DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.12.052

脑组织下疝。另外由于延髓和颈髓受压迫而缺血，形成继发性脊髓空洞。

ACM-Ⅰ以往多由X线椎管造影、气脑造影和CT椎管造影确诊，这些检查均有辐射损伤，且费时较长，病人痛苦并有潜在危险性。MRI具有无创、无骨伪影和无辐射损伤，软组织对比度好等优点，能多参数多切面成像，可更直接观察小脑扁桃体及延、颈髓的形态、位置及相互关系，这些优点使MRI成为ACM-Ⅰ最有效的确诊方法，还可指导外科放置脑室腹腔引流管，观察术后疗效，评价预后。SE序列矢状面T_1WI是ACM-Ⅰ的最佳诊断序列，并能很好地显示脑积水、脊髓空洞、颅颈交界骨骼异常及清楚准确地标志颅椎区各种测量点。

关键词：Arnold-Chiari畸形；磁共振成像
中图法分类号：R445.2 文献标识码：B

参考文献：

[1] 杨秀军，彭仁罗，周高峰，等. 小脑扁桃体位置临床磁共振成像研究[J]. 中国临床医学影像杂志，1999，10(5)：318－320.
[2] Stovner L J, Bergan U, Nilsen G, *et al*. Posterior cranial fossa dimensions in the Chiari I malformation relation to pathogenesis and clinical presentation [J]. Neuroradiology, 1993, 35(2): 113－118.
[3] Caldemeyer K S, Boaz J C, Wappner R S, *et al*. Chiari I malformation: association with hypophosphate-mic rickets and MRI appearance[J]. Radiology, 1995, 195(3): 733－738.
[4] 郑晓风，高培毅，张 晖，等. Chiari Ⅰ畸形的颅脑MRI测量及发病机理初探[J]. 中华放射学杂志，2000，34(7)：473－475.

（编辑 潘式文）

文章编号：1000-5404(2001)12-1491-02

经验交流

腹腔镜手术治疗卵巢子宫内膜异位囊肿的临床结局

Clinical outcomes of ovarian chocolate cysts treated with laparoscopy surgery

徐惠成，梁志清，常 青，史常旭 （第三军医大学附属西南医院妇产科，重庆 400038）

卵巢巧克力囊肿是妇科常见疾病，其临床症状主要是不孕和痛经。卵巢巧克力囊肿常需要手术治疗，对年轻患者，特别是未生育患者多进行保守性手术，即巧克力囊肿剥除术或病侧卵巢切除术，但由于其复发率相当高，许多患者需进行多次手术，从而影响生活质量。近来，我科开展腹腔镜下卵巢巧克力囊肿手术71例，获得满意疗效，报告如下。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

患者年龄20～54岁，平均29.7岁；未婚妇女4例，已婚未育妇女32例，已婚已育妇女35例；其中单侧者为59例，双侧者为12例。有23例表现为不孕，43例表现有不同程度的痛经，26例无明显症状，仅在妇科检查时发现盆腔包块，囊肿直径4～13 cm。

1.2 手术方法

1.2.1 术前准备 患者术前查血常规、出凝血时间、肝功、肾功、心电图、B超、胸片等，均无手术禁忌症，术前及术晨各灌肠一次，插导尿管接引流袋。采用全身麻醉48例，局部麻醉23例，局部麻醉采用0.5%利多卡因局部注射，已婚者阴道上举宫器。

1.2.2 操作步骤 于脐孔下缘弧型切口1 cm（有下腹部手术史者取脐孔上缘切口），气腹穿刺针进入腹腔后取头低脚高位，充以CO_2 3～3.5 L。Trocar穿刺成功后置入内窥镜，详细检查肝、大网膜、肠管、腹膜、子宫、附件等组织，了解有无粘连及转移结节等，决定手术方式。分别于右下腹麦氏点和左下腹麦氏点相对应位置取穿刺点，置入操作钳。如有粘连，先行分离。摆动举宫器，充分暴露卵巢囊肿，于囊肿表面壁薄、无血管区用单极电凝后剪开卵巢皮质，暴露囊肿壁，切开后用吸引器吸净囊液。钳夹提起卵巢皮质边缘，另一钳钳夹囊肿壁层，两钳向相反方向用力，将囊壁从正常卵巢组织上剥离。难剥离时，可用抓钳钳夹卵巢切口边缘，另一钳在囊肿和正常卵巢组织间进行钝性分离，或一钳钳夹囊肿壁，另一钳钳夹卵巢组织从囊肿包膜上撕脱下来。两把钳子互相交替夹持囊肿和正常卵巢组织，直至囊肿被完全游离或从要保留的卵巢组织上大部分游离出来，取出囊肿壁。如剥离困难而对侧卵巢正常，或无生育要求及＞35岁者则行卵巢巧克力囊肿切除术：先穿刺抽出囊液，并分离囊肿与周围粘连，游离囊肿，提起卵巢囊肿，暴露骨盆漏斗韧带，单极电极钳夹，电凝后切断，沿输卵管下方的输卵管系膜边电凝边切开，将卵巢囊肿与输卵管分离，将囊肿拉向盆腔侧壁，暴露卵巢固有韧带，电凝后切断卵巢固有韧带，取出囊肿。卵巢剥离面或囊肿切断面用双极电极彻底止血后，用5%葡萄糖溶液充分冲洗腹腔，吸净冲洗液，于子宫直肠窝置血浆引流管一根。如合并盆腔、腹膜和对侧卵巢浅表的子宫内膜异位病灶，则用双极或单极电凝烧灼。

1.2.3 术后处理 术后常规使用抗生素3 d，术后第1天拔除腹腔引流管和尿管。

2 结果

本科共行腹腔镜卵巢巧克力囊肿手术71例，其中囊肿剥除62例，囊肿切除9例，同时行盆腔异位结节电灼16例，盆腔粘连松解术23例，无脏器损伤发生。平均手术时间为41 min，平均出血量50 ml，术后第1天拔除导尿管、下床活动并进食，体温正常49例，轻度升高21例，有1例术后高热，体温达39.5 ℃，2 d后恢复正常，术后平均住院日3.7 d。手术创口小，伤口均甲级愈合。术后病理检查均符合临床诊断。随访1～19月，不孕的23例中8例妊娠，妊娠率为34.8%。痛经43例中，34例明显好转，5例略有减轻。术后无一例发生肠粘连、肠梗阻。

3 讨论

3.1 腹腔镜手术治疗卵巢子宫内膜异位囊肿的优点

腹腔镜手术适用于子宫内膜异位症各期保守性手术治疗。腹腔镜下可放大病灶，减少遗漏，并可利用电凝或激光准确且

作者简介：徐惠成(1970－)，男，浙江省兰溪市人，硕士，主治医师，从事妇科内镜及胎儿宫内治疗研究。电话：(023)68754412
收稿日期：2001-05-18；修回日期：2001-09-01

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

彻底地烧灼病灶，利于提高手术疗效腹腔镜下卵巢巧克力囊肿手术，与开腹手术相比较，患者的疼痛感觉大为减轻，所需的麻醉药较少，患者的平均住院日明显缩短，术后抗生素的使用量亦明显降低。有报道卵巢腹腔镜手术后症状改善的总效率为 90.5%，合并不孕的术后妊娠率为 58%，均优于开腹手术[1]，其优点是侵袭性小、创伤小、切口小、恢复快。本组中腹腔镜手术后受孕率较低可能与随访时间短有关。

3.2 腹腔镜手术治疗卵巢子宫内膜异位囊肿的手术方式选择

文献[2]报道，对< 35 岁的患者，应行保守性手术，包括子宫内膜异位囊肿剥出术、开窗术及单纯穿刺术。因开窗术及单纯穿刺术保留了囊壁，术后易复发，故不主张采用。本组行囊肿剥出术 62 例，均在镜下完成。我们的体会是先穿刺吸净内容物，再剪开皮质，钝性分离囊壁，只要层次正确，一般不出血。靠近卵巢门处血管丰富，应边分离边止血，操作轻柔准确可避免严重出血。如遇卵巢剥离面出血，可用电凝法止血。使用单极高频电流止血会额外损伤附件的其他组织，影响卵巢血液供应及神经调节，而双极电凝止血效果佳，对组织无过深和过广的破坏，不影响术后卵巢功能。我们主要采用双极电凝法止血，术后卵巢功能正常。对年龄较大及无生育要求者行患侧附件切除术，单极电凝后剪断不易出血，如有渗血可再用双极电凝止血，安全有效，操作简单方便。

由于随访时间较短，腹腔镜手术治疗卵巢子宫内膜异位囊肿的长期疗效有待进一步观察，尤其是合并不孕症的患者。但与开腹手术比，其具有侵袭性小、创伤小、切口小、恢复快、可接收性强的优点，应作为卵巢巧克力囊肿手术的首选方法。

关键词：腹腔镜手术；卵巢巧克力囊肿
中图法分类号：R737.31 文献标识码：B

参考文献：

[1] 张崇淑，黎培毅. 腹腔镜手术治疗子宫内膜异位症 196 例[J]. 华西医学，1997，12(3)：335－336.
[2] 黄 婉，薛素华，黄燕清. 卵巢子宫内膜异位囊肿腹腔镜手术的治疗价值[J]. 中国实用妇科与产科杂志，1998，14(3)：1613.
[3] 祝育德，杨燕生，谢 非，等. 腹腔镜与开腹手术治疗卵巢子宫内膜异位囊肿的比较[J]. 中华妇产科杂志，1998，33(7)：433.

（编辑 薛国文）

经验交流

文章编号：1000-5404(2001)12-1492-02

预真空灭菌器 B-D 试验失败的原因与处理方法

Causes and processing method of Bowen-Dick test for forevacuum stevilizer

魏静蓉，李 兵 （第三军医大学附属西南医院设备科供应室，重庆 400038）

B-D 试验全称叫布维-狄克试验(Bowen-Dick test)，是专用于预真空压力蒸汽灭菌器空气排除效果的检测方法[1]。它是灭菌前或检修完毕后必须进行的灭菌器空锅灭菌测试工作。B-D 试验失败表现在指示图上的异常颜色变化有以下 4 种情况：①四周为标准的褐色或黑色，中间部分有 4～10 cm^2明显未变色。②中间部位变色比外部淡，呈由外到内逐渐变淡的现象。③变色不均匀，也无规律。④褐色或黑色的条纹上呈现条状或块状白色斑块，边缘较模糊。现就 B-D 试验失败的原因及处理方法分析如下。

1 材料和方法

山东新华医疗器械厂生产的预真空压力蒸汽灭菌器；美国 3M 公司生产的 B-D 试验化学指示图；B-D 试验包是由 36 条 39 cm× 61 cm 大小的 100%的纯棉布巾制作。方法是将指示图平放在试验包中央，试验包置于灭菌柜内室排汽口上方进行灭菌后，根据指示图的颜色变化来判断灭菌器灭菌的有效性。

2 结果和讨论

2.1 灭菌器本身引起的故障

灭菌器排气不彻底或漏气，一旦内室残留空气大于 2%时，这部份空气在物品包中形成空气团，阻隔蒸汽对物品的穿透，导致灭菌失败[2]，这是 B-D 试验失败的主要原因，本实验结果见表 1。操作人员要经常检查、调整和清理气路上的各部件，确保真空度达到要求。B-D 试验失败的异常颜色变化为四周为标准的褐色或黑色，中间部分有 4～10 cm^2明显未变色。

表 1 灭菌器本身故障引起 B-D 试验失败的记录

灭菌器编号	实验次数	排气不彻底		系统漏气	
		次数	故障率(%)	次数	故障率(%)
1	20	17	85	20	100
2	20	16	80	20	100
3	20	17	85	19	95

2.2 测试包使用不当引起的故障，见表 2、3

表 2 测试包重复使用不同次数的 B-D 试验记录

灭菌器编号	实验次数	测试包第 1 次使用		重复使用第 3 次	
		合格次数	合格率(%)	合格次数	合格率(%)
1	20	20	100	17	85
2	20	20	100	15	75
3	20	19	95	15	75

表 3 用新旧布巾制作的测试包 B-D 试验的记录

灭菌器编号	实验次数	用新布巾制作的测试包		用旧布巾制作的测试包	
		合格次数	合格率(%)	合格次数	合格率(%)
1	20	17	85	20	100
2	20	17	85	19	95
3	20	16	80	19	95

B-D 试验失败的异常颜色变化为变色不均匀，也无规律。表 2 和表 3 显示，用中性洗涤剂洗涤干净的旧布巾制作的测试包，且使用一次后就更换，可以提高灭菌效果。

作者简介：魏静蓉(1963－)，女，四川省雅安市人，副主任护师，主要从事医院消毒灭菌方面的研究，发表论文 7 篇。电话：(023)68754000-73131。
收稿日期：2001-09-13；修回日期：2001-11-16

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net