



家庭計劃通訊

妊娠中絕—今日的「月經規則術」

蘇文彬醫師譯

編者的話：「月經規則術」在本省自從三軍醫院醫師推薦以來，目前正受各方人士矚目，本文就這種手術的技術、設備、效果、合併症以及它在診斷和治療上的應用各方面均詳加討論，頗值得參考。原文係Pregnancy Termination, Population Report, Series F, Number 4, May 1974, Department of Medical and Public Affairs, The George Washington University Medical Center.

一、前言

所謂月經規則 (Menstrual regulation) 指的是在月經過期十四天之內用一種塑膠做的空針筒及插管將子宮內容物吸引出來的簡捷手術。這種手術現在正受到醫學界與法學界的廣泛注意。前 (1973) 年十二月初在美國夏威夷大學公共衛生學院主持下，該校巴特爾人口中心負責召開的一個研討會，目的就在討論這項手術的最新技巧，研訂它的標準，指出它的問題所在，更進而討論如何提高它的安全性。

從印度、英國、新加坡，以及美國各地來的專家學者提出了將近三千五百個案的詳細臨床報告，供研討會研究。另外更有數以千計的早期月經規則手術在全世界各地由開業醫師，其他醫療人員，甚至婦女自己動手，發現困難極少。雖然還有許多問題亟待解答，但是從研討會的結果可以看出來，月經規則術將已逐漸被視為一項可接受的婦科手術了。

與會的大多數人士都同意這項手術的理論根據，並不僅僅是為了人口學上、醫學上、或者法律上的理由，同時也是為了人道上的需要。誠如國際家庭計畫聯盟 (IPPF) 醫學委員會主席，南美巴貝多的康明斯 (G. T. M. Cummins) 醫生所說，對於一個不知

道她自己是否已懷孕的婦女 (況且在月經過了兩星期內也無法檢查出來)，或者即使懷孕由於想不出也負擔不了一個安全中止懷孕的方法所引起的精神上的折磨、焦慮與不安，早期月經規則術確實是一項合乎「人道」與「保健」原則的救助。

經過三天討論之後，參加會議的人士一致同意以下各點：

1. 從美國的加州到印度的加爾各答，只要什麼地方有這種手術在進行，婦女們自然會自己想辦法找到那些醫院或診所，通常都不公開，而且只有親友的介紹才去。

2. 手術前後的個別指導非常重要。事前可讓婦女瞭解手術的情形求得心安，而事後更應藉機教導婦女如何用各種避孕方法，以免再蹈覆轍。

3. 藉月經規則術的機會也可教導婦女有關月經與生育的知識，同時鼓勵她們使用各種有效的避孕方法。

4. 月經規則術並非「事」前避孕的「替代品」。它只能當做避孕失敗，或者避孕不當的一種補救辦法。

一般說來，對於這項手術，不同地區的醫師有不同的顧慮。亞洲的醫師們希望繼續推廣現在家庭計畫工作中所注重的口服藥、子宮內避孕裝置、以及結紮

等方法，而一旦發現避孕失敗情況發生時，則以這種新的技術來做後盾，謀求補救。另一方面，由於人工流產在南美各國大抵是非法的，因此各地醫院都擠滿了自己動手術打胎、打胎不完全，或者敗血性的流產婦女，這些國家來的醫師則認為用早期月經規則術來處理以上這些危及婦女生命的情況確實深具價值。美國的代表們則希望確定婦女團體主張給不論是否已懷孕的婦女每月做定期月經規則術的要求，是否會危及身體健康。大家都期望妊娠試驗能夠更加改進，那麼懷孕婦女的不必要月經規則術就可以減少到最低限度。

從臨床醫師的觀點，以下幾點大家的意見一致：

1. 對於月經過期七到十四天的情況，用手操作的50cc空針筒加上5或6mm可彎曲的插管來清除子宮內容物安全有效（未逾七天，或過期十四天以上的，效果則較差）。

2. 早期月經規則術的臨床經驗與日俱增，可能的合併症有逐漸減少的趨勢，目前大約在百分之三左右。同樣，吸引失敗的例子也在下降，目前約百分之二。

3. 任何在子宮內使用的器械必需是可彎曲的塑膠製品，而非金屬品，以減少子宮穿孔的危險。

4. 月經規則術的設備用途廣泛，除了可以規則月經外，同時也應用於各種婦科診斷與治療上的需要。

5. 懷孕超過八星期的個案，要用電動吸引器或用較大容量的手動或腳動唧筒來吸引。

6. 為了繼續對這種手術做臨床上的評價，要經由國際間的合作與經驗，取得更多的可資比較的資料。

有待進一步研究的問題

在研討會上引起爭論的問題有：

1. 妊娠測驗：由於婦女自己不知道是否已懷孕，那些做不必要月經規則術的婦女，到底佔多大的比例？這個比例在醫學上、經濟上、或者其他因素上是否可以接受？還有，如果婦女要求這種手術，醫師是否要告訴她非得等到月經過期至少兩個星期，在他的診所裡做可靠性相當高的妊娠試驗後才來手術？

2. 法律上的地位：如果臨床上的試驗不能確定懷孕，那麼早期月經規則術是否應該視為人工流產（墮胎）？規則術用在其他診斷或治療上的目的越來越多，這能證明是有人工流產—即便是非法的—的意圖嗎？

3. 如果接受規則術的婦女並不是每個人都懷孕，那麼它的效果如何計算？為了避免像繼續子宮外孕等

這種罕見但可能有嚴重後果的情況，應該做多久的追蹤研究？還有，如果一個婦女連續施行幾次規則術，效果又應當如何計算？

4. 醫師訓練：用手操作的塑膠製空針筒與插管來做月經規則術，究竟需要怎樣的指導與訓練？再者，沒有經過嚴格訓練的其他醫療人員或助產士可否使用這些設備？

5. 插管大小：月經超過一週的婦女要求施行規則術，是否要例行地選用直徑5mm的插管？4mm的插管是否只留給那些沒有生產過或妊娠試驗陰性的婦女？為了回答這些和其他的問題，現在正蒐集更多的資料，並且在全世界各地於各種不同的情況下試驗這種手術。

二、手術的步驟

手術前的指導對接受規則術的婦女很重要。為了更有效的讓婦女了解手術的情形，檀香山Kapiolani醫院的Ronald Pion醫師製作了四種不同的視聽教材，包括有四分之三英寸的卡式錄影帶、卡式錄音帶、以及兩捲各為8mm與16mm的影片。

早期月經規則術通常在醫院的門診部施行。在落後國家，這種手術並未循例給予止痛或麻醉。美國北卡羅萊那大學國際生育研究中心（International Fertility Research Program, 簡稱IFRP）所蒐集的美國七家醫院的月經規則術個案，其中27%的婦女曾接受子宮頸旁麻醉。在美國有很多醫院對施行這種手術的婦女都給予子宮頸旁麻醉。在南斯拉夫，不只墮胎合法化已有二十多年，而且都全身麻醉，難怪Lidija Andolsek醫師的論文中指出他們在Ljubljana辦的家庭計畫門診，婦女連局部麻醉所引起的輕微不適都不情願接受。

規則術的一個重要特色是使用可彎曲的塑膠製器材，而不再使用金屬製品。以一九六〇年代末期就已研究發展出來的可彎曲塑膠插管用來代替原來常用的金屬探針與金屬刮器。有一種圓形尖端的透明塑膠插管，現在被規則術廣泛使用，不只容易插入且無需子宮頸擴張，如此至少可避免一些疼痛。IFRP資料指出，在月經過期二十九到四十五天而施行月經規則術的婦女當中，只有2.8%的人要子宮頸擴張。

無菌“no-touch”技術應該用在某些插入子宮的器械上。插管只能插入一次，不能取出之後再插入，

以減少感染的危險。假如子宮頸抵抗插管，將其尖端弄彎，可用消毒好的鑷子夾住插管末梢以為助力。要是用了大一點的插管，比如說直徑6 mm的，那麼我們可以把更小的插管（4 mm的）塞在裡面，以免再度弄彎。現已廣為使用的50cc塑膠製空針筒可產生68 cm（27英寸）水銀柱高壓力的真空。其他產生真空的器械也可以買到。只要吸引一完成，吸出的東西可由肉眼或顯微鏡檢查出是否有絨毛或蛻膜。

手術後的處理

無論從那一觀點來看，大家都認為月經規則術後婦女最好在醫院裡休息十分鐘到半個鐘頭。手術後最少要回來醫院一次做追蹤檢查，看是否會發生合併症，諸如出血、感染、以及繼續子宮內或子宮外懷孕。

討論會中也強調一件極為重要的事情，那就是：每一位施行規則手術的婦女必須接受效果良好的避孕方法的指導。根據夏威夷與印度的多項研究，每十位接受規則術的婦女當中，至少有九位於事後使用某種方式的避孕。孟買的一位女醫師 Kanitkar 指出在她的個案當中，事前不曾用過避孕方法的佔了一半，但是事後只有將近 7.9% 的婦女仍就不想法避孕。對很多婦女來說，月經規則術確實是給她們一個避孕教育的最佳時機。

三、合併症

在這次研討會中一項引人注目的事實就是指出規則術合併症與失敗率很低的統計分析報告。早在一九七三年初，美國北卡羅萊那大學的國際生育研究中心（IFRP）就已開始蒐集和分析有關早期月經規則術和其他手術的資料。這些資料來自二十二個國家，包括：孟加拉、英國、印度、韓國、新加坡、埃及、伊朗和美國。由於使用 IFRP 設計的標準化報表，專家們既可很快的比較臨床結果，又可分析出和合併症與失敗率有關聯的種種因素。

截至一九七三年底，這項研究計畫已蒐集 3,490 個案的詳細資料，其中只有 74 個婦女得過合併症，例如手術後感染、出血、懷孕殘留物未清除，以及繼續懷孕等等。這 2.12% 的比率比起 1973 年 4 月的一項研究報告中，在 1,544 個案中失敗率為 4.7% 的比率顯然要好得多。另外有不少人（3,490 人中有 86 人）有過輕微的合併症如子宮頸受傷，子宮痙攣，點狀出血和嘔吐。

許多因素影響合併症發生比率的高低。雖然沒有針對此點的相關研究，但是在手術進行時，如果使用無菌“no-touch”技術和只插入一次的插管就可大大的減少合併症的發生率。施行手術醫師的累積經驗也是合併症發生率減低的一大因素。夏威夷海爾 Hale 醫師的研究中指出，由他做規則術的三百個案的前一半，發生率是百分二，後一半則降到甚至比百分之一還要低。一九七〇到一九七一年間在美國的一項廣泛調查懷孕三月婦女施行規則術的前後期發生率比較，也有這種合併症降低一半的情形。

無月經期間的長短以及事後證實是否懷孕的不同情況也會影響合併症發生的比率。在一項包括 1,212 規則術個案的研究報告中，指出合併症發生率隨著無月經期間的延長而提高。月經過期八至十五天的婦女，手術後的發生率是 1.7%，而過期一至七天的只有 0.8%。同樣這些婦女，事後證實為懷孕的，合併症發生率為 1.6%，而事後證實不是懷孕的也只有 0.8%。

立即合併症

合併症可依其發生的時間先後來分類。所謂立即的合併症指的是婦女尚未離開醫院以前或手術後二十四小時內發生的。這些包括子宮穿孔、嚴重的子宮痙攣、子宮頸受傷，暈倒和嘔吐。根據六個不同的研究，立即合併症發生率可由 0.0% 到 3.9%。這其中只有一個案為疑似子宮穿孔。

延遲合併症

所謂「延遲」合併症指的是手術後二十四小時以後才發生的但時間不得超過六個星期。這些包括手術後感染、出血、痙攣、點狀出血、懷孕殘留物和繼續懷孕。用抗生素治療的手術後感染，其發生率在 1.4% 到 3.2% 之間。在六項研究中，只有三篇報告提到出血、痙攣和點狀出血的發生率，範圍在 0.3% 到 3.8% 之間。孟買的女醫師 Kanitkar 警告說：在手術後馬上裝置子宮內避孕器，會使點狀出血和痙攣的情況更加延長。所以說，手術後馬上裝置子宮內避孕器的個案，應該和其他個案分開列表統計。

最常見的延遲合併症是懷孕的殘留物、子宮內繼續懷孕以及並不因這種手術而中止的子宮外孕。手術不完全而有受孕殘留物的比率為每一百個婦女之中有 0.23 人到 1.5 人。事後證實為懷孕的規則術個案中，子宮內繼續懷孕的比率為 0.1% 到 3.7%。繼續懷孕本身

就算是一種合併症，同時也是影響全盤手術有效的一個因素。

後期或長期的合併症

後期合併症指的是發生在手術後六週以上的。這些包括可能由於反覆的擴張，破壞了子宮頸的健全，而可能導致來日的自然流產、早產、後天的不孕症、月經不順、RH免疫作用或者子宮外孕的增加。

雖然後期合併症的發生在東歐國家時有所聞，但是在這些即使懷孕前三個月後期的人工流產很常見的國家，仍然沒有證據可以指出平常無需做子宮頸擴張的月經規則手術會產生這種合併症。討論會與會人士一致提議不只要對一次手術的長期反應做進一步研究，也要對多項手術的長期反應做同樣研究。

四、效 果

想要建立一套正確的方法來計算月經規則術中止早期懷孕的效果並非輕而易舉。因為接受這種手術的婦女，並不是全部已懷孕，而且也沒有一種可靠的試驗能在月經過期12天（即無月經40天）內檢查出婦女是否已經懷孕。只有在完全吸出之後，當吸出物可以仔細檢查出絨毛時才可確定懷孕。研討會中所提出的研究報告。大部分指出當月經過期不到七天就施行規則術的婦女，懷孕的大約只佔一半。而在月經過期七天以上，但還不滿兩週去手術的婦女，則有85%已懷孕。在這些情況之下，我們究竟應該採取怎樣的標準來決定是否要做規則術，或者事後如何來評定它的效果呢？

1. 驗 孕

參加研討會的專家們大抵同意對於渴望施行這種手術的婦女，即使在確定懷孕之前，應該給予方便。與會者更一致認為亟需進一步發展迅速、便捷的驗孕方法。除此之外，更應將參考月經史和詳細的骨盤腔檢查作為一項不可忽視的例行工作，以補充檢驗室的試驗。

通常在醫師診所所使用的免疫學玻片妊娠試驗，在月經過期後的頭兩星期做是不可靠的，因為在這段時間，早期着床地方所產生的 HCG (Human chorionic gonadotropin) 太低，會造成過多的假陰性。討論會中有四篇研究報告提到一種免疫學的玻片試驗叫 Pregnosticon Dri-Dot Test (美國歐加濃藥廠製造)。試驗的結果，在月經過期不到兩星期的

1,204位婦女當中，有0%到24%呈現假陽性，2.2%到66%呈現假陰性。IFRP主持的研究，發現這種試驗只有用於月經過期44天以後，才有95%的可靠性。

哈佛醫學院 Thomas Kosasa 醫師採用了 Vaitukaitis, Braunstein 以及 Ross 三位的共同發現，以 HCG 裡的 β subunit 特有的親和力發展出一種高度敏感的放射免疫試驗 (radioimmunoassay)。這種新方法能在受精卵着床後幾天就能察出絨毛膜的活動力，因此即使 HCG 含量太低也能測出。然而這種試驗極端昂貴，不只費時，更需一套特殊設備和技術純熟的操作人員，對許多國家來說，談不上有什麼價值。

另外一個基於同樣原理的試驗，是由 Brij Saxena 發展成功的 Radioreceptor assay，現正在美國康奈爾大學醫學院試驗之中，只需一小時即有結果，且較 Radioimmunoassay 便宜，但是它仍然需要一套特殊設備和熟練的操作人員。

2. 終止失敗率

依照正常的說法，失敗率是以（手術後）繼續子宮內懷孕數除以手術婦女數來計算的。但是有些施行規則的婦女，事後經過證實，手術時並未懷孕。因此這些婦女必須剔除。下面的式子就是在研討會中公認為最適當的：

$$\frac{\text{繼續子宮內懷孕數}}{\text{手術後確認懷孕數}} \times 100 = \text{終止失敗率}$$

這個計算式的分子包括所有繼續子宮內懷孕個案。分母則指子宮內容物檢查結果以及追蹤檢查結果確認懷孕的施行月經規則術婦女數。

依上述公式計算，在研討會中報告的懷孕終止失敗率，是 1.1%，也就是說在吸出之後立刻診斷懷孕的 1,854 個婦女中，有 18 位繼續懷孕。手術後仍有受孕殘留物者，需要做第二次吸出，或刮除手術，應視為延遲合併症，計算失敗率時，不包括在內。

3. 影響失敗的因素

許多因素可影響終止失敗率，諸如：插管大小、吸引器的種類、麻醉的方式，無月經期間的長短，以及對這種手術的熟練程度。

較大的插管與較低的繼續懷孕率可能有關聯。Edward Stim 醫師的報告指出，在使用 4 mm 直徑插管施行規則術的 87 位有孕婦女中，終止失敗率是每一百個婦女 5.7，而使用直徑 5 mm 插管的 114 位有孕婦女，其失敗率則僅為每百個 0.9。由於還有其他因素牽連在內，需要更多的研究才能確定各個因素的影響。

Stim醫師在另外一篇研究報告指出，使用電動吸引器的失敗率為5.7%，而使用手動吸引器則為4.3%。國際生育研究中心從十二個醫院診所蒐集來的資料，也提出類似的結果。使用電唧筒的終止失敗率為4.4%，而使用手動吸引器的失敗率則僅為2.1%。究竟原因為何尚未可知。

麻醉的方式也是可能影響終止失敗率的因素之一。全身麻醉與較低的失敗率有關。國際生育研究中心的資料顯示，施行全身麻醉只有0.3%的失敗率，而子宮頸旁麻醉的失敗率則高達4.4%。

月經過期的長短也影響失敗率。國際生育研究中心的報告中指出，月經過期一星期之內，也就是說以28天為月經週期來說，從上一次月經開始來潮算起29至35天，施行規則手術的，其終止失敗率為11%，而在過期兩星期之內（上次月經開始第36至42天）施行規則術的，其失敗率為4.0%。無月經期間短的失敗率較高可能是由於受精後第一週着床位置僅有微量組織，而使人容易忽略懷孕存在的事實。

終止失敗率隨醫師經驗的增多而降低。由於經驗之累積，有一個診所的規則術失敗率竟由40%急降至5%。如果月經過期一星期內的懷孕能夠確定的話，手術時可能會更加小心。因此，如有早期確定懷孕的試驗就可以大大的減低終止失敗率。

其他如年齡、生產次數等等因素也可影響終止失敗率，但是目前這方面沒有可用的資料。國際生育研究中心現正在計畫蒐集一系列的資料，數量要多到足以指出由於不同插管大小、吸引器的種類、不同妊娠時期的不同麻醉方式，更進一步分出年齡、生產次數、懷孕與否等等因素的影響，而確定它們對於合併症和失敗率是否有顯著的差異。據估計為了證實這些因素與合併症、失敗率間的顯著關係，需要做二十個以上的比較研究，包括五萬件月經規則術的資料。

五、設 備

參加研討會的人所使用的插管大都是1960年代末期Harvey Karman所發展出來的。這種可彎曲的透明塑膠製品，在它圓口末端兩側有尖的三角形開口，每一個開口有凸面罩，吸引子宮壁的時候，可當刮匙用。與會者一致認為這種可彎曲的插管可減少子宮穿孔的危險，並建議可經常使用以終止早期懷孕。其他的建議事項包括：

① 不再使用金屬探針，而使用可彎曲的塑膠插管

② 在插管末端加一段長6至8公分的變色刻度條，俾探測時順便量出子宮的深度。

有些與會人士也提到和前述每使用一次就丟棄的塑膠插管不同的用具。來自印度孟買S. D. Khand-waia 醫師展示他的新型4 mm直徑的金屬插管，自

認比塑膠插管有更多優點（見圖1）。



圖1：Khandwala 所設計的金屬插管

這種插管經消毒後可重覆使用，它的尖端也不致弄彎或斷裂。插管的三個開口有助於迅速清除子宮內容物，上面的細齒則當刮匙用。

1. 吸收力的來源

月經規則術所需的吸引力量可來自不同的吸引器械。這些包括空針筒、手操作唧筒、腳操作唧筒、吸空的瓶子，以及電動吸引器等。

1973年6月夏威夷大學人口研究中心把 Karman 早期的空針筒稍作修改，成為如圖2的吸出器。這個

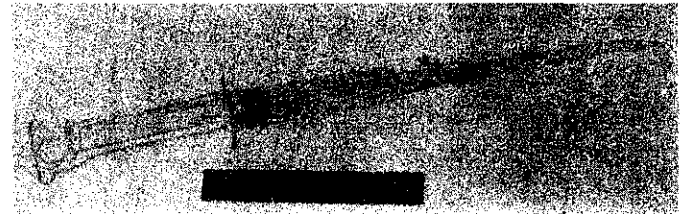


圖2：吸出器，它本身是一個50cc的空針筒。能產生27英吋的水銀柱高真空吸力，主要的特點是包括一個操作容易的壓力控制瓣，一個用活塞上鎖的柄，還有一個防止活塞不小心從空針筒滑出的制動器。

吸出器本身是一個50cc的空針筒，能夠產生27英吋水銀柱高的真空吸力，有一個操作容易的壓力控制瓣，一個用活塞上鎖的柄，還有一個主要特點是壓力控制瓣和推入器的改良柄。前者容許針筒的單獨作業，而後者簡化了真空的產生。

這種吸出器優點頗多：製作簡單，價錢低廉，容易運送，手術時發聲不大，既可適用於一般醫師診所，也能適用於巡迴醫院，更不需用電，對世界上某些缺乏電源的地方實在方便。

部分與會人士也注意到這種吸出器的缺點。比如說，如果隨插管伸入子宮時，注射器的推入器仍然可

能會使子宮受到加壓。還有，注射器的50cc容量對於懷胎已八週以上的規則術可能稍嫌不足。雖然這種注射器曾經使用於終止十個星期長的懷孕，可是由於晚期的懷孕會增長組織和血液量，不得不將空針筒排空數次，因而拖長手術時間，導致更多的失血。

夏大人口研究中心另外還發展出兩種容量較大且不需電的吸引器。第一種的吸力來源是一個常見的儲藏真空瓶。(如圖3)，特徵如下：

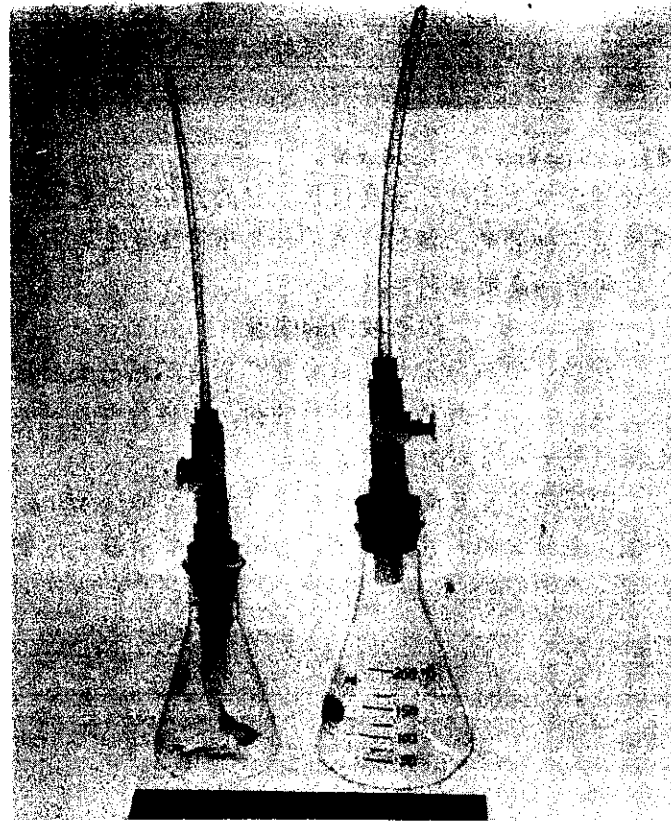


圖3

- ①能供給最高度的真空。
- ②抽出子宮內容物時不需人力。
- ③插管接有組織收集袋。
- ④子宮不可能受到加壓。
- ⑤轉動的零件不需潤滑。
- ⑥沒有可能破損的滑動表面。
- ⑦125c.c.和250c.c容量的瓶子為 Karman注射器的二至四倍
- ⑧因長期使用而耗損或破裂的零件可由一般實驗室供應用品中心輕易獲得換補。

第二種是仍在原始模型的吸引器，靠手唧筒產生吸力。整個吸引器包括下列幾件東西：(圖4)

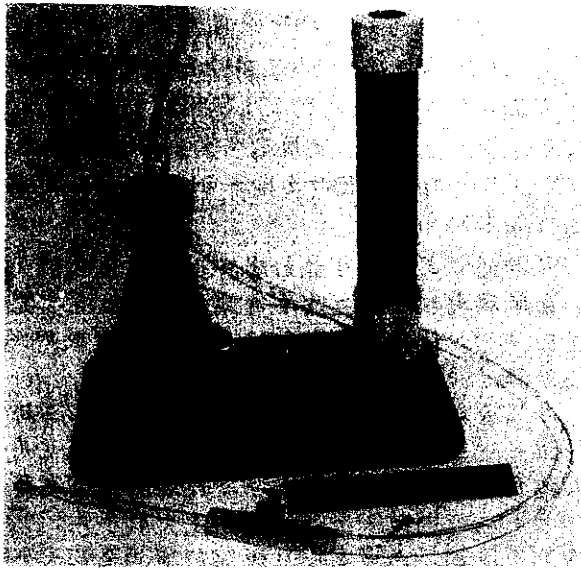


圖4

- ①一個用手操作的真空唧筒，末端是一個可以旋緊的瓶塞。
- ②唧筒固定在一個底架之上，而收集瓶則用塑膠圈圍住。
- ③容量500cc的收集瓶。
- ④一個包括附有栓塞的插入管和組織收集袋的組件。
- ⑤一條塑膠管接在唧筒底部，連到收集瓶。
- ⑥一個簡易控制瓣以保存真空。
- ⑦一個適應插管大小尺寸不一的接合器。
- ⑧一條橡皮管，當真空時會吸住而鎖閉。

以上這兩種原型的樣品，目前已在美國和幾個開發中的國家裡試用。

研討會中也討論到另一種真空來源。這是一個牌子叫 Nalgene 的手操作真空唧筒，簡稱 Mity Vac。(如圖5)在終止早期懷孕的手術中，據稱效果不好。

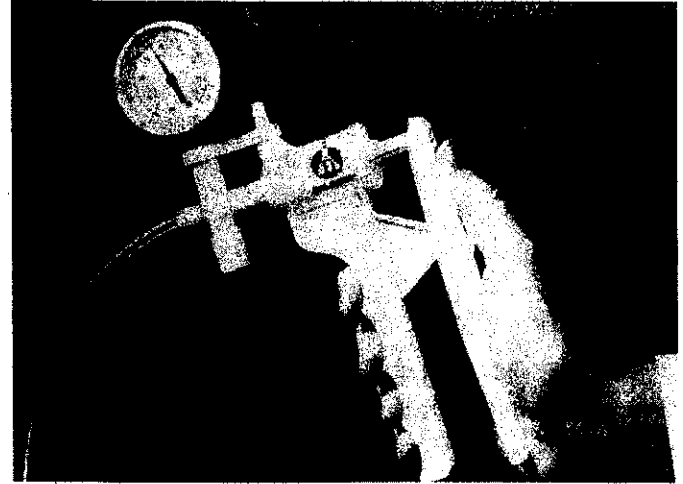


圖5

Hale 醫師在南太平洋飛枝羣島施行的規則手術中有三分之一的個案用 Mity Vac，認為這種吸力相當有效。南太平洋其他地區目前也正在試用這種 Mity Vac。因為 Mity Vac 沒有收集袋，所以它必須以一條塑膠軟管接上一個附有雙孔栓塞 50cc 玻璃（或塑膠）瓶。

規則術用的器具箱包括 50cc 的空針筒，各種大小的插管，塑膠製的子宮鏡以及使用說明書，世界各地都有製造廠商。（見圖 6、7、8）這篇使用說明書

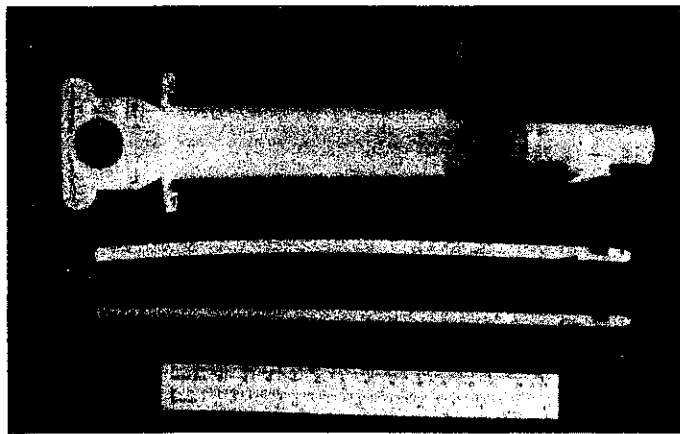


圖 6 就是由研討會開會期間以及會後組成的一個專家委員會所編寫的。想要獲得如何購置調經用具箱資料的人可逕洽下列機構：

International Pregnancy Advisory Services
NCNB Plaza, Suite 300
Chapel Hill, North Carolina 27514
U. S. A.

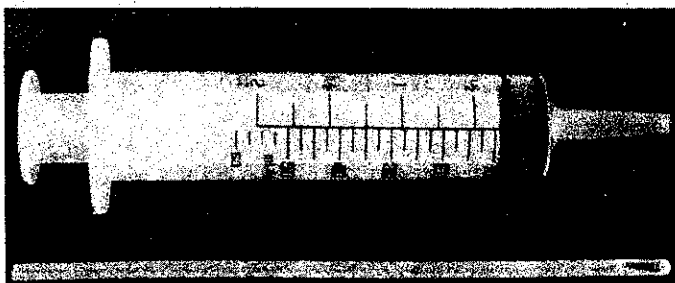


圖 7

六、診斷及治療的應用

除了當月經遲來清除子宮之外，月經規則術也是一種寶貴的診斷與治療技術。比起傳統的擴張刮除術，這種子宮內容吸出術在某些方面可能更好，可用於診斷月經異常，細胞異常，不孕症以及治療流產、葡

萄狀鬼胎等等。

1. 診斷的應用

很久以來，希望在一般診所裡能有簡捷的方法來檢查子宮內膜的病變，一直是婦科專家努力的目標。雖然子宮內膜的選擇性標本切片檢查早已使用，但是更完全的子宮內膜標本切片檢查通常必須全身麻醉及住院。許多用過吸引設備來取得更完整的內膜標本的學者專家認為它安全、迅速，又有效，用於門診病人可能有很多好處。

根據一篇研究報告，用規則術取得的子宮內容物來診斷與以傳統的刮除術取得的子宮內容物診斷，結果完全一致的竟高達 97.8%。不過這兩種不同方法取得的標本都經過同樣的處理，唯一不同的是子宮內容吸出術取得的標本在顯微鏡下檢查發現子宮內膜碎塊較小。只要細胞學家對真空吸引取得的標本更熟悉的話，診斷的正確性當會更加提高。

診斷用的子宮內容吸出術大抵使用一種牌子叫 Vabra 的吸出器，包括一支直徑 3 mm 的只用一次就丟棄的不銹鋼插管和連在吸引力來源的收集系統。先後以子宮內容吸出術和子宮刮除術所獲得的 713 個婦女的組織標本中，檢查結果不同的只有 10 個案，另有 4 個案由於子宮內容吸出術取得的內膜組織太少而不易診斷。

此外還有其他經過特別設計的插管也用來診斷異常的子宮內膜細胞病變。美國伊利諾州依凡斯頓市的 John Issacs 和 Robert Wilhoite 兩位醫師用的也是不

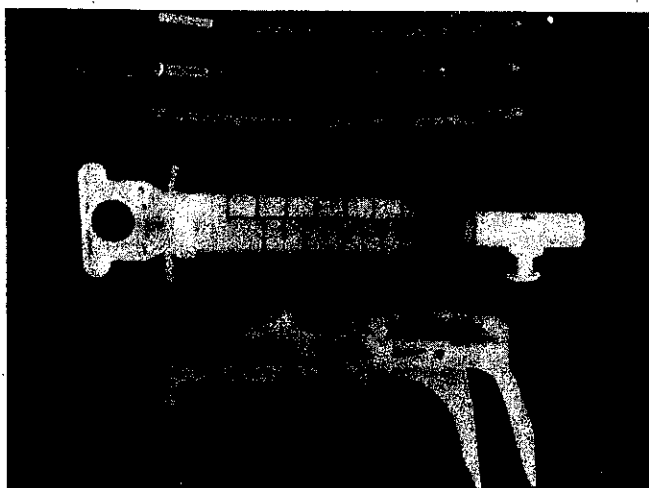


圖 8

銹鋼的插管，上面有許多孔，可以收集不同地方的子宮內膜，同時接上一支 10cc 的注射筒。吸出的東西再做內膜抹片。在他們的研究報告裡，有 346 個案用這種可丟棄的子宮內膜吸出器，其中有 7 個案經檢查結

果發現是子宮內膜癌。

Issacs和 Wilhoite兩位醫師在他們的報告裡下這樣的結論：子宮內膜吸出比起通常的子宮頸陰道抹片能獲得較多的子宮內膜細胞選擇性標本，對可疑性高的病患來說，可以當做再一次檢查的方法。美國俄亥俄州托利多市的Robert W. Muenzen 醫師在他的研究報告裡指出，有 1,483個案用一種頂端為塑膠的矽橡膠管當做子宮內膜癌的選取標本器具。在 500位做子宮切除或刮除術的住院婦女中，Muenzen醫師於手術前就用這種矽製插管先行子宮內膜吸出，事後比較診斷結果一致的達84.4%。

2. 治療上的應用

月經規則術的設備最重要的治療應用量是治療無菌性的及敗血性的不完全流產與葡萄狀鬼胎，不過這只限於懷孕不滿八週的情形。如果超過八週或者有嚴重的子宮出血的情況，很可能要有一個容量較大的手唧筒或電動吸引器隨時準備支援。

Jaroslav Marik和Peter Langlois 兩位醫師的研究顯示，他們用子宮內容吸引術來治療不完全流產有令人鼓舞的效果。他們選那些全都診斷為不完全流產的婦女，先吸出子宮內容物，然後再用傳統子宮刮除術。顯微鏡觀察的結果指出子宮內容吸引術取生胚胎的有100%，取出絨毛的有93%。在這些標本中的33%發現子宮內膜底層，7%有子宮肌層。而後來的刮除在同樣的個案中有87%的婦女發現子宮內膜底層。在對照羣的個案中，只經過擴張刮除術的，發現高達53%的人在吸出物中有子宮肌層。基於上述的發現，Marik與Langlois 醫師下的結論是：子宮內容吸出的剝離面只到腺體層或懷孕的子宮內膜層，而刮除術則到達子宮內膜底層甚至子宮肌層。他們判定真空吸引

比較不會傷害到子宮內膜和子宮肌層。Peretz 等幾位醫師所做的研究也支持這個論點。其他還有三篇討論使用電動真空吸出，一篇討論使用手唧筒吸引來治療不完全流產的研究報告，一致同意這種手術不僅安全迅速，失血少，在醫院停留時間短，而且骨盤腔感染的危險也少。

以無菌性不完全流產而言，子宮頸已擴張，吸引時麻醉可有可無。如果清除子宮的工作做得快，收縮也快，很自然地，失血會減到最低程度。Filshie 醫師在他的論文中指出，子宮內容物吸引的失血大約5—150 ml，平均24 ml，懷孕時間愈長，失血愈多。用吸引的方法同時也減低了感染的危險，因為只有插管這一種器械進入子宮。

另一方面，在治療敗血性不完全流產時，雖然所獲得的結果一直很好，但是這些研究專家仍然謹慎從事。理論上說，以吸引的方法而不用刮除術，那麼懷孕時子宮內膜的纖維蛋白和圓細胞的反應障壁應該比較不易斷裂，因此感染也就較不會擴散。不過，無論如何，任何敗血性的不完全流產如果沒有適當的用抗生素來控制，絕不可嘗試吸引手術。有一個死亡的病例就是由於敗血性不完全流產經過治療出院回家以後，沒有繼續用抗生素治療。驗屍報告證明是腹膜炎。

遇到葡萄狀鬼胎，以子宮內容吸引術來清除子宮也是一種治療方法。就已知的文獻而言，懷孕期間兩個月到六個月的吸出（鬼胎）一直很順利，而且迅速。清除的時間需三到五分鐘，失血300—500 ml。

到目前為止使用吸引的設備來診斷和治療一直很成功，可惜大部分的研究包括的個案仍然嫌少。我們需要更多的研究。無疑的，只要這種手術日漸普遍，有關研究報告一定越來越多。