

会议上对胃肠改道缓解 2 型糖尿病的机制进行了总结,认为胃肠改道缓解糖尿病的主要原因并不是体重减轻,可能是手术所致的胃肠道激素变化,其机制包括:后肠道假说,食物快速接触下段小肠,营养物质刺激 GLP-1 等肠道激素的产生,通过肠道-胰岛轴调控胰岛 B 细胞功能,增加胰岛素的合成(或)释放。前肠道假说,食物绕过十二指肠及近侧空肠,阻止未知的“十二指肠因子”的释放,该因子可能具有抗肠促胰岛素效应或胰岛素拮抗作用。被旷置的胃黏膜分泌促生长激素释放肽(ghrelin)减少,ghrelin 刺激的多种胰岛素拮抗激素分泌相应减少^[4-5]。

笔者认为 Billroth II 式胃切除术会影响 2 型糖尿病患者的糖代谢,并对 24 例合并 2 型糖尿病的胃癌、胃溃疡患者行 Billroth II 式胃切除手术前后血糖变化及糖尿病治疗方案调整情况进行了回顾性观察。结果提示,Billroth II 式胃切除术对 2 型糖尿病患者糖代谢产生了积极的影响,有效地控制且能治愈其合并的糖尿病。目前外科胃转流手术行远端胃大部切除术中,常见的消化道重建方式主要有 4 类:①残胃十二指肠吻合术(Billroth I 式);②残胃空肠吻合术(Billroth II 式);③残胃空肠 Roux2enY 吻合术;④残胃十二指肠间空肠间置吻合术^[6-7]。而 Billroth II 式胃切除术是治疗胃十二指肠溃疡和胃癌应用最多的术式,吻合后胃空肠吻合张力不大,

可以保证病灶根治性切除,减少手术后并发症,不利因素是胃肠道结构改变后出现生理紊乱,并引起一系列并发症。

【参考文献】

- [1] Wenying Y, Juming L, Jianping W, et al. Prevalence of diabetes among men and women in China [J]. N Engl J Med, 2010, 362 (12):1090-1101.
- [2] 谢锦桃,刘 军,周盛鹏,等. 美国糖尿病协会 2009 糖尿病诊疗指南解读[J]. 中国全科医学,2009,12(7):1255-1257.
- [3] 李 磊,李际辉,郑成竹. 胃癌 Billroth II 式胃切除术对合并 2 型糖尿病患者的治疗价值[J]. 中国微创外科杂志,2008,8 (10):951-953.
- [4] Mason EE. The mechanisms of surgical treatment of type 2 diabetes [J]. Obes Surg, 2005, 15(4):459-461.
- [5] Patriti A, Facchiano E, Sanna A, et al. The enteroinsular axis and therecovery from type 2 diabetes after bariatric surgery [J]. Obes Surg, 2004, 14(9):840-848.
- [6] Kyzer S, Binyamini Y, Melki Y, et al. Comparative study of the early postoperative course and complications in patients undergoing Billroth I and Billroth II gastrectomy [J]. World J Surg, 1997, 21 (7):763-767.
- [7] Chareton B, Landen S, Manganas D, et al. Prospective randomized-trial comparing Billroth I and Billroth II procedures for carcinoma of the gastric antrum [J]. J Am Coll Surg, 1996, 183(3):190-194.

(收稿日期:2012-01-30;修回日期:2012-05-04)

(本文编辑:黄攸生)

· 个 案 ·

成功救治危重症哮喘致呼吸心搏骤停 1 例

徐 健,赵秋良,张维维

【关键词】 危重症哮喘;呼吸心搏骤停;治疗

【中图分类号】 R562.2⁺5 【文献标志码】 B

【文章编号】 1672-271X(2012)01-0063-01

1 病例报告

患者女,57 岁。因慢性结石性胆囊炎急性发作入院治疗。既往史:支气管哮喘病史近 20 年。入院后第 2 日凌晨 3:50 左右患者感右上腹痛明显,值班医生查看患者及询问药物过敏史后,给予双氯芬酸钠栓 25 mg 纳肛止痛处理。患者于 20 min 后出现气喘,呼吸困难,症状逐渐加重,端坐呼吸,大汗淋漓,很快出现神志模糊,不能言语,大小便失禁,生

命体征监测显示:P 130 次/min, R 46 次/min, BP 140/100 mmHg,脉氧 80% (吸氧 6 L/min)。双肺几乎闻不及呼吸音。考虑危重症哮喘。立即给予特布他林雾化吸入,氢化可的松静脉推注。患者病情无缓解,继而出现呼吸骤停,心率下降至自主心律消失,立即给予心肺复苏,3 min 后自主心律恢复,自主呼吸恢复,予呼吸机辅助呼吸。但支气管持续痉挛,人机抵抗明显,无法实现有效的机械通气,给予镇静镇痛处理,患者自主呼吸逐渐减弱,人机抵抗逐渐消失。经会诊后转入呼吸科 ICU 继续治疗。治疗上继续给予呼吸机辅助呼吸,促进脑复苏,抗感染、平喘、营养支持并预防相关并发症。经积极治疗 2 d 后神志恢复,病情逐渐稳定,顺利脱机拔管,间断给予无创呼吸机辅助呼吸,病情恢复顺利,25 d 后顺利出院,未遗留明显后遗症。

作者单位:214044 江苏无锡,解放军 101 医院呼吸内科

(下转第 82 页)

国民经济建设发展、国家卫生资源配置相协调,加速自我发展型向军民融合型转变。要主动搞协调、主动提需求,充分发挥军队卫勤医德高尚、善打硬仗的优势,切实将研究型疗养院建设纳入地方区域卫生规划^[4];发挥健康体检、康复治疗、心理服务等技术优势,组织军地联合攻关和技术交流,探索依托社会科研资源开展军事医学研究途径和办法;学习借鉴地方先进管理理念,充分利用社会和市场资源,因地制宜、因院制宜地加强探索创新,加速疗养保障社会化步伐。

3.3 注重文化引领,确保和谐发展 充分发挥文化塑魂、育人、导向和凝聚功能,积极创新繁荣具有行业特色、时代特色、军营特色的先进疗养文化,为疗养院建设发展提供坚强的思想保证和强大的精神动力。大力弘扬行业精神文化,凝练总结“战斗力第一、伤病员至上”的疗养精神、“尽职尽责、任劳任怨”的职业操守、“微笑服务、精益求精”的疗养作风,牢固确立“因军而存在、为兵而发展”的服务理

念。积极拓展特色服务文化,因地制宜运用森林、湖泊、海滨、温泉等疗养因子,融合养生、景观、人居、饮食和运动等文化,构建艺术赏析、人文感化、景观愉悦、强身健体、心理调适为一体的特色文化服务^[5]。

【参考文献】

- [1] 曹文献. 聚焦主题 服务主线 加快全面建设现代卫勤步伐[J]. 东南国防医药, 2012, 14(1): 1-2.
- [2] 郭德富, 曹文献, 钟贵陵. 在新的起点上推动军区卫生人才建设[J]. 解放军卫勤杂志, 2011, 13(3): 125-127.
- [3] 曹文献, 钟贵陵, 郭 琪. 加快全面建设现代卫勤步伐的宏观思考[J]. 解放军卫勤杂志, 2012, 14(3): 127-129.
- [4] 钟贵陵, 郭 琪. 新形势下推动军队医院科学发展的宏观设想[J]. 解放军卫勤杂志, 2011, 13(4): 239-241.
- [5] 王 俊, 冯瑞华, 李 丽. 鼓浪屿疗养区文化疗养的探索[J]. 中华保健医学杂志, 2011, 13(3): 266-267.

(收稿日期: 2012-10-08)

(本文编辑: 史新中)

(上接第 63 页)

2 讨 论

此患者因胆石症住院治疗,有支气管哮喘病史,平时病情处于部分控制,住院期间出现危重症哮喘,考虑与双氯芬酸钠栓有关。双氯芬酸钠是临床常见的消炎解热镇痛药,不良反应中可见哮喘^[1]。对于阿司匹林或其他非甾体消炎药的过敏者对本品可有交叉过敏反应亦可引起支气管痉挛^[2-3]。

哮喘急性发作在临床工作中较常见,但哮喘急性发作致呼吸、心搏骤停需心肺脑复苏者较少见^[4]。危重哮喘发病迅速、病情严重、容易致死,其治疗仍然是临床工作的难点。本病例即在哮喘急性发作后迅速出现呼吸、心搏骤停,需立刻心肺脑复苏尽快恢复患者的心、脑及其他重要脏器血供。危重症哮喘治疗中保持呼吸道通畅,给予呼吸支持很重要,激素的使用在解除支气管痉挛和抗炎方面具有不可替代的作用^[4-6],但往往在使用大剂量激素的情况下,容易出现消化道出血、感染不易控制等副作用。激素使用可参考静脉滴注氢化可的松 400 ~ 1000 mg/d 或甲泼尼龙 80 ~ 160 mg/d,无激素依赖者待病情得到控制和缓解后 3 ~ 5 d 停药,有激素依

赖者应延长给药时间,控制哮喘症状后改为口服给药。危重症哮喘发作时患者支气管痉挛明显,给予气管插管、呼吸机辅助呼吸后往往有人机对抗、烦躁明显,可以考虑使用镇静镇痛药物甚至肌松药。

【参考文献】

- [1] 陈新谦, 金有豫, 汤 光. 新编药理学[M]. 15 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 186-187.
- [2] 史春江. 阿司匹林引发咳嗽变异性哮喘一例[J]. 临床荟萃, 2008, 23(4): 287.
- [3] 金 颖. 布洛芬致过敏性哮喘 1 例[J]. 中国药物与临床, 2005, 5(11): 877.
- [4] 张芝晶, 朱荣春, 王心杰, 等. 气管插管在重症哮喘复苏的临床价值[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2007, 2(3): 166-177.
- [5] Chua F, Lai D. Acute severe asthma: triage, treatment and thereafter[J]. Curr Anaesth Crit Care, 2007, 18(2): 61-68.
- [6] Rowe B, Camargo C Jr. Emergency department treatment of severe acute asthma[J]. Annals Emerg Med, 2006, 47(6): 564-566.

(收稿日期: 2012-12-07)

(本文编辑: 张仲书)