

本次研究分别对不同性别、不同文化程度、不同心功能分级、不同收入的老年慢性心力衰竭患者再入院率的影响。研究结果显示,由于女性较男性相比更喜欢与人沟通交流,在交流过程中舒缓了疾病所带来的心理上的焦虑和恐惧,进而帮助患者更好的恢复健康。患者心功能分级发现,随访干预对于心功能较差的患者效果较好,观察组心功能Ⅱ、Ⅲ级患者随访后其再入院率与对照组相比,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),但随访显著降低了观察组心功能Ⅳ级患者的再入院率( $P<0.05$ ),这可能由于心衰较轻的患者对随访干预的依从性较差,虽然接受了一样的健康教育和生活方式指导,但未严格执行,因此效果与对照组差异不明显。而心功能Ⅳ级患者病情较为严重,患者对自身病情也较为敏感,因此对干预措施可能更好,故其再入院率较对照组相比较低。不同文化程度患者的再入院率除小学文化程度组外,其余各组再入院率均无显著变化( $P>0.05$ )。此外,由于高收入人群往往为高学历人群,自身疾病获取途径较多,其随访后再入院率也较低。

参 考 文 献

[1] 魏 玲,苏 瑶.老年慢性心力衰竭的多病因性及心衰类型分析[J].西南国防医药,2010,20(3):259-260  
 [2] 李谊文,熊爱琴.血清游离脂肪酸及胰岛素抵抗与慢性心衰的相关性研究[J].西南国防医药,2010,20(8):830-832  
 [3] 孙卫红.老年心力衰竭 45 例临床误诊讨论[J].临床误诊误治,2004,17(9):636-637  
 [4] 林素琴,颜文美.慢性心力衰竭并慢性肺栓塞 19 例漏诊原因分析[J].临床误诊误治,2011,24(6):24-25  
 [5] Shiao-Pei Wang, Li-Chan Lin, Chii-Ming Lee, et al. Effective hess of a Self-Care Program In Improving Symptom Distress and Quality of Life in Congestive Heart Failure Patients; A Preliminary Study[J]. J Nurs Res, 2011, 19(4):257-265  
 [6] 杨尚印.慢性心功能不全[M].北京:华夏出版社,1996:533-536  
 [7] 张 莉,刘 骏,江亚文.高龄心衰患者的多病因特点与护理[J].华南国防医学杂志,2008,22(1):54-55  
 [8] 孙殿恩.康复运动对老年慢性心衰患者的影响[J].中国老年学杂志,2012(9):1842  
 [9] 王 卉,王 铮,田建立.综合康复对老年男性左室功能异常的治疗效果[J].中华物理医学与康复杂志,2010(2):141-143  
 [10] 王 林.老年人慢性心力衰竭治疗进展[J].岭南心血管病杂志,2011(3):178-182

(2014-07-25 收稿)

# 胃镜下上消化道异物取出 47 例分析

高 娟,王一鸣,熊毅敏,郑国荣,王 艳,徐维田,程 翌,黄海涛,李 旻,李国营

【关键词】 上消化道;异物;胃镜;治疗

【中图分类号】 R 57

【文献标识码】 B

doi:10.3969/j.issn.1009-2595.2014.12.033

上消化道异物是指患者吞入的外源性物体因嵌顿等原因自咽部至胃、十二指肠球部存在的各类异物<sup>[1]</sup>。异物的摄入和食物团块嵌塞是上消化道异物的常见类型,轻者可无临床症状,重者引起消化道出血、穿孔,危及生命。随着消化内镜技术的发展,胃镜下上消化道异物取出法创伤小、成功率高,已成为上消化道异物的首选方法。作者科室自 2011-12/2013-09 月期间经胃镜治疗上消化道异物 47 例,现回顾性分析如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

作者科室 2011-12/2013-09 月期间行胃镜下治疗的上消化道异物患者 47 例。其中男 34 例,女 13 例,

年龄最大 85 岁,最小 15 岁,大于 65 岁的老年患者 13 例。食管异物 38 例,胃内异物 7 例,十二指肠异物 2 例。就诊时间为发病后 1 h 至 3 天。大部分患者有不同程度的胸骨后梗阻感、异物感,小部分患者无特殊临床症状。

### 1.2 治疗器械

胃镜(Olympus GIF-Q260)、异物钳、鼠齿钳、圈套器、乳胶薄膜袋、网篮。

### 1.3 治疗方法

1.3.1 术前准备 详细询问病史,了解吞服异物的时间,异物的材质、形状、数量,吞服异物后是否进食,根据患者的症状行胸部或腹部 CT 检查观察异物大小、形状、数量及部位,以及异物与消化道管壁及周围器官的关系。

1.3.2 麻醉 根据患者的一般情况及进食情况采取经口气管插管麻醉,或静脉诱导麻醉(芬太尼、丙泊

【作者单位】 430070 湖北武汉,广州军区武汉总医院消化内科(高娟、王一鸣、熊毅敏、郑国荣、王 艳、徐维田、程 翌、黄海涛、李 旻、李国营)

酚)<sup>[2]</sup>,或口服利多卡因胶浆行咽喉部局部麻醉,监护生命体征。

1.3.3 操作方法 胃镜常规检查,根据不同异物选用相应的胃镜治疗器械,抓住或套住异物后随胃镜一同退出消化道管腔。

1.3.4 术后处理 取出异物后,再次进镜观察上消化道黏膜情况。无明显损伤者,术后 2 h 可正常进食;有轻微损伤如糜烂、溃疡或出血者,术后按溃疡病治疗;损伤较重或有穿孔倾向者,需住院留观,监测生命体征,予以禁食、抑酸及支持治疗,适当给予抗生素,疑似穿孔者需复查胸部或腹部 CT。

## 2 结果

47 例患者中 44 例成功取出,成功率为 93.6%,无大出血、穿孔等并发症出现。有 3 例食管异物胃镜下未能取出,其中 1 例为食管中段距门齿约 26 cm 的玻璃异物,体积过大且多个尖锐棱角,另外两例为食管入口处的大块状金属异物及两端均刺入管壁的鱼刺,分别转外科手术或耳鼻喉科治疗。47 例中有 37 例(78.7%)为食物异物,以动物的骨片(鱼刺、家禽类的骨头)居多,还包括食物团块、坚果、果核等,其中食物团块中有 6 例推入胃腔。10 例(21.3%)异物为生活用品,系金属异物(打火机、铁钉)、锡箔纸、假牙及牙刷等。

## 3 讨论

上消化道异物是存留时间超过 24 h,其发生并发症的风险将大为增加,因此胃镜治疗应尽早进行<sup>[3]</sup>。尤其是一些尖锐、有毒性或腐蚀性的异物,存留时间越长,发生并发症的机率越大,引起的并发症包括消化道黏膜溃疡、消化道出血、穿孔、肠梗阻、腹膜炎、食管气管瘘、食管主动脉瘘、临近器官损伤,严重者刺入主动脉弓引起大出血短时间内危及生命等。本组吞入的异物中以食物性异物为主,为 37 例(占 78.7%),考虑与进食过快、进食时说话等不良进食习惯有关。食管异物 38 例(占 80.9%),考虑与食管特殊的解剖生理学特征、异物易嵌顿于食管部相关;其中 11 例食管异物(占 16.9%)与食管癌所致梗阻或食管、贲门癌术后吻合口狭窄相关,说明在梗阻症状出现的早期进行扩张或支架治疗,可能减少发生异物滞留的机会。2 例十二指肠异物均因十二指肠球部溃疡狭窄导致食物嵌顿于球部所致。大于 65 岁的老年人 13 例(占 20%),考虑与老年人咽反射减弱,对异物刺激不敏感有关。

明确异物的性质和部位是治疗成功与否的前

提<sup>[4]</sup>,选择合适的器械、熟练的胃镜操作技术及助手的默契配合是成功的关键<sup>[5]</sup>。胃镜下根据异物的大小、形状、质地以及与消化道管壁和周围脏器的关系,采用不同的器械及取出方式。对于边缘较钝的异物,可使用异物钳、鼠咬钳钳住或网篮套住后取出。对于边缘较为锐利的异物,可将异物套入乳胶薄膜袋内,随胃镜一同缓慢退出。对于较大的长形异物,可使用圈套器套住异物较大且易固定的一端,套紧后小心拖出,或加用异物钳钳住进一步固定后拖出<sup>[6]</sup>。对于嵌顿入消化道管壁内的异物(多为食管异物),若嵌顿时间较短,CT 显示其未穿透管壁,管壁周围结构清晰,可行胃镜下治疗。胃镜下观察若其一端嵌顿,可用异物钳钳夹异物一端,拔出嵌顿端后使异物长轴与消化道长轴一致后取出,若两端均有嵌顿,可用胃镜头端按压一侧管壁使异物一侧游离,或用气囊扩张下方管腔,尽量使异物从刺入部位脱出后再取出<sup>[7]</sup>。操作时应谨慎小心,切忌粗暴强取,否则极易造成穿孔、出血。异物随镜身退至食管上端后,应使患者头后仰,减小咽部成角,减少划伤咽部的风险。对于 >25 mm 或不规则的异物,特别是在食管中段主动脉弓附近嵌顿的锐利异物,极易造成食管穿孔、大动脉食管瘘、大出血死亡,需权衡利弊,必要时外科手术治疗<sup>[8-9]</sup>。本组中 1 例为食管中段的大块多角玻璃状异物,评估风险后采取了外科手术治疗。食管入口处异物用硬式喉镜处理较胃镜更方便,可请耳鼻喉科医师协助处理<sup>[9-10]</sup>,本组中两例食管入口处异物,转耳鼻喉科治疗。

本组 47 例异物中 44 例成功行胃镜下取出,未出现大出血、穿孔、邻近器官损伤等严重并发症。安全有效的胃镜下上消化道异物治疗需要术前对病史的详细了解,术中根据根据不同的异物选择不同的方法及配件,以及术后的严密观察和处理。

## 参 考 文 献

- [1] ASGE Standards of Practice Committee, Ikenlrmry SO, Jue TL, *et al.* Management of ingested foreign bodies and food impactions [J]. *Gastrointest Endosc*, 2011,73(6):1085-1091
- [2] 杨俊哲,季 蒙,吴明春,等. 丙泊酚加瑞芬太尼全凭静脉麻醉对老年胃癌患者应激反应的影响[J]. *华南国防医学杂志*, 2010, 24(6):452-454
- [3] 孔庆印,曾宪忠,李兆申. 美国消化道异物处理指南[J]. *中华消化内镜杂志*, 2004,21(1):69-71
- [4] 许国铭,李兆申. 消化内镜培训教程[M]. 9 版. 上海:上海科技教育出版社, 2000:243-250
- [5] Katsinelos P, Kountouras J, Paroutoglou G, *et al.* Endoscopic techniques and management of foreign body ingestion and food bolus impaction in the upper gastrointestinal tract: a retrospective analysis of 139 cases[J]. *J Clin Gastroenterol*, 2006,40(9):784-789
- [6] 徐显林,刘翠青. 胃镜下尼龙圈套加异物钳方法拖取胃内打火

机一例[J]. 中华消化内镜杂志, 2010, 27(1): 31  
 [7] 陈波, 徐超球, 王少君, 等. 胃镜下气囊扩张法取食管骨性异物一例[J]. 中华消化内镜杂志, 2002, 19(3): 177  
 [8] 昌盛, 程邦昌, 黄杰, 等. 胸食管异物损伤病变的分级和外科治疗[J]. 中华外科杂志, 2006, 44(6): 409-411

[9] 许国铭, 李兆申. 上消化道胃镜学[M]. 1 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2003: 562  
 [10] 中华医学会. 临床技术操作规范: 消化胃镜学分册[M]. 1 版. 北京: 人民军医出版社, 2004: 84

(2014-08-11 收稿)

# 血液透析联合血液灌流治疗尿毒症脑病的临床疗效观察

张道辉, 张志宇

【关键词】 血液透析; 血液灌流; 尿毒症脑病; 疗效

【中图分类号】 R 459. 5

【文献标识码】 B

doi: 10. 3969/j. issn. 1009-2595. 2014. 12. 034

尿毒症脑病是尿毒症预后不良的重要并发症。早期主要表现为倦怠乏力、注意力不集中、记忆力减退、易激惹、情感淡漠等。随着病情进展, 可出现性格和行为改变, 如幻听、幻视, 甚至自杀倾向。现代医学对尿毒症脑病的机制尚不完全清楚, 可能与尿毒症毒素对神经损伤作用有关<sup>[1]</sup>; 另外尿毒症时出现的脑水肿及脑内点状出血和小软化灶, 也可能是引起尿毒症脑病的重要因素<sup>[2]</sup>。本研究旨在探讨血液透析(hemodialysis, HD) 联合血液灌流(hemoperfusion, HP) 在尿毒症脑病中的应用价值。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取作者医院自 2010-01/2013-05 月收治的 30 例临床出现进行性全脑功能障碍的尿毒症患者作为研究对象, 结合脑电图及影像学检查确诊为尿毒症脑病, 符合“尿毒症脑病”的临床诊断标准<sup>[3]</sup>, 排除既往精神疾病史、高血压性脑病、蛛网膜下腔出血、脑出血或药物性中毒所致的慢性全脑功能受损等患者。30 例患者中男 17 例, 女 13 例; 年龄 38~72(48.5 ± 10.3) 岁; 透析时间 8~48(26.8 ± 8.5) 个月; 原发疾病包括慢性肾小球肾炎 13 例, 高血压性肾病 8 例, 糖尿病性肾病 5 例, 慢性肾盂肾炎 3 例, 多囊肾 1 例; 主要表现为疲劳、烦躁、睡眠紊乱、思维不集中 15 例; 记忆力减退、智力下降 13 例; 反应迟钝、幻觉、幻视及妄想 2 例。

### 1.2 治疗方法

均给予常规内科治疗, 包括营养支持、控制血压、

纠正贫血、神经调节药物、抗感染等。在此基础上给予 HD 联合 HP 治疗, 治疗前向患者介绍治疗方法、目的、过程, 排除禁忌症, 其他准备同血液透析。采用费森尤斯 4008S 型血液透析机和珠海丽珠 HA130 型树脂灌流器, 透析器为聚砜膜透析器, 面积为 1.3m<sup>2</sup>。将血液灌流器串联于透析器前, 开启血泵(200 ml/min), 轻叩拍打灌流器, 排净内部空气, 连接透析器膜外透析液(碳酸盐透析液), 使透析液流与血流方向相反, 灌流器静脉端向上, 透析器动脉端向上, 预充盐水用量遵灌流器说明书, 在闭路循环时向管路中加入 100 mg 肝素, 开启血泵, 循环 20 min, 达到充分吸附肝素、预防凝血的目的。循环结束后, 使用 500 ml 生理盐水将管路、灌流器、透析器内的肝素盐水冲净。将血泵调至 100 ml/min, 关泵。保持整个管路通畅。设定血流量(160~200 mmol/L)、透析液(600 ml/min)、肝素(0.8~1.0 mg/kg, 追加 5 mg/h)及置换液量(60 ml/min), 对有出血倾向患者换为低分子肝素。将动脉管路连接动脉针, 开血泵, 泵速为 100 ml/min, 血液进入灌流器前, 推入首次量肝素, 避免引血太多引起血容量突然下降而致低血压, 连接静脉后, 将血泵流速缓慢调至 200 ml/min。血液灌流一般为 2~2.5 h, 回血时将血泵调至 100 ml/min, 输入盐水, 将灌流器动脉端向上, 当灌流器流出液体颜色变浅时, 变比血泵, 用止血钳夹闭灌流器动脉端及透析器动、静脉端, 取下灌流器, 将管路动脉端与透析器动脉端连接。撤下灌流器后继续进行血液透析治疗, 血流量改为 250~280 mmol/L, 透析液改为 800 ml/min, 后续治疗时间为 2~3 h<sup>[4]</sup>。

### 1.3 疗效评价

1.3.1 疗效标准<sup>[5]</sup> 治愈: 尿毒症脑病精神症状完全消失, 各项实验室指标明显改善; 好转: 尿毒症脑病精

【作者单位】 223900 江苏宿迁, 泗洪县人民医院肾脏科(张道辉、张志宇)