

• 临床论著 •

宫腔镜技术诊治流产后妊娠物残留的临床价值

汪 清 郑瑞莲 陈 敏 谢 锋 隋 龙*

(复旦大学附属妇产科医院宫颈疾病诊治中心, 上海 200011)

【摘要】 目的 探讨应用米非司酮配合宫腔镜技术诊治流产后妊娠物残留的临床价值。方法 对 56 例早期流产后残留再次清宫术后仍有宫内妊娠物残留者, 应用米非司酮配合宫腔镜技术进行诊断并手术处理。宫腔镜术前用米非司酮 50 mg, 每日 2 次, 连续口服 7 天; 对宫腔镜手术后妊娠物残留仍未完全去除者继续用米非司酮 14 天。结果 1 例宫角妊娠物残留者术中出血 200 ml, 无其他并发症。手术一次完全去除残留物者 40 例, 术后 2 周复查血 β -hCG 均正常, B 超宫腔内无占位性病变; 另 16 例有宫角部残留组织, 术后口服米非司酮, 均于术后 2 个月内 B 超证实残留组织完全排出, 血 β -hCG 正常。33 例术后随访 1~6 个月, 平均 3 个月, 阴道流血、闭经、排液、腹痛等症状消失, 月经恢复正常。结论 应用米非司酮配合宫腔镜技术联合治疗流产后妊娠物残留临床效果满意。

【关键词】 宫腔镜; 流产后妊娠物残留; 米非司酮

中图分类号: R713.4

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2007)11-1101-03

Clinical Significance of Hysteroscopy on the Diagnosis and Treatment of Abortive Remnants Wang Qing, Zheng Ruilian, Chen Min, et al. Center of Cervix Diseases, Obstetrics and Gynecology Hospital, Medical Center of Fudan University, Shanghai 200011, China

【Abstract】 **Objective** To explore the clinical effects of hysteroscopy combined with mifepristone on the diagnosis and treatment of abortive remnants. **Methods** A total of 56 patients with abortive remnants, who had undergone uterine curettage after the abortion, were treated with mifepristone combined with hysteroscopy. Before hysteroscopy, mifepristone was taken orally at a dose of 100 mg daily (50 mg, Bid) for 7 days. After the surgery, those who still had remnants in the uterus were given mifepristone at the same dose for 14 days. **Results** No patient had complication during and after the hysteroscopy except for one, who had abortive remnants at the uterine horn, experienced blood loss of 200 ml. In 40 patients, the abortive remnants were removed completely by hysteroscopy. Two weeks after the surgery, laboratory examination of the patients showed normal blood β -hCG, and B-ultrasonography revealed no space-occupying mass in the uterus. In the other 16 patients, remnants were detected in the uterine horns after the hysteroscopy, and mifepristone was prescribed. These patients received reexaminations 2 months after the operation, and no abnormal blood β -hCG or remnants in the uterus was found. Among the 56 patients, 33 were followed up for 1-6 months (mean, 3 months). During the follow-up, their symptoms including vaginal bleeding or drainage, amenorrhea, and abdominal pain disappeared, and the menstruation became normal. **Conclusions** Hysteroscopy combined with mifepristone is an effective measure to diagnose and treat abortive remnants.

【Key Words】 Hysteroscopy; Remnant trophoblastic tissue; Mifepristone

通常处理流产后妊娠物残留的方法是在确诊或怀疑有妊娠物残留后行清宫术, 由于清宫术是盲视下操作, 如合并子宫异常或残留物粘连紧密, 往往难以成功, 而且对周围内膜易造成过度损伤。宫腔镜技术的应用为流产后残留物的诊疗提供了新的方法^[1]。但仅靠宫腔镜下手术往往不易一次将残留物去除干净, 特别是宫角部位流产后易有残留物粘连, 刮宫易遗漏。2005 年 6 月~2007 年 5 月, 我们对 56 例人工或药物流产后有妊娠物残留经再次清宫仍有残留者行宫腔镜手术, 手术前后配合口服米非司酮, 均治愈, 无并发症, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 56 例, 年龄 24~36 岁, 平均 32 岁。44 例行人工流产时间为孕 45~65 d, 平均 48 d; 12 例行药物流产时间为孕 40~48 d, 平均 42 d。再次清宫术后至残留诊断时间 14~90 d, 平均 22 d。44 例术后反复阴道流血, 持续时间 10~70 d, 其中 12 例伴下腹痛; 12 例术后闭经。B 超检查子宫内黏膜线模糊或不连续甚至消失, 宫内可探及致密的中强回声光团, 分布不均匀, 其周围有不规则低回声或无回声,

或宫内为中等偏低回声,不规则,均提示宫内流产残留可能。血 β -hCG 正常 4 例,52 例升高(6~800 IU/L,平均 68 IU/L)。

病例选择标准:在我院或外院常规人工流产或药物流产后 B 超诊断妊娠物残留,再次在我院清宫术后 B 超诊断仍有残留者。排除标准:人工流产或药流术后 B 超诊断妊娠物残留未再次清宫者;疑有子宫穿孔者;急性生殖道炎症者。

1.2 方法

口服米非司酮 50 mg 每日 2 次,连续 7 天,然后行宫腔镜检查。以 2% 利多卡因做宫颈阻滞麻醉。采用日本 OLYMPUS 电视显像系统,国产 GPQ22 型膨宫机,生理盐水为膨宫液,设定膨宫压力 13~15 kPa。国产金宝隆一体式宫腔镜。常规消毒外阴阴道,扩张宫颈口至 Hegar 7.0 号,探测宫腔深度,连接宫腔镜诊断系统,置入宫腔镜观察宫腔。如发现宫腔粘连,先行双极电汽化去除宫腔粘连,分离粘连后再次观察宫腔,如发现有残留妊娠物,镜下诊断、定位及确定残留物体积,随后扩张宫颈管并行钳刮术,钳刮去除组织后再次置宫腔镜观察确认是否已将残留物去除干净,仍残留组织者予以双极电汽化切割残留组织直至完全切除。对于活动性出血灶,可用双极电凝止血。位于宫角部的残留组织因粘连致密、宫角部宫壁较薄、术中极易出血和损伤,不求一次完全切除。有残留者术后口服米非司酮 14 天。

2 结果

本组 56 例手术均安全进行,未发生感染、子宫穿孔及周围脏器损伤。手术时间 10~20 min,平均 16 min。膨宫液用量 500~1000 ml,平均 600 ml。宫腔深度 8~13 cm,平均 8.5 cm(2 例宫腔深度达 13 cm,2 例子官位置严重后屈)。在宫腔镜下可见子宫腔内不规则团块,呈白色或灰黄色,组织质脆,残留时间较长者组织可伴机化并有僵硬感,与宫壁紧密粘连,其中 12 例附于前壁近宫底处,13 例位于子宫左或右侧壁,4 例位于子宫下段近内口处,7 例位于子宫后壁近宫底处,20 例位于两侧宫角。15 例为子宫不全中隔,17 例合并宫腔粘连。1 例宫角妊娠物残留者术中出血 200 ml,应用垂体后叶素和缩宫素后血止。病理组织学检查均诊断为胎盘绒毛及坏死组织。

36 例残留组织位于子宫前、后、侧壁及子宫下段者均一次手术完全去除,术后 2 周复查血 β -hCG 均正常,B 超提示宫腔内无占位性病变;20 例宫角妊娠物残留者用双极电汽化手术后 4 例完全取出残留组织,16 例宫角部妊娠物残留组织无法一次去除干净,术后继续口服米非司酮 14 天,血 β -hCG 不同程度下降,术后 2 个月复查,血 β -hCG 均正常,B 超提示宫腔内无占位性病变。33 例术后随访 1~6 个

月,平均 3 个月,阴道流血、闭经、排液、腹痛等症状消失,月经恢复正常。

3 讨论

3.1 宫腔镜技术在处理流产后残留中的临床价值

宫腔内流产后残留,轻者可导致不规则性或持续性阴道流血,重者引起盆腹腔感染、宫腔粘连、继发不孕等^[2]。以往对流产后残留者多采用常规清宫治疗,但临床实践中常会遇到一次和多次清宫不全,甚至因多次清宫而感染导致 Asherman 综合征的患者,或者是清宫后患者仍阴道流血,可见常规清宫术的有效性还不十分令人满意。国内陈萍等^[2]报道清宫术的组织残留率达 34%,特别是流产后残留者病程较长,残留组织机化、粘连,或者位于宫角,或子宫位置过度屈曲以及合并子宫畸形等情况时,常规清宫的失败率显著增高。对于近期有剖宫产和子宫手术史者,常规清宫的风险较宫腔镜引导下清宫明显增加^[3]。同时由于子宫角特殊的解剖位置,往往造成清宫时的漏吸、吸宫不全甚至宫角部穿孔^[4]。借助宫腔镜检查,在直视下可辨别出残留物的性质、形态、大小及确切位置,还可辨别宫腔形态有无异常,然后再行清宫术,并可以宫腔镜检查判断清宫效果,减少再次手术的机会^[5]。本组 56 例妊娠物残留经常规清宫术后仍有残留者,宫腔镜检查后发现 20 例为宫角部残留,15 例为子宫不全中隔,17 例宫腔粘连,2 例宫腔深 13 cm,2 例子官严重后屈,说明常规清宫失败,是因为手术有疑难因素。由此可见宫腔镜治疗此类患者的临床价值。

3.2 单纯应用宫腔镜治疗宫角部流产后残留的局限性

Cohen 等^[6]回顾性分析临床或超声扫描怀疑流产残留 70 例,分成传统刮宫组和宫腔镜下手术组。用传统方法刮宫者,有 20.18% 的患者因流产残留物持续存在而行宫腔镜手术,而宫腔镜手术组无一例发生持续残留。但我国熊金玲等^[7]报道 B 超、宫腔镜联合诊断治疗胎盘残留的有效率为 94.4% (153/162),另有 9 例因胚胎组织残留时间长,紧密粘连,口服米非司酮后,全部取出。我们也认为流产后残留特别是位于宫角部者,由于流产后时间长,宫角部位宫壁较薄,胎盘组织与宫壁粘连紧密或胎盘组织机化,单一宫腔镜手术有时根本无法一次去除干净,若强行操作可导致严重损伤或术中术后大出血。本组 20 例宫角部妊娠物残留者仅 4 例完全去除,余 16 例不同程度残留。

杨业洲等^[8,9]报道米非司酮能抑制滋养叶细胞增生,诱导和促进其凋亡,从而使绒毛变性坏死和吸收。本组采用宫腔镜术前口服米非司酮 50 mg,每日 2 次,连续 7 天,16 例术后有残留者继续口服 14 天,残留组织完全排出,效果令人满意。(下转第 1105 页)

清晰术野下碎石。注意水压不要过大,以免肾盂及输尿管内压力过高。②用钬激光或电凝钩先将部分息肉烧掉,也可用异物钳夹除部分息肉后再碎石。注意勿烧透输尿管壁造成穿孔。③先小心使结石松动,将结石推向上方,离开嵌顿处,输尿管镜前端跨过息肉,在其上方碎石。注意防止结石上移到肾盂内。④若结石不可移动,先将结石碎出一通道,在结石旁边放置 F₄ 输尿管导管,在安全导丝和导管旁自结石边缘开始碎石。必要时可置留 2 根输尿管导管。对于严重梗阻的结石,有作者报道输尿管镜联合经皮肾镜的方法,取得满意的碎石成功率^[6]。

3.3 输尿管扭曲成角,上行困难

常因解剖变异、呼吸幅度大、肾重度积水、输尿管完全梗阻、输尿管收缩蠕动等原因造成输尿管迂曲扩张、折叠成角,使硬性输尿管镜无法上行。本组 4 例,占 21%。此时强行进镜容易造成输尿管穿孔。常用对策:①弄清扭曲的部位和成角的原因,输尿管蠕动引起者,待收缩蠕动波过后再进镜;呼吸幅度过大引起者,嘱病人减慢呼吸;依扭曲方向不同,改变患者体位如头高脚低、左右倾斜等^[7]。②使用导引导丝或输尿管导管,超出输尿管镜前端 2~3 cm,使前方输尿管摆直,沿输尿管腔走行方向缓慢进镜。③导管或导丝不能置入时,可先行经皮肾造瘘,待肾积水减少后,输尿管迂曲成角得到改善后再行手术。

(上接第 1102 页)

3.3 妊娠物残留宫腔镜治疗的经验总结

以下情况应选择宫腔镜治疗:①宫角部妊娠物残留;②B 超发现或术中怀疑有子宫不全中隔或宫腔粘连;③人流手术中发现子宫较大(宫腔 > 11 cm);④子宫严重后屈者;⑤患者系人工流产而非药物流产后残留排除手术者技术不佳因素后,建议积极用宫腔镜治疗。

宫腔镜手术时,除防止手术可能导致的心脑综合征、水中毒、子宫穿孔、气体栓塞等并发症外,在行宫腔镜治疗宫角部妊娠物残留者,必须强调操作时动作轻柔、谨慎,尤其在宫角刮刮时避免穿孔。宫角部子宫内膜较薄,受孕后胎盘植入几率大,一旦穿孔致子宫破裂,会导致致命的大出血,因此,必须同时强调齐全的医疗设备,熟练操作的技术力量,还要具有开腹手术的条件,以免发生意外^[4]。本组手术中出现 1 例大出血,立即停止手术操作,退出宫腔镜,并积极应用立止血和缩宫素肌注止血(若患者无高血压可宫颈局部注射垂体后叶素)。对于宫角部妊娠物残留者必要时腹腔镜监护下手术,以免子宫穿孔和大出血。

总之,宫腔镜直视下治疗流产后残留具有明显优越性,避免因多次清宫感染并导致 Asherman 综合征。米非司酮配合宫腔镜技术治疗流产后残留更提

高,硬性输尿管镜钬激光或气压弹道碎石术治疗输尿管结石是安全有效的。解决硬性输尿管镜碎石术中困难的关键在于术者的操作技巧与经验。熟悉输尿管的解剖特点,熟练掌握手术操作和碎石技巧,可以减少并发症,提高碎石成功率。

参考文献

- Johnson DB, Pearle MS. Complications of ureteroscopy. Urol Clin North Am, 2004, 31(1): 157-171.
- 王宇雄,周沈阳,范立新,等. 输尿管镜手术上镜困难的原因与对策. 临床泌尿外科杂志, 2007, 22(1): 23-24.
- Patel RC, Newman RC. Ureteroscopic management of ureteral and ureteroenteral strictures. Urol Clin North Am, 2004, 31(1): 107-113.
- 方克伟,李泽惠,徐鸿毅,等. 经尿道输尿管镜技术在泌尿外科的应用(附 1100 例报告). 中华泌尿外科杂志, 2007, 28(3): 192-195.
- Alapont AJM, Broseta RE, Pontones MJL, et al. Complication of uretero renoecopy. Actas Urol Esp, 2003, 27(9): 692-699.
- 梁 辉,吴荣佩,李锐飞,等. 输尿管镜联合肾镜处理输尿管中下段大结石. 中国内镜杂志, 2007, 13(1): 18-19.
- 李建昌,张会清,张英杰,等. 输尿管镜下气压弹道碎石术治疗输尿管结石. 中国微创外科杂志, 2007, 7(3): 251-254.

(收稿日期:2007-04-24)

(修回日期:2007-08-01)

(责任编辑:王惠群)

高了宫角部流产后残留的清除率,值得在临床工作中推广。

参考文献

- 夏恩兰,殷 华,黄晓武,等. 宫腔镜宫内异物取出术及其监护方法的探讨. 中国实用妇科与产科杂志, 2002, 18(11): 673-674.
- 陈 桦,林 俊,徐开红. 宫腔镜诊治宫内妊娠物残留 56 例分析. 浙江预防医学, 2005, 17(12): 48-49.
- 徐大宝,薛 敏. 宫腔镜在不全流产诊治中的价值. 中国内镜杂志, 2004, 10(3): 38-40.
- 张仲芳,施如霞,沈美华,等. 宫腔镜联合 B 超诊治早期宫角妊娠. 中国微创外科杂志, 2005, 5(6): 476-477.
- 王永莉,傅桐攀,李剑霞. 宫腔镜在诊治宫内妊娠物残留中的作用. 新疆医科大学学报, 2006, 23(3): 262.
- Cohen SB, Kalter-Ferber A, Weise BS, et al. Hysteroscopy may be the method of choice for management of remnant trophoblastic tissue. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2001, 8: 199-202.
- 熊金玲,张慧莉. 应用宫腔镜与 B 超联合诊治妊娠组织残留的临床分析. 中国医师杂志, 2006, 8(4): 541.
- 杨亚洲,曹泽毅,韩学研,等. 米非司酮对早孕绒毛细胞增殖和凋亡的影响. 中华妇产科杂志, 1998, 33(5): 268-270.
- 郭桂芝. 米非司酮用于胎盘残留的效果观察. 中国妇幼保健, 2006, 21(19): 2762.

(收稿日期:2007-07-09)

(修回日期:2007-09-08)

(责任编辑:王惠群)