

# 子宫切口瘢痕妊娠的治疗

褚宏艳 吴秀彦

(呼伦贝尔市第四人民医院 内蒙古 呼伦贝尔 021000)

**【摘要】**目的：分析宫腔镜手术联合子宫动脉栓塞术(UAE)对于子宫切口瘢痕妊娠(CSP)的治疗效果。方法：选择2018年1月-2022年5月间住院治疗的15例CSP患者。随机数字表分组，A组8例实行宫腔镜手术+UAE治疗，B组7例实行宫腔镜单一治疗。对比围术期指标、血清指标变化、血流动力学变化、卵巢储备功能变化、并发症率。结果：A组的围术期指标优于B组( $P < 0.05$ )。治疗前，组间的血清指标、血流动力学指标、卵巢储备功能对比无差异( $P > 0.05$ )。治疗1周后，A组的血清指标低于B组，血流动力学指标低于B组，卵巢储备功能指标优于B组( $P < 0.05$ )。A组的并发症率低于B组( $P < 0.05$ )。A组的总有效率高于B组( $P < 0.05$ )。结论：宫腔镜手术+UAE治疗能够改善围术期指标，恢复CSP患者的血清指标、血流动力学与卵巢储备功能，且能减少治疗并发症，疗效较为确切。

**【关键词】**宫腔镜手术；子宫动脉栓塞术；子宫切口瘢痕妊娠；并发症

## Treatment of uterine incision cicatricial pregnancy

Hongyan Chu Xiuyan Wu

(The Fourth People's Hospital of Hulunbuir, Hulunbuir, Inner Mongolia, 021000)

**[Abstract]** Objective: To analyze the efficacy of hysteroscopic surgery combined with uterine artery embolization (UAE) in the treatment of uterine incision cicatricial pregnancy (CSP). Methods: Fifteen patients with CSP who were hospitalized from January 2018 to May 2022 were selected. Eight patients in group A received hysteroscopic surgery plus UAE, and seven patients in group B received hysteroscopic monotherapy. The perioperative indexes, serum indexes, hemodynamics, ovarian reserve function and complication rate were compared. Results: The perioperative indexes of group A were better than those of group B ( $P < 0.05$ ). Before treatment, there were no differences in serum indexes, hemodynamic indexes and ovarian reserve function between groups ( $P > 0.05$ ). After 1 week of treatment, serum indexes and hemodynamic indexes of group A were lower than those of group B, and ovarian reserve function indexes were better than those of group B ( $P < 0.05$ ). The complication rate of group A was lower than that of group B ( $P < 0.05$ ). The total effective rate of group A was higher than that of group B ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Hysteroscopic surgery plus UAE can improve perioperative indexes, restore serum indexes, hemodynamics and ovarian reserve function in patients with CSP, and reduce treatment complications.

**[Key words]** Hysteroscopic surgery; Uterine artery embolization; Uterine incision scar pregnancy; U complication

CSP是发病率较低的异位妊娠，其孕囊、绒毛与胎盘着床于子宫切口部位，是剖宫产的远期并发症之一<sup>[1-2]</sup>。以往研究发现，剖宫产患者的CSP发病率约是0.17%，若治疗延误会导致子宫破裂等不良事件，甚至切除子宫组织。现阶段，该病的疗法为药物干预、宫腔镜手术等，但预后质量一般，需要寻求新型手术方案。基于此，本研究选择15例CSP患者，用于分析宫腔镜手术+UAE治疗的作用。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选择2018年1月-2022年5月间住院治疗的15例CSP患者。随机数字表分组，A组8例，年龄为28岁至42岁，均值( $33.26 \pm 1.08$ )岁；停经时间为37d至63d，均值( $47.83 \pm 2.49$ )d；剖宫产次数为1至2次，均值( $1.02 \pm 0.33$ )次；孕产次为2至4

次，均值( $3.15 \pm 0.43$ )次。B组7例，年龄为29岁至41岁，均值( $33.57 \pm 1.04$ )岁；停经时间为38d至61d，均值( $47.17 \pm 2.24$ )d；剖宫产次数为1至2次，均值( $1.05 \pm 0.31$ )次；孕产次为2至5次，均值( $3.09 \pm 0.38$ )次。经假设检验并无差异( $P > 0.05$ )。

#### 1.2 方法

术前开展血常规、肝肾功能与子宫评估、盆腔核磁等检查。B组实行宫腔镜手术治疗，使用等离子宫腔镜系统，设定频率为：凝固功率为60至100W，切割功率为60至80W，膨宫压为14至17kPa。实行硬膜外麻醉，使患者保持膀胱截石位，同时留置导尿管并夹闭，确保膀胱的充盈度，开展超声监测。使用窥阴器适度扩张阴道，而后全面消毒，经宫颈钳钳夹宫颈前唇，深入探查宫颈的深度。将宫腔镜置入其中，评估输卵管与子宫状态，确定妊娠物的具体位置。将妊娠物周

表 1 两组患者的围术期指标较比 [ $\bar{x} \pm s$ ]

分组	例数	手术耗时 (h)	术中失血量 (ml)	月经恢复时间 (d)	$\beta$ -HCG 降至正常时间 (h)
A 组	8	31.62 ± 4.26	32.54 ± 2.31	35.16 ± 3.74	21.92 ± 3.46
B 组	7	50.72 ± 4.29	81.26 ± 2.77	56.72 ± 3.87	45.27 ± 3.51
t	-	8.635	37.168	10.961	12.953
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者的血清指标较比 [ $\bar{x} \pm s$ ]

分组	例数	PAPP-A (mU/L)		SF1t-1 ( $\mu$ g/L)		INH-A (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	8	165.27 ± 15.32	9.63 ± 1.27	3.25 ± 0.69	2.05 ± 0.34	21.48 ± 2.44	4.63 ± 0.97
B 组	7	165.10 ± 15.29	14.21 ± 1.36	3.27 ± 0.71	2.76 ± 0.39	21.50 ± 2.49	7.60 ± 0.98
t	-	0.021	6.743	0.055	3.770	0.016	5.888
P	-	0.983	0.000	0.957	0.002	0.988	0.000

边组织逐层电切，保证子宫壁厚度充足，而后切除妊娠物。若伴有活动性出血症状，应进行电凝止血，并将取出后的病灶组织及时送检。再次探查宫颈管与宫腔情况，保证无残留妊娠物后，在宫颈部位注射适量的缩宫素，于 24h 后将气囊导管拔除。A 组实行宫腔镜手术 +UAE 治疗，先对患者行局麻处理，而后消毒铺巾，通过 Seldinger 技术穿刺股动脉，而后置入导管(4.0)，在双侧髂动脉处开展血管造影术操作，而后在髂动脉处插管，于超声透视下，在子宫动脉处注入明胶海绵，保证子宫动脉彻底栓塞后，加压并包扎穿刺点。嘱患者制动 6h，而后进行宫腔镜手术，操作同 B 组。

### 1.3 观察指标

观察手术耗时、术中失血量、月经恢复时间、血绒毛膜促性腺激素 ( $\beta$ -HCG) 降至正常时间等围术期指标。治疗前与 1 周后，抽取空腹下静脉血，量 10ml，经离心处理 10min，转速设定 3500r/min，提取上清液后冷藏备用。经荧光免疫分析法检测血浆蛋白 A (PAPP-A)、酶联免疫吸附法测评可溶性 血管内皮生长因子受体 1 (SF1t-1)、固相夹心法评估抑制素 A (INH-A)。同时使用超声诊断仪测定舒张期低值流速 (EDV)、子宫动脉搏动指数 (PI)、收缩期峰值流速 (PSV) 等指标，测 3 次后取均值。同时间段用电化学法评测雌二醇 ( $E_2$ )、促卵泡成熟激素 (FSH)、抗米勒管激素 (AMH) 等指标，同时使用超声诊断仪测定窦状卵泡数 (AFC)，卵巢内径介于 2 至 10mm。观察下腹痛、恶心呕吐、发热、脱发、肝肾功能损伤、宫颈管粘连等并发症率。

### 1.4 疗效评价标准

基本治愈表示症状消失，临床指标正常，超声可见子宫切口部位无占位；显著见效表示症状显著改善，临床指标基本正常，超声可见子宫切口部位无占位；初步见效表示症状好转，临床指标改善，超声可见子宫切口部位好转超 50%；未见疗效表示症状、临床指标无变化，需开展子宫切除术。

### 1.5 统计学分析

数据处理选用 SPSS23.0 软件，计量数据经由 t 值对比且检验，计数数据经由  $\chi^2$  值对比且检验，差异存在标准为 P 值不足 0.05。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的围术期指标较比

A 组患者的手术耗时短于 B 组，术中失血量少于 B 组，月经恢复与  $\beta$ -HCG 降至正常时间均短于 B 组 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

### 2.2 两组患者的血清指标较比

治疗前对比于组间的血清指标未见差异 ( $P > 0.05$ )。治疗 1 周后，A 组患者的血清指标低于 B 组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

### 2.3 两组患者的卵巢储备功能较比

治疗前组间的卵巢储备功能对比无差异 ( $P > 0.05$ )。治疗 1 周后，A 组的  $E_2$ 、AMH、AFC 指标高于 B 组，A 组的 FSH 指标低于 B 组 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

### 2.4 两组患者的并发症率较比

A 组的并发症率低于 B 组 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 3 两组患者的卵巢储备功能较比 [ $\bar{x} \pm s$ ]

分组	例数	E2 (pmol/L)		FSH (mIU/mL)		AMH ( $\mu\text{g/L}$ )		AFC (个)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	8	74.34 ± 6.48	57.44 ± 4.91	8.85 ± 1.34	5.33 ± 1.04	4.46 ± 1.25	3.48 ± 0.67	7.48 ± 1.31	8.70 ± 1.44
B 组	7	74.36 ± 6.51	48.16 ± 4.81	8.86 ± 1.39	6.78 ± 1.06	4.43 ± 1.29	2.71 ± 0.65	7.46 ± 1.36	4.92 ± 1.41
t	-	0.006	3.686	0.014	2.670	0.046	2.251	0.029	5.121
P	-	0.995	0.003	0.989	0.019	0.964	0.042	0.977	0.000

表 4 两组患者的并发症率较比 [n/%]

分组	例数	下腹痛	恶心呕吐	发热	脱发	肝肾功能损伤	宫颈管粘连	发生率
A 组	8	1 (12.50)	0	0	0	0	0	12.50 (1/8)
B 组	7	1 (14.29)	1 (14.29)	1 (14.29)	1 (14.29)	1 (14.29)	0	71.43 (5/7)
$\chi^2$	-	-	-	-	-	-	-	5.402
P	-	-	-	-	-	-	-	0.020

表 5 两组患者的总有效率比较 [n/%]

分组	例数	基本治愈	显著见效	初步见效	未见疗效	总有效
A 组	8	4 (50.00)	2 (25.00)	2 (25.00)	0	100.00 (8/8)
B 组	7	2 (28.57)	1 (14.29)	1 (14.29)	3 (42.86)	57.14 (4/7)
$\chi^2$	-	-	-	-	-	4.286
P	-	-	-	-	-	0.038

2.5 两组患者的总有效率比较

A 组的总有效率高于 B 组 (P < 0.05)。见表 5。

3 讨论

CSP 的病因多为瘢痕切口缺陷, 发病过程为剖宫产后子宫内层与基层受损, 子宫瘢痕会形成微通道与间隙, 使切口愈合不良, 进而导致血管增生或瘢痕缺陷, 使妊娠物着床于以上位置。手术是该病的常用疗法, 可彻底清除病灶, 控制患者病情。现阶段, 宫腔镜手术是该病的基础术式, 能够清晰评估妊娠物、子宫肌层状态, 于宫腔镜直视下完成手术操作, 对于病灶的定位准确性高, 可电凝止血创面, 进而降低手术的不良影响。该术式可防止妊娠物残留, 但其单纯治疗可能导致大出血, 甚至丧失患者的生育功能<sup>[3]</sup>。UAE 可以保留子宫组织, 对子宫动脉进行阻断处理, 进而切断病灶部位的营养供给, 加剧胚胎细胞的缺氧与缺血程度, 进而使其坏死与萎缩。该术式可减小子宫壁间的分离操作难度, 尽量防止大出血, 同时为宫腔镜手术提供便利条件<sup>[4]</sup>。两种手术联合属于新型治疗法, 可以使用明胶海绵对子宫动脉进行栓塞处理, 从而阻断子宫瘢痕部位的血供。联合手术的创伤性较

小, 可最大程度上保护生育功能, 且能有效控制对子宫内膜的损伤度, 可以作为该病的首选术式<sup>[5]</sup>。

综上, 宫腔镜手术 +UAE 治疗能够改善 CSP 患者的治疗预后, 稳定患者的生理指标, 且有较高的手术安全效益。

参考文献:

[1] 刘宝, 池余刚, 陈晓兰, 等. 宫腔镜治疗阴式子宫瘢痕憩室修补术后 III 型子宫瘢痕妊娠 1 例报道 [J]. 重庆医学, 2022, 51(8): 1438-1440

[2] 马萌. 腹腔镜联合宫腔镜手术对剖宫产术后瘢痕妊娠患者的疗效及生活质量的影响分析 [J]. 四川生理科学杂志, 2022, 44(6): 1084-1086

[3] 张娟. 宫腔镜治疗瘢痕妊娠的研究进展 [J]. 中国医疗器械信息, 2022, 28(4): 31-33

[4] 王文雁, 白殷, 孟萍萍. 超声引导下妊娠囊内注射甲氨蝶呤联合宫腔镜下清宫术治疗剖宫产瘢痕妊娠的临床应用分析 [J]. 婚育与健康, 2022, 28(9): 25-26

[5] 曾继花. 应用宫腔镜治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的临床有效性研究 [J]. 数理医药学杂志, 2021, 34(1): 39-40

褚宏艳院级课题名称: 子宫切口瘢痕妊娠的治疗