

高血压脑出血颅内血肿微创清除术,其手术时机为:脑出血早期手术清除血肿压迫和降低血肿分解代谢产物再损伤、减轻脑水肿、降低颅内压、防止脑疝发生是提高生存率与降低死亡伤残的关键。笔者认为脑血肿早期手术清除血肿减轻了对脑组织压迫和降低血肿分解代谢产物造成的损害,减轻脑水肿,提高患者生存质量。手术时间窗有超早期手术<6 h,早期手术<6~24 h,中期手术24~48 h,晚期手术>72 h,超早期微创手术易再发脑出血,手术风险较大;在病情稳定的情况下,笔者主张脑出血后6~24 h手术较为安全。临床研究发现,脑出血的预后主要取决于血肿大小、部位、类型、术前意识状态、手术时机及方法,术后有无再出血,并发症的防治等;除此之外,尚有许多因素影响预后,如年龄、高血压、糖尿病、应激性溃疡并上消化道出血、急性肾功能衰竭等,选择有效的治疗方法,正确掌握手术适应证和手术时机,积极防治处理并发症,能提高治愈率,降低死亡率。总之,颅内血肿微创手术具有创伤小、痛苦轻、疗效好,简便、安全、费用低,患者易接受,后遗症少,预后好等优点,减少了颅内出血的病死率和病残率,提高了患者的生存质量。

总之,颅内血肿微创清除术和小骨窗开颅血肿清除术是治疗高血压脑出血的重要手术方式,救治成功率大体相同。但相比之下,微创清除技术似乎有更深层次的优越性:例如便于基层医院推广应用,让患者第一时间得到及时、有效的手术治疗,省时、省费用,特别是高龄、体衰的高血压患者。对高血压脑出血而言,目前国内外手术治疗还存在较大分歧,但预防和控制高血压病是关键已成为共识。展望未来,干细胞移植可能给脑出血后遗症患者带来希望,这尚需进一步研究^[10]。

参 考 文 献

- [1] 吴桂贤,吴兆苏,何炳林,等.我国16省市脑卒中流行病学特征[J].中华医学杂志,1994,74(5):281-238,325.
 - [2] 殷小平,张曼青.影响脑出血微创颅内血肿清除术死亡和再出血的因素分析[J].内科急危重杂志,2008,14(2):84-86.
 - [3] 王德江,王硕,赵元立,等.高血压脑出血外科近期预后因素分析[J].中华医学杂志,2005,11(44):3118-3122.
 - [4] Broderick JP, Brott TG, Duldner JE, et al. Volume of intracerebral hemorrhage. A powerful and easy-to-use predictor of 30-day mortality [J]. Stroke, 1993, 24(7):987-93.
 - [5] 田万管,黎擅石,苏忠,等.微创治疗幕上高血压脑出血近期预后因素分析[J].第三军医大学学报,2003,25(17):1576-1578.
 - [6] Thiex R, Rohde V, Rohde L, et al. Frame-based and frameless stereotactic hematoma puncture and subsequent fibrinolytic therapy for the treatment of spontaneous intracerebral hemorrhage [J]. J Neurol, 2004, 251(12):1443-50.
 - [7] Morgenstern LB, Demchuk AM, Kim DH, et al. Rebleeding leads to poor outcome in ultra-early craniotomy for intracerebral hemorrhage [J]. Neurology, 2001, 56(10):1294-1299.
 - [8] 夏志民,吴举,许丽,等.不同手术方法治疗高血压脑出血的前瞻性研究[J].中风与神经疾病杂志,2007,24(3):360-231.
 - [9] 贾保祥.穿刺射流及液化技术治疗高血压脑出血的初步观察报道[J].中国神经疾病杂志,1996,22(4):233-235.
 - [10] 薛村水,李光来,贺杰峰,等.大鼠脑出血后神经干细胞移植的实验研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2004,2(5):283-285.
- (收稿日期:2011-05-04 修回日期:2011-07-17)

腹腔镜手术与开腹手术治疗良性卵巢囊肿的临床观察

张瑞作 刘继秀

(广西壮族自治区妇幼保健院妇产科,南宁市 530003)

【关键词】 良性卵巢囊肿;腹腔镜手术;开腹手术

【中图分类号】 R 711.75 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2011)05-0467-02

卵巢囊肿是一种常见的妇科疾病^[1]。有手术指征的卵巢囊肿以往行开腹手术,但会影响病人术后的恢复,增加术后疼痛和盆腔粘连的发生率。随着腹腔镜运用于妇科领域,目前卵巢良性肿瘤的切除均可在腹腔镜下完成。现将我院采用电视腹腔镜行卵巢囊肿手术与同期开腹行卵巢囊肿手术的病例进行对比分析,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择本院2004年11月至2009年9月卵

巢囊肿患者92例,随机分为两组,其中46例行腹腔镜手术,46例行开腹手术,两组患者年龄、卵巢囊肿大小、适应证、合并盆腔粘连等指标上差异无统计学意义。

1.2 手术方法 腹腔镜组:取膀胱截石位,置入腹腔镜后改用头低臀高仰卧位,切开脐上缘皮肤约10 mm,建立14 mmHg气腹条件。腹腔镜探查后,于两侧腹置入5 mm两个套管,经阴道置入举宫器。仔细检查腹腔、盆腔,评价盆腔有无粘连。暴露好卵巢囊肿后沿卵巢囊肿纵轴电切囊肿包膜约1 cm,钝性分离,将囊肿完整剥离,创面缝合重建卵巢,完整取出标本。生理盐水冲洗腹腔后,检查无出血即

取出器械并排空 CO₂ 行筋膜层缝合,对合皮肤。开腹组采用硬膜外麻醉,按传统常规手术方法进行。

腹腔镜组术中出血量少,术后体温恢复正常时间短,排气早,平均住院天数短,术后发热少,差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。两组术中术后临床效果比较见表 1。

1.3 结果 腹腔镜组与开腹组的手术时间无明显差异;腹

表 1 两组术中术后临床效果比较

	手术时间(min)	术中出血(mL)	术后镇痛用药(%)	肛门排气时间(h)	术后发热(%)	住院天数(d)
腹腔镜组	59.40 ± 23.01	42.06 ± 29.42	0	20.18 ± 5.16	7.6	5.64 ± 1.42
开腹组	58.32 ± 25.13	70.49 ± 35.66	100	39.04 ± 7.65	17.8	8.68 ± 1.76
P 值	>0.05	<0.05	<0.001	<0.05	<0.01	<0.05

2 讨论

良性卵巢囊肿的传统手术为剖腹进行,有时为了完整地取出肿物,腹部切口会很长,这就影响到术后的恢复,增加术后疼痛和盆腔粘连的发生率。随着医学观念的更新和腹腔镜技术在妇科领域的应用,腹腔镜下行良性卵巢肿瘤的剥除与开腹手术相比更具有优越性,腹腔镜手术有创伤小、腹腔干扰少、术后反应小、手术视野更清晰、恢复快、住院时间短^[2]、术后进食早、伤口愈合快、切口美观、复发率低等优点,医患双方易接受。术前常规行妇科检查了解囊肿的大小及活动度,B超检查、CA125 等有关卵巢肿瘤标志物的检测也是必不可少的^[3]。本组病人诊断为卵巢良性囊肿,主要是单纯囊肿、卵巢成熟畸胎瘤、巧克力囊肿。对于粘连严重的巧克力囊肿,只将囊肿剥离就行,不必勉强镜下分离粘连,以免因粘连广泛,强行分离粘连会导致创面出血较多。术后加用内美通、孕三烯酮、达菲琳等药物治疗。术中尽量减少囊内容物的溢出,囊肿取出后,用生理盐水冲洗

盆腔^[4]。

总之,腹腔镜手术具有创伤小、腹腔干扰少、术后反应小、恢复快、住院时间短、伤口愈合快、切口美观等优点,尤其在处理卵巢良性囊肿时优势更为明显。腹腔镜手术应作为治疗卵巢良性囊肿的首选方法^[5]。

参 考 文 献

[1] 关 铮主编. 微创妇科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001: 151-367.

[2] 罗远惠. 腹腔镜与开腹手术治疗卵巢肿瘤的疗效分析[J]. 微创医学, 2010, 5(5): 514-515.

[3] 杨秀萍. 腹腔镜治疗在卵巢囊肿中的应用效果观察[J]. 广西医学, 2003, 25(4): 587-588.

[4] 吴雪峰, 江 红. 腹腔镜手术治疗卵巢畸胎瘤 45 例临床分析[J]. 华夏医学, 2008, 4(21): 712-713.

[5] 张 晶. 腹腔镜手术治疗卵巢囊肿临床分析[J]. 中国当代医药, 2009, 16(18): 149-150.

(收稿日期: 2011-04-13 修回日期: 2011-06-05)

腹腔镜早期治疗盆腔脓肿的临床分析

方梓羽 唐移忠

(广西医科大学第四附属医院妇产科 柳州市 545005)

【关键词】 腹腔镜; 盆腔脓肿; 早期治疗

【中图分类号】 R 711.33 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2011)05-0468-02

我院 2009 年 2 月至 2010 年 2 月收治盆腔脓肿患者 15 例, 根据临床检查一经确诊即作为急症指征早期采用了腹腔镜手术治疗, 取得满意疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者 15 例, 年龄 23 ~ 45 岁, 均有性生活史, 主要临床表现为腹痛、发热、阴道分泌物增多或脓性。查体: 体温升高, 下腹压痛、反跳痛。妇检: 宫颈举痛, 宫体压痛, 盆腔或附件压痛或触及固定、界限不清的触痛包块。B 超示盆腔脓肿。术前病程 2 ~ 10 d, 6 例患者术前曾在门诊使用口服或静脉抗生素治疗。

1.2 方法 诊断明确后, 积极术前准备, 围术期使用广谱

抗生素抗感染, 气管插管全麻, 患者取膀胱截石位, 常规消毒铺巾, 经阴道置举宫器。用两把巾钳钳夹皮肤提起腹壁, 取脐缘上横行切开腹部皮肤 1 cm, 气腹针穿刺, 漏水试验阳性后充气。气腹成功后, 穿刺置入 10 mm trocar, 置入腹腔镜观察, 右麦氏点及左侧麦氏点对应部位穿刺进入 5 mm trocar 并置入器械操作。利用拨棒钝性分离盆腔粘连, 打开脓腔, 抽吸脓液, 清除脓肿, 取出脓苔或脓肿壁坏死组织, 送细菌培养及药物敏感试验。清晰地暴露出输卵管、卵巢、子宫的解剖位置, 反复用温林格液冲洗, 直至盆腔冲洗液清澈为止。然后将病人体位改为头高足低位, 使冲洗液流向盆腔并冲洗吸净, 其中 3 例病程时间长, 输卵管破坏严重, 术中采用双极电凝行单侧输卵管切除, 术后盆腔留置甲硝唑