

[文章编号] 1000-2200(2005)01-0062-02

输卵管结扎 3 142 例分析

朱 清

[关键词] 绝育, 输卵管; 复孕; 并发症

[中国图书资料分类法分类号] R 713.54 [文献标识码] B

输卵管结扎手术是我国育龄妇女主要采用的长效节育措施之一,具有操作简单、易掌握、安全、长效等优点,但操作过程须细致熟练,严格无菌,做到稳、准、轻、巧,任何一个环节的疏忽,将导致并发症,给受术者带来不必要的痛苦^[1]。操作或处理不当就会导致复孕与结扎失败。2003年1~12月,我站行输卵管结扎术3 142例,现就术后复孕及并发症作一分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组年龄21~24岁158例(有剖宫产史12例);24~29岁2 130例(有剖宫产史98例);29~45岁854例(有剖宫产史42例)。腹腔粘连或双侧附件粘连13例,占总数0.41%(均有剖宫产史),单侧附件粘连46例,占总数1.46%(42例有剖宫产史),由施术医生填写术前检查和手术记录表,各乡镇技术人员利用健康检查和妇科病普查时机,对手术对象进行随访,认真填写随访调查表,上报至本站后由专人收集、整理、统计和保管。

1.2 方法 0.5%~1%利多卡因局部浸润麻醉,耻骨联合上2横指处行2~3 cm手术切口,有剖宫产史或其它腹部手术史的在耻骨联合上2横指行原手术瘢痕切除后逐层切开,严密止血,用小直角拉钩拉开前鞘及腹直肌,交替提起腹膜,严防误伤膀胱、肠管及大网膜,切开腹膜并用4把血管钳四周钳夹拉开切口,寻找输卵管。全部用吊钩法提取输卵管,选择输卵管峡部无血管处结扎。常用结扎法为近端抽芯包埋法和双折压挫结扎法。术毕青霉素80万u肌肉注射,每天2次,连用5天,有腹部手术史者术前两天加用止血药物。

1.3 统计学方法 采用四格表确切概率法。

2 结果

3 142例手术后总复孕率为0.25%,其中有剖宫产史组复孕率为3.95%,明显高于无剖宫产史组的0.07%($P=0.000$);发生各种并发症22例,其中有剖宫产史组13例,包括膀胱损伤、肠管损伤、腹壁血肿和切口感染等,有剖宫产史组并发症均高于无剖宫产史组($P=0.048\sim P=0.000$)(见表1)。

本组中切口感染10例,3例形成窦道,多发生在术后10天到3个月,有1例切口反复发作,长达1年多时间。6例切口感染者给予清创,换药治疗后1个月内痊愈。3例形成窦道,均施行第二次手术,注入美蓝试剂后给予一次性搔刮、切除,术中检出缝合腹膜和腹直肌前鞘的线头,术后痊愈。5例腹壁血肿均在术后6~10天出现,腹壁切口包块压痛明显,给予活血化瘀抗感染治疗痊愈。有1例血肿较大,经过手术

(在血肿低位切口)清除出大量紫黑色瘀血块,数次换药抗感染化瘀1个月内痊愈。

表1 两组育龄妇女输卵管结扎术后复孕和并发症比较(n)

分组	n	复孕数(%)	并发症				
			膀胱损伤	肠管损伤	腹壁血肿	切口感染	附件囊肿
有剖宫产史组	152	6(3.95)	2	1	3	6	1
无剖宫产史组	2 990	2(0.07)	1	0	2	4	1
合计	3 142	8(0.025)	3	1	5	10	2
P	—	0.000	0.007	0.048	0.001	0.000	0.014

3 讨论

3.1 出现复孕和手术失败及并发症的主要原因 由于剖宫产及下腹部手术所致广泛盆腔粘连,手术中一侧或双侧输卵管难以吊取;施术者术前没有使子宫处于前倾位置,子宫后仰导致输卵管位置较深,在吊取一侧输卵管时导致子宫旋转,另一侧转向后腹壁方向,难以吊取;年轻医生经验较少,多次吊取失败后,认为一侧输卵管缺如而放弃,只结扎一侧输卵管,导致复孕。术中由于操作不慎,缝扎时误穿破输卵管形成再生孔,亦有可能导致复孕。过分追求小切口,术中显露不良,在切开和吊取输卵管过程中,导致肠管、系膜、卵巢损伤而未被发现形成并发症。

3.2 减少输卵管结扎术并发症的对策与体会 剖宫产术后结扎特别是在第二次剖宫产时,笔者认为如果没有特殊情况(指产妇或婴儿当时危险情况),应尽可能剖宫产同时行输卵管结扎术,以免给以后绝育术带来困难。本组152例有剖宫产史中13例有腹腔粘连或双侧附件粘连,42例单侧附件粘连,这些将给以后的计划生育工作带来不必要的麻烦。8例复孕中6例有剖宫产史。同时由于瘢痕粘连,造成术时出血增多,如止血不彻底造成术后腹壁血肿,给术者带来不应有的痛苦。严格术前检查,掌握手术时机、适用证和禁忌证。绝育术前要做必要的检查,排除手术禁忌证,本组中形成附件囊肿2例,盆腔粘连1例,均系术前检查不严格,输卵管或盆腔有炎症充血时施行手术造成^[2]。此时应暂缓手术,经过抗感染治疗后再实施手术。绝育术后要给予一定量的抗生素,有利于增强机体的防御能力,手术时止血一定要彻底,以免引起血肿。

选择正确术式减低复孕率和并发症。本组中膀胱损伤3例,肠管损伤1例,皆是由于未恰当选择手术切口位置,没有正确辨别膀胱和腹膜,在夹取和切开时误伤膀胱和肠管。切口一定要在耻骨联合上缘2横指处,子宫较大者切口选在子宫底下2横指处。膀胱较厚,有平滑肌,血管丰富。而腹膜

[收稿日期] 2004-07-09

[作者单位] 安徽省泗县计划生育服务站, 234300

[作者简介] 朱清(1971—),女,安徽泗县人,主治医师。

较薄,无肌肉,有脂肪附着,血管少,切开时应正确辨认。夹取腹膜时应把血管钳更换数次,使肠管或腹腔内其它组织滑下去。

提高手术技巧是预防并发症和降低失败率的有效措施,输卵管结扎术虽是小手术,但技术条件要求很高,因为我们面对的是健康人群。术者要熟悉妇科解剖部位与周围器官的毗邻关系,正确辨认输卵管与子宫圆韧带,以免误扎。结扎输卵管时要见到伞端,结扎部位选择峡中段,该处壁厚腔宽,易于阻断^[3]。要善于处理术中异常情况,输卵管有炎症时,因管壁充血增粗,组织脆弱,提管时要特别轻,少钳夹,以

减少损伤和出血,结扎线松紧要适度,在输卵管近端结扎包裹时,注意手术针线不要穿透输卵管,以避免再生管生成,减少术后复孕率。

[参 考 文 献]

- [1] 曹美,李新节,韦凤琴,等. 12 856 例输卵管结扎术临床总结[J]. 中国计划生育学杂志, 2004, 12(6): 376~377.
- [2] 马秋艳,杨少琴,田清玉,等. 绝育术后输卵管妊娠病因及预防措施探讨[J]. 中国计划生育学杂志, 2003, 11(2): 117~118.
- [3] 陆萍姣. 绝育术后输卵管妊娠 98 例分析[J]. 实用妇产科杂志, 1997, 8(1): 37.

[文章编号] 1000-2200(2005)01-0063-01

。临床医学。

肝源性低血糖的临床观察

朱丽君

[关键词] 血糖过少; 肝炎, 病毒性, 人

[中国图书资料分类法分类号] R 587. 3; R 512. 6 [文献标识码] B

肝脏是机体的一个重要器官,其主要功能之一是维持血糖恒定,当肝脏出现轻度损害时,由于肝脏的代偿能力较强,血糖不会发生明显改变。当肝脏出现严重病变或慢性病变时,由于正常肝细胞的大量破坏,肝功能损害严重,就可能引起糖代谢紊乱^[1],可以是肝源性低血糖,也可以是糖耐量异常,甚至引起肝源性糖尿病。本文就肝源性低血糖作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组收集 2001~2003 年住院治疗病毒性肝炎 96 例,其中慢性肝炎(轻度) 19 例,肝炎肝硬化 39 例,慢性重型肝炎 23 例,急性(亚急性)重型肝炎 15 例,诊断符合 2000 年 9 月西安第十次全国传染病寄生虫病学学术会议讨论修订的病毒性肝炎诊断标准。男 78 例,女 18 例,年龄 21~69 岁。

1.2 实验室检查 空腹血糖和肝功能检查均使用美国贝克公司生产的全自动生化分析仪(LX20 型),所用试剂系美国贝克系原装试剂。肝功能检测项目包括:总胆红素(TBIL,正常参考值 $< 17.1 \mu\text{mol/L}$),丙氨酸氨基转移酶(ALT,正常参考值 $< 50 \text{ u/L}$),谷草转氨酶(AST,正常参考值 $< 40 \text{ u/L}$),空腹血糖 $3.9 \sim 6.1 \text{ mmol/L}$ 。

1.3 肝源性低血糖的诊断标准 (1)有不同程度的肝脏病变;(2)空腹血糖值 $2.40 \sim 3.20 \text{ mmol/L}$ 为轻度低血糖, $< 2.40 \text{ mmol/L}$ 为严重低血糖。

1.4 统计学方法 采用方差分析和 q 检验及 χ^2 检验。

2 结果

96 例病毒性肝炎患者,入院后均进行肝功能检查,均有不同程度的肝功能损害。均给予积极的保肝治疗,肝功能有的逐渐好转,有的迅速恶化,同时检测空腹血糖值,提示有低血糖者约占 50%(48/96);有的为一过性低血糖,随着肝功能的改善,血糖值逐渐恢复至正常;有的为持续性低血糖,不可

逆转。各种病毒性肝炎所致的低血糖发生率各有不同,病情愈严重,发生率愈高($P < 0.05$),血糖降低的变化愈明显($P < 0.05 \sim P < 0.01$) (见表 1)。

表 1 各种病毒性肝病低血糖的发生情况和空腹血糖测定比较

病种	<i>n</i>	低血糖 例数	发生率 (%)	空腹血糖 ($\bar{x} \pm s$; mmol/L)
慢性肝炎(轻度)	19	3	15.8	3.10 ± 0.16
肝炎肝硬化	39	18	46.2	$2.73 \pm 0.21^*$
慢性重型肝炎	23	17	73.9	$1.51 \pm 0.18^{**}$
急性(亚急性)重型肝炎	15	10	66.7	$1.90 \pm 0.23^{**}$
<i>F</i>	—	16.05 Δ	—	445.79
<i>P</i>	—	< 0.005	—	< 0.01
<i>MS</i> 组内	—	—	—	0.039

q 检验:与慢性肝炎(轻度组)比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$;
 Δ 示 χ^2 值

3 讨论

由于肝脏的代谢能力较强,以及肾脏有一定的糖原异生能力,在轻度肝损害时,可以不出现血糖的改变,但在慢性严重肝病或急性(亚急性)重型肝炎时,常常并发低血糖^[2]。低血糖可以出现在重型肝炎的早期,是重型肝炎肝功能衰竭的表现之一^[3]。低血糖状态时,脑细胞对氨中毒更为敏感,可以促使或者加重肝昏迷,也有急性重型肝炎患者因空腹低血糖而陷入昏迷,有学者称为“假性肝昏迷”,经及时补充葡萄糖后可以迅速好转。

[参 考 文 献]

- [1] 李美玉,李智成. 慢性病毒性肝炎、肝硬化患者血糖代谢紊乱的因素探讨[J]. 中国全科医学, 2002, 5(7): 534~535.
- [2] 盛雄,谢新生,黄建中. 重型肝炎并发低血糖 48 例临床分析[J]. 现代实用医学, 2003, 15(7): 450~451.
- [3] 盛雄,谢新生,黄建中. 38 例重症肝炎并发低血糖临床分析[J]. 实用临床医学, 2002, 3(5): 73.

[收稿日期] 2004-03-24

[作者单位] 江苏省江都市人民医院 感染科, 225200

[作者简介] 朱丽君(1968—),女,江苏江都人,主治医师。