

## ·非血管介入 Non vascular intervention·

## 经皮插管硬化治疗卵巢囊肿

黄优华, 徐 强, 孙 军, 沈 涛, 石红建, 唐庆放, 陈其英, 周明霞,  
李红尧

【摘要】 目的 探讨经皮穿刺插管硬化治疗卵巢囊肿的临床价值。方法 在 CT 引导下经皮穿刺卵巢囊肿,在同轴套管针内插入 4F 多侧孔猪尾巴导管,用无水乙醇硬化治疗 64 例 76 个卵巢囊肿。其中单纯性囊肿 48 个、巧克力囊肿 28 个。结果 64 例卵巢囊肿穿刺成功率 100%,58 例(占 90.6%)治愈,6 例(占 9.4%)疗效显著,总有效率为 100%,未发生严重并发症。结论 穿刺插管法硬化治疗卵巢囊肿是硬化彻底、安全实用、疗效可靠的方法。

【关键词】 卵巢囊肿;插管;硬化治疗

**Percutaneous transcatheter sclerotherapy of oophoritic cysts** HUANG You-hua, XU Qiang, SUN Jun, SHEN Tao, TANG Qing-fang, SHI Hong-jian, CHEN Qi-ying, ZHOU Ming-ya, LI Hong-yao. Affiliated Wujin Hospital Jiangsu University, Wujin 213002, China

【Abstract】 **Objective** To evaluate the clinical value of percutaneous transcatheter sclerotherapy in oophoritic cysts. **Methods** Seventy six oophoritic cysts including 48 simple and 28 chocolate cysts of 64 patients were treated with percutaneous transcatheter sclerotherapy under CT guidance. 4F multisideholes pigtail catheter was introduced into cyst using absolute alcohol as sclerosing agents. **Results** The successful rate of percutaneous oophoritic cyst puncture was 100% in all 64 patients. Among them 58 were cured (90.6%), 6 improved significantly (9.4%). The total effective rate reached 100% with no serious complications. **Conclusions** Catheterization sclerotherapy for oophoritic cyst is a simple, complete, safe and effective method. (J Intervent Radiol, 2005, 14:618-619)

【Key words】 Oophoritic cyst; Catheterization; Sclerotherapy

经皮穿刺硬化治疗卵巢囊肿已较广泛用于临床。我们用经套管针内插管法硬化治疗 64 例 76 个卵巢囊肿,并取得了良好的效果,现报道如下。

## 材料与方 法

## 一、一般资料

本组 64 例,年龄 18~46 岁,平均 33 岁。其中,53 例为单个囊肿,10 例为 2 个囊肿,1 例 3 个囊肿,共计治疗 76 个卵巢囊肿。本组治疗前妇科行专科检查,排除其他疾病;均作 B 超检查,其中 16 例兼行 CT 检查;囊肿最大为 11.5 cm×9.5 cm,最小为 4.0 cm×3.5 cm。大多数患者有不同程度的下腹膨隆、不适、下坠感、胀痛、包块、腰骶部酸痛等症状;部分患者伴月经紊乱、经期症状加重、痛经;4 例系健康体检发现,症状不明显,患者要求治疗。

## 二、方法

术前检查血常规、凝血功能、碘过敏试验;排除凝血功能障碍、局部感染、乙醇过敏史;治疗前排空膀胱。

定位方法见庞军等<sup>[1,2]</sup>所报道。用 16G 同轴套管针系统穿刺,穿破腹壁后缓慢进针避开肠管,刺入囊肿抽到囊液后撤出针芯,取长度约 40 cm 的 4F 多侧孔猪尾巴导管在泥鳅导丝的支撑下,从 16G 套管针内插入囊肿,抽取 10~20 ml 囊液常规送检找脱落细胞,抽尽并计量囊液,用生理盐水冲洗囊腔,并以出入量相等来确认导管在囊腔内,必要时注入造影剂 CT 回扫观察。先注入 1% 的利多卡因 5~10 ml 浸润囊壁局麻,后注入无水乙醇硬化治疗囊肿,单次注入量为抽出囊液总量的 1/3~2/3,最多不超过 200 ml<sup>[3,4]</sup>,作反复冲洗彻底硬化。观察回抽的无水乙醇:单纯性囊肿由乳白色絮凝混浊液冲洗至清澈透明,巧克力囊肿由褐色小微粒混浊液冲洗至清澈透明。结束时依据囊肿大小在囊内保留无水乙醇

作者单位:213002 武进 江苏大学附属武进医院

通讯作者:黄优华

5~20 ml,然后在 4F 导管内插入泥鳅导丝,连同外套管针、导管和导丝一起拔除,用乙醇棉球和胶布封贴穿刺点结束治疗。

术中少数患者有轻度醉酒后感觉,不作特殊处理。通常术后观察半小时,无特殊不适即可离去,常规服用甲硝唑 0.3,3 次/d × 5 d;个别患者有醉酒症状,取纳络酮 0.2 mg 静脉注射并作留观。术后嘱患者于第 1、3、6 个月及 1 年来院复诊,常规复查 B 超,测量囊肿的大小变化,少数病例兼行 CT 检查。

## 结 果

本组 64 例患者 76 个卵巢囊肿,穿刺成功率 100%,其中 CT 常规扫描引导穿刺 61 个囊肿,CT 透视引导穿刺 15 个囊肿。76 个卵巢囊肿分别为单纯性囊肿 47 个、巧克力囊肿 29 个;囊液量为 30~420 ml,平均 65 ml;囊液常规送检均未见肿瘤细胞。本组病例均为插管法硬化一次性治疗,未发生严重并发症。随访结果:术后 1 个月复查囊肿消失者 24 例,占 37.5%,3~6 个月复查囊肿消失者 34 例,另 6 例囊肿直径从 5.0 cm 以上缩小至 3 cm 以下;患者主要症状均消失。疗效判定标准,治愈:囊肿消失;显效:囊肿缩小 1/2 以上或囊肿直径 5 cm 以上者缩小至 3 cm 以下;有效:囊肿缩小 1/2~1/3;无效:囊肿缩小不足 1/3、或大小同前、或有所增大<sup>[5]</sup>。对照上述标准,本组治愈 58 例、占 90.6% (58/64);显效 6 例、占 9.4% (6/64),总有效率为 100%。

## 讨 论

为了使囊肿彻底硬化,我们曾采用经穿刺针直接注射乙醇治疗卵巢囊肿。显然,术中如何在囊液抽尽时保持针尖位于囊腔内是该技术的关键<sup>[6]</sup>,术者最担心乙醇渗漏到囊外引起不良后果。然而,随着囊液抽出,囊内空间越来越小,针尖有可能顶入对侧囊壁中;或者,近侧囊壁离针性回缩、针尖相对运动而退出囊肿,在这囊肿萎缩时即使用 CT 透视或者超声实时引导也很难让针尖回到囊腔中<sup>[1,5]</sup>,此时术者通常是放弃乙醇注入,以硬化治疗失败告终。为确保囊肿硬化治疗的安全性和可靠性,我们曾采用 Seldinger 法在囊肿穿刺成功后插入导丝、扩张针道、沿导丝插入多侧孔导管。结果也不尽人意,一是针道扩张难以适度,若扩张不充分则导管插入囊肿困难,若扩张太充分则囊液外溢,致囊腔萎缩,导管插入囊肿也困难;二是扩张针道或插入导管时,易捅裂囊壁,造成硬化时乙醇外溢<sup>[4]</sup>,因而成功率和有效

率较低。

本研究介绍的同轴套管针系统,外套管针为平头 16 G,内芯为中空 18 G 斜面针(外径 0.05 英寸),内外针间配合紧密,可从 16 G 针内插入用 Cordis 或 Cook 公司生产 4F 导管改制成的多侧孔猪尾巴导管,长度约 40 cm,猪尾巴盘曲部直径为 2~2.5 cm,侧孔范围长约 4.0~6.0 cm。经此导管作囊肿冲洗和硬化治疗,比经穿刺针直接注射酒精硬化优势明显:①导管头猪尾状盘曲,不易顶在囊壁上;②保证了囊内导管有足够长度不会滑出;③导管比穿刺针柔软得多,顺应性好,不会因呼吸运动、囊肿萎缩、改变体位而退出囊腔;④多侧孔不易引起阻塞;⑤经导管作冲洗和硬化操作更方便、更彻底、更可靠;为增加乙醇注入量使囊肿充分硬化提供了安全保障。有的学者为了增加乙醇与囊壁的接触,不是采用导管法,而在患者身上插着穿刺针的情况下翻动身体<sup>[4,7]</sup>,既不安全、也不利于无菌操作、更会增加患者痛苦。

卵巢囊肿硬化治疗是通过破坏具有分泌功能的囊壁细胞,使之变性、凝固,产生无菌性炎症,使囊腔粘连、闭合、逐渐吸收,且不影响卵巢功能<sup>[8]</sup>。硬化剂无水乙醇与平阳霉素相比:渗透性好、硬化作用快、取材方便、价格低廉,故临床上囊肿硬化广泛采用无水乙醇。本文 64 例 76 个卵巢囊肿,均通过导管法用无水乙醇彻底冲洗、充分硬化、一次治疗就达到了满意疗效。

## [参 考 文 献]

- [1] 庞 军,尹荣珍,任红英,等. CT 引导下卵巢囊肿穿刺硬化剂治疗(附 6 例报告). 中国医学影像技术, 2001, 17: 930-931.
- [2] Kim D, Kim H, Shing G, et al. Arandomized Prospective Comparativestudy of manual and automated renal biopsies. AMJ Kidney Dis, 1998, 32: 426.
- [3] 盛华强,李兆廷. CT 导引介入治疗卵巢囊肿. 医学影像学杂志, 2003, 13: 558/561.
- [4] 雪 哲,陆 立,曹林德,等. 肾囊肿的穿刺硬化剂治疗(附 235 例报告). 中华放射学杂志, 1997, 31: 575-577.
- [5] 石洪柱,李秀芳. 介入性超声经皮穿刺治疗卵巢囊肿 105 例. 临床超声医学杂志, 2002, 4: 45-46.
- [6] 朱应合,刘彦平. 卵巢囊肿的 CT 诊断与 CT 导引下经皮穿刺硬化治疗. 介入放射学杂志, 2003, 12: 858-859.
- [7] 程荣昆,李贤兰,林路艳,等. 超声引导经皮穿刺硬化治疗卵巢囊肿. 中国超声医学杂志, 2001, 17: 632-634.
- [8] 孙淑明. 无水酒精临床新用途. 医学文选, 1999, 18: 362.

(收稿日期: 2004-12-23)

作者：[黄优华](#), [徐强](#), [孙军](#), [沈涛](#), [石红建](#), [唐庆放](#), [陈其英](#), [周明霞](#), [李红尧](#),  
[HUANG You-hua](#), [XU Qiang](#), [SUN Jun](#), [SHEN Tao](#), [TANG Qing-fang](#), [SHI Hong-jian](#)  
, [CHEN Qi-ying](#), [ZHOU Ming-ya](#), [LI Hong-yao](#)

作者单位：[213002, 武进, 江苏大学附属武进医院](#)

刊名：[介入放射学杂志](#) [ISTIC PKU](#)

英文刊名：[JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)

年, 卷(期): 2005, 14(6)

被引用次数: 10次

## 参考文献(8条)

- 庞军. 尹荣珍. 任红英 [CT引导下卵巢囊肿穿刺硬化剂治疗\(附6例报告\)](#) [期刊论文]-[中国医学影像技术](#) 2001
- Kim D. Kim H. Shing G [Arandomized Prospective Comparativestudy of manual and automated renal biopsies](#) 1998
- 盛华强. 李兆廷 [CT导引介入治疗卵巢囊肿](#) [期刊论文]-[医学影像学杂志](#) 2003
- 雪哲. 陆立. 曹林德 [肾囊肿的穿刺硬化剂治疗\(附235例报告\)](#) 1997
- 石洪柱. 李秀芳 [介入性超声经皮穿刺治疗卵巢囊肿105例](#) [期刊论文]-[临床超声医学杂志](#) 2002
- 朱应合. 刘彦平 [卵巢囊肿的CT诊断与CT导引下经皮穿刺硬化治疗](#) [期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2003
- 程荣昆. 李贤兰. 林路艳 [超声引导经皮穿刺硬化治疗卵巢囊肿](#) [期刊论文]-[中国超声医学杂志](#) 2001
- 孙淑明 [无水酒精临床新用途广](#) [期刊论文]-[医学文选](#) 1999

## 相似文献(10条)

- 会议论文 [胡璇. 方世明. 茅爱武 CT定位X线导引下插管灌洗硬化治疗卵巢囊肿的临床研究](#) 2007  
目的: 评价CT定位X线导引下穿刺插管灌洗法硬化治疗卵巢囊肿的临床研究。  
资料与方法: 应用CT定位X线导引行20例卵巢囊肿穿刺插管灌洗硬化治疗, 用21G千叶针穿刺至囊肿, 置换7F COOK MAC-LOC引流管, 经引流管反复灌洗硬化治疗。  
结果: CT定位X线导引卵巢囊肿穿刺插管灌洗硬化治疗治愈率80%, 有效率100%, 无并发症。  
结论: CT定位X线导引下穿刺插管灌洗法硬化治疗卵巢囊肿, 操作安全可靠, 硬化彻底, 疗效满意。
- 期刊论文 [崔华庆. CUI Hua-qing 食管引流型喉面罩对全麻腹腔镜卵巢囊肿剥除术麻醉质量的影响](#) -[腹腔镜外科杂志](#)2008, 13(2)  
目的: 探讨食管引流型喉面罩在全麻腹腔镜卵巢囊肿剥除术中对麻醉质量的影响. 方法: 选择全麻腹腔镜卵巢囊肿手术患者90例, ASA I 级, 随机分为插管组(n=45)和喉面罩组(n=45). 监测两组患者诱导插管前(T0)、诱导插管时(T1)、气腹时(T2)、苏醒拔管时(T3)、苏醒拔管后20min(T4)的平均动脉血压(MAP)、心率(HR)、血氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)、呼气末二氧化碳分压(PETCO<sub>2</sub>)等变化, 并于上述各时点抽取动脉血检测术中血气分析变化, 观察患者围手术期呼吸系统等并发症的发生情况. 结果: (1) 术中SpO<sub>2</sub>、PETCO<sub>2</sub>无显著性差异(P>0. 05); (2) 两组T1、T2时MAP与T0比较均显著性降低(P<0. 05), 组间无显著性差异(P>0. 05); 插管组T3、T4时与T0比较MAP显著性升高(P<0. 05), 喉面罩组无显著性差异(P>0. 05); (3) 两组HR于T1、T2、T3、T4时与T0比较均显著性升高(P<0. 05), T1、T3时插管组高于喉面罩组(P<0. 05); (4) 两组患者T2时与T1、T3比较, PETCO<sub>2</sub>、气道压力(Paw)略有升高, 喉面罩组高于插管组(P>0. 05); (5) 喉面罩组T3时pH、PCO<sub>2</sub>与T0及插管组比较, 略有升高, 但无显著性差异(P>0. 05); (6) 术后插管组咽喉痛、声音嘶哑、咳嗽等情况的发生率高于喉面罩组(P<0. 05). 结论: 食管引流型喉面罩在全麻腹腔镜卵巢囊肿切除术中可提高围手术期麻醉质量, 患者血流动力学稳定, 围手术期并发症少, 比较适合在全麻妇科腹腔镜短小手术中应用。
- 期刊论文 [陈树秀. 顾海平. 叶志虎. 张奎 喉罩与气管插管用于全麻腹腔镜卵巢囊肿切除手术的比较](#) -[临床医学](#) 2009, 29(12)  
目的: 探讨喉罩全麻在腹腔镜卵巢囊肿切除手术中应用的可行性和安全性. 方法: 选择ASA I~II级腹腔镜卵巢囊肿切除手术100例, 随机分为两组, 每组50例. I 组为喉罩全麻组(L组), II 组为气管插管组(T组), 监测记录插管前后心率(HR), 平均动脉压(MAP), 插管后1 min , 气腹前1 min , 气腹后5 min, 气腹后15 min的呼气末CO<sub>2</sub>分压(PETCO<sub>2</sub>), 气道压力(Paw), 记录术后咽喉痛等并发症的发生例数. 结果: 喉罩组在置入喉罩前后HR, MAP无明显变化. 而气管插管组, 插管后HR, MAP明显高于插管前(P<0. 05). 两组气腹后PETCO<sub>2</sub>、Paw均较气腹前显著升高, 但两组间比较差异无统计学意义(P>0. 05). 喉罩组患者苏醒期躁动、呛咳及术后咽喉痛等并发症明显少于气管插管组(P<0. 05). 结论: 腹腔镜卵巢切除手术中喉罩全麻具有安全性好, 血流动力学平稳, 并发症少的优点。
- 期刊论文 [许志宏 医源性输尿管损伤五例报告](#) -[临床误诊误治](#)2001, 14(4)  
1992年8月~1998年5月笔者共收治5例因手术造成输尿管损伤的病例, 现报告如下.  
1 临床资料  
本组5例, 男2例, 女3例; 年龄29~48岁. 右侧1例, 左侧4例. 输尿管上段损伤3例, 下段损伤2例. 泌尿外科手术致伤3例, 1例为右输尿管上段切开取石术时致输尿管断裂, 1例为左肾盂切开取石时致左肾盂输尿管交界处断裂, 另1例为左肾盂输尿管交界处误扎致严重狭窄; 妇产科手术致伤2例, 1例为行子宫切除术时误将左输尿管下段部分切除, 另1例为行左侧巨大卵巢囊肿切除时将左输尿管下段切断结扎. 输尿管损伤术中发现3例, 2例I 期修复治愈, 1例行尿道改道失败, 被迫行患侧肾切除术; 余2例分别在术后半个月及3个月发现, 再次手术治愈.  
2 讨论  
2.1 损伤原因医源性输尿管损伤常见于妇产科、腹部外科或泌尿外科手术操作中. 本组5例损伤的主要原因是: ①手术切口过小或术野较深, 显露不清楚, 强行牵拉造成损伤; ②局部粘连严重, 出血较多, 匆忙止血致损伤; ③术者经验不足, 在盆腔手术中忽视了输尿管与子宫动脉的解剖关系, 盲目操作致损伤.

2.2 损伤的诊断术中主要表现为术野中有管状物的断端,或术野不断溢出淡红色液体,或发现索状组织及扩张的上段输尿管。本组术中发现的3例,2例发现输尿管断端,1例术毕时盆底有淡红色液体聚集而发现。手术后输尿管损伤的诊断较为困难,临床表现为腰部胀痛不适、发热、腹胀或切口漏尿等。本组2例,术后均出现不同程度的患侧腰部胀痛不适,1例于术后第15天B超检查发现左肾及输尿管上段扩张积水,才想到有左输尿管损伤的可能;另1例于术后3个月,因反复不明原因的发热、左腰部胀痛不适,经B超检查发现左肾盂积水较术前严重,行膀胱镜逆行插管检查确诊。

2.3 输尿管损伤的處理术中发现输尿管损伤应立即行处理。手术方法主要根据损伤性质而定,误扎者可松解结扎线并行输尿管插管引流,输尿管切开者可放置支架引流管后缝合切口,切断者行端端吻合术。上段输尿管缺损较长行输尿管吻合有困难者,可游离伤侧肾脏使肾下移以减少吻合口张力,下段输尿管损伤较长时,可游离伤侧膀胱,行膀胱腰大肌悬吊术,以减少吻合口张力或行输尿管膀胱移植术,也可行输尿管膀胱壁瓣吻合术。输尿管缺损过长者,也可先行肾造瘘或输尿管造瘘,以后择期做回肠代输尿管术。本组术中发现的3例,2例行端端吻合术、1期修复;子宫切除术时误切部分左输尿管下段的1例,先行左输尿管造瘘,准备择期手术修复,但造瘘3天后造瘘管即脱落,造成腹腔及腹膜后广泛尿外渗,被迫行患侧肾切除术。术后发现输尿管损伤者,可根据损伤的程度、部位、确诊的时间、有无感染、肾功能和全身情况来决定治疗时机和治疗方法。输尿管损伤不超过48小时者,可立即手术修复,超过48小时者,宜先行尿流改道术,待病情稳定、局部炎症及水肿消退后,再择期修复。本组2例,1例在术后半个月,经输尿管膀胱壁瓣成形术治愈,另1例术后3个月再行狭窄段输尿管切除、肾盂输尿管端端吻合术治愈。

2.4 术中损伤输尿管的预防术者要熟悉输尿管的外科解剖关系,术前应充分考虑到输尿管损伤的可能性,术野显露要充分,手术中于输尿管易损伤部位慎重操作、仔细止血。复杂的盆腔手术前应作静脉尿路造影,了解输尿管位置,同时术前行输尿管导管插管对预防术中输尿管损伤有重要意义。

5. 期刊论文 [严秋林. 朱权芝. 朱坤仪. 输尿管间质部插管加压通液术诊治不孕症170例分析 -中国实用妇科与产科杂志2001, 17\(5\)](#)

我院采用电视宫腔镜输尿管间质部插管加压通液术诊治不孕症,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料 我院自1996年1月至1999年6月通过电视宫腔镜输尿管间质部插管加压通液术共170例,其中宫腔镜、腹腔镜联合检查68例。患者年龄21~40岁;原发不孕59例,继发不孕111例;患者月经大多正常,月经周期不规律30例。既往有人工流产史54例,中孕引产史8例。曾置宫内节育器11例,时间均超过2年。盆腔手术史16例,其中宫外孕手术13例,卵巢囊肿1例,巧克力囊肿1例,子宫肌瘤1例。盆腔炎史3例。曾发生自然流产14例,葡萄胎1例。有生育史者23例,剖宫产3例。

6. 期刊论文 [何丁秀. 张永贵. 肖琳. 喉罩在全身麻醉妇科腹腔镜手术中的临床应用 -临床医学2010, 30\(2\)](#)

目的 探讨喉罩在全身麻醉(全麻)妇科腹腔镜手术中的应用。方法 选择全麻腹腔镜卵巢囊肿剥除术患者98例,宫外孕腹腔镜下病灶清除术22例,均为择期手术。ASA I~II级,随机分为插管组60例和喉罩组60例。监测两组患者诱导插管时(T1)、气腹时(T2)、苏醒拔管时(T3)的平均动脉压(MAP)、心率、呼气末二氧化碳分压(PETCO<sub>2</sub>)等变化。并对所有患者术后随访3 d。结果 ①两组T1、T3时的MAP比较,插管组明显高于喉罩组(P<0.05)。②两组心率T1、T3时插管组高于喉罩组(P<0.05),T2时差异无统计学意义。③两组PETCO<sub>2</sub>比较:喉罩组与插管组差异无统计学意义(P>0.05)。④术后随访:插管组咽喉痛、声音嘶哑、咳嗽等不良反应的发生率高于喉罩组(P<0.05)。结论 在麻醉期,喉罩组患者血流动力学较气管插管组稳定,并发症少,能够明显提高妇科腹腔镜手术麻醉期的质量。

7. 期刊论文 [白俊. Bai Jun. 西宁地区妇科腹腔镜手术的麻醉体会 -青海医药杂志2007, 37\(9\)](#)

目的:探讨西宁地区妇科腹腔镜手术腰麻联合静脉复合麻醉的可行性。方法:60例行腹腔镜下卵巢囊肿摘除患者,随机分为气管插管全麻组(A组30例)和腰麻联合静脉复合麻醉组(B组30例),观察麻醉效果和气腹效果及脉搏氧饱和度(SpO<sub>2</sub>)、心率(HR)、血压(SBP),分时段抽动脉血进行血气分析。结果:两组患者年龄、体重及气腹前SBP、DBP、UR、SpO<sub>2</sub>无显著差别(P>0.05),气腹效果优良率分别为100%、66.7%(P<0.05),组间比较差别有显著性。B组出现7例呼吸困难,SpO<sub>2</sub>下降,A组无;两组比较有明显差别(P<0.01);两组的血气分析,A组气腹后10min,PaO<sub>2</sub>明显高于B组,组间比较差别有显著性(P<0.05)。结论:腰麻联合静脉复合麻醉用于妇科腹腔镜下卵巢囊肿摘除术是可行的,其中7例呼吸困难与静脉复合麻醉时所用瑞芬太尼有关,面罩加压给氧,调整瑞芬太尼的用量可避免呼吸困难的发生率。在手术时间大于1h的手术,仍以全麻插管控制呼吸为主。

8. 期刊论文 [邓燕杰. 李娟. 席勇. 妊娠期腹腔镜下卵巢囊肿剥除术10例临床分析 -实用妇产科杂志2010, 26\(4\)](#)

目的:初步探讨腹腔镜手术在妊娠期卵巢囊肿治疗中的临床应用价值。方法:10例患者全部行腹腔镜下卵巢囊肿剥除术,选择气管内插管全身麻醉,术中持续心电监护及血氧饱和度监测。术后常规预防性使用抗生素,并给予硫酸镁保胎治疗。结果:所有病例均在腹腔镜下顺利完成手术,无一例中转开腹,无手术并发症发生,平均手术时间48分钟,术中平均出血25ml,临盆至足月,10例患者全部正常分娩,新生儿健康,无窒息、畸形。结论:在妊娠期选择腹腔镜下卵巢囊肿剥除术是安全可行的。

9. 期刊论文 [李艳红. 腹腔镜手术治疗67例卵巢囊肿的护理 -中国社区医师\(医学专业\)2010, 12\(14\)](#)

资料与方法

2006年6月~2008年12月收治卵巢囊肿67例,年龄18~45岁,因腹痛、腹胀就诊20例,自扪及盆腔肿物11例,月经改变就诊10例,其中择期手术59例,急诊手术8例。

治疗方法:采用腹腔镜器械,配有CO<sub>2</sub>气腹机,双极电凝,电视监视器等。本组全部采用气管插管静脉复合麻醉,患者取截石位,脐轮穿刺点放置10mm腹腔镜,气腹压力设定为10~12mmHg。先检查盆腔情况,同时检查囊肿有无破裂、扭转、恶变等表现,无恶性可能后再进行手术。

10. 期刊论文 [莫静机. 凌凤卿. 林立荣. 异丙酚麻醉在妇科腹腔镜手术中的应用 -中国实用医药2007, 2\(13\)](#)

目的 观察异丙酚静脉复合麻醉在妇科腹腔镜手术中的临床应用。方法 选取72例ASA I~II级患有卵巢囊肿或异位妊娠患者,用异丙酚2~2.5 μg/kg,快速诱导气管内插管,麻醉维持用微量泵静注异丙酚44 mg/(kg·h)。监测SBP、DBP、MAP、ECG、HR、RR、SP0<sub>2</sub>、CO<sub>2</sub>、VT。资料采取时间:麻醉前(T1),插管前(T2),插管后2 min(T3),CO<sub>2</sub>气腹前(T4),CO<sub>2</sub>气腹后5、15、30 min(T5,T6,T7),拔管前(T8),拔管后5 min(T9)。结果 血流动力学变化,诱导后SBP、MAP、HR一过性降低,分别下降(3.63±0.47)kPa,(1.08±1.1)kPa,17次/min(P<0.01),但仍在正常范围,以后逐渐下降。SP0<sub>2</sub>在整个围麻醉期差异无显著性。结论 异丙酚静脉麻醉用于腹腔镜手术,麻醉维持期血流动力学和呼吸功能基本稳定,苏醒快而完全、术后恢复良好,是一种较为理想而安全的麻醉方法。

引证文献(10条)

1. [杨宇箭. 袁丽佳. 龙丛杰. 介入、腹腔镜及开腹手术治疗卵巢囊肿对卵巢功能的近期影响 \[期刊论文\] -中国妇幼保健 2009\(25\)](#)
2. [周山. 张小安. CT引导下经皮穿刺硬化治疗卵巢囊肿 \[期刊论文\] -中国妇幼保健 2008\(29\)](#)
3. [向燕萍. 吴文泽. 刘佩武. B超引导下经阴道穿刺硬化治疗卵巢囊肿的疗效分析 \[期刊论文\] -中华全科医学 2008\(8\)](#)
4. [靖立新. 白彬. 肖兴丽. 张春福. 党建渡. 卵巢囊肿的介入硬化治疗及其入路方式的选择 \[期刊论文\] -齐齐哈尔医学院学报 2008\(6\)](#)
5. [周山. CT引导下经皮穿刺硬化治疗卵巢囊肿疗效分析 \[期刊论文\] -中国实用医药 2007\(26\)](#)

6. [胡璇](#), [方世明](#), [茅爱武](#) [X线引导下插管灌洗硬化治疗卵巢巧克力囊肿三例](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2007(3)
7. [庞军](#), [韩长利](#), [张兆福](#), [代景儒](#) [肾囊肿乙酸注射硬化治疗的临床应用](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2007(1)
8. [郑志明](#) [CT引导下介入治疗卵巢囊肿28例](#)[期刊论文]-[河北医药](#) 2007(4)
9. [李晖](#), [陈新晖](#), [张廷](#), [沈琳](#), [张平](#), [崔玉章](#) [腹部囊性病变的CT介入治疗](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2006(5)
10. [杜亮](#), [贺建平](#), [李英刚](#) [用Arrow管引流分次无水乙醇硬化治疗老年巨大肝囊肿](#)[期刊论文]-[介入放射学杂志](#) 2006(3)

本文链接: [http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfsxzz200506018.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200506018.aspx)

授权使用: qkxb11(qkxb11), 授权号: 48d3e88f-9308-4b92-b789-9e2f014fba7b

下载时间: 2010年11月15日