

伤^[4]。但是, 矽尘对血液系统造成什么影响呢? 本研究测定了染矽尘大鼠血浆 NO 水平和 NOS 活力, 结果显示染尘后第 30 天, 实验组 NO 水平高于对照组 ($P < 0.05$)。在染尘后第 21、30、60 天, 实验组 NOS 活力显著低于对照组 ($P < 0.05$)。提示矽尘可造成血浆 NO 浓度和 NOS 活力的改变。

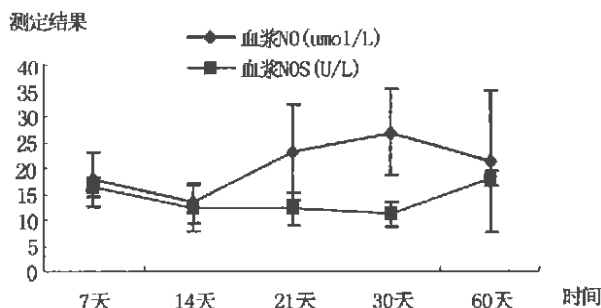


图 2A 实验组不同时间血浆 NO 与血浆 NOS 变化曲线

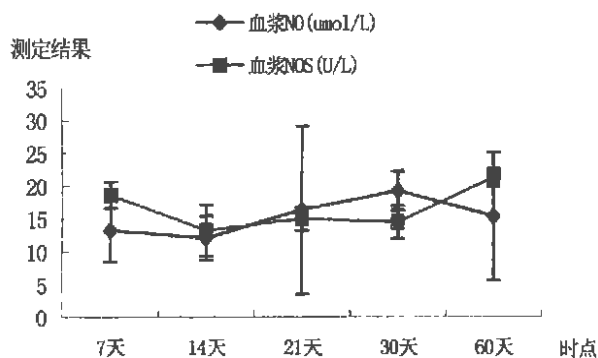


图 2B 对照组不同时间血浆 NO 与 NOS 的变化曲线

Chen 等认为矽尘刺激了肺部诱导型转录因子 NK- κ B (nuclear factor κ B, 核因子 κ B) 的活性, 从而促进了肺部 NO 的生成和 iNOS mRNA 的表达, 导致肺部 NO 浓度的升高^[5]。肺脏局部升高的 NO 扩散进入血流, 导致血浆 NO 水平的升高。本次研究结果与周君富等^[6]人群研究结果一致。血浆 NO 水平的升高, 可能反馈抑制了血浆 NOS 活力, 造成 NOS 活力降低。这种降低到底是矽尘对血液系统的直接作用还是矽尘对肺作用的一个延续, 尚须要进一步实验探讨。

(本研究承本院中心实验室韩景田实验师、军事医学教研室主任田庚友副教授的支持。对于他们的无私帮助, 深表谢意!)

参考文献:

- [1] Bleakford JA, Antonini JM, Castranova V. Intratracheal instillation of silica up-regulates inducible nitric oxide synthase gene expression and increase nitric oxide production in alveolar macrophage and neutrophils. *Am J Respir Cell Mol Biol*. 1994; 11: 426-431.
- [2] 王明臣, 王培昌, 李玉山, 等. 煤工尘肺患者血中一氧化氮自由基含量的改变 [J]. 中国工业医学杂志, 2000, 13 (5): 270-272.
- [3] 洪长福, 姜金萍, 何惠仙, 等. 肺组织胶原蛋白含量测定方法改进 [J]. 浙江省医学科学院学报, 1989, 12: 184-186.
- [4] Gossart S, Cambon C, Orfila C, et al. Reactive oxygen intermediates as regulators of TNF- α production in rat lung inflammation induced by silica [J]. *Journal of Immunology*, 1996, 156: 1540-1548.
- [5] Chen F, Kuhn DC, Gaydos LJ, et al. Induction of nitric oxide and nitric oxide synthase mRNA by silica and lipopolysaccharide in PMA-primed THP-1 cell [J]. *APMIS*, 1996, 104: 176-182.
- [6] 周君富, 朱永平, 吴丹参, 等. 一氧化氮等自由基对矽肺患者损伤效应的研究 [J]. 中国公共卫生, 1999, 15 (2): 126-128.

糖尿病合并肝脓肿 7 例报告

沈阳五三医院 李光华

沈阳市第九人民医院 (110024) 贺虹

沈阳市职业病防治院 (110024) 杨俊奎

糖尿病患者由于存在糖、脂类及蛋白质代谢紊乱, 不仅机体体液免疫功能受损, 细胞介导免疫功能也下降, 易于并发多种感染。据统计, 糖尿病合并感染有增加趋势, 但合并肝脓肿仍较少见。现将近两年来收治的 7 例病例报道如下。

1 临床资料

本组病例主要表现为发热、恶心、呕吐, 其中 2 例伴上腹痛。根据病史、临床表现以及超声检查, 诊断为糖尿病合并肝脓肿。治疗除积极全身抗炎、予胰岛素控制血糖外, 根据个体情况, 其中 4 例行局部穿刺, 2 例行手术治疗。经治疗 1 例痊愈, 5 例明显好转。其中第 7 例明确诊断后家属不同意手术, 于 2 日后死于感染性休克。

2 讨论

根据病史及典型临床表现 (寒战、高热、肝区疼痛、肝大) 以及 X 线、B 超检查诊断本病并不困难, 但本组病人临

床表现不典型, 虽均有发热, 但只有 2 例病人同时有腹痛症状, 得以及早诊断治疗, 而其余 5 例于发热 1~4 周后出现腹痛症状及相应体征, 贻误病情。因此笔者认为对于糖尿病病人不明原因的高热无论有无腹痛症状, 都应及早行肝脏超声检查, 争取早期诊断。

本组病例有 4 例发热后诱发糖尿病酮症酸中毒, 达 57.1%, 其中有 2 例 I 型糖尿病病人, 2 例 II 型糖尿病病人, 均于外院单纯按 DKA 治疗, 不同程度地延误病情。因此提出: 对于首诊 DKA 病人, 尤其是 II 型糖尿病病人合并 DKA 原因不明时, 应及早行超声检查, 早期诊断。

本组病例治疗较复杂, 我们强调全身抗炎治疗, 控制血糖和局部治疗同等重要。全身抗炎治疗要求选择敏感抗生素, 疗程要长, 虽然本组病人好转后转院或院外治疗, 要求病人一定要足疗程治疗, 监测脓肿吸收情况, 并作定期随访, 同时用胰岛素控制血糖。高血糖可抑制粒细胞和淋巴细胞对细菌的吞噬作用, 尤其是患者合并酮症后吞噬细胞的功能更受抑制, 从而使原有病情加重或易发生感染蔓延。因此主张用胰岛素控制血糖时间不应短于肝脓肿治疗全程, 并根据个体情况及脓肿数目、大小、部位, 可采取 B 超下穿刺或手术治疗, 术中局部注射抗生素加快症状改善及脓肿吸收, 缩短疗程。