

鱼刺穿透胃壁致肝脏异物继发 左肝脓肿 1 例

厦门大学附属福州第二医院肝胆外科 (福州 350007)

陈志添 陈 晖 萨本仲

肝脓肿是细菌、肠道阿米巴等多种微生物引起的肝脏化脓性病变,而细菌性肝脓肿的常见病因是由胆源性或门静脉、肝动脉引起的血行感染,部分是由于肝脏外伤破裂引起的脓肿,由异物引发肝脓肿者罕见报道。细菌性肝脓肿必须早期诊断,积极抗感染治疗,必要时行脓肿穿刺引流;而由异物特别是鱼刺引发的肝脓肿,除了一般外科治疗外,还必须取出异物,并且对异物的创伤进行修复治疗。因此,及时准确地诊断异物性肝脓肿,对避免误诊、误治有较大现实意义。本文回顾性分析我院收治的 1 例鱼刺穿透胃壁致肝脏异物继发的脓肿,并结合文献复习报告如下。

1 病历摘要

患者男,55 岁。因“上腹部闷痛不适 12 天,畏冷、发热 2 天”于 2018 年 9 月 19 日入院。患者入院 12 天前无明显诱因出现中上腹闷痛不适,无畏冷、发热。6 天前因腹痛到消化内科就诊行腹部彩超:1)左肝低回声结节(血管瘤声像改变?恶性肿瘤待排),建议进一步检查;2)右肝钙化灶;3)右肾无回声区(囊肿?);4)左肾结石;5)前列腺增大(增生?),伴钙化;6)腹主动脉符合粥样硬化声像改变。予保护胃黏膜治疗症状无好转。2 天前感畏冷发热不适,体温最高 40℃,门诊予“莫西沙星”抗感染治疗无明显好转,行肝脾 CT 平扫+增强示:1)肝左外叶及邻近肝周高密度影,考虑异物,并周围肝实质损伤、脓肿形成可能,肝胃间隙渗出性改变,请结合临床;2)肝右前叶上段小钙化灶或结石,肝右后叶上段小囊肿;3)腹膜后多发小淋巴结;4)双肾多发囊肿(图 1)。门诊拟“肝脏异物并脓肿形成”收住院。平素住在江边兼职捕鱼,既往有二十余年频繁进食“淡水鱼”史,无腹部外伤及手术史。入院查体:体温 36.2℃,心率 81 次/min,呼吸 20 次/min,血压 117/68 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa);神志清楚,急性病容;皮肤巩膜无黄染,心肺查体未见异常;腹膨隆,上腹部腹肌紧张,压痛明显,轻反跳痛,余腹肌软,无明显压痛、反跳痛,腹部未触及明显包块,肝脾肋下未触及;肠鸣音 3 次/min。入院诊断:左肝异物伴肝脓肿形成。予完善术前检查后急诊行腹腔镜下腹腔探查术,术中探查见:术中见腹腔无腹水及明显粘连,部分大网膜包裹于肝胃间隙,分离粘连的大网膜后见肝脏左外叶与胃壁间一紧密包裹的窦道(图 2),沿肝脏脏面游离窦道后见一“鱼刺样”物刺入左肝外叶,拔除鱼刺,肝脏可见黄白色脓液喷出(图 3)。沿胃壁分离窦道后可见近胃窦小弯处一 0.5 cm×0.5 cm 浆膜层破损,未见胃内容物流出。修补胃壁浆肌层,左肝脓肿予吸除脓液后以生理盐水、甲硝唑冲洗,脓腔留置一潘氏管引流(图 4)。拔除鱼刺长约 4.0 cm。手术顺利,术后无并发症发生,术

后细菌培养示“粪链球菌”,予以常规治疗后康复出院。

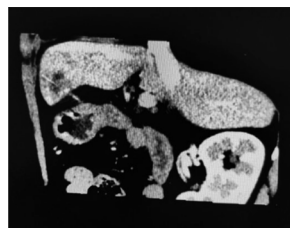


图 1 鱼刺穿透胃壁进入肝脏的 CT 图

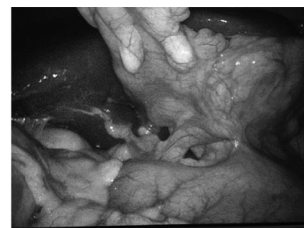


图 2 肝脏与胃壁将鱼刺包裹形成窦道



图 3 鱼刺进入肝脏处及脓肿位置



图 4 手术后引流的创面

2 讨论

消化道出现鱼刺异物是临床常见急症,尤其以咽喉、食管多见,胃、小肠、结肠相对少见,由误吞鱼刺引起消化道穿孔的更为少见,鱼刺位置从胃移位进入肝脏形成脓肿更是极其罕见。胃是常见的穿孔部位,以胃窦处较易发生,胃蠕动可促进鱼刺嵌入胃黏膜并穿破胃壁。既往有过报道,因鱼骨、牙签、鸡骨头等异物穿过胃壁进入肝实质引起肝脓肿^[1]。左肝在解剖上邻近胃,是鱼刺移位定植最常见的部位,可因异物致消化道穿孔继发肝脓肿形成,甚至误诊为肝癌^[2]。

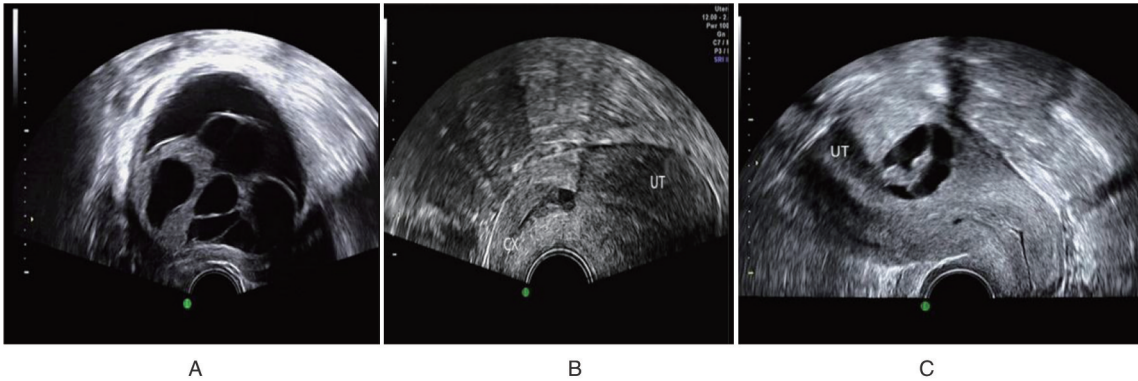
鱼刺异物性肝脓肿典型的临床表现包括畏冷、发热、腹痛、全身消耗症状及肝脏 CT 可见高密度的线型钙化影。鱼刺异物行 CT 平扫,可发现以下特点:1)病变周边的条形高密度,形状规则,边界清晰;2)鱼刺的 CT 值约 100~200 HU 左右,低于人类骨骼 CT 值的 300~800 HU^[3]。本例患者鱼刺移位窦道,早期被网膜所覆盖包裹,未出现化学性腹膜炎,无穿透胃壁引起的急腹症表现,仅出现上腹部闷痛不适,因此误诊为消化道溃疡。如当时更详细询问患者病史,详细排除消化道溃疡的季节性、规律性、节律性病史,而进一步完善胃镜或腹部 CT 检查,则可能更早期得到确诊。患者待鱼刺移位入左肝外叶后继发细菌感染,而出现全身感染中毒症状而行腹部 CT 后得以确诊。

异物性肝脓肿治疗上均以剖腹探查+肝脓肿引流+异物取出为主,必要时也可行肝脏部分切除术。近年随着腹腔镜微创技术的发展成熟,腹腔镜下腹腔探查开展例数逐渐增多,且术前检查未发现气腹等腹腔镜手术禁忌证,综合腹腔炎症较为局限,决定行更为微创的腹腔镜下腹腔探查+肝脓肿引流+异物取出。患者术后恢复良好,早期即可下床活

(下转封三)

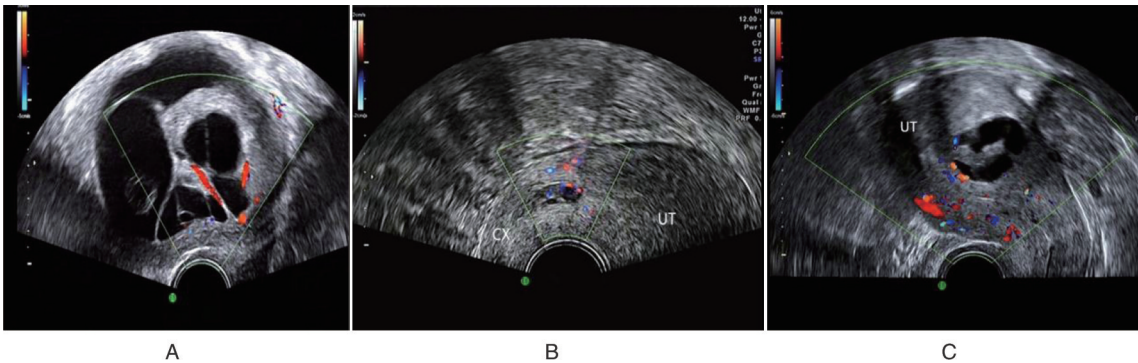
子宫内膜间质结节彩色多普勒超声表现分析

(见正文第 20 页)



注：A，肿物内为无回声伴多条粗细不等带状回声分隔，肿物包膜厚薄不均；B，宫颈管上段见低回声肿物，内为无回声，肿物边界清楚；C，内中央为无回声，周边为中等回声，肿物边界清楚。

图 1 ESN 二维超声表现



注：A，肿物包膜、带状分隔上探及稍丰富条状血流信号；B，肿物内探及较丰富条状血流信号；C，肿物周边探及条状血流信号。

图 2 ESN CDFI 表现

(上接第 180 页)

动，减少了手术创伤，具备与开腹手术一样充分引流的效果。此外，本例患者误吞的鱼刺长达 4.0 cm，通常不易出现误吞情况，究其原因系老年人牙齿疏松，门牙、切牙出现脱落，导致咀嚼尤其剔除鱼骨头能力明显下降，不能早期发现误吞鱼刺，进而诱发一系列并发症。

总之，异物特别是鱼刺继发肝脓肿的诊断，不仅要详细询问病史，而且需要影像学读片提示肝脏病灶内异物的 CT 值和鱼刺外形，这些对于避免误诊非常重要。此外，既往的异物性肝脓肿大部分通过开腹手术完成，该例患者通过术前的评估和较充分术前准备，以腹腔镜微创手术取得较好治疗

效果，为今后异物性肝脓肿的治疗提供了除传统开腹手术外的另一种选择。

参考文献

[1] Theodoropoulou A, Roussomoustakaki M, Michalodimitrakis M N, et al. Fatal hepatic abscess caused by a fish bone [J]. Lancet, 2002, 359 (9310): 977.

[2] 肖杨, 吴泓. 误食鱼刺致继发肝脓肿误诊为肝转移瘤 1 例报道 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2018, 25 (1): 118-119.

[3] 李如迅, 刘辉, 戴丽娟, 等. 异物导致慢性胃穿孔一例 [J]. 临床放射学杂志, 2012, 31 (11): 1533-1534.