

本研究通过采用弹力袜套作为衬垫预防气压止血带皮肤损伤,通过改进止血带内衬材料来增大受力面积,使用纹路平坦而富有弹性的袜套,使内衬与皮肤均匀接触,有效避免压强分布不均而导致皮肤损伤。结果显示:试验组患者皮肤受损发生率为 3.1%,显著低于对照组 25.0%,比较具有统计学差异($P<0.05$);试验组患者护理满意度为 93.7%,高于对照组 71.9%,比较具有统计学差异($P<0.05$)。因此,弹力袜套防气压止血带防治受压部位皮肤受损临床效果佳,具有皮肤破损率低,护理满意度高的特点。这一结果与国内相关研究相类似^[7]。袜套作为衬垫与止血带具有平整性。从而保护压迫处的皮肤免受损伤,避免止血带与压迫皮肤处产生空隙,保证止血效果且不损伤神经,同时也减少因衬垫不当而导致的皮肤压痕、瘀斑、水泡问题,降低了对皮肤的损伤。弹力袜套形态、材料、舒适度本身适合人体肢端^[8],加上其有弹力可伸缩,可有不同大小型号,以便于临床应用。直筒形的弹力袜套外形较适用于四肢,因其本身为肢体而设计,有弹力,刺激小,使用后皮肤无因衬垫而致的压痕。综上所述,弹力袜套防气

压止血带受压部位皮肤受损临床效果佳,具有皮肤破损率低,护理满意度高的特点,为弹力袜套预防气压止血带受压部位皮肤受损提供了临床依据。其远期效果仍有待于进一步大样本、前瞻性、随机对照研究。

参考文献

[1] 柏静. 电气气压止血带两种不同衬垫和捆绑方法的比较[J]. 基层医学论坛, 2016, 20(23): 3295-3296
[2] 张杰, 武春娟, 郑茂华, 等. 水胶体敷料应用气压止血带的效果研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(7): 256-257
[3] 李红芳, 刘宝来, 赵纪平. 两种不同电气气压止血带衬垫材料的对比观察[J]. 大家健康(学术版), 2015, 9(10): 279-280
[4] 何小平. 电气气压止血带致皮肤损伤的原因分析及护理对策[J]. 中国医学装备, 2014, 11(b12): 333
[5] 陈黎敏, 徐冠华, 沈碧玉, 等. 高分子吸收树脂用作气压止血带保护衬垫在小儿四肢手术中的应用效果[J]. 解放军护理杂志, 2014, 31(14): 54-56
[6] 林翠芳, 潘结琼, 陈惠芳, 等. 手术薄膜和无纺布预防气压止血带受压部位皮肤损伤的效果观察[J]. 护理学报, 2014, 21(4): 58-59
[7] 顾兰蕙, 孙玉梅, 刘粤. 手术贴膜加纸棉预防气压止血带皮肤损伤的研究[J]. 上海护理, 2012, 12(2): 18-20
[8] 张美芳. 各种气压止血带衬垫在手术患者中的应用研究[J]. 实用医技杂志, 2015, 22(7): 737-738

(收稿日期: 2017-01-06)

剖宫产切口瘢痕妊娠的 MRI 及超声诊断价值研究 *

王宗明¹ 王静¹ 苏星¹ 李必宏¹ 罗锦文^{2#}

(1 广东省广州市萝岗区中医医院 广州 510330; 2 广州医科大学附属第五医院放射科 广东广州 510700)

摘要:目的:研究与分析剖宫产切口瘢痕的 MRI 及经阴道超声诊断价值。方法:对我院及广州医科大学附属第五医院 2016 年 1~12 月收治的 53 例经手术及病理证实为剖宫产切口瘢痕患者进行回顾性分析。本组患者均采用经阴道超声检查与 MRI 检查,比较两种检查方法下显示孕囊位置、大小、性质、对子宫肌层的浸润、是否合并囊内及宫腔出血、对卵黄囊显示及存活状况等情况。结果:MRI 与经阴道超声检查均表明本组 53 例患者中,44 例患者呈囊性孕囊,9 例患者呈包块型孕囊。MRI 检查无法显示卵黄囊及判断胚胎是否存活,经阴道超声无法判断孕囊对于子宫肌层的浸润。结论:MRI 与经阴道超声在剖宫产切口瘢痕的诊断中均具有较高的价值,临床可根据需要合理选择适用的诊断方法,必要时可联合两种方法一起诊断,以提高临床诊断准确率,为临床治疗提供可靠依据。

关键词:剖宫产;瘢痕;MRI;超声

中图分类号:R445

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.067

近年来,随着医疗水平的不断提高,剖宫产已成为临床常用分娩方式之一,对部分特殊母婴来说,剖宫产可有效挽救产妇和婴儿生命^[1]。但随着剖宫产技术在临床中的推广应用,剖宫产率上升到一定程度后,围生儿死亡率并不下降^[2]。这主要是因为部分可行阴道分娩的正常孕妇,因受多种因素影响,在分娩时自愿要求行剖宫产分娩。据有关统计数据表明,近年来临床中剖宫产率逐年上升。剖宫产的广泛使用,使得剖宫产切口瘢痕患者数量越来越多,其导致的远期并发症,如继发性不孕、瘢痕妊娠、异常子宫

出血等也越来越多^[3],这使人们开始对剖宫产的预后及安全性进行考虑。为了对剖宫产切口瘢痕的影像学检查进行研究,本文对 53 例经手术及病理证实为剖宫产切口瘢痕患者进行回顾性分析,研究 MRI 及经阴道超声诊断价值。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析我院及广州医科大学附属第五医院 2016 年 1~12 月收治的 53 例经手术及病理证实为剖宫产切口瘢痕患者的临床资料。本组患者年龄 21~37 岁,平均年龄 (29.3± 4.0) 岁;停

* 基金项目:广东省广州市黄埔区科技局 2016 年科技项目立项(编号:20160000774)

通讯作者:罗锦文, E-mail: 42929260@qq.com

经时间 34~62 d,平均停经(43.7± 9.2) d;剖宫产史 1~3 次,平均(1.3± 0.5)次;距上次剖宫产时间 1~6 年,平均(3.2± 0.8)年。入选标准:(1)均有 1 次及以上的剖宫产史;(2)均采用 MRI 和经阴道 B 超检查;(3)经手术与病理证实为剖宫产切口瘢痕患者。

1.2 检查方法 经阴道超声检查:采用 GE LOGIQ E9,PHILIPS HD11XE,PHILIPS ClearVue 580 等彩色多普勒超声诊断仪,阴道探头频率 5.0~10 MHz。在行阴道超声检查前需叮嘱患者排空膀胱,检查中取截石位。然后将阴道超声探头置入患者阴道后侧壁或穹窿处,先做妇科常规检查,再对妊娠具体情况,如孕囊大小、性质等进行观察,同时还需对孕囊与瘢痕的关系以及瘢痕具体情况进行观察。术前 MRI 检查:采用 1.5T MRI 扫描仪,体部线圈,扫描前须让患者保持平静状态,然后对盆腔进行扫描。最后行增强扫描:经肘静脉注射 0.1 mmol/kg 钆喷替酸葡甲胺后再行扫描。MRI 扫描序列,横断面及

矢状面 T₁WI、T₂WI 序列扫描,冠状面 T₂WI 扫描,T₁WI 采用 SE 序列,TR 400~600 ms,TE 15~30 ms;T₂WI 采用快速自旋回波(TSE)序列,TR 3 000~4 000 ms,TE 80~150 ms,矩阵 256× 256,层厚 3~5 mm,层距 0.5~1.0 mm。

2 结果

2.1 MRI 检查结果分析 53 例患者中,44 例患者 MRI 检查孕囊表现为囊性信号,T₁WI 边界不清,呈圆形、椭圆形低信号,T₂WI 边界清晰,呈囊状结构;增强扫描可见囊壁呈环形均匀强化,有 11 例合并囊内出血;17 例孕囊位于瘢痕周围肌层内,27 例孕囊位于瘢痕处及宫腔内;25 例患者可见宫腔内积血。见表 1。9 例患者孕囊为包块型,T₁WI、T₂WI 扫描均显示呈等、高混杂信号,均位于瘢痕处,增强后可见孕囊向子宫前壁肌层植入,9 例均合并宫腔内积血。见表 2。

表 1 囊性孕囊瘢痕妊娠的两种检查对比分析

检查方法	囊性孕囊(例)	孕囊大小(mm)	囊内出血(例)	卵黄囊(例)	胚胎存活(例)	肌层内孕囊(例)	瘢痕处及宫腔内孕囊(例)	宫腔内积血(例)
MRI	44	11× 9× 9~32× 21× 20	11	0	0	17	27	25
阴道超声	44	12× 9× 9~34× 23× 19	4	23	18	15	29	5

表 2 包块型孕囊瘢痕妊娠的两种检查对比分析

检查方法	包块型孕囊(例)	包块大小(mm)	包块内出血(例)	子宫腔内积血(例)	对局部瘢痕浸润(例)
MRI	9	27× 32× 41~64× 30× 55	9	9	9
阴道超声	9	30× 29× 41~60× 34× 53	5	9	0

2.2 经阴道超声检查结果分析 53 例患者中,44 例患者阴道超声检查显示孕囊呈囊状回声,其中 4 例囊内见絮状不均质出血回声;23 例患者可见卵黄囊,5 例合并宫腔内积血,引导超声检查表现为宫腔分离;15 例患者孕囊位于子宫瘢痕周围肌层内,29 例患者位于瘢痕处及宫腔内。见表 1。9 例患者孕囊呈包块型,内为不均质杂乱、中、低回声,9 例患者均合并宫腔内积血。见表 2。

2.3 MRI 检查联合经阴道超声检查结果分析 53 例患者中,51 例(96.23%)子宫瘢痕位于子宫下段峡部前壁,2 例(3.77%)位于子宫体部前壁,可见子宫瘢痕主要位于子宫下段峡部前壁,此类患者 MRI 检查 T₁WI、T₂WI 均呈低限号,超声检查显示子宫肌层连续性中断,局部呈楔形凹陷或变薄。

3 讨论

剖宫产势必会对产妇造成损伤,术后无血管的纤维组织替代了肉芽组织^[4],且多次剖宫产多选择原子宫切开部位再次切开子宫,切口部位无肉芽组织,血流灌注较少,自主恢复能力差,因此术后切口愈合不良^[5]。有学者研究表明,多次剖宫产妇女剖宫

产切口瘢痕严重程度明显大于仅行一次剖宫产的孕妇的切口瘢痕,表现为瘢痕缺损更宽、更高。还有学者研究发现,缺损疤痕位置越靠近宫颈内口,则瘢痕缺损越大,此类患者中,小瘢痕缺损较为少见,完整瘢痕更为罕见。这主要是因为子宫切开位置较低,缝合时容易将宫颈组织一并缝合,且越靠近宫颈内口,切张力也就越大,因此瘢痕缺损就较大。为了避免大瘢痕的出现,术中应注意子宫切开位置,避免靠近宫颈内口,且缝合时注意不要将宫颈组织一并缝合。

超声和 MRI 作为临床中常用的两种影像学检查方法,技术均较为成熟、完善,因此临床使用范围较广。在剖宫产子宫瘢痕的检查中,超声检查是一种简单可靠的手段,尤其是检查中若发现卵黄囊,可根据其着床位置准确判断孕囊与瘢痕的关系,能测量瘢痕缺损大小,特别是在剖宫产瘢痕的早期诊断方面,引导超声检查具有重要价值,可为临床治疗和预后提供可靠数据。本研究中,23 例患者超声检查可见卵黄囊,相对于阴道超声检查来说,MRI 检查在这方面较弱,但 MRI 可通过多方位、多序列扫描正确诊断,判断孕囊与瘢痕关系、宫腔及孕囊内少量出

血等。可见,两种影像学检查方法更有优劣。本文研究结果表明,MRI 与经阴道超声检查均显示,44 例患者呈囊性孕囊,9 例患者呈包块型孕囊。MRI 检查无法显示卵黄囊及判断胚胎是否存活,经阴道超声无法判断孕囊对于子宫肌层的浸润。

参考文献

[1]刘焦枝,李光,徐峰,等.剖宫产切口瘢痕早期妊娠 1 例[J].医学影像学杂志,2012,22(7):1189

[2]刘倩,张瑞方,王雪,等.3.0 T MRI 对早期剖宫产术后子宫切口瘢痕妊娠的诊断价值[J].中华医学杂志,2014,94(45):3589-3592
[3]林武辉,何立红,王李洁.经阴道超声与腹部超声早期诊断剖宫产术后瘢痕妊娠的价值比较[J].现代诊断与治疗,2016,27(14):2617-2619
[4]徐优文,郭银珍.剖宫产切口瘢痕妊娠的 MRI、超声表现及诊断价值[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2016,14(6):101-103
[5]陈丽,李小晶,李蕾,等.经阴道超声和 MRI 对剖宫产术后早期子宫瘢痕妊娠的诊断价值比较[J].实用放射学杂志,2016,32(4):566-569
(收稿日期:2017-01-07)

阴道超声联合腹部 B 超在宫外孕诊断上的应用价值

林静雅 刘雪峰

(广东省东莞市石排镇石排医院妇产科 东莞 523330)

摘要:目的:探析阴道超声联合腹部 B 超诊断宫外孕的临床诊断价值。方法:选取我院收治的宫外孕患者 86 例为研究对象,通过对所有患者实施腹部 B 超和阴道超声检查,分析观察所有患者的卵巢子宫是否存在异常情况,对比经阴道超声检查、经腹部 B 超检查和联合检查的诊断准确率。结果:所有患者中,行阴道检查可确诊假孕囊、附件区包块、可见心管搏动或卵黄囊胚芽等结果的患者明显多于行腹部 B 超检查可确诊的患者,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。在本研究所选取的 86 例患者中,伴不规则流血患者有 57 例,通过经腹部 B 超检查可确诊为宫外孕;无阴道流血患者 29 例,通过经阴道超声复查可诊断为宫外孕。结论:对宫外孕患者进行阴道超声与腹部 B 超联合诊断,不但操作简易,而且还能提升诊断准确率,避免误诊漏诊的发生。

关键词:宫外孕;阴道超声;腹部超声;诊断价值

中图分类号:R714.22

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.02.068

宫外孕是指孕卵着床在子宫腔外发育的异常妊娠过程,属于临床妇科常见病,其中以输卵管妊娠最为常见^[1]。由于该病易引发患者出现休克、昏厥和阴道出血的症状,若不能在早期予以及时有效的诊断治疗,会导致并发症的发生,使患者的生命健康受到威胁。所以,及早诊断治疗对患者的预后改善具有重要影响^[2]。阴道超声与腹部 B 超是当下临床诊断宫外孕的主要方法,但二种方法的优点各不相同,因此很容易导致诊断结果存在差异性。为提高临床诊断结果的准确率,我院对选取的研究对象进行了腹部 B 超与阴道超声联合检查,诊断结果准确率大幅提升。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 8 月~2016 年 3 月我院收治的宫外孕患者 86 例为研究对象,通过对患者的体格检查发现,所有患者均伴有不同程度的腹肌紧张、反跳痛和下腹压痛等症状。患者年龄 22~39 岁,平均年龄(27.3±2.2)岁;42 例输卵管伞部妊娠,16 例输卵管间质部妊娠,21 例输卵管峡部妊娠,7 例卵巢妊娠;29 例无阴道流血,57 例有不规则阴道流血。

1.2 检查方法 对所有患者分别予以阴道超声检查和腹部 B 超检查。检查器械均为医疗专用设备,经阴道探头频率为 7.5 MHz,经腹探头频率为 3.5

MHz。阴道超声检查行膀胱截石位,将避孕套套在消毒后的阴道超声探头上,从阴道穹窿位置置入,并采取多方位探查;腹部 B 超检查行平卧位,将探头置于下腹部,并采取三维检查(包括:斜切面、纵切面及横切面检查)。对患者子宫内膜厚度、盆腔是否存在积液、子宫大小和宫腔内是否存在孕囊等情况进行密切观察。

1.3 治疗方法 对所有患者均采取保守治疗,并且都与保守治疗的相关诊断标准相符,即:腹腔内出血现象不明显,输卵管妊娠直径未超过 4 cm,β-HCG(血 β-人绒毛膜促性腺激素)未超过 2 000 U/L。保守治疗方法:口服米非司酮(国药准字 H10950202)2 次/d,早晚各 1 次,25 mg/次,连续服用 4 d;并肌肉注射甲氨喋呤(国药准字 H20080251)1 mg/kg,连续注射 1 周。治疗后,检测患者的血 β-HCG,如果下降成倍则需持续观察;如果降低未超过 15%,则予以 MTX。血 β-HCG 经用药后 2 周降低并持续 3 次阴性,阴道流血停止或者下降,腹痛消失或者缓解则治疗成功。

1.4 观察指标 观察记录不同检测方式的检测结果,并分析经腹部 B 超和经阴道超声联合检查的效果。

1.5 统计学处理 本次研究的数据采用 SPSS12.0 统计学软件进行处理,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<$