

# 彩色多普勒超声在肝脓肿诊断及引导穿刺置管引流治疗中的价值

郭廷华, 彭亚琼, 邹密密

重庆市涪陵中心医院超声科, 重庆 408009

**摘要:** **目的** 探讨在肝脓肿诊断及穿刺置管引流治疗引导中彩色多普勒超声(CDUS)的临床应用价值。**方法** 应用 CDUS 对 2012 年 3 月至 2014 年 6 月收治的 46 例肝脓肿患者进行肝脏检查,分析其超声图像特点,并与肝穿刺、病理结果对比;治疗上行 CDUS 引导下穿刺置管引流,观察其治疗疗效。**结果** 46 例最终均经超声引导下肝穿刺及病理检查确诊为肝脓肿,经 CDUS 诊断为肝脓肿 44 例,诊断符合率 95.7%。46 例患者穿刺置管引流治疗后 3~5 h 体温即下降,穿刺成功率以及治愈率均达 100%。无 1 例出现严重感染、大出血、气胸以及胆漏等并发症。**结论** CDUS 诊断肝脓肿的准确率很高;采用 CDUS 引导下穿刺置管引流治疗肝脓肿,方法直接、安全、易于操作,且穿刺成功率及治愈率高。

**关键词:** 超声检查;彩色多普勒;肝脓肿;肝穿刺;置管引流;诊断;治疗

**中图分类号:** R 445.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)05-0651-02

肝脓肿以高热、寒战、食欲下降、肝区痛、神疲乏力、消化道反应等为临床表现,可因脓毒血症、肝功能以及多器官衰竭等原因而死亡<sup>[1-2]</sup>。目前,我国细菌性肝脓肿的患病率呈明显上升趋势。肝脓肿一旦转变为慢性且局限于肝叶,或是已产生长期不愈的窦道者,多需进行肝叶切除治疗。近年来,肝脓肿行彩色多普勒超声(CDUS)引导下穿刺置管治疗在临床应用较为广泛<sup>[3]</sup>。本文回顾性分析 46 例肝脓肿患者的 CDUS 临床资料,探讨 CDUS 在肝脓肿的诊断及引导穿刺置管引流治疗中的临床价值。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2012 年 3 月至 2014 年 6 月本院共收治 46 例肝脓肿患者,男 32 例,女 14 例;年龄 15~66 岁,平均(43.4±8.8)岁。病灶情况:单发 33 例,多发 13 例;病灶位于左肝 32 例,右肝 10 例,左右肝均有脓肿 4 例。所有患者均经病理证实为肝脓肿,患者均完成相关检查。排除妊娠期、哺乳期妇女。患者均签署知情同意书。

**1.2 方法** (1)采用百胜 AU5 彩超诊断仪,由 1~2 名经验丰富的超声医师按照相关操作规程对患者进行检查。患者取仰卧位(可根据实际情况采用左、右侧卧位),探头频率设置为 2.5~6.0 MHz,对患者肝脏形态、轮廓、肝内(回声、血流、位置以及大小等)异

常声像图进行检测。记录患者 CDUS 结果。(2)根据 CDUS 所明确的脓肿大小、部位、脓腔液化程度等情况,确定引流穿刺点及深度,并作好皮肤标记,引流途径需避开胸腔、血管、胆管等。常规对局部皮肤进行消毒,铺无菌洞巾。在标记处局部麻醉,在 CDUS 穿刺探头引导下将 PTC 穿刺针插入脓腔中心。然后取出针芯,抽取脓液并作细菌培养及相关药敏试验。将导丝送入针内,然后将 PTC 针缓慢退出,沿导丝切开皮肤约 5 mm,沿导丝将去除了针芯的 Boston 8.5F 引流管置入脓腔,然后退出导丝,收紧丝线,固定好引流装置。每天用适量甲硝唑溶液反复冲洗脓腔,然后持续负压吸引。根据细菌培养及药敏结果予以全身抗生素治疗。

**1.3 疗效判定** 穿刺治疗后,患者寒战、高热、肝区痛、恶心呕吐等临床症状消失,采用 CDUS 复查,显示其脓肿已经缩小为有效;脓腔消失,且未复发为治愈;患者临床症状无改善,脓腔又迅速出现为无效<sup>[4]</sup>。

## 2 结果

**2.1 肝脓肿患者 CDUS 检查与病理诊断结果对比** 病理诊断 46 例均确诊肝脓肿,经 CDUS 诊断肝脓肿 44 例,CDUS 诊断符合率 95.7%;2 例 CDUS 未明确诊断,经超声引导下肝穿刺细菌培养、病理检查确诊。

**2.2 治疗效果** 46 例患者穿刺置管引流治疗后 3~5 h 测量其体温即下降,全身症状逐渐缓解。采用 CDUS 复查可见其脓腔均已基本消失。在连续 2 d 引流量 < 10ml,外周血白细胞计数恢复正常时可引



注:1a:CDUS 显示肝脓肿;1b:超声引导下穿刺置管;1c:治疗后脓肿明显缩小。

图1 肝脓肿及治疗后 CDUS 声像图

流管拔除。本组 46 例置管时间 5 ~ 12 d,均在 CDUS 引导下穿刺置管引流治疗后 2 周内痊愈出院。其穿刺成功率及治愈率均达 100%。无 1 例出现严重感染、大出血、气胸以及胆漏等并发症。肝脓肿及治疗后 CDUS 声像图见图 1。

### 3 讨论

肝脓肿临床较为常见,右半肝较为多发,左、右肝发生率约 1:5。可分为细菌性及阿米巴性两大类,其中细菌性肝脓肿具有多发及多囊性的特点;而阿米巴性肝脓肿多为单囊性<sup>[5]</sup>。肝脓肿临床治疗应以尽早确诊并实施积极的对症处理为原则,若患者因误诊、漏诊贻误治疗时机,将引发心包腔、胸腔以及腹腔溃破,导致肝功能衰竭,引起胸腹腔感染及败血症等严重后果,甚至危及生命<sup>[6]</sup>。肝脓肿 CDUS 检查特征包括:(1)可见肝内部液性暗区,周边回声形成,暗区与周围组织界限分明。(2)早期肝脓肿图像特点为局部低弱回声区,其周边组织常呈稍高回声环绕,边缘不整齐,病变不规则;病灶内及其周边呈现点状或条状的彩色血流信号,采用脉冲多普勒可探及到低阻力指数的动脉血流信号;中后期肝脓肿声像图可见无回声的液化区,边界清楚,后方回声增强;液化区内未见彩色的血流信号,未液化区呈现少量点、条状信号,采用脉冲多普勒能够探及到低阻力指数的动脉血流信号,扫描脓肿壁偶可见少量彩色血流信号。(3)右侧膈肌活动消失或受限(受限程度视实际情况而定)和右侧胸腔可见反应性积液。(4)患者均伴肝脏肿大,程度与病灶部位密切相关。(5)部分产气型细菌感染患者,可见强回声伴后方回声增强等图像表现(主要因微小气泡引起)<sup>[7]</sup>。

近年来肝脓肿采用 CDUS 引导下经皮穿刺置管引流治疗逐渐被临床应用<sup>[8]</sup>。由于其操作简单,介入治疗指征要求低,CDUS 引导下置管治疗不但能显著减轻手术创伤,降低麻醉意外及并发症的发生率,防止发生不必要的感染扩散,且治疗适应症较宽,尤

其对于手术耐受性较低的患者,如病情较重、体质欠佳、老年患者、重要脏器功能障碍等,置管引流是一种极好的治疗选择<sup>[9-10]</sup>。另外,CDUS 引导下置管引流治疗不仅治疗效果显著,而且能够明确肝脓肿诊断,本组中 2 例患者 CDUS 未明确诊断,但在穿刺治疗过程中抽液得以确诊。46 例患者穿刺成功率和治愈率均达 100%。无 1 例出现严重感染、大出血、气胸及胆漏等并发症,充分显示 CDUS 诊断及其引导下置管治疗的安全性、有效性。

综上所述,CDUS 诊断肝脓肿的准确率高,采用 CDUS 引导下穿刺置管引流治疗,不仅穿刺成功率及治疗有效率高,且方法直接、安全、易于操作。

### 参考文献

- [1] 陈路增,王彬,张惠. 新生儿肝脓肿的影像学诊断与超声引导下治疗[J]. 中国超声医学杂志,2013,29(3):245-247.
- [2] 王丽华,陈林英,苏新爱. 彩色多普勒超声引导下肝穿刺置管引流治疗肝脓肿 25 例临床体会[J]. 临床荟萃,2012,27(23):2069-2070.
- [3] 颜朝晖,张卫兵,刘华,等. 超声介入治疗细菌性肝脓肿的两种方法疗效比较[J]. 武警医学,2013,24(2):143-145.
- [4] 唐祥琴,龙登峰,郭玮,等. 超声介入在肝脓肿中的应用[J]. 重庆医学,2012,41(17):1737-1739.
- [5] 陈占斌,刘金虎,贾麒. 超声引导下经皮肝穿刺置管引流治疗细菌性肝脓肿 34 例[J]. 山东医药,2013,53(20):85-86.
- [6] 张金甲,张正顺,王华录,等. 超声造影对细菌性肝脓肿的诊断与鉴别诊断价值[J]. 中国超声医学杂志,2012,28(11):1009.
- [7] 王雪岩,邓瑾,张晓峰,等. 介入超声技术在艾滋病并发肝脓肿及盆、腹腔脓肿治疗中的临床应用[J]. 四川医学,2014,35(5):533-535.
- [8] 俞风雷,徐艳萍,陆和利,等. 超声对肝脓肿的诊断价值[J]. 临床超声医学杂志,2012,14(1):60-61.
- [9] 张炜,秦天霞,路永光. 超声引导下介入治疗肝脓肿的临床应用[J]. 中华全科医师杂志,2013,12(4):311.
- [10] 娜仁图戈,刘松,赵广生,等. 超声引导经皮穿刺抽吸术治疗复杂性肝脓肿疗效分析[J]. 中国医师进修杂志,2013,36(14):61.