临床研究 文章编号:0253-3626(2010)07-1111-03

Foley 水囊在剖宫产后瘢痕部位妊娠治疗中的临床价值

孙文洁,林 奕,李 莉,魏 俊
(重庆市妇幼保健院妇产科,重庆 400013)

【摘 要】目的:探讨在剖宫产术后瘢痕部位妊娠(Cesarean scar pregnancy,CSP)治疗中 Foley 水囊的应用价值。方法:回顾分析本院 4 年间(2006 年 1 月 ~ 2009 年 12 月)收治 20 例剖宫产术后瘢痕部位妊娠,经过甲氨蝶呤(MTX)+ 米非司酮药物治疗后,血清人绒毛膜促性腺激素(β-Serum human chorionic gonadotropin,β-HCG)下降至 5 000 IU/L 以下在超声引导下行刮宫术和子宫下段 Foley 水囊压迫法止血。结果:17 例刮宫术中平均出血量(279.0 ± 63.9) ml,Foley 水囊压迫后出血量平均为(65.0 ± 19.8) ml;Foley 水囊在子宫的存留时间平均为 (38.0 ± 11.1) h,17 例治愈出院;1 例全子宫切除、1 例次全子宫切除、1 例子宫瘢痕部位楔形切除。结论:Foley 水囊压迫法在子宫瘢痕部位妊娠治疗中,对预防刮宫术后出血是有效的,特别在基层医院有一定的临床应用价值。

【关键词】剖宫产瘢痕妊娠;Foley 水囊;止血;甲氨喋呤
【中国图书分类法分类号】R714 【文献标识码】A 【收稿日期】2010-02-05

The clinical value of Foley bladder in the treatment of the cesarean scar pregnancy

SUN Wen-jie, et al
(*Department of Obstetrics and Gynecology, Chongqing Health Center for Women and Children*)

【Abstract】*Objective*: To explore the clinical value of Foley bladder in the treatment of the cesarean scar pregnancy (CSP). *Methods*: Twenty patients with CSP in Chongqing Health Center for Women and Children from Jan 2006 to Dec 2009 were stutied. All patients were treated with Methotrexate (MTX) and mifepristone. When their β-Serum human chorionic gonadotropin (β-HCG) were under 5000IU /L, they were undertaken curettage guided by ultrasound and hemostasis with Foley bladder. *Results*: Seventeen patients were cured, and the amount of bleeding was 279.0 ± 63.9 ml in curettage, (65 ± 19.8) ml after performed Foley bladder, The Foley bladder were held in the uterine cavity for (38 ± 11.1) hours. The other cases included one patient of total hysterectomy, one patient of subtotal hysterectomy and one patient of uterine scar excision. *Conclusions*: The hemostasis with Foley bladder is a valuable treatment for CSP patients with the Primary Hospital of less bleeding, less cost and protecting the pregnancy.

【Key words】Cesarean scar pregnancy; Foley bladder; Hemostasis; Methotrexate

剖宫产瘢痕部位妊娠(Cesarean scar pregnancy,CSP)是剖宫产远期潜在的严重并发症之一。随着剖宫产的增加,CSP 的发生率也有所增加。CSP 是一种特殊的异位妊娠[1],由于其解剖、病理的特殊性,常常在盲目清宫中引起大出血,甚至切除子宫。这将使妇女丧失生育能力,严重影响生活质量。由于 CSP 的总体发病率低,大部分相关文献均系个案报道,对该疾病治疗尚缺乏统一的认识。现在常用的治疗方法有药物保守治疗,动脉造影及栓塞,病灶切除等,但目前这些治疗并没有形成规范化的统一治疗方案,有些治疗需要较昂贵的设备,基层医院或紧急情况下无法使用。本院在临床实践中使用 MTX 药物保守治疗后,在清宫术中和术后运用 Foley 水囊压迫止血的方法,对预防清宫术中和术后大出血,保留子宫方面有一定的效果,特别在基层医院或紧急情况下使用方便。现将本院收治的 20 例 CSP 患者使用 Foley 水囊压迫止血法的治疗经验分析如下。

作者介绍:孙文洁(1968-),女,主治医师,
研究方向:妇产科生殖内分泌。

1 临床资料

1.1 研究对象

回顾本院 2006 年 1 月 ~2009 年 12 月收治的 CSP 病例 20 例,年龄 27 ~ 47 岁,平均(33.0 ± 5.7)岁。20 例均有剖宫产史,2 次剖宫产史者 1 例,距上次剖宫产的时间为 1 ~ 21 年,本组病例就诊时均有停经史,停经时间 5 ~ 12 周,平均(6.0 ± 2.5)周,均有无痛性阴道不规则流血史,流血时间(3 ~ 30)

d，平均（11.0 ± 3.4）d。有 5 例患者未明确诊断前曾于外院行刮宫术，术中出血量多（出血量均在 800 ~ 1 000 ml 以上），入院后阴道彩超明确为 CSP[2]。

1.2 诊断标准

采用 1997 年 Godin 等[3]提出的诊断标准：①无宫腔妊娠证据。②无宫颈管妊娠证据。③孕囊生长在子宫下段前壁。④孕囊与膀胱间的子宫肌层有缺陷。

1.3 治疗方法

①氨甲喋呤（MTX）1 mg/kg im.qod，四氢叶酸 0.1 mg/kg im.qod 各 4 d，8 d 为 1 疗程[4]，合用米非司酮 25 mg. bid，连续服用至清宫术日。②对曾行刮宫术，β-HCG 高于正常、本院彩超提示子宫下段切口部位不均质团块的血流频谱为低阻（RI<0.6），用氨甲喋呤（MTX））50 mg/m²（体表面积）单次 im 为一疗程，合用米非司酮 25 mg bid，连续服用至清宫术日。当 β-HCG 下降至 5 000 IU/L 以下可考虑在超声引导下行刮宫术[5]和子宫下段 Foley 水囊压迫法止血[6]。水囊内的液体量根据超声检查提示子宫下段前壁不出血为准（50 ~ 150 ml 生理盐水），术后引流积血<20 ml/d 就可取出 Foley 水囊，放出水囊内液体时按 1 ~ 1.5 ml/5 min 的速度，取出 Foley 水囊后 30 ~ 60 min 超声提示宫腔无明显活动出血，则手术成功。

2 结 果

CSP 出血量血 β-HCG 下降和治疗结局的情况，见表 1。

20 例刮宫术中出血量为 30 ~ 2 000 ml，其中出血量为 2 000 ml 的 1 例是 34 岁孕 12 周，有 2 次剖宫产史，在第 1 次刮宫术时失血 1 000 ml，立即在子宫下段用 Foley 水囊注入 150 ml 生理盐水压迫止血，48 h 后引流血液少于 20 ml，行 Foley 水囊取出术，取出 Foley 水囊后 10 min 阴道出血量即达 1 000 ml 而行次全子宫切除术；1 例 47 岁孕 7 周刮宫术中出血量为 800 ml 行子宫切除术，1 例孕 8⁺ 周因刮宫术中出血量为 1 450 ml，Foley 水囊压迫止血无效行子宫瘢痕部位楔形切除术；17 例刮宫术中平均出血量（279.0 ± 63.9）ml，Foley 水囊压迫后出血量平均为（65.0 ± 19.8）ml；Foley 水囊在子宫的存留时间平均为（38.0 ± 11.1）h，17 例治愈出院；1 例全子宫切除、1 例次全子宫切除、1 例子宫瘢痕部位楔形切除。术后血 β-HCG 下降正常时间平均 12.5 d。出院随访月经复潮正常。

表 1 CSP 出血量血 β-HCG 下降和治疗结局的情况

临床情况	例数（n）	清宫术中出血量（ml）	水囊压迫后出血量（ml）	水囊存留时间（h）	术后血 β-HCG 下降正常时间（d）	结局
5[1-6]	5	80.0 ± 23.1	22.0 ± 9.8	22.8 ± 5.3	10.0 ± 1.0	保留子宫
6[1-6]	7	133.0 ± 83.6	40.0 ± 20.7	34.3 ± 11.9	13.1 ± 4.0	保留子宫
7[1-6]	6	280 ± 111.8	111.7 ± 80.3	36.0 ± 10.1	13.8 ± 3.8	保留子宫 5 例，子宫切除 1 例
8[1-6]	1	1450				子宫瘢痕部位楔形切除术
9 ~ 12	1	1000	1000	48		子宫切除

3 讨 论

3.1 关于剖宫产瘢痕部位妊娠的病因诊断治疗

有关 CSP 的文献报道病历数较少，其发病率尚不清楚，Seow[7]等总结 6 年的病例，CSP 的发病率 1:2 216，在异位妊娠中所占比例为 6.1%。CSP 胚胎着床于子宫峡部前壁原剖宫产手术瘢痕处的微小裂隙，且易发生胎盘植入，Vial 等[8]提出 CSP 有 2 种类型：①绒毛种植在瘢痕处不断向宫腔发展，有时可持续至成活儿出生。②绒毛种植在瘢痕处不断向宫壁发展，可能在妊娠早期即引起子宫穿孔、破例、出血，或在自然流产、刮宫时胚物不能完全剥离甚至植入，断裂的血管因肌层收缩差不能自然关闭，常发生致命性阴道大出血，剖宫产瘢痕妊娠的治疗目前还没有最理想的治疗方法，但已由单纯子宫切除逐渐过渡到由多项技术联合应用的保守治疗。目前可采取的措施有：①药物治疗：单纯 MTX 和米非司酮配伍使用[9]，可抑制滋养细胞的分裂增殖，使胚胎变性坏死，血液循环阻断，用药后残存的绒毛坏死机化逐渐吸收。药物治疗过程中密切观察 β-HCG、彩超、阴道流血情况和血象。但住院时间长，随时有大出血的可能。②吸宫术：必须认识此类手术的危险性，盲目清宫禁用，宜在药物治疗减少滋养叶细胞活性和局部血供下降后血流频谱为高阻（RI>0.6），在超声监测下进行宫腔操作，迅速吸出妊娠物，减少盲目的反复刮取过程，减少阴道出血，提高保守治疗成功率。③病灶切除：经药物治疗病灶缩小，但仍有反复阴道出血，行子宫局部病灶切除，修补子宫。尚有报道宫腔镜下电切胚物、开腹或腹腔镜下种植部位局部切除，子宫成功保留，但这些操作需要经验丰富的医生操作。④介入疗法[10]：对反复阴道出血，要求保留子宫者，行髂内动脉栓塞或超选择的子宫动脉栓塞止血。需要昂贵的设备和经验丰富的医生。其并发症有栓塞后综合征，如疼痛、发热、恶心呕吐等，严重的可出现膀胱、输尿管等坏死，卵巢早衰、栓塞后感染、甚至肺栓塞。⑤子宫切除术：应尽量避免。

3.2 关于 Foley 水囊压迫的止血机理

Foley 水囊是取材 Foley 双腔导尿管中的球囊，原本用于导尿中起固定作用，借鉴球囊扩张后的机械压力，选用20F ~

26F 型号的 Foley 导尿管,其球囊内注水可达 50~150 ml。球囊表面光滑,可塑性强,在宫腔内的压力均匀,注水后膨胀的球囊压力超过子宫血管压力,迫使接近球囊的子宫壁血管闭塞,实现物理止血,如患者的凝血功能正常,进而促进化学止血,局部血栓形成,出血停止。Foley 双腔可引流宫腔积血,观察出血方便、出血量估计准确,且防止宫腔积血引起的子宫收缩不良及感染的发生,Foley 水囊放入及取出均方便,可反复使用。

3.3 Foley 水囊在剖宫产后瘢痕部位妊娠中的临床作用

Foley 水囊可用在小于孕 10 周内经过药物保守治疗后的 CSP 患者、CSP 被误诊后常规清宫时发生大出血的患者、未行任何治疗的 CSP 自然流产大出血的患者。CSP 单经药物保守治疗,血 β-HCG 降到正常和 CSP 包块完全吸收,需要的时间可达数月到 1 年[8]。但通过药物保守治疗联合 Foley 水囊压迫止血法,可以有准备的行吸刮术,缩短治疗、随访时间。并在紧急情况下起到迅速止血保留子宫的目的。此时的宫颈不松弛,放置 Foley 水囊不易脱落。本院 CSP 患者在药物治疗后,根据血 β-HCG 下降至 5 000 IU/L 以下,彩超提示瘢痕部位的血流频谱高阻时,可考虑在超声的引导下行吸刮术,术中先吸刮除瘢痕部位外的宫内组织,再吸刮瘢痕部位的组织,只要超声提示孕囊及绒毛组织已全部或大部分吸出,可立即放置 Foley 水囊,Foley 水囊最好放置在瘢痕部位处,由于 Foley 水囊的可塑性强,可基本形成子宫腔的形态,并且压力均匀,不易脱落;因在超声提示下放置 Foley 水囊,则位置准确,注水量可刚好达到止血的程度,Foley 水囊的另一开口引流宫腔积血,精确测量出血量。但需注意手术前、手术时和手术后加用子宫收缩药物,米索前列醇和缩宫素等。当术后引流积血<20 ml/d 就可取出 Foley 水囊,水囊可 1 次取出,也可分次抽液减压后取出,特别注意在抽液减压取水囊时,可按 1~1.5 ml/5 min 的速度取出 Foley 水囊,避免过快取出导致子宫壁血栓脱落,引起子宫出血。如取水囊时出血量增多,可再次注水压迫止血,并更换其他治疗方案。若紧急情况下没有超声引导手术时,仍然可用 Foley 水囊止血,估计宫颈管的长度然后决定放置 Foley 水囊的深度,边注水边观察阴道的流血量,当流血量停止时注水量基本合适,这时再观察 30~60 min,仍无明显阴道流血,表示 Foley 水囊放置成功。

总之,目前 CSP 的治疗尚无规范统一的方案,加强医护人员对 CSP 的认识,做到早诊断与及时治疗;一旦确诊为 CSP,对于那些要求保留子宫,保留生育机能的妇女尽量选择保守性治疗方式,对病患的生理及心理有重要意义。因 Foley 水囊在各级医院基本普及,取材方便,一旦出现急诊大出血的情况下,可考虑联合 Foley 水囊压迫止血法,短时间止血,为下一步治疗争取时间和机会。因此,基层医院在 CSP 治疗中应用 Foley 水囊压迫止血法,对于那些要求保留子宫、保留生育机能的妇女有重要意义。但如有发生子宫破裂和难以控制的大出血,仍应积极行开腹手术,手术治疗以清除病灶、切除子宫,控制出血为原则;可根据患者的病情、医院技术水平及设备条件选择有效、安全的治疗方法。

参 考 文 献

[1] 王细文,周 春,张元珍.剖宫产瘢痕部位妊娠[J].国外医学妇产科学分册,2004,31(3):156-158.

[2] 焦光琼,凌梅立.经阴道彩色多普勒超声在诊断剖宫产子宫疤痕妊娠中的价值[J].上海医学影像杂志,2004,13(1):16-18.

[3] Godin P A, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous cesarean scar[J].Fertil Steril,1997,67(2):398-400.

[4] Lam P M, Lo K W. Multiple-dose methotrexate for pregnancy in a cesarean section. A case report[J].J Reprod Med, 2002,47(4):332-334.

[5] 高桂芹,林琬君.剖宫产子宫瘢痕妊娠的诊断与治疗进展[J].国际妇产科学杂志,2008,35(1):15-18.

[6] 夏恩兰.子宫腔球囊压迫止血的临床应用[J].中华妇产科杂志,2002,37(3):185-186.

[7] Seow K M,Huang L W,Lin Y H,et al.caesarean scar pregnancy: Issues in management[J].Ultrasound Obstet Gynecol,2004,23(3):247-253.

[8] Vial Y,Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar[J].Ultrasound Obstet Gynecol,2000,16(6):592-593.

[9] 董能慧,李晓玲.氨甲喋呤与米非司酮治疗子宫切口绒毛植入的效果观察[J].湘南学院学报(医学版),2007,9(1):56-57.

[10] 杨文忠,兰为顺,夏 凤,等.子宫动脉化疗输注加栓塞术治疗剖宫术后子宫切口妊娠[J].放射学实中践,2006,21(9):953-955.

(责任编辑:冉明会)