

B 超监护加米索前列醇在疤痕子宫人工流产术中的应用

孟迪云

(浙江省湖州市妇幼保健院 湖州 313000)

摘要:目的:探讨疤痕子宫人工流产术中应用 B 超监护加米索前列醇的临床价值。方法:选择 2002 年 1 月~2005 年 5 月我院收治的剖宫产术后 1 年内早孕 162 例,采用人工流产术前口服米索前列醇 0.4mg,术中 B 超监护,作为观察组;同时回顾性抽查了 1999 年 1 月~2001 年 12 月收治的疤痕子宫早孕 78 例,行常规人流术,作为对照组。观察 2 组宫颈松弛、手术时间、术中出血量、手术并发症发生情况。结果:观察组有效宫颈松弛例数多,术中出血量少,手术时间较短,人流综合征少(P 均 <0.01),且无 1 例宫腔残留及子宫穿孔。结论:剖宫产术后 1 年内疤痕子宫人流术中应用 B 超监护加米索前列醇能减少出血,缩短手术时间,减少手术并发症的发生。

关键词:人工流产;疤痕子宫;B 超;米索前列醇

中图分类号:R 714.21

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)01-0023-02

近年来随着剖宫产率的不断上升,剖宫产术后的疤痕子宫再次妊娠要求行人工流产者日渐增多。我院近年共收治剖宫产术后 1 年内早孕 162 例,采用人工流产术前口服米索前列醇 0.4mg 加术中 B 超监护的方法,大大地提高了手术的安全性,减少了并发症的发生,取得了良好的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 观察对象 观察组:我院 2002 年 1 月~2005 年 5 月收治的在 B 超监护下人工流产术加米索前列醇终止剖宫产术后 1 年内早孕 162 例(均无米索前列醇使用禁忌症),年龄 21~43 岁,平均 28 岁;妊娠 6~12 周,其中 <9 周者 148 例, ≥ 9 周者 14 例;均有 1 次剖宫产史,剖宫产距人工流产时间最短 3 个月,最长 1 年。对照组:回顾性抽查了 1999 年 1 月~2001 年 12 月收治疤痕子宫早孕 78 例,年龄 20~39 岁,平均 27 岁;妊娠 6~12 周,其中 <9 周者 71 例, ≥ 9 周者 7 例;均有 1 次剖宫产史,剖宫产距人工流产时间最短 3.5 个月,最长 1 年;2 组孕妇平均年龄、孕次、孕周、此次妊娠与前次剖宫产间隔时间等均无差异,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 方法 观察组:人流术前 2h 口服米索前列醇 0.4mg,适度充盈膀胱后取膀胱截石位,常规消毒铺巾,B 超经腹部测量子宫位置、大小、孕囊着床部位,监测手术全过程。对照组:人流术前未用药,术后次日查 B 超以明确是否有宫腔残留物。2 组 <9 周者采用吸宫术, ≥ 9 周者采用吸宫术或加钳刮术。其中对照组 ≥ 9 周者术前 12h 宫颈放入 12~16 号导尿管 1 根。

1.3 观察指标 宫颈松弛度:术中以海格氏宫颈扩张器能无阻力通过宫颈内口为标准,6~8[°]孕周者,通过 ≥ 6 号宫颈扩张器为有效,仅通过 <6 号为无效;9~12 孕周者,通过 7 号为有效, <7 号为无效。出血量:将吸引瓶中血液倒入量筒读数(mL)。手术操作时间:从扩张宫颈开始至吸宫结束为止。人流综合征判断:按曹泽毅主编《中华妇产科学》所述标准。

1.4 统计学处理 采用 SPSS12.0 统计软件包处理,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 宫颈松弛、出血量及手术操作时间 见表 1。

表 1 2 组宫颈松弛、出血量及手术操作时间 ($\bar{X} \pm S$)				
组别	n	宫颈松弛 / 例(%)	阴道出血量 / mL	手术时间 / min
观察组	162	146(90.1%)	8.0 $\pm$ 3.5	5.5 $\pm$ 1.1
对照组	78	22(28.2%)	17.5 $\pm$ 6.7	8.0 $\pm$ 3.2
P 值		<0.01	<0.01	<0.01

2.2 手术并发症 见表 2。

表 2 2 组手术并发症情况 例(%)				
组别	n	人流综合征	宫腔残留	子宫穿孔
观察组	162	3(1.9)	0	0
对照组	78	8(10.3)	6(7.7)	1(1.3)

3 讨论

剖宫产术后 1 年内再次妊娠者子宫壁薄而软,疤痕处平滑肌减少,结缔组织增加,血管再生明显,是一结构薄弱处,操作不慎易损伤。刘杰据外国学者 Nguyen 的发现,剖宫产术后半年内妊娠者,重复剖宫产时取原疤痕做病理检查,显示仅有少数病例子宫切口疤痕肌肉化,大部分病例的疤痕为纤维结缔组织,平滑肌纤维变性。剖宫产术后半年至 1 年妊娠者,其子宫切口处有嫩肉芽组织和普遍增长的纤维组织,平滑肌细胞间有广泛的嫩结缔组织,其间有众多的纤维母细胞、淋巴细胞^[1]。故此类患者行人工流产手术难度大,子宫穿孔危险性高,在 B 超监护下行人工流产术可以了解胎囊位置及与子宫疤痕的关系,边操作边观察图像,使操作准确,找准胚胎附着部位尽快吸净,最后轻轻吸引子宫疤痕处。注意尽量在宫腔内一次吸净,切忌反复多次进入宫腔,特别是吸引疤痕处时负压应略偏低,尽可能减少吸引次数,以免引起疤痕处破裂及宫颈管损伤。观察组 162 例在 B 超监护下行人工流产术无 1 例发生子宫穿孔及宫腔残留,明显低于对照组($P<0.01$)。另外应用 B 超监护,使术者可在监视器下清晰地看到手术器械在宫腔内的操作情况,减少术中的盲刮性,减少了重复操作,从而缩短了手术时间。

疤痕子宫患者宫颈口多为未产式,宫颈口较紧。米索前列醇为前列腺素 E_1 (PGE_1) 类似物,具有 PGE_1 的作用,对宫颈纤维组织释放多种弹性蛋白酶,从而降解胶原纤维,软化宫颈,使其顺应性增高,易于机械性扩张^[2]。黄俊等认为人工流产术前 1h 和 2h 口服米索前列醇 0.4mg,同样可以有效地软化扩张宫颈^[3]。我们对观察组 162 例患者采用术前 2h 口服米

中西医结合治疗慢性盆腔炎 115 例临床观察

何仙芳 马利敏
(浙江省金华市中医院 金华 321017)

关键词:慢性盆腔炎;中西医结合疗法;红藤汤;青霉素;丁胺卡那霉素;甲硝唑
中图分类号:R 711.33 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2006)01-0024-01

慢性盆腔炎临床上单用抗生素治疗效果欠佳,易于复发,常继发不孕,且难以治愈。我院自 2003 年 3 月~2005 年 2 月,对 115 例慢性盆腔炎患者采用中西医结合方法治疗,取得较满意疗效。现报道如下:

1 临床资料

慢性盆腔炎患者 115 例,为我院门诊就诊患者。年龄 18~45 岁,平均 32 岁;病程 5~42 月,平均 23.5 月;均有孕产史。主要临床表现:下腹痛,腰酸,下腹坠胀,白带增多,性交疼痛,月经不调,附件包块,继发不孕。妇科检查:一侧或双侧附件增厚、压痛,骶韧带及子宫后壁触痛明显,盆腔触及质硬、活动欠佳、边界不规则包块。作宫颈分泌物培养解脲支原体、沙眼衣原体、淋球菌等特殊病原检查。随机将患者分成红藤汤治疗组 57 例,常规治疗组 58 例。2 组间年龄、病程、临床表现、妇科检查、特殊病原检查等在统计上无显著差异。

2 治疗方法

2 组均给常规治疗:青霉素、丁胺卡那霉素、甲硝唑静脉滴注 5~7d。如合并有解脲支原体、沙眼衣原体、淋球菌等感染者,给予敏感抗生素口服 7~14d。红藤汤治疗组加用红藤汤 50mL,1%普鲁卡因 10mL,经肛门缓慢注入。控制温度在 37℃左右,保留 4h 以上,14d 为 1 个疗程。如未治愈,第 2 个月经周期再次静脉滴注抗生素,经后同样治疗 14d。红藤汤由红藤、紫花地丁、半枝莲各 150g,玄胡、三棱、莪术、败酱草、乌梅、蛇床子、川芎、黄柏各 60g 组成,加适量水浸泡 1h,煎煮 2 次后取滤液浓缩至适量,趁热加入尼泊金乙酯 0.2g,搅匀,静置 24h 过滤,滤液用蒸馏水调至 500mL 而成。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈:临床症状、体征消失,B 超检查盆腔肿

块消失或基本消失;显效:临床症状、体征基本消失,B 超检查盆腔肿块明显缩小;无效:症状改善不明显,肿块无明显缩小。

3.2 治疗结果 红藤汤治疗组 1 个疗程后治愈 12 例,显效 45 例;治疗 3 个疗程后症状及体征均消失。常规治疗组 1 个疗程后治愈 8 例,显效 32 例,无效 18 例。2 组间治疗效果相比差异有显著性($P<0.05$)。红藤汤治疗组开始 3 例大便次数稍增多,3d 后逐渐恢复正常。

4 讨论

由于慢性盆腔炎盆腔内纤维结缔组织增生形成广泛粘连,使抗生素不易进入组织吸收,故单用抗生素疗效欠佳,且长期使用会引起肠道菌群失调,发生严重的并发症^[1]。药理学研究表明,红藤有活血化瘀、清热解毒作用;玄胡、三棱、莪术、川芎促进血行,消散瘀滞,改善血液流变性,抗血栓形成,扩张血管及对子宫平滑肌有解痉作用;败酱草、乌梅、蛇床子、川芎、黄柏、紫花地丁、半枝莲等有清热解毒、消炎作用,对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、大肠杆菌有较强的杀灭作用^[2]。另外,红藤、黄柏、紫花地丁含有黏液质,使药液附着黏膜的系数加大,有利于吸收,加用普鲁卡因可防止因药液刺激引起肠痉挛,影响疗效。

参考文献

[1]王德智.中国妇产科专家经验文集[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,2001.722
[2]梅金喜,毕焕新.现代中药药理手册[M].北京:中国中医药出版社,1998.116~125

(收稿日期: 2005-07-22)

索前列醇 0.4mg 后,有 146 例(90.1%)达到有效宫颈松弛,即能顺利通过直径为 6~7mm 的吸头,不需扩宫,与对照组相比有显著差异($P<0.01$)。这样既减少了宫颈损伤和粘连,也减少了机械刺激引起的迷走神经兴奋而出现的人工流产综合征的发生,减少了受术者痛苦。观察组 162 例中仅 3 例发生人工流产综合征,明显少于对照组。同时因为宫颈松弛易于扩张,手术时间也相应缩短,并可预防子宫穿孔的发生。另外,米索前列醇对妊娠各期的子宫平滑肌均有收缩作用,从而可减少术中阴道出血量。

张丽华等也认为 1 年内有剖宫产史者行人工流产手术难度大,一方面是由于子宫切口愈合不牢,容易从该处造成穿孔;另一方面,胎盘附着在疤痕处,容易发生粘连,造成吸宫不全^[4]。因此,我们在为剖宫产后 1 年内早孕患者行人工

流产术时,除思想上高度重视外,采用术前 2h 口服米索前列醇 0.4mg,术中 B 超全程监护的方法,来克服手术的盲目性,增加手术的安全性,同时也为了最大程度地避免医疗纠纷的发生。上述资料证明此法安全、有效,值得临床推广应用。

参考文献

[1]刘杰,王敬云.疤痕子宫妊娠的引产与催产[J].中国实用妇科与产科杂志,2002,18(5):268~270
[2]冯力民.米索前列醇用于宫腔镜检查 and 手术的临床观察[J].中国实用妇科与产科杂志,2002,18(11):686
[3]黄俊,耿琳琳,孟俐,等.米索前列醇用于人工流产术前宫颈扩张给药时间的观察[J].中国妇产科临床杂志,2004,5(2):109
[4]张丽华,董向红,尹丽杰.高危人工流产的临床处理[J].中国计划生育学杂志,2005,11(1):60

(收稿日期: 2005-09-14)