DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.05.030

肝硬化并发重症感染

程相岭 江正辉*（卫生处）

肝硬化，特别是处于失代偿期的病人，由于机体抵抗力及免疫功能下降，易并发感染。如果不及时诊治，死亡率甚高。本文就我院1975年～1987年确诊106例肝硬化并发感染进行分析。

1 一般临床资料

106例，男88例、女18例，男：女为4.9:1。年龄：10岁～68岁平均51.5岁。代偿期4例，失代偿期102例。诊断依据：106例中肝穿刺19例，手术81例，腹腔镜及尸检各3例。死亡：32例。

2 感染的种类

106例肝硬化合并感染：失代偿期59例，代偿期4例。培养结果：腹水23例中3例阳性，血液20例中5例阳性，胆汁7例中2例阳性，大便10例中2例阳性，尿液10例中1例阳性，痰6例中2例阳性，口腔揩试15例中5例阳性。细菌及感染种类见下附表：

附表 感染种类与培养阳性例数

病种	例数	大肠杆菌	金葡菌	念珠菌	绿脓杆菌	厌氧菌	类链球菌
SBP	19	5	1		1		
呼吸道及肺部	23		3				
胃肠道	6					1	
霉菌	5			5			
泌尿道	3	1					1
内毒素血症	3	1					
胸膜炎	2		1				
败血症	2	1					

3 后果

106例中合并感染63例（59.43%），消化道出血：48例(45.28%)，肝细胞癌：29例(27.36%)，肝昏迷：21例（19.81%），肝肾综合症：18例（16.98%）。

4 治疗

除一般治疗，加强营养和支持疗法外，还应尽早使用抗生素预防感染，多选用青霉素、氯霉素、庆大霉素和氨基苄青霉素等。我们体会：庆大霉素24万u～32万u/日，青霉素400万u～1200万u/日或选用氨基苄青霉素6g—12g/日静脉滴注。药敏试验结果出后按其选用。抗菌素连用5天～10天病无转机，应及时调整其种类或加量。

5 典型病例

例1：女、19岁，1976年曾因肝区痛、乏力、厌油、GPT243u，TTT29u、某院诊为：急性黄疸性肝炎，肝功能恢复正常后出院。1977年4月GPT497u住院至1978年2月长期低热（T：38℃），治疗间断好转。8月始高热、寒颤、尿路刺激症状、全身散在的出血点，每隔10天～30天发作一次，持续7天～8天。血、尿培养皆为：大肠杆菌阳性。WBC：40×10^9/L、N：90%、BP：6.67～12.0/0～5.33kPa。转入我院，肝肋下1cm质软无触痛，右肾区叩击痛（+），肝功能、肝酶谱、AFP多次查皆为正常范围。11月肝穿刺诊为“慢活肝”好转出院。1979年5月因病复发再入我院，并发全身皮肤多发性脓肿、右胫骨骨髓炎及臀部深部脓肿、仍间歇性高热。1979年12月行“胆囊切除剖腹探查术”，见肝呈小结节硬化。病理诊为肝炎后肝硬化。胆汁术中引流培养：大肠杆菌生长。第1次做试验（卅），第2次为：“卅”。诊为肝硬化、内毒素血及败血症。1980年4月治愈出院。近住院复查，一般尚好，并能胜任正常工作。

例2：男、25岁，因乳糜尿6年，发热2月入院。入院前曾用：青霉素、红霉素、卡那霉素、庆大霉素、四环素及激素等治疗。有肝炎史。家住丝虫病流行区，T39℃、肝掌、右下肺实变体征，闻及湿罗音。肝脾未及、无腹水征。GPT：102u、白蛋白2.4g%、球蛋白2.6g%。AKP28.5u、LDH 1010u、V-GT 250u、γ-球蛋白29.4%、HBSAg（+）、尿蛋白（卅）、RBC30～40/高倍、WBC5～10/高倍、脓球0～15/高倍。乳糜试验：阳性。24h尿蛋白定量9.9g，脂肪216g。入院先后经抗感染、抗结核、抗阿米巴治疗均无效。似诊为胶原性疾病于住院45天起用强的松治疗（60mg/日），1月后加用地塞米松（10mg/日），

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

体温虽降低，但病情反而恶化，最后死亡。尸解病理诊断：全身播散性新生隐球菌病，肝硬化等。镜检见肝小叶正常结构消失而假小叶代替。肝细胞坏死或呈囊状结构、囊内有多数隐球菌、纤维组织间隔中亦见成团或散在之隐球菌。本例主要死于全身性霉菌病，而肝隐球菌病极为突出。

6 讨论

肝硬化病人，在40年代5年生存率为10%～20%，近几年提高到40%～60%[1]，其中提高对并发感染的治疗为主要原因。本组感染发病率为59.43%，合并感染死亡率为50.8%。据文献报告肝硬化20年以上存活率为4.9%，存活最长者31年[2]。本校1例因胃溃疡行胃切除术时发现肝硬化，至今16年余仍照常执教，加强防治各种感染是延长肝硬化患者寿命的关键。从感染的种类分析，呼吸道及肺部感染(21.20%)，高于文献报道(15.94%)[3]。SBP 17.64%与文献8%～18%接近[4]。败血症、尿路感染、胃肠道感染、胸膜炎的发病率低于文献报道[3]。有5例霉菌感染、2例尸解证实为全身播散性新生隐球菌病。3例内毒素血症，值得注意的是1例厌氧菌感染、都是随着诊断水平不断提高，对特殊性感染检出率有所提高。

诊断方面：临床上出现不同程度的发热、咳嗽、腹痛及全腹胀痛、压痛、尿黄少、突然腹围剧增、腹泻等，用药效果不佳。无论血象高低，各种培养：阴或阳性，对每个肝硬化病人应首先考虑有合并感染。SBP诊断：临床上不典型病例确诊难，SBP是肝硬化腹水的一个严重并发症，临床表现可以不显著，预后凶险需要重视[7~9]。如果找到念球菌则强烈提示胃肠穿孔[10]。对肝硬化腹水出现：畏寒、发热、顽固性腹胀、腹部压痛仅跳痛、尿量突然减少，利尿药无效，腹水剧增，腹水中白细胞绝对数>300/ml，血pH值比腹水pH值>0.10，腹水乳酸>25mg/dl，pH<7.40等，可作初步诊断。腹水培养可确诊，但阳性率低。霉菌感染：有轻、中度发热，有大量、长期多种抗生素的应用史，尤其与激素同用史，霉菌培养阳性可以确诊。一般霉菌感染凶险[11]。内毒素血症与败血症：长期发热，内毒素血症时，鲎试验阳性可作重要参考。败血症可有高热、寒颤、细菌培养可为阳性，血象增高。

在治疗方面：肝硬化合并感染的防治，一般仍在保肝、支持、对症治疗的基础上，要加强抗感染治疗。口服或肌注抗生素效较差，应采用静脉滴注。对SBP多选大剂量、二、三联用药原则，如庆大霉素24万u～32万u/d，青霉素600万u～1200万u/日或选用氨基苄青霉素6～12g/日；还可腹腔注射庆大霉素8万u～167万u/日或氨基苄青霉素1g～2g/日。霉菌感染时可腹腔内注射多粘菌素B50mg/1日～2日。

参考文献

1. Scheff, L. Di sseases of fhe Liker. 4thed 1975: 833～939
2. 黄象谦，等。245例门脉性肝硬化的预后。天津医药 1980. 10:610
3. 储祥元，等。肝硬化发热原因的探讨—464例分析。临床内科杂志 1985; 21 (3) :16
4. 杨永彭。肝硬化并发自发性腹膜炎。临床内科杂志 1986; 3 (2) :5
5. 缪正秩 肝硬化并发症处理。医学文选，1979; 53 (3) :114
6. 曲志善，等。肝硬化失代偿期并腹腔感染127例临床分析。吉林医学 1985; 6 (4) :23
7. Harold O Conn, et al. Spontancous Peritonitis and Bacteria in laennects Cirrhosis Caused by Enteric Organisms. Ann Int Med 1964:60(4):568～580.
8. Harold O Conn and CJ MICHAEL FESSEL. Spontaneous Bacterial Peritonitis in Cirrhosis: Variations on a Theme. Medicine 1971:50(3):161～177.
9. Jose Pinfo Correia, et al. Spotaneous Baoferial Peritonitis Cirrhosis: Endemic or Epidemic. Med Clin Noth Am 1975:59(4):963～981.
10. wormser GP, et al. Peritonitonitis in Patients with Cines Diseases and Ascites. Am J Gastroentedr 1980:73(4):305～309.
11. 周子成，等。慢性肝病与严重全身性霉菌感染5例。四川医学 1985; 6 (4) :204

(收稿：1990.02.12；收回：1990.08.24)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net