一。MTX是一种对滋养细胞高度敏感的化疗药物,可以抑制细胞增殖,并致其死亡,其用药方法分为全身及局部用药。局部用药剂量小(10 mg~ 15 mg)[2, 3],局部药物浓度大,全身副作用小,但如注入胚泡的血块内,药物则吸收慢,影响疗效,若穿刺到胚泡的血管内还可发生多量出血,而且局部用药需在腹腔镜或阴道 B超仪等设备下进行,需要操作人员熟练的技术,故推广应用受到一定限制。全身用药简单易行,治疗可在门诊进行[4],药物为全身分布,有一定的毒副反应,文献报道应用大剂量(1 mg/kg)时,可发生口腔炎、胃炎、皮炎、腹泻、脱发、白细胞和血小板减少、转氨酶升高等[1, 2]。如何减少 MTX剂量以降低毒副反应的发生,同时又能获得较高的治愈率,是临床医师关注的课题。国内外采用 MTX 50 mg~ 100 mg肌注或 1 mg/kg静脉注射,成功率为 70%~ 94%[5, 6, 7],静脉注射与肌肉注射法比较差异不显著。本组 MTX用量 20 mg/d,总量 60 mg~ 100 mg,剂量低,同时辅以中药宫外孕II号方,中药有活血化瘀,杀胚消症作用,提高了疗效(本组治愈率 91.6%)又降低了化疗副作用,文献报道单用中药治疗成功率为 78.26%[3],联合用药优于单用化疗或中药治疗。文献报道血 hCG下降至正常的时间平均为 30 d左右[1],本组联合用药,血 hCG下降快,降至正常的时间平均 15.4 d。

国内对异位妊娠均收入院治疗,本科首次在门诊治疗异位妊娠,显著降低了治疗费用,方便患者,但孕囊直径以 < 4 cm为宜,用药过程中应密切观察随访,只有距医院较近,有条件在一旦腹痛加重时能迅速送至医院手术治疗的患者,方可选作门诊治疗对象。

关键词 妊娠,异位;保守治疗;氨甲喋呤
中图法分类号 R714.22

参考文献

1 连利娟.早期异位妊娠的诊断和治疗.中华妇产科杂志,1995; 30(4): 245
2 Merz E, Bahlmann F, Weber G *et al*. Unruptured tubal pregnancy: local low-dose therapy with methotrexate under transvaginal ultrasonographic guidance. Gynecol Obstet Invest, 1996; 41: 76
3 吴育宁,华 苓,张福英等.腹腔镜与中药结合保守治疗宫外孕.中国中西医结合杂志,1994; 14(10): 583
4 Stovall T G, Ling F W, Buster J E. Outpatient chemotherapy of unruptured ectopic pregnancy. Fertil Steril, 1989; 51: 435
5 柴清华.氨甲喋呤肌肉注射治疗未破裂宫外孕 10例.实用妇产科杂志,1994; 10(3): 155
6 张慧勤,赵淑萍,董玉芳.异位妊娠的化疗 23例分析.实用妇产科杂志,1995; 11(4): 208
7 Stovall T G, Ling F W. Single dose methotraxate: an expanded dinical trial. Am J Obstet Gynecol, 1993; 168: 1759

(收稿: 1996-05-21;修回: 1997-01-22)
(编辑 汪勤俭)

胸部创伤 305例分析

Experience in treatment of 305 cases of thoracic trauma

向明章* 钟伯龙 路作新 刘欲团 齐悦国 张国强 程 波 (第三军医大学附属新桥医院胸外科)重庆,630037

提 要 目的:总结分析 305例胸部创伤的救治体会,探讨胸部创伤的诊断与治疗。方法:根据伤型、伤情分类,采用手术和非手术治疗。结果:治愈率 96.4% (294/305),死亡率 3.6% (11/305)。结论:① 胸部创伤后休克的救治关键是及时明确诊断,迅速处理,预防器官衰竭;② 多数血气胸患者可经保守疗法治愈;③ 浮动胸壁的处理应矫治反常呼吸与治疗肺挫伤并重;④ 确诊或高度怀疑胸腹联合伤者,应果断施行探查手术。

我院 1988年~ 1995年间收治 305例胸外伤,现将病人救治过程中的经验体会报告如下。

1 临床资料

1.1 性别与年龄

男 263例,女 42例。40岁以下者 204例,40~ 60岁者 81例,60岁以上者 20例。

1.2 受伤原因

交通事故伤 198例,锐器伤 61例,坠落伤 33例,火器伤 10例,牛角顶伤 2例,铁屑伤 1例。

* 向明章,男,35岁,主治医师,硕士

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

1.3 伤情分类

305例胸部创伤中开放伤52例,闭合伤253例;同时有合并伤者136例(占44.6%)。有肋骨骨折1~2根者30例,3~5根者162例,6~8根者67例,9根以上者7例;双侧型者45例;伴浮动胸壁者26例。入院时伴休克者55例(占18.0%)。伤情统计见表1。

表1 305例胸部伤及合并伤伤情

伤情	例次数	%
肋骨骨折	266	87.2
胸骨骨折	1	0.3
血气胸	225	73.8
肺挫伤	110	36.1
肺裂伤	5	2.0
支气管断裂	1	0.3
皮下气肿	50	16.4
心脏穿透伤	4	1.3
大血管伤	1	0.3
休克	55	18.0
心脏挫伤	18	5.9
胸腹联合伤	15	4.9
肝破裂	7	2.3
脾破裂	9	3.0
腹膜后血肿	7	2.3
肾挫伤	5	1.6
肩胛骨骨折	5	1.6
椎骨骨折	10	3.3
截瘫	3	1.0
骨盆及四肢骨折	30	9.8
颅脑伤	34	11.1

1.4 治疗与效果

266例次肋骨骨折均采用胸带包扎固定,其中26例浮动胸壁并用棉垫加压包扎,7例于开胸手术时行肋骨手术固定。行单纯胸腔闭式引流者204例次,胸腔穿刺者35例次,纵隔减压者2例次。行气管切开者8例次。行开胸手术和胸部以外手术26例,术式见表2。共治愈294例,治愈率96.4%。死亡率3.6%(11/305),其中死于胸、腹、脑等三处以上多发伤者10例,严重胸伤合并糖尿病者1例,年龄75岁。

表2 26例胸部伤及合并伤术式

手术方式	例次数	手术方式	例次数
胸部手术		胸部以外手术	
膈修补	15	脾切除	9
肋骨手术固定	7	开颅术	8
肺修补	5	肝部分切除或修补	7
肋间动脉结扎	5	四肢骨折开放固定	7
心脏修补	4	胃肠修补	3
胸廓内动脉结扎	3		34
肺楔形切除	2		
支气管修补	1		
胸主动脉修补	1		
凝固性血胸纤维板剥脱	1		
	44		

2 讨论

2.1 休克

本组休克率18.0%(55/305)。收缩压在6 kPa以下者占61.8%(34/55)。血压测不到者占14.5%(18/55)。胸部损伤后休克,如无严重通气障碍,常由大出血、心包填塞所致。Leonard[1]报道胸部穿透伤(PCT)的院内死亡中88%为心脏大血管伤,76%发生在入院后6 h,抢救成功之关键在于迅速正确诊断和及时开胸手术。本组5例心脏大血管伤均在休克状态下紧急开胸手术,解除心包填塞,直接缝合创口,全部获救。有报道合并腹部伤致休克而剖腹手术达65%[2]。本组14例合并腹部伤者均行剖腹手术。严重胸腹伤失血性休克发生器官衰竭者,死亡率甚高,应尽快纠正休克。本组死于并发器官衰竭者占63.6%(7/11)。

2.2 血气胸

创伤性血气胸少需开胸手术。本组94.8%(225/269)的病人经抗休克、胸腔穿刺或插管引流治愈。凡伤后早期即出现大量气胸者,宜尽早行胸腔闭式引流。疑有支气管损伤者,俟支气管镜检查明确诊断后即行手术修复。对中等量以上血胸者,快速安放闭式引流,既可改善呼吸循环功能,又便于观察进行性血气胸是否存在。本组经其他各种手术治疗者占5.2%(14/269),均痊愈出院。

2.3 浮动胸壁

采用棉垫加压包扎较小面积胸壁软化,既简便、无创伤,又能矫治反常呼吸,适用于各部位肋骨骨折,惟个别病人遗有轻度胸廓畸形。对较大范围胸壁软化、有剖胸探查指征者,可在处理胸内伤后,将肋骨断端双道钢丝或粗丝线缝合固定。本组有7例于开胸手术时顺便固定。

浮动胸壁是胸伤时高动能吸收的标志,常伴有肺挫伤,部分可发生成人呼吸窘迫综合征(ARDS),死亡率达33%[3]。因此,对浮动胸壁和肺挫伤的治疗不可偏废。适当胸壁固定后,应注意保持呼吸道通畅,防止肺水肿,防治感染和早期、短程、大量应用激素[4,5]。本组26例浮动胸壁伤员,均伴有不同程度肺挫伤,确诊ARDS者3例,除1例合并糖尿病者死亡外,余均治愈。

2.4 胸腹联合伤

出现以下情况应疑有此伤:① 胸腹伤伴失血性休克;② 胸腹或腰背部闭合伤伴第7~10肋骨折;③ X线检查表现有膈肌抬高、膈顶模糊或有腹腔脏器嵌入胸腔、纵隔移向健侧;④ 血气胸经闭式引流后呼吸困难无

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

改善者;⑤ 胸外伤伴有腹膜激惹征或和腹腔穿刺阳性[6]。值得注意的是由胸腔进入贯穿膈肌合并腹腔实质性脏器的盲管伤,肝脾出血可因胸腔负压而流入胸腔,而腹腔积血量少,缺乏腹部阳性体征,致膈肌和腹部脏器伤漏诊。本组4例中,2例在密切观察下反复腹腔穿刺获得诊断,2例于开胸探查中发现膈肌和腹内脏器伤。

胸腹联合伤一经确诊或高度怀疑,应果断施行探查手术,过多复杂检查常延误对病人及时抢救。手术入路应据伤情个别对待。本组15例中死亡2例,死亡率13.3%。

关键词 胸部损伤

中图法分类号 R655

参考文献

1 Leonard B L, John D K. Preventable mortality following sharp penetrating chest trauma. J Trauma, 1994; 37(1): 9

2 徐志飞,孙耀昌,答作为等.270例严重胸部伤治疗分析.中华创伤杂志, 1994; 10(4): 180

3 Ciraublo D L, Elliott D, Mitchell K A *et al*. Flail chest as a marker for significant injuries. J Am Coll Surg, 1994; 178(5): 466

4 Kollmorgen D R, Murray K A, Sullivan J J *et al*. Predictors of mortality in pulmonary contusion. Am J Surg, 1994; 168(6): 659

5 Mangete E D, Kombo B B, Igbaseimokumo U *et al*. Modern concepts in the management of flail chest. East-Afr-Med-J, 1992; 69(3): 167

6 齐悦国,徐日兴,王卫东.胸腹联合伤17例分析.中华创伤杂志, 1994; 10(5): 225

(收稿: 1996-06-28;修回: 1996-12-02)

(编辑 冷怀明)

1,6-二磷酸果糖对放射损伤、烧伤及放烧复合伤早期心功能的影响

Effects of fructose 1,6-diphosphate on cardiac functions in the early stage of radiation injury, burn and combined radiation-burn injury

李 敏* 肖家思 万子兵 (第三军医大学基础部生理学教研室)重庆,630038

提 要 目的:观察1,6-二磷酸果糖(1.6-FDP)对放射损伤、烧伤及放烧复合伤早期心功能的影响。方法:应用离体心脏灌流技术,观察伤后立即及伤后3 h腹腔注射1,6-FDP,对放射损伤、烧伤及放烧复合伤损伤后8 h心功能的变化。结果:FDP对放射损伤、烧伤及放烧复合伤损伤后心功能均有不同程度改善。结论:FDP的心功能保护作用可能与其改善心肌能量代谢有关。

放射损伤、烧伤和放烧复合伤(简称三伤)是平时核事故和战时核爆炸的主要伤类,受伤人员多且重,死亡率高。而心功能衰竭是主要死因之一,因此早期有效地保护心肌功能防治功能衰竭具有重要意义。本实验拟研究1,6-二磷酸果糖(FDP)对三伤后心功能的影响。

1 材料和方法

1.1 动物和分组

健康成年Wistar大鼠70只,体重200 g~250 g,雌雄不拘,由本校实验动物中心提供,随机分为7组:① 正常对照组(C组);② 单纯放射伤组(R组);③ 单纯烧伤组(B组);④ 放烧复合伤组(RB组);⑤ 放射伤+FDP组(R+FDP组);⑥ 烧伤+FDP组(B+FDP组);⑦ 放烧复合伤+FDP组(RB+FDP组),每组10只动物。

FDP(意大利罗马福斯卡玛生化制药公司生产),使用前以注射用水配成10%的溶液。FDP治疗组伤后立即和伤后3 h各腹腔注射一次FDP(每次8 ml/kg)。

1.2 致伤方法

1.2.1 放射损伤 动物经^{60}Co γ射线6 Gy全身一次照射,剂量率170 mG/min。

1.2.2 烧伤 按陈宝珍等报道的方法,动物用乙醚麻醉后,在腰背部相当于35%体表面积的皮肤脱毛后,用3%凝固汽油烧30 s,造成35% TBSAⅢ°烧伤。

1.2.3 放烧复合伤 致伤方法同上,动物照射后30 min内完成烧伤。

* 李 敏,女,29岁,硕士

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