

剖宫产瘢痕部位妊娠的临床诊治分析*

夏晓平(安徽省六安市人民医院妇产科 237005)

【摘要】 目的 研究剖宫产瘢痕部位妊娠的临床表现、诊断及治疗方法,并探究其预后情况。**方法** 回顾性分析 2010 年 1 月至 2012 年 1 月该院收治的剖宫产瘢痕部位妊娠的患者 40 例,将其作为临床研究对象。其中 20 例患者采用局部注射药物治疗,即为对照组;另 20 例患者采用介入治疗,即为观察组。**结果** 观察组患者术中出血量、血人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)下降时间分别为(300.3±43.2)mL、(13.76±2.44)d,均明显低于对照组;观察组治疗后总有效率为 85.0%,明显高于对照组;观察组治疗后并发症总发生率为 30.0%,明显低于对照组,2 组比较差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。**结论** 介入治疗对剖宫产切口部位妊娠治疗效果较好,术中出血量明显减少,值得在临床上广泛推广。

【关键词】 剖宫产; 切口妊娠; 诊断; 介入治疗

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.12.011 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)12-1618-02

The clinical analysis of treatment with cesarean scar pregnancy XIA Xiao-ping (Obstetrics and Gynecology, Liuan People's Hospital, Liuan, Anhui 237005, China)

【Abstract】 Objective To study the clinical manifestations, treatment of cesarean scar pregnancy, and to further explore its prognosis. **Methods** A retrospective analysis of cesarean scar pregnancy was made on 40 patients admitted to the hospital from January 2010 to January 2012. They were served as the clinical study objects. Among them 20 cases were treated with drug therapy by local injection, namely control group. The rest were treated with interventional therapy, namely observation group. **Results** With regard to patients in observation group, the intraoperative blood loss and blood β -HCG decreased time were accordingly (300.3±43.2)mL, (13.76±2.44)d, significantly lower than those of control group. However, the observation group had 85% of total effective rate after treatment, significantly higher than that of control group. Besides, its overall complication rate after treatment was 30%, significantly lower than that of control group, as it was of statistical significance ($P < 0.05$). **Conclusion** Interventional therapy is good therapy for cesarean section scar pregnancy, which can reduce significantly the amount of bleeding. Thus, it is worthy of popularization in clinical practice.

【Key words】 cesarean scar pregnancy; diagnosis; interventional therapy

近几年来,妇产科剖宫产率呈明显的上升趋势,剖宫产切口妊娠(CSP)的发生率也随之升高,CSP 是剖宫产远期并发症中最为常见的一种,此并发症在异位妊娠中极为少见,危险性极高。CSP 是指剖宫产手术后胚胎着床于子宫切口瘢痕的微小缝隙上,应及早对该并发症进行诊断治疗,误诊或延误治疗均会使手术出血量增加,导致大出血,从而导致患者子宫切除,严重降低患者的生活质量^[1]。CSP 临床表现特异性较低,易误诊且并发症较多,故应及时对切口部位妊娠进行有效的处理,对于改善患者的预后具有极其重要的作用。目前,我国关于 CSP 治疗方案的研究报道较多^[2-3]。本研究对该院收治的剖宫产瘢痕部位妊娠患者采用介入治疗,效果显著。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2010 年 1 月至 2012 年 1 月该院收治的剖宫产瘢痕部位妊娠的 40 例患者,将其作为临床研究对象。所有患者经 B 超或 MRI 辅助诊断,结果均符合以下诊

断标准:(1)宫腔空虚,内未见妊娠物连接,即无妊娠的证据。(2)宫颈形态正常,宫颈管无妊娠组织的连接,即管内无妊娠的证据。(3)妊娠物位于子宫前壁峡部剖宫产瘢痕处。(4)膀胱和妊娠囊之间没有子宫肌层组织存在。临床表现为患者均有停经史,发病时均有少量的无痛性阴道出血。根据不同的治疗方法将患者随机分为 2 组,对照组患者 20 例,年龄为 25~43 岁,平均年龄(30.7±2.3)岁,停经天数为 40~84 d,平均停经天数(60.3±2.0)d,其中 15 例剖宫产 2 次,5 例剖宫产 1 次。观察组患者 20 例,年龄为 21~34 岁,平均年龄(29.2±3.6)岁,停经天数为 42~83 d,平均停经天数(63.6±3.2)d,其中 14 例剖宫产 2 次,6 例剖宫产 1 次。患者及家属均事先知情并同意接受研究。2 组患者在年龄、停经天数等方面差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 所有患者入院后全面进行常规检验检查、超声检查,并检测血人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)。其中对照组患者采用药物局部注射治疗,单次肌肉注射甲氨蝶呤+米非司酮治

* 基金项目:安徽省科技局资助项目(CI-D1087KD)。

作者简介:夏晓平,女,硕士,副主任医师,主要从事临床生殖医学研究。

疗,甲氨蝶呤剂量为 50 mg,同时当天口服米非司酮,每日两次,早晚服用,每次剂量为 50 mg,连续服用 3 d。观察组患者选用子宫动脉介入治疗,并在超声监护指导下刮宫进行治疗,方法:从患者的双侧子宫动脉内灌注 50 mg 甲氨蝶呤,同时用明胶海绵颗粒进行填塞,48 h 后若血 β -HCG 出现明显下降,再进行刮宫,刮宫必须在 B 超监护下进行,疗程为 6 d。部分停经时间超过 60 d 的患者采用子宫动脉介入治疗+子宫前壁病灶清除术进行治疗,甲氨蝶呤剂量为 100 mg,灌注方法同上,待 56 h 后若出现血 β -HCG 明显下降,且 B 超提示包块周边血流明显减少时即可对患者子宫前壁病灶行切除手术加修补术,疗程为 20 d。观察组患者同时口服米非司酮,方法同对照组。

1.3 观察指标 观察并比较 2 组患者术中出血量、血 β -HCG 下降时间及并发症发生情况,同时比较 2 组疗效。疗效判断标准:若患者临床症状减轻或消失、血 β -HCG 持续下降至正常、超声提示子宫下段切口处包块明显缩小、盆腔积液减少或者完全消失、腹腔无内出血发生,为显效;若上述情况出现改善为有效;若上述情况未改善甚至加重为无效^[4]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 18.0 统计软件对本研究所取得的数据进行分析,组间计量资料采取独立样本 *t* 检验,计数资料使用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者术中出血量及血 β -HCG 下降时间比较 观察组患者术中出血量明显少于对照组,且血 β -HCG 下降时间也明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者术中出血量及血 β -HCG 下降时间结果比较($n, \bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术中出血量(mL)	血 β -HCG 下降时间(d)
观察组	20	300.3 \pm 43.2	13.76 \pm 2.44
对照组	20	560.2 \pm 49.5	21.32 \pm 4.42
<i>t</i> 值		34.294	9.325
<i>P</i> 值		<0.05	<0.05

2.2 2 组患者的疗效比较 观察组治疗后总有效率明显高于对照组,疗效优于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.29, P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者的疗效结果比较[$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
观察组	20	7(35.0)	10(50.0)	3(15.0)	17(85.0)
对照组	20	4(20.0)	7(35.0)	9(45.0)	11(55.0)

2.3 2 组患者治疗后并发症的发生率比较 治疗后观察组患者并发症的发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.91, P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者治疗后并发症结果比较[$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	发热	口腔炎	肝酶上升	消化道	总发生率
观察组	20	3(15.0)	0	1(5.0)	2(10.0)	6(30.0)
对照组	20	4(20.0)	1(5.0)	2(10.0)	6(30.0)	13(65.0)

3 讨论

国内外多数研究显示,剖宫产瘢痕部位妊娠的首诊误诊率较高,大多数患者被误诊为早孕,对早孕患者行人工流产术或药物流产易造成术中或术后大出血,甚至会引引起子宫破裂而需行子宫切除,使患者的生育能力完全丧失^[5-6]。相关文献报道表明,发生切口妊娠的患者多为有子宫下段剖宫产史的育龄女性,多发生在前次剖宫产后几个月,认为这与愈合不全的切口有助于胎盘的植入有关,提示再次妊娠的间隔时间也与切口妊娠的发生有关^[7-8],目前,临床上对剖宫产瘢痕部位妊娠的病因尚不明确。切口妊娠的主要症状为无痛性的不规则阴道流血,无痛性不规则阴道流血可发生在人工流产术、清宫术或药物流产后,阴道流血与绒毛滋养叶细胞侵袭子宫肌层而破坏局部血管相关,血管破坏的程度越大,流血越多,血管严重破坏还会导致阴道大出血,威胁患者的生命健康^[9-11]。

反复行清宫术的患者在剖宫时对子宫内膜及肌层造成了损害,并在愈合过程中形成瘢痕,瘢痕对受精卵的植入具有很大的帮助。故早期诊断病因、治疗有助于预防严重并发症及改善预后。临床上对剖宫产瘢痕部位妊娠的辅助检查以阴道超声检查为主,B 超可提示子宫内确切占位,对孕囊的位置及子宫肌层血流动力学改变也有一定的提示作用,彩色多普勒超声检查可进一步检查妊娠组织内的血流情况,故剖宫产瘢痕部位妊娠的初步诊断手段以选择阴道超声检查为主。本研究对 40 例子宫下段剖宫产瘢痕部位妊娠的患者进行超声检查,影像图表现为宫腔内及宫颈管内无孕囊、妊娠囊位于子宫前壁峡部、在膀胱和妊娠囊之间缺乏子宫肌层组织。CSP 的首要治疗以杀灭胚胎为主,一般采用甲氨蝶呤(MTX)保守治疗,MTX 是一种影响细胞代谢的叶酸拮抗剂,既可全身用药也可局部注射用药,MTX 对胚胎周围的绒毛组织具有一定的破坏性,可将胚胎杀灭,减少刮宫时的出血量^[12-14]。

MTX 药物治疗后待血 β -HCG 水平下降后在 B 超监测下进行手术治疗较局部胎囊注射用药,可避免纯清宫术造成的损伤,且在 B 超监测下能及时发现刮宫时子宫切口处的穿孔切口及出血量,能及时对病情进行处理。本研究结果显示,观察组术中出血量及血 β -HCG 下降时间均明显低于对照组,表明介入治疗可减少清宫术刮宫时的出血量,且血 β -HCG 明显下降。本组结果表明,观察组治疗后疗效显著,有效率明显高于对照组,且术后并发症的发生较对照组低,提示介入治疗较局部胎囊注射用药疗效更佳,这与临床上相关的研究报道较为相似^[15-18]。

综上所述,剖宫产后应提高切口的缝合技巧,并加强切口愈合情况监测,做好避孕指导,有利于减少 CSP 的发生。对剖宫产切口部位妊娠患者的治疗可根据病情选择介入治疗,MTX 保守治疗的同时辅以超声监护下刮宫治疗,不仅可减少术中出血量,且术后并发症较少,可显著提高患者生活质量。

参考文献

[1] 张均英. 瘢痕子宫再次妊娠分娩方式的选择[J]. 检验医学与临床, 2010, 12(6): 99-101.
 [2] 宋兵文. 剖宫产术后子宫切口妊娠 16 例临床分析[J]. 医学临床研究, 2009, 26(6): 1079-1080. (下转第 1622 页)

不良反应少,患者易于接受。

本组研究乌司他丁对 SAP 大鼠 NF-κB 活性、NF-κB mRNA 表达的影响。对照组和 SAP 模型组结果提示,NF-κB 活性与急性胰腺炎病理情况呈正相关关系($r=0.572$),说明通过 NF-κB 活性可抑制 SAP 的发展。采用乌司他丁静脉注射和乌司他丁腹腔灌注对 SAP 均有治疗效果,淀粉酶、脂肪酶检测结果表明,胰腺细胞 NF-κB 活性、NF-κB mRNA 表达等方面均优于对照组,与乌司他丁静脉注射组比较,乌司他丁腹腔灌注优势更为明显。

综上所述,乌司他丁对 SAP 大鼠有很好的疗效,可对 NF-κB 活性、NF-κB mRNA 表达进行合理有效控制,且腹腔灌注的给药方式效果更加显著,具有临床实际意义。

参考文献

[1] 王春丽,胡仲秋. 乌司他丁腹腔灌注在重症胰腺炎中的应用[J]. 中国实用医药,2013,19(1):71-73.

[2] 季雯婷,狄文. 乌司他丁联合奥曲肽治疗急性胰腺炎的临床疗效[J]. 国际妇产科学杂志,2013,40(2):138-141.

[3] 周波. 乌司他丁用于急性胰腺炎的效果评价[J]. 世界最新医学信息文摘,2013,13(7):8-10.

[4] 朱正文,俞斌. 乌司他丁治疗重症胰腺炎的效果分析[J]. 贵州医药,2013,37(6):529-530.

[5] Salim K, Fenton T, Bacha J, et al. Oligomerization of G protein coupled receptors shown by selective co-immuno-

precipitation[J]. JBC,2009,277(18):15482-15485.

[6] 顾立芳,伍少芬,何惠琼. 溃疡性结肠炎模型大鼠 NF-κB 活性、NF-κB mRNA 及 TNF-mRNA 的表达及芪倍合剂的干预作用[J]. 中国实用医刊,2013,40(4):88-89.

[7] 孟晓侠,陈智梅. PARP 抑制剂 5-AIQ 对小鼠结肠癌 CT26 细胞 PARP NF-κB 活性、NF-κB mRNA 活性的影响[J]. 实用心脑血管病杂志,2013,21(8):90-91.

[8] 周振苇,何志龙,施承松. 两种途径应用乌司他丁治疗重症急性胰腺炎的实验研究[J]. 现代医院,2013,13(8):56-57.

[9] 沈亚萍. 谷氨酰胺联合乌司他丁治疗对急性重症胰腺炎患者炎症因子的影响[J]. 浙江创伤外科,2013,18(2):173-174.

[10] 黄珍花,陆小婵. 不同营养支持对危重病患者 NF-κB 活性的影响及药物经济学分析[J]. 国际检验医学杂志,2011,32(2):221-223.

[11] Martin-Oliva D, Ovalle F, Munoz-Gamez JA, et al. Crosstalk between PARP-1 and NF-κB modulates the promotion of skin neoplasia[J]. Oncogene,2011,23(31):5275-5283.

[12] 徐萍. 乌司他丁治疗急性水肿型胰腺炎 100 例临床分析[J]. 中国药业,2012,21(21):94-95.

(收稿日期:2013-12-31 修回日期:2014-02-25)

(上接第 1619 页)

[3] 李月霞,杨雯,韩芳,等. 剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠 28 例分析[J]. 检验医学与临床,2010,3(4):109-111.

[4] 李建华,张磊,陈欣林,等. 超声造影在剖宫产瘢痕部位妊娠诊断中的临床应用价值[J]. 中华医学超声杂志,2009,6(4):684-689.

[5] Piérard-Franchimont C, Piérard GE. How I explore primary cicatricial alopecia[J]. Revue médicale de Liège,2012,67(1):44-50.

[6] 齐成秋,陆琳,孙华,等. 子宫切口妊娠的诊断及治疗[J]. 中国实用医药,2012,7(35):15-17.

[7] 吴闽君. 剖宫产术后子宫切口妊娠 21 例临床分析[J]. 中国综合临床,2008,24(21):72-73.

[8] 丁会莲,谢玉梅,孙凤玲. 剖宫产子宫切口裂伤 60 例的临床分析[J]. 检验医学与临床,2012,24(7):99-101.

[9] 刘玉兰. 子宫切口妊娠发病因素分析以及预防要求[J]. 国际医药卫生导报,2012,18(23):3459-3462.

[10] 李秀英,赵洪涛,王亚菊,等. 剖宫产术后子宫切口妊娠误诊临床分析[J]. 河北医学,2010,16(11):1400-1401.

[11] 谭莉,姜玉新. 子宫剖宫产切口处早期妊娠伴胎盘植入的

超声诊断和介入治疗[J]. 中华超声影像学杂志,2004,13(11):828-830.

[12] 王玲. 米非司酮配伍依沙吡啶在终止瘢痕子宫 14~20 周妊娠中的应用[J]. 检验医学与临床,2011,10(8):59-61.

[13] 谭昌莲. 剖宫产切口愈合不良的相关因素临床分析[J]. 中国实用医药,2008,25(13):44-45.

[14] 曾小连. 201 例剖宫产围手术期抗菌用药分析[J]. 中国医院药学杂志,2008,4(15):28-30.

[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,2012,12(4):45-47.

[16] 梁琼,苏美如. 剖宫产患者目标性监测与分析[J]. 中华医院感染学杂志,2010,5(15):90-92.

[17] Rajan S. Ectopic pregnancy within a cesarean section scar[J]. J Diagnos Med Sonogra,2006,22(17):395-398.

[18] Wang CJ, Chao AS, Yuen LT, et al. Endoscopic management of cesarean scar pregnancy[J]. Fertility and Sterility,2006,85(2):49-51.

(收稿日期:2013-12-23 修回日期:2014-01-30)