

细菌性肝脓肿临床特点和治疗的探讨

作者：张慧 工作单位：复旦大学附属华山医院

摘要：目的：探究细菌性肝脓肿（PLA）的临床特征、病原学分布及医治等状况，为临床诊断与医治提供根据。方法：回顾性剖析安徽医科大学榜首隶属医院 2015 年 3 月~2018 年 6 月住院医治的 132 例细菌性肝脓肿患者的临床特征、病原学分布及医治等状况。结果 132 例 PLA 均匀年纪（ 52.70 ± 18.20 ）岁，以发热（83.33%）、右上腹痛（50.76%）为首要临床表现。完成脓液和血培育并检出细菌 92 例，其中肺炎克雷伯杆菌 50 例（54.35%），大肠埃希菌 31 例（33.70%），金黄色葡萄球菌 9 例（9.78%），粪肠球菌 2 例（2.17%）。PLA 根底疾病中以胆道疾病（胆结石胆囊炎、胆管炎等）居多，达 100 例（75.76%）；肾脏疾病（肾囊肿、肾功能反常等）90 例（68.18%），糖尿病 87 例（65.91%），高血压 72 例（54.55%），冠心病 27 例（20.45%），恶性肿瘤 22 例（16.67%）。患者入院后均予单纯或联合抗菌药物抗感染医治，其中有 72 例（54.55%）例 PLA 患者单独进行抗菌药物医治，均匀住院时间（ 37.63 ± 6.08 ）d；35 例（26.52%）患者抗菌药物医治根底上，一起在 CT 或超声引导下经皮穿刺引流，均匀住院时间（ 25.83 ± 5.57 ）d；抗菌药物医治根底上外科手术医治 25 例（18.94%），均匀住院时间（ 20.44 ± 4.39 ）d，三组住院时间比较，差异有统计学含义（ $F=27.8$ ， $P<0.05$ ）。结论：PLA 高发于年纪较大的患者，致病菌首要为肺炎克雷伯杆菌和大肠埃希菌，采用抗菌药物结合穿刺引流能缩短住院时间，疗效较好。

关键词：细菌性肝脓肿；伴发症；病原体

细菌性肝脓肿（pyogenic liver abscess, PLA）是指化脓性细菌等病原体感染在肝脏内部形成脓肿，脓肿通常会导致周围组织出现炎症反应，从而造成腹部疼痛和肿胀，严重者可导致全身炎症反应综合征而致命。如果没有及时治疗，细菌性肝脓肿可以造成致命性损伤，死亡率可达到 6%~11.3%[1]。临床上该病的致病原因可分为胆源性、血源性和隐源性。近年来原因不明的隐源性肝脓肿病例呈上升趋势，病原菌分布亦有不同[2]。随着临床诊断技术以及治疗手段的提高，病死率大幅下降。关于安徽地区的 PLA 研究报道近年来出现的次数较少，本研究

对安徽医科大学第一附属医院近 3 年收治的 PLA 病例的临床特征、病原学与治疗结果数据进行汇总分析，为安徽地区 PLA 临床研究提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象 选择安徽医科大学第一附属医院 2015 年 3 月~2018 年 6 月收治的 132 例 PLA 患者为研究对象。纳入标准：①有细菌性肝脓肿相关表现，如寒战高热、肝区疼痛、乏力纳差等全身症状；②存在符合细菌性肝脓肿的体征，如有肝区压痛或叩击痛阳性等；③相关辅助检查符合细菌性肝脓肿的表现，如血常规白细胞计数、中性粒细胞百分比升高，血清转氨酶升高，血培养或脓液培养出致病菌，经肝脏 B 超、肝脏 CT、肝脏等检查符合肝脓肿表现。有相关临床表现、体征或符合影像学表现的病例作为研究对象。排除标准：①未明确诊断细菌性肝脓肿的病例；②诊断为阿米巴肝脓肿、结核性肝脓肿、真菌学肝脓肿等其他非细菌性肝脓肿病例。

1.2 方法 收集患者的一般资料以及主要的临床表现、血培养或（和）脓液培养的病原学结果、各种实验室检查结果、合并症、治疗方式、住院时间及治疗效果等临床资料。

1.3 统计学方法 本研究所有数据均采用 SPSS16.0 进行统计分析，对符合正态分布的计数资料用 $(x \pm s)$ 表示，两组以上比较采用方差分析，计量资料采用 (%) 表示，采用 χ^2 检验。P<0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 132 例细菌性肝脓肿患者中，男性 92 例 (69.70%)，女性 40 例 (30.30%)，年龄 27~87 岁，平均年龄 (52.70 ± 18.20) 岁，其中 ≥ 65 年龄段占比 62.12% (82/132)，住院时间的平均天数 (31.25 ± 9.18) d。

2.2 临床症状 PLA 患者临床症状主要表现为高热、寒战 110 例 (83.33%)，发热 1 周以上的患者 72 例 (54.55%)；右上腹疼痛 67 例 (50.76%)，右下腹疼痛 30 例 (22.73%)，肝区叩痛 115 例 (87.12%)，黄疸 37 例 (28.03%)。

2.3 实验室检查 入院时，132 例患者的胆红素平均水平为 (25.80 ± 2.60) $\mu\text{mol/L}$ ，白蛋白平均水平为 (26.33 ± 4.34) g/L，中性粒细胞计数为 $(13.64 \pm 5.21) \times 10^9/\text{L}$ ，超敏反应蛋白 (122.43 ± 67.91) mg/L，降钙素原 (10.50 ± 27.63) ng/ml，谷草转氨酶 (172.83 ± 68.69) U/L，谷氨酰基转移酶 $(175.47$

±61.72) U/L。

2.4 合并其他疾病 PLA 伴发症中以胆道疾病(胆结石胆囊炎、胆管炎等)居多,达 100 例(75.76%);肾脏疾病(肾囊肿、肾功能异常等)90 例(68.18%),糖尿病 87 例(65.91%),高血压 72 例(54.55%),冠心病 27 例(20.45%),恶性肿瘤例 22(16.67%)。

2.5 病原体检测 对 132 例患者进行血培养,对穿刺引流患者的脓液予以细菌培养,培养结果阳性 92 例,阳性率 69.70%,此次培养的常见病原体有肺炎克雷伯杆菌 50 例(54.35%),大肠埃希菌 31 例(33.70%),而金黄色葡萄球菌 9 例(9.78%),粪肠球菌 2 例(2.17%)。

2.6 影像学检查 95 例(71.97%)患者进行了腹部 CT 检查,明确诊断单发脓肿 72 例(75.79%),多发脓肿 23 例(24.21%)。有 37 例(28.03%)患者进行了腹部超声检查,诊断单发脓肿 20 例(54.05%),多发脓肿 17 例(45.95%)。肝脓肿直径约为 2.6~18cm,平均(6.34±3.78)cm,另有 3 例患者进一步行 MRI 检查。

2.7 感染途径 其中胆源性 PLA 所占比例 70 例(53.03%)最高,血源性 PLA 患者 35 例(26.52%),隐源性 PLA 患者 20 例(15.15%),医源性 PLA 患者 7 例(5.30%)。

2.8 治疗与预后 患者入院后均予单纯或联合抗菌药物抗感染治疗,其中有 72 例(54.55%)PLA 患者单独进行抗菌药物治疗,平均住院时间(37.63±6.08)d;35 例(26.52%)患者抗菌药物治疗基础上,同时在 CT 或超声引导下经皮穿刺引流,平均住院时间(25.83±5.57)d;抗菌药物治疗基础上外科手术 25 例(18.94%),平均住院时间(20.44±4.39)d,三组住院时间比较,差异有统计学意义($F=27.80, P<0.05$)。132 例 PLA 患者经治疗后,治愈 78 例,52 例患者病情明显好转后,转诊回当地医院继续治疗;接受单纯患者或联合抗菌药物组中 2 例患者死亡,抗菌联合穿刺引流组及抗菌联合外科手术组无患者死亡,三组患者治疗效果比较,差异无统计学意义($\chi^2=1.69, P=0.43$)。

3 讨论

PLA 近年来在急诊已经成为了不可忽视的疾病,本研究显示 PLA 患者的平均发病年龄为(52.70±18.20)岁,这一结果与 PLA 发病年龄呈上升趋势相一致[3]。

资料显示，糖尿病患者细菌性肝脓肿发生几率为非糖尿病患者的 3.6 倍[4]。本研究 PLA 患者中合并伴发症以糖尿病较为常见（65.91%），与张慧[5]等研究相似。出现该现象的原因可能与我国居民生活水平提高，人口老龄化加重有关。PLA 是继发性感染性疾病，其感染来源于多个途径，主要是通过细菌直接或间接感染肝脏而形成脓肿。报道指出[6]，PLA 患者发生胆道疾病的频率也逐渐增加。研究显示[1, 7]，肺炎克雷伯杆菌在亚洲地区已成为 PLA 的主要致病菌，包括韩国以及台湾地区。而美国等地链球菌则被认为是主要致病菌[8]。本研究以肺炎克雷伯杆菌（54.35%）与大肠埃希菌（33.70%）为常见菌，提示在安徽地区肺炎克雷伯杆菌与大肠埃希菌是造成 PLA 的主要致病菌。

影像学技术对 PLA 的诊断和治疗发挥着重要的作用，主要包括超声、CT 和 MRI。超声检查的简便性以及无创伤性优点，使超声在肝脓肿诊断应用上最为广泛，可对脓肿部位进行定位和定性检查，并能够辅助经皮穿刺引流。在本次研究中，经超声确诊的 PLA 有 37 例。CT 和 MRI 技术的引入，让 PLA 的敏感性高于超声检查，因此，对肝脓肿进行诊断与治疗时，要结合多方位的影像学检查。

针对 PLA 的治疗，主要有抗菌药物治疗、超声引导下的穿刺引流及置管引流和外科手术三种。抗菌药物一般初始方案可选择应用能覆盖 G+和 G-细菌的大剂量广谱抗生素，并加用抗厌氧菌[9]。在药物临床经验提示在抗菌药物治疗的基础上，联合超声引导下经皮穿刺引流治疗是目前较为合适的方法。但在实际操作时，应根据患者的生理状况、合并并发症及脓肿数量与大小来选择合适的方法。对于下列情况如：①非手术引流无效者；②脓肿壁较厚，需优先处理原发性疾病；③脓肿较大已经穿破胸腔或腹腔等，需要进行手术切开引流治疗。经内科治疗无明显效果或需要手术处理胆道疾病时，应考虑外科手术治疗。本组资料显示，虽然上述三种治疗方法在患者好转及治愈率上无差异，但抗菌药物基础上辅助经皮穿刺引流治疗等，可以缩短住院时间，使患者受益。

参考文献：

[1]ChenY, LinC, ChangS, etal. Epidemiologyandclinicaloutcomeofpyogenicliverabscess: ananalysisfromtheNationalHealthInsuranceResearchDatabaseofTaiwan, 2000-2011[J]. JournalofMicrobiology, ImmunologyandInfection, 2016, 49

(5) : 646-653.

[2]周宜庆, 周洁, 曾敏, 等. 93例细菌性肝脓肿患者临床特征分析[J]. 中国医师杂志, 2017, 19(10): 1524-1527.

[3]KuoSH, LeeYT, LiCR, et al. Mortality in Emergency Department Sepsis score as a prognostic indicator in patients with pyogenic liver abscess[J]. American Journal of Emergency Medicine, 2013, 31(6): 916-921.

[4]禹远远. 10例2型糖尿病患者合并细菌性肝脓肿的临床分析[J]. 中国民康医学, 2014, 26(22): 62-73.

[5]张慧, 张照如, 李家斌. 细菌性肝脓肿合并糖尿病患者的临床特点[J]. 中华传染病杂志, 2017, 35(6): 364-368.

[6]LiuL, ChenW, LuX, et al. Pyogenic Liver Abscess: A Retrospective Study of 105 Cases in an Emergency Department from East China[J]. Journal of Emergency Medicine, 2017, 52(4): 409-416.

[7]WiJW, ChoEA, JunCH, et al. Clinical Characteristics and Outcomes of Pyogenic Liver Abscess in Elderly Korean Patients[J]. Korean J Gastroenterol, 2015, 66(1): 27-32.

[8]SharmaA, MukewarS, MarakC, et al. Epidemiologic Factors, Clinical Presentation, Causes, and Outcomes of Liver Abscess: A 35-Year Olmsted County Study[J]. Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes, 2018, 2(1): 16-25.

[9]虞胜镭, 翁心华. 成人细菌性肝脓肿的抗感染治疗要点与进展[J]. 实用肝脏病杂志, 2015, 18(4): 337-339.