doi:10.11659/jjssx.06E016035

2 型糖尿病合并肝脓肿肝右叶包块切除治疗 1 例报道

杨 佳[1],吕立平[1],郑 璐[2] (1.南岸区南山街道社区卫生服务中心内科,重庆 400064;2.第三军医大学新桥医院肝胆科,重庆 400037)

Right hepatectomy for type 2 diabetes compalicated with liver abscess:a case report

YANG Jia[1],LYU Li-ping[1],ZHENG Lu[2] (1. Department of Medicine,Community Health Services of Nanshan Road Nanan District,Chongqing 400064,China;2. Department of Hepatobiliary,Xinqiao Hospital,Third Military Medical University,Chongqing 400037,China)

[关键词] 2 型糖尿病;肝脓肿;肝右叶包块切除术
[中图分类号] R587.1;R575.4 [文献标识码] B [收稿日期] 2016-06-16

糖尿病是一组胰岛素分泌缺陷和/或胰岛素作用障碍所致以高血糖为特征的代谢性疾病,糖尿病患者由于血糖控制不佳,营养处于代谢紊乱状态。糖尿病患者细胞免疫功能低下,细菌易侵入肝而形成肝内化脓性感染灶;加之糖尿病患者吞噬细胞的趋化作用、杀菌功能以及吞噬作用受损、抵抗力下降,更易受感染,因此肝脓肿在糖尿病患者中发生率较高。相关报道中肝脓肿合并糖尿病的患者约占肝脓肿总数的 31% ~42%,其致病菌以肺炎克雷伯杆菌最常见[1-3]。糖尿病合并肝脓肿患者临床症状、体征多不典型,肝脓肿极易漏诊。回顾分析 1 例糖尿病患者 2014 年至 2015 年反复 6 次住院,后 CT 发现肝右叶见类圆形低密度影,行肝右叶包块切除术后痊愈出院。现将其相关诊治经验总结报告如下。

1 资料与方法

患者,女,59 岁,2014 年诊断为 2 型糖尿病,诺和锐 30 早 12 u、晚 12 u 控制血糖。不明原因发热伴寒战入院,测体温(T) 39.5 ℃,静脉血糖(GLU)12.6 mmol/L。超声提示:脂肪肝,胸腹部 CT 未发现特殊;尿常规提示:胆红素(BIL)1 μmol/L、比重(SG)1.010、蛋白质(PRO)3 g/L、尿胆原(UBG)2 μmol/L、尿红细胞(BLD) +、尿白细胞(LEU) +、白细胞(WBC-F)36/μL、上皮细胞(EC)23/μL、红细胞沉降率(ESR)82 mm/h;肝、肾功能正常。诊断为:2 型糖尿病、糖尿病肾病、脂肪肝、尿路感染。给予控制血糖、抗感染、退烧等对症治疗,抗感染效果欠佳,使用亚胺培南西司他丁后好转出院。而后每 2 个月发热 1 次,伴寒颤。静脉血糖(GLU)12.1 ~19.8 mmol/L,血糖控制欠佳。入院后给予对症治疗,均使用亚胺培南西司他丁后好转出院。近次发热入院,测体温(T)38.4℃,有恶心、呕吐,无咳嗽、咳痰,无胸痛气促。随机静脉血 β-羟丁基(OHB)0.09 mmol/L、血糖(GLU)11.21 mmol/L。肝功:总胆红素(TBIL)20.6 μmol/L、碱性磷酸酶(ALP)154 u/L、γ-谷氨酰基转移酶(GGT)199 IU/L。B 超:肝右叶占位。2015 年 2 月增强 CT 平扫:肝右叶见类圆形低密度影,大小约 4.4 cm ×5.4 cm(图 1),病灶边缘光滑,边界较清晰。继而转入肝胆外科。查体腹软无压痛,肝脾区无叩击疼,全腹未触及包块。初步诊断肝占位性病变,行手术治疗。

[通信作者] 郑 璐,E-mail:17449368@qq.com

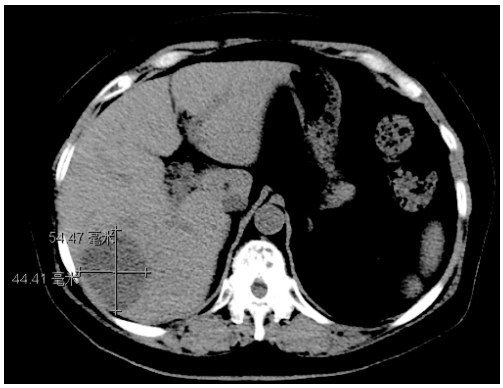


图 1 增强 CT 平扫肝右叶见类圆形低密度影

2 结果

患者开腹手术切除肝Ⅵ、Ⅶ段前方大小 3 cm ×4 cm包块。术后病理:肝右叶脓肿。手术后 12 d 治愈出院,随访该患者 1 年,现精神状态好,血糖控制好,未出现发热等症状。

3 讨论

糖尿病患者患肝脓肿的风险是正常人群的 3.6 ~11 倍[4-6],但糖尿病合并肝脓肿多数症状、体征不典型,且不具备特异性易导致漏诊。糖尿病合并细菌性肝脓肿患者临床特征为[7-8]:①好发于血糖控制效果差的老年患者;②男性发病率高于女性;③临床症状多表现为恶心、呕吐、乏力、上腹疼痛、寒颤、黄疸等,症状缺乏特异性;④肝脓肿以右叶多发,多为单个脓肿;⑤多数患者表现为不同程度的血白细胞升高,低血清白蛋白血症。但需要注意的是,其腹痛症状不明显可能与 2 型糖尿病患者病情常伴有内脏植物神经功能损害有关[9-10],故对糖尿病患者合并发热、畏寒症状,抗生素难以控制时需考虑肝脓肿发生的可能。

该患者住院期间考虑肝脓肿可能,行 B 超、CT 扫描提示未见明确征象。早期不典型肝脓肿 CT 平扫后往往没有明显特征,增强动态 CT 扫描后特征明显,可以根据其特征,及时准确做出判断,为临床及时治疗提供有力依据,提高准确率。糖尿病合并肝脓肿的治疗原则有学者认为:若肝脓肿的脓肿直径小于 3 cm,则适合行单纯静脉抗菌药物治疗;脓肿直径大于 3 cm

的单发脓肿需静脉抗菌药物经皮穿刺引流治疗;脓肿直径大于5 cm的多发脓肿则需考虑外科手术引流治疗[11]。因该患者术前症状不明显,术前增强CT平扫发现肝右叶见类圆形低密度影,大小约4.4 cm×5.4 cm。故选择开腹行肝叶部分切除术。

综上所述,糖尿病合并肝脓肿需做到早诊断早治疗,但糖尿病合并肝脓肿患者临床症状、体征多不典型,而且糖尿病并发症较多[12],如合并糖尿病视网膜病变、周围血管病变、周围神经病变、糖尿病肾病等,易掩盖肝脓肿相关体征,很难同时诊断2种疾病。且糖尿病易并发脓毒症、糖尿病酸中毒等临床危重症,因此在糖尿病患者合并发热、畏寒症状抗生素难以控制时,应尽早完成腹部B超和增强CT等辅助检查,即使未发现明显特征也不可掉以轻心,应定期复查B超和增强CT,避免出现漏诊或误诊。

[参考文献]

[1] 刘 建. 超声引导下注射无水乙醇治疗细菌性肝脓肿19例分析[J]. 吉林医药学院学报,2012,33(5):310-311.

[2] 李 俊,赵 鸿. 肝脓肿患者肝脏损害特点的回顾性分析[J]. 中华实验和临床病毒学杂志,2012,26(3):202-204.

[3] Foo NP,Chen KT,Lin HJ,et al. Characteristics of pyogenic liver abscess patients with and without diabetes mellitus[J]. Am J Gastroenterol,2010,105(2):328-335. doi:10.1038/ajg.2009.586.

[4] Tsai FC,Huang YT,Chang LY,et al. Pyogenic Liver abscess as endemic disease,Taiwan[J]. Emerg Infect Dis,2008,14(10):1592-1600. doi:10.3201/eid1410.071254.

[5] Liao PY,Hsu PC,Chen JM,et al. Diabetes with pyogenic liver abscess--A perspective on tongue assessment in traditional Chinese medicine[J]. Complement Ther Med,2014,22(2):341-348. doi:10.1016/j.ctim.2013.12.009.

[6] Buppajarntham S,Shah M,Junpaparp P. Tumor-like pyogenic liver abscess caused by Klebsiella pneumoniae in diabetes[J]. Endocrine,2014,47(2):656-567. doi:10.1007/s12020-014-0227-9.

[7] 纪安来,孙宏伟,李成林,等. 糖尿病合并细菌性肝脓肿的诊治体会[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2012,6(1):196-198.

[8] Williams R,Larson NS,Pinsker JE. Occult pyogenic liver abscess in an adolescent with type 2 diabetes[J]. Endocrine,2014,45(2):335-336. doi:10.1007/s12020-013-0036-6.

[9] Stirban A,Pop A,Tschoepe D. A randomized,double-blind,crossover,placebo-controlled trial of 6 weeks benfotiamine treatment on postprandial vascular function and variables of autonomic nerve function in Type 2 diabetes[J]. Diabet Med,2013,30(10):1204-1208. doi:10.1111/dme.12240.

[10] Sucharita S,Bantwal G,Idiculla J,et al. Autonomic nervous system function in type 2 diabetes using conventional clinical autonomic tests,heart rate and blood pressure variability measures[J]. Indian J Endocrinol Metab,2011,15(3):198-203. doi:10.4103/2230-8210.83406.

[11] Hope W,Vrochides D,Newcomb W,et al. Optimal treatment of hepatic abscess[J]. Am Surg,2008,74(2):178-182.

[12] 管凌志,童 强,王 慧. 糖尿病足发生相关风险性因素的临床观察[J]. 局解手术学杂志,2014,23(2):159-161. doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201402019.

(编辑:周小林)

doi:10.11659/jjssx.01E016049

1例骨包虫病的诊断与治疗

冉 静,江开航 (重庆市第五人民医院放射科,重庆 400062)

Diagnosis and treatment of bone hydatid disease:a case report

RAN Jing,JIANG Kai-hang (Department of Radiology,Fifth Peoples' Hospital of Chongqing,Chongqing 400062,China)

[关键词] 骨包虫病;椎管;诊断与治疗;手术
[中图分类号] R764.04;R532.32 [文献标识码] B [收稿日期] 2016-03-07

包虫病为牧区常见人畜共患寄生虫病,对人体危害极大,其治疗主要依靠手术切术病灶,但病灶往往难以切除干净,复发率极高,使其致畸致残率极高,严重威胁着患者的生活与生存质量。包虫可寄生在人体的各个部位,其中以肝包虫最为多见,占60%~70%[1],其次是肺。而骨包虫病极为罕见。骨包虫病易误诊,特别是在非牧区漏诊和误诊率极高。现笔者将我院1例肋骨包虫病向椎管内逐步侵蚀的罕见病例报道如下,以期为临床提供相关参考。

1 资料与方法

患者,男,36岁,汉族,籍贯新疆。28年前于牧区患肝包虫病,经过前后2次手术,后离开牧区长期在外生活,数十年未再复发。8年前右季肋部发现1个鹌鹑蛋大小包块,无症状,未处理。3年前包块突然迅速增大,遂就诊。

胸腹部CT检查:肝内较多成簇分布高密度钙化灶,较大者直径约3.0 cm×2.5 cm。右下侧后胸壁见大片簇状囊状分隔状影,呈皂泡样改变,自右侧肩胛骨下缘到平肚脐上缘水平,内侧至胸11椎体右侧缘水平;囊内密度基本均匀,接近水样密度,分隔可见散在点状高密度钙化影。病变区包绕右侧第11肋骨,肋骨骨质变薄、缺损,边缘不规则,呈膨胀性多囊状骨质破坏表现。CT示肝内环形钙化灶,为既往包虫坏死后的转归,