

双侧肺大泡同期胸腔镜手术的适应证:①肺大泡较大或广泛,引起呼吸困难症状,并除外其他肺部疾病;②无明显症状或症状很轻,而肺大泡已经大于一侧胸腔体积的1/2;③双侧肺大泡合并单侧发作自发性气胸;④经有效胸腔闭式引流>3 d肺仍持续漏气或复张不佳者;⑤双侧同时发作的自发性气胸;⑥特殊工种的患者,如潜水员、飞行员、野外工作者等,以及缺少基本医疗救护条件地区的患者。

双侧肺大泡同期胸腔镜手术的注意点:①一侧气胸合并双侧肺大泡的患者先行气胸侧手术;②双侧气胸患者先行病变相对重的一侧或未置胸管的一侧,必要时术前予预防性胸腔闭式引流术,避免术中麻醉通气后造成张力性气胸;③术中保持呼吸、循环系统的平稳是关键;④手术结束前行恰当胸膜固定术,是减少术后复发的重要手段^[5]。

双侧肺大泡同期胸腔镜手术一次解决双侧疾患,既避免了二次手术的痛苦,同时也到达了治愈的目的,是一种安全、有效的手术方式,疗效满意,值得推广。

参 考 文 献

- [1] 戈 烽,李 琦.基础胸外科学[M].北京:北京协和医科大学出版社,2003.374-375.
- [2] Light RW. Pneumothorax[M]. In: Murray JF, Nadel JA, eds. Textbook of respiratory medicine. Philadelphia: WB Saunders, 1994. 2193-2210.
- [3] 韦 兵,何建行,杨运有,等.双侧肺大泡电视胸腔镜手术治疗的策略与效果[J].现代临床医学生物工程学杂志,2003,9(2):113-114.
- [4] 车成日,韩京军,崔虎山,等.电视胸腔镜下手术治疗自发性气胸152例[J].中国胸心血管外科临床杂志,2004,11(3):174.
- [5] 韦涌初,阳世雄.电视胸腔镜手术72例临床报告[J].微创医学,2006,1(5):423-425.

(收稿日期:2009-04-07 修回日期:2009-05-28)

耻骨上经膀胱前列腺切除术同时行腹股沟无张力疝修补术 26 例

庞永儒

(广西博白县人民医院泌尿外科,博白县 537600)

【关键词】 前列腺增生切除术;腹股沟疝;无张力疝修补术

【中图分类号】 R 656.21 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2009)04-0429-02

老年男性患良性前列腺增生(benign prostatic hyperplasia, BPH)并伴有腹股沟疝比较常见。1998~2008年,我们对26例BPH伴腹股沟疝患者在手术切除BPH的同时行腹膜前腹股沟疝修补术,效果满意,报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 BPH伴有腹股沟疝的患者26例,年龄61~88岁,平均73岁。疝囊大小3 cm×3 cm×3 cm~10 cm×8 cm×9 cm,均为可复性疝;其中斜疝18例,直疝8例;单侧21例,双侧5例。前列腺体积为60~122 mL,平均80 mL,国际前列腺症状评分IPSSmax均大于18分,其中8例患者因为反复出现急性尿潴留而留置导尿管。

1.2 手术方法 患者取平卧位,常规消毒铺巾,于腹股沟韧带中点上方2 cm处至耻骨结节间做平行腹股沟韧带切口,长约4~6 cm,切开皮肤及腹外斜肌腱膜,打开提睾肌,游离精索,寻找疝囊。斜疝均行疝囊高位结扎,内环口间断缝合,缩至1指尖宽。再修剪巴德一次性平面疝平片,与联合腱及腹股沟韧带间断缝合固定。术后沙袋压迫切口。疝修补术后,按常规方法行耻骨上经膀胱前列腺摘除术。耻骨后引流管根据引流量酌情留置2~3 d。术后患者平卧2~3 d,若有咳嗽或便秘等增加腹压的情况,对症处理。术后常规抗感染等对症处理。

1.3 结果 26例患者均获随访,随访时间为6个月至10年,

术后无感染病例。1例术后1年2个月出现腹股沟疝复发,复发率3.8%。

2 讨 论

BPH和腹股沟疝均为男性老年人多发病。全世界每年有约2000万例腹股沟疝患者,中国保守估计约有200万例,我国每年约行3万例无张力疝修补术^[1]。约5%~12%患前列腺疾病并需手术者同时伴有腹股沟疝^[2]。BPH并发腹股沟疝的原因是不断加重的排尿困难致使腹肌反复紧张^[3],从而增加腹压。传统方法是先在泌尿外科行BPH手术,然后转到普外科行腹股沟疝修补术,患者需要经过2次麻醉、2次手术,对身心健康影响较大,尤其是对伴发病较多的老年患者,增加了手术风险^[4]。所以一次麻醉,同时完成两个有直接关系的手术是很有必要的。而无张力疝修补的理念已被越来越多的外科医生和患者接受^[1]。传统疝修补术复发率高,术后疼痛时间、住院时间、术后恢复时间均较长^[5]。本组患者全部应用一次性巴德疝补片行无张力疝修补术。该补片为聚丙烯单丝编织而成,具有以下优点:①柔软,耐折叠;②可裁剪;③刺激纤维组织增生作用明显;④异物反应轻微,无明显不适感;⑤耐受感染;⑥强度高;⑦不受水和大多数化学物质影响;⑧耐高温^[6]。该术式手术简单、术后疼痛轻、恢复快、复发率低,已广泛应用于临床^[7]。

耻骨上经膀胱前列腺摘除术同时行经腹股沟疝无张力疝是可行的,方法简单,效果肯定,切口感染和疝复发率低,既节约了手术费用,又可免受二次手术痛苦,对老年患者很有意义,也适用于基层医院。

参 考 文 献

[1] 陈 杰,那冬鸣,申英末. 局部神经阻滞麻醉下的腹膜前腹股沟无张力疝修补术[J]. 中华疝和腹壁外科杂志,2007,2(1):77 - 79.

[2] Perter NS, Patrick CW. Simultaneous preperitoneal hernia repair during radical pelvic surgery[J]. J Urol,1987,137(6):1180 - 1183.

[3] 周天成,杨 斌,张育超,等. 腹股沟疝患者腹内压力的临床研究

[J]. 中华外科杂志,2007,45(21):1455 - 1457.

[4] 黄桂晓,李伟东,黄树声,等. 老年人前列腺电切术同期腹腔镜腹股沟疝修补术的临床疗效观察[J]. 广西医学,2008,30(7):1006 - 1007.

[5] 谢桂生,梁 驰. 传统腹股沟疝修补术、无张力疝修补术及腹腔镜疝修补术的对比研究[J]. 微创医学,2006,1(5):415 - 416.

[6] 申英末,陈 杰,王振军,等. 疝修补材料的发展与新进展[J]. 中华疝和腹壁外科杂志,2007,1(1):56 - 57.

[7] 陈 双,陈积圣. 腹股沟疝网塞加补片的修补技术[J]. 现代临床普通外科,1998,4(1):1 - 2.

(收稿日期:2009-03-31 修回日期:2009-05-01)

腹腔镜治疗异位妊娠 48 例临床分析

卢金玲 蒋志峰

(广西隆安县人民医院妇产科,隆安县 532700)

【关键词】 异位妊娠;腹腔镜;手术治疗

【中图分类号】 R 713.6 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-6575(2009)04-0430-02

近年来,腹腔镜在妇科手术中得到广泛开展。我院于 2007 年 9 月至 2008 年 9 月,应用电视腹腔镜治疗异位妊娠 48 例,取得了满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者 48 例,年龄 18 ~ 45 岁,平均年龄 (28.5 ± 2.24) 岁;未婚 11 例,未育 15 例,有分娩史 29 例,有腹部手术史 9 例(5 例剖宫产史,2 例阑尾切除术史,2 例卵巢手术史),术前诊断基本明确,有手术指征。

1.2 方法 全部病例均采用硬膜外麻醉,术前禁食水,留置导尿管,患者取头低位足高位,用 veress 针于脐孔内穿刺,腹腔内注入二氧化碳气体约 2 ~ 3 L,沿脐下缘环形或纵性切开皮肤,行脐孔套管穿刺;置入腹腔镜,首先观察盆腔情况,然后直视下分别于左右髂脊至脐连线中外 1/3 交界处避开血管行 2、3 穿刺点;置入各种手术器械进行操作,腹腔压力小于 2 kPa。术后病人留置导尿管 6 ~ 12 h,抗生素预防感染 1 ~ 3 d,术后 3 ~ 4 d 可出院。

1.3 镜下手术方式 ①输卵管开窗术:主要用于需要保留生育功能或一侧输卵管已经切除的病例。首先固定病灶,用电凝剪刀一边电凝一边剪开病灶约 1 ~ 1.5 cm,用吸引器冲洗吸引吸出胚胎及绒毛组织,出血点电凝止血。②输卵管切除术:主要用于无生育要求的经产妇。一种方法是应用三套圈技术于妊娠部位的输卵管近子宫侧连续套扎 2 ~ 3 次,然后于套扎上方 0.5 ~ 1 cm 处剪除输卵管,残端电凝止血。另一种方法是于输卵管系膜外边电凝边切除近子宫侧妊娠部位输卵管。③输卵管内胚胎取出术:输卵管壶腹部或伞部妊娠尚未破裂或有生育要求者,可不切开输卵管,直接从伞部取出胚胎组织。

然后将甲氨蝶呤 (MTX) 40 ~ 50 mg 溶于 10% 葡萄糖 20 mL 内,腹腔镜直视下注入病灶及周围。

2 结 果

2.1 手术情况 本组 48 例均在腹腔镜下顺利完成手术,成功率为 100%。同时行盆腔生殖松解术 13 例,输卵管通液术 18 例,输卵管造口术 11 例,卵巢囊肿剥除术 6 例。平均手术时间 (35.25 ± 5.23) min,术后平均住院 3.92 d,平均排气时间 (5.2 ± 3) h。无术后并发症发生。

2.2 腹腔镜下诊断异位妊娠的部位 输卵管壶腹部 22 例占 45.83%,峡部 13 例占 27.08%,伞部 9 例占 18.75%,间质部 4 例占 8.33%;破裂出血 < 300 mL 29 例,盆腔积血 300 ~ 500 mL 19 例。

2.3 腹腔镜下手术种类 输卵管切除术 3 例占 6.25%,输卵管开窗术 34 例占 70.83%,输卵管内胚胎取出术 11 例占 22.92%。

2.4 术中和术后并发症 术中无并发症发生,术后并发皮下气肿 1 例占 2.08%。

3 讨 论

3.1 异位妊娠是妇科常见的急腹症,以往确诊后大部分病人需要开腹手术治疗。近年来,腹腔镜技术和手术器械的发展成熟,大有取代开腹手术的趋势^[1]。本组腹腔镜治疗异位妊娠成功率达 100%。这与我们选择的病例均为从发病时间到就诊时间较短出血较少,病情较稳定有关系。因此,对于症状不典型、体征不明显的早期异位妊娠,尚未出现腹腔内出血者