doi:10.12289/j.issn.1008-0392.20325

·临床研究·

剖宫产瘢痕部位妊娠高危评估体系的研究

盛青菁,吴芝萍,洪 玮,王蓓颖,李双弟,李晓翠
(同济大学附属第一妇婴保健院计划生育科,上海 201204)

【摘要】目的 回顾性分析150例剖宫产瘢痕部位妊娠(cesarean scar pregnancy,CSP)不同的治疗方案及疗效,探讨及验证CSP高危评估体系。**方法** 收集2017年1月—2019年12月同济大学附属第一妇婴保健院收治的CSP患者150例,其中直接行刮宫术92例,子宫动脉栓塞术(uterine artery embolization,UAE)+甲氨蝶呤(methotrexate,MTX)化疗灌注后刮宫58例,以此将患者分为两组。回顾性分析两组临床资料(年龄、孕产次、距上次剖宫产时间、阴道出血情况、停经天数、孕囊大小、胎心搏动、CSP分型等),参照高危评估体系选择不同的治疗方案(低危者倾向于直接刮宫术、高危者倾向于UAE+MTX化疗灌注后刮宫、中危者根据患者意愿及有无生育需求等综合考虑后选择方案),观察临床疗效(出血量、手术时间、超声恢复情况及血β-人绒毛膜促性腺激素下降情况)以及预后(月经恢复)等。**结果** 孕囊>2 cm、有心管搏动、CSPⅢ型为高危因素,宜选择栓塞后刮宫治疗,符合高危评估;栓塞组术后血β-人绒毛膜促性腺激素下降水平、超声恢复正常者均高于直接刮宫组($P<0.05$);栓塞组出现月经减少、闭经者高于直接刮宫组($P<0.05$)。**结论** CSP评估为高危者,建议采取子宫动脉栓塞术+甲氨蝶呤化疗灌注后刮宫,可显著提高治疗安全性与有效性。

【关键词】剖宫产瘢痕妊娠;子宫动脉栓塞;甲氨蝶呤;化疗灌注;高危评估
【中图分类号】R715.2 **【文献标志码】**A **【文章编号】**1008-0392(2021)04-0499-06

High risk assessment system of cesarean scar pregnancy

SHENG Qing-jing, WU Zhi-ping, HONG Wei, WANG Bei-ying, LI Shuang-di, LI Xiao-cui
(Dept. of Family Planning, Shanghai First Maternity and Infant Hospital, School of Medicine, Tongji University, Shanghai 201204, China)

【Abstract】Objective To explore high risk assessment system for cesarean scar pregnancy (CSP). **Methods** Clinical data of 150 cases of CSP admitted to Department of Obstetrics and Gynecology of Shanghai First Maternity and Infant Hospital from January 2017 to December 2019 were retrospectively analyzed. Among them 92 cases underwent direct curettage and 58 cases underwent uterine artery embolization and methotrexate chemotherapy perfusion before curettage . The clinical data including age, times of pregnancy, intervals from last cesarean section, vaginal bleeding before operation, menopause days, gestational sac size, fetal heart beat and CSP classification were compared between two groups. Different treatment options were chosen according to the high-risk assessment system: low-risk patients tended to curettage directly, high-risk patients tended to curettage after UAE MTX chemotherapy infusion, middle-risk patients tended to choose either method according to the patient's wishes and fertility needs and other comprehensive options. Clinical outcome including intraoperative bleeding volume, operation time, ultrasound recovery and blood β-HCG decrease, and prognosis (menstrual recovery) were also studied. Through analyzing these clinical data, the high risk

收稿日期:2020-07-26
基金项目:上海市自然科学基金(20ZR1444000)
作者简介:盛青菁(1982—),女,主治医师,硕士. E-mail:sqjseu@163.com
通信作者:李晓翠. E-mail:sisi1113@163.com

assessment system of CSP was verified. **Results** Gestational sac more than 2 cm in diameter, fetal heart beat and CSP type III were the high-risk indicators in the evaluation system. The descend degree of blood β-HCG and the ultrasound recovery in curettage after UAE group were higher than those in direct curettage group($P<0.05$); the incidence of hypomenorrhea and amenorrhea in UAE group was higher than that in direct curettage group($P<0.05$). **Conclusion** The curettage after uterine artery embolization combined with methotrexate chemotherapy is recommended for high risk patients who were assessed by high risk assessment system of cesarean scar pregnancy, which can significantly improve the safety and effectiveness of the treatment.

【Key words】 cesarean scar pregnancy; uterine artery embolization; methotrexate; chemotherapy perfusion; high risk assessment

剖宫产瘢痕部位妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是指受精卵着床于前次剖宫产瘢痕处的一种特殊类型的异位妊娠,在所有妊娠者中发生概率为1∶2 216~1∶1 800,在有剖宫产史者中发生概率为1∶500。近年来,随着二胎政策的全面开放,其发生率逐年增加[1]。因剖宫产切口瘢痕处纤维结缔组织薄弱,且不具有收缩功能,施行流产手术时出血的发生率高,甚至可能导致难以控制的子宫大出血、子宫破裂、严重者甚至需切除子宫挽救生命而使妇女永久丧失生育能力[2]。CSP 的治疗原则是,在清除妊娠囊的同时最大限度地保持患者的生育能力[3-4]。

随着医学技术的快速发展,治疗 CSP 的手段日益多样[5],但因其病情复杂多样,个体差异较大,所以,如何选取一种疗效确切、安全性高的治疗方案成为临床研究的重中之重。2012 年及 2016 年,中华医学会计划生育学分会分别制定和修订了《剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识》(以下简称"共识")。"共识"指出:Ⅱ型和Ⅲ型 CSP 以及孕周大于 8 周Ⅰ型 CSP 均应预防性行子宫动脉栓塞术(uterine artery embolization, UAE)预处理,再行超声监视下刮宫术,以减少术中出血风险。

本研究所在医院计划生育科根据该共识分析可能影响术中出血的危险因素,拟出 CSP 高危评估体系,见表 1。预估术中出血风险较小为低危,倾向于直接刮宫术;预估术中出血量较多者为高危,倾向于栓塞后刮宫;中危者介于两者之间,可根据患者意愿及有无生育需求等综合考虑后选择在完善栓塞的准备下直接刮宫或栓塞后刮宫。本研究回顾性分析既往 150 例 CSP 病例,比较不同治疗方案及疗效,探讨及验证该评估体系。

表 1　CSP 高危评估体系

Tab. 1　High risk assessment system of CSP

评估指标	评估结果		
	低危	中危	高危
孕囊直径/cm	≤1	1~2	≥2
胎心搏动	无	/	有
CSP 分型	Ⅰ型	Ⅱ型	Ⅲ型
剖宫产次数/次	1	≥2	/

剖宫产次数≥2 次者若无再生育要求,可放宽行动脉栓塞术的指征

1　资料与方法

1.1　一般资料

收集 2017 年 1 月—2019 年 12 月同济大学附属第一妇婴保健院计划生育科收治的的 150 例 CSP 患者的临床资料,其中直接刮宫术治疗患者 92 例(61.3%);UAE+甲氨蝶呤(MTX)化疗灌注后刮宫患者 58 例(38.7%)。以此将患者分为两组:直接刮宫组(B 超监护下刮宫),介入栓塞组(UAE+MTX 化疗预处理后刮宫组)。回顾性分析包括年龄、孕产次、距上次剖宫产时间、阴道出血情况、停经天数、孕囊大小、胎心搏动、CSP 分型等临床资料,参照上述评估体系进行评估分级并采用不同的治疗方案,观察诊治效果及临床预后,比较直接刮宫及 UAE 后刮宫的利弊,探讨并校对高危评估体系,以便更好地指导临床工作。现将研究资料整理报道如下。本研究中患者和家属均签署终止妊娠手术知情同意书,符合伦理学要求。

1.2　术前诊断

患者均有停经史,68 例术前少量阴道流血,8 例出血较多,74 例无症状。血清 β-人绒毛膜促性腺激素(β-human chorionic gonadotophin, β-HCG)不

同程度升高，与停经天数相符合。CSP 的诊断依据共识提出的标准：（1）宫腔内、子宫颈管内未见妊娠囊；（2）妊娠囊着床于前次剖宫产子宫切口部位，部分可见胚芽或胎心搏动；（3）子宫前壁肌层连续性中断，妊娠囊与膀胱之间的肌层明显变薄、甚至消失；（4）彩色多普勒血流显像显示妊娠囊周边高速低阻血流信号[6]。本研究中 150 例患者均行 B 超检查及磁共振检查，提示子宫前壁下段有孕囊或不均质回声包块。术后病理检查均证实为绒毛组织。

本研究按照 2016 年共识中对 CSP 的分型标准，以瘢痕部位子宫肌层的厚度作为分界，Ⅰ型（>3 mm）、Ⅱ型（≤3 mm），Ⅲ型（妊娠囊完全着床于子宫瘢痕处肌层并向膀胱方向外凸，妊娠囊与膀胱之间子宫肌层明显变薄或缺失，厚度≤3 mm）[7]。本研究以 B 超和/或 MRI 测量瘢痕部位肌层厚度，根据高危评估及是否有再生育要求等，对 150 例患者采取了不同的治疗方案。

1.3　治疗方法

1.3.1　直接刮宫组　B 超监护下刮宫术。具体操作如下：静脉复合麻醉后，超声监护下逐号扩宫并负压吸宫，先吸除子宫中上段及下段后壁的蜕膜组织，再尽量吸去妊娠囊，之后以较小的压力（200～300 mmHg；1 mmHg＝0.133 kPa）清理前次剖宫产子宫瘢痕处的蜕膜和残余的绒毛组织；尽量避免搔刮，适时应用缩宫素。如术中发生出血多时，可使用前列腺素制剂（卡孕栓 0.5 mg/粒，东北制药集团沈阳第一制药有限公司）直肠放置，或使用球囊压迫子宫下段瘢痕处等紧急处理，必要时行 UAE 止血。术后第 2 天开始随访复查 β-HCG、彩色多普勒超声等。

1.3.2　介入栓塞组　先行 UAE，同时灌注 MTX 双侧各 50 mg［甲氨蝶呤注射液 2 mL：50 mg/瓶，Pfizer（Perth）公司，澳大利亚］，术后 24～72 h 行 B 超监护下行刮宫术。具体操作如下：患者平卧位，常规双侧腹股沟皮肤消毒铺巾，利多卡因局部麻醉满意后行右股动脉穿刺，穿刺成功后置入 5F 血管鞘，经鞘引入 5F H6 导管至左侧髂内动脉，造影显示子宫动脉的粗细及孕囊染色情况，随后经导管注入 MTX 50 mg，将 2.8F 麦瑞通微导管选择性插至子宫动脉，经导管用 560～710 μm 明胶海绵颗粒栓塞子宫动脉，复查造影血管栓塞良好。将 H6 导管退出，经成襻技术插入至右侧髂内动脉、子宫动脉，同上述程序进行观察、灌注和栓塞。经血管造影证实效果满意后，拔除导管和动脉鞘管，局部加压包扎穿刺点，6 h 拆除压迫装置。患者于栓塞后 24～72 h 内行 B 超监护下刮宫术，具体操作如上所述。术后第 2 天开始随访复查 β-HCG、彩色多普勒超声等。

1.4　观察指标

对比两组的一般情况、各项手术指标以及预后情况等。术后第 2 天随访 B 超及血 β-HCG。显效：术后超声提示妊娠组织基本清除（超声显示病灶明显缩小或消失，彩色多普勒显示病灶区域血流信号消失），血 β-HCG 水平降低 50%及以上[8-9]。

1.5　统计学处理

计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示、计数资料用 n（%）表示，分别进行 t 检验 χ^2 检验，所有统计学过程均由 SPSS 19.0 统计软件完成，$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结　　果

2.1　一般资料比较

两组患者年龄、孕产次、距离上次剖宫产时间差异无统计学意义（$P>0.05$）；介入组的停经天数大于刮宫组（$P<0.05$），即停经天数（孕龄）对治疗方法的选择有意义，见表 2。本研究中停经天数≥10 周者 13 例，其中 10 例行介入术，出血量>100 mL 者 3 例（110、310、800 mL），可见孕龄越大，出血风险相对越高，且出血量大，越需要介入治疗。故孕龄是高危评估的重要因素之一。

表 2　患者一般情况

Tab. 2　General information of patients

参数	介入组（n=58）	刮宫组（n=92）	t	P
年龄/岁	35.12±5.24	34.5±4.77	0.747	0.456
孕次	4.10±1.40	3.96±1.56	0.584	0.560
产次	1.38±0.64	1.33±0.49	0.133	0.569
停经天数（孕龄）/d	53.29±15.37	48.49±10.07	2.112	0.038
距离上次剖宫产时间/年	7.24±5.33	6.16±4.47	0.117	0.182

2.2　高危评估的各项危险因素

表 3 显示孕囊较小者（平均径线≤1 cm）96.4%未行介入处理，可评估为低危；随着孕囊增大，介入占比呈增加趋势。即孕龄越大，越需要介入预处理。孕囊平均径线≥2 cm 者 74.1%行介入治疗，可评估为高危，予介入预处理以减少出血量。

有心搏者 61.8%行介入处理，无心搏者 74.7%未行介入，差异有统计学意义（$P<0.05$），故有心管搏动也是高危评估因素之一。

从 CSP 的分型中可见，Ⅰ型患者 88.0%未介

入,故Ⅰ型可评估为低危;Ⅱ型患者 51.1%未介入,48.9%行介入治疗,故Ⅱ型可评估为中危,并非介入的绝对手术指征,可选择在完善介入的准备下先行刮宫术,若术中出血多则急诊介入,即可根据患者意愿及有无生育要求等综合考虑后决定是否需要介入治疗;Ⅲ型者 87.5%行介入治疗,差异有统计学意义(P<0.05),可评估为高危。术前阴道出血量在两组中差异无统计学意义(P=0.267)。

表 3　高危评估的危险因素

Tab. 3　Influencing factors

参数	介入组(n=58)	刮宫组(n=92)	P
孕囊直径/cm			
低危(平均径线≤1)	1(1.7%)	27(96.4%)	
中危(平均径线 1~2)	14(24.1%)	45(48.9%)	0
高危(平均径线≥2)	43(74.1%)	20(21.7%)	
胎心搏动			
低危(无心搏)	24(25.3%)	71(74.7%)	0
高危(有心搏)	34(61.8%)	21(38.2%)	
CSP 分型			
低危(Ⅰ型)	6(12.0%)	44(88.0%)	
中危(Ⅱ型)	45(48.9%)	47(51.1%)	0
高危(Ⅲ型)	7(87.5%)	1(12.5%)	
术前阴道出血情况			
无	31(41.9%)	43(58.1%)	
少量	26(38.2%)	42(61.8%)	0.267
多	1(12.5%)	7(87.5%)	

2.3　术中及术后情况

表 4 显示两组出血量及手术时间无明显差别。介入组 58 例中,3 例介入后钳刮术(其中 1 例术中出血多予以宫腔纱条填塞术,出血 800 mL),55 例介入后刮宫(其中 2 例术中出血仍较多,70、100 mL,予以宫腔球囊压迫),92 例直接行 B 超监护下刮宫术(其中 1 例术中出血多予以宫腔球囊压迫后血止,100 mL,另有 3 例予以宫腔球囊压迫无效予以急诊介入治疗,分别为 310、110、200 mL)。手术均成功,术中出血少。术中出血大于 50 mL 者 11 例,出血量 70~800 mL,其中介入者 7 例。由表 2、表 3 可知,孕囊直径>2 cm、有心管搏动、CSPⅢ型为高危因素,出血风险更大,符合高危评估,予以介入预处理,有效减少了术中出血量,达到了预期效果。

介入组术后超声复查情况显示,41.4%患者完全恢复正常(即无包块),34.5%患者有包块而未引出血流(即切口处有血块,但无残留的活性组织)。刮宫组 20.7%患者无包块,25.0%患者有包块有血流(即切口处残留少量有活性组织)。由此可见,介入组术后超声恢复正常者高于刮宫组(P<0.05)。

表 4　术中及术后情况

Tab. 4　Intraoperative and postoperative conditions

参数	介入组(n=58)	刮宫组(n=92)	t	P
手术时间/min	10.95±3.80	10.60±3.04	0.250	0.534
术中出血量/mL	36.64±110.67	25.22±38.13	0.593	0.451
术后 B 超				
无包块	24(41.4%)	19(20.7%)	/	0.006
有包块无血流	20(34.5%)	50(54.3%)	/	0.018
有包块有血流	14(24.1%)	23(25.0%)	/	0.905
术后血 β-HCG 下降>50%	52(89.6%)	81(88.0%)	/	0.049
住院天数/d	5.03±3.11	3.22±1.97	0.061	0
住院费用/元	10 527.85±7 972.99	3 648.76±2 583.83	6.364	0

术后血 β-HCG 水平降低>50%者介入组占比 89.6%,高于直接刮宫组(P<0.05)。介入阻断子宫动脉血流,同时动脉内灌注 MTX 起到杀胚作用,更好地降低血 β-HCG 水平。介入组住院天数及住院费用明显高于直接刮宫组(P<0.05)。

2.4　术后随访月经情况

因为存在失访情况,随访统计例数为 107 例。绝大多数随访患者治疗后 1~2 个月恢复月经。表 5 结果显示,介入组出现月经减少,甚至闭经者占比明显高于刮宫组(P<0.05),故选择介入的手术方案时需慎重。

表 5　术后月经恢复情况

Tab. 5　Postoperative menstrual recovery

随访情况	介入组(n=40)	刮宫组(n=67)	P
月经正常	20(50.0%)	55(82.1%)	0.000
月经减少	19(47.5%)	12(17.9%)	0.001
闭经	1(2.5%)	0(0.0%)	0.193

3　讨　　论

CSP 病因目前不明,可能的发生机制:切口瘢痕处组织薄弱,引起子宫内膜间质蜕膜缺乏,受精卵在切口瘢痕处着床后底蜕膜形成不佳,不利于孕卵发育,滋养细胞侵入子宫肌层不断生长,绒毛和子宫肌层粘连、植入、甚至穿透宫壁,早期即可发生子宫穿孔、出血,随孕周增加,可导致子宫破裂、大出血。

出血的多少可能与绒毛滋养叶细胞侵入子宫肌层造成局部血管破坏有关，阴道流血量的多少与血管破坏程度有关，血管破坏程度轻可能呈点滴状的不规则阴道出血，破坏程度重就可能造成阴道大出血[10]。控制出血、切除病变和保留患者的生育功能是 CSP 患者的主要治疗原则[11]。

刮宫术可有效清除孕囊、滋养细胞及凝血块，缩短出血时间。本研究中 92 例患者采用直接刮宫术，比对高危评估体系符合低危，术中出血少，成功率 96.7%，中转行宫腔球囊放置术 1 例，另有 3 例予以宫腔球囊压迫无效予以急诊介入治疗。

本研究显示孕囊大小、胎心搏动、CSP 分型是考量是否需要介入预处理的重要指标，与之前的高危评估体系吻合。表 2 显示，介入组的孕龄明显大于刮宫组（$P<0.05$）。表 3 结果显示，孕囊<1 cm 患者中仅 1 例（3.4%）行介入手术。孕龄与孕囊大小基本统一，故孕囊大小是 CSP 的高危评估因素之一。有胎心搏动的患者中 61.8%行介入术，而无心搏者 74.7%未行介入治疗。故有胎心搏动也是高危因素。这两者也是统一的，因为孕囊越小，心搏尚未出现，对肌层血管的破坏程度尚轻；而随着孕周增大，胎盘绒毛植入肌层，胎盘无法完全剥离，断裂血管难以恢复自然闭合状态，导致大出血[12]。Du 等[13]报道，孕周增加是 UAE 后阴道再出血的危险因素。本研究中 1 例孕周>10 周患者行介入预处理后刮宫，术中仍出血 800 mL，予宫腔纱条填塞，与上述结果一致。

有文献报道，对内生型 CSP 直接行清宫术治疗效果好[14]。若绒毛种植在瘢痕部位且完全向宫腔发展（Ⅰ型），这与正常妊娠接近。本研究中 CSP Ⅰ型者 88.0%采用直接刮宫术，均出血少，但是不能直接判断Ⅰ型即为低危，要结合孕囊大小一起评估，因为仍有 12%的Ⅰ型患者做了介入手术，正如“共识”指出的>8 周的Ⅰ型 CSP 仍建议 UAE 预处理。

“共识”曾指出 UAE 的适应证：Ⅱ型和Ⅲ型 CSP，手术前预处理行 UAE，以减少清宫时的出血风险。但是本研究得出结论并不相同：Ⅱ型者 51.1%直接行刮宫术，术中出血少；48.9%介入后刮宫。可见Ⅱ型 CSP（妊娠囊与膀胱之间子宫肌层的厚度≤3 mm）并非介入的绝对指征，可在完善介入的准备下先行刮宫术，若出血量多立即予以宫腔球囊压迫，若仍难以止血，则需行 UAE，故Ⅱ型可评估为中危，根据患者意愿及有无生育需求等综合考虑后选择方案。

若绒毛种植在瘢痕凹陷处且向宫壁发展（即Ⅲ型外生型），甚至部分种植到膀胱，手术时极易发生出血甚至子宫穿孔，故风险较大，评估属于高危，是介入的手术指征。Ⅲ型者共 8 例，其中 7 例（87.5%）行介入治疗，另有 1 例孕囊<1 cm 采用直接刮宫。由此可见，CSPⅢ型是高危评估因素之一，但如孕囊较小亦可备介入下刮宫。

由以上可见，孕囊大小、胎心有无、CSP 分型是高危评估体系的重要危险因素，但是这三者不能孤立分析，需综合考虑。高危评估最终是为临床上决定治疗方案提供参考，诊治时需根据患者意愿及有无生育需求等综合考虑，决定是否需要介入预处理。

随着介入治疗技术的开展，双侧子宫动脉药物灌注+栓塞术已被证明是行之有效的治疗方法[15]。子宫动脉造影能够明确着床部位，栓塞子宫动脉直接阻断子宫的主要血供，迅速有效地控制血管损伤所致的大量阴道出血，避免了行子宫切除来挽救患者的生命，最大限度保留了患者的生育功能。子宫血供被阻断，子宫动脉血压明显降低，血流缓慢，有利于血栓形成，明显减少妊娠囊区的血流量；胚胎血供被阻断，使胚胎缺血、缺氧、坏死[16]。

本研究中，在行 UAE 同时给予 MTX 动脉灌注化疗。MTX 能有效抑制滋养细胞增生，使绒毛变性、坏死[17]。通过子宫动脉给药，药物可直接进入胚胎内血管，持续获得较高的药物浓度，从而有效杀死胚胎组织。同时使用明胶海绵颗粒栓塞子宫动脉主干，有效阻断血流，延长 MTX 发挥作用的时长，促使胚胎死亡，减少栓塞后出现再出血的情况[18]。灌注 MTX 同时行子宫动脉栓塞二者叠加效应可以加速胚胎的死亡，然后再联合清宫术治疗，有效减少术中、术后的出血量及发生大出血的概率，降低了手术的难度和风险，加快患者的预后。表 4 结果显示经该方法处理的患者术后血清 β-HCG 水平下降更明显，且术后 B 超恢复正常者更多。目前报道发现，UAE 成功率高达 80%～100%[19-20]。本研究中 58 例高危患者行 UAE+MTX 化疗后刮宫，仅 1 例术中出血多予以宫腔纱条填塞术，其余患者出血量均未超过 100 mL。经评估为高危、预计术中出血风险较大者，建议采用子宫动脉栓塞术+MTX 化疗灌注后刮宫，可有效减少术中出血情况。

但不容忽视的是，UAE 可能造成子宫内膜损伤。本研究观察了介入组 40 例 CSP 患者的月经恢复情况，表 5 结果显示半数患者的月经量有不同程度的下降，1 例患者出现闭经。理论上子宫动脉栓塞后，侧支循环会在 3 d 左右建立，栓塞所用明胶海绵 2 周左右开始吸收，3 个月内完全吸收，子宫动脉

就会再通。但是由于 UAE 后子宫血流被阻断,进而继发子宫和子宫内膜缺血,可能导致宫腔粘连,严重时可能对内膜造成不可逆的损伤。部分介入术后患者继发月经减少而行宫腔镜检查时可发现存在不同程度宫腔粘连,严重者失去正常宫腔形态,呈“桶状”甚至“针尖样”,且内膜僵硬苍白,而内膜损伤直接影响生育功能。另外,介入组患者住院天数及住院费用明显高于直接刮宫组,这可能与介入术后部分患者出现疼痛、发热等副作用,进而增加了住院观察的时间有关,且介入本身费用较昂贵。因此建议,仅在大出血时或经评估为高危、有大出血倾向的情况下,将 UAE 作为一线治疗[21-22]。

综上所述,孕囊>2 cm、有心管搏动、CSPⅢ型,为 CSP 高危评估体系中的危险因素,诊疗时需综合考虑后决定是否需要 UAE 预处理。UAE 对妇女生育功能的影响也不容忽视。部分 CSP 患者年龄偏大,但仍有保留生育功能的需求。因此,临床上准确对 CSP 患者进行高危评估,选择合适的治疗方案,做到既不增加患者出血风险,又能有效避免过多 UAE 施行率,对于保护妇女生育能力、维护妇女的生殖健康,具有重要意义。

【参考文献】

[1] 陈洪琴,周容. 剖宫产瘢痕部位妊娠的诊治[J]. 实用妇产科杂志,2018,34(1):1-3.

[2] 莫翠萍. 子宫切口疤痕憩室形成因素及治疗意义[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版),2018,5(30):26-27.

[3] BIRGE Ö, KARACA C, ARSLAN D, et al. Medical management of cesarean scar pregnancy at advanced age: case report and literature review[J]. Clin Exp Obstet Gynecol, 2016,43(1):140-142.

[4] 徐小红,杨春波. 双侧子宫动脉栓塞术联合清宫术对于剖宫产瘢痕子宫妊娠的疗效分析[J]. 浙江创伤外科,2019,24(2):362-363.

[5] 刘海红,王全利. 不同手术方式治疗切口妊娠回顾性分析[J]. 医学理论与实践, 2019,32(20):3317-3319.

[6] 王丽娅,陆海茜,陈勤芳,等. 复发性剖宫产瘢痕妊娠临床分析[J]. 同济大学学报(医学版),2019,40(4):496-500.

[7] 中华医学会妇产科学分会计划生育学组. 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊治专家共识(2016)[J]. 中华妇产科杂志,2016,51(8):568-572.

[8] 刘涛,陈素玲,明建中,等. 子宫动脉栓塞术在治疗子宫切口妊娠中的疗效观察[J]. 中国计划生育学杂志,2018,26(2):136-138.

[9] 刘洋洋,刘会玲,王志欣,等. 超声引导下行刮宫术治疗剖宫产术后瘢痕妊娠的意义和临床应用价值[J]. 东南大学学报(医学版),2017,36(4):533-537.

[10] 刘丽霞. 米非司酮联合甲氨蝶呤在子宫切口瘢痕妊娠中的应用效果[J]. 中国现代药物应用,2014,8(18):121-122.

[11] YANG H, LI S Y, MA Z, et al. Therapeutic effects of uterine artery embolisation(UAE) and methotrexate(MTX) conservative therapy used in treatment of cesarean scar pregnancy[J]. Arch Gynecol Obstet, 2016,293(4):819-823.

[12] 甄银芝,籍霞,胡晓丽,等. 彩色多普勒超声对子宫切口妊娠的诊断价值及瘢痕厚度对剖宫产后再妊娠结局的预测意义[J]. 解放军医药杂志,2018,30(10):63-65.

[13] DU Y J, ZHANG X H, WANG L Q. Risk factors for haemorrhage during suction curettage after uterine artery embolization for treating caesarean scar pregnancy: a case-control study[J]. Gynecol Obstet Invest, 2015,80(4):259-264.

[14] CHEN W L, JIN L. Successful treatment of endogenous cesarean scar pregnancies with transabdominal ultrasound-guided suction curettage alone[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2014,183:20-22.

[15] 徐荣. 子宫动脉栓塞联合刮宫术治疗切口妊娠的疗效探讨[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版),2017,4(12):21-22.

[16] 许欢,张莉,程建云. 子宫动脉栓塞介入治疗剖宫产子宫切口瘢痕处妊娠患者的疗效观察[J]. 医学临床研究,2017(1):89-91.

[17] 王蓓颖,王海云,周倩,等. 双侧子宫动脉栓塞术及刮宫术治疗剖宫产瘢痕部位妊娠的临床效果[J]. 中国妇幼保健,2017,32(4):861-863.

[18] 岳静静. 子宫动脉介入栓塞联合清宫术与氨甲蝶呤病灶介入治疗子宫切口妊娠疗效比较[J]. 中国实用医刊,2017(24):79-82.

[19] 孙俊杰,郭素杰. 子宫动脉栓塞术介入治疗剖宫产切口瘢痕妊娠的研究进展[J]. 医学综述,2019,25(13):2632-2637.

[20] 伍桂香,庄小兰,段海英,等. 子宫切口妊娠的个体化治疗疗效探讨[J]. 基层医学论坛,2019,23(31):4443-4444.

[21] PĘDRASZEWSKI P, WLAŹLAK E, PANEK W, et al. Cesarean scar pregnancy-a new challenge for obstetricians[J]. J Ultrason, 2018,18(72):56-62.

[22] 赵晓兰,谢兰. 子宫动脉化疗栓塞术联合不同方式治疗子宫切口瘢痕妊娠 62 例临床分析[J]. 实用医院临床杂志,2019,16(5):132-134.