维普资讯 http://www.cqvip.com

修补，前列腺包膜应作单层缝合，耻骨后置血浆管引流。

二、结果

14例术中失血量估计值150～400ml、平均约250ml、有5例未输血，切除腺体重量25～60g，12例术中撕裂尿道（0.5～1.5cm）、手术时间100～120min。术后间歇膀胱冲洗1～3d，引流尿液清亮、尿管留置7～10d、本组病例拔尿管后均排尿通畅，术后7～12d出院。

术后随访了全部14例病员1～4年、全部排尿通畅、夜尿及尿流率恢复正常，均无尿失禁，且性生活均正常。

三、讨论

目前开放性手术仍是主要的，能达到根治前列腺增生的治疗方法。Dixon等于1990年首次报告59例接受Madigan术或者[1]。我院于1994年首次施行本术式、且发现腺体与尿道易于完全分离、且保留了完整的尿道粘膜和膀胱颈部，合乎解剖生理特点，具有术后并发症少，住院时间短，患者痛苦少，恢复快，护理量减轻，保持了生理排尿和正常的射精功能等优点。

该术式尿道后下方保留一小块腺体的目的是保留精道的完整性[3]，前列腺残腔内有足够大的空隙，保留这一小块腺体，即使再生也不致于压迫尿道，造成排尿困难等症状。该术式直视下切除前列腺，止血效果可靠，术后一般无血尿或轻度血尿、如未损伤尿道，无需膀胱冲洗。

本术式操作要点是仔细分离前列腺尿道，一旦损伤术后留置导尿管的时间相应延长，本组有一例术后发生尿外渗、引起切口感染、当然也与术中尿道粘膜撕裂及前列腺外科包膜缝合不完整有关。

该术式的优点归纳起来有如下几点[2]：①可避免因膀胱颈破坏及缺损一段尿道带来的出血感染，尿道狭窄、尿失禁，附睾炎、逆行射精等并发症。②可避免术中盲目摘除，盲目止血的缺点。③部分病例无需膀胱冲洗或可缩短冲洗时间。④尿管留置时间短，无需牵引、减少了膀胱痉挛。⑤术后恢复快，缩短卧床时间、避免了心血管及肺部并发症。

综上所述，Madigan术式是治疗BPH的较好的术式、无需特殊设备，易于掌握。但仍应掌握其适应症，根据术者的经验和习惯去选择对患者有利的术式。

参 考 文 献

1. Dixon AR、Lord PH、Madigan MR. The madigan prostatectomy. J Urol, 1990、144：40－41.
2. 吴保忠、等. 保留尿道前列腺切除术360例报告. 临床泌尿外科杂志，1999，14：11－13.
3. 王景玉，等. 耻骨后保留尿道前列腺切除术52例报告. 临床泌尿外科杂志，1998，13：215－216.

（收稿：1999-08-30）

Joel-Cohen切口剖宫产术临床分析

于 峰*

我院自1998年4月至1999年4月，采用随机分组方法，比较传统下腹纵切口剖宫产术与"The misgav-Ladach-Method"剖宫产术在临床上的优缺点，共收集病例107例，方法与讨论如下。

一、资料与方法

1.一般资料：Joel-Cohen切口组初产妇53例，经产妇1例，平均年龄26岁。纵切口组初产妇52例，妇产妇1例，平均年龄26岁。

2.手术方法：连续硬膜外麻醉，取下腹部横切口，以正中线为中心，由双侧髂前上棘连线以下2～3cm，直线切开皮肤15cm（切口位置高低可据胎先露高低稍加调整）。切开皮肤后，切开脂肪与腹直肌前鞘长2～3cm。剪刀两刃紧贴前鞘之上下方，潜行"裁"开前鞘。钝性分离腹直肌3cm。由术者与助手配合，用手指一并撕开腹直肌及皮下脂肪。用手撕开腹膜入腹腔。将膀胱腹膜反折横向切开3cm，用手撕开12cm。在子宫下段肌层中央横行切开3cm，撕开达12cm，手取胎儿及胎盘。1号肠线连续锁扣缝合子宫肌层全层。大网膜覆盖切口。两处腹膜伤口均少处理。7号丝线连续缝合腹直肌前鞘。最后用4号丝线将皮肤及脂肪全层褥式缝合3针。若缝针间有皮肤对合不良，用组织钳夹闭5分钟即可完好对合。敷料包扎后不上腹带。术中应用青霉素800万单位静滴，术后可不用抗菌素。术后立即喝水，6小时下床。第一天进流质及换药，5天拆线出院。

二、结果

两组手术对照结果总结如下（附表）。

附表 两组手术对照结果

项目	研究组（$n=54$）	对照组（$n=53$）
手术时间（min）	28.12	55.10
胎儿娩出时间（min）	5.11	11.5
术中出血量（ml）	153	286
术后下床时间（h）	6	40
术后排气时间（h）	21.2	35.5
术后疼痛时间（h）	9.5	18
术后进食时间（h）	17	24
导尿管留置时间（h）	22.4	30.6
切口甲级愈合率	100%	98%

* 作者单位：471003 河南省洛阳市涧西区中信重机公司中心医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

三、讨论

通过以上对比，可发现该术式有着明显的临床意义，相对于传统术式有以下优点：①除皮肤及腹直肌前鞘需全部切开外，其余各层组织均只切一小口，用手撕开。熟悉此术式后，可明显缩短手术时间、胎儿娩出快，可为抢救宫内窒息的胎儿争取时间。②关闭切口过程中，不缝合腹膜。据1991年Hull报道54127位患与传统方法缝合腹膜组对比，两组在手术后发生伤口感染、伤口裂开、子宫内膜炎、肠梗阻的情况及住院时间上均无差别，且不缝腹膜的方法可减少手术时间5分钟。据我们观察，还可减少异物反应，降低粘连发生率。皮肤及皮下组织一起缝合，只缝3针，可减少术后线结反应，预防切口感染。术后切口瘢痕小，外观较好，宜为病人接受，并且愈合速度快，病人恢复快。③术程中多层组织均为钝性撕开，可避免组织中血管破裂及神经断裂，减少出血及副损伤，避免损伤肠管及膀胱。组织损伤亦小，利于切口快速愈合，且愈合牢靠。④相比较于传统的下腹横切口、此切口位置高，使腹直肌易于撕拉，不用切断锥状肌，且可避免传统横切口娩头困难的缺点。⑤该术式所用器械明显减少，手术室打包简单，器械护士工作量减少。病房用药亦可大量减少，可明显节省材料，降低成本，减少病人医疗费。

总之采用该术式，手术及住院时间均可明显缩短；成本及病人费用可下降；病人恢复快，切口美观。很受病人及医生的欢迎。

参 考 文 献

1. 马彦彦主编. 新式剖宫产术. 北京：北京科学技术出版社，1997：10.
2. Ali Y. Analysis of cesarean delivery in Jimma Hospital, south-western Ethiopia, Fast Afr Med J, 1995：60－63.
3. Burns LR. The effect of physician factors on the cesarean section decision, Med Care, 1995：365－382.
4. Cisse CT. Indications and prognesis of cesarean sections at the Dakar University Hospital Center. J Gynecol Obstet Biol Reprod Pairs, 1995：194－197.
5. Elhag BI. An audit of Cesarean section among Saudi females in Jeddah, Saudi Arabia, J Egypt Public Health Assoc, 1994：1－17.

（收稿：1999-05-06）

51-52 泡球蚴 人工感染 动物模型 2f

建立人工感染泡球蚴小鼠模型的体会

苗玉清* 王端玲**

R532.22 R-332

1997年10月～1998年4月，我们用泡球蚴人工感染小鼠，建立了一批（300只）感染泡球蚴动物模型，现总结如下。

一、材料与方法

1.感染材料及制备：将人工腹腔感染泡球蚴16周的昆明小白鼠作为本实验接种泡球蚴来源，将该快速处死，在无菌操作下取出腹腔内泡球蚴组织，选择光滑、透亮、成葡萄状游离于腹腔或附着在腹壁、肠系膜、肝表面的病灶，用生理盐水反复冲洗后，将泡球蚴组织剪碎后用组织研磨器研碎，再用生理盐水漂洗3次，配成20%浓度的混悬液，用0.5%伊红染色见泡球蚴原头节1～3个/视野，结构清晰，细胞形态基本正常，着色率85%以上，即可用于动物接种。

2.感染动物：动物由新疆医科大学动物室提供，雌性昆明小白鼠300只，体重20±2克，鼠龄25～28天。

3.感染方式：感染小鼠腹部用75%酒精消毒，将下腹部皮肤用手提起，用9号针头在小白鼠右下腹腔接种泡球蚴混悬液0.2ml。接种后小鼠在室温22±3℃，相对湿度30～73%，自然光线条件下饲养10周。随机抽样检查，小鼠体重25±2g，经解剖证实腹腔接种泡球蚴成功率在95%以上，该批小白鼠作为该实验动物模型。

二、结果

实验小白鼠腹腔接种泡球蚴后16周，除自然死亡外，存活247只，经解剖腹腔感染泡球蚴240只，阳性率为97%。解剖见泡球蚴病灶游离于腹腔或附着于腹壁、肠系膜、大网膜及肠管、肝脏、脾脏等实质脏器表面，少数侵及肝脏、脾脏，有1例累及肺脏。泡球蚴组织外观呈白色或黄白色，由密集小囊泡聚集成菜花状，表面凹凸不平，光滑透亮、张力较高。囊泡内含有少量清亮液体。病理形态学检查见泡球蚴结构基本正常，角质层、生发层清晰，多数见育囊或芽生结构，育囊内有多少不等的原头蚴、钙颗粒形态正常。

三、讨论

根据人工感染包虫实验动物模型制备方法[1]，对泡球蚴实验动物型的制备，可以置入泡球蚴组织[2,3]，或注射组织匀浆[4,5]。接种泡球蚴组织一般将泡球蚴组织修剪成0.3～0.5×0.5cm大小（约重0.1g），将小鼠麻醉后，通过手术剖腹，把泡球蚴组织移植于小鼠肝脏或腹腔。接种泡球蚴组织匀浆则将泡球蚴组织剪碎、研碎、过滤，制成混悬液，然后接种。张京元等比较了置入法和注射法小鼠泡球蚴感染率两者无显著性差异（P>0.05）。通过人工感染泡球蚴小鼠模型的制备，我们体会

* 作者单位：830000 乌鲁木齐市新疆医科大学附属第一医院动物实验室
** 河南省鹤壁矿务局总医院