剖宫产术后早期子宫瘢痕部位妊娠11例临床分析

黄艳芳[1],谭 红[1],张峰莉[1],张艮甫[2] (1.湖北省中山医院妇产科,湖北 武汉 430033;2.第三军医大学新桥医院泌尿外科,重庆 400037)

[摘 要] **目的** 探讨剖宫产术后子宫瘢痕部位妊娠(CSP)早期诊断及治疗方法。**方法** 对2002年至2008年我院收治的11例剖宫产瘢痕部位妊娠患者资料进行回顾分析。**结果** 11例病例临床表现缺乏特异性,4例误诊为宫内早孕;1例误诊为滋养细胞疾病而给以化疗。阴道大出血4例给予子宫动脉栓塞后行清宫术;氨甲喋呤联合米非司酮治疗6例,4例成功,2例失败后行开腹局部病灶切除术。所有患者均痊愈出院,随诊HCG值至正常。**结论** 超声检查是诊断CSP的简单可靠方法;子宫动脉栓塞可以迅速止血,栓塞后联合药物或手术治疗是安全有效的治疗方法,刮宫术前需用氨甲蝶呤联合米非司酮进行有效地杀胚治疗。

[关键词] 剖宫产术;子宫瘢痕;妊娠

[中图分类号] R714.2;R169.42 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2010)01-0020-02

Clinic analysis of 11 cases of early cesarean scar pregnancy after caesarean section

HUANG Yan-fang, TAN Hong, ZHANG Feng-li, ZHANG Yin-pu (Department of Obstetrics and Gynecology, Zhongshan Hospital, Wuhan Hubei 430033, China)

Abstract: Objective To study early diagnosis and treatment for caesarean scar pregnancy (CSP). **Methods** The data of 11 cases of CSP in our hospital from 2002 to 2008 was retrospectivly analyzed. **Results** Clinical manifestations of 11 cases was the lack of specificity, 4 cases were misdiagnosed as "intrauterine pregnancy", 1 case misdiagnosed as gestational trophoblastic disease was given chemotherapy. The four cases of vaginal hemorrhea were given uterine artery embolism, and then given curettage. 6 patients were treated with MTX mifepristone, 4 cases got successed, 2 cases were failured and lumpectomy. All patients cured. The patient's HCG dropped to normal for followed up. **Conclusions** Ultrasound examination are simple and safe for diagnosis of CSP. Uterine artery embolism can rapidly stop bleeding, and combined drugs or surgery is safe and effective alternative treatment. Before curettage, it is possible to use methotrexate combined with mifepristone methods of effective treatment to kill embryos.

Keywords: caesarean section; scar; pregnancy

剖宫产术后子宫瘢痕部妊娠简称剖宫产瘢痕部妊娠(cesarean scar pregnancy,CSP),是剖宫产术后远期并发症之一,临床上比较少见,但近年来随着剖宫产率不但增高,其发病率明显上升。剖宫产术后子宫瘢痕妊娠是孕囊或胚囊着床既往子宫瘢痕上,是一种特殊的异位妊娠,占异位妊娠的0.045%,在有剖宫产史的异位妊娠中占6.1%[1]。我院自2002年至2008年共收治此类病例11例,现将剖宫产术后子宫瘢痕部位妊娠早期诊断及治疗方法报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组11例剖宫产瘢痕部位妊娠患者,年龄23~39岁;孕次2~6次;产次1~2次;剖宫产次数1~3次。11例患者停经史41~68 d。3例患者有停经后少量阴道出血。4例患者被诊断为宫内早孕例行人工流产,刮宫术中出现大量阴道出血;1例误诊为滋养细胞疾病;6例治疗前明确诊断为剖宫产术后子宫瘢痕部位妊娠;6例患者超声检查均提示孕囊位于子宫前壁下段肌层内,考虑剖宫产术后子宫瘢痕妊娠;另外4例刮宫术中出现大量阴道出血复查超声宫腔内未见妊娠囊,子宫下段前壁峡部形态和回声异常,为混合性结构,宫腔内见少许液性暗区,宫颈形态正常,附件区亦未发现异常回声。11例患者尿HCG阳性。

1.2 治疗方法

6例患者给予氨甲蝶呤(MTX)联合米非司酮进行药物保守治疗,氨甲蝶呤50 mg/d,单次肌肉注射,在治疗第4天和第7天测血HCG,若治疗后4~7 d血HCG下降小于15%,重复剂量治疗,然后每周检测血HCG,总量不超过200 mg,米非司酮50 mg口服,每日2次,连续3 d,不重复给药。随访血HCG下降接近正常时在B超监测下行刮宫术。4例误诊宫内早孕在门诊例行人流时出现阴道大量流血,停止手术收入院,确诊后行子宫动脉栓塞术(UAE),栓塞后迅速有效地控制了出血,术后1周内在B超监视下行刮宫术。1例误诊为滋养细胞疾病,采用氨甲蝶呤+四氢叶酸(CF)治疗,第1,3,5,7天肌肉注射氨甲蝶呤1 mg·kg^{-1}·d^{-1},第2,4,6,8天肌肉注射四氢叶酸0.1 mg·kg^{-1}·d^{-1}。

[作者简介] 黄艳芳(1969-),女,湖北省汉川市人,副主任医师,医学学士,主要从事妇产科临床方面的研究。电话:(027)83743124,E-mail:hyf135351@163.com

[收稿日期] 2009-10-23 [修回日期] 2009-11-19

2 结果

6例患者氨甲蝶呤联合米非司酮进行药物保守治疗,4例成功,出血量少,术后病理检查见蜕变绒毛;1例患者因用药后血HCG下降不满意;1例刮宫术中出现大量阴道流血行开腹局部病灶切除术及子宫修补术。4例患者子宫动脉栓塞术治疗刮宫术顺利,出血量少,术后B超均提示瘢痕部位有杂乱回声及妊娠囊消失。1例误诊为滋养细胞疾病在化疗过程中出现阴道大量流血行子宫全切术,切除子宫送病理检查证实系剖宫产术后子宫瘢痕妊娠。本组11例患者均痊愈出院,无严重并发症发生。

3 讨论

剖宫产术后子宫瘢痕妊娠是指孕囊或胚囊着床于既往子宫瘢痕上,是一种特殊的异位妊娠,其特点是孕囊或胚囊完全位于子宫肌层内,被瘢痕处纤维组织包绕,不与宫腔相通,这一特点要与宫内孕合并胎盘植入区别[2]。目前普遍认为本病是由于各种手术操作导致内膜损伤所致,如刮宫术、剖宫产术、子宫肌瘤剔除术、子宫成形术、宫腔镜、手取胎盘术等[2-3]。根据本组病例可以看出剖宫产后子宫瘢痕处妊娠临床表现缺乏特异性,在妊娠早期其症状与流产相似,常表现为停经后不规则阴道流血,大多表现为难免流产、不全流产或宫内早孕而误诊为"宫内早孕"给予人流、药流或清宫术。剖宫产后子宫瘢痕处妊娠的诊断应包括[4-5]:①子宫下段剖宫产史;②HCG增高;③超声检查所见。其中B超是诊断本病的可靠方法,最有临床价值。

剖宫产瘢痕部位妊娠一经确诊必须立即终止妊娠,目前常用药物治疗、子宫动脉栓塞、手术治疗等方法[6]。刮宫术前给予氨甲蝶呤、米非司酮、氟尿嘧啶及天花粉等药物。氨甲蝶呤常与米非司酮联合用药,但往往药物治疗效果不佳,可能是由瘢痕部位纤维组织形成纤维瘢痕血运差[7-8],药物渗透性差造成,妊娠组织也不能及时被排出会导致子宫长时间出血,盆腔感染的机会也增大[9]。药物治疗失败者则需要手术清除妊娠组织,控制大出血。本组6例患者给予氨甲蝶呤联合米非司酮进行药物保守治疗,4例成功,1例患者因用药后血HCG下降不满意,1例刮宫术中出现大量阴道流血行开腹局部病灶切除术及子宫修补术。子宫动脉栓塞(UAE)是目前一致公认比较安全的方法,相比于以往控制阴道大出血时常用的髂内动脉结扎或子宫切除,UAE具有创伤小、安全有效,同时能够保留生育功能的优点[10]。本组4例人流术后大量阴道出血的患者采用UAE控制了出血。UAE后再次清宫出血很少,收到了很好的效果,保留患者生育功能,术后均恢复正常月经。子宫动脉栓塞的缺点是设备价格昂贵,技术要求较高,基层医院难以普及。

手术治疗主要有局部病灶切除、子宫切除两种方法。由于是一次较大的手术创伤,又无明确资料显示其疗效优于清宫术及药物治疗,故不宜作为瘢痕部位妊娠的首选治疗方法。以往,在无法早期诊断CSP时为避免患者因大出血死亡,唯一办法是急诊行子宫切除术,达到止血目的,以挽救生命;现在只对于子宫破裂大,无法修补,或子宫动脉栓塞失败者采用子宫切除术。本组1例患者因误诊为滋养细胞肿瘤,化疗中出现大量阴道流血行子宫切除术。对于年轻有生育要求的患者应尽量保留子宫,手术切除应非常谨慎。总之,对于子宫瘢痕妊娠患者应根据疾病的情况、发病部位、孕囊侵入子宫肌壁的深度及病灶的大小,以及患者对生育的要求、患者的经济情况等因素制定出个体化的制疗方案。

随着剖宫产率的不断上升,剖宫产术后子宫瘢痕部妊娠的发生率也随之明显升高,因而产科医生在临床工作中应严格把握剖宫产指征,加强手术操作及缝合技巧,以避免子宫下部瘢痕处窦道的形成,从而避免此病的发生。对于剖宫产术后再孕的妇女,一定要明确孕卵着床的位置、孕囊与膀胱的关系及距离,以避免漏诊、误诊;人工流产术或清宫术时发生异常出血时应及时识别是否CSP,切忌盲目反复刮宫,从而降低子宫破裂、子宫切除的风险,为保守性治疗及保留子宫的手术治疗提供机会。

[参考文献]

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

[2] Fylstra DL. Ectopic pregnancy with in a cesarean scar a review[J]. Obstet Gynecol Survey, 2002, 57(8): 537-543.

[3] Fylstra DL, Pound-Chang T, MillerMG, et al. Ectopic pregnancy with in a cesarean delivery scar a case report[J]. Am J Obstet Gynecol, 2002, 187(2): 302-304.

[4] Godin PA, Bassil S, Donnez JAn ectopic pregnancy developingin a previous caesarean section scar[J]. Fertil Steril, 1997, 67(2): 398-400.

[5] Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar[J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2000, 16(6): 592-593.

[6] 秦晓莉,尹凤英. 剖宫产瘢痕部位妊娠4例临床分析[J]. 现代妇产科进展, 2006, 15(6): 476-478.

[7] Weimin W, Wenqing L. Effect of early pregnancy on a previous lower segment cesarean section scar[J]. Int J Gynecol Obstet, 2002, 77(3): 201-207.

[8] Dilbaz S, Atasay B, Bilgie S, et al. A case of conservative management of cervial pregnancy using selective anglographic embolization[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2001, 80(1): 87-89.

[9] Chao A, Wang CJ. Hysteroscopic management of cesarean scar pregnancy after unsuccessful methotrexate treatment[J]. Minim Invasive Gynecol, 2005, 12(4): 374-376.

[10] 赖珍霞,袁 军. 选择性子宫动脉栓塞治疗子宫肌瘤的护理[J]. 局解手术学杂志, 2004, 13(3): 215.

(编辑:左艳芳)