



• 论 著 •

宫腔镜电切手术治疗子宫内膜息肉导致子宫出血治疗的效果及并发症分析

周雨昕

(常德市第一人民医院 妇科 415000)

摘要：目的：探讨宫腔镜电切手术治疗子宫内膜息肉导致子宫出血治疗的效果及并发症发生情况。方法：将在本院接受治疗的子宫内膜息肉致子宫出血患者选择 94 例进行研究，随机分组各 47 例，对照组为传统刮宫术治疗，观察组为宫腔镜电切术治疗，观察两组疗效及安全性。结果：观察组治疗有效率 97.87%，不良反应率 2.13%，与对照组 82.98%、14.89% 差异显著， $P < 0.05$ ；观察组手术时间及出血量均显著低于对照组， $P < 0.05$ 。结论：在子宫内膜息肉致子宫出血治疗中选择宫腔镜电切手术可有效减少术中损害，减少术后并发症，保证良好的疗效，值得推广。

关键词：宫腔镜电切手术；子宫内膜息肉；子宫出血；并发症

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 03-198-02

子宫内膜息肉作为常见的妇科疾病，主要是由于子宫内膜局部过度增生引起的不规则引导流血、不孕等症状，严重危害患者健康和心理状态[1]。传统对子宫内膜息肉致子宫出血以刮宫术治疗为主，但其手术创伤较大，且治疗不够彻底，容易出现并发症和复发情况，因此需加强对其他更加安全有效治疗方法的研究[2]。宫腔镜电切手术作为微创手术方式，其可在减少手术创伤的同时获得较高的疗效，应用价值较高。为此，本次研究对宫腔镜电切手术治疗子宫内膜息肉导致子宫出血治疗的效果及并发症发生情况进行了探讨，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2015 年 12 至 2016 年 11 月期间，选择本院收治的子宫内膜息肉导致子宫出血患者 94 例作为研究资料，均经 B 超、宫腔镜等检查确诊，且均为已婚已育妇女[3]。依据随机数字抽取表法分组，对照组 47 例，年龄在 25 岁至 52 岁之间，平均年龄为 (36.95 ± 2.28) 岁，单发性息肉 25 例，多发性息肉 22 例；观察组 47 例，年龄在 25 岁至 53 岁之间，平均年龄为 (36.87 ± 2.23) 岁，单发性息肉 27 例，多发性息肉 20 例；排除伴随严重慢性疾病、生殖器官病变等患者。两组患者基本资料比较无明显差异， $P > 0.05$ 。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 均常规检查和抗炎治疗，在月经干净后 3d 至 7d 行传统刮宫术治疗，经宫腔镜观察，明确息肉病灶位置及大小，针对单发性息肉选择刮匙挖除处理，针对多发性息肉应在吸宫后，在利用刮匙挖除处理。完成后做好检查，确定刮除干净。

1.2.2 观察组 常规检查和抗炎治疗，手术时间选择月经干净后 3d 至 7d，给予硬膜外麻醉处理，协助膀胱截石位，利用宫腔镜明确宫内详细情况，做好阴道、宫颈消毒处理，扩张宫颈口，注入生理盐水，维持 90mmHg 膨宫压力，速度为 150mg/s，明确病变位置，调整电极输出切割功率，从宫底开展性子官内膜息肉切除，逆时针或顺时针切除病变组织，尽可能减少内膜的内膜，更不能损伤肌层，切忌避免切除过厚，并及时进行电凝止血处理。若子宫无法收缩，则需给予缩宫素。切除病变组织行病理分析。

1.3 观察指标

疗效评价标准：显效为子宫内膜息肉全部清除，炎症消失，未出现出血症状；有效为子宫内膜息肉清除，炎症改善，出血改善；无效为子宫内膜息肉清除不彻底，出血及炎症无改善。治疗有效率=显效率+有效率。观察两组自动穿孔、感染、脏器受损等并发症发生情况。记录两组手术时间及术中出血量。

1.4 统计学处理

数据均采用 SPSS 17.0 软件进行统计学分析，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，样本 t 检验，计数资料以 (%) 表示，卡方检验。当 $P < 0.05$ 时为比较差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效及治疗安全性分析

分析表 1 可知，观察组治疗有效率 97.87%，不良反应率 2.13%，与对照组 82.98%、14.89% 差异显著， $P < 0.05$ 。

表 1 两组疗效及治疗安全性分析 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	治疗有效率	不良反应率
观察组	47	31 (65.96)	15 (31.91)	1 (2.13)	97.87	1 (2.13)
对照组	47	24 (51.07)	15 (31.91)	8 (17.02)	82.98	7 (14.89)
X ²	--	--	--	--	6.02	4.91
P	--	--	--	--	<0.05	<0.05

2.2 两组手术时间及出血量分析

分析表 2 可知，观察组手术时间及出血量均显著低于对照组， $P < 0.05$ 。

表 2 两组手术时间及出血量分析 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	手术时间 (min)	出血量 (ml)
观察组	47	25.01 ± 4.86	42.03 ± 10.05
对照组	47	35.34 ± 5.92	63.71 ± 11.47
X ²	--	9.24	9.74

3 讨论

子宫内膜息肉会导致患者出现不规则出血症状，对患者正常生活产生一定的影响，而其作为良性结节性疾病，可通过手术进行有效治疗。传统在刮宫术治疗主要实在宫腔镜观察明确病变位置后再行刮宫处理，但该术式不仅会造成极大的手术创伤，出现出血量多，子宫穿孔等并发症，且息肉切除不完全，增加复发可能性，因此需研究其他治疗治疗方案[4]。宫腔镜电切手术可在宫腔镜下观察到整个宫腔，



且利用电切治疗可减少对子宫组织的损害和减少对卵巢组织的影响,易于保留生育能力[5]。电切治疗可及时进行止血处理,减少出血量,减少机体损害。本次研究结果显示观察组治疗有效率97.87%,不良反应率2.13%,与对照组82.98%、14.89%差异显著, $P<0.05$;观察组手术时间及出血量均显著低于对照组, $P<0.05$,表明采用宫腔镜电切术治疗可在减少术中出血量的同时,提高治疗效果,促使患者病灶彻底清除,且损伤小,利于减少术后并发症,安全性较高。

综上所述,宫腔镜电切手术治疗子宫内息肉导致子宫出血治疗的效果较好,且并发症较少,值得推广应用。

参考文献:

[1]张冬梅,纪琼琼.宫腔镜下电切术与刮宫术治疗子宫内息肉肉

的疗效比较[J].中国临床研究,2017,30(11):1536-1538.

[2]王莹,徐彩临,曹艳花,等.宫腔镜技术在异常子宫出血病人的诊断治疗中的应用价值[J].海南医学院学报,2015,21(4):527-529.

[3]吴雯君,丁秀丽.屈螺酮炔雌醇片治疗宫腔镜下子宫内膜息肉电切术后的效果及对子宫内膜息肉复发的预防作用[J].中国妇幼保健,2017,32(17):4284-4286.

[4]桂定清,戚瑞红,何玉华,等.宫腔镜下子宫内膜电切术联合刮宫术治疗多发性子宫内膜息肉的效果探讨[J].现代生物医学进展,2016,16(6):1121-1123.

[5]刘文静,黄钰华.宫腔镜下电切术与刮宫术治疗异常子宫出血疗效比较[J].海南医学,2017,27(8):1347-1349.

(上接第197页)

组别	例数	百分率 (%)
hs-CRP 阳性	53	42.4
WBC 阳性	49	39.2
NC 阳性	43	34.4
hs-CRP 正常/WBC 正常	58	46.4

表2 呼吸道感染患儿分组 hs-CRP 和 WBC、NC 结果

组别	例数	hs-CRP (mg/L)	WBC (10 ⁹ /L)	NC (%)
细菌感染组	38	24.65±26.34	16.68±6.89	0.82±0.18
病毒感染组	64	5.63±5.57	5.89±3.44	0.47±0.12
支原体感染组	23	10.35±7.58	7.89±3.74	0.53±0.13

3 讨论

急性上呼吸道感染是儿科常见病、多发病,常见症状有干咳、流涕、鼻塞、咽痛、发热等。急性上呼吸道感染中病毒感染占80%以上,主要有流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒等,但也有部分是由细菌、支原体感染所致,近年来,由支原体导致的上呼吸道感染的病例在逐渐增多[5]。上呼吸道感染病理机制主要为炎症反应,临床上一般采用WBC和NC来初步鉴别诊断为何种病原体感染,然而WBC结果会受到生理状况、年龄、应激以及环境等诸多因素影响。CRP是机体应激状态下由肝脏合成的一种急性时相反应蛋白,它和肺炎链球菌的荚膜C多糖起沉淀反应,是炎症反应极灵敏的非特异性标志物。正常情况下血液中含量甚微,在急性感染、炎症反应、组织损伤等情况下浓度会急剧升高,升高幅度、持续时间都与感染的性质、严重程度和预后密切相关。患者CRP水平于细菌感染初期迅速升高,感染控制后其水平迅速回落,其升高的幅度与感染的程度呈正相关,且不受治疗药物的影响;但病毒感染时通常CRP不升高或轻度升高,故CRP可作为细菌感染与病毒感染的鉴别指标,进而判断是否对患者进行抗生治疗[3]。

本文研究结果显示,CRP和WBC阳性率分别为42.4%、39.2%,联合检测CRP和WBC以及NC可将阳性率提高到58.4%,在CRP升高的53例中WBC同时升高者35例,占66.0%,表现出WBC与CRP有很好的相关性。相对WBC而言,CRP升高时间早,敏感性较高,受年龄、皮质激素应用、免疫状态等因素影响较小,适合鉴别儿童急性感染病原体以及监测病情变化。如果仅把WBC或NC计数作为细菌感染的常

hs-CRP 正常/NC 正常	61	48.8
hs-CRP 正常/WBC 正常/NC 正常	52	41.6

2.2 各组患者 hs-CRP、WBC 和 NC 情况 观察 125 例患者,CRP 及 WBC 检测结果见表 2。细菌感染组患儿 hs-CRP、WBC 和 NC 均高于病毒性感染组和支原体感染组,差异有统计学意义($P<0.05$);支原体感染组 hs-CRP 高于病毒性感染组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

规指标而不考虑 CRP 水平,容易因病情还处于隐匿状态而造成漏诊或误诊,同时也很难在抗生素使用上做到合理使用。细菌感染组患儿 CRP 和 WBC 均高于病毒性感染组和支原体感染组,CRP 对各种病原体感染反应程度高低顺序依次为细菌、肺炎支原体和病毒,与相关报道一致[6-7]。CRP 和 WBC、NC 计数联合检测能为正确判断病原体提供有效的依据,指导医生是否进行抗生素治疗,减少抗生素的滥用,达到早诊断、早治疗的目的,为患儿的早日康复起到积极的作用。

参考文献:

[1]赵萍.儿科呼吸道感染的临床诊断与治疗[J].中国医药科学,2013,2:200-204.

[2]李慧娟.66 例小儿上呼吸道感染的临床分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34 (2):240-241.

[3]肖萍.超敏 C-反应蛋白联合白细胞检测在新生儿细菌感染性疾病中的应用[J].检验医学与临床,2012,9(12):1441-1442.

[4]沈晓明,王卫平.儿科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008:261-262.

[5]张丽萍.小儿上呼吸道感染 52 例临床分析[J].吉林医学,2012,33(7):1394-1395.

[6]饶富顺,李夕梁.血清 C-反应蛋白鉴别细菌性和病毒性感染中的应用[J].中国医药指南,2011,8(1):11-12.

[7]马华,杨登峰,李耀军.C-反应蛋白在呼吸道感染性疾病早期诊断中的应用价值探讨[J].吉林医学,2012,34(9):1640-1641.