

肾周围脓肿_泌尿外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，
建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E8_82_BE_E5_91_A8_E5_9B_B4_E8_c22_610183.htm 肾周脓肿主要由肾内脓肿破入肾周而成。因此，致病菌与引起肾内脓肿的相同。约25%的病例，其脓肿可培养出多种致病菌。肾周筋膜通常将脓肿局限于肾周围，发病因素同肾内脓肿。【治疗措施】仅用抗生素治疗难以奏效，应结合早期彻底的引流，传统的治疗提倡切开脓肿引流。近此年来，对某些病例在超声或ct引导下经皮穿刺安置适当大小的引流管，疗效也是令人满意的。如经皮引流无效时，必须及时切开引流或作肾切除术。在细菌培养及药敏感感试验结果出来之前，应开始用针对最可能的致病菌（葡萄球菌、大肠杆菌）的抗生素治疗。药物的选用和剂量同肾内脓肿的治疗一致。此后可根据临床反应及药敏试验作适当的调整。在临床上或影象学检查证实感染未完全消退之前，必须静脉或后阶段口服抗生素治疗，常需数周。【临床表现】肾周脓肿起病隐匿，临床表现缺乏特异性，从而使早期诊断十分困难，患者就医前2~3，就已出现症状。在此之后，诊断还有可能被延误数天。发热是最常见的症状，但开始常被认为是不明原因的发热，重要的体征有腰部或肋脊角疼痛或压痛，伴有或不伴有可触及的腹部或腰部肿块。患侧膈肌可能抬高或固定，伴有或不伴有胸膜渗出，此外患者可有胸痛。腰大肌痉挛常导致脊柱侧凸（凹向患侧），因此，病人弯腰时可出现疼痛。腰部痛性肿块、皮肤红肿是肾周脓肿的晚期征象。【辅助检查】实验室检查：常规实验室检查结果反复多样。血常规可见白细胞升高并有核

左移现象，有不同程度的贫血，红细胞沉降率上升。如患者有其他肾脏疾病或是双侧病变，才有可能出现血清肌酐和血尿素氮升高。尿液分析有脓尿和蛋白尿，但无血尿。30%的患者液分析正常，40%尿培养阴性，仅有40%在血培养时出现阳性结果。x线检查：胸部、腹部x线检查虽不能确定肾周脓肿的诊断，但对诊断有帮助。胸部x线检查可能发现同侧膈肌抬高和固定、胸膜渗出、积脓、肺脓肿肺下叶浸润和不张、肺炎疤痕形成等表现。腹部x线检查可能发现脊柱侧凸（凹向患侧）、肿块、肾结石、肾及腰大肌失去正常轮廓、肾或肾周出现气体或肾脏固定。影像学检查：大部分肾周脓肿者，排泄性尿路造影断层摄影可证实患侧肾脏异常。主要表现为受累肾脏显影不良或不显影、肿块、肾脏移位、肾盂或输尿管结石、肾盏扩张或阻塞（有或无结石）。但以上影像学特征均不是肾周脓肿的特异性表现。镓（ ^{67}Ga ）枸橼酸盐或铟（ ^{111}In ）示踪白细胞放射性核素扫描在诊断学上意义不大，因为它们既费时又不能将肾周脓肿与其他肾脏病相鉴别。肾动脉造影也不是肾周脓肿的特异性诊断方法，因为它是一种有创性检查方法，其结果也不优于肾脏超声和ct扫描，因此动脉造影很少用于诊断肾周脓肿。肾脏超声波检查是肾周脓肿的一种诊断性检查方法，但ct扫描更能反映病变的全貌。ct的表现有软组织肿块，其中ct值下降至0~20h单位，在无造影剂增强的情况下，炎性脓肿壁ct值下降稍多；注射造影剂后，脓肿壁密度增强，周围组织结构层次消失，病侧肾脏或腰大肌扩大，肾周筋膜增厚，病灶内出现气体或气液平面。在ct引导下经皮穿刺可确定诊断并可查清致病菌。【预后】如诊断及时，治疗有效，则病人预后良好，死亡率与诊断延

误及不恰当的治疗有关。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com