



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.09.028
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract4040.shtml

· 临床报道 ·

经腹切开引流术与微创穿刺引流治疗细菌性肝脓肿的临床疗效和并发症比较

孙勇, 高翔宇

(山东省枣庄矿业集团枣庄医院 普通外科, 山东 枣庄 277100)

摘要

目的: 比较经腹切开引流术和微创治疗细菌性肝脓肿的临床疗效和并发症发生情况。

方法: 将 86 例 2013 年 6 月—2013 年 12 月期间收治的细菌性肝脓肿患者按数字随机法分为观察组和对照组, 每组 43 例。对照组采用经腹切开引流术治疗, 观察组采用腹腔镜下微创穿刺引流治疗。比较两组治疗效果、手术时间、体温、肠道功能和白细胞恢复正常时间、住院时间以及并发症发生情况。

结果: 观察组痊愈的患者比例和治疗总有效率分别为 60.46% 和 97.67%, 高于对照组的 27.91% 和 83.72%, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 观察组手术时间、体温、肠道功能和白细胞恢复正常时间以及住院时间优于对照组 [(46.85 ± 11.56) min vs. (95.64 ± 16.98) min、(3.06 ± 1.48) d vs. (4.64 ± 1.67) d、(26.89 ± 2.78) h vs. (37.54 ± 3.61) h、(5.17 ± 1.49) d vs. (7.39 ± 2.94) d 和 (11.66 ± 2.94) d vs. (19.93 ± 3.75) d], 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组总并发症发生率低于对照组 (2.33% vs. 13.95%), 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 7.65, P < 0.01$)。

结论: 腹腔镜下微创穿刺引流治疗细菌性肝脓肿疗效良好, 患者手术时间、术后恢复时间和住院时间短, 并发症发生少。

[中国普通外科杂志, 2014, 23(9):1293-1295]

关键词

肝脓肿 / 外科学; 引流术; 微创

中图分类号: R657.3

细菌性肝脓肿由细菌感染引起, 具有起病急、病情重、病死率高等特点, 是腹部外科的常见的严重感染性疾病^[1-2]。细菌性肝脓肿的治疗以手术治疗为主, 随着腹腔镜计数以及影像学技术的不断发展, 传统的腹腔外科和手术治疗向微创手术治疗发展^[3-4]。笔者分析比较经腹切开引流术和微创穿刺引流治疗细菌性肝脓肿的临床疗效和并发症发生情况, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 86 例 2013 年 6 月—2013 年 12 月期间

我院收治的细菌性肝脓肿患者 86 例, 男 54 例, 女 32 例, 男女比例为 1.69:1; 年龄 19~72 岁, 中位年龄 48 岁, 中位年龄 50~70 岁者 45 例, 占患者比例为 83.72%。按数字随机法将患者分为观察组和对照组, 每组患者 43 例。所有患者均经 B 超检查及手术探查证实诊断。其中右叶单房脓肿 38 例, 左叶单房脓肿 36 例, 多发性脓肿 12 例; 脓肿最大为 10.68 cm × 8.25 cm, 脓肿最小为 5.02 cm × 3.47 cm。观察组中男 26 例, 女 17 例, 年龄 21~68 岁, 中位数年龄 46 岁; 对照组中男 28 例, 女 15 例, 年龄 19~72 岁, 中位数年龄 48 岁。两组患者基本资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用经腹切开引流: 常规消毒备皮后入腹探查脓腔, 切开脓腔并进行分离, 将脓肿吸干净后用庆大霉素溶液反复冲洗脓腔至冲洗液颜色变清为止; 置导管 1 根且术后行抗生素灌注

收稿日期: 2014-05-26; 修订日期: 2014-08-09。

作者简介: 孙勇, 山东省枣庄矿业集团枣庄医院副主任医师, 主要从事普通外科方面的研究。

通信作者: 高翔宇, Email: sunyong121213@163.com

约5 d, 术后于肝下隙置双套硅胶管进行负压引流, 术后患者均静脉滴注抗生素5~7 d。

1.2.2 观察组 采用腹腔镜下微创穿刺引流治疗: 采用全麻, 取头高脚低的左侧卧位, 于肚脐上、剑突下、右锁骨中线以及右腋前线肋边缘下约4 cm 处置10 mm 腹腔镜(奥林巴斯腹腔镜), 在腹腔镜引导下对脓肿最低或最薄位置进行穿刺抽取脓液判断脓肿深度及成熟程度, 确认脓肿成熟者使脓肿露出, 于脓肿最低或最薄位置进行开孔引流, 吸尽脓液后以抗生素对脓腔进行冲洗, 脓肿破裂者亦进行腹腔冲洗, 术后于脓腔内部以及肝周均置硅胶引流管固定于腹壁进行引流, 术后患者均静脉滴注抗生素5~7 d。

1.3 观察指标

观察记录手术时间、体温、肠道功能和白细胞恢复正常时间以及住院时间。

1.4 疗效评定^[5]

痊愈: 症状消失、脓肿消失; 好转: 症状缓解、脓肿缩小; 无效: 症状无缓解甚至加重, 脓肿无变化或增大甚至患者出现死亡。

1.5 统计学处理

采用SPSS 13.0软件, 计量资料用($\bar{x} \pm s$)标准, 采用 t 检验, 计量资料用 $[n(\%)]$ 表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术时间、体温、肠道功能和白细胞恢复正常时间以及住院时间比较

观察组手术时间、体温、肠道功能和白细胞恢复正常时间以及住院时间均较对照组缩短, 组间差异有统计学意义($P < 0.05$) (表1)。

表1 两组手术时间、体温、肠道功能和白细胞恢复正常时间以及住院时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间(min)	体温恢复正常时间(d)	肠道功能恢复正常时间(h)	白细胞恢复正常时间(d)	住院时间(d)
观察组	46.85 ± 11.65	3.06 ± 1.48	26.89 ± 2.78	5.17 ± 1.49	11.66 ± 2.94
对照组	95.64 ± 16.98	4.64 ± 1.67	37.54 ± 3.61	7.39 ± 2.94	19.93 ± 3.75
t	5.69	4.28	4.76	3.25	4.06
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组疗效比较

与对照组比较, 观察组痊愈的患者比例和治疗总有效率均提高, 组间差异均有统计学意义($P < 0.01$) (表2)。

2.3 两组并发症发生情况比较

观察组总并发症发生率较对照组下降, 组间差异有统计学意义($P < 0.01$) (表3)。

表2 两组疗效比较 $[n=43, n(\%)]$

组别	痊愈	好转	无效	总有效率(%)
观察组	26 (60.46)	16 (37.21)	1 (2.32)	97.67
对照组	12 (27.91)	24 (55.81)	7 (16.28)	83.72
χ^2	11.65	8.72	7.95	7.95
P	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表3 两组并发症发生情况比较 $[n=43, n(\%)]$

组别	弥漫性腹膜炎	胆瘘	脓气胸	肝内脓腔大出血	伤口感染	总并发症发生率
观察组	0 (0)	1 (2.33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.33)
对照组	1 (2.33)	2 (4.65)	1 (2.33)	1 (2.33)	2 (4.65)	7 (13.95)
χ^2	—	—	—	—	—	7.65
P	—	—	—	—	—	<0.01

3 讨论

细菌性肝脓肿可由全身各部位化脓性感染诱发, 起病急骤且病情重, 常表现出全身中毒症状, 好发于50~70岁的年龄段, 且男性发病率一般高于女性^[6-7]。本研究结果显示, 本研究中的男女比例为1.69:1, 患者中年龄为50~70岁的患者比例为83.72%, 这基本与文献^[7]报道一致。细菌性肝

脓肿患者在临床上主要表现为右上腹胀痛、高热、寒颤、外周血白细胞水平上升、肝肿大、乏力、纳差等^[8-9]。

早期诊断细菌性肝脓肿并选取合理有效的治疗方案进行早期治疗可降低患者的病死率^[10-12]。肝部脓肿较大时超声检测可明确确诊细菌性肝脓肿, 而对于较为微小的脓肿超声检查易发生漏诊, 本研究患者中部分患者发生脓肿的误诊, 结合超声

检测结果及实验室检测结果等可进行肝脓肿的确诊。

作为继发性疾病,细菌性肝脓肿患者常并发贫血、重度水电解质紊乱以及低蛋白血症等。其药物治疗以抗生素治疗为主,外科治疗以经皮肝穿刺引流的介入性治疗为主^[13-14]。经腹部手术切开引流具有定位准确、疗效明显、早期发现肝脏病变以及可有效清除细菌性肝脓肿的脓肿以及原发病灶等优点,但由于手术创面较大,术后感染等并发症的发生率较高,细菌性肝脓肿的手术治疗逐渐转变为微创手术治疗^[15]。本研究结果显示,采用腹腔镜下微创穿刺引流进行治疗的细菌性肝脓肿疗效好,患者治愈率高,手术时间、体温、肠道功能和白细胞恢复正常时间以及住院时间短,弥漫性腹膜炎、胆瘘、脓气胸、伤口感染以及肝内脓腔大出血等并发症的发生少,在保证患者的治疗效果、促进患者的快速康复的同时不会诱发明显的并发症和不良反应;腹腔镜下微创穿刺引流治疗的患者中1例患者由于术前未发现脓肿溃破和多发脓肿,且由于手术操作技术等因素,患者术后发生胆瘘;亦有1例患者由于年纪较大且手术护理不当而发生了伤口感染。经腹切开引流的患者由于创面较大以及患者个体因素等各类并发症。因此提高手术操作水平、做好术前诊断评估、并进行有效的抗感染治疗和护理是预防细菌性肝脓肿术后并发症发生的重要环节。

腹腔镜下肝脏脓肿引流具有创伤小、抽取脓液彻底,避免反复穿刺等优点,但对于部分脓肿壁较厚、无法有效配合穿刺、伴有原发病需手术处理等的患者,腹腔镜下肝脏脓肿引流无法达到良好的治疗效果^[16-17]。因此,根据患者个体情况进行合理有效的手术治疗方法对治疗的效果起着关键的作用。由于本研究的样本量小、观察时间短、患者的个体差异较大且细菌性肝脓肿的治疗受多方面因素的影响,因此明确细菌性肝脓肿不同治疗方法的效果需更大样本量的进一步长期研究。

综上所述,腹腔镜下微创穿刺引流治疗细菌性肝脓肿疗效良好,可有效缩短患者手术时间、术后恢复时间和住院时间,减少并发症的发生,尤其适用于脓肿较大、依从性好的患者,经腹切开引流效果亦较明显,适应范围广,但术后并发症较多恢复时间亦较长。

参考文献

- [1] 袁楠,付庆江,马向明.中西医结合治疗细菌性肝脓肿51例临床观察[J].中医杂志,2012,53(23):2024-2026.
- [2] 纪安来,孙宏伟,李成林,等.糖尿病合并细菌性肝脓肿的临床及病理学特点[J].解放军医学杂志,2012,37(9):884-888.
- [3] 王霞,张红瑾,门永忠,等.超声介入治疗糖尿病合并细菌性肝脓肿的临床护理[J].重庆医学,2013,42(17):2052.
- [4] 陈占斌,刘金虎,贾麒.超声引导下经皮肝穿刺置管引流治疗细菌性肝脓肿34例[J].山东医药,2013,53(20):85-86.
- [5] 王庆文,刘晓玲,黎奇,等.彩色多普勒超声引导穿刺及替硝唑冲洗治疗肝脓肿的临床应用[J].天津医药,2012,40(12):1268-1269.
- [6] 王水线,朱婉,王慧,等.降钙素原在细菌性肝脓肿诊治中的临床价值[J].中华医院感染学杂志,2014,24(8):2072-2074.
- [7] Sarthy J, DiBardino D. Pyogenic liver abscess caused by *Streptococcus mitis* [J]. Lancet Infect Dis, 2013, 13(9):822.
- [8] 王高强,孙保木,吴孝雄,等.血必净注射液联合抗生素治疗细菌性肝脓肿31例[J].上海医学,2012,35(7):609-612.
- [9] 张翔,阚志超,段樱,等.肺炎克雷伯菌性肝脓肿的CT表现分析[J].中华医院感染学杂志,2012,22(21):4806-4808.
- [10] 尹大龙.细菌性肝脓肿诊治进展[J].中国实用外科杂志,2013,33(9):793-795.
- [11] Law ST, Li KK. Older age as a poor prognostic sign in patients with pyogenic liver abscess[J]. Int J Infect Dis, 2013, 17(3): e177-e184.
- [12] 吴欢,罗葆明,智慧,等.超声造影对细菌性肝脓肿的诊断价值[J].中国医学影像技术,2012,28(2):318-321.
- [13] Lampropoulos CE, Papaioannou I, Antoniou Z, et al. Multiple, large pyogenic liver abscesses treated conservatively: a case-report and review of the literature[J]. GE J Port Gastroenterol, 2013, 20(1):21-24.
- [14] 蔡翊.B超引导下穿刺置管引流术治疗肝脓肿临床观察[J].中国现代医学杂志,2013,23(19):94-96.
- [15] 刘纪营,马南,管生,等.预防性应用抗生素的不同方法对介入治疗并发肝脓肿的影响[J].介入放射学杂志,2013,22(6):474-477.
- [16] 畅智慧,赵健,郑加贺,等.肺炎克雷伯杆菌肝脓肿的CT表现及引流特征[J].中国医学影像学杂志,2013,21(6):436-438.
- [17] 廖伟,畅智慧,刘兆玉,等.经皮穿刺引流治疗肝脓肿12年临床经验[J].介入放射学杂志,2013,22(10):843-847.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式:孙勇,高翔宇.经腹切开引流术与微创穿刺引流治疗细菌性肝脓肿的临床疗效和并发症比较[J].中国普通外科杂志,2014,23(9):1293-1295. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.09.028
Cite this article as: SUN Y, GAO YY. Comparison of clinical effects and complications of open abdominal drainage and minimally invasive puncture drainage for pyogenic liver abscess[J]. Chin J Gen Surg, 2014, 23(9):1293-1295. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.09.028