

轻患者的痛苦。此外,对于想保留生育功能的患者,该手术最大限度地保证了输卵管的完整^[3],受到医生和年轻患者的青睐。

本研究结果显示,实验组手术时间、术中失血量及首次排气、首次下床、住院时间均优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);实验组并发症发生率 4.00%显著低于对照组的 22.00%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,采用腹腔镜手术治疗异位妊娠,能有效缩短手术时间和住院时间,减少术中失血量,促进患者术后尽早恢复,临床疗效显著。

参考文献

[1]殷小燕.腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的疗效对比研究[J].当代医学,2015,21(36):74-75
[2]张晶.探讨腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的临床效果对比观察[J].中国继续医学教育,2016,8(32):138-139
[3]刘萍.探究腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的临床疗效及临床预后[J].医学信息,2016,29(19):49-50
[4]王妮.腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的疗效分析及护理[J].中国药物与临床,2016,16(10):1546-1548
[5]袁启莲.腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠的临床疗效比较[J].中外医学研究,2016,14(2):152-154

(收稿日期:2017-03-12)

经阴道或腹腔镜子宫肌瘤剔除术临床应用比较

周彩云

(河南省舞阳县人民医院妇产科 舞阳 462400)

摘要:目的:探讨经阴道子宫肌瘤剔除术与腹腔镜子宫肌瘤剔除术的临床应用效果。方法:选取 2014 年 2 月~2016 年 12 月我院收治的 74 例子宫肌瘤患者为研究对象,随机分为 A 组和 B 组各 37 例。A 组施行腹腔镜子宫肌瘤剔除术,B 组施行经阴道子宫肌瘤剔除术。比较两组患者手术情况、并发症发生情况。结果:B 组肛门排气时间、术中出血量低于 A 组($P<0.05$),两组患者住院时间、手术时间、肌瘤剔除数量、并发症发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。结论:经阴道子宫肌瘤剔除术与腹腔镜子宫肌瘤剔除术均具有良好的疗效,与腹腔镜子宫肌瘤剔除术相比,经阴道子宫肌瘤剔除术中出血量较少、肛门排气时间短,适用于肌壁间、位置较深子宫肌瘤;腹腔镜子宫肌瘤剔除术手术创伤较小、术后粘连发生率较低,故临床实践中应以患者实际情况选取适当的手术方式。

关键词:子宫肌瘤;经阴道子宫肌瘤剔除术;腹腔镜子宫肌瘤剔除术

中图分类号:R713.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.071

子宫肌瘤是由子宫平滑肌细胞增生而成,大多患者无明显症状,多在超声检查或盆腔检查中被发现。有学者指出^[1],子宫肌瘤临床表现与肌瘤生长部位、速度、有无变性及有无并发症关系密切。手术为治疗子宫肌瘤的首选方案,主要包括腹腔镜子宫肌瘤剔除术、经阴道子宫肌瘤剔除术、子宫切除术、子宫动脉栓塞术等。子宫切除术适用于年龄较大、无生育要求及肌瘤存在恶性病变者;子宫动脉栓塞术通过阻断子宫肌瘤血供,促使肌瘤萎缩、甚至消失,但术后约有 5%以上患者出现卵巢功能早衰等情况^[2]。本研究旨在探讨经阴道子宫肌瘤剔除术与腹腔镜子宫肌瘤剔除术的临床应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 2 月~2016 年 12 月我院收治的 74 例子宫肌瘤患者为研究对象,随机分为 A 组和 B 组各 37 例。A 组年龄 25~41 岁,平均年龄(33.52 ± 6.14)岁;肌瘤直径 2~9 cm,平均直径(5.51 ± 1.32)cm;病程 1~4 年,平均病程(2.86 ± 1.68)年。B 组年龄 26~42 岁,平均年龄(34.12 ± 5.47)岁;肌瘤直径 2~8 cm,平均直径(5.48 ± 1.42)cm;病程 1~5 年,平均病程(3.02 ± 1.32)年。两组患者年龄、病程、肌瘤大小等一般资料比较无显著性差

异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院伦理委员会批准通过。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:均经彩超及妇科检查诊断为子宫肌瘤;患者及家属知情本研究,自愿加入并签署知情同意书;(2)排除标准:合并肝肾功能不全者;合并其他生殖器官恶性肿瘤者;无性生活史者;手术禁忌症者;意识障碍者;精神疾病者;依从性差者。

1.3 手术方法

1.3.1 A 组 行腹腔镜子宫肌瘤剔除术:给予气管插管麻醉,患者取截石位并头低臀高,建立气腹,放置套管针及举宫器;血压正常者给予垂体后叶素,血压异常者应予以催产素,以减少术中出血,用电凝钩切开肌瘤包膜、肌瘤表面肌层,夹取肌瘤,分离假性瘤体与包膜,彻底剥离后,按照肌瘤腔、浆肌层顺序逐层缝合。

1.3.2 B 组 经阴道子宫肌瘤剔除术:给予腰硬联合麻醉,取膀胱截石位,对阴道及会阴部常规消毒,导尿;肌瘤位于子宫前壁者,在子宫前穹窿处做一切口,切开阴道宫颈交界处黏膜,分离膀胱筋膜,向上推动膀胱,反折腹膜并切开,进至腹腔;肌瘤位于子宫后壁者,切开后穹窿,分离直肠宫颈筋膜,打开腹

腔、腹膜;肌瘤较大者,做一倒“T”型切口,利于子宫外翻;血压正常者予垂体后叶素,血压异常者应予以催产素,以减少术中出血量,使用钳夹夹取暴露肌瘤,切开肌瘤包膜及表面肌层,取出肌瘤,根据肌瘤深度及大小选取适当吸收线缝合;确认无肌瘤残留后,生理盐水冲洗切口,盆腔内置放引流管,缝合切口。两组患者术后均予抗生素、缩宫素等对症治疗。

1.4 观察指标 比较两组患者肌瘤剔除数量、术中出血量、手术时间、肛门排气时间、住院时间、并发症发生情况。

1.5 统计学分析 通过 SPSS18.0 软件分析,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,进行 t 检验,计数资料采用率表示,进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术情况比较 B 组肛门排气时间、术中出血量均低于 A 组, $P<0.05$,差异具有统计学意义;两组住院时间、手术时间、肌瘤剔除数量比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组手术情况比较($\bar{x} \pm s$)										
组别	<i>n</i>	肛门排气时间(h)	术中出血量(ml)	手术时间(min)	住院时间(d)	肌瘤剔除数量(个)				
A 组	37	22.91± 3.58	179.61± 18.25	96.14± 13.94	5.41± 0.32	4.71± 2.92				
B 组	37	14.49± 2.40	103.27± 17.03	94.41± 13.46	5.51± 0.11	4.28± 3.33				
<i>t</i>		11.883	18.602	1.390	1.797	0.590				
<i>P</i>		<0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05				

2.2 两组并发症发生率比较 两组并发症发生率比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 两组并发症发生率比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	腹痛	尿潴留	感染	总发生
A 组	37	3(8.11)	2(5.41)	1(2.70)	6(16.22)
B 组	37	1(2.70)	3(8.11)	4(10.81)	8(21.62)
χ^2					0.352
<i>P</i>					>0.05

3 讨论

子宫肌瘤是女性生殖器官中最常见的一种良性肿瘤,多见于 30~50 岁妇女。相关数据统计,约有 20% 妇女患有子宫肌瘤,确切病因尚未明了。因肌瘤好发于生育年龄,青春期前少见,绝经后萎缩或消退,提示其发生可能与女性性激素相关。既往临床多应用传统子宫切除术,但传统手术切口较大、术后并发症较多,且多数患者要求保留生育功能,已无法满足临床治疗^[3-4]。

近年来,随着微创技术不断完善,腹腔镜子宫肌瘤剔除术逐渐广泛应用于临床,具有创伤小、外形美观等优势,且利用腹腔镜放大手术视野,可找寻隐匿病灶,剔除阔韧带肌瘤与子宫肌瘤,多用于治疗直径 ≥ 4 cm 的子宫肌瘤。有学者研究指出^[5],腹腔镜子

宫肌瘤剔除术无法使用手指触摸子宫,难以发现肌底较小肌瘤,易导致漏诊现象发生。而经阴道子宫肌瘤剔除术具有准确、快捷等特点,可最大程度减轻对腹腔的干扰,且无腹部疤痕,术中翻转宫体有助于子宫动脉自然扭曲,减少术中出血量,保证手术顺利进行^[6]。相关研究显示^[7],经阴道子宫肌瘤剔除术手术视野及操作空间有限,无法完全暴露肿瘤,易损伤肿瘤周围脏器,引起出血症状,不适用于盆腔黏连严重患者。

本研究结果显示,B 组肛门排气时间、术中出血量低于 A 组($P<0.05$);两组患者住院时间、手术时间、肌瘤剔除数量、并发症发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。说明两种手术均具有良好的疗效,但经阴道子宫肌瘤剔除术可缩短患者肛门排气时间,减少术中出血量。(1)经阴道子宫肌瘤剔除术后出现感染的可能原因为:较大肿瘤或肿瘤周围组织黏连严重者可增加手术时间;缝合阴道及宫颈切口时不牢固致使血肿出现;肿瘤切口损伤面积较大、死腔残留;剔除肿瘤时需进至宫腔,增加感染风险^[8]。本研究术前予阴道及会阴部消毒、术中精细缝合、术后放置引流管,可降低感染发生率。(2)经阴道子宫肌瘤剔除术出血可能原因为:肿瘤腔边缘血管断裂;膀胱肌宫颈韧带断端出血;阴道黏膜切口双侧过深,损伤子宫血管;宫颈筋膜面出血。临床上应使用丝线缝合宫颈双侧子宫动脉上行支,同时缝扎膀胱肌宫颈韧带断端,减少术中出血量。此外,经阴道子宫肌瘤剔除术不适用于治疗 ≥ 10 cm 肌瘤、盆腔黏连严重及宫体恶性肿瘤。

综上所述,经阴道子宫肌瘤剔除术与腹腔镜子宫肌瘤剔除术均具有良好疗效。与腹腔镜子宫肌瘤剔除术比较,经阴道子宫肌瘤剔除术术中出血量较少,肛门排气时间短,适用于肌壁间、位置较深子宫肌瘤;腹腔镜子宫肌瘤剔除术手术创伤较小,术后黏连发生率较低。临床实践中应以患者实际情况选取适当手术方式。本研究存在一定不足:研究样本量选取较少,观察时间较短,有待临床多渠道、多中心选取样本量,扩大样本量及观察时间进行深入研究。

参考文献

[1]王细拉.宫腔镜联合腹腔镜对子宫肌瘤患者炎性应激反应及生活质量的影响[J].中国老年学,2016,36(24):6226-6228
[2]王亚光,吕维富,李兵.子宫肌瘤子宫动脉栓塞术中瘤体与卵巢血供的相关性及临床观察[J].介入放射学杂志,2015,24(3):206-209
[3]Ke X,Dou F,Cheng Z,et al.High expression of cyclooxygenase-2 in uterine fibroids and its correlation with cell proliferation[J].European Journal of Obstetrics Gynecology & Reproductive Biology,2013,168(2):199-203

[4]李海泽,朱红丽,刘鸿欣,等.超声引导微波消融子宫肌瘤的临床应用[J].临床超声医学杂志,2015,17(9):640-641

[5]陆宏,刘佳,王晓彬,等.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与经腹子宫肌瘤剔除术对子宫肌瘤患者术后妊娠的影响[J].中国医药导报,2015,12(12):102-106

[6]赵明红,黄凤华,常春艳,等.阴式与腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗子

宫肌瘤的临床疗效及安全性评价[J].西部医学,2017,29(2):207-209

[7]李丹.经阴道超声在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的应用价值[J].临床和实验医学杂志,2016,15(8):793-796

[8]王芙蓉.经阴道与经腹子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤疗效比较[J].现代中西医结合杂志,2017,26(5):543-545

(收稿日期: 2017-06-01)

孕妇产前免疫血清学检测及结果报告

周华强

(广东省仁化县人民医院检验科 仁化 512300)

摘要:目的:探索孕妇产前免疫血清学检测的临床价值。方法:选取 2012 年 3 月~2014 年 5 月我院收治的产前检查孕妇 100 例为研究对象,分析产妇血清抗 A(B)IgG 效价测定结果。结果:100 例产前检查孕妇中,血清抗 A(B)IgG 效价测定结果异常率为 31.00%,而 1 次妊娠次数的产妇 Ig-A(B)抗体效价结果优于多次妊娠产妇,同时适龄年龄段的产妇 Ig-A(B)抗体效价结果优于高龄年龄段产妇。结论:产前开展免疫血清学检测,可有效改善妊娠结局。

关键词:新生儿溶血病;免疫血清学;产前检查;孕妇

中图分类号:R446.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.072

新生儿溶血病是发生于胎儿时期的一种溶血性相关综合征,主要发病原因为胎儿与母体血型不合,胎儿红细胞在经过母体循环时,与母体产生抗体,而出现不同程度的溶血现象,最终可发展为早产、流产、死胎等症状。本文旨在探索孕妇产前免疫血清学检测的临床意义。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 基线资料 选取 2012 年 3 月~2014 年 5 月我院收治的产前检查孕妇 100 例为研究对象。产妇血型均为 O 型,丈夫为非 O 型血(33 例为 A 型、34 例为 B 型、33 例为 AB 型)。其中 70 例为初次妊娠者,30 例为多次妊娠者;70 例为适龄产妇(21~30 岁年龄段),30 例为高龄产妇(31~40 岁年龄段)。

1.2 检验方法 检测仪器和试剂:疏基乙醇均由天津市兴复精细化工厂研制,红细胞由长春博迅生物技术有限公司提供,不规则抗体 I~III 号筛选细胞由上海血液生物医药有限公司提供,专用 37℃ 孵育箱、配套专用离心机由长春博研科学仪器有限公司提供,抗人球蛋白检测卡由中山生科试剂有限公司提供。实验方法:微柱凝胶法:抽取产妇清晨静脉血 3 ml,将血清分离,再使用生理盐水进行稀释,比例为 1:16(血清:生理盐水);后用等量的疏基乙醇和稀释血清混合后,放入水箱(37℃)保存 1~2 h,将血清中的 IgM 抗体破坏后,再使用生理盐水稀释血清,稀释度分别为 16:1、32:1、128:1;将稀释完成的 50 μl 血清分别加入微柱凝胶检测卡中并标记好,再分别加入 0.5%丈夫红细胞血 50 ml(如丈夫为 AB 型,则加入标准的 B 型或 A 型 0.5%红细胞),放入 37℃ 孵育箱内 15 min,再使用离心机,分离血清

5 min (1 500 r/min 离心 3 min,900 r/min 离心 2 min)。以肉眼判定凝集为“1+”的稀释倍数倒数为抗体效价。抗 A(B)IgG 效价大于 1:64 的为异常,小于 1:64 的为正常。再使用生理盐水稀释血清,另加入 1%细胞 I、1%细胞 II、1%细胞 III 中各 50 μl,并标记好,再加入不规则抗体筛查产妇血清 25 μl,并放置孵育箱中,15 min 后进行离心(1 000 r/min 离心 10 min),最后再肉眼观察结果。免疫固相凝集法:将 50 μl 已配置好的血小板悬液加入血小板单克隆抗体微孔反应板中(650 r× 5 min),进行 3 次洗涤,再加入待检孕妇血清 50 μl 和低离子强度溶液 100 μl,放入 37℃ 孵育箱中,30 min 后将血清中的反应孔血小板单层和血小板抗体结合,再将未结合部位进行洗涤,加入人 IgG 和抗人 IgG 致敏红细胞,最后经 1 300 r/min 离心 5 min,观察结果。

1.3 观察指标 分析产妇血清抗 A(B)IgG 效价测定结果,分析年龄、妊娠次数与夫妇 ABO 血型不合产妇 Ig-A、Ig-B 抗体效价的关系。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS22.0 统计学软件处理,计数资料用比率表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 产妇血清抗 A(B)IgG 效价测定结果分析 100 例产前检查孕妇中,血清抗 A(B)IgG 效价测定结果异常率为 31.00%。见表 1。

表 1 产妇血清抗 A(B)IgG 效价测定结果分析					
组别	n	<1:64(例)	1:64(例)	≥1:128(例)	异常率(%)
O-A	33	23	8	2	30.30
O-B	34	24	7	3	29.41
O-AB	33	22	7	4	33.33
总计	100	69	22	9	31.00