

4 639 例剖宫产术临床分析

王玉英

(山东省鱼台县人民医院妇产科 鱼台 272300)

摘要 目的:探讨剖宫产率上升与围产儿死亡率的关系。方法:对我院 1994 年 1 月 1 日~2003 年 12 月 31 日期间剖宫产的 4639 例孕妇及同期围产儿死亡 287 例进行回顾性分析。在此期间平均剖宫产率 25.01%,围产儿平均死亡率 15.32%。结果:提高剖宫产率并不一定能降低围产儿死亡率,自 1998 年起剖宫产率明显升高,围产儿死亡率并未相应下降。结论:围产儿死亡率的降低不依赖于剖宫产率的升高,只有加强孕期及产程监测,正确估价高危妊娠,做好围产期保健,合理掌握剖宫产指征,正确选择手术时机,才能控制剖宫产率,降低围产儿死亡率。

关键词 剖宫产术;围产儿;死亡率;临床分析

中图分类号 R 713.4¹¹

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2005)02-0059-02

近年来,由于剖宫产术、麻醉技术及抗生素应用等方面的进步,剖宫产越来越被更多的孕妇接受。同时也是产科医生处理高危妊娠的一项主要手段。随着剖宫产技术水平的提高及社会观念的转变,剖宫产率急剧上升。为了客观评价剖宫产率上升与围产儿死亡率的关系,现对我院 1994 年 1 月 1 日~2003 年 12 月 31 日期间剖宫产术 4639 例进行回顾性分析。报道如下:

1 资料与方法

1.1 资料 收集我院自 1994 年 1 月 1 日~2003 年 12 月 31 日住院分娩总人数 18550 例,其中阴道分娩组 13911 例,剖宫产组 4639 例。同期围产儿总数 18733 例,围产儿死亡 287 例。

1.2 方法 将 10 年分 3 个阶段,第一阶段自 1994 年 1 月 1 日~1997 年 12 月 31 日;第二阶段自 1998 年 1 月 1 日~2000 年 12 月 31 日;第三阶段自 2001 年 1 月 1 日~2003 年 12 月 31 日。

1.3 统计学处理 所有数据进行卡方检验。

2 结果

2.1 各阶段剖宫产率比较,见表 1。

阶段	分娩总数	剖宫产		P
		例数	%	
第一阶段	8206	1602	19.53	
第二阶段	6225	1582	23.82	<0.001
第三阶段	4119	1455	35.32	<0.001
合计	18550	4639	25.01	

注: P 值为后一阶段与前一阶段比较。

10 年分娩总数 18550 例,其中剖宫产 4639 例,平均剖宫产率 25.01%,从第二阶段起剖宫产率明显上升,与第一阶段比,差异有非常显著性, ($P < 0.001$)。

2.2 各阶段围产儿死亡率比较,见表 2。

阶段	围产儿总数	围产儿死亡		P
		例数	%	
第一阶段	8285	149	17.98	
第二阶段	6283	85	13.53	<0.001
第三阶段	4165	53	12.72	>0.05
合计	18733	287	15.32	

注: P 值为后一阶段与前一阶段比较。

10 年中国围产儿总数 18733 例,围产儿死亡总数 287 例,平均围产儿死亡率 15.32%。第二阶段围产儿死亡率明显下降,与第一阶段比,差异有非常显著性 ($P < 0.001$)。但自 2001 年起,尽管剖宫产率急剧上升,围产儿死亡率却无明显下降,与第二阶段比,差异无显著性 ($P > 0.05$)。

3 讨论

3.1 合理放宽剖宫产指征,能降低围产儿死亡率。近年来,剖宫产已成为处理高危妊娠的一项重要手段,适时合理地掌握剖宫产指征,能将母婴的危险性降至最低限度,既能顾及母亲的健康,同时能降低围产儿死亡率。本研究发现,第一阶段剖宫产率为 19.53%,围产儿死亡率为 17.98%;第二阶段剖宫产率上升至 23.82%,围产儿死亡率降为 13.53%,与第一阶段相比,差异有非常显著性 ($P < 0.001$)。

3.2 剖宫产术不是降低围产儿死亡率的主要手段,盲目提高剖宫产率,围产儿死亡率不再随着剖宫产率上升而降低。第三阶段剖宫产率上升至 35.32%,与第二阶段比,差异有非常显著性 ($P < 0.001$),而新生儿死亡率为 12.72%;与第二阶段比,差异无显著性 ($P > 0.05$)。这是因为剖宫产术作为处理高危妊娠的一项重要手段,如妊高征、胎儿宫内发育迟缓、内科合并症等作为主要手术指征,使剖宫产率明显上升,而这些合并症及产科并发症往往使早产儿及低体重儿的比例上升,致使剖宫产术的早期新生儿死亡率升高。由此可见,围产儿死亡率尤其是新生儿死亡率的下降并不依赖于剖宫产术,而是围产保健、围产监护、新生儿医学及产科处理水平的提高等综合因素作用的结果。

3.3 围产儿死亡率受多方面因素的影响,并不依赖于剖宫产率的上升,在临床工作中不能过高估计剖宫产术的作用。降低围产儿死亡率主要措施应包括以下几个方面:(1)加强孕产妇管理,实行孕产期系统保健的三级管理,做好高危妊娠的筛查、监护和管理工作。(2)正确掌握剖宫产指征,选择适宜的手术时机,既要顾及母亲的健康又要考虑新生儿的生活能力,尽可能减少人为的早产。如母亲病情无法等待,需先行促肺成熟治疗,并结合本系统新生儿科能力选择适宜分娩孕周;如胎儿宫内状况差估计生后无法存活者,只要母亲健康状况允许,应尽量选择阴道分娩。(3)提高手术技巧,尽量避免手术造成的产伤,胎儿娩出后及时清洗呼吸道,减少呼吸系统并发症。

早期胃癌的诊断及治疗(附 47 例临床分析)

毛大本 戴永平

(浙江省宁波市第一医院 宁波 315010)

关键词:早期胃癌;诊断;治疗;临床分析

中图分类号:R 735.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)02-0060-02

胃癌疗效的好坏很大程度上取决于确诊时病期的早晚,早期胃癌的 5 年生存率在 90%以上,但其临床检出率在我国不到 10%。因此提高胃癌的早期诊断率和采取恰当的治疗手段是十分必要的。结合我院从 1991~2001 年收治的 584 例胃癌病人中经手术病理确诊的 47 例早期胃癌患者进行回顾性分析,总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 我院 10 年间共行手术切除的胃癌 584 例,其中经手术病理确诊的早期胃癌为 47 例,年检出率为 5.7%~10.3%,平均为 8.0%。其中男 32 例,女 15 例,男:女比为 2.1:1;年龄分布为 27~76 岁,中位年龄 64.7 岁。绝大部分以上腹部隐痛不适为其主要临床表现,其余表现为进食后上腹部饱胀不适、黑便、返酸等症状。其中既往有胃病史 31 例,占 66.0%。47 例术前均行胃镜检查及活组织病理学检查,胃镜下肉眼诊断胃癌 21 例,疑胃癌 18 例,胃溃疡 6 例,胃炎 2 例。活检确诊胃癌 42 例,占 89.4%;重度不典型增生 5 例,占 10.6%。

1.2 胃癌的病变部位 本组病例均为单发病灶,肿瘤位于胃底贲门部 3 例,胃体部 15 例,胃窦部 29 例。其中病灶直径 <2cm 12 例,2~3cm 23 例,3cm 以上 12 例。

1.3 大体分型及组织学分型 47 例患者中,高分化腺癌 15 例,中分化腺癌 10 例,低分化腺癌 12 例,未分化腺癌 4 例,未作临床病理分类 6 例。伴随病变:癌周粘膜伴随慢性萎缩性胃炎 9 例,中~重度异型增生 11 例。胃镜下分型:I 型 5 例,IIa 型 4 例,IIb 型 5 例,IIc 型 13 例,III 型 16 例,混合型 4 例。

1.4 浸润深度及淋巴结转移 本组 47 病例中,粘膜内癌 21 例,粘膜下癌 26 例。本组病例中有 2 例淋巴结转移,均为粘膜下癌、且为第一组淋巴结转移。

1.5 手术方式及辅助治疗 本组 47 病例均行根治性胃大部切除术,胃近端大部切除术 2 例,全胃切除术 3 例,胃远端大部切除术 42 例;其中行 D1 6 例, D2- 21 例, D2 20 例。28 例患者术后予以辅助化疗(MF 方案)。

1.6 随访结果 本组病例均行随访,全组仅 1 例病例术后 2 年复发,为粘膜下癌且淋巴结转移。

2 讨论

早期胃癌的定义首先由日本学者提出并得到公认,早期

胃癌占同期胃癌的比例各国报道有所不同,日本为 40%~50%,日本的高诊断率主要针对高危人群常规内镜普查的结果。我国为 7.5%左右,较好医院也只占 18%~20%^[1]。这与我们未开展胃癌普查有关。我院自 1991~2001 年统计为 8.0%,与国内报道相似。我国的胃癌 5 年生存率为 20%~30%左右,日本的胃癌 5 年生存率为 60%~70%^[1]。上述数字不难看出:早期胃癌占同期胃癌的比例直接影响胃癌的治疗效果。提高胃癌的早期诊断率是改善预后的关键。早期胃癌的发病年龄 50~69 岁,其临床症状往往缺乏特异性,与慢性胃炎、胃溃疡等疾病相似,不易发现容易漏诊。本组有 66%的病人有慢性胃病史,故临床上强调对于 40 岁以上、有慢性胃病史的病人进行常规内镜检查。尤其对那些癌前病变者如萎缩性胃炎、慢性胃溃疡、胃息肉及中~重度异型增生者更应强调短期内重复内镜检查。如内科系统药物治疗无效可考虑手术。

胃镜可在直视下观察胃内粘膜的变化、病灶的大小、部位、是否多发、并能对病变组织进行活检,是目前诊断早期胃癌的首选方法。对早期胃癌的诊断率达 90%以上,本组为 89.4%。但仍有 10%左右的漏诊率,因此正确识别早期胃癌的肉眼形态特征及准确的多点取材活检是提高诊断的关键,镜检时应观察病变粘膜的颜色、有无糜烂、溃疡、红斑,特别是活检时质脆、易出血、弹性差往往是早期胃癌的征兆。并注意特殊类型的早期胃癌,如果病理结果与肉眼观察不符,宁愿再次取材,提高早期胃癌检出率。

近来,随着微创外科的发展,提出了内镜粘膜切除术(EMR),其根治率为 82%,约 16%的患者因切缘阳性而再次手术^[2]。但因其手术操作要求高,有严格的手术指征,必须无淋巴结转移,特别是西方学者,不赞成作 EMR,其理由是现有的术前和术中技术对病期的评定仍欠严谨。术前超声内镜对癌肿的浸润深度的准确性在 80%左右,但对淋巴结的判断并不很有效。在组织学证实前,很难精确地断定肿瘤的浸润深度及淋巴结的转移情况,对 EMR 手术的彻底性存在争议^[3]。通过我院 47 例早期胃癌的根治手术后临床分析认为,大部分早期胃癌位于胃窦,其次为胃体且多位于小弯侧,多伴有其他胃的疾病,所以我们主张一般的早期胃癌更适合行胃大部切除,根治手术显得彻底,病人及家属易于接受。至于胃切除的范围,依据病灶的数目、部位、性质及所占面积的大小

参考文献

[1]邢淑敏.剖宫产术的合理应用[J].中华妇产科杂志,1994,29(8):450~452

[2]翁霞云.正确掌握剖宫产术指征[J].中华妇产科杂志,1994,29(8):502~503

[3]林国翘.1389 例剖宫产术回顾分析 [J]. 现代妇产科进展,1995,4

(3): 229~231

[4]郭玉清,邢淑敏.胎儿窘迫孕妇剖宫产 110 例分析[J].中华妇产科杂志,1995,30(2):87~89

[5]杨剑波,高平,徐蕴华,等.159 例巨大胎儿临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志,1999,15(5):294~296

(收稿日期:2004-08-30)