

doi:10.3969/j.issn.1003-6350.2015.24.1315

·论著·

剖宫产疤痕处妊娠超声诊断及解决方案探讨

胡永铭,葛菲,陈燕娥,莫妃,叶婷婷,王昌忠

(海口市妇幼保健院超声影像科,海南 海口 570203)

【摘要】目的 探讨超声诊断剖宫产疤痕处妊娠,并根据其图像特征为临床提供参考解决方案的价值。**方法** 运用超声对剖宫产疤痕处妊娠诊断并分型,依据病灶与宫腔、肌层的关系,以及突出浆膜程度和血供情况,采取不同的临床解决方案。**结果** 超声诊断疤痕处妊娠 30 例,其中单纯妊娠囊型(I型)10 例,混合包块型(II型)6 例,孕囊部分位于宫腔型(III型)14 例。30 例疤痕处妊娠孕妇中药流+局部用药+腹腔镜妊娠物清除+疤痕修补术 14 例,阴式疤痕妊娠物清除+疤痕修补术 3 例,药流+超声监测下清宫 10 例,继续妊娠 3 例。继续妊娠孕妇除伴有前置胎盘及轻度胎盘植入外,均无不良结局发生。**结论** 超声能早期明确诊断剖宫产疤痕处妊娠,并可为临床提供较有价值的参考解决方案。

【关键词】 疤痕处妊娠;超声诊断;解决方案

【中图分类号】 R719.8

【文献标识码】 A

【文章编号】 1003—6350(2015)24—3646—03

Ultrasonic diagnosis of caesarean scar pregnancy and solutions. HU Yong-ming, GE Fei, CHEN Yan-e, MO Fei, YE Ting-ting, WANG Chang-zhong. Department of Ultrasound, Haikou Women and Children Hospital, Haikou 570203, Hainan, CHINA

[Abstract] **Objective** To discuss the value of ultrasonic diagnosis in caesarean scar pregnancy, and to evaluate the value of the image features in providing reference for clinical solutions. **Methods** Ultrasound was used to diagnose and classify cesarean scar pregnancy. According to the relationship between lesions and uterine cavity, muscular layer, and the protruding levels of serous and blood supply situation, different clinical solutions were taken. **Results** Thirty cases of cesarean scar pregnancy were diagnosed, including 10 cases of simple gestational sac (type I), 6 cases of mixed mass (type II), and 14 cases with gestational sac in uterine cavity (type III). Among the 30 cases, 14 received medical abortion combined with local drug administration, laparoscopic abortion, scar repair, and 3 received transvaginal cesarean scar pregnancy debridement surgery combined with scar repair, with 10 cases undergoing medical abortion combined with debridement surgery under ultrasound monitoring and 3 cases continuing pregnancy. **Conclusion** Ultrasound can diagnose cesarean scar pregnancy early, and provide a valuable reference for clinical solutions.

[Key words] Cesarean scar pregnancy; Ultrasonic diagnosis; Solution

剖宫产疤痕处妊娠(Caesarean scar pregnancy, CSP)是指妊娠物种植于子宫的切口疤痕处,是一种子宫范围内的异位妊娠,在有剖宫产史妇女中发生率为 0.15%^[1],如未及时诊断或错误处理,在妊娠早期可能发生严重的阴道流血,甚至子宫疤痕处自发性穿破或刮宫穿孔,在妊娠中、晚期可发生子宫破裂而危及母婴生命。CSP 明确诊断主要依靠超声影像学检查^[2],依据超声图像特征对其分型并采取不同的解决方案,对保留生育能力,避免不良临床结局非常重要。

1 资料与方法

1.1 一般资料 海口市妇幼保健院 2013 年 1 月至 2015 年 8 月经超声诊断的 CSP 30 例,孕妇年龄 21~46 岁,中位年龄 33.5 岁,均有剖宫产史 1~2 次,与剖宫产间隔时间 1~11 年。就诊时停经 35~90 d,均无明显早孕反应,尿人绒毛膜促性腺激素(HCG)阳性 28 例,阴性 2 例。停经后无伴随症状 4 例,阴道不规则出血 16 例,阴道流血伴腹痛 6 例,临床按早孕药流或人

流清宫后大出血或持续不规则出血再行超声检查诊断 CSP 4 例。所有 30 例 CSP 均经手术或病理证实。

1.2 仪器 ALOKA F75、三星 XG,等彩色多普勒超声诊断仪,经腹部二维凸阵及经阴道探头,探头频率 3.5~9 MHz。

1.3 方法 常规测量子宫、卵巢大小,发现 CSP 采用经腹及经阴道超声联合多切面探查,先经腹重点整体观察妊娠位置与子宫下段的关系及宫体、宫颈的情况,再经阴道超声观察妊娠物的大小、形态及周围血供情况,仔细探查妊娠物着床位置与剖宫产疤痕的嵌入程度及妊娠物凸向浆膜面程度,测量疤痕处子宫肌层厚度。依据 CSP 声像图特征将其分为三型^[3]:①单纯妊娠囊型(I型),妊娠囊位于疤痕处,囊内超声结构如早孕声像,可有卵黄囊、胚芽及心管搏动,前壁肌层变薄或外凸,胎囊旁可见来自切口肌层的丰富低阻滋养血管;②混合包块型(II型),子宫下段疤痕处见混合性包块,可向浆膜外或宫腔内突出,包块与膀胱

膀胱间肌层变薄,包块周围可见低阻丰富血流信号;③孕囊部分位于宫腔型(Ⅲ型),妊娠囊一部分嵌入疤痕处,一部分或大部分位于宫腔或脱入宫颈管内,可见滋养血管来自切口肌层。

1.4 CSP临床解决方案 方案一:口服米非司酮+腹腔镜下在疤痕处肌注垂体后叶素6U+腹腔镜下疤痕处妊娠物清除+疤痕修补术;方案二:阴式疤痕妊娠物清除+疤痕修补术;方案三:口服米非司酮+超声监测下清宫。

2 结 果

2.1 30例CSP的超声图像特征及诊断分型 ①Ⅰ型:共10例,见图1,子宫切口肌层菲薄1.7~3.4 cm,切口处孕囊向浆膜面外凸,显示滋养血管来自前壁肌层。其中1例13周胚胎已停止发育;②Ⅱ型:共6例,见图2,子宫下段前壁疤痕处见混合性包块,大小18 mm×11 mm~62 mm×38 mm,内呈液实性或实性不均回声,包块凸向浆膜或宫腔面,包块与膀胱间肌层变薄或仅见浆膜回声,包块周围血流丰富3例,血流较少3例,其中2例为HCG阴性,考虑陈旧性CSP;③Ⅲ型:共14例,见图3和图4,宫腔内可见早孕5周至8周孕囊征象,但仔细检查见胚胎种植部位在子宫前壁疤痕处或附近,孕囊有不同程度嵌入前壁疤痕内。

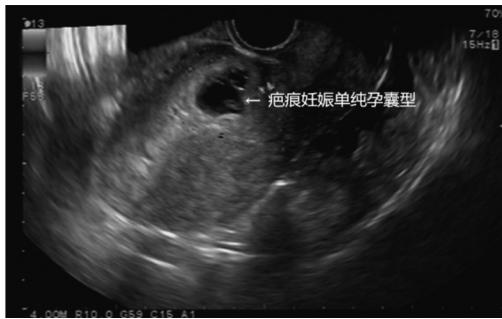


图1 CSP单纯妊娠囊型(Ⅰ型),妊娠囊位于疤痕处,囊内超声结构如早孕声像

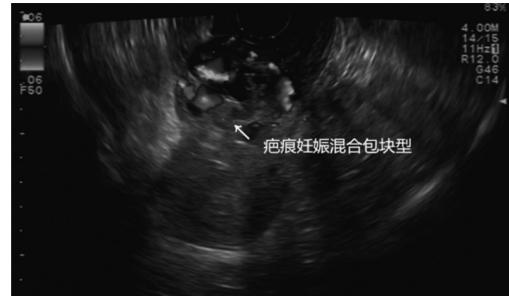


图2 CSP混合包块型(Ⅱ型),疤痕处见混合性包块,包块与膀胱间肌层变薄

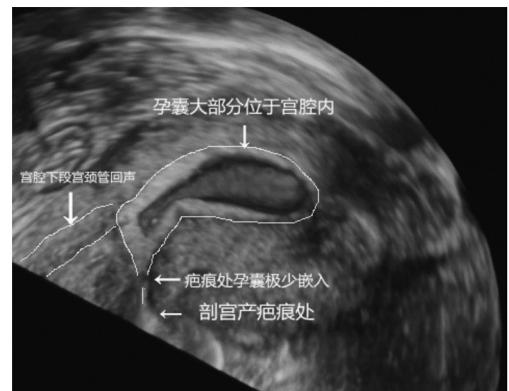


图3 CSP孕囊部分位于宫腔型(Ⅲ型),妊娠囊小部分嵌入疤痕处,大部分位于宫腔

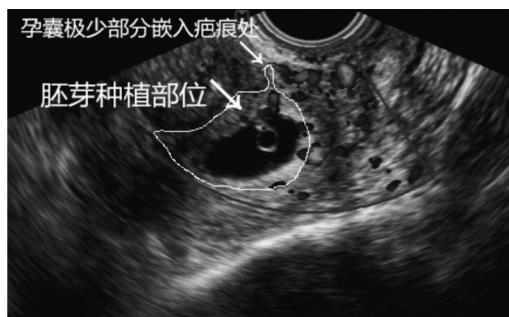


图4 CSPⅢ型极少部分孕囊嵌入疤痕选择继续妊娠

2.2 CSP的临床解决方案及随访结果 根据其图像特征和分型采取不同的临床解决方案,见表1。

表1 30例CSP的临床解决方案及随访结果

| 超声分型 | 临床解决方案 | 随访结果 |
|----------|---|---|
| I型 10例 | 方案一 | 7例术中出血30~200 ml;出血500~1 600 ml,3例中2例术中发现切口妊娠破裂引起出血量增多,1例为孕周较大并孕囊血供丰富。所有10例均术后切口愈合良好,病理符合。 |
| II型 6例 | 3例血供丰富采用方案一;血流较少的3例包块位置低,妇检可见前穹窿凸向阴道,采用方案二 | 术中出血100~250 ml,其中3例病灶表面呈紫蓝色。所有6例均术后切口愈合良好,病理符合。 |
| III型 14例 | 3例极少部分孕囊嵌入疤痕,有生育要求继续妊娠至足月;1例孕囊嵌入疤痕较多采用方案一;10例孕囊大部分位于宫腔内采用方案三,其中3例术中出血较多超声下加用疤痕宫腔面水囊压迫止血,3例为防止出血加重对少部分嵌入疤痕较深的孕囊壁未完全清理,加用术后缩宫素药物并术后口服米非司酮 | 3例继续妊娠胎儿中2例完全性、1例部分性前置胎盘,均有轻度胎盘植入,全部经剖宫产出生存活,预后良好;方案一的1例术中出血少,预后好;方案三的10例术后少量出血10~25 d,复查尿HCG阴性,复查超声3例切口肌层可见小范围血肿,后自行吸收,其余切口未见异常,均恢复良好。 |

3 讨 论

3.1 CSP 病因 发生 CSP 的病理机制可能是胚胎通过穿透剖宫产疤痕处的微小裂隙着床而引起^[4], 依据这一机制对于有导致子宫疤痕的操作如子宫肌瘤剔除术、宫腔镜和手取胎盘术等也可能是发生疤痕妊娠的高危因素^[5]。由于胚胎着床于子宫疤痕处, 无正常肌层及内膜, 绒毛直接侵蚀局部血管^[6], 随着妊娠囊的生长可导致子宫破裂、大出血、休克等严重后果。

3.2 CSP 的超声诊断 CSP 早期临床症状无特异性, 与正常妊娠相似, 但多无早孕反应。本组 4 例临床诊断早孕行人工流产及药流致大出血再行超声检查, 发现疤痕处较大血肿, 说明对本病认识不足是导致 CSP 延误诊断的主要原因之一。本组资料超声明确诊断及提示解决方案主要依据以下三步:①明确可能发生疤痕妊娠的人群;②排除宫内孕:CSP 早期孕囊发育小尤其伴宫腔积血或宫内假孕囊时难以明确诊断, 要依据宫内早孕孕囊特征识别, 宜采用排除法, 对于宫内早孕与 CSP 孕囊大部分位于宫腔型的鉴别, 前者具有宫内早孕孕囊图像特征, 孕囊下端指向宫腔线, 与宫颈管回声相延续, 如能显示胚胎种植于宫腔底后壁更可明确诊断, 后者为孕囊壁强回声下端收窄指向并嵌入子宫前壁疤痕处, 胚胎种植于前壁, 本组 3 例依此诊断孕囊极少嵌入疤痕选择继续妊娠;③显示 CSP 直接声像图特征:观察疤痕处病灶大小, 疤痕处肌层厚度及凸向浆膜程度, 周围的血供丰富程度。

3.3 CSP 的解决方案 临床治疗方案的选择对预后及生育能力的保留起决定性的作用。尽量以子宫结构破坏不显著为前提, 本组资料对 CSP I 型及 II 型中血供丰富者采用腹腔镜手术清除病灶, 由于病灶周围血供丰富, 采用术前口服米非司酮抑制绒毛生长使胚胎发育停止, 术中局部用药收缩血管达到出血量少、病灶清除顺利的效果; II 型中 3 例病灶周围血供少, 考虑为陈旧性 CSP, 且病灶位置较低, 妇检可见病灶向前穹隆外突, 采用阴道前穹隆途径切开疤痕血肿

清除加修补术, 手术损伤小, 出血量少, 预后满意。本组资料 III 型中对于疤痕处孕囊嵌入极少子宫前壁无明显变薄, 估计发展不会造成严重胎盘植入且有生育要求者, 选择继续妊娠; 孕囊大部分位于宫腔内, 嵌入疤痕内相对较少的, 采用药流加超声监测下人流术。需要注意的是, 人流过程中不能针对疤痕部位过度吸引操作, 以免引起孕囊清除后疤痕处损伤形成血肿难以吸收。本组对人流术中出血偏多者尝试采用宫腔面水囊压迫止血, 由于水囊球面与疤痕内膜锐角面吻合不完全, 压迫止血效果不满意; 改为加用缩宫素药物及术后口服米非司酮止血效果良好。III 型资料中 1 例宫腔内可见孕囊, 但大部分妊娠物嵌入疤痕处, 血供丰富, 尤其前壁肌层薄且外突明显, 不宜采用人流术, 选择腹腔镜手术清除病灶, 避免疤痕处破裂大出血, 效果满意。

综上所述, 超声能早期明确 CSP 诊断, 观察妊娠囊侵入宫壁的深浅、大小、外凸程度及病灶周围血供丰富程度, 并结合出血量及患者对生育的要求, 提供个性化的临床病灶清除和疤痕修复方案, 达到出血少、损伤小、减少患者经济负担的效果, 对避免严重临床后果有重要作用。

参 考 文 献

- [1] Seow KW, Hwang LW, Lin YH, et al. Cesarean pregnancy: issues in management [J]. Ultrasound Obstet Gynecol, 2004, 23(3): 247-253.
- [2] Moschos E, Sreenarasimhaiah S, Twicker DM. First-trimester diagnosis of cesarean Scar ectopic pregnancy [J]. J Clin Ultrasound, 2008, 36(6): 504-511.
- [3] 袁岩, 戴晴, 蔡胜, 等. 超声对剖宫产疤痕妊娠的诊断价值 [J]. 中华超声影像学杂志, 2010, 4(19): 321-324.
- [4] Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review [J]. Obstet Gynecol Surv, 2002, 57(8): 537-543.
- [5] Fylstra DL, PoundChang T, Miller MC, et al. Ectopic pregnancy within a caesarean delivery scar: a case report [J]. Am J Obstet Gynecol, 2002, 187(2): 302-304.
- [6] 谢红宁. 妇产科超声诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005, 73-74.

(收稿日期: 2015-09-06)