

(3.45%),有效 1 例(1.72%)。对照组治愈 52 例(89.66%),好转 3 例(5.17%),有效 3 例(5.17%)。两组疗效差异无统计学意义($u_c = 1.05, P > 0.05$)。

2.2 副反应 治疗组夜间烧心、反酸消失,无明显不良反应,头痛 6 例,恶心 3 例,均继续治疗,停药后好转。对照组 6 例有夜间烧心、反酸,余无明显不良反应,头痛 3 例,恶心 2 例,均继续治疗,停药后好转。两组治疗前后血、尿常规、大便常规、血生化、肝肾功能均无变化。

3 讨论

食管反流病(GERD)是常见食管动力性疾病,与食管酸暴露有关,症状扰人,影响患者的生活质量。GERD 患者近 50% 内镜下有反流性食管炎表现,其中胃酸对食管黏膜的损伤为主要原因,因此胃和食管内 pH 值与食管炎的发生和愈合密切相关,有效抑制胃酸分泌,使胃内 pH > 4 是控制反流性食管炎症状和使其愈合的关键。Genval 工作组(由国际胃肠病专家、专业医师、卫生经济学家和外科医师组成的工作组)发表了 GERD 治疗指南,将 PPI 推荐为反流性食管炎初始治疗和维持愈合治疗的一线药物。PPI 被普遍应用于 GERD 和消化性溃疡等疾病的治疗,能迅速控制症状,也是治愈食管炎和消化性溃疡病最有效的药物,患者对 PPI 治疗的满意度比 H₂ 受体阻滞剂(H₂RA)更高。

埃索美拉唑是第一个发展为同分光学异构体的 PPI,近年来其药理和临床应用有了很大进展,主要特点是有较低的首过效应,血浆清除率低,使药物血浆浓度较高,到达作用部位的浓度增加,故可抑制更多的质子泵,显示出更强的酸抑

制作用,较以往的 PPI 能更有效缓解 GERD 症状、治愈食管炎、维持治疗和预防复发^[3]。埃索美拉唑组 58 例患者 8 周治愈 55 例,与文献^[4]报道一致,全部患者均有效,症状方面见效果迅速,平均(5 ± 1.5)天。同时夜间烧心、反酸缓解明显,提示其能抑制 NAB 发生,可能与埃索美拉唑主要通过 CYP_{3A4} 代谢途径,受 CYP_{2C19} 影响相对较小,而奥美拉唑以 CYP_{2C19} 为主要代谢途径,易受 CYP_{2C19} 基因多态性的影响,故埃索美拉唑 20 mg 每日 2 次较文献^[4]40 mg 每日 1 次更为合理及有实际意义。本研究的结果与文献报道的基本一致,用埃索美拉唑治疗反流性食管炎比奥美具有更快、更强、更持久的抑酸作用,安全性和耐受性好,同时可以抑制 NAB 发生,值得临床推广应用。

[参 考 文 献]

- [1] Johnson DA, Benjiamin SB, Vakil NB. 长期应用埃索美拉唑是维持已愈合糜烂性食管炎疗效及控制胃食管返流病的有效方法[J]. 中华消化杂志, 2002, 22(12): 749 - 751.
- [2] 任旭. 反流性食管炎的内镜和病理学诊断及分级[J]. 世界华人消化杂志, 2000, 8(10): 1127 - 1128.
- [3] 王静, 侯晓华. 埃索美拉唑的临床应用进展[J]. 胃肠病学, 2003, 8(2): 125 - 128.
- [4] Kahrlas PJ, Falk GW, Johnson DA, et al. Esomeprazole improves healing and symptom resolution as compared with omeprazole in reflux oesophagitis patients: a randomized controlled trial [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2000, 14(10): 1249 - 1258.

[文章编号] 1000-2200(2010)03-0284-02

· 临床医学 ·

早期子宫瘢痕妊娠 5 例临床分析

范建灵, 张宁芝, 肖红, 梅莉, 苏果

[关键词] 妊娠, 异位; 剖宫产术; 瘢痕妊娠

[中国图书资料分类法分类号] R 714.22

[文献标识码] B

子宫峡部瘢痕妊娠临床少见,但由于近年来剖宫产率日益上升,本病发病率逐渐增加。由于对本病认识不足,临床上易误诊、漏诊,有时因阴道大出血不止,需及时切除子宫,导致年轻女性丧失生育功能,影响其生活质量^[1]。现就本院收治的 5 例作一分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 2007 年 1 月至 2008 年 2 月,我科共收治 5 例,因阴道大出血不止急诊入院 3 例,门诊确诊 1 例,漏诊 2 例,1 例误诊为“流产感染”。保守治疗成功 4 例,切除子宫 1 例。年龄 24 ~ 38 岁,1 例无子女,2 例均有 2 个子女,2 例均有 1 女孩。本病表现无特殊性,早期易误诊。5 例均为第 1 次清宫时大出血而停止操作。后经盆腔 B 超提示“宫内残

留”,行第 2 次清宫,术中再次大出血,急转入本院。入院时已呈休克状态 1 例,经及时补液、输血抗休克后好转。5 例中有 2 例表现为停经后阴道不规则流血,自测尿 TT(+),未做 B 超,直接行清宫术,另外 3 例 B 超未能明确诊断。1 例表现为停经后无阴道流血,但感下腹坠胀不适,时有隐痛,偶呈阵发性下腹痛。妇检:子宫颈着色,形态正常,子宫下段变软,压痛(+),典型时呈葫芦状。只有 1 例门诊就已明确诊断,入院时一般情况良好,无阴道流血或其它不适主诉。

1.2 治疗方法 (1)药物治疗 + 刮宫术。对病情稳定者可先行甲氨蝶呤(MTX)50 mg/m² 或 1 mg/kg 即刻肌肉注射,待人绒毛膜激素(hCG)正常后刮宫。本文 1 例采取此方法,清宫术中出血约 100 ~ 200 ml,术后流血少于经量,5 天后复查 B 超宫内无异常回声。1 例采取 MTX + 米非司酮,该患者在当地医院已行 2 次清宫,术中出血每次均 > 200 ml,后到本院门诊就诊,误以为“不全流产感染”,在家抗感染治疗。在治疗过程中,突然夜间大出血,急入院,入院后阴道流血基本

[收稿日期] 2008-04-18

[作者单位] 安徽省阜阳市人民医院 妇产科, 236000

[作者简介] 范建灵(1970 -),女,主治医师。

停止,生命体征平稳,中度贫血貌,血 β -hCG 630 mIU/ml。MTX 单次注射,米非司酮 50 mg,每天 2 次,待 hCG 正常后清宫,术中出血约 100 ml。本文 1 例在治疗过程中出现阴道流血 3 次,每次约有 200 ml,急性出血,予止血药、缩宫素等对症处理后好转。(2)单纯药物治疗。本文 1 例,无子女,人工流产 3 次。入院时一般情况好,无明显阴道出血,血 β -hCG 1 830 mIU/ml。只用 MTX 子宫颈注射,每周 2 次,每次 20 mg,3 天查一次血 hCG,直至正常。复查阴道彩超,子宫内不均质回声消失,肌层内有欠均匀回声,未刮宫出院。治疗过程中,有突然阴道流血 2 次,急性,鲜血,每次约有 200 ml,经对症处理后好转。1 例误诊为不全流产,入院后查血 β -hCG 383.6 mIU/ml,行清宫术,术中再次大出血,予纱布填塞,对症处理后好转,因拒用 MTX,予米非司酮口服 25 mg,每天 2 次,连续 6 天,自动出院后定期查 hCG,直至正常。(3)子宫切除或局部病灶挖除术 1 例,因阴道大出血自外院转入,入院后病情稳定,家属谈话后,要求挖除子宫病灶,术中见子宫下段浆肌层菲薄,即将要穿透浆膜层,即先行子宫动脉结扎,然后切除病灶,由于病灶宽大,切除病灶后无法保留子宫,又行子宫切除术。

1.3 结果 4 例痊愈出院,随访 6 个月,月经规则,无阴道大出血史。1 例子宫切除。

2 讨论

2.1 发病机制及病因 由于子宫峡部瘢痕肌层薄弱,结缔组织多,局部蜕膜发育不良,孕囊着床后易植入肌层;另外峡部管腔狭窄,不利孕囊发育,故易于早期出现不规则阴道流血,易与先兆流产、难免或不全流产混淆,造成误诊^[2]。子宫峡部收缩力差,绒毛附着部位血管一旦破裂,血窦开放,往往发生阴道大出血不止,难以控制。病因有以下几点:(1)本院收治的 5 例均有子宫下段剖宫产史;(2)孕卵发育迟缓;(3)宫内节育器,可干扰孕卵着床;(4)子宫蜕膜血管生长缺陷、高龄;(5)另外有刮宫、子宫肌瘤剔除、子宫成形、宫腔镜手术、手取胎盘史;或子宫切口愈合不良,瘢痕宽大。由于各种手术操作所致子宫内层损伤,妊娠后孕囊着床于上次瘢痕处,因为营养缺乏,而致绒毛植入肌层,形成肌壁间妊娠,也是异位妊娠的一种。

2.2 诊断与鉴别诊断 (1)本院收治的 5 例均有子宫下段剖宫产史;(2)有停经史或伴不规则阴道流血,其中 4 例有 2 次刮宫史,但效果不理想,大部分术中发生大出血,而停止操作;(3)妇检子宫增大,典型的呈葫芦状,颈管不膨大,宫体压痛(+);(4)血 β -hCG 上升缓慢,因下段肌层血运差,48 h 内上升 <50% (入院时数值);(5)阴道彩超提示,宫内无孕囊,颈管内也无孕囊,子宫下段前壁可见不均质回声,前壁下段肌层变薄,峡部膨大,可见孕囊或混合团块附着此处,局部血流丰富,子宫外观呈葫芦状;(6)病理特点为宫内无孕囊。

本病应与宫内孕并胎盘植入鉴别,瘢痕妊娠是孕囊完全位于肌层内,被瘢痕处纤维组织包绕,不与宫腔相通,而胎盘植入是孕囊位于宫腔内。

由于本病早期易误诊,不容易明确诊断,清宫时往往发生大出血停止操作,只有提高对本病的认识,做到早诊断早治疗,从而避免不必要的失血或切子宫的风险。对具有高危因素者,为排除瘢痕妊娠,宜先行阴道彩超或 MRI 检查,以明确孕囊着床部位,检查孕囊与膀胱间的厚度,以便确诊^[3]。

2.3 治疗及预后 剖宫产术后瘢痕妊娠的治疗以排出妊娠物,保留患者生育功能为目标。术前明确诊断,选择合适的终止妊娠方法是减少术中、术后大出血等并发症的关键。盲目刮宫会发生不可控制的大出血,有时危及生命,被迫切除子宫。目前有以下几种治疗方法:(1)药物治疗 + 刮宫术。使用 MTX 或加服米非司酮杀死胚胎,血 hCG 降至正常后再刮宫,有效避免了术中中大出血的风险。本文 2 例采取此方法,再次清宫时出血均 <100 ml,术后 5~7 天阴道流血止。痊愈出院。随访 6 个月,月经规则,无阴道大出血史。本方法治疗成功率高,因此时滋养细胞已坏死,局部血供减少,局部血管血栓形成,故降低了刮宫术中大出血的风险。另外该方法药物副反应少,患者多能耐受,使治疗顺利进行,并有望保留子宫。但药物治疗需要时间长,本文有 1 例住院 2 个月,且在用药过程中,有反复阴道流血的风险,也有潜在切除子宫的可能。(2)单纯药物治疗。本文 1 例只用 MTX 宫颈注射;1 例服米非司酮,直至血 hCG 正常后止。并复查彩超提示子宫峡部有不均质回声,无明显包块,未行刮宫术。随访 6 个月,月经规则,无阴道大出血史。本方法显示,单纯用药适合于血 β -hCG <2 000 mIU/ml,包块直径 <3 cm 者。缺点是治疗时间长,并潜在有大出血和切子宫的风险。本文有 1 例突然夜间出血 2 次,每次约 200 ml,经止血药、纱布压迫后好转。优点是避免手术,保住子宫。(3)子宫动脉栓塞 + 刮宫术。近年来,已有报道^[4]认为,子宫动脉栓塞术安全、快捷,定位准确,止血效果好,清宫术中出血少,可保留子宫。有条件的医院可作为首选,但本院尚未开展此项工作。(4)子宫切除术。在药物治疗过程中,或刮宫术中、后发生大出血时,为保障患者生命安全,需切除子宫。本文 1 例,术前准备子宫病灶挖除,术中见子宫下段浆肌层菲薄,即将要穿透浆膜层,即先行子宫动脉结扎,然后切除病灶,由于病灶宽大,切除病灶后无法保留子宫,又行子宫切除术。(5)B 超引导下囊内注射、天花粉等其它治疗方法。总之,以上治疗方法均处于探索阶段,其中以手术治疗效果较可靠。

[参 考 文 献]

- [1] 郑斐,方勤,邵温群,等. 13 例子宫峡部前壁瘢痕处妊娠临床分析[J]. 中华急诊医学杂志,2005,14(10):864-865.
- [2] 陈勤芳,方爱华. 子宫峡部或宫颈妊娠的早期诊断与预后[J]. 中国临床医学,2005,12(6):1069-1070.
- [3] 邵温群,郑斐,石一复. 剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠 5 例临床分析[J]. 中华妇产科杂志,2003,38(6):366-367.
- [4] 韦浪花,庄压铃. 剖宫产术后子宫瘢痕早期妊娠 70 例临床分析[J]. 中华妇产科杂志,2007,42(7):487-488.