

文章编号:1005-6947(2004)01-0064-02

· 临床报道 ·

门静脉插管灌注抗生素治疗细菌性肝脓肿 36 例报告

曹登科¹, 徐元灯², 周东海¹

(1. 三峡大学仁和医院 普外科, 湖北 宜昌 443001; 2. 湖北省当阳市人民医院 肝胆外科, 湖北 当阳 444100)

摘要:总结了门静脉插管灌注抗生素治疗位于第二肝门、肝实质深部或病灶呈“蜂窝”状的肝脓肿 36 例的临床资料, 36 例中单发脓肿 6 例, 均位于右叶; 多发脓肿 30 例, 其中局限于右叶者 24 例, 弥漫左右肝呈粟粒样脓肿者 6 例。位于肝表面的弥漫性脓肿 6 例, 位于肝实质深部者 21 例, 位于第二肝门者 9 例, 脓腔直径为 7~12 cm。灌注液中均联合应用抗生素, 一般为氨苄青霉素、庆大霉素及灭滴灵三联用药, 或头孢类和灭滴灵二联用药。36 例均痊愈出院, 脓肿消失时间最短的 7 d, 最长的 36 d, 平均 14 d。该方法简单、有效、安全; 有效抗生素直接进入门静脉而达肝内, 病变部位的抗生素浓度增高, 有利于控制肝胆系统的炎症, 促进脓肿的吸收是一种可取的手术方法。

关键词:肝脓肿/治疗; 插管法; 门静脉

中图分类号: R575.4; R472.9

文献标识码: B

细菌性肝脓肿是临床较常见的疾病, 目前治疗方法较多, 但对于位于第二肝门的脓肿、肝实质深部脓肿或病灶呈“蜂窝”状的脓肿治疗仍十分困难。我们自 1989 年 1 月~1999 年 12 月共收治了各种类型的细菌性肝脓肿 207 例, 对其中 36 例类型及部位特殊的脓肿进行门静脉领域插管灌注抗生素治疗, 取得了良好的效果, 现报告如下。

收稿日期:2002-09-07; **修订日期:**2003-08-16。

作者简介:曹登科(1964-), 男, 湖北当阳人, 三峡大学仁和医院副主任医师, 主要从事肝胆胰脾外科方面的研究。

血液回流, 减少了食管下端和胃的充血, 同时纠正了奇静脉的淤滞, 有利于食管静脉血的正常回流^[3]。但它并未解决胃脾区的胃壁肌层和黏膜下层的反常血流, 因而造成术后较高的复发率。目前在联合断流术中, 采用较多的是胃底横断术, 胃底浆膜层血管环切缝合术及食管下端切断再吻合术等, 但均存在一定的手术并发症和手术难度。有鉴于此, 笔者认为采用 XF 缝合器距贲门下 6 cm 全层折叠订合胃底胃壁组织以阻断胃壁肌层和黏膜下层静脉反常血流, 从而起到联合断流术的作用。理由有二: 其一, 它可以在胃底形成一道厚厚的瘢痕屏障, 这道环形瘢痕屏障可以阻断远端胃体与胃底贲门及食管下段血管的直接沟通, 从而促使胃底静脉压下降; 二, 折叠的胃底组织瘢痕萎缩相当于胃底横断术的作用。本组临床观察显示术后胃底食管静脉曲张消除率为 81.5%, 再出血率 14.3%, 而单纯 PVDC 术再出血率为 10~30%^[4]。术后患者肝功能明显改善。本术式

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 36 例, 男 22 例, 女 14 例。年龄 7~60 (平均 35.5) 岁。发病至入院时间 6~36 d。本组病因中有胆道蛔虫 3 例 (8.3%), 重症急性胆管炎 (ACST) 8 例 (22.2%), 肝外伤 2 例 (5.6%), 糖尿病并感染 2 例 (5.6%), 化脓性阑尾炎 1 例 (2.8%), 肝门部胆管癌 1 例 (2.8%), 全身软组织化脓性感染 4 例 (11.1%), 无明显诱因 14 例 (38.9%)。本组有 20 例首发症状为寒战、高热, 一般在 39℃ 以上, 并伴有

操作简单, 且无腹腔污染、吻合口瘘及狭窄之弊, 并发症少, 生存质量高。但本组病例不多, 随访时间短, 远期疗效还有待进一步观察。

参考文献:

- [1] Ohashi K, Kojima K, Fukazawa M, *et al.* Long-term prognosis of nonshunt operation for idiopathic portal hypertension [J]. *J Gastroenterol*, 1998, 33 (12): 241-246.
- [2] 裘法祖, 戴植本, 刘飞龙, 等. 贲门周围血管离断术的评价 [J]. *中华外科杂志*, 1983, 21 (5): 275-277.
- [3] 吕新生, 韩明. 肝脏门静脉高压症外科 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1995. 419-433.
- [4] 蔡景修, 董家鸿, 别平, 等. 手术治疗门静脉高压症 392 例分析 [J]. *中国实用外科杂志*, 1999, 19 (11): 603-605.

消化道症状,黄疸7例,有16例有感染性休克表现。肝有不同程度肿大7例,肝区叩击痛31例,有腹膜炎体征者11例,右侧胸腔积液6例,肺部感染6例,肝肾功能衰竭1例。白细胞计数均有不同程度增高,其中有明显核左移21例。肝功能按Child分级:I级12例,II级21例,III级3例。全组经B超肝脏检查确诊26例,CT检查确诊10例。

1.2 脓肿类型及部位

肝脓肿类型:单发脓肿6例,均位于右叶。多发脓肿30例,其中局限于右叶者24例,弥漫左右肝呈粟粒样脓肿者6例。肝脓肿位于肝表面的弥漫性脓肿6例,位于肝实质深部者21例,位于第二肝门者9例;B超或CT提示脓腔直径为7~12cm,影像学同时报告胆道有炎症、结石、梗阻者8例。

2 治疗及结果

2.1 手术方法

取右肋缘下斜切口进腹,首先探查肝脏脓肿的部位及类型。对位于肝实质内深部、第二肝门、肝内多发性脓肿、肝表面的“蜂窝”状脓肿等采用本方法。对于有胆道病变的先处理肝内外胆道病变,然后再行门静脉领域插管。在距幽门5cm处结扎胃网膜右静脉远端,向近端置入内径1.5mm的硅胶管,深度约5~7cm,将硅胶管与胃网膜右静脉适度固定,接输液瓶缓慢灌入含有抗生素的液体,抗生素溶液为5%葡萄糖盐水500ml+头孢类抗生素5g和0.5%灭滴灵200ml及10%葡萄糖500ml+庆大霉素24万U,3种液体交替使用,总量1200ml,17~25滴/min,维持24h。术后持续灌注抗生素3~5d,夹管48h后拔出。

2.2 结果

全组病人在术后3~5d体温下降至38℃以下,中毒症状改善。1周行B超或CT检查,脓腔均有不同程度的变小,密度变低。36例均痊愈出院,脓肿消失时间最短的7d,最长的36d,平均14d。本组随访32例,随访时间6个月至2年,经B超、CT复查,脓腔全部吸收,均无复发,无结节病灶形成,肝功能正常。

3 讨论

自20世纪90年代以来,治疗肝脓肿的方法日渐增多,对单个或距肝表面不太深的脓肿行穿刺引流或切开引流一般并不困难。但对于肝实质深部、位于第二肝门和多发性肝脓肿的治疗还是比较棘手。对距肝表面深部5cm以上的肝实质内的脓肿如强行切开肝脏,不仅出血多,难以止血,而且术后并发感染、出血及胆漏的机会将大大增加。文献^[1]报道多发性肝脓肿死亡率高达95%~100%。近年来由于B超和CT等检测手段应用于临床,抗生素的使用及手术方法的不断改进,使诊治水平有了很大的提高,死亡率已降至10%~40%^[2,3]。在使用本方法前我们曾治疗过2

例,效果极差。另外,在超声及CT引导下的经皮肝穿刺置管引流术,因脓肿位置深在,引流管细小,成功率亦较低。对位于第二肝门的脓肿,由于炎症的浸润,术中、术后常可并发难以控制的大出血,甚至有“脓腔消失,患者死亡”之虑。

胆道感染现已成为肝脓肿的重要原因,胆管源性肝脓肿起源于多数的小脓肿,其分布与肝内胆管病变的分布基本一致,位于肝脏的一侧、一叶或一段。脓腔经常与胆管相通,胆管内充满了脓液,不可能采取逐个切开引流。本组有8例在胆管切开取石引流的同时,一并行门静脉领域插管持续灌注抗生素,术后24~48h体温降至正常,灌注抗生素24h抽取门静脉血液培养无细菌生长^[4]。文献报告^[5]胆源性肝内感染需氧菌及厌氧菌感染分别为76.4%及64.7%,需氧菌和厌氧菌的混合感染为44.9%。基于此,故在血液细菌培养和药敏试验有结果之前,笔者在灌注液中均联合应用抗生素,一般为氨苄青霉素、庆大霉素及灭滴灵三联用药。近年来随着细菌耐药性增加,改为采用头孢类和灭滴灵二联用药。

本组术后灌注时间为3~5d,有3例术后第2天体温降至正常,全身情况明显改善。在术后管理上应注意以下几点:(1)硅胶管应妥善固定于腹壁,防止扭曲、打折。(2)在灌注过程中如出现腹胀、腹部发凉等现象,应减慢滴速。(3)保持抗生素24h内均匀输入,使门静脉血中药物浓度恒定;输入过慢,易形成血栓。一般24h内输入1200~1500ml液体可达到满意效果。(4)对于其它药物(如碳酸氢钠、氯化钾、维生素等)不能从此管中滴注,应从周围静脉中输入。(5)夹管和拔管指征为体温下降至38℃以下,肝区肿疼减轻,全身中毒症状改善,B超或CT复查单个脓腔缩小1/3~1/2,“蜂窝”状的脓肿范围缩小和密度减低。

本方法简单、有效、安全;有效抗生素直接进入门静脉而达肝内,病变部位的抗生素的浓度增高,有利于控制肝胆系统的炎症,促进脓肿的吸收。此法疗效明显,降低了死亡率,是一种可取的手术方法。

参考文献:

- [1] Branum GD, Tyson GS, Branum MA, *et al.* Hepatic abscess Changes in etiology diagnosis and management[J]. *Ann Surg*, 1990, 212(6): 655-659.
- [2] Rintoul R, Oriordain MG, Lipsett PA, *et al.* Changing management of pyogenic liver abscess[J]. *Br J Surg*, 1996, 83(9): 1215-1218.
- [3] Koneru S, Peskin G, Sreenivas V. Pyogenic hepatic abscess in a community hospital[J]. *Am Surg*, 1994, 60(4): 278-280.
- [4] 汪家珠, 陈廷均, 曹登科, 等. 重症急性胆管炎120例治疗经验[A]. 见: 江水, 汪家珠, 张平. 中国现代医学实践[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1996. 133-135.
- [5] 吕文和, 吴立群, 庞统英, 等. 肝脓肿的细菌培养分析[J]. *中华医学检验杂志*, 1995, 18(3): 87-89.