

31 例介入合并甲氨蝶呤治疗子宫瘢痕妊娠的分析

马艳¹, 孙玉琴², 刘羽¹

摘要 回顾性分析 31 例安徽省妇幼保健院收治的子宫下段剖宫产术后切口瘢痕妊娠患者的临床资料。其中 22 例明确诊断给予介入手术; 1 例切口妊娠处破裂急诊入院行介入治疗; 另 8 例由于诊断错误在入院前均经过药流或清宫等处理而有活动性阴道流血入院。结果显示 31 例患者接受介入及其他治疗后, 均未行子宫切除术并且人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)均有明显下降。其中 24 例行介入后清宫术; 3 例介入后手术行子宫瘢痕切除术; 4 例介入后药物保守治疗。表明介入治疗为治疗子宫瘢痕妊娠包括急诊瘢痕妊娠合并大出血的最有效措施, 它降低了子宫切除率。

关键词 瘢痕妊娠; 介入; 甲氨蝶呤; 子宫动脉栓塞术

中图分类号 R 714.2; R 814.47; R 719.8

文献标志码 A **文章编号** 1000-1492(2014)01-0125-03

剖宫产后子宫切口妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)指胚胎着床于剖宫产手术后子宫切口瘢痕处。当早期超声检测技术不能发现 CSP 的时候, 唯一能挽救 CSP 大出血或清宫中发生的子宫穿孔的方法就是子宫切除术^[1-2]。CSP 治疗强调早期终止妊娠是为了防止危及生命的并发症以及保留患者生育能力, 从而提高患者的生活质量^[3]。子宫动脉栓塞术(uterine arterial embolization, UAE)的优点在于保留子宫及附件解剖结构的完整性, 使患者有再次妊娠的可能, 且治疗创伤小, 术后恢复快^[4]。目前 UAE 用于治疗 CSP 的年限还较短, 且治疗 CSP 的金标准还没有统一。该研究通过回顾性分析采用 UAE 治疗的 31 例 CSP 患者的临床资料, 旨在探讨 UAE 治疗 CSP 的有效性, 为 CSP 治疗标准的统一提供依据。

1 材料与方法

1.1 研究对象 收集我院 2011 年 7 月~2013 年 2 月治疗子宫切口妊娠患者 31 例, 年龄 26~43 岁, 中位年龄 32.84 岁, 其中 27 例有 1 次剖宫产史, 4 例有 2 次剖宫产史。手术方式均为子宫下段横切口,

距上次剖宫产时间最长 14 年, 最短为 1 年, 平均 5.45 年。所有患者均有停经史, 8~90 d, 平均 50.41 d。入院时血清人绒毛膜促性腺激素(β -human chorionic gonadotropin, β -HCG) 64.52~188 449 U/L, 平均 45 572 U/L。

1.2 临床资料 15 例患者少量阴道流血 B 超诊断 CSP 入院; 7 例患者停经后 B 超诊断 CSP 入院, 无阴道流血; 9 例误诊为稽留流产或自然流产后给予清宫或药流术后出血量较多入院, 其中 1 例妊娠囊破裂急诊介入。31 例患者中有 24 例为患者要求剖宫产, 之前无明显下腹痛; 剩余 7 例患者剖宫产手术之前均有宫缩腹痛的试产过程, 之后因为宫口扩张慢、胎心异常等原因转开腹手术。

1.3 治疗方法

1.3.1 介入合并清宫术 子宫动脉介入治疗并辅助超声监护下刮宫 25 例患者停经时间在 38~85 d, 血清 β -HCG 64.52~188 449 U/L, 予双侧子宫动脉内分别灌注甲氨蝶呤(methotrexate, MTX) 50~65 mg, 之后用明胶海绵颗粒栓塞双侧子宫动脉, 48 h 后查血清 β -HCG 明显下降, 行 B 超监护下刮宫术, 术中出血 5~20 ml。出院时复查血清 β -HCG 为 0.56~28 854 U/L, 均有明显下降。

1.3.2 介入合并手术 子宫动脉介入治疗+子宫切口瘢痕妊娠病灶切除术 3 例, 患者停经时间在 46~60 d, 血清 β -HCG 为 85 558、3 226、151 266 U/L, 分别予介入治疗后 MTX 局部囊内注射、两疗程米非司酮+MTX 药物保守治疗及一疗程的米非司酮+MTX 药物保守治疗。3 例患者经保守治疗后血清 β -HCG 明显下降, 分别为 4 189、702、32 913 U/L。1 例患者考虑组织向膀胱生长, 给予腹腔镜手术, 术中见大网膜与前腹壁粘连, 转开腹切除病灶; 1 例患者介入加两疗程药物保守治疗后仍有活动性阴道流血, 行剖腹探查+子宫瘢痕切除术; 另外 1 例患者 B 超示孕囊前方肌层回声不均, 最薄处厚 4 mm, 孕囊呈机化状态, 肌层最薄处与膀胱紧贴, 开腹后切除子宫切口瘢痕病灶。3 例患者术中出血均较少, 术后复查血清 β -HCG 为 102.11、101.13、177.16 U/L。

1.3.3 介入合并药物 子宫动脉介入治疗+药物保守治疗 3 例, 患者停经时间为 43~56 d, 血清 β -

2013-09-29 接收

作者单位: 安徽医科大学妇幼保健临床学院¹产二科、²宫颈疾病中心, 合肥 230000

作者简介: 马艳, 女, 硕士研究生;

孙玉琴, 女, 主任医师, 硕士生导师, 责任作者, E-mail:

syq811@sohu.com

HCG 分别为 43 657、132 456、6 777 U/L。1 例患者介入后血清 β -HCG 为 19 961 U/L、B 超与介入前相比示胚胎已死亡,但由于妊娠处肌层菲薄且血供较丰富,无法行清宫术,给予 B 超下子宫切口妊娠胚胎减灭术及中药保守治疗。1 例患者由于多次妊娠及清宫术导致宫腔黏连,建议手术清除妊娠物,家属拒绝手术行 MTX 保守治疗。1 例患者介入后 9 d 血清 β -HCG 上升,B 超提示包块缩小,考虑子宫血供恢复,滋养细胞未完全死亡,加用 5-FU 一疗程杀胚治疗。保守治疗后复查血清 β -HCG 为 337、11 547、1 303 U/L。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 16.0 软件进行分析,运用配对设计定量资料的 *t* 检验。

2 结果

2.1 治疗结果 31 例患者介入治疗后均未切除子宫,血清 β -HCG 与术前比有明显下降 ($P < 0.05$)。24 例介入后 3~4 d B 超引导下清宫,出血少;3 例介入后开腹切除病灶,术中出血少;4 例介入后保守治疗。

2.2 随访 本研究中随访到的 26 例患者 1 周后门诊复查血清 β -HCG 均有下降。术后 25 例月经正常来潮且周期正常,1 例月经未来潮,9 例月经量减少,16 例月经量正常。1 例患者有再次宫内正常怀孕后人流史,剩余 25 例大多采取避孕措施而未受孕。

3 讨论

CSP 为剖宫产妊娠的远期并发症。其机制至今仍不确定,多数学者认为子宫内膜及肌层损伤和瘢痕形成是 CSP 发生的主要原因。目前为止,患者最后 1 次剖宫产与 CSP 发生的时间间隔、剖宫产次数等因素对 CSP 的影响仍有争议^[5]。本组资料中 31 例患者中有 27 例经历过 1 次剖宫产手术,所以多次剖宫产史可能对 CSP 不是一个风险因素。有研究^[6]表明,瘢痕妊娠与臀位有关系,本研究中 31 例患者,因臀位而择期剖宫产的患者仅 3 例。而 31 例中有 24 例为择期剖宫产,剖宫产之前没有试产过程中出现腹痛、子宫下段良好形成的过程;剩余 7 例患者为试产过程中出现异常情况而选择剖宫产,之前有腹痛及子宫下段形成的过程。因此有无试产、子宫下段有无良好形成可能为影响瘢痕妊娠形成的一个因素。

UAE 可阻断病灶的血液供应,具有微创、止血迅速、使病灶短时间内萎缩的特点。有文献^[3,7]表

明,UAE 合并清宫术与直接清宫术相比,降低了清宫术中出血量及子宫切除率。本研究中 9 例误诊患者直接行药流或清宫术后出血量均较多,而 31 例患者中 25 例行 UAE 后清宫术,出血量均较少。而有国外学者认为孕周小、孕囊与膀胱间的子宫肌层组织较厚者可尝试直接行超声引导下清宫术^[8]。本研究中有 9 例因误诊而直接行药流或人流后均有出血量多而再次入院,停经时间平均为 64.44 d。3 例明确诊断介入后转手术患者,停经时间平均为 56.67 d,若直接行清宫术,出血量应该较多且有较高的子宫穿孔、子宫切除的风险。因此直接采取清宫术可能对患者造成不可估计的伤害,本研究显示一旦确诊瘢痕妊娠,不应直接采取清宫术。

而 UAE 手术对患者以后月经来潮的影响以及是否有再次受孕的可能性,随访的 26 例中有 1 例患者有再次怀孕,而剩余 25 例因为介入手术时间较短均遵医嘱采取避孕措施,说明介入手术不影响患者的受孕能力。本研究中随访到的 26 例患者中 25 例月经周期均正常;1 例可能由于发病时间与资料总结时间相近,患者月经未正常来潮。16 例患者月经量与手术前无明显差异;9 例患者介入后月经量减少,与介入有关还是与清宫等侵袭性操作有关尚无法确定。总的来说,介入手术对患者以后的月经情况影响不大,后续需随访患者的激素检查进一步明确介入对患者卵巢功能的影响。

参考文献

[1] Chou M M, Hwang J I, Tseng J J, et al. Cesarean scar pregnancy: Quantitative assessment of uterine neovascularization with 3-dimensional color power Doppler imaging and successful treatment with uterine artery embolization [J]. Am J Obstet Gynecol, 2004, 190 (3): 866-8.

[2] Zhuang Y, Huang L. Uterine artery embolization compared with methotrexate for the management of pregnancy implanted within a cesarean scar [J]. Am J Obstet Gynecol, 2009, 201(152): 1-3.

[3] Zhang B, Jiang Z B, Huang M S, et al. Uterine artery embolization combined with methotrexate in the treatment of cesarean scar pregnancy: results of a case series and review of the literature [J]. J Vasc Interv Radiol, 2012, 23(12): 1582-8.

[4] Thabet A, Kalva S P, Liu B, et al. Interventional radiology in pregnancy complications: indications, technique, and methods for minimizing radiation exposure [J]. Radiographics, 2012, 32(1): 255-74.

[5] Shen L, Tan A, Zhu H, et al. Bilateral uterine artery chemoembolization with methotrexate for cesarean scar pregnancy [J]. Am J Obstet Gynecol, 2012, 207(5): 386.e1-6.

[6] Armstrong V, Hansen W F, Van Voorhis B J, et al. Detection of cesarean scars by transvaginal ultrasound [J]. Obstet Gynecol, 2003, 101(1): 61-5.

伊布利特和胺碘酮转复心内直视下射频消融术后 早期持续心房颤动的临床疗效比较

宣海洋, 石开虎, 徐盛松, 赵旭东, 占红英, 汪裕琪

摘要 54例心脏瓣膜病合并持续性房颤患者,均在体外循环下行心脏瓣膜置换术+改良冲洗式双极射频消融手术。随机将术后仍为房颤心律的33例患者分成两组:伊布利特组(15例)和胺碘酮组(18例)。伊布利特组10min内均速静脉注射1mg伊布利特;胺碘酮组10min内均速静脉注射150mg的胺碘酮,如未转复,则间隔30min后均重复给药1次,比较两组用药后房颤转复情况和转复时间。结果显示两组使用药物复律期间均未发生严重并发症,伊布利特组60min内转复房颤率明显高于胺碘酮组($P < 0.01$)。4h内总转复率亦明显高于胺碘酮组($P < 0.05$)。伊布利特组平均转复时间明显短于胺碘酮组($P < 0.01$)。

关键词 心房颤动;伊布利特;胺碘酮;射频消融

中图分类号 R 541.7; R 542.5; R 654.2

文献标志码 A **文章编号** 1000-1492(2014)01-0127-03

2013-08-14 接收

基金项目: 安徽医科大学校级科学研究项目(编号:2012xkj081);安徽高等学校省级自然科学研究项目(编号:KJ2012Z164)

作者单位: 安徽医科大学第二附属医院胸心外科,合肥 230601

作者简介: 宣海洋,男,硕士,主治医师;

石开虎,男,博士,教授,主任医师,责任作者,E-mail: xuanhaiyang@hotmail.com

心房颤动(atrial fibrillation, AF)是临床最常见的心律失常之一,可发生在任何年龄的人群中,发病率高达0.4%~1.0%,有很高的致残率和致死率,其中70%左右的AF发生于器质性心脏病患者,其中以瓣膜性心脏病,特别是二尖瓣狭窄患者最为常见^[1]。既往研究^[2]表明,即使心内直视手术同期行AF射频消融,术后早期仍有近一半的患者仍然维持AF心率,显著影响血流动力学及预后。伊布利特是一种新型静脉应用的Ⅲ类抗心律失常药物,能快速转复AF的安全、有效的抗心律失常药物。在国外,伊布利特是治疗心律失常药物最活跃的药物之一^[3]。该研究旨在观察伊布利特转复心内直视手术同期射频消融术后持续性AF的临床疗效和安全性。

1 材料与方法

1.1 病例资料 收集2011年1月~2012年12月54例心脏瓣膜病合并持续性AF患者,在我院接受心脏瓣膜置换同期行改良冲洗式双极射频消融手术。54例中,男38例,女16例,年龄39~65(46.1 ± 18.3)

[7] Zhuang Y, Huang L. Uterine artery embolization compared with methotrexate for the management of pregnancy implanted within a cesarean scar[J]. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201(2): 152. e1-3.

[8] Arslan M, Pata O, Dilek T U, et al. Treatment of viable cesarean scar ectopic pregnancy with suction curettage[J]. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 89(2): 163-6.

An analysis of uterine artery embolization combined with methotrexate in the treatment of cesarean scar pregnancy for 31 cases

Ma Yan¹, Sun Yuqing², Liu Yu¹

(¹Dept of Obstetrics, ²Dept of Cervical Disease Center, Anhui Province Maternity and Child Care, Hefei 230000)

Abstract 31 patients from Anhui province maternal and child health care with cesarean scar pregnancy (CSP) treated with UAE (before or after uterine curettage) were analyzed retrospectively. 12 subjects with a definite diagnosis of CSP were offered preventive UAE. 1 case of an emergency rupture of the CSP patient was offered emergency interventional therapy. The other eight patients, who were misdiagnosed as having an intrauterine pregnancy, with the symptoms of active vaginal bleeding were treated with emergency UAE after uterine curettage. The results showed all the 31 patients with CSP were resolved successfully without hysterectomy and had a significant decrease on the data of β -HCG. 24 patients received preventive UAE combined with methotrexate followed by uterine curettage. 3 patients received an excision of the scar in the uterus after UAE. 4 patients had a UAE combined with conservative medication. Results showed that UAE might be an effective means of treating CSP, including treatment in an emergency setting. It decreases the incidence rate of hysterectomy.

Key words cesarean scar pregnancy; interventional treatment; methotrexate; uterine arterial embolization