

输卵管炎)、宫内节育器、输卵管手术及多次宫腔操作如人工流产等因素有关,各种原因直接或间接改变了卵子或受精卵的正常运行,影响受精卵正常着床都可导致异位妊娠^[2],特别是反复多次宫腔内手术操作使子宫内膜损伤,术后易并发盆腔炎,盆腔炎破坏输卵管功能等尤易发生。1883 年,英国 Tait 施行第 1 例输卵管切除术成为当时治疗输卵管妊娠最基本、最常用术式^[3]。1953 年,Stromme 首次报道保留妊娠输卵管治疗异位妊娠的方法^[4]。曹冬焱等^[5]总结文献后认为输卵管妊娠的治疗效果主要观察其生殖状态和并发症,反映生殖状态的指标有宫内妊娠率、足月活产率、持续性异位妊娠率和再次异位妊娠率等。持续性异位妊娠(persistent ectopic pregnancy, PEP)是输卵管妊娠保守性治疗后特有的并发症,是指在异位妊娠保守治疗时,未完全清除胚囊,或残留有存活的滋养细胞而继续生长,致术后血 β -HCG 不降或反而上升。据报道,PEP 发生率在开腹手术者为 3%~5%,而在腹腔镜下手术者为 3%~20%^[6]。本组资料显示,保守性手术组相比药物治疗组及根治性手术组有较高的宫内妊娠率,而三组的再次异位妊娠率差异无统计学意义,这与贾氏等^[7]报道一致。因根治性手术切除了患侧输卵管,故术后受孕率较药物组及保守手术组为低,所以,对有生育要求的患者慎用,除非该侧输卵管受损严重、

确实难以保留者才行根治性手术切除。三种方式治疗后比较再次异位妊娠率无统计学差异,说明再次异位妊娠与患者盆腔环境有关,而与治疗方法无关。本组无持续性异位妊娠发生,可能与保守治疗例数较少、术中冲洗彻底、或术后随访时间短等有关。保守性手术有相对高的宫内妊娠率,且未切除患者任何生育器官,容易被患者和家属接受,故我们建议尽可能采用此种术式。

参考文献

- 1 丰有吉. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:67-71.
 - 2 石一复. 异位妊娠的病因学研究进展[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2000,16(4):196-197.
 - 3 Oelsner G. Ectopic pregnancy in the sole remaining tube and management of the patient with multiple ectopic pregnancies[J]. Clin Obstet Gynecol,1987,30(1):225-229.
 - 4 Stromme WB. Salpingotomy for tubal pregnancy[J]. Obstet Gynecol, 1953,1(1):472-475.
 - 5 曹冬焱,沈 铿. 输卵管治疗后的生殖状态[J]. 中华妇产科杂志,2000,35(9):568-569.
 - 6 Gracia CR, Brown HA, Barnhart KT. Prophylactic methotrexate after linear salpingostomy: a decision analysis[J]. Fertil Steril,2001, 76(6):1191-1195.
 - 7 贾继刚,华克勤,张 琴. 三种不同方式治疗输卵管妊娠疗效分析[J]. 实用妇产科杂志,2008,24(4):238-240.
- [收稿日期 2009-06-10][本文编辑 谭 毅 黄晓红]

短篇论著

液囊空肠导管在上消化道化学烧伤肠内营养的应用

苏军凯, 张鸣青, 王爱民, 张荔群, 刘 将, 马桂芳

作者单位: 363000 福建,漳州市解放军第 175 医院(厦门大学附属东南医院)消化内科

作者简介: 苏军凯(1973-),男,博士研究生,副主任医师,研究方向:消化内科内镜介入治疗。E-mail:sujunkai001@gmail.com

【摘要】 目的 探讨上消化道化学烧伤早期肠内营养建立的方法。**方法** 回顾性分析近 5 年内收治的 16 例上消化道化学烧伤患者应用液囊空肠导管早期建立肠内营养通道的相关临床资料。**结果** 在上消化道化学烧伤早期应用细软的液囊空肠导管,建立肠内营养通道,均未发生出血、消化道穿孔。**结论** 液囊空肠导管应用于上消化道化学烧伤早期肠内营养,是安全和可行的。

【关键词】 液囊空肠导管; 上消化道; 化学烧伤; 早期; 肠内营养

【中图分类号】 R 643 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-3806(2009)10-1039-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.10.12

Clinical study of liquid capsule jejunum catheter for early enteral nutrition in upper gastrointestinal injury induced by chemical burn SU Jun-kai, ZHANG Ming-qing, WANG Ai-min, et al. The 175th Hospital of PIA, Fujian 363000, China

[Abstract] **Objective** To investigate the method of early enteral nutrition in the upper digestive tract injury induced by chemical burn. **Methods** The clinical data of early enteral nutrition with liquid capsule jejunum catheter for the 16 cases of upper digestive tract injury induced by chemical burn in the past 5 years were retrospectively analyzed. **Results** Liquid capsule jejunum catheter was soft and thin, and the early application of liquid capsule jejunum catheter for establishment of early enteral nutrition access in upper digestive tract injury induced by chemical burn was valuable, without bleeding or perforation. **Conclusion** Early enteral nutrition with liquid capsule jejunum catheter in upper digestive tract injury induced by chemical burn is safe and feasible.

[Key words] Liquid capsule jejunum catheter; Upper gastrointestinal tract; Chemical burn; Early enteral nutrition

上消化道化学烧伤早期可能发生口腔、咽喉、食管粘膜充血和水肿,因此出现吞咽困难,须长期的肠外营养维持。有学者提出早期留置胃管^[1,2]或长硅胶管^[3]有一定的作用,但临床应用时患者咽部、胸骨后疼痛明显加重,甚至诱发上消化道出血,患者依从性较差。为此,我科在上消化道化学烧伤早期应用细软的液囊空肠导管,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组均选择因口服(误服或自服)腐蚀性化学药物后引起上消化道烧伤,但神志清楚、尚能配合治疗者共16例,其中男7例,女9例;其中企图自杀者8例,误服者8例。入院时病情评估及分度:轻度:吞服浓度10%以下的腐蚀剂<10 ml,口腔、胸骨后自感不适或疼痛,损伤粘膜浅层,不明显影响进食、吞咽。中度:吞服浓度11%~30%腐蚀剂11~30 ml,胸骨后和上腹部剧痛,进食困难。重度:吞服浓度30%以上腐蚀剂30 ml以上,胸骨后和上腹部剧痛,生命体征不稳定(心率>150次/min,收缩压<90 mmHg,呼吸>30次/min,有其中一项者)。按上述标准,本组病例轻度6例,中度8例,重度2例。口服腐蚀性化学药物至就诊时间0.5~8 h,平均3.6 h。

1.2 临床表现 本组16例病人均表现为口咽部粘膜苍白、肿胀、起水泡,声门或声带水肿,咽或胸骨后疼痛,胃部受累时出现上腹部疼痛。继发感染者伴高热。口咽部疼痛进行性加重,中、重度患者常于第2天或第3天出现吞咽及进食困难。

1.3 治疗方法 (1)常规治疗:入院后即针对性地内服缓冲剂和消化道粘膜保护剂,如牛奶、豆浆、蛋清和氢氧化铝凝胶等,总量在2 000~3 000 ml左右^[2]。吞服强酸者,避免洗胃催吐,可先口服蛋清、

牛奶、豆浆以稀释和中和化学物,后再服石蜡油以促进其排泄。此类患者应禁服碳酸氢钠以防产气造成胃穿孔;吞食强碱者,先给牛奶、蛋白水等以稀释强碱,后服食用醋或5%醋酸以中和强碱(避免洗胃、催吐)。常规静脉输液以利于毒物排出,应用广谱抗生素、皮质激素以防止感染和减轻炎症引起的上消化道挛缩与狭窄^[4]。(2)肠内营养应用:浙江省衢州市讯康医疗器械有限公司生产的液囊空肠导管,其头端为液囊,与胃管头端相连,经鼻插胃管后液囊注入液体,空肠导管即与胃管分离,液囊可随着胃排空、肠蠕动自行进入空肠。(3)插管方法:选用液体石蜡油润滑空肠导管,再将空肠导管从一侧鼻腔缓缓插入,由于空肠导管较为细软,插管时,嘱患者多次少量饮水,随患者的吞咽将空肠导管缓慢插入,空肠导管插入长度约70~80 cm。为验证空肠导管是否到达胃腔,可通过液囊注入稀释泛影葡胺3 ml进行观察,在确认经空肠导管在胃腔后,先注入生大黄浸泡液100 ml,在患者肠鸣音活跃后再根据临床需要予注入相应的中和剂或肠内营养剂液体。

2 结果

16例患者液囊空肠导管均顺利置管成功,均未出现呕血、消化道出血、腹痛加重等并发症。存活15例,1个月后随访并复查胃镜。其中,无症状的7例,内镜(10 mm外径)可顺利通过食管、未见疤痕;吞咽时有食管滞留感4例,内镜(10 mm外径)尚可通过食管、可见疤痕;吞咽困难4例,内镜(10 mm外径)不能通过。死亡1例,起病后第4天死于合并气管烧伤后肺部感染、呼吸衰竭。

3 讨论

3.1 上消化道化学烧伤的早期抢救,重在针对性地内服缓冲剂、消化道粘膜保护剂以及全身中毒的综

合治疗。早期手术探查应非常慎重,因为化学物质引起腐蚀性胃炎,往往与胃肠道穿孔难于鉴别。腐蚀性消化道穿孔可手术治疗,但效果差。在短时间内病情趋于恶化者,表明服毒剂量已超过致死剂量,不宜马上手术治疗^[1]。应注意的是,化学烧伤的严重程度不单是化学物质引起的局部损伤,而且某些化学物质可以从消化道粘膜吸收,引起全身中毒(如酸性化学物质可引起代谢性酸中毒,导致血管内溶血或血红蛋白尿)。治疗措施主要是在静脉补液及给予利尿剂,以加速排尿、排毒的同时,保护重要脏器,如心、肺、脑和肾的功能,防止多脏器功能衰竭。另外,全身应用广谱抗生素、皮质激素以防止感染和减轻上消化道痉挛引起的狭窄。在病程晚期,主要针对食管狭窄进行治疗,方法包括水囊或支架扩张^[5]。

3.2 目前,在上消化道化学烧伤早期是否插胃管,争议较多。一方面,大部分学者担心插胃管可能导致严重的穿孔或上消化道出血事件发生,但另一方面,也有学者认为插胃管可以行胃管注入中和剂,更重要的是建立了今后的肠内营养通道。苗玉连^[1]认为如患者拒不配合或因咽痛难以反复吞咽者,则应插胃管。于晟^[2]也主张只要患者能积极配合,插胃管也非绝对禁忌。因此,上消化道化学烧伤早期留置胃管具有一定理论和实践基础。

3.3 临床上,由于胃管较粗、硬,加之患者口腔及咽喉区剧痛、吞咽困难,大部分患者不能配合,并且粗

硬的胃管可能进一步加重上消化道粘膜的损伤或出血。为此,我们在上消化道化学烧伤早期应用细软的液囊空肠导管,取代胃管,较好地解决上述问题。

3.4 食管烧伤后瘢痕狭窄发生率较高^[6]。王如文等^[3]采用医用长硅胶管行全食管腔内置管治疗早期食管烧伤患者,较好地避免形成瘢痕狭窄,但长硅胶管操作困难并且可能导致严重的穿孔或上消化道出血等并发症。本组采用是细软的空肠导管,外径较小,实现了安全建立上消化道化学烧伤早期肠内营养通道的目标,不仅提高了上消化道烧伤抢救成功率,而且缩短肠外营养的时间。

参考文献

- 1 苗玉连. 上消化道化学烧伤的治疗体会[J]. 河北医学, 1999, 5(6): 44-45.
- 2 于晟, 张绪生, 薛晓东. 上消化道酸烧伤治疗体会[J]. 中华整形烧伤外科杂志, 1997, 13(2): 138-139.
- 3 王如文, 蒋耀光, 周景海. 食管严重烧伤 171 例的外科治疗[J]. 中华消化外科杂志, 2007, 6(6): 404-406.
- 4 Hofmeyr S, Sidler D, Moore SW. Multiple Streptococcus milleri cerebral abscesses after repeated esophageal caustic stricture dilation[J]. J Pediatr Surg, 2008, 43(5): 964-966.
- 5 彭贵勇, 王振华, 杨建民, 等. 不同原因食管狭窄的内镜治疗[J]. 临床消化病杂志, 2003, 15(5): 198-201.
- 6 Tiryaki T, Livanelioglu Z, Atayurt H. Early bougienage for relief of stricture formation following caustic esophageal burns[J]. Pediatr Surg Int, 2005, 21(2): 78-80.

[收稿日期 2009-05-19][本文编辑 韦挥德 黄晓红]

短篇论著

腹腔镜下乙状结肠单腔造口术可行性分析 (附 21 例临床报告)

陶绪雄, 叶德强, 余德元, 袁堂战, 陈嘉希

作者单位: 330003 江西, 南昌大学第四附属医院腹腔镜外科(陶绪雄, 余德元, 袁堂战, 陈嘉希); 南昌大学附属感染病医院(南昌市第九医院)外科(叶德强)

作者简介: 陶绪雄(1965-), 男, 硕士学位, 副主任医师, 研究方向: 腹腔镜微创外科。E-mail: Taoxx.818@163.com

[摘要] 目的 探讨晚期直肠癌患者腹腔镜下行乙状结肠单腔造口术对以解决排便问题的可行性。方法 对 2006-06~2008-05 的 21 例晚期直肠癌患者腹腔镜下行乙状结肠单腔造口术临床资料进行分析。结果 21 例晚期直肠癌患者腹腔镜下行乙状结肠单腔造口术无一例中转开腹, 全部成功。结论 晚期直肠癌患者腹腔镜下行乙状结肠单腔造口术对解决排便问题是安全可行的。