

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.02.024

阴式子宫瘢痕妊娠切除疗效及相关因素分析

蒋志峰,胡晓霞,赵仁峰[△]

(广西壮族自治区人民医院妇科,南宁 530021)

[摘要] **目的** 对阴式子宫瘢痕妊娠切除术与子宫动脉栓塞介入配合清宫术对于剖宫产疤痕部位妊娠(CSP)的治疗效果及相关因素进行比较分析。**方法** 比较阴式子宫瘢痕妊娠切除术患者(治疗组)与子宫动脉栓塞配合清宫术患者(对照组)的术后阴道流血量、术后疤痕持续妊娠率及平均住院时间,并对孕周、剖宫产次数、血绒毛膜促性腺激素(HCG)值、B超提示的包块大小及是否为活胎这5个因素与手术治疗成功与否的关系进行探讨。**结果** 治疗组患者的术后阴道流血量为(85.38±13.27)mL,术后疤痕持续妊娠率为2.56%,平均住院时间为(5.13±0.77)d,与对照组的(163.11±34.87)mL、11.90%、(8.12±1.88)d比较明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$);血HCG值、B超包块大小及活胎与手术治疗成功与否有关($P<0.05$),而剖宫产次数和孕周与手术治疗成功与否无明显关系($P>0.05$)。**结论** 阴式子宫瘢痕妊娠切除术出血量少且住院时间短;可有效降低血HCG值较高,活胎且包块体积较大的患者术后持续疤痕妊娠发生率。

[关键词] 阴式手术;子宫;瘢痕;病灶切除
[中图分类号] R714.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2016)02-0224-03

Efficacy of transvaginal cesarean scar pregnancy debridement surgery and the analysis of related factors

Jiang Zhifeng, Hu Xiaoxia, Zhao Renfeng[△]

(Department of Gynecology, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, NanNing, Guangxi 530021, China)

[Abstract] **Objective** Compare the efficacy of transvaginal cesarean scar pregnancy debridement surgery(treatment group) and the uterine artery embolization company with the curettage(control group) in the treatment of cesarean scar pregnancy and analyze the related factors of the failure of the surgery. **Methods** Postoperative vaginal bleeding, incidence of postoperative scar pregnancy again, and time of hospital stays after surgery were compared in two groups. Relationships between gestational age, cesarean section, the value of serum HCG, B-mass size, live births and surgical success rate were discussed. **Results** The mean amount of blood bleeding during operation of the treatment group was(85.38±13.27)mL, the rate of continue pregnancy after surgery was 2.56%, mean time of hospital stays was(5.13±0.77)d, Significantly lower than the control group[(163.11±34.87)mL, 11.90%, (8.12±1.88)d, all $P<0.05$]; Blood HCG value, B-mass size, and live births were related with surgical success rate($P<0.05$), But times of cesarean section and gestational age had no significant relationship with the surgical success rate($P>0.05$). **Conclusion** Tansvaginal cesarean scar pregnancy debridement surgery showed less damage on the treatment of cesarean scar pregnancy, and reduced the recurrence rate of the patient, who had high blood HCG levels, embryo survival and larger volume.

[Key words] trasvaginal; uterus; cicatrix; debridement

剖宫产疤痕部位妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)作为一种孕囊着床在剖宫产手术后疤痕处的一种比较罕见的异位妊娠类型,约占全部异位妊娠类型的6.1%^[1]。目前的治疗方法主要有单纯药物治疗、刮宫术、介入治疗、通过腹腔镜、开腹或经阴道疤痕局部切除术及子宫动脉栓塞术等^[2]。单纯的甲氨蝶呤(MTX)化疗及子宫动脉栓塞的治疗时间较长,患者的恢复较慢,存在血绒毛膜促性腺激素(HCG)下降缓慢、治疗后疤痕处异常低回声等弊端^[3]。阴式子宫瘢痕妊娠切除术目前国内外的报道较少,为一种较新的微创治疗CSP的方案,其优点是疗效确切、一次就可完全清除病灶、能够保留患者的生育能力,并降低术后疤痕持续妊娠率。本科自2009年至今共开展此类手术39例,并取得了较好治疗效果,现将研究结果总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2009年3月至2013年12月本院收治的CPS患者共81例,作为研究对象,所有患者均符合CSP的相关诊断标准,并具有以下临床表现和实验室检查结果:停经,

妊娠试验阳性,超声检查提示CSP。其中妊娠瘢痕部位的超声图像诊断标准参照Fyhtra等^[4]总结出的图像表现:(1)子宫腔及宫颈管内均无孕囊,空虚;(2)未见附件包块及子宫直肠陷凹积液的表现,并排除子宫破裂;(3)在子宫峡部前壁可见孕囊组织;(4)孕囊与膀胱之间的肌肉组织较少。所有患者年龄23~39岁,平均(33.2±5.7)岁;最后一次剖宫产距离此次妊娠时间为10个月至5年,平均(4.5±1.7)年。所有患者均具有不同时间段的停经史,时间1.5~4.0个月,平均(2.1±0.8)个月。将所有患者按照的手术方式的不同分为治疗组和对照组,对照组的42例患者的治疗方法为子宫动脉栓塞配合清宫术,治疗组的39例患者应用阴式子宫疤痕妊娠切除术进行手术治疗,且两组患者的年龄、血HCG值等方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 术前准备 所有患者入院后均进行心电图、肝肾功能、血常规及凝血常规等术前相关检查,确定入组患者无手术禁忌证,并对患者进行阴道准备,对于血HCG水平较高的患者可在手术前给予MTX进行辅助治疗。

1.3 手术方法 两组患者均在全身麻醉下手术治疗,体位截石位,术前利用导尿管将膀胱排空,常规消毒铺巾。治疗组利用阴道拉钩将患者的阴道及宫颈暴露出来,利用宫颈钳经宫颈上唇向下牵拉从而暴露出阴道前穹窿,于宫颈阴道间隙给予 0.06% 的肾上腺素盐溶液 500 mL 进行局部浸润注射,并利用水压将膀胱宫颈间隙分离。在宫颈钳钳夹处上方 2 cm 处进行切开,并进入膀胱宫颈间隙,利用手指将膀胱向外上方推开,至膀胱腹膜翻折,将阴道拉钩置入,可以看到蓝紫色的局部子宫浆膜层表面,利用探针进行探查可触及薄弱处,则考虑为疤痕妊娠病灶处。将疤痕组织切开可见暗红色血块伴妊娠组织突出,有时还可以见到绒毛组织。手术将剖宫产疤痕切除,并对组织物进行清除;利用皮钳钳夹其边缘,将小卵圆钳或弯钳伸入切口并将妊娠组织清除,利用吸管清理宫腔,在探针的指导下利用 2-0 薇乔线进行连续扣锁缝合切口。检查膀胱有无活动性出血点,并将腹膜进行缝合,最后利用 2-0 薇乔线对阴道壁进行连续扣锁缝合,留置导尿管,在阴道内放置 3 条碘油纱条,于术后 24 h 内取出。对照组患者行子宫动脉栓塞术配合清宫术进行治疗;在 DSA 电视的监控下,利用 Seldinger 技术将 5F 动脉鞘由右或者左侧股动脉穿刺进入并安置,经 DSA 造影反复确定靶血管后,向患者血管内注射稀释后的 MTX 25 mg,并使用 20~25 粒庆大霉素溶液浸泡过的 2.0 mm×1.0 mm×1.0 mm 的明胶海绵颗粒将小动脉栓塞,利用明胶海绵条将子宫动脉主干进行栓塞,直至子宫动脉主干远端呈杵状改变。在子宫动脉栓塞术进行 8~24 h 后实施清宫术,并将组织钳刮下送病理学检查,术后 3 d 内及以后的每周都要对患者的血 HCG 值进行检测,直至恢复正常水平。

1.4 术后处理 对两组患者进行术后预防感染治疗,并定期检测血 HCG 水平变化,若患者手术后血 HCG 的下降不明显甚至升高,手术后 3 d 内血 HCG 下降小于 20%,须注意手术中绒毛残留导致疤痕持续妊娠情况。

1.5 观测指标 对手术过程中两组患者的阴道流血量进行测量,止血纱一条浸透按 50 mL 进行计算,手术中活动性出血用弯盘收集计量,并统计两组患者术后疤痕持续妊娠率及平均住院时间,并对孕周、剖宫产次数、血 HCG 值、B 超提示的包块大小及是否为活胎这 5 个因素对手术是否成功有无影响进行探讨。

1.6 统计学处理 采用 SPSS15.0 软件进行数据统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验,计数资料用率表示,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 两组患者术中及术后情况比较 两组患者的手术均取得了成功,术中成功清除妊娠组织物 10~40 g,均已送病理检查证实为子宫平滑肌处的疤痕组织及绒毛妊娠组织。结果显示治疗组阴道流血量、术后疤痕持续妊娠率及平均住院时间均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 影响治疗组和对照组疗效的单因素分析 研究结果显示,当血 HCG 值大于或等于 10 000 U/L、B 超包块大于或等于 30 mm 及活胎时在两组间差异有统计学意义($P < 0.05$),此时治疗组疗效更好。而 HCG 小于 1 000 U/L、B 超包括小于 30 mm 及死胎时两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),孕周及剖宫产次数这两因素对手术成功率差异无任何影响。见表 2。

表 1 两组患者阴道流血量、平均住院时间、疤痕持续妊娠率比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	阴道流血量 ($\bar{x} \pm s$, mL)	平均住院时间 ($\bar{x} \pm s$, d)	疤痕持续 妊娠率[<i>n</i> (%)]
治疗组	39	85.38±13.27	5.13±0.77	1(2.56)
对照组	42	163.11±34.87	8.12±1.88	1(11.90)
<i>t/χ²</i>		13.065 4	9.235 7	5.201 3
<i>P</i>		0.000 1	0.000 1	0.028 4

表 2 影响两组患者手术成功的因素分析

相关因素	治疗组(<i>n</i> =39)		对照组(<i>n</i> =42)		χ^2	<i>P</i>
	<i>n</i>	成功例数[<i>n</i> (%)]	<i>n</i>	成功例数[<i>n</i> (%)]		
血 HCG 值(U/L)						
≥10 000	18	16(88.88)	17	8(47.06)	10.837	0.001
<10 000	21	20(95.24)	25	23(92.00)	0.202	0.372
B 超包块大小(mm)						
≥30	23	20(86.96)	19	10(52.63)	25.928	0.001
<30	16	16(100.00)	23	21(91.30)	1.478	0.061
剖宫产次数(次)						
1	29	27(93.10)	30	22(73.33)	0.362	0.526
≥2	10	9(90.00)	12	9(75.00)	0.826	0.781
孕周(周)						
≥6	24	21(87.50)	28	19(67.86)	0.217	0.598
<6	15	15(100.00)	14	12(85.71)	2.301	0.921
是否活胎						
是	34	31(91.18)	38	27(71.05)	18.821	0.001
否	5	5(100.00)	4	4(100.00)	0.902	0.568

3 讨 论

近年来,我国异位妊娠的发病率呈逐年上升趋势,虽然在一定程度上与阴道超声、腹腔镜及妊娠试验等超声诊断技术的准确率提升有一定的关系,但根本上取决于剖宫产等可导致异位妊娠发病的相关因素的增加^[5]。

剖宫产疤痕妊娠是一种罕见的妊娠风险类型,是受精卵穿过与子宫腔相同的微小裂隙而着床于剖宫产疤痕处的子宫肌膜内,且妊娠囊完全被纤维疤痕组织或者子宫肌膜包裹而与子宫腔隔离,这种类型的异位妊娠与其他类型的异位妊娠比较,出现子宫破裂和阴道大出血的风险较大^[6-7]。

CSP 的发病率近年来随着剖宫产率增高呈上升趋势,其发生子宫破裂和阴道大出血的风险极大,既往多按照异位妊娠的治疗原则采用急诊子宫切除或者双侧髂动脉结扎术进行治疗,前者将患者的子宫切除,虽然挽救了患者生命,但是丧失了生育能力,不被年轻的患者所接受,后者则易损伤患者的卵巢和膀胱,并发症较多^[8]。目前 CSP 的治疗方式主要有腹腔镜或开腹切除疤痕妊娠、子宫动脉栓塞术及阴式子宫疤痕妊娠切除术等。开腹切除疤痕妊娠的创伤较大且腹部留下手术切口影响美观,而腹腔镜疤痕局部切除术对手术缝合技术要求较高,如果缝合效果不理想再次疤痕妊娠的风险也随之升高,故本文

着重讨论子宫动脉栓塞术及阴式子宫疤痕妊娠切除术。子宫动脉栓塞术通过股动脉向子宫动脉注射栓塞剂,从而有效地起到快速止血的作用,并可以同时保留患者的子宫和生育能力^[9]。子宫动脉栓塞术既是子宫瘢痕部位妊娠发生大出血时的紧急止血措施,更可以预防其继续出血,为后续的清宫术或者手术治疗创造条件^[10]。对于血 HCG 水平较高,绒毛活性较强的患者,及早进行子宫动脉栓塞术可以迅速阻断血流,使得滋养细胞失去活性,从而起到避免大出血及子宫切除的风险^[11]。子宫动脉栓塞术用到的明胶海绵颗粒可以在手术后 1~3 周被机体吸收,使血管得以再通,从而减少对正常盆腔组织的血液供应影响^[12-13]。近年来许多报道也证实子宫动脉栓塞术治疗 CSP 疗效确切,配合清宫术治疗能有效地防止术后出血及缩短病程。但是介入治疗后子宫由于暂时性的缺血及妊娠组织坏死会出现阴道少量流血、下肢疼痛和发热等并发症,通常不需要进行特殊的处理,但严重的栓塞剂反流引起的臀部疼痛仍需要引起临床的重视^[14]。

阴式子宫瘢痕妊娠切除术是一种新的微创治疗 CSP 方案,本院近年来一共开展此类手术 30 余例,并取得较好的治疗效果,现将手术治疗经验介绍如下:(1)术者在手术过程中应尽量将妊娠组织清除干净,并在取出妊娠物后使用吸管将宫腔清理干净,从而避免术后陈旧性疤痕处妊娠并发症的发生;(2)为减少术中的出血可在宫颈注射 2 U 垂体后叶素;(3)使用水压分离膀胱宫颈间隙时,应尽量避免膀胱尿道损伤,防止膀胱阴道瘘的发生;(4)对子宫壁进行修补时,应在探针的指导下仔细地将子宫壁全层进行连续扣锁缝合切口,以防止疤痕部位微通道或者子宫憩室的再次形成,降低子宫瘢痕部位妊娠的发生概率,减少对再次生育的影响;(5)密切观察患者手术后血 HCG 水平,如果患者手术后血 HCG 水平降低不明显甚至升高,或者 3 d 后的血 HCG 水平下降小于 20%,提示手术过程中的绒毛残留导致疤痕部位持续妊娠。阴式子宫疤痕妊娠切除术能够将病灶完整地清除,保留患者的生育能力,患者术后血 HCG 水平下降快,患者的术后恢复迅速,术后无月经淋漓等优势,但国内外开展例数较少。

黄晓斌等^[15]认为 HCG 值、B 超包块大小及活胎、剖宫产次数、孕周这几个因素在异位妊娠的诊断和治疗过程中有重要的价值。术前患者的血 HCG $\geq 10\,000$ U/L 为常见的高危因素,而孕周的长短与诊断时间有关,可以间接地反映胚胎活性,但在有无残留方面仍有欠缺。B 超包块大小和是否活胎可以间接反应出滋养细胞的活性,剖宫产次数的增多则易引起异位妊娠。本研究中所有患者的尿妊娠实验均呈阳性,血 HCG 水平为 6.99~79 083 U/L,平均(21 839.83 \pm 2 984.98) U/L。且研究结果显示:治疗组患者的术后阴道流血量、术后疤痕持续妊娠率及平均住院时间较对照组明显降低;证实血 HCG 值、B 超包块大小及活胎与手术治疗成功与否有关,如果 HCG 值较高,活胎且包块偏大时最好直接采取阴式子宫瘢痕切除术治疗,预后较好,而剖宫产次数与手术治疗成功与否无明显关系。

综上所述,阴式子宫瘢痕妊娠切除术无论在术后出血量和患者康复时间方面均优于子宫动脉栓塞配合清宫术,术后基本无再次阴道大量流血导致治疗失败情况发生,同时可以明显缩

短疤痕妊娠患者的平均住院时间,并能有效降低术后疤痕持续妊娠率。而且当 HCG 值较高,活胎且包块偏大时最好直接采取阴式子宫瘢痕切除术进行治疗,其治疗成功率和治疗效果明显优于子宫动脉栓塞配合清宫术,值得临床应用和推广。

参考文献

- [1] 张祖威,常亚杰,陈玉清. 阴式子宫切口疤痕妊娠病灶清除术治疗剖宫产切口疤痕妊娠[J]. 中山大学学报,2011,32(5):689-693.
- [2] Tinelli A, Tinelli R, Malvasi A. Laparoscopic management of cervical-isthmic pregnancy: a proposal method[J]. Fert Ster, 2009,92(2):8293-8296.
- [3] Jurkovic D. Cesarean scar pregnancy and placenta accrete[J]. Ultrasound Obstet Gynecol,2014,43(4):361-362.
- [4] Fyhra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review[J]. Obstet Gynecol Surv,2002,57(8):537-543.
- [5] 李东燕,郝敏. 260 例异位妊娠患者发病相关因素及预防措施分析[J]. 中国妇幼保健,2012,27(24):3839-3840.
- [6] Lu HY, Zhang WH, Shan J, et al. Study on 31 cases with cesarean scar pregnancy treated by trasvaginal surgery[J]. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi,2011,46(12):917-922.
- [7] 艾志刚,高淑凤,张雪辉. 子宫动脉化疗栓塞联合清宫术治疗剖宫产瘢痕部位妊娠[J]. 介入放射学杂志,2010,19(11):901-904.
- [8] 田韵凌. 13 例剖宫产子宫切口疤痕部位妊娠临床病例分析[D]. 太原:山西医科大学,2012.
- [9] 闫鼎鼎. 子宫动脉栓塞术治疗剖宫产术后子宫疤痕妊娠 30 例临床分析[D]. 杭州:浙江大学,2009.
- [10] Firouznia K, Ghanaati H, Jalali AH, et al. Uterine artery embolization for treatment of symptomatic fibroids: a review of the evidence[J]. Iran Red Crescent Med J,2013,15(12):e16699.
- [11] 熊苗芳,周承凯,王泽华. 子宫动脉灌注化疗加栓塞术治疗子宫瘢痕部位妊娠的应用研究[J]. 中国妇幼保健,2011,26(25):3861-3863.
- [12] Yang XY, Yu H, Li KM, et al. Uterine artery embolisation combined with local methotrexate for treatment of cesarean scar pregnancy[J]. BJOG,2010,117(8):990-996.
- [13] 祝洪澜,梁旭东,关菁,等. 子宫动脉栓塞术联合宫腔镜在宫颈妊娠中的应用[J]. 中国妇产科临床杂志,2011,12(1):35-38.
- [14] 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(5):211-213.
- [15] 黄晓斌,柳晓春,郑玉华,等. 腹腔镜保守性手术后持续性异位妊娠的有关因素分析[J]. 中国微创外科杂志,2012,12(10):873-875.