

· 论 著 ·

子宫切口瘢痕妊娠经阴道与腹腔镜手术治疗的临床疗效比较

徐萍萍¹, 曹莉莉², 阎 萍², 梁志清², 徐惠成²

[摘要] **目的** 探讨不同途径微创手术方式对剖宫产瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)的治疗价值。**方法** 回顾性分析西南医院 2013 年 2 月-2015 年 5 月 32 例外生型的剖宫产瘢痕妊娠(2 级或 3 级)手术资料,其中 20 例行腹腔镜下瘢痕妊娠病灶清除术+切口修补术,12 例行经阴道剖宫产瘢痕妊娠病灶清除术+切口修补术。**结果** 腹腔镜手术组手术时间(96.9 ± 19.5) min,出血量(109.4 ± 46.5) mL;经阴道手术组手术时间(36.3 ± 8.2) min,出血量(57.9 ± 16.3) mL。两组间相比较,经阴道手术组手术时间明显缩短,出血量也较腹腔镜手术组明显减少,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。两组平均住院时间、术后血人绒毛膜促性腺激素(HCG)下降至正常时间相比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 对于超声检查明确诊断为外生型切口瘢痕妊娠的患者,无论选择哪种手术方式,均宜尽早实施,其中有良好阴道手术基础的医师,应尽量选择经阴道手术,能减少术中出血和缩短手术时间,并可很好修复缺陷瘢痕,是治疗外生型 CSP 的首选方法。

[关键词] 瘢痕妊娠;腹腔镜;阴式手术

[中图分类号] R713.8 **[文献标志码]** A **doi:**10.3969/j.issn.1672-271X.2016.06.010

To evaluate the clinical curative effect of surgery treatment of cesarean scar pregnancy by laparoscopic and transvaginal

XU Ping-ping¹, CAO Li-li², YAN Ping², LIANG Zhi-qing², XU Hui-cheng². 1. Department of Obstetrics and Gynecology, 81 Hospital of PLA, Nanjing, Jiangsu 210002, China; 2. Department of Obstetrics and Gynecology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China

[Abstract] **Objective** To explore the value of treatment on cesarean section scar pregnancy (cesarean scar pregnancy, CSP) with different of minimally invasive surgery methods. **Methods** The retrospective analysis was carried out on data of 32 cases of southwest hospital which were operated because of cesarean scar pregnancy (level 2 to level 3) from February 2013 to May 2015. 20 patients underwent laparoscopic removal of lesions and incision scar pregnancy repair, and 12 patients underwent transvaginal surgery. **Results** The average surgery time were (96.9 ± 19.5) min of laparoscopic group and (36.3 ± 8.2) min of transvaginal surgical. The blood loss were (109.4 ± 46.5) mL in laparoscopic group and (57.9 ± 16.3) mL in transvaginal surgical group. The operation time of transvaginal group was obviously shortened and the bleeding also significantly decreased than laparoscopic group ($P < 0.05$). The average hospital stay and the postoperative recovery time of HCG were not statistically significant between two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The exogenous cesarean scar pregnancy diagnosed by ultrasound, laparoscopic surgery and transvaginal operations should be implemented as soon as possible. Transvaginal surgical should be chosen as the first method for the doctor who has good transvaginal surgical experiment. Transvaginal surgical is the preferred method for the treatment of exogenous type CSP because it can reduce intraoperative blood lose and shorten the operation time and is beneficial for repair defects of scar.

[Key words] cesarean scar pregnancy; laparoscopic; transvaginal surgery

随着剖宫产率的升高和再生育人数的增加,剖宫产切口部位瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy CSP)的发生率也逐年升高,严重危害母体健康^[1]。目前常用治疗 CSP 的方法包括:保守治疗和手术治疗,其中保守治疗主要适合血人绒毛膜促性腺激素(HCG)水平较低者;B 超引导下清宫术和选择性子

宫动脉阻断术(uterine artery embolization, UAE)都有一定的疗效,但对于外生型瘢痕妊娠效果并不令人满意,近年来,经腹腔镜或经阴道的剖宫产瘢痕妊娠微创可视化治疗技术,得到广泛应用。本研究回顾性分析西南医院 2013 年 2 月-2015 年 5 月 32 例外生型的剖宫产瘢痕妊娠(2 级或 3 级)手术资料,旨在比较两种微创手术方式对 CSP 的治疗价值。

1 对象与方法

1.1 对象 腹腔镜手术组 20 例,年龄 26~34(30.5

作者单位: 1. 210002 江苏南京,解放军 81 医院妇产科;

2. 400038 重庆,第三军医大学西南医院妇产科

引用格式: 徐萍萍,曹莉莉,阎 萍,等. 子宫切口瘢痕妊娠经阴道与腹腔镜手术治疗的临床疗效比较[J]. 东南国防医药,2016,18(6):594-596.

±3.2) 岁,伴或者不伴有不规则阴道流血,无下腹痛,停经时间(53±13.7)d,距离前次剖宫产中位时间 45(4~142)月,9 例孕次大于 3 次,剖宫产 1~2 次,均为子宫下段横切口,入院查血 HCG 2045.8~108 937 IU/L。经阴道手术组 12 例,年龄 25~36 (28.6±5.2)岁,伴或者不伴有不规则阴道流血,有轻微下腹痛 1 例。停经时间(57±10.3)d,距离前次剖宫产中位时间 43(6~139)月,7 例孕次大于 3 次,剖宫产 1~2 次,均为子宫下段横切口,入院查血 HCG1357.2~110 037 IU/L。

1.2 超声诊断 本研究对象诊断标准^[2-4]:①宫腔内和宫颈管处未见孕囊;②子宫前壁峡部宫颈内口处或既往剖宫产瘢痕部见孕囊回声或混合性包块;③瘢痕处肌层连续性中断,肌层变薄,与膀胱间隔变窄;④胚囊或不均质回声团块周围见丰富血流信号。

根据孕囊或不均质回声团块与肌层的关系分为 4 级:0 级:未累及肌层,与肌层分界清楚;1 级:稍累及肌层,与肌层分界清楚;2 级:位于肌层内,与肌层分界不清,未累及浆膜层;3 级:孕囊或不均质回声团块膨向浆膜层,并向膀胱方向突起。

本研究资料 32 例剖宫产瘢痕妊娠中,2 级 17 例,3 级 15 例,无 0 级和 1 级病例。

1.3 手术方法 腹腔镜手术:全身麻醉后行腹腔镜探查,包括子宫外形、下段切口瘢痕状况、妊娠包块是否突出于子宫外,表面血管分布情况。对于妊娠物周围血供丰富的提前行子宫动脉临时或永久阻断术。再打开膀胱腹膜,下推膀胱至瘢痕附着处下方,暴露妊娠包块,切开隆起最明显处或肌肉薄弱处,清除妊娠物,修剪瘢痕切口边缘,2-0 可吸收线间断修补创面。盆腔置引流管 1 根,经阴道宫腔内置水囊 1 枚,囊内注入生理盐水 15~30 mL,压迫 24 h 左右。术后第 2 天拔除宫腔水囊及盆腔引流管。

经阴道手术:腰硬联合麻醉后,常规消毒外阴、阴道,艾力斯钳牵拉下拽宫颈,于膀胱宫颈沟水平弧形切开阴道前壁黏膜,达到膀胱宫颈间隙,钝性分离并向上和两侧推开膀胱,暴露切口妊娠病灶

处,用手指探及肌层薄弱处后切开肌层,并左右扩大切口,完整钳夹出妊娠物,并经宫颈口吸刮内膜组织。修剪瘢痕切口创面,2-0 可吸收线连续缝合切口肌层。经宫颈口宫腔内置水囊,向囊内注入生理盐水 15~30 mL,压迫 24 h 左右,取出水囊。

手术时间按实际手术开始时间到手术结束时间计算,术中出血量按容积法计算。住院天数按实际住院天数计算;术后每周复查血 HCG 1 次,直至下降至正常;随访阴道流血及 1 个月后子宫切口恢复情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 19.0 软件进行统计学处理,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间均数比较采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术时间和术中出血量 腹腔镜手术组:手术时间 77~117 (96.9±19.5) min,出血量 63~156 (109.4±46.5) mL;经阴道手术组:手术时间 28~46 (36.3±8.2) min,出血量 42~74 (57.9±16.3) mL。两组比较,经阴道手术组手术时间明显缩短,出血量也较腹腔镜手术组明显减少,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。见表 1。

2.2 住院时间、术后血 HCG 下降至正常时间、术后 1 个月超声观察子宫切口愈合情况 腹腔镜手术组和经阴道手术组住院时间分别为(4.1±0.4) d 和(3.9±0.5) d,术后血 HCG 下降至正常所用平均时间分别为(3.3±0.8)周和(2.9±0.9)周,两组比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。两组术后 1 个月随访复查超声均提示子宫切口部位愈合良好,未见异常回声团及憩室样结构。

2.3 并发症 两种手术方式均无血管、输尿管、膀胱等并发症发生。

3 讨论

CSP 是一种发生于宫内的异位妊娠,指受精卵或者胚胎着床在以往剖宫产手术切口的瘢痕处,是一种特殊部位的异位妊娠,发生率为 1/1800~

表 1 剖宫产瘢痕妊娠患者术中和术后情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	术前血 HCG (IU/mL)	手术时间 (min)	术中出血 (mL)	住院时间 (d)	血 HCG 下降至 正常时间(周)
腹腔镜手术组	20	22 093.4±31 146.4	96.9±19.5 *	109.4±46.5 *	4.1±0.4	3.3±0.8
经阴道手术组	12	21 862.3±33 108.6	36.3±8.2	57.9±16.3	3.9±0.5	2.9±0.9

注:与经阴道手术组比较,* $P < 0.01$

1/2500^[1],近年来,随着剖宫产率上升、对该疾病的认识,以及阴道超声的诊断技术的提高,CSP 发生率明显上升。异位妊娠常表现为妊娠早期阴道出血和腹痛,若临床诊断或处理不当,极易误诊、误治并出现严重的不良后果^[2]。因此在妊娠头 3 个月及早明确诊断对该疾病的预后有着重要意义^[3-5]。一旦明确诊断应立即终止妊娠,治疗的方法包括:全身或局部注射甲氨蝶呤^[6-7]、子宫动脉栓塞后清宫术^[8]、经腹或腹腔镜下病灶切除术+子宫切口修补术^[9]、经阴道瘢痕妊娠病灶切除术+子宫切口修补术^[10-11]、海扶超声聚焦刀治疗后宫腔镜下清宫术^[12]等等。各种新型的治疗手段在不断的被尝试中,也获得了一定疗效。其中腹腔镜和经阴道病灶切除术+子宫切口修补术,具有可视、微创化和效果确切,并能保留女性生殖功能、修补子宫切口瘢痕缺陷的优点,被视为治疗 2 级和 3 级瘢痕妊娠的首选手术治疗方式。但这两种手术方式尚缺乏有力的对比性临床报道,本研究结果为临床医师选择 CSP 治疗方案提供新的指导意见。

腹腔镜和经阴道手术均可以直视下观察瘢痕妊娠部位,子宫肌层缺陷修补完全,术后复查切口愈合良好,是理想的治疗外生型瘢痕妊娠的方法。腹腔镜手术方式要求具备娴熟腹腔镜操作技巧,本研究中腹腔镜手术者均为经妇科腹腔镜训练的 2 年以上主治医师。通过比较两种手术方式的手术时间、术中出血量,可以看出,经阴道手术能快速找到病灶,并便于缝合,手术时间短。由于本研究中的经阴道手术者均为副主任医师完成,故手术时间明显短于腹腔镜手术组,但我们认为仍有一定意义。

阴式手术经人体自然腔道进行,无需进腹,对腹腔内脏器影响小,术后恢复快,3 d 即可出院,术后随访血 HCG 下降迅速。12 例手术均一次性完成,无膀胱、输尿管等意外损伤发生。因此有阴式手术基础尤其无腹腔镜器械的基层医院,选择经阴道 CSP 手术不失为一种优选,特别是出现大出血时能快速找到病灶,钳夹出血处和子宫动脉从而控制大出血。

综上所述,目前 CSP 的治疗具有多元化、个体

化倾向,早期发现并及时终止妊娠是首要治疗原则。外生型 CSP 选择经阴道手术具有操作简单、出血少、病灶清除彻底的特点^[9],符合当前精准医疗要求,值得推广应用。

【参考文献】

- [1] Riaz RM, Williams TR, Craig BM, et al. Cesarean scar ectopic pregnancy: imaging features, current treatment options, and clinical outcomes[J]. *Abdom Imaging*, 2015, 40(7): 2589-259.
- [2] 李家亮,陈芳芳,李东兵,等.血清妊娠相关蛋白 A 检测对异位妊娠早期诊断的价值[J]. *东南国防医药*, 2015, 17(5): 484-485.
- [3] Godin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar[J]. *Fertil Steril*, 2012, 67(2): 398-400.
- [4] Pascual MA, Hereter L, Graupera B, et al. Three-dimensional power Doppler ultrasound diagnosis and conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean section scar[J]. *Fertil Steril*, 2007, 88(3): 706.e5-7.
- [5] Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, et al. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar[J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2013, 21(3): 220-227.
- [6] Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, et al. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2012, 207(1): 44.e1-13.
- [7] Rotas MA, Haberman S, Levkur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management[J]. *Obstet Gynecol*, 2006, 107(6): 1373-1381.
- [8] Hois EL, Hibbeln JF, Alonzo MJ, et al. Ectopic pregnancy in a cesarean section scar treated with intramuscular methotrexate and bilateral uterine artery embolization[J]. *J Clin Ultrasound*, 2008, 36(2): 123-127.
- [9] 曹莉莉,王延洲,李宇迪,等.腹腔镜对剖宫产瘢痕妊娠的诊治价值[J]. *中国微创外科杂志*, 2014, 14(4): 293-296.
- [10] 鲁海燕,张文华,单 君,等.经阴道手术治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠 31 例临床分析[J]. *中华妇产科杂志*, 2011, 46(12): 917-922.
- [11] 柳晓春,冯敏清,黄小敏,等.经阴道子宫瘢痕妊娠病灶切除术治疗子宫瘢痕妊娠的临床分析[J]. *现代妇产科进展*, 2015, 24(4): 273-275.
- [12] Zhu X, Deng X, Wan Y, et al. High-intensity focused ultrasound combined with suction curettage for the treatment of cesarean scar pregnancy[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2015, 94(18): 854-587.

(收稿日期:2016-05-11;修回日期:2016-06-08)

(本文编辑:黄攸生; 英文编辑:王建东)