

颌窦底,在直视下植骨,骨高度可增加10~12 mm,而外提升法提升幅度则比较有限。Summers<sup>[2]</sup>报道冲压法上颌窦提升并植入自体碎骨或异种碎骨,其上颌窦底提升的幅度为4~5 mm。Zitzmawn等<sup>[4]</sup>报道了剩余骨量>6 mm(平均8.8 mm)情况下,直接采用此技术提升上颌窦底平均提升了3.5 mm。Boyne<sup>[5]</sup>的动物实验研究证实,当种植体穿入上颌窦内2~3 mm时,这部分的种植体的表面将完全被再生的新骨所交盖。邱立新等<sup>[6]</sup>报告提升2~5 mm,术中未使用任何骨移植材料,同期植入种植体均取得了较好的修复效果。本组上颌窦提升幅度为2~6 mm,均植入自体骨(制备窝洞时保留下来的骨组织)和骨粉,修复后的X线片示:提升的幅度为2~3 mm,穿入窦内的种植体的近远中均有骨组织包绕,可见新的上颌窦底从种植体末端越过,而穿入上颌窦内为3~6 mm者,穿入窦内的种植体的近远中只有部分骨形成,此处上颌窦底形状类似帐篷。这与Boyne的动物实验结果基本一致。

**3.3 手术中应注意的问题** 外提升上颌窦底由于不能在直视下观察窦底粘膜情况,也不能像内提升法那样准确测定骨量的高度,所以外提升上颌窦底技术要求较高,因而术前应力求准确判断骨的高度,骨质类型及上颌窦底的形状,即上颌窦底属于哪一种类型(即窦底平坦型、窦底漏斗型、窦腔分隔型),如为分隔型及骨嵴区时,易造成上颌窦底粘骨膜撕裂,所以在选择病例时要更加慎重。术中首先要确保制备洞型的深度,最好保持在距窦底粘骨膜1~2 mm左右,以免钻头穿破粘骨膜,其次在冲压时力量要适中,既要保证使窦底1 mm左右的骨板折断,抬起粘骨膜,又不至于造成粘骨膜破裂。一旦发生粘骨膜破裂,可根据以往上颌窦内提升法的经

验处理,先在窦粘膜下贴一张Bio-Gide膜,然后再用Bio-Oss骨粉及自体骨抬高窦粘膜,继之种植或者应用异体纤维蛋白胶封闭<sup>[7]</sup>。经以上处理一般不会发生感染,种植修复效果良好。

#### 参考文献

- [1] Tatum H Jr. Maxillary and sinus implant reconstructions[J]. Dent Clin North Am, 1986, (30):207-229.
- [2] Summers RB. The osteotome technique part 3 -Less invasive methods of elevating the sinus floor. Compendium[J]. 1994, 15(6):698, 700, 702-704.
- [3] 邱亦元,吴汉江. 上颌窦提升术用于牙种植的研究进展[J]. 口腔医学, 2007, 27(10):207-229.
- [4] Zitzmawn Nu, Scharer P. Sinus elevation procedures in the resorbed posterior maxilla. Comparison of the crestal and lateral approaches[J]. Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod, 1998, 85(3):8-17.
- [5] Boyne PJ. Restoration of osseous defects in maxillofacial casualties[J]. J Am Dent Assoc, 1969, 78(6):767-776.
- [6] 邱立新,胡秀莲,陈波,等. 上颌窦底冲压提升法种植修复122例缺牙的临床观察[J], 中华口腔医学杂志, 2006, 41(3):136-139.
- [7] 丁加根,陆伟,章加宇,等. 上颌窦提升术在上颌后牙种植中的初步应用[J]. 东南国防医药, 2006, 8(1):40-42.

(收稿日期:2008-03-20;修回日期:2008-05-05)

(本文编辑:黄攸生)

## 无痛胃胃肠镜诊疗8 660例体会

徐萍,何绍明,黄重发,朱清,武陵,周悻  
(解放军第454医院消化科,江苏南京 210002)

**[关键词]** 胃肠镜;异丙酚;依托米酯

**中图分类号:** R573;R574 **文献标识码:** B **文章编号:** 1672-271X(2008)05-0367-02

胃肠镜诊疗技术是目前诊断及治疗消化道疾病最常用、最主要的方法,但患者在胃肠镜诊疗术中有恐惧心理和内镜插入的痛苦。我科应用无痛胃胃肠镜诊疗8 660例患者,均取得满意结果,现报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 符合适应证的住院及门诊患者8 660例,男性5 430例,女性3 230例;年龄9~87岁,平均年龄42岁;胃

**作者简介:**徐萍(1951-),女,湖南人,大学本科,主任医师,从事消化临床及研究工作。

肠镜下所见相关疾病参见表1。

**1.2 麻醉方法** 按常规配置氧气、麻醉机、心电监护仪,备用急救药品。开放静脉通道,静脉注射阿托品0.5 mg后10~20 min,开始使用麻醉剂。麻醉制剂包括酚太尼、异丙酚、依托咪酯水剂及乳剂。

**麻醉方式1:**术前静注酚太尼0.1 mg,以避免麻醉药物对血管的局部刺激,3~5 min后开始单独使用异丙酚,用量为1~1.5 mg/kg,约每10 s给药40 mg。

**麻醉方式2:**先静脉推注依托咪酯乳剂0.15~0.2 mg/kg,后静脉推注异丙酚0.5~1 mg/kg。推注速度一般控制在每10 s给药2~4 ml,高龄患者推注给药相对缓慢。给药后待患者睫毛

反射消失、眼球固定后,即可进行胃肠镜检查及治疗。

表1 胃肠镜下所见相关疾病

检出病种	例数	治疗病种	例数
慢性胃炎	3 430	微波电凝电切胃肠息肉	2 163
胃溃疡	1 470	食道静脉曲张硬化剂治疗	54
胃息肉	821	食道放支架	17
胃癌	543	胆道放支架	5
食道癌	238	胃癌局部注射	148
食道静脉曲张	74		
慢性结肠炎	1 524		
结肠息肉	332		
结肠癌	189		
溃疡性结肠炎	39		

## 2 结果

接受无痛苦胃肠镜诊疗技术8 660例患者全部成功,患者术后3~5 min清醒,自诉检查过程中毫无感觉,患者术后满意率均达100%,无一例发生严重并发症。

2 860例患者接受麻醉方案1。其中98例(0.03%)用药过程中出现血压下降,平均下降30~40 mm Hg,经静推麻黄素30 mg后,血压恢复正常。其中1 150例(0.4%)出现血氧饱和度下降,4例出现呼吸暂停,经立即面罩加压给氧等处理后很快恢复正常。

5 800例患者接受麻醉方案2。胃镜检查仅20例(0.003%)出现血压下降30~40 mm Hg,32例(0.005%)出现血氧饱和度下降。肠镜检查无一例出现血压、心率及血氧饱和度下降,无一例出现呼吸暂停。

## 3 讨论

无痛苦胃肠镜诊疗技术容易被患者接受,成功率及舒适度高,尤其对复杂、费时的内镜下治疗及耐受性差的高龄患者有很好的使用价值,但不容忽视的是麻醉风险依然存在<sup>[1]</sup>。因为麻醉可能出现血压、心率、血氧饱和度下降等并发

症,严重的会出现呼吸抑制或暂停,使无痛苦胃肠镜至今不能在国内广泛开展<sup>[2]</sup>。

本组资料显示:在无痛苦胃肠镜诊疗中单用异丙酚发生血压、血氧饱和度下降率分别是0.03%、0.4%。若异丙酚及依托咪酯两种药物减量联合应用后,发生血压、血氧饱和度下降率分别是0.003%、0.005%。结果表明:两种麻醉剂联合应用明显优于单种使用,两组血压、血氧饱和度下降率比较,麻醉并发症明显降低( $P \leq 0.01$ )。

究其原因,异丙酚具有明显扩张血管作用,而依托咪酯扩张血管及心肌抑制作用弱,对心血管影响小,先静推依托咪酯,后静推异丙酚更加安全,血压不易下降,对呼吸的抑制作用减轻。采用合理给药程序使疗效最大化,风险最小化。可放弃能抑制呼吸的酚太尼类药物,将依托咪酯水剂改乳剂,能减轻部分患者因使用依托咪酯而发生的牙关紧闭现象<sup>[3]</sup>。为了避免麻醉风险,胃肠镜操作技巧也十分重要,胃镜插入时,要避免声门、气管,直接插入食道,避免发生患者剧咳<sup>[4]</sup>,体胖患者需上抬双侧下颌骨,加大氧气流量。肠镜操作必须循腔进镜,操作动作轻柔,避免发生肠穿孔。须严格掌握适应证及禁忌证:老年患者术前需做心电图检查,心肺功能差、哮喘患者不宜做,特殊患者必要时可做气管插管<sup>[5]</sup>。

## 参考文献

- [1] 彭志宏,皱磊.异丙酚复合氯胺酮或酚太尼静脉麻醉在胃镜检查中的应用[J].中国基层医药,2005,12(3):13980-13999.
- [2] 徐萍,何绍明.2112例单种和4011例两种麻醉剂下胃肠镜诊疗体会[J].中华消化内镜,2007,12(1):72-73.
- [3] 林珍娥.异丙酚、酚太尼用于胃肠镜检查的临床观察[J].安徽医学,2005,26(17):66-67.
- [4] 徐萍.麻醉在胃肠镜诊疗中的应用[J].中华消化内镜,2000,13(6):78-79.
- [5] 徐萍.异丙酚、依托咪酯在胃肠镜中的应用[J].临床消化病,2002,11(5):69-70.

(收稿日期:2008-03-17;修回日期:2008-05-08)

(本文编辑:潘雪飞)

# 救治军训新兵热射病8例

方健,陈从新,汪青松

(解放军第105医院,安徽合肥 230031)

[关键词] 新兵;热射病;抢救

中图分类号: R394.1 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)05-0368-02

作者简介:方健(1959-),男,安徽合肥人,医学硕士,主任医师,硕士生导师,从事内科及医院管理工作。

近年来,新入伍战士在初次军训时发生热射病的情况屡有报道<sup>[1]</sup>。究其原因,与大量缺乏体能训练的青年不断应招入伍有关<sup>[2-4]</sup>。现就我们救治的新入伍战士突发热射病的经