

**1.3 观察项目** 常规监测两组病人的血压、血氧饱和度和脉搏。记录两组病人宫腔镜检查所需时间,术中两组病人不良反应的发生情况,术后询问两组病人对检查过程中的感受,记录为:难以耐受、明显不适、轻微不适和无不适。对患者进行调查,如有必要是否愿意接受第二次检查。

**1.4 统计学方法** 数据以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,用  $t$  检验或  $\chi^2$  检验作统计学分析,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者年龄、体重、ASA 分级比较** 两组比较差异无显著性( $P > 0.05$ )。

**2.2 两组患者术后血压、血氧饱和度、脉搏比较** I 组患者术中、术后血压、血氧饱和度、脉搏,同术前相比差异无显著性;II 组发生类似人流综合征的患者,血压、脉搏较术前有所下降,其余患者血压、脉搏较术前增高,血氧饱和度同术前无明显差异。两组比较差异无显著性( $P > 0.05$ )。

**2.3 两组完成宫腔镜检查时间比较** I 组 60 例患者均顺利完成宫腔镜检查,检查时间( $11.7 \pm 3.5$ )min;II 组 60 例患者中,4 例(6.67%)由于无法耐受疼痛,不能坚持完成检查,检查时间( $17.3 \pm 4.2$ )min,两组比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。

**2.4 两组患者宫腔镜检查中不良反应的发生情况及术后对宫腔镜检查的感受** 见表 1。

表 1 两组患者宫腔镜检查中不良反应发生及术后感受情况 (例)

组别	检查中			检查后			
	恶心呕吐	肢体躁动	难以耐受	明显不适	轻微不适	无不适	愿意接受再检查
I 组(n=60)	2	3	0	5	24	31	58
II 组(n=60)	10	24	4	32	14	10	24

I 组患者中有 2 例(3.3%)在检查中发生恶心呕吐,有 3 例(5.0%)在插镜中肢体扭动无患者感到难以耐受,有 5 例(8.3%)患者感到明显不适,有 24 例(40.0%),感到轻微不适有 31 例(51.7%)患者无不适;58 例(96.7%)愿意接受再检查。II 组患者中有 10 例(16.7%)在检查中发生恶心呕吐,有 24 例(40.0%)在检查中发生肢体躁动,有 4 例(6.7%)感到难以耐受,有 32 例(53.3%)感到明显不适,有 14 例(23.3%)感到轻微不适,有 10 例(16.7%)无不适;有 24 例(40%)愿意再次接受检查,两组比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

宫腔镜检查是妇科常用的诊断性操作,一般不用麻醉<sup>[1]</sup>,宫腔镜检查时,由于扩张宫颈、牵拉宫颈、手术刺激及膨宫,可使患者感到疼痛,部分患者可因疼痛刺激引起反射性迷走神经功能亢进,出现类似人流综合征的反应,疼痛刺激引起患者肢体扭动甚至躁动,抬高臀部,增加了手术操作的难度,甚至有些患者难以接受检查,使操作中断。

氧化亚氮血/气分配系数较低(0.47),决定了氧化亚氮

在血液中的溶解度低,故麻醉诱导和苏醒都非常快,氧化亚氮无刺激性和可燃性,毒性相对较小,诱导和苏醒快,并且有镇痛作用。近年来在妇产科领域中有一定范围的应用,被应用于无痛分娩,无痛人流及某些阴道手术麻醉<sup>[2]</sup>。

氧化亚氮应用于无痛宫腔镜检查,由于患者没有痛苦,减少了肢体躁动,医务工作者更能够集中精力进行手术操作,提高了手术质量,缩短了手术时间,患者吸入氧化亚氮后给予纯氧吸入,避免了低氧血症的发生。笔者通过研究观察发现,氧化亚氮应用于无痛宫腔镜检查,是一种安全、可靠的方法,能够减轻患者痛苦,提高宫腔镜检查质量,减少不良反应的发生,手术过程中应常规纯氧吸入,防止低氧血症的发生,常规监测病人血压、脉搏和血氧饱和度,确保病人安全。

## 参考文献

- 1 乐杰. 妇产科学,第 5 版. 北京:人民卫生出版社,2000,467.
- 2 吴新民. 氧化亚氮在妇产科的合理应用. 中华妇产科杂志,2003,1:58.

(收稿日期:2005-04-26) (编辑 首 紫)

# 男性少、弱精子症的诊断分度和疗效评估方法

刘茂松

【文献标识码】 B 【文章编号】 1726-6424(2005)11-1001-02

随着医学科学的飞速发展,对男性不育的研究也有了很大的进步。但目前国内很多中医、西医或中西医结合专著或临床报道中对男性少、弱精子症的诊断仍使用老标准,特别是对男性少、弱精子症的疗效评估尚没有统一的标准,所以有些报道不能反映其真实的治疗效果。为此,笔者参考了世界卫生组织(WHO)关于《不育夫妇标准检查与诊断手册》(诊断标准)和杨建华编著《实用男性不育诊疗学》(分度标准)及国家卫生部关于《中药新药临床研究指导原则》

(疗效评估标准),并结合自己的临床体会整理出以下关于男性少、弱精子症的诊断分度和疗效评估方法和应注意的几个问题供大家讨论和参考。

## 1 取精的注意事项

(1)取精前 2~7 天不能排精(包括遗精)。(2)取精前 1 天应洗澡,特别要洗净外生殖器及包皮垢和龟头部位。(3)患者尽量采用自己手淫取精或电动取精器取精。尽量不用性交体外排精法,绝对不能采用避孕套取精。(4)精液要用一次性消毒液杯或高压消毒玻璃杯盛装。(5)排出精液要全部放在精液杯中,不能丢失点滴。(6)取出精液要放在贴

身内衣口袋内,保持人体恒温,并于30min内送至实验室检查。(7)实验室工作人员要将精液杯与化验单核对编号后放在37℃恒温水浴箱中待检验。

## 2 少精子症的诊断和分度标准

少精子症是指禁欲2~7天一份精液电脑分析中精子密度 $<20 \times 10^9/L$ 。轻度少精子症:精子密度 $<20 \times 10^9/L$ ,但 $>10 \times 10^9/L$ ;中度少精子症:精子密度 $<10 \times 10^9/L$ ,但 $>5 \times 10^9/L$ ;重度少精子症:精子密度 $<5 \times 10^9/L$ 。

## 3 弱精子症的诊断和分度标准

弱精子症是指禁欲2~7天一份精液电脑分析中具有快速向前运动的精子A级和慢速向前运动的精子B级(A级+B级) $<50\%$ 或A级精子 $<25\%$ 。轻度弱精子症:A级+B级精子 $<50\%$ ,但 $>30\%$ 或A级 $<25\%$ ,但 $>10\%$ ;中度弱精子症:A级+B级精子 $<50\%$ ,但 $>30\%$ ,其中A级精子 $<10\%$ ;重度弱精子症:B级+C级精子数量 $<30\%$ ,其中A级精子为零。

## 4 少精子症的疗效评估标准

少精子症采用西药或中药或中西药结合治疗3个月为1个疗程。1个疗程后根据复查结果评估疗效。治愈:治疗后精子密度 $>20 \times 10^9/L$ ;显效:治疗后精子密度提升率 $>60\%$ ;有效:治疗后精子密度提升率 $>20\%$ ;无效:治疗后精子密度提升率 $<20\%$ 。治愈率+显效率+有效率=总有效率。

## 5 弱精子症的疗效评估标准

弱精子症采用西药或中药或中西药结合治疗3个月为

1个疗程。1个疗程后根据复查结果评估疗效。治愈:治疗后精子活力A级精子 $\geq 25\%$ 或A级+B级精子 $>50\%$ ;显效:治疗后精子活力提升率 $>60\%$ ;有效:治疗后精子活力提升率 $>20\%$ ;无效:治疗后精子活力提升率 $<20\%$ 。治愈率+显效率+有效率=总有效率。

## 6 精子密度提升率的计算方法

治疗后精子密度提升率的计算方法是:(治疗后精子密度-治疗前精子密度)/治疗前精子密度 $\times 100\%$ 。例如:治疗后精子密度为 $10 \times 10^9/L$ ,治疗前精子密度为 $6 \times 10^9/L$ 。代入公式为 $(10-6)/6 \times 100\% = 66.66\%$ ,该例治疗后精子密度提升率达66.66%,疗效评估测定为显效。

## 7 精子活力提升率的计算方法

治疗后精子活力提升率的计算方法是:[治疗后精子活力(A级+B级)-治疗前精子活力(A级+B级)]/治疗前精子活力(A级+B级) $\times 100\%$ 。例如:治疗前精子活力A级为3%,B级为5%, $A+B=3+5=8$ ;治疗后A级为10%,B级为11%, $A+B=10+11=21$ ,代入公式为 $(21-8)/8 \times 100\% = 162.50\%$ ,该例治疗后精子活力提升率达162.50%,疗效评估测定为显效。

我们认为凡使用西药、中药或中西药结合治疗男性少、弱精子症的临床研究和报道,都应参照以上诊断分度和疗效评估新标准进行分析和统计学处理,才能反映出治疗效果的科学性。

(收稿日期:2005-04-08) (编辑 江枫)

# 睡眠呼吸暂停综合征与顽固高血压的治疗

范彦夫<sup>1</sup> 齐海芳<sup>2</sup> 谭秋波<sup>1</sup>

**【摘要】目的** 观察呼吸道正压通气(CPAP)治疗对合并睡眠呼吸暂停综合征(SAS)的顽固高血压患者在常规药物降压治疗基础上的效果。**方法** 28例合并SAS顽固高血压患者继续原药物治疗,在进行CPAP治疗前及治疗第7天,治疗结束后第3天分别监测24h动态血压,观察全部病例24h平均收缩压和平均舒张压变化情况。**结果** 经CPAP治疗7天,28例患者平均收缩压、平均舒张压同治疗前比较均显著下降( $P < 0.05$ )。CPAP治疗停止第3天,上述指标又回到CPAP治疗前水平。**结论** 合并SAS的顽固高血压CPAP为首选治疗方法,且需长期持续治疗。

**关键词** 睡眠呼吸暂停综合征 高血压

**【文献标识码】 B** **【文章编号】 1726-6424(2005)11-1002-02**

睡眠呼吸暂停综合征(SAS)与高血压有很密切的相关性,常常使药物的降压效果不佳。现将笔者对28例合并SAS的顽固高血压患者在药物治疗基础上采用呼吸道正压通气(CPAP)治疗的情况报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取在我院就诊的高血压患者,经足够而适当(3种或4种,包括1种利尿剂)的降压药系统治疗6周仍未得到良好控制,符合JNC VI顽固高血压诊断标准,同时经至少一次多导睡眠图(PSG)检查而确诊为SAS的共28例,男21例,女7例,年龄42~75岁,平均 $(59 \pm 5.3)$ 岁。均排除白大衣高血压及假性顽固高血压。28例患者中有明确高血压家族史18例,合并糖尿病4例,高脂血症16例,

超重体重指数 $\geq 25$ 者16例,吸烟者6例,嗜酒者9例,高盐饮食者19例。

**1.2 方法** 全部患者在经系统的3种或4种降压药物(包括一种利尿剂)联合治疗6周后仍未达到控制标准,在继续用药同时全部在每晚睡眠时给予经鼻持续气道正压(n-CPAP)治疗共7天。在治疗前,治疗第7天及治疗结束后第3天均进行24h动态血压监测,比较三者的平均收缩压、平均舒张压变化情况。

**1.3 统计学方法** 数据以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,各指标比较采用t检验, $P < 0.05$ 为差异有显著性。

## 2 结果

28例患者经n-CPAP治疗第7天24h动态血压监测平均收缩压、平均舒张压较治疗前均显著下降( $P < 0.05$ )。停止n-CPAP治疗3天后上述指标与治疗前比较差异无显著性,见表1。