

# 腹腔镜手术治疗剖宫产术后 II 型子宫瘢痕妊娠分析

莫金凤

(广东省佛山市第一人民医院 佛山 528000)

**摘要:**目的:分析腹腔镜手术治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的效果。方法:选取我院 2014 年 2 月~2016 年 3 月剖宫产术后 II 型子宫瘢痕妊娠患者 110 例,按照不同手术方式分为两组,对照组患者实施开腹手术治疗,观察组患者实施腹腔镜手术治疗,对治疗后各项指标进行对比。结果:观察组患者术中出血量(46.19±8.29) ml、月经恢复时间(22.01±2.11) d、血 HCG 恢复正常时间(17.02±1.12) d、住院时间(6.01±1.23) d,均显著优于对照组( $P<0.05$ )。结论:腹腔镜手术治疗剖宫产术后 II 型子宫瘢痕妊娠具有显著效果,可减少术中出血量,缩短患者月经恢复时间、血 HCG 恢复正常时间,还具有安全、微创、手术野清晰、术后恢复快、住院时间短等优点。

**关键词:**剖宫产;子宫瘢痕妊娠;腹腔镜手术

中图分类号:R713.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.054

剖宫产术后子宫瘢痕部位妊娠主要由于受精卵着床在前次剖宫产瘢痕位置而引起。近年来,由于剖宫产手术不断增加及二孩生育政策开放,导致子宫瘢痕部位妊娠率呈上升趋势,孕早期诊断较为困难,多数患者易发生误治和误诊,严重者可引起子宫破裂、大出血,对患者生命安全造成严重威胁<sup>[1]</sup>,需急诊行子宫动脉上行支栓塞介入或子宫切除术止血、抢救生命。因此,本研究对腹腔镜手术治疗剖宫产术后 II 型子宫瘢痕妊娠的效果进行研究。现报道如下:

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2014 年 2 月~2016 年 3 月剖宫产术后 II 型子宫瘢痕妊娠患者 110 例,按照不同手术方式分为两组。观察组年龄 20~32 岁,平均年龄(25.01±1.37)岁;对照组年龄 21~31 岁,平均年龄(25.40±1.23)岁。两组患者一般资料差异不显著( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入标准** (1)均伴有剖宫产史;(2)根据 B 超检查报告,均符合临床剖宫产术后 II 型子宫瘢痕妊娠诊断标准。

**1.3 排除标准** (1)临床基本资料不完整患者;(2)不接受手术治疗患者。

## 1.4 治疗方法

**1.4.1 对照组** 均实施开腹手术治疗。

**1.4.2 观察组** 实施腹腔镜手术治疗。静吸复合全麻后,腹腔镜探查患者子宫形态、子宫瘢痕表面血管、妊娠包块隆起及盆腹腔,将膀胱腹膜打开,充分暴露患者瘢痕处妊娠包块,在腹腔镜监视下实施负压吸宫手术,清除患者妊娠物,梭形切开患者子宫瘢痕妊娠部位的上下缘,用吸引器吸刮切口周围并冲洗,最后使用微荞线连续锁边或间断缝合切口。

**1.5 观察指标** 观察术中出血量、月经恢复时间、

血 HCG 恢复正常时间、住院时间并进行对比。比较两组临床疗效。

**1.6 统计学处理** 采用 SPSS19.0 统计学软件分析数据,计数资料以率表示,采用  $\chi^2$  检验,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验。 $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 临床疗效比较** 两组手术治疗后治愈率均为 100%,两组比较, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	治愈(例)	未治愈(例)	治愈率(%)
观察组	55	55	0	100
对照组	55	55	0	100

**2.2 各项指标比较** 观察组患者术中出血量(46.19±8.29) ml、月经恢复时间(22.01±2.11) d、血 HCG 恢复正常时间(17.02±1.12) d、住院时间(6.01±1.23) d,均明显优于对照组( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组各项指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	术中出血量(ml)	月经恢复时间(d)	血 HCG 恢复正常时间(d)	住院时间(d)
观察组	55	46.19±8.29	22.01±2.11	17.02±1.12	6.01±1.23
对照组	55	92.33±10.45	27.19±2.15	20.15±2.49	9.08±2.17

## 3 讨论

研究显示,导致剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的主要因素为受精卵和滋养细胞在切口瘢痕处着床<sup>[2]</sup>。近年来,剖宫产术后子宫瘢痕部位妊娠发生率呈上升趋势,其中主要表现为停经后下腹隐痛、阴道不规则出血,由于该疾病无典型的临床表现,在诊断中临床医生常常将其与宫内早孕、早期先兆流产、宫颈妊娠相混淆,易发生误诊情况。同时由于患者子宫瘢痕位置弹性较差、组织较为薄弱,受精卵着床在此,易

导致妊娠部位血管穿透浆膜层、疤痕部位压力不断增加,引起大出血和子宫破裂等情况,因此,实施一项有效手术治疗方式十分重要<sup>[3-4]</sup>。

临床治疗该疾病的原则为终止患者妊娠、保留生育能力,治疗方式根据子宫疤痕妊娠的类型而定,I 型者可行 B 超监视下清宫术;II 型者行局部病灶切除术、子宫切除,II 型者手术途径有开腹手术、腹腔镜手术、宫腔镜手术等<sup>[5]</sup>。其中腹腔镜手术在临床中被广泛应用,其与开腹手术相比具有诸多优势:(1)能分离患者盆腹腔粘连;(2)可以暴露患者病灶,将病灶彻底清除,控制患者出血量,并能显著缩短患者血 HCG 恢复正常时间;(3)采用腹腔镜手术治疗,能完全切除患者子宫疤痕妊娠病灶,通过缝合修补患者缺损子宫后,将子宫形态恢复,显著降低剖宫产术后子宫疤痕妊娠几率,对患者各方面影响较小,且减轻手术对患者的创伤,提高手术效果<sup>[6]</sup>。

本研究结果表明,观察组和对照组在剖宫产术后 II 型子宫疤痕妊娠患者手术治疗后的治愈率均一

样,但观察组剖宫产术后子宫疤痕妊娠患者术中出血量、月经恢复时间、血 HCG 恢复正常时间、住院时间优于对照组( $P < 0.05$ )。综上所述,腹腔镜手术治疗剖宫产术后 II 型子宫疤痕妊娠疗效显著,不仅能减少术中出血量,缩短患者术后月经恢复时间、血 HCG 恢复正常时间,还具有安全、微创、手术野清晰、术后恢复快、住院时间短等优点。

参考文献

[1]夏星.腹腔镜手术治疗剖宫产术后子宫疤痕部位妊娠临床观察[J].中国基层医药,2014,2(15):2339-2341

[2]邵莉萍,陈琴,周秋霞,等.腹腔镜手术治疗子宫疤痕部位妊娠 9 例临床分析[J].浙江临床医学,2015,5(4):613-614

[3]李宗婷,李萍.腹腔镜手术治疗剖宫产术后子宫疤痕妊娠 8 例临床分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(19):2864-2865

[4]付丽萍,汤丽荣.剖宫产切口疤痕部位妊娠临床治疗探讨[J].医学研究杂志,2015,44(6):104-106,115

[5]李强,王雯雯,肖镇冬,等.疤痕妊娠的腹腔镜手术治疗[J].中国生育健康杂志,2016,27(3):246-248

[6]栾鼻.腹腔镜手术治疗剖宫产术后子宫疤痕部位妊娠[J].中国医药指南,2016,14(31):149-150

(收稿日期:2017-01-05)

## NICU 新生儿医院感染的影响因素研究

贾湘杰 刘九月 韩爱茹

(河南省濮阳市妇幼保健院儿童重症监护室 濮阳 457000)

**摘要:**目的:探讨 NICU 新生儿医院感染的影响因素,制定合理应对策略,为降低医院感染的发生提供参考依据。方法:选取 2015 年 2 月~2016 年 8 月我院收治的 1 282 例 NICU 新生儿临床资料,分析 NICU 新生儿医院感染情况及影响因素。结果:所有患儿感染发生率为 7.8%,以肺炎、败血症及腹泻为主;造成医院感染的病原菌以革兰阴性菌为主;引起 NICU 新生儿感染的影响因素有胎膜早破、肠外营养、机械通气、出生体重 $\leq 1.5$  kg、胎龄 $\leq 32$  周、住院时间长、新生儿窒息、抗生素药物使用、静脉导管、胃管留置以及羊水污染。结论:NICU 新生儿医院感染影响因素较多,应采取必要的预防干预措施,降低感染的发生率。

**关键词:**医院感染;新生儿;影响因素

中图分类号:R722

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.055

医院内感染(简称院感)指入院 48 h 后在医院内所获得的感染,包括在住院期间发生的感染,在医院内获得出院后发生的感染,在原有感染基础之上出现新的不同部位的感染,或又培养出新的病原体的感染<sup>[1]</sup>。新生儿在分娩过程中和产后获得的感染,也为医院感染<sup>[2]</sup>。NICU 即新生儿重症监护病房,收治早产儿、低出生体重儿、并发呼吸窘迫综合征及合并其他并发症的患儿。NICU 内患儿病情危急且接受侵入性操作较多,结合新生儿自身免疫功能低下,发生院感机率较大。NICU 新生儿发生院感后,不仅会加重病情,影响新生儿生长发育,同时还增加家庭和社会负担<sup>[3]</sup>。因此,加强 NICU 新生儿医院感染影响因素分析,施予合理有效措施进行预防干预

尤为重要。本研究选取我院 1 282 例 NICU 新生儿临床资料,进行相关影响因素分析。现报道如下:

### 1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 2 月~2016 年 8 月本院收治的 1 282 例 NICU 新生儿临床资料。其中,早产儿 731 例,足月儿 551 例;男 679 例,女 603 例。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:均为 NICU 患儿;患儿家长均签订知情同意书。排除标准:合并其他严重器质性疾病影响研究者;中途因自身原因或者疾病治疗需求转院患儿;临床资料不全患儿。

1.3 方法 收集患儿相关临床资料和实验室检查结果。对病例进行回顾性分析,详细记录所有患儿性别、胎龄、体重、实验室检查、病原学培养等相关信