

子宫动脉栓塞介入治疗和综合护理干预用于剖宫产瘢痕妊娠的效果研究

杜霞, 王超*

(白山市中心医院妇科, 吉林 白山 134300)

【摘要】目的 探究子宫动脉栓塞介入治疗和综合护理干预对剖宫产瘢痕妊娠的临床效果, 以及对患者卵巢功能的影响。**方法** 选取 2022 年 9 月至 2023 年 9 月白山市中心医院收治的剖宫产瘢痕妊娠患者共 64 例, 依据双色球法将其随机分为对照组和试验组, 各 32 例, 对照组患者应用清宫术联合综合护理干预, 试验组患者在对照组的基础上加用子宫动脉栓塞介入治疗。两组患者护理干预 1 个月后均随访 3 个月。比较两组患者术后恢复时间, 干预前、干预后 3 个月的卵巢功能变化, 干预前和干预后当天子宫指标。**结果** 与干预前比, 干预后 3 个月两组患者的促卵泡生成素、血清抗米勒管激素、促黄体生成素水平均升高, 且试验组较对照组均更高; 干预后试验组患者的月经恢复正常时间、阴道流血时间、人体绒毛膜促性腺激素恢复正常时间均短于对照组; 与干预前比, 干预后当天两组患者的瘢痕肌层厚度 (CSM)、子宫动脉阻力指数 (RI) 均升高, 且试验组较对照组均更高 ($P<0.05$)。**结论** 子宫动脉栓塞介入治疗和综合护理干预治疗剖宫产瘢痕妊娠可有效恢复患者的卵巢功能、改善子宫指标, 并缩短其术后恢复时间, 提高临床疗效。

【关键词】 瘢痕妊娠; 清宫术; 子宫动脉栓塞介入治疗; 综合护理干预; 卵巢功能

【中图分类号】 R713

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2024.08.0125.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2024.08.041

瘢痕妊娠是一种异位妊娠类疾病, 指受精卵着床于子宫瘢痕处, 可导致严重并发症, 如子宫破裂、大出血等。既往临床多运用清宫术治疗瘢痕妊娠, 其通过手术器械刮除子宫内组织, 能有效清除着床于瘢痕处的受精卵及周围组织, 临床效果显著, 但术中有可能发生大出血、子宫穿孔等并发症, 且术后患者的卵巢功能的恢复效果也不理想^[1]。子宫动脉栓塞介入治疗的核心机制在于通过选择性栓塞子宫动脉, 减少或阻断病灶区域的血流供应, 从而达到控制出血, 促使病灶萎缩的目的, 且该治疗基于现代介入放射学技术, 可实现对病灶区域的精确治疗, 具有创伤小、恢复快、并发症少等优点^[2]。有相关报道显示, 精细有效的综合护理干预能够改善剖宫产瘢痕妊娠的临床预后, 减少并发症发生, 是良好疗效的可靠保证^[3]。基于此, 本研究旨在分析子宫动脉栓塞介入治疗联合综合护理干预在剖宫产瘢痕妊娠中的应用价值, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 9 月至 2023 年 9 月白山市中心医院收治的剖宫产瘢痕妊娠患者共 64 例, 依据双色球法将其随机分为对照组与试验组, 各 32 例。对照组患者中年龄 27~36 岁, 平均 (31.23±4.11) 岁; BMI 20~24 kg/m², 平均 (22.41±1.38) kg/m²。试验组患者中

年龄 26~35 岁, 平均 (30.89±4.06) 岁; BMI 21~24 kg/m², 平均 (22.45±1.30) kg/m²。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 组间可比。纳入标准: (1)符合《剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识 (2016)》^[4]中的相关诊断标准; (2)单胎妊娠的瘢痕子宫, 且术后病情稳定; (3)具备基本的认知能力和沟通能力。排除标准: (1)伴有多胎妊娠、子宫畸形; (2)合并其他子宫疾病。白山市中心医院医学伦理委员会已批准此项研究, 且所有患者及家属均已签署知情同意书。

1.2 手术与护理方法

1.2.1 手术方法 对照组患者采用清宫术治疗: 患者取膀胱截石位, 常规消毒外阴、阴道及宫颈, 铺无菌巾; 置入窥阴器, 充分暴露宫颈, 以便手术操作; 使用宫颈扩张器, 逐步扩张宫颈至适合手术大小, 通常需 7 号或 8 号扩宫器; 在超声引导下, 选择合适刮匙, 轻柔而彻底地刮取孕囊与清除的妊娠组织; 检查刮出组织物, 确保妊娠物已彻底清除, 如有残留, 需进一步处理; 手术过程中密切观察出血情况, 如出血较多, 及时给予止血药物或采取其他止血措施; 确认手术完成后, 移除手术器械, 将患者移至恢复区进行进一步观察和护理。

试验组患者应用子宫动脉栓塞介入联合清宫术治疗: 常规消毒手术区域, 患者取仰卧位, 在腹股沟韧带中点下

作者简介: 杜霞, 大学本科, 副主任护师, 研究方向: 妇科护理和预后康复。

通信作者: 王超, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 妇科新技术及介入治疗。E-mail: 15764304830@163.com

0.5 cm 处触摸股动脉搏动最明显处作为穿刺点, 对其进行消毒, 铺无菌巾; 麻醉生效后, 切开皮肤, 切口长 3~5 mm; 使用 Seldinger 技术进行股动脉穿刺, 插入导管鞘, 并保留导丝在位; 通过导管鞘将导管选择性插入左侧或右侧子宫动脉; 注射造影剂, 采用数字 X 线摄影系统 (广东睿佳医疗科技有限公司, 型号: RG-III-DR) 观察子宫动脉的走向和血流情况, 确认导管位于子宫动脉内后, 缓慢注入栓塞剂 (如明胶海绵颗粒), 并观察造影剂流动情况, 确保栓塞完全; 拔出导管, 对穿刺点进行加压包扎, 并对穿刺部位进行适当的压迫止血, 术毕。并于术后 72 h 内行清宫术, 清宫术同对照组一致。

1.2.2 护理方法 两组患者术后均联合综合护理干预: (1)疼痛管理与舒适护理: 针对患者可能出现的腹痛症状外, 还需关注患者腹痛性质和频率, 及时调整镇痛药物使用剂量; 同时, 优化病房环境, 减少噪音和光线刺激, 为患者提供舒适的休息空间。(2)生活护理与自我管理指导: 针对患者特殊需求, 提供个性化生活护理建议, 如避免剧烈运动, 以防止瘢痕破裂; 提供营养餐建议, 注重高蛋白、高纤维食物的摄入, 以促进伤口愈合和身体恢复; 教育患者自我监测红肿、疼痛加剧等瘢痕症状变化, 及时报告医师。(3)并发症预防与观察: 定期检查患者瘢痕部位血液供应情况, 保持伤口清洁干燥, 严格执行无菌操作; 指导患者识别头晕、心悸、腹痛加剧等并发症早期症状, 一旦发现异常, 立即就医。(4)康复训练与功能恢复: 结合患者康复需求, 制定肌肉力量训练、关节活动度训练、呼吸练习和姿势纠正等个性化康复训练计划。(5)出院指导: 提供详细的出院指导手册, 包括瘢痕部位日常护理、药物使用注意事项、复诊安排等护理干预周期为 1 个月。护理干预结束后通过电话、短信或视频等方式进行随访, 及时收集患者的反馈意见, 以便调整康复方案, 且两组患者干预后均随访 3 个月。

1.3 观察指标 (1)卵巢功能。分别于干预前、干预后 3 个月采集两组患者清晨外周静脉血 3 mL, 运用微量高速冷冻离心机 (深圳市瑞沃德生命科技有限公司, 型号: M1324 型), 速度为 3 500 r/min, 时间为 10 min, 离心得上层血清, 运用酶联免疫吸附法检测患者血清促卵泡生

成素、抗米勒管激素、促黄体生成素水平。(2)术后恢复时间。记录干预后患者的月经恢复正常时间、阴道流血时间及人体绒毛膜促性腺激素恢复正常时间。(3)子宫指标。干预前、干预后当天运用彩色多普勒超声系统 (深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司, 型号: DC-35Pro) 检测患者瘢痕肌层厚度 (CSM)、子宫动脉阻力指数 (RI)。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 25.0 统计学软件分析数据, 计量资料符合正态分布, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间比较行独立样本 t 检验, 干预前后比较行配对 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者卵巢功能比较 与干预前比, 干预后 3 个月两组患者促卵泡生成素、血清抗米勒管激素、促黄体生成素均升高, 且试验组较对照组均更高, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者术后恢复时间比较 干预后, 试验组患者月经恢复正常时间、阴道流血时间、人体绒毛膜促性腺激素恢复正常时间均短于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者术后恢复时间比较 ($d, \bar{x} \pm s$)				
组别	例数	月经恢复正常时间	阴道流血时间	人体绒毛膜促性腺激素恢复正常时间
对照组	32	34.39 \pm 2.26	7.37 \pm 1.80	21.18 \pm 1.57
试验组	32	27.24 \pm 2.55	4.25 \pm 1.42	9.13 \pm 1.74
t 值		11.870	7.698	29.086
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者 CSM、子宫动脉 RI 比较 与干预前比, 干预后当天两组患者的 CSM、子宫动脉 RI 均升高, 且观察组较对照组均更高, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 3。

3 讨论

瘢痕妊娠主要发生于有剖宫产史的女性, 其发病机制复杂, 临床处理困难, 严重时可导致子宫破裂、大出血等多种并发症, 甚至会威胁到患者的生命^[5]。对于瘢痕妊

表 1 两组患者卵巢功能比较 ($\bar{x} \pm s$)							
组别	例数	促卵泡生成素 (IU/L)		抗米勒管激素 (μ g/L)		促黄体生成素 (IU/L)	
		干预前	干预后 3 个月	干预前	干预后 3 个月	干预前	干预后 3 个月
对照组	32	0.32 \pm 0.04	4.40 \pm 1.13*	0.78 \pm 0.05	4.34 \pm 1.05*	0.15 \pm 0.03	4.94 \pm 1.02*
试验组	32	0.33 \pm 0.06	5.07 \pm 1.14*	0.75 \pm 0.09	5.18 \pm 1.10*	0.16 \pm 0.02	5.53 \pm 1.05*
t 值		0.784	2.361	1.648	3.125	1.569	2.280
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与干预前比, * $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者 CSM、子宫动脉 RI 比较 ($\bar{x} \pm s$)					
组别	例数	CSM(mm)		子宫动脉 RI	
		干预前	干预后当天	干预前	干预后当天
对照组	32	2.36±0.21	2.75±0.27*	0.20±0.04	0.29±0.05*
试验组	32	2.39±0.16	3.54±0.62*	0.21±0.03	0.38±0.06*
t 值		0.643	6.608	1.131	6.519
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与干预前比，* $P<0.05$ 。CSM：瘢痕肌层厚度；RI：阻力指数。

娠治疗，目前临床上常用的是传统清宫术，但清宫不干净就易引起患者出现子宫感染，严重时甚至会影响其生育能力，且术后易出现多种并发症。子宫动脉栓塞介入治疗是一种微创手术，通过栓塞子宫动脉，阻断子宫的血液供应，从而达到止血和治疗的目的；该手术具有创伤小、止血迅速、可保留子宫等优点，已成为治疗瘢痕妊娠的重要手段^[6]；若是在清宫术前导入子宫动脉栓塞介入治疗，可以更加优化治疗过程，减少术后大出血及对患者子宫的损伤，能更有利于患者术后的恢复。

促卵泡生成素、血清抗米勒管激素、促黄体生成素是评估卵巢功能和卵泡发育的重要指标；剖宫产瘢痕妊娠会影响患者卵巢功能，导致该类激素水平异常，进而影响受孕和妊娠过程。本研究中，与干预前比，干预后 3 个月两组患者促卵泡生成素、血清抗米勒管激素、促黄体生成素均升高，且试验组较对照组均更高，这提示剖宫产瘢痕妊娠采用子宫动脉栓塞介入治疗与清宫术联合治疗可以更好地促进卵巢内分泌的恢复，恢复女性正常的生殖功能。分析其原因，可能是因为子宫动脉栓塞介入治疗是通过栓塞子宫动脉，减少子宫血流，从而抑制子宫肌瘤生长，在该过程中，由于子宫血流减少，会激发机体内分泌调节机制，促进垂体分泌更多的促卵泡生成素和促黄体生成素，以维持正常的生殖功能^[7]。而综合护理干预可根据患者的具体情况制定康复计划，能有效改善患者整体健康状况，提高机体的内分泌调节能力，提高机体的代谢水平，有利于激素正常分泌；与手术联合应用时，既可以直接影响激素的分泌，又可以通过调节整体内环境来支持激素的正常分泌。

本研究结果显示，干预后 3 个月，试验组患者月经恢复正常时间、阴道流血时间、人体绒毛膜促性腺激素恢复正常时间均低于对照组，提示剖宫产瘢痕妊娠采用联合治疗临床效果更高，恢复更快。分析其原因，可能是因为子宫动脉栓塞介入治疗可通过减少子宫动脉血流，直接作用于出血部位，减少阴道流血量，并缩短阴道流血时间，从而降低人绒毛膜促性腺激素（HCG）的分泌，加速其恢复正常水平^[8]；联合综合护理干预后，患者术后恢复进程得到有效管理，如月经恢复正常时间、阴道流血时间、人体绒

膜促性腺激素恢复正常时间及住院时间等方面，有助于减少术后并发症的发生，加速患者康复进程^[9]。

CSM、子宫动脉 RI 是评估剖宫产瘢痕妊娠预后的重要参数；CSM 过薄可能增加妊娠破裂风险，而子宫动脉 RI 异常可能反映子宫血液循环障碍，随着孕周的增加，子宫动脉血流阻力越来越低，以保证越来越多的血液供应。本研究结果显示，与干预前比，干预后当天两组 CSM、子宫动脉 RI 均升高，且观察组 CSM、子宫动脉 RI 均高于对照组，提示剖宫产瘢痕妊娠采用联合治疗临床安全性更高，术后患者子宫恢复得也更好。分析其原因，可能是因为子宫动脉栓塞介入治疗可通过栓塞子宫动脉，减少子宫血流供应，而栓塞结束后，子宫动脉血流恢复，从而升高患者体内的子宫动脉 RI，还可刺激成纤维细胞和胶原蛋白的合成，进而促进瘢痕肌层的形成和增厚^[10]。

综上，子宫动脉栓塞介入治疗联合综合护理干预的实施临床疗效显著，不仅有效提升患者卵巢功能，有利于子宫功能的恢复，并缩短其术后恢复时间，值得临床推广及应用。

参考文献

[1] 杨少维,王娅宁.子宫动脉栓塞术联合超声引导下清宫术治疗剖宫产瘢痕部位妊娠的效果及对术后卵巢功能的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(28): 97-99,112.

[2] 朱萍,于显博,李程程.宫腔腔镜下电吸人流术与子宫动脉栓塞术治疗Ⅱ型瘢痕妊娠临床疗效对比研究[J].陕西医学杂志,2023,52(8): 997-1000,1005.

[3] 赵玲.剖宫产瘢痕妊娠的子宫动脉栓塞介入治疗与护理[J].实用临床医药杂志,2018,22(20): 92-94.

[4] 中华医学会妇产科学分会计划生育学组.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识(2016)[J].中华妇产科杂志,2016,51(8): 568-572.

[5] 邓瑶,孙涛.加速康复外科对剖宫产瘢痕妊娠患者围手术期护理效果的影响[J].中国计划生育学杂志,2022,30(2): 319-322.

[6] 许学明,阮志斌,舒建军,等.子宫动脉栓塞术在瘢痕妊娠治疗中的价值[J].宁夏医学杂志,2023,45(11): 1044-1046.

[7] 李凤敏.剖宫产后瘢痕妊娠患者应用超声引导下双侧子宫动脉栓塞术序贯联合清宫术治疗的效果评估[J].山西卫生健康职业学院学报,2023,33(1): 14-15.

[8] 李晓燕.子宫动脉化疗栓塞术联合清宫术治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的效果[J].中外医学研究,2021,24(19): 146-149.

[9] 薛燕.子宫动脉栓塞介入治疗与综合护理应用于剖宫产瘢痕妊娠的临床效果[J/CD].实用妇科内分泌电子杂志,2023,10(22): 51-54.

[10] 邵丽,杨田如,侯顺玉,等.子宫动脉临时阻断术与栓塞术预处理用于宫腔镜治疗子宫瘢痕妊娠的对比研究[J].中国计划生育学杂志,2022,30(8): 1713-1716,1938.