

剖宫产术后切口妊娠运用子宫动脉栓塞术联合宫腔镜治疗的临床观察

刘丽学, 王菲, 塔娜(内蒙古医科大学附属医院妇产科, 呼和浩特 010050)

【摘要】目的 研究剖宫产术后切口妊娠(CSP)运用子宫动脉栓塞术(UAE)联合宫腔镜治疗的临床观察。**方法** 选取该院 2011 年 7 月至 2013 年 7 月收治的 CSP 患者 76 例, 随机分成观察组(38 例)和对照组(38 例)。对照组实施肌肉注射氨甲蝶呤(MTX), 在 B 超检测情况下实施清宫术。观察组实施 UAE, 并在宫腔镜下进行清宫术。观察并记录两组患者术中出血量、阴道流血时间、血 β -人绒毛膜促性腺激素(HCG)转阴时间。对两组治疗后不良反应情况进行对比, 包含腹痛、发热、丙氨酸氨基转移酶(ALT)异常以及白细胞下降。**结果** 观察组患者术中出血量、阴道流血时间及血 β -HCG 转阴时间均明显低于对照组。治疗后观察组患者腹痛及发热发生率和对照组比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。观察组 ALT 异常及白细胞下降发生率均明显低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** CSP 运用 UAE 联合宫腔镜治疗, 创伤小、出血少, 更加安全, 术后恢复更快, 术后不良反应少, 值得临床推广应用。

【关键词】 剖宫产; 术后切口妊娠; 子宫动脉栓塞术; 宫腔镜

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.21.013 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)21-2977-03

Clinical observation of uterine artery embolization combined with hysteroscopy for treating cesarean scar pregnancy after C-section LIULi-xue, WANG Fei, TANa (Department of Obstetrics and Gynecology, First Affiliated Hospital of Neimenggu Medical University, Huhehaote, Neimenggu 010050, China)

【Abstract】Objective To observe the clinical effect of uterine artery embolization(UAE)combined with hysteroscopy for treating cesarean scar pregnancy(CSP)after C-section. **Methods** 76 cases of CSP treated in our hospital from July 2011 to July 2013 were selected and randomly divided into the observation group(38 cases)and the control group(38 cases). The control group received intramuscular injection of methotrexate(MTX), the complete curettage of uterine cavity was implemented under the B-ultrasound. The observation group was treated with UAE and curettage under hysteroscopy. The intraoperative bleeding volume, vaginal bleeding time, negative conversion time of blood β -HCG level were observed and recorded. The adverse reactions after treatment were compared between the two groups, including abdominal pain, fever, abnormal aminotransferase(ALT)and WBC decline were compared between the two groups. **Results** The intraoperative bleeding volume, vaginal bleeding time and negative conversion time of serum β -HCG in the observation group were significantly lower than those in the control group. The occurrence rates of abdominal pain and fever after treatment in the observation group had no statistically significant difference compared with the control group($P>0.05$). The occurrence rates of ALT abnormality and WBC decline in the observation group were significantly lower than those in the control group, the differences were statistically significant($P<0.05$). **Conclusion** Adopting UAE combined with hysteroscopy for treating CSP has small trauma, less bleeding, more safety, faster postoperative recovery and less postoperative adverse reactions, and deserves to be clinically promoted and applied.

【Key words】 C-section; cesarean scar pregnancy; uterine artery embolization; hysteroscopy;

剖宫产术后切口妊娠(CSP)指孕囊着床在前次剖宫产(CS)子宫疤痕处, 并被子宫肌层和纤维状疤痕组织包围, 为一种特殊型较难处理的异位妊娠^[1]。CSP 作为 CS 远期并发症, 随着 CS 率上升, 其发生率也逐年增长。因该病易漏诊且切口疤痕肌壁较薄弱, 处理不当常造成阴道大出血甚至子宫破裂, 最终不得不通过摘除子宫挽救患者生命^[2]。早期诊断并及时予以治疗非常重要, 既可以有效降低并发症发生率, 又可使患者生育能力得以保全。治疗该病主要目的为杀死胚胎, 取出妊娠物, 并清除病灶及控制其出血, 保留患者生育能力^[3]。据报道显示, 盲目实施刮宫术常造成术中或术后大出血^[4], 该法应视为禁忌。子宫动脉栓塞术(UAE)及宫腔镜作为新型微创技术, 在妇产科手术中得到广泛应用, 且效果良好。本文通过运

用 UAE 联合宫腔镜治疗 CSP, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2011 年 7 月至 2013 年 7 月收治的 CSP 患者 76 例, 年龄 22~37 岁, 平均(28.3±5.1)岁; 停经时间 35~80 d, 平均(43.4±5.9)d; 受孕次数 2~6 次, 平均(3.2±0.7)次; 分娩次数 1~3 次, 平均(1.8±0.4)次; CS 至发病间隔时间 5~36 个月, 平均(15.3±5.4)个月。所选患者前次 CS 均选择子宫下端横位切口, 且均经过妇科检查、彩色超声以及血清人绒毛膜促性腺激素(HCG)检查确诊, 血 β -HCG $\geq$ 5 000 IU/L。患者多表现为停经并出现不规则性阴道出血, 伴或不伴腹痛。经彩色超声检查均表现为子宫膨大, 孕囊处于子宫前壁下部肌层, 子宫下段 CS 切口处有包块, 且

回声不均匀,直径 2.1~4.2 cm,其周围有丰富血流信号。诊断标准为(1)检测血 β -HCG 呈阳性,且测定值为 100~10 000 IU/L;(2)有 CS 史,此次早孕伴有阴道出血;(3)彩色超声检查子宫切口处有典型孕囊声像,其周边可探及到明显环状血流影像,子宫下端前壁肌层提供血管,且子宫下端肌层变薄,出现连续型中断,回声不均匀,以及切口及肌层分不清^[5]。所有患者均排除严重心肺疾病。以数字法随机分成观察组(38 例)和对照组(38 例)。两组患者在年龄、受孕次数、分娩次数和症状等方面对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组孕产妇临床资料比较($\bar{x}\pm s$)						
组别	<i>n</i>	年龄 (岁)	停经时间 (d)	分娩次数 (次)	受孕次数 (次)	发病时间 (d)
观察组	38	29.1±4.9	43.8±6.2	1.9±0.5	2.8±0.6	12.7±5.3
对照组	38	27.6±5.3	41.8±5.6	1.7±0.5	3.5±0.9	15.8±5.7
<i>t</i>		1.208	1.034	0.897	1.103	1.023
<i>P</i>		0.095	0.097	0.207	0.098	0.102

1.2 研究方法

1.2.1 对照组 患者肌肉注射氨甲蝶呤(MTX),一次性注射 75 mg;口服米非司酮,每次 25 mg,每天 2 次,连续口服 5 d。7 d 后检测血 β -HCG,如下降不足 50%,需追加注射 1 次 MTX,总量不可超过 200 mg。定期进行血 β -HCG 检测及 B 超检查,当子宫局部血流量完全消失或明显减少,同时血 β -HCG<100 U/L,在 B 超检测情况下实施清宫术,并将刮下组织送去做病理学检查。术后常规护理,饮食需清淡易消化,少食多餐。给予抗菌药物治疗 2~5 d。

1.2.2 观察组 患者术前进行碘过敏试验并备血,进行心电图监护,建立静脉通道。消毒铺巾,应用 Seldinger 技术对右侧股动脉进行穿刺成功后,5.0F Cobra 导管鞘经 0.035 英寸导丝引导进入 5F 动脉导管,对髂内动脉进行造影,观察子宫动脉,了解其开口走行以及供血情况,分别对双侧子宫动脉实施超选择型插管。完成后对子宫动脉造影以确认靶血管,将 MTX 100 mg 缓慢灌注入靶血管,如孕囊较大,需将 MTX 加至 300 mg。用吸收性明胶海绵颗粒对双侧子宫动脉进行栓塞,直到动脉血流停止,造影确定栓塞填满以后进行拔管。术毕穿刺点压迫 20 min 后给予加压包扎,且穿刺点所在下肢需制动 12 h,并于术后 24 h 密切观察患者脉搏、体温及肤色变化。UAE 后 24~48 h 内实施宫腔镜下清宫术。利用 5%葡萄糖溶液膨宫,排空镜鞘和光学镜管之间空气,将宫腔镜置入,打开光源后于镜下进行诊断、定位,并对妊娠物体积进行确定,采用钳刮方式进行清宫,并将刮下组织送去做病理学检查。手术后患者完全清醒即鼓励其在床上练习宫腔镜后手术操,术后 6 h 可下床活动,饮食需清淡易消化,少食多餐。给予抗菌药物治疗 2~5 d,留院观察 3~4 d 就可痊愈出院。

1.3 观察指标 观察并记录两组患者术中出血量、阴道流血时间、血 β -HCG 转阴时间。对两组治疗后不良反应情况进行对比,包含腹痛、发热、丙氨酸氨基转移酶(ALT)异常以及白细胞(WBC)下降。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行分析,计量数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者术中出血量等指标比较 观察组患者术中出血量、阴道流血时间及血 β -HCG 转阴时间均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P=0.000$)。见表 2。

表 2 两组患者术中出血量等指标比较($\bar{x}\pm s$)				
组名	<i>n</i>	术中出血量 (mL)	阴道流血时间 (d)	血 β -HCG 转阴 时间(d)
观察组	38	98.4±25.4	5.3±2.5	20.1±4.3
对照组	38	209.5±38.7	7.8±2.9	26.3±4.2
<i>t</i>		14.794	4.025	6.358
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者治疗后不良反应情况比较 治疗后观察组腹痛及发热发生率与对照组比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);观察组患者 ALT 异常及 WBC 下降发生率均明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗后不良反应情况比较[<i>n</i> (%)]						
组名	<i>n</i>	腹痛	发热	ALT 异常	WBC 下降	总不良 反应率
观察组	38	2(5.26)	3(7.89)	1(2.63)	2(5.26)	8(21.05)
对照组	38	3(7.89)	4(10.53)	7(18.42)	8(21.05)	22(57.89)
χ^2		0.214	0.157	5.029	4.145	10.794
<i>P</i>		0.643	0.691	0.025	0.042	0.001

3 讨 论

CSP 其病因尚未彻底明确,有多种说法,普遍认为是各种手术操作所致的内膜损伤,如刮宫术、剖宫产术、子宫肌瘤剔除术、子宫成形术、宫腔镜甚至手取胎盘术等。有学者提出,CS 后一段时期内,子宫切口处均处于血管增生且血供丰富状态,是以受精卵而倾向游至血管丰富的切口周围处着床及种植^[6]。受精卵着床,发生蜕膜缺损,滋养细胞直接侵入子宫肌层,并不断生长,绒毛与子宫肌层粘连、植入甚至穿透子宫壁。该病临床表现特异性少,多表现停经且伴有不规则阴道流血及腹痛,容易被误诊成先兆流产^[7],对孕产妇危害较大,如此时进行盲目的刮宫,在刮宫过程中,因绒毛无法完全剥离,且子宫下端肌纤维匮乏不能有效收缩。血窦其开放无法进行自动关闭,造成大出血危及生命。并且子宫切口处肌层较薄,容易引发子宫破裂,严重者甚至需切除子宫治疗,严重影响患者生育能力^[8]。因此,对于有 CS 史再次妊娠者应警惕 CSP 的可能,并做相应检查,一旦确诊,应立刻终止妊娠。CSP 治疗目的为清除妊娠组织并保留患者生育能力,机理为通过药物杀死滋养细胞并破坏绒毛,常用药物为 MTX^[9]。但近年来临床观察发现,仅单独应用 MTX 难以达到很好的治疗效果,寻找有效的治疗方法是目前临床研究的热点。UAE 为新型微创介入性治疗术,通过对子宫进行动脉插管并注射造影剂,根据所显示增粗血管,进行病灶深度研究。经导管向子宫动脉注入栓塞物质闭塞血管,同时可实施化疗药物 MTX 动脉注射,促进孕囊滋养细胞坏死^[10]。宫腔镜同样作为一种现代微创技术,广泛应用于治疗 CSP。以往 CSP 多应用超声多普勒检查进行诊断,通过特殊的声学影响确定是否存在 CSP,特异性较差。而宫腔镜为妇科诊疗技术,是纤维光源型内窥镜,用于宫腔检查及治疗。包含宫

腔镜及能源、光源、灌注、成像系统。通过将镜体前部伸入宫腔,放大所观察部位,直观、准确地对妇科出血型疾病及宫内病变进行诊疗,临床效果较好。目前,已有研究报道宫腔镜用于各类子宫内病变的诊断,取得了较好的临床效果,但对于 CSP 治疗尚未见报道^[11]。

本文对本院近年来收治的 CSP 患者 76 例进行对照研究,观察组实施 UAE,并在宫腔镜下进行清宫术,对照组实施肌肉注射 MTX,在 B 超检测情况下实施清宫术。通过研究发现,观察组术中出血量、阴道流血时间及血 β -HCG 转阴时间明显低于对照组,与 Gizzo 等^[12]研究一致。表明 CSP 运用 UAE 联合宫腔镜治疗,创伤小且出血少,更加安全,术后恢复更快,且术后不良反应明显减少。这可能是因为:(1)UAE 利用新鲜吸收性明胶海绵微小颗粒导进子宫动脉,可迅速引发血小板聚集,引起血栓^[13-15];栓塞自末梢处延伸至主干,将整个动脉腔达到闭塞状态,且不对毛细血管网造成破坏;可及时有效控制因血管损伤导致的阴道大出血,并且具有创伤小,不良反应更轻,术后并发症发生率低等特点,最重要是其可以保留患者生育能力,为一种安全有效治疗 CSP 的方式^[16-17]。(2)宫腔镜下对 CSP 患者实施清宫术,可清楚确认孕囊位置、大小以及其周围血管分布,有效避免盲目清宫造成术中出血、子宫穿孔或组织残留。通过宫腔镜把孕囊从子宫壁分离,可在直视情况下对妊娠残留物进行彻底去除,并可利用高频电凝实施彻底止血,有效减少术中出血量,因此,宫腔镜在治疗 CSP 方面具有很高的有效性^[18]。另外,此技术要求较高,需术野清晰,并且要求医师经验丰富。(3)MTX 为叶酸拮抗剂的一种,属于滋养细胞的毒性药物。可通过对滋养细胞 DNA 合成进行干扰,抑制其增生,进而达到停止胚胎继续发育的作用,并能够促进孕囊坏死及脱落^[19]。将 UAE 和动脉介入化疗药物同时应用,能够明显提高局部药物浓度,提升对孕囊灭活率,利于胚胎萎缩和坏死,并能够减轻药物带来的不良反应,控制出血量,缩短治疗时间。

本研究发现,观察组患者 ALT 异常率、WBC 下降率及总不良反应率明显低于对照组,亦符合姜海洋等^[20]的研究结果。提示 CSP 运用 UAE 联合宫腔镜治疗,术后不良反应明显减少。其主要原因可能与两组给药方式不同有关。观察组实施 UAE,利用新鲜吸收性明胶海绵微小颗粒导进子宫动脉,创伤小,在宫腔镜下进行清宫术有效避免盲目清宫的不良反应,而对照组实施肌肉注射 MTX,全身反应较重,因此患者术后不良反应较多。

综上所述,CSP 运用 UAE 联合宫腔镜治疗,具有创伤小、术中及术后出血少特点,更加安全可靠,并且术后恢复快,术后不良反应少,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 种轶文,马彩虹.剖宫产术后子宫瘢痕妊娠合并宫内妊娠一例[J].中华妇产科杂志,2013,48(5):397.
- [2] 徐加英,徐栋,王晓莹,等.超声造影在剖宫产后切口妊娠诊断与鉴别诊断中的应用价值[J].中华超声影像学杂志,2013,22(8):731-732.
- [3] 艾文,刘正平,郭晓玲,等.阿氏切口剖宫产术后再次妊娠行剖宫产二例[J/CD].中华产科急救电子杂志,2013,2(1):43-45.

- [4] 许波,宋岩峰.剖宫产手术腹壁切口愈合不良 132 例的临床分析[J/CD].中华临床医师杂志:电子版,2012,6(15):4512-4513.
- [5] 张黎敏,罗新.剖宫产术后子宫疤痕妊娠的早期诊断及治疗[J/CD].中华妇幼临床医学杂志:电子版,2012,8(4):414-416.
- [6] 马良坤,曹冬焱,杨佳欣,等.广泛性子宫颈切术后妊娠临床分析[J].中华妇产科杂志,2012,47(12):883-887.
- [7] 杜彦芳,刘影,张琳,等.超声引导介入治疗剖宫产瘢痕妊娠的价值[J].中华超声影像学杂志,2012,21(4):366-368.
- [8] 黄文华.剖宫产术后疤痕处妊娠两种治疗方法临床探讨[J].中华全科医学,2012,10(9):1410-1411.
- [9] 杜欣,王燕,邹倩,等.剖宫产瘢痕部位妊娠初治失败 22 例临床分析[J/CD].中华临床医师杂志:电子版,2011,5(1):268-269.
- [10] 贾晓云,王慧芬,付红亚,等.剖宫产切口瘢痕妊娠 19 例疗效分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2011,25(10):1024-1025.
- [11] 李建华,张磊,陈欣林.超声造影在剖宫产后切口妊娠诊断中的临床应用价值[J/CD].中华医学超声杂志:电子版,2009,6(4):684-689.
- [12] Gizzo S, Saccardi C, Patrelli TS, et al. Cervicoisthmic pregnancy near cesarean scar after oocyte donation in premature ovarian failure: literature review starting from a single case [J]. J Low Genit Tract Dis, 2014, 18(1):4-11.
- [13] 徐丹.特殊部位异位妊娠 53 例临床分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2010,24(2):191-192.
- [14] 孙凤玲,丁会莲,赵玉莲.再次剖宫产时子宫切口愈合的 98 例临床分析[J].检验医学与临床,2012,1(23):3004-3005.
- [15] 王名燕.剖宫产腹部切口延迟愈合的临床分析[J].检验医学与临床,2012,9(12):1489.
- [16] Takeda A, Imoto S, Nakamura H. Abruptio placentae in subsequent pregnancy after conservative management of hemorrhagic cesarean scar pregnancy by transcatheter arterial chemoembolization [J]. Clin Med Insights Case Rep, 2013, 6(6):137-140.
- [17] 董金莲,陈立岩,曹野,等.21 例行子宫动脉栓塞术联合刮宫术治疗子宫瘢痕妊娠患者的护理[J].中华护理教育,2013,10(9):406-407.
- [18] 陈淑琴,姜红叶,李锦波,等.子宫肌层病灶切除联合子宫动脉阻断术治疗难治性子宫动静脉畸形二例报告并文献复习[J].中华妇产科杂志,2013,48(3):206-208.
- [19] 陈正云,张信关,许泓,等.宫腔镜联合子宫动脉栓塞术终止剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的疗效与安全性[J].中华妇产科杂志,2011,46(8):591-594.
- [20] 姜海洋,王绍光,王文双,等.子宫动脉栓塞术在子宫肌壁间妊娠治疗中的应用 3 例[J/CD].中华妇幼临床医学杂志:电子版,2012,8(1):92-93.