

细菌性肝脓肿 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\\_\\_E7\\_BB\\_86\\_E8\\_8F\\_8C\\_E6\\_80\\_A7\\_E8\\_c22\\_305650.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E7_BB_86_E8_8F_8C_E6_80_A7_E8_c22_305650.htm) 名称细菌性肝脓肿  
所属科室普通外科病因感染来源、途径与病原：全身各部化脓性感染，尤其腹腔内感染，可通过下述途径进入肝脏：胆道：据报道，约22～52%细菌性肝脓肿来自胆道炎症，包括胆石、胆囊炎、胆道蛔虫、其他原因所致胆管狭窄与阻塞等。

门静脉：所有腹腔内、胃肠道的感染均可通过门静脉进入肝脏。过去细菌性肝脓肿最常见来源为化脓性阑尾炎，可占30～50%，近年已被胆道感染所取代。其他还有溃疡病、憩室炎、溃疡性结肠炎、大肠癌伴感染、痔核感染等。肝动脉：全身性或其他全身各部化脓性疾病，如败血症、化脓性骨髓炎、痈疖、亚急性细菌性心内膜炎、呼吸道感染等均可通过肝动脉进入肝脏。这种途径约占细菌性肝脓肿的10%左右。邻近组织器官化脓性炎症的直接蔓延：包括胆囊、右肾、溃疡病穿孔、胰腺、膈下脓肿等。其他尚有创伤、异物等所引起者，亦有来源不明者。脓液培养提示，革兰氏阴性菌多于革兰氏阳性菌，常见者为大肠杆菌、链球菌和葡萄球菌。其他如副大肠杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌、产气杆菌、伤寒杆菌、霉菌等均曾有报道。混合感染多于单一细菌感染。细菌性肝脓肿可多发或单发，以多发常见，但右肝远多于左肝。机体抵抗力减弱也是本病发病的重要内因。临床表现由于肝脏血供丰富，一旦发生化脓性感染，可迅速导致明显的全身症状，并在短期内明显加重。临床常见先有某些先驱化脓性感染，如胆道炎症、化脓性阑尾炎，继而寒战高热、肝区疼痛、肝迅速肿大、白细胞增高，并伴乏力、纳差、心

、呕吐重者出现全身脓毒症状。肝痛乃较有定位价值的症状，大多由于肝脏迅速肿大、肝包膜膨胀，故钝痛较多，呈持续性；但亦有表现为胀痛、灼痛、跳痛、甚或绞痛者；如脓肿刺激右膈可出现右肩、背痛。发热常为弛张型中等偏高，多伴寒战出汗但亦有15%左右无发热。多发性脓肿症状常明显重于单个脓肿。重症病人可出现黄疸。肝脓肿尚可穿破进入邻近腔隙导致胸腔或肺部感染、膈下脓肿、腹膜炎、盆腔脓肿等。如就诊时已出现并发症常混淆诊断。右肝上部脓肿出现右侧胸腔反应性积液者并不少见。细菌性肝脓肿体征有：重病容，可有轻度黄疸，肝肿大并有压痛或叩痛，如脓肿位于上方则示肝上界抬高，或有右侧胸腔积液征，肝脓肿部位局部皮肤可有凹陷性水肿，甚或局部隆起。化验可见白细胞显著增高，中性比例达90%左右，甚者出现左移。诊断超声显像对肝脓肿的诊断、定位与动态观察有重要价值，并可了解脓肿数。一旦脓肿形成，出现液化，超声常示边界不清的液性占位。但尚未液化的脓肿与小于2cm者超声难以一次确诊，而有待多次复测。诊断一般并不困难，凡有化脓性疾病者，忽然出现明显寒战高热，肝区疼痛伴叩压痛，肝肿大，白细胞增高提示细菌性感染者，应考虑细菌性肝脓肿。如超声示边界不清的液性占位，诊断已可成立。如超声引导下经皮肝穿刺获得脓液则可确诊，脓液尚可培养以指导治疗。

鉴别诊断鉴别诊断要点： 阿米巴性肝脓肿：常有阿米巴痢疾史；起病较慢，病程较长，病情较轻，少见明显毒血症；脓液似巧克力，一般无细菌，但常可见阿米巴滋养体；大便亦可查出阿米巴滋养体；抗阿米巴治疗有效。 右膈下脓疡：常有溃疡病穿孔、阑尾穿孔等腹膜炎史，或腹部手术后，

通常全身症状略轻于细菌性肝脓肿，仔细的超声显像当不难鉴别肝内抑或肝外脓肿。肝内胆管结石合并感染：颇难鉴别，但通常临床症状较轻，超声检查常有助于肝内结石的诊断。伴癌性高热的肝癌：早期细菌性肝脓肿尚未完全液化者有时需与伴癌性高热的肝癌作鉴别，而伴癌性高热的肝癌有癌坏死液化者又需与单个细菌性肝脓肿鉴别。通常肝癌引起癌热多无寒战，肝局部多无明显炎症表现（如凹陷水肿、明显压痛），白细胞值虽可增高但中性不显著增高；常有肝炎、肝硬化背景；70%病人甲胎蛋白（AFP）高于正常值；超声可见有明显边界、有包膜的实质性占位；其他定位诊断方法亦有助鉴别。右下肺炎亦可出现与肝脓肿相似症状，但通过胸部X线与肝超声检查不难鉴别。治疗根据国内材料，细菌性肝脓肿经各种方法治疗的死亡率约为：单纯抗菌药物治疗者20%左右，抗菌药物合并穿刺抽脓或切开引流者15%左右。但多发脓肿死亡率显著高于单个脓肿。本病应视为全身性病变加以治疗，其要点：结合原发感染灶的分析，选用合适抗菌药物，获细菌培养结果后加以调整。十分重视全身性支持疗法。适当配合中药治疗。对已液化成熟的脓肿，小而多发者宜单纯药物治疗，单个较大或其中有较大的脓肿者，可在超声指引下反复穿刺抽脓，脓腔内注入抗菌药物。或经皮穿刺置入导管作引流。在目前已较好的抗菌药物与较准确的超声定位条件下，外科切开引流术已较少用。但对全身毒性症状严重、脓肿较大且有穿破危险者，或邻近多个脓肿而穿刺不能达到充分引流者，或药物治疗未能控制其迅速发展者，可酌情作切开引流。原发化脓灶的相应治疗。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少量多次输血。中药治疗宜辨证论治，对重症者宜清热解毒与扶正兼顾。超声指引下穿刺抽脓要害在于准确定位，穿刺点应避免进入胸腔，穿刺针粗细适度；有时可经皮穿置入硅胶管或塑料管作持续引流。切开引流目前多经腹进行，通常取右肋缘下斜切口，在严密保护腹腔与脏器条件下切开脓腔，迅速吸净脓液，以有侧孔的乳胶管作引流，有时可将一小塑料管扎附于胶管，以便术后由此注入抗菌药物。对右肝后方脓肝，亦可经腹膜外途径作切开引流，通常由右侧第十二肋床切口进入，在腹膜外以手指经右肾上极的腹膜后间隙进入脓腔，此法目前已少用。慢性局限性肝脓疡久治愈亦可手术切除。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](http://www.100test.com)