

子宫出血的疗效与安全性评价[J].中国医院药学杂志,2017,37(7):647-649.

[4]中华医学会妇产科学分会绝经学组.围绝经期异常子宫出血诊断和治疗专家共识[J].中华妇产科杂志,2018,53(6):396-401.

[5]曹蕾,陆琴.复方醋酸棉酚治疗围绝经期功能性子宫出血患者对血清性激素水平的影响[J].中国妇幼保健,2017,32(14):3247-3248.

[6]何洁丽,张窈,赵晓洁,等.丹鳖胶囊联合甲睾酮和米非司酮治疗子宫肌瘤的临床研究[J].现代药物与临床,2017,32(2):300-303.

[7]杨帆,钱申贤.琥珀酸亚铁与多糖铁复合物治疗女性贫血的临床疗效和安全性[J].中国妇幼保健,2017,32(21):5218-5220.

[8]张碧黎,王依静,张雪芹.去氧孕烯炔雌醇片治疗围绝经期功能失调性子宫出血的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2017,33(7):599-601.

[9]郑琪雯,施英.去氧孕烯炔雌醇片和炔诺酮片治疗无排卵性功能失调性子宫出血的效果比较[J].中国妇幼保健,2017,32(21):5369-5371.

[10]吴红莲,郑红枫,刘少晓,等.自拟益气健脾补血汤联合米非司酮治疗绝经过渡期功能性子宫出血的疗效观察[J].中国中医药科技,2017,24(1):87-88.

[11]丁仁波.米非司酮治疗复发性围绝经期功血的临床观察[J].成都医学院学报,2018,13(5):609-611.

[12]张妍.妈富隆与米非司酮在更年期功血的治疗疗效分析[J].检验医学与临床,2017,14(8):1111-1113,1115.

[13]李帅,田巍.低剂量米非司酮联合妈富隆治疗功能性子宫出血的疗效及对患者雌二醇、卵泡刺激素和黄体生成素的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(6):1227-1229.

[14]张卉.正本清源汤联合米非司酮治疗围绝经期功能性子宫出血 45 例[J].西部中医药,2018,31(4):90-92.

[15]刘应锋,张斌.米非司酮联合补肾固冲止血方治疗围绝经期功能性子宫出血的疗效观察[J].医学临床研究,2019,36(5):977-978.

(收稿日期:2020-11-13)

亮丙瑞林预处理联合腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗巨大子宫肌瘤疗效观察

熊晓波

(河南省舞钢市舞钢公司总医院妇产科 舞钢 462541)

摘要:目的:探讨亮丙瑞林预处理联合腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗巨大子宫肌瘤患者疗效。方法:选取 2017 年 10 月~2019 年 1 月收治的巨大子宫肌瘤患者 68 例,按照治疗方案不同分为实验组和参照组,各 34 例。参照组行腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗,实验组采用亮丙瑞林预处理+腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗。比较实验组用药前后子宫肌瘤体积,两组术中出血量、下床活动时间、盆腔引流量、住院时间及术后随访 1 年复发情况。结果:实验组用药后子宫肌瘤体积小于用药前,差异有统计学意义($P<0.05$);实验组术中出血量、盆腔引流量较参照组少,住院时间、下床活动时间较参照组短,差异有统计学意义($P<0.05$);实验组复发率为 2.94%(1/34)与参照组 8.82%(3/34)比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:巨大子宫肌瘤患者采用亮丙瑞林预处理联合腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗,可以减少盆腔引流量及术中出血量,加快术后恢复,缩短住院时间。

关键词:子宫肌瘤;亮丙瑞林;腹腔镜子宫肌瘤剔除术;巨大子宫肌瘤

中图分类号:R711.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.06.044

子宫肌瘤是一种良性肿瘤,早期无特别明显症状,随着病情发展,可造成组织压迫、子宫异常出血等,严重影响患者生育能力^[1]。目前,临床通过外科手术对其进行治疗,传统开腹全子宫切除术对患者创伤较大,术后身体恢复时间长,临床预后效果不佳^[2]。亮丙瑞林是一种促性腺激素类药物,可抑制促卵泡生成素、促黄体生成素合成及释放,降低雌孕激素水平^[3]。本研究选取我院收治的巨大子宫肌瘤患者,旨在探讨亮丙瑞林预处理联合腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗巨大子宫肌瘤患者疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 10 月~2019 年 1 月舞钢公司总医院收治的巨大子宫肌瘤患者 68 例,按照治疗方法不同分为实验组和参照组,各 34 例。参照组年龄 31~65 岁,平均年龄(48.23±8.34)岁;肌瘤位置:浆膜下 3 例,黏膜下 5 例,肌壁间 26 例。实

验组年龄 32~64 岁,平均年龄(47.95±7.81)岁;肌瘤位置:浆膜下 3 例,黏膜下 6 例,肌壁间 25 例。两组基线资料(年龄、肌瘤位置)均衡可比($P>0.05$)。本研究经舞钢公司总医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 入组标准 纳入标准:通过宫颈细胞学和超声检查诊断为子宫肌瘤,子宫体积>孕 14 周;患者及其家属知情本研究,并签署知情同意书。排除标准:合并免疫系统缺陷者;合并肝肾功能不全者;过敏体质者;合并恶性肿瘤者。

1.3 治疗方法

1.3.1 参照组 行腹腔镜子宫肌瘤剔除术。全麻,取膀胱截石位,气腹针于脐孔上方(约 1~4 cm)处穿入,建立气腹,改头低足高位,置腹腔镜,探查腹腔情况,根据肌瘤位置、大小,将 10 mm、5 mm 套管针于左下腹、右下腹穿入,作为操作孔。6 U 垂体后叶素

稀释后注入子宫肌瘤周围肌层,切开肌瘤包膜至瘤核,电凝止血,牵拉肌瘤,锐性、钝性结合分离肌瘤包膜至基底部,基底部血管电凝并离断。术野暴露不理想、巨大肌瘤者,部分瘤体以旋切器切除并分离,然后完整剔除剩余肌瘤。缝合肌瘤残腔、肌层、浆膜层,以肌瘤旋切器粉碎肌瘤,取出。冲洗盆腹腔,置盆腔引流管。

1.3.2 实验组 采用注射用醋酸亮丙瑞林微球(国药准字 H20093852)预处理+腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗。月经周期第 1 天,皮下注射亮丙瑞林,3.75 mg/次,1 次/4 周,治疗 3 个月。治疗 3 个月后行腹腔镜子宫肌瘤剔除术,手术方法同参照组。

1.4 观察指标 (1)比较实验组用药前后子宫肌瘤体积。(2)比较两组患者术中出血量、下床活动时间、盆腔引流量、住院时间等手术相关指标。(3)比较两组术后随访 1 年的复发情况。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件分析处理数据,计数资料(复发情况)以率表示,采用 χ^2 检验,计量资料(子宫肌瘤体积、手术相关指标)以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 实验组用药前后子宫肌瘤体积比较 实验组用药前子宫肌瘤体积为 (149.23 ± 12.16) cm³,用药后子宫肌瘤体积为 (86.45 ± 12.98) cm³。实验组用药后子宫肌瘤体积小于用药前,差异有统计学意义($t=20.582, P<0.001$)。

2.2 两组手术相关指标比较 实验组盆腔引流量、术中出血量较参照组少,住院时间、下床活动时间较参照组短,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术相关指标比较 ($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	术中出血量 (ml)	下床活动时间 (h)	盆腔引流量 (ml)	住院时间 (d)
实验组	34	97.56±12.54	8.12±2.16	62.78±14.29	3.06±1.15
参照组	34	206.37±12.97	13.46±2.39	104.19±14.73	4.87±1.63
t		35.168	9.666	11.766	5.291
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组复发情况比较 术后随访 1 年,实验组复发 1 例,复发率为 2.94%(1/34);参照组复发 3 例,复发率为 8.82%(3/34),差异无统计学意义($\chi^2=0.266, P=0.606$)。

3 讨论

子宫肌瘤是妇科常见疾病,发病率高,由子宫平滑肌细胞异常增殖引起,患者可能会出现腹部肿块或随着肿块增加受压引起相应症状,一些患者会出

现腹痛或贫血,如果不及时采取有效的临床治疗措施,会引起排尿障碍和不孕等并发症,严重影响患者生活质量^[4-5]。开腹手术是以往临床常采用的治疗方式,但创伤较大,易损害周边组织及血管,导致预后较差。目前临床已广泛应用腹腔镜子宫肌瘤剔除术,具有创伤小、术后恢复快、并发症少、可保留生育能力等优点,但肿瘤过大时,在腹腔镜下剔除肌瘤易损伤膀胱、子宫血管,增加手术风险^[6-7]。相关研究表明,亮丙瑞林是一种促性腺激素类药物,促性腺激素释放激素激动剂在一定程度上可缩小子宫肌瘤体积,增加宫腔的空间,更有利于手术操作^[8-9]。本研究结果显示,实验组用药后子宫肌瘤体积小于用药前($P<0.05$),提示术前采用亮丙瑞林预处理,能缩小子宫肌瘤体积。分析原因可能为亮丙瑞林可抑制脑垂体受体,减少促黄体生成素、促卵泡生成素分泌,从而降低孕激素、雌激素水平,达到闭经效果,进而引起肌瘤萎缩,同时可阻断肌瘤内子宫动脉血管,降低血流量,从而抑制肌瘤生长。本研究结果显示,实验组盆腔引流量、术中出血量较参照组少,住院时间、下床活动时间较参照组短($P<0.05$),提示巨大子宫肌瘤患者采用亮丙瑞林预处理联合腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗,可减少盆腔引流量、术中出血量,术后恢复快,缩短住院时间。分析原因可能为亮丙瑞林治疗能有效缩小肌瘤体积,增加子宫腔空间,有利于手术操作,同时减少肌瘤内及周边组织血流,降低出血量,有利于术后恢复。术后随访 1 年,实验组复发率为 2.94%与参照组的 8.82%比较,差异无统计学意义($P>0.05$),表明单纯腹腔镜子宫肌瘤剔除术与联合亮丙瑞林预处理的治疗效果相当,复发率低。

综上所述,巨大子宫肌瘤患者采用亮丙瑞林预处理联合腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗,可减少盆腔引流量、术中出血量,促进术后恢复,缩短住院时间,值得推广。

参考文献

[1]崔楠,张景宏.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术对子宫肌瘤患者术后胃肠功能恢复及血清 IFN- γ 、Ang II 水平变化的影响[J].实用医学杂志,2017,33(24):4130-4133.
[2]陈燕.腹腔镜手术与开腹手术进行子宫切除的临床效果比较[J].当代医学,2015,21(35):25-26.
[3]杨艳玲.亮丙瑞林微球蛋白对子宫肌瘤术后患者雌激素受体、B 淋巴细胞瘤-2 基因蛋白表达及预后的影响[J].中国临床医生杂志,2018,46(10):1164-1166.
[4]蒋珊珊,胡京辉,沈燕.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术联合术前应用促性腺激素释放激素激动剂治疗大子宫肌瘤的疗效观察[J].中国内镜杂志,2017,23(5):1-4.
[5]李景轩,童英,陈冰,等.醋酸亮丙瑞林联合腹(下转第 101 页)

表 1 两组治疗前后脑血流指标对比($\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	CBF (ml/100 mg)	CBV (ml/100 mg)	MTT (S)
治疗前	观察组	57	30.62± 11.62	72.22± 21.78	240.87± 100.19
	对照组	57	30.36± 11.98	72.21± 21.75	240.86± 100.22
	t		0.118	0.003	0.000
	P		0.907	0.998	1.00
治疗后	观察组	57	54.98± 18.15 ^{##}	86.38± 28.25 ^{##}	161.26± 50.07 ^{##}
	对照组	57	45.87± 14.66 [*]	76.35± 22.47 [*]	181.54± 60.29 [*]
	t		2.949	2.098	1.954
	P		0.004	0.038	0.053

注:与同组治疗前相比,^{*}P<0.05;与对照组治疗后相比,^{##}P<0.05。

2.2 两组治疗前后 NIHSS、Barthel 评分对比 治疗 4 周后,两组 NIHSS 评分低于治疗前,Barthel 评分高于治疗前;观察组 NIHSS 评分低于对照组,Barthel 评分高于对照组(P<0.05)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 NIHSS、Barthel 对比(分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	NIHSS 评分	Barthel 评分
治疗前	观察组	57	28.24± 2.62	53.22± 3.79
	对照组	57	28.26± 2.58	54.21± 3.21
	t		0.041	1.505
	P		0.967	0.135
治疗后	观察组	57	16.20± 1.32 ^{##}	78.35± 4.27 ^{##}
	对照组	57	21.87± 2.66 [*]	68.38± 4.23 [*]
	t		12.076	12.523
	P		<0.01	<0.01

注:与同组治疗前相比,^{*}P<0.05;与对照组治疗后相比,^{##}P<0.05。

3 讨论

PCI 是指发生在起病后 48~72 h 内,由于脑缺血的进展、组织坏死加重导致神经功能恶化的一类脑梗死,血液凝集状态、血栓形成致脑血管血流不畅通是造成 PCI 发生的重要因素。高血压病、冠心病、糖尿病等是 PCI 主要因素,诸多因素导致血小板数量增高、凝血因子增多、纤溶系统活性降低产生血栓,造成 PCI 发生^[6]。目前降低神经损伤、改善脑血流是治疗 PCI 的关键。

阿加曲班作为哌啶羧酸衍生物,可选择性、可逆性结合凝血酶催化活性位点,抑制凝血酶的产生,抗血栓及抗凝作用突出,阻止患者神经功能恶化^[7-8]。本研究结果显示,治疗 4 周后,观察组 CBF、CBV 高于对照组,MTT 低于对照组;NIHSS 评分低于对照组,Barthel 指数评分高于对照组。这提示丁苯酞联合阿加曲班对 PCI 患者脑血流及神经功能起着显著作用,改善了 PCI 患者脑血流,降低了 PCI 患者神经损伤。分析其原因为:丁苯酞有减轻脑部缺血障碍作用,可缩小 PCI 患者局部脑缺血梗死面积,

减缓患者脑水肿,通过增加患者缺血区毛细血管数量以改善缺血脑区的微循环和血流量,从而作用于患者神经功能,降低患者神经功能损伤,有效降低 PCI 患者 NIHSS 评分及提高 Barthel 评分,进而改善患者神经功能及日常生活能力。丁苯酞具有抗脑血栓形成和抗血小板聚集作用,并通过抑制神经细胞死亡,以保护患者神经功能不受损伤并促进其恢复健康。该药还可直接作用于缺血区脑细胞内线粒体,提高线粒体膜流动性;改善 ATP 酶和复合酶 IV 活性,提高缺血性脑能量代谢水平,从而保护线粒体功能^[9-10]。因此,丁苯酞联合阿加曲班治疗,两药相互作用,促进 PCI 患者的脑血流及神经功能的改善,提高患者日常生活能力。

综上所述,丁苯酞联合阿加曲班可有效改善 PCI 患者 CBF、CBV、MTT,使患者神经功能得到恢复,从而达到正常日常生活能力,值得临床推广使用。

参考文献

[1]苏观利,黎永仙,王华,等.阿加曲班、氯吡格雷与丁苯酞联合治疗进展性脑梗死的疗效及安全性研究[J].临床急诊杂志,2017,18(10):775-779.

[2]宋晓明,郑珍婕,苏立静,等.丁苯酞序贯治疗对急性进展性脑梗死患者神经功能,炎症因子 Hcy、NSE 的影响[J].中华全科医学,2017,15(3):434-436.

[3]中华预防医学会卒中预防与控制专业委员会介入学组,急性缺血性脑卒中血管内治疗中国专家共识组.急性缺血性脑卒中血管内治疗中国专家共识[J].中华医学杂志,2014,94(27):2097-2101.

[4]张磊,刘建民.美国国立卫生研究院卒中量表[J].中华神经外科杂志,2014,30(1):79.

[5]张雅静,张小兰,马延爱,等.Barthel 指数量表应用于急性脑卒中患者生活能力测量的信度研究[J].中国护理管理,2007,7(5):30-32.

[6]梁炳松,李育英.急性进展性后循环脑梗死血管因素研究进展[J].中国医药科学,2018,8(5):40-43.

[7]李丹丹,李鑫华,赵红念,等.阿加曲班联合阿司匹林治疗后循环进展性脑梗死急性期疗效观察[J].现代药物与临床,2018,33(6):1338-1341.

[8]张国锋,徐耀铭,周文静,等.阿加曲班和尤瑞克林治疗进展性脑梗死的比较研究[J].现代药物与临床,2020,35(2):229-233.

[9]罗凌云.丁苯酞氯化钠联合低分子肝素钙治疗急性进展性脑梗死临床分析[J].现代诊断与治疗,2017,28(6):1042-1043.

[10]刘啸,张磊,陶伟,等.丁苯酞配伍尤瑞克林与配伍普罗布考治疗进展性脑梗死临床效果比较[J].山东医药,2020,60(10):80-82.

(收稿日期: 2020-10-09)

(上接第 89 页)腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗巨型子宫肌瘤的临床观察[J].河北医学,2016,22(9):1476-1477,1478.

[6]王英红.腹腔镜子宫肌瘤剔除手术适应证及手术技巧探讨[J].中国实用妇科与产科杂志,2016,32(2):148-150.

[7]肖丽.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床

床疗效比较[J].中国医药指南,2018,16(1):71-72.

[8]宋蕴,张蓓.促性腺激素释放激素激动剂在子宫体积大于孕 14 周的子宫肌瘤患者术前应用可行性[J].中国性科学,2017,26(8):46-48.

[9]米伟.醋酸亮丙瑞林预处理联合腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗巨大子宫肌瘤临床观察[J].中国医药科学,2018,8(2):68-70,148.

(收稿日期: 2020-10-16)