的使用。植骨替代材料需满足以下条件：要有良好的生物相容性；移植材料必须具有骨传导和骨诱导特征，使新骨形成，取代被吸收的移植材料，达到理想的抗压机械强度；移植材料应避免在供体与受体之间传播感染性疾病；移植材料的抗原性应最小，因为移植物的免疫排斥反应与骨折发生率、移植物吸收、骨不连明显相关；移植物应使用方便；移植材料费用较低。

纳米羟基磷灰石复合人工椎体呈中空，可使用人工骨或骨水泥充填其内，无需自体髂骨取骨，避免了供骨部并发症的发生。人工椎体理想的植入位置应是在椎体后部或中央偏后部。放置时应避免斜放及偏向椎体一侧，以免引起固定后稳定性的下降。纳米羟基磷灰石复合人工椎体具有良好的生物相容性及生物安全性[6]，有骨传导和骨诱导作用，无细胞毒；不存在受体与供体之间传播疾病，无免疫排斥反应；使用方便，椎体长度可按需截取，植入后融合率高。对于多个病变节段的椎体肿瘤使用的效果如何，还需进一步研究。

参考文献：

1 WEITZEL E T, PHILLIPS F M. Management of metastatic disease of the spine[J]. Orthop Clin North Am, 2000, 31(4): 611-621.
2 BILSKY M H, BOLAND P, LIS E, *et al*. Single-stage posterolateral transpedicle approach for spondylectomy, epidural decompression, and circumferential fusion of spinal metastases[J]. Spine, 2000, 25(17): 2240-2249.
3 马忠奎，方志伟，梁图广. 自制"钢筋水泥"人工椎体修复椎体肿瘤切除后骨缺损[J]. 中华骨科杂志，1995，15(1)：10-12.
4 李玉宝，魏 杰. 纳米生物医用材料及其应用[J]. 中国医学科学院学报，2002，24(2)：203-206.
5 唐文朝，蒋电明，安 琪，等. 纳米羟基磷灰石/聚酰胺复合人工椎板预防脊柱后路术后椎管内瘢痕粘连的实验研究[J]. 中国脊柱脊髓杂志，2005，15(11)：675-678.
6 孟纯阳，安 琪，蒋电明，等. 新型纳米羟基磷灰石/聚酰胺体内植入的生物相容性及安全性[J]. 中国临床康复，2004，8(29)：6330-6333.

（编辑 栗 磊）

文章编号：1000-5404(2006)03-0265-01

个案与短篇

腹部手术史的患者行妇科腹腔镜手术32例分析

吴庆蓉 （重庆市涪陵中心医院妇产科，涪陵 408000）

1 资料与方法

本组病例32例，年龄23～54岁，平均36.6岁。病种：异位妊娠10例、不孕症4例、卵巢肿瘤6例、子宫肌瘤8例、子宫腺肌瘤4例。前次手术与此次手术相距时间：最长21年，最短1年，平均时间6.2年。曾行1次手术27例，2次手术5例。前次手术史：剖宫产10例（其中3例有卵巢肿瘤剔除术，2例输卵管开窗取胚术）、输卵管切除术5例、输卵管开窗取胚术4例、卵巢肿瘤剔除术6例、阑尾切除术2例、子宫肌瘤剜除术3例、子宫切除术2例。随机选取同期既往无下腹部手术史的30例腹腔镜手术患者作对照，两组年龄、病种、腹腔镜术式均相近，具有可比性。包括腹腔镜的穿刺情况、盆腹部粘连情况、手术时间、并发症、术后病率、术后住院时间。采用χ^2检验。

2 结果

两组患者均顺利从脐部进入气腹针注入二氧化碳气体，脐部上缘或下缘穿刺均成功。手术组中1例前次手术为子宫肌瘤剜除术者置镜后发现脐部穿刺点有少许大网膜粘连，其余穿刺口均在腹腔镜直视下避开粘连带穿刺成功。

有手术史组粘连发生率87.56%（28/32），粘连程度轻重不一，常见粘连为大网膜与盆腹膜、腹壁切口、子宫切口及附件粘连、子宫与附件之间的粘连，由膀胱、肠管参与的粘连发生率低6.25%（3/32），对照组粘连发生率为21.87%（7/32），差异非常显著（$P<0.05$）。

有手术史组32例患者，1例因盆腹腔严重粘连，于镜下将腹壁切口处粘连分离后中转开腹手术，手术时间30～180 min，估计失血量10～450 ml；对照组全部经腹腔镜完成手术，手术时间28～136 min，估计失血量10～400 ml。

两组均无严重并发症，有手术史组1例腹壁穿刺切口延迟愈合，对照组1例皮下气肿，经局部处理后痊愈。

3 讨论

3.1 下腹部手术史对妇科腹腔镜手术的影响

不少学者认为腹腔粘连是腹腔镜手术的禁忌证。因此至今仍有人对既往有妇产科手术史的病人直接采用开腹手术。从本组资料分析表明：有手术史组粘连的发生率为87.56%，明显高于对照组，给手术操作带来一定的困难。下腹部手术造成的盆腹腔粘连，主要是大网膜与腹膜之间的粘连，通过脐周的粘连较少，有肠管和膀胱参与的粘连发生率低6.25%（3/32），镜下不易分离的重度粘连极少（1/32）。本组资料显示：手术史

（下转269页）

作者简介：吴庆蓉（1970－），女，重庆市人，主治医师，主要从事妇科腹腔镜和产科危急重症方面的研究，发表论文8篇。电话：(023) 72231184

收稿日期：2005-09-27；修回日期：2006-01-10

性呼吸道感染的主要病原，其中0～6个月的毛细支气管炎患儿感染RSV尤为明显。由于呼吸道合胞病毒不稳定，且不耐温，在酸性环境中很快灭活，在我国南方热带地区终年不断，文献[7]报道，湿度越大，RSV感染机会增多，由于各国各地区地理、环境、气候的不同，感染呼吸道病毒的种类亦不同。重庆地区俗称雾都，其环境温度较高、湿度较大，更易感染RSV。而0～6个月的婴儿虽然获得了母传RSV抗体，但其呼吸道还未产生局部的分泌型抗体，故婴儿血清中的中和抗体还不能给予足够的保护作用，甚至有人认为在呼吸道缺乏局部抗体情况下，血清中循环抗体的存在反而能促进RSV感染。且0～6个月婴儿支气管和肺均处于生长发育薄弱时期，感染RSV后，细小的管腔因炎症与分泌物、水肿和肌收缩而发生梗阻，易引起肺气肿和肺不张。直到3～5岁后近95%儿童具有RSV中和抗体，病毒感染明显下降[1]。

重庆地区腺病毒常见于夏季、3岁以上、上感、女性儿童，这与北京地区报道不一致[3]。可能与北方紫外线较强有关。因腺病毒对酸碱度及湿度耐受范围较宽，但对紫外线敏感，照射30 min即可灭活腺病毒的致病性，腺病毒主要潜伏在人的扁桃体、腺体或其他组织，抵抗力下降时易被激活而发病。

流感病毒A在夏季及上感中更易检测到，流感病毒甲型(A)抗原不稳定，其既往感染所诱导的抗体也不稳定，主要通过带有流感病毒的空气飞沫，在夏季更易传播，造成爆发流行，故应特别重视。

通过对呼吸道感染病毒病原的检测、分析，不仅对临床提供快速、准确的诊断依据，积极采取有效治疗措施，防止滥用抗生素。对临床表现无特异性者，还可通过季节、疾病、年龄等流行病学资料来鉴别，必要时进行病毒抗体或病毒血清学检查，以达到降低病毒感染的目的。

参考文献：

[1] 张梓荆. 小儿病毒性呼吸道感染与病毒性肺炎[M]. 北京：中国医药科技出版社，1990：4－9.

[2] 陈小芳，董琳，周晓聪，等. 306例儿童急性呼吸道感染鼻咽分泌物病毒病原检测[J]. 温州医学院学报，2004，34(2)：108－110.

[3] 刘国荣，申昆玲，汪载芳，等. 北京地区儿童ARI的鼻咽分泌物的病毒免疫荧光检测结果分析[J]. 中国儿童保健杂志，2001，9(3)：178－180.

[4] YILMAZ G，UZEL N，ISIK N，*et al*. Viral lower respiratory tract infections in children in Istanbul，Turkey[J]. Pediatr Infect Dis J，1999，18(2)：173.

[5] ZAMBON M C，STOCKTON J D，CLEWLEY J P，*et al*. Contribution of influenza and respiratory syncytial virus to community cases of influenza-like illness：an observational study[J]. Lancet，2001，358(9291)：1410－1416.

[6] SHAY D K，HOLMAN R C，NEWMAN R D，*et al*. Bronchiolitis-associated hospitalizations among US children，1980－1996[J]. JAMA，1999，282(15)：1440－1446.

[7] VARDAS E，BLAAUW D，MCANERNEY J. The epidemiology of respiratory syncytial virus (RSV) infections in South African children[J]. S Afr Med J，1999，89(10)：1079－1084.

[8] 阙学俊，陈康伟. 196例小儿肺炎呼吸道病毒检测临床分析[J]. 广西医学，2003，25(1)：117－119.

(编辑　王　红)

(上接265页)

组和对照组在盆腹腔粘连及手术时间上有差异性，但术中出血、并发症、术后病率、住院时间对比无差异，再次手术行腹腔镜仍然具有切口小、损伤小、出血少，患者痛苦小、恢复快等优点。尤其避免了有手术史行开腹手术瘢痕切口愈合时间延长，手术视野有限等弊端，因此，我们认为对于有下腹部手术史的患者应该首先给予患者腹腔镜手术的机会。

3.2　有腹部手术史的患者行腹腔镜手术的术前评估

术前应详细收集病史，了解患者是否为瘢痕体质，曾经施行过什么手术，在哪一级医院行的手术，曾经做过几次下腹部手术，原手术是否合并腹膜炎，手术后有无慢性或急性粘连性肠梗阻表现等。本组有手术史者1例中转开腹即为有两次手术史，且前两次手术均在乡镇医院进行。必要时行术前B型超声检查，以判断下腹部是否有内脏粘连及粘连的部位、范围。

3.3　操作技巧及注意事项

3.3.1　安全建立气腹及第一穿刺孔　有下腹部手术史的妇科腹腔镜手术至关重要的是如何安全成功的建立气腹和置镜，通常气腹针和第一导管针是盲视下穿插入腹，有可能引起粘连于腹壁下脏器的损伤。本研究根据上次手术切口的部位选择第一穿刺孔，上次手术为横切口或麦氏切口，选择脐下缘1 cm切口，上次手术为纵切口选择脐上缘切口，穿刺时用巾钳尽可能提起穿刺点两侧腹壁，向右上或左上方60°～75°倾斜刺入。除1例脐部有少许网膜粘连外，其余患者网膜与腹壁粘连最高点尚距脐部约2 cm。但为保证手术安全，有作者认为凡有下腹手术史者，一律采用脐上缘戳孔，对难以预料腹腔粘连程度者，应采用开放法置入穿刺鞘[1,2]。

3.3.2　正确有效分离盆腹腔操作区的粘连　防止脏器损伤：第一穿刺孔成功后，在监视器明视下仔细观察盆腹腔粘连情况，以决定第2、3、4戳孔的位置，术中影响操作的粘连用电钩或双极电凝后剪刀剪开，分离力求创伤小，止血彻底，对有肠管、膀胱参与的粘连或血管附近的粘连用超声刀分离，因为超声刀具有凝固和切割双重功能，且对周围组织损伤小。对非操作区的其他粘连可不必强行分离。

关键词：下腹部手术史；妇科手术；腹腔镜

中图法分类号：R713　　**文献标识码**：B

参考文献：

[1] 张　练，秦兴雷，詹　勇，等. 有腹部手术史的腹腔镜手术应用分析(附78例报告)[J]. 腹腔镜外科杂志，2002，7(1)：35－37.

[2] 张雪民，张新伟，屈　宏，等. 腹腔镜治疗粘连性肠梗阻25例[J]. 郑州大学学报：医学版，2004，39(4)：722－723.

(编辑　张大春)