

椎间盘摘除术,这是避免损伤神经根和变异神经根的关键。尽管如此,仍时有 MED 椎间盘镜手术时发生神经根损伤的报道^[6,7]。因此要求微创脊柱外科医生不仅要提高手术操作技巧和熟练程度,而且应该增强对腰骶神经根解剖变异的认识,这样才能最大程度避免对神经根和变异神经根的损伤。由于影像学对神经根解剖变异显示局限,脊髓造影、CT 和 MRI 发现率仅为 1.1%~5.8%^[8],因此术前检查中如体征与影像学表现不一致时,特别是根性症状、体征为两个神经根损害而影像学仅显示单节段椎间盘突出,应考虑到神经根解剖变异的可能性,在 MED 椎间盘镜手术中应仔细操作,细致探查,充分扩大侧隐窝及神经根管减压,彻底松解神经根并注意保护解剖变异的神经根,避免并发症的发生。

参考文献

- 1 Schick U, Dohnert J. Technique of microendoscopy in medial lumbar disc herniation[J]. Minim Invasive Neurosurg, 2002, 45(3): 139 - 141.
 - 2 Kadish LJ, Simmons EH. Anomalies of lumbosacral nerve roots. An anatomical investigation and myelographic study[J]. J Bone Joint Surg Br, 1984, 66(3): 411 - 416.
 - 3 Cannon BW, Hunter SE, Picaza JA. Nerve-root anomalies in lumbar disc surgery[J]. J Neurosurg, 1962, 19(3): 208 - 211.
 - 4 唐六一. 神经根变异 - 内镜治疗腰椎间盘突出症的策略[J]. 四川医学, 2008, 29(6): 675 - 676.
 - 5 刘德胜, 刘焯文, 郭晓光, 等. 椎间盘镜治疗腰椎间盘突出症术中的神经根解剖变异[J]. 泸州医学院学报, 2003, 26(2): 123 - 124.
 - 6 张和平, 张普国, 黄明光. 显微椎间盘镜治疗腰椎间盘突出症[J]. 中国微创外科杂志, 2005, 5(3): 248 - 249.
 - 7 胡文军, 刘社廷, 刘晓岚. 后路椎间盘镜治疗椎间盘突出症疗效欠佳原因分析[J]. 中国内镜杂志, 2004, 10(12): 65 - 67.
 - 8 冉鹏程, 柴晓明, 李松柏, 等. PROSET 序列对腰骶神经根变异的诊断价值[J]. 中国医学影像技术, 2007, 23(11): 1608 - 1611.
- [收稿日期 2009-06-29][本文编辑 谭毅 黄晓红]

1 Schick U, Dohnert J. Technique of microendoscopy in medial lumbar

短篇论著

110 例输卵管妊娠不同治疗方法的疗效分析

刘久英, 马刚, 王琳

作者单位: 430040 湖北, 武汉市东西湖区人民医院妇产科(刘久英); 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院(马刚, 王琳)

作者简介: 刘久英(1968-), 女, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 异位妊娠、不孕症、妇科肿瘤。E-mail: liujiuying0@163.com

[摘要] 目的 探讨输卵管妊娠的合理治疗方法以及预后因素。方法 回顾性分析 2007-08~2009-01 武汉市东西湖区人民医院收治的 110 例输卵管妊娠病例, 按治疗方法分为中药组、保守性手术组及根治性手术组, 比较三组治疗后宫内妊娠率、再次异位妊娠率情况。结果 中药组、保守性手术组、根治性手术组宫内妊娠率分别为 16%、47.83%、10.87%, 差异有统计学显著意义($P < 0.05$), 三组再次异位妊娠率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 对年轻有生育要求者宜行保守性手术, 对病情危急、包块较大、无生育要求者可行根治性手术, 对生命征稳定、能较长时间住院及有随访条件者, 可行中药保守治疗。

[关键词] 异位妊娠; 治疗; 预后

[中图分类号] R 714.22 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2009)10-1037-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.10.11

Analysis of therapeutic effects of 110 cases of tubal pregnancy LIU Jiu-ying, MA Gang, Wang Lin. Department of Obstetrics and Gynecology, the People's Hospital of Dongxihu, Wuhan 430040, China

[Abstract] **Objective** To investigate the rational therapy in treatment of tubal pregnancy. **Methods** Data of 110 cases with tubal pregnancy from August 2007 to January 2009 were studied retrospectively. Three treatment methods were given included Chinese medicinal herbs, conservative surgery and radical surgery. **Results** Intrauterine pregnant rate was 16%, 47.83%, 10.87% in medicine therapy, conservative surgery, and radical surgery, respectively, which significant difference among three groups. Recurrent ectopic pregnant rate among three groups was no statis-

tically significant. **Conclusion** Conservative surgery is suitable for the young women who hope to preserve fertility; radical surgery is suitable for the women who have no hope to preserve fertility or with bulky lesion; Chinese medicinal herbs has no trauma and is cheap and has a long follow-up.

[Key words] Ectopic pregnancy; Treatment; Prognosis

受精卵在子宫体腔以外着床称为异位妊娠,是妇产科常见的急腹症之一,并有逐年增加的趋势,其中输卵管妊娠最常见(占90%~95%)^[1]。为了探讨输卵管妊娠不同治疗方法的疗效,笔者对110例输卵管妊娠者,根据不同病情,分别选用中药治疗、保守性手术治疗和根治性手术治疗,现将结果报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 选择我院2007-08~2009-01月因输卵管妊娠住院治疗病例共110例,其中中药治疗30例(包括中转5例);保守性手术23例(包括中转3例);根治性手术62例(包括中转2例)。患者年龄17~51岁,平均年龄31.04岁。停经时间35~92 d,平均停经时间47.05 d。所有病例均经术前B超、尿或血 β -HCG测定、临床症状与体征及术中探查明确诊断为输卵管妊娠。85例手术患者中,术中见输卵管未破裂50例,破裂35例。三组病例年龄、停经时间、治疗前血 β -HCG值比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 中药治疗组(30例) 适应证:(1)生命征平稳,无活动性腹腔内出血;(2)输卵管妊娠包块直径 ≤ 3 cm;(3)血 β -HCG $< 2\ 000$ U/L;(4)超声未见胚胎原始血管搏动;(5)肝肾功能及血红细胞、白细胞、血小板计数正常;(6)无药物治疗的禁忌证^[1]。治疗方法:由中医医生会诊后根据辨证施治原则给予中药汤剂口服,1付/d,分3次口服,连服5 d,服药后复查血 β -HCG,如有必要,再追加服药天数。治疗期间 β -HCG下降明显、腹痛缓解或消失,阴道流血减少或停止者说明有效;如果用药后血 β -HCG下降缓慢或呈平台状甚至上升,症状无改善或发生急性腹痛或晕厥者则及时改为手术治疗。

1.2.2 保守性手术治疗组(23例) 适应证:(1)生命体征平稳的前提下,有生育要求的年轻患者;(2)输卵管妊娠部位未破裂,病灶长度 ≤ 3 cm者。手术方法:沿患侧输卵管长轴背侧线性切开管壁,清出妊娠物;切口敞开不予缝合,如有出血予电凝止血;若为伞端妊娠,则行挤压术;术后不行输卵管通液,不禁止同房,嘱其阴道流血干净后尽快怀孕。

1.2.3 根治性手术治疗组(62例) 适应证:(1)

腹腔大量出血,伴有休克;(2)输卵管病灶太大,损害了输卵管系膜及血管,使修复不可能进行;(3)患者无生育要求。该组中输卵管管壁严重受损者29例,要求同时结扎者16例,无生育要求者18例,妊娠输卵管破裂35例,休克15例。手术方法:16例行患侧输卵管切除,对侧输卵管结扎;46例单行患侧输卵管切除。

1.3 治疗后随访 110例患者均获随访,随访时间至2009-05底止,随访后分别统计宫内妊娠率、再次异位妊娠率及持性异位妊娠率。

1.4 统计学方法 应用SPSS12.0软件进行统计学处理,组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学显著意义。

2 结果

2.1 三组宫内妊娠率比较 中药组、保守性手术组和根治性手术组的宫内妊娠率分别为16.00%、47.83%和10.87%,保守性手术组最高,根治性手术组最低,三组比较差异有统计学显著意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 三组再次异位妊娠情况比较 中药组、保守性手术组和根治性手术组的再次异位妊娠率分别为8.00%、8.70%和6.52%,三组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 三种方式治疗后妊娠情况的比较[n(%)]

组别	例数	宫内妊娠	再次异位妊娠
中药组	25	4(16.00)	2(8.00)
保守性手术组	23	11(47.83)	2(8.70)
根治性手术组	46	5(10.87)	3(6.52)
χ^2		13.07	0.12
P		<0.05	>0.05

2.3 持续性异位妊娠情况 三组均未发生。

3 讨论

异位妊娠习称宫外孕,根据受精卵种植的部位不同,异位妊娠分为输卵管妊娠、宫颈妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠和阔韧带妊娠等,其中输卵管妊娠为最常见。异位妊娠是妇产科常见的急腹症之一,发病率约为1%,有导致患者死亡的危险^[1]。近几年异位妊娠发病率逐渐增高,年龄逐渐偏小,已经引起有关人员的重视。异位妊娠发病机制与盆腔炎(包括

输卵管炎)、宫内节育器、输卵管手术及多次宫腔操作如人工流产等因素有关,各种原因直接或间接改变了卵子或受精卵的正常运行,影响受精卵正常着床都可导致异位妊娠^[2],特别是反复多次宫腔内手术操作使子宫内膜损伤,术后易并发盆腔炎,盆腔炎破坏输卵管功能等尤易发生。1883 年,英国 Tait 施行第 1 例输卵管切除术成为当时治疗输卵管妊娠最基本、最常用术式^[3]。1953 年,Stromme 首次报道保留妊娠输卵管治疗异位妊娠的方法^[4]。曹冬焱等^[5]总结文献后认为输卵管妊娠的治疗效果主要观察其生殖状态和并发症,反映生殖状态的指标有宫内妊娠率、足月活产率、持续性异位妊娠率和再次异位妊娠率等。持续性异位妊娠(persistent ectopic pregnancy, PEP)是输卵管妊娠保守性治疗后特有的并发症,是指在异位妊娠保守治疗时,未完全清除胚囊,或残留有存活的滋养细胞而继续生长,致术后血 β -HCG 不降或反而上升。据报道,PEP 发生率在开腹手术者为 3%~5%,而在腹腔镜下手术者为 3%~20%^[6]。本组资料显示,保守性手术组相比药物治疗组及根治性手术组有较高的宫内妊娠率,而三组的再次异位妊娠率差异无统计学意义,这与贾氏等^[7]报道一致。因根治性手术切除了患侧输卵管,故术后受孕率较药物组及保守手术组为低,所以,对有生育要求的患者慎用,除非该侧输卵管受损严重、

确实难以保留者才行根治性手术切除。三种方式治疗后比较再次异位妊娠率无统计学差异,说明再次异位妊娠与患者盆腔环境有关,而与治疗方法无关。本组无持续性异位妊娠发生,可能与保守治疗例数较少、术中冲洗彻底、或术后随访时间短等有关。保守性手术有相对高的宫内妊娠率,且未切除患者任何生育器官,容易被患者和家属接受,故我们建议尽可能采用此种术式。

参考文献

- 1 丰有吉. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:67-71.
 - 2 石一复. 异位妊娠的病因学研究进展[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2000,16(4):196-197.
 - 3 Oelsner G. Ectopic pregnancy in the sole remaining tube and management of the patient with multiple ectopic pregnancies[J]. Clin Obstet Gynecol,1987,30(1):225-229.
 - 4 Stromme WB. Salpingotomy for tubal pregnancy[J]. Obstet Gynecol, 1953,1(1):472-475.
 - 5 曹冬焱,沈 铿. 输卵管治疗后的生殖状态[J]. 中华妇产科杂志,2000,35(9):568-569.
 - 6 Gracia CR, Brown HA, Barnhart KT. Prophylactic methotrexate after linear salpingostomy: a decision analysis[J]. Fertil Steril,2001, 76(6):1191-1195.
 - 7 贾继刚,华克勤,张 琴. 三种不同方式治疗输卵管妊娠疗效分析[J]. 实用妇产科杂志,2008,24(4):238-240.
- [收稿日期 2009-06-10][本文编辑 谭 毅 黄晓红]

短篇论著

液囊空肠导管在上消化道化学烧伤肠内营养的应用

苏军凯, 张鸣青, 王爱民, 张荔群, 刘 将, 马桂芳

作者单位: 363000 福建,漳州市解放军第 175 医院(厦门大学附属东南医院)消化内科

作者简介: 苏军凯(1973-),男,博士研究生,副主任医师,研究方向:消化内科内镜介入治疗。E-mail:sujunkai001@gmail.com

[摘要] 目的 探讨上消化道化学烧伤早期肠内营养建立的方法。方法 回顾性分析近 5 年内收治的 16 例上消化道化学烧伤患者应用液囊空肠导管早期建立肠内营养通道的相关临床资料。结果 在上消化道化学烧伤早期应用细软的液囊空肠导管,建立肠内营养通道,均未发生出血、消化道穿孔。结论 液囊空肠导管应用于上消化道化学烧伤早期肠内营养,是安全和可行的。

[关键词] 液囊空肠导管; 上消化道; 化学烧伤; 早期; 肠内营养

[中图分类号] R 643 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2009)10-1039-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.10.12