

子宫动脉栓塞预处理联合宫腹腔镜病灶切除修补术治疗瘢痕妊娠患者的回顾性研究

白照喆

(河南省郑州市金水区总医院妇产科 郑州 450003)

摘要:目的:回顾性分析子宫动脉栓塞预处理联合宫腹腔镜病灶切除修补术治疗瘢痕妊娠患者的效果。方法:选取 2018 年 10 月至 2019 年 12 月收治的瘢痕妊娠患者 75 例,将行宫腹腔镜病灶切除修补术的 37 例患者分为对照组,行子宫动脉栓塞预处理联合宫腹腔镜病灶切除修补术的 38 例患者为研究组。比较两组手术时间、术中出血量、血 β -人绒毛膜促性腺激素复常时间、住院时间、月经恢复正常时间、一次手术成功率及术后并发症发生率。结果:研究组手术时间较对照组长,但术中出血量较对照组少,血 β -人绒毛膜促性腺激素恢复时间、住院时间、月经恢复正常时间较对照组短($P<0.05$);研究组一次手术成功率 100.00%(38/38)高于对照组的 83.78%(31/37)($P<0.05$);研究组术后并发症发生率 13.16%(5/38),与对照组的 8.11%(3/37)比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:子宫动脉栓塞预处理联合宫腹腔镜病灶切除修补术治疗瘢痕妊娠可有效降低手术风险,减少术中出血量,促进术后恢复,提高手术成功率,安全性高。

关键词:瘢痕妊娠;宫腹腔镜病灶切除修补术;子宫动脉栓塞

中图分类号:R714.22

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.05.022

瘢痕妊娠(Cesarean Scar Pregnancy, CSP)近年来发病率随剖宫产率上升而有所提高,是异位妊娠较凶险的类型,易出现大出血、子宫破裂等症状,严重威胁女性健康,危急时需行子宫切除术挽救患者生命^[1-4]。因此,CSP 规范治疗方法是临床研究热点。子宫动脉栓塞(Uterine Artery Embolization, UAE)可逆性阻断子宫动脉血流,控制阴道流血症状,为后续治疗安全性提供保障,近年来在临床上应用广泛^[5-8]。本研究分析 UAE 预处理联合宫腹腔镜病灶切除修补术在 CSP 患者中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2018 年 10 月至 2019 年 12 月收治的 CSP 患者 75 例,将行宫腹腔镜病灶切除修补术的 37 例分为对照组,行 UAE 预处理联合宫腹腔镜病灶切除修补术的 38 例患者为研究组。对照组年龄 24~33 岁,平均(28.41 ± 2.06)岁;剖宫产次 1~3 次,平均(1.95 ± 0.44)次;停经时间 38~81 d,平均(59.56 ± 10.27)d;距上次剖宫产时间 8~37 个月,平均(22.62 ± 6.95)个月。研究组年龄 23~34 岁,平均(28.53 ± 2.15)岁;剖宫产次 1~3 次,平均(2.04 ± 0.46)次;停经时间 37~83 d,平均(60.11 ± 10.42)d;距上次剖宫产时间 7~39 个月,平均(23.14 ± 7.06)个

月。两组年龄、剖宫产次、停经时间、距上次剖宫产时间等基线资料均衡可比($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 (1)纳入标准:经阴道超声、B 超检查确诊为 CSP;有剖宫产史;孕囊完全嵌入子宫瘢痕肌层;对研究内容知情并签署知情同意书。(2)排除标准:既往经刮宫术、甲氨蝶呤治疗;孕周>8 周;伴凝血功能异常;存在麻醉、手术禁忌。

1.3 治疗方法 对照组行宫腹腔镜病灶切除修补术:气管插管全麻,常规消毒铺巾,取膀胱截石位,扩张宫口,注入膨宫液,置入宫腔镜探查病灶,穿刺置入腹腔镜,明确病灶位置,打开膀胱反折腹膜显露病灶,切除瘢痕病灶,缝合子宫肌层,宫腔镜检查确认后结束手术。研究组在行宫腹腔镜病灶切除修补术前予 UAE 预处理:局麻,常规消毒铺巾,股动脉穿刺,髂内动脉确认子宫动脉走行,子宫动脉或髂内动脉超选择性插管,双侧子宫动脉灌注,注入栓塞剂(明胶海绵),观察血管栓塞情况。UAE 预处理后完全制动超过 12 h,1~2 d 后行宫腹腔镜病灶切除修补术,手术步骤同对照组。

1.4 观察指标 (1)手术时间、术中出血量、血 β -人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)复常时间、住院时间、

月经恢复正常时间。(2)统计一次手术成功率。一次手术成功判定标准:血清 β -HCG 恢复至 0~3 U/ml,经 B 超检查显示子宫切口未出现占位。(3)术后并发症(感染、发热、下腹部疼痛)发生率。

1.5 统计学分析 通过 SPSS22.0 统计学软件处理数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行 t 检验;计数资料

以%表示,行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术相关指标比较 研究组手术时间较对照组长,但术中出血量较对照组少,血 β -HCG 复常时间、住院时间、月经恢复正常时间较对照组短($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术相关指标比较($\bar{x} \pm s$)						
组别	<i>n</i>	手术时间(min)	术中出血量(ml)	血 β -HCG 复常时间(d)	住院时间(d)	月经恢复正常时间(d)
研究组	38	62.55± 10.13	46.83± 9.51	30.22± 4.18	8.69± 2.04	34.99± 6.53
对照组	37	28.31± 7.62	254.91± 28.72	53.68± 8.47	20.27± 5.13	39.25± 7.06
<i>t</i>		16.508	42.348	15.272	12.908	2.714
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.008

2.2 两组一次手术成功率比较 研究组一次手术全部成功,未出现手术失败病例;对照组一次手术成功 31 例,失败 6 例。研究组一次手术成功率 100.00%(38/38),高于对照组的 83.78%(31/37),差异有统计学意义($\chi^2=4.676, P=0.031$)。

2.3 两组术后并发症发生情况比较 研究组术后并发症发生率 13.16%(5/38),与对照组的 8.11%(3/37)比较,无显著性差异($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后并发症发生情况比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	感染	发热	下腹部疼痛	合计
研究组	38	2(5.26)	2(5.26)	1(2.63)	5(13.16)
对照组	37	1(2.70)	1(2.70)	1(2.70)	3(8.11)
χ^2					0.112
<i>P</i>					0.738

3 讨论

CSP 发病与剖宫产后切口愈合不良密切相关,剖宫产后瘢痕出现炎症反应后易形成孔隙,且部分患者子宫内膜生长不佳、底蜕膜发育不良,受精卵可通过瘢痕孔隙进入子宫肌层发育,形成异位妊娠^[9-12]。有数据显示,CSP 发病率约 0.5%,占全部剖宫产的 6.5%,危害大^[13]。CSP 临床治疗尚无标准方案,保守治疗效果欠佳,术后出血风险较高,而常规子宫切除、清宫术对患者损伤较大,临床不建议作为首选治疗方案^[14]。

宫腹腔镜病灶切除修补术是治疗 CSP 的有效术式,可完全清除病灶,手术效果得到临床认可。宫腹腔镜可明确 CSP 病情程度、着床位置、孕囊大小、盆腔粘连情况、子宫肌层厚度等,确认子宫浆膜层缺

损状况,从而轻易清除妊娠物,若出现膀胱破裂可进行缝合修补,有助于保留患者术后生育功能。相关研究指出,宫腹腔镜治疗 CSP,患者术后恢复快,安全性高,可改善生活质量^[15-18]。但手术出血风险较高,易导致手术失败,通过术前改善血流状况、降低出血风险是临床重点研究方向^[19]。宫腹腔镜病灶切除修补术前行 UAE 预处理是目前临床治疗 CSP 的常用方案。UAE 预处理可有效阻断血流,促使病灶缺氧缺血,有助于提高手术成功率。同时 UAE 预处理能杀死胚胎滋养层细胞,对促进术后恢复有积极作用^[520-21]。

本研究中研究组手术时间较对照组长,但术中出血量较对照组少,血 β -HCG 复常时间、住院时间、月经恢复正常时间较对照组短($P<0.05$),提示 UAE 预处理联合宫腹腔镜病灶切除修补术在手术时间方面不具备优势,但可明显减少术中出血量,促进术后月经恢复,对患者生育功能影响更小。UAE 预处理后可建立侧支循环,改善微循环,可降低手术风险。罗亚辉等^[22]研究证实,在宫腹腔镜病灶切除修补术治疗 CSP 的基础上采用 UAE 预处理,可将手术成功率由 80.8%提高至 100%。本研究中研究组手术成功率与上述研究数据基本一致,充分表明 UAE 预处理可进一步提高宫腹腔镜病灶切除修补术的有效性。另外两组术后并发症发生率比较无显著性差异($P>0.05$),表明宫腹腔镜病灶切除修补术前行 UAE 预处理不会增加感染、发热、下腹部疼痛等术后常见并发症,具有较高安全性。

综上所述,UAE 预处理联合宫腹腔镜病灶切除修补术治疗 CSP 可有效降低手术风险,减少术中出

血量,促进术后恢复,提高手术成功率,安全性高。

参考文献

[1]陈雪容,黄芳,李志平.瘢痕子宫再次妊娠产妇产道分娩现状及影响因素研究[J].中国医学创新,2018,15(18):33-36.

[2]Yüksel Simsek S,Simsek E,Alkas Yaginc D,et al.Outcomes of cesarean scar pregnancy treatment: Do we have options?[J].Turk J Obstet Gynecol,2021,18(2):85-91.

[3]Wang Q,Peng H,Zhao X,et al.When to perform curettage after uterine artery embolization for cesarean scar pregnancy: a clinical study[J].BMC pregnancy Childbirth,2021,21(1):367.

[4]Authreya AJ,Agrawal P,Makam A.Ultrasound-guided procedures in the management of heterotopic cesarean scar pregnancy-A review of case reports and case series [J].Australas J Ultrasound Med,2021,24(2):70-77.

[5]孟宁,何林生,尹春华.腹腔镜子宫动脉暂时阻断术与子宫动脉栓塞术预处理治疗Ⅲ型剖宫产瘢痕部位妊娠的效果分析[J].实用妇产科杂志,2019,35(6):475-477.

[6]徐郑军,刘永莹,张晓平,等.阴式子宫瘢痕妊娠病灶切除+子宫憩室修补术与子宫动脉栓塞术治疗剖宫产瘢痕妊娠的疗效比较[J].蚌埠医学院学报,2016,41(7):874-876.

[7]Mi W,Pei P,Zheng Y.Clinical efficacy and safety between high-intensity focused ultrasound and uterine artery embolization for cesarean scar pregnancy: a systematic review and a meta-analysis[J].Ann Palliat Med,2021,10(6):6379-6387.

[8]Liu D,Gu X,Liu F,et al.Contrast-enhanced ultrasound in uterine artery embolization treatment of cesarean scar pregnancy [J].J Int Med Res, 2020,48(12):300060520980217.

[9]安瑞.剖宫产瘢痕妊娠发病机制及影响因素[J].中国计划生育学杂志,2018,26(7):643-646.

[10]Gull B,Klerelid V,Jormeus A,et al.Potential risk factors for caesarean scar pregnancy: a retrospective case-control study[J].Hum

(上接第 18 页)射频消融术风险较高,通过本研究显示射频消融治疗用于房颤合并心衰患者是安全、有效的,且疗效显著。较多证据显示部分房颤合并心衰患者通过射频消融术根治房颤后心衰完全可以达到根治的目的。本研究中相对于单纯药物治疗,射频消融术联合抗心衰药物治疗患者的心功能分级、明尼苏达心衰量表和预后更好,对于房颤合并心力衰竭射频消融术应积极推广。但本研究还存在一定的不足,比如样本量过少,没有对射频消融术应用于房颤合并心衰患者进行出院后的定期随访,无法详细得知患者的预后情况,在后续研究中,将加大样本量,并对患者进行 1 年以上的随访,了解患者的预后情况,对于房颤合并心衰患者采用射频消融术治疗的效果深入分析。综上所述,对持续性房颤合并心衰患者采用射频消融术与抗心衰药物相结合的方法进行治疗,相较于单纯的药物抗心衰治疗,前者治疗效果更为显著,且患者预后更好用。

参考文献

[1]王恒阳,周鹏,李剑.心房颤动负荷与心房颤动射频消融术后复发及预后的关系[J].中国心脏起搏与心电生理杂志,2019,33(4):301-303.

Reprod Open,2021(2):hoab019.

[11]钱亮,高建松,李鼎恒.超声引导下聚桂醇注射联合清宫术治疗子宫瘢痕妊娠临床疗效及影响因素[J].浙江中西医结合杂志,2020,30(8):662-665.

[12]毛爱军,宋燕.超声引导下清宫术联合西药与消融清宫方治疗剖宫产瘢痕妊娠 90 例[J].中国中医药科技,2019,26(4):587-588.

[13]唐希阳,史安平,周永强,等.剖宫产瘢痕妊娠治疗研究进展[J].陕西医学杂志,2019,48(8):1102-1105.

[14]袁宁,王丽娟,杨元晨,等.双侧子宫动脉栓塞联合清宫术治疗子宫疤痕妊娠的有效性和安全性[J].中国计划生育学杂志,2018,26(12):1207-1210.

[15]马素芳,刘丽霞,李素珍.宫腔镜病灶切除术与腹腔镜手术治疗内生型剖宫产瘢痕妊娠患者的对比研究[J].内蒙古医学杂志,2019,51(8):984-986.

[16]雷傲利,郭璞.宫腔镜下瘢痕病灶切除术治疗剖宫产瘢痕妊娠的临床效果及其对血清人绒毛膜促性腺激素水平的影响研究[J].贵州医药,2021,45(10):1551-1552.

[17]潘珊,周丽仙,金群俏.高强度聚焦超声预处理对宫腔镜下清宫术治疗剖宫产瘢痕妊娠的疗效[J].中国妇幼保健,2021,36(17):4108-4111.

[18]Zhang X,Pang Y,Ma Y,et al.A comparison between laparoscopy and hysteroscopy approach in treatment of cesarean scar pregnancy [J].Medicine,2020,99(43):e22845.

[19]饶妍妍,张义荣.子宫动脉栓塞联合宫腔镜清宫术在剖宫产切口瘢痕妊娠中的应用[J].临床合理用药杂志,2018,11(28):134-135.

[20]陈正云,李小永,赵达,等.宫腔镜手术终止早期Ⅱ型剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的临床研究[J].中华妇产科杂志,2017,52(10):669-674.

[21]王小蓉,杨历波.UAE 预处理联合病灶切除术治疗剖宫产瘢痕妊娠的效果[J].中国妇幼保健,2021,36(3):703-705.

[22]罗亚辉,李功娟,赵孝芳.子宫动脉栓塞术预处理后宫腹腔镜联合手术治疗瘢痕妊娠的疗效观察[J].解放军医学院学报,2018,39(2):122-125.

(收稿日期: 2021-12-08)

[2]韩建妙,王建军,齐书英,等.射频消融术治疗心房颤动性心脏病的临床观察[J].临床合理用药杂志,2019,12(16):19-20,22.

[3]Wilber DJ,Pappone C,Neuzil P,et al.Comparison of antiarrhythmic drug therapy and radiofrequency catheter ablation in patients with paroxysmal atrial fibrillation:a randomized controlled trial[J].JAMA, 2010,303(4):333-340.

[4]Kirchhof P,Calkins H.Catheter ablation in patients with persistent atrial fibrillation[J].Eur Heart J,2017,38(1):20-26.

[5]房怡菲,吴磊明,梁翠,等.射频消融治疗持续性房颤合并心衰患者的预后评估[J].河南医学研究,2020,29(3):400-404.

[6]侯晗,Galetin-3 与急性心肌梗死 NYHA 心功能分级的关系及阿托伐他汀对其干预作用[J].中国医学创新,2015,12(28):5-7.

[7]程杰龙,肖源,詹碧鸣,等.持续气道正压通气治疗阻塞性睡眠呼吸暂停对心房颤动射频消融术疗效影响的 Meta 分析[J].中国循环杂志,2018,33(8):781-786.

[8]王恒阳,周鹏,李剑.心房颤动负荷与心房颤动射频消融术后复发及预后的关系[J].中国心脏起搏与心电生理杂志,2019,33(4):301-303.

[9]王一.冠状动脉粥样硬化性心脏病合并二尖瓣疾病和心房颤动患者同期行冠状动脉搭桥联合二尖瓣置换术和双极射频消融术疗效观察[J].新乡医学院学报,2019,36(2):155-158.

[10]邓盛荣,舒茂琴,柴虹,等.不同猝死风险的肥厚型心肌病合并房颤患者射频消融术后预后的影响因素分析[J].医学临床研究,2018,11(4):628-631.

[11]李支娣,卢振产.冷冻消融术对心房颤动患者血小板微粒及血栓形成的影响[J].重庆医学,2020,49(11):1821-1824.

[12]韦柳炎,焦国庆,李明秋.双房双极及单房单极射频消融术在心脏瓣膜病并发心房颤动患者中的临床应用对比观察[J].山东医药,2021,61(27):74-76.

[13]黄颖,解杨婧.高功率短时程与常规功率导管射频消融治疗心房颤动有效性和安全性的对比研究[J].实用心脑血管病杂志,2021,29(5):124-127.

(收稿日期: 2021-12-10)