

·短篇与个案·

支气管肺癌致低血糖症及
皮质醇增多症 1 例

山东省立医院(250021) 陈 凌

患者男,44岁。因头晕、乏力2年,咳嗽2个月入院。2年前多次无明显诱因出现头晕、腿软、多汗、心慌、全身发凉及麻木感,每次发作0.5~1小时,口服或静注葡萄糖后缓解。11个月前曾诊断为糖尿病,但口服优降糖2.5mg后昏迷5小时,经静注葡萄糖方苏醒。病后体重下降,体力与记忆力减退,皮肤变黑。近2个月来咳嗽、咯白痰。有大量吸烟史30余年。非发作期空腹血糖 $2.7\sim 3.8\text{mmol/L}$,尿糖+~++。胸透示气管炎。体检: Bp19/13kPa。消瘦,全身皮肤呈黑褐色,右肺散在干罗音。初诊为低血糖原因待查,胰岛细胞瘤?早期糖尿病反应性低血糖症?慢性支气管炎,高血压病。入院后多次出现上述症状,发作时血糖 $2.8\sim 3.8\text{mmol/L}$,空腹血糖 $4.0\pm 0.76\text{mmol/L}$,尿糖(±)或(-)。4次口服葡萄糖耐量试验0、30、60、120及180分钟的血糖(mmol/L)值分别为 3 ± 1.1 、 8.3 ± 3.5 、 9.1 ± 4.0 、 6.05 ± 3.0 、 4.0 ± 2.6 。4次胰岛素释放试验增高或低平,胰岛素/血糖比值餐后明显升高,C肽释放试验示降低或正常,血浆总皮质醇为 $36\sim 760\mu\text{g/dl}$ 。胰腺、肾上腺及垂体CT未见异常。胸片及体层X线拍片示右肺门有 $7\text{cm}\times 9\text{cm}$ 阴影,右下叶支气管呈漏斗状阻断,中叶支气管变细,壁僵直。纤支镜见右肺中下叶支气管管口有弥漫增生性肿物。活检病理诊断为小细胞未分化型癌。经化疗后,患者肺肿块明显缩小,未发作低血糖,皮肤色素变浅。

讨论:本例为肺癌致低血糖症及皮质醇增多症。胰外肿瘤产生低血糖的机理尚不明确,有以下学说:①肿瘤分泌类胰岛素活性多肽(NSILA),该物质具有部分胰岛素样生物和免疫活性。②肿瘤使胰岛素与蛋白结合体解离,释放出大量胰岛素。③肿瘤分泌胰岛素酶抑制物或对抗胰岛素和胰岛素酶结合的物质,使胰岛素增多。本例胰岛素/血糖比值于餐后明显增高,提示低血糖原因是胰岛素或类胰岛素物质增多;C肽降低或正常表明胰岛素增多主要来自胰外肿瘤而非胰腺。④瘤组织大量消耗葡萄糖。⑤肿瘤吸附或抑制胰高糖素,造成继发性胰高糖素缺乏。小细胞未分化型支气管肺癌属APUD细胞,可产生类胰岛素、ACTH等20余种激素或生物活性物质。另外,本例临床特点也符合肿瘤分泌ACTH增多引起的皮质醇增多症。

我们体会,对临床出现下列情况者应警惕胰外

肿瘤引起的低血糖:①以空腹为主的低血糖。②伴有消瘦、纳少等。③胰岛素释放曲线增高或低平,但C肽呈低平曲线。④无胰腺肿瘤、肾上腺功能低下、肝功衰竭,有胰外肿瘤。本例曾因肾糖阈降低出现尿糖被误诊为糖尿病,因误用降糖药而致低血糖昏迷,应引以为戒。

针刺治疗手术后顽固性呃逆 54 例

山东省立医院(250021) 赵文民

我们采用针刺疗法治疗手术后顽固性呃逆患者54例。患者年龄25~73岁,病程1周内36例,1周以上18例;呃逆阵发性发作22例,持续性发作32例。

治疗方法及结果:术后需仰卧位者选中脘、膻中、内关、足三里、太冲穴;俯卧位者选膈俞、胃俞、肝俞、内关、阳陵泉、公孙等穴。根据病情采用以健脾胃为主、调气机为辅,或以调气机为主、健脾胃为辅等不同手法。常规消毒后,用1.5寸毫针刺入穴位,用相应的补泻手法使其得气,继续手法半分钟左右,再接通G-6805电针机,选连续波。体质好、病情较稳定者频率选 10Hz 左右;体质差、病情较重者选 2Hz 左右。持续20分钟,每日1次。结果有效率为100%,治愈率为96.3%(1例治疗好转出院,另1例术后正常死亡)。治疗时间1~10天,5天以内治愈40例。

讨论:术后顽固性呃逆系手术过程中内脏神经受刺激所致,病程长者可达1个月,其直接影响刀口愈合及身体康复。针灸补泻手法可调整机体内环境,改善手术造成的内脏神经功能紊乱,从而解除膈肌痉挛,故效果较好。

经皮内镜胃造瘘术 1 例

山东医科大学附属医院(250012) 赵幼安 姜希宏
张尚忠 陈 建

我院于1996年4月27日成功地为一例鼻胃管饲营养459天的高龄患者施行了经皮内镜胃造瘘术(PEG),现报告如下。

患者男,81岁。因突然昏迷3小时入院。CT确诊为多发性脑梗塞。经抢救后脱险,但吞咽功能完全丧失,以鼻胃管饲维持营养。因长期插鼻胃管张口呼吸致颞颌关节僵硬,闭口困难,鼻腔、咽喉及食管粘膜糜烂出血。5年前因病态窦房结综合征安装心脏起搏器。

采用美国COOK公司生产的PEG-24一次性胃造瘘管,头部外形为蘑菇头式。术前出、凝血机制无异常,静脉滴注抗生素3天。未用镇静剂和解痉