

Ⅲ型肺结核占 84.37%, 此类病人如不正规治疗, 经久不愈, 反复发作, 传染性强, 亦是引发复治的主要因素之一, 因此提示要特别重视Ⅲ型肺结核的防治工作。从患者的治疗转归情况看, 病人治愈率为 90.91%, 说明实施国家结核病控制项目所采取的治疗管理措施效果很好。本文调查显示由于迁出或副反应未完成疗程者占 5.58%, 也提示要进一步加强肺结核病人的管理, 要从强化宣传、督导、改善项目治疗方案对患者的依从性、减轻药物反应等方面入手, 推动项目的有效实施。

3.3 主要暴露因素和健康知识普及问题 影响肺结核发病的因素有社会因素和自然因素, 社会因素中个人因素是重点。调查发现, 肺结核暴露的危险因素居前 3 位的是长期超时劳动、休息睡眠不足、膳食营养差等; 性别中男女间无性别

差异。调查表明农民工肺结核患者防治知晓率均在 60% 以上, 说明了结防机构开展的健康教育和实施结核病控制项目健康教育是有成效的。

参考文献

- 1 全国结核病流行病学抽样调查技术指导组. 第四次全国结核病流行病学抽样调查报告[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25(1): 3-7.
 - 2 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 39-56.
 - 3 苏小可, 匡旭中. 郴州市 1997-2006 年肺结核流行特征分析[J]. 华南预防医学, 2008, 2(1): 44-45.
- [收稿日期 2010-07-13][本文编辑 谭毅 黄晓红]

经验交流

肝硬化并发肝源性糖尿病 41 例临床分析

任桂梅

作者单位: 538001 广西, 防城港市第一人民医院内科

作者简介: 任桂梅(1960-), 女, 大专, 主治医师, 研究方向: 内科疾病诊治。E-mail: rgm1960@163.com

[摘要] **目的** 探讨肝硬化并发肝源性糖尿病的临床特点及治疗方法。**方法** 对 41 例肝硬化并发肝源性糖尿病患者的临床特点、治疗方法及预后进行回顾性分析。**结果** 肝硬化并发肝源性糖尿病以肝硬化的症状为主, 很少出现糖尿病症状, 血糖以餐后血糖升高为著。治疗上经控制饮食、保肝治疗后血糖好转, 必要时胰岛素治疗。**结论** 肝硬化并发肝源性糖尿病, 临床表现不典型, 以餐后高血糖为特征, 肝源性糖尿病的治疗需要采取综合治疗措施, 但应及早使用胰岛素, 大部分患者的血糖随肝功能的改善而改善。

[关键词] 肝硬化; 肝源性糖尿病

[中图分类号] R 575.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)11-1100-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.11.21

Clinical analysis of 41 patients with hepatic cirrhosis and hepatic diabetes REN Gui-mei. Department of Internal Medicine, the First People's Hospital of Fangchengang City, Guangxi 538001, China

[Abstract] **Objective** To research the clinical characteristics and treatments of hepatic cirrhosis with hepatic diabetes. **Methods** Forty-one patients with hepatic cirrhosis and hepatic diabetes were retrospectively analysed of the clinical characteristics, treatments and prognosis. **Results** The symptoms were mainly from hepatic cirrhosis and seldomly from diabetes in the patients with hepatic cirrhosis and hepatic diabetes; the postprandial hyperglycemia was quite obvious; the blood sugar could go better after controlling diet and protecting liver, and using insulin when necessary. **Conclusion** The clinical manifestations of diabetes are atypical and a characteristic as postprandial hyperglycemia is found in the patients with hepatic cirrhosis and hepatic diabetes. The therapy of hepatic diabetes must be synthetically treatments and insulin is used as soon as possible, the blood sugar can go better with the improvement of liver function in most of the patients.

[Key words] Hepatic cirrhosis; Hepatic diabetes

肝脏是葡萄糖代谢的重要器官,肝细胞受损害时,正常的糖代谢就会受到影响,导致糖代谢紊乱,甚至出现糖尿病耐量减退或糖尿病,临床上表现为肝源性糖尿病。但因临床表现不典型,常被临床医生忽视而延误诊治,为进一步提高对该病的认识和诊治水平,现将我院 1996-01~2009-12 收治的 41 例肝硬化并发肝源性糖尿病报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 41 例均为住院患者,男 27 例,女 14 例,男女比例为 1.9:1,年龄 37~76 岁,平均 51.2 岁,肝硬化病程 2~39 年,糖尿病病程 0~17 年,均符合肝硬化并发肝源性糖尿病的诊断标准^[1]。根据肝功能 Child-Pugh 分级,41 例肝硬化患者 A 级 17 例(41.5%),B 级 14 例(34.1%),C 级 10 例(24.4%)。空腹血糖按增高幅度分为轻型增高(7.0~11.0) mmol/L,中型增高(11.1~13.8) mmol/L,重型增高 ≥ 13.9 mmol/L。

1.2 方法 根据临床资料对临床表现、实验室结果、肝功能分级与血糖的关系、治疗与转归,进行回顾性分析。

1.3 统计学方法 计数资料计算以百分比表示,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床表现 均具有一般肝病表现,如乏力、纳差、厌油、恶心、呕吐、腹胀、黄疸、肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张、脾肿大、腹水,其中并发上消化道出血 10 例,肝性脑病 3 例,肝肾综合症 2 例,肝癌 2 例,多饮、多食、多尿者 9 例(21.9%),明显消瘦 13 例(31.7%)。

2.2 空腹血糖与餐后 2 h 血糖敏感性 本组 41 例病例 9 例空腹血糖正常,但餐后 2 h 血糖增高,按空腹血糖异常值为(1.4 $\pm$ 0.3) mmol/L,餐后 2 h 血糖异常值为(12.1 $\pm$ 4.77) mmol/L 的标准,餐后 2 h 血糖增高更为敏感。

2.3 肝功能与血糖关系 肝功能按 Child-Pugh 分级,17 例 A 级病例符合轻型糖尿病 4 例,中型糖尿病 7 例,重型糖尿病 1 例,其中 5 例空腹血糖正常。14 例 B 级病例符合轻型糖尿病 3 例,中型糖尿病 6 例,重型糖尿病 2 例,其中 3 例空腹血糖正常。10 例 C 级病例符合轻型糖尿病 1 例,中型糖尿病 3 例,重型糖尿病 4 例,其中 2 例空腹血糖正常。

2.4 治疗及转归 本组病例在积极的保肝、对症支持和防治肝硬化并发症等治疗的基础上,均采用控制饮食和胰岛素治疗,对于仅餐后血糖增高和轻、中型糖尿病病例先给予控制饮食、保肝等治疗,血糖控制不理想者加用胰岛素治疗,结果症状明显改善、肝功能好转、血糖稳定者共 29 例(70.7%),因肝硬化并发上消化道出血、肝性脑病、多器官功能衰竭死亡 6 例(14.6%),2 例因病情严重转上级医院进一步诊治,4 例自动出院。

3 讨论

3.1 慢性肝病(如肝硬化)患者大约 80% 出现糖耐量异常,20%~30% 患者直接发展成糖尿病^[2]。本院同期收治的肝硬化患者 184 例,并发糖尿病者 41 例,发生率 22.3%,与文献报道的基本一致。肝源性糖尿病临床表现不典型,常因乏力、纳差、恶心、呕吐、腹胀等肝硬化及并发症的症状就诊,易被忽视。本组资料中仅有 9 例(21.9%)出现多饮、多尿症状,与文献报道的 27.42%^[3]和 26.9%^[4]相接近,而 78.1% 的患者症状不典型。因此提醒临床医生,对于肝硬化患者应常规进行血糖、尿糖检查,必要时行葡萄糖耐量试验,以明确诊断,避免漏诊和误诊。

3.2 对于肝源性糖尿病的血糖诊断标准应以检测餐后血糖为主^[5]。本组 41 例肝源性糖尿病,空腹血糖 9 例(21.9%)为正常,因此对于肝硬化病例,在测空腹血糖正常时,仍要提高警惕,注意检查餐后血糖,以排除肝源性糖尿病。本组资料显示肝功能 A 级病例以空腹血糖正常和轻型糖尿病为主,肝功能 B、C 级以中、重型糖尿病为主。其主要原因^[6]肝功能损害越重,肝细胞的胰岛素受体数目及亲和力降低越明显,且其血浆胰高血糖素、生长激素及游离脂肪酸等胰岛素拮抗物质水平升高越明显,胰岛素拮抗越明显。由于肝硬化时,患者不同程度的肝功能损害致胰岛素抵抗和肝脏对葡萄糖的储存和吸收功能减退,是引起肝源性糖尿病的重要原因。所以治疗上应在积极的保肝、对症治疗、预防并发症等综合治疗的基础上,控制血糖十分重要,原则上禁用口服降糖药,尽量早用胰岛素,不但可有效降低血糖,还可有利于肝细胞修复,肝功能恢复^[7]。因肝硬化时肝脏合成储存肝糖原的能力下降,所以血糖尤其是空腹血糖不宜降得太低,以免发生低血糖昏迷,并影响肝功能恢复。

参考文献

- 1 张霞,沈鼎明.肝源性糖尿病的研究进展[J].中华肝脏病杂志,2002,10(6):476-477.
- 2 韩红梅,朴云峰.肝源性糖尿病发病机制的研究现状[J].临床肝胆病杂志,2006,22(2):152-153.
- 3 刘荣辉,张煜敏,熊翔凤.肝硬化伴糖代谢异常的临床研究[J].临床消化病杂志,2009,21(3):159-160.
- 4 庄清武,方冰儿.52 例肝源性糖尿病临床分析[J].广东医学,2005,26(11):1533-1544.
- 5 韩红梅,朴云峰,全红梅.肝源性糖尿病 125 例临床分析[J].临床肝胆病杂志,2007,23(3):214-215.
- 6 张霞,沈薇,沈鼎明.肝病伴糖代谢异常患者的临床分析[J].中华肝脏病杂志,2006,14(4):289-292.
- 7 申红连,彭满珍,周志红.肝硬化并发肝源性糖尿病 33 例临床分析[J].中国医师杂志,2007,9(3):380-381.

[收稿日期 2010-03-25][本文编辑 刘京虹 吕文娟]