

# CT 引导下腰大肌脓肿穿刺引流术

李兰起 杜宇明 鲍翔 赵祥玲

随着介入放射学的发展,介入性诊断和治疗领域不断拓宽。我们采用 CT 导引下经皮穿刺置管引流术治疗腰大肌脓肿,效果显著。

## 材料和方法

### 一、一般资料

1996~1999 年间资料较完整的腰大肌脓肿病例 6 例,男性 4 例,女性 2 例,年龄 17~53 岁。CT 扫描示单纯性脓肿 3 例,1 例侵犯右肾下极伴有纤维间隔,1 例侵犯对侧腰大肌,1 例有纤维间隔伴周围子灶。实验室检查白细胞  $1.8 \sim 3.0 \times 10^9/L$  之间,中性粒细胞大于 80%。临床症状:腰背部疼痛,压痛阳性,下肢活动受限,发低烧  $37.5^\circ\text{C}$  左右。部分病人仅以腰腿痛怀疑推间盘突出而就诊。

### 二、治疗方法

采用德国 SIMMENS 公司生产的 Somaton CR 和 Plus-4 型 CT 机,矩阵  $512 \times 512$  和  $1024 \times 1024$  两种,层厚 10mm,间隔 10~20mm,取俯卧位,选择脓肿较大层面定位,确定穿刺点,局麻后,用 18~20G 动脉穿刺针,穿刺脓腔抽吸脓液(取部份标本送实验室做细菌培养和药敏试验),然后经穿刺针引入“J”导丝,CT 扫描确认导丝远端位于脓腔内后,拔除穿刺针,由导丝引入 F5.0~7.0Pag 导管,再 CT 扫描证实导管位置合理后,将导丝抽出,再用生理盐水或甲硝唑冲洗数次,待脓液变清或呈淡红色后,保留导管并用胶布皮肤固定。病人住院期间处理方法(1)支持疗法(2)抗生素治疗,并根据药敏试验及时调整药物(3)每日早晚用配有敏感药物的抗生素生理盐水各冲洗 1 次(4)注意休息(5)适时复查 CT,发现脓腔闭合,临床症状消失,即行拔管。

## 结 果

6 例脓腔最大者抽出脓液 55ml,最小者抽出 15ml,平均 30ml。细菌培养出致病菌为:金黄色葡萄球菌 3 例,大肠杆菌 2 例,绿脓杆菌 1 例。6 例病人均在入院后 3d 之内体温逐渐恢复正常,7d 之内白细胞降至正常,症状消失,6~10d CT 复查,所有脓肿均消失,病人平均住院日 6.5d,治愈率 100%。

## 讨 论


腰大肌脓肿是慢性化脓性炎症,多为血行感染所致,少数为盆腔或下肢损伤感染后经淋巴管引起,致病菌为金黄色葡萄球菌,大肠杆菌,绿脓杆菌以及一些条件致病菌,由于病人身体抵抗力较强或致病菌侵袭力较弱,发病呈隐匿性,病人症状轻,甚至以腰腿痛来就诊。但此病发展是渐进性的,若治疗不当,可向周围蔓延,诸如向腹膜后累及肾脏,盆腔,甚至沿椎间孔侵入椎管内,毒素或细菌进入血液引起脓毒血症,后果不堪设想。过去外科多采用手术切开引流<sup>[1]</sup>,因脓肿较深,创伤较大,易损伤重要的血管和神经,且易引起炎症的扩散,多次换药病人痛苦大,且易产生交叉感染,住院周期长,费用高。介入穿刺抽吸置管引流,由于在 CT 引导下,定位准确,操作简单,创伤小,安全方便,明显减轻了病人的痛苦,病人恢复快,住院时间短,无严重的并发症<sup>[2,3]</sup>,可作为目前治疗腰大肌脓肿的首选方法。

## 参 考 文 献

1. 裘法祖,主编.外科学.第 4 版.北京:人民卫生出版社,1997.
2. 陈星荣,林贵,主编.介入放射学.上海:上海医科大学出版社,1989.
3. 王希锐.介入放射学问答.北京:人民军医出版社,1994.

(收稿日期 2000-10-05)

# CT引导下腰大肌脓肿穿刺引流术

作者: [李兰起](#), [杜宇明](#), [鲍翔](#), [赵祥玲](#)  
作者单位: [安徽省淮南市朝阳医院](#)  
刊名: [介入放射学杂志](#)   
英文刊名: [JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)  
年, 卷(期): 2001, 10 (2)  
被引用次数: 0次

## 参考文献(3条)

1. [裘法祖](#). [孟承伟](#) 外科学 1997
2. [陈星荣](#). [林贵](#) 介入放射学 1989
3. [王希锐](#) 介入放射学问答 1994

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfsxzz200102021.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200102021.aspx)  
授权使用: qkxb11(qkxb11), 授权号: 5878c1e3-03c5-4825-909a-9e36015abb7c

下载时间: 2010年11月22日