

老年颈部蜂窝织炎脓肿形成期超声引导下超微创疗效分析

夏丛燕, 黄 岩*

南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院)超声科, 江苏 南京 210006

[摘要] 目的:探讨老年颈部蜂窝织炎脓肿形成期超声引导下经皮穿刺置管引流疗效和安全性分析。方法:2012年1月—2018年4月的45例老年颈部蜂窝织炎脓肿形成期患者45例,所有患者在超声引导下经皮穿刺放置一次性7F猪尾巴穿刺套管针,外接引流袋负压引流。结果:45例局部红肿热痛在置管引流第2~3天后明显减轻,一段时间后脓腔变小,一般临床症状明显好转,1个月内均治愈,无明显并发症,且随访半年无复发。结论:超声引导下经皮穿刺置管引流治疗老年颈部蜂窝织炎脓肿形成期是一种安全、有效的超微创治疗方式,值得推广。

[关键词] 颈部蜂窝织炎;超声引导下置管引流;疗效;安全性

[中图分类号] R445.1

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2018)12-1813-03

doi:10.7655/NYDXBNS20181241

头颈部蜂窝织炎是头颈部疏松结缔组织的急性弥漫性化脓性炎症,患者多伴有下颌牙源性感染,糖尿病、免疫力低下、年老体弱、晚期肿瘤等患者更容易患该病。头颈部蜂窝织炎进入脓肿形成期后,病程发展迅速,易出现呼吸困难、喉头水肿等并发症,甚至导致死亡^[1]。传统治疗方案为头颈部广泛切开引流或/和气管切开,但是部分老年患者尤其是全身状况较差、症状较重,不能耐受外科切开引流手术或者害怕手术。本院自2012年起,经过医院伦理委员会批准,在临床科室头颈外科、五官科、普外科、急诊外科的支持和配合下,对老年不能耐受手术的颈部蜂窝织炎脓肿形成期进行超声引导下穿刺置管引流,取得了满意的临床疗效,为老年颈部蜂窝织炎脓肿形成期患者的临床治疗提供新方法,报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象

收集2012年1月—2018年4月在本院行颈部蜂窝织炎超声引导下置管引流的45例患者的临床资料。包括:性别、发病年龄、伴发疾病、置管数量、导管留置时间、是否治愈、随访半年是否复发。本治疗方案已通过医院伦理委员会审查,所有患者在穿刺前均已自愿签署知情同意书。

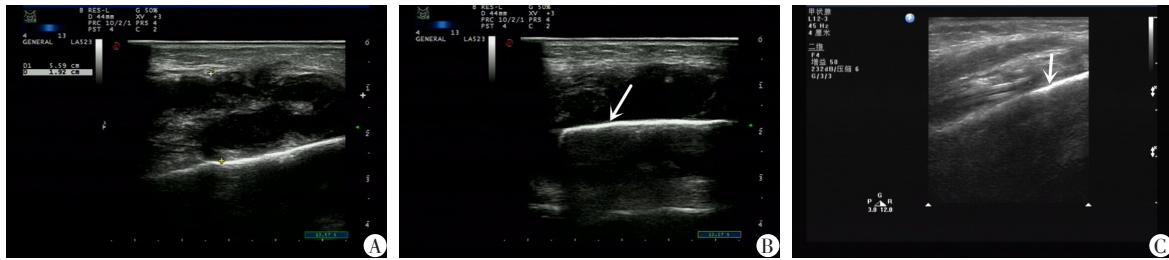
[基金项目] 留学人员科技活动项目择优资助(人社厅函【2016】176号);南京市科技发展计划(201803009);南京市医学科技发展项目(YKK15089)

*通信作者(Corresponding author), E-mail: jacob6666@163.com

1.2 方法

使用百胜MYLab90超声诊断仪,LA523探头,频率4~13 MHz及PHILIPS IU 22超声诊断仪,L12-5高频探头;一次性穿刺套管针7F猪尾巴管[“邦特”猪尾巴引流导管组(直接穿刺型),规格:7FR-带线表面亲水性涂层设计(卫署医器制第000941号),邦特生物科技股份有限公司]。

术前常规超声扫查颈部脓肿,判断脓肿的部位和范围,明确脓肿与周围组织的关系(图1A)。患者常规取仰卧位,根据脓肿大小和分隔情况,在超声引导下选择最佳穿刺路径,常规消毒铺巾,2%利多卡因局麻,超声引导下避开重要脏器、血管神经,在超声引导下实时监控穿刺导管针的位置,7F的猪尾巴导管一步法快速进针,进入预定脓肿腔无回声区最大部位,拔出针芯,置入猪尾巴引流管,20 mL注射器负压抽吸脓腔,及时给脓腔减压,抽出脓液送检,同时做细菌培养+药敏试验。最后固定导管于皮肤穿刺点附近,外接引流袋,常规少量负压引流(图1B)。根据脓腔大小和引流通畅程度,采取不同的引流技巧,例如脓腔太大或者引流不畅,适当使用适量生理盐水进行脓腔内清洗;若冲洗不畅则人工疏通引流管、调整引流管位置或添加引流管,争取引流通畅。置管引流后患者脓肿的临床症状消失,2~5 d以上无引流物流出后时复查超声,若超声检查发现组织间隙内无积液,根据患者临床症状,择期拔出引流管(图1C)。脓肿引流的同时,相关抗炎治疗方案按临床标准方案进行。



A:颌面部间隙混合回声区,大小:56 mm×19 mm,部分无回声区可见液化;B:颌面部肌间隙内混合回声区,可见引流管声像(白色箭头);C:颌面部肌间隙内脓肿置管7 d后声像,脓肿基本消失,可见引流管声像(白色箭头)。

图1 颈部蜂窝织炎超声检查结果

1.3 治愈标准

临床上红肿热痛等炎症症状消失,复查血常规示白细胞及中性粒细胞等正常、体温恢复正常、颈部超声未探及炎性脓腔且无组织间隙内液性暗区。记录留置管数量及留置时间,半年后随访是否复发。若超声引导下置管引流方案无法控制病情,则立即行气管切开及传统切开引流治疗方案。

2 结果

45例患者,年龄65~93岁,中位年龄78岁,其中男27例,女18例;10例发病前有牙源性感染、35例合并糖尿病、2例合并胸腔积液、8例有恶性肿瘤病史;30例置管1根,15例置管2根;置管时间6~20 d不等,平均留置天数10.49 d;所有患者均治愈,随访半年无复发。

3 讨论

颈部蜂窝织炎脓肿形成期传统的常规治疗手段有单纯抗菌药物治疗和外科手术广泛切开引流。当患者存在明显呼吸困难时,气管切开联合脓肿切开引流加药物抗感染仍然是首选的治疗方式。随着广谱抗生素广泛应用于临床,耐药菌株和新菌群出现使得该病的药物治疗效果不甚理想;传统的广泛切开引流创面大,患者恢复缓慢,手术过程中易出现神经损伤、血管损伤等并发症,甚至有报道颌下脓肿在手术切开时导致颈总动脉破裂者;同时头颈部处于人体暴露部位,广泛切开引流会影响患者面容美观,从而影响患者心理;姚宏等^[2]研究发现,小切口负压引流残留瘢痕的大小和范围显著小于常规广泛切开引流者;本研究是采用超声引导下7 F穿刺套管针一步法一次性穿刺到位,创伤更小,治愈后几乎没有疤痕,所以更容易为患者接受。

头颈部急性蜂窝织炎的超声表现:①脓肿形成初期,呈低回声区中伴有散在不规则无回声区,轮

廓欠清晰,血流丰富;②液化不全时呈多个团块状低回声或呈蜂窝状;③液化坏死完全时则形成边界清晰的无回声区,可伴有散在点状强回声浮动。Shah等^[3]研究发现,超声是检测头面部颈部脓肿或蜂窝织炎的价值辅助诊断手段。根据不同图像表现,超声对脓肿发展时期、脓腔大小及周围大血管、重要脏器有直观显示,脓肿形成初期或脓肿形成后,在超声引导下穿刺是脓肿穿刺的适应证,而且在超声实时引导下基本可以避免出现颈总动脉破裂等并发症。

马占成^[4]研究表明,颈深部脓肿使用超声引导下穿刺引流极大地降低了手术风险,尤其是颈深部肌间隙多而结构复杂,即使手术切开也不能打开所有脓腔,但是超声可对深部间隙脓肿准确定位,并可根据脓腔大小及个数,选择多个引流管,放置在不同的脓腔内,从而贯穿所有脓腔,引流充分;熊国锋等^[5]发现超声引导下置管引流治疗头颈部间隙感染与常规手术切开引流有效率无明显差异,且可缩短住院时间、降低并发症的发生率;林元强等^[6]研究发现多点置管后对冲引流对头颈部蜂窝织炎脓肿形成期的治疗效果良好;程泽星等^[7]认为超声检查对颈部脓肿大小、定位、动态观察脓肿变化及穿刺抽脓至关重要,尤其是颈部小脓肿的穿刺引流价值更大;Gaspari等^[8]通过回顾性分析后发现,超声引导下引流软组织脓肿较非超声引导引流失败率显著降低。本研究采用超声引导下将7 F猪尾巴导管置入脓肿腔内进行置管引流,抽取首次引流液进行药敏试验及细菌培养,45例均痊愈,取得了较好的临床疗效。而且所有患者均为重症患者,贸然手术必定要承受巨大风险,但是所有患者在置管引流一段时间后脓腔变小、第2~3天后局部红肿热痛明显减轻,生命体征平稳,一般临床症状明显好转,血常规恢复正常,1个月内均治愈,无明显并发症,且随访半年无复发,治愈率达到100%(45/45)。因此,颈部

脓肿的超声引导下置管引流效果好,相对传统手术治疗创伤更小,且疗效并不逊于手术治疗;7F猪尾巴导管针创伤小,能够减轻患者痛苦、患者可耐受;随访半年后患者穿刺部位未留下明显手术瘢痕,创口愈合美观,患者易于接受。有研究发现,接受超声引导引流的患者住院时间减少,与接受切开引流术的患者平均住院时间有显著差异^[9-10],而且超声引导下置管引流可减少住院费用,减轻脓肿切开的痛苦。糖尿病是头颈部感染最常见的全身性疾病之一,糖尿病患者切口愈合较一般患者困难,置管引流相对于手术切开引流的创口显著减小,有利于其切口愈合,本研究中同时合并糖尿病的10例患者虽愈合时间稍延长,但并无明显差异(10.77 d vs. 9.50 d, $P=0.38$)。

超声引导下颈部化脓性蜂窝织炎的脓肿置管引流存在一定的禁忌证:①有凝血功能障碍、严重出血倾向、弥散性血管内凝血者;②意识不清、不能配合者。林元强等^[6]认为气性坏疽也是其禁忌证,但本研究中有1例气性坏疽患者,经超声引导下穿刺置管抽脓并留置导管后10 d,脓肿消失,治愈出院,因此认为气性坏疽也可尝试置管引流。头颈部生理解剖结构复杂,众多筋膜间隙内由疏松的结缔组织填充,炎症极易扩散,因此穿刺引流时应注意避免脓液外渗至其他组织间隙中,最重要的是,一般引流管放置时间均较长,留置导管期间,应注意导管护理,保持引流管通畅,防止引流管滑脱、折断和引流不畅。

综上所述,超声引导下经皮穿刺置管引流治疗老年颈部蜂窝织炎是一种安全、有效的超微创治疗方式,具有实时监控、定位准确可靠、损伤小、并发症少、无手术瘢痕等优势,对老年不能耐受手术或不愿意手术切开引流的急性蜂窝织炎脓肿形成期的患者是一种不错的选择,值得推广。

[参考文献]

- [1] Boscolo-Rizzo P, Da Mosto MC. Submandibular space infection: a potentially lethal infection [J]. *Int J Infect Dis*, 2009, 13(3): 327-833
- [2] 姚宏,曹健,杨林,等.小切口负压吸引引流治疗颌面颈部间隙感染的对照研究[J]. *口腔医学研究*, 2011, 27(6): 511-513
- [3] Shah A, Ahmed I, Hassan S, et al. Evaluation of ultrasonography as a diagnostic tool in the management of head and neck facial space infections: A clinical study [J]. *Natl J Maxillofac Surg*, 2015, 6(1): 55-61
- [4] 马占成. 颈部蜂窝组织炎的微创治疗及临床分析[D]. 长春: 吉林大学, 2015
- [5] 熊国锋,陈伟军,曾一民,等.超声引导下猪尾巴导管负压引流在头颈部间隙感染治疗中的应用[J]. *浙江医学*, 2016, 38(22): 1829-1830
- [6] 林元强,安立峰,李琳.超声引导经皮穿刺多点置管对冲引流对头颈部蜂窝织炎脓肿形成期的治疗[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2017, 52(2): 110-112
- [7] 程泽星,余爵波,肖路,等.颈深部感染95例临床分析[J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2015, 50(9): 769-772
- [8] Gaspari RJ, Sanseverino A. Sanseverino, ultrasound-guided drainage for pediatric soft tissue abscesses decreases clinical failure rates compared to drainage without ultrasound: a retrospective study [J]. *J Ultrasound Med*, 2018, 37(1): 131-136
- [9] Biron VL, Kurien G, Dziegielewska P, et al. Surgical vs ultrasound-guided drainage of deep neck space abscesses: a randomized controlled trial: surgical vs. ultrasound drainage [J]. *J Otolaryngol Head Neck Surg*, 2013, 42(1): 18-23
- [10] Dabirmoghaddam P, Mohseni A, Navvabi Z, et al. Is ultrasonography-guided drainage a safe and effective alternative to incision and drainage for deep neck space abscesses? [J]. *J Laryngol Otol*, 2017, 131(3): 259-263

[收稿日期] 2018-06-19