

微创技术在剖宫产瘢痕妊娠诊治中的应用

曹映华, 牛洁, 施健霖
(昆明市妇幼保健院, 云南昆明 65003)

[关键词] 瘢痕妊娠; 剖宫产; 微创技术

[中图分类号] R714.2 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706(2012)12-0156-03

剖宫产瘢痕妊娠 (cesarean scar pregnancy, CSP) 是指受精卵着床于既往剖宫产瘢痕处的特殊类型异位妊娠, 是剖宫产术后远期潜在的严重并发症。近年来随着微创技术的提高及普遍应用, 为 CSP 的诊断和治疗提供了一种新的途径。昆明市妇幼保健院 2009 年 3 月至今收治剖宫产瘢痕妊娠患者 73 例, 采用宫腹腔镜联合治疗 69 例, 全部患者均保留生育功能治愈出院, 现分析如下。

1 临床资料

1.1 发病年龄

均为已婚育龄妇女, 年龄 23~41 岁。既往有剖宫产史, 其中 10 例有 2 次剖宫产史。4 例合并有子宫中隔。追问剖宫产原因, 21 例为脐绕颈或胎儿宫内窘迫, 5 例为臀位, 3 例为骨盆狭窄, 其余原因不详行选择性剖宫产。剖宫产术后 63 例有人流史, 其中 2 次以上人流史 49 例。剖宫产距离本次发病时间最短 1 a, 最长 11 a。

1.2 临床症状

24 例为仅有停经史, 无腹痛及阴道流血要求

终妊娠, B 超提示妊娠着床部位异常。43 例为停经伴下腹隐痛及阴道少量流血就诊; 6 例在本院及外院诊断早孕行人流术时阴道流血多, 行宫腔填塞纱条、促宫缩等治疗后转入我科, 复查 B 超考虑为本病。所有患者血、尿 β -HCG 均高于正常值, B 超提示子宫前壁下段近切口处见血供丰富的包块。

1.3 妊娠终止方式

44 例行宫腔镜检查, 镜下了解胚胎着床部位后行清宫术或宫腔镜下电切环切除妊娠物; 25 例行宫腹腔镜联合术。其中 13 例腹腔镜监视下宫腔镜下清宫成功, 5 例清宫后仍残留部分组织, 因肌壁菲薄, 故腹腔镜下局部注射 MTX; 7 例腹腔镜检查后行腹腔镜下妊娠物切除和缺陷处修补缝合手术; 3 例行阴式妊娠物切除和缺陷处修补缝合手术; 1 例外院转入, 入院时为失血性休克, 急诊行腹式子宫切除术。术后追踪: 73 例患者全部治愈, 除 1 例子宫切除患者外, 其余患者月经恢复正常, 血、尿 β -HCG 正常, B 超检查子宫附件正常, 见表 1。

表 1 妊娠终止方式

手术方式	手术名称	n
宫腔镜	宫腔镜下清宫或电切环切除妊娠物	44
宫腹腔镜联合	腹腔镜监视下宫腔镜下清宫	13
	腹腔镜监视下宫腔镜下清宫 + 局部注药	5
	腹腔镜下病灶切除 + 修补术	7
阴式手术	病灶切除 + 修补术	3
开腹手术	子宫切除	1

2 讨论

2.1 发病率

1978 年 Larsen 和 Solomon 首次报道了 CSP。Seow 报道 CSP 发病率为 1:2216, 占总体剖宫产史妇女的 0.15%, 占前次剖宫产史妇女中异位妊娠的

[作者简介] 曹映华 (1964~), 女, 云南个旧市人, 医学学士, 主任医师, 主要从事微创妇科临床工作。

6.1%^[1], 已超过宫颈妊娠的发生率. 昆明市妇幼保健院发病率为 1.05%, 且有逐年升高趋势, 远高于报道. 可能与近年剖宫产率的增高, 对本病认识及诊断水平的提高, 以及昆明市妇幼保健院为专科医院, 病种相对集中等因素有关.

2.2 CSP 的分型

2.2.1 内生型 羊膜囊种植在疤痕上, 在子宫峡部和宫腔中生长, 此种可进展为活产, 但也增加了植入部位大出血危险, 个别形成低置或前置胎盘.

2.2.2 外生型 妊娠囊深深种植在剖宫产切口瘢痕部位, 向子宫肌层生长, 甚至突破浆膜层, 在早期即可导致子宫破裂或大出血.

CSP 的分型与预后及治疗有关. 两种类型的 CSP 均有可能发生子宫破裂的危险, 但外生型在孕早期即可发生子宫破裂危及生命.

2.3 CSP 的不良结局

CSP 多数在早孕期终止, 很少有超过孕 3 个月的报道. 终止妊娠时若为直接清宫术, 由于着床部位缺乏肌纤维, 不能有效止血, 常发生难以控制的大出血危及生命而开腹病灶切除或行子宫切除术, 严重出血的发生率为 76.1%, 其中 14.2% 的患者因行子宫切除术而丧失生育功能.

2.4 超声检查在 CSP 诊断及治疗中的重要性

超声检查是 CSP 最常用、最简单的诊断方法. 超声检查提示子宫前壁下段肌层变薄或连续性中断, 子宫前壁下段肌层内或下段近切口处探及无回声区或妊娠囊, 包块血供丰富. 超声检查提示无回声区或妊娠囊离浆膜层的距离对判断内生型或外生型至关重要, 对手术方式的选择及手术风险的评估有重要参考价值. 超声下病灶离子宫浆膜层的距离对界定内外生型 CSP 目前尚无统一标准. 多以病灶离子宫浆膜层的距离 3.5 mm 为准, 大于 3.5 mm 考虑为内生型 CSP、或内-外生型 CSP, 小于 3.5 mm 考虑为外生型 CSP. 根据不同型别选择不同术式.

2.5 CSP 传统的治疗方法

明确诊断是 CSP 治疗的关键. 治疗目的为杀灭胚胎, 排出妊娠囊, 避免与控制大出血, 尽可能的保留患者生育功能.

2.5.1 药物保守治疗 包括 MTX、天花粉、米非司酮、高钾、高渗糖等. 用药方式包括全身用药、局部囊内注射、局部与全身联合用药等三种方式. 因妊娠包块周围为纤维瘢痕, 故包块吸收缓慢, 耗时长, 需要数月至 1 a 的时间^[2], 患者难以接受.

2.5.2 清宫术 直接清宫治疗 CSP 成功率低, 术中可因难以控制的大出血危及生命而开腹病灶切除

或行子宫切除术. 故清宫应在药物治疗及子宫动脉栓塞术后的基础上进行.

2.5.3 子宫动脉栓塞、5-FU 灌注化疗 子宫动脉栓塞优势主要体现在可显著减少病灶血液供应, 迅速有效止血, 促进胚胎及滋养叶细胞的坏死、萎缩, 为后续治疗创造条件. 两者联合应用, 有药物杀胚及阻断血供的双重作用, 效果更佳.

2.5.4 保守性手术治疗 经腹子宫下段妊娠病灶切除+修补子宫术.

2.5.5 根治性手术 开腹子宫全切或次全切除术. 在阴道大出血, 危及患者生命, 无其他条件下时也是一种有效的抢救措施. 但术后患者丧失生育能力.

2.5.6 微创技术在剖宫产瘢痕妊娠诊治中的可行性 术前根据病史、妇检、血 β -HCG 值及超声影像学的检查, 尤其是超声下病灶离子宫浆膜层的距离最为重要, 诊断为内生型 CSP、外生型 CSP 或内-外生型 CSP, 选择合理的术式. (1) 宫腔镜: 适用于内生型 CSP, 即超声下病灶离子宫浆膜层的距离大于 3.5 mm. 宫腔镜检查妊娠着床部位后进行针对性的清宫术或电切环切除妊娠物, 术中可及时了解宫腔内是否还有组织残留, 避免盲目清宫所致的难以控制的大出血及子宫内膜过度刮宫后的损伤; (2) 腹腔镜监视下宫腔镜手术: 适用于内-外生型 CSP, 此型病灶离子宫浆膜层的距离虽然大于 3.5 mm, 但病灶较大, 血 β -HCG 偏高. 宫腔镜探查包块位置后在腹腔镜监视下行清宫术应为治疗 CSP 最理想的方法. 宫腔镜能清楚发现子宫下段的妊娠组织. 腹腔镜监视下行清宫为直视下操作, 一旦发生子宫破裂或大出血可在腹腔镜下紧急处理. 若腹腔镜探查后考虑病灶难以镜下完成, 可及时中转开腹. 对病灶难以彻底清出的患者还可镜下局部注射 MTX, 加速病灶的吸收; (3) 腹腔镜下妊娠物切除和缺陷处修补缝合手术: 适用于外生型 CSP, 即超声下病灶离子宫浆膜层的距离小于 3.5 mm. 在切除瘢痕处妊娠物的同时, 也清除了与宫腔相连的腔隙与窦道, 减少了再次发生 CSP 的危险.

2.5.7 微创手术的技术要点及注意事项 (1) 要求有较为娴熟的宫腹腔镜操作技术, 尤其是镜下缝合技术, 方能起到快速止血作用; (2) 若清宫后仍有部分组织残留者, 可局部或全身注射 MTX 促进组织吸收, 切忌过度刮宫造成子宫穿孔或脏器损伤; (3) 妊娠子宫对垂体后叶素和宫缩素均敏感, 术时使用可有效减少术中出血; (4) 宫腔镜
(下转第 159 页)

锁定加压钢板治疗股骨干骨折失效临床分析

王 成, 王爱民

(通海县人民医院骨科, 云南 通海 652700)

[关键词] 锁定加压钢板; 股骨干骨折; 分析

[中图分类号] R683.41 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706 (2012) 12-0158-02

股骨干骨折是临床上最常见骨折之一, 约占全身骨折 6%^[1]. 自 2008 年以来, 通海县人民医院股骨干骨折锁定加压钢板内固定失效患者 3 例, 现报告如下.

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 3 例中, 男 2 例, 女 1 例; 年龄 35~66 岁, 平均为 49.6 岁, 左侧 2 例, 右侧 1 例, 按 Winquist-Hansen 股骨干粉碎骨折分类方法: I 型 1 例, II 型 2 例. 致伤原因均为车祸伤. LCP 术后断裂时间距手术时间 4~6 个月, 平均 5.1 个月.

1.2 治疗方法

二次手术方法: 取原手术切口, 逐层切开皮肤、皮下组织, 沿肌间隙入路至骨折断端, 取出内固定物后, 清理骨折断端间组织及去除骨折断端硬化骨后, 先逆行扩髓至梨状窝处, 再顺行作远段骨髓腔扩髓, 取较扩髓直径小 1.0 mm 的髓内钉顺行置入, 拧入锁钉, C 形臂 X 线机下见骨折复位满意锁钉位置准确. 冲洗切口, 断端周围植入自体骨, 捆绑固定, 置引流管, 逐层缝合各层组织.

术后处置: 术后第 2 天开始指导患者作下肢肌肉等张收缩锻炼, 3~5 d 开始指导患者作患侧膝关节屈伸功能锻炼, 10 d 后使用 CPM 机辅助患者进行膝关节被动功能锻炼. 术后在床上作上述功能锻炼 1 月, 1 月后扶拐无负重行走.

2 结果

3 例患者手术切口均 I 期愈合, 术后 X 片见骨折复位满意, 植骨位置良好. 均获得随访, 时间

10~16 个月, 平均 13.5 个月. 2 例患者骨折骨性愈合, 1 例骨折延迟愈合, 拆除远端锁钉后骨性愈合. 术后按李强一等^[2]对膝关节功能疗效评定标准进行评定, 本组: 优 2 例, 良 1 例.

3 讨论

LCP 系统设计遵循了 BO 原则^[3], 在临床上日益得到重视和广泛运用, 但必须严格避免以下不良因素的发生.

压力侧骨块恰当处理: 股骨是全身最长的管状骨, 骨折复位后剪力较大. 内侧多有碎骨块, 术中必须对内侧碎骨块进行解剖复位. 生物力学试验证实, 钢板对侧存在骨缺损时, 内固定承受的应力比无缺损时增加 5~10 倍^[4]. 本组 2 个病例中, 尽管碎骨块已经作了复位并用螺钉固定, 但是, 并没有意识到“解剖复位”的真正含义及重要性, 骨折缝较大 (大于 2.0 mm), 增加了钢板应力; 另外, 术中未对内侧骨缺损区域或较大的骨折缝进行植骨, 影响骨痂生长, 严重影响内固定物的力学稳定性.

LCP 技术使用不当: 它是具有角稳定性的桥接钢板, 术中不要为了盲目达到解剖复位而过多剥除骨膜, 加重术后骨折延迟愈合甚至不愈合. 笔者认为, 在骨折复位与保护血运的矛盾中, 应该是保证压力侧骨折解剖复位或植骨的前提下, 最大化的保护血运, 这样, 既保证了钢板的力学稳定性又保证了骨质的生物学活性. 另外, 根据材料力学可知, 桥接钢板的长度和螺钉的位置可以改变钢板及螺钉的负荷情况. 一般桥接钢板的长度是骨折区域长度的 2 倍. 理想的螺钉固定为隔空式固定, 即在骨折端要留有 3~4 孔不进行螺钉固定, 目的是避免局部应力集中而导致钢板断裂,

[作者简介] 王成 (1971~), 男, 云南通海县人, 医学学士, 主治医师, 主要从事骨科临床工作.

使作用力均匀分布在较长的桥接钢板上, 并且使用较少的螺钉固定, 为间接骨折愈合和骨痂形成提供稳定的刺激^[5], 促进骨痂生长. 本组内固定钢板断裂病例中, 2 例骨折延迟愈合, 3 例都有 LCP 跨越长度 (或工作长度) 过短、螺钉密度过大, 造成应力集中, 诱发钢板断裂.

骨折愈合与功能锻炼: 任何一种内固定, 只能提供给骨折相对的稳定性, 为患者早期康复创造一个有利的条件. 除了医生对术后每一位患者制订个性化的康复计划及根据随访 X 片及时调整计划外, 患者本人及家属也应该按医生要求, 定期随访并遵从指导. 当骨折线模糊, 有少量外骨痂时方可逐渐进行负重功能锻炼. 本组病例出院后均未随访, 术后 1~2 个月内完全负重行走, 内固定物断裂与患者不正确的功能锻炼密切相关.

综上所述, 尽管 LCP 内固定治疗股骨干骨折是切实有效的方法, 但只有掌握桥接钢板的力学特点及运用技术, 并作到“微创化治疗”, 加之患

者的配合, 才能提高手术成功率.

[参考文献]

- [1] 张功林, 葛宝丰. 锁定钢板国外应用进展[J]. 中国骨伤, 2009, 22(8): 643 - 645.
- [2] 李强一, 王以进, 张秋琴. 股骨髁间骨折三种内固定方法生物力学实验研究与临床应[J]. 骨与关节损伤杂志, 2000, 15(1): 19 - 21.
- [3] 王满宜. 骨折治疗的AO原则[M]. 北京: 华夏出版社, 2003: 283 - 286.
- [4] 张颢, 尚博, 张闻生, 等. 肱骨外科颈骨折钛板内固定失效3例报告 [J]. 中国矫形外科杂志, 2007, 15(4): 302.
- [5] GREIWE R M, ARCHDEACON M T. Locking plate technology: current concepts[J]. J knee Surg, 2007, 20: 50 - 55.

(2012 - 09 - 14 收稿)

(上接第 157 页)

术下清宫因妊娠期血供丰富, 局部血窦开放, 应警惕 TUPR 的发生.

总之, 微创技术的开展, 为 CSP 的诊断和治疗提供了一种新的途径. 使 CSP 的治疗更安全、有效, 清出病灶更彻底, 最大限度的保留患者的生育功能, 患者容易接受.

[参考文献]

- [1] SEOW K M, HUANG L W, LIN Y H, et al. Caesarean Scar Pregnancy: Issues in management [J]. Ultrasound obstet Gynecol, 2004, 23: 247 - 253.
- [2] 金力, 范光升, 郎景和. 剖宫产术后瘢痕妊娠的早期诊断与治疗[J]. 生殖与避孕, 2005, 25: 630 - 634.

(2012 - 09 - 14 收稿)