维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2006)02-0264-02

细菌性肝脓肿 67 例临床分析

罗 放,王济明,吴小健,王洪林

(重庆医科大学附属第一医院普外科,重庆 400016)

【摘 要】目的:总结细菌性肝脓肿的诊治经验。方法:回顾性分析 1994~2004 年诊治的 67 例细菌性肝脓肿患者的临床资料。结果:高热、右上腹胀痛、肝区叩痛是细菌性肝脓肿的主要临床表现,绝大多数患者血常规检查示白细胞不同程度升高,B 超是首选的影像学检查手段,多数患者通过保守治疗以及经皮脓肿穿刺和/或置管引流而治愈。讨论:细菌性肝脓肿的治疗应采取个体化的治疗方案。

【关键词】细菌性肝脓肿;诊断;治疗

【中国图书分类法分类号】R657.3 【文献标识码】B 【收稿日期】2005-10-31

Clinical analysis on 67 cases of bacterial liver abscess

LUO Fang, et al

(*Department of Surgery, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To summarize the experience in diagnosis and surgical treatment of bacterial liver abscess. *Methods*: The diagnosis and treatment of 67 patients with bacterial liver abscess were reviewed retrospectively. *Results*: The main clinical manifestations and signs were pains in the right upper abdomen, fever, tenderness of right upper abdomen, hepatic tenderness. Blood routine showed WBC increased significantly in most cases. B-Ultrasoundgraphy should be the first choice for diagnosis. Percutaneous and transhepatic cholangiography drainage of bacterial liver abscess can be used for most cases, which was simple and safe. *Conclusion*: The choice of the treatment of bacterial liver abscess should accord to different patient.

【Key words】Bacterial liver abscess; Diagnosis ; Treatment

细菌性肝脓肿是一种较为常见的消化系统感染性疾病,近年来随着生活条件的改善、抗生素的广泛应用及医学影响技术的进步,细菌性肝脓肿的诊断及治疗手段发生了很大的变化。现将我院 1994~2004 年间收治的 67 例细菌性肝脓肿患者的诱因、临床特征及诊疗手段等方面作一分析。

1 临床资料

67 例病例中,其中男性 44 例(65.7%),女性 23 例(34.3%),年龄 21~81 岁,其中 60 岁以上的老年患者 35 例(52.2%)。脓肿位于右肝 47 例(70.1%),左肝 11 例(16.4%),左肝及右肝 9 例(13.4%),单发性脓肿 49 例(73.1%),多发性脓肿 18 例(26.9%),其中合并糖尿病 21 例(31.3%),合并胆石症、胆囊结石 18 例(26.9%)。

67 例患者多表现为寒战、高热、肝区疼痛,伴有恶心食欲减退 59 例(88.1%),右上腹压痛、叩击痛 52 例(77.6%),其中 11 例伴有胸膜炎和(或)腹膜炎。血常规检查示白细胞计数有不同程度升高有 61 例(91.0%)。经 B 超检查肝脓肿 67 例,诊断 43 例,其脓肿范围在 3~17cm 之间。穿刺脓液细菌学检查结果为:共 43 例做脓液细菌培养,其中 19 例(44.2%)获阳性结果,肺炎克雷伯菌 13 例(68.4%),大肠埃希菌 3 例(15.8%),金黄色葡萄球菌 2 例(10.5%),粪肠球菌 1 例(5.3%)。67 例病人中误诊为:胆囊炎 7 例,膈下脓肿 4 例,肝炎 2 例,发热待查 1 例。

2 结 果

所有病人均使用静脉用广谱抗生素或根据脓液培养加药敏选择性使用抗生素,根据影象学资料选择不同的治疗方案。其中 23 例(34.3%)采用内科保守治疗,治愈 19 例,3 例改用经皮肝穿刺和/或

作者介绍:罗 放(1966-),男,副主任医师,硕士,主要研究方向:肝胆外科。

维普资讯 http://www.cqvip.com

置管引流治愈，1 例因多器官功能衰竭死亡；36 例（53.7%）采用经皮肝穿刺和/或置管引流，31 例治愈，5 例改用经腹手术治疗；8 例（12%）直接采用经腹切开引流，6 例治愈，2 例因感染性休克，多器官功能衰竭死亡。

3 讨 论

肝脏接受肝动脉和门静脉的双重血供，并通过胆道和肠腔相通，因此肝脏受细菌感染的机会和途径较多。过去多数认为发生化脓性阑尾炎、盆腔炎及痢疾等疾病时常会引起门静脉炎，这时细菌经门静脉汇集肠道的血运上行，进入肝脏而发生细菌性肝脓肿，近年来随着抗生素广泛而有效的应用及手术治疗的进步，使继发于其他腹腔感染而引起的细菌性肝脓肿病例已少见。目前认为，细菌性肝脓肿的发生主要与肝外胆道的一些疾病有关，其中包括肝脏的良恶性肿瘤及胆道梗阻所引起的化脓性胆管炎、胆道感染，此类引起的感染几乎达 1/3。有研究表明，胆道肿瘤梗阻继发引起的所谓恶性脓肿、感染性休克和多发脓肿是细菌性肝脓肿的独立危险因素[1]。近年来随着糖尿病发病率的上升，糖尿病合并细菌性肝脓肿的病例也逐渐增加，本组中有 31.3%的病人合并有糖尿病。

本组资料显示细菌性肝脓肿的典型表现为高热、右上腹胀痛、肝区叩痛，其它可有畏寒、恶心、纳差、消瘦、黄疸等，超过半数以上的病人有超过 39℃以上的高热，可见，高热、右上腹疼痛、肝大及肝区叩痛是细菌性肝脓肿的主要临床表现，根据典型的临床表现，临床诊断并不困难。但在早期病例，如小脓肿或脓肿部位较深时，易被误诊认为是肝脏毗邻其他脏器的炎症，或不明部位的感染及不明原因的发热待查而被误诊。本组资料中即有被误诊为胆囊炎、膈下脓肿、肝炎及发热待查的病例。分析其原因可能为①患者就诊时常为肝脓肿疾病早期，症状缺乏特异性；②早期即使用广谱抗生素使病程延缓或出现好转；③本病的临床表现复杂多变，故极易被误诊。

X线透视下发现有肝区阴影增大，右侧膈肌抬高，呼吸时膈肌活动范围受限的病人，结合临床表现应警惕细菌性肝脓肿，应进一步做 B 超、CT、MRI 等影像学检查。B 超、CT 与 MRI 检查均能显示肝脏有单发或多发的低密度影，结合临床表现均能确诊[2]。在目前诸多的辅助检查中，我们认为 B 超是首选的检查方法，B 超检查可分辨肝内直径 2cm 的脓肿病灶，可以明确脓肿的多少、部位和大小，操作简便、安全、方便，且可以随时重复检查，必要时可在 B 超引导下进行穿刺，穿刺抽出脓液即可明确诊断又可进行细菌培养、药敏实验，选择有效抗菌药物。

本组细菌性肝脓肿主要致病菌为肺炎克雷伯菌和大肠埃希菌，与文献报道的基本一致[3]。肺炎克雷伯菌和大肠埃希菌均为条件致病菌，分布于肠道和呼吸道，只有在胆道系统疾病或全身免疫力下降的情况时才能经胆道或血液循环进入肝脏。本组中合并糖尿病 21 例（31.3%），合并胆石症、胆囊结石 18 例（26.9%）。Chou 等[1]报道细菌性肝脓肿中绝大多数均患有基础疾病，其中以胆道系统疾病和糖尿病为最多，这也与本组资料相同。由此可以推测，胆系疾病和糖尿病为细菌性肝脓肿的 2 个主要易患因素。脓液培养的阳性率仅为 44.2%，可能主要是由于未行厌氧菌培养，细菌性肝脓肿常存在混合感染，因此在选取抗生素时不仅根据脓液培养 + 药敏结果，而且需要重视厌氧菌感染联合应用抗生素。

细菌性肝脓肿是一种严重的消耗性疾病，常伴有中毒、贫血、低蛋白血症、水电解质紊乱，故应给予充分营养，必要时可多次小量输新鲜血和血浆以增强机体抵抗力，抗菌药物选择有效广谱抗生素或联合用药。在本组资料中，对于诊断明确、发病时间短、中毒症状轻，脓肿直径小于 3cm 及散在多发性细菌性肝脓肿采取非手术治疗。肝脓肿为重症感染，在没有得到细菌培养和药敏结果之前，应该应用强有力的能同时覆盖革兰氏阳性菌和革兰氏阴性菌的大剂量广谱抗生素做起始治疗，同时应该考虑合并厌氧菌感染的可能，故应常规加用抗厌氧菌药物。本组非手术治疗 23 例，治愈 19 例，其中 3 例改用穿刺抽吸置管引流治疗，1 例死于多脏器功能衰竭。

随着影像学技术的进步及介入超声技术的发展，超声或 CT 引导下穿刺抽吸和/或置管引流成为细菌性肝脓肿的重要的治疗手段。与开放手术相比，经皮穿刺抽吸引流不仅适合于单房脓肿，多个单房脓肿或多房脓肿同样能够通过穿刺抽吸治疗[4,5]。本组治疗 36 例，31 例成功。因此我们认为通过穿刺抽吸和/或置管引流，一方面可以

（下转第 289 页）

维普资讯 http://www.cqvip.com

状瘤作用。用鸦胆子油乳治疗外耳道乳头状瘤有效，其作用可能是它的毒性作用使细胞发生退行性变，细胞核固缩，最后坏死而脱落[8]。鸦胆子油乳注射液系从苦木科植物 Brucea Javnica(L)Merr 的果实提取的抗肿瘤的有效成分，国内大量动物实验及临床证实，鸦胆子油乳为细胞周期非特异性抗癌药，对 G_0、G_1、S、G_2、M 期癌细胞有杀伤和抑制作用，能明显抑制肿瘤细胞 DNA 合成，该药能直接进入癌细胞，通过影响质膜系统和线粒体，使之变性坏死。鸦胆子仁或油有效成分的大剂量使白细胞增多，多核细胞比率增加，其它一些研究也证实鸦胆子油乳有一定的免疫调节作用，对细胞免疫有促进作用。本组病例应用三九集团浙江三九邦而康药业有限公司的鸦胆子油乳胸腔内注射，治疗恶性胸水收到了较好的治疗效果，单用有效率 58.3%，稍优于化疗药和生物制剂，但与各组比较无统计学意义。化疗药物所致骨髓抑制特别是白细胞下降较生物制剂和鸦胆子油乳明显，鸦胆子油乳显示出对骨髓造血功能有独特保护作用，与化疗药各组比较差异显著（$P<0.05$）。生物制剂引起的发热、胸痛明显高于化疗药和鸦胆子油乳，差异显著（$P<0.05$）。笔者认为鸦胆子油乳是治疗恶性胸水的有效药物，单用其有效率不低于常用化疗药和生物制剂，且毒副反应明显低于现有的化疗药和生物制剂，尤其适用于不能耐受化疗药物的晚期衰竭病人；联合 5-Fu 可增强疗效，减轻 5-Fu 对骨髓抑制反应，有利于提高病人生存质量。鸦胆子油乳毒副反应虽轻，但在应用时应注意剂量不能过大，以 80ml 内为宜，过大的剂量会使肠收缩增强，使腹痛、腹泻副反应增加。鸦胆子油乳单用和与 5-Fu 联用在本组治疗恶性胸腔积液中取得了较好的疗效，但观察病例数尚少，其确切疗效和毒副反应有待进一步扩大病例数才能有效观察出治疗作用和不良毒副反应。

参 考 文 献

[1] 周际昌，主编.实用肿瘤内科学[M].人民卫生出版社，1999;1:34.

[2] 查人俊，何长清，曾逖闻，等. 现代肺癌诊断与治疗[M].人民军医出版社，1999;12:404.

[3] Heffner JE, Standrfer RJ, Torstveit J, et al. Clinical efficacy of doxycycline for pleurodesis [J]. Chest, 1994;105:1743-1747.

[4] Zimmer PW, Hill M, Casey K, et al. Prospective randomizd trial of talc slurry vsbleomycin in pleurodesis for symptomatic malignant pleural effusions [J]. Chest, 1997;112:430-434.

[5] 董志伟，谷铣之，余子豪，等. 临床肿瘤学[M]. 人民卫生出版社，2002;3-810.

[6] 汤钊猷，朱世能，曹世龙主编. 现代肿瘤学[M]. 上海医科大学出版社，1993;4-401.

[7] 查人俊，何长清，曾逖闻，等. 现代肺癌诊断与治疗[M].人民军医出版社，1999;12-340.

[8] 江苏新医学院编.中药大词典下册[M].上海：上海科学技术出版社，1977;1642-1644.

（上接第 265 页）

控制感染和脓毒血症，通过脓液细菌培养的结果来指导临床治疗，另一方面还可以通过进一步检查明确诊断，确定是否需要进行一次彻底的手术治疗，从而有利于提高治愈率、减少手术并发症及再手术率。

若患者出现脓肿破溃穿入腹腔或胸腔者；脓肿位置较深；B 超检查显示脓肿直径大于 5cm；伴有胆道手术适应证者；全身情况差，中毒症状严重者，需外科手术切开引流。本组病例中外科手术引流较少。总之，细菌性肝脓肿的治疗应个体化，根据患者的全身情况，患病时间，脓肿的位置、大小、数目等综合考虑，对于何种治疗方式的选择只要严格掌握适应症，都可以取得良好的治疗效果。

参 考 文 献

[1] Chou FF, Shenn-chen SM, Chen YS, et al. Single and multiple pyogenic liver abscesses: clinical course, etiology and results of treatment [J]. World J Surg, 1997;21(4):384-389.

[2] 吕明德.肝脏常见良性肿块的超声诊断[J].实用外科杂志，2000;20(10):624.

[3] Tazawa J, Sakai Y, Maekawa S, et al. Solitarymutiple pyogenic liver abscesses: characteristics of the patients and efficacy of percutaneous drainage [J].Am J Gasteoenterol,1997;92:271-274.

[4] Sharara AI, Rochey DC. Pyogenic Liver Abscess [J]. Curr Treat Options Gastroenterol, 2002;5(6):437-442.

[5] Rendon UP, Macias MA, Correro AF, et al. Hepatic abscesses: is simple aspiration puncture with echography control an alternative to catheter drainage[J]. Gastroenterol Hepatol, 2000;23(10):470-473.