

# 宫腔镜、腹腔镜治疗剖宫产瘢痕妊娠72例分析

李长东,冯颖,陈素文,聂东云,李坚,张为远

(首都医科大学附属北京妇产医院,北京 100006)

**[摘要]** 为了探讨宫腔镜和腹腔镜手术治疗剖宫产瘢痕妊娠(CSP)的指证及技术要点。回顾性地分析了首都医科大学附属北京妇产医院2013年1月—2013年12月收治的72例CSP患者的治疗情况。所有患者入院后行血清人绒毛膜促性腺激素(HCG)测定和三维彩超检查。根据局部病灶范围、HCG结果和多普勒B超血流结果,术前选择性行子宫动脉栓塞介入治疗或甲氨蝶呤治疗后,进一步行宫腔镜、腹腔镜或宫腹腔镜联合手术治疗。结果显示,30例采用超声监测下宫腔镜CSP病灶切除术,12例采用腹腔镜监护下宫腔镜CSP病灶切除术,30例采用宫腹腔镜联合CSP病灶切除+剖宫产瘢痕修补术,均收到了良好的治疗效果。术中出血量为(83±57) mL,术后肛门排气时间为(20±6.6) h,阴道流血时间为(3.2±4.8) d,血清HCG降至正常时间为(8.6±3.9) d,出院时间为(3.2±2.0) d。患者术后病理诊断与术前的CSP诊断符合率达到100%。研究得出,有剖宫产史的妇女再次妊娠时,有发生CSP的可能。超声或腹腔镜监护下宫腔镜CSP病灶切除术是治疗CSP的有效措施,病灶切除确切,创伤小;宫、腹腔镜CSP病灶切除+剖宫产瘢痕修补术在切除病灶,对后续有生育要求患者同时修复剖宫产瘢痕处解剖学异常,降低了再次妊娠时CSP和子宫破裂、胎盘植入等产科并发症的风险。

**[关键词]** 剖宫产瘢痕妊娠;宫腔镜;腹腔镜

**[中图分类号]** R713 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1009-1742(2014)05-0020-04

## 1 前言

剖宫产瘢痕妊娠(CSP)是剖宫产远期并发症之一,是一种特殊的异位妊娠,占剖宫产后异位妊娠的6.1%<sup>[1]</sup>。由于其解剖、病理的特殊性,会造成出血、子宫破裂等并发症,常常在盲目清宫中引起难以控制的大出血,危及生命,严重者可能切除子宫<sup>[2]</sup>。对CSP的治疗目前尚无统一的治疗标准<sup>[3]</sup>。本文对首都医科大学附属北京妇产医院计划生育科自2013年1月—2013年12月期间,单独或联合应

用宫、腹腔镜技术治疗CSP的72例患者进行回顾性分析,探讨该疾病的合理治疗方法及手术技术要点。

## 2 研究对象

选择首都医科大学附属北京妇产医院2013年1月—2013年12月收治的72例CSP患者为研究对象。患者年龄为22~40岁,中位年龄为32岁;孕次为2~10次;1次剖宫产者51例,2次剖宫产者21例,均为子宫下段剖宫产术;前次剖宫产距本次妊娠时间

**[收稿日期]** 2014-03-25

**[基金项目]** 北京市科委“首都市民健康项目培育:剖宫产瘢痕妊娠适宜诊疗技术及对后续生育功能影响的研究”项目(Z131100006813034);北京市卫生系统高层次卫生人才培养计划(2013-3-029);北京市“十百千”卫生人才项目;卫生部行业科研专项项目“生殖与生育重大疾病诊治的规范化与推广”子课题“生育方式和安全性研究及其相关诊疗的规范化与推广”(201002013)

**[作者简介]** 李长东,1975年出生,女,天津市人,副主任医师,副教授,研究方向为生殖生育健康及妇科内镜技术;E-mail:lcldlily@126.com

最短5个月,最长9年,中位数为48个月。72例患者均有停经史,停经时间为32~107 d,平均(48±9) d。42例患者入院前曾在外院误诊为早孕、不全流产、宫颈妊娠等而采用不同的治疗,12例患者于外院诊断后转诊,18例患者因阴道不规则流血且有剖宫产史首诊于本院。患者首次血清人绒毛膜促性腺激素(HCG)值为207~123 000 mIU/mL,入院后复查HCG值为107~134 000 mIU/mL,所有患者均经三维彩超检查确诊。

### 3 诊断标准

采用1997年Godin等<sup>[4]</sup>提出的诊断标准:a.无宫腔妊娠依据;b.无宫颈管妊娠依据;c.子宫下段前壁见孕囊生长;d.孕囊与膀胱间的子宫肌层组织有缺陷。并依据CSP的生长方式分为两类:外生型,绒毛种植于子宫瘢痕凹陷处并不断向肌层浸润;内生型,绒毛种植于子宫瘢痕处并向宫腔内生长。

## 4 方法

### 4.1 术前评估

对CSP病灶大小、与子宫前壁肌层的关系、血清HCG值升高程度、阴道流血情况及全身状态等指标进行综合评估。24例血清HCG值>5 000 mIU/mL,且多普勒超声提示血流丰富者先行子宫动脉栓塞治疗<sup>[5]</sup>,以MTX 50~60 mg(MTX 1 mg/kg)或氟尿嘧啶0.5~0.75 g+新鲜明胶海绵颗粒(直径1~3 mm)栓塞子宫动脉,栓塞后复查彩超示切口妊娠处的血管分布消失,术后3 d内手术。24例血清HCG值为2 000~5 000 mIU/mL,术前行甲氨蝶呤治疗,按体表面积50 mg/m<sup>2</sup>单次给药,7 d后复查血清HCG下降>50%后手术。24例血清HCG值<2 000 mIU/mL者直接行手术治疗。

### 4.2 手术方法

#### 4.2.1 B超监护下腹腔镜CSP病灶切除术

对B超提示内生型,病灶<3 cm且与膀胱壁间的子宫肌层厚度>2 mm者采用。术中超声监护子宫位置、子宫大小、CSP病灶、子宫前壁峡部厚度、宫腔线位置、子宫内膜厚度、有无其他占位性病变等。扩张宫颈后腹腔镜观察宫腔形态,注意子宫前壁CSP病灶的位置并进行电切手术,最后用电切环或滚球电凝进行创面止血。

#### 4.2.2 腹腔镜监测下腹腔镜CSP病灶切除术

对B超提示外生型病灶<5 cm,或内生型病灶

>3 cm或内生型膀胱壁间的子宫肌层厚度<2 mm者采用。腹腔镜下可见子宫峡部膨大,前壁菲薄,可在腹腔镜监视下清宫清除坏死组织。对粘连严重者,清宫前可分离子宫下段与膀胱粘连,避免子宫穿孔造成膀胱损伤。对包块血管丰富且术前未行子宫动脉介入栓塞治疗的患者,可先行腹腔镜双侧子宫动脉阻断。

### 4.2.3 宫腹腔镜联合CSP病灶切除+剖宫产瘢痕修补术

对B超提示外生型病灶>5 cm或外生型病灶后续有再次妊娠愿望者采用。在腹腔镜直视下子宫局部切开取出胚囊,将原瘢痕切除后重新缝合。对包块血管丰富且术前未行子宫动脉介入栓塞治疗的患者,可先行双侧子宫动脉阻断。

### 4.3 随访

术后每周复查血清HCG水平至正常为止。对腹腔镜下病灶切除患者每月复查1次三维彩超,观察子宫前壁下段包块吸收情况及肌层恢复情况,随访至包块完全吸收为止。对宫腹腔镜联合CSP病灶切除+剖宫产瘢痕修补术者3个月后复查B超及宫腔镜检查了解瘢痕处解剖学缺损修复情况。以后每年随访1次,并指导患者术后的避孕方法选择或术后妊娠时机的选择。

### 4.4 统计学方法

采用SPSS 13.0软件进行数据的统计处理,所有数据以( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用独立样本 $t$ 检验。

## 5 结果

72例CSP患者中,外院转入54例。其中36例以早孕、不全流产为诊断而行人工流产、药物流产或刮宫术,术后均有不同程度的阴道流血;6例诊断CSP后应用甲氨蝶呤药物治疗失败;12例患者于外院诊断CSP后转诊本院。18例患者因阴道不规则流血且有剖宫产史首诊于本院。

入院后复查血清HCG值107~134 000 mIU/mL。复查B超表现为子宫腔与颈管内未见胚囊,可见内膜线;子宫峡部前壁瘢痕处见胚囊附着或不均质团块1.8~6.7 cm大小;瘢痕处肌层连续性中断,肌层变薄,与膀胱间隔变窄;彩色多普勒血流显像(CDFI)显示胚囊或不均质团块周围可见高速低阻血流信号,阻力指数(RI)为0.32~0.61。其中外生型36例,内生型36例。

24例因阴道活动性流血或血清HCG值

> 5 000 mIU/mL且多普勒超声提示血流丰富术前先行子宫动脉栓塞介入治疗;24例血清HCG值2 000~5 000 mIU/mL术前行甲氨蝶呤治疗,其中12例术中因腹腔镜下见病灶处血管丰富行双侧子宫动脉结扎;24例未经介入治疗或MTX治疗,其中12例术中见病灶处血管丰富而先行腹腔镜下双侧子宫动脉结扎。

内生型36例,30例采用超声监测下腹腔镜CSP病灶切除术,6例因病灶范围>3 cm且与膀胱壁间的子宫前壁仅为0.1~0.15 cm而采用腹腔镜监护下腹腔镜CSP病灶切除术。外生型36例,6例病灶约3~5 cm且后续无再次生育愿望,采用腹腔镜监测下腹腔镜CSP病灶切除术;30例病灶>5 cm或后续有再次生育愿望者,采用宫腹腔镜联合CSP病灶切除+剖宫产瘢痕修补术。

术中出血量为20~280 mL,平均为(83±57) mL;无手术并发症出现。术后肛门排气时间为4~37 h,平均为(20±6.6) h;阴道流血时间为2~12 d,平均为(3.2±4.8) d;血清HCG降至正常时间为7~19 d,平均为(8.6±3.9) d;出院时间为2~7 d,平均为(3.2±2.0) d。

手术后将切除的病灶送病理检查,子宫瘢痕处肌层内见到绒毛组织即确诊为CSP。患者术后病理诊断与术前的CSP诊断符合率达到100%。

## 6 讨论

### 6.1 CSP诊断和治疗

CSP症状多为停经后无痛性少量阴道流血,吸宫术时不能完全清除植入到瘢痕内的绒毛组织,可致术中大出血、术后反复不规则阴道流血,甚至血清 $\beta$ -HCG正常后仍有反复阴道流血<sup>[4]</sup>。剖宫产史、停经后阴道不规则出血和人工流产术中大出血是早期CSP合并胎盘绒毛植入的共同特点。此外,有剖宫产史及人工流产后反复阴道流血而清宫又清不出组织时亦应怀疑本病<sup>[6]</sup>。CSP大多数无特殊体征,个别病例妇科检查时发现子宫峡部膨大。按照Godin等<sup>[4]</sup>1997年提出的标准,B超有助于明确诊断<sup>[7]</sup>。目前文献报道治疗CSP的方法有药物治疗、子宫动脉栓塞术、病灶切除术等,但临床上尚无针对CSP的统一治疗方法。由于CSP可导致子宫破裂、危及生命的大出血,一经确诊应及时终止妊娠。治疗的方法目前尚未统一,包括保守治疗和

手术治疗,各种治疗方法均有利弊,需根据病情选用个体化的治疗方法。

### 6.2 宫腹腔镜手术治疗CSP

宫、腹腔镜作为近期发展的微创手术,替代开腹手术清除CPS病灶,有明显的优势<sup>[3,7,8]</sup>。内生型CSP的宫腔镜治疗,适用于病灶凸向宫腔内的病例,宫腔镜能够清楚地辨认妊娠组织及其种植部位,可以尽量完整地切除剖宫产瘢痕处的异位妊娠病灶,术后创面小。腹腔镜适用于凸向膀胱和腹腔内的病例,对于妊娠病灶侵及子宫肌层过深,包块外凸>5 cm,影像学检查显示子宫肌层菲薄<2 mm者。宫腹腔镜联合治疗,可在直视下进行操作,彻底清出残余妊娠组织,防止子宫穿孔;修补剖宫产瘢痕组织,避免切除子宫。对术前阴道流血较多,或超声检查胚囊较大、局部血流丰富、血清 $\beta$ -HCG水平高,可先行MTX治疗或子宫动脉栓塞术。

对于宫腔镜手术处理存在局部子宫穿孔的风险者,采用腹腔镜监测下腹腔镜CSP病灶切除术,这不仅能更直观地了解病灶侵及子宫肌层的情况,而且一旦发生子宫穿孔,可以在腹腔镜下进行修补。对于后续有生育要求的患者,行病灶的切除和剖宫产瘢痕的修补,可以同期解决问题,减少患者的痛苦。宫腔镜了解妊娠组织及剖宫产瘢痕处组织缺损范围,尽可能清除妊娠组织减少病灶的大小,可减低腹腔镜手术的风险和出血。

### 参考文献

- [1] 高京海,朱芝玲,鹿欣.剖宫产瘢痕部位妊娠病因及诊治进展[J].中国实用妇科与产科杂志,2009,25:631-633.
- [2] 蔡美玲,祝亚平,万小平.子宫下段剖宫产切口瘢痕处妊娠诊治进展[J].现代妇产科进展,2009,18:232-234.
- [3] 中华医学会计划生育学分会.剖宫产瘢痕妊娠诊断与治疗共识[J].中华医学杂志,2012,92(25):1731-1733.
- [4] Godin P A, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarean section scar [J]. Fertility and Sterility, 1997, 67:398-400.
- [5] 廖红荔,王维,罗贤明,等.经子宫动脉介入治疗剖宫产瘢痕妊娠价值探讨[J].医学临床研究,2007,24(6):980-981.
- [6] 刘晨.剖宫产切口瘢痕妊娠的早期诊断及处理[J].河北北方学院学报,2006,23(3):19-21.
- [7] 付钢锋.剖宫产后切口妊娠的临床诊治分析[J].临床医学,2007,27(9):51-52.
- [8] 杨清,朴曙花,王光伟,等.宫腔镜手术治疗剖宫产术后子宫瘢痕妊娠64例临床分析[J].中华妇产科杂志,2010,45(2):89-92.

# Analysis on treatment effects of 72 cases cesarean scar pregnancy by hysteroscopy and laparoscopy

Li Changdong, Feng Ying, Chen Suwen, Nie Dongyun,  
Li Jian, Zhang Weiyuan

(Beijing Obstetrics and Gynaecology Hospital, Capital Medical University, Beijing 100006, China)

**[Abstract]** To investigate the effects of hysteroscopic and laparoscopic operation in the treatment of cesarean scar pregnancy (CSP), a retrospective analysis of 72 cases of CSP patients in Beijing Obstetrics and Gynecology Hospital affiliated to Capital Medical University from January to December in 2013. All the patients were diagnosed through serum human chorionic gonadotropin and three-dimensional color Doppler ultrasound examination. According to the local range of lesion, HCG results and Doppler ultrasound blood flow results, preoperative selective uterine artery embolization or methotrexate treatment was carried out, then further hysteroscopy, laparoscopy or combined with operation therapy was carried out. The results showed, 30 cases underwent ultrasonic monitoring hysteroscopic lesion resection, 12 cases were treated with laparoscopic monitoring CSP lesion resection under hysteroscopy, 30 cases were treated with laparoscopy to resect lesion and repair cesarean scar, all of them received good treatment effect. The average amount of bleeding was  $(83\pm 57)$  mL, postoperative anal exhaust time was  $(20\pm 6.6)$  h, the time of vagina bleeding was  $(3.2\pm 4.8)$  d, serum HCG decreased to normal time was  $(8.6\pm 3.9)$  d, the time to discharge was  $(3.2\pm 2)$  d. Patients with postoperative pathological diagnosis and preoperative CSP diagnosis coincidence rate was 100%. Women with the history of cesarean section pregnancy have the possibility of CSP. Ultrasound or laparoscopy by hysteroscopy monitored CSP lesion resection is an effective treatment for CSP. It has many advantages such as excision exact, small trauma, laparoscopic lesion excision and cesarean scar repair surgery, fertility requirements of patients while repairing a cesarean scar anatomy abnormality on follow-up, and can reduce pregnancy at CSP and rupture of the uterus, placenta accreta obstetric complications such as risk.

**[Key words]** CSP; hysteroscopy; laparoscopy