

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\\_ti2020/305/2021\\_2022\\_\\_E8\\_82\\_9D\\_E5\\_8C\\_85\\_E8\\_99\\_AB\\_E5\\_c22\\_305567.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E8_82_9D_E5_8C_85_E8_99_AB_E5_c22_305567.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。切开囊腔前应逐步减压，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。

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](http://www.100test.com)