

宫腹腔镜联合诊治术配合中西医结合治疗输卵管性不孕临床研究

李红

(山东省莱芜市中医医院 莱芜 271100)

关键词: 输卵管性不孕; 宫腔镜; 腹腔镜; 中西医结合疗法

中图分类号: R 711.6

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0037-02

输卵管性不孕患者发生率较高, 临床单纯中西医结合药物保守治疗宫内妊娠率较低。近年来, 我们开展了宫、腹腔镜手术, 对输卵管性不孕患者施行宫腹腔镜联合诊治术, 同时配合中西医结合药物治疗, 效果较好, 术后宫内妊娠率较高。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 病例选择 两组患者年龄 22~43 岁, 排除女方排卵障碍、子宫因素、男方不孕因素及免疫因素等, 子宫输卵管碘油造影输卵管积水、不通、通而欠畅或通而极不畅或 B 超提示输卵管积水者诊断为输卵管性不孕。其中双侧输卵管不通者对照组 66 例(输卵管积水 42 例), 治疗组 40 例(输卵管积水 30 例); 一侧输卵管通而欠畅, 另一侧阻塞者对照组 28 例, 治疗组 30 例; 两侧输卵管均通而欠畅对照组 16 例, 治疗组 19 例。两组一般资料比较, 差异无显著性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 (1)西药治疗: 患者用药前常规白带查病原体, 有支原体、衣原体或淋球菌感染者给予夫妻双方 5%GNS 250mL+ 阿奇霉素 0.5mg, iv, qd; 氧氟沙星 100mL, iv, qd; 连用 7d 后, 给予阿奇霉素片 1g 顿服。普通妇科炎症给予 0.9% NS 250mL+ 头孢他啶 3g, iv, bid; 甲硝唑 250mL, iv, bid; 连用 7d。(2)中药保留灌肠: 方用盆腔炎化瘀一号方: 当归 12g, 赤芍 12g, 黄连 10g, 生地 15g, 桃仁 6g, 红花 6g, 蒲黄 9g, 五灵脂 9g, 红藤 30g, 败酱草 30g, 水煎 200mL, 用输液管保留灌肠, 每日 1 次, 经期及输卵管通畅后停用, 最长疗程可为 3 个月。恢复时间均无显著性差异。

2.2 术前术后阴道长度的变化 术前、术后 3 个月测定阴道外口至阴道残端距离, 观察组术前阴道长度为 (10.65± 2.35) cm, 术后为 (9.44± 2.19) cm, $P>0.05$ 。对照组术前阴道长度为 (10.74± 2.28) cm, 术后为 (5.47± 2.39) cm, $P<0.05$ 。观察组术前、术后阴道长度比较以及两组术前阴道长度比较均无显著性差异 ($P>0.05$); 术后两组阴道长度比较有显著性差异 ($P<0.05$)。

2.3 性生活调查情况 术后 3 个月开始调查, 观察组 3 个月开始性生活有 10 例, 6 个月全部恢复性生活, 性生活质量与术前无明显差异。对照组 3 个月开始性生活 8 例, 6 个月恢复性生活 12 例, 男方感阴道短缩感明显, 女方感阴道不适甚至疼痛, 有时感性交困难, 5 例无性生活。

3 讨论

宫颈癌是妇科三大恶性肿瘤之一, 近年来, 随着宫颈癌发病年轻化 and 人们对生活质量要求提高, 因此对年轻早期患者的治疗提出了新的要求, 要求保证治疗肿瘤的同时提高患

月。药物治疗后, 再行输卵管碘油造影检查, 提示双侧输卵管通畅可开放试孕; 一侧通而另一侧欠畅或不通可开放通畅的一侧; 两侧均不通或欠畅的继续治疗。

1.2.2 治疗组 (1)宫腹腔镜联合诊治术: 术前 2d 口服米非司酮 25mg, bid。手术取膀胱截石位, 全麻成功后, 在下腹部行 3~4 点穿刺, 探查盆腹腔: 见绝大部分病人存在盆腔粘连、输卵管迂曲增粗, 与同侧的卵巢、子宫后壁及周围肠管有致密粘连; 输卵管积水患者输卵管增粗, 直径达 3~4cm, 输卵管伞端粘连闭锁或呈盲端, 似“套袖样”改变; 合并支原体、衣原体感染的患者存在大网膜、肠管与上腹壁致密粘连及肝周围炎, 表现为“琴弦样”粘连。术中我们行盆腔粘连分解术加输卵管整形术, 首先锐性分离盆腔粘连, 游离出输卵管伞端或盲端, 对输卵管伞端狭窄的, 用分离钳伸入输卵管内进行扩张, 对输卵管伞呈“套袖样”改变的, 在其末端膨隆处, 用剪刀呈“十字花”型剪开伞端, 剪开后见输卵管内液体流出, 然后用双极电凝切开伞端的浆膜面止血, 伞端黏膜向外翻, 即呈花瓣状, 则输卵管造口成功。双侧卵巢与周围粘连尽可能分离, 输卵管伞端要游离出 2cm。然后宫腔镜插管行输卵管通液, 经导管注入稀释的美蓝, 腹腔镜下观察输卵管通畅情况, 其中双侧输卵管通畅者 42 例; 一侧通畅, 另一侧通而欠畅 20 例; 两侧通而欠畅 21 例; 两侧均不畅 6 例。术后腹腔注入透明质酸酶 2mL, 并行腹腔引流。(2)术后药物治疗同对照组。术后输卵管通畅者均开放, 指导怀孕, 不通及通而欠畅者药物治疗 3 个月后再行输卵管碘油造影, 两侧均不通或欠畅的

者生存质量。传统的宫颈癌根治术切除阴道壁至少 3cm 以上, 术后易出现阴道短缩而影响性功能, 使患者尤其是年轻患者术后生存质量降低, 甚至出现更严重的社会问题。我院从 2005 年 10 月份始开展在宫颈癌根治术基础上实施腹膜代阴道延长术, 取得满意疗效。腹膜为自体组织, 无排异反应, 术后不易发生感染和坏死, 且具有柔软、润滑、有弹性、形态和功能近似正常阴道黏膜等特点, 术前、术后性生活无明显改变。且方法简单、操作方便、不增加出血量及不明显增加手术时间, 值得临床推广。

参考文献

[1]梁旭平, 富琪, 王建六. 宫颈癌根治术中腹膜代阴道临床分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2003, 16(1): 26-27
[2]王烈宏, 张健青. 宫颈癌根治术中腹膜代阴道 12 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2005, 21(3): 148
[3]孙建衡. 子宫颈癌的治疗新动向[J]. 中华妇产科杂志, 2003, 38(8): 497-498
[4]乐杰. 妇产科学[M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 314-322

(收稿日期: 2008-05-14)

米索前列醇联合异丙酚用于无痛人流流产的临床观察

刘桂玲

(内蒙古扎兰屯市人民医院 扎兰屯 162650)

关键词:米索前列醇;宫颈松弛度;异丙酚;人工流产术

中图分类号:R 169.42

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0038-02

米索前列醇有促宫颈成熟作用。异丙酚为一种快速短效的麻醉药,其诱导和苏醒迅速,麻醉过程舒适,术后对时空定向力无影响,行无痛人流流产术有较好的临床效果,但遇宫颈条件差、扩宫困难时,勉强操作可导致麻醉状态下患者的不自主扭动,有发生手术损伤的可能。我们应用异丙酚麻醉行无痛人流流产术前阴道放置米索前列醇,取得了较好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择 自愿终止妊娠的早孕妇女 240 例,均为初次妊娠,年龄 17~36 岁,体重 42~65kg,孕 5~11 周,随机分为 A、B、C 三组各 80 例,其中 A、B 组为自愿要求无痛人流流产术终止妊娠的早孕妇女,C 组为不采取镇痛方法行人工流产术终止妊娠的早孕妇女,各组均无合并症及手术禁忌证,各组年龄、孕周、体重、孕次经统计学处理差异无显著性 ($P>0.05$)。

1.2 方法 A 组:术前禁食 6h,术前 1~2h 阴道后穹窿放置米索前列醇 200μg,手术时取膀胱截石位,常规消毒、铺巾,经开放的上肢静脉缓慢推注异丙酚 2.4μg/kg,孕妇意识消失后即开始手术,术中根据孕妇反应情况决定是否增加异丙酚的用量。B 组除不用米索前列醇外,其他方法同 A 组。C 组:术前后不采取任何上述措施。

1.3 观察项目 (1)镇痛效果(包括观察术中是否加用异丙酚,手术开始至离床时间,术中是否出现扭动、疼痛);(2)宫颈松弛度;(3)手术时间:开始扩宫至停止吸引的时间;(4)术中出血;(5)术中术后并发症发生情况(包括人工流产综合征发生情况,手术后有无反恶、呕吐、腹痛、腹泻)。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验及 t 检验进行统计学分析。

2 结果

2.1 人工流产手术疼痛程度比较 A、B 组受术者无疼痛、无呻吟,术后对手术均无记忆。C 组 80 例中 49 例疼痛明显,31 例术中有不同程度疼痛。A、B 组镇痛显效率 100%,两组比较,差异无显著性 ($P>0.05$);A、B 组与 C 组在疼痛方面比较,差异有显著性 ($P<0.05$)。

继续治疗,其余指导怀孕。

1.3 结果 跟踪观察 18 个月,对照组宫内妊娠 22 例,占 20.0%,异位妊娠 3 例,占 2.7%;治疗组宫内妊娠 55 例,占 61.8%,异位妊娠 2 例,占 2.2%。经卡方检验,宫内妊娠率差异有极显著性, $P<0.01$ 。

2 讨论

我们采用宫腹腔镜联合诊治术配合中西医结合治疗输卵管性不孕宫内妊娠率高达 61.8%,分析优点有以下几方面:术前给予米非司酮口服,软化宫颈,以防宫颈撕裂;治疗前常规查病原体,可明确炎症致病菌,以指导用药,抗炎效果更

2.2 宫颈软化情况 A 组明显宫颈口松弛扩张,有 80%能直接插入 7 号宫颈扩张器,明显高于 B 组 11%、C 组 9%,A 组与 B、C 组比较差异有显著性 ($P<0.05$),B、C 组比较差异无显著性 ($P>0.05$)。

2.3 手术时间及术中出血量比较 A 组的手术时间明显短于 B、C 组 ($P<0.05$),A 组出血量明显少于 B、C 组 ($P<0.05$)。B、C 组的手术时间、术中出血量比较,差异无显著性 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1 三组手术时间及术中出血量比较 ($\bar{X}\pm S$)			
组别	n	手术时间 /min	术中出血量 /mL
A 组	80	3.0± 1.3	23.4± 12.3
B 组	80	3.7± 0.9	34.7± 13.5
C 组	80	3.7± 1.3	32.7± 12.8

2.4 术中术后并发症比较 A、B 组均未发生人流综合反应,C 组 7 例(8.8%)出现人流综合反应,C 组与 A、B 组比较,差异有显著性 ($P<0.05$)。A 组出现轻度呼吸抑制 7 例,术后轻度恶心(无呕吐)8 例,B 组出现轻度呼吸抑制 5 例,无恶心呕吐,均无需特殊处理,不良反应发生率 A、B 组比较差异无显著性 ($P>0.05$)。

3 讨论

异丙酚为一新型短效静脉催眠药,其主要优点在于用药后起效快,苏醒迅速且无困倦感,定向能力可不受影响。使用异丙酚静脉麻醉进行人工流产手术,由于无痛苦,苏醒时间短,受到自愿终止妊娠的早孕妇女的欢迎,近年来已在许多医院开展。但人工流产手术的困难常常是扩张宫颈的困难,由于异丙酚为深度镇静剂,如宫颈条件差(特别是初次妊娠的少女)、扩宫困难时,麻醉状态下强制性机械扩张宫颈可导致患者无自觉地剧烈扭动,有造成子宫穿孔、宫颈裂伤的危险,因而术前促宫颈成熟对于保证手术安全至关重要。

与缩宫素相比,米索前列醇能使子宫收缩,具有兴奋子宫肌肉和扩张宫颈的作用,通过刺激宫颈纤维细胞,加速胶原酶对宫颈胶原的分解及弹性蛋白酶变异,使胶原纤维排列改变,而达到软化、扩张宫颈,既可对抗麻醉药所致子宫过度松软,又有促进宫颈扩张、松弛的作用。

好;术中尽可能分离粘连,进行输卵管整形、造口,分离伞端使其末端游离出 2cm 长,是为了更好地让输卵管蠕动、拾卵,减少宫外孕发生;术毕腹腔注入透明质酸酶,减少腹腔致密粘连,间接减少输卵管继续阻塞;术后中药保留灌肠 3 个月,盆腔炎化瘀一号方有清热解毒、活血化瘀之功效,能达到预防术后盆腔再次粘连的作用。

总之,宫腹腔镜联合诊治术配合中西医结合治疗输卵管性不孕临床研究取得了可喜的成果,疗效比单纯药物治疗或手术治疗都有很大提高,疗效确切,容易推广应用。

(收稿日期: 2008-05-23)