

剖宫产术后子宫切口瘢痕妊娠患者不同治疗方案的实施效果探究

贺琳 (西北有色医院, 陕西西安 710054)

摘要: 目的 探究不同治疗方案对剖宫产术后子宫切口瘢痕妊娠的具体效果。方法 选择 2015 年 7 月~2021 年 7 月本院收治的剖宫产术后子宫切口瘢痕妊娠患者 60 例作为观察对象, 通过随机分组原则分成两个治疗小组, 每组 30 例。其中, 治疗 1 组接受甲氨蝶呤单药治疗, 治疗 2 组接受甲氨蝶呤联合清宫术治疗。对比两组临床指标、血 β -HCG 水平以及不良反应发生情况、血细胞变化情况。结果 治疗 2 组的临床指标明显优于治疗 1 组, 其住院时间、 β -HCG 转阴时间与月经恢复时间均比治疗 1 组时间短, 且出血量少于治疗 1 组, 两组临床指标对比差异明显 ($P < 0.05$); 不同时间点血 β -HCG 水平改善情况, 治疗 2 组优于治疗 1 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗 2 组不良反应发生率低于治疗 1 组, 两组治疗安全性差异显著, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 治疗 1 组、治疗 2 组患者的血红蛋白、白细胞等指标差异较小, 无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 治疗 2 组血红蛋白、白细胞改善情况明显优于治疗 1 组, 两组血细胞变化情况有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在剖宫产术后子宫切口瘢痕妊娠治疗期间采用药物联合手术治疗明显高于单药治疗的临床效果, 可在短时间内恢复各项指标, 调节血细胞变化, 且不良反应少, 治疗安全性更高, 值得在临床上应用。

关键词: 不同治疗方案; 剖宫产; 子宫切口瘢痕妊娠; 安全性

子宫切口瘢痕妊娠主要出现于剖宫产术后, 是高危型异位妊娠, 如未得到及时有效治疗, 会导致阴道大量出血、子宫破裂等情况, 对女性的生命安全造成威胁^[1]。据临床不完全统计发现, 随着剖宫产率的增加, 子宫切口瘢痕妊娠的发生率呈明显增长趋势, 因此需要提高警惕, 尽可能做到早诊断、早治疗, 以延缓病情恶化。目前, 临床上治疗剖宫产术后子宫切口瘢痕妊娠的方法有很多, 本次研究主要针对单纯药物治疗、药物联合手术治疗这两种不同的治疗方案进行深入分析与讨论^[2]。详细研究过程如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2015 年 7 月~2021 年 7 月本院收治的剖宫产术后子宫切口瘢痕妊娠患者 60 例作为观察对象, 通过随机分组原则分成两个治疗小组, 每组各 30 例。

治疗 1 组: 年龄 25~36 岁, 均值(32.1 ± 1.5)岁; 剖宫产次数 1~3 次, 平均(1.5 ± 0.5)次; 孕周 5~10 周, 平均孕周(7.2 ± 0.6)周。

治疗 2 组: 年龄 24~38 岁, 均值(33.5 ± 1.2)岁; 剖宫产次数 1~3 次, 平均(1.5 ± 0.5)次; 孕周 4~9 周, 平均孕周(6.4 ± 0.5)周。

两组剖宫产术后子宫切口瘢痕妊娠患者的基础资料经检验不存在统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

治疗 1 组采用甲氨蝶呤单药治疗。静脉滴注, 使用剂量 0.4mg/kg , 1 次/d, 连续治疗 5d。

治疗 2 组采用甲氨蝶呤联合清宫术治疗。使用方法: 清宫手术前, 为患者静脉注射甲氨蝶呤, 0.4mg/kg , 1 次/d, 连续使用 5d 后, 检测患者血 β -HCG, 当水平不超过 50IU/L 时, 即可进行清宫手术。在 B 超监视下, 在宫腔颈管处使用刮匙

搔刮，然后用卵圆钳钳夹取出孕囊，在颈管处填塞碘伏纱布，2d后取出，及时给予预防感染治疗^[3]。

1.3 效果观察

(1) 记录两组治疗患者的出血量、住院时间和月经恢复时间、 β -HCG 转阴时间。

(2) 分别在治疗后 7 天、治疗后 14 天、治疗后 21 天检测两组患者的血 β -HCG 水平并进行比较^[4]。

(3) 统计两组患者接受不同治疗后不良反应发生情况，常见症状包括：胃肠道反应、骨髓抑制、肝功能异常^[5]。

1.3.4 统计学分析

所有研究数据全部通过 SPSS20.0 统计软件进行处理，计量资料采用 t 检验 ($\bar{x} \pm s$)，计算资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床指标对比

经统计，治疗 2 组的临床指标明显优于治疗 1 组，其住院时间、 β -HCG 转阴时间与月经恢复时间均比治疗 1 组时间短，且出血量少于治疗 1 组，两组临床指标对比差异明显 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组临床指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	出血量 (ml)	β -HCG 转阴时间 (d)	住院时间 (d)	月经恢复时间 (d)
治疗 1 组 (n=30)	99.23 \pm 10.25	71.62 \pm 11.42	29.23 \pm 5.12	114.23 \pm 15.25
治疗 2 组 (n=30)	85.05 \pm 10.13	58.62 \pm 10.62	20.43 \pm 5.06	80.43 \pm 12.57
t	14.2526	11.4128	10.5213	15.2136
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 两组血 β -HCG 水平对比

经统计，不同时间点，血 β -HCG 水平改善情

况为治疗 2 组优于治疗 1 组，两组血 β -HCG 水平差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组血 β -HCG 水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗后 7 天	治疗后 14 天	治疗后 21 天
治疗 1 组 (n=30)	23.4 \pm 2.5	50.4 \pm 4.9	81.4 \pm 5.1
治疗 2 组 (n=30)	43.8 \pm 2.1	61.2 \pm 3.5	88.5 \pm 5.4
t	8.6253	10.2512	9.3527
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 两组不良反应发生率对比

统计结果上看，治疗 1 组不良反应发生率为 47.5%，治疗 2 组不良反应发生率为 30%，两组治

疗安全性差异显著，有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组不良反应发生率对比 [n (%)]

组别	胃肠道反应	骨髓抑制	肝功能异常	总发生率
治疗 1 组 (n=30)	8 (20.0)	5 (12.5)	6 (15.0)	19 (47.5)
治疗 2 组 (n=30)	6 (15.0)	3 (7.5)	3 (7.5)	12 (30.0)
χ^2				5.2125
P				< 0.05

2.4 两组血细胞变化参数对比

根据医护人员数据统计结果上看，治疗前，治疗 1 组、治疗 2 组患者的血红蛋白、白细胞等指标差异较小，

无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后，治疗 2 组血红蛋白、白细胞改善情况明显优于治疗 1 组，两组血细胞变化情况有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 4。

表 4 两组血细胞变化参数对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n		血红蛋白 (g/L)	白细胞 (*10 ⁹ /L)
治疗 1 组	30	治疗前	116.51 ± 9.43	6.35 ± 1.46
		治疗后	114.05 ± 8.35	7.13 ± 1.72
治疗 2 组	30	治疗前	116.63 ± 9.53	6.32 ± 1.51
		治疗后	111.16 ± 7.15	7.28 ± 1.84

3 讨论

子宫切口瘢痕妊娠主要发生于剖宫产术后, 一般是由于子宫内膜修复不全、切口肌层损伤或者愈合不当导致瘢痕形成, 受精卵通过子宫内膜和剖宫产瘢痕间的微小腔道着床在瘢痕组织中, 其后胚囊由瘢痕组织的肌层和纤维组织包绕, 完全与子宫腔隔离^[6]。瘢痕组织中的胚囊可继续发育、生长, 但有自然破裂而引起致命性出血的潜在危险。子宫切口瘢痕妊娠的临床表现多为无痛性少量阴道流血, 诊断主要依靠超声检查^[7]。一旦发现, 应尽快终止妊娠, 以免对女性健康带来影响^[8-9]。为了最大程度保障治疗成功率, 需要选择创伤性小、有效率高、不良反应发生率的方法, 在保留女性生育功能的同时, 加快治疗后康复速度^[10]。本次研究采取了两种治疗方案, 分别为甲氨蝶呤单药治疗和甲氨蝶呤联合清宫术治疗。第一种方法虽然能够有效阻止细胞增生, 加快绒毛组织缺血、变性、坏死, 但是临床疗效存在较多局限性, 治疗周期长, 一旦药物治疗失败或者发生其他意外情况, 需要立即通过手术进行补救, 否则会对患者预后造成影响。第二种方法是通过药物与清宫术结合, 疗效明显高于单药治疗的效果, 药物剂量减少, 不良反应随之降低; 通过 B 超辅助定位, 直达病灶, 缩小了子宫的损伤范围, 同时减少了出血量, 缩短了出血时间。通过本次研究结果看, 治疗 2 组的临床指标明显优于 1 组, 其住院时间、 β -HCG 转阴时间与月经恢复时间均比治疗 1 组时间短, 且出血量少于治疗 1 组, 两组临床指标对比差异明显 ($P < 0.05$); 不同时间点, 血 β -HCG 水平改善情况为治疗 2 组优于治

疗 1 组, 两组血 β -HCG 水平差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗 1 组不良反应发生率为 47.5%、治疗 2 组不良反应发生率为 30%, 两组治疗安全性差异显著, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 治疗 1 组、治疗 2 组患者的血红蛋白、白细胞等指标差异较小 ($P > 0.05$); 治疗后, 治疗 2 组血红蛋白、白细胞改善情况明显优于治疗 1 组 ($P < 0.05$)。充分证明了药物联合手术在剖宫术后子宫切口瘢痕妊娠治疗中的效果较为显著。但在实际操作过程中, 医生仍然需要结合患者病情选择最合适的方法, 同时兼顾疗效与安全性。

综上所述, 在剖宫产术后子宫切口瘢痕妊娠治疗期间采用药物联合手术治疗的效果明显高于单药治疗, 可在短时间内恢复各项指标, 且不良反应少, 治疗安全性更高, 值得在临床上应用。

参考文献

- [1] 刘淑平, 孙妮, 李珍珍. 不同方案治疗 II 型剖宫产瘢痕妊娠效果 [J]. 中国计划生育学杂志, 2021, 29(2): 240-242.
- [2] 高丽丽, 习开超, 佟雪, 等. 剖宫产瘢痕妊娠不同治疗方案临床疗效比较 [J]. 中国计划生育学杂志, 2021, 29(3): 603-607.
- [3] 张玉琼. 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠不同治疗方案的预后比较 [J]. 现代诊断与治疗, 2018, 29(17): 2775-2777.
- [4] 车月坤. 剖宫产术后子宫切口瘢痕妊娠患者不同治疗方案的临床疗效观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2015(23): 5442-5443.
- [5] 赵彦婷, 刘彦肖, 郝国荣. 三种不同治疗方案在剖宫产术后子宫瘢痕妊娠中的应用效果 [J]. 中国医药导报, 2016, 13(36): 129-132.
- [6] 吕英, 金兰英, 楼建义. 三种不同治疗方案对剖宫产瘢痕妊娠结局及预后的影响分析 [J]. 中国医师杂志, 2018, 20(9): 1404-1406.
- [7] 周丽. 不同治疗方案对剖宫产术后瘢痕妊娠临床疗效及安全性评价 [J]. 中国计划生育和妇产科, 2018, 10(2): 52-56.
- [8] 邓丹. 用三种不同治疗方案治疗剖宫产瘢痕妊娠的效果对比 [J]. 当代医药论丛, 2019, 17(12): 69-70.
- [9] 孙丽锋, 吴秀琴, 刘玲芳, 等. 瘢痕妊娠超声诊断分型对临床治疗方案选择的价值 [J]. 中国超声医学杂志, 2021, 37(7): 811-814.
- [10] 代佳岐, 赵英男, 杨丽丽, 等. 剖宫产瘢痕部位妊娠的超声分型与治疗方案的比较 [J]. 中国保健营养, 2021, 31(20): 281.