经验交流

文章编号:1000-5404(2008)01-0090-01

B超引导下经皮穿刺置管治疗腹腔残余感染

吕金利,郭树军,李永研,王全晖 (解放军第153中心医院普通外科,郑州 450042)

腹腔残余感染是外科手术后及重症急性胰腺炎后期常见的并发症,临床上患者多表现为难以控制的高热、腹部胀痛及血象增高,我们采用B超引导下经皮穿刺置管引流治疗腹腔残余感染65例,疗效满意。

1 资料与方法

1.1 研究对象

本组65例患者筛选自我科1997年1月至2007年1月收治各种腹腔外科手术后并发腹腔感染的患者,男性43例,女性22例,年龄13~78(47.6±17.9)岁。55例为手术后腹腔残余感染病灶,8例患者为重症胰腺炎后期残余感染病灶,2例为外伤性胰腺炎所致的腹腔残余感染病灶;单发病灶43例,多发病灶22例;临床症状典型:持续性高热,体温达39 ℃以上,腹胀、腹痛、腰背部疼痛明显,白细胞及中性粒细胞增高。B超或CT确诊为腹腔或腹膜后包裹性积液,其中膈下病灶52个,盆腔病灶36个,肠间隙病灶19个,腹膜后病灶5个,病灶直径3~15 cm。

1.2 仪器及导管

日立EUB-500型B超机,3.5 MHz普通探头。带内芯的穿刺套管(上海新亚橡胶厂),内径0.5~1.0 cm,引流袋及自备小手术包。

1.3 方法

穿刺:根据B超检查病灶部位患者取相应体位,B超定位并标记穿刺点及穿刺方向,常规消毒铺无菌巾,穿刺点局部浸润麻醉,常规注射器试穿抽出脓液2 ml送培养。于穿刺点切开0.5~1 cm,血管钳钝性游离腹壁肌层,换带内芯的穿刺导管,沿试穿方向穿刺,直至脓液至导管和内芯间隙溢出,拔出内芯,继续向病灶内送导管至病灶基底部。缝针固定导管并接袋。对腹腔多发性病灶应分别定位穿刺置管引流。

术后处理:术后应观察患者生命体征的变化,如引流通畅,患者体温多于2~3 d内恢复基本正常,如仍高热,需注意检查有无其他病灶;记录每天病灶引流液的性质及量,根据引流情况进行冲洗并改为主动负压吸引;根据细菌培养结果全身应用敏感抗菌素;不改变患者的饮食及基本活动,患者症状控制后可带管出院。

治愈标准:B超定位病灶消失或明显缩小,引流管3 d内无渗液引出可拔出引流管。

2 结果

本组65例患者,112个病灶,穿刺136次,治愈63例(97%),其中一次穿刺治愈37例(57%),2次穿刺治愈18例(27%),3次穿刺治愈8例(13%),2例患者由于病灶内坏死组织多,引流效果差,行开腹清创并置双套管主动负压吸引后治愈。全组无出血、脏器损伤等并发症。引流13~45(22.6±8.2)d。细菌培养最多为大肠杆菌,其次为厌氧菌。

3 讨论

腹腔残余感染以腹部外伤急诊手术后多见,多系渗出液未被吸收,被肠壁、肠系膜或大网膜等粘连所包围并继发感染而形成,病原菌多来自于胃肠道,以大肠杆菌、链球菌为主的需氧菌和以类杆菌、厌氧球菌为主的厌氧菌的混合感染常见[1]。手术后残余感染病灶以膈下最为常见,其次为盆腔及肠间隙。重症胰腺炎后期的残余感染以腹膜后常见,其次为盆腔及小网膜腔。病灶形成后,由于脓毒症的全身表现以及脓液聚集局部张力高,患者全身中毒症状和局部疼痛症状均非常明显,痛苦较大。手术切开引流,创伤大、经济负担重,且心、肺、肝、肾功能不全者不宜手术,患者心理及生理均难以接受。B超引导下置管引流治疗腹腔残余感染操作简便、易于掌握,安全、并发症少,且治疗费用低,患者容易接受[2]。

我们认为本法治疗成功的关键是掌握正确的穿刺方法并保持引流通畅。穿刺点的选择应选离病灶最近的体表进行穿刺,穿刺点与病灶间应无重要脏器,以免引起脏器副损伤;穿刺方向应与B超探头方向平行。穿刺过程中注意:①用力要均匀,忌用力过猛;②常有两个落空感:一为穿透腹膜层;二为穿透病灶壁;③穿刺过程中可随时用酒精消毒B超探头指示穿刺方向及深度,引流导管尽量放到病灶基底部,做到低位引流;④对其内有分隔的病灶我们常在B超引导下用带内芯的导管充分搅拌,破坏其内分隔,做到引流充分[3]。置管引流3~5 d后,渗液常变得浓稠,此时管周已基本形成窦道,可行呋喃西林或生理盐水进行冲洗,并改为主动负压吸引,以保证引流效果。置管后我们常嘱患者正常饮食及活动,目的是通过胃肠道的蠕动对病灶进行压迫,改善引流效果及促进病灶的缩小愈合。本组2例患者由于病灶内坏死组织多,引流效果差,及时征求家属意见后手术清创并置管,亦达到痊愈。

关键词:腹腔残余感染;超声;穿刺;引流
中图法分类号:R656 文献标识码:B

参考文献:

[1] Cerullo G, Marrelli D, Roviello F, *et al*. Empiric antibiotic therapy in the treatment of postoperative abdominal abscesses. Clinical and microbiological data[J]. Chir Ital, 2006, 58(4):477-484.

[2] Truong S, Grommes J, Conze J, *et al*. The value of postoperative ultrasonography[J]. Chirurg, 2007, 78(5):443-448.

[3] 杨焕宏,苏保宁,贾巧燕,等. B超引导下肝脓肿穿刺及置管引流治疗术的临床应用(附98例分析)[J]. 医学影像学杂志, 2000, 10(3):189-190.

作者简介:吕金利,男,河南省新乡市人,硕士研究生,主治医师,主要从事腹部创伤外科疾病方面的研究,发表论文10余篇。电话:(0371)67818272, E-mail:jlsl3119@163.com

收稿日期:2007-10-08;修回日期:2007-10-21

(编辑 栾 嘉)