

剖宫产瘢痕妊娠 17 例的诊治分析

凌 丹, 赵仁峰

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院妇科

作者简介: 凌 丹(1974-), 女, 硕士研究生, 副主任医师, 研究方向: 妇科肿瘤和盆底功能障碍性疾病的诊治。E-mail: lingdanm@126.com

[摘要] 目的 探讨适宜剖宫产瘢痕妊娠(CSP)的治疗方案。方法 回顾性分析该院 17 例 CSP 患者的临床特点。结果 17 例患者均有停经史, 10 例患者均有停经后阴道流血史; 3 例在确诊前行人工流产, 2 例行药物流产, 此 5 例患者均因术后阴道流血淋漓不净而入院治疗; 5 例入院诊断明确。本组 17 例全部治愈出院, 住院时间平均(5.6 ± 1.1)d。结论 CSP 临床易误诊, 对有剖宫产手术史的患者, 应结合临床症状、体征和辅助检查作出早期诊断, 根据患者实际情况予以不同的治疗方案。

[关键词] 剖宫产瘢痕妊娠; 治疗

[中图分类号] R 714 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2014)02-0128-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2014.02.11

The treatment experience of 17 cases of cesarean scar pregnancy LING Dan, ZHAO Ren-feng. Department of Gynecology, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To explore the suitable treatment plan of cesarean scar pregnancy(CSP). **Methods** Clinical features of 17 patients of CSP patients in our hospital were retrospectively analyzed. **Results** There were 17 patients with postmenopausal history, 10 patients with postmenopausal vaginal bleeding history, 3 patients received artificial abortion before diagnosis, 2 patients received drug abortion, these 5 patients received hospitalization treatment because of postoperative vaginal bleeding, 5 patients were diagnosed. All of the 17 cases were cured, the average duration of hospitalization was (5.6 ± 1.1)d. **Conclusion** CSP is easy to misdiagnosis in clinic, for patients with cesarean section operation history, it should be necessary to combine the symptoms with signs and auxiliary examination to make an early diagnosis, and treatment plan according to the actual situation of different patients.

[Key words] Cesarean scar pregnancy; Treatment

剖宫产瘢痕妊娠(CSP)是妊娠着床于前次剖宫产瘢痕处,是一种非常罕见的异位妊娠,剖宫产后瘢痕处妊娠的发生率目前已达 $1/1800 \sim 1/2216^{[1]}$ 。如不及时诊治,胎盘绒毛可植入子宫肌层,甚至穿透肌层,引起瘢痕妊娠部位子宫穿孔或破裂,造成腹腔内大出血,严重危及患者生命。笔者对本院 17 例 CSP 患者的临床资料进行分析总结,探讨瘢痕子宫妊娠的临床特点和最佳治疗方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 17 例患者,年龄 25~43 岁,有 1 次剖宫产史者 15 例,2 次剖宫产史者 3 例,方式均为下段横切口。剖宫产手术距本次妊娠时间为 $0.5 \sim 15(3.2 \pm 1.1)$ 年。

1.2 临床表现 17 例均有停经史,停经时间 36~100 d。3 例在未明确诊断前行人工流产,2 例行药物流产,此 5 例患者均因术后阴道流血淋漓不净, B 超提示宫内胚胎残留而入院治疗。

1.3 诊断 入院时血 β -HCG 最低为 201 IU/L, 最高为 98 715.9 U/L。17 例均符合 CSP 超声诊断标准。超声 CSP 的诊断标准为^[2]: 子宫腔内未见孕囊,附件无包块。宫体正常大小或稍大,宫体内膜线清晰,宫体下段膨大,子宫前壁下段剖宫产切口瘢痕处肌层凹陷或中断,局部可见妊娠物包块,包块回声可表现为三种类型:(1)高回声型:瘢痕处见不均质高回声,与子宫壁分界不清,内部有蜂窝状或不规则液性暗区。(2)无回声型:瘢痕处见无回声区,无回声区周围回声较强,与子宫壁分界欠清。(3)孕囊型:瘢痕处见孕囊,孕囊内可见卵黄囊,或可见胚芽及原始心管搏动。

1.4 治疗方法 本组共有 4 例患者施行经腹子宫切开妊娠物取出术及子宫瘢痕修补术,5 例在 B 超定位引导下行刮宫术,3 例在宫腔镜引导下行刮宫术,1 例予联合治疗,2 例行子宫动脉栓塞,2 例行子宫全切术(其中 1 例行子宫动脉栓塞后第 6 天因大

出血而行子宫切除术;1 例行刮宫术中大出血后行全子宫切除术)。

2 结果

本组 17 例全部治愈出院,住院时间为(5.6 ± 1.1)d。

3 讨论

3.1 CSP 病因 剖宫术后子宫瘢痕妊娠病因尚不明确,多数学者认为其发病机制可能是由于剖宫产术切口瘢痕宽大、炎症感染,内膜修复不全形成与宫腔相通的窦道或裂隙,再次妊娠时受精卵在此裂隙着床等有关,滋养细胞直接侵入此处的子宫肌层,并不断生长,绒毛与子宫肌层粘连植入,甚至穿透子宫肌层,因此处缺乏肌纤维,不能有效止血,易发生难以控制的大出血^[3,4]。

3.2 CSP 治疗 目前尚无统一的治疗方案,确诊愈早,治疗愈及时,预后愈好。治疗方法主要有超声或者宫腔镜的引导下行刮宫术、开腹手术治疗、子宫动脉栓塞及联合治疗。对于 CSP 的治疗方案要根据患者的病情:包括病灶部位,彩超中孕囊或者包块的大小及其侵入子宫肌壁的深浅,孕囊或者包块离膀胱的厚度,血 β -HCG 值高低等决定。笔者将我院治疗 CSP 的几种方法介绍如下:(1)刮宫术:当妊娠或者妊娠包块 ≤ 7 孕周,其距离子宫浆肌层 ≥ 3.5 mm 时,或者妊娠或者妊娠包块侵入子宫肌层的部位浅,仅部分粘附于剖宫产瘢痕处,可在超声监测下或宫腔镜辅助下行刮宫术,在刮宫过程中用催产素静脉滴注。本组有 5 例在 B 超定位引导下行刮宫术,3 例宫腔镜引导下行刮宫术,均取得良好的效果。①腹部超声监测下刮宫术:术者术中超声测量孕囊或妊娠包块与子宫前壁浆膜的最短距离,边吸宫边观察孕囊或包块情况,如发现前壁包块随吸头吸附内凹明显时,为防止子宫穿孔,立即停止操作。②宫腔镜定位下刮宫术:其优点是能直视妊娠组织所在的部位,减少盲目刮宫引起的大出血,避免损伤宫腔的其他部位,术中可采用机械性搔刮术、卵圆钳钳夹或电极电切等去除妊娠病灶,并可同时电凝止血,宫腔镜术后还可直视宫腔内是否有组织残留。(2)开腹手术:本组共有 4 例患者施行经腹子宫切开妊娠物取出术及子宫瘢痕修补术。如术前超声见病灶较大、与子宫壁分界欠清且病灶与膀胱间子宫肌层菲薄,应尽早开腹行 CSP 病灶楔形切除术加子宫修补术。因此类患者若行刮宫术,极易引起子宫穿孔,甚至膀胱损伤。术中有的患者膀胱局部与子宫前壁致密粘连,分离过程容易渗血,故应当小心操作,可在

分离面细线缝扎后填塞明胶海绵。(3)子宫切除术:全子宫切除术对于无生育要求或在紧急情况下大出血,为了保全生命而实施全子宫切除术,一般情况下尽量保留子宫。我院 17 例患者有 2 例行全子宫切除术,其中 1 例行子宫动脉栓塞后第 6 天因大出血而行子宫切除术,考虑是栓塞的栓子脱落后子宫血供又恢复导致大出血,1 例是行刮宫术中大出血,经保守治疗,按摩子宫,静脉用催产素静滴无效和止血药无效,行全子宫切除术。(4)子宫动脉栓塞:子宫动脉栓塞快速止血后 24 ~ 48 h 后再行清宫术。本组共有 2 例采用子宫动脉栓塞,栓塞子宫动脉以减少子宫出血,使瘢痕妊娠病灶缺血缺氧坏死。因子宫动脉栓塞花费较大,且对设备和医师技术水平要求高,故我院采用子宫动脉栓塞治疗 CSP 的例数较少,其疗效有待观察。(5)联合治疗:针对瘢痕妊娠中的稽留流产患者,可采用药物流产术(米非司酮加米索前列醇),术后加用甲氨蝶呤 50 mg 分两侧臀部肌注。药物治疗机理是通过药物抑制滋养细胞生长,杀死胚胎,最后使胚胎逐渐吸收,从而达到治疗效果^[5]。本组有 1 例稽留流产患者采用该方法,因在 B 超定位下行清宫术,术中发现胚胎与子宫肌层机化粘连,不易清出,吸宫时吸头吸附内凹明显时,为防止子宫穿孔,及时停止操作,并于术后加用甲氨蝶呤 50 mg 臀部肌注杀胚治疗,术后复查 B 超无宫内残留,血 β -HCG 下降满意。

3.3 回顾我院 17 例 CSP 患者的临床资料表明,对于既往有剖宫产病史,再次妊娠后应尽早按常规行彩色 B 超检查,一经确诊为 CSP,应尽早住院治疗。在备血及作好开腹准备情况下根据患者的不同病情,选择适宜的治疗方式。CSP 如果能在妊娠早期诊断并及时终止妊娠,可以有效地避免子宫穿孔、子宫破裂甚至子宫切除等严重并发症的发生。

参考文献

- 1 王世闻. 剖宫产疤痕部位妊娠[J]. 实用妇产科杂志, 2009, 25 (4): 1125 ~ 1126.
- 2 杨燕, 柳露, 丁云川, 等. 剖宫产疤痕部位妊娠经阴道彩色多普勒超声图像特征分析[J]. 实用临床医学, 2009, 10(12): 71 ~ 73.
- 3 Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy[J]. BJOG, 2007, 114(3): 253 ~ 263.
- 4 王 玉. 子宫剖宫产疤痕妊娠诊断与治疗进展[J]. 中国医药导报, 2011, 8(20): 7 ~ 9.
- 5 闫士琳. 米非司酮与氨甲蝶呤联合治疗宫外孕观察[J]. 中国医学创新, 2012, 9(27): 34.

[收稿日期 2013-07-23][本文编辑 宋卓孙 蓝斯琪]