

· 临床研究 ·

心脏疾病患者宫腔镜手术围术期继续原有抗栓方案的安全性分析*

王雅琴 张 军**

(首都医科大学附属北京安贞医院妇产科, 北京 100029)

【摘要】 目的 探讨心脏疾病患者宫腔镜手术围术期继续原有抗栓方案的安全性。 方法 选择 2015 年 1 月 ~ 2017 年 6 月我院合并心脏疾病需抗栓治疗患者行宫腔镜手术 59 例作为研究组, 配对同期无抗栓治疗的同类型宫腔镜手术 59 例作为对照组。研究组围术期继续原有抗栓方案。2 组术前血红蛋白、血小板计数差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。研究组凝血酶原时间 (PT)、国际标准化比值 (INR) 大于对照组 ($P < 0.05$)。比较 2 组术中出血及术后不良事件。 结果 2 组术中出血、手术时间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。研究组 2 例因术后出血多行二次手术。 结论 对抗栓治疗心脏疾病患者, 术前充分评估出血及血栓风险, 维持稳定凝血功能, 围手术期继续原有抗栓治疗方案进行宫腔镜手术是安全的。

【关键词】 抗栓治疗; 心脏疾病; 宫腔镜手术; 围术期

文献标识: A 文章编号: 1009-6604(2018)11-0986-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2018.11.007

Perioperative Safety Analysis of Hysteroscopic Surgery in Patients With Cardiac Diseases Receiving Antithrombotic Therapy

Wang Yaqin, Zhang Jun. Department of Obstetrics and Gynecology, Beijing Anzhen Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100029, China

Corresponding author: Zhang Jun, E-mail: drzhangj@outlook.com

【Abstract】 **Objective** To investigate the safety of hysteroscopic surgery for antithrombotic therapy in patients with heart diseases. **Methods** From January 2015 to June 2017, 59 patients who needed hysteroscopy combined with antithrombotic therapy for heart diseases were selected as the research group, and another group of 59 patients who needed the same hysteroscopy without antithrombotic therapy were paired as the control group. The research group continued the antithrombotic scheme during the perioperative period. There were no significant differences in hemoglobin value and platelet count between the two groups ($P > 0.05$). The prothrombin time (PT) and international normalized ratio (INR) in the research group were greater than those in the control group ($P < 0.05$). The intraoperative hemorrhage and postoperative adverse events during the perioperative period of the two groups were compared. **Results** There were no significant differences in intraoperative bleeding and operative time between the two groups ($P > 0.05$). Two patients in the research group were reoperated for postoperative bleeding. **Conclusions** For patients receiving antithrombotic therapy for heart diseases, assessment of the risks of bleeding and blood clotting to maintain stable blood coagulation function is necessary. It is safe to perform hysteroscopy surgery with previous antithrombotic treatment.

【Key Words】 Antithrombotic therapy; Heart disease; Hysteroscopy; Perioperative period

正在采用或长期采用抗血栓治疗的 cardiac 疾病患者如需要手术, 可能发生术中、术后出血等严重并发症。关于围术期抗栓方案结论不一^[1~4], 既往多采用外科系统抗凝方案^[5], 但宫腔镜手术有不同于普通外科的特点, 因此备受关注。我们选择 2015 年 1 月 ~ 2017 年 6 月 59 例需行宫腔镜手术的抗栓治疗 cardiac 疾病者, 围术期继续原有抗栓方案, 配对同期无

抗栓治疗的同类型宫腔镜手术 59 例作为对照组, 探讨围术期继续原有抗栓方案行宫腔镜手术的安全性。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

选择 2015 年 1 月 ~ 2017 年 6 月合并 cardiac 疾病

* 基金项目: 北京市教育委员会科技计划一般项目 (KM201810025024)

** 通讯作者, E-mail: drzhangj@outlook.com

抗栓治疗期间需行宫腔镜手术的 59 例作为研究组,术前经心外科评估为抗栓治疗的高危患者,不建议停用原有抗栓药物。其中冠心病支架植入术后 23 例,二尖瓣或主动脉瓣机械瓣置换术后 29 例,心房纤颤或心房纤颤射频消融术后 5 例,带主动脉瓣人工血管升主动脉替换(Bentall)术后 2 例。口服阿司匹林 23 例,华法林 32 例,氯吡格雷 2 例,阿司匹林联合华法林 1 例,阿司匹林联合氯吡格雷 1 例,抗栓时间 1 个月~2 年半。妇科术式为宫腔镜检查 4 例,宫腔镜电切术 55 例(其中宫颈息肉电切 7 例,子

宫内膜去除 36 例,子宫内膜息肉电切 9 例,宫腔粘连电切 1 例,子宫黏膜下肌瘤电切 2 例)。配对同期无抗栓治疗的需妇科宫腔镜同种疾病同类型手术(术前辅助检查提示病变大小及位置相同)的 59 例作为对照组。研究组与对照组平均年龄比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。研究组血红蛋白、血小板计数与对照组差异无统计学意义($P>0.05$)。研究组凝血酶原时间(PT)、国际标准化比值(INR)明显大于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组一般资料比较 (n=59)

组别	年龄(岁)	HGB(g/L)	PLT($\times 10^9$ /L)	PT(s)	INR
研究组	55.3 \pm 10.1	119.5 \pm 24.2	239.8 \pm 81.8	15.2 \pm 5.7	1.36 \pm 0.51
对照组	54.7 \pm 10.5	119.7 \pm 24.2	242.6 \pm 68.8	12.3 \pm 2.3	1.19 \pm 0.26
<i>t</i> 值	0.285	-0.034	-0.200	3.633	2.189
<i>P</i> 值	0.776	0.973	0.842	0.000	0.031

HGB:血红蛋白,正常值 110~150 g/L;PLT:血小板,正常值(100~300) $\times 10^9$ /L;PT:凝血酶原时间,正常值 11~13 s;INR:国际标准化比值,正常值 0.8~1.2

1.2 方法

研究组继续原抗栓方案,对照组直接手术。
2 组严格按照宫腔镜手术学标准操作,2 组手术均由同一主任医师操作。膀胱截石位,消毒外阴、阴道,铺无菌巾单,阴道窥器暴露宫颈,再次消毒阴道、宫颈,宫颈钳夹持宫颈,探针了解宫腔深度和方向,扩张宫颈至大于镜体外鞘直径半号。接通液体膨宫泵,调整压力为最低有效膨宫压力,排空灌流管内气体后,以 5% 葡萄糖液膨开宫颈,宫腔镜直视下按宫颈管轴径缓缓插入宫腔,冲洗宫腔内血液至清,调整液体流量,使宫腔扩展可看清宫腔和宫颈管。先观察宫腔全貌,宫底、宫腔前后壁、输卵管开口,退出过程中观察宫颈内口和宫颈管。自宫颈息肉、内膜息肉、黏膜下肌瘤根部切除,宫腔粘连者在 B 超监护下将粘连带以电切环直接切除,恢复子宫腔正常形状;子宫内膜去除者采用高频微波子宫内膜去除。

1.3 观察指标

统计 2 组手术时间、术中出血、不良事件发生情况。其中术中出血由术者及助手根据经验估测;不良事件包括栓塞事件(术后复查超声心动及双下肢深浅静脉超声评定)和出血事件(术者通过出血量及出血时间根据宫腔镜手术经验评定)。

1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 软件包进行分析。符合正态分布的计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验;非正态分布的计量资料以中位数(最小值~最大值)表示,组间比较采用 Mann-Whitney *U* 检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统

计学意义。

2 结果

2 组手术时间、术中出血、不良事件发生率差异无统计学意义($P>0.05$),见表 2。研究组 1 例因“宫颈息肉、宫颈病变?”行宫腔镜宫颈息肉电切+宫颈活检术,术后出血持续 1 周,创面渗血明显,压迫止血效果不佳,再次手术行宫颈创面电凝术;1 例因“功能失调性子宫出血”行宫腔镜高频微波子宫内膜去除术,术后出血少,术后 1 周阴道出血增多如月经量,口服止血药物无效,行腹腔镜全子宫切除术。该 2 例均为二尖瓣机械瓣置换术后口服华法林抗栓治疗者。2 组均无栓塞事件发生。

表 2 2 组观察指标比较 (n=59)

组别	手术时间(min)	术中出血(ml)	不良事件(例)
研究组	39.7 \pm 29.5	5.0(0~50)	2
对照组	36.8 \pm 23.7	5.0(0~20)	0
<i>t</i> (<i>Z</i>) 值	<i>t</i> =0.584	<i>Z</i> =-0.924	
<i>P</i> 值	0.560	0.356	0.496*

* Fisher 精确检验

3 讨论

抗栓治疗是预防血栓形成的重要手段,抗栓过量会导致出血,抗栓不足则会出现血栓栓塞^[6]。Kovacs 等^[7]报道应用速效抗凝剂后出血率达 6.7% (15/224)。因出血导致延误术后抗栓治疗反而增加栓塞事件的发生^[8]。抗栓治疗的心脏病患者

接受手术时面临出血风险,因此其围术期管理面临挑战。目前关于此类患者的妇科围术期抗栓药物应用的相关报道更少见。

通常在任何手术包括小手术围术期均应停用华法林,很大程度上减少了术中及术后出血等并发症的发生。长期口服抗凝剂接受手术者可采用桥接方案(bridging therapy),即在围术期临时过渡性地替代使用低分子肝素或普通肝素替代进行抗凝治疗。但是有研究表明,不停用华法林在一些小手术围术期也是安全的^[9];在高风险患者中继续应用华法林与以往桥接方法相比可减少血肿的发生^[10];对心房颤动长期应用华法林者进行有创操作,桥接治疗与非桥接治疗比较血栓事件发生率差异无统计学意义^[11]。

宫腔镜作为微创手术的重要组成部分,有着广泛的临床应用,由此抗栓治疗的心脏疾病患者拟行宫腔镜手术时抗栓药物的应用备受关注。本研究探讨继续原有抗栓方案行宫腔镜手术的安全性,术前与心外科医师共同综合评估手术出血风险和停用抗凝和(或)抗血小板药物后的血栓风险,心外科评估本组患者均为抗栓治疗的高危患者,停用抗栓药物的血栓风险增加,不建议停用原有抗栓药物,而桥接治疗恐抗栓效果不足且需要过渡时间,而宫腔镜手术相对手术时间短,出血可控,故继续原有抗栓方案行宫腔镜手术可能会成为此类患者更好更安全的选择。

本研究中研究组血红蛋白、血小板计数、手术时间、术中出血与对照组差异无统计学意义($P > 0.05$)。采用抗栓治疗患者的 PT 及 INR 值高于对照组($P < 0.05$),因其合并心脏疾病需口服抗栓药物所致,INR 正常范围是 0.8 ~ 1.2,合并心脏疾病抗栓治疗一般要求 INR 维持在 1.5 ~ 2.5 以预防栓塞,故抗栓治疗的主要危险是出血。研究组术前 PT 及 INR 虽然与对照组有差异,但未增加手术时间及术中出血,继续口服抗栓药物并不增加手术难度。2 组均无栓塞事件发生;研究组有 2 例出血事件,其中 1 例行宫腔镜宫颈息肉电切 + 宫颈活检术,术后宫颈创面渗血明显,考虑可能为术中止血不充分所致,另 1 例行宫腔镜高频微波子宫内层去除术,术后出血少,术后 1 周阴道出血开始增多如同月经量,考虑与抗栓药物无关,可能与该患者子宫内膜增生功能有关,对子宫内膜去除术的效果不佳。

目前关于妇科围术期抗栓方案研究甚少,多采用外科抗栓方案,而妇科有其独特的疾病特点、手术方式,需探索符合妇科疾病特点的合理抗栓方案。本研究表明抗栓治疗的心脏疾病患者术前充分评估出血及血栓风险,维持稳定凝血功能,围术期继续原有抗栓治疗方案进行宫腔镜手术是安全的,但需注意术前充分评估病情选择适宜手术方式,特别注意术中充分止血,才能达到满意的手术效果。

参考文献

- 1 de Jong JS, Vink R, Henny ChP, et al. Perioperative suspension of anticoagulants: practical recommendations. Ned Tijdschr Geneesk, 2009, 153 (33): A83.
- 2 Douketis JD, Berger PB, Dunn AS, et al. The perioperative management of antithrombotic therapy American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th edition). Chest, 2008, 133 (6 Suppl): 299S - 399S.
- 3 孙 娟. 口服抗凝剂的妇科手术患者围术期管理. 国际妇产科学杂志, 2011, 38 (4): 354 - 357.
- 4 何剑辉, 徐嘉文, 张 斌. 心脏换瓣术后妇科围术期应用抗凝药物的临床分析. 广东医学, 2012, 35 (6): 931 - 933.
- 5 复旦大学附属中山医院围术期处理多学科团队. 接受抗凝药物治疗的普外科病人围术期处理——中山共识(1). 中国实用外科杂志, 2013, 33 (1): 1 - 3.
- 6 Teles JS, Fukuda EY, Feder D. Warfarin: pharmacological profile and drug interactions with antidepressants. Einstein (Sao Paulo), 2012, 10 (1): 110 - 115.
- 7 Kovacs MJ, Kearon C, Rodger M, et al. Single-arm study of bridging therapy with low-molecular-weight heparin for patients at risk of arterial embolism who require temporary interruption of warfarin. Circulation, 2004, 110 (12): 1658 - 1663.
- 8 Linkins MJ, Kearon C, Rodger M, et al. Clinical impact of bleeding in patients taking oral anticoagulant therapy of venous thromboembolism: a meta-analysis. Ann Intern Med, 2003, 139 (11): 893 - 900.
- 9 李学强, 赵立坤, 王玉霞, 等. 非心脏手术围术期华法林管理. 中国现代医药杂志, 2014, 16 (3): 104 - 106.
- 10 Tompkins C, Cheng A, Dalal D, et al. Dual antiplatelet therapy and heparin bridging significantly increase the risk of bleeding complications after pacemaker or implantable cardioverter-defibrillator device implantation. J Am Coll Cardiol, 2010, 55 (21): 2376 - 2782.
- 11 Thachil J, Gatt A, Martlew V. Management of surgical patients receiving anticoagulation and antiplatelet agents. Br J Surg, 2008, 95 (12): 1437 - 1448.

(收稿日期: 2017 - 11 - 18)

(修回日期: 2018 - 07 - 10)

(责任编辑: 王惠群)