

透明帽辅助胃镜异物取出术在食管入口异物取出的应用

文政伟¹, 雷平光¹, 晏洁影¹, 赵妙¹, 刘军¹, 张海琳¹, 余洁梅¹, 黄秀霞¹,
黄秀铨¹, 何建华², 崔毅³

1. 深圳市宝安区松岗人民医院消化内科, 广东 深圳 518000; 2. 揭阳市慈云医院消化内科, 广东 揭阳 515239;
3. 中山大学第一附属医院消化内科, 广东 广州 518105

摘要: **目的** 探讨透明帽辅助胃镜异物取出术在取出食管入口异物的应用价值及安全性。**方法** 将 2006 年 1 月至 2014 年 9 月 108 例食管入口异物患者用随机数字表法分为观察组及对照组各 54 例, 对照组直接在电子胃镜下取出异物, 观察组在电子胃镜头端安装透明帽辅助胃镜取出异物, 比较两组患者视野清晰度、耐受性、有效性、异物取出操作时间及并发症情况。**结果** 观察组视野清晰度 A 级率明显高于对照组(94.4% vs 55.6%, $\chi^2 = 21.778$, $P < 0.01$); 观察组患者耐受良好率明显高于对照组(77.8% vs 57.4%, $\chi^2 = 5.115$, $P < 0.05$); 观察组异物取出操作时间为(13.3 ± 6.3) min, 明显短于对照组的(16.4 ± 6.5) min($t = 2.590$, $P < 0.05$); 观察组异物取出成功率明显高于对照组(98.2% vs 87.0%, $\chi^2 = 4.860$, $P < 0.05$); 观察组并发症发生率明显低于对照组(16.7% vs 37.0%, $\chi^2 = 5.704$, $P < 0.05$)。**结论** 透明帽辅助胃镜应用于食管入口异物取出术, 可显著提高视野清晰度, 提高耐受性及有效性, 缩短操作时间, 减少并发症的发生, 具有较高的临床应用价值。

关键词: 透明帽; 胃镜; 食管异物; 食管入口; 异物取出术

中图分类号: R 768.4 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)06-0764-03

食管异物若不及时取出, 可导致出血、食管瘘、脓肿等一系列并发症, 甚至危及生命。食管入口处是食管的第一个生理狭窄, 其特殊的解剖位置, 导致绝大多数食管异物都嵌塞在该处^[1]。多数食管入口处异物都能经胃镜取出, 且更适用于取出较小的异物^[2]。但由于胃镜前端与消化道黏膜距离过小, 常导致视野暴露不清, 难以发现较细小的异物, 且操作空间也受到限制^[3]。近年来, 内镜头端安装透明帽已经广泛用于疾病的诊断与治疗^[4]。本文报道采用透明帽辅助胃镜异物取出术治疗 54 例食管入口异物患者, 并与常规胃镜异物取出术进行比较, 旨在探讨一种快速、有效、安全、患者易于接受的异物取出方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006 年 1 月至 2014 年 9 月在我院就诊的食管入口异物患者 108 例。均有明确的误服异物史, 且均为单个异物。异物种类主要包括鸡骨头、鱼刺、鱼骨、鸭骨及少数金属或塑料异物。采用随

机数字表法分为观察组与对照组各 54 例, 观察组男 31 例, 女 23 例; 年龄 17 ~ 70(48.2 ± 12.7) 岁; 异物平均长(20.8 ± 9.4) cm, 宽(9.1 ± 1.2) cm。对照组男 30 例, 女 24 例; 年龄 16 ~ 71(47.4 ± 11.9) 岁; 异物平均长(20.4 ± 10.3) cm, 宽(9.2 ± 1.2) cm。排除标准: (1) 食管狭窄或纤维化等器质性病变引起的异物嵌塞; (2) 伴消化道穿孔者; (3) 异物取出前行钡餐检查者; (4) 经咽喉镜检查确诊为咽喉部异物者。两组患者性别、年龄、异物类型及大小等比较差异均无统计学意义(P 均 > 0.05)。

1.2 治疗方法 两组患者术前均详细了解病史, 包括吞入异物的时间、数量、大小、形状以及临床表现, 均行颈部、胸部、腹部 X 线检查, 确定异物的具体位置。两组患者均按常规胃镜检查方法进行咽部局麻。对照组采取直接在电子胃镜下取出异物; 观察组采取透明帽辅助胃镜异物取出术, 即在电子胃镜头端安装透明帽, 在胃镜下取出异物, 同时记录操作时间。

1.3 观察指标及判断标准 (1) 观察两组患者视野清晰度。A 级: 视野清晰, 可清楚观察到异物的形态、位置及食管黏膜损伤情况; B 级: 视野较清晰, 能观察到异物的形态, 但不能准确评估异物与食管的相对位置及食管黏膜损伤情况; C 级: 视野不清晰, 无法观察到异物形态、位置及黏膜损伤情况。(2) 观察两组患

者耐受性。耐受性以作呕次数为评价指标,0~1 次为耐受性较好,2~5 次为耐受性一般,5 次以上为耐受性较差。以耐受性较好+耐受性一般计算耐受良好率。(3)观察两组患者有效性及异物取出操作时间;有效性以异物取出率为评价指标。(4)观察两组患者并发症发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 16.0 软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较行 t 检验;计数资料行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者视野清晰度比较 观察组 54 例中,A 级 51 例(94.4%),B 级 2 例,C 级 1 例;对照组 54 例中,A 级 30 例(55.6%),B 级 14 例,C 级 10 例。观察组 A 级比例明显高于对照组($\chi^2 = 21.778, P < 0.01$)。

2.2 两组患者耐受性比较 观察组耐受较好 26 例,一般 16 例,较差 12 例,耐受性良好率为 77.8%;对照组耐受较好 15 例,一般 16 例,较差 23 例,耐受性良好率为 57.4%。观察组优于对照组($\chi^2 = 5.115, P < 0.05$)。

2.3 两组患者异物取出成功率及操作时间比较 观察组异物成功取出 53 例(98.1%),对照组异物成功取出 47 例(87.0%),观察组异物取出成功率明显高于对照组($\chi^2 = 4.860, P < 0.05$)。观察组异物取出操作时间为(13.3 ± 6.2) min,对照组为(16.4 ± 6.5) min,差异有统计学意义($t = 2.590, P < 0.05$)。其中观察组异物取出失败 1 例,转外科行手术治疗;对照组失败 7 例,均改用透明帽辅助胃镜取出。

2.4 两组患者并发症发生率比较 两组患者均未出现大出血、穿孔及邻近器官损伤等严重并发症。观察组及对照组分别有 9、20 例患者出现食管黏膜轻微损伤及少量出血,并发症发生率分别为 16.7% 及 37.0%,主要为内镜退出时较大异物划伤食管黏膜所致。观察组并发症发生率明显低于对照组($\chi^2 = 5.704, P < 0.05$)。

3 讨论

透明帽是临床内镜诊疗中应用较为广泛的一种附件,将其安装在内镜头端后,可凸出内镜头端约 1 cm。将透明帽安装在内镜头端,既能增加镜头的稳定性^[5],有助于固定内镜头端,又能使镜头与消化道黏膜之间保持一定的距离,从而充分保证视野的清晰度,又增加操作空间,有助于在内镜下进行各种操作^[6]。

食管入口处由于管腔狭窄,镜头不易停留定位,导致视野暴露不清^[7];由于异物的刺激食管管腔发生痉挛性收缩,加重了管腔狭窄程度,甚至导致管壁黏膜与胃镜镜头紧密相贴,操作空间受到限制;同时,因异物刺激导致黏膜组织充血水肿,造成视野更加模糊不清,增加了异物观察的难度^[8]。因此,直接在胃镜下取出食管入口处异物难度较大,且易出现并发症。胃镜直接取异物在退镜时,头端直接通过食管狭窄部较为困难,可因摩擦导致食管黏膜擦伤及出血,严重时可导致穿孔^[9],故胃镜下抓取异物后,只能反复试探不同的角度缓慢通过食管,不能随便旋转及牵拉,以尽量减少对食管黏膜的损伤,因而操作非常耗时间^[10]。而胃镜头端安装透明帽后,因有透明帽的保护,在抓取异物退镜时,食管黏膜不易受到异物的损伤,并能根据需要进行旋转或牵拉,使操作时间明显缩短^[11]。本观察结果表明,观察组视野清晰度、异物取出成功率、异物取出操作时间等均明显优于对照组。提示透明帽的使用通过提高视野清晰度、固定镜头及保护作用,有助于操作的顺利进行,从而缩短操作时间,提高成功率。

另外,在胃镜下直接取形状尖锐的异物时,可导致黏膜损伤,甚至大出血或穿孔等严重并发症^[12]。本文两组患者虽未出现严重并发症,但对照组食管黏膜轻微损伤及出血率高达 37.0%,而观察组仅 16.7%。证明透明帽的使用可增加胃镜异物取出术的安全性。

因此,透明帽辅助胃镜应用于食管入口异物取出术,可显著提高视野清晰度,提高耐受性及有效性,缩短操作时间,并能减少并发症的发生。

参考文献

- [1] 晏洁影,雷平光,李秋兰,等.透明帽在胃镜下处理食管入口细小异物的作用[J].胃肠病学和肝病杂志,2011,20(5):435-436.
- [2] Williams P,Jameson S,Bishop P,et al.Esophageal foreign bodies and eosinophilic esophagitis--the need for esophageal mucosal biopsy:a 12-year survey across pediatric subspecialties[J].Surg Endosc,2013,27(6):2216-2220.
- [3] 段淑芬,徐炳欣,杨保勤.内镜下应用改良透明帽治疗食管狭窄处异物的疗效观察[J].山东医药,2014,54(1):74-75.
- [4] 张坤峰,王妮娜,甘艳君,等.内镜下透明帽辅助处理食管上段异物的前瞻性研究[J].吉林医学,2014,35(5):1034-1035.
- [5] 杨根源,郭晓红,龚飞跃,等.内镜头端透明帽辅助食管上段异物治疗的对照研究[J].胃肠病学和肝病杂志,2013,22(7):645-647.
- [6] 卢伶俐,李秋兰,晏洁影,等.透明帽在胃镜下处理食管入口细小异物时的护理配合[J].中国医药导刊,2012,14(z2):669

- 670.

- [7] 张金苗, 黄颖, 周丹, 等. 透明帽在食管上段异物取出中的应用及护理体会[J]. 中华消化内镜杂志, 2013, 30(3): 173.
- [8] 谢俊萍, 龙周, 王旭娟. 胃镜下使用透明帽取食管异物的舒适护理效果分析[J]. 海南医学, 2013, 24(21): 3264 - 3265.
- [9] Li QP, Ge XX, Ji GZ, et al. Endoscopic retrieval of 28 foreign bodies in a 100-year-old female after attempted suicide[J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(25): 4091 - 4093.
- [10] Gianella P, Pfammatter NS, Burgener IA. Oesophageal and gastric

endoscopic foreign body removal; complications and follow-up of 102 dogs[J]. J Small Anim Pract, 2009, 50(12): 649 - 654.

- [11] 蔡朝阳, 钟海兵, 许小龙, 等. 硬管食管镜与电子胃镜在食管异物取出术中的应用比较[J]. 全科医学临床与教育, 2014, 12(1): 78 - 79.
- [12] Akram J, Amin FM, Toft JG, et al. Treatment of foreign body impactions in oesophagus[J]. Ugeskr Laeger, 2013, 175(10): 640 - 643.

收稿日期: 2015 - 02 - 16 编辑: 王国品

· 临床研究 ·

锁定加压钢板与石膏固定治疗 C 型桡骨远端骨折的疗效比较

王芳¹, 马勇²

1. 南京中医药大学, 江苏 南京 210029;

2. 南京中医药大学附属医院 南京中医药大学骨伤研究所, 江苏 南京 210029

摘要: 目的 比较锁定加压钢板(LCP)固定与石膏固定治疗 C 型桡骨远端骨折临床疗效。方法 2011 年 1 月至 2013 年 12 月收治的 50 例 C 型桡骨远端骨折患者分别采用 LCP 固定与石膏固定治疗, 比较两组治疗后的疗效差异。结果 共 47 例患者完成最终随访。X 线片显示骨折全部愈合。石膏组优 14 例, 良 5 例, 可 3 例(手桡偏伴下尺桡关节疼痛), 差 2 例(关节面塌陷、疼痛、活动度明显受限), 优良率为 79.2%; LCP 固定组优 21 例, 良 3 例, 可 2 例(肌腱激惹), 优良率为 92.3%。LCP 内固定组优良率高于石膏固定组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 LCP 治疗 C 型桡骨远端骨折在功能、影像学等方面具有优势, 但对于特殊患者, 简单的石膏固定能基本满足其生活需要, 也不失为一种有效的治疗选择。

关键词: 桡骨远端骨折; 锁定加压钢板; 钢板内固定; 石膏固定

中图分类号: R 687.3 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674 - 8182(2015)06 - 0766 - 03

桡骨远端骨折是临床最常见的上肢骨折之一其发病率约占 65 岁以上骨折患者的 18% 以上^[1]。1814 年 Colles 首次报道了桡骨远端骨折, 并详细阐述了其发生机制及治疗方法。作为临床常见骨折, 祖国传统医学对其认识已有几千年的历史。一直以来非手术治疗是大多数桡骨远端骨折的治疗选择。随着 AO 观念的盛行及骨折固定技术的发展改良, 患者更倾向于选择手术治疗。对 2011 年 1 月至 2013 年 12 月收治的 50 例 C 型桡骨远端骨折患者分别采用桡骨远端锁定加压钢板(LCP)内固定及石膏固定, 比较两组治疗前后的疗效差异。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 50 例 C 型桡骨远端骨折患者, 男

24 例, 女 26 例; 平均 62 岁。左侧 17 例, 右侧 33 例; C1 型 31 例, C2 型 13 例, C3 型 6 例。将患者按照随机数字表分为石膏固定组(24 例)及 LCP 固定组(26 例)。石膏固定组男 11 例, 女 14 例, 平均年龄 61 岁; C1 型 15 例, C2 型 7 例, C3 型 3 例。LCP 固定组男 13 例, 女 12 例, 平均年龄 62 岁; C1 型 16 例, C2 型 6 例, C3 型 3 例。两组患者年龄、性别、骨折类型等一般资料比较差异无统计学意义(P 均 < 0.05)。

1.2 治疗方法

1.2.1 石膏固定组 采用中医正骨“拔伸牵引、折顶侧按”手法进行。复位前血肿内麻醉, 充分牵引后术者及助手根据骨折类型向上或向下成角折顶; 根据骨折侧移方向, 术者在牵引下持远端尺侧挤压或桡侧挤压, 随后使用前后托石膏固定。治疗 4 ~ 6 周后拆除石膏, 逐步恢复功能锻炼。

1.2.2 LCP 固定组 LCP 固定组根据具体骨折类型, 8 例使用背侧 LCP 钢板, 18 例使用掌侧 LCP 钢