

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__E8_82_9D_E8_84_93_E8_82_BF_c22_301944.htm 名称肝脓肿所属科室消化内科病因 肝脓肿分细菌性和阿米巴性两种，均为继发性感染，好发于右半肝（比左半肝高5倍）。细菌性肝脓肿，以多发性或多囊性脓肿为主；阿米巴性肝脓肿，则以单发性单囊性脓肿常见。两者都有向腹腔、右侧胸腔或心包腔溃破的可能性，若不积极治疗，可死于肝功能衰竭、败血症、胸腹腔感染、胆道出血等。细菌性肝脓肿的病原菌多为大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、厌氧菌，可经胆道上行感染（最常见，如胆石症）、肝动脉播散（见于败血或脓血症）、门静脉扩散（已很少见，如化脓性阑尾炎时），开放性损伤等侵入肝脏。阿米巴肝脓肿，则为肠内阿米巴原虫经结肠溃疡，穿入门静脉所属分支，抵达肝内所致。因原虫产生溶组织酶，使受累肝组织坏死液化，与血液混合成棕褐色脓液。病理肝脓肿是肝内常见的炎性病变，分为细菌性和阿米巴性。前者主要继发于胆道、腹腔或身体其他部位的感染，而后者常继发于肠道阿米巴病。肝脓肿病理改变为三层结构，中心为组织液化坏死区域，布满了由坏死的组织细胞及白细胞形成的半液体残渣。坏死区域四周为中间层，由胶原纤维少的肉芽组织构成。外围为向正常肝组织移行区域，为伴有细胞浸润及新生血管的肉芽层。临床表现一、症状 1、腹部症状：右上腹持续性疼痛。阿米巴性者肝区症状轻重不一，常为胀满感、沉重感或钝痛，重者可阵痛或剧痛并向左肩、胃区或下腹放射。深吸气及咳嗽时肝区疼痛加剧。 2．全身症状寒战、高热、食欲不振、乏力、体重下降，少数可有黄疸。阿米巴性者

可为稽留热、弛张热或长期低热，若持续高热、肝区阵痛、恶心、呕吐、黄疸，可能伴发细菌感染。3. 并发症症状有胸膜炎或肝顶部脓肿者可有咳嗽、胸痛、呼吸困难；左叶肝脓肿可并发心包炎；并发肝肠疹时出现脓血便；胆道出血时有上消化道出血。

二、体格检查 体温高，有感染中毒面容，营养状况差。肝脏大，压痛，脓肿表浅者可触及有波动感的肿块，肝区叩痛。上腹可有肌紧张。阿米巴性单发性肝脓肿可见肝区隆起并有波动的肿块。并发胸膜炎或心包炎者兼有相应体征。检查化验：外周血象、免疫血清学等检查。

辅助检查一、X线检查：肝影增大，右侧膈肌升高。二、超声波检查：肝影增大，可见液性暗区的脓肿大小、部位、数量及深度。三、核素肝扫描可反应2cm以上的脓肿部位、范围、外形及修复情况。四、肝穿刺：常在B超直指导下进行，在抽到脓液时作细菌培养及药敏试验或涂片找阿米巴。五、CT检查：可确定肝脓肿大小、部位及数目。六、部分阿米巴肝脓肿患者的十二指肠引起流液的胆汁管内可检出阿米巴滋养体。

诊断根据病史，临床上的寒战高热，肝区疼痛、肝肿大。X线检查可见病侧膈肌抬高和固定，常有胸腔积液。肝左叶的脓肿可见胃被推移的征象。放射性同位素肝扫描对直径大于2公分的脓肿可以检出。超声肝扫描能显示肝内占位性损害的位置。大小和数目。选择性肝动脉造影可在脓肿部位显示一无血管区。诊断性肝穿刺抽脓，是确诊的重要手段，应在超声波探查引导下进行。阳性的穿刺结果，为治疗提供了依据。

鉴别诊断一、阿米巴性肝脓肿 二、右膈下脓肿多继发于化脓性腹膜炎或上腹部大手术后。全身反应如寒战，发热等和局部体征常不如肝脓肿严重但右肩部牵涉性痛较著，深

吸气时尤重。X线检查右膈下常有气液面出现，右侧横膈升高，膈肌运动受限。三、肝癌：与脓肿相比，病程较慢，无急性感染表现。肝呈进行肿大坚硬、表面高低不平而无显示压痛。血清甲胎蛋白测定常呈阳性，超声波检查等有助于鉴别。但当肝癌并发高热或癌块坏死合并感染时，可导致误诊。

治疗一、支持疗法包括休息，高蛋白和高热量饮食，供给足够的维生素C和B族，输血或血浆、白蛋白及复方氨基酸。

二、药物治疗 细菌性肝脓肿：抗菌药物可首先针对大肠杆菌、链球菌与葡萄球菌，待细菌培养有结果后再选用合适药物。通常可供选用的抗菌物有氨基糖甙类药物、先锋霉素、林可霉素、卡那霉素、氨苄青霉素、羧苄青霉素、灭滴灵等。全身性支持必要时可小量多次输血。中药治疗宜辨证论治，对重症者宜清热解毒与扶正兼顾。

阿米巴肝脓肿：抗阿米巴药物首选灭滴灵，因其高效、安全，并有抗厌氧菌作用，使多数病人可免除穿刺抽脓，治愈率达70~90%。氯喹（氯化喹啉）、吐根素亦有较高疗效，但毒性较大，可作为灭滴灵的替换药物。合并细菌感染者可选相应抗菌药物。

三、脓腔穿刺引流 在B超引导下，经皮肝穿刺肝脓肿置管引流术。若置管引流不畅、中毒症状减轻、脓肿向邻近器官破溃等，应考虑手术治疗。

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