

经阴式组织清除术治疗子宫疤痕妊娠的价值

洪 澜, 杨舒盈, 贺国丽

(海南省人民医院妇科, 海南 海口 570311)

【摘要】 目的 探讨经阴式组织清除术治疗剖宫产后子宫疤痕妊娠的价值。方法 回顾性分析我院2006年10月至2012年10月期间治疗的32例子宫疤痕妊娠患者的临床诊治资料。结果 患者均有剖宫产史, 经阴道彩超检查诊断。非手术组10例包括单纯MTX化疗2例及子宫动脉介入栓塞治疗8例, 治愈率为90.5%, 副反应发生率为42.3%, 37.2%的患者出现术后月经恢复后淋漓不尽现象, 1例患者再次妊娠; 手术组行病灶切除术22例, 包括经阴式手术14例, 宫腹腔镜联合手术8例, 治愈率为100%, 无手术并发症, 血HCG下降至正常时间短, 月经恢复至正常时间短, 8例再孕。结论 经阴式组织清除术治疗子宫疤痕妊娠具有手术时间短、出血少、再孕率高、安全可靠等优势, 值得推广应用。

【关键词】 经阴式组织清除术; 疤痕妊娠; 剖宫产

【中图分类号】 R714.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2015)05-0735-03

Clinical value of transnational debridement surgery in the treatment of cesarean scar pregnancy. HONG Lan, YANG Shu-ying, HE Guo-li. Department of Gynecology, People's Hospital of Hainan Province, Haikou 570311, Hainan, CHINA

【Abstract】 Objective To explore the clinical value of translational debridement surgery in the treatment of cesarean scar pregnancy. **Methods** The clinical data of 32 cases with cesarean scar pregnancy diagnosed and treated in People's Hospital of Hainan Province from October 2006 to October 2012 were retrospectively analyzed. **Results** All patients had history of cesarean section, and were diagnosed by ultrasonography examination. Non-surgical group included 10 cases (pure MTX chemotherapy in 2 cases and uterine artery embolism in 8 cases), with the cure rate of 90.5% and incidence of adverse events of 42.3%. 37.2% of which were found with menstrual dripping phenomenon after postoperative recovery and 1 case was pregnant again. The remaining 22 cases were managed by surgical lesion resection (14 by transvaginal cesarean scar pregnancy debridement surgery and 8 by hysteroscopy and laparoscopy combined with surgery), and the cure rate was 100%, with no complications. Postoperative blood HCG decreased faster, and postoperative recovery period was shorter. Eight cases were pregnant again. **Conclusion** Transvaginal debridement surgery is a valuable, safe and reliable treatment for cesarean scar pregnancy with merits of shorter operative time and less bleeding, which is worthy of clinical application.

【Key words】 Transnational debridement surgery; Scar pregnancy; Cesarean section

剖宫产术后子宫疤痕妊娠(Cesarean scar pregnancy, CSP)是剖宫产的远期并发症之一, 发生率随着剖宫产率的升高明显升高^[1], 但目前尚缺少统一规范的治疗方案, 既往的病例报道多倾向于非手术治疗, 包括药物保守治疗及子宫动脉栓塞术。近年来, 多数学者认为手术治疗(即病灶清除术)可以明显缩短治疗周期, 术后恢复快^[2]。本文通过比较不同治疗方案的疗效, 探讨阴式病灶清除术治疗子宫疤痕妊娠的价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2006年10月至2012年10月在海南省人民医院住院诊断为子宫切口疤痕妊娠

的32例患者。所有患者均有剖宫产史, 且均为新式子宫下段横行剖宫产; 年龄23~42岁, 平均(32.40±3.15)岁; 末次剖宫产距疤痕妊娠时间11个月~5年, 平均(3.2±1.6)年; 停经天数34~88 d, 平均(42.34±11.23) d。其中4例为第2次剖宫产术后, 其余均剖宫产1次。32例中18例在外院行人流术, 2例术中大出血转我院治疗, 或术后持续阴道出血来我院诊断为子宫疤痕妊娠, 所有患者治疗前均经阴道彩超诊断。

1.2 治疗方法

1.2.1 非手术组 非手术组10例, 采用单纯甲氨蝶呤(MTX)化疗2例, 给予MTX 50 mg/m²单次肌肉注射, 于第1、4、7天复查血人绒毛膜促性腺激素

(HCG)、血常规,于1周后复查B超,若1周后血HCG下降小于15%,则按此剂量重复治疗1~3个疗程。采用子宫动脉介入栓塞治疗8例,给予MTX 50 mg动脉灌注化疗,1周后复查血HCG,若血HCG下降小于50%,则追加MTX 50 mg肌注。

1.2.2 手术组 手术组22例,均行病灶清除术,14例经阴式手术,其中1例为孕8周活胎,术中出现子宫收缩不良,阴道出血多,加强宫缩及止血,置尿管压迫宫腔后好转,8例经腹腔镜宫腔镜手术,若血HCG高于5 000 mIU/ml,则术前予MTX 50 mg肌肉注射,待HCG下降至3 000 mIU/ml后再行腹腔镜或宫腔镜手术。

1.3 观察指标 所有患者治疗后每周复查血HCG,每半个月复查B超,至血HCG下降至1 000 mIU/ml,包块小于3 cm,出院随诊。术后避孕3个月,随访6个月~7年,了解HCG恢复至正常所需时间、月经情况、是否再次妊娠及妊娠情况。

1.4 统计学方法 应用SPSS13.0统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,多组间差异的比较采用方差分析,组间两两比较采用 t 检验,计数资料两组间的差异比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 非手术组 10例中单纯化疗的2例经化疗后均治愈,2例均出现胃肠道反应,1例出现脱发。8例行子宫动脉栓塞治疗者中7例成功,1例术后出现发热,经抗感染治疗后痊愈,2例出现月经恢复后淋漓不尽表现,2个月后正常。

2.2 手术组 腹腔镜宫腔镜手术8例和阴式手术治疗14例均成功,均无手术并发症。

2.3 各组治疗后HCG恢复至正常的时间、并发症和术后妊娠例数比较 HCG恢复时间各组间比较差异有统计学意义($F=6.02, P<0.05$),其中非手术组两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$),手术组两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$),非手术组的子宫动脉栓塞组与手术组的腹腔镜组比较差异有统计学意义($P<0.05$),阴式手术组HCG恢复时间较其他组时间短;并发症例数采用 χ^2 检验,各组间比较有统计学意义($\chi^2=8.34, P<0.05$),单纯MTX组出现并发症率较其他组高,手术组并发症少。术后妊娠例数采用 χ^2 检验,各组间比较差异有统计学意义($\chi^2=9.12, P<0.01$),腹腔镜手术组妊娠率与非手术组子宫动脉栓塞组比较差异有统计学意义($P<0.05$),阴式手术组妊娠率较腹腔镜组高,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 各组治疗恢复情况观察指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	HCG恢复 正常时间(d)	并发症 例数	术后妊娠 例数
单纯MTX组	2	95.2±23.7	2	0
子宫动脉栓塞组	8	82.4±25.7	3	1
腹腔镜手术组	8	29.3±2.4	0	3
阴式手术组	14	25.0±1.3	0	6
F 值或 χ^2 值		6.02	8.34	9.12
P 值		0.01	0.03	0.01

2.4 手术组患者的观察指标比较 经阴式手术和腹腔镜手术患者的手术时间和术中出血量比较差异均无统计学意义($P>0.05$),而治疗费用比较差异有统计学意义($P>0.05$),阴式手术组治疗费用较少,见表2。

表2 手术组观察指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	手术时间(min)	术中出血量(ml)	治疗费用(元)
腹腔镜手术组	45.3±20.4	68.5±25.4	15235.5±1030.43
阴式手术组	40.3±17.4	62.5±20.4	10005.5±230.43
t 值	0.056	0.876	2.402
P 值	0.345	0.112	0.035

3 讨论

CSP是指孕囊不正常的着床在子宫下段原剖宫产疤痕的肌层或纤维组织处可能威胁生命的特殊的异位妊娠^[1],近十年来,随着剖宫产率的增加,临床和超声科医师对该病认识的提高,报道病率逐渐增多,成为临床的常见病。

CSP患者多表现为停经后阴道出血,可伴随轻微下腹胀痛。崔雪蓉等^[3]的综述中参考有关文献,归纳剖宫产疤痕早期妊娠时阴道超声检查的特点为:(1)子宫腔内及宫颈管内无妊娠囊,附件区未探及包块;(2)子宫峡部前壁(瘢痕)见孕囊生长发育;(3)膀胱和妊娠囊之间肌壁薄弱;(4)彩色多普勒血流成像在妊娠囊或包块周边探及明显的环状血流信号。复杂不易鉴别的病例可辅助MRI、宫腔镜、腹腔镜等检查。

CSP可导致子宫破裂,出现难以控制的大出血,一旦明确诊断,需及时终止妊娠。目前,对该病的治疗主要包括非手术治疗和手术治疗,但缺乏统一的治疗标准^[4]。

3.1 非手术治疗 MTX通过抑制滋养细胞增生使绒毛变性坏死达到治疗目的。陈玉清等^[2]报道,12例患者MTX单纯化疗成功率为83.3%(10/12)。本组2例单纯化疗治疗病例均成功,但其中1例治疗前血HCG为6 000 mIU/ml,血HCG下降至正常水平需16周,正常月经恢复时间需18周,治疗过程中反复出现阴道不规则出血,易合并感染,患者反复随诊,心理压力。一般认为,单纯化疗更适合治疗血HCG小

于2 000 mIU/ml,妊娠包块小于4 cm,超声检查病灶未见异常血流信号的病例^[5]。子宫动脉栓塞治疗通过阻断子宫血流,使滋养细胞活性丧失,栓塞过程中灌注化疗药物通过局部高浓度的杀胚胎药物加速滋养细胞活性的丧失,属局部用药,药物副反应较轻,但子宫动脉的阻断是短暂的,仍有再次出血的可能,需要再次栓塞甚至切除子宫。另一方面,栓塞治疗有一定的并发症,如发热、腹痛、盆腔感染、子宫内膜萎缩、永久性闭经、卵巢早衰等^[6-8],子宫动脉栓塞治疗适合血HCG高、病灶血流丰富、年轻、有生育要求者。本组8例子宫动脉栓塞治疗,HCG恢复至正常所需时间较单纯化疗有所缩短,但仍需1~2个月,治疗费用明显增加。单纯化疗及动脉栓塞保守治疗CSP,均存在治疗时间长、血HCG下降缓慢、包块消失所需时间长、患者月经来潮后出现淋漓不尽等情况,恢复慢,副反应较重。子宫动脉栓塞治疗可减少急性大出血的风险,但随时可能出现子宫穿透需行子宫切除术,治疗过程中有反复阴道出血,病灶吸收缓慢,疗程较长。此外,非手术组处理病灶通过杀死胚胎,组织吸收达到痊愈,瘢痕处缺损未被吸收,可能影响日后的妊娠,存在再次出现CSP的可能性。

3.2 手术治疗 近年来,采用不同术式治疗CSP的报道相继出现,多数作者认为手术治疗是一种安全有效的方法,能够完全清除病灶,修复子宫下段前壁疤痕,术后血HCG下降快,患者恢复快,减少CSP再次发生的几率等优点。随着微创手术观念的深入,腹腔镜和经阴式手术成为治疗CSP的主要手术方式。本组22例手术治疗病例,和非手术组的HCG恢复时间、月经恢复时间、并发症例数和再次妊娠例数等指标进行统计学分析,差异均有统计学意义。而14例经阴式手术病例和8例腹腔镜手术病例,均行病灶切除术,手术时间、术中出血量,HCG恢复所需时间、月经恢复时间差异均无统计学意义,腹腔镜治疗住院费用明显高于经阴式手术组,治疗费用差异有统计学意义。腹腔镜治疗未对切口进行修补缝合重建,日后仍

有再次切口瘢痕妊娠的可能,腹腔镜及阴式手术均可以对子宫进行修复,保留生育功能,减少再次切口部位妊娠的风险,但腹腔镜对医院设备及手术医师要求较高^[9],在基层医院难以推广。需要强调的是,手术时机的选择也很重要。本组腹腔镜手术病例,术前检查血HCG,若高于5 000 mIU/ml,则术前用药待HCG下降至3 000 mIU/ml后再行手术,因HCG较高者,绒毛活性高,术中出血相对多,腹腔镜下止血相对困难。相比之下,经阴式手术术前无需药物治疗降低HCG,可以在直视下去除病灶及子宫憩室,术中止血更有优势,术后恢复快,费用低,凸显诸多明显优势。

综上所述,经阴式病灶切除术治疗CSP不仅具有手术创伤小、出血少、恢复快、费用低等优势,而且适合HCG高、绒毛活性强等各种类型CSP,其价值将逐步得到广泛认同,值得推广应用。

参考文献

- [1] Shen L, Tan A, Zhu H, et al. Bilateral uterine arterychemoembolization with methotrexate for cesarean sca pregnancy [J]. Am J Obstet Gynecol, 2012, 207(5): 386.
- [2] 陈玉清, 常亚杰, 冯丽萍. 子宫切口瘢痕妊娠治疗策略分析[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(18): 3383-3385.
- [3] 崔雪蓉, 卞度宏. 剖宫产术后子宫疤痕妊娠的临床诊治进展[J]. 疑难病杂志, 2012, 11(7): 562-564.
- [4] 王世阔. 剖宫产瘢痕部位妊娠[J]. 实用妇产科杂志, 2009, 25(4): 195-196.
- [5] 乐杰. 妇产科学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 2109.
- [6] Zhuang Y, Huang L. Uterine artery embolization compared with methotrexate for the management of pregnancy implanted within a cesarean scar [J]. Am J Obster Gynecol, 2009, 201(2): 152-153.
- [7] 洪澜, 陈旺生, 杨舒盈, 等. 子宫动脉栓塞治疗子宫肌瘤远期疗效随访评价[J]. 实用妇产科杂志, 2009, 25(8): 481-483.
- [8] 洪澜, 杨舒盈, 陈旺生, 等. 子宫动脉栓塞治疗子宫肌瘤继发闭经分析与预防[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2008, 24(8): 767-769.
- [9] 夏曦, 李科珍, 黄晓园, 等. 特殊类型剖宫产术后子宫疤痕妊娠的手术方式研究[J]. 中华医学杂志, 2009, 33(5): 245-247.

(收稿日期:2014-07-16)