

· 经验交流 ·

采用膀胱穿刺针穿刺置管引流 治疗肝脓肿 15 例体会

张 勇 李院江 李兴东 李 礼

云南省玉溪市第一人民医院 (653100)

我院 1994 年以来共收治细菌性肝脓 15 例, 采用 12 号膀胱穿刺针, 穿刺置入 12 号导尿管引流治疗肝脓肿, 治疗效果满意, 现报告如下:

临床资料

本组 15 例, 男 11 例, 女 4 例。年龄 17~65 岁, 平均 42.1 岁。起病至入院时间 5 天~半年, 平均 2 月。多数病例均有寒战, 高热, 右上腹痛, 均经 B 超及经皮穿刺明确诊断。均为单发脓肿, 脓肿直径 5.1~12cm, 部位: 肝右叶 9 例, 肝左叶 6 例。作脓液培养 15 例, 检查出大肠杆菌 3 株, 微小消化道链球菌 2 株, 腐生葡萄球菌 2 株, 产克雷白氏菌 1 株。厌氧普氏消化链球菌 2 株, 厌氧埃氏巨形球菌 1 株。

方法和结果

应用 12 号膀胱穿刺针, 12 号尿管, 其头部剪 2~3 个侧孔, 应用 B 超扫描, 确定脓肿位置、大小, 进针方向及深度。局麻下用尖刀切开皮肤, 肌肉筋膜, 用膀胱穿刺针经皮穿刺, 进入脓腔后, 拔出针芯, 置入 12 号导尿管, 抽吸脓液拔出膀胱穿刺针, 引流管缝线固定于皮肤, 接负压吸引瓶, 三天后可用敏感抗生素 + 甲硝唑冲洗脓腔, 定期复查 B 超。逐步拔出引流管, 待脓腔消失, 或 < 2mm, 引不出脓液时, 拔出引流管, 同时配合全身有效抗菌素的使用。结果: 全部病例脓腔均一次穿刺成功。置管后体温在 3 天内

降至正常, 全身感染中毒症状明显改善, 全部治愈。未发生出血、胆瘘及腹膜炎等并发症。

讨 论

我国 80 年代以来对细菌性肝脓肿的治疗模式有所改变, 其病死率明显降低, 由于抗生素的应用, 临床表现不是很典型, 有时病程拖得很长才发现。细菌性肝脓肿在 1970 年以前手术引流为首选的方法。1976 年 Haagu^[1]首次报告了 CT 引导下经皮置管引流治疗肝脓肿后, 经皮引流治疗的方法, 逐步被临床医师接受掌握。它的特点是操作简单、安全、并发症少。既往的经皮细针穿刺置管引流方法, 在脓腔内引流管较细, 脓液稠厚时, 往往引流不畅, 影响疗效, 有时需要反复穿刺引流, 临床治疗过程长。因此, 我们用 12 号膀胱穿刺针, 置入 12 号尿管, 可吸引出较粘稠的脓液, 由于脓液引流通畅, 本组病例治疗效果较好。只要脓肿直径 > 5cm, 距离肝被膜 2.0cm 以上, 穿刺途径无大血管, 脓液液化完全, 同时置管隧道能避开肋膈角, 便可选用膀胱穿刺针穿刺引流法。但穿刺前应备好血, 做好手术的准备, 若发生大出血, 应紧急剖腹止血。

参 考 文 献

- 1 Haagu TR, Aefidi RJ, Cooperman AM. Definitive treatment of a large pyogenic liver abscess with computed tomography guidance Cleveland clinic Quarterly, 1976; 43: 85.