

剖宫产术后腹壁切口瘢痕子宫内膜异位症 11 例临床分析

袁浓根

(浙江省宁海县妇幼保健院 宁海 315600)

关键词:子宫内膜异位症;剖宫产术后;腹壁切口瘢痕子宫

中图分类号:R 719.82

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0054-02

子宫内膜异位症(Endometriosis,EM)为生育年龄妇女常见病,病灶多见于盆腔腹膜和脏器。近年来,随着我国剖宫产率迅速上升,导致了术后各种并发症的增加。子宫内膜异位症也是剖宫产远期并发症之一,其中多数为腹壁切口瘢痕子宫内膜异位症(Abdominalincision Endometriosis,ALEM),其他部位少见。现就我院收治的 11 例 ALEM 作回顾性分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 自 2002 年 1 月~2006 年 7 月我院共收治 ALEM 患者 11 例(我院剖宫产术后 9 例,其他医院剖宫产术后 2 例),年龄 20~44 岁,平均 32 岁;择期剖宫产 8 例,急诊剖宫产 3 例;2002 年 1 例,2003、2004 年各 2 例,2006 年 6 例。

1.2 临床表现 腹壁切口瘢痕处出现与月经周期相关的疼痛性肿块,肿块在月经期增大,疼痛加重,月经后肿块缩小,疼痛缓解。检查腹壁切口瘢痕部位可触及大小不等肿块,质硬,与周围组织粘连固定,有触痛,尤以经期明显,其中 2 例病灶表浅者,经期局部皮肤呈紫蓝色。所有病例剖宫产术前均无子宫内膜异位症病史。

1.3 辅助检查 本组 3 例行腹部彩色 B 超检查,均提示腹壁内低回声肿块,边缘不规则欠清晰,无完整包膜,包膜内缺少血流频谱。2 例行腹壁肿块穿刺作细胞学检查,涂片中见不同分化程度的腺上皮和皮簇的棱形间质细胞。血清 CA₁₂₅ 检查未见异常升高 3 例。所有病例妇科检查及盆腔 B 超检查未见异常。

1.4 治疗 全部病例均在硬膜外麻醉下行腹壁单纯病灶切

除术,对病灶四周 1cm 正常组织作锐性切除。术中发现病灶向下侵及腹直肌前筋膜 9 例,累及腹膜但未侵入腹腔 2 例,切除部分腹膜 1 例,因创面大且腹壁肥厚行切口减张缝合术 1 例。术后切口均 I 期愈合,随访 1 年未见复发。术后切除组织均经病理证实为子宫内膜异位症。

2 讨论

2.1 发病率及发病机制 剖宫产术后切口子宫内膜异位症发病率报道差别较大(0.03%~1.73%)^[1],可能由于本病潜伏期长短不一,致使确切的发病率难以准确统计。但随着剖宫产率的明显上升,本病发病率也有增高趋势。本病为医源性所致的子宫内膜异位症(手术时子宫内膜碎片直接种植于腹壁切口继续生长而引起),也是内膜异位种植学说的较好例证。

2.2 诊断 主要依据有剖宫产史、临床表现及 B 超等辅助检查,本组患者全部确诊。作者认为无临床症状的腹壁切口处肿块有必要行肿块穿刺细胞学检查,以排除其他疾病可能。

2.3 治疗 大多数文献报道药物治疗腹壁切口瘢痕子宫内膜异位症不能达到预期效果^[1-2],手术彻底切除病灶为本病的最佳选择,一旦诊断明确,应尽早手术,以免病灶发展,增大组织受累范围和加重组织粘连程度,而导致手术难度增加和手术范围扩大。术中尽量切净病灶,必要时切除部分筋膜或腹膜组织,以免复发。

2.4 预防 预防本病发生的关键在于剖宫产时尽量避免蜕膜组织和间质成分过多地散落在手术创面区。为此作者建议:(1)严格掌握剖宫产手术指征,尽量降低剖宫产率,尽可能避免剖宫取胎术,避免做子宫体部剖宫产;(2)切开子宫

对链球菌)有抗菌作用,对某些革兰阴性菌也有抑制作用,其抗菌效力不受脓血蛋白质的影响,无刺激性,毒性低,作用缓慢,在碱性环境中活性较强^[3]。利用 0.1%利凡诺尔对低蛋白水肿皮肤感染的病人进行换药,促进了创面愈合,减少了继发感染,增强了病人战胜疾病的信心,很好地配合了临床治疗。本组 17 例患者均创面愈合顺利出院,此方法制作简单,换药方便,可供临床使用。

应用 0.1%利凡诺尔纱条湿敷,其目的是通过纱布的虹吸作用,使创面上的渗液全部被纱布吸收,再加上不断湿敷,使皮下扩张的毛细血管收缩,新的渗液减少,达到创面清洁。正确的湿敷方法是:使用比创面略大的消毒纱布 4~6 层,浸透上述溶液,略拧干,以不滴水为度,放在创面上,根据创面渗液情况,每隔 15~30min 更换纱布一次,保持纱布清洁和潮湿。冬天使用要慎防感冒。

皮肤水肿、糜烂主要由于:(1)血浆胶体渗透压低,使毛细血管内体液滤过增加,从组织间回收的体液显著减少,最

终形成水肿。(2)血浆的外渗使有效血容量减少,刺激血管内容量感受器,激活肾素-血管紧张素-醛固酮系统抗利尿激素分泌增加,利钠激素分泌减少,肾小管重吸收钠增多,进一步加重水钠潴留,致水肿加重。对此类病应保持皮肤清洁、干燥,勤换床单、内衣,勤翻身、通风,保持室内空气新鲜、流通,定期空气消毒,床铺应保持干燥、无渣、无屑、无皱折,翻身时不推、拖、拉,防止皮肤糜烂发生。定时、定量按规定剂量服药。同时应做到:(1)加强饮食护理,给予优质低蛋白、低盐、低脂、低磷、高维生素、高钙、高铁饮食。(2)加强心理护理,低蛋白水肿病人,对自身疾病无心理准备,心理压力大并伴有恐惧心理,因此,护理人员应关心、同情、爱护病人,争取病人家属配合,鼓励安慰病人,使其树立战胜疾病的信心。

参考文献

[1]张爱知.药物手册[M].上海:上海科学技术出版社,2003.620
(收稿日期:2007-01-26)

卵巢妊娠 12 例临床分析

王优君

(浙江省慈溪市第二人民医院 慈溪 315315)

关键词:妊娠;卵巢;诊断;治疗

中图分类号:R 714.222

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0055-01

卵巢妊娠是异位妊娠的一种少见形式,由于卵巢妊娠临床上缺乏特异性,在手术前一般多诊断为输卵管妊娠,均因出现急腹症、休克症状后施行剖腹探查术,根据术中所见和病检后才得到明确诊断。现将我院自 1996 年 1 月~2004 年 12 月诊治的 12 例卵巢妊娠加以分析,以探讨其发生规律及诊治特点,提高对卵巢妊娠的认识。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 12 例患者平均年龄 28 岁(19~36 岁),初孕妇 4 例,孕 2~4 次 8 例,6 例患者置宫内节育器,工具及药物避孕各 2 例,2 例无避孕措施。

1.2 临床表现 9 例有停经史,其中 8 例停经为 32~51d,1 例停经 66d。有少量阴道出血者 6 例,4 例出现休克,10 例有内出血症状,腹部压痛反跳痛明显,2 例无明显腹膜刺激症。妇检时 9 例能触及边界较清楚的附件包块。

1.3 辅助检查 11 例行后穹窿穿刺,10 例阳性;9 例 B 超检查发现有附件包块;8 例行尿或血 HCG 检查,结果均高于正常;血红蛋白 8 例 80~100g/L,2 例 >100g/L,2 例 <80g/L。

1.4 治疗与结果 12 例无 1 例术前确诊,9 例诊断为异位妊娠,3 例诊断为黄体破裂。12 例均行剖腹探查术,其中 10 例行患侧卵巢部分切除及修补术;2 例行患侧附件切除术,切除组织标本均送病理切片证实为卵巢妊娠。术中所见:10 例为破裂型,腹腔内积血 500~2 500mL,均发现一侧卵巢增大,并有破口,部分破口上有绒毛组织附着;2 例未破裂型,单侧卵巢增大,剖开均见绒毛组织。所有患者输卵管都未见病变。12 例患者均手术治愈出院。

2 讨论

2.1 病因 卵巢妊娠的确切病因至今不明,目前多数学者认为卵巢妊娠的病因与宫内节育器(IUD)有关^[1]。本组 6 例放置宫内节育器,占 50%,支持此观点。其机理可能为:IUD 对宫内妊娠和输卵管妊娠有阻止作用,但对卵巢妊娠无阻止作用;另外,放置 IUD 还使前列腺素分泌增加,造成输卵管逆蠕动,使受精卵反方向运行种植于卵巢内;同时前列腺素使输

卵管拾卵功能减退,从而增加了卵巢妊娠的危险性。此外,也有学者认为卵巢妊娠可能仅是一种偶然的机遇,即卵子排出前在卵巢受精;或卵子在输卵管内受精,然后由输卵管到卵巢,种植于卵巢表面或卵巢间质、髓质内或排卵后破裂的卵泡内。卵巢妊娠以经产妇多见,故考虑除宫内节育器、宫腔操作史外,盆腔炎也可能是卵巢妊娠的发病因素。

2.2 诊断 本组患者术前均未诊断为卵巢妊娠,由于其缺乏特异性,与黄体破裂及输卵管妊娠在临床症状与体征上无特殊差异,术前往往不能确诊,确诊依据是病理学检查。经典的诊断标准为:(1)双侧输卵管必须正常;(2)囊胚必须位于卵巢组织内;(3)卵巢及囊胚必须以卵巢固有韧带与子宫相连;(4)囊胚壁上有卵巢组织^[2]。根据这些标准,术前诊断几乎不可能。这是因为卵巢妊娠发生破裂时间早,由腹腔内出血刺激引起腹痛的时间也早于输卵管妊娠,且停经史不明显。故术前要明确诊断卵巢妊娠,除应详细询问病史和体格检查外,尚须行相关检查,如血尿 HCG 测定、盆腔 B 超及后穹窿穿刺等,尽量手术前作出卵巢妊娠的诊断。

2.3 治疗 卵巢妊娠的治疗以手术为主,因为卵巢组织血管丰富,含血量多,极易破裂;且由于卵巢缺乏肌性组织,一旦出血不易止住。手术原则上应行卵巢楔形切除或囊胚切除,尽量保留正常的卵巢组织与输卵管。若囊胚大且位于卵巢深部及卵巢与输卵管无法分离时,才行附件切除术。从理论上讲,卵巢楔形切除或囊胚切除术后,保留的卵巢组织中仍可能有滋养细胞残留,故术后应连续行 β -hCG 监测随访至正常为止^[3]。对于卵巢妊娠未破裂在术前诊断者,还可用氨甲蝶呤(MTX)等药物保守治疗,但在治疗期间,如血 HCG 持续上升,或者出现腹痛内出血增多者,仍需手术治疗。

参考文献

[1]黄荷风,徐毓萍,石一复,等.卵巢妊娠的临床分析[J].中华妇产科杂志,1994,29(10):598
[2]乐杰.妇产科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.116
[3]沙玉成,丛林.卵巢妊娠的诊断治疗进展[J].中国实用妇科与产科杂志,2000,16(4):207~208

(收稿日期:2006-12-11)

前,应将腹部伤口保护好,防止宫腔内容物溢入腹腔;(3)用湿纱布清理宫腔,防止蜕膜残留,纱布一次性使用,切忌常规使用锐性刮匙清理宫腔;(4)缝合子宫时,不要穿透子宫内

参考文献
[1]陈韵仙.剖宫产疤痕子宫内异位症[J].国外医学·妇产科学分册,1990,17(2):97
[2]罗祥美,杨来春.腹壁、会阴切口疤痕子宫内异位症 15 例临床分析[J].中国临床医学,2001,8(1):67
[3]奚玲,黄亚珍.手术切口疤痕子宫内异位症 11 例临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2004,20(5):312

(收稿日期:2006-12-18)