维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2005年第14卷第3期
J Regional Anat & Operative Surg, 2005, Vol.14, No.3

腹腔镜治疗输卵管妊娠的临床观察

曹丽秋，王 红，李文红 （佳木斯市中心医院妇产科，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 腹腔镜；输卵管妊娠
[中图分类号] R605；R711.76 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)03－0206－01

腹腔镜目前已广泛用于妇科各大小手术，我院自2002年10月至今将其用于治疗输卵管妊娠患者40例，取得了满意的临床效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组40例，最小18岁，最大45岁，平均年龄32岁，未产妇14例，经产妇26例，有过流产史18例，剖宫产史6例，保守治疗失败3例，停经史32例，不规则阴道流血及下腹痛40例，均B超发现盆腔有包块，血HCG值均为1 000 IU/L以上。

1.2 手术方法

患者均采用全身麻醉，于脐孔中央切开皮肤1.0 cm插入穿刺针，证实在腹腔内后充入CO_2气体3～4 L，CO_2气腹压13～15 mmHg时置入腔镜，取两侧腹相当于麦氏点水平穿刺做2～3个操作孔，先仔细窥视盆腔内情况，充分暴露子宫附件，可见患侧输卵管部位膨隆，暗褐色、表面充血，有浆液渗出，如为输卵管伞端流产，可见伞端活动性出血，如为输卵管妊娠破裂，可见孕囊组织堵塞于破口呈活动性出血，具体操作如下：①输卵管妊娠切除术适用于不需保留生育功能或输卵管破口较大者，提起输卵管，用双极电凝从输卵管伞端开始分次电凝，切断输卵管系膜至峡部，最后切除输卵管。②输卵管病灶清除术适用于要求保留生育或输卵管未破或破口较小者，于患侧输卵管妊娠膨大处，用电凝针切开输卵管管壁2～3 cm，钝性剥离妊娠物，用冲洗器反复冲洗并吸除残余绒毛组织，出血处电凝止血。在手术完毕冲洗腹腔，于患侧输卵管注入氨甲喋呤30 mg以预防持续性输卵管妊娠的发生。皮肤切口用03Dexon线间断缝合1～2针，或不予缝合。

2 结果

40例患者均在镜下完成手术，其中输卵管妊娠流产7例，壶腹部妊娠20例，峡部14例，破裂17例，采取输卵管切除术31例，病灶清除术9例，盆腔积血300～1 500 ml，手术时间20～85 min，平均51 min，术中出血平均5 ml，无一例并发腹壁下气肿，患者术后6 h进半流食，拔除尿管离床活动，术后3 d痊愈出院，术后病理均符合输卵管妊娠。

3 讨论

在应用腹腔镜技术之前，输卵管妊娠在破裂出血后才行急诊开腹手术，很难达到早期诊治，且创伤大、住院时间长。随着阴道超声及B－HCG测定的应用，80%以上的异位妊娠可在破裂前得以诊断。腹腔镜用于输卵管妊娠手术，能迅速准确发现妊娠的部位，还易于发现盆腔内的其它疾病并一起处理。术中出血少，术后6 h即可下床活动，术后3 d出院，病人恢复快，痛苦小，腹部不留疤痕，患者乐意接受，有诊断和治疗的双重价值。因此，我们认为腹腔镜手术可以作为输卵管妊娠的常规治疗手段。

（编辑：黄春霞）

[收稿日期]2005－01－15 [修回日期] 2005－02－17

应用改良术式治疗下肢浅静脉曲张45例体会

于长波[1]，范东旭[2]，王亚洲[2] （1. 同江市中医院外科，黑龙江 同江 156400；2. 佳木斯大学附属第一医院普外一科，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 改良术；治疗；下肢浅静脉曲张
[中图分类号] R543.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)03－0206－02

我院自2002年1月至2003年12月对收治的45例下肢浅静脉曲张的病人行改良的大隐静脉高位结扎和剥脱术，取得了良好的治疗效果，现报道如下。

[收稿日期]2005－01－15 [修回日期] 2005－02－17

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组45例，男17例，女28例。年龄35～63岁，平均年龄47.7岁，其中经下肢静脉彩超证实原发性深静脉瓣功能不全者29例，单纯性大隐静脉曲张16例，均无深、浅静脉血栓形成。

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.2 治疗方法

病人麻醉后仰卧位，常规消毒，术区铺无菌巾，首先于大腿跟部行斜切口，显露大隐静脉，在内踝处结扎大隐静脉起始端，然后向近心端大隐静脉顺行插入剥脱器，直至大隐静脉入股静脉处，在距股静脉0.5 cm处钳夹切断大隐静脉主干，近心端结扎，分别切断、结扎5条属支，抽出大隐静脉主干（有时需分段抽出大隐静脉），缝合创口，余下曲张静脉用7号丝线缝扎，术后应用弹力绷带包扎2周。

2 结果与讨论

45例患者均痊愈出院，无并发症。传统大隐静脉高位结扎加剥脱术是在大隐静脉入股静脉处结扎大隐静脉各分支及主干，由于高位阻断了大隐静脉血流，而远端肢体浅静脉血仍向大隐静脉内汇集回流，当剥脱器向远端插入时，失血较多。此外，由于大隐静脉腔内有9～15对静脉瓣，当向远心端插入剥脱器时，往往因静脉瓣阻挡而不能达到较远的距离，皮肤需作较多切口方能剥脱大隐静脉主干。改良的大隐静脉高位结扎加剥脱术，它是由内踝开始，首先于内踝处结扎大隐静脉起始端，阻断了足背静脉网的回流。由于没有先高位结扎入股静脉处的大隐静脉，故不影响患肢浅静脉血回流。顺行插入剥脱器，因不受静脉瓣的阻挡，往往一次插入较长的距离。其主要优点是出血少、手术时间短、皮肤切口少，利于美观。此外，传统方法偶有误伤股静脉的报道，而采用改良法，可避免股静脉的损伤。

（编辑：黄春霞）

重型颅脑损伤后并发多器官功能衰竭20例分析

石新刚，王智勇 （鞍山钢铁集团公司长甸医院神经外科，辽宁 鞍山 114000）

[关键词] 颅脑损伤；多器官功能衰竭；并发症
[中图分类号] R651.1， [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2005)03－0207－02

重型颅脑损伤后并发多器官功能不全综合征（MODS）在临床时有发生，其病程凶险，死亡率和病残率较高，必须高度重视，本文对我院1996至2004年10月收治的20例进行总结分析，报告如下。

1 临床资料

本组男性14例，女性6例，年龄12～75岁，占同期颅脑损伤4.5%。GCS评分3～5分14例，6～8分6例。并发MODS时间：伤后或术后48 h内5例，3～7 d 14例，7 d以上1例。按Fry（1998）的诊断标准分类：肺功不全＋心功不全12例，肺功不全＋胃肠粘膜出血4例，肺功不全＋肾功不全2例，肺功不全＋肝功不全2例。

2 结果

14例经救治无效死亡，占同期重型颅脑损伤死亡49例的28.6%。存活6例中2例基本好转，4例致残（轻残3例，重残1例）。

3 讨论

3.1 并发MODS的病因

分析本组颅脑外伤并发MODS的病因有如下几点：①国外的最新研究成果显示重型颅脑损伤患者血浆内毒素和肿瘤坏死因子水平变化与多器官功能不全综合征的发生有着密切关系。重型颅脑损伤后早期即有血浆内毒素的显著升高，同时血浆坏死因子水平也相应升高，其峰值稍晚于血浆内毒素。脑损伤后早期血浆内毒素大量侵入体内，激活体内单核—巨噬细胞系统促进炎性细胞因子的释放引起机体广泛的损伤。而肿瘤坏死因子是介导内毒素损伤效应的关键介质之一，它不仅直接作用肿瘤坏死因子受体，而且可诱导产生白介素－1和白介素－6引起肿瘤坏死因子的作用扩大，并进而引起机体更广泛的损伤，从而引起MODS的发生。②重型颅脑损伤后原发和继发性脑干损伤和丘脑下部损伤，颅内压持续升高，植物神经中枢功能紊乱，交感神经兴奋，血中儿茶酚胺增加，引起全身血管收缩。同时丘脑下部损伤还可引起中枢性离子紊乱，导致全身血管痉挛。外周血管阻力增加，左心负荷加重，肺静脉压力增高，引起神经源性肺水肿。由于体内各重要脏器血管收缩而发生微循环障碍导致组织灌流不足，也可引起MODS。③中枢性呼吸障碍，肺部感染，呼吸道梗阻常使肺部在多器官功能不全中最先受累，且预后不良。④脑外伤后引起的内分泌紊乱是应激性溃疡主要原因。⑤长时间大量使用脱水剂、激素可导致离子紊乱，内分泌紊乱，及药物本身的毒害作用，可引起或加重已存在MODS。

3.2 预防及治疗

准确的预测和有效的预防是降低MODS发生或减少重型颅脑损伤的关键。我们体会应做到以下几点：①早期诊断，及时开颅清除病灶，在治疗脑外伤的同时，密切监测生命体征与诸器官功能10 d以上。②早期的肺部炎症或分泌物阻塞呼吸道应尽早行气管切开，加强吸痰，抗炎能很快控制其发展。③及时纠正休克及水电解质平衡失调，保证供氧。④加强营养支持疗法，减少分解代谢，尽早鼻饲。⑤在多器官功能不全综合征发生的早期，及时采取有效的措施，中止多器官功能不全综合征的连锁反应，当呼吸≥28次/分，PaO_2 < 8 kPa时，应予以机械通气，呼吸机正压给氧，使PaO_2维持在9.3 kPa以上，避免高

[收稿日期] 2004－01－15 [修回日期] 2005－02－18