

敏感性抗生素的使用,由于脓腔大,血供差,脓液吸收困难,住院时间长,费用高,常常疗效不佳。采用 CT 引导下介入治疗,它能准确的指示进针最佳位置,角度,深度,穿刺准确性高,可避开重要器官和大血管,减少并发症,还可以观察脓腔冲洗清除的程度,腔内给药增加局部药物浓度,提高药物疗效,使治疗时间大大缩短,从原先的 6~ 8 周缩短到 18d 到 4 周治愈,此法尤适合于慢性肺脓肿。

在行脓肿介入治疗时,必须注意以下几点: 1. 抽出脓液样本送常规细菌培养和厌氧菌培养,作药物敏感试验; 2. 冲洗脓腔时,尽量将针头深入到脓腔的最低位,以利脓液的抽尽;同时还要以低压冲洗,即每次注入量要小于抽出量,避免注入过多的冲洗液使脓腔内压力升高,而使部分液体沿针隙进入

肺和胸腔,而引起医源性播散; 3. 根据脓液细菌培养以及药物过敏试验,选用抗生素冲洗脓腔并配合全身治疗; 4. 部分患者脓肿经冲洗后,已和支气管相通,一部分药物随痰咳出,遇这种情况,一定嘱患者体位引流排痰,止咳,避免剧烈咳嗽而造成气胸。

少数患者在穿刺治疗后,有畏寒,体温升高,可能因为穿刺时,脓腔内压力大,脓液溢出,脓腔壁的毒素吸入血液所致,只需用抗生素及对症处理,体温会在很短时间内降至正常。

参 考 文 献

1. 张雪哲:开展和推广 CT 介入技术.介入放射学杂志.1998.7.1.  
2. 吴建安,邱菊生,李毅明,等.CT 引导下胸腹部穿刺活检及介入性治疗.介入放射学杂志,1998,7.37.

(收稿:1999 10 15)

• 病例报道 •

肺癌介入性治疗致脊髓损害死亡一例

葛彪 杨树明 高永芝

患者女,69 岁,经 CT 及支气管镜检查诊断为左肺癌(病理诊断为小细胞未分化癌),病灶位于左肺中野脊柱旁沟内,纵隔淋巴结转移。灌注第 7 肋间动脉,造影剂为 60% 泛影葡胺 6ml,患者感左胸后背部钝痛,但能忍受,尔后灌注表阿霉素 20mg,无任何不适,当灌注顺铂 60mg 时感左胸、左季肋部及腹部疼痛加重,推注丝裂霉素 16mg 感上腹部疼痛难忍,改为缓慢推注足叶乙甙 100mg,患者尚能忍受。40min 药全部注完。手术完毕时两下肢无明显异常感,嘱给予水化,能量合剂,利尿。3h 后,两下肢感觉和运动功能障碍。14h 后体查:中下腹部皮肤感觉功能消失,腹软,无腹痛。小腹(膀胱区)膨胀,解小便需协助挤压膀胱,潴瘤性尿失禁,两下肢感觉及运动功能完全丧失,坐不稳。脊神经定位考虑 T<sub>6</sub> 至 T<sub>10</sub> 段脊髓受损害。给予丹参 20ml+ 5% 葡萄糖液 250ml 静脉滴注,低分子右旋糖酐 500ml,48h 后,中下腹部及两下肢感觉功能恢复,运动功能仍未恢复。继续给予上述药物静脉注射。第 8 天仍无自觉排便功能,截瘫,第 10 天大小便潴留中毒死亡。

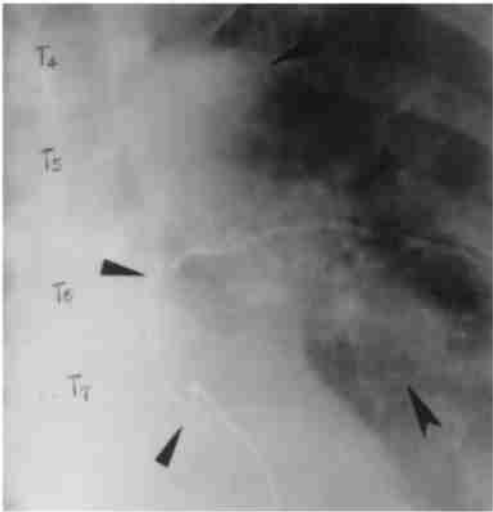


图 1 位于左肺门后脊柱旁沟的肺癌(▲)肋间动脉部分分支进入癌肿内;上行的肋间动脉紧贴脊柱旁(▲)

(收稿:1999 12 06)

作者单位:223600 江苏省沭阳县中医院放射科介入组