

3 讨论

慢性宫颈炎是妇科常见疾病,传统治疗方法有微波、激光^[1]、冷冻等以物理化学方法使糜烂局部表皮坏死,结痂脱落,新鲜上皮覆盖而达到治疗目的,但糜烂面深、组织增生明显的子宫颈管炎性病变时,上述方法治疗深度有限,仅能治疗子宫颈外病变而不能深入子宫颈管的炎性增生组织,如子宫颈管的结缔组织增生、子宫颈管的黏膜下肌瘤等病变组织疗效不佳,久治不愈,而且对于合并陈旧性子宫颈裂伤、外翻变形者,无法进行整形恢复子宫颈正常形态^[2],另外,因无组织物送病理学检查,误诊率增加。

LEEP术是经过电极尖端产生高频电波接触身体组织后由组织本身阻抗吸收电波而瞬时产生高热,通过环状电极切除子宫颈组织。因操作时是通过细小线圈单次即可将整个病变部位和移行带切除,故切口整洁、焦痂少,术后恢复快,愈合后组织柔软,无明显瘢痕,不影响妊娠。因为一次性手术成功,手术时间缩短,尤其选取切割和电凝混合的输出电流,在切割的同时止血,失血明显减少,手术视野清晰,操作目的性强,不致切除过多正常组织,对子宫颈鳞状上皮和柱状上皮破坏小,创伤小,疗效好,恢复快,不损伤子宫颈机能,减少围手术期并发症^[3]。另外,LEEP术切割时可以封住毛细血管和

淋巴,通过这些血管转移的危险性可降到最小;还可提供组织标本,因LEEP术不破坏沿切口方向任何深度的细胞,所以切片标本病理学医生愿意接受^[4],从而提高诊断准确性。

术中球行电极止血是高频电流通过组织,其集中的强度使细胞脱水并使细胞内的有机物凝结,而不会深入到组织内部,故不必顾虑破坏过多组织。凝结深度也易掌握,因为深度等于凝结横向传播的距离(电凝后创面出现白色斑点)。当球形电凝止血时,只需要1~2s即可凝结封住开放的毛细血管,达到止血目的。

总之,无论混切,还是电凝,均在很短时间完成,明显缩短手术时间,术后口服抗生素以减少术后感染及子宫颈管粘连等并发症,操作简单安全,在门诊即可进行,治愈率高,患者易于接受。

[参考文献]

- [1] 绿翠芬. CO₂激光加微波治疗宫颈炎阴道排液的观察[J]. 实用临床医药杂志, 2004, 8(5): 80
- [2] 黄延钢, 张秀琦, 郑建华, 等. 保妇康栓与宫颈电锥切整形术联用治疗慢性宫颈炎 588例疗效观察[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2004, 20(3): 182-183
- [3] 金凤斌, 白碧玲. 宫颈电圈切除术治疗慢性宫颈炎 62例临床观察[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2004, 20(8): 494
- [4] 钱德英, 岑坚敏, 黄志宏, 等. 子宫颈电环切除术对 203例宫颈上皮内瘤变的疗效研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(8): 473-475.

[文章编号] 1000-2200(2006)06-0647-02

。临床医学。

糖尿病酮症酸中毒合并多器官功能衰竭 28例分析

赵立业

[摘要]目的: 提高对糖尿病酮症酸中毒(DKA)合并多器官功能衰竭(MOF)的早期发现、早期诊断、早期治疗,以减少发生率及病死率。方法: 对28例DKA合并MOF患者的临床资料进行回顾性分析。结果: 病情好转稳定者13例,病死15例,病死率53.6%。结论: DKA合并MOF的发生诱因以高血糖和感染居多。积极输液纠正脱水及用小剂量胰岛素治疗可有效改善症状。

[关键词] 酮病, 糖尿病性; 酸中毒, 糖尿病性; 多器官功能衰竭

[中国图书资料分类法分类号] R 587.2 [文献标识码] A

糖尿病酮症酸中毒(diabetic ketoacidosis, DKA)是糖尿病患者的急性重症并发症。当DKA发生时,在多种因素作用下,极易发展为多器官功能衰竭(MOF)^[1-3]。而MOF又是糖尿病患者的重要死因。本文对我院近十年来收治的28例DKA合并MOF

进行分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 1995~2004年,我院内科确诊的DKA合并MOF 28例。男7例,女21例;年龄17~84岁,其中60岁以上者15例(53.4%)。1型糖尿病20例,2型糖尿病8例。

1.2 诱发因素 本组患者有一种或多种诱发因素,

[收稿日期] 2006-02-11

[作者单位] 安徽省蚌埠市蚌山区人民医院 内科, 233000

[作者简介] 赵立业(1955-),男,住院医师。

以感染最多见,其中肺部感染 10例,泌尿系感染 6例,腹壁化脓性感染 1例,腹膜炎 1例,败血症 2例。心衰、脑血管意外 2例,胰岛素中断或使用不当各 2例,饮酒及手术各 1例。

1.3 临床表现 28例均有不同程度的脱水、酸中毒。意识障碍 13例(昏迷 10例,嗜睡 2例,烦躁 1例)。肾衰竭 19例,心力衰竭 13例,呼吸衰竭 12例,消化道出血 4例。2个器官衰竭 9例(32.1%),3个器官衰竭 12例(42.9%),4个器官衰竭 7例(25.0%)。死亡 15例,其中 2个器官衰竭死亡 1例,3个器官衰竭死亡 8例,4个器官衰竭死亡 6例。DKA合并 MOF病死者均为 50岁以上。

1.4 实验室检查 空腹血糖 8.96~81.00 mmol/L,其中 >33.30 mmol/L者 2例。尿素氮 14.28~38.60 mmol/L者 21例,肌酐 440.01~532.00 mmol/L 15例。二氧化碳结合力($\text{CO}_2\text{-CB}$) 16.2~20.0 mmol/L 20例,血钾 2.80~3.01 mmol/L 14例。WBC($10\sim15$) $\times 10^9$ /L 20例。心电图改变 19例,大便隐血阳性 4例。

1.5 治疗方法 28例均给予积极输液纠正脱水,采用小剂量胰岛素(R)持续($0.1\sim0.2$ u \cdot kg $^{-1}\cdot$ h $^{-1}$),2例血糖 >33.3 mmol/L,静脉推注 RI 10~20 U 静脉滴注、吸氧、治疗诱因、控制感染、纠正酸中毒、调节水电解质渗透压平衡及支持疗法,积极纠正衰竭器官。

1.6 结果 入院 2~7天病情好转稳定者 13例;另 15例虽经积极救治,病情继续恶化,入院 8小时~8天内病死,病死率 53.3%,主要死因是心力衰竭、肾衰竭、呼吸衰竭。

2 讨论

MOF是指在严重感染、创伤、大手术及产科等应激状态下机体出现 2个以上的器官或系统同时或相继陷入功能衰竭的一组综合征。DKA作为 MOF的激发诱因,则是一种危险的应激状态,因此,在 DKA患者,由于长期糖尿病史及多种糖尿病的慢性合并症,发生这些慢性合并症的器官或处于潜在的功能减退,或处于失代偿期,因此,在某些诱因激惹下易相继发生多个器官衰竭,而这正是 DKA发生 MOF的重要基础。本组患者血糖 ≤ 16.65 mmol/L 4例(14.3%),而 >16.65 mmol/L的有 24例

(85.7%);DKA发生感染者达 71.4%,其中肺部感染居首位,占 35.71%,其次为泌尿系感染、腹壁化脓性感染、腹膜炎和败血症。因此,DKA感染是 MOF的重要促发因素,也是重要死因。DKA合并 MOF病死率与衰竭的器官多少有一定的关系^[1]。本组 2、3、4个器官衰竭者,其病死率分别为 1/9、6/7、1/1。说明衰竭器官愈多,病死率愈高。预后主要取决于受累器官数目及严重程度。但是,如能及早诊断,并不失时机地积极抢救,部分病例仍可存活^[4]。

DKA合并 MOF是内科急诊,在治疗 DKA时要严密警惕 MOF的发生。DKA合并 MOF的急救处理,笔者体会:(1)迅速大量静脉补液,可采取先快后慢的原则,注意根据患者的失水程度、年龄、心肾功能调节输液量及速度。(2)小剂量静脉滴注胰岛素(RI),一般 RI 0.1~0.2 u \cdot kg $^{-1}\cdot$ h $^{-1}$ 持续静脉滴注;对血糖 >33.3 mmol/L,可首先静脉推注或肌注 RI 10~20 U;对脱水较重,血钾较低,有效渗透压较多靠血糖维持的患者,应用更小 RI量,选择 RI 0.05~0.1 u \cdot kg $^{-1}\cdot$ h $^{-1}$,既不影响酮症的纠正,又使血糖下降平衡,避免低血糖、低血钾、脑水肿的发生。(3)纠正酸中毒及电解质紊乱,补钾及补充碱性液体。(4)加强呼吸功能监测,及时纠正低氧血症,保护呼吸道通畅,凡有呼吸堵塞症状、痰液黏稠不易吸出或肺部感染严重者,应及时果断行气管切开或使用人工呼吸机帮助呼吸。(5)加强循环功能监测,注意维持有效血容量,监测血压、心率,防止休克的发生;积极防治肾衰竭、心力衰竭、呼吸衰竭和脑损害。(6)在改善微循环、促进器官修复的同时,防治消化道出血。(7)积极控制感染。感染是本症最主要的诱因,本组感染发生率高达 71.43%,必须一开始就给予大剂量有效的抗生素治疗。

[参考文献]

- [1] 李进,王淑娟,吴爱英.糖尿病酮症酸中毒致多器官功能衰竭分析[J].中国医师杂志,2003,5(1):51-52
- [2] 胡珂,郑伟,许彩秋.糖尿病酮症酸中毒并多器官功能衰竭 23例临床分析[J].黑龙江医学,2001,25(7):515
- [3] 孙荷仙,黄欠贵.糖尿病酮症酸中毒并多器官损害分析[J].岭南急诊医学杂志,2003,8(2):99-100
- [4] 苏会璇.糖尿病酮症酸中毒 13例死亡原因分析[J].淮海医药,2004,22(2):125