

两种手术方式治疗宫颈良性病变的临床疗效比较

朱端荣(南京军区南京总医院妇产科,南京 210002)

【摘要】 目的 比较宫腔镜宫颈病变切除术和宫颈病变环形电切术的临床疗效。**方法** 选择 2009 年 1 月至 2013 年 1 月南京军区南京总医院宫颈良性病变患者 212 例为研究对象,采用宫腔镜宫颈病变切除术治疗 112 例患者为治疗组;采用宫颈病变环形电切术治疗的 100 例患者为对照组,观察两组的临床治疗效果。**结果** 治疗组术中出血量为 2~5 mL,平均(3.12±0.98)mL;对照组术中出血量为 3~51 mL,平均(11.13±6.47)mL,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组治疗有效率为 98.21%,对照组治疗有效率为 91.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组有 2 例因宫颈良性病变体征严重再次进行了手术;对照组有 9 例因宫颈外翻再次进行手术,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 宫腔镜宫颈病变切除术治疗效果佳且复发率较少,具有临床推广意义。

【关键词】 宫腔镜宫颈病变切除术; 宫颈病变环形电切术; 宫颈良性病变
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.22.033 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)22-3168-01

宫颈良性病变主要包括慢性宫颈炎和宫颈癌前病变两种,是一种常见的慢性妇科疾病^[1]。临床主要表现为白带增多,阴道分泌物内有血丝^[2],严重痛经,同房时腹部剧烈疼痛等。本文选择 212 例宫颈良性病变患者为研究对象,比较宫腔镜宫颈病变切除术和宫颈病变环形电切术治疗疗效,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2009 年 1 月至 2013 年 1 月本院宫颈良性病变患者 212 例为研究对象,结合患者个人情况和病情,采用宫腔镜宫颈病变切除术治疗 112 例为治疗组,年龄 22~56 岁,平均年龄(33.5±5.7)岁,已生育 67 例,未生育 45 例;采用宫颈病变环形电切术治疗的 100 例为对照组,年龄 23~55 岁,平均年龄(35.3±3.4)岁,已生育 64 例,未生育 36 例。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗组治疗方法 (1)对患者进行常规阴道检查,通过 TCT 确诊所有患者均为宫颈良性病变者。(2)在患者月经结束 5~7 d 后,准备进行手术。(3)膀胱排净后平躺于病床上,用棉签浸润利多卡因后深入宫颈管内,2~3 min 后取出。(4)使用仪器扩张宫颈管,将造影仪探入患者宫腔内观察病变情况。(5)用电刀对宫颈管内病变组织进行切除,可多次操作以保证病灶彻底被切除,同时对电切面进行电凝球止血操作。(6)手术结束后 5~7 d 内持续使用抗菌药物,防止创伤处感染,3 个月内禁止性生活。(7)手术后 1、2、6、10、12 个月分别进行复查,观察术后恢复情况。

1.2.2 对照组治疗方法 前面步骤与治疗组相同,之后几步如下:(1)通过阴道窥视镜检查宫颈内部情况,使用环形电刀治疗仪对宫颈病变组织进行多次切除。(2)切除后用球形电极进行止血操作。(3)手术结束后 5~7 d 内持续使用抗菌药物,防止创伤处感染,3 个月内禁止性生活。(4)手术后 1、2、6、10、12 个月分别进行复查,观察术后恢复情况。

1.3 观察指标

1.3.1 手术过程中指标 对两组患者手术过程中出血量进行称重计算^[2],对比出血量差异;统计两组患者手术治疗时间。

1.3.2 临床治疗效果 将临床治疗效果分为治愈、基本治愈和无效 3 种情况,对比两组患者的临床治疗效果。治愈:宫颈

病变组织全部切除,内部光滑形态正常^[3],临床症状全部消失;基本治愈:宫颈病变情况基本消失,临床症状得到基本改善,宫颈糜烂样改变症状有明显的改善;无效:宫颈病变组织切除率小于 1/3^[4],临床症状未得到改善,宫颈的良性病变程度加剧或者导致其他并发症,需要再次进行手术。治疗有效率=(治愈+基本治愈)/总人数×100%。

1.3.3 术后出院与伤口愈合时间 手术治疗后,通过随访统计两组患者创伤愈合时间的情况^[5]。患者出院后,随访统计两组患者复发率,进行临床对比分析^[6]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 17.0 统计软件进行处理,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的术中出血量对比 治疗组术中出血量为 2~5 mL,平均(3.12±0.98)mL;对照组术中出血量为 3~51 mL,平均(11.13±6.47)mL,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者的手术时间对比 治疗组手术时间为 10~18 min,平均(13.15±2.4)min;对照组手术时间为 11~18 min,平均(13.87±2.6)min,差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.3 两组患者的临床疗效对比 治疗组治疗有效率为 98.21%,对照组治疗有效率为 91.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效对比

组别	<i>n</i>	治愈(<i>n</i>)	基本治愈(<i>n</i>)	无效(<i>n</i>)	治疗有效率(%)
治疗组	112	73	37	2	98.21
对照组	100	55	36	9	91.00

2.4 两组患者的术后创伤愈合时间对比 治疗组术后创伤愈合时间 3~7 周,平均(15.12±0.66)周;对照组术后创伤愈合时间 3~7 周,平均(5.23±0.45)周,差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.5 两组患者的复发情况对比 治疗组有 2 例因宫颈良性病变体征严重再次进行了手术;对照组有 9 例因宫颈外翻再次进行手术,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

宫腔镜宫颈病变切除术和宫颈病变环形电切术是临床治疗宫颈良性病变的主要方法^[7],应用较为广(下转第 3170 页)

共同决策,共同提高业务水平。在创伤外科病房,患者常常涉及多个部位损伤,多学科交叉且病情急、变化快,护理人员时常面临专业知识不足,病情了解不够,难以及时发现问题,如果发现问题也难以处理。另一方面医生手术任务繁重,常常不在病房,不能及时发现患者的病情变化,对患者的观察倚重于护理人员,如果不能实现医护信息充分交流,且提高护士在医疗决策中的参与度,那么危重患者的管理就存在很大风险,一旦不能及时发现病情变化又意味着工作量的增加。

老年髌骨骨折患者往往有较多的基础疾病,如心肺功能减退,糖尿病等,其营养状况,翻身护理,大小便护理都存在很多困难^[4-7]。而老年人心理生理方面的变化又造成沟通困难,常常出现感觉减退、褥疮等病情变化不能及时发现,休息不好昼夜颠倒,因疼痛及活动困难烦躁不安,慢性便秘腹胀影响进食等问题^[8-9]。这些讯息常常由医护分别掌握,如果能及时沟通,及时配合处理,才能使小问题不影响整体治疗,提高患者满意度。在医护一体化实践中最大的困难在于如何使医护沟通不增加医护人员的工作量。其中最重要的是抓住加强医护交流这个核心,而形式、时间由参与人员灵活掌握,有问题时及时交流,甚至可以是午餐时间。同时通过在晨交班,大查房,病例讨论等日常医疗活动中要求医护一齐参加,从科室角度对医护一体化患者的诊疗进行指导及监督。使用这些方法后发现,由于采用医护一体化对患者病情变化及时处置,并不明显增加工作量。

经过观察对比发现,经过医护一体化后,医护患三方的满意度都明显增加。医护之间配合更加默契,医护对病情的掌握情况,病情处理的专科化水平,特别是护士的专科护理水平,护士的职业满意度都有明显提高。在观察组患者年龄较大的情况下,较之对照组其并发症发生率没有明显增加,住院时间有所缩短。

(上接第 3168 页)

泛。宫腔镜宫颈病变切除术是近年来发展迅速的微创手术,使用电切功能将患者的宫颈病变组织切除,创伤小且疼痛感较低,患者在手术中出血量少,术后复发的发生率较低^[8]。宫颈病变环形电切术在治疗过程中,采用“先切除,后止血”的操作方法^[9],患者在手术中出血量较多,增加了操作困难,术后复发的发生率较高^[10]。

临床手术治疗对比发现,宫腔镜宫颈病变切除术临床治疗有效率明显高于宫颈病变环形电切术,且手术过程的出血量和术后复发率明显较低;手术治疗时间和术后创伤愈合时间差异并无明显,所以值得在临床上推广宫腔镜宫颈病变切除术。

参考文献

[1] 王晓芬. 宫颈环性电切术治疗宫颈病变的临床护理分析[J]. 中国医药导报, 2012, 6(14): 1090-1091.
[2] 张茹, 曲华清. 宫腔镜电切术治疗宫颈良性病变 148 例临床分析[J]. 医学专业, 2011, 19(13): 97-98.
[3] 张宏伟, 张蕾. 宫腔镜宫颈病变电切术与宫颈环形电切术治疗慢性中、重度宫颈炎的对比研究[J]. 中国创伤外科杂志, 2010, 2(9): 122-124.
[4] 邓元琪, 夏恩兰. 宫腔镜宫颈病变切除术与宫颈病变环形

综上所述,医护一体化对提高创伤外科病房医疗质量,保证医疗安全,加强医护之间配合,提高护理人员业务水平及职业满意度方面有肯定的作用,其加强医护交流,使护士更多参与医疗决策的核心思想可以进一步用于临床工作中。

参考文献

[1] 陈佳丽, 宁宁, 李欢, 等. 临床医护一体化合作模式的实施现状调查[J]. 护理研究 2013, 27(7): 2092-2093.
[2] 刘燕, 刘华英. 运用医护一体化模式提高护士临床科研能力的实践与效果[J]. 护理管理杂志, 2011, 11(4): 273-274.
[3] 陈静, 张振香, 谢红. 医护合作关系的研究进展[J]. 中华护理杂志 2011. 46(11): 1136-1139.
[4] 刘军, 谷贵山. 老年髌骨骨折后死亡原因的研究进展[J]. 中国矫形外科杂志, 2007, 15(18): 1400-1402.
[5] 刘磊, 周建伟, 许庆利. 手术治疗老年髌骨骨折 156 例临床分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2008, 33(3): 337-338.
[6] 郭炯炯, 唐天骊, 杨惠林, 等. 老年人营养状况对髌骨骨折术后切口愈合的影响[J]. 中华创伤骨科杂志, 2006, 8(2): 112-114.
[7] 伍佩玲, 黄碧萍, 何惠燕, 等. 老年髌骨骨折患者压疮危险因素分析及护理[J]. 全科护理, 2009, 7(7): 1930-1931.
[8] 庞家容. 心理干预对老年髌骨骨折术后负性情绪及生活质量的影响[J]. 临床护理杂志, 2013, 12(1): 20-21.
[9] 水根会, 侯桂红, 赵冬梅, 等. 髌骨骨折患者睡眠质量及影响因素分析[J]. 临床医药实践, 2010, 8(19): 1142-1143.

(收稿日期: 2014-02-10 修回日期: 2014-04-12)

电切术治疗宫颈良性病变的比较[J]. 中国内镜杂志, 2011, 12(12): 1233-1235.

[5] Bennett BB, Stone IK. Deep loop excision for prehyterectomy endocervical evaluation[J]. Am J Obstet Gynecol, 2012, 176(1): 82-86.
[6] 袁莉, 袁新荣, 李红薇. 宫腔镜宫颈病变电切术与宫颈环形电切术治疗低级别宫颈上皮内瘤变的临床研究[J]. 实用临床医药杂志, 2011, 21(15): 92-93.
[7] 孙文红. 宫腔镜电切术治疗宫颈良性病变的疗效和价值[J]. 中国卫生产业, 2013, 4(1): 134-136.
[8] 冯忠民, 王牧, 张晓改. 宫腔镜下宫颈病变电切术治疗宫颈良性病变研究[J]. 实用临床医药杂志, 2010, 7(8): 332-335.
[9] 张宏伟, 张蕾, 沈蓉, 等. 宫腔镜宫颈病变电切术与宫颈环形电切术治疗慢性中、重度宫颈炎的对比研究[J]. 中国微创外科杂志, 2009, 2(9): 122-124.
[10] 申屠瑶芬, 徐贤平. 宫颈环性电切术治疗宫颈病变的护理[J]. 护理与康复, 2012, 8(4): 659-660.

(收稿日期: 2014-03-12 修回日期: 2014-08-14)