维普资讯 http://www.cqvip.com

参 考 文 献

1. Syrjanen K.Lancet 1985;1(8427):510
2. Hausen HZ.Cancer 1987;52:1962
3. Meisels A,et al.Acta Cytol 1977;21;379
4. Durst M,et al.Proc Natl Acad Sci USA 1983; 80:3812
5. Mazur TM,et al.Am J Obstet Gynecol 1984;150:354
6. 孟祥金.等.国外医学妇产科分册1988;1:17
7. Toon PG,et al.Br Mod J 1986;293:1261
8. 曹荃孙.等.实用妇科与产科杂志 1991;7:303
9. Winkler B,et al.Curr Probl Obstet Gynecol Fertil 1987;10:49
10. 孟 静.等.首都医学院学报 1989;10:237

(收稿日期 1996－03－26)

THE DIAGNOSIS OF CERVICAL CONDYLOMA AND THE RELATIONSHIP BETWEEN CERVICAL CONDYLOMA AND CARCINOMA OF UTERINE CERVIX

Zhang Junxiao,et al

Dept. of Gynecology and obstetrics, The First Hospital

48 cases of cervical condyloma (CC) and 46 cases of cervical carcinoma were studied to investigate the accuracy of different methods in diagnosis of CC and the relationship between CC and cervical carcinoma .Papillomavirus infections were detected by means of cytological smears,colpocopic and pathologic examinations,immunohistochemistry,electron microscopic examination and Southern blot DNA hybridization.The detection rate of CC by smears with koilocytosis was 70.83%. 39 cases of vular &/or vaginal condylomata were diagnosed in the period of this study and by colposcopic,pathologic examination .21 cases proved to have CC.By immunohistochemistry,HPV－Ag was detected in 63.15% of simple CC.HPV－DNA sequences were detected in 42.1% of CC and 85% of cervical cancers.Routine colposcopic examination and biopsy should be taken for patients with vulvar &/or vaginal condyloma and those with abnormal cervical smears.

KEY WORDS Human papillomavirus infection;Cervical condyloma;Carcinoma of uterine cervix

---

(上接第240页)提高血钠速度不能超过2.5mmol/L/h，24h内不能超过20mmol;血钠最高限度为125～130mmol/L，若＞130mmol/L，易发生并发症。故须经常监测血钠浓度，以利准确判断高渗性钠溶液的输注速度。

参 考 文 献

1 江正辉主编.临床水、电解质及酸碱平衡，重庆出版社.1992;43
2 陈德昌.中华内科杂志，1977;(26)5:285
3 Berl T.Ann Interrn Med 1990;113(6):417
4 李晓玫，等.中华老年医学杂志 1990(9)4:209
5 Allen I,et al,Clin in Endo and Meta,1984;2:269
6 Adams KRH, et al.国外医学老年医学分册 1993(2):75
7 Cluitmans FHM,Am J Med,1990;88(2):161
8 Kemmer F.W,et al.德国医学，1992;(1):29～30

(收稿日期 1996－01－03)

TREATMENT AND FROGNOSTIC ASSESSMENT OF SEVERE HYPONATREMIA,REPORT OF 186 CASES

Liu Longtian,et al

Dept.of Interrnal Medicine,The First Hospital

186 patients with severre hyponatremia were studied in this paper.The causes were related to vomiting,diarrhea and diuretics.The condition of 52 cases were very severre.56 cases who could not be corrected died.Severe hyponatremic patients between 127 survivor and 59 died cases were compared and analysed in detail.The results show that the prognosis of severe hyponatremia is poor.Therefore,the treatment must be active as to reduce mortality.

KEY WORDS Severe hyponatremia

维普资讯 http://www.cqvip.com

239-240, 233

第21卷 第3期 重庆医科大学学报 Vol.21 No.3
1996 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1996

严重低钠血症的治疗及预后探讨
附186例临床分析

第一医院 内科 刘隆田 舒昌达
检验科 王和平

提 要 本文观察了186例严重低钠血症患者，其中死亡59例。其发生原因与呕吐、腹泻及使用利尿剂等有关。186例低钠血症患者中，重症52例，可纠正者130例，未能纠正者56例，不能纠正者全部死亡。通过对127例存活者、59例死亡者的对比分析，我们认为严重低钠血症的预后较差，因而应积极抢救，以减少死亡率。

关键词 严重低钠血症 预后，若如方法
(12) **中图分类号** R589 R591.1

低钠血症是临床上常见的电解质紊乱，其中严重低钠血症可危及生命。在临床实践中，这种紊乱容易被忽略，常常是在见到测定报告后才引起注意[1]。本文通过对186例严重低钠血症患者的临床分析，并作深入探讨，以引起临床医师重视，从而避免本症的发生及导致对原发疾病的治疗和预后的影响。

1 临床资料

本文收集了我院1990～1994年的临床各科住院患者，血钠低于120mmol/L，且连续测定两次以上（以避免实验误差）共186例，其中血钠低于100mmol/L14例，101～110mmol/L38例。

性别：男性125例，女性61例，男女之比约为2:1。

年龄：<40岁者31例，41～60岁者64例，>60岁者91例。

2 治疗方法

186例患者的治疗，除针对原发病的综合治疗外，对低钠血症主要采取补充钠盐。

表1 原发疾病

名 称	病 名	合计
呼吸系统	肺心病、肺癌等	56
消化系统	肝硬化、肝癌等	44
循环系统	风心病等引起的心力衰竭	21
神经系统	脑血管意外、脑肿瘤等	19
泌尿系统	慢性肾炎等引起的尿毒症	18
血液系统	白血病、淋巴瘤等	15
其 他	鱼胆中毒、破伤风等	13
总计(例)		186

表2 低钠血症的症状及体征

症状	例数	%	体 征	例数	%
恶心	104	56	淡 漠	106	57
呕吐	127	68	反应迟钝	124	66
头痛	87	47	神志恍惚	94	50
肌痉挛痛	54	29	嗜 睡	109	59
			抽 搐	35	19
麻木	21	11	昏 迷	46	25

维普资讯 http://www.cqvip.com

大部分患者用等渗盐水，部分为稀释性低钠血症和血清钠显著降低者则采用高渗盐水和利尿剂治疗。钠盐补入量为4.5～18g/d，平均9g/d。补充时间最短5d，最长27d。部分伴有低血钾或酸中毒的患者则同时补充氯化钾和碳酸氢钠。

3 结果

在治疗低钠血症中，血清钠低于110mmol/L的52例患者，仅5例得到纠正而得以存活，不能纠正的47例患者全部死亡。血清钠在111～120mmol/L的134例患者，不能纠正者9例，并全部死亡，而纠正的125例患者仅死亡3例，其原发病分别为肺癌、慢性肾炎尿毒症期和肝硬化晚期。

本组死亡共59例，死亡率为31.7%。

4 讨论

低钠血症在临床上比较常见，其中严重低钠血症亦不少见。本组患者发生低钠血症的原因与进食少、呕吐、腹泻及使用利尿剂等有关，与文献报道一致[2]。

本组患者男性明显多于女性，但死亡的低钠血症患者中，性别无明显差异，与国外报道相似[3]。而患病年龄，本组老年患者较多，60岁以上患者占本组48.9%，与老年人易发生低钠血症有关[4]。

严重低钠血症常出现神经系统症状和体征。Arieff A等曾在动物实验时观察到在24h内血钠下降到120mmol/L时可引起抽搐，昏迷症状，当血钠下降到110mmol/L以下则引起不同程度的嗜睡、瘫痪、昏迷及抽搐[5]。本组患者除有消化道症状如恶心、呕吐外，均有不同程度的神经系统症状和体征。尤其是低于110mmol/L的部分患者，出现有神志恍惚、嗜睡、定向障碍、抽搐和昏迷。本组血钠最低者为83mmol/L，入院时完全处于昏迷状态。

本组低钠血症的原发疾病，以呼吸系统和消化系统疾病多见，符合文献报道。老年人由于应用药物，恶性肿瘤和肺部疾病增多，抗利尿激素分泌异常症(SIADH)是低血钠的重要原因[6]。而本组患者仅8例检测血、尿渗透压和尿钠定量，其中6例患者符合SIADH。在那些顽固性低钠血症难以纠正时，要考虑SIADH的可能性，以便正确的诊断和处理，从而降低死亡率。

186例低钠症患者中，血钠低于110mmol/L的52例患者，其中47例纠正困难而全部死亡，仅5例患者得到纠正而存活，其源发病分别为肺脓肿、肺结核及冠心病等。高于110mmol/L的患者仅9例未能纠正而死亡，纠正了低钠血症的125例患者仅死亡3例，其原发病分别为肺癌、慢性肾炎尿毒症和肝硬化晚期。这两组患者治疗结果说明，血清钠越低，预后越差，死亡率越高。本组死亡率为31.7%，超过文献的10%，这可能是死亡率与顽固性低钠血症以及基础疾病有关[3]。

严重低钠血症的治疗，在医学文献中是一个争议的问题。一些学者认为，悲剧的结果与治疗低钠血症失败有关。Berl认为，在易感性病人，不恰当的治疗可引起神经并发症[3]。应了解患者病变是急性还是慢性，以便指导治疗的紧迫程度。故Cluitmans等建议[7]将低钠血症分为急性(在短时间，即2～3天内起病)和慢性低钠血症，前者将立即纠正并适当迅速以超过1mmol/L/h速度提高低钠水平，而慢性低钠血产正则小于0.5mmol/L/h的速度纠正低钠血症。而低钠血症在恶化且临床上又无法区分是急性还是慢性低钠血症，则适当迅速用高渗盐水和速尿纠正低钠血症水平可能是最好的策略。

Kemmer等建议[8]，治疗严重低钠血症用高渗盐水，如3%氯化钠，以1.5～2mmol/L/h的速度提高血钠较合适。(下转第233页)