

肝膿瘍之超音波診斷與治療

蘇東弘、梁嘉德、黃冠棠醫師 / 台大醫院內科部

肝膿瘍是肝臟中最常見的感染症，其發生大多與闌尾炎、膽道疾病、惡性腫瘤、外傷或手術有關，但仍有一部份原因不明。隨著診斷工具、抗生素及治療方式進步，大多數的病人可以痊癒。然而，如果沒有早期診斷並加以治療，或病人合併有較多的慢性疾病，則常可能發生併發症，甚至死亡。依照病原體的不同，肝膿瘍可分為細菌性及阿米巴性兩種。早期阿米巴性肝膿瘍最常見，隨著衛生環境改善，近年來則以細菌性肝膿瘍為主。

除了病史詢問、理學檢查及實驗室檢查外，臨床診斷肝膿瘍最重要的方是就是影像學檢查，包括腹部超音波、電腦斷層及核磁共振檢查。腹部超音波檢查方便、快速、不具侵入性，且有極高的敏感性（80-90%），因此常用於肝膿瘍的第一線檢查。然而，超音波檢查決定於操作者的經驗，且偶有檢查上的死角（如被肋骨或是腸氣擋住），因此仍可能

需要電腦斷層或核磁共振檢查的輔助。

由於肝門靜脈主要回流至肝臟右葉的關係，大部分的肝膿瘍位於右葉。整體來說，超音波檢查時，肝膿瘍通常為低回音的影像，但也可能為中或高回音。病灶內部可能表現碎片狀

（**debris**）的回音訊號，有液-液介面，或是含有隔間。膿瘍壁多為不規則的薄壁。由於膿瘍邊緣不規則，因此超音波檢查常不如施打顯影劑之電腦斷層影像清楚，甚至會誤認為實質性的腫瘤。若膿瘍由產氣菌造成，則其內會充滿高亮度回聲訊號，並會伴著線狀音響陰影（**acoustic shadow**）或音波反振假影（**reverberation artifacts**）。另外偶爾可以發現膿瘍周圍的肝門靜脈血液逆流的現象。需要鑑別診斷的病灶包括：出血的囊腫、原發或轉移的惡性腫瘤、血腫及包蟲囊（**hydatid cyst**）。

依據病原體來區分，阿米巴性肝膿瘍常為單發性、

位於右葉接近橫隔膜的大病灶，其超音波影像中有**5**個特點：壁不清楚、位於肝臟包膜的邊緣、常有病灶後方回音增強、形狀為圓形或橢圓形且內部為均勻的低回音。其中最後兩點可與細菌性肝膿瘍作為區別。細菌性肝膿瘍則常為多發性，位於左右兩葉且直徑較小。若病灶直徑小於**2**公分時，則稱為微膿瘍

（**microabscess**），分為兩種形式：多發散在性的病灶，常見於葡萄球菌的感染；群聚型的病灶，常見於腸內菌的感染或源自於膽道的阻塞及發炎。近年來常見的克雷伯式桿菌性肝膿瘍，初檢查時超音波影像常是實質狀的病灶，因此液化可抽出的膿液較少。

肝膿瘍早期以手術治療為主，然而仍有部分的患者會因多發性的肝膿瘍而死亡。**McFadzean**於**1953**年最早提出超音波指引膿瘍抽吸是一種安全且有效治療方式，由於較低侵入性，且效果很好，之後就逐漸廣為接

受。因為抗生素治療效果極佳，阿米巴性肝膿瘍以藥物治療為主，但懷疑有續發性細菌感染、治療反應不好或是膿瘍太大或有破裂的可能性時，還是需要將膿瘍抽吸引流。而如果懷疑為細菌性肝膿瘍感染時，則需要將膿瘍抽吸出來，並將膿液做革蘭氏染色及細菌培養，以盡快作為抗生素調整的依據。在抽吸之前要施打預防性抗

生素，接著在超音波或電腦斷層下定位，經皮穿肝以細針抽取膿液或放置引流導管。最近的研究指出，以細針重複抽吸的方式效果與放置引流導管相當，同時具有方便且病人較為舒適的優點。處理內有隔間的大病灶時，因為內部相連通的關係，常用單一細針即可整個抽吸完畢。超音波指引細針抽吸的併發症不常見，包括

敗血症、氣胸、血胸、肺膿瘍及出血。

肝膿瘍在臺灣是常見的疾病，也是腹腔內膿瘍最常發生的地方。目前的檢驗方式及影像學檢查非常進步，利用超音波早期診斷及治療，可以減低死亡率及併發症的產生。