

B超床边监视在困难清宫术中的应用

陈菊飞(浙江省天台县人民医院,浙江天台317200)

宫内残留是人工流产、药物流产、孕中期引产、剖宫产后最常见的并发症之一。由于盲目刮宫未成功,子宫畸形,合并子宫肌瘤、子宫腺肌病,产后宫腔过大,增加了再次清宫的困难,安全有效地再次清宫显得尤为重要。本文通过比较B超床边监视下与传统盲视下清宫,旨在探讨B超床边监视在困难清宫术中的应用价值。

1 对象与方法

1.1 对象

2011年7月至2013年8月门诊和住院371例困难清宫患者,年龄16~49岁,平均(31.16±6.67)岁。其中,盲目刮宫未成功229例(合并子宫肌瘤4例,合并子宫腺肌病2例,双子宫3例,纵隔子宫12例,双角子宫2例),药物流产未成功100人,引产后40例,剖宫产后2例。根据患者自愿原则分成2组,观察组171例在B超床边监视下施清宫术,对照组200例行传统盲视下清宫。两组患者术前血常规、凝血功能检查正常,无手术禁忌证。

1.2 方法

1.2.1 宫内残留 329例早孕人工流产或药物流产引起的宫内残留患者术前均由专业技术人员使用LOGIO 9超声仪(美国GE公司)行腔内超声探查(探头频率4~7 MHz),仔细检查子宫形态、位置及伴随异常,在二维超声显像下仔细观察残留物的位置、形态、边界、内部回声及其与子宫壁的关系;继之观察残留物及其邻近宫壁处的血流信号。记录检查结果。

1.2.2 两组清宫术 观察组行清宫术时,患者适度充盈膀胱,充分暴露宫颈内口及子宫底部,取膀胱截石位,由专业超声医师使用SONOS 2000彩色多普勒超声(美国GE公司,探头频率3.5 MHz)术中引导术者在超声监视下到达残留部位,重点吸刮该处宫壁。严密监视器械在宫腔中的位置和动作,以防穿孔。术

后再次监测宫腔是否有异常回声。对照组在术中、术后不用超声监测,采用传统盲视下清宫。两组患者刮出物送病理检查,术后10d复查腔内超声,同时随访术后出血时间及出血量,1个月后电话随访月经来潮情况。

1.3 观察项目及清宫效果判定标准

1.3.1 观察项目 两组手术持续时间、术中出血量、术后出血天数及有无并发症。

1.3.2 人工流产标准 观察组当超声显示子宫腔内无增强回声,子宫内膜线连续清晰,子宫收缩良好,出血减少,表明残留物已经完全清除而结束手术。对照组以术者自觉宫腔内膜面毛糙程度和收缩感为标准。

1.4 统计学分析

应用SPSS 13.0软件进行统计分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用卡方检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者临床特征

两组患者的年龄,宫内残留部位、大小及残留时间无明显差异($P>0.05$)。见表1。

表1 两组患者临床特征($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	宫内残留物大小(cm)	残留部位宫角处比例(%)	残留时间(d)
观察组	171	31.5±6.7	1.2±0.9	79.5	10.3±2.1
对照组	200	30.9±6.7	1.2±1.0	75.5	10.6±2.0
t 值	—	0.86	0.39	0.86	1.44
P 值	—	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 两组术中、术后情况比较

观察组术后11例仍见残留物,无子宫穿孔等并发症;对照组术后60例仍见残留物,子宫穿孔3例,大出血1例,继发性闭经5例,月经稀少10例,痛经8例。两组手术时间、术中出血量、术后出血时间差异均有统计学意义(P 均<0.05),见表2。

基金项目:2013年天台县科技局课题(2013C31XZ0007)。

作者简介:陈菊飞(1976—),女,副主任医师。

表2 两组术中、术后情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	手术时间(min)	术中出血量(mL)	术后出血时间(d)
观察组	3.5 ± 1.5	20.9 ± 8.0	5.8 ± 3.3
对照组	6.7 ± 4.1	50.7 ± 20.4	8.5 ± 5.7
<i>t</i> 值	9.76	17.90	5.56
<i>P</i> 值	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

清宫术是妇产科常用的一种诊疗方法,如终止计划外妊娠、处理不完全流产、处理病理性妊娠等^[1],但由于不能直视宫腔,手术过程靠医师的感觉完成,存在很大的盲目性。对于困难的清宫术,如盲目刮宫未成功,妊娠合并子宫畸形,各种原因所致的流产、引产及剖宫产后组织和胎盘残留等,盲目清宫易导致失败。随着医学的发展,医疗模式的改变,对疾病和疗效的评价已不仅局限于临床治疗的结局,而是延伸到治疗的整体质量,更加关注患者的可接受性和满意程度^[2]。

子宫异常及孕囊位置异常是造成人工流产失败的两个主要因素,两者所致的残留往往较少(本研究残留物小于1.5 cm者189例,占50.9%,1.5~2.0 cm者91例,占24.5%),位置较偏(本研究偏于宫底近左右宫角者287例,占77.4%)。引产及剖宫产后组织及胎盘残留可导致子宫缩复不良,容易出现产后感染或大出血。由于产后子宫增大、柔软,宫腔较深,面积较大,操作难度很大。有资料显示,即使有经验的医师盲目诊刮也有10%~35%的残留物被遗漏^[3]。

在超声的监视下可准确判断子宫畸形类型、宫腔走向,清晰观察宫腔内的情况,准确定位残留物,引导器械安全准确到达指定部位,进行定点吸刮,提高了手术的效率和成功率,减少了盲视下大面积多次刮宫,子宫内膜损伤少,可有效避免并发症的发生。观

察组171例使用B超引导下清宫,160例患者术后10 d复查残留物完全清除,并经病理证实,一次性手术成功率93.6%,比对照组一次性手术成功率70%有明显提高。出血时间长、月经紊乱等术后并发症减少。在超声引导下,可对剖宫产者残留物精确定位,有效避开子宫切口,准确地对异常组织进行吸刮和钳夹,减少对子宫的损伤,降低患者的痛苦,提高手术成功率。葡萄胎患者宫腔大,内容物多,子宫柔软,易穿孔,超声监视也能提高清宫成功率,减少并发症。总之,与传统操作方法相比,超声监视下清宫术的最大优点为操作准确,与手术者操作经验相关性降低,避免子宫穿孔、漏吸、残留、误吸等并发症发生及反复操作所造成的损伤^[2]。超声引导下失败的11例中,4例为滋养细胞疾病患者,可能因其子宫过于柔软,术者手感差而过早结束所致;5例为后位子宫(1例伴宫腔粘连)与后位子宫的B超显示条件相对较差有关;2例为引产后,可能因产后宫腔过大过深所致。

本研究结果表明,B超床边监视与清宫术结合应用,提高了困难清宫术的成功率,减少了术后并发症,且方法简单,费用低,值得临床推广。

4 参考文献

- [1] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 383.
- [2] 杨桂娟, 陈长江. 疤痕子宫终止妊娠手术分析[J]. 中国实用医药, 2010, 5(16): 182-183.
- [3] 申玉红. 宫腔镜诊治宫腔内胚物残留107例临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2007, 22(18): 2595.

(收稿日期: 2013-12-24)