

肝包虫囊肿 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/302/2021\\_2022\\_\\_E8\\_82\\_9D\\_E5\\_8C\\_85\\_E8\\_99\\_AB\\_E5\\_c22\\_302687.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/302/2021_2022__E8_82_9D_E5_8C_85_E8_99_AB_E5_c22_302687.htm) 名称肝包虫囊肿所属科室普通外科病因 人的肝包虫囊肿是细粒棘球绦虫以人为中间宿主的无性期阶段。此绦虫主要宿主为犬、狐或狼，中间宿主为羊、牛、马、猪和人。此虫寄生于犬小肠绒毛，成虫不断排出有壳保护的六钩蚴，此蚴随粪便排出，粘附于犬毛或羊毛上。人或其他中间宿主接触并吞食此蚴污染的水或食物即可被感染，经胃或上部小肠的消化，六钩蚴即脱壳而出，穿过胃\*\*\*进入门静脉，多数停留在肝，少数逸出至肺和其他脏器。棘球蚴在各有关脏器先形成初期包虫囊肿，此囊壁即其后的内囊，而中间宿主组织在其四周形成的纤维包膜为外囊。内囊又分为外层与内层，外层称角质膜，内层为生发层，生发层又产生生发囊、头节、子囊、孙囊。当有包虫感染的羊、牛或其他中间宿主的内脏被犬、狐或狼所食，此寄生虫即完成其生活周期。临床表现 临床表现多不明显，中青年多见，初期可无症状，随着囊肿增大可扪及上腹块、腹胀、腹痛，如位于右上肝者示膈肌抬高，可有呼吸系症状。不少病人曾有过过敏反应症状。少数可因囊肿压迫胆道产生黄疸。亦有合并感染或穿入胆管出现胆管炎甚或败血症。穿入胸腔者可出现呼吸系症状或支气管胆道瘘。体征主要为上腹囊性肿块，位于肿上方者仅见肝肿大。有并发症者可出现相应体征。鉴别诊断 先天性肝囊肿：无牧区居住史，超声示囊壁极薄而清楚，包虫皮试阴性。 肝脓疡：无牧区居住史而常有痢疾史或化脓性疾病史，超声示液性占位边界不清楚，临床有炎症史或表现，包虫皮试阴性。但合并感染的肝包虫

囊肿易与之混淆，包虫皮试乃主要鉴别依据。并发症 凡疑为肝包虫囊肿者不宜作穿刺，以免产生囊液外逸导致过敏、过敏性休克或头节进入腹腔形成继发性包虫囊肿。治疗 1、对小而深藏肝内的肝包虫囊肝可严密随访，定期超声检查，如增大至接近肝表面时，可手术治疗。 2、内囊摘除为最常用术式，其要点为： 在暴露包虫囊肿需认真保护伤口与四周脏器，避免囊液的污染、头节种植、与过敏反应。 切开囊肿前应先逐步减压，通过穿刺吸取囊液尚可辨别是否合并感染或胆瘘。 杀灭头节，传统方法在减压后注入10%甲醛溶液或3%过氧化氢，5分钟后再进一步抽空囊液。但亦有人认为此法并不能保证头节的杀灭，因囊液的稀释使药效降低，曾有报告使用甲醛引起急性中毒或后期胆管炎的并发症；此外，如有多数囊肿者则难以奏效。 切开外囊前可进一步抽空囊液，使内囊与外囊分离。保证吸引器通畅，必要时使用2~3个吸引器，对大而张力大的囊肿排液极为重要。然后切开外囊，摘除内囊，再以过氧化氢或甲醛稀液涂拭外囊内壁，盐水纱布擦净。 消灭残腔可用外囊囊壁内翻缝合或带蒂大网膜填塞。但处理残腔前需认真检查有无胆瘘并加以封闭。

3、对合并感染者需作引流术。肝切除术很少应用，仅适于个别病例，如估计囊壁厚、钙化而内囊不易摘除者，局限于一叶的多个包虫囊肿，估计引流后残腔或窦道难以愈合者。

预防及预后 肝包虫囊肿手术治疗的手术死亡率为1.8%~9%不等，一般为2~4%，术后复发率为5~12%不等，多由于第一次手术时遗漏深藏的小囊肿或手术时头节种植。