

· 经验交流 ·

中西医结合治疗妊娠合并宫颈机能不全的临床观察

景苏玉 归绥琪

宫颈机能不全是指由于宫颈结构或功能的缺陷,导致反复发生晚期流产或早产。1987~1998 年,我们共收治妊娠合并宫颈机能不全患者 27 例,采用中西医结合治疗,取得了满意疗效,现报道如下。

临床资料

1 本组 27 例患者,年龄 25~39 岁,平均 30.4 岁;入院时孕周为 11~16 周,平均 12.7 周;27 例患者有中晚期流产和早产史 79 例次,平均每例 2.92 次(2~7 次流产);早产者最大孕周为 37 周,流产最小孕周为 14 周,其中有 5 例次在流产时有不同程度腹痛,其余均为无痛性胎膜自破后流产,且产程短,娩出胎儿外表无明显畸形。

2 非孕期检查 妇科检查:发现宫颈阴道部较短,且宫颈外口松弛,能容 1~2 指者 6 例;子宫 I~II 度脱垂 2 例;合并较大肌壁间子宫肌瘤 1 例;9 例在黄体期行子宫输卵管碘油造影(HSG)检查,其中宫颈内口宽度 $\geq 0.5\text{cm}$ (诊断为宫颈机能欠佳)5 例, $\geq 0.8\text{cm}$ (明确诊断为宫颈机能不全)4 例。

3 孕期检查 术前 B 超检查:27 例均提示胎心、胎动良好,但其中 3 例宫颈内口已扩张,羊膜囊下缘距宫颈外口 2.3~2.8cm;3 例胎盘位置低,胎盘下缘达到宫颈内口或已将内口完全遮盖,其余宫颈内口均闭合,宫颈长度 2.2~4.8cm。

4 中医辨证(根据国家中医药管理局 1995 年 1 月 1 日颁布实施的《中医病证诊断疗效标准》)为气血亏虚型 16 例,脾肾两虚型 7 例,阴虚内热型 4 例。

治疗方法

1 手术治疗 (1)手术时间:根据既往流产或早产的孕周,手术选择在最早 1 次流产前 2~4 周。27 例患者手术时间为孕 12~21 周,平均 15 周,且手术前无流产征兆。(2)手术方式:根据阴道壁的松弛度,可不用麻醉或仅行局部麻醉或骶管麻醉,采用宫颈内口“∩”型缝合术。具体操作如下:患者取膀胱截石位,适

当抬高臀部,常规消毒外阴、阴道、宫颈,用无齿卵圆钳向外下方轻轻牵拉宫颈,根据宫颈的大小、软硬度选择相应大小的三角针或圆针,配以双股 10 号丝线,在 11 点处(距膀胱沟 0.3cm)进针,7 点处出针;再把缝针从线头退出,从线尾穿入后于 1 点处进针,5 点处出针,并在 11~1 点处、5~7 点处间分别套以 1.5~2.0cm 长的硅橡胶管,以防止丝线嵌入切割宫颈,然后在侧穹窿打结,松紧适宜,保留线结长约 5cm(以便日后拆线)。

2 药物治疗 (1)中药治疗:基本方用黄芩 10g 白术 10g 党参 15g 黄芪 15g 茯苓 12g 升麻 10g 川芎 10g。气血亏虚型加阿胶 10g,白芍 10g,熟地 10g;脾肾两虚型加山药 12g,菟丝子 10g,桑寄生 12g;阴虚内热型加女贞子 12g,旱莲草 15g,生地 12g。每天 1 剂,于入院时即开始服用,至术后 1~2 个月,个别患者可连续服至妊娠晚期。(2)西药治疗:术前 5 天起用黄体酮 20mg,每天 1 次,肌肉注射;硫酸舒喘灵片 2.4mg,1 天 3 次口服。

3 术后处理 卧床休息,适当抬高臀部,保持大便通畅,继用上述西药 1 周,并用 25% 硫酸镁 30ml 加入 5% 葡萄糖注射液 500ml 中静脉滴注 5~7 天;中药可连续服用,甚至服至分娩。有感染者适当加用青霉素,以减少感染性流产的机会,条件容许者可住院观察至分娩。

结 果

1 治疗效果 27 例患者中,26 例均至妊娠晚期分娩出正常活婴,妊娠成功率 96.2%;妊娠失败 1 例[该例患者于手术后 1 个月(孕 18 周)时胎膜自破,对症处理的同时,B 超检查提示胎心、胎动消失,拆除宫颈缝线后娩出一死婴,后经进一步检查诊断为弓形体感染性流产];1 例妊娠成功者在 2 个月内两次施行宫颈缝合术。

2 分娩方式及妊娠结局 26 例中经阴道分娩 20 例,总产程平均为 5~7.5h;6 例剖宫产,其剖宫产指征为:胎位不正(横位)1 例;合并子宫肌瘤羊水过多 1 例;前置胎盘 2 例;脐带脱垂 1 例;应患者要求而行剖宫产 1 例。分娩时平均孕周为 38 周,无 1 例发生胎儿