

妊娠合并子宫肌瘤和无子宫肌瘤产妇妊娠结局比较*

张 艳

(公安县人民医院妇产科,湖北荆州 434300)

摘 要:目的 探讨妊娠合并子宫肌瘤产妇妊娠结局。方法 选取该院妇产科 2014 年 10 月至 2016 年 12 月接诊的妊娠合并子宫肌瘤产妇 100 例作为观察组,妊娠无子宫肌瘤产妇 100 例作为对照组。比较 2 组产妇分娩方式、分娩过程的并发症、分娩结果、新生儿情况。**结果** 观察组产妇剖宫产率明显高于对照组,对照组自然分娩和无子宫肌瘤显著高于观察组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组早产(20.0%)、胎儿窘迫(30.0%)、先兆流产(35.0%)发生率均大于对照组(6.0%、4.0%、6.0%),差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组产妇妊娠后产褥感染(16.0%)、产后出血(14.0%)、子宫切除(3.0%)发生率均大于对照组(4.0%、2.0%、0),差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组新生儿窒息、宫内窘迫发生率均高于对照组,且观察组新生儿阿氏(Apgar)评分 $[(9.01\pm0.27)$ 分]低于对照组 $[(9.45\pm0.23)$ 分],差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 妊娠合并子宫肌瘤产妇的生产危险系数大于无子宫肌瘤产妇,且对孕妇和新生儿造成不利影响,建议采取有效预防措施。

关键词:妊娠; 子宫肌瘤; 分娩

中图法分类号:R714. 259

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2018)09-1284-03

子宫肌瘤是女性妇科最常见的一种良性肿瘤,也称为纤维肌瘤、子宫纤维瘤,发病机制尚未清楚^[1]。近年来,随着国家晚婚、晚育政策的实施,婚育观念改变和社会经济发展增加了人们的生活压力,使得高龄产妇、人工流产增多,也增加了子宫肌瘤的发生率^[2-3]。妊娠合并子宫肌瘤在妇产科发病率较高,特别是高龄产妇,随着生理功能下降和子宫肌瘤的影响增加了分娩的困难程度,严重者出现妊娠期并发症,甚至危害母婴健康^[4]。本研究探讨了妊娠合并子宫肌瘤和无子宫肌瘤产妇的分娩方式、分娩并发症、分娩结果,以及新生儿情况。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院妇产科 2014 年 10 月至 2016 年 12 月接诊的妊娠合并子宫肌瘤产妇 100 例作为观察组,妊娠无子宫肌瘤产妇 100 例作为对照组。观察组产妇年龄 20~41 岁,平均 (26.13 ± 2.97) 岁;体质量 45~65 kg;孕周 34~40 周,中位孕周 37 周;初产妇 63 例,经产妇 37 例。对照组产妇年龄 19~39 岁,平均 (27.26 ± 3.08) 岁;体质量 44~58 kg;孕周 35~41 周,中位孕周 38 周;初产妇 70 例,经产妇 30 例。2 组产妇距离上次剖宫产时间均在 3 年以上,且对本研究签署知情同意书,均无心脑血管疾病、肝肾功能正常,无剖宫产手术禁忌证。2 组患者的年龄、孕周等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院伦理委员会审核,符合伦理规范。

1.2 方法 观察组产妇均行 B 型超声检查确诊为妊

娠合并子宫肌瘤,其中肌壁间肌瘤 24 例,浆膜下肌瘤 60 例,宫颈肌瘤 16 例。依据产妇具体体征由医师选择最佳分娩方式,包含自然分娩、剖宫产、阴道助产。观察 2 组产妇分娩过程中并发症发生率,以及生产结果、新生儿状态,如先兆流产、胎膜早破、早产、胎儿窘迫、产后出血、产褥感染、子宫切除、新生儿窒息、宫内窘迫等。

1.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件对数据进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较使用 t 检验,计数资料以例数或百分率表示,组间比较应用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组产妇分娩方式结果比较 观察组产妇剖宫产率明显高于对照组,对照组自然分娩率(57.0%)明显高于观察组(35.0%),差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组产妇分娩方式结果比较[n(%)]				
组别	<i>n</i>	自然分娩	阴道助产	剖宫产
观察组	100	35(35.0)	15(15.0)	50(50.0)
对照组	100	57(57.0)	13(13.0)	30(30.0)
χ^2		9.742 4	0.166 1	8.333 3
<i>P</i>		0.001 8	0.683 6	0.003 9

2.2 2 组产妇妊娠期并发症结果比较 2 组产妇妊娠期内早产、胎儿窘迫、先兆流产发生率均高于对照

* 基金项目:湖北省自然科学基金资助项目(2014FFB04310)。

组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组产妇妊娠期并发症结果比较[n(%)]					
组别	n	胎膜早破	早产	胎儿窘迫	先兆流产
观察组	100	15(15.0)	20(20.0)	30(30.0)	35(35.0)
对照组	100	8(8.0)	6(6.0)	4(4.0)	6(6.0)
χ^2		2.407 3	8.664 9	23.954 6	25.801 5
P		0.120 8	0.003 2	0.000 0	0.000 0

2.3 2 组产妇妊娠结果比较 观察组产妇妊娠后出现产褥感染、产后出血发生率均大于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 2 组产妇妊娠结果比较[n(%)]				
组别	n	产褥感染	产后出血	子宫切除
观察组	100	16(16.0)	14(14.0)	3(3.0)
对照组	100	4(4.0)	2(2.0)	0(0.0)
χ^2		8.000 0	9.782 6	3.045 7
P		0.004 7	0.001 8	0.081 0

2.4 2 组产妇新生儿情况结果比较 观察组产妇的新生儿窒息、宫内窘迫发生率均高于对照组,且观察组新生儿阿氏(Apgar)评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 2 组产妇新生儿情况结果比较				
组别	n	新生儿窒息 [n(%)]	宫内窘迫 [n(%)]	Apgar 评分 ($\bar{x}\pm s$,分)
观察组	100	8(8.0)	9(9.0)	9.01 $\pm$ 0.27
对照组	100	1(1.0)	1(1.0)	9.45 $\pm$ 0.23
χ^2/t		5.701 0	6.736 8	12.405 4
P		0.017 0	0.009 4	0.000 0

3 讨 论

35 岁以上的女性,约 22%患有子宫肌瘤,因肿瘤发展缓慢无特别病症,当身体检查发现后进行治疗,而多数无早治疗或根本无治疗^[5]。目前,产科诊断技术的提高、剖宫产普遍运用及超声技术的广泛使用,已能及时发现子宫肌瘤。据相关资料介绍^[6-7],虽对子宫肌瘤的病因不明确但可以肯定其生长进展与雌激素密切相关。临床遇到妊娠合并子宫肌瘤时,一般会依据子宫肌瘤对妊娠的影响而重点考虑分娩方式和可能的不良并发症,却忽略了妊娠本身对子宫肌瘤也有影响,会改变现阶段对分娩方式的选择^[8]。为减少产妇的危险性,通常会根据子宫肌瘤的位置、大小等具体信息综合评判产妇能否进行自然分娩^[9-10]。本研究结果表明,观察组产妇剖宫产率明显高于对照组(30.0%),而对照组自然分娩(57.0%)显著高于观察组(35.0%),观察组产妇选择阴道助产和剖宫产的概率大于对照组,说明妊娠合并子宫肌瘤增加自然分娩的难度及风险。

妊娠合并子宫肌瘤使子宫肌瘤对妊娠女性的影响增大,影响程度和子宫肌瘤大小、位置、生长速度相关^[11-12]。子宫肌瘤位于宫颈或宫角等位置,会严重降低女性受孕率。妊娠产妇的子宫肌瘤可影响受精卵正常着床与血供,增加流产率^[13]。本研究结果显示,观察组产妇胎膜早破(15.0%)、早产(20.0%)、胎儿窘迫(30.0%)、先兆流产(35.0%)发生率均大于对照组(8.0%、6.0%、4.0%、6.0%)。观察组先兆流产发生率为 35.0%,而对照组仅为 6.0%,观察组产妇比对照组发生意外的概率高,与其他研究结果相符。

有关研究报道,子宫壁间肌瘤可阻碍胎儿在宫内的正常活动造成胎位不正,增加臀位和横位发生率,生产过程中子宫肌瘤会妨碍子宫的正常收缩能力,产妇极有可能因宫缩乏力使产程时间增加,宫颈肌瘤、巨大子宫下段肌瘤等可阻塞产道,造成难产,改变生产结果^[14-15]。本研究结果表明,观察组产妇妊娠后产褥感染(16.0%)、产后出血(14.0%)、子宫切除(3.0%)发生率均大于对照组(4.0%、2.0%、0%),说明妊娠合并子宫肌瘤对妊娠结果的影响远大于无子宫肌瘤妊娠。本研究结果显示,观察组产妇的新生儿窒息(8.0%)、宫内窘迫(9.0%)发生率均高于对照组(1.0%、1.0%),且观察组 Apgar 评分[(9.01 $\pm$ 0.27)分]低于对照组[(9.45 $\pm$ 0.23)分],可能是因试行自然分娩生产难度过大、产程过长,造成新生儿窒息及宫内窘迫的发生。因此,妊娠合并子宫肌瘤产妇,如子宫肌瘤体积、位置对生产影响较大,应选择剖宫产,降低因产程过长或产道堵塞引起的宫内缺氧发生,提高新生儿预后。

综上所述,妊娠合并子宫肌瘤产妇的生产危险系数大于无子宫肌瘤产妇,且会对孕妇和新生儿造成不利影响,建议采取有效预防措施。

参考文献

[1] 赵义清,艾继辉. IVF-ET 术后妊娠合并多发性子宫肌瘤分析[J]. 中国妇幼保健,2014,29(8):1168-1171.

[2] 胥华,朱建春,孙丽萍. 妊娠合并子宫肌瘤剖宫产术后感染相关因素分析及其干预[J]. 江苏医药,2014,40(7):835-836.

[3] 张丽娟,刘彩霞,那全. 291 例晚期妊娠合并子宫肌瘤母儿预后分析[J]. 中国妇幼保健,2014,29(11):1668-1670.

[4] PRITTS E A,PARKER WH,BROWN J,et al. Outcome of occult uterine leiomyosarcoma after surgery for presumed uterine fibroids:a systematic review[J]. J Minim Invasive Gynecol,2015,22(1):26-33.

[5] 李力,韩建. 妊娠与子宫肌瘤[J]. 实用妇产科杂志,2014,30(3):168-169.

[6] 刘冉,陶国伟,甄军晖,等. ER、PR 在妊娠期子宫肌瘤组织中的表达及意义[J]. 山东大学学报(医学版),2016,54(5):45-49.

- [7] 邱雪茹,夏怡,陶定菊. 368 例晚期妊娠合并子宫肌瘤的母儿结局分析[J]. 重庆医学, 2016, 45(12): 1650-1652.
- [8] WANG L L, SUN L B, WANG L J, et al. Laparoscopic temporary bilateral uterine artery occlusion with silicone tubing to prevent hemorrhage during vacuum aspiration of cesarean scar pregnancies[J]. J Obstetrics and Gynaecology Res, 2015, 41(11): 1762-1768.
- [9] 李克梅. 妊娠合并子宫肌瘤综合化护理相关因素分析[J]. 科技通报, 2015, 31(10): 19-21.
- [10] 柳亚芬, 张风格. 妊娠合并子宫肌瘤 142 例病例分析[J]. 中国性科学, 2016, 25(7): 128-130.
- [11] 唐良菖, 卞度宏. 妊娠合并子宫肌瘤的处理[J]. 实用妇产科杂志, 1999, 23(2): 10-11.
- [12] AKSOY H, AYDIN T, ÖZDAMAR Ö, et al. Successful use of laparoscopic myomectomy to remove a giant uterine myoma: a case report[J]. J Med Case Rep, 2015, 9(1): 286-288.
- [13] 孙馥箐, 段华, 叶红, 等. 双子宫畸形伴双侧子宫腺肌病与左侧子宫肌瘤 1 例并文献复习[J]. 中国计划生育和妇产科, 2016, 8(4): 71-74.
- [14] 刘智慧, 史小荣. 黏膜下子宫肌瘤对妊娠影响的临床分析[J]. 中国药物与临床, 2016, 16(3): 423-426.
- [15] 颜建英, 黄科华, 刘青闽, 等. 产后出血危险因素及高危评分系统临床价值研究[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2014, 31(10): 791-797.

(收稿日期: 2017-11-02 修回日期: 2018-01-02)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 09. 022

广西地区 1 218 例急性心肌梗死临床特点及急诊治疗影响因素分析^{*}

曾 希¹, 吕立文¹, 伍广伟^{2△}, 陈 万¹, 沈 印¹, 朱良峰¹, 朱瑞凯¹, 石 磊¹

(广西自治区人民医院: 1. 急诊科; 2. 心血管内科, 南宁 530021)

摘 要:目的 分析广西地区急性心肌梗死(AMI)患者临床特点及急诊治疗现状。方法 回顾性分析 2015 年 1 月至 2016 年 12 月广西地区 5 所医院急诊/胸痛中心收治的 1 218 例 AMI 患者的临床资料, 其中非 ST 段抬高型心肌梗死(NSTEMI)150 例, ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)1 068 例。分析其临床特点、急诊治疗时间、AMI 的药物使用、再灌注治疗及治疗情况等。结果 广西地区 AMI 患者多为中、老年患者, 文化程度低, 大多患者缺乏典型胸痛症状, 自行来诊为最主要就诊方式, 发病至急诊就诊时间多超过 6 h, 多合并心律失常及心功能异常; 1 218 例 AMI 患者中, 溶栓/冠状脉介入(PCI)手术患者 529 例, 占 43. 43%, 药物保守治疗 689 例, 占 56. 56%; 急诊抗血小板药物使用率达到 98. 97%; 根据急诊治疗方式不同, 分为溶栓/PCI 手术组及药物保守治疗组, 药物保守治疗组 β 受体阻滞剂使用率及病死率高于溶栓/PCI 手术组, 临时起搏器安装比例低于溶栓/PCI 手术组($P < 0.05$)。AMI 患者发病至就诊时间平均为 $(264. 14 \pm 128. 82)$ min; 急诊至接受专科治疗时间平均为 $(36. 74 \pm 27. 52)$ min; 不同就诊方式中, 选择 120 救护车就诊方式的患者发病至就诊时间(院前时间)最短($P < 0.05$); 在急诊至接受专科治疗时间(院内时间)上, 120 救护车就诊患者与外院转运患者差异无统计学意义($P > 0.05$), 但均短于自行就诊患者($P < 0.05$)。结论 广西地区急诊科对 AMI 的救治方式和流程有待进一步优化。

关键词: 广西; 急性心肌梗死; 急诊; 临床特点; 影响因素

中图法分类号: R542. 2+2

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2018)09-1286-04

急性心肌梗死(AMI)已成为我国最常见的致死性心血管疾病, AMI 患者发病时症状凶险, 病情变化快, 病死率极高, 其主要原因是可救治的致命性心律失常^[1-2]。尽早地发现和再灌注治疗是减少 AMI 病死率的重要治疗措施, 大部分 AMI 患者首诊科室是各医院的急诊科, 如何优化急诊科对 AMI 的救治方式和流程显得尤为关键^[3-4]。近年来, 广西在 AMI 治疗上取得了巨大的进步, 但由于广西地区经济文化落后、卫生条件缺乏等多种原因, 如何尽快地发现、治疗 AMI 患者仍是广西地区临床医生需要长期面对的问题。

本研究回顾性分析了 1 218 例 AMI 患者急诊治疗的临床资料, 了解该地区 AMI 患者的临床特点、急诊治疗现状, 分析了 AMI 的急诊药物使用情况、再灌注治疗情况、急诊延迟时间、预后等, 为广西地区改善 AMI 急诊治疗策略提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2015 年 1 月至 2016 年 12 月广西壮族自治区人民医院和南宁市第二人民医院、隆安县人民医院、扶绥县人民医院、平果县人民医院收治的 1 218 例 AMI 患者的临床资料。AMI 的诊

^{*} 基金项目: 广西壮族自治区卫生和计划生育委员会资助项目(Z20170368); 广西科学研究与技术开发计划项目(桂科攻: 14124004-1-6)。

[△] 通信作者, E-mail: gxqyyw@126. com。