

肝脓肿的造影诊断及介入治疗探讨

席嘉元 翟凌云 吕 梁 杨 珏 曹新华

摘要: 笔者报告经 Seldinger 氏法腹腔动脉或肝动脉插管 DSA 或和 PUCK 摄片诊断肝脓肿 9 例。造影特征为: 肝动脉不增粗; 血管包绕征; 腔壁环影征; 脓腔相对低密度区。对 5 例脓腔直径 $>4\text{cm}$ 者, 除 1 例外科手术切除(术后 1 天死亡)外, 其余 4 例采用静脉套管针经皮穿刺脓腔置管介入治疗: 抽出脓液, 冲洗脓腔, 脓腔造影, 定期保留抗生素, 甲硝唑溶液治疗, 1~2 周治愈出院, 它明显优于内科及外科治疗。

关键词: 肝脓肿 经皮脓腔置管术

Angiographic Diagnosis and Interventional Therapy of Hepatic Abscess

Xi Jia yun, et al.

Dept. Radiology, Yun Nan Provincial People's Hospital

ABSTRACT: Nine cases of hepatic abscess were diagnosed by Seldingers technique. The angiographic features consisted of 1) no hepatic artery dilatation; 2) vasculas encasement sign; 3) cavitary ring sign 4) relative low density cavity sign. Five patients with abscess diameter over 4cm , but one, performed partial hepatic resection ended other totally four underwent percutaneous transhepatic abscess interventional therapy, including venous puncture drainage of pus; washing vomica; periodic retained catheter for antibiotic and antiamebic therapy. All four patients were off hospital one and two weeks later; The effect of interventional therapy is better than that of medical therapy and surgery.

Key words: Hepatic abscess; Percutaneous transabscess catheter placement

肝脓肿在发达国家和地区已较为少见,但在卫生条件差的地区仍有散发,且死亡率高,诊断和治疗尚有一定困难。我院自 1988 年 8 月~1992 年 7 月经肝血管造影诊断肝脓肿 9 例,发现其特征性现象,它可以与肝癌、肝血管瘤、肝囊肿作鉴别,并经皮穿刺脓腔置管介入治疗,取得了良好效果,现总结报告如下。

材料和方法

本组 9 例,男性 8 例,女性 1 例,年龄 18~

60 岁,平均 31 岁。曾有畏寒发热,右上腹疼痛史,基层医院多给消炎利胆治疗,病程 1 月~1 年,1~3 月者 7 例。全部病例采用 Seldinger 氏法腹腔动脉或肝动脉插管 DSA/PUCK 摄片,设备为 SIEMENS,ANGIOTRON CMP。注射 60% 泛影葡胺 25~40ml, 5~7ml/s。采像 15 秒,9 例中直径 $>4\text{cm}$ 的孤立性肝脓肿,除 1 例行外科切除外,其余 4 例在电视导向下,经皮穿刺脓腔置管介入治疗,其方法是:选择锁骨下静脉穿刺套管针,经右腋中线与第 10、11 肋

作者单位: 650032 云南省医学影像研究中心,云南省人民医院放射科

骨上缘处进针,常规消毒铺巾,局麻切皮后令患者暂停呼吸,在电视导向下刺入脓腔,见抽出脓液时,立即拔出金属内针,留置塑料套管,用胶布固定于皮肤上。该套管质地适中,外径 1.65mm,内径 1mm,既能抽出脓液,又能随呼吸移动,不会造成肝组织的切割伤。穿刺前可将套管前段成形一个单弯,进脓腔后可以改变方向抽尽脓液。脓稠难抽时可注入生理盐水,既可稀释脓液,又可减低脓腔负压。经导管注入 40% 泛影葡胺可显示脓腔的大小轮廓;抽出造影剂后注入庆大霉素 16 万 U,甲硝唑 100mg,用塞子阻塞套管外口,用消毒纱布覆盖,胶布固定,2~3 天重复治疗一次。药量递减,一般 2~4 次即见引流脓液减少,脓腔造影脓腔闭合,拔管后用酒精纱布包扎 3 天即可。

结 果

本组 9 例,全部病例作了肝动脉-门静脉 DSA,3 例加 PUCK 程序摄片对照,造影特征为全部病例肝动脉均不增粗,即肝动脉与胃十二指肠动脉粗细相仿;有血管包绕征 6 例(66.7%);环影征 7 例(77.8%),可疑环影征 2 例(22%);9 例脓肿区可见相对低密度区,脓腔越

大低密度区越明显。单腔 6 例,多腔 3 例,右叶 8 例,左叶 1 例,手术切除的 1 例和经皮穿刺脓腔置管介入治疗的 4 例均引流出黄白色粘稠脓液。脓肿边缘多不光滑。9 例作了 B 超、CT、 γ 照相等影像学的回顾性对照,结果如附表及图 1~7。

附表: 4 种影像学检查对肝脓肿的诊断比较

	受检 人数	发现 病灶	肯定 诊断	疑诊	误诊	漏诊
B 超	9	8	5	2	1	
CT	6	6	3	2	1	
γ 照相	2	2	1	1		
DSA/PUCK	9	9	6	3		

治疗上视脓腔的大小,多少而定;直径小于 4cm 的单腔脓肿,除 1 例行外科手术切除,术后 24 小时死亡,其余 4 例作经皮穿刺脓腔置管介入治疗,2~3 周痊愈出院;另外 4 例作内科保守治疗,6~13 周出院。

讨 论

一、造影检查对肝脓肿的诊断意义

现代影像学的发展,为本病的诊断提供了

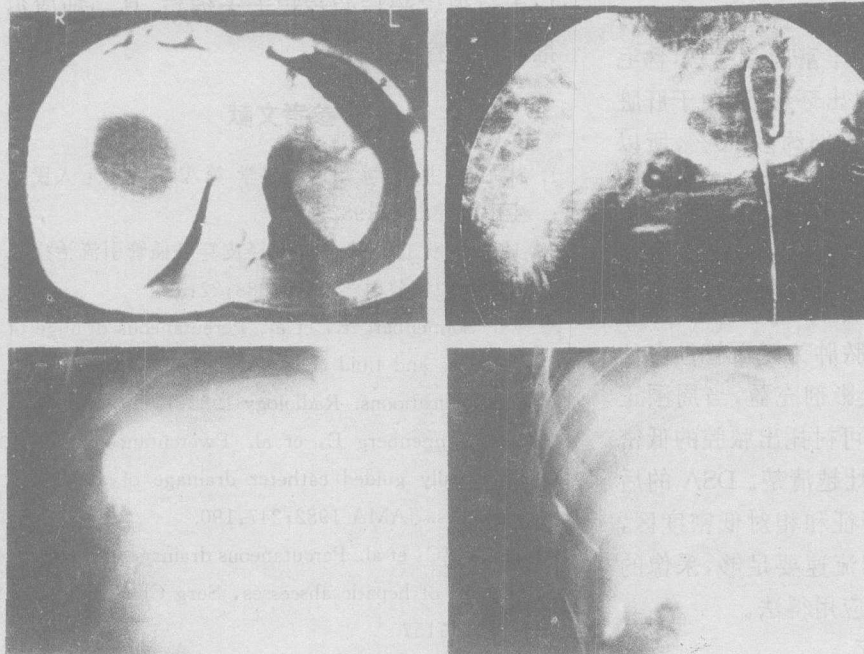


图 1 病例一: CT 诊断肝右叶囊肿

图 2 DSA 门静脉期示: 肝右叶相对低密度病灶及腔壁环影征、诊断肝脓肿。

图 3 经皮脓腔置管,抽出脓汁,脓腔造影。

图 4 脓腔保留抗菌素灭滴灵治疗第 9 天造影复查,脓腔闭合,造影剂返流肝包膜下。

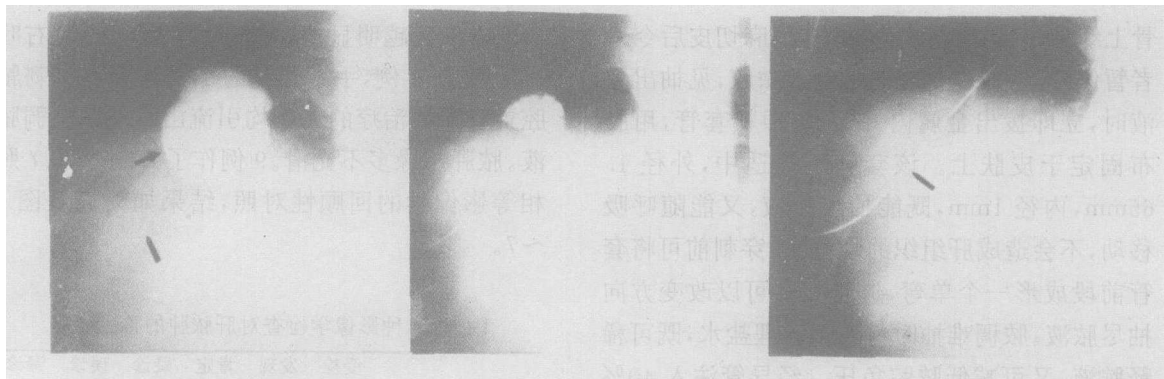


图 5 病例二、右膈下肝脓肿行脓腔造影,脓腔将膈肌掀起。

图 6 置管介入治疗第 4 天造影,肝内脓腔闭合,膈下脓腔缩小。

图 7 置管介入治疗第 10 天造影,脓腔已完全闭合。

新的影像学依据,B 超、CT 对发现 2CM 以上病灶很有帮助,但有时 B 超对膈下病变,左叶病变易遗漏,定性诊断也可能有误差;CT 扫描受呼吸活动度的影响,小病灶可能漏诊,若不作增强扫描,定性诊断可能误诊。我院自 1988.8~1992.7 经肝动脉插管造影 219 例,检出肝脓肿 9 例(4.11%),根据其造影特征,可以与肝癌,肝血管瘤,肝囊肿等作鉴别。归纳造影特征为:(1)肝动脉不增粗,肝固有动脉与胃十二指肠动脉粗细相仿,而肝癌和较大的肝血管瘤则肝动脉会增粗。(2)血管包绕征。较大的肝脓肿或肝囊肿都可以推压亚段肝动脉或门静脉分支形成包绕,本组见到包绕征 6 例(66.7%)。(3)环影征,慢性肝脓肿壁内有丰富肉芽组织,含毛细血管网,造影充盈后可显出环影征,由于肝脏为双重供血,门静脉供血比例约占 70%,所以门静脉期显示环影征更明显。由于肝囊肿壁内无肉芽组织形成的毛细血管网,造影时无环影征出现,此乃两者鉴别的可靠依据。本组经外科手术和经皮肝穿介入治疗得到证实。(4)脓腔的相对低密度区:由于肝脓肿为无血管性占位性病变,造影时,腔内无造影剂充盈,当周围正常肝组织被造影剂充盈后可衬托出脓腔的低密度区。脓腔越大低密度病灶越清楚。DSA 的后处理功能有利于显示环影征和相对低密度区,但要注意造影剂的剂量和流速要足够,采像的时间要适当。后处理功能应用得法。

二、肝脓肿的介入治疗

1977 年 Gronvall 将血管造影的经皮插管技术,用于腹腔脓肿的治疗,代替外科引流取得良好效果,国内王应才等报告经皮穿肝插管引流治疗肝脓肿亦取得满意疗效^[2]。我院在介入治疗上作了一些改进;更简便安全;可留置重复治疗;采用国产材料,价格低廉;外套管和穿刺针一次成功,简化了操作程序;套管前段的单弯有利于调整方向吸尽脓液;套管质地适中,呼吸时不会造成肝组织的切割伤;抽脓、灌注、造影、抗菌素和甲硝唑溶液腔内保留治疗等综合措施的疗效显著,疗程大为缩短。它比外科切开引流或切除手术的创伤小得多,安全性大为提高;比内科保守治疗的疗程大大缩短,是一种值得推广的新疗法。

参考文献

1. 林兆耆,主编。实用内科学 第八版,北京:人民卫生出版社出版 1982;333
2. 王应才,欧玉明,夏广华。经皮穿肝插管引流治疗肝脓肿。中华放射学杂志 1988;22:39。
3. Van Sonnenberg E, et al. Percutaneous drainage of abscesses and fluid collections: Technique, results, and applications. Radiology 1982;142:1.
4. Van Sonnenberg E, et al. Percutaneous radiologically guided catheter drainage of abdominal abscesses. JAMA 1982;247:190.
5. Martin EC, et al. Percutaneous drainage in the management of hepatic abscesses, Surg Clin North Am 1981;61:157.