

经阴道宫颈环扎术治疗宫颈机能不全的临床效果分析

李 晗

浏阳市妇幼保健院 湖南浏阳 410300

【摘要】目的 研究阴道宫颈环扎对宫颈机能不全的疗效。**方法** 研究样本为 62 例宫颈机能不全者,各样本入院后均参考手术时机分组,组别名称有紧急组、预防组,均有 31 例样本,前者行紧急阴道宫颈环扎,后者行预防阴道宫颈环扎,治疗时间均为 2023 年 1 月-2024 年 1 月,观察妊娠情况及并发症。**结果** 在孕周延长统计中,预防组(122.69±10.12) d 比紧急组(29.08±3.44) d 长, $P < 0.05$ 。28 周前分娩率在预防组(12.90%, 4 例)比紧急组(48.39%, 15 例)低,28 周后分娩率在预防组(87.10%, 27 例)比紧急组(51.61%, 16 例)高, $P < 0.05$ 。早产新生儿存活率在预防组(35.48%, 11 例)和紧急组(45.16%, 14 例)无差异, $P > 0.05$ 。足月新生儿存活率在预防组(51.61%, 16 例)比紧急组(6.45%, 2 例)高, $P < 0.05$ 。胎膜早破在预防组有 22.58% (7 例) 的发生率,宫颈裂伤在预防组有 3.23% (1 例) 的发生率,和紧急组 45.16% (14 例)、9.68% (3 例) 无差异, $P > 0.05$ 。绒毛膜羊膜炎在预防组有 12.90% (4 例) 的发生率,比紧急组的发生率 35.48% (11 例) 低, $P < 0.05$ 。**结论** 预防阴道宫颈环扎术有较多优势,能提升新生儿存活率,减轻孕妇损伤。

【关键词】 宫颈环扎术; 临床效果; 妊娠结局; 宫颈机能不全

【中图分类号】 R714

【文献标识码】 A

【文章编号】 1007-3809 (2024) 01-006-02

宫颈机能不全机制复杂,症状体现在无痛宫颈扩张。缺乏弹性蛋白、宫颈异常等,均会增加发病率,成为早产、流产的主要因素。早产时胎儿发育欠佳,存在较多智力障碍问题,而流产会增加家庭负担,约有 30% 的患者在流产后会出现抑郁症^[1]。临床治疗方案中,可经保守治疗抑制宫颈机能不全进展,但疗效有限,仍有高流产率。宫颈环扎术属于较安全的治疗措施。既往多行开放手术,能直接观察到宫颈损伤情况,可提高结扎术实施期间的视野,能保证结扎术实施顺利度。但该措施会增加腹部器官和空气的接触,容易造成病菌入侵,且会影响胎儿发育,降低了宫颈机能不全患者的接受度。临床各手术方案中,阴道宫颈环扎术应用多,在腹腔镜辅助下实施此术式,能保持清晰视野,掌握宫颈形态、体积等,可保持高环扎准确性,能降低流产率。但临床对于手术时机的选择仍有争议,在宫颈机能不全检出后迅速实施手术,能把握手术时机,可防止宫颈功能的恶化,但对于此种手术,可能存在准备不充分的情况,很难彻底掌握宫颈病变情况,常增加并发症,也会出现较多不良妊娠结局。还有学者认为,预防手术准备更加完善,能根据宫颈情况调整环扎措施,可减轻宫颈损伤,也能减轻对胎儿的影响,可提升新生儿存活率^[2]。鉴于此,研究以宫颈机能不全者为样本纳入 62 例,在 2023 年 1 月-2024 年 1 月完成治疗,并根据手术时机进行组别设置,旨在判断经阴道宫颈环扎术的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究样本为 62 例宫颈机能不全者,各样本入院后均参考手术时机分组,组别名称有紧急组、预防组,均有 31 例样本,治疗时间均为 2020 年 5 月-2021 年 5 月。紧急组:孕周 12-25 周,均数值(18.83±1.69)周;15 例有剖宫产史,18 例有流产史;年龄 22-43 岁,均数值(32.73±1.59)岁。预防组:孕周 13-26 周,均数值(19.47±1.30)周;16 例有剖宫产史,19 例有流产史;年龄 21-44 岁,均数值(33.51±1.89)岁。组间无差异, $P > 0.05$ 。

诊断标准: 未感觉到宫缩;羊膜囊位置处于宫颈外口;宫颈内口宽度经测量后数值超过 1.5cm;宫颈有扩张情况,扩

张幅度为 1-2cm。

入组标准: 符合宫颈机能不全鉴别标准;签署同意书;均为单胎妊娠;不存在内分泌病变;妊娠时间在 12 周及以上,但未超过 26 周;委员会批准研究。

排除原则: 子宫畸形者;存在宫颈环扎术禁忌症;存在其他妊娠期合并症;胎儿发育异常。

1.2 方法

紧急组: 紧急阴道宫颈环扎,行各项检查,掌握宫颈感染情况,观察胎儿发育、宫颈扩张情况,内口扩张幅度在 1.5cm 以上,未超过 2cm 时,可行紧急环扎。宫颈扩张后,经腹腔镜观察阴道内具体情况,切口位置选择膀胱沟上方,切口方向为横向,在清晰视野下,切开黏膜组织,向上推送膀胱,准备环扎带,在无菌前提下行高位环扎,进展位置为左侧,走针需经过阴道黏膜位置,出针位置在穹隆处,后打结环扎带,根据妊娠结局,选择不同的方式取出环扎带即可。

预防组: 预防宫颈环扎,此组需根据患者具体宫颈情况,制定针对性阴道环扎方案,则患者各体征稳定后,行阴道宫颈环扎,以预防宫颈病变。

1.3 观察项目

妊娠情况涉及指标有孕周延长,妊娠 28 周前后胎儿早产、流产情况等,同时统计新生儿生存率。

并发症主要有宫颈裂伤,部分患者存在胎膜早破、绒毛膜羊膜炎。

1.4 统计学计算

SPSS 24.0 中,计量资料行 t 检验,属于此类数据的有孕周延长,计数资料行 χ^2 检验,属于此类数据的有并发症、早产、流产情况等, $P < 0.05$, 有意义。

2 结果

2.1 妊娠情况

在孕周延长统计中,预防组(122.69±10.12) d 比紧急组(29.08±3.44) d 长, $P < 0.05$ ($t=48.7617$, $P=0.0000$)。28 周前分娩率在预防组(12.90%, 4 例)比紧急组(48.39%, 15 例)低,28 周后分娩率在预防组(87.10%, 27 例)比紧急组(51.61%, 16 例)高, $P < 0.05$ ($\chi^2=19.0375$,

P=0.0000)。早产新生儿存活率在预防组(35.48%, 11例)和紧急组(45.16%, 14例)无差异, $P > 0.05$ ($\chi^2=0.6032$,

P=0.4373)。足月新生儿存活率在预防组(51.61%, 16例)比紧急组(6.45%, 2例)高, $P < 0.05$ ($\chi^2=15.3434$, P=0.0000)。

表1: 妊娠情况

组别 (n=30)	孕周延长时间 (d)	28周前分娩率 (n/%)	28周后分娩率 (n/%)	早产新生儿存活率 (n/%)	足月新生儿存活率 (n/%)
预防组	122.69±10.121	4(12.90)	27(87.10)	11(35.48)	16(51.61)
紧急组	29.08±3.44	15(48.39)	16(51.61)	14(45.16)	2(6.45)
t/ χ^2	48.7617	19.0375	19.0375	0.6032	15.3434
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 并发症

胎膜早破在预防组有22.58%(7例)的发生率, 宫颈裂伤在预防组有3.23%(1例)的发生率, 和紧急组45.16%(14例)、9.68%(3例)无差异, $P > 0.05$ ($\chi^2=3.5285$ 、1.0690, P=0.0603、0.3012)。绒毛膜羊膜炎在预防组有12.90%(4例)的发生率, 比紧急组的发生率35.48%(11例)低, $P < 0.05$ ($\chi^2=4.3092$, P=0.0379)。

表2: 并发症

组别 (n=30)	胎膜早破 (n/%)	宫颈裂伤 (n/%)	绒毛膜羊膜炎 (n/%)
预防组	7(22.58)	1(3.23)	4(12.9)
紧急组	14(45.16)	3(9.68)	11(35.48)
χ^2	3.5285	1.069	4.3092
P	0.0603	0.3012	0.0379

3 讨论

宫颈机能不全在临床发生率低, 但会造成高早产率和死亡率。根据病因类型, 可划分为先天性和后天性, 前者常见缺乏胶原蛋白、宫颈发育欠佳等, 后者常见宫颈纤维断裂、宫颈病理变化等。在宫颈机能不全的研究中, 需掌握患者具体情况方能做出诊断, 例如此前的妊娠史、流产史等, 辅以阴道镜检查, 可观察到患者的宫扩松弛情况, 还能观察羊膜囊状态, 均能提高宫颈机能不全检出率。以往临床对宫颈机能不全的重视度低, 常行保守治疗, 认为能阻碍宫颈病变, 但在研究中证实, 保守治疗作用欠佳, 仍会加重宫颈病变, 还可能会造成不孕的情况, 需为宫颈机能不全患者选择其他的治疗措施。近年, 临床提高了对宫颈机能不全的重视度, 宫颈正常状态下不存在括约肌, 能发挥相同作用的即宫颈口。若在孕期出现宫颈机能不全的情况, 常会降低宫颈能力, 增加宫内压力, 还会造成羊膜囊突出的情况, 最终会诱发胎膜破裂, 增加妊娠风险, 还会出现较多不良妊娠结局。为减少此类事件, 临床优化了治疗方案, 提出宫颈环扎治疗。

宫颈环扎作用显著, 经结扎后能增强宫颈管组织的扩张能力, 可在宫颈口扩张期间发挥阻碍作用, 抑制子宫延伸^[3-5]。结扎加固处理后, 可增强内口屏障作用, 能防止病菌感染, 减少上行感染可能性。结扎后能增强宫颈内口负重能力, 可减少胎儿生长对宫颈的压迫, 能大幅度提升胎儿存活率。既往所用宫颈环扎术对为腹部切口, 常造成严重创伤, 会影响胎儿发育。且该手术期间会增加腹部器官与空气的接触, 存在较大感染风险, 不利于保证妊娠安全性。阴道宫颈环扎近年得到重视, 此术式会添加腹腔镜, 在清晰术野下能观察到宫颈内口情况, 能提升结扎准确度^[6-8]。由于阴道结构较特殊, 经过腹腔镜的使用, 可缩小切口范围, 能减轻孕妇机体损伤, 且能维持良好的结扎效果, 逐渐应用在宫颈机能不全的治疗中, 并得到各孕妇的认可。

阴道宫颈环扎得到广泛使用, 但对于环扎时机的选择仍有争议。本研究中, 足月新生儿存活率在预防组(51.61%, 16例)比紧急组(6.45%, 2例)高, $P < 0.05$ 。提示预防手

术能改善妊娠结局, 达到较好结扎效果。在紧急宫颈环扎实施期间, 可能存在宫颈观察不彻底的情况, 出于对疾病的不了解, 患者配合度低, 常有结扎受阻的情况。紧急环扎过程中, 患者存在较为明显的宫口开放情况, 此时行结扎处理, 会影响胎儿发育, 常增加早产率及流产率。而预防结扎则避免此点, 能在早期各项检查中, 判断宫颈机能不全的发生风险, 根据妊娠情况调整优化环扎手术, 在完善的准备下, 能提升环扎成功率, 可减少流产事件, 让胎儿能正常发育, 保持高足月分娩率。本研究还发现, 绒毛膜羊膜炎在预防组有12.90%(4例)的发生率, 比紧急组的发生率35.48%(11例)高, $P < 0.05$ 。提示预防环扎有高安全性, 针对其进行研究发现。紧急环扎期间, 患者有较为明显的宫颈开放情况, 此时宫腔、阴道之间存在一定的相通性, 在各项手术措施实施后, 有逆行感染可能。消毒、清洁措施未完善, 常增加绒毛膜羊膜炎事件, 而各并发症均会影响到胎儿生长, 有较多不良妊娠结局。而预防环扎术有较大优势, 能在宫颈未扩张前进行手术, 可优化环扎手术措施, 能降低感染风险, 在相关宣教后, 能提升患者环扎治疗配合度, 可有效减少不良妊娠结局, 使患者预后改善, 提升生育质量。

综上, 预防宫颈环扎术时机得当, 能降低环扎风险, 减少患者身体损害, 利于改善妊娠结局。

参考文献:

- [1] 徐叶红, 米阳, 肖景华, 等. 择期经阴道宫颈环扎术与期待疗法治疗宫颈机能不全的效果比较[J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(1):146-149.
- [2] 贾亮, 刘玉侠, 潘艳艳. 非孕期极筒式腹腔镜宫颈环扎术与孕期经阴道宫颈环扎术治疗宫颈机能不全临床对比研究[J]. 陕西医学杂志, 2019, 48(11):1450-1453, 1480.
- [3] 陈艳, 曲婉君, 胡卫平, 等. 孕前腹腔镜下宫颈环扎术与孕期 McDonald 宫颈环扎术对治疗宫颈机能不全的疗效比较[J]. 蚌埠医学院学报, 2019, 44(9):1206-1209.
- [4] 刘雪花, 程楚云, 罗虹. 不同治疗时机行宫颈环扎术治疗宫颈机能不全的效果及对相关血液指标表达的影响[J]. 中国医学创新, 2020, 17(14):53-56.
- [5] 王春秀, 张俊梅, 贺同强, 等. 孕前腹腔镜下宫颈环扎术与孕期 McDonald 宫颈环扎术对治疗宫颈机能不全疗效的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19(20):2219-2222.
- [6] 唐玲, 管庆. 不同孕期和治疗时机行宫颈环扎术治疗宫颈机能不全对孕妇妊娠结局与新生儿的结局研究[J]. 世界复合医学, 2020, 6(5):125-127.
- [7] 黄晓兰, 赵航, 许华玲. 宫颈环扎术治疗宫颈机能不全的临床效果分析[J]. 中外医疗, 2021, 40(07):44-46.
- [8] 高月丹, 王俊青, 何丽雅, 李明芬. 宫颈环扎术治疗宫颈机能不全的临床分析[J]. 世界复合医学, 2021, 7(02):64-66.