DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.15.034

症状性心肌缺血比较，有极显著差异($\chi^2=18.045\ 291$，$P<0.01$)。

3 讨论

冠脉造影是诊断冠心病的有用方法，它既是诊断冠心病的“金标准”，也是血管再通术(冠脉介入治疗和搭桥术)手术前最基本的检查手段，有助于选择冠心病治疗的最佳方案。本组80例临床冠心病患者冠脉造影检查的阳性率为56.25%，其中心肌梗死患者的阳性率达到100%，典型心绞痛者阳性率也高，而不典型心绞痛和无症状心肌缺血者阳性率较低。本研究显示单纯的心律失常(如频发室早、房早、短暂室上速或非持续性室速)而无确切的缺血性心电图改变或典型心绞痛者，冠脉造影阳性率低。结果提示患者的临床症状对冠心病的诊断具有重要作用，单纯的室性或房性心律失常、不典型心绞痛或无症状性心肌缺血者冠心病的可能性较小，而典型心绞痛者冠心病的可能性大，与以前的报道结果相似[1,2]。本研究进一步显示常规或动态心电图ST段改变<0.2 mV者，冠状动脉造影的阳性率低，而≥ 0.2 mV者冠状动脉造影阳性率较高，ST段压低或抬高幅度≥ 0.3 mV者均存在明显的冠脉狭窄，提示心电图改变幅度也对冠心病的诊断具有重要作用。

冠脉造影术已在多种级别的医院广泛开展，而多种无创性诊疗技术，如常规心电图、动态心电图、活动平板、心肌核素扫描等，诊断冠心病的敏感性高而特异性低、假阳性高而准确性差[3,4]。也就是说，无创检查阴性预测价值更大，阳性预测价值更小，容易把许多不是冠心病的患者误诊为冠心病。对症状不典型、无症状或单纯的心律失常(尤其是女性)患者而心电图缺血性ST段改变幅度较小者，进行冠脉造影的目的是排除冠心病诊断，避免因误诊造成的大量医疗资源的浪费增加以及社会和患者的经济负担[3]。但是对于典型心绞痛或心肌梗死及明显缺血性ST-T患者，行冠脉造影的目的是指导治疗和估计预后，以尽快了解冠脉的形态学诊断及其他血液动力学变化的特点，冠脉病变远端血管的自然性质[5]、以及心室的舒缩功能，以决定冠脉再通的手术方式(介入治疗或搭桥术?)，有助于降低冠心病患者死亡率、改善长期预后。

总之，结合常规或动态心电图的ST-T改变以及临床症状，对怀疑冠心病的患者实施冠脉造影术，可大大提高对冠心病的诊断水平，并针对性地决定切实有效的治疗方案，给患者带来福音。

关键词：冠脉造影术；心电图；冠心病
中图法分类号：R543.304 文献标识码：B

参考文献：

[1] 舒茂琴，何国祥，宋治远，等. 初发型及稳定型心绞痛和急性心梗患者冠脉病变的变化[J]. 心肺血管病杂志，1997，16(2)：200—202.
[2] 舒茂琴，何国祥，宋治远，等. 女性冠心病患者临床和冠状动脉病变的特点[J]. 中国循环杂志，1998，13(5)：274—276.
[3] 吴博贤，张桂琴. 急性下壁心肌梗死时心电图与冠脉造影对比分析[J]. 临床心电学杂志，2001，10(2)：100—101.
[4] 吕 田，伊 佳. 活动平板心电图与冠脉造影对照研究[J]. 医师进修杂志，1999，22(10)：12—14.
[5] 张维君，姜腾勇. 心导管学[M]. 北京：人民卫生出版社，1997. 420.

(编辑 薛国文)

文章编号：1000-5404(2004)15-1413-02

经验交流

自膨式金属支架治疗良性残胃空肠吻合口重度狭窄

Treatment of severe benign stenosis of gastrojejunostomy by self-expandable metal stent

赵晓晏[1]，李宜辉[1]，张朋彬[1]，杨天德[2]，邹利光[3]，王 雷[1]，柏建鹰[1] (第三军医大学新桥医院：[1]消化内科，[2]麻醉科，[3]放射科，重庆 400037)

我科自2000年1月以来已成功地对晚期食管癌及食管癌合并气管食管瘘自膨式金属支架置入术40余例次，均取得良好的姑息治疗效果[1,2]。近日我们利用自膨式金属支架治疗1例良性残胃空肠吻合口重度狭窄患者，报告如下。

作者简介：赵晓晏(1962—)，男，河北省内丘县人，博士，主任医师，教授，主要从事消化道疾病的诊治和内镜治疗学方面的研究，发表论文40余篇。电话：(023)68755604
通信作者：李宜辉，电话：(023)68755604
收稿日期：2003-07-11；修回日期：2003-10-08

1 临床资料

1.1 临床病例

患者男性，36岁。于2000年5月在院外确诊为“胃窦癌”行胃大部切除术及Billroth Ⅱ式胃空肠吻合术。术后诊断“低分化胃窦癌并腹膜转移”，术后坚持2年全身化疗及腹腔灌注化疗，临床评估为完全缓解。患者因上腹灼痛、频繁恶心呕吐及进行性消瘦于2002年11月15日入住我科，院内、外上消化道钡餐提示“残胃-空肠吻合口明显狭窄”，胃镜提示“慢性残胃-吻合口炎并狭窄”，但Olympus GIF-XQ240及Fujinon EG-410HR胃镜

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

可挤过吻合口(胃镜直径< 9.3 mm),病理诊断提示"慢性浅表性胃炎(重度)",其它影像学、肿瘤标志及生化检查无特殊发现。入院前后经过抑酸、保护胃粘膜、促胃动力及静脉补充营养等对症支持治疗,症状未见缓解并进行性加重导致进水出现呕吐,体质量10 d内下降4 kg。

1.2 器械

Wallstent(r)肠道支架(简称支架,Microvasive(r),美国),规格600 mm× 200 mm,Fujinon EG410HR电子胃镜,ERCP造影管、超硬黄斑马导丝,Digitexα(岛津、日本)。

1.3 治疗方法

1.3.1 术前准备 术前置入胃管,生理盐水100 ml+地塞米松5 mg,胃管内注入,保留20 min抽出,4次/d× 2 d。术前在心电和血氧饱和度监护下,静脉推注654-2 20 mg,丙泊芬20 ml+芬太尼0.1 mg混合,先注射6 ml至患者安眠后缓慢推注维持直至操作完毕。

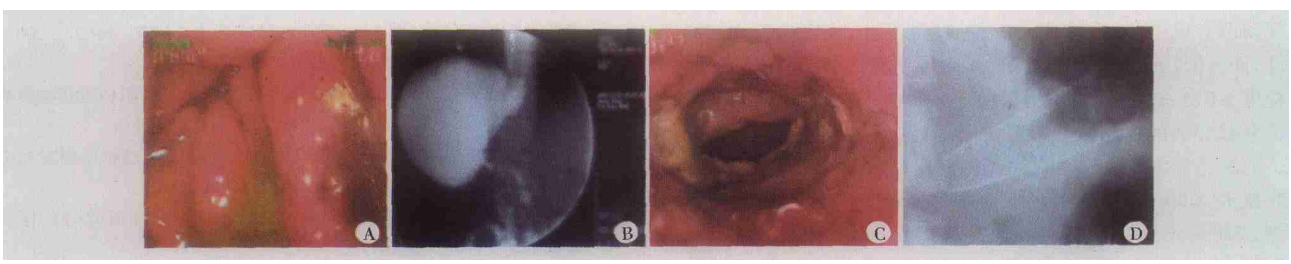
1.3.2 内窥镜下支架置入 常规进镜至残胃后,尽量吸去残存胃液后再次观察残胃情况,用电子胃镜前端挤过吻合口狭窄部,插入ERCP造影管,先注入泛影葡胺5 ml,观察输入及输出襻,需反复多次注射确定为输出襻,显示输出襻无异常、输出襻无梗阻后,插入超硬黄斑马导丝于空肠远端,退出胃镜,沿导丝插入支架及其套管,然后再送入胃镜,计算支架放置位置后直视下释放支架,胃镜观察未见出血并可见胃液通过支架后退出支架套管和胃镜,稀钡观察支架位置和通畅情况。

1.3.3 术后处理 术后常规嘱稀薄流质,止痛,静脉抗生素应用及对症支持治疗。

2 结果

2.1 支架置入过程及结果

支架安置前后电子胃镜及X线下表现,见图1。



A:术前电子胃镜表现;B:术前X线下表现;C:术后电子胃镜表现;D:术后X线下表现

图1 支架安置前后电子胃镜及X线下表现

2.2 支架置入后效果

支架置入后患者呕吐即消失,逐日增加经口全营养流质饮食,术毕及术后7 d X线提示支架开放良好,无移位,术后12 d体质量增加4.5 kg后出院。

2.3 术中及术后并发症处理

2.3.1 休克 患者在第1次拟放置支架寻腔及确定输入及输入襻时出现休克,表现血压下降(70/40 mmHg)、脉搏细速(106次/min)、浅昏迷、全身皮肤湿冷。临床诊断考虑在严重营养不良条件下合并低血糖反应,终止支架放置,快速补液、血管活性药物、吸氧等综合治疗,30 min后意识恢复、血压升至100/70 mmHg后平车推回病房,择期放置支架。

2.3.2 腹痛 患者于支架放置后第2天自行进油腻饮食后出现中上腹剧烈腹痛并恶心、呕吐并伴有上腹压痛,阵发性加重,解痉治疗效果不明显,立位腹部平片、肝胆胰B超、血常规及血尿淀粉酶均正常,予以禁食和强痛定等治疗,症状2 d内缓解,恢复经口饮食。腹痛的原因考虑为油腻饮食、支架膨胀和支架刺激导致输入襻痉挛所致。

2.3.3 黄疸 患者于支架置入后第6天突然出现肉眼黄疸,肝功提示T-Bil 67 mmol/L,D-Bil 43 mmol/L,ALT 68 IU/L,B超提示胆汁淤积、胆总管及左右肝管轻度扩张,胰管轻度扩张;黄疸原因不明,考虑长期禁食后再进食导致胆汁和胰液分泌使十二指肠乳头相对狭窄或药物性肝损伤的可能,经保肝、利胆后黄疸逐渐消退,B超复查胆总管恢复正常。

3 讨论

上消化道狭窄、闭塞可导致吞咽困难、呕吐,最终引起饥饿,甚至死亡。治疗方法很多:①目前国内手术切除仍然是首选治疗方法,但约40%~50%患者由于诸多原因不宜进行治疗性切除,尤其是部分上消化道恶性肿瘤;②机械性扩张如Savary-Gilliard扩张及球囊扩张,但多用于食管或食管吻合口狭窄有短期效果;③微波、射频等物理治疗虽也有一定的疗效,但是风险性也较大,而且作用尚未得到肯定;④记忆合金消化道支架的临床应用因其应用方便、疗效肯定,目前在临床上已广泛使用。既往认为记忆合金支架适用于晚期肿瘤患者,近年来由于内镜技术的进步,实现了支架可收、可调,逐步对良性梗阻进行支架释放置入。目前金属支架主要带膜和非带膜支架,但无论那类,均存在支架游走、穿孔、出血、反流等并发症。带膜支架长时间在体内也会发生破膜及肿瘤或肉芽组织向腔内生长,抗反流支架同样也会出现抗反流膜损坏而失去抗反流作用[3,4]。

本例患者使用胃空肠支架置入,尽管在临床上取得了一定的疗效,但在支架放置的技术上仍存在一定问题:①Wallstent金

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

属支架及其释放器套装较硬，插入残胃-空肠端较困难，这些问题将由更柔软的金属材料和释放器来解决；②其支架放置于残胃-空肠狭窄区长时间是否会影响十二指肠残端分泌物和胆汁排空？这一问题有待进一步研究。

关键词：自膨式金属支架；良性残胃空肠吻合重度狭窄
中图法分类号：R656.61 文献标识码：B

参考文献：

[1] 赵晓晏，达四平，张朋彬，等. 自膨式医用金属支架治疗晚期食管癌吞咽困难及气管食管瘘[J]. 重庆医学，2002，31(7)：625－626.
[2] 达四平，赵晓晏，张朋彬，等. 镍钛合金支架置入术治疗食管狭窄49例分析[J]. 第三军医大学学报，2002，24(5)：608－610.
[3] Profili S, Meloni G B, Bifulco V, *et al*. Self-expandable metal stents in the treatment of antro-pyloric and/or duodenal strictures[J]. Acta Radiol, 2001, 42(2): 176－180.
[4] Razzaq R, Laasch H U, England R, *et al*. Expandable metal stents for the palliation of malignant gastroduodenal obstruction[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2001, 24(5): 313－318.

（编辑 薛国文）

文章编号：1000-5404(2004)15-1415-02

经验交流

胸腹多发伤 150 例诊治分析

Analysis of the diagnosis and management of multiple thoraco-abdominal injuries in 150 cases

余 正[1]，陈 力[2]，杨 强[1]，沈学远[2]，周四海[1]（重庆市第二人民医院：[1] 普通外科，[2] 胸心外科，重庆 402160）

胸腹多发伤（本组包括胸腹联合伤）是严重、危急、复杂外伤，病情发展迅速，失血量大，病死率高，如何尽快的阻断休克进程是诊治的关键，我院自 1993－2003 年共抢救、手术治疗 150 例胸腹多发伤，现将诊治分析报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组 150 例，男 126 例，女 24 例，年龄 11～75 岁，平均 31.3 岁，30～40 岁 96 例，占 64%。其中车祸伤 101 例，刀刺伤 14 例，坠落伤 30 例，其它原因受伤 5 例，损伤严重度评分（ISS）均＞15，平均 28.93。胸部伤：肋骨骨折 147 例，血、气胸、血气胸共 134 例，肺挫、裂伤 29 例，心脏挫、裂伤 13 例，肺静脉损伤 1 例，支气管断裂 2 例，膈肌损伤 23 例。腹部伤：肝破裂 37 例，脾破裂 65 裂，肾挫裂伤 30 例，胰腺损伤 9 例，胃肠破裂 15 例，腹腔内血管损伤 4 例。合并其它骨折 68 例。颅脑伤 34 例。

1.2 临床表现

入院时休克 112 例（收缩压平均＜12 kPa），昏迷 21 例，胸痛 129 例，有肋骨骨折征 143 例，皮下气肿 59 例，呼吸音减弱或消失 133 例，心音低钝，颈静脉扩张 4 例。腹痛、腹胀及腹膜刺激征阳性 122 例，全组均行胸、腹腔诊断性穿刺，胸腔 127 例阳性，腹腔 133 例阳性。全组最多失血 4 500 ml，最少失血 150 ml，平均失血量 1 250 ml（合计胸腔闭式引流量及术后估计胸腹腔积血量，其它出血量未计入内）。

2 结果

胸腔闭式引流 141 例，剖胸手术 27 例，其中肺修补 14 例，心脏修补 5 例，肋间动脉结扎止血 5 例，肺静脉修补 1 例，支气管吻合 2 例。剖腹手术 119 例，其中肝修补 33 例，肝破裂大网膜加纱布块填塞止血 4 例，脾修补 16 例，脾切除 49 例，胃肠修补 15 例，胰腺部分切除 3 例，血管修补 2 例。胸腹联合切开 6 例。全组治愈 138 例，治愈率 92%，死亡 12 例，死亡率 8%，手术中或术后 24 h 内死于严重失血性休克 8 例，4 例死亡于 MOF，最长于术后 9 d 死亡。

3 讨论

3.1 急救

积极有效的急救是抢救病人生命，赢得手术时机的关键。在急救中应注意以下几点：①对有严重胸伤并呼吸困难的病人立即行气管插管呼吸机辅助呼吸，除有效改善低氧血症外，可缩短手术麻醉时间；②及时建立多静脉通道补充血容量，但高度怀疑心脏损伤的病人，快速大量补充血容量有导致心衰的可能；③对胸腹部有创口者应及时封闭，待有条件时再清创处理，伴有张力性气胸和中量以上血胸者应行胸腔闭式引流，并严密观察引流情况；④全面查体，充分估计病情；⑤处于濒死状态的病人应考虑大血管、心脏裂伤的可能，应就地或在急诊室创造条件，立即剖胸修补止血，诊断上不必过分强调其它辅助检查，也不必过分强调无菌术[1]。本组 5 例合并心脏刀刺伤病人来院直接送入手术室剖胸修补，4 例抢救成功，1 例因严重失血性休克于术中死亡。

3.2 诊断

根据受伤情况及体征诊断并不十分困难，以下情况应特别注意心脏大血管损伤的可能：①与创伤程度不符的休克；②短时间胸腔闭式引流量超过 1 000 ml；③补充血容量不能升高血压；④中心静脉压升高，颈静脉扩张。

诊断性腹腔、胸腔穿刺简单快捷，阳性率高，并可反复进行，在条件不允许作其它检查的情况下，为临床诊断的重要手

作者简介：余 正（1960－），男，重庆市荣昌县人，副主任医师，电话：(023) 85381655
收稿日期：2004-05-24；修回日期：2004-07-10

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net