

# HEOS 宫腔镜冷刀系统治疗未破裂型宫角妊娠 57 例临床分析

陈芸 任月芳 万择秋 梁羽飞

**【摘要】** 目的 探讨 HEOS 宫腔镜冷刀系统在未破裂型宫角妊娠中的诊断及治疗价值。方法 2016 年 1 月至 2017 年 6 月收治的经术前 B 超诊断的宫角妊娠患者 57 例,应用 HEOS 宫腔镜冷刀系统行宫腔镜下治疗。结果 56 例患者在宫腔镜检查中诊断为宫角妊娠,1 例结合宫腔镜下检查中转腹腔镜检查诊断为间质部妊娠。56 例行 HEOS 宫腔镜冷刀系统治疗的患者中,51 例完全使用 HEOS 宫腔镜冷刀系统治疗成功,成功率 91.07%。平均出血量(29.04±11.71)ml;平均手术时间(27.98±5.5)min。1 例出现子宫穿孔,1 例有一过性发热,余无手术并发症。结论 HEOS 宫腔镜冷刀系统在宫角妊娠保守治疗中有一定的临床应用价值。

**【关键词】** 宫角妊娠 宫腔镜 保守治疗

宫角妊娠是指受精卵着床在输卵管口近子宫腔侧或在输卵管间质部,且向子宫腔侧发育而不在输卵管间质部发育的妊娠。宫角妊娠较为罕见,在妊娠过程中易发生宫角破裂,造成腹腔内大量出血,危及孕妇生命。文献报道,宫角妊娠发生率占同期异位妊娠患病率的 2%~4%<sup>[1]</sup>。目前临床上治疗宫角妊娠的方法有 B 超引导下清宫术、宫腔镜下清宫术、药物流产等。宫腔镜下手术因可以保留患者患侧输卵管、手术创伤小等优点越来越受到临床医生的关注。我院应用 HEOS 宫腔镜冷刀系统治疗宫角妊娠患者 57 例,取得一定效果,现报道如下。

## 1 资料和方法

**1.1 一般资料** 2016 年 1 月至 2017 年 6 月本院收治的术前 B 超诊断为宫角妊娠患者 57 例。年龄 19~42 岁,平均(28.65±5.55)岁;停经时间 32~107d,平均(50.58±16.41)天;经产妇 17 例,未产妇 40 例,其中 3 例无妊娠史;无人工流产史 12 例,有人工流产史 45 例,其中 5 例外院清宫术失败转入我院。8 例持续性隐痛;33 例有反复阴道少量出血;16 例无临床症状。2 例有腹部压痛,57 例均无反跳痛。妇科检查:17 例宫颈有举痛;30 例可触及明显的一侧子宫角隆起,24 例触及子宫不规则增大,3 例因腹肌紧张未触到包块或不规则子宫。57 例患者术前血清人绒毛膜促性腺激素

(HCG)为 130~12 982IU/L(正常值<10IU/L),平均(5 175.70±2 709.50)IU/L。22 例有生育要求,但对本次妊娠无信心,且担心有宫角破裂大出血风险,在客观病情告知后主动要求终止妊娠;35 例无再生育要求,要求终止妊娠。术前 B 超诊断左宫角妊娠 17 例,右宫角妊娠为 40 例。

**1.2 诊断标准** 术前三维阴道 B 超提示宫腔内未见妊娠囊,妊娠囊(包块)位于膨隆的一侧宫角,周边有薄层肌壁包绕,且与子宫内膜相连或紧邻根据<sup>[2]</sup>。

**1.3 纳入及排除标准** 纳入标准:(1)术前三维阴道 B 超诊断宫角妊娠;(2)宫腔形态大致正常;(3)无解剖或病理原因造成的宫角部肌层薄弱情况;(4)无泌尿生殖道急性感染;(5)患者均知情同意,自愿接受手术。排除标准:(1)宫腔形态不正常;(2)有患侧宫角部子宫肌瘤剔除术史者;(3)存在泌尿生殖道急性感染;(4)患者拒绝该手术方式;(5)术前 B 超示胚囊与肌层分界不清;(6)妊娠囊与子宫内膜不相连;(7)阴道出血多,考虑宫腔镜手术视野欠清。

**1.4 手术方法** 手术选用宫腔镜为法国摄谱乐-高美格公司生产的 HEOS 宫腔镜冷刀系统,配置为 4.3mm 连续灌流诊断镜及 3mm 双开抓钳,抓钳工作长度为 33cm。术前对患者实施静脉气管插管全身麻醉,所有手术均由同一位妇产科主任医师进行,由同一位影像学副主任医师进行超声监护。常规术前准备,手术前晚放置海藻棒软化宫颈。术前 0.5h 使用第一代头孢菌素类抗生素静脉滴注预防感染,术后 24h 内追加 1 次。术时予宫颈扩张,使用宫颈扩张棒至 6.5 号,以 0.9%氯化钠溶液为灌流液。手术时先行普通 6 号宫腔镜、B 超联合检

DOI:10.12056/j.issn.1006-2785.2019.41.21.2018-2613

基金项目:湖州市科学技术局项目(2017GYB10)

作者单位:313000 湖州市妇幼保健院妇产科

通信作者:梁羽飞,E-mail:94276941@qq.com

查确定宫腔形态、胚胎物质存留部位及形态。确诊为宫角妊娠且评估宫腔镜直视下可去除大部分组织者继续使用宫颈扩张棒至 10 号,置入 HEOS 宫腔镜冷刀系统,使用分离钳直视下分次取出妊娠组织,直至结合宫腔镜及超声影像学确定胚胎物质清除干净为止。手术成功标准:(1)术中宫腔镜直视下未见绒毛组织;(2)术中 B 超影像未见宫角部位存在组织残留;(3)术后查血清 HCG 持续下降,42d 内恢复正常;(4)术后 1 个月复查 B 超宫角部位未见组织残留;(5)未中转使用宫腔镜下电切割清除组织;(6)无水中毒、子宫穿孔等严重宫腔镜下并发症。

1.5 观测指标 查看术中宫腔镜下宫角妊娠情况,统计手术成功率,观测术中出血量、手术并发症、术前后血红蛋白值、术前及术后 1d 血清 HCG 值。

## 2 结果

2.1 宫腔镜下特点 56 例患者宫腔镜下均可见患侧宫角有不同程度的扩大,并可见白色絮状绒毛样物质或紫色组织块占据患侧宫角,清除胚胎及其附属组织物后,输卵管口可见,与文献报道一致<sup>[3]</sup>。1 例输卵管开口部分可见,可见少许绒毛样组织,宫角部扩大不明显,中转腹腔镜检查后诊断为输卵管间质部妊娠。同时,2 例存在宫腔粘连,使用剪刀直视下分离粘连。

2.2 手术情况 56 例术中诊断为宫角妊娠的患者中,51 例使用 HEOS 宫腔镜冷刀系统清除妊娠组织物,成功率 91.07%。术中平均出血量(29.04±11.71)ml,平均手术时间(27.98±5.56)min。1 例子宫穿孔中转腹腔镜手术,1 例出现一过性发热,其余患者无子宫穿孔、水中毒、大出血等并发症。术前血红蛋白平均值为(112.23±8.28)g/L,术后为(107.96±8.04)g/L,两者比较差异有统计学意义( $t=9.575, P<0.01$ ),考虑为术后补液、机体代偿等因素导致血液稀释所致,但在可接受范围。术前血清 HCG 平均值为(5 175.70±2 709.50)IU/L,术后 1d 复查为(987.39±753.43)IU/L,两者比较差异有统计学意义( $t=15.057, P<0.01$ )。

2.3 术后情况 51 例手术成功患者术后阴道少量流血,持续 5~17d;术后复查血 HCG,10 例术后 1 周内恢复正常,33 例术后 2 周恢复正常,6 例术后 4 周恢复正常,1 例术后 36d 恢复正常,1 例术后 40d 恢复正常。3 例手术中出血量偏多,视野不清,其中 2 例予提高膨宫压力,待视野清晰后继续完成手术,另 1 例在 B 超引导下钳夹出剩余妊娠组织。有生育要求的 22 例患者 3 例在术后 3 个月内妊娠。其中 1 例已足月剖宫产分娩,术中未见胎盘粘连情况;1 例妊娠状态中,早孕期有少量阴

道流血症状;1 例停经 62d 诊断稽留流产。5 例在术后 3~6 个月内妊娠。3 例已足月阴道分娩,其中 1 例胎盘在原宫角妊娠部位有粘连。术后 6 个月后至截稿前妊娠 2 例,均处于妊娠状态中,1 例产前检查发现妊娠期糖尿病。

2.4 未成功病例情况 2 例清除部分组织,其余组织粘连致密,予改行宫腔镜下电切割切除剩余粘连致密组织;1 例清除大部分组织,宫腔镜电切镜因视野问题无法切除残留部分,术后使用甲氨蝶呤(江苏恒瑞医药股份有限公司生产;规格:1g/支)肌肉注射保守治疗成功;1 例因术中出血偏多导致视野不清而停止手术,术后宫角部包块增大且血 HCG 上升明显,后行腹腔镜下患侧宫角楔形切除术及同侧输卵管切除术;1 例术中因组织钳于宫角部穿孔,出血量多,中转腹腔镜下行患侧宫角楔形切除术及同侧输卵管切除术。

## 3 讨论

宫角妊娠指孕卵种植在输卵管口近宫腔侧或在输卵管间质部,但向宫腔侧发育而不在间质部发育的情况<sup>[4]</sup>。随着妊娠发展,妊娠囊(包块)可向宫角外扩展而破裂。因此,早期诊断和及时治疗对挽救患者的生命和提高生存质量具有重要意义。而对有生育要求且无早期流产症状的早期宫角妊娠孕妇,可在超声监测动态观察,胚胎可能会向宫腔内生长趋向成为宫内妊娠,如发育正常,可以妊娠至自然分娩,但胎盘一般附着滞留于原宫角处<sup>[5]</sup>,子宫角部妊娠发病情况,文献报道不一。文献报道其发病率分别占异位妊娠的 0.86%、2.56%。目前宫角妊娠的诊断多采用 Jansen 等<sup>[6]</sup>提出的诊断标准。除了临床表现外,最常用的辅助诊断方式为超声检查及血 HCG。超声诊断宫角妊娠无创、简便、有良好的重复性的优点<sup>[6]</sup>,吴丽霞等<sup>[7]</sup>报道超声检查正确诊断宫角妊娠准确率为 88.89%,其与输卵管间质部妊娠最不易鉴别。本文中 1 例患者 B 超诊断宫角妊娠,但结合宫腔镜检查后诊断为间质部妊娠。研究表明,血清 HCG 在宫角妊娠的诊断中较为关键,大多异位妊娠患者的早期血清 HCG 水平与正常妊娠者相比明显低,但是宫角部的血运非常丰富,因此宫角妊娠患者的血清 HCG 较正常妊娠者要高<sup>[8]</sup>。

宫角部为子宫血管、卵巢动静脉及输卵管血管的交界处,肌组织较薄,血运非常丰富,一旦肌层破裂则会引发大出血,若没有及时诊治极有可能危害生命<sup>[9]</sup>。治疗手段主要包括药物治疗和手术治疗。有研究称,腹腔镜下宫角楔形切除联合患侧输卵管切除对患者影响较小,患者术后恢复快<sup>[10]</sup>。但对于有生育要求的患者来说保留输卵管或保持宫角完整性至关重要,更多的患者希望用最

小的损伤途径保持生殖器官完整性<sup>[11-12]</sup>。有生育要求者行患侧宫角和患侧输卵管切除术后,其生育能力可能会降低,再次妊娠有发生子宫破裂的风险,一定程度上增加了剖宫产率<sup>[13]</sup>。腹腔镜下保守治疗宫角妊娠,需切开宫角肌层清除妊娠组织并电凝缝合,易损伤患侧输卵管入口,导致输卵管入口及间质部粘连阻塞,影响再次怀孕。B 超监护下吸宫术,易漏吸及吸宫不全,如发生宫角破裂需急诊手术。

宫腔镜具有放大成像系统,能直观有效的对病灶组织进行探测,并可在直视下进行定位刮宫术,极大地提高了宫腔疾病的诊治率<sup>[14]</sup>,且保证了手术质量,避免了因盲目手术、反复清宫造成的感染、出血、宫腔粘连、不孕等损伤,为成功保留生育能力及提高术后的妊娠成功率提供了保证。HEOS 宫腔镜冷刀系统可在直视下观察宫腔内形态,抓钳钳夹组织后于直视下更容易取出宫角妊娠组织,其抓钳工作长度达 33cm,较一般吸宫管及软管钳长度长,即使妊娠子宫增大,也更容易到达宫角部取得组织。HEOS 宫腔镜冷刀系统为非电器械,无电热损伤,可以更好地保护子宫内膜,保留子宫正常解剖结构<sup>[15]</sup>。本文中 56 例患者出现 1 例子官穿孔,因此在手术中亦需动作轻柔,杜绝子宫穿孔等风险。1 例术中通过 HEOS 宫腔镜冷刀系统清除部分组织,其余组织粘连致密,予改行宫腔镜下电切割切除剩余粘连致密组织。如组织粘连致密,特别是存在植入可能的组织,HEOS 宫腔镜冷刀系统取出组织存在一定困难,因此对于这部分患者应避免长时间宫腔操作,以免引起大出血、子宫穿孔或水中毒等风险。术前可辅以药物治疗如 MTX 来抑制滋养细胞增生,使绒毛变性坏死,从而便于妊娠物清除,减少术中出血<sup>[16]</sup>。

对宫角妊娠早期正确的诊断可以减少宫角妊娠的误诊率及病死率,在早期诊断后进行及时合适的治疗,特别是在子宫破裂前明确诊断并进行积极合适的治疗至关重要。HEOS 宫腔镜冷刀系统可以在直视下取出宫角妊娠组织,保留器官完整性,疗效显著,值得临床推广。

#### 4 参考文献

- [1] Webb EM, Green GE, Scoutt LM. Adanexal mass with pelvic pain [J]. Radiol Clin North Am, 2004, 42(2):329-348. DOI:10.1016/j.rcl.2003.12.006.
- [2] 官勇,李胜利,陈琼瑛,等.子宫角妊娠的超声特征与误诊分析[J].中华医学超声杂志, 2012, 6:539-543. DOI:10.3877/cma.jissn.1672-6448.2012.06.022.
- [3] Jansen RPS, Elliot PM. Angulas intrauterine pregnancy[J]. Obstet Gynecol, 1981, 58(2):197-197. DOI:10.1016/0378-5122(81)90041-4.
- [4] 曹泽毅.中华妇产科学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2014:1312-1313.
- [5] 蔡益婷,徐望明,程佳,等.宫角妊娠的早期超声诊断与生育需求下的处理[J].医学研究杂志, 2012, 1:106-108. DOI:CNKI:SUN:YXZY.0.2012-01-030.
- [6] 赵苏云,穆研,段晓莉,等.彩色多普勒超声在宫角妊娠中的诊断价值[J].实用医学影像杂志, 2016, 01:70-71. DOI:CNKI:SUN:SYXY.0.2016-01-029.
- [7] 吴丽霞,罗友,魏春英,等.超声检查在宫角妊娠和间质部妊娠定位诊断中的应用[J].蚌埠医学院学报, 2017, 3:374-375,378. DOI:10.13898.
- [8] Oral S, Akpak YK, Karaca N, et al. Cornual heterotopic pregnancy after bilateral salpingectomy and uterine septum resection resulting in term delivery of a healthy infant[J]. Int J Appl Basic Med Res, 2015,5(3):203-205. DOI:10.1155/2014/157030.
- [9] Adeyemi AS, Atamda OO, Adekunle AD. Successful pregnancy in one horn of a bicornuate uterus[J]. Ann Afrmed, 2013, 12(4):252-254. DOI:10.4103/1596-3519.122696.
- [10] 陈少锋,梁明,熊斌,等.血管内介入治疗子宫角妊娠的临床应用价值[J].中国妇幼保健, 2014,36:6124-6125. DOI:10.7620/zgfybj.
- [11] Thakur Y, Coker A, Morris J, et al. Laparoscopic And ultrasound-guided transcervical evacuation of cornual ectopic pregnancy:an alternative approach[J]. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2004, 24(7):809-810. DOI:10.1080/01443610400009576.
- [12] Doubilet PM, Benson CB, Frates MC, et al. Sonographically Guided Minimally Invasive Treatment of Unusual Ectopic Pregnancies[J]. J Ultrasound Med, 2004, 23(3):359-370. DOI:10.7863/jum.2004.23.3.359.
- [13] Ross R, Lindheim SR, Olive DL, et al. Cornual gestation: a systematic literature review and two case reports of a novel treatment regimen[J]. J Minim Invasive Gyneecol, 2006, 13(1):74-78. DOI:10.1016/j.jmig.2005.11.005.
- [14] 杜秀娟,张丽丽.宫腔镜治疗宫角妊娠的临床疗效观察[J].医学综述, 2013, 21:4025-4026. DOI:CNKI:SUN:YXZS.0.2013-21-073.
- [15] Ivan Mazzon MD, Alessandro Favilli MD, Mario Grasso MD, et al. Is Cold Loop Hysteroscopic Myomectomy a Safe and Effective Technique for the Treatment of Submucous Myomas With Intramural Development A Series of 1434 Surgical Procedures [J]. Journal of Minimally Invasive Gynecology, 2015, 22(5):434-435. DOI:10.1016/j.jmig.2015.03.004.
- [16] 程春霞,薛敏,徐大宝.宫腔镜诊治宫角妊娠 13 例临床分析[J].实用妇产科杂志, 2009, 6:377-378. DOI:CNKI:SUN:SFCZ.0.2009-06-027.

(收稿日期:2018-10-20)

(本文编辑:沈昱平)