

胺降低血钾诱发长 QT 综合征致 TDP^[8], 赵建霞^[9] 回顾性分析 2007 年 1 月至 2010 年 2 月收治的 TDP 41 例患者的临床资料, 结果 30 例患者应用硫酸镁治疗方案终止, 6 例应用异丙肾上腺素终止, 1 例安置临时心室起搏器终止, 死亡 4 例。因此, 积极应用硫酸镁、异丙肾上腺素等, 能有效降低病死率。

参考文献:

- [1] 张莉, 杜智敏, 韩毓博, 等. 加替沙星与左氧氟沙星治疗急性细菌感染的疗效比较[J]. 医药导报, 2010, 29(6): 720-721.
- [2] 陈楚和. 244 例加替沙星不良反应报告分析[J]. 医药导报, 2010, 29(6): 809-810.
- [3] 刘如品, 刘国清, 杨秀霞, 等. 加替沙星序贯疗法治疗下呼吸道感染临床研究[J]. 中国医院用药评价与分析, 2006, 6(1): 39-42.
- [4] 杨平满, 周建英, 程正文, 等. 加替沙星序贯治疗老年下呼

· 短篇及病例报道 ·

子宫腔镜术后妊娠子宫破裂病例分析(附 3 例报告)

刘小利, 王雪燕, 池余刚

(重庆市妇幼保健院妇产科 400013)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.31.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)31-3351-02

随着妇科内镜技术的快速发展和广泛应用, 子宫肌瘤的手术治疗逐渐向保留子宫、保留生育功能的宫、腹腔镜微创手术方向发展, 且生育前的子宫肌瘤剔除术增加, 使得术后妊娠的女性增多。临床医生对剖宫产术后再次妊娠子宫破裂的预防意识已大大提高, 但对腔镜术后妊娠导致子宫破裂的认识还显不足。就此, 本文回顾性分析了本院近 5 年来发生的 3 例子宫腔镜术后妊娠自发性子宫破裂, 现报道如下。

1 临床资料

病例 1, 女, 32 岁, 因“停经 35⁺ 周, 持续性下腹痛 2 h”入院。患者因“不育症”在本院行体外受精-胚胎移植(IVF-ET)术, 植入 2 枚胚胎。孕期产检规范, 入院查体: 痛苦面容, 腹肌紧张, 宫底部压痛明显, 无反跳痛, 扪及不规律弱宫缩, 胎心(140/142)次/分, 肛诊宫口未开, B 超提示双胎妊娠, 胎盘位于后壁; 血红蛋白 97 g/L。入院前 5 d 血红蛋白 116 g/L。既往史: 1 年余前因“子宫肌瘤”在外院行腹腔镜下子宫肌瘤挖除术(瘤体约 5 cm×6 cm, 位于宫底部)。考虑子宫破裂, 胎盘早剥不排除, 急诊剖腹探查术, 术中见腹腔内积血及凝血块约 500 mL, 娩出两女活婴后, 见子宫后壁广泛膜状粘连带, 后壁距宫底约 2 cm 处有一个 1 cm×2 cm 大小的破口, 有活动性出血, 破口周边肌层菲薄, 有胎盘附着, 遂行子宫破裂修补。术后 6 天患者痊愈出院。

病例 2, 女, 25 岁, 因“停经 29 周, 下腹痛 3 h”。患者因“不育症”在本院行 IVF-ET 术, 植入 2 枚胚胎。后 B 超提示双胎妊娠, 羊水过多, 双胎输血综合征。孕期产检规范, 入院查体: 生命体征平稳, 腹隆, 子宫张力较大, 无明显压痛, 未扪及明显宫缩, 胎心甲胎 146 次/分, 乙胎 150 次/分, 宫口未开。既往史: 2 年前曾在外院行腹腔镜下子宫肌瘤挖除术(瘤体位于子宫后壁, 大小不详)。入院后患者腹痛逐渐加剧, 因考虑“急性胰腺炎”可能, 转入综合性医院, 转院当天胎心消失, 超声提示

吸道感染临床观察[J]. 中华医院感染学杂志, 2006, 16(6): 690-693.

- [5] 努尔加瓦尔, 木黑亚提. 氟喹诺酮类和大环内酯类抗菌药物的心脏毒性[J]. 中国健康月刊, 2010, 29(6): 140-141.
- [6] 李海燕, 王巧红, 撒丽. 药物并用致尖端扭转型室性心动过速 1 例护理[J]. 上海护理, 2008, 8(6): 82-83.
- [7] 刘晓, 周颖, 崔一民. 氟喹诺酮类药物所致尖端扭转型室性心动过速[J]. 药物不良反应杂志, 2011, 13(2): 95-98.
- [8] 李开亮, 司全金, 惠海鹏. 低血钾诱发长 QT 综合征致尖端扭转型室性心动过速[J]. 临床误诊误治, 2009, 22(3): 28.
- [9] 赵建霞. 41 例尖端扭转型室性心动过速诊治分析[J]. 中外医学研究, 2011, 9(13): 114-115.

(收稿日期: 2012-02-12 修回日期: 2012-05-16)

腹腔内大量液性暗区, 急诊剖腹探查时发现腹腔积血达 2 000 mL, 子宫底部见一长约 15 cm 破口, 破口处有胎盘组织附着, 见明显的活动性出血, 术中行子宫破裂修补术。母亲抢救成功, 双胎均胎死宫内。

病例 3, 女, 32 岁, 因“停经 30 周, 腹痛半天”入院。未正规产检, 入院查体: 生命体征不平稳, B 超提示腹腔内液性暗区, 急诊剖腹探查发现宫底后壁有一个 5 cm×3 cm 破口, 见胎盘附着, 腹腔积血达 2 000 mL。行子宫修补术。母亲抢救成功, 胎儿娩出后 2 夭夭折。既往史: 患者 1 年前曾 2 次宫腔镜下子宫内膜粘连分离术。

2 讨论

不育症患者行宫腹腔镜手术后能明显提高妊娠率已是不争的事实。与传统的开腹手术相比, 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术(laparoscopic myomectomy, LM)存在出血少、术后疼痛轻、恢复时间短、手术并发症少等方面优势, 已经成为有生育要求的子宫肌瘤合并不孕患者的首选治疗方法。LM 术后子宫破裂的发生率约为 0.5%~1.5%^[1]。宫腔镜诊治术, 尤其是使用过电切者, 术后妊娠发生子宫破裂的风险亦增加。

2.1 瘢痕子宫妊娠期破裂的高危因素 凡是引起子宫张力增加、诱发子宫收缩的妊娠并发症均是瘢痕子宫破裂的高危因素, 如巨大儿、双胎、羊水过多、先兆早产、引产等。由于这些因素增加了子宫张力, 在妊娠晚期血容量增加较快时, 或在胎动频繁、子宫收缩时, 可造成对瘢痕部位的牵拉和压迫, 使脆弱的瘢痕组织逐渐发生破裂。本文前两例患者均为双胎妊娠, 病例 2 还合并羊水过多, 子宫张力明显增加, 且 3 例患者子宫破裂均发生于 29~35 周之间, 此时正是孕妇血容量增加的高峰期。**2.2 LM 与子宫破裂的相关因素及预防** 通过复习多篇文献, 本文总结出以下几点 LM 与子宫破裂的相关因素^[2-4]。(1) 局部组织破坏的深度: LM 术中是否损伤内膜是引起子宫破裂

的高危因素;(2)术中取纵切口剔除肌瘤;(3)术中缝合不严密或仅缝合浅肌层;(4)能量器械的不恰当使用:包括腹腔镜下单极电刀剔除浆膜下肌瘤及术中过度电凝。

因此,LM 术中尽量避免进入宫腔,且采取横切口剔除肌瘤为宜,以减少对子宫肌层结构的影响;充分缝合关闭瘤腔、防止子宫肌层内出现感染或血肿,对于较深的创面,应采用分层缝合,尤其是穿透宫腔者,子宫内膜应单独一层缝合;缝合材料以合成的可吸收线为好,减少组织反应;术中尽量使用双极电凝,减少热传导,超声刀热传导亦较少,也比较安全。而单极电凝的热传导可能引起子宫肌层的迟发性坏死;术中避免过度电凝,过度电凝使边缘组织对合欠佳、子宫壁肌纤维组织增生、子宫肌纤维的弹性及扩张性减弱,可能导致子宫伤口愈合不良。术中若发现伤口边缘电凝时间过长,热能引起组织发黑,则应修剪边缘,减少伤口愈合延迟的可能。病例 1 挖除肌瘤较大,对局部组织破坏较深;病例 3 宫腔粘连分离 2 次,说明宫腔粘连重,曾有宫腔镜下电切史,且两例患者术后至妊娠间隔时间均较短,故容易发生子宫破裂。

2.3 LM 术后重视对瘢痕破裂风险的评估及孕期保健 国外有学者提出妊娠前两次腹腔镜检查,同时采用亚甲蓝试验评估瘢痕厚薄及特性或行 MRI 评估子宫瘢痕,指导妊娠^[5]。还有学者提出妊娠晚期应用三维多普勒超声来评估 LM 术后血管灌注伤口愈合情况。通过对阻力指数、动脉搏动指数、子宫动脉的流速峰值、血管化指数、流动指数以及子宫组织、非手术区域、接受治疗的子宫肌层的血管化流动指数等指标的分析来评估,如灌注情况良好则预示伤口愈合和血肿吸收较好^[6]。LM 术后孕妇应列为高危妊娠管理,孕期定期监测,孕晚期建议卧床休息,严密观察子宫张力及宫缩情况,若有早产征兆,应积极予以抑制宫缩治疗。同时结合超声动态了解胎儿大小、羊水情况,瘢痕的厚度、连续性及血流情况,注意先兆子宫破裂的临床症状。对于存在瘢痕部位发生破裂高风险的孕妇应于预产期前 1~2 周入院实施计划分娩。

本文 3 例患者均以腹痛入院,病例 1 伴有血红蛋白明显下降,提示内出血可能,考虑孕周近足月,及时剖宫产术,获得了良好的母子结局。病例 2 和病例 3 因病情较隐匿,未能及时诊

断子宫破裂,尽管母亲抢救成功,但围产儿结局不良,病例 2 因子宫破口太大,母亲永久生育功能。病例 3 无正规产检,未能及早发现病情,也是其结局不良的原因之一。因此,对于子宫曾有腹腔镜手术史的孕妇出现反复固定部位腹痛应警惕子宫破裂可能。临床上不能完全除外子宫破裂,而估计胎儿已成熟或可存活时,积极终止妊娠是非常必要的。有腹腔镜手术史不孕患者辅助生殖受孕,如果为多胎妊娠,是否可以进行选择性地保留单胎妊娠,以减少子宫的张力,避免严重并发症子宫破裂的发生,改善母婴结局,这是一个值得商榷的预防措施。

参考文献:

- [1] 解胜兰,崔彦芬,杨晓庆,等.腹腔镜子宫肌层剔除术后妊娠致子宫破裂 1 例[J].现代妇产科进展,2009,18(8):620.
- [2] Kumakiri J,Takeuchi H,Itoh S,et al. Prospective evaluation for the feasibility and safety of vaginal birth after laparoscopic myomectomy[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2008,15(4):420-424.
- [3] Makino S,Tanaka T,Hoh S,et al. Prospective comparison of delivery outcomes of vaginal birth after cesarean section versus laparoscopic myomectomy [J]. J Obstet Gynaecol Res,2008,34(6):952-956.
- [4] Parker WH,Iacampo K,Long T. Uterine rupture after laparoscopic removal of a pedunculated myoma[J]. J Minim Invasive Gynecol,2007,14(3):362-364.
- [5] Dubuisso JB,Fauconnier A,Babaki-Fard K,et al. Laparoscopic myomectomy:a current view[J]. Hum Reprod Update,2000,6(6):588-594.
- [6] Chang WC,Chang DY,Huang SC,et al. Use of three dimensional ultrasonography in the evaluation of uterine perfusion and healing after laparoscopic myomectomy[J]. Fertil Steril,2009,92(3):1110-1115.

(收稿日期:2012-04-04 修回日期:2012-08-28)

(上接第 3349 页)

2.8 妥善处理护患纠纷 一旦出现护患纠纷,护士应沉着冷静,努力化解矛盾,同时妥善保管好各种护理记录、病案文书等证据资料,实事求是地查明真相,找出问题,分清责任。当然,如果确为患者或家属无理取闹时,也不能一味迁就,告之相关部门处理^[10]。

3 体会

护患纠纷的防范是医院护理管理的重要内容,控制或减少纠纷的发生是体现护理管理的标准之一。在护理工作中,要贯彻“以人为本”的服务理念,建立良好的护患关系,护士不仅要有良好的服务态度、高尚的职业道德、强烈的工作责任心,而且要有扎实的基础理论、精湛的护理技术,以及丰富的心理、社会文化知识,才能为患者提供高质量的护理服务,才能避免或减少护患纠纷的发生。

参考文献:

- [1] 刘国英.护患纠纷原因及预防对策[J].内蒙古中医药,2011,30(1):142-143.
- [2] 牛婧,陈丽君,王素云.护理人员如何避免和正确处理护

理法律纠纷[J].现代护理,2002,8(9):719.

- [3] 龚丽娟,裴显俊,席延荣.医疗护理工作中应注意的法律问题[J].现代护理,2002,8(9):718.
- [4] 杨莘,王祥,邵文利,等.335 起护理不良事件分析及对策[J].中华护理杂志,2010,45(2):130-132.
- [5] 李小妹.护理学导论[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2006:107.
- [6] 殷磊.护理学基础[M].3 版.北京:人民卫生出版社,2002:428.
- [7] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2006:352.
- [8] 王芳,叶志弘,葛学娣.护理安全管理研究及进展[J].中华护理杂志,2008,43(11):1053-1055.
- [9] 杨秋云.常见护患纠纷原因分析及预防对策[J].基础医学论坛,2007,11(13):668-669.
- [10] 李凤霞,殷秀梅,王秀玲.护患纠纷的原因分析及对策[J].齐鲁护理杂志,2005,11(7A):772.

(收稿日期:2012-03-31 修回日期:2012-07-23)