

子宫动脉化疗栓塞联合 B 超治疗剖宫产疤痕部位妊娠疗效观察

陈 艳,李一春,赵爱明

(南华大学附属第二医院妇产科,湖南 衡阳 421001)

摘 要: **目的** 探讨子宫动脉化疗栓塞联合 B 超治疗剖宫产疤痕部位妊娠疗效。 **方法** 选择剖宫产疤痕部位妊娠患者 42 例,联合治疗组 24 例行子宫动脉甲氨喋呤化疗栓塞联合 B 超清宫术,药物治疗组 18 例行单纯药物治疗。比较两组治疗成功率、阴道出血量、阴道流血时间、血 β -HCG 正常时间等指标,并进行统计学分析比较。 **结果** 联合治疗组患者治疗成功率 95.8%,其治疗成功率、阴道出血量、阴道流血时间、血 β -HCG 正常时间等方面均优于药物治疗组($P < 0.05$)。 **结论** 子宫动脉甲氨喋呤化疗栓塞联合 B 超下清宫术治疗剖宫产疤痕部位妊娠创伤小、恢复快、安全有效。血 β -HCG 高值、彩色阴道 B 超提示胚胎存活、孕囊周围血流丰富为剖宫产疤痕部位妊娠治疗过程中出现大出血的危险因素;剖宫产疤痕部位妊娠治疗应个体化。

关键词: 子宫动脉栓塞; MTX; B 超; 妊娠; 剖宫产疤痕

中图分类号: R714.2 **文献标识码:** A

剖宫产疤痕部位妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是指妊娠囊种植在前次剖宫产术后子宫前壁肌层切口瘢痕部位,是剖宫产远期并发症之一,常伴有严重并发症如发生大出血,甚至子宫破裂、膀胱穿孔等风险。近年来,随着剖宫产率的明显上升,CSP 的发生率也明显增加。随着介入治疗技术的成熟和甲氨喋呤(MTX)成功应用,CSP 保守治疗取得了令人满意的疗效。本研究采用子宫动脉 MTX 化疗栓塞联合 B 超下清宫术治疗 CSP,观察其疗效,并与单纯药物治疗 CSP 进行对比分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2010 年 6 月~2013 年 12 月住院的 CSP 患者 42 例,治疗前均向患者详细告知病情,自愿选择任一项治疗方案,全部病例术前均系统检查排除严重的心肺、肝肾功能、凝血功能障碍及其他内科疾病。诊断标准:抽血查 β -HCG 确诊妊娠并彩色

阴道 B 超诊断标准为^[1]:①妊娠物位于子宫前壁峡部剖宫产瘢痕处;②宫腔内未见妊娠物;③宫颈形态正常,内外口紧闭,未见妊娠组织;④妊娠物与膀胱间的子宫肌层缺失或连续性中断;⑤绒毛着床部位肌层血流丰富,呈低速低阻型流速曲线。其中联合治疗组 24 例,子宫动脉 MTX 化疗栓塞联合 B 超清宫治疗 CSP,年龄 28.9 ± 6.5 岁,剖宫产史 1 次 17 例,2 次及以上 7 例。药物治疗组 18 例,单纯药物治疗 CSP,年龄 30.6 ± 6.2 岁,剖宫产史 1 次 13 例,2 次及以上 5 例。两组患者在年龄、剖宫产史等方面经统计学处理,差异无显著统计学意义($P > 0.05$)。本研究各组间病例基本情况见表 1。

本研究治疗采用药物:注射用氨甲喋呤(MTX)(100 mg/支,江苏恒瑞医药),米非司酮胶丸(5 mg/粒*15 粒,浙江仙琚制药),杀胚中药(主要成分为红花、川芎、丹参、三棱、桃仁、天花粉、莪术、蜈蚣、赤芍)。

1.2 治疗方案

1.2.1 联合治疗组 ①子宫动脉 MTX 化疗栓塞术:术前建立静脉通道,上心电监护。如有大出血患者抗休克同时行子宫动脉栓塞 MTX 化疗。术区常规消毒铺单,局部麻醉后行右侧股动脉穿刺术,使用 Seldinger 穿刺技术将 5.0F Cobro 导管插入至右侧子宫动脉,血管造影确认导管位于其内后注入 MTX 50 mg,明胶海绵在透视下进行栓塞,再次造影确认

收稿日期:2014-04-08

基金项目:衡阳市科技局 2013 年社会发展支撑计划项目(2013KS40)。

作者简介:陈艳,本科,主治医师,研究方向:妇产科临床,E-mail:ye-lia2006@sina.com.

表 1 两组病例基本情况的比较(例,%)

组别	n	血 β-HCG		胚胎存活		孕囊周围血流	
		≤10 000 IU/L	>10 000 IU/L	是	否	丰富	不丰富
联合治疗组	24	9(37.5)	15(62.5)	16(66.7)	8(33.3)	18(75.0)	6(25.0)
药物治疗组	18	11(61.1)	7(38.9)	6(33.3)	12(66.7)	10(55.6)	8(44.4)

栓塞成功后退出导管,同法栓塞左侧子宫动脉。术后右下肢制动 12 h,持续心电监护,术后立即及术后 4 h 予抽血复查凝血功能并予使用肝素钠抗凝治疗,做好肺栓塞的防治工作,如遇大出血时行宫腔填塞或手术治疗。②B 超监护下清宫术:于术后 24 ~ 48 h 内彩色 B 超监护下行清宫术,并记录出血量,术后预防感染,继续记录出血量,组织物送病检。栓塞后每 3 天复查血 β-HCG,每周复查肝肾功能、彩色 B 超及血常规直至正常。

1.2.2 药物治疗组 每周予 MTX 100 mg 静推,米非司酮 25 mg/次,口服,3 次/日,连续服用 4 天共 300 mg,同时每日服用杀胚中药治疗。每 3 天复查血 β-HCG,每周复查肝肾功能、彩色 B 超及血常规以观察疗效,同时记录每日出血量。如出现异常进行相应处理,必要时停药。治疗过程中如无大出血(出血量大于 500 mL),则不行清宫术处理,待其自行吸收;如大出血时,由患者自行选择急诊介入后清宫或手术治疗。

1.3 观察指标

比较两组治疗成功率、阴道出血量、阴道流血时间、血 β-HCG 正常时间。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 18.0 统计软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

联合治疗组中有 2 例为大量阴道流血患者行急诊子宫动脉 MTX 化疗栓塞止血,所有患者均成功施行子宫动脉栓塞 MTX 化疗,其中 1 例患者栓塞后出现阴道大量流血予急诊手术切除妊娠病灶,1 例患者清宫后阴道流血多行宫腔填塞术止血,未出现肺栓塞及卵巢栓塞等严重并发症,以上 2 例均血 β-HCG 值 > 10 000 IU/L,彩色阴道 B 超提示胚胎存活,孕囊周围血流丰富。药物治疗组 2 例化疗过程中因不能耐受化疗副反应行开腹手术切除妊娠病灶,4 例化疗过程中大出血行急诊介入(同联合治疗组处理)治疗均保守治疗成功,3 例患者化疗过程中大出血选择开腹手术切除妊娠病灶,其中 1 例行子宫次全切除术,以上大出血患者均血 β-HCG 值 > 10 000 IU/L,彩色阴道 B 超提示胚胎存活,孕囊周围血流丰富。药物治疗组有病检者及联合治疗组病检报告均为可见绒毛组织。两组疗效对照见表 2。

表 2 联合治疗组与药物治疗组疗效的比较

组别	n	治疗成功率(%)	阴道出血量(mL)	阴道流血时间(天)	血 β-HCG 正常时间(天)
联合治疗组	24	95.8 ^a	76.9 ± 71.2 ^a	5.9 ± 2.9 ^a	10.6 ± 3.5 ^a
药物治疗组	18	50.0	427.3 ± 364.4	16.4 ± 5.7	21.6 ± 8.7

与药物治疗组比较,a: $P < 0.05$

3 讨 论

剖宫产疤痕部位妊娠(CSP)是一种少见的、特殊类型的异位妊娠,是剖宫产的一种严重并发症^[2],其凶险且难以处置,常伴发严重并发症如大出血、子宫穿孔甚至破裂等风险,故而引起广大医务人员的重视。目前 CSP 常用治疗方法为单纯药物治疗、介入治疗、清宫术、经腹或经宫腹腔镜子宫瘢痕局部病灶清除等治疗。单纯药物治疗是目前临床

最常见的治疗方法,该方法存在有患者恢复慢、化疗副反应重、血 β-HCG 下降慢、阴道流血量多且时间长等情况。本研究采用子宫动脉 MTX 化疗栓塞联合 B 超下清宫术可以解决上述问题,并可明显降低子宫切除和丧失生育能力等风险,是治疗 CSP 安全可行的办法。本研究采用国际上最常用的明胶海绵颗粒动脉栓塞治疗,明胶海绵一般于栓塞后 2 ~ 3 周开始吸收^[3],联合 MTX 动脉灌注,MTX 的杀胚作用在 24 h 内达到高峰^[4],故本研究选择在栓塞后 24 ~

48 h 内行清宫术。子宫动脉栓塞术中及术后出现并发症大多较轻微,如栓塞综合征等,但也可能出现严重并发症如肺栓塞可危及患者生命。故需严格掌握介入栓塞指征,术前排血凝状态,术后做好抗凝处理,并警惕肺栓塞的发生。本研究通过子宫动脉栓塞阻断胚胎血运,配合化疗药物的双重作用,提高疗效达到缩短治疗时间的效果;通过子宫动脉栓塞阻断子宫血运可明显减少清宫术中大出血风险;通过直接经子宫动脉注入 MTX 提高局部子宫药物浓度效价达 2~22 倍,有效杀死胚胎组织,为清宫创造了条件,相对于全身用药减少药物用量从而减少毒副作用的发生^[5];B 超监护下清宫可直接对准胚胎种植部位进行吸刮,能尽量避免子宫穿孔及膀胱损伤,减少宫腔损伤及组织物残留的机会。

本研究显示,血 β -HCG 高值、彩色阴道 B 超提示胚胎存活、孕囊周围血流丰富为 CSP 治疗过程中出现大出血的危险因素,也是药物治疗失败的主要原因。采用子宫动脉 MTX 化疗栓塞联合 B 超下清宫术治疗 CSP 可明显降低大出血等并发症并保留子宫。但同时子宫动脉 MTX 化疗栓塞联合 B 超下清宫术治疗住院费用高,增加患者经济负担。因此,CSP 治疗应个体化,根据患者具体情况选择合适的治疗方案。当存在有血 β -HCG 高值、彩色阴道 B 超提示胚胎存活、孕囊周围血流丰富等危险因素时,不宜单行药物治疗杀

胚,应行子宫动脉 MTX 化疗栓塞联合 B 超下清宫术治疗 CSP,因其具有恢复快、创伤小、安全有效并能保留子宫等优点,值得有条件的医院推广。如无上述高危因素时,应选择在做好手术准备的前提下行药物保守治疗,可减轻患者经济负担。

参考文献:

- [1] 陈正云,张信美,许泓,等. 宫腔镜联合子宫动脉栓塞术终止剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的疗效与安全性[J]. 中华妇产科杂志,2011,46(8):591-594.
- [2] Marium G, Jessica L, Bienstock. Recurrent ectopic pregnancy in a cesarean scar [J]. Obstetrics Gynecology, 2008,111(2pt2):541-545.
- [3] Sone M, Osuga K, Shimazu K, et al. Porous gelatin particles for uterine artery embolization: an experimental study of intra-arterial distribution, uterine necrosis, and inflammation in a porcine model[J]. Cardiovasc Intervent Radiol, 2010,33(5):1001-1008.
- [4] 王飞,白莉平,褚艳侠,等. 子宫动脉化疗栓塞在子宫切口妊娠中的研究进展[J]. 华西医学,2011,26(12):1909-1912.
- [5] 张国福,王添平,谷守欣,等. 子宫动脉化疗栓塞在剖宫产切口瘢痕妊娠中的应用研究[J]. 介入放射学杂志,2010,19(12):936-939.

(此文编辑:朱雯霞)