

- 与处理(附116例分析). 肝胆胰外科杂志 1997;9:32-33
- 4 张成裕, 刘恕, 罗学宏. 原发性胆囊癌误诊31例分析报告. 中国实用外科杂志 1995;15:43-44
- 5 夏旭东, 江春平. 胆囊息肉样病变临床病理与癌变关系的探讨. 现代中西医结合杂志 2003;23:2533-2534
- 6 邬剑华, 唐一帆, 蔡瑞. 胆囊息肉样病变338例临床病理分析. 肝胆胰外科杂志 1999;11:13-15
- 7 毕晓峰, 施宝民, 穆庆岭. 胆囊息肉样病变与早期胆囊癌. 山东医药 2004;44:56-57
- 8 王向昱, 郑志强, 林胜章, 陈聪. 胆囊息肉样病变的临床病理与手术适应证. 中华普通外科杂志 2003;18:49
- 9 陈翔. 原发性胆囊癌的早期诊断与外科治疗. 中国肿瘤临床与康复 2004;11:59-60
- 10 李健, 周大桥, 王天星, 郑绍文, 卢育才, 黄明河. 微创保胆内镜息肉摘除术加中药治疗胆囊息肉的初步观察. 湖北中医杂志 2003;25:24-25
- 11 赵巧玲, 石景森, 尹益民, 艾红. 胆囊息肉样病变的超声图像分析. 肝胆外科杂志 2004;12:178-180

编辑 潘伯荣 审读 张海宁

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2005 年版权归世界胃肠病学杂志社

• 临床经验 •

细菌性肝脓肿合并糖尿病 48 例

姜海琼, 王兴鹏

姜海琼, 王兴鹏, 上海市第一人民医院消化内科 上海市 200080
通讯作者: 姜海琼, 200080, 上海市武进路85号, 上海市第一人民医院消化内科. jianghaiqiong@medmail.com.cn
电话: 021-63240090-3141
收稿日期: 2005-03-07 接受日期: 2005-04-13

摘要

目的: 分析细菌性肝脓肿合并糖尿病的病因、临床特点、诊治及转归。

方法: 采用回顾性调查, 分析我院确诊的48例细菌性肝脓肿合并糖尿病的病因、所伴随的基础疾病、临床特征、诊治及转归。

结果: 细菌性肝脓肿合并糖尿病多见于男性, 以右叶(70.8%)及多发(75.0%)为最常见, 临床表现并不典型, 所有病例均运用有效抗生素控制炎症及用胰岛素控制血糖, 本组19例(39.6%)及时行B超或CT引导下的穿刺抽脓或置管引流。本组2例(4.2%)死因为感染及多脏器功能衰竭。

结论: 细菌性肝脓肿合并糖尿病的临床表现并不典型, 诊断较为困难, 对糖尿病伴发热者应高度重视, 控制血糖, 及时治疗胆系感染是预防本病发生的重要措施。

姜海琼, 王兴鹏. 细菌性肝脓肿合并糖尿病 48 例. 世界华人消化杂志 2005; 13(12):1469-1471
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/13/1469.asp>

0 引言

糖尿病合并感染临床多见, 但并发深部感染如细菌性肝脓肿则相对少见, 是消化系统严重的感染性疾病之一, 在临床上多属急诊、重症, 且临床表现往往不典型, 容

易导致漏诊和误诊^[1]。为加强对本病的认识, 进一步探讨本病的临床特征及诊治, 现将我院1998-01/2004-06共收治的48例细菌性肝脓肿合并糖尿病的临床特征及诊治等方面作一系统分析。

1 材料和方法

1.1 材料 48例中, 男31例(64.6%), 女17例(35.4%)。年龄48-81岁, 平均65.5岁。所有病例均经B超或CT、MRI检查。脓腔大小 1.2×1.1 cm- 19.6×16.2 cm。本组病例肝脓肿的分布见表1。糖尿病状况如下: 48例按WHO诊断标准均为2型糖尿病, 其中发病前明确有糖尿病者40例(83.3%), 病程5.1-20.3 a, 平均11.5 a, 8例在肝脓肿发病后才明确有糖尿病。发病前空腹血糖值8.8-19.6 mmol/L, 平均为13.6 mmol/L, 糖化血红蛋白(HbA_{1c})值7.4-13.1%, 平均为9.5%, 发病后血糖值11.2-29.5 mmol/L, 平均为16.8 mmol/L, 其中12例合并有酮症酸中毒, 4例合并有非酮症高渗综合征(共占33.3%)。有糖尿病慢性并发症者36例(75.0%), 其中糖尿病神经病变20例(41.7%), 糖尿病肾病15例(31.3%), 糖尿病视网膜病变12例(25.0%), 伴高血压、冠心病者26例(54.2%)。

表1 48例细菌性肝脓肿的分布

	脓肿部位			多发	单发
	肝左叶	肝右叶	双叶		
n	8	34	6	36	12
百分比(%)	16.7	70.8	12.5	75.0	25.0

1.2 方法 回顾性调查法分析48例细菌性肝脓肿合并糖尿病患者的病因、临床表现、所伴随的基础疾病、并发症、治疗及转归等各方面情况。其疗效判断标准为(1)痊愈:临床症状及体征消失,脓肿愈合;(2)显效:临床症状及体征消失,脓肿缩小 $\geq 50\%$;(3)有效:临床症状及体征明显好转,脓肿缩小 $<50\%$;(4)无效:临床症状及体征无改善,脓肿无缩小或有扩大。痊愈和显效判为有效。

2 结果

2.1 临床表现 临床上有畏寒发热、肝区疼痛和肝肿大等症状典型者20例(41.7%),仅有畏寒、发热而无腹痛等症状不典型者28例(58.3%)。其他症状有恶心、呕吐;上腹饱胀;乏力;黄疸;胸闷、气急、胸痛等。其中24例(50.0%)合并有胆系疾病。

2.2 并发症 本组肝脓肿产生并发症22例(45.8%)(表2)。

表2 48例肝脓肿的并发症

并发症	n	百分比(%)	预后
胸腔积液	18	37.5	存活
右下肺炎	10	20.8	存活
脓胸	1	2.1	存活
感染性休克伴多脏器功能衰竭	2	4.2	死亡

2.3 误诊分析 本组48例中误诊16例(33.3%)(表3)。

表3 48例肝脓肿的误诊情况

误诊情况	n	百分比(%)
胆囊炎、胆石症、胆管结石伴感染	8	16.7
原发性肝癌	3	6.3
肺部感染	2	4.2
肝囊肿、急性胰腺炎及急性阑尾炎	各1	各2.1

2.4 实验室检查 WBC $>10.0 \times 10^9/L$ 38例(79.2%),轻、中度贫血30例(Hb64-107 g/L,平均91.6 g/L,占62.5%),ALB <30 g/L 42例(87.5%),肝脏转氨酶不同程度升高32例(66.7%),总胆红素升高28例(58.3%)。本组有19例做脓液细菌培养,阳性7例(36.8%),阴性12例(63.2%),其中肺炎克雷伯氏菌4例(57.1%),埃希氏大肠杆菌2例(28.6%),草绿色链球菌1例(14.3%)。

2.5 治疗 全部48例都给予小剂量胰岛素静脉滴注或皮下注射,并监测血糖、尿糖以调整胰岛素剂量,在此基础上均给予三代头孢或氟喹诺酮类、氨基糖甙类及哌拉希林、泰能等联合甲硝唑治疗,能口服者给予高蛋白、低糖、丰富纤维素的易消化食物,积极纠正患者的低蛋白血症、贫血以及水、电解质、酸碱平衡紊乱。其中19例(39.6%)同时行B超或CT引导下穿刺抽脓或置管引流术,另6例(12.6%)因脓肿溃破、胆石梗阻及误诊为肿瘤而行手术治疗。

2.6 转归 获临床痊愈者11例(22.9%),属显效者19例(39.6%),属好转者13例(27.1%),属无效者3例(6.3%),死亡2例(4.2%)。总有效率62.5%。

3 讨论

细菌性肝脓肿的实质是由细菌引起的肝脏的化脓性炎症,细菌可经胆道、门静脉、肝动脉和开放性损伤的伤口直接进入肝脏,是一种严重的消耗性疾病。肝脏虽经胆道与肠道相通,但由于其血运丰富且具有单核-巨噬细胞系统的强大吞噬作用,故原发性肝脏的化脓感染不易发生,肝脓肿多为继发感染引起^[2]。而糖尿病患者则免疫功能低下,中性粒细胞趋化功能下降,单核吞噬细胞及调理素活力减弱,抗体生成减少而导致抵抗力降低,且高血糖能促进组织中细菌生长,同时代谢紊乱使肝、胆、胰、胃肠之间功能失调,进而诱发胆系疾患,引发肝脓肿,从而形成恶性循环^[3]。糖尿病已成为肝脓肿的主要背景疾患,这与Yang *et al*回顾性分析97例肝脓肿患者的结果相似^[2]。

糖尿病患者感染与高血糖密切相关,其原因有(1)免疫球蛋白非酶糖化,免疫活性下降;(2)高血糖使血渗透压升高,抑制了白细胞趋化吞噬和杀菌能力;(3)一些革兰氏阴性菌如肺炎克雷伯氏菌等在高渗葡萄糖浓度的组织中更易生长;(4)糖尿病患者由于病程长,血糖控制差,易产生水、盐代谢紊乱及血管神经病变;(5)血糖控制不良时机体处于负氮平衡,致免疫球蛋白和补体等生成减少,淋巴细胞转化明显降低,T细胞、B细胞抗体数目减少;(6)尤其酮症酸中毒者体内代谢紊乱,这些严重削弱了血液的杀菌能力和细胞介导的免疫反应^[4],故易受到感染且病情严重。当门脉系统处于菌血症状态时,细菌不易被清除,而随血流进入肝脏,在肝内繁殖形成脓肿,故糖尿病患者发生感染时要警惕肝脓肿的发生^[5]。国外有文献报道糖尿病患者易出现肺炎克雷伯氏杆菌肝脓肿^[6-7],这可能与糖尿病患者血管内膜异常使其成为肺炎克雷伯氏杆菌血源播散的易患因素^[5]。本组病例有以下一些特点,如(1)主要见于男性(本组男性64.6%),老年人多见(本组平均年龄65.5岁),(2)所有病例均为2型糖尿病患者,血糖控制均不理想,多数合并有糖尿病慢性并发症(本组为75.0%)^[8-9],(3)本组肝脓肿病例以右叶多见(70.8%),常为多发(75.0%)^[10],(4)主要致病菌为肺炎克雷伯氏菌和大肠埃希氏菌,与文献^[1,11]报道基本一致,(5)误诊率高(33.3%),由于临床表现不典型,虽均有发热,但腹痛表现轻微,这可能与糖尿病患者血管神经病变、痛阈减低有关,再加上B超、CT本身的技术局限,脓肿位置较深,体积小,早期信号与肿瘤相似,液化后信号与囊肿、晚期肿瘤不易鉴别,故易误诊和漏诊^[12]。笔者曾遇3例临床诊断为肝脓肿,后来经肝活检及AFP检测确诊为肝癌者,其临床特点也为肝内多发性占位,并伴有血糖增高,白细胞增高,发热等,这其实是肝癌的全身表现,二者在影像学上有时确实难以区分,关于这一点应引起临床

医生的高度重视^[13]。(6)病情重,多数合并有胆系与肺部感染,导致疾病发展较快^[14-16],本组中因感染性休克、多脏器功能衰竭而死亡者2例。(7)治疗效果欠佳,总有效率仅为62.5%。

对细菌性肝脓肿合并糖尿病者,在治疗上应抗感染与控制血糖并重,因为如果不控制感染,就不能解除机体的应激状态,血糖就难以下降,反之血糖控制不理想,则白细胞的吞噬功能不能恢复,感染就难以控制。本组患者的治疗方法应结合患者的一般情况、患病时间、脓肿的位置、大小、数目及并发症来综合考虑。早期则行积极的抗感染治疗,脓肿液化时除抗感染外则积极穿刺抽脓或置管引流^[17-18],如内科疗效差,位置深不易穿刺或有脓肿溃破、胆道梗阻并发症者,则行手术治疗^[19-20]。本组所有病例均行胰岛素注射治疗,在体温正常、病情控制后仍应继续使用胰岛素,直到脓肿消失为止^[5]。所以积极控制血糖和治疗胆系感染是预防本病发生的最重要措施。此外还应高度重视二重感染,糖尿病患者抵抗力差,合并肝脓肿时长期卧床,且长期应用较强抗生素,故易出现真菌感染^[5,8]。由于肝脓肿是消耗性疾病,而糖尿病又存在糖、蛋白质代谢紊乱,故还应强调积极的支持治疗,如输注白蛋白、血浆等以改善全身状况,促进炎症的消退和吸收。

总之,肝脓肿合并糖尿病发病率较高,病情较重,治疗效果欠佳,故要力争早诊早治^[4],且这组患者容易误诊,所以更要引起临床医生的高度重视。

4 参考文献

- 1 Chou FF, Sheen-Chen SM, Chen YS, Chen MC. Single and multiple pyogenic liver abscesses: clinical course, etiology, and results of treatment. *World J Surg* 1997;21:384-388
- 2 Yang CC, Chen CY, Lin XZ, Chang TT, Shin JS, Lin CY. Pyogenic liver abscess in Taiwan: emphasis on gas-forming liver abscess in diabetics. *Am J Gastroenterol* 1993;88:1911-1915
- 3 梁扩寰. 肝脏病学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1995:830-831
- 4 Liew KV, Lau TC, Ho CH, Cheng TK, Ong YS, Chia SC, Tan CC. Pyogenic liver abscess--a tropical centre's experience in management with review of current literature. *Singapore Med J* 2000;41:489-492
- 5 Saad F, Ach K, Dallel Youssef N, Maarouf A, Chaieb Chadli M, Chaieb L. Hepatic abscess in diabetics, 2 case reports. *Presse Med* 2004;33:98-100
- 6 Cheng DL, Liu YC, Yen MY, Liu CY, Wang RS. Septic metastatic lesions of pyogenic liver abscess. Their association with *Klebsiella pneumoniae* bacteremia in diabetic patients. *Arch Intern Med* 1991;151:1557-1559
- 7 Huang CJ, Pitt HA, Lipsett PA, Osterman FA Jr, Lillemoe KD, Cameron JL, Zuidema GD. Pyogenic hepatic abscess. Changing trends over 42 years. *Ann Surg* 1996;223:600-607
- 8 Shimada H, Ohta S, Maehara M, Katayama K, Note M, Nakagawara G. Diagnostic and therapeutic strategies of pyogenic liver abscess. *Int Surg* 1993;78:40-45
- 9 Chou FF, Sheen-Chen SM, Chen YS, Lee TY. The comparison of clinical course and results of treatment between gas-forming and non-gas-forming pyogenic liver abscess. *Arch Surg* 1995;130:401-405
- 10 Chu KM, Fan ST, Lai EC, Lo CM, Wong J. Pyogenic liver abscess. An audit of experience over the past decade. *Arch Surg* 1996;131:148-152
- 11 Serste T, Ducobu J, Bouton F, Van Laethem A. *Klebsiella* and *E. coli* liver abscess associated with aerobilia: a case report. *Acta Clin Belg* 2004;59:165-167
- 12 Tapia A, Llanos O, Sharp A, Velasco A, Guzman S, Ibanez L. Pyogenic liver abscess. Experience with 50 cases. *Rev Med Chil* 1994;122:907-912
- 13 Corbella X, Vadillo M, Torras J, Pujol M, Rafecas A, Gudiol F. Presentation, diagnosis and treatment of pyogenic liver abscess: analysis of a series of 63 cases. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1995;13:80-84
- 14 Lee KT, Wong SR, Sheen PC. Pyogenic liver abscess: an audit of 10 years' experience and analysis of risk factors. *Dig Surg* 2001;18:459-465
- 15 Barrio J, Cosme A, Ojeda E, Garmendia G, Castiella A, Bujanda L, Fernandez J, Arenas JL. Pyogenic liver abscesses of bacterial origin. A study of 45 cases. *Rev Esp Enferm Dig* 2000;92:232-239
- 16 Wong WM, Wong BC, Hui CK, Ng M, Lai KC, Tso WK, Lam SK, Lai CL. Pyogenic liver abscess: retrospective analysis of 80 cases over a 10-year period. *J Gastroenterol Hepatol* 2002;17:1001-1007
- 17 Okano H, Shiraki K, Inoue H, Kawakita T, Yamamoto N, Deguchi M, Sugimoto K, Sakai T, Ohmori S, Murata K, Nakano T. Clinicopathological analysis of liver abscess in Japan. *Int J Mol Med* 2002;10:627-630
- 18 Benazzouz M, Afifi R, Ibrahimi A, Essaid FA, Sebti MF. Liver abscess: diagnosis and treatment. Study of a series of 22 cases. *Ann Gastroenterol Hepatol (Paris)* 1996;31:333-336
- 19 Tapia A, Llanos O, Sharp A, Velasco A, Guzman S, Ibanez L. Pyogenic liver abscess. Experience with 50 cases. *Rev Med Chil* 1994;122:907-912
- 20 Barakate MS, Stephen MS, Waugh RC, Gallagher PJ, Solomon MJ, Storey DW, Sheldon DM. Pyogenic liver abscess: a review of 10 years' experience in management. *Aust N Z J Surg* 1999;69:205-209

编辑 张海宁