

自由基^[3-4],氧自由基使血清中脂质过氧化物升高,后者进而造成肝细胞的损伤,同时对肝、肾均有一定的毒性作用^[5-6],特别是术前肝功能异常的患者。因此,对于肝硬化手术患者的麻醉,术前纠正低蛋白血症、肝功能异常和凝血功能异常非常重要,麻醉中尽量使用对肝功能影响不大的药物和防止术中缺氧,维持有效血容量,保持患者内环境的稳定,这些是预防术后肝性昏迷的关键。

参考文献:

- [1] Turillazzi E, D'Errico S, Neri M, et al. A fatal case of fulminant hepatic necrosis following sevoflurane anesthesia [J]. *Toxicol Pathol*, 2007, 35(6): 840-845.
- [2] Gonzalo Pascual V, Forner González A, Salvador E, et al. Severe acute hepatitis after anesthesia with sevoflurane

[J]. *Gastroenterol Hepatol*, 2005, 28(6): 361-362.

- [3] 王鑫, 马楠. 直肠癌术后肝昏迷 15 例临床治疗体会 [J]. *中国医药导报*, 2008, 5(17): 162-163.
- [4] 张建, 卓九五, 廖建梅, 等. 丙泊酚与七氟醚复合麻醉对肝炎肝硬化患者术后肝肾功能的影响 [J]. *临床麻醉学杂志*, 2010, 26(10): 866-868.
- [5] 刘小立, 薛平, 宋子贤, 等. 异氟醚和安氟醚对狗肝肾组织学的影响 [J]. *中华麻醉学杂志*, 1990, 10(1): 19-23.
- [6] 林鹏焘, 杨锡馨, 林财珠. 七氟醚和地氟醚低流量麻醉对酶诱导大鼠的肝毒性作用 [J]. *中华麻醉学杂志*, 2001, 21(3): 184-185.

(收稿日期: 2012-08-09 修回日期: 2012-11-12)

• 短篇及病例报道 •

2 型糖尿病合并肾脓肿 1 例的报道

陈揭剑, 胡志

(中国人民解放军第一七五医院/厦门大学附属东南医院泌尿肾内科, 福建漳州 363000)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2013.03.050

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2013)02-0357-02

2 型糖尿病患者易合并各种感染, 而泌尿系统感染在糖尿病合并的感染性疾病中居首位^[1-2], 其中大多数为女性。本院收治了 1 例不典型的糖尿病合并肾脓肿患者, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 女性, 64 岁, 主诉“多饮、多食、多尿 10 年, 乏力 4 d”, 于 2011 年 9 月 5 日入院。患者 2001 年 3 月于本院内分泌科门诊确诊为“2 型糖尿病”, 长期口服“格列齐特”, 1 片, 2 次/天, 未监测血糖。2011 年 9 月 1 日患者无诱因出现腰酸, 伴乏力、食欲不振, 无畏寒、发热, 无尿频、尿急、尿痛, 无肉眼血尿。入院后监测体温, 体温波动于 36.5~37.9℃; 血常规: 白细胞计数 $7.0 \times 10^9/L$, 嗜中性粒细胞比例 84.99%, 红细胞计数 $3.52 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 111 g/L, 血小板计数 $84 \times 10^9/L$; 尿常规: 尿蛋白质、葡萄糖阳性, 未见红细胞及白细胞; 肝功能: 总蛋白 57.0 g/L, 清蛋白 32.5 g/L, 球蛋白 24.5 g/L, 碱性磷酸酶 826.0 U/L; 肾功能、血脂检查结果均提示正常; 空腹血糖: 17.2~21.2 mmol/L。糖链抗原 199 (carbohydrate antigen 199, CA199): 172.11 U/mL; 糖化血红蛋白: 13.3%。彩色多普勒超声检查提示“右肾实质混合性肿块”。X 线片诊断为“骶骨、左侧髂骨、左耻骨支及左股骨上端局部密度不均匀减低, 不排除椎体及骨盆多发骨转移”。双肾 CT 检查提示: 右肾轮廓不整, 见实质内多发占位并突出轮廓外, 呈不规则强化, 病灶中央点状坏死, 最大者位于上极, 横截面积约 3.7 cm×2.3 cm, 诊断为“右肾多发占位, 考虑肾癌合并肾内多发转移”。正电子发射计算机断层扫描 (positron emission tomography-computed tomography, PET-CT) 诊断为“肾癌并肾内多发转移、全身多发骨转移”。

患者入院后予皮下注射门冬胰岛素 30R 48 U/d 以控制血糖, 空腹血糖波动于 6.8~8.4 mmol/L, 餐后血糖波动于 8.7~9.9 mmol/L。2011 年 9 月 26 日于全身麻醉下行右肾根治性切除术, 术后病理诊断为: (1) 感染性肾炎伴多发性肾脓肿; (2) 慢性输尿管炎; (3) 脂肪囊组织中间质出血。术后患者乏力、食欲不振、腰酸等不适症状缓解, 未再出现低热, 病情好转出院。

2 讨论

典型的急性细菌性肾炎、肾脓肿多有原发化脓性感染病灶, 一般起病急骤, 表现为发热、寒战、腹痛或腰痛; 查体肾区深压痛或叩痛。血白细胞计数显著增高, 中性粒细胞增高尤为明显, 血培养通常呈阳性, 脓尿及细菌尿不明显。大约一半的急性细菌性肾炎或肾脓肿患者有糖尿病。糖尿病患者易感染的危险因素包括年龄、糖尿病病程、血糖的控制程度等, 其易感机制包括严重代谢紊乱、机体各种防御功能缺陷、利于外来生物体定居和生长的高血糖, 以及糖尿病微循环病变等^[3]。本例患者根据双肾彩色多普勒超声、CT、PET-CT 检查以及血清 CA199、碱性磷酸酶水平显著升高的结果, 术前诊断为“右肾多发占位、多发骨转移瘤”, 行右肾根治性切除术。术后病理证实为“右肾感染性肾炎伴多发性肾脓肿”。本例误诊原因: (1) 忽视了糖尿病病程长、血糖控制不佳等感染危险因素, 以及低热、血白细胞计数增高等炎症表现; (2) 发病时, 症状呈亚急性或慢性炎症的表现, 导致诊断困难; (3) CT 检查影像呈不规则强化, 无典型肾脓肿的环形强化表现; (4) 医生对 PET-CT 检查结果深信不疑。本例误诊提示临床医生: (1) 应充分认识肾脓肿的不典型临床表现及影像学征象, 结合病史综合分析, 糖尿病患者应考虑合并感染可能; (2) 完善检查项目, CT 引导下

肾穿刺活检对诊断肾脓肿敏感性和准确度均接近 100%^[4];
(3) 慎行肾切除术,术中应常规行冷冻切片,根据病理检查结果
决定术式。

参考文献:

- [1] 姚君厘,杨永年. 糖尿病医院感染发病率调查与危险因素
分析[J]. 中国糖尿病杂志,1998,6(4):236-237.
[2] 王姐. 糖尿病与感染[J]. 中华内科杂志,1997,36(10):69-
70.

· 短篇及病例报道 ·

- [3] 陈灏珠,林果为. 实用内科学[M]. 13 版. 北京:人民卫生
出版社,2010:1057-1059.
[4] Caoili EM, Bude RO, Higgins EJ, et al. Evaluation of
sonographically guided percutaneous core biopsy of renal
masses[J]. AJR Am J Roentgenol, 2002, 179(2): 373-
378.

(收稿日期:2012-08-06 修回日期:2012-11-11)

Bouveret 综合征 1 例的报道

周宝勇, 郑 军

(重庆医科大学附属第一医院肝胆外科 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.03.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2013)03-0358-02

胆石性肠梗阻是胆石症罕见并发症,作为胆石性肠梗阻一
种特殊类型,胃出口处的胆石梗阻称之为 Bouveret 综合征
(Bouveret's Syndrome, BS),其由 Bouveret^[1]在 1896 年首次报
道 2 例胃出口胆石性梗阻而得名。BS 是一种并发症多和病死
率高的疾病。

1 临床资料

患者,女,72 岁,以间歇性中上腹痛 15 d 入院。患者入院
前 15 d 无明显诱因开始出现反复中上腹疼痛,伴有恶心、呕
吐,呕吐为胃内容物含有胆汁,进食后明显;无寒战、高热,大小
便正常。既往有结核性胸膜炎病史 40 年,胆囊结石病史 20
年,十二指肠溃疡病史 1 年,有单侧输尿管切除术、右侧股疝修
补术手术史。体格检查:体温 36.5℃,脉搏 80 次/分,呼吸 20
次/分,血压 100/60 mm Hg。神志清,精神可,营养不良,全身
皮肤黏膜及巩膜未见明显黄染,舟状腹,腹部未见胃肠型及蠕
动波,下腹部及右侧腹股沟可见手术瘢痕;上腹部压痛,无反跳
痛及肌紧张,未及包块, Murphy(+);腹部叩诊鼓音,移动性浊
音(-);肠鸣音 3~5 次/分,双下肢轻度水肿。患者入院后行
腹部 B 超提示胆囊结石并胆囊炎,胆道积气;CT 提示:胆道广
泛积气,以胆总管及左肝内胆管明显。患者查癌胚抗原、糖链
抗原 199、癌抗原 125、甲胎蛋白正常,血常规:WBC $9.2 \times$
 $10^9/L$, N% 86.2%, 血红蛋白(HGB) 90 g/L; 肝功:ALB
29 g/L, ALT 53 U/L, AST 57 U/L。予以禁食、抗感染、营养
支持等输液治疗。

入院后完善胃肠钡餐检查提示:十二指肠憩室,胆总管见
钡剂逆流;胃镜检查提示:糜烂性食管炎,十二指肠球异物(图
1)。患者考虑为 BS,手术指征明确,拟行手术治疗,但患者一
般情况差,心功能、肺功能不全,手术风险高,经讨论及与家属
沟通后,采取保守治疗措施,继续给予抗炎、抗感染、维持水电
解质平衡、营养支持等输液治疗。经 1 个月治疗及相关科室的
协助治疗后,患者未再诉腹痛等不适。查体:腹部无压痛、反
跳痛及肌紧张,大、小便正常。复查胃镜提示:慢性浅表性胃窦

炎,十二指肠球部未见结石嵌顿;血常规、肝功及电解质基本正
常,予以出院。患者出院专科诊断胆囊十二指肠漏,出院后随访
6 个月,患者正常进食,腹部无腹痛等不适,大、小便正常。

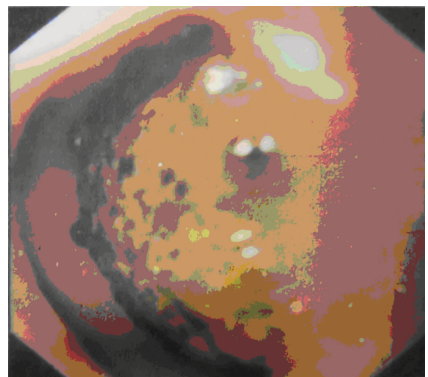


图 1 十二指肠球部的胆结石和瘘口影像

2 讨 论

胆石症为世界范围常见病,但只有 20%~30% 的患者具
有临床症状。该病最常见的并发症为急性胆囊炎、急性胰腺炎
和上行性胆管炎,少部分可并发胆囊-胆管瘘、胆石性肠梗阻。
胆石性肠梗阻乃由胆结石通过胆囊-肠瘘移行至小肠所致,胆
石性肠梗阻大约占肠梗阻的 1%~4%,胆石性肠梗阻部位尤以
回肠下端常见。瘘道形成的病理基础是胆囊和肠道管壁之间的
慢性炎症粘连及其血运障碍(动脉血供不足及静脉回流受阻)。
胆囊结石压迫胆囊肠壁粘连组织至坏死,接着结石通过
瘘道进入肠管导致胆石性肠梗阻^[2]。作为胆石性肠梗阻一种
特殊类型,胃出口处的胆石梗阻称之为 BS。

2.1 诊断 BS 术前诊断困难,术前诊断率在 30% 左右。BS
的临床表现无特异性, Cappell 等^[3]在最近的综述中总结了 BS
的主要症状为恶心、呕吐、腹痛或腹胀、呕血、近期体质量下降、
食欲减退,常见体征为腹部压痛、腹部膨隆及脱水等^[3]。腹部
影像学在以下几个方面有助于诊断:(1) B 超检查是最方便最