维普资讯 http://www.cqvip.com

宫腔操作致25例子宫穿孔分析

宋继荣* 辛云霞** 卢北雁*

一、资料与方法

1.临床资料:(1)一般资料:1992年1月至2000年12月我院共收治宫腔操作致子宫穿孔25例(院外转入21例),其中单纯子宫穿孔12例,子宫穿孔合并网膜嵌顿6例,子宫穿孔合并肠系膜及肠管损伤5例、合并宫内节育器(IUD)异位2例。其中19例发生在人工流产术时,5例于放置IUD时发生,1例为陈旧性宫外孕误诊稽留流产行刮宫时发生。穿孔部位:峡部18例,角部4例、宫底3例。(2)诊断依据:除2例由施术者自诉子宫有明显无底感外,其余均由手术证实。

2.治疗方法:(1)单纯子宫穿孔:发生于人工流产术未施吸宫之前5例,吸宫术中3例、置IUD时3例,行诊断性刮宫时1例。12例患者均无明显生命指征改变、其中2例因施术者自诉子宫无底感明显而入院观察、给予保守治疗、10d后再次清宫。10例伴有不同程度腹痛,经腹腔镜行子宫穿孔修补、术后预防感染、痊愈出院。(2)子宫穿孔合并大网膜嵌顿:均发生于人工流产吸宫术或钳刮术中,施术者发现吸或钳出黄色脂肪样组织而停止操作、其中1例就诊时发生宫口堵塞物秽暗、轻拉后出现胃区疼痛,停止牵拉则疼痛缓解,2例有持续性恶心伴上腹部疼痛、其余3例无明显不适。6例患者中3例开腹行网膜部分切除、3例在腹腔镜下行行网膜部分切除(宫腔部分经阴道取出),穿孔处无活动出血,未予处置。(3)子宫穿孔合并肠系膜及肠管损伤:5例均发生于人工流产术中,其中吸宫术2例,中期引产钳刮术3例,损伤后患者出现严重持续性腹痛,阴道有持续新鲜血流出,吸出或钳出物中见黄色脂肪样组织,诊断至剖腹探查时间为1~4h,平均2h 40min、术中见5例均为小肠肠系膜损伤。2例合并肠壁破损,腹腔内出血300~1000ml,平均450ml,行小肠部分切除术及端端吻合术,同时修补子宫穿孔,术后胃肠持续减压3~5d,抗炎治疗,痊愈出院。(4)子宫穿孔合并IUD异位:1例患者因金属圆环(22年前哺乳期放置)在子宫穿孔后异位于腹腔、导致嵌顿性小肠梗阻、于98年在我院行小肠部分切除术(切除肠段110cm),术中见子宫峡部有一米粒大小凹,考虑为子宫穿孔后愈合的瘢痕。另一例在放置IUD当时出现明显腹痛,B超证实IUD异位于腹腔而剖腹取出,同时行子宫修补。(4)其它情况:25例患者中6例有剖宫史,子宫过度屈曲17例,穿孔发生在哺乳期7例,1例陈旧性宫外孕,B超将盆腔包块误诊为子宫(子宫被包块包裹)致诊刮时发生穿孔。

二、结果与讨论

子宫穿孔是宫腔操作中比较严重的并发症之一、是由于施术者和受术者双方因素综合作用的结果,全世界每年有20万人死于人流产术后各类并发症[1],其中以子宫穿孔危害性最大、宫腔操作致子宫穿孔应着眼于预防。

1.施术前详细检查子宫的形状、位置、大小、尤其是子宫有无过度屈曲是预防子宫穿孔的关键,25例患者中17例穿孔发生于子宫峡部,均由于子宫屈曲度过大造成,其中狭部后壁穿孔7例,峡部前壁12例,可见后倾后曲子宫更容易导致穿孔。有4例剖宫产术后子宫与腹壁有较重粘连,致宫体悬吊于腹壁加大了子宫的前屈角度,且不能在耻骨联合上按压时得到明显改善,造成了子宫狭部后壁穿孔,提示居高不下的剖宫产率也增加了子宫穿孔的危险。5例因患者腹壁较厚影响了触诊的准确性,其余均因施术者经验不足使子宫扪诊不清导致了穿孔。

2.哺乳期宫腔操作要谨防穿孔、现代内分泌学证实,吸吮刺激,抑制下丘脑GnRH释放,影响垂体LH正常分泌,导致滤泡发育不良,无排泄或黄体不健[2]、导致哺乳期血内雌激素水平低下,使子宫肌层变薄变弱,此期行宫腔操作,大大增加了穿孔的危险性。本文中有7例穿孔发生于哺乳期,占28%,其中1例同时合并IUD异位时,甚至无任何症状,直至22年后发生了嵌顿性肠梗阻才被发现。

3.腹腔镜因其损伤小,可接受性强,成为子宫穿孔后的最佳治疗方式,本文资料中的子宫穿孔修补术有13例经腹腔镜完成,效果良好。因此,有可疑子宫穿孔者,应立即停止宫腔操作,严密监测生命指征,并根据腹痛及阴道流血情况,决定是否配合腹腔镜检查,已经确定有肠管损伤或内出血量多者,宜直接剖腹手术。

参 考 文 献

1.刘 薇,王育华.米非司酮用于紧急避孕药研究进展.山东医药,1999,39(8):90.
2.程利南.产后避孕药技术进展.中国实用妇科与产科杂志,2001,17(9):517-518.

(收稿日期:2002-02-28)

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯大学附属第一医院妇产科
** 桦川县人民医院妇产科