

胆管多发结石因 T 管隧道出血量较多终止取石, 结石未能取出。

### 结 论

李美荣等<sup>2</sup>将胆道镜取石盲区分为三种: 一是术中胆道引流管放置不当, 造成引流管与总胆管间夹角过小, 导致胆道镜进入远端或近端胆管困难, 形成医源性胆道镜取石盲区; 二是胆管本身的生理解剖变异致胆道镜无法进入变异的肝内胆管而形成生理性胆道镜取石盲区; 第三种是因胆道镜本身过大无法进入细小的、IV 级以上的胆管分支造成的器械性胆道镜盲区。

运用胆道镜通过 T 管瘻道进入肝内外胆道系统进行取石, 通过引入数字化 X 线机电视透视技术, 从三维空间上精确定位, 可明确胆道情况、结石与胆道以及结石与胆道镜之间的关系, 打开“胆道镜取石盲区”。在胆道镜取石术中实施全程监视, 从整体上把握术中可能出现的不同情况, 并做出及时调整和采取相应的措施。

文献报道采用传统纤维胆道镜方法结石清除率多为 90.00% ~ 99.40%<sup>[4]</sup>, 结石清除率有约 10% 的差异, 我们认为这与操作者对胆道的实时情况了解不够, 故采用的方法和技巧不同, 随意性较强。X 线机电视透视引导技术相对于传统胆道镜取石方法更能体现其科学性和高效性, 对患者给予人性化的微创治疗。在 X 线透视下实时精确引导胆道镜取石能给操作者提供更为直观和准确的定位, 明确结石大小、形态及胆道的取石条件, 以便及时采取最合理的取石或碎石方

式。结合我们的实践和文献报道, 可用的取石或碎石方式有: 液电碎石、活钳钳挖咬碎石、取石网篮套榨碎石、碎石篮机械碎石、体外冲击波碎石、超声碎石、激光碎石、等离子体冲击波碎石等方式<sup>[5]</sup>。对于胆道狭窄及夹角过小, 网篮未能到达结石部位, 结石不易取出的或结石巨大的, 则有待于取石工具的改进, 比如可探索性使用导丝引导取石网篮或引入更为先进的取石、碎石器械来解决。值得注意的是, 要有保护操作者和患者的意识, 取石过程中以参考点片影像资料为主, 必要时才实时透视或造影引导。本文结果表明, 数字化 X 线电视透视下精确引导胆道镜治疗术后残余结石的方法科学易行, 能提高难取性胆道残留结石的清除率, 降低患者再手术率, 是一种值得提倡的新技术。

### 参考文献

- 1 郭振武. 编著. 胆道外科疑难危重症学. 第 2 版. 天津: 天津科技翻译出版公司 2002:13961.
- 2 李美荣, 叶观瑞, 李运福, 等. 胆道镜治疗胆管残余结石首次失败原因分析. 中国内镜杂志 2003;9(7):60-61.
- 3 刘厚宝, 王炳生, 姚礼庆. 经胆道镜治疗胆道难取性残留结石. 中国内镜杂志 2000;6(4):14-17.
- 4 张宝善. 现代胆道镜技术的进展. 内镜外科杂志 1994;1:7-10.
- 5 包仕廷, 林木生, 鲁珏. 术后胆管难取性残留结石的治疗. 广东医学院学报 2003;21:118-120.

(收稿日期: 2007-12-05)

(本文编辑: 智发朝)

## ·短篇论著·

# 自制含漱汤治疗老年口腔念珠菌病的观察及护理

蓝雪霞 洪建云

**【摘要】目的** 观察自制含漱汤治疗老年口腔念珠菌病的疗效。**方法** 将 70 例口腔念珠菌病老年患者随机分成二组, 对照组予 2% 碳酸氢钠漱口后, 给酮康唑口服治疗; 治疗组予 2% 碳酸氢钠漱口后, 用自制含漱汤含漱治疗, 观察两组的临床疗效。**结果** 治疗组明显优于对照组, 差异有显著意义,  $P < 0.05$ 。**结论** 采用自制含漱汤治疗老年口腔念珠菌病有效、安全、方便、经济, 值得临床推广应用。

**【关键词】** 自制汤剂; 含漱; 口腔念珠菌病

口腔念珠菌病是由念珠菌属感染引起的口腔黏膜病。近年来, 随着广谱抗生素和免疫抑制剂的广泛使用, 引起菌群失调, 使口腔念珠菌病的发病率日益增高, 长期慢性口腔念珠菌感染, 特别是增殖型念珠菌口腔炎有恶变的可能。故及早彻底治疗口腔念珠菌病十分重要。尤其是老年患者, 由于其机体免疫功能减退, 一旦长时间使用抗生素、激素及化疗等, 极易并发口腔念珠菌感染。其表现为口腔黏膜充血发红、红斑或白色绒膜或斑块、舌背乳头萎缩, 并有口干、黏膜灼热感及疼痛, 味觉异常或丧失等<sup>[1]</sup>。病情反复, 不易彻底治愈, 给患者带来痛苦, 危及病人的健康。我院近三年来对老年并发口腔念珠菌病选用自制含漱汤治疗, 取得满意效果, 现报告

作者单位: 525000 广东省茂名市人民医院

如下。

### 资料与方法

#### 一、一般资料

选择2004年12月至2007年12月我院收治的70例老年病例,均有不同程度的口腔念珠菌病的临床表现,病损区涂片培养念珠菌阳性。70例患者中男49例,女21例,年龄最大78岁,最小61岁,使用抗生素的34例,其中合并使用激素的8例,使用化疗药36例。将70例患者随机分成治疗组和对照组,治疗组35例,男24例,女11例,年龄62~78岁,平均年龄66.5岁;对照组35例,男25例,女10例,年龄61~76岁,平均年龄64.5岁。

#### 二、治疗方法

##### 1. 含漱汤制备

取土茯苓30g,射干30g,玄参30g,川连须30g,金银花20g,连翘30g,蒲公英20g,甘草8g,加水1000ml浸泡20min,然后煎20min,取药液用纱布过滤备用。

##### 2. 治疗组

常规停用抗生素,给2%碳酸氢钠漱口后,用自制含漱汤漱口。每次将含漱汤含于口中3~5分钟,让药液充分接触病损处,然后吐出来,如此反复含漱4~5次为一次治疗量。每天治疗4次。对神志不清的病人,可用止血钳夹住浸蘸含漱液的棉球反复多次轻轻擦拭患处。每日一剂含漱汤,共治疗7天。

##### 3. 对照组

常规停用抗生素,给2%碳酸氢钠漱口,每日三次,同时,给予酮康唑胶囊100mg,每日一次,午餐后顿服,共治疗7天。

4. 观察两组治疗后临床症状消失的情况以及口腔病损区涂片培养念珠菌的情况。

#### 三、护理

1. 加强口腔护理,保持口腔清洁,定时检查口腔黏膜,为疗效判定提供依据。

2. 加强病人的饮食指导,多饮水,给予温凉的富有营养、高维生素、易消化的半流饮食或软食。忌辛辣、酸等刺激性食物。食物的温度不要过热。

3. 指导病人正确使用含漱汤,药液以温为宜,对反应迟钝或神志不清的病人要用止血钳夹紧棉球蘸取含漱汤进行擦洗患处,注意棉球不可过湿,防误吸,动作要轻柔。

4. 一般的病人,协助其正确使用含漱汤漱口,并向其说明含漱的目的,使病人配合。

#### 四、疗效标准

痊愈:病损发红区或白色绒膜完全消失,萎缩的舌背乳头恢复,自觉症状完全消失,念珠菌检查阴性。显效:病损发红区或白色绒膜大部分消失,自觉症状明显减轻,念珠菌检查转阴或可疑阳性。好转:病损区缩小,症状减轻,念珠菌检查转阴或可疑阳性。无效:病损及症状无变化,念珠菌检查阴性。

#### 五、统计方法

痊愈加显效加好转数之和为总有效例数。计数指标以率表示,采用卡方检验, $P < 0.05$ 为显著性界值。

### 结果

两组临床疗效见表1,治愈率和总有效率,治疗组明显优于对照组, $\chi^2 = 9.02, P < 0.05$ 。

表1 两组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈*	显效	好转	无效	总有效*
治疗组	35	21(60.00)	9(25.71)	4(11.43)	1(2.86)	34(97.14)
对照组	35	11(31.43)	10(28.57)	6(17.14)	8(22.86)	27(77.14)

注:\* 两组比较  $P < 0.05$ 。

### 讨论

口腔念珠菌病是一种真菌感染性疾病,中医学认为本病系邪损脾,伤及胃阴,热毒循径上蒸口腔而发病,老年患者感染口腔念珠菌病,不易彻底治愈,且容易复发。现在临床上治疗常用广谱抗真菌药,如:酮康唑、氟康唑等,以及改变口腔的酸碱度等方法。酮康唑是可抑制真菌细胞膜麦角甾醇的生物合成,影响细胞膜的通透性,而抑制其生长。但酮康唑有头痛、胃肠不适,皮肤瘙痒,长期服用有肝损害等副作用。而本文介绍的自制中药含漱汤中的连翘、金银花、蒲公英、川连须等药含有皂甙物质,能使唾液中pH值改变,具有清热解毒,抑制真菌的功效,甘草含有的甘草酸和甘草次酸,具有肾上腺皮质激素样作用,有解毒、抗酸、镇痛的作用;土茯苓有解毒消肿,利水渗湿之功;射干和玄参均有较强的抑制真菌作用<sup>[2]</sup>。诸药合用达到清热解毒,抑制真菌的功效。而且药液

直接作用于感染的部位,吸收好,起效快,同时本汤剂的配制简单,取材方便,价格低廉,使用方便,效果好,无毒副作用,值得医院推广使用。

### 参考文献

- 1 李秉琦. 主编. 口腔粘膜病学. 第一版. 北京: 人民卫生出版社 2003:27-33.
- 2 江苏新医学院. 编. 中药大辞典. 第一版. 上海: 上海人民出版社 1986:1403-1608.

(收稿日期:2008-02-11)

(本文编辑:刘梅娟)