

42 例剖宫产后子宫瘢痕处妊娠临床诊治分析*

李宇迪, 常青[△], 陈 诚, 徐惠成, 杨和荣

(第三军医大学附属西南医院妇产科, 重庆 400038)

摘要:目的 探讨剖宫产子宫瘢痕处妊娠(CSP)的临床特征及诊治方法。方法 回顾性分析该科 42 例 CSP 患者的病史、临床表现、诊治经过及结局。结果 初诊误诊率达 40.4%(17/42),患者均经阴道超声波检查确诊。入院后经保守性治疗 25 例,其中,12 例转腹腔镜手术,1 例转开腹手术;首选腹腔镜下手术治疗 15 例,其中,1 例中转开腹;开腹手术 1 例;介入治疗失败后经开腹行全子宫切除术 1 例。保守治疗中有 3 例二次住院,2 例二次手术。41 例患者成功地保留了子宫,术后平均 2 个月左右来月经。结论 超声波是检查切口厚度的主要方法,腹腔镜是明确诊断和治疗 CSP 的理想方法。

关键词:子宫瘢痕处妊娠;妊娠;诊断;治疗

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.15.011

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2014)15-1854-03

Clinical analysis of 42 patients with cesarean scar pregnancy*

Li Yudi, Chang Qing[△], Chen Cheng, Xu Huicheng, Yang Herong

(Department of obstetrics and Gynecology, Southwest Hospital of Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To investigate the clinical features, diagnosis and treatment of cesarean scar pregnancy(CSP). Methods We retrospectively analyzed the medical history, clinical manifestation, diagnoses, treatments and outcomes of 42 patients with ectopic pregnancy in the cesarean scar. Results All cases got diagnosed by transvaginal ultrasound. The error rate of first diagnosis was 40.4%(17/42). There were 25 cases of conservative therapy, in which 12 cases were resolved with laparoscopic surgery and 1 case resolved with open surgery; in the first process 15 cases were carried out laparoscopic surgery in which 1 case were converted to laparotomy; abdominal surgery were underwent in 1 case and were cured. Only one case underwent abdominal total hysterectomy as of failure after uterine artery embolization. After initial conservative treatment 3 cases were hospitalized again and 2 cases underwent reoperation. 41 patients were successfully retained the uterus and normal menstrual cycle returned at two months after operation. Conclusion The early diagnosis for CSP mainly depended on ultrasound and the thickness of incision muscle layer is an important basis for choice of treatment. Checking the thickness of incision muscle layer for CSP mainly depended on ultrasound, and laparoscopic surgery is an ideal method for diagnosis and treatment of CSP.

Key words: cesarean scar; pregnancy; diagnosis; therapy

剖宫产后子宫瘢痕处妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是一种特殊的异位妊娠,是剖宫产远期并发症之一。剖宫产数量增加是此病流行病学变化的主要原因^[1]。CSP 的发生率占所有剖宫产的 1/1 800~1/2 216^[2-5]。CSP 是指子宫下段剖宫产、子宫复旧后子宫峡部瘢痕处妊娠。因其解剖、病理的特殊性,容易误诊为“宫内妊娠”,随着妊娠的进展,绒毛与子宫肌层粘连植入,严重者可穿透子宫造成子宫破裂、子宫大出血,导致子宫切除;如果行人工流产和清宫术,则易发生术中大出血、甚至危及生命。因此,对 CSP 早期诊断、有效处理和尽早安全的结束妊娠是保护 CSP 患者的关键。本文回顾性分析了本院近 4 年收治的 42 例 CSP 患者临床资料,旨在对其诊断和治疗经验进行总结,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2007 年 11 月至 2011 年 12 月在本院因 CSP 住院的患者 42 例,年龄 21~41 岁,平均(30.90±4.75)岁,孕次为 2~6 次,剖宫产次数为 1~2 次,剖宫产方式均为子宫下段横切口。距前次剖宫产的时间为 4 个月至 14 年,中位时间 36 个月。经测定人绒毛膜促性腺激素 β 亚单位(β-

HCG)、阴道超声波(TVS)、彩色多普勒(CDFI)检查、术中探查及术后病理确诊。42 例患者多以不规则阴道流血为主要症状,伴或不伴有下腹痛,17 例阴道流血发生在人工流产、药物流产或清宫术后,其中,11 例流血量大于 500 mL。42 例中 38 例有停经史,占 90.1%。症状出现时间在孕(51.8±10.4) d。患者入院后经 TVS 和彩 CDFI 复查诊断,17 例在子宫前壁峡部或子宫下段处查见不均质强回声团块或孕囊,其中,8 例团块中或周边有丰富血流信号显示,1 例血流信号突向膀胱,1 例强回声浸入肌壁;13 例明确提示切口处团块或孕囊;8 例超声波提示孕囊在宫腔,靠近切口或近宫颈内口处,其中 5 例切口肌层薄(1.7~5.0 mm);4 例宫腔及肌层未见异常回声,仅提示肌层厚 3.0~10.0 mm。血 β-HCG 测定值 16.69~117 465.00 U/L,中位数 19 093.00 U/L。42 例患者中有 40.4%(17/42)初诊在外院误诊为“宫内孕”,进而行人工流产、药物流产或清宫术,最少 1 次,最多 3 次。

1.2 方法

1.2.1 保守性治疗 为治疗组。(1)药物治疗:选择无腹痛,血流动力学稳定,未见破口,停经小于 60 d 的病例。甲氨蝶呤

表 1 首选保守性治疗和腹腔镜手术治疗患者临床资料比较

组别	n	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	产次[n(%)]		距上次剖产时间 (月)	妊娠时间 ($\bar{x} \pm s$, d)	孕囊直径 ($\bar{x} \pm s$, cm)	肌层厚度 ($\bar{x} \pm s$, mm)	β -hCG (UL/Lb)
			1次	2次					
治疗组	25	31.6 \pm 4.9	22(88.0)	3(12.0)	54.8(6,168)	51.3 \pm 10.9	3.90 \pm 1.89	4.3(3.0,10.0)	4.14(2.58,5.07)
手术组	15	29.9 \pm 4.6	12(80.0)	3(20.0)	43.8(4,144)	52.4 \pm 10.3	3.70 \pm 1.62	3.0(1.7,4.0)	4.07(1.23,5.06)
χ^2 、Z、t		1.090	0.052		-1.180	-0.279	0.277	-2.800	-0.490
P		0.282	0.819		0.239	0.782	0.784	0.005	0.624

^a:妊娠时间各组有 2 例数据缺失;孕囊直径(保守治疗组有 6 例缺失,腹腔镜组有 5 例缺失);肌层厚度(保守治疗组有 4 例缺失,腹腔镜组有 4 例缺失);^b:常用对数转换。

(MTX)50 mg,隔日 1 次,肌内注射,或联合运用米非司酮,每日 75 mg 口服,连用 3 d;或单独口服米非司酮 3 d。有 20 例患者接受药物治疗,其中,2 例经过药物治疗,包块不明显,血 β -HCG 下降显著,阴道流血少,痊愈;其中,7 例患者用药后 B 超提示孕囊存活,或包块突向宫腔,血 β -HCG 稍下降,切口肌层厚度大于或等于 4 mm,遂行 B 超下清宫(其中 1 例 38 d 后阴道流血大于 1 000 mL 急诊入院,血 β -HCG<30 U/L,行水囊压迫止血);5 例因用药期间阴道流血大于 200 mL,或用药结束 β -HCG>10 000 U/L,进而行腹腔镜下清宫术;4 例用药期间腹痛加重,或血 β -HCG 显著升高,B 超提示切口肌层厚度小于 4 mm,突向膀胱,或见破口,或血流信号丰富,进一步行腹腔镜下病灶切除和修补术;2 例经药物治疗患者 2 次住院治疗(1 例半个月后因血 β -HCG 下降迟缓,阴道流血而行腹腔镜下清宫;1 例血 β -HCG 下降至 20 U/L,阴道流血大于 1 000 mL,病灶侵及切口肌层,血流信号丰富,急诊行开腹病灶清除及修补术)。(2)腹部超声下清宫:血 β -HCG 10 000~20 000 U/L,切口肌层厚度大于或等于 4 mm,CDFI 下清宫 5 例,3 例痊愈,因清宫过程中阴道流血大于 500 mL,其中,1 例改行腹腔镜下清宫术,1 例改行腹腔镜下病灶切除术。

1.2.2 手术治疗 为手术组。选择入院前期曾行人流或刮宫术、腹痛、血流信号丰富、有破口、孕周大于 8 周,孕囊与膀胱间子宫肌层厚度小于 4 mm 的 CSP,以及血 β -HCG>5 000 U/L。

(1)腹腔镜下手术:首选腹腔镜下手术总计 15 例。5 例行腹腔镜下清宫术,其中,联合宫腔镜检查术 2 例;9 例腹腔镜下病灶切除及修补术,其中,3 例因切口处活动性出血同时行子宫动脉阻断术,2 例同时行宫腔镜检查术;1 例腹腔镜探查后中转开腹行修补术。(2)1 例阴道流血大于 1 000 mL,介入失败后开腹行病灶切除及修补术。(3)阴道反复大量流血,介入治疗失败,经开腹行全子宫切除术 1 例。17 例首选手术的患者中 11 例是发生在药物流产、清宫、人流后。

1.3 统计学处理 采用 SPSS 13.0 统计软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验和非参秩和检验(Mann-Whitney U),计数资料采用 χ^2 检验,理论频数过小的采用 Fisher 确切概率法检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

首选保守性治疗和腹腔镜手术治疗患者临床特点比较,见表 1。术后 15 例水囊压迫止血,12 例 GnRH-a 治疗 3 个月,并检测血 β -HCG。保守性治疗与腹腔镜手术治疗结果比较,见表 2。41 例患者成功地保留了子宫,术后平均 2 个月左右来月经(12 例停用 GnRH-a 后月经来潮)。

表 2 首选保守性治疗和腹腔镜手术治疗结局比较

组别	n	住院时间 ($\bar{x} \pm s$,d)	中转/二次 手术[n(%)]	出血大于 500 mL [n(%)]	二次住院 [n(%)]
治疗组	25	6.6 \pm 2.4	13(52.0)	7(28.0)	3(12.0)
手术组	15	5.3 \pm 1.9	1(6.7)	0	0
χ^2 或 t		1.74	6.59	—	—
P		0.09	0.01	0.03	0.28

—:此项无数据。

3 讨 论

居高不下的剖宫产率使 CSP 的发生呈逐年上升趋势,占异位妊娠的 0.15%^[6]。同时,经阴道超声的运用是 CSP 发生增长的另一重要原因^[7]。早期诊断、合理治疗是本病诊治的关键。基层医院通常依据临床表现、血浆 β -HCG 值和不确切的腹部黑白 B 超误诊为“宫内孕”,进而行药物流产、人工流产和清宫。在没有监护、手术准备和输血保障的基础上实施宫腔操作可能造成严重的后果。大约 36.8% CSP 患者没有任何临床症状^[2],因而更容易误诊而延误病情。本组 42 例患者中 4 例由外院急诊转入,38 例经门诊收入,首诊误诊率达 40.4%,17 例阴道流血均发生在院外人工流产、药物流产或清宫术后,有 11 例流血量大于 500 mL,其中,1 例清宫术后反复阴道大量流血,入院后行双侧子宫动脉阻断介入治疗失败,最终切除子宫。可见,提高基层医院医生的诊疗水平,建立快速的转诊体系是目前亟待完成的事情。

CSP 的形成的机制尚不清楚。冯令达等^[8]对 92 例行子宫下段剖宫产者进行子宫切除术后子宫瘢痕处病理学检查,发现 95% 子宫峡部瘢痕处厚度较周边肌层或对照组明显薄弱凹陷,瘢痕处血管增生,肌层炎症伴玻璃样变性。肌层缺陷和血管增生可能是造成此病严重后果的病理学基础。瘢痕处缺陷形成与缝合技巧是否相关有待于进一步研究。Yial 等^[9]分析认为,CSP 有两种不同的妊娠结局:(1)孕卵向子宫峡部或宫腔内发展,结局是继续妊娠,个别形成低置或前置胎盘;(2)妊娠囊从瘢痕处向肌层内深入种植,形成早期妊娠绒毛植入,在妊娠早期即可导致子宫破裂及出血。本组病例多是在早孕期间就出现阴道流血的症状,对此,医生应该引起重视,考虑是否为 CSP。

本研究显示,CSP 多发生在前次剖宫产术后 3 年以后,这可能与剖宫产妇女通常都严格避孕 2 年,之后就未引起重视有关。入院前的症状和前期治疗对于诊断和治疗选择也很重要,本组 38 例患者有停经史和 17 例有宫腔手术史,以不规则阴道

流血为主要症状,伴或不伴有下腹疼痛。经阴道超声能明确孕囊与瘢痕的关系,而经腹部超声可以准确测量孕囊或团块到子宫浆膜层的厚度,明确孕囊与膀胱壁间的子宫肌层组织缺陷。CDFI 可观察孕囊周围的血流信号情况,从而了解孕囊的种植部位及其的血液供应情况,有助于排除滋养细胞疾病。阴道超声诊断 CSP 的准确率高达 84.6%^[2],本组 42 例患者中,均经阴道超声确诊,诊断敏感性达 100%。另外,血 β -HCG 的测定可作为监测治疗情况的量化指标,但不能完全作为是否手术的参考值。

保守性治疗,如药物治疗、B 超引导下清宫、血管介入治疗都有一定的疗效^[10-12]。本组资料中,接受药物治疗的 20 例患者,却只有 2 例完全治愈。文献报道中,MTX 有 24% 的失败率^[10],这可能和瘢痕处血运差,妊娠物被纤维组织包裹,药物吸收不良有关,加之院外刮宫等处理增加了保守治疗的危险性。B 超下清宫,需要明确疤痕肌层的厚度,笔者成功处理 10 例,瘢痕厚度至少是 3 mm,包块未突向膀胱,可见,在患者生命体征允许、备好血并建立静脉通道后,此法是安全有效的。子宫动脉栓塞介入治疗是通过阻断胚胎的血液供应,使胚胎死亡,同时减少出血,但是对卵巢功能有影响。本组资料中 2 例行介入治疗均失败,后行开腹手术,其中 1 例将子宫切除、1 例行病灶清除,因而是否行介入治疗需慎重处理。

近年来,内镜下处理 CSP 已广泛开展,与盲目的宫腔操作比较,在内镜下观察明确诊断,直视下清除妊娠组织,修补缺损肌层,因而更有效和安全^[13-15]。本组资料显示,30 例手术治疗获得成功,其中 13 例是非手术治疗失败后,27 例是在腹腔镜或宫-腹腔镜联合下完成的。笔者认为,宫腔镜可了解宫腔内的情况,仅适用于内生型病灶切除。而腹腔镜可以直视子宫疤痕部位,切除病灶的同时可以行修补术。腹腔镜手术替代开腹手术有以下优势:损伤小,视野暴露好,能快捷的改变手术方式,如行子宫动脉阻断、髂内动脉阻断、子宫切除等,可以在短时间内减少出血,挽救生命。宫-腹腔镜联合可以更充分的了解宫腔情况,更完全切除病灶和修补缺陷,但是手术时间和费用也增加,不适于危重患者的处理。

综上所述,严格执行剖宫产指征,掌握子宫切口缝合技巧,做好术后的避孕措施,减少切口组织的损伤是预防 CSP 发生的关键;最大限度地减少不良后果发生,保存患者的生育能力是最终目标;CSP 诊治过程是一个动态观察的过程,人工流产术出现难以控制的阴道流血结合病史特点应高度怀疑 CSP,应立即停止操作给予缩宫、补液、气囊压迫止血后手术治疗。腹腔镜以其良好的视野和微创的治疗结局,有望成为 CSP 的常规诊治方法,值得临床推广应用。

参考文献:

[1] Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, et al. Ectopic pregnancies in a caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication [J]. Hum Reprod Update, 2004, 10(6): 515-523.

[2] Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management [J]. Obstet Gynecol, 2006, 107(6): 1373-1381.

[3] Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, et al. Cesarean scar pregnancy [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2003, 21(3): 310-313.

[4] 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.

[5] Seow KM, Huang LW, Lin YH, et al. Cesarean scar pregnancy: issues in management [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2004, 23(3): 247-253.

[6] 张丽娟, 向华, 丁依玲. 剖宫产术后子宫切口妊娠绒毛植入 11 例临床分析 [J]. 实用妇产科杂志, 2008, 24(7): 440-445.

[7] Pascual MA, Hereter L, Graupera B, et al. Three-dimensional power Doppler ultrasound diagnosis and conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean section scar [J]. Fertil Steril, 2007, 88(3): 706-709.

[8] 冯令达, 顾静珍, 陆慧娟, 等. 剖宫产子宫疤痕病理与临床的关系 [J]. 中国生育健康杂志, 2007, 18(3): 144-146.

[9] Yial Y, Petignat P, Holfeld P. Pregnancy in acesaream scar [J]. Ultrasound Ohset Gynecol, 2000, 16(4): 592-593.

[10] Wang JH, Xu KH, Lin J, et al. Methotrexate therapy for cesarean section scar pregnancy with and without suction curettage [J]. Fertil Steril, 2009, 92(4): 1208-1213.

[11] Hois EL, Hibbeln JF, Alonzo MJ, et al. Ectopic pregnancy in a cesarean section scar treated with intramuscular methotrexate and bilateral uterine artery embolization [J]. J Clin Ultrasound, 2008, 36(2): 123-127.

[12] Zhang Y, Gu Y, Wang JM, et al. Analysis of cases with cesarean scar pregnancy [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2013, 39(1): 195-202.

[13] Yang Q, Piao S, Wang G, et al. Hysteroscopic surgery of ectopic pregnancy in the cesarean section scar [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2009, 16(4): 432-436.

[14] Wang CJ, Chao AS, Yuen LT, et al. Endoscopic management of cesarean scar pregnancy [J]. Fertil Steril, 2006, 85(2): 491-494.

[15] Wang YL, Su TH, Chen HS. Operative laparoscopy for unruptured ectopic pregnancy in a caesarean scar [J]. BJOG, 2006, 113(9): 1035-1038.

(收稿日期: 2013-11-10 修回日期: 2014-01-19)

(上接第 1853 页)

[14] 吴瑞斌, 顾小平, 陆振中, 等. 钙泊三醇倍他米松软膏治疗寻常型银屑病临床疗效观察 [J]. 中华皮肤科杂志, 2011, 44(10): 748-749.

[15] 黄岚, 马莉, 黄琼, 等. 钙泊三醇倍他米松软膏外用治疗寻

常型银屑病的随机、双盲、对照研究 [J]. 中华皮肤科杂志, 2009, 42(10): 691-694.

(收稿日期: 2013-11-04 修回日期: 2013-01-06)