

超声治疗包虫 - 经皮引导穿刺硬化

李晶玉 权卫平

陇西县第一人民医院 甘肃定西 748100

【中图分类号】R532.32

【文献标识码】A

【文章编号】2095-9753 (2019) 09-034-02

包虫病或称棘球蚴病是人感染棘球蚴的幼虫所致的慢性寄生虫病。包虫病被认为是一种人兽共患寄生虫病,称之为动物源性疾病,近年来流行病学调查表明,称之为地方性寄生虫病,可在人体内数年至数十年不等。临床表现视其寄生部位、囊肿大小及有无并发症而不同。现对人体多脏器多部位的包虫病 86 例 109 个肿物在超声引导和监视下经皮穿刺硬化治疗的经验总结为:囊型包虫病 83 例 105 个肿物,泡型包虫病 3 例 4 个肿物。穿刺成功率 100%。穿刺治疗总有效率 100%, (治愈率 83.72%)。无一例出现过敏性休克、出血、感染等严重并发症。穿刺术后超声随访观察最长的已逾 42 个月,平均 23 个月,未发现穿刺针道和其它脏器或部位播散移植的任何迹象,亦无一例复发。结果认为,超声引导经皮穿刺硬化治疗肝脾等脏器和腹腔等部位各型包虫病简便易行,安全实用,创伤甚微,疗效可,是一种基本上可替代传统手术疗法的新途径。

我院在实时超声引导和监视下经皮穿刺硬化治疗了人体多脏器多部位的包虫病 86 例 109 个肿物,报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 86 例 109 个肿物。男 39 例,女 47 例。平均年龄 7 ~ 69 岁。86 例中,肝包虫囊肿 68 例 88 个囊肿,其中,单纯型囊肿 31 例 44 个,子囊型囊肿 22 例 26 个,囊肿合并细菌感染 12 例 14 个,囊肿与胆道交通 3 例 4 个;肝泡型包虫病 3 例 4 个肿物;腹腔、盆腔包虫囊肿 7 例 9 个,其中,单纯型 5 例 7 个,子囊型 2 例;肺单纯型包虫囊肿 2 例,脾包虫囊肿单纯型和子囊型各 1 例;胰腺单纯型包虫囊肿 1 例;膀胱单纯型包虫囊肿 1 例;子宫子囊型包虫囊肿 1 例;锁骨上窝子囊型包虫囊肿 1 例。本组中同一脏器或部位多发的 16 例,多脏器多部位同时受累的 7 例。肝包虫囊肿曾行手术治疗后原位复发的 13 例,腹腔种植 2 例。

1.2 仪器针具

仪器针具为实时 B 超仪和配套的穿刺探头或普通探头附加穿刺导向器,探头频率为 3.5MHz,选用 18 ~ 21G 多孔针或 PTC 针,穿刺针、三通接头、软管均在新洁尔灭液中浸泡消毒。穿刺包内有空针、钳剪等穿刺必需品经高压蒸气灭菌。此外,还应备有抽吸装置。

1.3 方法步骤

穿刺患者常规检查出凝血时间和血小板计数,有出血性疾病者列为禁穿,有腹水者亦禁忌在腹部脏器穿刺。穿刺术前一周开始服用较大剂量的抗包虫药物,如阿苯达唑 30mg/日/kg。穿刺前一天和当天服用地塞米松或息斯敏等抗过敏剂。

穿刺前再次重复超声检查,初步定位,取适宜体位,常规皮肤消毒铺巾,应用已消毒的穿刺探头进一步确定进针途径,精确穿刺点、深度和角度。局麻,在超声引导和监视下进

行穿刺。①单纯型囊肿:当针尖到达囊腔中心时立即拔出针芯连接软管迅速进行抽吸囊液以达到快速减压目的,须抽尽囊液后行硬化治疗。②少数子囊的囊肿:当针尖到达母囊腔时用上述方法达到初步减压,继之采取不同角度刺破子囊抽完囊液行硬化治疗。③充满子囊的囊肿:首先刺入较大子囊抽完囊液并行硬化治疗,此时尚未刺破的其它子囊可有移位而不便于刺准,采取不同角度将其每个刺破抽液行硬化治疗。确因角度受限或子囊过小无法刺准者,可在母囊内注入一定量的硬化剂保留在腔内。④合并细菌感染的囊肿:抽完囊液后用生理盐水或甲硝唑液反复冲洗直至抽出的液体清亮,继之行硬化治疗。⑤与细小胆道交通的囊肿抽出的囊液混浊呈浓茶色或最后抽出的囊液近似胆汁样,此类囊肿注入 25% 的高渗盐水进行治疗或置 PTC 管引流。对于肝泡型包虫病,肿块内多处注入硬化剂,肿块中心有坏死液化者抽完液体后行硬化治疗。硬化剂选用无水酒精最为适宜。注入量为囊液抽出量的 15 ~ 50%,子囊内注入量为囊液抽出量的 50 ~ 85%。注入后滞留 5 分钟抽出,抽出的滞留液若超过注入量的 20% 时应再次行硬化剂注射。抽尽滞留液后视囊腔大小重新注入纯酒精 3 ~ 30ml 保留在腔内,尤其子囊型的须在母囊内保留 15 ~ 30ml,对于泡型包虫病视肿块大小多处注入 5 ~ 15ml,有液化者在液化腔内亦保留 15 ~ 30ml。25% 的高渗盐水一般用于与胆道交通的囊肿,用法同前。

1.4 疗效判定标准

穿刺术后分别于三个月、半年、一年和两年超声复查。

①治愈:囊肿消失或缩小 80% 以上,其内无囊液,囊壁和囊内均有显著钙化者;②显效:囊肿缩小 50% 以上,有少许囊液囊壁和囊内有部分钙化者;③好转:囊肿缩小 20% 以上,有较多囊液,壁和囊内无明显钙化者;④无效:囊肿与穿刺术前基本相同者。⑤泡型包虫病:肿物大小经超声动态观察探测有缩小趋势并呈进行性钙化者为有效,否则视为无效。

2 结果

2.1 一般情况

本组 86 例 109 个肿物中最大的超声测得 18.9×16.4cm,抽出囊液 2063ml,最小的 3.2×2.9cm,抽出囊液 13ml,肝内最多的有 5 个囊肿,抽出囊液共计 2896ml。泡型包虫病的 4 个实性肿块中最大的超声测得 3.1×2.8cm,最小的 1.7×1.0cm,3 个肿块中心有坏死液化,抽出液体最多的 176ml。

2.2 穿刺成功率

109 个肿物均一次进针到达定点靶区,针尖清晰显示,105 个囊肿和 3 个液化的泡型包虫病灶全部抽出囊液。1 例泡型包虫病在 27 个月之间穿刺 9 次(诊断性穿刺 1 次,治疗性穿刺 8 次)均一次进针成功,顺利完成了活检取材和治疗全过程。穿刺成功率 100%。

2.3 穿刺治疗总有效率

治愈 72 例, 占 83.72%, 显效 9 例, 占 10.47%, 好转 5 例, 占 5.82%, 总有效率 100%。囊肿穿刺术后 3 个月方开始呈进行性缩小并出现进行性钙化, 囊肿完全消失和出现显著钙化通常在 2 年之后。泡型包虫的实性肿块缩小则极为缓慢, 1 例在肿块内多处出现明显钙化的强回声可视为显效。

2.4 并发症和复发

本组 86 例中无一例发生过敏性休克、出血、感染等严重并发症。合并细菌感染的 2 例 3 个囊肿穿刺后 3 个月囊肿复原, 1 例与胆道交通的囊肿穿刺后 2 个月复原, 再次进行了穿刺治疗, 经 B 超多次复查, 上述 4 个囊肿均显著缩小。超声随访观察最短的 5 个月, 最长的已逾 42 个月, 平均 23 个月, 未发现任何复发、沿穿刺针道和邻近脏器或部位播散移植的迹象。

3 讨论

包虫病的治疗以往以手术为主, 尽管术式不断改进, 但术后弊病难以避免。近十余年来对于抗包虫病药物、化疗进行了深入的研究, 由于囊肿双层壁的特殊结构和肿物过大等因素使药物化疗受到限制。近些年有学者在超声等影像学引导下穿刺抽液注药硬化治疗取得了满意疗效, 还对于合并细菌感染的囊肿、与胆道交通的囊肿以及多子囊型等复杂的囊

肿在超声引导和监视下经皮穿刺硬化治疗进行了探索, 认为是一种非手术治疗的新途径。包虫病不宜穿刺的禁规沿用了约一个世纪。如今科学技术的进步和仪器设备的现代化, 对于禁穿有充分根据应作重新评价, 超声引导和监视下经皮穿刺完全不同于一百多年前的“盲穿放液术”, 此法有如下主要优点: 1. 是在超声引导和监视下完成穿刺、抽吸、冲洗和注药等全过程, 能够精确选定穿刺点和进针途径, 可避开邻近重要脏器和较大血管、胆管等, 操作直观, 极易把握进针深度和角度, 使针尖自始至终保持在病灶中心。加之穿刺技术的进步和完善, 针到靶区时立即迅速抽吸减压。这些措施可完全防止出血、囊液渗漏等并发症的发生。2. 穿刺是在药物化疗和应用抗过敏制剂的基础上进行的, 这不仅预防过敏反应的发生而且可防止可能渗漏的包虫原头蚴“着床”。穿刺后继续抗包虫化疗即可预防播散移植又可强化疗效。3. 硬化剂的正确应用, 须抽尽囊液行硬化治疗后囊腔保留一定量的硬化剂, 可保证疗效和防止复发。4. 灭菌技术的完善和有效抗生素的应用, 能够有力防止感染的发生。已合并细菌感染的囊肿经反复冲洗注药和全身用药可获得满意的疗效。本研究认为, 超声引导和监视下经皮穿刺硬化治疗肝脾肺等脏器和腹腔等部位的包虫病, 简便易行, 安全实用, 创伤甚微, 疗效可靠, 是一种基本上可替代传统手术疗法的新途径。

(上接第 31 页)

[1] 司建芳. 胺碘酮与西地兰治疗急诊危重症合并快速心律失常的对照分析 [J]. 中国农村卫生, 2018, 136(10):96-97.

[2] 杨笑芳, 吴家辉, 吴轶赟, 等. 胺碘酮与西地兰治疗急诊危重症合并快速心律失常的疗效比较 [J]. 中国民族民间医

药, 2016, 25(7):97-98.

[3] 周芬. 胺碘酮与西地兰治疗急诊危重症合并快速心律失常的疗效比较 [J]. 系统医学, 2018, 3(14):53-57.

[4] 冉旋, RanXuan. 胺碘酮治疗快速型心律失常的临床疗效及安全性 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(31):70-70.

(上接第 32 页)

和诊断过程中, 对检验效果存在影响的主要因素可以归纳为三大类, 分别是患者饮食因素、药物因素以及标本因素。检验人员应重视这些因素对检验结果的影响, 并针对性的开展预防影响的措施, 以此来更好的为检验结果的准确性提供保障。

参考文献:

[1] 张霞. 临床检验生化分析前综合质量控制的效果研究 [J]. 临床检验杂志 (电子版), 2018, 7(03):529-531.

[2] 曾繁昌. 临床生化检验的相关影响因素及处理对策 [J].

数理医药学杂志, 2017, 30(12):1820-1822.

[3] 赵剑刚. 临床生化检验准确性和可靠性的临床措施 [J]. 中国医药指南, 2017, 15(23):67.

[4] 关亚明. 综合质量控制在临床检验生化分析前的应用效果 [J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(30):41-42.

[5] 原国强. 综合质量控制在临床检验生化分析前的应用研究 [J]. 基层医学论坛, 2016, 20(15):2069-2070.

[6] 冯金萍. 临床生化检验结果的影响因素及对策分析 [J]. 基层医学论坛, 2015, 19(12):1644-1645.

(上接第 33 页)

对于老年患者而言慢性心理衰竭的主要症状表现为疲劳、乏力、呼吸困难等, 发现后如果不及进行治疗, 就会对患者的身心健康乃至生命安全造成一定的影响。慢性心力衰竭具有较高的患病率和致死率^[3]。相关资料显示, 每年因慢性心力衰竭致死的患者高达 40% 以上, 目前临床的常规治疗方法能够在一定程度上对患者的病情给予改善, 但效果并不理想^[4], 还会带来一系列的不良反应, 增加了治疗的难度的同时还会给患者造成一定的负面影响^[5]。

本次研究通过使用缬沙坦单药治疗和缬沙坦联合卡维地洛治疗慢性心力衰竭患者的不同疗效以及心功能的改善情况可以看出, 缬沙坦联合卡维地洛治疗的研究组在治疗疗效和心功能的改善上, 治疗后的数据都明显优于参照组, 差异具有统计学意义 $P < 0.05$ 。对患者预后的改善以及进一步抑制

心室重构都有一定的积极作用。

参考文献:

[1] 郑进民. 卡维地洛联合缬沙坦治疗慢性心力衰竭的临床疗效观察 [J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(15):13-14.

[2] 李秋生. 卡维地洛联合缬沙坦治疗慢性心力衰竭的临床观察 [J]. 河北医药, 2014(1):77-79.

[3] 谢进, 李欣, 胡钢, et al. 卡维地洛联合缬沙坦治疗慢性心力衰竭的临床效果及安全性 [J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(7):1352-1353.

[4] 许秋仁. 缬沙坦联合卡维地洛治疗慢性心力衰竭的临床效果观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2015(10):2267-2268.

[5] 拜文廉. 卡维地洛联合缬沙坦治疗慢性心力衰竭的临床效果及安全性分析 [J]. 甘肃医药, 2014, 33(2):86-87.