

察组患者的临床症状缓解时间、临床症状消失时间均少于对照组($P<0.05$)。上述结果说明,硫酸镁联合间苯三酚治疗先兆流产的临床效果明显优于地屈孕酮联合孕康,应该在临床上做进一步推广。两组在用药安全性方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),该结论与文献[10]报道一致。

综上所述,在先兆流产治疗中,医师可以优先采用硫酸镁联合间苯三酚治疗方法,但在临床上还要兼顾患者的适应证,通过采取针对性的治疗计划,最终获得更好的治疗效果。

参考文献

- [1] 周子球,李少君,林燕,等. 间苯三酚与黄体酮联合在先兆流产中的应用效果分析[J]. 中国医药指南,2012,14(6): 1034-1036.
- [2] Chuang CH, Hsieh WS, Guo YL, et al. Chinese herbal medicines used in pregnancy: a population-based survey in Taiwan[J]. Pharmacoeconomics, 2007, 16(4): 464-468.
- [3] Carp H. A systematic review of dydrogesterone for the treatment of threatened miscarriage[J]. Gynecol Endocrinol, 2012, 28(12): 983-990.

- [4] 陈小宁,简艳红,黄淑瑜. 间苯三酚治疗孕 20 周前先兆流产的临床分析[J]. 中国医药科学(药物与临床),2012,2(2): 78-80.
- [5] Ramsey PS, Rouse DJ. Magnesium sulfate as a tocolytic agent[J]. Am J Obstet Gynecol, 1983, 147(3): 277-284.
- [6] 李艳卿,陈维宪,李小莉. 间苯三酚联合地屈孕酮治疗先兆流产的疗效观察[J]. 临床和实验医学杂志,2012,11(6): 434-435.
- [7] 谭洁银. 硫酸镁联合间苯三酚治疗先兆流产的疗效观察[J]. 中国医药指南,2013,11(7): 554-555.
- [8] Omar MH, Mashita MK, Lim PS, et al. Dydrogesterone in threatened abortion: pregnancy outcome[J]. J Steroid Biochem Mol Biol, 2005, 97(5): 421-425.
- [9] 米桂兰,舒志明. 孕康糖浆治疗早期先兆流产 150 例临床分析[J]. 安徽医药,2013,17(4): 677-678.
- [10] Abbott L. Ectopic pregnancy: symptoms, diagnosis and management[J]. Nurs Times, 2004, 100(6): 32-33.

(收稿日期:2015-10-25 修回日期:2015-12-13)

• 临床探讨 •

老年十二指肠胃反流性疾病患者的临床分析及内镜诊断

曲红光(新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市友谊医院消化内科 830049)

【摘要】 目的 探讨老年十二指肠胃反流性疾病患者的临床及内镜诊断情况。**方法** 选取 2010 年 8 月至 2013 年 2 月来该院就诊的 86 例十二指肠胃反流性疾病患者,收集患者的临床资料并对其进行内镜检查,记录内镜下的相关表现,并对患者采用适宜治疗方式进行治疗,对收集的既往病史、内镜检测结果及治疗结果进行分析。**结果** 86 例老年十二指肠胃反流性疾病患者中有 22 例由手术引起(毕Ⅰ式 20 例,毕Ⅱ式 2 例),占 25.6%;有胆囊疾病史者 28 例(以胆结石、慢性胆囊炎为主),占 32.5%;其他原因 36 例,占 41.9%;而内镜检查结果则以患者胃黏膜充血为主,并伴有不同程度的胆汁附着,13 例患者胃窦黏膜出现糜烂;86 例患者中采用一般治疗方式治疗的有 13 例,治疗有效率为 69.2%;药物治疗的有 56 例,治疗有效率为 83.9%;手术治疗 17 例,治疗有效率为 82.4%。**结论** 老年十二指肠胃反流性疾病患者主要以胆囊疾病及胃部手术为主要起病原因,胆汁反流性胃炎患者的临床表现缺乏特异性,主要以胃黏膜充血、胃窦黏膜糜烂及伴有不同程度的胆汁附着为主要的内镜下表现。

【关键词】 老年; 十二指肠胃反流性疾病; 内镜

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.10.047 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)10-1414-03

十二指肠胃反流性疾病也称为胆汁反流性胃炎,是临床上一种较为特殊的胃炎,有研究显示,该种胃炎约占慢性胃炎总数的 12%^[1]。十二指肠胃反流并非全病理性的,有学者指出,十二指肠胃反流也可以存在于夜间或者餐后,可以作为一种人体的自然生理现象^[2]。而病理性的十二指肠胃反流性疾病多由胃大部分切除手术及慢性胆囊性疾病引起,因胃窦-幽门-十二指肠功能紊乱从而导致患者产生病理性的反流^[3]。当前,临床诊断十二指肠胃反流性疾病缺乏明确、精湛的技术,尚无统一的检测方法,以内镜检查、探头检测胆红素、同位素检查为主。本研究重点研究老年十二指肠胃反流性疾病患者的临床特点并对所有患者进行内镜检查,观察记录患者的内镜下表现,以期为本病诊断十二指肠胃反流性疾病提供有效可靠的诊断依据。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 8 月至 2013 年 2 月来本院就诊

的 86 例十二指肠胃反流性疾病患者,男 56 例,女 30 例;年龄 60~86 岁,平均(67.6±3.7)岁;大部分患者有上腹痛、恶心呕吐、腹胀、体质量下降等临床表现,但部分患者没有任何临床症状。此外,部分患者有饮酒、吸烟史。

1.2 方法 对所有患者进行电子胃镜检查(德国艾克松电子内窥镜, PV-G28S),观察分析内镜进入至胃腔、黏膜表面、胃窦等处的内镜下表现并予以记录。同时收集所有患者相关资料包括性别、年龄、既往的相关病史及手术史、有关的临床症状。根据患者病情轻重程度分别采用一般治疗(13 例)、药物治疗(56 例)及手术治疗(17 例)。

1.3 治疗方案 对于病情相对较轻,临床症状(腹胀、恶心呕吐等)较少的患者主要采用一般治疗,具体为:保持清淡、规律性的饮食,同时注意戒烟并避免饮酒。对于临床症状相对明显,但可以忍受的患者则主要采用药物治疗,具体为:(1)胃动力促进药,采用莫沙必利等药物促进患者胃部的排空能力,减

少反流,从而调节胃、十二指肠的运动及功能协调情况;(2)铝碳酸镁,患者每天 3 次,服用 1~2 片“达喜”铝碳酸镁制剂以防止患者的胃黏膜损伤,并通过选择性地与胆酸盐、溶血卵磷脂结合以加快胃部黏膜的愈合^[4];(3)消胆胺,要求患者每天服用 3~4 次,每次约 3 g 消胆胺以防止患者胃部黏膜屏障被胆汁酸破坏;(4)二甲硅油片,患者每天服用 3 次,每次约 100 g,可有效治疗患者的十二指肠胃胆汁反流情况。对于症状较为严重,药物治疗无效的老年十二指肠反流性疾病患者则采用手术治疗,具体为:采用 Roux-en-Y 吻合术对患者进行手术治疗,即切断输入襻,两个断端则在患者胃部下方与空肠进行吻合处理,输入襻约在吻合口下方的 45 cm 处与空肠吻合^[5]。

1.4 疗效指标 将患者治疗结果分为有效与无效。有效为治疗后患者上腹痛、腹胀、恶心呕吐等临床症状明显改善;无效为患者经治疗后临床症状没有改善甚至出现恶化情况。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件对所记录的数据进行分析处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料以率表示,组间比较则采用 χ^2 检验,等级资料比较采用 Mann-Whitney *U* 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 患者既往史情况 86 例患者中有 22 例患者曾有过胃大部分手术切除史(毕 I 式 20 例,毕 II 式 2 例),占 25.6%;28 例患者则曾患有慢性胆囊性疾病(以胆结石、慢性胆囊炎为主),占 32.5%;其余 36 例则无相关既往史,占 41.9%。

2.2 患者临床表现 86 例老年十二指肠反流性疾病患者出现上腹痛 63 例(73.3%)、恶心呕吐 11 例(12.8%)、消瘦 3 例(3.5%)、嗝气及胃灼热 7 例(8.1%)、腹胀 4 例(4.7%)。

2.3 患者性别、年龄分布 患者年龄分布状况:60~70 岁患者中,男 20 例,女 14 例;>70~80 岁患者中,男 27 例,女 13 例;>80~90 岁年龄段患者中,男 9 例,女 3 例。不同年龄段患者性别比例差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 患者不同治疗方式的治疗效果比较 86 例患者中采用一般治疗方式治疗有效 9 例,治疗有效率为 69.2%;而采用药物治疗有效 47 例,治疗有效率为 83.9%;手术治疗有效 14 例,治疗有效率为 82.4%。见表 1。

表 1 患者不同治疗方式的治疗效果比较(*n*)

治疗方式	<i>n</i>	有效	无效
一般治疗	13	9	4
药物治疗	56	47	9
胃动力促进药	20	19	1
铝碳酸镁	15	12	3
消胆胺	12	10	2
二甲硅油片	9	6	3
手术治疗	17	14	3

2.5 内镜诊断情况 64 例患者有胃黏膜充血现象(多为弥漫性出血水肿),其中 18 例患者伴有不同程度的胆汁附着,内镜下呈现黄绿色;13 例患者的胃窦部有明显的炎症,甚至出现糜烂。

3 讨 论

十二指肠胃反流性疾病是一种消化系统常见疾病。此类患者不仅可以引起胃部炎症、胃溃疡、十二指肠溃疡等良性疾病,还可以发展至胃癌等恶性疾病,对患者的生活质量及生命

安全产生了极大的影响^[6]。

有研究显示,十二指肠胃反流性疾病的发病机制较为复杂,一方面与胃部的解剖结构破坏有关^[7],如幽门结构破坏导致幽门的抗反流屏障功能丧失,导致十二指肠内容物(包括胆汁)反流进入胃引起十二指肠胃反流性疾病;另一方面患者胆囊功能受损也可导致胆囊胆汁浓缩功能障碍,引起胆汁间断排出而滞留于十二指肠,并反流至胃或胆囊。此外还有因某些神经因子刺激而直接改变了胃-幽门-十二指肠的协调运动,从而引起病理的十二指肠胃反流^[8-9]。当然,也有学者指出,胃十二指肠的动力异常、人体精神心理等状态的改变及胃肠神经肽或激素水平的大幅度波动均可引起十二指肠胃反流性疾病的发生^[10-11]。本研究结果显示,患者起病原因多由胃大部分切除手术及慢性胆囊性疾病所引起,这两者占有病例数的 58.1%,很好地证实了上面所述的理论。可见,曾有破坏幽门解剖结构的胃大部分切除手术史及曾患有胆囊性疾病既往史的患者更易发生十二指肠胃反流性疾病,值得临床工作人员多加注意。

目前临床诊断十二指肠胃反流性疾病的方法则相对较多,包括胃镜检查、组织活检、胃内 pH 24 h 的动态监测、24 h 胆汁反流光学纤维监测等,不过临床上尚缺乏统一的金标准^[12]。这些方法各有优、缺点,如胃镜检查,该方法十分直观,可直接了解被检查者的胃黏膜损伤情况,但却因十二指肠反流现象是随机发生的,不一定能被检查到;而胃内 pH 24 h 小时动态监测法虽然可以持续监测但却因为探针的位置及胃内 pH 易受其他因素影响发生变化等而产生误诊的情况;24 h 胆汁反流光学纤维监测则可以根据胆红素在 450 nm 处的吸收峰特性而能够被 24 h 持续检测,不过却也存在着胆汁一旦被稀释,胆红素浓度变化幅度过大时难以估量的缺点。本研究采用了内镜诊断的检查方法,操作简便且十分直观;86 例患者中,64 例患者有胃黏膜充血现象(多为弥漫性出血水肿),其中 18 例患者伴有不同程度的胆汁附着,内镜下呈现黄绿色;13 例患者患者的胃窦部出现有明显的炎症。但胃镜下诊断老年十二指肠胃反流性疾病的敏感度及特异度较低,文献^[13]称其敏感度不足 40%,特异度也仅为 70%,阳性预期值约为 55%。可见,临床诊断十二指肠胃反流性疾病相关技术还有待进一步研发提高。不过,临床医师在诊断过程中还应该注意了解患者的一般信息,如患者的性别、年龄、相关临床表现等。本研究结果显示,老年男性患十二指肠胃反流性疾病的概率较大,如果患者还伴有上腹痛、嗝气、恶心呕吐等临床表现时,则更应该怀疑患者患该病的可能性,并对患者进行放射性核素扫描、彩色多普勒超声检查等其他检查以利于做出正确的诊断。至于患者确诊后,还应对患者及早进行相关治疗,根据患者病情分别采用一般治疗、药物治疗及手术治疗。其中以药物内科治疗为主,该方法不仅治疗效果极佳(本研究中治疗有效高达 83.9%),而且治疗相对简便,对患者身体状况要求较低,有利于患者的快速康复和预后。

综上所述,十二指肠胃反流性疾病是一种病因、发病机制较为复杂,临床表现缺乏特异性的一种消化系统疾病^[14-15];由于当前临床诊断方式不统一,缺乏可靠的诊断方法,需要注意结合患者的多方面信息予以诊断,同时需要进一步研究该疾病的发病机制及有关诊断方式,以取得预防、诊断、治疗该疾病的突破。

参考文献

[1] 戴菲,龚均,罗金燕,等. 十二指肠胃反流胃肠动力机制研究[J]. 胃肠病学,2008,13(2):87-90.

[2] 夏志伟,段卓洋,张莉,等. 精神心理因素与不同亚型食管反流病的相关性研究[J]. 中华消化杂志,2007,27(7):447-449.

[3] 柴小兵,秦云才. 食管裂孔疝所致反流性食管炎的诊断与治疗[J]. 泰山医学院学报,2009,30(4):318-320.

[4] Koek GH, Vos R, Sifrim D, et al. Mechanisms underlying duodeno-gastric reflux in man[J]. Neurogastroenterol Motil, 2005, 17(2):191-199.

[5] 张峻,徐有青,杨昭徐. Barrett's 食管、糜烂性食管炎及非糜烂性反流病发生机制的比较[J]. 世界华人消化杂志, 2009, 17(31):3249-3254.

[6] 李冰冰,查健忠. 睡前进食对夜间胃食管反流的影响[J]. 中国当代儿科杂志,2007,9(3):207-209.

[7] 李兆申,杨敏,徐晓蓉,等. 应用功能性磁共振成像技术研究非糜烂性反流病患者食管酸灌注时大脑功能活动模式的变化[J]. 胃肠病学,2006,11(8):454-457.

[8] Souza RF, Lunsford T, Ramirez RD, et al. GERD is associated with shortened telomeres in the squamous epitheli-

um of the distal esophagus[J]. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol, 2007, 293(1):G19-24.

[9] 张艳丽,姚树坤,刘俊宝. 十二指肠胃反流对大鼠胃黏膜损伤机制的研究[J]. 中日友好医院学报, 2012, 26(3):172-175.

[10] 汪兴伟,房殿春,郝恒骏,等. Barret 食管基因表达谱初步探讨[J]. 胃肠病学,2008,13(10):603-608.

[11] Tsai HF, Hsu PN. Interplay between Helicobacter pylori and immune cells in immune pathogenesis of gastric inflammation and mucosal pathology[J]. Cell Molecular Immunol, 2010, 7(4):255-259.

[12] 杜春. 十二指肠胃反流性疾病内镜诊断及相关因素分析[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2012, 21(9):813-816.

[13] 许琳,邓现培,姚树坤,等. 十二指肠胃反流患者胃黏膜幽门螺旋杆菌感染与胆色素染色关系[J]. 山东医药, 2012, 52(13):57-59.

[14] 戴菲,龚均,罗金燕,等. 十二指肠胃反流胃肠动力机制研究[J]. 胃肠病学,2008,13(2):87-90.

[15] 张莉,陈胜江,王金梁,等. 十二指肠胃反流与胃食管反流病的相关性研究[J]. 中国实用医刊, 2011, 38(2):20-21.

(收稿日期:2015-11-15 修回日期:2016-01-09)

• 临床探讨 •

缩短药敏试验判读时间的方法

陈永康,熊 冲[△](海南省万宁市人民医院 571500)

【摘要】 目的 探讨缩短细菌耐药性检测时间的方法,提高感染性疾病的抗菌药物治疗及时性。**方法** 通过对快速生长细菌 6 h 和 18 h 纸片扩散(K-B)法读取时间的对比,统计常用各种抗菌药物在两次观察时间上抑菌环的差值的正态分布,计算出修正值;再将快速生长细菌 6 h 观测结果加上修正值后参照美国临床实验室标准化协会(CLSI)的解释标准判读结果,分析标准菌株与临床分离菌采用该方法与标准方法的一致性。**结果** 547 株细菌 K-B 法药敏试验两种判读方法标准的一致率为 99.04%,严重错误率为 0.05%,重大错误率为 0.75%,一般错误率为 0.15%,经一致性检验,Kappa 值为 0.99,有较高的一致性($P<0.01$)。**结论** 该方法可在不降低试验准确性的同时缩短了试验时间,加快报告的进程。

【关键词】 细菌感染; 抗菌药物; 药敏试验

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.10.048 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)10-1416-03

细菌的发现使医学认识到感染性疾病真正的病因,而抗菌药物的发现则使人类对感染性疾病的治疗进入了一个新纪元。然而,由于抗菌药物的治疗一毒害二重性,以及微生物学自身发展与普及相对落后和抗菌药物药理学的发展与普及相对过快的不平衡性已导致了如今广泛而严重的抗菌药物滥用和药物毒害问题。然而传统微生物学检验已不适应临床的诊疗^[1]。在不降低试验准确性的同时缩短检验时间^[2-4],对于提高感染性疾病的治疗水平和控制抗菌药物的滥用及减少药物毒害问题均起着重要的作用,而目前能达到此要求的只有采用进口全自动微生物鉴定与药敏系统中的荧光速率法药敏板,由于该方法试剂价格昂贵,其推广应用受到限制。纸片扩散(K-B)法获得药敏结果的时间通常为 18~24 h,不能满足重症感染患者急需药敏结果的需求^[5]。对此,笔者基于美国临床实验

室标准委员会(CLSI)K-B 法标准上进行了一些研究,结果发现,快速生长的普通细菌在 6 h 观察药敏结果可缩短细菌的药敏试验所花费的时间,快速显示临床药敏结果,满足临床需求,该方法简便易行,适合基层医院,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 标本来源 采集本院门诊及住院初步诊断为感染性疾病患者的各种临床标本,培养出 547 株细菌,其中金黄色葡萄球菌 98 株,肠球菌 53 株,大肠埃希菌 124 株,肺炎克雷伯菌 94 株,其他肠杆菌科细菌 77 株,铜绿假单胞菌 71 株,鲍曼不动杆菌 30 株。

1.2 质控菌株 大肠埃希菌 ATCC25922、金黄色葡萄球菌 ATCC25923、铜绿假单胞菌 ATCC27853 来自原卫生部临床检验中心。

[△] 通讯作者, E-mail:7612468@qq.com。