

·专家共识·

中西医结合诊治妊娠胚物残留专家共识(2024年版)

山东中医药学会妇科专业委员会,山东中西医结合学会生殖外科专业委员会,山东省疼痛医学会妇产科专业委员会

[摘要] 妊娠胚物残留(RPOC)是指流产或分娩后,胚胎组织或胎盘未能完全排出而残留子宫内,可引起出血、感染,甚至宫腔粘连等。目前RPOC的治疗策略主要分为药物治疗和手术治疗两类,但国内外对此尚未形成科学、规范的指导意见。中西医联合诊治一直是我国诊治RPOC的特色手段,为推广中西医结合协同诊疗理念,促进RPOC中西医结合诊疗技术发展,山东中医药学会妇科专业委员会、山东中西医结合学会生殖外科专业委员会、山东省疼痛医学会妇产科专业委员会共同牵头成立共识专家组,讨论形成《中西医结合诊治妊娠胚物残留专家共识(2024年版)》,从RPOC的高危因素、临床表现、诊断、治疗等方面阐述中西医结合协同诊疗理念,并提供专家共识,以改善RPOC患者预后,提高其生活质量。

[关键词] 妊娠胚物残留;诊疗;中西医结合;专家共识;手术治疗;辨证治疗

[中图分类号] R271.41

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2025)01-0001-11

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2025.01.001

Expert Consensus on Diagnosis and Treatment of Retained Products of Conception by Integrated Traditional Chinese and Western Medicine(2024 Edition)

Gynecology Professional Committee of Shandong Association of Chinese Medicine, Reproductive Surgery Professional Committee of Shandong Association of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Obstetrics and Gynecology Professional Committee of Shandong Association of Pain Medicine

Abstract Retained products of conception (RPOC) refers to the situation where embryonic tissue or placenta fails to be fully expelled from the uterus after an abortion or delivery, which can lead to bleeding, infection, and even adhesion of the uterine cavity. Currently, the treatment strategies for RPOC mainly consist of drug therapy and surgical treatment, but there is no scientific and standardized guidance on this issue at home or abroad. The integration of traditional Chinese medicine (TCM) and western medicine has always been a distinctive approach in the diagnosis and treatment of RPOC in China. In order to promote the concept of integrative TCM and western medicine treatment and promote the development of TCM and western medicine combined diagnosis and treatment for RPOC, the Gynecology Professional Committee of Shandong Association of Chinese Medicine, the Reproductive Surgery Professional Committee of Shandong Association of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, and the Obstetrics and Gynecology Professional Committee of Shandong Association of Pain Medicine have jointly formed a consensus expert group to discuss and formulate the *Expert Consensus on Diagnosis and Treatment of Retained Products of Conception by Integrated Traditional Chinese and Western Medicine (2024 Edition)*. The consensus expert group provides expert consensus on the high-

[收稿日期] 2024-10-31

risk factors, clinical manifestations, diagnosis, and treatment of RPOC from the perspective of integrative TCM and western medicine treatment, with the aim of improving the prognosis and life quality of RPOC patients.

Keywords retained products of conception; diagnosis and treatment; integrated traditional Chinese and western medicine; expert consensus; surgical treatment; treatment based on syndrome differentiation

妊娠胚物残留(RPOC)是指流产(无论是自然、药物还是人工方式)或分娩(包括自然生产和剖宫产)后,胚胎组织或胎盘未能完全排出而残留子宫内,可引起出血、感染,以及远期并发症如宫腔粘连(IUA)等。文献资料显示,RPOC在所有妊娠中的发病率为0.5%~6.0%^[1-4]。RPOC属于中医学胎堕不全、胞衣不下、产后恶露不绝、产后腹痛、胞衣残留、癥瘕等范畴。目前,关于RPOC的规范化诊疗与管理策略尚未建立,为规范和提升RPOC综合诊治技术,山东中医药学会妇科专业委员会、山东中西医结合学会生殖外科专业委员会、山东省疼痛医学会妇产科学专业委员会共同牵头成立共识专家组,在收集、参考大量高质量文献的基础上,结合最新循证医学资料进行深入讨论,最终共同制定出《中西医结合诊治妊娠胚物残留专家共识(2024年版)》。该共识旨在为诊治RPOC提供科学、有益的指导和参考,具体推荐级别及其含义见表1。

1 RPOC高危因素

RPOC的发生发展与妊娠者年龄、剖宫产次数、宫腔操作史、胎盘异常(前置胎盘或胎盘植入)、子宫腔形态、子宫位置(过度前屈或后屈)、妊娠部位异常(宫角妊娠、剖宫产瘢痕妊娠)、感染等密切相关。Granfors等^[5]发现,RPOC在有剖宫产史人群中的发生率(3.4%)高于在经阴道分娩人群中的发生率(1.9%)。子宫腔形态异常可能会阻碍流产或分娩后妊娠物的顺利排出,并可能导致人工流产过程中吸宫不完全,从而导致RPOC的发生。子宫腔形态异常大致可分为先天性和后天性两种,先天性子宫畸形包括子宫纵隔、阴道斜隔、单角子宫和双角子宫等,

后天性子宫畸形包括子宫肌瘤、IUA等。此外,妊娠位置异常,如宫角妊娠、瘢痕妊娠和宫颈妊娠等,也可能导致RPOC的发生。

2 RPOC临床表现

RPOC临床表现因残留物的大小、血管化程度和残留时间不同而存在较大的个体差异。常见临床表现包括下腹部疼痛、不规则或持续性阴道出血、月经量减少或停经以及继发性不孕等,并发感染时可出现发热、恶寒等症状,但也有近30%的RPOC患者不存在任一症状,只能通过常规的盆腔超声检查发现^[4]。

RPOC常见的短期并发症是出血和感染,常见的长期并发症包括IUA以及慢性子宫内膜炎等。IUA的常见临床表现包括月经不规则、周期性(下)腹痛、不孕、反复流产及其他产科问题,严重的IUA可能导致子宫腔完全封闭,进而出现闭经现象,此时可被诊断为阿谢曼综合征(Asherman syndrome)^[6]。

专家共识:RPOC的症状因人而异,通常表现为下腹部疼痛、不规则或持续性阴道出血、月经量减少或停经以及继发性不孕。若发生感染,可能伴随发热和寒战等症状。RPOC的短期并发症主要包括出血和感染,长期并发症则主要涉及慢性子宫内膜炎和IUA。(推荐等级:2A级)

3 RPOC的诊断

RPOC的初步诊断主要依赖于患者病史、临床症状、盆腔超声等影像学检查以及血清人绒毛膜促性腺激素(HCG)水平等,术后组织病理学检查是RPOC的最终诊断证据,镜下见到绒毛或胎盘组织是病理学诊断RPOC的金标准。

表1 专家共识推荐级别含义

推荐级别	含义
1级	基于高级别临床研究证据,专家意见高度一致
2A级	基于低级别临床研究证据,专家意见高度一致/基于高级别临床研究证据,专家意见基本一致
2B级	基于低级别临床研究证据,专家意见基本一致
3级	不论基于何种级别临床研究证据,专家意见明显分歧

3.1 西医诊断

3.1.1 盆腔超声检查

盆腔超声是初步诊断RPOC最常用的影像学检查方法,但超声诊断RPOC的准确性并不高,敏感性和特异性分别为44%~85%和88%~92%^[7]。宫腔内未排出的血块及坏死蜕膜组织因与RPOC具有相似的超声表现,假阳性率达17%~51%^[4]。因此,目前业内对于盆腔超声在RPOC诊断中的价值尚缺乏统一意见,现有研究多采用回顾性分析方法,且研究结果呈现出显著的异质性。

盆腔超声诊断RPOC的主要参数包括子宫内膜厚度、宫腔内是否存在团块及多普勒血流情况,当超声下宫腔内无团块且内膜未见增厚时,可基本排除RPOC。

经阴道超声测量的子宫内膜厚度(ET)是最为常用的参数,但诊断RPOC的ET阈值无明确标准,各项研究结果之间存在一定差异。Yagur等^[8]在一项回顾性研究中纳入了212例因超声检查提示RPOC而接受宫腔镜检查的患者,结果显示,ET>7 mm与宫腔镜检查病理结果阳性相关。Levinsohn-Tavor等^[4]发现,ET>10 mm、存在宫腔内团块或伴有血流等超声特征的患者诊断RPOC的阳性预测值为55%。Durfee等^[9]开展的研究结果也显示,当ET<10 mm且子宫腔内无异常超声团块时,基本可排除RPOC。Pather等^[10]对200例患者进行回顾性分析,发现77%的患者术前超声提示RPOC,但只有50%的患者经组织学证实为RPOC,因此其认为存在宫腔内团块和ET>10 mm是RPOC最为准确的超声特征。Tohma等^[11]分析了466例RPOC患者的数据,发现当呈现RPOC症状女性的ET≥10 mm时,其诊断的敏感性为75%,且该条件下诊断的特异性和阳性预测值均达到100%,而阴性预测值为50%。Wong等^[12]发现,在经阴道超声检查中,当双层ET≤8 mm时,诊断不完全流产的总敏感性为100%,特异性为80%。此外,在一些随机对照试验和观察性研究中,有研究者将12 mm或15 mm作为诊断RPOC的ET临界值^[13-14]。

除测量ET外,彩色多普勒超声中的血流模式也是RPOC诊断的关键考量因素,其可帮助区分无血流信号的血块、坏死蜕膜组织与实际的RPOC。此外,Gutenberg分类系统根据超声下残留胚物的血流和回声特征,进一步细化了对胚物残留情况的分类,该系

统将RPOC分为0型(高回声且不存在血流团块)、1型(混合回声伴轻度或不存在血流团块)、2型(限制在宫腔的血流丰富团块)、3型(有肌层浸润且伴丰富血流信号的团块)共四种类型^[15]。

3.1.2 宫腔镜检查

通过宫腔镜可直接观察子宫腔形态及残留胚胎组织的大小、位置、性质和形态,因此宫腔镜检查对RPOC具有极高的诊断价值。通常,当超声检查结果提示可能存在RPOC时,建议在条件允许的情况下进行宫腔镜检查以确认诊断。RPOC的宫腔镜表现因残留的滋养层组织的退化、血管化和坏死程度不同而存在差异。根据超声Gutenberg分型,宫腔镜下RPOC可分为四种类型:0型为白色团块,无明显绒毛等结构;1型为明显的绒毛结构,未见血管分布;2型为含有丰富血管的绒毛结构;3型为含有丰富血管的绒毛结构,伴胚物植入部位肌层动脉瘤或动静脉分流^[15]。

3.1.3 血清HCG检测

HCG属于糖蛋白类物质,它源自胎盘的滋养层细胞,并通过这些细胞进行分泌。RPOC主要由这些滋养层细胞构成,HCG在血清中的水平升高可能反映出其较高的生物学活性,提示RPOC具有更强的血管生成和组织附着能力。

当前,HCG在RPOC诊断中的作用仍存在争议。Shitanaka等^[16]开展的研究显示,RPOC患者HCG水平的动态变化趋势与RPOC的活性变化趋势一致,这说明血清HCG水平能反映RPOC的活性,可作为监控RPOC治疗效果的重要指标之一。El-Baradie等^[17]认为HCG水平高于100 IU/L可以作为诊断早期妊娠终止后RPOC的参考。也有学者持不同意见,如Smorgick等^[2]认为血清HCG水平对诊断RPOC的效用不高,亦不是指导临床决策如手术治疗或保守随访的依据。临床中,RPOC患者的血清HCG水平可表现为升高或正常,因此,HCG检测某种程度上有助于RPOC的诊断和监测,但非绝对、唯一考量因素,HCG水平波动更多体现的是病情变化,临床应结合患者的症状、盆腔超声检查情况等综合评估。

3.1.4 鉴别诊断

在诊断RPOC时,需要将其与宫腔内血块、宫腔积血或积液、黏膜下子宫肌瘤、胎盘附着部位的不完全恢复、妊娠滋养细胞疾病、子宫内膜息肉及子宫动

静脉瘘(UAVF)相区分。RPOC与UAVF的鉴别诊断尤需注意,因为UAVF通常病情复杂,难以早期确诊,且存在潜在的致命性子宫出血风险。

UAVF是子宫动静脉畸形中一种较为少见且特殊的形态,其特征在于子宫动脉及伴行的引流静脉管壁展现出不同范围的扩张,并且形成了显著的动静脉之间的直接通路,这种短路导致了病理性血管病变^[18]。RPOC中残留的绒毛组织会引发子宫肌层血管化水平升高,这无疑增加了动静脉瘘的发生风险。因此,对于RPOC患者,尤其是伴有大量阴道出血者,需特别警惕UAVF的存在。彩色多普勒超声检查是了解残留组织周围的血流是否具有动静脉瘘的重要手段,必要时还可通过磁共振成像(MRI)或CT血管造影(CTA)辅助明确诊断。如需明确UAVF诊断则需采用数字减影血管造影(DSA)检查^[18-19]。

UAVF病情虽然凶险,但真正的UAVF较为罕见,多数情况属于富含血管的RPOC。研究显示,在近20%的RPOC病例中,RPOC伴有异常的丰富血管供应,多普勒超声会表现出子宫动脉收缩期峰值血流速度(PSV)升高、子宫内膜/肌层血管丰富的征象,但这些非特异性的影像学特征常导致UAVF的过度诊断和治疗。实际上,两者在超声特征上存在区别:RPOC患者的血流从子宫内膜发起,并延伸至子宫肌层;而UAVF患者的血流主要集中于子宫肌层。此外,UAVF患者的PSV值通常更高^[20-21]。

专家共识:病史、临床症状、盆腔超声等影像学检查结果以及HCG水平可作为RPOC的初步诊断依据,而最终确诊需依据术后组织病理学检查结果。在诊断RPOC过程中,需要区分宫腔内血块、宫腔积血或积脓、胎盘附着部位的不完全恢复、妊娠滋养细胞疾病、UAVF、黏膜下子宫肌瘤以及子宫内膜息肉等不同情况。(推荐等级:2A级)

3.2 中医辨证分型

中医认为RPOC的发生与产后或流产后冲任二脉受损、气血运行不畅导致五脏功能失调有关,病位主要在胞宫,病因主要为虚和瘀。流产或分娩过程中,人体冲任受损,元气不足,全身虚弱,气血剧烈变化,阴阳失衡,气血的逆乱导致脉络破损,血液溢出脉外渐渐形成瘀血,并进一步损害冲任系统。由于气虚,机体无法有效地排除旧物,而血瘀则阻碍了新血的生成,这些因素共同阻碍了残留的胚胎组织排

出,使其滞留在胞宫中,从而引发RPOC^[22-26]。本共识根据以往相关文献及临床经验,总结出RPOC的三个主要证型:气虚血瘀证、气滞血瘀证和瘀热互结证,并提出各证型的辨证要点。

3.2.1 气虚血瘀证

主要症状:非月经期异常阴道出血,血量不定,淋漓不净。

次要症状:血色偏暗红,伴有血块,小腹有空虚感和隐痛,喜按,疲乏无力,面色苍白或暗淡无光。

舌脉表现:舌紫或有瘀点,脉细涩或沉涩。

3.2.2 气滞血瘀证

主要症状:非月经期异常阴道出血,量少不畅,淋漓不净。

次要症状:血色偏暗并伴有血块,小腹胀痛拒按,排出血块后疼痛减轻,易急躁、生气。

舌脉表现:舌紫暗,脉弦涩或沉紧。

3.2.3 瘀热互结证

主要症状:非月经期异常阴道出血,血量多,血液质地黏稠,患者可能有发热现象。

次要症状:血色紫红,有异味,小腹疼痛,面色红,口干咽燥。

舌脉表现:舌红,苔黄,脉细数。

共识说明:RPOC的基本病机是瘀血阻滞。中医证型主要包括气虚血瘀证、气滞血瘀证和瘀热互结证,但临床需注意可能出现的兼证或合证。(推荐等级:2A级)

4 RPOC的治疗

决策RPOC的处理时机和治疗方法前,应对患者进行充分评估,根据患者阴道出血的情况、感染指标、盆腔超声检查结果、血清HCG水平等制定治疗方案。

4.1 紧急情况下的对症治疗

常见的紧急情况主要涉及因阴道出血过多导致血流动力学难以稳定的患者。这种情况下,首先需根据患者具体病情及时补充液体和血液制品,并迅速进行清宫术;若清宫术后仍然无法有效止血,可以进一步采用宫腔内球囊导管填塞压迫的方法;子宫动脉栓塞术(UAE)适用于采用多种方法仍未能成功止血且血流动力学不稳定的紧急患者;子宫切除术作为极端抢救手段,其止血效果最佳,在患者止血情况极差,但仍具备手术条件的情况下,应在充分考虑患

者情况的基础上妥善采用子宫切除术。静脉广谱抗生素治疗对于可能存在感染的患者不容忽视,妥善的抗感染治疗能为后续的手术治疗提供利好条件。

RPOC引起的不规则阴道出血属于中医学血症范畴,对于急性大量出血者,应基于“急则治其标”的原则,迅速采取止血措施,以防止大量失血引发失血性休克。由于气血相辅相成,故补气摄血是主要的中医治疗策略。又因血瘀是RPOC的关键病因之一,故有必要适时使用活血化瘀药物。若患者出现气随血脱或休克症状,应加用补气固脱方药^[27],推荐使用独参汤、参附汤加减,中成药可用参附注射液、生脉注射液静脉滴注^[28-29]。此外,也可采用针灸辅助止血,常用穴位包括合谷、水沟、足三里、隐白、太冲等^[30-31]。

RPOC继发感染属于中医学热证范畴,为急重症,热毒是其主要病因,患者可同时具有湿、瘀表现。治疗应在抗生素的基础上配以凉血化瘀、清热解毒的中药或中成药,如银翘红酱解毒汤加减。若有热毒炽盛、化脓表现,当配以清热逐瘀、排脓通腑药物,如意苡附子败酱散^[32]、大黄牡丹汤等加减。

专家共识:及时识别并正确对症处理RPOC诱发的大出血、感染等急症对于改善预后、促进康复具有重要意义。(推荐级别:2A级)

4.2 期待治疗

期待治疗主要适用于阴道出血量少、缺少明确的感染证据、盆腔超声提示宫腔残留物体积不大(直径 <2.0 cm)且无血流信号等情况的RPOC患者,需要密切观察患者7~14 d,一般大部分残留物可自然排出清除。但期待治疗具有一定风险,其主要缺点可能是可能增加IUA的发生率^[33-34]。在Grewal等^[35]开展的回顾性研究中,18例采用期待治疗的妊娠早期流产后RPOC患者在49 d内均获得期待治愈。Shitanaka等^[16]观察了19例流产后RPOC患者(孕周均 <22 周),发现其RPOC均在确诊后27~184 d(平均77 d)自行消退,因此,只要患者血流动力学稳定,期待治疗是一种可接受的选择。Takahashi等^[33]对59例RPOC患者进行了回顾性研究,其中23例(39%)患者期待治疗成功。

4.3 药物治疗

4.3.1 药物治疗的适应证与禁忌证

药物治疗主要适用于以下情况:①患者体内残

留的妊娠组织滞留时间较短,阴道出血持续时间不超过14 d;②盆腔超声检查显示宫腔内存在混合结构或稍强的回声,无论是否伴有血流信号,且宫腔内妊娠残留组织体积较小(直径 ≤ 2.5 cm);③患者血清 β -HCG水平较低。药物治疗禁忌证包括但不限于:①阴道出血不规则或持续,且出血量明显超过正常月经量;②存在高感染风险;③患者有心脏、肝脏、肾脏等重要器官功能异常,或对相关药物特别是米索前列醇类似物过敏,可能导致喉头水肿、严重呼吸障碍甚至过敏性休克;④无法完全排除妊娠滋养细胞疾病的诊断;⑤患者明确拒绝药物治疗方式;⑥无法进行有效的后续随访^[36]。

4.3.2 中药治疗

RPOC的中药治疗应当以辨证为基础,针对患者的病情进行个体化用药。研究发现,单纯中药或中药联合西药治疗RPOC在促进妊娠组织物排出、减少出血、减轻疼痛等方面具有明显效果^[37-41]。

4.3.2.1 气虚血瘀证

治法:益气化瘀,杀胚消癥。推荐基础方药:生化汤合补中益气汤加减。

4.3.2.2 气滞血瘀证

治法:疏肝理气,活血祛瘀,消癥散结。推荐基础方药:生化汤合血府逐瘀汤加减。

4.3.2.3 瘀热互结证

治法:化瘀清热,祛瘀消癥。推荐基础方药:生化汤合五味消毒饮,并加大血藤、贯众、马齿苋、益母草、甘草。

4.3.2.4 随证加减

小腹冷痛或绞痛严重者,可加小茴香、细辛、吴茱萸、乌药等,以温经散寒;小腹冷痛且喜暖、喜按者,可加炮姜、肉桂、炮附子等,以温通血脉;胸胁胀满、情绪郁结者,可加郁金、香附、柴胡,以疏肝理气;食欲不振者,可加鸡内金、木香、砂仁,以强化脾胃功能、增进食欲;腰腿酸软者,可加川牛膝、续断、杜仲,以补肾壮腰。若RPOC滞留时间较长,组织已经机化,可加鳖甲、三棱、莪术等,以软坚散瘀生新;血清HCG水平偏高或下降缓慢者,可加红花、桃仁、紫草、天花粉、全蝎、蜈蚣等,以消除胚胎残留。

4.3.3 西药治疗

可用于治疗RPOC的西药主要包括米索前列醇、米非司酮及促进子宫收缩类药物等。

4.3.3.1 米索前列醇

研究表明,米索前列醇有助于缩短RPOC消退时间^[42-43]。作为广泛应用的治疗RPOC药物之一,米索前列醇的通常用法:单次使用400 μg,经阴道或舌下给药;或单次服用600 μg;或每4 h重复使用400 μg,经阴道或舌下给药,共2次。

4.3.3.2 米非司酮

每次25~50 mg,日1次或2次,总剂量不超过200 mg,可与米索前列醇、催产素或中药结合使用。

4.3.3.3 子宫收缩促进剂

通过静脉注射或肌肉注射给药,使用稀释后的催产素10单位。

专家共识:进行药物治疗前需严格筛查适应证及禁忌证,以防患者在治疗期间出现急症。西药治疗RPOC以杀胚、促进宫缩为主,中药治疗RPOC以杀胚消癥为主,辅以益气、理气、清热等药物辨证治疗。(推荐级别:2A级)

4.4 手术治疗

若患者阴道出血时间长或出血量大、保守治疗失败、手术意愿强,则采用手术治疗。在保守治疗期间出现以下情况亦需要进行手术治疗。①阴道不规则出血量显著高于平时月经血量;②患者感染风险高;③经过两周药物保守治疗后,如果仍然无法排除绒毛残留,或者患者在月经后通过彩色超声检查发现宫腔内仍有妊娠残留物;④患者对药物有严重过敏反应,无法继续进行药物治疗。

4.4.1 术前准备

①当超声提示RPOC血流异常丰富时,可选用米非司酮(25~50 mg/d)连续口服,待RPOC周围血流减少或消失、血清HCG水平下降再行手术治疗;②合并胎盘粘连或植入、血流极丰富者建议行双侧UAE后24~72 h行宫腔镜手术治疗;③一般以超声监视的方式进行手术监护,如果病情需要,也可进行腹腔镜监视;④宫颈预处理;⑤在手术前,必须与患者充分沟通手术风险,特别是对有胎盘粘连或植入情况的患者,需要明确告知可能存在过度水化综合征和子宫穿孔的风险,术后可能出现IUA、月经量减少甚至闭经,以及可能需要二次手术。

研究发现,中医疗法(包括情志疗法、耳穴压豆、针刺等)在缓解术前焦虑情绪方面具有独特的优势,能起到明显的镇静作用^[44-48]。医师要及时发现患者

的情绪状态,洞悉负面情绪的起因,在术前有针对性地进行开导、劝慰;同时注重术前宣教的有效性,力图解除患者顾虑;此外,可以考虑联合应用耳穴压豆疗法(推荐取穴:神门、心、肾、内分泌和交感)^[49]、颊针^[50-51]、针刺安神定志穴位(推荐取穴:内关、厥阴俞、印堂、神庭、百会、心俞)^[52]发挥镇静安神和辅助治疗作用。

4.4.2 手术方案的选择

4.4.2.1 刮宫或负压吸宫术

在超声引导下进行的刮宫或负压吸宫术是治疗RPOC最常采用的外科手段。由于这些手术的局灶性质和手术过程的不可见性,存在清宫不完全的风险。有研究表明,常规刮宫术后妊娠组织未完全清除的比例为20.8%^[53],特别是在子宫角有残留妊娠物质或存在子宫畸形的情况下,失败率会显著上升。此外,刮宫或负压吸宫术可能会损伤RPOC周围的正常子宫内膜组织,严重时可能导致IUA甚至阿谢曼综合征。Westendorp等^[54]发现,在自然分娩后因RPOC接受两次刮宫术的患者中,40%出现了IUA,其中30%为严重的IUA。

4.4.2.2 宫腔镜手术

相比传统的刮宫或负压吸宫术,宫腔镜手术具有操作简便、创伤较少、恢复迅速等优势,是目前治疗RPOC的首选手术方法^[55-59]。宫腔镜下对RPOC精准刨削或/和电切,尤其适宜于特殊部位残留或合并宫腔异常(粘连或畸形)者。

由于RPOC患者多为生育期女性,治疗中应兼顾保护患者的生育力。宫腔镜手术治疗RPOC的优势在于精准切除残留物,保留子宫内膜的完整性,从而降低炎症、瘢痕和IUA形成的风险。Rein等^[60]的研究结果显示,宫腔镜切除术后妊娠率(78%)明显高于刮宫或负压吸宫术后妊娠率(67%)。一项系统性综述也报道,宫腔镜术后IUA发生率(13%)低于刮宫术后IUA发生率(30%)^[55]。Golan等^[61]报道159例RPOC患者宫腔镜术后月经正常率为100%。Wagenaar等^[55]的系统综述显示,超声引导下刮宫术治疗RPOC后IUA的发生率(29.6%)明显高于宫腔镜术后IUA的发生率(12.8%)。

目前宫腔镜治疗RPOC手术技术包括宫腔镜直视下冷刀器械夹取、宫腔镜电动刨削术(IFS)、宫腔镜电切等。冷刀器械夹取或IFS对子宫内膜损伤最

小,但止血效果差,IBS还可避免术中宫腔镜器械反复进出宫腔。根据相关研究,使用Bigatti宫腔镜刨削系统彻底清除残留胚胎组织所需的手术时间相对较短,且对子宫内膜损伤较小^[62]。宫腔镜电切的优势在于术中可以止血,并可同时处理IUA,但对操作者技术要求较高,且其保护子宫内膜的效果较冷刀器械夹取和IBS差。有研究观察了宫腔镜下电切与IBS切除RPOC对生殖结果和后续妊娠率的影响,如Van等^[63]在随机对照试验中比较了IBS切除RPOC患者和宫腔镜电切除RPOC患者的后续生殖结局,结果显示,IBS组活产率为88.9%,宫腔镜电切组活产率为68.2%,IBS组的中位妊娠时间为14周,宫腔镜电切组为15周。

临床应根据患者具体情况选择合适的宫腔镜手术方式。当RPOC血运丰富时,建议使用宫腔镜电切,以便必要时电凝止血。其他患者均建议采用机械方式去除组织,尤其是当残留团块较大时,可用卵圆钳夹除大块组织,取出大块组织后可选取冷刀器械夹取或IBS去除剩余组织,此方法能有效减少手术所需时间,并降低过度水化综合征发生风险。当RPOC牢固粘连于子宫肌层或出血影响视觉效果时,方可考虑使用双极电器械,以减少子宫内膜损伤。

门诊宫腔镜(OH)是基于小直径宫腔镜器械(通常3.5 mm或5.5 mm),在没有麻醉的情况下,使用宫腔镜剪刀、抓握钳或刨削系统切除RPOC。其优点在于患者无需经历全身麻醉和宫颈扩张,也无需住院治疗,术后即可立即恢复日常活动。但当RPOC体积较大、血供充足,且疑似存在侵入性胚胎组织残留时,不建议采用OH(吸宫术)。

Mohr-Sasson等^[64]的回顾性研究显示,当RPOC直径 <2 cm时,手术宫腔镜与门诊宫腔镜切除的成功率相近,当RPOC直径 >2 cm时,手术宫腔镜切除成功率较高。Raz等^[3]回顾了119例接受宫腔镜治疗的RPOC患者(RPOC直径 ≤ 2 cm)的资料,认为当RPOC直径 ≤ 2 cm时可选择门诊宫腔镜和手术室宫腔镜切除。根据上述研究结果,门诊宫腔镜可能是治疗直径 ≤ 2 cm RPOC的首选方式。

宫腔镜手术的应用原则为急诊情况立即手术、非急诊情况择机手术。与早中期妊娠相关的RPOC应尽早通过手术清除,以降低出血风险、预防IUA。妊娠晚期相关RPOC不合并阴道大出血和明显感染

者,可适当等待,促进子宫复旧,应用雌激素软化残留胎盘组织,松解胎盘与宫壁粘连,创造宫腔镜手术条件,可于术前1~3 d开始给予戊酸雌二醇片(每次3 mg,日2次),至术后28 d。术后28 d中的最后6 d,加用地屈孕酮诱导撤退性出血。宫腔镜手术前应全面检查,了解RPOC所在部位,如RPOC较大,需要大外径宫腔镜并完善术前宫颈准备。

供血极其丰富的宫角、剖宫产瘢痕部位及胎盘植入的RPOC可导致难以控制的大出血和过度水化综合征等严重并发症,建议由具备丰富宫腔镜手术经验和术后处理经验的医生执行相关手术操作。

4.4.2.3 UAE

UAE不仅是一种诊断方法,还是一种治疗手段,适用于大量且难以控制的出血,给欲保留生育功能的患者提供了保守治疗的机会。研究发现,UAE治疗妇产科大出血的成功率为77%~92%,但需要注意的是,UAE后随着持续时间延长,子宫动脉可能代偿性形成侧支循环,重新建立血运,最终导致栓塞失败或再次出血^[46]。

当UAVF与RPOC共存时,治疗需格外谨慎,避免直接施行刮宫手术,因刮宫手术可能会对UAVF病灶造成损伤,引发致命性大出血。在患者血流动力学不稳定,表现为阴道大量出血且PSV值显著升高的情况下,采用UAE阻断病灶血供成为首要治疗方案。在UAE治疗结束后,可以通过宫腔镜手术进行高精度RPOC病灶切除。Gao等^[20]观察了48例采用不同方法(保守治疗、刮宫术、宫腔镜手术、UAE等)治疗的RPOC合并UAVF患者,结果提示,UAE是一种安全有效的治疗UAVF合并RPOC的方法,也是血流动力学不稳定患者的优选治疗方案。对血流动力学稳定的RPOC合并UAVF患者进行刮宫术和宫腔镜手术是安全有效的,宫腔镜切除UAVF-RPOC已被证明是一种安全有效的方法,且其能显著降低IUA发生风险。Shitanaka等^[16]认为,对于血流动力学稳定的UAVF合并RPOC患者(妊娠 <22 周),保守治疗也是一种可行选择。

专家共识:RPOC的治疗方案需根据患者阴道出血情况、有无感染、盆腔超声结果以及血清HCG水平等因素确定。当患者阴道出血量较少、无感染迹象且盆腔超声显示RPOC小、无血流信号时,可选择保守治疗。若患者阴道出血时间长或出血量大、保守

治疗失败、手术意愿强,则采用手术治疗,其中超声引导下的宫腔镜手术是首选方法,应根据患者情况选择合适的宫腔镜设备,并由经验丰富的医生进行手术操作。(推荐级别:2A级)

4.4.2.4 术后中医药干预

中医药对RPOC患者的术后干预作用主要包括以下两方面。①术后止血:冲任受损导致气不摄血是术后出血的主要原因,治疗应注重益气摄血,辅以化瘀止血法,建议采用举元煎加蒲黄、茜草、三七粉等药物。②预防术后IUA:流产损伤肾精肾气,导致血海空虚,无法滋养子宫内膜,且手术对胞宫冲任造成直接伤害,导致血溢脉外,瘀血阻塞胞脉胞络,因此,术后IUA的主因是肾虚血瘀。治疗原则应为补肾活血、祛瘀生新,推荐采用生化汤加菟丝子、盐续断、女贞子、酒大黄等药物,并可配合针刺(推荐取穴:三阴交、肾俞、血海、关元、子宫等)^[65-66]和耳穴压豆(推荐取穴:内分泌、卵巢、子宫、皮质下、肾、肝、脾等)^[67-68]等方法提升疗效。

专家共识:RPOC手术后的近期及远期并发症会严重影响女性的生育和健康,减少手术创伤、促进子宫内膜修复、预防IUA是术后治疗的重点。结合产后多虚多瘀的病理特点,术后治疗的主要原则是补肾活血、祛瘀生新。(推荐级别:2A级)

4.5 中医外治法

中医独具特色的外治法主要包括针灸、穴位贴敷、耳穴压豆等。研究显示,中医外治法联合中药或西药治疗RPOC可以促进宫缩、镇静止痛、减少出血等,但这些疗效尚需更可靠的循证医学证据支持,因此临床可根据患者病情将中医外治法作为中医或西医治疗的辅助手段。

4.5.1 针灸治疗^[69-73]

合谷、三阴交、中极、子宫、八髎、关元、气海等是针灸治疗RPOC的常用穴位。

4.5.2 穴位贴敷^[25]

制作贴敷物:选择具有促进血液循环、行气和消除瘀血作用的中药,加工成粉末状,均匀混合后,与醋调和至适当稠度;将此混合物平铺在6 cm×7 cm的敷贴上,确保敷贴面积为1 cm×1 cm。

取穴位置:子宫穴(双侧)、关元、气海。

贴敷时间:每次持续贴敷6 h后移除,日1次。

4.5.3 耳穴压豆^[23]

推荐取穴:神门、子宫、耳中、肝、肾、交感、内

分泌。

按压手法:用手指对所取耳穴进行持续3 min的压迫,确保每个穴位接受同等强度的刺激。压迫应持续至耳郭的小血管显现充盈、耳朵表面感觉温暖且伴有轻微痛感为止。患者可每日自行进行3~5次指压操作。在连续贴压5 d后,应手动移除耳豆。

专家共识:作为辅助治疗措施,中医外治法可促进RPOC患者的宫缩,减轻其腹痛、出血等症状,临床可参考应用。(推荐级别:2B类)

5 随访

RPOC整体治疗完成后应定期进行良好的随访,以准确评估整体疗效。建议每周定时对患者的血清HCG水平进行检测,直至患者血清HCG水平连续2次达到正常值;盆腔超声应每2周复查1次,直至无异常;若在随访过程中发现患者再次出现阴道出血增加、不明原因发热或显著腹痛等症状,应及时督促患者尽快就诊。

6 结束语

本共识旨在为RPOC患者提供中西医结合诊治方法,目的是保障患者的健康及良好的妊娠结局。本共识不排除其他组织或个人的声明和意见。

通信作者:师伟,山东中医药大学附属医院,山东 济南 250014,邮箱:sw19781214@163.com;张师前,山东大学齐鲁医院,山东 济南 250012,邮箱:r370112@126.com。

执笔作者(排名不分先后):王雅卓(河北省人民医院)、王玉超(山东中医药大学附属医院)、李雅琳(山东中医药大学)、师伟(山东中医药大学附属医院)、张颐(中国医科大学附属第一医院)、张师前(山东大学齐鲁医院)

参加本共识制订的专家(按姓氏笔画排序):于云海(山东大学第二医院)、王小元(山东第一医科大学第一附属医院)、王玉玲(临沂市中医医院)、王本鹏(枣庄市立医院)、王丽(山东中医药大学附属医院)、王健(枣庄市立医院)、王东梅(山东中医药大学附属医院)、王巧荣(菏泽市中医医院)、王颖梅(天津医科大学总医院)、王莉(山东第一医科大学第一附属医院)、文蕴(河北医科大学第四医院)、付静(聊城市中医医院)、史云(北京中医药大学东直门医院)、齐英华(山东中医药大学附属医院)、师伟(山东中医药大学附属医院)、刘瑞芬(山东中医药大学附属医

院)、刘金星(山东中医药大学附属医院)、刘政(山东中医药大学附属医院)、许天敏(吉林大学第二医院)、孙振高(山东中医药大学附属医院)、连方(山东中医药大学附属医院)、杜惠兰(河北中医药大学)、李芳梅(中国医科大学附属第一医院)、李霞(山东中医药大学)、肖新春(陕西中医药大学附属医院)、邹雪梅(山东中医药大学第二附属医院)、张师前(山东大学齐鲁医院)、张丽娟(山东中医药大学)、张颐(中国医科大学附属第一医院)、张秀荣(山东省妇幼保健院)、陆华(成都中医药大学附属医院)、范江涛(广西医科大学第一附属医院)、赵瑞华(中国中医科学院广安门医院)、郑晶(烟台市中医医院)、胡永学(博兴县人民医院)、袁超(泰安市中医二院)、徐慧军(青岛市中医医院)、高雪(淄博市中医医院)、蔡平平(山东第一医科大学附属省立医院)、魏延菊(潍坊市中医院)

本共识整理秘书:吴奇(山东中医药大学)、杨泊娇(山东中医药大学)、刘琼华(山东中医药大学)

利益冲突:所有作者均声明不存在利益冲突

[参考文献]

- [1] BORTOLETTO P, ROMANSKI P A, SCHATZ-SIEMERS N, et al. Retained products of conception as an aetiology for endometritis[J]. BJOG, 2022, 129(2): 185-187.
- [2] SMORGICK N, SEGAL H, EISENBERG N, et al. Serum β -HCG level in women diagnosed as having retained products of conception: a prospective cohort study[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2022, 29(3): 424-428.
- [3] RAZ N, SIGAL E, GONZALEZ ARJONA F, et al. See-and-treat in-office hysteroscopy versus operative hysteroscopy for the treatment of retained products of conception: a retrospective study[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2022, 48(9): 2459-2465.
- [4] LEVINSOHN-TAVOR O, SHARON N Z, FELDMAN N, et al. Managing patients with suspected postpartum retained products of conception using a novel sonographic classification [J]. Acta Radiol, 2022, 63 (3) : 410-415.
- [5] GRANFORS M, SANDSTRÖM A, STEPHANSSON O, et al. Placental location and risk of retained placenta in women with a previous cesarean section: a population-based cohort study[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2020, 99(12): 1666-1673.
- [6] 汤若楠, 张琬琳, 肖西峰, 等. 脂肪干细胞治疗宫腔粘连的研究进展[J]. 生殖医学杂志, 2023, 32(9): 1446-1450.
- [7] VELEBIL P, HYMPANOVA L H, HERMAN H, et al. Retained products of conception - a retrospective analysis of 200 cases of surgical procedures for the diagnosis of residua postpartum[J]. Ginekol Pol, 2023, 94(12): 967-971.
- [8] YAGUR Y, JURMAN L, WEITZNER O, et al. Ultrasound for diagnosis of postpartum retained products of conception-How accurate we are? [J]. BMC Pregnancy Childbirth, 2023, 23(1): 572.
- [9] DURFEE S M, FRATES M C, LUONG A, et al. The sonographic and color Doppler features of retained products of conception[J]. J Ultrasound Med, 2005, 24(9): 1181-1186, 1188-1189.
- [10] PATHER S, FORD M, REID R, et al. Postpartum curettage: an audit of 200 cases [J]. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2005, 45(5): 368-371.
- [11] TOHMA Y A, DILBAZ B, EVLIYAOĞLU Ö, et al. Is ultrasonographic evaluation essential for diagnosis of retained products of conception after surgical abortion? [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2016, 42(5): 489-495.
- [12] WONG S F, LAM M H, HO L C. Transvaginal sonography in the detection of retained products of conception after first-trimester spontaneous abortion [J]. J Clin Ultrasound, 2002, 30(7): 428-432.
- [13] HAMEL C C, VAN WESSEL S, CARNEGIE A, et al. Diagnostic criteria for retained products of conception - a scoping review [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2021, 100(12): 2135-2143.
- [14] ALCÁZAR J L, BALDONADO C, LAPARTE C. The reliability of transvaginal ultrasonography to detect retained tissue after spontaneous first-trimester abortion, clinically thought to be complete [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 1995, 6(2): 126-129.
- [15] ALONSO PACHECO L, TIMMONS D, SAAD NAGUIB M, et al. Hysteroscopic management of retained products of conception: a single center observational study [J]. Facts Views Vis Obgyn, 2019, 11(3): 217-222.
- [16] SHITANAKA S, CHIGUSA Y, KAWAHARA S, et al. Conservative management for retained products of conception after less than 22 weeks of gestation[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2020, 46(10): 1982-1987.
- [17] EL-BARADIE S M Y, EL-SAID M H, RAGAB W S, et al. Endometrial thickness and serum beta-hCG as predictors of the effectiveness of oral misoprostol in

- early pregnancy failure [J]. *J Obstet Gynaecol Can*, 2008,30(10):877-881.
- [18] 张巧,张师前,周丹,等. 早期妊娠相关子宫动静脉瘘诊治的中国专家共识(2022年版)[J]. *中国实用妇科与产科杂志*,2022,38(3):284-289.
- [19] HAN L,SHI G,ZHENG A,et al. Hysteroscopy for retained products of conception:a single-institution experience[J]. *BMC Womens Health*,2023,23(1):25.
- [20] GAO F,MA X,XU Y,et al. Management of acquired uterine arteriovenous malformations associated with retained products of conception [J]. *J Vasc Interv Radiol*,2022,33(5):547-553.
- [21] DAMIANI G R,DI GENNARO D,VIMERCATI A,et al. Office intrauterine morcellation for retained products of conception[J]. *Minim Invasive Ther Allied Technol*, 2023,32(6):323-328.
- [22] 李雨霄. 加減血府逐瘀汤治疗药物流产不全的临床疗效研究[D]. 保定:河北大学,2023.
- [23] 杨银. 中药联合耳穴压豆治疗药流后阴道流血的临床观察[D]. 南昌:江西中医药大学,2023.
- [24] 叶智. 加味下瘀血汤治疗瘀阻胞宫型药流不全的临床疗效观察[D]. 杭州:浙江中医药大学,2022.
- [25] 靖学锋. 内服中药联合穴位贴敷治疗产后胎膜残留的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学,2019.
- [26] 范晓艳. 自拟血竭逐瘀缩宫汤治疗药物流产后宫腔残留的疗效观察[D]. 杭州:浙江中医药大学,2023.
- [27] 刘羽,靳琳. 中药治疗失血性休克的体会[J]. *北京中医药大学学报*,2003,26(2):70.
- [28] 邓志杰,董子洵,刘家伟,等. 参附注射液综合评价研究[J]. *中国临床药理学杂志*,2023,39(24):3682-3692.
- [29] 国家中医心血管病临床医学研究中心,中国医师协会中西医结合医师分会,《生脉类注射剂临床应用中国专家共识》编写组. 生脉类注射剂临床应用中国专家共识[J]. *中国中西医结合杂志*,2020,40(12):1430-1438.
- [30] 邢庆昌,张立俭,胡森. 中医药治疗失血性休克的研究述评[J]. *中医学报*,2011,26(6):730-732.
- [31] 曹小丽. 针刺合谷、三阴交、太冲对初产妇产程影响的临床研究[D]. 兰州:甘肃中医药大学,2023.
- [32] 韦柳溢,郝二伟,侯小涛,等. 薏苡附子败酱散的临床应用与药理作用研究进展[J]. *中国中药杂志*,2023,48(18):4893-4901.
- [33] TAKAHASHI H,OHASHI M,BABA Y,et al. Conservative management of retained products of conception in the normal placental position:a retrospective observational study[J]. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2019,240:87-92.
- [34] FORESTE V,GALLO A,MANZI A,et al. Hysteroscopy and retained products of conception:an update[J]. *Gynecol Minim Invasive Ther*,2021,10(4):203-209.
- [35] GREWAL K,AL-MEMAR M,FOURIE H,et al. Natural history of pregnancy-related enhanced myometrial vascularity following miscarriage [J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*,2020,55(5):676-682.
- [36] 中华医学会儿科学分会. 不全流产保守治疗专家共识[J]. *中华生殖与避孕杂志*,2019,39(5):345-348.
- [37] 曾令芳,陈敏,吴玮,等. 桂枝茯苓胶囊联合戊酸雌二醇治疗产后胎盘残留临床研究[J]. *中华中医药学刊*, 2023,41(5):62-66.
- [38] 方鸿浩,黄楠,陈香军. 加味复方生化汤联合缩宫素对产后胎盘胎膜小部分残留患者产后出血量、子宫复旧及残留物变化的临床疗效观察[J]. *中华中医药学刊*, 2023,42(3):235-238.
- [39] 薛淑文. 加味生化汤联合米非司酮治疗产后胎盘残留93例临床观察[J]. *湖南中医杂志*,2022,38(2):10-13.
- [40] 张玉霞. 米非司酮与复方中药联合米非司酮在人工流产后宫腔残留的临床效果对比分析[J]. *中医临床研究*,2019,11(6):134-136.
- [41] 胡晓丹. 补脾益肾调经汤治疗人流术后子宫内膜修复的临床疗效研究[D]. 南宁:广西中医药大学,2024.
- [42] BEAMAN J,PRIFTI C,SCHWARZ E B,et al. Medication to manage abortion and miscarriage[J]. *J Gen Intern Med*,2020,35(8):2398-2405.
- [43] HENKEL A,SHAW K A. Advances in the management of early pregnancy loss[J]. *Curr Opin Obstet Gynecol*,2018,30(6):419-424.
- [44] 王亮,曾玉,孙萌. 中医护理在缓解子宫全切患者术前焦虑中的应用观察[J]. *光明中医*,2020,35(4):603-605.
- [45] 黄媛,胡佩欣,钟淑琴,等. 耳穴压豆缓解围手术期患者焦虑作用的Meta分析[J]. *广州中医药大学学报*,2023,40(3):769-776.
- [46] BAE H,BAE H,MIN B I,et al. Efficacy of acupuncture in reducing preoperative anxiety:a meta-analysis[J]. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2014, 2014: 850367.
- [47] 梁花花,王亚军. 近10年国内外针刺治疗焦虑症研究进展[J]. *中华中医药杂志*,2019,34(3):1131-1133.
- [48] 卫勇平,张静喆. 中医药疗法在术前焦虑治疗中的应用评价[J]. *上海中医药杂志*,2012,46(6):3-5.
- [49] 王丹丹,李紫红,聂诗龙. 耳穴压豆缓解手术患者术前焦虑的临床观察[J]. *内蒙古中医药*,2023,42(11):90-

- 92.
- [50] 陈雄为,王萍,林江海,等. 颊针疗法在经皮椎体成形术术前镇痛中的应用研究[J]. 浙江中医杂志,2024,59(2):173-174.
- [51] 张倩,张旭东,苏帆. 颊针于围手术期的应用[J]. 光明中医,2023,38(18):3676-3679.
- [52] 山东中西医结合学会妇科肿瘤专业委员会,山东中西医结合学会麻醉与镇痛专业委员会. 妇科围手术期加速康复的中西医治疗专家共识[J]. 山东中医杂志,2021,40(6):543-551.
- [53] COHEN S B, KALTER-FERBER A, WEISZ B S, et al. Hysteroscopy may be the method of choice for management of residual trophoblastic tissue[J]. J Am Assoc Gynecol Laparosc, 2001, 8(2): 199-202.
- [54] WESTENDORP I C, ANKUM W M, MOL B W, et al. Prevalence of Asherman's syndrome after secondary removal of placental remnants or a repeat curettage for incomplete abortion [J]. Hum Reprod, 1998, 13 (12) : 3347-3350.
- [55] WAGENAAR L P, HAMERLYNCK T W, RADDER C M, et al. Hysteroscopic morcellation vs. curettage for removal of retained products of conception: a multicenter randomized controlled trial [J]. Fertil Steril, 2023, 120(6): 1243-1251.
- [56] NIR A, MOR M, YEKUTIEL M, et al. Postpartum retained products of conception: Is it possible to avoid postpartum curettage? [J]. Int J Gynecol Obstet, 2022, 156(2): 231-235.
- [57] HOOKER A B, AYDIN H, BRÖLMANN H A M, et al. Long-term complications and reproductive outcome after the management of retained products of conception: a systematic review [J]. Fertil Steril, 2016, 105 (1) : 156-164.
- [58] BEN-AMI I, MELCER Y, SMORGICK N, et al. A comparison of reproductive outcomes following hysteroscopic management versus dilatation and curettage of retained products of conception [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2014, 127(1): 86-89.
- [59] CAPMAS P, LOBERSZTAJN A, DUMINIL L, et al. Operative hysteroscopy for retained products of conception: efficacy and subsequent fertility [J]. J Gynecol Obstet Hum Reprod, 2019, 48(3): 151-154.
- [60] REIN D T, SCHMIDT T, HESS A P, et al. Hysteroscopic management of residual trophoblastic tissue is superior to ultrasound-guided curettage [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2011, 18(6): 774-778.
- [61] GOLAN A, DISHI M, SHALEV A, et al. Operative hysteroscopy to remove retained products of conception: novel treatment of an old problem [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2011, 18(1): 100-103.
- [62] ANSARI S H, BIGATTI G, AGHSSA M M. Operative hysteroscopy with the Bigatti shaver (IBS ®) for the removal of placental remnants [J]. Facts Views Vis Obgyn, 2018, 10(3): 153-159.
- [63] VAN WESSEL S, CORYN N, VAN VLIET H, et al. Reproductive and obstetric outcomes after hysteroscopic removal of retained products of conception [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2020, 27(4): 840-846.
- [64] MOHR-SASSON A, GUR T, MEYER R, et al. Office operative hysteroscopy for the management of retained products of conception [J]. Reprod Sci, 2022, 29 (3) : 761-767.
- [65] 何小赞. 针药联合雌孕激素序贯疗法对宫腔粘连术后患者子宫内膜的修复作用[J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(3): 186-187.
- [66] 刘桂香,熊娟,俞瑞琥. 针药结合联合雌孕激素序贯疗法预防宫腔粘连分解术后再粘连临床观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2017, 36(5): 49-52.
- [67] 孙爽. 滋肾祛瘀养膜方联合耳穴压豆防治宫腔粘连(肾虚血瘀证)术后再复发的临床研究[D]. 沈阳:辽宁中医药大学, 2023.
- [68] 唐诗,邢艺璇,吴阳,等. 尤昭玲宫腔粘连-求子临证认知与诊疗策略[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1): 256-259.
- [69] 刘桓均,朱美琴,唐凤秀,等. 针灸联合米非司酮治疗宫内组织物残留临床研究[J]. 四川中医, 2022, 40(4): 194-197.
- [70] 王嫻. 电针八髎在妇产科中的应用进展[J]. 中国医疗器械信息, 2021, 27(14): 33-34, 128.
- [71] 陈玲. 生化汤加减联合温针灸对流产后宫腔残留患者宫内组织残留物及宫腔容积复旧的影响[J]. 江西中医药, 2023, 54(8): 54-57.
- [72] 苏文武,招敏虹,潘清洁,等. 电针八髎穴对不全流产清宫术后宫内组织物残留及宫腔容积复旧的影响[J]. 中国针灸, 2021, 41(8): 871-875.
- [73] 陈嫻. 低频电刺激联合补肾活血丸对人工流产术后子宫复旧的影响[D]. 南昌:江西中医药大学, 2021.