

举宫杯在腹腔镜下剖宫产瘢痕妊娠病灶清除术中的临床应用

杨树环,王志毅,蔡钰

(四川省宜宾市第一人民医院妇科,四川 宜宾 644000)

摘要:目的 探讨举宫杯在经腹腔镜下剖宫产瘢痕妊娠病灶清除术中的临床应用价值。方法 回顾性分析 2016 年 1 月~2018 年 6 月在我院住院治疗的 52 例剖宫产瘢痕妊娠患者相关资料。根据治疗方式不同分组,将经安置举宫杯后行腹腔镜下剖宫产瘢痕妊娠病灶清除术的 28 例设为研究组,将未安置举宫杯直接行腹腔镜下剖宫产瘢痕妊娠病灶清除术的 24 例设为对照组。比较两组术中出血量、手术时间、术后月经恢复时间、HCG 恢复正常时间、取尿管时间、术后疼痛、持续性切口妊娠发生、住院时间及费用。结果 研究组术中出血量(56.67±0.55)ml、手术时间(58.51±0.67)ml,取尿管时间(1.08±0.03)d 均少于对照组的(121.50±1.24)ml、(118.98±4.74)ml、(2.16±0.05)d,具有统计学意义($P<0.05$)。两组术后月经恢复时间、HCG 复常时间、术后疼痛、住院时间、住院费用、术后疼痛、术后持续性切口妊娠发生情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 举宫杯在腹腔镜下剖宫产瘢痕妊娠病灶清除术中具有减少出血量、缩短手术时间等优点,对降低手术难度具有重要意义。

关键词:举宫杯;腹腔镜;剖宫产瘢痕妊娠

中图分类号:R713.8

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2019.17.022

文章编号:1006-1959(2019)17-0072-04

Clinical Application of Uterine Cup in Laparoscopic Caesarean Scar Pregnancy Removal

YANG Shu-huan,WANG Zhi-yi,CAI Yu

(Department of Gynecology,the First People's Hospital of Yibin City,Yibin 644000,Sichuan,China)

Abstract:Objective To investigate the clinical application value of the lifting cup in the laparoscopic cesarean scar pregnancy.Methods A retrospective analysis of 52 patients with cesarean scar pregnancy who were hospitalized in our hospital from January 2016 to June 2018 was retrospectively analyzed. According to different treatment groups, 28 cases of laparoscopic cesarean section scar pregnancy removal after placement of the uterus cup were set as the study group, and the laparoscopic cesarean scar pregnancy lesions were directly placed without the uterus cup. 24 cases of debridement were set as the control group. The intraoperative blood loss, operation time, postoperative menstrual recovery time, HCG recovery time, urinary catheter time, postoperative pain, persistent incision pregnancy, hospitalization time and cost were compared between the two groups.Results In the study group, intraoperative blood loss (56.67±0.55) ml, operation time (58.51±0.67) ml, and urinary catheter time (1.08±0.03) d were less than the control group (121.50±1.24) ml, (118.98±4.74) ml, (2.16 ± 0.05) d, with statistically significant ($P<0.05$). There were no significant differences in postoperative menstrual recovery time, HCG recurrence time, postoperative pain, hospitalization time, hospitalization cost, postoperative pain, and postoperative persistent incision pregnancy between the two groups ($P>0.05$).Conclusion The uterine cup has the advantages of reducing the amount of bleeding and shortening the operation time during laparoscopic cesarean scar pregnancy removal, which is of great significance for reducing the difficulty of surgery.

Key words: Uterine cup;Laparoscopy;Caesarean scar pregnancy

剖宫产瘢痕妊娠 (caesarean scar pregnancy, CSP) 是妊娠囊种植在剖宫产手术疤痕处的子宫肌层,是一种非常少见的异位妊娠。随着剖宫产率的不断升高,CSP 的发生率亦有增高趋势^[1]。子宫疤痕妊娠是剖宫产远期并发症,并且可能出现非常严重的并发症,甚至危及生命^[2]。若孕囊向宫腔生长,常形成妊娠中晚期的凶险性前置胎盘;若向子宫肌层和浆膜层生长,可早期出现子宫切口疤痕处破裂或大出血,严重者甚至需要切除子宫来挽救患者生命。目前,对于 CSP 尚无统一的治疗标准,主要还是根据瘢痕妊娠分型选择不同治疗方案,分型依靠阴道彩超及 MRI 评估^[3-5],不同分型指导选择不同治疗方案^[6]。但对 II、III 型子宫切口瘢痕妊娠选择手术治疗。随着医疗技术水平不断发展,微创技术的进步,目前已经从经阴道子宫疤痕妊娠病灶清除术发展到腹腔镜下子宫切口妊娠物清除术。对比前者手术方

式,后者更具有直观、解剖更清晰、同时可修补子宫憩室等优点,临床应用也逐渐广泛。但如何更好地分离膀胱与子宫下段粘连,尤其是多次剖宫产患者,减少术中出血、减少副损伤等问题仍值得探究。本研究旨在探讨举宫杯在经腹腔镜剖宫产瘢痕妊娠病灶清除术中的效果,并与未安置举宫杯行腹腔镜下 CSP 病灶清除术进行比较,明确安置举宫杯是否在手术中具有优势,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2016 年 1 月~2018 年 6 月在宜宾市第一人民医院接受治疗的 52 例 CSP 患者的相关临床资料。其中 28 例术中安置举宫杯者设为研究组,余 24 例术中未接受安置举宫杯者设为对照组。两组年龄、剖宫产次数、距前次剖宫产时间等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性,见表 1。

1.2 诊断依据 育龄期妇女、1 次及以上剖宫产史、出现停经、伴或不伴阴道流血、尤其刮宫过程中大出血者,结合 Godin PA 等^[7]提出的子宫切口瘢痕妊娠超

基金项目:宜宾市科技局项目(编号:2017ZSF005-6)

作者简介:杨树环(1977.2-),女,四川宜宾人,硕士,副主任医师,主要从事妇科肿瘤方向的研究

表 1 两组一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	平均年龄 (岁)	剖宫产次数 (次)	距前次剖宫产时间 (年)	停经时间 (d)	入院时 HCG 值 (mIU/ml)	子宫下段包块 (cm)
对照组	24	32.70±0.63	1.62±0.14	7.25±0.35	72.37±2.34	9296.87±1050.18	4.60±0.20
研究组	28	32.07±0.57	1.85±0.13	7.57±0.31	73.35±1.82	9266.67±947.25	4.63±0.17
t		0.746	-1.179	-0.673	-0.335	0.021	-0.146
P		0.459	0.244	0.504	0.739	0.983	0.884

声诊断标准:①宫腔及宫颈管内无确切妊娠囊;②妊娠囊位于子宫峡部前壁,可见原始心管搏动或者仅见混合型回声包块;③子宫前壁肌层连续性中断,妊娠囊与膀胱壁之间的肌层明显变薄、甚至消失,甚至凸入膀胱;④彩色多普勒显像显示妊娠囊周边存在高速低阻血流信号;必要时结合 MRI 进一步明确子宫切口瘢痕妊娠类型。

1.3 治疗方法 术前完善血常规、凝血功能、心肝肾功能、心电图、胸片、MRI(必要时)等检查。术前评估手术风险。

1.3.1 研究组 患者接受气管插管全身麻醉,取膀胱截石位,常规下腹及会阴部消毒铺巾,腹腔镜穿刺置鞘,充气,腹腔镜监视下经阴道负压吸宫,吸出宫腔内蜕膜组织及子宫切口瘢痕处妊娠组织。安置举宫杯,举起子宫,超声刀从圆韧带下方打开阔韧带前叶,沿间隙处打开膀胱腹膜反折,下推膀胱达杯缘,充分暴露子宫峡部,可见子宫峡部紫蓝色肿块,子宫肌层菲薄,有囊性感,质软,在囊性最强的位置切开子宫肌层,可见陈旧血凝块及绒毛样组织或机化组织,清除组织,修剪子宫切口处边缘菲薄的无生机的肌层组织至见正常子宫肌层组织,合并子宫切口憩室者,切除子宫切口憩室,2-0 薇乔线或可吸收倒刺线连续缝合子宫切口肌层,再次连续缝合子宫浆肌

层,查无出血,2-0 薇乔线连续缝合膀胱子宫腹膜反折。安置引流管,常规放气,取鞘卡,关腹。

1.3.2 对照组 患者接受气管插管全身麻醉,取膀胱截石位,常规下腹及会阴部消毒铺巾,常规腹腔镜穿刺置鞘,腹腔镜监视下常规负压吸宫,吸出宫腔内蜕膜组织及子宫切口瘢痕处妊娠组织。超声刀从圆韧带下方打开阔韧带前叶,从间隙处打开膀胱腹膜反折,充分暴露子宫峡部,余步骤同研究组。

1.4 观察指标 比较两组术中出血量、手术时间、取尿管时间、术后月经恢复时间、HCG 恢复正常时间、术后疼痛、持续性切口妊娠发生、住院时间及费用。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计学软件。计量资料采用($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用两样本 t 检验,计数资料使用(%)表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术中情况及取尿管时间比较 52 例患者中,28 例患者查见子宫切口孕囊,其中 22 例可见胚芽及心管搏动;余 24 例可见子宫下段切口处非均质回声团。52 例患者子宫切口子宫肌层厚度为 1~3 mm。研究组术中出血量、手术时间,取尿管时间均少于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组术中情况及取尿管时间情况指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	术中出血量(ml)	手术时间(min)	取尿管时间(d)
对照组	24	121.50±1.24	118.98±4.74	2.16±0.05
研究组	28	56.67±0.55	58.51±0.67	1.08±0.03
t		55.122	15.113	0.0014
P		0.000	0.000	0.000

2.2 两组月经恢复时间和 HCG 恢复正常时间比较 两组在月经恢复时间和 HCG 恢复正常时间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 3。

表 3 两组月经恢复时间和 HCG 复常时间比较($\bar{x}\pm s, d$)

组别	n	月经恢复时间	HCG 恢复正常时间
对照组	24	42.66±3.15	28.08±1.41
研究组	28	45.57±2.83	26.96±1.60
t		-0.686	0.515
P		0.496	0.609

2.3 两组住院时间以及治疗费用比较 两组住院时间及治疗费用比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表 4。

表 4 两组住院时间以及治疗费用比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	住院时间(d)	治疗费用(元)
对照组	24	4.12±0.24	12474.87±30.37
研究组	28	4.11±0.21	12420.28±38.68
t		0.055	1.083
P		0.956	0.284

2.4 两组术后疼痛及术后持续性切口妊娠发生情况比较 对照组 5 例出现术后疼痛, 研究组 3 例出现术后疼痛, 两组比较, 差异无统计学意义 ($\chi^2=0.388$, $P=0.533$); 两组均未发生术后持续性切口妊娠。

3 讨论

近年来, 随着我国二胎政策开放, 剖宫产率逐渐升高, 二次剖宫产率也随之升高。与之同时, CSP 发生率也呈现明显升高趋势^[8]。CSP 具有较高风险, 常因不能早期诊断而盲目清宫导致大出血; 或发展至妊娠中晚期出现子宫破裂、凶险性前置胎盘致术中出血, 甚至切除子宫致患者丧失生育功能, 严重者甚至危及生命。因此, CSP 的早期诊断十分重要, 并选择合适的治疗方案非常重要, 避免出现严重后果, 并减少手术并发症, 提高手术安全性。

CSP 的治疗原则是排出妊娠物、减少出血量、促进子宫恢复, 保留生育功能。随着对 CSP 的认识不断提高, 各种治疗方法也应运而生。目前 CSP 的治疗方法包括药物治疗和手术治疗。手术治疗有经宫腔镜手术^[9]、开腹手术^[10]、子宫动脉介入栓塞^[11]以及经阴道^[12,13]经腹腔镜等方式。患者均为育龄期妇女, 保留生育功能是手术考虑的重中之重, 并期望手术能修复子宫切口瘢痕缺陷, 减少术后经血淋漓不净的并发症, 提高患者的生活质量。宫腔镜下刮宫或电切对子宫不但没有修复作用, 子宫肌层菲薄时子宫穿孔风险极大, 很难经宫腔镜成功治疗, 且子宫肌层更薄, 再次妊娠出现子宫破裂风险大。Fystra DL 等^[14]及 Fong J 等^[15]的研究结果显示, 瘢痕处局部病灶切除治疗 CSP 不仅可以有效终止妊娠, 同时可修补瘢痕缺陷, 是 CSP 有效治疗方案。但经阴道手术存在暴露差, 尤其是多次剖宫产史者, 术中分离膀胱困难, 容易出现膀胱及输尿管损伤, 延长恢复时间, 严重时可能出现尿漏等并发症, 进而增加治疗费用和医疗纠纷风险。

腹腔镜下子宫切口妊娠物清除术也是局部病灶清除术中的一种。在子宫切口瘢痕妊娠手术治疗中具有较多优势: ①腹腔镜下子宫切口妊娠物清除术是在直视下手术, 直观, 视野清楚, 明显降低持续性子宫切口妊娠风险; ②对胚胎活性高的, 可见血管怒张, 可先缝扎后再手术, 明显减少出血量, 手术安全性高; ③该术式同时切除子宫切口憩室, 修补子宫切口缺陷, 减少再次切口妊娠的风险, 而保守性手术对子宫本身存在的缺陷未修补, 存在重复子宫切口妊娠及妊娠期子宫破裂的风险^[16]; ④现在腹腔镜手术普及广大基层医院, 该手术方式易于推广。因此, 经腹腔镜下行子宫瘢痕妊娠物清除术在 CSP 中具有安全性、有效性、微创性优点。通过使用杯装举宫器举

宫可使膀胱容易自宫颈及阴道前穹隆分离^[17]。已有研究显示举宫杯联合腹腔镜下子宫切除术在手术时间、出血量明显优于不安置举宫杯^[18]。为更大程度减少术中并发症, 降低手术风险, 基于腹腔镜下子宫切口疤痕妊娠优势和腹腔镜技术的不断发展, 思考如何降低手术难度、减少分离膀胱困难, 探索安置举宫器在该手术中可以降低术中分离膀胱腹膜反折的难度, 减少术中出血, 减少术中膀胱、输尿管损伤, 降低手术难度, 缩短手术时间, 增加手术安全性, 是临床研究的主要方向。

本研究中的 52 例患者中, 28 例患者查见子宫切口孕囊, 其中 22 例可见胚芽及心管搏动; 余 24 例可见子宫下段切口处非均质回声团。52 例患者子宫切口子宫肌层厚度为 1~3 mm。子宫下段肌层薄, 分离膀胱腹膜反折容易出血, 且患者多有 1 次以上剖宫产史, 粘连重, 容易出现膀胱、输尿管损伤。寻找更合适的办法减少术中出血及副损伤是确保手术疗效的关键。本研究中研究组在术中出血量、手术时间、取尿管时间均少于对照组, 具有统计学意义 ($P<0.05$)。提示腹腔镜下子宫切口妊娠物清除术中安置杯状举宫器后膀胱容易自宫颈及阴道前穹隆分离, 更容易找到膀胱宫颈间隙, 下推膀胱更容易, 减少术中出血量、缩短手术时间、缩短安置尿管时间。与研究报道一致^[19]。

选择腹腔镜下子宫切口病灶清除不仅清除妊娠组织, 还能切除疤痕组织, 修补子宫切口缺陷, 从而增加治疗的有效性, 降低再次切口妊娠风险, 同时降低再次子宫切口憩室发生率。举宫杯的使用在腹腔镜下子宫切口妊娠物清除术中明显降低手术难度, 减少手术并发症。因此, 在腹腔镜下子宫疤痕妊娠病灶清除术中安置举宫杯操作方便, 具有较高的安全性和有效性, 值得临床借鉴应用。

参考文献:

- [1] 李露, 张轶清. 子宫疤痕处妊娠研究进展[J]. 承德医学院学报, 2016, 33(3): 246-249.
- [2] Horne AW, Skubisz MM, Johns TG, et al. Combination gefitinib and methotrexate treatment for non-tubal ectopic pregnancies: a case series[J]. Hum Reprod, 2014, 29(7): 1375-1379.
- [3] 傅柳陶, 金东, 卫兵, 等. 阴道超声联合 MRI 对剖宫产后子宫切口瘢痕处妊娠的诊断价值[J]. 安徽医学, 2018, 39(8): 907-909.
- [4] 韦昕芳, 赵华山, 姜陵, 等. 剖宫产切口妊娠患者 MRI 影像特点及临床结局分析[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2018, 16(5): 110-113.
- [5] 瞿薇花, 唐震. 子宫切口瘢痕妊娠的 MRI 诊断[J]. 医学影像学杂志, 2016(1): 175-177.
- [6] 吴莎, 于小娜, 王秋玉. 不同分型 CSP 的手术结果分析[J]. 中国计划生育学杂志, 2018, 26(12): 1254-1256.

(下转第 86 页)

(上接第 74 页)

- [7] Godin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarean section scar[J]. *Fertil Steril*, 1997, 67(2): 398-400.
- [8] 章鹏鹏, 孔丽娜. 子宫疤痕处妊娠诊断和治疗的最新进展[J]. *湖北科技学院学报(医学版)*, 2015, 29(3): 272-275.
- [9] 陈雪, 李艳飞, 黄岳. 宫腔镜手术治疗早期内生型剖宫产术后子宫疤痕妊娠的疗效观察 [J]. *山西医药杂志*, 2016, 45(8): 871-875.
- [10] 王玮. 腹腔镜手术和开腹手术对异位妊娠治疗效果的对比分析[J]. *陕西医学杂志*, 2016, 45(4): 423-424.
- [11] 吴一彤. 子宫动脉栓塞 MTX 介入及清宫术联合用于疤痕妊娠的疗效及可行性 [J]. *临床和实验医学杂志*, 2015, 14(19): 1638-1641.
- [12] 周传亚, 史爱丽, 张小玲, 等. 经阴道切除 CSP 26 例[J]. *中华灾害救援医学*, 2016, 4(2): 113-114.
- [13] Le A, Shan L, Xiao T, et al. Transvaginal surgical treatment of cesarean scar ectopic pregnancy [J]. *Arch Gynecol Obstet*, 2013, 287(4): 791-796.
- [14] Fystra DL, Pound Z, Chang T, et al. Ectopic Pregnancy within a cesarean delivery scar: A case report[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2002, 187(2): 3022-3041.
- [15] Fong J, Gurewitsch ED, Kang HJ, et al. An analysis of transfusion practices and the role of intraoperative red blood cell salvage during cesarean delivery[J]. *Anesth Analg*, 2007, 104(3): 666.
- [16] 庄粤冰. 经阴道病灶切除术治疗 32 例子宫疤痕妊娠的临床分析[J]. *现代妇产科进展*, 2016, 25(4): 296-297.
- [17] 尹香花, 顾建娟, 成艳. 杯状举宫器联合超声刀在腹腔镜全子宫切除术中的应用价值[J]. *中国微创外科杂志*, 2010, 10(12): 1086-1087.
- [18] 蒋燕, 赵卫东, 周虎. 腹腔镜联合杯状举宫器下全子宫切除术的学习曲线[J]. *安徽医学*, 2014, 35(8): 1023-1026.
- [19] 庄元, 罗燕, 李福敏. 腹腔镜与阴式手术治疗外生型 CSP 的对比研究[J]. *中国妇幼保健*, 2018, 33(14): 3314-3317.

收稿日期: 2019-5-5; 修回日期: 2019-7-2

编辑/肖婷婷