

# 超声引导下肝囊肿乙醇硬化疗效分析

吉婷婷, 李慧瑛, 武和平, 李雅萍, 董增辉(陕西省核工业 215 医院, 陕西咸阳 712000)

**【摘要】** 目的 探讨超声引导下乙醇硬化对肝脏囊肿的治疗效果及可行性。方法 对陕西省核工业 215 医院 72 例肝囊肿患者共 84 个囊肿, 采取超声引导下乙醇硬化治疗, 硬化剂为 99.7% 乙醇。随访 6 月, 观察囊肿缩小比例及预后情况。结果 72 例患者治愈 47 例, 显效 20 例, 有效 5 例, 治疗有效率为 100.0%, 治愈率为 65.3% (47/72)。24 个直径小于或等于 5 cm 的囊肿治愈率为 70.8% (17/24); 43 个直径为 5~8 cm 的囊肿治愈率为 62.8% (27/43); 17 个直径大于或等于 8 cm 的囊肿治愈率为 52.9% (9/17), 3 组不同大小的囊肿治愈率比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。所有患者均未出现严重不良反应。结论 超声引导下肝囊肿乙醇硬化治疗操作简单、疗效显著, 且损伤较小, 无明显不良反应, 是肝囊肿非手术治疗的有效方法, 值得在临床上推广。

**【关键词】** 肝囊肿; 乙醇; 超声; 硬化治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.20.048 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)20-2905-02

肝囊肿是临床上常见的一种良性疾病, 是肝脏内含浆液且不与肝内胆管相通的囊性病変<sup>[1]</sup>。其临床症状因囊肿大小、位置、数目、有无压迫邻近器官等而不同, 亦可长期或终生无症状, 常在超声检查时偶然发现<sup>[2]</sup>。如不及时治疗, 可因过分肿大或受外力挤压后破裂出血或继发感染<sup>[3]</sup>, 甚至引起肝功能的损伤。1985 年 Bean 提出在超声引导下经引流管进行肝囊肿硬化治疗<sup>[4]</sup>, 目前已成为治疗肝囊肿的一线方案<sup>[5]</sup>。本研究对本院 2010 年 1 月至 2013 年 12 月收治的 72 例肝囊肿患者采取超声引导下乙醇硬化治疗方法, 取得了良好的临床治疗效果。现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择本院 2010 年 1 月至 2013 年 12 月收治的 72 例肝囊肿患者为研究对象。其中男 39 例, 女 33 例; 年龄 43~67 岁, 平均年龄 (58.2 ± 2.0) 岁; 单发性囊肿 34 例, 多发性囊肿 38 例。有症状患者 31 例, 主要症状包括腹胀、腹痛、恶心、呕吐等。72 例患者共 84 个囊肿, 肝左叶 14 个, 肝右叶 67 个, 其中单纯肝左叶囊肿 9 例, 单纯肝右叶囊肿 61 例, 肝左、右两叶囊肿 5 例。囊肿直径 3.1~23.0 cm, 平均直径 (8.3 ± 1.4) cm, 其中直径小于或等于 5 cm 的囊肿 24 个, 直径为 5~8 cm 的囊肿 43 个, 直径大于或等于 8 cm 的囊肿 17 个。所有患者均排除消化、泌尿、循环系统及其他器官肿大原发性疾病和精神病史。

**1.2 方法** 手术前确定 72 例患者均无乙醇过敏史, 血常规、肝功能、心电图、凝血功能等检查结果均正常<sup>[6]</sup>。穿刺前对患者的肝脏行多方位超声检查, 全面了解肝脏结构、周围脏器情况及囊肿数量、位置、范围, 确定穿刺点<sup>[7]</sup>。采用 TOSHIBA APLI 10 SSA-770 彩色多普勒超声诊断仪进行引导, 探头频率 3.5 MHz, 穿刺针为 20G 的经皮肝穿刺胆管造影穿刺针<sup>[8]</sup>。患者采用左侧卧位或仰卧位, 常规消毒后, 采用 2% 的利多卡因进行穿刺点的局部麻醉。进针时嘱患者屏气, 进针后平静呼吸, 实时监测进针情况, 穿刺针针尖到达囊肿中心后, 拔出针心并连接注射器抽液。抽尽囊液后, 当声像图显示囊腔明显变小时注入 99.7% 的乙醇, 注入量约为抽出囊液的 1/4, 10 min 后抽出<sup>[9]</sup>, 反复抽注数次后, 注入乙醇 10 mL 在囊内保留, 拔出穿刺针, 退针前向穿刺针管内注入少量 2% 利多卡因, 以防针管内乙醇漏入穿刺道引起患者疼痛, 穿刺结束后, 局部加压包

扎。术毕嘱患者保持穿刺体位 30 min 后起床活动, 术后进行止血、抗感染及护肝等常规治疗, 4~6 h 内持续观察生命体征<sup>[10]</sup>。术后 1 周视患者情况, 可重复穿刺。

**1.3 疗效判断** 根据患者囊肿缩小情况对疗效进行判断<sup>[11]</sup>。无效: 囊肿大小无变化; 有效: 囊肿较治疗前缩小小于 1/3; 显效: 囊肿较治疗前缩小 1/3~2/3; 治愈: 囊肿完全消失或基本消失。治疗有效率 = 有效 + 显效 + 治愈的总例数 / 总例数; 治愈率 = 治愈例数 / 总例数。

**1.4 统计学处理** 采用 SPSS17.0 软件进行数据处理及统计学分析, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 组间比较采用  $F$  检验。  $P < 0.05$  为比较差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 治疗总有效率** 穿刺手术后, 对患者进行 B 超复查发现, 经最后一次穿刺手术后, 对患者进行 B 超复查发现, 治愈 6 例、显效 22 例、有效 41 例、无效 3 例, 治疗有效率为 95.8% (69/72), 治愈率为 8.3%; 随访 6 个月, 治愈 47 例, 显效 20 例, 有效 5 例, 治疗有效率 100.0% (72/72), 治愈率为 65.3% (47/72)。

**2.2 不同直径囊肿治疗效果比较** 24 个直径小于或等于 5 cm 的囊肿, 有效 2 个, 显效 5 个, 治愈 17 个, 治愈率为 70.8%; 43 个直径为 5~8 cm 的囊肿, 有效 7 个, 显效 9 个, 治愈 27 个, 治愈率为 62.8%; 17 个直径大于或等于 8 cm 的囊肿中, 有效 5 个, 显效 3 个, 治愈 9 个, 治愈率为 52.9%。3 组不同大小的囊肿治愈率比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

**2.3 不良反应** 有 14 例患者诉穿刺部位有明显疼痛, 9 例患者出现头晕、胸闷、面红、恶心等症状, 不久均自行缓解。72 例患者均未出现严重不良反应。

## 3 讨论

肝囊肿为先天性胆管生长和发育障碍疾病, 可通过 B 超检查确诊<sup>[12]</sup>。一旦发现肝囊肿, 应及时治疗, 否则可出现继发感染或受外力挤压造成破裂出血, 严重者可引起肝功能损伤<sup>[13]</sup>。对于肝囊肿的治疗, 以往并无有效的保守治疗方法, 外科手术切开可有效起到减压作用, 但不能使囊肿完全闭合。穿刺引流法是肝囊肿常见治疗方法, 但单纯引流效果往往不理想且容易复发<sup>[14]</sup>。超声引导下乙醇硬化治疗方法主要是用穿刺针进入囊肿内部<sup>[15]</sup>, 抽出囊内液体, 注入乙醇反复冲洗后滞留

部分乙醇,以使囊肿内壁上皮细胞发生凝固变性,失去分泌功能,创造一个无菌环境<sup>[16]</sup>,从而使囊腔封闭达到治疗效果。该方法简单易行,在超声引导下,可任意选择检查切面并能全方位观察囊肿及周围组织器官情况,能准确选择穿刺点,操作简单,对患者造成的疼痛和损伤程度较小<sup>[17]</sup>。

本研究对 72 例患者治疗总有效率为 95.8%;随访 6 个月,有 47 例患者肝囊肿得到治愈,治愈率达到 65.3%。直径越小的肝囊肿治疗效果越好,直径小于或等于 5 cm 的囊肿治愈率为 70.8%;直径为 5~8 cm 的囊肿治愈率为 62.8%;直径大于或等于 8 cm 的囊肿治愈率为 52.9%,3 者比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。本研究 72 例患者均未出现严重不良反应,仅有少部分患者穿刺部位出现明显疼痛,或有头晕、胸闷、面红、恶心等症状,不久均自行缓解。为避免上述不良反应发生,治疗过程中应注意:(1)穿刺部位的选择,应注意选择最短的穿刺路径,并避开大血管与胆囊等<sup>[18]</sup>。(2)穿刺针针尖要置于囊肿中心位置,并尽可能将囊液抽尽<sup>[19]</sup>。(3)控制乙醇的注入量,乙醇注入量应视囊肿大小而定,一般为抽出囊液的 1/4 左右<sup>[20]</sup>。(4)退针前向穿刺针管内注入少量 2%利多卡因,以防针管内乙醇漏入穿刺道引起患者腹部疼痛。

综上所述,超声引导下乙醇硬化疗法对肝囊肿有较好的治疗效果,且简单易行,对患者损伤小,无明显不良反应,是肝囊肿非手术治疗的有效方法,值得在临床上推广。

#### 参考文献

- [1] 秦建民,谢德红,殷佩浩,等.腹腔镜治疗肝囊肿的指征及手术操作技巧[J].肝胆外科杂志,2010,8(1):34-36.
- [2] Mazoch MJ, Dabbous H, Shokouh-Amiri H, et al. Management of giant liver cysts[J]. J Surg Res, 2011, 167(2): 125-130.
- [3] 王学浩.肝囊肿的诊断与治疗[J].中国实用外科杂志,2004,14(1):6.
- [4] 马立康,房世保,王立新,等.超声引导介入治疗肝囊肿[J].中华超声影像学杂志,2006,15(4):250.
- [5] Levine E, Cook LT, Grantham JJ. Liver cysts in autosomal-dominant polycystic kidney disease: clinical and computed tomographic study[J]. Am J Roentgenol, 2005, 145(2): 229-233.
- [6] 夏琼,罗喆,龚红萍,等.彩超引导下经皮乙醇硬化治疗肝囊肿的疗效观察[J].海南医学院学报,2014,19(1):138-141.
- [7] 赵东升,马茂雷.超声引导下乙醇硬化治疗肝囊肿临床研究[J].中国社区医师:医学专业,2011,(16):64.
- [8] 张雪哲,曾林群,彭如臣,等. CT 引导下肝囊肿硬化剂治疗[J].中华放射学杂志,1995,29(5):316-318.
- [9] Gigot JF, Legrand M, Hubens G, et al. Laparoscopic treatment of nonparasitic liver cysts: adequate selection of patients and surgical technique[J]. World J Surg, 1996, 20(5): 556-561.
- [10] 钱林学,贵玉,冯彦红.单纯性肝囊肿乙醇硬化治疗的进展[J].世界华人消化杂志,2007,15(31):3253-3256.
- [11] 王树松,陈萍,楚昭莹,等.超声引导置管大剂量乙醇硬化治疗巨大肝囊肿[J].中国微创外科杂志,2012,12(7):618-620.
- [12] Martin IJ, McKinley AJ, Currie EJ, et al. Tailoring the management of nonparasitic liver cysts[J]. Ann Surg, 1998, 228(2): 167.
- [13] 罗军.超声引导下穿刺硬化治疗肝囊肿 24 例[J].中国社区医师:医学专业,2012,14(24):212.
- [14] Wahba R, Kleinert R, Prenzel K, et al. Laparoscopic de-roofing of non-parasitic liver cysts with or without greater omentum flap[J]. Surg Endosc, 2011, 25(1): 54-58.
- [15] 李庆怀,张德洪,刘全生,等.超声导向乙醇注射治疗肝囊肿[J].中国普通外科杂志,2004,3(5):257-259.
- [16] Fiamingo P, Tedeschi U, Veroux M, et al. Laparoscopic treatment of simple hepatic cysts and polycystic liver disease[J]. Surg Endosc, 2003, 17(4): 623-626.
- [17] 杨欲晓,王义霞,杨宏亮,等.超声引导介入治疗肝囊肿 468 例疗效评价[J].中华医学超声杂志,2011,8(3):66-68.
- [18] 王延珍,田鹏,李卫红,等.超声引导下乙醇连续置换治疗肝肾囊肿的临床应用[J].医学影像学杂志,2013,22(11):1901-1903.
- [19] 许多.超声引导下经皮穿刺肾囊肿注射乙醇治疗肾囊肿疗效分析[J].海南医学,2010,21(14):114-115.
- [20] Z'graggen K, Metzger A, Klaliber C. Symptomatic simple cysts of the liver: treatment by laparoscopic surgery[J]. Surg Endosc, 2009, 23(4): 224-225.

(收稿日期:2014-04-29 修回日期:2014-08-20)

## 统计资料类型

统计资料共有三种类型:计量资料、计数资料和等级资料。按变量值性质可将统计资料分为定量资料和定性资料。

定量资料又称计量资料,指通过度量衡的方法,测量每一个观察单位的某项研究指标的量的大小,得到的一系列数据资料,其特点为具有度量衡单位、多为连续性资料、可通过测量得到,如身高、红细胞计数、某一物质在人体内的浓度等有一定单位的资料。

定性资料分为计数资料和等级资料。计数资料为将全体观测单位(受试对象)按某种性质或特征分组,然后分别清点各组观察单位(受试对象)的个数,其特点是没有度量衡单位,多为间断性资料,如某研究根据患者性别将受试对象分为男性组和女性组,男性组有 72 例,女性组有 70 例,即为计数资料。等级资料是介于计量资料和计数资料之间的一种资料,可通过半定量的方法测量,其特点是每一个观察单位(受试对象)没有确切值,各组之间仅有性质上的差别或程度上的不同,如根据某种药物的治疗效果,将患者分为治愈、好转、无效或死亡。