

· 临床研究 ·

子宫动脉栓塞术治疗剖宫产后子宫瘢痕部位妊娠 40 例临床分析

彭方亮¹, 周 晓¹, 毛世华²

(1. 重庆市急救医疗中心妇产科 400014; 2. 重庆三峡中心医院妇产科 404000)

摘要:目的 探讨子宫动脉栓塞术治疗剖宫产后子宫瘢痕部位妊娠的临床疗效。方法 将 73 例剖宫产后子宫瘢痕部位妊娠分为子宫栓塞组和药物治疗组, 观察两组患者的临床疗效。结果 刮宫术前准备时间、刮宫术出血量、住院时间和术后人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)水平子宫栓塞组明显低于药物治疗组, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 住院费用发现两组差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 子宫动脉栓塞术治疗子宫剖宫产瘢痕处妊娠具有快速、安全的优点, 值得临床推广应用。

关键词: 子宫动脉栓塞术; 妊娠, 异位; 剖宫产术; 甲氨蝶呤

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.12.017

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2012)12-1189-02

Clinical analysis of uterine arterial embolization for treatment of cesarean scar pregnancy in 40 cases

Peng Fangliang¹, Zhou Xiao¹, Mao Shihua²

(1. Department of Obstetrics and Gynecology, Chongqing Emergency Medical Centre, Chongqing 400014, China;

2. Department of Obstetrics and Gynecology, Chongqing Three Gorges Central Hospital, Chongqing 404000, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical value of uterine arterial embolization for treatment of cesarean scar pregnancy.

Methods 73 cases with cesarean scar pregnancy were divided into embolism group and treatment group. The clinical curative effect of two groups was observed. **Results** The preparation time before curettage, curettage bleeding, hospital stay, and postoperative beta-HCG levels in embolism group were significantly lower than those of treatment group ($P < 0.01$). There was no significant difference in cost of hospitalization between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** Uterine arterial embolization is a fast and safe method for treatment of uterine cesarean scar pregnancy. It is worthy of clinical application.

Key words: uterine artery embolization; pregnancy, ectopic; cesarean section; amethopterin

剖宫产术后子宫瘢痕部妊娠也称剖宫产瘢痕部妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP), 是指胚胎着床于子宫下段既往切口瘢痕上, 是剖宫产术后的一种并发症, 是一种罕见的异位妊娠, 但是近年来, 随着剖宫产的不断增加, 子宫瘢痕妊娠的发病也逐年增加。CSP 因瘢痕部处肌层菲薄, 结缔组织及血管增生, 当胎盘剥离时, 可出现难以控制的大出血, 甚至行子宫切除术, 严重危及女性身体健康^[1-2]。CSP 的治疗以往多采用手术治疗或者药物治疗, 不但失败率较高, 而且对于女性生殖功能影响较大, 随着介入治疗技术的发展和临床应用, 子宫动脉介入治疗为 CSP 的治疗提供了新的选择^[3-4]。为此本研究对 40 例 CSP 患者进行了子宫动脉栓塞术治疗, 取得了良好的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2004 年 1 月至 2011 年 10 月来本院及外院妇产科进行住院治疗的子宫剖宫产瘢痕处妊娠患者 73 例, 根据患者及家属的意见分为子宫栓塞组(40 例)和药物治疗组(33 例), 两组患者均签署知情同意书, 并且两组患者年龄、剖宫产次数、剖宫产距发病时间、孕周、治疗前 β -HCG 水平比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有很好的可比性。见表 1。

1.2 治疗方法 子宫栓塞组: 患者取仰卧位, 于右侧股动脉处常规消毒及局部麻醉, 采用 Seldinger 技术穿刺右侧股动脉, 放置导管鞘后, 插入 5F Yashino 导管入双侧子宫动脉选择性插管, 注入碘海醇注射液, 见子宫动脉显影后, 确定右侧子宫动脉

无畸形, 缓慢注入甲氨蝶呤 30 mg 后用明胶海绵颗粒栓塞, 退出导管进行左侧栓塞, 步骤同右侧, 于术后 72 h 内进行刮宫术。药物治疗组: 甲氨蝶呤 50 mg/m² 单次肌肉注射 1 次, 当人绒毛膜促性腺激素(β -HCG) < 50 IU/L, 在做好急救和开腹手术准备, B 超监视下行刮宫术。

1.3 观察指标 观察并记录两组患者刮宫术前准备时间、刮宫手术出血量、住院时间、住院费用和术后血 β -HCG 水平。

1.4 统计学处理 所有数据经过校对后均输入计算机, 采用 SPSS11.5 建立数据库, 计量资料数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验进行统计学分析, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

比较两组患者各项指标后发现, 刮宫术前准备时间、刮宫术出血量、住院时间和术后 β -HCG 水平子宫栓塞组明显低于药物治疗组, 差异有统计学意义($P < 0.01$), 住院费用两组差异无统计学意义($P > 0.05$), 见表 2。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

项目	子宫栓塞组	药物治疗组	t	P
年龄(岁)	29.6 \pm 11.3	28.6 \pm 25.8	1.25	>0.05
剖宫产次数	2.5 \pm 0.6	2.7 \pm 0.4	0.43	>0.05
剖宫产距发病时间(年)	5.6 \pm 1.2	6.1 \pm 2.1	2.26	>0.05
孕周(W)	7.3 \pm 1.6	7.4 \pm 3.7	1.34	>0.05
治疗前 β -HCG 水平(IU/L)	35 632 \pm 6 754	33 232 \pm 2 343	36.40	>0.05

表 2 两组各项指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	术前准备时间(d)	刮宫手术出血量(mL)	住院时间(d)	住院费用(元)	术后血 β -HCG 水平(IU/L)
子宫栓塞组	1.54±0.23	187.26±22.22	14.32±3.89	10 234.26±346.2	312±54
药物治疗组	24.43±12.1	212.38±43.24	37.83±8.98	9 612.12±244.4	532±85
<i>t</i>	12.76	9.98	9.43	1.56	6.87
<i>P</i>	<0.01	<0.01	<0.01	>0.05	<0.01

3 讨 论

CSP 是剖宫产较为少见的远期并发症之一,占有剖宫产史的异位妊娠的 6.17%^[5]。目前发生机制尚不明确,可能与反复人工流产及剖宫产损伤子宫内膜有关^[6]。由于 CSP 解剖和病理的特殊性,常常在常规的吸宫或清宫过程中引起难以控制的大出血,甚至导致患者需切除子宫,严重影响患者的生活质量,故 CSP 一经确诊即应谨慎处理^[7]。CSP 的治疗是临床棘手问题之一,以往的治疗措施包括,负压吸刮、经腹及腹腔镜切除子宫、经腹及腹腔镜瘢痕妊娠病灶切除术加子宫修整整形术、宫腔镜下瘢痕切口妊娠病灶切除术和保守治疗、全身性或局部药物杀胚治疗后行清宫术等等^[8-10],但是上述治疗手段不良反应较大,并且常常导致患者生育能力受到损害,因此寻找一种疗效确切、不良反应小的治疗手段显得极为重要。

为此本研究将 73 例 CSP 患者分为采用子宫动脉栓塞术治疗的子宫栓塞组和采用甲氨蝶呤全身用药的药物治疗组,结果发现刮宫术前准备时间、刮宫术出血量、住院时间和术后 β -HCG 水平子宫栓塞组明显低于药物治疗组,差异有统计学意义($P<0.01$),住院费用两组差异无统计学意义($P>0.05$),这一研究结果说明子宫动脉栓塞术治疗 CSP 效果明显,并且术前准备时间较少,为及早刮宫提供了充足的时间,刮宫术出血量也少,说明子宫栓塞明显减少了妊娠病灶的面积,这是因为子宫动脉下行支是 CSP 主要血供来源,阻断子宫动脉下行支即可致 CSP 坏死,从而减少刮宫术中的出血量,而用于栓塞的明胶海绵颗粒导入血管后,迅速引起血小板聚集,形成血栓^[11],从末梢处开始栓塞至主干,闭塞整个动脉管腔,不破坏毛细血管网,使子宫可以通过其他交通支获得血供而不致坏死;且明胶海绵 3 个月左右就可以完全吸收,因而,子宫动脉栓塞术后不会引起子宫缺血坏死,不会影响生育功能^[12-13]。

综上所述,本研究认为子宫动脉栓塞治疗子宫剖宫产瘢痕处妊娠具有快速、安全的优点,与药物治疗的患者比较,住院费用差距不大,并且不影响患者的生育能力,值得临床推广应用^[14-15]。

参考文献:

- [1] Rosen T. Placenta accreta and cesarean scar pregnancy: overlooked costs of the rising cesarean section rate[J]. Clin Perinatol, 2008, 35(3): 519-529.
- [2] Maymon R, Svirsky R, Smorgick N, et al. Fertility performance and obstetric outcomes among women with previous cesarean scar pregnancy [J]. J Ultrasound Med,

2011, 30(9): 1179-1184.

- [3] Takeda A, Koyama K, Imoto S, et al. Diagnostic multimodal imaging and therapeutic transcatheter arterial chemoembolization for conservative management of hemorrhagic cesarean scar pregnancy [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2010, 152(2): 152-156.
- [4] 陈春林. 介入治疗在妇产科中的应用前景 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2000, 16(12): 761-762.
- [5] Einkenkel J, Stumpepp P, Kosling S, et al. Amisdiagnosed case of cesarean scar pregnancy [J]. Arch Gynecol Obstet, 2005, 271(1): 178-181.
- [6] 刘萍, 宁静, 郭琴. 完全性葡萄胎与胎儿共存 1 例细胞遗传学分析 [J]. 中国现代医学杂志, 2005, 15(3): 2239-2240.
- [7] 谭爱香, 郭春, 黄薇. 子宫动脉栓塞术治疗剖宫产后子宫瘢痕部位妊娠 46 例临床疗效分析 [J]. 实用妇产科杂志, 2011, 27(3): 211-213.
- [8] Arslan M, Pata O, Dilek TU, et al. Treatment of viable cesarean scar ectopic pregnancy with suction curettage [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2005, 89(2): 163-166.
- [9] Rotas MA, Haberman S, Levigur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management [J]. Obstet Gynecol, 2006, 107(6): 1373-1781.
- [10] Deans R, Abbott J. Hysteroscopic management of cesarean scar ectopic pregnancy [J]. Fertil Steril, 2010, 93(6): 1735-1740.
- [11] 李麟荪. 介入放射学 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1990: 103.
- [12] 孙晓龙, 石红春. 急诊介入栓塞对剖宫产后子宫瘢痕大出血的应用价值 [J]. 重庆医科大学学报, 2011, 36(9): 1135-1137.
- [13] 庄亚玲, 韦浪花, 王雯, 等. 应用子宫动脉栓塞术治疗剖宫产瘢痕处妊娠 [J]. 中华医学杂志, 2008, 88(9): 2372-2374.
- [14] 周晓, 严园. 剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠 10 例临床分析 [J]. 实用妇产科杂志, 2009, 25(3): 185-186.
- [15] 尹玲, 陶霞. 剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠 42 例临床分析 [J]. 中华妇产科杂志, 2009, 44(8): 566-569.