

反射消失、眼球固定后,即可进行胃肠镜检查及治疗。

表1 胃肠镜下所见相关疾病

检出病种	例数	治疗病种	例数
慢性胃炎	3 430	微波电凝电切胃肠息肉	2 163
胃溃疡	1 470	食道静脉曲张硬化剂治疗	54
胃息肉	821	食道放支架	17
胃癌	543	胆道放支架	5
食道癌	238	胃癌局部注射	148
食道静脉曲张	74		
慢性结肠炎	1 524		
结肠息肉	332		
结肠癌	189		
溃疡性结肠炎	39		

2 结果

接受无痛苦胃肠镜诊疗技术8 660例患者全部成功,患者术后3~5 min清醒,自诉检查过程中毫无感觉,患者术后满意率均达100%,无一例发生严重并发症。

2 860例患者接受麻醉方案1。其中98例(0.03%)用药过程中出现血压下降,平均下降30~40 mm Hg,经静推麻黄素30 mg后,血压恢复正常。其中1 150例(0.4%)出现血氧饱和度下降,4例出现呼吸暂停,经立即面罩加压给氧等处理后很快恢复正常。

5 800例患者接受麻醉方案2。胃镜检查仅20例(0.003%)出现血压下降30~40 mm Hg,32例(0.005%)出现血氧饱和度下降。肠镜检查无一例出现血压、心率及血氧饱和度下降,无一例出现呼吸暂停。

3 讨论

无痛苦胃肠镜诊疗技术容易被患者接受,成功率及舒适度高,尤其对复杂、费时的内镜下治疗及耐受性差的高龄患者有很好的使用价值,但不容忽视的是麻醉风险依然存在^[1]。因为麻醉可能出现血压、心率、血氧饱和度下降等并发

症,严重的会出现呼吸抑制或暂停,使无痛苦胃肠镜至今不能在国内广泛开展^[2]。

本组资料显示:在无痛苦胃肠镜诊疗中单用异丙酚发生血压、血氧饱和度下降率分别是0.03%、0.4%。若异丙酚及依托咪酯两种药物减量联合应用后,发生血压、血氧饱和度下降率分别是0.003%、0.005%。结果表明:两种麻醉剂联合应用明显优于单种使用,两组血压、血氧饱和度下降率比较,麻醉并发症明显降低($P \leq 0.01$)。

究其原因,异丙酚具有明显扩张血管作用,而依托咪酯扩张血管及心肌抑制作用弱,对心血管影响小,先静推依托咪酯,后静推异丙酚更加安全,血压不易下降,对呼吸的抑制作用减轻。采用合理给药程序使疗效最大化,风险最小化。可放弃能抑制呼吸的酚太尼类药物,将依托咪酯水剂改乳剂,能减轻部分患者因使用依托咪酯而发生的牙关紧闭现象^[3]。为了避免麻醉风险,胃肠镜操作技巧也十分重要,胃镜插入时,要避免声门、气管,直接插入食道,避免发生患者剧咳^[4],体胖患者需上抬双侧下颌骨,加大氧气流量。肠镜操作必须循腔进镜,操作动作轻柔,避免发生肠穿孔。须严格掌握适应证及禁忌证:老年患者术前需做心电图检查,心肺功能差、哮喘患者不宜做,特殊患者必要时可做气管插管^[5]。

参考文献

- [1] 彭志宏,皱磊.异丙酚复合氯胺酮或酚太尼静脉麻醉在胃镜检查中的应用[J].中国基层医药,2005,12(3):13980-13999.
- [2] 徐萍,何绍明.2112例单种和4011例两种麻醉剂下胃肠镜诊疗体会[J].中华消化内镜,2007,12(1):72-73.
- [3] 林珍娥.异丙酚、酚太尼用于胃肠镜检查的临床观察[J].安徽医学,2005,26(17):66-67.
- [4] 徐萍.麻醉在胃肠镜诊疗中的应用[J].中华消化内镜,2000,13(6):78-79.
- [5] 徐萍.异丙酚、依托咪酯在胃肠镜中的应用[J].临床消化病,2002,11(5):69-70.

(收稿日期:2008-03-17;修回日期:2008-05-08)

(本文编辑:潘雪飞)

救治军训新兵热射病8例

方健,陈从新,汪青松

(解放军第105医院,安徽合肥 230031)

[关键词] 新兵;热射病;抢救

中图分类号: R394.1 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)05-0368-02

作者简介:方健(1959-),男,安徽合肥人,医学硕士,主任医师,硕士生导师,从事内科及医院管理工作。

近年来,新入伍战士在初次军训时发生热射病的情况屡有报道^[1]。究其原因,与大量缺乏体能训练的青年不断应招入伍有关^[2-4]。现就我们救治的新入伍战士突发热射病的经

验报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 4例患者均为合肥某学院男性新生,年龄20~21岁,其中内蒙古籍1例,山东烟台籍1例,安徽合肥籍2例。患者入伍体检合格,无基础疾病。2006年8月29日至9月1日发病4例,2006年8月29日至9月1日发病4例。在测试3000米跑后出现高热、意识模糊等症。2例患者呈现昏迷、休克和多器官功能损害或衰竭表现,体温大于40℃,最高达41℃。2例重型患者血清总胆红素分别为200 μmol/L、306 μmol/L,丙氨酸氨基转移酶为1 200 U/L、1 800 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶为1 303 U/L、2 612 U/L,白蛋白为20 g/L、25 g/L,肌酸激酶为2 579 U/L、1 423 U/L,凝血酶原时间为27.7 s、59.1 s,肌酐为190 μmol/L、623 μmol/L,尿素氮14 mmol/L、74 mmol/L,血小板为 $17 \times 10^9/L$ 和 $12 \times 10^9/L$ 。6例未昏迷患者的生化指标轻度异常。

1.2 治疗方法 对轻症热射病患者,给予降温、镇静和对症处理;对2例重型患者立即给予安定30 mg加入生理盐水100 ml中静脉滴注,辅以冬眠疗法,同时给予冰帽、物理降温和冰盐水灌肠、地塞米松降低颅内压及抗休克措施^[5],使患者在最短的时间内体温下降、循环稳定后转入病房。对发生呼吸衰竭患者行气管插管、呼吸机辅助呼吸。继续给予降温、镇静、抗休克、保持呼吸道通畅、抗感染和护肝处理,并给予持续性肾脏替代或血浆置换治疗。

2 结果

本组患者7例治愈;1例发生多器官功能衰竭,12天后死亡。

3 讨论

近年来,新兵中暑事件的报道不断增多,值得部队带兵干部和医务人员的注意^[4-5]。生活在北方或虽生活在中部或南方却使用空调且缺乏体能训练的人,在突然进入长江以南高温地区,会有极大的不适应而造成群体性疾病的发生。高热对全身组织器官具有毒性作用,继发性的以细胞因子活化特征的全身炎性反应综合征造成多器官功能损害,甚至功能衰竭^[6]。近年的观察发现,中暑后高热造成肝功能损害,出现高胆红素血症的情况较多见,而重度热射病则造成脑、肝、

肾、心、肺的不可逆性损害。

重度热射病抢救的成败在一定程度上取决于早期处理的正确与否。中暑患者因过高热而容易继发脑水肿、呼吸衰竭和多器官功能衰竭。在本组2例重度热射病患者中1死1活,成活者的早期降温措施值得借鉴。这是保证后续治疗成功的关键。重症热射病患者由于炎症因子的激活和释放^[3],往往先出现过高热,继之休克、昏迷、肝肺肾损伤和继发性感染的特征,应抓住抢救要点,坚持整体观念,统一协调,各系统防护不可偏颇。在有条件的地方,可以早期实施冰床和持续性肾脏替代治疗,以达到稳定内环境,保护重要脏器的功能。由于持续的透析治疗容易使血药浓度迅速降低,影响了正常的静脉给药,尤其是抗生素的输注,需要精心安排,利用透析间歇期给药,最大限度地保证有效血药浓度。

近年来,由于军训导致的热射病的报道增加^[6-8],应引起管理者的高度重视,制定科学的训练方法,循序渐进,防止非战斗性减员的发生。我们及时向部队官兵通报病情,分析发病原因,制定合理的训练计划,因军训而诱发的热射病在保障体系内未再发生。

参考文献

- [1] 钟正江, 阳文新, 申红, 等. 高温环境5km武装越野重症中暑致多器官损害(附11例救治报告)[J]. 东南国防医药, 2006, 8(6):415.
- [2] 孟建中. 血液净化技术在过度训练致横纹肌溶解症并急性肾衰竭救治中的作用[J]. 中国血液净化, 2004, 3(9):468.
- [3] 姚欣, 冯子坛, 刘卫, 等. 结肠途径治疗中暑犬炎症因子及内毒素血症的影响[J]. 临床军医杂志, 2008, 36(1):14-17.
- [4] 成淑芳. 重症中暑20例的救治体会[J]. 广西医学杂志, 2007, 29(6):920-921.
- [5] 黄石, 陆首玲, 陈小香. 重症中暑院前地塞米松干预疗效研究[J]. 现代医院, 2007, 7(6):15-17.
- [6] 徐俊斌. 军事训练致重症热射病1例[J]. 人民军医, 2008, 51(3):143.
- [7] 赵延君, 李光, 巢红艳. CRRT在重症肾功能衰竭治疗中的应用[J]. 中国伤残医学, 2007, 8(1):14-17.
- [8] 谢培增, 朱红胜, 田辉荣, 等. 军事训练致热射病326例救治体会[J]. 人民军医, 2005, 48(11):637-638.

(收稿日期:2008-08-24)

(本文编辑:潘雪飞)