DOI:10.16016/j.1000-5404.1986.01.018

病毒性肝炎合并自发性细菌性腹膜炎

——附36例临床分析

顾长海 程懋坪

（第二附属医院）

失代偿肝硬化和亚急性及慢性重型肝炎并发自发性细菌性腹膜炎(SBP)较为常见。长期认为，大量腹水是发生SBP的基础，而原无腹水的病毒性肝炎并发SBP者文献少有报导[1][2]。我院近10年来共收治各型病毒性肝炎并发SBP 36例，其中8例并发SBP前没有腹水，现报告如下。

诊断标准

病毒性肝炎的诊断和分型符合1983年全国《病毒性肝炎防治方案》[3]拟订的标准。SBP的诊断依据[4]是①有发热、腹疼和腹膜刺激征，腹腔无原发感染灶可寻；②腹腔穿刺液检查呈急性炎症性改变；③腹腔穿刺液细菌学检查阳性。其中第②项为必备条件。

病例分析

本文36例皆系住院病人。依据原发病有无腹水，分成甲、乙两组加以对比分析。

一、原发病 原有腹水组（甲组），计28例，皆为重型肝炎（亚急性5例，慢性23例）；原无腹水组（乙组），计8例，内含慢性活动性肝炎7例，急性黄疸型肝炎1例。

二、性别与年龄 甲组男25例，女3例；年龄27～60岁。乙组男7例，女1例；年龄20～60岁。

三、原发病主要临床表现 见表1。

表1 甲、乙组原发病主要临床表现

	甲组	乙组		甲组	乙组
黄疸(%)	100.0	100.0	γ-球蛋白(%)	38.80±10.82	40.71±6.80
脾肿大(%)	25.0	25.0	凝血酶原时间(秒)	29.68±6.31	25.67±7.31
腹水(%)	100.0	0	AKP(King法,μ)	14.16±4.90	13.47±5.03
血清胆红素(mg/dl)	18.24±8.51	8.11±6.09	LDH (μ)	508.25±170.37	557.50±275.67
血清白蛋白(g/dl)	2.94±0.45	3.01±0.42	γ-GT (μ)	32.14±15.96	51.35±19.65
血清球蛋白(g/dl)	3.34±0.92	3.63±0.95	HBsAg阳性(例数)	15	5
			抗-HBc阳性(例数)	7	3

四、SBP临床表现

1. 起病方式：甲组：急性起病者5例（17.9%），亚急性起病者9例（32.1%），隐袭起病者14例（50%）；乙组：急性起病者4例（50%），亚急性及隐袭起病者各2例。

2. 主要症状和体征：见表2。

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

表2 SBP的主要症状和体征

	甲组	乙组	p值		甲组	乙组	p值
发热：	27例(96.4%)	8例(100%)		腹痛：	13例(46.4%)	5例(62.5%)	>0.05
低热	11例(39.3%)	1例(12.5%)	>0.05	剧疼	1例(7.6%)	2例(40.0%)	>0.05
中热	8例(26.8%)	1例(12.5%)	>0.05	隐胀疼	12例(92.3%)	3例(60.0%)	>0.05
高热	8例(26.8%)	6例(75.0%)	<0.01	腹肌紧张：	3例(10.7%)	6例(75.0%)	<0.01
不升	1例(3.6%)	—		腹部压疼	8例(28.6%)	7例(87.5%)	<0.05
热型不规则	26例(96.3%)	7例(87.5%)	>0.05	腹反跳疼	10例(35.7%)	6例(75.0%)	>0.05
热型弛张	1例(3.7%)	1例(12.5%)		肠鸣音弱	17例(60.7%)	3例(37.5%)	>0.05
热程：	7.94±7.46日	3.14±5.01日	<0.05	腹泻	6例(21.4%)	3例(37.5%)	>0.05
呕吐：	13例(46.4%)	4例(50.0%)	>0.05	休克	8例(28.6%)	3例(37.5%)	>0.05

3．常规化验：

外周血白细胞计数：甲组 13876.7 ± 8961.9/mm^3，乙组11537.5±4168.2/mm^3，P>0.05。中性粒细胞比例值：甲组 84.2±9.3%，乙组 83.0±7.9%，P>0.05。

腹腔穿刺液检查：见表3。

表3 两组腹腔穿刺液检查结果

	甲组	乙组	p值
白细胞总数	3262.4±3320.5/mm^3	3329.8±3474.5/mm^3	>0.05
多核粒细胞	70.6±15.0%	86.0±13.0%	>0.05
蛋白定量	1.7±0.7g/dl	2.1±0.6g/dl	>0.05
比　重	1.014±0.004	(标本量少)	
Rivalta试验	100%阳性	100%阳性	

注 ①甲组5例，乙组4例腹腔穿刺液于床旁直接涂片镜检，白细胞每高倍视最少15个，最多满视野。乙组2例抽出后很快凝成胶冻状。

②表1，2，3各项中凡用平均值者均为$\bar{X}$±SD。

4．细菌学检查：

腹腔穿刺液涂片染色：甲组发现Gram阴性杆菌2例，乙组发现Gram阳性球菌1例；腹腔穿刺液培养：甲组5例有大肠杆菌生长，乙组2例有大肠杆菌生长。血培养：甲组7例有大肠杆菌生长，乙组3例有大肠杆菌生长。

五、SBP的可能诱因

甲组感染性腹泻6例，用肾上腺皮质激素4例，上呼吸道感染3例，有腹腔穿刺史1例。乙组感染性腹泻3例。

六、SBP的治疗

诊断性穿刺时注入腹腔庆大霉素者共19例。SBP确诊后全部病例加用全身性抗菌药物，包括庆大霉素、青霉素G、氨苄青霉素、氯霉素和灭滴灵，疗程7～14天。甲组SBP治愈率为21.4%，最终死于中毒性休克或肝功能衰竭者27例（96.4%）；乙组SBP治愈率为37.5%，最终死于中毒性休克或肝功能衰竭者5例（62.5%）。

讨　论

从本文资料看，SBP不仅常见于原有腹水的严重失代偿性肝脏病，而且也易发生于原无腹水的病毒性肝炎，特别是慢性活动性肝炎活动期。原无腹水的慢性活动性肝炎并发SBP的机制尚不明瞭。不过本病活动期肝内病变也较严重（如侵袭性很强的碎屑样坏死和架桥样坏死）及肝脏单核吞噬细胞系统

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

防御功能受损，推测肠道细菌也可能突破肝脏屏障侵入血循，以致引起原发性腹膜感染。本文两组对比分析显示：他们除具有许多共同点外，还存在一些不同点。甲组起病较隐袭，高热者较少，腹膜刺激征极不典型，疗效较差；乙组起病较急，高热者较多，腹膜刺激征相对明显，疗效略佳。

关于SBP早期诊断问题，我们同意骆成榆等提出的线索：①原因不明的发热；②原因不明的腹疼；③突然出现的休克症状；④腹水进行性增长或顽固性腹水。此外我们还提出：①要明确肝病—腹水—SBP的辨证关系，腹水是发生SBP的良好基础，但并不是必备的先决条件，故当原无腹水的肝病患者出现发热、腹疼时，也应想到SBP的可能性；②鉴于慢性活动性肝炎和重型肝炎发热、腹疼的原因很复杂，而且从腹腔穿刺液分离细菌蒙受多种因素影响，阳性率有限，故应特别强调诊断性腹腔穿刺常规检查对发现SBP的重要性。在抽取标本和评价结果时应注意如下几点：①若SBP发生于原无腹水的病例，由于腹腔穿刺液含纤维蛋白较多，抽出后可能凝成胶冻状而影响检查，故必要时可用抗凝管留取标本。②若SBP发生在原有腹水的病例，因炎性渗出物被腹水稀释，腹腔穿刺液实际上为漏出液＋渗出液性质，其蛋白定量和比重很少能达到渗出液标准，而白细胞分类则不因稀释而变化。此时应特别重视多核粒细胞的比值，若＞50%，诊断价值较大[5]；若白细胞总数×多核粒细胞百分比＞250/mm³（即多核粒细胞绝对值），则更有意义。③腹水量多、稀薄而久卧的患者，炎性细胞可能沉积于腹腔下部，影响检查的准确性，故穿刺前最好摇动腹部使之混匀；同理，标本抽出后下可久置，否则炎性细胞将会沉降于底层，更影响检查结果，故化验时一定要摇匀标本。④标本除送常规化验和细菌学检查外（出报告需要时间），最好在床旁先做简易直接涂片镜检，大多数病例可凭此法立即获得初步诊断，以利及时的抗菌治疗。总之，欲提高SBP早期诊断率，尚有许多平凡而又实际的问题需要探讨。

并发SBP时常使原发病急剧恶化，但若发现及时治疗合理，SBP有获控制的机会。其病原菌虽以大肠杆菌为主，然而不能排除复数菌混合感染，选用抗菌药物时宜兼顾Gram阴性菌和阳性菌、需氧菌和厌氧菌，肝肾毒性应小。青霉素G、庆大霉素、氨苄青霉素或氯霉素和抗厌氧菌活力极强的灭滴灵联合应用比较合理。鉴于静注抗生素后腹腔内达到有效浓度约需数小时[6]，而腹腔内直接注药可使局部立即达到高浓度，所以在诊断性腹腔穿刺时顺便注入一剂抗生素，对尽早控制SBP进展是有利的。

参 考 文 献

1. Brolin ER: Fulminant onset of spontaneous bacterial peritonitis. Dig Dis Sci 1982;27:364
2. Villa E, et al: Fulminant onset of spontaneous bacterial pertionitis. Dig Dis Sci 1983; 28:381
3. 中华医学会：病毒性肝炎防治方案。中华内科杂志 1984;23:312
4. 骆成榆等：重症肝炎并发自发性细菌性腹膜炎24例报告。中华消化杂志 1981;1:124
5. Boyer TD, et al: Diagnostic value of ascitic fluid lactic dehydrogenase、protein and WBC levels. Arch Intern Med 1978;138:1103
6. Gerding DN, et al: Antibiotic concentrations in ascitic fluid of patients with ascites and bacterial peritonitis. Ann Intern Med 1977;86:708

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