

〔文章编号〕 1007-0893(2022)09-0094-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.09.028

宫腔镜下刨削系统与常规电切术治疗 对宫内胚物残留的清除效果

阙小霞 唐奕仕 王小霞

(广州市第一人民医院南沙医院, 广东 广州 511457)

〔摘要〕 **目的:** 研究宫内胚物残留患者行宫腔镜下刨削系统、常规电切术治疗的效果。**方法:** 选取广州市第一人民医院南沙医院 2019 年 3 月至 2021 年 12 月期间收治 90 例宫内胚物残留患者, 按随机抽样法分为对照组和观察组, 各 45 例。对照组采用常规电切术治疗, 观察组行宫腔镜下刨削系统治疗, 比较两组临床疗效、生活质量、术后恢复情况、并发症情况等。**结果:** 两组患者术后生理职能、社会功能、精神状况及物质生活评分均高于术前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者术后子宫内厚度、缺氧诱导因子-1 α (HIF-1 α)、血管内皮生长因子 (VEGF)、成纤维细胞生长因子 (FGF) 均低于术前, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者阴道出血时间、月经恢复正常及血人绒毛膜促性腺激素 (HCG) 恢复正常时间短于对照组, 术后月经量少于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组总有效率 97.78%, 高于对照组 82.22%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组并发症发生率 4.44%, 低于对照组 22.22%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 宫腔镜下刨削系统治疗宫内胚物残留可改善生活质量, 缩小子宫内厚度, 提高疗效、减少并发症发生。

〔关键词〕 宫内胚物残留; 宫腔镜下刨削系统; 常规电切术

〔中图分类号〕 R 713.4 〔文献标识码〕 B

宫内胚物残留是流产或娩出胎儿后, 在子宫内部残留或未完全排除的组织, 分析病因尚未明确^[1], 可能与宫腔粘连、宫腔结构异常及胚胎着床位置异常等因素有关, 患病后表现为阴道出血、腹痛等不适症状, 易发生在多次流产、使用药物保胎者中^[2]。若未及时治疗, 则增加感染、宫腔粘连、继发性不孕等患病风险, 严重影响患者的身心健康, 故早期提供针对性治疗是关键。严妙^[3]研究证实, 目前治疗此病以常规电切术为主, 明确宫腔、残留物位置, 准确切除残留物控制病情, 但该术式具有手术时间长、电热辐射等缺陷, 极易损害周围正常子宫内膜, 影响受孕情况。鉴于此, 本研究选取 90 例宫内胚物残留患者为研究对象, 分析宫腔镜下刨削系统治疗宫内胚物残留患者的临床价值, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取广州市第一人民医院南沙医院 2019 年 3 月至 2021 年 12 月期间收治 90 例宫内胚物残留患者, 按随机抽样法分为对照组和观察组, 各 45 例。对照组年龄 21~40 岁, 平均 (28.59 ± 2.62) 岁; 孕周 9~16 周, 平均 (11.45 ± 2.39) 周; 体质量 56~75 kg, 平均 $(65.28 \pm$

5.41) kg; 孕次 1~5 次, 平均 (2.29 ± 0.41) 次; 其中初产妇有 29 例, 经产妇有 16 例。观察组年龄 20~39 岁, 平均 (28.41 ± 2.53) 岁; 孕周 8~15 周, 平均 (11.34 ± 2.28) 周; 体质量 55~74 kg, 平均 (65.12 ± 5.38) kg; 孕次 1~4 次, 平均 (2.15 ± 0.32) 次; 其中初产妇有 25 例, 经产妇有 20 例。两组患者一般资料比较, 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) 与《实用妇产科学》^[4]中“宫内胚物残留”的诊断标准相符; (2) 呈腹痛、阴道出血等不适表现; (3) 生命体征平稳、可独立交流沟通; (4) 临床资料完整。

1.1.2 排除标准 (1) 严重躯体性疾病; (2) 伴传染性疾病、恶性肿瘤; (3) 手术禁忌证; (4) 内分泌疾病、免疫性疾病; (5) 精神异常; (6) 中途退出研究。

1.2 方法

术前准备: 开始手术前 1 h, 0.9% 氯化钠注射液 4 mL + 80 mg 间苯二酚 (唐山红星药业有限责任公司, 国药准字 H13023937), 给予患者肌肉注射并排空膀胱, 完成后进行以下治疗。

〔收稿日期〕 2022-02-13

〔作者简介〕 阙小霞, 女, 住院医师, 主要研究方向是妇科肿瘤。

1.2.1 对照组 协助取膀胱截石位，常规清洁消毒外阴、阴道等，并给予患者静脉麻醉，待子宫准确定位后，放置窥阴器、使宫颈充分暴露，再次清洁消毒宫颈、阴道穹隆处等，利用宫颈钳对宫颈部位夹持，利用探针宫腔深度进行准确测量，若宫颈处有粘连情况，需对粘连处进行有效分离。给予患者扩宫操作，与液体膨宫泵连接、将压力值控制在 10.0~15.0 kPa 范围，单极膨宫液为 5% 葡萄糖注射液，双极膨宫液为 0.9% 氯化钠注射液，若导管内存有气泡，需先将气泡排出，再给予患者宫腔探查，将宫腔镜检查镜置入其中，借助宫腔镜观察宫内胎物残留物的大小、位置等，给予宫腔电切环、将宫内胎物残留物切除，实行逐步、分层切除，对宫腔内情况密切观察。

1.2.2 观察组 协助取膀胱截石位，给予静脉全麻，完好连接宫腔镜刨削系统，取纱布、将旋切刀头后方负压吸引管出水口包裹住，给予患者宫颈扩张，根据相关要求将刨削系统操作手件置入其中。切实探查宫腔情况，借助宫腔镜对宫腔信息、宫内胎物残留位置、大小等情况密切观察，刨削刀头与宫内胎物残留紧贴，对宫内胎物残留进行刨削、旋切，同时将已旋切的残留物吸出，直到完全切净、彻底吸出宫内胎物残留，对宫腔内情况密切观察。

所有患者均在术后 1 周观察临床疗效。

1.3 观察指标

1.3.1 生活质量 采用健康调查量表 (36-item short form health survey, SF-36) 评分，涉及生理职能、社会功能、精神状况及物质生活，各维度百分制表示，得分越高越好 [5]。

1.3.2 临床指标 记录两组子宫内膜厚度，并评估患者的血清因子水平，采集两组空腹静脉血 3 mL 离心待检，酶联免疫吸附法检测缺氧诱导因子-1 α (hypoxia-inducible factor-1 α , HIF-1 α)、血管内皮生长因子 (vascular endothelial growth factor, VEGF)、成纤维细胞生长因子 (fibroblast growth factor, FGF)，由深圳晶美有限公司提供试剂盒，根据试剂盒说明操作。

1.3.3 术后恢复情况 记录两组阴道出血时间、月经恢复正常、术后月经量、血人绒毛膜促性腺激素 (human chorionic gonadotropin, HCG) 恢复正常时间。

1.3.4 临床疗效 显效：症状消退，月经恢复正常，治疗结束经检查显示，无胎物残留；有效：症状减缓，月经基本恢复正常，治疗结束经检查显示，基本未残留胎物；无效：病情加重 [6]。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 \times 100%。

1.3.5 并发症 记录两组出现月经失调、子宫粘连及再次胚胎残留的例数。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 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 两组患者手术前后生活质量比较

两组患者术前各项评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；两组患者术后生理职能、社会功能、精神状况及物质生活评分均高于术前，且观察组高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者手术前后生活质量比较 (*n* = 45, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	生理职能	社会功能	精神状况	物质生活
对照组	术前	61.25 \pm 2.62	60.45 \pm 2.23	64.39 \pm 2.41	63.38 \pm 3.45
	术后	80.14 \pm 2.18 ^a	82.15 \pm 2.27 ^a	84.25 \pm 2.29 ^a	81.16 \pm 2.35 ^a
观察组	术前	61.18 \pm 2.34	60.52 \pm 2.27	64.25 \pm 2.32	63.25 \pm 2.36
	术后	85.57 \pm 2.23 ^{ab}	89.62 \pm 2.38 ^{ab}	91.16 \pm 2.35 ^{ab}	87.24 \pm 2.46 ^{ab}

注：与同组术前比较，^a*P* < 0.05；与对照组术后比较，^b*P* < 0.05。

2.2 两组患者手术前后临床指标比较

两组患者术前各项临床指标比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；两组患者术后子宫内膜厚度、HIF-1 α 、VEGF、FGF 均低于术前，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者手术前后临床指标比较 (*n* = 45, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	子宫内膜厚度 /mm	HIF-1 α /ng \cdot L ⁻¹	VEGF/pg \cdot mL ⁻¹	FGF/pg \cdot L ⁻¹
对照组	术前	6.32 \pm 1.11	306.84 \pm 69.42	431.03 \pm 98.27	13.47 \pm 4.58
	术后	3.64 \pm 0.75 ^c	171.38 \pm 22.17 ^c	322.75 \pm 26.38 ^c	9.15 \pm 0.52 ^c
观察组	术前	6.35 \pm 1.14	306.92 \pm 69.54	431.12 \pm 98.65	13.38 \pm 4.62
	术后	2.72 \pm 0.62 ^{cd}	146.34 \pm 17.42 ^{cd}	283.14 \pm 16.52 ^{cd}	5.12 \pm 0.45 ^{cd}

注：HIF-1 α — 缺氧诱导因子-1 α ；VEGF — 血管内皮生长因子；FGF — 成纤维细胞生长因子。与同组术前比较，^c*P* < 0.05；与对照组术后比较，^d*P* < 0.05。

2.3 两组患者术后恢复情况比较

观察组患者阴道出血时间、月经恢复正常及血 HCG

恢复正常时间短于对照组，术后月经量少于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表3 两组患者术后恢复情况比较 (n=45, $\bar{x} \pm s$)

组别	阴道出血时间/d	月经恢复正常/d	血HCG恢复正常时间/d	术后月经量/mL
对照组	10.62 ± 3.35	38.69 ± 5.54	9.85 ± 2.72	264.12 ± 40.25
观察组	7.45 ± 2.21 ^c	34.52 ± 5.17 ^c	7.12 ± 2.04 ^e	154.32 ± 39.14 ^e

注: HCG 为人绒毛膜促性腺激素。
与对照组比较, ^cP < 0.05。

2.4 两组患者临床疗效比较

观察组总有效率 97.78%, 高于对照组 82.22%, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 4。

表4 两组患者临床疗效比较 (n=45, n(%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	27(60.00)	10(22.22)	8(17.78)	37(82.22)
观察组	31(68.89)	13(28.89)	1(2.22)	44(97.78) ^f

注: 与对照组比较, ^fP < 0.05。

2.5 两组患者并发症情况比较

观察组并发症发生率 4.44%, 低于对照组 22.22%, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 5。

表5 两组患者并发症情况比较 (n=45, n(%))

组别	月经失调	子宫粘连	再次胚胎残留	总发生
对照组	6(13.33)	3(6.67)	1(2.22)	10(22.22)
观察组	1(2.22)	1(2.22)	0(0.00)	2(4.44) ^g

注: 与对照组比较, ^gP < 0.05。

3 讨论

经调查研究发现^[7], 目前治疗宫内胚物残留以常规电切术为主, 利用宫腔镜可提供清晰、准确的影像学数据, 利于疾病情况的准确诊断、细致观察病灶部位, 继而明确病灶大小、位置及范围等, 实际操作时发挥宫腔镜的辅助作用, 可准确将宫内胎物残留清除, 使手术操作的盲目性下降, 但实际操作时, 电热辐射、手术时间过长等因素, 极易不同程度地损害周围正常子宫内膜, 难以达到预期疗效^[8-9]。

相关文献报道^[10], 宫腔镜下刨削系统用于宫内胚物残留治疗具有可靠性, 作为新型术式, 可将病灶准确刨削、旋切, 同步有效排除已刨削、旋切的病灶, 不会对镜下视野造成干扰, 为各项手术操作准确提供保证。具体分析作用原理为: 利用机械旋切进行手术, 避免能量器械电热损伤情况发生, 对病灶周围正常子宫内膜起到保护, 营造良好的宫腔内环境^[11]。宫腔镜下刨削系统的旋切及刨削速度较缓慢, 可将血管闭塞、减少出血量, 保证在整个手术中基本无气泡, 避免发生气体栓塞现象, 且刨削刀头具有较小的直径, 可为手术操作顺利提供保证, 实际操作时无需反复操作, 可一次性将病灶彻底清理干净, 利于减轻患者痛苦, 可达到预期手术效果、疗效较

理想^[12-15]。

本研究结果显示, 两组患者术后生理职能、社会功能、精神状况及物质生活评分均高于术前, 且观察组高于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 分析为患者因阴道流血、腹痛等不适, 影响日常生活及工作, 故宫腔镜下刨削系统可减轻病情, 促进其早期回到社会、日常生活。两组患者术后子宫内膜厚度、HIF-1 α 、VEGF、FGF 均低于术前, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 提示患者子宫内膜厚度有明显改变, 产生血清因子、增加治疗难度, 故宫腔镜下刨削系统治疗可促进子宫内膜厚度尽早恢复, 减轻机体血清因子、可为疾病转归奠定坚实基础。观察组患者阴道出血时间、月经恢复正常及血 HCG 恢复正常时间短于对照组, 术后月经量少于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 主要受个体差异性的影响, 不同术式导致术后恢复有差异, 故宫腔镜下刨削系统治疗可保证手术安全、减少并发症发生。观察组总有效率 97.78%, 高于对照组 82.22%, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 故宫腔镜下刨削系统治疗可减缓不适程度、促进疾病早期恢复。

综上所述, 宫内胚物残留患者行宫腔镜下刨削系统治疗可提高生活质量、降低子宫内膜厚度, 稳定病情、达到预期手术效果。

[参考文献]

- (1) 李小芳, 黄晓晖, 沈庆君, 等. 新型宫腔镜旋切装置 MyoSure 清除胚物残留的临床研究进展 (J). 中国计划生育和妇产科, 2022, 14(2): 25-28.
- (2) 袁伟华, 马俊勤. 优思明、芬吗通对稽留流产清宫患者术后子宫内膜修复的影响对比研究 (J). 湖南师范大学学报, 2022, 19(1): 170-172.
- (3) 严妙. 戊酸雌二醇配伍米非司酮和米索前列醇治疗稽留流产的疗效及安全性观察 (J). 临床医药实践, 2022, 31(1): 29-31.
- (4) 华克勤, 丰有吉. 实用妇产科学 (M). 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- (5) Karavadara D, Davidson J, Story L, et al. Missed opportunities for ovarian salvage in children: an 8-year review of surgically managed ovarian lesions at a tertiary pediatric surgery centre (J). Pediatric Surgery International, 2021, 37(9): 1-6.
- (6) Abbas Z, Asati S, Kundnani V, et al. Surgical outcomes of single stage surgery for Tandem spinal stenosis(TSS) in elderly and younger patients: A comparative study-ScienceDirect (J). Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma, 2021, 17(6): 157-162.
- (7) 邱星梅, 郑芳, 谢艳芬, 等. 宫腔镜电切手术在胚胎残留患者中的疗效观察及对 VEGF、FGF 血管生成因子的影响 (J). 分子诊断与治疗杂志, 2021, 13(11): 1744-1747.
- (8) 刘蔚, 李小娟. 宫腔镜刨削系统在有生育要求患者胚物残

留治疗中的应用 (J). 临床医学研究与实践, 2021, 6(31): 150-152.

(9) 侯冠英, 庞淑芹, 卢春宇, 等. 芬吗通和坤泰胶囊对稽留流产清宫术后子宫内膜容受性及血清 β -EP 和 ENK 的影响 (J). 临床和实验医学杂志, 2021, 20(20): 2195-2198.

(10) 林文静, 李海波. 缩宫复旧汤联合米索前列醇、米非司酮治疗稽留流产的有效性和安全性分析 (J). 检验医学与临床, 2021, 18(19): 2905-2908.

(11) Codt D, Balza C, Jadoul P, et al. Hysteroscopic Resection for Missed Abortion: Feasibility, Operative Technique and Potential Benefit Compared to Curettage (J). *Frontiers in Surgery*, 2020, 7(64): e9983023.

(12) 伍靓, 张汉英, 张立波. 加味生化汤联合优思悦治疗对稽留流产清宫术患者月经恢复、宫腔粘连及妊娠率的影响 (J). 四川中医, 2021, 39(4): 164-167.

(13) 徐兰枝, 韩丹, 冯力民. 宫腔镜刨削系统手术与电切术用于清除胚物残留的临床效果比较 (J). 中国妇产科临床杂志, 2021, 22(5): 528-529.

(14) 薛华平. 宫腔镜下残留胚物清除术联合米非司酮治疗人流术后宫腔残留的效果分析 (J). 临床医学, 2021, 41(8): 80-82.

(15) 杨阳, 王邵美. 戊酸雌二醇联合地屈孕酮片药物治疗与清宫术治疗稽留流产后宫腔内组织残留的临床疗效观察 (J). 贵州医药, 2021, 45(7): 1085-1086.

[文章编号] 1007-0893(2022)09-0097-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.09.029

多索茶碱联合布地奈德雾化治疗急性支气管哮喘患者的疗效

余芳芳 刘 威 彭 笑

(洛阳市第六人民医院, 河南 洛阳 471003)

[摘要] **目的:** 探究多索茶碱联合布地奈德雾化治疗对急性支气管哮喘 (BA) 患者 T 细胞免疫平衡及肺功能的影响。**方法:** 选取 2019 年 5 月至 2021 年 1 月在洛阳市第六人民医院就诊的 117 例急性 BA 患者, 按治疗方法分为观察组 60 例和对照组 57 例。两组患者均予布地奈德雾化治疗, 观察组患者加用多索茶碱静脉滴注治疗, 比较两组患者的疗效、肺通气功能、T 细胞因子水平、T 相关细胞因子水平、哮喘症状控制情况与生活质量。**结果:** 观察组治疗总有效率为 91.67%, 高于对照组的 77.19%, 观察组患者的咳嗽、喘息、呼吸困难症状改善时间及住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组治疗后的呼气流量峰值 (PEF)、第 1 秒用力呼气量 (FEV1)、肺活量 (VC) 均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组治疗后的辅助性 T 细胞 1 (Th1)、Th1/ 辅助性 T 细胞 2 (Th2)、干扰素- γ (IFN- γ) 高于对照组, Th2、白细胞介素-4 (IL-4)、C 反应蛋白 (CRP) 低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组治疗后的哮喘控制测试 (ACT)、哮喘生活质量问卷 (AQLQ) 评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 多索茶碱与布地奈德联合在急性 BA 治疗中效果良好, 对患者的 T 细胞失衡及炎症状态有改善作用, 增强肺功能, 改善生活质量。

[关键词] 急性支气管哮喘; 多索茶碱; 布地奈德

[中图分类号] R 562.2⁺5 **[文献标识码]** B

支气管哮喘 (bronchial asthma, BA) 是一种由遗传、环境等多种因素引起的全身变态反应性呼吸道疾病, 其发生发展与 T 细胞免疫调节作用、炎症反应密切相关^[1]。当 BA 急性发作时, 通常表现为反复喘息、持续胸闷等症状, 如不及时进行有效干预, 可引起窒息、心力衰竭等危及生命的严重并发症, 严重损害患者的生命安全^[2]。目前, BA 临床治疗多以平喘、解痉、抗炎等常规对症治疗为主, 布地奈德是常用药物之一, 具有促进平滑肌细

胞稳定、抑制腺体分泌的作用^[3]。多索茶碱是一种新型甲基黄嘌呤衍生物制剂, 解痉效果良好^[4], 故本研究选取 117 例急性 BA 患者, 观察布地奈德与多索茶碱联合治疗对 T 细胞免疫平衡及肺功能的影响, 具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 5 月至 2021 年 1 月在洛阳市第六人民

[收稿日期] 2022-03-05

[作者简介] 余芳芳, 女, 主治医师, 主要从事呼吸内科工作。