

(J). 深圳中西医结合杂志, 2015, 25(18): 26-28.

15(14): 146-147.

(9) 贾金铃, 周位珍, 何清清, 等. 互动达标理论在双相情感障碍患者中的应用效果 (J). 护理实践与研究, 2018,

(10) 余姝. 抗抑郁药物应用于双相情感障碍治疗中的疗效及安全性评价 (J). 四川医学, 2016, 37(12): 1356-1359.

(文章编号) 1007-0893(2021)06-0144-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.06.065

宫腔镜下不同手术方式对 I 型瘢痕妊娠的疗效比较

黄裕凤 陆燕运 吴晓冰

(佛山市高明区人民医院, 广东 佛山 528500)

[摘要] **目的:** 比较宫腔镜下不同手术方式对 I 型瘢痕妊娠 (CSP) 的疗效。**方法:** 选择 2014 年 2 月至 2019 年 3 月在佛山市高明区人民医院接受治疗的 I 型 CSP 患者 59 例进行回顾性分析。根据患者接受手术方式的不同将其分为两组, 其中对照组 29 例行宫腔镜下孕囊电切术, 观察组 30 例行宫腔镜监视下清宫术。比较两组患者临床疗效、应激激素指标及炎症因子水平。**结果:** 观察组治疗总有效率为 96.67%, 与对照组的 89.66% 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组患者醛固酮 (ALD)、皮质醇 (Cor) 及血管紧张素 I (Ang-I) 水平均明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素 6 (IL-6) 及 C 反应蛋白 (CRP) 水平均明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 宫腔镜监视下清宫术与腹腔镜下妊娠囊切除术对 I 型瘢痕妊娠疗效相当, 但宫腔镜监视下清宫术应激反应及炎症反应均较低。

[关键词] I 型瘢痕妊娠; 宫腔镜监视下清宫术; 宫腔镜下孕囊电切术

[中图分类号] R 714 **[文献标识码]** B

瘢痕妊娠 (cesarean scar pregnancy, CSP) 指有剖宫产史的女性再次妊娠时孕囊在子宫原瘢痕处着床, 并位于宫外, 周围被子官肌层及纤维瘢痕组织包围的一种异位妊娠^[1-2]。因国内剖宫产率较高, 加上近年二孩政策的实施使得瘢痕妊娠的发生率呈明显上升趋势。临床上根据孕囊生长方向将 CSP 分为两种类型, 孕囊向宫腔内生长者为 I 型, 孕囊向宫腔外、腹腔方向生长者为 II 型, 其中以 I 型较为常见, 可引起严重的不可控子宫大出血而危及患者生命^[3]。清宫术及宫腔镜下电切术为临床上常用的术式, 但因传统清宫术中可引起大出血而逐渐被淘汰, 宫腔镜下手术逐渐得到普及。近年发现宫腔镜定位后行清宫术与宫腔镜下电切术有一定的优势, 但均以临床观察为主, 对于两种术式应激激素指标及炎症状态方面的对比较少, 因此本研究旨在通过就两种术式对患者应激及炎症的影响, 以为瘢痕妊娠患者术式的选择提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2014 年 2 月至 2019 年 3 月在本院接受治疗的 I 型

CSP 患者 59 例进行回顾性分析。根据患者接受手术方式的不同将其分为两组, 其中对照组 29 例行宫腔镜下孕囊电切术, 观察组 30 例行宫腔镜监视下清宫术。其中对照组年龄 23~38 岁, 平均 (29.18 ± 5.33) 岁; 产次 1~3 次, 平均 (1.73 ± 0.82) 次; 病灶直径 3~8 cm, 平均 (4.19 ± 1.08) 次。观察组年龄 22~39 岁, 平均 (29.09 ± 5.17) 岁; 产次 1~4 次, 平均 (1.88 ± 0.84) 次; 病灶直径 3~8 cm, 平均 (4.25 ± 1.14) 次。两组患者年龄、产次、病灶直径等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 (1) 符合《剖宫产瘢痕妊娠诊断与治疗共识》^[4] 中瘢痕妊娠的相关诊断, 经影像证实为 I 型 CSP, 孕周在 12 周以下; (2) 具备宫腔镜下手术治疗的手术指征; (3) 神志清醒, 智力正常, 可与医护人员进行正常交流; (4) 患者知情同意本研究。

1.1.2 排除标准 (1) 临床资料不全者; (2) 近 3 年行宫腔手术者; (3) 治疗过程中, 转行子宫切除术或其他手术者。

1.2 方法

术前两组患者均行常规检查以排除手术禁忌证, 对照

[收稿日期] 2021-01-16

[作者简介] 黄裕凤, 女, 主治医师, 主要从事妇产科临床工作。

组行宫腔镜下孕囊电切术，患者以气管插管全麻，取膀胱截石位，以窥阴器扩张阴道后暴露宫颈，常规消毒后以探针对子宫进行探查，以 Hegar 将宫颈扩张至 9 号，以 250 mL · min⁻¹ 的流速注入甘露醇溶液膨宫，压力控制在 80 ~ 110 mmHg，以宫腔镜对宫腔进行常规检查后，采用环状电极沿底部将妊娠物切除，修整下段瘢痕至平整，术中出现不可控出血应立即停止手术，保留子宫立即止血，术毕取出宫腔镜。观察组行宫腔镜监视下清宫术，以 Hegar 将宫颈扩张至 4 ~ 7 号，膨宫方法同对照组，置入宫腔镜后常规检查，以 400 ~ 600 mmHg 负压连接吸引管在宫颈口上方刮吸直至见绒毛为止，术中出现不可控大出血者，先采取介入栓塞子宫动脉改为经腹手术子宫动脉结扎，甚至行子宫切除。术后再次置入宫腔镜对残留情况进行检查，仍有残留者再次进行负压吸引，直至吸出物见绒毛。

1.3 观察指标

比较两组患者临床疗效、应激激素指标及炎症因子水平。疗效评价标准，痊愈：β-人绒毛膜促性腺激素 (human chorionic gonadotropin, HCG) 下降至正常、B 超复查提示子宫内无异常回声；显效：血 β-HCG 下降 15 % 及以上，B 超检测孕囊或包块周边高速低阻血流信号减少或消失；有效：血 β-HCG 下降不足 15 %，B 超检测孕囊或包块周边高速低阻血流信号未见明显减少；无效：血 β-HCG 无明显下降甚至有所升高；总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。应激激素指标及炎症因子：术后第 2 天抽取患者空腹外周静脉血对应激激素 (醛固酮 (aldosterone, ALD)、皮质醇 (cortisol, Cor) 及血管紧张素 I (angiotensin-I, Ang-I)) 及炎症因子 (肿瘤坏死因子-α (tumor necrosis factor-α, TNF-α)、白细胞介素-6 (interleukin-6, IL-6) 及 C 反应蛋白 (C-reactive protein, CRP))。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较

观察组患者治疗总有效率为 96.67%，与对照组的 89.66% 比较，组间比较，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者疗效比较 (例)

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效/ <i>n</i> (%)
对照组	29	16	6	4	3	26(89.66)
观察组	30	19	7	3	1	29(96.67) ^a

与对照组比较，^a*P* < 0.05

2.2 两组患者应激激素水平比较

观察组患者 ALD、Cor 及 Ang-I 水平均明显低于对照组，组间比较，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者应激激素水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	ALD/ng · L ⁻¹	Cor/pg · mL ⁻¹	Ang-I /μg · L ⁻¹
对照组	29	110.27 ± 12.05	124.83 ± 12.51	17.09 ± 2.84
观察组	30	94.53 ± 9.61 ^b	110.82 ± 14.61 ^b	11.35 ± 2.44 ^b

与对照组比较，^b*P* < 0.05

注：ALD—醛固酮；Cor—皮质醇；Ang-I—血管紧张素 I

2.3 两组患者炎症因子水平比较

观察组 TNF-α、IL-6 及 CRP 水平均明显低于对照组，组间比较，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	TNF-α/pg · mL ⁻¹	IL-6/pg · mL ⁻¹	CRP/mg · L ⁻¹
对照组	29	9.37 ± 2.99	12.09 ± 2.42	10.25 ± 1.84
观察组	30	5.40 ± 1.32 ^c	9.33 ± 1.06 ^c	7.13 ± 1.29 ^c

与对照组比较，^c*P* < 0.05

注：TNF-α—肿瘤坏死因子-α；IL-6—白细胞介素-6；CRP—C 反应蛋白

3 讨论

因国内剖宫产率较高，加上二胎政策的实施使 CSP 的发病率明显上升，对育龄期妇女的生命健康造成严重的威胁，据相关调查数据显示，国内瘢痕妊娠发生率高达 6.1%^[5]。目前对于 CSP 的病因尚未完全明确，大部分学者认为该病发生与炎症等多方面因素有关，传统认为 CSP 发展有 2 种不同结局，I 型 CSP 较为常见，有活产的可能，但峡部肌层较薄，纤维瘢痕组织不能完全止血，大出血的风险较高；II 型在早期可引起子宫破裂^[6]。因此对于两种 CSP 治疗均以及时终止妊娠，避免自发或人为子宫大出血、子宫破裂的发生。

本研究结果显示：观察组治疗总有效率为 96.67%，与对照组的 89.66% 比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，提示两种术式均可有效治疗 I 型瘢痕妊娠。手术治疗为侵袭性治疗，均可对患者机体造成损伤而致应激激素及炎症因子的释放。从应激激素及炎症因子对比结果显示：观察组患者 ALD、Cor 及 Ang-I 水平均明显低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。观察组 TNF-α、IL-6 及 CRP 水平均明显低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。清宫术至今已有百年历史，为妇产科基础手术，对于 CSP 患者而言在未作充分准备下即盲目、强行进行清宫术可增加子宫大出血的风险，国内外大部分学者均不推荐 CSP 患者直接行清宫术治疗^[7]。随着宫腔镜技术的发展，该技术被广泛用于瘢痕妊娠等妇产科疾病的治疗，目前对于瘢痕妊娠的首选宫腔镜下治疗方法为异物电切术，虽然该术式可在直视下进行操作，但在手术过程中仍有子宫穿孔、气体栓塞、水中毒、感染的风险，且能量器械切割将妊娠物由着床部位切除，

其完整性被破坏,需要进行多次切割,在切割过程中深度不够则可引起流产不全,切除过深则可导致子宫内膜损伤^[8]。而宫腔镜下清宫术主要以负压吸引的方式去除妊娠物,因此对其完整性破坏较小,且负压吸引可完整吸出附于子宫内膜表面的孕囊及蜕膜,对其周围的子宫内膜损伤更小,因而引起的应激反应及炎症反应均较轻,相关指标低于对照组^[9]。

综上所述,宫腔镜监视下清宫术与腹腔镜下妊娠囊切除术对 I 型瘢痕妊娠疗效相当,但宫腔镜监视下清宫术应激反应及炎症反应均较低。

〔参考文献〕

- (1) 殷丽丽,杨清.剖宫产瘢痕妊娠研究进展(J).中国实用妇科与产科杂志,2015,31(4):361-365.
- (2) 陈春林.剖宫产瘢痕部位妊娠的诊治进展(J).实用妇产科杂志,2017,33(4):245-248.
- (3) 谢秋娟,谢昭雄,陈婵玉,等.腹腔镜下不同术式应用于不同临床分型的剖宫产瘢痕妊娠的疗效分析(J).重庆医学,2016,45(8):1072-1074.
- (4) 中华医学会计划生育学分会.剖宫产瘢痕妊娠诊断与治疗共识(J).中华医学杂志,2012,92(25):1731-1733.
- (5) 刘新宇,刘玉玲,樊尊攀,等.剖宫产瘢痕妊娠的治疗现状(J).中国妇幼保健,2016,31(24):5543-5545.
- (6) 刘凯杰,李翠兰,莫薛唐,等.剖宫产术后瘢痕妊娠临床诊治进展(J).生殖医学杂志,2016,25(7):660-663.
- (7) 李娟,干晓琴,林海,等.宫腔镜下清宫术治疗剖宫产瘢痕妊娠前不同预处理方式的疗效分析(J).实用妇产科杂志,2016,32(9):705-708.
- (8) 李娟,温桂玲,付晓玉,等.超声监护下宫腔镜在剖宫产切口瘢痕妊娠患者治疗中的应用价值(J).医疗装备,2016,29(11):48-49.
- (9) 陶静.不同宫腔镜下行清宫术治疗剖宫产术后瘢痕妊娠的效果及预后分析(J).中国妇幼保健,2017,32(17):4311-4314.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)06-0146-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.06.066

宫腔镜下电切术对子宫瘢痕憩室的疗效观察

张旗妍

(肇庆市高要人民医院,广东 肇庆 526040)

〔摘要〕 **目的:** 分析宫腔镜下电切术治疗子宫瘢痕憩室的效果。**方法:** 选取 2017 年 3 月至 2018 年 9 月肇庆市高要人民医院收治的 10 例子宫瘢痕憩室患者,为患者进行宫腔镜下子宫瘢痕憩室电切术治疗,观察患者治疗效果。**结果:** 10 例患者的平均手术时间为 (28.38 ± 8.19) min, 平均术中出血量 (14.29 ± 1.07) mL、平均肛门排气时间 (3.29 ± 1.03) h、平均住院时间 (3.21 ± 1.06) d, 患者手术时间和住院时间均较短。治疗效果: 显效 4 例, 有效 5 例, 无效 1 例, 总有效率为 90.00%。**结论:** 子宫瘢痕憩室患者采用宫腔镜下电切术治疗的效果较好, 手术时间和住院时间均较短。

〔关键词〕 子宫瘢痕憩室; 宫腔镜下电切术; 剖宫产

〔中图分类号〕 R 719.8 〔文献标识码〕 B

子宫瘢痕憩室也可称之为剖宫产后子宫瘢痕憩室, 主要为子宫瘢痕位置变薄, 于肌层和宫腔位置出现凹陷, 继而使得患者出现异常子宫出血和月经延期等问题。患者再次妊娠时, 该部位极易出现开裂问题。近年随着剖宫产率逐步提升, 子宫瘢痕憩室的发病率也逐步提升。该病主要有药物治疗和手术治疗两类方式, 药物治疗时并不彻底, 停药之后极易出现复发, 因此现阶段以手术治疗为主。手术治疗可分为阴道手术和经腹腔镜手术, 但创伤均较大。有学者提出采用宫腔

镜电切术治疗有创伤小和出血量少等多种优势^[1]。因此本研究选取本院收治的 10 例子宫瘢痕憩室患者为研究对象, 分析宫腔镜下电切术治疗效果, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 3 月至 2018 年 9 月本院收治的 10 例子宫瘢痕憩室患者作为研究对象, 患者进入本院进行检查时并未

〔收稿日期〕 2021-01-10

〔作者简介〕 张旗妍, 男, 副主任医师, 主要从事妇产科诊疗工作。