维普资讯 http://www.cqvip.com

下颌孔；在下颌孔上方升支内、外侧用微型电动来复锯分别做横行斜方向截骨至骨松质，在升支前缘用电动摆动锯纵行锯开连接内、外两侧断骨缘深面，完全离断升支，在升支前缘两侧截骨斜面上用骨钻钻两圆孔，备微型夹板固定用；按术前石膏模型设计下颌后退位置及咬合关系进行拼对，直至满意为止，骨间固定，两侧创腔用抗生素盐水冲洗，创缘分层对位缝合，并按正常从事颌关系进行颌间结扎固定，两侧创口加压包扎，术毕；口腔内缝线七日拆除，颌间结扎固位维持6周。

二、结果

术后颌间固位6周去除牙弓夹板，其中2例病员咬颌关系平衡移欠佳，经调颌后，咬颌关系恢复正常；1例病员有轻度开口受限，经颞颌关节区进行理疗及功能练习，开口恢复正常，术后外形均较满意，上下颌咬颌关系正常。

三、讨论

1.该手术方法简便、损伤小，恢复快，术后效果满意；采用口内切口，避免了面部切口后遗留的疤痕，为广大病员所接受，利用先进的电动锯截骨使手术创伤明显减小，大大缩短了手术时间，从而减轻了因创伤和手术时间过长所造成的术后局部肿胀、瘀血、神经损伤等不良反应。

2.截骨部位在下颌孔上方，避免了损伤下齿槽神经血管囊的可能，另外截骨端呈一斜面，有利于增加颌骨升支骨断缘之间的接触面，从而加速骨质的良好愈合。

3.术前X线检查、头影测量及石膏模型的重新设计是手术成功的重要的必不可少的手段，为手术顺利进行取得满意疗效提供了根本保障。

4.术中在分离下颌升支内侧及截骨时要首先注意下颌孔及下齿槽神经血管囊，以避免造成不必要的损伤，术后注意加压包扎以减少面部水肿及积液，颌间固定期间应定期观察颌关系，如有移位应及时调整，去除结扎固位后应做轻度必要的功能练习，避免开口障碍，如咬颌关系接触不协调，应及时调整至正常，以免影响矫正手术效果。

参 考 文 献

1.王 炜.整形外科学.杭州：浙江技术出版社，1999.9.
2.王兴东.正颌外科手术学.济南：山东技术出版社，1999.8.
3.丘蔚六.口腔颌面外科理论与实践.北京：人民卫生出版社，1998.12.

（收稿：2000-11-10）

尼尔雌醇配伍地卡因在绝经妇女取环术中的应用

周 红* 杨晓东**

绝经期妇女及时取出IUD，以免引起感染、嵌顿、出血与其它疾病混淆，但由于绝经后妇女卵巢功能衰退，雌激素水平低下，阴道、宫颈及子宫萎缩，造成取器困难。困难的操作又给病人带来痛苦、恐惧，同时可引起创伤性并发症，这已引起许多临床医生的关注。为了避免受术者的痛苦，便于取环，我们对绝经后妇女在取环前采用尼尔雌醇配伍地卡因进行药物性软化宫颈后取环，获得满意效果，现报道如下。

一、资料和方法

1.临床资料：自1996年1月自1999年12月，取环对象为112例绝经妇女，年龄最大67岁，最小48岁，放置时间最长25年，最短9年，平均17年，从绝经至环取出，年限最长15年，最短半年，随机分成用药组与对照组各56例，两组病人年龄、营养状态、置环时间、绝经时间等均无差异。

2.方法：所有病例术前常规妇科检查，B超检查排除占位性病变，确定环位、环型。用药组常规给予上海华联制药厂生产的尼尔雌醇片4毫克顿服，服药7天后来院取环。受术者排空膀胱后，取膀胱截石位，常规冲洗消毒外阴及阴道，复查子宫情况，钳夹暴露宫颈，用棉签蘸取1%地卡因2毫升，插入子宫颈管，约45秒取下，此时宫口松驰，用探针入宫腔探测宫腔深度和环位置后，用取环钩将环取出，对照组术前不用任何药物，按常规进行取环手术。

二、结果和讨论

1.取环效果情况，见表1。

表1 两组取环效果比较

分组	例数	成功		失败	
		例数	%	例数	%
用药组	56	54	96.4%	2	3.6%
对照组	56	29	51.7%	27	48.2%
P		<0.01		<0.01	

2.取环并发症率比较，见表2。

表2 两组取环并发症率比较

分组	IUD变形		创伤性出血		腰坠痛	
用药组	0		2	3.6%	0	
对照组	21	37.5%	17	30.4%	18	32.1%
P	P<0.01		P<0.01		P<0.01	

绝经后妇女雌激素水平低下，内外生殖器官逐渐萎缩，阴

* 作者单位：114003 辽宁省鞍山市鞍钢立山医院妇产科
** 鞍钢长甸医院妇产科

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