

阿米巴性肝脓肿 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E9_98_BF_E7_B1_B3_E5_B7_B4_E6_c22_305560.htm 名称阿米巴性肝脓肿

所属科室普通外科临床表现起病较缓慢，病情较长，可有高热，不规则发热，盗汗。诊断发病前曾有痢疾或腹泻史，然后有发热、肝痛、肝大，大便找到阿米巴滋养体，超声显像示肝内有边界不很清楚的液性占位，再加上穿刺得典型的巧克力样脓液，则可诊断。鉴别诊断 细菌性肝脓肿：常先有胆道、阑尾等化脓性疾病史，发病急骤而重，常伴明显脓毒症状，白细胞计数尤其中性粒细胞显著增高，超声显示不少为多发性脓肿，穿刺所得脓液常呈黄白色、有臭味，涂片或培养有菌，常有转移性脓肿出现，用抗阿米巴治疗无效。但与继发细菌感染的阿米巴肝脓肿颇难鉴别。 肝囊肿：通常鉴别上困难。但遇慢性阿米巴肝脓肿而不伴临床明显炎症表现者，或肝囊肿伴感染者亦需细心鉴别。超声显像与穿刺所得脓液的特征有助鉴别。 肝包虫囊肿：通常亦不难鉴别，但遇包虫囊肿合并感染者亦宜细察。疫区居住史与包虫皮试阳性乃肝包虫囊肿两个特征。 原发性肝癌：在合并癌中心坏死液化伴癌热者宜细心鉴别，尤其是阿米巴肝脓肿尚未十分成熟，即未完全液化者，颇难鉴别。在此类伴未完全液化病灶的对象，肝穿刺宜谨慎。但结合肝炎、肝硬化与乙型肝炎病毒感染背景。AFP阳性，超声显像示占位性病变四周有晕圈等，鉴别尚有可能。氯喹治疗后发热减退不能完全排除肝癌，应仔细分析，有时需短期随访观察其动态变化。治疗要点有三：抗阿米巴药物，需要时反复穿刺抽脓，支持治

疗。外科治疗仅适于个别病人。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。经皮肝穿刺抽脓过去为本病极重要的有效治疗手段，灭滴灵应用后，多数已无需穿刺抽脓，但部分病人仍需应用，其要点为： 穿刺前3~5天先行抗阿米巴治疗与必需的支持治疗； 穿刺前必须作认真的超声检查，弄清脓肿大小、数目、位置、以及穿刺的进路； 穿刺点选最近脓腔但又不穿过胸腔者； 严格无菌操作； 穿刺针粗细适度，每次尽量抽完，但过度负压易致出血； 脓腔抽空后可再用超声核实，并注入抗菌药物以防继发性感染，通常每周2~3次，脓液减少后可递减。支持治疗包括维生素，必要的补液，小量输血。脓腔太大或合并细菌感染，而穿刺不能有效控制者，亦可酌用闭式引流，即通过套管针置入大小适中、软硬适度的塑料或硅胶管，但引流后需防治继发性感染。有并发穿入四周体腔者亦宜作用相应引流。切开引流宜严格选择。慢性厚壁脓肿经上述治疗无效亦可考虑肝部分切除。

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