维普资讯 http://www.cqvip.com

~2月以内恢复，子宫内膜修复时间较长。本组病例药流后均有不同程度出现下腹疼痛，坠胀，腰骶部酸痛，白带增多等感染症状，发生急性盆腔炎17例，慢性盆腔炎反复急性发作7例。

3 讨论

药流是患者为避免手术刮宫痛苦而选择的替代方法，但由于药流引起绒毛、蜕膜排出缓慢和子宫内膜修复障碍等均是药流后出血时间长，出血量多的原因[1]，由表1可见，药流病人阴道出血时间较长，使感染扩散，最易受累的就是双侧输卵管，引起粘连，通而不畅，甚至完全阻塞，导致宫外孕、不孕[2]。

输卵管阻塞导致不孕是继发性不孕症的主要原因之一[3]，阻塞多由生殖器官急、慢性炎症所引起，输卵管炎症的发生发展，引起输卵管卵巢解剖关系的改变，阻碍了输卵管拾卵和输送功能而导致不孕[4]。

多次宫腔操作后药流不全比例随之增大，人流术可引起子宫内膜的机械性损伤及术后可发生宫内膜炎，使再次妊娠后蜕膜发育不良，致胎盘粘连，人流次数越多，造成宫内膜损伤和感染的机会越多，导致胎盘粘连的可能性越大，药流时蜕膜不易彻底排出，造成药流不全，引起出血感染。故多次人流应慎重选择药物流产。

多数患者误认为药流时宫内膜损伤没有刮宫术大，故药流后可以不注意休息、营养、卫生、甚至不禁房事，本组病例流血时间长，均有不同程度感染，造成子宫复旧不良，更促使阴道流血时间长，加重感染。

药流药物来源不正规，本组病例38例来自药店购买（按规定药店禁止出售药物流产药），从而导致药流禁忌证症及适应证掌握不严，以及药流后的注意事项得不到正确指导，导致67例（占63%）阴道出血时间达半月以上。使其未到医院及时抗感染、止血、行清宫术等，导致感染引起输卵管阻塞不孕。

综上所述，临床上对疤痕子宫、多次人流、多次药流病人应慎重选用药物流产，严格规范药流药物用药渠道，以减少不孕症的发生。此外，药流病人应严密随访，及时采取手术清宫，果断止血防止感染。

［参考文献］

[1] 翁梨驹. 米非司酮在妇产科的临床应用[J]. 中华妇产科杂志, 1999, 34(5): 261-264.
[2] 金抗美, 林俊, 徐开红, 等. 输卵管妊娠患者生殖道巨细胞病毒和沙眼衣原体的测定[J]. 中华妇产科杂志, 2001, 36(10): 600-602.
[3] 韩筠, 林丽明. 腹膜输卵管内膜异位症一例[J]. 中华妇产科杂志, 1999, 34(10): 608.
[4] 陈士玲, 刑福祺, 宋兰林, 等. 经阴道输卵管插管行配子输卵管移植的临床初步研究[J]. 中华妇产科杂志, 1999, 34(1): 8-10.

（编辑：左艳芳）

·个案与短篇·

消化性溃疡致胃十二指肠瘘1例报告

匡毅
（重庆市肿瘤医院外科，重庆 400030）

［关键词］消化性溃疡；胃十二指肠瘘
［中图分类号］R656.62 ［文献标识码］B ［文章编号］1672-5042(2004)02-0109-01

近年来对消化性溃疡认识的深入，治疗方案更趋合理，胃十二指肠溃疡内科治疗疗效进一步提高。相应外科治疗手术指征也更趋严格。我科收治一例临床少见的消化性溃疡致胃十二指肠瘘，现报告如下。

1 临床资料

患者男性，69岁。因右中上腹痛伴恶心、呕吐15 d，于2003年4月7日入院。疼痛为持续性胀痛，与饮食、时间无明确关系。呕吐物为胃内容物，无返酸、嗳气。病后自购"胃病药"服用，无效。以往无类似发作。入院检查：营养稍差，慢性病容，痛苦貌。皮肤巩膜无黄染。浅表淋巴结无肿大。剑突下及右上腹压痛，上腹部可闻及振水声。胃镜检查诊断：①慢性浅表性胃炎；②十二指肠球部溃疡。钡餐检查诊断：①十二指肠球部溃疡，降段憩室；②囊袋状钡剂充盈区考虑憩室，或发育变异。入院后予甲氰咪呱、丽珠得乐治疗，拟行准备后手术治疗。入院后第三天，病员突然出现腹部剧烈疼痛及腹膜炎体征，穿刺抽出淡黄色混浊脓液，诊断溃疡穿孔，急诊手术。

开腹见腹内有大量混浊脓液，无食物残渣，十二指肠球部前壁有0.4 cm直径大小穿孔。缝合穿孔，吸净脓液，以0.1%新洁尔灭溶液及生理盐水冲洗吸净。探查发现胃窦部、十二指肠球部与胰头粘连、固定，胃窦部及十二指肠一、二段、肝十二指肠韧带高度水肿，右肾3 cm×4 cm大小囊肿。考虑病员为十二指肠穿透性溃疡且伴不全性幽门梗阻，仅作穿孔修补术后有再发生穿孔、出血及加重梗阻的可能，决定行胃大部切除术。先断胃，但无法游离十二指肠球部和近幽门处胃后壁，以Bancroft法剥

（下转121页）

［收稿日期］2004-01-19 ［修回日期］2004-03-12

维普资讯 http://www.cqvip.com

床医学教学要求学生开放式的吸纳知识，特别是要在课堂之外、在各项活动中学习知识、锻炼技能。减少课堂上课时间，增加课外学习和活动时间是临床医学教学改革的方向。要让学生有更多的时间参与各项实验、实习，接触更多的学习对象，得到更多的锻炼机会。

2 多媒体教学的特点

2.1 多媒体的时空性

多媒体计算机技术具有将信息处理范围空间扩展的能力，可以极大地丰富信息的表现力和增强动态效果，能把许多抽象难懂的内容变得生动有趣，把复杂的事物简化，把时间过程缩短或拉长，把空间距离变近或变远，可以在操作中任意地暂停重放、放大扩展。

2.2 多媒体的集成性

多媒体在信息传递方面具有良好的集成性，能把多种信息的不同表现形式通过声音、图形、动画、视频、文本同时展示于学生面前，可较好地启发学生的形象思维和逻辑思维能力，由于其丰富的表现力和吸引力，创造出最佳的学习环境

2.3 多媒体的交互性

多媒体具有人机交互的用户界面，这是多媒体教学的一个显著的特点。首先，通过交互式的操作学习，学生可以主动地介入到教学活动中来，变过去单向被动的接受学习为双向主动的学习，充分调动学习的主动性、自主性及思维活动[2]。

3 多媒体技术应用于临床医学教学的主要作用

3.1 形式新颖

多媒体技术给课程和教材内容的设计带来了新观点、新办法、新技术，为教学提供了新环境和新的工作平台。多媒体计算机展现出的教学内容是文字、声音、图像、影像、动画，以及计算机大量存储带来的丰富多彩的相关信息，这种崭新的教学手段给学生以全新的感觉，有很高的实用价值。

3.2 实现教学模式转变

多媒体计算机教学，改变了学生对教师的依赖性，学生可根据自己的学习兴趣、学习基础自主选择阅读教学软件的某一个部分，而且学习的时间、进度等都可以自己掌握，对难以理解的内容和环节可反复多次播放，现场反馈。在虚拟环境中不必冒任何医疗事故的风险，就可反复实习病房中的各种实际操作，这样就大大缩小了课堂教学与临床教学的距离，从而减少了在实习中的被动性、盲目性，提高实习效果。

3.3 远程教学实现教育资源共享

利用现代网络技术，可以实现教育资源共享，为现代临床医学教学提供更加丰富的学习资源；计算机网络已成为现代社会极为重要的教育媒体，通过网络，可随时查询医学文献信息、国内外医学发展新动态和最新科研成果[3]。这样，使我们在临床医学教学中实现了教育资源共享。

[参考文献]

[1] 叶协杰. 现代信息技术对我国高等医学教育发展的影响[J]. 现代情报, 2002, 8: 165 - 166.
[2] 梁 英. 浅谈多媒体技术在医学教学中的应用[J]. 山西医科大学学报(基础医学教育版), 2003, 5(1): 80 - 81.
[3] 王斌全, 徐计秀, 晋建华. 谈多媒体技术在临床医学教育中的作用[J]. 山西医科大学学报(基础医学教育版), 2003, 5(1): 73 - 74.

(编辑：邱全光)

(上接109页)

离胃窦粘膜至十二指肠球部溃疡边缘，剥离过程中发现在幽门管处一溃疡向后上方穿出胃壁形成隧道进入十二指肠，成为胃十二指肠瘘。以Bancroft法剥除胃粘膜后仍无法关闭十二指肠残端。单纯采用Nissen法则球部前壁又有穿孔且肠壁水肿严重，无法解决胃十二指肠瘘。因此，剖开隧道，以Nissen法并利用Bancroft法剥离的胃壁浆肌片关闭残端。为防止其发生残端瘘再作十二指肠残端造瘘经右上腹引出，结束手术。

2 结果

结合术前检查及术中发现，认为该病例系胃十二指肠复合性溃疡，溃疡已穿透胃壁、肠壁，在二者之间形成胃十二指肠瘘。术后病理报告：切除标本符合溃疡改变。术后病员在抗炎治疗和营养支持治疗下顺利康复，半月后拔去十二指肠造瘘管痊愈出院。

3 讨论

本病例缺乏典型溃疡病病史而出现溃疡穿孔，临床此种情况并非少见。胃十二指肠复合性溃疡也非少见，但在缺乏病史的情况下存在胃十二指肠复合性溃疡且溃疡间形成内瘘则十分少见。术后追问病史得知，病员常有上腹不适或隐痛，多在当地乡村医生处服用"胃病药"缓解而未作进一步检查确诊。因此，提示在上腹不适、疼痛、怀疑溃疡时应进一步检查确诊，内科服药治疗一定要正规、足量，以免掩盖或延误病情。

类似幽门不全梗阻病员合并穿孔时应尽量以手术方式解决问题，而手术仅作修补是不合适的。因为仅行修补不能解决幽门狭窄，如术后溃疡再活动则可导致幽门狭窄进一步加重，或穿孔甚至大出血。而术中处理时因局部解剖改变，粘连严重切忌粗暴分离、大针缝扎，以免损伤邻近的胆管、胰管或引起出血致手术更加困难。此种情况下手术决不强求切除溃疡，宜采用灵活方式旷置溃疡，并尽可能利用胃壁浆肌瓣、十二指肠前壁相对柔软组织关闭十二指肠残端。此时进行的残端封闭，因局部组织健康状况差，残端瘘的发生机率增加，所以同时作十二指肠造瘘实属必要，此法是避免残端瘘的有效、可靠方法，不可忽视。至于内瘘的瘘管只需将其剖开充分引流即可，剖开时注意勿损伤胆管或其他相邻重要结构。术后的营养支持治疗也应重视，以促使病员早日康复

(编辑：余汇洋)