

断。术后恢复良好,空腹随机血糖 4.6~10.2 mmol/L,2 周后痊愈出院。

2 讨论

胰岛细胞瘤占全部胰岛内分泌肿瘤中的 70%~75%。胰岛细胞瘤分布均匀,胰头、体、尾各占 1/3 左右,直径多在 1.0~2.5 cm,80% 小于 2.0 cm^[1]。胰尾部周围脏器结构较多,易相互影响,给肿瘤定位造成困难。胰岛细胞瘤多为单发和良性,其定位诊断比较困难。王国君等^[2]报道影像学方法的阳性检出率为 US 13.3%、CT 50%、EUS 73.9%、DSA(选择性血管造影)80%,EUS 阳性率明显高于 US 及 CT,与 DSA 相近($P=0.629$)。胰岛细胞瘤大部分为富血管性,极少数为乏血管性或囊性。DSA 检查是利用肿瘤血供丰富的特点,表现为动脉期肿瘤区血管增多、扭曲及实质期的肿瘤染色。在过去的 20 年中 DSA 一直被认为是胰岛细胞瘤定位诊断的“金标准”,文献报道阳性率达 67%~87%^[1]。其缺点:①假阳性率较高,如副脾、肿大的淋巴结、不透光的肠袢,皆可误认为是肿瘤而误导手术;②对乏血管性胰岛细胞瘤的检出率低;③是有创检查,对技术条件要求高,有一定并发症存在。

内镜超声是使用高频探头从胃或十二指肠内近距离探测胰腺病灶,凭借其高分辨率、更接近靶器官的优点,可对胰腺进行更精确、细致的观察。文献报道内镜超声下胰岛细胞瘤表

现为边缘完整、轮廓清晰、内部呈等回声、低回声的类圆形团块影,诊断准确率可达 77%~96.9%,有较高的定位价值^[3]。本文 2 例的其中 1 例,其他影像学检查均为阴性,但 EUS 检查为阳性,最后经过手术切除证实。因此认为 EUS 的特点:①是一种无创检查,病人痛苦少、并发症少;②可作为胰岛细胞瘤术前定位诊断的常规检查。据报道 EUS 阳性率接近 DSA,但由于 DSA 为有创性检查,且操作复杂,有一定的并发症,只能在少数三级甲等医院进行,尚不能广泛应用,而 EUS 检查对胰岛细胞瘤术前定位诊断优于 CT、US 等传统影像学方法,是临床上有价值、简单、易推广的方法,可作为定位检查的首选。

参 考 文 献

- 1 杨志英,刘展,赵平,等. 1 078 例胰岛细胞瘤的定位诊断[J]. 中华外科杂志,2000,38(1):13~15.
- 2 王国君,窦京涛,王志强,等. 内镜超声与选择性腹腔动脉造影用于胰岛细胞瘤定位诊断的比较[J]. 中国实用内科杂志,2006,26(22):1829~1830.
- 3 Ardengh JC, Rosenbaum P, Ganc J, et al. Role of EUS in the preoperative localization of insulinoma compared with spiral CT[J]. Gastrointest Endosc, 2000, 51(5):522~525.

(收稿日期:2007-01-21 修回日期:2007-03-02)

电视腹腔镜子宫肌瘤剔除术 32 例临床分析

蓝爱琴 王丹霞 谭玉珠 徐平 蔡健 唐艳芬 林洁 谭卓明
(广西北海市人民医院妇产科,北海市 536000)

我院 2005 年 1 月至 2005 年 12 月对要求保留子宫的子宫肌瘤患者施行腹腔镜下子宫肌瘤剔除术(laparoscopic myomectomy, LM),获得满意的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 32 例患者,年龄 26~47 岁,平均(30.10±4.10)岁,未育 6 例,月经明显增多 15 例,有剖宫产史 3 例,合并附件囊肿 4 例。术前 B 超检查确定肌瘤位置、大小及数量,常规行宫颈细胞学检查、宫腔镜检查、诊断性刮宫,排除宫颈病变及子宫内膜病变。32 例均无手术禁忌证,手术时间选择在月经干净后 3~7 d 进行。

1.2 手术方法 全部病例采用气管插管静脉复合麻醉,术中持续心电图监护及血氧饱和度监测。采用截石位,安放举宫器,摆动子宫以利操作。术中取头低臀高仰卧位。于脐上缘切开皮肤 10 mm,气腹针刺入,确定进入腹腔后,以 CO₂ 气体形成气腹,气腹压力设为 13 mmHg。沿此孔刺入 10 mm 套管针(Trocar)。由此套管置入腹腔镜,在电视腹腔镜监视下,在下腹两侧相当于麦氏点处分别行 5 mm、15 mm 行 Trocar 穿刺,置

入套管,为器械操作孔。术前常规用垂体后叶素 6 单位+生理盐水 60 mL 注入子宫肌层,减少术中出血。根据肌瘤生长部位采用不同术式。①带蒂浆膜下肌瘤用双极电凝(或单极电凝)后剪断,瘤蒂细者,创面直接电凝止血;瘤蒂较粗者,创面用 0 号可吸收线 8 字或间断缝合;②壁间肌瘤及无蒂的浆膜下肌瘤:用单极电凝钩纵行切开肌瘤表面假包膜,切口长度为肌瘤的 3/4,深达肌核,可见肌核呈珍珠白色。用有齿抓钳夹持肌瘤,沿假包膜钝性分离,边牵拉边分离,凝切血管,至底部时将肌瘤按同一方向旋转,剥出肌瘤,检查创面,有活动性出血用双极电凝止血。用 0 号可吸收线,根据创面大小、深浅,间断或 8 字一层或分二层缝合数针。剔出的肌瘤用电动粉碎器旋切取出。合并附件病变者,根据病变性质进行肿物剔除术或附件切除术。生理盐水冲洗盆腹腔,检查创面无活动性出血,取出器械,排出 CO₂ 气体,直视下拔出套管,观察穿刺孔是否出血,缝合穿刺孔筋膜及皮肤,手术结束。

2 结 果

2.1 术中情况 本组病例均完成腹腔镜下肌瘤剔除术,单发

肌瘤13例,2个以上肌瘤19例,其中5例为3个肌瘤,浆膜下肌瘤7例,其中带蒂2例,肌壁间肌瘤25例。肌瘤直径2~12 cm,合并附件囊肿4例,行囊肿剔除2例,附件切除2例。手术平均时间(90±30)min,术中出血(200±50)mL。

2.2 术后情况 术后常规应用抗生素3 d。1例肌瘤直径12 cm,术后持续发热,最高体温39.5℃,于术后3 d行开腹子宫次全切除术。其余31例患者最高体温38℃,2 d后恢复正常。术后第2天起床活动,疼痛轻。术后3~5 d出院,31例患者术后月经均恢复正常,术后3个月行B超检查,子宫正常,肌层无异常回声。

3 讨论

3.1 腹腔镜手术在子宫肌瘤剔除术中的价值 本组资料结果显示,腹腔镜下子宫肌瘤剔除术,创伤小,恢复快,住院时间短,切口美观,尤其能保留子宫,维持正常月经和生育功能,与文献报道一致^[1]。

3.2 腹腔镜子宫肌瘤剔除术的体会 行镜下子宫肌瘤剔除术的主要问题是肌瘤剔除后创面止血和切口缝合^[2]。我们的经验是:①找到正确解剖层次:单极电钩切开肌瘤假包膜,直到切开部分肌核组织,切口长度为肌瘤的3/4,利于肌瘤剔除。②创面止血充分:将肌瘤与肌层间的血管双极电凝后,肌瘤床无活动性出血后再缝合。③缝合技术:本组病例均镜下腔内缝合,肌瘤较小,创面较浅者可间断一层缝层;肌瘤较大、创面较深者,分二层间断或8字缝合,打结要紧,不留死腔,切口对合良好,达到止血目的。

3.3 腹腔镜子宫肌瘤剔除术的并发症预防 腹腔镜子宫肌瘤剔除术成功与否,应视肌瘤的类型、位置、大小及数目而定^[3]。手术的成功实施与术者对腹腔镜手术技巧掌握的熟练

程度、手术器械配置是否完备等综合因素有关。掌握好穿刺激以及手术技术,正确选择病例,是减少并发症的关键^[4]。本资料1例单发壁间肌瘤直径12 cm,位于后壁,肌瘤剔除后,创面大,镜下缝合非常困难,术后3 d合并感染行二次手术,开腹行子宫次全切除术。分析原因是病例选择不当。我们认为肌壁间肌瘤,以肌瘤直径<6 cm、肌瘤数量不宜超过3个为最佳适应证^[5,6]。与文献报道一致。

总之,剔除2~3个中等大小的浆膜下肌瘤和壁间肌瘤时,行LM创伤最小。随着妇科腹腔镜手术不断发展,已经使得完全在腹腔镜下进行生殖手术成为可能。LM是安全可行的,值得推广^[7]。

参 考 文 献

- 1 Dessolle L, Soriano D, Poncelet C, et al. Determinants of pregnancy rate and obstetric outcome after laparoscopic myomectomy for infertility [J]. *Fertil Steril*, 2001, 76(2): 370~374.
- 2 林金芳,冯继冲,丁爱华.实用妇科内镜学[M].第1版.上海:复旦大学出版社,2001.263.
- 3 苏圆圆,李远明,何惠嫒.腹腔镜与开腹手术施行子宫肌瘤切除术的临床对照分析[J].*中国实用妇科与产科杂志*, 2002, 18(8): 563.
- 4 郎景和,冷金花,夏恩兰,等.第31届美国腹腔镜医师协会会议纪要[J].*中华妇产科杂志*, 2003, 38(6): 382~384.
- 5 张爱莲,孔北华,张萍,等.腹腔镜子宫肌瘤剔除术40例临床分析[J].*实用妇产科杂志*, 2005, 21(8): 497~498.
- 6 郎景和.新世纪的妇科腹腔镜手术[J].*中华妇产科杂志*, 2004, 39(5): 289~291.
- 7 冯凤芝,冷金花,郎景和.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的临床进展[J].*中华妇产科杂志*, 2004, 39(1): 65~66.

(收稿日期:2006-12-09 修回日期:2007-01-31)

速尿对腹腔镜手术病人尿量影响的研究

蓝雨雁¹ 甘丽霞²

(1 广西医科大学第一附属医院麻醉科; 2 广西壮族自治区人民医院麻醉科, 南宁市 530021)

在腹腔镜手术中,人工气腹的建立所形成的压力对密闭腹腔内的脏器及其附属结构产生一定压迫,并由此使全身循环和脏器功能出现某种程度的改变。我们于2004年7月至2006年8月观察了30例行腹腔镜手术患者尿量的变化,以探讨速尿在人工气腹时对肾脏功能的影响,现报告如下。

1 临床资料

1.1 对象与方法 选择30例在全麻下行择期腹腔镜手术并且气腹时间在90 min以上的患者,年龄21~64岁,体重56~78 Kg,男18例,女12例,ASA I~II级,排除有心脑血管疾病、肾脏疾病、内分泌疾病者。手术种类为:腹腔镜下子宫肌瘤切除术、直肠癌根治术、结肠癌根治术、胆囊切除胆总管切

开取石术、胰腺肿物切除术、胃癌根治术、子宫肌瘤剔除术。随机分为A、B两组,A组15例,在气腹开始时静注5 mg速尿;B组15例,整个手术过程不用利尿剂。麻醉前用药:术前30 min肌注安定10 mg、东莨菪碱0.3 mg。术前置入导尿管。1.2 麻醉与气腹方法 两组病均采用全身麻醉,麻醉用药相同:麻醉诱导时经静脉注射咪唑安定0.05~0.08 mg/kg、依托咪酯乳剂0.3 mg/kg、异丙酚1.0~1.5 mg/kg、芬太尼5 μg/kg、维库溴铵0.1 mg/kg,插入气管内导管(ID 7.5 mm),接Datex·Ohmeda Aestiva/5 T900麻醉机行间歇正压通气,FiO₂ 50%,VT 8ml/kg, f 10次/min。麻醉维持:静脉微量注射泵持续经静脉注入瑞芬太尼0.1~0.25 μg·kg⁻¹·min⁻¹、异丙酚5~8 mg·kg⁻¹·min⁻¹,持续吸入异氟醚(吸入浓度0.5%~