

经阴道子宫瘢痕妊娠病灶切除术对 CSP 患者的价值探析

徐金花 何利兴 张颂华 高坤华 郑靖莉 王晓平

(广东省东莞市黄江医院妇产科 东莞 523750)

摘要:目的:探讨经阴道子宫瘢痕妊娠病灶切除术对剖宫产术后子宫瘢痕妊娠患者的价值。方法:按照抽签分组法将 2018 年 3 月~2019 年 10 月收治的 62 例子宫瘢痕妊娠患者分组,对照组 31 例予以经腹腔镜子宫瘢痕妊娠病灶切除术,观察组 31 例予以经阴道子宫瘢痕妊娠病灶切除术。对比两组患者围术期相关指标、不同时间点血清 β -人绒毛膜促性腺激素及子宫瘢痕妊娠再发情况。结果:观察组术中出血量较对照组少,手术时间和术后首次排气时间均较对照组短($P<0.05$);观察组术后 1 d、3 d、7 d 血清 β -人绒毛膜促性腺激素水平较对照组低,且血清 β -人绒毛膜促性腺激素恢复正常时间较对照组短($P<0.05$);随访 6 个月,观察组子宫瘢痕妊娠再发 1 例,再发率为 3.23%(1/31),对照组子宫瘢痕妊娠再发 6 例,再发率为 19.35%(6/31)($P<0.05$)。结论:经阴道子宫瘢痕妊娠病灶切除术可减少子宫瘢痕妊娠患者术中出血量,缩短手术、术后首次排气时间,降低术后血清 β -人绒毛膜促性腺激素水平,促进血清 β -人绒毛膜促性腺激素水平尽快恢复正常,降低子宫瘢痕妊娠再次发生率。

关键词:子宫瘢痕妊娠;剖宫产;经阴道切除术;人绒毛膜促性腺激素

中图分类号:R713.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.13.016

子宫瘢痕妊娠 (Cesarean Scar Pregnancy, CSP) 是受精卵着床于既往子宫瘢痕处的异位妊娠,在具有剖宫史患者中发病率高^[1]。发病早期,容易与难免流产、先兆流产等混淆,治疗不及时易导致患者出现子宫破裂、大出血等急症,严重威胁孕产妇生命安全。因此,早期予以合理手段治疗 CSP 是改善预后的关键。目前临床多采用经腹腔镜子宫瘢痕妊娠病灶切除术清除妊娠囊,但需在腹部行手术切口,且术中可能会损伤子宫周围组织而导致术后不能及时恢复。经阴道子宫瘢痕妊娠病灶切除术是利用女性特殊的解剖生理结构作为手术通道,能避免对子宫周围组织造成干扰。基于此,本研究探讨经阴道子宫瘢痕妊娠病灶切除术在 CSP 患者中的应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经医院医学伦理委员会批准,患者和家属签署知情同意后,将我院 2018 年 3 月~2019 年 10 月收治的 62 例 CSP 患者为研究对象,按照抽签分组法分为对照组和观察组,各 31 例。对照组年龄 24~32 岁,平均(28.36 $\pm$ 3.09)岁;停经时间 20~60 d,平均(35.26 $\pm$ 6.35) d;孕产次 1~3 次,平均(2.05 $\pm$ 0.25)次;平均瘢痕最大直径(3.21 $\pm$ 0.25) cm;CSP 分型: I 型 20 例, II 型 11 例。观察组年龄 24~34 岁,平均(29.02 $\pm$ 3.15)岁;停经时间 25~62 d,平均(36.01 $\pm$ 6.38) d;孕产次 1~3 次,平均(2.10 $\pm$ 0.21)次;平均瘢痕最大直径(3.28 $\pm$ 0.26) cm;CSP 分型: I 型 23 例, II 型 8 例。两组上述资料对比无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。纳入标准: (1)符合《剖宫产术后子宫瘢痕憩室诊治专家共识》^[2] 中关于 CSP 标准且经术后病理检查确诊者;

(2)无其他妊娠合并症者; (3)既往存在剖宫产史者。排除标准: (1)存在手术禁忌证者; (2)CSP 急诊大出血者; (3)妊娠包块 6.0 cm 以上者; (4)妊娠时间 3 个月以上者; (5)无法完成随访者。

1.2 手术方法

1.2.1 对照组 予以经腹腔镜子宫瘢痕妊娠病灶切除术:全身麻醉后,取仰卧截石位,在脐下缘行纵切口,建立气腹,然后在左右下腹各行约 0.5 cm 切口,建立器械通路,腹腔镜下探查盆腔、子宫瘢痕病灶,分离局部粘连组织,沿病灶边缘将妊娠组织物切除,利用负压吸引器将宫腔内容物清除干净,电凝止血并缝合。

1.2.2 观察组 予以经阴道子宫瘢痕妊娠病灶切除术:实施腰硬联合麻醉,待麻醉成功后协助患者取膀胱截石位,利用导尿管将膀胱排空后,充分显露宫颈,宫颈钳夹住宫颈上唇部,缓慢向下牵拉,暴露阴道前穹窿,然后在宫颈及阴道间隙部位注射肾上腺素稀释液,利用水压分离膀胱宫颈间隙,进入膀胱宫颈间隙,将膀胱向上推至膀胱腹膜返折处后在瘢痕部位作 2.0 cm 切口,将周围瘢痕组织吸刮干净,电凝止血并缝合。

1.2.3 术后治疗 两组患者术后均予以抗感染、止血等对症处理。术后随访 6 个月。

1.3 观察指标 对比两组患者围术期情况、激素水平及 CSP 再发情况。(1)围术期情况:记录两组患者手术时间、术中出血量及术后首次排气时间。(2)激素水平:术前及术后 1 d、3 d、7 d 抽取静脉血 2 ml 采用全自动生化仪以化学发光免疫分析法对两组患者 β -人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)检测,并随访观察恢复正常水平所用时间。(3)CSP 再发情况:随访

6 个月,观察两组患者 CSP 再发情况。

1.4 统计学方法 数据录入 SPSS22.0 软件中分析,计数资料用%表示,采用 χ^2 检验;计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围术期情况对比 观察组术中出血量较对照组少,手术时间和术后首次排气时间均较对照组短 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 2 两组患者血 β -HCG 水平对比 ($\bar{x} \pm s$)						
组别	n	β -HCG (mIU/ml)				β -HCG 恢复正常时间 (d)
		术前	术后 1 d	术后 3 d	术后 7 d	
观察组	31	5 236.95 $\pm$ 1 523.42	1 821.24 $\pm$ 531.05	1 232.84 $\pm$ 220.14	1 000.25 $\pm$ 300.24	16.23 $\pm$ 2.31
对照组	31	5 321.24 $\pm$ 1 536.84	2 304.82 $\pm$ 653.41	1 732.51 $\pm$ 352.48	1 426.35 $\pm$ 325.48	24.26 $\pm$ 2.69
t		0.217	3.198	6.694	5.358	12.609
P		0.829	0.002	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者随访期间 CSP 再发情况对比 随访 6 个月,观察组 CSP 再发 1 例,再发率为 3.23% (1/31),对照组 CSP 再发 6 例,再发率为 19.35% (6/31) ($\chi^2=4.026, P < 0.05$)。

3 讨论

CSP 为剖宫产术后常见的远期并发症。近年来,随着越来越多孕妇选择剖宫产方式分娩,CSP 发病率逐年升高。目前认为 CSP 是由于受精卵通过剖宫产后瘢痕组织的裂隙或窦道而侵入瘢痕内,并在子宫肌层内种植后继续生长发育所致。而当其形成的绒毛组织穿透子宫壁后将引起机体大出血、子宫破裂等情况发生^[3],这也是早期予以手术治疗的关键。以往临床常规予以经腹腔镜子宫瘢痕妊娠病灶切除术治疗,虽然在一定程度上可将妊娠囊清除,修复瘢痕缺损部位,但不可直视病灶,且对子宫周围组织和腹腔脏器干扰较大,易增加术中出血量,影响术后恢复,甚至增加再次 CSP 发生风险。因此,转变手术方式成为当前研究重点。

近年来,随着手术技术和现代诊疗设备的发展,经阴道子宫瘢痕妊娠病灶切除术成为可能,其能克服传统手术的诸多不足,优势在于利用女性特殊的生理结构——阴道,到达瘢痕妊娠病灶的位置,能有效缩短手术入路,在最短的时间内直达病灶;直视下触摸病灶,明确病灶定位;在清除妊娠组织后可对瘢痕组织薄弱处进行修复,以修补子宫,降低再次 CSP 发生率。

本研究中,观察组术中出血量较对照组少,手术时间和术后首次排气时间均较对照组短 ($P < 0.05$),说明经阴道病灶切除术可降低出血量,缩短手术时间和术后首次排气时间。分析原因:子宫峡部和宫

表 1 两组患者围术期情况对比 ($\bar{x} \pm s$)				
组别	n	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	术后首次排气时间 (h)
观察组	31	57.29 $\pm$ 5.97	34.25 $\pm$ 3.69	24.36 $\pm$ 2.02
对照组	31	82.95 $\pm$ 6.74	58.29 $\pm$ 5.96	38.26 $\pm$ 4.21
t		15.868	19.094	16.574
P		0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者血 β -HCG 水平对比 观察组术后 1 d、3 d、7 d 血 β -HCG 水平均较对照组低,且血 β -HCG 恢复正常时间较对照组短 ($P < 0.05$)。见表 2。

颈阴道部相邻,而宫颈阴道部则相交界于阴道前壁,经阴道病灶切除术正是利用此自然通道作为手术入路,避免对机体造成创伤,减少术中出血量;有效避开膀胱和子宫下段之间的粘连,直达瘢痕妊娠病灶,进而缩短手术时间;无须进入腹腔,避免对腹腔脏器造成干扰,降低其腹腔内肠管激惹程度,以缩短术后首次排气时间。

β -HCG 水平是由胎盘滋养细胞分泌的反映妊娠情况的重要指标^[4]。本研究观察组术后 1 d、3 d、7 d 血 β -HCG 水平均较对照组低,且血 β -HCG 恢复正常时间较对照组短 ($P < 0.05$),说明经阴道病灶切除术可降低 β -HCG 水平,促进快速转阴。分析原因:经阴道病灶,切除术可经生理通道直达病灶,直视下触摸病灶,对瘢痕妊娠组织明确定位后进行根治性修补及切除,在保留子宫的血液供应情况下彻底清除,避免妊娠组织物残留,以改善 β -HCG 水平。

剖宫产术后切口边沿会在胶原束碎片、纤维蛋白束的作用下黏合在一起,术后随着时间进展将出现再生平滑肌细胞、宫腔内瘢痕、瘢痕肌肉化,此时子宫内膜已丢失术前弹性形态,结构不再完整,因此发生 CSP 率较高。同时,CSP 患者再发率可达到 4.7%~33.3%^[5],故选择合理的治疗手段尤为关键。观察组 CSP 再发率 (3.23%) 较对照组 (19.35%) 低 ($P < 0.05$),说明经阴道病灶切除术可降低 CSP 再次发生率。可能与经阴道瘢痕切除可直视下触摸病灶,对瘢痕病灶进行明确定位,将有效彻底清除妊娠组织,同时能对瘢痕组织薄弱处进行修复,进而降低 CSP 再发率有关。

综上所述,经阴道子宫瘢痕妊娠(下转第 91 页)

明显下降，与对照组相比，观察组 VAS 评分更低 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 VAS 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	治疗前	治疗后	t	P
观察组	45	6.54± 0.85	2.17± 0.37	31.063	0.000
对照组	45	6.51± 0.73	3.62± 0.41	23.155	0.000
t		0.180	16.775		
P		0.858	0.000		

2.3 两组不良反应发生情况对比 与对照组相比，观察组不良反应发生率明显更低 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良反应发生情况对比[例(%)]					
组别	n	眩晕	发热	关节痛	总发生率
观察组	45	1 (2.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.22)
对照组	45	4 (8.89)	1 (2.22)	2 (4.44)	7 (15.56)
χ^2					4.939
P					0.026

3 讨论

急性附睾炎延误治疗或治疗不彻底是慢性附睾炎发生的主要原因，病变的附睾发生纤维化，导致局部发硬，临床症状与急性附睾炎患者相比较轻，容易被患者所忽视^[6]。若不能对慢性附睾炎患者进行及时干预可诱发精子抗体，使输精管梗阻，对患者性功能及生殖功能造成不利影响，因此需进行积极有效的治疗^[7]。

慢性附睾炎的发生与泌尿系统感染联系较为密切^[8]。头孢克肟是治疗泌尿系统感染的常用药物，尤其是对革兰阴性杆菌具有良好的抗菌活性。但单一药物治疗慢性附睾炎的效果欠佳，且易产生耐药性，不适合长期服用，具有一定的局限性。慢性附睾炎在中医学中属于“子痛”范畴，肝气郁结、气血瘀滞是疾病发生的主要病机，疏肝理气、活血散结是治疗的主要原则^[9]。前列舒通是一种中成药，主要成分中的黄柏泻火燥湿，赤芍活血祛瘀，三棱消积止痛，土茯苓除湿通利，马鞭草利水消肿，虎耳草疏风清热，马齿苋清热凉血，川芎活血行气，川牛膝利湿祛瘀，柴

胡升举阳气，当归活血止痛，泽泻利水渗湿，甘草调和诸药，诸药合用有化瘀散结、行气活血、清热利湿之效。现代药理学研究显示，前列舒通能够改善局部血液循环，可有效消除水肿与炎症，减轻患者疼痛。

本研究观察组治疗总有效率较对照组高，这与陈潇雨等^[10]的研究结果相一致，说明前列舒通联合头孢克肟与单一用药相比更能够促进慢性附睾炎治疗效果的提高。本研究观察组 VAS 评分较对照组低，说明前列舒通联合头孢克肟能够有效缓解患者疼痛，这是因为前列舒通联合头孢克肟可加快血流速度，有效消炎、抗菌，缩小附睾硬结，缓解附睾肿胀，从而达到减轻疼痛的效果。此外，观察组不良反应发生率明显低于对照组，说明前列舒通联合头孢克肟治疗的安全性较高，进一步体现前列舒通联合头孢克肟在慢性附睾炎治疗中的优越性。

综上所述，在慢性附睾炎患者中应用前列舒通联合头孢克肟治疗，可减轻患者疼痛，降低不良反应发生率，提高治疗效果，值得推广使用。

参考文献

[1]张根群.舒筋活血洗剂联合左氧氟沙星治疗慢性附睾炎对炎症因子水平及生活质量的影响[J].实用中医药杂志,2020,36(1):85-86.
[2]张克勤,张辉,孙鼎琪,等.宁泌泰胶囊治疗慢性附睾炎的临床疗效观察[J].中国男科学杂志,2019,33(2):58-61.
[3]张斌.前列舒通胶囊联合头孢克肟胶囊治疗慢性附睾炎临床疗效观察[J].临床合理用药杂志,2021,14(5):104-106.
[4]中华医学会.临床诊疗指南:泌尿外科分册[M].北京:人民卫生出版社,2006.26.
[5]陈志强,江海身.男科专病中医临床诊治[M].北京:人民卫生出版社,2005.126.
[6]杨光,卜廷松,谈小林,等.加减橘核丸联合迈之灵对慢性附睾炎患者疼痛症状的影响[J].黑龙江中医药,2019,48(6):170-171.
[7]沈建武,柯刘盼,高瞻,等.复方玄驹胶囊结合甲磺酸左氧氟沙星片治疗慢性附睾炎临床研究[J].国际中医中药杂志,2020,42(2):120-123.
[8]向生刚,梁绍飞.慢性附睾炎临床相关因素的调查研究[J].中国当代医药,2014,21(13):130-132.
[9]廖德宏.浮针联合中药汤剂治疗慢性附睾炎 1 例[J].常州实用医学,2020,36(4):237-238.
[10]陈潇雨,屈颖伟,王锁刚.前列舒通胶囊联合头孢克肟胶囊治疗慢性附睾炎临床研究[J].中医学报,2016,31(4):597-598.

(收稿日期: 2021-03-21)

(上接第 35 页)病灶切除术可减少 CSP 患者术中出血，缩短手术和术后首次排气时间，降低术后血 β -HCG 水平，促进血 β -HCG 尽快恢复正常，降低 CSP 再次发生率。

参考文献

[1]Kitami K,Koike W,Nakamura H,et al.Conservative en dovascular and hysteroscoPic management of a cesarean scar Pregnancy in a woman with Previous history of uterine artery embolization for intractable hemorrhage after cesarean section for Placenta Previa[J].Clinical Case Reports,2019,7(3):524-528.
[2]中华医学会儿科学分会.剖宫产术后子宫瘢痕憩室诊治专家

共识[J].中华妇产科杂志,2019,54(3):145-148.
[3]Cheng XY,Cheng L,Li WJ,et al.The effect of surgery on subsequent pregnancy outcomes among patients with cesarean scar diverticulum [J].International Journal of Gynecology&Obstetrics,2018,141 (2): 212-216.
[4]冯佩明,王晓岩,李博,等.剖宫产瘢痕憩室形成影响因素及宫腔镜联合腹腔镜手术治疗效果的临床分析[J].实用妇产科杂志,2019,35 (11):860-864.
[5]Wang G,Yang Q.Evaluation of the Efficacy of Uterine Artery Embolization Combine d with HysteroscoPic Surgery for the Management of Exogenous Cesarean Scar Pregnancy [J].Journal of minimally invasive gynecology,2018,25(7):S120.

(收稿日期: 2021-03-22)