

两种方法治疗剖宫产术后疤痕处妊娠临床效果研究

孙华盛, 张影, 张利 (广东省深圳市龙华新区人民医院 518109)

【摘要】 目的 探讨采用孕囊穿刺、动脉栓塞治疗剖宫产后疤痕处妊娠(CSP)的临床效果。**方法** 病例为 2012 年 7 月至 2013 年 9 月期间来本院就诊的 132 例 CSP 患者,按照治疗方法分为两组,孕囊穿刺组及动脉栓塞组,各有 66 例患者,治疗方法分别为甲氨喋呤(MTX)及孕囊穿刺治疗;MTX 及子宫动脉栓塞术治疗,比较两组的出血量、平均住院时间及转经时间、治疗前后 β -人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)水平。**结果** 动脉栓塞组的出血量少于孕囊穿刺组,平均住院时间及转经时间短于孕囊穿刺组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗 1 周后孕囊穿刺组 β -HCG 水平高于治疗前,动脉栓塞组 β -HCG 水平低于治疗前,两组治疗 2 周均低于治疗 1 周,差异有统计学意义($P<0.05$);动脉栓塞组 β -HCG 水平治疗 1 周及治疗 2 周时均低于孕囊穿刺组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 剖宫产术后疤痕处妊娠患者采用动脉栓塞治疗效果较好,治疗周期短,有利于患者生活质量的提高。

【关键词】 剖宫产; 疤痕; 妊娠; 孕囊穿刺; 动脉栓塞

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.15.027 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)15-2110-03

Research on the effect of two treatment methods for cesarean scar pregnancy SUN Hua-sheng, ZHANG Ying, ZHANG Li (People's Hospital of Longhua New District in Shenzhen City, Guangdong Province, 518109, China)

【Abstract】 Objective To explore the clinical results of gestational sac puncture and arterial embolization in treatment for cesarean scar pregnancy(CSP). **Methods** Case for the July 2012 to September 2013 our hospital 132 cases of cesarean scar pregnancy patients divided into two groups according to treatment, gestational sac puncture embolization group and each group of 66 patients, methods of treatment were methotrexate and gestational sac puncture; methotrexate and uterine artery embolization, amount of bleeding were compared, the average hospitalization time and turning time, β -HCG levels before and after treatment. **Results** Bleeding artery embolization group was less than the gestational sac puncture group, the average hospital stay and prayer time is shorter than the gestational sac puncture group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). Treatment one week gestational sac puncture group β -HCG levels higher than before treatment, arterial embolization group β -HCG levels lower than before treatment, 2 weeks after treatment were lower than 1 week of treatment, the difference was statistically significant ($P<0.05$); arterial embolization group β -HCG levels for 1 week and 2 weeks of treatment were lower than when the gestational sac puncture group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Cesarean scar pregnancy patients with arterial embolization is better, shorter treatment cycles, is conducive to improving the quality of life of patients.

【Key words】 cesarean section; scar; pregnancy; gestational sac puncture; artery embolization

随着现代社会选择剖宫产(CS)比例的增加,剖宫产后疤痕处妊娠(CSP)已经逐渐开始被人们更为广泛的认识。CSP 属于一种异位妊娠,是由于孕囊或胚胎组织着床于子宫切口疤痕处,一般常见于 CS 术,CSP 容易发生各种并发症,如子宫破裂、产后出血等,对孕产妇的生命健康造成严重威胁,严重的甚至需要将子宫切除,导致患者丧失生育功能^[1]。CSP 的发病率不详,文献报道也不多。Jurkovic 等根据参与产前评估的当地产妇情况估计 CSP 在当地的发病率为 1:1 800。最近的报道显示^[2],在所有的妊娠产妇中,CSP 的发生率为 1:2 226,而之前 CS 的女性中发病率为 0.15%,在至少经历一次剖宫产的异位妊娠中,发生率为 6.1%。对于 CSP 的发生过程也知之甚少,其发生具有高度的危险性,如处理不及时将导致子宫破裂、大出血甚至危及产妇生命。本文分别采用孕囊穿刺及动脉栓塞两种治疗方法对来本院就诊的 132 例 CSP 患者治疗,比较两种治疗方法的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例为 2012 年 7 月至 2013 年 9 月期间来本

院就诊的 132 例 CSP 患者,年龄最低 24 岁,患者临床表现主要为:停经 5~6 周后,出现不规则的阴道出血,且部分患者伴随下腹疼痛,也有少部分在妊娠 14~16 周才出现阴道流血,无其他症状出现,仅在药流后未见绒毛排出,而人流或清宫时大出血,患者体检未查出阳性指征。停经时间最短 1 个月,最长 12 周,平均停经时间(41.6 ± 6.8)d。一次及二次剖宫史例数分别为 81 例、51 例,平均产次(1.26 ± 0.21)次。距前次剖宫产时间最短 6 个月,最长 9 年,平均时间(3.72 ± 0.63)年。所有的患者按照治疗方法分为两组,孕囊穿刺组及动脉栓塞组各有 66 例患者。穿刺组:年龄 24~34 岁,平均(26.8 ± 4.8)岁,停经时间 1~2 个月,平均(35.4 ± 13.8)d,剖宫产史 1 次有 40 例,2 次有 26 例。栓塞组:年龄 25~36 岁,平均(27.5 ± 4.2)岁,停经时间 1~2 个月,平均(39.2 ± 11.1)d,剖宫产史 1 次有 41 例,2 次有 25 例。两组患者的年龄、停经时间、平均产次及距前次剖宫产时间等一般资料相比差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 孕囊穿刺组的治疗方法为甲氨喋呤(MTX)(1

mg/kg)及四氢叶酸钙(0.1 mg/kg),隔日肌肉注射,共 4 次,7 d 后该组患者实施孕囊液穿刺术将 MTX(25 mg)注入。动脉栓塞组的治疗方式为 MTX(25 mg)在患者局部麻醉经双侧子宫动脉插管后给药,栓塞使用明胶海绵颗粒,对两组患者的血 β -HCG 水平进行监测。术前对两组患者的肝肾功能、血、尿常规等进行检查。

1.3 观察指标 出血量(mL);平均住院时间及转经时间(d);血 β -HCG 水平(U/L),检测时间分别为治疗前、治疗 1 周及治疗 2 周。

1.4 统计学方法 研究数据由 SPSS13.0 统计软件分析,出血量等计量资料表示为 $\bar{x}\pm s$ 的形式,不同时间的比较采用方差分析,组间的比较采用 t 检验,计数资料的组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组出血量、平均住院时间及转经时间比较 治疗结束后,对两组产妇的出血量、平均住院时间及转经时间进行统计并比较。结果,动脉栓塞组的出血量(42.53 ± 7.11)mL 少于

孕囊穿刺组(70.16 ± 9.85)mL,平均住院时间及转经时间均先显著短于孕囊穿刺组,两组相比差异有统计学意义($P<0.05$)。提示,动脉栓塞治疗 CSP 可减少产妇出血量,并能节约住院时间和相应的经济成本。见表 1。

表 1 两组出血量、平均住院时间及转经时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	出血量(mL)	平均住院天数(d)	转经时间(d)
孕囊穿刺组	66	70.16±9.85	40.8±6.9	29.7±4.5
动脉栓塞组	66	42.53±7.11	31.6±4.9	17.4±3.7
<i>t</i>	—	6.49	5.28	4.14
<i>P</i>	—	<0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

2.2 两组治疗前后 β -HCG 水平 治疗 1 周孕囊穿刺组 β -HCG 水平高于治疗前,动脉栓塞组 β -HCG 水平低于治疗前,两组治疗 2 周均低于治疗 1 周,差异有统计学意义($P<0.05$);动脉栓塞组 β -HCG 水平治疗 1 周及治疗 2 周时均低于孕囊穿刺组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 β -HCG 水平($\bar{x}\pm s$,U/L)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周
孕囊穿刺组	66	9 548.13±1 479.51	11 036.72±1 875.67	4 448.56±695.04
动脉栓塞组	66	9 557.29±1 528.37	8 339.54±1 307.86	1 691.37±311.82
<i>t</i>	—	1.62	7.05	9.74
<i>P</i>	—	>0.05	<0.05	<0.05

注:—表示无数据。

3 讨 论

瘢痕妊娠是宫外孕中较为罕见的一种,目前其发病机制还不明确,有报道认为子宫瘢痕处内膜与肌层的破坏及瘢痕愈合缺陷会对瘢痕妊娠的发生造成一定的影响^[3]。分析国内外 CSP 的报道发现,对于 CSP 很少有第一孕期之后的报道,几乎所有的 CSP 均在第一孕期结束^[4-5]。原因分析可能是,如果 CSP 发展至第二孕期或第三孕期后,产妇出现子宫破裂和大出血的风险异常之大,且子宫切除术将造成严重的孕产妇疾病以及对未来的生育能力造成影响。同时 CSP 会引起生长的胎盘侵入膀胱的风险,在瘢痕处的妊娠如果继续存活,将植入其他腹部器官,并继续发展成为继发性腹部妊娠。然而,若继续在子宫内妊娠,则胎盘植入的风险将显著增加,至正常妊娠的 3~5 倍。也有文献描述了 CSP 进展至 35 周的情况,其伴随着 CS 大出血以及弥散型血管内凝血,并且仍然需要进行子宫切除。对于 CSP 的风险是否与之前经历的 CS 次数相关,目前尚没有一个明确的结论,一系列文献报道,50%~70% 的 CSP 发生于两次以上的 CS 术后。一部分人认为多次 CS 是 CSP 发生的重要危险因素,因为这增加了疤痕的表面积,而另外一部分人则不认同这种关联。CSP 的发生时间从早至妊娠开始 5~6 周,晚到妊娠开始的 16 周之后,早期症状主要是阴道出血伴随轻微疼痛,在 39% 的产妇中均出现该症状。

患者妊娠周期越长则瘢痕妊娠患者发生大出血及子宫切除的风险越大,使患者的生育能力丧失,这对于有生育要求的年轻女性无异于要承受巨大的打击。目前临床多采用经阴道超声检查诊断 CSP,该妊娠的诊断率可以通过阴道超声与腹部超声检查联合进行显著提高,孕囊包含胚芽及卵黄囊,联合检

测还可以使其与剖宫产瘢痕的关系得到更明确的显示,有利于对周围血流的情况进行更好更准确的监测,有利于治疗方案的制定^[7-8]。虽然目前对 CSP 的治疗方案还不统一,但是关键点为疾病的早期诊断及妊娠终止前的预处理,治疗的方案根据患者疾病及自身的具体情况制定,以杀死胚胎,将胚囊排出体外,使患者的生育功能得到保留作为瘢痕妊娠的临床治疗原则^[8-10]。

CSP 的治疗原则一般是以保障患者的生命安全为本,并在保留产妇的生育功能的前提下,尽可能的采取安全的方式杀死胚胎组织并排除妊娠囊,一般最先考虑药物和保守性的治疗,药物治疗可以使病灶组织坏死,进而缩小,这样可以减少术中出血量。然而保守治疗也存在明显的缺陷,即治疗周期较长,且对于 β -HCG>200 U/L 的病灶疗效有限^[12]。而手术切除并不适合所有患者,因为其存在对生育能力影响的风险,对于有生育要求的患者当谨慎考虑。子宫动脉栓塞是一种有效的介入治疗手段,根据临床反馈,不仅具有止血迅速,保障患者安全以及准确抵达病灶等优势,而且在宫腔镜下清宫,其对患者的创伤更小,疗效满意,得到了大多数患者的认可。

本次采用的孕囊穿刺治疗是经超声引导下的阴道孕囊穿刺,这样可以将 MTX 局部孕囊注射,明显提高了局部的血药浓度,降低了局部血流的供应,降低了全身不良反应的发生率,根据患者的具体情况在必要的情况下可以重复给药一次,在治疗 4~16 周大部分患者的血 β -HCG 水平可明显降低并接近正常水平。采用动脉栓塞治疗可以使血管损伤导致的大量阴道出血得到有效快速的控制。子宫动脉小剂量注射化疗药物甲氨蝶呤可以在栓塞术同时进行,以达到加速妊娠滋养细胞坏死

的作用,可以使胚胎在短期内死亡,促进滋养叶细胞丧失活性,降低子宫穿透大出血发生率^[12]。

动脉栓塞组的出血量少于孕囊穿刺组,平均住院时间及转经时间短于孕囊穿刺组。治疗 1 周孕囊穿刺组 β -HCG 水平高于治疗前,动脉栓塞组 β -HCG 水平低于治疗前,两组治疗 2 周均低于治疗 1 周;动脉栓塞组 β -HCG 水平治疗 1 周及治疗 2 周时均低于孕囊穿刺组。提示采用动脉栓塞对 CSP 患者治疗安全性较高,能够使有限的卫生资源得到有效的节约,缩短患者的病程,临床效果较好。研究中发现,动脉栓塞组患者的子宫均成功的得到保留,推测可能是因为在短时间内将作为栓塞剂的明胶海绵颗粒溶剂吸收,使子宫动脉再通。

总之,CSP 发生大出血的概率更大,对患者的生命造成严重的威胁,如果患者有剖宫产史,则对 CSP 的发生更要提高警惕,做到早期诊断,以使妊娠早期终止。有适应证的情况下可以采用动脉栓塞治疗,使大出血得到有效控制,子宫得到保留,降低患者并发症发生率,促进生活质量提高。

参考文献

- [1] 郑红梅. 剖宫产术后子宫疤痕处早期妊娠的诊治体会[J]. 现代医药卫生, 2013, 29(14): 2178-2179.
- [2] 胡红梅, 张苏英. 保守药物治疗剖宫产子宫切口疤痕妊娠的临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(11): 116-117.
- [3] Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen Consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review

[J]. Am J Obstet Gynecol, 2012, 207(1): 14-29.

- [4] 张岩, 柳友清, 吴大保. 不同手术方式对剖宫产术后疤痕妊娠的临床效果[J]. 中国临床保健杂志, 2013, 16(3): 274-276.
- [5] 徐惠, 王东梅. 疤痕子宫对再次妊娠分娩方式影响的探讨[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(4): 508-509.
- [6] 朱晓萍, 曾淑华, 李艳娜, 等. 经腹及经阴道超声在剖宫产术后疤痕子宫早期妊娠中的应用价值[J]. 临床超声医学杂志, 2012, 14(10): 714-715.
- [7] 游玉卿, 潘秀婷. 剖宫产术后疤痕部位妊娠的临床特点分析[J]. 广东医学院学报, 2012, 30(5): 521-522.
- [8] 蔡如玉, 张立杰, 马利国. 剖宫产子宫疤痕处妊娠 67 例诊治分析[J]. 罕少疾病杂志, 2013, 20(2): 1-4.
- [9] 王颖. 诊治剖宫产术后子宫疤痕妊娠的临床分析[J]. 中外医疗, 2012, 31(36): 93-94.
- [10] 王甫娟. 32 例疤痕子宫产妇再次妊娠阴道试产的临床分析[J]. 检验医学与临床, 2012(17): 2145-2146.
- [11] 张黎敏, 胡继芬, 罗新. 剖宫产术后子宫疤痕妊娠不同治疗方法的临床疗效分析[J]. 中华妇幼临床医学杂志: 电子版, 2012, 8(6): 633-636.
- [12] 武晓敏, 张淑珍, 刘丽红. 子宫动脉栓塞术在剖宫产后疤痕妊娠治疗中的应用[J]. 浙江创伤外科, 2013, 18(3): 327-328.

(收稿日期: 2013-11-25 修回日期: 2014-01-30)

(上接第 2109 页)

效果也更为明显有效^[10], 另外, Herbst 功能矫治器对于患者具有类似于高位头帽的作用, 对患者具有较好的垂直向控制作用, 对治疗效果影响较好, 同时其较佳地促进下颌前移的功绩也是其综合效果较为突出的一个重要因素, 并且患者普遍反映其具有较佳的舒适度, 患者对于治疗的依从性也较高, 而这是保证其效果的重要前提之一, 矫治作用较为持久, 综合效果即更为明显, 但是本矫治器技术要求较高且安装相对费时等方面也不容忽视, 需从此方面入手进一步进行改善。综上所述, 笔者认为 Herbst 功能矫治器在骨性 II 类错殆中的效果更好, 不仅仅临床疗效较佳, 且对牙周健康的不良影响也较小。

参考文献

- [1] 付红梅. 前牙错殆畸形的临床矫治附 483 例报告[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(8): 36-37.
- [2] 王茜, 左艳萍, 董福生. Pancherz 分析法评估 Twin-block 矫治器治疗青少年安氏 II¹ 错殆的硬组织效应[J]. 中国实用口腔科杂志, 2013, 6(3): 153-157.
- [3] 刘元恩, 张玉奎, 张鑫, 等. 上颌斜面导板配合直丝弓矫治器非拔牙矫治 Angle II 类 2 分类错殆[J]. 贵阳医学院学报, 2013, 38(2): 187-188.
- [4] 许诺, 赵桂芝, 柯杰, 等. 安氏 II 类 I 分类错殆上颌快速扩弓非拔牙矫治前后的软组织变化[J]. 实用口腔医学杂志, 2013, 29(3): 367-371.

- [5] 欧阳仲夫, 杜熹. 微种植体支抗与口外弓支抗应用于成年女性安氏 II 类 1 分类错殆畸形的矫治效果[J]. 广东牙病防治, 2013, 21(4): 203-207.
- [6] Souki BQ, Figueiredo DS, Lima IL, et al. Two-phase orthodontic treatment of a complex malocclusion: giving up efficiency in favor of effectiveness, quality of life, and functional rehabilitation[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2013, 143(4): 547-558.
- [7] 曹月旺, 韩丽丽, 李曼, 等. 与骨性安氏 II 类错殆矫治后侧貌美观程度相关的硬组织指标的研究[J]. 中华口腔正畸学杂志, 2013, 20(1): 43-45.
- [8] 任静, 白丁. 安氏 II 类亚类错殆畸形的病因及其矫治[J]. 国际口腔医学杂志, 2013, 40(1): 117-120.
- [9] Fontana M, Cozzani M, Caprioglio A. Soft tissue, skeletal and dentoalveolar changes following conventional anchorage molar distalization therapy in class II non-growing subjects: a multicentric retrospective study[J]. Prog Orthod, 2012, 13(1): 30-41.
- [10] 南澜, 郑怡, 莫水学. Angle II 类 1 分类错殆患者矫治后软组织侧貌美学特征改变[J]. 广西医科大学学报, 2012, 29(6): 896-898.

(收稿日期: 2014-01-08 修回日期: 2014-03-11)