

血管瘤 1 例。出血量 2 500~3 500 mL, 5 例均行子宫次全切除术。以上 241 例出血患者中伴失血性休克 60 例, 占总数的 24.90%, 均采取补液、输血和抗休克治疗。

1.3 宫腔填塞纱条指征与方法^[1] 胎盘胎膜娩出后, 胎盘粘连、剥离不全清宫后, 子宫收缩乏力有明显出血或胎盘剥离面广泛渗血, 经缩宫素子宫壁注射和静脉滴注、按摩子宫、米索前列醇口服、宫腔内出血点缝扎及静脉推注葡萄糖酸钙等方法处理后仍不能控制出血, 甚至出血凶猛, 应果断行宫腔纱条填塞。采用高压消毒的特制宽 6~8 cm、长 1~2 m、4~6 层大纱条填塞宫腔, 分子宫上、下段两部分进行填塞, 先塞上段, 后塞下段。术者用卵圆钳或食、中指夹住纱条一端自宫底部由右向左、再由左向右填塞宫腔, 填至切口处, 不留空隙, 防止隐性出血。纱条另一端从宫颈送入阴道, 由下至上从子宫下段开始向宫体方向有序填塞, 子宫上下段均填塞至下段切口水平, 应填塞压紧。用 0/II 可吸收线连续缝合子宫浆肌层, 填塞纱条和缝合子宫切口时, 宫腔内可能有少量血液流出, 缝合子宫切口时观察有无活动性出血, 并止血, 缝合时注意不能缝上纱条。缝合完毕检查无活动性出血后, 双手握住子宫并均匀按摩子宫, 使宫腔纱条均匀分布于宫腔内。

1.4 术中注意事项 (1) 术中严密观察患者生命体征的变化, 预防和纠正休克; (2) 术中宫腔填塞纱条前仔细清宫, 严防胎盘、胎膜残留; (3) 术中填塞纱条做到紧密、均匀、不留缝隙。有文献报道, 如宫腔纱条填塞不紧或不当, 可造成隐匿性出血, 纱条可吸引大量血液而不流出, 导致假象止血而延误治疗, 而且有带来感染的可能, 故应严格掌握宫腔纱条填塞指征^[2]。

1.5 术后注意事项 (1) 术后使用宫缩剂 4 d, 预防子宫收缩乏力; (2) 术后严密观察生命体征、子宫大小、宫底高度和阴道流血量; (3) 腹部用腹带包紧并用纱袋压迫; (4) 术后给予足量抗生素预防感染; (5) 术后 24 h 内取出宫腔纱条, 以免发生感染。取纱条前 30 min 先静脉滴注缩宫素, 作好输血准备, 取纱条时严格消毒外阴及阴道, 缓慢抽出。取出纱条后观察 0.5~1 h, 观察有无活动性出血。

2 结 果

235 例宫腔填塞患者取出纱条时顺利, 无继续出血。术后 3 d 体温均完全恢复正常, 无晚期子宫出血, 无切口及宫腔感染。5~7 d 痊愈出院, 产后 42 d 随访, 子宫复旧良好。

异位妊娠保守治疗 102 例疗效观察

王冬梅(重庆市荣昌县永荣矿业有限公司总医院妇产科 402460)

【摘要】 目的 观察 5-氟尿嘧啶盆腔灌注治疗异位妊娠的疗效。**方法** 生理盐水加 5-氟尿嘧啶, 1 次/周为 1 个疗程; 总量 500 mg。**结果** 102 例患者中 90 例治愈, 治愈率为 88.2%; 12 例急症手术。**结论** 5-氟尿嘧啶为嘧啶类拮抗剂, 用于盆腔灌注安全性高, 方法简单, 在治疗未破型异位妊娠方面显现出好的临床效果。

【关键词】 异位妊娠; 5-氟尿嘧啶; 腹腔灌注; 保守治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.060 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)17-2147-02

异位妊娠是妇产科常见急症之一, 其发生率近年来有上升趋势^[1]。随着科学技术的发展, 检查手段的不断完善, 使许多异位妊娠患者在未破裂之前就得到确诊, 手术治疗虽然能使患者得到确诊性治疗, 但对于要求保留生育功能的妇女难以接受; 手术保守治疗费用高, 所以采取药物保守治疗能为普通患者所接受^[2]。本院对确诊异位妊娠、无内出血征象、胚胎直径小于 4.0 cm 者采取单用 5-氟尿嘧啶腹腔内注药保守杀胚治疗, 取得较好效果, 报道如下。

3 讨 论

3.1 剖宫产术中发生大出血的常见原因是子宫收缩乏力, 而引起术中子宫收缩乏力的因素从本组病例来看, 以产程异常急诊剖宫产、择期剖宫产、巨大儿、重度子痫前期、瘢痕子宫、双胎妊娠、羊水过多、过期妊娠等为主要因素, 其次为前置胎盘、胎盘粘连。而前置胎盘是剖宫产产时、产后出血不可忽视的重要原因。

3.2 宫腔填塞纱条止血术是产科较传统的方法, 它适用于子宫收缩乏力及胎盘因素引起的产后出血。而治疗子宫收缩乏力的效果优于前置胎盘引起的出血, 而且是越早填塞效果越好, 若出血超过 2 000~2 500 mL 止血效果不佳。刘桂英和佟静^[3]报道子宫腔填塞纱条是制止剖宫产术中大出血的良好方法。认为其机制在于刺激宫体感受器, 通过大脑皮质激发子宫收缩; 同时, 纱条也可机械压迫胎盘剥离止血, 对前置胎盘采用机械性压迫血窦, 以使下段平滑肌有充分的时间重新组合, 有利于增强其收缩力, 促进血窦闭合, 同时血管内易于血栓形成而止血。有学者认为, 应用无菌纱条填塞宫腔, 有明显的局部止血作用, 一般多用于剖宫产时产后出血的处理^[4]。经本院 235 例患者应用后证实, 宫腔填塞纱条对剖宫产术中大出血实为一种快速、方便、有效的止血方法, 但是宫腔纱条毕竟是异物, 术后感染风险增加, 并且在抽取纱条时有再次出血的风险, 故操作时应严格掌握指征, 执行无菌操作, 掌握正确的填塞方法, 力争达到满意的效果, 对保留严重产后出血患者的生育能力具有重要意义, 值得基层医院推广。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 207.
- [2] 张光, 熊庆. 产科急症[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2006: 61.
- [3] 刘桂英, 佟静. 子宫腔填塞纱条治疗剖宫产术中大出血 68 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1999, 15(9): 569-570.
- [4] 段涛. 妇产科住院医师手册[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2005: 592.

(收稿日期: 2011-06-15)

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006 年 1 月至 2011 年 1 月, 选择已确诊未破型异位妊娠 102 例进行上述药物保守治疗。年龄 19~40 岁, 平均 30 岁。停经 40~55 d, 平均 47.5 d; 初产妇 35 例, 有孕产史 67 例。

1.2 病例选择标准 根据临床症状、体征、腹部或阴道 B 超检查及血 β -人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)值确诊, 并具备下列条件: (1) 生命体征正常; (2) 无或轻微腹痛; (3) 血 β -HCG <

2 000 U/L; (4) B 超检查异位妊娠包块局限于附件区, 包块直径小于或等于 4 cm; (5) 盆腔无积液或液平面小于 3 cm; (6) 肝、肾功能, 血分析正常; (7) 无 5-氟尿嘧啶用药禁忌; (8) 患者有生育要求, 并同意药物治疗。

1.3 方法 生理盐水 750 mL 加 5-氟尿嘧啶 500 mg 单次进行腹腔灌注。常规消毒下腹部皮肤, 铺无菌孔巾, 用 9 号套管针在下腹中线病侧作盆腔穿刺, 回抽无血液溢出, 先以生理盐水 250 mL 注入一半, 液体进入顺利, 再注入生理盐水 500 mL 与 5-氟尿嘧啶 500 mg 混合液, 随后再注入剩余 125 mL 生理盐水。灌注完毕, 拔出穿刺针, 用无菌纱布覆盖。用药后患者可能出现轻微腹胀或腹痛及肛门坠胀, 考虑系腹腔灌注药物引起的不适。复查 B 超确定异位妊娠包块未破, 密切观察生命体征, 预防性使用止血药和抗生素。

重复用药疗程指征: 用 5-氟尿嘧啶腹腔灌注后第 7 天, 复查血 β -HCG 是否降低幅度小于 20%, 同时具有保守治疗的条件, 可用同样剂量重复进行腹腔灌注。

1.4 临床观察 用药前对所有患者进行体格检查、肝肾功能、血尿分析、妇科检查、B 超、尿妊娠试验、血 β -HCG 值。用药期间观察生命体征变化, 腹痛及阴道出血情况, 药物不良反应。治疗疗程完成后 7 d 复查血 β -HCG 是否降至正常, 常规 B 超观察包块有无缩小, 是否与原有包块一样大或增大。常规复查血常规及肝、肾功能。

1.5 疗效判定标准 治愈: 治疗后血 β -HCG 降至正常或接近正常, B 超提示附件包块缩小或不继续增大, 无内出血, 临床症状、体征消失。无效: 保守治疗过程中出现异位妊娠包块破裂; 血 β -HCG 持续增高或下降不明显; 腹痛反复发作, 有内出血增多。

2 结 果

102 例患者中, 90 例用药期间生命体征正常, 复查血 β -HCG 降至正常。治疗后 2 周复查 B 超示附件包块较以前明显缩小或消失, 治愈率为 88.2%。其中 12 例患者出现腹痛加重, 确诊内

出血多而行急诊手术。上述用药患者均无明显不良反应。

3 讨 论

近年来异位妊娠发生率增高, 随着医学技术也有长足进步, B 超诊断技术及血 β -HCG 检测的敏感度提高, 为异位妊娠的早期诊断提供了有力的保证, 使患者能在早期接受保守治疗而免于手术痛苦^[3]。

盆腔灌注是血管外给药的一种方法, 能够有效提高药物的局部吸收浓度, 药物直接注入盆腔后, 局部药物浓度明显高于血浆药物浓度, 药物直接作用于患病部位, 有效提高了局部的生物利用度, 从而达到控制病灶发展, 促进病灶坏死、吸收及消退的目的^[4]。

5-氟尿嘧啶是对滋养细胞极为敏感的化疗药物, 在人体内将转变成 5-氟尿嘧啶脱氧核苷, 抑制胸腺嘧啶脱氧核苷酸合成酶, 阻止尿嘧啶脱氧核苷甲基转变为胸腺嘧啶脱氧核苷, 从而干扰 DNA 合成, 使滋养细胞死亡。该药物采取盆腔灌注用药方式, 安全, 不良反应小, 用于未破型异位妊娠疗效显著, 是基层医院适合开展的用药方式。

参考文献

- [1] 赵雯. 异位妊娠保守治疗两种方法的比较[J]. 吉林医学, 2011, 32(7): 1272-1273.
- [2] 高丹侠, 钱惠勤. 异位妊娠手术治疗 158 例临床分析[J]. 临床医学工程, 2011, 18(3): 407-408.
- [3] 安瑞娟, 王术云. 超声引导介入治疗异位妊娠的疗效与护理[J]. 国际护理学杂志, 2011, 30(3): 385-387.
- [4] 高善秀, 郝俊秀. 宫腹腔镜联合盆腔灌注在盆腔粘连致不孕症中的应用[J]. 中华全科医师杂志, 2007, 6(8): 495-496.
- [5] 部半透明厚度产前筛查胎儿染色体异常[J]. 北京大学学报: 医学版, 2005, 37(1): 39-41.
- [6] De Leon J, Sifuentes G, Hopkins C, et al. Maternal serum free beta-HCG levels in uncomplicated pregnancies at the 10th-15th week of gestation and the development of obstetric complications[J]. J Recond Med, 2004, 49(2): 89-95.
- [7] Spencer K, Tul N, Nicolaides KH. Maternal serum free β -HCG and PAPP-A infetal sex chromosome defect in the first trimester[J]. Prenat Diagn, 2009, 20(5): 390-396.
- [8] Kharfi A, Giguere Y, DeGrandpep P, et al. Human chorionic gonadotropin (HCG) maybe a marker of systemic oxidative stress in normotensive and preeclamptic term pregnancies[J]. Clin Biochem, 2008, 38(8): 717-721.
- [9] Borrelli PT, Butler SA, Docherty SM, et al. Human chorionic gonadotropin isoforms in the diagnosis of ectopic pregnancy [J]. Clin Chem, 2003, 49(2): 2045-2049.
- [10] Ledger WL, Sweeting VM, Chatterjee S. Rapid diagnosis of early ectopic pregnancy in an emergency gynaecology service—are measurement of progesterone, intact and free beta human chorionic gonadotrophin helpful[J]. Hum Reprod, 2004, 9(1): 157-160.
- [11] Bagshawe KD. Choriocarcinoma: a model for tumour markers [J]. Acta Onco, 1992, 31(1): 99-106.
- [12] trimeseter maternal serum AFP and total HCG in aneuploidies other than trisomy 21 [J]. Prenat Diagn, 2010, 20(8): 629-635.
- [13] Krantz D, Goetz IL, Simpson JL, et al. Association of extreme first trimester free human chorionic gonadotropin-beta, pregnancy-associated plasma protein A, and nuchal translucency within intrauterine growth restriction and other adverse pregnancy outcomes [J]. AM J Obstet Gynecol, 2010, 191(4): 1452-1458.
- [14] Hallahan TW, Krantz DA, Macri VJ, et al. First-trimester down syndrome screening [J]. Clin Chem, 2006, 52(1): 160-161.
- [15] 董晖, 李明, 李萍. 孕中期胎儿染色体异常产前筛查分析 [J]. 放射免疫学杂志, 2008, 18(4): 313-315.
- [16] 石清蒲, 孙雪梅, 赵晶. 血清游离 β -HCG 检测在妇产科的临床应用 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2008, 22(8): 634-636.
- [17] Wald NJ, George L, Smith D, et al. Serum screening for Down syndrome between 8 and 14 weeks of pregnancy [J]. Bri J Gynecol Obstet, 1996, 103(5): 407-412.
- [18] Spencer K, Liao AW, Skentou H, et al. Screening for triploidy by fetal translucency and maternal serum free β -HCG and PAPP-A at week of gestation [J]. Prenat Diagn, 2006, 20(6): 495-499.
- [19] 廖世秀, 黄飞飞, 杨艳丽, 等. 血清生化标记物结合胎儿颈

(收稿日期: 2011-03-22)

(收稿日期: 2011-04-25)