

宫腔镜手术治疗月经过多 148 例分析

何 静(安徽省池州市人民医院妇产科 247000)

【摘要】 目的 对宫腔镜辅助治疗月经过多的疗效进行观察和评价。**方法** 将 2011 年 3 月至 2012 年 3 月在池州市人民医院妇产科就诊的 148 例月经过多患者随机分为治疗组 70 例,对照组 78 例,分别实施宫腔镜下子宫内膜电切治疗和宫腔镜下射频消融治疗。**结果** 对照组手术时间、住院时间和术中出血量均优于治疗组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组痊愈率为 68.57%,无效率为 1.43%;对照组痊愈率为 53.85%,无效率为 6.41%,差异也有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 宫腔镜辅助治疗月经过多疗效确切,值得临床推广应用。

【关键词】 宫腔镜; 月经过多; 手术治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.10.040 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)10-1275-02

月经过多是妇产科常见病,与内膜增厚生长有关,因此临床治疗月经过多往往是通过破坏子宫内膜,使其无法再生,实现治愈月经过多的目的^[1]。为探讨宫腔镜手术治疗月经过多的疗效,作者对本院 148 例月经过多患者进行分组对照研究,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 3 月至 2012 年 3 月在本院妇产科就诊的 148 例月经过多患者为研究对象,所有患者均符合以下条件:(1)月经周期用卫生巾大于 25 块(浸染超过一半面积以上),伴有不同程度的贫血(血红蛋白小于 100 g/L);(2)子宫良性病变包括子宫壁间及黏膜下小肌瘤、子宫内膜息肉、功能性子宫出血(直径小于 3 cm);(3)术前经宫腔镜诊断性刮宫病理检查排除子宫内膜癌,初步诊断为子宫良性病变引起的月经过多,有手术指征且拒绝切除子宫者;(4)已婚无生育要求。将患者随机分为治疗组 70 例,年龄 30~40 岁 38 例,41~50 岁 20 例,大于 50 岁 12 例;其中月经周期性紊乱 35 例,周期性延长 14 例,经期缩短 12 例;壁间肌瘤 6 例,合并子宫黏膜下肌瘤 3 例;术前经诊断性刮宫 40 例,单纯性诊刮 16 例,病理检查结果为增殖期子宫内膜 26 例,分泌期子宫内膜 26 例,子宫内膜增生过长 18 例。对照组 78 例,年龄 30~40 岁 35 例,41~50 岁 27 例,大于 50 岁 16 例;其中月经周期性紊乱 37 例,周期性延长 16 例,经期缩短 13 例,壁间肌瘤 7 例,合并子宫黏膜下肌瘤 5 例;术前经诊断性刮宫 31 例,单纯性诊刮 20 例,病理检查结果为增殖期子宫内膜 23 例,分泌期子宫内膜 29 例,子宫内膜增生过长 20 例。两组患者年龄、症状差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 治疗组采取宫腔镜下子宫内膜电切治疗,采取连续硬膜外麻醉,患者置于膀胱截石位,对外阴阴道和宫颈常规消毒,以生理盐水充盈膀胱,扩张宫颈至 11 号,二维超声双向对比监视,以 5%葡萄糖注射液膨胀宫腔,压力为 10.0~14.7 kPa,电切功率为 100 W,电凝功率为 50~80 W,经宫颈置入电切镜,镜下观察宫颈及宫腔情况,术前未行诊断性病理检查者刮取子宫内膜送病理检查。镜下以电切环自上而下依次切除子宫内膜及其下肌层约 1~2 mm,下端于宫颈内口上 0.5 cm 处终止,采用球形电极熨烫两侧宫角及宫底内膜,如合并壁间内突肌瘤或有黏膜下肌瘤时,应切除凸向宫腔部分,再行内膜环状切除术。对照组采用宫腔镜辅助下射频消融术治疗,采用妇科多功能射频治疗仪(西安半边天医疗器械有限公司生产),患者取膀胱截石位,将电极板置于腰骶部,对外阴阴道和

宫颈常规消毒,扩张宫颈至 11 号,经宫颈置入宫腔镜,镜下观察宫颈及宫腔情况,打开射频治疗仪电源,功率为 40 W,将内膜刮凝器旋按于手柄上,缓慢进入宫腔内,打开手柄开关,从右前壁开始逐渐向左移动刮凝器,按蜂鸣器 1 厘米/4 次的速度缓慢刮凝宫腔壁 1 周,注意兼顾刮凝两侧宫角。

1.3 疗效判定标准 痊愈:术后点滴量月经或闭经;显效:术后少量月经;有效:术后正常月经;无效:术后月经无改变。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件对数据进行统计学分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术情况比较 见表 1。对照组手术时间、住院时间和术中出血量均显著少于治疗组,组间比较 $t=2.796$ 、 2.842 、 2.904 ,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者手术情况比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	n	手术时间(min)	住院时间(d)	术中出血量(mL)
治疗组	70	36.56 $\pm$ 10.13	7.53 $\pm$ 5.08	183 $\pm$ 40
对照组	78	23.6 $\pm$ 8.42	4.50 $\pm$ 2.29	100 $\pm$ 35
t		2.796	2.842	2.904
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组疗效比较 见表 2。治疗组痊愈率为 68.57%,无效率为 1.43%,对照组痊愈率为 53.85%,无效率为 6.41%,两组比较 $\chi^2=4.366$ 、 4.029 ,两组疗效差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组疗效比较 $[n(\%)]$					
组别	n	痊愈	显效	有效	无效
治疗组	70	48(68.57)	15(21.43)	6(8.57)	1(1.43)
对照组	78	42(53.85)*	23(29.48)	8(10.26)	5(6.41)*

注:与治疗组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

月经过多是妇科多发病和常见病,患者常因此而贫血,严重影响生活质量^[2]。治疗方法分为药物保守治疗和手术治疗两种^[3]。药物治疗虽然患者痛苦较小,但会引发内分泌、代谢、心血管等方面的不良反应,传统手术切除子宫的方法对患者生活质量影响较大^[4]。随着微创医疗技术的发展,宫腔镜已取代传统手术,成为辅助治疗月经过多的主要手术方法^[5-6]。通过

宫腔镜直视下去除子宫内膜及其下方的肌层组织,达到在不影响卵巢内分泌功能,保留子宫的前提下治愈疾病的目的^[7]。宫腔镜下电切治疗方法是以高频电为能源,经高频电气化效应达到破坏子宫内膜,控制出血目的,可直接将内膜切除,是替代子宫切除术治疗功能性子宫出血安全有效的手段^[8]。宫腔镜下射频消融治疗是利用低功率高频电流经治疗电极导入人体组织,再经弥散电极形成回路,电极针周围组织中带电荷的离子受电流影响而发生振动。在震动期间,离子相互摩擦并与其他微粒相撞而产生生物热,造成组织细胞凝固、性质改变、坏死、溶解、脱落,创面被纤维组织修复,二者均为目前临床治疗月经过多的常见方法^[9]。但二者在操作、安全、并发症、辅助处理及优点等方面存在差别。内膜消融类似于人流术,而宫腔镜电切要专门培训。自凝刀深度可由仪器自动控制,到一定深度会报警,不会导致子宫穿孔。电切术切内膜的深度不易控制,有可能切穿子宫。宫腔镜电切时需膨胀宫腔,期间可引发体液过度负荷综合征。宫腔镜电切常在手术室进行,要麻醉、住院等。消融治疗则在人流室进行,不需住院。消融可成为第 2 代宫腔治疗手术,消融术具有安全、简单、不住院、损伤小等优点。电切术治愈率高,不易复发^[10]。所以要根据具体情况选择合适的方法^[11]。

本次研究结果表明,对照组术中出血量、手术时间和住院时间显著少于治疗组,但治疗组治愈率与无效率均优于对照组,提示宫腔镜手术治疗月经过多疗效确切,电切术与消融术均有优缺点,应根据具体情况给予合适方法。

参考文献

[1] 蔡健. 高频电在宫腔镜手术中的应用[J]. 中外医疗,

2010,29(23):74.
[2] 黄丽云. 子宫内膜切除术 100 例临床分析[J]. 当代医学, 2010,16(30):74-75.
[3] 邓蓉,谭亚琳,凌莉,等. 宫腔镜子宫内膜切除术治疗功血 46 例临床分析[J]. 江西医药,2011,46(4):353-354.
[4] 肖琳,漆洪波,余琴. 宫腔镜子宫内膜切除术治疗功能失调性子宫出血影响因素探讨[J]. 实用妇产科杂志, 2010,26(7):520-521.
[5] 杨颖,刘宇. 宫腔镜下子宫内膜切除术治疗月经过多 68 例临床分析[J]. 中国实用医药,2010,5(1):53-54.
[6] 刘洪进,毕红,温开群,等. 宫腔镜下双极汽化治疗月经过多临床观察[J]. 临床和实验医学杂志,2012,11(13): 1045-1046.
[7] 冯秀. 宫腔镜子宫内膜电切术治疗功能失调性子宫出血 临床分析 100 例[J]. 中国医学装备,2011,8(10):80-81.
[8] 陈苹,郭实贤. 宫腔镜检查对子宫出血诊断方面的临床应用[J]. 河北医学,2006,12(4):364-365.
[9] 赵丽媛,赵晶,张丹. 宫腔镜电切术治疗异常子宫出血 284 例疗效观察[J]. 黑龙江医学,2011,35(1):41-43.
[10] 高连珠. 宫腔镜电切术的护理配合[J]. 实用全科医学, 2005,3(5):398.
[11] 徐燕,苏慧明,黄卓敏,等. 子宫内膜息肉电切术与单纯刮宫术对诊治子宫内膜息肉的效果分析[J]. 中国妇幼保健,2009,24(27):3786-3787.

(收稿日期:2013-01-14)

• 临床研究 •

SELDI 蛋白质芯片技术在肝癌中的应用

农世泽,黄承乐,梁林慧,冯国钢,王献民(广西壮族自治区百色市人民医院检验科 533000)

【摘要】 目的 应用 SELDI 蛋白质芯片技术筛选甲胎蛋白(AFP)低浓度阳性的肝癌患者和肝病患者的血清差异蛋白表达谱,并构建相应的诊断模型。**方法** 应用表面增强激光解吸电离飞行时间质谱技术和 CM10 芯片分别检测 AFP 低浓度阳性肝癌患者 28 例与 34 例肝病患者的血清蛋白表达谱,获得差异蛋白峰并建立疾病诊断模型。**结果** 在质荷比 2 000~50 000 范围内共检测到 39 个蛋白峰,29 个蛋白峰差异有统计学意义($P<0.05$),其中在 AFP 低浓度阳性肝癌组血清中有 5 个蛋白峰上调,24 个蛋白峰下调。以质荷比为 6 452 构建的诊断模型中区分 AFP 低浓度阳性肝癌患者与肝病患者的准确率为 85.5%(53/62),灵敏度为 82.1%(23/28),特异度为 88.2%(30/34),阳性预测值为 85.2%(23/27),阴性预测值为 85.7%(30/35),阳性似然比为 6.982,阴性似然比为 0.202。**结论** 应用 SELDI 蛋白芯片技术建立的疾病诊断模型能在整体上提高血清 AFP 低浓度阳性结果的肝癌诊断效率。

【关键词】 表面增强激光解吸电离飞行时间质谱技术; AFP 低浓度阳性; 肝癌
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.10.041 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)10-1276-03

血清甲胎蛋白(AFP)多年来一直作为诊断肝癌的重要参考依据,但是仍不够理想,大量临床数据也表明肝癌患者 AFP 阳性率波动在 60%~70%,超过 30%的肝癌患者即使到了中、晚期血清 AFP 也表现为阴性或低浓度阳性^[1-5]。此外,慢性肝炎、肝硬化患者中 AFP 也有一定的阳性率^[6]。因此单独应用 AFP 诊断肝癌可能导致 AFP 阴性的肝癌患者漏诊,或者 AFP 低浓度阳性的肝癌患者难以和一些肝脏良性疾病相鉴别。表面增强激光解吸电离飞行时间质谱(SELDI-TOF-MS)技术是

近年发展起来的一种蛋白质组学研究方法,以这一技术为基础开发的蛋白质芯片可以非特异性或特异性地结合被测样本中的各种蛋白质,进而筛选疾病不同阶段时期的特异性相关蛋白质,能提高疾病的临床诊断效率的疾病诊断。基于 SELDI-TOF-MS 技术的巨大优势和 AFP 低浓度阳性时鉴别肝癌的局限性,设计了以下实验。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 $13.2\text{ }\mu\text{g/L}<\text{AFP}\leq 400\text{ }\mu\text{g/L}$ 判为 AFP