

表3 两组治疗前后血气分析指标比较(mmHg $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	p(O ₂)	SpO ₂	p(CO ₂)
常规治疗组	治疗前(56)	62.30 ± 5.47	80.31 ± 2.53	44.78 ± 6.52
	治疗后(56)	93.98 ± 4.15 [#]	91.16 ± 3.35 [#]	41.04 ± 6.16 [#]
无创正压通气组	治疗前(60)	62.36 ± 5.70	80.24 ± 2.47	44.74 ± 6.35
	治疗后(60)	98.99 ± 4.52 ^{#△}	95.32 ± 4.08 ^{#△}	37.58 ± 5.83 ^{#△}

注:组内治疗前后比较,[#]P < 0.05;无创正压通气组与常规治疗组比较,[△]P < 0.05;1 mmHg = 0.133 kPa

3 讨论

急性左心功能不全肺水肿的发病机制是由于突然发生的左心室射血不足或射血受阻,导致左心房压力及肺毛细血管静脉压异常升高,从肺毛细血管渗出的液体增多,引起肺水肿^[3]。急性肺水肿患者肺表面活性物质减少,引起肺通气/血流比例失调,临床出现严重呼吸困难、喘憋,低氧血症较为严重。冠心病是急性左心功能不全肺水肿的最主要病因,由泵衰竭引起的呼吸窘迫由于心肌代偿能力差及收缩不协调等原因,常规治疗方法治疗效果往往不理想。

本组结果显示:无创正压通气治疗组患者治疗有效率显著高于常规治疗组(P < 0.05);无创正压通气治疗组住院期间病死率及气管插管率显著低于常规治疗组(P < 0.05);治疗后2 h无创正压通气治疗组血气分析指标p(O₂)、SpO₂、p(CO₂)均显著优于常规治疗组(P < 0.05)。结果表明:与常规治疗组相比,无创正压通气可显著缩短治疗时间、改善血气分析指标,患者气管插管率及病死率均显著降低。Winck等^[4]在对无创正压通气治疗急性肺水肿进行Meta分析,结果表明与常规治疗相比,BiPAP可降低7%的病死率及18%的插管率,与本组结果类似。BiPAP治疗急性肺水肿的机制主要为^[5-6]:提高肺泡及间质压力,从而减少肺部毛细血管的液体渗出。肺内压的升高可减少静脉回心血量,降低心脏前负荷,使肺淤血减轻。部分取代患者的自主呼吸,减少呼吸肌做功。促进气体交换,气道正压有利于促进塌陷的肺泡扩张及肺顺应性的

改善,减轻肺水肿。促进氧从肺泡进入到毛细血管,降低肺泡-动脉血氧分压,提高氧分压。

综上所述,无创正压通气可显著改善急性左心功能不全肺水肿患者临床症状及血气分析指标,降低住院期间病死率。

参考文献:

- [1] Noura S ,Boukef R ,Bouida W ,et al.Non-invasive pressure support ventilation and CPAP in cardiogenic pulmonary edema :a multicenter randomized study in the emergency department[J].Intensive Care Med ,2011 ,37(2) :249-256.
- [2] 黄涛,关琦,余宵.无创正压通气治疗重症急性心源性肺水肿临床研究[J].临床荟萃,2010,25(5):429-431.
- [3] 方凯,王晓玲,柳月珍,等.无创正压机械通气辅助治疗急性心源性肺水肿的效果[J].岭南心血管病杂志,2012,18(3):271-273.
- [4] Winck JC ,Azevedo LF ,Costa-Pereira A ,et al.Efficacy and safety of non-invasive ventilation in the treatment of acute cardiogenic pulmonary edema a systematic review and meta-analysis[J].Crit Care ,2006 ,10(2) :69.
- [5] 李志家,梁克,杨涛,等.无创正压通气联合甲泼尼龙治疗急性肺水肿[J].实用药物与临床,2009,12(4):251-252.
- [6] 梁宏勇.无创正压通气在急性心源性肺水肿中的应用[J].海南医学,2012,23(11):21-23.

(收稿日期:2013-11-21)

文章编号:1005-619X(2014)05-0434-02 DOI 编码:10.13517/j.cnki.ccm.2014.05.028

α-糜蛋白酶在内镜下碎石治疗胃结石的临床应用效果

刘秀鹏 刘俊

(深圳市第二人民医院消化内科,518035)

【摘要】目的 观察18例胃结石患者在行内镜碎石前口服α-糜蛋白酶是否可以增加碎石治疗效果。方法 患者在行内镜碎石前3 d,每天口服α-糜蛋白酶,8 000 U/次,3次/d,后行内镜下碎石治疗。结果 18例患者内镜下碎石全部成功,且碎石操作时间较短,患者痛苦小。结论 在口服α-糜蛋白酶准备后进行内镜下碎石治疗胃结石成功率高,方法安全可靠。

【关键词】 内镜;胃结石;α-糜蛋白酶

胃结石在临床上很常见,主要表现为消化道症状,腹胀、腹痛、呕吐甚至呕血及黑便,确诊主要依靠胃镜、询问病史或上消化道造影。小的胃结石临床症状轻,多不需要处理,大的胃结石治疗上以往以手术为主,目前随着内镜技术的发展,内镜下碎石治疗已成为治疗胃结石的主要方法。但内镜下碎石治疗有其弊端,例如耗时长,痛苦大,有的患者不能耐受内镜。我科对选择内镜下碎石治疗的18例

患者均给予口服α-糜蛋白酶3 d预处理,使结石松软后再行内镜治疗,碎石成功率高,效果好,现报告如下。

1 一般资料

18例患者中男8例,女10例;年龄42~73岁,平均57.4岁。追问病史,所有患者发病前均进食及长期喜欢进食柿子、冬枣、海带、山楂等,临床表现分别为腹胀、腹痛、呕吐甚至黑便等,内镜下证实于胃底或胃体部可见褐色、黑褐色椭圆形或不规则型的胃石,异物钳触其质地较硬,胃石最大者约10.0 cm × 9.0 cm × 7.0 cm,最小者约5.0 cm ×

通讯作者:刘俊

4.0 cm × 3.0 cm ,单发胃石12例 ,6例为多发结石 ,13例患者伴有溃疡 ,均见于胃角。

2 治疗器械

奥林巴斯V70电子胃镜、奥林巴斯三角架型异物钳FG-44NR-1、奥林巴斯鳄鱼口鼠齿形旋转异物钳FG-44NR-1、康进一次性圈套器SD-T-2423-35等。

3 治疗

首先经胃镜检查证实是胃结石 ,退镜后开始连续3 d口服 α -糜蛋白酶,8 000 U/次,3次/d,空腹口服。经 α -糜蛋白酶处理,3 d后复查胃镜,同时使用上述器械进行内镜下碎石治疗。

4 结果

18例患者经口服 α -糜蛋白酶处理后行胃镜下碎石治疗全部成功,其中3例镜下见胃结石已溶解,余15例使用异物钳及圈套器反复行内镜下钳夹碎石,其中1例给予两次镜下碎石,余14例均一次性碎石成功,平均镜下碎石治疗耗时15 min。

5 讨论

胃结石是由植物、毛发等物质在胃内逐渐凝结而形成的异物,既不能被消化吸收又不能顺利排出幽门,是消化内科常见的急腹症之一^[1]。胃结石成分不同,可分为植物石、动物石、乳酸石及药物性结石,其中植物性结石最为常见^[2]。我科处理的18例胃结石患者平时年龄较大,在60岁左右,均喜欢进食柿子、冬枣、海带、山楂等食物,并且其中86%的患者进食上述食物后还有进食高蛋白饮食的病史,例如同时进食虾、瘦肉等,考虑胃结石的形成与高龄、柿子、冬枣、海带、山楂饮食及高蛋白饮食有关。临床主要表现为腹胀、腹痛、恶心、呕吐甚至呕血及黑便,绝大多数患者镜下可见消化性溃疡伴发,考虑与异物长期磨损胃壁有关。胃结石的治疗方法主要包括外科手术、药物溶石和胃镜下取石3种,外科治疗彻底,可快速去除结石和治疗溃疡、梗阻或穿孔,但创伤大,一般很难让患者接受^[3]。随着内镜技术的发展,内镜已成为治疗胃结石的首选方法^[4],内镜下取石及碎石手段有圈套器、异物钳、微波、

激光等方法,但是有些结石过大过硬,难以确保镜下取石成功,甚至有报道因碎石不完全导致消化道梗阻发生^[5],并且质地较硬的胃结石碎石过程中非常容易损害器械,本组患者首次胃镜检查时用异物钳钳夹胃石,质地硬或韧,直径最大者达10 cm,直接内镜下碎石难度大,耗时长,可能存在多次碎石情况,如碎石不充分,残留的胃结石排入肠道内可导致肠梗阻。对于这种情况,我们给患者预先做 α -糜蛋白酶预处理, α -糜蛋白酶为胰腺分泌的一种蛋白水解酶,能迅速分解变性的蛋白质,碎石术前口服 α -糜蛋白酶可以分解胃结石内的变性蛋白质,起到松解胃结石甚至溶石的作用。本组18例患者中有3例患者复查胃镜时胃结石已消失,余胃结石均较首次胃镜检查时变小,且质地较前松软,应用异物钳及圈套器等较容易切割,从而达到碎石的目的。

综上所述,虽然理论上任何胃结石都可在内镜下碎石治疗,但对于内镜下直径较大、质地较硬的胃结石,直接内镜下碎石困难大,风险高,在内镜下碎石治疗前口服 α -糜蛋白酶更适合于较大胃石患者,取石效果好,本组所有胃结石患者均顺利治愈,无肠梗阻,出血,穿孔等并发症发生,方法值得临床推广和使用。

参考文献:

- [1] KADIAN RS, ROSE JF, MANN NS. Gastric bezoars: spontaneous resolution[J]. Am J Gastroenterol, 1978, 70(1): 79-82.
- [2] 朱红潮. 内镜治疗胃结石20例分析[J]. 中国实用医药, 2010, 5(16): 35-36.
- [3] 李四伟, 张肖, 石章宝. 胃结石的诊治经验[J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(7): 1048-1049.
- [4] GAY AJ, BARRANCO L, LLOMPART A, et al. Persimmon bezoars: a successful combined therapy[J]. Gastrointest Endosc, 2002, 55(4): 581-583.
- [5] ZHANG RL, YANG ZL, FAN BG. Huge gastric disopyrobenzoar: a case report and review of literatures[J]. World J Gastroenterol, 2008, 14(1): 152-154.

(收稿日期:2014-03-17)

投稿指南

网站投稿:登录中国疗养医学杂志网站www.zglyyx.com→单击首页窗口左侧的“作者投稿”→进入作者投稿登录界面输入用户名和密码单击“登录”→进入作者投稿系统窗口单击“向导式投稿”→按操作提示逐步填写并上传稿件,最后确认信息,投稿完成。

注:曾经在杂志上发表过文章的作者可以向编辑部查询用户名和密码,省略注册程序,也可以再注册;新作者需要注册;无论新老作者一旦忘记用户名和密码均可向编辑部查询。