

· 临床研究 ·

慢性宫颈炎物理治疗后脱痂期出血原因分析及对策

周德平, 顾华妍, 杨 君, 柏策林

(重庆市妇幼保健院 400013)

摘要:目的 探讨宫颈物理治疗后脱痂期出血的原因及处理。方法 将慢性宫颈炎物理治疗患者 3 320 例中创面脱痂期出血 204 例(6.14%, 204/3 320)分为急性感染组, 阴道假丝酵母菌病(VVC)史组, 雌激素治疗组及其他组, 行不同处理, 分析出血原因, 评价不同处理方法的疗效。结果 急性感染组 112 例(54.90%, 112/204), VVC 史组 49 例(24.02%, 49/204), 雌激素治疗组 31 例(15.20%, 31/204), 其他组 12 例(5.88%, 12/204), 分别予以抗感染治疗、抗真菌治疗、补充雌激素治疗, 与对照组比较疗效差异有统计学意义。结论 宫颈物理治疗后, 应根据脱痂期出血患者具体情况, 采用不同止血方案, 应重视抗假丝酵母菌治疗及补充雌激素治疗。

关键词: 宫颈炎; 物理治疗; 并发症

中图分类号: R711.74

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2010)01-0060-02

Analysis and managements of bleeding after physical treatment for chronic cervicitis

ZHOU De-ping, GU Hua-yan, YANG Jun, et al.

(Chongqing Health Center for Women and Children, Chongqing 400013, China)

Abstract: Objective To analyse the causes and managements of bleeding during decrustation. **Methods** 3 320 patients with chronic cervicitis were treated with the physical treatment, and 204 cases had bleeding during decrustation, which were divided into four groups (infection group, VVC group, estrogen group and symptomatic treatment group), and given different treatments. **Results**

The rate of bleeding in infection group was 54.90%, the VVC group was 24.02%, the estrogen group was 15.20%, the symptomatic treatment group was 5.88%. There were statistic differences comparing treatment groups with control groups ($P < 0.05$).

Conclusion For treatment of bleeding during decrustation, the different program should be taken, depending on the concrete circumstances, and it is important to treat VVC and combined with estrogen.

Key words: chronic cervicitis; physical treatment; complications

宫颈糜烂是慢性宫颈炎的常见类型, 重者与宫颈癌发生有密切关系^[1]。常用的治疗方法是物理治疗, 包括激光、微波、射频消融、聚焦超声等。术后脱痂出血、阴道排液是其主要并发症, 增加了患者的痛苦及感染概率。本院自 2008 年 1 月至 2009 年 3 月采用物理治疗的慢性宫颈炎患者 3 320 例, 其中创面出血 204 例。针对出血患者, 在对症压迫止血治疗的同时分别联合抗感染治疗、抗假丝酵母菌治疗或补充雌激素治疗, 取得良好效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 204 例均为物理治疗后 1 个月内阴道出血量达到或超过正常月经量患者。术前按文献^[2]分类标准进行分类。妇科检查宫颈糜烂为中、重度, 排除生殖道急性炎症, 细胞学及阴道镜检查排除宫颈上皮内瘤变及恶性病变, 无宫颈物理治疗史。术后阴道排液呈脓血性者, 纳入急性感染组, 共 112 例; 既往有外阴阴道假丝酵母菌病(VVC)史且术后阴道流血不伴脓性分泌物, 外阴阴道充血, 伴或不伴瘙痒者纳入 VVC 史组(因脱痂出血无法取分泌物检查确诊), 共 49 例; 40 岁以上(含 40 岁)阴道流血无感染征象, 既往无 VVC 史者共 31 例, 纳入雌激素治疗组; 其余情况纳入其他组, 共 12 例。各组术前诊断, 脱痂期出血量差异均无统计学意义($P > 0.05$)。患者平均年龄: 急性感染组 33.5 岁, VVC 史组 31.2 岁, 其他组 31.8 岁, 3 组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。雌激素治疗组 45.2 岁, 高于其余各组。

1.2 治疗方案

1.2.1 压迫止血方法 局部消毒外阴及阴道后, 予云南白药

1g 敷于宫颈创面, 用带线无菌棉球送入阴道压迫, 线尾留于阴道口外 2cm。嘱 24h 后自行取出, 若取出后出血多返院处理。若创面渗血较多, 可加用消毒纱条填塞阴道, 24h 后更换并观察止血效果。

1.2.2 分组处理方案 急性感染组: 在局部压迫止血治疗的同时口服有效抗生素。VVC 史组: 将患者随机分为治疗组及对照组, 治疗组予以抗真菌治疗联合局部压迫, 对照组单予局部压迫止血治疗。雌激素治疗组: 将患者随机分为治疗组及对照组, 治疗组在对症处理的同时予以雌三醇乳膏敷贴创面, 对照组单予局部压迫止血治疗。其他组: 根据患者具体情况予相应治疗。

1.3 疗效评定标准 显效: 24h 内阴道流血停止。有效: 24h 内阴道流血量减少, 3d 内阴道流血停止。无效: 24h 内阴道流血量无减少或治疗 3d 后仍有阴道流血。对于无效患者改用其他方案或收入住院治疗, 数据不重复统计。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 急性感染组 共 112 例, 显效 32 例(28.57%, 32/112), 有效 78 例(69.64%, 78/112), 无效 2 例(1.79%, 2/112)。

表 1 VVC 史组治疗效果 (n)

组别	n	显效	有效	无效
治疗组	28	24	3	1
对照组	21	2	8	11

2.2 VVC 史组 共 49 例,随机分为治疗组与对照组,治疗效果见表 1,组间比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.3 雌激素组 共 31 例,随机分为治疗组与对照组,治疗结果见表 2。雌激素治疗组总有效率为(87.50%,14/16),明显高于对照组(26.67%,4/15),差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 2 雌激素组治疗效果(n)

组别	n	显效	有效	无效
治疗组	16	5	9	2
对照组	15	2	2	11

3 讨 论

慢性宫颈炎是有性生活妇女的常见病、多发病,占妇科门诊患者的首位,宫颈糜烂是其常见病理类型,与宫颈癌有密切关系,其治疗具有重要意义,能有效地减少及阻断宫颈癌的发生和发展^[1]。物理治疗是目前最常用的治疗方法,疗效肯定,治疗后创面脱痂出血是主要并发症,少量阴道排液和脱痂出血属正常现象,不需特殊处理,当脱痂引起超月经量出血,或长时间反复出血,应积极治疗。

慢性宫颈炎物理治疗的原理^[3]是以各种方法破坏宫颈糜烂面的柱状上皮,使之脱落并被新生的鳞状上皮覆盖,宫颈转为光滑。此愈合过程伴有结痂及组织坏死,局部组织充血、水肿和坏死以及阴道的细菌环境易导致治疗部位感染,排液增多;宫颈糜烂常伴有血管增生,物理治疗时使增生的血管发生暂时凝固^[4],而表面组织的损伤和痂皮的脱落,可使已凝固的血管开放,不能自然止血。

脱痂期出血多发生在术后 7~28d^[5],其处理方法有:(1)抗感染治疗。研究表明,急性感染是引起脱痂出血的重要原因之一^[6]。本研究中,对急性感染者口服有效抗生素,辅以局部压迫止血,疗效显著(总有效率 98.21%,110/112)。(2)抗真菌治疗。VVC 患者阴道乳酸杆菌数目减少,菌群失调^[7];其阴道上皮细胞的天然抵抗机制减弱,以及体液、细胞免疫能力的改变等可促进炎症的发展,而局部黏膜充血,血管脆性增加,易于引起出血。因脱痂出血期,不能取阴道分泌物确诊,本研究中,对既往有 VVC 史,且近期无急性感染征象的脱痂期出血患者积极采用抗真菌治疗,取得显著效果。(3)对于 40 岁以上患者的处理:围绝经期^[2]是指妇女 40 岁左右开始出现内分泌、生物学变化与临床表现直至绝经后 1 年。围绝经期妇女因卵巢功能衰退,雌激素水平降低,阴道壁萎缩,黏膜变薄,上皮细胞内糖原减少,阴道内 pH 值增高,局部抵抗力降低,阴道黏膜

充血,有散在小出血点或点状出血斑^[8]。雌激素受体遍布于全身各重要器官,宫颈管黏膜为高度依赖雌激素生长的组织,缺乏雌激素的影响后,宫颈管黏液分泌大量减少,不能形成黏液栓屏障,防御作用减弱;宫颈质地偏硬,易于引起出血,且创面不易修复。本研究对于雌激素治疗组,在对止血治疗的同时联合雌激素局部治疗较单纯压迫止血治疗有效率明显增高($P < 0.01$),提示 40 岁以上宫颈物理治疗后脱痂期出血的患者补充雌激素治疗是有效的,且短期内局部治疗不会引起其他部位病变的发生(如乳腺增生等)^[9]。(4)其他:一些个体特殊情况需具体对症处理,术前应详细询问病史。本研究中,2 例患者因心脏疾病长期服用抗凝药,压迫止血治疗无效,停用抗凝药后 1 周血止。2 例患者合并中度贫血,脱痂期出血时间较长,压迫止血治疗同时予以纠正贫血治疗。3 例合并甲状腺功能亢进史患者,单纯压迫止血治疗效果差,积极内科治疗后血止。

脱痂期出血是宫颈物理治疗后最常见的并发症,术前详细询问病史有重要意义。同时应根据患者具体情况,采用不同止血方案,尤其应重视抗假丝酵母菌治疗及补充雌激素治疗。

参考文献:

- [1] 陈九伟,解秀禄,王金平. 80 例宫颈细胞学异常结果分析[J]. 中国妇幼保健研究,2009,20(1):97.
- [2] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2004:265.
- [3] 卞度宏. 正确认识和处理慢性宫颈炎[J]. 中华妇产科杂志,2007,42(1):4.
- [4] 阎锦秀,李文红,付蓉花. 慢性宫颈炎激光术后出血原因分析与治疗[J]. 实用临床医学(江西),2006,7(9):118.
- [5] 代玉荣,杨绪兰. 微波联合外用溃疡散外敷治疗宫颈糜烂 123 例疗效观察[J]. 中国妇幼保健,2008,23:4787.
- [6] 蒋兴伟,钟玲,胡丽娜,等. 宫腔电切镜锥形电切宫颈出血原因分析及处理[J]. 重庆医学,2007,36(3):245.
- [7] 李春阳,李颖. 复发性外阴阴道念珠菌病的病因与控制对策[J]. 中华皮肤科杂志,2006,39(8):489.
- [8] 曹霞. 围绝经期及绝经后宫内节育器取出 54 例临床分析[J]. 工企医刊,2008,21(4):32.
- [9] 周蓓,刘晓媛. 经阴道补充雌激素的临床研究进展[J]. 国外医学计划生育分册,2005,24(5):225.

(收稿日期:2009-07-10 修回日期:2009-08-10)

(上接第 59 页)

- [2] 詹文华. 我国胃癌外科临床研究的现状及方向[J]. 临床外科杂志,2005,13(8):469.
- [3] 陈峻青. 正确掌握当今胃癌淋巴清扫术的有关问题[J]. 中国实用外科杂志,2005,25(7):385.
- [4] 方仪,赵东兵,周建国,等. 影响早期胃癌淋巴转移的多因素分析[J]. 中华胃肠外科杂志,2009,12(2):130.
- [5] Li C, Oh SJ, Kim S, et al. Risk factors of survival and sur-

gical treatment for advanced gastric cancer with large tumor size[J]. J Gastrointest Surg,2009,13(5):881.

- [6] 马丹,刘敏,梁平,等. COX-2 在人胃癌中的表达与胃癌的临床病理特征关系[J]. 重庆医学,2009,38(3):290.
- [7] 何裕隆,张常华,詹文化,等. 胃癌淋巴转移规律的探讨[J]. 中华普通外科杂志,2004,19(11):656.

(收稿日期:2009-04-18 修回日期:2009-07-09)