

细菌性肝脓肿_消化内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式
，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E7_BB_86_E8_8F_8C_E6_80_A7_E8_c22_611135.htm 细菌性肝脓肿是由化

脓性细菌侵入肝脏所致。常见致病菌有大肠杆菌、链球菌、葡萄球菌及厌氧菌。病原菌侵入肝脏的主要途径为：胆道系统。这是最主要的途径，如胆囊炎、胆管结石，胆管狭窄等胆管梗阻，并发急性胆管炎引起的上行性感染。 门静脉系统。如坏疽性阑尾炎等致化脓性门静脉炎，近年来已大为减少。 肝动脉。如上呼吸道感染、化脓性骨髓炎等并发菌血症时。 肝脏邻近部位的感染直接蔓延。 肝外伤继发感染。

其他。原因不明的隐源性肝脓肿。本病如未能及时有效治疗，可发生脓肿破入胸腔或腹腔，形成脓胸、腹膜炎、膈下脓肿、败血症等严重并发症。 【诊断】1.症状 起病较急，早期常见寒战、高热、体温38 ~ 40 ，呈弛张热，反复发作。肝区疼痛，乏力、纳差、恶心、呕吐、腹胀，可有黄疸。2.体征 右季肋区饱满，肝区压痛和肝肿大最常见。肝区叩击痛，右上腹腹肌紧张，肋间隙可因皮肤肿胀而视诊界限不清。3.辅助检查 白细胞增多。可达 $(20 \sim 30) \times 10^9/l$ ，中性粒细胞增多，并有核左移或有毒性颗粒。危重患者白细胞可不升高。 b超检查。可见肝内液性暗区，并显示脓腔大小、部位及距体表的距离。还能引导穿刺确诊。但对于直径 $\leq 2cm$ ，尚未液化的脓肿，需要多次复查或结合ct判断。 x线检查。肝脏阴影增大，右膈升高、活动受限，或有右肺不张、胸腔积液。立位片可见脓腔内气液面。 核素肝扫描、ct、选择性肝动脉造影对定位有帮助。本病应与阿米巴肝脓肿、膈

下脓肿、肝囊肿合并感染、巨块型肝癌中心区液化坏死后形成液性暗区等疾病鉴别。【治疗】1.非手术治疗 对于急性期尚未局限的肝脓肿和多发性肝脓肿，宜采用非手术治疗。即在治疗原发病的同时，加强支持治疗，反复多次少量输新鲜血，纠正低蛋白和水、电解质紊乱，给以维生素b族，维生素c、k。及时给予足量抗生素，首选氨苄西林(或先锋霉素)加氨基糖苷类抗生素(如庆大霉素、卡那霉素)和甲硝唑等。最好，根据细菌培养和药敏结果，选用有效抗菌药物。多发性小肝脓肿全身抗生素治疗不能控制者，可考虑经肝动脉或门静脉导管滴注抗生素治疗。2.手术治疗(1)经皮肝穿刺置管引流术:单个较大的肝脓肿可在b超引导下进行穿刺，放置有侧孔的乳胶管或双套管负压引流。自术后第二天起用生理盐水加庆大霉素等抗生素冲洗脓腔，待冲洗液变清，在b超监视下逐日拔出导管。(2)脓肿切开引流术：对于肝左叶脓肿，肝右前叶下方脓肿，胆源性肝脓肿，伴腹肌紧张和腹膜刺激症状明显，拟诊为脓肿破入腹腔者，应积极进行脓肿切开引流术。根据不同情况选用不同的手术方法： 经腹切开引流术。用于肝前下部脓肿、多发性肝脓肿、与腹腔脓肿并存的肝脓肿。 经腹膜外引流术。用于肝右叶前侧脓肿、左外叶脓肿。 后侧切开引流术。用于肝右叶膈顶部脓肿、后侧的肝脓肿。(3)肝叶切除术：用于病期长的慢性厚壁肝脓肿、肝脓肿切开引流后残留死腔或窦道长期不愈、肝内胆管结石合并左外叶多发性肝脓肿而该叶肝组织破坏严重，失去正常生理功能者。 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