

早孕合并子宫肌瘤人工流产 86 例临床观察

任建平

(浙江省宁波市江北区人民医院 宁波 315020)

关键词:早孕;子宫肌瘤;人工流产

中图分类号:R 169.42

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)01-0055-02

早孕合并子宫肌瘤在进行人工流产时,属于高危人流的范畴,不仅给操作者造成手术困难,而且容易引起并发症。我院近两年来共收治早孕合并子宫肌瘤人工流产患者 86 例,现将临床观察报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 我院 2005~2006 年共收治早孕合并子宫肌瘤人工流产患者 86 例。年龄 25~46 岁,平均年龄 36.5 岁;经产妇 78 例,未产妇 8 例;有人流史 1 次的 16 例,2 次的 32 例,3 次的 10 例,4 次的 3 例;孕 6~10 周 67 例,11~14 周 19 例。

1.2 诊断标准 (1)有子宫肌瘤病史;(2)内诊子宫大于停经月份,有结节感;(3)B 超检查子宫内有不均质回声结节。

1.3 子宫肌瘤生长部位及大小 经 B 超诊断,肌瘤生长部位:子宫前壁肌层 26 例(30.2%),子宫后壁 36 例(41.9%),子宫底部 10 例(11.6%),子宫侧壁 11 例(12.8%),子宫峡部 3 例(3.5%),其中多发性肌瘤 39 例(45.3%)。子宫肌瘤的大小:3cm 以下为 36 例(41.9%),3cm 以上为 40 例(46.5%),6cm 以上为 10 例(11.6%),其中最大的是 7.6cm,最小为 0.8cm。

1.4 处理 86 例患者均给予住院手术。术前按常规做好各项准备。根据患者具体情况,分别给予术前用药,做好宫颈准备。36 例肌瘤较小的术前未用药,50 例术前 2h 给予口服米索前列醇 2 粒。行负压吸引术 67 例,钳刮术 19 例,钳刮术前 2d 口服米非司酮 150mg(分 2d),术前 2h 口服米索前列醇 2 粒,宫口得到有效松弛,手术经过顺利,出血量在 10~100mL。未排出,阴道出血不止,需清宫手术者为无效。

1.5 治疗结果 治愈 45 例,无效 7 例。

2 典型病例

患者方某,女,29 岁。停经 45d 时,在某医院用米非司酮行药物流产,3d 后出现腹痛、阴道出血,继之娩出少许胚胎组织,此后阴道出血半月余而来我院就诊。就诊后查尿妊娠实验:阳性;B 超示:宫体饱满,宫腔内见一 18mm×10mm 大小强光团回声。舌边有瘀点,苔薄黄,脉弦。拟中药:血竭 5g(吞服),当归尾 15g,川芎 10g,赤芍 10g,制香附 15g,桃仁 10g,红花 6g,生地炭 12g,泽兰 15g,益母草 30g,红藤 20g,败酱草 20g,甘草 6g,陈皮 6g。每日 1 剂,煎服。治疗 5d 后阴道无再出血。复查 B 超示:子宫大小正常,宫腔无异常光点。

3 体会

药物流产不全,多为少许胚胎组织剥离未尽,影响子宫复旧而致。因流产不全后损伤血络,血不循经成瘀,瘀血内阻,新血不得归经故有阴道流血,中医认为瘀血不化,阻滞胞宫,为本病的病理机制。治疗始终坚持活血化瘀为主。方中血竭具有活血化瘀止痛、生肌敛疮、收敛止血的功效,现代药理表明其对血液系统有双向调节的作用:(1)止血作用:动物实验表明,本品能显著缩短家兔血浆再钙化时间,从而增加其

术后均行头孢类和替硝唑消炎,无术后出血及感染发生。

2 讨论

子宫肌瘤确切病因尚未清楚,可能是雌孕激素和局部生长因子间复杂互相作用结果^[1]。术中出血是早孕合并子宫肌瘤人工流产主要并发症,术中出血量与肌瘤的生长部位、大小关系密切,特别是肌壁间肌瘤,不仅影响子宫肌纤维的收缩而引起出血,而且大的肌瘤往往使宫腔面积增大,导致出血量增多。本文 86 例中子宫前壁、后壁、底部肌瘤共 72 例,占 83.7%,肌瘤大于 3cm 占 46.5%,6cm 以上占 11.6%,峡部肌瘤占 3.5%,这些都是引起术中出血的危险因素,所以思想上提高警惕,术前及时进行预防,减少术中出血是非常关键的。米索前列醇是一种合成前列腺中 GE2 类似物,可以使宫颈纤维组织软化,宫口松弛,同时作用于子宫平滑肌,使子宫收缩良好。本文 50 例,术前使用米索前列醇口服,由于软化和扩张了宫颈,又减少术中出血,效果显著。

子宫肌瘤在妊娠期容易引起红色样变,可能与肌瘤小血管退行性变引起的血栓及溶血有关^[2]。早孕合并子宫肌瘤人工流产术后 3~5d,是肌瘤变性的高发期,因而做好术前术后的预防工作至关重要。本人认为不提倡预防性应用缩宫剂。早孕合并子宫肌瘤病人人工流产手术难度增大,使手术时间延长,出血量增多,容易继发感染,术后抗炎预防感染仍然是不可忽视的重要问题。早孕合并子宫肌瘤,尤其是肌壁肌瘤向宫腔突出,在非直视下,操作时容易误认为探针已到达宫止血作用,本品还有抗肝素作用。(2)抗血栓形成作用:血竭能抑制 ADP 诱导的血小板聚集,提高血浆 cAMP 水平,降低血浆 cGMP 水平,缩短优球蛋白溶解时间,提高纤维蛋白溶解活性,有明显的抗血栓形成作用。(3)对血液流变性的影响:血竭能降低全血及血浆黏度,降低红细胞压积,增加血细胞及血小板的电泳速度,从而能改善微循环,增加血流。血竭还具有明显的抗炎作用,能消肿,减少脓性分泌物,收敛,加速伤口的愈合。所以其治疗上能达到很好的止血、镇痛、抗炎、消肿的功效。当归尾、川芎、桃仁活血祛瘀,温经止血,养血调经;红花活血散瘀,通经止痛,前人用于治疗胞衣不下,恶露不尽;益母草活血化瘀,调经止痛,现代报道有加强子宫平滑肌收缩的作用;生地炭凉血止血,防止胎下流血过多。诸药合用,共奏活血散瘀、催产下胎、凉血止血之功,使宫内残留尽快排出,促进子宫内膜的修复,使患者恢复正常月经周期。

药物流产作为一种新的流产术,在全世界范围内得到广泛应用,获得了很好的临床效果,是一种安全可靠的方法。但常常出现药物流产不全,给患者带来很大的痛苦。如何有效地治疗药物流产不全,笔者认为,选用中药治疗,不失为一种有效方法。

(收稿日期:2007-07-10)

肩难产46 例临床分析

芮燕文

(浙江省三门市中医院 三门 317100)

关键词: 肩难产; 临床分析

中图分类号: R 714.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0056-01

肩难产属于产科急诊, 如果处理不当, 常发生母婴损伤, 造成严重后果, 极易引起医疗纠纷。本院采用美国家庭医师学会编写的、由盖铭英教授审译的《ALSO 高级产科生命支持》一书中肩难产处理中的 HELPERR 口诀, 成功处理肩难产 46 例。现分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本院自 2002 年 10 月~2006 年 12 月经阴道分娩总数 5 260 例, 发生肩难产 46 例(发生率 0.87%)。其中胎儿体重 $\geq 4\ 000\text{g}$ 26 例(占 57.52%), 正常出生体重的 20 例(占 43.48%)。妊娠合并糖尿病 3 例, 母亲肥胖 5 例, 过期妊娠 6 例, 既往有肩难产病史 5 例, 产钳助产 8 例。

1.2 方法 本院妇产科所有医师及助产士均进行肩难产知识的培训, 利用模型演示, 能熟练掌握 HELPERR 口诀及其具体操作。其口诀的具体操作如下: (1)H- 通知支援: 请产科、麻醉科、儿科医生到位, 明确每位医务人员的职责, 做好新生儿复苏的各项准备。(2)E - 估计是否会阴切开。(3)L- 双腿 Mcrobert 操作: 产妇大腿屈曲并压向其腹部, 该操作有两点好处, 一是耻骨联合向头侧旋转并使腰椎伸直, 增大了骨盆入口平面, 可以松解嵌顿前肩; 二是使骨盆入口处于垂直于产力的位置, 减少分娩时的阻力。(4)P- 耻骨上加压: 当接生医师持续轻轻地向外牵拉胎儿时, 助手在耻骨上加压约 30~60s。置于耻骨联合上加压的手必须放在胎儿前肩上, 按心肺复苏的手法使胎肩内收或向前压下通过耻骨联合。压力应从母侧方, 使助手手掌向下、向侧方施力作用于胎肩的后部。如果该操作失败, 那么立即转入下一步。(5)E- 进入阴道内操作: 这项操作企图将胎儿前肩转到斜经上, 使其转入耻骨下。可以用 Rubrn 或 Woods 旋转手法完成。(6)R- 娩出后臂: 该操作是将后臂拉出产道以缩短双肩径, 同时使胎儿降落骨盆陷凹内, 而使前肩内收从前方解脱嵌顿。要有效地完成这一操作, 临床医师应将手深深插入阴道内试图找到后臂, 弄清前臂的位置后, 要使其肘关节屈曲于胸前, 以洗脸的方式从胸前娩出该前臂。(7)R- 将产妇转成“四肢着床”(趴位)的姿势: 这种“四肢着床”的操作是处理肩难产的一种安全快速而有效的操作方法。HELPERR 口诀要求每次操作 30~60s 内完成, 如果此项操作失败, 那么立即转入下一步。操作顺序不一定要严格按口诀顺序进行, 可灵活安排, 但各个措施安排要符合逻辑。

1.3 结果

1.3.1 母体情况 46 例中软产道裂伤 8 例, 其中会阴侧切加直裂 4 例, 阴道后壁裂伤 3 例, 会阴 3 度裂伤 1 例。产后大出血, 造成漏吸, 峡部的肌瘤可阻碍器械操作, 引起吸宫不全。此类高危手术应请有经验医师, 最好在 B 超监视下进行。由于高度重视, 本文无 1 例漏吸及吸宫不全发生。

血 5 例, 其中 1 例是软产道裂伤, 4 例宫缩乏力引起。

1.3.2 新生儿情况 轻度窒息 10 例, 重度窒息 2 例, 臂丛神经损伤 1 例, 新生儿锁骨骨折 1 例。46 例均跟踪随访, 未出现后遗症。

2 讨论

2.1 肩难产的定义及诊断 因对肩难产的定义掌握不同, 肩难产的发生率各家报道不一致, 国外报告 0.15%~0.6%。国内近年来对肩难产逐渐引起重视, 报道渐多, 杨辛等报告的发病率为 0.15%, 与国外大致相同^[1]。本院统计为 0.87%, 发生率较文献报道略有升高, 这可能与胎儿体重增加有关。传统肩难产的定义是胎头娩出后, 胎儿前肩嵌顿于耻骨联合上方, 用常规助产手法不能娩出胎儿双肩。目前多认为胎头娩出到胎体娩出时间 $\geq 60\text{s}$ 作为肩难产诊断更具有临床意义。

2.2 肩难产的高危因素及预测 肩难产的产前因素有巨大儿、妊娠合并糖尿病、过期妊娠、既往有肩难产病史者、骨盆狭窄、扁平骨盆及骨盆倾斜度过大等。发生肩难产的一些警告体征: 第一产程活跃期进展缓慢, 第二产程延长伴“乌龟征”, 以及使用胎头吸引器或产钳助产。肩难产与胎儿体重、胎头与肩围、胎头与胸围的比例不协调有关, 因此预测肩难产需要从以下几方面着手。(1) 体重的预测: 临床应用母亲的宫高和腹围, 妊娠晚期宫高 $\geq 35\text{cm}$ 、腹围加宫高 $\geq 140\text{cm}$ 则有可能为巨大儿, 但应排除多胎妊娠、羊水过多、母体过度肥胖等。(2) 肩难产的预测: 当胸围与头围之差 $\geq 1.6\text{cm}$, 肩围与头围之差 $\geq 4.8\text{cm}$, 胸径与头围之差 $\geq 1.5\text{cm}$ 或双肩径 $\geq 14\text{cm}$, 有肩难产可能^[2]。

肩难产一旦发生, 一般的助产手法多难以奏效。由于它发生突然, 常使无经验的助产者在惊慌失措中使用暴力牵拉胎头, 造成严重的新生儿并发症及产妇的产道损伤或产后出血, 故需正确而快速处理。虽然处理肩难产的理论和方法在产科教材和许多工具书中均有描述, 但总感觉没有形成一种规范, 操作起来手忙脚乱。本院依据 HELPERR 口诀成功处理 46 例肩难产, 50% 以上的病例采用耻骨上加压加 Mcrobert 操作法解除嵌顿, 2 例经试用各项操作无效的情况下, 运用“四肢着床”位获得成功。HELPERR 口诀作为一个临床工具和操作规范, 给操作者提供记忆指南和应有的动作框架, 值得临床推广和应用。

参考文献

[1]凌萝达, 顾美礼. 头位难产[M]. 重庆: 重庆出版社, 2001. 372-376
[2]乐杰. 妇产科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 131-132

(收稿日期: 2007-07-16)

参考文献

[1]丰有吉. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 283-284

(收稿日期: 2007-09-03)