

• 思路与方法学 •

介入性超声的临床应用

——附 50 例临床分析

中国中医研究院广安门医院超声科(北京 100053) 柳文仪 赵 晖 梁砚华

近年来介入性超声(即超声引导下穿刺)不但成为诊断的一种重要手段,而且是治疗的重要组成部分(1~8)。我们应用“介入性超声”加中西医结合对50例患者肝、胆道、肾脏、乳腺、甲状腺、胸、腹腔等部位进行了66例次穿刺及治疗,现报道如下。

资料与方法

一、资料:50例中男性27例,女性23例,年龄在24~68岁之间。经超声检查发现有肿块、脓肿、积疸、囊肿、阻塞性黄疸等,详细病种见附表。

二、操作方法

仪器:采用日本日立公司EUB-25型超声诊断仪,穿刺探头频率3.5MHz,使用前福尔马林气体密封24小时消毒。

穿刺针:长度15~20cm,外径0.7~0.9及1.2cm,新洁尔灭浸泡灭菌。

穿刺常规:术前检查患者出凝血时间、血小板计数及凝血酶原时间,排除出血倾向,并肌肉注射止血敏。患者术前空腹8小时。下腹部穿刺须排空尿液。依不同脏器选择仰卧位、侧卧位或坐位。首先用普通实时超声探头检查所要穿刺脏器,定好位置和体位,再换已消毒的穿刺探头。患者体表常规消毒皮肤,涂无菌耦合剂,用穿刺探头定位。局部麻醉后,在患者平稳呼吸情况下进针,沿着穿刺探头引导孔在监视器下观察可见穿刺针尖的强回声光点。如吸取活组织时,抽去穿刺针芯,接20ml针管反复抽吸,将吸出物涂在有碘甘油的玻片上,用95%酒精固定,送检。如吸出物是液体或脓液换50ml注射器尽量抽净、送检,并向腔内注入抗生素,拔针、局部包扎压迫。

术后局部加压8~12小时,观察1小时,血压脉搏平稳可回病房,当日卧床4~12小时,注意体温、血压、穿刺部位情况。

50例中,除4例单纯诊断外,余46例均为诊断加治疗。治疗配以西药抗生素及中药,如为脓肿则用清热解毒、益气活血药;胸腹水则淡渗利湿,泻水清虚热,以青蒿鳖甲汤、葶苈大枣泻肺汤、五苓散等加减。

结 果

50例患者穿刺情况:见附表。

附表 50例患者穿刺的病种、目的、脏器及次数

病 种	目的	部 位	例(次)
肾周围脓肿	诊治	肾外囊腔	1(2)
肾脓肿	诊治	肾	3(6)
多囊肾伴感染	诊治	肾	1(2)
脾低回声占位	诊断	脾	1(1)
阻塞性黄疸	诊断	肝内扩张胆管	1(1)
		UG-PTC	
腹腔脓肿	诊治	腹 腔	1(2)
盆腔脓肿	诊治	盆 腔	2(2)
肾大肌脓肿	诊治	肾大肌下	1(1)
髂窝脓肿	诊治	髂 窝	1(1)
乳腺脓肿	诊治	乳 腺	3(3)
甲状腺腺瘤	诊治	甲 状 腺	1(1)
间皮瘤	诊治	胸 腔	1(1)
胸水	诊治	胸 腔	29(39)
腹水	诊治	腹 腔	2(2)
肝实质性占位	诊断	肝 脏	2(2)

全部病例在超声引导下穿刺均获成功。胸水29例均为常规穿刺失败,在超声引导下均获顺利穿刺成功。腹腔及肾脓肿等化脓性疾病13例,在超声引导下定位直视穿刺抽脓19例次,均成功抽出脓汁最少为1ml,最多300ml。抽脓后体温下降最快1天,最慢3天,症状亦随之明显缓解。阻塞性黄疸患者1例,在超声引导下做经皮肝胆管造影,成功注入造影剂,配合X线检查确诊为乏特氏壶腹区肿瘤。肝内占位性病变2例,经超声引导下细针抽吸细胞后检查,一例为脂肪肝,一例为肝硬化,均排除了肝癌。

讨 论

介入性超声对提高诊断水平,缩短诊断程序,节省许多其他检查项目达到早日明确诊断有重要意义,这点已被公认。本组50例经介入性超声穿刺均得到明确诊断,特别是临床遇到不典型病例,超声引导下

穿刺诊断更有意义。如一例发烧患者除腹股沟区压痛及右下肢不能伸直外，无其他阳性体征。经超声检查发现腹股沟及臀大肌深部有小的低回声区，在超声引导下直视穿刺，各抽出脓液 1~2 ml，培养化验结果：大量脓细胞及大肠杆菌，使本例得到确诊为异位阑尾炎穿孔，形成脓肿沿着筋膜至腹股沟及臀大肌。

介入性超声不仅有助于明确诊断，而且可起到良好的治疗作用。超声引导下穿刺抽液抽脓，可在荧光屏直视下进行，实时超声可以观察进针的方向，准确达到穿刺目标，克服以往穿刺的盲目性。能直接观察脓腔大小、抽吸部位，还可避开重要血管，避免严重的并发症，并可重复多次操作，使脓腔缩小以致闭合，避免剖腹或其他手术。本组 13 例不同脏器脓肿，经 19 例次超声引导下穿刺抽脓，再配以中药口服和腔内注入抗生素治疗，使体温下降，症状消失，脓腔闭合，例如多囊肾患者因高热不退用各种抗生素加中药治疗仍无效，感染病灶找不到，患者全身情况极

差。超声引导下对可疑多囊肾内的巨大囊分别进行诊断性穿刺，抽出不同性质的液体，其中有一囊内抽出 100ml 血性液体，另一囊内抽出脓液 300ml，患者第二日体温正常，经中西药治疗患者恢复健康，半年后肾移植成功。

总之，超声显像具有实时显示、灵敏性高、无 X 线损伤、操作简便、引导准确等优点，对体积小、位置深的病变穿刺更为适宜，是早期诊断和治疗不可缺少的重要辅助手段，值得广泛应用。

参 考 文 献

1. 董宝玮, 等. 肝胆胰肿瘤的超声引导针吸细胞学检查. 中华医学杂志 1984; 64:347.
2. 刘明瑜, 等. 超声引导下穿刺的临床应用. 河北医学院学报 1986; 7:159.
3. 周永昌, 等. 实时二维超声引导下肾囊肿的穿刺疗法. 见: 泌尿外科论著. 上海: 上海科学技术出版社, 1987:32.

穴位拔罐佐治小儿肺炎罗音吸收不良 20 例

齐齐哈尔国营华安机械厂职工医院 (黑龙江 161046) 宋 丽

我科自 1984 年以来采用穴位拔罐法佐治小儿肺炎肺部罗音消失迟缓者 20 例，另以综合治疗的 20 例作为对照，效果满意。现报告如下。

一般资料 40 例患者中男 28 例，女 12 例，年龄：6 个月~2 岁 29 例；3 岁~6 岁 8 例；7 岁~14 岁 3 例，发病时间最短 16 天，最长 28 天。合并佝偻病 20 例，合并营养不良 8 例。40 例患者随机分为治疗组及对照组，每组各 20 例，在性别、年龄、病程方面两组患儿均无明显差异，具有可比性。40 例患者均为典型支气管肺炎，经各种抗生素治疗后热降，咳嗽、喘等主要症状消失，或明显减轻，但肺部罗音则迟迟不消约 10 天，虽更换或加大抗生素，效果仍不显著。

治疗方法 治疗组：取肺俞、肺热（3~4 胸椎间旁开 5 分），阿是穴（肺部罗音显著处），每次选 1~2 个穴拔罐，留罐 15 分钟，1 天 1 次，5 天为 1 个疗程。凡高热或有中毒症状，心功能不全者、幼婴（6 个月以下）或 II~III 度营养不良未纠正者不用此法。

在操作中需防止烫伤及避免受凉，其它治疗：应用一种抗生素，合并营养不良及佝偻病者予以对症治疗。对照组：均用两种或两种以上足量抗生素不拔罐，其他治疗同治疗组。

结 果 治疗组：肺部罗音消失时间：3 天以内 5 例；3~5 天 9 例；6~8 天 4 例；8 天以上 2 例。平均 4 天。70% 病例经 5 次以下拔罐佐治肺部罗音全部吸收。对照组肺部罗音消失时间：3~5 天 2 例；6~8 天 8 例；8 天以上 10 例。平均 9.6 天。经统计学处理 ($P < 0.01$)，两组比较有显著性差异。

讨 论 本组病例曾用过多种抗生素虽体温下降但肺部罗音迟迟不消，后加用穴位拔罐疗法同时改用一种抗生素结果均较快痊愈。经统计学处理与对照组有显著性差异。说明穴位拔罐组疗效优于对照组，且短期内罗音消失也较对照组快。穴位拔罐是借助热力排出罐内空气，形成负压，吸附于皮肤上，致毛细血管扩张，局部组织充血，直接改善肺部微循环。促使炎性渗出吸收，罗音消失。