被认为是胫骨平台骨折复位满意的三要素[3]。特别是胫骨平台后侧粉碎性骨折,膝关节屈曲时平台后侧所受应力较为集中,单纯的拉力螺钉难以承受强大的剪切力,使用钢板固定可以提供充分的支撑作用,被认为是最佳选择[4]。由于胫骨平台有向后10°的后倾角特征,干骺端后侧移行区弯度较大,解剖轮廓不规则,又无相关的形态解剖学描述,既往没有符合其解剖特征的内固定物,而各种钢板难以精确塑形与骨折端贴附。许多骨科临床医师曾使用有限接触加压接骨板、重建钢板、T形钢板、小型T形钢板及三叶草钢板等适度预弯后进行支撑固定,其短期临床效果尚可,但远期疗效尚无定论[5]。为此选择一种适合胫骨平台后侧骨折的内固定物是提高其治疗效果的必要条件之一。

胫骨平台三柱固定系统采用外侧柱、内侧柱和后侧柱三柱固定理念设计,而本组患者均采用了后侧柱锁定板,与内外侧柱锁定板结合使用时,可对复杂胫骨平台骨折进行有效固定。后侧柱锁定钢板又分两型,Ⅰ型为普通型,Ⅱ型类似DHS的TSP板。我们在术中使用后发现其具有以下特点:①低切迹设计,可减少对软组织的激惹。本组手术患者无1例下肢深静脉血栓形成及切口感染和愈合不良。②解剖型设计,无需再对钢板塑形,能较好地与骨折端贴附,可对后柱塌陷型骨折进行有效支撑复位,固定牢固,可早期进行功能锻炼。本组单纯骨折者术后1 d即可开始非负重功能锻炼,而无1例内固定失效者。③胫骨平台骨折往往合并膝关节交叉韧带损伤。本组病例中合并后交叉韧带损伤者3例,此钢板特殊的后侧交叉韧带固定螺孔设计,便于术中同时修复后交叉韧带。

对于胫骨平台后侧柱骨折的治疗,我们的经验是:术前标准膝关节X线正侧位片、CT扫描、重建及MRI检查,明确骨折情况,有助于提出更有针对性的治疗方案;手术切口均采用后内侧入路,如合并外侧柱骨折,联合前外侧切口,便于骨折的解剖复位及钢板内固定;使用支撑钢板推压复位及植骨,可取得良好的骨折复位效果;骨折固定后常规对合并伤进行探查、修复,以免遗漏,导致膝关节功能障碍;术后能早期膝关节功能锻炼。

后侧柱锁定钢板治疗胫骨平台后方骨折具有固定有效、安置方便、临床效果好等优点,值得在临床推广使用。但对后侧柱锁定板与其他各种支撑钢板之间的生物力学的比较还有待进一步研究。

参考文献:

[1] 罗从风, 胡承方, 高洪, 等. 基于CT的胫骨平台骨折的三柱分型[J]. 中华创伤骨科杂志, 2009, 11(3): 201-205.
[2] Khan R M, Khan S H, Ahmad A J, *et al*. Tibial plateau fractures. A new classification scheme[J]. Clin Orthop Relat Res, 2000(375): 231-242.
[3] Veitch S W, Stroud R M, Toms A D. Compaction bone grafting in tibial plateau fracture fixation[J]. J Trauma, 2010, 68(4): 980-983.
[4] Hsieh C H, Huang H T, Liu P C, *et al*. Anterior approach for posteromedial tibial plateau fractures[J]. Kaohsiung J Med Sci, 2010, 26(3): 130-135.
[5] 罗从风, 姜锐, 曾炳芳. 应用微创内固定系统治疗胫骨近端骨折[J]. 中华创伤骨科杂志, 2005, 7(12): 1124-1127.

(**收稿**:2013-10-21;**修回**:2013-12-26)
(编辑 龙 亮)

文章编号:1000-5404(2014)07-0731-03

经验交流

腹腔镜全胃切除术后早期拔出胃管对患者恢复的影响

饶 芸,骆 群,李雪玲,徐 萍,赵 欣,刘 媛 (400038 重庆,第三军医大学西南医院全军普通外科中心,微创胃肠外科中心)

[**关键词**] 腹腔镜;全胃切除术;早期拔出胃管;术后不适
[**中图法分类号**] R472.91 [**文献标志码**] B

传统认为胃肠减压是腹部手术后减少误吸,促进胃肠道功能恢复,预防吻合口瘘发生的重要手段[1]。近年来,为了促进患者快速康复,提高患者的生活质量,有文献报道全胃切除术患者可以不置胃管,但尚存在争议[2-3]。本研究分析2011年11月至2012年11月我科行腹腔镜全胃切除患者的临床资料,探讨早期拔出胃管的安全性和可行性。

[**通信作者**] 饶 芸,E-mail:maggie_ry@aliyun.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20131121.1721.015.html(2013-11-21)

1 资料与方法

1.1 临床资料

纳入标准:①接受腹腔镜全胃切除术的胃癌患者;②年龄40~65岁;③消化道重建的吻合方式为Roux-Y。排除标准:①术前有幽门梗阻症状;②术前严重贫血(Hb<70 g/L);③过度肥胖或消瘦患者(BMI>28或BMI<18)。共纳入70例。随机分组标准:早期拔管组为术后麻醉清醒后12 h拔出胃管,共35例;对照组根据患者胃液引流量及是否排气拔出胃管,拔管时间为(3.2±1.5)d,共35例。2组患者的一般资料包括性别、年龄、体质指数、病理分期、根治程度、术中出血、术后12 h内胃液量,无统计学差异($P>0.05$),具有可比性(表1)。纳入对象签署知情同意书,研究通过医院伦理委员会批准。

表1 2组患者一般资料比较

组别	例数	性别		年龄(岁)	体质指数	病理分期				根治程度		术中出血(mL)	12 h胃液量(mL)
		男	女			Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	D2/D2+	D1/D1+		
早期拔管组	35	25	10	53.2±6.9	22.7±2.4	1	7	25	2	34	1	212.5±132.1	88.6±96.3
对照组	35	27	8	52.2±8.2	23.7±2.8	0	7	21	7	31	4	253.4±295.9	111.3±119.8
χ^2/t值		0.299		0.631	1.53	4.126				1.938		0.746	0.874
P值		0.584		0.53	0.131	0.248				0.164		0.458	0.385

1.2 方法

2组患者均在肛门排气后少量饮水,逐步过渡到流质、半流质饮食。拔出胃管后患者如出现恶心、呕吐及腹胀等不适症状后均先行保守治疗,如出现严重不适或有吻合口瘘等并发症时再行置胃管。本研究中2组患者均未重新置胃管,无严重并发症及围手术期死亡的发生。

1.3 评价指标

术后康复指标包括首次排气时间、首次下床活动时间、首次进流食时间、肠外营养时间和术后住院日;术后患者不适症状包括咽喉部不适、腹胀、心慌、呃逆、恶心呕吐;并发症包括肺部感染、吻合口瘘、伤口延迟愈合及其他感染。

1.4 统计学方法

采用SPSS 17.0统计软件,计量资料用$\bar{x}\pm s$表示,计数资料用构成比表示,分别采用t检验和χ^2检验。

2 结果

2.1 2组患者术后康复情况比较

2组患者术后首次排气时间、首次进流食时间和肠外营养天数的比较均无统计学差异($P>0.05$),早期拔管组术后平均住院日虽短于对照组,但无统计学差异($P>0.05$)。早期拔管组首次下床活动时间明显早于对照组($P<0.01$,表2)。

表2 2组患者术后康复情况的比较($n=35$, $\bar{x}\pm s$)

组别	首次排气时间(h)	首次进流食时间(h)	首次下床时间(h)	肠外营养时间(d)	术后住院日(d)
早期拔管组	78.6±18.6	71.8±8.9	65.5±5.1	5.0±0.9	9.6±1.4
对照组	81.5±21.0	72.2±10.3	71.0±5.2	5.1±0.8	10.2±2.0
t值	0.146	0.174	4.493	0.529	0.365
P值	0.703	0.863	<0.01	0.599	0.547

2.2 2组患者术后不适症状及并发症比较

2组患者术后腹胀、心慌、呃逆、恶心/呕吐的发生率之间差异无统计学意义($P>0.05$),但早期拔管组的咽部不适发生率明显低于对照组($P<0.05$),且总体不适发生率明显低于对照组($P<0.01$,表3)。2组患者并发症的指标评价结果差异无统计学意义($P>0.05$,表4)。

表3 2组患者术后不适症状的比较($n=35$)

组别	咽部不适		心慌		呃逆		腹胀		恶心/呕吐		总发生率(%)
	无	有	无	有	无	有	无	有	无	有	
早期拔管组	34	1	33	2	33	2	31	4	32	3	34.3
对照组	28	7	29	6	32	3	27	8	29	6	85.7
χ^2值	5.081		2.258		0.215		1.609		1.148		19.28
P值	0.024		0.133		0.643		0.205		0.284		<0.01

表4 2组患者术后并发症的比较($n=35$)

组别	肠梗阻		胃排空障碍		吻合口瘘		肺部感染		伤口愈合延迟		其他感染	
	有	无	有	无	有	无	有	无	有	无	有	无
早期拔管组	0	35	0	35	1	34	2	33	1	34	3	32
对照组	0	35	0	35	1	34	4	31	1	34	3	32
χ^2	0		0		0		0.729		0		0	
P值	1		1		1		0.393		1		1	

3 讨论

传统认为胃肠道手术后应行胃肠减压,避免吻合口瘘等并发症。Akbaba等[4]对全胃切除术食管空肠吻合术患者不安放鼻胃管减压,发现术后并发症发生率无明显差异,而咽部不适及肺部并发症明显减低。本组患者术后第1天胃液量为10~200 mL,而人体消化液的分泌总量为日均5 300~9 500 mL[5],全胃切除术后胃管引流出的消化液远远小于分泌总量。胃肠减压是术后早期出血的重要观察窗口,也是手术和麻醉恢复时减少误吸的主要干预手段,而术后早期出血往往发生在手术后12 h内,我们选择术后麻醉清醒12 h作为早期拔出胃管的时间,在确保安全时,最大限度减少了患者不适。

本研究中2组患者术后首次排气时间无显著差异,证明胃肠减压并不影响胃肠蠕动的恢复,但早期拔出胃管减轻了患者的不适,使下床活动时间提前,术后平均住院日缩短,虽无统计学差异,但显示了缩短趋势。本研究结果表明,早期拔出胃管明显减轻患者咽喉不适的发生率,符合相关研究[6]的结果。2组各有1例吻合口瘘,经保守治疗后好转。本中心研究[7]表明,腹腔镜胃手术并发症与术者手术经验、手术过程及患者的个体差异有关,与鼻胃管留置的时间无明显关系。Argov等[8]指出腹部手术后置胃肠减压者肺部感染比不置胃肠减压者高10倍,本研究中2组发生肺部感染的差异无统计学意义,可能与2组留置胃管的时间均在5 d之内有关。

本研究证实早期拔出胃管对全胃切除术患者是安全可行的,能显著改善患者术后的咽喉不适,降低术后不适的发生率,缩短患者术后平均住院日,降低医疗成本,加速患者的康复进程。但因为病种、病例数的限制,如有更多研究证明早期拔出胃管是安全可行的,对患者的快速、安全康复有更大的益处。

参考文献:

[1] Jottard K, Hoff C, Maessen J, *et al*. Life and death of the nasogastric tube in elective colonic surgery in the Netherlands[J]. Clin Nutr, 2009, 28(1): 26-28.

[2] 王国秀, 徐晓霞, 林娟. 临床护理路径在胃癌外科快速康复流程

中的应用[J]. 护理学杂志, 2009, 24(12): 26-28.
[3] 赵士琴, 何世银, 毛金花, 等. 胃癌全胃切除术后不置胃管的可行性和安全性研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(2): 297-298.
[4] Akbaba S, Kayaalp C, Savkilioglu M. Nasogastric decompression after total gastrectomy[J]. Hepatogastroenterology, 2004, 51(60): 1881-1885.
[5] 任晖, 季加孚, 杨新颖. 择期胃癌手术取消常规留置胃管的效果[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(3): 257-260.
[6] 黄玲娟, 杨飞英, 周秋丽. 胃癌全胃切除术后患者不行胃肠减压的效果观察[J]. 护理学报, 2010, 17(1A): 40-42.
[7] 余佩武, 唐波. 腹腔镜胃癌根治术常见并发症及中转开腹原因[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(9): 700-702.
[8] Argov S, Goldstein I, Barzilai A. Is routine use of the nasogastric tube justified in upper abdominal surgery? [J]. Am J Surg, 1980, 139(6): 849-850.

(**收稿**:2013-09-04;**修回**:2013-10-28)
(编辑 龙 亮)

文章编号:1000-5404(2014)07-0733-02

经验交流

120例输卵管妊娠保守性手术和药物保守治疗的生育结局分析

匡贵榕,杨 武,陈 丽 (561000 贵州 安顺,贵州省安顺市人民医院妇科)

[**关键词**] 输卵管妊娠;重复性输卵管妊娠;输卵管保守性手术;药物保守治疗;生育结局
[**中图法分类号**] R714.22 [**文献标志码**] B

近年来随着人们生活方式和生活水平的提高,异位妊娠发生率居高不下,其中输卵管妊娠是最常见的异位妊娠,占95%~98%[1]。由于年轻或未生育患者逐年增多,患病后的生育问题越来越受到人们的关注。输卵管妊娠可采用药物保守治疗,也可采用腹腔镜下输卵管保守性手术治疗[2]。为探讨何种治疗方式能更好地改善患者的生育结局,我们对以往病例资料进行了回顾性分析,并将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析安顺市人民医院妇科2009年1月至2013年1月收治未破裂的输卵管妊娠患者120例,年龄(27.5±3.8)岁,1年内有生育要求,无生育史,第1次输卵管妊娠,血β-HCG<3 000 U/L,输卵管妊娠包块直径≤3 cm,腹腔少量内出血,治疗时均无失血性休克,无盆腔手术史、盆腔结核病史,无子宫内膜异位症病史,无内科合并症史。其中,腹腔镜下输卵管保守性手术组和药物保守治疗组各60例,2组患者在年龄、流产史、妊娠时间等方面差异均无统计学意义,具有可比性。见表1。

表1 输卵管妊娠保守性手术和药物保守治疗前患者一般资料比较($n=60$)

组别	年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	流产史(次)	妊娠时间($\bar{x}\pm s$,d)	β-HCG($\bar{x}\pm s$,U/L)	输卵管妊娠包块直径($\bar{x}\pm s$,cm)
输卵管保守性手术组	28.35±3.56	1~3	40.5±3.4	2 346±115	2.92±0.87
药物保守治疗组	27.63±4.14	1~3	41.5±2.1	2 460±106	2.88±0.64

[**通信作者**] 匡贵榕,E-mail:1175574342@qq.com
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140224.1723.006.html(2014-02-24)

1.2 方法

腹腔镜下输卵管保守性手术组的治疗过程如下:进行腹腔镜下输卵管切开取胚术,沿输卵管纵轴切开妊娠部位1~1.5 cm,分离孕囊与输卵管壁,然后将孕囊胚胎及绒毛组织挤出,出血较多者局部点状电凝或者缝合止血,手术完成后在输卵管系膜内注入50 mg氨甲蝶呤(MTX),术中同时分离可见的盆腔粘连,恢复对侧输卵管的解剖,术后大量生理盐水冲洗盆腔,清理腹腔积血,减少术后粘连,术后4~7 d监测血液β-HCG。

药物保守治疗组采用以下方案:肌肉注射MTX,20 mg,1次/d,共5 d,同时口服米非司酮50 mg,每日2次,共5 d。停药后开始检测血液β-HCG,若停药后7 d β-HCG的下降小于15%,则重复使用MTX治疗。

1.3 观察指标及随访

2组疗效判定标准:保守性手术组术后连续监测血β-HCG迅速降至正常为治愈;药物保守组治愈标准是连续监测血β-HCG降至正常或接近正常,B超显示包块缩小或不继续增大,临床症状和体征消失;失败是保守治疗中血β-HCG不降反而上升,B超显示包块不缩小反而增大,且出现胎心搏动,出现急腹症而急诊手术。术后3个月均行输卵管碘油造影了解盆腔及输卵管通畅情况,指导妊娠,提高术后宫内妊娠率。随访2年了解术后宫内妊娠率、重复性输卵管妊娠率(重复性输卵管妊娠是指首次输卵管妊娠手术或药物保守治疗后,再次同侧或对侧输卵管妊娠)、继发不孕率。

1.4 统计学处理

采用SPSS 13.0统计软件对数据进行分析,计数资料采用χ^2检验,计量资料采用t检验。

2 结果

对于输卵管保守性手术治疗组,无论是患侧,还是健侧的输卵管通畅率均较药物保守治疗组高($P<0.05$),1年内宫内妊