

十分明确,但已有研究表明了血浆 EBV-DNA 定量检测在 NPC 患者早期诊断、临床分析和监测疗效、复发或转移以及预后预测中都具有独特的重要的临床价值。

参考文献

- [1] Lo YM, Chan LY, Lokw, et al. Quantitative analysis of cell-free Epstein-Barr virus DNA in plasma of patients with nasopharyngeal carcinoma[J]. Cancer Res, 1999, 59(6):1188-1191.
- [2] Leung SF, Tan JS, Chan AT, et al Improved accuracy of detection of nasopharyngeal carcinoma by combined application of circulating Epstein-Barr virus DNA and anti-Epstein-Barr viral capsid antigen LgA antibody [J]. Clin Chem, 2004, 50(2):2339-2345.
- [3] 李宇红,邵建永,冯惠霞,等.鼻咽癌患者血浆游离 EBV-DNA 的定量检测及其临床意义[J]. 中国肿瘤临床, 2004, 31(8):421-424.
- [4] 彭培建,赵充,廖海,等.鼻咽癌患者血浆 EB 病毒 DNA 水平的动态变化与临床疗效的关系[J]. 癌症, 2002, 21(8):817-822.

- [5] Lo YM, Chan AT, Chan LY, et al. Molecular Prognostication of nasopharyngeal carcinoma by quantitative analysis of circulating Epstein-Barr virus DNA[J]. Cancer Res, 2000, 60(24):6878-6881.
- [6] Lin JC, Wan WY, Chen KY, et al. Quantification of plasma Epstein-Barr virus DNA in patients with advanced nasopharyngeal Carcinoma[J]. N Eng J Med, 2004, 350(24):2461-2470.
- [7] Lo YM, Chan LY, Chan AT, et al. Quantitative and temporal correlation between circulating cell-free Epstein-Barr virus DNA and tumor recurrence in nasopharyngeal carcinoma[J]. Cancer Res, 1999, 59(21):5452-5455.
- [8] 龚晓昌,李金高,袁霞,等.血浆 EBV-DNA 水平测定在监测鼻咽癌放疗后复发、转移中的临床意义[J]. 实用癌症杂志, 2007, 22(2):150-153.
- [9] 李宇红,邵建永,赵美卿,等. EBV DNA 定量分析在监测鼻咽癌转移和复发中的临床意义[J]. 癌症, 2003, 22(6):645-648.

(收稿日期:2011-04-01)

• 临床研究 •

产后出血行 B-lynch 缝合术对子宫复旧的影响

王晓霜(重庆市第一人民医院妇产科 400011)

【摘要】 目的 探讨剖宫产术中因产后出血行 B-lynch 缝合术后对产褥期子宫复旧是否有影响。**方法** 在 2007 年 10 月至 2010 年 10 月本院住院分娩产妇中,选出其中因子宫收缩乏力引起产后出血的行剖宫产术者,行 B-lynch 缝合术后有效者 27 例为观察组;同期无产后出血的剖宫产术患者 30 例为对照组。术后均采用相同剂量抗生素、缩宫素治疗,均行母乳喂养。于术后 7、30、42 d 行 B 超检测子宫复旧情况:子宫径线、子宫腔内积血、42 d 恶露情况。**结果** 观察组在第 7 天子宫径线高于对照组,差异有统计学意义,宫腔积血差异无统计学意义。第 30、42 天,观察组在子宫径线、宫腔积血、恶露干净方面差异无统计学意义。**结论** 行 B-lynch 缝合术对于术后 1 周内子宫径线恢复有影响,但在产褥期结束后与正常剖宫产组无明显差异。

【关键词】 剖宫产; 产后出血; B-lynch 缝合术; 子宫复旧

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.16.033 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)16-1980-03

近年来剖宫产率上升,产后出血概率也增加。本院于 2007 年以来对剖宫产术中有产后出血产妇施行 B-lynch 缝合术治疗产后出血,并观察采用该术式产妇产后子宫复旧情况。为了解对于剖宫产手术中因产后出血行手术干预(B-lynch 缝合术)成功后,其产褥期子宫复旧与正常剖宫产术后子宫复旧是否有差异性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2007 年 10 月至 2010 年 10 月在本院住院分娩行剖宫产术,因产后出血行 B-lynch 缝合术的 27 例患者为观察组(其中 5 例术中加用横行捆绑缝合术),出血量 500~2 000 mL。其中 20 例(含羊水过多 3 例;双胎 2 例,巨大儿 3 例)在胎盘娩出后出现收缩乏力性出血,5 例因前置胎盘、1 例妊娠肝内胆汁淤积综合征创面出血,继而发生宫缩乏力,1 例因胎盘早剥子宫卒中宫缩乏力。均表现为子宫不收缩,经子宫肌注宫缩剂并按摩子宫等处理无效,立即决定手术干预。随机抽取同期无产后出血的剖宫产术患者 30 例为对照组。两组

患者年龄 20~40 岁,平均(27.0±2.2)岁,孕周 36~41 周,平均孕周(38.0±2.6)周,孕次 1~5 次,平均(2.5±0.3)次,均为初产妇、单胎妊娠。两组在年龄、孕次、孕周等方面无明显差异,排除子宫畸形、子宫肌瘤及其他内科并发症。手术方法均为子宫下段剖宫产式。术后均采用相同剂量抗生素、缩宫素治疗,术后均行母乳喂养。

B-lynch 缝合术缝合方法:将子宫托出腹腔,行子宫压迫试验,加压后出血基本停止,才行 B-lynch 缝合术。必要时下推膀胱腹膜反折暴露好子宫下段。先从右侧子宫切口下缘 2~3 cm、子宫内侧 3 cm 处进针,经宫腔至距切口上缘 2~3 cm、子宫内侧 4 cm 出针;然后经距宫角约 3~4 cm 宫底将缝线垂直绕向子宫后壁,于前壁相应位置进针进入宫腔横向至左侧后壁与右侧相应位置进针,出针后将缝线垂直通过宫底至子宫前壁,与右侧相应位置分别于左侧子宫切口上、下缘缝合。收紧两根缝线,检查无出血即打结,再关闭子宫切口。

横行捆绑缝合术方法:用 1-0 号乔乔线从一侧卵巢固有韧

带根部下方无血管区进针,绕过子宫后方,在对侧对应处出针,压迫子宫,收紧缝线打结。在子宫切口上约 1~2 cm 的阔韧带无血管区同前面的方法处理。

1.2 方法

1.2.1 在术后第 7、30、42 天,通过 B 超检测观察组和对照组的子宫径线及宫腔积血情况。

1.2.2 观察术后第 42 天临床表现、双合诊及检查恶露是否干净。

1.2.3 测量方式 B 超采用意大利百胜 AU5 3.5HMZ 腹部探头,由有经验 B 超医师操作。测量标准:测量子宫各径线大小并计算三径(长径、前后径、横径)之和,每个径线测定 2 次及以上取平均值。宫腔积血:宫腔有液性暗区伴光点或光团,液性暗区大于 15 mm 为诊断标准。

1.2.4 对产妇的产后复旧综合评价标准^[1] 产后 42 d B 超测子宫三径之和不超过 18 cm 为正常,子宫收缩好,三径之和大于 18 cm 收缩差。良好:子宫收缩好,自然恶露净;不良:子宫收缩不好,自然恶露未净。

1.3 统计学处理 所得数据组间比较采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组与对照组在术后第 7、30、42 天子宫径线比较 观察组在术后 7 d 子宫径线高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),术后 30、42 d 子宫径线差异均无统计学意义。见表 1。

表 1 观察组与对照组在术后第 7、30、42 天子宫三径线之和比较($\bar{x}\pm s$,cm)

组别	<i>n</i>	术后 7 d	术后 30 d	术后 42 d
观察组	27	31.29±2.05	17.98±2.35	14.96±2.72
对照组	30	29.41±2.27	17.92±2.09	14.89±2.45

2.2 观察组与对照组在术后第 7、30、42 天宫腔积液比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

表 2 观察组与对照组在术后第 7、30、42 天宫腔积液发生率比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	术后 7 d	术后 30 d	术后 42 d
观察组	27	8(29.63)	4(14.81)	2(7.41)
对照组	30	7(23.33)	4(13.33)	2(6.67)

2.3 观察组与对照组在术后第 42 天恶露是否干净比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 3。

表 3 观察组与对照组在恶露持续时间比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	术后 42 天内净	术后 42 天后净
观察组	27	17(62.96)	10(37.04)
对照组	30	19(63.33)	11(36.67)

2.4 观察组与对照组在术后第 42 天子宫复旧比较 $P>0.05$,差异无统计学意义,见表 4。

表 4 观察组与对照组在术后第 42 天子宫复旧比较(*n*)

组别	<i>n</i>	子宫复旧良好	子宫复旧不良
观察组	27	23	4
对照组	30	26	4

产后 42 d B 超测子宫三径之和不超过 18 cm 为复旧良好,三径之和大于 18 cm 诊断子宫复旧不良。在观察组中,术后 7 d,测子宫径线大于 30 cm 者 14 例,其中行 B-lynch 联合横行捆绑缝合术者 4 例;诊断宫腔积血 8 例,含捆绑式 2 例;术后 30 d,子宫径线大于 18 cm 者 3 例,行 B-lynch 联合横行捆绑缝合术者占 1 例;诊断宫腔积血 4 例,无行捆绑式患者;术后 42 d,子宫径线大于 18 cm 者 3 例(2 例术后 72 d、1 例 90 d 复查子宫径线小于 18 cm,均无宫腔积血),诊断宫腔积血 1 例。对照组:术后 7 d,测子宫径线大于 30 cm 者 6 例,诊断宫腔积血 7 例;术后 30 d,子宫径线大于 18 cm 者 4 例,诊断宫腔积血 4 例;术后 42 d,子宫径线大于 18 cm 者 3 例(术后 72 d 复查子宫径线均小于 18 cm,无宫腔积液),诊断宫腔积血 1 例。两组患者在产后 30、42 d 结果差异无统计学意义。

3 讨论

产后出血是产科急、危重病症之一,能否迅速采取有效措施止血直接关系到抢救的成败及产妇的预后。子宫收缩乏力是导致产后出血的主要原因,前列腺素衍生物的发展提供了多种给药途径,并提高了止血的成功率^[2]。但当产妇存在产后出血的高危因素时,在剖宫产术中及术后极易发生产后出血,如果术中能积极采取有效手术措施,可达到事半功倍的效果。B-lynch 缝合术是近年来使用的一种处理产后出血的新式缝合方法,具有起效快、方法简便、疗效确切等的优点,可有效减少产科子宫切除率。

B-lynch 缝合术原理是纵向机械性压迫使子宫壁弓状血管被有效的挤压,血流明显减少、减缓,局部血栓形成而止血;同时子宫肌层缺血,刺激子宫收缩进一步压迫血窦,使血窦关闭而止血^[3]。

产后子宫复旧主要变化为宫体肌纤维缩复和子宫内膜再生^[4]。其受多重因素影响,其中喂养方式及分娩方式为主要因素。排除喂养方式的影响,分娩后,由于子宫体肌纤维收缩及缩复作用使肌层内的血管管壁狭窄甚至栓塞,局部血液供应明显减少,子宫肌细胞缺血,细胞质蛋白被分解,细胞质减少,肌细胞缩小,因而子宫体积明显缩小^[5]。故可影响子宫收缩的因素均可造成子宫复旧不良。观察组与对照组同为剖宫产手术,而因产后出血行手术操作后,观察组子宫在短期内复旧相对更慢,分析原因为(1)影响了子宫收缩的对称性和极性:剖宫产子宫下段切口的存在,子宫下段完整性消失,影响了子宫收缩的对称性和极性。无论是 B-lynch 缝合术或横行捆绑缝合,捆绑很紧的缝线在短期干扰了子宫对称性和极性。特别是横行捆绑缝合术,术后子宫形态呈葫芦形,严重干扰了子宫的对称性和极性。(2)影响子宫血供:B-lynch 缝合术缝合,直接对子宫前后壁压迫止血,横行 B-lynch 缝合术缝合,除压迫子宫壁止血外,还将阻断子宫血管上行支的分支及来源于卵巢的部分血管,达到了治疗产后出血的目的,但是同时也使子宫血供及回流受影响,也将影响复旧。故术后 7 d,观察组子宫径线与对照组差异有统计学意义;当子宫复旧到一定程度后,缝线有松动后,才解除对子宫缩复外作用力的影响,同时子宫血供逐步恢复正常。故术后 30 d 后两组子宫径线比较差异无统计学意义。(3)由于产后出血,相对增加了宫腔操作次数,增加了子宫内膜基底层的损伤,延长子宫内膜恢复时间。在术后 7 d 观察中,宫腔积液患者较多,这也可能与部分选择性剖宫产,宫颈未扩张,恶露排出不畅及术后活动较少,子宫收缩欠佳有关。(4)产后出血造成产妇术后贫血、进食差,开奶时间延迟,泌乳反射建立推后,乳汁分泌少,母乳喂养频率降低,使泌乳素及催

产素分泌减少,也影响子宫收缩。

研究结果表明 B-lynch 缝合术对剖宫产术后子宫复旧的影响是有限的,只局限于产褥前期,它不影响到子宫远期恢复,对于产后出血患者保留子宫及生育能力,减少医疗纠纷是有益的,值得临床推广。

参考文献

[1] 王海芳.剖宫产与自然分娩产后复查的比较[J].中华现代临床护理学杂志,2008,3(4):371-371.
[2] 盖铭英.高级产科生命支持[M].北京:中国协和医科大学出版社,2002:179-180.

[3] B-Lvnch C,Coker A,Lawal AH,et al. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: all alternative to hysterectomy five cases reported[J]. Br J Obstet Gynaecol, 1997, 104 (3): 372-375.
[4] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2004: 82.
[5] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003:837.

(收稿日期:2011-04-01)

• 临床研究 •

复方丹参联合大承气汤治疗重症急性胰腺炎的临床研究

李 亮(重庆三峡中心医院消化内科,重庆万州 404000)

【摘要】 目的 探索复方丹参和大承气汤治疗重症急性胰腺炎的疗效。**方法** 72 例重症急性胰腺炎患者随机分为对照组(34 例)和治疗组(38 例)。对照组采用西医基础治疗(禁食、持续胃肠减压、抑酸、抗炎、抑制胰腺外分泌、营养支持等),治疗组 38 例,在基础治疗的同时给予复方丹参注射液静脉滴注、大承气汤加味保留灌肠。**结果** 治疗组有效率达 90.66%,对照组有效率为 72.88%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗组患者肠功能恢复快,并发症发生率减少,病死率降低,住院时间也明显缩短。**结论** 复方丹参联合大承气汤治疗可以提高重症急性胰腺炎的治愈率,降低病死率,缩短平均住院时间,减少并发症的发生率,使用方便,值得推广。

【关键词】 急性胰腺炎; 复方丹参注射液; 大承气汤加味

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.16.034 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)16-1982-02

急性胰腺炎(acute panereatitis, AP)是消化内科常见急重症之一,其中轻症急性胰腺炎(mild acute panereatitis, MAP)经积极非手术治疗多可痊愈,而重症急性胰腺炎(severe acute panereatitis, SAP)发病急、病情重、并发症多、病死率高,患者大多死于多器官功能衰竭和严重感染。SAP 伴局部坏死者病死率约 20%~30%,伴弥漫性坏死者病死率可达 50%~80%^[1]。对 2007~2009 年收治的 38 例重症急性胰腺炎患者采用复方丹参注射液静脉滴注、大承气汤加味保留灌肠联合西医基础治疗,取得了满意的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2007~2009 年本院收治的 72 例重症急性胰腺炎患者,其诊断均符合 2003 年中华消化病学分会胰腺病学组在上海召开的全国胰腺疾病学术大会上讨论制定的“中国急性胰腺炎诊治指南(草案)”所制定的诊断和分级标准^[2]。本组男 40 例,女 32 例,年龄 17~81 岁,按 Dolls 分组法,随机分为两组,治疗组 38 例,平均年龄 47.65 岁,病情发作至就诊时间平均为 8.56 h;对照组 34 例,平均年龄 46.72 岁,病情发作至就诊时间平均为 7.92 h,两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组:常规禁食、持续胃肠减压,给予生长抑素、质子泵抑制剂、抗生素等治疗及营养支持。治疗组:在与对照组同样治疗的基础上,加用复方丹参注射液 20 mL 静脉滴注,每日 1 次,中药大承气汤加味(大黄 8 g,芒硝 10 g,厚朴 15 g,枳实 12 g,川芎 15 g,丹参 12 g,白芍 12 g,黄芩 10 g) 100 mL 保留灌肠,每日 2 次,一般用 6~10 d。

1.3 疗效标准 参照中华医学会外科学会胰腺学组在 2000

年制定的《重症急性胰腺炎诊治草案》。显效:7 d 内腹痛、腹胀消失,血尿淀粉酶恢复正常;有效:10 d 内腹痛、腹胀消失,血尿淀粉酶恢复正常;无效:经治疗无效而中转手术或有严重并发症,甚至死亡。

1.4 统计学处理 将所得数据应用 SPSS1.5 软件进行统计分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结 果

2.1 两组患者治疗效果比较 见表 1。

表 1 重症急性胰腺炎两组疗效比较[n(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	有效率
对照组	34	10	15	9	73.53
治疗组	38	22	13	3	92.10

2.2 两组患者肠功能恢复、腹水吸收、淀粉酶恢复、腹痛缓解、住院时间比较 见表 2。

表 2 两组肠功能恢复、腹水吸收、淀粉酶恢复、腹痛缓解、住院时间比较($\bar{x}\pm s$)					
组别	<i>n</i>	肠功能恢复(d)	腹水吸收(d)	淀粉酶恢复(d)	住院时间(d)
对照组	34	5.86±1.79	10.54±3.35	3.65±1.78	28.36±11.64
治疗组	38	3.25±0.78	8.82±2.53	2.34±1.46	22.53±9.21
<i>P</i>		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者并发症、死亡例数比较 治疗后对照组发生并