维普资讯 http://www.cqvip.com

道粘膜失去弹性、分泌物少、宫颈坚硬、缺乏弹性，难以扩张，取器时器械不能通过宫颈管导至取器失败，随绝经时间延长，这种变化加剧，取器难度增加。为减轻受术者的痛苦，避免取器时造成机械性损伤，国内报道了采用多种软化扩张宫颈的方法[1,2]，但均需暴露时间较长而增加手术时间。尼尔雌醇是雌激素长效制剂，在体内释放缓慢，有类雌激素作用，可使阴道外阴粘膜上皮增生、分泌物增多，弹性增强，宫颈组织软化，宫颈口变松弛，子宫内膜轻度增殖，目前广泛用于妇女绝经期症候群，临床疗效显著。地卡因可以穿透子宫颈管表面粘膜层，使粘膜下的感觉细胞末梢麻痹，阻断宫颈内口处丰富的感觉神经末梢传入冲动，达到止痛效果、因此、本文利用尼尔雌醇口服改善内外生殖器官局部条件，配合地卡因颈管表面麻醉，达到减少取器中的痛苦和解决取器困难问题，此方法简便易行，无副作用，效果可靠，值得推广。

参 考 文 献

1.王桂华.安定与利多卡因药物在绝经后困难取器中的应用.中国计划生育杂志,1995,5(2):117.
2.李荣芬.药物对人工流产扩张宫颈效果的作用.中华妇产科杂志,1991,26:37.

(收稿:2000-11-14)

手术治疗胰岛素瘤的体会

刘 铁* 房学东**

胰岛素瘤又称B细胞性胰岛细胞瘤，是一种内分泌腺瘤，临床不多见，近5年来我们收治3例，均经病理证实，现结合文献学习将手术治疗体会进行报告。

一、临床资料

病例1，男，年龄66岁，主要病史：反复头晕大汗、周身乏力伴心慌、饥饿感3个月，每次经注射葡萄糖后好转；体征：Bp14/12 kPa，P90次/分，心肺检查正常，腹部平坦、触软、未触及包块，无压痛，其余无异常。辅助检查：血化验：WBC：9.2×10^9/L，Rbc：4.6×10^{12}/L，Hb：138g/L，BG：0.7mmol/L，B超：胰头部2.0×1.5cm实质性占位病变，CT检查同上。术中所见：胰头部深部可见红色2.2×2cm肿物侵及主胰管。术式：胰头及十二指肠切除术。病理报告：胰岛素瘤。结果：治愈。

病例2，女，年龄54岁，主要病史：清晨或劳累后头晕、大汗伴心慌和饥饿感进食后稍有好转6个月。体征：Bp15/12kPa，P84次/分，心肺检查正常，腹平软、无压痛，未触及包块，其余正常。辅助检查：血化验WBC：8.4×10^9/L，Rbc：4.8×10^{12}/L，BG：2.7mmol/L，B超和CT：胰体部有1.5×1.5cm实质性占位病变。术中所见：胰体深部可见红色1.5×1.5cm肿瘤，未侵及主胰管。术式：肿瘤切除术。病理报告：胰岛素瘤。结果：治愈。

病例3，女，43岁，主要病史：反复发作性头晕大汗伴心慌饥饿感，进食或补充葡萄糖后好转8个月。体征：Bp14/11kPa，P80次/分，心肺检查正常，腹平坦，触软无压痛、无包块，其余正常。辅助检查：血化验Wbc：6.8×10^9/L，Rbc：4.8×10^{12}/L，Hb：139g/L，BG：1.2～4.0mmol/L，B超和CT术前报告正常，术中B超：胰尾有1.0cm×1.5cm包块、术中所见：胰尾深部粉红色肿瘤1.0×1.5cm大小。术式：胰尾切除术；病理报告：胰岛素瘤。结果：治愈。

二、讨论与体会

1.胰岛素细胞瘤的生物学和病理特点：胰岛素瘤又称B细胞性胰岛细胞瘤，是消化道内分泌肿瘤的一种，临床较少见、同所有的内分泌肿瘤一样，胰岛素瘤起源于胃肠胰神经内分泌细胞也称为神经内分泌肿瘤，具有分泌激素，不再受正常生理调控的特点。当大量胰岛素进入血循环后引起血糖降低并由此产生相应的临床各种症状和体征，是本病的突出表现。胰岛素瘤较小、多为单发、偶见多发。外观稍红、呈圆形或椭圆形，可发生在胰头、胰体或胰尾深部，由于表现隐匿，一般不易被发现，故手术时需严格定位，在消化道内分泌肿瘤中胰岛素瘤属良性肿瘤，手术切除后不复发，而且到目前为止未见有恶变的报导。

2.胰岛素瘤的诊断和手术治疗体会：胰岛素瘤隐匿在胰腺，腹部触诊时无明显症状和体征，当大量胰岛素进入血液循环时病人可出现低血糖综合症状、如头晕、大汗、心慌、震颤、周身无力和饥饿感、严重者心动过速甚至昏迷。临床检验血糖降低具有一定特异性(<2.8mmol/L)。当补充葡萄糖后症状缓解、Wipple三联症、动脉血管造影、术中B超检查有利于确诊。门静脉采样测定胰岛素诊断胰岛素瘤特异性高达91%。本病一经诊断，应积极手术治疗，术前常规补足葡萄糖，术中注意监测血糖的变化。关于手术的方式，我们认为由于胰岛素瘤是良性肿瘤，无需进行根治性切除。本组例1、因肿瘤已侵及主胰管故将胰头与十二指肠切除、另2例、分别做了胰岛素瘤单纯切除和胰尾切除。注意当肿瘤切除15～30分钟后测血糖可恢复正常水平。特别值得提出的是，当肿瘤隐匿在胰腺深部时，切忌盲目探查，要借助B超定位、同时还要注意肿瘤的多发性、防止遗漏。此外手术后加强护理，禁食期间实施静脉高营养疗法，同时给抑制胰液分泌的药物如善得定、生长抑素、西米替丁等

* 作者单位：114043 辽宁省鞍钢矿山公司齐大山医院外科
** 白求恩医科大学附属三院

维普资讯 http://www.cqvip.com

也很重要。本组病例术后恢复良好，经半年至一年半的随访，其生活和工作质量正常、无胰瘘等并发症发生。

参 考 文 献

1.邹生泉，张 林.消化道内分泌肿瘤的诊断和治疗进展.全国外科消化学肿瘤学术会议论文汇编，1996.23.
2.武汉医学院中山医学院编著.胰腺肿瘤、外科病理学.武汉：湖北人民出版社，1977.245.

（收稿：2000-11-17）

剖宫产术与异位妊娠关系的探讨

纪文术* 王桂荣** 马秀娟***

随着国产医学的发展，社会家庭的诸多因素，导致剖宫产适应证的放宽，人为地增加了剖宫产率。近些年来，随着剖宫产率的上升，异位妊娠的发病率也相应增加。本文回顾性分析1989年5月～1998年6月间420例异位妊娠的分娩情况及发病分析，现报告如下。

一、资料与结果

1989年5月～1998年6月间我院住院的异位妊娠患者420人。其中298人有剖宫产术史，异位妊娠的发生率为70.95%；有122人为正常分娩，异位妊娠的发生率为29.05%。剖宫产术与自然分娩组的异位妊娠发生率差异有显著性（$P<0.01$）。患者的平均年龄、孕产史、月经史、月经量、痛经等差异均无显著性。另外，两组的职业、文化程度分布也无统计学差异。420例异位妊娠患者，经手术治疗的有391人，非手术治疗的有29人。手术治疗的391人中，腹腔内出血量超过1500ml的有8人；出血量在1000～1500ml之间的有46人；出血量在500～800ml之间的有24人；出血量未超500ml的有96人。入院时表现为失血性休克的有43人。手术治疗的391人中，有7人为先保守治疗，后行手术治疗。患者的年龄在19～42岁之间，平均为23岁。有明确停经史、阴道流血、腹痛、后穹窿穿刺抽出5ml不凝血的有384人，当时均行急诊手术，术中证实术前诊断异位妊娠正确。有36人只有停经史与腹痛、病人生命指征及一般状态良好，后穹窿穿刺抽出不足0.5毫升不凝血、行保守治疗，但保守治疗成功的有29人。

二、讨论

随着剖宫产率的上升，剖宫产术后病率和感染率也明显增高。由于滞产、产程中过多的肛查、内诊及胎膜早破等，破坏了生殖道的自然防御机能，一些条件致病菌成为致病的优势菌，进入宫腔胎盘部位及切口处，极易引起感染。产后宫腔拭子培养，多为大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、厌氧菌可达40%。以上这些致病菌在产后未及时控制或控制不彻底，逐渐侵入盆腔结缔组织，造成盆腔炎，从理论上讲剖宫产增加了异位妊娠的发病率。本组资料、在异位妊娠的发病中，剖宫产组与自然分娩组成部分的发生率分别为70.95%、29.05%，差异有显著性（$P<0.01$）。说明剖宫产术后的异位妊娠发病率增高，但增高的比率未做大样本统计。对于剖宫产术是否增加异位妊娠的机率、以往没有得到完全共识，但本组资料在小样本范围内已充分肯定了剖宫产可以增加异位妊娠的发病率。适宜指征的剖宫产手术，对保障高危产妇在母婴安全上发挥了很大作用。然而，剖宫产毕竟是非生理非自然的过程，除剖宫产术本身所带来的危险外，术后长期的安全性如异位妊娠的发生值得关注。1996年Hemminki等的调查结果表明，剖宫产是异位妊娠的中等危险因素。因此在临床中，必须全面评价剖宫产的利弊，正确掌握剖宫产的指征、以保护妇女的长期身心健康。

IUD是否会增加异位妊娠的发病率，以往曾有争议，但最终意见还是因为放置IUD后炎症使异位妊娠的发病率增加，与本结果剖宫产术后形成的日后盆腔炎及盆腔粘连的原因有相似性。近年来，异位妊娠的发病率有逐渐上升趋势，其发病率的升高与早期异位妊娠的诊断技术有关。当然，随着国人生活水平的提高，广大妇女的自我保健意识也增强，当发现月经不规则及腹痛时都能及早就医，给异位妊娠的早期诊断也提供了先决条件。

参 考 文 献

1.Hemminki E, Merilainen J. Long-term effects of cesarean setions: Ectopic pregnancy and placental problems. Am J Obstet Gynecol, 1996, 174: 1569－1574.
2.李昭译.显微外科技术在输卵管异位妊娠中的应用.国外医学.妇产科分册，1982, 2: 116.

（收稿：2000-08-25）

* 作者单位：154004 黑龙江省佳木斯纺织印染厂职工医院妇产科
** 佳木斯市罗北县凤翔镇医院
*** 佳木斯医学院附属第一医院妇产科