

少房颤的复发。

综上所述, ARB 可减少器质性心脏病合并阵发性房颤者 Pd, 缩小 LAD, 同时可部分预防 AF 的发生。

【参考文献】

[1] Madrid AH, Bueno MG, Rebollo JMG, et al. Use of irbesartan to maintain sinus rhythm in patients with long-lasting persistent atrial fibrillation. A prospective and randomized study[J]. Circulation, 2002, 106(3): 331-336.

[2] 申万文. P 波离散度检测在快速房性心律失常中的应用[J]. 临床心血管病杂志, 2001, 17(12): 574-575.

[3] Dilaveris PE, Gialafos EJ, Siderris SK, et al. Simple electrocardiographic markers for the prediction of paroxysmal idiopathic atrial fibrillation[J]. Am Heart J, 1998, 135(5): 733-738.

[4] Nattel S, Shiroshita-Takeshita A, Cardin S, et al. Mechanisms of atrial remodeling and clinical relevance[J]. Curr Opin Cardiol, 2005, 20(1): 21-22.

收稿日期: 2008-01-04; 修回日期: 2008-06-06 责任编辑: 魏建

## 内镜下药物注射和热极治疗溃疡出血疗效分析

葛喜方, 段宏宪, 李静

**【摘要】** 目的: 探讨消化性溃疡出血胃镜热极治疗和胃镜下局部注射止血的治疗和优缺点。方法: 选择我院 2004-02/2006-12 诊治的消化性溃疡出血患者 68 例的资料进行疗效分析。结果: 总有效率内镜热极治疗组 94.44%, 内镜下局部注射止血组 93.75%。结论: 内镜热极治疗与局部注射止血两种方法均疗效显著, 可明显缩短住院天数, 减少输血量, 优于药物止血, 是消化性溃疡出血最有效的非手术治疗方法。

**【主题词】** 消化性溃疡出血/治疗; 胃镜检查; 止血药/投药和剂量; 治疗结果; 人类; 随机对照试验[文献类型]

**【中图分类号】** R573.1; R573.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1009-6647(2008)26-6338-02

对我院内镜下药物注射和热极治疗溃疡出血疗效分析如下。

### 1 对象和方法

1.1 对象 患者 68 例, 男 46 例, 女 22 例, 年龄 18~76(平均 49.3)岁。均有活动性出血史, 溃疡出血内镜下分类, 按 Forrest 分级判定溃疡出血标准<sup>[1]</sup>, 活动性出血包括小动脉喷射性出血 10 例, 渗血 35 例, 非出血性血管残端裸露 6 例, 红色血凝块附着 17 例。将确诊后的溃疡出血患者随机分为内镜热极治疗组(A 组)36 例, 内镜局部注射止血组(B 组)32 例, 两组间性别、年龄、病情等方面差异无显著性( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 治疗方法 A 组采用 FUJIN EG450HK 胃镜和 HP-A100 内镜热极治疗仪(北京华恒安邦科技有限公司), 常规胃镜检查发现出血病灶后局部冲洗使视野清晰, 然后将热极探头经胃镜活检孔插入, 直接到达病灶, 选择治疗温度 150 度, 将热极探头压紧病灶部位, 脚踏开关, 每次电热 3 s, 停顿 2 s, 反复电热, 直至出血停止, 热凝治疗次数为 2~6 次, 平均 3.1 次, 对于新鲜血凝块覆盖、渗血、血管裸露、血管搏动性出血, 操作方法大致相同, 但时间需随具体情况适当延长; B 组采用同一型号胃镜, 插入后充分吸引冲洗, 必要时变换体位寻找病灶, 明确病灶后, 仔细观察溃疡大小, 性状及出血性质, 并将出血灶调至视野中央, 然后插入 OLYMPUS-5L 型内镜注射针, 在出血灶周围 1~3 mm 分 4 点局部注射, 进针深度 2~3 mm, 每点注射 0.5 KU。两组在治疗前均给予前期处理, 常规补充血容量, 纠正休克, 监测生命体征, 呕血及黑便量与次数, 24 h 尿量、血红蛋白、红细胞压积, 尿素

氮和输血量以判断止血疗效和再出血情况。如果观察期间患者仍有少量黑便, 血红蛋白继续下降, 但血压稳定, 48 h 输血量 < 1 000 ml 则继续治疗。若发现呕血及大量稀薄黑便, 血红蛋白和血压继续下降, 48 h 输血量 > 1 000 ml 则转入外科手术治疗。

1.3 疗效评定 显效: 治疗 12~24 h 呕血停止, 休克纠正, 36~48 h 黑便停止; 有效: 36 h 呕血停止, 血压稳定, 72 h 黑便停止; 无效: 72 h 仍有呕血与黑便, 血压波动。

1.4 统计学处理 用 SPSS 10.0 的统计软件和两个独立样本比较的秩和检验方法, 取  $P < 0.05$  为差异有显著性。

### 2 结果

两组治疗后 48 h 止血, 1 周内再出血及手术情况, 总有效率比较见表 1、2。

表 1 68 例内镜下止血疗效比较[例(%)]

| 组别  | 例数 | 48 h 止血   | 1 周内再出血 | 外科手术    |
|-----|----|-----------|---------|---------|
| A 组 | 36 | 34(94.44) | 2(5.56) | 2(5.56) |
| B 组 | 32 | 30(93.75) | 3(9.38) | 3(9.38) |

表 2 两组治疗后总有效率比较(例)

| 组别  | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|--------|
| A 组 | 36 | 26 | 8  | 2  | 94.44  |
| B 组 | 32 | 23 | 7  | 2  | 93.75  |

以上结果表明, 两组 48 h 止血率, 1 周内再出血率和外科手术率相近似, 有效率接近一致, 经统计学检验差异无显著性( $P > 0.05$ )。

### 3 讨论

出血是消化性溃疡最常见的并发症, 是内科急重症之一, 也是其主要的死亡原因, 对消化性溃疡出血的治疗, 以往多采

作者单位: 河南省焦煤集团中央医院, 河南 焦作 454171  
通讯作者: 李静

用药物止血,疗效往往不理想,急诊手术率高。近年来急诊内镜止血广泛应用于临床,成为消化性溃疡出血最重要的治疗方法之一,其中有内镜下局部喷洒药物和注射药物(包括立止血,无水乙醇,生理盐水,10%高渗盐水,1/10 000 肾上腺素,1%~2%乙氧硬化醇等),热凝,微波,激光等,孙振兴等<sup>[2]</sup>应用热极治疗仪治疗非静脉曲张性上消化道出血 89 例,有效率达 97.8%。本组应用热极治疗仪止血 36 例,有效率 94.44%,胃镜下注射立止血 32 例有效率 93.75%,与其报道疗效接近。胃镜热极治疗是通过热极探头使局部组织温度迅速升高,组织蛋白凝固坏死,炭化而达到治疗目的,所以对活动性溃疡渗血,小动脉出血及特定部位的出血处理更具优势。局部注射立止血是目前应用较为普遍的镜下止血方法,其止血机制为立止血具有凝血酶样和凝血激酶样作用,局部注射后,能使局部组织迅速肿胀,发白,

通过挤压使局部毛细血管变细,使出血减少,同时立止血的“类凝血酶”作用能促使出血部位的血小板聚集,释放一系列的凝血因子,达到止血目的。本组研究两组治疗后各项指标接近,疗效显著,都明显优于药物治疗,且操作简便,安全可靠,可缩短住院天数,减少输血量,降低费用,值得在临床推广运用。

#### 【参考文献】

- [1] Bennett AM, Plum G. Cecil textbook of medicine[M]. 1st ed. Philadelphia; W. B. Saunders, 1996: 637.  
[2] 孙振兴,吴树湖,许国铭,等.热探头治疗上消化道出血的应用价值[J].第二军医大学学报,1995,16(3):288-289.

收稿日期:2008-02-22;修回日期:2008-06-25 责任编辑:李新志

## DR 双能量减影检测肺结核球钙化能力分析

邢勇,刘鸿飞,于秀丽

**【摘要】** 目的:探讨 DR 双能量减影图像检测肺结核球病灶内钙化的能力。方法:对 60 例患者行胸部 DR 双能量减影检查,得到常规 DR 胸片和减影骨像。由两位高年资医师分别对两幅图像阅读,记录病灶内有无钙化成分。结果:DR 双能量减影骨像发现钙化结核球 78 例大于常规 DR 胸片的 42 例, $\chi^2$  检验, $P < 0.05$ 。结论:DR 双能量减影骨像可以更加确切显示肺结核球内的钙化成分。

**【主题词】** 放射摄影术,双能扫描投影/方法;结核,肺/放射摄影术/并发症;钙质沉着症/放射摄影术/并发症;人类  
**【中图分类号】** R521 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1009-6647(2008)26-6339-02

钙化是诊断肺结核球的重要影像学依据之一。本文根据 DR 双能量减影的影像学特点,探讨其检测肺结核球钙化的能力。

### 1 对象和方法

1.1 对象 收集 2006-04/2007-10 我院门诊及住院肺结核球确诊患者共 60 例,行 DR 双能量减影共 98 例次(其中 2 次检测 22 例,3 次检测 8 例,每次检查间隔时间均  $> 3$  个月),共检测 126 个肺结核球病灶。其中男 39 例,女 21 例,年龄 13~72(平均 37.5)岁。临床表现:主要为低热、盗汗、乏力,部分患者伴有胸膈气短,胸痛咯血表现。

1.2 DR 胸部检查和 CT 扫描 采用美国 GE 公司生产的 GE-RevolutionTM XQ/I 型 DR 机。DR 双能量减影均采用常规胸部后前立位拍片,管球焦点至肢体距离为 180 cm。通过按一次按钮完成两次曝光,其中高能量曝光使用 120 kV,200 mAs;低能量曝光使用 60 kV,200 mAs。曝光时间间隔为 0.2 s。曝光后得到两幅图像:常规 DR 胸片和减影后骨像。CT 机是 GE 公司生产的 Prospeed I 螺旋 CT 机。

1.3 阅片方法 将 98 例次共 196 幅胸部后前位图像分成常规 DR 胸片组和减影后骨像组。所有图像均由两位放射科高年资医师单独阅读。要求医师回答结核球内有无钙化。

1.4 统计学处理 以 CT 为标准,记录两位医师发现钙化灶的

数量。计数资料采用  $\chi^2$  检验,当  $P < 0.05$  为差异有显著性。

### 2 结果

(1)98 例次共 126 个结核球病灶,DR 和 CT 发现的钙化结核球数见表 1。

表 1 两位医师 DR 片和 CT 发现钙化结核球的数量

| 组别      | 医师 A | 医师 B | 平均 | 检出率(%) |
|---------|------|------|----|--------|
| 常规 DR 组 | 39   | 45   | 42 | 47.7   |
| 减影骨像组   | 74   | 82   | 78 | 88.6   |
| CT 组    | 86   | 90   | 88 |        |

(2)以 CT 为标准,DR 常规正位像和减影骨像两位医师平均发现 42 个(47.7%,42/88)和 78 个(88.6%,78/88)钙化灶。经  $\chi^2$  检验,二者有显著差别( $P < 0.05$ ),而 DR 减影骨像与 CT 没有差别, $P > 0.05$ 。

### 3 讨论

目前国内外在双能量减影临床应用方面的研究多着重于肺内结节的显示以及对病灶内钙化成分的敏感性两个方面。Hickey 等研究结果认为双能量减影骨像对钙化的显示有很高的敏感性,甚至在某些微小钙化灶的显示上 DR 双能量减影骨像高于扫描层较厚的普通 CT<sup>[1-3]</sup>。

钙化对肺结核球病变的诊断、转归都有重要的参考价值。本研究结果表明减影骨像发现结核球病灶内钙化率为 88.6%,高于常规 DR 胸片的 47.7%,统计学差异有显著性。而 DR 减影