

康巴地区 4 850 例纤维胃镜临床检查分析

任康军

(四川省甘孜州人民医院消化内科内镜室 甘孜 626000)

关键词:康巴地区;胃镜;HP 检查;分析

中图分类号:R 443⁺.8

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2003)06-0049-01

胃炎是常见的消化道疾病,康巴地区农、牧民因主食情况特殊,医疗条件、卫生习惯差,所以上消化道疾病发病较多。现将我院 1983 年 10 月~1999 年 10 月间作纤维胃镜检查资料比较齐全的 4 850 例检查病例分析如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组大部分为门诊病例,少部分为消化系统或其它系统疾病住院的病例。所有受检查者均有上腹疼痛、返酸、嗝气、恶心、呕吐等上消化道症状,藏族 3 395 例,汉族 1 205 例,彝族 50 例,回族 5 例;男性 2 810 例(57.9%),女性

2 040 例(42.1%);年龄 15~84 岁,其中 22~50 岁 3 785 例(78.04%),50 岁以上 1 073 例(22.12%);4 850 例病人在做胃镜检查前的临床诊断以慢性胃炎最多,约占 70.0%,其次为消化性溃疡(18.8%),胃、十二指肠疾病约占 8.0%,上消化道出血约占 3.0%,其余疾病约占 0.2%。

1.2 检查方法 采用日产 XQ-20 型上消化道内窥镜,通过食管、胃、十二指肠逆行检查,1min 快速幽门螺旋杆菌(HP)检测,部分病例采集了活体组织送病理检查。

2 检查结果

2.1 慢性胃炎 4 230 例,占总病例 87.2%,其中按病变时期、性质、活动度不同划分慢性浅表性胃炎活动期居首位(3 892 例,占慢性胃炎 92%),病变部位为胃窦、胃体;消化性溃疡占 12.7%,其中 71.5%为十二指肠球部溃疡,6.2%为复合性溃疡;347 例为恶性肿瘤,病检确诊 332 例。

2.2 在胃镜检查基础上,对诊断不能肯定或病变严重者均取活体组织进行病理检查共 1 048 例。对慢性浅表性胃炎诊断基本吻合,消化性溃疡仅 6 例病检不符;胃镜诊断为恶性肿瘤的 347 例中,病检确诊排除 15 例,分别为萎缩性胃炎 9

例,食管炎 4 例,胃窦息肉 2 例。

2.3 在胃镜检查基础上,对 3 400 例进行了 HP 检查,阳性 3 077 例,检出率 90.5%。

3 讨论

3.1 通过对本组病例的分析,上消化道疾病发病以慢性胃炎最多,其中以慢性浅表性胃炎发病为最高,这与康巴地区农、牧民主食糌粑、酥油、生干牛羊肉,存在酸变、霉变,新鲜蔬菜较少,同时饮食中长期摄入较多盐,饮大量咸茶及进食较多冷、热、生、硬食物,加之生活无规律,饥饱无度、酗酒等。牧区居民医疗卫生条件差,牧民家中常备去痛片、扑炎痛、头痛粉(非甾体类抗炎药可抑制胃粘膜前列腺素合成,破坏粘膜屏障)等药,并在家庭中造成滥用。

3.2 HP 与慢性胃炎、消化性溃疡、胃-食管恶性肿瘤等疾病的关系为近年来消化内科突破性进展,而且与非溃疡性消化不良有密切关系,也是消化性溃疡难治型的主要病因。它流行的总趋势因 HP 传染途径为口-口途径、粪-口途径,加之牧区牧民集体进餐情况,形成在人与人之间直接或间接传播,本组病例 HP 阳性率相对较高。HP 感染与社会经济状况、居住条件和环境卫生状况密切相关。

3.3 恶性肿瘤 347 例,发病率为康巴地区 34.7/10 万,这与该地区农、牧民饮水和饮食中硝酸盐、亚硝酸盐、二级胺含量增高以及藏民喜食酥油密切相关,农、牧民还有食用烟薰牛、羊肉嗜好,副食品酸菜被白地霉菌污染而含有高浓度亚硝酸盐及二级胺,加之农、牧区新鲜蔬菜、水果少,维生素 C(可抑制亚硝胺合成)缺乏。该地区致癌因素存在,而抑癌因素缺乏,导致癌发病率相对较高。

(收稿日期:2003-06-26)

经膀胱镜逆行肾盂留置双 J 管在肾、输尿管疾病的应用

胡玉辉

(江西省永丰县人民医院 永丰 315000)

关键词:肾疾病;输尿管疾病;膀胱镜;双 J 管;尿路梗阻

中图分类号:R69

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2003)06-0049-02

我院自 1998 年 9 月~2002 年 12 月,采用经膀胱镜向肾盂输尿管逆行插管留置双 J 管处理肾积水、肾、输尿管梗阻,肾、输尿管损伤,肾盂结石等病例 32 例,效果良好。现报告如下:

1 材料和方法

1.1 临床资料 本组 32 例,男 14 例,女 18 例;年龄 24~66

岁,平均 48 岁。32 例中,晚期肠癌术后并发输尿管梗阻急性肾功能不全 2 例,卵巢恶性肿瘤 2 次手术后并发肾积水 2 例,单侧肾盂感染、肾积水 2 例,肾盂结石行 ESWL 并发肾损伤结石未排出,输尿管中段梗阻致尿外渗 1 例,妇科手术致输尿管损伤阴道漏尿 2 例,孤立肾输尿管中上段结石急性梗阻性尿闭 3 例,直径大于 1.5cm 肾盂结石行 ESWL 前为防石

肺心病并发消化道出血 64 例临床分析

郭凯吉

(江苏省灌云县杨集中心卫生院 灌云 222221)

关键词:消化道出血;肺心病;临床分析

中图分类号:R 573.4

文献标识码: B

文章编号:1671-4040(2003)06-0050-02

慢性肺性心脏病(简称肺心病)常见的并发症为肺脑病、酸碱失衡及电解质紊乱、心律失常,引起消化道出血临床报道较少。本文 64 例并发消化道出血的患者均为肺心病的肺、心功能失代偿期,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 64 例,男 44 例,女 20 例;年龄 61~82 岁,平均 71 岁;慢性胃炎病史 5 例,消化性溃疡病史 1 例,有 6 例正应用糖皮质激素,无肝硬化、胃癌、胆道疾病、结肠癌及服用非甾体类消炎药病史,排除痔及肛裂出血。

1.2 临床表现 咳嗽、咯痰、气喘、呼吸困难、紫绀 64 例,暖气返酸 16 例,食欲减退 54 例,上腹部隐痛 5 例,腹胀 40 例,呕吐咖啡样物 23 例,黑粪 50 例,伴呼吸衰竭 43 例;急性肺水肿 4 例,肺性脑病 4 例,右心衰竭 39 例,休克 8 例,贫血 25

例,酸碱失衡及电解质紊乱 37 例,肾功能不全 6 例,冠心病 4 例。

1.3 实验室及器械检查 周围血象:Hb<110g/L 7 例,<90g/L 8 例,WBC>10.0×10⁹/L 52 例;粪隐血试验(++++)9 例,(+++)43 例,(++)10 例,(+)2 例;血 BUN>8mmol/L 13 例;血气分析 PaO₂<60mmHg 64 例,PaCO₂>50mmHg 64 例,pH<7.35 6 例,7.45 5 例,正常 53 例;胸部 X 线摄片及心电图检查均符合肺心病表现。

1.4 诊断 符合 1977 年我国修订的“慢性肺心病诊断标准”。

1.5 治疗及转归 治疗除控制感染、通畅呼吸道、吸氧、控制呼吸衰竭和心力衰竭、抗休克、纠正酸碱失衡及电解质紊乱等治疗外,均积极治疗消化道出血,给予止血,保护胃粘膜等

街形成而置双 J 管 18 例。

1.2 方法 根据病人病情、治疗目的、身高、体型选用双“J”管(一般 6~8F,28~30cm 长)。肾盂感染、肾积水、肾输尿管损伤并尿外渗选用 7~8F(粗一点),有利于引流及作支架作用;而肾盂结石行 ESWL 防石街形成选用 6F(细一点),有利于结石排出。术后常规应用抗生素 3~5d,双 J 管留置 1 周~3 个月。肾输尿管结石行 ESWL 后复查结石排毕即可拔除双 J 管,而晚期恶性肿瘤多次手术后为延长患者生命需定期(1~3 个月)更换双 J 管,并根据每次换管时管壁尿盐结垢程度及病人有无尿频、血尿、腰痛等情况决定下次换管时间。

2 结果

32 例均插管成功,其中 21 例肾输尿管结石病人置管后经 ESWL 治疗全部治愈,均无石街形成,未出现结石梗阻症状。2 例晚期肠癌术后并发输尿管梗阻,急性肾功能不全者,置双 J 管后,肾积水改善,肾功能恢复,生命延长 8 个月。2 例卵巢恶性肿瘤,2 次手术后并发肾积水者,经定期换管,肾积水改善,已生存 2 年以上。2 例输尿管损伤阴道漏尿经置入双 J 管 1~2 个月均治愈未再进行手术。1 例肾结石 ESWL 后肾损伤结石在输尿管中段梗阻致尿外渗,经置双 J 管引流后,尿外渗改善,1 周后输尿管中段结石再次行 ESWL 结石排出,双 J 管留置 1 个月治愈。2 例单侧肾盂感染肾积水者,插入双 J 管后积水改善,感染控制。32 例均无并发症。

3 讨论

3.1 上尿路结石经 ESWL 治疗后很容易形成石街,造成尿路梗阻,影响肾功能,并且石街形成后临床处理很棘手。本组病例行 ESWL 前置管,无 1 例石街形成,未出现梗阻症状,且

结石全部排出。我们认为凡肾结石>1.5cm 以上,均应先置入双 J 管在肾盂引流,再行 ESWL 治疗。

3.2 对于急性梗阻的输尿管结石亦可先经膀胱镜向肾盂内置管,引流通畅,肾功能改善后再行 ESWL 治疗。如果置管不成功,则应选择手术治疗。

3.3 腹腔或盆腔晚期肿瘤对输尿管的压迫引起的急性梗阻性无尿,可通过膀胱镜置 J 管达到暂时引流尿液,解除梗阻,保护肾功能。有时可通过定期更换双 J 管,作为对中、晚期恶性肿瘤术后病人的长期治疗方法,延长病人生命,改善生活质量。本组病例中 2 例妇科恶性肿瘤术后致梗阻性肾积水,经定期更换双 J 管已生存 2 年以上。

3.4 在病情危重者、手术耐受力低下的情况下,可先通过置管改善肾功能及一般情况再进行手术,尤其为不可多得的一种选择^[1]。

3.5 对部分医源性输尿管损伤小,漏尿不多,可通过膀胱镜向肾盂置入双 J 管引流尿液,消除漏尿,达到保守治疗治愈的目的,提高生活质量,减少医疗纠纷。

3.6 腹腔及盆腔恶性肿瘤可侵及输尿管造成置管失败,选择病例时应予注意。

3.7 肾盂、输尿管、膀胱留置双 J 管可引起一些并发症,如尿频、轻微血尿、双 J 管上移至输尿管内、双 J 管阻塞、双 J 管结垢后造成取管困难,因此,应用时应注意^[1]。

参考文献

[1] 杜广辉. 双 J 管在上尿路梗阻性疾病中的应用及并发症[J]. 中华泌尿外科杂志, 2001 (2): 92~94

(收稿日期:2003-08-25)