

“最后肢体停止侧的额叶”。本组病例研究认为:发作的临床症状学表现对致病病灶的定侧、定位有一定的参考意义。当头皮电极脑电图监测无法明确致病病灶时,应考虑皮质电极脑电监测(EECoG)。但是作者认为,安放皮质电极之前,必须依靠头皮脑电监测提供大体的定侧、定位方向。如果头皮脑电监测无任何有价值的定侧分析,则不适合进一步皮质电极监测。通常选用片状电极,尽可能双侧额叶对称覆盖,并且尽可能地覆盖可疑区域,以保证额叶的起始区域不被遗漏,同时,双侧对称铺设电极,可以帮助明确癫痫发作的起始并是否为双侧同步、对称的,有报道指出,这种电极铺设方式,常常发现额叶癫痫实际上并非双侧起始,而是常常可以具体定位的^[5]。本组病例术后病理结果均有相应的病理改变。而术前经MRI检查有13例并未见到异常影像。特别是皮质发育不良的病例^[6]。因此提示,在额叶癫痫中,即使影像学检查未见异常,也不能排除存在皮质病变的可能性。这种病变可能只能通过病理学证实,但却可以是额叶癫痫的致病原因。

这恰恰提示了癫痫疾病的复杂性。Shimizu^[7]指出,因额叶癫痫手术过程中应该进行EECoG定位,手术切除致病皮质前和切除后进行EECoG监测,能充分找出病灶放电活动范围从而协助精确定位切除范围。因此,在手术治疗额叶癫痫时,不仅要切除已知病灶,而且应通过术中脑电监测,在术前、术后监测评估的基础上,完整切除致病皮质及皮质下的结构。对难以准确定位、定侧的难治性额叶癫痫,可考虑“一侧

额叶起源的病性放电可以沿联合纤维迅速扩散至对侧,引起双侧额叶同步性放电”的理论依据,因此在术中可先行选择性胼胝体切开术,阻断纤维传导后,再行术中脑电监测,常可找到致病灶^[8]。联合胼胝体切开术本身常可提高额叶癫痫的手术治疗效果^[9]。

参考文献

- 1 Hosking PG. Surgery for frontal lobe epilepsy. *Seizure*, 2003, 12 (3): 160 - 166
- 2 潘进钱, 谢文霞, 张晓薇. 外伤后顽固性癫痫手术治疗. *医学研究通讯*, 2005, 34 (4): 42 - 44
- 3 Lee JJ, Lee SK, Lee SY, *et al.* Frontal lobe epilepsy: clinical characteristics, surgical outcomes and diagnostic modalities. *Seizure*, 2008, 17 (6): 514 - 523
- 4 Jeha LE, Najm I, Bingaman W, *et al.* Surgical outcome and prognostic factors of frontal lobe epilepsy surgery. *Brain*, 2007, 130 (Pt 2): 574 - 584
- 5 Elsharkawy AE, Alabbasi AH, Pannek H, *et al.* Outcome of frontal lobe epilepsy surgery in adults. *Epilepsy Res*, 2008, 81 (2 - 3): 97 - 106
- 6 Bingaman WE. Surgery for focal cortical dysplasia. *Neurology*, 2004, 23 (62) (6 Suppl 3): S30 - 34
- 7 Shimizu, H. Surgical treatment of frontal lobe epilepsy. *Epilepsia*, 1997, 38: 54
- 8 遇涛, 王玉平, 张国君, 等. 额叶癫痫的特点及手术治疗. *脑与神经疾病杂志*, 2002, 10 (4): 197 - 199
- 9 Maehara T, Shimizu H. Surgical outcome of corpus callosotomy in patients with drop attacks. *Epilepsia*, 2001, 42: 67 - 71

(收稿: 2010 - 02 - 20)

(修回: 2010 - 03 - 20)

子宫动脉栓塞联合宫腔镜治疗子宫切口妊娠 36 例临床分析

陈方方 杨剑文 薛 敏

摘 要 **目的** 探讨选择性子宫动脉栓塞联合宫腔镜在子宫切口妊娠的诊治价值。**方法** 对 36 例子宫切口妊娠患者选择性子宫动脉造影栓塞后,然后在 B 超监护下经宫腔镜进行诊断定位后吸取或镜下直接钳取残留胚胎物等治疗。**结果** 36 例均治愈。**结论** 宫腔镜具有直接、准确、微创的特点,选择性子宫动脉栓塞后清宫减少子宫大出血和子宫全切的概率。

关键词 子宫切口妊娠 子宫动脉栓塞 宫腔镜

Clinical Analysis of 36 Gestation Patients with Uterine Incision Treated by Uterine Artery Embolism Combined with Hysteroscopes. Chen

作者单位: 410015 湖南省马王堆医院妇产科(陈方方、杨剑文); 中南大学湘雅三院妇产科(薛敏)

Fangfang, Yang Jianwen, Xue Min. Mawangdui Hospital of Hunan Province, Hunan 410015, China

Abstract Objective To investigate the therapeutic effect of incision gestation by uterine artery embolism combined with hysteroscopes. **Methods** 36 patients underwent ultraselective uterine arterial embolism, then imbibition or clamp residual embryo with hysteroscopes under guardianship by B-mode ultrasonic. **Results** All patients were cured. **Conclusion** The hysteroscope has characteristic of direct, accurate and minute. Ultraselective uterine arterial embolism could decrease the probability of uterus hemorrhage and whole incision.

Key words Uterine Incision gestation; Uterine arteria embolization; Hysteroscopes

子宫切口妊娠是指妊娠着床于子宫剖宫产切口瘢痕处。属异位妊娠的一种,是较罕见的剖宫产远期并发症之一,由于其特殊性,孕早期易出现先兆流产症状、盲目人流可出现人工流产不全、人工流产时大出血、子宫穿孔等。回顾性研究我院妇产科 2006 ~ 2009 年 36 例子宫切口妊娠患者临床资料,旨在探讨子宫切口妊娠选择性子宫动脉栓塞减少病灶血流,然后在 B 型超声波检查(B 超)监护下经宫腔镜进行诊断定位后吸取或镜下直接钳取残留胚物等治疗,取得了很好的疗效。现报道如下。

资料与方法

1. 临床资料:36 例患者年龄 20 ~ 36 岁,平均 26.2 ± 3 岁,剖宫产方式均为子宫下段横切口,剖宫产至发病时间 6 个月 ~ 10 年,平均 3.1 年,停经 32 ~ 57 天,平均 42.1 ± 2 天,其中 22 例有不规则阴道流血,30 例为 1 次剖宫产,6 例为 2 次剖宫产。均经妇科、彩色超声波检查及血清 HCG 检测确诊,彩色超声波检查提示子宫切口有妊娠物覆盖,彩色超声波检查提示子宫下段剖宫产切口部位有回声不均匀包块,包块直径在 11 ~ 33mm,包块周边可见彩色血流信号,且血流丰富。

2. 诊断:(1)患者有 1 次或 1 次以上的剖宫产史,本次早孕有阴道流血,尿或血 β -HCG 阳性,检查发现子宫下部增大膨胀。(2)HCG 测定:尿或血 β -HCG 阳性,CSP 时 HCG 测定量一般在 100 ~ 10000U/L。(3)超声:宫腔内及宫颈管内未见孕囊,子宫下段切口部位处可见典型的孕囊声像,彩色超声波检查显示孕囊周边有血供来源于子宫下段前壁肌层,肌层血流增加;正常子宫肌层菲薄或消失,切口与肌层分界不清,回声紊乱。(4)内镜诊断:宫腔镜与腹腔镜均可用于诊断和治疗。

3. 方法:(1)设备:日本 Olympus 公司宫腔镜检查镜,宫腔治疗镜,宫腔电切镜及配套的其它设备,膨胀液为 5% 甘露醇溶液;西门子数字减影设备。(2)手术及治疗方法:术前准备:常规检查血、尿、肝肾功能、凝血功能,术前禁食 6h,留置导尿。患者仰卧位,局麻下利用 Seldinger 技术逆行股动脉穿刺成功后置入 5F 动脉鞘,用 4FCobra 2 导管依次行左侧和右侧子宫动脉超选择性造影,缓慢向子宫动脉注入甲氨蝶呤(MTX)各 20mg,再用适量明胶海绵颗粒或用明胶海绵条栓塞双侧子宫动脉,复查造影,子宫螺旋动脉及妊娠囊血管征消失,子宫动脉主干栓塞呈杵状,栓塞满意。术中彩超监测子宫动脉及孕

囊血运减少。术后监测患者血 β -HCG 水平,待血 β -HCG 下降到一定水平($<100\text{U/L}$)后,彩超监测孕囊血流下降后,一般在栓塞术后 24h ~ 1 周内,在 B 超监护及静脉全麻下行宫腔镜检查。经宫腔镜诊断、定位,确定胚胎组织的位置、大小。若组织不多,可镜下直接钳夹出;若组织较多,定位后取出宫腔镜,再用吸管或刮匙对准组织吸取或刮出组织,术后应用抗生素 3 ~ 5 天,监测血 β -HCG 水平。

结 果

本组 36 例子宫切口妊娠患者 DSA 造影检查均可见子宫动脉主干增粗,子宫增大,螺旋动脉扭曲增粗,子宫腔内未见妊娠囊,于子宫腔下方子宫峡部可见妊娠囊血管征,所有患者均成功实施双侧子宫动脉超选择栓塞,阴道不规则流血减少,栓塞成功率为 100%,栓塞治疗后均经宫腔镜检查及 B 超得以确诊,其中 2 例患者因血 β -HCG 较高、病情稳定,宫腔镜检查及活检确诊后,待血 β -HCG 稍下降后再行宫腔镜下清宫,另 1 例因胎盘组织机化、与子宫壁紧密粘连、部分种植肌层,1 次未能清除干净,给予米非司酮 50mg 口服,1 天 2 次,共 3 天,1 周后行二次宫腔镜手术,直至清除干净。患者术中出血约 50 ~ 300ml 不等,均明显少于 MTX 肌肉注射杀胚治疗后清宫的,所有患者刮出组织病理切片检查均见绒毛及滋养叶细胞。所有患者术后阴道流血 3 ~ 10 天停止,血 β -hCG 转为正常,超声监测子宫切口处妊娠物消失。无一例发生严重毒性不良反应及其他并发症,随访 6 个月内月经均恢复,其中 2 例月经量减少。36 例患者均治愈,治愈率 100%。

讨 论

剖宫产术后子宫切口妊娠是罕见而危险的异位妊娠,Seow 等报道其发生率为 0.045%^[1],目前发生机制尚不明确,可能与反复人工流产及剖宫产损伤子宫内膜、子宫切口愈合不良有关,已有文献报道,有些切口妊娠发生在前次剖宫产术后几个月(本次入组有 11 例在 7 个月内)可能切口愈合不良导致胎盘种植^[2]。经股动脉插管行选择性子宫动脉直接灌注 MTX^[3],使妊娠囊局部药物浓度甚高,予以明胶海绵

颗粒栓塞子宫动脉,暂时阻断妊娠囊的大部分血供来源,使附着在子宫切口的绒毛在短时间内迅速发生变性、坏死,可获得迅速杀胚作用,双侧子宫动脉栓塞可有效地控制切口妊娠手术中的出血量,安全性好,并发症少,操作简单,为保守治疗提供了必要条件,可避免行全子宫切除,保留患者的生育功能^[4,5]。同时应用宫腔镜的优势,将宫腔内的情况清晰地显示于监视屏幕上,可了解妊娠物的形态大小,其与剖宫产切口的关系并可看到切口情况而行定位刮宫,避免了盲目刮宫可能引起大出血、原瘢痕裂开、子宫穿孔的风险。同时清宫后可再次镜检,能明确清宫是否彻底,减少了再次手术的概率,它是诊断宫腔内病变的金标准,术中利用B超监护减少了子宫穿孔的发生^[6,7]。

参考文献

1 Seow KW, Huang LW, L in YH, *et al.* Cesarean scar pregnancy tis-

sues inmanagement[J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2004, 23: 247 - 253

2 单莹,范光升,金力,等. 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠 13 例临床分析[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2006, 22:131

3 赖毓晃,叶明,张秋实,等. 甲氨蝶呤全身用药成功治疗剖宫产子宫瘢痕处妊娠[J]. *中华实用诊断与治疗杂志*, 2008, 23(3): 275 - 276

4 钱朝霞,李群英,徐文英,等. 子宫动脉栓塞在宫颈或切口妊娠人工流产手术前的作用[J]. *中国医学计算机成像杂志*, 2006, 12:200

5 MarxM, Wack JP, Baker EL, *et al.* Ovarian protection by occlusion of uteroovarian collateral vessels before uterine fibroid embolization[J]. *Vasc Interv Radiol*, 2003, 14:1329

6 程春霞,薛敏,徐大宝. 宫腔镜诊治宫角妊娠 13 例临床分析[J]. *实用妇产科杂志*, 2009, 25(6): 377

7 马万增,王秋宇,杨静. 宫腔镜在剖宫产后切口妊娠治疗中的应用[J]. *中国煤炭工业医学杂志*, 2008, 11:1700

(收稿:2009-12-28)

(修回:2010-04-05)

联合激光手术治疗原发性闭角型青光眼临床观察

侯占全 苏金良 杨桂芳 王秀丽 刘淑娟

摘要 **目的** 观察联合激光(氩激光+Nd:YAG激光)治疗原发性闭角型青光眼的疗效及并发症。**方法** 对 77 例 108 眼有适应证的患者,先用氩绿激光行周边虹膜成形术,然后在拟行周边切孔处击射虹膜,最后用 YAG 激光进行周边虹膜切除术,对患者治疗前后的周边前房深度、前房角、眼压、视野及周边虹膜形态进行详细的对比观察,患者随访 1~5 年。**结果** 所有患者治疗后周边前房深度均明显加深,静态前房角镜检查小梁网可见范围增宽。手术前后视力、视野及眼底无明显变化,除有短暂眼压升高及虹膜炎症反应外无其他严重并发症。**结论** 联合激光手术治疗原发性闭角型青光眼是一种安全有效的治疗方法,保存患者视功能。

关键词 闭角型青光眼 激光 周边虹膜成形术 虹膜切除术

Clinical Observation on Combined Laser Surgery Treatment for Primary Angle - closure Glaucoma. Hou Zhanquan, Su Jinliang, Yang Guifang, Wang Xiuli, Liu Shujuan. Department of Ophthalmology. The Daqing People's Hospital, Heilongjiang 163316, China

Abstract Objective To observe the effects and complications of combined laser technique for treating primary angle - closure glaucoma. **Methods** On 108 eyes of 77 patients with indications, Kr green laser peripheral iridoplasty with Nd: YAG peripheral iridectomy was performed. The inferior peripheral anterior chamber depth, anterior chamber angle, the configuration of peripheral iris and intraocular pressure were observed carefully. The postoperative follow - up ranged from 1 to 5 years. **Results** The results showed that in all these cases, the peripheral anterior chamber depth was increased, the anterior chamber angle was widened. Gonioscope and trabecular meshwork could be visualized widely in static state. There were no severe postoperative complications except increased transient IOP and iritis reaction. **Conclusion** The combined laser technique is an ideal method for the treatment of primary angle - closure glaucoma. It can retain patients vision.

Key words Angle - closure glaucoma; Laser; Iridectomy; Iridoplasty

作者单位:163316 黑龙江省大庆市人民医院眼科

通讯作者:侯占全,电子邮箱:houshq1963@sina.com