

阴道超声检查药物流产后阴道出血的应用价值 *

郑菊芬 杨月琴 王丽惠 陈冬微 郑星 杨爱武
(浙江省苍南县中医院 苍南 325800)

摘要:目的:探讨经阴道彩色多普勒超声在药物流产后子宫出血时间延长诊断中的应用价值。方法:对子宫内早孕行药物流产后 2~4 周仍有阴道出血的患者 120 例,行阴道彩色多普勒超声检查,观察宫腔内情况,并重点观察宫腔内及其周围肌壁血流情况,并检测动脉 RI 值。结果:120 例患者中有 98 例宫腔内蜕膜、绒毛膜组织残留者显示血流信号或近宫腔处局部肌壁呈血流丰富区,并检测到类滋养层血流频谱,RI<0.6,是药物流产后阴道出血时间延长的主要原因。结论:阴道彩色多普勒对药物流产后阴道出血时间延长具有重要的临床诊断价值。

关键词:阴道超声;药物流产;阴道出血;诊断

中图分类号:R 719.31 **文献标识码:**B **文献编号:** 1671-4040(2008)02-0075-02

药物流产是利用米非司酮和前列腺素联合应用以终止早孕的非手术方法,具有操作简单、痛苦小、患者容易接受等优点,已为越来越多的妇女所接受,并在临床上广泛应用。但部分妇女药物流产后阴道出血时间延长仍然是临床有待解决的问题,为寻找药物流产后阴道出血时间延长的原因,本文对 120 例药物流产后 2~4 周仍有阴道出血的病例行经阴道彩色多普勒超声检查,根据阴道彩色多普勒超声结果,结合尿 HCG 检查,为临床处理提供可靠依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象 2006 年 6 月~2007 年 6 月在我院门诊诊断为正常宫内妊娠,停经天数不超过 49d,经药物流产(均见胚囊排出)后 2~4 周,仍有阴道出血的妇女 120 例,年龄 18~40 岁。

1.2 仪器与方法 使用 Philips EnVisor HD 彩色多普勒超声诊断仪,阴道探头频率 6.25MHz。让患者排空膀胱,取截石位,探头套上无菌避孕套,轻轻置入阴道内。行纵、横切扫查子宫附件,记录子宫大小,观察宫腔内情况,及其周围肌壁彩色血流分布及动脉 RI 值。凡发现宫腔内不规则强回声并显示血流信号或局部肌壁血流丰富区者提示宫内残留物,行刮宫术,刮出组织行病理检查;无明显宫腔残留物者常规给予抗炎、宫缩剂治疗。120 例均测尿 HCG(试纸法)。

2 结果

本组 120 例中,子宫均有不同程度的增大,107 例宫腔内探及残留物,残留物大小不等,直径 0.6~3.5cm,回声各异,其中混合回声团 15 例,尿 HCG 阳性 14 例;稍强回声团 81 例,尿 HCG 阳性 63 例;低回声团 11 例,尿 HCG 阳性 8 例;13 例宫腔内膜线清,内膜 6~9mm,尿 HCG 阴性。98 例有宫腔内残留物者,CDFI 示星点状或稀星点状彩色血流信号,或近子宫腔处局部肌层呈血流丰富区,并测到类滋养层血流频谱,RI<0.6^[1]。98 例患者予清宫术,刮出残留物后阴道出血停止,病理检查报告:组织为蜕变的蜕膜或绒毛组织。9 例宫腔内残留物未见血流信号及局部肌壁无血流丰富区者,临床予以宫缩剂后均有块状物排出,阴道出血逐渐减少至停止。13 例内膜线清晰者经抗炎治疗后阴道出血停止。宫内残留物血流显示及尿 HCG 情况见表 1。

表 1 宫腔内残留物血流显示、RI 值及尿 HCG 的情况 ($\bar{X} \pm S$) 例(%)				
声像图特点	n	血流显示	RI	尿 HCG(+)
稍强回声	81	74(91.36)	0.51± 0.09	63(77.78)
混合回声	15	13(86.67)	0.45± 0.06	14(93.33)
低回声	11	11(100)	0.55± 0.09	8(72.73)
合计	107	98(91.59)	0.50± 0.08	85(79.44)

3 讨论

药物流产是一种非手术的人工流产,完全流产率达 90% 以上^[2]。据赵淑萍^[3]等分析,导致药物流产失败的可能原因是:(1)患者年龄≥35 岁;(2)有剖宫产史;(3)孕产次:孕产次越多,有人工流产术史,药物流产失败率越高;(4)孕囊直径:孕囊直径>2cm 时,成功率相对较低;(5)子宫位置:后倾及后倾后屈位子宫者药物流产失败率高;(6)经期:正常经期≥5d 者,药物流产失败率明显高于经期<5d 者;(7)孕龄:停经 40~49d 者,药物流产失败率与停经 31~39d 相比差异有显著性,随着停经天数的增加,药物流产失败率也随之增加。在临床工作中,医生应根据患者的具体情况合理地选择患者进行药物流产。

本组研究显示,120 例药物流产后阴道出血时间延长患者经阴道彩色多普勒超声检查 98 例宫腔内有残留物,经清宫和病理证实宫内残留物多由蜕变之蜕膜和胎盘绒毛等组成,主要表现为子宫增大、子宫腔失去正常的线状回声、宫腔内探及异常回声。由于残留组织、部位和残存量的不同,其二维超声表现也不尽相同,其内部回声无明显的特异性,回声的高低也可因病程的长短而不同,病程短者残留物多为中等回声,且分布尚均匀,随着病程的延长,组织部分变性、坏死或机化,其回声明显增强或呈强无混合回声。98 例显示宫腔内残留物有血流信号或近宫腔处子宫肌壁局灶性血流丰富区,并测到类滋养层血流频谱,血流显示率为 91.59%,可能与残留绒毛并向肌壁侵蚀有关。宫内残留物有血流显示或局部肌壁有异常血流对有无绒毛残留具有较高的临床诊断价值^[4]。9 例未测到上述血流特征予以宫缩剂后宫腔内残留物自行排出,经检查为蜕膜组织。因此,笔者认为单纯通过二维图像来判断残留物的性质是不可靠的,还必须结合彩色血流显像,才能为临床处理提供更为准确的依据。本组 13 例宫腔内未见残留物,经抗炎、宫缩剂治疗后阴道出血停止。

总之,应用阴道彩色多普勒超声观察子宫腔内异常回声形态学变化、子宫内膜滋养层血流参数的情况,可为临床判断残留物的性质提供可靠的诊断依据。经阴道彩色多普勒超声检测诊断正确率高,无创伤,简单易行,故对药物流产后出血时间延长原因的诊断有重要价值。

参考文献

[1]李岭,张炽敏,李嘉,等.经阴道彩色多普勒超声对药物流产效果的早期预测[J].中国实用妇科与产科杂志,2006,22(1):45-46

* 浙江省苍南县社会科技发展项目基金资助课题(No:2006S17)

硬膜外阻滞在妊娠期高血压患者剖宫产术中的应用体会

蒋明星

(浙江省诸暨市妇幼保健院 诸暨 311800)

关键词:妊娠期高血压;剖宫产术;硬膜外阻滞

中图分类号:R 719.8

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)02-0076-01

我院于 2005~2006 年间,在硬膜外阻滞下共处理妊娠期高血压剖宫产术患者 52 例。现将麻醉处理及体会报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组初产妇 39 例,经产妇 13 例,年龄 22~36 岁,平均 26.5 岁,孕期 36~40 周。妊娠前均无高血压及心脏病史,入院后皆诊断为妊娠期高血压,其中子痫前期轻度 30 例,子痫前期重度 21 例,子痫 1 例。合并贫血 4 例,胎盘早剥 2 例,先兆早产 5 例,合并心衰 1 例(为子痫前期重度患者)。入院经镇静、解痉、降压等措施处理 2~16d 后,其中 30 例子痫前期轻度高血压基本恢复正常,21 例子痫前期重度中 18 例血压基本得到恢复,3 例血压控制在基础血压以上 1.5~3kPa 间,子痫 1 例症状无法控制。

1.2 方法 如无禁忌证,术前 30min 常规肌注阿托品 0.5mg、鲁米那 0.1g。本组病例全部选用连续硬膜外阻滞,麻醉药采用 2%利多卡因,穿刺点为 L₁₋₂ 或 L₂₋₃,穿刺成功后头向置管 3~5cm 后平卧,予试验量 3mL,观察 5min,无全脊麻征象后再给予 10~14mL。麻醉全程吸氧 4~5L/min,术中快速输液 1 000~1 500mL,密切监测 ECG、BP、HR、SaPO₂。

2 结果

52 例患者均镇痛完全,肌松良好,手术历时 35~70min,均顺利完成手术。麻醉后感觉平面在 T₈ 以下者 34 例,超过 T₈ 以上者 15 例,其中达到 T₆ 以上者 3 例。46 例术中血压平稳;发生仰卧位体位性低血压 3 例,经左推子宫或右臀下垫一软枕后血压恢复正常;2 例患者在胎儿取出后血压急剧下降,其中 1 例降至基础水平的 60%左右,经快速补液处理后血压迅速恢复。本组病例中有 1 例心衰患者亦选择硬膜外阻滞,在给予小剂量、低浓度麻醉药的同时给予西地兰 0.4mg 静滴,以增加心肌收缩力,降低心率,改善心功能,在补充血容量同时再给予速尿以减轻心脏负担及保护肾功能,手术取得成功。本组病例中发生胎儿宫内发育迟缓 1 例,胎儿取出后紫绀 3 例、无呼吸 1 例(经心外按压、气管内插管后好转)。其他胎儿阿氏评分平均达 9 分以上。

3 讨论

妊娠期高血压是妊娠期特有的疾病,我国发病率为 9.4%,其基本病理改变是全身小血管痉挛,全身各系统各脏器灌流减少,高血压、蛋白尿及水肿为妊娠期高血压三大临床特征^[1]。妊娠期高血压的病理、生理的改变增加了麻醉处理的复杂性和困难。麻醉过程中既要镇痛、肌松完善,以防疼痛及手术刺激引起产妇抽搐及脑血管意外,又要维持产妇血流动力学平稳,避免血压剧烈下降,造成子宫胎盘血流减少,此外,还要防止镇痛镇静药物对母婴的抑制,因此,选择合适的

麻醉方式显得尤为重要。硬膜外阻滞是妊娠期高血压剖宫产术较好的麻醉选择,本文观察用 2%利多卡因硬膜外阻滞镇痛效果能完全满足剖宫产术麻醉要求,硬膜外阻滞血管扩张,有益于维护心功能,而且还可增加子宫和肾的血流,同时良好的镇痛可减少内源性儿茶酚胺的分泌,减少应激反应,改善全身症状,并可进行术后硬膜外镇痛,帮助产妇恢复。另外,硬膜外阻滞尚可能有助于妊娠期高血压治疗^[2],据报道^[3],妊娠期高血压与血管内皮有关,尤其中重度妊娠期高血压患者内源性 NO 含量合成减少,释放障碍,NO 含量与收缩压、舒张压成明显负相关,硬膜外麻醉后,妊娠期高血压患者 NO 含量明显升高,因此可以缓解血管痉挛,改善血管内皮细胞功能,有利于妊娠期高血压的缓解。

妊娠期高血压剖宫术中血压的控制与检测是一个重要的方面,妊娠期高血压患者虽然血压很高,但常存在低血容量状态,因此,硬膜外阻滞时应选择低浓度麻醉药,严格控制麻醉平面,一般不要超过 T₆ 水平,并于麻醉前先补充平衡盐溶液 500~800mL 或胶体 300~500mL 预先补充血容量,可以预防麻醉后血压剧降。术中采取快速补液弥补血容量的不足,适当提高前负荷,对保证血压稳定是有效的措施^[4],同时给予速尿,以保护肾脏。本组 1 例合并心衰患者在硬膜外阻滞血管扩张,降低了心脏前后负荷,在分次给予低浓度小剂量麻醉药后,使血压下降缓慢,同时给予西地兰 0.4mg 静滴,增加心肌收缩力,降低心率,改善心功能,手术取得圆满成功。妊娠期高血压患者可能出现体位性低血压,在剖宫术中亦可能出现低血压,甚至血压可能出现骤降状态,对此需要在术前有充分估计,并做好准备,出现低血压时经左推子宫、右臀下垫一软枕或加快输液及酌情静注麻黄素 10mg 后血压常能恢复正常。

本组 52 例妊娠期高血压患者多数为轻中度阶段,重度患者经临床镇静、解痉、降压等处理后血压多数也能平稳,应用硬膜外阻滞处理妊娠期高血压患者剖宫产术取得满意效果,所以轻、中、重型妊娠期高血压患者病情稳定施行剖宫产手术时,硬膜外阻滞均可作为首选的麻醉方法,而当病情发展至严重阶段,特别是出现 HELLP 综合征时,则应以全麻为首选。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2003.97
[2]潘贤必,潘宁铃,王红,等.硬膜外阻滞对剖宫产胎儿脐血流的影响[J].中华麻醉学杂志,1999,19(6):332
[3]王丽荏,赵作光,高凤和,等.高血压患者硬膜外前后血液流变学的变化[J].中华麻醉学杂志,1997,17(9):568
[4]徐静龙,李笑天.妊高征产妇血压情况远期随访研究[J].中国全科医学,2005,8(23):1 943

(收稿日期:2007-09-24)

[2]乐杰.妇产科学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2002.434
[3]赵淑萍,娄霞,戴红英,等.药物流产失败的相关因素分析[J].实用妇产科杂志,2004,20(5):312-313
[4]熊柳亚.彩色多普勒超声对药物流产后阴道流血时间延长的诊断

[J].湘南学院学报,2004,6(4):35
[5]曹晓焱,李爱萍,李忠辉.超声引导下介入性治疗卵巢囊肿 65 例[J].实用诊断与治疗杂志,2006,20(5):368-369

(收稿日期:2007-10-17)