

经阴道剖宫产瘢痕妊娠病灶切除术 30 例临床分析\*

朱洁云\*\* 黄 敏 陈翠茹<sup>①</sup>

(广东省兴宁市妇幼保健院妇科, 兴宁 514500)

**【摘要】 目的** 探讨经阴道剖宫产瘢痕妊娠 (cesarean scar pregnancy, CSP) 病灶切除术的临床效果及安全性。 **方法** 2013 年 1 月 ~ 2016 年 1 月, 对 30 例 CSP 行经阴道病灶切除术, 随访观察临床效果及安全性。 **结果** 1 例中转开放手术, 其余手术均顺利完成, 手术时间 30 ~ 120 min, ( $53.4 \pm 26.0$ ) min, 术中出血量 < 50 ml, 住院 3 ~ 7 d, ( $4.3 \pm 1.3$ ) d, 血  $\beta$ -hCG 降至正常时间 14 ~ 36 d, ( $24.1 \pm 13.2$ ) d, 无持续妊娠, 未出现切口愈合不良、感染、膀胱损伤等手术并发症。 **结论** 经阴道 CSP 病灶切除术的临床效果好, 并发症少, 值得基层医院推广应用。

**【关键词】** 经阴道手术; 剖宫产瘢痕妊娠; 切除术  
**文献标识:**B **文章编号:**1009 - 6604(2017)07 - 0668 - 02  
**doi:**10.3969/j.issn.1009 - 6604.2017.07.025

**Transvaginal Surgery for Cesarean Scar Pregnancy: Clinical Analysis of 30 Cases** Zhu Jieyun\*, Huang Min\*, Chen Cuiru.  
\* Department of Genecology, Xingning Maternity and Infant Hospital, Xingning 514500, China  
Corresponding author: Zhu Jieyun, E-mail: zhjiyu263@163.com

**【Abstract】 Objective** To evaluate the clinical effect and safety of transvaginal lesion resection for cesarean scar pregnancy (CSP). **Methods** A total of 30 patients with CSP in our hospital received the transvaginal CSP lesion resection from January 2013 to January 2016 and were followed-up to observe the clinical efficacy and safety. **Results** The operations were successfully completed except one case of conversion to open surgery. The operation time was 30 - 120 min ( $53.4 \pm 26.0$  min), the intraoperative hemorrhage was less than 50 ml, the hospital time was 3 - 7 d ( $4.3 \pm 1.3$  d), and the postoperative time of serum  $\beta$ -hCG decreased to normal value was 14 - 36 d ( $24.1 \pm 13.2$  d). No continuous pregnancy or complications such as incision non-healing, infection, or bladder injury after operation. **Conclusion** The clinical effect of vaginal CSP lesion resection is good and has fewer complications, being worthy of application.

**【Key Words】** Transvaginal surgery; Cesarean scar pregnancy; Resection

剖宫产瘢痕妊娠 (cesarean scars pregnancy, CSP) 是指受精卵或胚胎着床于既往剖宫产切口的瘢痕处, 属于一种发生在子宫内的特殊类型异位妊娠, 为剖宫产远期并发症之一。过去 CSP 较为罕见, 近年来随着剖宫产率的不断上升, CSP 的发生率也呈现逐渐上升趋势。由于 CSP 的早期诊断较为困难, 初诊误诊率极高, 一旦漏诊或者处理不及时或不恰当, 可造成子宫大出血或破裂而危及生命。明确 CSP 诊断并采取及时有效的治疗措施具有重要的临床意义。2013 年 1 月 ~ 2016 年 1 月, 我们对 30 例 CSP 行经阴道病灶切除术, 获得满意的临床效果, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 30 例, 年龄 22 ~ 37 岁, ( $30.6 \pm 1.8$ ) 岁。孕次 2 ~ 7 次, 产次 1 ~ 2 次。均有剖宫产史, 均为子宫下段横切口。1 次 22 例, 2 次 6 例, 3 次 2 例。本次妊娠距上次剖宫产时间 8 个月 ~ 7 年, 中位数 2 年 6 个月。均有停经史, 停经时间 43 ~ 118 d, 中位数 68 d。21 例有不规则阴道流血, 21 例有下腹疼痛。5 例因外院误诊为宫内早孕行药流或人流后反复阴道流血转入。术前均经阴道彩超检查, 提示子宫下段瘢痕处妊娠囊样回声包块, 最大直径 1.5 ~ 5.7 cm, ( $2.9 \pm 0.21$ ) cm; 其中 13 例探及心管搏动, 另 17 例为子宫下段瘢痕处混合回声包块, 均向腹腔方向生长, 妊娠囊周边探及明显的环状血流信号; 包块下缘与宫颈外口距离 1.9 ~ 3.6 cm, ( $2.8 \pm 0.4$ ) cm; 妊娠囊及包块附着处子宫下段前壁肌层最薄处厚度 0.5 ~ 3.3 mm, ( $1.7 \pm 0.6$ ) mm。术前血  $\beta$ -

\* 基金项目: 广东省梅州市科技计划项目 (编号: 梅市科[2015]30 号 - 2015B108)  
\*\* 通讯作者, E-mail: zhjiyu263@163.com  
<sup>①</sup> 超声科

hCG 均升高, 1476 ~ 156 327 IU/L, 中位数 13 280 IU/L。完善血、尿常规, 血型, 凝血四项, 血糖, 肝、肾功能, 心电图等检查, 无手术禁忌证。

病例选择标准: 外生型 CSP, 无手术禁忌证, 排除阴道畸形、下生殖道感染。

## 1.2 方法

1.2.1 术前准备 术前阴道准备 3 天, 碘伏消毒阴道 2 次/天。

1.2.2 手术方法 全身麻醉或腰麻硬膜外联合麻醉, 膀胱截石位, 常规消毒, 铺无菌单。膀胱排空后用阴道拉钩充分暴露阴道及宫颈, 用宫颈钳夹持宫颈前唇下拉以充分暴露阴道前穹隆, 将垂体后叶素 6 U 用 100 ml 生理盐水稀释, 充分注入膀胱宫颈附着处下方形成水垫。在宫颈外口上方约 2 cm 处做横切口, 于膀胱宫颈间隙进行钝性分离至膀胱腹膜反折处, 打开腹膜(若瘢痕切口位置较低则无需打开腹膜), 可见子宫峡部浆膜层表面呈紫蓝色的局部隆起, 探针可探及薄弱处, 一般为瘢痕妊娠病灶。切开瘢痕组织, 妊娠组织及血块即可突出, 少数可见绒毛组织。横向梭形切除包块组织, 钳夹切口边缘, 将小刮匙自切口处探入宫腔进行刮宫。修剪子宫前壁下段病灶处瘢痕组织, 生理盐水冲洗病灶局部。1-0 薇乔线连续缝合子宫峡部切口, 2-0 薇乔线连续扣锁缝合阴道壁。阴道填塞碘仿纱 2 条, 留置尿管导尿。

1.2.3 术后处理与随访 吸刮出的宫内容物均送病理检查。术后静滴抗生素(头孢唑啉 2.0 g + 替硝唑 100 ml, 每日 2 次)预防感染 2 ~ 3 d, 术后 24 h 取出阴道填塞的碘仿纱条, 术后 48 h 拔除导尿管。术后第 1、3、5 天监测血  $\beta$ -hCG, 下降幅度超过上一次监测值的 15% 则认为下降满意<sup>[1]</sup>, 可出院, 每周复查 1 次, 直至正常( $< 5.0$  IU/L)。1 个月后复查超声, 了解子宫峡部愈合情况。严格避孕 1 年。

## 2 结果

除 1 例术前孕囊直径 5.7 cm, 阴式手术难以一次性将病灶切除, 术中出血较多而中转开腹行病灶切除术外, 余 29 例均手术顺利, 术中均见子宫前壁下段瘢痕处有紫蓝色突起, 成功清除妊娠组织物, 术后组织物送病理检查均可见绒毛及蜕膜组织。29 例手术时间 30 ~ 120 min, ( $53.4 \pm 26.0$ ) min, 术中出血量  $< 50$  ml, 住院时间 3 ~ 7 d, ( $4.3 \pm 1.3$ ) d。术后血  $\beta$ -hCG 降至正常时间 14 ~ 36 d, ( $24.1 \pm 13.2$ ) d, 无持续性妊娠。无膀胱损伤、感染、持续阴道出血等。术后 1 个月复查超声示子宫峡部愈合好。术后随访 3 ~ 6 个月, 无月经异常。

## 3 讨论

剖宫产破坏子宫壁并造成子宫肌层连续性中

断, 形成通向宫腔的窦道, 再次妊娠时孕囊种植于该窦道中致 CSP<sup>[2]</sup>。采用超声对剖宫产术后切口部位进行检查, 约一半以上 CSP 存在楔状愈合缺陷, 进一步提示 CSP 发生与切口愈合不良关系密切<sup>[3]</sup>。目前, 对 CSP 尚无统一的治疗方案, 在保障患者生命安全的前提下尽量保留生育功能是 CSP 的主要治疗原则, 治疗方法主要包括药物、手术和综合治疗, 其中经阴道病灶切除术受到普遍关注<sup>[4]</sup>。我们采用经阴道病灶切除术治疗 30 例外凸型 CSP, 除 1 例中转开腹外, 余 29 例均顺利完成手术。经阴道前穹隆进行病灶切除, 更接近手术部位, 打开膀胱反折腹膜后轻轻上推即可暴露 CSP 病灶, 且不涉及上次手术切口; 在直视下手术, 具有止血迅速、彻底, 病灶切除彻底、完整, 缝合整齐、严密以及术中出血少的优势<sup>[5]</sup>; 利用阴道天然孔道, 无皮肤切口, 创伤较小, 对盆腹腔的干扰和损伤较小, 患者恢复快, 术后住院时间短; 疗效确切, 随访无持续性妊娠发生; 术后未发现切口愈合不良、感染、膀胱损伤、膀胱阴道瘘等手术并发症, 提示该术式安全。本组 1 例术前孕囊直径 5.7 cm, 阴式手术难以一次性将病灶切除, 术中出血较多而中转开腹行病灶切除术, 提示病灶过大不利于一次性切除, 应慎重选择阴式手术。

通过对本组 30 例的分析, 我们总结经验如下: ①经阴道彩色超声多普勒血流显像是诊断 CSP 的可靠方法; ②经阴道 CSP 病灶切除术是治疗 CSP 的较为理想的方法, 对手术设备及器械要求相对较低, 操作相对简单, 手术费用低, 住院时间短, 并发症少, 适合在基层医院推广应用; ③术中阴道及尿道膀胱间隙形成水垫应充分, 避免损伤尿道、膀胱; ④选择外生型 CSP 更利于操作和切除病灶; ④妊娠囊直径过大不利于手术操作成功, 肖水秀等<sup>[6]</sup>提出妊娠囊直径  $< 4$  cm 的 CSP 更适宜行经阴道 CSP 病灶清除术。

## 参考文献

- 1 单莉莉, 乐爱文, 肖天慧. 经阴道子宫下段切开取胚与子宫动脉栓塞术治疗剖宫产瘢痕妊娠的比較性研究. 中国微创外科杂志, 2013, 13(7): 611 - 613.
- 2 Rotas MA, Haberman S, Levkur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis and management. Obstet Gynecol, 2006, 107(6): 1373 - 1381.
- 3 黄丽萍, 梁琰琳, 刘 辉. 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的诊治进展. 中华妇幼临床医学杂志(电子版), 2010, 6(2): 139 - 141.
- 4 陆再英, 钟南山. 内科学. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 284 - 279.
- 5 范晓东, 朱颖军. 经阴道剖宫产术后子宫瘢痕妊娠病灶切除病例研究. 国际妇产科学杂志, 2014, 41(4): 438 - 440.
- 6 肖水秀, 单莉莉, 乐爱文, 等. 经阴道手术治疗剖宫产瘢痕妊娠失败的经验分析. 中国微创外科杂志, 2016, 16(5): 432 - 435.

(收稿日期: 2016 - 09 - 26)

(修回日期: 2016 - 12 - 02)

(责任编辑: 王惠群)