

腹腔镜下子宫全切对子宫肌瘤性功能和内分泌功能影响观察

王俊霞

(河南省鹤壁市淇县妇幼保健计划生育服务中心妇产科 淇县 456750)

摘要:目的:探讨腹腔镜下子宫全切对子宫肌瘤患者性功能和内分泌功能的影响。方法:采用随机数字表法将 2017 年 1 月~2018 年 12 月行子宫全切治疗的 84 例子宫肌瘤患者分为 A、B 两组,各 42 例。A 组行开腹子宫全切术,B 组行腹腔镜子宫全切术。对比两组手术时间、术中出血量、肛门排气时间、下床活动时间及住院时间;术前及术后 1 周时的雌二醇、孕酮水平;术前和术后 3 个月时性功能评分;统计两组术后并发症发生率。结果:B 组出血量低于 A 组,肛门排气时间、下床活动时间和住院时间均短于 A 组,B 组手术时间长于 A 组(均 $P<0.05$);B 组术后 1 周时雌二醇、孕酮水平高于 A 组($P<0.05$);B 组术后 3 个月时的性功能评分高于 A 组($P<0.05$);B 组术后并发症发生率 4.76% 低于 A 组的 19.05%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:腹腔镜下全子宫切除术对子宫肌瘤患者性功能和内分泌功能影响较小,有利于患者术后快速康复。

关键词:子宫肌瘤;子宫全切术;腹腔镜;开腹手术;性功能;内分泌功能

中图分类号:R737.33

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.018

子宫全切是临床治疗子宫肌瘤的常用术式,随着子宫肌瘤发病率不断提高,子宫全切在临床应用也愈发频繁。既往子宫全切手术多通过开腹进行,虽然手术视野较好,但对患者创伤较大,患者术后并发症发生率较高,恢复较慢^[1]。近年来随着微创技术和新型医疗器械研究的快速发展,腹腔镜下子宫全切术逐渐被用于对妇科疾病的治疗,相较于传统开腹手术其安全性更高,且患者术后恢复速度较快^[2]。关于开腹手术与腹腔镜手术子宫全切治疗子宫肌瘤对患者性功能和内分泌功能影响的报道仍较少。本研究以我中心行子宫全切治疗的 84 例子宫肌瘤患者为研究对象,探讨不同子宫全切方式对患者性功能和内分泌功能的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用随机数字表法将 2017 年 1 月~2018 年 12 月在我中心行子宫全切治疗的 84 例子宫肌瘤患者分为 A、B 两组,各 42 例。A 组年龄 24~56 岁,平均(42.03±3.45)岁;孕次 1~4 次,平均(1.96±0.41)次。B 组年龄 26~55 岁,平均(42.15±3.29)岁;孕次 1~4 次,平均(1.87±0.46)次。两组基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本次研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入标准 经影像学、病理学检查确诊为子宫肌瘤;无生育需求,均行子宫全切术治疗;签署知情同意书。

1.3 排除标准 重要脏器功能不全;腹部手术史;子宫体积过大;盆腔粘连严重;恶性肿瘤;严重感染;精神障碍。

1.4 手术方法 A 组行开腹子宫切除术。患者硬膜外麻醉,麻醉成功后取平卧位,常规消毒、铺巾。在

耻骨联合上部作一横切口,长度 8~10 cm。逐层切开皮肤和皮下组织,仔细探查盆腔情况,依次切断子宫圆韧带。于断端打开阔韧带前叶,于阔韧带前叶无血管处打洞,依次切断,缝扎双侧输卵管。钳夹、切断固有韧带,双重缝扎双侧子宫动静脉。打开膀胱反折腹膜,下推膀胱,分两次钳夹,切断主骶韧带,环切阴道。术中采用电凝止血,使用可吸收线缝合切口,确认无活动出血后关闭腹腔。B 组行腹腔镜子宫全切术。患者取膀胱截石位,气管插管全麻下,消毒,铺巾,取脐下 0.5 cm 以下切口,置入 1.0 cm Trocar 建立气腹,放入腹腔镜。左右脐与髂前上棘连线中外 1/3 处作 0.5 cm 切口,置入 0.5 cm Trocar,镜下探查子宫大小,行筋膜内子宫全切术。钳夹双侧圆韧带输卵管峡部、卵巢固有韧带,双极电凝后切断。剪开膀胱前反折,拔棒下推膀胱,分离宫旁疏松结缔组织,PDS 线套扎子宫颈峡部,不扎紧。阴道内置举宫器,18 mm 旋切宫颈内及子宫内组织,腹腔内扎紧套扎线,见子宫变紫,血液循环阻断。自右侧 Trocar 旋切子宫组织并取出,套扎宫颈残端,双极电凝残端及血管,无损伤线连续缝合阴道内宫颈残端,生理盐水冲洗腹腔后,无活动性出血,拔出 Trocar 及腹腔镜,腹部小切口缝合。两组术后均给予抗感染治疗。

1.5 观察指标 对比两组手术时间、术中出血量、肛门排气时间、下床活动时间及住院时间等围手术期指标;比较两组术前及术后 1 周时雌二醇(E₂)、孕酮(P)水平;使用国际女性性功能评估量表评估两组术前及术后 3 个月时的性功能,评分越高表明性功能越强;统计两组术后并发症发生率。

1.6 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料

以%表示,行 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组围手术期指标比较 B 组术中出血量少于 A 组,肛门排气时间、下床活动时间和住院时间均短于 A 组,但 B 组手术时间长于 A 组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组围手术期指标比较($\bar{x} \pm s$)										
组别	n	手术时间 (min)		出血量 (ml)		肛门排气 时间(h)		下床活动 时间(d)		住院时间 (d)
A 组	42	104.92±	6.96	150.41±	8.48	37.61±	3.59	4.11±	0.38	10.07± 1.08
B 组	42	115.74±	7.61	104.95±	5.92	30.54±	3.48	2.27±	0.32	6.54± 0.92
t		6.799		28.487		9.164		24.003		16.125
P		0.000		0.000		0.000		0.000		0.000

2.2 两组手术前后性激素水平比较 B 组术后 1 周时 E_2 、P 水平高于 A 组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组手术前后性激素水平比较($\bar{x} \pm s$)											
组别	n	E ₂ (pmol/L)					P(nmol/L)				
		术前	术后 1 周		t	P	术前	术后 1 周		t	P
A 组	42	648.98± 37.65	309.87±	30.91	45.115	0.000	24.36± 2.15	11.28± 1.39	33.110	0.000	
B 组	42	645.81± 38.97	374.91±	32.44	34.624	0.000	24.50± 2.22	15.37± 1.52	21.992	0.000	
t		0.379	9.407				0.294	12.869			
P		0.706	0.000				0.770	0.000			

2.3 两组手术前后性功能评分比较 B 组术后 3 个月时的性功能评分高于 A 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组手术前后性功能评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	术前	术后 3 个月	t	P
A 组	42	7.63± 1.08	4.28± 0.74	20.844	0.000
B 组	42	7.70± 0.95	5.52± 0.81	14.167	0.000
t		0.396	9.187		
P		0.693	0.000		

2.4 两组术后并发症发生比较 B 组术后并发症发生率 4.76%低于 A 组的 19.05%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者术后并发症发生比较						
组别	<i>n</i>	切口感染 (例)	切口延迟 愈合(例)	异常出血 (例)	阴道残端 感染(例)	总发生 [例(%)]
A 组	42	3	3	1	1	8(19.05)
B 组	42	1	0	1	0	2(4.76)
<i>t</i>						4.086
<i>P</i>						0.043

3 讨论

近年来随着女性生活、工作压力不断增大,子宫肌瘤等生殖系统疾病发病率不断上升。子宫肌瘤虽然属于良性病变,但仍会严重影响患者正常工作、生活。目前临床尚无治疗子宫肌瘤的有效手段,既往手术切除肌瘤或激素疗法改善患者内分泌治疗均有一定局限性,患者远期复发率较高,而长期、反复发作又会给患者身体、心理带来极大创伤。因此,寻找一种更加有效的治疗子宫肌瘤的方案是十分必要的。

子宫全切术是临床治疗子宫肌瘤最为有效的方案,可有效防止患者疾病反复发作。既往手术多通过开腹进行,开腹手术具有视野良好、操作方便等优点,适应证较广,且术中可根据操作需要延长手术切

口,可有效处理子宫过大、盆腔粘连严重的妇科患者。但开腹手术亦有极为明显的缺点,其对患者创伤较大,术中大量失血会直接影响患者免疫功能和术后康复,患者术后感染、切口延迟愈合等并发症发生率较高^[3]。近年来随着微创医学的快速发展,腹腔镜技术在妇科应用也愈发广泛^[4]。

此次研究对比了腹腔镜下全子宫切除与传统开腹手术子宫切除对患者性功能和内分泌功能的影响,结果显示接受腹腔镜手术的 B 组术中出血量少于 A 组,肛门排气时间、下床活动时间和住院时间均短于 A 组,且 B 组术后并发症发生率较低。这表明腹腔镜手术可有效降低手术创伤,有利于患者术后快速康复。但 B 组手术时间较长,这可能与腹腔镜操作难度较大有关。本研究着重对比了两种手术方式对患者性激素水平和性功能的影响,研究结果显示两组术后 1 周时的 E_2 、P 均低于术前,但 B 组术后 1 周时的水平 E_2 、P 高于 A 组。这表明无论是开腹手术或腹腔镜手术均会给子宫切除患者内分泌带来一定影响,但开腹手术对患者内分泌抑制作用较大,这与李美茹等^[5]的研究结果基本一致。两组手术后性功能较术前均有一定下降,但 B 组仍高于 A 组,这亦进一步证实了腹腔镜手术对患者影响较小,有利于患者术后正常生活的快速恢复。

综上所述,腹腔镜下全子宫切除治疗子宫肌瘤临床疗效优于开腹手术,对患者性功能和内分泌功能影响较小,有利于患者术后快速康复。

参考文献

[1]李莉,严玲玲.妇科良性肿瘤腹腔镜子宫全切术与开腹子宫全切术的疗效对比及对机体免疫功能的影响[J].中国医药导报,2016,13(32):86-89
[2]张慧莉,邱兰,李静文,等.两种不同子宫全切方式对患者妇科内分泌以及性生活质量的影响研究[J].中国性科学,2017,26(5):61-63

[3]夏一丹.不同子宫全切方式对妇科肿瘤患者雌性激素及性生活的影响[J].临床合理用药杂志,2018,11(6):22-23

[4]孙运明,施晓.腹腔镜下子宫全切术与经腹子宫切除术治疗子宫良性疾病患者的临床比较[J].浙江创伤外科,2018,23(5):884-885

[5]李美茹,贾楠,张春霞,等.腹腔镜子宫全切术与开放手术对子宫肌瘤患者性激素及性功能的影响[J].临床医学研究与实践,2018,3(19):44-45

(收稿日期: 2019-05-15)

多次间歇蓝光照射联合地衣芽孢杆菌活菌胶囊治疗新生儿病理性黄疸的疗效分析

孟巧霞

(河南省平顶山市郏县人民医院儿科 郏县 467100)

摘要:目的:观察多次间歇蓝光照射联合地衣芽孢杆菌活菌胶囊治疗新生儿病理性黄疸的临床疗效。方法:采用随机双盲法将 2018 年 1~12 月收治的 94 例病理性黄疸患儿分为 A、B 两组,各 47 例。A 组接受多次间歇蓝光照射治疗,B 组在 A 组治疗基础上加服地衣芽孢杆菌活菌胶囊治疗。记录两组黄疸消退时间及治疗期间平均排便次数;对比两组治疗前后血清总胆红素、结合胆红素、谷丙转氨酶和谷草转氨酶水平;统计两组治疗总有效率和不良反应发生率。结果:B 组黄疸消退时间早于 A 组,平均排便次数多于 A 组($P<0.05$);B 组治疗后血清总胆红素、结合胆红素、谷丙转氨酶和谷草转氨酶水平均低于 A 组($P<0.05$);B 组治疗总有效率 91.49%高于 A 组的 76.60%,差异有统计学意义($P<0.05$);两组均未见明显不良反应发生。结论:多次间歇蓝光照射联合地衣芽孢杆菌活菌胶囊治疗新生儿病理性黄疸临床疗效较好,可加快患儿黄疸消退,且有一定肝脏保护功能。

关键词:病理性黄疸;多次间歇蓝光照射;地衣芽孢杆菌活菌胶囊

中图分类号:R722.17

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.019

新生儿黄疸是一种临床常见的新生儿疾病,是由胆红素代谢异常引发的以巩膜、皮肤、黏膜染黄为主要特征的病症。根据发病原因不同,新生儿黄疸又可分为生理性黄疸和病理性黄疸,其中生理性黄疸患儿症状较轻,持续时间较短,且除轻微食欲不振外并无明显临床表现^[1]。但亦有部分患儿黄疸持续时间长、血清胆红素上升速度快、退黄后反复发作,临床将这种类型黄疸称为病理性黄疸。病理性黄疸如不及时治疗还可引发胆红素脑病,威胁患儿生命安全^[2]。蓝光照射是目前临床治疗新生儿病理性黄疸的常用手段,益生菌制剂用于病理性黄疸辅助治疗的临床效果也受到越来越多临床工作者的关注^[3]。目前关于多次间歇蓝光照射联合地衣芽孢杆菌胶囊治疗新生儿病理性黄疸的报道仍较少。本研究以我院收治的 94 例病理性黄疸患儿为研究对象,探讨多次间歇蓝光照射联合地衣芽孢杆菌胶囊治疗新生儿病理性黄疸的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用随机双盲法将我院 2018 年 1~12 月收治的 94 例病理性黄疸患儿分为 A、B 两组,各 47 例。A 组男 25 例,女 22 例;胎龄 34~42 周,平均(38.74±0.47)周,其中早产儿 12 例;日龄 1~11 d,平均(6.93±1.63) d;体质量 2.68~4.03 kg,平均(3.31±0.37) kg。B 组男 23 例,女 24 例;胎龄 33~42 周,平均(38.58±0.41)周,其中早产儿 10 例;日龄 1~13 d,平均(6.80±1.59) d;体质量 2.55~4.10 kg,

平均(3.29±0.33) kg。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入标准 临床资料完整;符合《儿科学》第 8 版)中关于新生儿病理学黄疸的临床诊断标准;患儿家属知晓研究内容且签署知情同意书。

1.3 排除标准 先天胆道疾病;先天性心脏病;严重溶血性贫血;颅内感染;药物过敏。

1.4 治疗方法 两组患儿入院后给予保暖、暂停母乳喂养、营养支持、平衡水电解质等常规处理。A 组在常规处理基础上给予多次间歇蓝光照射:控制箱内温度 30℃,湿度 60%左右,波长 450 nm,功率 40 W,照射距离 40 cm,注意遮盖眼睛、生殖器等敏感部位,4 h 翻身 1 次,每次维持 8 h,间隔 8 h。B 组在 A 组治疗的基础上加服地衣芽孢杆菌活菌胶囊(国药准字 S20083112)口服,0.25 g/次,溶于温水后送服,3 次/d。两组均治疗 5 d。

1.5 观察指标 记录两组黄疸消退时间及治疗期间平均排便次数;用黄疸仪检测两组治疗前后血清总胆红素(TBIL)和结合胆红素(DBIL)水平;取两组治疗前后空腹静脉血,检测谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)等肝功能指标水平;统计两组治疗总有效率和不良反应发生率。

1.6 疗效判定标准 显效:皮肤染黄等症状基本消失,TBIL 水平恢复正常;有效:临床症状有所改善,TBIL 水平下降≥50%;无效:未达到上述标准或病