

· 临床研究 ·

## 剖宫产术后瘢痕妊娠 75 例的治疗及效果观察

黄利琼, 赵纯全

(重庆医科大学附属第一医院妇产科 400016)

**摘要:**目的 探讨剖宫产术后子宫瘢痕妊娠(CSP)的治疗及效果。方法 回顾性分析该院自 2008 年 1 月到 2012 年 5 月收治的 75 例 CSP 患者的临床资料。结果 分别采用了 10 种治疗方法使 69 例患者痊愈出院。结论 CSP 误诊率高, 超声检查是其早期诊断方法, 宫腔镜治疗迅速有效, 超声消融(HIFU)联合宫腔镜治疗有望成为最安全有效的方式。

**关键词:**剖宫产瘢痕妊娠; 宫腔镜术; 超声消融治疗

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.09.027

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2013)09-1027-02

## Observation on treatment and effect in 75 cases of cesarean scar pregnancy

Huang Liqiong, Zhao Chunquan

(Department of Gynecology and Obstetrics, First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing 400016, China)

**Abstract: Objective** To study the treatment and effect of cesarean scar pregnancy(CSP). **Methods** The clinical data of 75 cases of CSP in this hospital from January 2008 to May 2012 were analyzed retrospectively. **Results** 69 cases of CSP were respectively treated by 10 kinds of treatment method and discharged from hospital. **Conclusion** The misdiagnosis rate of CSP is high. Ultrasound is the early diagnostic method. The hysteroscopic treatment is fast and effective. High intensity focused ultrasound(HIFU) combined with hysteroscopy will expect to be a fastest and most effective treatment way.

**Key words:** cesarean scar pregnancy; hysteroscopy; high intensity focused ultrasound

剖宫产术后子宫瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是指妊娠物着床于前次剖宫产瘢痕处, 是一种罕见的异位妊娠, 其主要并发症是子宫破裂、大出血甚至危及孕妇生命。近年来, 随着剖宫产率的上升, CSP 发生率也显著升高, 如盲目清宫可能导致大出血, 因此, CSP 的诊断和规范化治疗显得尤为重要。现将本院收治的 75 例 CSP 患者的诊治疗效, 现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2008 年 1 月到 2012 年 5 月本院收治的 75 例 CSP 患者, 年龄 20~44 岁; 剖宫产 1 次 55 例, 2 次 20 例。距前次剖宫产时间 4 月至 14 年, 平均(4.65±3.50)年, 1 例发生在试管婴儿移植后。59 例因阴道流血就诊, 其中 22 例于外院行清宫术后阴道大出血, 5 例阴道流血伴腹痛; 14 例因 B 超确诊为 CSP 就诊; 1 例因月经紊乱、尿 HCG(+) 就诊; 1 例因单纯腹痛就诊。

**1.2 辅助检查** 血 HCG 检查均升高(正常 0~10 U/L), 入院查血 HCG 为 13~176 000 U/L, 平均 25 108.85 U/L。主要通过经腹或经阴道超声检查确诊<sup>[1]</sup>, 必要时行磁共振助诊, 少数病例通过宫腔镜检查确诊。

**1.3 治疗方法** 根据患者入院时一般情况、停经时间、血 HCG 值、孕囊种植的位置、病灶大小及有无生育要求选择合适的治疗方法: (1) 单纯氨甲喋呤(methotrexate, MTX) 8 d 疗法,

即第 1、3、5、7 天内注射 MTX 50 mg 每天 1 次, 第 2、4、6、8 天肌内注射亚叶酸冻干粉针 6 mg 解毒, 若用 1 疗程 HCG 下降欠佳, B 超见子宫切口处妊娠物残留, 且血流信号丰富, 可间隔 3~5 d 使用下 1 疗程; (2) 口服米非司酮 50 mg 每天 2 次, 共 3~5 d, 加用 MTX 8 d 疗法; (3) 米非司酮/MTX 8 d 疗法加宫腔镜下病灶切除术, 或单纯宫腔镜下病灶切除术; (4) 子宫动脉栓塞(uterine artery embolization, UAE) 加宫腔镜下病灶切除术; (5) 米非司酮加 MTX 8 d 疗法加超声消融(high intensity focused ultrasound, HIFU) 加宫腔镜下病灶切除术; (6) 药物治疗加开腹病灶切除术; (7) 腹腔镜下病灶切除术; (8) 全子宫或次全子宫切除术。

**1.4 评价标准** B 超诊断标准<sup>[2-3]</sup>: (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) 孕囊与膀胱壁间的子宫肌层组织有缺陷。引用 Vial 等<sup>[4]</sup>提出的分型标准: I 型, 受精卵种植于瘢痕宫腔侧, 妊娠囊向宫腔方向生长; II 型, 受精卵种植于瘢痕处深肌层, 妊娠囊向膀胱、腹腔方向生长。宫腔镜诊断<sup>[5]</sup>: 宫腔镜下可见妊娠物附着于子宫下段前壁疤痕内、宫颈内口以上。新鲜组织呈白色囊样, 陈旧性为淡黄色或暗红色, 如伴阴道流血可见血凝块附着, 组织较大的甚至突向宫腔。而宫腔形态显示清楚, 无孕囊。

## 2 结果

不同方法治疗 75 例 CSP 患者疗效见表 1。

表 1 不同方法治疗 75 例 CSP 患者的疗效

治疗方法	n	入院查 HCG 平均值(U/L)	出院查 HCG 平均值(U/L)	平均住院天数(d)	成功率(%)
MTX 8 d 疗法	5	6 030.0	3 506.6	17.0	75.0
米非司酮加 MTX 8 d 疗法	6	20 538.8	1 189.2	19.0	100.0
米非司酮加宫腔镜	5	33 176.2	2 620.0	10.4	100.0
MTX 8 d 加宫腔镜	17	17 583.8	616.2	15.1	94.1
米非司酮加 MTX 8 d 加 HIFU 加宫腔镜	4	62 290.0	1 915.0	24.0	100.0

续表 1 不同方法治疗 75 例 CSP 患者的疗效

治疗方法	n	入院查 HCG 平均值(U/L)	出院查 HCG 平均值(U/L)	平均住院天数(d)	成功率(%)
米非司酮加 MTX 8 d 加宫腔镜	5	32 873.0	2 768.5	13.0	100.0
单纯宫腔镜治疗	12	6 215.2	—	5.4	83.3
开腹病灶切除加子宫修补术	16	47 720.2	11 305.6	9.0	100.0
腹腔镜妊娠物切除	2	20 644.0	197.5	8.0	100.0
子宫切除术	3	26 926.7	—	12.0	100.0

—:表示无数据。

### 3 讨 论

2003 年 Jurkovic 等<sup>[3]</sup>报道 CSP 发病率为 1/1 800;2009 年 Deans 和 Abbott 报道为 1/2 250。近 10 年来,CSP 的发病率逐年上升。目前,CSP 的发病机制尚不清楚,有学者认为<sup>[6-7]</sup>,剖宫产术对子宫壁的破坏并造成子宫肌层的连续性中断而形成通向宫腔的窦道,再次妊娠时孕卵种植于该窦道中而形成;可能与孕卵运行过快或发育迟缓,在通过宫腔时尚未有种植能力或剖宫产术后峡部恢复疤痕位于其前壁有关,影响孕卵着床。宫腔镜检查也证实了大量的切口愈合不良存在。

CSP 治疗应以去除病灶、保留子宫、保存生育能力为原则。MTX 及米非司酮治疗:适用于病情稳定,孕龄小于 8 周,无腹痛或先兆子宫破裂,B 超提示孕囊与膀胱壁间的子宫肌层厚度小于 2 mm,血 HCG<5 000 U/L 者<sup>[3,8-9]</sup>。本院收治的 75 例患者中,有 35 例使用 MTX 治疗,一定程度上降低了血 HCG 值及妊娠物活性,配合米非司酮、宫腔镜下病灶切除术,可降低阴道大出血风险。但单纯使用 MTX 或米非司酮效果欠佳。

HIFU 联合宫腔镜下清宫术。宫腔镜治疗优点:(1)明确诊断 B 超不能确诊的 CSP,并准确定位;(2)评估妊娠物活性;(3)彻底清除妊娠物,预测预后;(4)有效止血;(5)创伤小,恢复快,费用低。适应证<sup>[10-11]</sup>:CSP I 型,妊娠物直径小于 3 cm, HCG 偏高,希望保留生育者。本院收治的 43 例 CSP 患者,在 MTX 或米非司酮、HIFU 有效降低妊娠物活性后,除 1 例 CSP II 型患者(穿破浆膜面)选择手术,2 例行单纯宫腔镜下清宫术后血 HCG 上升外,其余宫腔镜下清宫全部治愈。HIFU 治疗:在 TPS(total plan solution, TPS)系统精准计划、B 超精确定位后利用超声波具有的组织穿透性和可聚焦性,将体外低能量超声波聚焦在体内病灶处,瞬间产生 60~100 °C 高温,通过点→线→面→体的结合使病灶发生凝固性坏死,不损伤病灶外组织。HIFU 治疗可快速降低血 HCG 值,有效杀胚。本院选择该治疗的 4 例 CSP 患者,在 HIFU 治疗后血 HCG 下降迅速,其中,3 例妇科 B 超、盆腔 MRI、宫腔镜均提示 HIFU 术后妊娠物失去活性,且 HIFU 治疗后放宽了对宫腔镜操作的要求,只要妊娠物失去活性,或血流信号显著降低,即使如案例中患者血 HCG 高达 28 560.00 U/L,也可行宫腔镜下清宫术,1 例在血 HCG 下降至 230.60 U/L,因考虑胎盘植入,病灶太大,血流信号丰富,出血风险高且患者有生育要求,经上述治疗后,最终行开腹病灶切除术后治愈。

腹腔镜或开腹治疗。腹腔镜适应证<sup>[12-14]</sup>:CSP II 型,血 HCG<1 000.00 U/L,妊娠物直径 3~5 cm,且有生育要求。但应避免大出血,术前需根据 B 超了解妊娠物血流信号情况,也可联合药物治疗。开腹病灶切除加子宫修补术,对妊娠物直径大于 5 cm,血管怒张,血流丰富,在打开膀胱子宫腹膜反折,分离粘连过程中,易发生子宫血管破裂出血,且楔形切除组织较多,行腹腔镜子宫修补较困难,血 HCG 偏高的患者适用,可有效降低 HCG 值,缩短住院时间。本院 16 例患者因 HCG>45 000 U/L,病灶偏大、出血风险极高,为完全修复子宫疤痕处缺损、保留生育采取开腹治疗,术后血 HCG 值下降迅速甚至恢复正常,无阴道大出血等并发症,治愈率 100%。

UAE 联合宫腔镜下清宫术:经股动脉插管向子宫动脉注入栓塞剂明胶海绵颗粒及 MTX 使胚胎停止发育并有效止血。动脉栓塞后多在 48~72 h 内 B 超引导下行清宫术,因明胶海绵堵塞血管后继发性引起血小板聚集,72 h 左右栓塞完全,而 MTX 的作用 2~3 d 达高峰,术后 48~72 h 清宫,栓塞血管尚未再通,而胚胎绒毛已坏死机化,术中出血少,可顺利清除妊娠物<sup>[15-16]</sup>。但 UAE 价格昂贵,对操作者的熟练程度要求严格,且不良反应多。

HIFU 联合宫腔镜下清宫术治疗的 CSP 患者,平均在术后 20 d 血 HCG 转阴,30 d 月经再次来潮,该治疗方式能迅速降低血 HCG 值,有效杀胚,且价格低廉,禁忌证、并发症少,对于血 HCG 高、血流信号丰富、可能发生大出血、病灶范围大且有生育要求的 CSP 患者,其有望成为最佳治疗方式。

### 参考文献:

- [1] 宋玲,龚明,余本英. 经腹及经阴道超声联合应用对剖宫产术后切口瘢痕妊娠的诊断价值[J]. 中国超声医学杂志,2012,26(6):570-572.
- [2] Godin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarean section scar[J]. Fertil Steril,1997,67(2):398-400.
- [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] Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2000, 16(6): 592-593.
- [5] 程春霞,薛敏,徐大宝. 宫腔镜在剖宫产术后子宫切口部位妊娠诊治中的应用[J]. 实用妇产科杂志,2007,23(9):123-125.
- [6] Rotas MA, Haberman S, Levgr M. Cesarean scar ectopic pregnancies; etiology, diagnosis, and management[J]. Obstet Gynecol,2006,107(6):1373-1381.
- [7] Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy[J]. BJOG,2007,114(3):253-263.
- [8] Wang CB, Tseng CJ. Primary evacuation therapy for Cesarean scar pregnancy; three new cases and review[J]. Ultrasound Obstet Gynecol,2006,27(2):222-226.
- [9] 杨清,朴曙花,刘春燕. 剖宫产瘢痕妊娠不同处理方式的分析[J]. 中国医学工程,2007,15(12):1020-1023.
- [10] 朱楠,杨清. 宫腔镜电切术在剖宫产瘢痕妊娠治疗中的应用[J]. 中国内镜杂志,2009(9):940-942.
- [11] 王克芳,王菊荣,李斌. 腹腔镜手术治疗剖宫产术后子宫瘢痕部位妊娠[J]. 中国微创外科杂志,2011,16(6):496-497.
- [12] 陈秀慧,王德莹,张丽,等. 腹腔镜手术治疗大病灶剖宫产瘢痕妊娠 2 例报告[J]. 中国微创外科(下转第 1034 页)

**2.3 医护比例** 本调查区县级妇幼保健机构中,医师与护士的比例(医护比)为 0.96 : 1,其中无住院服务的妇幼保健机构的医护比为 2.72 : 1,有住院服务的妇幼保健机构的医护比为 0.95 : 1。按照卫生部医疗人力机构的比例标准(县及县以上综合性医院的医护比应该达到 0.5 : 1)还有较大差距,护理人员不足。

**2.4 卫生技术人员专业和学历构成** 各区县妇幼保健机构卫生技术人员的专业中,妇产科所占比例最高(27.85%),其次是儿科(18.17%),妇幼保健专业仅占 10.73%。卫生技术人员中硕士学历仅占 0.66%,本科学历占 24.01%,专科及以下学历的占 75.33%。

**2.5 保健科室人员和临床科室人员构成** 按照《妇幼保健机构管理办法》<sup>[3]</sup>中对保健和临床科室的界定来统计保健科室人员和临床科室人员数量及构成比。区县级妇幼保健机构中保健科室人员占职工总数的比例为 14.18%,其中,最高的为 50.00%,最低的仅为 4.17%。

### 3 讨 论

重庆市区县级妇幼保健机构人员编制不足,人员总量偏低<sup>[3]</sup>。根据本次研究结果,重庆市平均每个区县级妇幼保健机构人员数为 108.63 名,与卫生部颁布的《各级妇幼卫生机构编制标准(试行)》以及《妇幼保健机构管理办法》中对人员的数量要求有较大差距,存在着严重的人员短缺现象。同时,政府核定的现有编制人数达不到按照卫生部 and 劳动人事部 1986 年颁布的《各级妇幼保健机构编制标准(试行)》<sup>[4]</sup>测算的应有编制人员,普遍存在编制不足的问题。由于编制不足,人员不足,严重影响了员工的工作积极性。一方面,妇幼保健工作难以开展和落实;另一方面,专业人才难以引进、人员流动性强,严重影响了妇幼保健服务的质量和可持续发展<sup>[5]</sup>。迫切需要从政府层面解决编制不足的问题。

卫生技术人员构成不合理,主要表现:(1)医护比不合理。绝大多数区县级妇幼保健机构的医护比与卫生部要求的 0.5 : 1 以及国际上 0.33 : 1 的水平相差很远,甚至发生倒置<sup>[6]</sup>。这与部分区县级妇幼保健机构重医疗轻护理的观念密切相关,加之护士大多为临时聘用制,缺乏归属感和吸引力,而护理的任务又日益繁重,使得护理工作日益走向简单化,势必会影响妇幼保健机构职能的履行及其服务质量。(2)妇幼保健专业比例偏低,保健人员的比例不高。根据妇幼保健人员的专业构成和保健与临床人员的比例可以看出,妇幼保健专业的人数和从事保健业务的人员数均明显过低,而妇产科、儿科等临床专业的人员和从事临床工作的人员比例明显过高<sup>[7]</sup>。随着国家医药卫生体制改革的深入,妇幼保健的工作任务会越来越重,对妇幼保健专业和从事妇幼保健工作的人员需求越来越大,迫切需要增加专业的妇幼工作人员。

全市区县级妇幼保健机构中卫生技术人员素质较低,表现在以下方面:(1)卫生技术人员学历偏低。(2)从卫生技术人员的职称结构看,高、中、初级卫生技术人员之比为 1 : 3.51 :

8.89,与世界卫生组织要求的中等发达国家卫生技术人员职称比(1 : 3 : 1)相比<sup>[8]</sup>,初级人员比例偏高,高级人员比例偏低。人力资源是医疗机构的战略资源,其他资源是人力资源的附属资源<sup>[9]</sup>。妇女儿童是卫生保健服务的重点人群,要全面提高妇幼保健服务质量,关键在于有一支素质好、业务精、服务佳的妇幼保健服务队伍。

重庆市区县级妇幼保健机构人员数量不够、编制不足,卫生技术人员构成不合理、专业素质偏低。建议从人员引进、配置编制和素质培训等方面来加强妇幼保健机构人力资源建设<sup>[10-11]</sup>。建议针对存在的问题,重点加强以业务素质为主的能力建设。(1)各妇幼保健机构单位自身创造条件,引进高素质的卫生人才,充实妇幼保健队伍;(2)积极给予妇幼保健机构足够的编制,解决好从业人员的待遇问题;(3)通过各种方式加强培训,提高妇幼保健人员的整体水平。总之,在深化医疗卫生体制改革的关键时期,卫生行政部门和妇幼保健机构自身应加强对妇幼卫生事业的投入,特别是人力资源的投入,以保障妇女和儿童享受到公平、安全、有效、优质的妇幼保健服务。

### 参考文献:

- [1] 任莉,白继庚,程景民. 妇幼保健机构人力资源微观管理的相关背景[J]. 中国妇幼卫生杂志,2010,1(5):274-276.
- [2] 陈晓云,韦琼兰,李艺. 基层妇幼保健机构护理人力资源配置现状调查分析[J]. 广西医学,2012,34(8):1068-1069.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 妇幼保健机构管理办法[EB/OL]. (2007-01-06) [2012-11-25]. <http://www.china.com.cn/health/txt/2007-01/06/content-7612366-2.htm>.
- [4] 中华人民共和国卫生部,劳动人事部. 各级妇幼卫生机构编制标准(试行)[J]. 中国妇幼保健管理,1986,1(2):5.
- [5] 葛万龙,王国华,李翠,等. 我国卫生人力资源现状研究[J]. 中国医院管理,2009,29(12):52.
- [6] 黄爱群,金曦,罗荣. 全国县级妇幼保健机构人力资源状况分析[J]. 中国妇幼卫生杂志,2010,1(3):130-133.
- [7] 王明,席彪,胡炜. 新时期县级妇幼保健机构人力资源管理思考[J]. 中国妇幼保健,2012,27(21):3227-3229.
- [8] 龚智,潘建波,邹明,等. 重庆市区县级妇幼保健机构资源配置综合评价与分析[J]. 中国卫生事业管理,2007,23(2):131-133.
- [9] 张舫,吕华. 论医院人力资源管理的发展[J]. 中华临床医学研究杂志,2007,13(9):1276.
- [10] 谢娟. 我国贫困地区卫生人力资源状况及其开发策略研究[D]. 华中科技大学,2010.
- [11] 邵静,张连生,杜玉开. 城市社区妇幼保健人力资源配置公平性分析[J]. 中国妇幼保健,2009,24(22):3051-3053.

(收稿日期:2012-12-03 修回日期:2012-12-29)

(上接第 1028 页)

杂志,2011,11(12):1139-1140.

[13] Wang CJ, Yuen LT, Chao AS, et al. Caesarean scar pregnancy successfully treated by operative hysteroscopy and suction curettage[J]. BJOG,2005,112(6):839-840.

[14] Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review[J]. Obstetrical & Gynecological Survey,2002,57

(8):537-543.

[15] 元玉淑. 剖宫产瘢痕妊娠 29 例诊治体会[J]. 山东医药,2011,51(15):59-60.

[16] 梁宝权,郑艾,李春梅. 203 例剖宫产瘢痕妊娠的临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2011,27(5):391-392.

(收稿日期:2012-08-20 修回日期:2013-01-28)