子宫动脉栓塞术在子宫疤痕部位妊娠的应用

邓雪莲[1],苏卫燕[2],胡红波[1],李少明[1] (1.韶关粤北人民医院妇产科,广东 韶关 512026;2.韶关学院医学院妇产科,广东 韶关 512026)

[摘 要] **目的** 探讨子宫动脉栓塞术在治疗子宫疤痕部位妊娠的应用价值。**方法** 回顾性分析16例剖宫产术后子宫疤痕部位妊娠患者的临床资料。有7例在行双侧子宫动脉栓塞术后4~5 d再行清宫术;9例直接行清宫术或剖腹探查术。**结果** 7例行双侧子宫动脉栓塞术患者手术均一次成功,术中术后出血少,恢复快;9例行清宫术或剖腹探查术,术中术后出血多,恢复慢。**结论** 子宫疤痕部位妊娠患者经子宫动脉栓塞术预处理后,手术的出血及风险可明显减少,成功率高。

[关键词] 子宫动脉栓塞术;子宫疤痕;异位妊娠

[中图分类号] R713.8;R714.22 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2009)03-0173-02

Application of uterine artery embolization in the treatment of cesarean scar pregnancy

DENG Xue-lian, SU Wei-yan, HU Hong-bo, LI Shao-ming (Department of Gynaecology and Obstetrics, Yuebei People's Hospital, Shaoguan Guangdong 512026, China)

Abstract: Objective To explore the value of the uterine artery embolization in the treatment of cesarean scar pregnancy. **Methods** Clinical datas of 16 cases with cesarean scar pregnancy were retrospectively analyed. There were 7 cases underwent dilatation and curettage 4~5 d after uterine artery embolization, while 9 cases performed one of the two operations directly. **Results** The 7 patients of 16 who had undergone dilatation and curettage after uterine artery embolization were succeed with little haemorrhage and recovered quickly. While the other 9 cases occurred massive haemorrhage and recovered slowly. **Conclusion** The beforehand treatment of uterine artery embolization for cesarean scar pregnancy can reduce the haemorrhage and the risk, which can be safe and effect.

Keywords: uterine artery embolization; cesarean scar pregnancy; eccyesis

子宫疤痕部位妊娠(CSP)是指胚胎着床于剖宫产后瘢痕处的微小缝隙上,为罕见的异位妊娠类型,发生率约为0.45‰,占异位妊娠的6.1%。因临床表现缺乏特异性,发病早期不易发现,继续妊娠或人流刮宫可能发生致命大出血、子宫穿孔,甚至休克,严重时需行子宫切除术[1]。子宫动脉栓塞术的应用,为子宫疤痕部位妊娠患者提供了更有效、安全的治疗途径。我院1995年10月至2008年1月收治16例子宫疤痕部位妊娠患者,其中有7例先行双侧子宫动脉栓塞术,再行清宫术,取得了良好的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组子宫疤痕部位妊娠患者共16例,年龄24~41岁,平均孕次3.5次,停经38~77 d,其中11例误诊为宫内早孕行人工流产或米非司酮药物流产。入院时,16例患者中有3例少量阴道流血,9例阴道出血大于200 mL,4例有休克症状。16例均有1次以上剖宫产史,剖宫产距发病时间平均5年。所有患者都经妇科检查、超声检查,以及血HCG测定等明确诊断。

1.2 治疗方法

介入栓塞组7例先行双子宫动脉DSA及栓塞介入术(TUCE),用无菌明胶海绵颗粒(直径约1 mm)栓塞双侧子宫动脉,并经造影证实栓塞完全后拔管,栓塞术后4~5 d再行清宫术,术中及术后出血约20~500 mL,将宫内刮出物送病理检查。清宫或剖腹组2例患者先服用米非司酮1个疗程,然后在B超监视下清宫;7例患者直接行人工流产术或清宫术,其中4例因人工流产或清宫术中或术后阴道大出血出现休克表现而急诊行剖腹探查术,术中见子宫下段菲薄,有紫兰色病灶突出浆膜外,且原瘢痕处静脉怒张,切除瘢痕处病灶送病理检查。11例患者病理检查结果均符合子宫疤痕部位妊娠。

2 结果

介入栓塞组7例先行双侧子宫动脉栓塞术后阴道流血明显减少,患者行双侧子宫动脉栓塞均一次成功。患者于子宫动脉栓塞术后均有不同程度的下腹痛及腰骶痛,1例患者于栓塞术后48 h内出现低热(体温37.3~38.3 ℃),予对症处理后缓解。清宫或剖腹组9例行清宫术或剖腹探查术,术中、术后出血多,恢复慢,其中7例行急诊剖腹探查术出血500~1 200 mL;2例米非司酮加清宫患者出血200~900 mL。两组患者在术中及术后出血的比较有显著性差异,$P<0.01$(表1)。

[作者简介] 邓雪莲(1950-),女,广东省连州县人,主任医师,主要从事临床妇产科方面的研究。电话:(0751)8102430

[收稿日期] 2009-02-20 [修回日期] 2009-03-10

表1 两组情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	年龄(岁)	停经(d)	术前HCG(mIU/mL)	术前出血(mL)	术中及术后出血(mL)	术后HCG(mIU/mL)
介入栓塞组	7	33.80	58.40±13.05	6772.40±304.93	400.00±156.22	224.00±102.80*	310.80±246.58
清宫或剖腹组	9	29.20	53.50±10.89	6326.83±326.49	366.67±116.02	916.67±226.94	522.17±281.33

*:与清宫或剖腹组比较,$P<0.01$

3 讨论

随着剖宫产率的升高,子宫疤痕部位妊娠发生率也随之上升[2]。因为临床表现与宫内早孕、先兆流产、滋养叶细胞肿瘤、宫颈妊娠相似,均有停经史,尿HCG阳性,血β-HCG升高,有或无阴道不规则流血等,所以早期诊断较为困难。由于近几年来彩色多普勒及阴道超声检查广泛应用,在子宫疤痕部位妊娠诊断上显示出绝对优势。终止妊娠前,需排除异位妊娠。实行常规B超筛查后,如发现孕囊位置较低,怀疑下段疤痕妊娠时建议彩色多普勒或阴道B超复查[3-4]。本组所有患者均有子宫下段的剖宫产史,另外有停经史、子宫增大、尿HCG升高等正常妊娠表现,部分患者在人工流产中大出血。本组14例患者通过上述筛查流程而确诊,2例加用MRI帮助确定诊断。

子宫疤痕部位妊娠的早期治疗非常关键,它关系到患者的生存质量甚至生命。其治疗方法分手术治疗和非手术治疗。近年来有应用甲氨蝶呤、天花粉等药物保守治疗的报道[5-6]。甲氨蝶呤的给药方式有全身和局部两种,全身用药时甲氨蝶呤可按50 mg/m^{2}或1 mg/kg两种方案给药;局部用药可在超声引导下经腹部或经阴道穿刺,囊内注射甲氨蝶呤剂量为1 mg/kg。由于药物治疗的局限性、疗程长及成功机率不高,往往需要考虑手术治疗。对于药物或清宫治疗失败,难以控制的大出血及没有生育要求的年长者可以考虑次全或全子宫切除。子宫切除是为了挽救患者生命时的唯一手段[7-9]。本组1例采取上述综合治疗失败而且无生育要求,即行次全子宫切除术。

子宫动脉栓塞术应用于产后出血及血管畸形的治疗已有数十年的历史。近年来,国内外学者将这一技术应用于宫颈妊娠的治疗,均取得较好的疗效[10]。本组7例患者先行子宫动脉栓塞术预处理后,再行清宫术来治疗子宫疤痕部位妊娠,具有以下优点:①子宫动脉栓塞后阻断了子宫的主要血供,达到了止血的目的;②疤痕病灶局部缺血缺氧促进胚胎及滋养细胞坏死、萎缩;③避免了清宫术中及术后可能出现的大出血,提高了子宫疤痕部位妊娠保守治疗的成功率,且病灶组织清除后,血β-HCG下降快,月经复潮所需时间短。本组7例子宫动脉栓塞清宫术患者均于术后2个月内恢复正常月经,充分体现了这一技术对子宫疤痕部位妊娠治疗的有效性。所有患者在治疗中和治疗后无严重并发症,说明该技术具有较高的安全性。明胶海绵颗粒属中效栓塞剂,在栓塞后48 h到1个月内吸收[11]。在子宫疤痕部位恢复的同时,栓塞剂逐渐吸收,子宫动脉再通,恢复子宫的正常供血,既挽救患者生命,又保留了生育功能。因此,本文作者认为,双侧子宫动脉栓塞术的预处理是子宫疤痕部位妊娠治疗安全、有效、微创的保守治疗方法,值得临床推广。

[参考文献]

[1] Rotas MA, Haberman S, Levgur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnoses, and management[J]. Obstet Gynecol, 2006, 107(6): 1373-1381.

[2] 王红延. 剖宫产率增高原因分析与降低措施[J]. 中国妇幼保健, 2008, 23(5): 593-594.

[3] 金子环, 陈 昭, 孙秋茹. 异位妊娠66例临床诊断及治疗分析[J]. 局解手术学杂志, 2003, 12(4): 320-321.

[4] 焦光琼, 凌梅立, 钱上萍. 经阴道彩色多普勒超声在诊断剖宫产子宫疤痕部位妊娠中的价值[J]. 上海医学影象杂志, 2004, 13(2): 16.

[5] 光晓燕, 曾荔苹, 梁轶珩. 子宫疤痕部位妊娠14例临床分析[J]. 河北医学, 2007, 13(12): 1264-1267.

[6] Haimov-Kochman R, Sciaky-Tamir Y, Yanai N, et al. Conservativ management of two ectopic pregnancyes implanted in previous uterin scars [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2002, 19(6): 616-619.

[7] 张燕平. 剖产术后子宫下段疤痕妊娠3例分析[J]. 中华医学研究杂志, 2006, 4(6): 205.

[8] 王海云, 吴学浙. 剖宫产术后子宫疤痕处妊娠51例临床分析[J]. 中国计划生育学杂志, 2005, 12(4): 207.

[9] 朱丽英, 代翠婷. 异位妊娠误诊21例临床分析[J]. 局解手术学杂志, 2007, 16(2): 103.

[10] 胡卫忠. 子宫动脉栓塞治疗5例宫颈妊娠临床分析[J]. 中国妇幼保健, 2004(19): 30-34.

[11] 秋 英, 谢红宇. 妇产科影像诊断与介入治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 432.

(编辑:郭光金)