维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 两组治疗效果及术后并发症比较(n)

组别	例数	治疗效果			并发症		
		痊愈	好转	无效	脱痂期出血过多	创面感染	宫颈口粘连
治疗组	196	176*	17*	3*	3*	0#	2*
对照组	176	153	20	3	5	6	2

*:与对照组比较,$P > 0.05$;#:与对照组比较,$P < 0.01$

2 讨论

波姆光治疗宫颈糜烂是通过正常组织与病变组织对一定光波段能量的照射量不同选择性吸收的特点,利用红外和可见光辐射的光热效应,使局部病变组织蛋白质发生凝固、变性、坏死、脱落等一系列反应,继而促使新生的鳞状上皮细胞恢复正常,从而达到治愈的目的。康妇特栓剂中含有中药莪术油、冰片及益康唑。莪术油具有抗真菌、细菌、病毒、支原体和衣原体等病原微生物作用,增加局部血流量,促进炎症消退,促进上皮再生,修复病变组织。冰片具有去腐生肌、凉血止痒作用。益康唑为咪唑类广谱抗真菌药物,与莪术油合用,可增强对念珠菌性阴道炎和细菌性阴道炎的治疗作用。故用波姆光治疗宫颈糜烂后,再配合使用康妇特栓,能加速结痂脱落,促进炎症等损伤粘膜和脱痂后创面的更新和修复,缩短治愈时间,减少创面感染等并发症,值得推广应用。

(编辑:蒋登金)

直肠子宫内膜异位症2例报道

徐红梅,杨达荣 (合川市人民医院病理科,重庆 合川 401520)

[关键词] 子宫内膜异位症;直肠
[中图分类号] R711.71 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)02-0142-01

1 临床资料

病例1,29岁女性,因经期腹痛,排便次数增多2年,近1月出现大便带血入院。直肠指检:距肛门6 cm处直肠前壁扪及直径5 cm的肿块,表面不光滑,拟诊为直肠肿瘤。术中见肿块位于直肠子宫陷凹,向周围浸润,质硬,予以全子宫切除及直肠癌根治术。

病例2,37岁女性,因痛经伴经期延长2年余,加重伴肛门坠胀1年来院就诊。患者月经前1~2 d出现腰骶部和下腹部疼痛,伴肛门坠胀,有便意,症状于经期明显加重。妇科检查:阴道后穹隆结节状突起,直肠子宫陷凹触及痛性结节。阴道活检病理诊断为子宫颈后穹隆子宫内膜异位症,直肠活检病理诊断考虑为直肠子宫内膜异位症。术中见子宫体下段后壁约直径4 cm的突起,与直肠前壁粘连致密,予以次全子宫切除及直肠切除。

2例大体病检均见直肠浆膜面与子宫颈粘连,质硬,边界不清,大小分别为5 cm×4 cm×3 cm、4 cm×4 cm×3 cm,切面灰白色,实性,有灶性出血。粘膜面未见肿块,例1粘膜有轻度糜烂。2例镜检均见直肠粘膜结构正常,粘膜下至浆膜层散在分布有子宫内膜腺体,形态规则,上皮分化良好,周边有子宫内膜间质细胞和增生的纤维组织。2例病理诊断均为直肠壁子宫内膜异位症。

2 讨论

直肠子宫内膜异位症占全部子宫内膜异位症的10%~20%,属非肿瘤性病变,但最易与肿瘤混淆,它可出现与直肠癌相似的临床症状,如便血、肿块、大便性状改变、里急后重,甚至引起肠梗阻等。当患者的症状与月经周期关系不很密切时,易被临床医生忽视,因此直肠子宫内膜异位症的术前诊断率不高[1]。在肠镜检查时该病患者的肠粘膜一般无明显损害,但有皱缩、糜烂、息肉样改变[2]。总结本文2例患者的临床表现与病检结果,可见本病有以下几点临床特征:①多发生于育龄妇女;②症状与月经周期有关,至少在早期有较明显的周期性;③肿块多位于直肠前壁;④直肠粘膜较光整,少数可有糜烂等改变;⑤在月经周期的不同时期体检或钡灌肠,肿块表现可有不同;⑥病理活检,尤其是术中冰冻切片易与"癌"混淆。病史中存在的任何周期性症状都有鉴别诊断意义,不能忽视而盲目诊断治疗。年轻女性有临床症状及体征者,应考虑到子宫内膜异位症的可能,术前行活组织检查,没有明确的恶性证据,不可轻易诊断为癌[3]。

直肠子宫内膜异位症早期可行保守治疗,但症状易复发,个别病例保守治疗可能无效,症状明显者需行手术切除病灶。由于病灶部位特殊,有时需切除部分肠管,造成一定的功能损害,因此当怀疑此症而不能排除肿瘤时,应反复活检以明确诊断。

[参考文献]

[1] 顾大镛,王承棓. 直肠子宫内膜异位症3例报道[J]. 上海医科大学学报,1995,22(5):340.
[2] 耿建平,耿丽玮. 直肠子宫内膜异位症误诊直肠癌1例[J]. 菏泽医学专科学校学报,2003,15(3):15.
[3] 陈忠年,杜心谷,刘伯宁. 妇产科病理学[M]. 上海:上海医科大学出版社,1996. 271.

[收稿日期] 2005-10-20 [修回日期] 2005-11-08

(编辑:雷 艳)