

自然状态下很难保证新生儿四肢有良好的血运^[6]。沐浴能促进新生儿足部的血液循环,便于采血成功,避免了因用力挤压而引起的溶血现象。乙醇具有扩张血管的作用,用乙醇按摩足跟可加快末梢毛细血管扩张充盈,使末梢血运增强,从而增加采血成功率。

3.4 采血部位 由于新生儿皮肤较薄,体表可清楚看见足跟外侧小隐静脉的属支或足跟内侧的足底侧静脉,故操作方便。选择足底浅静脉收集足底皮静脉网汇入足背外侧缘静脉处作为穿刺点,沿新生儿外侧足踝前缘向足底外侧缘做垂直线,此线与足底外侧缘交界处为采血点,沿此点进针,深度约 2~3 mm^[7]。该穿刺点为浅静脉汇集点,血量丰富、出血快、对血片渗透好,大大缩短了采血时间,采血一次成功率高。

3.5 采血体位 将新生儿头部及躯干部用特制软垫抬高 45°,形成头高足低位,抬高躯干使心脏水平高于下肢,流入下肢的动脉血流量增加而回心血量减少,下肢静脉血短时间内充盈,毛细血管扩张,局部血容量充足,易于采血。另外,如有一助手将新生儿竖抱,双腿自然下垂,利用重力作用增加下肢血流量,特别对早产儿和低体质量儿利于采血成功。

3.6 采血手法 大拇指与其他 4 指分开,合谷穴对应足跟,采用单手挤压法由肢端向足跟方向挤压,范围不可过小,有节律地挤压、放松、挤压,减轻新生儿痛感,利于血液流出。采血时滤纸不能接触皮肤,轻轻接触血滴使其从滤纸的一面渗入,自然渗透滤纸正反两面,提高血片质量。

综上所述,掌握采血方法,应用采血技巧,不仅能保证血标

本的质量、缩短采血时间,减轻护理人员生理和心理负担,提高工作效率,还可减少反复采血给新生儿造成痛苦。沐浴、头高足低位或竖抱新生儿、乙醇按摩足跟外侧缘,采血成功率高、安全方便,提高了产妇及家属对护理工作的满意度。

参考文献

- [1] 郭智勇. 在新生儿筛查采血中的体会[J]. 实用医学杂志, 2005, 21(16): 1771.
- [2] 吕来芝, 陈华. 不同条件下采集新生儿足跟血标本效果比较[J]. 护理研究, 2008, 22(1): 140.
- [3] 孙婷婷, 毛仑, 陶晨, 等. 新生儿哺乳后采集足跟血最佳时期研究[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(2): 92.
- [4] 梁叶. 新生儿疾病筛查足跟采血法研究进展[J]. 护理研究, 2009, 23(9): 2356-2357.
- [5] 于金明. 新生儿足跟血采集方法研究进展[J]. 齐鲁护理杂志, 2009, 15(17): 45-47.
- [6] 张双燕, 赵玉芳. 新生儿足跟血采集方法的护理进展[J]. 中华护理杂志, 2007, 42(6): 544-545.
- [7] 郭锡素, 鲁婷华, 冉启容. 划线定点法和传统法应用于新生儿足底血的比较[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(10): 33-34.

(收稿日期: 2010-12-09)

· 临床研究 ·

腹腔镜与开腹手术治疗异位妊娠 344 例疗效比较

胡佳菊, 薛梅, 计文映, 刘佳芮 (云南省曲靖市第二人民医院妇产科 655000)

【摘要】目的 通过对腹腔镜与开腹手术治疗输卵管妊娠的疗效分析, 比较两种术式的优缺点。**方法** 回顾性分析 2004 年 1 月至 2010 年 9 月曲靖市第二人民医院收治确诊为异位妊娠有手术指征的 344 例患者的临床资料。其中腹腔镜手术患者 186 例, 开腹手术患者 158 例, 比较两组手术时间、术中出血量、术后肛门排气时间、术后病率、抗生素应用时间、术后住院天数、术后镇痛泵使用率、切口愈合率、血清 β -人绒毛膜促性腺激素转阴天数等情况。**结果** 腹腔镜组手术时间、术中出血量、术后镇痛剂应用、发热时间、住院时间、肛门排气时间、抗生素使用时间、切口愈合率均明显优于开腹组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 腹腔镜手术治疗异位妊娠与开腹手术相比, 不但能起到开腹手术同样的效果, 而且具有创伤小、切口美观、痛苦小、并发症少、恢复快、临床疗效肯定等优点, 具有明显优越性, 成为现今治疗异位妊娠的首选手术方法。

【关键词】 异位妊娠; 腹腔镜; 开腹手术; 疗效

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.09.032 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2011)09-1082-03

异位妊娠是妇产科常见急腹症之一, 近年来其发病率逐年上升, 约占妇科急诊手术的 70% 以上, 且发病年龄趋向年轻化。由于异位妊娠滋养叶细胞对种植部位血管的侵蚀和破坏, 以及妊娠的进展致腹腔脏器的破裂, 可致大出血而危及生命, 需要及时诊断和积极治疗。随着诊断水平和人们健康意识的提高, 临床腹腔镜手术经验的积累, 腹腔镜技术因其损伤小、恢复快、无明显瘢痕等优点已经得到临床医学界的公认, 已成为治疗异位妊娠的主要方法而被临床广泛应用, 腹腔镜治疗异位妊娠几乎替代了传统的开腹手术。本院自 2000 年开展腹腔镜手术以来, 非休克型异位妊娠已逐渐采用腹腔镜手术。作者应用腹腔镜治疗异位妊娠取得了满意的效果。现将本院近年 344 例异位妊娠患者, 其中腹腔镜手术组 186 例, 开腹手术组

158 例进行相关比较分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2004 年 1 月至 2010 年 9 月共收治异位妊娠手术治疗患者 344 例, 开腹手术治疗 158 例, 经产妇 78 例, 未产妇 80 例, 其中 73 例曾有人工流产史, 156 例为输卵管妊娠 (流产性 49 例, 破裂型 96 例, 未破裂 11 例); 卵巢妊娠 2 例, 年龄 18~40 岁, 平均 28.5 岁。186 例行腹腔镜手术治疗, 其中输卵管妊娠 183 例 (流产性 54 例, 破裂型 73 例, 未破裂 56 例); 卵巢妊娠 3 例, 年龄 16~44 岁, 平均 26.7 岁。经产妇 102 例, 未产妇 81 例, 其中 78 例曾有人工流产史。

1.2 手术指征 两组均有停经史, 伴或不伴腹痛和 (或) 阴道流血, 术前尿绒毛膜促性腺激素 (HCG) 阳性, 血清 β -HCG 升

高,超声检查见宫腔内空虚,宫旁出现低回声区,部分其内探、胚芽及原始心血管搏动,部分盆腔内探及液性暗区,全部病例的诊断标准均参照《妇产科学》第 6 版教材的输卵管妊娠诊断标准^[1]。两组病例资料经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 手术方法 腹腔镜组所有患者均采用气管内插管静脉复合麻醉。手术均为平卧位,分别将手术床摇至相应位置。于脐轮下缘切开皮肤 10 mm,刺入 1.1 cm Trocar 及置入腹腔镜,腹腔内充入 CO₂ 气体,压力控制在 10~12 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kpa)后,探查盆腔情况。在腹腔镜指示下,分别于左、右麦氏点处行 5、10 mm 的第 2、3 辅助空刺孔,置入手术器械进行操作。根据病灶部位是否破裂,有无生育要求等决定手术方式。

1.3.1 输卵管开窗术 适用于年轻未生育者,输卵管妊娠未破裂,先兆破裂或破裂口较小者。选取妊娠部位,在系膜对侧输卵管膨胀最明显处,用单极电钩背侧沿输卵管纵轴先电凝输卵管呈一条白线 1.5 cm,再沿该电凝线等长电切打开输卵管,活检钳清除输卵管腔内绒毛组织,必要时采用电凝器热凝残余绒毛。

1.3.2 输卵管挤压取胎术 适宜年轻、无子女患者,输卵管流产型或未破裂型,病灶直径小于 4 cm,妊娠部位在壶腹部或伞部。用 2 把无损伤钳夹住妊娠膨大端上方,向伞端挤压排出妊娠物,再将氨甲蝶呤(MTX)20 mg 注射到输卵管病灶周围,术后连续监测血清 β-HCG 或尿妊娠试验。

1.3.3 输卵管切除术 适用于年纪较大,已有子女的患者,或术中活动性出血难以止血者,或因陈旧型宫外孕组织坏死且广泛粘连者,用双极电凝从输卵管伞端开始沿输卵管系膜电凝切断输卵管至峡部,将切除的输卵管和妊娠物装入标本袋中,从左下腹操作孔取出。

1.3.4 卵巢切除术 3 例卵巢妊娠者行卵巢部分切除术,创面电凝止血,将切除的部分卵巢装入标本袋中,从左下腹操作孔取出。

1.4 对于保守性手术患者需监测血清 β-HCG 术前及术后 24~48 h 常规测定血清 β-HCG 水平,与术前比较,如术后下降大于 70%,说明手术效果满意,无需进一步处理;如 β-HCG 下

降小于 50%,应警惕是否仍有滋养叶细胞存活,应继续监测血清 β-HCG,必要时加用 MTX 治疗。

1.5 记录指标 开腹组患者采用腰硬膜联合麻醉,按常规开腹,在直视下行手术治疗。根据患者的具体情况,采用输卵管开窗取胚术、输卵管挤压取胎术、输卵管切除术 3 种术式。2 例卵巢妊娠行卵巢部分切除术。两组术前均留置尿管,术后 24~48 h 拔除。记录术中输卵管妊娠部位、类型;术中腹腔内出血及术中出血量(负压吸引加血块加纱布用量);术后常规应用抗生素预防感染情况;术后肛门排气、进食及腹部切口愈合的日期等。

1.6 观察指标 观察两组手术时间、术中出血量、肛门排气时间、术后病率、下床活动时间和住院天数、止痛剂的应用例数、切口愈合情况等。

1.7 统计学方法 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用单因素方差分析。排除麻醉前基础值不同及年龄、体质量因素对结果的影响采用 *t* 检验,应用 SPSS 10.0 统计学软件进行统计学处理, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组手术共 344 例患者,手术全部成功,腹腔镜手术中无一例中转开腹。

2.1 腹腔镜组与开腹组患者的一般临床资料比较 见表 1。由表 1 可见,两组患者的年龄、孕产次比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 两组患者一般临床资料比较

组别	年龄(岁)	孕次(次)	产次(次)
腹腔镜组	29.5±13.8	1.51±0.6	1.21±0.3
开腹组	28.2±11.5	1.86±0.5	1.25±0.2

2.2 腹腔镜组与开腹组术中及术后资料比较 见表 2。两组患者手术中出血量、手术时间、抗生素的使用、肛门排气时间、对镇痛的需求、住院天数、术口甲级愈合率差异具有统计学意义($P<0.05$)。两组患者术后病率(将术后 24 h 体温间隔 4 h 2 次 38℃ 以上定为术后病率)开腹手术组有 67 例,发生率为 42.4%;腹腔镜 12 例,发生率为 6.4%,经统计学检验,两组差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组术中及术后资料比较

组别	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	抗生素的使用 (d)	术后病率 (n)	肛门排气时间 (h)	对镇痛需求 病例	术后住院天数 (d)	术口甲级 愈合率(%)
腹腔镜组(n=186)	45.2±2.3	17.62±7.70	3~5	12	18.2±3.3	15	5.18±2.38	100
开腹组(n=158)	70.65±3.6	50.77±7.38	5~7	67	28±5.62	86	8.47±3.25	80
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

3.1 宫外孕近年来发病率呈逐年上升趋势,它曾是一种严重威胁妇女生命的疾病。自从对宫外孕实施输卵管切除术后,宫外孕的病死率有了大幅度的下降,但这种方法不能保留生育能力^[2]。随着阴道超声和血清 β-HCG 的普及,对输卵管妊娠的早期诊断率明显提高,是否能保留输卵管的功能对未生育及有生育要求的患者非常重要。保留输卵管的治疗有药物和手术治疗两种,药物治疗可杀灭胚胎,胚胎机化后堵塞输卵管,流产型盆腔积血易导致输卵管粘连、迂曲,导致不孕或再次异位妊娠的发生^[3]。因为腹腔镜手术更容易便于保留输卵管,其损伤

小,组织凝固创面可以防止纤维素的渗出、沉积,从而减少盆腔粘连,减少输卵管阻塞^[4]。腹腔镜以其兼有的诊断和治疗双重作用而显示着它的优势。电视腹腔镜能将输卵管放大 2~3 倍,可更彻底地清除腔内残留的绒毛以及对盆腔粘连的分解,疏通对侧输卵管,同时在完全封闭的盆腔内进行操作,避免了脏器在空气中暴露,及手套、纱布对组织的损伤,减轻了输卵管周围粘连的发生,保证了管腔的通畅^[5]。由于器械对胃肠干扰小,术后排气快,进食早,患者能较快恢复。其次应用腹腔镜能够早期诊断和治疗异位妊娠,尤其是对症状不典型、体征不明显,尚未出现腹腔内出血的、未破裂型的早期异位妊娠患者,

尽早实施腹腔镜手术能够避免大出血,同时为需要保留生育功能的妇女赢得了时间。

3.2 本文认为,对有生育要求的患者,腹腔镜手术是较好的方式,腹腔镜手术术中盆腔冲洗改变了生殖内环境,使不育不利因素得到及时诊疗;腹腔镜的放大作用视野开阔清晰,可及时发现开腹手术不能发现的情况。如卵巢表面薄膜包裹及卵巢与输卵管的薄膜状粘连,术中可及时去除,有利于伞端捕捉卵细胞,纠正假卵泡未破裂黄素化综合征,降低异位妊娠发生率,有利于再次妊娠。

3.3 本院对输卵管妊娠腹腔镜手术方式的选择,应根据患者的生育要求及包块大小和盆腔粘连情况决定。对输卵管有明显破裂,如陈旧异位妊娠、盆腔炎症粘连较重、无生育要求及保守性手术出血、无法镜下止血者应行患侧输卵管切除术。对年轻无子女、希望保留生育功能的早期输卵管妊娠未破裂或早期破裂裂口小、病灶直径小于 4 cm,内出血不多、生命体征稳定、无盆腔感染者则行保守手术。目前持续性宫外孕的问题已被广大学者所关注。多数学者认为,持续性宫外孕为输卵管妊娠保守性手术治疗时未将组织完全去除致剩余的滋养细胞继续生长,可再次出现腹痛、盆腔包块破裂、腹腔内出血,严重者危及生命。持续性宫外孕多见于保守性手术。血清 β -HCG 缓慢下降或上升是滋养细胞存活的特征^[6]。手术中在清除绒毛组织时,用冲洗管抽吸或钳夹应彻底,避免滋养细胞残留,必要时局部注射杀胚药,术后监测血清 β -HCG 水平^[7]。

3.4 本研究结果显示,腹腔镜治疗组与开腹手术组患者年龄、孕次、产次、术前血清 β -HCG 水平差异无统计学意义($P > 0.05$),可以排除年龄、孕次、产次及术前血清 β -HCG 对手术结果的干扰。术后血清 β -HCG 转阴天数差异也无统计学意义($P > 0.05$)。腹腔镜手术组患者在手术时间、术中出血量、住院天数、肛门排气时间、镇痛剂的应用和抗生素使用、切口愈合方面均优于开腹组,其差异均有统计学意义($P < 0.05$)。可能与其手术切口小、微创有关。腹腔镜手术术野暴露充分,使探查更充分、仔细,有利于发现较为隐蔽的病灶,利于手术的彻底性^[8]。此外,由于腹壁切口小,几乎没有腹壁切口感染、延期愈合的弊病,且术后恢复快,充分体现了腹腔镜手术的微创优点^[9]。本院开腹组肥胖者切口出现脂肪液化者占 20%,延长了住院时间,增加了患者的痛苦,腹腔镜组切口愈合率为

100%。腹腔镜在我国开展较晚,仪器、技术要求较高,因此费用较开腹手术明显高一些。由于腹腔镜的特殊性,较开腹手术的缺点有气栓形成、腹膜下气肿、膈肌刺激症状、腹部穿刺点形成血肿、皮下淤血及脏器灼伤等。本院宫外孕患者术中、术后处理得当,均未出现上述症状。由此说明腹腔镜手术用于异位妊娠的治疗安全可靠。

综上所述,本资料证实了腹腔镜手术可以减少异位妊娠的破裂及大出血的发生,还可以减少术中出血和术后住院时间。因此,腹腔镜手术在临床治疗异位妊娠中值得临床推广和应用。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2004:110-117.
 [2] Akhan SE, Baysal B. Laparotomy or laparoscopic surgery? Factors affecting the surgeons choice for the treatment of ectopic pregnancy[J]. Arch Gynecol Obstet, 2002, 266(2):79-82.
 [3] 陈友国,沈方荣,沈宗姬,等. 腹腔镜手术与开腹手术对宫外孕术后受孕率的影响[J]. 苏州大学学报:医学版, 2005, 25(6):1083-1085.
 [4] 吕伟超,郑红枫,许琴仙. 出血性宫外孕腹腔镜手术 120 例临床分析[J]. 中国现代医学杂志, 2002, 12(9):62.
 [5] 华克琴,金福明,李斌. 电视腹腔镜保守治疗输卵管妊娠[J]. 中华妇产科杂志, 1994, 6(10):102.
 [6] 高玉民,张新艳. 持续性异位妊娠的研究进展[J]. 国外医学:妇产科学分册, 2003, 30(2):7678.
 [7] Nathorst Boos J, Rafk Hamad R. Risk factors for persistent trophoblastic activity after surgery for ectopic pregnancy[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2004, 83(5):471-475.
 [8] 刘彦. 实用妇科腹腔镜手术学[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2004:7.
 [9] 白文佩,孙玉凤,秦小琪,等. 腹腔镜手术和开腹手术治疗盆腔炎性包块的比较[J]. 实用妇产科杂志, 2006, 22(2):100-102.

(收稿日期:2010-12-26)

• 临床研究 •

5 083 例阴道分泌物的检查结果分析

曹 娟,阮金素,石庆新,叶黎红(浙江省台州医院路桥院区检验科 318050)

【摘要】 目的 为了了解台州市路桥区妇女阴道分泌物感染及混合感染的情况。**方法** 对来台州医院就诊及进行健康体检的 5 083 例妇女阴道分泌物标本涂片进行常规检验和革兰阴性双球菌的检测。**结果** 线索细胞 1 261 例(24.80%),白色念珠菌 935 例(18.40%),阴道滴虫 300 例(5.91%),革兰阴性双球菌 67 例(1.31%),混合感染 203 例(3.99%)。**结论** 细菌性阴道炎发病率比白色念珠菌性、滴虫性阴道炎要高,而且混合感染日益严重。

【关键词】 阴道分泌物; 线索细胞; 白色念珠菌; 滴虫; 混合感染

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.09.033 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)09-1084-02

阴道疾病是妇女的常见病、多发病,阴道分泌物(白带)涂片检查是诊断阴道疾病的重要依据^[1]。为了了解台州市路桥区阴道病的感染及混合感染情况,本文对 5 083 例阴道分泌物标本的线索细胞、念珠菌、滴虫,革兰阴性双球菌检出情况进行

分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2010 年 3~7 月来本院妇科就诊及进行健康体检的妇女 5 083 例,年龄 18~69 岁。