

合成,减少骨胶原降解,保持骨量^[6]。IL-1 和 IL-6、肿瘤坏死因子 α (TNF- α) 作用于破骨细胞的早期形成阶段,促进成熟破骨细胞功能和抑制骨形成。骨组织中破骨细胞(OC)、破骨细胞前体、成骨细胞(OB)和骨细胞均能表达 NOS 全部三个亚型(神经元型:nNOS;诱生型:iNOS;内皮型:cNOS)^[7],但以 iNOS 合成的 NO 产生作用为主。已知对骨代谢产生作用的一些细胞因子 IL-1、IL-6、TNF- α 、巨噬细胞集落刺激因子(GM-CSF)、转化生长因子- β (TGF- β) 是通过借助改变 OB 或 OC 内的 NO 水平实现它们的调节功能的方式之一^[8]。一些研究显示基础浓度 NO 是维持 OC 正常骨吸收功能必需的条件^[9],而高浓度 NO 可强烈抑制体外培养的 OC 的骨吸收活动,拮抗 IL-1 β 、TNF- α 引起的 OC 性骨吸收^[10],同时,NO 作为一种强有力的舒血管活性物质还通过影响骨髓血循环而影响骨重建。糖尿病患者血清 NO 水平在不同阶段变化的差异较大,一般认为在糖尿病早期,血清 NO 水平在正常范围或升高,中晚期则出现下降^[11]。有研究显示糖尿病患者血 NO 水平与各部位 BMD 呈负相关^[9]。

3.6 本项研究的研究对象年龄为 40~60 岁,绝大多数处于峰值骨年龄后,虽然随增龄骨吸收大于骨形成,骨平衡呈现负平衡,骨量逐渐丢失,其丢失速率与多种因素有关,但在糖尿病患者,骨吸收和骨丢失速率还由于血糖的控制不良而进一步加重。本研究的结果说明,即使在糖尿病的前期阶段(IGT),骨吸收也已呈现高于正常组水平,骨密度也较正常组低,说明应在糖调节受损的早期阶段对骨质疏松进行干预治疗是有必要的。

参考文献

- 1 孟昭亨. 骨钙素及其临床意义[J]. 中华内分泌代谢杂志,1992,8(1):41-44.
 - 2 Gregorio F, Cristallini S, Santeusano F, et al. Osteopenia associated with non-insulin-dependent diabetes mellitus: what are the causes? [J]. Diabetes Res Clin Pract, 1994, 23(1):43-54.
 - 3 苏有新, 陈智能, 杨连梓, 等. 梯度糖溶液对体外培养成骨细胞影响的实验研究[J]. 中国骨伤, 2005, 18(17):407-409.
 - 4 郭宁, 张国英, 黄建伟, 等. 2 型糖尿病人骨代谢指标测定的临床观察[J]. 天津医学, 2001, 29(6):336.
 - 5 Takagi M, Kasayama S, Yamamoto T, et al. Advanced glycation end-products stimulate interleukin-6 production by human bone-derived cells[J]. Bone Miner Res, 1997, 12(3):439-446.
 - 6 Gunczler P, Lanes R, Paoli M, et al. Decreased bone mineral density and bone formation markers shortly after diagnosis of clinical type 1 diabetes mellitus[J]. Pediatr Endocrinol Metab, 2001, 14(5):525-528.
 - 7 Delany AM, Rydziel S, Canalis E. Autocrine down-regulation of collagenase-3 in rat bone cell cultures by insulin-like growth factors[J]. Endocrinology, 1996, 137(11):4665-4670.
 - 8 Helfrich MH, Evans DE, Grabowski PS, et al. Expression of nitric oxide synthase isoforms in bone and bone cell cultures[J]. Bone Miner Res, 1997, 12(7):1108-1115.
 - 9 张晓黎, 王桂兰, 戴建军, 等. 一氧化氮在糖尿病肾病中的变化及其临床意义[J]. 中华内分泌代谢杂志, 1998, 14(1):18-21.
 - 10 Fatemi S, Ryzen E, Flores J, et al. Effect of experimental human magnesium depletion on parathyroid hormone secretion and 1,25-dihydroxyvitamin D metabolism[J]. Clin Endocrinol Metab, 1991, 73(5):1067-1072.
 - 11 Ralston SH. The Michael Mason Prize Essay 1997. Nitric oxide and bone: what a gas[J]. Rheumatol, 1997, 36(8):831-838.
- [收稿日期 2009-05-20][本文编辑 谭毅 黄晓红]

临床研究

腹腔镜下巨大卵巢良性肿瘤手术临床分析

钟小渺

作者单位:535300 广西,浦北县妇幼保健院妇产科

作者简介:钟小渺(1967-),女,研究生毕业,医学学士,主治医师,研究方向:妇科临床。E-mail:pbxfyjy@163.com

[摘要] 目的 探讨腹腔镜在巨大卵巢良性肿瘤手术的应用价值。方法 回顾分析 2005-01~2009-04 本院收治巨大卵巢良性肿瘤 60 例手术的临床资料,并利用统计软件 SPSS13.0 对所得的数据进行统计学评价。结果 行开腹手术(对照组)32 例和腹腔镜手术(治疗组)28 例比较,两组术中出血量、手术并发症均无

差异性,两组手术时间、术后肛门排气时间、自解小便时间、下床活动时间、术后病率、住院天数等均有显著差异。结论 与开腹手术相比,腹腔镜手术具有创伤小、恢复快、手术风险较低、并发症少等优点,值得推广。

【关键词】 腹腔镜手术; 开腹手术; 巨大卵巢良性囊肿

【中图分类号】 R 737.31 【文献标识码】 A 【文章编号】 1674-3806(2009)08-0833-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.08.21

Clinical study on removal surgery of giant benign ovarian cyst under laparoscopy ZHONG Xiao-miao. Department of Obstetrics and Gynecology, Guangxi Pubei Obstetrics and Gynecology Hospital, Pubei County, Guangxi 535300, China

【Abstract】 **Objective** To explore the value of surgery of resecting giant benign ovarian cyst under laparoscopy. **Methods** Clinical data of sixty cases of giant benign ovarian cyst removal surgery in our hospital between January 2005 and April 2009 were reviewed and analyzed. And SPSS13.0 was employed to statistically evaluate these data. **Results** As control group, 32 cases underwent laparotomy. And as research group, 28 cases underwent laparoscopic surgery. The comparison between the two groups revealed that, there were significant statistical differences in operative time, anal exsufflation time, spontaneous urinary voidance time, off-bed activity time, incidence rate after surgery, and hospitalization days, etc. However, there showed no difference in postoperative hemorrhage volumes and complications of surgery. **Conclusion** Compared with laparotomy, laparoscopic surgery exhibits great superiority such as minimal invasion, faster recovery, lower surgical risk, and less complication. And it has been accepted by more and more patients, and has high application and popularization value.

【Key words】 Laparoscopic surgery; Laparotomy; Giant benign ovarian cyst

2005~2009年期间在我院对60例巨大卵巢良性肿瘤分别行开腹手术(32例)和腹腔镜手术(28例)治疗,旨在探讨卵巢巨大良性囊肿腹腔镜手术的可行性及安全性问题,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2005-01~2009-04,我院共收治卵巢巨大良性囊肿60例,其中2005~2007年共32例,全部行开腹手术治疗(对照组),2008~2009共28例,全部行腹腔镜手术治疗(治疗组)。对照组平均年龄35.6岁,治疗组平均年龄32.8岁,两组比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 目前卵巢巨大良性囊肿的诊断尚未达成标准,本文以直径 >10 cm的卵巢肿瘤作为巨大卵巢肿瘤的诊断标准。所有患者均经彩色多普勒超声检查显示为附件区圆形或椭圆形包块,直径在10 cm以上,轮廓规则,包膜完整,壁薄,内呈无回声,囊壁光滑(个别有乳头状突起),单房或多房;同时辅以卵巢肿瘤标志物CA125、CEA等实验室检查,结合临床表现诊断为巨大良性卵巢上皮性肿瘤。

1.3 方法

1.3.1 手术设备和器械 使用杭州好克光电仪器有限公司生产的电视腹腔镜全套设备和手术器械。

1.3.2 手术方法 采用全身麻醉,麻醉后患者取头低臀高膀胱截石位,留置气囊导尿管。手术步骤:

(1)肿物最高处达脐以上者:①采用脐部开放式切

口,将两把布巾钳平行钳夹脐轮左、右两侧缘并上提,三角形尖刀纵行切开脐窝或脐轮上、下缘皮肤20~25 mm,逐层切开皮下组织、筋膜层及腹膜层,切口下即为增大的肿瘤。②探查囊肿:进腹后可伸入食指或中指探查切口周边的肿瘤是否有粘连,质地、色泽、包膜光滑与否,有无结节状突起,一般多呈灰白色囊壁,无腹水溢出。③缝合及穿刺囊肿:于切口暴露处的囊肿壁上用4号丝线缝一小荷包,用肿瘤穿刺针刺入荷包内,边抽紧缝线边吸出囊肿内容物使囊肿缩小,囊内液很少会外溢,尽量吸囊内液使肿物缩小至脐耻间,同时观察液体性状、颜色、内含物。④充气:从此穿刺孔入Trocan充气,如切口过大可用鼠齿钳钳夹以防漏气,或荷包缝合周围腹膜。⑤镜下探查:观察囊肿表面是否光滑,通常包膜完整,囊壁白色,无乳头突起,可有少量腹水;盆腹腔是否有其他病灶,特别注意肝脏和膈下。⑥术式选择:根据患者的年龄、生育情况决定行卵巢囊肿剥除或患侧附件切除术;保留附件者,先剪除大部分囊壁,再剥离剩余的囊壁,保留的卵巢皮质电凝止血或缝扎止血;切除附件者,以双极电凝沿卵巢边缘电凝、切断骨盆漏斗韧带、卵巢固有韧带及输卵管峡部。⑦取囊壁:钳夹刚荷包缝合时的缝线,牵拉至切口下,再次沿原穿刺孔穿刺抽尽囊液(原来可打活结,此时仅需解松线结即可把吸头放入囊内吸尽囊液)再逐步取出囊壁。以生理盐水、低分子右旋糖酐冲

洗腹腔,4号丝线连续缝合切口处腹壁;⑧检查标本:常规仔细检查囊肿内外壁,均光滑,未见乳头。(2)肿物最高点未达脐部者:常规方法建立气腹,置入腹腔镜后,作第二、三穿刺孔,镜下行荷包缝合后穿刺放液,必要时缝线可拉出腹腔外做提拉用,吸净囊肿内液。如镜下荷包缝合困难,也可不提拉囊壁,直接穿刺放液,但应尽量避免囊内液外溢,其余操作均同前。

1.3.3 统计学方法 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料则采用 χ^2 检验, $P < 0.05$

为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术情况比较 腹腔镜手术全部在镜下完成,无中转开腹,除手术时间外,术中出血量、手术并发症、附件切除、肿瘤剔除,治疗组与对照组无显著差异,说明腹腔镜手术不增加术中出血量、手术并发症。见表1。

2.2 两组术后情况比较 两组术后的肛门排气时间、自解小便时间、下床活动时间、术后并发症、住院天数等治疗组均优于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表1 两组手术情况比较[n(%)]

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(ml)	手术并发症	附件切除	肿瘤剔除
对照组	32	40.4 ± 8.8	38.3 ± 18.9	0(0.0)	22(68.8)	10(31.3)
治疗组	28	55.1 ± 10.7	40.3 ± 20.4	0(0.0)	16(57.1)	12(42.9)
t/χ^2	-	5.8401	0.3943	-	0.8664	0.87
<i>P</i>	-	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

表2 两组术后情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	肛门排气时间(h)	自解小便时间(h)	下床活动时间(h)	术后并发症发生率(%)	住院天数(d)
对照组	26.4 ± 6.8	30.3 ± 5.9	40.3 ± 10.2	3.12	9.3 ± 2.2
治疗组	15.4 ± 5.7	10.3 ± 4.5	24.3 ± 7.9	0	6.3 ± 2.6
t/χ^2	6.7366	14.60187	6.7217	-	4.8429
<i>P</i>	<0.01	<0.001	<0.01	<0.01	<0.05

3 讨论

3.1 巨大卵巢良性肿瘤腹腔镜手术的可行性、安全性问题 比较两组病例,除手术时间外,术后的各项指标,治疗组均较对照组有着明显优势,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。笔者的临床体会是,对于卵巢巨大囊肿,在术前诊断排除恶性或可疑恶性的前提下,如能对囊肿的囊液及内容物进行妥善的处理,腹腔镜手术治疗卵巢巨大囊肿是一种安全、有效的手术方法。肿块巨大,镜下手术的难题之一为腹腔内操作空间小,特别是超过脐上缘者,如不先穿刺放液而先建立气腹,腹内压必将较大才能有操作空间,对腹腔脏器将会造成较大的伤害。而行开放式气腹,既可对肿块及腹腔情况进行探查,又可在直视下在肿块表面进行荷包缝合,抽及囊内液,不会造成囊内液外溢污染腹腔。肿瘤缩小,腹腔内的操作空间较大术野清晰,可最大程度上避免不安全因素。因此,在脐部做一20 mm的小切口行开放式气腹,是一种简单、安全、有效的方法。上缘未达脐部的肿块,直接建立气腹,抽吸囊内液时注意提起囊壁,尽量避免过多的囊内液外溢,对于部分粘稠的囊液,用

5 mm 吸引器边冲边吸,使囊液稀释易于吸出。抽吸完毕要封闭穿刺口,避免部分残留囊内液外溢。对于保留卵巢组织的,巨大的囊壁阻挡部分手术野,切除时可能误伤周边组织或器官,这是导致手术不安全的一个重要因素。因此,在剪除囊壁时充分暴露术野,剪刀应尽量远离其他器官。对于无生育要求,年龄 > 45 岁的患者,单侧卵巢囊肿者可行附件切除^[1],以避免不必要的并发症。

3.2 巨大卵巢良性肿瘤腹腔镜手术的优越性问题

从患者术后恢复情况看,腹腔镜手术的创伤小、恢复快等优点在巨大卵巢囊肿的病人身上也得到充分的体现。巨大卵巢良性肿瘤瘤体虽较大,但囊内大多为液体,抽吸后仍有较大的手术空间,手术难度相对不大。关键在对囊壁进行剪切时应注意不要损伤临近组织。在广大农村地区,由于就医条件限制,知识的贫乏,往往就诊时肿瘤已较大,如行开腹手术,术后需要较为缓慢的恢复过程,对大部分患者的家庭是一个严峻的考验。因此,对有条件开展腹腔镜手术的医院,推行此项手术是必要的、可行的、安全的。

3.3 卵巢良性上皮性肿瘤术前诊断的意义 卵巢肿瘤腹腔镜手术时,人们最担心的肿瘤是否为恶性,如为恶性,肿瘤破裂时,内容物会流入盆腔,导致癌细胞扩散。根据腹腔镜手术的特点及卵巢癌的种植性转移学说,卵巢恶性肿瘤患者不应施行腹腔镜手术^[2],术前最大可能地对卵巢癌明确诊断,避免对卵巢癌患者施行腹腔镜手术,因此,卵巢良性肿瘤的术前诊断十分重要。术前要做好如下几点:(1)详细采集病史,由于卵巢肿瘤的特性,无论是良性还是恶性,在早期均缺少症状。如伴有下腹疼痛、消瘦、发热、生长迅速等应警惕恶性可能,主张的治疗方法是开腹手术。(2)妇科检查是最重要的检查手段,对附件肿块一定要进行三合诊检查,以了解盆腔情况,特别是子宫后壁、骶骨韧带,子宫直肠陷凹的情况,良性肿瘤一般无粘连,圆形,囊性,多为单侧,后穹隆没有结节。(3)超声波检查在盆腔包块性质的鉴定上意义较大,其敏感性和特异性可达62%~100%^[3],B超检查壁薄,透亮区,无实性乳头的图象,恶性肿瘤的可能性小,适合于腹腔镜下切除。(4)肿瘤标记物检查如CA125、CA199,正常人血清CA125<41 μg/L,上皮性肿瘤占卵巢恶性肿瘤的大多数,有一定的临床意义,但子宫内膜异位、妊娠、急性输卵管炎等也会引起升高,呈现假阳性反应。具有条件的单位卵巢肿瘤切除后需对可疑病例立即行冰冻病理切片检查,一旦证实是卵巢恶性肿瘤,可及时中转开腹行卵巢癌根治术。

3.4 腹腔镜下对卵巢肿瘤的评价 随着卵巢肿瘤腹腔镜手术适应范围的不断扩大,难免会使个别早期卵巢癌包括交界性肿瘤在术前漏诊。这些病例大多无临床症状,往往通过妇科普查或因其它疾病而行B超检查时被发现卵巢肿瘤,而行腹腔镜手术。尽管如前所述一般良恶性肿瘤超声图像有很大区别,但是约25%早期卵巢癌在超声下也显示出单房、光滑、光亮透明的囊肿声像。因此,为减少卵巢恶性肿瘤的漏诊,除术前诊断外,腹腔镜下判断也是不可缺少的手段^[3]。腹腔镜鉴别盆腔包块性质的特异性为99.9%,说明腹腔镜下观察基本不会漏诊恶性肿瘤^[4]。取出标本后台上检查是必不可少的步骤,有经验的妇科肿瘤医生对大体标本的判断有助于鉴别良恶性肿瘤。

参考文献

- 1 张 怡,李梦熊.卵巢良性病变的腹腔镜手术技巧与疗效分析[J].中国内镜杂志,2006,1(12):37-39.
- 2 姚书忠,刘栋擎,陈玉清,等.腹腔镜手术治疗卵巢良性上皮性肿瘤113例分析[J].实用妇产科杂志,2005,21:109-111.
- 3 刘 彦,主编.实用妇科腹腔镜手术学[M].北京:科学技术文献出版社,1996:102-106.
- 4 冷金花,郎景和,张俊吉,等.腹腔镜在附件包块治疗中的价值和安全性(附2083例报道)[J].现代妇产科进展,2006,3(15):177-179.

[收稿日期 2009-05-06][本文编辑 宋卓孙 黄晓红]

临床研究

经支气管镜行支气管冲洗及局部注药治疗急性肺脓肿的临床研究

王 琼

作者单位:421101 衡阳,湖南衡阳市第三人民医院南院呼吸内科

作者简介:王 琼(1975-),女,本科学历,学士学位,主治医师,研究方向:呼吸内科疾病诊疗。E-mail:wqiong1975@126.com

【摘要】 目的 探讨经支气管镜行支气管冲洗及局部注药联合内科常规疗法治疗急性肺脓肿的疗效。

方法 对86例急性肺脓肿患者随机分为两组,治疗组46例予以经支气管镜行支气管冲洗及局部注药联合内科常规治疗;对照组40例予以单纯内科常规治疗。**结果** 治疗组治疗成功45例,失败1例;对照组治疗成功32例,失败8例,两组治疗成功率比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组在体温恢复正常、咳嗽咳漱消失