

作用以及抗心律失常药物的致心律失常作用而受到限制。曾使用1至多种抗心律失常控制无效的患者应行导管消融治疗^[4]。

射频消融治疗房性心动过速技术已比较成熟。本组结果显示老年人房性心动过速射频消融治疗仍有较高的成功率,可达91.3%。失败2例中,1例为房间隔修补术后,房间隔修补术后疤痕所致的房速多为折返性机制,其折返路径可能比较复杂,简单的疤痕至下腔静脉开口的线性消融不一定能完全阻断折返路径,三维磁场定位系统或三维非接触标测系统标测消融可提高成功率。另1例为起源于右上肺静脉房速,如加行肺静脉电隔离术可获成功。本组房速时标测到EAA并消融成功的部位,也即房速起源部位,冠状静脉窦口附近5例,希氏束旁2例,沿终末嵴分布于右房侧壁11例,房间隔3例(其中2例在房间隔缺损修补术后疤痕周围),右上肺静脉1例,左上肺静脉1例,提示老年患者房速的好发部位在心房内不同组织交界区域或传导障碍区,如房间隔、终末嵴、冠状静脉窦口、肺静脉口以及手术疤痕处等,与文献报道相似^[1,5]。

由于老年患者合并有器质性疾病比例高,体质差,术中耐受性差,术前应严格把握适应证和禁忌证,术前充分准备,并根据体表心电图初步判别房性心动过速的起源部位以减少术中标测时间;术中程序刺激时间尽可能短,在静滴异丙肾上腺素诱发房速时应严格控制滴速。本组2例房速起源靠近希氏束部位,采用逐渐逼近希氏束和能量递增或点滴法

消融获得成功,未发生房室传导阻滞。本组房速合并房室折返性心动过速2例,合并房室折返性心动过速1例,因此在完成一种心动过速消融后继续仔细电生理检查,以免漏诊房性心动过速合并房室结双径路或房室旁道。

本组随访中1例肥厚型心肌病新出现起源点不同的房速。另1例起源于右房侧壁房速,采用非温控导管消融虽即时成功,但可能由于导管贴靠不好或消融能量不足等原因,未形成该点的足够损伤以致复发,采用Swantz鞘加强导管的稳定性及温控导管消融可防复发。

总之,老年房性心动过速患者,导管射频消融有较高的成功率,疗效好、安全性高,可在抗心律失常药物控制无效时选用导管消融治疗。

参考文献

- [1] 曹江,秦永文,胡建强,等.导管射频消融治疗房性心动过速39例[J].介入放射学杂志,2004,13(2):126-128
- [2] 安杰,李永东.动态心电图检出老年短阵缓慢型房性心动过速146例临床分析[J].中国误诊学杂志,2005,5(16):2065-2066
- [3] 叶任高,陆再英.内科学[M].北京:北京人民出版社,2000:186-190
- [4] 范利,尚延忠,武强,等.治疗老年快速室上性心律失常的药物选择和疗效观察[J].中国老年学杂志,2005,25(4):363-364
- [5] 李树岩,崔燕,刑月,等.起源于心房下部局灶性房性心动过速电生理特点及射频消融术[J].临床心血管病杂志,2006,22(6):331-333

(收稿日期:2008-05-27;修回日期:2008-07-16)

(本文编辑:潘雪飞)

腹腔镜手术在盆腔粘连治疗与预防中的应用

吴国华

(解放军第123医院妇产科,安徽蚌埠 233015)

[摘要] 目的 探讨腹腔镜在盆腔粘连松解术中的作用。方法 回顾分析2001年1月~2007年10月,因各种妇科疾病行腹腔镜手术中发现盆腔不同程度粘连的患者105例的临床资料。镜下清除病灶的同时分离粘连,纠正不良盆腔解剖关系。结果 在腹腔镜下顺利完成手术,无中转开腹。1例因肠管间广泛粘连而致分离中肠管破裂,在镜下以3-0可吸收肠线修补。手术时间30~150分钟,平均55分钟,住院时间3~15天,平均(4±2.23)天。随访1~60个月,未有腹痛、腹胀等复发病状。有生育要求的65例患者有30例妊娠,妊娠率46.15%。结论 应用腹腔镜技术进行盆腔粘连松解手术效果是肯定的,镜下盆腔解剖功能的恢复有利于妊娠机率的提高。

[关键词] 腹腔镜;盆腔粘连松解术;盆腔解剖功能

中图分类号: R616.1 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)01-0054-03

作者简介:吴国华(1968-),女,安徽颖上人,本科,副主任医师,从事妇产科临床工作。

盆腔粘连在妇科临床较为常见,粘连一旦发生不仅会引起盆腔正常解剖关系的改变,还会引起脏器功能的失调,对患者学习、生活产生极大的影响,会影响患者的生育能力。收集本院2001年1月~2007年10月105例腹腔镜下去除病灶的同时处理盆腔粘连,恢复盆腔解剖功能取得较好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2001年1月~2007年10月,因各种妇科疾病行腹腔镜手术中发现盆腔不同程度粘连的患者105例。年龄22~45岁。既往有腹部手术史28例(26.67%),手术种类:卵巢囊肿剔除术3例,附件切除术1例,输卵管异位妊娠切除术4例,输卵管异位妊娠保守性术2例,子宫内膜异位症及腺肌症9例,剖宫产术2例,子宫肌瘤剔除术2例,全子宫切除术1例,次全子宫切除术1例,阑尾切除术2例,剖腹探查术1例。无腹部手术史77例(73.33%)。进行腹腔镜手术原因:子宫内膜异位症及腺肌病34例(32.38%);盆腔炎性包块27例(25.72%);卵巢囊肿、畸胎瘤、异位妊娠共23例(21.90%);子宫肌瘤7例(6.67%);因不孕或慢性盆腔痛行检查或粘连分解14例(13.33%)。病史特点:均有不同程度的下腹部坠痛,腰骶酸胀,深部性交痛症状。病史最短7天,最长7年。本组患者89例为择期手术,16例为急诊手术。

1.2 方法 麻醉方法 气管插管麻醉。腹腔镜观察孔与操作孔位置的选择 无手术史,均以脐孔为观察孔,操作孔及辅助操作孔视腹腔内粘连情况而改变,最多选择3个操作孔。有手术史,根据原切口部位定观察孔,下腹部纵切口的多以脐上2~3 cm为观察孔,估计粘连范围广的,直视开放式置入Trocar,本组有6例采用此方法。手术方法及粘连分解步骤 首先腹腔内粘连松解,腹部有手术史的患者,常有大网膜、肠管腹壁疤痕粘连,多数看不到盆腔脏器,应先将腹腔内粘连松解以充分显示盆腔内结构,暴露输卵管及卵巢周围粘连,其次盆腔内粘连分解及去除病灶。慢性盆腔炎行盆腔粘连松解术,对输卵管全部有粘连,阻塞积水者,在通美兰液情况下行造口及成行术。子宫内膜异位症行卵巢异位囊肿剔除术和盆腔异位病灶烧灼术。这里要强调的是对于重度盆腔粘连在手术过程中,要特别注意解剖层次的识别,尽可能以锐性分离,尽量避免钝性撕拉,或带电操作,以免出血或电热损伤致迟发性肠管穿孔。分离肠管与腹壁的致密粘连时,应遵循“宁伤腹壁,勿伤肠

管”的原则,尽可能保留肠壁的完整性^[1]。多囊卵巢综合征行卵巢电凝打孔术,盆腔良性肿瘤行镜下剥除术,异位妊娠根据需要分别行切除或保守性手术。术毕彻底冲洗盆腔,放置预防粘连的药物。

2 结果

105例镜下顺利完成,无中转开腹,1例因肠管间广泛粘连而致分离时肠管破裂,镜下以3-0可吸收肠线修补。有生育要求的患者有2例因输卵管功能完全丧失,切除双侧输卵管,建议体外受精胚胎移植辅助生育。手术时间30~150分钟,平均 (55.45 ± 6.46) 分钟,术中出血量5~300 ml,平均 (40.34 ± 4.86) ml,术后体温为36.8~39.5,平均 (37.7 ± 0.44) ,术后使用抗生素时间为1~7天,平均 (1.8 ± 0.9) 天,住院时间为3~15天,平均 (4 ± 2.23) 天。随访1~60个月,未有腹痛、腹胀等复发症状。有生育要求的65例患者有30例妊娠,妊娠率46.15%。

3 讨论

3.1 粘连形成的原因 本组统计病例中内异症性粘连占第一位,其次是腹部手术后及盆腔炎性病变。其中内异症所形成的粘连,本质上同炎性粘连,是炎性物质渗出,产生大量渗液,渗液中含有大量纤维蛋白和细胞成分,在疾病愈合过程中,炎性物质吸收,结果产生粘连。内异症性粘连与盆腔炎性粘连所导致的盆腔粘连程度不同:盆腔炎性粘连表现为输卵管周围粘连和子宫直肠窝的粘连,为薄膜状,对人体一般无大的影响,但常常是导致下腹疼痛和不孕症的原因,本组14例因不孕或慢性盆腔痛进行腹腔镜检查时发现多以薄膜状粘连为主。内异症性粘连主要为卵巢、输卵管和子宫后壁之间的粘连,严重者侵犯直肠,或将子宫直肠窝填塞,使子宫直肠窝消失,由于这种粘连比较致密,容易引起术中出血,是妇科腹腔镜手术的重点与难点。手术后粘连:患者有腹部或盆腔手术史,但无盆腹腔内器官炎性病史。最常见的粘连是大网膜与腹壁切口之间的粘连,呈条索状或带状,也可以位于腹部切口之外,包裹原术野器官。由此可见粘连形成的本质就是腹腔脏器粘连的发生与手术创伤,局部炎症反应及腹膜纤维蛋白溶解酶原活化剂活性等因素有关^[2]。腹部手术及盆腹腔炎症感染又是其中的主要原因。

3.2 盆腔粘连腹腔镜手术的预防和再粘连的防治

尽管腹腔镜手术后术野形成的粘连比剖腹手术后的少的多,但仍会发生再粘连,如何预防术野再粘

连,是妇科腹腔镜医生的一项任务,我们的体会是:

提高手术技巧,减少组织损伤:轻柔细致的手术操作和严格遵守手术操作规范,是预防腹腔粘连较有效的手段。随着手术技术的不断发展与成熟,腹腔镜以患者创伤小,康复快等优点被广泛应用,协和医院的研究也证明,有腹腔镜手术史患者切口下粘连程度较开腹手术史者轻,微创减少了腹膜损伤面,关键是减少了腹膜及组织缺血,相对封闭的术野减少了异物及感染,使粘连形成率低于开腹手术^[3]。手术器械的选择及时机的把握至关重要:随着手术器械的更新,为镜下粘连组织的分离、切割、止血等过程提供了便捷。本组病例的粘连全部用超声刀及双极电刀凝固、切断,不需使用钛夹、结扎等方法。我们用超声刀对盆腔粘连进行松解,其优点是传导效应少,减少脏器及腹壁的损伤,闭合粘连区的血管确切,减少出血,降低了因出血而诱发粘连的机率。术中减少缝合,止血彻底,潜在的感染源清理干净,组织反应减少,术后粘连就会少。术后再粘连的药物预防:术后防止盆腔粘连复发的重点是避免分离的原粘连创面重新形成新的粘连。我们的体会是将活动度良好,光滑的大网膜置于松解术后的两创面之间,避免两粗糙面直接接触重新形成粘连,同时彻底冲洗盆腔后在创面上注入低分子右旋糖酐或生物蛋白胶或用可吸收防粘透明膜覆盖,防止粘连。

3.3 腹腔镜手术治疗盆腔粘连的疗效 腹腔镜减少和治疗腹腔粘连主要表现在腹腔镜下避免腹腔脏器暴露于空气中引致感染的机会,减少对脏器机械与物理性刺激,对腹腔内脏器干扰小,继而减少炎症

反应;通过早期下床活动,术后肠道功能恢复快,从而减少纤维蛋白的沉积,减少脏器粘连的形成。腹腔镜手术的微创性不仅表现在以小的戳口代表传统大切口,还表现在精细的解剖,先凝后断的技术特征大大减少了手术出血,降低了患者的应激性及免疫打击^[4]。本组统计病例全部在腹腔镜下分解,恢复解剖部位后清除病灶,术后第一天既下床活动,24小时内胃肠功能完全恢复,术后观察无腹痛、腹胀,随访至今无复发,有生育要求的术后坚持治疗,妊娠率达46.15%。足以显示了腹腔镜粘连松解术是最能体现以最小的手术切口,最轻的全身炎症反应,最小的疤痕愈合获得最佳内环境稳定状态的微创手术之一^[5]。该组患者通过手术的方法消除粘连或降低粘连程度,尽可能恢复原有的解剖关系,提高了患者的生活质量,提高了妊娠的几率,体现了腹腔镜直视下进行盆腔粘连松解手术效果是肯定的。

参考文献

- [1] 陈 望,王存川,徐以浩 腹腔镜粘连松解术治疗粘连性肠梗阻12例报告[J]. 中国胃肠外科杂志,2000,3(2):108-109.
- [2] 贺青卿 腹腔镜手术与腹腔粘连[J]. 中华消化内镜杂志,1999,16(2):125-126.
- [3] 李晓燕,冷金花,郎景和,等 腹部手术后盆腹腔粘连发生及相关因素分析[J]. 现代妇产科进展,2006,15(6):446-449.
- [4] 邓伟均,陈占斌,雷晓东 腹腔镜粘连松解术在治疗术后肠粘连中的应用[J]. 中国内镜杂志,2004,10(6):80-81.
- [5] 黄志强 我对微创外科新概念的理解[J]. 中国微创外科,2001,1(5):257-260.

(收稿日期:2008-04-24;修回日期:2008-06-23)

(本文编辑:黄攸生)

后方医院收治地震灾区伤员心理危机干预的策略研究

徐菊英,彭绍斌,郝中伟,周宏宇,秦志红
(解放军第113医院,浙江宁波 315040)

[摘要] 目的 通过对地震灾区伤员救治过程中心理危机干预的策略研究,提高我军应急作战卫勤保障能力。方法 对14例来自汶川大地震中一级受灾伤员进行心理危机干预情况汇总。结果 初评伤员心理状况评估(精神问题自评问卷SRQ)10分以上者3例;正常者中有2例在住院中SRQ分数由0分上升到10分、11分,被列为重点干预对象。全部伤员在2个月内,经过积极的医疗救治和心理危机干预,达到国家颁布的出院诊断标准已返乡疗养。无一例并发创伤后应激综合征(PTSD)以及精神病性障碍。结论 掌握和提高心理危机干预的技巧与使用时机,对于整个干预工作的有效性起着决定作用。

[关键词] 心理工作;危机干预;策略研究;地震伤员;卫勤保障

中图分类号: R395.13 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2009)01-0056-03

作者简介:徐菊英(1976-),女,浙江宁海人,本科,从事医疗管理工作。