

· 论著 ·

CSP保守治疗失败的危险因素调查及UAE联合B超引导下清宫术对子宫复旧的影响

广东省广州市妇女儿童医疗中心 (广东 广州 510623)

丁 文

【摘要】目的 探讨剖宫产瘢痕妊娠(CSP)保守治疗失败的危险因素调查及子宫动脉栓塞(UAE)联合B超引导下清宫术对子宫复旧的影响。**方法** 选取2015年01月-2019年01月我院收治的186例采用保守治疗失败后经UAE联合B超引导下清宫术治疗的CSP患者为对象,设为观察组,另选取同期保守治疗成功的50例CSP患者为对照组,比较两组临床资料、分析危险因素,并观察B超引导下清宫术对子宫复旧的影响。**结果** 两组剖宫产次数、前次剖宫产距此次妊娠的间隔时间相较差异均具有统计学意义($P < 0.05$),年龄、孕次、停经时间、术前血 β -HCG值、孕囊大小及胎心相较差异无统计学意义($P > 0.05$); Logistic多因素回归分析显示,剖宫产次数($OR=1.37, 95\%CI: 1.10-1.71$)、前次剖宫产距此次妊娠的间隔时间($OR=1.34, 95\%CI: 1.06-1.66$)为CSP保守治疗失败的独立危险因素($P < 0.05$); 经UAE联合B超引导下清宫术治疗后,阴道流血持续时间为 $(6.23 \pm 1.15)d$,恶露持续时间为 $(23.51 \pm 5.40)d$,子宫大小恢复正常时间为 $(7.90 \pm 2.03)d$,月经恢复时间为 $(29.58 \pm 6.74)d$ 。**结论** UAE联合B超引导下清宫术对子宫复旧的有良好疗效,临床应严格把握剖宫产指征。

【关键词】 CSP; 保守治疗; 危险因素; UAE; B超引导下清宫术; 子宫复旧

【中图分类号】 R719.8+2

【文献标识码】 A

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2019.05.015

Investigation on Risk Factors for Failure of CSP Conservative Treatment and the Effects of UAE Combined with B-ultrasound Guided Curettage on Uterine Involution

DING Wen. Guangzhou Women and Children Medical Center, Guangzhou 510623, Guangdong Province, China

[Abstract] Objective To investigate the risk factors for failure of cesarean scar pregnancy (CSP) conservative treatment and the effects of uterine artery embolization (UAE) combined with B-ultrasound guided curettage on uterine involution. **Methods** A total of 186 CSP patients who underwent UAE combined with B-ultrasound guided curettage after failure of conservative treatment and were admitted to the hospital from January 2015 to January 2019 were enrolled as the observational group. 50 CSP patients with success of conservative treatment in the same period were enrolled as the control group. The clinical data of the two groups were compared. The risk factors were analyzed. The effects of B-ultrasound guided curettage on uterine involution were observed. **Results** There were significant differences in number of cesarean section and interval time between the previous cesarean section and the current pregnancy between the two groups($P < 0.05$), without difference in age, number of pregnancy, menopause time, preoperative blood β -HCG value, gestational sac size or fetal heart ($P > 0.05$). Logistic multivariate regression analysis showed number of cesarean section ($OR=1.37, 95\%CI: 1.10-1.71$) and interval time between the previous cesarean section and the current pregnancy ($OR=1.34, 95\%CI: 1.06-1.66$) were independent risk factors for failure of CSP conservative treatment ($P < 0.05$). After UAE combined with B-ultrasound guided curettage, duration of vaginal bleeding, duration of lochia, time of uterus size returning to normal and recovery time of menstruation were $(6.23 \pm 1.15)d$, $(23.51 \pm 5.40)d$, $(7.90 \pm 2.03)d$ and $(29.58 \pm 6.74)d$, respectively. **Conclusion** The curative effect of UAE combined with B-ultrasound guided curettage is good on uterine involution. The clinical indications of cesarean section should be strictly controlled clinically.

[Key words] CSP; Conservative Treatment; Risk Factor; UAE; B-ultrasound Guided Curettage; Uterine Involution

剖宫产瘢痕妊娠(Caesarean Scar Pregnancy, CSP)是指孕囊着床于既往有剖宫产史的子宫下段切口处,绒毛与切口处肌层粘连甚至植入穿透子宫。严重者可引起子宫破裂及大出血等并发症,严重危及患者

生命安全。其治疗包括药物治疗、手术治疗及动脉栓塞治疗。据相关数据显示^[1],保守治疗失败率高达44.1%,且可导致大出血等严重并发症,临床保守治疗失败常采用UAE联合B超引导下清宫术治疗。故对于

作者简介: 丁 文,女,研究生,医师,主要研究方向: 妇产科

通讯作者: 丁 文

如何在治疗前对CSP患者进行风险评估,保留患者子宫及再生育能力以成为当前临床研究的热点。本研究通过对比保守治疗失败和保守治疗成功的CSP患者临床资料,旨在为其风险评估提供依据,并提高临床治愈率,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月-2019年1月我院收治的186例采用保守治疗失败后经UAE联合B超引导下清宫术治疗的CSP患者为对象,将其设为观察组,另选取同期保守治疗成功的患者为对照组,纳入标准:(1)均符合《妇产科学》中相关诊断标准^[2];(2)年龄:21岁~42岁;(3)临床资料完整。排除标准:(1)合并合并精神系统疾病,存在认知障碍者;(2)临床资料不完整者。观察组:年龄22~41岁,平均(31.56±5.19)岁;对照组:年龄:21~42岁,平均(32.05±5.23)岁。两组一般资料比较无显著差异($P>0.05$),可比较。

1.2 方法 收集所有患者的临床资料,包括年

龄、孕次、剖宫产次数、前次剖宫产距此次妊娠的间隔时间、停经时间、胎心、术前血 β -HCG值、孕囊大小等。UAE联合B超引导下清宫术:患者取仰卧位,采用Seldinger动脉穿刺法,以右侧股动脉为穿刺点,常规消毒铺巾,局麻穿刺成功后留置5F动脉鞘管,并置入子宫造影导管,先进入左侧髂内动脉并进行造影兵查看子宫动脉走行情况,选择性进入子宫动脉。通过导管推注明胶海绵颗粒进行栓塞,直径为1~3cm,并进行造影查看栓塞情况,用同一方法处理另一侧。术后平卧12h,并观察穿刺部位有无出血、下肢皮肤温蒂及颜色等,留置导尿管,常规应用抗生素。UAE术后72h后行B超引导下清宫术清除胚胎。

1.3 观察指标 观察并记录两组阴道流血持续时间、恶露持续时间、子宫大小恢复正常时间及月经恢复时间。

1.4 统计学分析 数据分析用 SPSS 20.0软件处理,计数资料采取率(%)表示,计量资料($\bar{x} \pm s$)表示,组间对比进行 χ^2 检验和t值检验,以 $P<0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 临床资料对CSP保守治疗失败的单因素分析 两组剖宫产次数、前次剖宫产距此次妊娠的间隔时间相较差异均具有统计学意义($P<0.05$),年龄、孕次、停经时间、术前血 β -HCG值、孕囊大小及胎心相较差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

2.2 临床资料对CSP保守治疗失败的多因素分析 将表1单因素分析中有统计学意义($P<0.05$)的影响因素设为变量进行赋值(剖宫产次数 ≥ 2 次=1、 <2 次=0;前次剖宫产距此次妊娠的间隔时间:2年 $\leq$ 时间 <5 年=0、 ≥ 5 年=1),Logistic多因素回归分析显示,剖宫产次数(OR=1.37,95%CI:

表1 临床资料对CSP保守治疗失败的单因素分析

项目	观察组(n=186)	对照组(n=50)	χ^2	P值
年龄(岁)				
<30	123(66.13)	26(52.00)	3.5380	>0.05
≥ 30	63(33.87)	24(48.00)		
孕次				
≥ 3 次	55(25.57)	20(40.00)	1.977	>0.05
<3次	131(70.43)	30(60.00)		
剖宫产次数				
≥ 2 次	113(60.75)	22(44.00)	4.518	<0.05
<2次	73(39.25)	28(56.00)		
前次剖宫产距此次妊娠的间隔时间				
<2年	63(33.87)	17(32.78)	6.170	<0.05
2年 $\leq$ 时间 <5 年	45(24.19)	20(35.56)		
≥ 5 年	78(41.94)	13(31.67)		
停经时间(d)	50.66±15.24	51.03±15.27	0.152	>0.05
术前血 β -HCG值(mIU/ml)	5873.36±251.52	5876.65±252.14	0.082	>0.05
胎心				
有	96(51.61)	23(46.00)	0.497	>0.05
无	90(48.65)	27(54.00)		

表2 临床资料对CSP保守治疗失败的多因素分析

变量	β 值	SE	Wald χ^2	P值	OR	95%CI
剖宫产次数	0.314	0.113	7.72	0.006	1.37	1.10-1.71
前次剖宫产距此次妊娠的间隔时间	0.293	0.118	6.17	0.013	1.34	1.06-1.69

1.10-1.71)、前次剖宫产距此次妊娠的间隔时间($OR=1.34, 95\%CI: 1.06-1.66$)为CSP保守治疗失败的独立危险因素($P<0.05$)。见表2。

2.3 对子宫复旧的影响 治疗后,阴道流血持续时间为(6.23 ± 1.15)d,恶露持续时间为(23.51 ± 5.40)d,子宫大小恢复正常时间为(7.90 ± 2.03)d,月经恢复时间为(29.58 ± 6.74)d。

3 讨论

CSP发病机制尚不明确,近年来随着二胎政策的开放和剖宫产率的升高,CSP的发病率逐年呈上升趋势,对育龄妇女的生殖健康和生命安全带来了极大的威胁,故探讨CSP保守治疗失败相关危险因素为临床治疗前风险评估提供理论依据。

相关研究显示,CSP保守治疗失败的危险因素大多与剖宫产次数、前次剖宫产距此次妊娠的间隔时间等因素有关^[3],本研究结果也证实了这一观点。多次剖宫产手术会破坏子宫切口处的子宫内膜,使子宫切口愈合差,且受精卵种植在子宫瘢痕部位,容易引起子宫内膜蜕膜化,妊娠滋养细胞会径直侵入子宫下端前壁的肌层组织,伴随胚胎生长发育,胚胎绒毛组织和以往剖宫产手术而损害的子宫肌层组织产生粘连及侵入,甚至穿透子宫壁,从而增加了保守治疗失败的相关危险因素。提示临床上要严格把握剖宫产手术指征,减少剖宫产率,以降低CSP发生率。唐莉、郑敏华等^[4]研究发现,剖宫产术后间隔时间在2~5年时瘢痕愈合越好,本研究也证实了这一观点,随着时

间再延长瘢痕会逐渐退化并失去原组织结构,且延展性降低。两组年龄、孕次、停经时间、术前血 β -HCG值、孕囊大小及胎心相较差异无统计学意义,说明其与保守治疗失败的相关性不大。经过UAE联合B超引导下清宫术治疗后,阴道流血持续时间为(6.23 ± 1.15)d,恶露持续时间为(23.51 ± 5.40)d,子宫大小恢复正常时间为(7.90 ± 2.03)d,月经恢复时间为(29.58 ± 6.74)d。这与李鲁宏^[5]研究结果相似,说明UAE联合B超引导下清宫术是一种安全、有效的方法,能够避免手术切除子宫的严重后果,尽可能的保留了患者的生育功能。

综上,剖宫产次数、前次剖宫产距此次妊娠的间隔时间为CSP保守治疗失败的独立危险因素,临床应严格把握剖宫产指征。

参考文献

- [1] 刘芳,张玉芳,王冰,等.子宫动脉栓塞术联合清宫术治疗剖宫产瘢痕妊娠疗效的影响因素分析[J].中国医师杂志,2018,20(5):730.
- [2] 乐杰.《妇产科学》[M].人民卫生出版社,2005:78.
- [3] 宋永红,常青,陈诚,等.剖宫产瘢痕妊娠保守治疗的相关危险因素Meta分析[J].实用妇产科杂志,2015,31(1):64-70.
- [4] 唐莉,郑敏华,李泰康,等.剖宫产瘢痕妊娠保守治疗失败危险因素分析[J].中国妇幼保健研究,2016,27(10):1198-1200.
- [5] 李鲁宏.子宫动脉栓塞术联合B超引导下清宫术治疗剖宫产瘢痕妊娠的临床疗效及优势分析[J].中国妇幼保健,2016,31(8):1775-1776.

【收稿日期】2019-04-16