

肝 膿 瘍

蔡修賢 賴建安

本篇分析肝膿瘍 46 例。就原因分類，其中 30 例是屬於阿米巴性、16 例是屬於化膿性。阿米巴性肝膿瘍好發於男性（男：女 = 6.5 : 1）。肝膿瘍之普通症狀及病徵為發燒（89.1 %），右上腹觸痛（84.8 %），右上腹疼痛（71.7 %），畏寒（58.7 %）及肝腫大（52.2 %）。實驗室檢查數據常見的變化是粘蛋白上升（100 %），白血球增多（93.5 %），鹼性磷酸酶增高（65.9 %）和球蛋白增加（58.7 %）。病例中 78.6 % 可以見到胸部 X 光異常。化膿性肝膿瘍的病原菌主要為大腸桿菌（*Escherichia coli*），克雷白氏產氣桿菌（*Klebsiella-Aerobact*）及金黃葡萄球菌（*Staphylococcus aureus*）。

肝膿瘍主要分為兩種，其一為溶組織內阿米巴（*Endamoeba histolytica*）進入肝臟釋放蛋白溶解酶而引起局部壞死所形成的阿米巴性肝膿瘍；另一為細菌所引起的化膿性肝膿瘍。阿米巴性肝膿瘍世界各地皆可見，但特別常見於熱帶及亞熱帶地區。臺灣是本症的盛行區，尤其是彰化以南和東部地區。現在歐美環境衛生良好的國家，阿米巴性肝膿瘍已少見，而以化膿性肝膿瘍較多。化膿性肝膿瘍常見的原因是膽道細菌感染、菌血症和附近器官直接接觸感染。較少見的原因是由大腸憩室炎或闌尾炎而引起的門靜脈炎。本文將根據四年來收集之病例就其臨床症狀、病徵及實驗室檢查數據加以分析，並討論肝膿瘍之診斷與治療。

材料與方法

這份報告是就筆者過去四年（1975 年 7 月至 1979 年 6 月）在馬偕紀念醫院與臺北醫學院附設醫院所收集之 52 例肝膿瘍中扣除 6 例無法分辨種類者，所剩 46 例加以分析及檢討。肝膿

瘍的診斷是由開刀標本、肝臟同位素掃描、間接血液凝集試驗（IHA test）呈陽性及膿液的細菌培養而證明。

結果：

如表一：在這 46 例肝膿瘍中有 30 例是阿米巴性、16 例是化膿性。阿米巴性肝膿瘍患者有 26 位是男性、5 位是女性。

年齡分佈：從 15 歲至 81 歲

見表二：阿米巴性肝膿瘍患者最多是 30 歲到 49 歲，佔 53.4 %。幾乎全在 20 歲至 69 歲，佔 93.3 %。化膿性肝膿瘍患者以 60 歲至 69 歲為最多，但年齡分佈較散發。

症狀與病徵（參照表三）：

肝膿瘍患者 89.1 % 有發燒，此為最常見的症狀。其次是右上腹疼痛（71.7 %），再其次是畏寒（58.7 %），而腹瀉只有 17.4 %。最常見的病徵是右上腹觸痛（84.8 %），其次是肝腫大（52.2 %），而黃疸只有 26.1 %。

實驗室檢查數據（見表四）：

幾乎所有的肝膿瘍患者都有粘蛋白上升。其次是白血球增多 (93.5%)，再其次是鹼性磷酸酶增高 (65.9%)，而 GOT 或 GPT 增加者只有 41.3%。

全部病例中有胸部X光異常，如右邊橫膈膜上升、右肋膜腔積水以及右下肺部有肺炎者，佔 78.6%。

阿米巴性肝膿瘍與化膿性肝膿瘍之比較：

表五是以二者之臨床症狀、病徵及一般實驗室檢查數據相比較。

化膿性肝膿瘍之病原菌 (如表六) 以大腸桿菌為最多，其次為克雷白氏產氣桿菌及金黃葡萄球菌。

討論：

肝膿瘍主要分為阿米巴性與化膿性。阿米巴性肝膿瘍是由溶組織內阿米巴所引起。患者吞入被阿米巴囊子 (cyst) 所污染的食物後，囊子的被囊在胃裏被消化後就成為中囊子 (metacyst)，而後進入腸道發育成鎌狀原蟲 (trophozoite) 在大腸造成腸炎。一部份的原蟲經由肝門靜脈而入肝形成膿瘍。化膿性肝膿瘍是因細菌經由膽道、血行、肝門靜脈或附近器官直接接觸感染。

由表一可知肝膿瘍好發於男性，尤其是阿米巴性肝膿瘍 (男女之比為 6.5 : 1) 此結果與臺大宋瑞樓教授的 5.3 : 1 (1) 和蔡深河醫師的 7 : 1 (2) 相接近。化膿性肝膿瘍患者男性約為女性的 2 倍，而宋教授的報告是男女相等 (1)。就年齡分布來看，阿米巴性肝膿瘍患者中 50 歲以上佔 30%，而化膿性則佔 50%，並且以 60 歲至 69 歲者為最多，所以化膿性肝膿瘍患者年齡有相對地偏老的傾向。肝膿瘍常見的臨床表現為發燒、右上腹觸痛、右上腹疼痛、畏寒及肝腫大。此結果與宋教授及 Rubin 等的報告大致相似 (1, 3)。只是本報告中肝腫大及厭食的出現率較宋教授的報告為低 (1)，而與 Rubin 的報告相近 (3)。其他的臨床表現尚有乏力、黃疸與腹瀉等。常見的實驗室檢查數據變化為粘蛋白上升、白血球增多及鹼性磷酸酶增高。GOT 或 GPT 上升的情況還不到一半。因

為肝膿瘍是局部性佔空間性病灶，所以 GOT 或 GPT 的變化不大，黃疸出現率也只有四分之一。所有病例中 78.6% 可見胸部 X 光異常，此結果與以往的報告 53 ~ 86% 亦相近 (1, 3, 4)。由表五可知肝膿瘍的臨床表現與一般的實驗室檢查數據對阿米巴性及化膿性的鑑別無大幫助。阿米巴性肝膿瘍患者有腹瀉病史者僅 23.3%。所以用腹瀉病史為二者鑑別之根據是不可靠。二者之區分除了以開刀標本、膿液培養外，一般要靠阿米巴性血清試驗。常用的有 IHA test (間接血液凝集試驗) 與 GDP test (gel diffusion precipitin test) 凝膠擴散沉澱試驗。阿米巴性肝膿瘍 IHA titer 等於或高於 128 倍的出現率，據臺大王麗都醫師的報告是百分之百 (5)，蔡深河醫師的報告為 99.8% (2)。但是 IHA test 陽性有時可持續達 20 年之久。對新近感染與過去病史的分辨比較困難。GDP test 的陽性率，據 Patterson 報告，亦達 95% (6)。治療後一年內 GDP test 可變為陰性。並且此法操作簡單、價錢低廉。Patterson 認為可以推廣運用。肝臟同位素掃描對肝膿瘍的診斷很有幫助，80 ~ 95% 可發現佔位性病灶 (7, 8, 9)。同時用灌流試驗 (perfusion study) 可和肝癌相分別。若肝癌有中央壞死則也不易與肝膿瘍相區別。血管攝影對肝膿瘍的診斷也有幫助，據 Rubin 的報告 77% 的陽性率 (3)。此外，超音波檢查亦可幫助診斷。

阿米巴性肝膿瘍以內科治療為主，據蔡深河醫師的報告，使用 emetine 及 chloroquine 治療，病人的死亡率為 3.1%，若再併用 metronidazole 則死亡率為 2.3% (2)。據 Adams 報告 122 例未發生併發症者，經使用 metronidazole 及膿液抽出術治療後均痊癒 (4)。

化膿性肝膿瘍的病原菌主要為大腸桿菌、克雷白氏產氣桿菌及金黃葡萄球菌。此結果與一般的報告相似。(1, 3, 10, 11, 12, 13, 14, 15) 化膿性肝膿瘍的治療，原則上以內科療法為主，使用適宜和適量的抗生素，尤其是多發性肝膿瘍。若是少數大的膿瘍經內科治療無效或多發性微小膿瘍併發於化膿性膽管炎時，應用外

科療法以引流肝膿瘍或膽管。

表一：四十六例肝膿瘍之性別分布

性別 \ 種類	阿米巴性	化膿性
男	26	11
女	4	5
共	30	16

表三：四十六例肝膿瘍之臨床表現

臨床表現	病例百分比
症狀	
發燒	89.1
右上腹疼痛	71.7
畏寒	58.7
厭食	31.6
全身乏力	28.3
腹瀉	17.4
噁心與嘔吐	8.8
咳嗽	6.6
咳血	2.2
夜間盜汗	2.2
病徵	
右上腹觸痛	84.8
肝腫大	52.2
黃疸	26.1

表二：四十六例肝膿瘍之年齡分布

年齡 \ 種類	阿米巴性		化膿性	
	病例數	百分比	病例數	百分比
19 以下	1	3.3	0	0
20 ~ 29	4	13.3	2	12.5
30 ~ 39	11	36.7	4	25.0
40 ~ 49	5	16.7	2	12.5
50 ~ 59	4	13.3	1	6.3
60 ~ 69	4	13.3	5	31.2
70 以上	1	3.3	2	12.5
。 共	30	100.0	16	100.0

表四：四十六例肝膿瘍之實驗室檢查數據

試 驗	試驗百分比
粘蛋白上升	100.0
白血球增多	93.5
鹼性磷酸酶增高	65.9
球蛋白大於 3.0 公克 / 100 毫升	58.7
白蛋白小於 3.0 公克 / 100 毫升	50.0
GOT 大於 40 單位	41.3
GPT 大於 40 單位	41.3
膽紅素高於 2 毫升 / 100 毫升	25.0

表五：阿米巴性肝膿瘍與化膿性肝膿瘍之比較

甲) 臨床表現	病例百分比		X ² (P 值)
	阿米巴性	化膿性	
發燒	90.0	87.5	無意義
畏寒	60.0	56.2	無意義
右上腹疼痛	76.7	62.5	無意義
腹瀉	23.3	6.3	無意義
黃疸	23.3	31.2	無意義
右上腹觸痛	83.3	87.5	無意義
肝腫大	56.6	43.7	無意義
乙) 實驗室檢查	檢查百分比		
	阿米巴性	化膿性	
白血球增多	93.3	93.7	無意義
白蛋白小於 3.0 公克 / 100 毫升	56.6	37.5	無意義
膽紅素高於 2 毫克 / 100 毫升	25.0	25.0	無意義
GOT 大於 40 單位	46.6	31.2	無意義
GPT 大於 40 單位	46.6	31.2	無意義
鹼性磷酸酶增高	68.9	60.0	無意義
粘蛋白上升	100.0	100.0	無意義
球蛋白大於 3.0 公克 / 100 毫升	63.3	50.0	無意義
丙) 胸部 X-光異常	80.0	75.0	無意義

表六：十六例化膿性肝膿瘍之細菌培養

菌 種	病例數
大腸桿菌	5
克雷白氏產氣桿菌	4
金黃葡萄球菌	2
變形桿菌	1
綠膿假單胞菌	1

Reference

- 1) Sung J.L. et al : Clinical observation of liver abscess. J. Formosan Med. Assoc, 61 : 545 , 1962
- 2) Tasi S.H. : Experience in the therapy of amebic liver abscess on Taiwan. Am. J. Trop. Med. Med. Hyg. , 22 : 24 , 1973
- 3) Rubin R.H. et al : Hepatic abscess : changes in clinical , bacteriologic and therapeutic aspects. Am. J. Med. , 57 : 609, 1974
- 4) Adams E.B. et al : Invasive Amebiasis. Medicine, 56 : 325, 1977
- 5) Wang L.T. : The clinical significance of the indirect hemagglutination test for amebiasis in Taiwan. J. Formosan Med. Assoc, 72 : 619, 1973
- 6) Patterson M. et al : Serological test in the recognition of invasive amebiasis. Gastroenterology, 74 : 1139 , 1978
- 7) Gottschalk A. : Liver scanning. JAMA, 200 : 630, 1967
- 8) Schuman B.M. et al : The liver abscess : rose bengal I-131 hepatic photoscan in diagnosis and management. JAMA, 187 : 708, 1964
- 9) Pai S.T. et al : Radioisotope scanning in the diagnosis of liver abscess. Am. J. Surg. , 119 : 330, 1970
- 10) Lee J.F. et al : The changing clinical pattern of hepatic abscess. Arch. Surg. , 104 : 465, 1972
- 11) Price J.E. et al : Diagnosis and treatment of intrahepatic abscess. Am. Surg. , 33 : 820, 1967
- 12) Ostermiller W.J. et al : Hepatic abscess: current concepts in diagnosis and management. Arch. Surg. , 94 : 353, 1967
- 13) Warren K.W. et al : Pyogenic hepatic abscess. Arch. Surg., 94 : 353 , 1967
- 14) Butler T.J. et al : Pyogenic liver abscess. Gut, 10 : 389, 1969
- 15) Sherman J.D. : Changing trends in the causistics of hepatic abscess. Am. J. Med. , 28 : 943 , 1960

Hepatic Abscess

Hsiu-Hsien Tsai M.D.
Chien-An Lai M.D.

Fourty six cases of hepatic abscess were analyzed. Of these cases, 30 were amebic and 16 pyogenic in nature. Amebic abscess affected predominantly males (M: F = 6.5 : 1).

The common symptoms and signs were fever (89.1 %), tenderness in right upper quadrant (8.48%), pain in right upper quadrant (71.7%). Chills (85.7%), and hepatomegaly (52.2%). The common laboratory findings were elevation of mucoprotein (100%), leukocytosis (93.5%), and elevation of alkaline phosphatase (65.9%). Abnormality on chest roentgenogram could be found in 78.6% of the cases. Escherichia coli, Klebsilla-Aerobact and Staphylococcus aureus were the common etiologic organisms causing pyogenic abscess.

Department of Internal Medicine, Taipei Medical College

Received for Publication: Jul. 20, 1979