15(11): RA256 – RA262.
[5] 张卿, 张良珂, 袁佩, 等. 和厚朴酚固体脂质纳米粒的制备及性质研究[J]. 中草药, 2011, 42(4): 691 –693.
[6] 徐才兵, 贾运涛, 田睿, 等. 和厚朴酚羟丙基-β-环糊精包合物制备及验证[J]. 中国药学杂志, 2013, 48(16): 1385 –1388.
[7] Wang X, Deng L, Cai L, *et al*. Preparation, characterization, pharmacokinetics, and bioactivity of honokiol-in-hydroxypropyl-β-cyclodextrin-in-liposome[J]. J Pharm Sci, 2011, 100(8): 3357 –3364.
[8] 娄杰, 徐才兵, 田睿, 等. 眼用和厚朴酚包合物温敏原位凝胶的制备及性质研究[J]. 第三军医大学学报, 2013, 35(21): 2340 –2343.
[9] 方罗, 范云, 罗吕宏, 等. 聚乙二醇修饰的多柔比星脂质体在我国肿瘤患者体内的药动学研究[J]. 中国药学杂志, 2012, 47(3): 223 – 228.
[10] 曹小帅, 沙美, 欧阳强, 等. 黄蜀葵花中 4 种黄酮类成分体内整合药动学研究[J]. 中草药, 2010, 41(2): 255 –259.
[11] Liu Y F, Yang X W, Lu W, *et al*. Determination and pharmacokinetic study of tussilagone in rat plasma by RP-HPLC method[J]. Biomed Chromatogr, 2008, 22(11): 1194 –1200.
[12] 张娓, 杨宏图, 项琪, 等. RP-HPLC 法研究鹿角缩酮 B 在新西兰兔体内的药代动力学[J]. 药物分析杂志, 2012, 32(8): 1346 –1350.
[13] 王丹, 冯芳. 厚朴酚与和厚朴酚的体内药物分析方法及药代动力学研究近况[J]. 药学进展, 2011, 35(9): 396 –400.
[14] Wu X, Chen X, Hu Z. High-performance liquid chromatographic method for simultaneous determination of honokiol and magnolol in rat plasma[J]. Talanta, 2003, 59(1): 115 –121.

(**收稿**:2013-08-11;**修回**:2013-09-05)
(编辑　邓强庭)

文章编号:1000-5404(2014)03-0273-01

个案与短篇

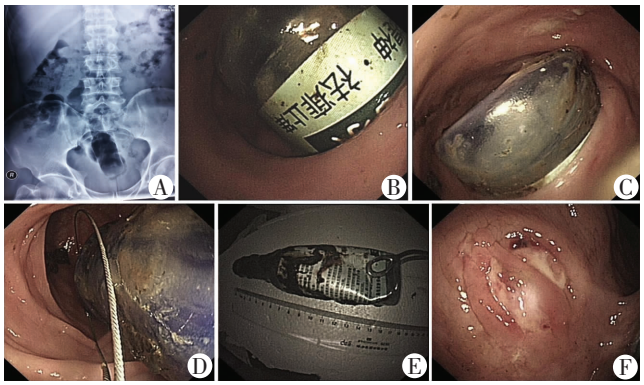
结肠镜引导下直肠巨大异物取出术 1 例

聂绪彪,彭　学,谯秋健,宋元鲲,李先来,柏健鹰,于　劲　(400037 重庆,第三军医大学新桥医院消化内科)

[**关键词**]　直肠异物;结肠镜
[**中图法分类号**]　R574.63　[**文献标志码**]　B

1　临床资料

患者,男性,49 岁,于 2013 年 8 月 24 日以“直肠异物 1 d”为主诉收入院。患者自诉 1 d 前因肛门瘙痒用花露水瓶摩擦肛门止痒,不慎意外滑倒臀部着地,将塑料花露水瓶插入直肠内,无法自行取出,在当地医院取异物未成功遂至本院。患者直肠内及下腹胀满不适,精神、饮食及睡眠欠佳,小便正常,肛门已排气但未排便。查体:神清,下腹部稍隆起,并可扪及一肿物,直肠指检未能触及异物,下腹轻微压痛感,无反跳痛及肌紧张。X 线腹部平片示:肠管少量积气,盆腔内可见一瓶状异物(图 1A)。全身静脉麻醉下,患者取左侧卧位,常规进镜,于直乙交界距肛门约 12 cm 处可见一瓶状异物嵌顿(图 1B),异物底部位于直乙交界处(图 1C),循异物边缘缓缓进镜,可见异物尖端位于乙状结肠内(图 1D),整个异物至右上斜向左下,取出过程中尝试用鼠齿异物钳夹取、针刀切割、单纯圈套器取出异物均失败,后改用卵圆钳在内镜引导下辅以圈套器夹住异物底部,边退镜边循肠腔缓缓向外拖拽异物,完整取出一长约 18 cm,直径约 4 cm 的塑料花露水瓶(图 1E)。再次进镜观察,见原嵌顿处局部溃疡形成,周围黏膜片状充血,未见穿孔(图 1F),密切观察患者无异常,1 d 后出院。



A:X 线片表现;B:异物镜下观;C:异物底部位于直乙交界处;D:异物尖端位于乙状结肠内;E:取出的异物大体观;F:异物取出后直肠镜下观

图 1　结肠镜引导辅以卵圆钳加圈套器经肛门取出异物过程观察

2　讨论

直肠异物的来源可分为 5 类:口源性异物、肛源性异物、外伤性异物、内源性异物、迁移性异物[1]。临床上常见的为肛源性异物,且多为性自慰所导致。Cohen 等[2]报道 11 年期间诊治

(下转 282 页)

[**通信作者**]　于　劲,E-mail:yujing124@126.com
[**优先出版**]　http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20131011.1728.007.html(2013-10-11)

数多,其远期疗效如何,有待进一步大样本的随机对照临床试验来证明。

参考文献:

[1] Oyama T, Tomori A, Hotta K, *et al*. Endoscopic submucosal dissection of early esophageal cancer[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2005, 7(Suppl 1): S67 - S70.

[2] 李岩, 徐宏伟, 陆喜荣, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗早期食管癌及癌前病变[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2012, 21(11): 1051 - 1053.

[3] 井上晴洋, 佐藤嘉高, 工藤進英. NBI 画像による咽頭・食道扁平上皮領域における内視鏡的異型度・内視鏡的深達度診断-IPCL パターン分類//田尻久雄. 特殊光による内視鏡アトテス一 NBI・AFI・IRI 診断の最前線[M]. 日本: 日本メテイカルセンター, 2006: 36 - 49.

[4] 李鹏, 张澍田. 早期食管癌的内镜诊断[J]. 中华消化内镜杂志, 2013, 30(1): 8 - 9.

[5] Parkin D M, Bray F, Ferlay J, *et al*. Global cancer statistics, 2002[J]. CA CancerJ Clin, 2005, 55(2): 74 - 108.

[6] 赫捷, 邵康. 中国食管癌流行病学现状、诊疗现状及未来对策[J]. 中国癌症杂志, 2011, 21(7): 501 - 504.

[7] 王国清. 食管癌高发现场早诊早治 30 年临床研究经验[J]. 中国医学科学院学报, 2001, 23(1): 69 - 72.

[8] Teoh A Y, Chiu P W, Yu-Ngo D K, *et al*. Outcomes of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection in management of superficial squamous esophageal neoplasms outside Japan[J]. J Clin Gastroenterol, 2010, 44(9): e190 - e194.

[9] 周平红, 姚礼庆. 消化内镜切除术[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2012: 156.

[10] Gotoda T, Kondo H, Ono H, *et al*. A new endoscopic mucosal resection procedure using an insulation-tipped electrosurgical knife for rectal flat lesions: report of two cases[J]. Gastrointest Endosc, 1999, 50(4): 560 - 563.

[11] 周平红, 姚礼庆, 马丽黎, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗食管早期癌及癌前病变[J]. 中华消化内镜杂志, 2008, 25(11): 570 - 573.

[12] 凌亭生, 程文芳, 林琳, 等. 内镜黏膜下剥离术治疗食管黏膜病变[J]. 南京医科大学学报: 自然科学版, 2011, 31(3): 431 - 433.

[13] Katada C, Muto M, Manabe T, *et al*. Esophageal stenosis after endoscopic mucosal resection of superficial esophageal lesions[J]. Gastrointest Endosc, 2003, 57(2): 165 - 169.

[14] Hanaoka N, Ishihara R, Takeuchi Y, *et al*. Intralesional steroid injection to prevent stricture after endoscopic submucosal dissection for esophageal cancer: a controlled prospective study[J]. Endoscopy, 2012, 44(11): 1007 - 1011.

[15] 小山恒男. 食管癌和胃癌的 ESD 策略与实践[M]. 刘正新, 刘雨桃, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 104.

[16] 内镜黏膜下剥离术专家协作组. 消化道黏膜病变内镜黏膜下剥离术治疗专家共识[J]. 中华胃肠外科杂志, 2012, 15(10): 1083 - 1086.

(**收稿**:2013-08-15;**修回**:2013-09-10)

(编辑 王 红)

(上接 273 页)

的 48 例结直肠异物,78% 与经直肠性刺激有关。临床上根据患者提供的资料可初步了解直肠异物的病因,通过耐心地反复询问,大多数患者仍愿意告知医生真相。

直肠异物的治疗首先应明确异物的类型、大小、种类、停留时间长短、异物所在位置及有无合并症等情况,再制定具体的治疗方案。一般较小及位置较浅的异物可自行排出,而较大、尖锐、时间较长、位置较深且合并穿孔等合并症的异物可采用外科手术治疗;不能自行排出且无合并症的异物我们可以在充分麻醉下经肛门取出。文献[3]报道,经充分镇静,60% ~75% 的结直肠异物可以经肛门取出;直肠异物经肛门取出通常采取局部浸润麻醉或骶管麻醉,用手法扩肛,然后采用指挖法、钳取法或在肛镜下取出异物。李凯等[4]报道的 21 例直肠异物均是采用上述方法。本例我们采用全身静脉麻醉下经结肠镜引导辅以卵圆钳加圈套器经肛门取出异物。直肠异物经结肠镜引导下取出应注意:①适应证的把握;②结肠镜引导下辅助器材的正确选择;③取出过程中钳取异物的力度、方向、内镜操作等技巧的熟练掌握;④术后再次进镜观察的必要性。本组病例资料只有 1 例,相关并发症尚不明确,该方法仍存在穿孔或穿孔后转外科继续治疗的风险。直肠异物经结肠镜引导下取出的优势:①准确地判断异物的类型、大小、深度及肠道有无穿孔、出血等合并症,为进一步取出异物提供合理的治疗方案。②位置相对较深的异物在结肠镜引导下可以有更好的视野,取出过程完全可视化,更好地把握异物取出的方向、力度,有效地避免异物损伤黏膜导致穿孔、出血等并发症,避免增加患者后续治疗的难度。③异物取出后再次进镜观察整个肠腔,可以更好地评估患者术后情况,为进一步治疗提供相应依据。

综上所述,直肠异物取出的方法选择尤为重要,不能自行排出且无合并症的异物除了传统的取出方法外,我们还可以在结肠镜引导下取出。本例患者取出过程顺利,术后反应良好,无并发症。我们也可以设想,一些质软、异物相对较小,但位置较深的异物是否仍可以通过结肠镜引导辅以圈套器等措施取出异物,从而达到微创治疗的目的。

参考文献:

[1] 张东铭. 盆底与肛门病学[M]. 贵阳: 贵州科学技术出版社, 2000: 500 - 501.

[2] Cohen J S, Sackier J M. Management of colorectal foreign bodies[J]. J R Coll Surg Edinb, 1996, 41(5): 312 - 315.

[3] Lake J P, Essani R, Petrone P, et al. Management of retained colorectal foreign bodies: predictors of operative intervention[J]. Dis Colon Rectum, 2004, 47(10): 1694 - 1698.

[4] 李凯, 朴慧权. 直肠异物 21 例发病原因及诊疗经验总结[J]. 中国医学工程, 2011, 19(10): 132.

(**收稿**:2013-09-03;**修回**:2013-09-22)

(编辑 王 红)