本例患者各项炎性指标正常，有发生动脉硬化的基础，如高脂血症、吸烟等，故其病因主要考虑为动脉粥样硬化。发生锁骨下动脉粥样硬化症时，患者主要表现为锁骨下动脉盗血综合征和间隙性上肢活动功能受限，有发生脑卒中和狭窄侧肢体远端严重缺血甚至坏疽的危险。经胸外科手术治疗锁骨下动脉狭窄是一种有效的方法，但其并发症发生率高达 23% ~25%，死亡率达 8%，且存在较严重的手术创伤[1]。自 1993 年开始，有文献报道了锁骨下动脉血管内支架治疗的方法，该方法比外科手术危险性小、禁忌证少，治疗成功率达 73% ~100%，并发症发生率为 0 ~10%，无死亡病例报告[2-3]。目前所报道的患者均为经 PTA 和支架植入后，其狭窄段远端血供立即恢复。从本例患者的病史可发现，患者肱动脉远端可能为慢性闭塞性病变，其侧支循环可能已于长期缺血状态中建立，锁骨下动脉病变为近期病变，因而对两处闭塞段均植入支架，在开通锁骨下动脉及腋动脉段后，其肱动脉远段并未完全开通，再辅以药物治疗，结果患者在术后第 6 天恢复正常。随访 1 个月，患肢在休息和轻度活动状态下无不适，但在重体力活动时仍有缺血症状。近、远期的治疗效果证实了我们术中的判断，也为此类病变的治疗提供了新的思路。本文认为患者术后的强化抗凝、调脂和改善微循环处理也十分重要。本例患者先后使用了欣维宁、低分子肝素、波立维、拜阿司匹林抗凝，同时采用舒降之调脂，凯时和地巴唑片改善微循环，并要求低脂饮食、戒烟，以减少发生动脉粥样硬化的危险性。

[参考文献]

[1] De Vries JP, Jager LC, Van den Berg JC, et al. Durability of percutaneous transluminal angioplasty for obstructive lesions of proximal subclavian artery: long-term results[J]. J Vasc Surg, 2005,41(1):19 -23.

[2] 肖兴丽，孙 刚，靖立新. 锁骨下动脉狭窄经皮血管腔内成形术及支架植入术的临床研究[J]. 黑龙江医学，2008,32(9):651 -653.

[3] 柯 伟，李文澜，邓小容，等. 锁骨下动脉闭塞支架植入术[J]. 国际神经病学神经外科学杂志，2008,35(2):115 -117.

（编辑：雷 艳）

32 例异位妊娠腹腔镜手术治疗体会

王新颖 （鞍山市第三医院妇产科，辽宁 鞍山 114031）

[关键词] 异位妊娠；腹腔镜；手术治疗

[中图分类号] R714.22 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)02-0152-02

异位妊娠是妇科的常见病，随着人们生活水平和健康意识的提高，该病大多能够得以早期诊断和治疗。自 2005 年 1 月以来，我们对 32 例异位妊娠采用腹腔镜手术，均获满意疗效。现结合病例分析将手术治疗体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 32 例病例来源于本院妇产科，年龄最小 21 岁，最大 35 岁，未婚 5 例，已婚 27 例，平均住院日 4 d。异位妊娠部位为输卵管壶腹部 17 例(53.1%)，峡部 8 例(25.0%)，伞部 5 例(15.6%)，卵巢 2 例(6.3%)。腹腔内出血 200 ~500 mL 不等。

1.2 手术方法

术前检查血常规、凝血二项和心电图等排除心血管等疾病，置导尿管。麻醉：气管插管全麻。体位：仰卧位，臀部抬高 20°。切口：脐下方弧形小切口 1 cm 长，将气腹针穿刺后充 CO_2 气体 2 ~3 L；左右两侧麦氏点各做一长约 1 cm 的小口，分别放入管套式锉卡，内置摄像和手术器械。提起妊娠处输卵管切开取胎，吸净绒毛，电凝止血。生理盐水冲洗腹腔，吸净，术毕。

2 结果

本组中 30 例均在腹腔镜下完成手术。术后 6 h 拔出导尿管，心电监测 24 h，静脉滴注抗菌素 3 d，病人进食及离床活动正常，无并发症发生。另 2 例因卵巢出血较多，术中转开腹手术，术后恢复顺利。本组病例全部治愈出院。

3 讨论

近年来，由于微创手术的日益发展，腹腔镜技术已被广泛应用于临床外科和妇科对腹部各种疾病的治疗。异位妊娠常发生在一侧的输卵管，采用腹腔镜手术取胎、行输卵管切除或修补术比开腹手术更具有手术简单、损伤小、出血少、时间短、术后恢复快、病人疼痛轻、腹壁疤痕小的特点，因此很容易得到患者和家属的认可，并迅速推广运用。从本组资料看，术后无并发症，平均住院仅 4 d，已充分说明了这一点。本文认为，采用腹腔镜手术，由于手术视野清晰，不仅对病变部位显露好，还可以探查其他脏器有无病变，如盆腔炎、阑尾炎等。对于年轻未育或有再生育要求的患者，还可在腹腔镜直视下对病侧输卵管局部注药，保留输卵管的完整以增加受孕机会。值得一提的是，对术中出血较多或采用腹腔镜治疗存在一定困难，术者感到无把握完成手术时，应及时果断中转开腹。本组 2 例卵巢妊娠破裂出血较多，腹腔镜止血效果不佳，由于及时中转开腹，病人仍得到治愈。所以适时中转开腹手术不应视为腹腔镜手术的失败，相反却是降低腹腔镜手术并发症的关键。掌握好腹腔镜手术的的适应证和中转开腹手术的时机，合理使用器械，加强围手术期的管理与护理等，是保证手术成功的重要环节。

[收稿日期] 2009-12-07 [修回日期] 2010-01-03

[参考文献]
[1] 张清亮. 腹腔镜胆囊切除术处理复杂困难胆囊的临床分析[J]. 局解手术学杂志,2007,16(2):81.
[2] 何 丽. 腹腔镜胆囊切除术复杂情况分析与手术技巧[J]. 局解手术学杂志,2008,17(5):321.
[3] 李 刚,郭 旭,万拥军. 困难型腹腔镜胆囊切除术98例分析[J]. 江西医药,2009,44(3):46-48.

(编辑:侯晓宇)

64例上消化道出血的诊治体会

陈 波 (鞍山市双山医院消化内科,辽宁 鞍山 114032)

[关键词] 消化道出血;诊断;治疗
[中图分类号] R573.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2010)02-0153-01

上消化道出血是临床较常见的急症之一,约占内科住院病人的2%~3%。为探求上消化道出血的规律,以便更好地预防、治疗上消化道出血,从而降低其发生率[1]。本文对我院消化内科自2005年1月至2009年8月收治的64例病例进行回顾性分析,现将诊治体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者64例中,其中男48例,女36例,年龄24~76岁,平均住院11.5 d。胃溃疡出血24例(占37.5%);胃癌出血10例(占15.6%);胃壁息肉出血3例(占4.7%);肝硬化食管胃底静脉曲张出血14例(占21.9%);胆道出血4例(占6.3%);十二指肠溃疡出血9例(占14.0%)。24 h出血量达500~1 000 mL以上,并出现不同程度的失血性休克。

1.2 治疗方法

45例经内科保守治疗。主要方法有输血、输液抗休克,其中采用药物综合治疗21例;三腔二囊管压迫止血9例;电子胃镜下止血或喷注高价铁等止血后又转回配合药物治疗15例。选择性胃小动脉栓塞介入治疗5例。14例因保守治疗无效急转外科手术,主要术式为食管胃底静脉断流术、胃大部切除术等。

2 结果

本组病例经上所述3种不同方法救治,除2例死于多脏器功能衰竭外,其余均治愈出院,总治愈率达97.6%。

3 讨论

上消化道出血是消化内科较常见的急症之一,主要病因是胃癌、胃十二指肠溃疡和肝硬化门静脉高压症并发,其次发生于胆道出血和其它上消化道疾病。临床表现为急性大呕血和因过度失血而发生的休克症状,因此对其诊断并不困难[2]。关键是如何正确诊断出血的病因、性质和部位,正确估计出血的量和速度,选择合适的治疗方法。

内科保守治疗适合于出血部位广泛但又不能立即发现出血部位和病因的初步治疗。本组有45例(占70.3%)经内科保守治疗,对已发生休克者应积极采取输血、输液,加大吸氧,严密观察生命体征和出血量。在止血用药方面除给H_2受体拮抗剂外,采用奥曲肽静脉注射有显著止血效果。该药具有收缩心脏血管,减少胃肠血流,降低胃酸,抑制胃泌素的分泌,促进血小板凝集,加强血块收缩的作用。具体用法是首次静脉注射100 μg,然后每小时以25 μg持续性静脉点滴72 h,一般在用药48 h便能显效。在治疗中,如发现病人继续呕血、便血、脉搏加快、血压下降,红细胞压积和血红蛋白降低,估计失血量每小时大于100 mL时,应及时转外科手术治疗为宜。本组5例经选择性动脉栓塞介入治疗,14例经外科手术治疗,发现均为胃较大的动脉出血(如胃小弯侧恶性肿瘤侵犯胃左动脉并发大出血),因此要求内科医生在对上消化道出血的保守治疗中保持高度的警惕性,避免延误介入治疗或手术时机。

上消化道出血是可以预防的,主要是通过电子胃镜检查,发现有幽门螺杆菌感染者应给予积极治疗。对于门脉高压症,预先治疗好食管下端胃底的静脉曲张同时对诱发胃溃疡的诸多因素进行遏制,这样对上消化道出血均有一定预防意义[3]。

[参考文献]
[1] 田新社. 急性上消化道出血428例临床分析[J]. 实用全科医学杂志,2006,4(6):667-668.
[2] 杜吉义,李家辉. 胃肠大出血综合处理80例分析[J]. 贵阳医学院学报,2005,30(3):254-255.
[3] 娄晓光,孟庆国,董智宇. 31例高龄上消化道出血的病因及临床特点分析[J]. 局解手术学杂志,2008,17(6):405.

(编辑:何泓睿)

[收稿日期] 2009-10-28 [修回日期] 2009-12-01

《局解手术学杂志》投稿电子信箱:jjssxzz@yahoo.com.cn