

宫颈癌根治术中行腹膜阴道延长术的临床应用

付小红 袁惠华

(江西省修水县第一人民医院 修水 332400)

关键词:宫颈癌根治术;腹膜阴道延长术;手术疗法

中图分类号:R 737.33

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0036-02

近年来,随着宫颈癌普查工作的开展及医疗技术设备的改进,早期宫颈癌检出率明显提高。我县是宫颈癌高发区,从 2005 年 10 月~2007 年 10 月我院妇科共收治宫颈癌患者 186 例,其中 I a2~II a 期 86 例,均施行了宫颈癌根治术,对其中 20 例年龄 25~45 岁年轻患者在传统宫颈癌根治术基础上开展了腹膜代阴道延长术,取得满意疗效。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2005 年 10 月~2007 年 10 月宫颈癌患者 I a2~II a 期 86 例,均施行了宫颈癌根治术。选择其中 20 例年轻患者在传统宫颈癌根治术基础上开展了腹膜代阴道延长术作为观察组,患者年龄 25~45 岁,平均 35.45 岁;根据国际妇产科联盟(FIGO)1995 年修订的临床分期标准: I a2 期 10 例, I b1 期 8 例, I b2 期 1 例, II a 期 1 例;病理类型均为鳞状上皮细胞癌,高分化 6 例,中分化 13 例,低分化 1 例。同期 66 例患者,年龄 35~75 岁,选择其中 32 例作为对照组,年龄 35~45 岁,平均 40.56 岁; I a2 期 12 例, I b1 期 13 例, I b2 期 3 例, II a 期 4 例;病理类型:鳞状上皮细胞癌 30 例,腺癌 2 例;高分化 10 例,中分化 19 例,低分化 3 例。

1.2 手术方法 麻醉方式为腰硬联合麻醉,两组均采用广泛共 3 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照《妇产科疾病诊断治愈标准》^[1]中慢性盆腔炎的治愈标准。治愈:自觉临床症状及体征消失,妇科检查正常;有效:自觉临床症状及局部体征明显减轻,炎性条索及包块明显缩小;无效:症状及体征无明显改善。

3.2 治疗结果 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)					
组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	20(66.67) [△]	8(26.67)	2(6.67)	93.33 [△]
对照组	30	14(46.67)	10(33.33)	6(20.00)	80.00

注:与对照组比较,[△]P<0.05。

4 讨论

慢性盆腔炎,中医无定名,往往根据其证候表现归于“带下”、“少腹痛”、“不孕”、“痛经”、“癥瘕”等范畴内,其发病机理为湿热邪毒侵入人体,蕴积于下焦,使气血瘀滞,血运被遏,瘀血阻滞于胞宫而发病。血瘀是其重要的病理变化。由于慢性盆腔瘀血症,药物很难达到部位,效果差,多采用中医中药治疗。

三阴交为足三阴经交会穴,可补肾养肝,调理气血,为妇科病之要穴;次髎属膀胱经,与肾、督脉密切联系,能清利湿热,理气调经;足三里穴和胃健脾,补气养血;关元为足三阴经与督脉交会穴,通胞宫,灸之可通调冲任,温肾助阳,对此穴进行艾灸,能调理脏腑功能,疏通全身气血。艾灸在未热敏

子宫切除+盆腔淋巴结清扫术,除 2 例腺癌外,其余卵巢活检正常者均保留一侧或两侧卵巢,并移位至中上腹侧腹膜腹腔内,阴道均切除 3cm 以上。对照组按传统方法进行阴道残端连续缝合。观察组以 1/0 可吸收线间断单边缝合阴道残端,同时阴道前壁与子宫膀胱反折腹膜、阴道后壁与子宫直肠反折腹膜间断缝合,阴道残端角部与同侧盆腔腹膜缝合,以 4 号丝线间断缝合两侧阔韧带前后叶腹膜,然后于阴道断端上方 3~4cm 处将膀胱后壁腹膜与直肠前壁腹膜以 4 号丝线间断缝合使之形成延长阴道段的顶端,经人工阴道两侧放置“T”型引流管从阴道引出,术后 48~72h 拔除引流管。

1.3 术后随访 于术后 3 个月开始随访,进行阴道深度测定及了解性生活情况。观察组有 1 例、对照组有 2 例术后病理诊断为盆腔淋巴结阳性,术后补充放射治疗。另外观察组失访 2 例,对照组失访 5 例。将余下观察组 17 例、对照组 25 例坚持随访 3~24 个月,随访期间均无肿瘤复发。

1.4 统计学方法 采用 t 检验,数据以($\bar{X} \pm S$)表示。

2 结果

2.1 手术结果 两组病例手术均获得成功,术后 7~10d 出院,均无严重并发症发生,两组手术时间、术中出血量和术后

化的腧穴上悬灸,在施灸过程中腧穴产生局部热感和皮肤红晕,并不产生感传活动,药力和热力达不到病所,很短的时间就会出现灼热,长时间难以耐受,因此治疗作用有限,临床效果并不十分满意。

陈日新等^[4]认为人体腧穴存在静息与敏化态两种状态。人体在疾病状态下,体表腧穴会发生敏化,敏化态的腧穴对外界相关刺激呈现“小刺激大反应”。腧穴热敏化是腧穴敏化的一种新类型,热敏化腧穴的最佳为艾灸热刺激,极易激发感传,乃至气至病所。其机理是通过激发或诱导体内固有的调节系统功能,使失调、紊乱的生理生化过程恢复正常。热敏化穴灸不仅活血通络、消肿止痛,而且能使药物通透性增强而起更佳疗效。盆腔炎方能活血化瘀,改善微循环,促进局部炎症吸收,艾灸能调整脏腑功能,疏通全身气血,两者结合能更好地改善循环,促进病愈。该研究表明,盆腔炎方加热敏灸治疗慢性盆腔炎的总有效率优于盆腔炎方加穴位悬灸疗法,能提高疗效,且此法简单易行,无副作用,费用低,值得临床推广使用。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.274-276
[2]张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2002.316-319
[3]罗惠文.妇产科疾病诊断治愈标准[S].兰州:甘肃科学技术出版社,1990.108
[4]陈日新,康明非.腧穴热敏化艾灸新疗法[M].北京:人民卫生出版社,2006.6-7

(收稿日期: 2008-04-01)

宫腹腔镜联合诊治术配合中西医结合治疗输卵管性不孕临床研究

李红

(山东省莱芜市中医医院 莱芜 271100)

关键词: 输卵管性不孕; 宫腔镜; 腹腔镜; 中西医结合疗法

中图分类号: R 711.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0037-02

输卵管性不孕患者发生率较高, 临床单纯中西医结合药物保守治疗宫内妊娠率较低。近年来, 我们开展了宫、腹腔镜手术, 对输卵管性不孕患者施行宫腹腔镜联合诊治术, 同时配合中西医结合药物治疗, 效果较好, 术后宫内妊娠率较高。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 病例选择 两组患者年龄 22~43 岁, 排除女方排卵障碍、子宫因素、男方不孕因素及免疫因素等, 子宫输卵管碘油造影输卵管积水、不通、通而欠畅或通而极不畅或 B 超提示输卵管积水者诊断为输卵管性不孕。其中双侧输卵管不通者对照组 66 例(输卵管积水 42 例), 治疗组 40 例(输卵管积水 30 例); 一侧输卵管通而欠畅, 另一侧阻塞者对照组 28 例, 治疗组 30 例; 两侧输卵管均通而欠畅对照组 16 例, 治疗组 19 例。两组一般资料比较, 差异无显著性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 (1)西药治疗: 患者用药前常规白带查病原体, 有支原体、衣原体或淋球菌感染者给予夫妻双方 5%GNS 250mL+ 阿奇霉素 0.5mg, iv, qd; 氧氟沙星 100mL, iv, qd; 连用 7d 后, 给予阿奇霉素片 1g 顿服。普通妇科炎症给予 0.9% NS 250mL+ 头孢他啶 3g, iv, bid; 甲硝唑 250mL, iv, bid; 连用 7d。(2)中药保留灌肠: 方用盆腔炎化瘀一号方: 当归 12g, 赤芍 12g, 黄连 10g, 生地 15g, 桃仁 6g, 红花 6g, 蒲黄 9g, 五灵脂 9g, 红藤 30g, 败酱草 30g, 水煎 200mL, 用输液管保留灌肠, 每日 1 次, 经期及输卵管通畅后停用, 最长疗程可为 3 个月。恢复时间均无显著性差异。

2.2 术前术后阴道长度的变化 术前、术后 3 个月测定阴道外口至阴道残端距离, 观察组术前阴道长度为 (10.65± 2.35) cm, 术后为 (9.44± 2.19) cm, $P>0.05$ 。对照组术前阴道长度为 (10.74± 2.28) cm, 术后为 (5.47± 2.39) cm, $P<0.05$ 。观察组术前、术后阴道长度比较以及两组术前阴道长度比较均无显著性差异 ($P>0.05$); 术后两组阴道长度比较有显著性差异 ($P<0.05$)。

2.3 性生活调查情况 术后 3 个月开始调查, 观察组 3 个月开始性生活有 10 例, 6 个月全部恢复性生活, 性生活质量与术前无明显差异。对照组 3 个月开始性生活 8 例, 6 个月恢复性生活 12 例, 男方感阴道短缩感明显, 女方感阴道不适甚至疼痛, 有时感性交困难, 5 例无性生活。

3 讨论

宫颈癌是妇科三大恶性肿瘤之一, 近年来, 随着宫颈癌发病年轻化和人们对生活质量要求提高, 因此对年轻早期患者的治疗提出了新的要求, 要求保证治疗肿瘤的同时提高患

月。药物治疗后, 再行输卵管碘油造影检查, 提示双侧输卵管通畅可开放试孕; 一侧通而另一侧欠畅或不通可开放通畅的一侧; 两侧均不通或欠畅的继续治疗。

1.2.2 治疗组 (1)宫腹腔镜联合诊治术: 术前 2d 口服米非司酮 25mg, bid。手术取膀胱截石位, 全麻成功后, 在下腹部行 3~4 点穿刺, 探查盆腹腔: 见绝大部分病人存在盆腔粘连、输卵管迂曲增粗, 与同侧的卵巢、子宫后壁及周围肠管有致密粘连; 输卵管积水患者输卵管增粗, 直径达 3~4cm, 输卵管伞端粘连闭锁或呈盲端, 似“套袖样”改变; 合并支原体、衣原体感染的患者存在大网膜、肠管与上腹壁致密粘连及肝周围炎, 表现为“琴弦样”粘连。术中我们行盆腔粘连分解术加输卵管整形术, 首先锐性分离盆腔粘连, 游离出输卵管伞端或盲端, 对输卵管伞端狭窄的, 用分离钳伸入输卵管内进行扩张, 对输卵管伞呈“套袖样”改变的, 在其末端膨隆处, 用剪刀呈“十字花”型剪开伞端, 剪开后见输卵管内液体流出, 然后用双极电凝切开伞端的浆膜面止血, 伞端黏膜向外翻, 即呈花瓣状, 则输卵管造口成功。双侧卵巢与周围粘连尽可能分离, 输卵管伞端要游离出 2cm。然后宫腔镜插管行输卵管通液, 经导管注入稀释的美蓝, 腹腔镜下观察输卵管通畅情况, 其中双侧输卵管通畅者 42 例; 一侧通畅, 另一侧通而欠畅 20 例; 两侧通而欠畅 21 例; 两侧均不畅 6 例。术后腹腔注入透明质酸酶 2mL, 并行腹腔引流。(2)术后药物治疗同对照组。术后输卵管通畅者均开放, 指导怀孕, 不通及通而欠畅者药物治疗 3 个月后再行输卵管碘油造影, 两侧均不通或欠畅的

者生存质量。传统的宫颈癌根治术切除阴道壁至少 3cm 以上, 术后易出现阴道短缩而影响性功能, 使患者尤其是年轻患者术后生存质量降低, 甚至出现更严重的社会问题。我院从 2005 年 10 月份始开展在宫颈癌根治术基础上实施腹膜代阴道延长术, 取得满意疗效。腹膜为自体组织, 无排异反应, 术后不易发生感染和坏死, 且具有柔软、润滑、有弹性、形态和功能近似正常阴道黏膜等特点, 术前、术后性生活无明显改变。且方法简单、操作方便、不增加出血量及不明显增加手术时间, 值得临床推广。

参考文献

[1]梁旭平, 富琪, 王建六. 宫颈癌根治术中腹膜代阴道临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2003, 16(1): 26-27
[2]王烈宏, 张健青. 宫颈癌根治术中腹膜代阴道 12 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21(3): 148
[3]孙建衡. 子宫颈癌的治疗新动向[J]. 中华妇产科杂志, 2003, 38(8): 497-498
[4]乐杰. 妇产科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 314-322

(收稿日期: 2008-05-14)