

# 剖宫产瘢痕妊娠的治疗策略抉择

梁志清

第三军医大学第一附属医院 妇产科

世界卫生组织（World Health Organization, WHO）已将中国认定为世界上剖宫产率最高的国家之一。近年来，剖宫产瘢痕妊娠（cesarean scar pregnancy, CSP）的发生率显著增加。CSP 发生时，胚胎着床于前次子宫切口瘢痕处，绒毛与子宫瘢痕部位粘连植入，严重者可穿透子宫瘢痕造成子宫破裂、大出血而导致子宫切除，危及患者生命；若术前未能有效甄别而误行刮宫时，手术操作也可导致大出血危及患者生命。因此早期正确诊断，合理有效治疗对于及时终止妊娠，减少严重并发症的发生至关重要。

至今学术界尚未达成 CSP 统一规范的治疗共识。公认的治疗原则是<sup>[1]</sup>：保障患者生命安全，减少出血、清除妊娠病灶，尽可能保留患者生育功能。停经时间、胚胎是否存活、血  $\beta$ -HCG 值，孕囊与子宫浆膜和内膜的距离、阴道流血或腹痛等临床表现都影响着治疗策略的选择。根据治疗方式，CSP 的治疗策略包括：期待治疗，保守治疗和手术治疗。

## 期待治疗

Vial 等提出剖宫产瘢痕妊娠有两种不同形式<sup>[2]</sup>。一种是绒毛植入瘢痕裂隙，孕囊在子宫肌层内生长突向浆膜层，孕早期即发生出血甚至子宫破裂，这种类型称为外生型；另一种是孕囊向宫腔生长，有继续妊娠至中、晚期的可能，但存在着胎盘植入导致妊娠中、晚期子宫破裂及大出血的危险，此种类型为内生型。对于内生型 CSP，当患者具有强烈的生育愿望，并愿承担巨大风险时，可谨慎尝试期待治疗。然而，国内外的文献均显示<sup>[3]</sup>：期待治疗的结局要么孕期保胎失败，要么分娩时子宫切除风险显著增加。因此，此种治疗方式不应倡导。

## 药物治疗

目前应用于临床的药物包括：甲氨蝶呤（Methotrexate, MTX）、米非司酮、5-氟尿嘧啶

啶（5-FU）、天花粉及平阳霉素等。药物治疗的剂量、使用途径和疗程基本采用常见部位异位妊娠的治疗方案，且多采用多种药物联合使用的治疗策略。为降低药物治疗过程中大出血及子宫破裂的发生率，应严格掌握药物治疗的适应证<sup>[4]</sup>：①内生型 CSP（住院患者使用药物治疗预处理除外）；②患者生命体征平稳，无阴道流血及腹痛；③孕周在 7 周以内；④ $\beta$ -HCG <5000IU/L；⑤孕囊直径 <4cm；⑥无胎血管搏动；⑦无盆腹腔积血。MTX 是临床治疗 CSP 时最常使用的药物，其可采用肌内注射、静脉注射或直接胚囊内注射的方式给药。有学者将 MTX 与子宫动脉栓塞相结合治疗 CSP，取得良好效果。作为孕激素受体拮抗剂，米非司酮用于宫内早孕流产效果满意，但治疗 CSP 时大多失败，故而多采用米非司酮+ MTX 联合用药以提高治疗成功率。近年来，天花粉、5-FU 及平阳霉素等化疗药物也逐渐应用于临床治疗 CSP，取得一定的治疗效果。

### 3. 子宫动脉栓塞治疗（Uterine Artery Embolisation, UAE）

虽然公认 UAE 可作为大量阴道出血的重要抢救手段，但当 CSP 未出现显著阴道流血等合并症时，是否将其作为一线治疗手段仍存有争议<sup>[5]</sup>。目前临床上更多采用 UAE 作为 CSP 联合治疗策略的预处理，包括 UAE+清宫术，UAE+局部化疗药物灌注，UAE+妊娠病灶清除术+子宫整形术等。需要注意的是，在选择动脉栓塞时，由于妊娠物多位于子宫动脉上行支供血的子宫峡部瘢痕处，因此应将子宫动脉上行支作为栓塞点，既可达到治疗目的，又可降低副损伤及并发症的发生。

### 4. 手术治疗

4.1 清宫术瘢痕妊娠孕囊种植部位的特殊性，导致直接清宫时极可能出现大出血、子宫穿孔和邻近脏器损伤等严重并发症，甚至需切除子宫从而导致生育功能丧失，因而不作为 CSP 首选的治疗方法。临床数据表明<sup>[6]</sup>：对于内生型 CSP，经 MTX 等药物和（或）UAE 预处理后，可谨慎在超声引导下清宫手术，但应做好紧急手术的准备。随着腹腔镜手术的广泛开

展和手术技能的快速提高，内生型 CSP 在腹腔镜直视监视下行清宫术，或结合宫腔镜行妊娠病灶完整清除术的治疗成功率明显上升。

4.2 宫腔镜下妊娠病灶清除术：虽然宫腔镜已广泛应用于宫腔粘连、宫内膜息肉及子宫黏膜下肌瘤等宫腔良性病变的治疗，但使用宫腔镜治疗 CSP 目前尚未见大样本数据报告。理论上，宫腔镜下可清楚辨认剖宫产瘢痕处的妊娠组织及其种植部位的血管分布，准确地自宫壁分离及切除妊娠组织，并可采用电极凝固子宫下段开放性血管充分止血，获取良好的治疗效果<sup>[7]</sup>。在实际手术操作中，可将腹腔镜和（或）超声与宫腔镜相结合指导手术进行，防止漏切和子宫穿孔。对于妊娠病灶凸向宫腔者，直接完全切除；对于妊娠病灶侵蚀较深者，不强求一次切除干净，可在一次手术后给予促宫缩、止血等治疗，待血  $\beta$ -HCG 下降后再次手术。若腹腔镜探查或影像学提示妊娠病灶向膀胱方向生长，则应选用腹腔镜下行妊娠病灶清除+子宫整形。尽管使用宫腔镜治疗 CSP 为临床提供了新的治疗思路，但是否应作为治疗首选，以及病例的适用原则，均需扩大样本量分析总结。

4.3 妊娠病灶清除+子宫整形术：在治疗 CSP 时，当肿块或子宫破裂处较小、患者有强烈生育要求时，切除瘢痕部位妊娠病灶，同时缝合子宫是目前最好的办法<sup>[8]</sup>。尤其对于外生型 CSP，妊娠病灶切除既可避免妊娠组织残留，又能切除存在明显缺陷的瘢痕组织，有效去除瘢痕部位的微小腔隙，对于恢复正常月经，避免 CSP 再次发生具有重要的意义。

经腹、经阴道或腹腔镜均可完成该手术治疗。采用何种手术途径，应强调个体化治疗：既考虑到患者疾病的紧急程度，也要考虑到手术的难易程度，还应该考虑手术者对于不同手术方式的掌握程度。一般而言，对于大出血、生命体征不平稳者需行急诊剖腹探查术；或医疗条件不允许，膀胱位置过高、腹腔镜操作困难时可首选经腹手术。对于病情较稳定，或考虑子宫瘢痕位置较低者可试行经阴道手术，但当患者曾行盆腹腔手术可能存在粘连导致子宫位置过高等因素时，不推荐经阴道手术。近年来，腹腔镜手术得到极大推广，腹腔镜手术技

巧也得以飞速发展。由于腹腔镜手术视野清晰，创面暴露充分，术中出血少，对于外生型 CSP，腹腔镜可明确定位妊娠病灶的部位、大小，及其与周围脏器的关系。因此，对于腹腔镜手术技能熟练的术者，采用该手术途径完成妊娠病灶清除+子宫整形术更具优势。

4.4 次全/全子宫切除手术：虽然 CSP 的治疗原则是尽可能保留子宫，保护生育功能，但由于 CSP 的特殊性，前述治疗方法均有可能失败。当出现子宫瘢痕处妊娠肿块过大导致肌层缺损过多、或子宫破损严重、大出血难以控制，或出现不能控制的感染，或患者合并有子宫肌瘤、子宫腺肌病、宫颈癌等疾病且无生育要求者，可考虑次全/子宫切除手术治疗<sup>[9]</sup>。

由于 CSP 发病机制不清、疾病部位的特殊性以及治疗结果中的不确定性，当前 CSP 并无统一规范的诊疗策略。临床更多采取综合治疗策略以获取满意治疗结局，包括药物治疗后选择清宫术，介入治疗+化疗药物注射后进行清宫术，药物治疗后行腹腔镜监视下清宫术；也有尝试直接清宫术发生大出血，需行腹腔镜下妊娠病灶清除+子宫成形术的文献报道，此种方法多为术前评估不仔细或不彻底所导致。具体综合哪几种治疗方法治疗 CSP，应根据患者病情、医疗结构硬件配置以及主治医师的专业技能选用合适的治疗策略，做到个体化、微创化治疗。虽然目前尚无 CSP 治疗策略的大样本 meta 分析结论，但已有的文献表明<sup>[10]</sup>：对于内生型 CSP，可采用药物流产/介入化疗药物+超声/腹腔镜监视下清宫术获得满意治疗结局；对于外生型 CSP，采用药物流产/介入化疗药物+腹腔镜/阴式/开腹妊娠病灶清除+子宫成形术应更为合理有效，必要时术后再根据  $\beta$ -HCG 下降情况适时补充化疗药物治疗。因此，术前的超声及 MRI 影像检查综合评估 CSP 孕囊的生长情况就显得尤为重要。

#### 参考文献

- [1]Meaghan Marie Mackesy, Jeffrey Forris Beecham Chick, NikunjRashmikant Chauhan.Cesarean Section Scar Ectopic Pregnancy. The Journal of Emergency Medicine, 2014;46(5): 685–686.
- [2]Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in acesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol.2000;16: 592-593.
- [3]SangeetaDevarajan, ShreelataDatta. arean scar ectopic pregnancy. Obstetrics, Gynaecology& Reproductive Medicine, 2014; 24(5):153.

- [4]BotrosRizk, CandiceP.Holliday, SheriOwens. Cervical and Cesarean scar ectopic pregnancies: Diagnosis and management. Middle East Fertility Society Journal.2013;68:67-73.
- [5]Shen L, Tan A, Zhu H, et al. Bilateral uterine artery chemoembolization with methotrexate for cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol.2012;207:386.e1-6.
- [6]Tao Jiang, Guipeng Liu, Ling Huang. Methotrexate therapy followed by suction curettage followed by Foleytamponade for caesarean scar pregnancy. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2011;156:209-211.
- [7]Antonio Mollo, Alessandro Conforti, Carlo Alviggi. Successful direct bipolar resection of 6th week cesarean scar pregnancy: case report and literature review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.2014;179:229-231.
- [8]Guangwei Wang, Xiaofei Liu, Fangfang Bi. Evaluation of the efficacy of laparoscopic resection for the management of exogenous cesarean scar pregnancy. Fertil Steril. 2014;101:1501-7.
- [9]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. 现代妇产科进展.2009;18(3):232-234
- [10]Xiaohui Ong, Manisha Mathur, Cynthia Kew. Surgical management of cesarean scar pregnancies-A single tertiary experience. Gynecology and Minimally Invasive Therapy 2014;xxx :1-7.

## 典型病例

患者 34 岁，孕 6 产 2，先后于 2008 年、2014 年行剖宫产 2 次。因“停经 53 天，药物流产治疗后阴道流血 3 天”入院。患者既往月经规律，周期 27~28 天，经期 3~4 天。末次月经：2014 年 08 月 20 日，同房未避孕。10 月 4 日因停经 40<sup>+</sup>天，于当地医院查尿 HCG 阳性，B 超检查提示：宫内妊娠（未明确孕囊与子宫切口瘢痕的关系）。无生育计划，遂行药物流产。于 10 月 6 日至 8 日连续口服米非司酮片；10 月 9 日早晨口服米索前列醇片后（均具体剂量不详），开始出现阴道少量流血，不伴有腹痛，无血凝块及组织物排出，无肛门坠胀，无尿频尿急。遂于 2014 年 10 月 10 日就诊于当地医院，行清宫术，清宫术中探查宫腔时即有大量鲜血流出，患者感头昏、全身乏力，立即终止手术，予以缩宫素对症处理并转诊至当地中心医院诊治，其间阴道流血减少，B 超检查考虑剖宫产瘢痕切口妊娠。遂建议转诊至我院进一步诊治。我院超声检查显示子宫下段瘢痕处探及范围约 60mm×45mm×45mm 的孕囊回声，其内可见胚芽大小约 20mm×10mm，未见胎血管搏动（图 1）；超声多切面扫查：子宫下段瘢痕区孕囊包膜凸向膀胱，肌层缺失，考虑 III 级瘢痕妊娠可能。立即急诊收治入院。

入院查体：脉搏 83 次/分，呼吸 20 次/分，血压 91/60mmHg。步入病房，自动体位，神志清楚，急性病容，查体合作。耻骨联合上见一长约 100mm 横向手术瘢痕，全腹软，下腹轻压痛，无反跳痛及肌紧张，腹部移动性浊音阴性。妇科查体：阴道通畅，其内见少许血性分泌物，血来自宫腔。宫颈光滑，无举痛及摇摆痛；宫体增大饱满，约 50<sup>+</sup>天孕大小，活动好，

轻压痛；双附件区未扪及包块，无压痛。三合诊未扪及触痛结节，指套退出无血染。

结合患者病史及多次影像学检查结果，诊断剖宫产瘢痕妊娠。因超声提示孕囊突向膀胱，且瘢痕部位肌层缺失，此前已使用米非司酮药物治疗并试图行清宫术失败，故选择腹腔镜下妊娠病灶清除+子宫整形术。手术采用静脉复合全身麻醉成功后，患者取膀胱截石体位，建立气腹后行腹腔镜探查。腹腔镜下见盆腹腔无积血，子宫前壁与腹壁呈带状粘连，双侧卵巢及输卵管形态无异常。超声刀分离子宫前壁与腹壁之间粘连带，打开膀胱腹膜反折并向下推离膀胱，充分暴露子宫切口瘢痕：见子宫切口瘢痕处向外隆起约 20mm×20mm，肌层菲薄，呈紫蓝色，局部似有突破感（图 2）。切开子宫切口瘢痕最薄弱处，见大量鲜血汹涌流出，快速清除瘢痕处的妊娠肌化坏死组织及凝血块，量约 100g；快速以 2/0 可吸收线间断全层缝合切口双侧端头；出血量明显减少，清理创面后，见子宫切口下缘菲薄，肌层缺如，遂以分离钳夹持子宫颈肌层组织并尽量向上提拉后，与切口上缘贯穿间断缝合全层切口（图 3）。缝合完毕后冲洗创面，无活动性出血；再以 2/0 可吸收线间断“8”字缝合全层切口 2 针加固（图 4），关闭膀胱腹膜反折。根据术中情况及患方意见术中同时行双侧输卵管结扎术。术毕于宫腔内放置双腔导尿管，并注入 14ml 水囊压迫宫腔止血。手术耗时 30min，术中出血量约 1000ml，输注红细胞悬液 400ml，普通冰冻血浆 260ml。手术 24h 后，逐次放出压迫宫腔的水囊，至 48h 完全放尽后取出宫腔气囊压迫，放液过程中静脉滴注催产素，阴道流血少。术后动态随访血  $\beta$ -HCG，术后 24h 值为 49631.00IU/L，48h 值为 29635.00IU/L。术后第 3 天，病理结果回报为剖宫产瘢痕妊娠；患者恢复可，遂安排出院。出院后每周复查血  $\beta$ -HCG，随访至今下降趋势良好，未诉阴道流血及腹痛等不适。

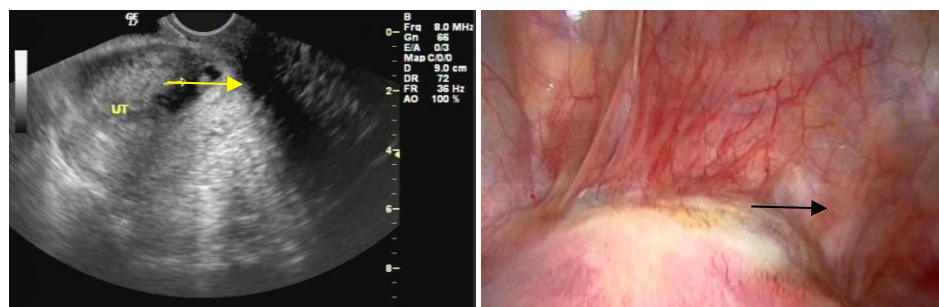


图 1. 剖宫产瘢痕妊娠超声影像学表现图 2. 腹腔镜下剖宫产瘢痕妊娠表现  
箭头所指为孕囊箭头所指为妊娠病灶

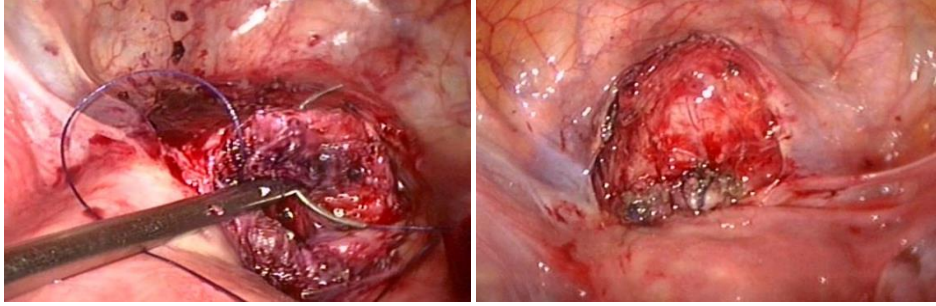


图 3. 取出妊娠病灶后，提拉宫颈肌层图 4. 全层缝合并 8 字加固缝合子宫切口组织，全层缝合子宫切口