

改良式宫颈环扎术治疗宫颈机能不全疗效观察

黄 敏

作者单位: 542899 广西,贺州市人民医院妇产科

作者简介: 黄 敏(1979-),女,研究生学历,医学学士,主治医师,研究方向:妇产科疾病诊治,生殖医学。E-mail:huangmin9712@126.com

[摘要] **目的** 探讨改良式宫颈环扎术治疗宫颈机能不全的疗效。**方法** 将该院诊断为宫颈机能不全的41例患者随机分为两组:A组20例行McDonald环扎法缝扎宫颈;B组21例行改良式宫颈环扎法缝扎宫颈。**结果** A组获得活婴19例(95.0%),其中足月产13例(65.0%),早产6例(30.0%)。B组获得活婴20例(95.2%),其中足月产18例(85.7%),早产2例(9.5%)。两组获得活婴率比较差异无统计学意义($P > 0.05$),但早产率比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** 行改良式宫颈环扎法缝扎宫颈与McDonald环扎法缝扎宫颈获得活婴率差异无统计学意义,但改良式宫颈环扎法能延长孕周,降低早产率。

[关键词] 宫颈机能不全; 改良式宫颈环扎术; 复发性流产

[中图分类号] R 713 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2013)03-0258-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.03.25

The value of modified cerclage in the treatment of cervical incompetence *Department of Obstetrics and Gynecology, Hezhou People's Hospital, Guangxi 542899, China*

[Abstract] **Objective** To discuss the value of modified cerclage in the treatment of cervical incompetence.

Methods Forty-one patients with cervical incompetence in our hospital were stochastically divided into two groups: In Group A ($n=20$), the patients were performed cerclage using McDonald type. In Group B ($n=21$), the patients were performed modified cerclage in the treatment. **Results** In Group A, 19 patients resulted in live births (live births rate was 95.0%); including 13 cases resulted in mature births (65.0%); 6 cases of premature delivery (30.0%). In Group B, 20 cases resulted in live births (live births rate was 95.2%); including 18 cases of mature delivery (85.7%); 2 cases of premature delivery (9.5%). There was no significant difference between Group A and B in live births rate ($P > 0.05$). There was significant difference in premature delivery rate ($P < 0.01$). **Conclusion** There was no significant difference between McDonald type and modified cerclage in live births rate. Modified cerclage in the treatment of cervical incompetence can prolong pregnant period and reduced premature delivery rate.

[Key words] Cervical incompetence; Modified cervical cerclage; Recurrent spontaneous abortion (RSA)

宫颈机能不全是导致孕晚期自然流产和早产的主要原因,其发生率为0.1%~2.0%,在孕16~28周的复发性流产中占15%左右^[1]。宫颈环扎术作为治疗宫颈机能不全的主要方式,至今已有50年历史。现将我院2009-06~2012-06诊断为宫颈机能不全41例患者随机分为A、B两组,择期分别行McDonald环扎法与改良式宫颈环扎法缝扎宫颈,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2009-06~2012-06在我院诊断为宫颈机能不全患者41例,年龄22~37(30±2.8)岁。曾反复中期流产2~5次,孕2~5次,产0~1次。人工流产≥2次者22例,有急产史者15

例,难产史者4例。孕周4~12周,其中有流产征兆16例,合并生殖道炎症7例(阴道炎2例,宫颈炎5例)。所有患者经针对性抗感染,人绒毛膜促性腺激素(hCG)+黄体酮保胎治疗,先兆流产症状好转。全部病例根据病史、术前体检及B超检查均未发现单双角子宫、鞍状子宫、纵隔子宫等子宫畸形,以及胎儿、胎盘异常和严重内分泌疾病。将41例宫颈机能不全患者随机分为A、B两组。A组20例,年龄(25.63±2.32)岁,妊娠时间(53.75±2.11)d,孕次(2.27±0.82)次,产次(0.52±0.25)次。B组年龄(26.28±1.98)岁,妊娠时间(54.30±1.87)d,孕次(2.45±1.01)次,产次(0.47±0.27)次。两组年龄、妊娠时间、孕次、产次比较差异均无统计学意义

($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 宫颈机能不全诊断标准 (1) 有明确反复性中期妊娠流产史; (2) 流产时往往无先兆症状, 既往无子宫收缩痛而颈管消失, 甚至羊膜囊突出^[2]; (3) 非孕时期, 无阻力通过 8 号宫颈扩张器; (4) 非孕时期将 Foley 导尿管插入宫腔, 囊内注入 1 ml 生理盐水, 如 < 600 g 重量即可牵出; (5) 非孕时期, 子宫输卵管碘油造影: 宫颈缩短, 管径 > 6 mm; (6) 妊娠期, 宫颈指检宫颈阴道部较短, 甚至消退, 内外口松弛, 可容一指通过, 有时可触及羊膜囊或见有羊膜囊突出于宫颈外口; (7) B 超检查三条径线中一条异常, 孕 12 周宫颈长度 < 25 mm, 宽度 > 32 mm, 内径 > 5 mm^[3]。具备上述诊断第 1 条, 符合其他 6 条中任何 1 条即可确诊。

1.3 术前准备 两组宫颈机能不全患者, 在宫颈缝扎前均常规检查血常规、C-反应蛋白、阴道分泌物、宫颈聚合酶链反应 (PCR)、淋球菌 (NGH)、衣原体 (CT)、支原体 (UU)、宫颈分泌物细菌培养 + 药敏。B 超检查了解宫颈管长度、宫口宽度及水囊楔形嵌入情况, 排除胎儿畸形。所有患者经针对性抗感染, hCG + 黄体酮保胎治疗, 先兆流产症状好转。

1.4 手术方法 两组患者均采用硬膜外麻醉或骶麻。(1) A 组患者采用 McDonald 环扎法: 在宫颈与阴道交界处, 双 10 号丝线穿过黏膜及肌层然后再穿出黏膜, 至少进入 2/3 以上肌层深度, 但不穿透黏膜, 环绕宫颈 1 ~ 11 点、10 ~ 8 点、7 ~ 5 点、4 ~ 2 点分别缝合 4 针, 每针之间丝线套上长约 1.0 ~ 5 cm 硅胶管, 拉紧后打结。环扎后宫颈外口处以容一指尖为宜。McDonald 环扎法缝线仅能达到宫颈中 1/3 段^[3]。(2) B 组患者采用改良式宫颈环扎法: 在 McDonald 环扎法环扎环上方, 用宫颈 U 形缝合加强缝扎一次, 每针之间丝线同样套上长约 1.0 ~ 5 cm 硅胶管, 拉紧后打结。两道缝扎环间距离 0.5 cm 以上。一般妊娠 37 周拆线, 出现严重感染有分娩先兆者可提前拆线。

1.5 术后处理 两组患者术后均臀高卧位绝对卧床休息, 保留尿管 24 ~ 48 h, 继续应用抗生素 3 d。同时每日静滴硫酸镁 15 g, 3 d 后减量至 7.5 g, 共 2 d。肌注黄体酮 20 mg 共 5 d。应用硫酸镁过程中监测呼吸、膝腱反射、尿量等, 防止硫酸镁中毒。精神紧张者加用镇静药。住院期间视宫缩及阴道分泌物情况用硫酸镁抑制宫缩及抗生素预防感染治疗。28 周前休息为主, 28 周后床上活动及适当床边活动, 避免久坐或久站。合理膳食, 保持大便通畅。妊娠

37 周拆线待产。出现严重感染及分娩先兆要及时拆线以免造成宫颈严重裂伤。

1.6 统计学方法 应用 SPSS13.0 统计软件进行数据处理, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组比较采用 t 检验, 计数资料组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

A 组获得活婴 19 例 (95.0%), 失败 1 例。其中早产 6 例 (30.0%), 足月产 13 例 (65.0%)。B 组获得活婴 20 例 (95.2%), 失败 1 例。其中早产 2 例 (9.5%), 足月产 18 例 (85.7%)。两组获得活婴率比较差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.48, P > 0.05$), 但早产率比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.67, P < 0.01$)。A 组 1 例孕 21 周因自然破膜, 被迫拆除环扎线, 自然流产, 检查宫颈分泌物培养见肠球菌生长。B 组 1 例孕 24 周因宫颈炎诱发分娩先兆被迫拆除环扎线, 自然流产, 检查宫颈分泌物培养见表皮葡萄球菌。

3 讨论

3.1 宫颈机能不全的发生原因尚不明确, 先天性宫颈机能不全患者的宫颈含纤维组织、弹性纤维及平滑肌均较少; 后天获得性宫颈机能不全患者由于宫颈诊刮、椎切、烧灼、切除、难产致宫颈内口纤维组织断裂, 峡部括约肌能力降低, 使宫颈呈病理性扩张和松弛。宫颈环扎术作为治疗宫颈机能不全的主要方式分为 3 种: (1) 择期宫颈环扎术。患者均在孕前或孕早期明确诊断而行此手术; (2) 应急性宫颈环扎术。超声发现宫颈管 < 2.5 cm, 宫颈内口呈“漏斗状”改变时行此手术; (3) 紧急性宫颈环扎术。患者有典型的宫颈机能不全症状, 宫颈扩张 ≥ 2 cm, 有或无宫缩, 宫颈外口可见或未见胎胞时行此手术。择期宫颈环扎术成功率明显高于应急性及紧急性宫颈环扎术。择期手术时间选择一般在 12 ~ 20 周, 最晚不宜超过 24 周。有文献^[4]报道, 孕 20 周前与孕 20 周后施术成功率差异无统计学意义, 但是 20 周前环扎组分娩时妊娠天数以及新生儿出生时体质量均较 20 周后环扎组明显增加。提示在孕 20 周前进行宫颈环扎对延长孕周, 增加新生儿体质量可能更有益。近年来, 还有学者^[5]提出对漏诊病例行紧急性宫颈环扎术。Daskalakis 等^[6]研究表明, 虽然急诊宫颈环扎术疗效较非急诊宫颈环扎术低, 但较期待治疗组孕期明显延长, 新生儿成活率明显提高, 早产率降低, 成功率为 77.7%。因此, 一旦发现有宫颈机能不全临床表现者, 即使羊膜囊明显膨出, 仍可争取手术治疗, 以改善妊娠结局。早期诊断宫颈机

能不全,争取预防性行择期宫颈环扎术,是降低晚期自然流产率和早产率,增加新生儿体质量的关键。

3.2 由于宫颈环扎术后子宫敏感性增高,易出现宫缩激惹。所以宫颈环扎术后采用宫缩抑制剂来预防临产的发生。目前首选的宫缩抑制剂是利托君,但该药在心血管方面副作用较为明显,如出现较大副作用时,应尽早改用缩宫素受体拮抗剂来抑制宫缩。因此,积极正确使用宫缩抑制剂是提高宫颈环扎术成功率的关键。

3.3 寄生于健康女性阴道内的正常菌群有革兰氏阳性需氧菌、革兰氏阴性需氧菌、Mobiluncus 菌、支原体、念珠菌等。当阴道生态系统平衡受到破坏时导致阴道内原有细菌失调,引起感染。宫颈环扎术后的感染因素多为阴道炎上行感染。本组宫颈环扎失败患者,宫颈细菌培养中培养出肠球菌及表皮葡萄球菌均为阴道内的正常菌群。宫颈局部的感染为阴道正常菌群上行感染多见。其发病机制主要由细菌引发炎症反应,释放各种细胞因子、各种酶类、炎性介质,致使胶原纤维束松解、胶原降解。胎膜脆性明显增加,可造成胎膜早破,致宫颈软化成熟,诱发和加重宫颈机能不全的发生。细胞内的白介素 IL-1、IL-6、IL-8,磷酸酯酶 A₂,毒素,肿瘤坏死因子等均能促使羊膜生成前列腺素而诱发宫缩,严重时也可造成胎膜早破^[7]。因此,为预防感染发生,择期手术前及术后出现激惹宫缩及阴道分泌物异常,应行血常规、血清 C 反应蛋白、阴道分泌物检查,宫颈分泌物培养,异常者给予相应治疗。阴道炎上行感染可引起羊膜炎胎膜早破、诱发宫缩致流产、早产,对手术成败有直接影响。术前行常规生殖道炎症检

查,彻底而有效治疗潜在的感染,有利于手术取得满意效果^[8]。

3.4 孕期保健对妊娠结局也有一定关系影响,孕妇应以休息为主,28 周前床上活动,28 周后适当床边活动,避免久坐及长时间行走,保持足够睡眠,心情愉悦,多吃维生素类食物,保持大便通畅。注意个人卫生,保持阴部清洁,防止阴道感染。

本组研究结果表明,McDonald 环扎法及改良式宫颈环扎法缝扎宫颈治疗宫颈机能不全,均可有效降低晚期流产率,且简单易行、安全可靠。但改良式宫颈环扎法缝扎宫颈治疗宫颈机能不全,更能延长孕周,降低早产率。

参考文献

- 1 夏晓艳,黄醒华. 宫颈机能不全的诊治进展[J]. 实用妇产科杂志,2005,21(4):210-212
- 2 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1999:325.
- 3 张昔阴. 实用妇产科学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2010:156-157,160.
- 4 王笑非,龚惠,钟一树,等. 宫颈环扎术治疗宫颈机能不全的临床研究[J]. 中国临床医学,2010,17(5):712-715.
- 5 崔红,刘红霞,李秋玲. 紧急宫颈环扎术治疗晚期难免流产40例临床分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(7):527-529.
- 6 Daskalakis G, Papantoniou N, Mesogitis S, et al. Management of cervical insufficiency and bulging fetal membranes[J]. Obstet Gynecol, 2006,107(2 Pt 1):221-226.
- 7 冉丽萍. 胎膜早破的原因和诊断[J]. 中国当代医药,2011,18(21):203-204.
- 8 Romero R, Espioza J, Goncalves LF, et al. The role of inflammation and infection in preterm birth[J]. Semin Reprod Med,2007,25(1):21.

[收稿日期 2012-09-19][本文编辑 黄晓红 韦颖]

氨茶碱致血压急骤升高 1 例

• 病例报告 •

张绍兵

作者单位: 441700 湖北,谷城县冷集中心卫生院

作者简介: 张绍兵(1975-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:心血管内科疾病的诊治。E-mail:907929167@qq.com

[关键词] 氨茶碱; 血压急骤升高; 不良反应

[中图分类号] R 97 [文章编号] 1674-3806(2013)03-0260-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2013.03.26

1 病例介绍

患者,男,61岁。因咳嗽、咳痰、气喘 1 周,于

2012-10-12 入院。既往史:否认高血压、冠心病病史,无药物、食物过敏史。入院体格检查:T 37.8℃,