

2 型糖尿病并细菌性肝脓肿 48 例临床特点及护理

韩 辉, 陈 青, 孙秋英, 赵家军

(山东大学附属省立医院 山东 济南 250021)

摘要 目的:总结 2 型糖尿病并细菌性肝脓肿的临床特点和护理方法。方法:对我院内分泌科收治的 48 例 2 型糖尿病并细菌性肝脓肿患者的症状、体征、实验室检查、影像学检查、治疗转归及护理资料进行回顾性分析。结果:48 例患者均有发热、畏寒,仅 11 例有上腹痛,15 例有肝区叩击痛,多数患者血白细胞总数和中性粒细胞比例明显升高,白蛋白明显降低,影像学检查示肝右叶、单发脓肿多见,细菌培养以肺炎克雷白杆菌为主。46 例好转,1 例自动出院,1 例死亡。结论:2 型糖尿病并细菌性肝脓肿病情重,临床表现不典型。早期诊断,及时穿刺引流,配合强效抗生素,积极控制血糖,加强支持治疗有利于控制病情、改善预后。术前积极调整机体状态,稳定血糖,做好心理护理;术中严密监护,积极配合穿刺引流,及时送检标本;术后加强饮食管理,24 h 内限制活动,密切观察引流液及监测血糖。做好出院指导,对带管出院患者的引流安全提供保障。

关键词 糖尿病;细菌性肝脓肿;临床特点;护理

中图分类号:R473.5 文献标识码:A 文章编号:1006-7256(2010)16-0003-03

Clinical features of type II diabetes complicated with bacterial liver abscess in 48 patients and nursing care

Han Hui, Chen Qing, Sun Qiu-ying, et al

(Affiliated Shandong Provincial Hospital to Shandong University, Jinan Shandong 250021, China)

Abstract Objective: To summarize the clinical features of type II diabetes complicated with bacterial liver abscess and nursing methods. Methods: The symptoms, signs, laboratory tests, imaging studies, treatment outcome and nursing data of 48 patients with type II diabetes complicated with bacterial liver abscess were analyzed retrospectively. All the patients were admitted to the endocrinology department of our hospital. Results: 48 patients had fever and chills, only 11 patients had abdominal pain, 15 patients had liver percussion pain; white blood cell count and neutrophil cells proportion increased while albumin decreased in most patients. Imaging examination showed that single abscess and abscess at the right lobe was more common. Klebsiella pneumoniae dominated in bacteria culture. 46 patients improved, one was discharged from hospital with his will and one patient died. Conclusion: The conditions of the patients with type II diabetes complicated with bacterial liver abscess are severe and the clinical manifestation is not typical. Early diagnosis and timely percutaneous drainage, medication with powerful antibiotics, effective control of blood glucose and strengthening supportive treatment is conducive to controlling the disease and improving prognosis. The active adjustment of the body's condition of the patients, making good control of the level of blood sugar and careful psychological care should be done before surgery. The comprehensive inoperative and postoperative nursing care should also be provided for the patients very well, such as active cooperation in percutaneous drainage, timely sending samples, diet management and guidance on the discharged patient for protecting their security with drainage tube.

Key words Diabetes; Bacterial liver abscess; Clinical features; Nursing

1995 年 1 月~2009 年 12 月,我们收治 48 例 2 型糖尿病并细菌性肝脓肿患者,对患者的临床特点及护理资料进行回顾性分析。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 48 例 2 型糖尿病合并细菌性肝脓肿患者,男 34 例,女 14 例;年龄 39~84(59±11)岁,其中 <40 岁 1 例,40~60 岁 22 例,>60 岁 25 例。职业分布:工人(包括退休工人)19 例,农民 7 例,干部 6 例,教师 3 例,其他 13 例。2 型糖尿病诊断标准采用 1999 年 WHO 诊断和分类标准,细菌性肝脓肿诊断标准:①B 超或 CT 检查诊断;②超声引导下穿刺或手术证实;③抗生素治疗后脓肿消失;④排除阿米巴性或结

核性肝脓肿。本组 41 例有糖尿病病史,其中病程 <1 年 6 例,1~10 年 19 例,>10 年以上 16 例;7 例无糖尿病病史,为本次入院首次发现糖尿病。

1.2 方法 回顾调查法分析 48 例 2 型糖尿病并细菌性肝脓肿患者的首发症状、实验室检查(血常规、血糖、肝功、血脂等)、影像学检查(B 超、CT)、细菌培养和药敏结果、住院天数、护理及治疗转归。

2 临床特点

2.1 首发症状 均以发热、畏寒为首发症状,上腹痛 11 例,恶心、呕吐 10 例,咳嗽、咳痰 11 例,呃逆 1 例,无黄疸病例。查体发现肝大 8 例,肝区叩击痛 15 例,其他包括乏力、纳差等非

特异性症状。

2.2 实验室检查 白细胞计数 $(13.90 \pm 5.10) \times 10^9/L$, 中性粒细胞(N)分类为 $83.98\% \pm 7.37\%$ 。血红蛋白为 $(123.0 \pm 17.3) g/L$ 。肝功能异常者 35 例(72.9%), 主要表现为 ALT、AST、GGT 轻中度升高。多数患者存在低蛋白血症, 白蛋白为 $(30.40 \pm 4.68) g/L$ 。空腹血糖 $(15.90 \pm 6.19) mmol/L$, 血沉 $(64.0 \pm 32.3) mm/h$, 纤维蛋白原 $(6.53 \pm 1.47) g/L$ 。

2.3 病原学检查 本组 32 例行穿刺液培养, 其中阳性 18 例, 阳性率 56.3%, 阳性病例中肺炎克雷伯菌肺炎亚种 15 例(占 83.3%), 产气杆菌 1 例, 2 例仅报革兰阴性菌; 血培养 19 例, 其中阳性 9 例, 阳性率 47.4%, 阳性病例中肺炎克雷伯菌肺炎亚种 6 例(占 66.7%), 产酸克雷伯杆菌 2 例, 鼻鼻克雷伯杆菌 1 例。21 株肺炎克雷伯菌的药敏结果, 对氨基青霉素耐药 17 例(81.0%), 部分菌株对丁胺卡那霉素、羟氨苄青霉素、复方新诺明、头孢唑辛和头孢西丁等敏感性稍差, 对左氧氟沙星、头孢哌酮舒巴坦钠、头孢噻肟、头孢他啶、亚胺培南等多种抗生素均敏感。

2.4 影像学检查 本组均行 B 超检查, 提示肝右叶脓肿 33 例(68.8%), 左叶 15 例, 单发 32 例(66.7%), 多发 16 例, 脓肿直径约为 3.4~11.0 cm, 9 例(18.8%) 含气体。有 11 例患者行 CT 检查, 发现肝右叶脓肿 6 例, 左叶 5 例; 单发 7 例, 多发 4 例; 脓肿直径 4.0~12.0 cm, 5 例含气体。

2.5 合并症 合并酮症酸中毒 27 例(56.3%), 胆道疾病(胆囊炎、胆石症) 19 例(39.6%), 呼吸道感染 4 例(8.3%), 尿路感染 1 例(2.1%)。

2.6 治疗转归 本组 16 例仅静脉用抗生素治疗, 32 例在 B 超引导下穿刺并用甲硝唑等药物冲洗。48 例患者均采用胰岛素控制血糖, 血糖显著升高或伴有酮症酸中毒时, 首先应用小剂量胰岛素持续静脉滴注, 病情相对稳定时改用胰岛素泵持续皮下注射(7 例)或多次皮下注射, 并根据血糖监测调整胰岛素剂量, 胰岛素治疗期间无低血糖发生。48 例患者中 46 例体温正常, 脓腔缩小后好转出院, 出院后随访 2~3 个月, 脓腔消失, 肝脓肿痊愈; 1 例因费用问题自动出院; 1 例死亡, 死亡病例因肝脓肿破溃入腹腔后出现 DIC 及脑出血死亡。住院天数为 $(29.0 \pm 19.1) d$ 。

3 护理

3.1 基础护理 ①糖尿病患者易形成口腔炎, 嘱患者注意口腔清洁。②糖尿病合并细菌性肝脓肿患者皮肤抵抗力低, 指导患者穿宽松、柔软的棉质衣服, 勤洗澡、勤更衣, 卧床患者使用海绵垫或气垫床, 保护受压部位。保持床铺清洁、干燥、平整, 加强翻身, 按摩受压部位, 预防压疮发生。③保持病室内空气清新和洁净, 定时开窗通风换气、紫外线照射消毒、清洁水擦拭地面。严格控制探视人员, 避免交叉感染。④经常巡视病房, 密切观察患者神志及生命体征变化, 以防感染中毒性休克的发生^[1]。定期监测血糖及尿糖、尿酮体。

3.2 心理护理 患者急于了解病情进展及预后, 易产生焦虑和恐惧心理。因此, 应根据患者的年龄、性格、文化程度选用适当的方法向患者介绍有关糖尿病、肝病的常识、治疗方法、疾病转归、注意事项等, 告诉患者要适应环境变化, 说明不良情绪会影响血糖的控制, 帮助患者树立战胜疾病的信心, 使其尽快减轻思想顾虑, 消除紧张、焦虑情绪, 保持良好的精神状态,

积极主动地配合治疗, 提高疗效。

3.3 饮食护理 本病是一种严重消耗性疾病, 由于患者糖尿病和感染、发热的消耗, 机体免疫力下降, 导致营养不良, 患病期间常伴有贫血、低蛋白血症等, 不利于脓腔的闭合及痊愈。因此, 在临床治疗过程中既要保证营养和热量供给, 又要避免加重糖代谢紊乱, 能进食者给予高热量、富含蛋白、绿叶蔬菜及低脂易消化饮食, 并配合使用胰岛素治疗。不能进食者给予静脉补充能量及纠正水、电解质紊乱, 必要时输注白蛋白、血浆等。

3.4 高热护理 由于肝脓肿细菌间断入血造成菌血症, 使患者出现间断的有规律的寒战、高热, 护士应密切观察寒战、高热发作的规律, 反馈给医生。体温 $>38.5^{\circ}C$ 时遵医嘱给予冰袋及乙醇或温水擦浴, 必要时给予退热剂如消炎痛栓纳肛, 每小时监测体温、脉搏, 观察降温效果, 并嘱多饮水, 每日 2 000 ml 左右, 防止大量出汗致脱水。患者出汗较多时擦干汗液, 并及时更换衣服及床单, 加强皮肤护理, 保持皮肤清洁, 防止受凉, 遵医嘱定时定量静脉给予抗生素。

3.5 控制血糖护理

3.5.1 加强血糖监测 血糖监测是糖尿病治疗的重要组成部分。住院期间通过血糖监测能比较全面地反映患者血糖情况, 为临床调整用药提供依据, 同时也是判断糖尿病病情和疗效的主要指标^[2]。使用胰岛素期间, 患者均使用血糖仪监测手指末梢血糖, 刚入院每天监测 7 次血糖值(三餐前、三餐后 2 h 及睡前), 必要时随时加测, 待病情稳定可每 2~3 d 监测 7 次血糖值。一般空腹血糖控制在 $5.8 \sim 9.0 mmol/L$, 餐后 2 h 血糖不超过 $11.0 mmol/L$, 能有效促进脓腔的闭合, 并能减少其他部位继发感染。应密切观察有无低血糖症状, 向患者及家属讲解低血糖的表现, 告知其在使用胰岛素过程中特别是在禁食、限餐、夜间等时间段易出现低血糖。在出现低血糖症状时及时监测血糖, 并通知医生给予迅速治疗。

3.5.2 正确使用胰岛素 严重感染的情况下, 糖尿病患者对胰岛素的敏感性明显下降, 所以胰岛素的用量大大增加, 但在感染得到控制后, 机体对胰岛素敏感性增加, 若胰岛素调整不及时, 会发生低血糖, 严重者甚至导致不可逆的脑损害。胰岛素注射时间与进餐时间要密切配合好, 要求患者按时就餐, 这样有利于减缓葡萄糖的吸收, 增加胰岛素的释放, 同时防止低血糖的发生。

3.6 肝穿引流护理

3.6.1 术前准备 术前常规行血常规、凝血指标、肝肾功能、生化、心电图、B 超及 CT 检查等。常规予维生素 K、葡萄糖酸钙治疗 3 d, 预防出血, 抗炎 3~5 d, 使脓腔液化。术前 4 h 禁饮食, 严格备皮, 备妥手术器材、术中用药及其他所需器材物品。为使手术顺利, 教会患者屏息方法(深吸后呼气末屏气片刻), 有咳嗽或不安者, 术前 1 h 给可待因或地西洋。

3.6.2 术中护理 建立静脉通路, 给予心电监护, 患者取平卧位或左侧卧位, 在 B 超引导下经皮肝穿刺抽脓术^[3]。穿刺成功后, 吸净脓液并记录其量, 脓液送细菌培养和药敏试验, 以等量抗生素溶液(甲硝唑等)低压缓慢注入脓腔冲洗, 反复冲洗, 直至冲洗液清澈, 注入适量抗生素, 关闭引流管, 妥善固定, 药液保留 2 h 后再经引流管引出。操作过程中, 护士密切观察心电监护, 注意生命体征变化, 注意询问患者有无咳

嗽、疼痛、胸闷不适等感觉,如有应及时通知医师采取相应的处理。术中及时注入冲洗药液,保证药物及用物供给,并配合好超声治疗医师的操作。

3.6.3 术后护理 ①一般护理:术后平卧 24 h,避免剧烈运动和腹部用力,局部消毒,纱布覆盖,腹带加压包扎。严密观察生命体征,测血压、脉搏 1 次/h,6 h 后若病情平稳可改为 1 次/h,并做好记录。观察穿刺处敷料有无渗血,重视患者主诉,注意患者有无腹痛,观察腹痛的性质,有无局部或全腹压痛、反跳痛、腹肌紧张等腹膜炎症状,或脉速、心慌等内出血征象,一旦发现异常,立即报告医师及时采取治疗措施。若患者病情平稳,术后 24 h 去除腹带。②引流导管的管理:保持引流管通畅,定时挤压引流管,防止引流管和引流袋脱落、打折。24 h 内严密观察穿刺部位有无出血及渗液,观察引流液的颜色及量的变化,每天记录引流量,如出现胆汁样液体,提示有胆漏发生;如出现粪臭样气味的引流液,提示有肠漏,应通知医生及时处理。术后应每日用甲硝唑或生理盐水加大霉素冲洗脓腔 2 次,冲洗过程注意无菌操作,消毒引流管接口端,以 50 ml 注射器先抽吸净脓腔内的脓液再注药,反复冲洗 3~5 次,每次注入药液的量视术中显示的脓腔大小而定,冲洗速度宜慢,避免压力过大出现脓液外溢或进入血液引起败血症。在冲洗时还要观察被稀释的脓液是否很快从引流管内流出,若冲洗时通畅但冲洗后无脓液流出,说明脓液注入体内。当脓液过于黏稠时也可致引流管堵塞,对于脓液稠厚的患者,冲洗液可加入糜蛋白酶。对引流不畅的患者,首先观察置于体外部分的引流管是否增长,询问患者有无腹痛,可用注射器试验抽吸并注入少量生理盐水,若冲洗不通畅者可在透视下造影观察引流管是否移位。定期 B 超监测,观察脓肿的变化情况,置管冲洗后若液体颜色清,每日引流脓液量 < 10 ml 或脓腔容量 < 15 ml,患者一般情况好,体温正常,即可拔除引流管。

3.7 预防感染 观察局部包扎有无渗血、渗液,保持伤口敷料清洁、干燥,严格执行无菌操作。防止二重感染:糖尿病患者免疫功能低下处于易感状态,患者长期使用抗生素,从而有可能发生口腔、泌尿系统、皮肤黏膜、肠道的各种感染。用药过程中要保持及时、准确,严格按医嘱时间给药,注意观察药物不良反应。每日要做好基础护理,保持口腔、皮肤、会阴部清洁,注意观察黏膜及舌苔变化。定期做咽拭子、尿和粪标本检查,监测血象变化,防止真菌感染。

3.8 健康教育及出院指导 在患者住院期间及时给患者和家属做健康教育,使其正确认识糖尿病,坚持正规治疗。告知患者及家属机体长期处于高血糖状态,会出现多系统并发症如视网膜病变、肾病、神经病变和血管病变等,应进行长期系统治疗,严格控制血糖可以避免和减缓并发症的发生。使患者了解饮食治疗在控制病情、防治并发症中的重要作用,适当锻炼,了解情绪、精神压力对疾病的影响。指导患者正确处理疾病所致的生活压力,学会正确使用胰岛素,了解药物的作用、不良反应及注意事项,正确使用血糖仪,定期血糖监测。告知患者定期到门诊随访,若出现感染等临床症状时及时回院检查。

4 讨论

糖尿病患者由于免疫功能低下,中性粒细胞趋化能力下降,单核巨噬细胞及调理素活性下降,抗体生成减少,且高血糖能促进组织中细菌生长,因此成为细菌性肝脓肿的高发人群。糖尿病患者发生肝脓肿的机会是非糖尿病者的 3.6 倍^[4]。近年来糖尿病并发肝脓肿的发生率有上升趋势,占细菌性肝脓肿的 14.9%~40%^[3]。

分析本组病例有以下特点:①临床表现不典型。本组主要表现为发热、畏寒等症状,且多为 38~41℃ 的高热,仅 1 例体温在 38℃ 以下。肝区症状和体征不明显,仅 11 例有上腹痛,15 例有肝区叩击痛,肝脏肿大和黄疸不多见。症状多不典型,是易漏诊、误诊及延误治疗的重要原因。因此,为提高诊断率,对于发热糖尿病患者,均应常规做腹部 B 超检查,以排查有无细菌性肝脓肿的可能。②大多伴有肝功能损害。③患者在患病期间常伴有白蛋白降低。④病情复杂严重,多合并胆道感染、肺部感染,易诱发酮症酸中毒等急性代谢紊乱并发症。⑤影像学检查示肝右叶、单发脓肿多见。⑥细菌培养以革兰阴性杆菌为多(主要为肺炎克雷白杆菌),此与国外相关报道相似^[5]。⑦治疗上积极抗感染、适时脓肿穿刺引流、予胰岛素控制血糖,同时给予营养支持治疗。

总结护理要点:①首先要做好心理护理。本组病例两种疾病并存,而且目前尚无根治糖尿病的方法,病情迁延反复,以及长期的饮食控制、治疗费用高等,使大多数患者情志异常,异常的情绪使患者免疫功能降低,加重病情。因此,要做好心理护理,取得患者的积极配合。②积极调整机体状态,加强饮食管理。因本病是一种消耗性疾病,营养支持,维持水、电解质平衡很重要。③术中严密监护,积极配合穿刺引流。④术后加强引流导管的管理,积极降温,做好高热的护理。本组 5 例因胆汁的浓度较高、出血的存在及血块形成,造成引流管阻塞,以注射器抽吸冲洗后改善。3 例 5 次出现冲洗后寒战、发热,先保暖再降温 3 h 左右症状缓解。⑤加强血糖监测。通过血糖监测能比较全面地反映患者血糖情况,为临床调整用药提供依据,同时也是判断糖尿病病情和疗效的主要指标。

参考文献:

- [1] 张晖,王瑞霞,张秀香. 中西医结合治疗糖尿病合并细菌性肝脓肿的护理[J]. 解放军护理杂志,2008,25(12B): 51.
- [2] 陈雅娟. 动态血糖监测报警原因及相关因素的分析[J]. 解放军护理杂志,2008,25(1): 41-42.
- [3] 徐阳,韩雅君,齐玉春. 糖尿病并发细菌性肝脓肿微创治疗的护理[J]. 中华护理杂志,2008,43(12): 1111-1112.
- [4] Thomsen RW, Jepsen P, Sorensen HT. Diabetes mellitus and pyogenic liver abscess: risk and prognosis[J]. Clin Infect Dis,2007,44:1194.
- [5] Yang CC, Yen CH, Ho MW, et al. Comparison of pyogenic liver abscess caused by non-Klebsiella pneumoniae and Klebsiella pneumoniae[J]. Microbiol Immunol Infect,2004,37(3):176.

本文编辑:王 宾 2010-05-22 收稿