

孕期阴式子宫峡部环扎术对子宫颈机能不全产妇妊娠结局影响的临床研究

郑兴宗

子宫颈机能不全(cervical incompetence, CIC)又称为子宫颈口松弛症,指的是孕妇在没有正常宫缩的情况下,由于子宫颈机能或者解剖缺陷导致孕妇不能正常维持妊娠至足月。CIC通常发生在孕期18~22周,约占所有早产的9%,约占所有孕16~28周习惯性流产的15%,CIC孕妇早产率是非CIC孕妇早产率的3.3倍^[1,2]。采取何种有效措施改善CIC孕妇妊娠结局是临床产科医师关注的热点之一^[3]。本次研究在孕期对CIC孕妇实施阴式子宫峡部环扎术,有效改善了CIC孕妇妊娠结局,取得了较为满意的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析2015年2月至2019年5月于玉环市第二人民医院治疗的CIC孕妇36例,均符合CIC相关诊断标准^[4],排除因自身或胎儿因素对妊娠结局可能造成影响者,以及治疗依从性差和家庭、经济等因素不能配合治疗者。36例CIC孕妇均采用阴式子宫峡部环扎术,纳入手术组,同时选择同期正常妊娠初产孕妇42例为对照组。两组孕妇的年龄、平均孕周比较见表1,两组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组自然流产次数、自然流产孕周比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 两组孕妇临床基础情况比较

组别	n	年龄/岁	孕周/周	自然流产/次	自然流产孕周/周
手术组	36	26.52 ± 4.22	15.16 ± 1.97	3.12 ± 0.66	18.03 ± 2.94
对照组	42	24.32 ± 3.71	15.91 ± 1.86	0.23 ± 0.05	1.24 ± 0.52

1.2 阴式子宫峡部环扎术法 术前常规检查,若发现异常则先进行对症治疗。手术当天,给予预防性抗生素静脉滴注,取膀胱截石位,常规消毒,钳夹牵引宫颈前后唇,距宫颈外口约1.5 cm处宫颈阴道段前后壁切开宫颈筋膜,两侧筋膜则不切开。对于宫颈阴道段消失或不明显的CIC孕妇,可在近阴道壁皱褶处将宫颈筋膜切开,同时在后壁将筋膜推至子宫骶骨韧带峡部,在前壁将膀胱推至子宫膀胱返折腹膜线峡部。将3根10号丝线编织成线带,将线带用9×24圆针进行缝扎操作^[5]。前壁宫颈组织的刺入深度介于宫颈壁厚度的1/3~2/3之间,在贴近宫颈返折线处于两端缝扎适量组织用以固定,缝扎时注意避开宫颈周围血管;后壁则是在骶骨韧带峡部水

平进针,所缝扎的3针均不能穿透颈管组织。缝扎完毕后将线头置于宫颈前壁2点处,留约3 cm线尾埋在宫颈筋膜内预做拆线之用。术后于阴道内置凡士林纱布做止血用,24 h后取出;同时为抑制宫缩,给予CIC孕妇按剂量静脉滴注硫酸镁。

1.3 观察指标 记录手术组孕妇术中、术后情况,包括手术时间、术中出血及术后宫颈筋膜愈合情况;记录并比较各组孕妇分娩情况与围生期母婴并发症情况,分娩情况包括分娩孕周、孕期内流产率、阴道分娩率、剖宫产分娩率;围生期母婴并发症情况包括胎膜早破、羊水异常、发生早产、胎儿宫内窘迫、宫颈裂伤、产后出血或感染。

1.4 统计学方法 采用SPSS 18.5软件进行分析。计量数据采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,通过t检验进行组间比较;计数资料采用例(%)表示,通过 χ^2 检验或Fisher确切概率法进行统计学分析。设

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2021.004.022

作者单位:317605 浙江台州,玉环市第二人民医院妇产科

$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术组孕妇术中与术后情况 手术组 36 例 CIC 孕妇采用阴式子宫峡部环扎术治疗, 手术时间

16.43 ~ 23.74 min, 平均手术时间 (18.32 ± 2.92) min; 术中出血量 17.25 ~ 26.36 ml, 平均术中出血量 (21.27 ± 3.13) ml; 术后 2 周, 宫颈筋膜对合满意。

2.2 两组孕妇分娩情况比较见表 2

表 2 两组孕妇分娩情况比较

组别	n	分娩孕周/周	孕期内流产率/例(%)	分娩方式/例(%)	
				阴道分娩	剖宫产分娩
手术组	36	38.24 ± 2.23	1(2.78)	8(22.86)	27(77.14)
对照组	42	37.44 ± 1.82	0	7(16.67)	35(83.33)

由表 2 可见, 手术组与对照组孕妇分娩孕周、孕期内流产率、分娩方式比较, 差异均无统计学意义

($t=1.02, \chi^2$ 分别=1.18、0.46, P 均 > 0.05)。

2.3 两组孕妇围生期母婴并发症情况比较见表 3

表 3 两组孕妇围生期母婴并发症情况比较/例(%)

组别	n	胎膜早破	羊水异常	发生早产	胎儿宫内窘迫	宫颈裂伤	产后出血或感染
手术组	35	0	0	1(2.86)	0	0	2(5.71)
对照组	42	1(2.38)	2(4.76)	2(4.76)	1(2.38)	3(7.14)	3(7.14)

由表 3 可见, 两组孕妇膜早破、羊水异常、发生早产、胎儿宫内窘迫、宫颈裂伤、产后出血或感染例数比较, 差异均无统计学意义 (P 均 > 0.05)。

3 讨论

目前对于 CIC 的病因尚未明确, 普遍认为分为先天性 CIC 与获得性 CIC 两个方面。先天性 CIC 主要包括宫颈解剖结构或组织结构异常, 是由于胶原纤维含量下降、胶原纤维与平滑肌成分之比降低所造成的, 临床常见于初产孕妇, 表现为宫颈维持宫腔内胎儿及附属物能力的降低^[6]; 获得性 CIC 主要包括生化因素(如炎症、血栓等)与物理因素(如刮宫、产伤、宫颈锥切等)造成的宫颈损伤, 其中以产伤、宫颈锥切等造成的宫颈管损伤为多见, 常见于妊娠中期引产导致的宫颈损伤^[7]。宫颈环扎术是目前产科医师治疗 CIC 的唯一有效方法^[8]。50 年代末由 Shirodkar 和 McDonald 首先提出经阴道宫颈环扎术, 该术式多选择在孕 14 ~ 18 周施行, 现已被世界各地产科医师广泛采用。但通过与采取卧床休息为主的 CIC 孕妇比较发现, 两组新生儿早产率与围生期并发症无统计学差异, 这可能是由于该术式宫颈环扎位置偏低造成的^[9]。60 年代中期又提出了经腹子宫峡部环扎术, 该术式由于宫颈环扎位置偏高, 可用于经阴道宫颈环扎术治疗失败或因宫颈显著缩短导致的反复流产、早产孕妇, 有效避免了因 CIC 造成的早产与晚期难免流产的发生, 但该术式的不足是由于需要两次进腹进行缝扎与拆线, 增加了手术创伤与风险^[10]。

阴式子宫峡部环扎术的优势在于术中采用的 10 号丝线在外科手术中广泛使用, 已被证实具有满意的安全性与组织相容性, 可在体内长期存留。通过将 3 根 10 号丝线编织成线带, 增加了丝线与宫颈组织的接触面积, 有效避免了因单股丝线的嵌入对宫颈组织可能造成的切割损伤; 同时因宫颈侧壁与前壁的不同缝扎深度, 以及宫颈自身具有的组织韧性, 决定了阴式子宫峡部环扎术不会因过紧而导致宫颈内口闭合, 因此均不影响孕妇自然受孕及孕早期施行的必要宫腔操作治疗。本次研究结果发现, 采用阴式子宫峡部环扎术治疗 CIC 孕妇手术时间短, 术中出血量少, 术后宫颈筋膜对合满意; 其孕妇分娩情况与围生期母婴并发症情况与正常孕妇比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。提示经阴式子宫峡部环扎术治疗的 CIC 孕妇基本可达到正常生理怀孕状态, 治疗效果满意。张松英等^[5]在临床工作中通过 123 例 CIC 孕妇施行阴式子宫峡部环扎术治疗后发现, 术后上述孕妇均妊娠结局良好, 未出现术后感染及线带切割宫颈损伤等相关并发症。提示阴式子宫峡部环扎术具有临床效果好且安全可靠的特点。该术式的绝对禁忌证是伴有女性生殖系统炎症的 CIC 孕妇; 相对禁忌证是卵巢储备功能显著下降、年龄超过 40 岁以上以及反复孕早期难免流产与伴有胎儿异常生育史的 CIC 孕妇, 特别是对于伴有胎儿异常生育史的 CIC 孕妇需待孕满 14 周基本确定胎儿发育正常后才能施行阴式子宫峡部环扎术; 该术式的并发症多随着宫颈的扩张与孕周

增加相应增多,主要是感染、出血和孕后期可能环扎线切割造成宫颈组织损伤等。近期并发症多发生于术后48 h以内,包括阴道出血、腹痛、胎膜早破、膀胱损伤、早产与流产等;远期并发症多发生于术后48 h之后,包括宫颈管狭窄、胎膜炎、宫颈管裂伤等^[11]。

综上所述,阴式子宫峡部环扎术治疗CIC安全可靠,临床效果满意,可作为治疗CIC孕妇的首选术式。

参考文献

- 1 金晓莹,张松英. 子宫机能不全及其手术治疗进展[J]. 中华医学杂志,2014,94(35):2796-2798.
- 2 郑秀琼,谢熙,刘超斌,等. 子宫环扎术治疗妊娠期子宫机能不全的临床价值[J]. 中国妇产科临床杂志,2017,18(2):170-172.
- 3 李妍,李娜. 不同孕周和不同治疗时机行宫颈环扎术治疗子宫机能不全的效果及对妊娠结局的影响[J]. 中国妇幼保健,2017,32(18):4557-4559.
- 4 Harger JH. Cerclage and cervical insufficiency: An evidence-based analysis[J]. Obstetrics Gynecology, 2002, 100(6):1313-1327.
- 5 张松英,金晓莹,梁峰冰,等. 改良经阴道峡部水平子宫颈环扎术[J]. 中华妇产科杂志,2014,49(4):309-311.
- 6 张松英,金晓莹,徐文治. 孕前经阴道子宫峡部环扎术治疗宫颈机能不全[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2014,30(2):99-101.
- 7 Seo K, Dohi S, Ishikawa T, et al. Modified laparoscopic cervicoisthmic cerclage in early pregnancy for refractory cervical incompetence: A case report[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2019, 45(8):1597-1602.
- 8 Shor S, Zimmerman A, Maymon R, et al. Combined therapy with vaginal progesterone, Arabin cervical pessary and cervical cerclage to prevent preterm delivery in high-risk women[J]. J Matern Fet al Neonatal Med, 2019, 9(2):1-5.
- 9 李天照,肖豫. 宫颈环扎术的过去、现状和将来[J]. 国际妇产科学杂志,2016,43(6):605-608.
- 10 Ciancimino L, Laganà AS, Imbesi G, et al. Evaluation of maternal-fetal outcomes after emergency vaginal cerclage performed with shirodkar-McDonald combined modified technique[J]. J Clin Med Res, 2015, 7(5):319-323.
- 11 Namouz S, Porat S, Nan O, et al. Emergency cerclage: literature review[J]. Obstet Gynecol Surv, 2013, 68(5):379-388.

(收稿日期 2019-11-25)

(本文编辑 蔡华波)

(上接第356页)

外,根据脐地支进针法,兑位(酉时)为肾经经气所过之时,也具有调节肾经经气作用,故针刺兑位、坎位,可以通过调节肾经经气治疗咽喉疾病,起到了“经气所过,主治所及”的作用。离位为心,心经支脉上挟咽,通达咽喉,另坎位与离位,起到“水火既济”之意,引阴阳相交,调整人体阴阳。本次研究结果表明,经过3周治疗后,观察组在VFSS评分、误吸情况、临床疗效方面均优于对照组,可见脐针配合咽三针在治疗脑卒中后吞咽障碍具有一定的优势。此外,针灸成本低廉,一定程度上可减轻患者的经济负担,值得临床借鉴。

综上所述,脐针配合咽三针治疗能改善脑卒中后患者的吞咽障碍,提高患者生活质量,但是,本研究仍存在一些不足,包括样本量不足,观察指标限制等因素,还有待进一步研究。

参考文献

- 1 Cabib C, Ortega O, Kumru H, et al. Neurorehabilitation strategies for poststroke oropharyngeal dysphagia: From compensation to the recovery of swallowing function[J]. Ann N Y Acad Sci, 2016, 1380(1):121-138.
- 2 袁春兰,彭化生. 导尿管气囊扩张术不同介入时机对脑卒中后环咽肌失弛缓症疗效的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志,2013,35(2):126-129.
- 3 刘孔江,赵扬. 咽三针治疗中风吞咽困难76例[J]. 南京中医药大学学报(自然科学版),2000,16(6):361-361.
- 4 惠振,候腾,张敬华. 中风球麻合剂联合咽三针治疗脑梗死后吞咽障碍的临床观察[J]. 中医临床研究,2017,9(29):63-65.
- 5 恽晓平. 康复疗法评定学[M]. 第2版. 北京:华夏出版社,2006:530.
- 6 Martino R, Foley N, Bhogal S, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications[J]. Stroke, 2005, 36(12):2756-2763.
- 7 齐永. 论脐针疗法中的方位补泻[J]. 中国针灸,2006,26(5):371-373.

(收稿日期 2020-12-17)

(本文编辑 蔡华波)