

走神经过度兴奋,促进乙酸胆碱释放,引起支气管平滑肌收缩,黏膜水肿,导致气道阻塞。脑垂体的 ACTH 分泌减少,使肾上腺皮质激素分泌减少,而哮喘发作;亦可导致胆碱能神经兴奋而诱发或加重支气管痉挛。

特殊生理因素

不少女性哮喘患者在月经期前有哮喘加重的现象,可能与经前期黄体酮的突然下降有关,主要是机械性因素和多种激素作用共同导致肺功能变化的结果。妊娠对哮喘的影响并无规律性。

小结

综上所述,对支气管哮喘病因及发病机制的研究虽然取得了较大的进展,但仍尚未完全阐明,在支气管哮喘病因和发病机制方面还有待我们继续研究与探索,最终为临床治疗提供有效的手段。

病例报告

急性敌敌畏中毒并出血坏死性胰腺炎、肠坏死 1 例临床分析

张建安 冯双云

674100 云南丽江市人民医院内一科

doi: 10. 3969/j. issn. 1007 - 614x. 2011. 11. 009

病历资料

患者,女,22岁,因“自服敌敌畏100ml 2天”入院。患者服毒后在当地医院给予洗胃及输液治疗(阿托品290mg)治疗,服毒约20小时后逐渐出现腹痛症状,呈持续性钝痛,无放射痛,腹痛进行性加重,行腹部B超示:盆腔积液。因病情重转入,入院查体:体温37.1℃、脉搏134次/分,呼吸23次/分,血压80/50mmHg,一般情况极差,神志清楚,对答切题,双侧瞳孔等大等圆,直径3.5mm大小,对光反射存在,全身皮肤干燥,颈软,双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音,心率134次/分,律齐,各瓣膜听诊区无病理性杂音,腹平坦,板状腹,全腹压痛、反跳痛,肝脾触诊不满意,肠鸣音4次/分。入院实验室检查资料:WBC $12.3 \times 10^9/L$, NEUT% 90.74%;急诊生化:Glu 14.65mmol/L, a - Amy 874U/L, LDH 416U/L, CK 862 U/L, HBDH 401U/L;胆碱酯酶81U/L。腹部B超:腹盆腔内积液;初步诊断:①急性农药(敌敌畏)中毒;②盆腔积液原因待查。③脓毒血症、脓毒性休克。入院后患者腹痛明显,查体:板状腹,全腹压痛、反跳痛,移动性浊音(+ -)。请外科会诊,考虑患者腹膜炎明确,有手术指征,给予急诊在全麻插管下行剖腹探查术,术中见腹腔内有淡咖啡色血性积液约1300ml,距回盲部约20cm处见回肠发黑、坏死,坏死肠段长约60cm,给予切除坏死肠管并行肠端端吻合,探查胰腺见胰腺肿大,部分

发黑、坏死,给予切开胰腺包膜,松动胰腺,清除坏死组织,行胰腺周围引流。患者术后不能拔管脱机,转入ICU继续治疗。转入ICU后保留气管插管,呼吸机辅助呼吸,禁食、抗休克、维持循环稳定,保证机体氧合;使用胆碱能复能剂、维持阿托品化,抗休克、抗炎、抗感染、预防应激性溃疡、镇静镇痛、维持水电解质平衡、预防褥疮及深静脉血栓形成等对症支持治疗;术后第1天患者家属提出要求放弃治疗、自动出院。

讨论

“敌敌畏”是一种高毒有机磷杀虫剂,它被广泛应用于农业生产中,临床上以服毒自杀引起的中毒最常见,“敌敌畏中毒”常常在服毒数分钟或十多分钟发病,敌敌畏经消化道黏膜吸收,进入体内直接起毒性作用,在体内迅速与胆碱酯酶结合成磷酰化胆碱酯酶,使胆碱酯酶失去催化乙酰胆碱水解的能力,造成乙酰胆碱大量积聚^[1],从而导致中枢神经系统和胆碱能神经兴奋并由过度兴奋转为抑制。但敌敌畏中毒发出血坏死性胰腺炎、肠坏死的病例少见,死亡率高,临床医生抢救治疗棘手。经查阅相关资料,肠坏死的发病机制尚不明确,据相关文献报道:出血坏死性胰腺炎的发病机制考虑与下列因素有关:①中毒后,体内胆碱酯酶受抑制,乙酰胆碱大量积聚,迷走神经兴奋,导致胰腺分泌亢进;胰管内压增高,胰组织充血水肿渗出导致胰腺炎;②敌敌畏的腐蚀、刺激作用,可使患者十二指肠乳头部位黏膜充血水肿,同时反复洗胃治疗,可引起肝胰壶腹括约肌痉挛,因此胰液排出受阻、胆汁易返流至胰腺引起胰腺炎;③大剂量的阿托品,可引起胃肠胀气,使十二指肠内压增高,同时阿托品可使肝胰壶腹部括约肌松弛,从而促使胆汁、十二指肠液返流引起胰腺炎;④脓毒性休克,导致

全身组织细胞缺血缺氧,刺激体液物质如:氧自由基、肿瘤坏死因子、血小板活化因子等大量产生,这些体液物质均参与急性胰腺炎的发生或病情发展^[2,3]。⑤本例患者已经并发肠坏死,肠道黏膜缺血缺氧后,黏膜屏障受到破坏,易使肠道内细菌、内毒素移至肠外,引起胰腺坏死继发感染。

有机磷中毒的治疗过程中有可能诱发出血坏死性胰腺炎、肠坏死,治疗敌敌畏中毒时,严密观察病情,如出现腹胀、腹痛等腹部症状,并发脓毒性休克时,应高度警惕并发胰腺炎、肠坏死。在临床治疗时应注意以下几点:①积极尽早彻底清除毒物,“阿托品解磷定”解毒、抗感染等综合治疗;②密切监测病情,如并出现腹痛腹胀等腹部症状、并发脓毒性休克,需进行B超、CT等相关检查,进行内科保守治疗;③如经非手术治疗过程中病情不断加重,腹胀、腹痛不能缓解,已经并发腹膜炎体征,结合B超、CT等检查,如条件允许应及时手术治疗^[4],并积极进行维持机体内环境、脏器功能的维持治疗、防治MODS的发生。也希望在临床工作中如有此类病例,请广大医务工作者进行治疗经验交流,以提高治疗水平,更好地救治此类患者,降低死亡率。

参考文献

- 1 史继学. 急性中毒现代治疗与监测[M]. 北京:中国科学技术出版社,2002:288.
- 2 周总光,陈友岱. 胰腺微循环障碍的影响因子与急性胰腺炎[J]. 中国科学基金,2001,15(4):203-206.
- 3 马日海. 重症急性胰腺炎发病机理和治疗现状[J]. 右江民族医学院学报,2000,22(6):980.
- 4 郭小倩,储文军,严启明. 重症急性胰腺炎的治疗方案选择[J]. 河北医药,2003,25(3):170.