

oily chemoembolization AJR 1995; 165: 315.

2. Nakamura H, et al. Transcatheter oily chemoembolization of hepatocellular carcinoma Radiology 1989 ; 170: 783.

3. Okuda K, et al. Demonstration of growing casts of hepatocellular carcinoma in the portal vein by celiac angiography the thread and streaks sign. Radiology 1975; 117: 303.

CT 引导下肝脓肿介入治疗

周洪超 王 东 姜淑芳 苗同荣 徐 涛

以往对肝脓肿采用内科保守治疗和外科手术的方法。我院 1992 年引进 CT 设备即开展治疗,至今已对 12 例在 CT 引导下将抗生素经皮注入肝脓肿内治疗。

一般资料

12 例肝脓肿中,男性 8 例,女性 4 例,年龄为 21 ~ 68 岁。

临床症状:表现为发热,肝区疼痛,肝脏肿大,食欲不振和周身无力,有 3 例出现贫血。全部病例均经 B 超、CT 检查,并经肝穿刺活检而确诊。12 例均为细菌性肝脓肿。

本组肝脓肿最大直径大于 10 厘米,5 例,直径小于 5 厘米 7 例,其中有 4 例为多腔病灶。

技术和方法

穿刺前准备:同常规腹部 CT 扫描,术前 4 ~ 6 小时禁食。术前作出血、凝血时间、血小板计数和凝血酶原测定。凡有任何出血倾向,如血小板低于 $5 \times 10^9/L$ 者,血友病,心肌梗塞和严重恶病质者禁忌。

方法:根据肝脓肿的位置,病人采用俯卧位或仰卧位作 CT 扫描。基本原则同 CT 引导下细针活检方法^[1]。选择穿刺的最佳层面和穿刺

点,用光标测出皮肤进针点与病变的距离,进针深度和角度。皮肤常规消毒,局麻,嘱病人屏住呼吸,用 Greene 19 ~ 20G 穿刺针进针,进入脓腔后拔出针芯,接上注射器抽吸。(为了准确无误,当进针后,可行 CT 再扫描,核实针尖确实在病灶内后,固定穿刺针),尽量把脓液抽出。计算抽出量,分送常规检查并做细菌培养,然后将抽吸好的庆大霉素经穿刺针注入脓腔。将抽吸针连同针芯一起拔出,再作 CT 扫描观察治疗后改变。术后观察 4 ~ 6 小时。

结 果

疗效:肝脓肿经皮穿刺抗生素治疗,多数经过 1 个月至 1 个半月后再作 CT 扫描检查。脓肿直径缩小 50% 者 3 例。其中 1 例为多腔型,由本人要求行手术治疗。缩小 60% 以上 8 例。治疗后临床症状明显改善,体温恢复正常,肝区无疼痛感,食欲正常,贫血得到纠正。

并发症:本组 2 例于术后出现可忍受的腰部疼痛,经休息几小时后症状消失。

讨 论

12 例肝脓肿病变中,有 8 例为单腔型,3 例为多腔型,其中 11 例发生在肝右叶,1 例发生在肝左叶,抽出脓液量最多 80ml,最少者

20ml。

CT 扫描能清楚显示肝脓肿病灶大小,密度和位置,以及病变与周围组织器官的空间关系,还可利用光标测出皮肤与病变的距离,准确的进针深度和穿刺角度。所以这种方法为准确安全、可靠的方法,尤其是在影像上,当肝脓肿与肝癌诊断困难时,利用此方法可明确诊断,本组有一例术前 CT 扫描图像酷似肝癌,用此法穿刺,抽出脓液近 70ml,证实为肝脓肿。并对其进行了抗生素脓腔内直接注射,大大缩短了疗程。使病人免除手术开刀之苦。

CT 引导下肝脓肿经皮穿刺抗生素治

疗,并发症少而轻微。据文献记载穿刺腹部并发症发生率为 11% ~ 17%^[2]。本组发现 2 例可忍受的腰部疼痛,经休息即可消失。此方法简单,疗效好,安全可靠,病人易于接受。

参考文献

1. 张雪哲,等。CT 引导下经皮细针穿刺活检。临床放射学杂志,1978;6:98.
2. Yemkaskas BE, et al. Delayed Complications from fine - needle biopsies of solid masses. of abdomen. Invest-gatre Radiology 1986; 21: 325.

射频消融术治疗阵发性心动过速 19 例报告

蒲 红 方安娜 尹 炯 袁丽菊
顾永传 王咏梅 瞿彩莲 孙爱霞

阵发性心动过速是常见的心律失常,其中以房室旁路折返性心动过速 (AVRT) 及房室结内折返性心动过速 (AVNRT) 为最常见,其次为阵发性房扑,房颤和室性心动过速 (VT)。我院自 1995 年 6 月开始对 19 例 AVRT、AVNRT 及 VT 患者给予心导管射频消融 (RFCA) 治疗,现将有关资料小结如下。

资料和方法

一、一般资料

19 例住院患者,男 14 例,女 5 例,年龄 15 ~ 68 岁平均 40 岁,病程 3 ~ 35 年,平均 14 年均均有频发心动过速发作,发作时有心悸、胸闷、头晕等症状,其中房室结折返性心动过速 (AVNRT) 7 例,房室折返性心动过速 (AVRT) 12

例,右室特发性心动过速 (ILVT) 1 例,共有显性与隐匿性房室旁道 13 条,2 例有窦性心动过缓,3 例有高血压病,入院后经体检、X 线、胸片及超声心动图检查,均未见异常,术前停用抗心律失常药 5 个半衰期以上。

二、方法

左右旁路标测,房室结双径路标及消融方法见文献,ILVT 则穿刺股动脉插入大头消融导管至左室行心内膜标测,用心室 - 心房程序刺激 (S₁、S₂) 和分级递增刺激 (频率 150 ~ 207ppm),诱发 VT,同步描记 12 导联 ECG,观察 QRS 波形态和电轴,并与既往自发性 VT 图形比较,同时用激动顺序法标测,在 VT 持续状态下用大头导管标测寻找心室最早激动点,并见高频低振幅电位 (浦肯野纤维电位),此处即为消融靶点。