

剖宫产术后疤痕妊娠 19 例临床分析

张镫严, 王 钊, 景秀萍

(玉溪市人民医院妇科, 云南 玉溪 653100)

[摘要] **目的** 探讨剖宫产术后疤痕妊娠的治疗方法. **方法** 回顾性分析 2010 年 1 月至 2012 年 6 月收治的 19 例剖宫产术后疤痕妊娠的临床资料. **结果** 2 例患者行子宫次全切除术, 9 例患者行开腹疤痕妊娠组织剔除术 + 疤痕缺陷修补术, 4 例患者行经超声引导下局部注入甲氨喋呤 + 口服米非司酮治疗, 其余 4 例患者行药物治疗 (甲氨喋呤 + 米非司酮) 联合子宫动脉栓塞术后, B 超引导下吸宫术. **结论** 早期诊断疤痕妊娠, 并对不同类型的病人给予不同的治疗方法, 对保留患者的生育功能, 减轻经济及心理负担有益. 治疗方法的选择主要取决于孕囊与子宫疤痕的关系、血 β -人绒毛膜促性腺激素 (β -HCG) 的值以及妊娠包块的血流情况.

[关键词] 剖宫产后疤痕妊娠; 诊断; 个体化治疗

[中图分类号] R714.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2095 - 610X (2013) 07 - 0086 - 03

Clinical Analysis of 19 Cases with Cesarean Scar Pregnancy

ZHANG Yi - yan, WANG Fang, JING Xiu - ping

(Department of gynecology, The First people's Hospital of Yuxi City, Yuxi Yunnan 653100, China)

[Abstract] **Objective** To explore the methods of treatment for cesarean scar pregnancy. **Methods** The clinical data of 19 cases with cesarean scar pregnancy admitted between January 2010 and June 2012 were analyzed retrospectively. **Results** 2 cases were operated with subtotal hysterectomy; 9 cases received laparotomy treatment of scar tissue excision and neoplasty; 4 cases received local injection with methotrexate (MTX) under the ultrasound guidance, with the addition of mifepristone orally at the same time; 4 cases had the drug treatment (MTX and mifepristone), which was combined with uterine artery embolization, following uterine curettage with ultrasound guidance. **Conclusion** Early diagnosis of scar pregnancy and individual therapy to different patients are beneficial to retain reproductive function and reduce the economic and psychological burden in patients. The choice of treatment depends on the relationship between the gestational sac and the uterine scar, β -HCG of serum and mass of blood flow.

[Key words] Cesarean scar pregnancy; Diagnosis; Individual therapy

剖宫产疤痕部位妊娠 (cesarean scar pregnancy, CSP) 是孕囊着床于前次剖宫产术后疤痕处的一种非常罕见的异位妊娠类型, 占剖宫产后异位妊娠的 6.1%^[1], 其在妊娠过程中易导致子宫破裂、难于控制的大出血等并发症, 甚至可危及患者生命. 目前对该疾病的处理缺乏统一标准. 随着剖宫产率的增长, 危险率有上升趋势, 日益受到临床医师的关注. 回顾分析 19 例收治玉溪市人民医院的子宫疤痕妊娠患者的临床资料, 现报道如下.

1 资料与方法

1.1 一般资料

2010 年 1 月至 2012 年 6 月收治的剖宫产术后疤痕妊娠的病例 19 例, 年龄 23 ~ 38 岁, 平均 (31.6 ± 4.7) 岁; 末次剖宫产距该次妊娠时间 10 月 ~ 15 a, 平均 (5.8 ± 3.9) a, 其中 12 例有 1 次剖宫产史, 7 例有 2 次剖宫产史, 4 例有剖宫产后人工流产史. 剖宫产均为子宫下段横切口.

1.2 临床表现

所有患者都有停经史, 停经时间 35 ~ 81 d, 平均 (56.1 ± 12.6) d. 其中 5 例仅有停经史; 6 例有停经史伴不规则无痛性阴道流血; 2 例有停经史,

[作者简介] 张镫严 (1975 ~), 女, 云南玉溪市人, 医学学士, 主治医师, 主要从事妇产科临床工作.

下腹隐痛伴不规则阴道流血史; 4 例因误诊为宫内早孕而行人工流产术, 术后阴道流血多, 复查 B 超后考虑子宫疤痕妊娠, 其中 2 例伴头昏、乏力、晕厥, 均转入玉溪市人民医院。

1.3 诊断

1.3.1 诊断标准 根据患者停经史, 尿 HCG 阳性及经阴道彩色超声诊断作出诊断, 1997 年 Godin 等^[2]提出了剖宫产疤痕妊娠超声诊断标准: (1) 宫腔内无妊娠依据; (2) 子宫颈管内无妊娠依据; (3) 子宫峡部前壁见孕囊生长发育; (4) 孕囊与膀胱间子宫肌组织有缺陷。B 超诊断往往提示子宫峡部增粗, 前壁膨出, 其内有丰富的血流信号。

1.3.2 血 β -人绒毛膜促性腺激素 (β -HCG) 19 例患者入院时血 β -HCG 水平均升高, 329 ~ 109 627 IU/L, 平均 37 303 IU/L。

1.3.3 经阴道 B 超检查 19 例患者均提示子宫剖宫产切口处见囊实性包块, 直径 2.1 ~ 6.98 mm, 平均 (3.53 ± 1.32) mm, 10 例探及妊娠囊 (其中 4 例探及心管搏动), 其余 9 例提示不规则囊实性回声, 周围血流丰富。包块附着处子宫下段前壁肌层变薄, 最薄处厚为 1.1 ~ 8 mm。

1.4 治疗方法

治疗方法: (1) 药物治疗: 妊娠组织为内生型, 突向宫腔或子宫峡部, 超声引导下子宫疤痕局部注入甲氨喋呤 50 mg, 加米非司酮杀胚治疗; 若 β -HCG 下降不够满意, 1 周后再次全身肌肉注射甲氨喋呤 50 mg, 直到 HCG 下降满意; (2) 选择性子宫动脉栓塞术: 妊娠组织为内生型, 药物治疗同时, B 超检查妊娠物周围血流丰富, 在双侧子宫动脉明胶海绵栓塞 1 周内行清宫术; (3) 手术治疗。方法一: 妊娠组织为外生型, 自肌层向膀胱突出, 周围血流丰富, 子宫峡部肌层组织厚 < 3.0 mm, 估计保守治疗效果不佳, 行经腹疤痕组织切除术; 方法二: 患者大出血, 病灶侵蚀范围较大, 难于保留子宫, 行子宫次全切除术。

2 结果

对不同类型的病人给予不同的治疗方法, 19 例患者有不同的结果: (1) 2 例患者停经 8 ~ 10 周, 人流术后阴道大流血, 入院时伴失血性休克症状, 确诊后立即行剖腹探查术。术中发现子宫峡部破裂, 破口分别为 4 cm、5 cm, 均见绒毛组织, 周围形成血肿直达阔韧带, 病灶侵蚀范围较大, 腹腔内出血分别为 2 000 mL、2 500 mL。两者

均行子宫次全切除术。手术顺利; (2) 6 例停经 7 ~ 9 周, 血 β -HCG > 5 000 IU/L, B 超提示疤痕妊娠。妊娠组织自肌层向膀胱突出, 包块约直径 3.5 ~ 5.5 cm, 周围血流丰富, 子宫峡部肌层组织厚 1.1 ~ 3.0 mm, 估计保守治疗效果不佳, 行经腹疤痕组织切除术。手术顺利, 术中出血约 40 ~ 80 mL。6 例患者术后血 β -HCG 1 月内恢复正常; (3) 6 例停经 6 ~ 9 周, 血 β -HCG > 3 000 IU/L, B 超提示疤痕妊娠, 妊娠组织大部分突向宫腔, 包块直径约 3.0 ~ 4.7 cm, 予超声引导下子宫疤痕局部注入甲氨喋呤 50 mg, 加米非司酮杀胚治疗, 若 β -HCG 下降不够满意, 1 周后再次全身肌肉注射甲氨喋呤 50 mg, 直到 HCG 下降满意。6 例中 3 例 B 超检查妊娠物周围血流丰富, 在双侧子宫动脉明胶海绵栓塞一周内, 复查血 β -HCG > 100 IU/L, B 超监视下行清宫术。手术顺利。另外 2 例经过上述处理血 HCG > 3 000 IU/L, 且包块长大, 突向膀胱, 向患者交代病情后, 改行经腹子宫疤痕妊娠组织剔除术 + 疤痕缺陷修补术。余下 1 例血 β -HCG 下降至 95 IU/L, 未行介入, 在 B 超监视下行清宫术, 术中出血较多, 约 300 mL, 予双腔导尿管气囊压迫, 24 h 后取出, 观察子宫无出血; (4) 4 例患者停经 5 周 ~ 7 周多, 血 HCG < 3 000 IU/L, 子宫峡部组织突向宫腔, 包块直径 2.1 ~ 3.4 cm, 予 B 超引导下子宫疤痕妊娠处局部注入甲氨喋呤 50 mg 加口服米非司酮治疗, 监测血 HCG < 100 IU/L, 向患者交代病情后, 要求出院随访, 出院后血 HCG 7 ~ 10 周后降至正常, 包块 2 ~ 3 个月消失。但其间有不规则少量阴道流血。

3 讨论

剖宫产术后疤痕妊娠是剖宫产术的一种远期并发症, 随着剖宫产率的逐渐增高, 其发生率也日益增多, 可引起子宫破裂、大出血, 严重时危及生命。19 例患者中, 有少许病人有下腹隐痛, 大部分为不规则无痛性阴道流血, 有的病人仅有停经史, 只是在检查中方被发现为子宫疤痕妊娠。容易误诊。本组病例中 4 例在盲目人流术后, 才发现为疤痕妊娠, 且两例出现大出血、休克症状。情况危急。Jurkovic 等^[3]认为超声是诊断 CSP 的金标准。超声检查在剖宫产疤痕妊娠的诊断中具有重要作用, 临床上首选超声检查。因此对有剖宫产史的妇女行早孕流产需谨慎。需 B 超助诊, 以排除疤痕妊娠的风险。避免大出血急诊手术时,

病灶侵蚀范围较大,难以保留子宫。

目前治疗上尚未形成统一的方案。疤痕妊娠的治疗原则主要是杀死胚胎,清除妊娠产物,减少出血,保留其生育能力。治疗方法有药物治疗,手术治疗,选择性子宫动脉栓塞术等。各种治疗方法的选择主要依赖于个例治疗所得到的经验,结合患者的病史、体征、血 β -HCG 的水平、超声检查、个人的经济水平及意愿等而采取个体化治疗措施。CSP 的发展有两种不同结局:(1)孕囊向子宫腔和子宫峡部生长,可为活产,即内生型。但也增加了植入部位大出血的风险。(2)另一种则妊娠囊植入疤痕处,并向肌层深部,甚至膀胱、腹腔生长,即外生型,在妊娠早期就可致子宫破裂,导致子宫大出血。CSP 多发生在妊娠 5~6 周至 16 孕周^[4]。内生型的患者,我们根据妊娠组织周围血供的情况,血 β -HCG 的水平,采用子宫疤痕妊娠处局部注射甲氨喋呤 50 mg 加口服米非司酮药物治疗,并根据治疗效果,选择是否行双侧子宫动脉栓塞术,及栓塞术后一周内在 B 超指导下清宫术。若药物治疗满意,血 β -HCG 下降快,包块小,患者随访条件好,也可采取定期随访,但必须告知其可能会有不规则的阴道出血。此种方法虽然不需手术,但包块消失较慢,在此过程中可能出现大出血或侵犯浆膜,破裂大出血可能。Muraji M 等^[5,6]观察发现进行药物治疗后血 β -HCG 往往需 4~17 周恢复正常,妊娠囊需要 12~17 周完全消失。若为外生型,我们主张开腹行子宫疤痕处妊娠组织切除术+子宫疤痕缺陷修补术。本组开腹手术切除病灶的 9 例患者,手术顺利。手术时间 30~50 min,平均 45 min,术中出血少,40~80 mL,住院 6~8 d 痊愈出院。治疗时间短于药物治疗时间。术后无并发症,取得良好效果。国内也有一些宫、腹腔镜治疗疤痕妊娠的报道^[7],但开腹手术较腹腔镜手术避免了电切、电凝对愈合不良之组织再次伤害。且更方便修整原疤痕处缺陷,能够完全消除病灶,切除子宫肌层内微小管通道,仔细加固缝合子宫壁全层,防止再次形成子宫切口憩室或微通道等,降低再次

CSP 风险,保留了患者的生育功能,为下一次妊娠做好充分准备。任彤等^[8]认为如果孕囊侵入较深或几乎穿透疤痕全层,并且明显凸向浆膜下,或者包块较大,且周围血供丰富,无论是全身或局部甲氨喋呤治疗效果均较差,最终仍需手术治疗。本组 2 例药物治疗加子宫动脉栓塞术的患者,因包块长大,且突向浆膜,血 β -HCG 下降不满意,最终还是选择开腹病灶剔除术。

CSP 重在预防。需要严格把握剖宫产的手术指征,改进子宫切口的缝合技巧,尽可能避免疤痕缺陷。对疤痕妊娠需早期诊断、早期治疗,避免给患者带来一些难于挽回的痛苦,尽量保留其生育功能。

[参考文献]

- [1] TINELLI A, TINELLI R, MALVASI A. Laparoscopic management of Cervical-isthmic pregnancy: a proposal method[J]. *Fert Ster*, 2009, 92(2): 8 293 - 8 296.
- [2] GODIN P A, BASSIL S, DONNEZ J. An ectopic pregnancy developing in a previous cesarean section scar[J]. *Fertil Steril*, 1997, 67(2): 398.
- [3] JURKOVIC 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(3): 220 - 227.
- [4] 黄丽萍, 梁媛琳, 刘辉. 剖宫产术后子宫疤痕妊娠的诊治进展 [J]. *中华妇幼临床医学杂志*, 2010, 6(2): 139 - 141.
- [5] MURAJI M, MABUCHI S, HISAMOTO K. Cesarean scar pregnancies successfully treated with methotrexate [J]. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2009, 88(6): 720 - 723.
- [6] SADEGHI H, RUTHERFORD T, RACKOW B W. Cesarean scar ectopic pregnancy: case series and review of the literature [J]. *Am J Perinatol*, 2010, 27(2): 111 - 120.
- [7] 王世闯. 剖宫产疤痕部位妊娠 [J]. *实用妇产科杂志*, 2009, 25(4): 195 - 196.
- [8] 任彤, 赵峻, 万希润, 等. 剖宫产疤痕妊娠的诊断及处理 [J]. *现代妇产科进展*, 2007, 6(6): 433 - 436.

(2013 - 05 - 14 收稿)