

症发生率 9.38%，明显低于对照组的 34.38%，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组术后并发症发生比较

组别	n	尿瘘(例)	尿道狭小(例)	尿道憩室(例)	总发生[例(%)]
观察组	32	2	1	0	3(9.38)
对照组	32	6	3	2	11(34.38)
χ^2					4.480
P					0.034 3

3 讨论

尿道下裂是小儿泌尿系统常见疾病，具有较高的发生率。近年来尿道下裂的发生呈逐渐上升趋势^{〔6〕}。根据阴茎弯曲矫正后新的尿道口位置把尿道下裂分成前型、中间型及后型。前型包含阴茎头型、冠状沟型以及冠状沟下型；中间型包含阴茎远段型，阴茎中段型以及阴茎近段型；后型包含阴茎阴囊型，阴囊型和会阴型三类，后型尿道下裂判定为重度尿道下裂^{〔7-8〕}。尿道下裂主要采取手术治疗，手术矫正主要包含以下几步：将阴茎矫正矫直，重新建立尿道，建立尿道口以及阴茎头，建立阴囊，使用皮瓣将缺损部位皮肤进行覆盖^{〔9〕}。治疗尿道下裂的手术方式多样，所取得的治疗效果有所不同。伴随医疗水平的不断发展，尿道下裂的修复方式也不断创新。尤其是对重度尿道下裂的治疗，临床从未停止过研究的脚步。

重度尿道下裂主要采用分期手术治疗，将阴茎弯的矫正和新尿道的建立分两次完成，将复杂手术分次，可提升临床治疗效果，减少术后并发症发生率。当前临床治疗重度尿道下裂主要采用分期包皮岛状皮瓣术与分期尿道板重建卷管术。若患儿阴茎头过小，采用分期尿道板重建卷管术治疗，患儿的尿道口只能开在冠状沟处，既影响美观，还容易出现尿

痿与伤口撕开等并发症。采用分期包皮岛状皮瓣术治疗，可改善因缺少血液供应而造成移植物坏死现象^{〔10〕}。该术式对弯曲阴茎矫正后，将阴茎正中打开，用背侧皮肤对阴茎形成包绕覆盖，并对创面予以缝合，将导尿管置入岛状皮管用于导尿。观察组手术治疗成功率 93.75%明显高于对照组的 71.88%，并发症发生率 9.38%明显低于对照组的 34.38%，提示采用分期管形包皮岛状皮瓣术治疗重度尿道下裂患儿效果优于采用分期尿道板重建卷管术治疗。综上所述，采用分期管形包皮岛状皮瓣术治疗重度尿道下裂患儿可有效降低术后并发症发生率，临床治疗成功率高。

参考文献

[1]覃道锐,唐耘熯,王学军,等.阴茎头海绵体减容技术在中重度尿道下裂修复手术阴茎头成形中的应用[J].中国修复重建外科杂志,2018,32(11):1454-1457

[2]景登攀,马建琦,王子林,等.保留尿道板横截包皮岛状皮瓣卷管法治疗重型尿道下裂[J].中华男科学杂志,2018,24(9):855-856

[3]林国雄,林海,王玉芸.分期管形包皮岛状皮瓣术治疗重度尿道下裂患儿的临床研究[J].中国地方病防治杂志,2018,33(3):348,350

[4]陈小朋,杨艳芳,李骥,等.分期管形包皮岛状皮瓣术式和分期尿道板重建卷管术式治疗重度尿道下裂的效果对比[J].中国医学工程,2017,25(10):98-100

[5]宋晋秋,叶辉,郝春生,等.改良 Duckett 法加 Duplay 法治疗中 - 重度尿道下裂合并小阴茎畸形临床分析[J].北京医学,2017,39(7):681-683,755

[6]李昌,郭俊斌.重度尿道下裂术后尿道狭窄的尿道扩张治疗[J].生物医学工程与临床,2017,21(1):42-44

[7]张斌,毕允力,陆良生,等.分期 Duplay 术治疗合并阴茎阴囊转位的重度尿道下裂[J].临床小儿外科杂志,2016,15(5):443-446

[8]王捷,廖凤文,梁彪,等.改良包皮岛状皮瓣尿道成形术对小儿重度尿道下裂预后的影响[J].中国妇幼保健,2016,31(19):4074-4076

[9]刘玉刚,刘鹏.一期手术和分期手术治疗重度尿道下裂的预后分析[J].广西医科大学学报,2016,33(4):688-690

[10]安妮妮,吴谋东,占雄.耦合法尿道成形术在中重度阴茎下弯的阴茎体型尿道下裂的应用[J].发育医学电子杂志,2016,4(2):103-105

(收稿日期: 2019-04-03)

复发性流产患者应用宫腔镜及B 超评估宫腔因素的价值研究

陈孟循 马文敏 杨美琼
(广东省佛山市妇幼保健院 佛山 528000)

摘要:目的:探讨宫腔镜及B超对复发性流产患者宫腔因素的评估价值。方法:回顾性分析 2016 年 6 月~2018 年 12 月在广东省佛山市妇幼保健院接受治疗的 162 例复发性流产患者的临床资料,分析不同检查方式对宫腔异常情况的检出结果情况。结果:162 例患者宫腔镜检查显示,正常宫腔占 48.15%,子宫内膜炎占 12.96%,子宫内膜息肉占 8.64%,宫腔粘连占 19.75%,子宫畸形占 3.09%,宫腔偏小占 1.85%,鞍状子宫占 5.56%;以宫腔镜检查结果为“金标准”,B超对于子宫畸形、宫腔偏小的诊断结果与宫腔镜的对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$);B超对于子宫内膜炎、子宫内膜息肉、宫腔粘连、鞍状子宫的检出率低于宫腔镜,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:宫腔镜可对复发性流产患者宫腔因素给予有效评估与处理,但B超检查具有可反复操作、无创伤等优势,易于患者接受,可在一定程度上为复查与治疗提供评估依据,但宫腔镜检查仍为宫腔异常诊断金标准。

关键词:复发性流产;宫腔镜;B超;宫腔因素

中图分类号:R714.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.065

复发性流产为育龄期妇女发病率较高的一种疾病,发生原因尚未完全明确,可能与母体生殖道异常、染色体异常、遗传性血栓倾向、母体内分泌失调、免疫功能异常等因素存在一定关联。复发性流产可

对患者生育功能产生不同程度的影响,严重者可导致不孕,进而对患者身心健康以及生活质量造成严重影响^{〔1-2〕}。宫腔是胚胎种植的重要场所,宫腔异常也是复发性流产发生的重要原因。分析宫腔情况并

采取相应干预措施,可在一定程度上减少复发性流产率。本研究探讨宫腔镜及 B 超对复发性流产患者宫腔因素的评估效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2016 年 6 月~2018 年 12 月在我院接受治疗的 162 例复发性流产患者的临床资料。患者年龄 22~38 岁,平均(30.15± 2.06)岁;流产次数 3~5 次,平均(3.79± 0.51)次;病程 2~7 年,平均(4.68± 0.97)年;月经周期 23~41 d,平均(32.29± 2.96) d; 身体质量指数(BMI)18.9~24.8 kg/m²,平均(21.86± 1.17) kg/m²。

1.2 纳入与排除标准 (1)纳入标准:符合《复发性流产诊治的专家共识》^[1] 中复发性流产相关诊断标准;临床资料以及影像学资料均完整。(2)排除标准:患有先天性心脏病;伴有急性生殖道炎症;存在凝血功能障碍;合并自身免疫性疾病;存在严重器官功能衰竭。

1.3 检查方法 两组均接受宫腔镜及 B 超检查。宫腔镜检查方法如下:于月经结束后 7 d 内接受检查,检查前需完善血常规、阴道分泌物、体温、血压等检查,并排空小便。患者取膀胱截石位,常规铺巾,明确子宫位置,经窥器暴露宫颈,而后对其宫颈、阴道常规消毒,随后给予宫腔镜检查。置入宫腔镜,打开光源,以生理盐水为膨宫液,调整参数,流速为 120 ml/min,膨宫压力 90~150 mm Hg,患者宫腔充盈后,可转动镜体进行观察。首先需观察患者宫颈全貌,而后对宫腔前壁、宫底、宫腔后壁、输卵管开口、双侧宫角等进行全面检查,检查完成后,退镜,在退镜过程中对患者宫颈管以及宫颈内口进行仔细检查,详细记录宫颈异常情况,如异常部位,大小、形态等,必要情况下可定位活检。检查过程中对于存在轻、中度粘连者,可通过微型牙钳给予分离;对于存在子宫息肉者,给予摘除或诊刮;存在严重宫腔病变者需通过会诊后手术治疗。检查完成 14 d 内,嘱患者禁止坐浴、性生活,可常规服用抗生素。B 超检查方法如下:于月经干净后 7 d 内,进行 B 超检查,对其盆腔、双附件以及子宫给予常规扫查,重点查看宫腔与子宫情况,测量并记录子宫及内膜厚度,详细描述附件区异常情况以及双侧卵巢大小。

1.4 评价指标 分析宫腔镜检查与 B 超检查对宫腔异常情况的检出结果,包括子宫内膜炎、子宫内膜息肉、宫腔粘连、子宫畸形、宫腔偏小、鞍状子宫。

1.5 统计学方法 采用 SPSS24.0 统计学软件进行数据处理。计数资料用%表示,采用 χ^2 检验。以 $P<$

0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 宫腔情况分析 宫腔镜检查显示,162 例患者正常宫腔 78 例 (48.15%), 子宫内膜炎 21 例 (12.96%), 子宫内膜息肉 14 例 (8.64%), 宫腔粘连 32 例 (19.75%), 子宫畸形 5 例 (3.09%), 宫腔偏小 3 例 (1.85%), 鞍状子宫 9 例 (5.56%)。

2.2 B 超诊断符合情况 以宫腔镜检查结果为“金标准”,B 超对子宫畸形、宫腔偏小的诊断结果与宫腔镜的对比,差异无统计学意义 ($P>0.05$);B 超对子宫内膜炎、子宫内膜息肉、宫腔粘连、鞍状子宫的检出率低于宫腔镜,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 B 超诊断与宫腔镜诊断符合情况分析

宫腔镜诊断 宫腔异常	n	B 超诊断与宫腔镜诊断比较				
		诊断 一致(例)	诊断 不一致(例)	诊断 符合率(%)	χ^2	P
子宫内膜炎	21	0	21	0.00	38.095	0.000
子宫内膜息肉	14	9	5	64.29	3.896	0.048
宫腔粘连	32	19	13	59.38	16.374	0.000
子宫畸形	5	3	2	60.00	0.625	0.429
宫腔偏小	3	0	3	0.00	2.667	0.102
鞍状子宫	9	4	5	44.44	4.431	0.035

3 讨论

复发性流产为发病率较高的一种妇产科疾病,受生活习惯、工作压力、饮食结构等多种因素的影响,发病率呈现明显上升趋势,会对患者生育功能、生活质量以及心理健康产生严重影响^[4]。因此,对复发性流产患者采取有效诊断方式并积极给予相应治疗显得尤为重要。

宫腔病变虽不是导致复发性流产的绝对病因,但可对女性生育功能产生明显负面影响,即使选用辅助生殖技术受孕,部分宫腔病变仍为继续妊娠以及临床妊娠的影响因素^[5]。究其原因,宫腔属于机体胚胎种植的重要场所,在胚胎种植过程中发挥着重要作用。获得性疾病与先天性畸形等均可对宫腔正常环境产生不同程度的影响,进而对胚胎着床造成干扰^[6]。宫腔粘连、子宫畸形、子宫内膜息肉等相关宫腔病变均可对宫腔形态产生严重影响,导致宫腔异常,致使女性子宫内膜容受性降低,这将干扰胚胎着床,进而导致不孕或流产。本次研究 162 例复发性流产患者中, 宫腔异常率高达 51.85%(84/162),其中子宫内膜炎占 12.96%, 子宫内膜息肉占 8.64%, 宫腔粘连占 19.75%, 子宫畸形占 3.09%, 宫腔偏小占 1.85%, 鞍状子宫占 5.56%。

在临床常见的检查方式中, 阴道超声检查具有扫描范围广、无创、操作简便、价格低廉等优势,现已

成为临床诊断复发性流产、不孕等疾病的常用手段，但其对人体宫腔微小病变的检出率并不理想^[7]。宫腔镜检查为临床诊断宫腔病变的“金标准”，具有直径较小等优势，插入部位柔软，检查过程中无需进行麻醉，可做大转角，有利于患者接受^[8]。宫腔镜可有效、准确、直观、清晰显示患者宫腔状态，随着宫腔镜技术不断发展，宫腔镜检查已被广泛应用于临床^[9-10]。本次研究结果显示，两种诊断方式诊断子宫畸形、宫腔偏小的结果比较无显著性差异，这可能与研究样本较少有关。B 超对子宫内膜炎、子宫内膜息肉、宫腔粘连、鞍状子宫的诊断符合率较低。虽然 B 超检查的诊断符合率较低，仅可分辨较重内膜病变，但超声检查具有无创性，仍具有一定参考价值，在临床实际操作过程中，患者可依据实际情况，在接受宫腔镜检查前接受 B 超检查。宫腔镜检查仍为宫腔异常诊断的“金标准”，宫腔镜在检查的同时，可对宫腔异常情况给予有效处理，包括分离宫腔粘连、切除子宫内膜息肉、切开子宫综合治疗等。

综上所述，宫腔镜可对复发性流产患者宫腔因素给予有效评估与处理，但 B 超检查具有可反复操作、无创伤等优势，易于患者接受，可在一定程度上

为复查与治疗提供评估依据，但宫腔镜检查仍为宫腔异常诊断的“金标准”。

参考文献

[1]张丽梅,杨燕宁,张瑞晓,等.自然流产两次与三次及以上的早期复发性流产患者病因构成的比较[J].中华妇产科杂志,2018,53(12): 855-859

[2]王雪霞,张合民.75 例高龄孕妇早期复发性流产原因回顾性分析[J].现代诊断与治疗,2017,28(12):2235-2236

[3]中华医学会妇产科学分会产科学组.复发性流产诊治的专家共识[J].中华妇产科杂志,2016,51(1):3-9

[4]陈灿明,任卫娟,王奕芳,等.复发性流产血栓前状态病因学及治疗研究进展[J].国际生殖健康 / 计划生育杂志,2018,37(2):150-153

[5]常姣娥,郭靖,张芳.动态监测血 β -hCG、孕酮及 B 超在早孕先兆流产中的应用价值[J].中国妇幼健康研究,2018,29(6):813-816

[6]俞鸣,窦晓青.腹部 B 超联合宫颈环扎在复发性晚期流产防治中的应用价值分析[J].中国性科学,2017,26(3):102-104

[7]楼公先,张文瑾.血清孕酮检测联合子宫 B 超检查预测早期先兆流产预后的价值[J].中国妇幼保健,2017,32(21):5269-5271

[8]安晓霞,刘晨.宫腔镜检查对不孕症与复发性流产患者宫腔病变性质的诊断价值分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2018,21(6):625-629

[9]周创业,何伟豪,陶容妹.中西医结合治疗复发性流产的疗效分析[J].实用中西医结合临床,2014,14(11):48-49

[10]李永丽,宋梦玲,李彩艳,等.281 例复发性流产患者应用宫腔镜及 B 超评估宫腔因素的价值及预后分析[J].中国妇幼保健,2017,32(24):6231-6233

(收稿日期: 2019-06-17)

NSE、EEG、MRI 对病毒性脑炎合并惊厥患儿预后的评估价值

王明明

(新乡医学院第三附属医院脑电图室 河南新乡 453000)

摘要:目的:探讨神经元特异性烯醇化酶、脑电图、磁共振成像对病毒性脑炎合并惊厥患儿预后情况的评估价值。方法:回顾性分析 2015 年 10 月~2018 年 11 月收治的 60 例病毒性脑炎合并惊厥患儿的临床资料,根据预后情况分为预后较差组(28 例)和预后良好组(32 例)。所有患儿均接受神经元特异性烯醇化酶(血清与脑脊液)、脑电图以及磁共振成像检查,比较两组神经元特异性烯醇化酶、脑电图以及磁共振成像检查结果。结果:预后较差组血清神经元特异性烯醇化酶水平、脑脊液神经元特异性烯醇化酶水平均高于预后良好组, $P<0.05$,差异具有统计学意义;预后较差组脑电图异常率、磁共振成像异常率均高于预后良好组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。结论:神经元特异性烯醇化酶、脑电图、磁共振成像均可作为预后判定的客观指标,在预后判定中具有一定的价值。

关键词:病毒性脑炎;惊厥;神经元特异性烯醇化酶;脑电图;磁共振成像

中图分类号:R729

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.066

病毒性脑炎为儿科发病率较高的中枢神经系统感染性疾病,肠道病毒感染、疱疹病毒感染以及呼吸道病毒感染为其主要病因^[1]。惊厥状态的持续存在可对病毒性脑炎患儿造成不可逆脑损伤,严重者甚至可导致死亡,对患儿生存质量与正常成长发育造成严重影响^[2]。因此,探求有效检测或诊断方式,明确患儿预后,并及时制定、采取治疗方案尤为重要。基于此,本研究旨在进一步探讨神经元特异性烯醇化酶 (Neuron-Specific Enolase, NSE)、脑电图

(Electroencephalogram, EEG) 及磁共振成像 (Magnetic Resonance Imaging, MRI) 对病毒性脑炎合并惊厥患儿预后情况的临床评估价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2015 年 10 月~2018 年 11 月收治的 60 例病毒性脑炎合并惊厥患儿的临床资料,根据预后情况分为预后较差组(28 例)和预后良好组(32 例)。预后较差组男 16 例,女 12 例;年