DOI:10.16016/j.1000-5404.1987.02.023

重症急性胆管炎与胆源性肝脓肿45例报告

顾红光 刘永雄（第一附属医院 肝胆外科）

重症急性胆管炎（ACST）时，由于严重的胆道感染甚易并发肝脓肿，使病情复杂，治疗困难，死亡率达30%[1-3]。我院1976年1月至1985年10月间收治ACST并发肝脓肿45例，均经手术或尸检证实。本文报告有关资料并加以讨论。

临床资料

一、一般资料

本组男性26例，女性19例。年龄17至79岁，平均39岁。30例有10年以上胆道病史，35例曾做过1至8次胆道手术。

二、临床表现

右上腹疼痛44例，发热42例，黄疸史39例，恶心呕吐36例，肝大37例，肝区压痛或叩击痛40例，少数病例表现腹肌紧张、右上腹包块、腹水、低血压等。2/3病人白细胞增高（>15000/mm³），转氨酶大多正常。18例胸部X线检查异常，表现为肺部感染、胸腔积液、胸膜增厚、右膈抬高；其中16例肝右叶脓肿，2例肝左叶脓肿。5例脓腔造影有4例与胆道相通。17例B超检查均发现胆管扩张或结石，能准确诊断肝脓肿的部位、大小者14例，

三、ACST的原因

原发性胆管结石32例（其中合并胆管狭窄26例），胆道蛔虫症8例，先天性胆管囊肿2例，胆管癌3例。

四、肝脓肿的类型和分布（见表1）

表1 45例胆源性肝脓肿的类型和分布

	左肝	右肝	双肝
单发	11	9	
多发	7	10	8

五、胆源性肝脓肿的并发症

尽管胆源性肝脓肿是ACST的严重并发症，然而其本身还可出现并发症。本组34例（75.6%）出现并发症，胆管支气管瘘和胆管胸膜腔瘘7例、胆管心包瘘2例、肝脓肿破裂致胆汁性腹膜炎2例、肝脓肿穿破腹壁或皮肤切开引流后致胆管腹壁瘘8例、胆道出血5例、胸膜炎和胸腔积液7例、中毒性休克9例（含并发DIC4例）。有并发症者死亡16例，无并发症者无死亡（P<0.05）。

六、治疗

本组急诊手术25例，主要行肝脓肿引流和/或胆管引流术，术后一月内死亡7例（28%）。在肝脓肿症状控制后，针对胆道原发病择期手术20例，行肝叶切除和/或胆管空肠吻合术，术后一月内死亡4例（20%）。两组手术死亡率相差不明显（P>0.05）。

七、细菌学检查

本组做细菌学检查36例。胆汁培养23例次检出大肠杆菌15次、绿脓杆菌5次、变形杆菌2次、其它4次。血培养10例次中大肠杆菌6次、其它2次、无菌2次。脓培养16例次检出大肠杆菌10次、绿脓杆菌5次、变形杆菌3例。13例有多种细菌混合感染。

八、治疗结果和随访

住院期间死亡16例，总死亡率35.5%。治愈29例获随访22例，1例死亡与本病无关，存活21例中8例仍有反复发作的胆管炎。

讨论

一、发病率

据文献报告[1][2]目前胆道疾患已成为细菌性肝脓肿的首要原因。本组占同期收治细菌性肝脓肿83例的54%。胆道疾病并发肝脓肿的百分率较低，刘浔阳[4]报告胆源性肝脓肿占胆石病人3.3%，本组仅占同期3,457例胆道疾病的1.3%。因本组均为手术和尸检所见的肝脓肿，未经手术治疗的ACST患者也可能并发肝脓肿，所以实际发病率可能要高一些。

二、发病机制

本病为ACST的并发症。由于胆道的严重感染，小胆管的炎症波及周围肝组织，开

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

始形成多发性小脓肿，如不及时治疗可逐渐融合成较大的肝脓肿。我们发现胆道梗阻的部位决定病变的范围，梗阻的程度与时间与病变的严重程度有关。肝门以下的胆管梗阻常发生多发性肝脓肿，一侧肝叶或一枝肝段胆管梗阻多发生局部单发性肝脓肿。胆道蛔虫症很容易在早期发生肝脓肿，除蛔虫将肠内细菌带入胆道加重感染外，有无其它生物学因素参与有待证实。本组胆道蛔虫所致肝脓肿均为多发性。

三、早期诊断

目前由于应用胆道影像诊断技术，本病的诊断准确率已达70～90%[1][5]，但早期诊断仍有困难，误诊率达16.2～61.6%[6]。本组术前诊断24例，术中诊断19例，2例术后检查肝切除标本才发现脓肿。我们体会首先须严密观察病情变化，如果ACST频繁发作要警惕肝脓肿形成。其次要观察病人对治疗的反应，一旦肝脓肿形成体温常由间歇性变为持续性高热，肝大压痛抗生素治疗无效。另外B超诊断肝脓肿准确性高、无损伤、可以重复对比，能显示尚未完全液化的肝脓肿，同时还可提供胆道的影象诊断。因此B超可作为ACST病人的一种监测手段。

四、预防和治疗

积极治疗ACST是预防胆源性肝脓肿的重要措施。我们体会ACST有下列情况宜尽早手术治疗。①起病急剧、持续腹痛或黄疸加深，频繁寒战高烧，有腹膜刺激症状；②脉搏＞120次/min、细弱，白细胞计数增高，血小板急剧减少；③并发ACST的胆道蛔虫症，或胆道蛔虫症经治疗症状缓解后，近期内复发伴急性胆管炎症状；④全身中毒症状严重伴低血压或意识障碍者；⑤经72小时非手术治疗病情无显著好转者。胆源性肝脓肿的急性期病人难以承受复杂手术，尽可能施行简单的胆管引流术，若肝脏有较大脓腔应同时引流，这样既可减轻中毒症状、控制感染扩散，又为日后胆道再次手术做了准备。由于胆源性肝脓肿的并发症死亡率高，急诊手术和择期手术死亡率未见明显差异，所以我们倾向于本病以急诊手术治疗为宜。术中应仔细探查防止脓肿遗漏，本组1例ACST行胆管引流术后全身中毒症状无改善，9天后再次手术发现右肝后叶有一较大脓肿。近年随着手术技巧的改进和抗生素的发展，肝脓肿经腹引流导致感染扩散的危险已大为减小，本组除2例外均经腹手术，未见不良后果。

胆源性肝脓肿的根本治疗是手术解除胆道梗阻、清除肝内病灶及脓腔通畅引流。尽管经皮穿刺抽吸排脓有可能暂时治愈，但常不彻底。本组有8例因肝脓肿自发穿破或切开皮肤排脓，形成胆外瘘或暂时愈合。由于胆道梗阻尚未解除，反复经历脓肿—穿破—愈合—再发脓肿的过程，有的长达20年。对非急性期和合并胆外瘘的病人择期手术，最好将病肝连同瘘管一起切除，若病变广泛或合并肝胆管狭窄应切开狭窄环行胆管空肠Roux-en-y吻合。

参考文献

1. Fischer MG, Beaton HL. Unsuspected hepatic abscess associated with biliary tract disease. Am J Surg 1983; 146:658
2. Pitt HA, Zuidema GD. Facter influencing mortality in the teatment of pyogenic hepatic abscess. SGO 1975; 140:228
3. Greenstenin AJ, et al. Continning changing patterns of disease in pyogenic liver abscess: A study of 38 patients. Am J Gastroenterol 1984; 79:217
4. 刘浔阳，等。胆石性肝脓肿26例报告。湖南医学杂志 1980；5:12
5. Miedema BW, Dineen P. The diagnosis and treatment of pyogenic liver abscess. Ann Surg 1984; 200:328
6. 张树基、胡碧华。肝脓肿17例误诊病例分析。北京医学院学报 1981；13:183

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