剖宫产术后子宫瘢痕妊娠12例临床分析

秦 永 (黔江中心医院妇产科,重庆 黔江 409000)

[摘 要] **目的** 探讨剖宫产术后子宫瘢痕妊娠(CSP)的诊断及治疗方法。**方法** 对我院2005年1月至2009年12月收治的12例CSP患者临床资料进行回顾性分析。**结果** 12例均经超声明确诊断。6例子宫动脉栓塞后行清宫术成功保留生育功能;3例行甲氨蝶呤联合米非司酮保守治疗成功保留生育功能;1例二次清宫术中阴道流血伴失血性休克,手术修补子宫裂口保留子宫;2例行子宫次全切除术。**结论** 超声诊断CSP简便可靠;子宫动脉栓塞后清宫术是安全有效的治疗方法。

[关键词] 子宫瘢痕;剖宫产术;妊娠;子宫动脉栓塞

[中图分类号] R714.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-5042(2010)04-0277-02

Clinical analysis of cesarean scar pregnancy in 12cases

QIN Yong (Department of Obstetrics and Gynecology, Central Hospital of Qianjiang, Chongqing 409000, China)

Abstract: Objective To investigate the diagnosis and treatment of cesarean scar pregnancy (CSP). **Methods** The clinical data of 12 patients with CSP in our hospital from Jan 2005 to Dec 2009 were retrospectively analyzed. **Results** All 12 patients were diagnosed by ultrasound. Six patients with uterine artery embolization (UAE) preserved their fertility successfully by evacuation. Three patients undergoing conservative treatment with methotrexate combined with mifepristone preserved their fertility successfully. One patient experienced heavy vaginal bleeding with hemorrhagic shock in the second evacuation and received another operation to preserve the uterus. The other two patients underwent hysterectomy. **Conclusion** Ultrasound is a simple and reliable diagnostic method for CSP and evacuation after UAE is safe and effective.

Keywords: cesarean scar; cesarean section; pregnancy; uterine artery embolization

剖宫产术后子宫瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy,CSP)是指孕囊着床于前次剖宫产瘢痕处,为一种罕见的异位妊娠。随着剖宫产率的上升,其发病率也呈上升趋势,且初诊误诊率较高,处理不当易导致难以控制的大出血甚至危及生命,部分以子宫切除为结局,给年轻患者带来终身遗憾[1]。本文分析了我院近4年来收治的12例CSP患者的临床资料,并对其发病原因、临床表现、诊断及治疗等方面进行探讨。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组12例CSP患者年龄26~41岁,平均31.3岁。孕次2~5次,平均3次。12例中1次剖宫产10例,2次剖宫产2例,剖宫产距发病时间最短8个月,最长10年。12例中均有停经史,最短38 d,最长78 d。血HCG均增高(354~2 142 IU/L)。3例有停经后少量无痛性阴道流血。4例治疗前阴道彩超均提示孕囊位于子宫前壁近子宫峡部(相当于切口部位)。8例患者在人工流产或清宫术时阴道流血多或持续时间超过半月,复查彩超时提示子宫下段前壁异常不均质回声,见较丰富血流信号,异常回声与子宫壁分界不清。其中5例提示子宫前壁肌层变薄。

1.2 治疗方法

6例行子宫动脉栓塞术(UAE),栓塞后迅速控制出血后24 h左右行清宫术。3例行甲氨蝶呤联合米非司酮保守治疗,1例二次清宫术中阴道流血多伴失血性休克,切除瘢痕及妊娠组织,修补子宫切口。2例年龄在40岁左右,因无生育要求,行子宫次全切除术。

2 结果

6例行UAE的患者均无穿刺部位及盆腔感染,无下肢疼痛、缺血、坏死等并发症,术后2~4个月均恢复正常月经周期。10例成功保留完整子宫,2例子宫次全切除术患者夫妻性生活满意。

3 讨论

剖宫产术后子宫瘢痕妊娠是一种罕见的异位妊娠。其发病机制并不十分清楚。目前普遍认为病因为:①剖宫产引起的子宫内膜间质蜕膜缺乏或有缺陷,受精卵在此着床后,常发生底蜕膜缺损,滋养细胞可直接侵入子宫肌层,并不断生长,绒毛与子宫肌层粘连、植入甚至穿透子宫壁;②剖宫产术中切口缝合错位及感染、愈合不良、瘢痕组织形成缝隙、空洞或人工流产

[作者简介] 秦 永(1972-),男,重庆市黔江区人,主治医师,主要从事妇产科临床方面的研究。电话:(023)79245717

[收稿日期] 2010-04-15 [修回日期] 2010-05-21

术后损伤,切口瘢痕裂开;③子宫内膜炎、子宫内膜发育不良,受精卵着床后可能因血供不良,绒毛部分延展到子宫下段切口瘢痕甚至宫颈部位,因峡部管腔狭窄,不利于孕囊发育,常发生早期流产或不规则阴道流血[2]。

剖宫产术后子宫瘢痕妊娠患者具有子宫下段的剖宫产史,停经、子宫增大、血 HCG 升高等妊娠表现。部分患者有停经后少量阴道流血、轻微下腹疼痛。本文 12 例患者中 3 例停经后出现少量阴道出血。超声是诊断本病的可靠方法。Godin 等[3]1997 年首先提出其诊断标准:宫腔及子宫颈内无妊娠囊;妊娠囊生长于子宫峡部前壁;膀胱和妊娠囊之间子宫肌层组织有缺陷。国内外报道多数病例均以此为诊断标准。由于对本病的认识不足,很大一部分子宫瘢痕切口妊娠术前均诊断为宫内早孕而实施人工流产或药物流产,发生阴道大量流血及失血性休克,以及术后持续阴道流血,多次清宫时方明确诊断,给患者带来很大的创伤[3]。随着对本病认识的逐渐深入及重视,本组 4 例患者人工流产前明确诊断 CSP,另外 8 例首诊时未确诊 CSP,其中 4 例外院超声提示宫内早孕,2 例稽留流产,2 例药流前未行超声检查。8 例患者均在人工流产或清宫术时阴道流血多或持续时间超过半月,复查彩超时提示子宫下段前壁异常不均质回声,异常回声与子宫壁分界不清,血流信号丰富。其中 5 例前壁下段肌层变薄。由此可见,子宫瘢痕部位妊娠具有比较特异的影像学表现。目前误诊较高的原因主要是首诊时超声未能提供准确信息及各种原因未行术前常规超声检查,临床医师处理此类患者重视程度不够所致。只要对本病有足够的认识,应能明确诊断。对于有剖宫产史的早孕患者行超声检查必不可少,检查中应明确孕囊着床部位,特别注意除外瘢痕部位妊娠。

子宫动脉栓塞在妇产科出血性疾病的治疗中发挥着重要作用。有文献报道[5]UAE 可以迅速有效地控制血管损伤所致的阴道大出血。与以往常用的髂内动脉结扎或子宫切除相比,UAE 创伤小、安全有效,同时能够保留生育功能。本组 4 例清宫术后阴道出血伴失血性休克的患者均采用 UAE 控制了出血。栓塞后 24 h 左右行清宫术均成功保留生育功能。另外,在人工流产前也可以行 UAE 预防大出血的发生,本组 2 例少量阴道流血的患者行 UAE 后人工流产,出血很少,均收到很好的效果。6 例成功保留生育功能,患者术后 2 ~4 个月均恢复正常月经周期。

药物治疗是一种无创性的治疗方法,能够避免手术操作引起的子宫进一步损伤。目前用于 CSP 治疗的药物有甲氨蝶呤、天花粉、米非司酮等。与手术治疗相比,药物治疗需要的时间较长,治疗过程中有阴道大出血及妊娠包块内出血导致子宫破裂的风险。尽早诊断及时用药是药物保守治疗成功的关键。本组 3 例患者甲氨蝶呤全身给药联合米非司酮口服均获成功,且 3 例患者血 HCG 值均低于 1 500 U/L。

Fylsta[6]认为瘢痕部位妊娠的最佳治疗方案是局部病灶切除,其理由是手术不仅可以有效地终止妊娠,同时可以修补瘢痕缺陷。本组病例只有 1 例二次清宫术中阴道流血量多,疑子宫瘢痕破裂,剖腹局部病灶切除。对于难以控制的阴道流血危及患者生命的病例,UAE 治疗失败及没有生育要求的患者可以考虑子宫切除。本组中只有 2 例 CSP 为二次剖宫产,年龄近 40 岁,没有生育要求,无保守治疗愿望,直接行子宫切除。对于年轻有生育要求的患者应尽可能保留子宫,手术切除子宫应非常谨慎。单纯刮宫术是否有效存在一定争议,主要因为孕囊及滋养细胞组织侵蚀子宫肌壁,刮匙不能接触到孕囊,且刮匙很容易导致子宫瘢痕处破裂及大出血[7]。本组行刮宫术的 2 例患者术前均行 UAE,有效地防止了出血。其中 4 例不全流产后再次清宫,行 UAE 后均在超声监视下手术,顺利成功清出多少不等的绒毛组织,术中术后阴道出血少,无子宫穿孔发生。由此可见,UAE 后刮宫是治疗 CSP 的安全有效方法,超声监视下可以进一步提高刮宫手术的安全性。切忌盲目清宫及诊断性刮宫止血,避免进一步损伤及大出血危及患者生命。对生命体征稳定、有保留生育要求的患者,而又不具备子宫动脉栓塞条件的可转上级医院处理。

[参考文献]

[1] 刘志强,彭芝兰,刘 辉. 剖宫产子宫切口部位异位妊娠的诊断与治疗[J]. 现代妇产科进展,2006,22(5):781 - 782.

[2] 程春霞,薛 敏. 宫、腹腔镜联合治愈剖宫产子宫切口妊娠 1 例[J]. 实用妇产科杂志,2002,18(6):373.

[3] Godin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar [J]. Fertil Steril, 1997,67(2):398 - 400.

[4] 乐江华,曾思恩,乐承意. 剖宫产瘢痕部位妊娠的诊断和治疗[J]. 华夏医学,2005,18(1)138 - 140.

[5] 杨智敏,戴文新,高 燕. 血管介入治疗在妇产科出血性疾病中的应用[J]. 实用妇产科杂志,2006,22(10):631 - 632.

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

[7] Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review[J]. Obstet Gynecol Surv, 2002,57(8):537 - 543.

(编辑:蒋登金)