

3 讨论

粘连性小肠梗阻主要是由腹部手术、创伤及炎症所引发的,行腹部手术后很容易形成广泛性肠粘连,从而引发肠管急性梗阻。产生粘连原因主要是由于腹膜与浆膜细胞受到刺激,产生纤维素,再加上手术切口缝合刺激,发生渗血或局部缺血,刺激毛细血管生长,从而使腹膜与浆膜发生粘连^[9]。发生粘连后会迫使肠道发生扭转,影响患者的胃肠道功能,胃肠功能发生紊乱会引发粘连性肠梗阻,其中以腹部手术后引发粘连最为常见,是目前引发粘连性小肠梗阻的最为常见的诱因,特别是妇产科手术后,患者的临床症状主要表现为腹部出现严重绞痛和局部压痛^[9]。治疗粘连性小肠梗阻的主要原则为解除粘连,研究显示手术对于解除粘连性小肠梗阻并无明显的治疗效果,对于症状较轻的患者通常建议先进行保守治疗,采取抗感染、胃肠减压、纠正水电解质紊乱以及静脉营养等措施,同时加强监测患者的生命体征,一旦患者出现腹痛加重等症状及时转行手术治疗^[9]。

本组资料结果显示,采用手术治疗的对照组患者总有效率为 84.21%,明显低于观察组的 96.83%,

且患者的症状持续时间及住院时间均明显长于观察组,究其原因主要是由于术中需要较多的开腹操作,容易引发感染和肠管内浆膜层损伤,反而会引发再次粘连,同时实施手术会对患者的身体造成二次损伤,延长患者的康复时间^[9]。总而言之,治疗粘连性小肠梗阻需要根据患者具体情况选择治疗方式,非手术保守治疗适用于没有肠绞窄或完全肠梗阻的粘连性小肠梗阻患者,可保证患者的安全,对于非手术治疗未见好转或病情较重的患者应及时采取手术治疗,对于改善患者的预后具有重要作用。

参考文献

[1]何代玉,王冰,董宇翔,等.中西医结合治疗粘连性肠梗阻 120 例疗效观察[J].黑龙江医学,2013,37(8):698-699
[2]韩亚鹏.手术与非手术治疗粘连性小肠梗阻的临床疗效比较[J].中国实用医药,2014,9(16):61-62
[3]Nasir AA,Abdur-Rahman LO,Bamigbola KT,et al.Is non-operative management still justified in the treatment of adhesive small bowel obstruction in children[J]?Afr J Paediatr Surg,2013,10(3):259-264
[4]景化忠,刘宏斌,李洪涛.腹腔镜在粘连性肠梗阻治疗中的疗效观察[J].中国现代普通外科进展,2013,16(7):518
[5]杨少连.不同手术方法治疗粘连性肠梗阻的效果比较[J].中国当代医药,2013,20(20):33-34
[6]刘胜,于广聪.不同手术方法治疗粘连性肠梗阻的临床效果比较[J].中国现代医生,2014,52(10):127-129

(收稿日期:2014-09-01)

不同电凝方式在宫颈环形电切术中的疗效观察

李雪萍

(江苏省泰州市第四人民医院妇产科 泰州 225300)

摘要:目的:观察点式电凝止血与面式电凝止血在宫颈环形电刀切除术(loop electrical excision procedure,LEEP)中治疗宫颈疾病的临床效果,探讨理想的手术方式。方法:根据自愿原则,将 2013 年 1~7 月期间收治的宫颈糜烂样改变 II~III 度,或合并有慢性子宫颈管黏膜炎、宫颈肥大、赘生物,或活检病理 CIN,要求行 LEEP 的慢性宫颈炎患者 132 例,按就诊顺序分为两组:A 组 75 例,在止血时采用电针点式电凝止血;B 组 57 例,在止血时采用电球面式电凝止血。结果:LEEP 治疗宫颈中、重度糜烂样改变及合并有慢性子宫颈管黏膜炎、宫颈肥大、赘生物或活检病理 CIN 患者,疗效好,副损伤小,能完整切除病灶,发现手术前漏检的病理。A 组的手术时间、术中出血量、脱痂期出血量和术后积液时间明显短于 B 组($P<0.05$);术后疗效两者无明显差异($P>0.05$)。结论:在宫颈环形电刀切除术中,点式电凝止血比面式电凝止血更简单方便,安全有效。

关键词:宫颈糜烂样改变;宫颈环形电刀切除术;点式电凝止血;面式电凝止血

中图分类号:R711.32

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.01.0012

慢性宫颈炎是已婚妇女的常见病、多发病,位妇科疾病发病率之首,具有发病率高及危害性大的特点,临床表现为阴道分泌物增多、腰骶部酸痛、下腹坠痛、痛经、血性白带或接触性出血等,影响患者生活质量,甚至导致盆腔炎及不孕症。慢性宫颈炎的病理分型有子宫颈息肉、子宫颈肥大及慢性宫颈管黏膜炎,妇科检查可发现子宫颈糜烂样改变、息肉或肥大^[1]。子宫颈糜烂样改变又分为三度。慢性宫颈炎的治疗以局部治疗为主,有物理治疗、药物治疗和手术治疗等方式。药物治疗容易复发,不易根治,物理治疗有一定的局限性。我院自 2010 年起对慢性宫

颈炎患者中的中、重度宫颈糜烂样改变病例主要采用 LEEP 治疗。宫颈环形电刀切除术较物理治疗、药物治疗具有操作简便有效、手术时间短的优势,且疗效满意。现选取 2013 年 1~7 月 132 例慢性子宫颈炎中、重度宫颈糜烂样改变患者,使用 LEEP 进行治疗,止血时分别采用点式电凝止血和面式电凝止血,进行疗效观察。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 根据自愿原则,选取 2013 年 1~7 月在我院门诊经妇科检查、细胞学检查、阴道镜检查或宫颈活检诊断为慢性子宫颈炎中、重度宫颈糜烂

样改变,或合并有纳氏囊肿、宫颈肥大、宫颈赘生物,或宫颈活检病理 CIN 患者 132 例,均为已婚已产女性,非妊娠期,治疗前均排除阴道炎、盆腔炎和宫颈恶性病变。年龄 21~55 岁,平均年龄 41 岁。随机分成两组,均行 LEEP 宫颈病灶环形切除术,手术标本均送病理学检查。A 组 75 例,手术中止血时采用电针点式电凝止血;B 组 57 例,手术中止血时采用面式电凝止血。

1.2 临床表现 A 组阴道分泌物增多 43 例,有腰骶部疼痛及下坠感 27 例,接触性出血 4 例;B 组阴道分泌物增多 38 例,有腰骶部疼痛及下坠感 19 例,接触性出血 2 例。

1.3 诊断标准及诊断结果 根据乐杰主编的《妇产科学》(第 6 版)的分类标准,按宫颈糜烂面积大小分为 3 度:轻度(I 度):糜烂面积小于宫颈面积 1/3;中度(II 度):糜烂面积 1/3~2/3;重度(III 度):糜烂面积超过 2/3 以上。按糜烂的深浅程度分为单纯型、颗粒型和乳突型。A 组 75 例,中度糜烂 22 例,重度糜烂 53 例;单纯型 19 例,颗粒型 31 例,乳突型 25 例;合并宫颈肥大 17 例,合并宫颈赘生物 12 例。B 组 57 例,中度糜烂 17 例,重度糜烂 40 例;单纯型 15 例,颗粒型 28 例,乳突型 14 例;合并宫颈肥大 14 例,合并宫颈赘生物 5 例。两组年龄、宫颈糜烂面分度及主要临床症状等方面比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.4 治疗方法

1.4.1 术前准备 (1)治疗前常规妇科检查,排除内外生殖器急性炎症和亚急性炎症;(2)常规血常规、出凝血时间、心电图和肝肾功能检查,排除血液系统及重大脏器疾患;(3)术前 24 h 禁性生活;(4)月经干净 3~7 d;(5)进行医患沟通,签署知情同意书。

1.4.2 手术方法 采用上海力申科学仪器有限公司生产的 heal force LS2000 高频手术器及配套的各规格环形电极、球型电极和针状电极等。患者取膀胱截石位,将电极板紧密粘贴于患者下肢体表,接通电源,调至混切 2 或混切 3,功率选择 40~50 W,电凝功率选择 30~40 W。用碘伏消毒外阴、阴道和宫颈,采用阴道窥阴器充分暴露宫颈,干棉球擦净阴道及宫颈分泌物。宫颈涂 3%醋酸和 1%碘伏,再次确定病变范围。根据宫颈形态、病灶范围及深度,选择适当规格的环形电极和电流强度。电刀从宫颈 9 点处顺时针方向 360° 环形完整切除病灶组织,在切割过程中根据创面出血情况调整切割速度,尽量减少创面出血,但也需尽量减少电极与宫颈的接触时间,以减轻宫颈组织的电损伤。切割范围超出病变

边缘外 1~3 mm,深度超出病变组织 3~5 mm,宫颈管组织深度约 10 mm。A 组创面止血运用针状电极对出血点电凝止血;B 组创面用球状电极电凝止血。止血后两组创面均放置止血明胶海绵并填塞纱布,24 h 取出,切下组织均送病理学检查。

1.4.3 术后处理 (1)术后常规使用抗生素 3 d;(2)术后 1 个月内每周随访并创面换药 1 次,以后每半月随访 1 次至术后 3 个月;(3)术后禁性生活、盆浴 3 个月;(4)注意经期卫生,保持外阴清洁卫生;(5)避免重体力劳动和骑自行车至创面愈合。

1.5 疗效判断标准^[2] 痊愈:宫颈表面光滑,修复良好,局部上皮化,宫颈恢复正常大小,新生上皮碘染色着色,无自觉症状;好转:宫颈糜烂面缩小 1/3 以上,或由颗粒型转为单纯型,乳突型转为颗粒型或单纯型,自觉症状明显减轻;无效:病变无明显变化,自觉症状无缓解。

1.6 统计方法 采用 SPSS12.0 统计软件进行处理,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术时间比较 患者手术时间与患者宫颈糜烂样改变的面积和深度有关,亦和宫颈病变组织切除术时电凝止血的方式有关。宫颈中度糜烂样改变患者,A 组手术时间为 2~10 min,平均时间为 (3.7 ± 1.2) min,B 组手术时间为 3~20 min,平均时间为 (4.8 ± 1.7) min;宫颈重度糜烂样改变患者,A 组手术时间为 2~22 min,平均时间为 (6.2 ± 1.8) min,B 组手术时间为 5~30 min,平均时间为 (8.3 ± 2.2) min。A 组手术时间均明显短于 B 组,差异均有显著性, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组手术时间比较 (min, $\bar{x}\pm s$)			
组别		n	手术时间
A 组	中度糜烂	22	3.7 $\pm$ 1.2*
	重度糜烂	53	6.2 $\pm$ 1.8*
B 组	中度糜烂	17	4.8 $\pm$ 1.7
	重度糜烂	40	8.3 $\pm$ 2.2

注:与 B 组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组术中出血量比较 患者术中出血量与宫颈糜烂样改变的面积和深度、手术电凝止血方式相关。A 组术中出血量明显低于 B 组,重度糜烂样改变患者手术出血量明显高于中度糜烂样改变患者。见表 2。

表 2 两组术中出血量比较 ($\bar{x} \pm s$)					
组别		<i>n</i>	术中出血量 (ml)	术中出血 <5 ml (例)	术中出血 >5 ml (例)
A 组	中度糜烂	22	8.51± 2.47*	18	4
	重度糜烂	53	17.52± 3.92*	34	19
B 组	中度糜烂	17	14.97± 6.14	13	4
	重度糜烂	40	31.20± 6.06	18	22

注:与 B 组比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组脱痂期出血量及阴道排液时间比较 A 组中度糜烂样改变患者多数于术后 4~7 d 出现淡黄色或淡红色阴道分泌物,脱痂期平均出血量为 (11.0± 1.7) ml,平均出血天数为 8.3 d;B 组中度糜烂样改变患者多数于术后 2~3 d 出现淡黄色或淡红色阴道分泌物,脱痂期平均出血量为 (45.3± 2.6) ml,平均出血天数为 17.0 d;两组比较有显著性差异。A 组重度糜烂样改变患者多数于术后 3~5 d 出现淡黄色或淡红色阴道分泌物,脱痂期平均出血量为 (15.3± 2.4) ml,平均出血天数为 14.8 d;B 组重度糜烂样改变患者多数于术后 1~3 d 出现淡黄色或淡红色阴道分泌物,脱痂期平均出血量为 (63.0± 2.8) ml,平均出血天数为 22.4 d;两组比较存在显著差异。

2.4 两组术后疗效比较 对两组术后 3 个月的疗效进行比较,A 组中度糜烂样改变患者痊愈 21 例,好转 1 例;重度糜烂样改变患者痊愈 47 例,好转 6 例。B 组中度糜烂样改变患者痊愈 16 例,好转 1 例;重度糜烂样改变患者痊愈 34 例,好转 6 例。糜烂样改变的程度越轻,痊愈率越高,疗效两组无明显差异。术后 3 个月对手术创面进行阴道镜检查,可见两组宫颈外型均恢复至自然状态,无明显瘢痕形成,无肥大,宫颈创面均愈合,仅少数患者宫颈口处存在直径<1 cm 的增生肉芽组织。

3 讨论

慢性宫颈炎糜烂样改变是妇科的常见病和多发病,严重影响妇女的生殖健康。炎症使宫颈柱状上皮充血、水肿,黏膜质脆,从而使宫颈表面的屏障作用被破坏,抵抗力差,易合并病毒感染。慢性宫颈

炎合并有 HPV 感染时发生宫颈癌变的几率将增加。

LEEP 术在慢性宫颈炎中、重度宫颈糜烂样改变的治疗中,操作的简便性、治疗效果的可靠性均优于其它治疗方法(如物理治疗、药物治疗及其它手术治疗),目前在临床上已得到广泛认可和应用。LEEP 术对宫颈病变具有治疗和诊断的双重效果。在临床应用中,LEEP 术具有手术精细、根治性强、组织损伤小、手术痛苦小、组织标本完整、手术安全、出血少、愈合快、手术时间短、连续切除宫颈癌发病高危区和有效预防宫颈癌等优点,已得到广泛认同。对于 LEEP 术中创面出血的术中处理,目前临床上有点式电凝止血和面式电凝止血两种方法。由于 LEEP 本身是电凝和电切同时进行,有止血和切割的作用,创面无碳化或少许碳化,组织损伤小。切割后创面有出血时,如采用面式电凝止血,因受热面积大、电凝时间和深度不易把控、出血量多时需反复电球电凝等因素,会造成创面热损伤大、组织烧灼深度较深、面积广,对大量正常组织形成破坏。

本组研究结果显示,点式电凝止血组的手术时间、术中出血量、脱痂期出血量、术后排液时间明显短于面式电凝止血组,但疗效两者无明显差异。综上所述,在 LEEP 治疗慢性宫颈炎中、重度宫颈糜烂样改变术中处理创面出血时,点式电凝止血比面式电凝止血更具有优势,值得临床推广。

参考文献

[1]王淑珍.实用妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,1995.567
[2]程晓萱.宫颈环形电切术治疗宫颈糜烂 216 例疗效观察[J].中国实用医药,2010,5(20):70-72

(收稿日期:2014-08-29)

中西医结合保守治疗异位妊娠 42 例疗效分析

刘艳秋

(江西省瑞昌市人民医院 瑞昌 332200)

摘要:目的:观察中药配合甲氨喋呤(MTX)、米非司酮保守治疗异位妊娠的临床疗效。方法:选取我院 2007 年 1 月~2010 年 12 月住院治疗符合药物保守治疗条件的 126 例异位妊娠患者分为三组,每组各 42 例,A 组患者采用单纯甲氨喋呤治疗,B 组患者采用甲氨喋呤联合米非司酮治疗,C 组采用中药配合甲氨喋呤及米非司酮治疗。对比三组患者治疗后的临床效果。结果:C 组患者治疗有效率(95.2%)明显高于 A 组(71.4%)和 B 组(78.6%), $P<0.05$,差异具有统计学意义。结论:中药配合甲氨喋呤及米非司酮保守治疗异位妊娠效果显著,能提高患者生活质量,有临床实用价值。

关键词:异位妊娠;中药;甲氨喋呤;米非司酮;治疗效果

中图分类号:R714.22

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.01.013

异位妊娠(ectopic pregnancy, EP)习称宫外孕,是妇产科常见的一种急腹症,指受精卵于子宫体腔以外部位着床发育,其发病率为 1%,是孕产妇的主要死亡原因之一。以输卵管妊娠最为常见,占异位妊娠的 95%左右^[1]。其发生率有逐渐上升的趋势,随

着阴超技术和血清 β -HCG 等辅助技术的发展,使得越来越多的未破裂的异位妊娠能更早地被确诊,其中未婚及无子女患者要求药物保守治疗、保留生育功能和减少病痛的呼声越来越高。现将我院保守治疗异位妊娠的资料报告如下: