

# 细菌性肝脓肿临床表现不典型 2 例诊治体会

高崇勇 金 伟 (通讯作者)

成都中医药大学附属医院 四川 成都 610072

**【摘要】：**目的：总结急诊科临床表现不典型的细菌性肝脓肿的病例，避免漏诊误诊。方法：回顾性分析 2024 年 2 月-2025 年 2 月急诊科诊断为细菌性肝脓肿的临床表现不典型的案例。结果：有两例临床表现不典型，第 1 例为年轻女性仅表现为低热，第 2 例仅表现为呃逆，两例患者极容易误诊漏诊，两例患者于我院急诊科就诊后完善血常规+C 反应蛋白、胸部 CT 检查，考虑肝脓肿待排，第 1 例患者住院后进一步腹部增强 CT 检查及肝穿刺后明确诊断为细菌性肝脓肿，第 2 例患者完善腹部增强核磁及肝穿刺，脓液培养为肺炎克雷伯菌，诊断为细菌性肝脓肿。两例均予相应治疗后好转出院。结论：细菌性肝脓肿典型临床症状表现为发热和腹痛，部分患者症状及体征缺乏特异性，若接诊医生对该病认知不足，易漏诊误诊。临床医生应加强对细菌性肝脓肿的认识，仔细询问病史，拓宽诊断思维，早期行腹部 B 超、CT 检查；可减少或避免早期误诊。

**【关键词】：**肝脓肿；细菌性肝脓肿；漏诊误诊；顽固性呃逆

DOI:10.12417/2705-098X.25.21.020

肝脓肿 (Liver Abscess LA) 是由致病菌通过入侵肝脏引起的局部化脓性感染，主要入侵途径包括胆道、肝动脉及门静脉，直接蔓延等途径，常见的致病菌有细菌、阿米巴、真菌等<sup>[1]</sup>。临床上最常见的是细菌性肝脓肿。近年来随着糖尿病、恶性肿瘤、使用免疫抑制剂以及有创手术的患者增多，肝脓肿的发病率逐渐上升<sup>[2-3]</sup>。细菌性肝脓肿的主要临床表现为发热、腹痛，恶性呕吐；部分患者临床症状不典型，体征缺乏特异性，仅凭炎症指标白细胞升高、C 反应蛋白增加等难以明确诊断，给临床诊治工作带来了巨大的挑战，容易出现漏诊误诊<sup>[4]</sup>。肝脓肿的发病早期的临床表现，往往起病急，无论是发热，还是腹痛、恶心呕吐等症状，患者优先选择急诊科就诊，急诊科医生进行诊治工作时需要做到快速、精准，避免漏诊误诊。因此，本文将以临床表现不典型的细菌性肝脓肿进行临床分析，以供学习及参考。

## 1 临床资料

案例 1：女 24 岁，职员，因“发热 2 天”就诊。患者自诉 2 天前出现发热，最高体温为 37.7℃，否认头痛、咽痛、鼻塞、流涕、咳嗽、咳痰、腹泻、尿频尿急尿痛等不适；感背部肌肉酸痛；自行服用感康后无缓解，遂就诊。既往史及个人史无特殊。

查体：T：37.9℃，咽部无红肿充血，扁桃体无肿大，双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音。腹软，无压痛，无反跳痛，无腹肌紧张、墨菲征阴性。

急诊考虑诊断为：发热待诊，予完善血常规+CRP 提示：血常规+CRP 提示：WBC 13.25\*10<sup>9</sup>/L，CRP 237.7ng/L；进一步完善胸部 CT 提示：①双肺散在实性结节，考虑低危结节；②扫及肝左叶类圆形低密度团块影大小约 4.6\*4.0cm。结合患者既往无肿瘤病史，考虑肝脓肿待排。

入院后进一步行上腹部增强 CT，结果提示：肝脓肿；诊

断为肝脓肿，经予抗感染、穿刺引流术及中医中药治疗后好转出院。

出院 1 月后复诊，患者无不适，行上腹部 CT 提示病灶较前明显缩小。

案例 2：男，45 岁，专业技术人员，因呃逆 4 天就诊。患者自诉 4 天前无明显诱因下出现呃逆，持续性打嗝，严重时持续时间 1 小时，有一过性发热，最高体温为 37.5℃，无恶性呕吐，无腹痛腹泻，无咳嗽咳痰，无头晕头痛等不是，于附近诊所就诊，予“胃复安”止呃逆及口服药物治疗。患者症状未缓解，仍有呃逆，持续性发作。2 天前患者症状仍未缓解，剑突下疼痛，遂至老家地级市某三甲医院就诊，诊断为“呃逆”，予“异丙嗪”肌注，静滴“护胃针”（具体药物患者不能详细提供）等对症处理后，稍缓解，发作频率降低，剑突下疼痛缓解。此后患者呃逆再次出现加重，呈持续性发作，无腹痛，无发热，无咳嗽，今为求针灸治疗及肌注“异丙嗪”治疗遂我院急诊科就诊。患者既往有糖尿病病史（口服达格列净片和格列美脲片、皮下注射德谷门冬胰岛素控制血糖），有吸烟史、无饮酒史。

查体：神志清楚，双肺呼吸音清，未闻及干湿啰音，腹软，无压痛，无反跳痛，无腹肌紧张、墨菲征阴性。

急诊完善血常规+CRP，胸部 CT 检查，结果回示：全血细胞计数+五分类+全血 C 反应蛋白：白细胞：14.72\*10<sup>9</sup>/L，中性粒细胞数 12.59\*10<sup>9</sup>/L，单核细胞：0.88，中性粒细胞百分比 85.5%，淋巴细胞百分比 8.3%，嗜酸性粒细胞百分比 0.2%，\*血小板 381\*10<sup>9</sup>/L，全血 C 反应蛋白：321.58。

胸部 CT：①双肺下叶少许实性及磨玻璃小结节，大者直径约 4mm，考虑低危结节，建议年度复查。②扫及肝右叶团块状稍低密度影，边界不清、密度不均，范围大致约为 6.9\*7.6cm，性质？③扫及右肾微小结石。结合患者既往无肿瘤病史，考虑

肝脓肿待排，收入住院。

住院后进一步完善上腹部增强 MRI 检查。上腹部磁共振平扫+增强结果提示：1、肝右后叶肿块影，肝脓肿可能（肝右后叶见一稍长 T1 稍长、长 T2 信号肿块影，横截面大小约 8.6cmX6.4cm）。诊断为：细菌性肝脓肿，2 型糖尿病伴血糖控制不佳 3.肝功能不全予抗感染、控制血糖，保肝及中医药益气托毒透脓等对症治疗，并于超声+DSA 引导下肝穿刺置管引流术，肝穿刺脓液培养提示：肺炎克雷伯菌。治疗 17 天，患者的呃逆症状消失，血糖控制平稳后出院，出院 2 周后电话随访，患者无不适。

## 2 讨论

### 2.1 疾病概述及临床特点

肝脓肿是临床上常见的肝脏感染性疾病，主要由细菌、阿米巴或真菌等致病病原体通过胆道、肝动脉、门静脉以及直接蔓延等途径侵犯肝脏，引发肝脏组织局部发生化脓性病变，导致肝实质感染，最后导致病理性炎性坏死、肝内脓性物质集聚液化<sup>[5]</sup>。临床上以细菌性肝脓肿为常见，致病菌主要以肺炎克雷伯菌为多见；有研究表明在我国超过 80% 的肝脓肿是感染肺炎克雷伯菌<sup>[6]</sup>。易感人群主要为具有糖尿病、心血管疾病、恶性肿瘤、肝硬化、胆道疾病、尿路疾病、肺炎、自身免疫性疾病和营养不良等基础疾病的人<sup>[7]</sup>；致病菌侵袭主要途径有胆源性感染、门静脉感染、血流播散感染、外伤导致肝脏直接感染等 5 种途径；然而传统的途径如胆源性及门静脉途径感染所致的细菌性肝脓肿的比例逐渐呈下降趋势；隐源性肝脓肿发病比例升高，目前占比由 4% 上升到 40%，已经成为最常见的感染方式<sup>[8]</sup>。细菌性肝脓肿的典型临床表现为：全身症状以高热为主要表现，局部症状以右上腹痛，肝区压痛明显，部分患者甚至会出现肝脏肿大或触痛，随着病情的发展，患者可能还会出现食欲缺乏、恶心、呕吐、乏力等症状<sup>[9]</sup>。近年来糖尿病、肝胆胰腺部位的恶性肿瘤、使用免疫抑制剂等患者增多，临床上有创操作增多，多重耐药菌的产生，细菌性肝脓肿的危险因素、临床表现及病原学构成随之发生相应变化，给疾病的诊断和治疗带来一定的挑战<sup>[10]</sup>。

### 2.2 诊断及病例分析

细菌性肝脓肿患者最主要的临床表现为发热、寒战等全身症状以及腹痛、恶心、呕吐等消化道症状；肺炎克雷伯菌所致肝脓肿具有转移其他部位的风险，可导致脑膜炎、眼内炎、骨髓炎及其他部位脓肿形成（如肺脓肿），又称为肝外侵袭综合征<sup>[11]</sup>。细菌性肝脓肿早期临床表现没有特异性，早期漏诊误诊率高，常被误诊为肺部感染、肝脏肿瘤，甚至被误诊为胃肠道疾病，因此临床上需完善实验室检查及影像学检查来辅助肝脓肿诊断。有相关研究<sup>[12]</sup>表明，腹部彩超检查的灵敏度 85%，CT 检查的灵敏度可以达到 97%。因此建议怀疑可能存在肝脓肿患

者在疾病早期采用 CT 检查初筛，必要时可进一步完善腹部磁共振明确诊断。案例 1 中，患者既往无糖尿病病史，此次患者仅为低热症状，急诊科医师初步查血常规+CRP 提示炎症指标高，进一步筛查胸部 CT 时发现为肝脓肿；入院后行上腹部增强 CT 检查提示为肝脓肿。案例 2 中患者未出现典型的发热及腹痛等症状，整个病程中主要表现为顽固性呃逆，仅仅出现一过性低热、胃痛等症状，就诊当地三甲医院未行详细的检查，初步考虑为呃逆，予异丙嗪肌注及抑酸护胃等对症治疗，患者症状未缓解，就诊于我院急诊科就诊，急诊内科医生完善血常规+CRP、胸部 CT 等相关检查；患者炎症反应重；结合患者既往肝无肿瘤病史，有糖尿病病史，肝脓肿高危因素，考虑肝脓肿待排，进一步完善腹部增强 MRI，明确诊断为肝脓肿；行介入穿刺引流术，脓液培养为提示为肺炎克雷伯菌，诊断为细菌性肝脓肿。

### 2.3 案例特征分析

2 例案例临床表现均不典型。案例 1 仅表现为低热，无肝脓肿的危险因素。案例 2 表现为呃逆，是临床上更少见的症状，由有糖尿病，为肝脓肿的发病高危因素。细菌性肝脓肿早期临床表现无特异性，常出现的临床症状为：以高热、腹痛等症状，随着病情进一步变化可能出现食欲减退、恶心、呕吐、乏力等症状。田雨<sup>[13]</sup>对 1800 例细菌性肝脓肿进行回顾性研究发现，临床表现以“发热”为主要临床表现占比 84%，表现为“腹部疼痛”为主要临床表现的占 43%。若细菌性肝脓肿表现为腹痛，门诊医生往往常规行腹部 CT 检查，出现漏诊误诊的概率降低。本文案例 2 无高热及腹痛的表现，仅表现为顽固性呃逆，在临床上是少见的，对肝脓肿进行文献分析，未见临床报道为顽固性呃逆的案例。

## 3 总结

细菌性肝脓肿临床表现不典型时，容易出现漏诊误诊，作为急诊科医生，应当对此病加强认识，当临床症状及辅助检查表现不符合时，我们应当进一步分析原因，发散诊疗思维，提高诊疗水平，避免漏诊误诊。因此有以下建议：

（1）临床医生应加强对细菌性肝脓肿的发病特点及临床表现的学习，提高对其警惕性，特别对具有糖尿病、心血管疾病、恶性肿瘤、肝硬化、胆道疾病等基础疾病的人出现发热、腹痛，以及实验室检查中炎症指标异常增高时，感染病灶不确定时，应当高度怀疑是否存在肝脓肿的可能性。对于具有顽固性呃逆的病人，临床接诊医生应当思考哪些原因引起呃逆，常有中枢性、外周性，药物及精神刺激等原因，需仔细斟酌及鉴别，建议借助辅助检查进行鉴别诊断，如不能明确诊断时及时行多学科会诊，减少漏诊误诊。

（2）详细询问病史，询问患者基础病史，必要时完善实验室检查及影像学检查，综合分析病情。

(3) 建议科室间多交流, 拓展对疾病认识的宽度, 培养正确诊断的思维, 避免先为主, 定向思维, 当临床症状与实验室及辅助检查存在出入及不符合的时候, 作为急诊科医生应多进行鉴别诊断。

综上, 细菌性肝脓肿临床症状无特异性, 误诊漏诊率高。临床医生提高肝脓肿临床表现的认识, 重视患者基础疾病, 借助辅助检查, 可减少细菌性肝脓肿的误诊漏诊。

### 参考文献:

- [1] 中华医学会急诊医学分会.细菌性肝脓肿诊治急诊专家共识.中华急诊医学杂志, 2022, 31(03):273-280.
- [2] 王辉,张微,侯轩,等.老年细菌性肝脓肿患者流行特征及其危险因素[J].公共卫生与预防医学,2024,35(04):141-144.
- [3] 张燕,陈北方,朱晓红,等.细菌性肝脓肿伴发的基础疾病与预后相关性分析[J].肝脏,2021,26(02):192-194.
- [4] 付宽,王国兴.细菌性肝脓肿患者临床特征分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2024,38(02):123-127.
- [5] 尹大龙,刘连新.细菌性肝脓肿诊治进展[J].中国实用外科杂志,2013,33(9):793-795.
- [6] 张小姣,张玉如,梁美春,等.167例肺炎克雷伯菌肝脓肿感染的临床特征及预后分析[J].中国抗生素杂志,2025,50(01):84-91.
- [7] 陈悦,陈景燕,马春霞,等.高毒力肺炎克雷伯菌感染的研究进展[J].宁夏医学杂志,2024,46(06):546-550.
- [8]李志贵,邱钧,朱元娜,等.隐源性细菌性肝脓肿危重症演变的危险因素[J].中国急救医学,2023,43(05):399-405.
- [9] 邬文博,李玉鹏,陈雄,等.310例细菌性肝脓肿临床治疗分析[J].新疆医学,2025,55(01):33-36+40.
- [10] 安德健,逢崇杰.细菌性肝脓肿 280 例病原学和抗菌药物使用情况分析[J].中国感染与化疗杂志,2024,24(05):515-520.
- [11] 辛宇超.240例细菌性肝脓肿的临床特征[D].吉林大学,2024.
- [12] CHIANG T Y,HUANG Y N,WENG Y C,etal.The influence of early adoption of nonenhanced computed tomography on management of patients with pyogenic liver abscess[J].JGH Open,2023,7(6):419-23.
- [13] 田雨.1800例细菌性肝脓肿临床特点分析[D].吉林大学,2024.