

· 临床经验 Clinical experience

CT 导引下经皮穿刺硬化治疗肝包虫囊肿

匡楚龙, 兰征科

Percutaneous sclerization under CT guidance for treating hepatic hydatid cyst KUANG Chu-long, LAN Zheng-

ke. Department of Imaging, Dujiangyan People's Hospital, Dujiangyan, Sichuan Province 611830, China

【Key words】 CT guidance; Percutaneous sclerization; Hepatic hydatid cyst

我院自 2000 年以来开展了在 CT 导引下的经皮穿刺硬化治疗囊性肝包虫病,共治疗 6 例 7 个肝包虫囊肿,取得了较为满意的疗效。现报道如下。

材料与方 法

一、材料

6 例患者中男 4 例,女 2 例;年龄 42~71 岁。5 例有牧区生活史。由 B 超和(或)腹部 CT 检及 7 个包虫囊肿。囊肿位于右肝 6 个,左肝 1 个,直径:3.8~7.6 cm,单房 5 个,其余 2 个有少量子囊,囊壁均有不同程度的壳样钙化。除 1 例无症状外,其余均有右上腹胀痛、不适。6 例 Casoni 试验均阳性。

穿刺包 1 个, Cook 公司产 18G 抽吸针, 2% 盐酸利多卡因, 无水乙醇。

二、方法

穿刺前常规检查肝功能、血常规和凝血功能;术前禁食 4~6 h。术前建立静脉通道,开始滴注氢化可的松 100 mg。

采用西门子公司 Somatom Balance 螺旋 CT 扫描机,根据囊肿的部位,选择适当体位,先行平扫,显示靶病灶,再将自制的体表定位栅栏,粘贴于体表适当位置,行 2~5 mm 的局部薄扫,以确定进针的部位、角度和深度。

进针路径应经正常肝组织后再进入包虫囊肿,这样在抽吸囊内容物及用药后,由于正常肝组织和包膜的弹性回缩,穿刺针道可自动闭塞,避免囊液和药物的外渗^[1]。进针深度可达囊肿直径的 2/3 或囊肿下缘的稍上方,但如果囊肿大、张力高,针尖又正对囊肿菲薄囊壁时,进针不宜过深。硬化剂推注前,必须再次扫描,明确针尖位于囊肿内。对于子囊型

囊肿尽可能选择能穿破大和多的子囊的安全穿刺路径。术前根据囊肿的直径计算出理论上的囊液量,如实际抽出量与理论液量间差异较大,应再次扫描,寻找原因(如针道堵塞、子囊、囊壁塌陷等),然后根据实际情况,必要时可适当调整针的深度,或施以双针,以尽可能抽尽囊液。囊液常规送生化、细菌、细胞及寄生虫学检查,如囊液为淡黄、黄绿色,则提示有胆瘘的可能,可行碘环法囊液胆红素检查(如系胆瘘,则不能注入硬化剂)。之后,向囊内注入乙醇,注入量为抽出液的 50%~60% (不宜超过 200 ml),注入乙醇后保留 15~20 min,并适当转动体位,以使乙醇与囊壁及子囊充分接触。如因子囊或分房,抽出液量与理论液量间可能差异较大,也可在抽出首次注入的乙醇后,根据其抽出量重复注射 1 次,最后将其尽可能抽尽。拔针前再注入少量乙醇(注入量根据囊腔直径计算,直径 1 cm 注入 1 ml,注入 3~10 ml 予以保留,不宜超过 25 ml)^[2]。

三、疗效判定标准

穿刺后 1 年 B 超或 CT 扫描:① 治愈:囊肿明显回缩,其内无囊液,囊壁及囊内均有显著钙化;② 显效:囊肿缩小 50% 以上,囊内少许囊液,但无张力,无明显钙化;③ 好转:囊肿缩小 30% 以上,囊内有较多囊液,但无张力,无明显钙化;④ 无效:囊肿与穿刺前基本相同。

结 果

本组 6 例 7 个包虫囊肿,均一次性穿刺成功,并行硬化治疗,无过敏及并发症,术后 5 例 6 个囊肿,半年~1 年后复查,囊肿缩小均在 50% 以上,无或仅有少量囊液,不适症状消失。

讨 论

包虫病主要发生于有牧区生活史的人,约 98% 为细粒棘球绦虫虫卵感染所致的囊性型包虫病^[4],

作者单位:611830 四川都江堰市人民医院影像科(匡楚龙);外
科(兰征科)

通讯作者:匡楚龙

肝包虫病又占人体各部位包虫病的 70%^[3], 治疗历来以外科手术为主。长期包虫病的穿刺诊疗一直被视为禁忌, 主要是担心引起过敏性休克和播散、种植的发生。实践证明, 穿刺中只要注意“经肝入囊”; 穿刺针进入囊腔后, 遵循“只进不退”的原则(如必须调整针尖位置, 退针也应在乙醇注入一定时间后); 以及围手术期的抗过敏、抗休克等措施; 便可有效防止囊液渗漏等所致的播散、种植和过敏。

有学者认为, 包虫囊肿囊壁出现钙化, 说明囊肿进入生物学死亡、静止阶段, 最好不予处理。但有病例证明, 即使一部分囊壁已坏死和钙化, 但包虫仍具活力, 囊腔可继续增大^[5]。

肝包虫的主要并发症是包虫囊肿破裂和感染, 这也是造成患者死亡和预后不良的主要原因^[4]。另外囊肿的增大除加重对相邻组织结构的压迫外, 也增加了破裂和感染的危险。所以我们认为, 不论囊肿大小和有无钙化, 有临床症状的; 囊肿较小(直径在 3 cm 左右), 但位肝包膜下的; 囊肿直径 ≥ 5 cm 的; 可考虑穿刺硬化治疗。

对于有囊壁钙化、双层囊壁、有子囊的肝包虫囊肿, 影像诊断多无困难, 如再结合寄生虫免疫试验一般能够确诊。而对于无囊壁钙化的单房包虫囊肿, 则与普通肝囊肿鉴别困难, 但两者在穿刺硬化治疗的技术上并无二致, 只需按包虫囊肿的治疗原则即

可。

研究结果表明, 无水乙醇作为硬化剂因其具有凝固蛋白质和对活体细胞明显的脱水作用, 使寄生虫虫体受到破坏, 蛋白质变性凝固, 从而达到治疗目的^[1]。

CT 引导下经皮肝包虫囊肿的穿刺硬化治疗具有精确、微创、可重复性好、并发症少、易于开展等优点。大量研究和临床观察也证明了其可行性和良好的疗效, 是一项具有重要临床应用价值的微创诊疗技术。

[参 考 文 献]

- [1] 张学兰. 肝包虫囊肿超声引导抽吸硬化治疗. 临床医学影像杂志, 1997, 3: 1802.
- [2] 张雪哲. CT、MRI 介入放射学. 第一版, 北京: 科学出版社, 2001, 140-148.
- [3] 祁长生. 介入性超声腔内给药加硬化治疗肝包虫病. 中国医学影像杂志, 2003, 1: 40.
- [4] 孟亚丰. 肝包虫囊肿的 CT 诊断. 中国临床医学影像杂志, 2000, 6: 409.
- [5] Prousalidis J 著, 陈永亮(摘译). 钙化肝包虫囊肿的外科治疗. 国外医学外科学分册, 2000, 2: 104.
- [6] 宋书邦. 超声引导经皮穿刺硬化治疗肝泡型肝包虫病. 中国超声医学杂志, 1994, 4: 63.

(收稿日期: 2004-12-14)

· 临床经验 Clinical experience

猪尾巴导管在 CT 引导经皮穿刺治疗肝脓肿中的应用

郑继爱, 许根兔, 王晓菁

Application of pigtail catheters in the percutaneous treatment of hepatic abscess ZHENG Ji-ai, XU Gen-tu, WANG Xiao-jing. Shaoxing Sixth People's Hospital, Zhejiang Province Shaoxing 312000, China

[Key words] Pigtail catheter; CT guidance; Hepatic abscess; Percutaneous

肝脓肿的治疗原则是引流。传统的方法是经手术切开引流, 近年来经皮穿刺引流术逐渐成熟, 已成为目前治疗肝脓肿的首选方法, 我院应用血管造影用“猪尾巴”导管在 CT 引导经皮肝穿刺置管引流治

疗肝脓肿 10 例, 疗效显著, 现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

本组 10 例均为住院患者, 其中男 4 例, 女 6 例; 年龄 38 ~ 75 岁。经脓液培养证实为细菌性肝脓肿, 9 例合并胆道结石, 其中 2 例为术后发病; 1 例为胆

CT引导下经皮穿刺硬化治疗肝包虫囊肿

作者: 匡楚龙, 兰征科, KUANG Chu-long, LAN Zheng-ke
作者单位: 匡楚龙, KUANG Chu-long (611830, 四川都江堰市人民医院影像科), 兰征科, LAN Zheng-ke (611830, 四川都江堰市人民医院外科)
刊名: 介入放射学杂志 ISTIC PKU
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2005, 14 (4)
被引用次数: 0次

参考文献(6条)

1. 张学兰 肝包虫囊肿超声引导抽吸硬化治疗 1997
2. 张雪哲 CT、MRI介入放射学 2001
3. 祁长生 介入性超声腔内给药加硬化治疗肝包虫病[期刊论文]-中国医学影像杂志 2003
4. 孟亚丰 肝包虫囊肿的CT诊断[期刊论文]-中国临床医学影像杂志 2000
5. Prousalidis J. 陈永亮 钙化肝包虫囊肿的外科治疗 2000
6. 宋书邦 超声引导经皮穿刺硬化治疗肝泡型肝包虫病 1994 (04)

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200504028.aspx
授权使用: qkxb11 (qkxb11), 授权号: 87677f61-26ce-4670-8c07-9e2f00ff4d45

下载时间: 2010年11月15日