

剖腹产瘢痕妊娠的临床诊断与治疗

蒋秋萍

苏州市吴中区甪直人民医院 江苏苏州 215127

【摘要】目的 查究与研讨剖腹产瘢痕妊娠的临床诊断与治疗。**方法** 抽样调查2016年1月—2018年12月期间某院接诊治疗的60例剖腹产瘢痕妊娠患者进行研究,以治疗方案为中心开展分组,以实现两组临床治疗效果对照的目的。**结果** 对照组的临床治疗总有效率是63.3%,观察组是93.3%,两者间的数据差异性较大,在统计学方面存在意义($P < 0.05$)。对照组的术中出血量、手术时间与术后恢复时间均与观察组两者间的数据差异性较大,在统计学方面存在意义($P < 0.05$)。**结论** 经阴道子宫瘢痕妊娠切除术治疗剖腹产瘢痕妊娠患者的临床疗效较为理想。

【关键词】 剖腹产; 瘢痕妊娠; 临床诊断; 治疗

【中图分类号】 R714.22

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2019) 01-025-02

剖腹产^[1]又被称为是剖宫产,属于产科临床中常见的一种手术方式。剖腹产对产妇造成较大的手术创伤,大大增加剖腹产瘢痕妊娠的发生率。剖腹产瘢痕妊娠指的是有剖腹产生育史的妇女再次妊娠时,孕囊在前次剖腹产的瘢痕部位着床,增加子宫破裂、阴道不规则流血的风险,且临床治疗难度大,误诊率高。因此,剖腹产瘢痕妊娠的临床诊断与治疗非常重要。笔者节选2016年1月—2018年12月来我院就诊的60例剖腹产瘢痕妊娠患者的相关资料,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从2016年1月—2018年12月时间段内某院治疗的患者中,拣选出60例剖腹产瘢痕妊娠患者实施对照观察,本次研究对象均分为两组,分别是观察组、对照组,其中观察组患者的年龄跨度范围是22—40岁,年龄中间值(29.85 ± 1.68)岁,孕周波动范围在5—13周内,孕周中间值(8.43 ± 1.68)周;对照组患者的年龄波动范围是23—38岁,年龄中间值(29.85 ± 1.51)岁,孕周跨度是6—12周,孕周中间值(8.57 ± 1.62)周。分析研究对象的孕周、年龄等资料存在的差异性,在统计学方面没有意义($P > 0.05$),仍有可比性。本次查究过程中所涉及到的研究对象均事先知情且同意参与。

1.2 方法

对照组执行宫腔镜电切术治疗方案,患者实施静脉麻醉,并进行膨宫液的注射,将膨宫压力保持100mmHg,后在腹腔镜的辅助下将妊娠物电切,等完全清除妊娠病灶后实施电凝止血,并留置导管,在术后24h密切注意患者的引导出血,术后72h进行复查;观察组执行经阴道子宫瘢痕妊娠切除术治疗方案,患者排空膀胱以保证宫颈的暴露度,后实施气管全麻,并通过宫颈钳对患者宫颈进行牵拉,于宫颈充分浸润后将腹膜打开,利用电凝方式将瘢痕处的妊娠病灶切除,并实施电凝止血,手术结束后,患者需连续7d进行抗感染治疗。

1.3 疗效评估标准

治疗后,患者的临床症状彻底消失,HCG指标处于正常范围,为痊愈;治疗后,患者的临床症状明显好转,HCG指标明显下降,为有效;治疗后,患者的临床症状没有改善或者是病情恶化,为无效。密切观察两组患者的术中出血量、手术时间与术后恢复时间,并进行详细记录。

1.4 统计学分析

此次观察研究有关的数据资料输入到软件SPSS20.0中,通过($\bar{x} \pm s$)形式体现相关计量资料,并开展t检验,计数

资料需完成 χ^2 检验,两者间的数据差异性较大,在统计学方面存在意义($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 对比两组患者的临床治疗总有效率

对照组的临床治疗总有效率与观察组两者间的数据差异性较大,在统计学方面存在意义($P < 0.05$)。详细情况如表一:

表一: 对照两组的临床治疗总有效率 [% (例)]

组别	痊愈	有效	无效	治疗总有效率
对照组 (n=30)	20 (6)	43.3 (13)	36.7 (11)	63.3
观察组 (n=30)	53.3 (16)	40 (12)	6.7 (2)	93.3

2.2 对比两组的术中出血量、手术时间与术后恢复时间

对照组的术中出血量、手术时间与术后恢复时间均与观察组两者间的数据差异性较大,在统计学方面存在意义($P < 0.05$)。详细情况如表二:

表二: 对照两组的术中出血量、手术时间与术后恢复时间 [% (例)]

组别	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	术后恢复时间 (d)
对照组 (n=30)	174.86 ± 7.95	71.64 ± 11.59	8.77 ± 3.52
观察组 (n=30)	44.23 ± 9.76	30.41 ± 8.74	3.99 ± 1.64

3 讨论

剖腹产瘢痕妊娠属于一种异位妊娠,若是得不到及时有效的诊断与治疗,会导致患者出现大出血、子宫破裂等问题,严重威胁患者的生命安全与身体健康。截止到目前,剖腹产瘢痕妊娠的发病机制尚未明确,再加上人工流产、子宫肌瘤剔除术、刮宫、胚胎移植等操作均会对患者子宫内膜造成极大的损伤,造成子宫瘢痕。

宫腔镜电切术治疗剖腹产瘢痕妊娠患者会严重影响患者的生育功能;经阴道子宫瘢痕妊娠切除术^[2]在剖腹产瘢痕妊娠患者临床治疗中的应用,既能够保留患者的子宫,又有利于患者的术后恢复,降低患者及其家属的经济负担,对患者的身体创伤较小。本研究中,对照组的临床治疗总有效率、术中出血量、手术时间与术后恢复时间均与观察组的差异性较大,保有统计学意义($P < 0.05$)。和现有的竺红远^[3]等人的研究结果差异不大。

综上所述,经阴道子宫瘢痕妊娠切除术在剖腹产瘢痕妊娠患者临床治疗中的应用,不仅能够有效保留患者的生育功能,大大改善患者的临床治疗效果,而且能够降低患者的术

(下转第27页)

与 A 组和 B 组比较, $^aP < 0.05$

2.2 三组患者术后 3d 和术后 5d 血清学指标对比

C 组患者术后纤维蛋白原、D-二聚体和凝血酶原时间等

表 2: 三组患者术后 3d 和术后 5d 血清学指标对比 (n=60, $\bar{x} \pm s$)

组别	术后 3d			术后 5d		
	FIB/ $g \cdot L^{-1}$	D-二聚体/ $mg \cdot L^{-1}$	PT/s	FIB/ $g \cdot L^{-1}$	D-二聚体/ $mg \cdot L^{-1}$	PT/s
A 组	5.05 ± 1.06	0.35 ± 0.08	12.68 ± 2.08	5.03 ± 1.09	0.37 ± 0.05	12.72 ± 3.01
B 组	5.27 ± 1.62	0.83 ± 0.21	11.81 ± 1.56	5.21 ± 1.13	0.52 ± 0.28	12.92 ± 1.08
C 组	5.01 ± 1.08^b	0.77 ± 0.54^b	11.68 ± 1.53^b	4.82 ± 0.95^b	0.49 ± 0.28^b	12.08 ± 1.86^b

与 A 组和 B 组比较, $^bP < 0.05$

注: FIB—纤维蛋白原; PT—凝血酶原时间

3 讨论

妇科恶性肿瘤手术患者术后发生 DVT 的原因包括: (1) 恶性肿瘤患者血液呈高凝状态: 恶性肿瘤组织的裂解产物会引起血小板数量增多, 凝血因子含量增加, 恶性肿瘤细胞可分泌和表达与抑制纤溶有关的蛋白, 易形成血栓。(2) 肿瘤手术过程中, 患者血液中的蛋白质纤维含量会明显增高, 增加血液的黏稠度; (3) 手术的时间相对较长, 患者持续保持一个体位不动, 导致血液循环不畅通; (4) 盆腔静脉密集, 相互吻合成丛, 静脉管壁薄, 无静脉瓣, 无盘膜外鞘, 缺乏有力的支持组织, 血液缓慢, 术中及术后盆腔静脉回流障碍, 易发生血栓栓塞; (5) 手术中出血量相对较多, 血液流失较大和脱水等情况容易造成患者血液黏度增高, 增加了静脉血

血清指标明显优于 A 和 B 组, 组间比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

栓的发生率; (6) 患者术后使用止血药及长时间的卧床容易造成患者肢体压迫严重, 血液流动缓慢。

参考文献:

- [1] 黄静, 李力. 妇科恶性肿瘤围手术期患者深静脉血栓预防措施的系統评价 [J]. 国际妇产科学杂志, 2015, 2(42): 169-170.
- [2] 李文洲, 吴伶俐, 王召云. 低分子肝素在妇科肿瘤术后预防下肢深静脉血栓中的作用 [J]. 福建医药杂志, 2017, 6(35): 91-93.
- [3] 许美华, 邱锡, 刘县, 等. 低分子肝素钙联合气压波治疗仪预防卵巢癌术后下肢深静脉血栓形成的临床观察 [J]. 广东医学院学报, 2015(1): 110-112.

(上接第 24 页)

表 1: 患者 SAS 与 SDS 等心理评估情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	SAS	SDS
观察组	护理前	48.29 ± 4.26	50.18 ± 3.87
	护理后	32.18 ± 3.09	34.29 ± 3.21
对照组	护理前	48.97 ± 3.72	50.43 ± 3.42
	护理后	43.15 ± 4.58	42.19 ± 3.66

注: 两组护理前对比, $p > 0.05$, 两组护理后对比, $p < 0.05$

2.2 患者治疗依从性评估结果

见表 2, 在治疗依从性率上, 观察组为 96%, 明显比对照组 80% 比例更高, 两组数据具备统计学意义 ($p < 0.05$);

表 2: 患者治疗依从性评估结果 [n(%)]

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	总依从率
观察组	50	37 (74.00)	11 (22.00)	2 (4.00)	96%
对照组	50	21 (42.00)	19 (38.00)	10 (20.00)	80%

注: 两组对比, $p < 0.05$

(上接第 25 页)

中出血量, 缩短患者的手术时间与术后恢复时间, 可在临床治疗中得到大范围的推广与应用。

参考文献:

- [1] 樊晋芳. 剖腹产瘢痕妊娠的早期诊断与对策研究 [J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2015, (78): 39-

3 讨论

PICC 置管在肿瘤患者治疗中较为常见, 可以有效的辅助治疗顺利开展, 减少治疗不适感。在护理中, 需要考虑患者生理上的需求, 也需要做好心理、认知方面的安抚与指导, 由此促使患者对治疗护理工作的配合, 让护理工作得到优化提升, 提升患者对护理工作的认可度。

综上所述, PICC 置管肿瘤患者中运用优质护理干预后可以有效的提升其治疗依从性, 同时改善焦虑抑郁等不良心理状况, 治疗感受更为优质。

参考文献:

- [1] 吉萍萍, 卢燕. 优质护理干预在肿瘤 PICC 置管中的应用 [J]. 中西医结合护理 (中英文), 2017, 3(1): 86-88.
- [2] 严昭仪. 优质护理对肿瘤患者 PICC 置管依从性的影响 [J]. 医疗装备, 2017, 30(13): 160-161.
- [3] 张喆萍, 王云. 优质护理对 PICC 置管肿瘤患者依从性及心理健康状况的影响分析 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(23): 134, 136.

39, 40.

- [2] 李丽, 常立功, 社会双等. 剖腹产瘢痕部位妊娠的超声诊断及临床价值分析 [J]. 中国美容医学, 2013, 22(19): 1928-1931.

- [3] 竺红远, 古丽扎提汗·达克西. 剖腹产瘢痕妊娠早期诊治 17 例分析 [J]. 医学信息 (下旬刊), 2011, 24(3): 82.