经验交流

文章编号:1000-5404(2009)24-2498-02

宫腔镜检查时机对流产后宫腔黏连治疗的影响

黄燕明[1],章汉旺[2],阳 艳[1],王 燕[1],郎 雁[1],刘 杰[1]
([1]湖北省妇幼保健院妇科,武汉 430070;[2]华中科技大学同济医学院附属同济医院妇产科,武汉 430030)

随着流产手术逐年递增,宫腔黏连(intrauterine adhesion, IUA)等术后并发症明显增多,宫腔镜技术也逐渐成为诊治宫腔黏连的首选方法[1]。本研究回顾分析2007年10月至2008年9月湖北省妇幼保健院宫腔镜检查诊断为宫腔黏连124例的临床资料,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

124例患者均因有流产后月经异常病史于本院就诊,年龄20~39岁,平均28.1岁;有1次流产史者18例,2次流产史者32例,3次以上流产史者74例;临床表现为月经量少者79例,闭经者45例。患者内分泌水平测定正常,排除妊娠及卵巢、下丘脑垂体等部位病变。

1.2 诊断标准与分度

诊断标准:有宫腔操作病史,宫腔镜检查有宫腔内黏连形成。根据欧洲妇科内镜协会宫腔黏连分度标准将黏连分为5度[1]:Ⅰ度:宫腔内多处有纤维素样黏连带,两侧宫角及输卵管开口正常;Ⅱ度:子宫前后壁间有致密的纤维素黏连,两侧宫角及输卵管开口可见;Ⅲ度:纤维索状黏连致部分宫腔及一侧宫角闭锁;Ⅳ度:纤维索状黏连致部分宫腔及两侧宫角闭锁;V_a度:黏连带瘢痕化致宫腔极度变形及狭窄;V_b度:黏连带瘢痕化致宫腔完全消失。

1.3 检查及治疗方法

月经周期正常者在月经干净后3~7 d,闭经者在排除妊娠后行宫腔镜检查。膨宫介质采用5%葡萄糖液。患者排空膀胱后,取膀胱截石位,宫颈口扩张至6号,镜头进入宫腔,顺序检查宫颈管、宫底、双侧宫角及输卵管开口、前后左右侧壁,边退出镜头边再次查看宫颈管。轻、中度宫腔黏连在宫腔镜直视下用镜头顶端的镜缘、微型钳、微型剪分离。除极轻度黏连外,一般经宫腔镜分离黏连后均放置宫内节育器,放置时间至少3个月;术后给予口服抗生素预防感染,人工周期治疗3个疗程。重度黏连患者择期行宫腔镜下宫腔黏连电切术,术后亦放置宫内节育器,给予静脉滴注抗生素预防感染,大剂量雌激素口服促进内膜修复,后期加用孕激素序贯治疗3个疗程。

1.4 统计学方法

采用SPSS 11.0统计软件进行χ^2检验。

作者简介:黄燕明,女,广东省韶关市人,硕士,主治医师,主要从事妇科及生殖医学方面的研究。电话:(027)87648923

收稿日期:2009-06-05;修回日期:2009-07-10

2 结果

2.1 宫腔镜检查时机与较重程度宫腔黏连的关系

流产后3个月内行宫腔镜检查诊断为宫腔黏连的18例,其中Ⅰ度黏连8例,Ⅱ度黏连4例,Ⅲ度黏连6例。流产后3~6个月检查的宫腔黏连39例,其中Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、V_a度黏连分别为5、6、18、8、2例。流产后6个月以上检查的宫腔黏连67例,其中Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、V_a度黏连分别为5、5、26、20、11例。流产后6个月以上镜检者Ⅳ度以上黏连高于3~6个月镜检者($\chi^2=4.42$, $P<0.05$)。流产后3~6个月镜检者Ⅳ度以上黏连高于3个月内镜检者($\chi^2=3.97$, $P<0.05$)。

2.2 宫腔镜诊治时机与患者月经恢复情况的关系

流产后3个月内行宫腔镜诊治的宫腔黏连18例中,16例恢复正常月经,占88.89%,2例月经量较少。流产后3~6个月的宫腔黏连39例中,31例恢复正常月经,占79.49%。流产后6个月以上的宫腔黏连67例中,42例恢复正常月经,占62.69%。流产后3个月内诊治者恢复正常月经比例高于流产后3~6个月诊治者($\chi^2=1.54$, $P>0.05$),流产后3~6个月诊治者恢复正常月经比例也高于流产后6个月以上诊治者($\chi^2=3.24$, $P>0.05$),但差异无统计学意义。流产后3个月内诊治者与流产后6个月以上者比较差异有统计学意义($\chi^2=4.39$, $P<0.05$)。

3 讨论

宫腔黏连是由于子宫内膜基底层损伤后瘢痕形成引起,感染是促进黏连形成的因素。除子宫内膜结核、治疗性子宫内膜去除术等原因以外,大约90%宫腔黏连因刮宫所致[2],南京鼓楼医院10年(1984-1993年)资料统计,刮宫术后宫腔黏连发生率0.25%[3],通常发生在流产、清宫术后1~4周。宫腔黏连可导致月经量少、闭经、不孕,如果妊娠则容易发生流产或胎盘种植异常如前置胎盘、胎盘黏连、胎盘植入等[1,4],严重影响了女性生殖健康。近年来,由于未婚先孕患者剧增,人流、大月份钳刮、引产后清宫手术明显增加,随着患者宫腔操作次数的增多,宫腔黏连发生率增加[5],尤其是稽留流产、不全流产或产后2~4周刮宫者,宫腔黏连危险性极高[6]。

宫腔镜检查可以清晰地直视子宫内膜形态,客观地诊断宫腔黏连的性质和程度,同时尽可能地分离黏连,从而得到明确的疗效,并且为后续治疗提供依据,对预后做出较为准确的评价。宫腔镜下微钳和微剪分离,定位准确,可以避免损伤正常的子宫内膜,减少再次黏连的机会[7]。对于重度宫腔黏连可以在腹腔镜或B超监视下行宫腔黏连电切术。当然,随着病情加

重,宫腔镜手术难度增加,可能发生子宫穿孔、经尿道前列腺电切(TURP)综合征、术中出血等并发症[8]。本组124例月经恢复正常率71.77%,无术中、术后并发症发生。

许多流产术后月经异常尤其是月经量少的患者并未引起医患双方足够重视,往往被认为流产后内分泌异常而行甾体类药物或中药治疗,最终因疗效欠佳才行宫腔镜检查,而此时因为黏连时间延长,陈旧的黏连带结缔组织化,形成肥厚且致密的瘢痕,耽误了最佳治疗时机,必须行宫腔黏连电切术,手术风险明显增加,预后较差,费用也明显增加。本资料显示,流产后宫腔镜检查时间越迟,重度宫腔黏连发生率越高;而诊治越及时,月经恢复率越高。因此,我们认为,流产后宫腔镜检查的时机与宫腔黏连的程度及治疗效果密切相关,对流产术后尤其是反复宫腔操作后月经异常的患者,应高度怀疑宫腔黏连,在排除内分泌异常后尽早行宫腔镜检查,有利于早期诊断治疗,从而改善患者预后。

关键词:宫腔镜检查;时机;宫腔黏连
中图法分类号:R713.4 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 夏恩兰. 宫腔镜学及图谱[M]. 第2版. 郑州:河南科学技术出版社, 2009: 164-170.
[2] 夏恩兰. 妇科内镜学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001: 103-107.
[3] 葛春晓. 宫腔镜诊治宫腔黏连的评价[J]. 实用妇产科杂志, 2005, 21(7): 394-397.
[4] 袁超燕. 宫腔镜与气囊导尿管在宫腔黏连致不孕治疗中的联合应用[J]. 第三军医大学学报, 2007, 29(1): 4, 17.
[5] 祝文峰, 朱雪莲, 胡卫中. 应用宫腔镜诊治人工流产术后闭经和月经过少[J]. 中国内镜杂志, 2002, 8(8): 67-68.
[6] 杨 菁, 徐望明, 龙 文. 宫腔镜诊断与手术图谱[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007: 65-73.
[7] 冯缵冲, 陈俊康. 宫腔镜在不孕症中的应用[J]. 国外医学: 计划生育分册, 1993, 12(2): 82-84.
[8] 夏恩兰. 重视宫腔镜手术的安全性[J]. 中华妇产科杂志, 2009, 44(2): 99-102.

(编辑 汪勤俭)

文章编号:1000-5404(2009)24-2499-02

经验交流

以双下肢神经肌肉症状为主要表现的嗜酸性粒细胞增多症4例

朱丽丹,尹晓林,孔佩艳,曾东风,李杰平,熊竹娟,向茜茜,秦先念 (第三军医大学新桥医院血液科,重庆 400037)

嗜酸性粒细胞增多症病因多种多样,但以神经肌肉症状为主要表现的嗜酸性粒细胞增多症临床少见,易引起误诊误治[1]。现将我院近年来收治的以双下肢神经肌肉损害为主要表现的4例嗜酸性粒细胞增多症病例报告如下。

1 病例资料

病例1:男性,63岁。因双下肢进行性酸痛麻木伴无力1个月余于2006年2月27日入我院神经内科。患者于2006年1月初因受凉后出现双下肢腓肠肌酸痛,活动时加重,之后渐出现双下肢踝关节以下麻木,以右下肢明显,并出现双下肢对称性高出皮肤的皮疹,偶有发作性腹痛及腹泻症状。体格检查:心肺查体未见异常,双下肢肌力Ⅲ~Ⅳ级,袜套样浅感觉减退,跟腱反射减退,病理反射未引出。入院后查MRI、CT、脑脊液均未见异常,肝功能、肾功能、血糖正常。血常规:WBC 13.4×10^9/L,Hb 99 g/L,PLT 170×10^9/L。考虑多发性神经炎,予营养神经、活血化瘀、强的松15 mg/d等治疗,症状略有改善。因患者伴有双下肢皮疹,考虑"过敏性紫癜"于2006年4月10日转入血液科,查血常规示WBC 14.7×10^9/L,Hb 79 g/L,PLT 256×10^9/L,嗜酸性粒细胞23.8%(3.49×10^9/L);骨髓像示"嗜酸性粒细胞占26.5%,骨髓内外铁减低"。查大便常规未见寄生虫,肿瘤标志物CEA:32.9 μmol/L,胃镜示胃体、胃窦广泛炎性改变;诊断嗜酸性粒细胞增多症(病因考虑嗜酸细胞胃肠炎可能),缺铁性贫血,予强的松30 mg/d及口服及补铁、胃黏膜保护、制酸及对症等治疗,症状逐步缓解出院。

病例2:女性,53岁。因左上腹、双踝关节疼痛半月余,发现双下肢皮疹3 d于2005年10月8日入我院。患者既往有过敏性鼻炎病史9年,哮喘病史5年。2005年9月下旬服阿奇霉素后出现上腹隐痛不适,自服"洛赛克"等,后出现双踝关节疼痛,左侧明显,未引起重视。10月5日发现双小腿散在、对称皮疹,逐渐增多入院。起病期间,无哮喘及鼻炎发作。入院时体格检查:双小腿片状红色斑疹,部分发紫。神经系统检查未见异常。入院后查血常规:WBC 15×10^9/L,嗜酸性粒细胞55%(8.25×10^9/L),胃镜及涂片检查示念珠菌性食管炎。嗜酸性粒细胞增多考虑过敏性疾病所致,予对症等治疗无显效,故于11月11日经全院会诊,考虑嗜酸性粒细胞增多症,建议予强的松30 mg/d后症状缓解,且嗜酸性粒细胞计数逐步降至正常出院。出院诊断:嗜酸性粒细胞增多症、念珠菌性食管炎、支气管哮喘、过敏性鼻炎。

病例3:男性,21岁。因双小腿肌肉酸痛40 d,伴双下肢麻木20 d于2007年12月24日入我院神经内科。患者于2007年10月底无明显诱因出现双小腿肌肉酸痛,未予重视;于后出现双下肢麻木,伴少量咳嗽,当地医院查胸片报告"右上肺结

基金项目:重庆市重点医学学科基金(2006C028)
Supported by the Fund for Key Medical Subjects of Chongqing(2006C028)
作者简介:朱丽丹,女,重庆市璧山县人,医师,主要从事血液学临床方面的研究。电话:(023) 68774309, E-mail: zhulidanhappy@126.com
通信作者:孔佩艳,电话:(023)68774309,E-mail:peiyankong@yahoo.com.cn
收稿日期:2009-06-22;**修回日期**:2009-07-13