微波联合 10%碘酒治疗前庭大腺囊肿、脓肿 44 例临床分析

严曼丹

（江西省樟树市中医院　樟树 331200）

关键词：前庭大腺囊肿；前庭大腺脓肿；微波；10%碘酒

中图分类号：R 711.72　　**文献标识码**：B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.01.048

前庭大腺是位于大阴唇下方的一对腺体。如某种病因导致其导管闭塞，分泌物不能排除，造成腺体囊状扩装称为前庭大腺囊肿。如腺体被细菌（如葡萄球菌、大肠杆菌、肠球菌）或淋菌感染后伴随外阴前庭大腺部位红肿、疼痛或脓肿形成前庭大腺脓肿。治疗方法有抗菌治疗配合中药坐浴内服外敷、手术治疗、单纯囊液抽吸注药等，但复发率高。我院采用切开、扩创引流加微波治疗边缘，10%碘酒烧灼囊腔壁或脓肿壁，取得良好效果。现报道如下：

1　临床资料

1.1　*一般资料*　选择 2006 年 11 月 ~2010 年 11 月在我院就诊的所有前庭大腺囊肿、脓肿患者 86 例。年龄 18~54 岁。2006 年 11 月 ~2008 年 11 月 42 例患者采用手术切开引流进行治疗（对照组），2008 年 11 月 ~2010 年 11 月 44 例患者采用切开引流加微波治疗边缘，10%碘酒烧灼囊腔壁或脓肿壁的方法治疗（研究组）。

1.2　*治疗方法*

1.2.1　*术前准备*　两组患者术前均做血常规、阴道分泌物涂片检查。有阴道感染者先行治疗。

1.2.2　*治疗方法*　患者排空膀胱取截石位，碘伏消毒外阴、阴道，铺无菌巾，用 2%利多卡因行局部浸润麻醉。对照组：用手术刀在小阴唇黏膜面脓肿或囊肿最低处切开并扩大至 1~3 cm 放出囊内液，0.5%甲硝唑液冲洗脓囊腔，1/0 可吸收线间断缝合切口边缘，内放引流条，逐日换药 3~5 d。1/5 000 高锰酸钾液坐浴 3~7 d 复诊。研究组：同样方法用手术刀在小阴唇黏膜面脓肿或囊肿最低处切开并扩大至 1~3 cm 放出囊内液，0.5%甲硝唑液冲洗脓囊脓腔后用纱布擦净，用微波治疗仪使伤口边缘血管止血、组织变白，免于缝针。用纱布保护伤口周围皮肤，用蘸 10%碘酒棉签搽遍腔壁四周，再用干棉签擦干腔内放置干纱布以吸收渗出物。24 h 取出，1/5 000 高锰酸钾液坐浴 3~7 d 复诊。

1.2.3　*术后随访*　术后患者 3~7 d 复查，3 个月随访 1 次，半年后复诊 1 次。有情况者随时就诊，随访时间为 1 年。1 年内在患侧出现脓（囊）肿为复发，1 年以上在原患侧再未出现脓（囊）肿为治愈。

1.3　*结果*　见表 1。两组平均手术时间、治愈时间及治愈率均存在明显差异。

表 1　两组患者手术时间、愈合时间、治愈率比较　($\overline{X}\pm S$)

组别	n	手术时间（min）	愈合时间（d）	治愈率(%)
对照组	42	15± 2	9± 2	81
研究组	44	10± 2	5± 2	98

2　讨论

前庭大腺囊肿系因前庭大腺腺管开口部阻塞，如先天性腺管狭窄或腺管内黏液浓稠，分泌物排出不畅导致；或前庭大腺管损伤，如分娩时会阴与阴道裂伤后疤痕阻塞腺管口；或阴道后侧切开术损伤腺管所致。前庭大腺囊肿可继发感染，形成脓肿并

2　讨论

随着人们健康意识的提高，健康体检中发现及有症状就诊发现的宫颈炎患者越来越多，宫颈炎的治疗也越来越多，不仅治疗糜烂，大部分癌前病变病例都可以在门诊就得到解决。本观察结果显示，完全治愈在 50%以上的只有冷冻，波姆和 LEEP 治疗的复发率都在 20%左右。在我院，微波和波姆治疗应用时间长，冷冻治疗也是多年经验，LEEP 为四年左右。对于局限的 CIN2、CIN3 和局限的原位癌，LEEP 是很好的治疗仪器，其使用方便，出血少，操作简单，安全可靠，可完整保留整块标本用于病检，减少早期宫颈癌的漏诊率，若病检组织切缘仍残留病灶，可再次切除送检。正因为上述优点，LEEP 刚引进初期，大量宫颈糜烂都使用了 LEEP 治疗，包括部分宫颈肥大患者，而没有较多考虑其适应证。治疗后复查结果显示，其复发率高，较多患者出现宫颈口息肉样增生或息肉，且有一部分患者出现宫颈形态改变，宫颈管变短，或中间部分凹陷。对于糜烂面积大，或散在糜烂病灶者，使用 LEEP 治疗切除面积过大，宫颈腺体损伤太多，不宜选用 LEEP 治疗。对于不同表现形式的宫颈炎症，应选择不同的治疗方法，严格掌握每种治疗方法的适应证，亦可以选择局部用药改善阴道和宫颈环境，促进宫颈糜烂的愈合。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.265

（收稿日期：2011-11-24）

实用中西医结合临床 2012 年 1 月第 12 卷第 1 期

肩难产 12 例临床分析

雷倩倩　卢丽华　余勤慧

（江西省武宁县人民医院　武宁 332300）

关键词：肩难产；诊断；分娩结局；分析

中图分类号：R 714.45　　**文献标识码**：B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.01.049

肩难产是指胎头娩出后，胎儿前肩被顿于耻骨联合上方，用常规助产手法不能娩出胎儿双肩[1]。近年来，随着人们生活水平提高，孕妇孕期营养加强，胎儿平均体重也相应增加，发生肩难产的几率上升。因肩难产发生突然，常给接产者造成措手不及，如果处理不当，易引起母儿严重并发症，同时给患儿及家属带来极大的痛苦，并由此导致医疗纠纷，故早期预测、预防，及时诊断，正确处理肩难产十分重要[2]。现对我院 6 年间发生 12例肩难产进行回顾性分析，目的在于提高对肩难产的认识，减少肩难产的并发症。

1　资料与方法

1.1　*一般资料*　2005 年 6 月 ~2011 年 6 月在我院分娩产妇 5 820 例，阴道产 3 936 例，其中发生肩难产 12 例，发生率为 0.3%，其中巨大儿 9 例（胎儿体重 >4 000 g）占 75%，初产妇 9 例，经产妇 3 例，过期妊娠 3 例，孕周 38~42^{+5} 周，平均 40^{+3} 周，孕妇年龄 23~39 岁，平均 30.5 岁。

1.2　*方法*　肩难产 12 例，随机抽取同期正常组 40 例作对照，观察两组孕妇及胎儿的各项指标。两组孕妇在孕龄、年龄及产次方面无显著差异，具有可比性。

1.3　*统计学方法*　采用 t 检验及 χ^2 检验。

2　结果

2.1　*两组孕妇情况比较*　见表 1。两组孕妇间的宫高、腹围、第一产程、第二产程有显著性差异（$P<0.05$）。

表 1　两组孕妇情况比较　$\overline{X}$　cm

组别	n	宫高	腹围	第一产程(h)	第二产程(h)	双顶径	股骨长径
肩难产组	12	38.50	105.20	9.65	1.56	9.56	7.54
正常产组	40	33.20	97.50	6.88	0.88	9.50	7.40
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	>0.05

2.2　*两组新生儿情况比较*　见表 2。两组新生儿的体重、Apgar 评分、身长、头围有显著差异（$P<0.05$）。

表 2　两组新生儿情况比较　$\overline{X}$

组别	n	出生体重(g)	1min Apgar 评分	身长(cm)	头围(cm)
肩难产组	12	4 105.25	6.51	53.2	35.10
正常产组	40	3 265.50	8.65	49.8	31.95
P 值		<0.01	<0.01	<0.05	<0.05

2.3　*分娩结局*　肩难产组产妇软产道损伤 3 例，占 25.0%，产后出血 3 例，占 25.0%，新生儿窒息发生 5 例，占 41.7%，肩丛神经损伤 1 例，占 8.3%，恢复后无功能障碍，无骨折及死产发生。

反复发作，出现皮肤红肿、发热、压痛明显，导致行走不便，有时导致大小便困难，严重影响日常生活[1]。以往的治疗是全身用抗菌药后行剥除术或造口术，但易形成粘连，复发率高[2]。为提高治疗疗效及生活质量，我院采用前庭大腺小阴唇黏膜面脓囊肿最低点小切口，造口处不外翻，接近正常解剖结构，不影响性生活。前庭大腺囊脓肿常见病原体为葡萄球菌、大肠埃希菌、链球菌、肠球菌。随着性传播疾病发生率的增加，淋病奈瑟菌及沙眼衣原体已成为常见病原体[1]。微波是一种波长很短的无线电波，是一种磁辐射。可通过细探针直接辐射组织，定位准确，使局部组织产生高温、脱水凝固、封闭小血管、无碳化等优点。无需针线缝合，止血效果好。伤口边缘因组织凝固变性坏死使其缺损不易粘连，且凝固组织结痂脱落后形成光滑造口，愈合后无瘢痕。碘酒是一种腐蚀性强的杀菌药物，可减少渗出及预防感染[3]，10%碘酒渗透力和杀伤力极强，能迅速杀灭细菌。通过观察 10%碘酒对脓（囊）肿壁内皮细胞有化学腐蚀作用，能杀灭细菌，破坏其分泌功能造成无菌性炎症，引起渗出、浸润、吸收等炎症的病理改变，完成化学切除全过程；而对周围组织无损伤，再加上囊腔开放，有利于化学烧灼破坏的组织排出；避免了单纯囊腔注射药物术后残留囊肿或硬结。朱晓云等报道[4]，应用 2%碘酒治疗巴氏腺囊肿、脓肿，一次性治愈率仅为 73.5%，三次用药方可治愈。本资料一次性治愈率为 98%，且不易粘连，渗出物容易排除，愈合快，复发率低，操作简单，适合基层医院开展。

参考文献

[1]乐杰.妇产科[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2004.237

[2]郑丽君.改良式巴氏腺囊肿造口术的疗效观察[J].浙江临床医学,2003,5(1):55

[3]王玉栋.碘酚消毒根管对根尖周围症状的影响[J].现代口腔医学杂志,1996,10(3):161

[4]朱晓云,肖风华.2%碘酒治疗外阴阴道壁巴氏腺囊肿与脓肿 68 例疗效观察[J].井冈山医专学报,2005,17(1):73

（收稿日期：2011-11-21）