

• 论 著 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.18.008

剖宫产瘢痕妊娠两种手术方式疗效的比较*

陈美红, 张晓玲[△]

江西省妇幼保健院妇科, 江西南昌 330006

摘要:目的 探讨阴式或腹腔镜剖宫产瘢痕妊娠病灶清除加子宫下段成形术治疗剖宫产瘢痕妊娠的疗效。**方法** 150 例剖宫产瘢痕妊娠患者, 分为阴式手术(75 例)和腹腔镜手术(75 例), 对比观察两组手术时间、术中出血量、肛门排气时间、总住院时间、术后住院时间、住院总费用及术后随访情况。**结果** 两种手术方式均顺利完成, 无中转开腹。阴式组手术时间、术中出血量、肛门排气时间及住院总费用均小于腹腔镜组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 而两组总住院时间及术后住院时间相比, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 术后每周复查血 HCG 直至正常值、观察阴道流血时间及月经恢复正常时间, 两组相比, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 且术后两组患者的月经量均恢复正常, 未出现异常情况。**结论** 阴式及腹腔镜子宫切口妊娠病灶清除加子宫下段成形术均能治愈剖宫产瘢痕妊娠, 均具有创伤小、恢复快、住院时间短、出血量少、并发症少等优点, 为剖宫产瘢痕妊娠患者保留了生育功能。阴式手术在满足阴道条件的前提下, 优于腹腔镜手术, 但两种术式不能完全互相替代。

关键词:剖宫产瘢痕妊娠; 阴式手术; 腹腔镜手术
中图法分类号:R719 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2020)18-2620-03

Comparison of treatment efficacies between two surgical methods for caesarean scar pregnancy*
CHEN Meihong, ZHANG Xiaoling[△]
Department of Gynecology, Jiangxi Provincial Maternal and Child Health Care Hospital,
Nanchang, Jiangxi 330006, China

Abstract: **Objective** To investigate the efficacy of vaginal or laparoscopic cesarean section scar pregnancy lesion removal and lower uterine segment plasty in the treatment of cesarean scar pregnancy. **Methods** One hundred and fifty patients with cesarean scar pregnancy were divided into the vaginal surgery (75 cases) and laparoscopic surgery (75 cases). The operation time, intraoperative blood loss volume, anal exhaust time, total hospitalization stay, postoperative hospitalization stay, total hospitalization cost and postoperative follow-up were observed and compared between the two groups. **Results** The two surgical methods were successfully completed without conversion to laparotomy. The operative time, intraoperative blood loss volume, anal exhaust time and total hospitalization expenses in the vaginal group were all smaller than those in the laparoscopic group with statistically significant differences ($P<0.05$). There was no statistically significant difference in total hospitalization duration and postoperative hospitalization duration between the two groups ($P>0.05$). There was no statistically significant difference in blood HCG detected once per week till the normal value, observed vaginal bleeding time and time recovering to normal menstruation between the two groups ($P>0.05$). Moreover the postoperative menstruation amount in the two groups recovered to normal without appearing the abnormal phenomenon. **Conclusion** Both vaginal and laparoscopic uterine incision for the removal of pregnancy lesions and lower uterine segment plasty can cure cesarean scar pregnancy, and both have the advantages of small trauma, rapid recovery, short hospitalization stay, less bleeding volume, less complications, etc., thus preserve the fertility function for the patients with cesarean scar pregnancy. The vaginal surgery is superior to the laparoscopic surgery on the premise of meeting the vaginal conditions, but the two surgical methods could not be completely mutually replaceable.

Key words: cesarean scar pregnancy; vaginal surgery; laparoscopic surgery

* 基金项目: 江西省科技厅社发领域项目(20161BBG70144)。
作者简介: 陈美红, 女, 副主任医师, 主要从事妇科临床及基础方面的研究。 [△] 通信作者, E-mail: 513755769@qq.com。

剖宫产瘢痕妊娠(CSP)是孕囊种植于剖宫产瘢痕处的妊娠,随着剖宫产率的增加,CSP 也逐年增加^[1]。随着二孩政策的开放,CSP 患者对保留生育要求越来越高,本研究探讨阴式或腹腔镜手术治疗 CSP,并对子宫下段进行成形术,尽量恢复正常的子宫解剖结构,为患者的再次妊娠提供一定的帮助。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2018 年 1—12 月入住本院妇科病房的 CSP 患者 150 例,年龄 17~40 岁,平均(28.30±5.30)岁;孕次 1~5 次,平均孕次(2.70±0.83)次,剖宫产史 1~4 次,平均(1.83±0.52)次;停经时间为 42~70 d,平均(49.23±6.1)d;血人绒毛膜促性腺激素(HCG)14 100~118 000 IU/L。纳入标准:(1)根据阴道彩超、血 HCG、妇科检查、磁共振检查(MRI)诊断为 CSP;(2)MRI 提示并测量妊娠病灶组织大小,包块直径在>3~<6 cm,局部瘢痕距浆膜层的厚度<3 mm;(3)患者及家属了解病情,并了解手术风险性,术前自愿签署手术知情同意书者;(4)均由同一手术组人员完成手术。排除标准:(1)不符合纳入标准;(2)合并心脑血管疾病或其他脏器疾病等手术禁忌证者;(3)精神障碍者;(4)不能配合研究者。按手术方式分为两组:阴式组 75 例,腹腔镜组 75 例。两组患者年龄、孕产次、剖宫产史、停经时间等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。本研究经患者知情同意及本院伦理委员会批准。

表 1 两组一般资料情况($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	年龄(岁)	孕产次(次)	剖宫产史(次)	停经时间(d)
阴式组	75	28.57±5.53	2.72±1.01	1.82±0.62	49.31±6.14
腹腔镜组	75	28.56±4.52	2.68±0.81	1.84±0.54	47.32±9.68
<i>t</i>		0.016	0.018	0.014	0.013
<i>P</i>		0.987	0.986	0.989	0.989

1.2 方法

1.2.1 阴式剖宫产瘢痕妊娠病灶清除术加子宫下段成形术 术前妇科检查时注意评估阴道条件,硬膜外

麻醉,取截石位,留置导尿管,注射垂体后叶素 3 U 加缩宫素 20 U 于宫颈处,分离膀胱宫颈间隙,上推膀胱至膀胱腹膜反折处,在子宫原切口处可见紫蓝色妊娠病灶组织膨出,肌层菲薄,剪开肌层,清除病灶组织,并清理宫腔,修剪原菲薄的瘢痕组织行子宫下段成形术,结束手术。术后 6 h 拔除导尿管,可以下床活动及进流质饮食,监测血 HCG 情况。

1.2.2 腹腔镜剖宫产瘢痕妊娠病灶清除术加子宫下段成形术 患者取膀胱截石位,留置导尿,气管插管+全身麻醉成功后,取脐孔上缘为第一穿刺孔,切开置入套管,置入腹腔镜,再分别在左、右下腹部置入第二、第三套管,充入二氧化碳气体,注射垂体后叶素 3 U 加缩宫素 20 U 于宫体,打开子宫膀胱反折腹膜,下推膀胱,可见子宫下段紫蓝色妊娠病灶膨出,切开子宫瘢痕处,清除病灶组织,并清理宫腔,修剪菲薄的瘢痕组织行子宫下段成形术,手术结束。术后 6 h 可进食流质,术后第 1 天拔除导尿管及下床活动,监测血 HCG 情况。

1.2.3 术后随访 每周复查血 HCG 情况,直至降为正常。

1.3 评价指标 比较两种手术方式的手术时间、术中出血量、肛门排气时间、总住院时间、术后住院时间、住院总费用、血 HCG 降为正常时间、术后阴道流血时间、术后月经恢复正常时间。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 20.0 统计软件进行分析,计量数据采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围术期情况 两种手术方式均顺利完成,无中转开腹。阴式组手术时间、术中出血量、肛门排气时间及住院总费用均小于腹腔镜组,差异均有统计学意义($P<0.05$);而两组总住院时间及术后住院时间相比,差异均无统计学意义($P>0.05$);两组患者术中、术后均无大出血及子宫切除等。见表 2。

表 2 两组患者术中、术后指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间(min)	术中出血量(mL)	肛门排气时间(d)	总住院时间(d)	术后住院时间(d)	住院总费用(元)
阴式组	75	32.4±9.19	34.93±10.16	0.95±0.17	4.76±1.22	2.18±0.54	8 148.66±1 067.56
腹腔镜组	75	39.5±8.41	102.25±28.20	1.92±0.61	5.13±1.12	2.25±0.71	11 342.00±1 566.30
<i>t</i>		4.964	19.445	13.10	1.904	0.680	14.59
<i>P</i>		<0.01	<0.01	<0.01	0.059	0.498	<0.01

2.2 术后随访情况 两组患者血 HCG 降为正常时间、术后阴道流血时间、术后月经恢复正常时间比较,

差异均无统计学意义($P>0.05$);且术后两组患者的月经量均恢复正常,未出现异常情况。见表 3。

表 3 两组患者术后随访比较($\bar{x}\pm s, d$)

组别	<i>n</i>	血 HCG 降为 正常时间	术后阴道 流血时间	月经恢复 正常时间
阴式组	75	12.20±2.81	10.17±2.10	26.51±7.10
腹腔镜组	75	12.01±1.65	10.87±2.79	28.17±9.15
<i>t</i>		0.476	1.735	1.240
<i>P</i>		0.635	0.085	0.217

3 讨 论

3.1 CSP 的临床表现及诊断 CSP 是一种特殊的异位妊娠,其发病机制尚不明确。早期易误诊为先兆流产、宫颈妊娠、不完全流产、滋养细胞肿瘤等。CSP 随着妊娠的进展,可能会导致子宫破裂、大出血及危及生命等并发症^[2],建议 CSP 患者早期终止妊娠。因此,早期诊断 CSP 至关重要。早期常以阴道不规则流血为主,占 54.4%,伴有无痛性或轻微腹痛,而部分患者也无临床症状,占 36.8%^[3]。妇科检查发现子宫变大变软,血 HCG 也会不同程度地升高。血 HCG 水平在 CSP 治疗前后具有重要的参考价值^[4]。阴道或腹部彩超检查是诊断 CSP 最简单及实用的方法,准确率达 84.6%^[5]。MRI 可以通过多层面图像清晰地区分子宫内膜、剖宫产瘢痕和妊娠组织之间的关系,也评估局部瘢痕距浆膜层(子宫前壁肌层)的厚度,将>3 mm 归类为内源性(I型)CSP,厚度≤3 mm 归类为外源性(Ⅱ型)CSP^[6-7]。手术后将病灶组织送病理检查,如果妊娠病灶组织中有绒毛组织,则诊断为 CSP。

3.2 两种手术方式的比较 本研究显示阴式组的手术时间、术中出血量少于腹腔镜组,可能因为腹腔镜所需的手术技巧比阴式组高,故手术时间长,且部分患者子宫下段与膀胱区致密粘连,导致术中出血量稍多。而阴式组需要术前充分评估患者的情况,如需满足阴道松弛,盆腔松弛,子宫及妊娠病灶组织不宜过大等条件,妇科检查见子宫活动度好,下压宫底,触及宫颈外口平坐骨棘^[8],大部分患者能达到此条件。CSP 患者的妊娠病灶组织位置相对较低,通过阴道手术操作,病灶部位更容易暴露,并且医生可以在直视下清除病灶,并迅速止血。阴式组的肛门排气时间、住院总费用均小于腹腔镜组,这是因为行阴式手术时不需要打开子宫腹膜反折,对肠道的影响较小^[9]。并且阴式组术后 6 h 下床活动及拔除导尿管,促进了肠道早期蠕动。住院费用方面阴式组只需要简单的操作器械,而腹腔镜组需要腹腔镜器械使手术费用增加,导致总住院费用高。但对于总住院时间、术后住院时间,两组之间比较差异均无统计学意义($P>$

0.05),因均为微创手术、术后恢复快。两组术后随访在血 HCG 恢复至正常时间、月经恢复正常时间及术后阴道流血时间差异均无统计学意义($P>0.05$),因为两组手术均能完全清除妊娠组织,血 HCG 下降明显,阴道流血时间短,术中同时行子宫下段成形术,重建子宫的正常解剖结构,两组患者的月经量恢复正常。

综上所述,阴式及腹腔镜子宫切口妊娠病灶清除加子宫下段成形术均能治愈 CSP,均具有创伤小、恢复快、住院时间短、出血量少、并发症少等优点,为 CSP 患者保留了生育功能。阴式组在满足阴道条件的前提下,优于腹腔镜组。但这两种术式不能完全互相替代,对于子宫活动度差或子宫瘢痕位置稍高的患者,腹腔镜手术优于阴式手术。这两种术式如果术中出现大出血或生命体征不平稳,应立即中转开腹,挽救患者的生命。

参考文献

[1] ROTAS M A, HABERMAN S, LEVGUR M. Cesarean scar ectopic pregnancies:etiology,diagnosis,and management[J]. Obstet Gynecol,2006,107(6):1373-1381.

[2] WEIMIN W, WENQING L. Effect of early pregnancy on a previous lower segment caesarean section scar[J]. Int J Gynaecol Obstet,2002,77:201-207.

[3] 王晨阳,王武亮.剖宫产瘢痕妊娠的早期诊断[J].实用妇产科杂志,2014,30(4):243-244.

[4] FU L P. Therapeutic approach for the cesarean scar pregnancy[J]. Medicine,2018,97(18):e0476.

[5] POLAT I, ALKIS I, SAHBAZ A, et, al. Diagnosis and management of cesarean scar pregnancy[J]. Clin Exp Obstet Gynecol,2012,39(3):365-368.

[6] VIAL Y, PETIGNAT P, HOHLFELD P. Pregnancy in a cesarean scar [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2000, 16 (6):592-593.

[7] LIU H L, LI Y X, LIU D X, et al. Early diagnosis and effective treatment of endogenous and exogenous cesarean scar pregnancies: a retrospective case series[J]. Biomed Res,2018,29(4):708-714.

[8] 艾小燕,程玉芬,李霞青,等.三种微创手术方法治疗子宫切口妊娠的探讨[J].江西医药,2016,51(6):510-512.

[9] LI Y Y, YIN Z Y, LI S, et al. Comparison of transvaginal surgery and methotrexate/mifepristone-combined transcervical resection in the treatment of cesarean scar pregnancy[J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2017, 21 (12): 2957-2963.