

普通 B 超安装简易导向器穿刺治疗肾囊肿

李杏钦 金倩倩

本文的普通 B 超是指既无穿刺引导线设置功能,也无专用穿刺探头配备的 B 超仪,我院对 32 例肾囊肿患者进行了穿刺并随访观察,疗效满意,报告如下。

材料与方法

一、临床资料

本组男 20 例,女 12 例,年龄 20~68 岁,穿刺囊肿 32 个,共 37 次,全部一次成功,最大 $8.6 \times 7.8\text{cm}$,最小 $5.0 \times 4.0\text{cm}$,抽出囊液量在 20~220ml 不等,色淡黄澄清。

二、仪器

采用 EUB-27 型超声诊断仪,探头频率 3.5MHZ,以及上海医疗设备厂生产的简易通用导向器。

三、方法

(一) 先将导向器安置在探头一端,接上穿刺针,将探头置于一深约 25.0cm 的盆水表面,再用一塑料薄膜纸蒙在显示屏上,以 5.0mm 为一单位将针槽分别固定,逐点在薄膜纸上描出穿刺针显像线,并记下刻度数,以作日后穿刺时代替引导线之用。

(二) 检出肾囊肿,确定需穿刺且无禁忌证者,先定位;将薄膜纸固定在显示屏上,是哪条引导线穿越其中,记下刻度,以备穿刺时调整针槽刻度之用,并在皮肤上作出穿刺点记号,并准备一根空试管,一根盛有 2.0ml 无水酒精的试管。

(三) 常规消毒下,局麻后采用 12# (内径为 1.2mm) 带针芯穿刺针,见针尖进入囊腔中心位置后开始抽吸囊液,最先抽出囊液分别注入二根备用试管中,空管作常规送检用,酒精管作囊内液体是否为尿液鉴别之用,如酒精变混浊即

可抽尽囊液并可注入无水酒精,其量为抽出囊液量的 1/5,保留 5 分钟后抽尽囊内液体,拔针,休息半小时后即可行走。

结 果

按马忠武标准^[1],本组一次性治愈 21 例,3 个月后复查均消失;二次治愈 5 例,3 个月后再行穿刺,6 个月后复查消失;显效 (囊肿小于原囊腔的 1/2) 3 例;无效 3 例,一周后复查囊肿全部恢复到穿刺前显像,其中 1 例因近肾门处肾上极囊肿,抽尽囊液后先注入生理盐水 10.0ml,患者觉穿刺侧腹部从上至下冰凉感,即不予注入无水酒精,后经静脉肾盂造影证实为肾盂源性囊肿,另二例均以酒精试验阴性者,仅抽尽囊液,未注入酒精,其中 1 例也经 X 线静脉肾盂造影证实为肾盂源性囊肿。本组治疗无并发症,8 例有不适反应,其中 6 例腰部轻微疼痛,5 例有一过性疼痛,均未处理,自行消失。

讨 论

一、本院采用简易导向器只要正确掌握,这能取得满意效果,本院的穿刺一次性成功率达 100%,因而,基层医疗单位,也照样可以开展介入超声工作。

二、B 超导向穿刺注射无水酒精治疗肾囊肿的价值:本法是利用 99.5% 酒精凝固破坏囊肿壁上皮细胞,使之失去分泌液体的功能,达到治疗目的。目前,国内还有选用 10% 葡萄糖酸钙^[2]和鱼肝油酸钠^[3]作硬化剂治疗,不管选用何种硬化剂,注入之前一定要尽量抽尽囊液。

三、注入硬化剂前必须先排除囊肿为肾盂源性,出口较小的囊肿 B 超较难鉴别,过去认为

肾盂源性肾囊肿直径极少超过 5.0cm^[4],而本组 3 例均超过 5.0cm,最大达 6.5cm;静脉肾盂造影能够确诊但穿刺术前均行静脉肾盂造影又极不方便,根据囊肿液含蛋白量较高^[5]且酒精又能使其迅速凝固的原理,我院采用酒精试管做常规肾囊肿抽出液的检查,如阳性则抽出液变混浊为囊液,可注入硬化剂,如阴性则抽出液不变色为尿液,绝对禁止注入硬化剂,以避免酒精等硬化剂灼伤肾盂及输尿管。

四、对一次不能治愈囊肿的治疗原则,本组除 3 例肾盂源性囊肿外,有 8 例未达到一次治愈的目的,其直径均在 7.0cm 以上,可见其大小与治愈率是密切相关的,分析原因考虑与囊腔大,注药量相对不足,对囊壁分泌细胞破坏不全相关,对此认为 1. 反复治疗。隔 3 个月后再进行一次,本组 5 例均已治愈;2. 延长囊内保留时间,使药液充分接触囊液;3. 如囊肿

伴感染者可使用抗生素加生理盐水进行囊内先冲洗后,再注入硬化剂治疗。

五、本法成功率高,又可避免重要脏器,血管损伤安全又经济,优于传统外科手术,值得推广应用。

参考文献

1. 马忠武. 超声导向穿刺注射无水酒精治疗肾囊肿疗效观察. 中国超声医学杂志, 1991;7:28.7.
2. 高新堂. B 超引导经皮穿刺注射葡萄糖酸钙治疗肾囊肿. 中国超声医学杂志, 1991;7:28.7.
3. 何光华, 等. B 型超声引导经皮穿刺注射鱼肝油酸钠治疗肾囊肿. 中国超声医学杂志. 1990;6:14.
4. 周永昌, 郭万学; 超声医学, 第 2 版, 上海: 上海科学技术文献出版社, 1991:736.
5. 董宝玮. 临床介入性超声学, 第 1 版, 北京: 中国科学技术出版社, 1990:235.

(上接第 209 页)

时灌注。临床实践亦证实通过该治疗后,其不张的肺叶一般在 7~10 天会逐渐充气复张。

当肺癌合并胸腔积液时,常表明胸膜受侵犯或已有转移,此时单用支气管动脉灌注已不能解除胸膜腔的病变,必须配合抽取胸水并灌注有效的化疗药物,以控制恶性胸水的发展。我们认为采用在支气管动脉灌注的同时选用卡铂溶液或 β -榄香烯乳做胸膜腔内灌注具有重要的临床价值。本组病例一般在 2~3 次灌注后胸水常得以控制。

由于 PT4 患者病情及体质状况各有差异,应根据具体情况采取相应的综合措施,它包括在介入化疗的同时,应用高效副作用小的抗生素控制继发感染;应用重组造血克隆刺激因子 rh-CSF 或 GM-CSF,改善患者的贫血状态,增加粒细胞的数量和质量,减少感染机会;应用强力的支持疗法和免疫激动剂以增强机体的抗病能力,保证化疗的顺利实施。

双介入治疗虽具有一定的创伤性,但其全面的临床疗效已经与全身化疗相持平,甚至在某些病例还优于全身化疗,其全身毒性远较全身化疗少得多,因此双介入治疗可能成为 PT4

治疗的一条新途径。

参考文献

1. Milne ENC. Circulation of primary and metastatic pulmonary neoplasms. AJR, 1967, 100: 603.
2. Hellekant C. Bronchial angiography and intraarterial chemotherapy with mitomycin - C in bronchogenic carcinoma. Anatomy, technique, complication. Acta Radiol (Diagn) 1979; 20: 478.
3. 郑如恒, 董永华, 周康荣. 支气管肺癌的肺动脉血供研究. 中华肿瘤杂志, 1995;17:53.
4. 李麟荪, 王杰, 张思全, 等. 选择性支气管动脉造影及药物灌注术. 中华医学杂志, 1986;66:214.
5. 刘子江, 许绍维, 韩希年, 等. 选择性支气管动脉灌注顺铂治疗不能手术的肺癌. 中华放射学杂志, 1987; 21:4.
6. 韩铭钧, 颜小琼, 王丽雅等. 支气管动脉的血液供应——大白鼠鳞癌模型的血管灌注与选择性支气管动脉造影的对照研究. 中华放射学杂志, 1988;22:243.
7. 滕皋军, 蔡锡类, 高广如, 等. 支气管动脉的双重供血(肺癌标本的微血管造影及临床 X 线研究). 中华放射学杂志, 1991;25:80.
8. 许绍维, 刘子江, 尚国燕, 等. 78 例原发性支气管肺癌插管化疗的分析. 临床放射学杂志, 1989;5:295.