

消失。(2)一侧血肿或脑挫裂伤术中严重脑膨出,使用常规降颅压措施无效者;(3)一侧硬膜下血肿或者严重脑挫裂伤合并对侧颅内血肿、脑疝形成。(4)颅内血肿伴弥漫性脑肿胀,脑疝形成者。手术者应根据术前 CT 及术中情况综合判断,应对患者采取积极的双侧减压术,并充分保护未受损的脑组织及避免继发性损害,术后给予积极脱水、神经营养剂等多种治疗手段,可大大提高疗效,降低病死率。双侧去骨瓣减压是救治重型颅脑损伤行之有效的的手段之一,但也存在手术创伤大、手术时间长、需早期颅骨修补等不足。

3.3 重型颅脑损伤病人术中、术后迟发性颅内血肿是病情进一步加重的主要因素之一。本组出现的迟发血肿大部分发生在暴力的直接作用部位,即头颅着力点附近,多数患者合并受力部位颅骨骨折,可导致颅内血肿,以硬膜外血肿多见(本组有 19 例)。张远征^[3]认为急性颅内压增高所引起的血管自主调节功能丧失、血管扩张淤血是术后颅内出血的病理基础。重型颅脑损伤病人脑血管内外压力差突然增大可能是术后出血的重要因素。Fukamachi^[4]认为硬膜外血肿清除或减压术在迟发血肿形成中起重要作用。手术中出现迟发血肿是引起术中急性脑膨出的重要原因。在血肿清除后出现的脑膨出,我们不要轻意以为是急性弥漫性脑肿胀而不考虑对侧出现迟发血肿的可能。对于术中发生的迟发血肿,根据患者术前病情、头颅 CT,术中可观察患者对侧瞳孔有无增大及光反射,患者对甘露醇等脱水,过度换

气无效后,可对术前 CT 有颅骨骨折,或者有少数硬膜外血肿部分患者在做完一侧手术后,可以直接开颅探查对侧。如果没有把握确定对侧迟发血肿,我们一般处理是快速关颅但保留气管插管,迅速急诊复查头颅 CT 明确诊断后,再回手术室行另一侧开颅手术清除迟发血肿。手术后迟发血肿一般发生于术后 6 h 以内。对手术后回 ICU 的病人,要严密观察血压、脉搏、呼吸、瞳孔及意识的变化,一旦发现手术后意识无好转或恶化,双侧瞳孔不等大,要及时复查 CT。本组病例中出现 19 例迟发性血肿均为硬膜外血肿,大部分患者着力部位有骨折,可能是去骨瓣减压后压迫效应解除、骨折线渗血加速有关,提示我们对有头颅受直接暴力发生颅骨骨折的患者,行对冲性脑挫裂伤去骨瓣减压术后,颅内高压、有明显脑膨出,要首先排除对侧骨折处硬膜外血肿产生的迟发性血肿的可能。

参考文献

- 1 Becker DP, Gade GF, Young HF. Intracranial hematoma//Youmans JR. eds. Neurological surgery [M]. Philadelphia Saunders, 1990: 2079-2080.
- 2 吴思荣. 外伤后急性弥漫性脑肿胀研究进展[J]. 国外医学神经病学神经外科分册, 1996, 23(5): 257-260.
- 3 张远征. 颅脑损伤术后并发非手术区颅内血肿的机理探讨[J]. 中华神经外科杂志, 1991, 7(1): 37-39.
- 4 Fukamachi A, Kohno K, Nagaseki Y, et al. The incidence of delayed traumatic intracerebral hematoma with extradural hemorrhages[J]. Trauma, 1985, 25(2): 145-149.

[收稿日期 2011-05-05][本文编辑 韦挥德 黄晓红]

学术交流

肝脓肿合并糖尿病 85 例的临床特点分析

黄宇, 梁华晟

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院肝胆腺体外科

作者简介: 黄宇(1976-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 肝胆外科临床研究。E-mail: huangxiaoyu747@yahoo.com.cn

通讯作者: 梁华晟(1977-), 男, 医学博士, 副主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 糖尿病合并恶性肿瘤病理标记物筛查研究。

E-mail: flowchaos@yahoo.com.cn

[摘要] **目的** 探讨肝脓肿合并糖尿病的临床特点。**方法** 回顾性分析 85 例肝脓肿合并糖尿病及同期 66 例单纯性肝脓肿的临床资料。**结果** 肝脓肿合并糖尿病病例年龄大于单纯性肝脓肿组($P < 0.05$), 多见 2 型糖尿病, 更常出现循环、消化及中枢神经系统症状, 血白蛋白、血钾明显低于单纯性肝脓肿组($P < 0.05$), 出现多器官功能衰竭几率和病死率高于单纯性肝脓肿组($P < 0.01$)。**结论** 肝脓肿合并糖尿病好发于 2 型

万方数据

糖尿病,同时具有高消耗表现,常有循环、消化系统或中枢神经系统症状,预后差。

[关键词] 肝脓肿; 糖尿病

[中图分类号] R 587.2 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2011)08-0777-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.08.31

Clinical characteristics of 85 patients with liver abscess complicated by diabetes mellitus HUANG Yu, LIANG Hua-sheng. Department of Hepatobiliary gland Surgery, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To study the clinical characteristics of patients with liver abscess complicated by diabetes mellitus (LA-DM). **Methods** Clinical data of 85 patients with LA-DM and 66 patients with LA were reviewed. **Results** Age of the LA-DM was significantly higher than that of LA group ($P < 0.05$); LA-DM often was found in type 2 diabetes, the level of serum potassium and albumen in LA-DM group were lower than those in LA group ($P < 0.05$). The incidence of symptom of C. N. S, circulatory system, digestive system, MODS and mortality in LA-DM group were higher than those in LA group ($P < 0.01$). **Conclusion** LA-DM often appears in type 2 diabetes, has features of hyper-consumption, has conspicuous clinical manifestation of gastrointestinal tract or center nervous system, circulatory system and poor prognosis.

[Key words] Liver abscess; Diabetes mellitus

肝脓肿合并糖尿病(liver abscess-diabetes mellitus, LA-DM)是指在糖尿病的基础上合并出现肝脓肿。近年来,对糖尿病及其并发症,尤其糖尿病合并细菌感染与肝脓肿的研究及治疗有了相当的进展,LA-DM在临床并非少见。我们回顾性研究近6年收治的LA-DM患者85例,以同期收治的单纯性LA作对照,进行比较分析,以探讨LA-DM的临床特点。

1 资料与方法

1.1 资料来源 收集2000-12~2009-12广西壮族自治区人民医院及广西医科大学第九附属医院收治的肝脓肿病例的资料。全部病例均(1)符合1999年WHO的糖尿病诊断标准;(2)经积极规范的处理,病例资料完整;(3)LA根据影像学及手术均确诊病例。85例LA-DM作为观察组,男39例,女46例;年龄13~87岁,平均年龄(57.2 ± 14.3)岁。在同期住院病人中筛选出单纯性LA,无其它既往疾病(包括癌症、肝炎、胰腺炎、胆囊炎、冠心病等各种器官急慢性疾病)66例,作为单纯性LA对照组。

1.2 方法 采用回顾性分析的方法,按照统计分析设计表分别统计分析有关资料项目,统计中把病情恶化而自动出院的病人算为死亡病例。

1.3 统计学方法 应用SPSS10.0统计软件进行统

计学处理,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间均数比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 LA-DM的一般临床资料 85例LA-DM中,有56例因肝脏占位,住院治疗确诊为肝脓肿,期间检查发现血糖升高而诊断DM;28例病人是先诊断为DM,而后才因找寻感染灶确诊肝脏脓肿;1例确诊糖尿病患者因阑尾手术后继发LA。85例LA-DM中,诊断2型糖尿病69例,1型糖尿病5例,其它类型糖尿病6例,妊娠糖尿病为5例。

2.2 两组主要临床资料比较 两组的性别构成差异无统计学意义($P > 0.05$);LA-DM的发病年龄高于单纯性LA组($P < 0.05$);在肝脓肿感染分型中,LA-DM多见于细菌性($P < 0.05$);LA-DM出现消化系统症状(恶心、呕吐、腹泻、黄疸等)、中枢神经系统症状(意识障碍、抽搐、癫痫、偏瘫等)、循环系统症状(心律失常、高血压等)的几率明显高于单纯性LA组($P < 0.05$);两组间出现呼吸系统(咳嗽、咳痰、气喘等)、血液系统(贫血、紫癜、出血等)症状差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。

表1 两组主要临床资料的比较[($\bar{x} \pm s$), n]

组别	例数	性别		年龄 (岁)	肝脓肿类型				休克	体温 ($>38^{\circ}\text{C}$)	各系统症状				
		男	女		细菌性	阿米巴性	结核性	其它类型			消化	中枢神经	循环	呼吸	血液
LA-DM组	85	39	46	57.2 ± 14.3	75	5	1	4	6	41	67	13	21	15	9
单纯LA组	66	29	37	42.5 ± 12.6	40	17	0	9	1	27	30	1	5	9	2
t/χ^2	-	0.0567		89.6005	15.6199	11.7910	0.0162	3.7659	1.4809	0.8056	18.0078	8.3854	7.6485	0.4471	2.1228
P	-	>0.05		<0.05	<0.01	<0.01	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.01	<0.05	<0.05	>0.05	>0.05

2.3 两组主要实验室检查结果比较 LA-DM 组的血钾、血白蛋白均低于 LA 组,血糖高于 LA 组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组主要实验室检查结果比较 [$(\bar{x} \pm s)$, n]

组 别	例数	红细胞压积 (%)	血总渗透压 (mOsmol/L)	白细胞计数 $>10^{10}/L$	血尿素氮 (mmol/L)	血钾 (mmol/L)	血钠 (mmol/L)	血糖 (mmol/L)	HbA1c (%)	血白蛋白 (g/L)
LA-DM 组	85	51.2 ± 11.2	302.8 ± 20.4	67	13.2 ± 4.6	3.1 ± 0.9	138.0 ± 11.5	21.4 ± 13.1	9.1 ± 2.9	27.0 ± 6.9
单纯 LA 组	66	48.8 ± 5.9	293.3 ± 12.6	45	11.1 ± 5.1	4.2 ± 1.0	139.8 ± 12.6	5.1 ± 2.8	8.7 ± 3.2	33.2 ± 7.2
t/χ^2	-	1.6957	3.5158	2.1962	2.6531	7.0956	0.9149	11.1484	0.8035	5.3738
P	-	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.01	>0.05	<0.05

2.4 两组治疗及预后比较 LA-DM 与单纯性 LA 之间的治疗手段差异无统计学意义($P > 0.05$)。LA-DM 组出现多器官功能衰竭(MODS)及死亡率高 于单纯性 LA 组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗及预后比较(n)

组 别	例数	治疗方法			发生 MODS	其中 MODS 器官功能障碍						死亡
		肝穿刺置管引流	切开引流	保守治疗		泌尿系统	呼吸系统	循环系统	消化系统	血液系统	神经系统	
LA-DM 组	85	69	7	9	10	9	9	6	10	6	8	12
单纯 LA 组	66	57	5	4	1	1	1	1	0	0	0	0
χ^2	-	0.7236	0.0221	0.9680	5.7787	4.9457	4.9457	2.5827	8.3154	4.8516	6.5593	10.1220
P	-	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.01	<0.05	<0.05	<0.01

3 讨论

3.1 LA-DM 为糖尿病常见感染性并发症,主要由于糖尿病患者抵抗力下降后,各种感染原因引起不同程度肝脏感染性并发症,在临床上,DM 并同时存在肝脓肿并非少见,既往文献报道,DM-HA 约占所有 HA 的 26.4%,其预后相对较差^[1]。对于 LA-DM,其早期确诊及相应针对性治疗,是减少 LA-DM 死亡率的关键^[2]。本研究中,根据其 与单纯性 LA 比较,现归纳 LA-DM 的临床特点如下:(1)LA-DM 好发于中老年人,多存在诱因。(2)好发于细菌性感染,罕见于 1 型糖尿病。(3)同时常具有胃肠道症状、精神症状、循环系统症状的表现。(4)具有严重低血钾、低血清白蛋白表现。(5)预后较差,易出现 MODS 及死亡。

3.2 本研究中,值得注意的是 LA-DM 组的死亡率要高于单纯性 LA 组,与既往的文献报道相符,这可能与年龄,感染及肝功能受损有关^[3]。目前对于 LA-DM 的发病机制了解的还不十分清楚,LA-DM 可能主要由以下原因:糖尿病的基础上与其它感染性疾病并存,即易诱发血行等多途径肝脏感染,此后糖尿病加重肝脏负担,进而造成恶性循环,各种因素导致碳水化合物、蛋白质、脂肪等的代谢混乱和不同程度的渗透性利尿、脱水、酮症甚至酸中毒,其特征相较于单纯性 LA 而言,病情更为复杂、凶险^[4]。

3.3 对于 LA-DM 的治疗,我们认为应该注意以下方面:(1)具体的治疗方案应视 LA-DM 所表现的临床特点而确定,以 DM 表现为主的,胰岛素治疗尤为

重要。但以肝功能异常表现为主者,积极的护肝及抗炎治疗则是治疗的关键,而控制感染及应激后手术更是首选^[5]。(2)对于 LA-DM 病人,其胰岛素补入应该更严格于单纯性 LA 组。因为无论是糖尿病肝病或 DM 合并其它肝脏疾病,高血糖状态对肝脏的影响是巨大的,治疗均需要控制血糖水平。(3)对于单纯性的 LA 组应该减少应用易致肝功能异常的 药物,例如细胞色素 P450 酶抑制剂等。

总之,LA-DM 作为严重威胁生命的一种糖尿病急性并发症,提高对其临床特点的认识,加强治疗,是有效降低其病死率的重要手段。

参考文献

1 Lee CJ, Jung DS, Jung SH, et al. Comparison of liver abscess between diabetic patients and non-diabetic patients[J]. Korean J Hepatol, 2005, 11(4): 339-349.

2 Chan KS, Chen CM, Cheng KC, et al. Pyogenic liver abscess: a retrospective analysis of 107 patients during a 3-year period[J]. Jpn J Infect Dis, 2005, 58(6): 366-368.

3 Chen SC, Yen CH, Lai KC, et al. Pyogenic liver abscesses with Escherichia coli: etiology, clinical course, outcome, and prognostic factors[J]. Wien Klin Wochenschr, 2005, 117(23-24): 809-815.

4 Fujino Y, Inoue Y, Onodera M, et al. A clinical study of liver abscesses at the Critical Care and Emergency Center of Iwate Medical University[J]. Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi, 2005, 102(9): 1153-1160.

5 Calvo-Romero JM, Lima-Rodriguez EM. Favourable outcome of multiple pyogenic liver abscesses with conservative treatment[J]. Scand J Infect Dis, 2005, 37(2): 141-142.

[收稿日期 2011-05-06][本文编辑 韦挥德 刘京虹]