状态,药物高浓度状态得以维持相对较长时间,缺血时肿瘤细胞受损,更易受到药物杀伤。缺血也可导致肿瘤细胞直接死亡,能达到更好的治疗效果。

肺癌的血供主要来自支气管动脉,近几年来有学者认为肺动脉不参与肺癌供血,故无需栓塞肺动脉^[3]。当肿瘤体积增大,供血动脉也随之增多,往往产生2-3支供血动脉,因此介入治疗中应注意肿

瘤的供血情况,尽量找出肿瘤的供血动脉进行栓塞。

BAE+BAI有脊髓横断损伤、下肢血栓形成等并发症的可能性,为减少并发症的发生,应选择合适的导管等介入器械,熟练操作,尽量缩短操作时间,灌注药物应缓慢推注,术后监测患者生命体征,观察足背动脉搏动,积极处理可能出现并发症,术后患者平卧24小时,盐袋压迫6小时。总之BAE+BAI是一种安全有效的微创治疗方式,值得基层医院推广。

参考文献

- [1] 吴恩惠.介入性治疗学[M].北京:人民出版社,1994:209-219.
- [2] 曹喜才,贺能树,徐乃勋,等.支气管肺气介入治疗的临床研究[J].临床放射学杂志.2002,7:557.
- [3] 董伟华,肖湘生,李惠民,等.支气管动脉和肺动脉多层螺旋CT血管造影对肺癌血供的研究[J].中华放射学杂志,2003,37(7):612-614.

收稿日期:2022年3月25日

出刊日期:2022年4月26日

引用本文:杨林,任元亮,仇松,林罗强,支气管动脉介入治疗肺鳞状细胞癌一例[J].国际临床研究杂志,2022,6(2):186-189.
DOI: 10.12208/j.ijcr.20220087

检索信息:RCCSE权威核心学术期刊数据库、中国知网(CNKI Scholar)、万方数据(WANFANG DATA)、Google Scholar等数据库收录期刊

版权声明:©2022作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS