DOI:10.16016/j.1000-5404.1982.03.012



# 阿米巴肝脓肿误诊原因的分析

第二附属医院内科 文国义 于世远

阿米巴肝脓肿临床上较为常见，由于临床表现复杂，误诊率较高，国内钱氏[1]报告239例，误诊率达43.6%，刘氏[2]52例误诊率38.4%，彭氏[3]100例误诊率为17%，我院自1960年至1981年9月共收治阿米巴肝脓肿67例，入院初期误诊19例，误诊率为28.3%，本文就误诊原因及治疗中的付作用，作一分析，以期从中吸取教益。

## 一、误诊的疾病

| 病名 | 例数 | 病名 | 例数 |
|---|---|---|---|
| 结核性胸膜炎 | 3 | 结核性腹膜炎 | 1 |
| 脓胸 | 1 | 粟粒性结核 | 2 |
| 伤寒或沙门氏菌属感染 | 1 | 肝癌 | 2 |
| 急性胆囊炎 | 3 | 急性胰腺炎 | 1 |
| 发热疑为恶网 | 1 | 胰腺囊肿 | 1 |
| 肝良性肿瘤 | 1 | 急性风湿热 | 1 |
| 上感 | 1 | | |

19例病人误诊为13种疾病

## 二、误诊原因的分析

（一）临床症状不典型而致误诊的12例，分为以下几个类型：

1．以呼吸道症状为主，以胸膜炎及胸腔积液体征为主要表现的二例，其中一例住院号9058，因发冷发热咳嗽右胸痛10天入院，查体T40℃，右肺叩诊发浊，呼吸音减低，可闻摩擦音，肝脾未触及，WBC19200，中性92%，胸透心肺无异常，右膈稍高动度稍差，肝超声波探查三次均未见异常，血沉59mm/小时，初诊为结核性胸膜炎予以抗痨治疗，10天后体温不降，仍右胸痛且向右肩放射，胸膜摩擦音消失，胸透及胸片复查未见有胸膜炎征象，但右膈肌升高明显，动度减弱，肝下界虽不大，但上介上升至第四肋间，遂考虑为阿米巴肝脓肿，改用氯喹加灭滴灵口服，次日体温即下降近正常，症状及体征逐步消失。

2．以发热为主要症状，表现有低热3月，血沉高，心脏有杂音疑为风湿热的一例，经抗风湿抗感染治疗无效，且出现肝大压痛右膈肌升高右肋膈角变钝等体征，改用氯喹及抗感染治疗，症状改善体温下降肝缩小。另一例发冷发热肝脾肿大，WBC及分类正常，有相对缓脉，胸透心肺膈肌高度正常，超声波虽有液平但不能排除胆囊误诊为伤寒或沙门氏菌属感染的一例，后因肝局部体征明显，经超声波复查出现液平，肝穿抽脓证实。有一例住院号83763（例1）因发热伴右上腹痛及压痛24天入院，肝脾不肿大，肝局部体征不明显，WBC 8700，中性81%，X线及两次超声波均阴性，入院后疑为结核，胆道感染，肿瘤等，口服胆囊造影（双倍量）胆囊显影浅淡疑有阴性结石，予以抗感染、抗结核治疗无效，后X线发现右

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

膈局限性隆起，始疑阿米巴肝脓肿的可能，试用氯喹治疗，三天后体温下降至正常，一般情况好转，右上腹痛减轻。

3．以上腹部巨大包块为主要症状的两例，其中一例因发热月余入院，巩膜不黄，上腹明显隆起，剑下可扪及12×12厘米半圆形包块，软似囊性无压痛，肝肋下1公分与包块相连但无压痛，脾（－），腹水征（－），WBC5500，血沉135mm/小时，AKP7.8卜氏单位，胸透左肋膈角变钝，胃肠钡餐检查为胃肠道外包块，胰腺或网膜之囊肿可能性大，但肝左叶之肿物亦难排除，超声波检查为囊性包块，内科抗感染治疗无效，以腹块待查疑肝癌或胰腺囊肿转外科剖腹探查，证实为左肝脓疡，吸出巧克力色脓液2500ml，予以引流，改用氯喹治疗三天热退，一般情况迅速好转出院。

4．以急腹症为主要表现的4例，误诊为急性胰腺炎，3例胆囊炎，一例住院号28186（例2）因阵发性右上腹痛发热20多天入院、外院胆囊造影诊断胆囊结石，查体T 37℃，肝肋下1公分剑下2公分，脾（－），Murphy's sign（＋）、WBC9600，中性98%，超声波考虑为胆囊疾患，但口服及静脉胆道造影未见异常，后予$I^{131}$玫瑰红肝扫描提示肝内占位性病变，结合病人入院后仅有低热，血相不高，年龄44岁考虑肝癌，予以剖腹探查，见肝右前和左内叶之间有拳头大小的肿块，较硬，与胆囊颈部紧密粘连，胆囊壁有增厚及水肿未见结石，于包块处穿刺抽出巧克力色脓液，培养及找阿米巴均阴性，予以引流及氯喹治疗后恢复。

5．以腹水为主要表现，消瘦明显伴腹痛发热全腹压痛疑肝癌一例，肝肋下2.5公分剑下4.0公分有压叩痛，两次肝超声波均示肝癌波型，初诊为（1）结核性腹膜炎，（2）肝癌、经诊断性腹腔穿刺腹水WBC54000，中性92%，RBC3000，试用氯喹治疗三天热退肝缩小腹水消失，但右腋第七肋间压痛著，局部肝穿刺抽出巧克力色脓液遂确诊。

（二）临床上虽疑肝脓肿，但典型体征及阳性的辅助检查结果出现比较晚者3例，其中一例住院号7129（例3）因反复不规则发热3月，右胸痛2月，门诊胸片右肺下部间质感染，用青、链、卡那霉素治疗半月余无效，入院时肝肋下1.5公分无压痛，脾1公分，WBC 10600，中性73%，血沉148mm/小时，初诊为结核予以抗痨治疗1 $\frac{1}{2}$月无效，经多方面检查排除结核、肿瘤、伤寒及结缔组织病可能，因病人过去有阿米巴痢疾史，疑阿米巴肝脓肿，但肝区无压痛，两次超声波一次胸透两次胸片均无异常发现，症状如前，及至入院后53天始发现肝脏增大，右腹肌紧张压痛，X线右膈升高，超声波出现液平段11×10×10$cm^3$，予以手术切开引流，吸出棕色粘稠脓液，培养及找阿米巴（－）予以抗阿米巴治疗痊愈。

（三）临床上已具备肝脓肿的症状与体征，但由于认识不足警惕性不高致误诊者2例，如一例因发冷发热右季肋部痛12天入院，右肺呼吸音减低叩诊发实，肝肋下6 cm剑下11cm有压痛，右腋下肋间压痛明显，胸穿抽出咖啡色脓液诊为脓胸，转外科作闭式引流，后经碘油造影证实脓腔在膈下伴右侧脓胸，考虑阿米巴肝脓肿的可能，又转回内科治疗，脓液培养金黄色葡萄球菌及大肠杆菌生长、未见阿米巴原虫，虽经青、链、红、氯、金霉素及氯喹等治疗，终因确诊较晚未能获救。

（四）病史询问不详细且外院手术探查疑为血管瘤而误诊的一例，因上腹部发现包块伴疼痛23天入院，起病时突有畏寒发热，经青霉素治疗热退，三天后上腹部出现一索条状包块，持续性剧痛并逐渐长大住当地专区医院，手术探查见肝左叶包块约23×15×10$cm^3$大

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

小，中硬，表面光滑根蒂较宽有明显搏动，疑为左肝叶血管瘤，未作手术而转来我院，入院时肝上介第六肋间肋下刚及，左上腹界膨隆，左肋沿下可扪及10×10cm包块质地较硬，无搏动，有轻压痛，表面无结节未闻及血管鸣，WBC9600，中性71%，血沉98mm/小时，肝功能正常，入院后一直有低热，超声波符合囊肿波型，X线心肺膈肌正常，胃肠钡餐检查显示包块在胃肠道外符合肝左叶肿块，术前讨论虽想到阿米巴肝脓肿的可能，但无腹泻史，肝局部体征不明显，结合外院手术探查结果仍考虑良性肝肿瘤，遂行剖腹探查，见肝左叶巨大之囊性肿块约15×15×13cm大小周围与前腹膜、横结肠上部、大网膜及膈肌有粘连，肝表面组织已呈黄色炎性变，在最薄处抽出巧克力色脓液，引流脓液400ml，培养为白色葡萄球菌未见阿米巴。术后再度详询病史，过去曾有一年的阿米巴痢疾史，术后加用氯喹治疗，体温正常症状消失痊愈出院。

（五）病人入院比较晚，病情重未及作有关检查的一例，因发冷发热5月余，腹部胀痛半月余入院，入院前在某院曾血培养一次有伤寒杆菌生长，用合霉素治疗无效，改用青、链霉素及抗痨治疗亦无效果，病情逐日加重并出现腹水，诊断穿刺为渗出液，因诊断不清转来我院，过去有“痢疾”史，体查重病容，巩膜不黄，右肋间无压痛，腹膨隆全腹压痛尤以脐上明显，肝脾扪不清，腹水征（+），入院时疑为肝癌、结核性腹膜炎，入院后呕吐咖啡色粘状物，大便果酱色、腥臭、体温不升，血压不稳，神智不清，经输液输血加用升压药物抗感染等抢救措施无效，入院后第三天死亡，死后肝穿刺抽出大量灰色脓液，镜检发现阿米巴滋养体，细菌培养（—）。

**三、经验教训**

19例中1例死亡，主要原因系院外延误治疗达5个多月之久，其余18例延误治疗2—63天，进行了许多不必要的检查及治疗，延长住院时间增加病人痛苦，造成浪费。

典型的肝脓肿诊断不难，但在不典型的病例常由于病变位置深尚未波及肝脏表面，以致肝脏局部体征不明显，故凡发热，右下腹痛，WBC增高的病人应提高警惕，注意肝脏局部体征的变化，并进一步作X线、超声波及同位素肝扫描等检查，对典型症状体征出现较晚的病例更应追踪观察，如本文例3起病后5个月始出现典型症状殊为少见，对可疑的病例应在超声波协助定位的情况下试行肝穿刺，有时须从多个方向试穿，若仍得不出结果而临床上确不易排除，可考虑试行抗阿米巴治疗，如三天以内体温下降症状减轻，可继续治完一疗程，若收到显著效果即可确定诊断。

关于阿米巴肝脓肿的诊断标准问题，Cohen[4]等提出：1．临床相应的症状，2．肝扫描充填缺损，3．溶组织内阿米巴间接血球凝集抗体滴度增高，4．抗阿米巴治疗完全恢复，国内阿米巴血清试验开展不够普遍，诊断主要依靠1．临床表现，2．X线肝超声波及同位素扫描，3．肝穿刺抽出典型巧克力色脓液，4．抗阿米巴治疗有效等。关于超声波的诊断问题，目前虽为有价值的诊断方法之一，但亦受一定的限制，如1.肝顶部脓肿伴右胸腔积液时辨别较难，本文一例即误诊，后胸水吸收后仍有巨大液平，经肝穿刺抽出咖啡色脓液，抗阿米巴治疗有效始确诊，2.肝内液平有时与胆囊不易分辨如例2，此外有6例肝超声波检查未见异常，一例且呈肝癌波型，故需进一步配合B型超声波，同位素肝扫描及X线检查等。John[5]等报告4例阿米巴肝脓肿酷似外科急腹症，其中2例具有典型的急性胆囊炎的临床表现，静脉胆道及口服胆囊造影分别提示胆囊功能异常，一例急诊静脉胆道造影胆囊未显影，另一例双倍剂量。口服胆囊造影可见少量小结石影，而手术发现胆囊正常，Cohen及Re-

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

ynolds[4]对13例病人进行了口服胆囊造影及静脉胆道造影的研究，有11例胆囊或胆管都不显影，按阿米巴脓肿治疗以后7例病人复查6例胆囊显示正常，他们认为部分阿米巴肝脓肿的病人胆囊可以延迟显影或不显影，本文有一例（例1）胆囊显影浅淡疑有阴性结石，惜未进行复查。

**四、治疗的副作用**

本文67例病人主要采用氯喹口服，效果甚佳，副作用除一般胃肠道反应外引起精神症状者三例，加用镇静剂后精神症状消失，有2例出现心脏付作用，其中一例于服药后三天发生频发性多源性室性早搏呈二联律，T波明显增宽呈园弧形提示低钾，血钾3 meq/L，经静脉补钾后恢复，另一例于服氯喹过程中进食少恶心呕吐，每天服用少量糖水间断输液维持约20天，入院后又予氯喹0.52/日，输液1500ml/天补钾2克，次日于输液过程中突发恶心呕吐随即抽搐，神智不清面色青紫心跳呼吸停止，即予胸外心脏按摩约1—2分钟恢复，急诊ECG为频发室性早搏，T波低平考虑低钾，急诊血钾2.68meq/L，血气分析符合代谢性碱中毒，当天17小时内反复发作7次，发作时ECG为室颤，经积极抢救静脉大量补钾，第一天12克，发作乃停止，第二天10克以后每天7—10克，4—5天后血钾才逐步稳定正常，诊断为低钾引起阿斯综合征。

氯喹引起心搏骤停国内外已有报导，但这2例引起心律改变显然不像氯喹的毒性反应而与低血钾密切有关，低钾的原因与药物引起胃肠道反应致病人恶心呕吐不能进食，加上大量出汗，不适当的静脉补液等因素所造成。因此对阿米巴肝脓肿的治疗电解质的平衡尚须引起足够的重视。

## 参 考 文 献

（1）钱桐荪等：阿米巴肝病的临床分型问题，中华内科杂志，11(4)：267 1963

（2）刘端壁：52例阿米巴肝脓肿的临床分析及误诊原因探讨，广东医学，3(4)：206 1965

（3）彭文伟：阿米巴肝脓肿的诊断与治疗（100例临床分析），广东医学资料，11：3—8 1979

（4）Cohen HG, et al. Comoarison of mesronidazole and chloroquine for the treatment of amebic liver abscess. Gastroenterol, 69：35—41 1975

（5）John E, Krettek MD, et al, The symptoms of an amebic abscess of the liver simulating an acute surgical abdomen. SGO 148(4)：552 1979

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net