

阿米巴肝脓肿 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文
https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E9_98_BF_E7_B1_B3_E5_B7_B4_E8_c22_301840.htm 名称阿米巴肝脓肿所属科室消化内科病因肝阿米巴病是由肠腔溶组织阿米巴滋养体通过门静脉到达肝脏，引起肝细胞溶解坏死，成为脓肿，通常称为阿米巴肝脓肿病理溶组织内阿米巴是引起人体阿米巴病的病原体，它以包囊及滋养体的形式存在于结肠腔及肠壁组织中。溶组织内阿米巴的四核包囊属感染阶段，当它由宿主经粪便排出而又由人经口进入肠道后，在小肠下段受碱性消化液作用，囊壁变薄，虫体活动，使具有四核的阿米巴脱囊而出，随即分裂为4个小滋养体，并从小肠移行到大肠，以二分裂法进行繁殖。一部分小滋养体随宿主肠内容物向下移动，因肠内环境改变，水分被吸收，小滋养体逐渐停止活动，并排出未消化的食物，使虫卵缩成圆形，并分泌出一层较厚的囊壁形成包囊，最后成为含4个细胞核的成熟包囊，包囊随宿主粪便排出体外污染食物、水源而再感染新宿主。若人体生理功能发生变化如发热、过劳、肠道功能紊乱等，肠腔内的小滋养体可借其伪足的机械作用和溶组织酶的化学作用而侵入肠壁组织，在组织内以二分裂法进行大量繁殖，吞噬红细胞和组织细胞而变成大滋养体，破坏组织，引起肠壁溃疡，肠壁组织内的大滋养体可随肠壁病变的崩溃物又进入肠腔，部分随宿主粪便排出体外并很快死亡。由此可见，引起人体阿米巴病的病原体溶组织阿米巴，其成熟包囊由于对外界环境有较强的抵抗力，且不被胃液破坏，当被人吞服时即可感染阿米巴病，而滋养体既不能反抗胃酸的破坏又在排出体外后很快死亡，故一般不起传播疾病的作用，但当它停

留在人体内时，即可引起肠道或各脏器的阿米巴病变。居于肠腔的滋养体，不论是否产生阿米巴病的症状，均可藉其溶解破坏之能力，随血流进入门静脉系统，首先至肝脏，因肝小叶微静脉有过滤作用而停留在微静脉末端。假如侵入肝脏的原虫数量不多，且人体抵抗力强，可将原虫消灭而不造成损害。若机体抵抗力下降，或肝脏内环境发生改变，侵入肝脏的阿米巴滋养体可引起微静脉及其四周组织的炎性反应，滋养体迅速繁殖，形成微静脉栓塞，导致该处肝组织缺氧、缺血，滋养体从被破坏的血管内逸出，引起肝组织的灶性坏死、液化而成为微小脓肿，相邻之脓肿互相融合，最后形成临床上的大脓肿。肠道阿米巴滋养体除主要经门静脉侵入肝脏外，尚可直接透过肠壁或经淋巴道侵入肝脏形成脓肿。实验表明，肝脏仅有阿米巴滋养体的存在，并不能引起脓肿，只有当肝脏由于某些原因，如细菌感染、酒精损害、食物不当、肝脏损伤等时，使局部环境发生改变而适合阿米巴之生存、繁殖时，才逐渐形成脓肿。临床表现与病程、脓肿在小及部位、有无并发症有关。大多缓起，有不规则发热、盗汗等症状，发热以间歇型或弛张型居多，有并发症时体温常达39℃以上，并可呈双峰热。体温大多午后上升，傍晚达高峰，夜间热退时伴盛汗。中层得常有食欲不振、腹胀、恶心、呕吐，腹泻、痢疾等症状，肝区痛为本病之重要症状，呈持续性钝痛，深呼吸及体位变更时增剧，夜间疼痛常更明显。右叶顶部脓肿可刺激右侧膈肌，引起右肩痛，或压迫右下肺引起肺炎或胸膜炎征象，如气急、咳嗽、肺底浊音界升高，肺底闻及湿罗音，膈部有胸膜磨擦音等。脓肿位于肝下部时

可引起右上腹痛和右腰痛，部分患者右下胸或右上腹饱满，或扪及肿块，伴有压痛，左叶肝脓肿约占10%，患者有中上腹或左上腹痛，向左肩放射，剑突下肝肿或中、左上腹饱满、压痛、肌肉紧张及肝区叩痛。肝脏往往呈弥漫性肿大，病变所在部位有明显的局限性压痛及叩击痛，肝脏下缘钝圆，有充实感，质中坚。部分病人肝区有局限性波动感。黄疸少见且多稍微，多发性脓肿中黄疸的发生率较高。慢性病例呈衰竭状态，消瘦、贫血、营养性水肿，发热反不明显。部分晚期病人肝肿大质坚，局部隆起，易误为肝癌。

检查一、血象检查 急性期白细胞总数中度增高，中性粒细胞80%左右，有继发感染时更高。病程较长时白细胞计数大多接近正常或减少，贫血较明显，血沉增快。二、粪便检查 少数患者可查获溶组织阿米巴。三、肝功能检查 碱性磷酸酶增高最常见，胆固醇和白蛋白大多降低，其它各项指标基本正常。四、血清学检查 同阿米巴肠病，抗体阳性率可达90%以上。阴性者基本上可排除本病。

辅助检查一、肝脏显影 探查无创伤，准确方便，成为诊断肝脓肿的基本方法。脓肿所在部位显示与脓肿大小基本一致的液平段，并可作穿刺或手术引流定位，反复探查可观察脓腔的进展情况。B型超声显像敏感性高，但与其它液性病灶鉴别较困难，需作动态观察。二、CT、肝动脉造影、放射性核素肝扫描、核磁共振均可显示肝内占位性病变，对阿米巴肝病和肝癌、肝囊肿鉴别有一定帮助，其中CT尤为方便可靠，有条件者可加选用。三、X线检查 常见右侧膈肌抬高，运动受限，胸膜反应或积液，肺底有云雾状阴影等。左叶肝脓肿时胃肠道钡餐透视可见胃小弯受压或十二指肠移位，侧位片见右肋前内侧隆起致心膈角或前膈角消

失。偶然在平片上见肝区不规则透光液-气影，颇具特征性。诊断肝脏肿的临床诊断基本要点为：右上腹痛、发热、肝脏肿大和压痛；X线检查右侧膈肌抬高、运动减弱；***检查显示肝区液平段。若肝穿刺获得典型的脓液，或脓液中找到阿米巴滋养体，或对特异性抗阿米巴药物治疗有良好效应即可确诊为阿米巴性肝脓肿。鉴别诊断本病主要需与下列疾病鉴别：1．细菌性肝脓肿 本病由细菌感染所致，临床表现和阿米巴肝脓肿极为相似。2．原发性肝癌 临床表现为肝大且质硬、肝区痛等，炎症型者尚有发热，由于治疗及预后与本病绝然不同，故必须鉴别之。若临床上不能完全排除阿米巴肝脓肿诊断时，不应放弃阿米巴诊断性治疗。3．胆囊炎、胆石症 本病起病急骤，右上腹阵发性绞痛，急性发作时可有发热、寒战、恶心及呕吐、黄疸、右上腹局限性肌紧张且默菲征阳性，有时可触及肿大胆囊，B超可发现胆道结石或胆囊肿大，抗生素治疗有效。4．膈下脓肿 本病多发生于腹部手术或内脏穿孔（如胃、肠、阑尾穿孔等）的基础上，右下胸壁压痛明显，常可放射至右肩。由于脓肿所致，膈肌可上抬而肝脏被向下推移。选择性腹腔（肝）动脉造影肝内无脓肿图像表现。必要时可行剖腹探查确诊。值得注意的是，有时膈下脓肿可以是肝脓肿穿破所致肝-膈下-胸腔脓肿的一部分。并发症阿米巴肝脓肿可产生三类并发症，即血源播散、继发细菌感染及脓肿穿破。一、血源播散 罕见，阿米巴原虫偶可侵入肝内血管，经肝静脉回流至右心，并随血流播散致全身而形成肺、脑、脾、胰、肾等处阿米巴病。二、继发细菌感染 发生率4．1%-23．3%，阿米巴肝脓肿发生细菌感染后常高热不退，中毒症状明显，单纯用抗阿米巴药物治疗无效

，必须加用有效抗生素方可奏效。此时脓液可呈黄色或黄绿色且伴恶臭，脓液细菌培养可得阳性结果。大肠杆菌和金黄色葡萄球菌为最常见致病菌，次为变形杆菌、产气杆菌、产碱杆菌等。但有报告指出，有时即使合并了细菌感染，脓液仍可呈巧克力色，故是否发生了继发细菌感染不能仅以脓液颜色判定，而应在第一次抽脓时，不论颜色如何，均应作细菌培养以明确细菌之有无。

三、穿破 发生率23%-30.9%，也有高达50.6%者。脓肿穿破与病程较长、脓肿居肝脏边缘、脓肿较大、抽脓次数较多及腹压增高等因素有关。若脓肿穿破横膈进入胸腔，则可形成脓胸；穿破入肺可形成肺脓肿，如和支气管相通时，则形成肝-胸膜-肺-支气管痿；若脓肿向腹腔穿破，可致急性腹膜炎，有时可穿破至胃、胆、肾等处，左叶脓肿尚可向心包及纵隔穿破。穿破并发症的发生，使临床征象变得复杂多变，常易致误诊。由于穿破的发生，使得治疗困难而预后较差，其中以穿破至心包及腹腔者预后最为严重。

治疗一、内科治疗1.抗阿米巴治疗 选用组织内杀阿米巴药为主，辅以肠内杀阿米巴药以根治（见阿米巴肠病）。目前大多首选甲硝唑，剂量1.2g/天，疗程10~30天，治愈率90%以上。无并发症者服药后72小时内肝痛、发热等临床症状明显改善，体温于6~9天内消退，肝肿大、压痛、白细胞增多等在治疗后2周左右恢复，脓腔吸收则迟至4个月左右。第二代硝基咪唑类药物的抗虫活力、药代动力学特点与甲硝唑相同，但半衰期长得脓肿疗效优于阿米巴肠病。东南亚地区采用短程（1~3天）治疗，并可取代甲硝唑。少数单硝唑疗效不佳者可换用氯喹或依米丁，但应注重前者有较高的复发率，后者有较多心血管和胃肠道反应。治疗后期常规加用

一疗程肠内抗阿米巴药，以根除复方之可能。2.肝穿刺引流早期选用有效药物治疗，不少肝脓肿已无穿刺的必要。对恰当的药物治5~7天、临床情况无明显改善，或肝局部隆起显著、压痛明显，有穿破危险者采用穿刺引流。穿刺最好于抗阿米巴药物治疗2~4天后进行。穿刺部位多选右前腋线第8或第9肋间，或右中腑线上第九或十肋间或肝区隆起、压痛最明显处，最好在***探查定位下进行。穿刺次数视病情需要而寂静，每次穿刺应尽量将脓液抽净，脓液量在200ml以上者常需在3~5天后重复抽吸。脓腔大者经抽吸可加速康复。近年出现的介入性治疗，经导针引导作持续闭合引流，可免去反复穿刺、继发性感染之缺点，有条件者采用。3.抗生素治疗有混合感染时，视细菌种类选用适当的抗生素全身应用。

二、外科治疗 紧锣密鼓肝脓肿需手术引流者一般<5%。其适应证为 抗阿米巴药物治疗及穿刺引流失败者； 脓肿位置非凡，贴近肝门、大血管或位置过深（>8cm），穿刺易伤及邻近器官者； 脓肿穿破入腹腔或邻近内脏而引流不畅者； 脓肿中有继发细菌感染，药物治疗不能控制者； 多发性脓肿，使穿刺引流困难或失败者； 左叶肝脓肿易向心包穿破，穿刺易污染腹腔，也应考虑手术。肝脓肿的治愈标准尚不一致，一般以症状及体征消失为临床治愈，肝脓肿的充盈缺损大多在6个月内完全吸收，而10%可持续导演至一年。少数病灶较大者可残留肝囊肿。血沉也可作为参考指标。预防及预后本病的预防基本上与菌痢相同。彻底治疗病人和带虫者。大力消灭苍蝇和蟑螂。讲究饮水和饮食卫生，加强粪便治理，防止粪便污染食物和水。预后一般良好。与病程长短、有无并发症、是否及早诊断和及时有效地治疗有关。无并

发症的阿米巴肝脓肿，早期诊治者病死率低于1%。暴发型患者，有脑部迁徙性脓肿、肠穿孔、弥漫性腹膜炎等患者预后较差。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com