

髂窝脓肿24 例临床分析

张显学¹ 王斌² 王慎金¹

(1 山东省枣庄市山亭区中心医院 枣庄 277200; 2 山东省枣庄市薛城区中医院 枣庄 277200)

关键词: 髂窝脓肿; 切开引流术; 抗生素; 临床分析

中图分类号: R 632.5

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0069-01

我院 1997 年 7 月~2004 年 5 月共收治髂窝脓肿 24 例, 经切开引流术, 全部治愈。现就本文结合髂窝解剖, 讨论髂窝脓肿的诊断及治疗。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 24 例, 男 15 例, 女 9 例; 年龄 15~17 岁, 平均年龄 34.5 岁; 病程 10~47d, 平均 27d; 脓肿位于右侧 14 例, 左侧 10 例; 发病前有下肢外伤, 感染史者 9 例, 入院时诊断为本病者 17 例; 术前都伴有高热 38.5~39.5℃; 白细胞计数 (15~20) × 10⁹/L 者 16 例, 20 × 10⁹/L 以上者 8 例。体检时局部都有明显深压痛和扪及硬块, 多数皮肤表面无异常, 伴有下肢胀、凹陷性水肿者 8 例, 髋部屈曲不能伸直者 7 例; 做 B 超检查都显示有液平。本组经手术治疗, 脓液培养加药敏, 应用抗生素治疗, 全部治愈。

1.2 治疗方法 采用传统的切口部位, 即在脓肿最明显的中心部位切口, 一般在腹股沟韧带上方 1.5~2.0cm, 并与其平行, 切口长约 3cm, 当切开腹外斜肌腱膜时, 将它提起向外侧, 钝性分离找到腹股沟韧带上沿, 靠近上沿用针头向内上方呈 45 度夹角穿刺抽脓。如抽得脓液则用中弯血管钳沿针头方向层层分开肌肉而进入脓腔, 不用刀片切割。进入脓腔后不要急于扩大切口, 而是先吸净脓液, 再适当扩大切口。右手食指插入探查脓腔为单个还是多房性。如为多房性, 则在钝性分离之前摸清髂血管的搏动位置, 然后离开它在其内上方作轻而慢的钝性分离。吸净脓液后, 用 3% 双氧水冲洗脓腔, 再用生理盐水冲洗, 直到液体清亮为止。将剪有侧孔软质引流管置于脓腔 2 根, 于两管中间全层缝合 2 针, 固定。术后每天用甲硝唑 250mL 冲洗, 每日 2 次, 连续 3d, 约术后 5~7d, 无脓性分泌物流出, B 超证实脓腔已闭合, 无液体流出后 1 天拔管, 10d 可拆线。其间用抗生素治疗。

2 讨论

2.1 髂窝脓肿的应用解剖 髂窝脓肿应分为腹膜后与筋膜后 2 种类型, 腹膜后类型在其发展至后期无疑也可穿向筋膜后侧形成脓肿。(1) 腹膜后间隙系指后腹膜与腹横筋膜之间的疏松组织间隙。该间隙从横膈经髂窝延至盆底, 内有升结肠、胰和十二指肠第三、第四段, 以及肾上腺、肾脏、输尿管及肾周脂肪、腹膜后大血管和淋巴结等。当这些器官发生感染时, 脓液均可聚积在腹膜后髂窝形成髂窝脓肿。其致病菌以革兰氏阴性菌多见。(2) 筋膜后间隙则位于腹横筋膜之后, 此间隙内有起自第 12 胸椎和全部腰椎的腰肌 (腰大肌和腰小

肌) 与起自髂骨内面的髂肌。该 2 块肌肉占据了筋膜后的整个髂窝。髂腰肌共同向下越过髋关节前方止于股骨小粗隆及其周围, 约 15% 可藉髂耻滑囊与髋关节相通。覆盖髂腰肌表面的腹模筋膜有人称之为髂腰筋膜或髂腰肌鞘。实践证明, 髂腰肌是脓肿的好发部位。致病菌以革兰氏阳性菌多见。

2.2 髂窝脓肿的诊断 (1) 本症的 4 大临床特点为发热、局部疼痛, 髂窝处肿块以及层髌畸形, 对可疑者行 B 超检查, 局部可穿刺获脓液。(2) 本症临床表面不典型早期病例, 因其腹痛触诊髂窝部饱满感, 以及邻近髂嵴处触痛等盲肠后位阑尾炎的表现而误诊为阑尾炎。如剖腹探查时发现阑尾正常者应疑及本症。(3) 本症可表现髋部疼痛及屈髋畸形而需与化脓性髋关节炎相鉴别。后者当活动髋关节时可剧痛, X 线摄片示关节病变, 其脂肪线向外膨出, 关节穿刺可得脓液。(4) 如行钡剂灌肠发现肠粘膜正常, 以及阑尾充盈完整, 据此可与阑尾包块及盲肠癌相鉴别。(5) 本症可因脓肿压迫刺激邻近髂腰肌的生殖股神经而表现为大腿根部疼痛而误诊为股骨骨髓炎。后者局部可有明显触痛, X 线摄片可显示骨质炎症征象。

2.3 髂窝脓肿的治疗 治疗原则是: 改善全身营养状况, 引流脓腔, 合理应用抗生素, 及时纠正下肢功能障碍。关于手术治疗提出几点: (1) 确诊脓肿形成, 做切开引流, 排脓。切口选择在压痛最明显部位, 一般在腹股沟韧带上方 1.5~2.0cm, 与韧带相平行。(2) 因脓肿部位深, 位于腹横筋膜深面, 髂腰肌筋膜的浅面, 腹膜之外, 因此当切开皮肤和腹外斜肌腱膜后, 在有波动感或水肿明显处用血管钳钝性分开腹壁肌纤维, 进入脓腔, 如有困难, 可试行穿刺抽脓, 然后以穿刺针为引导, 进入脓腔。注意穿刺不能过深, 以免刺破髂血管或腹膜。(3) 放脓前准备好负压吸引器, 以免大量脓液外溢。用手指探查脓腔, 按脓腔大小和位置扩大切口方向, 达到充分引流。脓液常规做细菌培养和药敏。(4) 关于引流问题: 将剪有侧孔软质引流管置于脓腔 2 根, 2 管中间全层缝合 2 针, 固定, 术后用甲硝唑冲洗, 一般冲洗 3~4d, 每天 2 次, 于术后 5~7d 无脓性分泌物流出, B 超证实脓腔已闭合, 无液体流出后 1d 拔管。10d 左右拆线。(5) 术前的有腿屈曲者, 切开引流后, 常规作下肢牵引, 一般牵引 2 周, 并嘱主动操练, 以助下肢功能恢复。

(收稿日期: 2005-03-08)