

表 1 2 组排卵率的比较

分组	例数	治疗周期	排卵周期	周期排卵率(%)
A	30	120	66	55
B	35	140	131	93.57

通过卡方检验, $P < 0.05$ 。2 组疗效有显著差异。证明 CC+HCG 结合电针促排卵具有显著疗效。

3 讨论

黄素化未破裂卵泡综合征在药物促、超促排卵周期中经常发生, 约为 30%~40%^[1]。其发生原因和发病机理目前尚未完全明了, 可能是神经内分泌失调, 催乳素增加, 抑制促性腺素的分泌, LH 峰值降低, 继而影响卵巢功能; 或者由于催乳素增加, 影响卵巢促黄体生成激素的合成, 使卵泡对促黄体生成激素反应迟钝, 未经排卵而直接黄素化^[2]。目前西医治疗多采用 CC+HCG 或 HMG/FSH+HCG 治疗, 但效果不是很理想, 且费用较高, 易发生卵巢过度刺激综合征。中医理论认为卵泡不能破裂、卵子不能正常排出主要由于患者肝郁肾虚导致气滞血瘀、气虚血瘀所致。针刺可以起到调节阴阳、行气活血作用。《针灸集成》中云:“催孕: 下三里、至阴、合谷、三阴交、曲谷七至七十七壮即孕子。”说明自古以来就有针灸治疗妇科病及不孕的典籍。任脉起于胞中, 为妊养之脉, 主胞胎、主生殖。中极、关元为任脉经之要穴, 为任脉与足三阴经交会穴; 中极理冲任而调理下焦, 主治月经不调、不孕、崩漏带下等; 关元可调一身之气, 气为血帅, 气充才能行血, 才能活血;

子宫、卵巢穴为经外奇穴, 是治疗不孕症的要穴。从中医理论来说能治妇人久无子嗣, 从现代理论来说可以起到局部的刺激作用。三阴交为足三阴经之会穴, 可调肝脾肾三脏而活血化瘀, 兼能理冲任; 足三里、三阴交、合谷三穴合用使气血下行至下焦起行气活血之功; 内关行气活血, 对辨证为瘀血甚者加用; 丰隆健脾化痰, “肥人多痰湿”对肥胖者加用。现代实验研究证实针刺对体内性腺激素有双向调节作用: 通过兴奋 H-P 轴使 Gn 上升, 使 LH/FSH 比值恢复正常, 从而激发卵泡破裂的一系列内分泌变化, 引起卵泡破裂而排卵。疏密波是疏波和密波自动交替出现的一种波形, 能克服连续波等单一波形易产生适应性的缺点, 动力作用较大, 能促进代谢及局部气血循环, 改善神经肌肉组织的营养。故诸穴合用可促进卵子排出。但卵子排出后的妊娠率和自然流产率尚有待于进一步临床观察。

因此, 电针治疗黄素化未破裂卵泡综合征疗效显著。

参考文献

- [1] 程泾. 实用中西医结合不孕不育诊疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2000.358
- [2] 张惜阴. 实用妇产科学 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003.867
- [3] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 1495

(收稿日期: 2005-04-28)

宫腔镜手术 30 例临床分析

杨腊枝 杨敏 熊小娟

(江西省九江市妇幼保健院 九江 332000)

关键词: 宫腔镜; 宫腔手术; 子宫粘膜下肌瘤; 子宫内膜息肉; 临床分析

中图分类号: R 713.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)05-0027-01

我们对 2002 年 4 月~2004 年 2 月我院收治 B 超诊断子宫粘膜下肌瘤、子宫内膜息肉以及钳刮困难的宫内组织残留、畸形子宫妊娠、子宫角部妊娠、节育环嵌顿、宫腔粘连、子宫出血原因待查患者共 30 例, 行宫腔镜手术, 对其疗效、安全性、准确性进行分析。

1 一般资料

本组 30 例, 年龄 22~65 岁, 平均年龄 34.46 岁。

2 手术方法

采用德国 WOIF 公司生产宫腔镜器械, 采用连续硬膜外麻或静脉复合麻醉, 以 5% 葡萄糖盐水为膨宫液, 维持宫内压力 100mmHg, 设置膨宫液流速 100~120mL/min。患者取膀胱截石位, 常规术野冲洗、消毒铺巾, 导尿扩宫, 置宫腔镜检查, 根据镜下诊断行宫腔镜手术: 子宫粘膜下肌瘤摘除术、息肉摘除术、妊娠组织钳刮术、宫腔粘连松解、取环。对于子宫出血无宫腔器质性病变的患者, 行镜下取可疑子宫内膜组织活检或诊刮。术毕对于宫腔有出血以及行宫腔粘连松解术的患者, 宫腔置气囊压迫止血并防止宫腔粘连, 术后 48h 取出, 手

术标本送病理检查, 术后用抗生素预防感染 3d。

3 结果

B 超诊断、宫腔镜下诊断与病理结果比较 见表 1。

表 1 B 超诊断、宫腔镜下诊断与病理结果比较

	B 超诊断		镜下诊断		病理诊断 例数
	例数	符合率(%)	例数	符合率(%)	
子宫粘膜下肌瘤	7	71.4	5	100	5
子宫内膜息肉	8	81.5	9	88.9	8
功能失调性子宫出血	6	100	7	100	8
子宫角部妊娠	2	100	2	100	2
人流术后组织残留	3	100	3	100	3
双角子宫妊娠	1	100	1	100	1
宫颈管囊肿	1	100	1	100	1
节育环嵌顿	1	100	1	100	
宫腔粘连	1	100	1	100	

4 讨论

4.1 宫腔镜手术治疗疗效明确, 安全性、准确性高^[1]。宫腔镜手术彻底改变取材不准, 不全面的缺陷, 根据病理检查报告, 针对性用药或手术治疗, 大大提高了诊断率及治疗效果^[2], 对于因妊娠电吸困难或组织残留, 节育环嵌顿(下转第 38 页)

意患者有无脱水现象,注意补充水分,对老年患者更应警惕;对有不全肠梗阻的患者,口服甘露醇也应该慎重,因为剧烈的腹泻有可能导致急性肠梗阻的发生。此时可在术前 3d 进少渣半流饮食,并口服石蜡油或番泻叶等缓泻剂或术前 2d 开始口服 33%硫酸镁 30~50mL。同时严密观察患者腹部情况,及时发现可能出现的肠梗阻及时处理。

2.2 术后护理 术后护理主要内容是肠造口的护理。术后第二天开始,应每天 2 次观察造口肠段的情况,重点观察的内容为:(1)造口肠粘膜血运、色泽,重点观察肠粘膜有无水肿、粘膜有无发黑、有无光泽等缺血、坏死情况;(2)造口肠段的长短,有无造口内陷或脱出;(3)造口周围皮肤有无潮红,皮疹及皮下血肿等情况;(4)开始使用粪袋,并教会患者如何正确使用造口材料;(5)及时清除造口周围的分泌物。

3 结果

本组 132 例造口者,住院期间出现并发症者 34 例,并发症发生率为 25.7%。主要并发症为造口粘膜水肿 18 例,造口坏死 1 例,造口回缩 3 例,造口肠管脱出 1 例,造口周围皮炎、皮疹 7 例,造口周围皮下血肿 4 例。上述并发症经处理后除 1 例造口坏死和 2 例造口回缩者再次手术治疗,其余患者造口良好出院。

4 讨论

各种原因需行结肠造口的患者,在治疗前后要面临身体形象方面的多种调整^[1]。一个好的造口,不仅有利于患者进行粪便管理,而且有利于患者保持良好的心理状态,提高患者的生存质量。结肠造口的目的是使粪便改道,分永久性和暂时性造口 2 种。永久性肠造口多用于:(1)低位直肠癌或肛管癌根治性切除者;(2)晚期直肠癌不能切除者。暂时性肠造口多用于:(1)肛门、直肠或结肠严重损伤;(2)急性结肠梗阻,不允许行结肠一期吻合者;(3)某些结肠良性病变如直肠阴道漏准备手术时,亦可先作结肠暂时造口术,让其远端肠道休息准备。肠造口术虽然是一个不复杂的手术,但常可因手术操作和术后护理不当,导致术后早期并发症的出现,给患者造成心理上的创伤。有作者报导造口后早期并发症得发生率为 21%~41%^[2]。本组并发症发生率为 25.7%。

4.1 造口并发症发生时间 本组 34 例造口并发症均在患者住院期间发生。其中术后 1~3d 内多发生造口粘膜水肿、出血、坏死等,4~7d 内多出现造口脱出,周围皮下血肿,造口回缩,并由于有稀便流出而造成造口周围皮肤炎症。并发症出现后,一方面可增加患者的住院时间和费用,更重要的是可

能增加患者的心理负担,部分患者甚至因此而丧失生活的信心。本组 1 例造口周围炎症者,皮炎经久不愈而拒绝治疗和进食,经认真说服和积极治疗后才消除了患者的顾虑。因此,我们体会到,对一个造口患者,首先应从心理上靠近他,不能嫌弃,要从心理上 and 身体上体贴关心患者。还可以请曾有过结肠造口经历的患者谈谈其术后的适应过程,表明造口术后完全可以象常人一样生活和工作,甚至参加旅游及适当的体育活动等,从而使其树立生活信心,消除心理上的压力,积极配合治疗。同时还应强调每天随同医师查房,共同观察造口情况,发现问题及时处理。

4.2 造口并发症发生的原因及预防 术前应向医生了解患者有关拟行的手术及结肠造口的情况,比如造口是单袢还是双袢,造口目的和位置是永久性造口还是暂时性造口。这对于及时发现造口的并发症和判断出现并发症的原因有积极的意义。本组并发症发生的原因,除和医生技术操作有关外,和护理是否仔细也密切相关。例如对于肥胖病人,发生造口内陷可能性大,所以应鼓励患者术后早期下床活动,促进肠功能的尽早恢复,避免术后腹胀;双腔造口时作支持用玻璃棒不要拔除过早,以免发生造口肠段回缩;早期患者可能经常有稀便流出,要加强造口周围皮肤护理,以免发生造口周围皮肤的炎症。同时还要教会患者正确使用造口袋,教会患者及家属如何更换造口袋和清洁造口周围皮肤的方法,熟悉保护切口敷料不受污染和保持切口干燥的技巧。粪袋使用不正确,也是造成皮肤炎症的原因之一。如造口周围有血肿,应及时拆开缝线,引出血液,防止造口周围脓肿形成。对于造口粘膜水肿、出血者,应查找原因,我们认为多数是由于造口粪袋使用不当引起,尤其是使用二件式粪袋,由于橡皮对造口粘膜的反复摩擦,更易引起造口肠管粘膜的水肿和出血。

4.3 重视出院后的造口护理 患者出院后,应建立随访卡,定时和病人取得联系,指导患者及时发现和正确处理造口出现的异常情况。有条件者,可组织造口患者集中学习,集中指导。尤其要指导患者养成良好的生活和饮食习惯,鼓励患者参加一般的社会活动,以树立患者战胜疾病的信心。

参考文献

[1]黎蔚华,董丽婷.造口访问初探[J].解放军护理杂志,1999,16(2):35~36
[2]李云华,刘新平,陈丽霞,等.肠造口的护理体会[J].中国肛肠病杂志,1994,2(1):43

(收稿日期:2005-05-30)

(上接第 27 页)的患者,宫腔镜手术则避免了开腹手术,减轻了病人痛苦而取得良好效果,对于年轻希望保留子宫或尚有生育要求的患者,以及年老有内科合并症,不能耐受长时间开腹手术打击的患者,均可选用此术式。且本文随访 30 例患者均无复发及并发症。

4.2 宫腔镜下诊断尚有一定的局限性,镜下子宫内膜增生过长时,呈台状或息肉状隆起,表面光滑、不透明,与镜下子宫内膜息肉难以鉴别,本组就有 1 例此类患者。鉴于此,我们认

为手术切除组织标本应全部行病理学检查,这样既能明确诊断,又能排除或发现组织恶变,为进一步治疗提供依据。

4.3 宫腔镜手术在妇科领域用途广,疗效明确,安全性高,值得推广。

参考文献

[1]甘晓卫.宫腔镜子宫纵隔剪开术 41 例分析[J].现代妇产科进展,2003,12(5):691
[2]夏恩兰.妇科内镜学[M].北京:人民出版社,2001.139

(收稿日期:2005-03-09)