维普资讯 http://www.cqvip.com

合，踝关节功能大部分丧失，最后行了关节融合术。这说明Pilon骨折的治疗要因人、因伤制宜，选择合适的复位、固定方法及内固定器械。

[参考文献]

[1] Ruedi TP, Allgower M. The operative treatment of intra-articular fractures of the lower end of the tibia [J]. Clin Orthop, 1976, 61: 964-975.

[2] 荣国威，翟桂华，刘沂泽，等. 骨科内固定[M]. 北京：人民卫生出版社，1995，409-411.

[3] Helfet DL, Koval K, Pappas J, et al. Intraarticular "Pilon" fracture of the tibia[J]. Clin Orthop, 1994, 298: 221-228.

[4] Vives MJ, Abidi NA, Ishidawa SN, et al. Soft tissue injuries with the use of safe corridors for transfixion wire placement during external fixation of distal tibia fractures: an anatomic study[J]. J Orthop Trauma, 2001, 15(8): 555-559.

（编辑：姜 恒）

经尿道前列腺电汽化术中血生化监测的临床意义

Clinical significance in monitoring blood biochemical indexes during TVP

马 骞，纪孝良

（佳木斯市中心医院，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] TVP；TURS；老年；监测

[中图分类号] R619 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)06-0394-02

前列腺良性增生症是男性老年人发病率最高的疾病之一，传统的经腹部前列腺摘除术创伤大、术后恢复慢、并发症多。而经尿道前列腺电切术易导致经尿道电切综合症（transurethral resection syndrom, TURS）的发生。随着经尿道前列腺电汽化术（transurethral electrovaporization of prostate, TVP）技术的发展与推广，手术过程中TURS的发生率明显减少。本文对TVP手术病人术中血糖、电解质、血红蛋白、尿素氮、红细胞压积等的变化进行监测，指导临床预防TURS的发生。

1 资料与方法

1.1 临床资料

随机选择70例择期TVP手术患者，年龄62～92岁，平均为72.4岁，ASAⅠ-Ⅱ级。术前合并冠心病42例，高血压25例，合并老年慢支、肺气肿7例，ECG变化：ST-T异常58例，右束支传导阻滞8例，左束支传导阻滞3例，室早2例，窦缓14例。麻醉方法均行连续硬膜外阻滞，平面控制在T8以下且麻醉效果确切。术中常规输平衡盐液500～1000 ml，吸氧5 L/min，用5%葡萄糖作灌洗液。TVP时间为50～160 min，平均时间(75±15) min。

1.2 监测方法

病人入手术室监测血压、心电图和SpO_2，常规静脉抽血检测出血糖(Glu)、电解质(Na^+、K^+、Cl^-)、血红蛋白(HB)、尿素氮(BUN)、红细胞压积(HCT)等。分别记录术前（基础值）、术中每15 min一次的数值。

1.3 统计分析

所有数值以均数表示，行t检验，$P<0.05$为有显著差异。

2 结果

术中60 min及术后血糖均较术前显著增高($P<0.01$)。而且术后与术中60 min比较血糖又有明显升高($P<0.01$)。血钠术中60 min与术前比较有明显降低($P<0.01$)，术后与术前比较下降非常显著($P<0.01$)。其余各指标与术前比较无明显差异($P>0.05$)表1。有1例可疑为TUPS先兆。

表1 TVP前后各项监测指标的变化($\bar{x}\pm s$)

	基础值	术中60 min	术后
Glu(mmol/L)	5.37±0.88	7.56±4.12※※	9.48±5.24※※
Na^+(mmol/L)	139.87±3.25	137.19±3.31※	135.6 ±5.21※※
K^+(mmol/L)	3.91±0.46	3.87±0.43	3.85±0.45
Cl^-(mmol/L)	104.66±4.13	103.78±4.22	102.11±5.28※※
HCT(%)	35.71±4.24	3.27±4.49	33.17±4.35※
HB(g/L)	118.9 ±14.3	110.1 ±13.4※※	110.7 ±17.8※
BUN(mmol/L)	14.35±5.72	13.48±4.57	14.21±5.16

注：与基础值相比，※ $P<0.05$；※※ $P<0.01$

3 讨论

TVP是一种安全、疗效确切，创伤小，手术后恢复快，尤其适用于不宜经腹手术的高龄，高危患者的新疗法[1]。早期报告经尿道前列腺切除术(TURP)TURS的发生率为10%～15%，死亡率为0.2%～0.8%[2]。手术过程中，前列腺静脉窦开放，并发脑、肺间质水肿[3]。采用改良滚动汽化电极使组织汽化，在汽化层3～4 cm形成凝固层，从而减少出血和灌洗液的吸收，避免TURS。

TVP手术并发TURS少见，但本组用5%葡萄糖灌洗液冲洗膀胱，术前、术中、术后血糖、电解质、HB、HCT、BUN等的变化，结果表明：随手术时间的延长血糖明显升高，同时血钠、血氯明显下降，HB、HCT、BUN也不同程度下降。提示TVP手术有灌洗液

[收稿日期] 2004-07-12 [修回日期] 2004-09-25

维普资讯 http://www.cqvip.com

的吸收，造成血液稀释。可能原因：①灌洗液压力高于静脉窦压力；②电汽化时虽然汽化温度使汽化深度凝固，减少了开放静脉窦，但仍不能充分阻止灌洗液吸收；③为缩短手术时间，有时电汽化和电切术联合应用；④经前列腺周围组织和腹膜后间隙吸收入血循环；⑤前列腺包膜破裂可吸收大量灌洗液。

TVP手术除常规监测循环、呼吸外，还应加强血糖、电解质、HB、HCT等项目监测。如术中血糖正常，无临床表现，提示病人灌洗液吸收少，一般不发生TURS；如发生血糖升高，必须同时监测电解质、HCT和HB，有条件者可测中心静脉压，一旦可疑为TURS，立即处置：利尿，同时维持循环、呼吸的稳定。曾遇一例血糖高达26.5 mmol/L，病人自感不适，测血钠为125 mmol/L，及时处理后病人未发生不良后果。因此，术中监测血糖对预防和早期诊断TURS是非常必要的，同时术后亦要加强血糖监测。

[参考文献]

[1] 张 良，叶 敏，陈建华，等 经尿道前列腺电汽化与经尿道前列腺电切对BPH的疗效比较[J]. 中华泌尿外科杂志，1998，19(5)：300－302.

[2] Ghanem AN, Ward JP. Osmotic and metabolic sequelae of volumetric overload in relation to the TUR syndrome[J]. Br J Urol, 1990, 66(1): 71－78.

[3] Balzarro M, Ficarra V, Bartoloni A, et al. The pathophysiology, diagnosis and therapy of the transurethral resection of the prostate syndrome[J]. Urol Int, 2001, 66(3): 121－126.

[4] 陈怡绮，陈 磊，尤新民，等. TVP术中血糖、电解质等监测对预防TURS的临床意义[J]. 临床麻醉学杂志，2001，17(3)：132－133.

(编辑：邱全光)

重复异位妊娠的诊治体会

Expenience in diagnosis and treatment of recurrent ectopic pregnancy

黄雅杰
(百色市人民医院妇产科，广西 百色 533000)

[关键词] 异位妊娠；保守治疗；输卵管炎
[中图分类号] R714.22 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)06－0395－02

重复异位妊娠是指首次异位妊娠经保守性治疗或手术切除后，再次发生异位妊娠，对妇女的身心造成极大的伤害。本文就我院1998年1月至2003年12月共收治38例重复异位妊娠的病例进行回顾性分析，将其特点和诊治体会报道如下。

1 资料与方法

本组38例，年龄28～33岁，两次异位妊娠的间隔3个月至12年，平均27.4个月。根据病史、临床表现、血或尿HCG、B超，结合后穹窿穿刺、腹腔镜检查或手术进行确诊。前次妊娠行输卵管切除后本次异位妊娠发生在对侧19例(90.5%)，而同侧为2例(9.5%)。保守性治疗者发生在同侧13例(76.5%)，对侧4例(23.5%)。对所有患者采用电话或信访、门诊随访。17例患者准备继续生育，16例或者实行避孕，或者治疗不孕症，或者任其自然；2例第3次异位妊娠，1例已足月妊娠产下一女婴，2例失访。

2 讨论

2.1 早期诊断

重复异位妊娠国内报道发生率为3.2%～7.9%[1]，我院诊治38例重复异位妊娠未出现误诊，一方面病人有异位妊娠经历，患者本人和医师对异位妊娠高度重视；另一方面，血、尿HCG的测定，超声及腹腔镜检查的应用，使异位妊娠得以早期诊断。

[收稿日期] 2004－08－19 [修回日期] 2004－09－25

2.2 选择恰当的治疗方式

随着异位妊娠的早期诊断，更多的患者有机会采取保守治疗。本资料表明，异位妊娠采取保守治疗者，易在患侧再次发生异位妊娠(76.5%)。由此可见，保守治疗的异位妊娠的输卵管，容易在该侧再次发生异位妊娠，而腹腔镜技术的发展与普及，使异位妊娠患者有机会采用创伤更小的电视腹腔镜下保守手术。考虑输卵管开窗术可能损伤输卵管，造成瘢痕形成，而药物治疗可能导致妊娠组织及血块机化，均影响输卵管的通畅性和输卵管的功能，因而易发生重复异位妊娠。有报道认为[2]，药物保守治疗后重复异位妊娠的发生率低于经腹腔镜造口术，但也有相反的报道，认为腹腔镜保守治疗输卵管复通率及宫内妊娠率高于药物治疗。从理论上药物保守性治疗或手术治疗均可能造成输卵管腔瘢痕、狭窄、粘连，以不至于产生比保守性手术治疗更光滑或通畅的输卵管。在没有大规模临床结果证实之前，简单地下结论说药物保守性治疗在防治重复异位妊娠方面优于保守性手术治疗尚为时过早。因为持续存在的输卵管炎症盆腔粘连与否可能与受孕机率有关，而重复异位妊娠可能与输卵管局部炎症改变，发育不良或功能异常有关。因此，对异位妊娠保守治疗应采取谨慎的态度，需严格掌握指征，对保守治疗的患者，以后应了解输卵管通畅与否，及时治疗，以防止重复异位妊娠的发生。

2.3 预防术后感染

38例重复异位妊娠经腹和腹腔镜手术中均未行前衣原体、普通细菌等病原体培养，术后无法采取针对性抗菌消炎治疗，