与临床杂志,2012,32(3):272-276.
[8] Zhu S, Qian Y. IL-17/IL-17 receptor system in autoimmune disease: mechanisms and therapeutic potential[J]. Clin Sci (Lond), 2012, 122(11): 487-511.
[9] 杨帆,伍伟锋,颜玉鸾,等.外源性 IL-23 对病毒性心肌炎小鼠 Th17 细胞增殖的影响[J].中国免疫学杂志,2011,27(11):1018-1021.
[10] Ooi JD, Phoon RK, Holdswor th SR, et al. IL-23, not IL-12, directs autoimmunity to the Goodpasture antigen[J]. J Am Soc Nephrol 2009, 20(5): 980-989.
[11] Guggino G, Giardina AR, Raimondo S, et al. Targeting IL-6 signalling in early rheumatoid arthritis is followed by Th1 and Th17 suppression and Th2 expansion[J]. Clin Exp Rheumatol, 2014, 32(1): 77-81.

(收稿日期:2015-11-11　修回日期:2016-01-12)

·临床探讨·

3 种术式治疗子宫肌瘤的临床效果对比分析

刘亚红,孙　蓓(陕西中医药大学第二附属医院妇二科,陕西咸阳　712000)

【摘要】 目的　比较经腹、腹腔镜及阴式剔除术治疗子宫肌瘤的临床效果。**方法**　选择 150 例剖宫产产妇,随机分为腹腔镜组、阴式组、开腹组,分别采用腹腔镜子宫肌瘤剔除术、阴式子宫肌瘤剔除术和常规开腹子宫肌瘤剔除术,比较术中出血量、手术时间、术后排气时间、术后住院时间及术后并发症等。**结果**　腹腔镜组手术时间均高于其他两组,差异有统计学意义($P<0.05$);开腹组术中出血量高于腹腔镜组和阴式组,差异有统计学意义($P<0.05$);阴式组与腹腔镜组比较,手术时间与术中出血量均低于腹腔镜组,差异有统计学意义($P<0.05$);腹腔镜组与阴式组术后排气时间、术后住院时间均短于开腹组,差异有统计学意义($P<0.05$),腹腔镜组术后排气时间长于阴式组,差异有统计学意义($P<0.05$);3 组均未出现并发症;随访 3 个月,3 组均无复发症状。**结论**　经腹、腹腔镜以及阴式剔除术治疗子宫肌瘤各有优势,应据情合理选择。

【关键词】 子宫肌瘤剔除术;　腹腔镜;　阴式;　开腹
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.08.039　**文献标志码:**A　**文章编号:**1672-9455(2016)08-1103-02

近年来,子宫肌瘤发病率呈上升趋势,子宫肌瘤剔除术是保留女性生育功能的较为理想的术式[1]。随着微创理念在妇科手术的兴起,腹腔镜下子宫肌瘤剔除术及阴式剔除术被广泛运用。腹腔镜下子宫肌瘤剔除术具有低侵袭性、高疗效、高美观度等优点[2],广泛运用于临床,现今,阴式剔除术作为新式妇科微创术式[3],以其手术时间短,术中出血量少等优势作为子宫肌瘤剔除术常见微创术式。虽然传统开腹术式腹壁切口大,机体恢复较慢,住院时间较长,但在肿瘤较大,孕周较长的术式中时仍具有不可替代的地位。本研究对上述 3 种术式临床疗效进行对比分析,探讨切实有效的临床术式方案。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选择 2008 年 5 月至 2014 年 5 月至本科行子宫肌瘤剔除术患者 150 例,随机分为 3 组,腹腔镜组、阴式组、开腹组,每组各 50 例。所有患者均予以确诊为宫颈良性病变,均无手术禁忌。3 组年龄、腹部术史、肌瘤数目大小差异均无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1　3 组患者一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	年龄(岁)	腹部术史(n)		肌瘤数目(个)	肿瘤大小(cm)
			有	无		
腹腔镜组	50	37.18±6.32	11	39	2.22±0.19	6.13±1.92
阴式组	50	36.93±6.22	9	41	2.17±0.10	5.97±1.86
开腹组	50	37.03±6.17	10	40	2.36±0.15	6.33±1.95

1.2　方法　所有病例均采用腰硬联合麻醉,腹腔镜组:取膀胱截石位,脐缘正上方置入气腹针,脐部穿刺套管 10 mm,置入腹腔镜,CO_2 气腹,气腹压力 12～13 mm Hg,气腹完成后,腹部常规 3 点穿刺,穿刺套管直径 5 mm,宫体注射缩宫素,根据子宫肌瘤大小、位置、方向,切开肌瘤表面膜,分离瘤体,同时采用电凝止血。先缝合瘤腔肌层,再缝合浆肌层,术后留置引流管 24 h。阴式组:取膀胱截石位,根据瘤体位置,选择阴道穹隆切口,切开阴道黏膜,推进到子宫前后,切开腹膜,暴露子宫后,切开肌瘤表面膜,分离瘤体,若肌瘤过大,则碎瘤后剔除。剔除后常规缝合。开腹组:按常规开腹子宫肌瘤剔除术手术。

1.3　观察指标　记录所有患者术中出血量、手术时间、术后排气时间、术后住院时间及术后并发症。随访 3 个月后计算肌瘤复发率。

1.4　统计学处理　采用 SPSS16.0 统计软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结　　果

2.1　术中、术后指标比较　3 组中,腹腔镜组有 2 例转开腹。腹腔镜组手术时间均高于其他两组($P<0.05$),开腹组术中出血量高于于腹腔镜组和阴式组,差异有统计学意义($P<0.05$);阴式组与腹腔镜组比较,手术时间与术中出血量均低于腹腔镜组,且术中出血量差异有统计学意义($P<0.05$);腹腔镜组与阴式组术后排气时间、术后住院时间均短于开腹组,差异有统计学意义($P<0.05$),腹腔镜组术后排气时间长于阴式组($P<0.05$),开腹组术后住院时间略高于腹腔镜组合和阴式组,但 3 组差异无统计学意义($P>0.05$),3 组均未出现并发症,见表 2。

表 2　3 组患者术中、术后指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(mL)	术后排气时间(h)	术后住院时间(d)
腹腔镜组	48	82.18±9.17	188±59	20.1±1.6	4.2±0.8
阴式组	50	67.01±9.77	163±62	16.6±2.7	4.6±0.5
开腹组	52	70.03±10.12	206±47	24.1±3.3	4.7±0.5

2.2　随访结果　患者术后随访 3 个月,症状均得到缓解,无复发症状。

3 讨　论

子宫肌瘤是女性妇科常见良性肿瘤之一，30～50 岁妇女发病率较高，病因目前尚不明确，可能受体内雌激素于孕激素影响[4]，多数患者无症状，常见症状有子宫出血、腹部有包块及压迫症状、少数有疼痛现象等。常见治疗手段包括药物治疗如米非司酮，子宫动脉栓塞术及手术治疗，其中主要以手术治疗为主，而子宫肌瘤剔除术作为保留女性生育功能的理想术式被广泛运用，同时该术式对患者下丘脑-垂体-子宫轴的影响较小，有利于患者术后恢复。自 1844 年，首例成功实施开腹式子宫肌瘤剔除术，由于相应并发症直至 20 世纪中期才被广泛运用[5]，开腹式子宫肌瘤剔除术现今已较为成熟。随着微创理念的发展，如今腹腔镜下子宫肌瘤剔除术和阴式剔除术也被广泛接受，并逐渐替代开腹术式。

腹腔镜下子宫肌瘤剔除术具有切口小，术后疼痛较轻，对腹腔干扰少，术后恢复较快，以及住院时间短等优势，同时其盆腔视野清晰，有利于全面观察腹腔脏器及盆腔粘连等。但其操作复杂，适于肌瘤直径≥4 cm，但≤10 cm 的单发或多发（<4 个）肌瘤症，对于肌瘤直径>10 cm 或数量在 4 个以上的子宫肌瘤被认为是腹腔镜手术的禁忌证[6]，易造成术中出血量增加，也增加了缝合的困难程度，由于不能直接触摸探查肌瘤，术者的经验与技能对手术结果影响很大，易遗漏直径较小的肌瘤，造成复发。本研究病例中有 2 例，由于肌瘤相对较大不适于腹腔镜式而转入开腹式。阴式子宫肌瘤剔除术除了拥有上述腹腔镜下的优势外，由于此术式子宫极度前屈或后屈压迫了子宫血管，减少了出血量，弥补了腹腔镜的缺点，同时其利用子宫、阴道与外界相通这一特点，术后腹壁无瘢痕减轻患者痛苦。查阅相关资料发现，阴式剔除术易引起术后血肿，形成率为 11%，而开腹式仅为 8%[7-8]。本研究中未出现相关并发症，可能与术者操作及病例相对较少有关。

3 种手术方式各有其优缺点，本研究发现，3 组中，开腹式适用范围最广，禁忌证较少，在临床上不可替代，但开腹组术中出血量高于于腹腔镜组和阴式组，差异有统计学意义（$P<0.05$），腹腔镜组虽具有较多优势，但操作复杂，手术时间较长，高于开腹组与阴式组（$P<0.05$），阴式组除有腹腔镜组的优势外，其术中出血量明显低于腹腔镜组（$P<0.05$），手术时间也少于腹腔镜组，但差异无统计学意义（$P>0.05$）。阴式子宫肌瘤剔除术在其适应证上较开腹组与腹腔镜组更具优势，但其适于肌瘤数目一般不超过 2 个，对于较大肌瘤需先切碎再取出，也增加了术中出血的风险。本研究通过对比 3 种子宫肌瘤剔除术的临床疗效，发现准确的前期诊断显得尤为重要，当患者肌瘤直径<8 cm，肿瘤个数<4 个时，阴式子宫肌瘤剔除术既保留了腹腔镜手术的优势，也提高了手术成功率，减轻患者痛苦，较其他两种术式具有相对优势。

同时，随着技术与设备的改进，腹腔镜辅助阴式子宫切除术其集合了腹腔镜与阴式剔除法的优势，同时扩大了腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的适应证，为替代开腹式提供了更多选择。

参考文献

[1] 李龙，王月玲. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术的临床疗效对比[J]. 中国肿瘤临床与康复，2012，19(4)：363-364.

[2] 王娟. 不同术式对子宫肌瘤患者卵巢储备功能及镇痛药物应用效果的影响[J]. 检验医学与临床，2014，11(14)：1940-1942.

[3] 郭凤琴，游颜杰. 阴式子宫肌瘤剔除术与腹腔镜子宫肌瘤剔除术应用分析[J]. 当代医学，2013，19(9)：42-43.

[4] 周永晴. 不同方法治疗子宫肌瘤的临床比较[J]. 中国当代医药，2011，10(18)：57-58.

[5] 王春兰. 不同途径进行子宫肌瘤剔除术的临床比较[J]. 检验医学与临床，2009，6(6)：878-879.

[6] 刘小乐，范涛，陈春莹，等. 腹腔镜下与经阴道子宫肌瘤剔除术的临床比较[J]. 广东医学，2011，32(6)：1444-1445.

[7] LaMorte AI, Bournas N, Sinha R, et al. Morbidity associated at abdominal myometomy[J]. Obstet Gynecol, 1993, 72(6)：897-901.

[8] Davies A, Hart R, Magos AL. The excision of uterine fibroids by vaginal myomectomy: a prospective study[J]. Fertil Steril, 1999, 71(6)：961-962.

（收稿日期：2015-10-21　　修回日期：2016-01-15）

· 临床探讨 ·

品管圈活动在重型颅脑损伤患者误吸发生中的应用

马　媛（云南省昆明市延安医院重症医学科　650000）

【摘要】　目的　探讨品管圈（QCC）活动在重症医学科重型颅脑损伤患者发生误吸中的干预效果。**方法**　选取 206 例重症医学科重型颅脑损伤患者为研究对象，按入院日期分为试验组与对照组，各每组 103 例，对照组给予常规护理模式，试验组在常规护理的基础上进行一系列的 QCC 活动的模拟训练，比较两组患者救治成功率、病死率、有效抢救时间、平均住院时间及满意度。**结果**　试验组误吸发生率（9.71%）显著低于对照组（28.16%），差异有统计学意义（$P<0.05$），且试验组患者病死率（14.56%）也明显低于对照组（29.13%），差异有统计学意义（$P<0.05$）；试验组神经功能较对照组明显下降，日常生活能力评分较对照组显著提高，差异有统计学意义（$P<0.05$），试验组患者总体满意度（78.08%）高于对照组（95.05%），差异有统计学意义（$P<0.01$），干预组患者躯体健康、心理健康、社会功能及物质生活条件生活质量评分均优于对照组（$P<0.05$）。**结论**　QCC 活动有效降低重型颅脑损伤患者误吸的发生率，改善神经功能，降低病死率，提高患者的满意度，有利于在重症医学科护理工作中推广应用。

【关键词】　品管圈；　重症医学科；　颅脑损伤；　误吸

DOI：10.3969/j.issn.1672-9455.2016.08.040　文献标志码：A　**文章编号：**1672-9455(2016)08-1104-04

吞咽是一系列复杂协调的神经肌肉运动过程，受大脑支配，需口、咽、食管共同参与，其中任何一个部位的机能障碍均