维普资讯 http://www.cqvip.com

39—40 人工流产，子宫颈管粘连

局解手术学杂志 1995 年第 4 卷第 1 期总第 13 期

浅谈人工流产术后子宫颈管粘连

华北制药厂职工医院妇产科 刘爱民

（河北石家庄，邮政编码 050015）

R719.306

人工流产术后子宫颈粘连是指因宫腔内操作损伤子宫内膜所致子宫内膜或肌层受损发生粘连，临床表现为闭经月经减少，不孕等[1]。

1894 年 Fritsch[2]报道 1 例产后出血清宫术后发生闭经的病例。1948 年 Ashrman[3]对创伤性子宫腔及颈管粘连的病因、临床表现诊治及碘油造影特征等作了详细报道。任何损伤子宫内膜的因素均可导致创伤性子宫腔及颈管粘连。国内报道亦是人工流产刮宫占第一位。宫颈内口是一特殊的神经分布区域，此处有大量的神经带，一种高度分化的感觉小体，仅见于子宫下段和内口水平的粘膜下。刮宫时内口反射性痉挛使裸露的受损部分有易于粘连的倾向若这种痉挛持续存在就可能发生粘连。源于子宫峡部的神经反射使内膜对卵巢激素无反应而闭经。这种反射是可逆的，因此探宫腔扩宫颈解除粘连后就能恢复月经[1]。本文报道一例人工流产术后所致宫颈管粘连、宫腔血逆流腹腔、后穹隆积血。

病例：王某，住院号 7292，女性，29 岁，已婚，人工流产术后 2 天，下腹部坠痛 1 天，急诊住院。既往无手术史，月经正常，生育史 1—0—1—1，48 小时前因停经 45 天早孕行人工流产手术，手术时使用电动人工流产吸引器，负压调至 400～450，手术顺利术中吸出明显绒毛及胎盘组织，术中、术后无自觉症状，手术后无阴道流血，术后 18 小时左右自觉下腹部疼痛，肛门坠胀感，并症状逐渐加重，但无晕厥休克现象，体温 37.9℃，心率 90 次/分，呼吸 20 次/分，血压 16/10kpa，神清，痛苦病容，心肺（—），腹软，下腹部有压痛、反跳痛（±），无肌紧张，无移动性浊音，肠鸣音存在。妇查外阴经产阴道畅，宫颈光，宫颈口闭，无血迹，后穹窿不饱满触痛明显，子宫颈有轻度举痛、摇摆痛，子宫软，稍大，活动全子宫局部无压痛，左侧附件压痛，但无包块，右侧附件（—）后穹隆穿刺抽出 2 毫升不凝固血液，B 超揭示子宫 7×6×4cm 宫腔内光点回声不均匀，子宫两侧未见异常回声，子宫直肠窝处探及约 6.8×5.6cm 回声减低区，边界不清。B 超揭示，后穹窿积血，血色素 110g/L，白细胞 69×10P/L，中性 66%，淋巴 33%。住院后给予宫缩剂，抗生素，止血药，严密观察 12 小时，血压无明显变化，腹痛症状不缓解，常规外阴阴道消毒后行子宫颈扩张术，蜀中所见，子宫颈口闭，探针探及宫腔 8cm，用 6 号～7.1/2 号宫颈扩张器扩宫颈管，未见血液流出，术后 3 小时可见似月经样暗红色血流出，无包块，扩张宫颈后腹痛下坠感逐渐缓解恢复。术后一周腹痛症状消失，阴道流血停止，15 天后 B 超复查后穹窿积血消失，血 HCG 化验正常，内诊 B 超均属正常盆腔，月经人工流产手术后 32 天来潮，随访 6 个月正常。

讨　论

人工流产手术是是用机械的方法破坏附着子宫腔的绒毛胚胎组织并将其吸出宫腔，人工流产手术的操作基本均采取特制电动人工流产吸引器，该器械使用安全，但是在人工流产手术中正确使用电动人工流产吸引器的方法和操作是非常必要的。吸管进入宫腔后靠抽吸的力量把绒毛和胚胎破坏并吸出，但吸管从宫颈管抽出时不应带有负压，应将橡皮管捏住，否则容易导致宫颈管粘连，致使宫腔血逆流或引起继发性闭经。闭经的特点是术后即发生，很少有月经先逐渐减少而后闭经。且宫腔大量积血甚为罕见，这点与机械性隐经是不同的，部分患者伴有周期性下腹痛和肛门坠胀[1]。手术操作时动作应轻柔，禁忌粗暴。传统的手术操作方法一律按顺时针或逆时针靠近宫壁刮吸，不仅患者痛苦，而且易损伤子宫内膜基底层使宫腔粘连或闭经。本文认为操作方法应改进为定位抽吸胚胎组织及绒毛。可在手术前 B 超定位，也可在术中定位。一般认为前位子宫受精卵着床在子宫前壁；后位子宫着床在后壁；平位子宫着床在侧壁，根据定位情况术中可予以调整，吸管进

近视、眼外科手术

1(170(18)

编辑资讯 http://www.cqvip.com

入宫腔探及感觉最滑的部位及胚胎着床部位。在胚胎及绒毛附着部位用负压抽吸后，最后再顺宫腔刮吸一圈为宜。这样既可减少负压吸管多次进出宫腔，又可避免宫内膜基底层破坏导致闭经、宫腔、宫颈管粘连的发生。本文报道一例可能是由于术中负压吸管多次进出宫颈管，损伤颈管内膜所致，由于宫腔血不能外流而逆流入腹腔、后穹窿积血。患者术后 18 小时出现了临床症状及体症，经宫颈扩张器扩至 7.1/2，一次成功，预后较好。月经第一个月即恢复正常。本文认为粘连的组织学类型和个体素质对发病有重要影响。同样的损伤有人发生粘连，有人不发生；有人治疗效果好，有人则反复粘连[1]。本文目的是呼吁同道们，加强责任心，改进传统人工流产手术的操作方法，减少手术并发症的发生，杜绝宫腔及颈管粘连。

参考文献

1. 雷刚．创伤性子宫腔及颈管粘连．实用妇产科杂志 1991；3（7）137～138.
2. Fritsch H. Ein F all von volligen Schwund der Hebarmutterbohle mach Auskratzung. Zentralbl Gyaekol 1894；18；1337.
3. Asherman JG，et al. Amenorrher Traumatica (Atretica)．J Obstet Gynecol Brit Emp 1984；55；20～30.
4. 姚本中、等．宫腔镜临床应用 942 例分析．中华妇产科杂 1980；21（3）；138.

（收稿：1994—08—18）

40—41

一种有前途的近视眼手术

石家庄医专附属医院眼科 杨振荣

（河北石家庄，邮政编码 050031）

R779.6

对于近视眼，这一影响视力较大，危害人类眼睛健康较广的眼病，如何进行治疗？多年来人们做了大量的探讨、研究与实践，取得了相当可喜的成绩，特别是各种形式的屈光手术的开展，为屈光不正的治疗展示了广阔的前景。激光角膜切削术（PRK）便是其中之一。

激光角膜切削术是指中央激光屈光性角膜切削术，又称激光角膜表面磨镶术（Laser anterior keratomileusis），角膜再定形（reprofiling），切线切削（tangential ablation）。它是利用准分子激光切削角膜中央视区盘状前弹力层及前基质层，深度由中央向周边逐渐变浅，使角膜前曲率变平，从而使角膜屈光力减少的方法。

准分子激光于七十年代末出现。它是一种高能量的脉冲式气体激光。其波长在远紫外线光谱区（157～253nm）。它的特点有：高光子能量激光束（5～7 电子伏特/光子），光束性能良好，使用寿命长；光切除组织的精确度高，重复性能好。

当远紫外准分子激光照射到生物组织时，该组织的浅表层吸收激光束，产生光化学效应和光消除作用，使组织细胞的分子键断裂，长链分子聚合物断裂成较小的挥发性碎片。因此它是一种分子切割。其切除的边缘整齐光滑，切口微细，粗糙度仅 1μm 或更小。而金刚石手术刀的切缘或切面粗糙度达 10μm 以上，不锈钢手术刀的粗糙度则更大得多。借助于光镜和扫描电镜对金属刀、金刚石刀和准分子激光所做组织切口对比研究发现：金属刀片锋利刀尖的宽度最小是 1.5μm，其对组织的切削实质是对组织胶原纤维的撕裂；金刚石手术刀最小刀尖锋利度可达 0.1μm，对组织的切削是使胶原纤维分离；而准分子激光的切削是在光子—声子相互作用下，使组织分子键断裂。进而分解。由于这种光切除时，挥发性碎片带走了激光束沉积在组织表面的全部能量，并且激光作用的时间较短（30～60 秒），使得能量沉积的持续时间大大短于能量扩散到邻近组织所需的时间，因此它对切口周围的邻近组织一般不发生热效应，或者仅有轻微的热损伤。

准分子激光也可以对组织细胞的 DNA 产生毒性与诱变反应。经实验分析，ArF（氟化氩）193nm 的反应最轻，因此临床使用 ArF193nm 激光做角膜屈光手术。

PRK 代表一种完全新型的屈光手术，经动物实验逐步发展到人类盲眼、部分视力眼及正常