

## Ectopic catheter after ultrasound-guided abdominal circumscribed effusion catheterization: a case report

### 超声引导下腹腔局限性积液置管后导管异位 1 例

纪晓惠 李娟娟 魏梦莹 陈东 石可心

[中图法分类号]R445.1

[文献标识码]B

患者男,64岁,胆囊腺癌IVb期(侵及肝脏),行胆囊及胆总管切除、肝部分切除、肝总管空肠 Roux-Y 吻合术,术后第2天患者间断发热,体温最高达38.0℃,引流液培养2d无细菌生长,肝脏创面及胆空引流管内见引流液少许,其内淀粉酶含量分别为104 760 U/L和19 710 U/L,给予抗感染及抑酶治疗后缓解。术后第12天,复查肝脏CT示肝切缘处肝周积液较前增多,体温38.5℃。超声检查:肝右叶切缘周边见一大小为4.5 cm×2.3 cm小片状无回声区,积液量较少,内透声可。行超声引导下积液穿刺术,抽出暗红色血性液体5 ml,积液无混浊及异常气味,常规送检,未予置管。术后第13天患者临床症状未缓解,次日行超声引导下肝周局限性积液穿刺置管引流术,留置8 Fr猪尾管,引流出暗红色血性液体少许;原穿刺液细菌培养结果检出奇异变形菌,美罗培南敏感,继续给予保肝、抗感染治疗。术后第22天,引流管内液体呈暗红色,量较前增多,引流后患者血色素降低(83.0 g/L)。CT检查:引流导管横贯肝脏至下腔静脉内(图1)。超声检查:自肝右叶旁原积液区可见导管位于肝实质内,沿导管走行追踪至肝后段下腔静脉腔内可探及导管末端(图2);夹闭引流导管。多学科会诊后建议在DSA支持下分步拔管。术后第25天,拔管前再次复查超声示导管末端已脱离下腔静脉位于肝右叶实质内,遂于超声引导下缓慢拔出部分导管至肝右叶实质中部。术后第27天,超声引导下再次调整导管位置至原肝周积液区。术后第29天拔出导管,患者病情平稳,术后第32天患者出院。

讨论:超声引导下术后局限性积液置管引流已成为临床常规操作,可应用一步法或两步法<sup>[1]</sup>将引流管在超声引导下置入

积液区,操作简单、安全可靠,可缓解临床症状,并可根据积液培养结果指导用药。本例患者引流导管异位至下腔静脉内比较罕见,分析原因为:患者置管前曾抽出部分积液,导致局限性积液较少且部分区域含气,影响超声显示结果;采用一步法置入猪尾管,当超声引导猪尾管至积液处即不再继续引导,拔出猪尾管针芯并推送引流管,回抽引流液通畅提示置管成功后即固定导管;本例患者腹腔引流液淀粉酶增高,周围组织及肝创面受腐蚀质软,而猪尾管末端自然卷曲,未固定导管丝线,会因患者体位改变致导管末端移位。本例经验提示临床操作中应注意:①结合CT评估积液范围,尤其当积液含气时,严格置管指征<sup>[2]</sup>;②超声直视猪尾管末端盘曲情况并放置至合适引流区,不宜为防引流管脱落盲目过度推送。撤出猪尾管针芯时应同步牵拉引流管丝线使其末端卷曲后再推送导管;③当常规超声显示引流导管不清楚时,可结合腔内超声造影判断导管位置<sup>[3]</sup>;④术后腹腔积液淀粉酶升高时周围组织糟脆,置管并发症风险增加,应充分交待病情并注意操作更加精细、轻柔;⑤置管后应密切监测患者生命体征,避免做剧烈或幅度较大的动作;⑥当出现此类并发症后患者应限制活动,封闭引流管、分步间断拔出导管,拔管过程需注意不要损伤下腔静脉,而下腔静脉血流压力低,利用肝实质的压迫可减少出血,有助于顺利拔管。

#### 参考文献

- [1] 陶山,蒋玲,高艳,等.彩超引导下两种肝内胆管穿刺置管方法的比较研究[J].中国保健营养,2016,26(17):34.
- [2] Cui XW, Ignee A, Maros T, et al. Feasibility and usefulness of intra-cavitary contrast-enhanced ultrasound in percutaneous nephrostomy [J]. *Ultrasound Med Biol*, 2016, 42(9):2180-2188.
- [3] Ignee A, Jenssen C, Cui XW, et al. Intracavitary contrast-enhanced ultrasound in abscess drainage—feasibility and clinical value [J]. *Scand J Gastroenterol*, 2016, 51(1):41-47.

(收稿日期:2020-06-30)

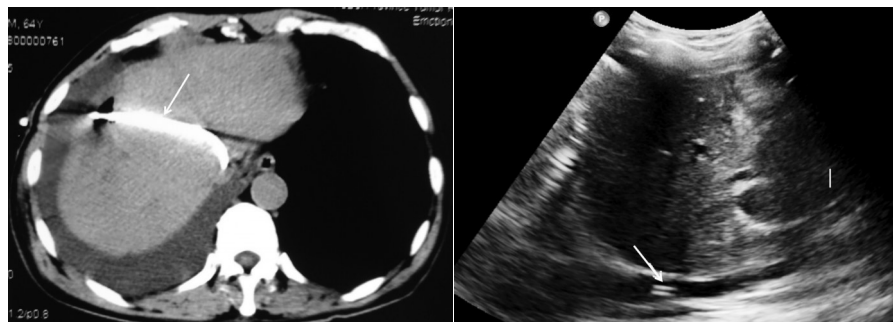


图1 CT示引流导管进入下腔静脉内(箭头示)

图2 超声示下腔静脉内导管回声(箭头示)