

或部分消失, SPIEGEL 量表减分率 $\geq 30\%$ 。无效: 症状无变化或加重, SPIEGEL 量表减分率 $< 30\%$ 。注: 减分率: (治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分 $\times 100\%$ 。

3 结果

3.1 两组患者疗效比较

治疗组 32 例, 临床痊愈 4 例 (12.5%), 显效 16 例 (50.00%), 有效 10 例 (31.25%), 无效 2 例 (6.25%), 总有效率 93.75%; 对照组 28 例分别为 2 例 (7.14%)、12 例 (42.86%)、10 例 (35.71%)、4 例 (14.29%) 及 85.71%。

3.2 两组患者全身症状改善情况比较

表略。治疗组全身症状改善情况 (包括头晕头痛、烦躁不安、胁胀纳差、口干舌燥) 明显好于对照组, 两者有统计学差异 ($P < 0.01$)。

3.3 不良反应

治疗组服药后副反应的发生明显低于对照组, 两者有统计学差异 ($P < 0.01$), 而且对照组中有 1 例肝功能

(ALT) 的升高, 有 1 例心电图出现窦性心动过速, 停药后既恢复正常, 但治疗组中未出现以上情况。

4 讨论

《素问·五脏生成论》谓: “故人卧, 血归于肝, 肝受血而能视, 足受血而能步, 掌受血而能握, 指受血而能摄。”王冰注曰: “肝藏血, 心行之, 人动则血运于诸经, 人静则血归于肝脏。”说明人的生物节律性的调控是通过肝藏血来完成的。由于情志劳逸等失度导致肝的疏泄和藏血功能失调, 节律性就会打破, 睡眠的节律性也会打破。另外, 阴阳不交是失眠的基本病理, 《类证治裁·不寐》谓: “不寐者, 病在阳不交阴也。”肝为刚脏, 体阴而用阳, 主情志疏泄。而情志所伤、劳逸失度、久病体虚等均能引起肝之气血紊乱, 阴阳失调, 病久易牵涉心、脾、肾等各脏腑的功能失衡, 出现各种临床证候, 所以肝与失眠的关系十分密切, 故治疗失眠症从肝立法可取得较好的疗效。

* 复旦大学附属上海市第五人民医院中医科 (200240)

腹腔镜辅助阴式子宫切除术 60 例临床观察

陈 静*

子宫肌瘤、子宫腺肌瘤和功能性子官出血均为女性生殖系统常见病, 其中子宫肌瘤的发病率在育龄妇女可达 20%~40%^[1]。随着腹腔镜技术的应用与发展, 腹腔镜辅助阴式子宫全切除术 (LAVH) 已日益普及, LAVH 拓宽了阴式子宫切除术的适应证, 损伤小, 恢复快。现将我院 2007 年 10 月~2009 年 5 月 60 例 LAVH 临床观察报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2007 年 10 月~2009 年 5 月 LAVH 患者 60 例, 其中子宫肌瘤 35 例, 子宫腺肌瘤 18 例, 功能性子宫出血 7 例。年龄 42~56 岁, 平均 48 岁。经期腹痛 15 例, 月经过多 25 例, 尿频等膀胱压迫症状 5 例, 贫血 8 例。既往有腹部手术史 15 例, 子宫肌瘤剥除术 9 例, 卵巢囊肿剥除术 3 例, 剖宫产术 7 例, 输卵管结扎术 11 例, 阑尾切除术 1 例。术前妇科检查、B 超检查或诊断性刮宫以及宫颈刮片排除宫颈及内膜恶性病变。

1.2 手术方法

腹腔镜部分建立气腹, 压力 11~14mmHg, 3 个小切口: 脐孔上或下 10mm、左下腹与麦氏点对应点 5mm 和麦氏点 10mm。保留双侧附件者, 超声刀断圆韧带、输卵管峡部及卵巢固有韧带。切除附件者, 电凝、切断圆韧带及骨盆漏斗韧带, 电钩打开子宫膀胱腹膜返折, 向下分离膀胱达宫颈外口水平, 两侧至圆韧带断端, 剪刀打开阔韧带后叶并分离疏松组织至血管, 电凝、切断、缝扎子宫血管。

经阴道部分: ① 1:1200 肾上腺素生理盐水溶液分别注入阴道穹窿黏膜下及子宫膀胱间隙和膀胱阴道间隙, 使局部黏膜稍水肿, 高血压、心脏病及老年患者应将

肾上腺素浓度减小或仅用生理盐水; ② 沿阴道穹窿环形切开阴道壁, 钝、锐性分离膀胱宫颈间隙和宫颈直肠间隙, 向上推进撑开, 分离数次可达前后腹膜返折, 剪开; ③ 钳夹并切断子宫骶、主韧带, 双重缝扎; ④ 取出子宫: 可应用肌瘤剝除、子宫对半切开和“削苹果皮”等方式将大子宫取出; ⑤ 全层缝合阴道断端及盆腹膜, 注意将阴道残端两角与子宫骶、主韧带缝合在一起可防止阴道顶脱垂的发生, 必要时可于阴道残端中间置橡皮引流管, 术后如无引流液, 可在 48h 取出阴道填纱时同时拔除。子宫切除后, 在腹腔镜下检查盆腔各组织残端, 生理盐水冲洗盆腔。

2 结果

60 例手术成功 58 例, 2 例患者中转开腹, 其中 1 例系因盆腔重度粘连, 1 例因术中伤及子宫动脉大量出血导致手术视野模糊。手术平均时间 105min (90~130min), 术中平均出血量为 130ml (100~300ml)。58 例无大出血、感染、肠损伤及膀胱、输尿管损伤等并发症。术后无需使用镇痛剂, 8~12h 进流质饮食, 6~25h 肛门排气, 48h 下床活动, 体温 2~3 天恢复正常。术后住院 5~7 天, 平均 6 天出院, 无一例感染。手术后 2 月随诊, 患者均康复, 阴道残端无息肉, 愈合好, 盆腔检查无异常发现。

3 讨论

手术适应症^[2]: ① 有全子宫切除的指征且无阴道狭窄; ② 经阴道子宫切除困难或伴有附件切除; ③ 阔韧带子宫肌瘤; ④ 子宫病变合并子宫内膜异位症。一般认为 LAVH 适用于子宫 ≤ 12 孕周, 超过 12 孕周的子宫会影响手术视野的暴露, 增加手术难度及术中术后的并发症, 但随着技术的进步, 大子宫行腹腔镜辅助阴式切除的报

道越来越多。总之,我们的体会是术前要根据术者的手术熟练程度、器械配备情况、盆腔粘连程度、肌瘤生长部位及子宫大小来选择合适的病例,以提高手术成功率。

手术要点:LAVH 要求术者具有熟练的内镜经验和扎实的阴道手术基础。处理子宫血管时要保证缝合时进出针的确切位置和打结的绝对牢靠性,子宫动脉不一定强求在腹腔镜下处理,可视患者和术者的情况而定,将子宫血管放在阴道内钳切缝扎会更安全、经济。钳夹宫旁组织时要紧靠宫颈,以免损伤输尿管。为防止术后粘连和发热,手术结束前应用生理盐水反复冲洗盆腔,可常规盆腔置留灭滴灵 100ml。

手术并发症的防治:LAVH 的手术并发症主要为脏器损伤(膀胱、直肠及输尿管)、术中出血等^[3]。防治术中并发症策略主要有:①子宫切除需保留双侧附件者,于宫角断离附件。②子宫腺肌瘤的子宫切除,因往往合并有巧克力囊肿粘连于子宫后壁或侧腹膜而增加手术难度,应游离粘连于侧腹膜的巧克力囊肿,并在骨盆漏斗韧带外侧剪开侧腹膜,了解输尿管走向后。才可断离漏斗韧带,以免损伤输尿管。③下推膀胱时,紧贴宫颈前方,注

意勿损伤膀胱,尤其是曾有子宫下段剖宫产史者,膀胱与宫颈间可能因粘连而致密,需结合锐性分离。④大子宫行 LAVH 术中应注意子宫血管的处理:子宫血管应与输尿管保持一定的距离,术前留置尿管,须先沿阔韧带前叶剪开子宫膀胱腹膜反折,下推膀胱后,尽量多分离两侧阔韧带内组织,清楚暴露子宫动静脉后再处理子宫血。⑤术毕再行腹腔镜检查,不仅可检查手术质量,排除腹腔活动性出血,还可有效地减少术后病率。

参考文献

- [1] 商九香,张红梅,刘彦,等.腹腔镜辅助的次全子宫切除手术与传统开腹手术的比较研究[J].中国微创外科杂志,2005,50(10):803-804.
- [2] 黄启玲,赵玉生.非脱垂大子宫经 LAVH46 例临床分析[J].中国现代医生,2008,46(5):47-48.
- [3] 蒋洲梅,王海英,闻安民,等.妇科腹腔镜手术并发症分析及防治[J].中国内镜杂志,2008,14(1):56-58.

* 安徽省六安市中医院妇产科(237000)

凉血化瘀扶正法治疗小儿过敏性紫癜性肾炎 30 例临床观察

任德旺¹ 任仲玉² 任仲仪² 任仲杰³ 韩海俊⁴ 任芳¹ 孙青萍¹ 杨激⁴ 宁莹⁵ 宁晓蓉⁵

过敏性紫癜是小儿常见病,其中约 1/3 可出现肾损害。我们在长期的临床实践过程中发现,凉血化瘀扶正法能够较好地改善过敏性紫癜肾炎的临床症状。2009 年 1 月~2010 年 4 月,我们对以凉血化瘀扶正为法的紫癜饮 II 号治疗小儿过敏性紫癜肾炎的有效性进行了临床观察,现报告如下。

1 一般资料

所选 60 例患儿均来源于 2009 年 1 月~2010 年 4 月稷山县人民医院门诊和住院患儿。病例选择按照《紫癜性肾炎诊断标准(草案)》^[1]。随机数字表盲法分为 2 组。治疗组 30 例,男 17 例,女 13 例;年龄 4~15 岁;病程 1 天~1 个月;其中单纯性血尿 18 例,血尿和蛋白尿 12 例;合并关节痛 7 例,合并腹痛便血 5 例。对照组 30 例,男 16 例,女 14 例;年龄 4~15 岁;病程 1 天~1 个月;其中单纯性血尿 17 例,血尿和蛋白尿 13 例;合并关节痛 5 例,合并腹痛便血 2 例。两组在年龄、性别、病史、病情轻重方面无统计学差异。其中发病有上呼吸道感染 40 例,寄生虫感染 5 例,有进食鱼虾史 2 例。60 例均血常规检查正常,尿常规检查:尿蛋白定性(+)~(+++),尿潜血(+)~(++++) ,尿红细胞(2~5 个/HP)~满视野,肾功能检查:尿素氮、肌酐均正常。2 组患儿入组前均未接受中药、激素和各免疫抑制剂治疗。

2 方法

2.1 治疗方法

(治疗组用紫癜饮 II 号口服。药物组成:生地黄 10g,蝉蜕 6g,徐长卿 10g,白茅根 10g,黄芪 10g,防风 10g,白术

10g,三七末 3g(冲服),甘草 3g。每日 1 剂两煎混合,频服。5 岁以下每日 1/3 量,6~10 岁每日 1/2 量,10 岁以上每日用全量。

对照组:每天强的松 1~2mg/kg,分 3 次口服。每天雷公藤多苷片 1mg/kg,分 3 次口服。2 组均以 4 周为 1 个疗程。观察期间有皮肤紫癜严重、瘙痒明显者用扑尔敏、葡萄糖酸钙;有关节痛、腹痛明显者酌情用 654-2 等对症处理。有明确感染者选用敏感的抗生素。

2.2 观察指标及方法

对患儿皮肤紫癜、腹痛、关节痛、浮肿、便血、血尿、精神、食欲、舌质、舌苔进行分级,每级 1 分,共 4 级,分别为 0、1、2、3 分,每周进行 1 次评分。

2.3 疗效标准

参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[2]中疗效判定标准拟定。治愈:临床症状、体征完全消失,尿常规及肾功能正常。显效:临床症状、体征完全消失,肾功能正常,尿常规轻度异常,尿沉渣(红细胞<5 个/HP)。有效:临床症状、体征完全消失,尿常规及肾功能较前好转。无效:治疗 3 个月以上,达不到有效标准者。

3 结果

3.1 两组患儿临床疗效比较

治疗组 30 例,治愈 15 例(50.00%),显效 10 例(33.33%),有效 5 例(16.67%),无效 0 例,总有效率 100%;对照组 30 例,分别为治愈 10 例(33.33%),显效 10 例(33.33%),有效 7 例(23.33%),无效 3 例(10.00%),总有效率 90.00%。两组疗效比较,治疗组明