

材料与方法

选取临床 B 超或 CT 发现的 60 例肝肾囊肿, 为便于对比, 选用的 60 例均为单纯囊肿, 男 38 例、女 22 例, 年龄 18~71 岁, 40 岁以上 45 例, 囊肿直径 3~12cm, 最大抽出液量为 650ml, 肝囊肿临床主要表现为上腹部不适、疼痛、恶心、黄疸。肾囊肿主要表现为腰痛、水肿、高血压等。

我们使用的 CT 扫描装置为 9800QUICK, 穿刺针为 20G 抽吸针, 硬化剂均为无水酒精, 穿刺前常规检查血常规、出凝血时间、血小板计数及尿常规。有的需做碘过敏试验, 对于部分病例术前做增强扫描了解肾囊肿是否与肾盂相交通及囊壁的情况, 如囊肿与肾盂交通是硬化治疗的禁忌证。术前 4~6 小时禁食, 肝囊肿病人采用仰卧位或左侧卧位, 穿刺点选择在距皮肤进针点与病变的最近部位, 穿刺行径要避开胆囊、胆管和肝内血管, 以避免不必要的损伤。肾囊肿多采用俯卧位或侧卧位, 避免仰卧位前方进针。先做 CT 扫描选择穿刺的最佳层面和穿刺点, 用光标测出进针深度、距离和角度。CT 导向下确认针尖位于囊肿内。常规保留硬化剂法为抽出囊液后, 缓慢注入无水酒精, 注入酒精的量以抽出囊液的 25% 计算, 并嘱患者转动体位, 以使无水酒精与囊肿各壁充分接触, 20 分钟后抽出酒精, 重新注入 3~8ml 保留, 然后拔针, 再做 CT 扫描一次, 嘱患者仰卧位、左右侧卧位各 5 分钟, 观察 2~4 小时。改良法(即反复冲洗法), 方法为: 抽尽囊液后注入抽出量的一半的硬化剂无水酒精, 反复冲洗囊腔 2、3 次, 直至抽出的酒精变为清亮。在冲洗间歇中可协助病人转动体位, 然后抽尽硬化剂, 最后用适量的 2% 利多卡因冲洗一次, 抽尽而拔针。治疗后 3 月、半年及 1 年, 作 B 超或 CT 复查。

结 果

疗效标准分为 4 级疗效指数<sup>[2]</sup>, 即 0、I、II 和 III。0 表示囊肿大小无变化, I 表示囊肿较前缩小  $\frac{1}{3}$  以下, II 表示囊腔缩小  $\frac{1}{3} \sim \frac{2}{3}$ , III 表示囊腔基本消失或完全消失。治疗结果为: 常规组 0 级 2 例, I 级 2 例, II 级 5 例, III 级 21 例。改

良法 0 级无, I 级 1 例, II 级 3 例, III 级 26 例。改良法总有效率达 96.6%。囊肿消失率为 86.6%, 常规组囊肿组消失率为 70%。常规组患者出现发热、剧痛、腹痛发生率为 56%, 而改良组发生率为 23.33% ( $P < 0.01$ )。

讨 论

肝肾囊肿是常见的疾病, 过去以手术治疗为主。1981 年 Bean 报道了 29 例肾囊肿抽液硬化治疗的经验后<sup>[3]</sup>, Trinkl 和 Bean 又相继将此法应用于肝囊肿的治疗, 均获得了理想的疗效。肝肾囊肿的穿刺硬化治疗最好选择有症状的单发囊肿病例。其指征主要有 2 点: 1、囊肿直径大于 3cm 以上, 2、囊肿压迫引起临床症状的。治疗前应先明确诊断。

单纯穿刺引出囊液不注入酒精, 囊肿复发率为 30%~78%<sup>[4]</sup>。文献报道的治疗方法多采用常规保留法, 即抽尽硬化剂后囊内保留硬化剂 2~8ml。我们采用反复冲洗法进行治疗, 通过两组对比, 反复冲洗法较常规法疗效明显提高, 而不良反应明显减低。我们的体会是在抽吸囊肿液体过程中很难把囊内液体抽尽, 在常规法一次注入酒精保留硬化治疗中, 囊中残余液体会稀释酒精浓度, 酒精浓度不足影响疗效。经过改用反复冲洗法避免酒精稀释, 可有效的提高酒精浓度强烈作用于囊壁, 使囊肿治愈率明显提高, 另外反复冲洗法可将囊壁粘液及囊内沉渣清除, 使酒精能充分与囊壁接触以提高疗效。不保留硬化剂冲洗法, 囊内的硬化剂吸尽后, 注入适量的 2% 利多卡因冲洗一次, 即能达到有效的治疗目的又能减少或避免不良反应的发生。

参 考 文 献

1. 张雪哲, 卢延, 姜永金, 等. CT 引导下肾囊肿穿刺硬化剂治疗. 中华放射学杂志, 1989, 23: 337.

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, 100.

3. Bean WJ. Renal cysts: Treatment with alcohol. Radiology, 1989, 138: 329.

4. Bosniak MA. The current radiological approach to renal cysts. Radiology, 1986, 158: 1.

• 临床经验 •

急性大面积脑梗塞颈内动脉注射尿激酶与  
选择性动脉内插管溶栓疗效对比

张新中 杨瑞民 李玉侠 李培兰 董启梅 吴标

大面积脑梗塞起病急, 进展快, 病情重, 部分病例易误诊

为“脑出血”。如不尽快明确诊断, 积极早期动脉溶栓, 预后较差, 死亡率高。我院自 1997 年以来治疗 20 例大面积脑梗塞患者, 经 CT 扫描排除脑出血后, 分别采用尿激酶两种方

法动脉内注射, 报告如下。

## 材料与方法

### 一、一般资料

男 8 例, 女 12 例, 年龄 31~ 70 岁, 平均年龄 58 岁, 有高血压史 9 例, 糖尿病史 6 例, 有高血脂症 5 例, 有冠心病史 6 例, 有风心病史 11 例。

### 二、临床表现

活动中发病 14 例, 静态下发病 6 例, 意识障碍 10 例, 语言障碍 16 例, 头痛伴呕吐 6 例, 抽搐 4 例, 双眼定向凝视 10 例, 尿失禁 5 例, 脑膜刺激征阳性 4 例, 病理征阳性 17 例, 肢体运动障碍 20 例。

### 三、CT 扫描

约 4 小时内就诊者 12 例, CT 未发现典型梗塞病灶; 8 例发病时间不确定, CT 已证实为大面积脑梗塞, 其中额颞顶叶 4 例, 颞顶 2 例, 顶枕 1 例, 额叶 1 例, 中线结构移位 3 例。

### 四、治疗方法

12 例 CT 未发现梗塞病灶者中 10 例于 CT 扫描床上严格消毒、铺巾, 选小号针头避开颈动脉窦颈内动脉垂直进针, 见有鲜红色回血即将尿激酶 50 万 U 加生理盐水 50ml 于 30 分钟内注完, 拔针后接压局部 5~ 10 分钟, 以免形成血肿。然后继续用甘露醇、利尿剂脱水, 静滴丹参加脉络宁。次日重复颈内动脉注射一次。另 2 例与 CT 已明确大面积梗塞灶之 8 例患者, 备皮、碘过敏试验等术前准备充分后再进入导管室行选择性闭塞动脉接触性溶栓, 即先将尿激酶 30 万 U 用 30ml 生理盐水溶解后缓慢注入, 酌情在 40~ 120 分钟内再灌注 30~ 70 万 U。

## 结 果

12 例中经 CT 未发现大面积梗塞灶之 10 例, 颈内动脉直接注药 7 天后 8 例症状明显好转, 2 例 14 天显效, 有效率 100%。而其中 2 例经导管接触性溶栓大脑前、中动脉各 1 例, 血管再通 100%, 症状立即改善, 但 7 天后恢复较慢, 一月后与前 8 例相比, 恢复基本相同。另 8 例 CT 已发现大面积梗塞灶者, 均经导管溶栓, 但仅 5 例显通, 3 例未通, 且显

通之 5 例中 2 例次日症状加重, 复查 CT 继发出血, 脑疝死亡。

## 讨 论

大面积脑梗塞患者多发生于 50 岁以上中/老年人, 风心病、脑动脉硬化、高血压、冠心病、糖尿病等为其主要危险因素。多在活动状态下急性发病, 可能与急性血液动力学改变及心脏或大动脉附壁血栓脱落栓塞有关, 临床表现为颅内压增高较明显, 不同部位的头痛、呕吐, 不同程度的意识障碍、言语及肢体运动障碍, 双眼同向凝视等<sup>[1]</sup>。本组病例临床表现典型, 均经 CT 排除脑出血。根据复流治疗时间窗的要求, 血管闭塞 3~ 6 小时内恢复血流, 脑梗死可能被挽救<sup>[2]</sup>。本组 12 例为早期就诊约 4 小时以内, CT 尚未出现大面积梗塞灶, 将尿激酶立即颈内动脉直接注入, 而不花更多时间将导管插入大脑中动脉或在血栓近端注药, 效果同样可靠。

本组 8 例 CT 已明显发现梗塞病灶, 且范围较大, 提示血管闭塞已超过 24 小时, 系因动脉主干闭塞后导致该动脉供血区脑组织严重缺血缺氧, 严重脑水肿形成<sup>[3]</sup>, 尽管采取插管溶栓, 但预后仍不理想。故在疾病早期动脉溶栓, 使血管再通, 建立侧支循环, 以利“半暗带区”重新得到充分血供, 促使神经功能尽早恢复很重要。

有人报告<sup>[4]</sup>颈内动脉首次用药 60~ 70 万 U 也无出血副作用。我们首次采用 50 万 U, 无 1 例出血。本法较选择性介入溶栓操作简单, 费时短, 费用低, 利于早期用药, 且远期疗效同样确切, 实用价值大。

## 参 考 文 献

1. 陈小飞, 等. 大面积脑梗塞临床分析. 中国实用内科杂志, 1994, 6: 215
2. 薛群. 溶栓治疗急性脑梗塞的研究进展. 国外医学脑血管疾病分册, 1997, 5: 226.
3. Klockner HP. Release of plasminogen activator by batroxibin. Haemostasis, 1987, 17: 235.
4. 于永发, 董国淑, 赵永波, 等. 脑血栓急性期尿激酶静脉溶栓疗法的探讨. 中风与神经疾病杂志, 1997, 14: 367.

## • 临床经验 •

## 介入急救顽固性肝硬化性上消化道大出血的治疗体会

杨瑞民 李玉侠 梁秋冬 李奋保 董启梅 李培兰

顽固性肝硬化性门脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血临床发病急骤, 出血量大, 病死率高。在因患者不适于或不能耐受手术而不能有效控制出血的情况下, 急诊行经皮肝

食管、胃底静脉曲张与经肠系膜上动脉导管中滴入垂体后叶素并脾动脉部分栓塞术, 可以有效地控制出血。对 12 例肝硬化急性上消化道出血患者采用急诊介入疗法, 效果满意, 报告如下。