

子宫动脉灌注栓塞联合清宫术治疗剖宫产瘢痕妊娠 90 例疗效分析

李 玥,张 蕾

(南京医科大学附属妇产医院妇科,江苏 南京 210004)

[摘要] 目的:探讨子宫动脉灌注栓塞联合超声引导下清宫术治疗剖宫产瘢痕妊娠的可行性。方法:对本院 2014 年 1 月至 2015 年 12 月通过子宫动脉灌注栓塞联合超声引导下清宫术治疗剖宫产瘢痕妊娠 90 例临床资料进行回顾性分析。结果:所有病例均一次栓塞成功。90 例患者经双侧子宫动脉灌注栓塞联合超声引导下清宫术治愈 88 例,治愈率为 97.78%。所有病例均成功保留子宫。结论:子宫动脉灌注栓塞术后行超声引导下清宫术治疗剖宫产瘢痕妊娠,疗效确切,能够保留生育能力,值得推广。

[关键词] 子宫动脉灌注栓塞;剖宫产瘢痕妊娠;B 超下清宫术

[中图分类号] R714.2

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2017)01-0112-03

doi: 10.7655/NYDXBNS20170127

剖宫产瘢痕部位妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是指有剖宫产史孕妇,胚胎着床于子宫下段剖宫产切口瘢痕处,为剖宫产的远期并发症之一^[1]。CSP 是一种特殊类型的异位妊娠,临床较少,以往常被误诊为难免流产或不全流产而行清宫术,术中常因发生大出血而行子宫切除,使患者失去生育能力,甚至危及患者生命^[2]。近年来随着剖宫产率上升,二胎政策的放开,CSP 发生率也逐年增加^[3],临床对该病也越来越重视。本院自 2014 年 1 月—2015 年 12 月通过子宫动脉灌注栓塞联合超声引导下清宫术治疗剖宫产瘢痕妊娠 90 例,取得满意结果,现将研究结果报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象

本院 2014 年 1 月—2015 年 12 月采取子宫动脉灌注栓塞术联合 B 超下清宫术治疗了剖宫产瘢痕妊娠 90 例。患者年龄 24~42 岁,平均 32.68 岁。孕次 1~10 次,平均 2.84 次。产次 1~2 次,平均 1.14 次。此次妊娠距前次剖宫产时间间隔最短仅 4 个月,最长达 18 年,平均 5.16 年。所有病例均为子宫下段横切口。所有患者均有停经史,停经时间为 34~98 d,平均 54.31 d。停经后无自觉症状经 B 超确诊者 42 例,占 46.67%;有阴道流血史者 42 例,占 46.67%;外院药物流产或清宫术后阴道流血量多或时间长者 6 例,占 6.67%;伴下腹痛者 3 例,占 3.33%。

1.2 方法

1.2.1 诊断

所有患者血清人绒毛膜促性腺激素(human

chorionic gonadotropin, HCG)水平为 214~200 000 U/L,平均 48 917.83 U/L,均高于正常(本院参考值:<50 U/L)。所有患者均经彩色多普勒超声确诊。彩色多普勒超声诊断标准:宫腔内无妊娠证据;宫颈形态正常,无妊娠证据;妊娠物位于子宫前壁峡部疤痕处,超声下可见胎心搏动或仅为异常回声包块;膀胱壁和妊娠物之间缺少正常子宫肌层,或子宫浆膜层连续性不完整。妊娠物内部及周边血流丰富^[1]。B 超提示孕囊者 49 例,占 54.44%,最大 8 cm×4 cm,最小 0.78 cm×0.66 cm,胚胎存活者 11 例,占 12.22%;异常回声(暗区、不均质回声)者 41 例,占 45.56%,均提示宫区血流信号丰富。病灶似达子宫浆膜层者 5 例,其余距浆膜层 0.13~0.90 cm,平均 0.35 cm。所有清宫术后病理标本均提示退变绒毛及蜕膜组织。

1.2.2 治疗

常规消毒铺巾后,以改良 Seldinger's 技术行右股动脉穿刺,置入 5F 动脉鞘,透视下经导丝引导,将子宫动脉导管置入左侧子宫动脉主干,造影提示该侧动脉主干增粗迂曲,分支丰富,末梢螺旋动脉较为密集,导管推进至近分支处,注入稀释的甲氨蝶呤(methotrexate, MTX)(根据患者停经时间、血 HCG 水平、B 超提示异位病灶大小、造影下病灶周围血供情况决定使用剂量,最少 30 mg,最多 95 mg)、高压消毒的明胶海绵颗粒及新鲜明胶海绵条后,栓塞至分支无显影,同法处理对侧,造影证实双侧髂内动脉其余分支血供良好后透视下取出导管及鞘,压迫止血并加压包扎。嘱术后右下肢制动 12 h,禁食 6 h,保留尿管 12 h,注意足背动脉搏动,常规水化治

疗。术后监测血常规及肝肾功能,间隔 2~3 d 复查血 β -HCG,间隔 3~5 d 复查 B 超,当血 β -HCG 明显下降或上升缓慢,B 超提示胚胎停止发育或血流信号稀疏或无明显血流信号时行清宫术。本研究中 1 例在栓塞术后即清宫,1 例在栓塞术后 12 d 行清宫术,其余均在栓塞术后 2~11 d 行清宫术,平均 4.75 d。清宫术后仍密切随访血 β -HCG,每周 1 次至正常。

1.2.3 临床治愈标准

患者临床症状完全消失,血 β -HCG 定量降至正常,B 超提示宫内无妊娠相关异常回声者为临床治愈。

2 结 果

90 例患者均 1 次栓塞成功。清宫术中出血 5~200 mL,其中 100 mL 者 2 例,200 mL 者 3 例,平均 19.75 mL。需后续治疗者仅 2 例,占 2.22%,其中 1 例清宫术后 26 d,阴道流血量多再次入院,急诊行经腹子宫切口妊娠物取出+子宫修补术+MTX 局部注射,术中见子宫体正常大小,子宫下段前壁与膀胱致密粘连,膨大,表面蓝紫色范围直径约 5 cm,因术前术中出血约 1 000 mL,予输悬浮红细胞 3 U;另 1 例清宫术后 25 d,阴道流血量多再次入院,予促宫缩、预防感染、止血及口服米非司酮促进妊娠组织坏死等保守治疗后,阴道流血渐止,未行进一步手术治疗。90 例经双侧子宫动脉灌注栓塞术联合 B 超下清宫术治愈 88 例,治愈率为 97.78%。所有病例均成功保留子宫。术后发生白细胞轻度降低者 1 例,占 1.11%,予重组人粒细胞集落刺激因子 200 μ g 皮下注射后恢复正常;转氨酶轻度升高者 8 例,占 8.89%,经保肝治疗后复查转氨酶均正常;下腹疼痛者 53 例,占 58.89%,予吲哚美辛栓塞肛对症处理后好转;低热者 16 例,占 17.77%,未予特殊治疗自行好转;无异位栓塞、感染等严重并发症发生。住院天数 5~25 d,平均 9.1 d。术后阴道流血时间 4~42 d,平均 13.24 d。血 β -HCG 降至正常时间为 7~50 d,平均 15.9 d。

3 讨 论

CSP 指的是绒毛、孕囊或胎盘组织着床位置在前次子宫剖宫产切口处,随着疾病进展,绒毛与子宫肌层粘连植入,严重的可穿透子宫而造成子宫破裂,是一种较为罕见但具有极高危险性的剖宫产远期并发症^[4]。CSP 若未给予及时正确处理,可引起子宫破裂和腹腔内大出血,出血难止时需行子宫切除术,使女性失去生育能力,给患者生理和心理带

来了巨大伤害,甚至可能对患者生命安全造成威胁。

CSP 的病因至今尚未阐明,可能是由于剖宫产术后子宫切口愈合不良,瘢痕宽大,或者炎症导致瘢痕部位有微小裂孔,当受精卵运行过快或者发育迟缓,在通过宫腔时未具备种植能力,当抵达瘢痕处时通过微小裂孔进入子宫肌层而着床^[1]。

由于 CSP 的临床表现缺乏特异性,容易被误诊,因此早期诊断尤为重要。本研究 90 例病例中有近一半(46.67%)患者停经后无任何症状,经彩超检查首次发现。可见彩超检查是早期诊断 CSP 的主要手段。对有剖宫产手术史的患者,要高度警惕 CSP 发生的可能性,治疗前应常规行彩超检查,必要时可予 MRI 检查,及早发现 CSP,以期尽早制定合适的治疗方案,从而改善患者预后。

治疗 CSP 的目的是安全有效地清除妊娠组织,减少术中出血的发生,尽可能保护生育功能,减少孕产妇死亡^[5]。但目前临床上 CSP 的治疗尚无统一的规范化治疗标准^[2]。主要的治疗方法有药物保守治疗、清宫术、子宫动脉栓塞术^[6-7]和子宫切除术等。

MTX 是二氢叶酸还原酶抑制剂,可干扰滋养细胞 DNA 合成,使滋养细胞生长受阻,破坏绒毛的滋养层组织,从而使胚胎停止发育,妊娠包块逐渐缩小,最终被吸收。但单纯药物治疗所需时间较长,且大剂量化疗药物不良反应严重,可出现胃肠道反应、肝损害、粒细胞下降等,患者血 β -HCG 下降缓慢^[8-9],必要时需再行清宫术。即使 MTX 能有效杀灭滋养细胞,也不能改善已经增生的滋养血管,在清宫过程中仍有较高的概率发生大出血等情况^[10-11]。若不在子宫动脉栓塞的基础上单纯行清宫术,约有 76% 会出现大出血^[12-13]。单纯行子宫动脉栓塞术亦会面临妊娠物未能完全排出,血管复通后再次发生大出血可能。子宫切除术将会使患者永久失去生育能力。

本院采用的子宫动脉灌注栓塞术是一种新的微创治疗方式,是通过介入方法进行选择性双侧子宫动脉插管后灌注小剂量 MTX 再注入明胶海绵栓塞双侧子宫动脉,提高了局部药物浓度,增加了杀胚作用,无肝脏首过效应,对肝肾功能影响较小。此方法正逐步在临床展开应用^[14-16]。本研究术后仅有 1 例发生白细胞轻度降低,8 例转氨酶轻度升高者,提示小剂量 MTX 不良反应少而轻。栓塞用的明胶海绵是无毒、无抗原性的蛋白胶类物质,释放成小颗粒,导致血管痉挛,引起纤维蛋白原沉积血小板凝集,快速形成血栓,2~3 周后栓塞剂可被组织血管吸收,被栓塞的血管复通。故本研究中所有清宫术均

在栓塞术后 2 周内完成。

子宫动脉灌注栓塞术的并发症主要有疼痛,其次为发热,另外少见的有术后感染、子宫大面积坏死、泌尿系统局部栓塞所致脏器缺血坏死(如膀胱、输尿管及肾脏)等。本研究栓塞术后出现腹痛者 53 例,经对症处理后均明显好转或消失。出现低热者 16 例,观察 3~6 d 均恢复正常。无一例发生泌尿系统损伤。

综上所述,子宫动脉栓塞及小剂量 MTX 局部灌注化疗能够有效地预防和控制 CSP 的术中及术后出血,促进病灶清除,术后多无明显严重或远期并发症,联合 B 超下清宫术治疗 CSP,疗效确切,能够保留生育能力,值得推广。对于有条件行子宫动脉栓塞术的医院而言,此种治疗方式可作为 CSP 治疗的首选。

[参考文献]

- [1] 谢 幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 58
- [2] 喻芳明, 王 璐, 喻 晴. 剖宫产术后瘢痕部位妊娠的诊断与治疗[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(3): 467-469
- [3] 黄渊全, 何忠明, 冯耀良, 等. 子宫动脉化疗栓塞术在剖宫产子宫瘢痕妊娠中的应用 [J]. 江苏医药, 2015, 41(2): 222-223
- [4] 许海南. 剖宫产瘢痕妊娠临床分析和局部注射 MTX 疗效观察[J]. 中国医学工程, 2012, 30(3): 118-121
- [5] 张燕科, 吴润瑾, 林 俊, 等. 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的早期诊断与治疗[J]. 实用妇产科杂志, 2009, 25(12): 750-752
- [6] 张月香, 黄宇春, 黄骊莉, 等. 子宫动脉化疗栓塞治疗剖宫产切口妊娠的临床价值[J]. 中国现代医学杂志, 2011, 21(27): 3425-3427, 3430
- [7] 董 慧, 黄光清. 子宫动脉栓塞对子宫瘢痕妊娠合并出血的临床疗效探讨[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(22): 3573-3575
- [8] Muraji M, Mabuchi S, Hisamoto K, et al. Cesarean scar pregnancies successfully treated with methotrexate [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2009, 88(6): 720-723
- [9] Sadeghi H, Rutherford T, Rackow BW, et al. Cesarean scar ectopic pregnancy: case series and review of the literature [J]. Am J Perinatol, 2010, 27(2): 111-120
- [10] 张黎敏, 胡继芬, 罗 新. 剖宫产术后子宫瘢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
- [11] Wu X, Zhang X, Zhu J, et al. Caesarean scar pregnancy: comparative efficacy and safety of treatment by uterine artery chemoembolization and systemic methotrexate injection [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2012, 161(1): 75-79
- [12] 艾志刚, 高淑凤, 张学辉. 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
- [13] 吴永娟, 王敬忠, 胡道珍. 介入治疗联合刮宫术在子宫切口妊娠中的应用[J]. 中国妇幼保健, 2013, 28(32): 5370-5372
- [14] 袁 牧, 谭玉林, 张 阳, 等. 经导管子宫动脉化疗栓塞术治疗子宫瘢痕妊娠合并出血[J]. 中华全科医学, 2010, 8(9): 1092-1094
- [15] Lian F, Wang Y, Chen W, et al. Uterine artery embolization combined with local methotrexate and systemic methotrexate for treatment of cesarean scar pregnancy with different ultrasonographic pattern [J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2012, 35(2): 286-291
- [16] Yang H, Li S, Ma Z, et al. Therapeutic effects of uterine artery embolisation (UAE) and methotrexate (MTX) conservative therapy used in treatment of cesarean scar pregnancy [J]. Arch Gynecol Obstet, 2016, 293(4): 819-823

[收稿日期] 2016-06-15