

肝硬化合并肝源性糖尿病 42 例临床研究

龚冀荣, 潘芳莲, 邓生炜 (广西壮族自治区南宁市武鸣县人民医院内科 530100)

【摘要】 目的 分析肝硬化患者中并发糖尿病的临床特征,探讨肝源性糖尿病的机制及治疗。**方法** 42 例肝硬化并发糖尿病患者与同期住院 42 例肝硬化无糖尿病患者从临床及实验室表现、治疗效果进行回顾性对照研究。**结果** 肝硬化并发糖尿病以消化症状为主要表现,很少出现典型的“三多一少”症状;肝功能下降,糖尿病发生率增高;糖尿病亦会加重肝功能损害,并发症发生率高。**结论** 肝硬化并发糖尿病临床表现复杂。积极治疗原发肝病及严格控制血糖是主要治疗措施,可减少并发症的发生,延长患者的生命。

【关键词】 肝硬化; 糖尿病; 合并症
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.02.053 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)02-0225-02

肝硬化容易导致糖代谢紊乱,部分患者容易发展为糖尿病。为了解肝硬化与肝源性糖尿病的关系,进一步探讨肝源性糖尿病的病因,笔者对本院在 2006 年 1 月至 2010 年 10 月收治的肝硬化合并糖尿病患者 42 例的临床资料进行了回顾性对照研究分析。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 本研究 42 例肝源性糖尿病患者均为 2006 年 1 月至 2010 年 10 月本院住院患者。肝硬化的诊断符合《内科学》中肝硬化的诊断标准^[1]。糖尿病的诊断按照 1999 年世界卫生组织糖尿病诊断标准:空腹血糖大于 7.0 mmol/L,或餐后血糖大于 11.1 mmol/L。肝硬化并发糖尿病患者 42 例为观察组,其中男 30 例,女 12 例;年龄 32~74 岁,平均(52.2±11.3)岁。抽取同期肝硬化无并发糖尿病 42 例为对照组,其中男 32 例,女 10 例;年龄 35~72 岁,平均(54.3±13.8)岁;两组在性别、年龄、病程、肝硬化病因、病情程度等方面差异均无统计学意义,有可比性。观察组在患肝硬化前均无糖尿病史及糖尿病

家族史,且除外其他疾病所致的糖尿病。

1.2 方法

1.2.1 血糖和生化检查 采用美国 Beckman 公司的 CX-5 全自动生化分析仪,所需试剂由上海长征生物制品厂提供。肝功能测定项目包括胆红素(TB)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、总蛋白(TP)、清蛋白(ALB)。

1.2.2 肝功能分级 依据 Child-Pugh 分类:A(总分小于 6 分)、B(总分 6~9 分)、C(总分大于或等于 10 分)3 级。

1.3 统计学处理 采用 χ^2 检验和 Friedman 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床表现比较 肝源性糖尿病患者纳差症状较对照组多($P<0.05$),恶心、呕吐、腹胀、黄疸、腹水症状与对照组比较差异无统计学意义($P>0.05$),而且典型多饮、多食、多尿及明显消瘦症状不多见(表 1)。

表 1 两组患者临床表现比较[n(%)]

组别	纳差	恶心、呕吐	腹胀	黄疸	腹水	多饮、多食、多尿	明显消瘦
观察组	35(83)	28(67)	35(83)	15(36)	36(86)	11(26)	14(33)
对照组	34(81)	26(62)	37(88)	16(38)	37(88)	0(0)	11(26)

2.2 两组患者肝功能分级的比较 见表 2。结果显示:A、B、C 分级间差异有统计学意义($P<0.05$),观察组 B 级多见。

表 2 肝硬化患者肝功能分级的比较(n)

组别	n	A 级	B 级	C 级
观察组	42	9	31	2
对照组	42	9	29	4

2.3 两组患者发生并发症的比较 见表 3。结果显示:观察组发生肝性脑病、肝肾综合征、自发性腹膜炎与对照组比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

表 3 两组患者发生并发症的比较[n(%)]

组别	上消化道出血	肝性脑病	肝肾综合征	自发性腹膜炎
观察组	13(31)	4(10)	7(17)	15(38)
对照组	12(29)	3(7)	8(19)	13(31)

2.4 治疗与转归 根据患者具体情况积极保肝、营养支持、防

治肝硬化并发症等治疗。观察组制定糖尿病饮食计划,血糖未好转应用胰岛素调控血糖。空腹血糖控制在 4.4~7.0 mmol/L 36 例,餐后血糖控制在 7.0~11.1 mmol/L 10 例;空腹血糖大于 11.1 mmol/L 10 例;并发肝性脑病、感染、上消化道出血、肝肾综合征而死亡 6 例,死亡病例空腹血糖均大于 11.1 mmol/L。对照组因上消化道出血、肝肾综合征死亡 3 例。

3 讨论

肝脏是调节体内糖代谢的重要器官^[2],肝硬化患者血糖升高或血糖降低现象在临床上经常出现。多数学者认为,80%以上的慢性肝病患者具有糖耐量异常(IGT),其中 20%~30%发展为糖尿病。其主要原因是肝硬化患者有明显的胰岛素分泌异常及胰岛素抵抗,易并发肝源性糖尿病^[3]。张霞等^[4]认为肝性糖尿病以隐性糖尿病多见,临床表现以肝病为主,典型的“三多”症状多不明显,同时糖尿病神经及血管并发症的发生率也较 2 型糖尿病低,临床易被误诊。应引起临床医师的高度重视,凡属肝病患者应定期复查空腹血糖,必要时做葡萄糖耐量试验及胰岛素释放试验。

本组资料显示肝硬化并发糖尿病患者仅有 10 例(24%)出现多饮、多食、多尿等症状,77%肝硬化并发糖尿病患者症状不典型。多表现为肝病纳差、恶心、呕吐、腹胀等症状。因此,肝硬化并发糖尿病的特点是因受原发肝病的影响,“三多”症状常不典型,极易忽视。对于肝硬化患者尿糖及空腹血糖的检测应列为常规检查。肝硬化是否导致糖尿病糖代谢紊乱,与肝功能状况亦有关系。本研究结果显示,观察组较对照组总胆红素升高,凝血酶原时间延长,凝血酶原活性下降,且观察组胰岛素敏感性指数明显低于对照组。提示肝功能差,靶细胞对胰岛素的敏感性下降,胰岛素加重,从而导致糖代谢紊乱。两组患者中,肝功能观察组 B 级多见,说明肝功能状况与糖代谢紊乱密切相关。同时,在肝炎后肝硬化并发糖尿病时,糖尿病加重肝功能损害,促进肝硬化进一步加剧。本研究资料表明,肝硬化并发糖尿病肝功能衰竭时,肝性脑病、肝肾综合征、自发性腹膜炎等并发症多见。因此,作者认为在有肝硬化情况下,糖尿病增加了肝硬化并发症发生的危险性。提示要重视对肝硬化伴有糖尿病患者的检查、随访和治疗,争取早发现、早诊断、早治疗,严格控制血糖水平,最大程度减轻由糖尿病造成的肝功能损害,防止并发症的发生,延长患者的生命。

对肝源性糖尿病,治疗肝病是防治肝源性糖尿病的关键,对于糖尿病的治疗主要以饮食控制为主,通过饮食不能控制血糖时及时加用胰岛素,对于是否口服药物控制血糖尚有争议。多数研究认为尽量避免口服降糖药,主要是因为多数口服降糖药物存在肝损害^[5],应尽量早用胰岛素^[6],但对较轻的患者可口服 α -葡萄糖苷酶抑制剂。本组患者均在保肝、降酶、退黄、抗纤维化等综合治疗的同时给予糖尿病饮食、避免静脉输注高渗

糖、避免应用激素、噻嗪类利尿剂,其中 23 例予以胰岛素控制血糖,13 例予以口服降糖药控制血糖,口服降糖药控制血糖的患者中有 3 例服用二甲双胍,其余口服阿卡波糖治疗。肝源性糖尿病只要早期发现、早期治疗大多数预后是良好的。本组资料显示,通过保肝、降酶、退黄等治疗的同时给予糖尿病饮食、避免静脉输注高渗糖、避免应用激素、噻嗪类利尿剂,结合胰岛素或口服降糖药控制血糖等综合治疗,其治愈及好转率可达 90%以上,少数难以控制,最终因合并症死亡。

参考文献

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2008:542-543.
- [2] Picardi A, D'Avola D. Diabetes in chronic liver disease: from old concepts to new evidence[J]. Diabetes Metab Res Rev, 2006, 22(4): 274-283.
- [3] 丁百静,徐章,王文峰,等.慢性肝病并发肝源性糖尿病的易患因素分析[J].临床荟萃,2007,22(4):234-236.
- [4] 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.
- [5] 郭锡明,陈建荣.肝硬化合并糖尿病临床分析[J].实用临床医学,2006,7(5):49-50.
- [6] 张毅,许东发,陈艺.肝源性糖尿病 69 例临床分析[J].实用医技杂志,2005,12(8):1047.

(收稿日期:2011-07-03)

微柱凝胶法检测 ABO 血型正反定型不符的原因分析与处理

徐新蓉,龚国富(湖北省鄂州市中心医院检验科 436000)

【摘要】 目的 探索 ABO 血型鉴定(正反定型)结果不一致的原因。**方法** 微柱凝胶法,遇正反定型不一致时,自行设计实验分析,结合传统的试管法。**结果** 被鉴定正反定型不致的 30 例标本,患者红细胞 A 抗原或 B 抗原减弱 8 例占 26.7%;冷凝集素增高 6 例占 20%;抗体缺失或减弱 7 例占 23.3%;A 亚型 3 例占 10%;蛋白质或血浆异常 3 例占 10%;同种抗体 1 例占 3.3%;自身抗体 2 例占 6.7%。以上这些因素均可影响血型鉴定结果。**结论** ABO 血型正反定型不一致时,一定要查明原因。

【关键词】 微柱凝胶检测法; ABO 血型; ABO 血型正反定型

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.02.054 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)02-0226-03

ABO 血型与临床输血治疗密不可分,准确地鉴定血型是输血安全的重要保证,本科 2009 年 1 月至 2011 年 5 月使用微柱凝胶法对 2 万余份血型标本进行检测,除技术和试剂管理因素的干扰以外,发现了 30 例正反定型不合的现象,经整理后将原因分析如下。

1 材料与与方法

1.1 标本来源 本院 2009 年 1 月至 2010 年 5 月对住院患者 2 万份标本进行 ABO 血型正、反定型检测,其中发现的 30 例正反定型不合的标本。

1.2 试剂 微柱凝胶血型鉴定卡、不规则抗体筛选红细胞:由长春博迅生物技术有限公司提供;抗 A、抗 B 标准血清由上海华泰生物工程实业有限公司提供;反定型 A 型或 B 型标准红细胞由本室自制;抗 D 血清由上海血液生物医药有限责任公司提供。

1.3 仪器 专用离心机和孵育箱,由长春博研科学仪器有限公司提供。

1.4 方法 测定 ABO 血型按实验室标准作业程序操作步骤进行,正反定型结果不一致的标本,排除技术因素及试剂因素,重新抽取患者血样,作进一步复检;置标本于 37℃ 孵育 15~30 min,或采用 37℃ 生理盐水洗涤受检红细胞 3 次,消除红细胞自身凝集现象,再进行 ABO 血型鉴定;改变反应条件,增加 1~2 倍反定型血浆/血清,或正定型中增加 1~2 倍悬浮红细胞,重新对抗原或抗体减弱标本进行 ABO 血型鉴定;做红细胞吸收、放散试验按操作规程操作^[1],或做直接抗球蛋白试验,分析不符原因。

2 结果

通过血型血清学的检测,正确鉴定了 30 例标本的血型,ABO 血型鉴定结果不一致的血清学表型及原因分析见表 1。