

•非血管介入 Non vascular intervention•

CT 引导置管引流治疗单发性腹膜后脓肿

邵成伟, 田建明, 左长京, 吕桃珍

【摘要】目的 探讨单发性腹膜后脓肿 CT 引导下经皮穿刺置管引流治疗的疗效。方法 回顾性总结采用 CT 引导下经皮穿刺引流治疗的 13 例腹膜后单发性脓肿, 脓肿位于胰尾部 4 例, 胰头旁 3 例, 肾周间隙 3 例, 肾后间隙 2 例, 腰大肌旁 1 例; 脓肿最大径 3.5 ~ 8.0 cm。结果 8 例患者行 1 次穿刺引流, 3 例行 2 次穿刺引流, 2 例行 3 次穿刺引流。13 例患者平均引流 16 d, 经过临床、超声及 CT 随访未发现残存感染灶或复发。结论 CT 引导下经皮穿刺引流治疗腹膜后脓肿疗效确切、创伤小。

【关键词】腹膜后脓肿; 治疗; 体层摄影术, X 线计算机

中图分类号: R735.7 文献标识码: A 文章编号: 1008-794X(2007)-12-0828-03

CT guided percutaneous drainage in treatment of solitary retroperitoneal abscess SHAO Cheng-wei, TIAN Jian-ming, ZUO Chang-jing, Lü Tao-zhen. Department of Radiology, Changhai Hospital, The Second Military Medical University, Shanghai 200433, China

【Abstract】Objective To evaluate the therapeutic efficacy of percutaneous drainage of solitary retroperitoneal abscess under CT guidance. Methods A retrospective analysis was made for percutaneous drainage of solitary retroperitoneal abscess with CT guidance in 13 patients including 4 at the tail of pancreas, 3 nearby the head of pancreas, 3 in perirenal space, 2 in posterior renal space and 1 case was by the side of psoas muscle. The maximum diameters of retroperitoneal abscess were between 3.5 cm and 8 cm. Results Out of 13 patients, 8 with one time drainage, 3 with twice drainages and 2 with thrice drainages. The mean duration of drainage was 16 days with no recurrence or residual lesions during clinical follow up. Conclusion CT guided percutaneous drainage of solitary retroperitoneal abscess is effective and minimally invasive. (J Intervent Radiol, 2007, 16: 828-830)

【Key words】Retroperitoneal abscess; Therapy; Computed tomography

腹膜后脓肿由于位置深在, 发病时症状不典型, 早期诊断存在一定难度。文献报道多采用脓肿切开引流的手术方法治疗。近年来, 随着影像引导下穿刺技术的进步, 超声或 CT 引导下病灶活检和介入治疗的报道越来越多^[1]。我们采用 CT 引导下经皮穿刺置引流管治疗单发性腹膜后脓肿 13 例, 取得较满意疗效, 现报道如下。

1 材料和方法

1.1 材料

1.1.1 一般资料 本组 13 例患者: 男 9 例, 女 4 例, 年龄 25 ~ 76 岁, 平均年龄 53 岁。4 例有明确的腹部挤压撞击伤病史, 3 例为重症胰腺炎病例, 4 例

为 ERCP 术后, 2 例为糖尿病患者。4 例外伤患者中, 十二指肠损伤 1 例, 腰椎骨折 1 例, 肾脏损伤 2 例。患者临床症状: 突发性高热, 体温最高达 39℃ 以上, 腰背部疼痛不适、腹痛、乏力。血常规均示白细胞及中性粒细胞增高, 病程 7 ~ 15 d。超声及 CT 明确诊断为腹膜后脓肿: 其中脓肿位于胰尾部 4 例, 胰头旁 3 例, 肾包膜下 3 例, 肾后间隙 2 例, 腰大肌旁 1 例, 脓肿最大径 3.5 ~ 8.0 cm。

1.1.2 仪器及导管 Picker PQ5000V 螺旋 CT 机, 腰穿包, 日本八光 18 G 穿刺针, 外套 8 F 多孔猪尾巴导管, PTCD 引流管 (17 G × 270 mm) 或猪尾巴导管 (18 G), 0.2% 甲硝唑溶液、生理盐水等。

1.2 方法

1.1.2 穿刺步骤 根据脓肿部位, 患者取俯卧位或侧卧位, 行 CT 平扫后于体表放置标记物, 3 ~ 5 mm 层厚扫描病灶区, 确定最佳穿刺点, 测量进针角度

及深度。常规消毒铺无菌治疗巾,穿刺点局麻后,用尖刀在穿刺点皮肤戳一小口,穿刺针沿拟定的穿刺路线穿入脓腔,行 CT 扫描,当穿刺针到达脓腔内满意位置后,取出针芯,抽吸脓液,并留取适量脓液送细菌培养及药敏试验。然后,连接 20 ml 或 50 ml 注射器抽吸脓液,尽量将脓腔里的脓液抽干净,抽吸脓液时术者可将导管适当前后改变位置以利于充分引流出脓液。脓液抽吸不出时再行 CT 扫描观察脓腔情况,若脓腔明显缩小,便可用 0.2% 甲硝唑注射液反复冲洗脓腔,直到抽出液明显变清亮为止。亦可用庆大霉素或其他敏感的抗菌药液冲洗脓腔。治疗过程中适时 CT 扫描,观察导管位置以及脓液情况,作适当调整。冲洗完毕后,妥善固定引流管,持续负压引流。一般用甲硝唑、头孢噻肟钠、环丙沙星等药液每天冲洗脓腔 1~2 次,夹闭引流管 1~2 h 后开放引流。同时全身应用抗菌药,并加强营养支持治疗。

1.2.2 术后处理 术后密切观察患者生命体征的

变化,尤其是体温。根据引流管位置患者保持侧卧位或俯卧位,注意保持引流管通畅,避免引流管受压、扭曲等,给予全身抗感染治疗,并加强支持治疗增强患者抵抗力。

2 结果

13 例患者于穿刺引流后 1~2 d 内均显示体温下降,局部疼痛明显减轻,精神状态改善。引流袋每日引流量 20~150 ml,1 周后超声或 CT 复查,4 例患者脓腔基本消失(图 1),体温及血液学指标恢复正常,遂拔除引流管,继续抗感染治疗 1 周。9 例患者脓腔均较治疗前不同程度缩小,其中 5 例患者脓腔虽有缩小,但发生引流管堵塞,遂行第 2 次穿刺引流,其中 2 例再次堵塞行 3 次穿刺引流。至脓腔基本消失后陆续出院。13 例患者引流 7~25 d,平均引流 16 d,出院后 1~3 个月临床及影像学随访未发现脓肿残存或复发。所有病例未发生出血、多脏器功能衰竭、死亡等严重并发症。



图 1 治疗前后脓肿变化

3 讨论

腹膜后脓肿多继发于其他疾病,包括继发于腹部外伤、炎性疾病、血源性感染等^[2,3]。如十二指肠穿孔、肾损伤等均可导致腹膜后间隙感染,继而形成脓肿;重症胰腺炎的腹膜后脓肿;继发于糖尿病的脓肿等。本组病例有 3 例继发于急性重症胰腺炎,4 例继发于腹部外伤后的肠管破裂、肾脏损伤、腰椎骨折,4 例继发于 ERCP 术后感染。

在腹膜后脓肿的治疗中,应根据脓液细菌培养的结果选用有效的抗菌药物,抗菌药物虽有助于控制腹膜后感染,但必须结合脓腔引流才能治愈,腹膜后脓肿治疗的最重要手段是充分有效的引流。由于腹膜后间隙内有多种脏器和大血管,因此脓肿常呈伪足状辐射出多个隧道,若不将隧道的分隔作必要的处理,常会形成死腔,造成引流不彻底。因此,

引流必须疏通各间隙,打开分隔,消除隧道。故手术引流是最有效的治疗方法。有鉴于此,我们与临床医师密切合作,选择单发性的腹膜后脓肿,采用 CT 引导下置管引流进行治疗,取得了较满意的疗效。

CT 引导下经皮穿刺置导管引流治疗脓肿具有以下优点:①疗效确切:腹膜后脓肿形成后,由于脓毒症的全身表现以及脓液聚集局部张力高等,患者全身中毒症状和局部疼痛症状均较明显,痛苦较大。CT 引导下经皮穿刺置导管引流后,明显减轻脓液造成的全身症状和局部症状,起到引流的目的。文献报道及本组资料均显示该疗法疗效确切^[4,6]。②安全性高:CT 引导具有定位精确,穿刺路线清晰,进针角度、深度可预先设定等优点。穿刺成功率接近 100%。其次,操作过程可随时调整穿刺方向,确保引流管位置恰当,从而引流充分。③创伤小:CT 引导下经皮穿刺置导管引流操作过程简单,局麻下便可进

行,患者无明显痛苦,创伤小。尤其适用于年老体弱者,伴发严重心肺肾疾患者,或由于各种原因不能耐受手术或麻醉者。④并发症少,经济负担小,患者易于接受。

以下几点应注意:①充分引流:尽可能选用内径粗、侧孔多的引流管,并将引流管置于脓腔最低位置。充分引流是确保疗效的根本。本组有 5 例患者脓液较稠,碎组织块堵塞了引流管,遂进行 2~3 次穿刺引流。②反复冲洗:脓腔引流管要每天冲洗 1~2 次,使坏死物尽量排出,并保持其引流通畅。当引流管无脓液流出 24 h 以上,患者体温正常,影像检查无脓腔或脓腔直径小于 2 cm 时方可拔管。③加强抗感染及重视支持治疗:根据药敏试验结果选用足量有效的抗菌药,加强患者的营养等支持治疗以提高免疫力。

CT 引导下经皮穿刺置导管引流治疗腹膜后脓肿禁忌证包括:①范围较广,分隔较多的复杂性腹膜后脓肿,由于无法做到充分引流,故不宜采用本疗法。②有出血倾向或脓肿早期阶段尚未完全液化的。③脓腔内坏死组织块较多,虽经引流但症状反

复出现者,仍需手术治疗切除脓腔。

[参考文献]

- [1] 支修益,刘宝东,胡牧,等. CT 引导下经皮肺穿刺活检在肺部肿物中的临床应用[J]. 中华医学杂志, 2006, 86: 2502 - 2503.
- [2] Andromanos N, Filippou D, Skandalakis P, et al. An extended retroperitoneal abscess caused by duodenal diverticulum perforation: report of a case and short review of the literature[J]. Am Surg, 2007, 73: 85 - 88.
- [3] Puccio F, Solazzo M, Chiodini S. Primary retroperitoneal abscess extending to the calf[J]. Arch Surg, 2005, 140: 1230 - 1231.
- [4] 郑继爱,许根兔,王晓菁. 猪尾巴导管在 CT 引导经皮穿刺治疗肝脓肿中的应用[J]. 介入放射学杂志, 2005, 14: 422.
- [5] 夏国强,张廷,陈新晖. CT 引导下经皮穿刺微创介入治疗脊柱结核脓肿[J]. 临床放射学杂志, 2006, 25: 1150 - 1153.
- [6] 胡效坤,王明友,金征宇. CT 引导下经皮穿刺肺脓肿引流术的临床应用[J]. 介入放射学杂志, 2004, 13: 337 - 339.

(收稿日期:2007-09-18)

·消 息·

2007 年度林贵—刘子江优秀介入论文奖评选通知

林贵—刘子江优秀介入论文奖在南京微创医学科技有限公司的支持下已开展多年,2007 年度优秀论文奖评奖工作又要开始了。凡是 2007 年在《介入放射学杂志》上发表的论文均可参加评选,论文将评选出一等奖 1 名,二等奖 2 名,三等奖 6 名。欲申报者请将姓名、单位、地址、邮编、论文题目、卷、期、页注明,申报内容包括:论文摘要、申请理由、科学性、先进性、实用性、经济效益及单位意见。申报截止日期为 2008 年 2 月 28 日(以邮戳为准)。申报材料一式 20 份。

寄往上海市第六人民医院科教处 程英升收

地址:上海市宜山路 600 号

邮编:200233

《介入放射学杂志》编辑部