

消化疾病 诊断与治疗

(下)

白利军等◎编著

消化疾病诊断与治疗

(下)

白利军等◎编著

第八章 肝脏疾病

第一节 肝损伤

在腹部创伤中,肝损伤较为常见,占腹部外伤的 25%。肝脏是腹腔最大的实质性器官,质地脆而缺乏弹性,周围韧带的固定限制了它的退让余地,尽管位于右侧膈下和季肋深面,受到胸廓和膈肌保护,仍可在肋骨无损伤的情况下发生肝创伤。人自高处坠落,暴力虽未直接伤及肝脏,但仍可因惯性的反冲及应力作用,使肝脏发生严重的撕裂伤。在肝脏因病变而肿大或变性时,受外力作用更易受损伤。

肝损伤后常伴有严重的出血性休克,因胆汁漏入腹腔引起胆汁性腹膜炎和继发感染,如处理不及时或不当,后果严重。据报道其总死亡率为 10%,严重肝外伤死亡率高达 50%。因此,严重肝外伤的处理仍是一个重要课题。

一、肝外伤分类

1. 根据致伤的原因不同可将肝损伤分两大类。①开放性损伤:因锐性外力如利刃、枪弹或弹片贯穿胸腹壁而损伤肝脏。②闭合性损伤:多因钝性外力如打击、挤压、车祸、爆震或高处跌伤等原因使肝脏受到间接冲力作用而损伤。

2. 根据肝脏损伤的情况判断、治疗方法、预后及疗效的评定进行分类,目前尚无统一公认的标准。按临床所见我们将肝外伤分为下列五度:Ⅰ度为肝包膜撕裂和实质破裂深度不足 1cm;Ⅱ度为肝实质破裂深度在 1~3cm,包膜下血肿不超过 10cm 或肝周围型穿通伤;Ⅲ度为肝实质破裂深度 3cm 以上,包膜下血肿达 10cm 或更大,或为中央型穿通性伤;Ⅳ度为肝-叶损坏,或较大的中央型血肿;Ⅴ度为肝后腔静脉破裂,广泛的肝双叶损伤。

3. 根据临床需要,将下列情况定为严重肝损伤:①肝破裂有重大肝实质破坏长 10cm,深 3cm 以上。②多发性中等度破裂,有或无血肿。③星状破裂。④肝静脉和肝后腔静脉损伤。

二、病理

肝外伤的主要病理改变是肝组织破裂出血、胆汁外溢和肝组织坏死。大量出血导致循环

量减少,出现不同程度的休克。呼吸动作可以加重创伤组织撕裂出血。胆汁外渗引起腹膜刺激症状和继发性胆汁性腹膜炎。大量血液和胆汁积聚于第三间隙,引起脉速、电解质紊乱,可能有代谢性酸中毒,肾功能衰竭和休克肺等。肝中央型破裂系中央的实质破裂,肝表层组织损伤不明显,因此可以形成巨大的肝内血肿,造成较广泛的肝组织坏死和创伤性胆道出血。肝包膜下血肿大小不等,有时可容纳 2000~3000mL 血液。

一般而言,肝右叶遭受创伤的机会较左叶高出 5~6 倍。因右肝膈面向前上方呈穹隆状,且右肝的表面积和体积均较左肝叶大,下胸及上腹部受挤压伤时,右肝呈向上的折力,下胸部肋骨骨折或前腹壁创伤时,肝右叶首当其冲。在所有的肝损伤中,右膈顶部占 38%~42%。

三、临床表现

肝损伤之临床表现取决于肝损伤的病理类型及范围。损伤程度及病理类型不同,肝外伤的临床表现也不尽一致,主要病象是腹腔内出血和腹膜刺激症状。

肝表浅裂伤出血和胆汁外渗不多,甚至无胆汁明显外渗,在短期内多能自行停止,临床上一般仅有上腹部疼痛,可随时间推移症状减轻或消失。

中心型肝挫裂伤或贯通伤,多有广泛的肝组织碎裂和肝内较大的胆管及血管断裂,腹腔内较多的出血和胆汁,病人可有不同程度的休克、腹部剧痛、腹肌紧张、腹部压痛,同时常伴有恶心、呕吐、脉速、面色苍白等。这些症状如不处理,可随出血量的增多、胆汁外溢增加而加重。

严重肝脏裂伤或合并有大血管损伤时,由于大出血,伤员往往在伤后短期内即出现严重休克及意识不清,腹壁逐渐膨隆、脉细速、呼吸困难等,如处理不及时常因失血过多而死亡。

肝包膜下血肿和中心型破裂因血液和胆汁局限在肝包膜下或肝实质内,无腹肌紧张,有时可触及到右上腹局限性压痛包块,肝肿大变形。叩诊肝浊音界扩大,伤员呈进行性贫血。如血肿与胆道相通,可表现为胆道出血。如因肝包膜张力过大而突然破裂,可出现急性腹痛和内出血等症状。如血肿出现继发性感染则出现肝脓肿的临床表现。

肝外伤的同时可伴有右下胸皮肤擦伤和皮下淤血,也可能因肋骨骨折产生皮下气肿。

体格检查时,除有失血性休克外,腹部有不同程度的肌紧张、压痛和反跳痛、肝区叩击痛,以及肠鸣音减弱或消失等腹膜刺激症候群。如腹腔内有大量出血和胆汁,可有明显的移动性浊音。血液、胆汁刺激膈肌可引起呃逆和右肩牵涉痛。腹腔内大量积血时,直肠指检直肠膀胱陷窝饱满和触痛。

在注意肝外伤的同时,要注意检查其他合并伤,否则因漏诊而延误治疗,导致严重后果。

四、诊断

开放性肝损伤的诊断多无大困难。闭合性肝损伤伴有严重的腹腔内出血及腹膜刺激征,只要想到有肝损伤的可能,诊断一般也不难。程度较轻的包膜下出血有时与腹壁挫伤较难鉴别。特别当闭合性肝损伤合并有胸、腹部严重复合伤时,由于伤势重,病情复杂,往往不易确定有否肝损伤的存在。因此应结合受伤的情况、临床表现和各种必要的诊断辅助方法迅速作出

判断,以便制定紧急治疗方案,避免延误病情。

1.腹腔穿刺 腹腔穿刺是目前临床上最常采用的一种安全、有效和操作简易的诊断方法,诊断阳性率可达90%左右。如为闭合性损伤包膜下出血或腹腔内出血量少时,腹腔穿刺诊断可能有困难。

2.腹腔穿刺灌洗术 Elering 和 Fischer 积极主张采用腹腔穿刺灌洗术,尤其是对少量腹腔内出血者在诊断上很有帮助。其方法是用18号粗针在腹直肌外侧,腹部四个象限内穿刺。如能抽出不凝固血液,即为阳性。如抽不出血液,则用细导管经穿刺针插入腹腔内,进行抽吸。如仍抽吸不出,则用无菌等渗盐水经导管注入腹腔内(每次用量按20mL/kg体重计算),适当摇动伤员腹部,使溶液均匀散布腹腔,2~3min后,再将液体吸出,进行检查。若液体完全澄清为阴性。若红细胞 $>0.1 \times 10^{12}/L$,胆红素 $>2.73 \mu\text{mol}/L$,白细胞 $>0.5 \times 10^9/L$ 者为阳性,说明腹腔内出血可能。诚然,灌注法阳性,少量的腹腔内出血,仅为一种判断方法,并不是手术适应证,是否有手术适应证还需结合外伤、临床表现和其他检查的综合分析而定。

3.B型超声波检查 对于肝包膜下血肿、中央型肝挫伤和腹腔内积血积液的诊断有较确定的价值。

4.实验室检查 定时检查红细胞计数、血红蛋白和红细胞压积容积等。在肝损伤早期,红细胞计数、血红蛋白和红细胞压积容积可能接近正常,但随着病情的发展,腹腔内出血量增多会逐渐下降。白细胞早期即可升高,损伤后10h内,可升高150%~300%。血清GPT、GOT值在损伤后几小时即可升高,因GPT选择性地在肝内浓缩,损伤后大量释放出来,所以GPT较GOT更具有特殊诊断意义。

5.X线检查 对肝损伤的诊断不如腹腔穿刺迅速、简单、直接、可靠,但有些疑难病例,如发现右下胸肋骨骨折、右侧膈肌抬高,肝脏阴影增大弯形,升结肠阴影向内侧移位,均提示肝损伤内出血的可能。

还有一些特殊的检查方法,如选择性肝动脉造影、放射性核素肝扫素、CT、MRI等,对危重伤员不能采用,但对休克不明显、全身状况较好或损伤后有并发症者有一定帮助。如肝内血肿、膈下感染、肝组织缺血坏死、胆道出血、肝脓肿等,常需要借助这些方法作进一步的检查及病灶定位。

对某些病情复杂的伤员,高度怀疑有肝破裂时,应采取积极态度,及时施行剖腹探查。

肝外伤伴合并伤者,可增加诊断上的困难,死亡率亦高。Madding报告肝钝性伤伴有合并伤者占65%,而穿通性伤者仅有5%,因钝性伤暴力较大,损伤广泛,虽然其他器官损伤的表现可掩盖肝外伤,而事实上常因其他器官损伤行剖腹探查手术时,可发现肝外伤。反之,有肝外伤者亦不能忽略其他器官的合并伤。

五、治疗

(一)复苏

肝外伤休克的发生率为15%~16%,因此严重肝外伤治疗的首要步骤是积极复苏。

1.补液 是治疗严重肝外伤的重要措施之一,给林格乳酸盐溶液,经中心静脉或大的肢体

静脉输入,因肝外伤可合并下腔静脉损伤,故输液通道以选择上肢静脉为好,由于低温不利于凝血,手术室准备温篮,使液体经升温至 40°C ,然后输入,待血型确定后再输入全血。

2.输血 无疑是治疗肝外伤出血休克的重要措施,由于紧急补血量大,一般常用库血;可以引起输血有关凝血病,大量输库血是凝血机制缺陷的主要原因,成分输血或间断地给予新鲜冰血浆,监测凝血酶原时间和凝血激酶时间,使之维持在正常范围。

3.急诊剖胸阻断降主动脉术 早在10多年前已被大力推广应用,开始用于胸部穿通伤的临危病例,逐渐扩大应用于出血性腹部外伤,严重肝外伤大量失血。此种术式对于抢救因大血管出血处于垂危状态的病例是合理的。①使有限的血容量再分配至上半身,改善心脏和脑的灌注;②减少进行性失血;③提供无血的手术野,易于显露腹部出血的血管。

尽管由于这类病例抢救的成功率低,不少人对采用这种手术持批评态度,但大多数作者经实验和临床研究,证实急诊剖胸阻断降主动脉对出血抢救手术的肯定价值和长期效果。但必须严格掌握手术适应证。

急诊剖胸阻断降主动脉的操作方法与注意事项:Elerding认为急诊室初步复苏失败,应经左侧第五肋间剖胸,于膈上暂时阻断降主动脉,直至补足血容量。必要时可分两组进行手术,一组有经验的外科医师负责腹部显露,另一组剖胸阻断降主动脉。止血后放松主动脉钳是一项临危的操作,放钳前应恢复充足的血容量,以免促发心跳骤停。但是主动脉阻断补给过多液体,将使左心室或右心室过度扩张,影响协调收缩,同时要认识到防治低温、酸中毒和凝血病,与血管修补止血同样重要。

遇外伤性血腹病例,如未行剖胸,收缩压在 10.67kPa 以下,可于横膈主动脉裂孔处,先触扪并压迫腹主动脉,直至血容量得到改善。

(二)手术治疗

严重的肝外伤必须施行手术治疗,抢救肝外伤的基本原则是:加强复苏;立即手术止血;清除失去活力的组织;积液、积血和胆汁的通畅引流;术后的支持处理。其核心是手术。

Pachter把手术归纳为7个处理步骤:①暂时压迫外伤处以迅速止血,直至酸中毒和低血容量得到纠正。②阻断肝门三联。③指捏法显露肝损伤深部。④直视下结扎和修补损伤的血管和胆管。⑤清除失活的肝组织。⑥必要时用有活力的带蒂大网膜堵塞肝损伤死腔。⑦广泛而通畅引流。

1.切口选择 手术切口最好能避开开放伤口,另作切口进入腹腔,以保证伤口一期愈合。一般多采用右上腹旁正中或上腹部正中切口,以便于处理右肝损伤,可作经右侧第七或第八肋间的胸腹联合切口。上腹正中切口的优点,可以直接向盆腔延长,亦可向上延长,必要时沿胸骨中线劈开胸骨,以更好地显露膈上及肝后腔静脉等。

2.手术处理

(1)探查:开腹后首先吸尽腹腔内积血和胆汁,搜索出血来源,必要时剪开镰状韧带、三角韧带,甚至冠状韧带。在未判明肝伤口前,切忌牵拉或翻动肝脏,否则可使填压在下腔静脉或肝静脉撕裂口上的凝血块脱落或因翻动暴力撕大裂口,导致难以控制的大出血。手术时若肝创面已无出血,仍应探查裂口,因在这些裂口中可能有肝组织碎块、血凝块、深部有活动性出血或胆管的损伤,若不处理,就可能发生一些严重的术后并发症。另外裂口周围有些肝组织是否

已失血供,也需将裂口敞开才能查清。发现有活动性出血,可以在吸引器帮助下寻找出血血管,钳夹或缝合止血。如视野不清,可用纱布垫压迫暂时止血或暂时迅速阻断肝门,使手术野清晰以利探查。如阻断肝门后出血仍不能停止,要考虑有肝静脉或腔静脉的损伤,且病人濒死于休克状态,应迅速地阻断上腹腹主动脉(腹腔动脉平面以上)。如见有大量静脉出血应阻断下腔静脉,准备进行全肝血流阻断后血管修补或肝切除术。

(2)伤缘整齐的浅刺伤、切伤或浅裂伤:已不出血者仅放置引流即可。如有活动性出血,用单纯间断缝合或间断褥式缝合将伤口闭合止血,一般较浅的肝损伤,均能达到止血目的。

(3)深裂伤:伤口深度在 3cm 以上者称为深裂伤,此深度常累及 Glisson 氏系统管道的三级分支。单纯缝合常不能奏效,缝合后看来表面出血停止,但深部常遗有死腔,极易继发性聚积血液、胆汁,形成人为的中心型爆炸伤,术后可能并发感染和胆质血症。如果腔内有较大的血管和胆管断裂而未处理,血液经死腔进入胆道,便可在临床上发生常见的周期性胆源性消化道出血,给术后的治疗造成极大的困难。深裂伤应在暂时阻断肝门控制出血的情况下,清除失活的肝组织及凝血块,敞开伤口,在直视下将较大血管、胆管一一结扎止血,然后再将伤口对口缝合。为了消灭死腔和压迫小血管的出血,伤口内可用带蒂的大网膜松松填塞固定。我们更多推荐的是边缘缝合可用褥式或间断方式缝合,伤口敞开,不必对合,腔内放置橡皮管引流,可防止死腔的形成和减少感染发生。如直接止血困难,尤其在较大的星芒状裂伤病例,可试行阻断肝动脉,如能控制出血,则可结扎相应的肝固有动脉或其分支(左、右肝动脉),达到止血目的,再以带蒂大网膜松松填塞或将肝伤口分边缝合。

关于肝动脉结扎术, Aaron 结扎肝动脉治疗肝外伤 60 例取得较好效果,随后 Flint 在 540 例肝外伤治疗中,采用肝动脉结扎术 94 例(17%),失败 15 例,死亡率达 47%。肝动脉结扎对低血压的病例,可引起肝灌注减少,导致肝缺血,产生肝坏死或脓毒症。因此不少人并不支持肝动脉结扎术,近年来热衷此手术者已减少。但是对中心型肝破裂和深部贯通性伤,一般止血方法效果不好时,仍可考虑选用选择性肝动脉结扎术。

暂时阻断肝门(Pringle 法)即阻断肝门三联来控制肝实质的大出血,在肝损伤手术处理中有很大的实用价值。阻断肝门可以作为一种寻找出血来源的方法,又可作为在控制肝实质出血下进行无血手术操作的有效措施,目前也广泛用于一般性肝切除手术。阻断肝门最简单的方法是以示指、拇指压迫,也可用导尿管、止血带或腔静脉钳。常温下,阻断肝门时间 15~30min 是安全的。究竟能阻断多长时间是公认安全的,目前还不清楚。有的认为其安全期可达 1h 以上。Feliciano 治疗肝外伤 30 例,平均阻断肝门三联 30min,其中超过 1h 的 3 例,术后肝功能提示异常,但均于几天内恢复正常,未发生肝衰竭。但值得一提的是,有不同程度肝硬化病变者,则需据情而定。

(4)隧道状贯通伤:这种损伤的处理,构成外科的特殊问题,入口或出口常位于肝脏的后面、上面或裸区。首先要显露出口、入口。小口径的枪弹损害较小,手术时出血多已停止或有少量血液、胆汁渗出。除出口处明显的失活肝组织应切除止血外,弹道内无需清创,用吸引器吸去陈旧血块及胆汁后,如无大出血或溢胆汁即证明未伤及大血管及胆道,只需在弹道两端(出、入口)各放入引流管,充分引流,在肝周再加引流即可。如出血不止,且血管较多,应打开死腔或隧道进行直视下止血或结扎相应的血管,或行肝叶切除术。总之,隧道状贯通伤以引流

为原则,不得填塞或表浅缝合,以免遗留死腔,增加术后并发症的机会。

(5)肝断裂伤或粉碎性肝挫裂伤:这种肝损伤在临床上并不少见,肝损伤后常因巨大裂口,所剩肝连接部并不多,易于作肝切除,但必须明确切除的目的是为了止血或去除失活的肝组织,切面不需经过正常的肝组织。因而常采取非典型肝叶切除术,严格地说应该称为清创切除术,即切除失活组织,止血,通畅引流。

此类肝损伤伤员,常在外伤、失血、休克的沉重打击下,机体状态差,难以承受较大手术负担,因此手术尽量避免再次大的创伤,采取克制性手术,只要能达到清创切除术的目的即可。事实上,有些肝叶切除术完全可以肝动脉结扎来代替,然后进行清创处理,包括肝桥切断去除,充分引流肝周区。

(6)肝包膜下血肿:肝包膜下小的血肿虽然可以吸收,但也有扩大或破裂出血的危险,而且如不切开,难以估计肝实质的损伤程度和范围,所以,肝包膜下血肿不论大小,均应切开。表浅者用温盐水纱布垫压迫后,渗血可止,难以压迫止血的创面,可用电凝止血,表浅出血一般效果较好;深部裂伤,可按肝深裂伤处理,首先清除失活组织,在直视下结扎止血,缝合创面或创面直接引流。

(7)中心型破裂:剖腹后可见肝脏局部凸起或一叶、一段肿大变形,常合并有包膜下血肿或无,借穿刺造影或术中B超证实诊断。如有死腔存在或肿大变形仍在发展、消化道出血等,应切开探查,在直视下止血,缝合血管和胆管后,以带蒂大网膜充填或敞开后置橡皮管引流。如止血困难,可行肝动脉结扎,仍不能止血时,有必要作肝切除术。

(8)肝门损伤:肝门的肝动脉、门静脉撕裂伤常发生威胁生命的大出血,切开腹膜后即有大量血液及凝血块涌出,往往在尚未弄清情况前,伤员情况已迅速恶化。在此情况下应停止一切程序性腹内操作,迅速用左手经肝下小网膜孔控制肝十二指肠韧带阻断血流,吸尽腹腔内积血后可用静脉钳、导尿管或止血带阻断,阻断时间不超过20min,间歇2~3min,重复阻断,加速输血,待伤员情况好转后判明损伤部位进行处理。如为肝动脉出血,可直接结扎;如为门静脉出血,尽可能予以修补,血管移植或肠系膜上静脉-门静脉吻合。近年来已有报道急性结扎门静脉成功的病例,成活率约80%。一般情况下我们并不推荐此种方法。肝外胆道损伤,一般性裂伤可置“T”管引流,缝合后经“T”管注水检查其他损伤遗漏的胆管。断裂伤时可作胆肠吻合术,重建胆汁的正常排泄出路。

(9)肝静脉和肝后腔静脉撕裂伤:肝静脉和肝后腔静脉损伤可引起致命的出血,这些大静脉壁薄,且被肝组织包绕,止血和修补均很困难,肝外伤伴下腔静脉损伤的死亡率高达60%~100%。

这些大血管损伤的诊断并不困难,当阻断肝门时,若大出血仍持续不止,应考虑到腔静脉或肝静脉的创伤。为显露肝静脉和肝后腔静脉,有人在直视下钳夹肝上、下腔静脉,此法对于已处休克状态的病员不利于静脉回流,心脏充盈,可引起心律失常和停搏。也有人采用单纯腔内分流维持心脏静脉回流,但难以控制出血。近年来人们采用肝后腔静脉气囊分流术,即先用纱布填塞压迫出血处,阻断肝门,迅速游离右半结肠、十二指肠及胰头,向内侧牵拉,暴露并游离出肾静脉以上的下腔静脉,在该处置止血带,在两条止血带间纵形切开下腔静脉,将预备好的顶端有30mL气囊的硅化分流塑料导管沿切口向上插入下腔静脉,顶端置于膈上水平,气囊

内充气或注入生理盐水 30mL 以阻断下腔静脉近心端和压迫附近破裂肝静脉,另一端置入下腔静脉内远心端,收紧止血带,至此,即阻断了全部肝血流,身体下半部的静脉血经腔静脉内的分流通回右心。也可以经大隐——股静脉插气囊导管至肝后腔静脉,导管(24Fr)内径为 4.8mm,外径为 7.9mm,经动物实验证明,此种方法右心房排出量仅减少 30%,气囊导管法是有效的。但此类操作复杂,费时久,出血多,患者难以忍受。有人仍主张采用清创后填塞法,待患者情况稳定后,再改用腔静脉钳钳夹出血处,然后修补损伤血管。

(10)填塞止血法:采用填塞方法用于肝创面止血已有 60 多年的历史,因纱布填塞止血违反外科清创引流原则,虽可达到暂时止血目的,但因纱布容易与创面肉芽组织交织,取出时易出血,取出后遗留下来的空腔又是积液储脓的死腔。在填塞过程中及凝血变硬后可导致周围组织压迫坏死,造成胆瘘、感染及再出血等,故受到许多学者的反对。但临床上至今仍因有些难以止住的出血用纱布填塞治疗取得较满意的效果。我们提出下列情况适用填塞疗法:①肝切开或选择性肝动脉结扎后有渗血。②肝叶切除后有渗血。③广泛性肝包膜下血肿。④广泛性双叶肝损伤。⑤医生的肝手术技能水平及医院的设备条件差。

(11)肝外胆道减压引流术:严重肝损伤破裂时采用肝外胆管减压术,如胆总管“T”管引流或胆囊造瘘术,作为手术处理中的一项原则,以防止胆瘘、胆汁性腹膜炎和继发性的延迟性出血。其理由是肝组织清创时只能将主要的胆管结扎,损伤本身,术后咳嗽、呕吐或使用止痛剂如吗啡等均能引起奥狄括约肌痉挛,使胆道内压力增高,可使未结扎小胆管胆汁溢出,形成胆汁性腹膜炎、胆瘘等。同时还可以通过“T”管注水(用肠钳阻断胆管远端)检查肝伤面有无遗漏未结扎的胆管,可以防止术后胆瘘或胆道出血等严重并发症。而“T”管也可作为日后了解肝胆内部情况的一个造影检查途径。特别要提及的是,肝外伤对口缝合后,最严重并发症是术后胆道出血。主要是创面较大的胆管未结扎,对口缝合后又形成死腔,血块堵塞的血管因血块液化再次出血流入死腔经过漏扎的胆管进入消化道,形成周期性出血。因此,经“T”管加压注水检查创面胆管是一种有效的方法。

(12)引流问题:肝外伤的引流问题已争论 80 多年。反对者认为凡引流者其肝周感染发生率高,肝外伤常规放置引流管是不适当的。但是在大量的临床病例中,我们发现除表浅的轻度肝外伤缝合后无明显渗血者不需放置引流外,一般重度肝破裂均需闭式引流。肝损伤放置腹腔引流是肝损伤手术处理死亡率明显降低的重要因素之一,可以减少渗出血液、胆汁在腹腔内聚积所致的感染,可以减少死腔的形成。引流管以橡皮胶管为宜。烟卷引流只能维持 24h 有效容易堵塞。双腔管负压过大,管壁塌陷,腹腔内组织堵塞内孔,常常效果不佳。引流管在术后 3~4 天无渗出物时拔出。

3.肝损伤的术后处理 除周围性肝浅表裂伤外,肝深部裂伤、断裂伤、广泛肝挫伤而行广泛的清创切除术、肝动脉结扎术、肝叶切除术或纱布、大网膜填塞术后,都有不同程度的代谢紊乱和肝功能损伤,凝血机制也会出现不同程度的障碍。这些与创伤程度,肝切除范围,失血量多少,休克时间长短和术后并发症有直接关系。

代谢紊乱在术后 5~7 天内最严重,一般在 3 周后才基本恢复。因而术后 5~7 天内应积极进行护肝治疗,防止出血、休克、感染、肠麻痹和肝功能衰竭。每天给予 200~250g 葡萄糖,即由静脉输入 10%葡萄糖液 2000mL 和 5%葡萄糖盐水 500mL,每 1000mL 液体中加入维生

素 C 1g, 每日肌注维生素 K 10~15mg 和维生素 B₁ 100mg。给予广谱抗生素防止感染, 持续胃肠减压, 减轻腹胀, 密切观察引流液中有无血液、胆汁。必要时补充血浆白蛋白、血浆或鲜血, 有利于肝功能恢复, 注意水、电解质平衡, 尤其要防止缺钾症。术后尽量避免给予有损害肝脏的药物。对有出血倾向或渗血严重伤员, 除术中创面仔细止血和及时输血外, 术后要给大量维生素 K 和止血药物, 必要时可输新鲜血和纤维蛋白原, 以增加凝血作用。对有肝昏迷早期症状的伤员, 应给予谷氨酸钠、谷氨酸钾或精氨酸并控制蛋白的入量。肝动脉结扎及肝叶切除伤员术后要持续给氧。

(李一凡)

第二节 肝血管瘤

肝血管瘤是肝最常见的良性肿瘤, 正常人群的发病率为 0.5%~0.7%, 特别是近年来随着影像学技术的迅速发展, 其检出率明显增加。目前对肝血管瘤确切的病理发生机制尚未明了, 可能与先天性血管发育异常及后天性内分泌影响有关。肝血管瘤多见于成年人, 其临床表现及治疗方法因肿瘤的部位、大小、增长速度及肝实质受累程度不同而异。

【流行病学及组织学分型】

肝血管瘤正常人群发病率 0.5%~0.7%, 可发生于任何年龄, 30~70 岁多见, 平均 47 岁, 男女比例 1:3。组织学上分为硬化型血管瘤、血管内皮细胞瘤、毛细血管瘤和海绵状血管瘤 (HCHs) 4 型, 其中以海绵状血管瘤最多见。

【诊断】

(一) 临床表现

小血管瘤可无临床症状, 常因其他原因进行腹部影像学检查时发现。临床上肝血管瘤多见于青年妇女, 有报道妊娠期或口服避孕药者血管瘤可迅速增大而出现症状, 机制不明确。当瘤体直径 >4cm 时可牵拉肝包膜或压迫胃肠道等邻近组织器官而出现上腹隐痛、餐后饱胀、恶心呕吐等症状。因肝血管瘤多在肝外包膜下自发生长, 并有自发或创伤性破裂出血的可能, 一旦破裂, 病死率达 70% 以上, 因此文献中一般将直径 >4cm 的血管瘤称为巨大血管瘤。

肝血管瘤可合并血小板减少症或低纤维蛋白原血症, 即 Kasabach-Merritt 综合征。这与巨大血管瘤内近期血栓形成消耗了大量的凝血因子有关, 为肝血管瘤的罕见并发症, 多见于儿童。婴儿肝血管瘤可出现腹部包块, 较大瘤体在肝内形成动静脉瘘时, 可致心回心血量增加, 发生充血性心力衰竭, 某些病例特别是儿童还可同时有皮肤或其他内脏器官血管瘤的存在。部分肿瘤较大的病例, 可出现内分泌激素水平变化, 如睾酮、肾上腺皮质激素水平升高等。

(二) 辅助检查

1. X 线 由于肝血管瘤缺乏特异性的临床表现, 诊断主要有赖于各种影像学检查的结果。X 线平片检查在巨大肝血管瘤时显示右膈肌抬高, 消化道气体受压改变, 且无特异性, 当肿瘤出现钙化时应考虑肝血管瘤的可能。

2. 超声检查 超声检查简单易行并且无创, 是首选的影像学方法。超声可检出直径 >

2cm 甚至 1cm 以下的小血管瘤。肿瘤的图像常见有高回声型、低回声型和两者混合型。高回声型血管瘤的超声诊断符合率可高达 90%，但低回声型易误诊为原发性肝癌，总的来说超声诊断符合率可达到 54.5%~91.9%。血管瘤的典型超声表现为均质、强回声、边缘清楚及后壁声影增强的肝内占位，中心可出现小的低回声区。65%~75%的血管瘤呈现上述典型表现，其余病灶呈低回声、等回声、混合回声。高回声也非血管瘤的特异征象，同样见于少数血管丰富的肝细胞癌转移灶、腺瘤、灶性结节性增生等病灶。较大的血管瘤(直径>5cm)者表现为内部高低混杂回声，边界不整，形状不一，此为瘤内有纤维性变、血栓形成或坏死所致。有时肝癌也可有类似图像，需做其他影像学检查加以鉴别。

3.CT 检查 平扫肝血管瘤表现为圆形或卵圆形低密度灶，可多发或单发。绝大多数密度均匀，边界清楚，脂肪肝内血管瘤密度较高。瘤内机化较多时呈星状或裂隙状低密度，有时瘤内可显示不定形钙化。瘤体直径>5cm 时，肝叶有明显的变形，表现膨胀性局限性突出，边缘光滑整齐。CT 增强扫描对肝血管瘤的定性有很大的帮助，尤其在与肝癌的鉴别上。肝血管瘤的 CT 增强表现为：早期病灶边缘呈高密度强化与同层之腹主动脉一致；增强区域呈进行性向心性扩展；延迟(>5min)扫描病灶呈等密度充填，再延迟 1h 后病灶又恢复到平扫的低密度，简称为造影剂为“快进慢出”表现；肝癌 CT 增强造影为“快进快出”征象。肝转移瘤 CT 增强早期，边缘或整个病灶出现明显强化，在门静脉期造影剂基本排出，有的可有“牛眼”征，延迟扫描病灶呈低密度，很少出现等密度充填，可与肝血管瘤相鉴别。

4.MRI 检查 MRI 对肝血管瘤具有特殊的诊断意义，且不会遗漏较小的病灶。 T_1 弱信号， T_2 高强度信号，是鉴别肝癌的重要指征。 T_2 WI 表现为特征性的“灯泡征”样高信号，增强扫描可查及直径>1.5cm 的血管瘤，并能提高其诊断正确率。 T_2 时间的延长是成年人肝血管瘤的特征，对儿童则提示血管瘤内无血栓形成。应引起注意的是源于胃癌、肉瘤、类癌的肝内转移灶亦可呈现均匀高信号，即所谓“灯泡征”，需结合临床病史、肝血池显像、肝动脉造影和肝细针穿刺活检等加以确诊。

5.动脉造影 肝血管瘤动脉造影是肝血管瘤最可靠的诊断方法之一。造影剂进入肝血窦后密度呈很高的染色，形似大小不等的“小棉球”或“爆米花”，瘤体巨大的则出现“树上挂果”征。动脉期很早出现，持续时间长，可达 20s 甚至更长，即“早出晚归”征。巨大血管瘤同时还显示被推移的肝动脉。

6.放射性核素显像 核素标记红细胞肝扫描对诊断血管瘤具有高度特异性，单光子发射计算机体层扫描(SPECT)肝血流-血池显像方法对肝血管瘤的诊断有高度的特异性和敏感性，是诊断肝血管瘤的最佳方法。肝血管瘤胶体显像表现为放射性缺损区；静脉注入 ^{99m}Tc -RBC 显示放射性明显高于周围肝组织的血管瘤影像，这种过度填充的特点，即为肝血管瘤的特异指征，其他任何占位性病变均无此特点。

(三)分级

国内外学者根据肝血管瘤瘤体大小将其进行分级。Adam 将直径>4cm 的血管瘤称为巨大的血管瘤，并称由于该类病人 80%将出现并发症，因而将其列为手术指征。亦有学者指出，三级分类法较适合临床实际情况，并可作为选择处理对策的参考标准之一，即直径<5cm 者称小血管瘤(small HCHs)，直径 $\geq$ 5cm 者称大血管瘤(larger HCHs)，直径 10cm 以上者称巨大

血管瘤(giant HCHs)。

【治疗】

肝血管瘤是否需要治疗取决于患者的临床症状和严重程度以及肿瘤的生长速度和有无恶变。一般认为肝血管瘤发展缓慢,预后良好,对于无症状者大都不需要治疗。当患者存在严重的心理压力时应考虑治疗。对有明显症状、生长迅速、肿瘤 $>4\text{cm}$ 或不能排除肝癌者,应进行治疗。肝血管瘤常用的治疗方法有手术治疗(手术切除、血管瘤捆扎术、肝动脉结扎术)、介入治疗(肝动脉栓塞或肝栓塞+瘤体硬化术)、激素治疗、放射治疗、射频治疗以及微波、电化学、冷冻、注射疗法等,甚或包括肝移植,治疗方法的选择应根据肿瘤的大小、部位、患者的肝功能及全身情况而定。

基于循证医学的文献及统计结果表明,手术治疗被认为是治疗肝血管瘤的首选,无论是瘤体剥除术还是肝段肝叶切除术均具有相当的疗效,但手术治疗的术中风险和肝功能损伤较大以及住院时间较长仍是其不足之处。肝动脉栓塞相对射频消融术更加安全、微创、简单易行,使其易于推广。但疗效与不良反应需更多的随机对照试验来提供更多的证据支持。

(一)适应证

1.明确诊断的血管瘤,一旦肿瘤 $\geq 5\text{cm}$ 、增大趋势明显、位置不好(位于肝门区、胆囊旁、尾状及近肝表面等部位)、出现症状、多发以及与肝恶性肿瘤难以鉴别等任何一种情况下,均应予以积极处理。

2.鉴于现代治疗技术的发展及疗效的进一步确定,相对于一种良性病变来说,应当积极探索发展简易有效的微创疗法。

(二)常用治疗方法

1.手术 有开腹与腹腔镜两种方法。有学者报道血管瘤外科治疗 20 年的经验认为手术方法可沿肿瘤分界施行血管瘤剥除术或规则性的肝叶、半肝切除术。

(1)开腹巨大肝血管瘤切除术:手术切口根据瘤体部位和大小采取个体化切口,多采用长的右侧肋缘下切口或“人”字形切口,对于生长肝右后叶的瘤体可采用右侧第 8 肋间的胸腹联合切口。

血管瘤瘤体与正常肝组织间有明确的界线,一般可沿此界线分离,可将肿瘤剥除;分离时注意勿切破瘤体包膜,避免难以控制的出血发生。如病程较长或曾施行过经导管肝动脉化疗栓塞(TACE),分界线不清或伴有纤维增生、炎症、水肿,肝实质脆而易出血者,可行包含瘤体在内的规则性肝切除;可采用分侧肝门控制或分侧再加上全肝门控制,减少或避免出血。切除时一般可采用前径路,肝右叶巨大肿瘤特别是右后叶的巨大血管瘤有将肝后下腔静脉向前推移的倾向,甚至肿瘤一部分伸至下腔静脉后方将下腔静脉部分包绕,采用前径路可经过最短途径达到下腔静脉的前壁,便于对肝短静脉和肝右静脉的分离和处理。保持肝流出道通畅非常重要,对有损伤的主要肝静脉须妥善修复。创面处理要仔细妥善地止血,并放置腹腔引流管。

(2)腹腔镜肝血管瘤切除术:根据病变部位采用不同的体位,肝前叶和左中病变采用仰卧位,右后叶采用左侧卧位。脐部置入 30° 腹腔镜,其他操作孔位置选择以最有利于肝的游离和手术操作为原则,通常选择剑突下和右肋缘下做操作孔。

手术步骤包括肝的游离、血管的控制阻断、肝实质切开、肝断面的处理和标本取出等。具

体步骤如下:①显露第一肝门,以备术中出血量大而需阻断入肝血流,预计肝切除简单时可不需此操作;②充分游离肝,用超声刀离断肝圆韧带、镰状韧带、左三角韧带、左冠状韧带,按“左规右不规”原则切除病变;③离断肝实质,切除范围距肿瘤边缘 2cm 以上,电凝钩置预切线,吸引器协助吸引及显露术野,超声刀沿预切线逐步离断肝组织,根据显露管道用可吸收夹或钛夹闭合,最后用直线切割闭合器(Endo-GIA)切断肝左静脉;④冲洗创面,用电刀或氩气刀止血,对裸露较粗脉管可吸收夹夹闭,创面覆盖止血纱布,喷洒生物蛋白胶,于肝断面放置引流管引出体外;⑤切除标本置入标本袋内,卵圆钳钳夹取出。也可如开腹肝血管瘤切除术一样腹腔镜下沿瘤体边缘用 LigaSure 或超声刀逐渐切除瘤体。

(3)风险防范:①出血的控制。可采用第一肝门暂时阻断减少或避免出血,每次阻断时间控制在 15min 以内。②术中减少对血管的损伤,出血时及时有效地止血,术中采用超声刀或 LigaSure 解剖分离可减少术中失血量;沿瘤体与正常肝组织的界线分离,避免破坏包膜进入瘤体导致难以控制的大出血发生;也可采用 Lapdisc 辅助下肝切除术,结合手指触摸、钝性分离明确大的管道结构,先引线结扎,于结扎线间切断,减少出血。③气体栓塞,采用超声刀止血、控制好气腹压,分离血管防止损伤等。术前行 CT 血管造影明确瘤体与周围血管的关系,增加术中操作的目的性,减少意外发生,进而减少出血和气体进入血管的机会。④严格掌握手术指征,充分考虑手术的安全性、有效性和最终疗效,结合瘤体的部位、大小、患者临床表现和术中探查情况以及技术条件等综合考虑手术方式。

2. 介入治疗

(1)方法:采用 Seldinger 技术行肝动脉插管造影,先了解血管瘤的数目、大小、位置、染色特征及血供情况,再超选插管至血管瘤的供血支,将栓塞剂与血管硬化剂经肝动脉注入瘤体血窦后填充并滞留其中,达到破坏血窦内皮细胞和闭塞瘤体血窦的作用。

常用的栓塞剂有碘化油、鱼肝油酸钠、无水乙醇、平阳霉素、尿素、TH 胶、明胶微粒、真丝微粒等以及多种组合应用。

此外,栓塞治疗对于需要进行外科手术的患者,术前一定范围的肿瘤栓塞对于减少术中出血也有一定的意义。

(2)风险防范:栓塞的严重并发症如肝坏死、纤维化、胆管坏死、胆管狭窄、肝内胆汁瘤、肝脓肿、死亡,以及严重疼痛、发热等栓塞后并发症,都与肝内胆管血供特点相关——如不适当地从肝动脉注入硬化剂后将使肝内胆管毁损、同时引起左右肝管的硬化与闭塞;此外与采用强烈的血管硬化剂作为栓塞剂、肝巨大血管瘤等也密切相关。选择适当病例、采用温和缓慢的平阳霉素碘油乳剂作为栓塞剂等可避免栓塞后严重并发症的发生。目前,经肝动脉栓塞治疗在血管瘤治疗中的应用价值尚未达成共识,应慎重实施;对于巨大肝血管瘤应视为禁忌证。

3. 其他治疗方法 如射频消融术(可经皮、经腹腔镜或经开腹等),经皮注射疗法(采用无水乙醇、鱼肝油酸钠、平阳霉素、放射性核素等),经皮冷冻消融及放射治疗。这些治疗中的风险防范是避免出血、远离大血管与胆管、超声监测硬化剂避免周围组织及管道内渗漏与蔓延、注入硬化剂每次剂量不宜过大等。

(吴贵荣)

第三节 肝脏感染

各种原因所致肝脏感染后,因处理不及时或处理不当而形成脓肿,称为肝脓肿。肝脓肿都是继发的,临床上有细菌性肝脓肿和阿米巴性肝脓肿。

一、细菌性肝脓肿

细菌性肝脓肿常指由化脓性细菌引起的感染,故亦称为化脓性肝脓肿。肝脏由于接受来自肝动脉和门静脉的双重供血,并通过胆道与肠道相通,故发生感染的机会很多。但由于肝脏有丰富的血液供应和网状内皮系统强大的吞噬作用,因而化脓性肝脓肿并不经常发生。

(一)病因

引起化脓性肝脓肿的最常见菌种是大肠杆菌和葡萄球菌,混合感染次之,链球菌、产碱杆菌少见,偶有厌氧菌感染。胆管源性者以及经门静脉播散者以大肠杆菌最多见,其次为厌氧性链球菌。经肝动脉播散,以葡萄球菌尤其是金黄色葡萄球菌为常见。

化脓性肝脓肿是一种继发性病变。病原菌可由下列途径进入肝脏。

1.胆道系统 这是目前最主要入侵途径,也是化脓性肝脓肿最常见的原因。胆囊炎、胆管炎、胆管结石、胆管狭窄、扩张或肿瘤阻塞、蛔虫、华支睾吸虫等所致的梗阻,化脓性炎症均可引起上行感染,形成肝脓肿。

2.门静脉系统 坏疽性阑尾炎、痔核感染、胰腺脓肿、肠炎、脐部感染及化脓性盆腔炎等可引起门静脉炎、脱落的脓毒性栓子进入肝脏,形成肝脓肿。但由于外科诊疗技术的发展和抗生素的临床应用,这种途径的感染已大大减少。

3.肝动脉 机体内任何部位的化脓性疾病,如急性上呼吸道感染、亚急性细菌性心内膜炎、骨髓炎和疖等,病原菌均可由肝动脉进入肝脏,因机体的抵抗力下降,细菌在肝内繁殖成多发性肝脓肿。

4.腹内脏器感染的直接蔓延 如化脓性胆囊炎、急性胃十二指肠穿孔、膈下脓肿、肾周围脓肿等,病原菌可经淋巴系统侵袭肝脏。

5.外伤后继发感染 尤其是开放性肝损伤时,细菌直接进入肝脏发生脓肿,闭合性损伤,肝内血肿容易导致内源性细菌感染,若有胆管断裂则感染的机会更多。

此外,如肝动脉结扎术,介入性肝动脉栓塞,肝动脉及门静脉插管进行化疗药物灌注,均可促成医源性肝组织的坏死感染。

(二)临床表现

细菌性肝脓肿表现为急性炎症过程,但临床表现常被原发疾病的症状所掩盖。由于肝脏的血运丰富,一旦发生化脓性感染后,大量毒素进入血液循环,引起全身脓毒症反应。主要表现为寒战、高热,体温在 $38\sim 40^{\circ}\text{C}$ 之间,脉率快,伴有大量出汗,肝区疼痛是因为肝被膜呈急性膨胀和炎症刺激的结果。同时由于脓毒症反应,病人有乏力,食欲不振,恶心和呕吐等症状。

检查时常有肝脏肿大,肝区压痛。并发于胆道梗阻的病人,常见有黄疸。其他原因的化脓性肝脓肿,一旦出现黄疸,表示病情严重,预后不良。

(三)诊断

在急性肠道或胆道感染的病例中,突然发生寒战、高热、肝区疼痛以及肝区压痛和叩击痛,应想到有肝脓肿的可能,需进一步检查。

实验室检查,白细胞明显升高,有左移现象或毒性颗粒出现。谷丙转氨酶、碱性磷酸酶升高。肝功能也可出现异常。

X线检查可见肝脏阴影增大,右侧膈肌升高,活动受限,肋膈角模糊或胸腔有少量积液。

B超检查在临床上有重要的诊断价值,常可明确肝脓肿的大小、部位,单发还是多发,结合临床表现常是诊断肝脓肿的重要依据。当然还有CT、磁共振等,但均不及B超简单、方便、安全和非介入性,并不给病人带来痛苦。细菌性肝脓肿应与阿米巴肝脓肿、肝癌、右膈下脓肿等相鉴别。结合病史、体征、临床表现和各种检查,鉴别一般并不困难。

(四)治疗

细菌性肝脓肿为一继发性疾病,如能早期确诊,早期治疗原发病灶和加强术后处理,这种疾病是可以预防的。早期肝脏感染,能及时给予大量抗生素,加强支持疗法,及时治疗原发病灶,常可防止肝脓肿形成。

1.一般治疗 对于急性期肝脏感染,脓肿尚未形成或多发性小脓肿,宜采取非手术疗法,即积极治疗原发病灶,同时使用大量抗生素和全身支持疗法,控制感染,积极补液,纠正水、电解质紊乱,给予多量维生素,多次小量输血、血浆纠正低蛋白血症,改善肝功能,增强机体抵抗力。

2.手术治疗 脓肿切开引流是治疗脓肿的基本原则,如果脓肿形成,在一般治疗的同时,应积极进行脓肿切开引流术,常用的手术途径有以下几种。

(1)经腹腔切开引流:此种方法最常用,引流充分而有效,同时还可以探查原发的病灶进行处理。对化脓性胆管炎病人,同时可做胆总管引流。

(2)腹膜外脓肿切开引流。位于肝右叶的前侧和左外叶肝脓肿,与前腹膜发生紧密粘连,可采取前侧腹膜外进路引流脓液,可减少对腹腔的污染。

(3)后侧脓肿切开引流:位于肝右叶膈顶部或后侧的脓肿,可采用后侧腹膜外脓肿切开引流。病人取左侧卧位,左侧腰部垫一沙袋。沿右侧第十二肋骨稍偏外侧作一切口,切除一段肋骨,在第一腰椎棘突水平的肋骨床区作一横切口,显露膈肌,用手指沿肾后脂肪囊向上分离,显示肾上极与肝下面的腹膜后间隙直达脓肿。用穿刺针沿手指方向刺入脓腔,抽得脓液后,用血管钳顺穿刺方向插入脓腔,排尽脓液,再用手指扩大引流,冲洗后,置入双腔负压引流管,再缝合伤口。

对于慢性壁厚的肝脓肿,引流后脓壁不塌陷,长期留有死腔者;肝内一叶一段胆管结石反复感染,肝组织已严重毁损无功能者,可考虑作肝叶切除术。

二、阿米巴性肝脓肿

阿米巴性肝脓肿是肠阿米巴病最多见的并发症。其主要并发症为不规则长期发热,肝脏肿大,肝区疼痛,全身逐渐消耗和消瘦等。

(一)病因

阿米巴性肝脓肿是由溶组织阿米巴所引起的。有的在阿米巴痢疾期形成,有的发生于痢疾之后数周或数月,也有长达二三十年之久。当人们吞食阿米巴包囊污染的食物或饮水等经胃液消化,在肠内释放原虫并大量繁殖,侵犯结肠黏膜形成溃疡,常见于盲肠、升结肠等处,少数侵犯乙状结肠和直肠。

寄生于结肠黏膜的阿米巴原虫,分泌溶组织酶,消化溶解肠壁上的小静脉后,原虫侵入静脉,随门静脉血流进入肝脏。原虫也可以穿过肠壁直接侵入肝脏,或经淋巴管到达肝内。一小部分存活原虫在肝内繁殖,引起肝组织充血炎症,继而原虫阻塞门静脉末梢,造成肝组织局部缺血坏死,又因原虫产生溶组织酶,破坏静脉壁,溶解肝组织而形成脓肿。

(二)病理变化

阿米巴性肝脓肿多为单发,脓腔多较大。脓肿分三层,外层早期为炎性肝细胞,随后有纤维组织增生形成纤维膜;中间层为间质;内层中央为脓液。脓液内充满溶解和坏死的肝细胞碎片和血细胞,典型的阿米巴肝脓肿呈果酱色,较黏稠,无臭,一般是无菌的。阿米巴滋养体在脓液中很难找到,但在脓肿壁上常能找到阿米巴滋养体。

(三)临床表现

本病的发展过程一般比较缓慢,急性阿米巴肝炎期较短暂,继之为较长时期的慢性期。主要为发热,肝区疼痛及肝肿大。体温多持续在 $38\sim 39^{\circ}\text{C}$,常为弛张热或间歇热,在肝脓肿后期,体温可正常或仅低热。如继发细菌感染,体温可达 40°C 以上,伴有畏寒、多汗、食欲不振、腹胀、恶心、呕吐,甚至腹泻、痢疾等症状。病人伴体重减轻,衰弱乏力,消瘦,贫血等亦常见。约 $10\%\sim 15\%$ 出现轻度黄疸。

肝区有明显叩击痛,较大的右肝脓肿可出现右下胸部膨隆,肋间饱满,局部皮肤水肿与压痛,肋间隙增宽,肝右下脓肿时可见右上腹膨隆,有压痛,右上腹肌紧张或扪及包块。少数病人可出现胸水。

(四)诊断

对有长期不规则发热,出汗,食欲不振,体质虚弱,贫血,肝区疼痛,肝脏肿大,有压痛或叩击痛,特别是伴有痢疾病史时,应疑为阿米巴性肝脓肿。当然缺乏痢疾病史,也不能排除本病的可能性。下列几点对于确诊具有重要意义。

1.新鲜大便反复检查,寻找阿米巴包囊或滋养体。

2.乙状结肠镜检查,发现结肠黏膜有特征性凸凹不平的坏死性溃疡,或愈合后的瘢痕,自溃疡面取材,可能找到阿米巴滋养体。

3.B超检查,在肝脏发现不均质的液性暗区,与周围肝组织分界清楚。

- 4.超声定位肝穿吸得典型的果酱色无臭脓液,有重要诊断价值。
- 5.血液检查,白细胞增高,肝功能可正常,偶见谷丙转氨酶、碱性磷酸酶轻度升高,少数病人胆红素可增高。
- 6.血清学检查,间接血凝法较灵敏,阳性率可达 90% 以上,故对阿米巴性肝脓肿的诊断有一定价值。
- 7.诊断性治疗,经上述检查,高度怀疑本病者,可试用抗阿米巴药物治疗,如治疗后临床症状,体征迅速改善,则可确诊。
- 阿米巴肝脓肿与细菌性肝脓肿的鉴别要点,参见表 2-1。

表 2-1 阿米巴肝脓肿与细菌性肝脓肿的鉴别要点

鉴别项目	阿米巴肝脓肿	细菌性肝脓肿
病史	有阿米巴病史	常继发于败血症、腹部化脓性疾病,如化脓性胆管炎等
症状	起病缓,病程长。体温多在 38~39℃,畏寒	起病急,全身脓毒血症明显,体温在 40℃ 以上,伴寒战
肝脏	肝大、压痛明显,有局部隆起	肝大不显著,一般无局限性隆起
脓肿	脓肿大,多位于右侧肝	脓肿小,多发性
脓液	脓液量多,呈巧克力色,无臭味,可找到阿米巴滋养体,细菌培养阴性	脓液量少,黄色,细菌培养大多阳性,肝组织为化脓性病变
血象	白细胞总数增多,不明显,以嗜酸性者为多	白细胞总数及中性粒细胞明显增多
血培养	细菌培养阴性	细胞培养可阳性
粪便检查	可查到阿米巴滋养体或包囊	无
诊断性治疗	抗阿米巴治疗有效	无效

(五)治疗

- 阿米巴性肝脓肿病程长,消耗大,病人全身情况差,常有贫血和营养不良,在治疗上应给高碳水化合物、高蛋白、高维生素和低脂肪饮食,纠正贫血,同时给予抗生素治疗。最重要的是用抗阿米巴药物治疗,并结合穿刺抽脓,必要时采用外科治疗。
- 1.药物治疗 灭滴灵对肠道阿米巴病和肠外阿米巴原虫有较强的杀灭作用。对阿米巴性肝脓肿和肝炎均有效。毒性小、疗效高,成人每次 400~800mg,一日 3 次,连服 5~7 日为一疗程。儿童每日每千克体重 50mg,分 3 次服,连服 7 日。疗效可达 96%。服药期间应禁忌饮酒,偶有恶心、腹痛、皮炎、头昏及心慌,不需特殊处理。
- 盐酸吐根碱(依米丁)对阿米巴肝脓肿有良好效果。吐根碱对阿米巴滋养体有较强的杀灭作用。成人每日 0.06g,肌肉注射,连续 6~10 日为一疗程,总剂量不超过 0.6g。必要时可重复应用,但需隔 30 日。本品毒性大,可引起心肌损害,血压下降,心率失常等。此外还有胃肠道反应,肌无力,神经闪痛及吞咽、呼吸肌麻痹。由于该药毒性大,目前多用灭滴灵或氯喹啉。
- 氯喹啉对阿米巴滋养体有杀灭作用。口服后肝内浓度较高,排泄也慢,毒性小,疗效高。