

死于宫内缺氧;活产儿 556例中,产后 12小时死于呼吸衰竭 9例,吸入性肺炎 3例;24小时死于颅内出血 10例。

讨论:妊高征是导致孕产妇和胎死的主要原因之一。其发病机制是全身周围血管痉挛(尤其是小动脉痉挛),导致血压升高,子宫胎盘血流量减少,胎儿缺氧。中止妊娠是唯一的病因治疗。我们体会,先兆子痫经积极治疗无明显好转或孕周 $\geq$ 37周者应适时中止妊娠;产前子痫和产时子痫抽搐控制 2~12小时可中止妊娠;分娩距末次抽搐的时间越长,对母婴威胁越大。因多数重度妊高征胎儿的胎肺有早熟现象,故对孕周 34~36周者中止妊娠不必过

分顾虑。中止妊娠的方式应权衡母婴双方利弊。对平均动脉血压 $\geq$ 18.7kPa 尿蛋白++~+++伴眼底改变者应考虑行剖宫产,以防发生脑血管意外等严重并发症。因先兆子痫宫颈不成熟者引产后产程较长,易影响胎盘及绒毛间的灌注量,加重胎儿缺氧,诱发子痫,且引产失败后再行剖宫产往往失去抢救时机,故应注意。对未临产或处于第一产程者,应在控制抽搐后行剖宫产中止妊娠;对进入第二产程者亦应积极控制抽搐,不应等待自然分娩,可以采取助产尽可能缩短第二产程,同时做好抢救新生儿的准备。

(1997-06-16收稿)

## 完全胃肠外营养支持治疗胃大部切除术后 功能性排空延迟综合征

山东省千佛山医院(250014) 郝全 阮长乐 李玉山  
济南市卫生学校 刘春平

胃大部切除术后功能性排空延迟综合征临床较少见,近年来,我院采用完全胃肠外营养支持(TPN)治疗本病 12例,效果满意。现报告如下。

临床资料:本组男 10例,女 2例,年龄 23~78岁。其中胃十二指肠球部溃疡 4例,胃癌 5例,胰头癌 3例。手术方式为胃大部切除毕I 式吻合 3例,毕II 式吻合 5例,Roux-Y 吻合 1例,胰十二指肠切除术 3例。发病时间为术后第 4~8天,持续时间 7~32天。临床表现有上腹饱胀、呃逆、呕吐,呕吐为溢出性,每日量达 700ml 以上,呕吐物为胃内容物及胆汁。安置胃肠减压后症状缓解。口服稀钡或泛影葡胺造影显示胃型增大,胃内潴留,残胃缺乏蠕动,胃呈萝卜根样。胃镜检查可见胃内潴留胆汁样胃液,残胃及吻合口粘膜充血水肿,残胃缺乏蠕动,无吻合口梗阻。

治疗与结果:本组 12例经上消化道造影或胃镜检查确诊后即给予 TPN 治疗,其中 7例经上腔静脉置管行肠外营养支持(CV-PN),5例经周围静脉肠外营养支持(PV-PN)。采用氨基酸-葡萄糖-脂肪乳剂双能源供应,每日热量 125~146kJ/kg,每日

氮量 0.2g/kg,热氮比为 150~180:1 TPN 支持时间 10~35天(平均 18天)。随胃肠减压量逐渐减少,患者症状完全缓解,逐步恢复饮食,停用 TPN 应用 TPN 期间无明显并发症。

讨论:胃大部切除术后功能性排空延迟综合征是由多种因素所致。一般发生在术后几天至十几天,多因进食或由流质改半流质饮食而诱发。此综合征为功能性病变,无吻合口梗阻等,但由于其临床表现缺乏特异性,故易误诊为吻合口或输出袢梗阻,甚至误行手术探查,给患者造成不应有的痛苦。患者不能进食,呕吐致大量消化液丢失,可造成水、电解质失衡及营养不良。而 TPN 既可维持正氮平衡,改善营养状况,又可以使胃肠道得到休息,胃粘膜及吻合口水肿得到改善,有利于胃蠕动的恢复。TPN 宜采用双能源供应,即先经周围静脉输入,如果患者短期内不能恢复,则应采用腔静脉置管的中心静脉肠外营养支持。综合治疗包括高渗盐水洗胃,应用胃复安、皮质激素,以及新斯的明足三里穴位封闭等。此综合征一经确诊,即应尽早应用 TPN 为主的综合保守治疗,绝不应轻易再次行手术探查。(1997-09-10收稿)

## 711例慢性肾功能衰竭患者的病因分析

山东省立医院(250021) 于克洲 刘玉才\* 施惠英 李鹤英

对慢性肾衰患者原发病进行早期诊断与治疗,是延缓慢性肾衰发展的重要手段。为此,我们对 1986~1996年收治的 711例慢性肾衰患者的病因分析如下,以供同道参考。

一般资料:本组 711例均为住院病例,男 409例,女 302例;年龄 15~78岁,平均 41.2 $\pm$ 12.5岁。均测定血尿常规、血生化、血尿素氮、肌酐、肝功、免疫球蛋白、乙肝五项指标、血钙、血磷、血糖、血碱性

磷酸酶、血尿 $\beta_2$ 微球蛋白、尿白蛋白、尿免疫球蛋白G,均行B超检查;部分做肾活检、CT扫描、静脉肾盂造影,并用单光子发射型计算机断层扫描测定分肾小球滤过率。

结果:本组以慢性肾炎最常见,共478例(占67.23%);其次为慢性肾盂肾炎(56例,占7.88%)、高血压性肾硬化(51例,占7.17%)、狼疮性肾炎(42例,占5.91%)、糖尿病性肾病(40例,占5.63%)、先天性多囊肾(16例,占2.23%)、乙肝病毒相关性肾炎(9例,占1.27%);此外,还有梗阻性肾病、紫癜性肾炎、肾结核、痛风肾等(共19例,占2.66%)。慢性肾盂肾炎与狼疮性肾炎以女性多见,分别为54例、34例。

讨论:大多数学者认为,预防与早期诊治原发病是控制慢性肾衰发展的主要措施。本组病因中,绝大多数是可以预防及(或)治疗的。即使已发生肾衰者,有些原发病(如肾盂肾炎、狼疮性肾炎及新近发生的

梗阻性肾病等)经积极治疗,其肾功能仍可部分或全部逆转。因此,寻找肾衰患者的原发病十分必要。我们认为,详细询问病史,必要的实验室检查、双肾B超显像、静脉肾盂造影、血及尿 $\beta_2$ 微球蛋白测定,对慢性肾衰原发病的诊断有重要价值。本组资料显示,慢性肾炎为慢性肾衰的首位病因。因此,普及肾脏病知识,早期诊治慢性肾炎,是避免或延缓慢性肾衰发展的主要措施。慢性肾盂肾炎是慢性肾衰的第二位病因。肾盂肾炎经积极治疗,可防止或逆转慢性肾衰,但诊断时须与慢性肾炎相鉴别。我们体会,反复尿路感染、尿 $\beta_2$ 微球蛋白明显升高、肾小管功能障碍、双肾大小不等及肾包膜波浪样改变、肾衰前无高血压与水肿,是以上两病鉴别的重要依据。总之,明确病因,积极治疗原发病是防治肾衰的关键,对估计预后并制订治疗方案等均有重要作用。

\* 进修医师

(1997-08-11收稿)

## 结核性腹膜炎 60例临床分析

济南铁路局中心医院(250001) 夏培君 王 凯\* 张在厚\*\*

近年来,我们收治结核性腹膜炎患者60例,现分析如下。

临床资料:本组男24例,女36例;年龄7~83岁,平均31.8岁。有结核病史16例,结核密切接触史5例。主要临床表现为腹痛、腹胀、腹泻与便秘交替,腹块及发热伴全身结核中毒症状41例。体征主要为腹部压痛,腹部柔韧感,腹水伴结核性胸膜炎、胸腔积液16例,肺结核7例,肠结核6例,肝结核2例,胸壁结核、腰椎结核及颈淋巴结各1例。实验室检查:血沉 $>20\text{mm/h}$ 38例,血红蛋白低于正常12例,中性粒细胞增高26例,淋巴细胞增高28例。44例行OT或PPD试验,其中阳性32例。38例行腹水检查均为渗出液,其中细胞分类以淋巴细胞增高为主28例,中性粒细胞增高为主10例。腹水培养结核菌均阴性,43例行腹部B超检查,其中37例有腹水(2例为包裹性积液),同时伴脾大11例,肝大9例,肝内强回声结节2例。本组根据临床表现确诊43例,其余确诊依据为剖腹探查6例,颈淋巴结活检、肝穿活检各1例,试验性治疗9例。初诊时误诊为急性阑尾炎3例,急性肠梗阻3例,肝硬化腹水7例,柏-查氏综合征、卵巢肿瘤及上呼吸道感染各1例。本组行非手术治疗54例,经抗痨治疗2周至2个月(平均18.2天),症状及体征均减轻;6例行剖腹探查术者中,3例行肠粘连松解术,2例行肿块或干酪样病灶切除术,1例行肠痿修补术;术后均行抗痨治疗,住院7~103天(平均29.6天),病情均好转。

讨论:结核性腹膜炎的临床表现和体征均无特

异性,根据本组资料我们体会,对青壮年患者(尤其是女性),既往有结核病史或其他脏器结核病变(特别是多浆膜腔积液),伴有发热、盗汗、腹痛腹胀、腹水、腹部柔韧感或肿块时,应高度考虑本病的可能。腹穿获得渗出性腹水,以淋巴细胞增高为主,静置后可凝固,对诊断有意义。如腹水葡萄糖浓度 $<3.9\text{mmol/L}$ 或PPD试验阳性有助于诊断,腹水浓缩沉淀结核菌阳性或动物接种阳性可肯定诊断。胸腹部X线平片可发现活动性或陈旧性结核病灶,钡餐透视可发现肠粘连征象,以上检查结果对本病的诊断有参考意义。腹腔镜检查及腹部B超检查的准确性可达90%以上,前者可取活检做病理检查,但仅适用于渗出性腹水者。对以上检查均不能确诊者应及时行剖腹探查。结核性腹膜炎的治疗原则为卧床休息,动静结合,加强营养,抗痨治疗。用药期间应注意耐药性和副作用,特别要注意肝毒性。为减轻全身结核中毒症状,防止肠梗阻的发生,可适当加用肾上腺皮质激素(常用强的松 $30\text{mg/d}$ ,共用3个月)。对腹水患者,可在全身用药的同时于抽取腹水后于腹腔内注入抗结核药物及肾上腺皮质激素,本组大、中量腹水患者均经此法治疗,效果良好。手术治疗的指征应为:①并发完全性或不完全性肠梗阻经保守治疗无效者。②合并空腔脏器穿孔,或腹水合并化脓性腹膜感染经抗生素治疗无好转者。③瘻管经久不愈者。④诊断不明者。

\* 山东医科大学附属医院

\*\* 解放军总医院

(1997-07-10收稿)