

小儿空肠弯曲菌肠炎 76 例临床分析

甘中青

(浙江省富阳市第二人民医院 富阳 311404)

关键词: 小儿;空肠弯曲菌肠炎;阿奇霉素;蒙脱石散;妈咪爱

中图分类号: R725.7

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0060-01

空肠弯曲菌是引起小儿腹泻的重要致病菌, 现对我院 2002 年 6 月~2007 年 6 月收治的 76 例空肠弯曲菌肠炎患儿进行分析总结。

1 临床资料

1.1 一般资料 76 例患儿均经粪便乳胶凝集法检测空肠弯曲菌抗原阳性, 结合有腹泻症状而诊断。本组男 52 例, 女 24 例; 年龄 1 个月~7 岁, 其中 1 个月~1 岁 46 例, 1~3 岁 23 例, 3~7 岁 7 例。急性腹泻 71 例, 迁延性腹泻 5 例; 日大便次 <10 次 58 例, >10 次 18 例; 黄色稀水便 60 例, 黏液脓血便 16 例。伴发热 27 例, 伴咳嗽 7 例, 伴脱水 38 例。实验室检查: 大便 pH<5.5、还原糖(++)~(+++)16 例, 其中 1 个月~1 岁 12 例, 1~3 岁 4 例; 血气分析示代谢性酸中毒 23 例, 丙氨酸转氨酶升高 10 例, 天冬氨酸转氨酶升高 9 例, 谷氨酰转肽酶升高 8 例, 碱性磷酸酶升高 3 例, 乳酸脱氢酶升高 12 例, 羟丁酸脱氢酶升高 7 例, 肌酸激酶升高 5 例, 肌酸激酶同工酶升高 3 例。胸部 X 线检查: 支气管肺炎 2 例。

1.2 治疗和转归 76 例均予阿奇霉素 10mg/(kg·d) 静滴, 疗程 3~5d。所有患儿均给予蒙脱石散、微生态制剂(妈咪爱)及补液纠正电解质紊乱, 对继发乳糖酶缺乏症[大便 pH<5.5、还原糖 >(++)]者予停母乳, 改去乳糖奶粉喂养。67 例患儿痊愈出院(治疗 5~14d、平均 7.4d), 7 例好转出院(治疗 3~5d、平均 3.6d), 2 例自动出院未完成治疗。

2 讨论

空肠弯曲菌引起的肠炎是世界性疾病, 发展中国家的腹

泻病发病率较高, 空肠弯曲菌引起的腹泻仅次于大肠杆菌和志贺菌, 感染率以幼儿最高, 可达 40%, 可由食物、水源污染而暴发, 并呈现季节性。空肠弯曲菌通过黏附、侵袭、毒素等致病, 并可因菌血症、免疫介导等引起一系列肠道外症状, 报道以格林巴利综合征、反应性关节炎、败血症、心肌炎等为主。本组资料中患儿腹泻以稀水便为主, 最近资料表明发病机制和空肠弯曲菌可产生一种耐热肠毒素而致小肠分泌大量体液和电解质有关^[1]。

已有资料表明空肠弯曲菌肠炎可引起乳糖酶缺乏^[2]、一过性肝功能损害^[3]。本组资料也发现类似情况, 并发乳糖酶缺乏者经停母乳改去乳糖奶粉喂养, 症状即明显好转。肝功能损害者一般经护肝治疗 7d 后肝功能复查均恢复正常。同时尚发现有一过性心肌损害, 其机制尚不明确。空肠弯曲菌肠炎虽是自限性疾病, 但对婴幼儿需及时治疗。以大环内酯类抗生素为主, 而对青霉素、头孢菌素有耐药^[4]。本文病例均用阿奇霉素 10mg/(kg·d) 静滴治疗, 疗效满意。

参考文献

[1]冯永嘉.空肠弯曲菌相关疾病的分子生物学致病机制研究[J].国外医学·儿科分册,2002,29(1): 40-42
[2]沈和萍,吴蔚.小儿空肠弯曲菌肠炎 534 例分析[J].中国儿童保健杂志, 2006, 14(6): 640-641
[3]沈和萍,吴蔚.空肠弯曲菌肠炎伴肝功能损害 294 例分析[J].浙江预防医学, 2006, 18(11): 58
[4]张建中.空肠弯曲菌病[J].传染病信息, 2005, 18(2): 67-68

(收稿日期: 2007-07-21)

妇科肿瘤并发糖尿病围手术期的处理(附 48 例报告)

田加珍

(浙江省缙云县人民医院 缙云 321400)

关键词: 糖尿病;妇科肿瘤;围手术期;处理

中图分类号: R 737.3

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0060-02

近年, 妇科肿瘤伴糖尿病在临床上逐渐增多, 手术是其主要的治疗手段之一, 但围手术期患者情绪焦虑、麻醉、疼痛和手术创伤均可使患者血糖波动, 病情变化, 导致手术危险性增加, 故控制好患者的血糖是手术成功及减少并发症的关键。2002 年 1 月~2005 年 12 月我院共收治 48 例妇科肿瘤并发糖尿病需行手术治疗患者, 现将其围手术期处理报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 48 例患者年龄 29~69 岁, 平均 (54.5± 9.6) 岁, 既往有糖尿病史 40 例, 术前检查发现 8 例。糖尿病的诊断符合诊断标准^[1]: 空腹血糖 ≥7.0mmol/L 或 1d 中任何时候血糖 ≥11.1 mmol/L 或葡萄糖耐量试验 2h 血糖 ≥11.1

mmol/L 者。48 例患者中子宫肌瘤 26 例, 卵巢良、恶性肿瘤分别为 10 例和 3 例, 子宫颈癌 5 例, 其他 4 例。经腹子宫切除术 32 例, 附件切除术 9 例, 盆腔淋巴结清扫及广泛性子官切除术 5 例, 经阴道子宫切除术 2 例。术后均经病理检查确诊。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 47 例为择期手术, 除执行常规术前检查及处理外, 根据病史及实验室检查结果与内分泌科医师协同制定糖尿病饮食、降糖药或胰岛素治疗, 并根据血糖调整药物剂量, 尽量使空腹血糖控制于 8.4mmol/L 以下。所有口服降糖药于术前 3d 均改用普通胰岛素三餐前皮下注射, 并严密监测三餐前末梢血糖, 手术当天停用胰岛素, 应用抗生素预防感染。1 例因卵巢肿瘤蒂扭转急诊手术。

颅内血管外皮细胞瘤的临床和 MRI 表现

施少华¹ 金中高² 姚振威³

(1 浙江省乐清市人民医院 乐清 325600; 2 浙江省湖州市中心医院 湖州 313000;
3 复旦大学附属华山医院 上海 200040)

关键词: 颅内血管外皮细胞瘤; MRI; 诊断

中图分类号: R 739.41

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0061-02

颅内血管外皮细胞瘤(hemangiopericytoma, HPC)极为少见, 常误诊为脑膜瘤, 本文收集 5 例经手术、病理证实的颅内 HPC, 分析其临床及 MRI 表现, 以期提高对颅内 HPC 的认识。

1 资料和方法

1.1 一般资料 患者中男 4 例, 女 1 例。年龄 24~65 岁, 平均 39.6 岁。发生于额部 2 例(左右各 1 例), 左颞部 1 例, 右鞍旁 1 例, 左枕部 1 例。临床病史 3 个月~2 年余, 均有长期反复头痛史, 近期出现记忆力下降 1 例, 视力下降 2 例(单侧和双侧各 1 例), 恶心呕吐 2 例, 双侧肌力下降 1 例。

1.2 检查方法 全部病例均行 MRI 平扫及增强检查, 采用 GE Horizon LX 1.5T 超导 MRI 扫描仪, 行横断面、矢状面和

1.2.2 术中及术后处理 42 例手术采用持续硬膜外麻醉, 6 例采用全身麻醉, 手术中原则上不用含糖液体而以非糖平衡液为主, 慎用或不用皮质激素, 手术时间 <2h 者于术中测末梢血糖 1 次, >2h 者术中定时监测血糖、血气分析, 根据结果决定是否使用葡萄糖液或胰岛素。注意水、电解质平衡, 特别应防止低血糖或酮症酸中毒, 在保证手术成功的基础上, 尽量减少手术创伤, 缩短手术时间。术后即监测血糖, 禁食状态下静脉补液保证每日葡萄糖入量不低于 150g, 葡萄糖与胰岛素之比为 4~6:1, 并适量补钾, 恢复正常饮食前还需监测尿酮, 如尿酮阳性, 在排除给糖不足后, 可再增加胰岛素 4U, 恢复正常饮食后即按术前糖尿病治疗方案进行。

2 结果

本组 48 例患者, 40 例术前血糖控制在 5.8~8.4mmol/L; 术中、术后血糖控制亦较平稳, 手术切口均为一期愈合, 无糖尿病酮症酸中毒、高渗性昏迷或低血糖; 7 例术前血糖控制不理想, 在 8.4~10.4mmol/L, 有 2 例切口发生脂肪液化并感染; 1 例因病情危急需急诊手术而术前未及时纠正血糖, 血糖 18.4mmol/L, 术后 3h 发生糖尿病酮症酸中毒, 经抢救转危为安。

3 讨论

对妇科肿瘤伴糖尿病患者, 妇科医师不仅要治疗妇科疾病, 而且还要在内分泌科医师协同下对糖尿病作出正确的判断及治疗。糖尿病不是手术的禁忌证, 但糖尿病患者细胞免疫功能低下, 全身和局部抵抗力下降, 容易发生感染, 伤口愈合不良, 加上手术及麻醉等刺激可使肾上腺皮质激素分泌增加, 使胰岛素分泌下降, 引起应激性高血糖状态, 从而加重患者糖尿病病情, 诱发糖尿病酮症酸中毒或非酮症高渗性昏迷。所以要将血糖控制在安全范围内, 以利于患者安全度过围手术期。

通过本文观察, 在围手术期处理过程中需要注意以下问

冠状面扫描, 层厚 8mm, 层间距 2mm, 序列包括 SE T1WI、FSE T2WI。MRI 增强扫描使用磁显葡胺(GD-DTPA)0.2mL/kg 静脉注射, 采用 SE T1WI 序列。进行 MRA、MRV 成像各 1 例。

2 结果

2.1 病变部位、大小及形态 所有病变均位于颅内脑实质外, 病灶位于额部 2 例(左右各 1 例), 左颞部 1 例, 右鞍旁 1 例, 左枕部 1 例。病灶呈圆形或椭圆形 2 例, 不规则形 3 例, 最小为 4.1cm×4.3cm×2.2cm, 最大病灶呈类圆形, 直径约 7.1cm。

2.2 MRI 表现 MRI 平扫: 3 例 T1WI 为低信号, 2 例为等信号; T2WI 上呈等信号 2 例, 不均匀高信号 3 例。病灶内见

题: (1)重视术前全面检查。部分患者平素很少体检, 本组 48 例中 8 例为入院后检查尿糖异常, 进一步检查空腹血糖及糖耐量试验并与内分泌科协作确诊为糖尿病。(2)术前控制血糖在一个理想的水平, 是手术成功的前提。我们控制血糖在 8.4mmol/L 以下, 术后切口均为一期愈合, 无糖尿病酮症酸中毒、高渗性昏迷或低血糖。常规用短效胰岛素, 以便灵活调整剂量, 并在手术后 2 周内保持这一水平, 是减少手术后并发症的关键^[1]。(3)尽量缩短术前禁食时间; 选择比较安全持续硬膜外麻醉方式, 该麻醉方式对血糖代谢、呼吸和循环系统干扰小, 术中术后管理方便^[2]; 手术范围应简化、有效, 不应随意扩大以减少不必要的创伤, 缩短手术时间, 若估计手术时间较长可请内分泌科医师协助监测并管理血糖, 减少血糖的波动。(4)术中、术后密切监测血糖、尿糖、尿酮、血气等变化。由于术前 12h 及术后 6h 的禁食和未排气前的少量流质饮食, 加之疾病的消耗、机体抵抗力低下, 又有手术的创伤, 此期患者极易发生酮症酸中毒、低血糖、低血钾等并发症, 应引起重视, 通过胰岛素治疗加足够的葡萄糖供应(每日总量 150g 左右)及氯化钾是保持病人正常代谢和保证手术顺利进行的最有效途径^[3]。(5)预防感染。本组 2 例切口发生脂肪液化并感染, 均发生于手术时间较长、肥胖之患者, 故对此类患者除控制好血糖、并在围手术期使用广谱抗生素预防感染外, 术中注意切口缝合技巧, 必要时予切口胶片引流, 术后 24~48h 后拔出, 可有利于伤口愈合。

参考文献

- [1] 钱荣立. 关于糖尿病的新诊断与分型 [J]. 中国糖尿病杂志, 2000, 8(1): 5~6
- [2] 杨飞, 许樟荣, 胡成伟, 等. 糖尿病对腹部外科手术的影响 [J]. 中国糖尿病杂志, 2002, 10(3): 268
- [3] 裴凌, 王俊科. 糖尿病病人围手术期的处理 [J]. 中华麻醉学杂志, 2003, 23(6): 476~478
- [4] 黄耀斌, 刘雁华, 林仲秋. 糖尿病病人妇科手术的围手术期处理 [J]. 中山医科大学学报, 2002, 23(4): 314~315

(收稿日期: 2007-05-16)