

[16] 孟岩,王蕾,崔桂华,等.同型半胱氨酸和叶酸、维生素 B₁₂ 联合检测在心血管疾病中的作用[J].现代检验医学杂志,2011,26(1):145-147.

(收稿日期:2016-11-26 修回日期:2017-01-19)

• 临床探讨 •

单切口腹腔镜下联合宫腔镜对宫角妊娠患者预后的影响

秦小宁¹,王 玉²,秦晓娜³,杨娜娜^{4△}

(1. 陕西省铜川市妇幼保健院妇产科 727000; 2. 陕西省铜川市人民医院 B 超室 727000; 3. 陕西省铜川市妇幼保健院急诊科 727000; 4. 陕西省铜川市人民医院妇产科 727000)

摘要:目的 探讨单切口腹腔镜下联合宫腔镜对宫角妊娠患者预后的影响。方法 选取 2010 年 5 月至 2015 年 5 月进行治疗的 60 例宫角妊娠患者,依据抽签法分为观察组和对照组,每组 30 例,观察组患者予以单切口腹腔镜下联合宫腔镜治疗,对照组患者予以 B 超引导治疗。观察两组患者的手术情况[手术时间、术中出血量、排气时间、住院时间、血清人绒毛膜促性腺激素(HCG)恢复时间],并发症发生率,治疗总有效率,预后情况。结果 观察组手术时间、术中出血量、排气时间、住院时间、血清 HCG 恢复时间短于对照组[(54.26±3.72) vs. (76.18±4.01) min, (60.54±5.61) vs. (84.93±6.20) mL, (1.02±0.15) vs. (1.10±0.13) d, (4.12±0.53) vs. (5.25±0.57) d, (23.10±2.45) vs. (24.76±2.51) d],差异有统计学意义($P<0.05$);观察组的并发症率[10.00%(3/30)]低于对照组[46.67%(14/30)],且治疗的有效率[96.67%(29/30)]高于对照组[80.00%(24/30)],差异有统计学意义($P<0.05$);观察组月经正常率、妊娠率均高于对照组(100.00% vs. 86.67%、83.33% vs. 60.00%),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 单切口腹腔镜联合宫腔镜治疗宫角妊娠可以改善患者预后,提高患者治疗有效率,值得在临床上广泛应用。

关键词:宫腔镜; 单切口下腹腔镜; 宫角妊娠; 预后

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.09.050 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)09-1335-03

宫角妊娠是一种胚胎种植在宫角部的子宫腔内的妊娠,多见于初产妇^[1]。宫角部的肌组织较薄,为子宫血管、卵巢动静脉及输卵管血管的交界处,血运非常丰富,宫角肌层随着妊娠周期的增长逐渐变薄,一旦肌层破裂则会引发大出血,若没有及时诊治极有可能危害生命^[2-3]。宫角妊娠能够引发多种并发症,诸如流产、子宫破裂与胎盘滞留等。宫角妊娠较为罕见,约占异位妊娠的 1.5%,由于破裂时多为妊娠晚期且出血较多,病死率相对较高^[4]。因此宫角妊娠的早期治疗非常关键。随着医学的不断进步,宫腔镜与腹腔镜逐渐运用于宫角妊娠的诊治,且效果较为显著,但关于单切口下腹腔镜联合宫腔镜对于宫角妊娠的预后影响报道甚少。本研究探讨了单切口腹腔镜下联合宫腔镜对宫角妊娠患者预后的影响,现将结果报道如下。

1 材料与方 法

1.1 一般资料 选取本院 2010 年 5 月至 2015 年 5 月收治的 60 例宫角妊娠患者,纳入标准^[5]:(1)患者伴有腹痛及阴道出血,且子宫两侧不对称增大或者直视下宫角单侧增大并伴有圆韧带由外侧移位或者胎盘滞留在宫角处;(2)患者血清人绒毛膜促性腺激素(HCG)明显升高;(3)患者无凝血功能障碍。排除标准:(1)患者伴有严重的心、肝、肾功能障碍;(2)患者伴有生殖系统的先天畸形;(3)患者合并严重的妇科疾病;(4)无生育要求。依据抽签法分成观察组与对照组,每组 30 例。观察组年龄 21~38 岁,平均(28.54±1.27)岁;停经时间为 31~72 d,平均(54.63±4.17)d;初次妊娠有 15 例,2~3 次妊娠有 7 例,3 次以上妊娠有 8 例。对照组年龄 21~39 岁,平均(28.52±1.25)岁;停经时间为 30~73 d,平均(54.65±4.19)d;初次妊娠有 16 例,2~3 次妊娠有 8 例,3 次以上妊娠有 6 例。两组患者的年龄、停经时间及妊娠次数比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方 法

1.2.1 对照组 对照组给予 B 超引导治疗,首先采用美国迈兰公司 CV650 型 B 超诊断仪,腹部的探头频率 3.0~5.0 MHz,阴道的探头频率 5.0~7.0 MHz。超声依次检查子宫、左右两侧的附件区域及子宫直肠窝;子宫横切、纵切扫描时查看子宫的大小、形态及宫腔内孕囊状态,主要查看孕囊与内膜线的间距、着床部位及外围肌壁的厚度,宫角部有无增大突出;查看左右两侧附件区域与子宫直肠窝是否存在异常回声。明确诊断后给予患者 B 超引导刮宫术,腹部 B 超确定妊娠组织与宫角的具体位置,术中给予 B 超全程检测胎盘部位、宫腔形态、及刮宫器在宫腔内部的位置、深度及方向等。患者采取截石位,予以患者局部麻醉,常规消毒铺巾后将宫颈充分暴露,用宫颈钳将宫颈上唇固定,宫颈扩张器将宫颈管适度扩张,在没有负压的状态下将宫腔吸引器缓慢置入宫腔,维持一定负压并反复刮吸,若妊娠组织比较靠近间质处,即使用刮匙将妊娠组织清除,B 超下查看宫底部、左右两侧输卵管开口及宫角无残留组织后,充分止血后给予生理盐水冲洗宫颈后缝合宫角。

1.2.2 观察组 观察组给予患者单切口腹腔镜下联合宫腔镜治疗,首先使用宫腔镜及腹腔镜进一步的明确诊断,腹腔镜下依次查看宫颈管是否异常,子宫前壁、左右两侧子宫角及两侧输卵管的状态,并查看孕囊的部位、颜色及大小等,若腹腔镜检查后疑似为宫角妊娠后辅以宫腔镜确诊。明确诊断后给予腹腔镜与腹腔镜下治疗,给予患者头低脚高位,气管插管全身麻醉,待麻醉生效后,在脐轮上缘取 1 cm 左右的横行单切口,给予气腹针刺,随后给患者的腹腔注入适量的 CO₂,保持气腹压力为 12 mm Hg,在患者的腹部用 10 mm 的套管进行穿刺后再放置腹腔镜,行腹腔及盆腔检查后将宫颈适度扩张置入宫腔镜,给予 6 号吸引管将孕囊充分吸取。若吸引后还有残留组织,则在腹腔镜监测下给予宫腔镜定位刮除,避免过度伤及子

△ 通信作者, E-mail:377542007@qq.com.

宫肌层。若宫角部突出较多及肌壁组织明显变薄者,可在腹腔镜下给予宫角部注射 12 IU 的垂体后叶素,超声刀将病变的宫角、妊娠组织及输卵管切除后,给予宫腔镜下缝补修复宫角。并使用宫腔镜复查,确保病变组织切除干净、宫腔平整。术后给予两组患者抗生素治疗 2~3 d,预防感染,并定时回院复查。

测定两组患者 HCG,收集患者术前与术后 3 周的空腹静脉血,肝素抗凝分离血清后,予以贝库曼库尔特 AU5800 型全自动生化分析仪测定,试剂盒由苏州东瑞制药有限公司提供。

1.3 观察指标 观察两组患者的手术情况,并发症发生率、治疗总有效率、预后情况。临床疗效评估^[6]:术后阴道出血量明显减少且在术后 4~6 d 停止出血,术后 3 周的血清 HCG 水平恢复正常表示显效;术后阴道出血量减少且在术后 4~6 d 停

止出血,术后 3 周的血清 HCG 水平有明显降低表示有效;术后阴道出血量增大,宫角包块增大并伴有盆腔积液,且术后 3 周的血清 HCG 下降不明显表示无效。有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 进行数据分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料采用百分数表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料分析采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者的手术情况比较 观察组手术时间、术中出血量、排气时间、住院时间及血清 HCG 恢复时间均低于对照组,两组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者的手术情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间(min)	术中出血量(mL)	排气时间(d)	住院时间(d)	血清 HCG 恢复时间(d)
对照组	30	76.18±4.01	84.93±6.20	1.10±0.13	5.25±0.57	24.76±2.51
观察组	30	54.26±3.72	60.54±5.61	1.02±0.15	4.12±0.53	23.10±2.45
<i>t</i>		21.950	15.977	2.208	7.952	2.592
<i>P</i>		0.000	0.000	0.031	0.000	0.012

2.2 两组患者术后 1 周并发症发生情况比较 术后 1 周观察组总并发症发生率为 10.00%(3/30),低于对照组[46.67%(14/30)],两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 9.932, P = 0.002$),见表 2。

表 2 两组患者术后 1 周的并发症发生情况比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	腹痛	子宫腔粘连
对照组	30	8(20.00)	6(20.00)
观察组	30	2(3.33)	1(3.33)
χ^2		4.320	4.043
<i>P</i>		0.038	0.044

2.3 两组患者术后 3 周的治疗有效率比较 术后 3 周观察组治疗总有效率为 96.67%(29/30),高于对照组[80.00%(24/30)],两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.043, P = 0.044$),见表 3。

表 3 比较两组患者术后 3 周的治疗效果比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效
对照组	30	13(43.33)	11(36.67)	6(20.00)
观察组	30	20(66.67)	9(30.00)	1(3.33)
<i>T</i>			2.097	
<i>P</i>			0.036	

2.4 两组患者治疗 6 个月后的预后情况比较 观察组月经正常率、妊娠率均高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组患者术后 6 个月的预后情况比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	月经正常	妊娠
对照组	30	26(86.67)	18(60.00)
观察组	30	30(100.00)	25(83.33)
χ^2		4.286	4.022
<i>P</i>		0.038	0.045

3 讨 论

宫角妊娠是一种孕卵着床于宫角特殊部位的妊娠,比较罕见,早期宫角妊娠极易流产且出血较多,随着妊娠周期的不断增长,宫角肌层逐渐变薄容易出现子宫破裂,且分娩后胎盘很难剥离,极有可能并发失血性休克甚至危害生命,严重影响患者的身心健康^[7]。相关研究报道,宫角妊娠与宫颈炎病变、宫内节育器及性激素紊乱等有着密切的联系^[8]。临床主要表现为严重下腹部疼痛或者阴道不规则流血或者子宫不对称性增大。

宫角妊娠的临床症状与体征无特异性,早期诊断难度较大,误诊率很高。目前对于宫角妊娠的诊断主要参照患者的临床症状及血清 HCG 测定与 B 超检查。多项研究表明,血清 HCG 在异位妊娠的诊断中极为关键,大多异位妊娠患者的早期血清 HCG 水平与正常妊娠者相比明显低,但是宫角部的血运非常丰富,因此宫角妊娠患者的血清 HCG 较正常妊娠者要高^[9-10]。由于宫角妊娠的位置比较特殊,常规的 B 超引导清宫术时刮匙探及有限,可能存在孕囊组织漏吸或者清宫不全等可能,影响日后的妊娠,且宫角部的肌层较薄,孕卵着床处增大变软,容易出现穿孔甚至大出血。

腹腔镜是一种对腹腔检查并治疗的方法,能够清楚直观地查看盆腔组织与卵巢的形态^[11]。其中腹腔镜手术是一种处理异位妊娠的首选方式,现如今,随着患者对于“微创化”的要求越来越高,以及相应手术器械的快速发展,经脐单切口腹腔镜手术已经逐渐运用于妇科手术。此外腹腔镜逐渐运用于妇科疾病,是一种新颖的微创妇科诊疗技术,具有放大成像系统,能够直观有效的对病灶组织进行探测,并且可以在直视下进行定位刮宫术,极大地提高了宫腔疾病的诊治率^[12-13]。单切口腹腔镜下联合宫腔镜治疗,能够在直视下客观、清晰的查看宫腔状态,明确妊娠组织的部位、大小、形态、宫角的扩张度与宫角肌层是否浸润等,进一步辅助宫角妊娠的诊断;并且能够综合选择治疗方案,尽可能地达到微创、安全有效的目的^[14];且术中出血量少,创伤较小,术后恢复时间短,对患者的日常生活与工作影响甚小;术后无疤痕,易于患者接受。

本研究结果显示,观察组患者的手术时间、术中出血量、排

气时间及住院时间、血清 HCG 恢复时间均明显低于对照组,表明单切口腹腔镜下联合宫腔镜能够有效提高手术效率,其次血清 HCG 的恢复时间越短越能利于患者妊娠。同时观察组术后出现切口感染、子宫腔粘连、子宫穿孔、恶心或呕吐及腹痛的并发症发生率均低于对照组,提示单切口腹腔镜下联合宫腔镜治疗能够减少患者的术后并发症,减轻患者痛苦。同时,观察组患者的治疗总有效率明显高于对照组,表明单切口腹腔镜下联合宫腔镜治疗能够有效提高治疗效果,促进患者恢复。此外观察组患者术后 6 个月的月经正常率、妊娠率均显著高于对照组,表明单切口腹腔镜下联合宫腔镜治疗更能利于患者预后,提高妊娠率,分析可能与单切口腹腔镜下联合宫腔镜治疗能够保留子宫与输卵管的正常生理功能及形态,因此该方法可对生育的影响降到最低。笔者发现,宫腔镜手术中存在静脉气体栓塞的可能性,宫腔镜进入宫腔前应当使灌注管中的空气彻底排出,且需密切观察膨宫液避免走空;同时应尽量保持患者为头低脚高位,利于气体由宫颈空排出;此外还需尽可能地减少血管创面暴露。此外腹腔镜操作中应当注意气腹针和套管针的深度适应,避免造成腹腔内血管损伤。本研究无任何患者出现静脉气体栓塞和腹腔内血管损伤。

综上所述,单切口腹腔镜联合宫腔镜治疗宫角妊娠可以改善患者预后,提高患者治疗有效率,值得在临床上广泛应用。

参考文献

[1] 陈忠,许建娟,冯一中,等. 宫角妊娠早期诊断与治疗分析[J]. 中国妇幼保健研究,2010,21(6):823-824.
 [2] Adeyemi AS, Atanda OO, Adekunle AD. Successful pregnancy in one horn of a bicornuate uterus[J]. Ann Afr Med,2013,12(4):252-254.
 [3] 曹华妹,蔡珠华,夏秋霞. 宫腹腔镜联合诊治宫角妊娠的探讨[J]. 中国内镜杂志,2012,14(1):59-60.
 [4] Afifi Y, Mahmud A, Fatma A. Hemostatic Techniques for

Laparoscopic Management of Cornual Pregnancy: Double-Impact Devascularization Technique[J]. J Minim Invasive Gynecol,2015,8(14):214-219.

[5] 张惜阴,戴钟英,于传鑫. 实用妇产科学[M]. 北京:人民出版社,2008:1052-1054.
 [6] 乐杰. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:110-112.
 [7] Chang YW, Tsai HW, Wang PH, et al. Single-port laparoscopic surgery for cornual pregnancy after failure of methotrexate treatment[J]. Taiwan J Obstet Gynecol,2015,54(3):322-326.
 [8] 霍翠兰. 宫腔镜结合腹腔镜诊治未破裂型宫角妊娠的价值[J]. 中国妇幼保健,2011,26(2):287-288.
 [9] Oral S, Akpak YK, Karaca N, et al. Cornual heterotopic pregnancy after bilateral salpingectomy and uterine septum resection resulting in term delivery of a healthy infant [J]. Int J Appl Basic Med Res,2015,5(3):203-205.
 [10] 瞿伟华,郎立中. β -HCG 动态测定在宫角妊娠诊断中的应用[J]. 检验医学,2012,27(3):228-230.
 [11] 黄桂芹. 宫腔镜与腹腔镜联合治疗宫角妊娠临床疗效观察[J]. 河北医学,2014,20(8):1369-1371.
 [12] 杜秀娟,张丽丽. 宫腔镜治疗宫角妊娠的临床疗效观察[J]. 医学综述,2013,19(21):4025-4026.
 [13] 牛玉红. 宫腔镜联合腹腔镜治疗宫角妊娠 38 例临床观察[J]. 黑龙江医药科学,2014,42(4):49-50.
 [14] 冷艳,程光丽,姚书忠. 宫腹腔镜下吸宫术治疗宫角妊娠 32 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2014,30(12):940-942.

(收稿日期:2016-11-30 修回日期:2017-01-23)

椎弓根固定联合脱钙骨基质复合自体骨植骨融合对胸腰段脊柱爆裂性骨折患者近远期疗效观察

肖运祥,陈海丹,刘 杨,程云忠

(湖北省宜昌市中心人民医院脊柱外科 443000)

摘要:目的 观察椎弓根固定联合脱钙骨基质复合自体骨植骨融合对胸腰段脊柱爆裂性骨折患者近远期疗效。方法 选取该院胸腰段脊柱爆裂性骨折患者 70 例作为研究对象,按照随机数字表法分为研究组和对照组各 35 例,对照组采用椎弓根固定方式治疗,研究组在对照组基础上联合脱钙骨基质复合自体骨植骨融合方式治疗,观察两组患者疼痛程度、胸腰椎功能障碍程度、脊柱后凸畸形矫正、伤椎前缘及中部高度比以及并发症情况。**结果** 两组术后 1 个月、6 个月、1 年视觉模拟疼痛量表(VAS)评分均较术前降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),且研究组显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组患者术后 1 个月、3 个月、6 个月、1 年日本骨科协会胸腰椎治疗评估表(JOA)评分显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组患者术后 6 个月、1 年 Cobb 角均较术前降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),且研究组显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组术后 6 个月、1 年伤椎前缘及中部高度比均较术前升高,差异有统计学意义($P < 0.05$),且研究组显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组并发症发生率(5.71%)低于对照组(14.29%)($P < 0.05$)。**结论** 椎弓根固定联合脱钙骨基质复合自体骨植骨融合治疗胸腰段脊柱爆裂性骨折可提高近远期治疗效果,值得临床推广。

关键词:椎弓根固定; 脱钙骨基质; 植骨融合; 爆裂性骨折; 疗效

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.09.051 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)09-1337-04

胸腰椎爆裂性骨折是临床脊柱损伤常见类型,多由外来暴力所致,临床症状为脊髓神经受损、胸部以及腰背部疼痛等,如