

生出血性并发症,而影响介入性溶栓疗效与安全性的主要并发症也是脑内出血。本组病例中有 2 例中经介入溶栓后阻塞血管部分再通,均在术后 3h 发生颅内出血,占 28%,1 例为颅内大出血,另 1 例为小灶出血,这 2 例病程均大于 12h,而尿激酶用量均在 80 万 U 之内。而日本及国内^[8]一些研究报告包括发病几天用药的病人,并未发现副作用增加现象。据报道^[9]脑缺血性中风自发出血率为 22%~43%,而急性缺血性中风病人使用溶栓剂的出血发生率为 12.5%~36%。由此可见二者之间无显著差异。虽然介入溶栓并发颅内出血率的高低与溶栓药剂量、缺血时机、缺血程度有关,理论上认为溶栓疗法可增加其出血的发生率,但至今并未得到证实,只有通过大样本资料对照研究才能得出确切的结论。

总之,介入性溶栓治疗急性脑梗塞已在临床应用,并取得了肯定的疗效,且有着广阔的前景,但也有许多问题,如出血并发症、治疗的最佳期限、溶栓药物剂量及再次梗塞等尚有待进一步探讨。

参 考 文 献

- 1 庄柏翔·脑缺血疾病溶栓·介入疗法进展·医师进修杂志,1996,19(1):31
- 2 Kawamura S, Li Y, Shirasswa M, et al. Reversible middle cerebral artery occlusion in rats using an intraluminal thread technique. Surg Neurol, 1994, 41(5):368
- 3 村川孝次ほか·脑梗塞に對す超早期ウロキナゼ動注療法について·高山赤十字病院紀要,1989,13:3
- 4 Mori E, Tabishi M, Toshida J, et al. Intracarotid urokinase with thromboembolic occlusion of the middle cerebral artery. Stroke, 1988, 19(7):802
- 5 Centeno RS. Streptokinase clot lysis in acute occlusions of the cranial circulation, study in rabbits. AJNR, 1989, 6:589
- 6 Barlow GH. Pharmacology of fibrinolytic agent. Prog Cardiovasc Dis, 1972, 21:315
- 7 高 桥, 功ほか·急性期閉塞性脳血障害に對するウロキナゼ動注療法·岩見市立病院誌,1989,15:19
- 8 张锦祥,程 恩,王世伟,等·应用抗栓酶介入性治疗急性脑血栓疗效观察·中华放射学杂志,1993,27(2):389
- 9 蒔田 修,安田 刚,松八重公至·超急性期脳動脈閉塞に對する選択のおよび超選択的血栓溶解療法·臨床放射線,1995,40(4):427

(收稿:1996-09-18 修回:1997-02-13)

(本文编辑:程春开)

腹腔镜卵巢穿刺内凝治疗多囊卵巢不孕症的临床研究

施旭东 黄晓洁¹ 孙贝加 张秋芹 韩 琳¹

李桂林¹ 王 磊 黄如亮¹ 冯继良¹ 沈 浣²

(徐州市妇幼保健院妇科 221009)

摘要 目的 探讨腹腔镜卵巢穿刺内凝对多囊卵巢不孕症的治疗价值。方法 151 例腹腔镜卵巢穿刺内凝术(实验组)和 151 例开腹卵巢楔切术(对照组)治疗多囊卵巢不孕症配对对比研究。结果 实验组的手术时间 33.1 ± 7.2 min, 术中失血 15.6 ± 4.7 ml, 总排卵率 92.05%, 总妊娠率 49.67%, 均优于对照组 ($P < 0.01$); 术后雄激素、LH/FSH 下降幅度小于对照组 ($P < 0.01$)。随时间推移, 两组术后排卵率、妊娠率均有下降倾向, 而术后雄激素、LH/FSH 则有逐渐回升的倾向。结论 腹腔镜卵巢穿刺内凝术对多囊卵巢不孕症有较好的治疗效果。

关键词 腹腔镜 手术学 卵巢穿刺内凝术 卵巢楔切术 排卵率 妊娠率 激素

中图法分类号 R656

¹ 徐州市妇幼保健院不孕症治疗科

² 北京医科大学附属三院妇产科

LAPAROSCOPIC OVARIAN PUNCTURE—ELECTROCAUTERY FOR TREATMENT OF PCOS—RELATED INFERTILITY

Shi Xudong, Huang Xiaoje, Sun Beijia, et al

(Xuzhou Maternity and Infant Health Institute, Xuzhou, Jiangsu 221009, China)

ABSTRACT Objective To evaluate the laparoscopic operation for treating the infertility related to polycystic ovarian syndrome (PCOS). **Methods** Two groups of PCOS patients ($n = 151$ each) were treated separately by laparoscopic ovarian puncture—electrocautery and laparotomic wedge resection of the ovary. The rates of ovulation and pregnancy and the hormonal levels were determined and compared after the operation. **Results** The duration of operation and loss of blood were less and the rates of ovulation and pregnancy after the operation were higher significantly in the laparoscopic group than in the laparotomic group. The improvement of fertility and the lowering of hormonal levels (androgen and LH/FSH) were obvious in the first 6 months after operation, and after that these effects would decline markedly. **Conclusion** The laparoscopic ovarian puncture—electrocautery is a treatment for PCOS—related infertility superior to the laparotomic wedge resection of the ovary.

KEY WORDS Laparoscopy Surgery Ovarian puncture and electrocautery Wedge ovarioectomy
 Rate of ovulation Rate of pregnancy Hormones

70% 以上的多囊卵巢病人伴有不孕症^[1], 徐州妇幼保健院 1990 年开始进行腹腔镜卵巢穿刺内凝术与开腹卵巢楔切术治疗多囊卵巢引起的不孕症的对比研究, 现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 1990 年 1 月至 1996 年 1 月本院住院的 302 名不孕病人。年龄 22~34 岁, 结婚 4.2±1.1a。排除输卵管、子宫及男方不孕不育因素; 连续测基础体温 3 个月呈单相; 激素测定雄激素高于正常 ($>0.8\text{mg/L}$), LH/FSH ≥ 2.5 ; 阴道 B 超诊断为多囊卵巢; 入院前 3 个月停用所有有关药物治疗。

1.2 研究方法 将病人随机分为实验组和对照组, 实验组施行腹腔镜卵巢穿刺内凝术, 对照组施行开腹卵巢楔切术, 配对对比研究两组之间的差异。

1.3 手术麻醉 所有病人都采用连续硬脊膜外腔麻醉。

1.4 手术方法 实验组采用德国 WISAP 电视腹腔镜系统及配套的点状内凝器。在麻醉

效果好、人工气腹形成的条件下, 按常规置入腹腔镜。持尖剪刀在每侧卵巢均匀穿刺 8~10 个小孔, 放出卵泡液, 点状内凝器自每个小孔刺入深达卵巢实质, 80℃ 内凝 10s, 生理盐水冲洗。对照组开腹卵巢楔切术见妇科手术图解^[2]。

1.5 激素测定 术前 1 个月, 术后 1 个月和 6 个月, 于早卵泡期上午 9 时左右各空腹采血 1 次, 放射免疫法测定。

1.6 排卵监测 术后 1 个月、3 个月、6 个月用麦迪逊阴道 B 超监测排卵。

2 结果

2.1 手术时间及术中失血量 实验组手术时间为 33.1±7.2min, 对照组手术时间为 47.5±7.1min, 两组对比 $t = 17.4991, P < 0.01$ 。实验组术中失血 15.6±4.7ml, 对照组失血 65.8±17.7ml, 两组对比 $t = 33.6845, P < 0.01$ 。

2.2 术后排卵率 实验组总的排卵率为 92.05% (139/151), 对照组总的排卵率为 70.20% (106/151), 两组对比 $\chi^2 = 23.5501,$

$P < 0.01$ 。实验组术后 1、3、6 个月排卵率分别为 86.09% (130/151)、69.16% (74/107)、49.42% (43/87); 对照组术后 1、3、6 个月排卵率分别为 59.60% (90/151)、54.55% (72/132)、44.95% (49/109)。随术后时间推移, 两组排卵率均有逐渐下降的趋势。

2.3 术后妊娠率 实验组总的妊娠率为 49.67% (75/151), 对照组总的妊娠率为 31.79% (48/151), 两组对比, $\chi^2 = 9.3406$, $P < 0.01$ 。实验组和对照组 6 个月内妊娠率分

别为 46.36% (70/151)、27.05% (42/151), 6 个月以后妊娠率只分别为 6.17% (5/81) 和 5.50% (6/109)。

2.4 术后激素变化 实验组和对照组手术前后的激素变化见附表, 两组术后雄激素及 LH/FSH 值均较术前明显下降, 但随着手术时间的推移, 又有逐渐回升的倾向。另外, 对照组术后雄激素下降幅度比实验组大 ($t = 9.6949$, $P < 0.01$), 术后 LH/FSH 值下降幅度也比实验组大 ($t = 3.4072$, $P < 0.01$)。

附表 实验组、对照组手术前后激素变化

	术前		术后 1 个月		术后 6 个月	
	例数	($\bar{x} \pm s$)	例数	($\bar{x} \pm s$)	例数	($\bar{x} \pm s$)
实 雄激素 (ng/L)	151	1096 ± 399*	151	300 ± 71*	81	545 ± 147*
验 雌激素 (ng/L)	151	30.7 ± 13.2	151	31.9 ± 11.7	81	30.1 ± 14.2
组 LH/FSH	151	2.8 ± 0.3*	151	1.4 ± 0.6*	81	2.1 ± 0.4*
对 雄激素 (ng/L)	151	1192 ± 474*	151	227 ± 69*	109	507 ± 174*
照 雌激素 (ng/L)	151	28.2 ± 12.1	151	29.3 ± 11.9*	109	32.2 ± 14.8*
组 LH/FSH	151	2.9 ± 0.3*	151	1.6 ± 0.4*	109	2.0 ± 0.5*

* $P < 0.01$ (术前与术后、术后之间相比)

3 讨论

1935 年 Stein Leventhal 首先报告多囊卵巢综合征, 随后开腹卵巢楔切术一直是治疗该病的主要手段^[3], 60 年代以来各种促排卵药物的不断问世, 药物才取代手术, 逐渐成为多囊卵巢的首选治疗手段。但众所周知, 克罗米芬存在着高排卵率低妊娠率的弊端; HCG 对未成熟卵泡治疗可使雄激素增高, 有抑制颗粒细胞分裂、抑制卵泡成熟及早期黄素化的缺点^[4]; HMG 治疗需要有 B 超监护且易发生卵巢过度刺激综合征^[5], 因此从 70 年代末开始人们又重新使用开腹卵巢楔切术治疗多囊卵巢^[3,6]。随着腹腔镜技术的进展, 国内外已有人通过腹腔镜手术治疗多囊卵巢^[7,8]。本实验配对比研究发现腹腔镜卵巢穿刺内凝比开腹卵巢楔切术治疗多囊卵巢引起的不孕症具

有诸多优点: ①手术时间短、出血少、创伤小、术后恢复快; ②术后排卵率高; ③术后妊娠率高。在发现优点的同时, 本实验也发现无论是腹腔镜卵巢穿刺内凝术, 还是开腹卵巢楔切术, 其术后妊娠病例主要集中在术后 6 个月内。随术后时间的推移已经下降的雄激素和 LH/FSH 值有逐渐回升的倾向, 术后排卵率和妊娠率也逐渐下降。因此这提示我们必须加强术后病人的性生活指导, 力争其在 6 个月内妊娠, 必要时可再加相应的促排卵药物。

参 考 文 献

- 1 杨末春. 多囊卵巢综合征的诊断与治疗. 实用妇科与产科杂志, 1990, 6(2): 121
- 2 朱国良, 郑福增. 妇产科手术图解. 上海: 上海翻译出版公司, 1986
- 3 青野每博. PCO 外科疗法的有关问题. 临床妇科, 1987, 41(1): 21

4 木下俊彦·多囊泡性卵巢症候群的预后·产科与妇科, 1990, 57(3):485

5 杨燕生·多囊卵巢综合征·实用妇产科杂志, 1991, 7(1): 83

6 成田收·PCO 卵巢 WR 疗效与内分泌的研究·日本不妊学会杂志, 1978, 23(1):2

7 杨燕生, 祝育德, 刘 晶, 等·腹腔镜激光打孔术治疗多囊卵巢 68 例临床分析·实用妇科与产科杂志, 1993, 9(2): 157

8 Weiden RMF, Alberda AT·Laparoscopic ovarian electrocautery in patients with polycystic ovarian disease resistant to clomiphene citrate· Surg Endosc, 1987, 1(2): 217

(收稿: 1996-12-31 修回: 1997-02-23)
(本文编辑: 程春开)

肾创伤的 CT 诊断

孔凡彬 刘星星¹ 夏瑞淦 徐 凯² 郝敬明³

(徐州市第一人民医院 CT 室 221002)

摘要 目的 探讨 CT 对确定肾损伤范围和提供手术指征方面的价值。方法 回顾分析了 32 例肾创伤病人的 CT 表现。结果 CT 清楚地显示了肾创伤的三种基本类型:挫伤、裂伤、梗塞;将裂伤分为:小的表浅裂伤、大的深部裂伤有/无尿外渗、断裂伤、粉碎伤;通过增强后无血供的肾断片或梗塞灶无增强,CT 可以间接诊断血管撕裂或动脉闭塞;CT 能确定血肿和尿外渗的范围;检出了腹腔和腹膜后损伤及肾的原有异常。结论 CT 为所有肾损伤病人的处理提供了足够的资料,且所有 CT 发现都被手术证实。手术探查的 CT 指征是:大裂伤伴包膜外尿外渗、无血供肾断片、碎裂肾和血管损伤、严重合并伤。

关键词 肾 裂伤 血肿 尿外渗 断层摄影术, X 线计算机

中图法分类号 R816.5

RENAL TRAUMA DIAGNOSED BY COMPUTERIZED TOMOGRAPHY

Kong Fanbin, Liu Xingxing, Xia Ruigan, et al

(Department of CT, Xuzhou No. 1 People's Hospital, Xuzhou, Jiangsu 221002, China)

ABSTRACT Objective To assess the value of computerized tomography (CT) for staging renal injuries and indicating surgical intervention. **Methods** The CT finding of 32 patients with renal trauma were reviewed and analysed. **Results** CT could clearly define the 3 basic types of renal injury, contusion, laceration and infarction. The laceration could further be classified into minor or superficial laceration, major or deep medullary laceration with/without extravasation, fractured kidney and fragmented kidney. Renal vascular avulsion and arterial occlusion could be demonstrated in CT after contrast enhancement. CT could define the extents of hematoma and urine extravasation, and could also reveal various injuries in other viscera as well as originally existing abnormalities, such as polycystic kidney and urinary stone. **Conclusion** CT can provide sufficient information for proper management of patients with renal trauma, and the CT findings are dependable and confirmable on operating table. Surgical indications suggested by CT include major laceration with extracapsular extravasation, big devascularized kidney segment, fragmented kidney, severe renal vascular injuries and other major surgical complications.

KEY WORDS Kidney Laceration Hematoma Extravasation Tomography, computed

1 徐州市第一人民医院泌尿外科 2 徐州医学院附属医院 CT 室 3 徐州市第四人民医院 CT 室