

临床并发症丛书

Linchuang Bingfazheng Congshu

妇产科疾病并发症
鉴别诊断与治疗

妇产科疾病并发症 鉴别诊断与治疗

主编 洛若愚 曹来英

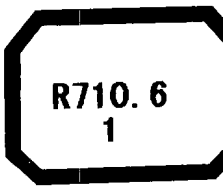
科学

0.6

出版社

科学技术文献出版社

R710.6
1



临床并发症丛书

妇产科疾病并发症 鉴别诊断与治疗

主 编	洛若愚	曹来英		
副主编	张 蔚	魏 敏	王丽荣	张丽萍
编 委	胡章和	刘元姣	洛若愚	贺 翔
	张 蔚	梁 华	申复进	曹来英
	洪 莉	李彦博	李 新	程艳香
	杨文武	陈建华	魏 敏	刘 谦
	匡军秀	刘玉凌	王丽荣	鲍 燕
	孙掩梅	程苾恒	吴娟子	明 蕾
	蒋 丽	任 为	郭凤琴	熊平安
	黄丽琼	杨 洋	陶 璐	雷曼殊
	陈 姣	王毅军		

科学技术文献出版社

Scientific and Technical Documents Publishing House

北 京

图书在版编目(CIP)数据

妇产科疾病并发症鉴别诊断与治疗/洛若愚,曹来英主编.-北京:科学技术文献出版社, 2010.1

(临床并发症丛书)

ISBN 978-7-5023-6505-9

I. 妇… II. ①洛…②曹… III. 妇产科-并发症-诊疗 IV. R710.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 218598 号

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号(中央电视台西侧)/100038
图书编务部电话 (010)58882938,(010)58882087(传真)
图书发行部电话 (010)58882866(传真)
邮 购 部 电 话 (010)58882873
网 址 <http://www.stdph.com>
E-mail:stdph@istic.ac.cn
策 划 编 辑 李 洁
责 任 编 辑 李 洁
责 任 校 对 唐 炜
责 任 出 版 王杰馨
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京国马印刷厂
版 (印) 次 2010 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
开 本 787×1092 16 开
字 数 509 千
印 张 23.25
印 数 1~4000 册
定 价 48.00 元

© 版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换。

目 录

第一章 病理妊娠并发症	(1)
第一节 流产并发症	(1)
第二节 早产并发症	(13)
第三节 胎膜早破并发症	(46)
第四节 胎儿生长受限并发症	(49)
第五节 胎儿窘迫并发症	(61)
第六节 异位妊娠并发症	(77)
第七节 妊娠剧吐并发症	(79)
第八节 妊娠期肝内胆汁淤积症并发症	(82)
第九节 妊娠期高血压疾病并发症	(85)
第十节 前置胎盘并发症	(117)
第十一节 胎盘早剥并发症	(122)
第十二节 母子血型不合溶血病	(127)
第二章 内科疾病的并发症	(132)
第一节 妊娠合并心脏病的并发症	(132)
第二节 妊娠合并肝炎并发症	(138)
第三节 妊娠合并糖尿病并发症	(144)
第四节 甲状腺危象	(146)
第五节 妊娠合并泌尿系统疾病并发症	(147)
第三章 妊娠合并外科疾病并发症	(154)
第一节 急性腹膜炎	(154)
第二节 流产	(156)
第三节 早产	(156)
第四节 早产胎膜早破	(159)
第五节 死胎	(160)
第六节 感染性休克	(160)
第四章 分娩期并发症	(163)
第一节 产后出血的并发症	(163)

第二节 羊水栓塞的并发症	(168)
第五章 产褥期并发症	(171)
第六章 产科手术并发症	(172)
第一节 自然分娩并发症	(172)
第二节 产钳术损伤	(201)
第三节 胎头吸引术并发症	(203)
第四节 臀位分娩并发症	(205)
第五节 毁胎术并发症	(212)
第六节 剖宫产手术并发症	(226)
第七章 女性生殖内分泌疾病并发症	(231)
第一节 功能失调性子宫出血并发症	(231)
第二节 多囊卵巢综合征	(233)
第三节 激素替代治疗并发症	(236)
第八章 外阴疾病并发症	(244)
第一节 前庭大腺囊肿手术并发症	(244)
第二节 外阴癌手术并发症	(246)
第九章 阴道壁肿瘤切除术并发症	(249)
第十章 宫颈癌并发症	(251)
第一节 疾病本身并发症	(251)
第二节 术中并发症	(253)
第三节 功能障碍	(269)
第四节 腹腔镜宫颈癌根治术并发症	(274)
第五节 腹腔镜阴式广泛性宫颈切除术并发症	(276)
第十一章 子宫疾病并发症	(278)
第一节 子宫肌瘤并发症	(278)
第二节 子宫内膜癌并发症	(284)
第十二章 卵巢疾病并发症	(286)
第一节 疾病本身并发症	(286)
第二节 手术治疗并发症	(295)

第十三章 输卵管疾病及手术并发症	(300)
第一节 输卵管绝育术远期并发症	(300)
第二节 绝育术后输卵管复通术并发症	(302)
第十四章 妊娠滋养细胞疾病并发症	(305)
第一节 葡萄胎并发症	(305)
第二节 妊娠滋养细胞肿瘤并发症	(308)
第十五章 子宫内膜异位症并发症	(311)
第一节 疾病本身的并发症	(311)
第二节 手术治疗并发症	(312)
第三节 药物治疗并发症	(318)
第十六章 女性生殖器官发育异常并发症	(319)
第一节 先天性无阴道的阴道成形术并发症	(319)
第二节 阴道横膈、纵隔手术并发症	(321)
第十七章 女性生殖器官损伤性疾病并发症	(323)
第一节 盆腔器官脱垂手术并发症	(323)
第二节 压力性尿失禁手术并发症	(326)
第三节 生殖道瘘并发症	(328)
第十八章 妇科腹腔镜手术并发症	(330)
第一节 术中并发症	(330)
第二节 术后并发症	(337)
第十九章 宫腔镜手术并发症	(339)
第一节 术时并发症	(339)
第二节 术后近期并发症与防治	(344)
第三节 术后远期并发症与防治	(345)
第二十章 尿瘘	(348)
参考文献	(360)

第一章

病理妊娠并发症

第一节 流产并发症

流产是指妊娠不足 28 周,胎儿体重不足 1000 克而终止者。流产发生在妊娠 12 周以前者为早期流产,发生在 12~28 周者为晚期流产。流产可分为自然流产和人工流产。自然流产按发展不同的阶段,分为先兆流产、难免流产、不完全流产、完全流产、稽留流产、习惯性流产及流产合并感染;人工流产可分为早期人工流产和中期妊娠引产。早期人工流产分为手术流产与药物流产两种方法。手术流产是指妊娠 14 周以内,因意外妊娠、优生或疾病等原因而采用手术方法终止妊娠。手术流产又分为负压吸引术与钳刮术,负压吸引术适用于 6~10 周的妊娠,而钳刮术适用于 10~14 周的妊娠。药物流产是指早期妊娠应用药物终止妊娠的方法。目前临床应用的药物为米非司酮配伍米索前列醇,终止早

孕完全流产率达 90% 以上。米非司酮是一种类固醇抗孕激素制剂,具有抗孕激素及抗糖皮质激素作用,米索前列醇具有子宫兴奋和宫颈软化作用。

一、手术流产并发症

(一)人工流产术中并发症

1. 人工流产综合征(心脑血管综合征)

【病因】

原因可能是手术时对宫颈或子宫局部刺激过度引起迷走神经反射,出现迷走神经兴奋,释放大量的乙酰胆碱,而对心血管系统产生影响及脑供血不足等。常与孕妇精神紧张、

畏惧手术有关,也与不能耐受扩张宫颈、牵拉或负压过高有关。

【诊断与鉴别诊断】

人工流产综合征系在手术操作中或术毕时,部分受术者出现心动过缓、心律不齐、血压下降、面色苍白、头晕、胸闷、大汗淋漓等一系列临床表现,严重者甚至出现晕厥、抽搐等症状。

【治疗】

一旦发生应立即暂停手术,平卧吸氧,静脉注射阿托品 0.5~1mg,50%葡萄糖液静脉注射或 5%~10%葡萄糖液静脉滴注等。

【预防】

首先应解除孕妇对手术的顾虑,术前应进行精神安慰,其次是力求手术操作轻柔。此外,负压要适当,并避免反复多次吸宫。估计可能发生者,术前静脉注射阿托品,或者手术可在麻醉下进行。

2. 宫颈裂伤

【病因】

原因可能是宫颈内口较紧,暴力使用宫颈扩张器,使用宫颈扩张器跳号;或钳刮术时因宫颈扩张不充分,胎儿骨骼强行通过子宫颈,使宫颈管撕裂;宫颈钳反复钳夹滑脱,可致短小宫颈环形撕裂。宫颈撕裂可发生在阴道部宫颈或累及子宫下段。

【诊断与鉴别诊断】

人工流产时,阴道流血量多,宫颈扩张时突然失去阻力,应考虑宫颈裂伤。宫颈裂伤是指宫颈扩张器所致宫颈内口撕裂,或见宫颈钳夹所致环形撕裂。

【治疗】

轻度裂伤可采用局部压迫治疗,可见的宫颈裂伤(>2cm)应用肠线或可吸收线缝合;若裂伤涉及子宫下部宜经阴、经腹联合处理。

【预防】

宫颈裂伤主要在于预防,扩张宫颈时动作要轻柔,避免暴力,避免跳号而按顺序递增。宫颈扩张困难时,可局部使用局部麻醉剂。钳刮术时,手术控制在孕 14 周以内,术前宫颈扩张充分,胎儿骨骼应钳碎。

3. 子宫穿孔

【病因】

子宫穿孔可以由探针、宫颈扩张器、吸管、刮匙或卵圆钳引起,其中大多数穿孔是探针及宫颈扩张器造成的。穿孔发生部位常在子宫峡部且多发生在后壁,此外子宫角、底部也是常发生的部位。发生的主要原因是子宫屈向、大小不明,手术操作技术不熟练。反复人工流产且手术时间短、畸形子宫、剖腹产瘢痕子宫容易穿宫。另外,妊娠子宫、哺乳期子宫较柔软脆弱易发生穿宫。

【诊断与鉴别诊断】

诊断子宫穿孔并不困难,当上述器械进入宫腔探不到宫底部时,或进入宫腔呈“无底”感,即深度远远超过妊娠月份,或者受术者感到下腹部剧烈撕裂样疼痛,均提示子宫穿孔;若看见有脂肪组织吸出或肠管钳出,则子宫穿孔诊断无疑。

【治疗】

一旦发生穿孔应立即停止手术,并根据具体情况以下处理:

(1)严密观察患者的生命体征,有无腹痛及腹腔内出血的征象。

(2)人工流产术已完成者,如患者情况良好,无出血及腹腔内脏器官损伤,可卧床休息,给予宫缩剂、抗生素,留院观察3~5天后可出院随访。

(3)若人工流产术尚未完成,患者情况尚好,估计穿孔小,无内出血,可由有经验的医生,在B超监视下完成。

(4)如流产尚未进行,可观察一周后重新手术。

(5)若流产已进行一部分且有阴道流血者,应由有经验的医师,在B超监视下,避开穿孔部位,进行吸宫,大致干净后住院观察。

有以下情况时应及时行腹腔镜检查或剖腹探查术,并在直视下完成吸宫,且可进行穿孔的止血与修补,同时仔细检查有无造成内脏器官的损伤:穿孔部位不清楚;有内出血征兆或可疑内脏受损者及保守治疗中出现严重感染时。

【预防】

预防重于治疗,应充分询问病史及仔细检查,对哺乳期妊娠,长期服用避孕药者妊娠,剖宫产后、子宫肌瘤剔除术后瘢痕子宫妊娠,反复多次人工流产病例等,手术时应特别重视,操作应轻柔。对子宫过度倾曲及子宫有畸形者,手术应注意探清宫腔大小与方向,操作应稳、准、轻,必要时在B超监测下进行。

4. 出血

【病因】

凡早期妊娠人工流产,出血量超过200ml者,人流钳刮术出血量达400ml以上,称人工流产出血。其原因大多为妊娠月份

大,用的吸管较小,负压太低,橡皮管太软,大块组织未能及时吸出而妨碍子宫收缩;人工流产次数较多,子宫内壁受损;胎盘位置低;哺乳期子宫软、宫颈裂伤或子宫穿孔等。

【治疗】

术中出血一旦发生,应针对原因,对症处理。若宫腔内容物未完全吸尽,应用宫缩剂加强宫缩,最有效的方法是迅速清除宫内残留组织。有宫颈裂伤者进行缝合止血,有子宫穿孔者,行子宫修补术,术后应用抗生素预防感染。

【预防】

术中出血的重要方法是严格掌握手术的适应证,严格遵守技术操作规程,熟练手术操作技术。此外,尚应术前询问病史及检查,有无凝血机制障碍,有无多次人工流产史及准确判断孕周大小等。

5. 漏吸与空吸

【病因】

施行人工流产术未吸出胚胎及绒毛而导致继续妊娠或胚胎停止发育,称为漏吸。误诊宫内妊娠行人工流产术,称为空吸。漏吸常因子宫畸形(双子宫、纵隔子宫或双角子宫等)、位置异常(子宫过度屈曲)、操作不熟练或操作失误造成。

【治疗】

空吸可能是由子宫较大(子宫肌瘤、子宫肥大、卵巢肿瘤)、月经失调、HCG假阳性等造成,然而也可能是未做B超确诊,异位妊娠的误诊。漏吸往往发生于孕6周之内。因此,在吸出组织中未见绒毛等胚胎组织,或吸出组织过少与妊娠月份不符时,应将吸出物

及时送病理检查,并于术后复查血 HCG 及 B 超检查,警惕宫外孕的发生。

【预防】

于术前认真仔细地检查,除 HCG 外,B 超应列为常规检查。为避免漏吸,人工流产时间不宜选在孕 40 天以内,最好选在孕 40 天以后,或根据 B 超确定孕囊大小,适时行人工流产术。

术后对吸出物应仔细检查,排除异位妊娠。

6. 羊水栓塞

【病因】

羊水栓塞是指在分娩过程中羊水突然进入母体血循环引起急性肺栓塞、过敏性休克、弥散性血管内凝血、肾衰竭或猝死的严重分娩并发症。

临床少见,偶可发生在人工流产钳刮术中,因宫颈裂伤、胎盘剥离使血窦开放,为羊水进入创造了条件。即使并发羊水栓塞,其症状及严重性不如晚期妊娠发病凶猛。

【治疗】

羊水栓塞抢救成功的关键在于早诊断、早处理以及早用肝素。

(1)抗过敏:出现过敏性休克应该应用大剂量皮质激素,常选用氢化可的松,即时 500mg,一般每日 1000~2000mg,静脉滴注。但激素可抑制网状内皮系统功能,使已激活的凝血因子不能及时清除而加重 DIC,故反复应用时应注意,在使用肝素治疗的基础上应用本药为好。

(2)吸氧:应争取行正压持续给氧,至少用面罩给氧,鼻导管给氧效果不佳。有条件时可使用人工呼吸机,供氧可减轻肺水肿,改

善脑缺氧及其他组织缺氧。

(3)解除肺动脉高压:供氧只能解决肺泡氧压,而不能解决肺血流低灌注,必须尽早解除肺动脉高压,才能根本改善缺氧,预防急性右心衰竭、末梢循环衰竭和急性呼吸衰竭。常用药物如下:

①氨茶碱:具有解除肺血管痉挛,扩张冠状动脉及利尿作用,还有解除支气管平滑肌痉挛作用。剂量为 0.25~0.5g 加入 10%~25%葡萄糖液 20ml,静脉注射。

②罂粟碱:对冠状血管和肺、脑血管均有扩张作用,是解除肺动脉高压的理想药物。剂量为 30~60mg 加入 25%葡萄糖液 20ml,静脉注射。

③阿托品:解除肺血管痉挛,还能抑制支气管的分泌功能,改善微循环。剂量为 0.5~1mg,静脉注射,每 10~15 分钟一次,至症状好转。

④酚妥拉明:解除肺血管痉挛,剂量为 20mg 加入 10%葡萄糖液 250ml,静脉滴注。

(4)抗休克:羊水栓塞引起的休克比较复杂,与过敏、肺源性、心源性 & DIC 等多种因素有关,故处理时必须综合考虑。

①扩充血容量:休克时都存在有效血容量不足,应尽早、尽快扩充血容量,但应用不当极易诱发心力衰竭。有条件者最好用肺动脉漂浮导管,测定肺毛细管楔压(PCWP),边监测心脏负荷边补充血容量。如无条件测量 PCWP,可根据中心静脉压指导输液。无论用哪种监护方法,都应在插管的同时抽血 5ml,做血液沉淀试验,涂片染色寻找羊水成分,并做有关 DIC 实验室检查。扩容液的选择,开始多用右旋糖酐—40 500~1000ml,静脉滴注,伴失血者应补充新鲜血及平衡液。

②纠正酸中毒:首次可给 5%碳酸氢钠 100~200ml,或根据公式计算:碳酸氢钠(g) = (55 - 测得的 CO_2CP) $\times$ 0.026 $\times$ 千克体

重,先注入计算量的 $1/2 \sim 2/3$ 。最好做动脉血气及酸碱测定,按失衡情况给药。

③调整血管紧张度:休克症状急骤而严重或血容量虽已补足但血压仍不稳定者,可选用血管活性药物,常用多巴胺 $20 \sim 40\text{mg}$ 加入葡萄糖液 500ml 内,静脉滴注,可保证重要脏器血供。

④防治 DIC:羊水栓塞诊断一旦确立,就应开始抗凝治疗,尽早使用肝素,以抑制血管内凝血,保护肾脏功能。首次应用肝素量 1mg/kg (约 50mg),加入生理盐水 100ml 内,静脉滴注,1 小时滴完。可用试管凝血时间测定法作监护,确定是否需要重复给药。维持凝血时间在 20 分钟左右为好。羊水栓塞可发生在产前、产时或产后。应警惕严重的产后出血发生,最安全的措施是在给肝素的基础上输新鲜血,并补充纤维蛋白原、血小板悬液及鲜冻干血浆等,以补充凝血因子,制止产后出血不凝。

⑤预防心力衰竭:可用快速洋地黄制剂,去乙酰毛花苷(西地兰) $0.2 \sim 0.4\text{mg}$ 稀释于 25% 葡萄糖液 20ml ,静脉注射,必要时 $4 \sim 6$ 小时重复一次,总量每日少于 1.2mg 。另辅以呋塞米 $40 \sim 80\text{mg}$,静脉注射,防治心力衰竭,对提高抢救成功率具有重要意义。

⑥防治多器官损伤:羊水栓塞时受累器官除肺与心脏外,便是肾脏。为防止肾功能衰竭,在抗休克时必须注意肾的血灌注量,血容量未补充前不用或慎用缩血管药物,当血容量补足后,血压回升而每小时尿量仍少于 17ml 时,应给予利尿药物治疗。无效者常提示急性肾功能衰竭,应尽早采用血液透析等急救措施。

⑦及时正确使用抗生素,以预防感染。

【预防】

预防在于掌握好手术适应证,操作力求

轻柔,适时应用缩宫素。主要根据典型的临床表现,迅速作出初步诊断并立即组织抢救。一旦发生羊水栓塞症状,应立即停止手术,正压给氧,在抢救的同时进行必要的辅助检查,但决不能等待检查结果再进行处理以坐失抢救时机。

(二)人工流产后近期并发症

1. 吸宫不全

【病因】

指人工流产后部分胎盘残留,也可能有部分胎儿残留,人流不全的原因与操作者技术不熟练或子宫位置异常有关。吸宫流产不全,一般表现为吸宫术后,出血量少,持续 $3 \sim 5$ 天。

【诊断与鉴别诊断】

若术后阴道流血超过 10 天,且流血量过多或流血停止后又有多量流血,有时可伴有下腹隐痛。如合并感染,则可出现脓血样分泌物及下腹痛。

【治疗】

应做 B 超以确定宫腔是否有残留物,如有残留物,一旦确诊,应再行刮宫术。术前 3 天应给予抗生素预防感染。应在 B 超监视下,清除残留物,并送病理检查。术后常规给予抗生素。

【预防】

预防在于熟练手术操作及仔细检查。若子宫位置异常,可在 B 超监视下行手术。

2. 感染

【病因】

感染是指人工流产术后2周内,由于致病菌的感染而发生的生殖器炎症。多为子宫内膜炎、附件炎、盆腔炎,炎症重者发生败血症、感染性休克。

吸宫不全特别是流血时间长,加之宫内有残留物容易发生感染。此外,吸宫前有生殖道炎症未经治疗或手术者未按严格无菌操作,器械与敷料消毒不严格等,亦可引起感染。

【治疗】

无明显感染征象,应尽早行刮宫术,刮出物送病理检查,术后给予抗生素预防感染。若同时伴有感染,应控制感染后再行刮宫术。

【预防】

预防在于掌握好适应证与禁忌证,有生殖道炎症者务必治疗后方可行吸宫术,手术时应严格无菌操作,器械及敷料应严格消毒。此外,对不完全流产应及时处理,术后给予抗生素等进行预防。

3. 宫腔积血

【病因】

流产后血液储积于宫腔,是刮宫术后宫缩乏力所致,属隐性出血。主要表现为刮宫后仍感下腹疼痛,甚至较剧,呈持续性或阵发性。阴道流血少,检查子宫增大,宫壁触痛明显。

【治疗】

探针探宫腔有血液流出,即可诊断,又达到了治疗目的。

【预防】

为防止再次发生,对宫口较紧者予以扩张至6号,给予宫缩剂促进子宫收缩。尤对流产时孕周较大者或流产时出血较多者,术毕即可给予宫缩剂,并予以抗生素预防感染。

4. 血腹

【病因】

宫腔内血液逆流盆腔而称为血腹。吸刮宫时,宫腔为正压,腹腔为负压,当两者压差较大,且宫颈口较紧时即可致血液经输卵管逆流盆腔;如前者子宫积血时,也可发生积血逆流至盆腔。

【治疗】

给予预防性抗感染治疗。

【预防】

术前宫颈扩张充分,术中负压吸引时,避免负压过大。

5. 宫颈及宫腔粘连

【病因】

吸宫及刮宫等操作较粗暴,吸宫刮宫反复进行过多,或负压过高等均可造成宫颈管内膜及宫内膜过度损伤。创伤再加上感染是宫颈及宫腔内粘连的重要原因。会导致闭经、月经过少,而二者又往往导致继发不孕。宫颈及宫腔内粘连的发生率近年有增多趋势。

【治疗】

宫颈、宫腔内粘连可行宫腔镜手术及放置宫内节育器等治疗。术后行人工周期治疗

3个疗程。治疗后月经恢复可达83%,生育能力可恢复为70.45%。

【预防】

预防在于选择合适的吸管,负压合适,吸刮子宫不能过度,吸头进出宫颈管时不能带负压,操作一定要轻柔。

(三)手术流产造成的远期并发症

1. 盆腔炎性疾病后遗症

【病因】

盆腔炎性疾病后遗症是盆腔炎性疾病的遗留病变,主要病理改变为组织破坏、广泛粘连、增生及瘢痕形成。输卵管炎及输卵管卵巢炎的遗留改变可造成输卵管阻塞、增粗;输卵管卵巢粘连形成输卵管卵巢肿块;输卵管伞端闭锁、浆液性渗出物聚集形成输卵管积水;输卵管积脓或输卵管卵巢脓肿的脓液吸收,被浆液性渗出物代替形成输卵管积水或输卵管卵巢囊肿。往往由于术后发生急性盆腔感染时治疗不及时不彻底而造成。

【诊断与鉴别诊断】

患盆腔炎性疾病后遗症时,经常有下腹痛及坠胀感,白带增多与月经不调,特别是常有继发不孕的后果。

【治疗】

- (1)物理疗法:常用的有激光、短波、超短波、微波、离子透入等。
- (2)中药治疗。
- (3)抗生素治疗。
- (4)手术治疗。

2. 月经失调

【病因】

月经失调是指月经的周期、经期或经量发生异常改变,包括月经周期不规则、月经量过多或过少、痛经、闭经、经前期综合征等病症。

【诊断与鉴别诊断】

表现为人流后月经期延长或缩短、经量增多或减少、月经周期短或延长,甚至闭经。

【治疗】

可根据月经失调具体类型给予治疗。

3. 子宫后倒

【病因】

多为流产后长时间取仰卧位,或为人流后盆腔炎、子宫内膜异位症所致。前者子宫可活动并可扶至前位,后两者子宫多固定不动。

【诊断与鉴别诊断】

长期子宫后位致慢性下腹痛及腰骶痛,或发生盆腔静脉淤血综合征。

【治疗】

术后适当活动,预防感染。可服用活血化瘀中药。

4. 继发性不孕

【病因】

造成一些女性继发性不孕的原因也与人工流产与药物流产史有直接的关系。

(1)流产后易并发炎症:由于手术是在无法窥视的子宫内进行,从扩张宫颈到机械反复进出宫腔刮刮,均有可能造成。

(2)流产后易造成虚损:由于流产系生物、物理、化学的手段和方法终止正常妊娠,这就不可避免地造成胞宫损伤,脏腑经络气血失调。体质虚弱者,由于双重致虚的因素,使胞宫受到创伤,不但耗损气血,还由于胞宫与冲任直接连属,通过经脉与肾肝脾等脏腑间接属络,所以胞宫受损,还必然累及有关经络、脏腑的气血运行和阴阳平衡,而干扰女性正常生殖功能致使不孕。

(3)流产后的心理冲击:流产刮宫手术作为一种外界刺激,常常冲击与破坏女性的正常心理平衡。特别是在流产后较长一段时间内未能再孕,后经过反复多次检查和治疗仍未有起色时,往往表现出自卑、悲观、忧郁、烦躁的复杂情绪。

【治疗】

临床上,做分类治疗或按中医理论给以温、通、疏、补,对症下药或整体调整给予中西医结合治疗,均可收到较满意的疗效。

【预防】

(1)对于炎症感染,消毒工作要严密,医务工作者首先要严格执行。

(2)手术时要避免组织创伤,并在术后仔细嘱咐患者应该注意的事项。

(3)告诫患者如在术后遇到急性炎症或大出血等情况时,一定要就近到条件比较好的医院急诊。不可担心隐私的暴露而延误病情,使病情恶化形成盆腔脓肿,久而转为慢性盆腔炎致使不孕症,甚至造成生命危险。

5. 子宫内膜异位症

【病因】

人流吸胚或人流刮宫术后,宫腔内含有子宫内膜碎屑的血液经输卵管逆行至盆腔,种植于盆腔脏器,即发生异位症,其机理是人流术过程中,宫腔内除吸管窗局部为负压外,宫腔其他部位处于正压,而盆、腹腔又为负压,二者形成压力差,如操作不慎,就会造成宫腔内含有内膜碎屑的血液沿输卵管逆流至盆腔,而发生子宫内膜异位症,如在人流术中使用催产素或挤压子宫,促使子宫腔血液逆流盆腔,则更易发生异位症。

【治疗】

病变较小且症状较轻者,一般采用中西药物治疗。病变程度较重者就要进行手术治疗,切除异位病灶,去掉囊肿。

【预防】

在人流术中应尽量避免使用催产素或剂压子宫,以减少异位症的发生。

(四)对再次妊娠或分娩的影响

手术流产是一种机械性的宫腔操作,与手术者的操作技术有很大的关系,同时被动器械扩张宫颈,引起宫颈不同程度的损伤,使子宫内口松弛,导致再次妊娠时容易出现习惯性流产、宫颈内口功能不全而致早产。若吸宫不全,高负压,多次吸刮宫腔,损伤子宫内膜甚至肌层,或手术时不注意无菌操作,术后细菌侵入子宫内膜创面,可引起子宫内膜炎,使基底层损伤,再次妊娠时影响子宫蜕膜发育。蜕膜发育不全,未产妇可增加妊娠早期、中期的自然流产率,异位妊娠率增高,并影响胎盘种植,形成前置胎盘、胎盘粘连、

胎膜残留,增加产后出血的发病率。孕卵着床也会因子宫内膜吸刮遭受损伤而影响胎盘的种植和发生胎盘血液循环障碍,致胎儿缺氧而生长迟缓,使早产儿及新生儿死亡率升高。

妇女妊娠以后,全身内分泌将发生一系列变化。随着激素水平的升高,乳腺也发生变化,到妊娠4周以后,乳腺的导管和腺泡逐渐发育,血管增多,这时乳房逐渐发胀、饱满、增大。人工流产后,妊娠突然中断,激素水平骤然降低,刚刚发育的乳腺突然停止生长,细胞变小,腺泡消失,乳腺复原。但这种复原通常是不完全的,容易造成乳腺肿块和乳腺的疼痛,诱发乳腺疾病。

二、药物流产并发症

药物流产在我国广泛应用于临床终止早期妊娠已近十年,虽对减少其并发症医务人员进行了不懈的努力,大量的临床研究及观摩,至今仍无很好的解决办法。

(一)药物流产的失败

【病因】

目前国内使用不同剂量的米非司酮配伍前列腺素类衍生物,提高了完全流产率,但仍有少数的失败病例。

(1)在胎盘蜕膜靶水平上米非司酮含量不足或维持时间短,不能抵消孕酮的作用,孕期越长效果越差。

(2)药物代谢的个体差异,如身体肥胖的孕妇失败率较高。

(3)前列腺数量不足或效率不高,子宫对前列腺素的反应不敏感。

(4)年龄越大,孕次越多,失败也相对增加。

(5)孕周越长,失败机会越大,现国内规

定药物流产在49天以下。

【诊断与鉴别诊断】

口服米索前列醇,当日鉴定有无胎囊排出,如未见孕囊排出者,应留意日后有无组织物排出。如无组织物排出,应在服药一周B超确诊宫内有无孕囊或残留。失败病例一般阴道出血不多,勿误为已完全流产。

【治疗】

如诊断为药物流产失败者,B超诊为妊娠或胚胎停止发育者,应尽快行人工流产术。

如B超诊为部分残留,出血不多,不愿刮宫者,可观察一周。如出血多或宫内仍有残留者,应行清宫术,并预防感染。

(二)不全药物流产

【病因】

临床表明,不全药物流产的发生率约占5%左右,药物流产平均流血为半个月左右,有的长达1~2个月,一般孕囊排除的头3天阴道出血较多,约有1%~3%的病例因不全流产大出血,需急诊刮宫、输液或输血等急救。

病因与不全药物流产的病因为绒毛或滋养细胞残留,主要表现为阴道出血时间长。

【诊断与鉴别诊断】

对流产后流血2周以上,且流血量多,达到或超过月经量者,应B超检查,如宫腔内有妊娠残留物,测尿HCG或血HCG,如定量 $\geq 1250\text{U/L}$ 者或第21天尿HCG仍阳性者应行清宫术,以免引起大出血或感染。

【治疗】

(1)药物流产后,即使已有孕囊排出,如阴

道流血长达2周,血量近月经或超过月经量者,也应及时行清宫术,并给予抗生素预防感染。

(2)药物流产后任何时间阴道出血多甚至休克者,应在进行急救输液、输血纠正休克后行刮宫术,并应用抗生素预防感染。

(三) 感染

【病因】

药物流产后2周内,由于流血时间过长或用药前,患者患有各种生殖器炎症,以子宫内膜炎或附件炎多见。病因为药物流产前不做盆腔和阴道清洁物检查、原有生殖器官炎症而未经处理即使用流产药物。药物流产后,流血时间较长,致病菌感染。因不全流产刮宫者,无菌操作和器械消毒不严,或术后局部不洁,过早性生活等。

【诊断与鉴别诊断】

根据流产后临床表现为下腹痛、发热、白带增多呈水样、黄白色脓性或混有血或伴有不规则的阴道出血,子宫体和(或)附件区压痛,血白细胞总数或中性粒细胞增高,有以上两项即可诊断。

【治疗】

用药前应常规进行盆腔和阴道检查,流产后出血时间长者或清宫术前后应预防性应用抗生素,病情严重者需应用广谱抗生素,亦可根据细菌培养及药物敏感实验使用抗生素,采用静脉滴注。

【预防】

清宫术中严格执行无菌操作,器械直接进出宫腔时不要触及阴道壁,避免引起术后感染。

(四) 过敏反应

【病因】

服用米非司酮后,少数妇女有恶心、呕吐、头晕、乏力等不良反应,大多数患者服药后能耐受,加用卡前列甲酯栓后,刺激子宫和胃肠道平滑肌收缩而有下腹痛、腹泻和呕吐,反应剧烈者可给予颠茄片或肌内注射阿托品或哌替啶,米索前列醇的不良反应明显比卡前列甲酯栓为轻,但少数妇女有短暂发冷、寒战、手足红痒或麻木的感觉,与药物扩张末梢血管有关,但一般可恢复正常。病因是过敏体质者对某种药物的特殊反应。

【诊断与鉴别诊断】

在服用米非司酮或米索前列醇后,短时间内出现畏寒、心悸、气短、胸闷、脉搏增快、微弱或触不清、皮疹、血压下降、水肿等过敏性休克症状。

【治疗】

应用药前咨询,对过敏体质或有药物过敏史者慎用,流产药物如发生过敏性休克,应积极进行抗休克和抗过敏治疗。

取头低臀高或平仰卧位;氧气吸入;应用1%的肾上腺素0.5~1ml,皮下注射或静脉注射,必要时20分钟后可重复使用;氢化可的松100~300mg或地塞米松20~40mg,加入20%~50%葡萄糖80ml中,静脉推注。血压仍不回升者,应用多巴胺或间羟胺20~40mg加入5%的葡萄糖200~500ml静脉滴注,并联合或交替应用。静脉输液补充血容量,如复方氯化钠、代血浆或血浆、右旋糖酐,必要时输血。

以上处理休克仍未纠正者,应在补充血容量的同时,用酚妥拉明扩血管药,改善微循

环,纠正休克。

三、中期妊娠引产并发症

中孕引产是指用人工方法终止 13 周至不足 24 周之间的妊娠引产。

(一) 子宫破裂

【病因】

子宫体部或子宫下段在妊娠期或分娩期发生破裂称为子宫破裂(rupture of uterus)。多发生在分娩期,与阻塞性分娩、不适当难产手术、滥用宫缩剂、妊娠子宫外伤和子宫手术瘢痕愈合不良等因素有关。子宫破裂为产科最严重并发症之一,常引起母儿死亡。其发生率为判断一个地区产科质量标准之一。近年来我国随着产科工作者的数量和质量的提高,城乡妇幼卫生三级保健网的建立和逐步健全,其发生率已显著下降。

(1)胎先露下降受阻:胎先露下降受阻是子宫破裂的主要原因。当有骨盆狭窄、骨盆不对称、胎位异常(如横位)、胎儿异常(如脑积水)等时,可使先露部下降受阻。为克服产道阻力,引起子宫强烈收缩导致子宫破裂。

(2)子宫病变:子宫病变是子宫破裂的常见原因,如子宫壁手术瘢痕、子宫畸形、子宫发育不良等,可因子宫收缩牵拉及子宫腔压力升高而发破裂。

(3)手术创伤:如引产穿颅术、臀牵引术等,常可发生宫颈撕裂,严重时波及子宫下段;或手术器械损伤子宫壁。

(4)滥用宫缩剂:未掌握宫缩剂使用的适应证或剂量过大或对缩宫素过于敏感、缺乏监护等均可引起。

【诊断与鉴别诊断】

(1)临床表现:子宫破裂可发生在妊娠晚

期尚未临产时,但大多数发生在临产过程中分娩遇有困难时,表现为产程延长,胎头或先露部不能入盆或受阻于坐骨棘平面或以上。子宫破裂多数可分为先兆子宫破裂和子宫破裂两个阶段。

1)先兆子宫破裂:在临产过程中,当胎儿先露部下降受阻时,强有力的阵缩使子宫下段逐渐变薄而宫体更加增厚变短,两者间形成明显的环状凹陷,此凹陷会逐渐上升达脐平或脐部以上,称为病理缩复环(pathologic retraction ring)。此时,下段膨隆,压痛明显,子宫圆韧带极度紧张,可明显触及并有压痛。产妇自诉下腹疼痛难忍、烦躁不安、呼叫、脉搏呼吸加快。由于胎先露部位紧压膀胱使之充血,出现排尿困难,血尿形成。由于子宫过频收缩,胎儿供血受阻,胎心改变或听不清。这种情况若不立即解除,子宫将很快在病理缩复环处及其下方发生破裂。

2)子宫破裂:根据破裂程度,可分为完全性子宫破裂与不完全性子宫破裂两种。

①完全性子宫破裂:指宫壁全层破裂,使宫腔与腹腔相通。子宫完全破裂一瞬间,产妇常感撕裂状剧烈腹痛,随之子宫阵缩消失,疼痛缓解,但随着血液、羊水及胎儿进入腹腔,很快又感到全腹疼痛,脉搏加快、微弱,呼吸急促,血压下降。检查时有全腹压痛及反跳痛,在腹壁下可清楚扪及胎体,子宫缩小位于胎儿侧方,胎心消失,阴道可能有鲜血流出,量可多可少。拨露或下降中的胎先露部消失(胎儿进入腹腔内),曾扩张的宫口可回缩。子宫前壁破裂时裂口可向前延伸致膀胱破裂。若已确诊为子宫破裂,则不必再经阴道检查子宫破裂口。若因催产素注射所致子宫破裂者,产妇在注药后感到子宫强烈收缩,突然剧痛,先露部随即上升、消失,腹部检查如前述所见。

子宫瘢痕破裂者可发生在妊娠后期,但