

超声引导下无痛人流术的临床应用

刘兴碧(重庆市合川区妇幼保健院妇产科 401520)

【摘要】 目的 探讨超声引导下的无痛人流术在临床应用的优点,提高手术质量,减少术中及术后并发症。**方法** 回顾性分析本院 2007 年 1 月至 2009 年 12 月来本院妇科门诊做无痛人流及可视无痛人流的病历资料,比较两组的手术时间、术中出血量、术中及术后并发症。**结果** 观察组手术时间短、出血少、吸宫不全或漏吸发生少、无子宫穿孔,术后阴道流血时间及术后月经量减少、宫腔黏连、宫颈管黏连发生明显少于对照组。**结论** 超声引导下的无痛人流术,具有手术时间短、术中出血少、术中及术后并发症发生率低的优点,值得基层医院推广应用。

【关键词】 超声引导; 可视无痛人流; 并发症

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.12.026 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)12-1465-02

The clinical application of ultrasonography on painless induced abortion LIU Xing-bi (Department of Gynaecology and Obstetrics, Maternal and Child Health Care Institution of Hechuan District, Hechuan, Chongqing 401520, China)

【Abstract】 Objective To study the advantages of ultrasonography on painless induced abortion in clinical application, in order to improve surgery quality and reduce intra-operation and post operation complications. **Methods** We retrospectively analyzed the painless induced abortion surgery cases and visible painless induced abortion surgery cases registered in the gynecology clinic of our hospital between January 2007 to December 2009, and compared the operation time, quantity of bleeding, intra-operation and post operation complications of the two groups. **Results** Compared with the control groups, the result showed the short-time operation, less quantity of bleeding, less incomplete or omitted uterine suction, shorter bleeding time, less phenomena of reduction of menstrual blood volume (MBV), intrauterine adhesion (IUA), endocervical canal blocking, without uterus perforation in the observation group. **Conclusion** The application of ultrasonography on painless induced abortion need less operation time, and cause less quantity of bleeding in operation, it also could reduce intra-operation and post operation complications, thus worthy of popularization and application in grass-roots unites.

【Key words】 ultrasonography; visible painless induced abortion; complications

人工流产分为早期人工流产和中晚期妊娠引产。早期人工流产可分为手术流产与药物流产 2 种方法。手术流产又分为负压吸引术和钳刮术。人工流产仅为避孕失败的补救措施,不能作为常用的节育方法^[1]。随着经济的迅速发展,人民生活水平的提高,医疗技术的迅猛发展和以人为本的个性化服务的医疗服务模式的转变,目前广泛开展了无痛人流术。非直视下的无痛人流术,虽然患者术中无痛苦,但仍然存在一定的盲目性。本院从 2007 年来开展超声引导下可视无痛人流术,大大地提高了手术质量,降低了手术风险,减少了术中及术后的并发症,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 分析 2007 年 1 月至 2009 年 12 月来本院妇科门诊要求无痛人流的所有病历资料,其中可视无痛人流 4 500 例,普通无痛人流 1 000 例。手术适应证^[2]:因为避孕失败或某些不宜继续妊娠的患者。患者年龄 16~45 岁,停经 40~84 d, B 超确定宫内早孕,两组孕妇在年龄、妊娠时间及孕次的比较差异无统计学意义(表 1)。

表 1 两组孕妇的一般情况

组别	n	平均年龄(岁)	妊娠天数(d)	孕次(次)
可视无痛人流组	4 500	25.13 ± 4.71	47.58 ± 4.18	2.19 ± 1.47
普通无痛人流组	1 000	24.92 ± 3.96	48.29 ± 1.22	2.31 ± 2.29
P	—	>0.05	>0.05	>0.05

注:—表示无数据。

1.2 监护仪器 贝尔森 700 型 B 超妇科手术监护仪。

1.3 麻醉方式 异丙酚静脉麻醉,术前建立静脉通道,麻醉师根据术中情况掌握异丙酚用量,个别病例异丙酚用量达 38 mL。

1.4 手术步骤 两组病例术前常规检查白带常规、血常规、凝血 4 项,心电图,胸部 X 线片,排除麻醉及人工流产禁忌证^[3]。术前禁食 8 h,禁饮 4 h,对妊娠时间为 70~84 d 及剖宫产术后 6 个月的患者,术前 2 h 阴道塞米索前列醇片 2 片。患者术前排空膀胱,取膀胱截石位,建立静脉通道,心电监护,吸氧,同时常规消毒铺巾,双合诊复查子宫位置及大小。可视无痛人流组根据子宫位置不同选择相应的带有 B 超探头的扩阴器,前位子宫选用前叶带有 B 超探头的扩阴器,后位子宫选用后叶带有 B 超探头的扩阴器,再次消毒后调整好探头位置,观察子宫腔大小、形态及孕囊大小,有无胎芽及着床位置等。在 B 超直视下按人流术操作规范进行,探测宫腔深度,逐渐扩张宫颈,10 周内妊娠者,用相应的吸头对准孕囊着床的位置以 400~500 mm Hg 的负压吸取孕囊^[4],孕囊消失后负压可稍降低,见宫腔线清晰后停止操作;妊娠时间为 70~84 d 的宫颈扩张开后,破水待羊水流尽先用卵圆钳夹取胚胎组织,再用吸管吸取、刮匙搔刮宫腔。普通无痛人流组按常规方法施术,感觉宫腔缩小,宫壁粗糙后停止手术。术后均检查吸出组织见绒毛或胎芽及蜕膜。手术时间,术中出血量详细记录。

1.5 临床观察指标 手术时间:记录探测宫腔深度开始到手术

术结束。术中出血量:负压吸引瓶的出血量+钳夹时阴道流血量。术后阴道流血大于 10 d 或出血量多于月经量者为阴道流血异常,宫颈管或宫腔黏连;术后 1 月多月经未来,且伴有下腹胀痛,B 超检查提示宫腔积液。月经减少或闭经:人流术后月经量明显减少,量少于以往月经的一半或不来月经。

1.6 统计学方法 结果采用 t 检验, $P < 0.01$ 为差异有统计

学意义。

2 结 果

可视无痛人流组手术时间明显短于对照组,术中出血量少于对照组,无子宫穿孔及吸宫不全或漏吸发生,术后阴道流血时间异常发生少,宫腔或宫颈管黏连、月经减少及闭经发生明显少于对照组。见表 2。

表 2 两组手术时间、术中及术后并发症比较

组别	手术时间≥3 s	术中出血量平均值(mL)	子宫穿孔	吸宫不全或漏吸	术后阴道流血	宫腔及宫颈管粘连	月经减少或闭经
观察组	10	11.5	0	1	9	3	18
对照组	36	17.5	9	35	46	7	42
P	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨 论

人工流产水平是评价生殖健康和优质服务的客观标准,是一个重要的生殖健康问题^[5],全球每年约有 4 000~6 000 万例人工流产,即全球妊娠的 26% 以流产为结局^[6],近年来有逐渐增高的趋势。无痛人流是指在静脉麻醉下进行的人工流产术,患者在睡眠中接受手术,痛苦小,当患者醒来时手术已结束^[7]。普通的无痛人流术虽然也能减轻患者手术过程中的痛苦,避免人流综合征,但是手术全依靠医生的感觉和经验,手术操作的时间较长,且易发生子宫穿孔、漏吸、吸宫不全或反复搔刮宫腔导致子宫内膜过度损伤,造成月经减少、闭经甚至宫腔、宫颈黏连、继发不孕或再次妊娠时子宫蜕膜发育不良,引起前置胎盘、胎盘黏连或植入^[8]。经阴道 B 超引导下的可视无痛人流术,医生术中可以调整阴道探头从 B 超显示屏了解子宫的位置大小、形态和孕囊的位置、大小及有无胎芽等情况。手术者可以将吸头口对准胚胎着床部位迅速吸出胚胎组织,确保找胚胎稳准快,从而缩短手术时间,减少术中不必要的操着,减少术中出血;而且还可以动态观察宫腔组织的清除过程及子宫收缩情况,手术过程清楚地观察探针、刮匙、吸头的活动位置及于宫壁的关系,有效地避免了子宫穿孔,同时通过不断地观察宫内胚胎组织清除情况,避免了医生担心吸宫不全或漏吸而过度刮宫造成术后月经减少或闭经、甚至宫腔黏连、引起继发不孕,再次妊娠胎盘黏连植入等远期并发症。在阴道 B 超引导下的无痛人流具有手术时间短,术中出血少吸宫不全、漏吸发生少,术后阴道流血少,以及术后月经减少、闭经及宫腔黏连发生少等优

点,既解除了患者痛苦,又减轻了医生的压力和风险,是值得在基层医疗单位应用的手术方式。

参考文献

[1] 丰有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版,2005:417.

[2] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2004:148.

[3] 李天秀,程洁,梁海霞. 异丙酚联合芬太尼静脉麻醉下行人工流产术临床观察[J]. 实用医学杂志,2007,23(8):1266.

[4] 乐杰. 妇产科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2004:398.

[5] 李颖. 中国人工流产现状及流产后计划生育服务进展[J]. 中国妇幼保健,2005,20(2):245-247.

[6] 潘贵玉. 2001 年全国计划生育/生殖健康调查分析报告集[M]. 北京:中国人口出版社,2002:65.

[7] 罗红. 异丙芬静脉实施人工流产 300 例分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,1997,(4):245-246.

[8] 杨倩. 人工流产对胎盘粘连的影响[J]. 中华现代妇产科学杂志,2007,4(3):98-99.

(收稿日期:2011-03-15)

(上接第 1464 页)

595-596.

[2] 林培国,杨晓艳,刘瑞明,等. 异型淋巴细胞在某些疾病诊断中的意义[J]. 江苏医药杂志,2002,28(6):472.

[3] 孙南雄,唐季和,陈钟英. 异型淋巴细胞与有关疾病[J]. 江苏医学,1983,5(31):263-264.

[4] 尹卫东,李立宏,郭帧. EDTA 盐抗凝血中白细胞形态的变化[J]. 张家口医学院学报,1999,16(4):12.

[5] 伊广旭,关琪. 忽视形态学检测导致临床漏误诊原因分析[J]. 沈阳医学院学报,2008,10(1):34-35.

[6] 李艳,丛玉隆,袁桂清. 加强形态学临床检验专家座谈会纪要[J]. 中华检验医学杂志,2005,28(2):147-148.

[7] 丛玉隆,孙蒂,陈宝梁. 当代血液分析技术与临床[M]. 北京:人民卫生出版社,1997:94.

[8] 罗鹏飞. 儿科疾病出现异形淋巴细胞的临床意义——附 100 例末梢血片分析[J]. 山西医学院学报,1982(5):57-59.

(收稿日期:2011-02-23)