

LEEP 联合素平治疗重度宫颈糜烂疗效观察

李芳

(浙江省常山县妇幼保健院 常山 324200)

关键词:LEEP 手术;素平液;重度;宫颈糜烂

中图分类号:R 711.32

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0064-01

宫颈糜烂是妇女常见病、多发病,轻者无症状,重者可引起不规则阴道出血、不孕,而且与宫颈癌的发生密切相关^[1]。目前治疗多为阴道用药和物理方法,我院目前常用的物理治疗方法有:微波、环形电切术(LEEP),微波治疗有一定的局限性,特别是对重度宫颈糜烂伴宫颈肥大者难以达到治疗效果,单纯环形电切术往往出现宫颈黏膜外翻而影响疗效。我院采用环形电切术联合素平治疗重度宫颈糜烂,取得较好的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2006 年 5 月~2007 年 4 月在我院就诊重度宫颈糜烂伴宫颈肥大而行宫颈环形电切术的患者 80 例,年龄 25~53 岁,平均 36 岁,术前均行 TCT 检查排除宫颈恶性病变。随机分两组,其中 LEEP 联合素平治疗 43 例,单纯宫颈环形电切术 37 例。两组患者年龄和宫颈糜烂情况无显著差异, $P>0.05$ 。

1.2 方法 宫颈环形电切术,采用广州三瑞医疗器械有限公司生产的 QUANTUM2000LEEP 环切电刀,设置切割功率为 40~50W、电凝功率为 25~30W,治疗于月经干净后 3~7d 内进行。患者取膀胱截石位,常规消毒外阴和阴道,放置窥器,暴露宫颈后碘液定位决定切除范围。根据病变大小和病变性质选择不同的电极,距碘不着色区域外缘 0.5cm 处进电极,从上到下缓慢环形切除组织,再改用小环形电极切除中央部分组织,最后用球形电极止血,术后创面涂抹龙胆紫。LEEP 联合素平治疗组宫颈治疗环节同 LEEP 组,另术后 1 个月复查时给予素平(聚甲酚磺醛溶液,国药准字 H20044357)涂擦宫颈内口,每天 1 次,共 2 次。两组均在术后 8 周及 12 周复查,

观察疗效。

1.3 疗效判断 痊愈:宫颈光滑,糜烂面消失,肥大的宫颈明显缩小;有效:宫颈糜烂面积及深度均改善 $>50\%$,肥大的宫颈有所缩小;无效:糜烂面积治疗后无变化。

1.4 结果 见表 1。

表 1 两组不同程度宫颈糜烂治疗结果 例

宫颈糜烂	LEEP 组			LEEP+ 素平组		
	治愈	有效	无效	治愈	有效	无效
重度糜烂	14	3	0	15	0	0
重度糜烂+肥大	16	4	0	27	1	0
合计	30	7	0	42	1	0

2 讨论

宫颈炎是妇科常见病之一,大多数妇女无明显的急性期症状,在诊断时已为慢性宫颈炎,部分患者已是重度糜烂伴宫颈肥大,一般的治疗如药物、微波、激光等均难以达到治疗效果,LEEP 手术的开展大大提高了重度宫颈糜烂伴肥大的治愈率,但从复查的结果看,有一部分患者在术后 2 个月就可见宫颈管黏膜外翻,甚至可见宫颈管内肉样增生,外观极象仍有轻度糜烂,影响了治愈率^[2]。素平(聚甲酚磺醛)的分子中有多个磺酸根,是一种强酸物质,受损鳞状上皮和异位的柱状细胞可在聚甲酚磺醛作用下变性脱落,并能促进正常的鳞状上皮细胞的再生和重新覆盖,使鳞柱交界内移,恢复宫颈内口的正常形态。LEEP 联合素平治疗重度宫颈糜烂可提高治愈率,且方法简便、经济有效,值得试用。

参考文献

[1] 靳家玉,梁士杰.爱宝疗治疗糜烂 102 例临床观察[J].中国实用妇科与产科杂志,1995,11(4): 237-238
[2] 王淑贞.实用妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1987.509
(收稿日期: 2008-01-08)

腰-硬膜外联合麻醉在老年子宫重度脱垂手术中的应用

朱云华 费红

(浙江省长兴县中医院 长兴 313100)

关键词:子宫重度脱垂;老年人;腰-硬膜外联合麻醉

中图分类号:R 614.27

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0064-02

腰-硬膜外联合麻醉(CSEA)既有腰麻作用迅速、肌松完全的特点,又可通过硬膜外给药延长麻醉时间,还可施行术后镇痛。我们将 CSEA 应用于老年子宫重度脱垂行阴式子宫全切手术患者,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择子宫重度(III°)脱垂患者 50 例,ASA I~III 级,年龄 60~80 岁,体重 45~67kg。术前合并慢性支气管炎、肺心病 10 例,高血压 8 例,ECG 窦缓 3 例,房早 2 例,T 波轻度改变 6 例,术前血、尿、便常规均在正常范围。随机分为甲、乙两组,甲组联合麻醉 25 例,乙组硬膜外麻醉 25 例。

1.2 麻醉方法 术前半小时肌注地西洋 8~10mg、阿托品 0.3~0.5mg。入室后首先建立静脉通道,常规监测 BP、HR、ECG 和 SPO₂ 等生命体征。甲组选用 L₂₋₃ 穿刺,腰麻用药 0.5%布比卡因 2~2.5mL,退出腰麻针,置入硬膜外导管备用。乙组选 L₁₋₂ 间隙行硬膜外麻醉穿刺,先注 2%利多卡因 3mL,向头端置管配制 1.6%利多卡因加 0.2%丁卡因混合液,多次注入达到满意的麻醉结果。术中常规吸氧。

1.3 监测 血压(SBP),麻醉药用量,麻醉诱导至手术切皮时间,肌松效果,升压药的应用。

1.4 统计分析 计量数据以均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,组

痰热清辅助治疗小儿毛细支气管炎疗效观察

郑月琳

(浙江省中医院 杭州 310000)

关键词:毛细支气管炎;小儿;痰热清;中西医结合疗法;头孢呋辛;普米克;博利康尼

中图分类号:R 562.21

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0065-02

为探讨快速缓解毛细支气管炎患儿临床症状的治疗方法,本人在常规抗炎治疗基础上加用痰热清注射液治疗毛细支气管炎患儿 75 例,疗效较好。现报道如下:

1 对象与方法

1.1 一般资料 2005 年 11 月~2007 年 12 月收治的 125 例急性毛细支气管炎住院患儿,均符合全国小儿肺炎防治方案中“毛支的诊断标准”^[1],全部病例无呼吸衰竭、心力衰竭并发症,除外先心病、结核病及支气管异物等病症。患儿入院时均有咳嗽,吸气性喘鸣,肺部哮鸣音,部分患儿有发热,肺部湿罗音,胸片提示支气管周围炎征象,不同程度的肺气肿或小的斑片状阴影。随机分为两组:痰热清治疗组 75 例(简称治疗组),其中男 45 例,女 30 例,年龄<4 个月 40 例,4~6 个月 20 例,>6 个月 15 例;对照组 50 例,其中男 33 例,女 17 例,年龄<4 个月 30 例,4~6 个月 13 例,>6 个月 7 例。两组性别、年龄、病情、病程、胸部 X 线表现等经统计学处理差异均无统计学意义($P>0.05$),有可比性。

1.2 方法 两组均予头孢呋辛抗感染治疗,普米克、博利康尼雾化吸入,镇静,吸氧,止咳,拍背吸痰,保持呼吸道通畅。治疗组在此基础上加用痰热清注射液 0.3~0.5mL/kg,加入 4:1 葡萄糖氯化钠注射液,1d1 次,疗程 7~10d。观察用药期间患儿咳嗽喘憋、体温、肺部哮鸣音、湿罗音变化,记录平均住院日及有无不良反应发生。

1.3 疗效判断标准 治愈:治疗 5d 体温正常,气急缓解,呼吸通畅,呼吸频率<40 次/min,咳嗽及肺部罗音基本消失;有效:治疗 7d 喘憋程度明显减轻,肺部罗音减少;无效:用药 7d 后喘憋症状无改善,肺部罗音无明显吸收。

间行 t 检验比较分析。计数资料以 χ^2 检验先进处理。 $P<0.05$ 为差异显著。

2 结果

联合麻醉组麻醉药的用量及麻醉诱导至手术切皮时间、肌松满意度均优于硬膜外组,但联合组手术中血压变化较大,需用升压药。见表 1、表 2。

表 1 两组患者麻醉阻滞平面、麻醉药用量、肌松效果的比较 ($\bar{X}\pm S$)			
组别	麻醉阻滞平面(节段)	麻醉药用量(mL)	肌松满意(例)
甲组	15± 1.00*	2.0± 1.4*	25**
乙组	9± 2.00	13.5± 4.0	20

注:与乙组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$ 。

表 2 两组术中血压、麻醉诱导至手术切皮时间及用升压药比较 ($\bar{X}\pm S$)			
组别	麻醉诱导至切皮时间(min)	用麻黄素升血压(例)	SBP(kPa)
甲组	10.11± 2.22**	6**	15.51± 3.52*
乙组	15.35± 5.40	1	8.38± 1.73

注:与乙组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$ 。

3 讨论

传统观念对于老年患者,尤其合并高血压、心肺功能不全等患者腰麻常属相对禁忌。联合组所有患者均获得确切满

1.4 统计方法 所有数据用 SPSS 11.0 统计软件包分析处理,计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 主要症状、体征及住院日期比较 见表 1。治疗组与对照组比较,气促缓解、心率恢复正常时间差异无显著性;哮鸣音消失、体温恢复正常、咳嗽消失及住院日差异有显著性($P<0.05$)。

表 1 主要症状、体征好转时间比较 ($\bar{X}\pm S$) d						
n	气促缓解	心率正常	哮鸣音消失	体温正常	咳嗽消失	平均住院日
对照组	50	2.76± 1.09	2.64± 1.58	4.08± 1.04	4.96± 1.65	6.08± 1.75
治疗组	75	2.66± 1.06*	2.48± 1.41*	3.35± 1.07*	3.94± 1.49*	5.05± 1.58*

注:两组比较,* $P>0.05$,** $P<0.05$ 。

2.2 疗效比较 见表 2。对照组治愈率 84%,治疗组治愈率 96%,两者差异有显著性($P<0.05$)。

2.3 不良反应 本次观察中治疗组有 2 例患儿大便呈稀糊状,2~3 次/d,量中等。未经特殊处理,疗程结束后自行好转。

表 2 疗效比较 例			
	n	治愈	好转
对照组	50	42	8
治疗组	75	72	3

3 讨论

毛支是婴幼儿冬春季节最常见的喘息性疾病,该年龄段小儿患呼吸道感染时,由于机体免疫力差,病原体不能被局限,支气管、毛细支气管、肺泡广泛受累^[2]。气管黏膜炎性充血、水肿,出血、渗出增加,同时因黏膜纤毛受损,影响分泌物排出,加重了管腔的狭窄,肺泡壁因充血水肿而增厚,肺泡腔内充满炎性渗出物;另外Ⅱ型肺泡上皮细胞受损,肺泡表面活性物质产生减少,加之炎性物质对其稀释拮抗作用,影响意的麻醉效果,CSEA 对子宫脱垂行阴式子宫全切手术患者,麻醉作用起效迅速,手术区域肌松完善,特别是骶丛神经阻滞完善。由于采用了较细的 25 号针进行腰麻穿刺大大减少腰麻后头痛的发生,联合组未发生术后头痛,与国内文献报道相一致^[3]。联合组麻醉后 5min 时血压较明显下降,但经过快速补液、静注麻黄素 5~10mg 等处理后,血压、心率均维持在正常范围内,手术过程中呼吸循环稳定。而硬膜外麻醉在麻醉操作成功后须等待(15~22min)方可行手术,且出现阻滞不全现象(发生率 9.55%)^[4]。硬膜组有 7 例病人切皮时仍有痛觉,骶神经阻滞不全不得不加用其它麻醉来完成手术。故作者认为联合麻醉是老年病人子宫重度脱垂行阴式子宫全切手术麻醉方法的首选。

参考文献
[1]金考巨,张鹤,唐宁,等.蛛网膜下腔与硬膜外腔复合阻滞临床应用的初步报告[J].临床麻醉学杂志,1998,12(5): 284
[2]谢荣,刘亚平.我国临床应用硬膜外阻滞的调查报告[J].中华麻醉学杂志,1997,11(4): 140

(收稿日期: 2007-10-31)