

• 非血管介入 •

肺脓肿 CT 介入治疗

黄长琛

【摘要】 目的 探讨慢性肺脓肿 CT 介入治疗及其临床疗效。方法 本组 12 例先行 CT 扫描确定部位, 在 CT 引导下作经皮肺脓肿穿刺抽脓术及药物脓腔内注射, 共进行 16 次。结果 抽出脓液 10~100ml 不等, 经腔内注射抗生素 18d~4 周, 全部痊愈出院。结论 肺脓肿 CT 介入治疗可提高疗效, 缩短疗程, 避免外科手术, 是简便易行, 安全的治疗方法。

【关键词】 CT 介入; 肺脓肿; 药物注射

The interventional therapy of lung abscess H UANG Changchun. Department of Radiology. Nangping Municipal Second Hospital, Fujian Province 354200

【Abstract】 Objective To observe the therapeutic effect of chronic lung abscess by interventional therapy under CT guidance. Methods The group consisted of 12 patients. Firstly, the positions of abscess were localized by CT, secondly under CT guidance puncturing into the abscess with a needle and then thirdly, draining through the abscess and injecting some antibiotics through the needle. The treatment consisted of 16 times with an average drawing volume out 10~100ml, during 18~28 days as a course. All patients were cured. Conclusion The interventional therapy under CT guidance for chronic lung abscess can increase the therapeutic effect, decrease the course of treatment and avoid the operation. Therefore, it is a safe, simple and convenient method.

【Key words】 CT guidance; Lung abscess; Injection

肺脓肿是临床常见病, 以往内科治疗疗效差, 因而常规多采用外科手术治疗。随着放射技术发展, 采用经皮肺穿刺抽脓和药物注射为肺脓肿提供一种新疗法, 我们采用该法治疗 12 例, 效果满意。

材料与方法

一、资料

本组 12 例, 男 8 例, 女 4 例, 年龄 28~68 岁, 平均 42 岁; 临床症状有发热, 局部胸痛, 咳大量脓臭痰, 白细胞 (WBC) 升高, 中性升高。病程 6 个月~2 年, 胸片可见厚壁空洞及液平, 多房性 2 例。CT 平扫: 空洞内腔大小不等, 有圆形, 椭圆形和不规则形, 2 例呈多房性改变, 空洞内可见不等量气液平面, 壁厚而光整, 胸膜均有不同程度增厚, 4 例可见播散灶。

二、方法

采用西门子 SOMATOM DRH 型 CT 机, 距阵 512×512, 重建图像采用西门子所提供的胸部参数, 扫描条件 125kV, 310mA, 4s, 层厚 8mm, 层距

10mm。先扫 TOP 像, 然后在脓肿区定扫描区域, 在扫描线指示的体表位置, 于正中线和脓肿相应的皮肤表面各放一枚大头针, 作定位扫描。(可仰卧, 俯卧, 侧卧), 了解到脓肿最适宜的穿刺部位, 通过 2 枚大头针指示(就地取材), 可测量进出针位置、角度、深度。局麻后采用 16 或 18G 穿刺针, 在穿刺针上做好深度标记, 直接刺入脓肿腔内, 即穿刺针到达预定深度后, 手中有突破感, 拔出针芯, 此时可见脓液经穿刺针内流出和(或)可嗅到恶臭, 而后将针筒与穿刺针连接抽出脓液。如此时脓液太粘稠, 可换粗一些的 16G 穿刺针抽吸, 如还难抽出, 则可注入生理盐水, 庆大霉素 16 万 U 或 0.5% 甲硝唑, 妥布霉素等。

结 果

本组经 1 次穿刺 8 例, 经 2 次穿刺 4 例, 抽出脓液 10~100ml 不等, 均为黄色浓稠液, 恶臭, 经细菌培养为革兰阴性, 肺炎双球菌等, 大肠埃希氏菌等, 本组病例术后住院 18d~4 周痊愈出院。

讨 论

肺脓肿的传统治疗方法是休息, 体位引流和高

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 T₆ 至 T₁₀ 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。

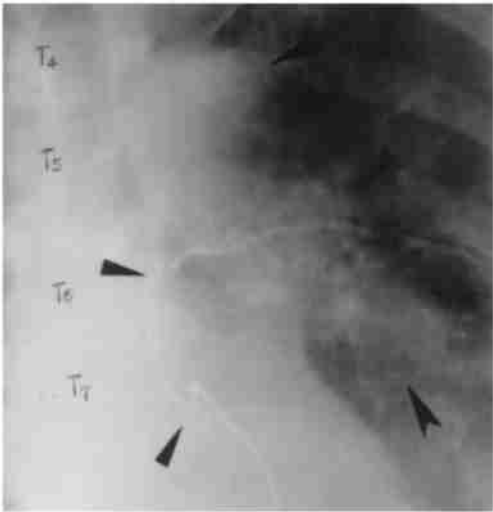


图 1 位于左肺门后脊柱旁沟的肺癌(▲)肋间动脉部分分支进入癌肿内;上行的肋间动脉紧贴脊柱旁(▲)

(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