

20.195, $P < 0.01$), 见表1。

表1 两组患者治疗效果比较 (n)

组别	中度糜烂				重度糜烂			
	n	治愈	有效	无效	n	治愈	有效	无效
实验组	61	59	2	0	39	37	1	1
对照组	65	51	10	4	35	22	6	7

2.2 两组患者手术时间、术中出血量、术后并发症比较 实验组术后并发症为6.00%(6/100), 对照组术后并发症为9.00%(9/100), 两组对比差异无统计学意义($\chi^2 = 0.065, P > 0.05$)。两组手术时间、术中出血量比较差异有统计学意义(P 均 < 0.01), 见表2。

表2 两组手术时间、术中出血量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	出血量(ml)
实验组	100	4.9 ± 1.0	5.5 ± 1.4
对照组	100	13.4 ± 2.9	7.8 ± 1.8
χ^2		27.709	10.086
P		<0.05	<0.05

3 讨论

慢性宫颈炎是常见的妇科疾病, 临床常表现为阴道分泌物增多、脓性或血性白带、性交后出血、腰酸、下腹部坠痛等, 严重者可影响日常生活, 治疗不及时可使病情迁延不愈, 甚至引起不孕症等^[5]。目前物理治疗还是很有效的治疗慢性宫颈炎的方法, 其主要是治疗慢性宫颈炎面积小, 糜烂浅的中、重度糜烂, 对于糜烂面积深, 组织增生明显时, 因不能深入宫颈内治疗病灶, 因此疗效不满意。这些物理治疗方法都存在一定的局限性, 治疗效果不理想^[6]。LEEP刀治疗慢性宫颈炎, 是比较先进的治疗方法, 经过电极尖端电波与病变组织相接触, 利用高热环形电极将病变组织切除, 对宫颈正常组织无损伤, 切口平滑, 少有瘢痕, 并发症少, 痛苦小, 时间短, 不易产生传统电刀切割时组织被拉长、碳化现象^[7]。在本组实验中, 实验组患者给予

LEEP刀治疗, 取得良好效果。实验组治疗中、重度慢性宫颈炎治愈率为96.00%, 与对照组(73.00%)对比, 差异有统计学意义。LEEP刀手术时间短, 术中术后出血少, 不损伤邻近组织, 并发宫颈粘连少, 不产生碳化, 不影响病理诊断^[8]。

LEEP刀常见并发症有出血、感染、宫颈管狭窄等。出血常发生于手术中及术后1~3周。术中出血与患者宫颈血管丰富有关, 术后出血主要与宫颈创面脱痂有关。为减少并发症的发生, 术前要彻底治疗生殖道炎症, 术中把握手术范围及深度, 选用合适的电极环, 控制切割速度, 不宜过分切除宫颈组织, 电凝止血最好用点状电凝, 不提倡完全烧灼锥切创面, 以免造成脱痂时的大出血和日后宫颈狭窄。实验组治疗中重度慢性宫颈炎手术时间、出血量均明显低于对照组, 两组对比差异有统计学意义。总之, LEEP刀由于其治愈率高、创伤小、副作用少等优点, 是中、重度慢性宫颈炎的有效治疗方法, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 阙瑜妮. 微波和LEEP治疗宫颈糜烂160例临床分析[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(1): 64-65.
- [2] 宋学红. 子宫颈病变诊治技术的发展[J]. 现代妇产科进展, 2003, 24(1): 35-38.
- [3] 张玲娟. LEEP刀治疗慢性宫颈炎的临床疗效观察[J]. 西部医学, 2011, 23(9): 1755-1756.
- [4] 李茜. LEEP手术联合生长因子治疗慢性宫颈炎720例疗效观察[J]. 中国医药导报, 2011, 8(30): 184-186.
- [5] 卞美璐, 刘晓华, 孙蔼萍, 等. 高频电波刀用于子宫颈病变诊断与治疗的临床观察[J]. 中华妇产科杂志, 2010, 35(3): 160-162.
- [6] 曾柳华. LEEP刀与微波疗法治疗宫颈糜烂疗效比较观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2011, 32(2): 250-251.
- [7] 黄小萍. LEEP刀治疗慢性宫颈炎820例临床分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2011, 10(15): 1211, 1213.
- [8] 宋陈红. 高频电波刀治疗宫颈疾病的临床研究[J]. 中国临床实用医学, 2007, 1(12): 57.

收稿日期: 2013-10-31; 修回日期: 2013-12-02

剖宫产后子宫瘢痕处妊娠11例治疗与分析

陈洁慧

(广东省惠州市中心人民医院, 广东 惠州 516001 E-mail: 1445789764@qq.com)

摘要: 目的 探讨剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠诊治方法。方法 以经过彩超超得以确诊的11例剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠患者作为研究对象, 利用B超引导下对剖宫产术后子宫瘢痕处注射氨甲蝶呤配合口服药物进行治疗。结果 10例患者治疗成功, 1例患者出现腹腔内出血, 转为剖腹探查。结论 采用氨甲蝶呤药物配合中药制剂注射治疗剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠临床效果显著, 安全可靠, 需要及早诊断才能有效提高治疗成功率。

关键词: 剖宫产术; 妊娠; 氨甲蝶呤

中图分类号: R714.22

文献标识码: B

文章编号: 1001-5817(2014)01-0043-02

doi: 10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.026

剖宫产术俗称剖腹产, 其作为一种辅助生产的方式在临床上应用越来越普遍。剖宫产术后会在子宫处留下瘢痕, 如瘢痕愈合不良, 出现微小缝隙, 受精卵着床于瘢痕处子宫肌上, 是一种特殊类型的异位妊娠, 也就是剖宫产术后瘢痕妊娠。这种异位妊娠由于着床位置的特殊性, 随着胚胎的发育成长, 绒毛种植于子宫肌层, 甚至可能穿透宫壁, 引发子宫破裂, 危急患者生

命^[1]。笔者对利用B超引导下对剖宫产术后子宫瘢痕处注射氨甲蝶呤配合口服药物进行治疗的11例患者进行效果分析, 报告如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料 以2012年3月~2013年3月我院收治的剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠患者11例作为观察对象, 患者年龄

在25~36岁之间,平均年龄(32.2±1.31)岁,平均孕周(5.2±2.2)周,其中有停经症状8例,停经时间范围在24~35天;有阴道流血症状4例,其中3人伴有轻微的腹痛症状;剖宫产术后清宫出现大出血5例;患病前采取避孕措施情况:采取服药等避孕措施者4例,手术节育1例,有过两次及以上剖宫产史者2例;瘢痕处异位妊娠据上次剖宫产术时间从4个月~8年不等,平均发病时间(6.1±1.8)年;所有的患者病情均符合剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠诊断标准。

1.2 方法 治疗前进行相关监测,确认患者无患有其它严重合并症,无使用氨甲蝶呤禁忌;所有患者均住院治疗,经过彩超确诊后,在B超指引下采用氨甲蝶呤按1 mg/kg 剂量经阴道前穹窿注射到子宫下段瘢痕处肌层或肌肉注射,1次/周,配合中药活血化瘀类制剂(丹参、赤芍、莪术等)。第一次用药后1周对血常规、血HCG进行检查,直至血HCG下降至100 mIU/ml以下,则可停止使用氨甲蝶呤,以中药作为康复性用药。

1.3 观察指标 对患者停止使用氨甲蝶呤时间进行观察统计;对患者不良反应进行监测;对妊娠结果进行观察,若治疗效果不良,如肝功能异常,即采取护肝治疗,如白细胞低,则升白细胞治疗,根据病情采取相应措施。

2 结果

患者血HCG降至100 mIU/ml以下停止使用氨甲蝶呤时间:1例第2周即停止使用,5例第3周停止使用,5例第6周停止,1例因子宫破裂、腹腔内出血转为剖腹探查,其治疗时孕周已经达到10周,并进行过两次剖宫产术。

不良反应情况:3例患者出血不同程度的腹痛,其中1例出现阴道出血症状,1例病情加重,不得不转为剖腹。

3 讨论

异位妊娠又称作宫外孕,是由于受精卵在上次剖宫产术后遗留瘢痕上着床妊娠的病症,因为妊娠位置不属于正常的孕床也属于异位妊娠的一种,随着剖宫产术在临床上应用越来越广泛,其发病率不断提升^[2]。

剖宫产术后瘢痕异位妊娠在流产或者破裂前往往无明显病状,只有在孕卵孕育到一定阶段,病情发展到一定程度时才可能出现停经、无规律阴道出血、腹痛等症状,患者往往意识不到病症的发生,以为是普通妊娠而延误疾病的治疗。瘢痕处异位妊娠在临床上具有发病率低、潜伏期长、不易发现的特点^[3]。

现阶段剖宫产术后瘢痕处异位妊娠其发病机制在临床上尚未研究透彻,最可能的原因是患者在上次生产中采用剖宫产进行生产,后者作为一种创伤式生产方式,需要切开子宫,造成

损伤。手术往往造成子宫内层损伤,若术后愈合状况不理想,子宫切口产生的瘢痕处会出现微小的创口,为孕卵着床提供了条件。随着胚胎的形成并不断发育,其绒毛会侵入瘢痕处子宫肌层中,与子宫肌层粘连,甚至是穿透子宫肌并引发异位妊娠相关症状,伴有腹痛、停经、阴道不规律出血等症状^[4]。

临床上往往采用腔内超声和彩超技术进行早期的临床诊断,若孕周较短,多采用药物治疗。本次研究表明氨甲蝶呤联合中药相关制剂能够有效地治疗早期剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠,11例患者治疗成功10例,失败1例转为剖腹探查术进行治疗,成功率达到90.91%,失败主要是因为孕周过长,病症后期胚胎发育过于成熟,进行单纯的药物治疗已经不能有效地阻断细胞对胚胎的滋养。

药物治疗剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠的关键还是在于治疗的时机,越早治疗其成功的概率越大。氨甲蝶呤为抗叶酸类抗代谢药物的拮抗剂,通过抑制细胞内二氢叶酸还原酶的生成,干扰DNA合成,阻碍细胞合成。滋养细胞对氨甲蝶呤高度敏感,后者被注射至剖宫产术子宫瘢痕处,能够有效地抑制胚胎的滋养细胞生长,进而阻止胚胎的继续发育,治疗异位妊娠^[2]。

综上所述,氨甲蝶呤联合中药相关制剂治疗剖宫产术后子宫下段早期瘢痕妊娠具有非常显著的临床效果,特别是对于该病症早期治疗上疗效显著,能够提高疗效。

参考文献:

- [1] 王海云,吴学浙,邵敬於,等.剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠51例临床分析[J].中国计划生育学杂志,2005(4):237-239.
- [2] 余建新.异位妊娠中西医结合治疗的临床观察[J].内蒙古中医药,2013(20):28.
- [3] 张燕科,吴瑞瑾,林俊,等.剖宫产术后子宫内瘢痕处妊娠的早期诊断与治疗[J].实用妇产科杂志,2009,25(12):750-752.
- [4] 秀兰,陈方华.彩色多普勒超声诊断剖宫产术后子宫内下段瘢痕妊娠的价值[J].中国临床医学影像杂志,2009(8):230-234.
- [5] 张坤.剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠临床病例分析[D].大连:大连医科大学,2010(4):25-26.

收稿日期:2013-12-20

新生儿坏死性小肠结肠炎的影响因素分析

朱樱梅,任雪军,吴文英

(广东省东莞市妇幼保健院,广东 东莞 523002 E-mail:scnend@sohu.com)

摘要:目的 探讨影响新生儿坏死性小肠结肠炎(NEC)发生的危险因素。方法 回顾分析我院新生儿科确诊为 NEC 的 84 例患儿的临床资料,选择同期在本院产科出生的健康新生儿 60 例为对照,分析影响其发病的相关危险因素。结果 多因素非条件 Logistic 回归模型分析显示,影响 NEC 发生的独立危险因素有:是否早产、Apgar 评分、婴儿是否感染以及是否母乳喂养,OR 值分别为:3.086、1.842、2.536 和 4.642。其中早产、Apgar 评分≤8 和感染均是 NEC 的危险因素,增加了 NEC 发生的风险,母乳喂养是保护性因素,降低了其发生的风险。结论 早产、窒息缺氧、非母乳喂养、感染是 NEC 发生的高危因素,应做好围产期保健、加强产前检查和护理,以减少早产儿、宫内窘迫和感染的发生,同时应积极采取母乳喂养,从而有效预防 NEC 的发生。

关键词: 婴儿,新生;小肠结肠炎,坏死性;危险因素

中图分类号: R722.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-5817(2014)01-0044-03

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2014.01.027