维普资讯 http://www.cqvip.com

再度出现排尿困难。(2)膀胱颈部3、5、7、9点缝扎加气囊压迫，前列腺动脉来源于膀胱下动脉，直视下很难游离和辨认，在上述点以1号肠线或维侨线行8字缝合往往能起到良好的止血作用，本组45例按此法处理占32%，止血效果较好，术后2～3天冲洗颜色转为正常。(3)膀胱颈部以1号肠线于3～9点处连续锁边缝合，期间尽可能地结扎前列腺动脉，按此法处理5例占3.5%，此法止血效果也较好，术后2～3天冲洗液颜色变为正常。但是易出现膀胱颈部后唇抬高，产生排尿困难故尚需定期尿道扩张或者通过TURP行后唇切除术，给病人增加一定的负担。术后出血的原因：本组病人有3例患者于术后4小时见冲洗管大量出血，以致血块完全堵塞冲洗管，再次手术探查出血原因，结果是大量活动性出血涌入膀胱，清理血块后于膀胱颈部3～9点处加强缝合，得以止血。

另有4例病人术后四天冲洗管仍见较重的血色，出血无减少倾向，经B超检查，膀胱内无凝血块形成，经冲洗管注入双氧水100ml或4%甲醛300ml，保留5分钟后冲出体外，出血量显著减少，然后恢复持续冲洗直至正常。有二例病人术后第21天，因大量排便和排便困难，剧烈增加腹压而致前列腺窝和膀胱内大量急剧出血，不得不急诊手术取出血块再次止血，重新恢复冲洗。

二、结果和讨论

前列腺切除手术的术中、术后以及延期出血问题，多年来是TVP的一个重点难题，尽管在术中千方百计反复观察认真处理，术后出血也是再所难免。由于前列腺腺体切除后，前列腺腺窝创面裸露想通过钳夹或缝扎以及缝合创面止血都是不可能的，面对前列腺手术不易止血这一难点，如何减少术中出血，提高手术安全性作者体会如下。

1.TVP的手术技巧

(1)尽量避免前列腺被膜的损伤，前列腺被膜的损伤、可加重腺窝的出血。为找好平面切开点应在前列腺最隆起处确认外科包膜的平面。如不切开可经尿道压破后剜除腺体，分离层次分明不易损伤被膜。如分离层次不分明或紧密粘连，硬性剜除腺体、则易造成被膜及静脉丛损伤以致大出血。

(2)确切缝合彻底止血：前列腺腺体剜除后面临止血问题。首先于膀胱颈部5、7点处各行一"8"字缝合，以期结扎前列腺动脉、腺体剜除外科被膜往往回缩，膀胱颈部断缘往往不回缩，所以在连续缝合后唇时一定要探缝前列腺外科被膜，才易将被膜下动脉切实扎住。尽管如此有时尚可见到活动出血点。因为前列腺血运丰富，一些动脉并非经后唇进入腺体，所以应于前唇或其他部位寻找并缝扎出血点。

(3)关于前列腺窝压迫止血问题：我们利用压迫止血的时间，去做输精管结扎术，时间大约5分钟左右。压迫的物质用热盐水纱布或冰盐水纱布。热敷可使腺窝出血点迅速凝血，冷敷可使血管收缩达到减少出血的目的。本文认为热盐水要比冰盐水为好。

(4)恰当处理膀胱颈口：TVP术后膀胱颈口往往过大，使气囊失去了压迫止血的作用，如果将颈口经修整后回缩得过小，远期还可能产生挛缩造成排尿困难的再度出现。因此、颈口大小一定要适当。为防止后唇抬高而致排尿困难和体位性排尿，可在后唇以电刀"V"形切除，避免这一情况的发生。

2.做好充分的术前准备，改善患者的术前状态，尤其是贫血和凝血机制不良的病人是保证术后效果良好的比较关键的一环。应用药物控制高血压，改善心脏功能，纠正贫血改善凝血机制；老慢支、肺心病均需在术前预以调整，以保证手术的安全。应用乙烯雌酚可使腺体缩小，减少腺体充血，减少术中出血。留置导尿和抗炎治疗可减轻感染和梗阻所致的前列腺充血水肿、对减少术中失血均有重要意义。

3.严格掌握手术适应症：TVP是一个对患者打击比较大的手术，严格掌握适应症尤为必要。对于高龄重危出血性疾病的患者、导尿又失败不能勉强行TVP而考虑膀造瘘。

参 考 文 献

1.吴国荃、田 野、刘 志.耻骨上膀胱内前列腺摘除术治疗前列腺增生：附1322例报告.中华泌尿外科杂志，1993，14(6)：429－430.

2.孙 光，马腾骧.减少前列腺切除手术失血的体会.中华泌尿外科杂志，1993，14(6)：431－433.

(收稿：2001-04-11)

吸宫流产术并用米非司酮的临床观察

安玉波* 王景霞**

米非司酮抗孕广泛应用于临床，但其流产后子宫出血时间长是目前尚未解决的问题。吸宫流产术完全彻底，仍是目前普遍应用的一种终止妊娠的有效方法，我们根据米非司酮的药理作用在行吸宫流产术时并用米非司酮、感觉效果良好，现报告如下

一、资料与方法

行人工流产术妇女100例，月经周期正常，停经45天～55天初孕妇女，均无服药禁忌。临床随机分为实验组(A组)与对照组(B组)各50例，A组年龄23.5岁±3.68岁、孕龄46.98天±5.28天，宫腔长度(9.98±1.56)cm，B组年龄24.18岁±3.40

* 作者单位：154700 黑龙江省汤原县计划生育指导站
** 黑龙江省佳木斯大学基础医学院

维普资讯 http://www.cqvip.com

岁，孕龄 46.58 天 ± 4.36 天，宫腔长度(9.79 ± 1.61)cm，两组间无显著差异 $P > 0.05$。

A 组在人流术前 48 小时按要求口服米非司酮 150mg，按预定时间手术，详细记录宫口扩张情况，手术时间及出血量。B 组正常行人流术观察项目同 A 组，两组间进行统计学处理。

二、结果

宫口扩张情况、手术时间及出血量见附表。

由附表可见，两组宫口扩张状态、手术时间及出血量均有显著性差异。

附表 两组宫口扩张状态、手术时间及出血量比较

组别	例数	宫口扩张状态						手术时间(min) $\bar{x} \pm s$	出血量(ml) $\bar{x} \pm s$
		扩张良好		部分扩张		扩张下佳			
		例数	%	例数	%	例数	%		
A 组	50	41	82.0	5	10.0	4	0.80	2.56 ± 1.06	7.21 ± 5.16
B 组	50	0		6	12.0	44	88.0	4.01 ± 0.96	9.45 ± 2.68
P 值		< 0.05		> 0.05		< 0.05		< 0.05	< 0.05

三、讨论

人工流产是避孕失败后的补救措施，它在人口计划及个人的家庭计划方面均起到积极作用。目前多采用药物终止妊娠的方法来取代过去常规的人工流产术。以试图减轻给患者带来的某些创伤，如精神上、心理上的紧张或抑郁、机体的痛苦及器官的损伤等。但药流由于存在 92% ~ 95% 的成功率，而且术后阴道流血多且时间较长，少数也有发生流血过多之虑，而人工流产终止早孕成功率高，出血少。但在施行人流术时，因扩宫困难或扩宫不足可增加病人痛苦和出现相关并发症危险。有人提出应用麻醉技术解决上述问题，如应用异丙酚或氯胺酮静脉注射行全麻人工流产术[1]，但异丙酚价格昂贵，而且必需有麻醉科医师在场监护，同时也增加了病人的相关危险性，如呼吸抑制，心血管系统负性反应等。本文依据米非司酮的药理作用机制，在行人工流产术前服用该药，诱导宫颈成熟，软化宫颈利于宫口扩张，使术者手术操作方便，吸宫时无需张力扩张宫颈，一方面很大成度上减轻病人痛苦，同时明显缩短了流产时间，出血量少，有益于病人恢复，本文认为人工流产配合米非司酮应用在临床上值得推广。

参 考 文 献

1. 葛 明，刘济媛，郎秋英，等. 小剂量氯胺酮静脉麻醉用于人工流产术 250 例临床观察. 中国实用妇科与产科杂志，1998，14(2)：109

(收稿：2001-03-27)

大剂量干扰素卡铂治疗癌性胸水的临床观察

徐宝宁* 吕俊杰*

肺癌目前已成为危害人类健康的主要恶性肿瘤。其五年生存率很低。故肺癌的早期诊断及治疗尤为重要。但要做到这一点相当困难，往往就诊病人已属 III 期或 IV 期，失去了手术的时机。其中 20% ~ 30% 肺癌患者合并胸膜转移致癌性胸水，成为晚期肺癌主要致死原因。临床上癌性胸水的治疗非常困难，过去单纯应用化疗药物效果不佳。本文应用基因工程干扰素 α-2a 与卡铂，治疗癌性胸水，取得满意效果，现报告如下。

一、资料与方法

1. 一般资料：23 例病例均为 1988 年 10 月至 2000 年 12 月住院的肺癌患者，年龄 34 岁 ~ 76 岁，平均 55 岁，其中男性 13 例，女性 10 例。所有肺癌均为 IV 期(UICC, 1997 版)。且有细胞学和病理学诊断。

2. 胸腔化疗方法：(1)药物及药量：辽宁卫星生物制品研究所生产的迪恩安/注射用重组人干扰素 α-2a，1200 万 U 加生理盐水 20ml，卡铂 100 ~ 200mg 加生理盐水 50ml。(2)用药方法：每次先尽可能抽尽胸水，然后将以上药物缓慢注入胸腔，嘱病人每 15min 变换一次体位。(3)疗程：每周两次为 1 个周期，4 周 ~ 6 周为 1 个疗程。本组病例最短 1 个周期，最长为 2 个疗程。(4)药物反应：①流感样症状，23 例中有 20 例首次用药伴有发热、乏力，但体温一般不超过 38℃，以后用药症状逐渐消失。②胃肠反应：23 例中有 9 例出现轻度恶心呕吐，且均发生在首次，以后未发生。③肝肾功能：23 例中有 6 例于首次用药后出现 SGOT 和 SGPT 升高，未予特殊治疗，自行恢复。肾功能无异常改变。

二、结果

1. 治疗结果按 UICC 标准[1]，CR 为胸腔积液完全消失，维持时间超过 1 个月；PR 为胸腔积液消退 1/2 以上，1 个月无需胸

* 作者单位：110001 沈阳市辽宁省人民医院胸外科