[9] 陆 骅,汤亭亭,戴尅戎. 体外培养对人骨髓间充质干细胞生物学行为的影响[J]. 临床骨科杂志,2005,8(3):264 - 267.
[10] 马江涛,俞 敏,张孟超,等. 经皮自体骨髓移植治疗骨折不愈合的临床观察[J]. 中国骨伤,2009,22(11):862 - 864.
[11] 崔贵祥,李义召,岳寿伟. 干细胞移植治疗脊髓损伤的进展[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2008,12(47):9335 - 9338.
[12] Pelagiadis I, Dimitriou H, Kalmanti M. Biologic characteristics of mesenchymal stromal cells and their clinical applications in pediatric patients[J]. J Pediatr Hematol Oncol,2008,30(4):301 - 309.
[13] Locatelli F, Maccario R, Frassoni F. Mesenchymal stromal cells, from indifferent spectators to principal actors. Are we going to witness a revolution in the scenario of allograft and immune-mediated disorders? [J]. Haematologica,2007,92(7):872 - 877.

(编辑:余汇洋)

· 经验交流 ·

人工流产手术技巧及术后即时阴道 B 超的应用

Artificial Abortion techniques and immediate postoperative vaginal ultrasound

杨红杰,杨冬雪,林秋玲 (南宁市武鸣县人民医院妇科,广西 南宁 530100)

[关键词] 人工流产术;B 超检查;手术技巧;胚胎残留
[中图分类号] R713.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2014)02-0134-01

人工流产负压吸引术是指利用负压吸引方法终止早期妊娠,是妇科常见小手术之一,也是每一个妇科医生必须掌握的手术,但因其无法在直视下操作,人流术后发生并发症也屡见不鲜,最常见并发症为胚胎残留[1]。胚胎残留指人工流产后仍有部分蜕膜或绒毛组织残留在宫腔内,需再次手术清除,胚胎残留导致反复吸宫是术后宫腔粘连、子宫内膜损伤、不孕症的主要原因,对生育期妇女危害大[2-4],我们总结本院门诊行负压吸引术终止早孕的 1 531 例患者的手术经验,发现术中 B 超检查可显著降低术后胚胎残留的发生率,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析 2011 年 1 月至 2013 年 2 月我院收治的行人工流产负压吸引术的 1 531 例患者资料,孕 5.5 ~ 9 周,平均(7.2 ±1.1)周,年龄 15 ~ 40 岁,平均(31.5 ±3.2)岁,孕次 1 ~ 11 次,平均(3.1 ±1.8)次。根据患者自主选择是否行术中 B 超检查分为实验组 918 例,对照组 613 例。

1.2 方法

1.2.1 术前准备 所有患者术前均验白带、血常规、心电图、了解有无手术禁忌,常规行 B 超检查,了解子宫位置、大小,孕囊着床部位、胚胎大小、子宫肌瘤的位置及大小、宫腔是否有"S"形、宫颈宫腔线是否成角等。

1.2.2 手术步骤 常规消毒、铺巾、戴手套,行双合诊检查。探针探宫腔深度,7 ~ 9 周妊娠子宫扩张宫颈至 7.5 条扩条,采用 7 号吸管行负压吸引,5.5 ~ 6 周妊娠子宫扩张宫颈至 6.5 号扩条,采用6号吸引管行负压吸引,吸出绒毛组织后换小一号宫腔吸宫 2 周,宫缩欠佳者予以宫颈注射缩宫素 20 U 后再次吸宫 1 周,对照组术毕,再次消毒阴道,停止操作;实验组立即行阴道 B 超检查宫腔线清晰,双侧宫角无强回声团或混合回声团则停止操作。如阴道 B 超提示宫腔内混合性回声团或宫角部强回声团则再次行搔刮宫腔、宫角直至宫腔线清晰,双侧宫角无强回声团,术后探宫腔深度。

1.3 随访

所有病例术后均予以随访,术后 2 周行阴道彩超检查了解有无胚胎残留。胚胎残留诊断标准:术后 2 周仍反复阴道流血且彩超提示宫腔内混合性或回声团,行再次清宫术,刮出物送病理组织检查确诊为机化的蜕膜或绒毛组织。所有病例均随访至月经复潮。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 11.0 统计软件,一般资料比较选用 t 检验;计数资料比较选用 χ^2 检验,$P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 胚胎残留率比较

实验组 918 例中,8 例(0.9%)术后 2 周证实宫内残留;对照组 613 例中,51 例(8.3%)证实术后残留,2 组比较具有显著统计学差异($P<0.05$)。

2.2 术后即时 B 超的影像学表现

人流术后立即行阴道 B 超检查,宫腔线显示清晰,呈低回声或线状高回声,提示无残留,但如宫腔线显示不清或宫腔内强回声团,则提示胚胎残留(图 1a),如宫腔线分离,且回声不均匀,提示宫腔积血,宫缩欠佳(图 1b),易致残留。

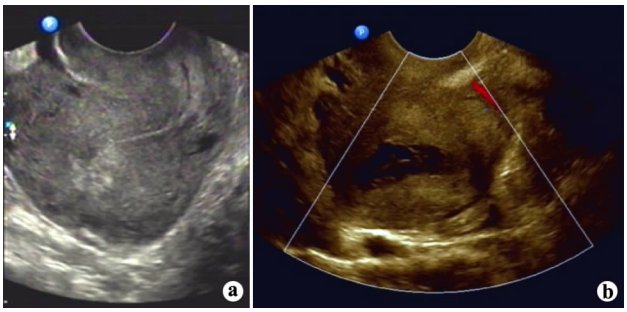
(下转第 137 页)

doi:10.11659/jjssx.1672-5042.201402010
[收稿日期] 2013-12-05 [修回日期] 2013-12-20

医药科学,2002,25(4):20 - 21.
[5] 孙贞超,唐光才. 磁共振胰胆管成像的临床应用及进展[J]. 医学综述,2007,13(4):318 - 320.
[6] 杨 彪,徐子平. 腹腔镜胆囊切除术并发症防治体会[J]. 肝胆胰外科杂志,2006,18(2):110 - 111.
[7] 保红平,姚永良,李 奎,等. 肝硬化患者行腹腔镜胆囊切除术的临床分析[J]. 腹腔镜外科杂志,2007,12(1):69 - 70.

(编辑:魏 源)

(上接第 134 页)



a:术后 B 超显示宫腔中下段内膜线显示清晰,为线状强回声,宫底部探及强回声团且与宫腔线相连,提示宫腔内组织残留;b:术后即时 B 超提示宫腔线显示不清,宫腔内低回声区,系宫腔积血声像

图 1 人流术后即时 B 超影像

3 讨论

3.1 手术技巧总结及人流手术注意事项

人工流产负压吸引术属盲视操作,总结手术经验,建立手感至关重要。笔者总结 1 531 例人流手术经验归纳如下:①探测宫腔,探针进入宫腔时要注意,有时候尤其是新式剖宫产手术史患者宫腔呈“S”形,这时要小心旋转摸准方向,可以多次探入以熟悉,这样扩宫的时候就会心中有数了。②扩宫要到位,孕 7 ~ 9 周患者最好扩到七号半,然后用七号吸管叠瓦状吸宫腔两圈,同时吸两侧宫角部位,因为如果刚开始两侧没吸好,两侧宫角有组织,子宫收缩后会使一侧宫角变得比较深,吸管难以进入。将大块组织吸净后换成小一号吸管之后要先吸一下两侧的宫角部。③宫角部残留多为蜕膜残留,为术中因宫角过深漏吸所致,刮宫中发现右侧宫角部位容易残留,究其原因在于牵拉宫颈,使得子宫偏于右侧,从而加深了右侧宫角,而若右侧宫角总有组织难以吸出,应该把宫颈钳夹在左侧宫颈试着吸引,或稍微放松宫颈钳吸引,如果仍无法吸出,需助手帮忙按压子宫,促使子宫趋于平位。④双侧宫角部位少量的残留均匀的高回声可以自行吸收,但是较为大团块的不宜留,有人提出宫角部少许残留直径小于 2 cm 可不予再次手术,笔者认为如术中即时超声检查发现可疑宫角残留,应及时再次进入宫腔检查并试吸,如仍无法吸出,则术后严密随访。⑤及时处理宫缩乏力,术中部分绒毛及蜕膜吸出后如出现阴道流血增多,子宫大而软,可宫颈注射缩宫素后再继续手术,这样可缩短手术时间及减少手术出血,并防止子宫不规则收缩导致宫腔形态异常,宫颈注射缩宫素后用小一号吸管低压力(0.03 ~ 0.04 kPa)轻轻吸引,吸净绒毛及蜕膜碎片并刺激子宫收缩,直至子宫收缩良好紧裹吸管。

3.2 术中 B 超检查

研究发现患者有两种残留的超声表现,一种是宫内混合性回声团,另一种是宫角部强回声团。前者往往术中宫缩不好,表现为术中感觉是吸管稍微旋转既有大量液体吸入,并有“呼噜”一下,使得吸管连接管道震动,刮出物可见到较多量的凝固血块。术中 B 超显示宫腔分离,此时宫腔积血中往往有绒毛及蜕膜碎片残留,如果停止手术,那么术后宫腔内容物难以排出,逐渐形成混合性回声团,从而导致术后出血不止或月经久久不复潮。遇到这种情况术中应注射缩宫素,然后用小一号吸管低压力(0.03 ~ 0.04 kPa)轻轻吸引,吸净绒毛及蜕膜碎片并刺激子宫收缩,直至子宫收缩良好紧裹吸管,此时 B 超提示低回声的清晰宫腔线则提示宫腔已无碎片残留。国内亦有类似研究发现 B 超检查有利减低胚胎残留的发生[3,5]。彭萍等总结术中超声监测在人工流产手术中的应用中发现,39.3% 术中超声提示宫腔残留的患者,其再次进入宫腔刮出组织见绒毛及蜕膜组织,术中超声检查可将术后人流不全发生率下降至 0.9%。

近年来,我国人工流产手术量居高不下,手术人群呈现年轻化态势[6-7],反复人工流产及人流并发症是导致不孕不育的重要因素。人流手术虽是小手术,却精细和危险[8],施术者应随时保持警惕、仔细感觉宫腔形状,配合超声检查,尽量减少术后并发症的发生。胚胎残留是人工流产手术最常见术后并发症,术中即时阴道检查操作简单,图像清晰,可显著降低胚胎残留的发生。

[参考文献]

[1] 诸葛听,李 斌,黄紫蓉. 米非司酮治疗人工流产术后残留的临床观察[J]. 中华医学杂志, 2012,92(1):18 - 20.
[2] 刘 嘉,谢杏美. 两种人工流产方式流产后继发不孕的临床分析[J]. 暨南大学学报(自然科学与医学版),2011,32(2):241 - 243.
[3] Durfee SM, Frates MC, Luong A, et al. The sonographic and color Doppler features of retained products of conception [J]. J Ultrasound Med,2005,24(9):1181 - 1186,1188 - 1189.
[4] Debby A, Golan A, Sadan O, et al. Sonographic characteristics of uterine cavity following first-trimester uterine evacuation[J]. Ultrasound Obstet Gynecol,2008,31(5):555 - 559.
[5] 彭 萍,刘欣燕,戴 晴,等. 超声监测在早孕电吸人工流产手术中的应用价值[J]. 中国医学科学院学报. 2010,32(5):509 - 512.
[6] 邹 伟,陈海玲,张彩红. 无痛术在人工流产手术中的应用[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2001,17(8):504 - 506.
[7] 张小红,姜福义,张滋明. 未育妇女重复人工流产的调查和分析[J]. 广东医学,2012,33(1):120 - 122.
[8] 何爱娥,金秀云. 人工流产规范化管理与高危人工流产原因分析[J]. 中国妇幼保健,2008,23(4):456 - 458.

(编辑:杨 颖)