

子宫切口瘢痕妊娠清宫术前联合使用米非司酮片疗效分析

林 燕

柳州市潭中人民医院妇产科 广西柳州 545000

【摘 要】目的 探讨子宫切口瘢痕妊娠清宫术前加用米非司酮片口服的临床价值和安全性。**方法** 回顾性分析 16 例疤痕妊娠患者在应用米非司酮口服于彩超监视下行清宫术治疗方法后的临床资料。**结果** 成功治疗 15 例, 经过顺利, 患者成功保留子宫及生育能力, 疗效满意。**结论** 米非司酮口服联合彩超监视下行清宫术治疗 CSP 的方法操作安全、手术损伤小, 治愈率高, 是值得进一步研究的保守型临床治疗方法。

【关键词】 瘢痕妊娠; 米非司酮片; 疤痕子宫; 清宫术

【中图分类号】 R714.2

【文献标识码】 A

【文章编号】 1674-9561 (2018) 04-004-02

子宫疤痕处妊娠 (CSP), 即指受精卵通过子宫内膜和子宫疤痕间的微小腔道而着床在瘢痕部位, 被子宫肌纤维及瘢痕纤维组织所完全包绕, 属于临床少见的异位妊娠的范畴。子宫切口妊娠过去较罕见, 但随着剖宫产率的增加, 其发生率呈明显增长趋势。该病起因隐匿, 无特异性的临床表现, 以往人们对该病的认识较少, 初次诊断时误诊率高。近年来, 由于对疤痕妊娠的更早诊断及处理, 使患者存活率及保留生育能力明显提高。CSP 目前尚无统一的治疗方案, 临床主要有手术治疗、药物治疗及联合治疗等^[1]。本次研究旨在分析米非司酮口服在彩超监视下清宫治疗的联合治疗方案的疗效和安全性。现就我院收治的 16 例 CSP 患者的临床资料进行回顾性分析, 以探讨该病的临床特点 and 治疗方法, 目的在于提高对子宫下段剖宫产切口处妊娠的认识和诊断与治疗水平。

1 资料与方法

1.1 临床对象

选取 2017 年 4 月至 2018 年 3 月于该院诊治的 16 例 CSP 患者为研究对象, 年龄 25 ~ 37 岁, 平均 (29.2 ± 5.2) 岁; 16 例均有 1 次剖宫产手术史; 本次妊娠停经时间 38 ~ 65 d, 平均为 (58.0 ± 10.0) d; 入院原因: 阴道异常流血, 无腹痛 15 例; 偶感下腹胀 1 例。

1.2 CSP 的诊断标准

因 CSP 临床表现无特异性, 约有 30% 的 CSP 患者无症状, 多数患者的表现与其他类型的异位妊娠相似, 主诉停经后或人工流产术后或药物流产后反复阴道出血或者腹痛。临床上主要依靠阴道 B 超或经腹 B 超及血清 β -HCG 水平或 MRI 诊断, B 超或 MRI 诊断时声像图特点为: ①宫内孕囊或胎盘位置低, 位于子宫下段前壁峡间切口瘢痕处, 有或无胎芽及胎心音搏动; ②于与子宫切口分界欠清, 肌层厚度约 5 mm; ③病灶最大径线 ≤ 3 cm; ④孕囊与子宫切口间血流丰富。患者入院时血清 β -HCG 水平为 100~10000 U/L 不等^[2]。

1.3 治疗方法

16 例患者确诊后, 完善辅助检查 (肝肾功能、血常规等), 排除服药禁忌后均给予米非司酮 50mg 口服, 2 次/d, 连用 3d 并连续监测患者血 β -人绒毛膜促性腺激素 (β -HCG) 水平。同时积极准备配血、输液、备皮等抢救措施, 并严密观察病情变化。患者腹痛加剧随时行 B 超监测; 预防胃肠道反应, 应用镇静止吐药物; 预防肝肾功能损害, 应用保肝药物; 检测肝肾功能。清宫术在彩超引导下分为用卵圆钳钳夹出妊娠组织和用负压吸引 (负压维持在 200~300mmHg 之间) 两种, 据临床情况选择其一。术后清出组织送病理检查确诊。术后检测 β -HCG 值至正常, 追查病理检查结果、阴道流血时间、月经恢复正常时间^[3]。

1.4 观察指标

①血常规监测; ②血清 β -HCG 变化; ③临床观察患者阴道出血量、连续出血时间等; ④手术前后超声检查: 包块大小, 瘢痕处血流情况及前壁瘢痕处肌层厚度。治疗结束后 7~10 天, 对病人进行体检及彩超、化验等检查。⑤效果评价。显效:

阴道出血停止, 彩超检查见宫腔内异常回声消失, 子宫内轮廓清晰, 血 β -HCG 基本正常; 无效: 阴道不断出血, 彩超检查宫腔内可见异常回声, 血 β -HCG 水平稍下降, 明显高于正常。

2 结果

2.1 术后情况

16 例患者中有 15 例患者术前口服米非司酮片, 再行清宫术, 术中出血 < 60 ml, 经过顺利, 病理检查确诊为疤痕妊娠。1 例清宫术时出血过多, 中转为开腹行取胚术及疤痕切除术。住院 13~30d、平均 (18.0 ± 4.0) d, 16 例均痊愈出院。

2.2 术后病理

术后病理检查见变性坏死绒毛及蜕膜组织。

2.3 随访定期

话或返院随访 1~3 月, 月经恢复正常, 超声包块消失时间为 14~60d。

3 讨论

1978 年 Larsen 和 Solomon 首次报道了 CSP。病理见子宫肌层中有绒毛是诊断 CSP 的标准。超声检查是诊断 CSP 最常用方法, 尤其是阴超明显提高了 CSP 诊断的准确率。我院资料均通过阴超提示。2000 年, Vial 等依据 CSP 瘢痕处受精卵种植深浅提出两种类型。I 型 (内生型): 受精卵种植偏于瘢痕宫腔侧, 妊娠囊向宫腔方向生长。II 型 (外生型): 受精卵种植于瘢痕深肌层, 妊娠囊向膀胱方向生长^[4]。CSP 分型主要根据阴超或弧 I 检查结果, MRI 可以更清楚的测量病灶距子宫浆膜层厚度, 为临床医生选择治疗方法提供依据。目前治疗 CSP 方法有子宫动脉栓塞、药物治疗或手术治疗。

疤痕妊娠以往人们对该病认识较少, 一些基层医院盲目人流或药流, 往往会出现绒毛或胎盘无法剥离, 血管不能闭合的现象, 进而发生大出血, 最终需切除子宫。通过观察清宫术前口服米非司酮片与以往盲目进行人流或药流比较大减少大出血的概率。现在一致的观点认为, CSP 需早期确诊, 一经确诊应该及时的终止妊娠。对 CSP 治疗的关键在于杀灭胚胎并清除宫内妊娠组织同时尽可能保留生育能力^[5]。如患者停经后无明显腹痛, 阴道流血不多, 包块未破裂, 应首选保守治疗。我院主要采用术前米非司酮口服与彩超监视下清宫术相结合的治疗方法, 米非司酮作为常用的黄体酮受体的拮抗剂, 因其较强的结合能力, 通过与黄体酮竞争受体的结合位点, 同时无黄体酮的相应生理功能, 导致黄体酮无法继续发挥生理功能, 最终使子宫内源性性状改变, 无法继续维持妊娠状态, 导致胎盘或术后遗留的绒毛组织等脱落, 起到药物流产或清除残留物的作用^[6]。流产后宫腔残留时, 遗留的绒毛、滋养细胞等胎盘组织仍有生理活性, 会持续深入子宫内内膜导致流产后内膜恢复障碍而不断出血, 米非司酮通过抑制绒毛活性, 加速滋养细胞死亡, 促进子宫内内膜迅速恢复, 帮助子宫复旧, 使内膜恢复未孕时状态, 并在下次月经时, 将脱落的残留组织一并排出体外, 起到治疗作用。

综上所述, 对于断 CSP 保守治疗显得越来越重要, 更适

(下转第 8 页)

报道,但对于其发生率则众说纷纭,基本集中在 15%到 90%之间。结合本组实验结果来看,我们对 80 例颅脑损伤患者进行了相关检查,发现大多数(82.5%)患者有垂体前叶功能紊乱的现象发生,且以腺垂体功能改变为主^[5]。为此,我们建议,临床在诊治颅脑损伤时,需要将垂体功能紊乱的具体程度列为重点考虑范畴,以评患者的预后状况,提高临床救治水平。并且,在本次实验中,经过 Logistic 回归分析我们得出,本病的危险因素主要与患者的 Glasgow 昏迷指数低于 8 分、中线结构移位超过 0.5cm 有关。这与相关报道存在基本的相似性。从解剖学原理的角度来看,一方面患者颅脑损伤程度越严重,患者昏迷程度越深,其下丘脑—垂体水平的损坏率也有明显提升;另一方面,当中线结构出现较明显移位时,垂体门脉系统可能因剪切性损伤而引起该部位原本就脆弱的血管受损,进而造成垂体前叶功能紊乱的情况^[6]。不过对于上述血管受损情况,现代临床依靠常规 CT、MRI 等诊断方式并无法做到准确诊断,这也成为了目前研究该类疾病的一个重点问题。

(上接第 4 页)

合广大要求保留生育能力的妇女。采用米非司酮口服与彩超直视下清宫术相结合的是一种效果确切,疗效短,值得临床中推广使用。

[参考文献]

- [1] 刘妍,张英姿.B 超引导清宫术联合甲氨蝶呤米非司酮治疗瘢痕妊娠的临床研究[J].中国保健营养,2016,26(28):35-36.
- [2] 张旭东.口服米非司酮片联合局部注射甲氨蝶呤治疗剖宫产切口瘢痕妊娠的临床疗效观察[J].中国临床新医学,2015,8(8):734-736.

(上接第 5 页)

显著高于参照组(71.05%)。两组患者治疗前其中医症候积分无统计学差异($P>0.05$),治疗后实验组其症候积分明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。说明抗心力衰竭组方治疗确实可以明显提高慢性心力衰竭的临床疗效,提高患者治疗效果。但本病多属本虚标实,虚实夹杂证,涉及多处脏腑失调,因而在治疗过程中要注意分清虚实,辨证准确、选药恰当,施治合理、注意调节气血,指标更治本,才能使患者取得良好的疗效。

由此可见,对慢性心力衰竭患者在进行常规基础治疗的同时联合中医治疗能取得良好效果。可使患者的临床症状得到明显改善,可为以后的临床医治慢性心力衰竭提供有用的参考与借鉴。值得临床推广。

(上接第 6 页)

效果更好,并且手术切口小,尽可能保留各节段椎体活动度,防止由于长关节固定造成的临近节段退变^[5]。

本次研究结果显示,治疗后研究组椎体后凸角明显比对照组小($P<0.05$),椎体高度压缩率、VAS 评分明显比对照组低($P<0.05$),提示 PKP 在改善患者椎体后凸角与椎体高度压缩率上的优势;研究组骨水泥渗漏率明显比对照组低($P<0.05$),提示 PKP 可降低骨水泥渗漏率。综合以上内容,将 PKP 应用到老年骨质疏松性多节段骨折治疗中,在减小椎体后凸角、降低椎体高度压缩率、缓解疼痛、减少骨水泥渗漏上能发挥积极作用。

[参考文献]

- [1] 刘玉春,樊俊刚.经皮穿刺椎体后凸成形术与保守疗法治疗骨

综上所述,颅脑损伤后患者多有垂体前叶功能紊乱的现象,准确掌握导致本病的主要危险因素,是临床今后实现尽早、有效救治本病的重点。

[参考文献]

- [1] 张家富.双侧标准外伤大骨瓣开颅手术治疗重型颅脑损伤的临床效果分析[J].中国医学创新,2016,13(9):132-135.
- [2] 鹿克华.标准外伤大骨瓣开颅手术治疗重型颅脑损伤的临床效果观察[J].世界临床医学,2017,11(16):32-33.
- [3] 吴勇.单侧标准外伤大骨瓣开颅手术治疗重型颅脑损伤的临床效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2017(90):102-103.
- [4] 袁新春,董伟.标准外伤大骨瓣开颅手术治疗重型颅脑损伤的临床分析[J].中外医疗,2016,35(28):53-54.
- [5] 柯子勇,刘军.标准外伤大骨瓣开颅术联合亚低温治疗重型颅脑损伤的临床研究[J].中国实用神经疾病杂志,2016(2):29-31.
- [6] 陈盛勇,吴分浪,关则俭.标准外伤大骨瓣开颅术和常规区域性骨瓣开颅手术治疗额颞部重型颅脑损伤的效果对比[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(8):1033-1034.

- [3] 秦小棠.瘢痕子宫早期妊娠药物流产配合无痛清宫术临床效果观察[J].母婴世界,2015(14):121-122.

- [4] 姚纪,王瑞云.米非司酮片联合卡前列甲酯栓在瘢痕子宫、早孕人工流产术前的应用与疗效[J].海峡药学,2017(12):161-163.
- [5] 王娟,李洁,刘虹.米非司酮口服联合依沙吡啶羊膜腔注射对瘢痕子宫中期妊娠的引产效果及安全性评价[J].中国药业,2018(6):56-57.
- [6] 张莉香,江萍,黄春生.足三里曲马多注射联合米非司酮、利凡诺尔对瘢痕子宫中期妊娠引产的临床疗效[J].中国当代医药,2012,19(28):76-77.

[参考文献]

- [1] 鲁礼涛.中西医结合治疗老年慢性心力衰竭的效果体会[J].中国保健营养,2016,26(30):15-16.
- [2] 徐爱国.缙沙坦联合卡维地洛在慢性心力衰竭治疗中的临床价值体会[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(16):1-2.
- [3] 王爱国.胺碘酮治疗慢性心力衰竭合并糖尿病患者室性心律失常的临床价值体会[J].湖南中医药大学学报,2016(A02):979-980.
- [4] 曹卫华.贝那普利和倍他乐克治疗慢性心力衰竭的临床体会[J].中国医药指南,2016,14(14):185-186.
- [5] 叶婷,张宇,张梦,等.中医药治疗慢性心力衰竭药理机制研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(8):841-843.
- [6] 陈婕,王肖龙,阮小芬.中医药治疗慢性心力衰竭的研究进展[J].陕西中医,2016,37(6):761-762.

质疏松性多节段椎体压缩骨折的临床对照研究[J].现代中西医结合杂志,2017,26(7):759-761.

- [2] 郑杰,陆禹严.经皮椎体后凸成形术与经椎弓根螺钉内固定术治疗老年多节段骨质疏松性椎体骨折的疗效比较[J].广西医学,2016,38(10):1460-1462.

- [3] 颜学亮,曹奇,陈小明.小剂量骨水泥经皮椎体成形术治疗老年性骨质疏松性多节段跳跃性脊柱压缩性骨折的疗效分析[J].中南医学科学杂志,2016,44(4):368-370.

- [4] 张学伟,李士春.单节段骨质疏松性腰椎压缩骨折行椎体后凸成形术后应用唑来膦酸注射液治疗的效果观察[J].中国综合临床,2017,33(1):48-52.

- [5] 郭振鹏,尚晖,黄润强,等.经皮椎体成形术和后凸成形术治疗老年骨质疏松性椎体爆裂骨折的对比研究[J].骨科,2016,7(3):159-163.