

B超引导下宫腔镜电切术联合甲氨蝶呤治疗 子宫切口瘢痕妊娠的可行性分析

段 然

(天津市河西区妇产科医院超声科,天津 300202)

摘要:目的 探讨B超引导下宫腔镜电切术联合甲氨蝶呤治疗子宫切口瘢痕妊娠患者的可行性。方法 按照随机数字表法将2016年1月~2018年12月我院接受治疗的80例切口瘢痕妊娠患者分为两组,每组40例。对照组行甲氨蝶呤联合负压吸引清宫术治疗,研究组行B超引导下宫腔镜电切术与甲氨蝶呤治疗,比较两组治疗情况、预后及术后并发症情况。结果 研究组手术时间、术后阴道流血时间、住院时间、月经周期恢复时间、血 β -hCG水平恢复时间均短于对照组($P<0.05$);研究组的术中出血量为 (33.00 ± 7.01) ml,少于对照组的 (83.00 ± 7.98) ml($P<0.05$);研究组随访1年内妊娠率和顺产率为82.50%、67.50%,高于对照组的35.00%和37.50%;剖宫产率为5.00%,低于对照组的40.00%($P<0.05$);研究组术后并发症率为2.50%,低于对照组的25.00%($P<0.05$)。结论 B超引导下宫腔镜电切术与甲氨蝶呤治疗切口瘢痕妊娠,治疗效果确切,有助于提高妊娠率与顺产率,降低剖宫产率,减少术后并发症的发生。

关键词:切口瘢痕妊娠;宫腔镜电切术;甲氨蝶呤

中图分类号:R714.22;R719

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2021.03.037

文章编号:1006-1959(2021)03-0134-03

Feasibility Analysis of B-ultrasound Guided Hysteroscopic Resection Combined with Methotrexate in the Treatment of Uterine Incision Scar Pregnancy

DUAN Ran

(Department of Ultrasound, Obstetrics and Gynecology Hospital of Hexi District, Tianjin 300202, China)

Abstract: Objective To investigate the feasibility of B-ultrasound guided hysteroscopic resection combined with methotrexate in the treatment of uterine incision scar pregnancy patients. Methods According to the random number table method, 80 patients with incision scar pregnancy who received treatment in our hospital from January 2016 to December 2018 were divided into two groups, each with 40 cases. The control group underwent methotrexate combined with negative pressure suction uterine evacuation treatment, and the study group underwent B-ultrasound guided hysteroscopy and methotrexate treatment. The treatment, prognosis and postoperative complications of the two groups were compared. Results The operation time, postoperative vaginal bleeding time, hospitalization time, menstrual cycle recovery time, and blood β -hCG level recovery time in the study group were shorter than those in the control group ($P<0.05$); The intraoperative blood loss in the study group was (33.00 ± 7.01) ml, which was less than (83.00 ± 7.98) ml in the control group ($P<0.05$); The pregnancy rate and delivery rate within 1 year of the study group were 82.50% and 67.50%, which were higher than 35.00% and 37.50% of the control group; the cesarean section rate was 5.00%, which was lower than 40.00% of the control group ($P<0.05$); The postoperative complication rate in the study group was 2.50%, which was lower than the 25.00% in the control group ($P<0.05$). Conclusion B-ultrasound guided hysteroscopic resection and methotrexate in the treatment of incision scar pregnancy have a definite therapeutic effect, which is helpful to increase pregnancy rate and cistern birth rate, reduce cesarean section rate, and reduce postoperative complications.

Key words: Incision scar pregnancy; Hysteroscopic resection; Methotrexate

子宫切口瘢痕妊娠(CSP)是受精卵或者胚胎着床在前次剖宫产切口瘢痕处,是一种临床罕见的异位妊娠^[1]。不规则子宫出血及子宫破裂是这类异位妊娠的常见表现^[2,3]。随着剖宫产率的逐年上升,切口瘢痕妊娠的发生率也随之提高^[4]。因瘢痕部位肌层比较薄弱且缺乏弹性,若治疗延误或者直接清宫治疗易引发大出血、子宫破裂等并发症,危及妊娠妇女生命或因此丧失生育能力^[5]。目前,临床针对切口瘢痕妊娠主要使用甲氨蝶呤联合负压吸宫引流术治疗,但该治疗方案如果操作不当,易引发大出血、子宫穿孔等并发症,而且病情易复发^[6]。随着国内宫腔镜医疗技术的不断发展与完善,B超引导下宫腔镜电切术联合甲氨蝶呤治疗切口瘢痕妊娠疗效比较理想^[7]。本研究收集2016年1月~2018年12月我院收治的80例切口瘢痕妊娠患者,在B超引导下宫腔镜电切术联合甲氨蝶呤治疗,旨在观察该治疗

方案的临床疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2016年1月~2018年12月天津市河西区妇产科医院收治的80例切口瘢痕妊娠患者,用数字随机表法分为对照组与研究组,各40例。对照组年龄23~39岁,平均年龄 (28.13 ± 2.02) 岁;孕产2~3次;月经停止时间40~59d,平均停止时间 (60.62 ± 3.37) d;其中1次剖宫产者32例,2次剖宫产者8例。研究组年龄23~40岁,平均年龄 (29.02 ± 2.29) 岁;孕产2~4次;月经停止时间40~60d,平均停止时间 (46.25 ± 4.11) d;其中1次剖宫产者35例,2次剖宫产者5例。两组年龄、孕产次、月经停止时间等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),可对比。所有患者对本研究知情同意,且签订知情同意书,本实验已获我院伦理委员会批准。

1.2 纳入和排除标准 纳入标准:①B超等检查确诊为切口瘢痕妊娠;②入院接受治疗;③接受治疗前30d内无甲氨蝶呤使用情况;④阴道或子宫未有出血迹

作者简介:段然(1982.9-),女,河北河间人,本科,主治医师,主要从事妇产科超声诊断工作

象。排除标准:①生殖器官有炎症、畸形情况;②心脑肝肾等器官严重性功能异常;③凝血功能障碍;④对甲氨蝶呤或者宫腔镜等存在禁忌;⑤基础资料不全。

1.3 方法 在甲氨蝶呤治疗基础上行负压吸引清宫术,肌肉注射甲氨蝶呤(上海信宜制药公司,国药准字H20090207,规格:20 ml:0.5 g)治疗。

1.3.1 对照组 患者入院第1天,注射剂量为1 mg/kg,1次/周。注射第4、7天时,为患者进行阴道超声、血 β -hCG水平检查,观察孕囊周围血点是否有点状信号或者无血流信号、血 β -hCG水平在500 mU/ml以内,行负压吸引清宫术。静脉麻醉后,取膀胱截石体位,负压吸引器通过阴道置入,将吸引管吸口对准妊娠组织,压力400 mmHg~600 mmHg,将妊娠组织吸出,争取一次性吸除干净,查看吸除的妊娠组织,确诊绒毛组织完整,将负压吸引器退出。

1.3.2 研究组 后行B超引导下宫腔镜电切术治疗,设备为美国GE公司生产制造的voluson s6超声彩色多普勒超声诊断仪,操作具体流程如下:①患者血 β -HCG水平下降至50%,B超检查显示孕囊体检有明显缩小、孕囊周围血流信号减少明显,行宫腔镜电切术;②医生使用被动式连续灌流宫腔电切镜为患者进行手术治疗,患者膨宫压力保持70 mmHg~110 mmHg,控制电切功率与电凝功率,分别为300 w、100 w;③手术前,护士协助患者完成相关项目检查、做好灌肠、

软化宫颈等准备工作;④患者接受静脉全麻,护士协助其选择取截石体位;⑤外阴、阴道进行常规消毒,借助扩宫条扩宫;⑥通过B超引导,宫腔内置入宫腔镜,照明光源开启,宫腔内注入膨宫液。⑦宫腔充盈之后,查看孕囊情况、着床位置、周围血管分布情况,而后钳刮、切除孕囊;⑧使用7号吸引管做负压吸引操作(负压控制在400 mmHg)。宫腔中积血快使用卵圆钳取出,宫腔中刮出物送病理科进行相关检验;⑨术后,给予患者使用抗生素,预防感染。

1.4 观察指标 比较两组患者治疗情况,包括手术时间、术中出血量、术后阴道流血时间、住院时间、月经周期恢复时间、血 β -hCG水平恢复时间等^[8];随访1年,观察两组患者妊娠率、顺产率及剖宫产率等预后质量^[9];术后观察两组并发症包括恶心、呕吐、肝肾功能受损、脱发等并发症^[10]。

1.5 统计学方法 数据用SPSS 20.0软件分析,计数资料 $[n(\%)]$ 表示,行 χ^2 检验,计量资料用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,行 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗情况比较 研究组手术时间、术后阴道流血时间、住院时间、月经周期恢复时间、血 β -hCG水平恢复时间,均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组的术中出血量少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组比较治疗情况($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	中出血量 (ml)	术后阴道流血时间(d)	住院时间 (d)	月经周期恢复 时间(d)	血 β -hCG水平恢复 时间(d)
对照组	40	50.71 \pm 9.89	83.00 \pm 7.98	30.21 \pm 3.70	18.59 \pm 1.45	57.88 \pm 5.69	46.59 \pm 10.49
研究组	40	31.59 \pm 9.01	33.00 \pm 7.01	21.00 \pm 2.74	10.49 \pm 1.18	35.22 \pm 6.49	21.10 \pm 4.99
<i>t</i>		9.039	29.772	12.652	27.403	16.604	13.878
<i>P</i>		0.001	0.000	0.017	0.000	0.031	0.027

2.2 两组预后质量比较 随访1年,研究组妊娠率、顺产率等均高于对照组,剖宫产率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组预后质量比较 $[n(\%)]$

组别	<i>n</i>	妊娠率	顺产率	剖宫产率
对照组	40	14(35.00)	15(37.50)	16(40.00)
研究组	40	33(82.50)	27(67.50)	2(5.00)
χ^2		18.620	7.218	14.050
<i>P</i>		0.012	0.043	0.024

2.3 两组术后并发症比较 研究组术后有1例发生恶心;对照组不但有2例发生恶心,还有3例呕吐,2例脱发,3例肝功能受损;研究组术后并发症发生率为2.50%,低于对照组的25.00%,差异有统计学意义($\chi^2=8.538$, $P=0.004$)。

3 讨论

切口瘢痕妊娠患者的孕囊会向宫腔、膀胱等方向生长,如果得不到及时的治疗,绒毛会同子宫肌层

发生黏连,导致子宫破裂、出血等,威胁患者生命安全^[11,12]。周丽等^[13]认为切口瘢痕妊娠患者要根据子宫出血情况、血 β -HCG水平、孕囊情况等为其选择适宜的治疗方案,不可盲目行清宫手术,避免子宫破裂出血,应最大限度保护患者生育功能。

本研究显示,研究组各项手术指标均低于对照组($P<0.05$),随访1年后,研究组妊娠率、顺产率均高于对照组($P<0.05$),而剖宫产率低于对照组($P<0.05$),说明B超引导下宫腔镜电切术联合甲氨蝶呤治疗情况理想,这与杨庆彪等^[14]的研究结果一致。研究组患者术后并发症率低于对照组($P<0.05$)。说明B超引导下宫腔镜电切术联合甲氨蝶呤治疗效果安全可靠,术后并发症率低,与徐虹等^[15]的研究一致。在B超引导下,将甲氨蝶呤注射到切口瘢痕妊娠处,同时行宫腔镜电切术治疗,手术前注射甲氨蝶呤能有效杀胚,后需切除病灶止血,避免发生子宫穿孔

(下转第138页)

(上接第135页)

等,对于预后情况的改善具有重要作用。甲氨蝶呤作为临床常用的抗癌药物,其能够拮抗叶酸,加快细胞和绒毛死亡的速度,在治疗异位妊娠中应用广泛。宫腔镜是一种常用的微创技术,具有创伤小,术中出血量少、术后并发症少及术后康复速度快等优势,在宫腔镜下手术,可清晰观察胚胎种植部位、血管分布,在直视下取出子宫壁上的胚胎,彻底清除病灶,之后电凝止血,减少了术中出血量。

综上所述,B超引导下宫腔镜电切术联合甲氨蝶呤治疗切口瘢痕妊娠效果理想,可提高妊娠率与顺产率,降低剖宫产率,减少手术并发症的发生。

参考文献:

- [1]王和坤.甲氨蝶呤、米非司酮联合宫腔镜电切术在剖宫产术后子宫瘢痕妊娠治疗中的应用[J].中国当代医药,2011,18(36):54-55.
- [2]王爱丽,陈彦辛,曹立花.宫腔镜电切术联合宫外孕Ⅱ号方及甲氨蝶呤治疗剖宫产瘢痕妊娠的观察[J].海南医学院学报,2018,24(10):15-19.
- [3]杨益,张力尹,陈艳.米非司酮及米索前列醇联合宫腔镜切除内生型子宫下段剖宫产切口瘢痕处妊娠的疗效[J].中国医师杂志,2018,20(11):88-91.
- [4]黄香莲.米非司酮联合甲氨蝶呤治疗剖宫产瘢痕妊娠的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2018,11(25):102-103.
- [5]Pedraszewski P,Wlaziak E,Panek W,et al.Cesarean scar pregnancy - a new challenge for obstetricians [J].J Ultrason,2018,18(72):56-62.
- [6]杨庆彪,张婷,陆燕,等.甲氨蝶呤联合米非司酮及宫外孕2号方加味治疗剖宫产子宫切口瘢痕妊娠疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(2):54-56.
- [7]李彦曦,黄勇,刁蓉.子宫动脉栓塞联合宫腔镜治疗子宫切口瘢痕妊娠的临床价值分析[J].解放军医药杂志,2018,30(6):61-63.
- [8]Xiao Z,Cheng D,Chen J,et al.The effects of methotrexate and uterine arterial embolization in patients with cesarean scar pregnancy:A retrospective case-control study [J].Medicine,2019,25(21):141-147.
- [9]包义明,汪洋.高强度聚焦超声消融治疗子宫切口瘢痕妊娠的疗效分析[J].临床超声医学杂志,2018,20(11):64-66.
- [10]董艳霞.甲氨蝶呤米非司酮口服联合宫腔镜电切术治疗子宫切口瘢痕妊娠[J].中国妇幼保健,2018,33(15):3494-3496.
- [11]Wang S,Beejadhursing R,Ma X,et al.Management of Cesarean scar pregnancy with or without methotrexate before curettage:human chorionic gonadotropin trends and patient outcomes[J].BMC Pregnancy and Childbirth,2018,18(1):289-291.
- [12]阮璐璐.超声介入引导下甲氨蝶呤局部注射联合口服米非司酮治疗子宫瘢痕妊娠的疗效观察[J].蚌埠医学院学报,2019,44(9):1230-1233.
- [13]杨庆彪,张婷,陆燕,等.甲氨蝶呤联合米非司酮及宫外孕2号方加味治疗剖宫产子宫切口瘢痕妊娠疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(2):54-56.
- [14]徐虹,汪龙霞,罗渝昆,等.甲氨蝶呤局部注射联合米非司酮口服治疗剖宫产切口瘢痕妊娠的临床研究[J].中国药物应用与监测,2016(4):197-200.

收稿日期:2020-06-19;修回日期:2020-07-20

编辑/宋伟