

# 中老年糖尿病并发肺部疾病 68 例临床分析

钟秀华, 罗国辉

(梅州市人民医院二内科, 广东 梅州 514031)

关键词: 糖尿病; 肺疾病

中图分类号: R587.1, R563

文献标识码: A

文章编号: 1000-257X(2002)5S-0160-02

糖尿病在当今世界上已属常见病, 多发病, 糖尿病并发肺部疾病的也非罕见, 为了对此类病人有所了解, 现将我院于 1995 年至 2000 年收治的 360 例老年 2 型糖尿病患者中的合并肺部疾病的 68 例临床资料总结报告如下。

## 1 临床资料

68 例中男 38 例, 女 30 例, 年龄 50~80 岁, 中位年龄 60 岁。入院时第 1 次空腹血糖为 9.0~28.8 mmol/L, 平均为 13.6 mmol/L。糖尿病诊断按 1985 年 WHO 诊断标准<sup>[1]</sup>。所有病例均为 2 型糖尿病, 并发肺部疾病的诊断例数及百分比: 合并急性支气管炎 12 例(17.7%), 支气管肺炎 14 例(20.6%), 慢性支气管炎, 肺心病 14 例(20.0%), 肺内感染 10 例(14.7%), 支气管哮喘 6 例(8.8%), 肺结核及胸膜结核 7 例(10.3%), 肺癌 5 例(7.3%)。

## 2 检查与结果

### 2.1 实验室检查

血象白细胞计数  $> 10 \times 10^9/L$  35 例, 白细胞中性  $> 0.7$  56 例。痰细菌培养情况: 大肠杆菌 5 例, 铜绿假单胞杆菌 5 例, 白色念珠菌 4 例, 葡萄球菌 3 例, 肺炎克雷白杆菌 3 例, 肺炎链球菌 3 例, 变形杆菌 2 例, 沙雷氏菌 1 例。

### 2.2 血气分析

本文 35 例均做了桡动脉血气分析, 合并慢性支气管炎, 肺心病患者, 平均二氧化碳分压( $PCO_2$ )为 6.88 kPa, 氧分压( $PO_2$ )为 7.35 kPa, 符合 2 型呼吸衰竭诊断标准有 6 例, 其余病例  $PO_2$  与对照组比较降低 ( $P < 0.01$ ) 有显著差异。  $PCO_2$  均在正常范围。4 例合并酸中毒者,  $PCO_2$  下降到 2.00~3.19 kPa, 表现为继发性呼吸性碱中毒。本组血清铁测定 38 例, 均值为  $(1.756 \pm 1.204) \mu\text{mol/L}$ 。

### 2.3 免疫功能测定

在 68 例中有 36 例做了细胞免疫及体液免疫指标测定, 细胞免疫功能无明显变化, 体液免疫中 IgG 升高, 为  $(13.125 \pm 2.525) \text{mg/L}$  [正常值  $(11.325 \pm 2.405) \text{mg/L}$ ], IgA、IgM 无明显变化。

### 2.4 纤维支气管镜、肺泡灌洗聚合酶链反应(PCR)检查

对疑有肺癌及肺结核痰菌阴性病例, 做了纤维支气管镜及肺泡灌洗, 其中病理诊断鳞状上皮癌者 2 例, 腺癌者 1 例, PCR 检查结核杆菌阳性 3 例。

### 2.5 治疗与转归

全部病例在常规胰岛素治疗下分别加用行之有效的抗

菌素, 根据菌群培养选择用药。由于糖尿病并肺内感染多为杆菌类, 初期用药就必须选择广谱抗生素, 如先锋霉素、菌必治, 对改善小气道的通气功能, 可采用吸氧、吸氮、雾化吸入, 支气管解痉药物氨茶碱、喘乐宁等。其中 6 例 2 型呼衰重症患者辅以抗心衰治疗, 其中 2 例患者因多脏器功能衰竭死亡。合并肺结核及胸膜结核的采用联合抗结核治疗, 合并有霉菌感染的病例联合用抗真菌药如酮康唑等治疗。对于 5 例肺癌者, 仅 1 例手术治疗尚存活, 其余全部死亡, 本组 68 例共死亡 6 例, 占 8.8%。

## 3 讨论

糖尿病的呼吸系统表现是指糖尿病患者因体内代谢紊乱, 免疫功能平衡失调所引起的肺、气管、支气管、肺泡病变而言。老年糖尿病患者由于糖、脂肪、蛋白质代谢的紊乱, 机体免疫功能低下, 加上呼吸器官老化, 呼吸道的清除和防御功能低下, 肺部感染发生率高。据统计是非糖尿病感染的 4 倍<sup>[2]</sup>。糖尿病并发肺部感染主要原因有以下 3 点: ①与高血糖关系密切。在高血糖状态时, 血浆渗透压升高, 白细胞受抑制, 粒细胞吞噬能力降低, 抗体产生减少, 抗感染能力降低, 容易并发肺部感染。②低氧血症。由于糖尿病病人红细胞 2,3-二磷酸甘油(2,3-DPG)合成减少, 血液中糖化血红蛋白含量增多, 造成血红蛋白氧离曲线左移, 不利于氧的释放, 使组织缺氧, 血清铁明显低于正常人<sup>[3]</sup>。当  $PaO_2$  降低时, 肺毛细血管和表面活性物质有明显的平衡失调, 加上糖尿病患者肺毛细血管基底膜增厚, 弥散距离延长, 肺毛细血管床减少, 肺表面活性物质降低, 导致通气/血流比例失调, 故在糖尿病的基础上极易发生肺部的各种并发症, 但肺部感染是其病理基础。③免疫功能失调。在糖尿病患者中多数患者机体免疫失调, IgG 升高, IgA、IgM 偏低。当体液免疫失调后可导致局限性呼吸道的免疫缺陷。由于免疫功能不平衡, 脂肪酸缺乏, 肺泡巨噬细胞中合成的溶菌酶减少, 使之对葡萄球菌和绿脓杆菌的杀死能力降低<sup>[4]</sup>, 从而易反复引起呼吸道的感染。本组病例痰菌培养以大肠杆菌, 铜绿假单胞杆菌、霉菌占首位, 与文献报道相符。

糖尿病患者易发生肺癌。这与糖尿病患者在肺部反复感染的病理基础上, 气管、支气管、细支气管、肺泡通气受阻, 呼吸负荷加重, 局部血氧供应不良, 气体不能正常交换, 肺泡、肺间质、血管、神经不能发挥正常的功能, 加上免疫功能失调, 久而久之非常容易发生肺部病变, 并易发生肺癌。

收稿日期: 2002-06-24

作者简介: 钟秀华(1966-), 女, 广东梅州人, 副主任医师。

参考文献:

[1] 方 圻主编. 现代内科学[M]. 北京: 人民军医出版社 1995. 2705~2738.  
 [2] 李道善. 老龄糖尿病与肺部感染[J]. 安徽医学, 1993, 14(2):

26.

[3] 赖晓阳, 刘泽林, 吴自运, 等. 糖尿病及其并发症与微量元素关系的探讨[J]. 江西医药, 1994, 29(3): 129.  
 [4] 李凤玲. 糖尿病并感染 65 例分析[J]. 右江民族医学院学报, 1994, 6(2): 14.

(编辑 张思健)

# 产科急性弥漫性血管内凝血 7 例的抢救体会

梁 洁, 游泽山, 张 彩, 丁芳英

(中山大学附属黄埔医院妇产科, 广东 广州 510700)

关键词: 弥漫性血管内凝血; 羊水栓塞; 妊娠

中图分类号: R271.4 文献标识码: A 文章编号: 1000-257X(2002)5S-0161-02

急性弥漫性血管内凝血(DIC)是产科领域中较常见的严重并发症, 发病急剧, 病势凶险, 易引起多脏器的功能障碍, 重者导致死亡; 但若能及时诊治, 可获得良好的治疗效果。本文对 1997 年至 2001 年我院产科 7 例 DIC 的患者, 结合资料分析其诊治体会。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

年龄 29~31 岁, 初产妇 5 例, 经产妇 2 例, 其中双胎妊娠 1 例, 巨大胎 2 例, 中期妊娠 1 例, 晚期妊娠 6 例, 剖宫产分娩 3 例, 顺产 3 例(其中 1 例在家分娩后大出血转入本科抢救, 在晚期妊娠时, B 超检查曾提示边缘性前置胎盘), 在私人诊所非法引产后大出血 1 例。

### 1.2 发病诱因

羊水栓塞 2 例, 宫缩乏力及胎盘因素导致产后大出血而诱发 DIC 5 例, 妊娠合并妊高征 3 例。

### 1.3 临床症状与体征

均有不同程度的休克, 表现为阴道出血不凝, 出血量 1 600~9 500 mL, 平均出血量 5 550 mL, 伤口及针眼渗血 3 例, 血尿及消化道出血 2 例, 并发 ARDS 2 例, 抽搐、昏迷 1 例, 其中 1 例同时并发多脏器损伤。

### 1.4 诊断依据

本组病例根据 1989 年在我国血液学学会拟定的 DIC 诊断标准确定诊断<sup>[1]</sup>: ①存在易于引起 DIC 的病因; ②有多发性出血倾向, 末梢循环衰竭或微血管栓塞等表现; ③实验室凝血功能检查有 3 项以上异常。本组根据临床症状与体征, 辅以实验室的检查结果得以确诊; 7 例 DIC 患者的 PLT 均 <100×10<sup>9</sup>/L 并进行下降最低达 4×10<sup>9</sup>/L, 纤维蛋白原 <1.5 g/L, 3P 试验均呈阳性反应, 凝血酶元时间延长 >3 min。

### 1.5 治疗与转归

7 例均采用输血, 输入冰冻血浆, 冷沉淀, 其中输入血小板 5 例, 纤维蛋白原 2 例, 肝素 4 例, 1 例因肝素过量而使用了硫酸鱼精蛋白; 行子宫次全切除 4 例, 抢救成功 6 例, 1 例因多脏器损伤, 抢救无效而死亡。

## 2 讨 论

本组 7 例临床资料分析, 宫缩乏力、胎盘植入并产后大出血是诱发 DIC 的主要因素; 其次是羊水栓塞、妊高征, 而产科 DIC 的常见原发病是羊水栓塞、死胎、过期流产、妊高征、胎盘早剥、重症肝炎等, 由此而提醒产科医师在临床上不仅要重视容易诱发产科 DIC 的常见原发疾病, 对在分娩中创伤不重而发生大出血, 不容易以原发病解释的循环衰竭或严重休克, 其程度与出血量明显不成比例、或休克时间长、不易纠正者, 则应积极查找原因, 及时结合实验室检查, 动态检测, 即可作出明确的诊断, 指导临床抢救, 迅速阻止 DIC 的进一步发展。如本组其中 1 例患者因巨大儿、轻度妊高征行剖宫产, 手术过程顺利, 生命体征稳定, 术中失血 150 mL, 术后约 30 min 患者出现烦躁、呼吸困难、唇周及肢端发绀, 血压突降至“0”, 尿管引流仅见约 10 mL 血尿, 立即考虑为羊水栓塞并发 DIC, 及时对症监测与抢救, 收到了满意的效果; 但是, 我们也有沉痛的教训, 本组其中 1 例抢救无效死亡, 此例为我科首例产科 DIC 患者, 羊水栓塞并帆状胎盘附着, 产后大出血, 因没有及早识别和忽略了 DIC 的早期临床表现, 而且肝素的应用的时间和剂量失误, 缺乏抢救经验, 产后 14 h 死亡。

产科 DIC 临床上以大出血为特点, 发生休克与 DIC 又互为因果, 因为在休克状态下, 网状内皮系统功能受抑制, 不能很快地清除促凝物质和纤维蛋白降解产物, 同时肝脏功能也低下不能迅速的合成和补充已失去的凝血因子<sup>[2]</sup>。而且微循环障碍、末梢血管中血流淤滞、酸中毒均易促发 DIC<sup>[3]</sup>, 所以纠正休克也是抢救 DIC 的关键。本组有 6 例患者抢救成功, 是吸取了本科首例产科 DIC 的一些经验和教训, 在难以控制的阴道流血情况下, 没有盲目地等待检验室的检查结果, 针对失血性休克在发展为 DIC 的过程中, 容易引起凝血因子严重缺乏, 及时补充足够的凝血因子、全血等, 病情很快得以控制, 为去除 DIC 的病灶提供了基础条件。本组有 4 例切除子宫的患者, 除 1 例死亡外, 其余均抢救成功。

产妇在妊娠期和分娩期血液呈高凝状态, 是机体的自然

收稿日期: 2002-06-25

作者简介: 梁 洁(1962-), 女, 广东丰顺人, 主治医师。