

HIV/AIDS合并肝脓肿83例临床特点分析

北京佑安医院 感染中心

冯丹丹





研究背景:

1. HIV/AIDS人群肝脓肿目前尚无明确、规范诊疗方案;
2. 随着影像引导下介入治疗手段的广泛应用,肝脓肿治疗已不局限于传统的内科抗感染及外科手术治疗方式;
3. HIV/AIDS人群肝脓肿临床转归、个体化治疗获益缺乏大样本数据分析。



研究方法：

回顾性分析首都医科大学附属北京佑安医院2010年1月至2019年2月收治的83例HIV/AIDS合并肝脓肿患者流行病学、临床资料、并发症、病原学、治疗情况和转归等。





病例入选标准:

1. 2010年1月至2019年2月北京佑安医院住院患者;
2. HIV/AIDS, 同时合并肝脓肿患者





疗效判定标准：

1. **痊愈：**临床症状、体征消失，脓肿完全吸收。
2. **显效：**临床症状、体征消失，脓肿缩小 $\geq 50\%$ 。
3. **有效：**临床症状、体征减轻，脓肿缩小 $< 50\%$ 。
4. **无效：**临床症状、体征无改善，脓肿无缩小或扩大。

采用SPSS 21.0软件处理数据，计数资料采用率表示， χ^2 检验，计量资料采用
($\bar{x} \pm s$)

表示，t检验， $P < 0.05$ 表明差异有统计学意义。



结果：

83例HIV/AIDS合并肝脓肿患者流行病学特点：

1. 患者均为男性
2. 平均年龄 42 ± 16 岁
3. 发病隐匿，常无明显诱因，肝脓肿常见并发症糖尿病（3例 3.6%），胆系感染（2例 2.4%），皮肤软组织感染（2例 2.4%），血行感染（1例 1.2%）发生率低
4. 临床表现不典型，常缺乏典型的“发热 腹痛 畏寒寒战”表现，患者乏力 食欲降低 纳差 腹泻等表现多见



83例HIV/AIDS合并肝脓肿患者的影像学特点:

- 1.69.88%患者肝脓肿大于5cm;
- 2.肝右叶为主要病变部位;
- 3.多发肝脓肿占比高。

脓肿特点	例数 (%)
大小 (cm)	
> 10	20 (24.10%)
5~10	38 (45.78%)
< 5	25 (30.12%)
位置	
右叶	53 (63.85%)
左叶	15 (18.07%)
双叶	10 (12.05%)
尾状叶	5 (6.021%)
数量	
单发	15 (18.07%)
多发	68 (81.93%)



83例HIV/AIDS合并肝脓肿患者的病原学特点：1.血培养、脓液培养阳性率较高；

2.便检、肠镜检查、痰培养常可指导临床判断；

3.G-杆菌仍为常见致病菌(8例 9.6%)：大肠埃希菌、铜绿假单胞菌；

4.G+菌感染(6例 7.2%)，结核性肝脓肿、阿米巴肝脓肿不容忽视。

病原菌	血培养 例 (%)	脓液培养 例 (%)	痰培养 例 (%)	便涂片、培养 例 (%)	肠镜病理检查 例 (%)	合计 例 (%)
大肠埃希菌	1 (1.20%)	3 (3.61%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4 (4.82%)
铜绿假单胞菌	4 (4.82%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4 (4.82%)
金黄色葡萄球菌	0 (0.00%)	2 (2.41%)	0 (0.00%)	1 (1.20%)	0 (0.00%)	3 (3.61%)
溶血性葡萄球菌	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3 (3.61%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3 (3.61%)
结核分枝杆菌	2 (2.41%)	2 (2.41%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4 (4.82%)
阿米巴滋养体	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (1.20%)	1 (1.20%)	2 (2.41%)
鲍曼不动杆菌	2 (2.41%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (2.41%)
合计 例 (%)	9 (10.84%)	7 (8.43%)	3 (3.61%)	2 (2.41%)	1 (1.20%)	22 (26.51%)



针对病原体抗感染治疗方案选择:

原则:同时覆盖G+ G-菌,对 β 内酰胺酶稳定,兼顾厌氧菌

常用药物:

三代头孢:头孢唑肟钠 头孢哌酮舒巴坦 哌拉西林钠他唑巴坦

碳青霉烯类酶抑制剂:美罗培南

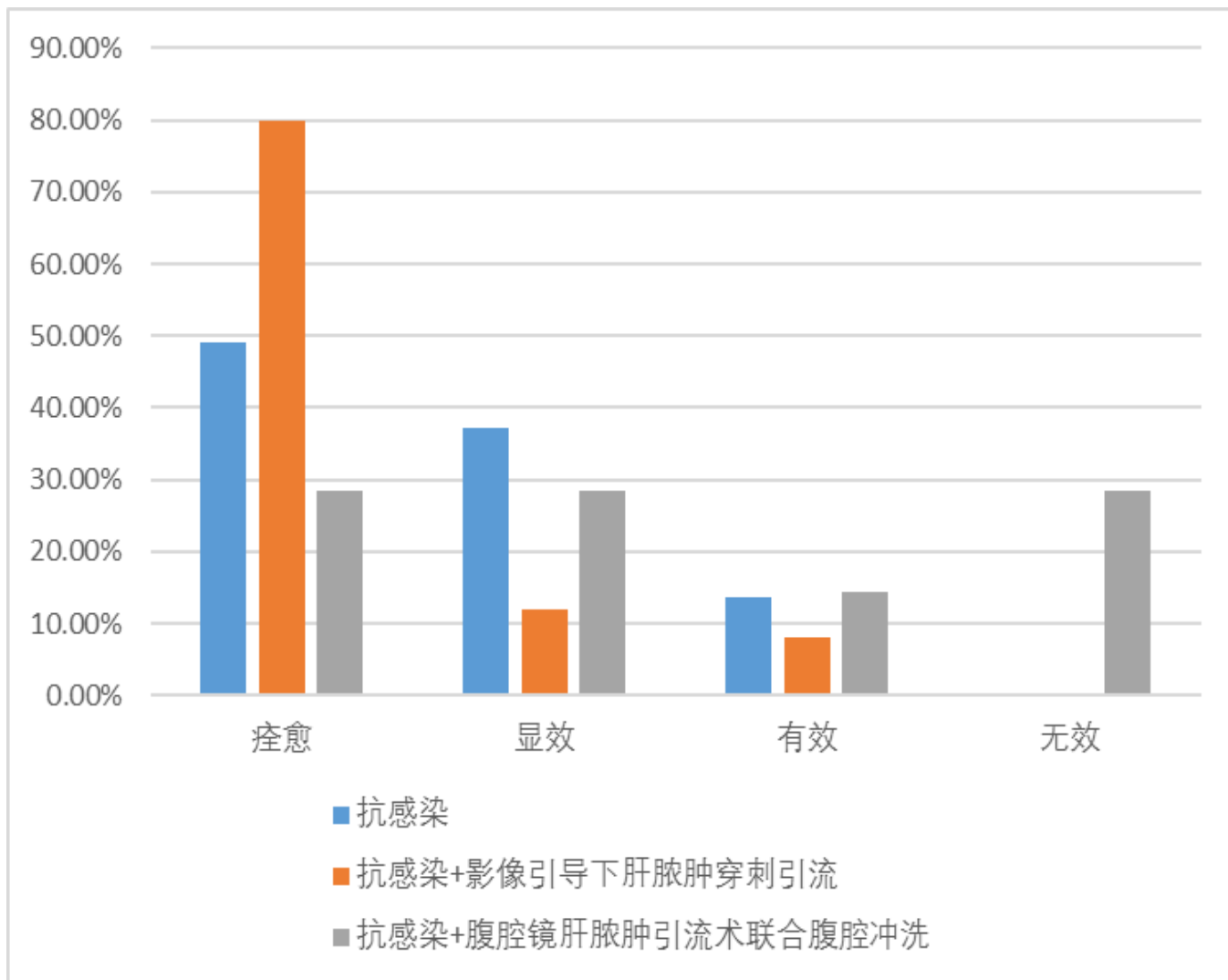
硝基咪唑类:甲硝唑 奥硝唑 左奥硝唑 替硝唑





不同治疗方案疗效对照：

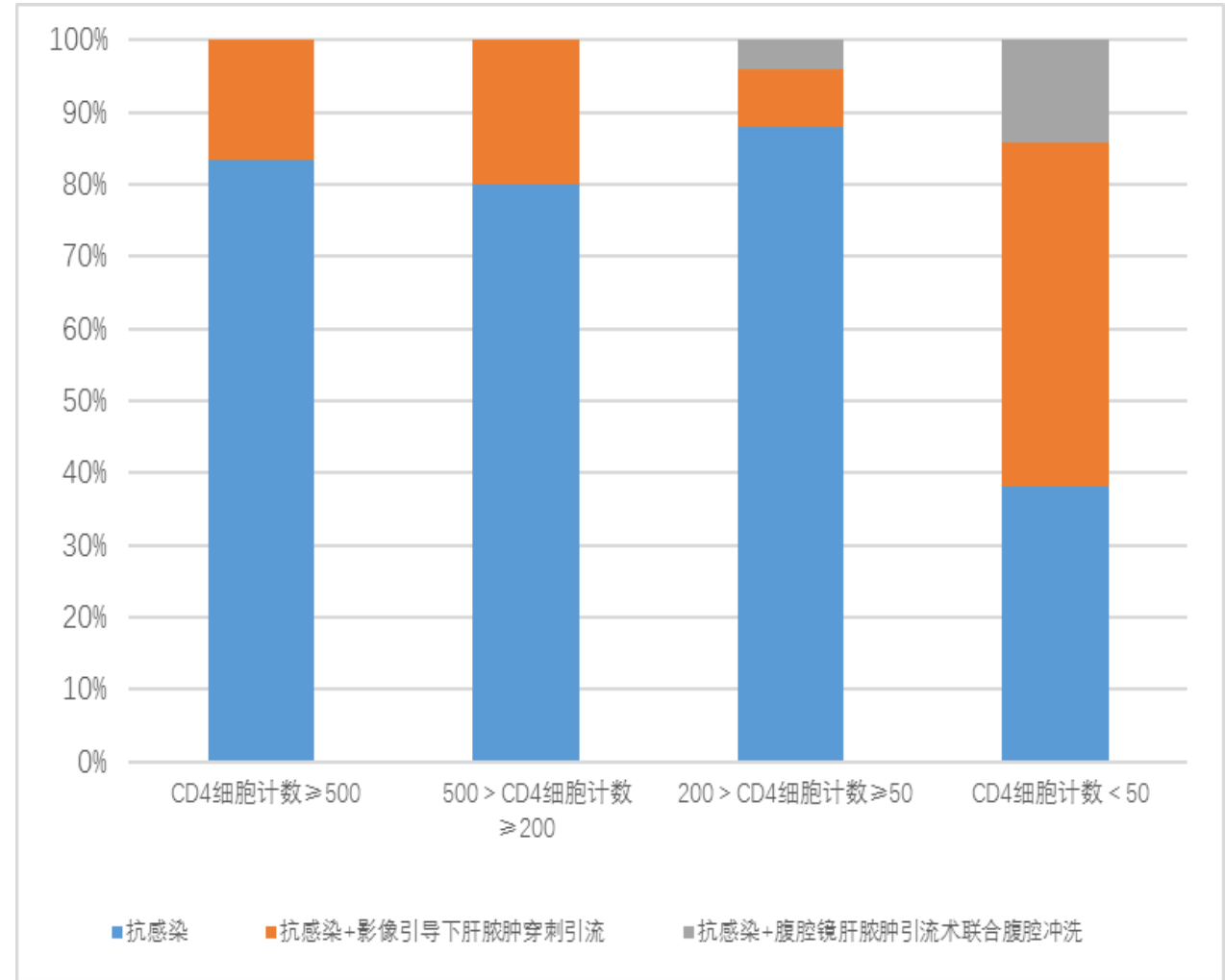
- 1.时间节点：8周；
- 2.病灶未液化采取抗感染治疗，86.27%患者效果显著（痊愈+显效）；
- 3.病灶液化患者采取抗感染联合影像指导下肝脓肿穿刺引流治疗，92.0%患者效果显著；
- 4.7例肝脓肿病灶大、局部液化、破裂后引起腹腔感染，均行抗感染联合腹腔镜肝脓肿引流术联合腹腔冲洗治疗，死亡2例，死因均为感染性休克





CD4细胞计数与肝脓肿严重程度呈负相关性

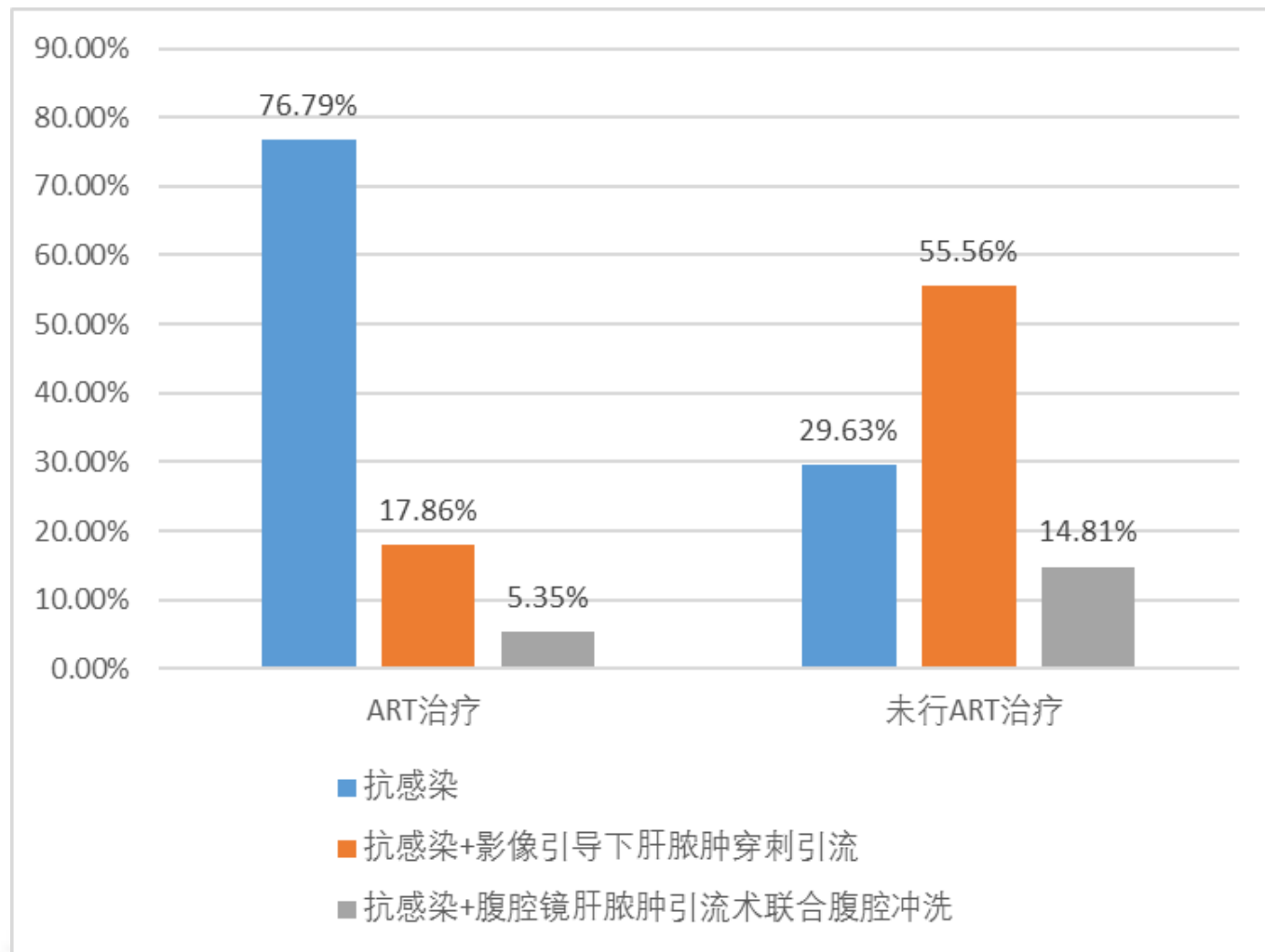
1. CD4细胞水平 ≥ 200 个/UL的患者肝脓肿往往单发、病灶局限、破溃风险低，多选择抗感染、抗感染+影像学引导下肝脓肿穿刺引流联合治疗；
2. CD4细胞水平低于200个/UL的患者，尤其是CD4细胞水平低于50个/UL的患者，肝脓肿多为巨大脓肿、病灶多发、脓肿破溃风险极高，或脓肿已然破溃造成严重腹腔感染，外科腹腔镜肝脓肿引流术联合腹腔冲洗可有效缓解腹腔感染、降低腹腔局部脓肿形成风险，避免开腹，具有微创优势。





ART治疗与肝脓肿治疗方案相关性:

HIV/AIDS合并肝脓肿患者, 已行ART治疗者, 大部分通过单纯抗感染治疗, 即可获得满意治疗效果, 未行ART治疗者, 免疫功能低下, 肝脓肿病情重, 影像引导下肝脓肿穿刺引流及腹腔镜肝脓肿引流术联合腹腔冲洗治疗占比明显升高。





不同治疗方案成效指标比较（天数）：

- 1.影像学引导下肝脓肿穿刺引流可显著缩短平均住院周期；
- 2.肝脓肿病灶大、局部破溃，发生感染性休克风险高，尽快行腹腔镜肝脓肿引流术联合腹腔冲洗，可降低局部脓肿形成、感染性休克发生，否则则会明显延长住院日，增加死亡风险。

治疗方案	体温恢复正常时间	症状明显改善时间	平均住院时间	有效率
抗感染	3.0±1.5	5.0±2.5	19±8.0	100%
抗感染+影像引导下肝脓肿穿刺引流	3.0±2.0	3.5±1.5	16±6.0	100%
抗感染+腹腔镜肝脓肿引流术联合腹腔冲洗	5.5±2.5	5.0±3.5	24±9.5	71.43%



HIV组肝脓肿与普通人群肝脓肿治疗成效对比:

- 1.HIV组肝脓肿患者平均住院时间、炎症指标恢复正常时间均较普通人群肝脓肿组明显延长，有统计学意义；
- 2.HIV组肝脓肿体温恢复正常、症状明显改善时间较普通人群肝脓肿组无显著差异，无统计学意义

	CRP降至正常时间	PCT降至正常时间	WBC降至正常时间	N%降至正常时间	体温恢复正常时间	症状明显改善时间	平均住院时间
HIV合并肝脓肿（83例）	10±12.5	9.5±7.0	7.0±4.2	6.0±5.7	3.5±3.4	4.5±3.4	18.5±8.8
普通人群肝脓肿（253例）	5.0±3.4	7.0±6.4	4.0±5.2	3.5±2.5	4.0±3.0	5.5±3.3	14.0±7.6
t值	18.56	13.34	13.02	14.32	2.02	2.35	23.43
P值	0.017	0.026	0.029	0.021	0.098	0.11	0.009



结论：

1. HIV/AIDS合并肝脓肿患者中，大肠埃希菌、铜绿假单胞菌、结核分枝杆菌、金黄色葡萄球菌、溶血性葡萄球菌为常见致病菌。
2. 三代头孢、碳青霉烯联合硝基咪唑抗感染治疗的同时，行影像引导下肝脓肿穿刺引流，可尽快促进病灶吸收愈合，降低患者病死率。
3. 肝脓肿存在高度破溃风险，或已经破溃形成腹膜炎患者，应尽早实施腹腔镜肝脓肿引流术联合腹腔冲洗。
4. 依据临床实际情况采取个体化治疗策略，得到最大获益。

THANKS

