

无水乙醇置换灌洗配合高渗葡萄糖硬化治疗单纯性肾囊肿[▲]

陈建铭 潘 愉 陆建华 张金丹

(广西灵山县人民医院,灵山县 535400)

【摘要】 目的 探讨CT引导下无水乙醇置换灌洗配合高渗葡萄糖硬化治疗单纯性肾囊肿的疗效及安全性。**方法** 将单纯性肾囊肿患者100例(110个囊肿>4 cm)随机分成置换灌洗组和对照组。置换灌洗组患者(50例,56个囊肿)在CT引导定位下经皮常规穿刺成功后,抽出囊液,行无水乙醇反复多次冲洗,再视囊肿大小注入20~50 mL环丙沙星保留20 min后抽出,最后于囊腔内注入50%葡萄糖注射液(注入量为抽出囊液量的20%)。对照组患者(50例,54个囊肿)用传统治疗方法,抽尽囊腔液体,注入抽出囊液量25%的无水乙醇行硬化治疗。术后4个月复查CT比较治疗效果。**结果** 置换灌洗组及对照组患者治愈率分别为53.6%和27.8%,治疗总有效率分别为96.4%和88.2%,复发率分别为3.6%和11.1%。置换灌洗组患者治愈率高于对照组患者($P < 0.01$),秩和检验结果显示,置换灌洗组患者临床疗效优于对照组患者($P < 0.01$);置换灌洗组患者不良反应发生率显著低于对照组患者($P < 0.05$)。**结论** CT引导下无水乙醇置换灌洗配合高渗葡萄糖硬化治疗单纯性肾囊肿可避免外科手术治疗复杂、效果欠佳、并发症多、费用高等缺点,目前是较安全可靠的治療手段,值得临床推广应用。

【关键词】 单纯性肾囊肿;无水乙醇;置换灌洗;硬化治疗

【中图分类号】 R 692.1;R 445.1 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1673-7768(2014)02-0173-03

随着医学影像学等检查技术的应用,单纯性肾囊肿的检出率明显提高,微创介入穿刺技术日益完善,单纯性肾囊肿的外科手术治疗已被微创穿刺硬化术所取代,穿刺目的由诊断转向治疗^[1]。单纯性肾囊肿无临床症状时无需治疗,但当肾囊肿生长较大,或在脏器周围压迫周围脏器会产生相应临床症状如上腹部疼痛、恶心、呕吐、黄疸、肝肾功能受损、腰背痛或腹部包块等时要及时进行治疗,特别是有腹腔内大出血、感染、输尿管梗阻或狭窄、尿毒症、破裂或张力增高有破裂的危险时必须进行治疗。笔者对单纯性肾囊肿患者56例(56个囊肿)行CT引导无水乙醇置换灌洗配合高渗葡萄糖硬化治疗,结果显示该方法是一种安全、有效的治疗手段,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2011年1月至2012年12月,我院共收治单纯性肾囊肿患者100例(110个囊肿),随机分为置换灌洗组和对照组。其中置换灌洗组患者50例56个囊肿,男28例,女22例,年龄20.3~75.2岁,中位年龄49.2岁,囊肿直径4.1~8.9 cm;对照组患者50例54个囊肿,男29例,女21例,年龄19.9~76.3岁,中位年龄49.0岁,囊肿直径4.2~8.6 cm。两组患者年龄、性别、囊肿大小及数量差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 记录置换灌洗组和对照组单纯性肾囊肿术前大

小。

1.2.2 合理选择病灶穿刺点及准确测量进针角度和深度:患者取俯卧位,双手上举平行身体长轴,于囊肿同侧背部穿刺区域放置金属方格,先平扫,兼顾囊肿下部最短距离,避开胸腰椎、肺脏组织、血管、肠道及其他脏器,在皮肤上确定穿刺点,并在CT显示屏上测量进针角度和囊肿深度。

1.2.3 消毒穿刺点皮肤后铺巾,用2%利多卡因10~15 mL局部麻醉。局部麻醉时要充分麻醉至肾被膜下2 cm,用21G探针穿刺至囊肿底部。拔出探针内针,用1 mL注射器抽出少量囊液注入预先装有无水乙醇的杯中做细胞分析,观察无水乙醇变为浑浊(因为囊液中含有蛋白和上皮细胞,无水乙醇使其变性而浑浊,而尿液在无水乙醇作用下颜色不改变)。再用注射器缓慢抽吸囊液,尽可能多抽吸囊液,记录抽出量。

1.2.4 对照组患者抽尽囊液,注入抽出囊液量的1/4的无水乙醇硬化治疗。注意观察患者,如无不适20 min后离开。

1.2.5 置换灌洗组患者用置换灌洗法治疗,即抽液时留有少量囊液即开始进行无水乙醇置换灌洗治疗,注入量为吸出囊液量的1/3~2/5,即刻CT螺旋扫描,观察有无无水乙醇溢出囊外,并确定无水乙醇是否完全占据囊内,因无水乙醇的CT值接近脂肪,所以容易观察。如囊腔内仍留有空间,则反复数次改变体位,使无水乙醇充分附着于囊肿的全部内壁上^[2],然后将残余的囊液连同注入的无水乙醇完全抽除后,再次注入无水乙醇,反复数次,直至抽出的囊液由混有硬化残渣的乳白色液体变

[▲]基金项目:广西壮族自治区卫生厅科研计划项目(Z2012489)

为白色透明液体为止。观察囊肿大小注入 20 ~ 50 mL 环丙沙星保留 20 min 后抽出,最后于囊腔内注入抽出囊液量 25% 的 50% 葡萄糖注射液,注意观察患者,如无不适 20 min 后离开 CT 室。

1.3 疗效标准 I 级为治愈,囊肿消失;II 级为显效,囊肿横径缩小 $<1/2$;III 级为有效,囊肿横径缩小 $<1/3$;IV 级为无效,治疗后囊肿无改变,或囊肿缩小 $<1/3$ 。记录患者胸闷、疼痛(腰痛、腹痛)、血尿、胸闷、头晕、面色潮红或心跳加速、腹膜刺激等并发症发生情况^[4]。治疗总有效率 = (治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

表 1 两组患者临床疗效比较 [n(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效	复发
置换灌洗组	56	30(53.6)	10	14	2	54(96.4)	2(3.6)
对照组	54	15(27.8)	6	24	9	45(88.2)	6(11.1)

2.2 不良反应 置换灌洗组患者腰背疼痛 1 例、胸闷 1 例、头晕 1 例,不良反应发生率为 6.0% (3/50);对照组患者腰背疼痛 2 例、胸闷 2 例、头晕 2 例、恶心 2 例、出血 1 例,其他不良反应 3 例,不良反应发生率为 24.0% (12/50),置换灌洗组患者不良反应发生率显著低于对照组患者,差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.353, P = 0.012$)。

2.3 并发症 置换灌洗组患者在治疗后 3 例出现不同程度的头晕、轻度胸闷,轻度面色潮红或心跳加速等,无其他严重并发症,对症治疗后治愈。

3 讨论

无水乙醇置换灌洗配合高渗葡萄糖硬化治疗单纯性肾囊肿,原理为先行置换灌洗方法给药,即抽液时留有少量囊液即开始用无水乙醇置换灌洗囊肿,注入无水乙醇量为吸出囊液的 $1/3 \sim 2/5$,即刻 CT 扫描,注意有无无水乙醇溢出囊外,并明确无水乙醇是否完全占据囊腔,因为无水乙醇的 CT 值接近脂肪,所以容易观察囊肿变化。如仍留有空间未填充囊腔,则转换患者体位,使无水乙醇充分均匀附着于囊肿的全部内壁^[2],然后将残留的囊液连同注入的无水乙醇抽出后,再次注入无水乙醇,反复数次,直至抽出的囊液由混有硬化残渣物的乳白色,变为几乎白色透明为止,再视囊肿之大小注入 20 ~ 50 mL 环丙沙星保留 20 min 后抽出(抗感染的药物有青霉素类、头孢类、喹诺酮类抗生素等,常用喹诺酮类环丙沙星),最后于囊腔内注入抽出囊液量 20% 的 50% 葡萄糖注射液。无水乙醇置换灌洗能使囊液基本清除,破坏囊肿壁细胞,囊肿缩小,无水乙醇在病灶停留时间不长,所产生并发症不大,抗生素起到杀菌作用,而高渗葡萄糖直接与病灶部位作用,扩张囊壁血管,加速局部

2 结果

2.1 临床疗效 治疗后随诊 4 个月,置换灌洗组及对照组患者治愈率分别为 53.6% 和 27.8%,治疗总有效率分别为 96.4% 和 88.2%,复发率分别为 3.6% 和 11.1%。置换灌洗组患者治愈率高于对照组患者 ($\chi^2 = 7.566, P = 0.006$);两组患者治疗总有效率 ($\chi^2 = 2.590, P = 0.108$) 及复发率 ($\chi^2 = 2.317, P = 0.128$) 比较,差异无统计学意义。秩和检验结果显示,置换灌洗组患者临床疗效优于及对照组患者 ($u = 3.465, P = 0.001$)。见表 1。

血液循环,快速带走囊内液,同时灭活囊壁上皮细胞,减少囊内液生成,使囊内压降低,囊肿回缩,有效预防囊肿增大,减少对肾组织的损伤,到达治疗目的。从置换灌洗治疗实践中,笔者体会到 CT 定位下对单纯性囊肿穿刺行乙醇置换灌洗、抗生素抗菌及高渗葡萄糖硬化治疗有如下优点:①穿刺定位准确、安全、疗效好、不良反应少,有较高临床应用价值;②无严重不良反应及并发症。

在以往的传统治疗实践中,笔者发现抽尽囊液,注入抽出囊液量 25% 的无水乙醇硬化给药时,虽然影像图上看到囊肿内囊液已抽完,但注入无水乙醇后再次抽出的囊内液体往往比注入量多,说明原囊液没有完全抽完。如果囊液未抽完则注入的无水乙醇将被稀释,浓度下降,从而影响对囊肿的治疗效果。在 CT 影像图像上,单纯性肾囊肿与肾积水有时难以鉴别,而部分单纯性肾囊肿也可能与患侧肾脏集合系统相连通,故当用无水乙醇等刺激性较强的药物作硬化剂治疗时,可导致患侧肾集合系统损伤,出现血尿、疼痛、甚至输尿管狭窄、肾功能损害、尿毒症等严重并发症,用无水乙醇对单纯性肾囊肿行硬化治疗时患者腰痛、血尿等并发症的发生率达 73.5%^[3]。这种介入治疗方法优点是简单,患者痛苦少,费用低,对任何部位的囊肿都可治疗,避免了手术之苦,疗效明确,效果立竿见影,缺点是并发症多且严重,易复发,复发率达 17% ~ 44%^[4]。50% 葡萄糖注射液为高渗葡萄糖,作为营养药,在临床上多用作营养剂,其高渗溶液亦可作组织脱水剂。本置换灌洗组患者用 50% 葡萄糖溶液作硬化剂治疗单纯性肾囊肿,利用其高渗溶液脱水剂特性,在肾囊肿腔内形成高渗环境状态,破坏囊肿壁周围细胞,产生无菌性炎症反应,使囊肿壁相互粘连,囊腔消失,从而达到治疗目的;而临床上 50% 葡萄糖 (下转第 213 页)

其研究的深入,其发病原因已经清楚,并据此研究出许多优秀的护理治疗方案。笔者认为,该病目前治愈并不困难,但应以预防护理为主,应注意对患儿的个体化治疗护理,针对不同的情况和背景,酌情选用不同的防治和护理方法。对新生儿尿布皮炎患儿的治疗既要考虑治疗效果,也需要兼顾经济性与不良反应的发生。

参 考 文 献

- [1] 段梦娟,何国平. 新生儿尿布皮炎防治与护理进展[J]. 护理学杂志,2010,25(5):95-97.
- [2] 曹如梅. 新生儿尿布皮炎120例临床护理体会[J]. 吉林医学,2011,32(23):4904-4905.
- [3] 陈 慧. 新生儿尿布皮炎的防治与护理[J]. 中国烧伤创伤杂志,2010,22(1):69-70.
- [4] 袁丽红. 新生儿尿布皮炎的预防和护理[J]. 吉林医学,2011,32(31):6679-6680.
- [5] 韩金芝,金利萍. 新生儿尿布皮炎的护理[J]. 中国医药指南,2010,8(2):140-141.
- [6] Alberta I, Sweeney SM, Wiss K. Diaper dye dermatitis [J]. Pediatrics,2005,116(3):450-452.
- [7] 袁发凤. 野菊花治疗新生儿尿布皮炎疗效观察与护理[J]. 中外医疗,2010,29(13):117.
- [8] 许天兰,陈 蓉. 康复新液治疗新生儿尿布皮炎的疗效观察[J]. 护士进修杂志,2011,26(3):287.
- [9] 何桂英. 新生儿尿布皮炎的发病原因和护理[J]. 当代护士(学术版),2013,(8):11-12.
- [10] 游 莉. 紫金软膏治疗新生儿尿布皮炎的疗效观察与护理[J]. 中国临床护理,2011,3(3):199-201.
- [11] 郑海霞. 新生儿尿布皮炎的预防策略及护理体会[J]. 中国当代医药,2013,20(15):122-124.
- [12] 薛凤娟,陈 爽,张淑艳,等. 复方鱼肝油氧化锌软膏治

疗新生儿尿布皮炎的疗效观察[J]. 医学与哲学,2013,34(8B):34-35.

- [13] 邓玉兰. 山茶油联合喉风散治疗新生儿尿布皮炎的疗效观察与护理[J]. 中国实用医药,2011,6(11):241-242.
- [14] 徐 燕,符 婵,陈 莉,等. 中药粉剂洗浴联合特定电磁波治疗器照射治疗新生儿尿布皮炎的疗效观察[J]. 中华现代护理杂志,2013,19(8):955-957.
- [15] 许丽璇,黄湘晖,蔡颖莉,等. 新生儿尿布皮炎联合给药对经皮渗透影响的实验研究[J]. 护理学杂志,2012,27(9):45-47.
- [16] 梁海燕,沈庆文. 湿润烧伤膏联合达克宁霜治疗新生儿尿布皮炎效果观察[J]. 华北煤炭医学院学报,2011,13(1):79-80.
- [17] 刘彩霞,肖志容,沈 平,等. 婴儿用湿纸巾预防新生儿尿布皮炎的效果观察[J]. 护理实践与研究,2013,10(4):113-114.
- [18] Stamatas GN, Zerweck C, Grove G, et al. Documentation of impaired epidermal barrier in mild and moderate diaper dermatitis in vivo using noninvasive methods[J]. Pediatric dermatology,2011,28(2):99-107.
- [19] Liu N, Wang X, Odio M, et al. Frequency and severity of diaper dermatitis with use of traditional Chinese cloth diapers: observations in 3-to 9-month-old children[J]. Pediatric dermatology,2011,28(4):380-386.
- [20] Hoeger PH, Stark S, Jost G, et al. Efficacy and safety of two different antifungal pastes in infants with diaper dermatitis: a randomized, controlled study[J]. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2010, 24(9):1094-1098.

(收稿日期:2013-12-25 修回日期:2014-02-20)

(上接第174页)

糖可静脉注射用,对患者无副作用,即使进入肾盂、肾盏、输尿管及膀胱内亦不会产生严重不良反应。

本观察结果显示,置换灌洗组患者临床治疗效果及治愈率均优于对照组患者,而不良反应发生率却显著低于对照组患者。可见,CT引导下经皮穿刺无水乙醇置换灌洗配合高渗葡萄糖硬化治疗肾囊肿,具有创伤小、治愈率高、不良反应少等优点。解决了单纯性肾囊肿患者治疗复杂、效果欠佳、并发症多、费用高等难题,能持久地控制患者的临床症状,提高患者生活质量,具有重大临床推广应用价值。

参 考 文 献

- [1] 李麟荪,贺树能. 介入放射学-非血管性[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:174-177.
- [2] 曹海根. 超声导向穿刺与治疗[M]. 北京:人民卫生出版社,1989:101.
- [3] 彭永军,闫剑锋. CT引导下介入治疗肾囊肿的临床应用[J]. 实用放射学杂志,2006,22(7):848-948.
- [4] 张孟增. 介入放射学基础与临床[M]. 北京:中国科学技术出版社,2001:253.

(收稿日期:2014-01-05 修回日期:2014-03-01)