

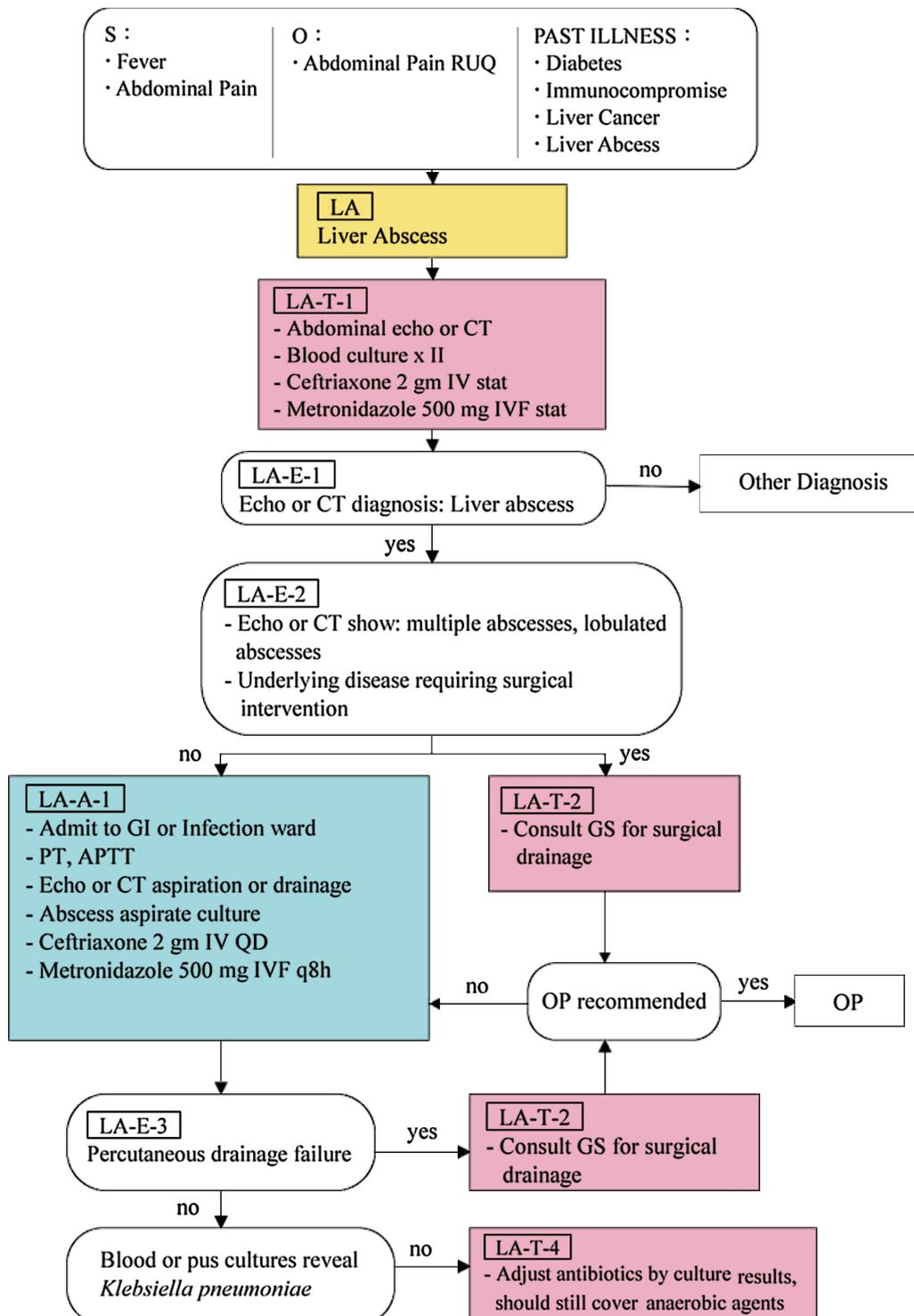


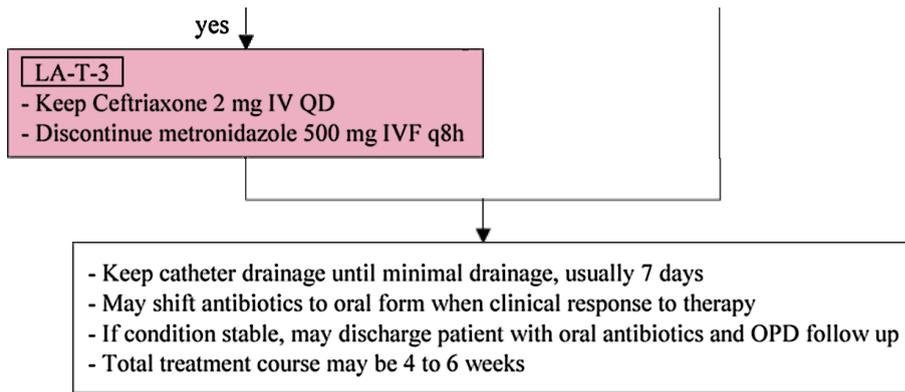
肝膿瘍 Liver Abscess

關鍵字：不明熱 (Fever of unknown origin)；右上腹痛 (RUQ pain)；肝膿瘍 (liver abscess)；糖尿病 (diabetes mellitus)；克雷白氏菌 (*Klebsiella pneumoniae*)

流程代碼：LA

流程指引





[Top](#)

I. 引言

肝膿瘍是病原菌破壞肝臟結構，形成膿瘍的感染疾病。膽道上行性感染、鄰近組織直接散佈、外傷或不明原因均可能導致。肝膿瘍在國外常常是由數種細菌同時感染所引起，在台灣則大多數為Klebsiella感染；常見於糖尿病患者，而且約有一成患者會合併眼內炎或腦膜炎等移轉病灶。

[Top](#)

II. 重點摘要

A. 診斷提示 LA

1. 臨床懷疑肝膿瘍的症狀有發燒、寒顫、虛弱、消化不良、噁心、嘔吐、體重減輕、右上腹痛、肝腫大、黃疸及右上腹部壓痛感。
2. 血液檢查可能會發現白血球上升、貧血、肝功能指數異常、白蛋白低下。
3. 影像學檢查可能發現胸部X光右側橫膈膜上升、右側肺葉底部有浸潤現象，甚至出現右肋膜腔積液。

B. 流程說明

1. 當病人臨床症狀懷疑為肝膿瘍時則給予抗生素及安排腹部超音波或電腦斷層檢查 LA-T-1。肝膿瘍在腹部超音波下可見低迴音合併不規則邊緣的腫塊，而電腦斷層則會顯示低密度的肝內病灶，並有顯著的邊緣增強現象 LA-E-1。若確定診斷要評估是否需外科處理 LA-E-2。
2. 肝膿瘍的治療原則除了給予抗生素外，還需要將膿液引流，同時去除其他可能相關的危險因子與病因，如膽道疾病、外傷、其它腸道疾病等。肝膿瘍的引流方式包括在超音波或電腦斷層下定位，經皮穿肝抽取膿液或放置引流導管 LA-A-1。
3. 當膿瘍破裂引起腹膜感染，或超音波、電腦斷層引流效果不佳 LA-E-3，或病況惡化、有膽道結石、腹部外傷或臨近器官感染等需會診外科醫師是否進行手術引流 LA-T-2。
4. 抽出的膿液應進行細菌培養。若培養出Klebsiella，則持續使用ceftriaxone LA-T-3；若培養出非Klebsiella，則應依照抗生素敏感測試結果調整抗生素的使用 LA-T-4。

C. 住院標準

所有診斷為肝膿瘍的病人皆需住院治療。

D. 出院評估

1. 若有放置引流管，需留置至極微引流量為止再拔除，一般而言約是7天左右。
2. 當病人臨床病況改善後可更換成口服抗生素帶藥出院，並安排門診追蹤治療。
3. 臨床治療過程大約4~6個禮拜。

[Top](#)

III. 衛教

Q. 什麼是肝膿瘍？

A. 肝膿瘍是病原菌在肝臟內感染，造成肝臟結構破壞並化膿的一種感染疾病。

Q. 肝膿瘍是怎麼發生？

A. 可能為血行感染、膽道上行性感染、鄰近組織直接散佈、外傷；或是不明原因導致。

Q. 肝膿瘍要如何診斷？

A. 當臨床上有懷疑時，可安排腹部超音波或腹部電腦斷層診斷。

Q. 肝膿瘍要如何治療？

A. 肝膿瘍治療需給予抗生素和引流膿液，同時去除其他可能相關的危險因子與病因，如膽道疾病、外傷、其它腸道疾病等等。

Q. 在治療肝膿瘍的過程中需要注意些甚麼？

- A. 1. 食物並無特別禁忌，可採均衡飲食，增加抵抗力。
2. 若有引流管留置：注意管路避免牽扯或摺疊以免滑脫或阻塞；袋子高度不可超過引流管；注意引流量和顏色，流出液體變成紅色即刻告知醫護人員。
3. 當出現劇烈腹痛、頭痛、視力改變時請立即通知醫護人員處理。

[Top](#)

IV. 臨床問題討論

Q. 使用何種經驗性抗生素對於治療肝膿瘍最為適當？

A. 目前尚未有針對治療肝膿瘍抗生素使用的隨機對照研究。治療主要依據肝膿瘍的可能感染來源；譬如膽道、骨盆腔、其他腹腔內感染或是血行感染等等。現行操作指引建議：單一使用beta-lactam/beta-lactamase類抗生素，或者第三代cephalosporins加上metronidazole；其他可選用的替代抗生素還有fluoroquinolone類加上metronidazole，或者是單一使用carbapenem類抗生素治療。但是目前有研究指出，台灣地區肝膿瘍多是單一菌種：Klebsiella造成的，而非國外的多重菌種感染。而社區型感染的Klebsiella很少培養出extended-spectrum beta-lactamases菌株。所以如果使用第一代cephalosporin (加或不加aminoglycoside) 能減低花費，而且也能有跟其他抗生素治療在死亡率、移轉病灶、和併發症的比較上有同樣效果。我們建議經驗性使用第三代cephalosporin加上aminoglycoside來治療台灣地區的細菌性肝膿瘍。如果之後的血液或是膿液培養證實為Klebsiella感染，則aminoglycoside類抗生素可以在使用一段療程（約7天）之後停止。

Q. 肝膿瘍要如何選擇引流方式？

A. 目前肝膿瘍的引流方式包括在超音波或電腦斷層下定位，經皮穿肝抽取膿液或放置引流導管、外科手術引流，或者藉由內視鏡逆行性膽胰造影術引流。如果單一直徑在5公分以內的肝膿瘍，使用細針穿刺抽吸引流即可。而對於單一大於5公分的膿瘍，經皮穿刺導管留置的引流方法較單純細針抽吸引流的治療效果為好，不過也有少部分人建議此種大小的肝膿瘍需手術引流較為適當。考慮到病人的舒適度和配合度，我們建議單一小於5公分的膿瘍可由細針抽取；而大於5公分的膿瘍則需放置引流導管。而在膿瘍破裂引起腹膜感染、多葉性膿瘍、併有其他需手術處理的腹部情況，以及治療經過4~7天後，臨床症狀仍未改善或病況惡化的病人則需藉由外科引流的方法治療。內視鏡逆行性膽胰造影術引流可以用在之前就有膽道疾患，並且肝膿瘍和膽道有交通的病人身上。

[Top](#)

參考資料

1. Cheng HP, Siu LK, Chang FY. Extended-spectrum cephalosporin compared to cefazolin for treatment of Klebsiella pneumoniae-caused liver abscess. Antimicrob Agents Chemother 2003; 47:2088-92.
2. Lam YH, Wong SK, Lee DW, et al. ERCP and pyogenic liver abscess. Gastrointest Endosc 1999; 50:340-4.
3. Lee SS, Chen YS, Tsai HC, et al. Predictors of septic metastatic infection and mortality among patients with Klebsiella pneumoniae liver abscess. Clin Infect Dis 2008; 47:642-50.
4. Lin TL, Tang SI, Fang CT, et al. Extended-spectrum beta-lactamase genes of Klebsiella pneumoniae

- strains in Taiwan: recharacterization of shv-27, shv-41, and tem-116. *Microb Drug Resist* 2006; 12:12-5.
5. Serste T, Bourgeois N, Vanden Eynden F, et al.. Endoscopic drainage of pyogenic liver abscesses with suspected biliary origin. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:1209-15.
 6. Wang JH, Liu YC, Lee SS, et al. Primary liver abscess due to *Klebsiella pneumoniae* in Taiwan. *Clin Infect Dis* 1998; 26:1434-8.
 7. Yu SC, Ho SS, Lau WY. Treatment of pyogenic liver abscess: prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration. *Hepatology* 2004; 39:932-8.
 8. Yang CC, Yen CH, Ho MW. Comparison of pyogenic liver abscess caused by non-*Klebsiella pneumoniae* and *Klebsiella pneumoniae*. *J Microbiol Immunol Infect* 2004; 37:176-84.
 9. Zerem E, Hadzic A. Sonographically guided percutaneous catheter drainage versus needle aspiration in the management of pyogenic l