

# 剖宫产术后子宫瘢痕妊娠的影响因素及诊治决策

关铮

解放军总医院 妇产科

剖宫产瘢痕妊娠 (cesarean scar pregnancy, CSP) 是指胚胎着床于子宫下段前壁 (或称“峡部”) 原来剖宫产瘢痕处, 绒毛组织侵入瘢痕深处并继续向子宫浆膜面生长, 是一种特殊而危险的异位妊娠, 属于剖宫产的远期并发症。近年来随着剖宫产率的上升, 本病的发病率也日渐升高。由于终止妊娠时极易发生术中大出血, 甚至危及患者的生命, 本病已逐渐引起妇产科临床医生的高度关注。剖宫产与 CSP 密切相关, 但具体影响因素有哪些? 剖宫产指征、频次、术后并发症是否与 CSP 有关? 如何最大限度地减少 CSP 对患者的伤害? 本文拟通过对我院近 8 年收治的 CSP 病例资料进行分析, 探讨其影响因素及诊治决策。

## 一、病例介绍

中国人民解放军总医院 2007 年 1 月—2012 年 8 月因 CSP 住院治疗共 51 例, 年龄 22~43 岁 (平均 30 岁), 孕次 2~6 次, 患病距上次剖宫产时间 5~147 个月 (平均 60.5 月)。这些患者主要表现为: 1) 停经或异常阴道流血史; 2) 血 HCG 均升高, 最高 22140 mIU/L、最低 452 mIU/L, 平均 7476.706 mIU/L; 3) 均有子宫下段横切口剖宫产史。剖宫产指征: 10 (19.61%) 例为临产后因胎儿窘迫或头盆不称等行剖宫产, 其余 41 (80.39%) 例均是在未正式临产前选择性子宫下段横切口剖宫产。未临产者患病比率明显高于临产后者。在选择性剖宫产中社会因素 10 例 (24.39%), 脐带绕颈 12 例 (29.67%), 其他因素如胎位不正、巨大胎儿、过期妊娠、孕妇合并症等占 45.94%; 4) 超声诊断为 CSP。诊断标准为: 子宫腔和宫颈管内无妊娠囊; 妊娠囊生长在子宫峡部前壁, 妊娠囊与膀胱之间子宫肌壁变薄; 纵切面可发现孕囊/包块周围的子宫肌壁不连续; 孕囊/包块周围有高速低阻的血流。

患者住院后 48 (94.11%) 例经保守治疗成功。3 (5.89%) 例因清宫时大出血切除子宫:

其中 1 例术中出血 5000ml 紧急切除子宫；1 例因外院人工流产时大出血（估计>3000ml），转入我院急查血 Hb 仅 29g/l，已重度休克昏迷，在急诊室就地行全子宫切除术，术后呼吸机维持 21 天，家属放弃治疗出院（死亡）；病理检查在该例子宫动脉内显微镜下见到有滋养细胞侵入；1 例误诊为 CSP，清宫时出血约 2500ml 紧急切除子宫，术后病理证实为子宫瘢痕处绒毛膜癌，后追加化疗。

## 二、CSP 的影响因素

已如前述，CSP 是一种特殊类型的异位妊娠。虽然在 20 世纪非常罕见，但进入 21 世纪后随着剖宫产率的逐年升高，CSP 的报道也越来越多。据统计，有剖宫产史者再次妊娠发生 CSP 的机会为 0.13%；有剖宫产史并有异位妊娠史者则为 5.05%，其发病率已超过了宫颈妊娠。由于剖宫产瘢痕引起局部子宫内膜缺乏或缺陷，受精卵在此处着床时常发生蜕膜缺损，滋养细胞可直接侵入子宫肌层甚至血管内，绒毛与子宫肌层粘连、植入甚至穿透子宫壁，为终止妊娠带来极大风险<sup>[3]</sup>。

剖宫产瘢痕是导致 CSP 的必备条件，但哪些剖宫产更易出现 CSP？剖宫产指征、频次、术后并发症是否与 CSP 有关？本资料显示，剖宫产次数、患病与剖宫产时间似乎与 CSP 关联不大。而选择性剖宫产的发病比率明显高于临产后手术者，其中因社会因素或脐带绕颈等行剖宫产者约占 50%以上，换言之这些剖宫产是可以避免的。由于选择性剖宫产子宫下段形成不佳，对切口位置的选择、缝合时切口上下缘对合是否理想，可能对切口愈合有一定影响。从理论上讲，切口愈合不良会影响子宫的完整性，为下次妊娠埋下隐患。由于本组资料数量较少，选择性剖宫产是否确与 CSP 有关还需大样本的深入调研。

## 三、CSP 的诊治决策

CSP 早期症状、体征缺乏典型性，常被误诊为宫内早孕，待终止妊娠时常因术中大出血而措手不及。诊断本病主要依据是病史和超声检查，因此建议凡有剖宫产史再次妊娠者应常

规进行超声检查，并要特别告知超声医生注意子宫下段瘢痕处状况。CSP 的超声影像特征已如前述。MRI 对软组织分辨率高、能多平面成像、对血流特别敏感，其对盆腔脏器结构的评估优于超声，还可测量病灶的体积，有助于对保守治疗病例的选择、监测及病灶穿刺的定位。但 MRI 费用高且耗时较长，因此不作为常规检查。HCG 可准确反映滋养细胞活性，但在本病中缺乏特异性，可作为诊疗过程中的参考数据。

CSP 一经确诊应立即终止妊娠。治疗原则是去除病灶、减少出血、保留子宫。终止妊娠的方法有多种<sup>[4-7]</sup>，应根据患者状况、病灶大小、HCG 含量、医院抢救设施及术者的技术水平综合评判。药物治疗和单纯清宫仅限于病灶较小、血流信号不丰富、HCG 水平较低的早期 CSP；宫腔镜对明确诊断、清除病灶更具直观性；腹腔镜可镜下结扎子宫动脉、清除病灶并修补子宫下段缺损；经阴道切除瘢痕、清除病灶、修补缺损，更具微创效果。在本组 51 病例中，20 例系子宫动脉栓塞后进行处理，出血明显减少。因此，我们认为，如果估计手术风险高，子宫动脉栓塞是防止 CSP 出血的最佳选择。尽管本组经阴手术例数少（系近期开展），但从阴道打开子宫膀胱间隙，直视下操作，手术的彻底性和可控性更佳，是今后治疗 CSP 的理想选择。总之，对每一个病例及术者资质，应具体问题，全面分析，针对实际情况个性化处理。

#### 四、CSP 的预防

首先要降低 CSP 的发生率。尽管剖宫产是解决难产、减少产科并发症的有效方法之一，但从降低 CSP 发生率的角度出发，只有降低剖宫产率才能有效地控制 CSP。此外，减少剖宫产术后并发症、重视产后避孕、避免多次宫腔内手术（如人工流产、过度刮宫等），对降低 CSP 意义重大。

第二要减少误诊率。对有剖宫产史及多次刮宫史的女性，再次妊娠时需常规行 B 超检查排除 CSP，必要时行 MRI。只有提高对本病的警惕，才能争取早期诊断、提前防控、最大限

度地减少手术风险。

由于本组病例样本量小，对 CSP 发病的确切原因、影响因素、最佳治疗方法等做出最准确的结论为时尚早。因此，还需多中心、大样本的综合分析，方能得出接近事物本质的结论。