

钩置于纱布上向下向外拉,钝性分离子宫膀胱间隙;④处理子宫动静脉时,在相当于子宫峡部用两把血管钳平行钳夹子宫血管,另一把血管钳斜形钳夹子宫动静脉上行支,其间剪开。断端用 7 号慕丝线第一道缝针贯穿后暂不结扎,再贯穿 1 针后分别打结;⑤纱条围住子宫峡部后用电刀沿峡部楔形切下子宫体,残端用碘伏棉球消毒后用 1-0 Decon 线先 8 字缝合子宫颈内口,再间断缝合宫颈残端。缝合两侧顶端时用 8 字缝合法,并将两侧子宫动静脉残端结扎固定于宫颈残端边上;⑥关腹用 2-0 Decon 线连续缝合腹膜及腱鞘,脂肪层行连续褥式缝合,皮肤用 4-0 Decon 线行皮内缝合。

2.2 传统手术方法 按传统腹式子宫次全切除术步骤操作^[1]。

观察两组手术时间、术中出血量、术后肛门排气时间、术后病率、切口愈合情况及住院时间。术后 1、3 个月,返院检查宫颈残端及盆腔情况,询问性生活及有关情况。

3 治疗结果

观察组手术时间、术中出血量、术后排气时间、术后病率、住院时间均优于对照组,见表 1。所有患者切口均甲级愈合。

表 1 两组手术效果及术后情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	手术时间 /min	术中出血 /ml	术后排气 时间/h	术后病率 /(例/%)	术后住院 /天
观察组	40	70.2±14.9 ^{△△}	63.2±20.2 ^{△△}	28.8±7.5	5(12.5)	7.0±0.5 ^{△△}
对照组	40	110.3±13.7	138.0±32.4	43.2±5.9	9(22.5)	10.0±0.5

与对照组比较, $\Delta\Delta P < 0.01$

随访:观察组 40 例术后 1、3 个月复查均无不规则阴道出血;B 超复查示盆腔及宫颈残端均愈合良好。术后 3 个月均已恢复正常性生活。

4 讨论

对子宫肌瘤、子宫腺肌病、功血患者无生育要求,病变广泛,症状重,或保守治疗无效者需行子宫切除术。因许多患者同时存在宫颈疾病及担心术后残留宫颈癌变可能,多主张行全子宫切除术^[2]。但近年来随着宫颈癌普查方法的改进,宫颈残端癌发生率的降低以及人们普遍对生活质量要求的提高,子宫次全切除术又逐渐受到重视^[3]。且子宫次切术式简单,尤其适合基层医院进行。

改良经腹式子宫次全切除术有以下优点:①处理子宫圆韧带及卵巢固有韧带和输卵管峡部时,采用一并钳夹切断,具有操作简捷,附件断端与圆韧带一

起结扎有固定附件防止扭转、脱垂及促进卵巢血运作用;②缝扎子宫动静脉时先缝合两针再结扎,可防止第一道打结时断线,或断端滑脱以至大出血造成视野不清而损伤输尿管。预防因打结时用力不均而导致结扎不紧、残端滑脱、断线等意外的发生;③用纱布分离膀胱反折腹膜取代传统的手指分离法具有分离简便、渗血少、层次清楚防止膀胱损伤作用;④将两侧子宫动静脉残端结扎固定于宫颈残端边上可加固止血,防止滑脱且可防止残端扭转、脱垂;⑤关腹时采用进口线连续缝合,既可缩短手术时间,又有利于切口愈合;⑥该术式手术操作简单、安全,不需特殊的医疗器械,可在基层医院推广应用。

参考文献

- 1 苏应宽,刘新民. 妇产科手术学. 第 2 版. 北京:人民出版社,1993. 87
- 2 冷金花,郎景和. 子宫腺肌病的手术治疗. 实用妇产科杂志,2006,22(1):11
- 3 夏恩兰. 功能失调性子宫出血的手术治疗. 实用妇产科杂志,2006,22(6):324

收稿日期:2007-03-12

珍黄丸辅治儿童急性扁桃体炎

杨群

浙江省平阳县人民医院儿科 平阳 325400

关键词 急性扁桃体炎 珍黄丸 疗效观察

笔者用珍黄丸辅治儿童急性扁桃体炎,在缩短病程、减轻症状等方面取得满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

2004 年 8 月~2006 年 7 月符合儿童急性扁桃体炎诊断标准患儿 186 例。随机分为治疗组 94 例,男 56 例,女 38 例,3~5 岁 40 例,6~8 岁 35 例,9~12 岁 19 例。对照组 92 例,男 55 例,女 37 例,3~5 岁 38 例,6~8 岁 39 例,9~12 岁 15 例。186 例均在发病 24 小时内就诊,伴有不同程度发热 135 例,体温 38℃~40.5℃;咽痛 124 例,咳嗽 93 例,流涕、鼻塞 62 例,化脓性扁桃腺炎 117 例,血常规白细胞 $> 12 \times 10^9/L$ 或中性 $> 80\%$ 106 例。均无伴有心、肺、肾等并发症。两组性别、年龄、病情具可比性。

2 治疗方法

对照组给予局部雾化吸入(生理盐水 20ml + 地塞米松 2 ~ 5mg + 糜蛋白酶 1mg), 1 天 1 次;必要时抗病毒治疗。若白细胞升高或中性 > 80% 予口服希刻劳干糖浆或阿莫西林胶囊, 1 天 3 次;克菌定含服, 1 天 3 ~ 4 次。重症者选择青霉素针 10 ~ 20 万/(kg · d) 或头孢唑林针 100mg/(kg · d), 分 2 次静脉滴注, 7 天为 1 个疗程。有高热者给退热药。治疗组在对照组基础上增加珍黄丸 1 次 1 ~ 2 粒, 1 天 2 ~ 3 次, 口服。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 显效: 体温在用药 48 小时内降至正常, 咽痛消失, 食欲明显改善, 扁桃体肿明显减轻, 血常规复查正常; 有效: 体温在用药 48 小时后逐渐下降至正常, 咽痛好转, 食欲改善, 扁桃体肿有所消退, 血常规白细胞总数或中性比例下降; 无效: 用药 48 小时后体温未下降, 咽痛及扁桃体肿大无减轻, 胃纳差, 血常规白细胞总数或中性比例未降低。

3.2 结果 治疗组 94 例中显效 51 例, 有效 33 例, 无效 10 例, 总有效率 89.4%; 对照组 92 例中显效 35 例, 有效 38 例, 无效 19 例, 总有效率 79.3%, 两组比较, $P < 0.05$ 。两组临床症状改善时间比较, 见表 1。

表 1 两组临床症状体征改善时间比较 天

组别	n/例	热退	咽痛消失	扁桃体 红肿消退	血常规 复常
治疗组	94	1.05 [△]	1.4 ^{△△}	1.6 [△]	2.2 ^{△△}
对照组	92	2.16	3.08	3.3	4.5

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$, $^{\Delta\Delta}P < 0.01$

4 讨论

急性扁桃体炎按中医辨证分为两型: ①风热外侵, 肺经有热型。症见咽部疼痛逐渐加重, 吞咽不利, 咽喉干燥, 扁桃体红肿, 舌边尖红、苔薄白或微黄、脉浮数。②邪热传里, 肺胃热盛型。证见咽痛剧烈、吞咽困难、有堵塞感, 全身见高热、口渴、腹胀、大便秘结、小便短赤、舌质红、苔黄厚、脉洪大而数。珍黄丸由人工牛黄、珍珠、三七、黄芩提取物、猪胆汁、冰片、薄荷油等中药组成, 有明显的清热解毒作用, 可表热里热双解, 并有一定的抗炎抗病毒作用。药理实验表明, 珍黄丸能增强小儿免疫功能, 加强吞噬细胞的吞噬作用; 能迅速改善咽痛、扁桃体肿大; 促进体温消退及降低血常规白细胞计数等。珍黄丸辅治急性扁桃体炎疗效优于单用西药者, 服用方便、安全。

收稿日期: 2007-05-15

肺热咳喘液治疗小儿 喘息性支气管炎 280 例

周小玲 浙江省金华市婺城区
汤溪镇中心卫生院 金华 321075

关键词 小儿 喘息性支气管炎
肺热咳喘口服液 对症处理

喘息性支气管炎是以喘息表现为主的婴幼儿急性性支气管感染的常见病, 以冬春季多见。2005 年 3 月 ~ 2007 年 1 月, 笔者采用中西药治疗该病, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

280 例随机分为治疗组 142 例, 男 72 例, 女 70 例, 年龄 1 ~ 3.7 岁, 平均 2.5 岁, 病程 2 ~ 15 天, 平均 5 天; 对照组 138 例, 男 70 例, 女 68 例, 年龄 1 ~ 3.5 岁, 平均 2.3 岁, 病程 2 ~ 13 天, 平均 4.5 天。治疗组 142 例中, 首次发病 40 例, 有湿疹或其他过敏史者 88 例, 就诊时伴发热 90 例; 对照组 138 例中, 首次发病 39 例, 有湿疹或其他过敏史者 90 例, 就诊时伴发热 88 例。诊断标准参照《儿科学》^[1]。

2 治疗方法

两组病例均常规使用抗病毒(病毒唑)、抗炎(首选青霉素、氧哌嗪青霉素, 以后根据病情或药敏, 调整用药), 解痉平喘(氨茶碱、激素)。喘憋严重、发绀, 予吸氧、强心剂等治疗。治疗组除按上述方法治疗外, 加用小儿肺热咳喘口服液(10ml/支)治疗。3 ~ 6 个月龄患儿, 1 次 1/3 支, 1 天 3 次; 7 ~ 12 个月龄 1 次 1/2 支, 1 天 3 次; 1 ~ 3 岁, 1 次 1 支, 1 天 3 次; 4 ~ 7 岁, 1 次 1 支, 1 天 4 次; 8 ~ 13 岁, 1 次 2 支, 1 天 3 次, 均于饭后口服。3 ~ 7 天 1 个疗程, 两组均治疗 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 治愈: 呼吸道症状和体征消失, 体温正常, 胸片或胸透检查肺部完全正常; 好转: 体温正常, 气喘消失, 咳喘减轻而未止, 肺部呼吸音粗糙或有轻度哮鸣音, 胸部 X 线检查好转; 无效: 呼吸道症状和体征略减轻或不减轻, 胸部 X 线检查未见好转。

3.2 结果 治疗组疗效优于对照组, 见表 1。

4 讨论

大多数喘息性支气管炎患儿可在病毒感染的基礎上并发细菌感染, 使支气管黏膜肿胀充血, 引起气