

前列腺脓肿合并脓毒血症 1 例报告及诊疗

卢喜伟, 曾小明, 余明主, 谭公祥

(解放军第九四医院泌尿外科, 江西 南昌 330002)

中图分类号: R697+3

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2018.14.061

文章编号: 1006-1959(2018)14-0190-02

前列腺脓肿(abscess of prostate, PA)临床罕见, 占前列腺疾病的 0.5%, 大多数是上行性尿路感染或感染前列腺内返流引起的急性细菌性前列腺炎并发症^[1]。其临床表现通常较为典型, 但易误诊为急性细菌性前列腺炎及尿路感染。2017 年 12 月解放军九四医院收治 1 例前列腺脓肿合并脓毒血症患者, 将其报告如下。

1 临床资料

患者, 男, 68 岁, 因“尿频、尿急、尿痛 1 周, 排尿困难伴发热 1 天”于 2017 年 12 月 9 日入院。患者入院前 1 周前因劳累后出现尿频、尿急、尿痛, 无脓尿、解肉眼血尿, 遂就诊本院门诊查彩超示: 前列腺增生, 双肾, 双输尿管, 膀胱未见明显异常。查尿常规白细胞 3+、尿蛋白 3+、潜血+。给予口服抗生素抗炎对症治疗, 上述症状无明显改善, 1 d 前患者出现畏冷及发热, 体温最高达 39.5 ℃, 并逐渐出现排尿困难症状、会阴部及肛周疼痛不适, 坐立不安, 遂再次就诊本院门诊。门诊拟“前列腺增生; 尿路感染”收入院。患者精神、饮食欠佳, 大便正常。患者既往体健, 否认有冶游史、糖尿病及结核病史。入院查体: T 38.5 ℃, P 82 次/min, R 18 次/min, BP 142/76 mmHg。双肾无叩击痛, 双输尿管及膀胱区无明显压痛, 双下肢无浮肿。留置导尿管在位通畅, 尿液稍浑浊。直肠指诊: 前列腺两侧叶明显肿大, 中央沟存在, 压痛明显, 质软, 未触及硬结, 与周围组织清楚, 无明显波动感。查腹部及盆腔 CT 平扫示: ①前列腺增生(大小约 6.82 cm×5.46 cm); ②盆腔少许积液。胸部 X 线片、心电图、消化系及心脏彩超均未见明显异常。查血常规: 白细胞 18.8×10⁹/L, 中性粒细胞 91.6%, C-反应蛋白 109.6 mg/L。入院后给予抗炎治疗, 患者持续高热, 且会阴部及肛周疼痛不适无缓解, 并逐渐出现尿潴留, 遂给予留置导尿, 治疗第 3 天血培养+药敏示: 铜绿假单胞菌检出。再次行肛门指检示: 前列腺巨大, 中央沟消失, 触痛, 波动感明显。行经直肠前列腺 B 超示: 前列腺体积明显增大, 形态饱满, 实质

回声增粗, 前列腺尖部可见多个大小不等的囊性暗区, 形态不规则, 内部见絮状回声, 大者约 40 mm×40 mm×30 mm, 提示前列腺尖部多发囊性暗区: 考虑前列腺脓肿可能, 建议超声引导下抽吸治疗。根据患者病史、临床表现及超声, 考虑为前列腺脓肿合并脓毒血症的可能性大, 根据血培养及药敏结果给予敏感抗生素(亚胺培南西司他丁)行抗感染治疗 7 d, 复查血培养检查阴性, 尿路感染及体温逐渐控制, 但患者排尿困难、会阴部及肛周疼痛不适症状无明显改善。为进一步充分引流脓液, 并改善下尿路梗阻症状, 考虑患者脓肿为多发性, 且多位于前列腺尖部, 行直肠 B 超引导下经会阴前列腺脓肿穿刺引流术。术中患者取截石位, 常规会阴部手术区消毒及局部麻醉。经直肠超声引导下, 右手食指持针(肾造瘘穿刺针 18G)经会阴部达脓肿中心位置。声像图中可显示针体呈强回声, 针尖进入脓腔有明显的突破感, 穿刺成功后拔除针芯, 抽出约 20 ml 脓液, 吸尽脓液后给予生理盐水 50 ml 加入庆大霉素 16 万单位反复低压冲洗脓腔, 直到冲洗液清亮。于穿刺针处切开 1 cm 皮肤, 再次通过穿刺针内腔导入导丝, 退出穿刺针, 在导丝引导下留置 F6 一根单 J 管于脓腔内, 会阴部丝线缝合固定单 J 管, 术后每日生理盐水冲洗脓腔 2 次, 直至无脓液引流出, 术中脓液培养示: 铜绿假单胞菌检出。术后继续抗炎等对症治疗, 7 d 后拔除单 J 管及导尿管, 患者排尿困难及会阴部疼痛症状明显改善。术后随访 3 个月, 患者无不适, 复查 B 超: 前列腺体积增大, 大小为 4.38 cm×4.16 cm×3.49 cm, 实质回声分布均匀。

2 讨论

PA 是一个临床少见的泌尿系重症, 死亡率约为 3%~30%^[2]。20 世纪 30 年代前, 淋球菌为该病的主要致病菌, 约占 75%, 随着抗生素的广泛应用, 致病菌已成为以大肠杆菌和金黄色葡萄球菌为主, 淋病奈瑟菌仅占 5.9%, 此外, 克雷伯杆菌、铜绿假单胞菌、变形杆菌等也为常见致病菌。本病例主要症状为尿路刺激症状、会阴部及肛周疼痛不适、排尿困难及发

作者简介: 卢喜伟(1984.2-), 男, 江西樟树人, 本科, 主治医师, 研究方向: 前列腺疾病诊治

(上接第 190 页)

热,直肠指诊可发现前列腺巨大、触痛,波动感明显。B 超对前列腺脓肿的诊断尤为重要,但前列腺脓肿较小或脓肿没有完全形成前不易与前列腺肿瘤相鉴别。本例患者为铜绿假单胞菌感染引起,并经血行感染导致尿源性脓毒血症。术前对患者行血培养以及药敏性实验结果对其使用敏感的抗生素治疗,有效的控制脓毒血症感染后,但患者的临床症状无法明显缓解,在药物保守治疗难以达到理想疗效的时候,外科手术干预往往能收到满意的效果。

PA 治疗方式分为药物保守治疗和外科治疗。外科引流是最重要的治疗手段,目前治疗前列腺脓肿常用手术方式包括会阴切开术及经会阴/直肠前列腺脓肿抽吸术、经尿道前列腺脓肿等离子去顶引流术、耻骨上腺体切除术。本病例脓肿经抗感染治疗后,症状缓解不明显,脓肿直径较大,且位于前列腺尖部,考虑首选直肠 B 超引导下经会阴前列腺脓肿穿刺引流术,效果满意。本次研究发现,对于以突发发热并尿路刺激症状及逐渐出现尿潴留的患者,怀疑 PA 即开始使用广谱抗生素治疗,症状得到缓解、感染控制,但脓肿仍未消退,即可行穿刺引流治疗。在穿刺引流中,国内主要使用 B 超引导下经直肠或经会阴进行穿刺引流,其成功率约为 85%^[9]。

本次采用直肠 B 超引导下经会阴前列腺脓肿穿刺引流术具有以下优势:①根据解剖会阴部的特点,会阴部针体与直肠内探头发出的声像形成大夹角,声像图明确显示针体位置;②该部位穿刺路径短,无重要解剖结构存在,不会造成严重创伤;③置管冲洗引流能减少多次穿刺的缺点,进行 1 次穿刺即可治愈,无须多次重复治疗;④可留置单 J 管引流,并可及时冲洗脓腔,防止脓肿引流不畅避免脓肿复发;⑤避免了经直肠穿刺发生直肠尿道瘘、感染等并发症的可能^[9]。

总之,该引流术穿刺置管引流不仅可尽早排出脓液,迅速缓解临床症状,减轻患者痛苦,充分引流残余脓液和渗出物,具有充分彻底引流、准切性高、患者痛苦小、并发症少、恢复快、创伤小等优点。

参考文献:

- [1]吴阶平.泌尿外科学(2013 版上下卷)[M].山东科学技术出版社,2012.
- [2]赵国权.CT 对前列腺脓肿的诊断价值[J].医学理论与实践,2007,20(4):457-458.
- [3]许清泉,黄晓波,王晓峰,等.前列腺脓肿 2 例报告及近 10 年国内文献复习[J].中华男科学杂志,2007,13(10):903-905.

收稿日期:2018-3-22;修回日期:2018-3-30

编辑/雷华