

剖宫产瘢痕妊娠临床分析

柏青, 姚伟林, 李寅, 邢小芳, 林美岑, 胡继林
(云南省第三人民医院妇产科, 云南昆明 650011)

[摘要] **目的** 探讨剖宫产术后子宫瘢痕妊娠(CSP)的临床表现、诊断、治疗及预后。**方法** 回顾性分析2008年1月至2012年3月云南省第三人民医院收治的8例剖宫产瘢痕妊娠患者临床资料。**结果** 8例CSP患者中,有6例患者在治疗前经阴道彩色B超确诊,1例术前阴道彩色B超诊断不明确,1例经阴道彩色B超误诊,其在人工流产过程中发生大量出血,行子宫全切手术,8例患者中7例经药物保守治疗(宫颈局部注射MTX+肌肉注射MTX+口服米非司酮治疗)后在超声监测下行清宫术,8例患者最终均治愈出院。**结论** 经阴道彩色多普勒超声检查对剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的早期诊断有重要的价值。不具备子宫动脉栓塞条件的医院,甲氨蝶呤配伍米非司酮辅助治疗下行清宫术为治疗CSP的有效方法。

[关键词] 剖宫产术; 瘢痕妊娠; 诊断; 治疗

[中图分类号] R714.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003-4706(2012)12-0142-03

Analysis of Cesarean Scar Pregnancy

BAI Qing, YAO Wei - lin, LI Yin, XING Xiao - fang, LIN Mei - cen, HU Ji - lin
(Dept. of Gynecology, The Third People's Hospital of Yunnan Province, Kunming Yunnan 650011, China)

[Abstract] **Objective** To discuss the clinical manifestations, diagnosis, treatment and prognosis of cesarean scar pregnancy (CSP). **Method** Eight cases of CSP admitted The Third People's Hospital of Yunnan Province from January 2008 to March 2012 were analyzed retrospectively. **Results** Among the 8 CSP patients, 6 patients were confirmed by color sonography before treatment, 1 patient was not confirmed clearly by color sonography, and 1 patient was misdiagnosed by color sonography, and underwent hysterectomy after occurrence of hemorrhage during abortion. Seven patients in the 8 patients were performed with ultrasound guided curettage after the conservative drug treatment. And in the last, the eight patients were cured and discharged. **Conclusions** Transvaginal color doppler ultrasonography is highly valuable in the diagnosis and differential diagnosis of ectopic pregnancy in previous cesarean section scar. In hospitals without conditions for uterine artery embolization, combination of MTX and Mifepristone is an effective treatment for CSP.

[Key words] Cesarean section; Scar pregnancy; Diagnosis; Treatment

2010年世界卫生组织(world health organization, WHO)的报告指出,中国剖宫产率已达46.2%,是迄今文献报告中剖宫产率最高的国家^[1]。随着剖宫产率增加,其并发症也随着增加。剖宫产瘢痕部妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)于1978年Larsen和Solomon^[2]首次报道后,CSP发病率呈上升趋势。CSP它是指孕囊、绒毛或胚胎着床于子宫下段既往切口瘢痕上,常因术前误诊为宫内早孕行人工流产术或刮宫术时引发阴道出

血。它是剖宫产术后的一种并发症,是异位妊娠中的罕见类型,并非妇产科的常见病^[3]。子宫峡部,是位于子宫颈解剖学内口和组织学内口之间长1cm的部位,当妊娠后子宫峡部因妊娠囊增大,其逐渐拉长,其长度可达到7~10cm,形成子宫下段,而子宫下段剖宫产选择该部位为手术切口位置。当剖宫产手术后,随着子宫的恢复,子宫下段回缩形成子宫峡部,而手术部位形成瘢痕,当妊娠时,胚胎着床于切口部位,即形成子宫切口瘢痕处妊娠。

[作者简介] 柏青(1969~),女,四川成都市人,医学学士,副主任医师,主要从事妇产科临床工作。

因其组织结构及解剖的关系, 若处理不妥, 可能造成难以控制的大出血或子宫瘢痕破裂, 甚至危及生命, 最终导致子宫切除等并发症出现. 现将云南省第三人民医院近年收治的 8 例患者的临床资料分析如下.

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 CSP 患者 8 例, 平均发病年龄为 32.5 岁, 妊娠次数平均 2.8 次 (1~5 次); 均有 1 次剖宫产手术史, 其中 1 人同时有顺产分娩史 1 次. 前次剖宫产手术与发生 CSP 的时间相距平均是 3 a 5 月 (7 月~15 a), 全部患者均有停经史, 平均停经时间为 52 d. 1 例无明显症状, 3 例有下腹隐痛, 7 例患者有阴道流血情况. 对所有患者治疗前均进行血人绒毛膜促性腺激素 β -HCG 检测, 血 β -HCG 明显升高, 平均 6 758 U/L (962~15 000) U/L, 8 例患者中, 有 6 例患者在治疗前经阴道彩色 B 超确诊, 1 例术前阴道彩色 B 超诊断不明确, 1 例经阴道彩色 B 超误诊.

1.2 诊断标准

诊断标准有以下 2 种方法: (1) 同早期宫内妊娠实验室诊断标准; (2) 阴道彩色超声检查: 超声检查简单方便, 是诊断 CSP 最常用的方法. 目前文献报道的大多数 CSP 病例均为经阴道超声 (transvaginal scan, TVS) 检查而确诊, TVS 的诊断敏感度达 86.4%^[4]. CSP 的超声检查诊断标准^[5]为: ①宫腔及宫颈管内未探及妊娠囊; ②妊娠囊或混合性包块位于子宫峡部前壁宫颈内口水平处或既往剖宫产瘢痕处; ③妊娠囊或包块与膀胱之间, 子宫下段前壁肌层变薄或连续性中断; ④彩色多普勒血流成像在妊娠囊滋养层周边探及明显的环状血流信号, 脉冲多普勒表示高速 (峰值流速 > 20 cm/s) 低阻 (搏动指数 < 1) 血流图, 与正常早期妊娠血流图相似; ⑤附件区未探及包块, 直肠子宫陷凹无游离液 (CSP 破裂除外). 目前 MRI 检查由于其分辨率高、多平面成像, 为 CSP 的诊断提供了另外一种无创的检查方法, 但因为其费用高, 不能作为常规检查开展, 所以阴道彩色超声检查仍然不失为诊断 CSP 的简单快捷方法; (3) 手术过程中发现并确诊为 CSP; (4) 经病理组织检查证实为 CSP. 符合以上条件之一者即可确诊^[6].

本组患者 8 例均依据以上标准诊断. 其中 1 例孕 2⁺ 月阴道流血就诊, 诊断为稽留流产, 部分性葡萄胎可能, 因大出血, 复查 B 超明确诊断, 1 例

术前 B 超诊断不明确, 该患者在人工流产术时发生大量出血, 术中 B 超再次诊断, 其他 6 例患者均经阴道彩色 B 超检查符合剖宫产术后子宫瘢痕妊娠诊断标准.

2 结果

明确诊断后, 有 6 例停经、阴道流血患者, 阴道 B 超检查诊断 CSP, 采用 MTX (50 mg/m²) 肌肉注射全身给药, 联合 MTX (20 mg) 宫颈局部注射, 并同时口服米非司酮 100 mg 口服治疗 5 d, 1 周后其中 5 例进行 MTX (20~50 mg) 第 2 次宫颈局部注射, 以上治疗经彩色多普勒超声检查妊娠组织内血流减少, 血 HCG 下降 > 50% 时, 再在腹部超声监测下行清宫术, 6 例均获成功, 成功率 75.00%, 95%CI 为 34.91%~96.81%. 1 例口服药物流产后阴道大量流血, 经促进宫缩, 压迫等方法后才好转, 改行以上方法获成功.

另外 1 例因停经 2⁺ 月, 阴道流血, 误诊为稽留流产, 部分性葡萄胎待排, 行清宫术, 术中大量出血量约 1 000 mL, 再次复查 B 超显示孕囊与膀胱及子宫瘢痕部位肌层已菲薄, 即刻急诊行剖腹探查术, 术中见瘢痕部位无法修补, 伴活动性出血, 出血量较多, 最终行子宫全切术. 术后病理报告: 子宫瘢痕部位穿透性胎盘.

3 讨论

剖宫产疤痕妊娠是一种特殊部位的异位妊娠, 是剖宫产的远期并发症之一, 是异位妊娠中最罕见的一种^[7], CSP 的确切病因及发病机制尚不明确. 有关 CSP 受精卵着床, 最为可能的解释是剖宫产术中损伤子宫内层肌层, 形成与宫腔相通的窦道或细小裂隙, 受精卵通过窦道侵入瘢痕处肌层内种植^[8], Vial 等^[9]依据瘢痕处受精卵种植的深浅, 提出 CSP 分两种类型: 第一型受精卵种植于瘢痕宫腔侧, 妊娠囊向宫腔方向生长, 该类型有可能发育为活胎, 但有子宫破裂、大出血的风险; 第二型受精卵种植于瘢痕处深肌层, 妊娠囊向膀胱、腹腔内方向生长, 该类型在孕早期即可发生子宫破裂. 目前随剖宫产率增加 CSP 的发生率也呈逐年上升趋势, 因 CSP 临床表现不典型, 无特异性, 早期易漏诊误诊, 未及时处理, 妊娠早期即可出现子宫破裂和难以控制的大出血, 甚至需要切除子宫来挽救生命, 丧失生育功能, 对患者的生理及心理上造成了很大的影响. 但随着阴道超声的诊断水平提高使

CSP 能够进行早期诊断, 对治疗该疾病提供很好前提。

而云南省第三人民医院近 3 a 8 例患者中分析就有 7 例属于第一型, 而另 1 例属于第二型, 此型风险更高。笔者目前治疗的基本上以第一型常见, 对于妊娠囊种植不深的采用 MTX, MTX 为最常用最有效的杀胚药物, 研究表明滋养叶细胞对 MTX 高度敏感, 应用 MTX 几分钟后即使滋养叶细胞内的叶酸在无活性的氧化状态下积储, 1~24 h 内抑制细胞内的胸腺嘧啶核苷酸和嘌呤核苷酸的合成致使滋养细胞死亡, 妊娠时滋养细胞处于增殖活跃状态, 对 MTX 的抑制作用更加敏感^[10], 米非司酮是一种新型的孕酮拮抗剂, 具有甾体结构, 在分子水平上与内源性孕酮竞争结合受体, 产生较强的抗孕酮作用, 使妊娠的绒毛组织及蜕膜组织变性, 内源性前列腺素释放, 促使 LH 下降, 黄体萎缩, 从而使依赖黄体发育的胚胎死亡。目前笔者采用 MTX (50 mg/m²) 肌肉注射全身给药, 联合 MTX (20 mg) 宫颈局部注射, 并同时口服米非司酮 100 mg 口服治疗 5 d, 1 周后评估病情必要时进行 MTX (20~50 mg) 第二次宫颈局部注射, 以上治疗后, 复查彩色多普勒超声检查发现妊娠组织内血流明显减少, 血 hCG 下降 >50% 时, 再在腹部超声监测下行清宫术, 7 例均获成功。子宫动脉栓塞术 (UAE) 作为治疗方法虽比较有效, 但由于需要相关科室协助, 使用受局限, 在基层不能普遍开展, 随着内镜技术的普及, 目前对于 CSP 采用宫腹腔镜手术治疗, 特别是对孕囊向肌壁间和膀胱部位生长者, 腹腔镜下 CSP 病灶清除术或宫、腹腔镜监视下清宫术, 创伤小、恢复快, 为 CSP 的手术治疗提供了很好的前景。对于 CSP 患者经保守性药物治疗或手术治疗失败, 有子宫破裂或先兆子宫破裂征象, 不具备宫腔镜腹腔镜技术条件及设备的情况下, 需考虑行开腹病灶切除术或子宫切除术。

综上所述, 笔者认为剖宫产疤痕妊娠是一种特殊部位妊娠, 处理不当后果严重, 必须早期诊断, 而且一经确诊尤其是第二型必须立即终止妊娠。另

一方面从 CSP 发病原因上看, 剖宫产是该病发病重要条件, 故严格掌握剖宫产指征, 降低剖宫产率, 是从根本上减少 CSP 的发生条件。除此以外, 需要加强对 CSP 的认识及对有剖宫产史妇女的孕早期筛查, 做到早期正确诊断与及时处理, 改善患者预后。

[参考文献]

- [1] LUMBIGANON P, LAOPAIBOON M, GULMEZOGLU A - M, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08[J]. *Lancet*, 2010, 375: 490 - 499.
- [2] LARSEN J V, SOLOMON M H. Pregnancy in a uterine Scar sacneculus: all unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report [J]. *South Afr Med J*, 1978, 53: 142 - 143.
- [3] VALLEY M T, PIERCE J G, DANIEL TB, et al. Cesarean scar pregnancy; imaging and treatment with conservative surgery[J]. *Obstet Gynecol*, 1998, 91(5-2): 839 - 840.
- [4] ROTAS M A, HABERMAN S, LEVGUR M. Cesarean ectopic pregnancies: etiology, diagnosis and management [J]. *Obstet Gynecol*, 2006, 107: 1 373 - 1 377.
- [5] JURKOVIE D, HILLABY K, WOELFER B, et al. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment cesarean section Scar[J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2003, 21: 220 - 227.
- [6] ROTAS M A, HABENNAN S T, LEVER M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management [J]. *Obstet Gynecol*, 2006, 107(6): 1 373 - 1 381.
- [7] LARSEN J V, SOLOMON M H. Pregnancy in a uterine scar sacneculus: an unusual case of postabortal hemorrhage [J]. *South Afr Med J*, 1978, 53: 142 - 143.
- [8] FYLSTRA D L. Ectopic pregnancy within a cesarean Scar: a review[J]. *Obstet Gynecol Surv*, 2002, 57: 537 - 543.
- [9] VIAL Y, PETIGNAT P, HOHLFELD P. Pregnancy in a cesarean Scar[J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2000, 16: 592 - 593.
- [10] 林俊. 异位妊娠[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 106 - 123.

(2012-09-24 收稿)