

分泌物增多呈黄色或淡红色、痂皮形成,其后由于痂皮脱落,出现创面渗血但多数出血不多,1例渗血较多者再次用球形电极止血,明胶海绵、纱布填塞压迫止血。一般术后4~8周子宫颈可完全修复,外观光滑。其中1例宫颈原位癌(无生育要求)改行扩大全子宫切除。激光组术后阴道排液时间长、渗血多,其中2例因痂皮脱落后大量出血住院治疗。术后6~10周宫颈可完全修复,其中5例复发改为LEEP刀治疗。LEEP刀组术后阴道排液时间、术后出血量、术后宫颈修复时间和术后复发均少于激光治疗组($P < 0.05 \sim P < 0.001$) (见表1)。

表1 两组术后一般情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	术后阴道排液 时间(天)	术后出血 (ml)	宫颈修复 时间(天)	术后 复发
LEEP刀组	33	15±5	1.0±0.5	14±1	0
激光组	30	28±4	5.0±0.3	28±1	5
t	—	11.32	38.02	55.50	3.91*
P	—	<0.001	<0.001	<0.001	<0.05

*示 χ^2 值

3 讨论

3.1 LEEP刀的手术指征 文献提出 LEEP刀的手术指征包括在细胞学和阴道镜下: (1)子宫颈中、重度不典型增生; (2)多次复发的子宫颈息肉; (3)HPV感染随访不方便; (4)因分娩子宫颈裂伤严重; (5)子宫颈增生; (6)子宫颈纳氏囊肿; (7)子宫颈原位癌、早期浸润癌(有生育要求)。

3.2 LEEP刀手术范围 关于 LEEP刀手术范围,根据文献^[1]报道病变 ≥ 25 mm应锥切,锥切的范围应超过正常组织1 mm。激光治疗的经验发现深度影响治愈率,累及子宫颈腺体的平均深为1.24 mm,最深为5.22 mm。激光治疗深度自3 mm增加到5 mm,病变治愈率也由68%提高到87%^[2]。而我院 LEEP刀治疗深度7 mm,子宫颈管深达15 mm,破坏宫颈管内病变^[3]的改良术提高了治愈率。

3.3 LEEP刀手术优点 物理治疗中的冷冻疗法、激光疗法、微波疗法与 LEEP刀疗法比较结果显示: LEEP刀疗法不仅治疗彻底,而且治疗方便,尤其是在宫颈癌的早期发现与治疗方面有较大的临床价值。宫颈糜烂、子宫颈息肉、HPV感染、纳氏囊肿、子宫颈肥大、子宫颈管内疾病是妇科的常见病。近年来,宫颈癌的发病率呈上升趋势,是危害我国妇女健康与生命的主要疾病。有资料分析:宫颈糜烂的妇女宫颈癌的发生率为0.73%,显著高于无宫颈糜烂的发生率0.1%,同时 HPV感染宫颈癌的发生率为10%,宫颈癌的女性 HPV的感染率为90%^[4]。早期诊断早期治疗可有效预防子宫颈癌。笔者认为,LEEP刀手术不但可以治疗宫颈疾病,而且对宫颈疾病的确诊,尤其是宫颈癌的早期诊断具有临床使用价值。而激光治疗局限,对于早期宫颈癌易漏诊,此点 LEEP刀明显优于激光治疗,同时,LEEP刀手术具有: (1)操作简单,容易掌握,手术时间短,花费少,不需要住院治疗,阴道排液量明显减少。 (2)可以达到非常精细的手术效果。 (3)不会产生组织拉扯、炭化现象,对周围组织损伤少,疼痛感小,并发症少,无瘢痕修复宫颈。 (4)出血少,能保证生育功能的完整性。 (5)宫颈修复时间短,复发率低,术后4~8周宫颈外形恢复自然状态,光滑。 (6)无炭的组织标本,不影响病理结果的判断。

[参 考 文 献]

[1] Anderson MC, Hartley RB. Cervical crypt involvement by intraepithelial neoplasia. J. Obstet Gynecol 1980; 55: 546-550

[2] Burke L. The use of the carbon dioxide laser in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. J. Colposcopy Gynecol Laser Surg 1986; 2: 77

[3] Chanen W, Rome RM. Electrocoagulation diathermy for cervical dysplasia and carcinoma in situ: A 15-year survey. J. Obstet Gynecol 1983; 64: 673-679

[4] 乐杰. 宫颈癌[M]. 见: 乐杰, 谢幸, 丰有吉主编. 妇产科学[M]. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 288.

[文章编号] 1000-2200(2007)02-0204-02

。 临床医学。

宫腔镜电切术治疗慢性宫颈炎的临床观察

唐桂娥, 桑学梅, 陈子云

[关键词] 宫颈炎; 宫腔镜术

[中国图书资料分类法分类号] R 711.32

[文献标识码] B

慢性宫颈炎是妇科的常见病,病理表现为宫颈糜烂、宫颈肥大、宫颈腺囊肿、宫颈息肉等。我院采用宫腔镜下宫颈环状楔形切除术(TCRC),取得良好效果。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2004年1~12月,我科门诊及病房经检查确诊为慢性宫颈炎患者108例,年龄23~53岁,无生育要

求,均有妊娠分娩史。盆腔检查正常,术前经宫颈刮片细胞学及阴道镜检查,排除恶性病变,白带常规排除霉菌、滴虫感染。重度糜烂伴肥大80例,宫颈肥大伴有多枚宫颈腺囊肿(3枚以上)15例,宫颈肥大伴息肉13例。其中有18例在半年~1年前至少接受1次微波、激光、红外线等方法治疗未愈,有10例接受上述2次或以上治疗未愈。

1.2 手术指征 (1)重度宫颈糜烂; (2)宫颈肥大伴多发宫颈腺囊肿; (3)宫颈肥大伴息肉。

1.3 手术方法 宫腔镜设备:采用德国WOLF宫腔镜检查及治疗镜,外鞘直径分别为5 mm、9 mm;膨宫液为5%葡萄

[收稿日期] 2005-09-15

[作者单位] 皖北矿务局总医院 妇产科,安徽 宿州 234000

[作者简介] 唐桂娥(1962-),女,副主任医师。

糖注射液, 设置电切功率为 60~100 W, 电凝功率为 40~70 W。手术选择在月经净后 3~7天。取膀胱截石位, 常规消毒铺巾, 暴露宫颈, 碘附消毒阴道、宫颈、宫颈管, 以 0.5%利多卡因局部宫颈管浸润麻醉, 宫颈管较紧者行宫颈扩张术。电切前宫颈涂 Logol 液, 以清楚显示病灶边界。然后置镜于宫颈管内, 并仔细观察宫颈管内病变, 如息肉大小、数目、粗细等, 以确定切除方式及范围。对宫颈糜烂、肥大者, 以宫颈外口为中心, 以 Logol 液显示的病灶边缘外侧 2~5 mm 为界, 由内向外行锥形切除, 切除深度在 15~18 mm。对单纯宫颈肥大, 或合并宫颈腺囊肿者, 切除范围为保留宫颈周边厚度在 5~8 mm 尽量切除宫颈腺囊肿, 术后切面均呈小锥形, 对创面出血点用电凝止血, 并熨创面至平整。切除组织全部送病检。术后应用抗生素预防感染, 禁止性生活、盆浴 2个月。术后无异常情况者, 1、2、6个月各复查 1次, 以观察结痂、脱痂情况及阴道分泌物的色、量、气味和宫颈恢复情况。

1.4 疗效判断 治愈: 宫颈糜烂面消失, 表面光滑, 大小正常, 临床症状消失。有效: 宫颈糜烂面未完全消失, 糜烂面改善, 宫颈肥大减轻。无效: 宫颈糜烂较前无变化, 宫颈肥大未改善^[1]。

2 结果

108例均一次顺利完成手术, 失血量 5~50 ml, 手术时间 5~15 min, 术中有一部分患者有轻微疼痛感或灼热感, 均在能忍受的范围内, 未行特殊处理。其中, 有 2例宫颈腺囊肿较大者, 切除时出血约 50 ml。108例在术后 2~20天均有阴道排液或血性分泌物, 一般少于月经量, 有 6例脱痂时出血量超过月经量, 创面填塞止血海绵和纱布压迫后好转。有 40例术后 1周内出现下腹坠胀不适感, 未行特殊处理自然缓解。

108例均定期随访, 术后 1个月宫颈上皮覆盖率达 80%~90%, 术后 2个月, 宫颈上皮覆盖率达 100%。宫颈光滑, 形态正常, 其中有 1例宫颈息肉切除后 2个月复发行二次手术电切, 后又随访半年未再复发。有 1例 53岁患者出现宫颈粘连, 行宫颈扩张及抗感染治疗好转, 随访半年正常。本组治愈率为 100%, 术后随访半年均无复发。

3 讨论

宫腔镜电切术是近几年来迅速发展的微创手术之一, 宫腔镜电切宫颈病变组织是在直视下进行的, 能够准确清楚的切除病变组织, 对病变范围大, 或增生明显者可反复多次切除, 手术视野清楚, 目的性强, 能够准确保留正常宫颈组织,

以利术后恢复为正常形态的宫颈。慢性宫颈炎由于宫颈内膜的柱状上皮薄, 抵抗力弱, 皱襞多, 传统抗感染治疗或物理疗法效果不理想^[2], 禁用激光、微波等物理方法治疗。对重度糜烂者, 往往不易一次治愈, 且对宫颈肥大治疗无效。而宫腔镜电切术克服了上述缺点, 切除病变宫颈的范围、深度容易把握, 加上膨宫液冲洗, 降温, 视野清晰, 操作安全简便, 且切下组织不影响病理诊断。

宫腔镜手术并发症与其特殊的手术环境、手术类型和施术者的手术经验密切相关^[3]。宫腔镜宫颈电切术后常见并发症为出血、感染、宫颈粘连或狭窄。(1)出血: 如在术中发生可用电凝确切止血, 且最好用环状电极或针状电凝, 而不要完全烧灼整个创面, 以免日后脱痂时大出血或宫颈狭窄粘连。本组 2例术中出血相对较多, 但均能电凝止血。6例术后脱痂时出血量多于月经量, 经止血海绵纱布填塞压迫后好转, 其余均满意止血。术后阴道血性分泌物一般持续 2~20天。一般术中电凝范围越小, 血性分泌物持续时间越短。如果术中无出血, 术后一般只有极少量分泌物。(2)感染: 术前排除和治疗阴道炎, 术后预防应用抗生素是预防术后感染的关键。本组 108例无感染发生。(3)宫颈狭窄: 子宫颈管狭窄与患者年龄 (>45岁) 和锥切深度 (>18 mm) 及术后感染有关^[4]。故术中操作仔细轻柔, 掌握手术范围和深度 (最好在宫颈内外口之间), 术后应用抗生素, 是预防宫颈狭窄的有效措施。

宫腔镜电切术是治疗慢性宫颈炎的有效方法, 具有创伤小、疗效好、恢复快、不损伤宫颈机能等优点^[5], 是一项值得推广的手术。

[参 考 文 献]

- [1] 傅杰科, 钟玲, 况明英. 宫腔镜电切宫颈治疗慢性宫颈炎的临床研究[J]. 实用妇产科杂志, 2001, 17(4): 211-212.
- [2] 范秀华, 陈素琴, 杨素娟, 等. 宫腔镜在宫颈管炎诊断和治疗中的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21(1): 64.
- [3] Jansen JW, Vredevoogd CB, van Uijen K, et al. Complications of hysteroscopy: A prospective multicenter study[J]. Obstet Gynecol, 2000, 96(2): 266-270.
- [4] 段华, 夏恩兰, 张玫, 等. 宫腔镜手术并发症 36例临床分析[J]. 中华妇产科杂志, 2005, 40(7): 435-437.
- [5] 席秀荣, 郭华锋. 宫腔镜电切术在宫颈良性病变中的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2003, 19(6): 380.

[文章编号] 1000-2200(2007)02-0205-02

。临床医学。

Madigan前列腺切除术 32例临床分析

王学艺

[关键词] 前列腺增生; Madigan前列腺切除术

[中国图书资料分类号] R 697.3 [文献标识码] B

[收稿日期] 2006-04-27

[作者单位] 安徽省界首市人民医院 泌尿外科, 236500

[作者简介] 王学艺 (1968-), 男, 副主任医师。

目前 Madigan前列腺切除术国内已有大量报道。其主要有完整保留尿道、不损伤括约肌、符合生理及解剖、对性功能影响小、术中术后出血少、恢复快及并发症少等优点。2004年 8月~2006年 2月, 我院采用 Madigan前列腺切除术