

宫腔镜下手术治疗子宫腔内病变 300 例临床观察

朱福梅 张海波

(浙江省海宁市妇幼保健院 海宁 314400)

摘要 :目的 探讨宫腔镜下手术治疗子宫腔内病变中的价值。方法 对 305 例患者进行宫腔电切术、诊断性刮宫、宫腔内异物和宫内节育器(IUD)取出,分析其疗效。结果 305 例宫腔镜手术宫腔电切术 59 例,刮宫和宫腔内异物取出 129 例,取出 IUD133 例;一次成功 302 例,成功率 99%。结论 宫腔镜下手术治疗子宫腔内病变安全、高效、损伤小,是治疗子宫腔内疾病较为先进的方法。

关键词 :宫腔镜;宫腔电切术;宫内 IUD 取出术;子宫内病变;临床观察

中图分类号 R

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)02-0025-02

宫腔镜手术可以替代子宫切除治愈异常子宫出血、粘膜下肌瘤等良性疾病,在现代妇科诊疗中占有十分重要的地位^[1]。宫腔镜对宫腔异物、宫腔节育器嵌顿和断裂行手术治疗优势是传统方法很难替代的。本文对我院行宫腔镜手术 305 例进行分析:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2001 年 5 月~2003 年 4 月,我院共进行宫腔镜术 305 例,患者年龄最大 74 岁,平均年龄 44 岁;已绝经 91 例;孕次最高 9 次,平均 2.54 次;产次最高 7 次,平均 1.47 次;病程超过 1 年 20 例,6~12 个月 91 例,1~6 个月 73 例,1 个月以内 19 例;其中异常子宫出血 155 例,阴道流血 31 例,有其他症状 17 例,无症状而阴道 B 超显示子宫腔内有异常 102 例。

1.2 方法 采用北京诺道夫医疗器械技术有限公司提供的德国 rudolf Ru0360-51/00 型宫腔镜。手术时间,一般多在月经干净后的 3~7d 内,不规则阴道出血者在阴道流血停止后的 7d 内或阴道流血已经减少时。术前常规妇科检查、白带常规、血乙肝和阴道 B 超检查,术中先探查宫腔深度,扩张宫颈口 4~7 号,常规置入宫腔镜,以 0.9%氯化钠液作膨宫介质,维持宫内压力 18~25kPa。按顺序检视子宫后、前、侧壁和宫底、子宫角以及输卵管子宫口各部分,最后在缓慢退出镜管时仔细检视子宫颈内口和子宫颈管,然后根据诊断分 2 组手术。第 1 组:子宫内膜增厚、宫内异物或宫内 IUD 取出术,一般在宫腔镜诊断时当即手术,在操作孔内置入取环器,直视下取出 IUD;宫腔内异物即在宫腔镜定位下钳取异物;子宫内 膜肥厚或蒂细小的息肉则用刮宫术;术毕均再检视宫腔。第 2 组:子宫内 膜息肉和子宫粘膜下肌瘤电切术,都在诊断性宫腔镜的基础上行第 2 次宫腔镜手术,在静脉麻醉下,宫腔镜定位后,在操作孔内置入双极汽化电极,功率 70W,电切息肉或肌瘤蒂部,取出送病理切片检查。如肌瘤较大时,则从肌瘤的中心剖开,然后用卵圆钳夹瘤体,顺时针方向旋转,扭除取出,再置入宫腔镜检视。

2 结果

2.1 手术类型 305 人次,宫腔电切术 59 例(粘膜下肌瘤 23 例,子宫内 膜息肉 36 例),诊断性刮宫术或异物取出 129 例(子宫内 膜息肉 53 例,子宫内 膜简单型增生过长 27 例,子宫内 膜复杂型增生过长 9 例,子宫内 膜不典型增生 3 例,子宫内 膜癌 3 例,胎盘组织 19 例,其他 15 例),取出 IUD133 例(正常子 74 例,断裂 25 例,嵌顿 34 例)。其中取 IUD 同时诊断性刮宫 14 例,取 IUD 同时宫腔电切 2 例。

2.2 术中情况 第 1 组手术,共 246 例。未行麻醉,术中有轻度疼痛 123 例,占 50%;中度疼痛 24 例,占 9.75%;10 例有迷走神经刺激症状。手术时间平均 17min,平均出血量 10mL。手术成功 243 例;2 例宫内 IUD 异位在肌肉层,镜下未见,未能取出;1 例内 膜息肉刮宫不能取出,改为电切术。第 2 组,共 59 例。均在静脉麻醉下手术,术中基本无疼痛,手术时间平均 30min,平均出血量 50mL。手术均 1 次成功。

2.3 术后情况 第 1 组,宫腔镜下刮宫术、宫内异物或宫内节育器取出在门诊休息室休息 2h 后无主诉离院。术后 1 个月随访子宫内 膜息肉 40 例,4 例复发。第 2 组,术后当天普食,6h 后均能起床活动,术后平均住院 3.43d,均痊愈出院。术后阴道流血时间最长 20d,平均 7d。3 个月后复查,23 例子 宫粘膜下肌瘤患者复查 21 例,恢复正常月经 20 例,有 1 例多发性子宫肌瘤仍有月经过多。36 例子 宫内 膜息肉复查 30 例,有 1 例月经过多。

3 讨论

3.1 资料表明^[2~4],即使富有经验的妇科专家刮宫时也只能搔刮到宫腔面积的 75%~80%,有 10%~20%宫腔疾病被遗漏。子宫内 膜息肉可生长在宫腔内的任何部位,表面光滑,质地较软,传统诊断性刮宫很难定位取出,特别在子宫角部时。而宫腔镜能集检查与手术于一体,均能在直视下进行操作,定位正确,手术时间短,如果是在双极汽化电切下,息肉基部破坏,不易复发。本文 89 例宫腔息肉行刮宫术 53 例,成功率 98.11%,复发率 10%;行电切术 36 例,成功率为 100%,术后无复发。显示宫腔镜下治疗子宫内 膜息肉是一种较为先进的有效的方法。但宫腔镜下刮宫对息肉基底不能破坏,易复发,建议对无生育要求的患者尽可能用电切方法切除子宫内 膜息肉以减少复发。

3.2 子宫粘膜下肌瘤常引起异常子宫出血,传统的方法是将子宫切除。而宫腔镜下手术切除,既能保全子宫,又能使患者免除开腹手术的痛苦,同样达到治疗目的。本文宫腔镜下粘膜下子宫肌瘤电切术的成功率为 100%,有效率为 95.24%,显示宫腔镜手术可替代子宫切除治疗子宫粘膜下肌瘤。

3.3 IUD 的取出是一种较为简单的手术方法,但其发生断裂、嵌顿或绝经后则在传统手术下存在困难。本文在宫腔镜下取 IUD 共 133 例,其中有 28 例在当地医院取环失败者,除 2 例异位在肌层,宫腔内未见到外,余均 1 次成功,取出 IUD 成功率为 99%。因宫腔镜是在直视下对 IUD 定位后取出,故 IUD 已经嵌顿或已断裂;或绝经 6~12 个月以上的 IUD 建议在宫腔镜下取 IUD。

中西医结合治疗新生儿病理性黄疸疗效观察

高修安

(广东省佛山市妇儿医院 佛山 528000)

关键词 病理性黄疸;新生儿;中西医结合疗法;蒿芩清胆汤

中图分类号 R 722.17

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)02-0026-01

笔者自 1998 年以来用中西医结合疗法治疗新生儿病理性黄疸 30 例,取得了一定的临床疗效,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 新生儿病理性黄疸 70 例为我院儿科 1998 年 1 月~2002 年 4 月期间住院患儿,随机分为 2 组。治疗组男 16 例,女 14 例;日龄 1~30d (平均 10.5d);出生体重(2 855依620)g,胎龄(37.8依.5)周。对照组男 22 例,女 18 例;日龄 1~28d;出生体重(2 895依30)g;胎龄(38.4依.8)周。2 组患儿均母乳喂养。经统计学处理,2 组病例日龄、胎龄、出生体重、性别差异无显著性(P>0.05)。治疗前血清胆红素水平,治疗组为(276.3依3.45)μmol/L,对照组为(278.6依2.89)μmol/L,2 组比较差异无显著性(P>0.05)。

1.2 诊断标准 根据《儿科学》(第 5 版,王慕逖主编)和《中华人民共和国中医行业标准》中病理性黄疸的临床特点及“胎黄的诊断依据”制定其诊断标准:(1)黄疸在出生后 24h 内出现;(2)血清胆红素大于 205.2 μmol/L,或每日上升超过 85 μmol/L;(3)黄疸持续长于 2 周;(4)尿胆红素阳性及尿胆原试验阳性或阴性;(5)肝脾肿大,精神倦怠,不欲饮食,大便或呈灰白色;(6)排除先天性胆道闭锁、胆总管囊肿及糖原累积病等。

1.3 观察内容 (1)连续用药 3d 后血清胆红素的变化;(2)血清胆红素降至 102.6 μmol/L 以下所用时间。

2 治疗方法

2.1 对照组 (1)病因治疗;(2)蓝光照射(均采用双面蓝光);(3)酶诱导剂(苯巴比妥口服);(4)必要时使用丙种球蛋白、白蛋白、地塞米松治疗。

2.2 治疗组 在对照组的基础上,再加用中药治疗。基本方为蒿芩清胆汤加减:青蒿 5g,黄芩 3g,竹茹 5g,陈皮 4g,枳实 4g,茯苓 4g,茵陈 10g,车前子 5g,蝉蜕 1.5g,香附 4g,丹参 5g,生大黄 1g。并随证加减,水煎分次口服。2 组均以 7d 为 1 个疗程;并于疗程的第 3、7 天采静脉血,采样时间均在上午

7~8 点时。

2.3 统计学处理采用 t 检验。

3 结果

治疗后 3d 血清胆红素下降值,对照组为(80.25依3.4)μmol/L,治疗组为(102.54依5.2)μmol/L,2 组比较差异有显著性(P<0.01),治疗组下降值明显优于对照。血清胆红素降至 102.6 μmol/L 以下所用时间($\bar{X}$ 依s),对照组为(11.3依.4)d,治疗组为(8.7依.5)d,2 组比较差异有显著性(P<0.05),治疗组疗程短于对照组。

4 讨论

新生儿病理性黄疸多由胎儿时期感受湿热或热毒内阻,肝郁血瘀,以致肝胆失于疏泄,胆汁排泄不畅,外溢肌肤、官窍所致。正如《诸病源候论》说:“小儿在胎,其母脏气有热,熏蒸于胎,至生下小儿体皆黄。”《幼科铁镜》说:“胎黄由于妊母感受湿热,传于儿,故儿生下面目通身皆黄如金色,壮热便秘,溺赤者是也。”现代研究表明,新生儿病理性黄疸系胆红素体内积聚而引起。由于传统意义上认为较安全的血清胆红素水平也可引起智力、听力、神经系统异常,因此对新生儿高胆红素血症均应积极处理。其常见病因包括新生儿肝炎、新生儿溶血病、新生儿败血症、母乳性黄疸、围产因素和喂养不当及代谢紊乱等,而胆红素的肝-肠循环是导致新生儿黄疸的主要原因。促进胆红素排泄,减少重吸收是有效治疗措施之一。本治疗组在西药治疗基础上,加用蒿芩清胆汤辨证加减治疗,就是针对其病因病机,采用辨证与辨病相结合的方法,从而达到治疗目的。方中青蒿、茵陈、大黄、茯苓、车前子、竹茹清热利湿,解毒退黄,清肝利胆,健脾化湿,可促进胆红素分解和排泄,有效降低血清胆红素水平;香附、陈皮、枳实、丹参行气活血解郁以化瘀;蝉蜕、丹参、大黄解毒散结,解痉透热。诸药合用,开气分之郁、血分之闭,气行血行,则湿热瘀毒自利。

(收稿日期:2003-07-31)

Gynecol, 1994, 83(2): 295

[2]Lemer HM, Anderson B. Lack of efficacy of prehystrerctomy curettage as a diagnostic procedure [J]. Am J Obstet Gynecol, 1984, 148(9): 1 055

[3]徐立礼. 子宫内膜癌的诊疗进展[J]. 国外医学·妇产科学分册, 1981(3): 128

[4]Cinpson RJ, Raoookd HO. A. Comoarative study between oanvamic hysteroscooy with directed biopsies and curettage [J]. Am J Obstet Gynecol, 1988; 158(4): 489

(收稿日期:2003-11-11)

3.4 本文宫腔异物取出 19 例,均 1 次成功。其中 4 例为纵膈子宫经 2 次人流未成功,1 例产后胎盘残留 2 个月余,经 2 次清宫未能取出。宫腔镜能直接观察整个宫颈管、宫腔、两侧子宫角的形态、位置,对可疑病变可进行正确定位。尤其当宫腔有纵膈等宫腔形状改变时,在传统手术时更难取出。故在有宫腔镜设置的条件下对宫腔异物宜以宫腔镜下手术为首选。

参考文献

[1]Wortman M, Daggett A. Hysteroscopic endomyometrial resection: a new technique for the treatment of menorrhagia [J]. Obstet