

诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统 治疗心脏病术后异常子宫出血效果分析

朱明慧

[摘要] 目的:观察诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统治疗心脏病术后异常子宫出血的临床效果。方法:随机选择心脏病术后异常子宫出血 60 例,实施诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统治疗,观察术后并发症发生率、手术情况、住院时间、术后临床治疗有效率、闭经率等指标。结果:手术时间(15.42 ± 5.61) min,射频工作时间(82.43 ± 0.65) s,住院时间(41.34 ± 3.52) h,术后并发症发生率 8.33%。治疗后闭经率 76.67%,有效率 100.00%。治疗后月经、贫血情况与治疗前差异均有统计学意义($P < 0.05 \sim P < 0.01$),心功能分级与治疗前差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:心脏病术后异常子宫出血实施诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统治疗不会影响病人心脏功能,并可有效控制异常出血,改善贫血,整体治疗效果显著,安全性较高,并发症少,值得临床推广应用。

[关键词] 子宫内膜切除;诺舒阻抗;子宫出血

[中图分类号] R 713.42 **[文献标志码]** A **DOI:** 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2018.08.022

异常子宫出血是较为常见的疾病,主要是非月经期子宫出血,或者出血量超过正常月经量^[1],发生率较高,随着年龄的增长,发病率也在不断增加^[2]。心脏手术病人术后异常子宫出血会造成病人贫血、心脏负荷加重、心功能恶化等,药物治疗会增加病人血栓发生的概率,手术治疗则有较高的手术风险^[3]。随着医学技术的发展和进步,微创技术在临床上得到应用,诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统治疗,安全性高,不影响病人的卵巢功能,术后并发症少^[4-5]。本文就诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统治疗心脏病术后异常子宫出血的临床效果作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选择 2013 年 2 月至 2015 年 2 月我院收治的心脏病术后异常子宫出血 60 例,年龄 34 ~ 60 岁,病程 10 d 至 7 年。心功能 I 级 25 例, II 级 23 例, III 级 12 例。轻度贫血 11 例,中度 22 例,重度 16 例,正常 11 例。所有病人对本次研究均知情,且自愿参与。

1.2 方法 手术前一晚将 200 g 米索前列醇片置于阴道。病人保持膀胱截石位,实施麻醉,外阴消毒铺巾,探查宫腔、宫颈,确定并了解病人的宫腔形态、大小、内膜厚度等,将一次性双极消融器置入宫腔中,缓慢打开,确认消融器与宫腔贴合。完成宫腔评估测

试后实施子宫内膜切除手术,组织阻抗达到 50 Ω 自动终止手术,将一次双极消融器取出,再次行宫腔镜检查,并记录术后的宫腔形态。术后如果病人出现不良反应或并发症给予针对性处理。

1.3 观察指标 观察病人术后并发症发生率、手术情况、住院时间、术后临床治疗有效率、闭经率、贫血情况、心功能等级等。月经改善情况^[6],闭经:治疗后无月经来潮发生;点滴:每月有少许出血,卫生巾使用量 < 5 片;少量:卫生巾使用量 5 ~ 15 片;正常:卫生巾使用量 16 ~ 30 片;月经过多:卫生巾使用量 > 30 片。其中月经过多为无效,其他为有效。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验和 t 检验。

2 结果

手术时间(15.42 ± 5.61) min,射频工作时间(82.43 ± 0.65) s,住院时间(41.34 ± 3.52) h。治疗后闭经率 76.67%,有效率 100.00%。治疗后月经、贫血情况与治疗前差异均有统计学意义($P < 0.05 \sim P < 0.01$) (见表 1、2),心功能分级与治疗前差异无统计学意义($P > 0.05$) (见表 3)。治疗后腹部不适 2 例,少量阴道流血(点滴状)3 例,术后并发症发生率 8.33%。

3 讨论

妇科疾病的发病率较高,对女性病人的身体健康和生命安全有较大的威胁^[4,7]。在妇科疾病中,异常子宫出血较为常见,造成异常子宫出血的因素有很多,如凝血功能障碍、内分泌疾病、子宫内膜异位症等^[8]。一般情况下实施避孕药或激素治疗,无

表 1 治疗前后病人的月经情况对比[*n*;百分率(%)]

时间	<i>n</i>	过多	正常	少量	点滴	闭经
治疗前	60	37(61.67)	23(38.33)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
治疗后	60	0(0.00)	2(3.33)	5(8.33)	7(11.67)	46(76.67)
合计	120	37(30.83)	25(20.83)	5(4.17)	7(5.83)	46(38.33)
χ^2	—	50.64	22.28	5.22	7.43	74.59
<i>P</i>	—	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表 2 治疗前后病人的贫血情况对比[*n*;百分率(%)]

时间	<i>n</i>	正常	轻度	中度	重度
治疗前	60	11(18.33)	11(18.33)	22(36.67)	16(26.67)
治疗后	60	23(38.33)	22(36.67)	10(16.67)	5(8.33)
合计	120	34(28.33)	33(27.50)	32(26.67)	21(17.50)
χ^2	—	5.91	5.06	6.14	6.98
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05	<0.05	<0.01

表 3 治疗前后病人的心功能分级比较[*n*;百分率(%)]

时间	<i>n</i>	I级	II级	III级
治疗前	60	25(41.67)	23(38.33)	12(20.00)
治疗后	60	27(45.00)	22(36.67)	11(18.33)
合计	120	52(43.33)	55(45.83)	33(27.50)
χ^2	—	0.14	0.04	0.05
<i>P</i>	—	>0.05	>0.05	>0.05

效的情况下会实施子宫切除治疗。

心脏病手术病人术后发生异常子宫出血将严重威胁病人的生命安全,造成病人贫血、心功能障碍、心脏负荷增加等^[9]。在心脏病术后异常子宫出血的治疗中,需要慎重地选择治疗方法,尤其是冠心病支架手术等病人,其手术后需要长时间服用抗凝药物治疗,进而增加病人术后出血、血肿、感染等发生概率^[10]。

子宫内膜去除术采用化学或物理方法,切除子宫内膜全层或浅肌层组织,达到减少月经量的目的。目前临床应用的包括诺舒阻抗控制、微波子宫内膜去除术、冷冻子宫内膜去除术等。诺舒阻抗是第 2 代子宫内膜去除术,主要以阻抗控制为原理,在对病人的宫腔等情况进行评估之后,将病人的宫腔长度等参数输入消融器中,利用射频能量将子宫内膜气化,消除内膜,不断增加组织阻抗,当升高到 50 Ω ,能够切除深层超过浅肌层的组织,设备会自动终止手术^[11-12],诺舒具有湿气传输系统,能够将气化的内膜组织传出体外,因此在实施治疗的过程中,安全性更高,与其他技术相比而言,在手术治疗和治理时间方面有较大的优

势,而且无需术前处理,对经期也没有很大限制,更加快捷简便,也能够使用在直径小于 2 mm 的子宫黏膜下肌瘤治疗中。且可以对子宫内膜进行完全切除,治疗效果显著^[6,13],临床应用中需要准确测量宫腔的长度和宽度,避免出现子宫穿孔。其可以显著改善手术对病人产生的损伤,不影响病人的卵巢功能,临床上较受欢迎^[14]。本文结果显示,病人术后恢复较快,闭经率 76.67%,有效率 100.00%,治疗后月经、贫血情况与治疗前差异均有统计学意义,心功能分级与治疗前差异无统计学意义。提示对心脏病术后异常子宫出血病人,实施诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统治疗,不会影响病人的心脏功能,同时可以改善病人的贫血和月经情况,术后并发症的发生率较低,安全性较高。

[参 考 文 献]

- [1] 黄奕洲. 诺舒治疗心脏病合并异常子宫出血 6 例临床分析[J]. 中外医学研究,2013,11(15):18.
- [2] 宋菁华,李斌,刘桂芝,等. 诺舒(NovaSure)阻抗控制子宫内膜切除系统治疗异常子宫出血的临床研究[J]. 中国微创外科杂志,2011,11(12):1125.
- [3] MARRET H, FAUCONNIER A, CHABBERT-BUFFET N, *et al.* Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,2010,152(2):133.
- [4] KALKAT RK, CARTMILL RS. NovaSure endometrial ablation under local anaesthesia in an outpatient setting: an observational study[J]. J Obstet Gynaecol,2011,31(2):152.
- [5] 岑福柱,李晶晶. 诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统治疗功血 86 例疗效观察[J]. 中国医学工程,2015,23(11):143.
- [6] IGLESIAS DA, MADANI SIMS S, DAVIS JD. The effectiveness of endometrial ablation with the Hydro ThermAblator (HTA) for abnormal uterine bleeding [J]. Am J Obstet Gynecol,2010,202(6):622.
- [7] 曹燕,邵文静,魏振彤,等. 诺舒阻抗控制子宫内膜切除术治疗异常子宫出血 41 例临床分析[J]. 中国妇幼保健,2014,29(15):2335.
- [8] 谭慧珍,张燕. 阻抗控制子宫内膜切除系统治疗异常子宫出血的新进展[J]. 医学综述,2013,19(11):1994.
- [9] 范颖,张军,孙晓媛,等. 诺舒治疗心脏病术后异常子宫出血 15 例报告[J]. 中国微创外科杂志,2015,15(1):54.
- [10] 曹佩霞,莫一超,孔彩霞. 诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统治疗异常子宫出血 33 例临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志,2015,16(6):552.
- [11] FAKIH M, CHERFAN V, ABDALLAH E, *et al.* Success rate, quality of life, and descriptive analysis after generalized endometrial ablation in an obese population [J]. Intern J Gynaecol Obstet,2011,113(2):120.
- [12] 杨宏燕,李斌,宋菁华,等. 诺舒子宫内膜去除术治疗异常子宫出血的临床观察[J]. 中国妇幼保健,2013,28(4):708.

[13] 刘东华,李斌. 诺舒子宫内膜切除系统治疗异常子宫出血的临床研究[J]. 中国妇幼保健,2014,29(19):3190.

临床应用[J]. 温州医科大学学报,2014,44(5):376.

(本文编辑 姚仁斌)

[14] 朱巍立. 诺舒阻抗控制子宫内膜切除系统治疗异常子宫出血的

[文章编号] 1000-2200(2018)08-1052-03

· 临床医学 ·

替格瑞洛治疗急性冠脉综合征后血尿酸水平 对心脑血管不良事件再发生的影响

杨 亮

[摘要] **目的:**探讨替格瑞洛在急性冠状动脉综合征(ACS)治疗后血尿酸(SUA)水平对不良心血管事件再发生的影响。**方法:**选取98例ACS病人为研究对象,在入院及出院后30~90d的双重抗血小板治疗(DAPT)中对比病人SUA的绝对值和百分比变化,分成阿司匹林和替格瑞洛治疗后SUA显著升高53例(观察组),无明显升高45例(对照组),随访3年,比较2组病人再发心绞痛、心肌梗死、心源性猝死、卒中等心脑血管不良事件发生情况、常见药物不良反应等,分析病人服用替格瑞洛治疗后SUA水平变化与不良心血管事件再发生的相关性。**结果:**2组病人均进行3年随访,结果显示,2组病人心血管事件、出血事件及呼吸困难发生率差异均无统计学意义($P>0.05$)。**结论:**使用替格瑞洛治疗ACS后诱导SUA升高中,SUA水平的变化与再发心脑血管不良事件发生率、常见药物不良反应发生率无明显相关性。

[关键词] 急性冠脉综合征;替格瑞洛;血尿酸

[中图分类号] R 541.4

[文献标志码] A

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2018.08.023

急性冠状动脉综合征(ACS)是一种严重威胁中老年健康的心血管疾病,介入心脏病学和药物治疗取得的重大创新并未减少冠状动脉疾病(CAD)的发病率,CAD仍是导致死亡的主要原因^[1]。引入更有效的抗血栓形成的治疗和早期再灌注策略已经显著改善了病人的预后及不良心血管事件的发生。替格瑞洛是可逆性结合二磷酸腺苷P2Y₁₂受体拮抗剂^[2],然而在替格瑞洛应用中,可升高部分病人的血清尿酸(SUA)水平。另有研究^[3]提出SUA水平升高与CAD的发展和进展有关。本文就双重抗血小板治疗(DAPT)中给予替格瑞洛治疗期间SUA水平升高后对CAD病人再发心脑血管不良事件发生率、常见药物不良反应发生率的影响作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年6-12月在我院住院需要DAPT的病人连续服用阿司匹林联合替格瑞洛治疗后出院的98例ACS或进行选择经皮冠状动脉介入治疗(PCI)病人,冠状动脉造影和最终冠状动脉支架植入术不是一项必须的入选标准。诊断均符合最新ACC/AHA和WHO的诊断标准,按照研究需求,将98例ACS病人分为阿司匹林和替格瑞洛治疗

后SUA升高53例(观察组),无升高45例(对照组)。其中观察组男28例,女25例,年龄43~79岁;对照组男25例,女20例,年龄47~76岁。观察组中非ST段抬高型心肌梗死19例,不稳定性心绞痛11例,ST段抬高型心肌梗死23例;对照组中非ST段抬高型心肌梗死14例,不稳定性心绞痛者5例,ST段抬高型心肌梗死26例;排除既往高尿酸病史、存在药物应用禁忌、凝血功能异常、免疫功能障碍、肝肾功损害、恶性肿瘤等,2组病人性别、年龄、病情均具有可比性。

1.2 治疗方法 98例病人予以常规治疗,包括冠状动脉扩张、缓解心肌缺血、控制血压、口服 β 受体阻滞剂。另根据病人的病情差异,观察组、对照组各42例病人根据病情需要,安排冠状动脉造影,采取PCI治疗措施。2组病人同时给予口服阿司匹林300mg治疗,之后维持治疗剂量100mg,每天1次,在此基础上叠加替格瑞洛进行抗血小板治疗,初次使用剂量设置在180mg,之后治疗过程中改为90mg,每天2次,维持治疗时间为6个月至1年。

1.3 观察指标及评估标准 (1)2组入院后24h完成相关化验检查,如白细胞(WBC)、血小板(PLT)、血红蛋白(Hb)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天冬氨酸氨基转移酶(AST)、尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr)、肌酸激酶(CK-MB)、肌钙蛋白I(cTnI)、SUA水平变化。(2)观察出院后3年再发心绞痛、心肌梗死、心源性猝

[收稿日期] 2018-03-20 [修回日期] 2018-07-17

[作者单位] 淮北矿工总医院 急诊科,安徽 淮北 235000

[作者简介] 杨 亮(1974-),男,主治医师。