[文章编号] 1000-2200(2009)07-0613-02 ·临床医学·

自凝刀技术治疗前庭大腺囊肿与脓肿22例分析

门敏超

[摘要] 目的:探讨自凝刀治疗前庭大腺囊肿与脓肿造口术效果。方法:自凝刀治疗22例前庭大腺囊肿与脓肿。结果:手术时间(20±5)s,术中无出血。术后7天无任何自觉症状,术后1年,无一例复发。结论:自凝刀行前庭大腺囊肿(脓肿)造口术是一种简单、方便、安全、有效且损伤小的治疗方法,易被广大患者所接受。

[关键词] 外阴疾病/外科手术;前庭大腺;囊肿;脓肿;自凝刀;造口术
[中国图书资料分类法分类号] R 713.2;R 322.65 [文献标识码] A

前庭大腺是位于两侧大阴唇后三分之一深部,腺管开口于处女膜与小阴唇之间的一种分泌性腺体。育龄妇女在性交、分娩等情况下,外阴污染,腺管受损,进而发生炎症,形成前庭大腺囊肿与脓肿[1]。前庭大腺囊肿(脓肿)的治疗方法有很多,其中手术治疗效果最为理想。2006年2月至2007年2月,我科采用自凝刀进行前庭大腺囊肿(脓肿)造口术22例,取得理想效果,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组年龄20~45岁。病程4天至10年;囊肿(脓肿)直径2.5 cm×3 cm~5 cm×7 cm。行前庭大腺囊肿(脓肿)造口术22例。其中,囊肿10例,脓肿12例。

1.2 手术方法 患者取膀胱截石位,自凝刀BBT-RF-E型(武汉半边天医疗技术发展有限公司生产),电极板置于患者腰骶部。外阴常规消毒铺巾,取小阴唇内侧皮肤黏膜交界处囊肿(脓肿)壁较薄较低点为穿刺点[2]。局部麻醉后,左手固定囊肿(脓肿),右手持自凝刀柄,将刀尖置于穿刺点表面,启动仪器开始消融,在消融的同时逐渐将刀尖插入囊腔,深约3~5 mm(不宜过深,否则伤及整个囊壁,造成粘连,破坏腺体功能),再扩大造口,使穿刺点缺损直径达到3~4 mm,其周围凝固直径5~8 mm,造口形成。前庭大腺囊肿(脓肿)内积液溢出(不宜挤压囊肿,避免囊壁内陷被凝固),用0.9%氯化钠溶液冲洗囊腔。若为前庭大腺脓肿,造口后先后用甲硝唑、0.9%氯化钠溶液冲洗囊腔至冲洗液清澈。术后嘱患者保持外阴清洁,抗生素治疗及中药坐浴3~7天,有性生活患者禁房事1个月。术后1、3、7、14天复诊,1、3、6个月和1年定期随访。

2 结果

手术时间(20±5)s,术中无出血。前庭大腺囊肿10例,术后肿块立即消失,局部无红肿、疼痛。前庭大腺脓肿12例,术后肿块明显缩小,疼痛明显减退,24 h炎症缓解。所有患者术后7天无任何自觉症状,部分患者术后10~14天因造口周围组织结痂脱落会有少量血性分泌物,无需特殊处理,保持外阴清洁,2~3天自止。

术后随访1年,术后1个月造口处黏膜恢复正常,3个月造口处观察开口不明显,局部无积脓、积液,无瘢痕形成,不影响正常生活。术后1年,无一例复发。

3 讨论

关于前庭大腺囊肿(脓肿)的治疗方法很多。传统方法有囊肿剥除术、造口术及脓肿切开引流术。目前,囊肿剥除术已被造口术取代,因为后者方法简单,损伤小,术后还可保留腺体功能。但传统造口术存在着一定缺陷,如患者需住院观察术后切口出血情况;术中局麻不满意者疼痛明显;因外阴血供丰富,手术切口极易出血,需耗时止血;切开引流患者每日更换引流条,影响愈合速度;术后切口易闭合导致复发等。

近年来,自凝刀微创技术逐渐普及,该技术是利用工作频率为550 kHz的高频电磁波形成一种高频震荡电流,通过自凝刀介入到人体病变部位,从而使病变组织产生高温生物热效应,使组织发生凝固、变性和坏死,最后被正常组织吸收或排出,达到治疗目的[3]。自凝刀行前庭大腺囊肿(脓肿)造口术正是利用这一原理,首先使前庭大腺囊肿(肿脓)与外界相通,再使其周围组织发生不同程度的热凝固,从而达到囊液引流通畅、保持腺管开放的治疗目的。

自凝刀行前庭大腺囊肿(脓肿)造口术具有很大优势[4]。(1)患者不需要住院治疗,在妇科门诊

[收稿日期] 2008-07-30
[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 妇产科,233000
[作者简介] 门敏超(1977-),女,住院医师.

一经确诊即可手术,不但减少了患者的经济负担,同时也降低了患者的心理负担;(2)手术可由一人操作,由于高频电磁波形成的电流作用于人体时,其本身就可以封闭直径3~4 mm的小血管,故手术时无需缝扎止血,大大节省了手术时间,与传统造口术约20 min的手术时间相比,这一优势尤为显著;(3)造口直径小,仅约3~4 mm,局麻面积小,术中无明显疼痛或其他不适;(4)造口处边缘同侧的黏膜缘与囊壁创缘被瘢痕组织修复,避免了开口的闭合,不易发生前庭大腺囊肿(脓肿)的反复发作。当然,自凝刀也有它一定的局限性,如位置较深、直径<2.5 cm的囊肿,由于不能准确定位,冒然使用自凝刀,会凝固囊肿周围正常组织,造成患者术中疼痛及不必要的损伤。

[参考文献]

[1] 乐 杰. 妇产科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2004:257.
[2] 黎介寿,孟 超. 手术学全集(妇产科卷)[M]. 北京:人民军医出版社,2003:70.
[3] 罗 新,宋雯霞. 射频消融微创技术的进展及其在妇科领域的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2003,17(4):232-233.
[4] 王玉兰. 射频消融治疗前庭大腺囊肿/脓肿的体会[J]. 山西临床医药杂志,2003,10(6):458.

[文章编号] 1000-2200(2009)07-0614-02

·临床医学·

癫痫持续状态49例治疗体会

庞国庆

[摘要] 目的:观察癫痫持续状态的临床特点及治疗方法。方法:首选地西泮缓慢静脉推注,成人单次用量10~20 mg,单次最大剂量不超过20 mg,儿童按0.3~0.5 mg/kg静脉推注,后根据病情选用地西泮50~100 mg加入生理盐水或者5%葡萄糖溶液500~1 000 ml中维持静脉滴注,根据发作情况调整滴速。癫痫持续状态控制后,再用苯巴比妥钠以5 mg·kg^{-1}·d^{-1},每6~8 h肌肉注射1次,症状控制3天后改口服抗癫痫药物。结果:治愈38例,控制不佳转上级医院治疗5例,死亡5例,放弃治疗1例。结论:引起癫痫持续状态的病因以脑血管病常见;突然停药或不规则服用抗癫痫药物是癫痫持续状态的常见诱因;采用地西泮和苯巴比妥钠联合应用对控制癫痫持续状态有较好的临床疗效;及时有效的控制癫痫持续状态是挽救生命、改善其预后的关键。

[关键词] 癫痫持续状态;地西泮;苯巴比妥钠
[中国图书资料分类法分类号] R 742.1 [文献标识码] A

癫痫持续状态(SE)又称癫痫状态,是指癫痫持续频繁的发作,持续30 min以上或连续多次发作,发作期间意识或神经功能不能恢复至正常水平[1]。SE是神经内科急危重症,其致残率和病死率很高。2000年1月至2007年8月,我科收治49例SE患者,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男25例,女24例;年龄8~79岁。特发性癫痫20例,症状性癫痫29例。脑血管病18例,脑外伤4例,脑膜脑炎3例,糖尿病3例,中毒性脑病1例。发病诱因:突然停药12例(24.49%),不规则用药21例(42.86%),感染10例(20.40%),过量饮酒1例(2.04%),过度劳累2例(4.08%),糖尿病酮症酸中毒3例(6.12%)。发作形式:全面性强直-阵挛发作持续状态32例,阵挛性发作持续状态12例,强直性发作持续状态5例。

1.2 辅助检查 头颅CT扫描显示,脑出血9例,蛛网膜下腔出血2例,脑梗死6例。脑脊液检查3例符合脑膜脑炎。EEG检查:异常者39例,其中发作性尖波、棘波15例,棘(尖)-慢复合波14例,弥漫性慢波3例,阵发性高波幅慢波7例。

1.3 治疗方法 首选地西泮0.3~0.5 mg/kg,按1 mg/min静脉注射(静注),成人单次用量10~20 mg,单次最大剂量不超过20 mg,儿童按0.3~0.5 mg/kg静注,其中有5例(10.2%)癫痫发作即刻得到控制,30 min后未复发,生命体征逐渐平稳,其余44例(97.96%)在30 min内复发,并再次给予地西泮0.3~0.5 mg/kg缓慢静注,并用50~100 mg地西泮加入生理盐水或5%葡萄糖溶液500~1 000 ml中维持静脉滴注(静滴),根据癫痫持续状态的程度调整速度,控制癫痫持续状态后,改用苯巴比妥钠以5 mg·kg^{-1}·d^{-1},每6~8 h肌肉注射1次,症状控制3天后改口服抗癫痫药物。其中2例在地西泮无

[收稿日期] 2008-02-29
[作者单位] 安徽省六安市第四人民医院 神经内科,237006
[作者简介] 庞国庆(1968-),男,主治医师.