

主动脉瘤19例, VR、MPR、MIP可显示主动脉瘤的部位、与周围组织的关系, 瘤体的大小、形态、附壁血栓, 呈不规则、毛糙改变。肾动脉假性主动脉瘤瘤体密度比肾动脉低。主动脉壁内血肿3例, 显示为新月型或环形低密度区, 偶有内膜片显示。主动脉壁增厚呈同心型。主动脉缩窄表现为主动脉峡部管腔狭窄。主动脉硬化性溃疡显示为半月形、不规则性、呈乳头状、手指状, 形态多种多样, 周边可见钙化灶。

### 3 讨论

多年来, DSA一直是血管性疾病诊断的金标准, 但是DSA创伤性大、容易引起并发症, 临床应用有一定限制<sup>[1]</sup>。普通单层及双层螺旋CT虽然对主动脉病变能够做出诊断, 但由于扫描速度慢, 对主动脉全程扫描很难一次完成。MSCTA技术具有扫描速度快、层厚薄且覆盖范围大、多种后处理技术等优点, 完成主动脉全程扫描时间短, 克服了呼吸运动伪影对图像的影响<sup>[2]</sup>, 克服了DSA和普通CT的缺点, 可用于主动脉病变的诊断。在诊断主动脉瘤中, 可明确动脉瘤的存在, 显示动脉瘤

的部位、范围、大小、形态, 显示动脉瘤与局部主动脉主要分支的关系、受累程度, 显示与邻近器官的关系, 并能对真性动脉瘤进行诊断。MSCTA技术, 多种图像重组, 可对主动脉夹层破口的位置、分型、累及范围、真假腔、撕裂的内膜、血栓形成等进行正确的判断, 从而为临床的治疗提供参考。MSCTA诊断主动脉溃疡、壁内血肿和夹层是很好的方法, 也是必要的, 因为通过临床区分是不可能的<sup>[3]</sup>。

总之, MSCTA作为一种无创性血管造影技术, 安全、可靠、快捷, 能较好的对主动脉病变做出诊断, 是检查主动脉病变的首选方法。

### 参考文献

- [1] 洪汝建, 陈爽, 冯晓源. 16层CT血管造影在颅内动脉瘤诊断及术后评价中的应用[J]. 临床放射学杂志, 2005, 24(4): 310-313.
- [2] 潘为领, 王学廷, 王涛. 多层螺旋CT血管造影在主动脉病变诊断中的应用价值[J]. 医学影像学杂志, 2010, 20(8): 1111-1112.
- [3] 赵绍宏, 蔡祖龙, 刘新. 主动脉壁内血肿的多层面螺旋CT诊断[J]. 中国医学影像学杂志, 2005, 13(6): 415-418.

## 2型糖尿病合并非酒精性脂肪肝的临床研究

赵红莉 赵红秋 翁育 傅晓英

(广东省第二人民医院内分泌科, 广东广州 510317)

**【摘要】**目的 探讨2型糖尿病(T<sub>2</sub>DM)合并非酒精性脂肪肝与胰岛素抵抗之间的关系。方法 对186例2型糖尿病合并非酒精性脂肪肝患者和238例2型糖尿病不合并脂肪肝患者的血糖、体质量指数(BMI)、空腹及餐后2h胰岛素、C肽、脂代谢指标、胰岛素敏感指数(ISI)、胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)等进行比较分析。结果 合并脂肪肝组的腰围、三酰甘油(TG)、胰岛素抵抗指数均明显高于非脂肪肝组( $P < 0.01$ ); 胰岛素敏感指数明显低于非脂肪肝组( $P > 0.05$ )。结论 T<sub>2</sub>DM合并脂肪肝患者存在明显的高胰岛素血症、胰岛素抵抗、脂代谢紊乱和超重。

**【关键词】**2型糖尿病; 非酒精性脂肪肝; 胰岛素抵抗

中图分类号: R587.1

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194(2011)16-0253-02

随着生活水平的提高, 肥胖、糖尿病的发病率明显增加, 均不同程度地存在脂代谢紊乱及胰岛素抵抗, 并且常伴有脂肪肝的发生<sup>[1]</sup>。本文通过对2型糖尿病合并非酒精性脂肪肝患者的血糖、血脂、胰岛素水平、胰岛素抵抗指数和敏感指数的观察, 以探讨2型糖尿病合并脂肪肝与胰岛素抵抗的关系。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取广东省第二人民医院2005年10月至2010年10月2型糖尿病患者424例, 其中合并非酒精性脂肪肝(DFL)患者186例, 男122例, 女64例, 平均年龄( $55.6 \pm 11.3$ )岁, 均符合脂肪肝的B超诊断标准; 未合并脂肪肝(NDFL)患者238例, 其中男156例, 女82例, 平均年龄( $56.3 \pm 12.5$ )岁, 经B超检查无脂肪肝。2组间性别、年龄差异无统计学意义。且均符合以下纳入标准: ①所有患者均未用胰岛素治疗; ②2型糖尿病诊断符合1999年WHO诊断标准; ③排除病毒性肝炎、自身免疫性肝炎、药物性肝损害及长期饮酒、遗传性疾病如肝豆状核变性、血友病等。脂肪肝的B超诊断标准: ①肝区近场弥漫性点状高回声, 回声强度高于脾脏和肾脏; 少数表现为灶性高回声; ②远场回声衰减, 光点稀疏; ③肝内管道结构显示不清; ④肝脏轻度或中度肿大, 肝前缘变钝。仅具备第①项者作为疑似诊断; 具备第①项加其余1项以上者可确诊为脂肪肝。

#### 1.2 方法

分别测量其身高(H)、体质量(W)、腰围(WL)、血压(BP), 检测其空腹血糖(FPG)、空腹胰岛素(FINS)、三酰甘油(TG)、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白(LDL)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、丙氨酸氨基转移酶(ALT), 计算其体质量指数(BMI), 胰岛素抵抗指数( $HOMA-IR = FPG \times INS / 22.5$ )。

#### 1.3 统计学方法

用SPSS13.0统计软件包进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 检验水准 $\alpha = 0.05$ (双侧)。

### 2 结果

2型糖尿病合并非酒精性脂肪肝组较未合并非酒精性脂肪肝组BMI、WL、SBP、FPG、FINS、IR、TG升高。

### 3 讨论

目前有部分学者认为脂肪肝是代谢综合征的一个组成部分。本资料采用对照研究, 发现合并脂肪肝组BMI、腰围明显高于对照组, 而腰围指数近年来已成为内脏脂肪型沉积的诊断标准。说明腹型肥胖患者更容易发生脂肪肝, 这可能由于腹内脂肪分解形成的游离脂肪酸(FFA)更容易通过门脉系统进入肝脏, 作为底物合成三酰甘油形成脂肪肝。合并脂肪肝组餐后2h血糖、三酰甘油、低密度脂蛋白胆固醇空腹及餐后2h胰岛素、空腹及餐后2h C-肽、胰岛素抵抗指数均较非

脂肪肝组明显增高, 胰岛素敏感指数明显低于对照组。虽然谷丙氨酸氨基转移酶也较对照组高, 但是所有患者没有肝硬化的症状及体征, 也没有白蛋白/球蛋白的倒置, 且AST、ALT平均值在正常范围内, B超检查也没有肝硬化的表现, 表明肝脏对胰岛素的灭活功能是正常的, 胰岛素水平升高与胰岛素的过量分泌及胰岛素抵抗有关。而胰岛素抵抗是代谢综合征的核心, 是2型糖尿病的主要发病原因, 同时, 代谢综合征的许多组成部分在合并脂肪肝组聚集, 也提示非酒精性脂肪肝可能是代谢综合征的一个组成部分<sup>[2,3]</sup>。综上所述, 2型糖尿病常伴有脂代谢紊乱, 而血脂的异常又可以加重糖代谢紊乱, 二者为恶性循环。在治疗中, 除合理膳食、运动、控制体质量等生活干预以

及调整血脂治疗外, 因胰岛素抵抗在非酒精性脂肪肝发病中起到的重要作用, 给予改善胰岛素抵抗的治疗也是非常重要的。

#### 参考文献

- [1] Brunt EM. Nonalcoholic steatohepatitis[J]. Semin Liver Dis, 2004, 24(1): 3-20.
- [2] 周永健, 聂玉强, 李瑜元, 等. 广东省成人代谢综合征与非酒精性脂肪肝患病的关系 [J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2008, 17(8): 647-649.
- [3] 周卫东, 车志宏, 杨亚玲, 等. 成人非酒精性脂肪肝与代谢综合征关系的研究[J]. 中国实用内科杂志, 2008, 28(8): 641-643.

## 早期目标指导治疗对感染性休克患者影响的临床研究

冯丽霞 闫云

(南阳市第一人民医院ICU, 河南 南阳 473000)

**【摘要】目的** 探讨早期目标导向治疗对感染性休克患者的临床疗效。**方法** 将58例患者分成对照组和治疗组。治疗组采用早期目标导向治疗, 即在早期应用抗菌素以控制原发感染和彻底引流感染灶的基础上, 6h内达到早期复苏目标。对照组采用循环与容量支持等常规治疗。**结果** 治疗组MAP、CVP、ScvO<sub>2</sub>显著高于对照组, 治疗组心率和血乳酸水平明显低于对照组, 治疗组多脏器功能障碍综合征发生率及病死率明显低于对照组。**结论** 早期目标导向治疗有助于改善感染性休克患者的预后。

**【关键词】** 感染性休克; 复苏; 治疗

中图分类号: R441.9

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194(2011)16-0254-02

感染性休克以全身性感染导致器官功能损害为特征的复杂临床综合征, 其发病率和病死率均很高。是危重患者的首位死亡原因<sup>[1]</sup>。2001年Rivers提出了早期目标导向治疗(EGDT), 力争在休克早期改善血流动力学异常和组织缺氧, 防止向多脏器功能障碍综合征(MODS)发展。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取2007年3月至2010年10月入住南阳市第一人民医院ICU的58例感染性休克患者, 均符合感染性休克的诊断标准。治疗组31例, 男18例, 女11例, 平均(45.8±17.2)岁; 对照组27例, 其中男13例, 女14例, 平均(45.8±17.2)岁。两组年龄和APACHE II评分比较均无明显差异( $P < 0.05$ )。

#### 1.2 方法

治疗组采用EGDT: 在早期应用抗菌素以控制原发感染(诊断严重感染1h以内)和彻底引流感染灶的基础上, 6h内达到早期复苏目标: ①中心静脉压(CVP)8~12cmH<sub>2</sub>O; ②平均动脉压(MAP)≥65mmHg; ③尿量≥0.5mL/(kg·h); ④中心静脉血氧饱和度(ScvO<sub>2</sub>)≥0.70。若液体复苏后CVP达8~12cmH<sub>2</sub>O, ScvO<sub>2</sub><0.70时, 输注浓缩红细胞使红细胞比容≥0.30, 和(或)输注多巴酚丁胺[最大剂量至20g/(kg·min)], 以达到上述复苏目标。若充分液体复苏后, 动脉血压和组织灌注仍未恢复, 或存在严重低血压等应用升压药指征时, 使用多巴胺或去甲肾上腺素升压。对照组采用循环与容量支持等常规治疗。

#### 1.3 观察指标

记录两组患者入院后6、24和48h的MAP、CVP、心率(HR)、ScvO<sub>2</sub>和血乳酸、MODS发生率及病死率等。

### 1.4 统计方法

统计学方法采用统计软件SPSS15.0进行分析。所有检测数据均采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采取独立样本t检验,  $P < 0.05$ 为有显著差异。

### 2 结果

相同点治疗组MAP、CVP、ScvO<sub>2</sub>显著高于对照组, 治疗组HR和血乳酸水平显著低于对照组, 治疗组MODS发生率及病死率显著低于对照组, 见表1~2。

表1 两组间MAP、CVP、ScvO<sub>2</sub>、HR和血乳酸水平的比较

组别	时间(h)	例数	MAP(mmHg)	CVP(cmH <sub>2</sub> O)	ScvO <sub>2</sub>	HR(次/分)	血乳酸(mmol/L)
对照组	6	27	54±2	5±4	0.52±0.06	130±15	5.78±3.51
	24	27	55±6	6±2	0.54±0.07	125±9	5.23±3.13
治疗组	48	27	59±4	10±3	0.64±0.12	110±12	5.10±2.91
	6	31	65±5*	10±7*	0.63±0.03*	125±12*	5.67±2.94*
	24	31	72±3*	12±5*	0.74±0.12*	112±11*	5.13±3.02*
	48	31	75±2*	12±2*	0.79±0.09*	100±4*	4.97±2.87*

注: 与对照组比较, \*  $P < 0.05$  (下同)

表2 两组MODS发生率及病死率比较

组别	例数	MODS	住院死亡
对照组	27	21	12
治疗组	31	19*	4*

### 3 讨论

严重感染及感染性休克是一个进行性发展的临床过程, 早期识