

肺炎克雷伯杆菌肝脓肿与非肺炎克雷伯杆菌肝脓肿的临床比较

赵宗珉, 赵金满, 万建华

■背景资料

如何通过患者的临床资料尽早对细菌性肝脓肿做出正确的诊断并及时治疗直接影响患者的预后。近年研究发现,肺炎克雷伯杆菌已经取代大肠埃希菌,成为细菌性肝脓肿的主要致病菌。肺炎克雷伯杆菌肝脓肿在临床方面的特性尚未见报道。

赵宗珉, 万建华, 中国医科大学附属第一医院感染性疾病科 辽宁省沈阳市 110001

赵金满, 中国医科大学附属第一医院消化科 辽宁省沈阳市 110001

赵宗珉, 2003年中国医科大学硕士, 讲师, 主要从事感染性疾病的诊断及治疗研究。

通讯作者: 赵宗珉, 110001, 辽宁省沈阳市, 中国医科大学附属第一医院感染性疾病科. zzm1971@sina.com

电话: 024-23256666-6213

收稿日期: 2006-03-15 接受日期: 2006-04-16

Comparison between pyogenic liver abscess caused by *Klebsiella pneumoniae* and non-*Klebsiella pneumoniae*

Zong-Min Zhao, Jin-Man Zhao, Jian-Hua Wan

Zong-Min Zhao, Jin-Man Zhao, Jian-Hua Wan, Department of Infectious Diseases, the First Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, Liaoning Province, China

Correspondence to: Zong-Min Zhao, the First Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, Liaoning Province, China. zzm1971@sina.com

Received: 2006-03-15 Accepted: 2006-04-16

Abstract

AIM: To analyze the differences between pyogenic liver abscess caused by *Klebsiella pneumoniae* (*Kp*) and non-*Klebsiella pneumoniae* (*NKp*), and provide the evidence for early diagnosis and treatment.

METHODS: The clinical data of 162 patients with pyogenic liver abscess from January 2000 to January 2005 were collected, and statistical analysis was performed to compare the differences between the *Kp* and *NKp* patients in general characteristics, underlying diseases, clinical manifestations, laboratory features, and characteristics of liver abscess, treatments and outcomes.

RESULTS: Of the 162 patients, 112 (69.1%) were classified into *Kp* group, and 50 (30.9%) were *NKp* group. There was significant difference between the two groups in ages ($P < 0.05$). For underlying

diseases, there were significant differences in diabetes (66.1% vs 38.0%, $P < 0.01$), biliary diseases (14.3% vs 28.0%, $P < 0.05$) and abdominal injury (5.4% vs 16.0%, $P < 0.05$) between two groups. For clinical manifestations and laboratory features, there were also significant differences in anemia between two groups (60.7% vs 78%, $P < 0.05$). For characteristics of liver abscess, solitary liver abscess and monomicrobial isolates were more frequent in the *Kp* group than those in the *NKp* group (75.9% vs 58%, $P < 0.05$; 85.7% vs 64%, $P < 0.01$). For treatment and outcome, there were significant differences in metastatic infection and mortality rate between two groups (20.5% vs 6%, $P < 0.05$; 8.9% vs 26.0%, $P < 0.01$).

CONCLUSION: In comparison with those in *NKp* patients, the age and mortality rate of *Kp* patients are lower, and the rate of diabetes and metastatic infection are higher. Monomicrobial isolates are mostly found in *Kp* patients.

Key Words: *Klebsiella pneumoniae*; Pyogenic liver abscess; Comparison

Zhao ZM, Zhao JM, Wan JH. Comparison between pyogenic liver abscess caused by *Klebsiella pneumoniae* and non-*Klebsiella pneumoniae*. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2006;14(16):1582-1586

摘要

目的: 总结分析肺炎克雷伯杆菌肝脓肿与非肺炎克雷伯杆菌肝脓肿在临床方面的差异, 为临床医生早诊断、早治疗提供依据。

方法: 总结2000-01/2005-01细菌性肝脓肿住院患者162例, 利用统计学方法比较肺炎克雷伯杆菌与非肺炎克雷伯杆菌引起的肝脓肿在自然情况、伴发基础疾病、临床表现及实验室检查、肝脓肿特点、治疗方法及结果等方面的差异。

结果: 肺炎克雷伯杆菌肝脓肿112例(69.1%), 非肺炎克雷伯杆菌肝脓肿50例(30.9%), 两组

■研究前沿

研究热点在于细菌性肝脓肿病原体的变化以及由此引起的诸如判定危险因素、诊断、治疗等方面的问题。

在年龄上存在统计学差异($P<0.05$); 两组患者在伴发糖尿病(66.1% vs 38.0%, $P<0.01$)、胆道疾患(14.3% vs 28.0%, $P<0.05$)、腹部创伤(5.4% vs 16.0%, $P<0.05$)上存在统计学差异; 两组患者在贫血上存在统计学差异(60.7% vs 78%, $P<0.05$). 肺炎克雷伯杆菌肝脓肿多为单发脓肿, 且多为单一病原体, 两组间存在统计学差异(75.9% vs 58%, $P<0.05$; 85.7% vs 64%, $P<0.01$). 两组间在迁徙性感染、死亡率上存在统计学差异(20.5% vs 6%, $P<0.05$; 8.9% vs 26.0%, $P<0.01$).

结论: 与非肺炎克雷伯杆菌肝脓肿组相比, 肺炎克雷伯杆菌肝脓肿组发病年龄较低, 伴发糖尿病的比例高, 多为单发, 单病原体, 易形成迁徙性感染, 死亡率较低.

关键词: 肺炎克雷伯杆菌; 非肺炎克雷伯杆菌; 细菌性肝脓肿; 临床比较

赵宗珉, 赵金满, 万建华. 肺炎克雷伯杆菌肝脓肿与非肺炎克雷伯杆菌肝脓肿的临床比较. 世界华人消化杂志 2006;14(16):1582-1586
http://www.wjgnet.com/1009-3079/14/1582.asp

细菌性肝脓肿是临床上常见的一种感染性疾病, 可以危及患者的生命. 在引起细菌性肝脓肿的病原体中, 大肠埃希菌曾经占了第1位. 近年研究发现, 肺炎克雷伯杆菌已经取代了大肠埃希菌的地位, 成为细菌性肝脓肿的主要致病菌^[1-4]. 这种观点已经陆续得到证实^[5-7]. 我们总结肺炎克雷伯杆菌肝脓肿与其他细菌性肝脓肿之间在临床方面的差异, 为细菌性肝脓肿的早期诊断、早期治疗及判断预后提供依据.

1.1 材料 2000-01/2005-01细菌性肝脓肿患者162例, 临床资料中包括自然情况、伴发基础疾病、临床表现及实验室检查、肝脓肿特点、治疗方法及结果等. 入选的诊断标准包括: (1)出现发热、寒战、疲倦、恶心、黄疸等症状; (2)腹部超声波或肝脏CT检查显示肝脏病灶; (3)脓汁和/或血液细菌培养呈现阳性结果.

1.2 方法 利用SPSS统计软件对临床资料进行统计学分析. 对计量资料采用 t 检验, 对计数资料采用 χ^2 检验.

糖尿病	74	66.1	19 ^b	38.0
胆道疾患	16	14.3	14 ^a	28.0
腹部创伤	6	5.4	8 ^a	16.0
肝硬变	4	3.6	3	6.0
肾功能衰竭	2	1.8	2	4.0
伴发两种以上	8	7.1	2	4.0
无	2	1.8	2	4.0

^a $P<0.05$, ^b $P<0.01$ vs Kp 组.

发热/寒战	101	90.2	44	88.0
腹痛	97	86.6	41	82.0
恶心	71	63.4	32	64.0
黄疸	38	33.9	17	34.0
WBC	84	75	36	72.0
($>10 \times 10^9/L$)				
Hb				
(男: <12 g/L)	68	60.7	39 ^a	78.0
(女: <11 g/L)				
PLT				
($<100 \times 10^9/L$)	60	53.6	26	52.0
AST				
(>633 nkat/L)	77	68.8	38	76.0
ALT				
(>717 nkat/L)	79	70.5	37	74.0
AKP				
(>2134 nkat/L)	79	70.5	37	74.0
白蛋白				
(<35 g/L)	96	85.7	43	86.0
总胆红素				
(>20 μ mol/L)	51	45.5	24	48.0
CRP				
(>8 mg/L)	105	93.8	47	94.0

^a $P<0.05$ vs Kp 组.

本组肺炎克雷伯杆菌肝脓肿(*Klebsiella pneumoniae*, Kp)112例, 占69.1%. 非肺炎克雷伯杆菌肝脓肿(non-*Klebsiella pneumoniae*, NKp)50例, 占30.9%. Kp 组患者年龄42-75(平均58.0 \pm 16.3)岁; NKp 组年龄45-82(平均63.9 \pm 17.6)岁($P<0.05$). Kp 组男:女 = 65:47, NKp 组男:女 = 31:19, 两组无统计学差异. Kp 组平均体质量65.7 \pm 15.2 kg, NKp 组平均体质量67.3 \pm 16.4 kg, 两组无统计学差异. 两组患者伴发糖尿病、胆道疾患、腹部创伤存在统计学差异(分别为 $P<0.01$, $P<0.05$, $P<0.05$, 表1).

2.1 临床特征 主要临床表现包括发热/寒战、腹

■ 相关报道

肺炎克雷伯杆菌已成为细菌性肝脓肿的主要致病菌. 这种变化最早发现于亚洲, 目前已经在世界各地得到证实.

■创新盘点

本研究对不同病原体细菌性肝脓肿的临床资料进行对比分析,总结出不同病原体细菌性肝脓肿的临床特性,发现肺炎克雷伯杆菌肝脓肿与其他细菌性肝脓肿之间在临床上存在着差异,为临床诊治工作提供了新思路。

肝左叶	17	15.2	13	26.0
肝右叶	89	79.5	35	70.0
两叶	6	5.3	2	4.0
大小<5 cm	44	39.3	21	42.0
大小5-10 cm	60	53.5	26	52.0
大小>10 cm	8	7.2	30	6.0
单发	85	75.9	28 ^a	56.0
多发	27	24.1	22 ^a	44.0
单一病原体	96	85.7	32 ^b	64.0
多病原体	16	14.3	18 ^b	36.0

^a $P<0.05$, ^b $P<0.01$ vs *Kp*组.

痛、恶心、黄疸. 其中发热是最为多见的临床表现, 两组各有101例和44例, 无统计学差异. 余症状也无统计学差异(表2). 细菌性肝脓肿患者通常表现为白细胞、AST、ALT、AKP、总胆红素、CRP升高, 而血红蛋白、血小板、白蛋白下降. *Kp*组贫血68例, 占60.7%; *NKp*组贫血39例, 占78%, 两组间存在统计学差异($P<0.05$). 余实验室检查无统计学差异(表2).

2.2 脓肿特点 两组患者肝脓肿病灶局限于肝右叶的比例要高于局限于肝左叶以及同时累及两叶的比例, 两组间无统计学差异(表3). 病灶直径多<10 cm. *Kp*组单发脓肿85例, 占75.9%; *NKp*组单发脓肿28例, 占58%. 两组间存在统计学差异($P<0.05$). *Kp*组以单一病原体为主96例, 占85.7%; *NKp*组单一病原体者32例, 占64%. 两组间存在统计学差异($P<0.01$, 表3).

2.3 治疗 均接受抗生素治疗. 其中124例接受侵入性治疗(包括手术切开引流、经皮留置导管引流、细针穿刺吸引等), *Kp*组为88例, 占78.8%; *NKp*组36例, 占72%, 两组间无统计学差异. 共有23例死亡, 其中*Kp*组为10例, 占8.9%; *NKp*组为13例, 占26%, 两组间存在统计学差异($P<0.01$). *Kp*组有23例发生迁徙性感染, 占20.5%, 分别为感染性心内膜炎9例, 脑膜炎4例, 肺脓肿4例, 腹腔感染3例, 肺炎2例, 脾脓肿1例; *NKp*组有3例发生迁徙性感染, 占6%, 分别为感染性心内膜炎1例, 脑膜炎1例和肺脓肿1例. 两组间存在统计学差异($P<0.05$). 两组患者的住院天数及疗程无统计学差异(表4).

肺炎克雷伯杆菌属于革兰阴性杆菌, 可以引起

单用抗生素	24	21.4	14	28.0
抗生素+手术切开引流	9	8.1	4	8.0
抗生素+经皮留置导管引流	24	21.4	10	20.0
抗生素+细针穿刺吸引	55	49.1	22	44.0
死亡	10	8.9	13 ^b	26.0
迁徙性感染	23	20.5	3 ^a	6.0
感染性心内膜炎	9	8.1	1	2.0
脑膜炎	4	3.6	1	2.0
肺脓肿	4	3.6	1	2.0
腹腔感染	3	2.5		
肺炎	2	1.8		
脾脓肿	1	0.9		
脓肿破裂	5	4.5	2	4.0
住院(d)	21.4 ± 12.5		25.2 ± 14.3	
疗程(d)	36.5 ± 21.4		39.4 ± 25.6	

^a $P<0.05$, ^b $P<0.01$ vs *Kp*组.

肺炎、泌尿系感染、败血症、腹腔感染等. 目前多项研究证实肺炎克雷伯杆菌已经取代了大肠埃希菌的地位, 成为细菌性肝脓肿的主要致病菌^[4-8]. 我们所收集到的资料中肺炎克雷伯杆菌占69.1%, 而其他病原体只占30.9%, 与以上的各项研究结果相似. 本研究显示细菌性肝脓肿多发生在55-65岁, *Kp*组的平均年龄低于*NKp*组的平均年龄, 存在统计学差异. 两组中男性患者均多于女性患者, 但是两组的男女构成比无统计学差异. 上述结果和以前一些研究相似^[2,4,6,9-11], 考虑与患者存在的基础疾病有关.

对于细菌性肝脓肿与合并基础疾病之间的关系, Wang *et al*^[4], Lee *et al*^[2]和Yang *et al*^[12]提出糖尿病是细菌性肝脓肿的重要易患因素, 患者合并糖尿病的比例最高达67.5%, 而Alvarez *et al*^[13], Seeto *et al*^[14], Barakate *et al*^[15]和Wong *et al*^[16]则提出胆道疾患是细菌性肝脓肿最常见的病因, 但是上述研究未对病原体与基础病之间的关系加以探讨. 本研究显示细菌性肝脓肿患者多存在糖尿病、胆道疾患、消化系统溃疡、腹部创伤、肝硬变、肾功能衰竭等基础疾病, 与上述研究的结果相似. 我们对两组患者所合并基础疾病进行比较, 发现*Kp*组患者的糖尿病罹患率(83.9%)明显高于*NKp*组患者(64%), 而*NKp*组患者胆道疾患和腹部创伤的罹患率(46%和28%)高于*Kp*组患者(28.6%和14.3%), 其他基础疾病无统计学差异. 这些提示了不同病原体引起的细

菌性肝脓肿可能与基础疾病有关. 糖尿病患者发生的细菌性肝脓肿的病原体多为肺炎克雷伯杆菌, 这是因为糖尿病患者通常存在免疫缺陷, 而肺炎克雷伯杆菌容易在免疫缺陷的患者人群中引起感染. 而胆道疾患和腹部创伤患者发生的细菌性肝脓肿的病原体多为大肠埃希菌、金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌等非肺炎克雷伯杆菌, 这与上述细菌是引起胆道疾患和腹部创伤后感染的主要致病菌有关. 与大多数研究^[2,4,6,10,16]相同, 我们发现细菌性肝脓肿的主要临床表现为发热/寒战(89.5%), 其次为腹痛、恶心、黄疸等. 细菌性肝脓肿患者最常见的异常实验室检查结果为CRP及白细胞升高, 血红蛋白和白蛋白下降. *Kp*组和*NKp*组之间在临床表现和大多数的实验室检查结果无明显差异, 只是*NKp*组患者出现贫血的比例(78%)要高于*Kp*组患者(60.7%). 其原因可能与*NKp*组患者中老年患者较多以及消化系统溃疡造成造血原料吸收障碍有关.

从肝脓肿所处部位及大小来看, *Kp*组与*NKp*组无统计学差异, 都以直径小于10 cm、局限于肝右叶的病灶为主, 与Okano *et al*^[17]和Yang *et al*^[12]的研究结果相同. 这可能与肝右叶体积较大以及血液较多有关. 本研究发现*Kp*组患者多为单发脓肿, 而且*Kp*组患者分离出的病原体以单一病原体为主, 与Wang *et al*^[4]、Lederman *et al*^[5]、Rahimian *et al*^[6]的研究结果相同. Yang *et al*^[12]和Lee *et al*^[18]发现肺炎克雷伯杆菌肝脓肿中含气腔的比例要高于其他类型的肝脓肿, 而且这种类型的肝脓肿死亡率高. 此外, Lee *et al*^[18]发现, 糖尿病是肺炎克雷伯杆菌肝脓肿形成含气腔的重要因素. 本次研究中, 我们没有发现存在含气腔的肝脓肿, 所以无法判断.

细菌性肝脓肿的治疗方法主要包括抗菌药物治疗和充分的脓汁引流. 本研究中的所有患者均接受了抗菌药物治疗, 约有76.5%的患者同时接受了侵入性治疗. 未接受侵入性治疗的患者主要是因为脓肿较小、患者基础状态极差无法承受侵入性治疗等. 在侵入性治疗中, 细针穿刺吸引因其具有危险性低、损伤小、患者耐受性好、操作简单等优点而成为临床医生的首选. 而对于脓肿数量较多、脓肿位置不佳、基础状态较差的患者, 可以选择经皮留置导管引流或手术切开引流. 细菌性肝脓肿的治疗结果主要包括康复、迁徙性感染、死亡、脓肿破裂、肝坏死等. 迁徙性感染是革兰阴性杆菌败血症较

为少见的合并症, 而我们发现, *Kp*组发生迁徙性感染的比例(20.5%)要高于*NKp*组(6%), 存在统计学差异. 累及的部位包括心脏、颅内、肺部、腹腔、脾. 这种情况在许多研究中得到证实^[1,4,19,20]. 许多研究^[2,4,12,17]显示, 肺炎克雷伯杆菌肝脓肿患者死亡率低于其他类型的肝脓肿, 约在6%-17%之间. 本研究中肝脓肿患者的死亡率为8.9%, *NKp*组患者的死亡率(26%)明显高于*Kp*组(12.5%), 存在统计学差异, 提示肺炎克雷伯杆菌肝脓肿虽然发生迁徙性感染的比例高, 但是死亡率较低. 出现上述情况的原因考虑与以下两种情况有关: (1)*Kp*组患者多为单发脓肿, 而且感染的病原体以单一病原体为主; 而*NKp*组患者中多发脓肿者较多, 多为复合菌感染, 因此在治疗时, *NKp*组出现治疗失败的可能性要高于*Kp*组; (2)发生迁徙性感染患者的预后与感染所累及的部位相关, 其中发生颅内感染的患者死亡率最高. *Kp*组患者虽然发生迁徙性感染的比例要高于*NKp*组, 但是*Kp*组发生颅内感染患者的比例要低于*NKp*组, 所以*Kp*组的死亡率要低于*NKp*组. 虽然两组在治疗结果上存在差异, 但是两组在疗程、住院时间上无差异.

总之, 通过本次研究我们发现, 细菌性肝脓肿的主要致病菌为肺炎克雷伯杆菌. 肺炎克雷伯杆菌肝脓肿与其他细菌性肝脓肿之间在临床上存在着差异: 肺炎克雷伯杆菌肝脓肿发病年龄较低, 合并糖尿病的比例高, 多为单发脓肿, 多为单病原体, 易形成迁徙性感染, 死亡率较低. 非肺炎克雷伯杆菌组目前死亡率仍相当高, 临床应予足够重视.

■应用要点

通过对肝脓肿患者自然情况、伴发基础疾病、临床表现、实验室检查、肝脓肿特点的分析, 尽早对肝脓肿的病原体做出初步判断, 有利于医生在尚未获得微生物证据之前尽早选择有效的初始治疗, 从而改善患者的预后.

- 1 Cheng DL, Liu YC, Yen MY, Liu CY, Shi FW, Wang LS. Pyogenic liver abscess: clinical manifestations and value of percutaneous catheter drainage treatment. *J Formos Med Assoc* 1990; 89: 571-576
- 2 Lee KT, Wong SR, Sheen PC. Pyogenic liver abscess: an audit of 10 years' experience and analysis of risk factors. *Dig Surg* 2001; 18: 459-465; discussion 465-466
- 3 Chang SC, Fang CT, Hsueh PR, Chen YC, Luh KT. *Klebsiella pneumoniae* isolates causing liver abscess in Taiwan. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2000; 37: 279-284
- 4 Wang JH, Liu YC, Lee SS, Yen MY, Chen YS, Wang JH, Wann SR, Lin HH. Primary liver abscess due to *Klebsiella pneumoniae* in Taiwan. *Clin Infect Dis* 1998; 26: 1434-1438
- 5 Lederman ER, Crum NF. Pyogenic liver abscess with a focus on *Klebsiella pneumoniae* as a primary pathogen: an emerging disease with unique clinical characteristics. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 322-331
- 6 Rahimian J, Wilson T, Oram V, Holzman RS.

■同行评价

本研究从自然情况、伴发基础疾病、临床表现、实验室检查、肝脓肿特点、治疗和预后等方面进行了对比分析,总结出肺炎克雷伯杆菌肝脓肿的临床特点,结果可靠准确,统计方法使用恰当,结论明确。

- 7 万建华, 赵金满, 宋健. 细菌性肝脓肿致病菌及耐药性分析138例. *世界华人消化杂志* 2005; 13: 1367-1369
- 8 Fang FC, Sandler N, Libby SJ. Liver abscess caused by magA+ *Klebsiella pneumoniae* in North America. *J Clin Microbiol* 2005; 43: 991-992
- 9 Fung CP, Chang FY, Lee SC, Hu BS, Kuo BI, Liu CY, Ho M, Siu LK. A global emerging disease of *Klebsiella pneumoniae* liver abscess: is serotype K1 an important factor for complicated endophthalmitis? *Gut* 2002; 50: 420-424
- 10 Kuo CM, Kuo CH, Changchien CS. Liver abscess in patients with cirrhosis of the liver: a 12-year experience. *J Gastroenterol* 2001; 36: 552-556
- 11 Chemaaly RF, Hall GS, Keys TF, Procop GW. Microbiology of liver abscesses and the predictive value of abscess gram stain and associated blood cultures. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2003; 46: 245-248
- 12 Yang CC, Chen CY, Lin XZ, Chang TT, Shin JS, Lin CY. Pyogenic liver abscess in Taiwan: emphasis on gas-forming liver abscess in diabetics. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 1911-1915
- 13 Alvarez Perez JA, Gonzalez JJ, Baldonado RF, Sanz L, Carreno G, Junco A, Rodriguez JL, Martinez MD, Jorge JJ. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess. *Am J Surg* 2001; 181: 177-186
- 14 Seeto RK, Rockey DC. Pyogenic liver abscess. Changes in etiology, management, and outcome. *Medicine (Baltimore)* 1996; 75: 99-113
- 15 Barakate MS, Stephen MS, Waugh RC, Gallagher PJ, Solomon MJ, Storey DW, Sheldon DM. Pyogenic liver abscess: a review of 10 years' experience in management. *Aust N Z J Surg* 1999; 69: 205-209
- 16 Wong WM, Wong BC, Hui CK, Ng M, Lai KC, Tso WK, Lam SK, Lai CL. Pyogenic liver abscess: retrospective analysis of 80 cases over a 10-year period. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17: 1001-1007
- 17 Okano H, Shiraki K, Inoue H, Kawakita T, Yamamoto N, Deguchi M, Sugimoto K, Sakai T, Ohmori S, Murata K, Nakano T. Clinicopathological analysis of liver abscess in Japan. *Int J Mol Med* 2002; 10: 627-630
- 18 Lee HL, Lee HC, Guo HR, Ko WC, Chen KW. Clinical significance and mechanism of gas formation of pyogenic liver abscess due to *Klebsiella pneumoniae*. *J Clin Microbiol* 2004; 42: 2783-2785
- 19 Cheng HP, Siu LK, Chang FY. Extended-spectrum cephalosporin compared to cefazolin for treatment of *Klebsiella pneumoniae*-caused liver abscess. *Antimicrob Agents Chemother* 2003; 47: 2088-2092
- 20 Lim KH, Tan YM, Chow PK. Liver abscess metastasizing to prostate and lung. *J R Soc Med* 2002; 95: 554-555

电编 李琪 编辑 潘伯荣

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2006年版权归世界胃肠病学杂志社

•消息•

第十一届全国普通外科学术会议征文通知

中华普通外科杂志编辑部将于2006-07月下旬在内蒙古呼和浩特市召开“第十一届全国普通外科学术会议”。本次会议将围绕普通外科手术并发症与外科再手术的主题就普通外科临床与基础研究、外科并发症以及外科再手术等问题进行研讨。会议邀请国内外著名外科专家,对热点问题做专题演讲,参会代表进行学术交流、经验介绍和开展讨论。

征文内容包括: (1)腹部外科手术并发症和外科再手术经验; (2)普通外科的新进展、新诊断、新技术、新方法、新手术、新经验; (3)临床研究、基础研究、实验研究; 手术适应证、禁忌证问题; (4)腹腔镜手术; (5)肿瘤的放化疗; (6)手术并发症和再手术的营养支持; (7)手术并发症和再手术的护理等。

征文要求包括: (1)请将未公开发表的论文全文以及800字以内的中文摘要各1份,并附拷贝软盘,寄到100034,北京西城区阜内大街133号 齐老师 收; 联系电话: 010-66168321转3126, 010-66164704。 (2)来稿请注明单位、作者姓名、邮编及联系电话(请自留底稿,恕不退稿),请在信封左下角注明“普外会议征文”字样。参会代表将获得国家级继续医学教育一类学分。 (3)截稿日期: 2006-06-30。