

剖宫产瘢痕妊娠的术式选择

张 青* 姜 丽 曹云桂

(上海嘉定区妇幼保健院妇科, 上海 201899)

【摘要】 目的 探讨剖宫产瘢痕妊娠 (cesarean scar pregnancy, CSP) 的手术方法及选择。 **方法** 回顾性分析 2010 年 1 月 ~ 2015 年 1 月我院经阴道彩超检查符合 CSP 诊断标准的 71 例患者资料。内生型 45 例, 均行宫腔镜治疗; 外生型 26 例, 宫腔镜治疗 15 例, 腹腔镜治疗 11 例。 **结果** 内生型 45 例中宫腔镜手术成功率 92% (41/45); 外生型 26 例中宫腔镜手术成功率 80% (12/15), 腹腔镜手术成功率 82% (9/11)。 **结论** CSP 患者术前分型对于选择治疗方法有一定的意义, 内生型首选宫腔镜手术, 外生型宫腔镜和腹腔镜均能治疗, 但这两种微创手术仍有一定局限性, 经腹和经阴道手术有时仍是必不可少的方法。

【关键词】 剖宫产瘢痕妊娠; 外生型; 内生型; 宫腔镜手术; 腹腔镜手术
中图分类号: R714.22 **文献标识:** A **文章编号:** 1009-6604(2015)11-1025-03
doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2015.11.019

On Selection of Operative Methods for Cesarean Scar Pregnancy Zhang Qing, Jiang Li, Cao Yungui. Department of Gynecology and Obstetrics, Shanghai Jiading Maternity and Child Health Hospital, Shanghai 201899, China
 Corresponding author: Zhang Qing, E-mail: zqzbzyz@163.com

【Abstract】 Objective To discuss the selection of different operation methods for cesarean scar pregnancy (CSP). **Methods** A retrospective analysis was made on clinical data of 71 CSP patients treated in our hospital from January 2010 to January 2015. All the patients were accurately diagnosed by transvaginal color ultrasound examinations. Hysteroscopic evacuation was performed in 45 endogenous CSP patients, while in 26 exogenous CSP patients, 15 of them were treated by hysteroscopy and the other 11 patients were given laparoscopic operation. **Results** For the 45 endogenous patients, the success rate of hysteroscopic therapy was 92% (41/45). For the 26 exogenous patients, the success rate was 80% (12/15) for hysteroscopic and 82% (9/11) for laparoscopic therapy. **Conclusions** Preoperative categorizing of CSP is important for choosing different surgery methods. Hysteroscopic evacuation is the first choice for endogenous CSP. For exogenous patients, both hysteroscopic evacuation and laparotomy can be chosen. Therefore, the two minimally invasive procedures have limits, and transvaginal and laparotomy resection of lesion is still necessary sometimes.

【Key Words】 Cesarean scar pregnancy; Exogenous cesarean scar pregnancy; Endogenous cesarean scar pregnancy; Hysteroscopic surgery; Laparoscopic surgery

剖宫产瘢痕妊娠 (cesarean scar pregnancy, CSP) 是指受精卵着床于剖宫产子宫下段切口瘢痕处, 通过剖宫产切口处的瘢痕组织中微小裂缝或裂隙侵入子宫肌层的一种异位妊娠^[1], 是剖宫产术后远期的较为严重的并发症。随着剖宫产率的增高, CSP 越来越多见, 如果不能及时诊断和治疗, 随着妊娠进一步发展, 剖宫产切口处瘢痕发生破裂, 可能出现大量腹腔内出血甚至子宫破裂等, 重者危及孕妇生命。

2000 年 Vial 等将 CSP 分为内生型和外生型两种^[2], 内生型即为孕囊种植在子宫下段剖宫产切口瘢痕处, 而随着妊娠进展, 孕囊向宫腔或子宫下段的峡部发展, 可能发展为正常妊娠, 但妊娠失败或者阴道大出血的危险较高; 外生型是指孕囊深度种植于子宫下段切口瘢痕处, 并侵入子宫肌层向子宫表面的浆膜层突出, 较为凶险, 一旦诊断, 需及时终止妊娠。目前国际上对 CSP 的诊断和治疗尚未形成规范。

* 通讯作者, E-mail: zqzbzyz@163.com

本研究回顾性分析 2010 年 1 月 ~ 2015 年 1 月就诊于我院的 71 例 CSP 临床资料,探讨 CSP 不同分型的治疗方法选择。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 71 例,年龄 21 ~ 38 岁, (27.5 ± 6.7) 岁。停经时间 41 ~ 80 d, (50.4 ± 14.6) d。有阴道少量出血 45 例,下腹隐痛 21 例,无症状 5 例。均有子宫下段剖宫产史,1 次 70 例,2 次 1 例。距离前次剖宫产时间 2 ~ 7 年,中位数 3 年。1 例误诊正常妊娠行人流手术,术后 19 天持续阴道出血,B 超提示子宫前壁峡部切口处紊乱回声范围 $23 \text{ mm} \times 23 \text{ mm} \times 26 \text{ mm}$,形态不规则,边界不清,内见丰富血流信号。余 70 例均行阴道彩超,诊断 CSP,妊娠囊直径 $1.1 \sim 6.4 \text{ cm}$,中位数 2.3 cm ,8 例可见胎芽,5 例见心管搏动,内生型 45 例,外生型 26 例。术前血 $\beta\text{-hCG}$ $200.83 \sim 43\,548 \text{ IU/L}$,中位数 $16\,832.5 \text{ IU/L}$ 。术前贫血 2 例,血红蛋白分别为 78、82 g/L。

CSP 诊断根据本院的经阴道彩色多普勒超声,需符合 Vial 等对 CSP 的分型标准,符合以下条件的方可诊断为 CSP^[2]:①宫腔内未见妊娠囊;②妊娠囊或者不规则混合回声(有血流信号)位于子宫前壁的子宫下段切口处;③妊娠囊距离子宫前壁浆膜层的厚度在 0 ~ 6 mm,其中内生型妊娠囊距离子宫前壁浆膜层厚度在 3 ~ 6 mm,外生型妊娠囊距离浆膜层厚度在 0 ~ 3 mm 之间或者子宫肌层很薄或不连续。

1.2 方法

内生型患者首选宫腔镜下吸宫术,术前告知患者不排除吸宫术失败改行其他手术方式。外生型患者术前告知宫腔镜下吸宫术和腹腔镜病灶切除术的利弊,让患者选择手术方式并签署知情同意,所有患者均告知微创手术失败可能需改经阴道或者经腹病灶切除术。术前均做腹腔镜手术和开腹准备,如阴道出血较多结合其血红蛋白情况术前备血。

宫腔镜下病灶清除术均在 B 超监护下行吸宫术和宫腔镜检查,先行宫腔镜检查子宫前壁妊娠物的位置,然后在 B 超引导下先用负压 500 mm Hg ($1 \text{ mm Hg} = 0.133 \text{ kPa}$)行吸宫术,待感觉子宫收缩后再改负压 400 mm Hg 轻柔吸子宫下段前壁切口的妊娠物所在位置,如宫缩差可以予以缩宫素 20 U 或垂体后叶素 6 U 加入氯化钠生理盐水宫颈注射。然后行宫腔镜检查子宫下段切口处妊娠物清除情

况,必要时再次轻柔搔刮或宫腔镜下电切或微型剪刀清除切口处妊娠物,此过程均在 B 超监护下操作,直至 B 超及宫腔镜下均见切口处病灶清理干净。如术中出血较多用药物后仍无减少且 B 超提示局部回声未变小甚至变大或已穿孔,则立即更改手术方式,改经阴道手术或开腹手术,必要时予输血。

外生型选择腹腔镜手术,在脐孔和脐下两侧腹部置入腹腔镜器械, CO_2 气腹压力 15 mm Hg,在腹腔镜下观察子宫下段处凸起的包块,一般局部呈紫蓝色,打开膀胱腹膜反折,推开膀胱,剪刀剪开切除病灶和部分瘢痕组织,匙状钳取出妊娠物和血块,头高脚低位冲洗盆腔,如出血多则宫体局部注射缩宫素 20 U 或予垂体后叶素 6 U 加入生理盐水,用可吸收肠线连续缝合切口及膀胱腹膜反折。如腹腔镜下出血多无法暴露视野,则改开腹手术。

术后第 2 天复查血 $\beta\text{-hCG}$,如下降 $> 50\%$,则每周复查一次直至正常,如血 $\beta\text{-hCG}$ 下降不到 50% 或停止下降甚至上升,复查 B 超无明显残留,予甲氨蝶呤 (MTX) 50 mg 肌内注射,随访至正常。血 $\beta\text{-hCG}$ 降至正常且月经正常来潮为治疗成功。

2 结果

内生型 45 例中宫腔镜手术成功率 92% (41/45),4 例因出血多手术失败,术前 B 超均提示包块 4 ~ 5 cm,其中 3 例中转腹腔镜下妊娠病灶切除术,1 例中转经阴道妊娠病灶切除术。外生型 26 例中宫腔镜手术成功率 80% (12/15),3 例因术中 B 超提示包块未清理干净,其中 2 例转经阴道前穹隆切口妊娠病灶切除术,1 例人流术后患者中转开腹病灶切除术;腹腔镜手术成功率 82% (9/11),2 例因出血较多,术野暴露不清,改开腹手术局部病灶切除。

71 例均无子宫穿孔等并发症发生,术后 2 周 B 超宫腔均无残留,术后 3 ~ 6 周血 $\beta\text{-hCG}$ 恢复正常,术后 1 个月均月经恢复正常。1 例术后宫颈粘连,予扩宫颈后第 2 个月月经恢复正常。

3 讨论

近年随着剖宫产的增加,以及我国二胎政策的放宽,CSP 越来越多,CSP 如果不及时终止妊娠或者选择不恰当的方式终止妊娠,可能影响患者的生育功能,重者甚至危及生命^[3],所以 CSP 及时终止妊娠及选择恰当的手术方法尤为重要。

CSP 的治疗主要分为保守治疗和手术治疗以及两者的联合治疗。保守治疗包括 MTX 肌内注射及

MTX 或联合其他药物子宫下段妊娠囊局部注射治疗^[3-5];手术治疗主要为 B 超引导或者宫腔镜下清宫术,子宫动脉栓塞后行清宫术或病灶切除术,经阴道^[6]、腹腔镜^[7]以及开腹行子宫下段切开局部病灶清除术。各种治疗方法各有优缺点。保守治疗花费较少,但疗程长,如果效果差可能需再次手术;子宫动脉栓塞术花费较高且不是所有医疗机构均能进行。我们结合我院实际情况,选择宫腔镜和腹腔镜手术,如果失败则经阴道切除,大量出血时行开腹手术。

CSP 术前分型对于手术方法的选择有一定的指导意义。目前对 CSP 的分型主要依靠 B 超, MRI 较 B 超对 CSP 的分型准确率更高^[8],对指导治疗方法能提供更可靠的依据,能避免潜在的危险。Peng 等^[9]将 CSP 分为三型,除了内生型和外生型之外,还有介于两者之间的第三型。越来越精细的分型对于临床选择更有效的治疗方法有重要的意义。我们依靠阴道彩超将 CSP 分为内生型和外生型。

内生型 CSP 直接行清宫术的治疗效果较好^[10],本研究结果显示宫腔镜可以成功治疗大部分(92%, 41/45)内生型 CSP,少数内生型治疗失败与包块较大血流丰富有关,虽然包块距离浆膜层 > 3 mm,但其可能向切口周围组织侵入较广泛,此外还可能与目前的分型不够精确,或者手术不够及时,待手术时妊娠的病灶已经侵入子宫近浆膜层而发展为外生型有关。

外生型 CSP 宫腔镜和腹腔镜手术均能治疗,但均有一定的失败率,如术前行子宫动脉栓塞术,待病灶处的血流减少后再行微创治疗,能提高手术成功率。如果病灶较大,行清宫术大出血的风险也较大,即使先行动脉栓塞后再次行清宫手术,手术效果也不是很满意^[11]。Wang 等^[12]认为外生型选择经腹腔镜局部病灶切除术效果较好。外生型 CSP 除了考虑微创治疗外,还需准备开腹手术或经阴道手术。外生型 CSP 手术行病灶切除术后甚至还可以再次成功妊娠至足月分娩^[13]。总结本研究外生型失败的教训,术前对包块达浆膜层患者仍应首选行病灶切除术而不是宫腔镜下吸宫术,还有对于血流较丰富者直接行腹腔镜手术仍有出血多的风险,术前可考虑化疗或者动脉栓塞待血流信号减少后再手术,同时开腹手术仍是宫腔镜、腹腔镜等微创手术失败后必不可少的补救方法。

通过本组 CSP 的治疗,我们认为 CSP 分型对治疗有一定的指导意义,目前 CSP 越来越多^[14],微创手术治疗 CSP 成功率的提高除了需要更精确的分

型外,对于包块 > 4 cm 和 B 超提示血流丰富的外生型患者,术前化疗和子宫动脉栓塞介入治疗仍是需要的。

参考文献

- 1 Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol*, 2006, 107(6): 1373 - 1381.
- 2 Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2000, 16(4): 592 - 593.
- 3 Cok T, Kalayci H, Ozdemir H, et al. Transvaginal ultrasound-guided local methotrexate administration as the first-line treatment for cesarean scar pregnancy: follow-up of 18 cases. *J Obstet Gynaecol Res*, 2015, 41(5): 803 - 808.
- 4 Kutuk MS, Uysal G, Dolanbay M, et al. Successful medical treatment of cesarean scar ectopic pregnancies with systemic multidose methotrexate: Single-center experience. *J Obstet Gynaecol Res*, 2014, 40(6): 1700 - 1706.
- 5 Kong D, Dong X, Qi Y. Ultrasonography-guided multidrug stratification interventional, therapy for cesarean scar pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*, 2015, 292(1): 143 - 148.
- 6 Li JB, Kong LZ, Fan L, et al. Transvaginal surgical management of cesarean scar pregnancy: analysis of 49 cases from one tertiary care center. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2014, 182: 102 - 106.
- 7 Wang G, Liu X, Bi F, et al. Evaluation of the efficacy of laparoscopic resection for the management of exogenous cesarean scar pregnancy. *Fertil Steril*, 2014, 101(5): 1501 - 1507.
- 8 Huang Q, Zhang M, Zhai RY. Comparison of gadolinium-enhanced magnetic resonance imaging with ultrasound in evaluation of cesarean scar pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*, 2014, 40(7): 1890 - 1893.
- 9 Peng KW, Lei Z, Xiao TH, et al. First trimester cesarean scar ectopic pregnancy evaluation using MRI. *Clin Radiol*, 2014, 69(2): 123 - 129.
- 10 Weilin C, Li J. Successful treatment of endogenous cesarean scar pregnancies with transabdominal ultrasound-guided suction curettage alone. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2014, 183: 20 - 22.
- 11 Wang JH, Qian ZD, Zhuang YL, et al. Risk factors for intraoperative hemorrhage at evacuation of a cesarean scar pregnancy following uterine artery embolization. *Int J Gynaecol Obstet*, 2013, 123(3): 240 - 243.
- 12 Wang DB, Chen YH, Zhang ZF, et al. Evaluation of the transvaginal resection of low-segment cesarean scar ectopic pregnancies. *Fertil Steril*, 2014, 101(2): 602 - 606.
- 13 Yang G, Lee D, Lee S, et al. Successful live births after surgical treatments for symptomatic cesarean scar pregnancies: report of 3 cases. *Gynecol Obstet Invest*, 2014, 78(3): 208 - 212.
- 14 陈芳, 段华. 剖宫产子宫切口憩室的治疗现状与进展. *中国微创外科杂志*, 2015, 15(5): 451 - 454.

(收稿日期: 2015 - 06 - 03)

(修回日期: 2015 - 08 - 07)

(责任编辑: 王惠群)