

• 临床经验 •

CT 导引下肝脓肿穿刺治疗 15 例体会

刘元伟 王新明 白云平 孙香莲

我院自 1997 年 7 月起收治肝脓肿 15 例, 均在 CT 导引下穿刺抽脓, 除 1 例明确诊断手术引流外, 其余 14 例均获抽脓治愈, 现介绍如下。

资料和方法

一、一般资料

本组 15 例, 男 9 例, 女 6 例。年龄 17~79 岁, 平均 51 岁。11 例发生于右肝, 4 例发生左肝。其中多发性肝脓肿 5 例, 单发性脓肿 10 例, 1 例系肝破裂修补术后引起, 另 14 例无明显诱因。

二、临床资料

本组 15 例均表现为食欲不振, 周身乏力及不同程度的发热, 其中高热(39°C 以上) 9 例, 肝区不适 11 例, 肝区疼痛 7 例, 贫血 3 例, 合并胆囊炎 5 例, 肺炎 3 例, 慢性阑尾炎 4 例。

三、器械准备和方法

术前准备同腹部穿刺活检术。采用日本岛津全身 CT 扫描机 SCT-4800TE, 借助 CT 激光定位器及体外标记, 在俯卧位或仰卧位下, 选出最佳穿刺层面和穿刺点, 用光标测出体表(进针点)与病灶距离及进针角度。皮肤常规消毒, 局麻, 嘱患者屏住呼吸, 用 19~20G Green 穿刺针进针, 进入脓肿后拔出针芯, 接上注射器抽吸(抽吸前需 CT 扫描核实针尖是否位于脓腔内), 如脓液太稠, 可用生理盐水冲洗稀释, 抽净后再注入药物(甲硝唑, 庆大霉素或青霉素等), 拔针后局部无菌纱布包扎^[1,2]。并再扫描穿刺层面, 观察治疗后改变及有无并发症。

结 果

本组 15 例共穿刺抽脓 31 次, 其中 1 例穿刺抽液 5 次, 合计脓液量为 1230ml。15 例中 12 例首次抽脓术后自觉舒适, 体温下降, 食欲增加, 一般情况好转。抽出脓液为黄色或黄灰色, 涂片镜检 15 次均见大量脓细胞, 未见阿米巴滋养体, 穿刺液培养 15 次均未见细菌生长。本组 15 例除 1 例穿刺抽脓诊

断明确后手术引流外, 余 14 例均 CT 导引下抽脓而治愈, 无 1 例出现并发症。

讨 论

典型肝脓肿的 CT 扫描能清楚显示出肝脓肿的大小、形态、位置及密度, 以及病变与周边组织器官的空间关系。但早期肝组织尚处于炎性阶段未液化时, CT 图像上表现为边界不清的低密度占位, 其密度近似肝组织而明显高于水, 此时, 强化 CT 有助于诊断。我们体会到脓腔内密度与脓液稀稠有关。如果脓腔内密度均匀且 CT 值小于 10Hu, 则脓液稀薄, 抽吸容易; 反之, 则抽吸困难。脓腔趋向愈合时, 液性低密度区逐渐减少, 变为不清晰, 脓肿治愈后则液性密度区消失。

肝脓肿的 CT 检查具有简单迅速诊断明确并能确定脓肿的大小、位置, 更能追踪观察, 以评价治疗效果。CT 导引下肝脓肿的细针穿刺抽吸技术是安全可靠的。可以在最小的损伤条件下达到引流目的, 且较少发生并发症, 并可在同一病人身上多次应用, 是一种理想的诊断和治疗措施。该手术一般无禁忌证, 但亦应重视以下几点: 1. 穿刺前训练患者的呼吸, 力争穿刺层面与定位层面高度一致。2. 穿刺点尽量选择在皮肤与脓肿最近距离处, 但穿刺针尽可能经过一部分正常肝组织, 这样可以最大程度地减少并发症。3. 穿刺途径应避开门静脉, 肝静脉等血管大分支与大的肝内胆管, 从避免出血及胆汁瘘。4. 穿刺近膈面脓肿时, 要避免膈肌损伤, 以免引起脓胸和气胸。5. 对 2 次穿刺抽液抗炎治疗病灶无变化者, 应提高警惕以除外恶性病变。

参 考 文 献

1. 张人姝. CT 导引下经皮穿刺活检的意义及体会. 介入放射学杂志, 1994, 3: 204.
2. 张雪哲, 卢延主编. CT 介入放射学. 北京: 中国科学技术出版社, 1996. 106.