

急诊胃镜与普通胃镜对上消化道出血的诊治价值

廖树盛

(广西防城港市防城区人民医院急诊科,防城港市 538021)

【摘要】 目的 探讨急诊胃镜与普通胃镜对上消化道出血的诊治价值。方法 回顾性分析40例上消化道出血采用急诊胃镜诊治的患者,并与同期40例采用普通胃镜诊治的患者比较。结果 急诊胃镜的病因检出率高于普通胃镜组,差异有统计学意义($P < 0.05$),两组镜下止血率、输血率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 急诊胃镜对于上消化道出血具有较高的诊治价值。

【关键词】 上消化道出血;急诊胃镜;普通胃镜

【中图分类号】 R 573.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)11-1660-02

上消化道出血是临床常见急重症之一,可由多种疾病引起,其发病凶险,病死率高达10%,病因误诊率达20%^[1]。因此对该病进行早期病因诊断,对临床开展准确、及时、有效的治疗十分重要。急诊胃镜和普通胃镜是治疗上消化道出血常用方法,对于明确上消化道出血部位及病因诊断有很高的价值,并能行内镜下止血^[2]。我院2004年5月至2009年6月对40例上消化道出血患者行急诊胃镜检查,并与同期行普通胃镜诊治的40例患者进行对比研究,探讨急诊胃镜与普通胃镜对上消化道出血的诊治价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料 急诊胃镜组40例,出血到治疗的时间 < 48 h,其中男30例,女10例,年龄(45.2 ± 7.8)岁,出血量 < 500 ml者22例,500~1 000 ml者10例, $> 1 000$ ml者8例;普通胃镜组40例,出血到治疗的时间 > 48 h,其中男31例,女9例,年龄(43.8 ± 5.8)岁,出血量 < 500 ml者22例,500~1 000 ml者11例, $> 1 000$ ml者7例。两组患者临床表现主要为呕血、黑便、心悸、晕厥和多汗等。两组患者年龄、性别及出血量等指标比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊治方法

1.2.1 术前准备:两组均按胃镜检查常规做好术前准备,签署同意书,对患者补充血容量,维持血压,有休克症状者纠正休克后再行胃镜检查,有心血管疾病者进行心电监护,严密监测患者病情变化,准备好急救药品。对于仍有活动性出血者检查前可向胃管内先注入适量去甲肾上腺素盐水(8 ml/L)洗胃,使镜下视野清晰。

1.2.2 镜下诊治:普通胃镜诊治方式与急诊胃镜相同。对于胃镜下发现活动性出血者,可根据病因及出血情况选择不同方法进行镜下止血。弥漫出血者用5%孟氏液或凝血酶溶液喷洒直至出血停止;各种溃疡、食管贲门黏膜撕裂、恶性肿瘤等用1:10 000肾上腺素溶液或立止血溶液在出血灶周围注射,每点注射0.5~2 ml,反复注射至出血停止;食管、胃底静脉曲张致出血者,用5%鱼肝油酸钠在曲张静脉血管内和血管旁黏膜进行多点注射。

1.3 观察指标 出血停止的时间为从病人入院时开始计算:心率和血压正常,持续12 h无呕血和/或解柏油样大便;心率

和血压正常;大便转黄^[3]。比较两组的病因检出率、止血时间、输血量 and 病死率等。

1.4 统计学处理 采用SPSS 11.5统计软件进行统计分析,组间比较用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 上消化道出血原因 急诊胃镜和普通胃镜检出疾病分别为:溃疡病(十二指肠溃疡、胃溃疡和复合溃疡)23例和12例;急性胃黏膜病变6例和5例;食管静脉曲张出血5例和6例;肿瘤(胃癌和食管癌)2例和4例,镜下未能诊断4例和13例。其中急诊胃镜检查病因检出率为90.0%(36/40),普通胃镜病因检出率为67.5%(27/40),两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 6.050, P = 0.014$)。

2.2 镜下止血情况 急诊胃镜发现活动性出血32例,成功止血29例,止血率90.6%,3例未能成功止血而转外科治疗;普通胃镜发现活动性出血20例,止血成功18例,止血率90.0%。两组止血率比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.167, P = 0.683$)。

2.3 输血情况 输血率急诊胃镜组为45.0%(18/40),普通胃镜组为60.0%(24/40),两组输血率比较差异无统计学意义($\chi^2 = 2.581, P = 0.108$)。

2.4 病死率 急诊组病死4例(10.0%),普通胃镜病死3例(7.5%),两组病死率比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.000, P = 1.000$)。其中上消化道出血合并有其他脏器疾病或损害5例;直接因上消化道出血死亡2例。

2.5 并发症 两组患者均未出现穿孔、意外、药物副反应等严重并发症。

3 讨论

上消化道出血是指屈氏韧带以上,包括食管、胃、十二指肠或胰胆等病变引起的出血,该疾病发病急,变化快,严重者危及生命,是内科消化系统常见急症^[4]。其出血原因由多种因素引起,基础疾病不同出血部位亦不相同^[5]。因此早期快速、准确诊断出血的病因和进行针对性的治疗显得尤为重要。在本研究中,患者在出血48h内进行急诊胃镜检查,并与出血

48 h 后行普通胃镜检查的患者比较,结果表明,急诊胃镜的病因检出率为 90.8%,而普通胃镜的病因检出率为 78%,与文献^[6]报告相似。另外,急诊胃镜病因检出率高的原因,可能是胃黏膜的再生修复能力很强,大多数急性胃黏膜损害在药物等治疗下,在 48 h 内已愈合,因此检查愈早,确诊率愈高。急诊胃镜镜下止血成功率 90.6% (29/32),而普通胃镜镜下止血成功率 90.0% (18/20),两者比较差异无统计学意义,表明出血时间长短对于镜下止血无明显影响。本研究两组患者输血率和病死率的比较差异无统计学意义,本研究表明,行急诊胃镜治疗的患者需输血者与行普通胃镜治疗患者差异并无统计学意义,且两者病死率比较差异并无统计学意义,这可能与我们的观察例数较少,以及行急诊胃镜医生操作技术水平不高有关。在并发症方法,两组比较差异无统计学意义,所以只要操作得当,急诊胃镜并不会给患者带来额外的风险,也表明急诊胃镜是一种安全可靠的诊断方法。

因此,我们认为对于急性上消化道大出血者,只要条件允许且无常规胃镜检查禁忌证患者,均应进行急诊胃镜检查,对于反复活动性出血而诊断不明者,更应积极进行急诊胃镜检查。胃镜下明确诊断后,对于可以镜下止血的患者应积极镜

下止血。对于诊断不明或不能止血者,尽快转外科治疗。总之,急诊胃镜对上消化道出血是一种高效,安全的诊疗措施,值得在临床推广。

参 考 文 献

- [1] Spiegel BM, Vakil NB, Ofman JJ. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better? [J]. *Arch Intern Med*, 2001, 161(11): 1 393 - 1 404.
- [2] 鲁 斌, 钟碧波, 盛 渡. 急诊胃镜检查对上消化道大出血的诊治价值[J]. *临床误诊误治*, 2008, 21(6): 20 - 21.
- [3] 覃山羽, 姜海行, 唐国都, 等. 上消化道非静脉曲张性出血的内镜治疗[J]. *微创医学*, 2006, 1(1): 25 - 26.
- [4] 李宜辉, 达四平, 凌贤龙, 等. 上消化道出血急诊胃镜检查 20 年回顾分析[J]. *第三军医大学学报*, 2001, 23(9): 1 126.
- [5] 覃佳成. 奥曲肽、凝血酶与洛塞克联合治疗肝硬化并上消化道大出血 30 例临床观察[J]. *广西医学*, 2007, 29(4): 554 - 555.
- [6] 曾庆贵, 郑紫丹, 邓 媛, 等. 急诊胃镜及胃镜下治疗急性上消化道出血的价值[J]. *中国内镜杂志*, 2006, 12(9): 913 - 916.

(收稿日期:2009-08-10 修回日期:2009-09-13)

牙得安牙粉治疗牙周炎 56 例的临床观察

洪邑善

(广西合浦县人民医院口腔科, 合浦县 536100)

【摘要】 目的 观察牙得安复方中草药牙粉结合基础治疗治疗牙周炎的临床疗效。**方法** 牙周炎患者 110 例,采用单盲随机分为治疗组 56 例和对照组 54 例,两组均行牙周基础治疗,治疗组加用牙得安复方中草药牙粉涂于牙齿表面,并按摩牙龈;对照组用 2% 碘甘油涂龈,均 2 次/d,10 d 为 1 个疗程。**结果** 治疗 10 d 后,治疗组总有效率为 96.43%,对照组有效率为 53.70%,治疗组疗效好于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 牙得安复方中草药牙粉治疗牙周炎疗效显著。

【关键词】 牙周炎;牙得安;中医药疗法

【中图分类号】 R 781.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)11-1661-02

牙周炎是口腔科的常见病,多发病,是一种由微生物引起的牙周支持组织的慢性感染性疾病,可致牙周深层组织炎症、慢性破坏、牙周袋形成、附着丧失、牙槽骨吸收,最后致牙松动拔除^[1-2]。牙周炎经过规范的治疗,可以控制其进展。我科 2006 年 10 月至 2008 年 10 月门诊收治牙周炎患者 110 例,经基础治疗结合局部使用牙得安复方中草药牙粉治疗收到满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 110 例确诊牙周炎病人中,男 57 例,女 53 例;年龄 20 ~ 45 岁。入选病人符合:(1)病程 1 ~ 3 个月;近 2 周末全身使用抗生素以及局部未使用过含抗菌、抑菌药物漱口水。(2)有不同程度的牙龈水肿、充血、糜烂、探诊出血、牙周袋深度 ≥ 3 mm。(3)无治疗禁忌证。诊断标准参照《牙周病学》^[3],拟定标准诊断:(1)口腔卫生不良。(2)牙龈红肿、

出血或退缩。(3)牙周袋形成、溢脓。(4)X 线检查:牙槽骨吸收。(5)牙齿松动。符合标准的 110 例病人采用单盲法随机分为两组,治疗组 56 例,男 29 例,女 28 例,年龄(34.61 \pm 5.27)岁,病程(1.8 \pm 3)个月;对照组 54 例,男 28 例,女 26 例,年龄(33.25 \pm 4.24)岁,病程(1.7 \pm 2)个月,两组在性别、年龄、病程等方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 两组均行口腔卫生宣教,先用 3% 过氧化氢溶液含漱 1 ~ 2 min,然后进行龈上洁治术:术者以握笔式将工作头的前端部分轻轻与牙面平行或 $< 15^\circ$ 角接触牙石的下方来回移动,利用超声振动击碎并振落牙石。龈下刮治术:治疗前应先探明牙周袋深度、形态,牙根分叉深度或根面的凹陷以及牙石情况等,局麻下行超声龈下刮治,操作方法同洁治术,刮治动作是水平向及从牙根逐渐移向冠方;根面平整术:刮除牙根表面感染的病变牙骨质,并清除部分嵌入牙骨质内的结石,使刮治后的根面光滑而平整^[4]。然后用 3% 过氧化氢溶液和生理盐水反复冲洗牙周袋,治疗组用牙得安复方中草药牙