

文章编号:1009-6612(2017)03-0219-04

DOI:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2017.03.219

·论著·

II型剖宫产瘢痕妊娠两种治疗方法的对比研究

1

潘凌云,徐芳,陈志琴

(解放军第九四医院,江西 南昌,330002)

【摘要】 目的:探讨腹腔镜及经阴道病灶切除术对II型剖宫产瘢痕妊娠的治疗效果。方法:选择2010年1月至2016年5月经阴道彩色超声检查确诊为II型剖宫产瘢痕妊娠的患者为观察对象,分为腹腔镜组($n=27$)与经阴道组($n=34$),比较两组术中出血量、手术时间、月经恢复时间、HCG下降至正常时间、住院费用、术后胃肠道积分、性生活质量及患者满意度。结果:腹腔镜组手术时间较经阴道组长,住院费用较经阴道组高,而两组患者术中出血量、月经恢复时间及HCG下降至正常时间差异无统计学意义;经阴道组患者术后肠鸣音积分、腹胀痛积分、胃肠反应积分均较腹腔镜组低,差异有统计学意义($P<0.05$);两组患者术后性生活质量差异无统计学意义($P>0.05$);经阴道组患者治疗满意率为97.06%,明显高于腹腔镜组($P<0.05$)。结论:两种手术方式治疗II型剖宫产瘢痕妊娠均有效,然而腹腔镜手术对手术器械、术者技术水平具有较高要求,限制了其在基层医院的广泛开展,经阴道手术不进腹,对胃肠道干扰小,无切口且住院费用少,适合基层医院开展。

【关键词】 剖宫产瘢痕妊娠;腹腔镜检查;经阴道;对比研究

中图分类号:R713.8 文献标识码:A

A comparative study of two treatment methods for type II cesarean scar pregnancy PAN Ling-yun, XU Fang, CHEN Zhi-qin. Department of Obstetrics and Gynecology, 94th Hospital of PLA, Nanchang 330002, China

【Abstract】 Objective: To investigate the therapeutic effect of laparoscopic and vaginal lesion resection on type II cesarean scar pregnancy. **Methods:** Patients who received transvaginal color ultrasound examination and were diagnosed as type II cesarean section scar pregnancy from Jan. 2010 to May 2016, were selected as objects. According to the treatment methods, patients were divided into laparoscopic group (27 cases) and transvaginal group (34 cases). The amount of bleeding, operation time, menstrual recovery time, HCG decreased to normal time, hospitalization costs, postoperative gastrointestinal score, quality of sexual life and satisfaction were compared between the two groups. **Results:** The operation time of laparoscopic group was significantly longer than that of the vaginal group, and the hospitalization cost was higher than that of the vaginal group, while the amount of bleeding, menstruation recovery time and the time of HCG decreased to normal were not significantly different. The postoperative bowel sounds scores, abdominal distension and pain scores and gastrointestinal reaction scores of vaginal group were less than those of laparoscopic group ($P<0.05$). There was no significant difference in the postoperative quality of sexual life between the two groups ($P>0.05$). The satisfaction rate of the vaginal group was 97.06%, which was significantly higher than that of the laparoscopic group ($P<0.05$). **Conclusions:** Two surgical methods in the treatment of type II cesarean scar pregnancy are effective, however, laparoscopic surgery requires better surgical instruments and surgical skills, which limits its widespread development in the basic level hospital. Vaginal surgery does not enter the abdomen, gastrointestinal interference is little, with no wound and less hospital costs, is suitable for primary hospitals.

【Key words】 Cesarean scar pregnancy; Laparoscopy; Transvaginal; Comparative study

剖宫产术后子宫瘢痕部位妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)指妊娠囊或胚囊着床并种植于既往子宫剖宫产瘢痕处,是剖宫产晚期严重并发症^[1]。CSP可分为两大类型:I型是指受精卵种植于疤痕处宫腔侧,妊娠囊向宫腔方向生长;II型是指受精卵种植于疤痕处深肌层,妊娠囊向膀胱、腹腔侧生长。

CSP属于异位妊娠的一种,临床并不多见,但发病危急,可引发大出血、子宫破裂等严重并发症,尤其II型,清宫时极易发生穿孔大出血或伤及膀胱^[2-3]。目前临床包括多种药物与手术治疗,尚无统一治疗标准,II型CSP呈现向膀胱方向生长,临床处理较困难,多采用手术治疗^[4]。为探讨经腹腔镜、经阴道

¹ 作者简介:潘凌云(1964—)女,中国人民解放军第九四医院妇产科副主任医师,主要从事妇科腹腔镜手术及宫腔镜手术方面的研究。

病灶切除术对Ⅱ型CSP的治疗效果,本研究比较腹腔镜手术切除、经阴道切除患者的术中出血量、手术时间、月经恢复时间、HCG下降至正常时间、住院费用及术后胃肠道积分、性生活质量、满意度的差异,将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 回顾分析2010年1月至2016年5月在我院接受经阴道彩色超声检查确诊为Ⅱ型CSP患者的临床资料。其中腹腔镜组27例,患者22~43岁,平均(35.35±8.25)岁;经阴道组34例,21~42岁,平均(36.12±8.73)岁。两组患者在年龄分布、妊娠次数、孕囊大小等一般资料方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

表1 两组患者临床资料的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	年龄(岁)	妊娠次数	孕囊大小(cm)
腹腔镜组	35.35±8.25	2.98±0.32	2.35±0.31
经阴道组	36.12±8.73	3.10±0.35	2.42±0.29
t/χ^2 值	-0.351	-1.381	-0.908
P 值	0.364	0.086	0.184

1.2 手术方法 经阴道组:行腰麻硬膜外联合阻滞麻醉,患者取膀胱截石位。常规消毒后,利用导尿管排空膀胱,然后用4号线将两侧小阴唇固定于大阴唇外侧。暴露阴道、宫颈,夹闭宫颈外口并向下牵引,在其前唇上方、膀胱附着处下方横向切开阴道黏膜,至宫颈侧。分离膀胱后向上推开,可见局部蓝紫色或暗褐色的子宫峡隆起;切开包块,用卵圆钳清除妊娠组织物、血块,并用吸管吸宫腔。分别用1-0、2-0薇乔线缝合子宫峡部切口、阴道壁,阴道填塞碘仿纱,并留置导尿管。腹腔镜切除组:全身麻醉后,四孔法施术。探查子宫峡部隆起,可见浆膜呈现紫蓝色,将膀胱子宫腹膜返折打开,下推膀胱,暴露瘢痕妊娠组织,切开包块,并将其及血块清除。缝合子宫峡部与腹膜。

1.3 评价指标 比较两组术中出血量、手术时间、月经恢复

表2 两组患者手术一般情况的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	手术时间(min)	术中出血量(ml)	月经恢复时间(d)	HCG下降至正常时间(d)	住院费用(元)
经阴道组	82.15±5.36	52.13±6.32	29.15±3.15	12.35±2.86	9 845.76±115.85
腹腔镜组	105.13±8.96	52.85±5.98	29.87±3.22	12.78±3.02	13 686.52±253.85
t 值	-12.429	-0.453	-0.878	-0.569	-78.633
P 值	<0.001	0.326	0.192	0.286	<0.001

表3 两组患者术后胃肠道功能恢复积分的比较[$(\bar{x}\pm s)$,分]

组别	肠鸣音积分	腹胀痛积分	胃肠反应积分
经阴道组	1.65±0.26	0.85±0.22	0.54±0.27
腹腔镜组	2.28±0.53	1.64±0.85	0.82±0.14
t 值	-6.080	-5.214	-4.887
P 值	<0.001	<0.001	<0.001

时间、HCG下降至正常时间、住院费用及术后胃肠道积分、性生活质量、满意度。肠鸣音积分评分标准^[5]:3分:肠鸣音消失;2分:肠鸣音活跃;1分:肠鸣音正常。腹部胀痛积分评分标准:3分:重度腹胀伴呕吐;2分:中度腹胀伴恶心;1分:轻度腹胀;0分:无腹胀感觉。胃肠道积分评分标准:3分:呕吐3次以上;2分:呕吐1~2次;1分:恶心无呕吐;0分:无胃肠道反应。采用女性性功能指标量表^[6]对患者性功能状况进行调查,该量表共19题,分为0~5个等级,得分越高表明性生活质量越好。

1.4 统计学处理 所有数据经双人录入后,采用SPSS 11.5统计软件进行统计学分析。计数资料采用例或百分率表示。两组患者年龄、术中出血时间、手术时间、月经恢复时间、HCG下降至正常时间、住院费用及手术前后性生活质量的比较采用独立样本的 t 检验,治疗满意率的比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般情况的比较 腹腔镜组手术时间较经阴道组长,住院费用较经阴道组高,而两组患者术中出血量、月经恢复时间、HCG下降至正常时间差异无统计学意义($P>0.05$)。见表2。

2.2 两组患者术后胃肠道功能恢复的比较 经阴道组术后肠鸣音积分、腹胀痛积分、胃肠反应积分均较腹腔镜组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

2.3 两组患者术后性生活质量的比较 两组患者术后性生活质量得分差异无统计学意义($P>0.05$)。见表4。

2.4 两组患者治疗满意率的比较 经阴道组患者治疗满意率为97.06%,明显高于腹腔镜组($P<0.05$)。见表5。

表4 两组患者术后性生活质量的比较($\bar{x}\pm s$)

指标	性欲望	性兴奋	阴道润滑	性高潮	满意度	疼痛
经阴道组	3.78±0.65	1.76±0.25	2.92±0.36	1.88±0.27	1.91±0.35	0.45±0.17
腹腔镜组	3.62±1.02	1.75±0.37	2.88±0.45	1.87±0.52	1.89±0.57	0.46±0.13
t 值	0.745	0.126	0.386	0.097	0.169	-0.252
P 值	0.23	0.45	0.35	0.462	0.433	0.401

表5 两组患者治疗满意率的比较(n)

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	满意率(%)
经阴道组	34	14	19	1	97.06
腹腔镜组	27	9	13	5	81.48
χ^2 值					4.118
P 值					0.042

3 讨论

随着剖宫产率的增加及二胎政策的开放, CSP 的发病率亦呈现上升趋势, 目前 CSP 病因尚不明确, 多认为与子宫瘢痕愈合缺陷、肌层与内膜的破坏、内分泌异常等因素有关^[2,7]。临床将 CSP 分为两种类型, I 型: 孕囊在剖宫产瘢痕宫腔侧种植, 并向宫腔方向生长; II 型: 孕囊在瘢痕处深肌层种植, 并向膀胱方向生长^[8-9]。II 型 CSP 处理过程中可发生子宫破裂、大出血等危险情况, 是临床治疗的难点。临床治疗以终止妊娠为目的, 目前治疗方法较多, 包括药物治疗(MTX 治疗、米非司酮)、手术治疗(病灶切除并修复瘢痕, 可行腹腔镜手术、经阴道切除术、子宫动脉栓塞后清宫术及子宫切除等)^[10-11], 本研究对经阴道、腹腔镜两种手术治疗 II 型 CSP 的临床效果进行了对比分析。

3.1 一般情况 早发现、早诊断并根据患者孕周、年龄、胚囊直径、类型等情况采取适当的治疗方法, 对保留患者生育能力、避免严重并发症发生具有重要意义^[11]。II 型 CSP 患者绒毛植入瘢痕部位子宫肌层较深, 多数患者已穿透肌层甚至对膀胱造成侵犯, 其子宫峡部前壁肌层薄甚至出现断裂, 清宫时极易发生穿孔大出血或损伤膀胱, 术后切口较难愈合^[12]。临床多采用手术方式治疗 II 型 CSP, 腹腔镜与经阴道 CSP 清除术均能完全切除瘢痕病灶, 并对瘢痕具有修复作用, 可减少再次发生 CSP 的风险^[13-14]。通过对两组患者手术情况的比较, 结果显

示, 腹腔镜组手术时间较经阴道组长, 住院费用较经阴道组高, 而两组术中出血量、月经恢复时间、HCG 下降至正常时间无明显差别。腹腔镜手术复杂, 对术者及器械的要求均较高, 且治疗费用高, 不适合在基层医院开展。

3.2 术后胃肠道功能恢复 本研究结果显示, 经阴道组患者术后肠鸣音积分、腹胀痛积分、胃肠反应积分均较腹腔镜组低, 差异有统计学意义。表明经阴道手术后患者胃肠道功能恢复较快, 这可能与手术麻醉、气腹等对胃肠道造成的影响有关。II 型 CSP 呈现向膀胱方向生长, 常累及膀胱, 且两种手术中均需对膀胱推开分离。本研究的不足之处在于未将术后膀胱功能是否受损及患者排尿情况进行分析。

3.3 术后性生活质量及满意度 通过对两组患者术后性生活质量、满意度进行比较, 结果显示: (1) 两组患者术后性欲、性兴奋、阴道润滑、性高潮、满意度、疼痛等方面的性生活质量得分无明显差别, 两种手术方式效果相当; (2) 经阴道组患者治疗满意率为 97.06%, 明显高于腹腔镜手术组, 其可能与患者住院时间、费用及胃肠道功能恢复等因素有关。

综上所述, 两种手术方式治疗 II 型剖宫产疤痕妊娠均有效, 但腹腔镜手术对手术器械要求较高, 限制了在基层医院的广泛开展, 经阴道手术不进腹, 对胃肠道干扰小, 无切口且住院费用少, 适合在基层医院开展。

参考文献:

- [1] 马悦霞, 李玲玲, 向红, 等. 超声诊断剖宫产切口瘢痕妊娠的临床指导意义[J]. 新疆医科大学学报, 2015, 12(12): 1536-1538.
- [2] 胡锐, 朱俊勇, 袁昊, 等. 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠发病机制的研究进展[J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(1): 61-63.
- [3] 谢秋娴, 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, 2014, 43(12): 1811-1814.

- 2016,45(8):1072-1074.
- [4] 陈镗如,梅立,谢兰,等. 外生型剖宫产瘢痕妊娠三种治疗方法的对比研究[J]. 实用妇产科杂志,2015,31(4):278-281.
- [5] 罗敏,曾丽文,程茂华. 腹部非胃肠道手术后患者肠道功能恢复判定方式的改进[J]. 护理学杂志,2015,30(4):9-11.
- [6] Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function[J]. JSMT, 2000, 26(2):191-208.
- [7] 郭欣欣,冯丽华,魏朦. 两种治疗方法对27例剖宫产瘢痕妊娠患者的临床效果比较[J]. 中国妇幼保健,2015,30(11):1657-1659.
- [8] Buresch AM, Chavez MR, Kinzler W, et al. Use and value of ultrasound in diagnosing cesarean scar pregnancy: a report of three cases[J]. JRM, 2014, 59(59):517-521.
- [9] 林安平,杨竹,蒋兴伟,等. 剖宫产瘢痕妊娠临床分型与腹腔镜手术方式的探讨[J]. 实用妇产科杂志,2014,30(4):266-269.
- [10] 梁海霞,陈必良,李玉虹,等. 剖宫产瘢痕妊娠两种治疗方法分析[J]. 现代医学,2016,44(3):299-302.
- [11] 颜昭君,杨胜利. 子宫瘢痕处妊娠治疗新进展[J]. 湖北中医药大学学报,2014,16(6):114-115.
- [12] 戚燕妮,吴丹梅,杨帆,等. II型剖宫产瘢痕妊娠的腹腔镜处理[J]. 中国微创外科杂志,2015,15(1):30-32.
- [13] 邓丽,韦业平,邵世清,等. 两种术式治疗剖宫产瘢痕妊娠的临床疗效比较[J]. 微创医学,2015,10(1):44-46.
- [14] 易莉莎,范雪梅,黄子健. 两种不同方法治疗II型剖宫产瘢痕妊娠的疗效分析[J]. 广州医科大学学报,2015,43(3):79-82.

(收稿日期:2016-07-25)

(英文编辑:杨庆芸)

文章编号:1009-6612(2017)03-0222-02

DOI:10.13499/j.cnki.fqjwkzz.2017.03.222

· 护 理 ·

保留脾脏的腹腔镜胰体尾切除术的围手术期护理*

1

孟 芹,陈园园,李卫华

(山东大学齐鲁医院,山东 济南,250012)

【关键词】 胰体尾切除术;腹腔镜检查;保留脾脏;围手术期护理

中图分类号:R657.5 文献标识码:B

随着腹腔镜技术的不断成熟,腹腔镜胰腺外科手术取得了较大发展,其中腹腔镜胰腺远端切除手术开展最多,极大体现了腹腔镜手术的优势。随着近年人们对脾脏功能认识的不断加深与重视,对于胰体尾的良性肿瘤、低度恶性肿瘤,保留脾脏的腹腔镜胰体尾切除术在临床上逐渐被推广应用^[1]。手术方法的改进及技术的进步对护理工作提出了新的要求^[2],现结合本病区的护理经验,对保留脾脏的腹腔镜胰体尾切除术围手术期护理方法汇报如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2015年3月至2016年2月我院F5D病区施行18例腹腔镜保留脾脏胰体尾切除术,其中男12例,女6例;38~62岁。1例患者因发现转移病灶中转开腹,其余患者均正常完成手术。

1.2 手术方法 麻醉成功后,患者取仰卧位,留置无菌导尿管,常规消毒铺巾,取脐下缘横行切口长约1cm,穿刺气腹针,建立CO₂气腹,压力维持在12mmHg。穿刺10mm Trocar,置入腹腔镜,在腹腔镜监视下分别于左、右锁骨中线平脐水平及左、右腋前线肋缘下4cm置入5mm、10mm Trocar及操作器械。探查腹腔后切开胃结肠韧带,显露胰腺,超声刀解剖胰腺上缘至脾门,距肿瘤右侧1cm游离胰体后方,仔细将脾动静脉自胰体游离,Hem-o-lok夹闭并切断数支分支血管,注意保护脾动静脉,于胰体后方建立隧道,置入切割闭合器,距肿瘤0.5cm处切断胰腺,然后顺逆结合游离胰体尾部,将脾动静脉完整自胰腺游离,穿支血管用Hem-o-lok夹闭后切断。处理创面渗血,生理盐水冲洗创面,于胰腺断端及脾门分别放置引流管1根,自腹壁引出并固(下转第226页)

* 基金项目:山东省医药卫生科技发展计划项目(编号:2016WSB20037)

通讯作者:李卫华, E-mail: rose05311@163.com