

剖宫产切口瘢痕妊娠 5 例并文献复习

陈桂兰, 肖黎明, 沈建平

(如皋市人民医院妇产科, 江苏 如皋 226500)

摘要:目的 探讨剖宫产切口瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)的诊断和有效治疗方法。方法 回顾性分析 2009 年 1 月至 2011 年 4 月在我院诊治的 5 例 CSP 患者的临床表现及诊疗经过, 并复习相关文献。结果

5 例患者均进行了刮宫, 2 例于术中出现了大出血, 1 例术前即大出血至休克前期; 1 例未刮出明显组织及另 1 例介入治疗后 2 周刮宫者出血不多。5 例中有 4 例均于刮宫后彩超提示子宫下段不均质回声。1 例开腹手术很快治愈, 1 例腹腔镜手术治愈, 1 例中药保守治疗治愈, 2 例(刮宫前、后各 1 例)进行了介入治疗。结论 目前临床医师对 CSP 的早期诊断尚缺乏经验, 易误诊为稽留流产、不全流产等, 治疗方面比较安全有效的方法有开腹手术、腹腔镜手术以及子宫动脉栓塞(介入)治疗, 药物治疗效果不确切, 随访时间长, 有子宫大出血的风险。直接刮宫术大出血风险很大。

关键词:剖宫产切口瘢痕妊娠; 子宫动脉栓塞治疗; 开腹手术; 腹腔镜手术; 刮宫术

中图分类号:R71 **文献标志码:**B **文章编号:**1000-2065(2011)08-0568-03

剖宫产切口瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是指受精卵、滋养叶细胞种植于前次剖宫产切口瘢痕处, 被子宫肌纤维及瘢痕组织所完全包绕, 是一种罕见而危险的异位妊娠。1978 年 Larsen 等首次报道了第 1 例 CSP, 此后关于 CSP 的报道及研究越来越多。据统计 CSP 占至少有 1 次剖宫产史异位妊娠患者的 6.15%^[1], 本院自 2009 年 1 月 1 日至 2011 年 4 月 30 日共收治异位妊娠 84 例, 其中 CSP 5 例, 至少有 1 次剖宫产史异位妊娠者 38 例, 占 13.16%, 远高于文献报道发生率。目前有关开腹手术文献报道较少, 本文予详细介绍, 与大家共同探讨。

1 病历资料

1.1 病例 1 患者 37 岁, 剖宫产后 3 年, 人流术后 23 天, 阴道流血未净。1-0-2-1, 末次月经 2011 年 1 月 12 日, 2011 年 2 月 22 日彩超提示宫颈内口 10 mm × 8 mm 液性暗区, 内膜厚 15 mm。2 月 24 日彩超提示宫腔下方近宫颈内口见一孕囊回声 11 mm × 10 mm, 内见卵黄囊, 未见明显胚芽及原始心搏。2 月 27 日彩超宫腔下段近内口处见 16 mm × 13 mm 孕囊, 见胚芽及心搏。予米非司酮 25 mg 每天 2 次服用 3 天, 加米索前列醇 600 μg 顿服序贯治疗。只见少量阴道流血未见绒毛排出, 加中药口服无效。3 月 4 日复查彩超宫颈内口见 18 mm × 16 mm 孕囊回声, 见胚芽及心搏。予人流术, 术中见 10 mm × 10 mm 绒毛样组织, 未见蜕膜样组织, 术中出血不多, 操作较困难, 术后予生化汤煎服, 喂密切

随访。患者因阴道流血少, 工作繁忙未遵医嘱。3 月 25 日彩超提示宫颈内口前壁见 37 mm × 38 mm 不均质回声, 边缘及内部少许血流信号。3 月 26 日血 β-HCG 2 198.00 U/ml, 孕酮 2.91 ng/ml, 3 月 27 日彩超提示宫颈前壁肌层见 43 mm × 35 mm 回声杂乱区, 边缘及内部少许血流信号。拟剖宫产切口瘢痕妊娠住院, 3 月 27 日血 β-HCG 1 814.00 U/ml。3 月 28 日予甲氨蝶呤(MTX)80 mg 肌注并加中药天花粉煎服, 3 月 30 日出现阵发性多量阴道流血急诊手术。术中打开膀胱反折腹膜下推膀胱, 见子宫峡部瘢痕下缘向膀胱侧隆起呈球形约 5.0 mm × 3.5 mm × 3.5 mm, 表面无破裂口, 局部紫蓝色, 质软, 盆腹腔无积血。沿包块下缘横向切开包块, 内见陈旧血块及碎肉样组织, 与子宫瘢痕致密粘连, 与宫腔相通, 去除原瘢痕及局部血块等, 未见活动性出血点, 刮匙挠刮瘢痕周围宫腔, 合成线连续缝合子宫切口。术前加术中阴道流血共约 800 ml, 术后未有明显阴道流血, 恢复好。3 月 31 日血 β-HCG 280.62 U/ml, 4 月 4 日 β-HCG 29.41 U/ml。病理报告: 瘢痕组织处见蜕变绒毛影。术后 1 月经复潮正常。

1.2 病例 2 34 岁, 剖宫产后 9 年, 停经 2 月, 下腹痛 2 h。1-0-3-1, 彩超提示子宫峡部妊娠, 外缘近子宫浆膜层。2011 年 3 月 6 日血 β-HCG 23 000 U/ml, 3 月 8 日介入治疗, 3 月 22 日 β-HCG 3 260 U/ml。彩超提示无胎心及血流后清宫, 出血少, 次日自动出院。随访 2 月后月经正常。

1.3 病例 3 34 岁, 剖宫产后 9 年, 停经 56 天,

少量阴道流血 25 天。1-0-1-1, 彩超提示宫内 $35 \text{ mm} \times 25 \text{ mm}$ 孕囊回声, 见胚芽, 未见胎心。拟稽留流产清宫, 术中探针刚探入, 即有血液涌出。予缩宫素应用后清宫见绒毛及蜕膜组织约 20 g, 术后阴道流血仍多, 予双腔气囊(注水)压迫止血, 宫腔引流血液略多于经量, 术后 4 天彩超提示宫腔下段见 $48 \text{ mm} \times 50 \text{ mm}$ 不均质回声。转上级医院中药外敷治疗。术后 2 月月经正常。

1.4 病例 4 32 岁, 剖宫产术后 8 年, 停经 39 天, 彩超提示宫内早孕, 予药物流产失败, 清宫术中术后经过同病例 3。术后 4 天阴道流血不多, 彩超提示宫腔下段前壁 $39 \text{ mm} \times 35 \text{ mm}$ 不均质回声, 患者自动出院后 1 月, 大量子宫出血去外院介入治疗后血止。2~3 月后月经恢复正常。

1.5 病例 5 25 岁, 剖宫产术后 1 年, 不规则阴道流血 1 月, 量多伴下腹痛 2 h。拟不全流产入院, 急诊清宫, 见机化组织及血凝块。病理报告为退变的蜕膜及绒毛组织。术后阴道流血不多, 术后 5 天彩超提示子宫前壁不均质包块 $73 \text{ mm} \times 63 \text{ mm}$, 术后 7 天复查彩超子宫前壁峡部包块(凸向宫外), $72 \text{ mm} \times 71 \text{ mm} \times 83 \text{ mm}$, 周边见血流信号。患者要求转外院进行了腹腔镜手术发现剖宫产切口瘢痕血肿, 予清除, 术后恢复好。术后 35 天月经恢复。

2 讨 论

2.1 病因 CSP 的确切的病因目前仍不清楚, 多数认为剖宫产造成的子宫内膜及肌层的损伤和瘢痕的形成是主要原因。

2.2 临床特点 39% 的 CSP 患者早期表现为无痛性阴道流血, 为点滴样出血或危及生命的大出血。约有 16% 的患者主诉轻至中度腹痛。37% 的患者可完全无症状, 仅仅由 B 超检查发现^[2]。妇科检查子宫可增大, 如伴宫腔积血较多则明显增大伴压痛。如有子宫先兆破裂则可有子宫峡部局部压痛。本文中 4 例患者表现有阴道流血, 1 例表现为停经后下腹痛。1 例术前大量子宫出血, 并宫腔积血者子宫有压痛, 其余患者均无子宫压痛。1 例子宫正常大, 4 例子宫均增大。

2.3 辅助检查 经阴道超声检查是目前最广泛采用的方法。有报道称在 111 例 CSP 患者中, 经阴道超声可正确诊断出 94 例, 其余患者分别被误诊为宫颈妊娠或流产。Vial 等^[3]提出了超声诊断 CSP 的标准:①孕囊位于膀胱和子宫前壁之间;②宫腔内无胚胎组织;③矢状面观察可见孕囊和子宫前壁间仅

有菲薄的子宫肌层甚至无子宫肌层。④多普勒检查提示切口孕囊周围血运丰富而非流产孕囊周围呈无血供的表现。⑤用阴道超声探头轻压未见孕囊从宫颈内口水平离开。Vial 提出 CSP 又分为 2 种:第 1 种是胚胎种植于前次剖宫产瘢痕处, 妊娠组织朝向子宫峡部或宫腔发展。第 2 种是胚胎深入种植于切口缺损处, 并朝向膀胱及腹腔生长。这种类型更易发生子宫破裂及大出血。病例 2、3、4、5 可能属于第 1 种, 病例 1 则属于第 2 种。人流术中未见蜕膜组织, 仅见直径 1 cm 绒毛样组织。开腹术前、术中短时间内出血达 800 ml。术中见子宫峡部剖宫产瘢痕下缘向膀胱侧球形突出。

2.4 治疗 有关 CSP 的治疗目前尚不成熟。可参考的方法有:

2.4.1 期待治疗 据文献报道 6 例期待治疗的患者均发生了大出血。笔者认为即使血孕酮水平很低 ($5 \mu\text{g}/\text{L}$ 以下, 本文中病例 1 只有 $2.91 \mu\text{g}/\text{L}$) 也应很慎重考虑。如果血 β -HCG 也很低, 才能考虑密切随访。

2.4.2 药物治疗 随着大家对 CSP 认识的提高, 早期诊断率也在提高, 使药物应用成为可能。

2.4.2.1 MTX 全身或局部治疗 有文献提出用药指征为妊娠 9 周以内, 胚胎顶臀径小于 10 mm, 未见胎心, 血 β -HCG $10\,000 \text{ U}/\text{ml}$ 以下^[2]。全身用药可以采用肌内单剂量或多剂量的注药方法;有些学者认为局部注入 MTX 可大大提高胎囊局部药物浓度, 迅速阻断妊娠, 促进妊娠产物更快吸收, 同时也可避免或减轻药物的全身副反应。

2.4.2.2 药物联合治疗 适用于单药治疗效果欠佳或失败者。常用方案有 MTX 全身用药加局部注射 MTX、氯化钾、高渗糖或天花粉等杀胚剂;全身用药加口服米非司酮等。药物保守治疗的患者通常血 β -HCG 下降缓慢, 治疗过程中可能发生大出血或子宫破裂, 将来有再次发生 CSP 的风险。本文中病例 1 药物治疗过程中突然大量阴道流血, 2 h 内多达 800 ml 以上。

2.4.3 手术治疗

2.4.3.1 清宫术 据报道, 76.1%~88.9% 的 CSP 患者行刮宫手术时发生了大出血, 需用气囊压迫止血、手术切除病灶、介入栓塞血管等^[4]。本文介绍的 5 例患者均进行了刮宫手术, 2 例均于术中发生了难以控制的多量子宫出血, 均采取了气囊压迫止血, 术后阴道流血仍偏多, 1 例术前即大量子宫出血拟不全流产刮宫, 术后阴道流血不多, 彩超提示子宫

峡部不均质稍高回声 $73\text{ mm} \times 63\text{ mm}$, 转外院腹腔镜手术见局部血肿。1例术中无明显出血,但仅见少量绒毛样组织,未见蜕膜组织。术后一直少许阴道流血,用MTX肌注加中药后出现了大量子宫出血。开腹手术治愈。1例直接转外院进行了介入治疗后再进行了清宫手术,出血不多。故笔者认为如高度怀疑CSP未先行介入治疗刮宫术不可取。

2.4.3.2 宫腔镜手术 Wang等^[5]认为,宫腔镜可以清楚地分辨妊娠囊及血管在胚囊种植部位的分布,胚囊可从子宫壁上取出,血管可以被电凝,以防术后出血。适合于前面提及的第1种CSP患者。如宫腔镜技术熟练,电切、电凝设备齐全,术前又无子宫多量出血影响视野,同样可取得良好的治疗效果。但膨宫过程中是否会有瘢痕破裂的风险尚缺乏经验。

2.4.3.3 开腹或腹腔镜行病灶切除术 开腹手术对手术设备要求相对较低,在各级医院都可开展,尤其是基层医院。手术不仅可以直接切除瘢痕处妊娠组织,避免滋养叶细胞残留,还可以切除原瘢痕,修补切口部位,降低再次妊娠发生切口及子宫破裂风险。本文中病例1在子宫多量出血后果断采取了开腹手术治疗,打开膀胱子宫反折腹膜,下推膀胱,沿原子宫瘢痕下缘横向切开,去除血块及蜕膜组织,梭形切除原瘢痕,合成线连续缝合子宫切口。术后未再有阴道流血,恢复好,7天出院。腹腔镜手术具有耗时少、住院时间短、恢复快的特点,但仅适用于患者生命体征平稳、手术医生腔镜经验丰富、医院具有相应的仪器设备的情况。有报道腹腔镜下子宫局部注射缩宫素,单极电切病灶表层,大勺取出局部组织,清除干净,充分水洗后,局部注射MTX 50 mg,合成线连续缝合子宫肌层4例均成功^[6]。在怀疑子宫破裂或难以控制的大出血时应首选开腹手术。Fylstra^[7]综述文献后认为手术清除瘢痕部位妊娠组织,同时缝合裂口,是治疗瘢痕妊娠的最佳办法。

2.4.4 选择性子宫动脉栓塞术(介入治疗) 近年来选择性子宫动脉栓塞与动脉内灌注MTX治疗CSP技术日趋成熟,据报道成功率高达80%~100%。将导管选择性置入子宫动脉后,双侧各注射MTX 25~50 mg,随后予明胶海绵或弹簧圈栓塞。栓塞治疗后3~7天,或B超提示胎心消失后再行清宫一般出血不多,但亦需做好大出血抢救准备。

2.5 随访 CSP患者无论经药物治疗、手术或介入治疗都需进行随访。一般药物治疗后β-HCG下降缓慢,多在4~16周恢复正常,有时甚至有下降后再上升,需要再次用药或改行手术可能。手术后患者如病灶清除彻底,则β-HCG迅速下降。本文中1例开腹手术者由术前β-HCG 1 814 U/ml至术后5天降为29.41 U/ml。开腹手术及腹腔镜手术者术后1月月经即正常。

参考文献:

- [1] Seow KM, Huang LW, Lin YH, et al. Cesarean scar pregnancy: issues in management [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2004, 23 (3):247~253.
- [2] 杨小芸,刘兴会.剖宫产切口瘢痕妊娠临床特点及治疗进展[J].中国实用妇科与产科杂志,2010,26(8):584~585.
- [3] Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2000, 16(6):592~593.
- [4] Coniglio C, Dickinson JE. Pregnancy following prior Caesarean scar pregnancy rupture: Lessons for modern obstetric practice [J]. Aust NZ J Obstet Gynaecol, 2004, 44(2):162~165.
- [5] Wang CJ, Chao AS, Yuen LT, et al. Endoscopic management of cesarean scar pregnancy [J]. Fertil Steril, 2006, 85(2):494. e1~4.
- [6] 韩肖燕,向阳,冯风芝,等.腹腔镜治疗剖宫产瘢痕妊娠4例临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志,2009,25(3):239~240.
- [7] Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review [J]. Obstet Gynecol Surv, 2002, 57(8):537~543.

收稿日期:2011-06-02 修回日期:2011-08-16

本文编辑:王卿