

内镜下病变稍高出正常粘膜,但不超过其两倍,表面粗糙不平可有浅糜烂,边缘不规则,本文 48 例中,Ⅱ₂ 例,占 4.2%。Ⅱ₃ 内镜下主要表现为粘膜色泽的变化,粘膜发红表面粗糙,有时较难发现。本文 48 例中,Ⅱ₃ 2 例,占 4.2%。Ⅱ₃ 内镜下表现为浅表的凹陷表面有浅表的糜烂或溃疡,病灶的边缘不规则,呈锯齿状或虫咬状改变。本文 48 例中,Ⅱ₃ c 12 例,占 25%。Ⅲ型内镜下与Ⅱ₃ c 的区别在于凹陷的程度,前者较后者深。本文 48 例中,Ⅲ型 2 例,占 4.2%。上述三型有时交叉混合为混合型,常见的有Ⅱ₁ a + Ⅱ₃ c 和Ⅲ + Ⅱ₃ c。本文 48 例中,Ⅱ₁ a + Ⅱ₃ c 20 例,占 41.6%。本文 48 例中,Ⅲ + Ⅱ₃ c 10 例,占 20.8%。另外对可疑病变准确的活检送病理组织学检查也是确诊的重要环节,尤其是提高第一块活检的阳性率非常重要,必要时可进行重复检查。

参 考 文 献

1 周丽雅,林三仁,叶嗣魁,等. 内镜下粘膜切除术切除胃内早期癌

性病变. 中华内科杂志, 1995, 34: 443.

2 Takagi K. Evaluation of endoscopic resection of early gastric cancer. stomach intestine, 1991, 26: 379.

3 Breslin NP, Thomson ABR, Bailey RJ. et al. Gastric cancer and other endoscopic diagnoses in patients with benign dyspepsia. Gut, 2000, 46: 93-97.

4 游伟成,等. 胃癌. 见张天泽,徐兴炜,主编. 肿瘤学. 天津:天津科学技术出版社. 1996. 1421-1505.

5 林三仁,王润田. 胃癌的早期诊断与胃癌普查. 中国肿瘤, 1994, 3: 3-4.

6 Bringaze W, Chappuis C, Cohn I, et al. Early gastric cancer. Ann Surg, 1986, 204: 103.

7 Early DR, Donohue JH. Early gastric cancer. Gastric Surg, 1992, 72: 401-421.

8 Kampechoer GHM, Fujii A, Masuda Y. Gastric cancer detected by mass survey: comparison between mass survey and outpatient detection. Scand J gastroenterol, 1989, 24: 813-817.

· 个案报告 ·

腹腔镜辅助手术治疗巨大卵巢囊肿一例

郑闻亭 李光仪^①

中山大学附属第一医院妇产科(510089)

女, 20 岁, 未婚 无性生活史, 因腹部逐渐长大 3 年, 加快 8 月于 2000 年 11 月入院。患者三年前始觉下腹渐增大, 无明显不适, 自以为肥胖而未予诊治。8 月前腹部长大速度明显加快, 但不伴腹胀、腹痛、发热、消瘦、咳嗽等症状, 大小便正常, 月经规则, 无痛经, 经量中等, 末次月经 2000 年 10 月 19 日。体格检查 T 36.8℃, P 78 次/分, R 20 次/分, BP 13/10 kPa, 发育正常, 营养中等, 心肺检查无异常。腹部膨隆如足月妊娠, 对称, 腹块上至剑突下、下达盆腔, 两侧紧靠双侧腹外侧壁, 囊性, 固定, 表面光滑, 无压痛, 听不到血管杂音。腹部未见肠型及蠕动波、静脉曲张, 肝脾肋下触诊不满意, 肠鸣音存在。B 超: 腹

部巨大包块, 位于子宫下方至剑突下, 内见液暗区, 边缘清楚。血、尿、大便常规、血 AFP、CA₁₂₅、CA₁₉₉、CEA、肝肾功能均正常。KUB + IVP、上消化道钡餐、钡灌肠均正常。入院诊断: 腹腔巨大囊肿, 卵巢囊肿? 于 2000 年 11 月 15 日在持续硬膜麻醉下行开放式腹腔镜探查术。脐下纵行 2cm 开腹, 囊肿表面荷包缝线, 细针穿刺囊液清亮, 遂予气腹针穿刺放液 8500ml, 置 1cm 镜于脐下切口, 荷包缝线口周围腹膜。取平卧头低位, 腹腔内充 CO₂ 升, 压力 13mmHg, 见右卵巢囊肿, 囊壁厚, 光滑无粘连, 右输卵管、右附件正常。遂于右下腹麦氏点及左下腹相应位点置 0.5cm 套管针, 行镜下右附件切除, 单极电凝钳夹右卵巢悬韧带, 电凝切断, 单极电凝钳夹右输

①广东省佛山市第一人民医院妇产科(528000)

(上接第 119 页)

卵管峡部,电凝切断,单极电凝钳夹右卵巢固有韧带,电凝切断。从脐下切口取出切除组织,快速冰冻病理检查示良性肿瘤。遂以生理盐水、低分子右旋糖酐冲洗腹腔,4号丝线连续缝合脐下切口处腹膜,分层关腹,结束手术。手术历时4小时,术中失血约120ml,尿量800ml。术后病理:(右)卵巢浆液性囊腺瘤,同侧输卵管未见异管。术后一天拔尿管,术后第二天肛门排气,术后3天痊愈出院。

讨论:妇科腹腔镜手术由于切口小、损伤小、恢复快而日益受到广大患者和妇科医生的欢迎,但对于卵巢的巨大肿块通常仍采用开腹探查术。本病例虽然为巨大卵巢肿瘤,但根据其病史长、肿瘤标志物正常、B超为囊壁光滑的卵巢囊肿,无泌尿道和消化道的侵犯变形等特点,初步判断卵巢良性肿瘤的可能性大,因而选择腹腔镜手术治疗。常规腹腔镜是

在未直视腹腔的情况下,从腹壁插入气腹针,充气后,再插入套管针进镜观察腹腔的情况。对于本例如此巨大的卵巢囊肿,如果用传统闭合式套管针穿刺,势必造成囊肿破裂,囊液流入腹腔,从而为肿瘤的种植和扩散埋下祸根。因此我们采用了开放式腹腔镜手术,即先在腹壁纵行小切口达腹腔,用细针穿刺证实囊液清亮后,再予气腹针穿刺放液。这样既达到了缩小肿瘤体积,为腹腔镜手术创造条件,又避免了囊肿破裂、肿瘤种植和扩散。可见,只要病例选择合适,手术方法应用得当,一部分巨大卵巢囊肿患者仍可选用腹腔镜手术治疗。需要指出的是,手术一定要采用纵形小切口,一旦怀疑为恶性肿瘤,应及时改为开腹手术,并按恶性肿瘤的治疗原则进行治疗。另外,囊肿穿刺时应选择囊肿较高点穿刺抽吸,并应尽量避免溢入腹腔。如有溢出应尽量冲、吸干净。