

例分析结果显示,6 h前溶栓再通率为77.8%,与一般为静脉溶栓的再通率(40%~70%)相似,而6~12 h仍有再通,再通率为22.2%,两组差异有统计学极显著意义($P < 0.01$);而超过12 h无一例再通。可见越早溶栓效果越好,甚至有人提出院前溶栓,即在患者家中及救护车上就开始溶栓^[3]。虽然溶栓时间应在6 h内为宜,但从我们的分析结果来看,大于6 h仍有必要溶栓,超过12 h就没有必要了。亦有提出对于年龄大,但在6 h内给予溶栓治疗可能比非溶栓治疗更有益。本组资料提示年龄>70岁未见病死率增大和出血脑卒中等危险性增大。由于老年AMI病死率远高于中青年人,但从溶栓带来病死率降低的绝对值看,老年AMI患者的受益情况与年轻人相同甚至更大,故不应该仅因年龄大而不使用溶栓治疗,只要严格选择病例及溶栓时间、防止出血等并发症,溶栓疗法应优先于常规治疗。

3.3 溶栓剂的选择及安全性 本组溶栓剂均使用UK。UK为非纤维蛋白选择性药物,UK溶栓可直接作用于纤溶酶原,使之变为纤溶酶,无抗原性及致热原,无过敏反应。UK溶栓激活血浆中及血栓内的纤溶酶原,内外结合对血栓的溶解都发生作用;而UK国内可生产,可以静脉快速注射,血栓复发率低,价格较低,副作用较小。大量研究表明,AMI静脉溶栓治疗有其有效性和安全性^[2-6]。自80年代确立了冠脉内血

栓形成是AMI发生的重要机理,溶栓疗法便在世界范围内广泛开展,目前仍是全球公认,且越早溶栓效果越好,年龄及时间选择标准可适当放宽。UK为一种安全、有效、经济、可静脉使用的溶栓剂,适合基层医院使用,值得推广。

参考文献

- 1 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.急性心肌梗死诊断和治疗指南[J].中华心血管病杂志,2001,29(12):710-725.
 - 2 尿激酶多中心临床试验协作组.国产尿激酶治疗AMI多中心临床试验阶段总结报告[J].中国介入性心脏病学杂志,1995,3(3):145-147.
 - 3 李其斌,赵晓琴,刘唐威.急性心肌梗死的急诊溶栓治疗[J].广西医学,2002,24(12):1966-1969.
 - 4 陈纪林.急性心肌梗死的溶栓治疗[J].中华医学杂志,2005,85(1):69-71.
 - 5 杨怡侠,赵永红.尿激酶溶栓治疗急性心肌梗死的疗效观察[J].临床和实验医学杂志,2007,6(7):40-44.
 - 6 孙继兰,李新华,盛茂更.急性心肌梗死溶栓治疗183例临床分析[J].中原医刊,2005,12(1):40-42.
- [收稿日期 2009-06-03][本文编辑 韦挥德 章柯滔]

经验交流

腹腔镜直肠癌根治术的临床分析

梁 冲, 劳景茂, 何文海

作者单位: 535400 广西,灵山人民医院胃肠外科

作者简介: 梁 冲(1971-),男,大学专科,研究方向:胃肠外科。E-mail:951597364@qq.com

【摘要】 目的 探讨腹腔镜根治性直肠癌手术的方法及可行性。**方法** 36例患者分别进行腹腔镜直肠根治术Miles式或Bacon式或Dixon式。**结果** 手术时间平均为195 min,术中出血量<150 ml。平均术后第2天肠功能恢复,进食流质,平均术后住院时间10 d。**结论** 腹腔镜直肠癌手术与传统开腹手术比,创伤小、痛苦少,且能够达到根治效果。

【关键词】 腹腔镜; 直肠癌

【中图分类号】 R 734.37 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2009)11-1188-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.11.28

Clinical analysis of laparoscopic curative resection of rectal cancers LIANG Chong, LAO Jing-mao, HE Wen-hai. Department of General Surgery, the Lingshan People's Hospital, Guangxi 535400, China

【Abstract】 Objective To assess the feasibility and process of laparoscopic curative resection of rectal cancers. **Methods** Laparoscopic procedures(Miles or Bacon or Dixon method) were performed on 36 patients. **Results** The average duration of operation was 195 min. The mean blood loss was less than 150 ml. The time for recovering bowel function and taking diet was 2 days after operation. Average hospital stay was 10 days. **Conclusion** Compared with open surgery, laparoscopy is an effective alternative technique for radical operation of rectal cancer with minimal invasion.

【Key words】 Laparoscopy; Rectal cancer

应用腹腔镜行直肠癌根治性切除因其具有创伤小、恢复快、显露操作空间满意等优点,在临床上越来越得到推广应用。2004-05~2007-02,我们应用腹腔镜对 36 例直肠癌行根治性切除,取得了良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 36 例,男 19 例,女 17 例。年龄 31~71 岁,平均 54.5 岁。肿块距肛缘 4~12 cm。术前均经病理学证实,其中 Dukes A 期 12 例, B 期 16 例, C 期 8 例。黏液腺癌 4 例,未分化癌 2 例,其余均为腺癌。术前均经钡灌肠或结肠镜检查证实为单个病灶,肿块直径 2~6 cm。辅助检查均未发现肝脏等远处转移。

1.2 手术操作要点 术前准备同常规直肠癌根治术。均采用气管插管静吸复合全身麻醉,气腹压力 13~15 mmHg。采取头低足高位,行膀胱截石右斜位。套管置入部位:脐上 2 cm 处为第一套管,置入 30 度腹腔镜头,右侧脐旁 4~5 cm 处和右下腹麦氏点处第一、第三套管为操作孔,左下腹为第四套管,为第一助手用。

1.3 手术方法 (1) Dixon 式(肿瘤距肛缘 6~10 cm):探查和游离左半结肠。向下沿直肠四周向盆底分离至肿瘤下缘 4~5 cm(如为女性自下腹部用带线针直接刺入腹腔,在两侧子宫侧韧带各悬吊一针,有助于视野暴露);在肿块下方 3 cm 处用 Endo-GIA 离断直肠,于左中下腹作一 5 cm 切口,将肿瘤及肠管拖出体外切除肿瘤及近端肠管 15 cm 左右,结肠近端置入吻合器头,荷包缝合后还纳入腹腔,缝合切口;经肛门置入吻合器,完成乙状结肠直肠吻合,吻合口旁放置引流管。(2) 经肛结肠拖出术(改良 Bacon 手术):对于低位或超低位直肠癌,若肿瘤未侵犯括约肌,肿瘤远端直肠切除足够 3.0 cm,齿线上直肠黏膜有 0.5~1.0 cm 时可用此术式。在反复灌洗捆扎以下的肠腔之后,腹腔镜下超声刀切断直肠;标本经肛拖出,截除肿瘤肠管;肛外剩余肠管约 5.0 cm,直肠残端与拖出的肠管吻合 8 针固定;可置肛管作为减压用;术后扩肛,预防括约肌收缩压迫拖出的肠管缺血坏死;6~8 d 后于肛缘切除多余的肠管。(3) Miles 式:超声刀游离乙状结肠及直肠至盆底,保护好输尿管,切断肠系膜血管及乙状结肠,从左下腹切圆形口行人工肛门造瘘术。会阴部手术同开腹操作,在腹腔镜视野下将直肠肿块连同直肠一同经会阴部切除,会阴部放置盆腔引流。

2 结果

本组 36 例中行 Dixon 术 18 例,下切缘距肿瘤下缘 3~5 cm。术后病理证实两切缘均未见癌。手术时间为 120~180 min,平均 145.2 min。出血量 20~80 ml,平均 48.5 ml。淋巴结清扫数 3~18 个,平均 11.2 个。术后 2 d 内恢复肠蠕动功能。术中未发生腹腔镜致肠管、血管和输尿管的意外损伤。行 Miles 式 6 例,其中 1 例术后会阴部切口裂开,经清创换药、引流后愈合。行改良 Bacon 手术 12 例。全部病例中 23 例随访 5~60 个月,平均 23 个月。6 例因术后 7~12 个月发生肿瘤转移死亡,术后生存时间 18~36 个月。未发现腹壁小切口和穿刺孔转移。

3 讨论

3.1 腹腔镜技术在直肠外科领域应用范围已不断发展和深入^[1],且已逐渐推广到腹部外科的其他领域。腹腔镜下行直肠癌根治手术,与传统开腹手术相比,虽然手术时间稍延长(平均 30~50 min),但由于腹腔镜手术显露好,对手术野有局部放大作用,使术者对直肠周围疏松组织间隙、输尿管、盆腔自主神经和血管的判断更为准确,可以将直肠游离至更接近括约肌水平;同时腹腔镜手术对小肠及腹腔内其他脏器损伤较小。腹腔镜下视野的放大,使解剖结构更易辨认,更易找准组织间隙,进行锐性分离。尤其在低位直肠癌的手术中,常规手术不易显露并保护的骶前神经、精囊、阴道直肠间隙、前列腺直肠间隙等均可清楚显露,手术要求达到第 3 站淋巴结清扫和全系膜切除,而腹腔镜手术切口小,视野有放大作用且清晰,明显克服了这些不足。特别是超声刀的应用在解剖和清扫淋巴结上较常规有明显的优势^[2]。与电刀相比 UHS 精确的切割作用使它可安全地在重要脏器和大血管旁边进行分离切割,少烟少焦痂使手术视野更清晰,无电流通过人体使手术更安全,并且能够轻松处理腹腔内片状粘连及肠系膜,明显减少了术中出血量。由于腹腔镜直肠癌手术的切口仅为约 2 cm 的手术切口和 4 个穿刺孔,手术操作大部分是在相对密闭的腹腔内进行,使肠管同干燥空气接触的时间和程度明显较少,避免了肠管浆膜和腹腔干燥引起的粗糙、因纱垫压迫和磨擦及腹腔镜拉钩牵拉引起的脏器浆膜面和腹膜的直接损伤。腹腔镜手术中手套滑石粉和微粒物质进入腹腔少,腹腔内异物污染的可能性也是极少的,因此腹腔内组织炎性反应小,从而最大程度减少术后肠粘连、肠梗阻发生的机会,所以腹腔镜组的术后并发症的发生率比开腹组少,肛门排气也较快。同时腹腔镜手术对患者造成的创伤也较小,从而大大降低了手术后的应激反应,恢复快,缩短了住院的天数。我院自 2004 年开展腹腔镜直肠癌根治术,结果表明,腹腔镜直肠癌根治术能显著促进术后恢复,缩短住院天数,与文献报道一致^[3]。

3.2 随着从事腹腔镜手术医师的技术掌握程度由入门转向成熟,进而达到娴熟,手术者将培训重点从单纯提高手术技法扩展到同时强调肿瘤治疗原则,肿瘤种植的发生率已明显下降,腹腔镜手术的切口种植转移率已和开腹手术相当,相信随着经验的积累和手术技术的提高,抑制肿瘤细胞黏附、转移药物的研制,改善局部免疫功能及气腹环境等方面研究的深入,腹腔镜结直肠癌手术的切口种植转移率会进一步降低,不会成为技术发展的主要障碍^[4]。侯生槐等认为腹腔镜手术相对开放手术最大的进步在于其微创性,切口明显缩短,对组织牵拉轻柔,肠道、血管和神经受刺激减少,以及超声刀的运用,使术中出血量减少,而且术后病人肠道功能恢复快,疼痛减轻^[5]。结直肠癌腹腔镜手术遵循结直肠癌根治性切除的无瘤原则,可对肿瘤做到根治性切除。目前,就本组病例的经验,腹腔镜手术只要按照无瘤技术的规范操作,就不会发生肿瘤的种植。就有关的基础性研究报道,CO₂ 气腹并不增加肿瘤在穿刺孔种植的可能性^[6]。本组病例,无论

是切除肠管的长度、切除淋巴结、下切缘阴性率,还是手术时间、术中出血量及术后并发症,包括短期的随访结果,均能达到令人满意的结果。我们认为,当术者积累了足够的经验(特别是具有良好的开腹手术经验)、操作达到一定的熟练程度(需要大量的腹腔镜胆囊切除术训练),腹腔镜直肠癌切除术可以达到与开腹手术同样的治疗效果。

参考文献

- 1 劳景茂,何文海.腹腔镜直肠癌根治术的应用体会[J].中华实用诊断与治疗杂志,2009,23(2):179-180.
- 2 洪建明,蔡铭智,蔡丽生,等.腹腔镜下结直肠癌根治术的临床分析(附45例报告)[J].微创医学,2009,4(2):131-132.
- 3 张志勇,陈组女,徐家朴,等.腹腔镜直肠癌根治切除术的临床应用[J].腹腔镜外科杂志,2005,10(1):24-26.
- 4 刘阳,李思.腹腔镜直肠癌切除术中的无瘤技术[J].中国内镜杂志,2008,14(4):441-442.
- 5 侯生槐,梁小波,白文启,等.结直肠癌腹腔镜手术对比开放手术远期疗效与安全性的荟萃分析[J].中国微创外科杂志,2009,9(1):8-11.
- 6 郑民华,林森旺,孙骥远,等.腹腔镜结直肠癌手术切口及脏器转移的实验研究[J].中国外科杂志,2002,12(7):332-337.

[收稿日期 2009-07-20][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

经验交流

剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术 38 例临床分析

黄珍珍

作者单位:530012 广西,南宁市红十字会医院妇产科

作者简介:黄珍珍(1962-),女,大学本科,主治医师,研究方向:妇产科疾病诊断和治疗。E-mail:gxnn1962@126.com

[摘要] 目的 探讨剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术的安全性及可行性。方法 回顾性分析 2004-01~2009-01 38 例剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术患者(观察组)及 38 例妊娠未合并子宫肌瘤仅行剖宫产术患者(对照组)的临床资料。结果 剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术手术操作时间较对照组延长($P < 0.05$),但两组患者术中术后出血量、术后并发症、术后肛门排气时间、住院天数差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论 对于有经验的产科医生,根据患者具体情况,选择性地行剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术是安全、可行的。

[关键词] 剖宫产; 子宫肌瘤剔除术; 安全性

[中图分类号] R 719.8 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2009)11-1190-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.11.29

Myomectomy performed during cesarean section: a clinical analysis of 38 cases HUANG Zhen-zhen. Department of Obstetrics and Gynecology, Nanning Red Cross Hospital, Guangxi 530012, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the safety and feasibility of cesarean myomectomy. **Methods** In this retrospective case-control study, 38 patients underwent cesarean myomectomy from Jan. 2004 to Jan. 2009 were compared with the control group consisted of 38 patients without uterine myoma who underwent cesarean section alone. **Results**

The average duration of operation was longer in the patients who underwent cesarean myomectomy than those underwent cesarean alone ($P < 0.05$), but the amount of blood loss or postoperative morbidity, postoperative anal exhaust time, and hospital days were similar between them. **Conclusion** In selective patients, cesarean myomectomy is not a hazardous procedure and can be performed safely by experienced obstetricians.

[Key words] Cesarean section; Myomectomy; Safety

子宫肌瘤是女性生殖器最常见的良性肿瘤,妊娠合并子宫肌瘤的发生率为 0.3%~0.5%^[1]。近年来,随着高龄孕妇的增加和孕期 B 超监测的普及以及诊断技术的提高,晚期妊娠合并子宫肌瘤的发病率及诊断率均有上升趋势^[2]。目前对于剖宫产术中是否同时行子宫肌瘤剔除术的意见仍不一

致。本文回顾性分析我院 38 例妊娠合并子宫肌瘤患者剖宫产同时行子宫肌瘤剔除术的资料,探讨其安全性及可行性,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2004-01~2009-01 在我院妇产科住院