

液保护隐神经,术后抗凝、祛聚、抬高患肢,活动踝关节及早期下床活动。为确保疗效,防止复发,对术前超声标记有返流的交通支一定要经皮缝扎。笔者采用自制电凝装置穿刺,电凝曲张的静脉团、分支血管及小的交通支,较大的交通支,电凝后再行透皮缝扎。既达到了治疗的目的,又取得了美容效果。本组病人,疗效好,无下肢深静脉血栓形成,近期无复发病例。

[参考文献]

- [1] 钟武,何延政,周莉,等.点式小切口治疗单纯下肢静脉曲张 73 例体会 [J]. 泸州医学院学报, 2004, 27

(1): 64-65.

- [2] FASSIADIS N, KIANIFARD B, HOLDSTOCK JM, et al. A novel endoluminal technique for varicose vein management: the VNUS closure [J]. *Phlebology*, 2002, 16: 145-148.
- [3] MERCHANT RF, DE PALMA RG, KABNICK LS. Endovascular obliteration of saphenous reflux: A multicenter study[J]. *J Vasc Surg*, 2002, 35: 1190-1196.
- [4] SALLES-CUNHA SX, COMEROTA AJ, TZILINIS A, et al. Ultrasound findings after radiofrequency ablation of the great saphenous vein: descriptive analysis [J]. *J Vasc Surg*, 2004, 40 (6): 1166-1173.

Clinical treatment for varicose veins of inferior extremity by mini-invasion method. YANG Guo-kai, YANG Yong, LUO Kai-yuan, et al. (Department of Vascular Surgery, the Second People's Hospital of Yunnan Province, Kunming, 650021 China, and Department of Vascular Surgery, the First Affiliated Hospital, Chongqing University of Medical Science, Chongqing, 400016 China)

Objective To evaluate a treatment efficiency of varicose veins of lower extremity by mini-invasion. **Methods** 140 cases were divided into two groups: mini-invasive radiofrequency treatment group (group A, 68 cases) and conventional treatment group (group B, 72 cases). In group A, mini-incision in great saphenous vein, high ligation, lumen of blood vessel closure in situ, and blood vessel branches and communicating branches electric coagulation and ligation were used. In group B, great saphenous vein high ligation, blood vessel branches and communicating branches resection and ligation were used. After the operations, efficiency and complications of these methods were carefully observed. **Results** In all cases, the symptoms of swelling in lower extremity, soreness, and infirmity disappeared within one month after the operation, skin pigmentation was alleviated within one month after the operation, and disappeared gradually within three months. In group B, there were more complications. Comparing two groups in complications of skin numbness of legs, infra-skin ecchymosis, wound hematoma, and swellings below ankle, there were obviously more complications in group B than in group A. In all cases, there was no deep vein thrombosis of lower extremity and wound infection. **Conclusions** Radiofrequency is simple, mini-invasive, and effective in varicose veins of lower extremity treatment.

Key words: Varicose veins of lower extremity; Radiofrequency; Treatment; Complication

·论 著·

胶囊内镜在提高不明原因消化道出血诊断中的价值

汤 敏, 范 红, 何 旭, 周 雁, 王 芸, 万 平

(云南省第一人民医院 消化科, 云南 昆明 650032)

摘要: **目的** 探讨胶囊内镜对不明原因消化道出血的诊断价值。 **方法** 对 16 例不明原因消化道出血患者进行胶囊内镜检查。 **结果** 胶囊内镜在 16 例患者中检出小肠病变 13 例 (81.26%), 其中明确出血原因或部位者 10 例 (62.5%), 3 例发现病变但不能肯定出血是否与此有确切关系。在明确出血原因或部位的 10 例病人随后行双气囊电子小肠镜检查, 6 例行剖腹手术, 结果与胶囊内镜诊断所提示的出血部位或原因相吻合, 另有 2 例近期内无消化道出血病人未检出病变。病人无任何并发症。 **结论** 胶囊内镜对不明原因消化道出血, 特别是近期有活动性出血病人有较高的检出率, 安全无创, 可以作首选的检查方法, 结合双气囊电子小肠镜检查可弥补其检查中的不足, 提高诊断的正确率。

关键词：胶囊内镜；不明原因的消化道出血

中图分类号：R441.6 文献标识码：A 文章编号：1006-4141 (2007) 03-0215-04

引起不明原因消化道出血的疾病往往临床症状不典型，常规的胃镜及结肠镜检查只能达到十二指肠降段以及回肠末段 20 ~ 30cm，小肠钡剂造影、肠系膜血管造影等检查手段因受限制条件较多，其敏感性和准确性较低，也仅能对部分出血病因作出诊断，不明原因消化道出血一直是消化道疾病中的诊断难点，随着胶囊内镜的临床应用，为不明原因消化道出血的诊断提供了新的方法。本院自 2006 年 10 月引进国产 OMOM 胶囊内镜，对 16 例疑诊小肠出血的病人进行了检查，现报告如下。

资料与方法

一、临床资料：2006 年 10 月 ~ 2007 年 2 月接受检查者 16 例，男 7 例，女 9 例，年龄 21 ~ 74 岁，平均年龄 53 岁，长期反复发作的黑便或血便，并具有不同程度贫血，病程 1 ~ 6 年不等，平均出血 3 次。所有患者均经过胃镜、结肠镜、小肠 X 线造影检查，其中 6 例尚行肠系膜血管造影，最终未能明确出血原因。

二、仪器及设备：所使用的为金山科技集团生产的 OMOM 智能胶囊内镜系统，该系统由智能胶囊、图像记录仪和影像工作站 3 部分级成。患者吞胶囊后，胶囊借助消化道自身蠕动在消化道内移动，在通过消化道的过程中以每秒 2 帧摄取图像，以数字信号传输并存储于患者随身携带的图像记录仪，检查过程中可实时监视胶囊内镜运行情况，检查结束后利用影像工作站对所获得的视频图像进行回顾分析。

三、有下列情况者不入选：（1）吞咽困难；（2）已知或怀疑胃肠道梗阻、狭窄、瘘管；（3）已安装心脏起搏器或其它电子仪器植入者；（4）孕妇；（5）不愿及不能耐受外科手术者；

四、方法：在行胶囊内镜检查之前，患者应详细了解检查注意事项，并签知情同意书。检查一般选在上午进行。检查前 3d 进食少渣低脂饮食，检查前 1d 晚餐后禁食，晚 9 点及检查前 4h 分别服聚乙二醇电解质溶液 1500ml，吞服胶囊内镜前 30min 服消泡剂，饮水 250 ~ 300ml，肌注胃复安注射液 10mg，吞服胶囊内镜后 2h 可进水，4h 后可进半流质，告知病人注意核实胶囊是否排出体外，在胶囊内镜未被证实排出体外之前，禁止进行磁共振检查。

由 2 名以上具有较丰富经验内镜医师分别对图像进行独立分析后，达成一致拟诊意见。

结 果

16 例患者胶囊内镜检查结果：16 例患者顺利排出胶囊，其中 14 例胶囊工作结束时确认胶囊已进入结肠，2 例胶囊工作结束时达回肠下段，15 例患者均在 3d 内顺利排出胶囊，因病变行急诊手术，1 例于吞服胶囊后第五天排出体外。12 例患者肠道清洁度满意，4 例部分小肠肠段，主要在回肠远端，因肠液混浊、气泡多而影响观察，结肠因粪水较多，肠腔宽大，胶囊移动缓慢，最远到达升结肠电池即耗尽，所获取有诊断价值图像有限。2 例吞服后 2h 胶囊仍未进入十二指肠，以胃镜将胶囊送入十二指肠。胶囊最短工作时间为 7h 39min，最长工作时间为 9h 19min，平均工作时间为 7h 48min，平均记录图像 49865 帧。所有患者吞服胶囊前后均未有特殊不适。

胶囊内镜在 16 例患者中检出小肠病变 13 例 (81.26%)，其中明确出血原因或部位者 10 例 (62.5%)，2 例发现小肠静脉曲张，1 例小肠局部粘膜糜烂，但不能肯定出血是否与此有确切关系。在明确出血原因或部位的 10 例病人随后根据胶囊内镜所提示病灶位置选择经口或经肛门双气囊电子小肠镜检查，找到胶囊内镜所检出病灶检查完毕所用时间均未超过 1h，6 例行剖腹手术，结果与胶囊内镜诊断所提示的出血部位或原因相吻合，对于胶囊内镜检出病变但难以判断病变性质者双气囊电子小肠镜检查能够进一步明确病因，见图 1 ~ 3，包括小肠海绵状血管瘤 3 例，Meckel 憩室 2 例，小肠平滑肌瘤 1 例，非甾体类消炎药 (NSAID) 相关性溃疡和糜烂 2 例，克罗恩病 1 例，小肠癌 1 例，在 2 例 Meckel 憩室病例胶囊内镜均发现为回肠溃疡，后经小肠镜和手术证实为回肠末端 Meckel 憩室并溃疡。未发现小肠病变的 3 例患者中 1 例曾在外院 2 次行电子结肠镜检查诊断为“盲肠充血性帽状息肉”，我们胶囊内镜检查小肠并未发现异常，但在盲肠见 1 活动性出血病灶，再次行结肠镜及剖腹手术，最终病理证实为盲肠海绵状血管瘤，另有 2 例病人近期内无消化道出血。

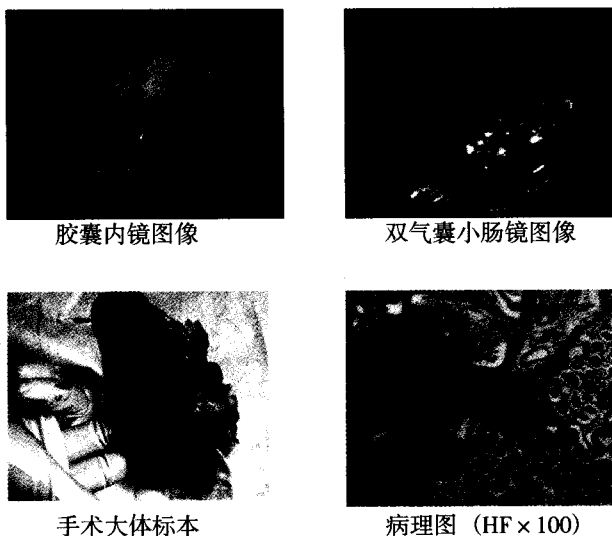


图 1 空肠海绵状血管瘤

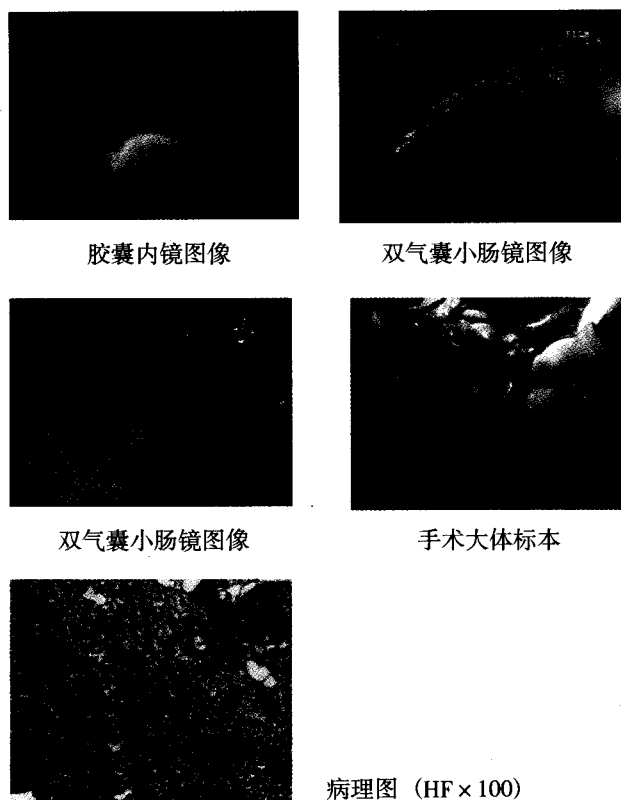


图 2 小肠 Meckel 憩室

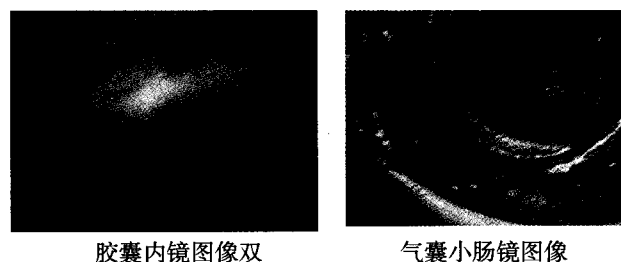


图 3 空肠 NSAID 相关性溃疡

讨 论 小肠是消化管中最长的一段，成人全长平均为 5~7m，由于其所处解剖位置的特殊性，小肠出血一直是临床的诊治难点，随着胶囊内镜和双气囊小肠镜的问世，其诊断获得了飞速发展。据统计，小肠出血占整个消化道出血的 3%~5%，胶囊内镜对不明原因消化道出血原因的诊断率为 38%~93%^[1]。本文对 16 例不明原因消化道出血患者进行胶囊内镜检查，发现检出率为 81.26% (13/16)，诊断阳性率为 62.5% (10/16)，结果与大多数文献报导一致，高于传统的小肠疾病检测方法，在整个检查过程中病人无任何痛苦及并发症，操作简便而安全，由于胶囊内镜前进的被动性和不可控性，不能从不同距离、不同角度全面观察病灶及其周围情况，胶囊摄像镜头所获取图像存在一定盲区 and 遗漏可能，同时受肠道清洁度的影响，加之目前临床应用经验有限，胶囊内镜对小肠疾病检出率和诊断阳性率仍有局限性。

2 例 Meckel 憩室病人胶囊内镜只能确认为回肠溃疡，但不能判断憩室，后经双气囊小肠镜和手术确诊 Meckel 憩室溃疡出血，这与李运红等报导病例中 Meckel 憩室胶囊内镜表现相同^[2]，还有病例胶囊内镜发现出血病灶，但难以根据所获得图像定性或因肠道积血多清洁度差只能作出定位诊断，对此，在胶囊内镜检出病变的 13 例病人中有 10 例随后进行了双气囊小肠镜检查，结合胶囊内镜所提示病变位置选择经口或经肛门检查，所有患者双气囊小肠镜检查时间均未超过 1h，结果与胶囊内镜诊断所提示的出血部位或原因均相吻合，对于胶囊内镜检出病变但难以判断病变性质者双气囊电子小肠镜检查能够进一步明确病因，在一定程度上弥补了胶囊内镜的不足，同时又缩短了双气囊小肠镜检查时间，减轻了病人痛苦。

在 16 例患者中 3 例未发现小肠病变患者中 2 例病人近期内无消化道出血，Pennazio 等对连续 100 例不明原因消化道出血患者进行胶囊内镜检查

的多中心研究显示活动性出血患者胶囊内镜的诊断阳性率明显高于近期内无出血的病人,认为胶囊内镜对不明原因消化道出血是 1 种有效的检查方法,对于有活动性出血和近期内有出血史的病人更适合^[3]。

本文中尚有 1 例患者外院 2 次行电子结肠镜检查误诊为“盲肠充血性帽状息肉”,经胶囊内镜检查排除小肠病变,但在盲肠见一活动性出血病灶,再次行结肠镜及剖腹手术,最终病理证实为盲肠海绵状血管瘤,提醒对反复不明原因消化道出血病人胶囊内镜检查前再次结肠镜复查也许是必要的。

综上所述,对不明原因消化道出血胶囊内镜为我们提供了一个安全、简便、无创的方法,检出率

也较其它传统的方法有较大的提高,可作为首选的检查手段,如果能与双气囊小肠镜检查结合使用,可以弥补其一些不足之处,在胶囊内镜检查时机的选择上,于有活动性出血或近期内有活动性出血时检查,对提高病变的检出率也很重要。

[参考文献]

- [1] 戈之铮,刘文忠,马雄. 小肠病学 - 基础与临床 [M]. 上海:上海世界图书出版公司, 2005, 396.
- [2] 李运红. 胶囊内镜对不明原因消化道出血的诊断价值 [J]. 中华消化内镜杂志, 2004, 4: 101.
- [3] PENNAZIO M, SANTUCCI R, RONDONOTTI E, et al. Outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding after capsule endoscopy: Report of 100 consecutive cases [J]. Gastroenterology, 2004, 126: 643.

·临床研讨·

氟比洛芬复合芬太尼用于术后镇痛的疗效及安全性的研究

唐玲玲¹, 曲冬梅²

(1. 云南省第三人民医院 麻醉科, 云南 昆明 650011; 2. 上海瑞金医院 麻醉科, 上海 200000)

摘要: 目的 评价与芬太尼合用进行中等手术病人围术期镇痛的效果及安全性。方法 192 例病人随机分为 4 组, 常规采用静吸复合麻醉, 根据手术时间对术中芬太尼总量进行控制, 术后采用静脉镇痛。氟比洛芬按照以下方案给予, 除 A 组外, 其余 3 组均于手术结束前给予氟比洛芬 50mg。A 组: 术后芬太尼 1mg+ 生理盐水 100ml; B 组: 术后芬太尼 1mg+ 生理盐水 100ml; C 组: 术后 100mg 氟比洛芬 + 芬太尼 0.5mg+ 生理盐水至 100ml; D 组: 术后 150mg 氟比洛芬 + 芬太尼 0.5mg+ 生理盐水至 100ml。术后随访 24h, 记录生命体征、镇痛情况及其不良反应。结果整个研究共完成病例 191 例, 4 组手术病人一般情况无显著差别, 术后 24h 内生命体征基本平稳。结果 术后 0h, VAS (视觉模拟疼痛评分) $B, C, D < VAS_A$, 术后 4, 8h, $VAS_{CD} < VAS_A$, 术后 24h, $VAS_C < VAS_B$ 。D 组病人呕吐的发生率显著高于其它 3 组。结论 氟比洛芬复合芬太尼用于中等手术病人围术期镇痛具有确切的疗效, 不良反应发生率较低, 可以安全用于临床。

关键词: 氟比洛芬; 芬太尼; 围术期镇痛

中图分类号: R614 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-4141 (2007) 03-0218-04

资料与方法

一、一般资料: 选择中等择期手术的病人作为研究对象, 研究开始前签署知情同意书。病人要求: ASA I ~ II 级, 年龄 18 ~ 65 岁, 体重 45 ~ 70kg, 排除消化道溃疡、出血病史, 排除哮喘史, 未使用诺氟沙星、依诺沙星、诺美沙星等喹诺酮类抗生素。哺乳及妊娠妇女也排除在外。

二、药品: 氟比洛芬注射液 (商品名凯纷):

50mg / 支, 乳剂, 北京泰德制药有限公司。

三、麻醉方法: 所有病人均采用静吸复合麻醉。麻醉诱导用咪唑安定 0.04mg / kg, 丙泊酚 1 ~ 1.5mg / kg, 芬太尼 2mg / kg 以及维库溴胺 0.1mg / kg。麻醉维持在术中 1.1 ~ 1.3MAC 异氟醚吸入维持, 按需追加芬太尼和维库溴胺, 手术时间短于 2h 者, 芬太尼总用量不超过 0.3mg, 手术时间短于 4h 者, 芬太尼总用量不多于 0.5mg。手术结束前 30min 内不再追加芬太尼。