

# CSP保留生育功能治疗的探讨

## ——附46例病例分析

管睿,刘玉环,徐明娟,张俊洁,惠宁,崔英

(第二军医大学附属长海医院妇产科,上海 200433)

**[摘要]** 探讨剖宫产子宫瘢痕妊娠(CSP)的保留生育功能治疗方法的选择。对2000—2014年第二军医大学附属长海医院收治的46例CSP患者临床资料进行回顾性分析。孕早期45例,孕中期1例,13例(28.9%)早孕患者早期误诊而行负压吸引术或药流+清宫术。其余32例,根据CSP临床分型标准,I型19例,II型13例,全部病例均成功保留子宫,63.1% I型CSP采用B超监护下清宫,21.0% I型CSP采用子宫动脉栓塞(UAE)+B超监护下清宫;84.6% II型CSP采用病灶切除+疤痕修补。1例中孕16<sup>+</sup>周外院引产发生产后大出血,UAE 30天后下肢血栓坏死转我院治疗,期间再次阴道大出血,手术探查证实为CSP,行病灶切除+疤痕修补术。CSP治疗原则是早期诊断,及早处理,根据CSP临床分型、 $\beta$ -HCG等情况,选择个体化治疗是关键。临床上对CSP要保持高度警惕,尽早诊断,保留生育功能治疗是完全可行的。此外,UAE后仍存在一定风险,选择UAE要谨慎。

**[关键词]** 子宫瘢痕妊娠;个体化治疗;保留生育功能;子宫动脉栓塞

**[中图分类号]** R714.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1009-1742(2015)06-0045-05

## 1 前言

剖宫产子宫瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是剖宫产远期并发症之一,曾经是非常罕见的一种子宫内异位妊娠,随着剖宫产率的上升,CSP的发病率逐年增加,也逐渐被妇产科医生认识。然而对CSP的处理目前尚无统一的方案。如何选择最佳的治疗措施,尽量保留患者的生理与生育功能,仍是妇产科医生关注的重点。本文回顾性分析了该院2000年来收治的46例CSP患者治疗情况,以探讨CSP治疗方法。

## 2 临床资料

### 2.1 研究对象

2000年1月—2014年5月由长海医院妇产科诊治的46例CSP临床病例,14例由外院转入。早孕

45例,中孕1例,13例早期误诊而行负压吸引术或药流+清宫术。年龄25~45岁,平均年龄33.8岁。孕次2~6次,平均2.8次。产次1~2次,平均1.16次。本次妊娠相距上次剖宫产1~16年。

### 2.2 诊断标准

1)临床表现:有剖宫产病史,目前有停经、尿妊娠试验阳性,有或无少量阴道出血,有时伴腹痛。

2)超声检查,参考Godin等标准<sup>[1]</sup>: a.体部宫腔无孕囊,宫腔内膜线清晰可见,子宫峡部前壁见孕囊或不均质团块,孕囊可突向膀胱或峡部宫腔方向;如误诊人流时大出血,可见子宫下段明显膨隆、积血。b.膀胱与孕囊之间子宫肌层受损变薄,甚至连续性中断。c.孕囊或包块周围血流丰富。

3)核磁共振:子宫下段前壁见孕囊或不均质包块,体部宫腔无异常回声。

4)术中可见子宫峡部前壁瘢痕部位妊娠病灶。

**[收稿日期]** 2015-04-21

**[作者简介]** 管睿,1975年出生,女,江苏如东县人,博士,主治医师,讲师,研究方向为计划生育、产科;E-mail: cngreen785@163.com

刘玉环,1963年出生,女,湖南邵阳市人,博士,副主任医师,副教授,研究方向为计划生育、高危妊娠;E-mail: 13651968369@163.com

5) 切除子宫标本病理诊断:绒毛滋养细胞或胎盘植入子宫瘢痕处。符合以上标准3项及以上即可诊断为CSP。

### 2.3 CSP临床分类

I型,胚胎表浅种植在子宫瘢痕部位,孕囊向宫腔方向生长;II型,孕卵绒毛深部植入子宫瘢痕部位肌层,向膀胱及腹腔内方向生长,B超或核磁共振成像(MRI)显示孕囊或包块突向膀胱。

## 3 诊断与治疗

### 3.1 CSP诊断

46例均行彩色多普勒超声检查,其中14例同时结合MRI诊断。45例早孕CSP病例中,13例(其中10例由外院转入)患者起初未明确诊断,而行负压吸引术或药流+清宫术,超声提示子宫峡部前壁见不均质团块,最大直径达7.7 cm×6.4 cm。其余32例,

根据CSP分类标准,I型19例,II型13例,24例(75.0%)见到孕囊,孕囊1.0~3.3 cm,15例(46.9%)有胎心搏动,子宫峡部肌层厚度为0.18~0.7 cm,入院时血β-HCG情况:>10 000 U/L 23例,5 000~10 000 U/L 4例,2 000~5 000 U/L 7例,1 000~2 000 U/L 6例,<1 000 U/L 5例(见表1)。

中孕病例1例。患者孕16<sup>+</sup>周在当地医院中孕引产(根据出院病历未提示CSP),产后发生大出血,给予子宫动脉栓塞(uterine arterial embolization, UAE)止血。UAE 30天后发现下肢血栓坏死转我院血管外科准备行截肢手术,住院期间再次阴道大出血,给予超声及核磁共振检查,诊断为CSP。

### 3.2 CSP治疗

误诊而行负压吸引术或清宫术13例患者(无法进行临床分型),7例入院时阴道大出血,出血量估计约>800 mL,3例立即急诊行开腹病灶切除+瘢痕

表1 45例早孕CSP患者临床资料  
Table 1 The clinical data of 45 cases of CSP

	药物治疗(2例)		B超下清宫(18例)		病灶切除+疤痕修补(25例)		
	MTX肌注	UAE+MTX <sup>#</sup>	未采用UAE	术前UAE	未采用UAE	术前UAE	
例数	1	1	12	6	21	4	
入院前误诊,已行清宫操作病例数	0/1	0/1	0/6	1/6	9/21	3/4	
距前次剖宫产时间/年	9	4	8.7	6.9	6.2	7.3	
平均停经天数/周	6 <sup>+5</sup>	7 <sup>+2</sup>	6 <sup>+4</sup>	7 <sup>+3</sup>	8 <sup>+2</sup>	8 <sup>+6</sup>	
有孕囊结构比例	0/1	1/1	10/12	4/6	9/21	0/4	
有胎心搏动比例	0/1	0/1	6/12	3/6	6/21	0/4	
狭部肌层厚度/mm	7	4.5	5.9	4.8	3.1	1.8	
临床分型/例	I型	1	0	12	4	1	1
	II型	0	1	0	1	11	0
	未分型 <sup>*</sup>	0	0	0	1	9	3
入院时血HCG	>10 000		5	2	14	2	
	5 000~10 000		2	1	1	0	
	2 000~5 000		2	1	2	2	
	1 000~2 000		1	2	1	0	
	<1 000	1		1	0	3	0

注:<sup>\*</sup>入院前已行刮宫或药流术,无法进行临床分型;<sup>#</sup>包括MTX肌肉注射和子宫动脉MTX注射

修补;4例立即行UAE,其中3例在UAE后24~48 h后行开腹病灶切除+瘢痕修补,1例UAE 24~48 h行B超监测下清宫术。其余6例患者,入院时阴道出血量较少,因子宫峡部肌层薄、妊娠团块存在,择期行开腹病灶切除+瘢痕修补。

其余32例早孕病例,入院后根据临床分型、 $\beta$ -HCG值、子宫峡部前壁肌层厚度制定处理方案。a.19例I型病例:1例直接行开腹病灶切除+瘢痕修补;5例UAE后24~48 h B超监测下清宫术,其中1例因清宫术中发现子宫峡部肌层菲薄,患者有再次生育要求,与家属沟通后而转为开腹病灶切除+瘢痕修补术;12例未行UAE直接在B超监测下清宫;1例因血 $\beta$ -HCG < 500 U/L行MTX肌注。b.13例II型病例:10例直接行开腹病灶切除+瘢痕修补;1例行UAE+子宫动脉MTX注射;1例行UAE后24~48 h B超监测下清宫术;1例直接行B超监测下清宫术,术前充分备血、做好开腹手术准备,术中阴道出血多立即转开腹行病灶切除+瘢痕修补术(见表2)。

中孕病例处理:患者转入我科时再次阴道大出血,立即行剖腹探查术,术中见子宫下段隆起呈紫蓝色,行子宫病灶切除+瘢痕修补术,术后病理均证实胎盘绒毛植入剖宫产瘢痕处。

上述患者术后根据血 $\beta$ -HCG情况给予口服米非司酮等药物补充治疗。

### 3.3 随访

患者住院时间3~10天,平均住院日5.9天。出院后每周复查血 $\beta$ -HCG和B超。46例患者中,18例失访,其余28例随访患者血 $\beta$ -HCG降至正常的时间

为10~52天,行病灶切除+瘢痕修补手术患者平均为16.3天,行B超监测下清宫术平均为21.5天。28例随访患者32~56天恢复月经,平均为36.8天。

## 4 结语

剖宫产子宫瘢痕部位妊娠是1978年Larsen等首次报道<sup>[2]</sup>。我院诊治第1、2例CSP是1998—1999年,当时对该疾病认识不足,两例均在人工流产术发生大出血而行子宫切除术<sup>[3]</sup>。据报道CSP发生率为1/1 800~1/2 500<sup>[4]</sup>。CSP的发病机制仍不明确,多数学者认为由于剖宫产切口瘢痕组织缺乏蜕膜反应,胚胎着床后滋养层向瘢痕组织内浸润性、破坏性生长,导致子宫浸润穿孔或出血。

CSP诊断主要依靠超声检查。目前CSP超声特点已逐渐为超声医师和妇产科医师所熟知。但临床中仍有部分患者被漏诊,本资料中有13例早孕患者误诊而盲目行流产术,这与医生的警觉性不高密切相关。此外,部分疑难病例(如宫腔严重积血导致子宫变形、病程较长或已接受非正规操作),其超声图像不典型,导致确诊困难。MRI在CSP诊断中起着一定作用,MRI可以多方位观察、具有良好的软组织对比,可以了解胚胎植入肌层情况及判断局部肌层有无断裂,有助于疾病诊断及指导制定治疗方案。本资料中14例患者通过B超结合MRI确诊。

CSP治疗一直是妇产科医生关注重点。CSP治疗原则是早期诊断,及早处理。如何为患者选择最佳治疗方案、做到个体化治疗是关键。国内外对

表2 不同临床分型CSP患者的治疗  
Table 2 The treatments for different type of CSP

治疗方案	早孕		
	I型	II型	未分型*
病灶切除+瘢痕修补	5.3% (1/19)	84.6% (11/13)	69.2% (9/13)
UAE+病灶切除瘢痕修补	5.3% (1/19)	—	23.0% (3/13)
B超监护下清宫	63.1% (12/19)	—	—
UAE+B超监护下清宫	21.0% (4/19)	7.7% (1/13)	7.7% (1/13)
MTX肌肉注射	5.3% (1/19)	—	—
UAE+MTX注射#	—	7.7% (1/13)	—
总计/例	19	3	13

注:\*入院前已行刮宫或药流术,无法进行临床分型。#包括MTX肌肉注射和子宫动脉MTX注射

CSP治疗手段超过10余种,常见的治疗手段包括:子宫动脉栓塞(或+子宫动脉MTX注射)、B超监护下清宫术、开腹或腹腔镜下病灶切除+瘢痕修补、B超下孕囊穿刺、药物杀胚、子宫切除。自2000年以来,我院所有诊断CSP的病例均成功地行保留生育功能治疗。关于治疗方面,有以下几点值得讨论。

1) 关于UAE的选择。随着介入技术的发展,UAE逐渐应用于临床。我院病例中有11例患者采用UAE起到满意治疗效果。但UAE治疗仍有个别发生严重并发症,如本资料中的中孕病例,患者在当地医院中孕引产后发生大出血,给予UAE止血,30天后发现下肢血栓坏死被迫行截肢手术。近年来,UAE后是否造成卵巢功能减退引起学者们争议。从解剖角度看,卵巢是由卵巢动脉和子宫动脉卵巢支双重供血,理论上讲,子宫动脉栓塞有可能影响卵巢的血液供应。Timor-Tritsch等<sup>[5]</sup>认为子宫动脉栓塞降低所有妇女卵巢储备功能。这种损害可能不一定引起绝经,但可能损害将来的生育,并且认为UAE后卵巢功能丢失与年龄相关,可以是永久性或一过性的。卵巢提前绝经发生率在年轻妇女中发生率约1%~2%,而45岁以上妇女中为15%~20%。Chrisman等<sup>[6]</sup>研究发现UAE后<45岁无一例发生卵巢衰竭,而>45岁中约14%闭经。Kim等<sup>[7]</sup>发现UAE后卵巢内有栓塞剂颗粒,而生育年龄妇女卵巢组织未出现坏死,分析原因认为可能是生育年龄卵巢血供丰富,部分动脉栓塞后很快建立交通支。国内欧阳栋等<sup>[8]</sup>报道UAE治疗CSP的26例患者中,1例患者发生卵巢早衰。国外Tulandi等<sup>[9]</sup>报道,一位37岁未产妇,因子宫肌瘤行UAE治疗,术后发生严重卵巢功能减退,促卵泡激素(FSH)升高明显,多次促排卵,卵巢无反应,最终选择供卵体外授精胚胎移植。因此治疗CSP时选择UAE要谨慎。

2) 重视CSP的临床分型,选择合适的治疗方式。I型CSP胚胎表浅种植,孕囊向宫腔方向生长,有继续妊娠可能,但至中晚期发生胎盘植入及严重出血;II型CSP孕卵绒毛深部植入瘢痕部位肌层,向膀胱及腹腔内方向生长,孕早期即发生出血甚至子宫破裂,危险性大<sup>[10]</sup>。根据上述特点,两型CSP处理缓急程度及治疗方案不一样。笔者经验认为对于孕囊活性高、血 $\beta$ -HCG水平高的II型CSP患者,随时会发生子宫破裂,危险性大,必须尽快处理,并且不适宜单纯药物杀胚治疗。如遇II型CSP,

孕囊或包块距膀胱的距离 $\leq 4$  mm,考虑绒毛深部植入瘢痕部位子宫肌层,选择病灶切除+瘢痕修补术治疗效果好,不仅有效地终止妊娠,避免了大出血、子宫破裂的危险,而且可以修补瘢痕缺陷,避免再次孕卵种植的可能。选择病灶切除+瘢痕修补术,开腹或腹腔镜手术均能完成,需根据患者经济条件以及术者经验、腹腔镜技术熟练程度来决定。I型CSP孕囊向宫腔方向生长,Wang等<sup>[11]</sup>认为突向宫腔的CSP是选择直接清宫手术的唯一指征,同时还需做好随时输血和开腹准备,如术前辅助MTX治疗,使 $\beta$ -hCG及滋养层血流下降后手术效果好。本资料19例I型CSP中,16例患者采用B超监护下清宫取得满意治疗效果。此外,治疗方案选择还需结合患者 $\beta$ -HCG值。Yang等<sup>[12]</sup>认为术前血 $\beta$ -hCG>50.000 IU/L者,其发生大出血的风险是其他患者的17倍。

CSP是特殊类型的异位妊娠,曾让一些生育年龄妇女丧失了子宫。但如果妇产科医生对这个疾病予以足够重视,做到早期诊断和及早处理,绝大多数患者均能保留生理、生育功能。此外,严格掌握剖宫产指征,降低剖宫产率,提高剖宫产子宫切口缝合技巧,产后避孕指导也是预防CSP的重要方面。

#### 参考文献

- [1] Godin P A, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar[J]. Fertil Steril, 1997, 67(2):398-400.
- [2] Einkenkel J, Stumpp P, Kosling S, et al. A misdiagnosed case of caesarean scar pregnancy[J]. Archives of Gynecology and Obstetrics, 2005, 271(2):178-181.
- [3] 管睿,刘玉环,崔英,等.剖宫产疤痕处妊娠3例分析[J].中国计划生育学杂志,2005,119(9):556-558.
- [4] Hehenkamp W J, Volkers N A, Broekmans F J, et al. Loss of ovarian reserve after uterine artery embolization: a randomized comparison with hysterectomy[J]. Human Reprod, 2007, 22:1996-2005.
- [5] Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, et al. The diagnosis, treatment and follow-up of cesarean scar pregnancy[J]. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2012, 207(1):1-13.
- [6] Chrisman H, Saker M B, Ryu R K, et al. The impact of uterine fibroid embolization on resumption of menses and ovarian function[J]. Journal of Vascular and Interventional Radiology, 2000, 11(6):699-703.
- [7] Kim H S, Thonse V R, Judson K, et al. Utero-ovarian anastomosis: histopathologic correlation after uterine artery embolization with or without ovarian artery embolization[J]. Journal of Vascular and Interventional Radiology, 2007, 18:31-39.
- [8] 欧阳栋,朱斌,何晓音.子宫动脉栓塞术治疗剖宫产后切口妊娠26例临床分析[J].中国内镜杂志,2013,19(6):631-635.
- [9] Tulandi T, Salamah K. Fertility and uterine artery embolization

- [J]. *Obstet Gynecol*, 2010, 115(4):857-860.
- [10] 中华医学会儿科学分会. 剖宫产子宫瘢痕妊娠诊断与治疗共识[J]. *中华医学杂志*, 2012, 92(25):1731-1733.
- [11] Wang J H, Xu K H, Lin J, et al. Methotrexate therapy for cesarean section scar pregnancy with and without suction curettage [J]. *Fertil Steril*, 2009, 92(4):1208-1213.
- [12] Yang X Y, Yu H, Li K M, et al. Uterine artery embolisation combined with local methotrexate for treatment of caesarean scar pregnancy[J]. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2010, 117(8):990-996.

## Treatment of retaining reproductive function in cesarean scar pregnancy : A clinical analysis of 46 cases

Guan Rui, Liu Yuhuan, Xu Mingjuan, Zhang Junjie, Hui Ning, Cui Ying

(Department of Obstetrics and Gynecology, Changhai Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200433, China)

**[Abstract]** To investigate the treatment methods of retaining reproductive function in cesarean scar pregnancy. Clinical datus of 46 cases in our hospital during 2000—2014 were analyzed retrospectively. There were 45 cases of first-trimester pregnancy and 1 case of second-trimester pregnancy. 13 cases (28.9 %) of first-trimester pregnancy were misdiagnosed and had received artificial abortion before hospitalization. According to cesarean scar pregnancy(CSP) classification , 19 cases were type I, 13 cases were type II, all cases were successful in retaining the uterus. 63.1 % of type I cases received uterine curettage under ultrasound monitoring, 21 % of type I cases received uterine curettage after uterine artery embolization (UAE) . 84.6 % of type II cases received surgery in which lesion were resected and uterine scar were repaired. The csp patient of second-trimester pregnancy suffered from thrombosis of lower extremity and rebleeding 30 days after UAE, she received the surgery of resecting lesion. Conclusion: The key for the conservative treatment of CSP is early diagnosis and early treatment. Treatment should be individualized according to CSP clinic classification,  $\beta$ -HCG and so on. Furthermore, there are still some risk of UAE. We should be careful to select UAE for patients.

**[Key words]** cesarean scar pregnancy; individualized treatment; preservation of fertility; uterine artery embolization