

· 临床论著 ·

# 肝炎肝硬化并自发性腹膜炎临床特征探讨

刘春华

**【摘要】 目的** 探讨自发性腹膜炎(spontaneous bacterial peritonitis, SBP)的临床特征,及时诊断、治疗和预防。**方法** 对104例肝炎肝硬化合并SBP患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** SBP临床表现不典型且变化多样,诊断依据主要是腹水细胞计数和腹水细菌培养,但腹水细菌培养率极低。**结论** 及时观察临床表现,进行必要的腹水检查,早期诊断有助于SBP的预防和治疗。

**【关键词】** 肝硬化;自发性腹膜炎

**Clinical analysis on liver cirrhosis with spontaneous bacterial peritonitis** LIU Chun-hua. Qingdao Infectious Diseases Hospital, Qingdao 266033, China  
Corresponding author: LIU Chun-hua, Email: qingdaolch226@126.com

**【Abstract】 Objective** To analyze the clinical feature, diagnosis, treatment and prevention of spontaneous bacterial peritonitis (SBP). **Methods** The clinical data of 104 cases with SBP in patients with liver cirrhosis were analyzed retrospectively. **Results** The clinical manifestations of SBP were not typical but various. The diagnosis was mainly based on the number of ascites cells and ascitic bacterial culture, but the rate of latter was extremely low. **Conclusions** Timely observation of the clinical manifestations, necessary ascites examination and early stage diagnosis of SBP, all of which could contribute to the prevention and treatment of SBP.

**【Key words】** Liver cirrhosis; Spontaneous bacterial peritonitis

自发性细菌性腹膜炎(SBP)是指无腹腔脏器穿孔、炎症(如脓肿、急性胰腺炎、胆囊炎)等感染而发生的急性弥漫性细菌性感染,是失代偿期肝硬化患者常见的并发症。通过对本院104例肝炎肝硬化并发SBP患者临床特征分析,探讨SBP的临床诊断和治疗。

## 资料与方法

### 一、一般资料

2005年1月至2008年1月于本科室住院的104例肝炎肝硬化并发SBP患者,其中男78例、女26例,年龄28~78岁,平均年龄51.7岁;乙型肝炎肝硬化患

者 89 例;丙型肝炎肝硬化患者 3 例;肝炎并酒精性肝硬化患者 7 例;原发性胆汁性肝硬化患者 3 例;其他肝硬化患者 2 例。Child-Pugh 分级:B 级患者 18 例、C 级患者 86 例。合并上消化道出血患者 32 例,肝性脑病患者 12 例,肝肾综合征患者 2 例。

## 二、诊断依据

全部病例诊断符合 2000 年全国病毒性肝炎学术会议修订的诊断标准<sup>[1]</sup>。

SBP 诊断标准依据综合文献报道<sup>[2-4]</sup>。

## 三、确诊病例

1. 不同程度的发热、腹痛、腹胀;
2. 查体腹部张力增高,轻重不等的压痛、反跳痛;
3. 腹水迅速增多,利尿效果不好;
4. 腹水中多核细胞 (polymorphonuclear neutrophil, PMN) 计数  $\geq 0.25 \times 10^9/L$ ,血常规白细胞总数或中性粒细胞总数升高;
5. 腹水细菌培养阳性。

其中,疑诊病例诊断标准为以上 1~4 中符合 2 项或以上,但腹水培养未发现致病菌者。以上均排除继发性腹膜炎。

## 结 果

### 一、临床特征

发热患者 71 例,不同程度的腹胀患者 98 例,腹痛患者 62 例,腹泻患者 32 例,肌紧张患者 22 例,腹部压痛或反跳痛患者 66 例。血常规:白细胞计数  $\geq 10 \times 10^9/L$  者 35 例,中性粒细胞比率  $\geq 0.7$  者 90 例。腹水检查:PMN 计数  $> 0.25 \times 10^9/L$  者 97 例,李瓦特试验阳性患者 81 例,细菌培养阳性者仅 11 例,培养可见大肠埃希菌、变形杆菌、克雷伯杆菌。

### 二、治疗与转归

在内科综合治疗的基础上,首选第三代头孢类菌素药物,其次为喹诺酮类进行抗感染治疗,疗程为 7~14 d,同时根据患者感染程度和腹水情况间断腹腔注射。治愈好转 94 例,死亡 10 例。Child-Pugh 分级 B 级全部治愈,C 级好转 76 例,死于上消化道出血、肝性脑病和肝肾综合征的患者 10 例。

## 讨 论

SBP 是失代偿期肝硬化患者常见的并发症,住院肝硬化患者 SBP 发病率为 10%~30%,本组资料占同期肝硬化患者的 17%,与文献报道<sup>[5]</sup>基本一致。SBP 发生发展与门脉高压时肠道菌群紊乱、肠黏膜屏障功能减弱、肠道细菌移位以及机体免疫功能低下等多种因素有关<sup>[6]</sup>。肝硬化患者反复发病,机体免疫防御功能低下,肠道细菌异常繁殖,门脉高压肠黏膜充血糜烂致屏障破坏,肝内结构失常致网状内皮系统吞噬功能丧失,门体侧支循环开放,且常伴有腹水,而腹水又是细菌良好的培养基,细菌通过血液、淋巴循环(血行性),肠壁渗出(透壁性)或直接

侵入,女性也可经生殖系统,移位定殖在腹腔,造成腹膜炎<sup>[7]</sup>。

肝炎肝硬化并发 SBP 患者大多临床症状不典型,且变化多样,仅有小部分患者同时出现发热、腹痛、腹部压痛与反跳痛等症状,而多数患者仅表现为发热或腹痛。因此,SBP 诊断的主要依据来自腹水 PMN 计数和腹水细菌培养。本文对住院的肝硬化患者进行常规血液和腹水检查,凡肝炎肝硬化患者出现下列情况,应考虑 SBP 的可能:(1)不明原因发热和腹痛;(2)短期内腹水明显增加;(3)无诱因的肝性脑病;(4)外周血白细胞总数升高或不高但中性粒细胞增高;腹水白细胞  $>0.5 \times 10^9/L$  或 PMN 计数  $>0.25 \times 10^9/L$ 。尽管腹水细菌培养对 SBP 很有确诊意义,但阳性率低。本组细菌培养率极低,仅为 10.6%,较其他文献报道偏低,考虑与细菌培养技术、大量腹水稀释细菌及抗菌药物的应用有关。因此,腹水 PMN 计数对 SBP 的诊断有十分重要意义。

对于确诊或疑诊的 SBP 患者,立即进行经验性治疗。在治疗中遵循早期、足量、联合、广谱、避免肝肾毒性的原则。首选第三代头孢菌素,其次喹诺酮类,两者单用或联合;当效果不佳时换用第四代头孢菌素或其他强效抗菌药物。本组依次应用头孢曲松钠、头孢哌酮钠舒巴坦、头孢他定、头孢吡肟。喹诺酮类有环丙沙星、左氧氟沙星。疗程一般 7~14 d。当患者临床症状和体征消失,周围血白细胞总数  $<10 \times 10^9/L$  和(或)中性粒细胞比率  $<0.7$ ,腹水 PMN  $<0.25 \times 10^9/L$ ,细菌培养阴性可考虑停药。本组病例经抗菌药物治疗后,临床症状改善,尿量增加,血及腹水指标下降,总有效率为 90%。另外,Child-Pugh 分级 B 级治疗效果显著优于 C 级。

关于 SBP 的预防,笔者体会:对肝炎肝硬化患者应积极治疗并发症,保持水电解质平衡,加强支持治疗。一旦出现(1)不明原因低热;(2)顽固性腹胀、腹泻;(3)腹水增多或利尿剂无效;(4)上消化道出血;(5)肝性脑病。应考虑有发生 SBP 的可能,给予预防性应用抗菌药物,可减少 SBP 的发生率,改善预后。其中,喹诺酮类药物是预防性用药的首选药物<sup>[8]</sup>。

#### 参 考 文 献

- 1 中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学分会. 病毒性肝炎防治方案. 中华传染病杂志,2001,19:56-62.
- 2 张继明,翁心华. 自发性细菌性腹膜炎的诊断及防治. 中华肝脏病杂志,2005,13:459-460.
- 3 杨玉英,张锦前,王慧珠,等. 肝硬化合并自发性细菌性腹膜炎患者腹水培养阳性的病原菌分析. 中华传染病杂志,2005,23:402-405.
- 4 任贵英,蒋音,宰淑培,等. 肝硬化并发自发性细菌性腹膜炎 81 例临床分析. 肝脏,2008,13:318-319.
- 5 姜春燕,贾继东,王宝恩. 肝硬化合并自发性细菌性腹膜炎的研究进展. 肝脏,2006,11:346-348.
- 6 张爱军,战淑慧,许琳,等. 肝硬化患者小肠细菌过度生长与肝功能及自发性腹膜炎的关系. 肝脏,2009,14:389-390.
- 7 徐新献主编. 传染病危重症现代治疗. 成都:四川科学技术出版社,1998:227.
- 8 丁晓东,范建高. 美国肝病学会成人肝硬化腹水诊疗指南(2009 年版). 肝脏,2009,14:245-246.

(收稿日期:2009-12-19)

(本文编辑:孙荣华)

刘春华. 肝炎肝硬化并自发性腹膜炎临床特征探讨[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志:电子版,2010,4(3):299-301.